

# אלימות פיזית כלפי קשישים מצד בני משפחותיהם: שכיחות התופעה וגורמי סיכון

עליזה לב ויונתן אנסון

מחקר זה, שנערך בעיר אשקלון בשנים 2001-2002, בדק את תופעת האלימות כלפי קשישים מצד בני משפחותיהם. מטרת המחקר היו: אמירת מספר הקשישים אשר סבלו מאלימות פיזית מצד בני משפחותיהם; ובחינת גורמי הסיכון, הן מצד הקשיש הקורבן והן מצד בן המשפחה התוקף. במסגרת המחקר חולקו שאלונים ל-217 אנשי מקצוע המטפלים בקשישים בקהילה באגף הרווחה בעיריית אשקלון ובכל קופות החולים בעיר. מניתוח הממצאים עלה כי בשנים 2001-2002 סבלו כ-730 קשישים, שהם 4.5% מכלל אוכלוסיית הקשישים באשקלון, מאלימות פיזית מצד בני משפחותיהם. נשים קשישות נמצאות בסיכון גבוה יותר מגברים, והסיכון גבוה יותר גם לזכאים לגמלת סיעוד (כלומר, קשישים הסובלים מירידה תפקודית ו/או מנטלית, ואשר תלויים בזולת תלות חלקית או מוחלטת בביצוע פעולות היום-יום). לעומת זאת, הגיל (מעל או מתחת לגיל 75) לא נמצא קשור לסיכון לאלימות. רוב קורבנות האלימות גרים עם בן משפחה הסובל מבעיות נפשיות או מהתמכרות לאלכוהול ו/או לסמים. הסיבה לאלימות טמונה במתעלל ולא בקורבן, אף כי הסיכון גובר כאשר הקורבן חסר אוניס או תלוי בחסדי המתעלל.

מילות מפתח: קשישים, אלימות פיזית, אשקלון, גורמי סיכון, Capture-Recapture

---

## מבוא

---

מזה שני עשורים אנו עדים יותר ויותר לתופעת הפגיעה בקשישים. התופעה מושכת תשומת לב רבה ברחבי העולם ומוכרת יותר ויותר כבעיה חברתית (Sadler, 1994), אולם בשל עמימות ההגדרות וקשיי איתור לא קל להגיע לאומדן מהימן של היקף התופעה. המטרה העיקרית של מאמר זה היא לאמוד את שיעור הנפגעים מאלימות

---

תודה לכל עובדי לשכת הרווחה בעיריית אשקלון ולכל עובדי קופות החולים באשקלון.

פיזית מצד בני משפחותיהם בעיר בינונית אחת, ולבחון, על פי תת-אוכלוסיות, מיהן הקבוצות החשופות ביותר לאלימות מסוג זה.

בחמישים השנה האחרונות גדלה אוכלוסיית ישראל פי 4 בקירוב, מ-1.8 מיליון בסוף 1955 עד כמעט 7 מיליון בסוף 2005. באותה התקופה גדלה אוכלוסיית הקשישים (נשים בנות 60 ומעלה, גברים בני 65 ומעלה) פי 8 (מ-85,200 ל-687,500 קשישים), כלומר קצב הגידול של הקשישים היה כפול מזה של האוכלוסייה הכללית (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2006). מכאן שאחוז הקשישים באוכלוסייה גדל פי 2 באותה תקופה, מ-4.8% ב-1955 ל-9.9% ב-2005. בתוך אוכלוסייה זו, קבוצת ה"זקנים זקנים" (old old) בני 80 ויותר, שהיא האוכלוסייה הפגיעה ביותר (Carp, 1999), מהווה 25%. על פי תחזיות הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בעוד כ-20 שנה (בשנת 2025) יעמוד שיעור הקשישים באוכלוסייה על 12%–13% (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2006, לוח 2.27).

אומדני שכיחות תופעת האלימות הפיזית כלפי קשישים במדינות אחרות מצביעים על שיעור של 4%–5% מהאוכלוסייה. אייטקן וגריפין (Aitken & Griffin, 1996) העריכו את שיעור הנפגעים בלונדון ב-4%. המרכז הלאומי להתעללות בקשישים בארצות-הברית (The National Center on Elder Abuse, 1998) ערך באותה שנה מחקר שהתמקד בקשישים הגרים בביתם, ועל סמך נתונים מ-20 מדינות בארצות-הברית העריך את שכיחות התופעה ב-5% בערך. באוסטרליה ערכו קורל, סאדלר וקמרון (Kurrle, Sadler & Cameron, 1992) מחקר דומה, והעריכו ש-4.6% מהקשישים החיים בקהילה סובלים מאלימות מצד בני משפחותיהם. לעומת זאת, במחקר נוסף העריכו קורל, סאדלר, לוקווד וקמרון (Kurrle, Sadler, Lockwood, & Cameron, 1997) את שכיחות התופעה ב-1.2%, אולם הם מציינים ששיעור זה נמוך בהשוואה למחקר הקודם בשל בעיות מתודולוגיות.

תופעת האלימות כלפי קשישים בישראל נחקרה בעיקר בעשור האחרון. לבנשטיין ורון (2002) פרסמו מחקר חלוץ ובו ראינו 70 אנשי מקצוע העובדים בשירותי רווחה ובריאות בעיר חיפה, והגיעו להערכה שעל פיה כ-280 קשישים חוו אלימות, כרבע מהם אלימות פיזית והשאר אלימות מילולית, אלימות פסיכולוגית והזנחה. נפגעים אלה, שהיוו כ-0.5% מאוכלוסיית הקשישים בחיפה, היו מוכרים לשירותי הבריאות, ואין למחברים ספק כי מספר הנפגעים ושיעורם גבוהים בהרבה. בנוסף, נערך מחקר ארצי מייצג ראשון בישראל (איזיקוביץ', וינטרשטיין ולבנשטיין, 2005) אשר מטרתו היו לבדוק את היקף התופעה של התעללות בקשישים בישראל לצורותיה, לאפיין ולהבין את טבען של האלימות וההזנחה מנקודת ראותו של הפוגע, לאפיין את הגורמים המובילים לאלימות ולהזנחה ולבנות פרופיל של הקשישים הנמצאים בסיכון לאלימות. רואינו 1,045 קשישים בני יותר מ-60, מתוכם 18.4% דיווחו כי הם סובלים מאלימות מכל הסוגים, ובתוכם 2% דווחו על אלימות פיזית ומינית (תמיד בשילוב עם

אלימות פיזית כלפי קשישים מצד בני משפחותיהם: שכיחות התופעה וגורמי סיכון

אלימות אחרת או הזנחה אחרת). על פי הסקר, רוב הפוגעים הם בני משפחה (בני זוג או ילדים) הגרים יחד עם הקשיש הנפגע, ובדרך כלל הפוגעים עצמם סובלים מהתמכרות או ממצוקה נפשית אחרת. בנוסף לכך, החוקרים מציינים כי עקב השכיחות הנמוכה של התופעה, היכולת לנבא אלימות פיזית הייתה מוגבלת לעומת היכולת לנבא אלימות מילולית.

הסקר הראשון מתמקד באוכלוסייה המוכרת לשירותי הבריאות והרווחה. יש בו תת-הערכה לגבי היקף התופעה. הסקר השני מסתמך על דיווח עצמי של הקשישים שהשתתפו בסקר על פי מדגם מייצג, אך הוא חשוף להטיה מסוג אחר: חוסר רצון (או חשש) של האדם הנפגע לדווח על מצוקתו (אלון, 2006א). מטרת המחקר הנוכחי היא להתגבר על שני מכשולים אלה כדי להגיע לאומדן אמין יותר של היקף תופעת האלימות הפיזית באוכלוסייה, וזאת באמצעות הצלבת נתונים משתי סוכנויות בשיטת Capture-Recapture. שיטה זו מאפשרת לאמוד את סך כל מספר הנפגעים באוכלוסייה, גם את אלה שאינם מוכרים לאף אחת מהסוכנויות, וזאת מתוך חישוב מספר המקרים החופפים (המוכרים לשתי הסוכנויות) יחסית למספר המקרים המוכרים רק באחת הסוכנויות, אך לא בשתייהן. השיטה מאפשרת, אם כן, אמידת המספר הכולל של נפגעים, כולל המקרים "החסרים", ובכך ליצור בסיס איתן לבניית שירותי מניעה והתערבות ולהערכת היקף הכיסוי של השירותים הניתנים.

---

## אלימות כלפי קשישים והזנחתם

---

קבוצות חלשות או הסובלות מהגבלות פסיכו-סוציאליות הן, מעצם אופיין, פגיעות יותר לאלימות ולהזנחה. תופעת האלימות כלפי קשישים אינה חדשה, אך רק בעשורים האחרונים היא זוכה להכרה ולהתייחסות. הול ונתיאסן (Hall & Nathiasen, 1989) (in: Miller & Dooder, 1989) היו בין הראשונים שהעלו את הצורך בהגנה על זקנים פגיעים, ובשנת 1979 התקיים הכינוס הממשלתי הראשון בארצות-הברית שקרא להתמודד עם בעיית אלימות כלפי זקנים (O'Malley, Segars, Perez, Mitchell, & Knuepfel, 1979). במהלך שנות ה-80 קיבל הנושא פומביות והכרה כתופעה חברתית קשה, לא מעט הודות לפרסום הרב באמצעי התקשורת ובאמצעים אחרים. כינוסים נוספים הוקדשו לתופעה, והוגשו הצעות חוק להגנת קשישים. עד סוף אותו עשור התקבל החוק להגנת האוכלוסייה המבוגרת בכל מדינות ארצות-הברית (Miller & Dooder, 1989).

בשנת 1986 נחקק בארץ חוק ביטוח סיעוד (נכנס לתוקף בשנת 1988) המתייחס לקשישים המתגוררים בקהילה, וקבע כי חובתה של המדינה לדאוג לרווחתם ולאיכות

חייהם של קשישים המוגבלים בפעולות היום-יום. השירותים הניתנים בחוק מכוונים להשלים את הטיפול והסיוע המוגשים לקשיש על ידי בני משפחתו. בסמיכות לחוק זה נחקקו בארץ שני חוקים נוספים אשר ביקשו להגן על חסרי ישע, ובכללם קשישים, מפני הזנחה, ובעיקר מפני אלימות מצד בני משפחותיהם או מטפליהם.

החוק הראשון הוא חוק העונשין, פגיעה בחסרי ישע, תיקון 26, התש"ן-1989. בתחילת שנות ה-80 הייתה אלימות נגד זקנים בחברה הישראלית מוכרת כתופעה שרקעה עברייני, ופורסמו נתונים על התפרצויות לבתי זקנים ועל פגיעות בזקנים ברחוב. לעומת זאת, לא הוקדשה תשומת לב נאותה לפגיעות בזקן בידי בן משפחה, שכן, מטפל או במסגרת מוסדית. לא נערך מעקב אחר גילויי אלימות אלה והאחריות למעקב לא נדונה בשום מקום ולא הוטלה על שום ארגון או מקצוע. הנושא אף לא נלמד במסגרות לימודיות לטיפול בזקנים. תיקון 26 לחוק קובע שקיימת חובת דיווח על עבירות חמורות של אלימות, מפרט מי חייב בדיווח וקובע עונשים על אי דיווח. התיקון בחוק תרם תרומה חשובה להעלאת נושא זה על סדר היום הציבורי והמקצועי. התיקון מדגיש את חובת הדיווח לפקיד סעד או למשטרה בכל מקרה שבו נעברה עבירה נגד חסר ישע על ידי האחראי עליו. חוק זה הוא חוק פלילי, והעונש על אי דיווח הנו מאסר.

החוק השני, החוק למניעת אלימות במשפחה, התשנ"א-1991, מאפשר הרחקת אדם מהבית בעקבות התעללותו בבן משפחה. החוק הוא תרומה חשובה להגנה על זקנים חסרי ישע הנופלים קורבן לאלימות מצד בן, בת, בן זוג, בת זוג או קרוב משפחה אחר. הרחקת האדם האלים מהבית לחודשים אחדים יוצרת מצב חדש המאפשר להגן על הזקן הפגוע, להרגיע את הרוחות ולבנות תוכנית טיפולית (כרם, 1995).

אף שאין הגדרה אוניברסלית לתופעה, בספרות המקצועית משתקפים ארבעה תחומים המהווים את עיקרה: (1) פגיעה פיזית; (2) אלימות נפשית; (3) ניצול כספי, רמייה ושווד; (4) הזנחה מכוונת או בלתי מכוונת (Pritchard, 1992). חלק ניכר מהאלימות מתרחש בתוך המשפחה, בביתו של הקורבן, רחוק מעיני הציבור, כך שקשה לדעת מהו מספרם האמיתי של הקשישים הסובלים מאלימות. יש לכך כמה גורמים אפשריים: פחד, בושה, תחושת אשמה והתעלמות של הזקן הנפגע. כ-85% מכלל הקשישים מטופלים בלעדית בידי בני משפחה, ועומס הטיפול והמתחים הנלווים אליו מוליך, במקרים מסוימים, לביטויי אלימות נגדם. אולם גם מטפלים פורמליים, הן במוסדות לטיפול ממושך והן במסגרת החברות המספקות טיפולי בית, מועדים להתבטאויות פוגעות כלפי הקשיש, ונוסף על כך, קשישים הם יעד נוח לרמאים ולשוודדים המחפשים רווחים על חשבון החלש והפגיע (אלון, 2006; Iecovich, 2005).

האלימות המדווחת היא, אם כן, רק קצה הקרחון של התופעה. על פי סקרים

אלימות פיזית כלפי קשישים מצד בני משפחותיהם: שכיחות התופעה וגורמי סיכון

בארצות-הברית, נוספים מיליון וחצי קשישים קורבנות של אלימות או הזנחה מדי שנה, ורק אחד מכל חמישה מקרים מדווח (Ashley & Fulmer, 1988; Fulmer, 1989). יש מספר סיבות לאי הדיווח (אלון, 2006; Wahl, 1991; Pritchard, 1992):

1. הקורבנות מבודדים מהחברה וחלקם אינם מסוגלים לדווח על האלימות.
2. הקורבנות אינם מוכנים לדווח על האלימות ומתביישים להודות שהאלימות מתרחשת בביתם על ידי בן משפחה.
3. הקורבנות תלויים בבני המשפחה האלימים ופחדים מהמשך היחסים עמם.
4. הקורבנות פחדים שיורחקו מבניהם ושיישלחו למוסדות שונים.
5. הקורבנות סבורים כי המשטרה והסוכנויות החברתיות אינן יכולות לעזור להם ועל כן אינם פונים לקבל עזרה.

### אלימות פיזית

למונח אלימות אין הגדרה מקובלת ואחידה (Callahan, 1988; Kosberg, 1988; Tomlin, 1989). המצב מסתבך עוד יותר עקב מגוון מונחים המשמשים לתיאור אלימות. הדסון (Hudson, 1989) מגדירה: "חוסר טיפול, טיפול גרוע או אלימות והזנחה כמונחים כלליים, אשר לעיתים קרובות מאפיינים התנהגויות שונות" (עמ' 25). איסטמן (Eastman, 1984) מגדיר אלימות כלפי קשישים כ"פגיעה פיזית, רגשית או פסיכולוגית כלפי אדם קשיש מצד מטפל פורמלי או בלתי פורמלי. הפגיעה חוזרת על עצמה ומהווה הפרת זכויות אנושיות ואזרחיות של אדם על ידי אדם אחר או מספר אנשים אשר בידם הכוח לשלוט על חייו של התלוי בהם" (עמ' 35). שתי ההגדרות הללו מעורפלות וכוללות מגוון רחב של אפשרויות.

המחקר הנוכחי מתמקד באלימות פיזית, שהיא אמנם קצה הקרחון של אלימות בכללותה, אך ניתנת להגדרה בצורה יותר חד-משמעית. לשם כך תשמש אותנו ההגדרה הבאה: אלימות פיזית היא "גרימת כאב, פציעה, שימוש בכוח או כפייה פיזית, המתבטאת בסטירות, בגרימת כוויות, חבורות, חתכים ועוד. בעקבות האלימות הפיזית נגרם נזק לגוף אשר יכול לנוע משריטה ועד מוות" (Milligan, Prescott, Powell & Furschtgott, 1989:9; Penhale, 1993:81; Pillemer & Finkelhor, 1988:35; Wolf, 1996:98).

### קורבנות ומתעללים

האלימות עצמה יכולה להיות קשורה למספר משתנים ומצבים אישיים. האדם המבוגר אשר אינו יכול לגור בגפו ללא תלות בזולת, עלול להיות פגיע לטיפול לא ראוי, להזנחה, וגם להתעללות רגשית או פיזית, או לסחיטה כספית (Marshall, Benton, & )

(Brazier, 2000). רוב הקורבנות הקשישים הסובלים מאלימות פיזית הם אותם אנשים אשר נמצאים בקשר שוטף, לרוב בלתי נמנע, עם מישהו אחר. האחר יכול להיות בן זוג, בן משפחה או מטפל לא פורמלי או מקצועי (Brandl, 2000). על פי ברגרון וגריי (Bergeron & Gray, 2003), מגורים משותפים גורמים לקונפליקטים, ומכאן יכולה להתפתח אלימות, ועל כן קשישים נמצאים בסיכון גבוה יותר לסבול מאלימות כאשר הם מתגוררים עם בן המשפחה שהוא גם המטפל העיקרי. מרשל ואחרים (Marshall et al., 2000) מצאו שיעור גבוה יותר של דיכאון ודמנציה בקרב אלה שעברו אלימות או הזנחה מבין המבקרים במרפאה גריאטרית, מאשר בקרב מבקרים אחרים. אולם קשר מתאמי שכזה אינו מצביע בהכרח על סיבתיות, ובודאי לא על כיוון הסיבתיות.

טומלין (Tomlin, 1989) (ראו גם Royal College of Nursing, 1991) מזהה את האוכלוסייה הקשישה הנמצאת בסיכון גבוה למעשי אלימות: הקורבן הטיפוסי הוא אישה מעל גיל 75, ללא תפקיד במשפחה, ירודה מבחינה תפקודית ומוגבלת ביכולתה לבצע פעילויות יום-יומיות. נשים אלו מתוארות גם כבודדות, מפוזרות וגרות בבית עם צאצא בוגר. פילמר ופינקלהור (Pillemer & Finkelhor, 1988) מצאו שאנשים שסבלו מבריאות ירודה וגרו לבד נמצאו בסיכון גבוה יותר מאשר אלה שגרו עם בן זוג או לפחות אדם נוסף אחר. במחקרם, גיל ומצב כלכלי לא נמצאו קשורים לאלימות, וגברים היו חשופים אליה באותה מידה כמו נשים. הפיקוח על שירותי הרווחה (Social Services Inspectorate) באנגליה (Sutton, 1992) מצביע על מיעוט תשומת הלב להבדלים תרבותיים, אתניים וגזעיים, וכתוצאה מכך קולם של הקשישים הסובלים מאלימות שמעמדם החברתי והכלכלי נמוך, או מקבוצות עדתיות מודרות, כמעט שאינו נשמע.

יחד עם זאת, כפי שמציינת המכללה המלכותית לסיעוד בבריטניה (Royal College of Nursing, 1991), יש להיזהר מפני שימוש במאפיינים ליצירת סטריאוטיפים של נפגעים או מתעללים. סיכון גבוה אין פירושו קשר חד-ערכי בין מאפייני קשישים או בני משפחותיהם לבין אלימות (Homer & Gilleard, 1991); לכן אין די בזיהוי מאפייני הקורבנות. אלימות היא תוצאה של מפגש בין קורבן ופוגע, והסיכון לפגיעה עולה כאשר מדובר בנפגעי אלכוהוליזם, בעיות בריאות כרוניות, בעיות כלכליות, מחסור במערכות תומכות או עזרה מעשית, תלות פתאומית בלתי רצויה או בלתי צפויה, לחצים חיצוניים או דרישות שהן מעל ליכולתו של המטפל (Hudson & Johnson, 1986).

לעיתים הפגיעה היא תוצאה של גורמים בין-אישיים בין הקשיש למטפל. גורמים אלה, המגבירים את הסיכון לאלימות והזנחה, כוללים קונפליקטים בלתי פתורים בין הקשיש למטפל, אי הבנת תפקידים בין הקשיש למטפל, ניסיונו של הקשיש להישאר בתפקיד בעל הסמכות, נורמות אלימות במשפחה, קונפליקט בין-דורי, חוסר הבנה

אלימות פיזית כלפי קשישים מצד בני משפחותיהם: שכיחות התופעה וגורמי סיכון

בנושא האובדן והמתרחש בתהליך הזיקנה, וחוסר ידע לגבי הצרכים החברתיים של הקשיש (Brandl, 2000). אלימות כלפי קשישים והזנחתם יכולים לנבוע מתנאי העבר, או ממתחים בין הורים לילדים על רקע חלוקת רכוש. הדבר נכון במיוחד כשהורים אינם יכולים עוד לטפל במשקיהם או בעסקיהם ועם זאת אינם נותנים לילדים שליטה עליהם, ולו מחשש שאחרי העברת השליטה ילדיהם יפנו להם עורף (Bergeron & Gray, 2003).

הקשישים החשופים לאלימות, ולאלימות פיזית בפרט, הם אוכלוסייה בסיכון שיטל טפל בה בהקדם האפשרי ולתת מענה לצרכיה הבסיסיים, ביניהם: תחושת ביטחון ואיכות חיים תקינה. עקב זאת, ולאור כל האמור לעיל, חקירת תופעה זו ומיפוי מספר הקשישים הסובלים מאלימות פיזית מצד בני משפחותיהם הם בסיס חיוני לבניית תוכניות התערבות ומניעה ודרכי טיפול והתמודדות עם תופעה כואבת זו.

---

## המחקר

---

### מטרות המחקר והשערותיו

מאמר זה מתמקד בעיר אחת (אשקלון) בשנים 2001–2002, ומתבסס על שיטת capture-recapture, שיטה (ראו להלן) שנועדה לאמוד את מספר המקרים מתוך הצלבת מידע משני מקורות בלתי שלמים, אך בלתי תלויים זה בזה. מטרות המחקר שתושגנה בעזרת שיטה זו:

1. קבלת אומדן של כלל הקשישים נפגעי האלימות הפיזית בעיר אשקלון, ומכאן גם את שיעורם באוכלוסייה.
2. זיהוי גורמי הסיכון מבחינת תכונות הקורבן, תכונות התוקף ואופי הקשר בין התוקף לבין הקורבן, וזאת באמצעות השוואת שיעורי האלימות כלפי זקנים לפי קבוצות שונות באוכלוסייה.

על סמך הספרות, עלו השערות המחקר:

1. שיעור הקשישים המתגוררים באשקלון אשר סבלו מאלימות פיזית מצד בני משפחותיהם בשנים 2001–2002 הוא כ-5% מכלל אוכלוסיית הקשישים בעיר.
2. נשים קשישות נמצאות בסיכון גדול יותר לסבול מאלימות פיזית מצד בני משפחה מאשר גברים.
3. קשישים מעל גיל 75 נמצאים בסיכון גדול יותר לסבול מאלימות פיזית מצד בני משפחותיהם מאשר צעירים יותר.

4. הסיכון לאלימות פיזית מצד בן משפחה יהיה גדול יותר בקרב קשישים המתגוררים עם בן משפחה.
5. תלות חלקית או מוחלטת של הקשיש בזולת, ובעיות נפשיות אצל בן המשפחה המטפל, יגבירו את הסיכון לאלימות כלפי קשיש.

#### זירת המחקר – אשקלון

העיר אשקלון שוכנת כ-70 ק"מ דרומית לתל-אביב. בתקופת המחקר מנתה אוכלוסיית העיר כ-100,000 תושבים, מהם כשליש עלו לישראל מאז 1990 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2002, לוח 1.14). בעיר כ-16% קשישים (נשים בנות 60 ומעלה, גברים בני 65 ומעלה), לעומת 10% ברמה הארצית, ואחוז הקשישים זכאי חוק סיעוד באותה תקופה היה כ-17%, לעומת 16% ברמה הארצית. 40% מהקשישים באשקלון היו גברים ו-60% היו נשים. במישור הארצי היה שיעור הנשים באוכלוסייה היהודית 64% בממוצע ואחוז הגברים 36%. 64% מהקשישים באשקלון היו בני 60–74 (גברים – 74–65) ו-36% היו בני 75 ומעלה. ברמה הארצית, 61% מהקשישים היו בני 60–74 ו-39% היו בני 75 ומעלה (כל הנתונים אודות אשקלון התקבלו מהמחלקה לתכנון ואסטרטגיה בעיריית אשקלון). הנתונים הארציים הם מתוך: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2003). סיבה מרכזית לאחוז הגבוה, יחסית, של קשישים באשקלון היא השתקעות של עולים בעיר משנות ה-90. לפי סקר חברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2002), כרבע מן הקשישים בארץ היו עולים שהגיעו ארצה בשנות ה-90, ואילו באשקלון כמחצית מן הקשישים היו עולים שהגיעו ארצה משנות ה-90.

#### שיטת המחקר – Capture-Recapture

עיקר שיטת Capture-Recapture הוא שימוש בשני מקורות מידע (או יותר) בלתי תלויים, ומטרתה לאמוד את היקף התופעה הנחקרת, כולל "מקרים נסתרים", כלומר מקרים שאינם מופיעים באף אחד ממקורות המידע (El-Khoratzaty, Imprey, Koch, & Bradley, 1977; Chandrasekar & Deming, 1949). השימוש בשיטה זו הולך ומתרחב בתחום בריאות הציבור, והיא משמשת במיוחד לאמוד את גודלן של אוכלוסיות שוליים כגון חולי איידס ומשתמשים בסמים, ושכיחות תופעות כגון התעללות בילדים, מקרי אונס, הפלות, ילדי רחוב וכדומה (Hartnoll, Lewis, Mitcheson, & Bryer, 1985; Wittes, 1974).

שימוש בשני מקורות מידע והחפיפה ביניהם משול לניסיון לאמוד את מספר הדגים באגם מבלי לייבשו. משליכים רשת, לוכדים ומסמנים את הדגים ומחזירים אותם לאגם. אחר כך משליכים שוב את הרשת וסופרים את הדגים המסומנים שנלכדו



אלימות פיזית כלפי קשישים מצד בני משפחותיהם: שכיחות התופעה וגורמי סיכון

בפעם השנייה. עתה, מתוך מספר הדגים המופיעים בשתי ה"רשימות" (הלכידה הראשונה והלכידה השנייה) – כלומר המסומנים שנלכדו בפעם השנייה – ניתן לאמוד את המספר החסר, אלה שלא נלכדו לא בפעם הראשונה ולא בפעם השנייה (Watts, Zwi, & Foster, 1995).

כאשר מיישמים עיקרון זה במדעי החברה, שתי הלכידות הן רשימות המטופלים בשתי סוכנויות שונות המכסות אותה אוכלוסייה, אך למעשה פועלות באופן עצמאי, כך שרשימת המופרים לכל סוכנות היא בלתי תלויה ברשימות המופרים לסוכנות האחרת. כביכול כל סוכנות, באופן עצמאי, השליכה רשת ולכדה מספר מסוים של מטופלים. כפי שמציינים הרטנול ואחרים (Hartnoll et al., 1985), כאשר מדובר באנשי אוכלוסיות שוליים, שאינם נראים לעיני כול, ושאף עשויים שלא להזדהות כאשר הם נשאלים, שיטת capture-recapture עשויה להיות יותר מהימנה ומדויקת משיטות חלופיות המבקשות לאמוד את שיעור השייכים לקבוצה מכלל האוכלוסייה. כמו בכל שיטת מדידה, גם כאן יש להקפיד על כמה כללים ולהניח כמה הנחות יסוד. ראשית, יש לוודא שהגדרת האוכלוסייה הכלולה בשתי הרשימות היא אחידה, שאם לא כן ישווה מין עם שאינו מינו, והאומדן של כלל האוכלוסייה יהיה מוטעה (Krebs, 1989). שנית, יש להניח שהאוכלוסייה אינה משתנה באופן מהותי במהלך המחקר. בפועל, יחידים יכולים לצאת ולהיכנס לאוכלוסייה במהלך תקופת המחקר (בעיקר מסיבות של תמותה, התבררות והגירה). מן הסתם, תנועה רבת-היקף המשנה את מימדי התופעה תוביל לאומדנים מוטעים (Seber, 1986). על כן יש להניח שהאוכלוסייה שאת גודלה אנו אומדים שומרת על גודל אחיד במשך כל התקופה הנסקרת, ושמספר היוצאים ותכונותיהם חופפים, פחות או יותר, למספרם ולתכונותיהם של הנכנסים.

#### שיטת הניתוח ב-Capture-Recapture

מסמנים ב- $N$  את סך כל האוכלוסייה שאת גודלה רוצים לאמוד, מתוכה  $n_1$  מופרים לסוכנות א,  $n_2$  מופרים לסוכנות ב,  $w$  מופרים לשתי הסוכנויות, ואילו  $n_{22}$  אינם מופרים באף אחת מהסוכנויות. את המספרים ניתן להציג באופן המופיע בלוח 1.

לוח 1: חישוב מספר מקרים בשיטת Capture-Recapture

סך הכול	סוכנות ב		סוכנות א
	לא מופרים	מופרים	
$n_1$	$n_1 - w$	$w$	מופרים
$N - n_1$	$n_{22}$	$n_2 - w$	לא מופרים
$N$	$N - n_2$	$n_2$	סך הכול

$$N = n_1 + n_2 - w$$

עליזה לב ויונתן אנסון

$N$  מוערך על ידי מכפלת מספר המקרים בשתי הרשימות, חלקי מספר המקרים החופפים:

$$\hat{N} = \frac{(n_1 + 1)(n_2 + 1)}{(w + 1)} - 1 \quad (1)$$

במקרה של חפיפה מלאה, גודל האוכלוסייה הוא הגדול משני המדגמים. אם אין חפיפה – ( $w = 0$ ) – פירוש הדבר ששתי הסוכנויות עובדות עם אוכלוסיות שונות ונבדלות, ולא ניתן לאמוד את גודל האוכלוסייה. מכיוון ש- $N$  מוערך מתוך נתונים מדגמיים, ניתן לחשב את שונות האומדן על פי הנוסחה הבאה:

$$Var(\hat{N}) = \frac{(n_1 + 1)(n_2 + 1)(n_1 - w)(n_2 - w)}{(w + 1)^2(w + 2)} \quad (2)$$

ככל שהחפיפה  $w$  גדלה, כך קטנה השונות. כאשר  $n_1 = w$  או  $n_2 = w$  השונות היא 0.

את הרווח בר סמך 95% לאומדן  $N$  ניתן לחשב על פי הנוסחה הבאה:

$$CI_{95} = \hat{N} \pm 1.96 \sqrt{Var(\hat{N})} \quad (3)$$

Laporte, McCarty, Tull & Tajima, 1992

### מקורות המידע

לצורך אמידת מספר הקשישים הסובלים מאלימות פיזית מצד בני משפחותיהם, התמקד המחקר בנתוני שתי סוכנויות מרכזיות, אשר מירב המידע, אם לא כולו, אמור להגיע אליהן:

לשכת הרווחה באשקלון – עובדים סוציאליים בתחום הזקנה, פקידי סעד בתחום הזקנה ועובדים סוציאליים שאינם עובדים בתחום הזקנה אך מטפלים במשפחות שבהן יש הורים קשישים.

קופות החולים באשקלון – כללית, מאוחדת, מכבי ולאומית: אחיות, רופאי משפחה, רופאים גריאטריים ועובדים סוציאליים.

ראוי לציין כי מדובר בשתי סוכנויות אשר לכאורה אמורות להיות תלויות זו בזו בשיתוף הפעולה ביניהן בטיפול בקשישים, אך בפועל, נכון לשנים 2001–2002 (שבהן נערך המחקר), הן היו כמעט בלתי תלויות זו בזו, ושיתוף הפעולה בנושא

אלימות פיזית כלפי קשישים מצד בני משפחותיהם: שכיחות התופעה וגורמי סיכון

חובת הדיווח לפקיד סעד (לשכת הרווחה) כמעט שלא יצא לפועל. מכאן שההנחה הבסיסית הייתה שמדובר בשתי סוכנויות שהן בלתי תלויות, והמידע (רשימות הנפגעים מאלימות) שקיבלנו מכל אחת מהן הינו בלתי תלוי אף הוא. יש באשקלון סוכנויות נוספות שנתקלות בעבודה ובטיפול באוכלוסייה הזקנה, כגון: בית חולים, משטרה, חברות סיעוד ועוד, ואשר יכלו, לכאורה, לשמש מקורות מידע נוספים. אולם ההערכה היא שכל מקרי האלימות המגיעים לסוכנויות אלה עוברים דרך לשכת הרווחה ו/או קופות החולים, או מופנים אליהן.

### איסוף הנתונים

לאחר תיאום עם הנהלות כל הגורמים (לשכת הרווחה וקופות החולים) והתחייבות לשמור על סודיות המידע, נפגשה המחברת הראשונה עם כל קבוצת עובדים מכל סוכנות. בפגישה הוצגו בפני העובדים נושא המחקר, מטרותיו וחשיבותו. הוגדרה מהי אלימות פיזית (למטרות מחקר זה), והעובדים התבקשו לשתף פעולה בדיווח רשימות שמיות של כל הקשישים שסבלו מאלימות פיזית מצד בני משפחותיהם בשנתיים האחרונות (2001–2002), כולל הקשישים שנפטרו באותה תקופה או עזבו לסידור מוסדי. בסיום הפגישה נמסר לכל העובדים שאלון ובו נתבקשו למלא את השם ואת המצב הסוציו-דמוגרפי, הבריאותי והתפקודי של כל קשיש שזיהו כקורבן לאלימות פיזית מצד בני משפחתו. כמו כן, נתבקשו העובדים למלא פרטים סוציו-דמוגרפיים של בן המשפחה המתעלל, מצבו הנפשי וכן אם הוא סובל מהתמכרות כלשהי. ראוי לציין כי המחברת הראשונה משמשת פקידת סעד לחוקי הגנה על קשישים, ומתוקף תפקידה, לא זו בלבד שהיא רשאית לקבל רשימה שמית של כל הקשישים הסובלים מאלימות פיזית, הדבר אף נדרש על פי חוק. נציין גם כי המחברת הראשונה השתמשה בדיווחים שהגיעו מקופות החולים על קשישים אשר סבלו מאלימות פיזית ולא הופיעו בדיווחי לשכת הרווחה על מנת לבחון דרכי התערבות מתאימות. חולקו שאלונים לכל העובדים (60) העוסקים בטיפול במשפחות ובקשישים (בלשכת הרווחה ישנם עובדים שאינם עוסקים בטיפול, אף לא עקיף, באוכלוסייה המבוגרת, כגון: עובדי נערות במצוקה, יועצי נישואים וכדומה). התקיימה פגישה נפרדת עם עובדי שכונה (עובדים פארא-מקצועיים) מטעם האשכול הקהילתי בלשכת הרווחה, והם נמנים עם 60 העובדים שצוינו לעיל. בקופות החולים חולקו השאלונים לכל האחיות, רופאי המשפחה, הרופאים הגריאטריים והעובדים הסוציאליים (157 עובדים).

## ממצאים

## היקף התופעה וביטוייה

מתוך 217 עובדים שקיבלו שאלונים, החזירו 194 עובדים שאלונים מלאים. השאר דיווחו כי אין בידיהם המידע המבוקש. מתוך 60 עובדים בלשכת הרווחה, 55 עובדים החזירו שאלונים מלאים; ומתוך 157 עובדי קופות החולים, 139 עובדים החזירו שאלונים מלאים. מדיווחי העובדים בשתי הסוכנויות על קשישים שהיו קורבנות לאלימות פיזית מצד בני משפחותיהם, עלו הנתונים הבאים:

1. לשכת הרווחה: מתשובות כל העובדים אשר החזירו שאלונים (55), התקבלה רשימה של 140 קשישים שהיו קורבנות לאלימות פיזית מצד בני משפחותיהם בשנתיים האחרונות ( $n_1 = 140$ ).
2. קופות החולים: מתשובות כל העובדים אשר החזירו שאלונים (139), התקבלה רשימה של 435 קשישים שהיו קורבנות לאלימות פיזית מצד בני משפחותיהם בשנתיים האחרונות ( $n_2 = 435$ ).
3. סך כל השמות הכפולים היה 83 ( $w = 83$ ). על כן, בלשכת הרווחה נרשמו 57 מקרים של אלימות שלא הופיעו בדיווחי עובדי קופות החולים, ואילו בקופות החולים נרשמו 352 מקרים של אלימות שלא הופיעו בדיווחי עובדי לשכת הרווחה.

לוח 2: הדיווחים על מקרי התעללות וחישוב מספר המקרים באשקלון, 2000–2001

סך הכול	קופות החולים		לשכת הרווחה
	לא מופרים	מופרים	
140 $n_1$	57 $n_1 - w$	83 $w$	מופרים
591 $N - n_1$	(239) $n_{22}$	352 $n_2 - w$	לא מופרים
(731) $N$	296 $N - n_2$	435 $n_2$	סך הכול

המספרים בסוגריים – אומדן

$n_1$  מספר מקרי התעללות המוכרים ללשכת הרווחה  
 $n_2$  מספר מקרי התעללות המוכרים לקופות החולים  
 $w$  מספר המקרים החופפים בשתי הסוכנויות  
 $n_{22}$  מקרי התעללות שאינם מוכרים לאף סוכנות  
 $N$  סך כל האוכלוסייה שיש לאמוד  
 $N = n_1 + n_2 - w$  – אומדן האוכלוסייה הנבדקת

אלימות פיזית כלפי קשישים מצד בני משפחותיהם: שכיחות התופעה וגורמי סיכון

על פי נוסחה (1) לעיל, אומדן סך כל המקרים בלוח 2, המוכרים והלא מוכרים, הוא 731, עם רווח בר סמך 95% של 89, על פי נוסחה (3) לעיל. על כן ההערכה היא כי סך כל מספר מקרי האלימות נע בין 642 ל-820. מהם  $n_{22} = 238$  (רווח בר סמך 193, 283) הם המקרים החסרים. אם כך, על פי האומדן, כשליש ממקרי האלימות אינם מוכרים לאף אחת משתי הסוכנויות. אם באשקלון היו באותה תקופה כ-16,000 קשישים, אזי שיעור הנפגעים היה כ-4.5% מכלל הקשישים.

#### תת-אוכלוסיות

עתה יוצג ניתוח לגבי תת-אוכלוסיות לפי גיל, מין, והסדרי מגורים. אם האומדנים יציבים, ובעיקר אם אין הטיה ברישום המקרים בסוכנויות השונות, אזי האומדנים (N) שיתקבלו על פי החלוקה יסתכמו לערך שהתקבל עבור האוכלוסייה כולה (בגבולות הרווח בר הסמך) ואפשר יהיה לבחון את חלקן היחסי של תת-האוכלוסיות יחסית לחלקן באוכלוסייה.

חלוקה לפי מין. לוח 3 מציג את ניתוח הנתונים לפי מין הקורבן. לפי האומדן היו באשקלון באותה תקופה 127 גברים ו-603 נשים שסבלו מאלימות פיזית, מהם 33% נשים ו-28% גברים, שאינם מוכרים לאף אחת משתי הסוכנויות. על פי חישוב זה, סך כל האוכלוסייה הוא 730 קשישים, ומספר זה כמעט זהה לאומדן הכללי (לוח 2). גם אחוז הלא מוכרים בקרב גברים ונשים אינו שונה באופן מובהק (לוח 2).  $t = 1.04, df = 1, p = 0.31$ . אם כן, נשים מהוות 83% מכלל נפגעי האלימות הפיזית, לעומת 60% באוכלוסיית הקשישים כולה, ומכאן אפשר להסיק כי סיכוי ההיפגעות של נשים גבוה מזה של גברים  $(z = 12.5, p < 0.05)$ .

לוח 3: אומדן קורבנות התעללות פיזית, לפי מין

קופות החולים						לשכת הרווחה
נשים			גברים			
מופרים	לא מופרים	סך הכול	מופרים	לא מופרים	סך הכול	
16	9	25	67	48	115	מופרים
66	36	102	286	202	488	לא מופרים
82	45	127	353	250	603	סך הכול

חלוקה לפי גיל. לוח 4 מציג את ניתוח הנתונים לפי קבוצת הגיל של הקורבן. לפי האומדן היו באשקלון באותה תקופה 481 מהקבוצה הצעירה (60-74) ו-248 מהקבוצה המבוגרת יותר (75 ומעלה) שסבלו מאלימות פיזית, ומהם 30% מהקבוצה הראשונה ו-36% מהקבוצה השנייה אינם מופרים לאף אחת משתי הסוכנויות. על פי

עליזה לב ויונתן אנסון

חישוב זה, סך כל האוכלוסייה מונה 729 קשישים, ואף זה מספר כמעט זהה לאומדן הכללי (לוח 2). גם אחוז הלא מוכרים בקרב שתי קבוצות הגיל אינו שונה באופן מובהק ( $t=2.91, df=1, p=0.088$ ). חלוקת נפגעי האלימות בין קבוצות הגיל היא 66% צעירים ו-34% מבוגרים יותר, לעומת 64% ו-36% באוכלוסייה הכללית. החלוקה בין קבוצות הגיל של הנפגעים, אם כן, אינה שונה מהחלוקה באוכלוסייה ( $z=1.11, p>0.05$ ), ועל כן אין מקום לטעון כי האוכלוסייה הבוגרת פגיעה יותר. זאת ועוד, מאחר שחלקן של הנשים גדול יותר בקבוצה הבוגרת, לא ניתן לטעון כי היפגעות-יתר של נשים נובע מהיפגעות-יתר של קשישים בוגרים יותר באופן כללי.

לוח 4: אומדן קורבנות התעללות פיזית, לפי קבוצות גיל

קופות החולים						לשכת הרווחה
בני 60-74 (נשים), 65-74 (גברים)			בני 75 ומעלה			
מופרים	לא מופרים	סך הכול	מופרים	לא מופרים	סך הכול	
56	27	29	84	31	53	מופרים
192	91	101	397	145	252	לא מופרים
248	118	130	481	176	305	סך הכול

חלוקה לפי הסדרי מגורים. לוח 5 מציג את ניתוח הנתונים לפי הסדרי מגורים: גרים בגפם לעומת גרים עם אנשים אחרים, כולל בני זוג ובני משפחה אחרים. על פי חלוקה זו, 231 קשישים הסובלים מאלימות פיזית גרו בגפם, ועוד 498 גרו עם אחרים (סך כל האומדן — 729, ומתוכם 31.7% גרו בגפם). אולם, לפי סקר חברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2002), באוכלוסייה היהודית העירונית גרו בגפם 26.7%, ואחוז זה נשאר יציב למדי גם בשנים הבאות. במילים

לוח 5: אומדן קורבנות התעללות פיזית, לפי הסדרי מגורים

קופות החולים						לשכת הרווחה
מגורים עם בן משפחה			מגורים לבד			
מופרים	לא מופרים	סך הכול	מופרים	לא מופרים	סך הכול	
45	5	27	95	39	56	מופרים
185	(72)	113	402	(163)	239	לא מופרים
(231)	90	140	(498)	202	295	סך הכול

המספרים בסוגריים — אומדן.

אלימות פיזית כלפי קשישים מצד בני משפחותיהם: שכיחות התופעה וגורמי סיכון

אחרות, בקרב הקשישים הסובלים מאלימות פיזית יש ייצוגי-יתר לאלה שגרים בגפם ( $z = 3.71, p < 0.05$ ).

חלוקת הגרים עם אחרים. לוח 6 מחלק את הקשישים שסובלים מאלימות פיזית ושאינם גרים בגפם לשתי קבוצות, אלה שגרים עם בן משפחה הסובל מהפרעה נפשית או מהתמכרות לסמים (כולל אלכוהול), ואחרים. מתוך 494 קשישים (אומדן) שאינם גרים בגפם וסובלים מאלימות פיזית, 437 (88%) גרים עם בן משפחה הסובל מהפרעה נפשית או מהתמכרות לסמים. אף אם נכון הדבר שמשפחות אלה מוכרות יותר ללשכת הרווחה ואף לקופות החולים, עדיין נראה שיש כאן ייצוגי-יתר למשפחות אלה בקרב הקשישים הסובלים מאלימות פיזית.

לוח 6: אומדן קורבנות התעללות פיזית, לפי סוג השותף למגורים

קופות החולים						לשכת הרווחה
חי עם אדם הסובל מהפרעה נפשית או מהתמכרות לסמים			אינו חי עם אדם הסובל מהפרעה נפשית או מהתמכרות לסמים			
מופְּרִים	לא מופְּרִים	סך הכול	מופְּרִים	לא מופְּרִים	סך הכול	
81	33	48	14	6	8	מופְּרִים
356	(143)	213	43	(17)	26	לא מופְּרִים
(437)	176	261	(57)	23	34	סך הכול

המספרים בסוגריים – אומדן.

בחינת זכאי גמלת סיעוד, כלומר קשישים הסובלים מירידה תפקודית ו/או מנטלית אשר זקוקים לעזרה בביצוע פעולות היום-יום. נמצא כי 82% מכלל הקשישים הסובלים מאלימות פיזית הינם זכאי גמלת סיעוד, לעומת 17% בעיר כולה. נתון זה מדגיש במיוחד קבוצה זו, שהינה חסרת אונים ונזקקת במיוחד, ואשר חשופה לעיני מטפלים יותר מאשר קשישים שאינם זכאים לגמלת סיעוד, ועל כן אולי הדיווחים על אוכלוסייה זו היו רבים יותר.

## דיון וסיכום

מחקר זה בדק נושא שהרגישות לגביו רבה מחד גיסא, ואילו המודעות הציבורית כלפיו, מאידך גיסא, עדיין הייתה נמוכה בזמן עריכת המחקר. להיבט זה חשיבות באיתור "אמיתי" של התופעה והיקפה, במיוחד בשל העובדה שהקשיים

המתודולוגיים בבדיקת הנושא רבים. תוצאות המחקר, שהוא שלב ראשון בבדיקת הנושא, משקפות את הערכת התופעה ואת שכיחותה בקרב האוכלוסייה, כאשר המודעות לנושא הייתה עדיין בשלבים ראשונים של התייחסות חברתית. אולי בשל כך, אף על פי שהחוק חייב כבר אז דיווח לפקיד סעד על כל מקרה של אלימות כלפי קשיש, בפועל ההיכרות של שירותי הבריאות עם התופעה הייתה הרבה יותר מקיפה מזו של שירותי הרווחה.

ואלה הממצאים העיקריים:

1. שכיחות הקשישים המתגוררים באשקלון וסובלים מאלימות פיזית היא כ-4.5% מכלל אוכלוסיית הקשישים באשקלון. שיעור זה אינו שונה באופן מובהק מהשערת המחקר כי השכיחות תהיה 5% ( $t_{730} = 0.652, p > 0.05$ ). מתוך אוכלוסייה זו, 59.5% מוכרים לשירותי הבריאות, 19.2% לשירותי הרווחה, 11.4% לשני השירותים ו-32.7% לאף לא אחד מהם. זהו שיעור גבוה מזה שנמצא במחקרם של איזיקוביץ ואחרים (2005), אשר העריכו שכ-2% מהקשישים סובלים מאלימות פיזית. ייתכן שהמצב באשקלון קשה במיוחד, אם כי אין סיבה מיוחדת לכך נראית לעין, ודאי לא עד כדי הכפלת השכיחות. ההערכה היא שעיקר ההבדל נובע מהשוני בשיטות המחקר, ומן השימוש בשיטת Capture-Recapture במחקר הנוכחי, שיטה המאפשרת קבלת מידע מהימן יותר באמצעות הצלבת הנתונים מסוכנויות שונות, וחשיפת המקרים ה"חסרים" וה"נסתרים".
2. נשים מהוות רוב מוחלט בקרב נפגעי אלימות (82.6%), וייצוגן עולה בהרבה על חלקן באוכלוסייה (60%). ראוי לציין כי גם במחקרם של איזיקוביץ ואחרים (2005) נמצא ששיעורי אלימות פיזית כלפי נשים היו גבוהים. כמו כן, מחקרן של לבנשטיין ורון (2000) מצא כי הנשים היוו רוב של 95.1% בחשיפה לאלימות. בנוגע לקבוצת הגיל שבסיכון, נמצא במחקרן כי בני 75 ומעלה (46%) נמצאים בסיכון לאלימות. לעומת זאת, במחקר הנוכחי לא נמצא שיש בסיס לטענה כי קשישים מעל גיל 75 נפגעים יותר מאשר קשישים צעירים יותר. כאשר בוצע חתך של הקשישים הנפגעים על פי גיל נמצא כי החלוקה בין קבוצות הגיל של הנפגעים אינה שונה מהחלוקה של קבוצות הגיל באוכלוסיית הקשישים כולה בעיר.
3. רוב הקשישים (67.9%) אשר סבלו מאלימות פיזית מצד בני משפחה גרים עם בן המשפחה המתעלל. אולם יחסית להסדרי המגורים של כלל הקשישים, בקרב הסובלים מאלימות יש ייצוג יתר לגרים בגפם (32%) לעומת 26% באוכלוסייה הכללית). ייתכן שאלימות, או החשש מפניה, היא מניע למגורים לבד, אך זאת לא ניתן לדעת מן הנתונים. במחקרן של לבנשטיין ורון (2000) עלה כי כ-47% מהקשישים אשר היו חשופים לאלימות מצד בני משפחה גרו עמם. נתון זה הולם



אלימות פיזית כלפי קשישים מצד בני משפחותיהם: שכיחות התופעה וגורמי סיכון

בחלקו את הממצאים והמסקנות בנוגע לסיכון במגורים משותפים עם המטפל, במיוחד אם הוא טובל מבעיות הנוגעות להתמכרות (על כך פירוט בסעיף 4).

4. מבין הקשישים נפגעי אלימות הגרים עם בן משפחה, הרוב המוחלט (88%) גרים עם בן משפחה הסובל מהפרעה נפשית או מהתמכרות לאלכוהול או לסמים. כמו כן, רוב הקשישים שחוו אלימות פיזית מצד בן משפחה (82%) היו זכאי חוק הסיעוד. יתר על כן, מצבם הפיזי (מצב תפקודי) של הקשישים אף אישר זאת: 38.6% היו תשושים (כלומר, זקוקים לעזרה חלקית בביצוע פעולות היום-יום) ו-50.2% היו סיעודיים (כלומר, זקוקים לעזרה מלאה בביצוע פעולות היום-יום) – נתונים המצביעים על קשר ישיר בין מצב תפקודו של הקשיש לבין הסיכון לסבול מאלימות פיזית מצד בן משפחה. במחקרן של לבנשטיין ורון (2000) נמצא כי 40.5% מהקשישים הנפגעים היו תשושים, נתון המאשש את ההשערה כי אלה הזקוקים לעזרה בביצוע פעולות היום-יום הם אלה שבסיכון.

המחקר הנוכחי ביקש להתגבר על קשיים באיתור קשישים קורבנות לאלימות מצד בני משפחותיהם, קשיים שאפיינו מחקרים קודמים. כפי שצוין במבוא, פנייה לקשישים עצמם עלולה להניב תשובות לא מהימנות מפני שהקורבנות נמנעים מלהודות במצבם. מאידך, פנייה לאנשי סוכנות יכול לשקף רק את המקרים הידועים למטפלים, וידע זה אינו שלם. על כן הוצלבו הערכות מצד שתי סוכנויות מרכזיות, שירותי הבריאות ושירותי הרווחה, כדי לקבל אומדן מהימן יותר. ואכן, ההערכה גבוהה מזו שנתקבלה במחקרים קודמים ודומה לזו המדווחת בספרות העולמית. פירושה, שאם 4.5% מכלל הקשישים בארץ סובלים מאלימות פיזית מצד בני משפחותיהם, הרי שמדובר בכ-34,600 קשישים בקרב האוכלוסייה היהודית (מתוך אוכלוסיית 2005, עם גידול משוער של 2% על פני שנתיים). אין ספק כי הכללת אחוז הקשישים הסובלים מאלימות פיזית מצד בני משפחותיהם כפי שנמצא במחקר הנוכחי בעיר אשקלון לכל הארץ, מחייבת זהירות. לכל עיר אפיונים ייחודיים משלה, ועל כן אינה יכולה לייצג נאמנה את כלל האוכלוסייה בארץ; כך לדוגמה באשקלון אחוז הקשישים גבוה מאשר במקומות אחרים. אולם, במגבלות האפשר, הממצאים שהוצגו יכולים לשמש אומדן ראשון להיקף התופעה המדאיגה של אלימות כלפי קשישים. ככל שירבו המחקרים בתחום זה בארץ, אפשר יהיה לקבל הערכה מדויקת ומהימנה יותר.

כפי שכבר צוין, היה פער גדול בין דיווחי העובדים בלשכת הרווחה (140) לבין דיווחי קופות החולים (435), וזאת למרות חובת הדיווח על פי חוק לשירותי הרווחה. בפועל, החפיפה הקטנה בין דיווחי שתי הסוכנויות (17% מכלל המקרים המוכרים) מצביעה על כך שלמעשה בשנות המחקר (2001–2002) הן פעלו באופן עצמאי וללא

תיאום ושיתוף מידע ביניהן. לפערים ברמות הדיווח בין שתי הסוכנויות יש שני הסברים אפשריים:

1. כוח אדם: בקופות החולים יש כ-157 עובדים לעומת 60 עובדים בלשכת הרווחה.
2. מחשוב: בקופות החולים כל נושא הטיפול בחולים הינו ממוחשב מזה שנים רבות, והעובדים מורגלים בדיווח שוטף מול המחשב. לעומת זאת, בלשכת הרווחה השימוש במחשב החל רק בסוף שנת 2000, ועל כן ייתכן שהעובדים התבססו בדיווחיהם על זיכרוןם או על רישומיהם האישיים, ולא על סמך מאגר ארגוני ממוחשב.

הממצאים מצביעים על שתי תכונות מרכזיות המגבירות את הסיכון לאלימות פיזית כלפי קשישים בידי בני משפחותיהם: מחד, ייצוג-היתר של נשים ושל זכאי חוק הסיעוד (כלומר, קשישים הסובלים מירידה תפקודית ו/או מנטלית וזקוקים לעזרה בביצוע פעולות היום-יום) מצביע על פגיעותם של קשישים חסרי אונים התלויים בחסדי אחרים (Giordano & Giordano, 1984; Kosberg, 1988; Penhale, 1993). מאידך, ריבוי הפוגעים הסובלים מהפרעה נפשית או מהתמכרות לאלכוהול ולסמים מצביע על מצוקת בן המשפחה כגורם מסכן. הקשיש שמתעללים בו הוא קורבן, והוא הופך קורבן לא בשל תכונותיו שלו אלא בשל מאפייניו ותכונותיו של המתעלל (Ross, 1991). השילוב בין בן משפחה במצוקה לקשיש חסר אונים ופגיע עלול ליצור מצב מסוכן במיוחד.

אלימות כלפי קשישים לא תיפסק רק מפני שיש חוק שאוסר זאת, אף אם החוק ייושם כהלכה. מממצאי המחקר נראה, ששכיחות התופעה אינה יורדת משכיחותה במקומות אחרים, ומאותן סיבות: תלות וחוסר אונים מצד הקשיש, מצוקות נפשיות מצד הפוגע הפוטנציאלי, ודינמיקה של יחסים, ובעיקר יחסי מגורים, המגבירים את המתח בין שני הצדדים. מציאות זו מציבה אתגר בפני נותני השירות וההגנה לקשישים – לבנות תוכניות יישוג (reaching out) אשר יאתרו את הקורבנות ויעזרו להם למצוא פתרונות הולמים שיאפשרו להם לחיות את חייהם בכבוד ללא חשש מאלימות מצד בני משפחה ואחרים.

## מקורות

- איזיקוביץ', צ., וינטרשטיין, ט. ולבנשטיין, א. (2005). סקר התעללות והזנחה של זקנים בישראל, אוניברסיטת חיפה, המרכז לחקר ולימוד הזקנה, ואשל – האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.
- אלון, ש. (2006א). זיהוי התעללות והזנחה של קשישים – מדריך למטפל. אשל – האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים לזקן.
- אלון, ש. (2006ב). התעללות והזנחה של זקנים – הגדרה בעיני המסתכל? גרונטולוגיה, ל"ג (2): 69–55.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2002). הסקר החברתי. ירושלים. נצפה ב-12.07.20.06.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2003). שנתון סטטיסטי לישראל מספר 54. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2006), שנתון סטטיסטי לישראל מספר 57. ירושלים.
- כרם, ב. צ. (1995). הגנה על זקנים. החלת חוקים, מדריך למטפלים. אשל – האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל; משרד העבודה והרווחה – השירות לזקן.
- לבנשטיין, א. ורון, פ. (2000). פגיעה בקשישים על ידי בני משפחה המטפלים. שכיחות התופעה בארץ, טיפולוגיה של הקורבן ושל בן המשפחה המתעלל ואטיולוגיה של ההתעללות. חברה ורווחה, כ (2), 192–175.
- Aitken, L., & Griffin, G. (1996). *Gender issues in elder abuse*. London: Sage Publications.
- Ashley, J., & Fulmer, T. T. (1988). No simple way to determine elder abuse. *Geriatric Nursing, 9*, 286–288.
- Bergeron, L. R., & Gray, B. (2003). Ethical dilemmas of reporting suspected elder abuse. *Social Work, 48*, 96–105.
- Brandl, B. (2000). Power and control: Understanding domestic abuse in later life. *Generations 24*, 39–45.
- Callahan, J. J. (1988). Elder abuse: Some questions for policy makers. *Gerontologist, 28*, 453–458.
- Carp, F. M. (1999). *Elder abuse in the family*. New York: Springer.
- Chandrasekar, C. C., & Deming, W. E. (1949). On a method of estimating birth and death rates and the extent of registration. *Journal of the American Statistical Association, 44*, 101–115.
- Eastman, M. (1984). *Old age abuse*, London: Age Concern.
- El-Khorazaty, M. N., Imprey, P. B., Koch, G. G., & Bradley, H. (1977). Estimating the total number of events with data from multiple-record systems: A review of methodological strategies. *International Statistical Review, 44*, 129–157.
- Fulmer, T. T. (1989). Mistreatment of elders: Assessment diagnosis and intervention. *The Nursing Clinics of North America 24*, 707–716.
- Hartnoll, R., Lewis, R., Mitcheson, M., & Bryer, S. (1985). Estimating the prevalence of opioid dependence. *The Lancet, 1*, 203–205.
- Homer, A. C., & Gilleard, C. (1991). Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal, 301*, 1359–1362.
- Hudson, M. (1989). Analysis of the concepts of elder mistreatment: Abuse and neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 1*, 5–27.

- Hudson, M. F., & Johnson, T. F. (1986). Elder neglect and abuse: A review of the literature. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 6, 81–134.
- Giordano, N. H., & Giordano, J. A. (1984). Elder abuse: A review of the literature. *Social Work*, 29, 232–236.
- Iecovich, E. (2005). Elder abuse and neglect in Israel: A comparison between the general elderly population and elderly new immigrants. *Family Relations*, 54, 436–447.
- Kosberg, J. I. (1988). Preventing elder abuse: Identification of high risk factors prior to placement decisions. *Gerontologist*, 28, 43–50.
- Krebs, C. (1989). *Ecological methodology*. New York Harper and Row.
- Kurrle, S. E., Sadler, P. M., & Cameron, I. D. (1992). Patterns of elder abuse. *The Medical Journal of Australia*, 157, 673–676.
- Kurrle, S. E., Sadler, P. M., Lockwood, K., & Cameron, I. D. (1997). Elder abuse: Prevalence, intervention and outcomes in patients referred to four aged care assessment teams. *Medical Journal of Australia*, 166, 119–122.
- Laporte, R. E., McCarty, D. J., Tull, E. S., & Tajima, N. (1992). Counting birds, bees and NCDs. *The Lancet*, 339, 494–495.
- Marshall, C. E., Benton, D., & Brazier, J. M. (2000). Elder abuse: Using clinical tools to identify clues of mistreatment. *Geriatrics*, 55, 42–44, 47–50, 53.
- Miller, R. B., & Dooder, R. A. (1989). The abused-abuser dyad. Elder abuse in the state of Florida. In R. Filinson & S. R. Ingman (Eds.), *Elder abuse: Practice and policy* (pp. 166–182). New York: Human Sciences Press.
- Milligan, W. L., Prescott, L., Powell, D. A., & Furchtgott, E. (1989). Attitudes towards aging and physical health. *Experimental Aging Research*, 15, 33–41.
- O'Malley, H., Segars, H., Perez, R., Mitchell, V., & Knuepfel, G.M. (1979). *Elder abuse in Massachusetts: A survey of professionals and paraprofessionals*. Boston, MA: Legal Research and Services for the Elderly.
- Penhale, B. (1993). The abuse of elderly people: Considerations for practice. *The British Journal of Social Work*, 23, 95–112.
- Pillemer, K. A., & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *Gerontologist*, 28, 51–57.
- Pritchard, J. (1992). *The abuse of elderly people: A handbook for professionals*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ross, J. W. (1991). Editorial: Elder abuse. *Health and Social Work*, 15, 227–228.
- Royal College of Nursing (1991). *Guidelines for nurses: Abuse and older people*. London: Royal College of Nursing Association for the Care of the Elderly.
- Sadler, P. (1994). What helps? Elder abuse interventions and research. *Australian Social Work*, 47, 27–36.
- Seber, G. A. F. (1986). A review of estimating animal abundance. *Biometrics*, 42, 267–292.
- Sutton, C. (1992). *Confronting elder abuse*. London: Great Britain Department of Health, Social Services Inspectorate.
- The National Center on Elder Abuse (1998). *The national elder abuse incidence study: Final*

אלימות פיזית כלפי קשישים מצד בני משפחותיהם: שכיחות התופעה וגורמי סיכון

report. Retrieved 13/11/2006 from: [http://www.aoa.gov/eldfam/Elder\\_Rights/Elder\\_Abuse/ABuseReport\\_Full.pdf](http://www.aoa.gov/eldfam/Elder_Rights/Elder_Abuse/ABuseReport_Full.pdf).

- Tomlin, S. (1989). *Abuse of elderly people: An unnecessary and preventable problem*. London: British Geriatric Society.
- Wahl, J. (1991). *Elder abuse: The hidden crime*. Toronto: Advocacy Center for the Elderly.
- Watts, C. H., Zwi, A. B., & Foster, G. (1995). How to do (or not to do): Using capture-recapture in promoting public health. *Health Policy and Planning, 10*, 198–203.
- Wittes, J. T. (1974) Applications of a multinomial capture-recapture model to epidemiological data. *Journal of the American Statistical Association, 69*, 93–97.
- Wolf, R. S. (1996). Elder abuse and family violence: Testimony presented before the U.S. Senate special committee on aging. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 8*, 81–96.

עמוד 176 – ריק