

בדידות לעת זקנה: בחינת התופעה בישראל ובארצות-הברית

שרון שויביץ-עזרא

בשנים האחרונות גדל בעולם העניין בחקר תופעת הבדידות בתקופת החיים המאוחרת, וזאת לאור עדויות אמפיריות שלפיהן בדידות היא תופעה חברתית שכיחה בקרב אנשים זקנים. יתרה מזאת, מחקרים מוכיחים כי לתחושות של בדידות יש השלכות מזיקות במישורי חיים שונים של אנשים מבוגרים. למרות חשיבותה של תופעה זו, רק מחקרים מעטים יחסית בארץ תכליתם לבדוק את שכיחות התופעה ואת המנבאים לה. המחקר הנוכחי מבקש ללמוד על היקף התופעה בארץ באופן כללי, ובקרב תת-קבוצות המרכיבות את אוכלוסיית הזקנים בישראל. זאת, באמצעות ניתוח נתוני הגל הראשון של המדגם הישראלי בסקר הבריאות, הזקנה והפרישה האירופי. במקביל נערכה השוואה עם נתונים מארצות-הברית המעידים על היקף התופעה בה. נוסף על כך, המחקר בחן מנבאים סוציו-דמוגרפיים ובריאותיים הקשורים לתופעת הבדידות בישראל ובארצות-הברית. הממצאים מעידים כי תחושת בדידות בתקופת הזקנה היא תופעה נפוצה בישראל ושכיחה יותר לעומת ארצות-הברית. בישראל, נשים, לא-נשואים ודוברי ערבית מדווחים על בדידות רבה יותר מאשר הקבוצות האחרות (גברים, נשואים, דוברי עברית בהתאמה). בניתוח רב-משטני נמצא כי מצב משפחתי של "נשוי" הוא גורם מגן משמעותי מפני בדידות בגיל זקנה. נוכח היקף התופעה בישראל מוצעות כמה דרכי מניעה והתמודדות עמה במישור הפרט, הקבוצה והסביבה הרחבה.

מילות מפתח: בדידות, היקף תופעה, זקנה, ישראל, ארצות-הברית

"אני אפילו לא מכיר את השכן שגר קומה אחת מעליי..."

"שזה עשרים מדרגות בדיוק. מין בדידות שכזאת"

(מיכה שיטריח, "איש בודד מאוד")

מבוא

חשיבותה של איכות החיים בזקנה, המתבטאת במשפט הידוע "הוספת חיים לשנים ולא רק שנים לחיים", מהווה אתגר משמעותי בעבודה עם אוכלוסיית הזקנים. העבודה הנוכחית מתמקדת בפן החברתי של איכות החיים, הנבחן לרוב באמצעות מדדים של קשרים חברתיים, רשתות תמיכה והשתתפות בפעילויות. תחושות של

בדידות מתעוררות כאשר יש פער בין הקשרים החברתיים הרצויים לאדם לבין אלו שעומדים לרשותו בפועל. בדידות מוגדרת כחוויה סובייקטיבית, המולידה לא אחת תחושות סבל שפוגעות באיכות החיים. מחקרים מלמדים כי תופעת הבדידות שכיחה בקרב אוכלוסיית הזקנים, וכי לתחושות אלו יש השלכות מזיקות במישורי חיים שונים. יחד עם זאת, בישראל רק מספר מצומצם יחסית של מחקרים בחן את התופעה בקרב אוכלוסיית הזקנים הכללית. המחקר הנוכחי מבקש לתרום לידע הקיים, ולבחון, את היקף התופעה בקרב בני 65 ומעלה בישראל ובקרב קבוצות המרכיבות את אוכלוסיית הזקנים. נוסף על כך בוחן המחקר מנבאים סוציו-דמוגרפיים ומנבאים בריאותיים לתופעה. העבודה הנוכחית מוסיפה נדבך לחקר התופעה באמצעות השוואה עם נתונים מייצגים מארצות-הברית. באופן זה נלמדת תופעת הבדידות ברמה המקומית והבין-לאומית.

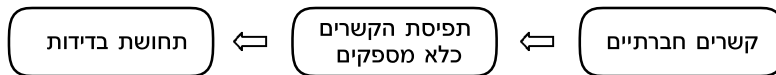
סקירת ספרות

הגדרות רבות לתופעה האישית והחברתית המכונה בדידות מוצעות בספרות המחקרית. הגדרות שונות מקורן בגישות ובפרספקטיבות תיאורטיות שונות, ועדיין יש הסכמה ביניהן בנוגע למספר היבטים מרכזיים המעצבים את חוויית הבדידות. ראשית, על פי הגדרות שונות בדידות היא חוויה לא נעימה הגוררת פעמים רבות תחושות של סבל (Peplau & Perlman, 1982). שנית, באופן כמעט גורף, מבחינים בין בדידות (loneliness) לבין לבדידות (aleness) (Andersson, 1998). לבדידות היא מצב אובייקטיבי של העדר קשרים עם אחרים (Dykstra, 2009), ואילו בדידות משקפת חוויה סובייקטיבית, אמנם בעלת זיקה לסיטואציה החברתית האובייקטיבית, אולם הנסיבות החברתיות אינן מולידות בהכרח תחושה זו. היטיבו לתאר הבדל זה שניים מחלוצי חקר הבדידות, פפלאו ופרלמן: "בדידות היא חוויה סובייקטיבית במהותה, היא אינה מילה נרדפת ללבדידות חברתית אובייקטיבית. אנשים יכולים להיות לבד מבלי שיחושו בדידות, ולחוש בדידות בקרב המון רב" (Peplau & Perlman, 1982, p. 3).

התיאוריה הקוגניטיבית היא אחת התיאוריות המרכזיות המנחות את המחקר בתחום הבדידות. תיאוריה זו ממקדת את תשומת הלב בתהליכי תפיסה והערכה של הקשרים החברתיים. על פי גישה זו, בדידות נובעת מחוסר התאמה בין הקשרים החברתיים הרצויים לבין אלו העומדים לרשות האדם במציאות. במילים אחרות, בדידות הינה תוצר של פער נתפס בין הרמה האופטימלית לבין הרמה המושגת של הקשרים החברתיים. על האדם לתפוס את הפער המדובר כבעייתי ולא רצוי על מנת

שתתעוררנה תחושות של בדידות. ניסיון קודם וניסיונם של אנשים אחרים בסביבה החברתית של האדם הם בעלי השפעה על תהליך הערכה זה. בניגוד לגישות תיאורטיות מרכזיות אחרות, כדוגמת גישת הצורך החברתי (המיוצגת על ידי וייס, Weiss, 1973; 1987) התיאוריה הקוגניטיבית מדגישה כי יש קשר עקיף בלבד בין בעייתיות ברשת החברתית של אדם לבין תחושות של בדידות. תהליכים קוגניטיביים של תפיסה והערכה משמשים גורמים מתערבים בקשר זה (Perlman & Peplau, 1982; Peplau & Perlman, 1982; Peplau, Miceli, & Morasch, 1982). ניתן לתאר תפיסה זו באופן גרפי כפי שמופיע בתרשים 1.

תרשים 1: קשרים חברתיים, תפיסתם כלא מספקים ותחושות בדידות



אחת ההגדרות הנפוצות והעדכניות לבדידות שמקורה בתיאוריה הקוגניטיבית היא של החוקרת דה ג'ונג ג'ירואלד:

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

וייס מייצג בהגדרותיו גישה תיאורטית נוספת, גישת הצורך החברתי — the social needs theory (Marangoni & Ickes, 1989) ומבחין בין שני סוגים של בדידות: בדידות רגשית (emotional loneliness) ובדידות חברתית (social loneliness). הבדידות הרגשית מדגישה את העדרה של דמות אינטימית מרכזית בחייו של הפרט. בדידות מסוג זה עלולה להתעורר בעקבות גירושין או פטירת בן הזוג. הבדידות החברתית, לעומתה, נקשרת להעדרה של רשת חברתית רחבה שהאדם מרגיש שייך אליה. הפרט עלול לחוות בדידות חברתית בעקבות פרישה מהעבודה, כיוון שפרישה מעולם העבודה פירושה פעמים רבות גם אובדן של קשרים חברתיים עם עמיתים לעבודה ועם חברים שאיתם חלק האדם פעילויות ועניין משותף (Weiss, 1973, 1987). כלומר: למעברים חברתיים, המתרחים בתקופת החיים המאוחרת, כדוגמת התאלמנות ופרישה, יש פוטנציאל לעורר בדידות רגשית וחברתית.

בשנים האחרונות גדל העניין המחקרי בתחום הבדידות בתקופת החיים המאוחרת

בשל כמה טעמים בולטים. ראשית, בדידות היא תופעה חברתית שכיחה בקרב אנשים זקנים. במדגם בריטי מייצג של זקנים המתגוררים בקהילה דיווחו כמעט 40% מהנבדקים על תחושת בדידות במידה כזו או אחרת. מהם דיווחו כ-7% על תחושת של בדידות לעיתים קרובות או באופן קבוע (Victor, Scambler, Bowling, & Bond, 2005). שיעורים דומים נמצאו בפנילנד בקרב מדגם אקראי של בני 75 ומעלה (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkala, 2005). בארצות-הברית 17% מקרב בני 50 ומעלה מדווחים על בדידות (Theeke, 2007).

סיבה משמעותית נוספת למחקר בתחום היא ההשלכות המזיקות שנמצאו לתחושת של בדידות במישורי חיים שונים של אנשים מבוגרים. מחקרים רבים אוששו את התרומה השלילית של חוויית הבדידות על הבריאות הגופנית. במחקר עדכני שנערך בעיר שיקגו (The Chicago Health, Aging and Social Relations Study) נמצאה בדידות קשורה ללחץ דם סיסטולי גבוה אף לאחר שפיקחו על משתנים דמוגרפיים, התנהגויות בריאות ומגוון רחב של גורמים פסיכו-סוציאליים (Hawkey, Masi, Berry, & Cacioppo, 2006). בדידות אף נמצאה משפיעה על הפעילות הקרדיו-וסקולארית בחיי היום-יום (Hawkey, Burleson, & Cacioppo, 2003). במחקר שנערך בקרב 180 קשישים, זוהתה הבדידות כגורם סיכון למצבי סיכון לבכיים (Sorkin, Rook, & Lu, 2002). מחקר עדכני אחר בחן את הקשרים שבין בדידות, לבדידות חברתית ותמיכה חברתית לבין מחלות נפוצות בזקנה דוגמת, סכרת, לחץ דם, מחלות לב, סרטן ושבץ בקרב בני 60 ומעלה. באופן כללי נמצא כי לבדידות וללבדידות חברתית הייתה השפעה מזיקה על הבריאות, ואילו לתמיכה חברתית השפעה מגינה. בקרב תת-המדגם ההיספני ניבאה בדידות לחץ דם גבוה, מחלות לב ושבץ (Tomaka, & Cacioppo, 2006). יתירה מזאת, במחקר אורך נמצא כי בדידות ניבאה תמותה בקרב זקנים (Penninx, Van Tilburg, Kriegsman, Deeg, Boeke, & Van Eijk, 1997).

בספרות נעשה ניסיון להסביר את הקשר המזיק הנצפה בין בדידות לבין בריאות גופנית באמצעות כמה מנגנונים (Cacioppo et al., 2002), ביניהם התנהגויות המזיקות לבריאות: עישון וצריכת אלכוהול (Hawkey & Cacioppo, 2003; Steptoe, Owen, & Brydon, 2004). אחד המנגנונים הגורמים למחלות הוא בעיות בשינה, אשר נמצאו שכיחות יותר בקרב אנשים בודדים לעומת אנשים שאינם בודדים (Cacioppo, Hawkey, Berntson, & Ernst, 2002). במחקר שנערך במעבדה ובבתי נבדקים, סביבה טבעית יותר, נמצא כי איכות השינה של אנשים בודדים הייתה באופן כללי פחות טובה. בנוסף, לנבדקים הבוודדים היה יותר זמן ערות במהלך השינה לעומת נבדקים לא בודדים (Cacioppo et al., 2002). נמצאה גם הוכחה מחקרית לכך שנותני שירותים בתחום הבריאות מספקים טיפול רפואי טוב יותר לאנשים

בעלי רשתות חברתיות תומכות לעומת אנשים המבודדים יותר מבחינה חברתית (Cacioppo, Hawkley, & Berntson, 2003).

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

היקף תופעת הבדידות כפי שנצפה במדינות שונות בעולם והפוטנציאל המזיק שלה במישורי הבריאות השונים מעלים את הצורך לחקרה וללמודה. בישראל רק מעט מחקרים בחנו את היקפה, את מנבאיה ואת ההשלכות של תחושת הבדידות במישורים שונים (דוגמת רונן, צוקרמן-בראלי ולמל, 1990; שויביץ-עזרא, 2008). נוסף על כך, המחקרים הקיימים התמקדו לרוב בקבוצות אוכלוסייה ממוקדות, כמו עולים ממדינות ברית-המועצות לשעבר (Ponizovsky & Ritsner, 2004) ובקרב מדגמים מקומיים (Stessman, Ginsberg, Klein, Hammerman-Rozenberg, & Friedman, & Cohen, 1996). מטרת המחקר הנוכחי ללמוד על היקף התופעה ברמה לאומית ובקרב תת-קבוצות המרכיבות את אוכלוסיית הזקנים בישראל, תוך עריכת השוואה עם שכיחות התופעה בארצות-הברית.

כמו כן, בוחן המחקר משתני רקע מרכזיים, ביניהם משתנים סוציו-דמוגרפיים ומשתני בריאות, כמנבאים אפשריים של תופעת הבדידות, גם זאת תוך השוואה בין ישראל וארצות-הברית. קבוצת גורמי הרקע (מצב משפחתי, מגדר, מצב הבריאות) הוגדרה במודל התיאורטי של החוקרת דה ג'ונג ג'ירוואלד (De Jong Gierveld, 1987) כאחד המנבאים המרכזיים של בדידות, ואכן מחקרים עדכניים מאוששים זאת (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007; Cohen-Mansfield, Shmotkin, & Goldberg, 2009; Iecovich, Barasch, Mirsky, Kaufman, & Kol-Fogelson, 2002).

ואלה שאלות המחקר:

1. מהו היקף תופעת הבדידות בישראל?
2. האם היקף התופעה בארץ דומה לזה שבארצות-הברית?
3. האם קבוצות שונות באוכלוסייה (קבוצות גיל שונות, מגדר, מצב משפחתי וקבוצות אתניות) נבדלות זו מזו מבחינת שיעור הבדידות בקרבן? האם המגמה אחידה בישראל ובארצות-הברית?
4. האם יש קשר בין משתני רקע מרכזיים לבין תחושות של בדידות הן בישראל והן בארצות-הברית?

המחקר

שיטת המחקר

המחקר הנוכחי מבוסס על ניתוח משני של נתוני הגל הראשון של המדגם הישראלי בסקר הבריאות, הזקנה והפרישה האירופי – SHARE – The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. זהו סקר-אורך רב-תחומי, המהווה מאגר ייחודי וחדשני של נתוני פרט בנושאי תעסוקה ופרישה, הכנסות והוצאות, רווחה, בריאות ורשתות חברתיות. סקר זה נערך כיום בקרב בני 50 ומעלה מ-15 מדינות באירופה, המייצגות אזורים גיאוגרפים שונים: מסקנדינביה – דנמרק ושוודיה, ממרכז אירופה – אוסטריה, צרפת, גרמניה, שוויץ, בלגיה והולנד, ומאזרחים הים התיכון – ספרד, איטליה ויוון.

ישראל הצטרפה למיזם בשנת 2004, בחסות "מרכז הידע לחקר הזדקנות האוכלוסייה בישראל" באוניברסיטה העברית, ונתוני הגל הראשון נאספו בין אוקטובר 2005 ליולי 2006. איסוף הנתונים נעשה בידי מכון ב' י' ולוסיל כהן למחקרי דעת קהל באוניברסיטת תל-אביב. דגימת המרואיינים הייתה רב-שכבתית והסתברותית, ושיעור ההיענות עמד על 68%. המדגם הסופי עמד על 2,603 איש ואישה (46% גברים ו-54% נשים; 79.2% ישראלים ותיקים, 13.3% ערבים ישראלים ו-7.5% עולי ברית-המועצות לשעבר) מ-1,774 משקי בית. הנבדקים רואיינו פנים אל פנים באמצעות השאלון האישי הממוחשב הגנרי (CAPI – Computer Assisted Personal Interview) של מיזם SHARE האירופי, שהותאם ותורגם לעברית, לערבית ולרוסית. בנוסף לשאלון ה-CAPI שהועבר באמצעות ריאיון, נאספו נתונים גם באמצעות שאלון למילוי עצמי, שהושאר בבתי הנבדקים (drop-off). השאלון למילוי עצמי כלל את כל הנושאים שהופיעו בשאלון למילוי עצמי האירופי ונוספו לו שני נושאים ייחודיים: טראומה מתמשכת (חשיפה לשואה ולטרור) ועמדות כלפי מדיניות דחיית גיל הפרישה (למידע נוסף אודות המתודולוגיה, המבנה והתכנים של SHARE יש לעיין בליטוויץ וספיר, 2008).

לצורך עריכת ההשוואה עם היקף תופעת הבדידות בארצות-הברית נעשה ניתוח משני גם של נתוני הגל הראשון של המיזם הלאומי "חיים חברתיים, בריאות וזקנה" (NSHAP – The National Social Life, Health and Aging Project). סקר זה מבוסס על מדגם הסתברותי מייצג ברמה לאומית של בני 57–85 המתגוררים בקהילה, אשר נדגם ממשקי בית ברחבי ארצות-הברית. מראיינים מקצועיים ערכו ראיונות באנגלית ובספרדית בין החודשים יולי 2005 ומרץ 2006. כדי לקבל ייצוג הולם של תת-קבוצות קטנות באוכלוסייה, נדגמו דגימת-יתר הקבוצות הבאות: קבוצת השחורים, קבוצת

הספרדים, גברים ובני הקבוצה המבוגרת יותר. סך הכול רואינו 3,005 משיבים, מתוכם 1,455 גברים ו-1,550 נשים, בשיעור היענות משוקלל של 75.5%. איסוף הנתונים כלל גם שאלון קצר למילוי עצמי, ובו היה שיעור ההיענות 84% (OMuircheartaigh, Eckman, & Smith, 2009; Smith et al., 2009).

משתני המחקר

המשתנה המרכזי במחקר זה היה בדידות. בשני הסקרים הוא נמדד באופן דומה באמצעות הפריט השישי מתוך כלי ידוע המודד דיכאון, המכונה בשם The Center for Epidemiologic Studies — Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977). כלי זה נמצא יעיל ונעשה בו שימוש רב למדידת דיכאון בקרב אנשים מבוגרים (Lawton, Brody, & Saperstein, 1989). בפריט השישי נשאלו הנבדקים באיזו תדירות חשו בדידות בשבוע האחרון. קטגוריות התשובה נעו על גבי סולם סדר בן 4 דרגות: 1 — כמעט בכלל לא; 2 — חלק מהזמן; 3 — רוב הזמן; 4 — כמעט כל הזמן.

בשני הסקרים מסגרת זמן ההתייחסות הייתה זהה: במהלך השבוע האחרון. כמו כן ניסוח הפריט וטווח התשובות היה דומה, אם כי לא זהה. שתי קטגוריות התשובה שהעידו על רמות בדידות גבוהות (קטגוריות 3 ו-4) היו שונות בין שני הסקרים. בסקר הישראלי העידה קטגוריה 4 על בדידות "כמעט כל הזמן", ואילו קטגוריה זו בסקר האמריקאי העידה על בדידות "רוב הזמן". לאור זאת, וכפי שנהוג בספרות, נעשה במחקר הנוכחי שימוש במשתנה בדידות דיכוטומי בעל שתי קטגוריות בלבד. משתנה זה נוצר על ידי הגדרת הקטגוריה הראשונה בשני הסקרים "כלא בודד", ויתר הקטגוריות (2-4) קובצו לקטגוריה שנייה, "בודד במידה כלשהי".

שוני משמעותי בין שני הסקרים ביחס למדידת בדידות היה בשיטת איסוף הנתונים (mode of administration). בסקר הישראלי שולב הכלי בשאלון למילוי עצמי שהושאר בבתי הנבדקים, ואילו בסקר האמריקאי שולב הכלי כחלק מהשאלון שהועבר פנים אל פנים. להבדל זה יש השפעה אפשרית על הממצאים שהתקבלו, והדבר נדון בפרק הדיון.

משתני רקע

גיל. בשני הסקרים נתבקשו הנבדקים לדווח על תאריך לידתם. משתנה הגיל חושב על ידי החסרת שנת עריכת הסקר ושנת הלידה. לצורך ההשוואה בין קבוצות גיל בתוך אוכלוסיית הזקנים נבנה משתנה נוסף אשר הבחין בין קבוצת הזקנים הצעירים (65-74) לקבוצת הזקנים (75-85).

מגדר. בסקרים הישראלי והאמריקאי דיווח המראיין על המגדר של הנבדק, למעט במקרים שבהם לא היה ברור, והנבדקים נתבקשו לדווח על כך.

מצב משפחתי. בשני הסקרים נתבקשו הנבדקים לדווח על מצבם המשפחתי. קטגוריות התשובה היו: 1 – נשוי; 2 – שותפות רשומה; 3 – נשוי ומתגורר בנפרד; 4 – לא נישא מעולם; 5 – גרוש; 6 – אלמן. במחקר הנוכחי שתי הקטגוריות הראשונות אוחדו לקטגוריה אחת.

קבוצות אתניות. בסקר האמריקאי נתבקשו הנבדקים לדווח על הקבוצה האתנית שהם משתייכים אליה: לבנים, שחורים, היספנים ואחרים. בסקר הישראלי הוכן משתנה הקבוצות על בסיס שפת הריאיון, מקום מגורים ושנת עלייה. המשיבים הישראליים סווגו לשלוש קבוצות: דוברי עברית, דוברי ערבית ודוברי רוסית. בקבוצה השלישית נמנו רק עולים ממדינות ברית-המועצות לשעבר שהגיעו לישראל לאחר 1989.

מצב הבריאות. נבדקו שלושה מדדים של בריאות: בריאות סובייקטיבית נמדדה בשני הסקרים באמצעות שאלה בודדת שבה נתבקש הנבדק לדווח על מצב בריאותו באופן כללי על גבי סולם בן חמש דרגות, מלקוי ועד מצוין. ציון גבוה יותר העיד על מצב בריאות טוב יותר. שני מדדי הבריאות הנוספים שנבדקו היו דיווח עצמי על ראייה ושמיעה. שתי השאלות נשאלו על גבי סולם בן חמש דרגות (1 – לקויה; 5 – מצוינת) ציון גבוה העיד על ראייה ושמיעה באיכות טובה יותר.

ניתוח הנתונים

בדיקת היקף תופעת הבדידות בארץ ובארצות-הברית נעשתה באמצעות ניתוח חד-משתני, כדי לבחון את שכיחותה בקרב כלל הנבדקים, וכן ניתוחים ברמה הדו-משתנית כדי לבחון את היקף התופעה בקרב תת-הקבוצות הבאות: גברים ונשים בנפרד, שתי קבוצות גיל (65–74, 65–85), מצב משפחתי שונה (נשוי/אה, פרוד/ה, גרוש/ה, אלמן/ה, רווק/ה), וקבוצות אתניות שונות (בישראל: דוברי עברית, ערבית ורוסית; בארצות-הברית: שחורים, לבנים, היספנים ואחרים). בחינת מובהקות ההבדלים בין הקבוצות השונות נערכה באמצעות מבחן χ^2 ברמה הרב-משתנית, כדי לבדוק אלו מבין משתני הרקע מנבאים תחושות של בדידות בוצעה רגרסיה לוגיסטית. הניתוחים בשלוש רמות הניתוח בוצעו באמצעות התוכנה לניתוח סטטיסטי STATA 10.

יש להדגיש כי טווח הגילים לא היה זהה בשני הסקרים. בסקר הישראלי נדגמו בני 50 ומעלה, ואילו בסקר האמריקאי נדגמו בני 57–85. על מנת ליצור בסיס להשוואה בין המדינות וכן כדי להתמקד בקבוצת אוכלוסיית הזקנים צומצמו המדגמים בשתי המדינות לבני 65–85. גודל המדגם ששימש מחקר זה בישראל היה 1,064 איש ואישה, והמדגם האמריקאי מנה 1,985 נבדקים.

ממצאים

תיאור מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומדדי בריאות

מלוחות 1 ו-2 (ראו להלן) ניתן ללמוד כי בשני המדגמים, הישראלי והאמריקאי, הגיל הממוצע היה דומה ועמד בישראל על 72.5 ובארצות-הברית על 73.3. בשני המדגמים קבוצת הגיל הגדולה יותר הייתה הקבוצה הצעירה יותר, של בני 65–74. הדמיון בין שני המדגמים ניכר גם בבחינת משתני המגדר והמצב המשפחתי. במדגם הישראלי ובמדגם האמריקאי הנשים היו אחוז גדול יותר במדגם (53.3% ו-51% בהתאמה), וכך גם קבוצת הנשואים (55.5% ו-71% בהתאמה). בשני המדגמים קבוצת האלמנים והאלמנות הייתה הקטגוריה השנייה בשכיחותה, אם כי שיעור האלמנים והאלמנות במדגם האמריקאי היה גבוה יותר בהשוואה למדגם הישראלי.

בחינת ההרכב האתני מלמדת כי קבוצת היהודים בישראל וקבוצת הלבנים בארצות-הברית הן הדומיננטיות במדגם. בחינת שלושת משתני הבריאות – בריאות סובייקטיבית ואיכות הראייה והשמיעה – מעלה מגמה דומה: במדגם הישראלי והאמריקאי הקטגוריה השכיחה לתיאור הבריאות, הראייה והשמיעה הייתה הקטגוריה השלישית, בריאות טובה. יחד עם זאת, במדגם הישראלי הקטגוריה השכיחה השנייה בגודלה תיארה את מצב הבריאות כסביר, ואילו במדגם האמריקאי הקטגוריה השכיחה השנייה ציינה בריאות טובה מאוד. גם ממוצע הבריאות הכללית בהשוואה בין ישראל וארצות-הברית מלמד כי המדגם האמריקאי מדווח על בריאות טובה יותר.

היקף תופעת הבדידות

בחינת השכיחות של תופעת הבדידות בקרב בני 65 ומעלה בישראל ובארצות-הברית מלמדת כי בישראל כמחצית מהנבדקים (47.1%) מדווחים על תחושות של בדידות במהלך השבוע האחרון. לעומת זאת שיעור נמוך יותר בארצות-הברית מדווח

שרון שיוביץ-עזרא

לוח 1: מאפייני רקע ומדדי בריאות – המדגם הישראלי

ממוצע (רווח בר-סמך)	שכיחות		מאפייני רקע
	%	N	
72.5 (CI 95% 72.1–72.8)	65	689	גיל 74–65
	35	375	85–75
	49	521	מגדר גבר
	51	543	אשה
	71	755	מצב משפחתי נשוי
	1	10	פרוד
	3.7	39	גרוש
	23	247	אלמן
	1.2	13	רווק
			קבוצה אתנית
2.74 (CI 95% 2.6–2.9)	80	850	דובר עברית
	10	102	דובר ערבית
	10	112	דובר רוסית
			בריאות סובייקטיבית
	10.4	110	מצוינת
	13.4	1,425	טובה מאוד
	27.8	295	טובה
	28.3	300	סבירה
	20.2	214	לקויה
3.9 (CI 95% 3.9–4.0)	8.6	91	ראייה מצוינת
	19.2	204	טובה מאוד
	40.7	432	טובה
	22.4	238	סבירה
	9	96	לקויה
3.1 (CI 95% 3–3.1)	10.5	111	שמיעה מצוינת
	22.6	240	טובה מאוד
	40.2	426	טובה
	18.4	195	סבירה
	8.4	89	לקויה

בדידות לעת זקנה: בחינת התופעה בישראל ובארצות-הברית

לוח 2: מאפייני רקע ומדדי בריאות — המדגם האמריקאי

ממוצע (רווח בר-סמך)	שכיחות		מאפייני רקע
	%	N	
73.7 (CI 95% 73.5–73.9)	55	1,092	גיל 74–65
	45	893	85–75
	46.7	927	מגדר גבר
	53.3	1,058	אשה
	55.5	1,101	מצב משפחתי נשוי
	1.2	28	פרוד
	9.9	197	גרוש
	29.7	589	אלמן
	3.5	70	רווק
	71.6	1,415	קבוצה אתנית לבן
3.1 (CI 95% 3.1–3.2)	17.4	344	שחור
	9	178	היספני
	2	40	אחר
	11	217	בריאות סובייקטיבית מצוינת
	28.2	557	טובה מאוד
	32.1	634	טובה
	20.6	4.7	סבירה
	8.1	159	לקויה
			ראייה
3.4 (CI 95% 3.3–3.4)	15.2	300	מצוינת
	31.8	630	טובה מאוד
	33.4	661	טובה
	14.2	282	סבירה
	5.4	107	לקויה
3.2 (CI 95% 3.2–3.3)			שמיעה
	14	278	מצוינת
	25.9	514	טובה מאוד
	35	694	טובה
	20.1	398	סבירה
	4.9	98	לקויה

על חוויית בדידות (33.6%). החלק הארי של המדגם האמריקאי (66.4%) לא דיווח על תחושות של בדידות במהלך השבוע האחרון.

בחינה של היקף תופעת הבדידות בקרב קבוצות גיל מובחנות מעלה מגמה דומה בשני המדגמים. קבוצת הגיל הבוגרת יותר היא גם קבוצת הגיל המבוגרת יותר, של בני 75 ומעלה – כ-40% מכלל קבוצה זו דיווחו על בדידות ברמה כלשהי בארצות-הברית וכ-50% מקרב קבוצה זו במדגם הישראלי. יחד עם זאת, ההבדלים בין שתי קבוצות הגיל לא נמצאו מובהקים במדגם הישראלי ($\chi^2 = 0.1$, $df=1$, N.S). מאידך, ההבדלים בין קבוצת הגיל של בני 65–74 וקבוצת הגיל של בני 75–85 בארצות-הברית נמצאו מובהקים. במדגם האמריקאי קבוצת הגיל שנמצאה בודדה יותר באופן מובהק הייתה קבוצת הגיל המבוגרת יותר ($\chi^2 = 12.9$, $df=1$, $p < .001$).

יש לציין, כי למרות המגמה הדומה באשר לגיל בשני המדגמים, עדיין בולט ההבדל בהיקף הבדידות בהשוואה בין ארצות-הברית וישראל. בדומה להיקף התופעה במדגם כולו, גם בבחינת שיעור הבדידות בתת-קבוצות הגיל, ניכר כי בישראל שיעורי הבדידות גבוהים יותר בכל אחת מקבוצות הגיל.

המגמה הדומה בשתי המדינות באה לידי ביטוי גם בבחינת ההבדל המגדרי. בישראל ובארצות-הברית נשים מדווחות על יותר בדידות לעומת גברים. הבדל זה נמצא מובהק בארצות-הברית ($\chi^2 = 26.7$, $df=1$, $p < .001$) ובישראל ($\chi^2 = 15.3$, $df=1$, $p < .001$). בישראל כ-40% מהגברים דיווחו על בדידות לעומת 45.3% מהנשים במדגם. בהתאמה, כ-60% מהגברים בישראל לא דיווחו על תחושות של בדידות לעומת אחוז נמוך יותר של נשים (54.7%). בארצות-הברית, כאמור, המגמה זהה, אולם השיעור הכולל של בדידות נמוך יותר לעומת ישראל, כפי שתואר קודם. שלא כשכיחות הבדידות בקרב קבוצות גיל מובחנות ובקרב נשים וגברים, היקף התופעה ביחס למצב משפחתי העיד על מגמה שונה בהשוואה בין ישראל וארצות-הברית. בארצות-הברית הקבוצה שהעידה על היקף הבדידות המצומצם ביותר הייתה קבוצת הנשואים (20% בלבד דיווחו על תחושות של בדידות). מאידך, הקבוצה הבוגרת ביותר הייתה קבוצת האלמנים והאלמנות, שלמעלה מ-55% מהם דיווחו על בדידות. אחריה בסדר יורד נמצאות קבוצת הגרושים (42% דיווחו על בדידות ברמה כלשהי), קבוצת הפרודים (39%) וקבוצת האנשים שלא נישאו מעולם (37%). ההבדלים בין הקבוצות השונות נמצאו מובהקים במבחן χ^2 ($\chi^2 = 223.6$, $df=5$, $p < .001$).

בישראל, לעומת זאת, הקבוצה הבוגרת ביותר הייתה קבוצת הפרודים. למעלה מ-80% מקרב החברים בקבוצה זו העיד על בדידות ברמה כלשהי. הקבוצה הבאה בתור היא של האלמנים, כ-70% דיווחו על בדידות. שיעור דומה של בדידות נמצא גם בקרב קבוצת הגרושים (כ-70%) ואחוז נמוך יותר נמצא בקרב הרווקים (50%). בדומה לארצות-הברית קבוצת הנשואים בישראל דיווחה על שיעורים נמוכים יחסית

של בדידות, שיעור הנמוך מ-40%. גם בישראל ההבדלים שנצפו בין הקבוצות בעלות המצב המשפחתי המובחן נמצאו מובהקים ($\chi^2 = 49.4$, $df = 5$, $p < .001$). בחינת שכיחותה של תופעת הבדידות ביחס לקבוצות אתניות שונות המרכיבות את האוכלוסייה בישראל ובארצות-הברית מלמדת על מגמה דומה. הקבוצה האתנית הדומיננטית בכל אחת מהמדינות מדווחת על פחות תחושות של בדידות. בישראל קבוצת דוברי העברית דיווחה על השיעור הנמוך ביותר של בדידות לעומת דוברי הערבית והרוסית. הקבוצה הבודדה ביותר הייתה הקבוצה של דוברי הערבית: 65% מקרב הנבדקים בקבוצה זו דיווחו על חוויית בדידות ברמה כלשהי לעומת כ-40% בקרב דוברי עברית. בארצות-הברית קבוצת הלבנים הייתה הקבוצה הפחות בודדה (31.5% מהנבדקים בקבוצה זו העידו על בדידות) לעומת קבוצת השחורים וההיספנים (40% בקירוב דיווחו על בדידות בשתי הקבוצות הללו). בשתי המדינות ההבדלים שנצפו בקרב הקבוצות האתניות השונות נמצאו מובהקים במבחני χ^2 (בהתאמה). $\chi^2 = 16.1$, $df = 3$, $p < .001$; $\chi^2 = 10.2$, $df = 3$, $p < .05$

הקשר שבין מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, מדרים של מצב הבריאות ותחושות של בדידות

על מנת לבחון אלו ממשתני הרקע הסוציו-דמוגרפיים ומשתני הבריאות מנבאים תחושות של בדידות, הורצו בקרב שני המדגמים רגרסיות לוגיסטיות. הממצאים של הניתוח הרב-משתני מרוכזים בלוח 3 עבור ישראל ובלוח 4 עבור ארצות-הברית. ממצאי הרגרסיה בישראל מלמדים כי גברים פחות בודדים מנשים. לגרושים ולא למנים יש סיכוי גבוה יותר לחוש בדידות לעומת נשואים. אותה מגמה נמצאה גם לגבי קבוצת הרווקים, אם כי ההבדל לא נמצא מובהק. כמו כן, ערבים בני 65 ומעלה הם בסיכון גבוה באופן משמעותי לחוש בדידות לעומת יהודים. מבחינת משתני הבריאות, נמצא קשר שלילי בין הבריאות הסובייקטיבית ותחושות של בדידות. כלומר, ככל שמצב הבריאות המדווח היה טוב יותר כך נחוותה פחות בדידות.

בארצות-הברית, לעומת זאת, למגדר לא נמצא קשר מובהק עם בדידות. כמו כן, כאשר נערך פיקוח על משתני רקע אחרים למוצא אתני לא נמצא קשר מובהק עם בדידות. יחד עם זאת, בהלימה לממצאים בישראל, לגרושים ולא למנים יש סיכוי גבוה יותר לחוש בדידות וכך גם לנבדקים שמעולם לא נישאו. בנוסף, מצב הבריאות נמצא קשור בקשר שלילי עם תחושות של בדידות. מצב בריאותי טוב יותר הפחית תחושות של בדידות.

לוחות 3, 4: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, מדדי בריאות ותחושות של בדידות

ממצאים מארצות-הברית			ממצאים מישראל		
P-value	OR ¹		P-value	OR ¹	
N.S.	.99 (.01)	גיל	N.S.	.98 (.02)	גיל
N.S.	.96 (.11)	גברים	< .05	.67 (.12)	גברים
< .001	2.76 (.46)	גרושים ²	< .01	3.96 (1.7)	גרושים ²
< .001	5.02 (.64)	אלמנים ²	< .001	3.69 (.84)	אלמנים ²
< .01	2.35 (.63)	רווקים ²	N.S.	1.86 (1.9)	רווקים ²
N.S.	.90 (.12)	שחורים ³	< .001	4.96 (1.3)	דוברי ערבית ³
N.S.	1.17 (1.12)	היספנים ³	N.S.	1.1 (.40)	דוברי רוסית ³
< .001	.75 (.04)	בריאות סלקטיבית	< .001	.65 (.07)	בריאות סובייקטיבית
< .01	.84 (.05)	ראייה	N.S.	.89 (.08)	ראייה
N.S.	.98 (.05)	שמיעה	N.S.	.91 (.07)	שמיעה

1 טעויות סטנדרטיות מופיעות בסוגריים.
 2 קבוצת ההשוואה היא נשואים.
 3 קבוצת ההשוואה היא לבנים.

1 טעויות סטנדרטיות מופיעות בסוגריים.
 2 קבוצת ההשוואה היא נשואים.
 3 קבוצת ההשוואה היא דוברי עברית.

דיון

המחקר הנוכחי שם לו למטרה לבחון את תופעת הבדידות בתקופת החיים המאוחרת. המחקר בחן את שכיחות התופעה בארץ ובארצות-הברית באמצעות ניתוח משני של סקרים שנערכו ברמה לאומית. מלבד בחינת שכיחותה של הבדידות בקרב קבוצת הגיל השלישי, נבחנה גם שכיחותה של התופעה בקרב תת-קבוצות המרכיבות את אוכלוסיית הזקנים. בנוסף, בחן המחקר מאפייני רקע מרכזיים כמנבאים פוטנציאליים של בדידות, גם זאת תוך עריכת השוואה בין ישראל וארצות-הברית.

אבחנה מרכזית אחת נעשתה בנוגע לקבוצות גיל שונות: תוחלת החיים המתארכת יוצרת שכבת גיל רחבה מאוד המוגדרת כאוכלוסייה זקנה. ההתייחסות לקבוצה, שהפרשי הגיל בקרבה יכול להגיע לשלושים שנה, כאל מקשה אחת, אינה סבירה. לכן מבחינים בספרות בין קבוצות גיל בתוך אוכלוסיית הזקנים. יש המציעים להבחין בין שלוש קבוצות גיל: זקנים צעירים (בני 65–74), זקנים (75–85) זקנים מאוד (בני 85 ומעלה, "הגיל הרביעי") (Baltes, 1997; Suzman, Willis, & Manton, 1992). כיוון

שרף הגיל העליון של המדגם האמריקאי הוא 85, העמיד המחקר הנוכחי לבחינת היקף תופעת הבדידות שתי קבוצות גיל: קבוצת הזקנים הצעירים וקבוצת הזקנים. בנוסף נבחנה שכיחותה של הבדידות בקרב גברים ונשים, בקרב נבדקים במצב משפחתי שונה, ושכיחותה בקרב קבוצות אתניות שונות.

הממצאים מלמדים כי בדידות בתקופת הזקנה נפוצה יותר בישראל לעומת ארצות-הברית. היקף התופעה בישראל דומה לזה שנמצא במחקר עדכני שנערך בכריטניה בקרב מדגם מייצג (Victor, Scambler, Bowling, & Bond, 2005). עם זאת, יש מקום לסייג את ממצאי ההשוואה בין ישראל וארצות-הברית ביחס להיקף תופעת הבדידות. את ההבדל הנצפה בין ישראל וארצות-הברית ניתן להסביר גם בשיטת איסוף הנתונים השונה. כזכור, בישראל נשאלה שאלת הבדידות כחלק משאלון למילוי עצמי שהושאר בבתי הנבדקים, ואילו בסקר האמריקאי נשאלו הנבדקים שאלה זו במסגרת שאלון שהועבר באמצעות ראיון אישי. ייתכן כי לפחות בחלקו ההבדל הנצפה הינו תולדה של אי הרצון של חלק מהנבדקים להודות בפני המראיין שהם בודדים. תקפות לטענה זו ניתן למצוא במחקר שבחן את השפעתן של דרכים שונות לאיסוף נתונים, ומצא שבנושאים רגישים, בעלי פוטנציאל לתיוג שלילי, שאלונים למילוי עצמי מניבים שיעורי דיווח גבוהים יותר (Lyons, Wareham, Lucas, & Price, Williams, & Hutchings, 1999).

עדיין נותרה בעינה השאלה האם ההיקף שהתקבל בישראל באמצעות השאלון למילוי עצמי משקף את ההיקף האמתי של התופעה. לבדידות ולאנשים בודדים מתלווה לרוב משמעות חברתית שלילית, ועל כן פרטים ייטו להימנע מלתייג עצמם כבודדים, אף שמציאות חייהם מלווה בתחושות של בדידות (Pinquart & Sörensen, 2001; Victor, Scambler, Bond, & Bowling, 2000; Victor et al., 2005). טענה נוספת המועלת בספרות בהקשר זה היא כי אנשים בודדים נוטים שלא לקחת חלק במחקרים ובסקרים, ועל כן השיעור האמתי של הבודדים באוכלוסייה אף גבוה יותר מזה המדווח במחקר (Pinquart & Sörensen, 2001).

בחינת היקף תופעת הבדידות בקרב תת-קבוצות באוכלוסייה מלמדת כי גברים מדווחים על שיעורים נמוכים יותר של בדידות בהשוואה לנשים. זה נמצא באופן עקבי הן בישראל והן בארצות-הברית ברמה הדו-משתנית ונמצא בישראל אף ברמה הרב-משתנית, כאשר גורמי רקע נוספים נלקחו בחשבון. הממצא כי נשים מדווחות על בדידות רבה יותר נמצא גם במחקרים קודמים (Holmen, Ericsson, Andersson, & Winblad, 1992; Pinquart & Sörensen, 2001; Prince, Harwood, Blizard, & Thomas, 1997). אחד ההסברים שמוצע בספרות הוא שתוחלת החיים של נשים גבוהה מזו של גברים, והן לרוב נישאות לגברים מבוגרים יותר, על כן סביר יותר שהן תתאלמנה ותחוויה אובדן של בן זוג. אובדן בן זוג עלול להוביל לבדידות רגשית, שהיא תוצר של אובדן של איש סוד ושל מערכת יחסים קרובה (Weiss, 1997).

1982). בנוסף, חיים ארוכים יותר פירושם פעמים רבות התנסות באובדן גם של חברים קרובים, ולכן לנשים סיכוי גדול יותר לחוות את ההשפעה המצטברת של אובדנים ושכול (Victor et al., 2000).

הסבר אחר להבדל הנצפה בין נשים וגברים נקשר בדיווח מוטה. נשים נכונות יותר לדווח על רגשות שליליים, ובדידות כחלק מהם. בוריס ופרלמן (Borys & Perlman, 1985) מצאו במחקרם כי לדיווח של אישה על עצמה כבודדה ישנן פחות השלכות חברתיות שליליות לעומת הצהרה של גבר שהוא בודד. על כן גברים באופן טבעי יימנעו יותר מלתייג עצמם כבודדים.

לעובדה זו יש כמובן השפעה ישירה על אופן המדידה של תופעת הבדידות. כאשר מודדים בדידות באופן ישיר, כמו במסגרת המחקר הנוכחי, כלומר עושים שימוש במילים "בודד" או "בדידות", רוב הסיכויים שגברים ידווחו על פחות בדידות. זאת בהשוואה לשימוש בכלי מדידה המודדים בדידות כמו הכלי הנפוץ UCLA-Loneliness Scale, אשר בגרסתו המקורית כולל 20 פריטים המודדים בדידות באופן עקיף, כלומר ללא השימוש בשורש בד"ד. ואכן בוריס ופרלמן (Borys & Perlman, 1985) מצאו במחקרם כי כאשר נעשה שימוש בכלי UCLA לא נמצאו הבדלים מובהקים בין גברים ונשים, בעוד ששימוש במדידה ישירה של בדידות הצביעה על הבדלים בין המגדרים: נשים נטו להגדיר את עצמן כבודדות בשכיחות גבוהה יותר מגברים.

באשר לקשר שבין גיל ובדידות נמצא בשני המדגמים כי הקבוצה המבוגרת יותר (75–85) הייתה גם הקבוצה הבודדה יותר. בארצות-הברית ההבדל נמצא מובהק. קשר חיובי בין גיל ובדידות, כלומר שעלייה בגיל מהווה גורם סיכון לבדידות, נמצא במחקר עדכני נוסף (Savikko et al., 2005). הסבר לקשר זה נעוץ בנסיבות חיים ייחודיות לגיל הזקנה: חוויית אובדנים חברתיים ורגשיים שכיחה יותר בגיל הזקנה כתוצאה מפטירת בן או בת זוג ושל חברים קרובים. בגיל הזקנה אנשים פורשים מעבודתם ועל כן מאבדים תפקיד מרכזי בחייהם ואת חברתם של עמיתים לעבודה. נוסף על כך, בתקופת החיים המאוחרת הבריאות הפיזית מתרופפת, וזה עלול להוביל להצטמצמות הרשת החברתית, אשר אחת מתוצאותיה היא תחושת בדידות (Pinquart & Sörensen, 2001). יחד עם זאת, בניית הרב-משתני לא נמצא קשר מובהק בין גיל ובדידות בשתי המדינות; ככל הנראה כיוון שהמצב המשפחתי נלקח בחשבון במשוואת הרגרסיה, וכך גם מצב הבריאות. כאשר תרומתם של שני גורמים אלו נבחנה במקביל, לא הייתה לגיל תרומה נוספת לניבוי בדידות.

מצבם הטוב יחסית של נשואים לעומת קבוצות לא נשואות (גרושים, אלמנים ורווקים) נמצא עקבי בשתי המדינות. באופן כללי, נשואים מדווחים על פחות תחושות של בדידות לעומת לא נשואים. ממצא זה נמצא בהלימה עם ממצאי מחקרים

עדכניים קודמים, שמצאו כי מצב משפחתי "נשוי" מהווה גורם מגן מפני בדידות (Cohen-Mansfield et al., 2009; Dykstra & de Jong Gierveld, 2004; Iecovich et al., 2002; Wenger & Burholt, 2004). לעומת זאת, חוויית בדידות שכיחה בקרב קבוצת האלמנים והאלמנות הן בישראל והן בארצות-הברית, מציבה אותה כקבוצת סיכון, ומדגישה את ההתאלמנות כחוויה ייחודית ובעלת השלכות מזיקות מבחינה רגשית (Dykstra & de Jong Gierveld, 2004).

בישראל נמצא הבדל מובהק ברמת הבדידות בין הקבוצה המאופיינת במשפחתיות ובמסורתיות רבה יותר, קבוצת דוברי הערבית, לעומת יהודים ותיקים. הסיכון לחוש בדידות היה גבוה במיוחד בקרב הקבוצה הערבית לעומת הקבוצה היהודית. ממצא זה אינו מתיישב עם החשיבה האינטואיטיבית, שלפיה בחברות מסורתיות, קולקטיביסטיות, המאופיינות במשפחתיות, היקף הבדידות יהיה מצומצם יותר. עם זאת, ממצא זה נמצא בעקיבות למחקרים שנעשו באירופה, ומצאו כי דווקא במדינות דרום אירופה, המתאפיינות במשפחתיות, מדווחים על בדידות רבה יותר לעומת מדינות צפון אירופה, המתאפיינות באינדיווידואליזם ובמגורים לבד (Dykstra, 2009). ההסבר שמציעה הספרות הוא שתופעת הבדידות אינה מנותקת מההקשר התרבותי. נטען כי בדידות אינה תופעה אישית בלבד, וכי המרכיב התרבותי הינו משמעותי ביותר. לדברי ג'ילהה: "המשמעות והציפיות הנקשרות לקשרים החברתיים, והדרך שבה בדידות נתפסת, נחווית ובאה לידי ביטוי, כרוכים באופן עמוק בסביבה התרבותית הנתונה, והם שונים בקרב תרבויות שונות" (Jylhä, 2004, p.159). דווקא בחברות מסורתיות הציפיות מהקשרים החברתיים גבוהות יותר, וכשאינן מתממשות מתעוררות תחושות של בדידות.

אחת המגבלות המרכזיות של המחקר הנוכחי הוא באופן מדידת תופעת הבדידות. כאמור, המחקר הנוכחי ערך ניתוח משני של שני סקרים אשר השתמשו בשאלה ישירה בודדת למדידת בדידות. כמובן שהדבר אינו אידיאלי במונחים של מהימנות, והיה עדיף למדוד בדידות באמצעות כלים הכוללים מספר היגדים הבוחנים היבטים שונים של התופעה, ללא שימוש ישיר במילה "בדידות". לאור זאת יש מקום שמחקרים עתידיים יבחנו את תופעת הבדידות בישראל באמצעות אימוץ כלים בעלי מספר היגדים המודדים בדידות גם באופן עקיף.

יחד עם זאת, יש להדגיש כי במסגרת המחקר הנוכחי שכיחותה של תופעת הבדידות והמנבאים לה נלמדו מתוך שימוש בנתוני סקרים עדכניים שנערכו ברמה לאומית, דבר שעונה על אחת הביקורות שמועלת תכופות בספרות, שרוב המחקר אודות תופעת הבדידות נשען על מחקרים שנעשו ברמה מקומית (Victor et al., 2000). ייחודו של המחקר הוא גם בעריכת השוואה בין-לאומית, הן בבחינת שכיחות התופעה והן בבדיקת מנבאים אפשריים שלה.

השלכות לפרקטיקה

ההיקף הלא מבוטל של תופעת הבדידות בישראל, והדיווחים בספרות על השלכות מזיקות של הבדידות במישורי חיים רבים וחשובים בתקופת הזקנה, מעלים את הצורך להפעיל התערבויות שיצמצמו ויקלו את ההתמודדות עמה. רוק (Rook, 1984) מנתה שלושה יעדים להתערבויות: לאפשר קשרים חברתיים, לקדם התמודדות ולמנוע מהבדידות להתרחש. התערבויות בשלושה מישורים הוצעו על מנת להשיג יעדים אלו: התערבויות במישור הפרט, במישור הקבוצה ובמישור הסביבה. דוגמה להתערבות במישור הראשון היא טיפול קוגניטיבי-התנהגותי, המתמקד בשיפור ההתנהגות של הפרט בסיטואציה חברתית נתונה. תוכנית שתכליתה הרחבת מעגל החברים (A friendship enrichment program), אשר פותחה והופעלה בהולנד (Stevens, 2001), היא דוגמה להתערבות מוצלחת ברמה הקבוצתית. קבוצות אפקטיביות נוספות תוארו אצל אנדרסון (Andersson, 1985) ואצל סטוארט, קרייג, מקפרסון ואלכסנדר (Stewart, Craig, MacPherson, & Alexander, 2001). הסרת מכשולים למגע חברתי ברמה הסביבתית יכולה אף היא לסייע במניעת בדידות. דוגמה אחת לכך היא תחבורה ציבורית ללא תשלום לאנשים מבוגרים, דבר שיקל על ניידותם (Rook, 1984). שילובן של התערבויות במישור הפרט, הקבוצה והסביבה הרחבה בסוכנויות לשירותים חברתיים יחזק קשרים חברתיים ויסייע בהתמודדות עם תחושת הבדידות המסבה סבל רב למתמודדים עמה.

מקורות

- ליטוין, ה. וספיר, א. (2008). מתודולוגיה: מבנה ותוכני סקר SHARE – ישראל. ביטחון סוציאלי, 76, 247–268.
- רונן, מ., צוקרמן-בראלי, ח. ולמל, ס. (1990). בדידות בקרב קשישים והמשתנים הקשורים בה. גרונטולוגיה, 48-47, 26–41.
- שויביץ-עזרא, ש. (2008). מרכזיותה של תחושת הבדידות בקשר שבין פעילות לרווחה אישית בתקופת החיים המאוחרת. גרונטולוגיה, לה (2), 87–109.
- Andersson, L. (1985). Interventions against loneliness in a group of elderly women: An impact evaluation. *Social Science and Medicine*, 20, 355–364.
- Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: A review of the literature. *Aging & Mental Health*, 3, 264–274.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366–380.

- Borys, S., & Perlman, D. (1985). Gender differences in loneliness. *Personality and Social Psychology Bulletin, 11*, 63–74.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Berntson, G. G., & Ernst, J. M. (2002). Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science, 13*, 384–387.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Berntson, G. G. (2003). The anatomy of loneliness. *Current Directions in Psychological Science, 12*(3), 71–74.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., Malarkey, W. B., Van Cauter, E., & Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine, 64*, 407–417.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging, 21*, 140–151.
- Cohen-Mansfield, J., & Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons: A theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics, 19*, 279–294.
- Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D., & Goldberg, S. (2009). Loneliness in old age: Longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *International Psychogeriatrics, 21*, 1160–1170.
- De Jong-Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: Concept and definitions, determinants and consequences. *Review in Clinical Gerontology, 8*, 73–80.
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: Myths and realities. *European Journal of Ageing, 6*, 91–100.
- Dykstra, P. A., de Jong-Gierveld, J. (2004). Gender and marital history differences in emotional and social loneliness among Dutch older adults. *Canadian Journal on Aging, 23*, 141–155.
- Hawkley, L. C., Burleson, M. H., Berntson, G. G., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 105–120.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior, and Immunity, 17*, S98–S105.
- Hawkley, L. C., Masi, C. M., Berry, J. D., & Cacioppo, J. T. (2006). Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychology and Aging, 21*, 152–164.
- Holmen, K., Ericsson, K., Andersson, L., & Winblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: A population study. *Journal of Advanced Nursing, 17*, 43–51.
- Iecovich, E., Barasch, M., Mirsky, J., Kaufman, R., Avgar, A., & Kol-Fogelson, A. (2002). Social support networks and loneliness among elderly Jews in Russia and Ukraine. *Journal of Marriage and Family, 66*, 306–317.
- Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: Cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere longitudinal study on aging. *Canadian Journal on Aging, 23*, 157–168.
- Lawton, M. P., Brody, E. M., & Saperstein, A. R. (1989). A controlled study of respite service for caregivers of Alzheimer's patients. *The Gerontologist, 29*, 8–16.

- Lee, G. R., & Ishii-Kuntz, M. (1987). Social interaction, loneliness, and emotional well-being among the elderly. *Research on Aging, 9*, 459–482.
- Lyons, R. A., Wareham, K., Lucas M., Price D., Williams, J., & Hutchings, H. A. (1999). SF-36 scores vary by method of administration: Implications for study design. *Journal of Public Health Medicine, 21*, 41–45.
- Marangoni, C., & Ickes, W. (1989). Loneliness: A theoretical review with implications for measurement. *Journal of Social and Personal Relationships, 6*, 93–128.
- O’Muircheartaigh, C., Eckman, S., & Smith, S. (2009). Statistical design and estimation for the National Social Life, Health and Aging Project. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 64*(S1), 12–19.
- Penninx, B. W., Van Tilburg, T., Kriegsman, D. M., Deeg, D. J., Boeke, A. J., & Van Eijk, J. T. (1997). Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: The longitudinal aging study Amsterdam. *American Journal of Epidemiology, 146*, 510–519.
- Peplau, L. A., Miceli, M., & Morasch, B. (1982). Loneliness and self-evaluation. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 135–151). New York: Wiley-Interscience.
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1–18). New York: Wiley-Interscience.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1982). Theoretical approaches to loneliness. In L.A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 123–134). New York: Wiley Interscience.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology, 23*, 245–266.
- Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. A., & Thomas, A. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age: The Gospel Oaks Project VI. *Psychological Medicine, 27*, 323–332.
- Ponizovsky, A. M., & Ritsner, M. S. (2004). Patterns of loneliness in an immigrant population. *Comprehensive Psychiatry, 45*, 408–414.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385–401.
- Rook, K. S. (1984). Interventions for loneliness: A review and analysis. In L. A. Peplau & S. E. Goldstone (Eds.), *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness* (pp. 47–80). Washington, DC: National Institute of Mental Health (NIMH), Washington Government printing office.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 41*, 223–233.
- Sorkin, D., Rook, K. S., & Lu, J. L. (2002). Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and the likelihood of having a heart condition in an elderly sample. *Annual Behavioral Medicine, 24*, 290–298.
- Smith, S., Jaszczak, A., Graber, J., Lundeen, K., Leitsch, S., Wargo, E., O’Muircheartaigh,

- C. (2009). Instrument development, study design implementation, and survey conduct for the national social life, health and aging project. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64(S1), 20–29.
- Stepoe, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, S. R., & Brydon, L. (2004). Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 593–611.
- Stessman, J., Ginsberg, G., Klein, M., Hammerman-Rozenberg, R., Friedman, R., & Cohen, A. (1996). Determinants of loneliness in Jerusalem's 70-year-old population. *Israel Journal of Medical Sciences*, 32, 639–648.
- Stevens, N. (2001). Combating loneliness: A friendship enrichment programme for older women. *Ageing and Society*, 21, 183–202.
- Stewart, M., Craig, D., MacPherson, K., & Alexander, S. (2001). Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention. *Public Health Nursing*, 18, 54–63.
- Stravynski, A., & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A population-wide study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 32–40.
- Suzman, R. M., Willis, D. P., & Manton, K. G. (Eds.) (1992). *The oldest old*. New York: Oxford University Press.
- Theeke, L.A. (2007). *Sociodemographic and health-related risks for loneliness and outcome differences by loneliness status in a sample of older U.S. adults*. Unpublished doctoral dissertation, Morgantown, West Virginia University.
- Tomaka, J., Thompson, S., & Palacios, R. (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging and Health*, 18, 359–384.
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407–417.
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A., & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, 25, 357–375.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Weiss, R. S. (1982). Issues in the study of loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 71–80). New York: Wiley-Interscience.
- Weiss, R. S. (1987). Reflections on the present state of loneliness research. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2, 1–16.
- Wenger, G. C., & Burholt, V. (2004). Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: A twenty-year longitudinal study. *Canadian Journal on Aging*, 23, 115–127.