

# פגיעה בקשישים על-ידי בני משפחה מטפלים שכיחות התופעה בארץ, טיפולוגיה של הקרבן ושל בן המשפחה המתעלל ואטיולוגיה של ההתעללות

אריאלה לבנשטיין ופנינה רון

במחקר חלף זה, שנערך בחיפה רבתי, נבדקה תופעת ההתעללות בקשישים מצד בני משפחותיהם המטפלים בהם. מטרת המחקר היו: א. בדיקת היקף התופעה; ב. זיהוי סוגי ההתעללות השכיחים; ג. ניסיון לבנות פרופיל מאפיין לקשיש הקרבן ולקרוב משפחתו המטפל בו. במסגרת המחקר רואיינו שבעים אנשי מקצוע, המטפלים בקשישים בקהילה. הם דיווחו על 280 קשישים קרבנות התעללות.

גורמי הסיכון שנמצאו אצל הקשישים היו בעיקר: היעדר יכולת הגנה עצמית, תלות באחזקת הבית, בידדות חברתית ומגורים משותפים. גורמי הסיכון העיקריים העלולים להפוך בן משפחה למתעלל היו: מגורים משותפים, בעיות התנהגותיות, תלות כלכלית בקשיש ובעיות נפשיות. סוגי ההתעללות השכיחים שנמצאו: הזנחה בטיפול, התעללות נפשית-מנטלית והתעללות פיזית. קבוצת המתעללים הגדולה מכולם היתה בני זוגם של הקשישים, ובמקום השני נמצאו צאצאיהם.

---

מבוא

---

הדאגה לרווחת הקשישים ולטיפול בהם בתוך המשפחה וההכרה כי קיימת אפשרות שיהפכו קרבנות להתעללות מצד בני משפחותיהם, זכו להתייחסות כבעיה חברתית רק בשנות השמונים והתשעים. זאת, לאחר התחזקות ההכרה ומודעות הציבור לאלימות כלפי ילדים בשנות השישים ולאלימות כלפי נשים בשנות השבעים (כרם, 1995; Weiner, 1991).

גופים ציבוריים ופרטיים, שקמו במטרה לקדם את זכויותיהם ואת רווחתם של

הקשישים, ושלווה חוקים, שנחקקו בארץ בסמיכות זמנים, עוררו את תשומת הלב הציבורית לתופעות ההזנחה של קשישים וההתעללות בהם. החוק הראשון – חוק ביטוח סיעוד, המתייחס לקשישים המתגוררים בקהילה, קובע כי חובתה של המדינה לדאוג לרווחתם ולאיכות חייהם של קשישים מוגבלים בפעילות היום-יום (ADL). השירותים הניתנים בחוק מכוונים להשלים את הטיפול ואת הסיוע שמגישים לקשישים בני משפחותיהם. החוק השני – חוק העונשין (תיקון 26, 1989) המתייחס לחסרי ישע ובתוכם קשישים שאינם מסוגלים לדאוג לצורכיהם, והחוק השלישי – החוק למניעת אלימות במשפחה. חוקים אלו היו נחוצים לאור העלייה בתוחלת החיים והגידול במספר הקשישים בני שבעים וחמש ומעלה שמפאת גילם ובעיותיהם הרפואיות-בריאותיות, תלויים במטפלים פורמליים ולא פורמליים (שץ וקוזקוב, 1994; Berman, 1987; Brody, 1990). מספר הקשישים בני שבעים וחמש ומעלה מגיע כיום לכ-40 אחוזים מכלל הקשישים, ומספרם מתקרב ל-211,000 איש (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1996) (קשיש – מי שהגיע לגיל 65).

הטיפול בזקן מטיל על בן המשפחה, בנוסף לשגרת חייו (חיי המשפחה, חיי עבודה, לחצים רגשיים ונטל כלכלי), דרישות רבות העלולות לגרום לשחיקה. שחיקה כזו עלולה להתבטא בהתנהגות לא נאותה כלפי הקשיש, שתנוע על רצף שבין הימנעות מטיפול בזקן ועד לגילויים של אלימות כלפיו (Declamer & Glendenning, 1993). בשנת 1989 נערך במכון ברוקרייל כנס בנושא לחץ, קונפליקט והתעללות בקשישים (Wolf & Bergman, 1989), והוצגו בו ממצאים מארצות שונות, ככללם התייחסות לאיכות החיים ולטיפול לא הולם במוסדות לקשישים בישראל (Fleishman & Ronen, 1989).

במקביל למחקר המדווח כאן, נערך מחקר בנושא ההתעללות בקשישים במגזר הערבי (זועבי, 1994). אולם עדיין לא נערך בארץ מחקר על ההיקף הארצי של התופעה, ואין מידע עדכני על מספר הקשישים הנפגעים, מאפייניהם ומאפייני בני משפחותיהם המתעללים. בין הסיבות להיעדר מחקרים בתחום זה במדינת ישראל ניתן למנות את הקשיים שבאיתור תופעת ההתעללות בקשישים המתרחשת בתוך המשפחה, היעדר מודעות של גורמי טיפול ואנשי המקצועות הטיפוליים, מיעוט תלונות רשמיות של הקרבנות וכיו"ב. מחקרים שונים, שנעשו בעולם המערבי (ארצות-הברית, קנדה, אנגליה ועוד), מצביעים על שכיחות התופעה. שלושה עד ארבעה אחוזים מהקשישים סבלו מסוג אחד של התעללות, ועשרה אחוזים סבלו מכמה סוגי התעללות (Gelles & Cornnell, 1990; Pillemer & Finkelhor, 1988). כך לדוגמה, פאןזה ועמיתיו (Paveza, Cohen & Eisdorfer, 1992) בדקו בשיקגו אלימות פיזית בקרב 184 משפחות של חולי אלצהיימר שבני משפחותיהם (בני/בנות זוג או בנים/בנות) מטפלים בהם. נמצא, כי חולי אלצהיימר נמצאים בסיכון גבוה פי 2.25 מקשישים אחרים להתעללות מסוג זה. טטרה (Tatara, 1993) מציינת, כי

שכיחות ההתעללות בקשישים במשפחה, כפי שהעריכו חוקרים, נעה בין אחוז לעשרה אחוזים. שיעורים דומים של התעללות נמצאו גם במחקר קנדי (Poednicks, 1992). עד כה לא נבדקה תופעה זו בישראל.

במאמר זה יוצגו נתונים ממחקר גישוש שנועד לבדוק את היקף ההתעללות בקשישים על-ידי משפחותיהם והתבצע בחיפה רבתי.

---

## סקירת ספרות

---

### שכיחות ההתעללות לסוגיה השונים

המושג התנהגות תוקפנית כולל בתוכו מגוון התנהגויות אלימות הפוגעות באיכות חייו של הזקן. המושג התעללות מורכב, והוא כולל התנהגויות אלימות, כמו אלימות מילולית, פיסית ומנטלית-רגשית (Tatara, Peretti & Majecen, 1991; Penhale, 1993). בספרות המקצועית מוצגים כמה תחומי התעללות:

א. התעללות פיסית. התנהגות זו, הנתפסת כמרכיב העיקרי של ההתעללות, כוללת גרימת כאב, פציעה או שימוש בכוח. בעקבות ההתעללות הפיסית נגרם לגוף נזק שיכול לנוע משריטה ועד מוות (Prescott, 1989; Pillemer & Finkelhor, 1988; Peretti & Majecen, 1991).

ב. התעללות נפשית. פגיעה ברגשות הזקן, התעלמות מבקשותיו ובידודו הפיסי (Johnson, 1986). בהתעללות הנפשית נכללית גם מרכיבים, כמו: היעדר תשומת לב, חוסר מגע פיסי, היעדר חיבה, הזנחה, העלבה והשפלה, צעקות ואיומים (Peretti & Majecen, 1991).

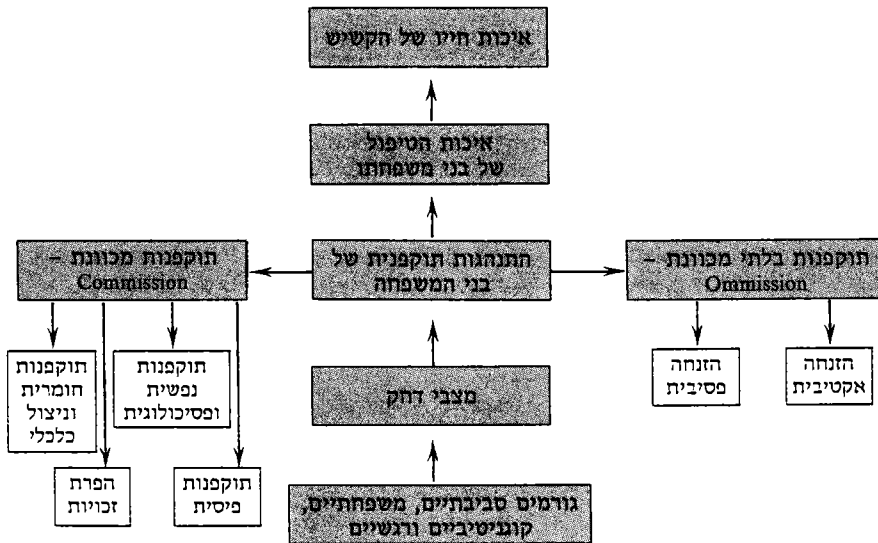
ג. הזנחה בטיפול. דפוס התעללות זה נחלק לשניים: הזנחה פסיכית, המוגדרת ככישלון של המטפל לספק לקשיש צורכי חיים בסיסיים, כגון מזון, ביגוד, מחסה וטיפול רפואי (Sengstock & Hwalek, 1987; Hudson, 1989). הזנחה אקטיבית שבה נכללות התנהגויות, כגון התעלמות עד כדי בידוד פיסי, השארת הקשיש בגפו ואי-מילוי מחויבות טיפולית כלפי הזקן (Johnson, 1986).

ד. ניצול כלכלי. גניבה או לקיחת רכושו (כסף, נדל"ן או כל רכוש אישי אחר) של הקשיש, ושימוש בו באופן בלתי ראוי. כמו כן, ייצוג בלתי הולם בענייני כספים, יצירת תלות וניצול פיננסי (Hall, 1989).

ה. הפרת זכויות. הכחשה ומניעת זכותו של הקשיש לבחור את סגנון חייו בנושאי מגורים ופעילויות יום-יום, כפייה על הקשיש לעזוב את ביתו, לעבור למוסד או הגבלת תנועתו (Newborn, 1987; Hall, 1989).

אין ספק כי לתופעת ההתעללות על סוגיה ואופני ביטוייה השונים יש השפעה על איכות חייו של הקשיש במערכות השונות שהוא חבר בהן: המערכת הזוגית, המשפחתית והאישית. הדינמיקה של איכות הטיפול הניתן לקשיש על-ידי בני משפחתו מושפעת מביטויי תוקפנות שונים ומשפיעה על איכות חייו של הקשיש כמתואר בתרשים 1.

תרשים 1: סוגי ההתעללות והשפעתם על איכות חייו של הקשיש



תרשים זה מתבסס על ההגדרות השונות לתופעת ההתעללות, והוא מתאר באופן תהליכי את הגורמים המשפיעים על התנהגות התוקפנית של בן המשפחה המתעלל בקשיש מוגבל ותלתי ופוגם באיכות חייו ובשלמותו הנפשית והפיסית.

לפי גלס וקורנל (Gelles & Cornell, 1990), פאָזָה, כהן ואיסדורפר (Paveza, Cohen & Eisdorfer, 1992) וטטרה (Tatara, 1993), התנהגותו של בן משפחה המתעלל בקשיש מושפעת מארבעה גורמים מכניים: הראשון, גורמים סביבתיים, כגון צורת מגורים או מצב תעסוקתי. השני, גורמים קוגניטיביים, כגון הפרעות חשיבה ואופן תפישת האירועים על-ידי בן המשפחה המתעלל. השלישי, גורמים משפחתיים, כגון היסטוריה של יחסי אלימות במשפחה ויחסי הורים-ילדים בוגרים. הרביעי, גורמים רגשיים, כגון שחיקה נפשית כתוצאה מנטל הטיפול בבן-הזוג או בהורה הזקן, דה-פרסונליזציה של הזקן ועוד.

לגורמים מבניים אלו נוספים גורמים מצביים שונים, המוגדרים בספרות המקצועית כמצבי לחץ ודחק: העיתוי שבו נכנס בן המשפחה המתעלל לתפקיד המסייע לקשיש, או מצבי חיים שונים שבהן הוא מצוי (פרישה לגימלאות, גיל מעבר של נשים וכיו"ב). השילוב בין הגורמים המבניים לגורמים המצביים עלול לעורר התנהגות תוקפנית של המטפל.

בהגדרת התוקפנות נכללים סוגים שונים של תוקפנות, בחלקם מכוונים ובחלקם לא. התוקפנות המכוונת נעה מפגיעה קלה ביותר בגופו, בכספו, בזכויותיו ובנפשו של הקשיש ועד פגיעות חמורות ביותר. תוקפנות בלתי מכוונת כוללת, למעשה, אי-מילוי מחויבות טיפולית כלפי הזקן ללא רצון לגרום נזק, אך היא משפיעה גם על איכות חייו של הקשיש (Johnson, 1986; Wolf, Strugnell & Godkin, 1982).

### האטיולוגיה של תופעת ההתעללות

מחקרים שונים מנסים להסביר את האטיולוגיה ההופכת קשיש לקרבן של בן משפחתו, המטפל בו ומתעמר בו, ואת משמעות האטיולוגיה בקבוצות שונות. כך, לדוגמה, מחקרים מצביעים, כי נשים קשישות חשופות יותר להתעללות של בני משפחותיהן מאשר גברים קשישים (Giordano & Giordano, 1984; Kosberg, 1988; Penhale, 1993).

בידוד חברתי משפיעה על הקשיש הקרבן. הוא הופך פגיע יותר בשל היעדר פיקוח של שכנים, חברים, ואף ספקי השירותים השונים בקהילה (Bookin & Dunkle, 1985; Kosberg, 1988). לפעמים יש לקרבן רגשות אשם ותחושת נאמנות לבן המשפחה המטפל בו, בשל הנטייה לאשמה עצמית להתעללות שלוקח על עצמו הקרבן (Kosberg, 1988; Quinn & Tomita, 1986).

חוקרים אחרים מציעים להדגיש יותר מאפיינים של בן המשפחה המתעלל או לפחות את קשרי הגומלין שבין מאפייניו למאפייני הזקן. טיילור ואנסלו (Tayler & Ansello, 1985) טוענים, כי בן משפחה המפגין תוקפנות כלפי קשיש יטפל בזקן שנים ארוכות (בממוצע 5–9 שנים) באופן מסור ויסודי (Shell, 1982). סוג הקרבה לקרבן נמצאה משמעותית. הנתונים מצביעים על כך ש-40 אחוזים מהמתעללים הם בני-זוגם של הקשישים, 50 אחוזים הם צאצאים הסובלים מבעיות זוגיות, ממעברי חיים, מחוסר במנגנוני התמודדות אישיים ומבעיות אלכוהול או סמים (Mildenberg & Wessman, 1982; Wolf, Strugnell & Godkin, 1986).

פילמר ומור (Pillemer & Moore, 1989) מצביעים על תסכולים, שמקורם בשעות טיפול ארוכות לא מתגמלות וחסרות יוקרה. חוקרים אחרים מציעים כהסבר לתופעת התוקפנות את נושא הקונפליקטים הבלתי פתורים בין בן המשפחה המטפל לבין הזקן המטופל (Stevenson, 1989; Hudson, 1989).

מהנתונים המחקריים ניסינו לבנות טיפולוגיה, הממיינת את הגורמים העשויים להפוך בן משפחה מטפל למתעלל:

- חוסר ידע וניסיון של בן משפחה, שאינו מכיר את צורכי הזקן או אינו מנוסה בטיפול, עלול להוביל להזנחה או למתן טיפול לקוי (Overman, 1991).
- אופי ביקורתי ונוקשה (Sengstock & Hwalek, 1987) בשילוב עם ציפיות לא ריאליות לשיפור מצבו של בן המשפחה הזקן (Kosberg, 1988), הם פוטנציאל להתעמרות.
- רגשות אשם ובושה המניעים צאצאים לטפל בהורה זקן ותלתי עלולים לגרום לרגשות כעס, שתוצאותיו הקיצוניות ביותר הם פגיעה בזקן (Brody, 1990).
- תלות חומרית-כלכלית של בן המשפחה בזקן. לדוגמה, צאצאים המתגוררים בביתו של הזקן וסמוכים על שולחנו, או צאצאים שאינם מועסקים ומקבלים ממנו קצבה כלשהי או תלויים בכספי ירושות וצוואות. התלות הכלכלית הופכת את בן המשפחה למתעלל פוטנציאלי בזקן (Ross, 1991).
- היסטוריה של אלימות משפחתית, דרך חיים של התעללות בבני משפחה כולל התעללות של ההורה כלפי צאצאיו עלולים לגרום לאלימות כלפי קשיש (Giordano & Giordano, 1984).

מסקירת הספרות התאורטית והמחקרית עולה כי בחקר תופעת ההתעללות בקשישים בכלל ובמדינת ישראל בפרט קיימים כמה קשיים. הקשיים כוללים בעיות באיתור התופעה ובזיהוי היקפה, בעייתיות בהגדרת המושג תוקפנות על סוגיה השונים, העוצמות השונות של התופעה, זיהוי הקשישים שבסיכון, זיהוי בני המשפחה המועדים להפוך למתעללים ועוד.

ההתייחסות לתופעה מעוררת כמה שאלות, ביניהן:

- מהי שכיחות התופעה בישראל?
- איזו התעללות (הזנחה, אלימות פיזית, אלימות מילולית ועוד) היא השכיחה ביותר?
- האם קיימים מאפיינים או תכונות המשמשים גורמי סיכון עבור הקשיש?
- האם קיימים מאפיינים או תכונות העלולים לגרום לבן משפחה להתעלל בזקן שהוא מטפל בו?

המחקר שהוא מחקר חלרן בישראל, נועד להשיג את המטרות האלה:

1. זיהוי האוכלוסייה הנתונה בסכנת התעללות מצד בני משפחתם המטפלים בהם ובדיקת היקף התופעה.
2. איתור תופעות התעללות שכיחות וביטוייהן.
3. ניסיון לבניית פרופיל מאפיין לקשיש הקרבן ולקרוב המשפחה המתעלל בו.

## שיטת המחקר

### אוכלוסייה

אוכלוסיית המחקר כללה אנשי מקצוע (רופאים, עובדים סוציאליים ואחיות) המטפלים בזקן בקהילה. ההחלטה לפנות אליהם נבעה מהסיבות האלה:

- א. אנשי מקצוע הם המקור הראשון למידע על אלימות כלפי קשישים מצד בני משפחותיהם. התרשמותם ממקרי התעללות בקשישים או ידיעתם על מקרים כאלה עשויות לשמש בסיס ראשוני לאומדן היקף התופעה על סוגיה השונים.
- ב. הפנייה לאנשי המקצוע לדווח על מקרי התעללות בקשישים מעלה אצלם את המודעות והעירנות לנושא.
- ג. העלאת המודעות היא שלב בתהליך שיתוף הפעולה בין אנשי המקצוע המאתרים את התופעה לבין אנשי המקצוע המטפלים בה. לשיתוף פעולה מקצועי זה חשיבות רבה לרווחת הקשישים הסובלים מהתעללות.

בשלב הראשון של המחקר פנינו לשלוש קבוצות של אנשי מקצוע המטפלים בזקנים בקהילה באזור חיפה רבתי: עובדים סוציאליים המטפלים בזקנים בחמש הלשכות של האגף לשירותי רווחה בחיפה; רופאים ואחיות במדגם של מרפאות קופת-חולים כללית המטפלות בריכוז גבוה של קשישים; אחיות, רופאים ועובדים סוציאליים בשלושה בתי-חולים כלליים בחיפה, העובדים במחלקות שבהן יש ריכוז של קשישים (מחלקות פנימיות, אורטופדיות, עיניים, כירורגיה וכו') ובבית החולים הגריאטרי ע"ש פלימן.

עם כל קבוצת עובדים נערכו לפחות שני מפגשים. במהלכם הוצגו נושא המחקר, מטרתו וחשיבותו, הוגדרו סוגי ההתעללות השונים והשפעתם על הקרבות והוסברו כלי המחקר. במפגשים ניתנה סקירה תאורטית ומחקרית על תופעת ההתעללות בקשישים בעולם המערבי, הוצגו נתונים על היקף התופעה, אופני ההתעללות השכיחים והגורמים המשפיעים על ביטוי אלימות והתעללות של בני משפחה המטפלים בקרוביהם, ונערך רב-שיח על הקשיים באיתור וזיהוי אוכלוסייה פגועה או אוכלוסייה הנמצאת בסיכון. העובדים נתבקשו לשתף פעולה באיתור פגיעות שנגרמו על-ידי בני המשפחה של הקשישים.

מבין שלוש הקבוצות הללו נבחרה אוכלוסיית הנבדקים שכללה אנשי מקצוע שטיפלו בזקנים לפחות שנתיים ונתקלו במקרי התעללות. קרוב למחצית מהנבדקים (כ-40%) היו עובדים סוציאליים מלשכות הרווחה, מבתי-חולים וממרכזי יום. כשנים-עשר אחוזים היו רופאים, והשאר — אחיות ממרפאות בקהילה, מבתי-חולים כלליים

ומבית-החולים הגריאטרי-שיקומי. עובדים אלו התבקשו לדווח על קשישים שהיו בטיפולם והיו קרבנות להתעללות מצד בני משפחתם בשנה שקדמה למחקר.

### כלי המחקר

הנתונים נאספו בראיונות אישיים. כלי המחקר כלל כמה חלקים: הראשון היה שאלון פרטים אישיים ומקצועיים של הנבדקים: ותק במקצוע, משך זמן העבודה עם קשישים, מין העובד, גילו, הסוכנות שהוא מועסק בה וכיו"ב. העובדים נשאלו גם על הידע שיש להם על תופעת ההתעללות בכלל, ועל תופעת ההתעללות של בני משפחה בקשישים בפרט, אם הם עברו השתלמויות כלשהן בתחום, ואם הם מעוניינים להרחיב את הידע שלהם בנושא.

השני היה שאלון פרטים סוציו-דמוגרפיים ופרטים על מצבו הבריאותי והתפקודי של הקשיש שזוהה על-ידי העובדים כקרבן להתעללות מצד בני משפחתו. מאחר שהשאלונים מולאו על-ידי אנשי מקצוע שנמצאו בקשר טיפולי מתמשך עם הקשישים, הרי שהפרטים שנמסרו היו שיקוף המתרחש במציאות.

השלישי היה שאלון שהתבסס על הכלי שבנו הואלק וסנגסטוק (Hwalek & Sengstock, 1986), ובדק את תחומי ההתעללות השונים בקשישים. השאלון כלל:

1. דיווח על תופעות התעללות ותוצאותיהן בתחומים האלה:
  - התעללות פיזית, כגון הכאה באמצעות חפץ, דחיפות או בעיטות. תוצאותיה של התעללות כזו הם פצעים או חבורות.
  - התעללות נפשית-רגשית, כגון נעילת הקשיש ובידודו או איזמים. תוצאות התעללות זו מתבטאים באפטיה, בלחץ או בהפרעות שינה.
  - הזנחה בטיפול - השגחה או טיפול אישי לא מספק, או אי-מתן תרופות הדרושות לתפקוד. תוצאות ההזנחה - הקשיש מדיף ריח שתן וצואה או טובל מתת-תזונה.
  - ניצול כספי - ניצול לרעה של הכנסה, או ניהול כחב של הכנסות.

בחלק זה נתבקשו המרואיינים לדרג את התופעה בכל אחת מהקטגוריות על סולם בן 3 דרגות: 1 = לא קיימת התעללות; 2 = יש חשד להתעללות; 3 = קיימת התעללות.

2. דיווח על גורמי סיכון שונים אצל הקשיש ואצל בן המשפחה המתעלל, כגון מגורים משותפים, התמכרות לאלכוהול או לסמים, הפרעות התנהגות, תלות כלכלית, תלות בטיפול אישי ועוד. גם כאן נתבקשו המרואיינים לדרג את תשובותיהם על סולם בן 3 דרגות: 1 = התופעה אינה קיימת; 2 = יש חשד לקיום התופעה; 3 = התופעה קיימת.



**ניתוח הנתונים**

הנתונים יציגו שכיחויות, בניית סולמות ומתאמים לבדיקת קשרים בין משתנים סוציו-דמוגרפיים ותפקודיים לבין תופעות ההתעללות. ניתוח הנתונים נעשה לגבי אותם פריטים שדורגו בדרגה 3.

**ממצאים**

**היקף התופעה וביטויה**

העובדים המקצועיים דיווחו על קשישים שהיו קרובות התעללות מצד בני משפחתם. הדיווח הגיע לעובדים מהקשישים עצמם או התגלה במהלך הטיפול בהם ובמשפחתם. לוח 1 מציג את מאפייני אוכלוסיית הקשישים-הקרובות כפי שעולים מדיווחי העובדים.

לוח 1: מאפיינים דמוגרפיים של הקשישים-הקרובות (באחוזים)  
(N=280)

מאפיין	%
<b>מצב תפקודי (A.D.L.)</b>	
עצמאי	27.0
תשוש	40.5
סיעודי	10.8
תשוש נפש	8.1
שילוב של סיעודי וחשוש נפש	13.6
<b>צורת מגורים</b>	
לבד	24.3
עם בן/בת הזוג	27.0
עם הילדים	16.2
עם בני משפחה אחרים	13.6
שילוב של כמה אפשרויות	17.9

מאפיין	%
<b>מין</b>	
זכר	4.9
נקבה	95.1
<b>גיל הקרבן</b>	
60-65 שנים	21.7
66-74 שנים	32.4
75-80 שנים	24.3
81 שנים ומעלה	21.6
<b>מצב משפחתי</b>	
נשוי/אה, חי עם בן/בת זוג	29.7
אלמן/נה	56.8
גרוש/ה	8.1
רווק/ה	5.4

מלוח 1 עולה כי נשים (95.1%) היו חשופות להתעללות יותר מגברים, וקבוצת הגיל שבסיכון היתה בני 75 ומעלה (46%). מבין המצבים המשפחתיים האפשריים אלמנות התגלתה כגורם סיכון (45.8%), ומתוך מצבי התפקוד השונים נמצאו התשושים בסיכון גבוה (40.5%). קשישים המתגוררים עם בני/בנות זוגם נמצאים אף הם בסיכון (27%), כמו קשישים המתגוררים במשקי בית משותפים עם הילדים או עם בני משפחה אחרים.

חשוב לציין כי הדיווחים במחקר זה אינם משקפים את מצבם של כלל הקשישים בחיפה, מכיוון שמראש נבחרה רק אוכלוסייה המוכרת לשירותי הרווחה והבריאות, כלומר, אוכלוסייה במצוקה כלשהי ולא דווקא האוכלוסייה הכללית (שהיא הרוב), שאינה מוכרת בשירותי הרווחה או בשירותי הבריאות. כמו כן אוכלוסייה זו אינה בהכרח אוכלוסיית קרבנות התעללות. במרבית המקרים פניותיהם לשירותי הרווחה והבריאות לא היו על רקע התעללות.

על בסיס הערכות העובדים ובהתייחס להסתייגויות שצוינו ניתן לעשות הערכה מסוימת של אוכלוסיית הזקנים בחיפה, המוכרת לשירותי הבריאות והרווחה וקיים לגביה סיכון להתעללות מצד בני המשפחה.

כחצי אחוז מכלל הקשישים בחיפה, המונים כ-55,000 איש, זוהו כקרבנות עליידי השירותים החברתיים בעיר. יש מקום להניח, הן על סמך הספרות המחקרית שנסקרה והן על סמך הדיווחים ממחקר זה ועקב מגבלות המחקר שיידונו להלן, כי המספרים גבוהים בהרבה. יש לציין כי בהצגת הנתונים לא היתה התייחסות לדיווחים על חשד להתעללות. דיווחים על חשדות היו מכפילים את מספר הקרבנות.

בנוסף לבדיקת היקף התופעה, אחת ממטרות המחקר היתה לבדוק מהם אופני ההתעללות השכיחים. אופני ההתעללות מחולקים לארבעה תחומים: התעללות פיזית, התעללות נפשית-רגשית, הזנחה בטיפול וניצול כספי.

סוגי ההתעללות, תוצאותיה והיקפה מוצגים בלוח 2. הלוח הוכן בהתאם לדיווחי העובדים שנעשו על-פי הכלי של הוואלק וסנגסטוק (Hwalek & Sengstock, 1986).

כפי שעולה מלוח 2, אופני ההתעללות השכיחים ביותר היו הזנחה בטיפול (השגחה לא מספקת — 48.3%, טיפול אישי לא מספק — 42.6%, קשיש הסובל מלכלוך ומפרעושים — 40.4%, קשיש המדיף ריח צואה ושתן — 32.2%) והתעללות נפשית-רגשית (הפעלת לחץ — 55%, עלבונות וצעקות — 33.9%, נעילה ובידוד — 34.4%). בתחום הפיסי בלטו ניסיונות הפגיעה — 25.4%, דחיפות — 25%. מצורות שונות של ניצול כספי סבלו בין 15% ל-17.2% מהקשישים.

הזנחתו של הקשיש משפיעה בהכרח על מצבו הרגשי והנפשי. מן המחקר עלה כי 35.6 אחוזים מהקרבנות פנו לעזרה.

פגיעה בקשישים על-ידי בני משפחה מטפלים

לוח 2: סוגי ההתעללות, תוצאותיה והיקפה\* (באחוזים)

N=280

סוג ההתעללות**	%	תוצאות ההתעללות	%
<b>התעללות פיזית</b>			
ניסיונות פגיעה פיזיים	25.4	פצעים וחתכים	13.3
דחיפות	25.4	חבורות	10.2
הכאה ובעיטות	23.7		
<b>התעללות נפשית-רגשית</b>			
נעילה ובידוד	34.4	לחץ	55.9
עלבונות וצעקות	33.9	אפתיה	36.5
איומים	30.5	שינויים בהרגלי אכילה	30.5
		הפרעות שינה	29.8
		פחד מעונשים	27.1
<b>הזנחה בטיפול</b>			
השגחה לא מספקת	48.3	לכלוך ופרעושים	40.4
טיפול אישי לא מספק	42.6	מדיף ריח צואה ושתן	32.2
מניעת מזון	25.4	לבוש לא הולם	30.4
מניעת תרופות	10.9	תת תזונה	22.4
		פצעי לחץ	20.7
<b>ניצול כספי</b>			
ניצול לרעה של הכנסות	17.2		
גיהול כחב של הכנסות	15.3		
סחיטת כספים בתמורה לטיפול	15.0		

\* קשיש יכול להיות קרובן ליותר מסוג התעללות אחד. לכן האחוזים אינם מסתכמים ל-100 אחוזים.  
 \*\* בהצגת הקטגוריות מופיעות רק תופעות התעללות שהופיעו בשכיחות של 10 אחוזים לפחות. הרישומים הם לגבי תוצאות אפשריות של ביטויי ההתעללות השונים.

בלוח 3 מוצגים גורמי הסיכון העיקריים להזנחה ולהתעללות, כפי שהצטיירו מדווחי העובדים.

הממצאים בלוח 3 מצביעים על כך שתלות תפקודית, חוסר יכולת של הקשיש להגן על עצמו, בדידות חברתית ומגורים במשקי בית משותפים הם גורמי הסיכון המרכזיים.

מיהו המתעלל? במחקר נמצא כי 32 אחוזים מהמתעללים הם בני זוגם של

**לוח 3: גורמי סיכון עיקריים להזנחה ולהתעללות בקשישים\*  
(באחוזים)**

גורמי הסיכון**	%
הקשיש אינו מסוגל להגן על עצמו	66.7
הקשיש תלתי כאחזקת הבית	65.5
הקשיש מצוי בבדידות חברתית	57.6
הקשיש תלתי בטיפול אישי	55.7
הקשיש אינו מסוגל לטפל בעצמו	54.8
מגורים משותפים עם המטפל	43.1
הקשיש מבלבל וחסר אוריינטציה	33.9

\* אצל קשיש יכולים להופיע גורמי סיכון אחדים, ולכן האחוזים אינם מסתכמים ל-100 אחוזים.  
\*\* בגורמי הסיכון נכללו גורמים ששכיחותם עלתה על 33.3 אחוזים.

הקשישים, ו-24 אחוזים — צאצאיהם. 11 אחוזים — הנכדים, והשאר בני משפחה אחרים. בלוח 4 מוצגים הגורמים העיקריים העלולים להפוך בן משפחה למתעלל, על-פי דיווחי העובדים.

**לוח 4: הגורמים העיקריים העלולים להפוך בן משפחה למתעלל  
(באחוזים)\***

גורמים	%
מגורים משותפים	35.6
בעיות התנהגותיות	32.6
תלות כלכלית	26.8
בעיות נפשיות	23.8
מובטל וחסר אמצעים כלכליים	22.7
תלות נפשית	22.0

\* אצל בן משפחה אחד יכולים להופיע כמה גורמים במקביל, ולכן האחוזים אינם מסתכמים ל-100 אחוזים.  
\*\* בלוח מופיעים רק הגורמים ששכיחותם עלתה על 20 אחוזים.

הממצאים מורים כי מגורים משותפים עם המטפל הם הבעייתיים ביותר מבחינת בן המשפחה המתעלל, במיוחד אם הוא סובל מבעיות אישיות, נפשיות או כלכליות. לסיכום נושא אִפיוני הקרבות והמתעללים ניתן לומר, כי לא קיים מאפיין ייחודי

אחד אלא שילוב של מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, תפקודיים, משפחתיים ואישיותיים. כדי לבדוק קשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים, משפחתיים ותפקודיים לבין סוגי ההתעללות וגורמי הסיכון נערכו מתאמים (קרמר, פירסון וספירמן, לפי סוגי המשתנים) ביניהם. התוצאות מוצגות בלוח 5.

לוח 5: מתאמים בין משתנים סוציו-דמוגרפיים, תפקודיים והסדרי מגורים לבין תופעות ההתעללות השונות (על-פי הסולמות) וגורמי הסיכון

משתנים דמוגרפיים ותפקודיים	תחומי התעללות		
	התעללות פיזית	התעללות רגשית	הזנחת הטיפול
מצב משפחתי	*.79	*.66	***.46
מצב תפקודי	*.70	** .63	—
מקורות הכנסה	*.75	*.73	** .44
צורת מגורים	*.76	*.72	***.50
מספר ילדים	** -.45	***.40	—
גיל	*** -.32	—	** .41

\*  $P < .05$  \*\*  $P < .01$  \*\*\*  $P < .001$

מנתוני לוח 5 עולה שהמצב המשפחתי וצורת המגורים קשורים קשר מובהק לכל תחומי ההתעללות, במיוחד להזנחת הטיפול ולניצול כספי. המצב התפקודי משפיע על התעללות בכל התחומים, בעיקר על הזנחה אבל לא על ניצול כספי. ככל שהתפקוד נמוך יותר, ההתעללות רבה יותר. מקורות הכנסה קשורים בעיקר להתעללות פיזית ורגשית ולניצול כספי. הגיל משפיע על התעללות פיזית, על הזנחה בטיפול ועל ניצול כספי. ככל שהגיל גבוה יותר, ההתעללות רבה יותר. למעט המשתנה של מספר הילדים כל המשתנים הדמוגרפיים הם גורמי סיכון לקרבן, ואילו המצב התפקודי של הזקן וצורת המגורים קשורים לגורמי ניבוי למתעלל. ככל שהקשיש תלוי יותר וגר במשק בית משותף עם המטפל, גדלים סיכויי ההתעללות.

## סיכום ודיון

מחקר ראשוני זה בדק נושא, שהרגישות לגביו רבה מחד גיסא, והמודעות הציבורית כלפיו עדיין נמוכה מאידך גיסא. בעת עריכת המחקר מספר פקידי הסעד באזור

חיפה, כמו במקומות אחרים בארץ, היה קטן יחסית. במצב זה חל שינוי בשנים האחרונות, כמו כן המודעות לנושא גברה ומערך הקורסים, ההשתלמויות וימי העיין התרחב בצורה משמעותית. להיבטים אלו חשיבות באיתור "אמיתי" של התופעה והיקפה, במיוחד לאור העובדה שהקשיים המתודולוגיים בבדיקת הנושא רבים. תוצאות המחקר, שהוא שלב ראשון בבדיקת הנושא, משקפות את הערכת התופעה ואת תוצאותיה לגבי האוכלוסייה המוכרת לשירותי הרווחה והבריאות, כאשר המודעות לנושא היתה עדיין בשלבים ראשונים של התייחסות חברתית. עובדה זו מסבירה את השכיחות הנמוכה, יחסית, של הבעיה, כחצי אחוז בקרב הקשישים בחיפה, לפי הערכת המטפלים, בהשוואה לשיעורים גבוהים יותר שעליהם הצביעו מחקרים בארצות-הברית ובקנדה.

הקושי בביסוס נתונים חד-משמעיים לגבי אחוז הקשישים-הקרבנות קשור, בין היתר, בקשיים מתודולוגיים לנהל מחקר מעין זה (Bookin & Dunkle, 1985). במחקרים רבים בתחום זה השתמשו החוקרים במתודולוגיה דומה לזו שנבחרה במחקר הנוכחי: פנייה לסוכנויות ולאנשי מקצוע המטפלים בקשישים בבקשה לדווח על אפיוני ההתעללות על-פי התיקים שבטיפולם (Johnson, 1986). בחלק מהמקרים אנשי המקצוע מדווחים על רשמיהם מבלי להתייחס למקרים פרטיים. באחרים מנתחים נתונים ספציפיים, אך המדגמים קטנים, יחסית, ובמרבית המקרים ההערכה מתבססת על מדגם של קשישים, המצויים בטיפול שירותי הרווחה ואינם מייצגים את אוכלוסיית הקשישים כולה (Sengstock & Barrett, 1986). השיעור הנמוך במחקר הנוכחי עשוי לנבוע ממגבלות המחקר, שהסתמך על דיווחי עובדים לגבי מקרי התעללות שנתקלו בהם בשנה שקדמה לעריכת המחקר, כאשר המודעות לנושא היתה בלתי מספקת וההתלבטויות לגבי הגדרות ההתעללות היו רבות.

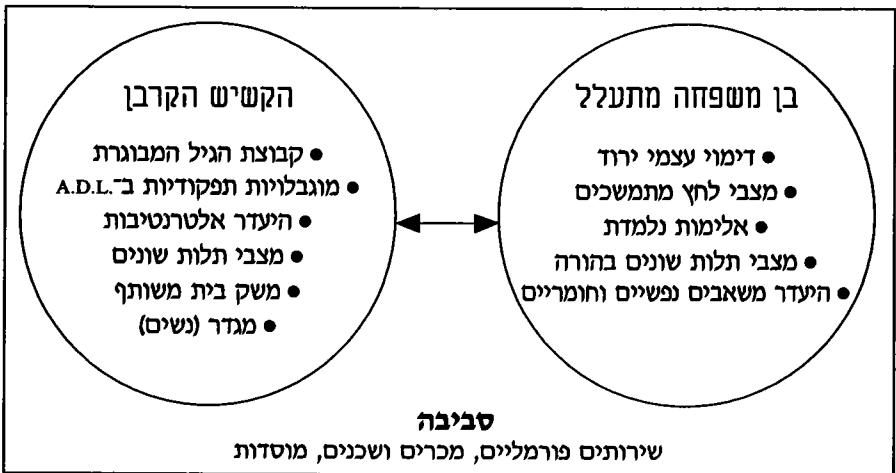
באשר לסוגי ההתעללות, נמצא כי הזנחה בטיפול והתעללות רגשית היו הנפוצים ביותר. ממצאים אלו תואמים את ממצאיהם של וולף (Wolf, 1988) וטטרה (Tatara, 1993), הטוענים שהזנחה בטיפול היא סוג ההתעללות הנפוץ ביותר, ולעתים קרובות היא ביטוי לכישלון בלתי מכוון לספק טיפול סביר בשל חוסר ידע או בשל מגבלות תפקודיות של המטפלים.

באשר לאטיולוגיה של הקרבן, ממצאי המחקר תואמים את הממצאים בעולם המערבי. כך, לדוגמה, מחקרים מראים כי נשים קשישות חשופות להתעללות יותר מגברים קשישים (Giordano & Giordano, 1984; Kosberg, 1988; Penhale, 1993). בדידות חברתית משפיעה על הפיכת הקשיש לקרבן התעללות (Bookin & Dunkle, 1985; Kosberg, 1988). גם משתנה המגורים המשותפים משמעותי בחשיפת הזקן להתעללות מצד המטפלים בו.

ממצאי המחקר אינם מצביעים על גורם סיכון אחד או על מאפיין ייחודי של

הקרבתן או של המתעלל כאחראי לאלמות. ההתעללות תיגרם על-ידי שילוב שונה של אפיונים תפקודיים ואישיותיים של הקרבתן ושל הקשיש, דינמיקות של היחסים הבין-אישיים, הסדרי מגורים ומשתנים חיצוניים אחרים (Ross, 1991; Weiner, 1991). יש חוקרים הסבורים כי מאפייני המתעללים מנבאים טוב יותר את האטיולוגיה של תופעת ההתעללות מאשר פגיעותם ו/או מאפייניהם של הקשישים הקרבנות (Ross, 1991). על בסיס הממצאים והחומר התאורטי והאמפירי המוצג בספרות נעשה ניסיון לבנות מודל המציג את האטיולוגיה של ההתעללות. חלק ניכר ממרכיבי המודל נבדקו במחקר, ונראה כי חשוב להמשיך לבדוק את הנושא על בסיס המודל המוצע. המודל מוצג בתרשים 2.

תרשים 2: מודל מאפיינים של בן משפחה מתעלל ושל הקשיש-הקרבתן



מהמודל נראה, כי מערך יחסי הגומלין בין הזקן למטפל בן משפחתו ושילוב המאפיינים של המתעלל ושל הזקן חושפים את הזקנים למצבי ההתעללות. במחקר לא נבדקו כל המאפיינים המופיעים במודל שכתרשים 2, אולם ניתן להניח כי מעורבות הסביבה עשויה לסייע בהפחתת ההתעללות. ייתכן, שרשתות חברתיות מסוימות מספקות את מה שקילבורן (Kilburn, 1996) מכנה, כ"תת תרבות של דאגה" (subculture of caregiving), שבמצבים מסוימים הופכים לתת-תרבות הגורמת להתעללות. עם זאת, על-אף ההתקדמות בחקר הנושא במדינות שונות בעולם עדיין מציגה וולף (Wolf, 1996) את הבעייתיות שבהגדרות ואת בסיס הידע המצומצם.

כדי להגיע למיפוי תופעת ההתעללות ולאיתור ההקף שלה יש להיערך בתחומים האלה:

1. הגברת המודעות החברתית והציבורית על-ידי פרסומים בכלי התקשורת, הפצת חומר הסברתי וארגון מפגשים לציבור הרחב.
  2. הגברת המודעות של אנשי המקצוע, המטפלים בזקנים, על-ידי הרחבת מערך ההכשרה וההשתלמויות (בנוסף לקורסים הניתנים לפקידי הסעד התורמים רבות בשטח). מערך זה צריך להיות כלול בתכנית העבודה של כל המטפלים בקשישים בשירותי הרווחה והבריאות.
  3. היערכות מקיפה של השירותים החברתיים לטיפול בתופעה, באמצעות עובדים בלשכות, שיהיו מרכזי הנושא של הפניה לפקיד הסעד, ובאמצעות קשר עם סוכנויות אחרות בקהילה. לחלופין ייתכן כי התמודדות עם סוגיה זו, כמו עם נושאים אחרים בתחום האלימות במשפחה, חייבת להיעשות על-ידי הקמת שירות מיוחד שיתמחה בנושא. שירות כזה יכול לענות על כל ההיבטים שהזכירו לעיל.
- בנוסף לכך יש להמשיך להרחיב את בסיסי הידע המדעיים והאמפיריים, באמצעות בדיקת אזורים נוספים בארץ, פיתוח כלים ושיטות, וניסיון לבנות מאגרי מידע ארציים בנושא.

---

## מקורות

---

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1996). שנתון סטטיסטי לישראל. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה זועבי, ס. (1994). אלימות נגד קשישים במגזר הערבי – מציאות או מיתוס. עבודת מ.א., אוניברסיטת חיפה.
- כרם, ב.צ. (1995). הגנה על זקנים, החלת חוקים – מודרך למטפלים. ירושלים: אשל ומשרד העבודה והרווחה.
- שץ, ו. וקחוב, ס. (1994). מכלול גורמי תוחלת החיים בגיל הזיקנה. גרונטולוגיה, 63, 47–57.
- Bookin, D. & Dunkle, R.E. (1985). Elder abuse: Issues for the practitioner. *Social Casework: Journal of Contemporary Social Work*, 66(1), 3–12.
- Berman, H.J. (1987). Adult children and their parents: Irredeemable obligation and irreplaceable loss. *Journal of Gerontological Social Work*, 10(1-2), 138–145.
- Brody, S.Y. (1990). *Aging and rehabilitation II. The state of practice*. New York: Springer.
- Brody, E.M. (1985). Parent care as a normative family stress. *The Gerontologist*, 25(1), 19–29.
- Declamer, P. & Glendenning, F. (Eds.) (1993). *The mistreatment of elderly people*. London: Sage.



- Fleishman, R. & Ronen, R. (1989). Quality of care and maltreatment in Israel's institutions for the elderly. In R.S. Wolf & S. Bergman (Eds.), *Stress, conflict and abuse of the elderly* (pp. 33–50). Jerusalem: Brookdale.
- Gelles, R.J. & Cornell, C.P. (1990). *Intimate violence in families* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Giordano, N.H. & Giordano, J.A. (1984). Elder abuse: A review of the literature. *Social Work, 29*(3), 232–336.
- Hall, P.A. (1989). Elder maltreatment item's subgroup and types: Policy and practice implications. *International Journal of Aging and Human Development, 28*(3), 191–205.
- Hudson, M. (1989). Analysis of the concepts of elder mistreatment: Abuse and neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 1*(1), 5–27.
- Hwalek, M.A. & Sengstock, C.M. (1986). Assessing the probability of elder abuse: Toward the development of a clinical screening instrument. *The Journal of Applied Gerontology, 5*(2), 153–173.
- Johnson, T. (1986). Critical issues in the definition of elder mistreatment. In K.A. Pillemer & R.S. Wolf (Eds.), *Elder abuse: Conflict in the family* (pp. 167–193). Dover, MA: Auburn House.
- Kilburn, J.C. Jr. (1996). Network effects in caregiver to care-recipient violence: A study of caregivers to those diagnosed with Alzheimer's disease. *Journal of Elder Abuse and Neglect, 8*, 69–80.
- Kosberg, J.I. (1988). Preventing elder abuse: Identification of high risk factors prior to placement decisions. *The Gerontologist, 28*(1), 43–50.
- Mildenberg, G. & Wessman, H.C. (1986). Abuse and neglect of elderly persons by family members. *Physical Practice, 66*(4), 537–539.
- Newborn, V.B. (1987). Caregiver perceptions of human abuse in health care settings. *Holistic Nursing Practice, 1*(2), 64–74.
- Overman, S.S. (1991). Alcohol use and attitudes: A comparison of college athletes and nonathletes. *Journal of Drug Education, 21*(2), 107–117.
- Paveza, G.J., Cohen, D. & Eisdorfer, C. (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: Prevalence and risk factors. *The Gerontologist, 32*(4), 393–397.
- Penhale, B. (1993). The abuse of elderly people: Considerations for practice. *The British Journal of Social Work, 23*, 95–112.
- Peretti, P.O. & Majecen, K.G. (1991). Emotional abuse among the elderly: Affecting behavior variables. *Social Behavior and Personality, 19*(4), 255–261.
- Pillemer, K. & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontologist, 28*(1), 51–57.
- Pillemer, K. & Moore, D.W. (1989). Abuse patients in nursing homes: Findings from a survey of staff. *The Gerontologist, 29*(3), 314–320.
- Poednicks, E. (1992). National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 4*, 5–58.
- Prescott, L. (1989). Attitudes towards aging and physical health. *Experimental Aging Research, 15*(1-2), 33–41.

- Quinn, N.J. & Tomita, S.K. (1986). *Elder abuse and neglect: Causes, diagnosis and intervention strategies*. New York: Springer.
- Ross, J.W. (1991). Editorial: Elder abuse. *Health and Social Work, 15*(4), 227–228.
- Sengstock, M.C. & Barrett, S. (1986). Elderly victims of family abuse, neglect and maltreatment: Can legal assistance help? *Journal of Gerontological Social Work, 9*(3), 43–61.
- Sengstock, M.C. & Hwalek, M.A. (1987). *Services for elderly victims of abuse: An analysis of four model programs*. Paper presented to the Gerontological Society of America, Washington, D.C., November 1987.
- Shell, D.J. (1982). *Protection of the elderly: A study of elder abuse*. Winnipeg: Manitoba Association of Gerontology.
- Stevenson, O. (1989). *Age and vulnerability*. London: Edward Arnold.
- Tatara, T. (1993). Understanding the nature and scope of domestic elder abuse with the use of state aggregate data: Summaries of the key findings of a national survey of state APS and aging agencies. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 5*(4), 35–57.
- Taylor, G. & Ansello, E.F. (1985). Elder abuse. *Association of Family Physicians, 32*(2), 107–114.
- Weiner, A. (1991). A community based education model for identification and prevention of elder abuse. *Society and Anthropology, C.W. Post Campus, Long-Island University, Brook, N.Y.*
- Wolf, R.S. (1988). Elder abuse: Ten years later. *Journal of the American Geriatric Society, 36*(8), 758–762.
- 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.
- Wolf R.S. & Bergman, S. (1989). *Stress, conflict and abuse of the elderly*. Jerusalem: Brookdale.
- Wolf, R.S., Strugnell, C. & Godkin, M. (1982). Preliminary findings from three model projects on elder abuse. Worcester, MA: University of Massachusetts Medical Center, University Center of Aging.