



אגף ייעוץ לקשיש



המוסד לביטוח לאומי



הגיון להחדש

עיתון לאנשים מתחדשים

גיליון מס' 7 • אפריל 2010

**הבדלים בטיפול
בהורים מבוגרים**
[9]

**בריאות הלב:
לב נשי ולב גברי**
[12]

**הבדלים בגורמי
הסיכון לדמנציה**
[16]

**מדור ספרותי:
אהבה מאוחרת**
[19]



**על גברים
ונשים ומה
שביניהם**
[4]

**נשיות וגבריות
במחצית השנייה
של החיים**
[6]



ביטוח עקרת בית בזקנה ושאיירים

ביטוח זקנה

● עד חודש ינואר 1996, אישה נשואה שלא עבדה מחוץ למשק ביתה (עקרת בית), לא הייתה מבוטחת בביטוח זקנה ושאיירים.

לפיכך, עם הגיעה לגיל זקנה, לא הייתה זכאית לקצבת זקנה, אלא אם בעבר לפני שנעשתה עקרת בית, הספיקה לצבור תקופת ביטוח כנדרש בחוק.

● החל מינואר 1996, גם עקרת בית מבוטחת לעניין קצבת זקנה.

תנאי הזכאות לקצבת זקנה לעקרת בית

(1) הגיעה לגיל הזכאות.

(2) מבוטחת = תושבת ישראל.

(3) צברה תקופת ביטוח לפי אחת האפשרויות:

● 12 שנות ביטוח.

● 5 שנות ביטוח תוך 10 שנים שקדמו לגיל הזקנה.

לתשומת לב: גיל זכאות לקצבת זקנה לעקרת הבית הוא בין 65 שנה ל-70 שנה, בהתאם לתאריך לידתה.

ביטוח שאירים

● עד חודש מארס 1999, עקרת בית שנפטרה לא זיכתה את שאיריה בקצבת שאירים.

● החל ממארס 1999 הורחב ביטוח עקרת הבית גם לקצבת שאירים, אך רק עבור ילדיה.

● החל מתאריך זה, תושבת ישראל, עקרת בית שנפטרה והותירה אחריה יתומים שעונים על הגדרת "ילד" לפי חוק הביטוח הלאומי, זכאים היתומים לקצבת שאירים גם אם הפטירה הייתה לפני מארס 1999.

● אלמן של עקרת בית לא זכאי לקצבת שאירים בגין פטירת אשתו.

הערה:

**עקרת בית פטורה מתשלום דמי ביטוח לאומי.
עקרת בית פטורה מתשלום דמי ביטוח בריאות.**



עיתון לאנשים מתחדשים

מו"ל

אגף ייעוץ לקשיש - המוסד לביטוח לאומי

עורכת

ניצה אייל - פסיכולוגית וחוקרת זיקנה

חברי מערכת

ורה שלום - מנהלת אגף ייעוץ לקשיש, המוסד לביטוח לאומי

דפנה כהן - סגנית מנהלת אגף ייעוץ לקשיש, המוסד לביטוח לאומי

רפאלה גינגר - מנהלת תחום ייעוץ לקשיש סניף עפולה, המוסד לביטוח לאומי
גדי פורת

עריכה והפקה

דורות - לקידום אוכלוסייה מבוגרת

עיצוב גרפי

אפי אליסי

כתובת להחזרות דברי דואר

ת.ד. 20222 תל אביב 61201

כתובת המערכת

ת.ד. 1417 כפר סבא. טל. 09-7658088

פ.קס. 09-7662661

דואר אלקטרוני: gilhadash@gmail.com



שלום רב,

משאירה את הנושא באופן קבוע על שולחן הדיונים ומעסיקה אותנו במיוחד כאשר אנו מנסים ללמוד על איכות חיי האדם בזקנתו ועל הגורמים השונים המשפיעים על תוחלת החיים.

● בשירות הייעוץ לקשיש, ניתן לראות רוב משמעותי לנשים המתנדבות לעומת הגברים המתנדבים ולהבדל הקיים בגישה של שני המינים בבחירת התפקידים.

● אחת המשימות החשובות שבחר השירות לפתח לפני יותר משני עשורים היא קבוצות התמיכה לאלמנות ולאלמנים. מקור הרעיון היה המפגש הבלתי אמצעי עם התגובה הנשית למשבר האלמנות וליחסה האחר של החברה כלפי האלמנה בגיל הזקנה. קבוצות התמיכה פתוחות בפני הגברים והנשים כאחת אך באופן טבעי הנשים מהוות רוב בקבוצות אלה ולא רק בשל מספרן היחסי אלא גם בשל הגישות השונות בין שני המינים ובדרכי התמודדותם. תופעה דומה ניתן לצפות בין המינים בשאר סוגי קבוצות התמיכה, דבר המוכיח במידה רבה שיש ללמוד יותר על ההבדלים ומכאן על הצרכים הייחודיים והמענים הנוספים עבור הגברים במצבי חיים דומים.

בגיליון זה, מוגש מגוון מאמרים הנוגעים בהבדלים בין גברים ונשים בתחומי חיים שונים אשר לכל אחד מהם זווית ראייה משלו המרחיבה את הדעת וחושפת אותנו לגישות השונות המתחוללות בארץ ובעולם. ●

בברכה, ורה שלום

מנהלת אגף הייעוץ לקשיש
המוסד לביטוח לאומי

ה אם מעמד הנשים בגיל הזקנה שונה ממעמד הגברים בחברה הישראלית? האם הן שוות בזכויותיהן ושוות בהישגיהן? איך מצב הבריאות שלהן ומה הרגשתן?

הבדלים בין גברים ונשים בזקנה זוכים לגיליון מיוחד ולו בזכות כמה עובדות חשובות:

● הנשים עדיין מהוות רוב במניין הקשישים, הן חיות בממוצע 4 שנים יותר מאשר הגברים, יחסן לחיים אחרי הפרישה מהעבודה נראה פחות משברי מזה של הגברים, הן פעילות ומתנדבות יותר מגברים, אבל סובלות יותר ממחלות ומתחושת בדידות.

● במהלך 40 שנות קיומו של שירות הייעוץ לקשיש במוסד לביטוח לאומי, אנו עדים לשינויים משמעותיים ביחסן האישי של נשים לזקנתן ולתפקידים החדשים שאמצו לעצמן בעקבות השינויים המתחוללים בתחומים השונים בחברה ובמשפחה. הסבתא של היום רחוקה מרחק רב בתפקוד, בפעילות ובמראה מהסבתא של פעם.

● בראשית שנות המדינה התפקידים שמלאה האישה והציפיות החברתיות ממנה היו שונים מאלה שהתפתחו בהמשך, דבר הבא לידי ביטוי בחוקים הסוציאליים המבדילים בין זכויות הגבר כמפרנס ראשי לעומת זכויות האישה הנשואה "כאשתו" של הבעל המפרנס. אומנם חלו שינויים מסוימים בחוקים אלה אך עדיין ניתן לראות את שרידי הגישה הראשונית בחלק מהזכויות גם בימינו. יתכן ואנו מצויים בתקופת מעבר ארוכה בה מתמודדים בין גישה מסורתית לגישה מודרנית, ויש לצפות בהמשך השנים לאיזון המצב.

● ההכרה בהבדלים הקיימים בין הנשים לגברים או ההכרה במאמץ המושקע להשוואת התנאים,

מאפייני גברים ונשים בני 65 ומעלה



פרופ' נטע בנטור

עוברות על הנשים בבריאות ירודה, מוגבלות, התדרדרות הדרגתית ותחלואה כרונית (5).

במאמר זה נציג דוגמאות למדדים דמוגרפיים, בריאותיים וחברתיים של נשים וגברים קשישים, תוך ניסיון להתמקד במדדים המייצגים את איכות החיים בגיל המבוגר ובפער בין גברים לנשים.

התרשים הראשון מציג מאפיינים דמוגרפיים נבחרים של נשים וגברים בני 65 ומעלה, וממנו עולים הבדלים בין המינים ברמת ההשכלה. יותר נשים למדו 0-4 שנים מאשר גברים, ויותר גברים למדו 13 ויותר שנים מאשר נשים. רוב הגברים בני 65 ומעלה נשואים לעומת 40% מהנשים, ויותר גברים מקבלים פנסיה מאשר נשים.



בישראל, בדומה לרוב הארצות ברחבי העולם, הנשים מאריכות ימים יותר מהגברים. תוחלת החיים בלידה של האוכלוסייה בישראל עמדה בסוף שנת 2007 על 82.5 לנשים ו-78.8 לגברים

תוחלת החיים הגבוהה יותר של הנשים מלווה על-פי-רוב בשיעורים גבוהים יותר של מחלות כרוניות ומוגבלות בשנות החיים הנוספות. לפיכך, השונות בין נשים לגברים ב"תוחלת חיים בריאה" דהיינו, מספר השנים שאדם יכול לצפות לחיים בבריאות טובה, נמוכה יותר מאשר המדד המסורתי של תוחלת חיים (4). מדדים דומים הם מדדי "תוחלת חיים איכותית" ו"תוחלת חיים ללא מוגבלות", המשקפים לא רק את משך החיים, אלא גם את איכותם. במחקרים נמצא כי הפער בין נשים לגברים במדדים האלה, נמוך מהפער בתוחלת החיים, וכי חלק גדול משנותיהן הנוספות או ה"עודפות"

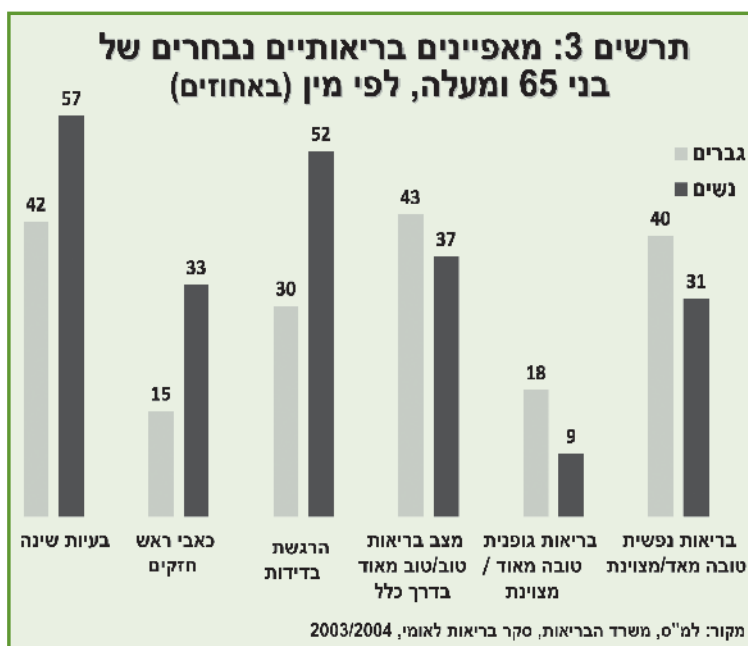
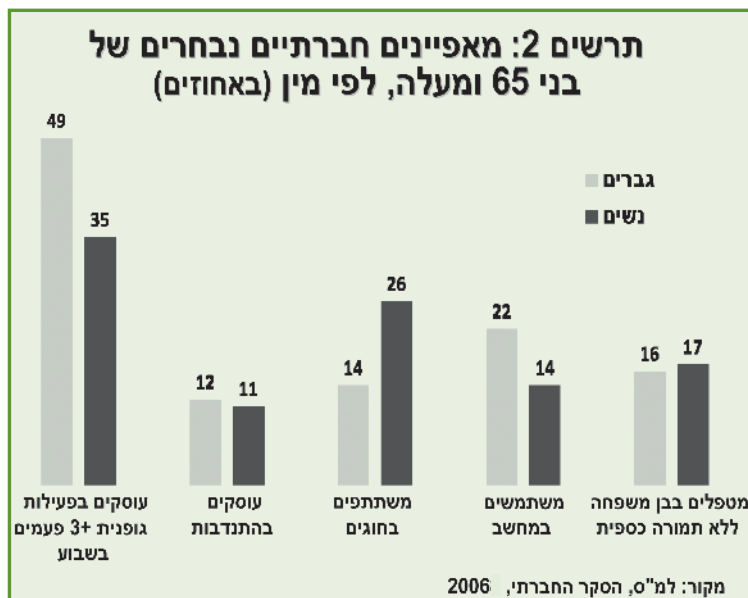
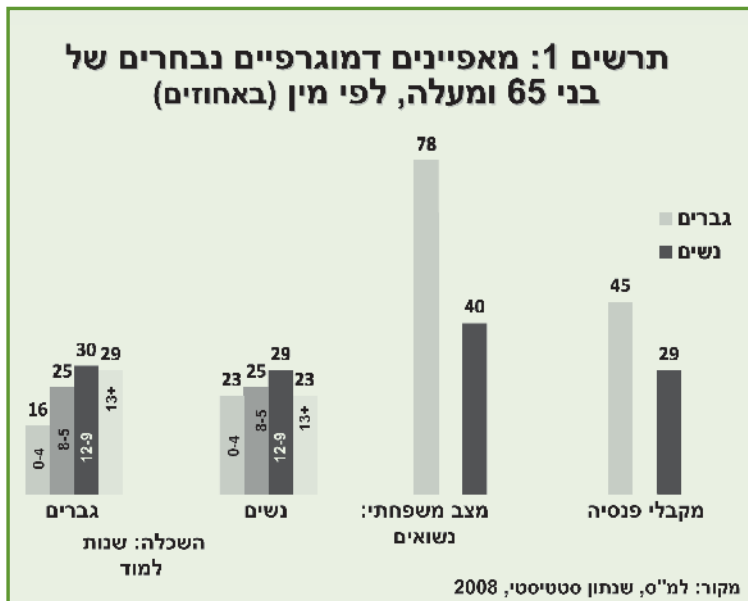
גברים עוסקים אמנם יותר מנשים בפעילות גופנית ומשתמשים במחשב יותר מהן, אך נשים משתתפות בחוגים יותר מגברים

ב ישראל, בדומה לרוב הארצות ברחבי העולם, הנשים מאריכות ימים יותר מהגברים. תוחלת החיים בלידה של האוכלוסייה בישראל עמדה בסוף שנת 2007 על 82.5 לנשים ו-78.8 לגברים (1). הפער בישראל בין נשים לגברים עומד על כ-4 שנים, והוא בין הנמוכים בעולם. ההנחה היא שהפער בין נשים לגברים נובע בחלקו מגנטיקה, מהבדלים בהרכב התעסוקה, המשפחה והתפקידים החברתיים והתנהגויות (2). באותה שנה, היוו הנשים 57% מכלל בני 65 ומעלה.

הפער בתוחלת החיים בין גברים לנשים הולך ומצטמצם במשך הזמן במרבית הארצות. תוחלת החיים של שני המינים ממשיכה להתארך, אך היא מתארכת במהירה רבה יותר בקרב הגברים, בעוד שעקומת תוחלת החיים של הנשים השתטחה במידה מסוימת (3). הסברים אפשריים לכך הם הגידול ברמות ההשכלה בקרב הגברים יותר מאשר בקרב הנשים, עבודה בתעסוקות מסוכנות פחות מבעבר בקרב גברים, ומעורבות נשים בהתנהגויות מסוכנות יותר מבעבר.

תוחלת החיים הגבוהה יותר של הנשים מלווה על-פי-רוב בשיעורים גבוהים יותר של מחלות כרוניות ומוגבלות במשך שנות החיים הנוספות. לפיכך, השונות בין נשים לגברים ב"תוחלת חיים בריאה" דהיינו, מספר השנים שאדם יכול לצפות לחיים בבריאות טובה, נמוכה יותר מאשר המדד המסורתי של תוחלת חיים (4). מדדים דומים הם מדדי "תוחלת חיים איכותית" ו"תוחלת חיים ללא מוגבלות", המשקפים לא רק את משך החיים, אלא גם את איכותם. במחקרים נמצא כי הפער בין נשים לגברים במדדים האלה, נמוך מהפער בתוחלת החיים, וכי חלק גדול משנותיהן הנוספות או ה"עודפות"

פרופ' נטע בנטור, חוקרת בכירה במאירס-ג'ונט-מכון ברוקדייל וחברת סגל בחוג לריכוזי בעיסוק באוניברסיטת תל-אביב



התרשים השני מציג מאפיינים בריאותיים נבחרים, וממנו עולה כי נשים יותר מגברים מדווחות על בעיות שינה, על כאבי ראש חזקים ועל הרגשת בדידות. גברים לעומת זאת, מדווחים יותר מנשים, על מצב בריאות טוב או טוב מאוד בדרך כלל, ועל בריאות גופנית ונפשית טובה מאוד או מצוינת.

התרשים השלישי מציג מאפיינים חברתיים נבחרים של בני 65 ומעלה. בתחום זה מתקבלת תמונה דומה בקרב שתי הקבוצות. גברים עוסקים אמנם יותר מנשים בפעילות גופנית ומשתמשים במחשב יותר מהן, אך נשים משתתפות בחוגים יותר מגברים. שתי הקבוצות עוסקות במידה דומה בהתנדבות ובטיפול בבן משפחה מבלי שיקבלו תמורה כספית.

לסיכום, ראוי לבחון באילו מאמצים מכוונים יש לנקוט כדי להגדיל את אריכות הימים של הגברים, ובכך לצמצם את השונות בין נשים לגברים. במקביל ותוך ראייה מקיפה יותר, ראוי להעמיק באחת הסוגיות המרכזיות העומדת בפני החברה ברחבי העולם: באילו תנאים הארכת החיים, בקרב נשים וגברים כאחד, היא מטרה רצויה, ואם כן, מה ניתן לעשות כדי להשיג זאת (2).

רשימת מקורות

1. שנתון הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2008.
2. Epstein L. The Female/Male Differential in Life Expectancy. Myers-JDC-Brookdale Institute RR-502-07.
3. Trovato, F.; and Heyen, N.B. 2003. "A Divergent Pattern of the Sex Difference in Life Expectancy: Sweden and Japan, Early 1970s-Late 1990s." Social Biology 50:238-259.
4. Mathers, C. D.; Murray, C.J.L.; Lopez, A.D.; Sadana, R.; and Salomon, J.A. 2002. "Global Patterns of Healthy Life Expectancy for Older Women." Journal of Women and Aging 14:99-117.
5. Kaplan, R.M.; and Erickson, P. 2000. "Gender Differences in Quality-adjusted Survival using a Health Utilities Index." American Journal of Preventive Medicine 18:77-82.

מי אני

נשיות וגבריות במחצית השנייה של החיים

ד"ר דניאל בקר



שום דבר לא השתנה, בנים נשארו בנים, בנות נשארו בנות. היה משהו שאפשר להבחין מי בן ומי בת, לא רק לפי צליל הקול אלא לפי צורת הפנייה וההתייחסות לאחרים וגם לפי התכנים. האם באמת לא השתנה דבר?

מסתכלים פנימה ולא החוצה

פעם זה היה מתחיל בלידה. הילד מגיח לאוויר העולם, צועק צעקה ראשונה והמיילדת הייתה אומרת: "גברת יש לך בת" או "גברת יש לך בן". היום זה מתחיל חודשים לפני הלידה, שני ההורים צופים במסך, רואים את הלב הפועם, את הראש ואת האצבעות הקטנות ואז אומרים להם את מין העובר. אך ללא קשר לנקודת ההתחלה שאלת ההבדלים בין המינים ממשיכה להעסיק אותנו לאורך החיים. בהתחלה השאלה הזאת "נחקרת" באופן אישי, בגן עם הרבה סקרנות, בהתבגרות עם הרבה להיטות ובהמשך החיים אנו עושים זאת באיזה מעטה של מדעיות שבו אנו מבקשים לדעת: מה נחקר על ההבדלים בין המינים. לעתים נראה שככל שעולה הגיל העניין בנושא יורד, אבל זה רק למראית עין, גם במחצית השנייה של החיים (כך אומר המחקר המדעי) יש הבדלים בין גברים לנשים, רק שעל מנת לראות אותם צריך להסתכל פנימה ולא החוצה.

יותר עשירים - משלבים גם נשיות וגם גבריות

קיים סטריאוטיפ לפיו גברים הם יותר תוקפניים, יותר עצמאים, יותר שכלתניים, יותר תחרותיים, יותר מסתירים

ט ילתי ברחוב בלילה קיצי. במרפסת הפתוחה שבקומה השלישית ישבו חבורה של בני שישים פלוס, מספר הנשים היה כמספר הגברים. הרחוב היה שקט, יכולתי לשמוע כל מילה. לפני שהתקרבתי אני זוכר שחשבתי: "מוזר, הם יושבים לחוד הנשים ולחוד גברים, שום דבר לא השתנה מאז הגן". לא היה לי שום דבר דחוף לעשות, גם כאבה לי הרגל, התיישבתי בספסל שממול הבית, לא ראיתי את האנשים, אך שמעתי את הקולות ויכולתי להבחין בין "הוא" והיא".

היא: "כשתרצו לאכול משהו תגידו."
הוא: "הי, לא תאמינו, זה יין בוטיק חדש שמצאתי במקרה אתמול במדף של הסופרמרקט מאחורי בקבוקים אחרים, לקופאית לא היה מושג במה מדובר."

היא: "למה אף אחד לא שם לב לתספורת החדשה שלי?"
הוא: "דיאטה? מה פתאום דיאטה, אני מתרוצץ כמו בחור צעיר ויכול לנצח כל צוציק בטניס."

היא: "טוב, בכל זאת אני מרגישה לא נוח, אני חושבת שבפעם הבא צריך להתעלם ממה שהם אמרו ולהזמין אותם, אחרת זה מעליב!"

הוא: "נכון שלא סיפרתי לכם על הניתוח החדש שאשתי רוצה לעשות לעצמה, קודם עפעפיים ואולי עוד משהו... מה קרה? למה אני לא יכול לספר לחברה, אנחנו כמו משפחה, טוב לא ידעתי שאת לא רוצה לספר, מה את עושה מזה עניין?"

אני זוכר שחשבתי לעצמי, גם כשמתקרבים ושומעים אותם

ד"ר דניאל בקר, פסיכיאטר ופסיכותרפיסט, מתמחה בשינויים של אמצע החיים, מחבר הספר: "כשאדיפוס גדל - הפסיכולוגיה של המחצית השנייה של החיים".



הוא-היא
זהות



אף היא עוברת שינויים שבעקבותיהם היא מסוגלת להכיל דחפים תוקפניים ואגוצנטריים שקודם נתפסו כלא לגיטימיים. התוצאה של תהליכים אלו היא שנשים במחצית השנייה של חייהן אינן הופכות להיות מכשפה על מטאטא, אבל הן מעמידות את עצמן בסדר עדיפות יותר גבוה מאשר בעבר ומתנהלות בצורה הרבה יותר תקיפה ואסרטיבית. כל זאת ללא רגשי אשמה. טוב, בדרך כלל ללא רגשי אשמה – אלא

אם כן בן הזוג הוא מאלה שתוארו קודם, שחשים באותה תקופה כאילו נחלשו וכל אונם ניטל מהם בשל העצמאות הגוברת של בני המשפחה ובשל התחושה שהם הופכים לרגשנים ופגיעים.

כמו בהתבגרות כאשר הגוף משתנה ותפיסת הגבריות או הנשיות שלנו עוברת טלטלות, ולא תמיד אנחנו יודעים איך לקבל זאת. גם במחצית השנייה של החיים (יש זהה קורה בגיל 45 ויש זהה קורה בגיל 65, ובעצם זה לא נגמר אף פעם), בעקבות השינויים בגוף ובנפש, אנחנו ממשיכים לשאול מי אני ועסוקים בתפיסת הגבריות והנשיות, רק שאולי הפעם התשובה לא נמצאת בקטבים אלא אי-שם באמצע. אז מה יהיה? למרות שזה נשמע בנאלי – יהיה טוב. תזרמו עם השינויים ותיהנו מהם, זה יכול להיות יותר מענג ממה שחשבתם!

לנשים בלבד - להרים את נס המרד

חשבתי לעצמי שהסצנה במרפסת אליה הצצתי הייתה במידה מסוימת מתעתעת וזאת בגלל שהחבורה במרפסת הייתה מורכבת כמו

תיבת נוח מזוגות זוגות. אין לי ספק שאם היה הרכב שונה ובקבוצה היו נמצאים רק נשים פנויות או גברים פנויים, ההבדלים בין המינים היו מתחדדים. רבות נחקר על מה שניתן לכנות ה"סטנדארט הכפול כלפי הגיל": פירוש הביטוי המאיים הזה הוא שנשים בגילאים מבוגרים מאבדות יותר מהמעמד החברתי ומהכנסותיהן בהשוואה לגברים באותם הגילאים, לכן לגברים יש יותר הזדמנויות ולגיטימציה לקחת חלק במסגרות חברתיות מעורבות ואף לקשרים זוגיים ומיניים עד גיל מאוחר, שלא לומר עד יומם האחרון. נוסף לזאת שנשים מטבע הדברים או מטבע ברייתן לוקחות על עצמן להיות

המשך בעמוד 8 ←

רגשות, יותר אטומים, יותר מדברים גסויות, יותר שותקים (כל זה לטוב ולרע). באותה מידה נשים נחשבות כיותר מתחשבות, יותר תלותיות, יותר רגשניות, יותר מתחברות, יותר רגישות, יותר מדברות (גם כל זה לטוב ולרע).

אז החדשות הרעות הן כי הסטריאוטיפים הם נכונים, בעיקר במחצית הראשונה של החיים. החדשות הטובות, לפחות בעיני, הן כי במחצית השנייה של החיים ובמיוחד לקראת הזקנה הסטריאוטיפים מטשטשים ומתמתנים ואנחנו נעשים הרבה יותר "עשירים" מבחינת היכולת להיות גבריים או נשיים וגבריות או נשיות, לפי הצורך ולגופו של עניין, מבלי להתבלבל או להרגיש נבוכים. תארו לעצמכם נערה שמתנהלת בצורה גברית או נער שמתייחס לסביבתו בצורה נשית לעומת סבתא שמתנהלת בצורה סמכותית ותקיפה או סבא שמתנהל ברכות ובוותרנות ותראו כמה אנחנו יותר מפותחים ומורכבים בעת זקנתנו לעומת נעורינו. אז איך נעשה המעבר הזה?

ברור שמעבר כזה לא תמיד מתקבל בברכה, לא על ידי האיש עצמו ולא על ידי בן או בת הזוג. במה דברים אמורים? לא כל גבר בגיל 60 מתחבר בקלות לתחושות של רצון בקרבה ומשפחתיות שעד עכשיו היו מעט זרים לו, כאשר לזה מתווספת לעתים קרובות העובדה שאף אחד לא תלוי בו – לא אשתו ולא בניו. יש גברים המפרשים זאת כמצב של חולשה, לא נדיר שמתעוררת מצוקה רגשית די גדולה שמא קרה להם משהו והם הפכו להיות "רכיכה" חסרת עמוד שדרה. במקרה הזה לא מעט תלוי בתגובת בת הזוג, אשר

אגדה מרוקנית

אגדה מרוקנית ממחישה את התווספות הכוח לנשים במחצית השנייה של חייהן. וכך מסופר בה:

כאשר נולד בן מקיפים אותו 100 שדים, וכאשר נולדת בת מקיפים אותה 100 מלאכים. בכל שנת חיים מתחלף שד עם מלאך. בגיל חמישים מוקפים גם גברים וגם נשים ב-50 שדים ו-50 מלאכים, ואילו בהגיעם לגיל 100, מוקף הגבר ב-100 מלאכים והאישה ב-100 שדים. כמות נכבדה ומספיקה כדי לקבל תואר של מכשפה באגדות ולהתעופף על גבי מטאטא.

במיוחד לגברים וגם לנשים - מומלצים "חברים טובים" כסגולה לבריאות

→ המשך מעמוד 7

זה ומשתדלים גם בשעה של קושי ומצוקה לשמור על חזות ש"הכל בסדר" גם בפני החברים הקרובים ולא לבקש עזרה. זה בכרומוזומים.

ההשלכות של המצאות "איש האמון" הן מרחיקות לכת: הוא המשענת שלנו בזמן התרחשות אבדנים במחצית השנייה של חייו, והקשר עימו מאפשר לנו לווסת את הצער ואת הקושי. אין ספק (גם על פי מחקרים) כי בעת פרישה, מחלה ובעת התאלמנות לדוגמא, קיומו של "איש אמון" מוריד בצורה משמעותית את הסיכוי ללקות בדיכאון ובתחלואה נפשית אחרת. אם ניקח בחשבון שרק ל-50% מהגברים יש "איש אמון" והוא לרוב בת הזוג, לעומת כ-70% מהנשים שיש להן "איש אמון" (ולרוב לאו דווקא בן הזוג) ברור מדוע נשים יותר "מוגנות" מגברים במצבי אובדן ומצוקה. אגב, יש מי שמייחס לתכונה זאת את אריכות הימים של הנשים בהשוואה לגברים.

היכולת הזאת להתחבר, ליצור רשתות חברתיות ולהשקיע בהן, עומדת לזכותן של הנשים המבוגרות לא רק במניעת מצוקות רגשיות אלא בונה יכולת הסתגלות טובה יותר למצבים משתנים של המציאות. הגברים, לעומתן, לא מאפשרים לעצמם להיות בקשרים עם רשתות חברתיות רחבות ומצמצמים את עצמם לקשר הזוגי, או המשפחתי במקרה הטוב. ראו לציין מחקר אשר מצא כי גברים מאמינים (מה שאנחנו קוראים דתיים) נהנים מרווחה נפשית יותר גבוהה ופחות תחלואה נפשית בבגרותם. מה שמרתק הוא כי בנייתו של הגורמים מאחורי הממצא נמצא כי הם קשורים לאו דווקא לאמונה של הגברים באלוהים ולביטחון העמוק שידאג להם ויתמוך בהם, אלא לעובדה שהם פוקדים את בית הכנסת לעתים קרובות בצורה סדירה, מה שנותן להם הרגשה שיש מי שדואג להם ותומך בהם במעגל חברתי רחב. אז גברים, צאו לדרך ותתחברו!

אני אמשיך לשוטט למטה ברחוב, בין המרפסות ולהיווכח שהבדל בכל זאת יש. ●

המטפלות של ההורים הזקנים ושל בני זוגן. ברור שבכל המדדים שציטטתי קודם על השוני במעמד, הכנסות, לגיטימציה חברתית, ושחרור מנטל המשפחה יש יתרון בולט לגברים, מה שמשפיע על הרווחה הנפשית ועל המצוקה הרגשית של אותן נשים בבגרות המאוחרת ובזיקנה.

תיקון מאין יבוא? חלק מההבדלים טבוע בנו וקשה להלחם בהם, אין ספק שתנועות שחרור האישה העדיפו לצלם נשים צעירות שורפות חזיות ולא תמיד זכרו כי יש לדאוג לזכויות הנשים ולהעצמה שלהן גם בהזדקנותן. מכאן שעל כל אחת בהתבגרותה להיות מודעת לקלות בה גולשים למצב שבו, כמו שבעבר האישה נותרה בבית לטפל בילדים, כך גם בהזדקנותה מוטלות עליה מטלות טיפול משפחתיות נוספות. וכמו שהייתה "תקרת זכוכית" עבור הנשים מבחינה תעסוקתית, לגבי האישה המזדקנת, כאשר היא ללא בן זוג, יש "תקרת זכוכית" באשר למעמדה החברתי וללגיטימציה לעשות כרצונה (ועם מי שברצונה).

אז לא נותר אלא להרים את נס המרד ולשנות מציאות שהיא רק מוסכמה חברתית-תרבותית ולא גזרה ביולוגית. באשר לגברים, יש לי חשד כי המצב הנוכחי נוח למדי ולמה שלא ירצו להתמיד בו.

איש אמון - רק עליו נא עליה) אני יכול לסמוך

לבסוף, יש קול אחד שלא ניתן היה לשמוע מהמרפסת באותה הצצה לילית. זה היה קולו של "איש האמון" או "אשת האמון", או פשוט יותר החבר הטוב או החברה הטובה. אותו אדם שאנחנו סומכים עליו, שנותנים בו אמון, שיכול לשמש לנו תמיד אוזן קשבת. החבר (או החברה) שאפשר לשתף אותו בדברים הכי כואבים אשר חושפים אותנו בחולשתנו ולעתים קרובות אפשר לקבל ממנו עזרה ותמיכה. כעת אתם מבינים למה זה יותר נפוץ אצל נשים? כי גברים למרות כל השינויים שעוברים לאורך החיים, מתקשים לפתח יחסים מסוג



**גם במחצית
השנייה של החיים
בעקבות השינויים
בגוף ובנפש,
אנחנו ממשיכים
לשאול מי אני
ועסוקים בתפיסת
הגבריות והנשיות,
רק שאולי הפעם
התשובה לא
נמצאת בקטבים
אלא אי-שם
באמצע**

**היכולת הזאת
להתחבר, ליצור
רשתות חברתיות
ולהשקיע בהן,
עומדת לזכותן של
הנשים המבוגרות
לא רק במניעת
מצוקות רגשיות
אלא בונה יכולת
הסתגלות טובה
יותר למצבים
משתנים של
המציאות**



**לא כל גבר
ביגל 60
מתחבר בקלות
לתחושות של
רצון בקרבה
ומשפחתיות
שעד עכשיו
היו מעט זרים
לו, כאשר
לזה מתווספת
לעתים קרובות
העובדה שאף
אחד תלוי בו -
לא אשתו ולא
בניו. יש גברים
המפרשים
זאת כמצב של
חולשה**



הבדלים בין נשים וגברים בתפקידי טיפול בהורים מבוגרים



פרופ' אריאלה לבנשטיין

מספר מצומצם יותר של חברי משפחה. בני משפחה אלה עשויים להפוך למטפלים עקב הזדקנות הורים, בנקודת זמן אחת או במספר נקודות זמן לאורך מעגל החיים. מדינת הרווחה כיום מתקשה להתמודד עם הצרכים הגוברים של טיפול בזקנים מוגבלים ולכן הנטייה היא להעביר יותר אחריות למערכת הבלתי פורמאלית, ובעיקר למשפחה. הסתמכות על מערכת טיפול בלתי פורמאלית מניחה כי נשים פנויות לשאת בתפקידי טיפול. הנחה זו מתבססת על נתונים המצביעים על כך שמרבים המטפלים גם כיום הינן נשים. אולם הנחה זאת חייבת להיבחן לאור המספרים הגדלים של נשים המצטרפות לשוק העבודה מחד ולאור הימצאות יותר גברים בתפקידי טיפול מאידך. מגמות אלו מעלות את הצורך להבין הן את השלכות המצב על המטפלים, על חייהם האישיים וחיי המשפחה וכן את השלכות הטיפול על מחויבויותיהם כלפי מקום העבודה. לאור זאת עולה החשיבות של בדיקה מחודשת של דפוסי הקשרים המשפחתיים הבין דוריים והערכת צורכי המטפלים המשפחתיים.

← המשך בעמוד 10

ה חברה המודרנית במאה ה-21 מזדקנת ומציבה בפנינו אתגרים רבים. המבנה הגילאי של החברה משתנה כאשר האוכלוסייה הצעירה מצטמצמת והאוכלוסייה המבוגרת (גילאי 65+) הולכת וגדלה עקב העלייה בתוחלת החיים. לשינויים אלו השפעה על הכלכלה, שוק העבודה והמימון העתידי של מערכות הרווחה והבריאות.

במקביל להזדקנות החברה, עוברת המשפחה תהליכי שינוי, המתבטאים במבנה המשפחה, בהרכב חבריה ובהסדרי המגורים של הדור המבוגר. צמצום בגודל משפחות כתוצאה מירידה בילודה, שיעורי גירושין גדלים, שיעורי נישואין קטנים ושיעורים גדלים של נשים המצטרפות לשוק העבודה מנבאים כי הטיפול בבני משפחה זקנים מוגבלים יוטל בשנים הבאות על

פרופ' אריאלה לבנשטיין, החוג לגרונטולוגיה וראש המרכז לחקר ולימוד הזקנה, אוניברסיטת חיפה, ראש החוג למינהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית זרעאל ע"ש מקס שטרן

איך מחלקים את הזמן? מי קודם - ילדים, עבודה או הורים?

→ המשך מעמוד 9

נשים כמטפלות עיקריות בבני משפחה זקנים

אינסטרומנטלית בפעילויות היום-יום כמו בהסעות או בקניות מאשר בטיפול אישי, דבר המפריע להם פחות בעבודתם, או שגברים מעבירים את נטל הטיפול האישי לנשותיהם.

השפעת הטיפול בבני משפחה זקנים על חיי המשפחה והמעורבות בעבודה

כאשר הורים מזדקנים וזקוקים לעזרה, נשים הן אלו

המגמישות את מחויבויותיהן המקצועיות, במידה רבה יותר מגברים. כשמתרחבות הדרישות המשפחתיות, לנשים ולא לגברים יש סיכוי גדול יותר להחליף את עבודתן, לעבוד באופן חלקי, או לצאת ממעגל העבודה ובהתאם יורדת רמת הכנסתן ויכולתן להתקדם בעבודה. נשים העובדות מחוץ לבית ממשיכות לתמוך בהורים קשישים תוך ויתור על פנאי ושינה, ויתור על הזדמנויות לקידום בעבודה, ניצול חופשות וימי מחלה לטיפול בהורים, קיצור שעות עבודה וגיוס בני משפחה אחרים לעזרה. נשים שטפלו בבני משפחה בנורבגיה, למשל, יותר מאשר גברים מטפלים, דיווחו כי הטיפול הגביל את השתתפותן בשוק העבודה. נמצא כי בין 9-11 אחוז מהמטפלים ויתרו על מקום העבודה עקב המחויבויות הטיפוליות. ויתורים אלו כרוכים גם בהפסדי הכנסה כולל הפסדים לטווח ארוך יותר כמו הפסד זכויות פנסיה. בארה"ב למשל הוערך לפני כעשור כי הפסד עבודה, שכר ואפשרויות בשוק העבודה עלותם לאוכלוסייה שטיפלה בבני משפחה מבוגרים הייתה 4.8 ביליון דולר.

תיאוריית מהלך חיי המשפחה מדגישה את החשיבות של מיקום הפרט במבנה המשפחתי ובסולמות מעמד חברתיים היוצרים אי שוויון בין גברים לנשים.

לדוגמה, על נשים מוטלת מחויבות רבה יותר, בצורה לא פרופורציונאלית, באשר לעבודות משק בית וטיפול בבני

נשים הן ספקיות הטיפול העיקריות במשפחה ומחקרים הן מארה"ב והן מקנדה מצביעים על כך כי כשלושה רבעים מהמטפלים הבלתי פורמאליים בזקנים הן נשים. גם בהיותן מועסקות במשרה מלאה או חלקית ממשיכות נשים לספק

עזרה להורים במצבים כרוניים או במצבי הזדקקות זמניים. עם זאת ממצאי מחקרים מציגים השפעות שליליות על הנשים עצמן: לחצי המשפחה והבית משפיעים באופן שונה על נשים וגברים עובדים. מצבי מתח כרוניים משפיעים על מצב בריאותן של נשים יותר מאשר על גברים והן מדווחות על יותר מצבי דיכאון ובידוד חברתי מאשר גברים. בנוסף, דרישות נפשיות גבוהות יחד עם תחושת שליטה מועטת נמצאו כגורמים לתחלואה גבוהה יותר אצל נשים. עומס פסי ונפשי ומתח הקשורים לתפקידי בית ועבודה בשכר זוהו כגורמים לירידה במצב בריאותן של נשים. כן נמצא כי נשים משקיעות זמן כפול בשבוע בפעולות טיפול בהשוואה לגברים.

שינוי מגמה - גם גברים מצטרפים לטיפול בהורה הזקן

הספרות המחקרית עד לאחרונה עסקה בעיקר בהבנת ה'חוויה הנשית' של הטיפול, אולם בשנים האחרונות מופיעים מחקרים על מעורבותם של גברים במתן טיפול משפחתי. עם זאת הידע בהקשר של גברים מטפלים עדיין נמצא בחיתוליו. עקב השינויים הדמוגרפיים שצוינו לעיל עולה הסבירות שמבוגרים משני המינים יעמדו בפני הצורך לטפל בבן משפחה

זקן מוגבל כדי לאפשר לו להמשיך ולחיות בקהילה, ככל שהדבר ניתן. מן הספרות עולה כי גברים מספקים יותר עזרה



גברים מספקים יותר עזרה אינסטרומנטלית בפעילויות היום-יום כמו בהסעות או בקניות בטיפול אישי, דבר המפריע להם פחות בעבודתם, או שגברים מעבירים את נטל הטיפול האישי לנשותיהם

נשים העובדות מחוץ לבית ממשיכות לתמוך בהורים קשישים תוך ויתור על פנאי ושינה, ויתור על הזדמנויות לקידום בעבודה, ניצול חופשות וימי מחלה לטיפול בהורים, קיצור שעות עבודה וגיוס בני משפחה אחרים לעזרה



נשים עובדות המטפלות בבני משפחה מבוגרים בדרך כלל הוא גרוע יותר בהשוואה לנשים שאינן מטפלות. כמו כן נמצא כי הנהגת שעות עבודה גמישות, צמצום שעות העבודה וסיוע בגיוס וארגון עזרה בלתי פורמאלית מבני משפחה כמו גם עזרה פורמאלית הצליחו למתן השפעות שליליות אלו. במחקר שנערך לאחרונה בארץ נמצא כי תמיכת בן הזוג תרמה לרווחת נשים שטיפלו בהורה מבוגר.

יש גם היבטים חיוביים

משפחות כיום מתנסות בשינויים משמעותיים במחויבויותיהן למשפחה ולמקום העבודה. במאה ה-21, ברוב הארצות המפותחות, נשים פעילות כלכלית כמעט כמו הגברים. במקביל, תפיסות חדשות מעלות את הציפיות מגברים להיות יותר מעורבים בתפקידי טיפול בבני משפחה. עקב העלייה בתוחלת החיים ובמספר הזקנים המוגבלים מתמודדות חלק ניכר מהמשפחות כיום עם הצורך לשלב אחריות למקום העבודה עם אחריות לטיפול בבן משפחה. שילוב כזה יכול להיות מקור מתח ולחץ למטפל ולבני משפחתו ומקור לדאגה למעסיק. עם זאת מספר מצומצם של מחקרים מצביע גם על היבטים חיוביים בכפל

תפקידים זה המביאים להגברת הקרבה בין המטפל והמטופל ולהרגשת סיפוק בהצלחה בטיפול. בנוסף, רוב המחקרים כיום בנושא של שילוב עבודה ומשפחה התבססו בעיקר על מדדים בהקשר להשלכות השליליות של עבודה על חיי המשפחה ולא בכיוון ההפוך, או מדדים שלא הבחינו בין ההשפעות של תחום אחד על השני. כמו כן מרבית המחקרים מדווחים על נשים בתפקידי טיפול. לכן חשובה הגברת המודעות והבנת הצרכים בהקשר לדילמות של איזון בין עבודה ומשפחה. ●

משפחה, כולל בזקנים מוגבלים, בהשוואה לגברים, והן גם מועסקות בתפקידים פחות מתגמלים. בהתאם, יש לצפות כי נשים, בהשוואה לגברים ידווחו על רמות גבוהות יותר של "גלישה" שלילית בין עבודה ומשפחה, כלומר השפעה החדית של כל תחום על המתרחש בתחום האחר, כמו גם על שכיחות גבוהה יותר של מצבי לחץ.

מספר מצומצם של מחקרים בדקו את השפעת נטל הטיפול בקרוב משפחה מוגבל על מחויבויותיו של המטפל למקום עבודתו. מחקרים שבדקו השפעות של קונפליקט עבודה/ משפחה מצאו כי המחויבויות כלפי המשפחה השפיעו בכמה תחומים: היעדרויות רבות מהעבודה, ירידה בפרודוקטיביות בעבודה, והחלפה תכופה של מקום עבודה, בעיקר בקרב נשים, או עזיבה של מקום העבודה עקב צורך לטפל בקרוב משפחה מוגבל. מחקרים שבדקו השלכות של לחצים במקום העבודה על המחויבות לטיפול בבני משפחה מצאו כי איכות חיי הנישואין של המטפלים המשפחתיים והיחסים עם ילדיהם הקשורים, בין השאר, לצמצום הזמן המשותף שהמשפחה מבלה יחד, הם התחומים העיקריים בחיי המשפחה שעלולים להיפגע.

למשל נמצא כי חוסר האיזון בין מחויבויות לעבודה ומשפחה השפיעו על שותפות בנישואין וגרמו לעליית המתח בחיי בני הזוג.

מי מטפל במטפלות ובמטפלים

מחקרים אשר בחנו דרכים לצמצום ההשפעות השליליות של הטיפול בקרובי משפחה בחנו בעיקר נשים מטפלות. הממצאים מצביעים על כך כי מצבן הפיסי והנפשי של

לב נשי ולב גברי בריאות הלב של גברים ונשים



פרופ' ארדון רובינשטיין

מחלת לב כלילית ואוטם בשריר הלב שונים אצל נשים וגברים מבחינת התפתחותם, מהלכם, הסימפטומים שלהם, הדרך לאבחון אותם והטיפול בהם. כתוצאה מכך שסימני המחלה אצל נשים שונים מהסימנים אצל גברים, ישנם יותר מקרים של כשל באבחון המחלה אצל נשים. אי לכך המחלה וסיבוכיה גרועים יותר אצל נשים מאשר אצל גברים.

הסימנים למחלת לב אצל נשים מופיעים כעשר שנים מאוחר יותר מאשר אצל גברים. גורמי הסיכון הטרשתיים קיימים אצל שני המינים – אך נשים, שהתקפי לב נדירים אצלן בגיל הפוריות, זוכות לפחות התייחסות לגורמי הסיכון בתקופה זו של חייהן. כמו כן ישנם הבדלים בין נשים לגברים באשר למשקל גורמי הסיכון השונים.

גורמי הסיכון לבריאות הלב של נשים וגברים

“כולסטרול רע”

אצל נשים בגיל הפוריות, ערכי הכולסטרול הכללי ו”הכולסטרול הרע” נמוכים מאלו שאצל גברים, ומשתווים להם בתקופת גיל המעבר. לאחר גיל המעבר מתרחשת עלייה

ת חלות לב וכלי דם הן גורם המוות העיקרי בעולם המערבי, הן אצל גברים והן אצל נשים, אולם בקרב נשים, גיל התמותה ממחלות אלו מבוגר יותר. בשנים האחרונות, שיעור התמותה ממחלת לב כלילית בקרב נשים גבוה יותר מאשר בקרב גברים. בשנת 1998 נפטרו ממחלת לב כלילית בארצות הברית 504 אלף נשים ו-466 אלף גברים; באותה שנה נפטרו בגרמניה ממחלה זו 95 אלף נשים לעומת 84 אלף גברים.

תופעה זו נובעת ממספר גורמים: עד לפני שלושים שנה, מחלת לב כלילית נחשבה למחלה של גברים. מחקרים שבדקו את התפשטות המחלה בדקו רק גברים ומסקנות המחקרים לא תמיד יושמו על נשים. שכיחות גורמי הסיכון, שהייתה גבוהה יותר בקרב גברים (אולי מפני שרק גברים נבדקו) החלה לעלות בקרב נשים. למשל, שיעור העישון בקרב נשים צעירות עולה, בשעה שבקרב גברים הוא יורד.

פרופ' ארדון רובינשטיין, נשיא החברה לחקר, מניעה וטיפול בטרשת עורקים בישראל, פרופסור חבר ברפואה פנימית בבית הספר לרפואה באוניברסיטת תל אביב, מחבר הספר “הכול על הלב - איך לשמור על לב בריא”



כאמור, רמות "הכולסטרול הרע" מהוות גורם סיכון עיקרי למחלת לב והן יורדות עם טיפול בסטטינים. הטיפול בסטטינים משפיע במידה שווה על גברים ונשים. רמת "הכולסטרול הרע" עולה לאחר הפסקת הווסת והיא משתווה לרמת "הכולסטרול הרע" אצל גברים בני אותו גיל. הפחתת רמת "הכולסטרול הרע" מביאה להפחתה בתחלואה ובתמותה ממחלת לב אצל גברים ונשים באותו שיעור, ולכן חשוב מאוד לאזן את רמת הכולסטרול בכל גיל, וגם בגיל הפוריות, שבו הוא מהווה נדבך משמעותי בבניית הטרשת. לפיכך נשים עם "כולסטרול רע" גבוה בגיל המעבר חייבות לעשות את כל שביכולתן למנוע שינויים שליליים הכרוכים בגיל המעבר - להימנע מעלייה במשקל, להקפיד על פעילות גופנית ותזונה נכונה.

כתוצאה מכך שסימני המחלה אצל נשים שונים מהסימנים אצל גברים, ישנם יותר מקרים של כשל באבחון המחלה אצל נשים. אי לכך המחלה וסיבוכיה גרועים יותר אצל נשים מאשר אצל גברים

ברמת "הכולסטרול הרע" בדם. מחקר שנערך באנגליה עקב אחרי 20,536 אנשים עם מחלת כלי דם טרשתית או סוכרת, מהם 5,082 נשים. מחצית מהנבדקים טופלו בתרופה להורדת כולסטרול הקרויה סימבסטין ומחצית מהאנשים טופלו באינבו (פלצבו). הנתונים הבסיסיים היו זהים בין קבוצות הגברים והנשים. הן אצל הגברים והן אצל הנשים ירד שיעור התחלואה הלבבית בשיעור של 12%; שיעור המוות ממחלת לב ירד ב 17%; ושיעור האירועים הלבביים ירד ב-25% לאורך 5 שנות המחקר. אבל נשים בגיל מבוגר, שהיו בסיכון גבוה יותר לאורך 5 שנות המחקר, הושפעו לטובה מהטיפול התרופתי יותר מאשר קבוצות אחרות שנבדקו. שיעור הירידה במחלות לב היה אצלן הגבוה ביותר.

"כולסטרול טוב"

רמות "כולסטרול טוב" גבוהות אצל נשים ב-10 מ"ג/ד"ל מאשר אצל גברים, בכל הגילאים. חלק מהמחקרים, אך לא כולם, מצביעים על ירידה ברמה של "הכולסטרול הטוב" בגיל המעבר. ירידה כזו נחשבת כגורם סיכון למחלת לב, בקרב נשים יותר מאשר בקרב גברים. לכן, המועצה הלאומית האמריקאית לכולסטרול המליצה על גבול נורמה גבוה יותר של "כולסטרול טוב" אצל נשים. רמה נמוכה מ-35 מ"ג/ד"ל נחשבת לגורם סיכון משמעותי אצל נשים, וגורם סיכון זה נמצא אצל 5% מכלל הנשים. שיעור התחלואה והתמותה בקרב נשים עם רמה כה נמוכה של "כולסטרול טוב" הוא פי שניים מאשר בקרב נשים עם רמה גבוהה מ-60 מ"ג/ד"ל, בנות אותו גיל.

המשך בעמוד 14 ←

"כולסטרול טוב" HDL-C

בנשים: מעל 50 מ"ג/ד"ל	בגברים: מעל 40 מ"ג/ד"ל
---------------------------------	----------------------------------

גורמים לירידה:
חוסר פעילות גופנית
הוספה במשקל
עישון
תרופות שונות

גורמים לעלייה:
פעילות גופנית
הפחתה במשקל
הפסקת עישון
אלכוהול במינון מדוד

הרמה הרצויה בדם של "כולסטרול טוב" היא מעל 40 מ"ג/ד"ל אצל גברים ומעל 50 מ"ג/ד"ל אצל נשים.

→ המשך מעמוד 13

טריגליצרידים



עם ההשמנה עולה השכיחות של יתר לחץ דם, תנגודת לאינסולין, סוכרת, רמות גבוהות של טריגליצרידים, רמות נמוכות של "כולסטרול טוב". שכיחות מחלת לב אצל נשים שמנות הוא פי 3.6 מנשים רזות

בגילאים 20-55 שכיחות יתר לחץ הדם אצל גברים גבוהה ב-10% - 15% מאשר אצל נשים.

שכיחותו אצל נשים עולה משמעותית בגיל המעבר ולאחר גיל זה שכיחות המחלה זהה אצל גברים ונשים

אצל נשים סוכרתיות שכיחות מחלות הלב גבוהה פי 2.6 מאשר אצל נשים לא סוכרתיות ומאשר אצל גברים סוכרתיים

אנשים שעושים פעילות גופנית מפחיתים בשיעור ניכר את הסיכון לחלות במחלת לב כלילית בהשוואה לאלו שאינם פעילים

באותו גיל, אך סיבוכיה גרועים יותר בקרב נשים. אצל נשים סוכרתיות שכיחות מחלות הלב גבוהה פי 2.6 מאשר אצל נשים לא סוכרתיות ומאשר אצל גברים סוכרתיים.

השמנה

בעשורים האחרונים ניכרות עלייה במשקל ובהשמנה בקרב בני שני המינים ברוב אוכלוסיות העולם. היום כשליש מנשות העולם המערבי שמנות. עם ההשמנה עולה השכיחות של יתר

מספר מחקרים הראו שרמות גבוהות של טריגליצרידים מהוות גורם סיכון למחלת לב כלילית אצל נשים וגברים כאחד. ישנן עדויות לכך שטריגליצרידים מהווים גורם סיכון משמעותי יותר אצל נשים מאשר אצל גברים. הסיכון למחלת לב עולה עם רמת טריגליצרידים גבוהה מ-200 מ"ג/ד"ל. אצל נשים עם רמת טריגליצרידים בין 200-350 מ"ג/ד"ל הסיכון למחלת לב כלילית הייתה כפולה מאשר אצל גברים עם רמות דומות.

פרסום המסכם מחקרים רבים, שנערך בשנת 1996 וכלל 46,000 גברים ו-11,000 נשים, הראה שרמת טריגליצרידים גבוהה לוותה בעלייה של 30% בשיעור מחלות לב אצל גברים וב-75% אצל נשים. טריגליצרידים מהווים אם כן גורם סיכון משמעותי יותר עבור נשים מאשר עבור גברים. לכן אצל נשים יש להורידם בצורה אגרסיבית יותר.

פעילות גופנית

אנשים שעושים פעילות גופנית מפחיתים בשיעור ניכר את הסיכון לחלות במחלת לב כלילית בהשוואה לאלו שאינם פעילים. מחקר שנערך בקרב 40,000 נשים בגיל 45 ומעלה הראה שהליכה מהירה של שעה בשבוע מפחיתה מחלת לב ב-45%. מחקר האחיות הצביע על כך שככל שהמאמץ רב יותר ואינטנסיבי יותר, הירידה בתחלואת הלב וכלי הדם גדולה יותר.

עישון

בקרב שני המינים נחשב העישון לגורם סיכון עיקרי. נשים מפסיקות לעשן בשיעור נמוך יותר מאשר גברים.

סוכרת

נמצא ששכיחות הסיכון לפתח אוטם אצל סוכרתיים זהה לזו של אנשים שעברו אוטם בעבר, ולכן מתייחסים לסוכרתיים במניעה ראשונית כאילו עברו אוטם בעבר ויש להפחית אצלם את רמת "הכולסטרול הרע" מתחת ל 100 מ"ג/ד"ל. אצל נשים סוכרת היא גורם סיכון עצום, הרבה יותר משמעותי מאשר אצל גברים. היא מתגלה אצל נשים וגברים

סיכום

לם באניוני האב יש הבדל בין נשים וגברים

- לאחר גיל המעבר יש עלייה בשכיחות המוות ממחלת לב כלילית בקרב נשים יותר מאשר בקרב גברים.
- "הכולסטרול הרע" אצל נשים לאחר גיל המעבר הוא קטן יותר וצפוף יותר, מאשר אצל גברים בגילאים אלו, ולכן גורם לטרשת בשיעור גבוה יותר.
- רמה נמוכה של "הכולסטרול הטוב" היא גורם סיכון עיקרי למחלת לב כלילית, בקרב נשים יותר מאשר בקרב גברים.
- טריגליצרידים מהווים גורם סיכון משמעותי יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים.
- סוכרת מהווה גורם סיכון רב יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים.
- עישון מהווה גורם סיכון עיקרי בקרב נשים וגברים.
- התהליך הטרשתי נמשך לאורך שנים ומתחיל אצל נשים במשך גיל הפוריות. לכן יש לטפל בגורמי הסיכון גם בגיל הפוריות.
- אם לנשים לפני הפסקת הווסת יש רמות גבוהות של שומנים בדם, יש לטפל בגורם הסיכון באגרסיביות.
- יש נטייה בקהילה הרפואית להפחית בהערכת גורמי סיכון בנשים והן מקבלות פחות יעוץ וטיפול בגורמי סיכון – אפילו לאחר שהוכח שהן חולות במחלת לב.
- נשים זקוקות וצריכות לקבל טיפול מונע בדיוק כמו גברים. אסור להחמיץ את הטיפול בהן, גם לפני גיל המעבר.

לחץ דם, תנגודת לאינסולין, סוכרת, רמות גבוהות של טריגליצרידים, רמות נמוכות של "כולסטרול טוב". שכיחות מחלת לב אצל נשים שמנות (BMI גבוה מ-29) הוא פי 3.6 מנשים רזות (BMI נמוך מ-21). במחקר שעקב אחר 32,000 נשים בריאות בגילאי 55-69 נמצא שהשמנה ביטנית היא גורם סיכון עצמאי לתמותה של נשים ממחלות לב.

תסמונת מטבולית

שכיחותה של התסמונת המטבולית באוכלוסיית העולם המערבי כ-25%. אצל נשים לאחר גיל המעבר עולה שכיחותה בצורה ניכרת, והיא מתאפיינת בהשמנה, בעלייה לתנגודת אינסולין, ברמות גבוהות של "כולסטרול רע" צפוף וקטן, והכול יחד תורמים לשכיחות הגבוהה של מחלת לב כלילית לאחר גיל המעבר.

יתר לחץ דם

בגילאים 55-20 שכיחות יתר לחץ הדם אצל גברים גבוהה ב-15%-10% מאשר אצל נשים. שכיחותו אצל נשים עולה משמעותית בגיל המעבר ולאחר גיל זה שכיחות המחלה זהה אצל גברים ונשים.

נשים עם יתר לחץ דם יפתחו מחלת לב כלילית פי 3-5 מאלו שאין להן יתר לחץ דם. אצל נשים עם רמות של לחץ דם בגבול העליון של הנורמה שכיחות מחלת לב כלילית הייתה פי 4 מזו של נשים עם רמות נמוכות של לחץ דם. בקרב נשים שטופלו בלא בהצלחה ביתר לחץ דם, השכיחות של מחלת לב כלילית עלתה בצורה משמעותית.

תורשה

סיפור משפחתי של מחלת לב בקרב נשים שאחד מהוריהן לקה בהתקף לב לפני גיל 60, מגביר את הסיכון למחלת לב בנשים פי 2.8 לעומת נשים שאין להן סיפור משפחתי כזה. הקשר בולט יותר כאשר לאם הייתה מחלת לב בגיל צעיר. ●

נשים וגברים הבדלים בגורמי הסיכון לחלות בדמנציה



פרופ' אברהם אדונסקי

עם הזדקנות האוכלוסייה הופכת הדמנציה לבעיית בריאות די מרכזית בהרבה מדינות. המחלה מוגדרת כתסמונת קלינית המאופיינת על ידי איבוד של זיכרון ופונקציות קוגניטיביות אחרות בדרגת חומרה כזאת שהיא מפריעה בתפקוד היומיומי ולאיכות החיים.

בגישה לאבחון, טיפול או מניעה של מחלת הדמנציה חייבים לזכור את הקשר הקיים עם גורמי סיכון קרדיווסקולאריים אחרים, כמו: מחלת לב, מחלת כלי דם מוחיים ועוד. ההשפעה השלילית של בעיות הבריאות האלה פוגעת, ותפגע עוד יותר בעיקר בנשים, בגלל תוחלת חיים ארוכה יותר ואחוז גבוה יותר של נשים בגיל מבוגר. פיזור השכיחות של גורמי הסיכון העיקריים השונים בין גברים ונשים ובין קבוצות גיל שונות הם מגוונים. לדוגמא: נשים מעל גיל 65 סובלות הרבה יותר מיתר לחץ דם, שומנים בדם וסוכרת בהשוואה לגברים. וגם הפרופיל הקרדיווסקולארי

הכולל שלהן הוא הרבה יותר בעייתי. לדוגמא: לנשים יש יותר שינויים בכלי דם מוחיים, בייחוד בחומר הלבן, אם יש להם סוכרת או לחץ דם. ועוד: נשים שעוברות אירוע מוחי סובלות מתוצאות קליניות פחות טובות בהשוואה לגברים ויש להן יותר מוגבלויות.

שתי הסיבות העיקריות הגורמות למחלת הדמנציה הינן מחלת אלצהיימר (בכ-55% מהמקרים) או שינויים טרשתיים (ארטריוסקלרוטיים) בכלי דם מוחיים (בכ-40%). מין נשי בלי קשר, או בנוסף לגורמי סיכון אחרים לדמנציה, מעלה את

עם הזדקנות האוכלוסייה הופכת הדמנציה לבעיית בריאות די מרכזית בהרבה מדינות. המחלה מוגדרת כתסמונת קלינית המאופיינת על ידי איבוד של זיכרון ופונקציות קוגניטיביות אחרות בדרגת חומרה כזאת שהיא מפריעה בתפקוד היומיומי ולאיכות החיים

לפני זמן הופיעה במרפאתי גברת צעירה אשר ליוותה את אימה לצורך בדיקה בגין ירידה בזיכרון שהופיעה בזמן אחרון. פניה היו מוכרות לי והיא הזכירה כי כשנתיים קודם לכן הביאה את דודתה עם בעיה דומה ועוד לפני כן ביקרה עם קרובת משפחה אחרת בגין בעיה דומה. שאלתה הראשונה הייתה האם זה מקרי שכולן היו נשים או שמדובר בבעיה אחרת.

ואכן, גם אם לא נתכוונה לכך, הרי שכיום הולכים ומצטברים נתונים על הבדלים בתחומי בריאות רבים בין נשים לגברים, גם בתחומים אשר על פניו לא נראה היה שהבדלים כאלה אכן קיימים. בתקופה שבה אנו כל

כך דואגים שמא נלקה, לא עלינו, בדמנציה, ושבה מדובר על התייחסות רצינית לגורמי סיכון שונים על מנת להוריד את ההסתברות ללקות בדמנציה, יש לכל אחד מאיתנו עניין להגדיר הבדלים באותם גורמי סיכון. התייחסות מדויקת יותר לגורמי סיכון אפשריים יכולה אולי לעכב את הופעת המחלה, בייחוד בהתחשב בעובדה שחלקם, הגם שאינם זהים בגברים ובנשים, הם ברי שינוי.

פרופ' אברהם אדונסקי, מנהל המחלקה לגריאטריה, בית חולים שיבא



של כ-20% לפתח אלצהיימר. בערך 7% ממקרי האלצהיימר בגיל צעיר הם משפחתיים, עם תכונה תורשתית. במחקר על תאומים שוודים לא נמצאו הבדלים בין זכרים ונקבות בשכיחות התפתחות דמנציה או אלצהיימר לאורך זמן. מסקנת החוקרים הייתה שנשים אינן בסיכון גנטי גבוה יותר לפתח דמנציה, אבל היות ויש מעט יותר דמנציה בנשים, הרי שיייתכן שתהליכים סביבתיים יכולים להיות יותר משמעותיים לעניין התפתחות המחלה בנשים.

סוכרת - ישנן יותר ויותר עדויות שסוכרת מטיפוס 2 או מצבים עם רמות אינסולין גבוהות עלולים לגרום להפרעה קוגניטיבית. סוכרת היא הרבה יותר שכיחה בנשים מאשר בגברים ואצל נשים היא מעלה את הסיכון למחלות קרדיווסקולאריות פי 4 וכנראה גם את הסיכון לדמנציה.

רמות כולסטרול - כולסטרול קשור למחלות לב וכלי דם שונים אבל דווקא הקשר עם דמנציה הוא לא ברור, ורק חלק מהמחקרים שנעשו הדגימו קשר בין יתר כולסטרול למחלה. למרות זאת חסרים מחקרים שידגימו כי כולסטרול גבוה לאורך שנים מהווה גורם סיכון עצמאי להתפתחות דמנציה, או לחילופין שאיזון לרמות תקינות מוריד את הסיכוי לדמנציה. מבחינה זו לא ידוע גם על הבדלים גדולים בין נשים וגברים.

פרפור פרודורים - חולים שהדופק אצלם בלתי סדיר הינם בעלי סיכון כפול לפחות לירידה קוגניטיבית ולדמנציה. גם המהלך של דמנציה אצלם הוא הרבה יותר מהיר, ובייחוד אם יש להם מראש רקע של מחלת כלי דם מוחית. מספר עבודות גם הדגימו שהסיכון לאירוע מוחי אחרי פרפור הוא פי 3 עד 4 גבוה יותר בנשים, בהשוואה לגברים, ולכן חשוב לטפל במצב זה באופן הדוק ביותר.

הסיכון להתפתחות מחלת אלצהיימר. במחקרים פתולוגיים הודגם שעצם הימצאות של ממצאים מסויימים בביופסיה מוחית אצל מבוגרים ללא אלצהיימר, מעלה את הסיכון העתידי למחלה פי 20 בנשים, אבל רק פי 3 בגברים. למרות שבדרך כלל השכיחות של דמנציה די שווה בין שני המינים עד קרוב לגיל 90 שנה, הרי שמעבר לגיל 90 דמנציה שסיבתה מחלת אלצהיימר הייתה הרבה יותר שכיחה בנשים, בעוד שדמנציה שסיבתה שינויים בכלי דם מוחיים הייתה שכיחה יותר בגברים.



שתי הסיבות העיקריות הגורמות למחלת הדמנציה הינן מחלת אלצהיימר (בכ-55% מהמקרים) או שינויים טרשתיים (ארתרוסקלרוטיים) בכלי דם מוחיים (בכ-40%). מין נשי בלי קשר, או בנוסף לגורמי סיכון אחרים לדמנציה, מעלה את הסיכון להתפתחות מחלת אלצהיימר

התייחסות מדויקת יותר לגורמי סיכון אפשריים יכולה את אולי לעכב את הופעת המחלה, בייחוד בהתחשב בעובדה שחלקם, הגם שאינם זהים בגברים ובנשים, הם ברי שינוי

מהם גורמי הסיכון למחלת הדמנציה בקרב נשים וגברים

התייחסות נכונה יותר לגורמי הסיכון לדמנציה היא כנראה הדרך הקלה והיעילה ביותר בהורדת שכיחות המחלה, ולפיכך מומלץ להתייחס בעיקר לגורמי הסיכון הבאים:

גיל - גורם הסיכון העיקרי לדמנציה הוא גיל. שכיחות הדמנציה עולה באופן חד אחרי גיל 80 והיא מעט יותר שכיחה בנשים. במהלך השנים שבין גיל 65 ל 80 מוכפלת שכיחות אלצהיימר כל 4 שנים. ומגיעה עד לכדי כשליש מהאוכלוסייה בגיל 80, הן בגברים והן בנשים. הגיל, לצערנו, הוא גורם סיכון שאינו ניתן לשינוי.

גנטיקה - סוג של קומפלקס חלבוני-שומני שהוא בעצם גן (אפו 4) ידוע כגורם סיכון גנטי לדמנציה, בייחוד מטיפוס אלצהיימר. הגן קשור במיוחד ברמות כולסטרול גבוהות יותר וכן להופעה מוקדמת יותר של המחלה, לפחות כעשר שנים. נוכחות הגן הזה קשורה בשינויים קשים ברקמת המוח ובביצועים קוגניטיביים, ויותר בנשים בהשוואה לגברים. גם כאן הסיכוי להתערבות רפואית לא קיים עדיין.

סיפור משפחתי - אם יש קרוב משפחה מדרגה ראשונה עם דמנציה. יש סיכון מוגבר

מהו לחץ הדם שלך? איזון של לחץ הדם מוריד סיכון לדמנציה

→ המשך מעמוד 17



הוא-היא
דמנציה

את הסיכון לדמנציה בגיל מבוגר. הסיכון הזה כנראה יותר גבוה אם כי בצורה קלה בנשים לעומת גברים. הקשר הוא כנראה דרך השינויים הנלווים להשמנת יתר בחומר הלבן שבמוח. אחד ההסברים לכך הוא שאנשים אלה נוטים להיות גם עם לחץ דם, סוכר וכולסטרול גבוהים יותר.

אלכוהול – שתיית אלכוהול מתונה מורידה את הסיכון למחלות קרדיווסקולריות ולדמנציה. האפקט הזה נמצא נכון גם לגבי גברים וגם לגבי נשים.

עישון – עישון מכפיל פי 2 את הסיכון לדמנציה הן בגברים והן בנשים. כתוצאה מהשפעת העישון על כלי הדם.

תסמונת מטבולית – אנשים מוגדרים כסובלים מתסמונת מטבולית אם הם סובלים משלושה מתוך הגורמים הבאים: השמנה ביטנית, לחץ דם גבוה, טריגליצרידים גבוהים, "כולסטרול טוב" נמוך, וסוכר מוגבר. התסמונת המטבולית מעלה את הסיכון להפרעה קוגניטיבית ב-20% לפחות, הן בגברים והן בנשים.

אסטרופן – אסטרופן משפיע על קולטנים ונוירורנסמיטורים שונים, גם בריקמת המוח. למרות שמתן אסטרופן משפר במידת מה יכולות קוגניטיביות מסוימות, הרי ששלל הקשר שלו להתפתחות דמנציה, ובוודאי שאין הצדקה למתן אסטרונים לצורך מניעה.

לסיכום – עליית הגיל והזדקנות האוכלוסייה מציבה אותנו מול עלייה ניכרת בשכיחות דמנציה. היות ובמציאות הנוכחית נשים שורדות יותר מגברים, גם האפקט המצטבר של גורמי הסיכון לדמנציה הינו גבוה יותר אצלן, ולפיכך נראה שהן זקוקות להקפדת יתר מבחינת הטיפול בגורמי הסיכון לדמנציה עתידית, לפחות באלה שניתן להשפיע עליהם.

ישנן יותר ויותר עדויות שסוכרת מטיפוס 2 ו/או מצבים עם רמות אינסולין גבוהות עלולים לגרום להפרעה קוגניטיבית. סוכרת היא הרבה יותר שכיחה בנשים מאשר בגברים

יש לא מעט מחקרים אשר הוכיחו שאיזון של לחץ דם מוריד את הסיכון להתפתחות של ירידה קוגניטיבית ודמנציה, בין אם סיבתה אלצהיימר או שינויים בכלי דם מוחיים

עישון מכפיל פי 2 את הסיכון לדמנציה הן בגברים והן בנשים. כתוצאה מהשפעת העישון על כלי הדם

הומוציסטאין – חומר זה הנמצא בדם אצל כולנו יכול להיות קשור לדמנציה. רמות גבוהות שלו קשורות לשכיחות גדולה יותר של מחלות כלי דם באופן כללי, כולל לאירועים מוחיים ולדמנציה שמקורה בשינויים בכלי דם מוחיים. לצערנו, טרם הוכח שטיפול להורדתו (על ידי ויטמינים שונים) יכול לשפר את הסיכון ללקות בדמנציה.

לחץ דם – לפחות 30% מהנשים מעל גיל 65 סובלות מיתר לחץ דם. השכיחות של יתר לחץ דם יותר גבוהה בגברים מאשר בנשים עד גיל זה, בעוד שבהמשך התמונה מתאזנת ואף נוטה להתהפך. יתר לחץ דם באמצע החיים הוכח כקשור לירידה קוגניטיבית ולסיכון מוגבר לאלצהיימר בגיל מאוחר. התרומה של יתר לחץ דם להתפתחות של דמנציה היא דרך שינויים בכלי הדם המוחיים, אבל כנראה גם מעבר לזה. יש לא מעט מחקרים אשר הוכיחו שאיזון של לחץ דם מוריד את הסיכון להתפתחות של ירידה קוגניטיבית ודמנציה, בין אם סיבתה אלצהיימר או שינויים בכלי דם מוחיים. המנגנון הוא כנראה גם על ידי הורדת השכיחות של אירועים מוחיים וגם במנגנונים אחרים. זאת הסיבה שכיום מושם דגש רב על איזון של יתר לחץ דם כטיפול מונע או מעכב להתפתחות דמנציה.

לחץ דם נמוך – מעט חומר מדעי קיים על הנושא הזה שמדגים כי ערכי לחץ דם נמוכים מהרגיל כן יכולים להיות קשורים בירידה קוגניטיבית דרך מנגנון של אספקת דם נמוכה יחסית לדרישות ריקמת המוח. בייחוד נמצא כי לחץ דם דיאסטולי (הנמוך) של פחות מ-70 מ"מ כספית בגיל המבוגר יכול להיות קשור בירידה קוגניטיבית, בנשים ובגברים.

השמנת יתר – השמנת יתר בגיל הביניים מעלה



על מרבד הקסמים

אהבה מאוחרת על שפת הכיורד

ד"ר מירי ורון



אולב האוגה/ השטיח

עשי לי שטיח, בודיל,
ארגי אותו מזה ומזה;
ארגי אותו מן החזון, מן החלום,
ארגי אותו מרוח,
כך שאוכל לפרוש אותו כדרך
הבדווי כשארצה להתפלל,
כך שאוכל לכרוך אותו סביבי
כשארצה לנוח.
ומדי בוקר בקומי אקרא:
שולחן, היה ערוך!
ארגי אותו להיות לי
מעיל ביום קרה,
ארגי אותו להיות לי
מפרש של סירה!
ובאחד הימים אשב על השטיח
ואשוט
אל מעבר לזה

בהיותו כבן 70 נישא המשורר הנורבגי אולב האוגה לאהבתו הראשונה – האמנית בודיל קאפלן, שהייתה צעירה ממנו בשנים ספורות. הם חיו יחד 16 שנים מאושרות שבהן כתב לה שירי אהבה. עד פגישתו עימה חי המשורר בבדידות עגומה בחוות עצי תפוח, על מורדות הר תלול סמוך להרדנגר פיורד, בעיירה אולביק בנורבגיה.

על פי רשימתה של המתרגמת שלו לעברית, סבינה מסג "המסע אל האוגה" נתגלה המשורר באקראי על ידי משורר נורבגי בשם יאן אריך וול, אשר קרב אותו אל קוראי השירה באוסלו. שנים ארוכות קראו אנשים את שיריו אבל לא חדרו לפרטיותו ולעולמו המגוון והנסתר. מדי כמה שנים היה מוציא לאור ספר שירה וכל הוצאה כזאת הייתה כרוכה בהתמוטטות נפשית, עד שנרפא ומצא מנוחה ואושר באהבתו המאוחרת. בשירו "השטיח" נותן האוגה לאהובתו תפקיד מרכזי בחייו. היא זאת שנושאת

את קיומו באצבעות ידיה. היא זאת ש"עושה את השטיח", שממנה הוא מבקש לארוג את יומו. חייו הנארגים בשטיח שהיא בוראת מורכבים מחלום ומחזון, מכריעת הבדוי, הפורש את השטיח ורוכך עליו בתחינה. השטיח שהיא אמורה לארוג יחמם אותו וירגיעו: "אוכל לכרוך אותו סביבי כשארצה לנוח..." הוא החום והאינטימיות העולים מבין אצבעותיה כשהיא אורגת למענו את חייו. האהובה תארוג לו שטיח של שגרה: השטיח יהפוך בדרך נס לשולחן האוכל ובעת קרה יהפוך למעיל מושיע ומפרש לסירת החיים המפליגה. היא השגרה והסעודה, החום והרוח הנושבת ומפעילה את קיומו. אם כל זה יתממש, מרגיש המשורר, יוכל לעזוב את העולם בשלווה קוסמית; כמו על מרבד הקסמים ישב יום אחד וישוט לו בפיוט ובהשלמה אל מעבר מזה. אל עולם אחר, על השטיח שבודיל ארגה למענו. כל מה שהיא נתנה לו ילך עימו אל מעבר לעולם כישועה מבורכת. ●

ד"ר מירי ורון, מרצה לספרות ותיאטרון



לתת מכל הלב

גמלאים מתנדבים למען האוכלוסייה המבוגרת

גמלאים וגמלאיות בני 55 ומעלה -

אם אתם מרגישים צורך להעניק, שירות הייעוץ לקשיש בביטוח הלאומי מזמין אתכם לתרום מזמנכם לעבודת התנדבות מעניינת וחשובה עם קשישים.

תרומה משמעותית לקהילה

בהתנדבות למען הקשישים תתרמו לאיכות חיי הקשישים: תסייעו להם במיצוי זכויותיהם, תערכו ביקורי בית חברתיים, ותתנו להם ייעוץ באופן אישי. במהלך ההתנדבות תקבלו הדרכה וליווי מאנשי מקצוע, ויוענקו לכם כל הזכויות המגיעות לכם כמתנדבים.

ללמוד באוניברסיטה

כמתנדבים תוכשרו בקורס לגרנטולוגיה (מדעי הזקנה) שיתקיים באוניברסיטה, ותלמדו על זכויות הקשיש והגמלאי בקהילה.

הירשמו עכשיו - ותוכלו להתחיל מיד בעבודת התנדבות מעשית.
פרטים והרשמה בטל' 02-6463400, בימים א'-ה', בשעות 8:00-13:00

מידע מפורט על מחלקות הייעוץ לקשיש ניתן למצוא
באתר האינטרנט: www.btl.gov.il/קצבאות/ייעוץ לקשיש



המוסד לביטוח לאומי
אגף הייעוץ לקשיש