



המוסד לביטוח לאומי  
אגף הקרנות - קרן מפעלים מיוחדים



## מיזם להפחתת תחושת הבדידות בקרב זקנים ולהתמודדות עימה: מחקר מלווה

מיכל לרון  
איתי מנהיים  
יפית כהן  
דנה וייס  
שלומית קגיה

**175 מפעלים מיוחדים**

אלול התש"פ, אוגוסט 2020





המוסד לביטוח לאומי  
אגף הקרנות - קרן מפעלים מיוחדים

## מיזם להפחתת תחושת הבדידות בקרב זקנים ולהתמודדות עימה: מחקר מלווה

מיכל לרון  
איתי מנהיים  
יפית כהן  
דנה וייס  
שלומית קגיה

**מפעלים מיוחדים 175**

ירושלים, אלול התש"פ, אוגוסט 2020

[www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

פרסום זה יוצא לאור בסיוע  
מינהל המחקר והתכנון  
של המוסד לביטוח לאומי.

# פתח דבר

תופעת הבדידות הינה תופעה אנושית ואוניברסלית, ההערכה היא שכל אדם במהלך חייו חווה בדידות מסוגים שונים, יש קבוצות גיל ונסיבות שמאיצות ומחזקות את תחושת הבדידות שחשים אנשים במהלך חייהם, ומכל מקום היא מלווה את הקיום האנושי ואת החברה כולה מראשיתה.

בעולם המודרני, ובעיקר החל מהמאה ה-20, חלה האצה בתהליכי מודרניזציה וגלובליזציה ושינויים טכנולוגיים, שהשפיעו בין השאר על המרקם הקהילתי והמשפחתי, ושינויים ברמת הרפואה הביאו להארכת תוחלת החיים של האוכלוסייה המבוגרת. כל אלה הביאו בעיקר מתחילת המאה ה-21, לקדמת הבמה את הצורך בקיום דיון מקצועי מעמיק בהשלכותיהן של תופעות אלו על מצב אוכלוסיות שהפכו לפגיעות במיוחד ובהם זקנים, תוך מיקוד במצבם הרפואי, הנפשי והחברתי.

בין השנים 2014 – 2018 תוכנן פותח והופעל המיזם להפחתת תחושת בדידות בקרב זקנים אשר מהווה פריצת דרך בהמשגת תופעת הבדידות בקרב זקנים ובפיתוח פרקטיקות והתערבויות התורמות להתמודדות ולצמצום הבדידות.

## מטרות המיזם העיקריות היו:

1. העלאת מודעות לתופעת הבדידות והמשגתה.
2. פיתוח פרקטיקות והתערבויות המסייעות לצמצום והתמודדות עם בדידות בקרב זקנים.

המיזם פעל בפריסה ארצית רחבה והיה בו ייצוג למגוון צורות יישוב, ובהן, המגזר הכפרי, ישובים בחברה הערבית, ישובים בגודל אוכלוסייה שונה בין ערים בינוניות וגדולות. נכללו בו עשרות תכניות ומספר אסטרטגיות להתערבות, התכנים היו ברצף של תכניות ממוקדות בקהילה, תכניות לזקנים עם רמות תפקוד שונות, תכניות קצרות וממושכות, תכניות קבוצתיות או פרטניות, תכניות בימי חול ותכניות בסופי שבוע. במסגרת המיזם התקיימו גם ימי עיון, למידה וחשיפה לנושא הבדידות, לאנשי מקצוע ולמקבלי החלטות ברמה המקומית והארצית.

מדובר במיזם מורכב וחדשני שמומן במשותף במשך 4 שנות הפעלתו ע"י אשל-גוינט והקרן למפעלים מיוחדים בביטוח הלאומי, משרד הרווחה היה שותף להפעלת המיזם מראשיתו, וסייע ברתיעת מחלקות הרווחה ברמה המקומית והמחוזית.

גבי אילנית שטיינברגר, בעלת תואר בגרנטולוגיה וניסיון רב בהפעלת תכניות לזקנים הובילה את המיזם המשותף משנת 2015, באופן מקצועי וראוי להערכה רבה. היא ליוותה בכישרון רב, ברגישות ובמסירות, את המיזם ברמה הארצית, סייעה בליווי ופיתוח התכניות ברמה המקומית והאזורית, ריכזה את קבוצת הלמידה של הרכזים והרכזות בשטח.

סייע בידה בשנת הפעילות האחרונה בתחום חילוץ ופיתוח ידע מר איל בר-איתן שהביא לתהליך יצירתיות ומקוריות. אחד התוצרים החשובים בנוסף למחקר המלווה את המיזם, היה הקמת אתר אינטרנט בו הועלו התכנים המרכזיים ועקרונות העבודה של המיזם והמלצות להפעלת תכניות לצמצום בדידות בקרב זקנים.

(מצורף קישור לאתר) <https://www.lonelyelderly.net/about>

תודה מיוחדת למנהלי הארגונים, והרשויות שנכללו במיזם שהיו בבחינת חלוצים הזורעים וחורשים בשדה חברתי חדש ותרמו רבות בתהליך הלמידה של תופעת הבדידות וההתמודדות איתה. תודה לחברי וועדת ההגוי

שליו את פיתוח המיזם והעשירו את השיח המקצועי בדיונים. תודה מיוחדת לצוות מחקר הערכה בהובלת ד"ר מיכל לרון ומר איתי מנהיים, ממכון מאירס ברוקדייל שליו את המיזם משלב התכנון, סייעו בפיתוח כלי אינטייק לצוות ההפעלה, ותרמו רבות לעבודה המקצועית של הצוותים בתכניות השונות במסגרת המיזם, צוות המחקר זכה לשיתוף פעולה מרשים גם מהמשתתפים ומהצוותים המקומיים.

**דוח המחקר הנלווה של "מיזם להפחתת תחושת הבדידות בקרב זקנים", יוצא לאור בעיצומה של מגיפת וירוס הקורונה בארץ ובעולם.** ממצאי ומסקנות המחקר קיבל משנה תוקף מאז סיומו בשנת 2019, במיוחד במשבר הנוכחי, בו נכפו על אזרחי ישראל בכלל ועל זקנים בפרט בידוד חברתי בעוצמות חריגות ולא טבעיות, וחלקם עדיין נתונים בו מבלי יכולת להיעזר במערכות תמיכה משפחתיות וקהילתיות שפעלו קודם לכן.

במסגרת פיתוח מענים מותאמים לזקנים בתקופה זו, ההתמקדות הייתה סביב צרכים בסיסים של הזקנים, ובהם- ביטחון תזונתי, לקיחת תרופות ושמירה על הבריאות הפיזית. יחד עם זאת, המשבר העצים את חשיבות השיח בנושא התמודדות זקנים בודדים בעל כורחם, את ההשלכות של התלות במשפחה, והחשיבות שיש להמשך מתן מענים מגוונים ויצירתיים לזקנים בקהילה בהתאם לרצונם- כפי שעלה בממצאים ובתובנות של המחקר.

יצוין כי בתקופת הסגר הוחל ביוזמות מקומיות גם בהפעלת קבוצות וירטואליות להפגת בדידות במספר מסגרות חוץ ביתיות, כגון, בתי אבות שהונחו על ידי אנשי מקצוע ומתנדבים, ונעשה שימוש בידע שנצבר במסגרת המיזם.

האתגרים שמציב משבר קורונה מחזקים את החשיבות בראיית תופעת התמודדות עם הבדידות בקרב זקנים כתופעה רב-מימדית ומורכבת. תופעה הדורשת הבנה מעמיקה של מאפייני תתי הקבוצות המרכיבים את אוכלוסיית הזקנים במדינת ישראל, את הצורך בביצוע ההתאמות לצרכיהם בפיתוח השירותים, את המעבר למודל של סל שירותים אישי ושירות מוכוון אדם, ולמעשה ממעבר לשיח של הגברת מעורבות, שייכות והשתתפות של זקנים בפעילות במרחב הקהילתי.

מאז סיום המיזם, הוקם צוות משותף לשני הארגונים שעסק בהמשך למידה והפקת לקחים, כדי לבחון מודלים אפשריים, לחשוב על עליית מדרגה ולהצביע על כיווני פעולה להמשך פיתוח.

כיוונים אלה כללו בין השאר, בחינת מודלים כגון: עיר ידידות גיל וקהילה לדורות, אנו מקווים כי בשנה הקרובה נוכל לצאת לדרך עם מיזם המשכי שיביא פיתוח נוסף לצמצום תופעת הבדידות בקרב זקנים, ומיקודה ברמה המקומית בהגדרת מודלים מענים מקוונים, ובמתן עיסוק משמעותי לאוכלוסייה המבוגרת בישראל.

**אשל – ג'וינט**

**המוסד לביטוח לאומי**

מר יוסי היימן, מנכ"ל

עו"ד איציק סבטו, מנהל קרנות הביטוח הלאומי

אירית פישר-ריף,

כרמלה קורש אבלגון

מנהלת תחום שירותים קהילתיים

מנהלת קרן מפעלים מיוחדים

## חברי וועדת היגוי

יוסי היימן, מנכ"ל אשל- גוינט

גלית מבורך, מנהלת אגף אזרחים ותיקים, משרד הרווחה (לשעבר)

איציק סבטו, מנהל קרנות הביטוח הלאומי

כרמלה קורש אבלגון, מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי

רונית ניסנבוים, מנהלת תחום שירותים תומכים בקהילה, אשל גוינט (לשעבר)

אילנית שטיינברגר, מנהלת ארצית מיזם בדירות

דליה רוזניק, מפקחת ארצית לחוק סיעוד, אגף לאזרחים ותיקים, משרד הרווחה

אירית פישר, מנהלת תחום רצף שירותים בקהילה, גוינט-אשל

אייל בר-איתן, מנהל פיתוח ידע ולמידה, גוינט-אשל

ד"ר שירלי רוזניצקי, מנהלת תחום זיקנה, מכון מאירס- ברוקדייל

ג'ני ברודסקי, מנהלת תחום זיקנה, מכון מאירס- ברוקדייל (לשעבר)

ד"ר מיכל לרון, חוקרת בכירה, מכון מאירס ברוקדייל

איתי מנהיים, חוקר, מכון מאירס ברוקדייל.

תמי אליאב, מנהלת המחקרים בקרנות, מינהל המחקר המוסד לביטוח לאומי

משה יוסף, חבר ועדת זיקנה, נציג מועצת המוסד לביטוח לאומי

עידן פפיאר, מנהל המרכז לחדשנות דיגיטלית בגיל השלישי – CDI, באר שבע

אורית מאירוביץ', סגנית סמנכ"ל כספים, גוינט-אשל

ד"ר מעיין כץ, סגנית מנהלת השירות הארצי לריפוי בעיסוק, משרד הבריאות

חזקי ישראל, נציג ועדת זקנה, מועצת המוסד לביטוח לאומי

טלי ברנע, מפקחת ארצית קהילות תומכות, משרד הרווחה (לשעבר)

ורה שלום, מנהלת האגף לייעוץ לקשיש, המוסד לביטוח לאומי





# תקציר

## רקע

תופעת הבדידות בזיקנה זוכה כיום, יותר מבעבר, לתשומת לב של מפתחי השירותים וקהילת המחקר, הן בשל שכיחותה והן בשל הקשר שלה למצבם הבריאותי של הזקנים ולרווחתם הנפשית. בשנת 2014 התפרסם קול קורא לפיתוח תוכניות להפחתת בדידות, במסגרת מיזם ארצי בשם "המיזם להפחתה והתמודדות עם תחושת בדידות בקרב זקנים" (או בקצרה: "מיזם בדידות"). את המיזם הובילו הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי, ג'וינט ישראל-אשל ומשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. במסגרת המיזם הופעלו 23 תוכניות שונות על ידי 13 ארגונים<sup>1</sup> (כגון עמותות לקשיש או מחלקות לשירותים חברתיים), בפריסה ארצית רחבה. הנהלת מיזם הבדידות פנתה למכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה ללוות את המיזם במחקר. במשך שלוש שנים ליווה המכון את המיזם.

## מטרות המחקר

למחקר היו שלוש מטרות מרכזיות: (1) לבחון את תרומת התוכנית שהופעלה ביישוב לזקנים שהשתתפו בה (ברמת הפרט); (2) לבחון את תרומת התוכנית לקידום ההתמודדות עם נושא הבדידות ביישוב שבו היא התקיימה (ברמת השטח); (3) לגבש תובנות והמלצות בנוגע לתוכניות להפגת בדידות (ברמת עיצוב המדיניות).

## שיטות

במסגרת המחקר נותחו טופסי האינטייק של המשתתפים ב-21 תוכניות<sup>2</sup> והתקיימו ראיונות עימם (751 ראיונות לפני תחילת התוכנית ו-685 ראיונות 6-9 חודשים לאחר תחילתה), נערכו 14 תצפיות בפעילות ו-14 קבוצות מיקוד עם המשתתפים, רואיינו רכזות התוכניות ואנשי המקצוע ביישובים שבהם התקיימו התוכניות (36 ראיונות) ונשלחו 60 שאלונים למילוי עצמי למפעילי תוכניות (מנחים, תרפיסטים וכדומה). נערכה השוואה בין התוכניות לפי אסטרטגיית ההתערבות שעליה הן התבססו, וכמו כן נערכה השוואה בין משתתפי התוכניות ובין קבוצת ביקורת שהורכבה מאנשים שהיו אמורים להשתתף בתוכנית מסוימת אך בפועל לא השתתפו בה. הממצאים נותחו בכלים כמותיים של סטטיסטיקה תיאורית והיסקית, באמצעות ניתוחים דו-משתניים (מסוג  $\chi^2$ ), וילקוקסון למדגמים תלויים ומבחן t למדגמים ולמדגמים בלתי תלויים) ובאמצעות ניתוחים רב-משתניים (מסוג רגרסיית פרוביט, רגרסיה לוגיסטית ורגרסיה לינארית). כמו כן נעשה שימוש בכלים איכותניים של ניתוח תמטי.

---

<sup>1</sup> חלק מן הארגונים יזמו יותר מתוכנית אחת.

<sup>2</sup> בתוכנית אחת נערכו תצפיות וקבוצת מיקוד, ובתוכנית אחרת נערכו ראיונות מובנים למחצה, פנים אל פנים. בשתי התוכניות רואיין צוות התוכנית.

תרומת התוכנית למשתתפים בה (ברמת הפרט) נבחנה באמצעות הראיונות עם המשתתפים ועם הרכזות ומפעילי התוכניות ובאמצעות התצפיות וקבוצות המיקוד עם המשתתפים. הראיונות עם אנשי המקצוע, הרכזות והמפעילים שימשו גם כדי להעריך את תרומת התוכנית והמיזם לטיפול בסוגיית הבדידות בזיקנה ברמה המקומית של היישוב. תובנות בנוגע להתמודדות אסטרטגית עם תופעת הבדידות בזיקנה ברמה הארצית זוקקו מתוך כלל מקורות המידע של המחקר.

## ממצאים

73% מן האנשים ששובצו בתוכניות דיווחו בתהליך האינטייק על תחושת בדידות לעיתים קרובות או לפעמים לעומת 34% מקרב כלל בני ה-65 ויותר בישראל. מסך כל המשיבים, 40% פרשו מן התוכנית ( $n=271$ ) בתחילתה (23%) או לאחר מפגש אחד או שניים (17%). בקרב אלה שהשתתפו בכל התוכנית או במרביתה ( $n=414$ ), שביעות הרצון מן הפעילות הייתה גבוהה.

משתתפי התוכניות נשאלו באיזו מידה הם מרגישים שהתוכנית תרמה להם בנושאים שונים. 57% מן המשיבים ציינו שהתוכנית תרמה להפחתת תחושת הבדידות שלהם במידה רבה או רבה מאוד; 71% דיווחו על שיפור מצב הרוח הכללי במידה רבה או רבה מאוד; 48% דיווחו על שיפור בתחושת הבריאות הכללית; 45% דיווחו שהתוכנית תרמה ליכולתם להתמודד עם קשיים ורגשות לא נעימים במידה רבה או רבה מאוד.

התוכניות השונות התבססו על שתי אסטרטגיות התערבות: הזדמנות לאינטראקציה חברתית וחיזוק המסוגלות החברתית. מאפייני המשתתפים בכל אחת מן האסטרטגיות היו שונים. בוצעה התאמה (matching) אשר מביאה בחשבון את מאפייני הרקע של המשתתפים ואת הטיות הבחירה – הטיית בחירה של התוכנית והטיית בחירה עצמית. התאמה זו אפשרה להשוות בין האסטרטגיות. בהשוואה זו לא נמצא יתרון מובהק לאחת מהן על פני האחרת בהפחתת בדידות או דיכאון. כלומר, עבור "המשתתף הממוצע", קרי, אדם בעל רמות ממוצעות של בדידות ודיכאון, לא נמצא הבדל מובהק בין האסטרטגיות בהפחתת בדידות ודיכאון.

אשר לשאלה בדבר קשר בין מאפייני הרקע של המשתתפים ובין תרומת אסטרטגיית ההתערבות להפחתת רמות בדידות ודיכאון, נמצא כי אסטרטגיית האינטראקציה החברתית מיטיבה יותר עם אנשים המאופיינים ברמות בדידות התחלתית נמוכה יחסית, בפעילות חברתית ובהיעדר קשיים כספיים.

בהשוואה בין רמת הבדידות והדיכאון בקרב המשתתפים בתוכניות, לפני ההשתתפות בתוכנית ואחריה, נמצאה ירידה ממוצעת במדד הבדידות UCLA ובמדד הדיכאון PHQ-2 לעומת מי שלא השתתפו בה. אצלם נמצאה עלייה במדדים אלו. בניתוח רב-משתני מסוג גרסיה לינארית נמצא כי מלבד כל המשתתפים המסבירים האחרים, השתתפות בתוכניות הפחיתה במובהק את רמת האינדיקציה לדיכאון של המשתתפים לעומת מי שלא השתתפו בהן. ההשתתפות בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית הפחיתה במובהק את רמת הבדידות של המשתתפים לעומת מי שלא השתתפו בהן, אך בתוכניות לאינטראקציה חברתית לא נמצא הבדל מובהק בין המשתתפים ללא משתתפים בהפחתת הבדידות.

זאת ועוד, המיזם תרם להעלאת המודעות לנושא הבדידות בזיקנה בקרב אנשי מקצוע ביישוב, לשבירת הטאבו ולהתמקצעותם בתחום, להעלאת הנושא לסדר החברתי ולהטמעת תוכניות ופעילויות בנושא ברמת היישוב.

## לקחים והמלצות

ממצאי המחקר מלמדים כי תוכניות שונות הצליחו להפחית בדידות בדרכים שונות, ועבור "המשתתף הממוצע" לא נמצאה עדיפות לשימוש באסטרטגיית התערבות אחת על פני האחרת. מומלץ לבחור את אסטרטגיית ההתערבות על פי מאפייני הרקע של אוכלוסיית היעד ולקבוע את התכנים הייחודיים של התוכנית בשיתוף המשתתפים, על פי תחומי העניין שלהם. מומלץ שבכל יישוב יופעלו לפחות שתי תוכניות המבוססות על אסטרטגיות שונות להפחתת בדידות, שיוכלו לתת מענה לצרכים השונים; מומלץ שהתוכניות יופעלו בהתאם לעקרונות הפעולה המפורטים בדוח. מומלץ להכניס את נושא הבדידות בזיקנה להדרכות, להכשרות ולהשתלמויות הניתנות בנושא הזיקנה לאנשי מקצוע; רצוי להבנות שיתופי פעולה בין הגורמים המטפלים לצורך איתור זקנים בודדים, במיוחד מי שלא פעילים מבחינה חברתית, ושילובם חזרה בקהילה; רצוי להטמיע את השימוש באינטייק, תוך יצירת גרסאות שונות שיותאמו לצרכים של אנשי מקצוע שונים; מומלץ להכין אוגדן תוכניות להפחתת בדידות, בהתבסס על הידע שנצבר במהלך המיזם; רצוי להקצות משאבים ולתת מענה מוגבר של תוכניות לפריפריה הגיאוגרפית והחברתית וליישובים קטנים.

## תמצית מנהלים

### רקע

תופעת הבדידות בזיקנה זוכה כיום, יותר מבעבר, לתשומת לב של מפתחי השירותים וקהילת המחקר, הן בשל שכיחותה והן בשל הקשר שלה למצבם הבריאותי של הזקנים ולרווחתם הנפשית. בשנת 2014 יצא קול קורא לפיתוח תוכניות להפחתת בדידות, במסגרת מיזם ארצי בשם "המיזם להפחתה והתמודדות עם תחושת בדידות בקרב זקנים" (או בקצרה: "מיזם בדידות"), בהובלת הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי, ג'וינט ישראל-אשל ומשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. הנהלת המיזם פנתה למכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה ללוות את המיזם במחקר. במשך שלוש שנים ליווה המכון את המיזם.

בתקופה שבין יוני 2015 לינואר 2016 התקיימו שלוש ועדות היגוי, ובהן אושרו 23 תוכניות שהוגשו על ידי 13 ארגונים<sup>3</sup> (כגון עמותות לקשיש או מחלקות לשירותים חברתיים), בפריסה ארצית רחבה<sup>4</sup>. התוכניות היו שונות במאפייניהן: 17 תוכניות הופעלו במרחב העירוני ו-6 במרחב הכפרי, 3 תוכניות פעלו בערים ערביות ועוד תוכנית אחת הופעלה ביישוב בדואי. מבחינת התוכניות שהופעלו על ידי הארגונים, 3 תוכניות היו פרטניות ("אחד על אחד") והשאר היו קבוצתיות; 9 תוכניות היו קצרות (עד 15 מפגשים) והשאר היו ארוכות יותר; 4 תוכניות היו מורכבות מכמה שלבים. מבחינת אסטרטגיית ההתערבות, 14 תוכניות הציעו הזדמנות לאינטראקציה חברתית (כמו קבוצת חברותא), 5 תוכניות התבססו על שינוי התנהגותי-קוגניטיבי (CBT) (כמו תוכנית "חוסן זהב"), 3 תוכניות הציעו תמיכה מקצועית (כמו קבוצת סיפורי חיים) ותוכנית אחת עבדה על שיפור המיומנויות החברתיות.

במהלך שנת 2016 נבנתה התשתית הארגונית והמקצועית של התוכניות ונעשתה היערכות לקראת הפעלתן. בכל ארגון שהתקבל למיזם גויסה רכזת (אשר ניהלה את התוכניות שיזם הארגון) וגויסו מפעילי תוכניות (אשר הדריכו והנחו את הקבוצות בתוכניות השונות). בפרק הזמן הזה נבנו התוכניות והוכשרו מנחי הקבוצות, ובסוף קיץ 2016 החלו התוכניות לפעול. במשך שנתיים ליווה המחקר את הפעילות בשטח ואסף נתונים.

### מטרות המחקר

1. לבחון את תרומת התוכנית לזקנים שהשתתפו בה (ברמת הפרט): הרחבת הרשת החברתית והפחתת הבדידות והבידוד החברתי; שיפור מידת השתתפותם בפעילות חברתית, פורמלית ובלתי פורמלית; ושיפור הרווחה הנפשית.

<sup>3</sup> חלק מן הארגונים יזמו יותר מתוכנית אחת.

<sup>4</sup> במקור התקבלו למיזם 15 ארגונים, אך שני ארגונים, בירושלים ובשדרות, פרשו מן המיזם מסיבות שונות.

2. לבחון את תרומת התוכנית לקידום ההתמודדות עם נושא הבדידות ביישוב שבו היא התקיימה (ברמת השטח): העלאת מודעות לסוגיית הבדידות בזיקנה; פיתוח מומחיות של אנשי מקצוע בנושא; פיתוח נוהלי עבודה וכלי מיון לשימוש עתידי.
3. לגבש תובנות והמלצות בנוגע לתוכניות להפגת בדידות (ברמת עיצוב המדיניות): מתן כלים להתמודדות עם סוגיית הבדידות בזיקנה; זיהוי עקרונות פעולה להפעלה מוצלחת של תוכניות להפחתת בדידות; זיהוי אסטרטגיות התערבות שמתאימות יותר לאוכלוסיות יעד מסוימות מאשר לאחרות.

## מערך המחקר

### מקורות המידע

- טופסי קבלה לתוכנית – אינטייקים
- ראיונות עם הזקנים משתתפי התוכנית לפני תחילת התוכנית ( $T_0$ )
- ראיונות עם הזקנים משתתפי התוכנית 6-9 חודשים לאחר תחילת התוכנית ( $T_1$ )
- תצפיות בפעילות וקבוצות מיקוד עם משתתפי התוכנית
- ראיונות עם רכזי תוכניות
- ראיונות עם אנשי מקצוע ביישוב שבו התקיימה התוכנית
- שאלונים למילוי עצמי למפעילי תוכניות (מנחים ותרפיסטים)
- השתתפות בוועדות היגוי וקריאת פרוטוקולים ומסמכים

### שיטת המחקר ומהלך המחקר

- תרומת התוכנית למשתתפים בה (ברמת הפרט) נבחנה באמצעות כמה שיטות, ומהלך המחקר התנהל כך:
1. צוות המחקר ניתח את כל טופסי האינטייק בשלב הקבלה לתוכניות. באמצעות האינטייק הרכזות סיננו את האנשים שהתוכנית נמצאה לא מתאימה עבורם. בשלב זה הרכזות גיבשו רשימת משתתפים ושלחו אותה לצוות המחקר.
  2. צוות המחקר ראיין את האנשים שהופיעו ברשימת המשתתפים בנקודת ההתחלה של התוכנית ( $T_0$ ).
  3. לאחר תקופה של 6-9 חודשים מן הריאיון הראשון התקיים ריאיון נוסף ( $T_1$ ). פרק זמן זה היה אחיד עבור כל המשתתפים, אף על פי שבטווח זמן זה מנקודת ההתחלה של כל תוכנית, חלק מן התוכניות עדיין פעלו וחלקן כבר הסתיימו או היו לקראת סיום.
  4. במהלך הריאיון השני עם המשתתפים נבדקה שביעות הרצון שלהם מן התוכנית ותפיסת התרומה שלה. כמו כן נבדקו מדדי תוצאה (בעיקר השינוי ברמת הבדידות ורמת הדיכאון הממוצעות) של המשתתפים, 6-9 חודשים לאחר תחילת התוכנית, באמצעות מבחן  $t$  למדגמים תלויים.
  5. התוכניות סווגו לארבע אסטרטגיות על פי הסיווג התיאורטי של צוות חוקרים מאוניברסיטת שיקגו (Masi, Chen, Hawkley, & Cacioppo, 2011) (להרחבה ראו סעיף 3.4 בדוח המלא). שלוש

אסטרטגיות קובצו לאסטרטגיה אחת שכונתה "חיזוק מסוגלות חברתית", ונערכה השוואה בין ובין האסטרטגיה הרביעית – "הזדמנות לאינטראקציה חברתית".

6. האנשים שהשתתפו בתוכניות הם קבוצת ההתערבות של המחקר, ואילו קבוצת ביקורת הורכבה מאנשים שעברו אינטייק, היו אמורים להשתתף בתוכנית מסוימת, רואיינו בנקודת ההתחלה של התוכנית אך כאשר רואיינו 6-9 חודשים לאחר מכן התברר שבפועל הם לא השתתפו בה. מאחר שהם נמצאו דומים במאפייניהם ההתחלתיים למי שהשתתפו בתוכניות הם שימשו קבוצת ביקורת, אף על פי שהקצאה לקבוצה זו לא הייתה אקראית.

7. נערכה בדיקה של ההבדל ברמת הבדידות ורמת הדיכאון הממוצעות בין מי שהשתתפו בתוכניות ובין מי שלא השתתפו בהן, באמצעות מבחן t למדגמים בלתי תלויים. כמו כן בוצעה השוואה בין הפרש מדדי התוצאה (לפני-אחרי) של קבוצת ההתערבות ובין הפרש מדדי התוצאה (לפני-אחרי) של קבוצת הביקורת.

8. נערכו ניתוח matching מסוג Propensity Score ורגרסיית פרוביט להשוואה בין שתי אסטרטגיות ההתערבות.

9. נערך ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לינארית לבדיקת השינוי בשני משתני התוצאה העיקריים (הרציפים), ברמת הבדידות וברמת הדיכאון, 6-9 חודשים לאחר תחילת התוכנית.

10. נערך ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית לניבוי מדדי התוצאה האלה: שינוי בתחושת החוסר בקשר עם אדם קרוב, שינוי בתחושת החוסר בקשר עם קבוצה חברתית וניבוי השינוי בשביעות רצון מן החיים, 6-9 חודשים לאחר תחילת התוכנית. מדדי תוצאה אלה נמדדו כמשתנים אורדינליים ולצורך הניתוח הפכו לבינריים.

11. מידע נוסף נאסף באמצעות תצפיות וקבוצות מיקוד שכללו שיחה קבוצתית חופשית עם המשתתפים.

12. נערכו ראיונות עם הרכזות ועם אנשי המקצוע ביישובים שבהם הופעלו התוכניות, וכן נערך סקר אינטרנטי בקרב מפעיליהן. הראיונות עם אנשי המקצוע, הרכזות והמפעילים שימשו גם כדי להעריך את תרומת התוכניות והמיזם לטיפול בסוגיית הבדידות בזיקנה ברמה המקומית של היישוב. תובנות בנוגע להתמודדות אסטרטגית עם תופעת הבדידות בזיקנה ברמה הארצית זוקקו מתוך כלל מקורות המידע של המחקר.

המחקר מבוסס על מערך מתודולוגי מעורב (mixed methods study) והממצאים נותחו בכלים כמותיים של סטטיסטיקה תיאורית והיסקית, באמצעות ניתוחים דו-משתניים (מסוג  $\chi^2$ , וילקוקסון למדגמים תלויים ומבחן t למדגמים תלויים ובלתי תלויים) ובאמצעות ניתוחים רב-משתניים (מסוג רגרסיית פרוביט, רגרסיה לוגיסטית ורגרסיה לינארית). כמו כן, נעשה שימוש בכלים איכותניים של ניתוח תמטי.

## עיקרי הממצאים

### שלב ההיערכות להפעלת התוכנית

פעולות ההיערכות של הרשויות והעמותות שהפעילו את התוכנית נבחנו במסגרת המחקר כדי לאפשר למידה של פרקטיקות מיטביות מן הניסיון שנצבר, למען הפעלה מוצלחת של תוכניות דומות בעתיד. ממצאים אלה לקוחים מן הראיונות עם הרכזות ואנשי המקצוע ביישובים, מן השאלונים למפעילי התוכנית ומן הפרוטוקולים של ועדות ההיגוי.

1. **יצירת שותפויות.** גורמים שונים בקהילה עשויים לסייע באיתור משתתפים ומתנדבים לתוכנית, במתן מענה לאנשים שלא מצטרפים לתוכנית, בהפניית המשתתפים לשירותים נוספים שקיימים בקהילה ובהטמעת התוכנית.
2. **איתור המשתתפים.** משתתפי התוכנית אותרו במגוון שיטות, ואותן ניתן למיין לשתיים עיקריות – אלה שנעזרות בפלטפורמות קיימות, בעיקר של הארגון שיזם את התוכנית, כדי לאתר אנשים שכבר משתתפים בשירות כזה או אחר (כגון "קהילה תומכת"<sup>5</sup> או מועדון של העמותה); ואלה שפונות לציבור הרחב ומנסות לזהות מתוכו את אלה החווים בדידות. מדברי הרכזות ומפעילי התוכנית נראה כי בסופו של דבר, במרבית המקרים רוב הגיוס נעשה מ"מאגר" האנשים המוכרים לארגון שניהל את התוכנית. לרכזות היה קשה לשכנע את מי שאותרו להיעתר ולהשתתף בתוכנית שהוצעה להם. היו שחששו להיחשף, להיות מתויגים, חששו לצאת מן הבית או פשוט לא היו מורגלים בכך. האינטייק, קרי הריאיון פנים אל פנים עם הזקנים לצורך בדיקת התאמתם לתוכנית, היה, לדעת רוב הרכזות, שלב חשוב בהיערכות לתוכנית, בבניית הקבוצה, בזיהוי הצרכים ובתיאום ציפיות לקראת הפעילות. עם זאת, חלק מן הרכזות התלוננו על אורכו ועל הקושי למצוא את משאבי הזמן וכוח האדם כדי להעביר אותו.
3. **הצגת התוכנית למשתתפים פוטנציאליים.** היו רכזות שנמנעו מדיבור גלוי על בדידות בשל רצון להימנע מתיוג משתתפים כבודדים ומחשש שסימון העיסוק בבדידות כמטרת הפעילות ירתיע אחרים מלהגיע (עד כדי סיכון פתיחת התוכנית). לעומת זאת, מקבוצות המיקוד עלה כי המשתתפים דיברו בגלוי על נושא הבדידות. הימנעות מהצגה כנה של מטרת התוכנית פגעה בתיאום הציפיות בין הצדדים, ולעיתים הביאה למבוכה, לחוסר הבנה ואף לנשירה.
4. **הכשרות למפעילי התוכנית והתאמת תוכניות.** מן השאלון האינטרנטי שמילאו מפעילי התוכנית ( $n=60$ ) עלה כי ל-48% מהם היה ניסיון בתחום של בדידות וזיקנה. במהלך המיזם הועברו הכשרות והדרכות לאנשי המקצוע שהפעילו את התוכנית, והיו מקרים שבהם תוכניות קיימות עברו התאמה כדי לעסוק באופן ממוקד בנושא הבדידות, תוך כתיבה של "מערכי שיעור" או פיתוח של קורס חדש.

---

<sup>5</sup> תוכנית "קהילה תומכת" מיועדת לספק לזקנים שגרים בקהילה תחושת ביטחון ולהציע להם פעילויות חברתיות ותרבותיות, בין השאר כדי לסייע להם להתמודד עם הבדידות ועם הצורך בתעסוקה משמעותית.

5. **היערכות לוגיסטית.** ההכנות כללו פעולות כגון תיאום מקום מפגש, ארגון אביזרים, שיבוץ מתנדבים ודאגה לכיבוד ושתייה עבור המשתתפים. נמצא כי ארגון הסעה חשוב להגעת המשתתפים אך גם כרוך במאמץ.

### **מאפייני המשתתפים בתוכניות**

1. בתהליך האינטייק שובצו בתוכניות אנשים בעלי מאפיינים המוכרים בספרות כמצויים במתאם עם תחושת בדידות (לדוגמה, שיעור גבוה יותר של אלמנים ושל אנשים שגרים לבד לעומת כלל אוכלוסיית בני 65 ויותר). ואכן, 73% מהם דיווחו על תחושת בדידות לעיתים קרובות או לפעמים לעומת 34% בקרב כלל בני ה-65 ויותר. אומנם, 64% מן האנשים ששובצו בתוכניות השתתפו בפעילויות חברתיות גם לפני תחילת המיזם, אך עם זאת, 74% היו מעוניינים ביצירת קשרים חברתיים.
2. על פי תוכנית הדגימה רואיינו על ידי צוות המחקר 58% מן האנשים ששובצו לתוכניות, ויש ייצוג של נדגמים מכל התוכניות והיישובים שבמיזם, למעט שתי תוכניות: האחת היא מועדון פורטר בתל אביב – תוכנית שהייתה פתוחה לכול מי שרצה להשתתף. נערכה תצפית על הפעילות אך המשתתפים לא רואיינו; התוכנית הנוספת היא התוכנית של המרכז הישראלי לאפטרופסות – תוכנית זו הייתה מיועדת לאנשים עם אפטרופוס. המשתתפים בתוכנית זו היו בעלי מאפיינים שונים מאוד משאר המשתתפים במיזם והתקשו לענות על השאלון המובנה. לפיכך תוכנית זו נותחה בנפרד, והיא אינה נכללת בניתוחים המופיעים בדוח זה. כך שהניתוח הכמותי המבוסס על הראיונות מתייחס ל-21 תוכניות במיזם.
3. בשל הדמיון בהפעלה של תוכניות שהתבססו על אסטרטגיית תמיכה (3 תוכניות), שינוי התנהגותי-קוגניטיבי (5 תוכניות) ושיפור המיומנויות החברתיות (תוכנית אחת), הן קובצו במהלך ניתוח הנתונים לאסטרטגיה אחת שנקראה "חיזוק המסוגלות החברתית". ערכנו השוואה בין מאפייני המשתתפים באסטרטגיה זו ( $n=289$ ) לבין מאפייני האנשים ששובצו בתוכניות שהתבססו על האסטרטגיה למתן הזדמנות לאינטראקציה חברתית ( $n=396$ ). מי ששובצו בתוכניות לחיזוק מסוגלות חברתית התאפיינו ברמות התחלתיות גבוהות יותר של בדידות ודיכאון והיו בעלי הערכה עצמית נמוכה יותר, תחושת שייכות נמוכה יותר ושביעות רצון נמוכה יותר מן החיים ומניצול הזמן לעומת אנשים ששובצו בתוכניות שמציעות הזדמנות לאינטראקציה חברתית (כל ההבדלים מובהקים). ייתכן שהדבר נובע מכך שהרכוזות ואנשי המקצוע היו קפדניים בבחירת האנשים המתאימים ביותר לתוכניות לחיזוק מסוגלות חברתית (הטיית בחירה של התוכנית). הסבר אפשרי נוסף הוא שהאנשים שחשו רמות גבוהות יותר של בדידות ודיכאון נעטרו יותר להצעה להשתתף בתוכניות שמציעות חיזוק של המסוגלות החברתית, בקבוצות קטנות יותר ואינטימיות או בתוכניות פרטניות לעומת בתוכניות שמציעות פעילות חברתית פחות טיפולית ואינטימית. ולהפך, אנשים שחשו רמות נמוכות של בדידות ודיכאון התעניינו פחות בחיזוק מיומנויות חברתיות ובתמיכה (הטיית בחירה עצמית). עקב ההטיות וההבדל בין האוכלוסיות נערכה התאמה ביניהן אשר אפשרה השוואה בין שתי האסטרטגיות.



## שביעות הרצון של המשיבים מן התוכנית

1. 40% מן המשיבים פרשו מן התוכנית ( $n=271$ ), בתחילתה (23%) או לאחר מפגש אחד או שניים (17%), בעיקר בשל סיבות של בריאות (24%,  $n=65$ ), נגישות (17%,  $n=45$ ) ועניין נמוך בתכנים של התוכנית (14%,  $n=37$ ). בחלק מן המקרים הזקנים לא קיבלו הודעה על פתיחת הפעילות (19%,  $n=51$ ).
2. בקרב אלה שהשתתפו בכל התוכנית או במרבית המפגשים ( $n=414$ ), שביעות הרצון מן הפעילות הייתה גבוהה: 93% מן המשיבים ציינו שבאופן כללי היו מרוצים או מרוצים מאוד מן הפעילות; 97% ציינו שהצוות התייחס אליהם בצורה מכובדת ונעימה; 92% ציינו שהפעילויות היו מאורגנות היטב; 81% חשו שייכות לקבוצה במידה רבה או רבה מאוד; 66% למדו דברים חדשים; 53% רכשו כלים ומיומנויות במידה רבה או רבה מאוד; 85% ציינו שאם תהיה לתוכנית פעילות המשך הם מעוניינים להשתתף בה; 90% ציינו שהיו ממליצים לחבר להצטרף לתוכנית.

## תרומת התוכנית למשתתפים

1. משתתפי התוכניות נשאלו באיזו מידה הם מרגישים שהתוכנית תרמה להם בנושאים שונים. 57% מן המשיבים ציינו שהתוכנית תרמה להפחתת תחושת הבדידות שלהם במידה רבה או רבה מאוד; 71% דיווחו על שיפור מצב הרוח הכללי; 48% דיווחו על שיפור בתחושת הבריאות הכללית; 45% דיווחו שהתוכנית תרמה ליכולתם להתמודד עם קשיים ורגשות לא נעימים; 37% דיווחו שהתוכנית תרמה ליצירת קשרים חברתיים; 43% ציינו כי היא תרמה לקשר עם חברים ו-19% ציינו כי היא תרמה לקשר עם ארגונים נותני שירות (כגון העמותה למען הזקן ביישוב). נוסף לכך, 27% מן המשיבים ציינו שבעקבות התוכנית הם יוצאים יותר מן הבית (למטרות נוספות שהן לא התוכנית עצמה), ו-17% ציינו שבעקבות התוכנית הם משתתפים כיום ביותר פעילויות פנאי או בפעילות חברתית.
2. בהשוואה בין שתי אסטרטגיות ההתערבות העיקריות שעליהן התבססו התוכניות השונות, הזדמנות לאינטראקציה חברתית לעומת חיזוק המסוגלות החברתית, לא נמצא לאחת מהן יתרון מובהק על פני האחרת בהפחתת בדידות או דיכאון עבור "המשתתף הממוצע", קרי, אדם בעל רמות ממוצעות של בדידות ודיכאון. כלומר, לאחר ביצוע התאמה (matching) אשר מביאה בחשבון את מאפייני הרקע של המשתתפים ואת הטיות הבחירה, לא נמצא הבדל מובהק בין האסטרטגיות בהפחתת בדידות ודיכאון. אשר לשאלה בדבר קשר בין מאפייני הרקע של המשתתפים ובין תרומת אסטרטגיית ההתערבות להפחתת רמות בדידות ודיכאון, נמצא כי אסטרטגיית האינטראקציה החברתית מיטיבה יותר עם אנשים המאופיינים ברמת בדידות התחלתית נמוכה יחסית, בפעילות חברתית ובהיעדר קשיים כספיים (להרחבה ראו נספח ה בדוח המלא).
3. השינוי ברמת הבדידות, קרי, ההפרש במדד הבדידות UCLA<sup>6</sup> (טווח 0-60) לפני ההשתתפות בתוכנית ואחריה, נבדק באמצעות מבחן t למדגמים בלתי תלויים, בין מי שהשתתפו בתוכנית ובין מי שלא השתתפו בהן. הממצאים מצביעים על הבדל מובהק בין הממוצעים. בקרב המשיבים שהשתתפו

---

<sup>6</sup> מדד הבדידות של UCLA (UCLA Loneliness Scale) – כלי נפוץ בארצות הברית ובעולם למדידת בדידות.

בתוכניות נמצאה ירידה של 1.5 נקודות בממוצע במדד הבדידות UCLA (ירידה של 8% לעומת רמת הבדידות ההתחלתית) לעומת בקרב משיבים שלא השתתפו בהן, אצלם נמצאה עלייה של 0.16 נקודות במדד הבדידות (עלייה של 1% לעומת הרמה ההתחלתית). בדיקה דומה (כלומר, מבחן t למדגמים בלתי תלויים) שנעשתה עבור כל אסטרטגיה בנפרד העלתה כי באסטרטגיה לחיזוק המסוגלות החברתית נמצא הבדל מובהק בין הממוצעים – רמת הבדידות הממוצעת של המשתתפים ירדה ב-1.56 נקודות במדד UCLA (ירידה של 7% לעומת הרמה ההתחלתית), בעוד הבדידות של מי שלא השתתפו בתוכניות אלה עלתה בזמן שחלף בין המדידות ב-1.95 נקודות (עלייה של 9%). באסטרטגיה המציעה הזדמנות לאינטראקציה חברתית לא נמצא הבדל מובהק בין הממוצעים של המשתתפים לעומת אלו שלא השתתפו, אך השינוי הממוצע בקרב המשתתפים, לפני ואחרי התוכנית (מבחן t למדגמים תלויים) נמצא מובהק – ירידה ממוצעת של 1.46 נקודות בסולם הבדידות, כלומר ממוצע הבדידות לפני התוכנית היה גבוה מממוצע הבדידות אחרי ההשתתפות בתוכנית (להרחבה, ראו נספח ז בדוח המלא).

4. השינוי ברמת הדיכאון, קרי, ההפרש במדד ה-PHQ-2 (Personal Health Questionnaire)<sup>7</sup> אשר נותן אינדיקציה למצב נפשי של דיכאון (טווח 0-6), לפני ההשתתפות בתוכנית ואחריה, נבדק אף הוא באמצעות מבחן t למדגמים בלתי תלויים, בין מי שהשתתפו בתוכניות ובין מי שלא השתתפו בהן. הממצאים מצביעים על הבדל מובהק בין הממוצעים. בקרב המשיבים שהשתתפו בתוכניות חלה ירידה של 0.22 נקודות בממוצע במדד האינדיקציה לדיכאון (ירידה של 14% לעומת הרמה ההתחלתית), בעוד רמת האינדיקציה לדיכאון בקרב המשיבים שלא השתתפו עלתה ב-0.5 נקודות (עלייה של 27% לעומת הרמה ההתחלתית). בדיקה דומה (כלומר, מבחן t למדגמים בלתי תלויים) שנעשתה עבור כל אסטרטגיה בנפרד העלתה כי בשתי האסטרטגיות נמצא הבדל מובהק בין הממוצעים – באסטרטגיה לחיזוק המסוגלות החברתית נמצאה ירידה של 0.14 נקודות במדד בקרב המשתתפים לעומת עלייה של 0.62 נקודות המדד אצל מי שלא השתתפו בתוכניות אלה, ובאסטרטגיה המציעה הזדמנות לאינטראקציה חברתית נמצאה ירידה של 0.27 נקודות במדד בקרב המשתתפים לעומת עלייה של 0.42 נקודות אצל מי שלא השתתפו בתוכניות אלה (להרחבה, ראו נספח ז בדוח המלא).

5. הקשר בין ההשתתפות בתוכנית ובין השינוי ברמת הבדידות (מדד UCLA) והאינדיקציה לדיכאון (מדד PHQ-2) נבדק באמצעות ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לינארית. נמצא כי מלבד כל המשתתפים המסבירים האחרים, ההשתתפות בתוכניות הפחיתה במובהק את רמת האינדיקציה לדיכאון של המשתתפים לעומת של מי שלא השתתפו בהן. ההשתתפות בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית הפחיתה במובהק את רמת הבדידות של המשתתפים לעומת של מי שלא השתתפו בהן, אך בתוכניות לאינטראקציה חברתית לא נמצא הבדל מובהק בין המשתתפים ללא משתתפים בהפחתת הבדידות. מאפיינים נוספים שנמצאו משפיעים במובהק על הירידה בבדידות ובדיכאון היו משך התוכנית (יותר מ-15 מפגשים), הרמה ההתחלתית של הבדידות והאינדיקציה לדיכאון, ויציבות המצב הבריאותי של המשתתף לאורך התוכנית.

---

<sup>7</sup> מדד PHQ-2 מעריך הערכה כללית אם האדם סובל מדיכאון.

## תרומת התוכנית לאנשי המקצוע (רמת השטח)

1. העלאת המודעות לנושא הבדידות בזיקנה בקרב אנשי המקצוע ביישוב.
2. אנשי מקצוע פיתחו מומחיות בתחום הבדידות. ההתמקצעות בתחום הבדידות תרמה גם לשינוי השיח המקצועי בקרב אנשי המקצוע ולהפחתת הטאבו מדיבור על "בדידות" שממנו נרתעו קודם לכן.
3. העלאת נושא הבדידות לסדר היום הציבורי ביישוב, כך שתחום העיסוק שלהם זוכה לתשומת לב רבה יותר ביישוב ולעיתים קרובות גם לתקציבים נוספים.
4. הטמעת התוכנית ופעילויות ההמשך ברמת היישוב.

## עקרונות פעולה

אחת ממטרות המחקר הייתה ללמוד מן הניסיון של התוכניות הנוכחיות מה הם עקרונות הפעולה המיטביים שכדאי לפעול לפיהם, בהפעלת תוכניות להפחתת בדידות.

כאמור, במהלך מחקר זה נבדקו 23 תוכניות שונות להפחתת בדידות. ממצאי המחקר מלמדים כי תוכניות שונות הצליחו להפחית בדידות בדרכים שונות, ועבור "המשתתף הממוצע" לא נמצאה עדיפות לשימוש באסטרטגיית התערבות אחת על פני אחרת. לאנשי מקצוע ברמה המקומית המעוניינים להפעיל תוכניות להפחתת בדידות, מומלץ לבחור את אסטרטגיית ההתערבות על פי מאפייני הרקע של אוכלוסיית היעד ולקבוע את התכנים הייחודיים של התוכנית בשיתוף המשתתפים, על פי תחומי העניין שלהם. עם זאת יש כמה עקרונות פעולה מומלצים שעשויים לשמש עבור אנשי המקצוע בארגונים כללי "עשה" בבואם להפעיל תוכניות להפחתת בדידות בקרב זקנים. אלה הם העקרונות:

1. **העלאת מודעות** הגורמים המטפלים בקהילה (כגון רופאי משפחה ועובדים סוציאליים) לסוגיית הבדידות בזיקנה, תוך התייחסות למאפייניה, להשלכותיה ולגורמי הסיכון שלה, לשם יצירת שותפויות.
2. **שבירת הטאבו**. פיתוח שיח מקצועי אשר יקל על אנשי המקצוע ליזום שיח גלוי על בדידות, ייתן לה לגיטימציה ויפחית את תחושת הבושה שאנשים חווים עקב תחושותיהם.
3. **ביצוע אינטייק** לצורך הפניה למענים מתאימים. כמו כן, ייתכן כי בנסיבות מסוימות כדאי לעשות הערכת צרכים לכלל הזקנים ביישוב, כדי לפתח מענים בהתאם למאפייני התושבים ולצורכי הקהילה.
4. **התאמת אסטרטגיית ההתערבות לצורכי המשתתף ולמאפייניו**. יש חשיבות גבוהה להגדרה נכונה של קהל היעד הייעודי לתוכנית המוצעת, לשם הצלחתה. במצב מיטבי יופעלו במקביל **תוכניות מסוגי התערבויות שונים עבור אוכלוסיות בעלות מאפיינים שונים וצרכים שונים**. תוכניות המציעות הזדמנות לאינטראקציה חברתית מתאימות יותר לאנשים פעילים חברתית בעלי רמות בדידות ודיכאון נמוכות יותר וללא קשיים כספיים. כמו כן תוכניות אלה תורמות להפחתת הדיכאון בקרב גברים יותר מאשר בקרב נשים. בהתבסס על נתונים איכותניים במחקר, כנראה שההסבר לכך הוא שגברים מעדיפים תוכן פעילות המבוסס על עשייה (כמו התוכניות של האינטראקציה החברתית) ופחות על שיחות. ולבסוף, תוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית תורמות להפחתת הדיכאון בקרב זקנים מבוגרים (בני 80 ויותר) יותר מאשר בקרב זקנים צעירים (בני פחות מ-80). בהתבסס על נתונים

- איכותניים במחקר, ייתכן שההסבר לכך הוא שזקנים צעירים מחזיקים לעיתים בעמדות גילניות ונרתעים מלדבר על בדידות (יחסית לזקנים המבוגרים).
5. **בניית תוכנית ובה רכיבים שונים** המבוססים על אסטרטגיות התערבות שונות. תוכניות מסוג זה מייצרות תהליך הדרגתי שבו כל שלב מתבסס על השלב שקדם לו ובונה יכולות בקרב הקבוצה והמשתתפים בה.
6. **התאמה חברתית ותרבותית**. בתהליך יצירת השותפויות ובחירת התוכניות צריך להביא בחשבון את המאפיינים הייחודיים של האוכלוסייה ושל המקום שבקרבתם פועל הארגון.
7. **חשיבה על הרכב הקבוצה**. האם כדאי להקים קבוצות הטרוגניות שמשתתפיהן עשויים ליהנות ממגוון האנשים שמרכיבים אותן, או שמדובר באוכלוסיות שונות בעלות מאפיינים ייחודיים שכדאי להפריד אותן לקבוצות הומוגניות. זוהי דילמה ללא תשובה חד-משמעית.
8. **בחירה של תוכני פעילות רלוונטיים למשתתפים**. אפשר לקבוע מסגרת מסוימת לתוכנית ובמקביל לשלב אנשים זקנים בתכנון הפעילות, ולאפשר למשתתפים לצקת לפעילות את התכנים המועדפים עליהם ולאפשר גמישות ובחירה. בדרך זו גם מכירים לא רק ברצונות של המשתתפים אלא גם ביכולותיהם לבחור ולבצע את הבחירה.
9. **יצירת "מרחב בטוח"** וביסוס יחסי אמון בין המשתתפים ובינם לבין הצוות המפעיל. זאת במיוחד מפני שייתכן כי מדובר באנשים שמיומנויות התקשורת שלהם לא מפותחות וכך גם הדימוי העצמי שלהם.
10. **יצירת המשכיות ורצף בין מפגשי התוכנית**. כחלק מביסוס יחסי האמון, כדאי שהצוות המקצועי לא ישתנה במהלך המפגשים ושכל מפגש יחל בהתייחסות למפגש הקודם.
11. **הפעלת תוכניות בנות קיימא (לאורך זמן)** היא היבט נוסף של המשכיות ורצף. שינוי של חשיבה והרגלים לוקח זמן, ובגיל המבוגר בפרט. מן הראוי לאתר מקורות מימון שיתמכו בתוכנית לאורך זמן, או במקרים שבהם זה אפשרי, לעבור לשלב של הפעלה עצמית על ידי המשתתפים, תוך מתן ליווי, הדרכה ומעטפת לוגיסטית לקיום הפעילות.
12. **הקצאת תקציב הולם לפעילות**. לדוגמה, תוכניות לחיזוק מסוגלות חברתית לרוב מיועדות לקבוצות קטנות ומצריכות כוח אדם מיומן (כגון מנחי קבוצות מיומנים או פסיכותרפיסטים), ולכן הן נוטות להיות יקרות יותר מתוכניות לאינטראקציה חברתית. עם זאת, ניתן לייעד תוכניות מסוג זה לאוכלוסייה שזקוקה להן ולהציע תוכניות אחרות, זולות יותר, לבעלי צרכים מעטים ופשוטים יותר.
13. **דאגה לפעילות נגישה על ידי בחירת מקום מתאים ותחבורה**, במיוחד במקרים שבהם האוכלוסייה מפוזרת, הטופוגרפיה קשה או כשאינן תחושת ביטחון אישי ברחובות. נוסף לכך, הסעה לפעילות מסייעת להתגבר הן על קשיים וחסמים תפקודיים והן על חסמים פסיכולוגיים.
14. **עידוד מפגשים מחוץ למסגרת הפעילות** כדי לאפשר למשתתפים לתרגל את יכולותיהם החברתיות, להגביר את תחושת השייכות שלהם לקהילה ולהפוך את הפעילות החברתית לעניין שבשגרה.

## המלצות לפיתוח מדיניות להפחתת בדידות (ברמה האסטרטגית)

יש פעולות ברמת המדיניות אשר יכולות לסייע בשלבים השונים של מתן מענה לתופעת הבדידות בזיקנה, קרי שלבי ההיערכות ואיתור המשתתפים, הפעלת התוכניות ויצירת המשכיות שלהן. אלה הן הפעולות העיקריות:

1. **העלות מודעות לסוגיית הבדידות והכשרה**, באמצעות הכנסת תכנים העוסקים בבדידות בזיקנה לתוך ההדרכות, ההכשרות וההשתלמויות הניתנות בנושא זיקנה, הן לעובדים סוציאליים והן לעובדי מערכת הבריאות (קרי, רופאים ואחיות). הדרכות אלה יעסקו, בין היתר, בחשיבות האיתור של אנשים בודדים, בכלים לביצוע הערכת צרכים עבורם ובאפשרויות לצרף אותם לפעילויות קיימות.
2. **ליצור "פורום בדידות"** בין-משרדי ובין-ארגוני אשר יביא לידי יצירת שיתופי הפעולה בין אנשי המקצוע ברמה המקומית, לאיתור הזקן ולשילובו חזרה בקהילה.
3. **לאתר זקנים בודדים**, גם כאלה שממעטים לצרוך שירותים של העמותות ושל שירותי הרווחה, כגון מרותקי בית, גברים ואנשים שחיים במוסדות.
4. **להטמיע כלי אינטייק לאיתור זקנים בודדים**. לשם כך:

א. יש להתאים את שאלון האינטייק, כך שיהיה קצר יותר. נוסף לכך, אפשר ליצור גרסאות שונות שיותאמו לצרכים של אנשי מקצוע שונים (לדוגמה, גרסה מעמיקה לעובדים סוציאליים וגרסה מקוצרת לרופאי משפחה).

ב. יש להפיץ את שאלון האינטייק, לבצע הכשרות והדרכות בנוגע למילוי ולהטמיע את השימוש בו.

5. **להכין "מפת דרכים" או "אוגדן"**, בהתבסס על מחקר זה ועל פיתוח הידע שנעשה במסגרת המיזם. המסמך יכלול את הרכיבים האלה:

א. פירוט העקרונות המומלצים להפעלת תוכנית להפגת בדידות.

ב. פירוט העקרונות ליצירת התאמה בין אסטרטגיית ההתערבות של התוכנית לבין אוכלוסיית היעד שלה ומאפייני המקום והחברה, וכן המלצה לפתח רפרטואר מקומי וסל מענים שיכלול יותר מתוכנית אחת (בדומה ל"סל שירותים גמיש" בתוכנית "קהילה תומכת משודרגת"<sup>8</sup>).

---

<sup>8</sup> "קהילה תומכת משודרגת" היא תוכנית ניסיונית להרחבה ולהגמשה של סל השירותים של תוכנית "קהילה תומכת". התוכנית "קהילה תומכת משודרגת" פעלה בשנים 2016-2018 במתכונת פיילוט בתשע רשויות מקומיות, ואפשרה לחברים בה להמיר את השירותים הקיימים (למעט שירות אב הקהילה) במגוון שירותים רחב יותר שסופק במסגרת הסל שהוצע להם, או לרכוש שירותים נוספים בתשלום, על פי בחירתם. הפיילוט נערך בשיתוף של משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, ג'וינט ישראל-אש"ל, רשויות מקומיות ועמותות (ברג-ורמן וכהן, 2020).

ג. תיאור של 23 התוכניות שפותחו במסגרת המיזם, תוך מתן אפשרות לאנשי המקצוע ולזקנים, ברמה המקומית, לבחור את התוכנית המועדפת עליהם והמתאימה ביותר לצורכיהם וליכולותיהם.

ד. הפניית זרקור לנושא הבדידות בתוכניות ובמענים קיימים והתאמה של תוכניות קיימות.

6. **להקצות משאבים** ולתת מענה מוגבר של תוכניות לפריפריה הגיאוגרפית והחברתית וליישובים קטנים, שכן שם היצע התוכניות והפעילויות הוא דל יותר בהשוואה להיצע במרכז הארץ.

## מגבלות המחקר ואפשרות למחקרי המשך

הואיל ובמיזם זה נכללו 23 תוכניות שהשונויות ביניהן הייתה רבה, ובחלקן מספר המשתתפים היה קטן, לא נערכה השוואה ביניהן. במסגרת הניתוח התוכניות קובצו לשתי אסטרטגיות עיקריות ובוצעה השוואה ביניהן, לאחר שנערכה התאמה בין המשתתפים בתוכניות. נוסף לכך, עבור כל אסטרטגיית פעולה (תוכניות שמציעות אינטראקציה חברתית לעומת תוכניות לחיזוק מסוגלות חברתית) נבנתה קבוצת ביקורת, שאומנם משתתפיה היו דומים ברמות הבדידות והדיכאון ההתחלתיות שלהם למשתתפי התוכניות אך ההקצאה אליה לא הייתה אקראית.

כאמור לעיל, כל משתתפי המחקר התגוררו בקהילה ורובם היו אנשים פעילים מבחינה חברתית עם ייצוג יתר לנשים. לפיכך, מסקנות המחקר תקפות בעיקר לאוכלוסיות אלה, ועל כן יש להחיל אותן בזהירות על אנשים שחיים במוסדות, על אוכלוסיות ברמת בידוד חברתי גבוהה יותר ועל גברים.

מחקר עתידי בנושא בדידות יכול להיות מחקר אורך עם אותם משתתפים או בחינה של תהליך ההטמעה (ה-scaling up) של מספר מצומצם של תוכניות. במסגרת בחינת התרומה של תוכניות ניתן לשלב במחקר עתידי כלי מדידה אובייקטיביים מתחום הבריאות והתפקוד, במערך מחקר ניסויי, כדי לבחון את תרומת התוכנית להפחתת בדידות על היבטים אלו. כדאי להעמיק בבחינת תוכניות המתבססות על אסטרטגיה לחיזוק המסוגלות החברתית ולבחון מה הם מאפייני האנשים שתוכניות מסוג זה ייטיבו איתם. ולבסוף, אפשר לבחון כיצד שינויים במדיניות, בדגש על יצירת שיתופי פעולה בין-משרדיים ותהליכים של העלאת מודעות, עשויים להשפיע על איתור זקנים בודדים ועל שיפור המענים הניתנים להם.

## דברי תודה

בשלוש השנים שבהן נערך המחקר, נעזרנו באנשים רבים, והם סייעו לנו בכל שלביו.

ראשית, ברצוננו להודות להנהלת המיזם לצמצום ולהתמודדות עם בדידות בקרב זקנים: לרונית ניסנבוים, לאירית פושר, לאילנית שטיינברגר ולאיליל בר איתן מגוינט ישראל-אשל, לכרמלה קורש-אבלגון ולתמי אליאב מן הקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי, ולדליה רוזניק וטלי ברנע ממשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. תודה על השותפות הטובה אשר אפשרה קיום ערוצי תקשורת רציפים וזמינים להתייעצות, להתלבטות ולדיון פורה. תודה מיוחדת מוקדשת לאילנית שטיינברגר, מנהלת המיזם, אשר בכנות ובגילוי לב שיתפה אותנו בכל תובנה, התלבטות או קושי, וסייעה לנו רבות באיסוף הנתונים, בעיקר בשנת ההפעלה הראשונה, מהבנה שמהלכו התקין של המחקר והצלחתו חשובים להצלחת המיזם.

תודה על הייעוץ והליווי לחברי ועדת ההיגוי של המיזם.

תודה להנהלת 13 הארגונים שהשתתפו במיזם, אשר אירחו אותנו בוועדות ההיגוי המקומיות ושיתפו אותנו בלבטים, בקשיים ובהצלחות שהיו כרוכים בהפעלת התוכנית. תודה מיוחדת לרכזות של כל ארגון וארגון, אשר נענו לכל פנייה, סייעו באיסוף הנתונים ובארגון התצפיות וקבוצות המיקוד עם המשתתפים, ובעיקר חלקו איתנו את התובנות והחוויות שלהן מן המיזם.

תודה למראיינות – שרה טוויטי, ליבי מטבייב, אמאל חלאיפה ורובא שוויקי, על שבמשך שנתיים קיימו ראיונות טלפוניים עם זקנים בודדים, ברגישות רבה ובאמפתיה, וספגו את הסיפורים המרגשים ששמעו. תודה לאנה סברניסקי ולרבקה אליאס על קידוד שאלוני האינטייק.

תודה לד"ר דמיטרי רומנוב, על הייעוץ הסטטיסטי ועל החשיבה המשותפת.

תודה לעמיתנו במכון ברוקדייל אשר תרמו רבות להצלחת המחקר: לגיני ברודסקי ולד"ר שירלי רוניצקי, על החשיבה המשותפת, הייעוץ והתמיכה. תודה לחן צוק תמיר, ראשת צוות איסוף הנתונים בזמן ביצוע המחקר ולבן שלומי, רכז המחקר וראש צוות איסוף הנתונים היום, על האכפתיות, הגמישות וההירתמות להתמודד עם כל קושי שהתעורר ומעל לכל, על הניהול הקפדני של איסוף הנתונים.

ולבסוף, תודה מיוחדת לכול הזקנים שהתראיינו למחקר ושהשתתפו בקבוצות המיקוד, על שהקדישו מזמנם, פתחו את ליבם, שיתפו אותנו בהתנסויותיהם ויותר מכך – שיתפו בתחושות האישיות שלהם, ובכך סייעו לנו להעריך את המיזם וללמוד על תופעת הבדידות בזיקנה.

## תוכן עניינים

1.....	1.מבוא
2.....	1.1 רקע
6.....	2.תיאור המחקר המלווה
6.....	2.1 מטרות המחקר
7.....	2.2 שאלות המחקר
7.....	3.מערך המחקר
7.....	3.1 מתודולוגיה, מקורות המידע ומודל תיאורטי
10.....	3.2 כלי המחקר
13.....	3.3 מהלך המיזם ומהלך המחקר
16.....	3.4 אסטרטגיות התערבות
16.....	3.5 "קבוצת התערבות" ו"קבוצת ביקורת"
16.....	3.6 אתיקה במחקר
17.....	4.ממצאים : היערכות למיזם
18.....	4.1 כניסה ליישוב ושיתוף פעולה עם שותפים
19.....	4.2 איתור וגיוס של משתתפים לתוכנית
24.....	4.3 מתן הכשרות והדרכות לאנשי מקצוע ומתנדבים והתאמה של תוכניות קיימות
24.....	4.4 היערכות לוגיסטית
25.....	5. ממצאים : משתתפי המיזם
25.....	5.1 מאפייני הזקנים שעברו אינטייק
31.....	5.2 מאפייני המרואיינים במחקר
36.....	5.3 נשירה מתוכניות
38.....	5.4 שביעות רצון
42.....	5.5 תרומת התוכנית למשתתפים
43.....	5.6 אמידת תרומת התוכנית לפי מדדי תוצאה, לפני התוכנית ולאחר 6-9 חודשים
60.....	5.7 תרומה למשתתפים – מנקודת המבט של אנשי המקצוע ומשיח חופשי עם המשתתפים עצמם
63.....	6. ממצאים בנוגע לתרומה ברמת היישוב ופעילות להטמעת התוכנית
63.....	6.1 העלאת המודעות לנושא הבדידות בזיקנה בקרב אנשי מקצוע
64.....	6.2 העלאת המודעות לנושא הבדידות בזיקנה והנכחת זקנים במרחב הציבורי
65.....	6.3 התמקצעות ופיתוח מומחיות בתחום הבדידות בזיקנה בקרב אנשי מקצוע
65.....	6.4 פעילויות המשך ופעולות להטמעת התוכנית
67.....	7. תובנות עיקריות בנוגע לתוכניות בעלות מאפיינים ייחודיים
67.....	7.1 תובנות עיקריות מתוכניות בעלות מאפיינים ייחודיים
73.....	7.2 תובנות עיקריות מתוכניות שהתקיימו במקומות ייחודיים או בקרב אוכלוסיות ייחודיות



76.....	8. דיון בממצאים, כיווני פעולה והמלצות.....
77.....	8.1 תרומת המיזם למשתתפים בו (רמת הפרט).....
78.....	8.2 תרומת המיזם לקידום ההתמודדות עם סוגיית הבדידות (רמת השטח).....
78.....	8.3 עקרונות פעולה מומלצים להפעלת תוכניות מוצלחות להפגת בדידות.....
82.....	8.4 המלצות לפיתוח מדיניות להפחתת בדידות (ברמה האסטרטגית).....
84.....	8.5 מגבלות המחקר ואפשרות למחקרי המשך.....
85.....	מקורות.....
89.....	נספחים.....
89.....	נספח א: תיאור התוכניות.....
88.....	נספח ב: טבלה מסכמת של סיווג התוכניות, לפי מאפייני התוכנית.....
92.....	נספח ג: שביעות רצון מן התוכנית – ההתפלגות המלאה.....
93.....	נספח ד: תרומת התוכנית – ההתפלגות המלאה.....
92.....	נספח ה: המודל לאמידת ההתאמה (PSM) עבור משתתפים משני סוגי האסטרטגיות.....
93.....	נספח ו: התפלגות המשתתפים לפי כל אחד מן המאפיינים (משתני הפיקוח המובהקים), בכל אחד מן התאים המאוזנים, לפי אסטרטגיית ההתערבות.....
94.....	נספח ז: פירוט מדדי תוצאה – לפני ואחרי התוכנית, כולל משתני הפרש ומשתני שינוי, לפי אסטרטגיית ההתערבות.....
92.....	נספח ח: דוגמאות למודעות לאיתור משתתפים העוסקות בגלוי בסוגיית הבדידות.....

## רשימת לוחות

34.....	לוח 1: מאפייני מדד בדידות עקיף (UCLA) ב- $T_0$ , מדד אינדיקציה לדיכאון (PHQ-2) ב- $T_0$ , הערכה עצמית ב- $T_0$ וציון בטבלה המסכמת באינטייק של משתתפי המחקר, לפי אסטרטגיית ההתערבות.....
36.....	לוח 2: השתתפות בפעילות בפועל, לפי שאלון $T_1$ .....
37.....	לוח 3: סיבות לאי-השתתפות של המשיבים שהתקבלו לתוכנית אך לא השתתפו בה בפועל.....
38.....	לוח 4: סיבות לעזיבת המשיבים שהתחילו את התוכנית ועזבו לאחר מפגש אחד או שניים.....
45.....	לוח 5: חלוקת המשתתפים לתאים לפי ציון ההתאמה.....
46.....	לוח 6: אומדן האפקט הממוצע של אסטרטגיית חיזוק המסוגלות החברתית לעומת אסטרטגיית ההזדמנות לאינטראקציה חברתית.....
46.....	לוח 7: רמת הבדידות הממוצעת במדד UCLA לאחר 6-9 חודשים מתחילת התוכנית, לפי ציון ההתאמה ולפי אסטרטגיית התערבות.....
47.....	לוח 8: רמת הדיכאון הממוצעת במדד PHQ-2 לאחר 6-9 חודשים מתחילת התוכנית, לפי ציון ההתאמה ולפי אסטרטגיית התערבות.....
50.....	לוח 9: רגרסיה מרובה (ליניארית) על ההפרש בין $T_1$ ל- $T_0$ במדד UCLA (טווח המדד 0-60).....
53.....	לוח 10: רגרסיה מרובה (ליניארית) על ההפרש בין $T_1$ ל- $T_0$ במדד PHQ-2 (טווח המדד 0-6).....
55.....	לוח 11: רגרסיה מרובה (לוגיסטית) על שיפור בין $T_1$ ל- $T_0$ בתחושת חוסר בקשר עם אדם קרוב.....
58.....	לוח 12: רגרסיה מרובה (לוגיסטית) על שיפור בין $T_1$ ל- $T_0$ בתחושת חוסר בקשר עם קבוצה חברתית.....

## רשימת תרשימים

- תרשים 1 : תדירות תחושת הבדידות – לפעמים או לעיתים קרובות ..... 5
- תרשים 2: המודל התיאורטי לאיתור משתתפים לתוכנית..... 10
- תרשים 3 : תפוקות המיזם והמחקר ..... 15
- תרשים 4 : מאפייני רקע של האנשים שעברו אינטייק, לעומת כלל בני ה-65 ויותר ..... 26
- תרשים 5 : מאפייני רקע של האנשים שעברו אינטייק, לפי ההתאמה לתוכנית ..... 27
- תרשים 6 : מצב בריאותי-תפקודי וכלכלי של האנשים שעברו אינטייק, לפי ההתאמה לתוכנית ..... 28
- תרשים 7 : מאפיינים חברתיים של האנשים שעברו אינטייק, לפי ההתאמה לתוכנית ..... 29
- תרשים 8 : תחושת שייכות ובדידות בקרב האנשים שעברו אינטייק, לפי ההתאמה לתוכנית..... 29
- תרשים 9 : מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ותפקודיים של משתתפי המחקר, לפי אסטרטגיית ההתערבות ..... 32
- תרשים 10 : מאפיינים חברתיים של משתתפי המחקר, לפי אסטרטגיית ההתערבות..... 33
- תרשים 11 : מאפייני בדידות, שייכות ורווחה של משתתפי המחקר, לפי אסטרטגיית ההתערבות ..... 34
- תרשים 12 : שביעות הרצון של כלל המשיבים מן התוכנית..... 39
- תרשים 13 : תרומת התוכנית למשיבים, לפי דיווחיהם בשאלון  $T_1$ ..... 43
- תרשים 14 : התאמה של המשתתפים בשתי האסטרטגיות, לפי מאפייני הרקע שלהם ..... 44
- תרשים 15 : ממוצעי הפרשים בין מדידות ( $T_1-T_0$ ) במדד בדידות עקיף UCLA, משיבים משתתפים ולא משתתפים, לפי אסטרטגיית התערבות (טווח המדד 0-60)..... 49
- תרשים 16 : ממוצעי הפרשים בין מדידות ( $T_1-T_0$ ) במדד אינדיקציה לדיכאון (PHQ-2), משיבים משתתפים ולא משתתפים, לפי אסטרטגיית התערבות (טווח המדד 0-6)..... 51

## 1. מבוא

"התוכנית הזו הגבירה בי ביתר שאת את התחושה שהבדידות בזיקנה היא אחת הבעיות המשמעותיות של זמננו וכי החברה שלנו חייבת להתחיל להיערך בדרך טובה יותר להתמודד עם נושא הזדקנות האוכלוסייה מצד אחד ועם האוכלוסייה הבודדה שגם היא במקביל הולכת וגדלה מצד שני."

תופעת הבדידות בזיקנה זוכה כיום, יותר מבעבר, לתשומת לב של מפתחי שירותים וקהילת המחקר, הן בשל שכיחותה והן בשל הקשר שלה למצבם הבריאותי (הפיזי והקוגניטיבי) של הזקנים ולרווחתם הנפשית (Courtin & Knapp, 2017; Holwerda et al., 2014). בישראל, נבחרה תופעת הבדידות לאחת הסוגיות שהופיעו בשנת 2011 בתוכנית החומש של גיוינט ישראל-אשל. ביוזמת גיוינט ישראל-אשל ומשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, הוקמה בשנת 2014 ועדה בין-משרדית (ועדת וינטר), שמטרתה להציע דרכי פעולה והתארגנות לשם מתן מענה לזקנים בודדים.

באוקטובר 2014 פורסמו המלצות "הוועדה לבחינת דרכי התמודדות עם בדידות בקרב אנשים זקנים" (רותם, 2014). בין המלצותיה, הציעה הוועדה לעודד פיתוח של יוזמות ותוכניות להפחתת בדידות בקרב זקנים באמצעות קול קורא שיתווה את העקרונות לפיתוח תוכניות אלה ויעמיד משאבים לצורך מימוש אלה שיימצאו ראויות לכך. עוד המליצה הוועדה לעודד מחקר שיתמקד בתופעת הבדידות בקרב זקנים בישראל, כזה שיעמיק את הבנת התופעה ויבדוק את יעילותן של תוכניות התערבות שנועדו להתמודד עימה.

קול קורא לפיתוח תוכניות להפחתת בדידות אכן התפרסם בשנת 2014, במסגרת מיזם ארצי שזכה לכינוי "המיזם להפחתה והתמודדות עם תחושת בדידות בקרב זקנים" (או בקצרה: "מיזם בדידות"), בהובלת הקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי, גיוינט ישראל-אשל ומשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. מטרת המיזם היו:

1. לפתח מודלים חדשים המיועדים לסייע לזקנים בהתמודדותם עם תחושת הבדידות והפחתתה, באמצעות שיטות התערבות שהוכחו מחקרית כיעילות
2. להעלות מודעות בקרב קהלי יעד שונים
3. לפתח ידע ועקרונות פעולה לצמצום תופעת הבדידות

בשנה הראשונה של המיזם הוגשו 114 הצעות לתוכניות. לאחר תהליך של מיון וטיוב, הובאו הנבחרות שבהן בפני ועדת ההיגוי של המיזם לשם אישורן. בתקופה שבין יוני 2015 לינואר 2016 התקיימו שלוש ועדות היגוי, ובהן אושרו 23 תוכניות שהוגשו על ידי 13 ארגונים<sup>9</sup> (כגון עמותות לקשיש או מחלקות לשירותים חברתיים), בפריסה ארצית רחבה<sup>10</sup>: 2 מאזור הדרום, 4 מאזור המרכז, 2 מירושלים ו-5 מאזור הצפון. 17 תוכניות הופעלו במרחב העירוני ו-6 במרחב הכפרי, 3 תוכניות פעלו בערים ערביות ותוכנית

<sup>9</sup> חלק מן הארגונים יזמו יותר מתוכנית אחת.

<sup>10</sup> במקור התקבלו למיזם 15 ארגונים, אך שני ארגונים, בירושלים ובשדרות, פרשו מן המיזם מסיבות שונות.

אחת הופעלה ביישוב בדואי. מבחינת התוכניות שהופעלו על ידי הארגונים, 3 תוכניות היו פרטניות ("אחד על אחד") והשאר קבוצתיות; 9 תוכניות היו קצרות (עד 15 מפגשים) והשאר היו ארוכות יותר; ו-4 תוכניות היו מורכבות ממספר שלבים. מבחינת אסטרטגית ההתערבות, 14 תוכניות הציעו הזדמנות לאינטראקציה חברתית (כמו קבוצת חברותא), 5 תוכניות התבססו על שינוי התנהגותי-קוגניטיבי (CBT) (כמו תוכנית "חוסן זהב"), 3 תוכניות הציעו תמיכה מקצועית (כמו קבוצת סיפורי חיים) ותוכנית אחת עבדה על שיפור המיומנויות החברתיות (לתיאור התוכניות וסיווגן ראו נספח א ונספח ב; להסבר על אסטרטגיות ההתערבות, ראו סעיף 1.1 להלן).

במהלך שנת 2016 נבנתה התשתית הארגונית והמקצועית של התוכניות ונעשתה היערכות לקראת הפעלתן. בכל ארגון שהתקבל למיזם גויסו רכזות (אשר ניהלה את התוכניות שיזם הארגון) ומפעילי תוכניות (אשר הדריכו והנחו את הקבוצות בתוכניות השונות). בפרק הזמן הזה נבנו התוכניות והוכשרו מנחי הקבוצות, ובסוף קיץ 2016 החלו התוכניות לפעול. במשך שנתיים ליווה המחקר את הפעילות בשטח ואסף נתונים.

הנהלת מיזם הבדידות פנתה למכון מאיר-רס-ג'וינט-ברוקדייל בבקשה ללוות את המיזם במחקר. דוח זה מסכם שלוש שנים של ליווי המיזם והערכת התוכניות שנבחרו להיכלל בו. תחילה תוצג סקירה קצרה של הספרות העוסקת בבדידות בזיקנה. לאחר מכן יפורטו מטרות המחקר, יוצגו השאלות שהוא מעלה ביחס למיזם ולתוכניות שכלולות בו, ויתואר המודל התיאורטי שעליו הוא מבוסס. בהמשך יתוארו מערך המחקר, תפוקות המחקר והממצאים. לבסוף, יוצגו התובנות וההמלצות המרכזיות שגובשו ויובא דיון בנוגע לפיתוח אסטרטגיה להתמודדות עם סוגיית הבדידות בזיקנה.

## 1.1 רקע

### בדידות מהי – הגדרות וסוגים

בעוד בידוד חברתי הוא מדד אובייקטיבי וכמותי של גודל הרשת החברתית ותדירות המגע בין חברה (Dykstra, 2009), "בדידות" מומשגת, לפי הגישה הקוגניטיבית לבדידות (Lazarus, Averill, & Perlman & Peplau, 1981; Opton, 1970), כתופעה סובייקטיבית וכתוצר של תהליך הערכה של הקשרים החברתיים העומדים לרשותו של האדם. בדידות קשורה לציפיות ולשביעות הרצון מתדירות הקשרים, ממידת הקרבה של המגע החברתי וממידת האינטימיות המתקבלת ממנו. שביעות רצון נמוכה מן הקשרים החברתיים, ממספרם או מאיכותם, וכן פער בתפיסה בין מה שהאדם היה רוצה לבין מה שאכן יש לו בזירת הקשרים האובייקטיבית, מולידים תחושות של בדידות (Perlman & Peplau, 1981; de Jong Gierveld, 1998; de Jong Gierveld, Van Tilburg, & Dykstra, 2006).

לפיכך, בדידות אינה קשורה במישרין לבידוד חברתי, קרי, היעדר קשרים עם אנשים אחרים, ואינה קשורה ישירות למבודדות חברתית אובייקטיבית. ייתכן מישהו מבודד חברתית שאינו בודד כמו גם מישהו שמוקף בקשרים חברתיים וחש בדידות. עם זאת, אנשים בעלי רשת תמיכה חברתית גדולה יותר נמצאו כבעלי סיכוי נמוך יותר לדווח על תחושות של בדידות (Dykstra & Fokkema, 2007).

בדידות יכולה להיות תופעה כרונית הנובעת מחוסר יכולת של האדם לפתח מערכות יחסים מספקות לאורך שנים. לעומת זאת, בדידות מצבית נובעת מאירועי חיים מעוררי דחק הגורמים לאובדנים ברשת החברתית של האדם (כגון פרישה מעבודה, התאלמנות או מעבר דירה). במקרה זה, צפוי כי לאחר תקופת זמן שבה האדם חווה מצוקה פסיכולוגית, הוא יצליח להתמודד ולהחלים (de Jong Gierveld & Raadschelders, 1982).

הבחנה נוספת בין בדידות רגשית לבין בדידות חברתית, נעשתה על ידי וייס (Weiss, 1973). בהתאם להבחנה זו, בדידות רגשית (אמוציונלית) נוצרת בהיעדר דמות היקשרות רגשית קרובה, כדוגמת בן או בת זוג (למשל, כתוצאה מהתאלמנות). בדידות חברתית מתייחסת להיעדרה של רשת חברתית רחבה יותר שאליה מרגיש האדם שייך, כדוגמת חברים ומכרים (למשל כתוצאה ממעבר דירה או פרישה ממקום העבודה). על בדידות קיומית (אקסיסטנציאלית) מקובל לדבר במצבים שבהם האדם "מנותק" מן החיים שסביבו, בעיקר עקב חולי ומגבלות תפקודיות שמשפיעות על היכולת שלו ליצור קשר עם הסביבה (Sjöberg, Beck, Rasmussen, & Edberg, 2017).

בדידות היא תופעה שקיימת בכל טווח הגילים האנושי, אולם שכיחותה גבוהה במיוחד בזיקנה המתקדמת.

### **בדידות בזיקנה – סיבות, מאפיינים ושכיחות התופעה**

תלונות על בדידות נפוצות אצל אנשים זקנים והיא נחשבת לאחד מן המצבים הקשים והמכבידים ביותר על מגזר זה (לומרנץ, 2003). מחקרים מלמדים כי רמות בדידות הן יציבות, יחסית, על פני גילים שונים. אולם בגילים מבוגרים, יותר מ-80-85, זקנים נעשים יותר ויותר בודדים על פני זמן, ככל שהם מזדקנים (Dykstra, Van Tilburg & de Jong Gierveld, 2005; Hawkly & Cacioppo, 2007).

לטענת דלברג ומקי (Dahlberg & McKee, 2014), בעשורים האחרונים עסקו מחקרים רבים בגורמים הקשורים לבדידות בקרב זקנים. מבין הגורמים הבולטים אפשר למנות מאפיינים דמוגרפיים הקשורים בבדידות, לדוגמה, גיל מבוגר מאוד (Dykstra, 2009) ומגדר נשי (Cohen-Mansfield, Shmotkin, & Heikkinen & Goldberg, 2009; Dykstra et al., 2005); גורמים פסיכולוגיים, כגון דיכאון וחרדה (Kauppinen, 2011; Luanaigh & Lawlor, 2008); ומאפיינים חברתיים, כגון אובדן בן זוג (Dykstra et al., 2005), מגורים לבד, פרישה מעבודה, מעמד חברתי-כלכלי נמוך (Pikhartova & Victor, 2015) או ירידה בפעילויות חברתיות (Newall et al., 2009). החוקרת דה יונג חירוולד (de Jong 1987), מצאה כי הגורמים בעלי ההשפעה הגדולה ביותר על בדידות של אדם הם הסדר המגורים שלו (אם הוא גר לבדו או לא), חוסר שביעות רצונו מן הרשת החברתית שלו ורצונו בקשרים חברתיים חדשים (de Jong Gierveld, 1987). מאפיינים אלה עשויים לשמש כ"תמרורי אזהרה", במובן זה שניתן לשייך אנשים בעלי מאפיינים אלה ל"קבוצת סיכון", שהנכללים בה הם בעלי סיכון גבוה יותר לחוות בדידות. נקודה זו תזכה להרחבה בהמשך הדברים.

שכיחותה של תופעת הבדידות בייקנה משתנה בין מדינות, כפי שניתן ללמוד מסקר ה-SHARE<sup>11</sup> (Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe) שנערך בקרב בני 50 ויותר בכל כמה שנים ובמסגרתו נאספים נתונים מ-15 מדינות באירופה (SHARE, 2016) לפי סקר זה, בקרב מדינות דרום ומזרח אירופה נמצאה בדידות בשכיחות גבוהה יותר מאשר במדינות צפון ומערב אירופה (Shiovitz-Ezra, 2015:169). בעוד בשוויץ 20% מבני 50 ויותר דיווחו על תחושות של בדידות לפעמים או לעיתים קרובות, ביוון 47% דיווחו על בדידות לפעמים או לעיתים קרובות, באיטליה – 38% ובפולין 35% דיווחו על כך (SHARE, 2016) (תרשים 1).

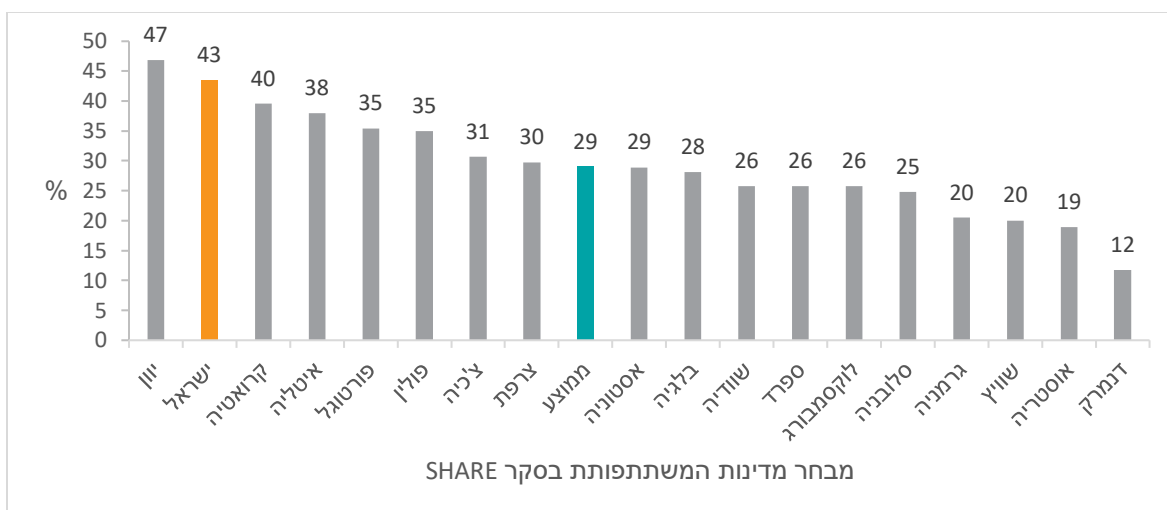
מקובל להסביר הבדלים אלו בהבדלי התרבות בין המדינות. בחברות מסורתיות, הציפיות מן הקשרים החברתיים גבוהות יותר, ומשהם אינם מתממשים מתעוררות תחושות של בדידות (Jylhä, 2004, p.159). לעומת זאת, במדינות צפון אירופה, שמאופיינות באינדיבידואליזם, יש פחות ציפייה לתמיכה מן הקהילה ולמגע תכוף עם בני משפחה. הסבר אפשרי נוסף להבדלים הנצפים בין מדינות דרום אירופה למדינות צפון אירופה טמון בהבדלים תרבותיים בנכונות לדווח על בדידות. נטען כי אנשים, במיוחד מחברות אינדיבידואליסטיות, עשויים להימנע מלבטא תחושות כדוגמת בדידות (Dykstra, 2009), כך שבמדינות צפון אירופה ומערבה עלול להיות תת-דיווח של התופעה.

בישראל, המאופיינת בתרבות קולקטיביסטית וברמת "משפחתיות" גבוהה (פוגל-ביז'אווי, 1999), נמצא שיעור די גבוה של בדידות המורגשת לפעמים או לעיתים קרובות (43%). אולם הנתונים על היקף תופעת הבדידות בקרב זקנים בארץ אינם אחידים, והם נעים בין 43% (מחקר SHARE בקטגוריות של "לפעמים", "ו"לעיתים קרובות") לבין 34%, ממוצע השנים 2013-2015, בקטגוריות "לפעמים/מדי פעם" ו-"לעיתים קרובות" (ברודסקי, שנור ובאר, 2018). כלומר, זו תופעה בעלת נראות, אך היקפה תלוי בכלי המדידה, בנקודת החתך שלפיה קובעים מיהו בודד (רותם, 2014, עמ' 7) ובהגדרה של אוכלוסיית המדגם. בהמשך הדברים יורחב הדיון על הכלים למדידת בדידות שבהם נעשה שימוש במחקר זה.

---

<sup>11</sup> <http://igdc.huji.ac.il/home/share/introduction.aspx>

## תרשים 1: תדירות תחושת הבדידות – לפעמים או לעיתים קרובות (באחוזים). נתוני SHARE 2016



### הפגת בדידות – תוכניות התערבות להקלה על תחושות הבדידות ולמיתונן

במשך השנים פותחו בעולם תוכניות התערבות שונות שנועדו למתן את תחושות הבדידות שחווים אנשים ולשפר את יכולתם להתמודד עימן. הסבירות שתוכניות מסוימות יהיו יעילות עשויה להשתנות בהתאם למאפיינים שלהן (Dickens et al., 2011). במסגרת סקירה רחבה שנעשתה על ידי צוות חוקרים מאוניברסיטת שיקגו (Masi, Chen, Hawkey, & Cacioppo, 2011) נבחנו כ-250 תוכניות התערבות שנועדו להפחית בדידות בקרב זקנים, צעירים וילדים במדינות שונות, ומתוכן נותחו לעומק 50 תוכניות, כמחציתן עבור זקנים. התוכניות נבחנו על פי ארבע אסטרטגיות התערבות:

1. **מתן הזדמנות לאינטראקציה חברתית.** האסטרטגיה היא ליצור עניין משותף סביב ביצוע משימות ובהמשך לחזק את הקשר החברתי בין המשתתפים ולהפוך אותם לקבוצה קבועה. לדוגמה, הוצאת זקנים הנתונים בבידוד חברתי למשימות התנדבות משותפות, כגון חלוקת מזון לנוקמים.
2. **שיפור מיומנויות חברתיות.** דגש על מיומנויות שיחה, שיחה טלפונית, יכולת לקבל ולהעניק מחמאות, יכולת לשאת שתיקות ממושכות, טיפוח ההיבט החיצוני ומידת המשיכה האישית, הבנה של תקשורת לא מילולית ושימוש בה, למידת גישות ויכולת להיכנס לקרבה אינטימית.
3. **תמיכה חברתית.** בעיקר באמצעות קבוצות תמיכה יזומות ומונחות על ידי אנשי מקצוע לאנשים עם בעיה משותפת, כגון נשים שהתאלמו לאחרונה.
4. **שינוי דפוסי התנהגות בלתי מסתגלת מבחינה חברתית כדי לשפר את יכולת ההסתגלות החברתית (CBT).** אסטרטגיה של שינוי התנהגותי-קוגניטיבי שמדגישה את לימוד הזקן הבודד לזהות מחשבות שליליות בהקשר חברתי, העולות אצלו אוטומטית, ולהתייחס אליהן כאל השערות שיש לבדוק אותן ולא כאל עובדות.

המחקר השווה בין תוכניות שנקטו אסטרטגיות שונות ומצא שלאסטרטגיה הרביעית הייתה ההשפעה הגבוהה ביותר על הפחתת תחושת הבדידות בקרב מי שנחשפו אליה, יחסית לשלוש האסטרטגיות האחרות.

מלבד אסטרטגיית התערבות, הצלחתה של תוכנית נובעת גם מגורמים נוספים. כך למשל, לטענת פינדלי (Findlay, 2003), הבחירה, ההכשרה והתמיכה בכוח האדם שמפעיל את התוכנית, אם מדובר במתנדבים ואם מדובר באנשים המועסקים בשכר, הוא אחד הגורמים החשובים ביותר להצלחתה. עוד מציין פינדלי כי תוכניות נוטות להיות מוצלחות יותר אם הן מערבות אנשים זקנים בשלבי התכנון, היישום וההערכה שלהן, וכן שלתוכניות יש סיכוי גדול יותר להצליח אם הן משתמשות במשאבים קיימים בקהילה ומכוונות לבנות יכולות קהילתיות (Findlay, 2003, p. 655).

מחקרים אחרים בדקו אף הם התערבויות להפחתת בדידות והעלו כי מאפיינים שתורמים להצלחתה של תוכנית להפחתת בדידות הם מידת התאמתה להקשר המקומי שבו היא מופעלת, מידת המעורבות של משתתפי התוכנית בתכנון וביישום שלה, ומידת היותם פעילים יצרניים בתוכנית (Gardiner, Geldenhuys, & Gott, 2018). ניתן להפחית את הבדידות על ידי שימוש בהתערבויות חינוכיות המתמקדות בתחזוקה של הרשתות החברתיות ובשיפורן (Cohen-Mansfield & Perach, 2015). תוכניות בעלות בסיס תיאורטי יעילות יותר מתוכניות שלא מבוססות על תיאוריה, ותוכניות שבהן המשתתפים פעילים יעילות יותר מתוכניות שלא כוללות השתתפות פעילה (Dickens et al., 2011).

התערבויות שמעודדות, כחלק מובנה שלהן, אינטראקציות חברתיות, הן אפקטיביות יותר מאלה שאינן מבוססות על פעילות קבוצתית (Cattan et al., 2005; Dickens et al., 2011). עם זאת, קיבוץ זקנים בודדים למקום אחד לא בהכרח יעודד פיתוח של יחסי ידידות ביניהם, משום שדפוסי ההתנהגות והמחשבה שאנשים בודדים מביאים איתם לסיטואציה – בעיקר אלו הסובלים מבדידות כרונית – אינה מעודדת מלכתחילה התקרבות בין-אישית (רותם, 2014, עמ' 9). כהן-מנספילד ופרח (2015) הגיעו למסקנה הפוכה, לפיה דווקא התערבויות פרטניות ("אחד-על-אחד") הן יותר אפקטיביות מהתערבויות קבוצתיות (Cohen-Mansfield & Perach, 2015), וכך גם גרדינר, גלדניוס וגוט (Gardiner, Geldenhuys & Gott, 2018), אשר סבורים כי תוכניות פרטניות למרותקי בית, הנעזרות לדוגמה בטכנולוגיה או בתרפיה בבעלי חיים, עשויות להיות יעילות מאוד בהפחתת בדידות.

היבטים אלה של ההתארגנות להפעלת תוכנית, השיטות לאיתור ולגיוס המשתתפים בה ואיכותו של כוח האדם שמפעיל אותה, כמו גם היבטים נוספים של התוכנית, ייבחנו בהמשך, במסגרת הצגת ממצאי המחקר.

## 2. תיאור המחקר המלווה

### 2.1 מטרות המחקר

מחקר זה נועד להעריך את התוכניות שנבחרו להיכלל במיזם, ולנסח מסקנות שיקדמו פרקטיקה מבוססת הוכחות (evidence based practice) ופיתוח של תוכניות בעתיד. במיוחד נבחן המיזם משלושה היבטים – שני היבטים מתייחסים לתרומת התוכנית והיבט אחד מתייחס להמלצותיה:



1. תרומת התוכנית שהופעלה ביישוב לזקנים שהשתתפו בה (ברמת הפרט): הרחבת הרשת החברתית והפחתת הבידוד החברתי, שיפור מידת השתתפותם בפעילות חברתית, פורמלית ובלתי פורמלית, ושיפור הרווחה הנפשית.
2. תרומת התוכנית לקידום ההתמודדות עם נושא הבדידות ביישוב שבו היא התקיימה (ברמת השטח): הרחבת העיסוק בסוגיית הבדידות בזיקנה – פיתוח נוהלי עבודה וכלי מיון לשימוש עתידי ופיתוח מומחיות של אנשי מקצוע בנושא.
3. תובנות והמלצות בנוגע לתוכניות להפגת בדידות (ברמת עיצוב המדיניות): זיהוי מאפיינים, רכיבים מוצלחים ואתגרים מן התוכניות שהשתתפו במיזם, וזיהוי דרכי פעולה המתאימות לאוכלוסיות יעד מסוימות.

## 2.2 שאלות המחקר

ממטרות המחקר שפורטו לעיל נגזרו תשע שאלות<sup>12</sup>, והן נבחנו במסגרת המחקר:

1. כיצד נערכו הארגונים לביצוע התוכניות שהם הציעו?
2. מה היו תהליכי האיתור והמיון של אוכלוסיית היעד של התוכנית?
3. באיזו מידה הייתה היענות של אוכלוסיית היעד להשתתפות בתוכנית?
4. מהם מאפייני האוכלוסייה שהשתתפה בתוכנית, בהשוואה לאוכלוסיית היעד שהוגדרה עבור התוכנית?
5. אילו פעילויות בנושא בדידות התקיימו ביישובים שהשתתפו במיזם?
6. מהי רמת שביעות הרצון של המשתתפים?
7. באיזו מידה תרמה התוכנית להפחתת תחושת הבדידות של המשתתפים בה ולשיפור רווחתם הנפשית (well being)?
8. מהם הרכיבים שתרמו להצלחת התוכנית ומהם הקשיים והאתגרים שבהם נתקלו מפעילי התוכנית?
9. אילו פעילויות נעשו להטמעת התוכנית ולהמשכתה, אם בכלל?

## 3. מערך המחקר

### 3.1 מתודולוגיה, מקורות המידע ומודל תיאורטי

מחקר זה מבוסס על מערך מתודולוגי מעורב (mixed methods study) הכולל שימוש מקביל בשיטות מחקר כמותניות (סקרים, לפני ואחרי ההשתתפות בתוכנית) ובשיטות מחקר איכותניות (ראיונות, תצפיות, קבוצות מיקוד ועיון במסמכים). זאת לצורך עריכת טריאנגולציה (עימות בין מקורות מידע שונים) המאפשרת הרחבה וביסוס של הממצאים ו/או הצגת כמה נקודות מבט לקבלת תמונה מורכבת יותר. תרומת התוכנית למשתתפים בה (ברמת הפרט) נבחנה באמצעות כמה שיטות ומהלך המחקר התנהל באופן הבא:

<sup>12</sup> מכל מטרה נגזרות כמה שאלות, וכל שאלה עשויה להיגזר מיותר ממטרה אחת.

1. ניתוח טופסי אינטייק בשלב הקבלה לתוכניות. באמצעות האינטייק סוננו על ידי הרכזות אותם אנשים שהתוכנית נמצאה לא מתאימה עבורם. בשלב זה גיבשו הרכזות רשימת משתתפים ושלחו אותה לצוות המחקר.
2. צוות המחקר ראיין את האנשים שהופיעו ברשימת המשתתפים בנקודת ההתחלה של התוכנית ( $T_0$ ).
3. לאחר תקופה של 6-9 חודשים מן הריאיון הראשון, בוצע ריאיון נוסף ( $T_1$ ). פרק זמן זה היה אחיד עבור כל המשתתפים, למרות שבטווח זמן זה מנקודת ההתחלה של כל תוכנית חלק מן התוכניות עדיין פעלו וחלקן כבר הסתיימו או היו לקראת סיום.
4. במהלך הריאיון השני עם המשתתפים נבדקה שביעות הרצון שלהם מן התוכנית ותפיסת התרומה שלה באמצעות שאלות ישירות. כמו כן, נבדקו מדדי תוצאה (בעיקר השינוי בממוצע רמת הבדידות ורמת הדיכאון) של המשתתפים 6-9 חודשים לאחר התחלת התוכנית, באמצעות מבחן  $t$  למדגמים תלויים.
5. התוכניות סווגו לארבעת האסטרטגיות המופיעות במאמרו של מסי ועמיתיו ( Masi, Chen, Hawkey, & Cacioppo, 2011). כפי שיפורט בסעיף 3.4, שלוש אסטרטגיות קובצו לאחת ונערכה השוואה בין לבין האסטרטגיה הרביעית.
6. האנשים שהשתתפו בתוכניות הם קבוצת ההתערבות של המחקר, ואילו קבוצת ביקורת הורכבה מאנשים שעברו אינטייק, היו אמורים להשתתף בתוכנית מסוימת, רואיינו בנקודת ההתחלה של התוכנית, אך כאשר רואיינו 6-9 חודשים לאחר מכן התברר שבפועל הם לא השתתפו בה. מאחר שהם נמצאו דומים במאפייניהם ההתחלתיים למי שהשתתפו בתוכנית, הם שימשו קבוצת ביקורת, אף על פי שהקצאה לקבוצה זו לא נעשתה אקראית.
7. נערכה בדיקת ההבדל בממוצע רמת הבדידות ורמת הדיכאון בין מי שהשתתפו בתוכניות לבין מי שלא השתתפו בהן, באמצעות מבחן  $t$  למדגמים בלתי תלויים. כמו כן בוצעה השוואה בין הפרש מדדי התוצאה (לפני-אחרי) של קבוצת ההתערבות לבין הפרש מדדי התוצאה (לפני-אחרי) של קבוצת ביקורת.
8. נערך ניתוח matching מסוג Propensity Score להשוואה בין שתי אסטרטגיות ההתערבות.
9. נערך ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לינארית לבדיקת השינוי שני משתני התוצאה העיקריים (הרציפים), ברמת הבדידות וברמת הדיכאון, 6-9 חודשים לאחר התחלת התוכנית.
10. נערך ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית לניבוי מדדי התוצאה האלה: שינוי בתחושת החוסר בקשר עם אדם קרוב, שינוי בתחושת החוסר בקשר עם קבוצה חברתית, וניבוי השינוי בשביעות רצון מן החיים, 6-9 חודשים לאחר תחילת התוכנית. מדדי תוצאה אלה נמדדו כמשתנים אורדינליים ולצורך הניתוח הפכו לבינריים.
11. מידע נוסף נאסף על ידי תצפיות וקבוצות מיקוד שכללו שיחה קבוצתית חופשית עם המשתתפים.
12. נערכו ראיונות עם הרכזות ועם אנשי המקצוע ביישובים שבהם הופעלו התוכניות, וכן נערך סקר אינטרנטי בקרב מפעיליהן.

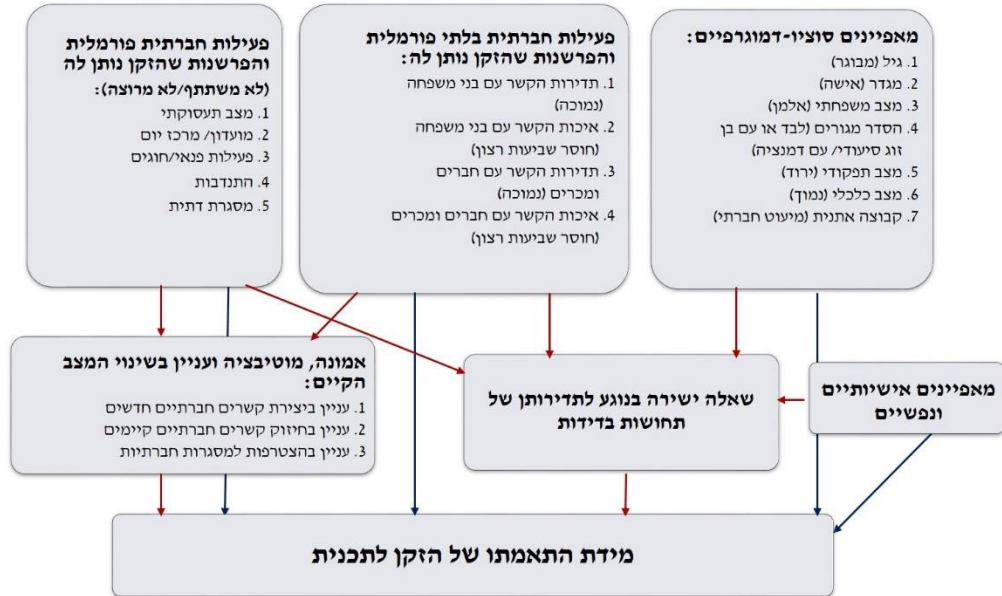
הראיונות עם אנשי המקצוע, עם הרכזות ועם המפעילים שימשו אותנו גם כדי להעריך את התרומה של התוכנית והמיזם לטיפול בסוגיית הבדידות בזיקנה ברמה המקומית של היישוב. הידע שנצבר במהלך

ההיערכות לתוכנית, באיתור וגיוס משתתפים ובהתאמת התוכניות לסוגיית הבדידות, מוצג בדוח זה כדי לסייע בהפעלה יעילה של תוכניות להפחתת בדידות בעתיד. תובנות בנוגע להתמודדות אסטרטגית עם תופעת הבדידות בזיקנה ברמה הארצית זוקקו מכלל מקורות המידע של המחקר.

לצורך איתור וזיהוי הזקנים שמצויים ב"קבוצת סיכון" לחוות תחושות של בדידות ושעשויים להתאים לתוכנית התערבות שמטרתה הפחתת בדידות, גיבשנו, מן הספרות בתחום, מודל תיאורטי שעל בסיסו נבנה טופס האינטייק לתוכנית (תרשים 2). המודל כולל מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של הזקן, שנמצאו בספרות כמצויים במתאם עם תחושות של בדידות. בסוגריים המופיעים בתרשים רשומים המאפיינים שקיומם משייך את הזקן ל"קבוצת סיכון", כלומר מגדיל את הסיכוי שהוא חווה תחושת בדידות. נוסף למאפיינים אלה, המודל כולל התייחסות לרשת חברתית של הזקן, מבחינת הפעילות החברתית הפורמלית והבלתי פורמלית שהוא מעורב בה. ההנחה היא, שהיעדר פעילות חברתית מגדיל את הסיכוי לחוות תחושות של בדידות. עם זאת, לפי הגישה הקוגניטיבית לבדידות (Perlman & Peplau, 1981), הקשר בין מאפייני הרשת החברתית של האדם לבין תחושת הבדידות שהוא חווה מתווך בהערכה קוגניטיבית שלו בנוגע לאיכותה ולטיבה של רשת חברתית זו, לפיכך המודל כולל גם את הפרשנות של הזקן ואת מידת שביעות רצונו מאיכות הקשרים החברתיים שלו ומן הפעילות החברתית שהוא משתתף בה. נוסף לכל אלה, המודל מציע הערכה של רמת הבדידות של הזקן באמצעות שאלה ישירה בנוגע לתדירות שבה הוא חווה רגש של בדידות. לבסוף, הואיל ומטרת האיתור והזיהוי של זקנים בודדים היא לצורך השתתפותם בתוכנית להפחתת בדידות, המודל כולל גם התייחסות למידת האמונה של הזקן ביכולתו לשנות את המצב הקיים ובמידת העניין והמוטיבציה שלו לעשות זאת, וכן התייחסות למצבו הנפשי. כל אלה מכוונים לתת למפעילי התוכנית אינדיקציה בנוגע למידת התאמתו של הזקן לתוכנית.

מתרשים המודל ניתן לראות שכל רכיב משפיע על מידת ההתאמה, הן באופן ישיר (חיצים מלאים) והן באופן שמתווך על ידי מידת הבדידות של הזקן, מאפייני האישיות שלו ורמת המוטיבציה שלו לשנות את המצב הקיים (חיצים מקווקוים).

## תרשים 2: המודל התיאורטי לאיתור משתתפים לתוכנית



## 3.2 כלי המחקר

**1. אינטייקים.** כחלק מתהליך איתור המשתתפים לכל אחת מן התוכניות, פותח טופס האינטייק לפי המודל שתואר לעיל. הטופס כולל מידע סוציו-דמוגרפי על האדם וכן מדדים הנוגעים לתפקוד הפיזי, לפעילות הפנאי וליציאה מן הבית. השאלון כולל גם שאלות בנוגע לקשרים החברתיים והמשפחתיים של האדם, לשביעות רצונו מהם, לתחושות השייכות שלו לקהילה, לתחושות הבדידות (שאלה ישירה) וכן שאלה על תחושת הבדידות כיום לעומת בעבר.

בסופו, האינטייק כולל חלק נוסף למילוי על ידי מעביר האינטייק (מראיין/רכזת), ובו סיכום ההתרשמות, מידת ההתאמה לתוכנית וכן טבלה מסכמת ובה 22 פריטים, הכוללת את כל הרכיבים המופיעים במודל התיאורטי. כל רכיב יכול לקבל ערך של "1" אם המאפיין של האדם מהווה מבחינת הספרות "גורם סיכון" או מנבא לכך שהוא עשוי להיתרם מן ההשתתפות בתוכנית, או ערך של "אפס" אם המאפיין הוא אחר. לדוגמה, ידוע כי מצבו המשפחתי של האדם עשוי להיות קשור לתחושה של בדידות, ולפיכך, אם האדם הוא "אלמן", מסמנים בטבלה "אחד", ואם הוא נשוי אז מסמנים "אפס". לבסוף מסכמים את כל הסעיפים בטבלה ומתקבל ערך מספרי בין 0 ל-22. ככל שהערך המספרי גבוה יותר, כך סיכוי גבוה יותר שהאדם מתאים ועשוי להיתרם מן התוכנית. הואיל ולא הכנסנו משקולות לסעיפים השונים, וכל סעיף קיבל משקל זהה, הערך המסכם לא מבטא בהכרח את רמת הבדידות שהאדם חווה, ובכל מקרה הוא לא נועד להחליף את חוות הדעת המקצועית של מעביר האינטייק. עם זאת, יש בערך המסכם הזה כדי לתת ביטוי למצב הכולל של האדם ולסייע למעביר האינטייק לקבל החלטה. כפי שיפורט בהמשך, במקרים שונים נמצא מתאם בין ערך זה לבין מדדי תוצאה שנבדקו במחקר.

נוסף לשימוש בטופסי האינטייק כאמצעי לאיתור זקנים בודדים לתוכניות המיזם, הנתונים מטופסי האינטייק נותחו במסגרת המחקר כדי לאפיין את אוכלוסיית המשתתפים. אוכלוסייה זו השוותה

לאוכלוסיית כלל בני 65 ומעלה באמצעות נתונים, כגון נתוני הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס), המופיעים בשנתון הסטטיסטי 2017 (ברודסקי ואח', 2018). הכוונה הייתה להתרשם מן המאפיינים הייחודיים של משתתפי המיזם בהשוואה לכלל האוכלוסייה.

**2. ראיונות עם משתתפי התוכנית.** ראיונות טלפוניים עם משתתפי התוכניות התקיימו בנקודת ההתחלה של התוכנית ו-6 עד 9 חודשים לאחר מכן. זהו פרק הזמן המקובל במחקרי הערכה, אשר מצד אחד מאפשר לתוכניות המוערכות לחולל אפקט בקרב המשתתפים ומנגד מאפשר למפעילי התוכניות ולהנהלת המיזם לקבל את תוצאות המחקר בפרק זמן סביר לצורך עיצוב מדיניות. הריאיון שנערך בתחילת התוכנית ( $T_0$ ) כלל חלק של השלמת נתונים, אם היו חסרים בשאלון האינטייק, שאלות על ציפיות האדם מן התוכנית וכן חלק שכלל מדדי תוצאה אשר נמדדו גם בריאיון שנערך בתום התוכנית.

מדדי התוצאה כללו את כלי המחקר האלה:

- **מדד הבדידות של UCLA (UCLA Loneliness Scale)**<sup>13</sup>. כלי נפוץ בארצות הברית ובעולם למדידת בדידות (Peplau & Cutrona, 1980). המדד כולל 20 היגדים<sup>14</sup>. עבור כל היגד המרואין מציין את התדירות המתאימה עבורו (אף פעם, לעיתים רחוקות, לפעמים, תמיד). הציון המתקבל בכל אחד מן ההיגדים נסכם (לאחר היפוך של חלק מן ההיגדים) בטווח אפשרי של 0-60. ככל שהציון הסופי גבוה יותר כך הבדידות גדולה יותר. המדד דווח כבעל עקיבות פנימית, תוקף מבחין ומתאם עם מדדים דומים (Hartshorne, 1993 in Victor, Scambler, & Bond, 2009, p.59). בהתאם לכך, נמצאה מהימנות גבוהה של הסולם גם במחקר זה ( $\alpha_{\text{cronbach}}=0.894$ ).
- **שאלות שנועדו להבחין בין סוגים שונים של בדידות.** מדד הבדידות של UCLA אינו מבחין בין עולמות תוכן שונים של תופעת הבדידות, כלומר בוחן אותה כתופעה חד-ממדית. לפיכך, הוספנו לשאלון שתי שאלות שנועדו להבחין בין בדידות חברתית לבדידות רגשית: המרואיינים נשאלו באיזו תדירות חסר להם קשר קרוב ומתמשך עם אדם אחר (חבר טוב או בן זוג) ובאיזו תדירות חסר להם קשר עם קבוצה חברתית (כמו חברים לעבודה), לפי אותו סולם תשובות של ה-UCLA (היגדים אלה נותחו בנפרד ולא כחלק מרשימת ההיגדים של ה-UCLA).
- **שאלות ישירות למדידת בדידות.** השאלות שבסולם המדידה של UCLA לא מתייחסות ישירות לתחושת הבדידות, מתוך תפיסה ולפיה הבדידות מלווה בסטיגמה, ואנשים זקנים עשויים להימנע ממתן תשובה כנה לשאלה ישירה בנושא זה (Rotenberg & MacKie, 1999). דרך נוספת למדוד בדידות היא על ידי שאלה ישירה שבאמצעותה מתבקש המרואין לדרג את התדירות שבה הוא חש בדידות בהווה. ההנחה היא שההבדל בין האנשים הוא ברמת האינטנסיביות של תחושת הבדידות

13

[https://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self\\_Measures\\_for\\_Loneliness\\_and\\_Interpersonal\\_Problems\\_VERSION\\_3\\_UCLA\\_LONELINESS.pdf](https://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self_Measures_for_Loneliness_and_Interpersonal_Problems_VERSION_3_UCLA_LONELINESS.pdf)

<sup>14</sup> יש גם גרסה מקוצרת למדד הבדידות של ה-UCLA, שפותחה מאוחר יותר, הכוללת שלושה היגדים (Hughes et al., 2004). במחקר זה נעשה שימוש בגרסה המפורטת יותר, מאחר שנושא הבדידות עומד בלב המחקר וכלי המדידה המלא עשוי להיות רגיש יותר למדידת שינויים במערך מחקר של "לפני-אחרי".

ולא בסוג הבדידות עצמה (Victor, Scambler, & Bold, 2009, p.55). בראיונות נעשה שימוש בשאלה ישירה הלקוחה מן הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ובה מתבקש המרואיין ישירות לדרג את התדירות שבה הוא חש בדידות, בסולם ליקרט ובו ארבע רמות (אף פעם לא, לעיתים רחוקות, לפעמים-מדי פעם, לעיתים קרובות). שאלה ישירה נוספת שהופיעה בשאלונים נועדה להבחין בין בדידות מצבית לבין בדידות כרונית; המרואיין נשאל באיזו תדירות הוא חש בדידות כיום בהשוואה לעבר. שאלה נוספת התייחסה לתדירות תחושת הבדידות בסופי שבוע ובחגים בהשוואה לשאר ימי השבוע.

- **תחושת שייכות.** תחושה של בדידות מוגדרת בספרות פעמים רבות כהפוכה לתחושה של השתקעות ושייכות לקהילה – belongingness or social embeddedness (de Jong Gierveld, van) (Tilburg, & Dykstra, 2018). לפיכך, המרואיין נשאל באיזו מידה הוא מרגיש שייכות לקהילה שבה הוא מתגורר (במידה רבה מאוד, במידה רבה, במידה מועטה, בכלל לא או במידה מועטה מאוד).
  - **דיכאון.** מדד תוצאה נוסף שנמדד באמצעות ה-PHQ-2 (Personal Health Questionnaire) <sup>15</sup>, נותן הערכה כללית האם האדם סובל מדיכאון. זה סולם מקוצר הכולל את שני ההיגדים הראשונים של מדד PHQ-9 <sup>16</sup>. ה-PHQ-2 לא נועד לספק אבחנה סופית למדידת רמת הדיכאון של האדם, אלא לתת אינדיקציה ראשונית בנוגע לאפשרות שהוא סובל מדיכאון. הניקוד האפשרי נע בין 0 ל-6 נקודות. נקודת החיתוך לאינדיקציה לדיכאון היא 3 (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2003). בבדיקה של מהימנות הסולם במחקר זה נמצאה מהימנות גבוהה ( $\alpha_{\text{cronbach}}=0.711$ ).
  - **שביעות רצון כללית מן החיים.** השתמשנו בשאלה הלקוחה מן הסקר החברתי (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה [למ"ס], 2015) הפריטים בוחנים את המידה שבה האדם מרוצה מחייו ומרוצה מן האופן שבו הוא מעביר את זמנו, באמצעות סולם ליקרט ובו ארבע תשובות (בכלל לא מרוצה, לא כל כך מרוצה, מרוצה, מרוצה מאוד).
  - **הערכה עצמית.** הנכוונות ליזום אינטראקציה חברתית ולקחת בה חלק קשורה לא אחת בהערכה העצמית של האדם. השתמשנו בפריט הלקוח משאלון של רובינס הנדן וצ'ונייבסקי (Robins, Hendin, & Trzesniewski, 2001), ולפיו המרואיין נשאל באיזו מידה הוא מסכים עם המשפט: "יש לי הערכה עצמית גבוהה". טווח התשובות נע מ-1 (לא כל כך נכון לגביי) ועד 5 (נכון מאוד לגביי).
- הריאיון שהתקיים 6-9 חודשים לאחר תחילת התוכנית (T<sub>1</sub>) כלל שאלת סינון שנועדה לבדוק האם המרואיין השתתף בתוכנית, פרש ממנה לאחר מפגש אחד או שניים או שכלל לא השתתף בה. מי שעזבו את התוכנית או שלא השתתפו בה נשאלו על הסיבות לכך. מי שהשתתפו בתוכנית נשאלו על מידת שביעות

---

<sup>15</sup> <https://www.hiv.uw.edu/page/mental-health-screening/phq-2>

<sup>16</sup>

[https://www.wikirefua.org.il/w/index.php/%D7%A9%D7%90%D7%9C%D7%95%D7%9F\\_%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%95%D7%AA\\_%D7%94%D7%9E%D7%98%D7%95%D7%A4%D7%9C\\_-Patient\\_Health\\_Questionnaire](https://www.wikirefua.org.il/w/index.php/%D7%A9%D7%90%D7%9C%D7%95%D7%9F_%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%95%D7%AA_%D7%94%D7%9E%D7%98%D7%95%D7%A4%D7%9C_-Patient_Health_Questionnaire)

רצונם מהיבטים שונים שלה ועל תרומתה לאיכות חייהם ולרווחתם הנפשית. נוסף לכך, נשאלו המרואיינים (הן מי שהשתתפו בתוכנית והן מי שלא השתתפו בה מסיבה כלשהי) את אותן שאלות הנוגעות למדדי התוצאה שעליהן ענו בריאיון הראשון, לפני תחילתה. הסיבה שבעטיה גם מי שפרשו מן התוכנית רואיינו בנוגע למדדי התוצאה הייתה לאפשר שימוש במרואיינים אלו כקבוצת ביקורת (ראו פירוט נוסף בסעיף 3.5).

הראיונות (הן  $T_0$  והן  $T_1$ ) הסתיימו בשאלות שנגעו לתחושות של בדידות ודיכאון. על כן, כדי לא לחתום את הריאיון בתחושה כבדה, החלטנו להכניס כשאלה אחרונה פריט חיובי; המרואיינים התבקשו להיזכר באירוע חיובי ומשמח שקרה להם בחודשים האחרונים ולספר לנו עליו.

**3. תצפיות וקבוצות מיקוד.** בתוכניות שכוללות פעילות קבוצתית נאסף גם מידע איכותני בנוגע אליה. המפגש עם הקבוצות נעשה בתיאום עם הרכזות ועם המשתתפים וכלל תצפית על הפעילות הקבוצתית ולאחר מכן קיום קבוצת מיקוד עם משתתפים שיכלו להישאר והיו מעוניינים בכך. המשתתפים נשאלו בשיח פתוח על הסיבות להשתתפותם בתוכנית, על התכנים, על תרומת התוכנית ועל שביעות רצונם ממנה. בתוכנית אחת התקיימה קבוצת מיקוד בלבד, בשל בקשת המשתתפים לשמור על פרטיותם ולא לאפשר כניסה לפעילות.

**4. ועדות היגוי.** צוות המחקר השתתף בחלק מוועדות ההיגוי וקיבל לידי את הפרוטוקולים של כלל ועדות ההיגוי. נעשה ניתוח תמטי של הפרוטוקולים לבחינת הסוגיות שהעסיקו את הצוותים, הקשיים, האתגרים, שיתופי הפעולה וההצלחות לאורך הפעלת התוכנית.

**5. ראיונות עם רכזות.** מטרת הראיונות הייתה ללמוד מן הרכזות על ההתנסות שעברו בהפעלת התוכנית. הראיונות כללו שאלות בארבעה תחומים עיקריים: שלב ההיערכות לתוכנית, שלב הפעלת התוכנית, סוגיית המשך התוכנית לאחר סיום המיזם והשפעת התוכנית על היישוב שבו היא התקיימה.

**6. שאלון למילוי עצמי למפעילי הקבוצות.** כדי לבחון ממד נוסף של השפעת התוכנית על המשתתפים בה, הופץ שאלון למילוי עצמי לכל מפעילי הקבוצות ביישובים.

**7. ראיונות עם אנשי מקצוע ביישובים.** הראיונות נערכו עם אנשים אשר מצד אחד מכירים את התוכנית והיו מעורבים בהפניית אנשים אליה או שהשתתפו בוועדות היגוי של התוכנית, ומן הצד האחר לא הפעילו אותה ישירות. המטרה הייתה ללמוד ממרואיינים אלה על השפעת התוכנית על הפעילות בתחום זה ביישוב, על האתגרים ועל ההצלחות.

### 3.3 מהלך המיזם ומהלך המחקר

המיזם להפחתת בדידות כלל 23 תוכניות שונות, והן הופעלו ב-13 רשויות וארגונים. חלק מן התוכניות פעלו בכמה קבוצות או מחזוריים. משתתפי המיזם אותרו בדרכים שונות, כפי שיתואר בהרחבה בפרק הממצאים. הפנייה נעשתה לאנשים בני 65 ויותר, למעט מקרים אחדים שבהם לשיקולם של רכזי התוכנית

היה צורך לקבל אנשים בני פחות מ-65. כלל משתתפי המחקר עברו ריאיון אינטייק שבסופו החליטו הרכזות על מידת התאמתם לתוכניות<sup>17</sup>.

תרשים 3 מתאר את תפוקות המיזם והמחקר. סך הכול בוצעו 1,927 אינטייקים מאוגוסט 2016 ועד אוקטובר 2018, מהם נמצאו מתאימים להשתתף בתוכניות 1,620 (85%) אנשים, ובפועל השתתפו בהן 1,302 (68%)<sup>18</sup>. כלל טופסי האינטייק שהתקבלו קודדו על ידי צוות המחקר והועברו לגיוינט ישראל-אשל לטובת מדידה שוטפת באמצעות מערכת ה-Sales Force – תוכנה שנועדה לאיסוף מידע מתוכניות וניהולן.

את האנשים שהחלו להשתתף בתוכניות ראיין צוות מראיינות מיחידת איסוף הנתונים במכון מאיר-גיוינט-ברוקדייל (בעברית, בערבית וברוסית), על פי תוכנית דגימה שכללה ייצוג של משתתפים מכל התוכניות שנכללו במיזם. מספר הנדגמים המינימלי מקבוצה/תוכנית, אשר מאפשר ביצוע מבחן t להשוואת ממוצעים לפני ואחרי השתתפות בתוכנית או בין קבוצת משתתפים לקבוצת הביקורת, בגודל אפקט של 0.5, ברמת ביטחון של 0.95 ( $\alpha=0.05$ ) ובעוצמה של 0.95, הוא 34. לפיכך, העיקרון המוביל שנקבע היה שירואיינו לפחות 35 משיבים מכל תוכנית במידת האפשר או 50% מן המשתתפים. זאת מפני שתוכן לראיין את המשתתפים פעמיים, ונדרש מקדם ביטחון למקרה של נשירה או סירוב. בתל אביב, בתוכנית שאליה יועדו 270 משתתפים, נקבעה דגימה של 70 משיבים, קרי 25%, ואילו בתוכניות קטנות, כגון תוכנית שיועדה ל-50 משתתפים, נקבעה מכסה של 100%. שיטת הדגימה הייתה דגימת מכסה – מכל אחת מן התוכניות שנכללו במיזם נלקחה דגימת נוחות, כך שצוות המחקר פנה לכל משתתפי התוכנית עד למילוי המכסה שנקבעה מראש.

על פי תוכנית דגימה זו, מ-1,302 האנשים שהתחילו את הפעילות (לפי דיווחי הרכזות) נדגמו ורואיינו 59%. סך הכול בוצעו 751 ראיונות לפני תחילת התוכנית ( $T_0$ ) (מתוכם 29 ראיונות חלקיים), המהווים 76% היענות (12% סירבו להתראיין ו-12% לא רואיינו מסיבות שונות, כגון טלפונים שגויים וקשיי שמיעה של המרואייין). הראיונות החלו באוקטובר 2016 והסתיימו במאי 2018. 9-6 חודשים לאחר ביצוע הריאיון הראשון התבצע ריאיון נוסף ( $T_1$ ). בסך הכול התקיימו 685 ראיונות (מתוכם 34 חלקיים), המהווים 91% היענות (5% סירבו להתראיין ו-4% לא רואיינו מסיבות שונות). ראיונות אלה החלו במאי 2017 והסתיימו באוקטובר 2018. כפי שיפורט בפרק 5.3, נמצא ש-60% מן האנשים שרואיינו ב- $T_1$  השתתפו בפועל בתוכניות ו-40% נשרו מסיבות שונות.

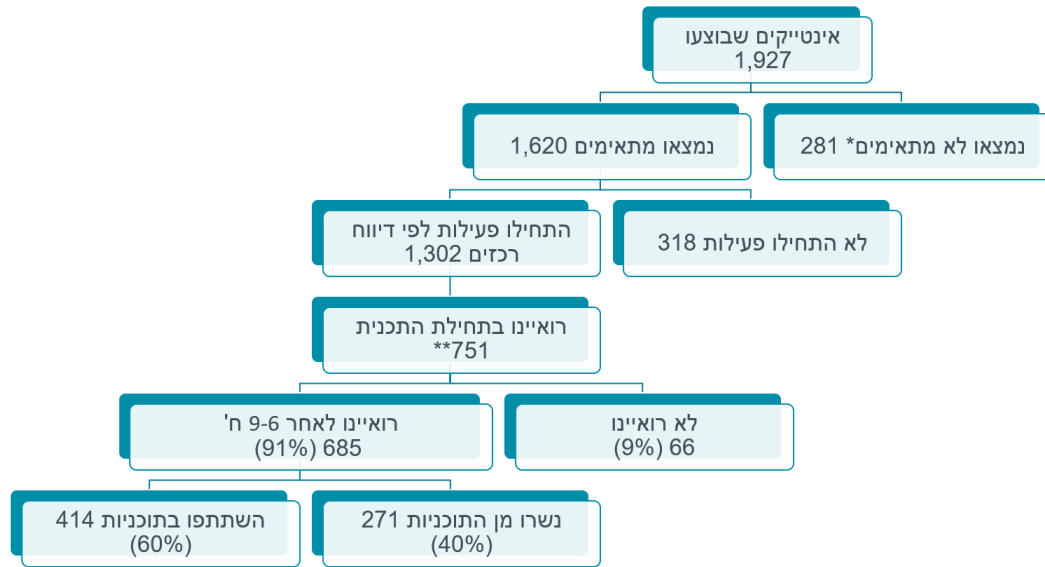
---

<sup>17</sup> למעט בתל אביב – בפעילות בדוירים הציבוריים ובמועדון פורטר, שם ההשתתפות הייתה פתוחה לציבור הרחב.

<sup>18</sup> נתונים אלה מתבססים על מספר טופסי האינטייק שנשלחו על ידי הרכזים לצוות המחקר ועל דיווחי הרכזים על השתתפות. בפועל יש משתתפים בתוכניות (או מי שלא השתתפו בתוכניות) אשר לא עברו אינטייק, ועל כן ייתכן שהמספר גבוה יותר.



### תרשים 3: תפוקות המיזם והמחקר\*\*\*



\* עבור 26 מקרים לא צוין אם מתאים או לא מתאים

\*\* דגימת מכסה של 50% בכל תוכנית

\*\*\* על פי האינטייקים שהתקבלו מן הרכזות בתקופת המחקר

במהלך תקופת המיזם ערך צוות המחקר 13 תצפיות וקיים 14 קבוצות מיקוד – תצפית אחת וקבוצת מיקוד אחת עבור כל אחד מ-13 הארגונים המפעילים (פרט לתוכנית אחת שבה המשתתפים ביקשו שלא נקיים תצפית), ועוד תצפית וקבוצת מיקוד אחת עבור תוכנית בתל אביב, ובה הוחלט לא לקיים ראיונות עם המשתתפים עקב תחלופה רבה. נוסף לכך, צוות המחקר השתתף ב-3 ועדות היגוי ארציות וב-29 ועדות היגוי מקומיות וכן השתתף בשלושה ימי רכזות.

במהלך החודשים יוני-אוקטובר 2018 נערכו 13 ראיונות עומק מובנים למחצה עם כל הרכזות שהועסקו במסגרת המיזם (סך הכול 13 רכזות מ-13 ארגונים). 9 ראיונות היו טלפוניים ו-4 נערכו פנים אל פנים. משך הראיונות היה בין שעה ורבע לשעתיים וארבעים דקות.

השאלון למילוי עצמי למפעילי התוכניות ביישובים הופץ בחודשים יוני-ספטמבר 2018. מרבית המפעילים השיבו לשאלון המקוון. לבקשתם של כמה מפעילים, השאלון נשלח אליהם בדואר. כמו כן, כדי להעלות את אחוזי ההיענות בוצעו עד ארבע תזכורות בדוא"ל למי שלא השיב. סך הכול מולאו 60 שאלונים מ-89 השאלונים שנשלחו (67% היענות).

במהלך החודשים אוגוסט-אוקטובר 2018 התקיימו ראיונות טלפוניים עם 23 אנשי מקצוע – שני ראיונות בכמעט כל אחד מ-13 היישובים, האחד עם מנהל/ת תחום הקשישים ברשות המקומית והשני עם מנהל/ת העמותה למען הקשיש (אם הם שייכים לגוף שהגה ויזם את התוכנית ואם לאו).

### 3.4 אסטרטגיות התערבות

את התוכניות השונות שהשתתפו במיזם סיווגנו לארבע אסטרטגיות להפחתת בדידות, על פי הסיווג התיאורטי של צוות חוקרים מאוניברסיטת שיקגו (Masi et al., 2011) (ראו סיווג התוכניות בנספח ב):

1. הזדמנות לאינטראקציה חברתית (כגון קבוצות החברותא בשער הנגב ובחולון)
2. שיפור מיומנויות חברתיות (כמו הקבוצות בתל אביב)
3. תמיכה חברתית (כמו התוכניות בעמק יזרעאל ותוכנית הליווי הרוחני בנצרת עילית)
4. שינוי דפוסי התנהגות לא מסתגלת מבחינה חברתית (CBT) (כמו התוכניות ברחובות ובסחנין)

עם זאת, כבר לאחר שנה של הפעלת התוכניות התבהר, בעקבות שיחות עם מנהלת המיזם ורכזות התוכניות, שבחלק מן התוכניות המשויכות לשלוש האסטרטגיות שיפור מיומנויות חברתיות, שינוי דפוסי התנהגות ותמיכה חברתית, שבהן יש מדד טיפולי, אין גבול תיאורטי ברור. כך שלמשל בהתערבות של מיומנויות חברתיות לעיתים השתמשו גם בטכניקות השאולות מעולם ה-CBT. בבדיקה סטטיסטית נוספת של ההבדלים בין שלוש האסטרטגיות, נמצא שאין הבדל סטטיסטי בין ההתערבויות הטיפוליות בהפרש (לפני – אחרי) במדדי התוצאה של בדידות (שאלה ישירה ו-UCLA), דיכאון (PHQ-2) ושביעות רצון מן החיים. על כן החלטנו לאחד בין אסטרטגיות, כך שההבחנה נעשית בין שני סוגים בלבד: הזדמנות לאינטראקציה חברתית לעומת שאר ההתערבויות הפועלות לחיזוק המסוגלות החברתית.

### 3.5 "קבוצת התערבות" ו"קבוצת ביקורת"

בעיקרו, מערך מחקר זה מבוסס על השוואה בין רמת הבדידות ובין מצבם הרגשי של האנשים שהשתתפו בתוכניות, בשתי נקודות מדידה – לפני ההשתתפות בתוכנית ולאחר 6-9 חודשים. אולם התנהלות הדברים בשטח אפשרה היווצרות של קבוצת ביקורת.

כפי שיוצג בפירוט בפרק הממצאים, 40% ממי שרואיינו לפני תחילת התוכנית ( $T_0$ ) בסופו של דבר לא השתתפו בה, מסיבות שונות. אנשים אלה רואיינו ריאיון חוזר ( $T_1$ ) ובו נשאלו על רמת הבדידות שלהם, רמת הדיכאון ומידת שביעות רצונם מן החיים ומן הזמן הפנוי. כדי לבחון את האפשרות להשתמש בקבוצת ה"לא משתתפים" כקבוצת ביקורת, בדקנו את ההבדלים בין ה"משתתפים" ל"לא משתתפים", לפי אסטרטגיית התערבות. לא נמצאו הבדלים במצב ההתחלתי ( $T_0$ ) של משתני התוצאה המרכזיים: בדידות (מדד ישיר, מדד עקיף UCLA), דיכאון, הערכה עצמית, תחושת שייכות ושביעות רצון מן החיים. על כן בנייתוחים שיוצגו בהמשך נעזרנו בקבוצת ה"לא משתתפים" כקבוצת ביקורת כדי להעריך את השפעת התוכניות.

### 3.6 אתיקה במחקר

כאמור, המחקר מבוסס על ראיונות, תצפיות וקבוצות מיקוד שקיימנו עם הזקנים שהשתתפו בתוכניות וכן על ראיונות וסקר בקרב רכזות התוכניות, מפעילי התוכניות ואנשי המקצוע ביישוב.

- **פנייה אל משתתפי התוכנית.** הפנייה אל המשתתפים בתוכניות נעשתה בתיווכן של הרכזות. בריאיון האינטייך שהעבירו הרכזות נכללה שאלה שבאמצעותה יידעה הרכזות את הזקן על קיומו של המחקר

ושאלה אותו אם הוא מוכן להשתתף בו. צוות המחקר פנה רק למי שהסכימו להשתתף במחקר. גם במעמד הפנייה הובהרה למשתתפים מטרת הריאיון, נאמר להם שהם יכולים לסרב להתראיין, וכן שהם יכולים לענות רק על חלק מן השאלות או לסיים את הריאיון בכל עת, מבלי שהדבר יפגע בזכותם להשתתף בתוכנית או ביחסייהם עם מנחי התוכנית. כמו כן, הובטחה למרואיינים דיסקרטיות, כך שהמידע שהם מוסרים יוצג ללא פרטים מזהים ובאופן אגרטיבי בלבד.

עבור חלק מן הפעילויות הקבוצתיות, לקראת סוף התוכנית, תיאם צוות המחקר עם הרכזת מועד לתצפית ולקבוצת מיקוד עם המשתתפים. משתתפי הקבוצה קיבלו מן הרכזת הודעה מוקדמת על הגעת צוות המחקר לפעילות, והם יכלו להיעדר ממנה אם רצו בכך או להגיע לפעילות ולא לקבוצת המיקוד. גם בתחילת קבוצת המיקוד דאגו החוקרים לומר למשתתפים שהם לא חייבים להשתתף בה ושהם לא חייבים לענות על שאלות שהם לא מעוניינים לענות עליהן, וכן הובטחה להם דיסקרטיות. תיעוד הפעילות וקבוצת המיקוד נעשה באמצעות כתיבה תוך כדי המפגש. באחת התוכניות ביקשו משתתפות התוכנית שצוות המחקר לא יערוך תצפית על המפגש הקבוצתי, שכן עולים בו נושאים אישיים, ובמקרה זה צוות המחקר הסתפק בקיום קבוצת מיקוד בלבד.

- **פנייה אל רכזות התוכניות ואל אנשי המקצוע ביישוב שבו התקיימה התוכנית.** במסגרת תפקידן, התבקשו הרכזות לשתף פעולה עם צוות המחקר. אך בתחילת הריאיון איתן הובהר להן שהן יכולות לענות רק על שאלות שנוח להן לענות עליהן והובטחה להן דיסקרטיות. היו מקרים שבהם הריאיון הוקלט, לצורך שקלוט, אך במקרים אלה צוות המחקר ביקש את רשות המרואיינים לבצע את ההקלטה. בראיונות הטלפוניים עם אנשי המקצוע ביישוב צוות המחקר ביקש את רשותם לראיין אותם והובטחה להם דיסקרטיות. גם הראיונות עם הרכזות וגם הראיונות עם אנשי המקצוע התקיימו לאחר שיחה מקדימה, ובה הובהרה להם מטרת הריאיון ומה הם הנושאים העיקריים שהם עתידים להישאל עליהם, ותואם איתם מועד שהיה להם נוח להתראיין בו.
- **פנייה אל מפעילי התוכניות.** מפעילי התוכניות הם אלה שהנחו את הפעילות והעבירו אותה בעצמם. הפנייה אליהם נעשתה בדוא"ל, ובו צוינה מטרת הפנייה וצורף קישור לשאלון למילוי עצמי. הוסבר למפעילי התוכניות שמדובר בשאלון אנונימי ושהם מוזמנים למלא אותו לפי שיקול דעתם.

בפרקים הבאים יתוארו ממצאי המחקר בנוגע לתרומת המיזם לשלושת ההיבטים שתוארו במטרות המחקר: רמת הפרט (משתתפי התוכניות), רמת השטח (הגורמים המטפלים ביישוב) ורמת המדיניות (התמודדות אסטרטגית עם תופעת הבדידות). תחילה, נתאר בפרק 4 את ההיערכות שנעשתה להפעלת התוכניות השונות. בפרקים 5 ו-6 יוצגו ממצאים בנוגע לתרומת המיזם לרמת הפרט ולרמת השטח. בפרק 7 יפורטו תובנות בנוגע להפעלה של תוכניות בעלות מאפיינים ייחודיים או תוכניות שהופעלו במקומות או בקרב אוכלוסיות בעלות מאפיינים ייחודיים. לבסוף, פרק 8 יכלול סיכום, פירוט עקרונות פעולה מומלצים להפעלת תוכניות להפחתת בדידות והמלצות לפיתוח מדיניות בתחום זה.

## 4. ממצאים: היערכות למיזם

כפי שתואר במבוא, המיזם נוהל על ידי הנהלה ובה נציגים מן הקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי, מגויינט ישראל-אשל, ממשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים וכן מנהלת שנבחרה

להובלת המיזם. בנובמבר 2014 פורסם קול קורא פומבי, התקבלו 114 הצעות לתוכניות שנבחנו על פי קריטריונים אחידים שנקבעו מראש. לאחר מיון ראשוני, נפגשה הנהלת המיזם באופן פרטני עם נציגי הארגונים ששלחו הצעות לתוכניות בכדי לאסוף מידע מעמיק יותר עליהן. השלב הבא היה בחירה וטיוב של התוכניות והצגתן בפני ועדת היגוי ארצית. הוועדה התכנסה שלוש פעמים כדי לדון בתוכניות ולאשר אותן. בסופו של דבר אישרה הוועדה תוכניות של 15 ארגונים מפעילים. ארגון אחד פרש בתחילת המיזם וארגון נוסף פרש אחרי 8 חודשים. כך שבסופו של דבר כלל המיזם 13 ארגונים שהפעילו תוכניות להפחתת בדידות.

הארגונים אשר פנו לקול קורא ויזמו תוכניות היו עמותות ומחלקות לשירותים חברתיים מעיריות או ממועצות אזוריות. לאחר שנחתמו ההסכמים בין הנהלת המיזם לבין הארגונים שתוכניותיהם נבחרו, החלו הארגונים להיערך להפעלת התוכניות. הם מינו רכזות, שהיו ברובן עובדות סוציאליות, כדי שינהלו את התוכניות, ואלה פעלו ליצירת שיתופי פעולה עם גורמים מטפלים ביישוב, לאיתור וגיוס של משתתפים לתוכנית. כמו כן, לעיתים נערכו הכשרות וניתנו הדרכות לאנשי מקצוע ומתנדבים. פרק זה מציג את פעולות ההיערכות האלה כדי לאפשר למידה של פרקטיקות מיטביות מן הניסיון שנצבר, למען הפעלה מוצלחת בעתיד של התוכניות בשלב ההטמעה (ה-scaling up). ממצאים אלה לקוחים מן הראיונות עם הרכזות ואנשי המקצוע ביישובים, מן השאלונים למפעילי התוכניות ומן הפרוטוקולים של ועדות ההיגוי.

#### 4.1 כניסה ליישוב ושיתוף פעולה עם שותפים

רכיב חשוב בהצלחת התוכנית הוא היכולת של הארגון היוזם ושל הרכזות לבנות שותפויות עם גורמים שונים בקהילה, זאת כדי להיעזר באנשי המקצוע באיתור זקנים ומתנדבים לתוכנית, להפנותם לתוכניות נוספות שקיימות ביישוב, ובסופו של דבר להטמיע את התוכנית במערך השירותים ביישוב. מן הראיונות ומועדות ההיגוי עלה ששותפויות טובות עשויות להשפיע על מהלך התוכנית ועל הצלחתה, וזאת מכמה היבטים:

1. **איתור משתתפים לתוכנית.** גורמים מטפלים בקהילה יכולים לסייע בהפניית אנשים שעשויים להתאים לתוכנית, ובמיוחד אלה שאינם מוכרים לגורם היוזם (כלומר, מי שאינם "מתחת לפנס"). לכן, היו מקומות שערכו בתחילת התוכנית יום חשיפה, שכלל לרוב הרצאה של גורם חיצוני בנושא בדידות בזיקנה. ליום חשיפה זה הוזמנו גורמי הטיפול בקהילה. המטרה הייתה להעלות מודעות לנושא הבדידות ביישוב, להציג את התוכנית בפני הגורמים המטפלים ולעודד אותם להפנות אליה אנשים מתאימים. נוסף לכך, היו מקרים שבהם הגורמים המטפלים בקהילה הוזמנו להשתתף בוועדות ההיגוי המקומיות.

במקומות שבהם צלח שיתוף הפעולה עם גורמים כגון אנשי דת וקופות חולים וגם עם אנשים פרטיים שנתבקשו "לפתוח את העיניים לשכנה" (ועדת היגוי, 7.6.16), הוא אפשר לאתר אנשים שלא היו מוכרים ליזמי התוכנית. חשיבות מיוחדת יוחסה ליצירת שיתופי פעולה עם רופאי המשפחה, שכן:

*"כשהרופא אומר לך ללכת אתה הולך... הם אלה שרואים את האנשים... רופאים פוגשים את אלה שעדיין מחפשים" (ריאיון עם רכזת, 22.8.18).*

לעומת זאת, תקשורת לקויה בין השותפים עשויה להוביל לעיכוב בהכנת רשימות של "משתתפים פוטנציאליים" ולהפניה של אנשים שאינם מתאימים לתוכנית. כדי לעודד את השותפים להפנות אנשים לתוכנית, חשוב להגדיר בבירור את מאפייני אוכלוסיית היעד.

2. **איתור מתנדבים לתוכנית.** שיתוף הפעולה חשוב בעיקר בתוכניות שמתבססות על הפעלה של מתנדבים. הייתה רכזת שגייסה מתנדבים תוך שיתוף פעולה עם גורמים באוכלוסייה החרדית, במשרד לשוויון חברתי, בבית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטה (ועדת היגוי, 18.9.16) ואפילו שותפות עם "צער בעלי חיים" (מתנדבים שיגיעו עם כלביהם) (ועדת היגוי, 22.1.17).

3. **מתן מענה לאנשים שלא מצטרפים לתוכנית.** תהליך איתור המשתתפים על ידי האינטייק מספק הזדמנות להכרת צרכים לא מסופקים. עם זאת, לא כל האנשים שעברו אינטייק התאימו לפעילות של תוכניות המיזם. למשל, מרותקי בית לא יכלו להצטרף לקבוצת טיולים. הדיאלוג שנוצר עם גורמי הטיפול ביישוב אפשר מציאת מענים אחרים עבורם.

4. **הפניית המשתתפים לשירותים נוספים בקהילה.** קשרי עבודה טובים בין הרכזת לבין גורמים מטפלים ביישוב אפשרו לה לדעת על פעילויות חברתיות וטיפוליות נוספות שקיימות ביישוב ולהפנות למסגרות אלה את משתתפי התוכנית שלה. היו רכזות שנכנסו למפגשים של התוכנית, שיווקו תוכניות אחרות ועודדו את משתתפי התוכנית ללכת אליהן.

5. **הטמעת התוכנית.** העלאת המודעות ברשות המקומית הגדילה את הסיכוי להטמעת התוכנית ביישוב, גם לאחר סיום המיזם.

את השותפות בין הגורמים השונים לא די לעורר באמצעות מפגש חשיפה או ועדת היגוי אחת, אלא יש לטפח אותה בעקביות, באמצעות נוכחות מתמדת של השותפים בוועדות ההיגוי, תקשורת רציפה בין הגורמים וחומרי שיווק. כמו כן, נראה כי במקומות שבהם אנשים בכירים בהיררכיה הארגונית גילו מחויבות למיזם, שיתוף הפעולה בין רכזי התוכניות לבין שאר הגורמים המטפלים ביישוב היה טוב יותר. במקרים אחרים, הייתה תחושה שאנשי המקצוע משתפים פעולה עם הרכזת לפי בחירתם האישית והמוטיבציה המקצועית שלהם. ככלל, ניתן לומר ששיתוף הפעולה בין הארגונים המפעילים לבין מחלקות הרווחה היה טוב יותר מאשר עם ארגוני בריאות (קופות חולים) וסניפי המוסד לביטוח לאומי. יש לחשוב על דרכים להעלאת המודעות של האחרונים ולגייס שיתוף הפעולה שלהם.

## 4.2 איתור וגיוס של משתתפים לתוכנית

### 4.2.1 איתור משתתפים

כמעט כל המעורבים במיזם התחבטו בשאלה כיצד לאתר אנשים בודדים שמתאימים לתוכנית ושאינם מוכרים לגורמים המטפלים בקהילה. הקושי נבע בעיקר מן העובדה שתחושת הבדידות נתפסת כסטיגמטית, ויש שלא מוכנים להודות בפני עצמם ובפני אחרים שהם חשים בודדים:

*"לא רוצים רק מקרי רווחה אלא אנשים שמתביישים לדבר על זה. הגענו לאנשים שאף פעם לא מעיזים לבקש עזרה. אנשים שנחשבים בסטטוס גבוה אבל הסטטוס הזה סוגר אותם ולא מאפשר*

להם לבקש עזרה והם מאוד בודדים למרות שיש להם אמצעים ומעמד חברתי" (רכזת, ועדת היגוי, 7.9.16).

הרכזות פיתחו שיטות מגוונות להתמודדות עם הקושי באיתור משתתפים לתוכניות שהן ניהלו. בעתיד, מנהלי תוכניות להפחתת בדידות עשויים להיעזר ברעיונות אלה:

1. קבלת רשימות של אנשים משירותי הרווחה, כגון זכאי חוק סיעוד
2. קבלת רשימות מ"אבות"/"אימהות" העובדים בתוכנית "קהילה תומכת"<sup>19</sup>
3. פנייה לאנשים המשתמשים בשירותי העמותה, כגון מרכז יום, חוגים או "אוזן קשבת"
4. ימי/ערבי חשיפה למשתתפים פוטנציאליים, שכוללים התייחסות לסוגיית הבדידות ושיווק של התוכנית
5. הפניות של גורמים מטפלים בקהילה, כגון עובדים סוציאליים בבתי חולים או אחיות בקופות חולים
6. דוכנים (שמאוישים לרוב על ידי מתנדבים) בסמוך לקופות החולים ולמרכזי קניות
7. עלונים ומודעות על הפעילות הצפויה (ראו נספח ח)
8. הפניות על בסיס הכרויות אישיות עם אנשים בודדים שהתוכנית עשויה להתאים להם
9. "חבר מביא חבר" – הפניית שאלה לאדם שסיים ריאיון אינטייק אם הוא מכיר אנשים נוספים שעשויים להיות בודדים
10. העלאת נושא הבדידות בקבוצות תמיכה של בני משפחה מטפלים, ודרך "הילדים" להגיע להורים

ככלל, אפשר למיין את שיטות האיתור לשני סוגים עיקריים – אלה שנעזרות בפלטפורמות קיימות, בעיקר של הגורם היוזם, כדי לאתר אנשים שכבר משתתפים בשירות כזה או אחר (כגון קהילה תומכת או מועדון של הארגון שמפעיל את התוכנית), ואלה שפונות לציבור הרחב ומנסות לזהות מתוכו את מי שחווים בדידות. היתרון של שימוש בפלטפורמות קיימות הוא קלות החשיפה לכמות גדולה למדי של אנשים שיתכן שחווים בדידות (למרות הפעילות). אך החיסרון הוא חשיפה מעטה יותר לאנשים שלא משתתפים בפעילויות מסוג זה, שאינם מוכרים לרשויות הרווחה ושיתכן שמצוקתם גדולה יותר. הואיל ויש יתרונות לשני סוגי האיתור, כדאי לשלב בין שניהם. מדברי הרכזות ומפעילי התוכניות וכן מניתוח מאפייני המשתתפים נראה כי בסופו של דבר, במרבית המקומות עיקר הגיוס נעשה מ"מאגר" האנשים המוכרים לארגון שניהל את התוכנית (כמפורט בפרק 5.1, 64% מן האנשים שעברו אינטייק ונמצאו מתאימים לתוכנית כבר השתתפו בפעילויות חברתיות כלשהן).

---

<sup>19</sup> תוכנית "קהילה תומכת" מיועדת לספק לזקנים שגרים בקהילה תחושת ביטחון ולהציע להם פעילויות חברתיות ותרבותיות, בין השאר כדי לסייע להם להתמודד עם הבדידות ועם הצורך בתעסוקה משמעותית.

## 4.2.2 גיוס משתתפים והחשש מאזכור הבדידות בשיווק התוכנית

מלבד הקושי לאתר אנשים שמתאימים לתוכנית, התמודדו הרכזות עם הקושי לשכנע את מי שאותרו להיעתר ולהשתתף בתוכנית שהוצעה להם. היו שחששו להיחשף, להיות מתויגים, חששו לצאת מן הבית או פשוט לא היו מורגלים בכך והתקשו לשנות את השגרה, גם אם היא לא הייתה נעימה להם.

בחלק מן המקומות, לאחר שהתוכנית החלה לפעול התפשטה השמועה על אודותיה ביישוב. על כן היה קל יותר לאתר משתתפים, והיו אף שפנו בעצמם וביקשו להשתתף. במקרה אחד, עקב קושי לגייס משתתפים, התוכנית לבסוף לא התקיימה. היו רכזות שסברו כי הקושי לגייס נובע מן הקושי "לשווק" את התוכנית.

קושי זה נבע במידה רבה מן הסטיגמה המלווה לתחושת הבדידות (Rotenberg & MacKie, 1999). עקב סטיגמה זו יש אנשים שלא מוכנים להודות בפני עצמם ו/או בפני הסביבה שהם בודדים. הרכזות חששו שאם יצהירו כי התוכנית מיועדת לאנשים בודדים, הם יירטעו ויסרבו להשתתף. כמו כן היה חשש מפני תיוג של אנשים. הנהלת המיזם החליטה להשאיר את הבחירה בידי הארגונים, ואלה התלבטו בנוגע לאסטרטגיית השיווק של התוכנית בפני משתתפים פוטנציאלים. לבסוף, היו שבחרו להציג בגלוי כי מדובר בתוכנית המיועדת לזקנים שחשים בדידות (ראו מודעות פרסום בנספח ח), והיו ששמרו על עמימות ונמנעו מלהזכיר את המילה "בדידות".

גם בדיעבד, הארגונים שהשתתפו במיזם והרכזות שניהלו את התוכניות לא הצליחו לגבש ביניהם הסכמה על הדרך הרצויה להצגת התוכנית. ייתכן שהדבר תלוי באוכלוסיית היעד של כל תוכנית ותוכנית, כך שיש מקום להתאים את אסטרטגיית השיווק לאוכלוסיית היעד. אחת ההשערות שהועלו הייתה שכאשר מדובר בזקנים בגילים מבוגרים, עם ירידה תפקודית, קל להם יותר להודות כי הם חווים בדידות, ואילו לזקנים בגילים צעירים יותר קשה לדבר על כך. כך או כך, בקבוצות המיקוד הזקנים דיברו על נושא הבדידות בחופשיות, ובפחות עכבות ממה שייחסו להם יזמי התוכניות.

לעיתים העמימות וההימנעות מציון סוגיית הבדידות הביאו לכך שלא נעשה תיאום ציפיות עם המשתתפים הפוטנציאליים בנוגע לתוכני התוכנית ולמטרותיה. למשתתפים לא היה מושג איך התנהל תהליך ה"מיון" ומדוע הם "זומנו" לקבוצה, דבר שבמקרים מסוימים הוביל לנשירה.

לסיכום, יש להביא בחשבון שאם לא מציגים את מטרת התוכנית בפני המשתתפים בגלוי, הדבר עלול לעורר מבוכה, חוסר הבנה לגבי מטרת הפעילות ולפגוע בתיאום הציפיות בין הצדדים. לפיכך, למרות הרצון להימנע מתיוג המשתתפים כבודדים והחשש שסימון העיסוק בבדידות כמטרת הפעילות ירתיע משתתפים מלהגיע (עד כדי סיכון פתיחת התוכנית), ייתכן שכדאי להציג את הדברים הצגה כנה וגלויה. נראה כי בפועל, המשתתפים מדברים בגלוי על נושא הבדידות, אם יזמי התוכנית דיברו על כך ישירות ואם לאו.

*"המידע שנתתם בהתחלה גרם לי להבין שבדידות היא לא מילה גסה, וזה לא דבר נורא אלא אפילו דבר טוב. היום אנחנו קוראים לזה תוכנית להפגת בדידות, מדברים עם אנשים ומסבירים לאנשים שאלה קבוצות להפגת בדידות. קיבלנו החלטות שכן מדברים על זה וככה גם יותר קל לאנשים, למשתתפים, לדבר על רגשות" (ריאיון עם רכזת, 13.8.18).*

### 4.2.3 ביצוע האינטייק, תרומתו ולקחים לשימוש בעתיד

האינטייק, קרי הריאיון פנים אל פנים עם הזקנים לצורך בדיקת התאמתם לתוכנית, בוצע תוך מילוי שאלון שנבנה על ידי צוות המחקר ומנהלי המיזם, ושהתבסס על המודל התיאורטי לאיתור משתתפים. באמצעות שאלון זה נעשתה לראשונה הבניה של תהליך התשאול, באופן שסייע לרכזות לזהות צרכים לא מסופקים ולנמק בבהירות את המלצתן בנוגע להפניית האדם לתוכנית או לשירות. בתהליך בניית השאלון התקיימו הדרכות לרכזות וניתנה להן האפשרות להתנסות בו, לתת משוב ולסייע בבניית הגרסה הסופית. השאלון תורגם גם לשפה הערבית. השאלון היה אחיד בכל התוכניות, אולם חלק מן הרכזות הוסיפו שאלות כדי לברר צרכים ספציפיים נוספים בנוגע למצב הזקנים.

אלה הן ההתייחסויות העיקריות של הרכזות לשלב האינטייק:

#### • תרומת שלב האינטייק להצלחת התוכנית

○ **תגובת הזקנים לאינטייק.** בתחילה הרכזות חששו שהשאלון, בגלל אורכו והשאלות האישיות שבו, ירתיע זקנים מלהשתתף בתוכנית. אך בסופו של דבר, רובם העידו כי למרות אורכו, השאלון לא עורר התנגדות בקרב הזקנים וברוב המקרים הייתה היענות יפה מצידם למילוי. לדברי רוב הרכזות, הזקנים נחשפו וסיפרו, שכן "אנשים צריכים ורוצים את ההזדמנות לדבר" (ריאיון עם רכזת, 18.10.18); "[אחרי סיום האינטייק] מהרבה אנשים נפרדנו בהתרגשות שעברנו חוויה משמעותית ביחד" (ריאיון עם רכזת, 2.8.18).

○ **האינטייק ככלי לאנשי המקצוע.** לטענת הרכזות, שאלון האינטייק סייע להם להבנות את תהליך הקבלה לתוכנית, ללמוד על צורכי הזקנים ולקבל החלטה מושכלת. היו שראו בו שלב הכנה הכרחי וחלק מן התהליך הטיפולי של התוכנית והתערבות בפני עצמה. הם עשו בו שימוש כ"כדי להבין מי הבנאדם ומה הצרכים שלו ומה יכול להתאים לו" (ריאיון עם רכזת, 2.8.18). ללא השאלונים, היה קשה יותר "להגיע לעומק של האנשים" (ריאיון עם רכזת, 13.8.18).

"בגלל שתחושות של בדידות זה כל כך רחב זה נתן עוגנים. 'אני לא בודד'. אמרתי נכון. אנחנו לא מחפשים אנשים בודדים בהכרח אלא אנשים שחווים תחושות של בדידות וזה יכול לבוא לידי ביטוי בכל מיני אופנים והשאלון עזר לו להבין איזה אופנים... התחלנו עבודה בשלב האינטייק. בשאלון הם עובדים וזה נתן להם את התחושה" (ריאיון עם רכזת, 22.8.18).

○ **העלאת מודעות לצורכי הזקנים ביישוב.** היו מקרים שבהם האינטייק אפשר לאנשי המקצוע לקבל תמונה רחבה, לא רק על האדם שמולם אלא על כלל האוכלוסייה המבוגרת ביישוב שבו הם עובדים. רכזות אף ציינו שחזרו לאינטייק בשלבים שונים של התוכנית כשרצו להיזכר בפרטים מסוימים על המשתתפים ושהם השתמשו בו כסוג של "סקר צרכים" (ריאיון עם רכזת, 24.6.18).

○ **שילוב הזקן בקהילה.** חלק מן הרכזות ניצלו את מפגש האינטייק לא רק כדי "לחבר" את האדם לתוכנית אלא כדי "לחבר" אותו לקהילה שבה הוא חי ולשירותים שקיימים בה.



”המטרה של יצירת הקשר זה כן לבסס אצל האנשים שאיתם אנחנו מתקשרים תחושה של שייכות. לתת לאנשים את ההרגשה שאם נוצר קשר, הוא כבר יימשך” (מנהלת עמותה, ועדת היגוי, 10.10.16).

תהליך האינטייק סייע לא רק לזקנים שהשתתפו בסופו של דבר באחת מתוכניות המיזם. התהליך סייע גם למיצוי זכויות ולהפניה לשירותים חלופיים בקהילה עבור משתתפים שלא יכלו, רצו או התאימו לקחת חלק בפעילות אשר הוצעה להם על ידי הארגון במסגרת המיזם.

#### • לקחים לשימוש באינטייק בעתיד

- **אורכו של השאלון.** חלק מן הרכזות התלוננו על אורכו של השאלון ועל הקושי למצוא את משאבי הזמן וכוח האדם כדי להעביר אותו. לפיכך, ייתכן שכדאי לייצר גרסאות שונות של האינטייק, באורך שונה, עבור אנשי מקצוע שונים – גרסה קצרה לצורך הפניה לגורם מטפל וגרסה ארוכה יותר לצורך הערכת צרכים ושיבוץ האדם בתוכנית או בשירות שמתאימים לצרכיו.
- **שאלון שעשוי לעורר חשדנות.** חלק מן השאלות בשאלון נלקחו מן הסקר החברתי, כדי לאפשר לאחר מכן להשוות את הנתונים מטופסי האינטייק לנתונים ברמה הארצית (כגון שאלות על תפקוד). היו רכזות שדיווחו כי שאלות אלה עוררו את חשדם של חלק מן הזקנים, אשר חוו אותן כפגיעה בפרטיותם. מומלץ לנסח את השאלות העוסקות בתפקוד, ברקע הסוציו-דמוגרפי ובמצב הכלכלי בעדינות, להסביר למשתתף מדוע יש צורך במידע הזה, ולוותר על השאלות האלה כאשר הן לא חיוניות.
- **התאמה תרבותית.** הועלתה טענה ולפיה חלק מן השאלות אינן מותאמות תרבותית, ולכן או שהרכז לא שאל אותן או שהאנשים לא השיבו עליהן תשובה כנה. לדוגמה, באוכלוסייה הערבית, הרכזת לא שאלה אנשים לא נשואים אם יש להם בן זוג שכן הדבר אינו מקובל. יש אפוא מקום לייצר גרסאות אינטייק מותאמות לתרבות ולסגנון החיים של קבוצות ואוכלוסיות בחברה הישראלית.
- **ביצוע אינטייק לאנשים מוכרים.** שאלון האינטייק נבנה כדי לסייע לרכזות להכיר את המשתתפים הפוטנציאליים של התוכנית ולתת מענה מדויק יותר לצורכיהם. היו מקומות שבהם הרכזות פנו מראש לזקנים מוכרים שהשתמשו בשירותי העמותה או שהיו מוכרים לרווחה. במקרים אלה, הרכזות התבססו על היכרות מוקדמת עימם. לעיתים הן הופתעו לגלות דברים חדשים שלא הכירו בנוגע למשתתפים אך לפעמים חשו שהאינטייק מיותר.
- **העברת האינטייק על ידי איש מקצוע.** הואיל ושאלון האינטייק כולל שאלות על נושאים רגישים ואינטימיים, שלעיתים מעוררים רגשות לא נעימים, ההנחיה של הנהלת המיזם הייתה שאת האינטייקים צריכים להעביר אנשי מקצוע, בעלי רקע טיפולי. ואכן, ברוב המקרים האינטייק הועבר על ידי רכזות התוכניות. במקרים מסוימים השתתפו בהעברת האינטייקים עובדים סוציאליים ממחלקות הרווחה, אבות/אימהות קהילה, מרפאה בעיסוק או מתנדבים בעלי רקע מקצועי רלוונטי. הרכזות העידו כי אכן לא פעם ריאיון האינטייק היה “לוקח למקומות מאוד קשים ואינטימיים” (ועדת היגוי, 7.9.16). והיה מלווה בגילוי רגשות כגון בכי. לפיכך, גם בשימוש עתידי מומלץ שהשאלון יועבר על ידי אנשי מקצוע שלהם ניסיון בתחום הטיפולי.

לסיכום, ניתן לומר כי לדעת רוב הרכזות, ביצוע האינטייק הוא שלב חשוב בהיערכות לתוכנית, בבניית הקבוצה, בזיהוי הצרכים ובתיאום ציפיות לקראת הפעילות. האינטייק שימש עבורן כלי עבודה, ועם זאת, תוך התייחסות למחסור במשאבים, יש מקום לקצר את השאלון ולהתאימו מבחינה תרבותית לאוכלוסיות השונות. במקביל לכתיבת דוח זה, נעשית כיום עבודה שמטרתה לטייב את שאלון האינטייק על פי מסקנות המחקר ועל פי הצרכים בשטח.

### **4.3 מתן הכשרות והדרכות לאנשי מקצוע ומתנדבים והתאמה של תוכניות קיימות**

מערך השירותים לזקנים הקיים בקהילה כולל תוכניות ומסגרות שונות שנועדו לענות על צורכיהם החברתיים – מועדונים, מרכזי יום, קהילות תומכות וכד'. חלק מן התוכניות שנכללו במיזם היו חדשות לחלוטין, וחלקן התבססו על שירותים קיימים, תוך התאמה למתן מענה יותר ממוקד וספציפי לסוגיית הבדידות בזיקנה.

היו מקרים שבהם מנהלי הארגונים שיזמו תוכניות עבור המיזם דיווחו שהיה להם קשה למצוא אנשי מקצוע בעלי ידע וניסיון בתחום הבדידות בזיקנה אשר יוכלו להפעיל את התוכניות. במקרים אלה, שלב ההיערכות כלל התאמה של תוכניות קיימות, כתיבה של מערכי שיעור או פיתוח של קורס חדש, ובמקרים רבים גם הכשרה של אנשי מקצוע ומתן הדרכות פרטניות וקבוצתיות. במקרים מסוימים ניתנה ההדרכה על ידי גורמים חיצוניים לארגון שיזם את התוכנית, כגון מרצים אורחים או עובדות סוציאליות ממחלקת הרווחה.

*"לקחתי מנחים עם ידע בזיקנה. בדידות היה חדש לכולם. גם לי. למדנו את זה תוך כדי. השתדלתי לתת להם השלמות. מבנה למידה משותף מחייב וגם פרטני. למידה של הצוות את הנושא" (ריאיון עם רכזת, 29.8.18).*

לעיתים ההדרכה ניתנה לא רק לצוות המקצועי שהעביר את הפעילות אלא לכלל הגורמים הרלוונטיים ביישוב.

*"לצוות [של העמותה] ולצוות של הרווחה, לאחיות של קופות החולים ולאנשי דת וכל מיני אנשים שהם נוגעים בכל מיני דרכים באוכלוסייה הפוטנציאלית בפרויקט. כדי להעלות מודעות" (ריאיון עם רכזת, 15.8.18).*

גם ההנהלה הארצית של המיזם סיפקה במהלכו הדרכות בנושאים שונים. אלה ניתנו בעיקר במסגרת מפגשי רכזות, שאליהם הוזמנו מרצים אורחים ובהם התקיימה בין הרכזות התייעצות עמיתים.

לסיכום, אחת התרומות של המיזם להפחתת בדידות עבור היישובים שבהם הוא התקיים הייתה העלאת מודעות בקרב אנשי מקצוע לתופעת הבדידות בזיקנה, הנעת תהליכים של בניית תוכניות ייעודיות ופיתוח גוף ידע בנושא.

### **4.4 היערכות לוגיסטית**

נוסף לגיוס משתתפים לתוכנית והכשרת הצוות, שלב ההיערכות להפעלת התוכניות כלל פעולות לוגיסטיות, כגון תיאום מקום ושעת המפגשים, ארגון אביזרים נדרשים, שיבוץ מתנדבים ודאגה לכיבוד

ולשתייה עבור המשתתפים. בסך הכול, בנושא ההיערכות הלוגיסטית, במסגרת השאלון האינטרנטי שמילאו מפעילי התוכניות, 61% חשבו שנעשו פעולות היערכות טובות, 37% ציינו שההיערכות נעשתה במידה מספקת ורק 2% ציינו שההיערכות נעשתה במידה מועטה.

רכיב חשוב בהיערכות הלוגיסטית הוא עניין ההסעות לפעילות. בחלק מן התוכניות אורגנה הסעה עבור המשתתפים, דבר שהתגלה כחשוב להגעתם, ויש שאמרו כי המפגש החברתי החל כבר בהסעה. היו תוכניות שבהן לא תוקצבה מראש הסעה למשתתפים אך בדיעבד התברר שללא הסעה יהיה קשה מאוד לפתוח את התוכנית, ולכן נעשה שינוי בתקציב ואורגנה הסעה. מן הראיונות שהתקיימו 6-9 חודשים לאחר תחילת התוכניות עלה כי 27% מן האנשים שעזבו תוכנית לאחר מפגש או שניים ציינו שהסיבה לכך הייתה היעדר תחבורה או הסעה לפעילות, מועד לא מתאים של המפגשים או מקום מפגש לא נגיש (ראו לוח 4).

לסיכום, להסעה יש חשיבות שאינה רק טכנית אלא גם פסיכולוגית מבחינת נכונותם של הזקנים להגיע לפעילות. לפיכך, אף על פי שנושא ההסעות כרוך בעלויות כספיות ובלוגיסטיקה לא פשוטה, מומלץ להביאו בחשבון ולכלול אותו כרכיב בתוכנית.

## **סיכום**

פרק זה עסק בתיאור שלב ההיערכות להפעלת התוכניות, שכלל בעיקר יצירת שיתופי פעולה עם הגורמים המטפלים ביישוב, שיווק התוכנית, איתור וגיוס משתתפים (כולל התייחסות לטופס האינטייק) וביצוע הכשרות והתאמות לנושא הבדידות בזיקנה. מידע זה עשוי לסייע לאנשי מקצוע בבואם להפעיל תוכנית להפחתת בדידות, ועל בסיסו נוסחו עקרונות הפעולה המפורטים בסוף הדוח (פרק 3.8). הפרק הבא יעסוק בתיאור מאפייני האנשים שאותרו והשתתפו בתוכניות, בשביעות רצונם מהן ובתרומה של ההשתתפות בתוכנית עבורם.

## **5. ממצאים: משתתפי המיזם**

### **5.1 מאפייני הזקנים שעברו אינטייק**

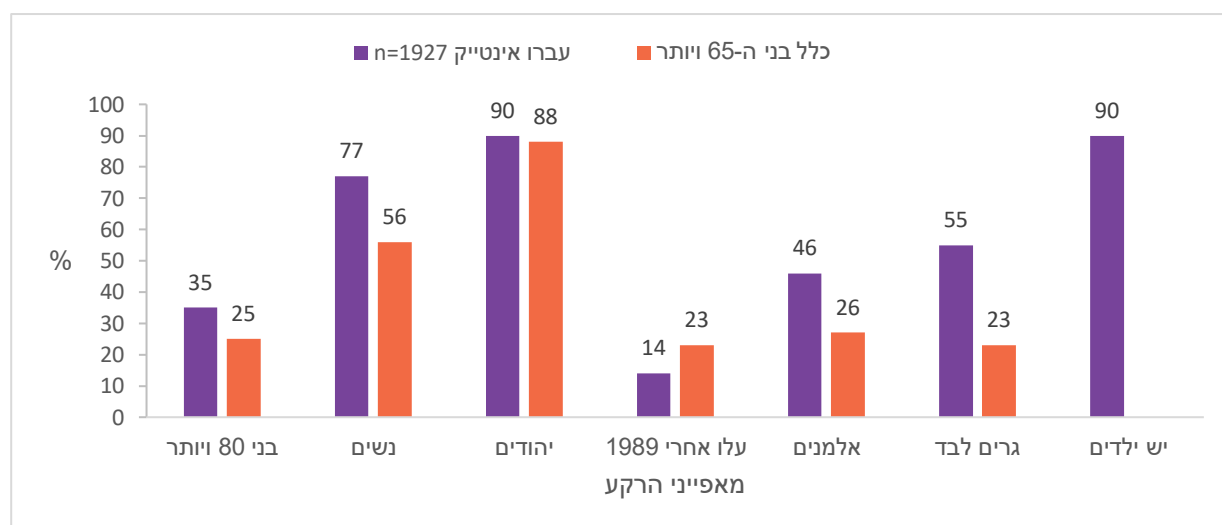
כאמור, הושקעו לא מעט משאבים בשלב האיתור והמיון של המשתתפים. ההנחיה לרכזות הייתה לשלוח לצוות המחקר את כל טופסי האינטייק שנעשו, אם האדם נמצא מתאים לתוכנית ואם לאו. זאת במטרה ללמוד על מאפייני האנשים שאליהם פנו הרכזות, ועל מאפייני מי שהן מצאו מתאימים לתוכנית, לעומת מאפייני מי שנמצאו לא מתאימים, ולבחון את המידה שבה מאפייני האנשים שהתקבלו לתוכנית עולים בקנה אחד עם המודל התיאורטי של האינטייק. הואיל ובבחירת האנשים הופעל, נוסף לאינטייק, גם שיקול דעת מקצועי, מטרה נוספת של ממצאים אלו היא לבחון את המידה שבה האינטייק אכן משמש כלי טוב לאיתור זקנים בודדים.

להלן יוצגו מאפייני האנשים שעברו אינטייק לתוכנית, תוך השוואה בינם לבין כלל אוכלוסיית בני ה-65 ויותר והשוואה בין מי שהתקבלו לתוכנית לבין מי שלא.

**מאפיינים סוציו-דמוגרפיים.** מניתוח 1,927 טופסי האינטייק שנשלחו לצוות המחקר עלה כי רכזות התוכניות פנו לאנשים בטווח הגילים 52-100, כשהגיל הממוצע הוא 76 (סטיית תקן 7.8)<sup>20</sup>. מבחינת התפלגות הגילים, 35% מן האנשים היו בני 80 ויותר בזמן העברת האינטייק. 77% מן האנשים שעברו אינטייק היו נשים, ו-90% יהודים, ו-14% עלו לישראל אחרי שנת 1989. 46% אלמנים, 55% גרים לבד, 30% נשואים או עם בן זוג ול-90% מן האנשים יש ילדים. 12% מטפלים בבן משפחה המצוי במצב סיעודי או בעל מוגבלות כלשהי.

בתרשים 4 מוצגים מאפייני האנשים שעברו אינטייק לעומת מאפייני כלל בני ה-65 ויותר (ברודסקי ואח', 2018). התרשים מראה כי בקרב האנשים שעברו אינטייק יש שיעור גבוה יותר של בני 80 ויותר, נשים, אלמנים ואנשים שגרים לבד; מאפיינים המהווים גורמי סיכון לבדידות.

**תרשים 4: מאפייני רקע של האנשים שעברו אינטייק, לעומת כלל בני ה-65 ויותר (באחוזים)**

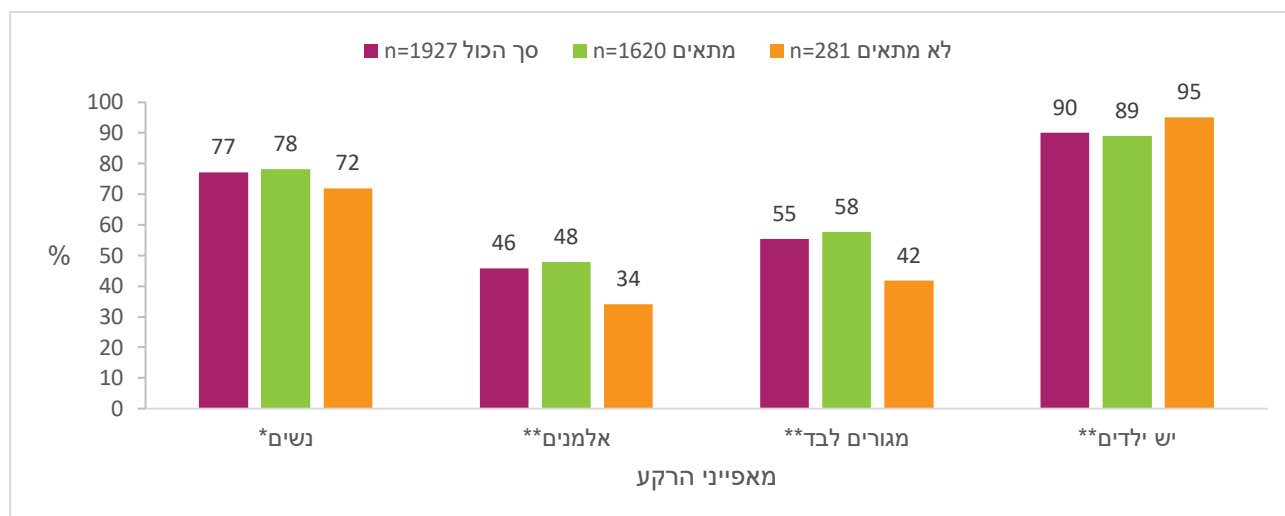


\* מקור: שנתון סטטיסטי 2017; לוחות: 1.4, 1.8, 1.9, 1.10, 1.33, 1.35. למשתנה "יש ילדים" אין נתון מקביל בשנתון הסטטיסטי.

בדומה, בתהליך האיתור שנעשה באמצעות האינטייק נמצא כי לעומת אנשים שנמצאו לא מתאימים לתוכנית, בקרב מי שנמצאו מתאימים לתוכנית קיים שיעור גבוה יותר של נשים, אלמנים, אנשים שגרים לבד ואנשים שאין להם ילדים; כולם גורמי סיכון לבדידות (תרשים 5).

<sup>20</sup> 14 אנשים היו בני פחות מ-60, ועוד 109 אנשים היו בני 60-64. סך הכול 6.5% ממי שעברו אינטייק היו בני פחות מ-65.

**תרשים 5: מאפייני רקע של האנשים שעברו אינטייק, לפי ההתאמה לתוכנית (באחוזים)**



\*  $p < 0.05$  לפי מבחן מובהקות  $\chi^2$

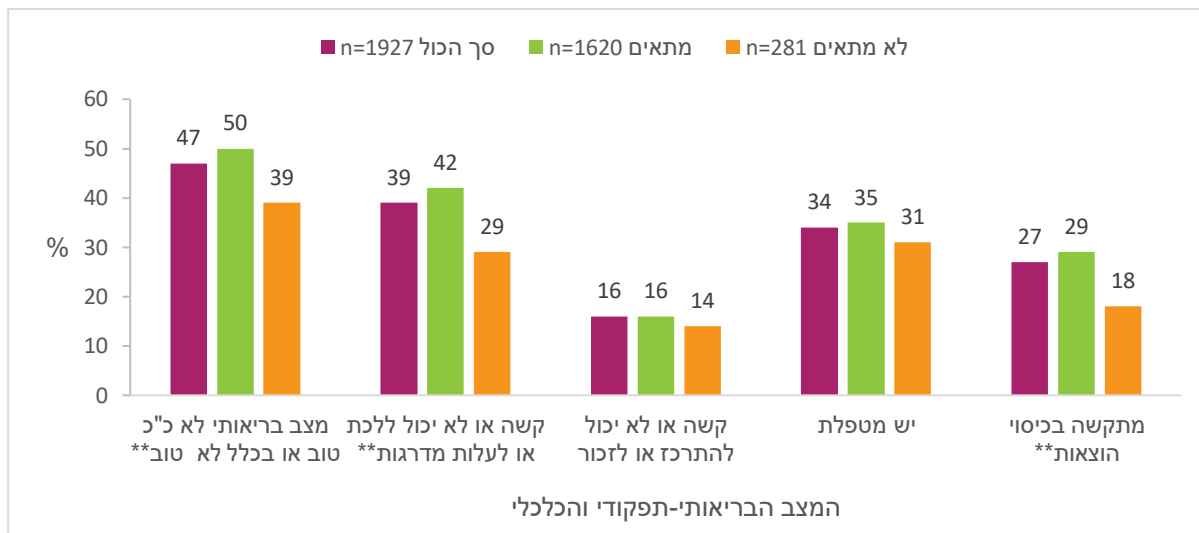
\*\*  $p < 0.001$  לפי מבחן מובהקות  $\chi^2$

**מצב בריאותי ותפקודי.** 47% ממי שעברו אינטייק העידו כי בדרך כלל מצבם הבריאותי לא כל כך טוב או בכלל לא טוב (לעומת 44% מכלל אוכלוסיית בני 65 ויותר) (ברודסקי ואח', 2018, לוח 2.11). ל-39% יש קושי בהליכה או שאינם יכולים כלל ללכת או לעלות מדרגות (לעומת 34% מכלל בני ה-65 ויותר), ול-16% יש קושי רב או חוסר יכולת לזכור או להתרכז (לעומת 11% מכלל בני ה-65 ויותר). לרובם (66%) אין מטפלת (תרשים 6). כלומר, תפקודם של האנשים שעברו אינטייק ירוד יותר במעט לעומת כלל בני ה-65 ויותר, בעיקר ביכולת הניידות.

בתהליך האיתור, מצבם הבריאותי והיכולת ללכת של מי שנמצאו מתאימים היה נמוך יותר מנתונים אלה בקרב מי שבתהליך האינטייק נמצאו לא מתאימים (תרשים 6). הואיל ויש מתאם בין מצב תפקודי ירוד לבין תחושת בדידות (de Jong Gierveld et al., 2016), נתונים אלה עשויים להצביע על כך שהאנשים שאותרו אכן היו בודדים.

**מצב כלכלי.** 27% מקרב מי שעברו אינטייק לא כל כך מצליחים או כלל לא מצליחים לכסות את כל ההוצאות החודשיות של משק הבית (בדומה לכלל בני ה-65 ויותר) (ברודסקי ואח', 2018, לוח 2.23), ו-17% מקבלים השלמת הכנסה. שיעור האנשים שמתקשים לכסות את ההוצאות החודשיות גבוה יותר בקרב אלה שנמצאו מתאימים לתוכנית לעומת אלה שנמצאו לא מתאימים (תרשים 6). ספרות המחקר מלמדת על מתאם בין מצב כלכלי נמוך לתחושת בדידות (Fokkema, De Jong Gierveld, & Dykstra, 2012; de Jong Gierveld et al., 2016), כך שגם מאפיין זה עשוי להצביע על כך שאכן אותרו אנשים בודדים.

**תרשים 6: מצב בריאותי-תפקודי וכלכלי של האנשים שעברו אינטייק, לפי ההתאמה לתוכנית (באחוזים)**



\*  $p < 0.05$  לפי מבחן מובהקות  $\chi^2$

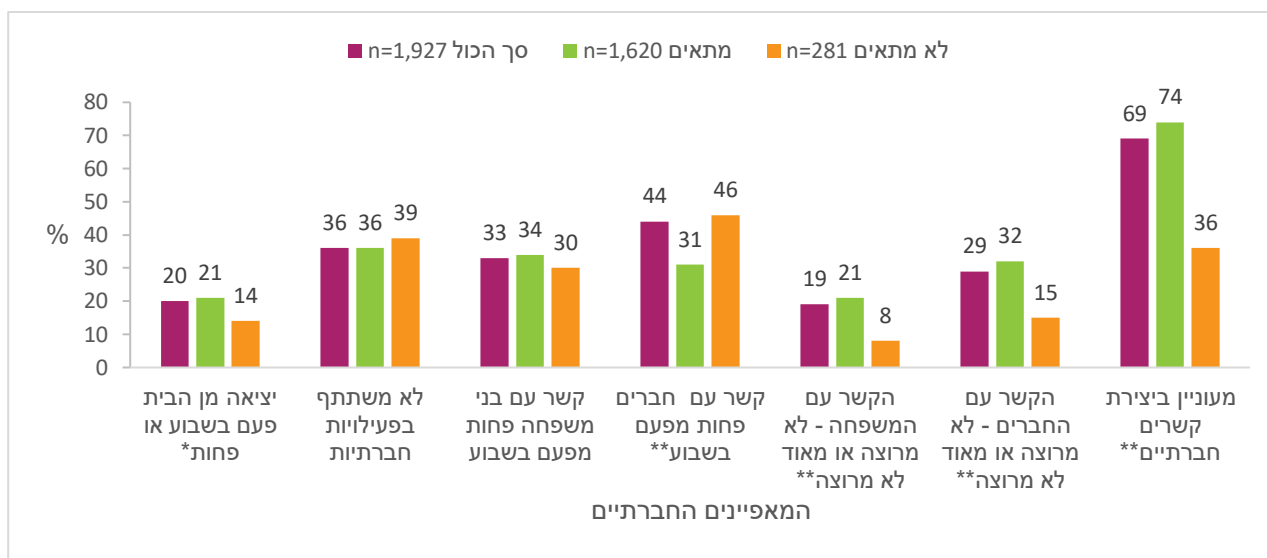
\*\*  $p < 0.001$  לפי מבחן מובהקות  $\chi^2$

**מאפיינים חברתיים.** רוב האנשים שעברו אינטייק פעילים חברתית: 80% מהם יוצאים מן הבית יותר מפעם בשבוע ו-64% משתתפים בפעילות חברתית כלשהי – 36% משתתפים בחוג, 36% הולכים למועדון, 26% מבלים בפעילות כגון יציאה להצגות ולמסעדות, 16% הולכים למרכז יום, 15% לומדים, 11% משתתפים בפעילות דתית ו-8% משתתפים בפעילות של קהילה תומכת. עם זאת, 47% ציינו שלו הייתה להם הסעה או ליווי לפעילות, הם היו משתתפים יותר, ו-70% ציינו כי הם מעוניינים לעסוק בפעילות חברתית. 33% נפגשים עם בני משפחתם פחות מפעם בשבוע (לעומת 21% מקרב כלל אוכלוסיית בני ה-65 ויותר) (ברודסקי ואח', 2018, לוח 3.38) ו-19% לא מרוצים או מאוד לא מרוצים מטיב יחסיהם עם בני משפחתם (לעומת 5% מכלל אוכלוסיית בני ה-65 ויותר). (ברודסקי ואח', 2018, לוח 3.57).

44% נפגשים עם חברים ומכרים פחות מפעם בשבוע, 29% לא מרוצים או לא מרוצים מאוד מן הקשרים עם חברים ומכרים (לעומת 13% מכלל אוכלוסיית בני ה-65 ויותר שמרוצים מן היחסים עם שכניהם) (ברודסקי ואח', 2018, לוח 3.57). 69% מעוניינים ביצירת קשרים חברתיים חדשים.

שיעור האנשים שלא מרוצים מן היחסים החברתיים שלהם עם בני משפחה ועם מכרים ושמעוניינים בקשרים חברתיים חדשים גבוה יותר בקרב מי שנמצאו מתאימים לתוכנית לעומת מי שנמצאו לא מתאימים (תרשים 7).

**תרשים 7: מאפיינים חברתיים של האנשים שעברו אינטייק, לפי ההתאמה לתוכנית (באחוזים)**



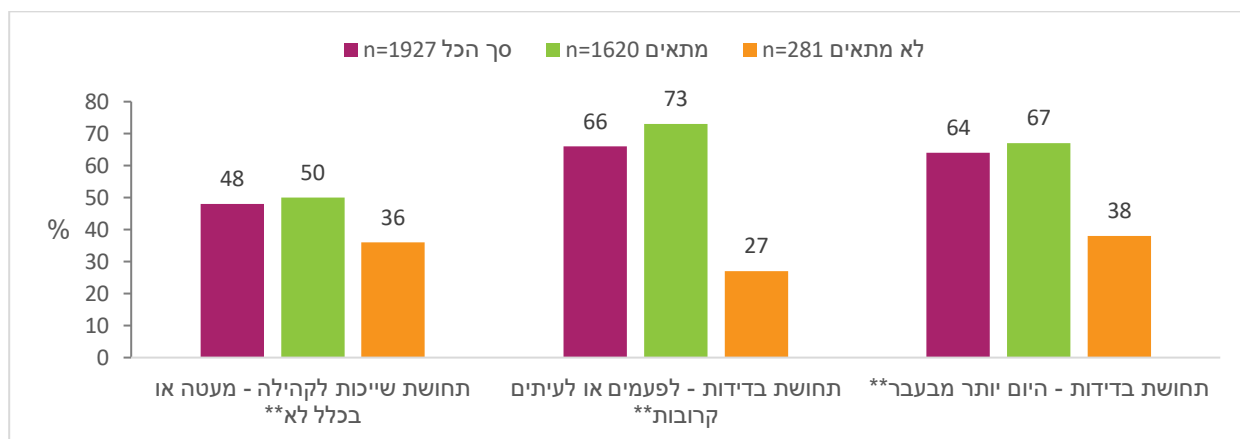
\*  $p < 0.05$  לפי מבחן מובהקות  $\chi^2$

\*\*  $p < 0.001$  לפי מבחן מובהקות  $\chi^2$

**תחושת שייכות ובדידות.** אף על פי שרוב האנשים שעברו אינטייק פעילים מבחינה חברתית, שיעור גבוה מאוד מהם דיווח על תחושת בדידות. 48% חשים שייכות מעטה או כלל לא חשים שייכות לקהילה שבה הם מתגוררים. 66% חווים תחושת בדידות לעיתים קרובות או מדי פעם (לעומת 34% מכלל אוכלוסיית בני ה-65 ויותר) (ברודסקי ואח', 2018, לוח 3.40), 64% חווים בדידות היום בתדירות יותר גדולה מאשר בעבר (תרשים 8).

שיעור האנשים שחשים שייכות מעטה או כלל לא חשים שייכות לקהילה שלהם, ומרגישים בודדים, היום וביחס לעבר, גבוה יותר בקרב מי שנמצאו מתאימים לתוכנית לעומת מי שנמצאו לא מתאימים.

**תרשים 8: תחושת שייכות ובדידות בקרב האנשים שעברו אינטייק, לפי ההתאמה לתוכנית (באחוזים)**



\*  $p < 0.05$  לפי מבחן מובהקות  $\chi^2$

\*\*  $p < 0.001$  לפי מבחן מובהקות  $\chi^2$

לסיכום, ניתן לאפיין את המשתתפים כך :

- מאפיינים סוציו-דמוגרפיים – בקרב האנשים שעברו אינטייק יש ייצוג יתר של בני 80 ויותר ושל נשים לעומת כלל אוכלוסיית בני ה-65 ויותר, וייצוג דומה של יהודים ושל אנשים שחווים קשיים כספיים. רק כשליש מצויים במערכת זוגית (פחות מכלל אוכלוסיית בני ה-65 ויותר) ורובם גרים לבד (יותר מכלל אוכלוסיית בני ה-65 ויותר).
  - מצב תפקודי ובריאותי – רוב האנשים עצמאיים בתנועה, גם אם מחציתם מעידים כי מצבם הבריאותי לא כל כך טוב או כלל לא טוב.
  - מצב חברתי – רובם עוסקים בפעילות חברתית ומרוצים מן היחסים שלהם עם בני משפחתם ועם חבריהם (פחות מכלל אוכלוסיית בני ה-65 ויותר), אך רובם גם מעוניינים ליצור קשרים חברתיים חדשים ומחציתם חשים שייכות נמוכה לקהילה שלהם או לא חשים שייכים לה כלל.
- מאפיינים אלה עולים בקנה אחד עם ספרות המחקר שמזהה אותם כמצויים במתאם עם תחושת בדידות (de Jong Gierveld et al., 2016). ואכן, שיעור הבדידות בקרב האנשים שעברו אינטייק הוא גבוה משמעותית ביחס לכלל האוכלוסייה, ורובם חווים בדידות היום בתדירות גדולה מבעבר.
- כאמור, תהליך האיתור של משתתפי התוכנית נעשה, ברוב המקרים, על ידי רכזות התוכנית. ההנחיה הייתה שהמראיין יהיה איש מקצוע, אשר בתהליך האיתור יסתמך הן על טופס האינטייק והן על שיקול הדעת המקצועי שלו. בסוף טופס האינטייק מופיעה טבלה שמסכמת את מאפייני הזקן וכן כמה שאלות פתוחות, ובהן האיש המקצוע שמעביר את האינטייק יכול היה לכתוב את חוות דעתו והתרשמותו, וניתן היה לקבל החלטה שלא תואמת את הניקוד בטבלה.
- מבין האנשים שעברו אינטייק, 84% נמצאו מתאימים להשתתף בתוכנית. כאשר בודקים את המתאם בין הניקוד בטבלה לבין ההחלטה הסופית של איש המקצוע, נמצא מתאם מובהק ( $r=0.396, p<0.0001$ ). ממוצע הניקוד בטבלה עבור מי שנמצאו מתאימים לתוכנית הוא 12.6 (סטיית תקן 3.0) ואילו ממוצע הניקוד בטבלה עבור מי שנמצאו לא מתאימים לתוכנית הוא נמוך יותר – 9.0 (סטיית תקן 3.1). כלומר, המודל התיאורטי שעל פיו נבנה שאלון האינטייק ושלפיו ניתן הציון בטבלה הסופית של השאלון נמצא בהלימה עם שיקול הדעת המקצועי של האנשים שהעבירו את האינטייק. נוסף לכך, במבחן פירסון נמצא מתאם מובהק בין הציון בטבלה לבין רמת הבדידות של האדם, כפי שנמדדה בסולם בדידות UCLA במסגרת הריאיון לפני תחילת התוכנית ( $r^2=0.324, p=0.0001$ ). על כן, אפשר להשתמש באינטייק ככלי לאיתור אנשים בודדים ולזיהוי צורכיהם והעדפותיהם בנוגע לפעילות להפגת בדידות.

---

<sup>21</sup> מבחן מתאם פירסון בין 0.2 ל-0.4 מעיד על עוצמת קשר בינונית.



## 5.2 מאפייני המרואיינים במחקר

בסעיף הקודם תוארו מאפייני האנשים שעברו אינטייק (1,927 אנשים). מתוכם, 1,302 שובצו בתוכניות שהשתתפו במיזם<sup>22</sup>. כאמור, בהתאם לתוכנית הדגימה רואיינו על ידי צוות המחקר 58% מן האנשים ששובצו לתוכניות, ויש ייצוג של נדגמים מכל התוכניות והיישובים שבמיזם, למעט שתי תוכניות: האחת היא מועדון פורטר בתל אביב – תוכנית שהייתה פתוחה לכול מי שרצה להשתתף. נערכה תצפית על הפעילות אך המשתתפים לא רואיינו; האחרת היא התוכנית של המרכז הישראלי לאפטרופסות – תוכנית זו הייתה מיועדת לאנשים עם אפטרופוס. המשתתפים בתוכנית זו היו בעלי מאפיינים שונים מאוד לעומת שאר המשתתפים במיזם והם התקשו לענות על השאלון המובנה ששימש עבור שאר התוכניות. לפיכך, תוכנית זו נותחה בנפרד באמצעות ראיונות לא מובנים, פנים אל פנים, והיא אינה נכללת בניתוחים המופיעים בדוח זה. כך שהניתוח הכמותי המבוסס על הראיונות מתייחס ל-21 תוכניות במיזם.

להבדיל משאלון האינטייק, השאלון שבאמצעותו רואיינו הזקנים לפני ואחרי התוכנית כלל גם שאלות שמרכיבות את מדדי התוצאה, ובאמצעותם הוערכה תרומת התוכנית למשתתפים בה.

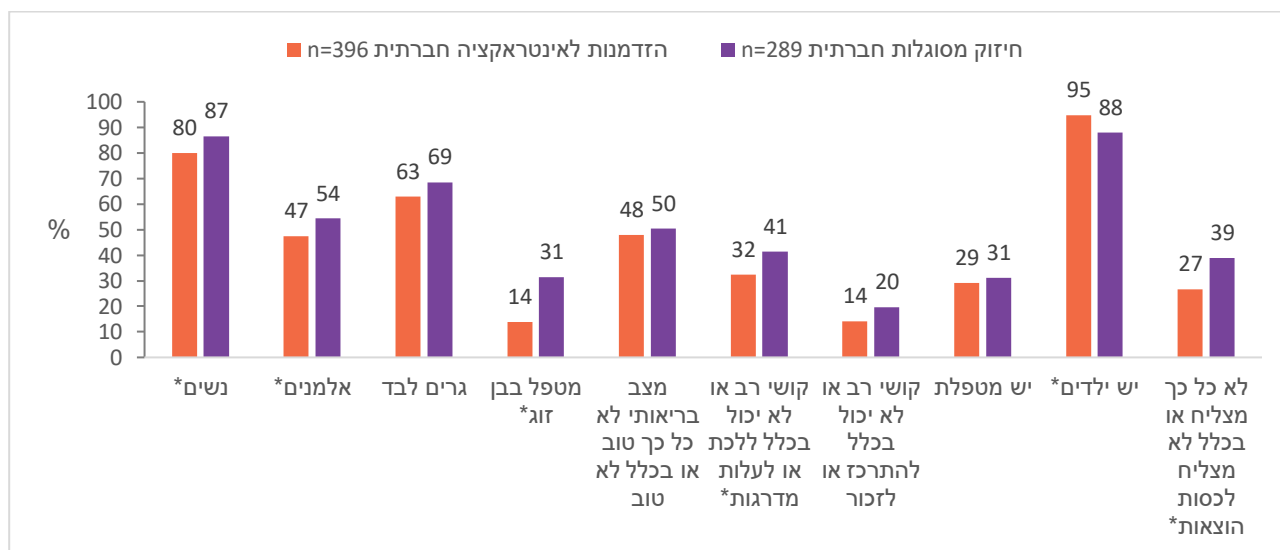
תת פרק זה עוסק בתיאור מאפייני 685 האנשים שהשתתפו במחקר ורואיינו לפני התוכנית ( $T_0$ ) ו-6-9 חודשים לאחר מכן ( $T_1$ ), 414 בקבוצת טיפול ו-271 בקבוצת ביקורת. התיאור כולל מידע הנוגע למאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של מי שרואיינו, לפעילות החברתית שלהם, לרווחתם הנפשית ובעיקר לתחושת הבדידות שלהם, לפני השתתפותם בתוכנית. להלן תוצג השוואה שנערכה בין מאפייני המשיבים בתוכניות שהעניקו הזדמנות לאינטראקציה חברתית לבין מאפייני המשיבים בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית בנקודת ההתחלה של התוכנית. השוואה זו נועדה לבחון האם ניתן להשוות בין אסטרטגיות ההתערבות ולקבוע מי מהן מיטיבה לתרום להפחתת תחושת הבדידות והדיכאון של המשתתפים. אם המשתתפים באסטרטגיות השונות שונים במאפייני הבדידות והדיכאון ההתחלתיים שלהם, הרי שיתכן שמדובר באוכלוסיות שונות. לפיכך, על מנת להשוות בין שתי האסטרטגיות, קרי לבדד את השפעתה של אסטרטגיה אחת מעבר להשפעה של האסטרטגיה האחרת, יש צורך להשוות בין משתתפים בעלי מאפיינים זהים, באמצעות ביצוע ניתוח מסוג matching.

**הבדלים במאפיינים סוציו-דמוגרפיים.** הן בתוכניות שהעניקו הזדמנות לאינטראקציה חברתית והן בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית, היה הגיל הממוצע של המשיבים זהה (76). מתרשים 9 עולה שאחוז הנשים והאלמנים היה גבוה יותר בקרב משתתפים בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית (87% ו-54%, בהתאמה) מאשר בתוכניות של אינטראקציה חברתית (80% ו-47%, בהתאמה). עם זאת, כשניתחנו את המידע ללא המשתתפות של שפרעם (שם הקבוצות הוגדרו לנשים בלבד, רובן אלמנות) הבדלים אלו היו קטנים יותר ולא מובהקים. שיעור המשיבים שהשתתפו בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית שמטפלים בבן/בת זוג הוא פי שניים משיעור זה בקרב משיבים שהשתתפו בתוכניות של אינטראקציה חברתית (31% לעומת 14%, הבדל מובהק). כמו כן, נראה שמשיבים שהשתתפו בתוכניות

<sup>22</sup> על פי דיווח הרכוזות.

לחיזוק המסוגלות החברתית מתקשים יותר לכסות את ההוצאות שלהם (39% לעומת 27%, הבדל מובהק). באופן כללי אחוז המשיבים שיש להם ילדים הוא גבוה (90%), אך ליותר משיבים שהשתתפו בתוכניות של אינטראקציה חברתית יש ילדים. לא נמצאו הבדלים בין האסטרטגיות בסטטוס מגורים. כמו כן, אף על פי שבקרב המשיבים שהשתתפו בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית נמצא שיעור גבוה יותר של אנשים שמתקשים בהליכה או בעליית מדרגות (41% לעומת 32%, הבדל מובהק), לא נמצאו הבדלים במצב הבריאות הסובייקטיבי, ובשיעור האנשים שיש להם קשיים לזכור או להתרכז או שיש להם מטפלת.

**תרשים 9: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ותפקודיים של משתתפי המחקר, לפי אסטרטגיית ההתערבות (באחוזים)**

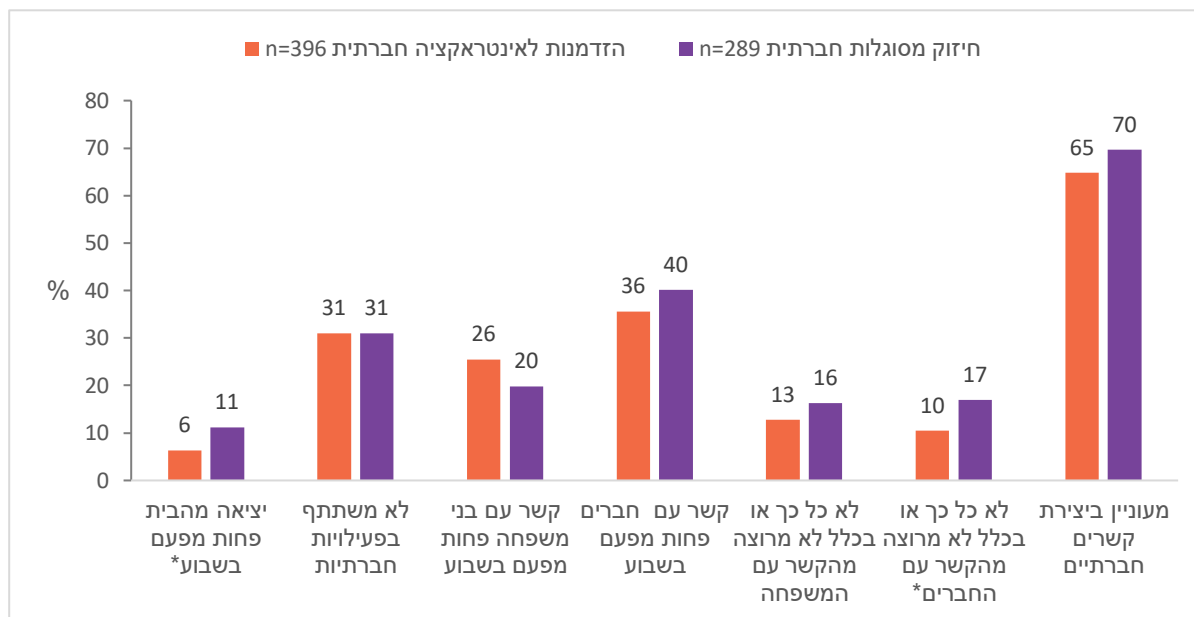


\*  $p < 0.05$  לפי מבחן מובהקות  $\chi^2$

\*\*  $p < 0.001$  לפי מבחן מובהקות  $\chi^2$

**הבדלים בפעילות חברתית ובקשרים חברתיים.** מרבית המשיבים (92%) יוצאים מן הבית לפחות פעם בשבוע. נראה שיש הבדל קטן אך מובהק בין האסטרטגיות, כך שיש פחות משיבים שהשתתפו בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית שיוצאים לפחות פעם בשבוע מן הבית. יותר משיבים שהשתתפו בתוכניות של אינטראקציה חברתית מרוצים מן הקשרים שיש להם עם חברים (90% לעומת משיבים שהשתתפו בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית (83%, הבדל מובהק). מלבד זאת לא נמצאו הבדלים נוספים במאפיינים החברתיים, קרי בתדירות המפגשים עם בני משפחה וחברים, בשביעות הרצון מן הקשרים עם המשפחה, בהשתתפות בפעילות חברתית ובמוטיבציה ליצירת קשרים חברתיים (תרשים 10).

**תרשים 10: מאפיינים חברתיים של משתתפי המחקר, לפי אסטרטגיית ההתערבות (באחוזים)**



\*  $p < 0.05$  לפי מבחן מובהקות  $\chi^2$

\*\*  $p < 0.001$  לפי מבחן מובהקות  $\chi^2$

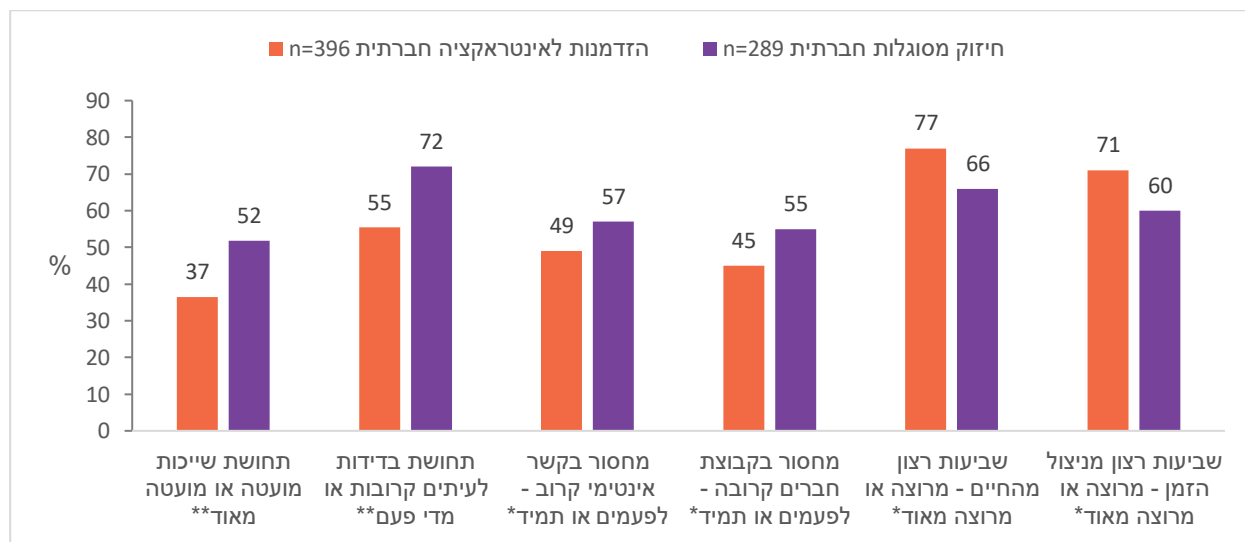
**הבדלים במצב הבדידות, הדיכאון והרווחה.** מלוח 1 ומתרשים 11 ניתן לראות כי באופן כללי, שיעור המשיבים שהשתתפו במיזם ודיווחו על בדידות לעיתים קרובות או לפעמים היה גבוה מאוד (62%), אך גובה הבדידות הממוצע, לפי סולם UCLA, היה בינוני (19.1 בסולם של 0-60).

שיעור הבדידות בקרב המשיבים שהשתתפו בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית היה גבוה יותר מאשר בקרב המשיבים שהשתתפו בתוכניות של אינטראקציה חברתית, הן בממדד העקיף (UCLA, 21.1 לעומת 17.6, בהתאמה) והן בממדד הישיר לבדידות (72% חשים בדידות לעיתים קרובות או תמיד לעומת 55%, בהתאמה). הבדל זה נמצא מובהק גם בפריטים שבדקו חוסר בקשר אינטימי קרוב וחוסר בקבוצת חברים קרובה, כך ששיעור המשיבים שדיווחו על חוסר היה גבוה יותר בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית. כמו כן, בין המשיבים שהשתתפו בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית נמצאו יותר אנשים שדיווחו על אינדיקציה לדיכאון (במדד PHQ-2, 1.9 לעומת 1.5, בהתאמה), הערכה עצמית נמוכה יותר, תחושת שייכות נמוכה יותר ושביעות רצון מן החיים ומניצול הזמן נמוכים יותר לעומת מי שהשתתפו בתוכניות של אינטראקציה חברתית (כל ההבדלים מובהקים).

**לוח 1: מאפייני מדד בדידות עקיף (UCLA) ב-T<sub>0</sub>, מדד אינדיקציה לדיכאון (PHQ-2) ב-T<sub>0</sub>, הערכה עצמית ב-T<sub>0</sub> וציון בטבלה המסכמת באינטייק של משתתפי המחקר, לפי אסטרטגיית ההתערבות**

רמת מובהקות	מבחן למדגמים בלתי תלויים	חיוזק מסוגלות חברתית		הזדמנות לאינטראקציה חברתית		כל המרואיינים		
		ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	
p=0.0001	t <sub>(672)</sub> =3.93	21.1	(11.87)	17.6	(11.11)	19.1	(11.56)	מדד UCLA ב-T <sub>0</sub>
p=0.007	t <sub>(671)</sub> =2.68	1.9	(2.06)	1.5	(1.94)	1.7	(2.00)	מדד אינדיקציה לדיכאון ב-T <sub>0</sub>
p=0.014	t <sub>(646)</sub> =2.46	3.9	(1.22)	4.1	(1.07)	4.00	(1.14)	הערכה עצמית
p=0.001	t <sub>(621)</sub> =3.30	13.1	(2.94)	12.4	(2.80)	12.67	(2.88)	ציון בטבלה המסכמת באינטייק

**תרשים 11: מאפייני בדידות, שייכות ורווחה של משתתפי המחקר, לפי אסטרטגיית ההתערבות (באחוזים)**



\*  $p < 0.05$  לפי מבחן מובהקות  $\chi^2$

\*\*  $p < 0.001$  לפי מבחן מובהקות  $\chi^2$

לסיכום, ניתן לומר שהאנשים שאותרו לתוכניות לחיוזק המסוגלות החברתית שונים במאפייניהם ההתחלתיים מן האנשים שהשתתפו בתוכניות לאינטראקציה חברתית. בעיקר, נראה שהם שונים ברמת הרווחה הנפשית, במאפייני הבדידות שלהם ובגורמי הרקע המשפיעים על בדידות. עדות נוספת לכך ניתן לראות בכך שהמשתתפים בתוכניות לחיוזק המסוגלות החברתית קיבלו ציון גבוה יותר במובהק בטבלה המסכמת של האינטייק (13.1) (ראו לוח 1) לעומת המשתתפים בתוכניות של אינטראקציה חברתית (12.4).

הסבר אפשרי להבדלים במאפייני המשתתפים באסטרטגיות ההתערבות השונות הוא שמערך השיקולים שהפעילו הרכזות להתאמת האנשים לתוכניות היה שונה בין האסטרטגיות; הקבוצות לחיזוק המסוגלות החברתית היו קבוצות סגורות, שהמשתתפים בהן עברו תהליך משותף. לרוב לא הצטרפו אנשים לקבוצה במהלך התוכנית, ולכל משתתף הייתה השפעה על הצלחת התהליך הטיפולי. לפיכך, נראה כי תהליך הסינון והבחירה לקבוצות לחיזוק המסוגלות החברתית היה יותר קפדני ומחושב לעומת השיבוץ לקבוצות החברותא.

*"בדיורים הציבוריים כל הדיירים מוזמנים למפגשים, לא משנה אם בודדים או לא. אם רוצים – הפעילות פתוחה לכולם... קבוצות מיומנות [השייכות לאסטרטגיה של חיזוק מסוגלות חברתית] – רוב הקבוצות זה היה חוות הדעת של המחלקות [לשירותים חברתיים], וכשאני הייתי מעורבת עברתי עם העו"ס אחד אחד והתלבטנו לגבי המשתתפים" (ריאיון עם רכזת, 23.8.18).*

*"דנו בוועדה בכל אדם ואדם ונתנו עדכונים על משתתפות" (ריאיון עם רכזת של קבוצה לחיזוק המסוגלות החברתית, 15.8.18).*

כלומר, הייתה כאן הטיית בחירה של התוכנית.

הסבר נוסף עשוי להיות ההחלטה שקיבלו האנשים שעברו את האינטייק אם להשתתף בתוכנית שהציעו להם. ייתכן למשל, כי אנשים שלהם רמות גבוהות של בדידות ודיכאון נעתרו יותר להצעה להשתתף בתוכניות שמציעות מענה "טיפולי", בקבוצות יותר קטנות ואינטימיות או בתוכניות פרטניות לעומת בתוכניות שמציעות פעילות חברתית פחות טיפולית ואינטימית. ייתכן כי ארגון שהציע תוכנית חברתית לאנשים שלהם רמות גבוהות של בדידות ודיכאון נתקל בסירוב.

*"אחד הדברים שמובהקים לי שאנשים שהם הגרעין הקשה, בדידות כרונית או הפרעת אישיות, אלה החבר'ה שקשה לגייס אותם לקבוצה מחוץ ליישוב. הייתי מציעה להם התערבות אישית ולא קבוצה. זה דורש כוח אדם גדול יותר. לגייס, תהליך מטרים כדי שיוכלו להצטרף לקבוצה. אלה שהסכימו אלה אנשים עם יותר יכולות חברתיות" (ריאיון עם רכזת, 29.8.18).*

כלומר, הייתה כאן הטיית בחירה עצמית של המשתתפים (self-selection bias).

השוואה בין מאפייני המשיבים שהשתתפו בשתי אסטרטגיות ההתערבות נעשתה, בין היתר, כדי לבחון באיזו מידה ניתן להשוות את מדדי התוצאה של האנשים לפי אסטרטגיית ההתערבות שאלה נחשפו. בהתאם להבדלים שנמצאו בין האוכלוסיות בנקודת ההתחלה של התוכניות הוחלט להתאים ביניהן באמצעות ניתוח (Propensity Score Matching) PSM, כלומר לאמוד מה הייתה יכולה להיות ההשפעה הנוספת של אסטרטגיה אחת על פני האחרת, לו המשתתפים בשתי האסטרטגיות היו דומים במאפייניהם. זאת על ידי יצירת "בלוקים מאוזנים" בהם למשתתפים מתוכניות משני סוגי האינטראקציות יש תכונות רקע דומות. כמו כן, נבדקה האפשרות שאסטרטגיה מסוג אחד מיטיבה עם אנשים בעלי מאפיינים מסוימים יותר מאסטרטגיה מן הסוג השני. זאת באמצעות ניתוח של אומדני משתני התוצאה (בדידות ודיכאון) לאורך בלוקים מאוזנים של PS (על כך פירוט בסעיף 5.6.1).

נוסף לכך, נבדק השינוי במדדי התוצאה של כל אוכלוסייה בנפרד, קרי של המשתתפים בכל אחת מן האסטרטגיות. לשם כך, נבנתה עבור כל אסטרטגיה קבוצת ביקורת שונה, של מי שלא השתתפו בתוכניות,

וההשוואה נעשתה בינה לבין מי שכן השתתפו בהן. שתי ההשוואות האלו יוצגו בהרחבה בהמשך, בסעיף 5.6. בחלק הבא יוצגו הממצאים בנוגע לאנשים שנשרו מן התוכניות והרכיבו את קבוצות הביקורת.

### 5.3 נשירה מתוכניות

במסגרת הראיונות שקיים צוות המחקר 6-9 חודשים לאחר תחילת התוכנית ( $T_1$ ), נשאלו המרואיינים בתחילת הריאיון האם בפועל הם השתתפו בתוכנית. בלוח 2 ניתן לראות ש-23% ממי שרואינו ב- $T_1$  לא השתתפו בסופו של דבר בפעילות ו-17% נוספים התחילו את התוכנית אך עזבו לאחר מפגש או שניים (סך הכול 40% נשירה). השאר, 60%, השתתפו בכל המפגשים של התוכנית, ברובם או בחלקם. לא נמצאו הבדלים במאפייני הנושרים בין התוכניות מבחינת אסטרטגיית ההתערבות, מין, מצב משפחתי או הארגון שהפעיל את התוכנית. כפי שיפורט בהמשך, מי שנשרו מן התוכנית עשו זאת מסיבות מגוונות, ולא נמצא מאפיין מובהק לנושרים בלבד. בהשוואה שנערכה בין ציוני הטבלה המסכמת באינטיק של מי שנשרו מן התוכניות או לא התחילו אותן לבין מי שהיו ברוב המפגשים או בכלם לא נמצא קשר בין הערך המספרי המסכם את הטבלה לבין נשירה מן התוכנית.

לוח 2: השתתפות בפעילות בפועל, לפי שאלון  $T_1$  (באחוזים)

האם השתתף בפעילות (N=685)	%
<b>סך הכול</b>	<b>100</b>
ברוב המפגשים או בכלם	49
בחלק מן המפגשים	11
עזב לאחר מפגש אחד או שניים	17
לא השתתף	23

לוח 3 מפרט את הסיבות לכך שהמשיבים לא השתתפו (כלל) בתוכנית, על אף שנמצאו מתאימים ואף רואיינו בעקבות כך בריאיון שלפני התוכנית ( $T_0$ ). ניתן לראות שהסיבה העיקרית לאי-השתתפות היא סיבה בריאותית (29%), כמו אשפוז או ניתוח שהמועמדים הפוטנציאלים עברו לאחרונה, או בעיות בריאותיות אחרות המקשות על יציאה לפעילות. 24% מאלה שלא השתתפו (37 אנשים) נמצאו מתאימים לתוכנית אך בסופו של דבר הרכזות לא פנו אליהם ולא הציעו להם להשתתף, זאת על אף שחלקם היו מעוניינים בכך:

*"לא השתתפתי כי לא הזמינה אותי, לא התקשרו ולא הודיעו שמתחילים, אף אחד לא דיבר איתי".*

*"הרכזות החתימה אותי על משהו וברחה, לא השתתפתי בשום תוכנית כי אף אחד לא בא ולא הזמין אותי, יש קושי ללכת, מאוד רוצה להשתתף".*

סיבה זו לאי-השתתפות הוזכרה בנוגע לרוב התוכניות ולא בנוגע לתוכנית מסוימת.

**לוח 3: סיבות לאי-השתתפות של המשיבים שהתקבלו לתוכנית אך לא השתתפו בה בפועל (במספרים ובאחוזים)**

		סיבה לאי-השתתפות (N=154)
%	n	
29	45	בגלל בעיה בריאותית
24	37	לא דיברו איתי / לא הזמינו אותי / לא יודעים על מה מדובר / לא הסכימו בסוף שאשתתף
16	25	בעיה אישית אחרת
15	23	לא מעוניין
9	14	בעיות לוגיסטיות – אין הסעה, קושי בתחבורה או מועד מפגשים לא נוח
5	8	אין סיבה מיוחדת / לא זוכר

\* התשובות אינן מוציאות זו את זו ולכן האחוזים אינם מסתכמים ל-100%

בהמשך לכך שאלנו את האנשים שלא השתתפו מה יכול היה לגרום להם להשתתף. 186 אנשים (68% ממי שלא השתתפו) ציינו שאין משהו שהיה גורם להם להשתתף. 14 משיבים (10%) ציינו שאם היו מזמינים אותם היו באים, 8 (6%) ציינו שלו הייתה הסעה או ליווי זה היה עוזר להם, ו-5 המשיבים (4%) ציינו שהיו באים לו היו תכנים אחרים שיותר רלוונטיים עבורם.

לוח 4 מפרט את הסיבות לעזיבת התוכנית של המשיבים שעזבו אחרי מפגש אחד או שניים. אחת הסיבות העיקריות לעזיבה היא מועד מפגשים לא מתאים, היעדר הסעה לפעילות או קיום פעילות במקום לא נגיש (31%). סיבה נוספת לפרישה היא חוסר עניין או הנאה מתוכן המפגש או תחושה שהתוכן אינו מתאים (27%), למשל:

*"לא היה תוכנית מדויקת, לא ידעו מה לעשות איתנו, הביאו צעצועים".*

*"לדבר על דברים חיוביים ולא לשמוע בעיות של האחרים".*

עם זאת, יצוין כי 20% ציינו סיבה זו כסיבה יחידה (כלומר לא ציינו סיבה רפואית או סיבה אחרת הקשורה למועד או מיקום המפגשים). חלק מהם נשרו, לדבריהם, מסיבות חברתיות:

*"להתאים אנשים לקבוצה כי לא היה כלום במשותף בין האנשים".*

*"הייתי רוצה קבוצה יותר מתאימה. שאוכל להיעזר במשתתפים".*

**לוח 4: סיבות לעזיבת המשיבים שהתחילו את התוכנית ועזבו לאחר מפגש אחד או שניים (במספרים ובאחוזים)**

		סיבה לעזיבת התוכנית (N=113)
%	N	
27	31	מועד המפגשים לא התאים לי / מקום המפגש לא היה נגיש / לא הייתה לי תחבורה / הסעה לפעילות
33	37	לא נהנית או המפגשים לא היו מעניינים או משמעותיים
17	19	הייתה לי מחויבות משפחתית שבגללה לא יכולתי להמשיך בתוכנית
11	12	הרגשתי לא שייך לקבוצה / לא הסתדרתי מבחינה חברתית או הרגשתי שלא מבינים אותי
18	20	סיבה בריאותית
12	14	לא התגבשה קבוצה או הפסיקו מבלי להודיע מראש
9	10	אחר

\* התשובות אינן מוציאות זו את זו ולכן האחוזים אינם מסתכמים ל-100%

מתשובות אלה ניתן להבין כי גורם המעוניין בעתיד להפעיל תוכנית להפחתת בדידות עבור אנשים שחווים בדידות וייתכן שלא מתורגלים בפעילות חברתית, צריך להביא בחשבון שיעור נשירה של כ-40%, כלומר לגייס לתוכנית יותר אנשים ממספר האנשים המיטבי לתוכנית. נוסף לכך, אנשים נמנעו מלהשתתף בתוכנית בשל אילוצים בריאותיים או נגישות נמוכה. לפיכך, כדאי לעשות מאמץ ולהנגיש את התוכנית, למשל באמצעות סידור הסעה או באמצעים טכנולוגיים. ולבסוף, עולה מן הדברים שיש להקפיד על התאמה בין האדם לבין הפעילות וההרכב הקבוצתי. ככל הנראה, יהיו מי שיימנעו מפעילות אם היא לא תענה במדויק על צורכיהם ותתאים להעדפותיהם ולעולם התוכן שלהם. לכן, ברמה היישובית, כדאי לפתח מגוון תוכניות המבוססות על אסטרטגיות שונות, שניתן יהיה להציען לאנשים בעלי צרכים שונים והעדפות שונות.

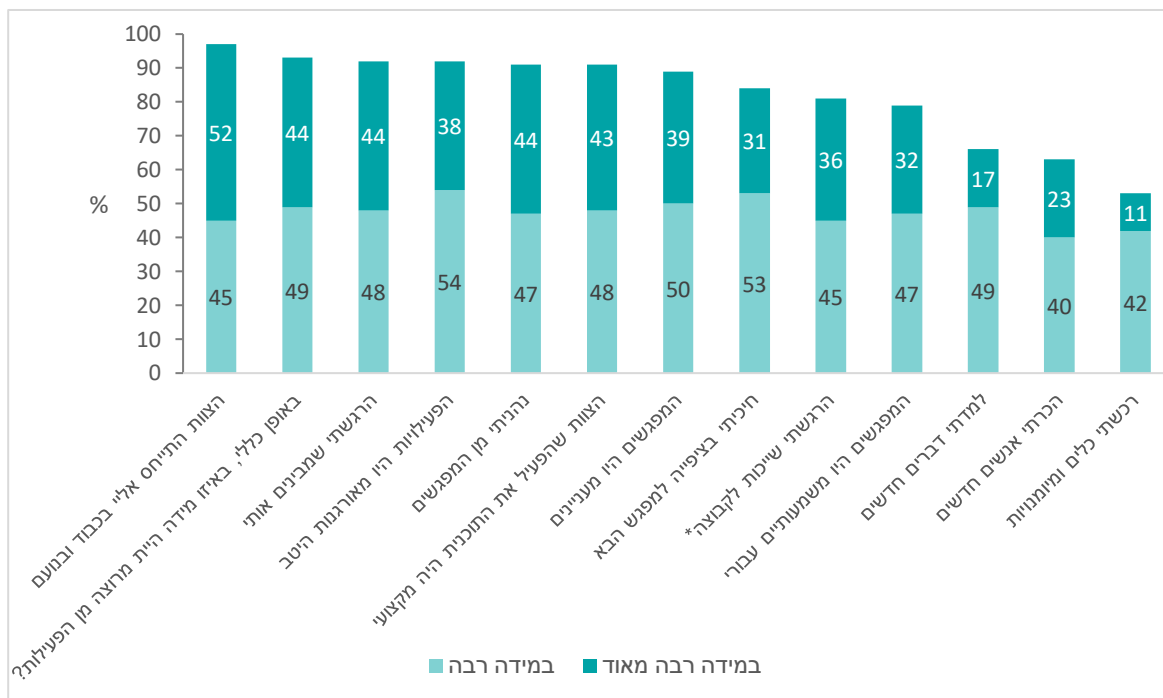
## 5.4 שביעות רצון

תרשים 12 מציג את שביעות הרצון של משיבים שהשתתפו בתוכנית לפי התשובות במידה רבה מאוד ובמידה רבה (לפילוח מלא של התפלגות התשובות ראו נספח ג). באופן כללי ניתן לראות ששביעות הרצון מן הפעילויות היא גבוהה – 93% מן המשיבים ציינו שבאופן כללי היו מרוצים או מרוצים מאוד מן הפעילות, 44% ציינו שהיו מרוצים במידה רבה מאוד. בהסתכלות על המשיבים שציינו ששביעות הרצון שלהם גבוהה במידה רבה מאוד ניתן לראות ש-44% ציינו שנהנו במידה רבה מאוד מן המפגשים, שהמפגשים היו מעניינים (39%) ומשמעותיים (32%), שהבינו אותם (44%) שהתייחסו אליהם בכבוד (52%) ו-97% כולל משיבים שענו במידה רבה) ושהם חשו ציפייה לקראת המפגש הבא (31%). ניתן לראות ששביעות הרצון הייתה מעט נמוכה יותר בנוגע לתחושה של המשיבים שהם למדו דברים חדשים (17% במידה רבה מאוד), ושרכשו כלים ומיומנויות חדשים (11% במידה רבה מאוד). 23% ציינו במידה רבה מאוד כי הכירו במסגרת הפעילות אנשים חדשים ו-36% הרגישו תחושת שייכות לקבוצת הפעילות במידה רבה מאוד. בין אסטרטגיות ההתערבות לא נמצאו הבדלים מובהקים בשביעות הרצון. כמו כן, לא נמצאו



הבדלים מובהקים בשביעות הרצון הכללית לפי מאפייני התוכניות (כגון משך התוכנית). מספר המרואיינים בתוכניות פרטניות היה קטן מכדי לערוך את ההשוואה, אך כולם היו שבעי רצון מן הפעילות במידה רבה או רבה מאוד.

**תרשים 12: שביעות הרצון של כלל המשיבים מן התוכנית (באחוזים, N=414)**



\*אם הפעילות הייתה קבוצתית

נוסף לכך, 92% מכלל המשיבים ציינו שמועד המפגשים ומשך המפגשים (93% התאים להם, 87% ציינו שתדירות המפגשים התאימה להם, 11% ציינו שהיו מעוניינים בתדירות מפגשים גבוהה יותר (פעם או פעמיים בשבוע). 6% ציינו שמיקום המפגשים לא היה נגיש להם. לא נמצאו הבדלים בין האסטרטגיות במשתנים אלו. 74% מן המשיבים ציינו שהם חושבים שישארו בקשר עם משתתפים מן התוכנית. יותר משיבים שהשתתפו בפעילות שהתמקדה באינטראקציה חברתית ציינו שישארו בקשר (78%) לעומת אלו שהשתתפו בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית (69%). הבדל זה נמצא מובהק באופן גבולי ( $\chi^2=5.22$ ,  $p<0.074$ ). 85% ציינו שאם תהיה לתוכנית פעילות המשך הם מעוניינים להשתתף בה. יותר משיבים שהשתתפו בפעילות שהתמקדה באינטראקציה חברתית (90%) היו מעוניינים בפעילות המשך לעומת אלו שהשתתפו בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית (79%). הבדל זה נמצא מובהק ( $\chi^2=10.59$ ,  $p<0.001$ ). ניתן לומר שבאופן כללי שביעות הרצון הייתה גבוהה בשתי אסטרטגיות ההתערבות, ללא הבדלים משמעותיים ביניהן, ו-90% מכלל המשיבים ציינו שהיו ממליצים לחבר להצטרף לתוכנית.

המשיבים נשאלו בשאלות פתוחות על דברים שאהבו בפעילות והיו משמרים וכן על דברים שהיו רוצים לשנות ולשפר. אלה הם עיקרי דבריהם<sup>23</sup>.

#### נקודות לשימור (n=414)

- **המפגש החברתי (40%).** המשיבים ציינו לטובה את היחס החם והחוויה החברתית, ואת ההיכרות עם אנשים חדשים מחד גיסא וגילוי פנים חדשים במכרים ישנים מאידך גיסא. בתוכניות שכללו מפגשים בין-דוריים, התייחסו המשיבים בחיוב למפגש עם הצעירים.
- **תוכני המפגשים (37%).** המשיבים התייחסו לנושאי הפעילויות שנבחרו, לתכנים ייחודיים הקשורים בהתמודדות עם בדידות וזקנה, ולשילובם עם תכנים מעולמות הפנאי כמו מוזיקה, התעמלות ופעילויות חווייתיות אחרות.
- **שיחות (23%).** אם דובר על שיחות תמיכה ואם דובר על שיחות חולין, ניכר כי עצם ההזדמנות לשוחח לבדה היוותה תרומה משמעותית עבור רבים מן המשיבים.
- **הצוות המקצועי והמפעיל (20%).** המשיבים ציינו לטובה את היחס החם של המפעילים והמדריכים, את מקצועיותם, את המפגשים הפרטניים עם הצוות ואת הגישה לאנשי מקצוע כמו פסיכולוגים ועובדים סוציאליים.
- **תמיכה (16%).** הידיעה שאחרים חשים את אותן תחושות, ההזדמנות לשתף בתחושות אישיות ומנגד לשמוע סיפורים של משתתפים אחרים. המשיבים דיווחו כי התוכנית לימדה אותם להקשיב ולהתבטא בחופשיות, ללא שיפוט וביקורת, ואפשרה להם לחלוק ולספר דברים שלא דיברו עליהם עם קרובי משפחה.
- **כלים ומיומנויות (8%).** בחלק מן התוכניות רכשו המשיבים כלים ומיומנויות להתמודדות עם קשיים, לרבות אימון זיכרון, תרגילים קוגניטיביים ועצות איך "לראות את הדברים קצת אחרת" באופן שיסייע להם ליהנות מן החיים.
- **היציאה מן הבית (5%).** בדומה לשביעות הרצון מקיומם של מפגשים חברתיים ושיחות, גם היציאה מן הבית, כשלעצמה, הוזכרה בתור נקודה לשימור על ידי חלק מן המשיבים, ללא קשר לפעילות המסוימת שכללה התוכנית: "לצאת מהבית, לדבר, להיות בחברה".

#### נקודות לשיפור (n=417)

- **שינוי התכנים ואופי הפעילות (20%).** היו שהביעו עניין בהרחבת טיולי היום והפעילויות מחוץ לכיתה, בתכנים פעילים יותר מבחינה פיזית, בשיטה שהיא יותר חווייתית ומהנה, כגון יציאה למסעדה או להצגה: "לא רק לדבר על קשיים בחיים ובעיות, לשבור את המעגל". היו שהציעו לשלב

---

<sup>23</sup> התשובות יכולות לכלול יותר מנקודת התייחסות אחת, ולכן האחוזים אינם מסתכמים ל-100%.

בפעילות תרגילים למוח, ובאופן כללי לדאוג להתאמה טובה יותר של הנושאים לתחומי העניין של המשתתפים. היו משיבים שהציעו לשתף את הזקנים עצמם בבחירת הנושאים.

- **סוגיות לוגיסטיות (11%).** הועלו הצעות לשיפור שנגעו להפעלת התוכנית, כגון החלפת מיקום המפגש או שינוי הזמנים (סוגיה שהועלתה גם על ידי אנשים שפרשו מן התוכניות). עוד הובע רצון להמשכיות בין המפגשים ולקביעות של הצוות המקצועי בתוכנית, ובאופן כללי, לעריכת תיאום ציפיות לפני תחילת התוכנית כדי לוודא שהיא מתאימה למשתתפים.

- **משך הפעילות (7%).** משיבים ביקשו להוסיף מפגשים, להאריך את משכם ולהמשיך את התהליך שהקבוצה התחילה לעבור: *"לא להפסיק מפגשים, כי אנשים מבוגרים לא יוצאים מהבית חודשים"*.

- **הרכב הקבוצות (7%).** סוגיה שחזרה על עצמה בגרסאות שונות. המשיבים ציינו פערים שונים שהפריעו להם בינם לבין שאר המשתתפים, וניכר היה שחלוקה לקבוצות על בסיס מצב משפחתי או תחומי עניין משותפים הייתה משפרת את החוויה עבור חלקם. למשל, משתתפת רווקה, שטענה שאין לה עניין לשבת ולשמוע על ילדים ונכדים מפני שזה מקשה עליה, או משתתף שביקש פעילות לגברים. היו שדיברו על כך שהקבוצה גדולה מדי ואין מספיק זמן לכולם לדבר ולשתף.

- **אופי הדיונים (6%).** הנושא עלה בכמה הקשרים. היו שביקשו דיון שישתף את כלל המשתתפים בקבוצה ויאפשר לכולם להתבטא, והיו שהתלוננו על כך שכולם מדברים ולא מאפשרים למנחה להתקדם. נוסף לכך, היו שביקשו דיון מובנה יותר שמתמקד בזיקנה, בבדידות ובכלי התמודדות, בעוד אחרים ביקשו שהדיון יתמקד פחות ב"צרות" ויותר בנושאי חולין. מלבד זאת, היו מי שהעדיפו הרצאה או תרגול מעשי על פני דיון.

- **צוות התוכנית (4%).** הנושא עלה כנקודה לשיפור בהקשרים של יכולת הנחיה, ניתוב הדיון ורתימת הקבוצה לתהליך מתמשך. כמו כן עלו בקשות לנוכחות גבוהה יותר של אנשי מקצוע כחלק מצוות התוכנית.

**חשוב לציין ש-44% מן המשיבים ציינו שלא היו משנים דבר, ו-10% השיבו כי אינם יודעים מה כדאי לשנות.**

ככלל, נראה כי ההערות של המשיבים לעיתים סותרות זו את זו; יש המעוניינים יותר בדיון ויש המעוניינים דווקא בהרצאה, יש המבקשים לדבר על "צרות" ולקבל תמיכה ויש שמעדיפים לדבר על נושאים כלליים. שלוש הצעות עיקריות עשויות לתת מענה למצבים אלו:

1. יש לערוך תיאום ציפיות בשלב האינטייק, כך שאנשים ידעו לאיזה סוג של קבוצה ופעילות הם מצטרפים.

2. במידת האפשר, יש לשתף את המשתתפים ולאפשר להם להיות פעילים בבחירת התכנים, כפי שאכן נעשה בחלק מקבוצות החברותא במיזם. הפיכת זקנים למשתתפים פעילים בעיצוב התוכנית כבר נמצאת בספרות המחקר כאחד ה"מפתחות" להצלחתה של תוכנית (Findlay, 2003)

3. יש לתת את הדעת להרכב הקבוצה, כפי שאכן נעשה באחד המקומות ובו הפעילו קבוצה של נשים בלבד – אלמנות לחוד ורווקות לחוד. עם זאת, גם בקבוצה זו הייתה שונות בין הנשים, במאפייני הדת, ההשכלה והמעמד הכלכלי. יש לציין כי גם בקבוצות הטרוגניות טמונים יתרונות, כפי שציינה אחת הרכזות, הקבוצה הפגישה וחיברה בין אנשים שלא היו נפגשים לולא הפעילות, והקבוצה ידעה להכיל את השונות (ריאיון עם רכזת, 22.8.18).

## 5.5 תרומת התוכנית למשתתפים

תמר: "לא הייתי כזו דברנית. אבל פה..."  
פנינה: "את לא מפסיקה לדבר! התקלקלת"  
[צוחקות]  
תמר: "עכשיו אני מדברת. זורמת"  
שוש: "בכל מקום או רק פה?"

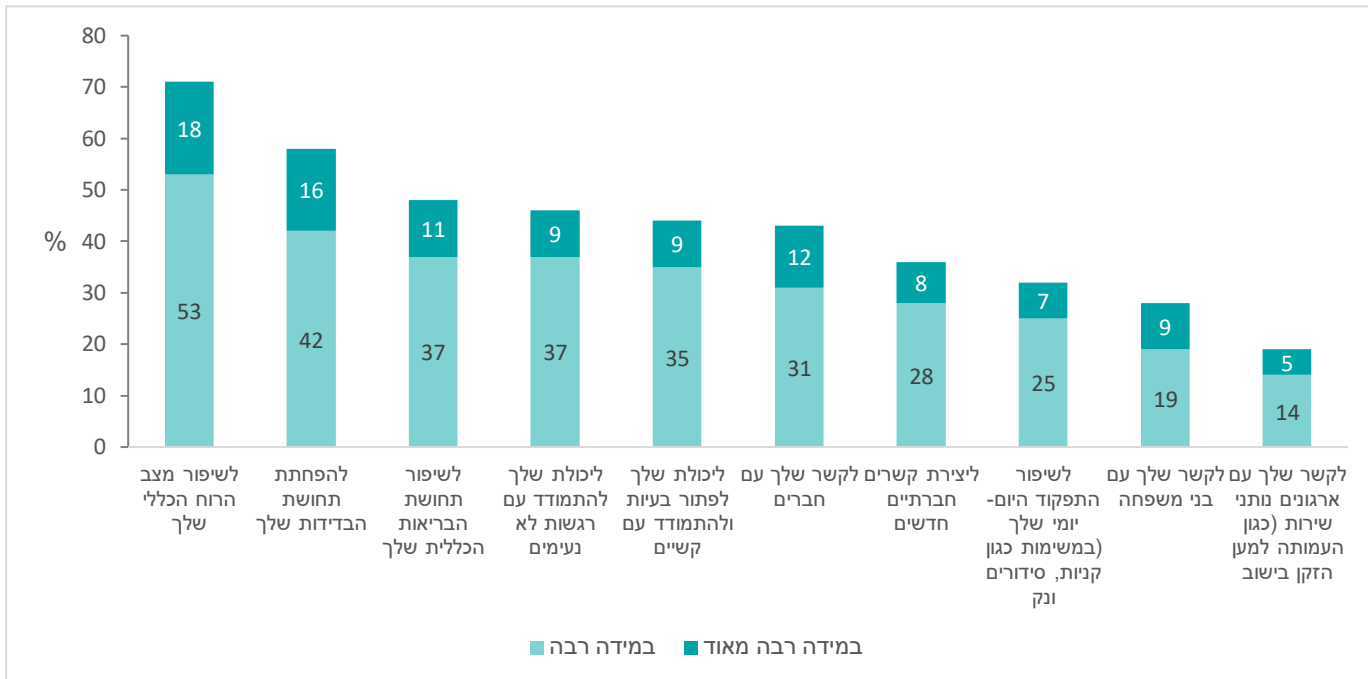
תרשים 13 מציג את תרומת התוכנית למשיבים שסיימו את התוכנית או שהיו לקראת סיומה. הנתונים מייצגים את התחושות הסובייקטיביות של המשיבים בנוגע לשאלה באיזו מידה הם חשים שהתוכנית תרמה להם בנושאים שונים. בתרשים ניתן לראות את שיעור המשיבים שהשיבו "במידה רבה" ו"במידה רבה מאוד" (לפילוח מלא של התפלגות

התשובות ראו נספח ד). ניתן לראות ש-57% מן המשיבים ציינו שהתוכנית תרמה להפחתת תחושת הבדידות שלהם במידה רבה או רבה מאוד. 71% דיווחו על שיפור מצב הרוח הכללי במידה רבה או רבה מאוד, ו-48% מן המשיבים דיווחו כך על שיפור בתחושת הבריאות הכללית.

בחלק זה ערכנו השוואה בין האסטרטגיות, מאחר שבהקשר זה המשיבים דיווחו על תרומת התוכנית ביחס לחוויה שלהם, והניתוח כאן לא מתייחס לשינוי בהשוואה לנקודת הייחוס ההתחלתית שלהם (שהייתה שונה עבור כל אסטרטגיה). נמצא שכאשר האסטרטגיה בתוכנית הייתה הזדמנות לאינטראקציה חברתית, שיעור גבוה יותר של משיבים דיווחו על הפחתה בתחושת הבדידות מאשר באסטרטגיות לחיזוק המסוגלות החברתית (62% לעומת 50%, בהתאמה) ( $\chi^2=6.35, p<0.012$ ), כך גם בשיפור במצב הרוח הכללי (76% לעומת 63%, בהתאמה) ( $\chi^2=9.10, p<0.003$ ), וכן בשיפור תחושת הבריאות הכללית (53% לעומת 41%, בהתאמה) ( $\chi^2=5.73, p<0.017$ ).

כ-45% מן המשיבים דיווחו שהתוכנית תרמה ליכולת שלהם להתמודד עם קשיים ורגשות לא נעימים במידה רבה או רבה מאוד, 36% דיווחו שהתוכנית תרמה ליצירת קשרים חברתיים חדשים ו-43% ציינו שהיא תרמה לקשר עם חברים, אך קצת פחות תרמה לשיפור הקשר עם בני משפחה (28%) (תרשים 13). לא נמצאו הבדלים בין האסטרטגיות במשתתפים אלה.

### תרשים 13: תרומת התוכנית למשיבים, לפי דיווחיהם בשאלון T<sub>1</sub> (באחוזים)



המשיבים נשאלו גם על התרומה העיקרית של התוכנית. 36% מהם ציינו שהתרומה העיקרית הייתה הנאה, תחושה טובה וכיף, שיעור גבוה יותר בקבוצות של אינטראקציה חברתית לעומת האסטרטגיות האחרות (43% לעומת 25% בהתאמה,  $\chi^2=14.71$ ,  $p<0.0001$ ). 31% ציינו שהתרומה העיקרית הייתה שיפור מצב הרוח ו-13% ציינו תמיכה נפשית וכן את האפשרות להשמיע את קולם ולשמוע אנשים עם "בעיות דומות".

נוסף לכך, 27% מן המשיבים ציינו שבעקבות התוכנית הם יוצאים יותר מן הבית (למטרות נוספות שהן לא התוכנית עצמה), ו-17% ציינו שבעקבותיה הם משתתפים ביותר פעילויות פנאי או בפעילות חברתית.

### 5.6 אמידת תרומת התוכנית לפי מדדי תוצאה, לפני התוכנית ולאחר 6-9 חודשים

בחלק הקודם (סעיף 5.5) הצגנו נתונים בנוגע לחוויה הסובייקטיבית הרטרוספקטיבית של המשיבים בנוגע לתרומת התוכנית לתחושת הבדידות, לרווחה, לקשרים החברתיים ולחיוניות הלמידה. אולם, נתונים אלו אינם מביאים בחשבון את מאפייני המשתתפים ואת נקודת הפתיחה שלהם, המבטאים את הסלקטיביות של התוכנית ואת הסלקטיביות העצמית של המשתתפים. בחלק זה נציג את מדדי התוצאה השונים, כפי שנמדדו בנקודת ההתחלה של התוכנית ולאחר 6-9 חודשים של השתתפות. נערוך השוואה בין שתי אסטרטגיות ההתערבות, נבדוק את האפשרות שאסטרטגיה מסוג אחד מיטיבה עם אנשים בעלי מאפיינים מסוימים יותר מאסטרטגיה מן הסוג השני, ולאחר מכן נבחן את תרומת כל אחת מן האסטרטגיות בנפרד להפחתת בדידות ודיכאון בקרב המשתתפים בתוכניות.

## 5.6.1 התאמה בין מאפייני המשתתפים בשתי האסטרטגיות ואמידת השפעת האחת

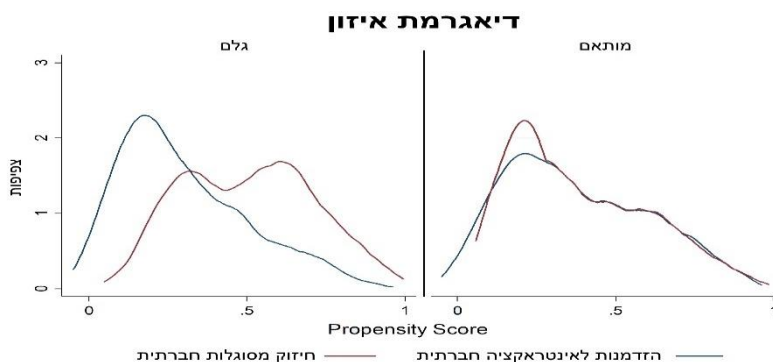
### לעומת ההאחרת

מטרת סעיף זה היא לבחון את השפעת האסטרטגיה של חיזוק המסוגלות החברתית על הבדידות והדיכאון, מעבר להשפעה של אסטרטגיה האינטראקציה החברתית, בניכוי השפעות שאינן שייכות להפעלת התוכנית. לשם כך נערכה התאמה בין מאפייני המשתתפים בשתי האסטרטגיות באמצעות ניתוח Propensity Score Matching (PSM), כלומר אמדנו מה הייתה יכולה להיות השפעה הנוספת של אסטרטגיה אחת על פני האחרת לירידת הבדידות והדיכאון לו המשתתפים בשתי האסטרטגיות היו דומים במאפייניהם. לצורך כך הוצאו תחילה ארבע תוכניות אשר היו יוצאות דופן במאפייניהן: מרכז יום וירטואלי בהוד השרון, ליווי אישי בסחנין, ליווי רוחני בנצרת עילית וטיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT) בשפרעם, כך שניתוח זה נעשה על 17 תוכניות (שבהן 366 משתתפים) במקום על 21 תוכניות (שבהן 414 משתתפים) בניתוחים האחרים.

לאחר מכן, נבחרו מאפיינים שעל פיהם נעשתה ההתאמה, כך שלכל משתתף מתוכנית מסוג אסטרטגיה אחת נמצא משתתף תואם (אחד או יותר) בעל מאפיינים דומים מתוכנית מסוג אסטרטגיה שנייה. שיטת Propensity Score Matching (PSM) מצמצמת את המרחב הרב-ממדי של המאפיינים האלה לממד אחד שמשמעותו היא הסתברות של אדם להשתתף בתוכנית המבוססת על אסטרטגיה מסוג מסוים, למרות שבפועל הוא לא משתתף בה. ההסתברות היא ערך מספרי על רצף מאפס לאחד, וכל משתתף מקבל ערך כלשהו. אם למשתתף בתוכנית מסוג אינטראקציה חברתית יש PS מסוים להשתתף בתוכנית מסוג חיזוק המסוגלות החברתית, אזי ניתן להשוותו למשתתפי התוכנית מסוג חיזוק מסוגלות חברתית בעלי ערך PS דומה.

תרשים 14 ממחיש זאת. בגרף השמאלי מתוארת התפלגות המשתתפים בכל אחת מן האסטרטגיות, לפי PS. כפי שניתן לראות בגרף, ברוב הטווח של PS יש נוכחות של משתתפים משתי האסטרטגיות, ואילו בכל קצה (קרוב לאפס וקרוב לאחד) יש משתתפים מאחת האסטרטגיות בלבד. לאחר ביצוע ההתאמה אפשר לראות כי בגרף בצד ימין יש כיסוי של משתתפים משתי האסטרטגיות לאורך רוב רצף ה-PS.

### תרשים 14: התאמה של המשתתפים בשתי האסטרטגיות, לפי מאפייני הרקע שלהם



בתהליך ההתאמה התוכנה מחלקת את המשתתפים לתאים (Blocks), כך שבכל תא (Block) יהיה איזון מספק בין תצפיות מאסטרטגית אינטראקציה חברתית לתצפיות מאסטרטגית חיזוק מסוגלות חברתית. לוח מספר X מציג את הקצאת המשתתפים בתוכניות משתי האסטרטגיות לתאים, בהתאם לציון ההתאמה (PS), הקצאה אשר עומדת במבחני איזון ההסתברות.

המשתתפים שבאמצעותם ערכנו את ההתאמה היו: גיל (עד גיל 80 לעומת בני 80 ויותר), מגדר, מצב משפחתי (אלמן לעומת אחרים), מצב בריאותי, קשר עם חברים לפחות פעם בשבוע, שביעות רצון מן הקשר עם החברים, קשר עם בני משפחה לפחות פעם בשבוע, שביעות רצון מן הקשר עם בני משפחה, אינדיקציה לדיכאון לפני השתתפות בתוכנית PHQ-2, תחושת בדידות, תחושת בדידות היום יותר מאשר בעבר, מדד בדידות התחלתית UCLA, יכולת לכסות על הוצאות כלכליות, יהודים/ערבים, השתתפות בפעילויות חברתיות ותחושת שייכות לקהילה.

לוח 5 מראה כי מודל האמידה חילק את אוכלוסיית המשתתפים בתוכניות לחמישה תאים, וכי בכל תא יש ייצוג לתוכניות שבהן הופעלה אסטרטגיית האינטראקציה החברתית (0) ולתוכניות שבהן הופעלה אסטרטגיית החיזוק למסוגלות חברתית (1).

**לוח 5: חלוקת המשתתפים לתאים, לפי ציון ההתאמה (במספרים)**

סך פרטים בבלוק	מספר פרטים באסטרטגית חיזוק מסוגלות חברתית	מספר פרטים באסטרטגית אינטראקציה חברתית	הרף תחתון של ציון ה-P של התא	סך הכול
357	143	214		
106	21	85	0	
116	42	74	0.2	
76	39	37	0.4	
45	30	15	0.6	
14	11	3	0.8	

שיעור ההסבר המדומה ( $R^2$  pseudo) של מודל הרגרסיה מסוג פרוביט הוא 16% (ראו נספח ה). במדגם של 357 המקרים התואמים חישבנו את משתנה התוצאה הממוצע בכל אחת מן האסטרטגיות, כלומר את ציון הממוצע של סולם הבדידות UCLA אחרי 6-9 חודשים מתחילת התוכנית. ההפרש בין שני הממוצעים, זה של אסטרטגית האינטראקציה החברתית וזה של אסטרטגית חיזוק המסוגלות החברתית, הוא אומדן ל-ATE (average treatment effect) – האפקט הממוצע של האסטרטגיה האחת לעומת האחרת.

**לוח 6: אומדן האפקט הממוצע של אסטרטגיית חיזוק המסוגלות החברתית לעומת אסטרטגיית ההזדמנות לאינטראקציה חברתית – (Average Treatment Effect) ATE**

רווח בר-סמך (CI: 95%)	P	Z	סטיית תקן	מקדם (Coefficient)	חיזוק המיומנות החברתית לעומת ההזדמנות לאינטראקציה חברתית
תחתון					
עליון					
4.85	0.12	1.52	1.39	2.12	מדד בדידות UCLA ב-T <sub>1</sub>
0.70	0.18	1.32	0.21	0.28	מדד דיכאון PHQ <sub>2</sub> ב-T <sub>1</sub>

מלוח 6 עולה כי עבור ה"משתתף הממוצע", קרי אדם בעל רמות ממוצעות של בדידות ודיכאון, לא נמצא הבדל מובהק בין האסטרטגיות, כלומר שלאחר התחשבות בשוני בין מאפייני האנשים בשתי האסטרטגיות לא הוכחה תרומה של האחת על פני האחרת להפחתת בדידות ( $p=0.12$ ) או להפחתת הדיכאון ( $p=0.18$ ).

כמו כן, נבדקה האפשרות שאסטרטגיה מסוג אחד מיטיבה עם אנשים בעלי מאפיינים מסוימים יותר מאסטרטגיה מן הסוג השני. על פי מאפיינים שנמצאו מובהקים במודל של PS (ראו נספח ה), נבדקה התפלגות המשתתפים לפי כל אחד מן המאפיינים בכל אחד מן התאים המאוזנים (התא החמישי הוצא מן החישוב עקב מיעוט תצפיות) (ראו נספח ו).

מצאנו כי בתוכניות שבהן הופעלה אסטרטגיית האינטראקציה החברתית, ככל שמתקדמים בתאים, מן הקוטב של 0.0 (סיכוי להשתתף באסטרטגית אינטראקציה חברתית) לקוטב של 0.6 (סיכוי להשתתף באסטרטגית חיזוק מסוגלות חברתית), רמת הבדידות (UCLA) הממוצעת הסופית (אחרי 6-9 חודשים מתחילת התוכנית) הייתה גבוהה יותר (עלייה מ-12.5 ל-22). לעומת זאת, בתוכניות שבהן הופעלה אסטרטגיית חיזוק המסוגלות החברתית לא נמצאה מגמה ברורה במעבר בין התאים (לוח 7).

**לוח 7: רמת הבדידות הממוצעת במדד UCLA לאחר 6-9 חודשים מתחילת התוכנית, לפי ציון ההתאמה ולפי אסטרטגיית התערבות**

	0	0.2	0.4	0.6
הזדמנות לאינטראקציה חברתית	12.5	14.7	18.3	22.0
חיזוק המסוגלות החברתית	23.3	17.8	20.3	23.3

תמונה דומה התקבלה עבור משתנה התוצאה אינדיקציה לדיכאון (PHQ-2), כאשר עבור אנשים שהשתתפו בתוכניות שבהן האסטרטגיה הייתה אינטראקציה חברתית, רמתו הממוצעת הסופית (אחרי 6-9 חודשים מתחילת התוכנית) הייתה גבוהה יותר ככל שהסיכוי להשתתף בתוכניות בסוג חיזוק המסוגלות החברתית היה גבוה יותר (עלייה מ-0.7 ל-1.9). ואילו בתוכניות שבהן הופעלה אסטרטגית חיזוק המסוגלות החברתית, לא נמצאה מגמה ברורה במעבר בין התאים (לוח 8).



**לוח 8: רמת הדיכאון הממוצעת במדד PHQ-2 לאחר 6-9 חודשים מתחילת התוכנית, לפי ציון ההתאמה ולפי אסטרטגיית התערבות**

0	0.2	0.4	0.6	
0.7	0.8	1.5	1.9	הזדמנות לאינטראקציה חברתית
1.1	1.6	2.0	1.8	חיזוק המסוגלות החברתית

ניכר כי תוכניות שבהן מופעלת אסטרטגיית האינטראקציה החברתית מיטיבות יותר עם אנשים בעלי סיכוי גבוה יותר להשתתף בתוכניות אלה (0), והם מאופיינים ברמת בדידות התחלתית נמוכה יותר (באופן יחסי), בהשתתפות בפעילות חברתית, בקיום קשרים עם בני משפחה לפחות פעם בשבוע, בשביעות רצון מן הקשרים עם בני המשפחה, בתחושת שייכות כלפי הקהילה ובהצלחה לכסות על ההוצאות הכספיות שלהם. הקוטב השני של PS (1) מאגד אנשים בעלי תכונות הפוכות – רמת בדידות התחלתית גבוהה, חוסר השתתפות בפעילות חברתית, קיום קשרים משפחתיים בתדירות נמוכה, שביעות רצון נמוכה מקשרים אלה, חוסר שייכות לקהילה וקושי לכסות על ההוצאות הכספיות שלהם. לעומת זאת, לא נמצא קשר בין תרומת התוכניות שבהן מופעלת אסטרטגיה לחיזוק המסוגלות החברתית להפחתת בדידות ודיכאון ובין מאפייני האנשים שהשתתפו בהן (ראו נספח ו)

**5.6.2 אמידת תרומת התוכנית למשתתפים בה לעומת מי שלא השתתפו**

כדי לאמוד את השינוי בין נקודות המדידה, ערכנו מבחן למדגמים תלויים (paired t-test), ובאמצעותו חישבנו עבור כל משתתף את ההפרש בין המדידה 6-9 חודשים אחרי תחילת התוכנית ( $T_1$ ) לבין המדידה בנקודת ההתחלה שלה ( $T_0$ ), ולאחר מכן יצרנו מדד משוכלל של ההפרשים (ראו נספח ה), לתיאור מפורט של המדדים בכל שלב והשינוי במדדים).

בניתוח דו-משתני השווינו את מדדי התוצאה של מי שהשתתפו בתוכנית למי שלא השתתפו בה – השוואת ממוצעים עבור ממדי התוצאה הרציפים (מבחן מובהקות t-test למדגמים בלתי תלויים) והשוואת התפלגויות עבור מדדי תוצאה אורדינליים (מבחן מובהקות חי בריבוע).

מאחר ששינויים בתחושות של בדידות, דיכאון ורווחה עשויים להיות מושפעים מגורמים שונים, ולא רק מהשפעת ההשתתפות בתוכנית, השתמשנו גם בניתוח רב-משתני – רגרסיות לינאריות עבור מדדי תוצאה רציפים ורגרסיות לוגיסטיות עבור מדדי תוצאה דיכוטומיים.

ברגרסיות הלינאריות נבדקו כמשתנים תלויים (שאותם אנו רוצים להסביר):

1. הפרש ברמת הבדידות (UCLA) ("לפני" ו"אחרי")

2. הפרש ברמת האינדיקציה לדיכאון (PHQ-2) ("לפני" ו"אחרי")

ברגרסיות הלוגיסטיות נבדקו כמשתנים תלויים (שאותם אנו רוצים להסביר):

1. שינוי בתחושה של חוסר בקשר אינטימי קרוב ("לפני" ו"אחרי")

2. שינוי בתחושה של חוסר בקשר עם קבוצת חברים ("לפני" ו"אחרי")

כמשתנים בלתי תלויים (מסבירים) הובאו בחשבון משתנים אשר לפי המודל התאורטי שהוצג בתחילה עשויים להשפיע על בדידות ולהסביר אותה. כך הובאו בחשבון במודל הניתוח גיל המשיבים (עד גיל 80 לעומת 80 ויותר), מצב משפחתי (אלמן לעומת כל השאר), השתתפות בפעילות חברתית נוספת, אוכלוסייה (יהודית, ערבית), אזור מגורים (עיר לעומת מרחב כפרי), מצב כלכלי, שינויים לרעה שהתרחשו בין המדידות במצב הבריאותי של המשתתף וכן משך התוכנית (קצר – עד 15 מפגשים, ארוך – יותר מ-15 מפגשים). נוסף לכך, רמת הבדידות או הדיכאון<sup>24</sup> ההתחלתיים עשויים אף הם להיות גורם מסביר לשינוי במצב הבדידות. למשל, עבור אדם עם רמת בדידות גבוהה מאוד, יש יותר "מקום" לשיפור המצב מאשר עבור אדם עם רמת בדידות ממוצעת ("אפקט רגרסיה לממוצע" של המשתנה). על כן גם משתנים אלו הובאו בחשבון במודל הרב-משתני.

מאחר שלמדנו מן הממצאים שהוצגו בפרק 5.2 כי אנשים בעלי מאפיינים שונים אותרו לתוכניות השונות (אינטראקציה חברתית לעומת חיזוק המסוגלות החברתית), ערכנו ניתוח נפרד לכל אסטרטגיה. עבור כל אסטרטגיה, ערכנו השוואה בין מדדי התוצאה של מי שהשתתפו בתוכנית לבין מדדי התוצאה של מי שבסופו של דבר לא השתתפו בתוכנית (אף על פי שכבר היו משובצים אליה ורואינו בתחילתה).

תרשימים 15 ו-16 מציגים את תוצאות הפרשי הממוצעים בין שתי נקודות המדידה במדד הבדידות העקיף (UCLA) ומדד האינדקסיה לדיכאון (PHQ-2), משתתפים ולא משתתפים, לפי אסטרטגיית התערבות. לוחות 9 ו-10 מציגים את ניתוחי הרגרסיה הליניארית שבוצעו.

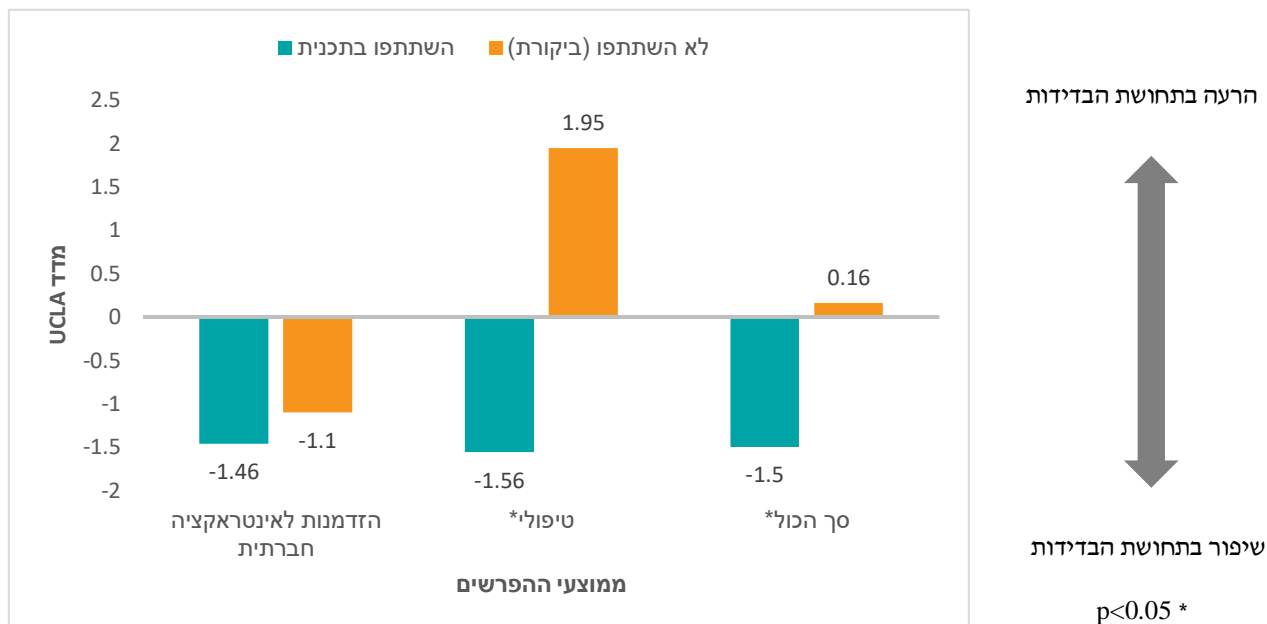
הפרש ברמת הבדידות (מדד בדידות עקיף UCLA). השינוי ברמת הבדידות, קרי, ההפרש במדד הבדידות UCLA (טווח 0-60) לפני ההשתתפות בתוכנית ואחריה, נבדק באמצעות מבחן t למדגמים בלתי תלויים, בין מי שהשתתפו בתוכניות לבין מי שלא השתתפו בהן. הממצאים מצביעים על הבדל מובהק בין הממוצעים ( $p=0.026$ ). מתרשים 14 ניתן לראות שבאופן כללי, בקרב המשיבים שהשתתפו בתוכניות נמצאה ירידה של 1.5 נקודות בממוצע במדד הבדידות UCLA (ירידה של 8% לעומת רמת הבדידות ההתחלתית) בהשוואה למשיבים שלא השתתפו בהן, אצלם נמצאה עלייה של 0.16 נקודות במדד הבדידות (עלייה של 1% לעומת הרמה ההתחלתית). בדיקה דומה (כלומר, מבחן t למדגמים בלתי תלויים) נעשתה עבור כל אסטרטגיה בנפרד והעלתה כי באסטרטגיה לחיזוק המסוגלות החברתית נמצא הבדל מובהק בין הממוצעים ( $p=0.003$ ) – רמת הבדידות הממוצעת של המשתתפים ירדה ב-1.56 נקודות במדד UCLA (ירידה של 7% לעומת הרמה ההתחלתית), בעוד הבדידות של מי שלא השתתפו בתוכניות אלה עלתה בזמן שחלף בין המדידות ב-1.95 נקודות (עלייה של 9%). באסטרטגיה המציעה הזדמנות לאינטראקציה חברתית לא נמצא הבדל מובהק בין הממוצעים של המשתתפים לעומת מי שלא השתתפו ( $p=0.70$ ), אך השינוי הממוצע בקרב המשתתפים, לפני ואחרי התוכנית (מבחן t למדגמים תלויים) נמצא מובהק ( $p=0.004$ ) – ירידה ממוצעת של 1.46 נקודות בסולם הבדידות, כלומר שממוצע הבדידות לפני התוכנית

---

<sup>24</sup> לפי הספרות, בדידות ודיכאון הם שני מושגים שנמצאים במתאם אך אינם זהים. מידת ההלימה שנמצאה בין רמת הבדידות לבין רמת האינדקסיה לדיכאון בשלב ההתחלתי היא בינונית (0.4), כלומר שיש מתאם בין השניים אבל הוא לא מושלם. לפיכך, החלטנו להכניס את שני המשתנים למודל הרגרסיה.

(16.7, סטיית תקן 0.68) היה גבוה מממוצע הבדידות אחרי ההשתתפות בתוכנית (15.1, סטיית תקן 0.7) (ראו נספח ז).

**תרשים 15: ממוצעי הפרשים בין מדידות (T<sub>1</sub>-T<sub>0</sub>) במדד בדידות עקיף UCLA, משיבים משתתפים ולא משתתפים, לפי אסטרטגיית התערבות (טווח המדד 0-60)**



בחינת ניתוחי הרגרסיה בלוח 9 מראה כי האפקט של השתתפות בתוכנית בהתערבויות לחיזוק המסוגלות החברתית נותר מובהק גם כששלטנו בשאר המשתנים ( $p=0.004$ ). כלומר, מלבד כל המשתנים המסבירים האחרים, השתתפות בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית הפחיתה את רמת הבדידות של המשיבים שהשתתפו לעומת מי שלא השתתפו. אפקט זה לא נמצא בתוכניות של אינטראקציה חברתית. משתתפים בתוכניות ארוכות יותר (יותר מ-15 מפגשים), הראו ירידה גדולה יותר של רמות הבדידות, בשתי האסטרטגיות (מובהק, לוח 9).

מודל הרגרסיה של כל אחת מן האסטרטגיות, הכולל את כלל המשתנים, נמצא מובהק הן באסטרטגיה של אינטראקציה חברתית ( $F_{(12,335)}=8.153, p<0.0001$ ) והן באסטרטגיה לחיזוק המסוגלות החברתית ( $F_{(12,235)}=5.202, p<0.0001$ ). השונות המוסברת (כלומר המידה שבה מודל הרגרסיה מנבא שינוי ברמת הבדידות) של המודל באסטרטגיה של אינטראקציה חברתית הייתה  $R^2=0.226$ , ובאסטרטגיה לחיזוק המסוגלות החברתית –  $R^2=0.210$ . מידת החוזק של הניבוי לפי גודל שונות מוסברת זו נחשבת בינונית.

לוח 9: רגרסיה מרובה (ליניארית) על ההפרש בין  $T_1$  ל- $T_0$  במדד UCLA (טווח המדד 0-60) – לוח נפרד מוצג עבור כל אסטרטגיית התערבות

אסטרטגיית התערבות – הזדמנות לאינטראקציה חברתית				
מובהקות (p)	רווח בר-סמך (CI: 95%)		מקדם ( $\beta$ )	גורם
	עליון	תחתון		
0.478	1.139	-2.426	-0.035	השתתפות בתוכנית (1=השתתף, 0=לא השתתף)
0.116	0.378	-3.427	-0.083	גיל (1=80+, 0=פחות מ-80)
0.353	2.641	-0.946	0.048	מצב משפחתי (1=אלמן, 0=כל השאר)
0.077	0.217	-4.221	-0.091	מין (1=נשים, 0=גברים)
<b>0.0001*</b>	-0.252	-0.424	-0.426	רמת בדידות התחלתית ב- $T_0$ (רציף, טווח 0-60)
0.886	0.547	-0.472	0.008	רמת דיכאון התחלתית ב- $T_0$ (רציף, טווח 0-6)
<b>0.0001*</b>	5.847	1.949	0.208	שינוי במצב הבריאותי ב- $T_1$ (1=לרעה, 0=ללא שינוי/השתפר)
0.522	1.330	-2.614	-0.033	מצב כלכלי (1=מתקשים בכיסוי הוצאות, 0=לא מתקשים)
<b>0.001*</b>	-1.401	-5.082	-0.171	השתתפות בפעילויות חברתיות נוספות (1=כן, 0=לא)
0.064	7.975	-0.229	0.093	אוכלוסייה (1=יהודי, 0=ערבי)
0.385	1.083	-2.801	-0.047	אזור מגורים (1=בעיר, 0=מרחב כפרי)
<b>0.008*</b>	-1.001	-6.692	-0.132	משך ההתערבות (1=ארוך, 0=קצר)
0.004	16.485	3.227		קבוע

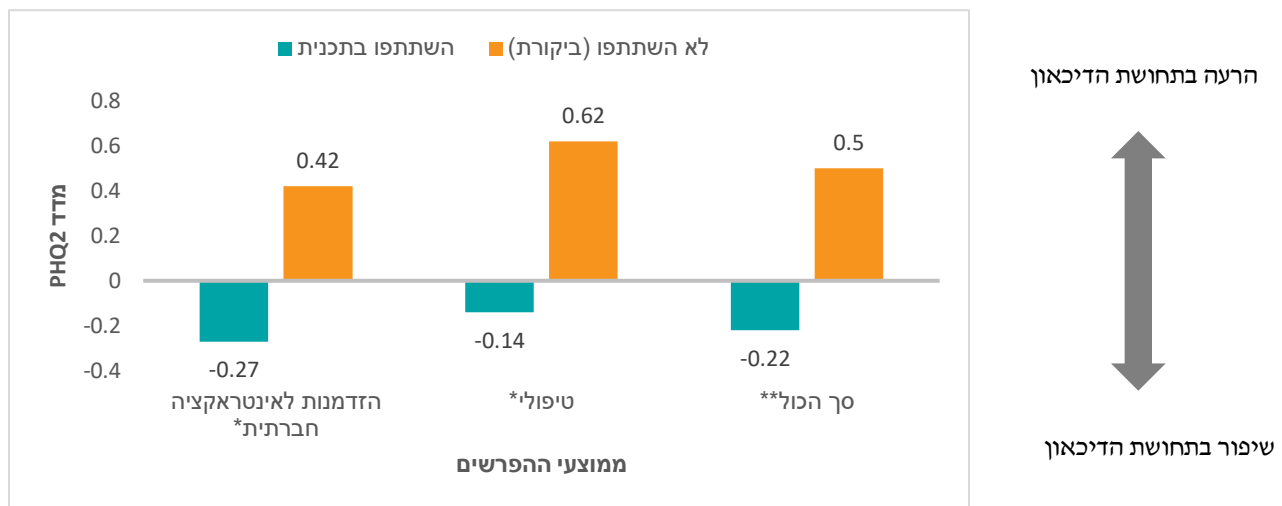
\* מתאם מובהק

אסטרטגיית התערבות – חיזוק המסוגלות החברתית				
מובהקות (p)	רווח בר-סמך (CI: 95%)		מקדם ( $\beta$ )	גורם
	עליון	תחתון		
<b>0.004*</b>	-1.096	-5.569	-0.176	השתתפות בתוכנית (1=השתתף, 0=לא השתתף)
0.503	3.375	-1.660	0.045	גיל (1=80+, 0=פחות מ-80)
0.429	3.209	-1.368	0.050	מצב משפחתי (1=אלמן, 0=כל השאר)
0.349	4.660	-1.651	0.058	מין (1=נשים, 0=גברים)
<b>0.0001*</b>	-0.170	-0.391	-0.352	רמת בדידות התחלתית ב- $T_0$ (רציף, טווח 0-60)
0.777	0.538	-0.719	-0.020	רמת דיכאון התחלתית ב- $T_0$ (רציף, טווח 0-6)
0.066	4.479	-0.140	0.116	שינוי במצב הבריאותי ב- $T_1$ (1=לרעה, 0=ללא שינוי/השתפר)
0.101	4.244	-0.383	0.103	מצב כלכלי (1=מתקשים בכיסוי הוצאות, 0=לא מתקשים)
0.217	0.961	-4.217	-0.083	השתתפות בפעילויות חברתיות נוספות (1=כן, 0=לא)
0.459	3.117	-6.887	-0.072	אוכלוסייה (1=יהודי, 0=ערבי)
0.324	4.465	-1.484	0.062	אזור מגורים (1=בעיר, 0=מרחב כפרי)
<b>0.037*</b>	-0.276	-8.707	-0.204	משך ההתערבות (1=ארוך, 0=קצר)
0.160	15.003	-2.493		קבוע

\* מתאם מובהק

**הפרש באינדיקציה לדיכאון (PHQ-2).** השינוי ברמת הדיכאון, קרי, ההפרש המדד ה-PHQ-2 אשר נותן אינדיקציה למצב נפשי של דיכאון (טווח 0-6), לפני ההשתתפות בתוכנית ואחריה, נבדק אף הוא באמצעות מבחן t למדגמים בלתי תלויים, בין מי שהשתתפו בתוכנית לבין מי שלא השתתפו בהן. הממצאים מצביעים על הבדל מובהק בין הממוצעים ( $p=0.0001$ ). בתרשים 16 אפשר לראות כי בקרב המשיבים שהשתתפו בתוכנית חלה ירידה של 0.22 נקודות בממוצע במדד האינדיקציה לדיכאון (ירידה של 14% לעומת הרמה ההתחלתית), בעוד רמת האינדיקציה לדיכאון בקרב המשיבים שלא השתתפו עלתה ב-0.5 נקודות (עלייה של 27% לעומת הרמה ההתחלתית). בדיקה דומה (כלומר, מבחן t למדגמים בלתי תלויים) נעשתה עבור כל אסטרטגיה בנפרד והעלתה כי בשתי האסטרטגיות נמצא הבדל מובהק בין הממוצעים – באסטרטגיה לחיזוק המסוגלות החברתית ( $p=0.017$ ) נמצאה ירידה של 0.14 נקודות המדד בקרב המשתתפים לעומת עלייה של 0.62 נקודות המדד אצל מי שלא השתתפו בתוכנית אלה, ובאסטרטגיה המציעה הזדמנות לאינטראקציה חברתית ( $p=0.004$ ) נמצאה ירידה של 0.27 נקודות המדד בקרב המשתתפים לעומת עלייה של 0.42 נקודות בקרב מי שלא השתתפו בתוכנית אלה (ראו נספח ז). ממצא זה תומך בממצא לפיו 71% מן המשיבים דיווחו שהתוכנית תרמה לשיפור מצב הרוח הכללי שלהם (ראו סעיף 5.5).

**תרשים 16: ממוצעי הפרשים בין מדידות ( $T_1-T_0$ ) במדד אינדיקציה לדיכאון (PHQ-2), משיבים משתתפים ולא משתתפים, לפי אסטרטגית התערבות (טווח המדד 0-6)**



$p < 0.001$  \*\*  $< 0.05$

בהסתכלות על ניתוחי הרגרסיה בלוח 10, ניתן לראות שהאפקט ההתחלתי של השתתפות בתוכנית בשתי אסטרטגיות ההתערבויות נותר מובהק גם כששלטנו בשאר המשתנים. כלומר, מלבד כל המשתנים המסבירים האחרים, השתתפות בתוכנית הפחיתה את האינדיקציה לדיכאון בקרב המשיבים שהשתתפו לעומת מי שלא השתתפו. ניתן ללמוד שמשתתפים שרמת האינדיקציה ההתחלתית שלהם לדיכאון הייתה גבוהה יותר בתחילת התוכנית הראו ירידה גבוהה יותר של אינדיקציה לדיכאון במדידה השנייה (מובהק). ירידה זו הייתה גדולה יותר באסטרטגיה של אינטראקציה חברתית. רמות האינדיקציה לדיכאון של

משתתפים שמצבם הבריאותי התדרדר בין המדידות לא ירד אלא עלה, בשתי אסטרטגיות ההתערבות (מובהק). כמו כן נמצא כי באסטרטגיה של אינטראקציה חברתית, משיבים עם רמות גבוהות יותר של בדידות בנקודת ההתחלה הראו עלייה באינדיקציה לדיכאון ( $p=0.001$ ), וכן נמצאה השפעה למין; נשים הראו עלייה באינדיקציה לדיכאון לעומת גברים ( $p=0.053$ ). השפעות אלו לא נמצאו באסטרטגיה לחיזוק המסוגלות החברתית. נוסף לכך, נמצאה השפעה לגיל באסטרטגיה לחיזוק המסוגלות החברתית; משיבים בני 80 ויותר הראו ירידה גדולה יותר באינדיקציה לדיכאון ( $p=0.018$ ). כן נמצאה השפעה למצב כלכלי; משיבים המתקשים לכסות את הוצאותיהם הראו עלייה באינדיקציה לדיכאון ( $p=0.05$ ). לא נמצאו הבדלים מובהקים נוספים במשתנים של מצב משפחתי, השתתפות בפעילויות חברתיות נוספות, אוכלוסייה, אזור מגורים ומשך התוכנית (לוח 10).

מודל הרגרסיה של כל אחת מן האסטרטגיות, הכולל את כלל המשתנים, נמצא מובהק, הן באסטרטגיה של אינטראקציה חברתית ( $F_{(12,235)}=20.995, p<0.0001$ ) והן באסטרטגיה הטיפולית ( $F_{(12,235)}=11.031, p<0.0001$ ). השונות המוסברת (כלומר המידה שבה מודל הרגרסיה מנבא שינוי במצב הדיכאון) של המודל באסטרטגיה של אינטראקציה חברתית הייתה  $R^2=0.429$ , ובאסטרטגיה הטיפולית –  $R^2=0.360$ . מידת החוזק של הניבוי לפי גודל שונות מוסברת זו נחשבת בינונית.

לוח 10: רגרסיה מרובה (לינארית) על ההפרש בין T<sub>1</sub> ל-T<sub>0</sub> במדד PHQ-2 (טווח המדד 0-6) – לוח נפרד מוצג עבור כל אסטרטגיית התערבות

אסטרטגיית התערבות – הזדמנות לאינטראקציה חברתית				
מובהקות (p)	רווח בר-סמך (CI: 95%)		מקדם (β)	גורם
	עליון	תחתון		
0.001*	-0.251	-0.989	-0.142	השתתפות בתוכנית (1=השתתף, 0=לא השתתף)
0.941	0.409	-0.379	0.003	גיל (1=80+, 0=פחות מ-80)
0.606	0.467	-0.273	0.023	מצב משפחתי (1=אלמן, 0=כל השאר)
0.053*	0.915	-0.005	0.085	מין (1=נשים, 0=גברים)
0.0001*	-0.693	-0.904	-0.722	רמת דיכאון התחלתית ב-T <sub>0</sub> (רציף, טווח 0-6)
0.0001*	0.063	0.027	0.235	רמת בדידות התחלתית ב-T <sub>0</sub> (רציף, טווח 0-60)
0.0001*	1.200	0.396	0.178	שינוי במצב הבריאותי ב-T <sub>1</sub> (1=לרעה, 0=ללא שינוי/השתפר)
0.502	0.270	-0.550	-0.029	מצב כלכלי (1=מתקשים בכיסוי הוצאות, 0=לא מתקשים)
0.624	0.478	-0.287	0.021	השתתפות בפעילויות חברתיות נוספות (1=כן, 0=לא)
0.759	0.717	-0.983	-0.013	אוכלוסייה (1=יהודי, 0=ערבי)
0.176	0.125	-0.679	-0.062	אזור מגורים (1=בעיר, 0=מרחב כפרי)
0.282	0.267	-0.912	-0.046	משך ההתערבות (1=ארוך, 0=קצר)
0.837	1.513	-1.226		קבוע

\* מתאם מובהק

אסטרטגיית התערבות – חיזוק המסוגלות החברתית				
מובהקות (p)	רווח בר-סמך (CI: 95%)		מקדם (β)	גורם
	עליון	תחתון		
0.0001*	-0.405	-1.422	-0.192	השתתפות בתוכנית (1=השתתף, 0=לא השתתף)
0.018*	-0.117	-1.256	-0.143	גיל (1=80+, 0=פחות מ-80)
0.136	0.923	-0.127	0.086	מצב משפחתי (1=אלמן, 0=כל השאר)
0.326	1.078	-0.360	0.054	מין (1=נשים, 0=גברים)
0.0001*	-0.521	-0.803	-0.587	רמת דיכאון התחלתית ב-T <sub>0</sub> (רציף, טווח 0-6)
0.295	0.038	-0.012	0.067	רמת בדידות התחלתית ב-T <sub>0</sub> (רציף, טווח 0-60)
0.003*	1.295	0.259	0.165	שינוי במצב הבריאותי ב-T <sub>1</sub> (1=לרעה, 0=ללא שינוי/השתפר)
0.050*	1.053	0.000	0.112	מצב כלכלי (1=מתקשים בכיסוי הוצאות, 0=לא מתקשים)
0.657	0.716	-0.453	0.026	השתתפות בפעילויות חברתיות נוספות (1=כן, 0=לא)
0.501	1.547	-0.758	0.058	אוכלוסייה (1=יהודי, 0=ערבי)
0.654	0.524	-0.834	-0.025	אזור מגורים (1=בעיר, 0=מרחב כפרי)
0.430	0.574	-1.344	-0.068	משך ההתערבות (1=ארוך, 0=קצר)
0.850	2.194	-1.808		קבוע

\* מתאם מובהק

**מדדים נוספים למדידת בדידות.** מלבד מדד ה-UCLA בחנו את השינוי במדד הישיר של בדידות וכן במדדים של תחושת חוסר בקשר קרוב עם אדם אחר ותחושת חוסר בקשר עם קבוצת חברים. מאחר שמשתנים אלו אורדינליים ולא רציפים, השתמשנו ברגרסיה לוגיסטית כאשר המשתנה התלוי היה שיפור בתחושה לעומת הרעה או היעדר שינוי במצב.

1. בנספח ז ניתן לראות שלא נמצאו הבדלים במדד הישיר של בדידות בין מי שהשתתפו (26% שיפור לטובה ברמת הבדידות) למי שלא השתתפו באסטרטגיות השונות (23% שיפור). גם בניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית לא נמצא אפקט להשתתפות במדד הישיר של בדידות. ייתכן שהמדד הישיר, המורכב מסולם אורדינלי ובו ארבע תשובות, אינו רגיש דיו לשינויים לאורך זמן כשם שמדד ה-UCLA רגיש.
2. שינוי בתחושה של חוסר בקשר קרוב עם אדם אחר. בנספח ז ניתן לראות ש-27% ממי שהשתתפו בתוכניות הראו שיפור בתחושה של חוסר בקשר קרוב עם אדם אחר, לעומת 19% ממי שלא השתתפו שכן הראו שיפור. הבדל דומה נמצא עבור משיבים שהשתתפו בתוכניות של אינטראקציה חברתית (28% בקרב מי שהשתתף לעומת 17% בקרב מי שלא השתתף). בקרב משיבים שהשתתפו בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית לא נמצא הבדל מובהק לעומת מי שלא השתתפו (26% לעומת 29%, בהתאמה).

בניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית נמצא אפקט מובהק להשתתפות בתוכנית עבור משיבים בתוכניות של אינטראקציה חברתית, כך שמלבד כלל המשתנים האחרים, הסיכוי לשיפור בתחושת החוסר באדם קרוב היה כפול אצל מי שהשתתפו בתוכנית לעומת מי שלא השתתפו בתוכנית. אפקט זה לא נמצא מובהק בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית. בדומה למדד UCLA, נמצא שאנשים עם רמת בדידות התחלתית (ב-UCLA) גבוהה יותר הראו שיפור רב יותר בתחושת החוסר בקשר קרוב עם אדם אחר. אפקט זה נמצא רק עבור אנשים באסטרטגיה של אינטראקציה חברתית. בניתוח עבור האסטרטגיה לחיזוק המסוגלות החברתית, משיבים שלהם קשיים כספיים היו בעלי סיכוי קטן יותר (ב-57%) לשפר את תחושת החוסר באדם קרוב לעומת אלה שאינם מתקשים כלכלית (לוח 11).



לוח 11: רגרסיה מרובה (לוגיסטית) על שיפור בין  $T_1$  ל- $T_0$  בתחושת חוסר בקשר עם אדם קרוב – לוח נפרד מוצג עבור כל אסטרטגיית התערבות

אסטרטגיית התערבות – הזדמנות לאינטראקציה חברתית				
מובהקות (p)	רווח בר-סמך (CI: 95%) עליון תחתון		יחס צולב - Exp(B)	גורם
				<b>השתתפות בתוכנית</b>
			1	לא השתתף
0.024*	3.626	1.095	1.992	השתתף
				<b>גיל</b>
			1	פחות מ-80
0.486	2.264	0.678	1.239	80 ויותר
				<b>מצב משפחתי</b>
			1	לא אלמן
0.650	1.539	0.501	0.878	אלמן
				<b>מין</b>
			1	גברים
0.423	2.677	0.662	1.331	נשים
0.812	1.153	0.834	0.981	רמת דיכאון התחלתית ב- $T_0$ (רציף, 0-6)
0.016*	1.063	1.006	1.034	רמת בדידות התחלתית ב- $T_0$ (רציף, 0-60)
				<b>שינוי במצב הבריאותי ב-<math>T_1</math></b>
			1	לא שינוי / השתפר
0.434	1.464	0.412	0.777	שינוי לרעה
				<b>מצב כלכלי</b>
			1	לא מתקשים בכיסוי ההוצאות
0.922	1.950	0.547	1.032	מתקשים בכיסוי ההוצאות
				<b>השתתפות בפעילויות חברתיות נוספות</b>
			1	לא
0.059	3.409	0.977	1.825	כן
				<b>אוכלוסייה</b>
			1	ערבי
0.511	2.317	0.185	0.655	יהודי
				<b>אזור מגורים</b>
			1	מרחב כפרי
0.067	3.146	0.961	1.739	בעיר
				<b>משך ההתערבות</b>
			1	קצר
0.954	2.413	0.393	0.973	ארוך

0.007			0.057	קבוע
-------	--	--	-------	------

\* מתאם מובהק

אסטרטגיית התערבות – חיזוק מסוגלות חברתית				
מובהקות (p)	רווח בר-סמך (CI: 95%) עליון	תחתון	יחס צולב - Exp(B)	גורם
				<b>השתתפות בתוכנית</b>
			1	לא השתתף
0.599	2.395	0.604	1.203	השתתף
				<b>גיל</b>
			1	פחות מ-80
0.407	1.549	0.340	0.725	80 ויותר
				<b>מצב משפחתי</b>
			1	לא אלמן
0.407	2.640	0.675	1.335	אלמן
				<b>מין</b>
			1	גברים
0.265	1.474	0.243	0.599	נשים
0.884	1.229	0.837	1.014	רמת דיכאון התחלתית ב-T <sub>0</sub> (רציף, טווח 0-6)
0.727	1.041	0.973	1.006	רמת בדידות התחלתית ב-T <sub>0</sub> (רציף, טווח 0-60)
				<b>שינוי במצב הבריאותי ב-T<sub>1</sub></b>
			1	לא שינוי / השתפר
0.981	2.021	0.503	1.008	שינוי לרעה
				<b>מצב כלכלי</b>
			1	לא מתקשים בכיסוי ההוצאות
<b>0.027*</b>	0.907	0.207	0.434	מתקשים בכיסוי ההוצאות
				<b>השתתפות בפעילויות חברתיות נוספות</b>
			1	לא
0.970	2.191	0.443	0.985	כן
				<b>אוכלוסייה</b>
			1	ערבי
0.146	1.590	0.044	0.264	יהודי
				<b>אזור מגורים</b>
			1	מרחב כפרי
0.586	2.906	0.547	1.261	בעיר
				<b>משך ההתערבות</b>

			1	קצר
0.263	1.987	0.081	0.401	ארוך
0.474			2.744	קבוע

\* מתאם מובהק

3. שינוי בתחושה של חוסר בקשר עם קבוצת חברים. בנספח ז ניתן לראות ש-28% ממי שהשתתפו בתוכניות הראו שיפור בתחושה של חוסר בקשר עם קבוצת חברים, בעוד 23% ממי שלא השתתפו הראו שיפור. הבדל דומה ומובהק נמצא עבור משיבים שהשתתפו בתוכניות של אינטראקציה חברתית (29% בקרב מי שהשתתפו לעומת 19% בקרב מי שלא השתתפו). בקרב משיבים שהשתתפו בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית לא נמצא הבדל מובהק לעומת מי שלא השתתפו (28% לעומת 17%, בהתאמה).

בניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית נמצא אפקט מובהק להשתתפות בתוכנית עבור משתתפים בתוכניות של אינטראקציה חברתית, כך שמלבד כלל המשתתפים האחרים, הסיכוי לשיפור תחושת החוסר בקשר עם קבוצה חברתית היה גבוה פי 2.186 אצל מי שהשתתפו בתוכנית לעומת מי שלא השתתפו. אפקט זה לא נמצא מובהק בתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית. בדומה למדד UCLA, נמצא שאנשים עם רמת בדידות התחלתית (ב-UCLA) גבוהה יותר הראו שיפור רב יותר בתחושה של חוסר בקשר עם קבוצת חברים. אפקט זה נמצא רק עבור משתתפים בתוכניות של אינטראקציה חברתית. עבור המשתתפים בתוכניות של חיזוק המסוגלות החברתית, הסיכוי של אלמנים לשפר את תחושת החוסר בקבוצה חברתית היה גבוה פי 2.233 לעומת אנשים במצב משפחתי אחר, והסיכוי של גברים לשפר תחושה זו היה גבוה ב-59% מסיכוי הנשים (לוח 12).

לוח 12: רגרסיה מרובה (לוגיסטית) על שיפור בין  $T_1$  ל- $T_0$  בתחושת חוסר בקשר עם קבוצה חברתית – לוח נפרד מוצג עבור כל אסטרטגיית התערבות

אסטרטגיית התערבות – הזדמנות לאינטראקציה חברתית				
מובהקות (p)	רווח בר-סמך (CI: 95%) עליון תחתון		יחס צלב - Exp(B)	גורם
				<b>השתתפות בתוכנית</b>
			1	לא השתתף
0.011*	3.996	1.196	2.186	השתתף
				<b>גיל</b>
			1	פחות מ-80
0.423	2.356	0.698	1.282	80 ויותר
				<b>מצב משפחתי</b>
			1	לא אלמן
0.122	1.127	0.362	0.639	אלמן
				<b>מין</b>
			1	גברים
0.612	2.446	0.591	1.202	נשים
0.948	1.173	0.861	1.005	רמת דיכאון התחלתית ב- $T_0$ (רציף, טווח 0-6)
0.003*	1.071	1.014	1.042	רמת בדידות התחלתית ב- $T_0$ (רציף, טווח 0-60)
				<b>שינוי במצב הבריאותי ב-<math>T_1</math></b>
			1	ללא שינוי / השתפר
0.727	2.037	0.609	1.114	שינוי לרעה
				<b>מצב כלכלי</b>
			1	לא מתקשים בכיסוי ההוצאות
0.303	1.356	0.376	0.714	מתקשים בכיסוי ההוצאות
				<b>השתתפות בפעילויות חברתיות נוספות</b>
			1	לא
0.118	3.018	0.882	1.632	כן
				<b>אוכלוסייה</b>
			1	ערבי
0.045*	0.975	0.088	0.293	יהודי
				<b>אזור מגורים</b>
			1	מרחב כפרי
0.903	1.780	0.520	0.962	בעיר
				<b>משך ההתערבות</b>
			1	קצר
0.100	7.831	0.834	2.556	ארוך

0.017			0.073	קבוע
-------	--	--	-------	------

\* מתאם מובהק

אסטרטגיית התערבות – חיזוק מסוגלות חברתית				
מובהקות (p)	רווח בר-סמך (CI: 95%) עליון תחתון		יחס צולב - Exp(B)	גורם
				<b>השתתפות בתוכנית</b>
			1	לא השתתף
0.621	1.623	0.444	0.849	השתתף
				<b>גיל</b>
			1	פחות מ-80
0.161	1.236	0.279	0.587	80 ויותר
				<b>מצב משפחתי</b>
			1	לא אלמן
0.019	4.359	1.144	2.233	אלמן
				<b>מין</b>
			1	גברים
0.044	0.976	0.176	0.414	נשים
0.730	1.243	0.859	1.033	רמת דיכאון התחלתית ב-T <sub>0</sub> (רציף, טווח 0-6)
0.460	1.045	0.980	1.012	רמת בדידות התחלתית ב-T <sub>0</sub> (רציף, טווח 0-60)
				<b>שינוי במצב הבריאותי ב-T<sub>1</sub></b>
			1	ללא שינוי / השתפר
0.143	1.190	0.302	0.600	שינוי לרעה
				<b>מצב כלכלי</b>
			1	לא מתקשים בכיסוי ההוצאות
0.145	1.192	0.303	0.601	מתקשים בכיסוי ההוצאות
				<b>השתתפות בפעילויות חברתיות נוספות</b>
			1	לא
0.657	1.806	0.391	0.841	כן
				<b>אוכלוסייה</b>
			1	ערבי
0.495	2.871	0.113	0.569	יהודי
				<b>אזור מגורים</b>
			1	מרחב כפרי
0.422	3.126	0.620	1.393	בעיר
				<b>משך התערבות</b>
			1	קצר

0.141	1.410	0.089	0.354	ארוך
0.339			3.518	קבוע

\* מתאם מובהק

4. **שביעות רצון מן החיים**. בחנו גם את המידה שבה המשיבים הראו שיפור בתחושת שביעות הרצון שלהם מן החיים. לא נמצאו הבדלים בין המשתתפים בתוכנית (22% שיפור) לבין מי שלא השתתפו (24% שיפור). גם בניית הרב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית לא נמצאו הבדלים מובהקים.

לסיכום חלק זה, ניתן לומר שהתמונה הכללית שמצטיירת מבחינת מדדי התוצאה היא שבמדדים השונים של בדידות ואינדיקציה לדיכאון, משיבים שהשתתפו בתוכניות בכלל האסטרטגיות הראו שיפור בתחושות הבדידות שלהם ובאינדיקציה לדיכאון. כאשר יוצרים התאמה במאפיינים של המשתתפים בשתי האסטרטגיות, אין עדיפות של אחת מהן על פני האחרת בהפחתת רמות הבדידות והדיכאון של המשתתפים בתוכנית. האסטרטגיה של אינטראקציה חברתית מיטיבה יותר עם אנשים פעילים חברתית, בעלי קשרים משפחתיים טובים וחסרי קשיים כספיים.

בהשוואה בין משתתפים ללא משתתפים, בהסתכלות על כל אסטרטגיה בנפרד, נראה שהמשיבים שהשתתפו בשתי האסטרטגיות הראו שיפור בתחושות הדיכאון שלהם. בנוגע לבדידות, במדד ה-UCLA נמצא אפקט מובהק להשתתפות רק באסטרטגיה לחיזוק המסוגלות החברתית. עם זאת, גם המשיבים שהשתתפו בתוכניות של אינטראקציה חברתית הראו ירידה ברמת הבדידות במדד ה-UCLA, ואף הראו שיפור מובהק במדדים האחרים של בדידות. מן הניתוחים עולה שרמות הבדידות והדיכאון ההתחלתיים הם משתנים מסבירים חשובים בירידה בתחושות הבדידות והדיכאון. אנשים עם רמות התחלתיות גבוהות יותר של בדידות ודיכאון הראו שיפור משמעותי יותר. נוסף לכך, מסתמן שמשך התוכנית הוא משתנה מסביר להפחתת תחושת הבדידות; משיבים שהשתתפו בתוכניות ארוכות יותר הראו ירידה גדולה יותר בתחושת הבדידות. כמו כן נמצא ששינוי במצב הבריאות עשוי להסביר שינוי בתחושת הבדידות; משיבים שחלה הרעה במצב בריאותם, הראו עלייה בתחושת הבדידות.

## 5.7 תרומה למשתתפים – מנקודת המבט של אנשי המקצוע ומשיח חופשי עם

### המשתתפים עצמם

ניתוח הראיונות עם הרכזות ואנשי המקצוע, וניתוח התכנים שעלו בוועדות ההיגוי ובשאלונים האינטרנטיים שהועברו למפעילי התוכניות העלו כמה תרומות למשתתפי התוכנית, מזווית הראייה של אנשי המקצוע. גם המשתתפים עצמם סיפרו במהלך קבוצות המיקוד על משמעות התוכנית מבחינתם. תרומות אלו נגעו לשני ממדים בחייהם (החלוקה היא אנליטית, ולכן תיתכן חפיפה בין הממדים):

1. תרומות הקשורות לתחושות אישיות, כגון שיפור מיומנויות חברתיות, שיפור הדימוי העצמי ופיתוח תחושת מסוגלות עצמית.
2. תרומות הקשורות לשינוי התנהגות, כגון יצירת קשרים חברתיים חדשים, שיפור הקשרים המשפחתיים והשתלבות בשירותים נוספים בקהילה.

מדברי המשתתפים בתוכניות ומדברי הרכזות עולה באופן ברור, כי בניגוד לסברה המקובלת, ולפיה זקנים לא יכולים להשתנות, התוכניות להפחתת בדידות חוללה שינוי בקרב הזקנים שהשתתפו בהן.

### 5.7.1 תרומות הקשורות לתחושות אישיות

**שיפור מיומנויות וכישורים חברתיים.** בחלק מן הקבוצות, שיפור המיומנויות החברתיות של המשתתפים הוגדר מטרה מוצהרת של התוכנית. אך גם בתוכניות שבהן זו לא הייתה המטרה המוצהרת, מנחי הקבוצות פעלו כדי להביא לשיפור במיומנויות אלו. הם עודדו את המשתתפים ליצור קשרים חברתיים, להזמין זה את זה מדי פעם או ללכת למפגש משותף בבית קפה. לעיתים, מנחי הקבוצות היו צריכים לפעול לשיפור הכישורים החברתיים של משתתפי הקבוצה מפני שהיו מתחים וסכסוכים בתוך הקבוצה ומפני שאנשים התנהגו זה לזה בדרך לא חברית ובחוסר סבלנות. היו מקרים שבהם התפתחו ריבים בין משתתפי הקבוצה, והיו גם מי שעזבו את הקבוצה או עברו לקבוצה אחרת כי משתתפים אחרים פגעו ברגשותיהם. העבודה על הכישורים החברתיים, כגון כבוד הדדי והקשבה, תרמה אף היא לשיפור האווירה בקבוצה.

*"אני מרגישה שיש אנשים שזה ממש השפיע להם על החיים. אנשים שבתחילת הפרויקט היו ממש מעצבנים והסירו קליפות, הפכו לאנשים נחמדים" (ריאיון עם רכזת, 22.8.18).*

על פי התרשמותם של מפעילי הקבוצות, ההשתתפות במיזם אפשרה למשתתפים לראות את עצמם באור חדש, לרענן מיומנויות חברתיות ולגשת לקונפליקטים *"בדרך אחרת וכן להבין שהמצב שלהם משותף לעוד אנשים" (שאלון אינטרנטי, 18.4.18).*

**שיפור תחושת מסוגלות עצמית והתעצמות אישית.** נראה כי קיום האינטראקציות החברתיות הביא לחיזוק תחושת המסוגלות העצמית של המשתתפים ועודד אותם לפעול למען עצמם. חלק ממשתתפי התוכנית קיבלו תפקידים בתוך הקבוצה ועקב כך תפסו עמדת מנהיגות. אחת הרכזות מתארת משתתפת שהפכה ל"מובילת קבוצה":

*"המובילה לא הייתה בחורה חברתית. הבנתי מהאנשים שהיא הייתה שונה, לא חברתית ופתאום היא הרימה את הנושא שהקבוצה בחרה לעסוק בו ויש תקציב והיא הפכה ליצור חברתי. היא עכשיו מובילה ביישוב הזה, כל הפידבק שהיא מקבלת, היא מרימה טיולים, היא מצרפת עוד ועוד אנשים" (רכזת, ריאיון, 13.8.18).*

**רכישת כלים להתמודדות עם רגשות שליליים ובדידות בפרט.** היו משתתפים שפיתחו יכולת להתמודד עם רגשות שליליים ועם מצבי משבר כגון אובדן של בן זוג, ולהסתכל על דברים בראייה חיובית יותר. הערכת אנשי המקצוע בנושא זה מחזקת את הממצא ולפיו 46% מן המשתתפים העידו כי התוכנית תרמה ליכולת שלהם להתמודד עם רגשות לא נעימים (תרשים 13).

### 5.7.2 תרומות הקשורות לשינוי התנהגות

**יצירת קשרים חברתיים ורשת תמיכה, בתוך גבולות התוכנית ומחוץ להם.** בהמשך לעדותם של 36% מן המשתתפים (תרשים 13), גם מנקודת מבטם של אנשי המקצוע הפעילות בקבוצה העמיקה קשרים קיימים, שלעיתים היו שטחיים, ללא שיתוף או הקשבה, ויצרה קשרים חדשים, במקרים מסוימים בין אנשים שסיכוי נמוך שהיו מתחברים מחוץ למסגרת זו. בחלק מן המקרים נוצרו חברויות שהתקיימו גם מחוץ

להקשר הקבוצתי, כגון נשים שנסעו יחד לחופשה בחו"ל, הקימו קבוצת וואטסאפ ויצרו רשת תמיכה חברתית זו לזו. כפי שתואר בדוח הסיכום של פעילות אחת התוכניות:

*"אנשים שבעבר לא העזו לבקש עזרה... יש פעמים שהמשתתפות פונות לבקש עזרה באמצעות קבוצת הוואטסאפ. לדוגמה הן מזמינות חברות מהקבוצה שילוו או יסיעו אותן לבדיקות רפואיות. הן מעדיפות את עזרת חברות הקבוצה על פני עזרת בני המשפחה".*

בחלק מן המקרים, קיום הפעילות גם בבתיים הפרטיים של המשתתפים חיזקה את הקשרים החברתיים ביניהם:

*"היציאה ממפגש במועדון לבתים פרטיים העמיקה את ההיכרות ונוצרו חברויות שהם מעבר למפגש אחת לשבוע במועדון. הייתה יוזמה של יציאה יחד לסרטים הצגות וסתם מפגשים" (מפעילת תוכנית, שאלון אינטרנטי, 15.5.18).*

הקשרים החברתיים שנוצרו בתוך הקבוצה העניקו למשתתפים את האפשרות לא רק לעסוק בפעילות משותפת אלא גם לשמוע את האחרים ולהישמע על ידם. חברי הקבוצה "ראו" אותם במובן העמוק של המילה, באופן שהנכיח אותם ונתן להם תמיכה. אשת מקצוע אחת תיארה כיצד הקשרים החברתיים השפיעו על האקלים הרגשי של כל המשתתפים בתוכנית:

*"בקבוצה שלי שמחת חיים חזרה להם, חזר להם הכיף לחיות, שיש מישהו ששומע אותם. הייתה שם מישהי שתמיד באה עם פרצוף תשעה באב, תמיד לא מרוצה. כיום היא זו שדוחפת איפה נפגשים כי היא צריכה את זה, הייתה למישהי איזושהי בעיה אז העלנו את הבעיה וכל אחד נתן לה עצות ואמרנו לה 'את לא חייבת לעשות שום דבר, את רק שומעת ותדעי שאנחנו איתך וכל מה שתעשי יש לך פה גב', וזה מה שהם צריכים. הם יודעים שכל יום רביעי הם נפגשים. את צריכה לראות, עכשיו בחופש הן ממשיכות להיפגש, אפילו שיבואו רק 2-3 הן אומרות: 'אין דבר כזה, אני חייבת אתכן, מי שיבוא יבוא'. לא מוותרות" (אשת מקצוע, ריאיון, 19.8.18).*

**שיפור יחסים עם בני משפחה.** היו מקרים שבהם ההשתתפות בתוכנית תרמה לשיפור היחסים החברתיים עם בני המשפחה, לחידוש קשרים ולשיפור התקשורת – 32% מן המשתתפים העידו על כך בעצמם (תרשים 13). גם בתוכנית פרטנית, שבה מתנדב נכנס לבית הזקן לפעילות חברתית, נמצאה תרומה לקשר עם בני המשפחה, שלעיתים נוכחות המתנדב עוררה בהם תחושות אשמה ועודדה אותם לחזק את הקשרים עם הזקן.

**השתלבות בשירותים קיימים בקהילה וחיזוק תחושת השייכות.** בעקבות הפעלת התוכנית, חלק מן המשתתפים בתוכנית החלו להגיע לעוד פעילויות ולהשתתף במפגשים קבוצתיים. זאת מפני שהתוכנית חשפה את המשתתפים לפעילויות נוספות (למשל טיול או מועדון) והעניקה להם ביטחון להצטרף אליהן. לעיתים היו אלה רכזי התוכניות שיידעו את משתתפי התוכניות על פעילויות נוספות שקיימות ביישוב והמליצו להם ללכת ולהשתתף, ולעיתים היו אלה המשתתפים עצמם שיידעו זה את זה. ההצטרפות לקבוצת פעילות, אם הייתה מוצלחת, הייתה מלווה בפיתוח תחושת שייכות לקבוצה.



לסיכום דברי הרכוזות ואנשי המקצוע, נראה כי תרומת התוכנית למשתתפים נבעה פחות מן התוכן הספציפי של הפעילות בתוכנית ויותר מעצם העובדה שמדובר היה בפעילות קבוצתית, אשר מתקיימת בהתאם לעקרונות פעולה מסוימים.

*"יוצרים פה אווירה נהדרת שגורמת לאדם להרגיש רצוי. פחות משנה התוכן. יש אווירה מצוינת"*  
(משתתף, קבוצת מיקוד, 30.6.17).

עקרונות הפעולה אשר תורמים ליצירת תוכנית מוצלחת להפחתת בדידות יפורטו בהמשך (סעיף 8.3).

## **6. ממצאים בנוגע לתרומה ברמת היישוב ופעילות להטמעת התוכנית**

מלבד תרומת התוכנית ברמת בפרט, מניתוח הנתונים ניתן לזהות כי הפעלת התוכניות ביישובים שהשתתפו במיזם תרמה באופן כללי לקידום ההתמודדות עם סוגיית הבדידות בזיקנה באותו יישוב. בשנים 2015-2016, כאשר יצא ה"קול קורא" לפיתוח תוכניות להפחתת בדידות, החלו אנשי מקצוע מרשויות הרווחה המקומיות והאזוריות וכן מעמותות שונות למען הקשיש, לקרוא ספרות על נושא הבדידות בזיקנה ולתכנן תוכניות להתמודדות עם תופעה זו. בהמשך, גויסו אנשי מקצוע לצורך ניהול התוכנית והפעלתה, וסוגיית הבדידות נלמדה "תוך כדי עשייה" (רכז, ריאיון, 15.8.18).

כך נאמר חודשים ספורים לאחר תחילת פעילות המיזם בשטח:

*"ברור לנו שאנשים מגיעים לפעילויות ופעילים מאוד, אבל חוזרים הביתה בודדים. אין חשיבה שמכוונת ספציפית לנושא הזה. ואנחנו מנסים להבין מה עושה את העבודה".* ועוד נאמר באותה ישיבה: *"מדברים על הרבה דברים ביחס לזקן, אבל החשיבה והדיבור על בדידות הוא חדש"* (ועדת היגוי, 22.11.18).

מכאן עולה כי עצם החשיבה, המיקוד והתכנון בנושא בדידות היוו קריאת כיוון ראשונה וחדשה בשדה המקצועי. למיזם הייתה תרומה מקצועית וחברתית, כפי שיפורט להלן.

### **6.1 העלאת המודעות לנושא הבדידות בזיקנה בקרב אנשי מקצוע**

אחת התרומות המשמעותיות ביותר של המיזם, על פי דיווחיהם של אנשי המקצוע והרכוזות, הייתה העלאת המודעות המקצועית לנושא הבדידות בזיקנה. מן הראיונות עלה כי עד לתחילת המיזם לא יוחדו ביישובים ובערים מספיק תוכניות ייעודיות להתמודדות עם סוגיה זו וכי במענים שהיו קיימים, כגון מרכז יום או מועדון, לא הייתה מספיק התייחסות לנושא:

*"מגלים כמה לא עשינו בעבר וכמה עוד צריך לעשות. הייתה תחושה שיש בדידות, אבל לא ידענו כמה ומה. אבל אחרי שקיבלנו את התוכנית, אנחנו מגלים קצה קרחון, וצריך להיערך לפעולות נוספות"* (אשת מקצוע, ועדת היגוי, 22.11.16).

הפעלת תוכנית במסגרת המיזם גרמה לאנשי המקצוע לחשוב "דרך הפריזמה של בדידות" חילשים על השולחן את הבעיה של הבדידות" (אשת מקצוע, ריאיון, 13.9.18).

אנשי מקצוע סיפרו כי בעקבות התוכנית התחדדה אצלם ההבנה שלשם איתור, יש צורך בדיבור גלוי עם הזקנים על נושא הבדידות, "לקרוא לתופעה בשמה ולדבר על בדידות כצורך" (אשת מקצוע, ריאיון, 12.9.18):

*"מבחינתי זה נתן לי את הזרקור על הנושא הזה של בדידות, לקרוא לילד בשמו, כמו שאנחנו מתשאלים בנושא של אלימות במשפחה, אז גם הנושא הבדידות, לא להניח הנחות, אלא ממש לשאול בצורה ישירה" (אשת מקצוע, ריאיון, 2.9.18).*

ביישובים שבהם הופעלו תוכניות במסגרת המיזם, בעקבות העלאת המודעות, נוצרו קשרי עבודה בין הגורמים המטפלים ביישוב, כך שכאשר איש מקצוע נתקל באנשים בודדים שצריכים חיזוק הוא הפנה אותם לעובדת סוציאלית שמטפלת בנושא הזה (איש מקצוע, ריאיון, 3.9.18).

כשנשאלה אחת הרכזות מה היא למדה מהשתתפותה במיזם, היא סיכמה זאת כך :

*"... נחשפתי להמון בדידות. כמו קשישה שראיינתי ואומרת לי שהנכדים והילדים מאוד אוהבים את הכלב ואיתה הם בקושי מתקשרים וגם כשהיא באה אליהם הם מתייחסים אליו ולא אליה, ובגלגול הבא היא רוצה להיות כלב. נחשפתי להיקף התופעה ולצורך לטפל בה. וזה לא פשוט להתמודד עם הנוכחות הנפשית של זה. להבין שזה קיים וכמה זה עוצמתי וכנראה שזה יפגוש כמעט כל אחד בחייו, התודעה הזו די מפחידה. מצד שני, ההבנה שיש אפשרות להתמודד עם זה ויש אפשרות לספק כלים ומסגרות שכן אפשר יהיה להתמודד, ולא כולם מודעים ולהעלות מודעות לבדידות ולכלים להתמודדות ולשירותים שניתנים ברחבי העיר זה משהו שאני לוקחת לעצמי" (רכזת, ריאיון, 23.8.18).*

מדברים אלה ניתן ללמוד כי גם אנשי מקצוע, בעלי ניסיון וידע בתחום הזיקנה, לא היו ערים מספיק לסוגיית הבדידות ולא מספיק פעלו כדי להפחיתה. העלאת המודעות שלהם ופעילות התוכנית ביישוב השפיעו גם על העלאת המודעות ברמה הציבורית-חברתית, ביישוב ומחוצה לו.

## **6.2 העלאת המודעות לנושא הבדידות בזיקנה והנכחת זקנים במרחב הציבורי**

קיומה והפעלתה של התוכנית השפיעה גם על מעגלים רחבים יותר ביישוב. בחלק מן המקומות היא השפיעה ברמה הציבורית-חברתית ואף הביאה להנכחה של אוכלוסיית הזקנים, שלפני המיזם היו בחלק מן המקומות אוכלוסייה "שקופה" שצרכיה אינם מובאים בחשבון במערך החברתי. פעילות המיזם ביישוב הביאה לעיתים למצב שבו "בעירייה מחלחלת המודעות לנושא ולטיפול בו" (רכזת, ריאיון, 23.8.18) וניתנים תקציבים עבור פעילות בתחום זה.

*"ברמת היישוב – ברגע שיש קבוצות עולה צורך של פעילויות תרבות לוותיקים, חוגים לוותיקים שיתוף הוותיקים בתוך הפעילות ביישוב, שומעים את הקול שלהם, את הדעה שלהם, לא קובעים להם עובדה, הם שותפים בקהילה. מעדכנים אותם, מעדכנים קבוצה שלמה ולא אחד או שניים" (רכזת, ריאיון, 13.8.18).*

באחד היישובים הביאה הפעלת התוכנית למיסוד של מסגרת חברתית עבור הזקנים, כפי שנכתב בדוח סיכום פעילות 2018 :

*"בזכות ההדים החיוביים במהלך השנה, ראשי היישוב הקימו מועדון ייעודי לבני 60+ וגייסו עובדת סוציאלית, תושבת היישוב, שתהיה אחראית על הפעילות במועדון".*

הפעלה של תוכנית הממוקדת ומכוונת להפחית בדידות בקרב זקנים העלתה את המודעות ואת תשומת הלב לתופעה, באופן שלא נעשה על ידי מסגרות חברתיות, כמו מועדון או מרכז יום, שהיו קיימים קודם לכן. מודעות זו העלתה את נושא הבדידות בזיקנה על סדר היום הציבורי וקידמה את ההכרה בדבר הצורך לתת לה מענה. נוסף לכך, התדמית של מחלקת הרווחה ביישוב השתנתה לטובה.

*"כי מעבר למכונת הכביסה ולמקרר שאנחנו נותנים יש גם מענה נוסף לבדידות" (אשת מקצוע, ריאיון, 10.12.18).*

### **6.3 התמקצעות ופיתוח מומחיות בתחום הבדידות בזיקנה בקרב אנשי מקצוע**

בשל החלוציות והראשוניות של התוכניות המתמקדות בתחום הבדידות בזיקנה, עברו אנשי המקצוע המעורבים בתוכנית מכורח המציאות תהליך התמקצעות ופיתוח מומחיות בתחום זה. חלקם אף כתבו חומרים מקצועיים לשימושם של אנשי מקצוע אחרים. רכישת ידע והכשרה זו עשויה להוות נכס קבוע עבורם גם לאחר סיום הפעלת התוכניות, אם בעבודה השוטפת מול הזקנים ואם בפרויקטים ייחודיים לנושא הבדידות.

ההתמקצעות התבטאה בכך שנעשתה חשיבה על האפשרות לתת לגורמים המטפלים כלי שישרת אותם בעבודה השוטפת מול הזקנים ולא רק סביב הפעלת התוכנית.

*"כלים מקצועיים שאפשר להשתמש בהם ברמה היומיומית" (אשת מקצוע, ריאיון, 17.9.18).*

ההתמקצעות בתחום הבדידות תרמה גם לשינוי השיח המקצועי בקרב אנשי המקצוע ולהסרת הטאבו מן המילה "בדידות", שבה נרתעו בתחילה להשתמש.

*"אנחנו לא השתמשנו במילה בדידות חד-משמעית. לפני שנתיים הס מלהזכיר אבל היום זה פתוח. אמרנו להם [לזקנים] שמטרת התוכנית להרחיב את הרשת החברתית ולהעמיק את הקשרים, ודיברתי אל ליבם" (רכזת, ריאיון, 18.10.18).*

לסיכום, ניתן לומר כי התרומה ברמת היישוב מתבטאת בכמה רמות: בהעלאת המודעות בקרב אנשי המקצוע, בהעלאת המודעות ברמה הציבורית ובפיתוח כלים מקצועיים ושיח מקצועי בתחום. כל אלה מקדמים את הטיפול בבדידות ומנכיחים הן את התופעה והן את אוכלוסיית הזקנים.

### **6.4 פעילויות המשך ופעולות להטמעת התוכנית**

המיזם הארצי להפחתת בדידות והתוכניות שהוא כלל תוכננו מראש לזמן מוגבל. המחשבה על "היום שאחרי" המיזם והשאלה מה יעלה בגורל התוכניות שפותחו העסיקו במידה כזו או אחרת הן את רכזי התוכניות והן את המשתתפים בהן. הואיל וקבוצות המיקוד עם המשתתפים התקיימו סמוך למועד סיום התוכנית, הם הביעו בהן צער על סיום הפעילות ועל כך שלא תהיה לקבוצה המשכיות.

"רק התחלנו וזה נגמר" (קבוצת מיקוד, 24.9.17); "למה נותנים לילד סוכריה ואז לוקחים את זה. זה לא יפה אם ייקחו מאיתנו את זה. הלמידה הזו על חשבוננו" (קבוצת מיקוד, 30.6.17).

גם אנשי המקצוע הצטערו על סיום התוכנית ועל האכזבה שתיגרם למשתתפים בה.

"הדברים האלה הם מדהימים ומקסימים אבל אסור להפסיק אותם, צריך להגביר אותם, כי אתה חושף צורך ואתה צריך לדאוג לאיזה המשכיות" (אשת מקצוע, ריאיון, 12.9.18).

במקומות שונים פעלו בדרכים שונות כדי להמשיך את התוכנית. בהקשר זה ניתן לזהות שלושה מודלים עיקריים:

1. המשך הפעלת התוכנית במתכונתה המקורית, או בשינויים קלים – מודל זה התאפשר באמצעות מציאת מקור מימון חלופי להפעלת התוכנית. היו מקומות שבהם העמותה או הרשות המקומית לקחו על עצמם לממן את הפעילות, ואף הרחיבו אותה לאזורים נוספים. היו מקומות שבהם העמותה או הרשות מצאו גורם אחר שיממן את הפעילות, כגון תרומה. היו שניסו להזיל עלויות, למשל באמצעות הפעלת מתנדבים במקום אנשי מקצוע, הפעלת עובדים סוציאליים של הלשכה במקום גורמים חיצוניים בתשלום, או העברת מקום הפעילות לבתי המשתתפים, והיו שהחלו לגבות תשלום מן המשתתפים עבור ההשתתפות בפעילות.

2. המשך הפעלת התוכנית במודל של קבוצה להפעלה עצמית (קל"ע) או קבוצה בניהול עצמי (קב"ע) – מודל של קבוצה לניהול עצמי מבוסס על כך שבתום התוכנית, המשתתפים ממשיכים לקבל איזושהי תמיכה מקצועית ומעטפת לוגיסטית, אך הם אלה שמפעילים את הקבוצה בכוחות עצמם הלכה למעשה. במקומות שבהם הייתה היתכנות להמשכיות הקבוצה במודל זה, הפנתה מנהלת המיזם את מנהלי התוכנית לעובדת סוציאלית שמתמחה בנושא, והיא העבירה הדרכות בנוגע למודל ולאופן הפעלתו. היו מקומות שבהם חלק מן הקבוצות המשיכו לפעול במתכונת זו: כתבו חוזה של מחויבות לקבוצה, חילקו תפקידים בין חברי הקבוצה ובנו תוכנית של פעילות לחודשים קדימה, כולל ניהול תקציב וציון ימי הולדת.

יש לציין כי לא בכל המקרים מודל זה התאים ולא בכל מקום המשתתפים היו מעוניינים בו. היו מקומות שבהם המשתתפים היו נחויים בדעתם שבמצבם הנוכחי אין להם את הכוחות ואת היכולת להפעיל את הקבוצה בעצמם: "אם לא יארגנו אנחנו נהיה בחוץ" (קבוצת מיקוד, 30.6.17). היו מקומות שבהם ניהול עצמי לא התאים עקב ההרכב החברתי של הקבוצה, למשל כאשר בקבוצה היו חברים מכמה חמולות והיה צורך בגורם "לא פוליטי" שיוביל (ריאיון עם רכזת, 13.8.18). ולעיתים, להערכת הרכזת, לא היה מדובר בבעיית יכולת אלא בהיעדר רצון ומוטיבציה של המשתתפים, אשר "לקחו מקום של: 'ישחקו הנערים לפנינו'" (ריאיון עם רכזת, 18.10.18). והיו גם מקרים שבהם קבוצת ההמשך הצליחה במפתיע. מקרים שבהם "אנשים בדיכאון הצליחו להגיע ולהמשיך" (רכזת, ריאיון, 22.8.18).

מודל זה עשוי להצליח, ויש קבוצות שממשיכות לפעול במתכונת של ניהול עצמי. אך חשוב לציין כי ההצלחה תלויה במאפייני האוכלוסייה (יכולת תפקודית והתאמה תרבותית) ובליווי של איש מקצוע

שיסייע לקבוצה לעשות את המעבר לשלב של הפעלה עצמית, יתמוך בפעילות וישמש כתובת לפניית במהלך הפעילות. ולבסוף, גם עבור מודל הפעלה וניהול עצמי צריך להקצות משאבים.

3. שילוב המשתתפים בשירותים חברתיים קיימים – גם במקרים שבהם התפזרה הקבוצה בסיום המיזם, היו משתתפים שהשתלבו במסגרות חברתיות אחרות שכבר היו קיימות בקהילה, כגון מועדון.

לסיכום, מסקירת הפעילות בשטח עולה כי מבין 13 הארגונים שהפעילו תוכניות במיזם, 9 הצליחו ליצור המשכיות לפעילות במתכונת כזו או אחרת ובמידה שונה של פורמליות – פתיחה של קבוצות חדשות או קבוצות שממשיכות להיפגש ומתנדבים שממשיכים לבקר את הזקנים. בארבע ערים נעשו ניסיונות להטמיע את הפעילות אך בפועל לא הייתה המשכיות.

## **7. תובנות עיקריות בנוגע לתוכניות בעלות מאפיינים ייחודיים**

פרק זה יוקדש לסקירת מאפיינים ייחודיים של תוכניות או של מקומות ואוכלוסיות. הואיל וברוב פרקי הדוח מתוארים המיזם ותוצאותיו מבלי להיכנס למאפיינים הייחודיים של התוכניות שנכללו בו, פרק זה הוא יוצא דופן ברמת הפירוט שבו ובהתייחסות לתוכניות שהיו ייחודיות במאפייניהן. מאחר שמאפיינים אלו השפיעו מהותית על רכיבים שונים בתוכנית, יש לייחד להם מקום ולתת עליהם את הדעת בבניית תוכניות עתידיות להפגת בדידות. מידע זה עשוי לשמש בעיקר מפעילי תוכניות ברמה המקומית, בבואם לגבש תוכנית להפחתת בדידות ולהוציאה אל הפועל.

עם זאת, יש להביא בחשבון כי בדומה לכל התוכניות שנכללו במיזם, עבור מודלים שונים של התערבות נבדקה למעשה הפעלתה של תוכנית אחת במקום אחד. מכאן, שייתכן כי מידת הצלחתה מושפעת מגורמים מקומיים, ארגוניים ואנושיים (שיקבלו דגש בפרק זה). לפיכך, יש לנקוט בזהירות בהסקת מסקנות מן התוכנית שהופעלה במיזם בנוגע למודל הכללי שעליו היא מבוססת.

### **7.1 תובנות עיקריות מתוכניות בעלות מאפיינים ייחודיים**

#### **7.1.1 תוכניות סוף שבוע**

שלושה ארגונים שהשתתפו במיזם פיתחו גם תוכניות שהתקיימו בסוף השבוע או סמוך אליו. זאת במחשבה שיש אנשים אשר פעילים חברתית במהלך השבוע, במסגרת כגון מועדון, אך אין להם מענה חברתי במהלך סוף השבוע.

ואכן, כאשר נשאלו האנשים שעברו אינטייק, באיזו תדירות הם מרגישים בדידות בסופי שבוע לעומת בשאר ימי השבוע, 36% ענו כי בסופי שבוע הם חשים בדידות לעיתים קרובות יותר, 39% ענו שהם חשים בדידות באותה תדירות, ו-25% ענו כי בסופי שבוע הם חשים בדידות לעיתים רחוקות יותר לעומת בשאר ימי השבוע.

מבחינת תוכני הפעילות, תוכנית אחת התקיימה בשבת וכללה שירים וריקודים ומתנדבים שהצטרפו לפעילות. מן העדויות עלה שמצב הרוח והאווירה במפגשים היו טובים מאוד ושהקבוצה גדלה עם הזמן והצטרפו אליה משתתפים נוספים.

*"קיים צורך בסופשבוע. ושומעים את זה מהאנשים: 'אתם עושים לנו מהפכה'. זה מוציא אותם מהבית, לקום מהמיטה, להתלבש, האינטראקציה והפעילות, אנשים מגיעים שעה שעתיים לפני ואין להם מה לעשות שם חוץ מדבר עם האחרים, אבל הם באים. ולא בכדי" (ריאיון עם רכזת, 23.8.18).*

בה בעת, בחלק מתוכניות סוף שבוע ניתנה ארוחה עם קידוש והדלקת נרות, אך ללא פעילות חברתית. התפיסה הייתה ש"אוכל, כשלעצמו, מפיג בדידות. לאוכל יש ערך מוסף, שביא את האנשים" (ועדת היגוי, 2.11.16). אולם המשתתפים הצרו על כך שלא היה תוכן חברתי, וטענו כי הם "לא זקוקים לאוכל, הם כן זקוקים לאווירה החברתית וביקשו פעילות חברתית" (ריאיון עם רכזת, 23.8.18). לעיתים, תכנים אפשריים באירוע, כגון השמעת מוזיקה, מוגבלים עקב הצורך להקפיד על שמירת השבת בשל משתתפים דתיים. על כן בחלק מן המקומות החליטו לקיים את המפגש ביום שישי בצוהריים, לפני כניסת השבת.

נוסף להכנסת תוכן למפגש, בהפעלה של תוכנית בסוף שבוע כדאי להביא בחשבון שלעיתים העלויות גבוהות יותר והלוגיסטיקה מורכבת יותר, שכן קייטרינג כשר עשוי להיות יקר יותר ויש לתת את הדעת לאופן הובלת האוכל בשבת וחימומו (ועדת היגוי, 2.11.18).

## **7.1.2 תוכניות פרטניות (לעומת קבוצתיות)**

שלושה ארגונים במיזם הציעו תוכנית פרטנית, ובה התקיים מפגש של המשתתף עם איש מקצוע או עם מתנדב, בבית המשתתף. המתנדבים הציעו אינטראקציה חברתית וקשר עבור מרותקי בית, שממעטים לצאת ולהתרוועע עם אנשים אחרים. לדברי הרכזות, הצורך של מרותקי הבית בחברה הוא גדול מאוד, וצריך היה לסייע למתנדבים לפתח גישה אסרטיבית ולשמור על "גבולות", במקרים שבהם מרותקי הבית פיתחו בהם תלות או הפצירו בהם שיבואו יותר מן המתוכנן.

עוד תובנה מתוכנית זו היא שהממונה על המתנדבים צריך לסייע להם בהכנסת תכנים חברתיים למפגשים עם הזקנים. בפועל, בתוכנית זו הועסק מרפא בעיסוק עם ידע קליני, שעבד בעבר בבית חולים ולא ידע כיצד לסייע למתנדבים בפעילות חברתית (ריאיון עם הרכזת, 16.8.18).

אחת התוכניות הפרטניות הציעה **ליווי רוחני**. תוכנית זו מבוססת על אסטרטגיית התערבות לחיזוק המסוגלות החברתית. היא מאופיינת בליווי בהתמודדות עם סוגיות שונות. מלווה רוחנית הגיעה לבתי הזקנים וקיימה עימם שיחות טיפוליות בנושאים מגוונים במטרה לסייע להם להתמודד עם תחושות כגון בדידות, ב"מרחב אמוני" של הקשבה לא ביקורתית. בהשוואה לקבוצות לשיפור המסוגלות החברתית, שבהן היו משיבים שהתלוננו שלא היה להם מספיק זמן לדבר או, להבדיל, שלא הייתה להם סבלנות לשמוע "צרות של אחרים", בטיפול הפרטני המנחה הקדישה תשומת לב אישית לזקן והעניקה מענה מדויק יותר לצרכיו. עם זאת, יש להביא בחשבון שליווי רוחני לא מתאים לכולם. לדברי המלווה הרוחנית, יש אנשים שמכונסים בתוך עצמם וזה לא יהיה נכון לעורר בהם תחושות שיפריעו להם, יש שמפחדים להכניס מישהו לעולם שלהם ויש מי שקשה להם לדבר (ועדת היגוי, 19.11.18).

תוכנית הליווי הרוחני עברה שינוי במהלך המיזם. בשנת ההפעלה הראשונה דובר במלווה דוברת רוסית עבור זקנים דוברי רוסית. בתוכנית זו חלק מן המפגשים נעשו על ידי המלווה הרוחנית וחלקם נעשו על ידי מתנדבים שקיבלו ממנה הכשרה וכלים כיצד לדבר ואיך ליצור אמון (ועדת היגוי, 1.2.17). בשלב זה התגלעו שתי בעיות עיקריות: האחת, משתתפים חילוניים התלוננו על כך שהמלווה הרוחנית הכניסה למפגשים תכנים דתיים (ריאיון עם הרכזת, 24.6.18), כך שנדרשת התאמה תרבותית של המנחה למשתתפי התוכנית, במיוחד מאחר שהצלחתה תלויה בקשר הבין-אישי הנוצר בינה ובין המשתתפים. בעיה נוספת היא שלמשתתפים היה קשה עם העובדה שאל המפגשים מגיעה בכל פעם דמות אחרת – פעם מלווה רוחנית ופעם מתנדב (ועדת היגוי, 1.2.17). השיקול שהביא לשילוב מתנדב במפגשים היה בעיקר אילוץ תקציבי. נוסף לעובדה שהיו אלה שתי דמויות שונות, היה חסר ליווי למתנדבים וההכשרה שלהם לא הייתה מספקת, כך שהם שימשו יותר כמלווים חברתיים, בדומה לתוכניות האחרות שהפעילו מתנדב. יתרה מכך, המלווה הרוחנית והמתנדב לא עדכנו זה את זה בין המפגשים בנוגע לתוכן המפגש, כך שלא הייתה התייחסות במפגש למה שהתרחש במפגש הקודם ולא נעשה תהליך טיפולי בעל המשכיות (ועדת היגוי, 7.9.16; ועדת היגוי, 1.2.17).

בשנה השנייה להפעלת התוכנית הוחלפה המלווה הרוחנית, והתוכנית יועדה לזקנים ישראלים ותיקים. הרכזת הופתעה לגלות שיש היענות רבה וביקוש לליווי רוחני. נוסף לכך, בשלב זה לא שולבו מתנדבים, והמפגשים התקיימו רק עם המלווה הרוחנית (יצוין כי חלק מן המתנדבים של השנה הראשונה המשיכו להתנדב במיזם אצל אותם הזקנים גם בתום פעילותה של המלווה הרוחנית). מדברי הרכזת ואנשי המקצוע עלה כי מבחינת הליווי הרוחני, שלב זה היה מוצלח יותר וחולל שינוי בדפוסי ההתנהגות של המשתתפים:

*"אצל חלקם יש שינוי במצב, אנשים שהיו סגורים בבית החלו להגיע לפעילות מחוץ לבית"; "אחד הקשישים ציין 'אני סופסוף יכול לדבר בפתיחות על מה שאני מרגיש'" (אנשי מקצוע, ועדת היגוי, 28.6.18).*

המשיבים העידו בראיונות כי אהבו במפגשים בעיקר את המפגש החברתי, את היחס, את העצות ואת השיחות, ולא היו להם הצעות לשינוי או לשיפור. 77% מהם העידו כי התוכנית תרמה להפחתת תחושת הבדידות במידה רבה או רבה מאוד (לעומת 58% מכלל המשיבים), 92% דיווחו שהתוכנית תרמה לשיפור מצב הרוח שלהם במידה רבה או רבה מאוד (לעומת 71% מכלל המשיבים), ו-62% דיווחו שהתוכנית תרמה ליכולת שלהם להתמודד עם רגשות לא נעימים (לעומת 46% מכלל המשיבים). בקרב המשיבים שהשתתפו בתוכנית הליווי הרוחני נמצאה ירידה מובהקת של 6.9 נקודות במדד ה-UCLA לבדידות.

לפיכך, ניתן לסכם ולומר כי תוכנית הליווי הרוחני לא מתאימה לכולם. יש להביא בחשבון את אוכלוסיית היעד ויש צורך להתאים את תוכני המפגשים לתרבות ולעולמות התוכן של הזקן. כמו כן, אם משולבים מתנדבים בתוכנית יש לדאוג להכשרה מספקת עבורם. עם זאת התוכנית נושאת עימה פוטנציאל גדול לתרומה ולהקלה רגשית ונפשית.

ככלל, בנוגע לתוכניות פרטניות, בשל מיעוט המשתתפים בהן, לא הכנסנו את המשתנה של השתתפות בתוכנית קבוצתית לעומת פרטנית לניתוח הרב-משתני. עם זאת בחנו האם היה הבדל בשינוי בתחושת הבדידות והדיכאון בין תוכניות קבוצתיות לפרטניות. לא נמצאו הבדלים מובהקים.

### **7.1.3 תוכניות הכוללות כמה התערבויות**

היו במיזם תוכניות שכללו כמה התערבויות, שהתקיימו ברצף או במקביל; לדוגמה, תוכנית אחת החלה כהזדמנות לאינטראקציה חברתית, ולאחר שהקבוצה התגבשה ונוצר בה מרחב של היכרות ואמון שבו אפשר לקיים תהליך טיפולי, נוספה לתוכנית פעילות לחיזוק המסוגלות החברתית. תוכניות אחרות החלו במפגשים פרטניים והמשיכו במפגשים קבוצתיים, או להפך, החלו במפגשים קבוצתיים והמשיכו בתהליך פרטני עם המשתתפים. ההיגיון שעומד מאחורי הדברים הוא ליצור תהליך של שילוב הדרגתי של האדם בסביבה חברתית. למשל, לאפשר לאדם לעבור תהליך טיפולי ולפתח מיומנויות חברתיות ובו-בזמן לספק לו הזדמנות חברתית ליישם מיומנויות אלה. בתוכנית לחיזוק המסוגלות החברתית שבה לא היה רכיב פרטני אמרה הרכות שהיה קשה להביא את המשתתפות למפגש קבוצתי, ולקח הרבה זמן לבסס יחסי אמון ופתיחות בקבוצה (ריאיון עם רכזת, 16.8.18), דוגמה המלמדת על חשיבותו של תהליך הדרגתי בפיתוח מיומנויות חברתיות.

עם זאת, לעיתים תוכניות מורכבות אלה עוררו התלבטויות וקשיים בתהליך קליטת המשתתפים. יש אנשים שיכולים להתאים לפגישות אישיות אבל להערכת צוות התוכנית לא יתאימו למפגשים קבוצתיים. במקרים כאלה עולה שאלה, האם למנוע מאדם את המפגשים האישיים משום שכל הנראה לא ימשיך בתוכנית לשלב הקבוצתי (ועדת היגוי, 27.9.16). בתוכנית אחרת, ניסו במהלך המפגשים הפרטניים להזמין את כל המשתתפים למפגש קבוצתי, אך התברר שלעיתים אנשים, גם אם אינם מרותקים לביתם, אינם מעוניינים בפעילות קבוצתית (ועדת היגוי, 7.9.16). לפיכך, כדאי לקיים חשיבה בנוגע לאוכלוסיית היעד של תוכנית המורכבת מכמה התערבויות וכן בנוגע לקיומה או לאי-קיומה של התניה של ההשתתפות בחלקים שונים של תוכנית.

### **7.1.4 שימוש בטכנולוגיה**

אחת מן התוכניות במיזם התבססה על טכנולוגיה מתקדמת שנועדה לשתף זקנים השוהים בביתם בפעילות המתקיימת במרכז יום או במועדון. באמצעות הטכנולוגיה, האדם יכול לבחור מגוון פעילויות המתקיימות בו-זמנית, ולהצטרף אליהן באופן מקוון. המשתתף רואה ושומע את הפעילות וגם המשתתפים במועדון או במרכז היום יכולים לראותו.

תוכנית זו הייתה מכוונת בראשיתה למרותקי בית (ועדת היגוי, 9.4.16), אך בפועל, רק 32% מן המשיבים שהשתתפו בה היו מרותקים לביתם, ואילו 68% מן המשיבים יצאו מן הבית בתדירות משתנה. עוד נמצא כי מרותקי הבית לא השתמשו במערכת יותר מאשר זקנים שמשתתפים בפעילויות מחוץ לבית. יותר ממחצית מן המשיבים נכנסו למערכת בערך פעם ביום, וכ-80% השתתפו לפחות במפגש אחד בשבוע. הפעילויות הפופולריות היו תנועה, התעמלות גופנית, מדיטציה, סיפור סיפורים והשתתפות בקבוצה וירטואלית – קבוצה ובה רק אנשים שמתחברים מביתם. בהצעות לשיפור הציעו המשיבים בעיקר לשנות את התכנים ואת זמני התוכניות (ראיונות עם המשתתפים; ועדת היגוי, 17.7.17).



מבחינת השימוש בטכנולוגיה, תחילה השתמשו בטכנולוגיה שהתבססה על שימוש בטאבלט ועל מתנדב שייכנס לבית הזקן ויסייע לו להשתמש במכשיר, אולם מתכונת פעילות זו נתקלה בקשיים רבים; היה קושי טכני לתאם מתנדב שיגיע ביום ובשעה של השיעור שמעניין את הזקן (ועדת היגוי, 4.9.16), ורוב המתנדבים לא הגיעו בזמן השידור (ועדת היגוי, 2.1.17). כאשר הגיעו המתנדבים, הזקנים העדיפו לשוחח עימם ולא להתחבר לשידור (תכתובת מייל, 26.1.17). נוסף לכך, הזקנים נרתעו מתפעול הטאבלט והתקשו בתפעולו, והיו בעיות טכנולוגיות שהתרחשו בעת החיבור לשידור. לאור הקשיים שהועלו, הוחלט לעבור למערכת טכנולוגית חדשה, של חברת יוניפר קיי (Uniper Care Technologies)<sup>25</sup>, אשר סיפקה גם איש טכני שייתן מענה לפי קריאה. המערכת מורכבת על הטלוויזיה הביתית ומופעלת באמצעות שלט ייעודי. שינוי זה אכן הקל את התפעול והפחית חששות: שאלנו בריאיון את משתתפי התוכנית באיזו מידה היה להם נוח להשתמש בטכנולוגיה זו. מבין 12 המשיבים לשאלה, 10 אמרו שהיה להם נוח מאוד ולא הייתה שום בעיה. אך עדיין היו קשיים טכנולוגיים יום-יומיים שחברת הטכנולוגיה ורכזת התוכנית נדרשו להתמודד עימם.

יתרה מזו, נוסף להתקנת הטכנולוגיה בבתיהם של משתתפי התוכנית, היה צריך להתקין עזרים טכנולוגיים גם במרכזי היום ובמועדונים, ולהדריך את מנהלי המסגרות החברתיות והמדריכים כיצד להפעילה ואיך להתייחס לאנשים בבית. מכאן שנדרש שיתוף פעולה של מנהלי מרכזי היום והמועדונים וכן של המדריכים שהעבירו את הפעילות במרכז או במועדון.

הקשיים הטכנולוגיים, ובעיקר תפעול המערכת במרכזי היום ובמועדונים והאופן שבו התייחסו המדריכים לאנשים שבבית, מעלים ספק בנוגע ליכולתו של האדם בבית לחוש חלק מן הפעילות הקבוצתית שהוא צופה בה. בראיונות שאלנו את משתתפי התוכנית באיזו מידה הם הרגישו חלק מן הקבוצה בפעילות. מ-12 המשיבים לשאלה, 7 ציינו שהרגישו חלק מן הקבוצה וקיבלו יחס מעולה, ו-5 אמרו שלא הרגישו חלק מן הקבוצה וחשו זרות. מצד אחד, היו משתתפים שהבינו שלא רק הם צופים בפעילות אלא גם משתתפי הפעילות רואים אותם, והדבר בא לידי ביטוי בכך שהם החלו בהדרגה להקפיד על הופעתם החיצונית. אך מנגד, המדריכה שהפעילה את הפעילות הקבוצתית (למשל, במרכז יום או במועדון), לא תמיד ידעה לתפעל את העזרים הטכנולוגיים ולא תמיד הייתה לה המוטיבציה לעסוק בכך. לפיכך, היו מפגשים שבהם המיקרופון היה סגור, האנשים בקבוצה לא יכלו לשמוע את האנשים שבבית והמדריכה לא פנתה אליהם ולא העניקה להם יחס כלשהו. לדוגמה, במפגש שבו במסגרת המחקר ערכנו תצפית, האנשים בבית השתתפו בפעילות של מדיטציה ודמיון מודרך, שלווה במוזיקת רקע. התברר שהאנשים בבית לא יכולים לשמוע את מוזיקת הרקע, כך שחווית ההשתתפות שלהם נפגעה. המדריכה העירה לאחד המשתתפים בחדר על אופן ביצוע התרגיל בשעה שהאדם שבבית עשה את אותה הטעות והיא לא העירה לו על כך. באחד הבתים הצטרף לפעילות בן הזוג של המשתתף, והוא נקלט רק בשולי המצלמה. המדריכה לא הזמינה אותו להצטרף ולהתמקם כך שכולם יוכלו לראותו. אחת המשתתפות בבית אף מילאה תשבץ בזמן הפעילות. בתום הפעילות, מישהי מצוות מרכז היום כיבתה את מכשיר הטלוויזיה מבלי שנפרדו מן האנשים בבית.

---

<sup>25</sup> <https://www.unipercare.co.il/he/home>

בשיחה עם המדריכה בתום התצפית היא אמרה שלא תיקנה את האנשים בבית מפני שקשה לה לראות מה הם עושים. לדבריה, לפעמים היא פותחת את המיקרופונים כדי לשאול אותם שאלות, כגון האם הם הבינו תרגיל חדש, ושפתיחת המיקרופונים היא פשוטה מבחינה טכנית אך מפריעה למהלך המפגש (כי שומעים את רעשי הרקע בבית). מדברי המדריכה ניתן ללמוד על התייחסותה השונה אל האנשים שבבית:

מראיינת: "האם האנשים בבית קבועים?"

מדריכה: "לפעמים כן ולפעמים לא".

מראיינת: "האם המשתתפים בקבוצה שלך קבועים?"

מדריכה: "כן. זו קבוצה סגורה ואני לא מאפשרת להצטרף כי לוקח זמן ללמוד ולהבין איך לעשות את התרגילים ואני לא יכולה כל שבוע להתחיל ללמד מחדש. חוץ מזה שהקבוצה מלאה ואין מקום".

מראיינת: "אז למה את לא מבקשת שגם האנשים בבית יהיו קבועים?"

מדריכה: "זה פחות משנה. בבית זה לא כל כך אינטראקטיבי" (תצפית וריאיון, 3.7.18).

כשנשאלה רכות התוכנית בנוגע לסוגיה זו היא אמרה:

"בסוף זה פרסונלי, זה לתחזק קשרים גם עם המרכז יום. כל הזמן לתחזק ולא לקחת כמובן מאליי שזו לא העבודה השוטפת שלהם. אחרי שנה אנחנו במצב הרבה יותר טוב. אבל פתאום שוב מתחיל העניין של למה לנו לעשות את זה" (ריאיון עם הרכות, 3.7.18).

הרכות הוסיפה כי יש גם קבוצה וירטואלית שבה התקשורת מתנהלת רק בין המדריך לבין אנשים שנמצאים בביתם. להערכת הרכות, בקבוצה זו נוצרת חווית השתתפות טובה יותר.

לסיכום, כדי שהתוכנית תצליח להעניק לאנשים בבית תחושה שהם חלק מקבוצת הפעילות לא די בטכנולוגיה. יש צורך בשיתוף פעולה של מדריכי הפעילות במרכזי היום. הטכנולוגיה במקרה זה היא תנאי הכרחי אך לא מספיק. אופן השימוש בה הוא שיקבע באיזו מידה ישולבו האנשים שבבית בחוויית הקבוצה. כמו כן, ייתכן שיש תכנים ופעילויות שיותר מתאימים לטכנולוגיה זו וכאלה שפחות מתאימים. לפיכך, יש צורך להתאים את התכנים ואת מודל ההפעלה, ולתת למדריכי הפעילות הדרכה על השימוש בטכנולוגיה. אפשר שחלק מן הקשיים שתוארו הם "חבלי לידה" של טכנולוגיה חדשה, שכן מדובר בהתנסות ראשונית, ושיש בטכנולוגיה זו פוטנציאל להפחתת בדידות של זקנים באמצעים מקוונים ללא מפגש פיזי.

## 7.2 תובנות עיקריות מתוכניות שהתקיימו במקומות ייחודיים או בקרב אוכלוסיות

### ייחודיות

בהפעלת תוכנית להפחתת בדידות בזיקנה יש להביא בחשבון לא רק את מאפייני הייחודיים של התוכנית, אלא גם את מאפייני המקום ואת מאפייני האוכלוסייה שלה התוכנית מיועדת.

#### 7.2.1 תוכניות באוכלוסייה הערבית

ככלל, החברה הערבית היא חברה מסורתית, אך לצד זאת היא עוברת תהליכי מודרניזציה. משמעות הדבר היא שהאוכלוסייה מתנהלת לפי נורמות שונות שלעיתים סותרות זו את זו. מחד גיסא, למשפחה יש תפקיד מרכזי בחיים החברתיים של הפרט, ומצופה ממנה לתת מענה לבדידותו, גם בזיקנה. מאידך גיסא, צעירים רבים עוזבים את הכפרים ועוברים לגור בעיר, רחוק מן ההורים, או עובדים במשרות מלאות ומתקשים להתפנות כדי לטפל בהוריהם המזדקנים. כך תיארה רכות את הבדואים בצפון הארץ שהשתתפו בתוכנית:

"הזקנים של היום עדיין כמו הזקנים של פעם. הפער החברתי בין יהודים לבדואים הכי גדול בארץ.

היהודים – עובדי רפא"ל, והבדואים לא היו בגן ילדים... אבל מה כן קורה שם? החמולה מתפרקת.

הם מרגישים שהם כבר לא מרכז השבט, הייתה חקלאות והם היו הכספומט, והיום הם נדחקו לשוליים" (ועדת היגוי, 22.11.16)

מסיבה זו זקנים רבים חשים אכזבה, ושיעור הבדידות באוכלוסייה הערבית גבוה משיעור הבדידות בקרב כלל בני ה-65 ויותר (42% לעומת 34%, בהתאמה) (ברודסקי ואח', 2018, לוח 3.40). עובדה נוספת בנוגע לאוכלוסייה הערבית היא שלא מצפים מאלמנות לצאת מן הבית, עובדה שמוסיפה לתחושת הבדידות שלהן. הדרישה החברתית מהן היא שתשקענה כל חייהן בטיפול בילדים, ובזיקנתן, מצופה מן הילדים לשמור עליהן, ציפייה שלעיתים הילדים לא עומדים בה. נוסף לכך, לא מצופה מאלמנות "לחזור לחיים, אלא מצופה מהן להישאר בעמדה קורבנית, פסיבית, נזקקת, לא פעילה, לא להשתתף במסיבות או בחתונות, לא להיכנס לזוגיות שנייה וכו'..." (ועדת היגוי, 7.9.16). לפיכך, כדאי להביא בחשבון קושי בגיוס משתתפות ובשכנוע נשים לצאת מן הבית. מפעילי התוכנית דאגו לגייס את תמיכתם של אנשי דת ושל בני המשפחה לתוכנית. נוסף לכך, ניתן לגייס את עזרתם של תושבי היישוב באיתור אנשים בודדים, שכן יש ערים ערביות בעלות אופי כפרי, במובן זה שאנשים מכירים זה את זה ולכן השיווק והאיתור מסתמך רבות על היכרות אישית (ועדת היגוי, 7.9.16).

מבחינת אסטרטגיית ההתערבות של התוכנית, האסטרטגייה לחיזוק המסוגלות החברתית פחות מקובלת באוכלוסייה הערבית. עם זאת, נראה כי עם גמישות ומקצועיות, התוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית, שפעלו במיזם זה באוכלוסייה הערבית, הצליחו לגייס משתתפים ולהביא לתוצאות (ועדת היגוי, 1.2.17).

החברה הערבית היא חברה צעירה יחסית, ויש יישובים שבהם מספר הזקנים לא מספיק לצורך פתיחת מסגרת חברתית, כגון מועדון או מרכז יום. לכן יש חשיבות יתרה להפעיל תוכניות מן הסוג שהופעל במסגרת המיזם, שכן מדובר בפעילות פרטנית או בקבוצות קטנות שיכולות להתקיים ביישובים קטנים שבהם ההיצע של פעילות חברתית הוא דל מאוד.

## 7.2.2 תוכניות בערים לעומת המרחב הכפרי

התוכניות במיזם התקיימו בשני סוגי יישוב עיקריים: ערים כגון תל אביב, חולון והוד השרון, ויישובים כפריים שכפופים למועצות אזוריות משותפות, כגון משגב ושער הנגב. ליישוב שבו מתקיימת התוכנית, ולמרחב הכפרי בפרט, יש כמה מאפיינים שיש להביאם בחשבון:

1. נושא המרחקים בין הבתים והטופוגרפיה של השטח עשויים להשפיע על הצורך בארגון הסעה לפעילות ועל תמחור הפעילות בהתאם. הדבר נכון במועצות אזוריות המעוניינות להפעיל תוכנית עבור מספר יישובים שעשויים להיות מרוחקים זה מזה, אך הדבר נכון גם לערים כמו ירושלים, שבהן הטופוגרפיה של השטח מקשה על הניידות של הזקנים.

2. המרחב הכפרי ייחודי בצורות התיישבות כגון קיבוצים, שרבים מהם עברו תהליכי הפרטה, "כך שאדם שהיה רגיל לקבל את כל השירותים, האחריות עוברת לפרט" (ועדת היגוי, 22.11.16). הנושא של בן ממשיך רלוונטי גם למושבים וגם לקיבוצים, והמשמעות היא קיומם של סכסוכים בתוך המשפחה על רקע העברה בין-דורית, קרי הורשת המשק לבן אחד, דבר שהוביל לעיתים לניתוק הקשר עם בנים

אחרים (ועדת היגוי, 22.11.16). כמו כן, ביישובים קהילתיים יש תופעה של ילדים שעוזבים את היישוב עקב עלייה במחירי הדיור, אך תופעה זו קיימת גם בערים.

3. ההיצע של פעילויות חברתיות ביישוב. יישובים כפריים קיימים לרוב בפריפריה, ומעצם היותם קטנים יותר, במקרים רבים אין בהם היצע של פעילות חברתית עבור זקנים וגם אין תחבורה ציבורית יעילה שיכולה להנגיש עבורם פעילויות בעיר הסמוכה. מצוקת הזקנים ביישובים הכפריים יכולה לנבוע מהיות המקום "יישוב לינה", כזה שמתרוקן בבוקר, כשכולם נוסעים לעבודה, ומקום שאין בו מקומות ציבוריים המזמנים מפגש ומאפשרים אותו. כך נוצר תהליך שמזין את עצמו, של התרחקות מאנשים והסתגרות בבית. מטרת התוכנית, עבור אנשים אלה, היא לעודד תהליך של היפתחות לסביבה (משתתפת, קבוצת מיקוד, 18.10.18).

יש יישובים "צעירים" ש"חווים" זיקנה בפעם הראשונה. מכאן שאין בהם שירותים המיועדים לזקנים ואין להם את המודעות לצרכים המאפיינים אותם. לאור כל האמור, חשוב להפנות משאבים ליישובים אלו, להעלות את המודעות של כלל הנוגעים בדבר לסוגיית הבדידות בזיקנה, ולפתח תוכניות שייתנו לה מענה.

4. בקיבוצים ובמושבים חיים אנשים השייכים לדור גאה שמתקשה לייחס לעצמו זיקנה ומוגבלות.

*"לא מוכנים להגיש בקשה לחוק סיעוד, הם נעלבים – חקלאים, יכולים להסתדר לבד", אני בנית את הארץ, אני לא צריך שהארץ תעזור לי... אני לא זקן. אני מעדיף להתאבד'. וגם עושים את זה. שיעור גבוה של התאבדויות בקרב ותיקים שיותר גבוה מהמוצע הארצי" (ועדת היגוי, 22.11.16).*

*"ראינו בכל מיני קבוצות, שנפגשות אבל הם לא מדברים על הדברים הכואבים. יש הרבה פאסון. לכן גם קשה להקים קבוצות תמיכה במקומות קטנים. מצד שני, אם מצליחים לייצר את התחושה של משפחה, אז הכול נשאר בתוך המשפחה, וממשיכים לחיות ביחד וזה בסדר. והקשרים אפילו מתחזקים" (רכזת, ועדת היגוי, 22.11.16).*

כחלק מתפיסה זו, הזקנים אינם מזהים את עצמם כזקנים, ועשויים אף להביע עמדות גילניות ולא לתפוס את עצמם כזקנים (רכזת, ריאיון, 18.10.18). את התפיסה העצמית הזו יש להביא בחשבון בשלב שבו משווקים תוכנית חדשה. יש לבחור באסטרטגיות שיווק שלא ירתיעו את המשתתפים, ומנגד, שיאפשרו גם תיאום ציפיות וכנות בנוגע לתוכנית.

לסיכום, מכל האמור עולה שכאשר אנשי מקצוע וגורמים מטפלים ביישוב מעוניינים להציע מענים להתמודדות עם סוגיית הבדידות בזיקנה, עליהם להביא בחשבון את מאפייני האוכלוסייה שאותה הם רוצים לשרת, את מאפייני המקום ואת מאפייני התרבות. נוסף לכך, מן הראוי להציע מגוון מענים והתערבויות וסוגים שונים של תוכניות, כדי לאפשר בחירה והתאמה טובה של התוכנית ליכולותיו של הזקן ולרצונותיו.

## 8. דיון בממצאים, כיווני פעולה והמלצות

"... אני בראש שלי, לכל אחד יש תוכנית עבודה אישית. אם כל אחד [מאנשי המקצוע המטפלים] היה יכול לקחת את הכלים ולהכניס אותם לתוכנית עבודה שלו, אם כל אחד מהמשתתפים היו יכולים להמשיך טיפול פרטני תוך כדי הקבוצה. נפתחת הזדמנות. האנשים שבקבוצה נפתחים לאפשרות של שינוי, נקודת זמן שמאפשרת לנסות דברים שניסו בעבר ועכשיו יש יותר סיכוי שהם יצליחו. זה צריך להיות יותר

מחקר זה ליווה מיזם שאפתני, בעל חשיבות חברתית ולאומית ראשונה במעלה, להתמודדות עם תופעת הבדידות בקרב זקנים בישראל ולהפחתתה. בשונה מתוכניות אחרות שבהן כמה ארגונים מפעילים תוכנית שנכתבה מראש, המיזם כלל 23 תוכניות שונות ומגוונות שצמחו "מן השטח", ולהן מאפיינים שונים: תוכניות מן העיר ומן המרחב הכפרי, מן האוכלוסייה היהודית והערבית, בימי השבוע וסוף השבוע, תוכניות פרטניות, קבוצתיות או כאלה המשלבות כמה שלבים, תוכניות קצרות טווח לעומת ארוכות טווח, ועוד. כמו כן, התוכניות סווגו לארבע אסטרטגיות התערבות שקובצו

בשלב ניתוח הנתונים לשתי אסטרטגיות התערבות עיקריות: תוכניות שמציעות הזדמנות לאינטראקציה חברתית לעומת תוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית. אף תוכנית לא דמתה במלואה לאחרת. מכאן שהאתגר המרכזי של מחקר מלווה זה היה לזהות מאפיינים ועקרונות רוחביים אשר תרמו למשתתפים (ברמת הפרט) בהפחתת תחושת הבדידות שלהם ובשיפור רווחתם הנפשית (well being), סייעו לגורמים המטפלים (ברמת ה"שטח") ליצור תוכניות "מוצלחות", ועשויים להצביע לקובעי מדיניות על כיווני פעולה להתמודדות עם תופעת הבדידות (ברמה האסטרטגית והלאומית).

ממצאי המחקר התבססו על שילוב של כלים כמותיים ואיכותניים, בהם: ניתוח 1,927 טופסי אינטייק; 751 ראיונות עם הזקנים שאותרו להשתתף בתוכנית לפני התוכנית ועם 685 מהם לאחר 6-9 חודשים; 14 קבוצות מיקוד עם משתתפי התוכנית ו-13 תצפיות על הפעילות; 13 ראיונות עם רכזי התוכניות ו-23 עם אנשי מקצוע מן היישוב; 60 שאלונים אינטרנטיים למפעילי הקבוצות, וכן עשרות פרוטוקולים של ועדות ההיגוי ומסמכים נוספים.

**בסך הכול נראה כי בתהליכי האינטייק אותר שיעור גבוה של אנשים שחווים בדידות ואינדיקציה לדיכאון, וכן בעלי מאפיינים נוספים שהולמים את אוכלוסיית היעד של המיזם. מן הממצאים עולה שהאנשים שאותרו לתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית היו בעלי מאפיינים התחלתיים שונים; רמות הבדידות והאינדיקציה לדיכאון שלהם היו גבוהות יותר, וההערכה העצמית שלהם ושיעור רצונם מן החיים היו נמוכות יותר מאלה של האנשים שאותרו לתוכניות של הזדמנות לאינטראקציה חברתית.**

כמו כן, נמצאו הבדלים נוספים במאפייני רקע המשפיעים על בדידות, כפי שהשתקף בערך הגבוה יותר שקיבלו משתתפים אלה בטבלה המסכמת של האינטייק. עולה שהרכוזות הפעילו שיקולים שונים באיתור משתתפים לתוכניות בעלות אסטרטגיות התערבות שונות. במיוחד נראה שהבחירה לתוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית נעשתה יותר בקפדנות, כך שהייתה כאן הטיית בחירה של התוכנית. אפשר שגם המשתתפים, מצידם, החליטו האם להצטרף לתוכנית או לסרב לפנייה על פי התוכנית שהוצעה להם ומידת התאמתה למאפייניהם; ייתכן שזקנים בעלי רמות גבוהות יותר של בדידות שאינם משתתפים בפעילות

חברתית מתקשים להצטרף לפעילות שמהותה אינטראקציה חברתית. מנגד, ייתכן שזקנים בעלי רמות נמוכות יותר של בדידות ואינדיקציה לדיכאון אינם מעוניינים להיכנס לקבוצה אינטימית שבה מתנהלים דיונים על תחושות שליליות כגון בדידות ועל דרכים להתמודד איתן. כך שהייתה כאן ככל הנראה גם הטיית בחירה עצמית של המשתתפים. משום שרמות הבדידות והדיכאון של המשתתפים בנקודת ההתחלה היו שונות בין האסטרטגיות, ביצענו התאמה בין המשתתפים (באמצעות ניתוח מסוג Propensity Score Matching) כך שיכולנו להשוות ביניהן ולאמוד את התרומה של כל אחת מהן להפחתת הבדידות והדיכאון של "המשתתף הממוצע", קרי, אדם בעל רמות ממוצעות של בדידות ודיכאון. כמו כן, נבדקה האפשרות שאסטרטגיה מסוג אחד מיטיבה עם אנשים בעלי מאפיינים מסוימים יותר מאסטרטגיה מן הסוג השני. לבסוף, ניתחנו את מדדי התוצאה של המשתתפים בנפרד עבור כל אסטרטגיה, והשוונו את תרומת התוכנית למשתתפים בה לעומת אלה שלא השתתפו בה.

## 8.1 תרומת המיזם למשתתפים בו (רמת הפרט)

**מניתוח הממצאים עולה כי עבור ה"זקן הממוצע" לא נמצא הבדל מובהק בין האסטרטגיות, כלומר שלאחר התחשבות בשוני בין מאפייני האנשים בשתי האסטרטגיות, לא הוכחה תרומה של האחת על פני האחרת להפחתת בדידות או להפחתת הדיכאון.**

תוכניות שבהן מופעלת אסטרטגיית האינטראקציה החברתית מיטיבות יותר עם אנשים המאופיינים ברמת בדידות התחלתית נמוכה יותר (באופן יחסי), בהשתתפות בפעילות חברתית, בקיום קשרים משפחתיים לשביעות רצונם, בתחושת שייכות לקהילה ובהעדר קשיים כספיים. לעומת זאת, לא נמצא קשר בין תרומת התוכניות שבהן מופעלת אסטרטגיה לחיזוק המסוגלות החברתית ובין מאפייני האנשים שהשתתפו בהן.

**עוד עולה מן הממצאים כי רמות הבדידות והאינדיקציה לדיכאון של מי שהשתתפו בתוכניות המיזם פחתו לעומת רמות הבדידות והאינדיקציה לדיכאון של מי שלא השתתפו בהן.**

מן הניתוחים הרב-משתניים של מדדי התוצאה מצטיירת תמונה ולפיה במדדים השונים של בדידות ואינדיקציה לדיכאון, משיבים שהשתתפו בתוכניות במיזם הראו שיפור. יצוין גם שבעוד רמות הדיכאון של המשיבים שהשתתפו במיזם ירדו, רמות הדיכאון של אלה שלא השתתפו במיזם עלו.

תמיכה נוספת לממצאים אלה ניתן למצוא משילוב של מדדי תוצאה שונים וכן ממידע איכותני. עולה שהשתתפות בתוכניות המיזם סייעה להפחית בדידות, סייעה ליצור קשרים חברתיים, שיפרה את מצב הרוח הכללי ואף את תחושת הבריאות של המשתתפים. שביעות הרצון מן התוכנית הייתה גבוהה מאוד הן בקרב הזקנים שהשתתפו בה והן בקרב אנשי המקצוע שהיו מעורבים בהפעלתה. משתנה נוסף שעלה מן הניתוח הרב-משתני ומן הממצאים האיכותניים כתורם לירידה בתחושות הבדידות היה משך התוכנית; משיבים שהשתתפו בתוכניות ארוכות יותר הראו ירידה גדולה יותר ברמת הבדידות. מניתוח קבוצות המיקוד עם המשתתפים ומן הראיונות עם הרכזות ומפעילי התוכניות עולה שבתוכניות הקצרות משך התוכנית הקצר הספיק בעיקר ליצירת האמון ולהיכרות בין המשתתפים, מבלי שתהיה להם הזדמנות מספקת להרחיב את ההיכרות ולתרגל מיומנויות חברתיות ולפתח אותן. יתרה מכך, עלתה ציפייה ברורה מצד המשתתפים ליצור המשכיות של תוכניות אלו ואף ציפייה לליווי של גורם מקצועי

בהמשכיות. רכיב נוסף שהשפיע על תחושת הבדידות והדיכאון, ונמצא בניתוח הרב-משטני, היה שינוי במצב הבריאות; אנשים שמצבם הבריאותי התדרדר במהלך הזמן שעבר בין המדידות הראו עלייה בתחושות אלה לעומת אנשים שמצבם הבריאותי לא התדרדר. כמו כן, נראה שאנשים שסבלו מרמות גבוהות יותר של בדידות ודיכאון לפני התוכנית הראו ירידה גדולה יותר בתחושות אלה ממשותפים אחרים.

## **8.2 תרומת המיזם לקידום ההתמודדות עם סוגיית הבדידות (רמת השטח)**

הממצאים העולים מן הראיונות עם אנשי המקצוע והרכזות ומוועדות ההיגוי מלמדים כי אנשי המקצוע שנחשפו לפעילות המיזם, גם אלו המנוסים בתחום הזיקנה, נדהמו לגלות עד כמה תופעת הבדידות היא רחבה, נפוצה ובעלת השפעות רבות. זאת ועוד, אנשי מקצוע רבים חששו משיח גלוי על בדידות. לעומתם, הזקנים שהשתתפו בתוכניות דיברו על הנושא בפתיחות, כבר משלב האיתור וגם לאחר מכן, במהלך התוכנית. אנשי מקצוע אף ציינו שהופתעו לגלות כמה מעט עסקו עד כה בסוגיה זו. נוסף לאנשי המקצוע שהשתתפו במיזם, נחשפו במסגרתו גורמים נוספים לסוגיית הבדידות, הן דרך שיתופי פעולה והן דרך אירועים שיזמו הארגונים המפעילים, כגון מפגשי חשיפה לתוכניות, ימי עיון וכתבות עיתונאיות. העלאת המודעות אף תרמה להעלאת הנושא לסדר יום הציבורי והפוליטי, במיוחד במהלך הבחירות לרשויות המקומיות.

נוסף להעלאת המודעות, אנשי המקצוע שהשתתפו במיזם צברו ידע בנושא הפגת בדידות והתמחו בתחום זה. הם עברו הדרכות והכשרות, וכן כתבו והכינו פעילויות, תכנים ומערכי שיעור. הידע שנצבר רלוונטי לתוכנית המסוימת שהם הפעילו כמו גם לעקרונות כלליים שלפיהם מומלץ להפעיל תוכנית להפחתת בדידות, יהיו תכניה אשר יהיו.

הרכזות דיווחו כי נתקלו בקשיים באיתור אנשים מתאימים לתוכנית (בעיקר כאלה שלא מוכרים ושלא נמצאים "מתחת לפנס"), בגיוס מי שאותרו ובשיווק התוכנית ואופן הצגתה. הסטיגמה הכרוכה בבדידות הרתיעה לעיתים את הרכזות מלהציג אותה כמטרת התוכנית והרתיעה לעיתים את הזקנים מלהודות בקיומה ולהיעתר להזמנה להשתתף בתוכנית. זקנים שכן השתתפו בתוכניות נטו לדבר בגילוי לב על תחושת הבדידות שלהם. מה ששיפר משמעותית את היכולת לאתר אנשים בודדים ולהגיע לאנשים שפחות משתתפים בשירותים חברתיים היו שיתופי הפעולה (במידה שהיו) עם גורמים מטפלים אחרים ביישוב, כגון לשכות רווחה וקופות חולים.

**שאלון האינטייק התגלה ככלי עבודה שימושי עבור הרכזות והארגונים. האינטייק סייע להכיר את המשתתפים, לעמוד על מאפייני הרקע שלהם לזהות את צורכיהם. הרכזות חזרו פעמים רבות אל האינטייק כדי להיזכר וללמוד על המשתתפים, ברמת הפרט וברמת הקהילה.**

## **8.3 עקרונות פעולה מומלצים להפעלת תוכניות מוצלחות להפגת בדידות**

אחת ממטרות המחקר הייתה ללמוד מן הניסיון של התוכניות הנוכחיות ולבחון מה הם עקרונות הפעולה המיטביים להפעלת תוכניות להפחתת בדידות שכדאי לפעול לפיהם.



כאמור, במהלך מחקר זה נבדקו 23 תוכניות שונות להפחתת בדידות. ממצאי המחקר מלמדים כי תוכניות שונות הצליחו להפחית בדידות בדרכים שונות ועבור "המשתתף הממוצע" לא נמצאה עדיפות לשימוש באסטרטגיית התערבות אחת על פני האחרת. לאנשי מקצוע ברמה המקומית המעוניינים להפעיל תוכניות להפחתת בדידות, מומלץ לבחור את אסטרטגיית ההתערבות על פי מאפייני אוכלוסיית היעד, ולקבוע את התכנים הייחודיים של התוכנית בשיתוף המשתתפים, על פי תחומי העניין שלהם. עם זאת, ישנם כמה עקרונות פעולה מומלצים שעשויים לשמש עבור אנשי המקצוע בארגונים כללי "עשה" בואם להפעיל תוכניות להפחתת בדידות בזיקנה. אלה הם העקרונות:

1. **העלאת מודעות.** מומלץ לנקוט פעולות לשם העלאת מודעות של גורמים מטפלים בקהילה (כגון רופאי משפחה ועובדים סוציאליים) לסוגיית הבדידות בזיקנה, תוך התייחסות למאפייניה, להשלכותיה ולגורמי הסיכון שלה. זאת לשם יצירת שותפויות שיסייעו באיתור אנשים בודדים ובמציאת מענים שמתאימים לצורכיהם, אם מדובר בתוכנית חדשה להפחתת בדידות ואם מדובר בשילובם בתוכניות קיימות.
2. **שבירת הטאבו.** יש לעודד אנשי מקצוע ליזום שיחות גלויות עם זקנים על תחושות של בדידות ולפתח שיח מקצועי אשר יקל עליהם לעשות זאת. שיח גלוי על התופעה עשוי לתת לה לגיטימציה ולהפחית את תחושת הבושה שאנשים חווים עקב תחושותיהם. הימנעות מדיבור גלוי על כך שמטרת התוכנית היא הפחתת בדידות עשויה לפגוע בתיאום הציפיות בין הצדדים ולהוביל למבוכה, לחוסר הבנה ולנשירה מן התוכנית.
3. **ביצוע אינטייק.** רצוי לבצע הערכת צרכים מובנית (אינטייק) עבור אנשים שיש חשש לגביהם שהם חשים בדידות, לצורך הפניה למענים מתאימים. כמו כן, ייתכן כי בנסיבות מסוימות כדאי לעשות הערכת צרכים לכלל הזקנים ביישוב, כדי לפתח מענים מתאימים למאפייני התושבים ולצורכי הקהילה.
4. **התאמת אסטרטגיית ההתערבות לצורכי המשתתף ולמאפייניו.** תוכניות שמבוססות על אסטרטגיית התערבות שונות נותנות מענה לצרכים שונים. לפיכך, בבואו לבחור תוכנית ואסטרטגיית התערבות להפחתת בדידות, כדאי לארגון המפעיל להכיר את האוכלוסייה שעבורה הוא מפתח את התוכנית ולזהות את צרכיה. יש חשיבות גבוהה להגדרה נכונה של קהל היעד הייעודי לתוכנית המוצעת, לשם הצלחתה. במצב מיטבי, יופעלו במקביל **תוכניות מסוגי התערבויות שונים עבור אוכלוסיות בעלות מאפיינים שונים וצרכים שונים**. תוכניות המציעות הזדמנות לאינטראקציה חברתית מתאימות יותר לאנשים פעילים חברתית בעלי רמות בדידות ודיכאון נמוכות יותר וללא קשיים כספיים. כמו כן, תוכניות אלו תורמות להפחתת הדיכאון בקרב גברים יותר מאשר בקרב נשים. בהתבסס על נתונים איכותניים במחקר, כנראה שההסבר לכך הוא שגברים מעדיפים תוכן פעילות המבוסס על עשייה (כמו התוכניות של האינטראקציה החברתית) ופחות על שיחות. ולבסוף, תוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית תורמות להפחתת הדיכאון בקרב זקנים מבוגרים (בני 80 ויותר) יותר מאשר בקרב זקנים צעירים (בני פחות מ-80). בהתבסס על נתונים איכותניים במחקר, ייתכן שההסבר לכך הוא שזקנים צעירים מחזיקים לעיתים בעמדות גילניות ונרתעים מלדבר על בדידות (יחסית לזקנים המבוגרים).
5. **בניית תוכנית ובה רכיבים שונים.** תוכנית יכולה להכיל כמה רכיבים המבוססים על אסטרטגיית התערבות שונות. לעיתים, כדי ליצור מרחב בטוח ולהצליח להביא אדם להשתתף בקבוצה, יש צורך

תחילה לקיים איתו כמה מפגשים פרטניים, שבהם יִפְנֶה אמוֹן בין הצדדים. תוכנית קבוצתית יכולה להתחיל בתהליך טיפולי משמעותי שהקבוצה עוברת יחד, ובסיומו, לאחר שהתגבשה קבוצה ונוצרו קשרים משמעותיים, לאפשר לקבוצה לבחור בפעילות חברתית משותפת. או להפך – להתחיל בפעילות חברתית קלילה ולהמשיך בשלב מאוחר יותר בתהליך טיפולי קבוצתי, לאחר שנוצרת אינטימיות. תוכניות מסוג זה מייצרות תהליך הדרגתי, ובו כל שלב מתבסס על השלב שקדם לו ובונה יכולות בקרב הקבוצה ובקרב המשתתפים. בזכות תהליך הדרגתי זה, התוכניות מאפשרות לצרף לפעילות גם אנשים שחווים רמות גבוהות יחסית של בדידות ודיכאון או שנרתעים מחשיפה של תחושותיהם בחברה.

6. **התאמה חברתית ותרבותית.** בתהליך יצירת השותפויות ובחירת התוכניות צריך להביא בחשבון את המאפיינים הייחודיים של האוכלוסייה ושל המקום שבקרבם פועל הארגון. לדוגמה, בקרב חברות דתיות רצוי ליצור שותפות עם גורמי דת, ביישובים "צעירים" שבהם יש "דור ראשון" של "זקנים צעירים" צריך לעיתים למסד ועדות ומסגרות פעילות ולהתאים את דרכי הצגת התוכנית, ובאזור שבו אוכלוסייה ברמת השכלה נמוכה כדאי להתאים תכנים ברמת הפשטה ומורכבות מתאימה.

7. **חשיבה על הרכב הקבוצה.** יש צורך בחשיבה ובתכנון מוקדם בנוגע להרכב הקבוצה (אם התוכנית כוללת פעילות קבוצתית): האם כדאי להקים קבוצות הטרוגניות, שמשותפתיהן עשויים ליהנות ממגוון האנשים שמרכיבים אותן, או שמדובר באוכלוסיות שונות בעלות מאפיינים ייחודיים שכדאי להפריד אותן לקבוצות הומוגניות. יצירת קבוצות הומוגניות עשויה להיות על בסיס מצב תפקודי, סטטוס משפחתי, מגדר, מקום מגורים ועוד. למשל, ביישובים קטנים קיימת לרוב היכרות מוקדמת בין המשתתפים, כולל סכסוכים ומשקעים, ואז צריך להקדיש משאבים לגיבוש הקבוצה ולעבודה על היחסים בין משותפתיה. השאלה בדבר מידת ההומוגניות של הקבוצה היא דילמה ללא תשובה חד-משמעית.

8. **בחירה של תוכני פעילות רלוונטיים למשתתפים.** כחלק מן ההתאמה החברתית-תרבותית וכנגזרת של הרכב הקבוצה, רצוי לבחור תוכני פעילות רלוונטיים לעולמות התוכן של המשתתפים הפוטנציאליים: יש שמעדיפים לדבר על המצוקות שלהם ויש שמעדיפים לדבר על כל דבר מלבד על המצוקות; יש שמעדיפים לשוחח ויש שמעדיפים לעסוק בפעילות פיזית או ללמוד תכנים ומיומנויות, כגון לימוד מחשבים או שפה. הדרך המיטבית לענות לציפיות של האנשים היא לשאול אותם בנוגע להעדפותיהם ולערוך תיאום ציפיות. אפשר לקבוע מסגרת מסוימת לתוכנית, ובמקביל לשלב זקנים בתכנון הפעילות, לאפשר למשתתפים לצקת לפעילות את התכנים המועדפים עליהם ולאפשר גמישות ובחירה.

9. **יצירת "מרחב בטוח".** הצלחת תוכנית תלויה במידה רבה בביסוס של יחסי אמוֹן הן בין המשתתפים והן בין המשתתפים לצוות המפעיל. זאת, במיוחד מפני שייתכן כי מדובר באנשים שמיומנויות התקשורת שלהם לא מפותחות וכך גם הדימוי העצמי שלהם. ההיענות להשתתף בפעילות מצריכה את הזקן "לצאת מאזור הנוחות" שלו, להעז, להיחשף ולהסתכן בדחייה ובפגיעה. לפיכך, בין אם מדובר בפעילות קבוצתית ובין אם מדובר בפעילות פרטנית, יש ליצור מסגרת מכילה ומקבלת, תומכת ולא שיפוטית. מסגרת קשובה שמעניקה תשומת לב אישית המאפשרת לשמוע ולהישמע על ידי אחרים, ומנכיחה את המשתתף במרחב החברתי, למשל באמצעות דף קשר או ציון ימי הולדת.

- במסגרת שכזו, המשתתפים ירגישו בנוח להיחשף באופן שיאפשר יצירת חווית היכרות משמעותית – הן היכרויות עם אנשים חדשים והן היכרויות עם צדדים חדשים של אנשים מוכרים.
10. **יצירת המשכיות ורצף בין מפגשי התוכנית.** כחלק מביסוס יחסי האמון, כדאי לייצר תחושת המשכיות בין המפגשים של הפעילות: רצוי שהצוות המקצועי שמעביר את הפעילות לא יתחלף במהלך המפגשים, ואם אין ברירה ואין רציפות פרסונלית אז לפחות שאנשי הצוות יעדכנו זה את זה כדי לדעת מה היה במפגש הקודם (למשל, אם היה אירוע חריג שמחייב התייחסות). גם אם מדובר בצוות קבוע, כדאי לייצר תחושת המשכיות על ידי פתיחת כל מפגש בהתייחסות למפגש הקודם, לעבד את החוויה, לתת למשתתפים "משימות לביצוע" בין מפגש למפגש, לבקש מהם לספר על התנסויות שעברו שקשורות לתכנים שעלו בקבוצה ועוד.
11. **הפעלת תוכניות בנות קיימא (לאורך זמן).** היבט נוסף של המשכיות ורצף הוא משך התוכנית. שינוי של חשיבה והרגלים לוקח זמן, ובגיל המבוגר בפרט. כדי להשיג את מטרת התוכנית, דרוש ברוב המקרים זמן, כדי לבנות אמון, לבסס יחסים, ליצור לכידות קבוצתית, לייצר שגרה, לאפשר לאנשים לתרגל את המיומנויות החברתיות שלמדו ולהרחיב ולטייב את הרשת החברתית שלהם. תוכניות קצרות אולי מעניקות כלים להתמודדות או תמיכה זמנית, אבל אם הפעילות נפסקת אחרי מספר שבועות "כל אחד חוזר לחייו. לבדידותו". לפיכך, מן הראוי לאתר מקורות מימון שיתמכו בתוכנית לאורך זמן, או במקרים שבהם זה אפשרי, לעבור לשלב של הפעלה עצמית על ידי המשתתפים, תוך מתן ליווי, הדרכה ומעטפת לוגיסטית לקיום הפעילות.
12. **הקצאת תקציב הולם לפעילות.** לשם הצלחת התוכנית ראוי לתקצב אותה באופן שיאפשר את הפעלתה. לדוגמה, תוכניות לחיזוק המסוגלות החברתית לרוב מצריכות כוח אדם מיומן יותר (כגון מנחי קבוצות מיומנים או פסיכותרפיסטים), מה שכרוך בעלויות שכר גבוהות יותר. תוכניות לחיזוק מסוגלות חברתית לרוב מתקיימות גם פרטנית או בקבוצות קטנות ואינטימיות יותר, דבר שכרוך גם הוא בעלויות גבוהות יותר. עם זאת, ניתן לייעד תוכניות מסוג זה לאוכלוסייה שזקוקה להן ולהציע תוכניות אחרות, זולות יותר, לאנשים בעלי צרכים מעטים ופשוטים יותר. תקצוב לא הולם של כוח האדם מעכב ומסבך את הגיוס של המדריכים, מוביל לפשרות ופוגע באיכות.
13. **דאגה לפעילות נגישה על ידי בחירת מקום מתאים ותחבורה.** כפי שכבר צוין בפרק העוסק במאפייני המשתתפים, 47% מן האנשים שעברו אינטייק ציינו כי היו משתתפים יותר בפעילות חברתית אם הייתה להם הסעה או ליווי לפעילות. תוכניות נפלאות יכולות לעיתים להיכשל אם הן לא מתקיימות במקומות נגישים או לא מציעות פתרונות תחבורה למשתתפים בהן. הדבר נכון במיוחד במקומות שהאוכלוסייה פזורה על פני שטח גיאוגרפי נרחב, במקומות שבהם הטופוגרפיה מקשה על הניידות של זקנים במרחב ובמקומות שבהם אין לזקנים תחושת ביטחון אישי כשהם הולכים ברחובות. נוסף לכך, הצעת אפשרות של הסעה לפעילות מיועדת לא אחת להתגבר לא רק על קשיים וחסמים תפקודיים אלא גם על חסמים פסיכולוגיים, ובכך מקלים על הוצאת האדם מן הבית ומגדילים את הסיכוי שייעתר להשתתף בפעילות.
14. **עידוד מפגשים מחוץ למסגרת הפעילות.** כדי לאפשר למשתתפים לתרגל את יכולותיהם החברתיות ולהגביר את תחושת השייכות שלהם לקהילה, רצוי לעודד קיום של מפגשים מחוץ למקום הרגיל של המפגשים, קרי מחוץ לבית או מחוץ למבנה שבו מתקיימים המפגשים בדרך כלל – לקיים מפגש בבית

קפה, לצאת לטיול משותף, לקיים את המפגש מדי פעם בבית של אחד המשתתפים וכדומה. נוסף לכך, יש לעודד את המשתתפים להיפגש גם מחוץ למפגשים של התוכנית, לעודד אותם להתעניין במצבם של אלה שנעדרו מן הפעילות האחרונה ולעודד אותם ללכת גם לפעילויות אחרות שקיימות ביישוב, כדי להפוך את הפעילות החברתית לעניין שבשגרה.

## 8.4 המלצות לפיתוח מדיניות להפחתת בדידות (ברמה האסטרטגית)

פיתוח של מדיניות להתמודדות עם סוגיית הבדידות בזיקנה איננה מסתכמת בזיהוי דרך התערבות או תוכנית אחת שתיתן מענה לכל המצוקות עבור כל האנשים שחווים בדידות. כפי שעלה מן הידע הרב שנצבר במהלך מיזם זה, בדידות היא תופעה סובייקטיבית ומורכבת, שקשורה גם למבנה האישיות של האדם, גם למצבו התפקודי, גם למהלך החיים שלו ולהתנסויות החברתיות שהוא עבר, וגם לרקע החברתי והתרבותי שממנו הוא מגיע. ממצאי המחקר מלמדים כי אנשים בעלי מאפייני רקע שונים נתרמו מתוכניות שונות וכי תוכניות שונות הצליחו להפחית בדידות בדרכים שונות. לפיכך, מומלץ שהמדיניות לא תהיה מבוססת על "מנת השף", קרי המלצה על תוכנית אחת אותה יש להטמיע בכל הארץ, אלא על "תפריט", שיכלול לפחות שתי תוכניות המתבססות על שתי אסטרטגיות שונות. כמו כן, ישנן פעולות ברמת המדיניות אשר יכולות לסייע בשלבים השונים של מתן מענה בבדידות, קרי בשלבי ההערכות ואיתור המשתתפים, בהפעלת התוכניות וביצירת המשכיות. להלן הפעולות העיקריות:

1. **העלאת מודעות לסוגיית הבדידות והכשרה.** ראשית, יש לשבור את הטאבו סביב סוגיית הבדידות בזיקנה, להעלות את המודעות אליה, בעיקר בקרב הגורמים המטפלים, הרפואיים והסוציאליים, ולפתח את השפה המתאימה ואת השיח המקצועי שיסייעו להם לדבר עליה יותר בחופשיות. לשם כך אנו מציעים להכניס תכנים העוסקים בבדידות בזיקנה לתוך ההדרכות, ההכשרות וההשתלמויות הניתנות בנושא זיקנה במרכזי הידע וההכשרה של ג'וינט ישראל-אשל, במרכזי ההדרכה של משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים וכן במוסדות האקדמיים, הן עבור עובדים סוציאליים והן עבור עובדי מערכת הבריאות (קרי, רופאים ואחיות). הדרכות אלה יעסקו, בין היתר, בחשיבות האיתור של אנשים בודדים, בכלים לביצוע הערכת צרכים עבורם, במענים האפשריים ובאפשרויות לצרף אנשים לפעילויות קיימות.
2. **יצירת "פורום בדידות".** שיתוף הפעולה בין הגורמים המטפלים לאיתור הזקן ולשילובו חזרה בקהילה צריך לבוא כ"הנחיה מלמעלה", קרי מדרג מקבלי החלטות בארגונים השונים, ויש לבנות את המנגנונים שיסייעו לשיתוף הפעולה הזה להתקיים בשגרה. בפועל היה קושי במיזם הנוכחי להגיע לאנשים שאינם "תחת הפנס". שיתוף פעולה בין הגורמים והפניית זקנים לתוכניות ולמסגרות פעילות לא צריך להתבסס על רצון טוב של מאן דהו או על יחסים אישיים שנוצרו או לא נוצרו בין אנשי מקצוע. הארגונים ברמה הארצית צריכים לעורר את המודעות לתופעה ולקדם התמודדות יעילה ומושכלת איתה. כדי ליישם נקודה זו מומלץ ליצור "פורום בדידות" בין-משרדי ובין-ארגוני שיתווה את אופן יצירת שיתופי הפעולה גם ברמה המקומית.
3. **איתור זקנים בודדים.** באופן כללי, ניתן לומר כי רוב האנשים שהשתתפו במיזם היו פעילים מבחינה חברתית, כנראה בשל העובדה שהם גויסו ממאגר האנשים שהיו מוכרים לגופים שהפעילו את התוכניות, כלומר צרכני שירותים של העמותות ושל שירותי הרווחה. כמו כן, רוב המשתתפים במיזם

היו נשים, בשיעור הגבוה משמעותית מחלקן באוכלוסייה. אין הדבר אומר שגברים אינם סובלים מבידודות, אך ייתכן שהמיזם הנוכחי לא הצליח לאתר ולחבר גברים לפעילויות המוצעות באותה מידה שהצליח לעשות זאת עם נשים. ולבסוף, כל המשתתפים במחקר זה חיים בקהילה. מוצע בעתיד להשקיע מאמץ גם באיתור זקנים בודדים מקרב מרותקי הבית, וכן גברים ואנשים שחיים במוסדות.

4. **הטמעת כלי לאיתור זקנים בודדים.** במסגרת מיזם זה פותח שאלון אינטייק, שהתקבל על ידי מרבית הרכזות ככלי עבודה יעיל וטוב. אנו מציעים להטמיע את השימוש באינטייק גם לאחר סיום המיזם. לשם כך:

א. יש להתאים את שאלון האינטייק, כך שיהיה פחות באוריינטציה מחקרית ויותר באוריינטציה תפעולית, ולקצר אותו בהתאם לדרישות השטח. כלי זה עשוי לסייע לאנשי מקצוע להבין את הצרכים של הזקן, לזהות זקנים בודדים ולחבר אותם למענים קיימים. מלבד קיצור האינטייק, ניתן ליצור גרסאות שונות שיהיו מותאמות לצרכים של אנשי מקצוע שונים (לדוגמה, גרסה מעמיקה לעובדים סוציאליים וגרסה מקוצרת לרופאי משפחה).

ב. ניתן להפיץ את שאלון האינטייק, לבצע הכשרות והדרכות בנוגע למילוי, ולהטמיע את השימוש בו בשגרת העבודה של אנשי מקצוע מטפלים.

5. **הכנת "מפת דרכים"** שתתבסס על מחקר זה ועל פיתוח הידע שנעשה במסגרת המיזם. המפה תכלול את הרכיבים האלה:

- א. פירוט העקרונות המומלצים להפעלת תוכנית להפגת בדידות.
- ב. פירוט העקרונות ליצירת התאמה בין אסטרטגיית ההתערבות של התוכנית לבין אוכלוסיית היעד שלה ומאפייני המקום והחברה, וכן המלצה לפתח רפרטואר מקומי וסל של מענים שיכלול יותר מתוכנית אחת (בדומה ל"סל שירותים גמיש" ב"קהילה תומכת משודרגת"<sup>26</sup>).
- ג. תיאור של 23 התוכניות שפותחו במסגרת המיזם, תוך מתן אפשרות לאנשי המקצוע ולזקנים, ברמה המקומית, לבחור את התוכנית המועדפת עליהם והמתאימה ביותר לצורכיהם וליכולותיהם.
- ד. הפניית זקור לנחש הבדידות בתוכניות ובמענים קיימים: התאמה של תוכניות קיימות. העלאת מודעות בקרב אנשי מקצוע יכולה לסייע להפוך מענים קיימים (כגון מרכזי יום, מועדונים ושבת תרבות) לטובים יותר בהתמודדות עם סוגיית הבדידות.

6. **הקצאת משאבים.** רצוי להקצות משאבים ולתת מענה מוגבר של תוכניות לפריפריה הגיאוגרפית והחברתית וליישובים קטנים, שכן שם היצע התוכניות והפעילויות הוא דל יותר לעומת במרכז הארץ.

---

<sup>26</sup> "קהילה תומכת משודרגת" היא תוכנית ניסיונית להרחבה ולהגמשה של סל השירותים של תוכנית "קהילה תומכת". התוכנית "קהילה תומכת משודרגת" פעלה בשנים 2016-2018 במתכונת פיילוט בתשע רשויות מקומיות, ואפשרה לחברים בה להמיר את השירותים הקיימים (למעט שירות אב הקהילה) במגוון שירותים רחב יותר שסופק במסגרת הסל שהוצע להם, או לרכוש שירותים נוספים בתשלום, על פי בחירתם. הפיילוט נערך בשיתוף של משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, ג'וינט ישראל-אש, רשויות מקומיות ועמותות (ברג-ורמן וכהן, 2020).

## 8.5 מגבלות המחקר ואפשרות למחקרי המשך

הואיל ובמיזם זה נכללו 23 תוכניות שהשונות ביניהן הייתה רבה, ובחלקן מספר המשתתפים היה קטן לא נערכה השוואה ביניהן. במסגרת הניתוח התוכניות קובצו לשתי אסטרטגיות עיקריות ובוצעה השוואה בין שתי האסטרטגיות, לאחר שנערכה התאמה בין המשתתפים בהן. נוסף לכך, כדי לבחון את השפעת התוכניות נערכה השוואה בתוך כל אסטרטגיית פעולה (תוכניות שמציעות אינטראקציה חברתית ותוכניות לחיזוק מסוגלות חברתית) בין קבוצת ההתערבות (המשתתפים בתוכניות) לקבוצת הביקורת, שהתבססה על מי ששובצו לתוכניות ורואיינו בתחילתן אך בסופו של דבר לא השתתפו בתוכנית. השוואה זו היא מוגבלת מפני שלא נעשתה הקצאה אקראית בין קבוצת המשתתפים בתוכנית לבין קבוצת הביקורת, וייתכן שהנשירה של האנשים מן התוכניות לא הייתה מקרית. עם זאת, לא נמצאו הבדלים מובהקים ברמות הבדידות והדיכאון ההתחלתיות של האנשים בקבוצת הביקורת ושל האנשים שהשתתפו בתוכנית, כך שלמרות המגבלות השוואה זו הייתה אפשרית.

כאמור לעיל, כל משתתפי המחקר התגוררו בקהילה ורובם היו פעילים מבחינה חברתית, והקבוצה התאפיינה בייצוג יתר לנשים. לפיכך, מסקנות המחקר תקפות בעיקר לאוכלוסיות אלה, ועל כן יש להחיל אותן בזהירות על אנשים שחיים במוסדות, על אוכלוסיות ברמת בידוד חברתי גבוהה יותר ועל גברים.

מחקר עתידי בנושא בדידות יכול להיות מחקר אורך עם אותם משתתפים או בחינה של תהליך ההטמעה (ה-scaling up) של מספר מצומצם של תוכניות. במסגרת בחינת התרומה של תוכניות ניתן לשלב במחקר עתידי כלי מדידה אובייקטיביים מתחום הבריאות והתפקוד, במערך מחקר ניסויי, כדי לבחון את תרומת התוכנית להפחתת בדידות להיבטים אלו. כדאי להעמיק בבחינת תוכניות המתבססות על אסטרטגיה לחיזוק המסוגלות החברתית ולבחון מה הם מאפייני האנשים שתוכניות מסוג זה ייטיבו איתם. ולבסוף, אפשר לבחון כיצד שינויים במדיניות, בדגש על יצירת שיתופי פעולה בין-משרדיים ותהליכים של העלאת מודעות, עשויים להשפיע על איתור זקנים בודדים ועל שיפור המענים הניתנים להם.

## מקורות

- ברג-ורמון, א., כהן, י. (2020). קהילה תומכת משודרגת: מחקר הערכה. ירושלים: מכון מאירס-גיוינט-ברוקדייל. דמ-802-20.
- ברודסקי, ג'., וניר, ז' (2010). בדידות בזקנה. השלמת סקירת ספרות מוגשת לאשל כחומר רקע לתוכנית החומש. ירושלים: מכון מאירס-גיוינט-ברוקדייל.
- ברודסקי, ג'., שנור, י'., באר, ש' (עור') (2018). בני 65+ בישראל שנתון סטטיסטי 2017. ירושלים: מכון מאירס-גיוינט-ברוקדייל.
- לומרנץ, י' (2003). בריאות נפשית וטיפול נפשי בתקופת הזקנה. בתוך ארנולד רוזין (עורך), *הזדקנות וזקנה בישראל*. ירושלים: אשל, 467-529.
- למ"ס (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה) (2015). *הסקר החברתי*. המחבר.
- פוגל-ביזיאוי, ס' (1999). משפחות בישראל: בין משפחתיות לפוסט מודרניות. בתוך יזרעאלי, דפנה ואחי (עורכות): *מין, מגדר, פוליטיקה*, תל אביב: ק אדום, 107-166.
- רותם, ד' (2014). *דוח הוועדה לבחינת דרכי התמודדות עם בדידות בקרב אנשים זקנים*. ירושלים: גיוינט ישראל-אשל.
- שויבץ-עזרא, ש' (2010). *בדידות בתקופת החיים המאוחרת – סקירת ספרות*. בהזמנת גיוינט ישראל-אשל, יולי 2010.

Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and society*, 25(01), 41-67.

Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D., & Goldberg, S. (2009). Loneliness in old age: longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *International Psychogeriatrics*, 21(06), 1160-1170.

Cohen-Mansfield, J., & Perach, R. (2015). Interventions for alleviating loneliness among older persons: a critical review. *American Journal of Health Promotion*, 29(3), e109-e125.

Dahlberg, L., & McKee, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging & mental health*, 18(4), 504-514.

de Jong Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Psychology and Social Psychology*, 53(1), 119-128.

de Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8(01), 73-80.

de Jong Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (1999). *Manual of the Loneliness Scale 1999*. Department of Social Research Methodology, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam (updated version 18.01.02).

- de Jong Gierveld, J. D., Van Tilburg, T. G., & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and social isolation. *Cambridge handbook of personal relationships*, 485-500.
- de Jong Gierveld, J., Van Tilburg, T., & Dykstra, P. A. (2016). Loneliness and social isolation. In Vangelisti, A. L., & Perlman, D. (Eds.). *The Cambridge handbook of personal relationships*. Cambridge University Press, Chap. 27.
- de Jong Gierveld, J., & Kamphuls, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied psychological measurement*, 9(3), 289-299.
- de Jong Gierveld, J., & Raadschelders, J. (1982). Types of loneliness. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 105-119.
- Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC public health*, 11(1), 647.
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6(2), 91-100.
- Dykstra, P. A., & Fokkema, T. (2007). Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: Comparing the deficit and cognitive perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29(1), 1-12.
- Dykstra, P. A., Van Tilburg, T. G., & de Jong Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness results from a seven-year longitudinal study. *Research on aging*, 27(6), 725-747.
- Findlay, R. A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing and Society*, 23(05), 647-658.
- Fokkema, T., De Jong Gierveld, J., & Dykstra, P. A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *The Journal of psychology*, 146(1-2), 201-228.
- Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & social care in the community*, 26(2), 147-157.
- Gierveld, J. D. J., & Van Tilburg, T. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness confirmatory tests on survey data. *Research on Aging*, 28(5), 582-598.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2007). Aging and loneliness downhill quickly?. *Current Directions in Psychological Science*, 16(4), 187-191.
- Heikkinen, R. L., & Kauppinen, M. (2011). Mental well-being: A 16-year follow-up among older residents in Jyväskylä. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(1), 33-39.
- Holwerda, T. J., Deeg, D. J., Beekman, A. T., van Tilburg, T. G., Stek, M. L., Jonker, C., & Schoevers, R. A. (2014). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia



onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85(2), 135-142.

Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys results from two population-based studies. *Research on aging*, 26(6), 655-672.

Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: Cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 157-168.

Lazarus, R. S., Averill, J. R., & Opton, E. M. (1970). Towards a cognitive theory of emotion. *Feelings and emotions*, 207-232.

Lunaigh, C. Ó., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International journal of geriatric psychiatry*, 23(12), 1213-1221.

Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review* 15(3), 219-266.

Newall, N.E., Chipperfield, J.G., Clifton, R.A., Perry, R.P., Swift, A.U., & Ruthig, J.C. (2009). Causal beliefs, social participation, and loneliness among older adults: A longitudinal study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(2-3), 273-290.

Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*, 39(3), 472-480.

Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships*, 3, 31-56.

Pikhartova, J., & Victor, C. (2015). Loneliness and its predictors in older age: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *The European Journal of Public Health*, 25(suppl 3), ckv174-060.

Poscia, A., Stojanovic, J., La Milia, D. I., Duplaga, M., Grysztar, M., Moscato, U., ... & Magnavita, N. (2018). Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: an update systematic review. *Experimental gerontology*, 102, 133-144.

Robins, R. W., Hendin, H. M., & Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and social psychology bulletin*, 27(2), 151-161.

Rotenberg, K. J., & NUCKIE, J. E. N. N. I. F. E. R. (1999). Stigmatization of social and intimacy loneliness. *Psychological reports*, 84(1), 147-148.

Russell, Daniel W., L. Anne Peplau, and Carolyn E. Cutrona. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology* 39, 472-80.

- Shiovitz-Ezra, S. (2015). 15 Loneliness in Europe: do perceived neighbourhood characteristics matter?. *Ageing in Europe-Supporting Policies for an Inclusive Society*, 169.
- Sjöberg, M., Beck, I., Rasmussen, B. H., & Edberg, A. K. (2017). Being disconnected from life: meanings of existential loneliness as narrated by frail older people. *Aging & mental health*, 1-8 (Published Online: 17 Jul 2017).
- Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B., & Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing*, 6(4), 267-275.
- Victor, C., Scambler, S., & Bond, J. (2009). *The Social World Of Older People: Understanding Loneliness And Social Isolation In Later Life: Understanding Loneliness and Social Isolation in Later Life*. McGraw-Hill Education (UK).
- Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.

## נספחים

### נספח א: תיאור התוכניות

#### 1. אילת: שתי תוכניות

- א. פעילות לפי קבוצות עניין. יצירת מענים מגוונים לקבוצות זקנים שאותרו על פי תחומי העניין שלהם – קבוצת צילום, קבוצת לימוד מחשבים וקבוצה העוסקת בשפה ובתרבות הצרפתית. נוסף לפעילות המהנה ולחומר הנלמד, הושם דגש בקבוצה על מיומנויות חברתיות, כגון הקשבה, הכלה, אמפתיה, סובלנות, שיתוף, גיבוש, ערבות הדדית וחברות. נוצרו קשרים חברתיים וחשיפה למסגרות חברתיות בקהילה. בתום מפגשי קבוצת הצילום הוצגה תערוכת הצילומים באירוע שפתח ראש העיר. נוסף לכך, קבוצה זו השתתפה בפעילות בסופי שבוע – פעילות בצוהרי שישי הכוללת ארוחה ופעילות מהנה. הפעילות משותפת עם זקנים נוספים ממועדון גמלאים (לא בהכרח בודדים) כדי לאפשר הזדמנויות לאינטראקציה עם אנשים נוספים.
- ב. פעילות סוף שבוע. ארוחה ופעילות חווייתית ביום שישי בצוהריים אחת לחודש. הפעילות משותפת למשתתפים מקבוצות העניין ולמשתתפים נוספים.
- תוכנית שלישית שהייתה מתוכננת, "בנק הזמן" לא יצאה בסופו של דבר אל הפועל.

#### 2. הוד השרון – עמותת קליק: תוכנית אחת

מרכז יום טכנולוגי וירטואלי, שבאמצעותו הזקן ישתלב "וירטואלית" בפעילויות המתקיימות במוקדי פעילות חברתית קיימת, כמו מרכז יום וקפה אירופה. הזקן בוחר ממגוון הפעילויות המתקיימות בו-זמנית את הפעילויות שאליהן הוא מצטרף און ליין.

#### 3. חולון: תוכנית אחת

מועדון נע. התוכנית מיועדת לזקנים ש"נשרו" ממועדונים חברתיים בשל התדרדרות במצבם הבריאותי או בשל צורך לטפל בבן משפחה מרותק לבית, ועל כן הם חשים בדידות. בפועל, בשל הקושי לגייס אנשים שנשרו (בעיקר עקב מצב תפקודי ורפואי ירוד מאוד), הוחלט לשנות את אוכלוסיית היעד לאנשים שעדיין פעילים במועדונים חברתיים אך נמצאים בסיכון לנשירה על פי רשימת קריטריונים שנבנתה וחשים כבר היום בדידות. דובר בפעילות קבוצתית, בקבוצות של 5-7 זקנים ומתנדבת שהנחתה את המפגשים וקיימה פעילויות מגוונות.

#### 4. ירושלים – בית הופמן: תוכנית אחת

בוחרים להרגיש טוב. התוכנית כוללת אימון פרטני של ארבעה מפגשים ולאחר מכן אימון קבוצתי של 10 מפגשים. האימון הפרטני מאפשר את הכניסה לתהליך של שינוי קבוצתי, ובתהליך הקבוצתי מתאפשר תהליך של שינוי עמדות ותפיסות ותרגול כישורים חברתיים בקבוצה ומחוץ לה. את שיטת האימון בתוכנית זו פיתח מכון "תובנות", והיא מתמקדת בתהליכי שינוי בחשיבה באמצעות איתור הנחות יסוד מכשילות והקניית כלים ליצירת מגוון רחב של דרכי חשיבה ופעולה. התוכנית כוללת שעות הדרכה ותצפית בקרב אנשי מקצוע מטפלים, כגון עו"סיות של מחלקת הרווחה בעיריית ירושלים, כדי להכשיר בנושא. התוכנית הותאמה לעולם הזיקנה והבדידות.

5. **ירושלים – המרכז הישראלי לאפטרופסות: תוכנית אחת**

ליווי אישי. תוכנית זו מיועדת לאנשים שהארגון משמש עבורם אפטרופוס. מטרת התוכנית לחשוף את הזקן למרחב הציבורי בסביבתו כדי לחזק ולהרחיב את הרשתות החברתיות שלו, לעודד אותו להשתמש בהן ובכך להפיג את בדידותו באמצעות "ידידים" מבלי לפתח תלות. לכל זקן מוצמד ידד (מתנדב שעובר הכשרה בנושא זקנה ובדידות). לאחר היכרות מעמיקה עם הזקן (יכולותיו, תחומי עניין וכדומה) המתנדב מתאים עבורו פעילויות בסביבתו הטבעית תוך כדי התייחסות לטיפוח היכולת האישית ופיתוח קשרים חברתיים.

6. **משגב – עמותת מרחבים "ביחד": תוכנית אחת**

פעילות קבוצתית. התוכנית משלבת בין חיזוק ושיפור של קשרים חברתיים בין-אישיים לבין חיזוק ההזדהות של הזקן והשתייכותו לקהילה, כתורם וכתורם. התוכנית כוללת הקמת קבוצות שייכות באזורים רחוקים ומבודדים מן השירותים החברתיים במועצה (כולל קבוצה ביישוב בדואי). המשתתפים נפגשים במהלך תקופה של שמונה חודשים, משולבים בפעילויות רב-דוריות ביישוב ובחורים פרויקט קהילתי שבו יוכלו לתרום לקהילה. בתוך פעילויות הקבוצה משולבים גורמים יישוביים, כגון עו"ס יישובי ונציג הייעוץ לקשיש.

7. **נצרת עילית – עמותת עלמה: שתי תוכניות**

א. קבוצות עניין. קבוצות יזומות לעיסוק בתחביבים משותפים. מאותרים זקנים בודדים בעלי עניין משותף, כמו קבוצת הליכה, שיח, קולנוע, קריאה. את הקבוצה מנחה מדריך מומחה בנושא. אחת לחודש מתקיים מפגש קבוצתי שעוסק בשיפור כישורים ומיומנויות חברתיות. הכוונה הייתה שלאחר שנה, הקבוצות תמשכנה להיפגש בליווי מתנדב.

ב. ליווי רוחני. המלווה הרוחני עוסק בתחומים הקלאסיים של הליווי הרוחני הנוגעים בעולם הערכים, המסורות, האמונות ועולמו הרוחני של הזקן, כדי לאפשר לו להתחבר למקורות ההשראה והחוסן של עצמו, אלה שאפשרו לו לעבור את מסע החיים ולגלות מה משמעותי עבורו ברגע זה. בשנה הראשונה המלווה הרוחני נפגש עם הזקן אחת לשבועיים, ובמקביל מבקר אותו אחת לשבוע מתנדב שהוכשר וקיבל כלים מעולם התוכן של הליווי הרוחני. במהלך הזמן התברר שעבודת המתנדבים אינה יכולה להשלים את עבודת המלווה הרוחני בשל ההכשרה המצומצמת שניתנה להם בתחום. כמו כן ביקורי הבית של המתנדבים יצרו התערבות חדשה בתוכנית. לאור זאת הוחלט כי עבור הזקנים החדשים שהצטרפו לפעילות של ליווי רוחני לא ישובץ מתנדב.

8. **סחנין – עמותת השלום: שתי תוכניות**

א. פעילות קבוצתית (CBT). טיפול קצר מועד בשיטה קוגניטיבית-התנהגותית. הקבוצה מתמקדת בהבנה ובלמידה משותפת של תופעת הבדידות ועוסקת בהקניית מיומנויות חברתיות ואישיות להפחתה ולצמצום של תחושות בדידות. לאחר מכן ממשיכה בקבוצת הפעלה העוסקת בבישול או תכנים אחרים על פי בחירת המשתתפים.

ב. ליווי אישי למרותקי בית. עבור מי שאותרו כבודדים מוצעת פעילות פרטנית משמעותית עם מתנדב.

9. **עמק יזרעאל: שלוש תוכניות**

א. אתגרים והזדמנויות בגיל השלישי (קבוצת CBT): טיפול קצר מועד בשיטה קוגניטיבית- התנהגותית. הקבוצה מתמקדת בהבנה ולמידה משותפת של תופעת הבדידות ועוסקת בהקניית מיומנויות חברתיות ואישיות להפחתה ולצמצום של תחושות בדידות.

ב. קבוצת סיפורי חיים: קבוצה זו מאפשרת לחבריה לספר את סיפור חייהם ולסכם תהליכי חיים וחוויות עבר בדרך שמקלה על תחושת הבדידות בזקנה ועל התמודדות עם אובדנים בלתי נמנעים. נעשה שימוש בכלים יצירתיים כאמצעי להתבוננות חדשה ולא הגנתית על תהליכים משפחתיים ואישיים.

ג. קבוצת טבע-תרפיה: קבוצה מטיילת, בשילוב אלמנטים מעולמות התוכן הטיפולים.

בשלב השני והשלישי של התוכנית, כדי לחזק את תחושת השייכות הקהילתית של המשתתפים, הוצמד לכל זקן מתנדב מן היישוב אשר סייע לו בבניית תוכנית פנאי. כמו כן נעשה ניסיון לשלב את הזקנים בוועדות מקומיות במועצה כדי שייקחו חלק פעיל בתכנון אירועים ופעילויות ביישוב.

#### 10. רחובות – עמותת על"ה: שתי תוכניות

א. מועדון שישי. התוכנית מיועדת לזקנים מרותקי בית וסביבה אשר מגיעים בימי שישי בבוקר, בהסעה מאורגנת, לפעילות חברתית שכוללת ארוחת בוקר, סדנאות ותכנים בנושא מיומנויות חברתיות, תקשורת וכדומה.

ב. קבוצות חוסן זהב. מתן כלים להתמודדות עם תופעת הבדידות, בדגש על שינוי קוגניטיבי התנהגותי, מיומנויות חברתיות והרפיה. תוכני התוכנית עברו התאמה לטיפול בסוגיית הבדידות ומספר המפגשים המקורי עלה מ-10 ל-15.

#### 11. שער הנגב – עמותת יחדיו: שתי תוכניות

א. קורס אקדמי. קורס שניתן בבית הספר לעבודה סוציאלית במכללת ספיר ומיועד לסטודנטים וזקנים, כפעילות בין דורית. במהלך השנתיים התקיימו שתי קבוצות (אחת בכל שנה). הקורס עסק בנושאים כגון יחסים בין-דוריים במסגרת המשפחה המזדקנת, תיאוריות פסיכולוגיות של הזדקנות והזיקנה כתופעה חברתית ותרבותית. בסיומו קיבלו המשתתפים מטלה להכין עבודה בזוגות (סטודנט וזקן).

ב. חברותא / כישורים ונהנים. מפגשי הקבוצות נערכים ביישובים שונים מדי שבוע, וסוגי הפעילויות משתנים מקבוצה לקבוצה (משחקי קופסה, שיעורי תנ"ך ועוד). בחלק מן הקבוצות כל המשתתפים אקטיביים ואחראים יחד על בניית התכנים והוצאתם לפועל, ואילו בחלקן יש משתתף אחד או שניים אשר אחראים על העברת התכנים. בכל קבוצה אותרו "מובילי" אחד או שניים להדרכה קבוצתית בנושא קלי"ע (קבוצה לעזרה עצמית). קבוצת ההדרכה הפכה לקבוצת השתייכות בפני עצמה.

#### 12. שפרעם – אגודה למען הזקן: תוכנית אחת

בוחרות בחיים. מטרת התוכנית היא הקניית כלים לצמצום תחושת הבדידות באמצעות שינוי דפוסי התנהגות חברתית ויצירת אינטראקציה בקרב נשים זקנות, אלמנות ורווקות. התוכנית כוללת 4-8 מפגשים פרטניים בהנחיית איש מקצוע מיומן, לצורך הכנת המשתתפות לשלב הקבוצתי של התוכנית.

תחילה חשבו לקיים את המפגשים בבתיהן של הזקנות אולם לאחר מכן הוחלט שיש צורך במרחב ניטרלי ושקט שבו השיחה לא תופרע על ידי אחרים כגון בני משפחה. בשלב השני בתוכנית מתקיימים 15 מפגשים קבוצתיים לטיפול רגשי על ידי איש מקצוע במטרה לעודד יצירת קשרים, שינוי דפוסי חשיבה והתנהגות וקבלת תמיכה חברתית. השלב השלישי והאחרון בתוכנית כולל קבוצת הפעלה, כגון קבוצת בישול או הפעלה בעיסוק/מלאכת מסורתית משמעותית אחרת. בשלב זה המפגשים מונחים ומטרתם עידוד אינטראקציה בין המשתתפות, העצמה ופיתוח מיומנויות חברתיות.

### 13. תל אביב: ארבע תוכניות

- א. קבוצות לשיפור מיומנויות חברתיות. מטרת הקבוצות לשפר מיומנויות שיחה, ניהול שיחה בטלפון ומיומנויות טכנולוגיות ליצירת קשרים חברתיים. ההתערבות כוללת ייעוץ פרטני וקבוצתי במטרה לזהות חסמים פסיכולוגיים וסביבתיים המונעים מן האדם להשתתף בפעילויות חברתיות. כל קבוצה כוללת 12 מפגשים (במקור תוכננו 10 מפגשים) לאחר מכן הקבוצה ממשיכה להיפגש כקבוצה לעזרה עצמית בליווי מתנדב.
- ב. שלוש תוכניות של פעילות בסופי שבוע. פעילויות חברתיות בכמה מוקדים ואזורים בעיר, כגון מקבץ דירות ציבורי ומרכז רב-שירותים. המפגשים מציעים הרצאות בנושאים שונים, ריקודים ועוד. חלק מן הקבוצות התקיימו ביום חמישי ("חמישי שמח"), חלקן התקיימו ביום שישי וכללו ארוחת ערב שבת עם הדלקת נרות וקידוש ("קבלת שבת"), ותוכנית אחת התקיימה ביום שבת בבוקר (במועדון "פורטר").

## נספח ב: טבלה מסכמת של סיווג התוכניות, לפי מאפייני התוכנית

עצמאיים או מרותקים	משך תוכנית (קצרה – עד 15 מפגשים / ארוכה – יותר מ-15 מפגשים)	אוכלוסייה (ערבית/ יהודית)	סוג מקום מגורים	מחוז	תוכנית חד-שלבית / רב-שלבית	פעילות קבוצתית, פרטנית או משולבת	אסטרטגיית פעילות (לפי שתי קטגוריות)	אסטרטגיית פעילות (לפי ארבע קטגוריות)	שם תוכנית	שם הרשות / ארגון
עצמאיים	קצרה	יהודית	עירוני	דרום	חד-שלבית	קבוצתית	אינטראקציה חברתית	אינטראקציה חברתית	קבוצות עניין	אילת
עצמאיים	קצרה	יהודית	עירוני	דרום	חד-שלבית	קבוצתית	אינטראקציה חברתית	אינטראקציה חברתית	פעילות סוף שבוע	אילת
מרותקים	ארוכה	יהודית	עירוני	מרכז	חד-שלבית	משולבת	אינטראקציה חברתית	אינטראקציה חברתית	מרכז יום וירטואלי	חוד השרון (עמותת קליק)
עצמאיים	ארוכה	יהודית	עירוני	מרכז	חד-שלבית	קבוצתית	אינטראקציה חברתית	אינטראקציה חברתית	מועדון נע	חולון
מרותקים	ארוכה	יהודית	עירוני	ירושלים	חד-שלבית	פרטנית	אינטראקציה חברתית	אינטראקציה חברתית	ליויי אישי	ירושלים (המרכז הישראלי לאפוסטרופות)
עצמאיים	ארוכה	יהודית	כפרי	צפון	רב-שלבית	קבוצתית	אינטראקציה חברתית	אינטראקציה חברתית	פעילות קבוצתית	משגב (עמותת מרחבים ביחד)
עצמאיים	ארוכה	יהודית	עירוני	צפון	חד-שלבית	קבוצתית	אינטראקציה חברתית	אינטראקציה חברתית	קבוצות עניין	נצרת עילית (עמותת עלמה)
מרותקים	ארוכה	ערבית	עירוני	צפון	חד-שלבית	פרטנית	אינטראקציה חברתית	אינטראקציה חברתית	ליויי אישי עם מתנדב	סחני (עמותת השלים)
עצמאיים	ארוכה	יהודית	עירוני	מרכז	רב-שלבית	קבוצתית	אינטראקציה חברתית	אינטראקציה חברתית	מועדון שישי	רחובת (עמותת עלייה)
עצמאיים	ארוכה	יהודית	כפרי	דרום	חד-שלבית	קבוצתית	אינטראקציה חברתית	אינטראקציה חברתית	חברותא / כישורים ונחנים	שער הנגב (עמותת יחדיה)

עצמאיים או מורתקים	משך תוכנית (קצרה – עד 15 מפגשים / ארוכה – יותר מ-15 מפגשים)	אוכלוסייה (ערבית/ יהודית)	סוג מקום מגורים	מחוז	תוכנית חד-שלבית / רב-שלבית	פעילות קבוצתית, פרטנית או משולבת	אסטרטגיית פעילות (לפי שתי קטגוריות)	אסטרטגיית פעילות (לפי ארבע קטגוריות)	שם תוכנית	שם הרשות / ארגון
עצמאיים	קצרה	יהודית	כפרי	דרום	חד-שלבית	קבוצתית	אינטראקציה חברתית	אינטראקציה חברתית	קורס אקדמי	שער הנגב (עמותת יחדיו)
עצמאיים	ארוכה	יהודית	עירוני	מרכז	חד-שלבית	קבוצתית	אינטראקציה חברתית	אינטראקציה חברתית	חמישי שבת – פעילות סופ"ש	תל אביב
עצמאיים	ארוכה	יהודית	עירוני	מרכז	חד-שלבית	קבוצתית	אינטראקציה חברתית	אינטראקציה חברתית	קבלת שבת	תל אביב
עצמאיים	ארוכה	מערבית	עירוני	מרכז	חד שלבית	קבוצתית	אינטראקציה חברתית	אינטראקציה חברתית	שבת תרבות – מועדון פורטר	תל אביב
עצמאיים	קצרה	יהודית	עירוני	ירושלים	רב-שלבית	משולבת	חיזוק מסוגלות חברתית	שיעור התנהגותי קוגניטיבי (CBT)	בוחרים להרגיש טוב	ירושלים – בית הופמן
עצמאיים	ארוכה	ערבית	עירוני	צפון	רב-שלבית	קבוצתית	חיזוק מסוגלות חברתית	שיעור התנהגותי קוגניטיבי (CBT)	פעילות קבוצתית	סחנין (עמותת השלום)
עצמאיים	קצרה	יהודית	כפרי	צפון	חד-שלבית	קבוצתית	חיזוק מסוגלות חברתית	שיעור התנהגותי קוגניטיבי (CBT)	אתגרים והזדמנויות בגיל השלישי	עמק יזרעאל
עצמאיים	קצרה	יהודית	עירוני	מרכז	חד-שלבית	קבוצתית	חיזוק מסוגלות חברתית	שיעור התנהגותי קוגניטיבי (CBT)	קבוצת חוסן זחב	רחובות (עמותת עלי"ה)
עצמאיים	ארוכה	ערבית	עירוני	צפון	רב-שלבית	משולבת	חיזוק מסוגלות חברתית	שיעור התנהגותי קוגניטיבי (CBT)	בוחרות בחיים	שפרעם (האגודה למען הזקן)



שם הרשות / ארגון	שם תוכנית	אסטרטגיית פעילות (לפי ארבע קטגוריות)	אסטרטגיית פעילות (לפי שתי קטגוריות)	פעילות קבוצתית או משולבת	תוכנית חד-שלבית / רב-שלבית	מחוז	סוג מקום מגורים	אוכלוסייה (ערבית/ יהודית)	משך תוכנית (קצרה – עד 15 מפגשים / ארוכה – יותר מ-15 מפגשים)	מצמאיים או מרותקים
נצרת עילית (עמותת עלמה)	ליוי רוחני	תמיכה חברתית	חיזוק מסוגלות חברתית	פרטנית	חד-שלבית	צפון	עירוני	יהודית	ארוכה	מרותקים
עמק זרעאל	קבוצת טבע-תרפיה	תמיכה חברתית	חיזוק מסוגלות חברתית	קבוצתית	חד-שלבית	צפון	כפרי	יהודית	קצרה	מצמאיים
עמק זרעאל	קבוצת סיפורי חיים	תמיכה חברתית	חיזוק מסוגלות חברתית	קבוצתית	חד-שלבית	צפון	כפרי	יהודית	קצרה	מצמאיים
תל אביב	מיומנות חברתית	מיומנות חברתית	חיזוק מסוגלות חברתית	קבוצתית	חד-שלבית	מרכז	עירוני	יהודית	ארוכה	מצמאיים

## נספח ג: שביעות רצון מן התוכנית – ההתפלגות המלאה (באחוזים)

שביעות רצון מהיבטים שונים של התוכנית	בכלל לא	במידה מועטה	במידה רבה	במידה רבה מאוד
במסגרת הפעילות, אני מרגיש שלמדתי דברים חדשים	17	17	49	17
במסגרת הפעילות, רכשתי כלים ומיומנויות שאנסה להשתמש בהם בעתיד	31	16	42	11
במסגרת הפעילות, הכרתי אנשים חדשים	24	14	40	23
נהניתי מהמפגשים	4	5	47	44
המפגשים היו מעניינים	4	7	50	39
המפגשים היו משמעותיים עבורי	9	13	47	32
הפעילויות היו מאורגנות בצורה טובה	3	5	54	38
הצוות שהפעיל את התוכנית היה מקצועי	3	5	48	43
הצוות התייחס אליי בצורה מכבדת ונעימה	2	2	45	52
הרגשתי שמבינים אותי	3	4	48	44
הרגשתי שייכות לקבוצה [במידה שהתוכנית הייתה מבוססת על קבוצה]	9	10	45	36
חיכיתי בציפייה למפגש הבא	6	11	53	31
באופן כללי, באיזו מידה היית מרוצה מהפעילות?	1	6	49	44

## נספח ד: תרומת התוכנית – ההתפלגות המלאה (באחוזים)

במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה מועטה	בכלל לא	היבטים שונים של תרומת התוכנית למשתתפים בה
16	41	15	28	להפחתת תחושת הבדידות שלך
18	52	13	17	לשיפור מצב הרוח הכללי
11	37	10	42	לשיפור תחושת הבריאות הכללית
10	35	15	40	ליכולת לפתור בעיות ולהתמודד עם קשיים
9	37	15	39	ליכולת להתמודד עם רגשות לא נעימים
8	28	11	53	ליצירת קשרים חברתיים חדשים
9	19	11	61	לקשר עם בני משפחה
12	31	13	44	לקשר עם חברים
5	14	7	74	לקשר עם ארגונים נותני שירות
3	13	9	75	לפעילות ברשתות החברתיות (כגון וואטסאפ, פייסבוק וכדומה)
7	25	12	56	לשיפור התפקוד היום-יומי שלך

## נספח ה': המודל לאמידת ההתאמה (PSM) עבור משתתפים משני סוגי האסטרטגיות

**Pseudo R2**    **Log likelihood**    **P**    **LR chi2(16)**    **N**    **Probit regression**  
**0.1622**    **-180.98386**    **0.0000**    **70.07**    **323**

משתני פיקוח	מקדם (Coefficient)	סטטית תקון	Z	P	רווח בר-סמך (CI: 95%)
גיל (עד 80 לעומת 80 ויותר)	0.17	0.18	0.94	0.35	0.57
מגדר	0.06	0.22	0.3	0.77	0.50
יהודים לעומת ערבים	-0.76	0.37	-2.08	0.037	-0.05
מצב משפחתי (אלמן לעומת אחר)	0.27	0.17	1.57	0.11	0.60
מצב בריאותי	0.14	0.17	0.81	0.43	0.47
קשור עם חברים (לפחות פעם בשבוע לעומת פחות מפעם בשבוע)	-0.11	0.18	-0.6	0.54	0.25
שביעות רצון מהקשור עם החברים	-0.18	0.21	-0.89	0.37	0.22
אידיקציה לדרכאון לפני התוכנית ( $HQ-2$ )	0.05	0.04	1.12	0.26	0.14
תדירות תחושת הבדדות לפני התוכנית	0.11	0.21	0.52	0.61	0.52
תחושת בדידות היום לעומת בעבר	-0.15	0.19	-0.79	0.43	0.22
רמת בדידות לפני התוכנית ( $UCLA$ )	0.02	0.01	2.62	<b>0.009</b>	0.031
השתתפות בפעילויות חברתיות נוספות	-0.62	0.21	-2.88	0.004	-0.20
קשור עם בני משפחה (לפחות פעם בשבוע לעומת פחות מפעם בשבוע)	0.68	0.20	3.43	<b>0.001</b>	1.07
שביעות רצון מהקשור עם בני המשפחה	-0.49	0.23	-2.17	<b>0.03</b>	-0.05
תחושת שייכות לקהילה	-0.47	0.17	-2.68	<b>0.007</b>	-0.13
מצב כלכלי (מצליח או מצליח ללא קושי לכסות הוצאות לעומת לא כל כך מצליח או בכלל לא מצליח)	0.54	0.19	2.86	<b>0.004</b>	0.90
קבוע	-0.03	0.64	-0.04	0.97	1.23

**נספח ו: התפלגות המשתתפים לפי כל אחד מן המאפיינים (משתני הפיקוח המובהקים), בכל אחד מן התאים המאוזנים, לפי אסטרטגיית ההתערבות (באחוזים)**

	0.6	0.4	0.2	0.0	N	
						המאפיין (משתנה הפיקוח)
						רמת בדידות לפני התוכנית (UCLA I) (רצף, טווח 0-60) (בממוצע)
	22.4	29.3	15.3	12.4	213	הזדמנות לאינטראקציה חברתית
	22.2	26.9	16.5	19.1	139	חיזוק המסוגלות החברתית
						השתתפות בפעילויות חברתיות נוספות (n=כך)
	1.72	17.24	20.69	60.34	58	הזדמנות לאינטראקציה חברתית
	22.22	14.81	40.74	18.52	27	חיזוק המסוגלות החברתית
						קשר עם בני משפחה (n=לפחות פעם בשבוע)
	8.51	22.7	34.04	33.33	141	הזדמנות לאינטראקציה חברתית
	26.42	27.36	24.53	11.32	106	חיזוק המסוגלות החברתית
						שביעות רצון מן הקשר עם בני המשפחה (n=מרוצה או מרוצה מאוד)
	4.86	17.3	30.81	46.49	100	הזדמנות לאינטראקציה חברתית
	22.12	28.85	28.85	12.5	106	חיזוק המסוגלות החברתית
						תחושת שייכות לקהילה (n=במידה רבה או רבה מאוד)
	3.68	13.97	32.35	50	136	הזדמנות לאינטראקציה חברתית
	14.75	27.87	36.07	16.4	61	חיזוק המסוגלות החברתית
						מצב כלכלי (n=מצליח או מצליח ללא קושי לכסות על החוצאות)
	4.27	17.07	29.27	48.78	164	הזדמנות לאינטראקציה חברתית
	17.24	29.89	31.03	18.39	87	חיזוק המסוגלות החברתית

\* למאפיין יהודים/ ערבים לא נבנה פרופיל בשל מיעוט המשתתפים הערבים בכל אחד מן התאים המאוזנים.

נספח ז': פירוט מדדי תוצאה – לפני ואחרי התוכנית, כולל משתני הפרש ומשתני שינוי, לפי אסטרטגיית ההתערבות

מדד תוצאה / אסטרטגיה פעולה	סך הכול	הזדמנות לאינטראקציה חברתית	הזדק מסוגלות חברתית
מדד בדידות עקיף UCLA – ממוצע וסטיית תקן	$T_0$	18.54 (0.54)	21.14 (0.86)
	$T_1$	17.10 (0.55)	19.89 (0.85)
מדד בדידות עקיף UCLA – ממוצע וסטיית תקן	הפרש $T_1-T_0$	-1.50 (8.36)	-1.56 (8.35)
	מובחנות t-test תלוי (לפני ואחרי)	$p=0.026$	$p=0.708$
מדד בדידות עקיף UCLA – ממוצע וסטיית תקן	$T_0$	19.86 (0.76)	21.05 (1.22)
	$T_1$	19.56 (0.84)	22.57 (1.31)
מדד בדידות עקיף UCLA – ממוצע וסטיית תקן	הפרש $T_1-T_0$	0.16 (9.76)	1.95 (9.7)
	מובחנות t-test תלוי (לפני ואחרי)	$p=0.662$	$p=0.131$
מדד בדידות עקיף UCLA – ממוצע וסטיית תקן	$T_0$	1.83 (0.12)	1.87 (0.15)
	$T_1$	2.22 (0.15)	1.75 (0.15)
מדד בדידות עקיף UCLA – ממוצע וסטיית תקן	הפרש $T_1-T_0$	0.50 (0.16)	-0.14 (0.15)
	מובחנות t-test תלוי (לפני ואחרי)	$p=0.0001$	$p=0.004$
מדד בדידות עקיף UCLA – ממוצע וסטיית תקן	$T_0$	1.60 (0.09)	2.02 (0.20)
	$T_1$	1.39 (0.09)	2.47 (0.24)
מדד בדידות עקיף UCLA – ממוצע וסטיית תקן	הפרש $T_1-T_0$	-0.22 (0.09)	0.62 (0.27)
	מובחנות t-test תלוי (לפני ואחרי)	$p=0.003$	$p=0.017$
מדד בדידות עקיף UCLA – ממוצע וסטיית תקן	$T_0$	2.22 (0.15)	1.87 (0.15)
	$T_1$	2.22 (0.15)	1.75 (0.15)
מדד בדידות עקיף UCLA – ממוצע וסטיית תקן	הפרש $T_1-T_0$	0.50 (0.16)	-0.14 (0.15)
	מובחנות t-test תלוי (לפני ואחרי)	$p=0.003$	$p=0.027$
מדד בדידות עקיף UCLA – ממוצע וסטיית תקן	$T_0$	1.83 (0.12)	1.87 (0.15)
	$T_1$	2.22 (0.15)	1.75 (0.15)
מדד בדידות עקיף UCLA – ממוצע וסטיית תקן	הפרש $T_1-T_0$	0.50 (0.16)	-0.14 (0.15)
	מובחנות t-test תלוי (לפני ואחרי)	$p=0.003$	$p=0.027$



65	70	75	79	70	75	$T_0$	שביעות רצון מן החיים – מרוצה או מרועה מאוד
66	72	82	85	75	80	$T_1$	
24	25	24	21	24	22	שיפור ב- $T_1$	ללא שינוי ב- $T_1$ הרעה ב- $T_1$
49	59	59	66	55	63		
26	17	17	13	21	15		באחרים) דד
p=0.695	p=0.446	p=0.131	p=0.040	p=0.414	p=0.053	מובהקות וילקוסון למדגמים תלויים (לפני ואחרי)	



# נספח ח: דוגמאות למודעות לאיתור משתתפים העוסקות בגלוי בסוגיית הבידודות

תמונה 2: מודעה איתור רגנית לנאמן



תמונה 1: מודעת איתור לקבוצה בתל אביב





## מפעלים מיוחדים

- מס' 1 - הבראה לאמהות למשפחות מרובות ילדים, אלחנן בלומנטל, 1974.
- מס' 2 - הערכת התוצאות של הדרכה תזונתית למשפחות מרובות ילדים, שרה בבלי וגילה מיכאלי, 1975.
- מס' 3 - "קשיש לקשיש" בשכונת גונן בירושלים בשנים 1969 – 1975, 1975.
- מס' 4 - מפעל ניסיוני לשיפור שירות ההזנה בבתי הספר בלוד וברמלה בשנת הלימודים תשל"ה, אגי מיינהרד ונעמי פינטון, 1976.
- מס' 5 - חינוך והדרכה לאורח חיים חסכוני למשפחות מרובות ילדים, נעמי פינטון, 1976.
- מס' 6 - מפעל ניסיוני ליצירת תהליך אבחון תעסוקתי לקשישים, רחל וינשטיין, 1976.
- מס' 7 - מפעל ניסיוני לשירות הזנה כולל בכפר סבא, נעמי פינטון ואגי מיינהרד, 1977.
- מס' 8 - פרויקט עבודה קהילתית בשכונת שפרינצק בקרית שמונה, נעמי פינטון, 1978.
- מס' 9 - מפעל ניסיוני לסיוע משפטי חינוך בנושאי ביטוח לאומי (שירות אוניברסאלי ללא מבחן הכנסות); סקר מעקב, 1978, ראובן שטיינר ויוסף זילבר, 1979.
- מס' 10 - עמדות האוכלוסייה כלפי שאלות של בריאות הנפש (מצאים מתוך סקר בשכונות מצוקה בירושלים), נעמי פינטון, 1980.
- מס' 11 - השירות המקיף לקשיש בטבריה, ברנדה מורגנשטיין ורונית ליברמן, 1981.
- מס' 12 - חונכות – פרויקט לעזרה הדדית של נוער בשכונת רוממה, ירושלים, נעמי פינטון, 1981.
- מס' 13 - צרכים רפואיים וסוציאליים של קשישים מוגבלים – שרותים נחוצים ועלותם, חלק א', בני ברק, חוקר ראשי ד"ר יוסף זילברשטיין, 1981.
- מס' 14 - חונכות – פרויקט לעזרה הדדית של נוער בשכונת רוממה, ירושלים – דו ח סיכום, נעמי פינטון, 1982.
- מס' 15 - מפעלים ניסיוניים לסיוע לאלמנות שאירים, ברנדה מורגנשטיין ורונית ליברמן, 1983.
- מס' 16 - חוק ביטוח נכות כללית – קצבה לילדים נכים בגיל 3 - 14, ברנדה מורגנשטיין, 1983.
- מס' 17 - חימום בתי קשישים בשכונת נחלאות בירושלים, יעקב צדקה ומרים שמלצר, 1984.
- מס' 18 - מפעל תעסוקה לקשישים, קרית גת, ברנדה מורגנשטיין, 1984.
- מס' 19 - היקף הצרכים לטיפול אישי ולעזרה ביתית ואספקתם על ידי המשפחה וגורמים בקהילה – בני ברק ובאר שבע, ברנדה מורגנשטיין, 1984.
- מס' 20 - הערכת מוגבלות תפקודית של נכים, שירותים מיוחדים לנכים, ברנדה מורגנשטיין ופרלה ורנר, 1985.
- מס' 21 - מועדונים פסיכוגריאטריים בירושלים, שרית בייץ, ברנדה מורגנשטיין, מרים כרמלי, 1985.
- מס' 22 - מקלט לנשים מוכות, אשדוד – מעקב מחקרי, נעמי פינטון ויהודית סלעי, 1985.
- מס' 23 - הדרכת בני משפחה המטפלים בקשישים מוגבלים בביתם, ברנדה מורגנשטיין, פרלה ורנר ומרים כרמלי, 1985.
- מס' 24 - הכשרת פנסיונרים מתנדבים לעבודה קהילתית, ברנדה מורגנשטיין ופרלה ורנר, 1985.
- מס' 25 - סדנא לאלמנות שאירים במסגרת מחלקת השיקום, ברנדה מורגנשטיין ומרים כרמלי, 1986.
- מס' 26 - מקלט לנשים מוכות, אשדוד – סיכום שנת מעקב 1983/4, נעמי פינטון ויהודית סלעי, 1986.
- מס' 27 - פרויקט הכשרה בלתי פורמלית למטפלות בית – מחקר הערכה, יהודית סלעי ונעמי פינטון, 1988.
- מס' 28 - תוכנית למניעת לידות מוקדמות בבית שמש, אדית דר, 1988.
- מס' 29 - מערך שירותים מוגבר בקהילה לקשישים סיעודיים שקיבלו אישור לסידור במוסד סיעודי – רמת גן, מרים כרמלי וברנדה מורגנשטיין, 1989.
- מס' 30 - מפעל מיוחד לגמילה מאלומות במשפחה, דינה סגל, נעמי פינטון ודבי עובדיה, 1989.
- מס' 31 - חונכות ילדי אסירים, דבי עובדיה, 1989.

- מס' 32 - שיבולת – ניידת שירותים לקשישים מוגבלים, פרלה ורנר וברנדה מורגנשטיין, 1989.
- מס' 33 - ההפעלה הניסיונית של חוק ביטוח סיעוד, חלק א', ברנדה מורגנשטיין, שרית בייץ-מוראי ותמר הרון, 1989.
- מס' 34 - פרויקט גמלאים בביה"ס התיכון העירוני קריית שרת בחולון, הדסה האז, 1989.
- מס' 35 - מפעל מיוחד לחונכות ילדי אסירים, שנה ב', דבי עובדיה, 1990.
- מס' 36 - שירות פסיכולוגי בבתי אבות של משען, שרית בייץ-מוראי, 1990.
- מס' 37 - מפעל מיוחד – הלואות לעזרים רפואיים, שאול נמרודי, 1990.
- מס' 38 - תוכנית התערבות למניעת לידות מוקדמות בבית שמש, שנה ב', אדית דר וענת שמש, 1990.
- מס' 39 - דוח מסכם – קליטה והדרכה של עובדי יצור ישראליים במפעל פולגת קרית גת, ג'ולי צוויקל, 1990.
- מס' 40 - ההפעלה הניסיונית של חוק ביטוח סיעוד, חלק ב' – מעקב, שרית בייץ-מוראי, 1990.
- מס' 41 - קבוצות לעזרה הדדית לבוגרי הסדנאות לגמילה מאלימות במשפחה, חסיה קליבנסקי, 1990.
- מס' 42 - משפחתונים לקשישים בטבריה, יעקב צדקה, 1991.
- מס' 43 - קו חירום לנשים מוכות, דבי עובדיה, 1991.
- מס' 44 - הדרכה בתחום המיני להורים ולסגל בית הספר לילדים בעלי בעיות מוטוריות בעפולה, תמר הרון ודבי עובדיה, 1991.
- מס' 45 - תוכניות התערבות למניעת לידות מוקדמות בבית שמש, שנה ג', אדית דר וענת שמש, 1992.
- מס' 46 - קבוצות לעזרה הדדית לבוגרי הסדנאות לגמילה מאלימות במשפחה, שלומית לוי ודר אריאלה פרידמן, 1992.
- מס' 47 - פרויקט סדנאות לנשים לאחר לידה באור עקיבא, תמר צמח ומרים שיף, 1992.
- מס' 48 - מפעל מיוחד סמ"ל: תוכנית קהילתית למניעת שימוש בסמים במועצה האזורית מעלה יוסף, חביבה בר וג'אסר עסאקלה, 1992.
- מס' 49 - משפחתון לקשישים: דגם חדש לטיפול יום בקהילה, חנה פרימק, 1992.
- מס' 50 - קליטת מובטלים בעבודה בצה"ל במקום אנשי מילואים, דליה גורדון, 1992.
- מס' 51 - אתגר משותף לילדי משפחות זהבי ומורים-עולים, דבי עובדיה, 1993.
- מס' 52 - הערכת התכנית בטיחות סיביתית – הגורם האנושי, ד"ר קרול רזאל ועינת בנבנשתי-שרון, 1994.
- מס' 53 - פיתוח מסלולים מקצועיים לחיילות בגיוס מיוחד, ד"ר יעקב אזרחי ואילן רוזינר, 1994.
- מס' 54 - מפעלים מיוחדים לתעסוקה למרותקים לביתם: 'תכנית ברכה' בקרית טבעון, 'בית מלאכה נייד' בחיפה, הנק הבסי ובלהה ז'יסלין, 1994.
- מס' 55 - הדרכה בתחום המיני לסגל בית הספר, לילדים בעלי בעיות מוטוריות בעפולה, שנה שנייה, דבי עובדיה, 1994.
- מס' 56 - מרכז חירום טיפולי לילדים ולהורים בקרית אתא – מעקב מחקרי, חביבה בר, 1995.
- מס' 57 - תב"ל – תעסוקת בית למרותקים, הנק הבסי ובלהה ז'יסלין, 1996.
- מס' 58 - ליווי תעסוקתי לאסירים משוחררים, דבי עובדיה-יוסף, 1996.
- מס' 59 - מניעה וטיפול בנפילות קשישים בבאר שבע, ד"ר ג'ולי צוויקל, 1996.
- מס' 60 - היחידה לדרי רחובות תל אביב-יפו, מחקר הערכה – שלב א', שמעון שפירו ודפנה פרומר, 1996.
- מס' 61 - הכשרת מתמכרים לשעבר כמדריכי גמילה, מחקר הערכה, ד"ר אברהם כרמלי, נעמה הררי וטילה בראל, 1996.
- מס' 62 - טיפול קבוצתי לנפגעי פגיעה מינית ולבני משפחותיהם, דבי עובדיה-יוסף, 1996.
- מס' 63 - ליווי תעסוקתי לאסירות משוחררות, דבי יוסף, 1997.
- מס' 64 - היחידה לדרי רחובות תל-אביב-יפו, מחקר הערכה, שלב ב', שמעון שפירו ודפנה פרומר, 1998.
- מס' 65 - מועדון הזיכרון לקשישים הסובלים מירידה קוגניטיבית ובעיות זיכרון, פרלה ורנר, 1999.

- מס' 66 - פיתוח מנהיגות במושבי מועצה אזורית בקעת בית שאן, ד"ר יעקב אזרחי, 1999.
- מס' 67 - מתחברים לנוער מנותק, ד"ר אברהם כרמלי, גב' נעמה שמיר וגב' לילי יצחקי, 1999.
- מס' 68 - חינוך מיני לנוער חרש, ד"ר עמנואל חיגר, 1999.
- מס' 69 - מרכז מידע וסיוע לילדים, אשדוד, דינה קידר וגדעון טלשר, 1999.
- מס' 70 - סדנא להכרת עולמו של הילד המיוחד, ד"ר אברהם כרמלי, גב' נעמה שמיר וגב' לילי יצחקי, 2000.
- מס' 71 - פרויקט 'גיל הצפון' גמלאים יוצרים, מפקים ומשדרים שידורים קהילתיים, ד"ר הלל נוסק, 2000.
- מס' 72 - קבוצות לילדי נגמלים מסמים, נעמה בר-און, ד"ר מירי לוי-רוזליס, רפי יודלביץ, 2000.
- מס' 73 - תוכנית ההכשרה של מתנדבי עמותת סינגור קהילתי (חנות הזכויות), חיה אמזלג-באהר וחגית הכהן וולף, 2000.
- מס' 74 - בית-נועם – כיוון חדש לגברים אלימים, חגית הרטף, נעמה בר-און, 2000.
- מס' 75 - פרויקט מועדוניות-ספריות עבור ילדים ובני נוער, ד"ר הלנה סינה-דה-סביליה, נביל חטאב וניצה רסקין, 2001.
- מס' 76 - דירות קלט לנשים בסיכון וילדיהן, חיה אמזלג-באהר וחגית הכהן וולף, 2001.
- מס' 77 - אמהות למען אמהות, ד"ר אברהם כרמלי, רנה פזנר, סיגל רוביצ'ק ושרה בלומנפלד, 2001.
- מס' 78 - תכנית טיפול נמרץ לגמילת אלכהוליטיסטים, ד"ר מרק ויסמן וד"ר ריקי סויה, 2001.
- מס' 79 - מדריכים חברתיים: הערכת הכשרה, מיפוי התפקיד והערכת התפקוד, ד"ר אברהם כרמלי, אייל אגוזי ולימור חדד, 2001.
- מס' 80 - אבות אסירים בתהליכי שחרור ומשחררים: בית ספר להורים, חיה אמזלג-באהר וחגית הכהן וולף, 2002.
- מס' 81 - בית חם לצעירים, ד"ר הלנה סינה-דה-סביליה, 2002.
- מס' 82 - הזמנה לדו-שיח, קטרינה בודובסקי וטלל דולב, 2002.
- מס' 83 - הגנה על קשישים ומניעת אלימות נגדם בהרצליה, בת כצמן והווארד ליטווין, 2002.
- מס' 84 - בית ספר שדה המשלב אוכלוסיות מיוחדות, יהודה מור, 2002.
- מס' 85 - השפעת תכנית ההתערבות רפואה שלמה למען יוצאי אתיפיה על הטיפול ומצב הבריאות בקרב חולי אסתמה וחולי סכרת, נורית ניראל, שורוק איסמעיל ומרק טרגין, 2002.
- מס' 86 - מרכז יום לאסירות משוחררות, חלק א', אמנון טימר, ארנונה סינבני ועירית שריג, 2002.
- מס' 87 - קווי מצוקה (ערן) בשפה הערבית, ד"ר עדיטל בן-ארי וד"ר פייסל עזאזיה, 2003.
- מס' 88 - התערבות עבור ילדים ונוער שהוריהם התגרשו או נמצאים בתהליכי פירוד וגירושין, יהודה מור, 2003.
- מס' 89 - מרכז יום לאסירות משוחררות, חלק ב', ד"ר רירי סויה וד"ר מרק ויסמן, 2003.
- מס' 90 - פעילות גופנית מכלילה, פרופ' שונית רייטר וד"ר רחל טלמור, 2004.
- מס' 91 - התנדבות עובדת: מתנדבים והתנדבות במרכזי מידע ויעוץ לנוער 'הפוך על הפוך', בעז מ. בן-דוד, דבי חסקי-לוונטל, רנאל, 2004.
- מס' 92 - כמה אנחנו שונים/כמה אנחנו דומים, גית הכהן וולף וחיה אמזלג-באהר, 2004.
- מס' 93 - אמהות למען אמהות, ד"ר אברהם כרמלי, איריס רביד-ימין וגלי אורון, 2005.
- מס' 94 - תוכנית ההזנה במסגרות פורמאליות, אברהם כרמלי, חיה שנפ-רודוי וקרן שליט-יאיר, 2005.
- מס' 95 - בית לורן – המרכז למשפחה המתמודדת עם אוטיזם / PDD, ד"ר מרק ויסמן וד"ר ריקי סויה, 2005.
- מס' 96 - מועדוניות בני ארזים תשס"ג-תשס"ד, ד"ר ריקי סויה וד"ר מרק ויסמן, 2005.
- מס' 97 - העצמת נשים בדואיות בנגב, מירי מונק, 2005.
- מס' 98 - חיוק הקשר והתקשורת בין הורים לילדים לקווי שמיעה ממזרח ירושלים, ד"ר מאיה חושן ומיכל קורת, 2005.
- מס' 99 - הלקוח במרכז, ד"ר הנק הבסי, 2006.
- מס' 100 - שימור ושיקום קשרי משפחה בעת סידור חוץ ביתי-פנימייתי, אירית מירו ועמנואל גרופר, 2006.

- מס' 101 - **המושבים – משבר תעסוקתי לפרנסה**, ד"ר שוקי הנדלס, 2006.
- מס' 102 - **קן-זוגות**, נעמה בר-און, קרן קופיעץ, עביר גאנם ואווה שדה, 2006.
- מס' 103 - **עלה של זית**, אירית מירו ואמין חאג' יחיא, 2006.
- מס' 104 - **תחנות מידע וייעוץ לעיוורים וכבדי ראייה**, אלאיב ברמן, נורית שטרסברג ודניז נאון, 2006.
- מס' 105 - **תוכנית לפיתוח מנהיגות של אזרחים ותיקים**, מלכה כורחים ותמר תומר-פישמן, 2006.
- מס' 106 - **אור לילד ביישובי הנגב**, ד"ר יאיר עמרם, 2006.
- מס' 107 - **שילוב נכים בקהילה**, אדוה הים-יונס ויצחק פרידמן, 2006.
- מס' 108 - **פרויקט בית רשת לטיפול בנוער בסיכון במסגרת הקהילה**, ד"ר רון שור, 2006.
- מס' 109 - **תוכנית תעסוקתית עבור בלתי מועסקים (מודל רש"ת)**, ד"ר שוקי הנדלס, 2006.
- מס' 110 - **פיתוח ערכת פעילות לבריאות להפעלת החולה הדמנטי בביתו**, פרופ' פרלה ורנר, 2007.
- מס' 111 - **דרור: מקלט חירום לבני נוער הומולסביים**, מרים גולן, בתיה פנחסי, רונית חיימוב-איילי, שמעון שפיר וטטיאנה זסלבסקי, 2007.
- מס' 112 - **עסק משלך**, ד"ר עמליה סער, 2007.
- מס' 113 - **היחידה למניעה וטיפול באלימות כלפי קשישים בחיפה**, ד"ר הלנה סינה דה-סביליה, אלה אדלר-ברונשטיין ומיכל רותם-אלבאז, 2007.
- מס' 114 - **מועדון חליפין קהילתי**, ד"ר חגית הכהן וולף וחיה אמזלג - באהר, 2007.
- מס' 115 - **מודל לפיקוח ומעקב על חוק ביטוח סיעוד**, פרופ' פרלה ורנר, 2007.
- מס' 116 - **השכלה אקדמית נתמכת לאנשים עם מוגבלויות פסיכאטריות**, נגה שגיב ונעמי שטרן, 2007.
- מס' 117 - **מנהיגות צעירה ללקויי שמיעה**, חיה אמזלג-באהר, ד"ר חגית הכהן וולף ובטי סבו, 2007.
- מס' 118 - **פינת חי טיפולית לילדים חולי סרטן**, בלה גילוף, ד"ר דוד גרין, לאה לנגום, ד"ר דוד סנש, 2007.
- מס' 119 - **בית חם לנערות ולנשים רווקות בפרדיס ובשפרעם**, אירית מירו-יפה וד"ר ג'הד חאג'י-יחיא, 2007.
- מס' 120 - **תכנית ביחד בטריית הכרמל**, אירית מירו וטליה קונסטנטין, 2007.
- מס' 121 - **מרכז ללמידה פעילה ולהעצמה חברתית של 'אילן'**, ד"ר נה פיגין וד"ר מרים ברוך, 2007.
- מס' 122 - **העצמת משפחות חד-הוריות במגזר החרדי**, ד"ר מאיה חושן, מיכל קורח, שירי בורנשטיין, 2007.
- מס' 123 - **תוכנית להגנה על קשישים במגזר הכפרי**, ד"ר איילת ברג-ורמן וג'ני ברודסקי, 2008.
- מס' 124 - **רעים: מסגרת חברתית לצעירים בעלי קשיי תקשורת ולקויות למידה**, ד"ר יעקב אזרחי וד"ר מלכה שבתאי, 2008.
- מס' 125 - **שירות אישי לבטיחות ילדים**, ד"ר אורנה בראון-אפל ולובה בליו, 2008.
- מס' 126 - **פרויקט הורים נפגעי סמים**, ד"ר יואב סנטו, 2008.
- מס' 127 - **המרכז לתעסוקת מבוגרים**, ד"ר שוקי הנדלס, 2008.
- מס' 128 - **בנפשנו: מוקד נגישות בבריאות הנפש**, ד"ר רון שור, 2008.
- מס' 129 - **פיתוח משאבי התנדבות בקהילה הבדואית בנגב**, ד"ר מייק נפתלי ופרופ' גיורא רהב, 2008.
- מס' 130 - **תוכנית קש ת: קידום, שיתוף ותקשורת**, ד"ר רון שור, 2009.
- מס' 131 - **מבדידות לשייכות – מתבגרים מתנדבים מסייעים למתבגרים נפגעי נפש**, ד"ר מייק נפתלי, פרופ' גיורא רהב, ד"ר אהרן יורק, 2009.
- מס' 132 - **שומעים הקול – קידום נגישות ושימוש בטכנולוגיית עזרי שמיעה לאנשים לקויי שמיעה**, אברהם כרמלי ואדווה הרטמן, 2009.
- מס' 133 - **התכנית לקידום הגישור בסכסוכים הקשורים לאנשים עם מוגבלות**, חיה אמזלג-באהר וד"ר חגית הכהן וולף, 2009.
- מס' 134 - **שילוב חניכים עם צרכים מיוחדים בצופים**, מירי מונק וד"ר חגית קליבנסקי, 2009.
- מס' 135 - **הוסטל מפתחות לאסירים משוחררים אלימים**, ד"ר מיכל שמאי, ד"ר אלי בוכינדר, ד"ר גיא אנוש, גלי דותן ויעל ברזילי, 2009.
- מס' 136 - **שילובם של מקבלי גמלה להבטחת הכנסה בשוק העבודה: פרויקט תלמ"ה**, פרופ' אורי ינאי, 2009.

- מס' 137 - **עגלות קפה, מסגרת תעסוקה שיקומית בסביבת חיים נורמטיבית לאנשים המתמודדים עם הפרעה נפשית**, פרופ' נעמי כץ, ענת רווח ואורנית זיו, 2009.
- מס' 138 - **מרכז יום לטיפול בעברייני מין בקהילה**, ד"ר יעל אידיסיס וד"ר מלי שחורי, 2009.
- מס' 139 - **תוכניות לבוגרי מסגרות השמה חוץ-ביתית חסרי עורף משפחתי**, רמי בבנישתי, 2009.
- מס' 140 - **תוכנית ה-סל-גל הפועלת לשילוב בני נוער עם וללא מוגבלויות במשחק כדורסל בכיסאות גלגלים**, טלי היוש, גילה ווגל, שחר גינדי, 2010.
- מס' 141 - **חממה עסקית לנשים**, ד"ר שוקי הנדלס, 2010.
- מס' 142 - **כנפיים – מכינה לחיים, תכנית שילוב נכים בלימודים ובשירות לאומי**, ד"ר חגית הכהן וולף, בטי סבו, דקלה מארק, 2010.
- מס' 143 - **שכן טוב**, ד"ר אברהם כרמלי, אמיר פלק ושרון פקמן, 2010.
- מס' 144 - **תוכנית תעסוקה עבור נפגעות תקיפה מינית בחיפה ובראשון לציון**, פרופ' רבקה לזובסקי, מיכל היישריק, עינת יצחק-מונסונגו, 2010.
- מס' 145 - **מקשיבים לך – תחנות מידע ללקויי שמיעה**, אדוה הים-יונס, תמי ברוש, 2011.
- מס' 146 - **קהילה תומכת חיים עצמאיים לנכים – הערכה מחקרית**, ד"ר אבי גריפל וליאת הבר, 2011.
- מס' 147 - **אבן דרך**, ד"ר אברהם כרמלי, אמיר פלק, יעל גורודינסקי, ישי המנחם, 2012.
- מס' 148 - **הקיבוצים – משבר תעסוקתי לפרנסה**, פרופ' אברהם אופק ואריאל צימרמן, 2012.
- מס' 149 - **מרכז ילדים-הורים: המודל האזורי הנייד**, יואה שורק, פידא ניג'ם, דליה בן רבי, 2012.
- מס' 150 - **תוכנית איל – אני יכול להצליח**, ד"ר ארי נוימן, רינה נוימן, ליטל ברלב קוטלר, 2013.
- מס' 151 - **מרכז תמיכה לתעסוקה לבוגרי אקדמיה עם ליקויי למידה במכללת תל חי**, פרופ' הלנה דה-סביליה סינה, מיכל רו, עמית רוטמן, 2013.
- מס' 152 - **תכנית הבתים השיקומיים לנשים צעירות המחלימות מהפרעות אכילה**, ד"ר טלי היוש, מיכל היישריק, עינת יצחק-מונסונגו, פרופ' רבקה לזובסקי, 2013.
- מס' 153 - **מרכז ייעוץ וטיפול לאוכלוסייה בעלת צרכים מיוחדים נפגעי אלימות או פוגעים ובני משפחותיהם**, ד"ר חגית הכהן וולף, תחיה בן דוד-זיטמן, 2013.
- מס' 154 - **תוכניות לשיקום בקהילה של צעירים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית: הישגים ואתגרים**, ד"ר חן ליפשיץ, 2014.
- מס' 155 - **ציפור הנפש: מרכז פעילות והדרכה למשפחות המתמודדות עם מחלת נפש של ההורים**, ד"ר עתליה מוסק, 2014.
- מס' 156 - **"מדברים בעד עצמם" - סנגור עצמי לאוכלוסיית נפגעי נפש**, ד"ר ברברה רוזנשטיין, ענבל ברגר, 2015.
- מס' 157 - **תכנית תעסוקה לבני 60 ומעלה**, יצחק שנור, 2015.
- מס' 158 - **מיום שילוב נשים בתעסוקה**, ד"ר שוקי הנדלס, 2015.
- מס' 159 - **תכנית "תעסו-קו" - קו פתוח לתמיכה, לייעוץ וליווי תעסוקתי**, ד"ר שוקי הנדלס, 2015.
- מס' 160 - **"יד מכוונת" – הערכת התוכנית**, ברוך רוזן, דניז נאון, הדר סמואל, 2016.
- מס' 161 - **60+ - קידום פעילות גופנית בקרב מבוגרים**, פרופ' ישעיהו הוצלר, 2016.
- מס' 162 - **בראשית - יישום מודל קלבהאוס לנפגעי נפש בחדרה**, פרופ' דיוויד רועה, ד"ר פאולה גרבר-אפשטיין, 2016.
- מס' 163 - **מרכז מאור - שיקום ותעסוקה לאנשים עם תחלואה כפולה**, פרופ' דיוויד רועה, ד"ר פאולה גרבר-אפשטיין, 2016.
- מס' 164 - **שמ"ש - שיקום משפחתי שלם עבור משפחות לילדים עם מוגבלות**, ד"ר עתליה מוסק, ד"ר אילה כהן, 2016.
- מס' 165 - **עתיד בטוח לצעירים – תכנית תעסוקה לצעירים בגילאי 20-35 עם ליקויי למידה והפרעות קשב**, ד"ר יונתן אייל, יוסף קרן-אברהם, דורי ריבקי, 2016.
- מס' 166 - **חנות "כלים שלובים": דוח מסכם של מחקר הערכה**, ד"ר אבי גריפל, אפרת מישור בן דוד, 2017.
- מס' 167 - **"משחק החיים" – שמוש בכדורגל ככלי חינוכי-שיקומי לבוגרים עם מוגבלות שכלית, אוטיזם ומתמודדים עם בריאות הנפש**, ישעיהו הוצלר, שרון ברק, מלי עוז, 2017.

- מס' 168 - דו"ח מחקרי משולב ומסכם לתוכניות שיקום תעסוקתי בבריאות הנפש, פרופ' דיוויד רועה, פרופק מרק גלקופף, 2017.
- מס' 169 - גולשים נגישים – הערכת התוכנית, רוית אפרתי, ד"ר עידית מני-איקן, 2017.
- מס' 170 - "לימודי העשרה לבנים חרדים", ד"ר שלומית (שולי) בכר, ד"ר גלית אהרון, 2019.
- מס' 171 - "תוכנית הדספייס לטיפול נפשי בנוער ובצעירים בישראל", פרופ' דיוויד רועה, ד"ר מיכל משיח-איזנבר, ד"ר פאולה גרבר-אפשטיין, גב' גילי חטר ישי, 2019.
- מס' 172 - "מסלול להכשרת מטפלים קהילתיים - התמחות רב תחומית בהדרכה וליווי זקנים", פרופ' ליאת איילון, ד"ר שירי שנאן-אלטמן, 2020
- מס' 173 - "מהפכה בהשכלה הגבוהה: הערכת התרומה של מרכזי תמיכה רב-נכותיים במוסדות להשכלה גבוהה", ד"ר דליה זק"ש, ד"ר נעמי שרויאר, ד"ר כרמית-נעה שפיגלמן, ד"ר שגית מור, פרופ' ארלין קנטר, גב' יעל רויטמן, גב' הילה כהן, 2020
- מס' 174 - "מיזם פעילות גופנית מותאמת והשתלבות בפעילות גופנית בקהילה", ד"ר אילת דונסקי, ד"ר שרון ברק, 2020



include more than one program (similar to the flexible package of services in the upgraded Supportive Community program<sup>10</sup>).

- c. A description of the 23 programs that were developed as part of the project. Professionals and older adults at the local level would be able to choose their preferred program and the one that best meets their needs and abilities.
- d. Highlighting the issue of loneliness in existing programs and solutions: reworking of existing programs. Raising the awareness of professionals would help them redesign existing services (such as day centers, clubs, cultural events) to better address the issue of loneliness.

6. **Allocation of resources** and provision of programs that respond better to the needs of the geographic and social periphery and to smaller localities, since the supply of programs and activities is poorer there than in central Israel.

### **Study Limitations and Options for Follow-up Studies**

Since this project included 23 very varied programs, some of which had only a small number of participants, no comparison was made between them. In the analysis of the programs, we grouped together two main strategies and compared the two, after matching the participants in the programs. Furthermore, for each strategy (programs offering social interactions versus programs enhancing social competence) we created a comparison group whose participants were similar in their initial levels of loneliness and depression to the program participants but their allocation to the group was not random.

As noted above, all of the participants in the study were living in the community, most of them were socially active, and women were overrepresented. Consequently, the conclusions of the study are valid mainly for those populations. Caution is therefore advised when applying them to people living in institutions, to more socially isolated populations, and to men.

Future studies on loneliness could be longitudinal, using the same participants; or could focus on an examination of the scaling-up of a small number of programs. To examine the programs' contributions, future studies could incorporate objective measurement tools from the health and function areas, within an experimental study layout, in order to examine the impact of loneliness-reducing programs on these aspects. It is worth examining in greater depth programs based on strategies to strengthen social competence and examine the characteristics of people for whom the programs would be helpful. Finally, it would be possible to examine how changes in policy, with emphasis on creating inter-ministerial cooperation, as well as awareness-raising processes, may affect the identification of lonely older adults and improve services for them.

---

<sup>10</sup> The upgraded Supportive Community program is an experimental program to broaden the package of services of the Supportive Community program and make it more flexible. The upgraded program was implemented from 2016 to 2018 as a pilot in 9 local authorities, and allowed members of the upgraded program to exchange the existing programs (apart from the community facilitator) for a broader selection of programs or to select and purchase additional services. The pilot was conducted in partnership with MOLSA, JDC-ESHEL, local authorities and non-profit organizations (Berg-Warman, A. & Cohen, Y. (2020). *An upgraded supportive community: Evaluation Study*. Jerusalem: Myers-JDC-Brookdale Institute RR-802-20 – Hebrew).

13. **Ensuring accessibility through selection of an appropriate venue and provision of transportation** particularly in places where the population is spread out over a large geographic area, where the topography is difficult, or where the participants lack a sense of personal security in the streets: Furthermore, providing transport to and from the activity helps participants overcome functional difficulties and barriers as well as psychological ones
14. **Encouraging meetings outside of the program** in order to allow the participants to practice their social skills and increase their sense of belonging to the community and so that social activity becomes part of their routine.

### **Recommendations for Developing Policy to Reduce Loneliness – the Policy Level**

At the policy level, steps can be taken to assist in the various stages of addressing the issue of loneliness in old age. These stages are: preparation and identification of participants; and implementation and sustaining of the programs. The following are the main policies:

1. **Raising awareness about loneliness and providing training** by introducing content dealing with loneliness in old age in the instruction and training sessions on old age provided to both social workers and health professionals (physicians, nurses). These training sessions would address, among other things, the importance of identifying lonely people, developing tools for assessing their needs, and finding possibilities for them to join existing activities.
2. **Creating an inter-ministerial and inter-organizational "loneliness forum"** that would lead to cooperation among professionals at the local level in finding and re-integrating older people into the community
3. **Identifying lonely older adults** including those who make little use of associations or social services such as the housebound, men, and people living in institutions
4. **Introducing an intake tool to identify lonely older adults:** To this end:
  - a. We recommend adapting and shortening the intake questionnaire. Moreover, various versions can be created to meet the needs of different professionals (for example, a longer version for social workers and a shorter one for family physicians).
  - b. The questionnaire should be disseminated, and training and instruction conducted about how it should be completed
5. **Preparing a "roadmap" or compendium**, based on this study and the knowledge that has been developed in the context of the project: This document would include the following components:
  - a. A list of the recommended principles for implementing programs addressing loneliness
  - b. A list of principles for matching a program's intervention strategy to its target population and to the characteristics of the locality and community. We recommend developing a local repertoire and package of services that would

population. Optimally, **programs with different intervention strategies** should be implemented **for populations with different characteristics and needs**. Programs that offer opportunities for social interaction are more suited to people who are socially active with lower levels of loneliness and depression and with no financial difficulties. These programs contribute to reducing loneliness among men more than women. Based on the study's qualitative data, apparently the explanation is that men prefer program content to be based on activity (e.g., social interaction programs) and less on discussion. Finally, programs to strengthen social competence contribute to the reduction of depression among older adults (age 80+) more than among those below age 80. Based on the qualitative study data, a possible explanation is that those below age 80 sometimes have ageist attitudes and are disinclined to talk about loneliness (relative to those over the age of 80).

5. **Constructing a multi-component program** based on different intervention strategies: These types of program generate a gradual process, where each stage is based on the preceding one, in order to build up the abilities of the group and the participants.
6. **Social and cultural adaptation:** During the process of creating partnerships and selecting programs, various particular characteristics of the population and the locality need to be considered.
7. **Social mix of the group:** Is it better to establish a heterogeneous group, where the participants may enjoy the variety of people, or should different populations with their own particular characteristics be separated into homogenous groups? This is a dilemma for which there is no unequivocal answer.
8. **Selection of content that is relevant to the participants:** A structured framework can be set but, at the same time, there should be some flexibility and choice, allowing the participants to help plan the activities and incorporate their preferences.
9. **Creating a "safe space"** and establishing trust among the participants as well as between the participants and the staff: This is especially true when dealing with people whose communication skills and self-esteem are underdeveloped.
10. **Creating continuity:** As part of the process of establishing trust, the professional staff should not change from meeting to meeting and each meeting should open with a reference to the previous one.
11. **Implementing sustainable (long-term) programs** is another aspect of continuity. Changing thought processes and habits takes time, particularly at an older age. We recommend finding funding to support programs over time, and when this is not possible, having the participants implement the program themselves while providing support, guidance and logistic assistance.
12. **Allocating an appropriate budget:** As an example, programs aimed at enhancing social competence are usually intended for small groups and require highly skilled manpower (such as trained group leaders or psychotherapists) and therefore tend to be more expensive. However, these programs can be targeted toward those who need them most, while other, less costly, programs can be offered to people with fewer, simpler needs.

in the reduction of loneliness was found between participants and non-participants in social integration programs. Other characteristics that were found to have a significant effect on reducing loneliness and depression were the duration of the program (more than 15 meetings), the initial level of loneliness and indicators of depression, and the stability of the participant's health status throughout the program.

### **Contribution of the Program to the Professionals (the Field Level)**

1. The program raised awareness of the issue of loneliness in old age among professionals at the local level.
2. The professionals developed expertise in the area of loneliness. This also contributed to a change in the professional discourse and to reducing the taboo on talking about loneliness.
3. The issue of loneliness was put on the public agenda, so that their area of activity receives more attention at the locality level and often also more budgets.
4. Programs and further activities are now being implemented in the localities.

### **Action Principles**

One of the study goals was to learn from the experience of the current programs the best practice principles to follow when implementing programs to reduce loneliness.

As noted, the study examined 23 different programs to reduce loneliness. The study findings show that the various programs succeeded to reducing loneliness in different ways, and for the "average participant" there was no preference for one strategy over another. For the professionals at the locality level who are interested in implementing programs to reduce loneliness, it is recommended they base their choice of strategy in accordance with the background characteristics of the target population and determine the particular contents of the program together with the participants according to their areas of interest. However, a number of recommended action principles can be formulated based on an analysis of all the study findings, which may serve professionals in organizations as guidelines when initiating programs aimed at reducing loneliness in old age, as follows:

1. **Raising the awareness** of community-based professionals (e.g., family physicians, social workers) about loneliness in old age, taking account of its characteristics, implications and risk factors in order to assist in creating partnerships between them so that the issue can be addressed jointly.
2. **Breaking the taboo** and developing a professional discourse that would make it easier for professionals to initiate an open discussion about loneliness, which would give it legitimacy and reduce the sense of shame that people feel about being lonely.
3. **Conducting an intake process** to refer candidates to suitable services: Further, under certain circumstances, it may be worthwhile carrying out a needs assessment for all the older adults in the locality, in order to develop solutions that suit the residents' characteristics and the needs of the community.
4. **Matching intervention strategies to the participant's needs and characteristics:** If a program is to succeed, it is highly important to correctly define the specific target

3. The change in the level of loneliness, i.e., the difference in the UCLA Loneliness Scale<sup>8</sup> (range 0-60) before and after participation in the program, was examined by means of a t-test for the independent samples of those who participated in the program and those who did not. The findings indicate a significant difference between the averages. Among the respondents who participated in the program, we found an average decline of 1.5 points in the UCLA Loneliness Scale (a decline of 8% against the initial level of loneliness) compared with respondents who did not participate, among whom there was an increase of 0.16 points in the Loneliness Scale (an increase of 1% over the initial level). A similar check (i.e., t-test for independent samples) conducted for each strategy separately revealed that in the strategy for strengthening social competence, a significant difference was found between the averages – the average level of loneliness of the participants declined by 1.56 points in the UCLA measure (a decline of 7% against the initial level), while the loneliness of non-participants increased during the time that elapsed between the two measurements by 1.95 points (an increase of 9%). No significant difference was found between the averages of the participants vs. the non-participants in the strategy offering an opportunity for social integration, but the average change among the participants before and after the program (t-test for dependent samples) was found significant – an average decrease of 1.46 points on the Loneliness Scale, i.e., the average level of loneliness before the program was higher than the average level after participation in the program.
4. The change in the level of depression, i.e., the difference in the PHQ-2 (Personal Health Questionnaire),<sup>9</sup> which gives an indication of the mental state of depression (range 0-6), before and after participation was also examined using a t-test for independent samples, between participants and non-participants in the program. The findings indicate a significant difference between the averages. Among the respondents who participated in the program, there was an average decline of 0.22 points in the measure indicating the level of depression (a decline of 14% over the initial levels), while the level of depression among respondents who did not participate rose by 0.5 points (an increase of 27% over the initial level). A similar examination (i.e., t-test for independent samples) conducted for each strategy separately revealed that in both strategies there was a significant difference in the averages – in the strategy to strengthen social competence, there was a decline of 0.14 points in the measure among participants compared with an increase of 0.62 points in the measure among those who did not participate, and in the strategy indicating an opportunity for social integration there was a decline of 0.27 points in the measure among participants compared with an increase of 0.42 points among the non-participants in those programs.
5. The association between participation in the program and a change in the level of loneliness (UCLA Scale) and the indication for depression (PHQ-2) was examined using a linear regression multivariable analysis. It was found that apart from all the other explanatory variables, participation in the programs significantly reduced the level of the depression index of participants in contrast to non-participants. Participation in programs to strengthen social competence significantly reduced the level of loneliness of participants as opposed to non-participants, but no significant difference

---

<sup>8</sup> UCLA Loneliness Scale – a tool to measure loneliness in common use in the USA and other countries

<sup>9</sup> The PHQ-2 (Personal Health Questionnaire) gives a general assessment as to whether a person is suffering from depression

populations, we matched the participants, which made it possible to compare the two strategies.

### **Respondents' Satisfaction with the Program**

1. Forty percent of the respondents left the program (n=271), either at the beginning of the program (23%) or after 1 or 2 meetings (17%), mostly for reasons of health (n=65, 24%), accessibility (n=45, 17%) or lack of interest in the program content (n=37, 14%). In some cases, the participants had not been informed that the activity was beginning (n=51, 19%).
2. Among the respondents who had participated in the entire program or in most of it (n=414), satisfaction with the activity was high: 93% said that in general they were satisfied or very satisfied with the activity; 97% said that the staff had treated them respectfully and pleasantly; 92% reported that the activities were well organized; 81% said that they felt a high or very high sense of belonging to the group; 66% had learned new things: 53% had acquired tools and skills to a great or very great extent; 85% said that if there were a continuation of the program they would be interested in participating; 90% of all participants reported that they would recommend the program to a friend.

### **Contribution of the Program to the Participants (the Individual Level)**

1. The participants were asked to what extent they felt the program had contributed to various aspects of their lives: 57% of the respondents said that the program had contributed to reducing their feeling of loneliness to a great or very great extent; 71% reported that their mood in general had improved; 48% reported an improvement in their general feeling about their health; 45% reported that the program had helped them cope with unpleasant feelings and difficulties; 37% reported that it had helped them create social contacts; 43% said that it had contributed to contact with friends and 19% said that it had contributed to their relationship with service providers (for example, the local association for older adults). In addition, 27% of the respondents noted that after participating in the program they were going out more (for purposes other than the program), and 17% said that after the program they were currently participating in more leisure or social activities.
2. In the comparison between the two main intervention strategies on which the various programs were based – an opportunity for social interaction vs. strengthening social competence – neither was found to have a significant advantage over the other in reducing loneliness or depression for the "average participant," i.e., an individual with average levels of loneliness and depression. In other words, after the matching, which took into account the background characteristics of the participants and the selection bias, no significant differences were found between the strategies to reduce loneliness and depression. As to the question of the association between the participants' background characteristics and the contribution of the intervention strategy for reducing the levels of loneliness and depression, we found that the social-interaction strategy was better for people characterized by a relatively low level of initial loneliness, socially active and without financial difficulties.

programs were adjusted to focus more exclusively on loneliness, with new lessons devised or a new course developed.

5. **Logistics:** Preparations included activities such as securing a meeting venue, organizing equipment, placing volunteers and arranging for refreshments. We found that arranging transport for the participants was important but required much effort.

## **Participant Characteristics**

1. The participants selected during intake were those with characteristics known in the literature to be congruent with feelings of loneliness (for example, a higher rate of widowers and widows and of people living alone than in the overall population of people aged 65 and over). Indeed, 73% of them reported having feelings of loneliness often or sometimes, compared to 34% in the overall 65+ population. While 64% of the people included in the programs were participating in social activities before the start of the project, 74% were interested in making social contacts.
2. According to the sampling plan, the study team interviewed 58% of the people who had been placed in programs and there was representation of all individuals from all the localities and programs in the project except for two programs. One of them was the Porter Club in Tel Aviv – a program that is open to anyone who wishes to participate. An observation was conducted but the participants were not interviewed. The other program is at the Israeli Center for Legal Guardianship, which serves individuals who have legal guardians. The participants had very different characteristics from the other programs in the project and had difficulty responding to the structured questionnaire. Consequently, this program was analyzed separately and is not included in the analyses in this report. The quantitative analysis based on the interviews relates to 21 of the programs in the project.
3. Because of the similarity among the programs based on support strategies (3 programs), behavioral and cognitive change (5 programs), and improvement of social skills (one program), during the data analysis these were considered as a single strategy, which we called "enhancing social competence." We conducted a comparison between the characteristics of the participants in programs using this strategy (n=289) and those of the individuals placed in programs based on the strategy of providing an opportunity for social interaction (n=396). The participants in the social competence programs were characterized by higher initial levels of loneliness and depression and had lower self-esteem, a lower sense of belonging and lower satisfaction with life and with their use of time than participants placed in programs offering the opportunity for social interaction programs (all the differences were statistically significant). One possible reason is that the coordinators and professionals were more meticulous in selecting people for the social competence programs (selection bias of the program). Another possibility is that those who had higher levels of loneliness and depression were more likely to respond to the proposal of joining programs that strengthen social competence in smaller, more intimate groups than those that offer less therapeutic and intimate social activity. And in contrast, people who had lower levels of loneliness and depression were less interested in strengthening their social skills and in receiving support (self-selection bias). Because of the biases and the differences between the

## Main Findings

### Preparations for Implementation of the Programs

The study examined the preparations made by the authorities and organizations running the programs in order to learn about best practice from the experience acquired, so as to ensure successful implementation of similar programs in the future. These findings are based on the interviews with the coordinators and professionals in the localities, the questionnaires to the program implementers, and on minutes of the steering committee meetings.

1. **Creating partnerships:** Service providers in the community could be helpful in identifying participants and volunteers for the program, providing solutions for people not joining the program, referring participants to additional services offered in the community and sustaining the program over time.
2. **Identifying participants:** Candidates were identified through a variety of methods, which can be divided into two main types – those using existing platforms, particularly those belonging to the initiating organization, i.e., people already participating in some service such as Supportive Community<sup>7</sup> or a club run by a nonprofit organization; and those aimed at the general public at large, in an attempt to identify people experiencing loneliness. From the reports of the coordinators and implementers it appears that ultimately, in most cases, most of the recruiting was from a pool of people already known to the organizations running the programs. The coordinators found it difficult to persuade the candidates to agree to participate in the proposed program. Some feared exposure, or being branded as lonely, some were afraid to leave their home, or simply were not used to participating in a program. The intake, i.e., the face-to-face interview with the candidates to assess their suitability for the program, was, in the opinion of most of the coordinators, an important stage in preparing for the program, in building the group, in identifying needs and in adjusting expectations. Nevertheless, some of them complained about the length of the questionnaire and the difficulty of finding the time and manpower to administer it.
3. **Presenting the program to potential participants:** There is stigma attached to loneliness. Therefore, some people are unwilling to admit to themselves or to others that they are lonely. When presenting the program to potential participants, some of the coordinators avoided talking openly about loneliness in order to avoid branding the candidates as lonely and for fear that identifying loneliness as the subject of the activity might deter them from participating (and even threaten the opening of the program). As opposed to this, the focus groups revealed that the participants spoke openly about loneliness. The avoidance of an honest explanation of the goals of the program undermined the ability to adjust expectations and sometimes caused embarrassment, misunderstandings and program dropout.
4. **Training for professionals and fine-tuning the programs:** The online questionnaires completed by the implementers (n=60) revealed that 48% of them had professional experience in the field of loneliness and old age. During the project, the professionals running the programs received training and instruction. In some cases, existing

---

<sup>7</sup> The Supportive Community program is designed to provide community-dwelling older adults with a sense of security as well as social and cultural activities, inter alia to help them cope with loneliness and the need for meaningful leisure activity.



was made between that strategy and the fourth strategy – "opportunity for social interaction."

6. The people who participated in the programs make up the study's intervention group, while the control group comprised people who had gone through the intake and were supposed to participate in a particular program, were interviewed at the start of the program, but when interviewed 6-9 months later, it turned out that in fact they had never participated. Since their characteristics were similar to those of the participants, we decided to make use of them as a comparison group, even though they had not been randomly assigned to this group.
7. The difference in the average levels of loneliness and depression between the participants and non-participants was examined with a t-test for independent samples. A comparison was also made between the outcome measures of the intervention group before and after the program, using a t-test for dependent samples.
8. A propensity score matching analysis and a probit regression were conducted to compare the two intervention strategies.
9. A linear regression multivariate analysis was conducted to examine the change in both main outcome continuous variables, in the level of loneliness and in the level of depression, 6-9 months after the start of the program.
10. A logistic regression multivariable analysis was conducted to predict the following outcome measures: change in the feeling of not having a connection with someone close, change in the feeling of not having a connection with a social group, and to predict the change in satisfaction with life, 6-9 months after the start of the program. These outcome measures were measured as ordinal variables and for the purpose of the analysis were changed to binary.
11. Additional data were collected through observation and focus groups that included open group discussions with the participants.
12. Interviews were conducted with coordinators and professionals in the localities where the programs took place, as was an online survey among program implementers.

The interviews with professionals, coordinators and implementers also served to evaluate the impact of the programs and the project in general at the local level. Insights regarding how to cope strategically with loneliness in old age at the national level were gleaned from the totality of the study's sources of information.

The study was a mixed-methods study and the findings were analyzed with quantitative tools of descriptive and inferential statistics using bivariate analysis ( $\chi^2$ , Wilcoxon for paired samples, and t-test for dependent and independent samples) and multivariate analysis (probit regression, logistic regression and linear regression). Qualitative tools for thematic analysis were also used.

2. To examine the program's contribution to further addressing loneliness in each locality (field level): raise awareness of the issue of old-age loneliness; develop professional expertise; develop work procedures and screening tools for future use.
3. To formulate insights and recommendations regarding programs to reduce loneliness (policy level): provide tools to address the issue of loneliness in old age; identify principles for best-practice implementation of the programs; identify intervention strategies that best suit specific target populations.

## **Study Design**

Sources of information:

- Intake records
- Interviews with participants prior to the program ( $T_0$ )
- Interviews with participants 6-9 months after the start of the program ( $T_1$ )
- Observations of the activity and focus groups with the participants
- Interviews with the program coordinators
- Interviews with professionals in the locality where the program took place
- Self-administered questionnaires for program implementers (group leaders and therapists)
- Participation in the steering committees and review of minutes and documents.

## **Study Method and Process**

The program's contribution to the participants (individual level) was examined using several methods and the study proceeded as follows:

1. The study team analyzed all the intake forms at the stage when participants were admitted to the program. Using the intake forms, the coordinators channeled the people into the program that they seemed suited to. At this stage, the coordinators drew up a list of participants and sent them to the study team.
2. The study team interviewed the people on the participants list at the starting point of the program ( $T_0$ ).
3. About 6-9 months after the first interview, a second interview was conducted ( $T_1$ ). The time interval was standard for all the participants, although in this time frame from the starting point of each program, some of the programs were still in operation and some had been completed or were near completion.
4. During the second interview with the participants, we examined their satisfaction with the program and their perception of its contribution. We also examined outcome measures (mainly the change in the average levels of loneliness and depression) of the participants 6-9 months after the start of the program by means of a t-test of dependent samples.
5. The programs were classified into four strategy categories according to the theoretical classification of a research team at the University of Chicago.<sup>6</sup> Three strategies were grouped into one strategy named "strengthening social competence" and a comparison

---

<sup>6</sup> Masi et al., idem

## Executive Summary

### Background

The phenomenon of loneliness in old age is currently receiving more attention from service developers and the research community than in the past, due both to its prevalence and to its connection to the health status and emotional well-being of older adults. In 2014, a request for proposals was issued for the development of programs to reduce loneliness in the framework of a national initiative known as the Project to Reduce and Cope with Feelings of Loneliness among Older Adults (in short, the Loneliness Project). It was headed by the National Insurance Institute's Fund for Demonstration Projects, JDC -ESHEL and the Ministry of Labor and Social Affairs and Services (MOLSA). The directors of the Loneliness Project commissioned the Myers-JDC-Brookdale Institute (MJB) to evaluate the project. The current study was conducted by MJB over three years,

Three steering committees, which convened between June 2015 and January 2016, approved 23 programs submitted by 13 organizations<sup>3</sup> (such as associations for older adults and social service departments), dispersed widely throughout Israel.<sup>4</sup> The characteristics of the program were varied: 17 organizations were active in urban areas, six in rural areas, three in Arab cities and one in a Bedouin locality. With regard to the programs implemented by the organizations, three were one-on-one programs, while the rest were designed for groups. Nine programs were short-term (up to 15 meetings) and the rest were longer, with four programs comprising several stages. With regard to intervention strategies,<sup>5</sup> 14 programs offered opportunities for social interaction (e.g., interest groups), five were based on behavioral-cognitive change (cognitive behavioral therapy – CBT) (such as the *Hosen Zahav* ["golden resilience"] program), three offered professional support (such as the life stories group) and one program was designed to improve social skills.

The year 2016 was dedicated to establishing the organizational and professional infrastructure and getting organized to implement the programs. Every organization accepted to the project recruited a coordinator (to manage the programs initiated by the organization) and program implementers (who trained and instructed the groups in each of the programs). During this time, programs were constructed and the group facilitators trained. Implementation of the programs began at the end of that summer. For the next two years, the study followed activity in the field and collected data.

### Study Goals

1. To examine the program's contribution to its participants (individual level): expand social networks and reduce loneliness and social isolation; increase participation in social activities, both formal and informal; and improve emotional well-being.

---

<sup>3</sup> Some organizations proposed more than one program.

<sup>4</sup> Initially there were 15 organizations, but two (one in Jerusalem, one in Sderot) left the project for various reasons).

<sup>5</sup> The classification of the programs into intervention strategies is according to the theoretical classification of Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review* 15(3), 219-266.

## **Conclusions and Recommendations**

The study findings show that the various programs were able to reduce loneliness in different ways and that for the "average participant," neither intervention strategy was preferable to the other. It is recommended that the program strategy be chosen according to the characteristics of the target population and that the particular contents of the program be determined together with the participants according to their areas of interest. It is also recommended that in each locality at least two programs based on different strategies to reduce loneliness that can respond to different needs, be implemented. We recommend that the programs be implemented according to the principles set out in the full report. It is further recommended that the subject of reducing loneliness among the older adults be introduced in in-service and other training programs for professionals. It is recommended to structure cooperation among the care agencies in order to identify older adults living alone, particularly those who are not socially active, and reintegrate them into the community and to implement a structured intake process, while developing different versions suitable for the needs of the different professionals. We recommend preparing a compendium of programs for reducing loneliness, based on the knowledge accumulated during the project. We also advise allocating resources and bolstering the projects in the geographic and social peripheries and in small localities.

address the issue of loneliness in old age at the national level were gleaned from all the sources of information.

## **Findings**

Seventy-three percent of the people enrolled in programs reported during intake that they frequently or sometimes felt lonely, compared with 34% of all people aged 65+ in Israel. Overall, 40% of the respondents dropped out of the programs (n=271), either at the beginning (23%) or after one or two meetings (17%). Among those who participated in all, or almost all, of the programs (n=414), there was a high level of satisfaction.

The respondents were asked to what extent they felt that the program had helped them in various aspects of their lives. Fifty-seven percent noted that it had helped reduce their sense of loneliness to a great or very great extent; 71% reported improvement in their general mood to a great or very great extent; 48% reported an improved feeling in their general health; 45% reported that the program had helped their ability to cope with difficulties and unpleasant feelings to a great or very great extent.

The various programs were based on two intervention strategies: an opportunity for social integration and the strengthening of social competence. The characteristics of the participants were different in each of the strategies. The participants were matched to take account of their background characteristics and selection bias – selection bias of the program and self-selection bias. This matching made it possible to compare the strategies. The comparison did not find that either of the strategies had a significant advantage over the other in reducing loneliness or depression. In other words, for the "average participant" – an individual with average levels of loneliness and depression – no significant difference was found between the strategies for reducing loneliness and depression.

As to the association between the participants' background characteristics and the contribution of the intervention strategy to reducing the levels of loneliness and depression, we found that the social-interaction strategy was better suited to people characterized by a relatively low level of initial loneliness, who are socially active and have no financial difficulties.

A comparison between the level of loneliness and depression among participants before and after joining the program found an average decline in the UCLA Loneliness Scale and the PHQ-2 depression measure, in contrast to respondents who did not participate in the programs, where these measures increased over the same period. A multivariate linear regression analysis found that beyond all other explanatory variables, participation in the programs of both strategies significantly reduced the level of the indicator of depression of the participants compared with non-participants. As for reducing loneliness, participation in programs to strengthen social competence significantly reduced the level of loneliness of participants compared to those who did not participate, but in social interaction programs no significant difference was found between participants and non-participants in reducing loneliness.

Furthermore, the project helped to raise awareness about loneliness in old age among professionals in the localities, to dispel taboos and to professionalize the field. It raised the matter on the social agenda and led to assimilation of programs and activities at the locality level.

## Abstract

### Background

The phenomenon of loneliness in old age is currently receiving more attention from service developers and the research community than in the past, due both to its prevalence and to its connection to the health status and emotional well-being of older adults. In 2014, a request for proposals was issued for the development of programs to reduce loneliness in the framework of a national initiative known as the Project to Reduce and Cope with Feelings of Loneliness among Older Adults (in short, the Loneliness Project). It was headed by the National Insurance Institute's Fund for Demonstration Projects, JDC-ESHEL and the Ministry of Labor and Social Affairs and Services (MOLSA). The project included 23 different programs operated by 13 organizations<sup>1</sup> (for example, associations for older adults and social service departments) dispersed widely throughout Israel. The directors of the Loneliness Project commissioned the Myers-JDC-Brookdale Institute (MJB) to evaluate the project. The current study was conducted by MJB over three years

### Study Goals

The study had three main goals: 1. To examine the contribution of each program implemented in a locality to the older adults participating (the individual level); 2. To examine each program's contribution to further addressing the issue of loneliness in every locality where it was conducted (the field level); 3. To formulate insights and recommendations about the programs to reduce loneliness (the policy level).

### Methods

The study included: Analysis of the intake records of participants in 21 programs;<sup>2</sup> interviews with the participants prior to the program (751 interviews) and 685 interviews six to nine months after the start of the program; 14 observations of activities and 14 focus groups with participants; 36 interviews with program coordinators and professionals in the localities where programs were conducted; 60 self-report questionnaires were sent to program implementers (group leaders, therapists, etc.). A comparison was made between the programs according to their intervention strategies; likewise, a comparison was made between the program participants and a control group comprising people who were meant to participate in a certain program but did not actually do so. The findings were analyzed using quantitative tools of descriptive and inferential statistics using bivariate analysis ( $\chi^2$ , Wilcoxon for paired samples, and t-test for dependent and independent samples) and multivariate analysis (probit regression, logistic regression and linear regression). Qualitative tools for thematic analysis were also used.

The contribution of the programs to the participants (individual level) was examined through the interviews with participants, program coordinators and implementers, and the observations and focus groups with the participants. The interviews with the professionals, coordinators and implementers were also used to evaluate the contribution of the program and the overall project to addressing the issue of loneliness in old age at the local level. Insights about strategies to

---

1 Some organizations ran more than one program.

2 In one of the programs, we conducted an observation and focus group and in another, we conducted face-to-face semi-structured interviews. The staff of both programs were interviewed.





*The National Insurance Institute*

*Funds for Service Development – Demonstration Projects*

## **The Project to Reduce and Cope with Feelings of Loneliness among Older Adults: A Formative Evaluation**

Michal Laron, Ittay Mannheim, Yafit Cohen, Dana Weiss, Shlomit Kagya

The study was commissioned and funded by JDC-ESHEL, the National Insurance Institute's Fund for Demonstration Projects and the Ministry of Labor and Social Affairs and Services

**Jerusalem, September 2020**