




Myers - JDC - Brookdale Institute
מאירס - ג'וינט - מכון ברוקדייל

דוח מחקר



כדי להקל על השיטוט במסמך זה, יש לפתוח את "סימניות (Bookmarks)"
על ידי לחיצה על הלשונית המתאימה או באמצעות הקשה על F6.

**ג'וינט-מכון ברוקדייל**

השפעת המצוקה הכלכלית של הזקנים על תנאי חייהם

• איילת ברג-ורמן * ג'ני ברודסקי

חוקרים שותפים:
נורית ניראל
ברוך רוזן
שירה ארז
אילה בן-הרוש
ג'וינט-מכון ברוקדייל

דורית ניצן קלוסקי
עמליה חביב-מסיקה
רבקה גולדשמיט

משרד הבריאות –
שירות המזון והתזונה
והמרכז הלאומי לבקרת מחלות

המחקר התבצע במסגרת התכנית "בשיבה טובה" -
יזמת נשיא מדינת ישראל לסייע לזקנים
ובמימון ובשיתוף אשל- האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן
והמוסד לביטוח לאומי ובשיתוף עם משרד הבריאות ומשרד הרווחה

דוח מחקר

דמ-442-04

השפעת המצוקה הכלכלית של הזקנים על תנאי חייהם

איילת ברג-ורמן ♦ ג'ני ברודסקי

חוקרים שותפים:

נורית ניראל

ברוך רוזן

שירה ארז

אילה בן-הרוש

ג'וינט-מכון ברוקדייל

דורית ניצן קלוסקי

עמליה חביב-מסיקה

רבקה גולדשמיט

משרד הבריאות –

שירות המזון והתזונה

והמרכז הלאומי לבקרת מחלות

המחקר התבצע במסגרת התכנית "בשיבה טובה" -

יזמת נשיא מדינת ישראל לסיוע לזקנים

ובמימון ובשיתוף אשל- האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן

והמוסד לביטוח לאומי ובשיתוף עם משרד הבריאות ומשרד הרווחה

השפעת המצוקה הכלכלית של הזקנים על תנאי חייהם

איילת ברג-ורמן ♦ ג'ני ברודסקי

חוקרים שותפים:

דורית ניצן קלוסקי
עמליה חביב-מסיקה
רבקה גולדשמיט

נורית ניראל
ברוך רוזן
שירה ארז
אילה בן-הרוש

משרד הבריאות –
שירות המזון והתזונה
והמרכז הלאומי לבקרת מחלות

ג'וינט-מכון ברוקדייל

המחקר התבצע במסגרת התכנית "בשיבה טובה" - יוזמת נשיא מדינת ישראל לסיוע לזקנים
ובמימון ובשיתוף אשל- האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל
והמוסד לביטוח לאומי ובשיתוף עם משרד הבריאות ומשרד הרווחה

ג'ונט-מכון ברוקדייל
ת"ד 3886
ירושלים 91037

טלפון : 6557400-02
פקס : 5612391-02

כתובת אינטרנט : www.jdc.org.il/brookdale



פרסומים של מכון ברוקדייל בנושאים קשורים

ניראל, נ.; ניצן-קלוסקי, ד. ואחרים. (לפני פרסום). ביטחון תזונתי בישראל והקשר לדפוסי תזונה.

ברודסקי, ג'.; שנור, י.; באר, ש. (עורכים). 2003. קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2000.
פמ-03-56

בנטור, נ.; צ'חמיר, ס. 2003. בדיקות סינון לאיתור בעיות בשמיעה ובראייה: מחקר הערכה.
דמ-03-409

להזמנת פרסומים נוספים ניתן לפנות לגיוינט-מכון ברוקדייל, ת"ד 3886, ירושלים 91037
טל' 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: brook@jdc.org.il

תקציר

רקע

מחקר זה בא לבחון את השפעת המצוקה הכלכלית של הזקנים על תנאי חייהם. נבחנו ארבעה תחומים: איכות תנאי הדיור, תחושות בדידות, טיפול בבעיות בריאות נבחרות וביטחון תזונתי. הממצאים בנושא הביטחון התזונתי הם חלק ממחקר רחב יותר העוסק בביטחון תזונתי בכלל משקי הבית בישראל, וכבר פורסמו בסתיו 2003.

המחקר הוזמן על-ידי אשל ומומן על-ידי אשל והמוסד לביטוח לאומי. מטרתו היא לסייע בפיתוח תכניות ייחודיות לקשישים בכלל, ובמיוחד לפיתוח התוכנית "בשיבה טובה", שהוקמה ביוזמת נשיא המדינה. התכנית נועדה לסייע לקשישים החיים בעוני לשפר את מצבם ולהקל על חייהם. בתכנית שותפים הגויינט, אשל, משרד הרווחה, המוסד לביטוח לאומי, צה"ל וגופים ציבוריים וולונטריים נוספים.

מערך המחקר

בחודשים מארס-מאי 2003 נערך סקר טלפוני ארצי באמצעות שאלון מובנה בקרב מדגם ארצי מייצג של 1,490 משקי בית. בסקר רואיינו תושבי ישראל בני 21 ומעלה (לא כולל מאושפזים ואנשים במוסדות). בכדי לאפשר ניתוח נפרד של אוכלוסיית הקשישים, נעשה תגבור של משקי בית עם קשישים. הסקר כלל ראיונות עם 644 בני 65 ומעלה (משקי בית שבהם יש קשיש).

המחקר התבצע על-ידי צוות משותף של חוקרים מגויינט-מכון ברוקדייל ומשרד הבריאות.

ממצאים עיקריים

אי ביטחון תזונתי

חוסר מזון ותזונה לא הולמת (בשל קשיים כלכליים) קיימים כמעט בכל המדינות המפותחות, ולפי הדיווחים אף מחריפים בחלק מהן. בעוד שבארצות מתפתחות מדובר בחסר חריף של מזון שמביא לתת-תזונה חמורה המחייבת טיפול חירום רפואי ולעתים מביאה למוות, הרי שבארצות מפותחות הבעיה מוגדרת כהעדר גישה סדירה למזון מזין בכמות מספקת המאפשר חיים פעילים ובריאים ומיצוי של פוטנציאל התפתחותי.

אחת הדרכים ללמוד על התופעה ולמדוד אותה היא באמצעות סקרים הבודקים את צריכת המזון של האוכלוסייה בפועל, תוך התייחסות למינון, לגיוון ולאיזון של סוגי המזון כגון ירקות ופירות, בשר ועופות וכו' ורכיבי התזונה (הן מבחינת כמות הקלוריות והן מבחינת רכיבי המזון כגון חלבון, ברזל וכו').

דרך אחרת לבחון את הנושא היא באמצעות דיווח של משקי בית על בעיות בנגישות מזון מזין, הקשורות, לדבריהם, לקשיים כלכליים. בארצות הברית פותח ותוקף מדד, המתבסס על דיווח האוכלוסייה,

המכונה "ביטחון תזונתי". אי- ביטחון תזונתי מוגדר כ"חוסר יכולת לרכוש באופן אמין וסדיר מספיק מזון מזין בדרכים החברתיות המקובלות, עקב קשיים כלכליים".

מחקר זה הוא ייחודי בכך שהוא משלב בין שתי הגישות.

- ♦ רוב אוכלוסיית הקשישים בישראל אינם מדווחים על בעיה של ביטחון תזונתי (81%). יחד עם זאת, יש קבוצה משמעותית באוכלוסייה שדיווחה על בעיות בביטחון תזונתי על רקע קשיים כלכליים (19%).
- ♦ כ-7% ממשקי הבית בהם יש קשיש (כ-31,000 משקי בית) מדווחים על מצב חמור של אי-ביטחון תזונתי, המתבטא בקשיים להבטיח את איזון המזון ואת כמותו. קבוצה זו מאופיינת על ידי חששות ודאגה שהאוכל לא יספיק ולא יהיה די כסף לקנות עוד, על ידי ויתור על ארוחות מאוזנות כי אין תקציב, על ידי צמצום בגודל הארוחות או דילוג על ארוחות, ובמקרים קיצוניים יותר על ידי הימנעות מאכילה במשך יום שלם ועל ידי תחושה של רעב.
- ♦ קבוצה נוספת, כ-12% (כ-54,000 משקי בית של קשישים) מדווחים על מצב של אי-ביטחון תזונתי מתון. גם משקי בית אלה מדווחים שקשה להם לספק למשפחה תזונה הולמת ומאוזנת, אך בתדירות נמוכה יותר. כמו כן אחוז קטן יותר מקבוצה זו מדווחים על כמות לא מספיקה של מזון.
- ♦ אין הבדלים משמעותיים בהיקף התופעה של אי-ביטחון תזונתי במשקי בית של קשישים לעומת כלל משקי הבית בישראל.
- ♦ משפחות של קשישים שסובלות מאי-ביטחון תזונתי באות מכל רובדי האוכלוסייה. רוב משקי הבית המדווחים על אי-ביטחון תזונתי חמור הם של יהודים ותיקים. יחד עם זאת, בדומה לאוכלוסייה הכללית, יש ייצוג משמעותי גם למשקי בית של עולים.
- ♦ קבוצות שבהן התופעה של אי ביטחון תזונתי (מתון או חמור) שכיחה במיוחד הן: משפחות ערביות, משפחות של עולים, ומשפחות בחמישון ההכנסה התחתון. כך, למשל בחמישון ההכנסה התחתון קרוב ל-40% סובלים מאי-ביטחון תזונתי (19% מתון ו-20% חמור).
- ♦ עקב קשיים כלכליים, לפעמים נדרשים הקשישים לעשות בחירות קשות בין הוצאות הכרחיות על צורכי הבית כגון תשלומי חימום, חשמל, תרופות וטיפול רפואי לבין קניית מזון הכרחי. נמצא שקצת למעלה מרבע מהקשישים (26%) דיווחו שהם נאלצו לעשות בחירות מסוג זה בשנה האחרונה. מתוכם הרוב (64%) ויתרו על המזון ואילו היתר ויתרו על דברים בסיסיים אחרים.
- ♦ יצוין שאצל הקשישים קיימים גורמים נוספים, פרט לקשיים כלכליים, המונעים מהם להגיע לביטחון תזונתי. הגורמים הבולטים הם: קשיים להגיע למכולת או לסופרמרקט וקשיים בהכנת האוכל. כך למשל, כתשובה לשאלה למה האוכל לא מספיק, 90% ציינו סיבה כלכלית ("אין מספיק

כסף לאוכלי), 16% ציינו כי קשה להם להגיע למכולת או לסופרמרקט, ו- 23% כי קשה להם לבשל בגלל סיבות בריאותיות.

- כמויות המזון שקשישים באי בטחון תזונתי צורכים נמוכות במרבית פריטי המזון בהשוואה לקשישים בביטחון תזונתי. פערים גדולים יחסית ניתן למצוא, לדוגמה, בצריכת עוף או הודו, דג, גבינה לבנה, יוגורט, פירות וירקות. מבחינת האיזון בצריכת רכיבי תזונה חיוניים, נמצאה צריכה נמוכה של סידן על ידי קשישים באי-ביטחון תזונתי.
- שלושה אחוזים מכלל משקי הבית של קשישים דיווחו שהם נעזרו (בשנה האחרונה) בגופי סיוע להספקת מזון, כגון מרכזים לחלוקת מזון, ארוחות לבית. מתוך משקי הבית באי-ביטחון תזונתי, אחוז אלה שנעזרו בגופי סיוע הוא כפול (6%).

בעיות בתחום הדיור

- ב-32% ממשקי הבית של קשישים דווח שבדירה קר בחורף (17% "לעתים קרובות" או "תמיד", ו- 15% "לפעמים"). מתוכם, 96% אמרו כי הם לא מחממים את הדירה בגלל שיקולים כלכליים (זה יקר; אין להם סידור לחימום הדירה או שהוא מקולקל). ארבעה אחוזים אמרו שאינם מחממים מספיק את דירתם משום שהחימום מפריע לבריאותם. מקרב שלושת חמישוני ההכנסה הנמוכים, אחוז משקי הבית שדיווחו שלעיתים קרובות או תמיד קר אצלם בחורף הגיע לכ-25%.
- ב-85% ממשקי הבית היו מים חמים כל יום או כמעט כל יום, וב-15% ממשקי הבית לא. מקרב האחרונים, ב-10% היו מים חמים פעמיים או שלוש בשבוע, ולעוד כ-5% היו מים חמים רק פעם בשבוע, או שלא היו מים חמים בכלל. 94% מאלה שדיווחו שלא היו להם מים חמים כל יום או כמעט כל יום, ציינו שהסיבה לכך היא כלכלית (זה יקר מדי; אין סידור לחימום מים, או שהוא מקולקל). בחמישון ההכנסה התחתון, 25% דיווחו שאין להם מים חמים כל יום (ל-17% היו מים חמים פעמיים או שלוש פעמים בשבוע, ול-8% רק פעם בשבוע, או שלא היו כלל).
- מהמחקר עלה כי חלק מהקשישים גרים בדירות בהן יש בעיות תחזוקה: 16% דיווחו על רטיבות בחורף, 14% על סדקים גדולים בקירות, ו-9% על בעיות חמורות בצנרת או במערכת הביוב.

בדידות ושמירה על קשרים עם בני המשפחה

- באופן כללי, תופעת הבדידות מלווה חלק ניכר מהקשישים והיא קשורה לאובדנים הכרוכים בתהליך ההזדקנות, כגון פרישה מעבודה, התאלמנות ומוות של אנשים קרובים. קשיים כלכליים עשויות להגביל את הקשישים בשימוש בטלפון ובאמצעי תחבורה, וכתוצאה מכך להחריף את תחושת הבדידות.
- 18% מהקשישים אמרו שהם ויתרו על התקשרות טלפונית לילדים או לבני משפחה אחרים, משום שלא היה להם די כסף לתשלום חשבון הטלפון, ו-17% דיווחו שנאלצו לוותר על ביקור בני משפחה, בשל מחסור בכסף לתשלום עלות הנסיעה. מקרב שלושת חמישוני ההכנסה הנמוכים, אחוז משקי הבית שדיווחו שהם ויתרו על התקשרות טלפונית מגיע לכ-30% ועל ביקור בני משפחה לכ-25%.

בעיות בריאות

עם ההזדקנות עולה שכיחותן של בעיות הבריאות בכלל ושל בעיות התפקוד בפרט. במחקר התמקדנו במספר קשיים האופייניים לגיל הזקנה והמשפיעים על תפקודו של הקשיש מצד אחד, ושכיסוי הטיפול בהם במערכת הבריאות הוא בעייתי במיוחד מצד אחר.

- ♦ 19% מהקשישים דיווחו שיש להם בעיית ראייה לא מטופלת, מהם 22% ציינו שהם לא מטפלים בה בגלל סיבה כלכלית. מכאן, שבסה"כ כ-4% מכלל הקשישים דיווחו על בעיית ראייה לא מטופלת בגלל סיבה כלכלית. בחמישון ההכנסה התחתון אחוז הקשישים שדיווחו על בעיות ראייה לא מטופלות בגלל סיבה כלכלית הוא פי שתיים מזה של כלל הקשישים (9%).
- ♦ 12% מהקשישים דיווחו שיש להם בעיית שמיעה לא מטופלת, מהם 35% ציינו שהם אינם מטפלים בה בגלל סיבה כלכלית. מכאן, שבסה"כ כ-4% מכלל הקשישים דיווחו על בעיית שמיעה לא מטופלת בגלל סיבה כלכלית. בחמישון ההכנסה התחתון אחוז הקשישים שדיווחו על בעיות שמיעה לא מטופלות בגלל סיבה כלכלית הוא פי שתיים מזה של כלל הקשישים (9%).
- ♦ בתחום השיניים נמצא כי הבעיה היא בהיקף חמור יותר – 22% מהקשישים דיווחו שיש להם בעיות לא מטופלות בשיניים, מהם 72% ציינו שהם לא מטפלים בהן בגלל סיבה כלכלית. מכאן שבסך הכל כ-16% מכלל הקשישים דיווחו על בעיות לא מטופלות בשיניים כתוצאה מסיבה כלכלית. מקרב שלושת חמישוני ההכנסה הנמוכים מעל 25% אחוז מהקשישים דיווחו על בעיות לא מטופלות בשיניים כתוצאה מסיבות כלכליות.

ריבוי בעיות

- ♦ נמצא קשר בין קיום הבעיות בתחומי החיים השונים של הקשישים. כך, למשל, נמצא ש כ-40% מהקשישים שבדירתם היו בעיות בתחום הדיור (קר בדירה לעיתים קרובות/תמיד או שאין מים חמים כל יום או שיש בעיית תחזוקה אחת לפחות) דיווחו גם על בעיות במימון ההתקשרות עם בני משפחה (לעומת 12% בקרב הקשישים שלא דיווחו על בעיות דיור), ו-30% מקשישים אלה (עם בעיות בתחום הדיור) דיווחו על בעיית בריאות אחת לפחות שאינה מטופלת בגלל סיבות כלכליות (לעומת 12% בקרב הקשישים שלא דיווחו על בעיות דיור).
- ♦ בסך הכול, נמצא שכמחצית מהקשישים (49%) לא דיווחו על בעיות באף לא אחד מהתחומים שנבדקו, כרבע (24%) דיווחו על בעיה בתחום אחד, ו-14% דיווחו על בעיות בלפחות שלושה מהתחומים שנבדקו (30% מהקשישים בחמישון התחתון של הכנסה)

מחקר חלוץ זה בא לבחון כיצד מתבטאים הקשיים הכלכליים בהיבטים שונים בחיי הקשישים, ולאמוד את היקף בעיותיהם של הקשישים, הנגרמות בשל מצוקה כלכלית. המחקר מהווה בסיס מידע חשוב לתכנון דרכי התערבות יעילות וממוקדות בקבוצות בסיכון, במיוחד לאור המצב הכלכלי הקשה במדינה.

הממצאים יכולים לשמש בסיס לבחינת ההשלכות של התפתחויות בעתיד במצב הכלכלי באופן כללי, של מערכות הבריאות והרווחה, ושל התערבויות והחלטות מדיניות הנוגעות במיוחד לאוכלוסיית הקשישים.

אין ספק שאין פתרון יחיד כדי להתמודד עם הקשיים שעלו במחקר זה, ונדרש מגוון רחב של אסטרטגיות שיכולות להשלים אחת את השנייה. במתן פתרונות לבעיות שהועלו, יש מקום מרכזי לממשלה, אך יש גם מקום לבחון את מקומם ויכולתם של גופים נוספים שאף הם עוסקים כיום במתן סיוע לאוכלוסיות החלשות.

תודות

ברצוננו להביע תודה והוקרה לגבי' לאה אחדות סמנכ"ל המוסד לביטוח לאומי, ולרפאלה כהן סגנית מנהל תחום מחקר כלכלי במוסד לביטוח לאומי על הערותיהן החשובות ועל התמיכה במחקר חשוב זה.

הרבה תודות למר דרור רותם מנהל תכנון ומחקר באשל על תשומותיו בכל שלבי המחקר ולאשל על התמיכה בביצועו.

אנו מודים לפורום לשיפור הביטחון התזונתי וקידום אוכלוסיות עניות בישראל על עזרתם בביצוע המחקר.

תודה מיוחדת לעמיתינו ממכון ברוקדייל ובמיוחד לאסף שרון על היעוץ והסיוע בתחום הסטטיסטי. לאילנה קורצווייל על העזרה בתחום המיחשוב.

אנו רוצים להודות בהוקרה לפרופ' ג'ק חביב מנהל מכון ברוקדייל על עצותיו ותרומתו הרבה למחקר זה.

לבסוף, תודה לגיני רוזנפלד, מנהלת יחידת עריכה ופרסומים על הערותיה לדוח זה, למרשה ויינשטיין על תרגום התקציר לאנגלית, ללסלי קליינמן על ההבאה לדפוס ולסו בוביס על ביצוע סדר דפוס.

תוכן עניינים

1	א. מבוא.....
1	ב. רקע ומטרות המחקר.....
8	ג. מערך המחקר וכלי המחקר.....
9	ד. ממצאים.....
9	1. רמת ביטחון תזונתי ומאפייני תזונה.....
9	1.1 רמת ביטחון תזונתי.....
14	1.2 חסרים במזון בשנה שעברה והסיבות לכך.....
18	1.3 היעזרות בגופי סיוע מזון.....
19	1.4 מאפייני תזונה.....
22	2. בעיות בתחום הדיור.....
27	3. בדידות ושמירה על קשרים עם בני משפחה.....
28	4. בעיות בריאות.....
30	5. ריבוי בעיות.....
30	ה. סיכום ודיון.....
35	ביבליוגרפיה.....

רשימת לוחות

- 11 1 : לוח התפלגות התשובות לשאלות במדד ביטחון תזונתי, בקרב משקי הבית של קשישים במצב של אי-ביטחון תזונתי (מתון וחמור) (באחוזים)
- 12 2 : לוח הרכב האוכלוסייה ברמות שונות של ביטחון תזונתי במשקי בית של קשישים לפי מאפייני משק הבית (באחוזים)
- 13 3 : לוח רמת ביטחון תזונתי לפי מאפייני משקי הבית שיש בהם קשיש (באחוזים)
- 15 4 : לוח משפטי חיווי לגבי מספיקות המזון וגיוונו במשקי בית של קשישים, לפי רמת ביטחון תזונתי
- 18 5 : לוח מידת השינוי של הרגלי האכילה והמקום בו נרכש המזון במשקי בית של קשישים, לפי רמת ביטחון תזונתי (באחוזים)
- 20 6 : לוח צריכת פריטי מזון (יחידות מנה) על ידי קשישים לפי רמת ביטחון תזונתי
- 21 7 : לוח צריכת רכיבי תזונה נבחרים לפי רמת ביטחון תזונתי
- 23 8 : לוח האם קר בדירה, לפי מאפייני משקי הבית שיש בהם קשיש (באחוזים)
- 25 9 : לוח האם יש מים חמים בדירה, לפי מאפייני משקי הבית שיש בהם קשיש (באחוזים)
- 26 10 : לוח יש בעיות בדירה, לפי מאפייני משק הבית (באחוזים)
- 28 11 : לוח ויתרו לפעמים או לעיתים קרובות על התקשרות טלפונית או ביקור בני משפחה, בגלל כסף, לפי מאפייני משק הבית (באחוזים)
- 29 12 : לוח בעיות בריאות והגורם הכלכלי לאי טיפול בהן, לפי מאפייני משק הבית (באחוזים)

רשימת תרשימים

- 10 תרשים 1 : התפלגות משקי הבית שיש בהם קשיש לפי מדד ביטחון תזונתי (באחוזים)
- 15 תרשים 2 : משפטי חיווי לגבי מספיקות המזון וגיוונו, לפי סוג משק בית (באחוזים)
- 16 תרשים 3 : סיבות לכך שאנשים לא תמיד אוכלים מספיק (מקרב המשיבים בשאלה קודמת שבשנה האחרונה לא היה מספיק אוכל) לפי סוג משק בית (באחוזים)
- 16 תרשים 4 : סיבות לכך שלא תמיד יש מזון במגוון הרצוי (מקרב המשיבים בשאלה קודמת שבשנה האחרונה לא תמיד היה מזון מהסוגים שהיו רוצים) (באחוזים)
- 17 תרשים 5 : משפחות שנדרשו לקבל "החלטה קשה" בין רכישת מצרכי מזון בסיסיים לבין הוצאות בסיסיות והכרחיות אחרות, לפי רמת הביטחון התזונתי, ומהם המוותרים על מזון (באחוזים)
- 22 תרשים 6 : דיווח על בעיות קור בחורף (אחוזים)
- 23 תרשים 7 : סיבות לכך שקר בדירה (מבין 32% מהמשיבים שקר אצלם בחורף) (באחוזים)
- 24 תרשים 8 : תדירות קיום מים חמים במשקי בית של קשישים
- 25 תרשים 9 : הסיבות לכך שאין מים חמים בדירה כל יום (בקרוב 15% מהמשיבים שאין מים חמים בדירתם כל יום) (באחוזים)

א. מבוא

מחקר זה בא לבחון את השפעת המצוקה הכלכלית של הזקנים על תנאי חייהם. נבחנו ארבעה תחומים: איכות תנאי הדיור, תחושות בדידות, טיפול בבעיות בריאות נבחרות ביטחון תזונתי. מטרת המחקר היא לסייע בפיתוח תכניות ייחודיות לקשישים בכלל, ובמיוחד לפיתוח התוכנית "בשיבה טובה", שהוקמה ביוזמת נשיא המדינה. התכנית נועדה לסייע לקשישים החיים בעוני לשפר את מצבם ולהקל על חייהם. בתכנית שותפים הגוינט, אשל, משרד הרווחה, המוסד לביטוח לאומי, צה"ל וגופים ציבוריים וולונטריים נוספים. בכדי לסייע ליישום התכנית, פנה אשל לגוינט – מכון ברוקדייל בבקשה לספק מידע מעודכן על מצבם של הקשישים.

הממצאים בנושא הביטחון התזונתי הם חלק ממחקר רחב יותר העוסק בביטחון תזונתי בכלל משקי הבית בישראל וכבר פורסמו בסתיו 2003. במסגרת הסקר הכללי, הוחלט לתגבר את המדגם של קשישים כדי לאפשר ניתוח נפרד של אוכלוסייה זו. בנוסף, הוחלט להוסיף מספר תחומים מרכזיים הקשורים באורח חייהם: איכות תנאי הדיור, תחושות בדידות וטיפול בבעיות בריאות נבחרות, ושמהווים חלק מהתכנית "בשיבה טובה".

המחקר נערך בשיתוף עם משרד הבריאות, המוסד לביטוח לאומי, משרד העבודה והרווחה והפורום לשיפור הביטחון התזונתי וקידום אוכלוסיות עניות בישראל.

ב. רקע ומטרות המחקר

בישראל חיים קשישים רבים במצוקה כלכלית. מצוקה זו באה לידי ביטוי באחוז גבוה של קשישים המקבלים השלמת הכנסה (כ- 30% בקרב נשים בנות +60 וגברים בני +65), המצביע על כך שלקשישים רבים אין מקורות הכנסה נוספים, פרט לקצבת הזקנה של המוסד לביטוח לאומי¹. אחד ההסברים העיקריים לאחוז הגבוה של קשישים הזכאים לקבלת השלמת הכנסה היא העובדה שאחוז יחסית קטן מהקשישים מקבלים פנסיה תעסוקתית בכלל (כ-37%; 51% מהגברים ו-28% מהנשים), או שמקבלים פנסיה ברמות נמוכות מאד. לאור זאת, לא מפתיע כי אחוז מקבלי השלמת הכנסה גבוה במיוחד בקרב העולים הקשישים (כ-95% מתוכם מקבלים השלמת הכנסה).

¹ גובה קצבת הזקנה עומד כיום על 1,069 ₪ לקשיש יחיד ו-1604 ₪ לזוג; הקצבה עם השלמת הכנסה עומדת על 1,863 ₪ לקשיש יחיד ו-2,795 ₪ לזוג.

המצוקה הכלכלית מתבטאת במיוחד באחוז המשמעותי של קשישים הנמצאים מתחת לקו העוני. בישראל נהוגה הגישה היחסית למדידת תחולת העוני. קו העוני נקבע ע"י 50% מההכנסה החציונית הפנויה לנפש תקנית.² על פי הגדרה זו היו בסוף שנת 2002, 123,000 קשישים מתחת לקו העוני או 74,000 משקי בית שבראשם עומד קשיש (המהווים 20.3% מכלל משקי הבית של קשישים)³. זאת לאחר התמיכות הכספיות מהמדינה (קצבאות זיקנה והשלמת הכנסה). ללא תשלומי העברה, שיעור משקי הבית של הקשישים העניים היה מגיע ל-58.8%. שיעור משקי הבית של קשישים שהכנסתם היא מתחת לקו העוני גבוה יותר בקרב הקשישים בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (17.7%) ("ממדי העוני ואי-השוויון בהתחלקות בהכנסות במשק, 2002", המוסד לביטוח לאומי, 2003).

יש לציין כי במסגרת המאמצים להפחתת הגירעון הממשלתי קוצצו קצבאות הביטוח הלאומי, לרבות קצבאות הזיקנה ב-4% (מאז יולי 2002), ולמעט קצבאות הקשישים שמקבלים השלמת הכנסה. בנוסף, בהתאם לתכנית החירום הכלכלית, הוחלט על אי-עדכון כל קצבאות המוסד לביטוח לאומי, ועל ביטול שיטת ההצמדה של הקצבאות לשכר הממוצע החל מ-1.1.07. מתאריך זה הקצבאות יעודכנו בשיעור עליית המדד. פירוש הדבר הוא שקצבאות הזיקנה לא ישמרו את ערכן ביחס לשכר הממוצע במשק.

במחקר זה רצינו לבחון כיצד מתבטאים הקשיים הכלכליים בהיבטים שונים בחיי הקשישים. המחקר, כאמור, הוא חלק ממחקר כולל שהתמקד בעוני תזונתי באוכלוסייה כולה. אי לכך השאלון התמקד בסוגיה זו. יחד עם זאת, כדי לקבל תמונה רחבה יותר של ההשלכות של קשיים כלכליים על מצבם הכללי של הקשישים, הוספנו מספר שאלות הנוגעות לאיכות תנאי הדיור ומספר שאלות על ההשלכות של הקשיים הכלכליים על יכולתם של הקשישים לשמור על קשר עם בני משפחה ועל מספר בעיות רפואיות והיכולת הכלכלית לטפל בהן.

להלן נציג את המושג "אי-ביטחון תזונתי", האמצעים למדידתו, וממצאים בולטים ממחקרים אחרים שעסקו בנושא.

אי-ביטחון תזונתי – כלי מחקר, הגדרות, גורמים, השלכות על הבריאות, אוכלוסיות בסיכון ודרכי התערבות

בשנים האחרונות גוברת ההתעניינות באי-ביטחון תזונתי בקרב אוכלוסיות בעולם המערבי והשלישי כאחד. מאמצים רבים מושקעים להבנת התופעה, היקפה והשלכותיה, כדי לסייע בהתמודדות עמה בקרב האוכלוסיות הפגיעות.

² הכנסה פנויה מוגדרת כהכנסה משפחתית ברוטו בניכוי תשלומי חובה והיא מחולקת במספר הנפשות במשק הבית כשהן מייצגות יתרונות לגודל המשפחה. כך למשל, קשיש במשק בית של יחיד שווה ל-1.25 נפשות תקניות, ומשק בית שבו שני קשישים שווה לשתי נפשות תקניות. (לפירוט ההגדרות ראה שנתון סטטיסטי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה).

³ קו העוני עמד בשנת 2002 על 1,743 ₪ לקשיש יחיד ו-2,789 ₪ לזוג

חוסר מזון ותזונה לא הולמת (בשל קשיים כלכליים) קיימים בכל המדינות המפותחות, ולפי הדיווחים אף מחריפים בחלק מהן. בעוד בארצות מתפתחות מדובר בחסר חריף של מזון שמביא לתת-תזונה חמורה המחייבת טיפול חירום רפואי ולעתים מביאה למוות, הרי שבארצות מפותחות הבעיה מוגדרת כהעדר נגישות סדירה למזון מזין בכמות מספקת המאפשר חיים פעילים ובריאים ומיצוי של פוטנציאל התפתחותי.

כלי מחקר

חשיבות הנושא הביאה לפיתוח כלי מחקר בארה"ב, בקנדה ובאירופה לאפיון הבעיה ולזיהוי האוכלוסייה הפגיעה. חלק מהכלים מבוססים על בדיקות מעבדה, חלקם על בדיקות פיזיות ו/או שאלונים למילוי ע"י רופא וצוות מטפל וחלקם על דיווח עצמי יומי של המרואייין לגבי הרגלי התזונה שלו ושינויים שחלו בתקופה האחרונה, הן מבחינת התזונה (מבחינת מינון, גיוון ואיכות רכיבי התזונה), הרגלי הקניות והן לגבי מדדים הבורחנים מצב של השמנת יתר או רזון יתר על פי גיל, גובה ומשקל (BMI = מדד מסת הגוף במחושב על-ידי חלוקת המשקל בריבוע הגובה במטרים) (Tarasuk (2), 2001 ; Persson et al, 2002; Elmore et al, 1994; de Groot, 1998; Azad et al, 1999).

בארה"ב ובקנדה הניסיונות לפתח כלים אמינים ותקפים למדידת היקף הביטחון התזונתי עברו מהרמה המקומית לרמה הלאומית ובתחילת שנות ה-90 פותח כלי, בשיתוף משרדי החקלאות והבריאות, שתוקף ונוסה במספר מחקרים. הכלי כולל 18 שאלות בסיסיות לגבי התנסויות במצבים והתנהגות הקשורים בתזונה, שמהן מחושבת סקלה של חומרת אי-הביטחון התזונתי של המשפחה. הכלי משמש כיום בארה"ב ככלי מעקב וניטור לביטחון תזונתי (Bickel et al, 2000), גם האו"ם וארגון הבריאות העולמי עושים שימוש במושגים אלו לתיאור מחסור במזון במשק הבית, והוא שימש גם במחקר זה.

הגדרות

לאי-ביטחון תזונתי ישנן כמה הגדרות, אך בבסיסן כולן מכוונת לדרג חומרה של מצבים בהם אין באפשרותם של אנשים לצרוך מזון ברמה מספקת (מבחינת מינון, איזון וגיוון), כדי לקיים אורח חיים בריא, למשך תקופה מסוימת. הסיבות לכך הן בגלל חסרון כיס או לחילופין מחירים גבוהים של מזונות בריאים יותר, בעיות בייצור או באספקה של מזונות בריאים, חוסר במקום לאחסון מזון ו/או מקרר וכן חוסר מודעות לחשיבות צריכת מזון בריא (Life Sciences Research Office, 1999; Campbell, 1990; Eisinger, 1998; Bickel et al, 2000; Wehler et al, 1992; Scott, 1998; Briefel et al, 1992; Sen, 1982; FAO, 1997; Dzenowagis, 1992).

גורמים וקבוצות בסיכון

בשנת 2001, 11% ממשקי הבית בארה"ב סבלו מאי-ביטחון תזונתי. היקף אי-הביטחון התזונתי ירד בשנים 1995-1999 ועלה מאז בעקבות הקשיים במצב הכלכלי בשנים האחרונות (USDA, 2000). הקבוצות בסיכון גבוה היו: משפחות מתחת לקו העוני, משפחות עם ילדים ובייחוד כאלה שבראשן אם חד-הורית, מיעוטים, המתגוררים במרכזי ערים ובישובים כפריים. המהגרים נמצאו אף הם בקבוצת סיכון במדינות רבות בארצות הברית (Hunger at Home, 1998; Kasper, 2000).

בבריטניה נמצא בשנים האחרונות כי למעוטי הכנסה עלתה חומרת הבעיה של אי-צריכת מזון מזין ושקיימים מחסומים בצריכת מזון מזין ובריא (כמו פירות ובשר), אם משום שאין להם די כסף לקנות אותו או מפני שאין באזור מגוריהן חנויות המוכרות מזון בריא וכן בגלל חוסר מודעות לנושא. אוכלוסיות נוספות בסיכון הן נשים בהריון המקבלות קצבאות, מובטלים וילדי למשפחות עניות (Lothian Anti Poverty Alliance, 2001; Leather & Dowler, 1997; CPAG, 2001; Dzenowagis, 1998; FAO, 1992).

בקנדה נמצא שהאוכלוסיות הפגיעות היו: משפחות חד-הוריות, מקבלי קצבאות, מעוטי הכנסה ומיעוטים. הם נטו יותר לעשן ודיווחו על צום, הפחתת איכות וגיוון המזון או חיפוש עזרה ממכרים וחיפוש אחר תרומות מזון (Spurgeon, 2000). נשים קנדיות שקיבלו תמיכה במזון ושהיו באי-בטחון תזונתי דיווחו על צריכה נמוכה של פירות וירקות, בשר ותחליפיו. הסיבות שהן הזכירו למצבן הנוכחי היו: הכנסה נמוכה לאורך זמן, הוצאות חריגות שהיו להן, והצורך לשלם על שירותים נוספים או על חובות. כלומר, אי-בטחון תזונתי קשור לאי-בטחון כלכלי בכלל (Tarasuk, 2001(1)).

אי ביטחון תזונתי בקרב קשישים

בארה"ב כ-6% מהקשישים סבלו מאי-ביטחון תזונתי בשנת 2000 (Nord & Andrews, 2002). קיימים גורמים שונים למצב של אי-ביטחון תזונתי: הכנסה נמוכה או לא קבועה, אבטלה, מוגבלות, משפחות חד-הוריות וחוסר תמיכה מספקת של המשפחה המורחבת (Nord, 2003). במדינת ניו-יורק נמצא כי האוכלוסיות הפגיעות בקרב הקשישים הנמצאות בסיכון ללקות באי-ביטחון תזונתי הן: מעוטי הכנסה, בעלי השכלה נמוכה, מיעוטים, משתתפים בתכניות עזרה במזון, אנשים המבודדים מבחינה חברתית, משפחות רב-דוריות ומוגבלים (גם לאחר נטרול כל הגורמים לעיל). המוגבלות גורמת לבעיות בנגישות ובזמינות המזון וגם לשינוי בצריכת המזון. גורם נוסף הוא שינוי דרסטי במצב הכלכלי.

במחקרים נמצא ששיעור אי-הביטחון התזונתי נמוך אצל הקשישים בהשוואה לצעירים יותר. בין הסיבות להבדלים הללו: יציבות רבה יותר בהכנסה, צבירת נכסים כך שנותרים יותר משאבים לקניית מזון. למרות זאת, אצל הקשישים ישנם מספר גורמים הקשורים לגיל ואשר מגבילים את היכולת להגיע למצב של ביטחון תזונתי, כמו מוגבלות פיזית המגבילה את היכולת לערוך קניות או לבשל וכן בעיות בריאות הכרוכות בדיאטות מסוימות ובנטילת תרופות (Sun Lee & Frongillo, 2001; Nord, 2002). בידוד חברתי הגורם לכך שהקשיש סועד לבדו, דבר שמביא לירידה בגיוון המזון ובכמות הקלוריות (Center of Hunger and Poverty, 2003).

השלכות

למצב של אי ביטחון תזונתי בקרב קשישים יש השלכות על פגיעה באיכות החיים וכן על תחלואה ותמותה (Vailas, 2000). אי ביטחון תזונתי משפיע לרעה על התזונה ומעלה את הסיכון לבעיות נשימתיות

ולבביות, זיהומים, ירידה בחוסנה של המערכת החיסונית, מחלות ניווניות ובעיות בריאות נוספות. לירידה חדה במשקל וגם לעודף משקל יש קשר עם תזונה לקויה. בארה"ב נמצא כי נשים קשישות, שחורות והחיות מתחת לקו העוני הן בעלות הסיכון הגבוה ביותר ללקות בעודף משקל (Adams et al, 2001; Alaimo et al, 2003). בארצות הברית שיעור ההימצאות של תת-תזונה במחקרים שונים נע בין 1% ל-15% בקרב קשישים הגרים בקהילה. הגורמים העיקריים לכך הם: לקיחת תרופות (ירידה חדה במשקל, פגיעה בתיאבון, בחילוף החומרים וכד'), בעיות נפשיות (דיכאון, אנורקסיה, אלכוהוליזם), בעיות בליעה, בעיות של הגיל המאוחר (כמו איבוד חוש הטעם והתיאבון), בעיות בשיניים ובפה וכן מחסור בכסף (Orman & Morley, 2000; Center of Hunger and Poverty, 2003). בקרב קשישים במשפחות הסובלות מאי-ביטחון תזונתי נמצא BMI (מדד מסת הגוף) נמוך ומצב בריאותי נחות מאשר במשפחות בהן יש ביטחון תזונתי (Nord, 2002). השלכות נוספות של אי-ביטחון תזונתי על קשישים הן: פגיעה בתפקוד הפסיכולוגי והפיזי, עלייה בסיכון ללקות באנמיה, מחלות נירולוגיות, פגיעה בבריאות הפה ובידוד חברתי. (Cason, 1999). אצל קשישים באי-ביטחון תזונתי הייתה צריכה לא מספקת של ויטמינים (כשני שלישים בהשוואה לנמצאים בביטחון תזונתי): פרוטאין, סידן, שומן רווי, ניאצין, ריבופלאבין, ויטמין E B6 ו-B12, מגנזיום, ברזל, אבץ וקלוריות (58% מכמות הקלוריות שצורכים קשישים בביטחון תזונתי) וכן קמטי עור פחות עבים. הנטייה בקרבם לדווח על מצב בריאותי לא טוב היתה פי 2.33 בהשוואה לנמצאים בביטחון תזונתי (Lee & Frongillo, 2001; Rose & Olivera, 1997). לתזונה לקויה יש תרומה רבה לתחלואה לבבית, סרטן והשמנה, שנגרמת מצריכת מאכלים עתירי שומן ופחות מדי ירקות ופירות (Food and Health in Europe, 2002).

תכניות סיוע

המחקרים בנושא אפשרו לקונגרס האמריקאי להבין טוב יותר את היקף הבעיה ומיהן האוכלוסיות הפגיעות. מידע זה סייע להבין שהבעיה בחברה האמריקנית אינה נובעת ממחסור שכן זוהי חברת שפע, אלא נובעת ממחסומים בנגישות למזון, למשל מחסור בכסף למעוטי אמצעים. בעקבות זאת, פותחו תכניות סיוע לנזקקים (בולים/תלושי מזון, ארוחות חמות עם/בלי גלגלים, מרכזי חלוקת מזון לקשישים ובתי תמחוי, תכנית תזונה לקשישים (Elderly Nutrition Program-ENP) תכנית סיוע במצרכים ומזון (Commodity Supplemental Food Program-CSFP) ועוד. התכניות מסופקות על בסיס שיתוף בין גופים ציבוריים (פדרליים או קהילתיים) וחברות פרטיות, שהתבססו על מבחן אמצעים כלכליים. כ-40% מהקשישים במצב של אי-ביטחון תזונתי משתתפים באחת מהתכניות הללו והשכיחה שבהן היא העזרה באמצעות תלושי המזון (Nord, 2002; Center of Hunger and Poverty, 2003). קשישים המשתתפים בתכנית ENP נמצאו במצב תזונתי וחברתי טוב יותר בהשוואה לקשישים שלא משתתפים בה (Center of Hunger and Poverty, 2003). דרך אחרת לסייע הייתה ע"י הקמת חנויות ומרכולים למכירת מזון באזורים עניים וסבסוד הנסיעה לסופרמרקטים למעוטי הכנסה. בראייה רחבה יותר ניתנה גם הדרכה ועזרה למשפחות מעוטות הכנסה על דרכים שונות ליציאה ממעגל העוני (איך לנהל תקציב, השכלה, עבודה וכד'). בנוסף, אותרו מספר אוכלוסיות שעבורן פותחו תכניות מיוחדות, מתוך הכרה בכך שלילדים ולקשישים, למשל, ישנה בעיה בהכנת אוכל לעצמם ולעיתים הם גם נזקקים לדיאטות מיוחדות. העזרה לקשישים ניתנה גם במרכזי יום או מרכזי קשישים אחרים (Eisinger, 1998).

בישראל, התופעה של קשיים בהשגת מזון מיקדה את התעניינות הציבור מספר פעמים בעשור האחרון, ואף קיבלה ביטוי במבצעי התרמה לאומיים, לעתים ביוזמת התקשורת ולעתים ביוזמת גורמים ממשלתיים. כמובן שהיקף הבעיות של עוני תזונתי מושפע מאד מהיקף העוני הכללי בחברה, וממגמות בהיקף העוני. ההיקף הרחב של עוני בישראל והגידול בו לאורך כל שנות התשעים תרם להעלאת הנושא של אי-בטחון תזונתי. לכן טבעי הדבר שעם החרפת המשבר הכלכלי בישראל בשנות האחרונות, תופעת אי-הבטחון התזונתי עלתה לתודעה. כתוצאה מכך, במשך שנות התשעים ובמיוחד בשנות האחרונות, התרחבה הפעילות של המגזר ההתנדבותי בהספקה ישירה של מזון לאוכלוסייה נזקקת. כמו כן, ממצאים חדשים ממחקרים שבוצעו באזורים ספציפיים ו/או בקרב קבוצות אוכלוסייה מיוחדות, מאששים את התמונה המתקבלת מן הדיווחים מהשדה.

בין היתר, הדיון הציבורי בישראל התמקד במציאת האיזון הרצוי בין תפקיד הממשלה לבין תפקיד המגזר הוולונטרי בהתמודדות עם הבעיה; ביעילותן של אסטרטגיות שונות; ובמתן קדימות לקבוצות אוכלוסייה שונות כגון קשישים, ילדים ומשפחות.

למרות ההתעניינות הגוברת בנושא, עד היום לא נעשתה מדידה של הביטחון התזונתי באוכלוסייה הקשישה בישראל. במחקר גישוש שנערך בנגב בקרב כאלף לקוחות שירותי הרווחה נמצא כי האוכלוסיות בסיכון לחוסר בטחון תזונתי הן: ערבים, בעלי השכלה נמוכה, משפחות ללא מפרנס או בעלות מפרנס אחד ומשפחות של עולים מבריה"מ לשעבר. כמו כן לא נמצא קשר לגיל ולסוג המשפחה (קאופמן, סלונים-נבו ואנסון, 2002). במחקר שבוצע על-ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות, בשנים 1999-2001, נבדקו לעומק דפוסי צריכת מזון ותזונה, אך הוא לא כלל קשישים. מהסקר עלה כי יש בישראל בעיות מרכזיות, הדורשות התייחסות, הנוגעות למינון, לגיוון ולאיזון של צריכת המזון (סקר מב"ת).

אחד הגורמים המרכזיים לתזונה לקויה הוא, כאמור, מחסור בכסף, וכפי שצוין לעיל, אחוז ניכר מהקשישים סובלים ממצוקה כלכלית העשויה לפגוע ביכולתם להשיג את המזון במינון, באיזון ובגיוון הרצויים לשמירה על בריאותם ואיכות חייהם.

מתוך ניתוח קובץ נתוני סקר הוצאות משקי בית 2000, מתברר שחלקן של ההוצאות המוקדש למזון בקרב החמישון התחתון הגיע ל-28.6% מכלל ההוצאות לתצרוכת של משקי הבית שבראשם קשיש, בעוד שבחמישון ההכנסה העליון שיעור זה הגיע ל-14.4%. ממצא זה מתיישב עם ממצאים שהתקבלו גם בבריטניה (Lothian Anti Poverty Alliance, 2001). ניתוח קובץ הנתונים יכול ללמד על הבדלים בדפוסי צריכת המזון בין החמישוניים. לדוגמא, למרות שההוצאה לצריכת מוצרי מזון עולה ככל שההכנסה המשפחתית של הקשישים עולה, ישנם מספר מוצרי מזון בהם ההוצאה לנפש גבוהה יותר בחמישוני ההכנסה הנמוכים: לחם אחיד, לבן ופרוס, שמנים צמחיים ומוצריהם (כמו: שמן, מרגרינה ומיונז), בשר בקר וקטניות. לעומת זאת, קשר חיובי בולט נמצא בין הכנסה לצריכת מוצרים כמו עופות והודו, חלב ומוצריו, ביצים ופירות וירקות טריים. בבריטניה נמצא שמשפחות מעוטות הכנסה נוטות לצרוך יותר שומן, סוכר ומלח (UK Poverty Program).

מטרות המחקר

מטרת המחקר היא לסייע בפיתוח תכניות ייחודיות לקשישים בכלל, ובמיוחד לפיתוח התוכנית "בשיבה טובה", שהוקמה ביוזמת נשיא המדינה שנועדה לשפר את מצבם של קשישים במצוקה כלכלית.

במחקר זה נבדק היקף הבעיה של אי-בטחון תזונתי בישראל בקרב קשישים על שני היבטיו העיקריים והקשר ביניהם: הראשון, מהי המידה של אי-בטחון תזונתי (food insecurity) קרי, שלמשקי בית לא מובטח אוכל מזין על שולחנם והם חווים חוסר במזון מזין; השני, עד כמה אנשים בישראל אינם יכולים להבטיח לעצמם מזון במינון, בגיוון ובאיזון הולמים. בנוסף, אנו בוחנים את הקשר בין מצב של אי-ביטחון תזונתי לבין רמת ההכנסה, את השפעתו על החלטות קריטיות של משקי הבית, את השלכותיו האפשריות על תחלואה ואת מידת ההיעזרות בגופי סיוע. המחקר בא להשלים את התמונה מסקר מב"ת וליצור הבנה רחבה יותר של היקף ואופי בעיות של חוסר במזון ותזונה במישור הארצי.

כאמור, המחקר הוא חלק ממחקר כולל שהתמקד בעוני תזונתי באוכלוסייה כולה ולכן השאלון התמקד בסוגיה זו. יחד עם זאת, כדי לקבל תמונה רחבה יותר של ההשלכות של קשיים כלכליים על מצבם הכללי של הקשישים, הוספנו מספר שאלות הנוגעות לאיכות תנאי הדיור ומספר שאלות על ההשלכות של הקשיים הכלכליים על היכולת שלהם לשמור על קשר עם בני משפחה ועל מספר בעיות רפואיות והיכולת הכלכלית לטפל בהן. בהיעדר יכולת להוסיף מספר רב של שאלות הנוגעות לתחומי החיים של הזקנים ולהעמיק בהם, התמקדנו במספר תחומים נבחרים החשובים מאד לאיכות חייהם של הקשישים.

מטרות ספציפיות:

1. למדוד את היקף וחומרת העוני התזונתי ואי-ביטחון תזונתי בקרב משקי בית של קשישים ולאתר קבוצות הנמצאות בסיכון ללקות באי-ביטחון תזונתי.
2. לבדוק דפוסי צריכת מזון, בעיקר מבחינה תזונתית (קלוריות, ויטמינים, פרוטאינים ומינרלים) ולבדוק את הקשר בין אי-ביטחון תזונתי לבין דפוסי צריכת מזון כדי להבין את ההשלכות של עוני תזונתי.
3. לבחון את היקף השימוש בבתי תמחוי ותמיכה אחרת במזון.
4. להבין באיזו מידה אנשים נדרשים לוותר על קניית מזון בגלל תשלום לשירותים או הוצאות בסיסיות אחרות, או להפך.
5. לבחון את השינויים בצריכת מזון במהלך השנה האחרונה.
6. לבחון את המידה שבה יש לקשישים צרכים שאין להם מענה בתחום הדיור, החברה והבריאות, בשל מחסור במשאבים כלכליים.

ג. מערך המחקר וכלי המחקר

אוכלוסיית המחקר והמדגם

אוכלוסיית המחקר כוללת את כלל משקי הבית בישראל בקהילה (לא כולל אנשים במוסדות). המסגרת למדגם נלקחה בדגימה אקראית מספר הטלפונים של בזק. נערכה דגימת יתר של יישובים שהרמה הסוציו-אקונומית שלהם נמוכה (ארבע האשכולות הנמוכים), עפ"י הדירוג של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ושל משקי בית שבהם יש קשישים.

שיעור ההיענות הגיע ל-60% ובמסגרת המחקר רואיינו בפועל 1,490 משקי בית.

הראיונות נערכו בטלפון באמצעות שאלון מובנה בחודשים מארס-מאי 2003.

המדגם כלל 644 משקי בית של קשישים המייצגים כ-445 אלף משקי בית בהם נמצא קשיש (נכון לסוף 2002). בניתוח הנתונים שוקלל המדגם כדי לייצג את כלל משקי הבית של קשישים.

מהשוואה בין מאפייני משקי הבית בהם רואיין קשיש במחקר זה לבין משקי הבית באוכלוסייה בהם יש קשיש, נמצא כי ישנו דמיון על פי מרבית המאפיינים.

כלי מחקר

המחקר מתבסס על השאלונים: Food Frequency Survey and the Food Security Survey שנוסו ותוקפו בארה"ב ע"י משרדי החקלאות והבריאות. השאלון מבוסס על דיווח עצמי של המרואיין ויתרונו בכך שהוא משלב הרגלי תזונה והרכב המזונות, עם דיווח על ירידה במשקל, מחסור בכסף, תחלואה ובעיות בדירה, שהם גורמי סיכון לתופעה. השאלון נוסה ב-pretest בישראל במטרה להתאימו למציאות בארץ.

לצורך מדידת שכיחות אי-הביטחון התזונתי (food insecurity) עשינו שימוש במדד שפותח בארה"ב (Bickel & Nord, 2000). המדד בנוי מ-18 שאלות שבוחנות התנהגות ומציאות חיים המאפיינות את קושי משק הבית לרכוש את המזון הנדרש לו. השאלות מסודרות ברצף לפי מידת חומרה (מן הפחות חמור אל מצב חמור יותר). רמת הביטחון התזונתי של משקי הבית נחלקת לפי המדד הזה לארבע קטגוריות של חומרה בהתאם למספר התשובות בהן הנחקר ענה בחיוב על משפטים המתארים מצב "קשה" של משק הבית (ראה פירוט מבנה המדד בדוח על כלל משקי הבית ופירוט תשובות הנחקרים על כל אחד מפריטי המדד בלוח 1 בהמשך).

במחקר הנוכחי הוחלט להשתמש ב-3 קטגוריות של רמות ביטחון תזונתי (food security). זאת, מאחר שברמה החמורה ביותר נכללו פחות מאחוז אחד ממשקי הבית, ועל כן היא אוחדה עם רמת אי-הביטחון התזונתי שלפניה מבחינת החומרה. שלוש רמות הביטחון התזונתי הן:

1. **ביטחון תזונתי**: משקי בית שאין בהם (או שכמעט אין בהם) חשש לגבי הספקת המזון וניהול תקציב המזון ואין בהם מגמה של צמצום באיכות המזון, או צמצום בהיקף צריכת המזון.
2. **אי ביטחון תזונתי מתון**: משקי בית שיש בהם דאגה לגבי הספקת המזון וניהול תקציב המזון, ומגמה של צמצום באיכות המזון ומגמה מתונה של צמצום בהיקף צריכת המזון.
3. **אי ביטחון תזונתי חמור**: משקי בית שיש בהם דאגה לגבי הספקת המזון וניהול תקציב המזון ויש צמצום ניכר באיכות המזון ובהיקף צריכתו.

ביתר התחומים שנבחנו במחקר, פותחו השאלות במיוחד למחקר זה. גם בשאלות אלה נערך Pre-test והלקחים הובאו בחשבון בניסוח הסופי של השאלות.

ד. ממצאים

1. רמת ביטחון תזונתי ומאפייני תזונה

ניתוח הנתונים יתייחס לאפיון אוכלוסיות ברמות הביטחון התזונתי השונות, למשמעויות של אי-ביטחון תזונתי ולאפיון האוכלוסיות בסיכון.

1.1 רמת ביטחון תזונתי

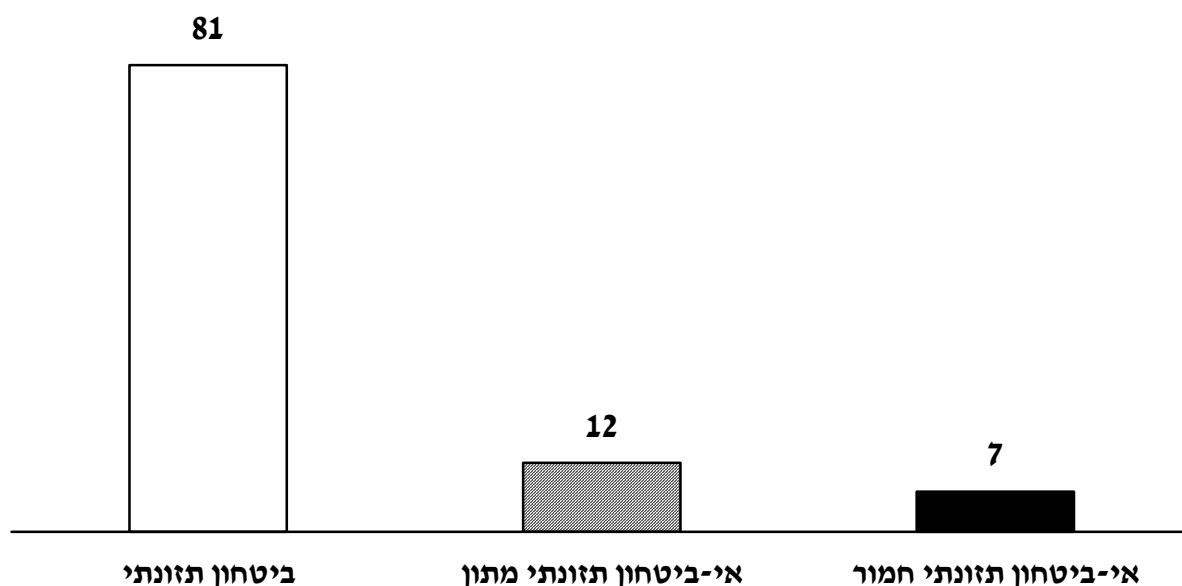
רוב אוכלוסיית הקשישים בישראל אינם מדווחים על בעיה של ביטחון תזונתי (81%). יחד עם זאת, יש קבוצה משמעותית באוכלוסייה שדיווחה על בעיות בביטחון תזונתי על רקע קשיים כלכליים. כ-7% ממשקי הבית בהם יש קשישים (כ-31,000 משקי בית) מדווחים על מצב חמור של אי-ביטחון תזונתי, המתבטא בקשיים להבטיח את איזון המזון ואת כמותו. קבוצה נוספת, כ-12% (כ-54,000 משקי בית של קשישים) מדווחים על מצב של אי-ביטחון תזונתי מתון (תרשים 1).

יש לציין כי במחקר לא נמצאו הבדלים משמעותיים בהיקף התופעה של אי-ביטחון תזונתי במשקי בית של קשישים לעומת כלל משקי הבית בישראל (ממצאים על כלל משקי הבית מתפרסמים בדוח על כלל משקי הבית).

לוח 1 מפרט את התפלגות התשובות מהן נבנה המדד של ביטחון תזונתי⁴ (food security). על מנת לשקף את המשמעות של היות משק הבית במצב של אי ביטחון תזונתי (מתון וחמור) מוצגות בלוח התשובות המתאימות רק למשקי הבית שנמצאו במצב של אי ביטחון תזונתי. כפי שעולה מהלוח, משקי בית אלה

⁴ ללא השאלות בסקלה המתאימות לילדים מאחר שרק במספר קטן של משקי בית של קשישים נמצאו ילדים

תרשים 1: התפלגות משקי הבית שיש בהם קשיש לפי מדד ביטחון תזונתי (באחוזים)



מאופיינים על ידי חששות ודאגה שהאוכל לא יספיק ולא יהיה די כסף לקנות עוד, על ידי ויתור על ארוחות מאוזנות כי אין תקציב, על ידי צמצום בגודל הארוחות או דילוג על ארוחות, ובמקרים קיצוניים יותר על ידי הימנעות מאכילה במשך יום שלם ועל ידי תחושה של רעב. 73% ממשקי בית אלה דיווחו על חשש שמא ייגמר להם האוכל לפני שיהיה להם כסף לקנות עוד ו-78% דיווחו על כך שהאוכל שקנו לא הספיק ולא היה להם כסף לקנות עוד. שמונים ושבעה אחוז דיווחו כי "לא היה להם מספיק כסף כדי לאכול ארוחות מאוזנות" כלומר, הצביעו על בעיות בסוג ובמגוון המזון. חלק ממשקי הבית דיווחו על תופעות חמורות יותר: 13% ממשקי הבית באי ביטחון תזונתי דיווחו כי המבוגרים בבית היו רעבים ולא אכלו כי לא היה להם מספיק כסף לקנות אוכל, 15% דיווחו כי הם ירדו במשקל כי לא היה להם מספיק כסף לקנות אוכל. 7% ממשקי הבית אמרו כי מבוגרים במשק הבית לא אכלו במהלך יום שלם מכיוון שלא היה להם מספיק כסף לאוכל, מרביתם (80%) חווים זאת כמעט כל חודש.

בחנו את הקשר בין התופעה של אי-ביטחון תזונתי למאפייני האוכלוסייה משני היבטים. ראשית בחנו את הרכב האוכלוסייה בתוך הקבוצה של משקי הבית עם אי-ביטחון תזונתי. שנית, בחנו את שיעור הסובלים מאי ביטחון תזונתי בתוך קבוצות אוכלוסייה שונות. ההיבט הראשון עוזר להבין מי הן הקבוצות שמהוות את רוב משקי הבית שיש בהן אי ביטחון תזונתי. השני עוזר לזהות מי הן קבוצות האוכלוסייה שהן בסיכון מיוחד לסבול מהתופעה.

לוח 1: התפלגות התשובות לשאלות במדד ביטחון תזונתי*, בקרב משקי הבית של קשישים במצב של אי-ביטחון תזונתי (מתון וחמור) (באחוזים)

תדירות		כמעט כל חודש	בכל לפעמיים לא	לרוב	כן	
חודש כן, חודש-חודשיים	חודש לא					
			27	54	19	חששנו שנגמור את האוכל לפני שיהיה לנו כסף לקנות עוד
			22	52	27	האוכל שקנינו לא הספיק, ולא היה לנו כסף לקנות עוד
			13	55	32	לא היה לנו מספיק כסף לאכול ארוחות מאוזנות
			32		68	בשנה האחרונה, האם אתה או מבוגרים אחרים בבית צמצמו בגודל הארוחות או דלגו על ארוחות מחוסר כסף לקנות מזון ובאיזו תדירות** זה קרה?
2	24	42				האם בשנה האחרונה אכלתם פחות ממה שרציתם כי לא היה מספיק כסף כדי לקנות אוכל?
			87		13	האם בשנה האחרונה אתה או מבוגרים אחרים בבית הייתם רעבים ולא אכלתם כי לא היה לכם מספיק כסף לקנות אוכל?
			85		15	האם בשנה האחרונה אתה או מבוגרים אחרים בבית ירדתם במשקל כי לא היה לכם מספיק כסף לקנות אוכל?
			93		7	האם בשנה האחרונה אתה ומבוגרים אחרים בבית לא אכלתם יום שלם כי לא היה מספיק כסף לאכול ובאיזו תדירות** זה קרה?

* ללא השאלות בסקלה המתייחסות לילדים מאחר שרק במספר קטן של משקי בית של קשישים נמצאו ילדים
 ** לנושא התדירות התייחסו רק המשיבים תשובה חיובית לשאלה זו

לוח 2 מציג את התפלגות משקי הבית בתוך כל קטגוריה של מדד ביטחון תזונתי (טיפוס משפחה, קבוצת אוכלוסייה, רמת הכנסה⁵ ומוגבלות⁶). ניתן ללמוד ממנו על הרכב קבוצות האוכלוסייה בכל קטגוריה של ביטחון תזונתי. מהלוח לומדים כי משפחות של קשישים שסובלות מאי-ביטחון תזונתי באות מכל רובדי האוכלוסייה. רוב משקי הבית המדווחים על אי-ביטחון תזונתי הם של יהודים ותיקים אך, בדומה לאוכלוסייה הכללית, יש ייצוג משמעותי גם למשקי בית של עולים, ולמשקי הבית המשתייכים לחמישון התחתון של הכנסה נטו לנפש סטנדרטית.

לוח 2: הרכב האוכלוסייה ברמות שונות של ביטחון תזונתי במשקי בית של קשישים לפי מאפייני משק הבית (באחוזים)

סה"כ	בטחון תזונתי	אי בטחון תזונתי מתון	אי בטחון תזונתי חמור
טיפוס משק בית	100	100	100
בודד	30	35	31
אחר	70	65	69
קבוצת אוכלוסייה	100	100	100
עולים	23	35	12
יהודים ותיקים	69	52	80
ערבים	8	13	8
חמישון הכנסה*	100	100	100
תחתון	21	30	50
2	20	24	25
3	20	27	13
4	22	11	8
עליון	18	8	4

* p<0.05

לוח 3 מציג את שיעור משקי הבית שמצויים "בסיכון" למצב של אי בטחון תזונתי, בכל קבוצת אוכלוסייה. ניתן ללמוד מלוח 3 כי קבוצות שבהן היקף התופעה של אי ביטחון תזונתי (מתון או חמור) שכיחה במיוחד הן: משפחות ערביות, משפחות של עולים ומשפחות בחמישון ההכנסה התחתון. 19% ממשקי הבית של ערבים הם באי-ביטחון תזונתי מתון ועוד 7% באי-ביטחון תזונתי חמור, בהשוואה ל-17% ו-4% בהתאמה בקרב עולי בריה"מ לשעבר שעלו לאחר 1989 ובהשוואה ל-9% ו-8% בקרב היהודים הוותיקים.

⁵ המראויינים נתבקשו לציין את רמת ההכנסה החודשית נטו במשק הבית בקטגוריות של טווחי הכנסה. חישוב חמישוני הכנסה נעשה על ידי חלוקת ההכנסה הממוצעת בכל טווח במספר הנפשות התקניות במשק הבית. לאחר מיון משקי הבית על פי המנה שהתקבלה, נחלקו משקי הבית ל-5 קבוצות שוות. כך שבחמישון התחתון נמצאים 20% ממשקי הבית שההכנסה לנפש תקנית היא הנמוכה ביותר.

⁶ מוגבלות – הכוונה שהמראויין ענה כי אינו מסוגל ללכת מחוץ לבית ללא עזרת מכשיר או אדם.

בנוסף, משקי בית בהם למרואיין 4 שנות לימוד או פחות, הם משקי הבית ששיעור גבוה יחסית בקרבם מצויים באי-ביטחון תזונתי מתון (20%) וחמור (13%), וכן בקרב המוגבלים (14%-11%, בהתאמה).

מאידך, יש לציין שאין התאמה מלאה בין אי-ביטחון תזונתי והכנסה גבוהה, כלומר יש בעלי הכנסה גבוהה שעל פי תשובותיהם נמצאים במצב של אי-ביטחון תזונתי (אם כי שיעורם נמוך בהרבה מיתר הקבוצות). יתכן שחלק מההסבר נעוץ בעובדה שבמחקר לא נבדקו לעומק כל המרכיבים המצביעים על מצבם הכלכלי של משקי הבית, כמו למשל, התחייבויות והוצאות שהיו למשק הבית וכן שינויים דרסטיים הקשורים לבני המשפחה שחלו בתקופה האחרונה. בדיקת מאפייניהם של המשתייכים לשני החמישונים העליונים והסובלים מאי-ביטחון תזונתי לא העלתה מסקנות ברורות אך נמצא שיש ביניהם אחוז מעט גבוה יחסית (אך לא מובהק סטטיסטית) של בודדים, מסורתיים ויהודים.

לוח 3: רמת ביטחון תזונתי לפי מאפייני משקי הבית שיש בהם קשיש (באחוזים)

אי-בטחון חמור	אי-ביטחון מתון	ביטחון תזונתי	סה"כ	
7	12	81	100	סה"כ
				טיפוס משק בית
8	14	79	100	בודד
7	11	82	100	אחר
				קבוצת אוכלוסייה
4	17	79	100	עולים
8	9	83	100	יהודים ותיקים
7	19	74	100	ערבים
				שנות לימוד של המרואיין
13	20	68	100	0-4
8	10	82	100	5-12
3	12	85	100	+13
				חמישון הכנסה*
20	19	61	100	תחתון
11	16	73	100	2
6	18	76	100	3
3	7	90	100	4
2	6	92	100	עליון
				רמת מוגבלות של המרואיין*
11	14	75	100	מוגבל
6	11	83	100	עצמאי

* p<0.05

1.2 חסרים במזון בשנה שעברה והסיבות לכך

ביטחון תזונתי מאופיין על-ידי צריכת מזון במינון, גיוון ואיזון מספיקים. בנוסף לשאלות המרכיבות את הסקלה של ביטחון תזונתי שתוארה לעיל, המרואיינים נתבקשו לחוות דעתם איזה מהמשפטים הבאים מתאר באופן הכי טוב, את האוכל שנצרך בביתם בשנה שעברה: "יש לנו מספיק מזון מהסוגים שאנו רוצים לאכול"; "יש לנו מספיק מזון אבל לא תמיד מהסוגים שאנו רוצים"; "לפעמים המזון לא מספיק"; "לעיתים קרובות המזון לא מספיק". משפטי החיווי הם דרך נוספת לעמוד על היקף אי-הביטחון התזונתי. בסה"כ נמצא כי קיימת התאמה רבה בין התשובות של המרואיינים לשאלות בסקלה לבין משפט החיווי, כפי שמתקף בלוח 4. הרוב הגדול דיווחו שאין בעיה בצריכת מזון (75%). 18% דיווחו שאין מגוון מזון מספיק ו-7% שאין מזון בכמות מספקת. מהשוואה בין התשובות לפי קבוצות אוכלוסייה מתברר שבאוכלוסייה הערבית ל-44% אין מגוון מספיק של מזון (לעומת 23% בקרב העולים ו-12% בקרב היהודים הותיקים) ובאוכלוסייה היהודית הוותיקה התקבל האחוז הגבוה ביותר של מדווחים שלעיתים קרובות האוכל לא מספיק (4% לעומת 2% בקרב העולים ו-0% בקרב הערבים). בקרב הקשישים אחוז גבוה יותר (75%) דיווחו שיש להם מזון בכמות ובמגוון שהיו רוצים, בהשוואה לאוכלוסייה הצעירה (69%) (ראה תרשים 2).

מבין המשיבים שלפעמים או לעיתים קרובות המזון לא מספיק, נתבקשו המרואיינים לציין לגבי מספר גורמים רלוונטיים האם כל אחד מהגורמים הוא סיבה לכך. תרשים 3 מראה כי הסיבה העיקרית לכך שאין מספיק אוכל היא מחסור בכסף (90%, שהם 6% מכלל משקי הבית של הקשישים). לקשישים ישנן יותר מגבלות בריאותיות בהשוואה לצעירים. כרבע מהקשישים השיבו שקשה להם לבשל או לאכול מסיבות בריאות, 16% דיווחו שקשה להם להגיע לחנות, זאת בהשוואה ל-7% ו-9%, בהתאמה, אצל משקי בית של הצעירים יותר (ראה תרשים 3). בקרב הבודדים בלטה הבעיה שקשה להם לבשל או לאכול מסיבות בריאות (50%) בהשוואה למרואיינים קשישים אחרים (11%).

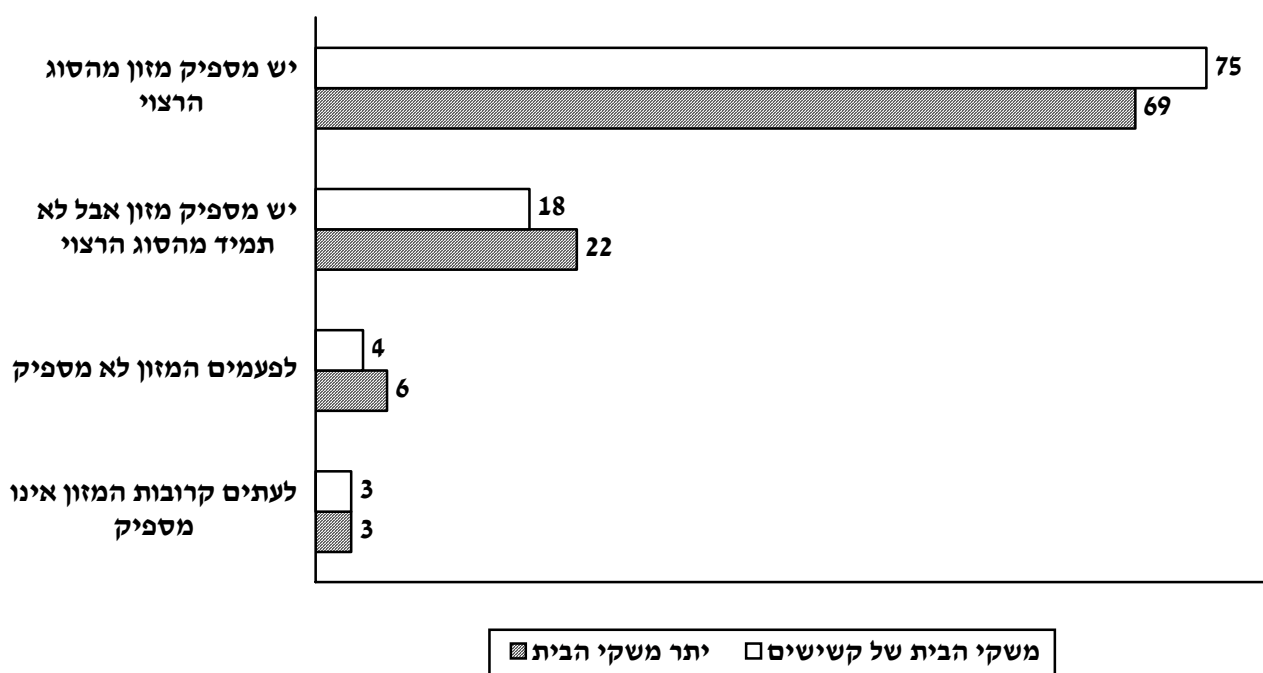
מבין המשיבים שהאוכל לא תמיד מהסוגים שהיו רוצים, נתבקשו המרואיינים לציין לגבי מספר גורמים רלוונטיים אם כל אחד מהם הוא סיבה לכך. תרשים 4 מראה כי הסיבה העיקרית לכך שאין מגוון מספיק של אוכל היא מחסור בכסף (80%, שהם כ-14% מכלל הקשישים). גם לגבי השגת מזון במגוון הרצוי ישנה מגבלת בריאות אצל הקשישים, 22% מהם ציינו שקשה להם להגיע לסופרמרקט ועוד 20% ציינו שדיאטה של אחד או יותר מבני המשפחה מגבילה אותם במגוון המזון הרצוי. בקרב עולי בריה"מ לשעבר בולטת המגבלה התקציבית להשגת המגוון הרצוי (מעל 90%) בהשוואה ליהודים ותיקים (40%). אצל בודדים הייתה יותר מגבלת דיאטה (35%) בהשוואה למרואיינים קשישים אחרים (16%).

לוח 4: משפטי חיווי לגבי מספיקות המזון וגיוונו במשקי בית של קשישים, לפי רמת בטחון תזונתי*

סה"כ	ביטחון תזונתי	אי-ביטחון תזונתי מתון	אי-ביטחון תזונתי חמור
יש לנו מספיק מזון מהסוגים שאנו רוצים לאכול	87	33	11
יש לנו מספיק מזון, אבל לא תמיד מהסוגים שאנו רוצים	12	51	33
לפעמים המזון לא מספיק	1	12	26
לעיתים קרובות המזון לא מספיק	0	5	30

p<0.05 *

תרשים 2: משפטי חיווי לגבי מספיקות המזון וגיוונו, לפי סוג משק בית (באחוזים)*



p<0.05 *

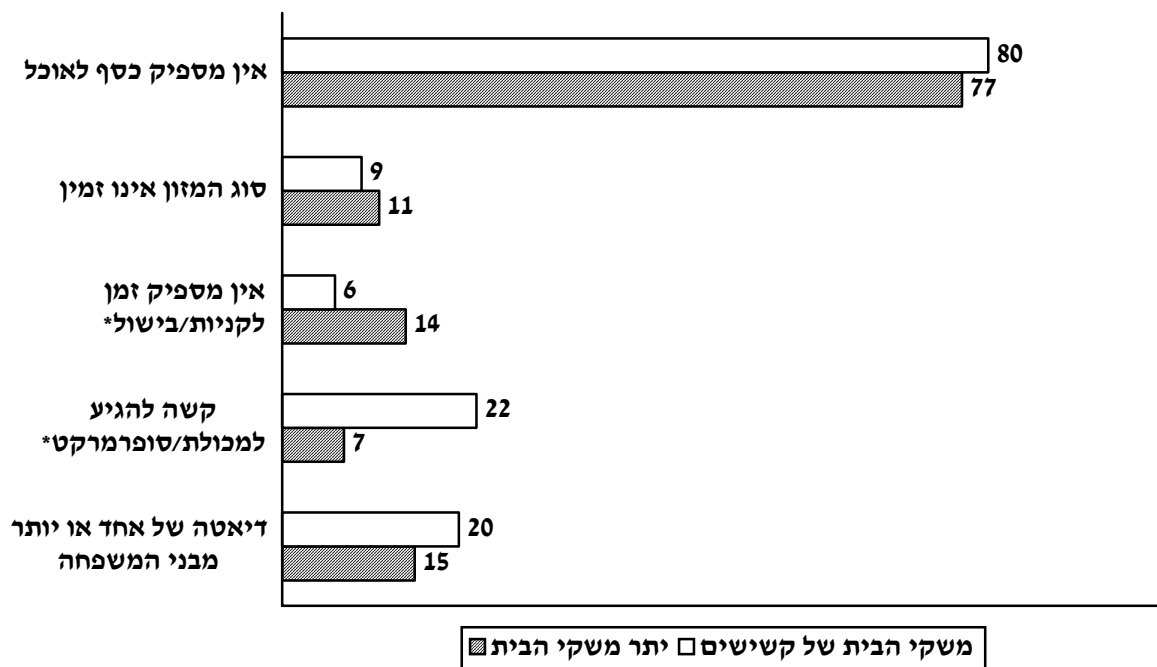
תרשים 3: סיבות לכך שאנשים לא תמיד אוכלים מספיק (מקרב 7% המשיבים בשאלה קודמת שבשנה האחרונה לא היה מספיק אוכל), לפי סוג משק בית (באחוזים)



* p<0.05

הערה: הנחקרים דיווחו על כל סיבה בנפרד ויכלו לענות יותר מתשובה אחת.

תרשים 4: סיבות לכך שלא תמיד יש מזון במגוון הרצוי (מקרב 18% המשיבים בשאלה קודמת שבשנה האחרונה לא תמיד היה מזון מהסוגים שהיו רוצים) (באחוזים)



* p<0.05

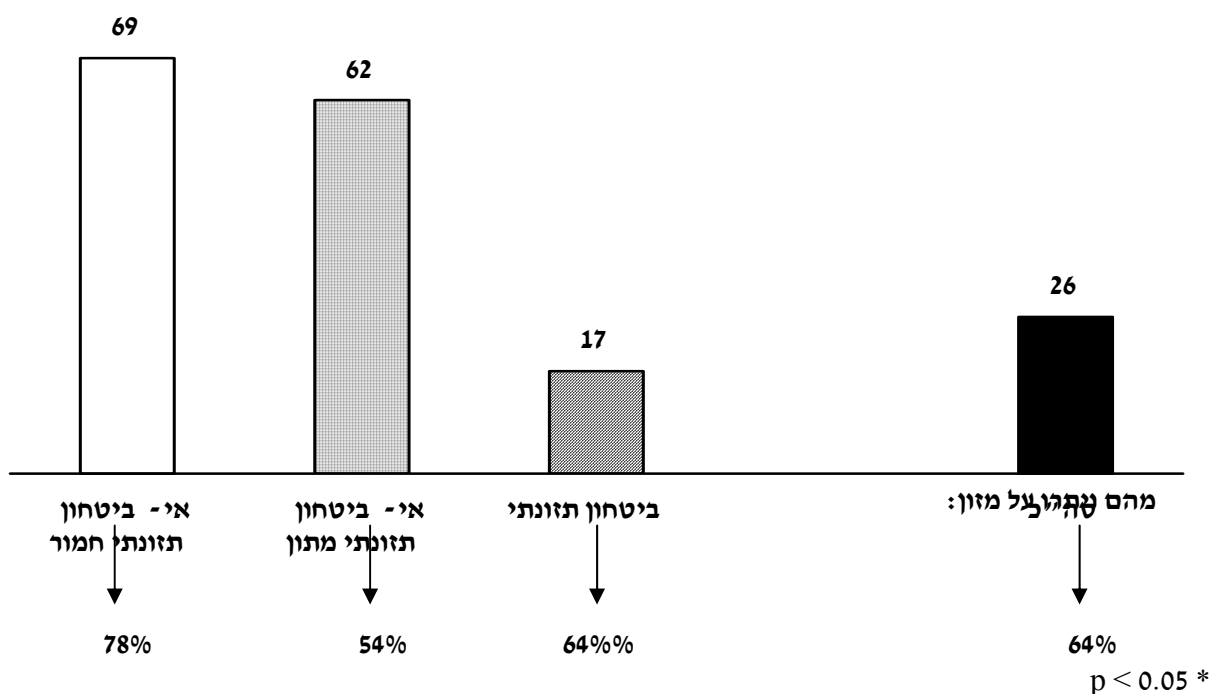
הערה: הנחקרים דיווחו על כל סיבה בנפרד ויכלו לענות יותר מתשובה אחת.

החלטות בין הוצאות על מזון לבין הוצאות על תשלומים בסיסיים אחרים

כדי להבין את מאפייני המצוקה הכלכלית והשלכותיה על בני המשפחה, נבדקו מצבים בהם המשפחה נדרשת, בגלל מחסור בכסף, לקבל החלטות קשות בין הוצאות הכרחיות על צורכי הבית כגון תשלומים לחימום, חשמל, תרופות וטיפול רפואי לבין קניית מזון הכרחי. נבדקו גם שינויים בהרגלי אכילה וקניית מוצרי מזון כתגובה למחסור בכסף.

כאשר נשאלו המרואיינים האם במהלך השנה האחרונה היה עליהם לבחור בין קניית מוצרי מזון בסיסיים לבין תשלום בעבור דברים בסיסיים כמו שכר דירה וחשבונות הבית, 26% מהקשישים ענו שאכן נאלצו לקבל החלטות כאלו. מרביתם (64%) ויתרו בסופו של דבר על מזון (ראה תרשים 5). מבין אלה שוויתרו על תשלומים אחרים, קרוב למחציתם (46%) ציינו תרופות, טיפולים רפואיים ומכשירי עזר (משקפיים ומכשירי שמיעה), הוצאות נוספות שהוזכרו היו תשלום חשבונות הבית (כ-42%) והוצאות אחרות כמו ביגוד, נעליים, מסעדות וטיולים (12%). בקרב המדווחים על אי-ביטחון תזונתי חמור, אחוז המדווחים על כך שנאלצו לקבל החלטות "קשות" הגיע ל-69%, מהם 78% ויתרו על מזון (תרשים 5). בנוסף, כ-4% מהקשישים דיווחו כי במהלך השנה האחרונה קרה שהיו צריכים להחליט למי מבני המשפחה תינתן עדיפות בצריכת מזון.

תרשים 5: משפחות שנדרשו לקבל "החלטה קשה" בין רכישת מצרכי מזון בסיסיים לבין הוצאות בסיסיות והכרחיות אחרות, לפי רמת הביטחון התזונתי*, ומהם המוותרים על מזון* (באחוזים)



שינוי הרגלי אכילה וקניית מזון

כפי שעולה מלוח 5, תשעה עשר אחוזים מהקשישים דיווחו כי מישהו מבני הבית שינה את הרגלי האכילה שלו בגלל הגבלות תקציב, מהם 77% הפחיתו באופן משמעותי את כמות האוכל. בקרב המדווחים על אי-ביטחון תזונתי חמור, 77% שינו הרגלי אכילה, מהם 95% הפחיתו מזון באופן משמעותי.

אחת הדרכים להתמודד עם קשיים כלכליים ברכישת מזון היא שינוי בהרגלי הקנייה של המזון. נמצא ש-40% מהקשישים שינו את מקום קניית המזון (כגון מעבר לרשתות מזון מוזלות) במידה רבה או במידה מסוימת. אצל המדווחים על אי-ביטחון תזונתי חמור 69% שינו במידה מסוימת או רבה את מקום קניית המזון (לוח 5).

לוח 5: מידת השינוי של הרגלי האכילה והמקום בו נרכש המזון במשקי בית של קשישים, לפי רמת ביטחון תזונתי (באחוזים)

אי בטחון תזונתי חמור	אי בטחון תזונתי מתון	בטחון תזונתי	סה"כ	
77	50	9	19	שינוי הרגלי אכילה בשנתיים האחרונות בגלל מגבלת תקציב*
95	68	68	77	מהם: הפחיתו את כמות האוכל
100	100	100	100	שינוי מקום קניית המזון למקום זול יותר- סה"כ*
27	33	56	51	לא שינו כלל
4	7	10	9	שינוי במידה מועטה
23	19	23	22	שינוי במידה מסוימת
46	41	11	18	שינוי במידה רבה

* p<0.05

שנים עשר אחוזים מהקשישים דיווחו כי למישהו מבני המשפחה יש צורך במזון מיוחד עקב בעיות בריאות. מהם, 33% ציינו שלעיתים קרובות או תמיד קורה שהם מוותרים על המזון המיוחד או קונים ממנו פחות בגלל מצוקה כלכלית ועוד 20% ציינו שהם מוותרים עליו לפעמים.

1.3 היעזרות בגופי סיוע מזון

כ-3% ממשקי הבית של קשישים דיווחו שהם נעזרים בגופי סיוע להספקת מזון כגון מרכזים לחלוקת מזון ובתי תמחוי. יש לזכור שחלק מהקשישים מקבלים ארוחות במסגרת תכניות קהילתיות, כגון מרכזי יום ומועדונים מועשרים. אולם יתכן שבמחקר זה לא ניתן היה לאמוד את מלוא היקף ההיעזרות בגופי סיוע לקשישים בגלל ניסוח השאלות. במשקי בית עם אי-ביטחון תזונתי, אחוז אלה שנעזרו בגופי סיוע הגיע ל-6%.

1.4 מאפייני תזונה

סעיף זה עוסק בדפוסי התזונה של קשישים והקשר בינם לרמת הביטחון התזונתי. להלן לוחות המציגים נתונים על המינון (כמויות), הגיוון והאיזון (הרכב המזון) של תזונת קשיש אחד מתוך משק הבית, לפי רמת הביטחון התזונתי של משק הבית. ניתוח כזה מאפשר התבוננות בבעיה מנקודת מבט נוספת והוא גם מספק תיקוף לדיווח על רמת הביטחון התזונתי. (פירוט השיטות, ניתן למצוא בדוח על כלל משקי הבית בישראל, או על פי הזמנת הקורא).

כפי שיפורט בהמשך, מהמחקר עולה שכמויות המזון שקשישים באי-ביטחון תזונתי צורכים נמוכות במרבית פריטי המזון בהשוואה לקשישים בביטחון תזונתי. פערים גדולים יחסית ניתן למצוא לדוגמה בצריכת דגים, גבינה לבנה, יוגורט, פירות וירקות. מבחינת האיזון בצריכת רכיבי תזונה, נמצאה צריכה נמוכה של סידן על ידי קשישים באי ביטחון תזונתי בהשוואה לביטחון תזונתי.

א. מינון תזונתי

כל מרואיין ציין לגבי פריטי מזון נבחרים, את כמויות המזון אותן הוא נוהג לאכול בפרק זמן ידוע (יום, שבוע או חודש). לדוגמה, כמה פיתות הוא אוכל ביום או כמה מנות דג בחודש. על מנת לעשות סטנדרטיזציה של הכמויות לפרק זמן אחיד, הובאו כל הכמויות של כל מוצרי המזון ליחידות אחידות של מנות ליום. בלוח 6 ניתן לראות שקיים קשר בין מאפייני הצריכה ורמת הביטחון התזונתי. צריכת מזונות מקבוצת העופות בקרב הקשישים במצב של אי-ביטחון תזונתי (מתון וחמור) נמוכה באופן מובהק והיא 80% מצריכת עופות בקבוצת בעלי ביטחון תזונתי (הטור השמאלי בלוח). כמות הפירות הנצרכת בקבוצת אי-ביטחון תזונתי נמוכה באופן מובהק ומהווה 57% מצריכת הפירות בקבוצת בעלי בטחון תזונתי. צריכת הירקות הטריים והמבושלים באי-ביטחון תזונתי נמוכה באופן מובהק ומהווה 65% מצריכת הירקות בקבוצת בעלי ביטחון תזונתי. בקבוצת מזונות החלב, צריכת גבינה לבנה ויוגורט נמוכה באופן מובהק ומגיעה ל- 60%-52% מצריכתם בקרב בעלי ביטחון תזונתי ואילו צריכת החלב דומה בין שתי הקבוצות. הבדלים קטנים יחסית קיימים בצריכת לחם, ביצים, אורז ואיטריות/פסטה.

לוח 6: צריכת פריטי מזון (יחידות מנה) על ידי קשישים לפי רמת ביטחון תזונתי

הצריכה של אלו באי-ביטחון תזונתי ביחס לאלו בביטחון תזונתי	אי-ביטחון תזונתי	ביטחון תזונתי	סה"כ	פריט המזון
0.80	0.35	0.44	0.42	¼ עוף או הודו או קציצת עוף/הודו*
0.89	0.08	0.09	0.09	פרוסת בשר בקר, עגל או כבש, צלי או קציצת בשר טחון
0.65	0.13	0.20	0.19	מנת דג*
1.02	0.35	0.34	0.34	ביצה
1.01	2.83	2.81	2.81	פרוסת לחם
1.50	0.27	0.18	0.20	פיתה
0.57	1.06	1.86	1.72	פרי בגודל בינוני*
0.65	1.54	2.37	2.22	ירק טרי בינוני*
0.72	0.36	0.50	0.47	ירק מבושל – כוס*
1.02	0.69	0.67	0.67	כוס חלב 1% או 3%
0.60	1.10	1.82	1.69	כף גבינה לבנה*
0.52	0.28	0.54	0.49	גביע יוגורט או מעדן חלב*
0.71	0.17	0.24	0.23	פרוסת גבינה צהובה
0.84	0.16	0.19	0.18	קטניות- ½ כוס מבושל (אפונה, חומוס)
1.13	0.27	0.24	0.25	אורז – ½ כוס מבושל
1.00	0.17	0.17	0.17	אטריות/פסטה- ½ כוס מבושל
0.84	0.38	0.45	0.44	תפוח אדמה בינוני
1.25	0.05	0.04	0.04	בורקס בינוני או פסטל אחד
0.97	0.38	0.39	0.39	מרגרינה או חמאה – כף
0.98	1.49	1.52	1.51	שמן – כף
0.44	0.04	0.09	0.08	פיצוחים – כוס*
0.53	0.27	0.51	0.47	פרוסת עוגה או עוגיה אחת*
0.38	0.05	0.13	0.12	כדור גלידה*
0.40	0.16	0.40	0.36	סוכריה או קובית שוקולד*
0.68	0.81	1.19	1.12	כפית סוכר*
0.70	0.35	0.50	0.47	שתייה תוססת – כוס
0.50	0.17	0.34	0.31	מיץ פירות – כוס*
0.50	0.18	0.36	0.33	שתייה ממותקת – כוס*

* p<0.05

ב. איזון תזונתי

על פי דיווחי המרואיינים על כמויות המזון שהם אוכלים מכל פריט, חושבו רכיבי התזונה הנצרכים ליום. לוח 7 משווה בין צריכת רכיבי תזונה נבחרים בקרב הנמצאים בביטחון תזונתי לבין הצריכה בקרב הנמצאים באי-ביטחון תזונתי (מתון וחמור). מהלוח רואים שבקרב הקשישים באי-ביטחון תזונתי (מתון וחמור) צריכת רכיבי התזונה נמוכה ביחס לקבוצה עם ביטחון תזונתי, אך ההבדלים ברובם אינם מובהקים סטטיסטית. הבדל מובהק בין הקבוצות נמצא רק בצריכת הסידן.

לוח 7 : צריכת רכיבי תזונה נבחרים לפי רמת ביטחון תזונתי

פריט המזון	סה"כ	בטחון תזונתי	אי-בטחון תזונתי
חלבון	61.5	62.1	9.0
שומן	59.9	60.4	57.5
פחמימות**	197.9	200.8	184.8
ברזל	6.73	6.76	6.63
סידן*	621.9	635.1	561.3
פולת	234.8	236.2	228.6
ויטמין B12	2.61	2.65	2.47
כולסטרול	207.6	209.2	200.5
שומן רווי	18.9	19.1	17.9

* p<0.05

** p<0.010

כאמור, מחקר זה הוא חלק ממחקר כולל שהתמקד באי-ביטחון תזונתי באוכלוסייה כולה ומטבע הדברים השאלון התמקד בסוגיה זו. יחד עם זאת, כדי לקבל תמונה רחבה יותר לגבי השלכות של הקשיים הכלכליים על מצבם הכללי של הקשישים, הוספנו מספר שאלות הנוגעות לאיכות תנאי הדיור ומספר שאלות על השלכות הקשיים הכלכליים על היכולת שלהם לשמור על קשר עם בני משפחה ועל מספר בעיות רפואיות והיכולת הכלכלית לטפל בהן.

להלן נציג את הממצאים בתחומים אלה.

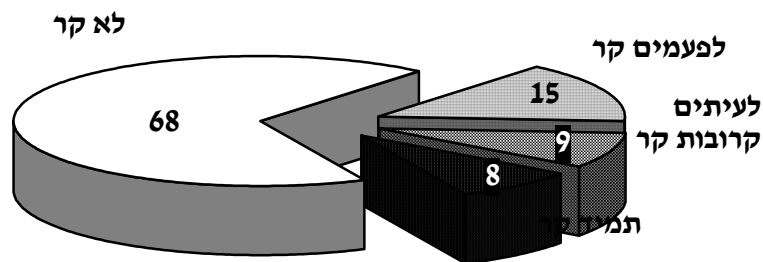
2. בעיות בתחום הדיור

בתחום הדיור בדקנו האם קורה שקר בדירה בחורף, וכמה פעמים יש מים חמים לאמבטיה/מקלחת. בקרב הקשישים שהשיבו שקר להם בדירה או שאין להם מים חמים כל יום בחנו את הסיבות לכך. בנוסף נשאלו המרואיינים אם קיימות בעיות תחזוקה בדירה: סדקים בקירות, רטיבות בחורף, בעיות רציניות בצנרת או בבוב, חלונות שבורים, כיורים או אמבטיה לא תקינים או רצפה שבורה.

חימום הדירה

כפי שעולה מתרשים 6, מרבית הקשישים (68%) ענו שברוב הזמן לא קר להם בדירה בחורף ו-32% דיווחו על קשיים בתחום זה. 15% השיבו שלפעמים קר, עוד 9% ענו שלעיתים קרובות קר להם ו-8% השיבו שתמיד קר להם.

תרשים 6: דיווח על בעיות קור בחורף (אחוזים)



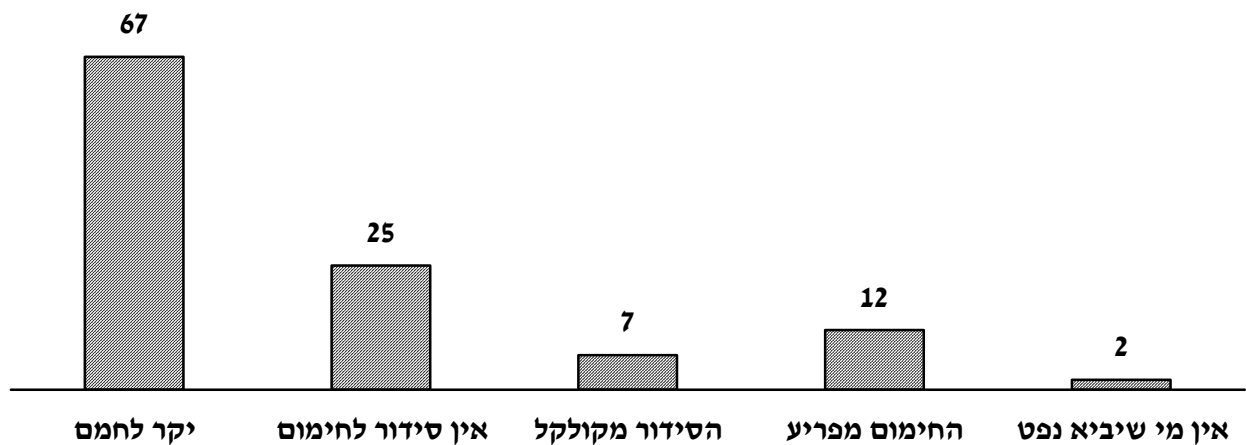
בלוח 8 ניתן לראות שככל שהכנסת המשפחה גבוהה יותר, היקף הבעיה מצומצם יותר. בשני החמישונים הנמוכים 24%-36% דיווחו שלעיתים קרובות או תמיד קר להם בדירה בחורף, לעומת 0%-12% בחמישונים הגבוהים יותר. הבדלים נמצאו גם לפי טיפוס משפחה: 20% ממשקי הבית של קשישים בודדים דיווחו שלעיתים קרובות או תמיד קר, לעומת 15% אצל במשקי בית האחרים. בקרב העולים הגיע אחוז הסובלים מקור ל-34% לעומת 12% אצל היהודים הוותיקים. לא נמצאו הבדלים לפי מוגבלות המרואיינין.

לוח 8: האם קר בדירה לפי מאפייני משקי הבית שיש בהם קשיש (באחוזים)

תמיד	לעתים קרובות	לפעמים קר	לא קר	סה"כ	
8	9	15	68	100	סה"כ
					טיפוס משק בית*
12	8	11	70	100	בודד
6	9	17	68	100	אחר
					רמת ביטחון תזונתי*
5	7	13	74	100	ביטחון
17	12	24	48	100	אי-ביטחון מתון
19	26	19	37	100	אי-ביטחון חמור
					קבוצת אוכלוסייה*
17	17	9	57	100	עולים
5	7	18	70	100	יהודים ותיקים
4	4	12	80	100	ערבים
					חמישון הכנסה*
7	17	29	47	100	תחתון
13	24	11	53	100	2
17	9	20	54	100	3
7	5	18	70	100	4
2	--	8	90	100	עליון

* p<0.05

תרשים 7: סיבות לכך שקר בדירה (מקרב 32% מהמשיבים שקר אצלם בחורף) (באחוזים)



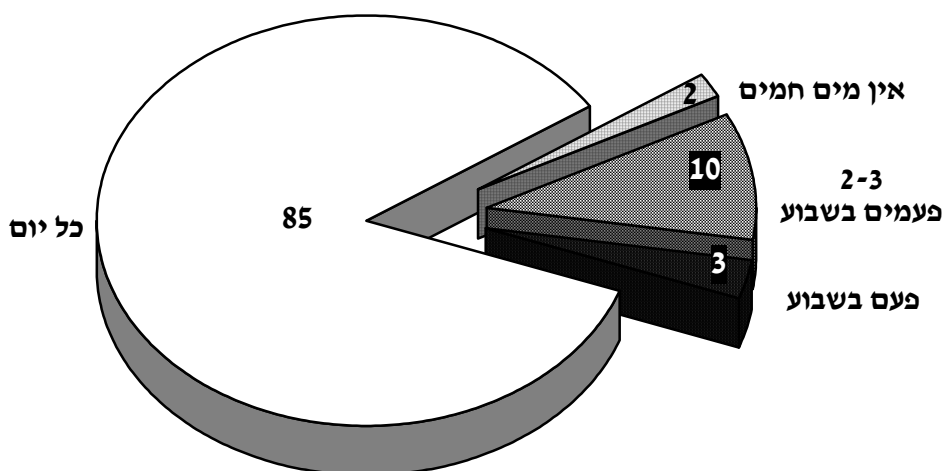
הערה: כל סיבה נשאלה בנפרד ומרואיין היה יכול לציין יותר מסיבה אחת

המרוויינים שהשיבו שקר אצלם בדירה (לפעמים, לעיתים קרובות או תמיד), נתבקשו לחוות דעתם לגבי סיבות לכך. כפי שניתן לראות בתרשים 7 דלעיל, הסיבה השכיחה לכך שקר בדירה היא שהחימום יקר מדי (67% מהמשיבים שקר להם שהם 21% מכלל הקשישים). ל-25% מהם אין סידור לחימום בדירה (מהווים 8% מכלל הקשישים), ל-12% החימום מפריע ול-7% מהם הסידור לחימום מקולקל. כלומר, מרבית הסיבות הן אילוצים כלכליים. 96% מהקשישים שקר להם (או 31% מכלל הקשישים) ציינו את המחסום הכלכלי כגורם לכך שלא מחממים את הדירה – אין כסף לחמם, אין חימום או שהחימום מקולקל.

מים חמים

כפי שעולה מתרשים 8, מרבית הקשישים (85%) דיווחו שיש להם מים חמים כל יום או כמעט כל יום, אולם לחלק לא מבוטל - אין. ל-10% היו מים חמים פעמיים בשבוע, ולעוד 5% היו מים חמים רק פעם בשבוע או שלא היו להם מים חמים בכלל.

תרשים 8: תדירות קיום מים חמים במשקי בית של קשישים (באחוזים)



כפי שעולה מלוח 9, שיעור משקי הבית ללא מים חמים כל יום עולה ככל שיורדים ברמת ההכנסה, ובבחמישון ההכנסה התחתון, 25% דיווחו שאין להם מים חמים כל יום, ו-8% דיווחו שיש להם מים חמים רק פעם בשבוע או פחות.

לוח 9: האם יש מים חמים בדירה לפי מאפייני משקי הבית שיש בהם קשיש (באחוזים)

סה"כ	כל יום	2-3 ימים בשבוע	פעם בשבוע	אין בכלל
סה"כ	85	10	3	2
טיפוס משק בית*				
בודד	84	10	4	3
אחר	87	9	2	1
רמת ביטחון תזונתי*				
ביטחון	91	7	1	1
אי-ביטחון מתון	71	24	5	--
אי-ביטחון חמור	64	20	8	8
קבוצת אוכלוסייה*				
עולים	85	7	4	4
יהודים ותיקים	85	8	--	8
ערבים	87	11	3	--
חמישון הכנסה*				
תחתון	74	17	3	5
2	78	17	4	2
3	82	9	7	2
4	87	12	--	2
עליון	96	2	2	--

* p < 0.05

תרשים 9: הסיבות לכך שאין מים חמים בדירה כל יום (מקרב 15% מהמשיבים שאין מים חמים בדירתם כל יום) (באחוזים)



הערה: כל סיבה נשאלה בנפרד ומרואיין היה יכול לענות יותר מסיבה אחת

בתרשים 9 דלעיל ניתן לראות שהסיבה השכיחה לכך שאין מים חמים בדירה היא שזה יקר מדי (75% מהמשיבים שאין להם מים חמים כל יום, מהווים 10% מכלל הקשישים). סיבות נוספות היו: הסידור לחימום מקולקל (15%) או שאין סידור לחימום מים (12%). 94% מאלה שדיווחו שלא היו להם מים חמים כל יום או כמעט כל יום, ציינו שהסיבה לכך היא כלכלית (זה יקר מדי; אין סידור לחימום מים או שהוא מקולקל).

בעיות במבנה

מהמחקר עלה כי חלק מהקשישים גרים בדירות בהן יש בעיות תחזוקה: 16% מהקשישים דיווחו על רטיבות בקירות או בתקרה, 14% מהקשישים על סדקים בקירות, ל-9% בעיות בצנרת או ביוב לא תקין, ל-5% יש חלונות שבורים בדירה, ל-4% רצפה שבורה ול-2% כיורים או אמבטיה לא תקינים (לוח 10).

לוח 10: יש בעיות בדירה לפי מאפייני משק הבית (באחוזים)

כיורים שבורים/ אמבטיה לא תקינה*	רצפה שבורה*	חלונות שבורים	צנרת או ביוב	רטיבות	סדקים	
2	4	5	9	16	14	סה"כ
			*		*	טיפוס משק בית
1	8	7	9	16	17	בודד
2	3	5	9	15	13	אחר
*	*	*	*	*	*	רמת ביטחון תזונתי
1	2	3	7	14	11	ביטחון
2	10	10	12	19	26	אי-ביטחון מתון
12	15	19	27	31	31	אי-ביטחון חמור
		*			*	קבוצת אוכלוסייה
2	4	4	10	15	12	עולים
4	4	3	12	14	13	יהודים ותיקים
2	4	23	9	24	24	ערבים
		*			*	חמישון הכנסה
5	7	14	12	19	21	תחתון
2	4	2	13	16	11	2
2	6	7	11	13	13	3
--	--	3	7	17	12	4
--	4	2	4	12	14	עליון

* p < 0.05

ריבוי בעיות בתחום הדיור

בחנו באיזו מידה יש ריבוי בעיות בתחום הדיור במשקי הבית של קשישים. מבין כל סוגי הבעיות שנבחנו במחקר - בעיות בחימום הדירה או חימום מים, סדקים, רטיבות, צנרת או ביוב לא תקינים, חלונות שבורים, כיורים או אמבטיה לא תקינים ורצפה שבורה - מתברר של-72% מהקשישים אין אף אחת משמונה הבעיות האלה, ל-14% יש בעיה אחת, ל-8% יש שתי בעיות ולעוד 7% יש 3 בעיות או יותר. בקרב העולים והערבים נמצא ריבוי בעיות בהיקף רחב יותר בהשוואה לאוכלוסייה היהודית הוותיקה. ל-61% מהערבים ול-63% מהעולים אין אף בעיה, לעומת 77% מהיהודים הוותיקים. בקרב העולים, ל-6% יש יותר מ-3 בעיות, אצל הערבים - ל-12%, ואצל היהודים הוותיקים ל-3%. גם במשקי בית של בודדים יש אחוז נמוך יחסית של מדווחים שאין להם בעיה (66%). מתברר גם שקיים קשר בין עוני תזונתי למצב הדירה. מבין המדווחים על אי-ביטחון תזונתי חמור, ל-44% אין אף בעיה בדירה ול-30% יש 3 בעיות או יותר. ל-59% מהנמצאים באי-ביטחון מתון אין אף בעיה ול-15% יש יותר מ-3 בעיות, לעומת 77% ו-4%, בהתאמה מהמדווחים על ביטחון תזונתי.

3. בדידות ושמירה על קשרים עם בני משפחה

בתחום החברתי נשאלו המרואיינים לגבי תדירות תחושת הבדידות והאם קורה שהם מוותרים על התקשרות טלפונית או על ביקור אצל אחד מבני המשפחה בגלל שאין להם כסף לשלם את חשבון הטלפון או הנסיעה.

באופן כללי, תופעת הבדידות מלווה חלק ניכר מהקשישים והיא קשורה לאובדנים הכרוכים בתהליך ההזדקנות, כגון פרישה מעבודה, התאלמנות ומוות של אנשים קרובים. כחמישית (19%) מהקשישים דיווחו על תחושת בדידות לעתים קרובות. אין זה אומר שהם בהכרח בודדים, או שאין להם קשרים חברתיים. אולם יש קשר בין דפוסי המגורים שלהם לתחושת הבדידות. כך, במחקר נמצא ש-39% מהקשישים הגרים בגפם אמרו שחשו בדידות לעתים קרובות לעומת 11% מהקשישים הגרים עם אחרים. קשיים כלכליים עשויות להגביל את הקשישים בשימוש בטלפון ובאמצעי תחבורה, וכתוצאה מכך להחריף את תחושת הבדידות.

שמונה עשר אחוזים מהקשישים שיש להם קרובי משפחה דיווחו שהם ויתרו על התקשרות טלפונית אליהם בגלל שלא היה להם כסף לשלם את חשבון הטלפון. שבעה עשר אחוזים דיווחו שהם נאלצו לוותר על ביקור אצל הקרובים בגלל שלא היה להם כסף לשלם את עלות הנסיעה. התופעה בולטת בקרב משפחות בשלושת החמישונים התחתונים ובקרב עולי בריה"מ לשעבר לשעבר (לוח 11). יתכן שחלק מההסבר להבדלים לפי קבוצת אוכלוסייה נובע מגורמים תרבותיים ו/או גאוגרפיים. 23% ממשקי הבית נאלצו לעשות ויתור כלשהו לשם שמירה על קשרי משפחה (ביקור או התקשרות טלפונית).

מהמחקר נמצא קשר בין תחושת הבדידות לקשיים בשמירה על קשרי משפחה על-ידי ויתור על התקשרות טלפונית או ביקור קרובי המשפחה. מבין אלה שויתרו בגלל סיבות כלכליות על התקשרות טלפונית או ביקור של קרובים, 37% חשו בדידות לעיתים קרובות, לעומת 15% מבין אלה שלא ויתרו.

לוח 11: ויתרו לפעמים או לעיתים קרובות על התקשרות טלפונית או ביקור בני משפחה, בגלל כסף, לפי מאפייני משק הבית (באחוזים)

ביקור	טלפון	
17	18	סה"כ
		טיפוס משק בית
19	21	בודד
16	17	אחר
*	*	רמת ביטחון תזונתי
10	11	ביטחון
33	32	אי-ביטחון מתון
65	64	אי-ביטחון חמור
*	*	קבוצת אוכלוסייה
23	29	עולים
4	16	יהודים ותיקים
17	8	ערבים
*	*	חמישון הכנסה
25	27	תחתון
29	32	2
24	29	3
12	14	4
4	4	עליון

* $p < 0.05$

4. בעיות בריאות

עם ההזדקנות, עולה שכיחותן של בעיות הבריאות בכלל ושל בעיות התפקוד בפרט. אחד הפרמטרים העיקריים בבחינת איכות חייהם של הקשישים הוא מצב התפקוד, כלומר, יכולתם לנהל חיים עצמאיים. בעיות בריאות לא מטופלות יכולות לגרום להתדרדרות במצבו התפקודי של הזקן. במחקר התמקדנו בקשיים האופייניים לגיל הזקנה והמשפיעים על תפקודו של הקשיש מצד אחד, ושכיסוי הטיפול בהם במערכת הבריאות הוא בעייתי במיוחד מן הצד השני.

הנושא נבדק באמצעות השאלות הבאות: האם יש בעיות לא מטופלות בתחום הראייה, השמיעה והשיניים, ואם דווחו בעיות – האם הן לא טופלו בגלל מחסור בכסף.

כפי שעולה בלוח 12, 19% מהקשישים דיווחו שיש להם בעיית ראייה לא מטופלת, מהם 22% ציינו שהם לא מטופלים בה בגלל סיבה כלכלית. מכאן, שבסה"כ כ-4% מכלל הקשישים דיווחו על בעיית ראייה לא מטופלת בגלל סיבה כלכלית. שיעור זה מגיע ל-9% בקרב קשישים בחמישון ההכנסה התתון.

12% מהקשישים דיווחו שיש להם בעיית שמיעה לא מטופלת, מהם 35% ציינו שהם אינם מטפלים בה בגלל סיבה כלכלית. מכאן, שבסך הכל כ-4% מכלל הקשישים דיווחו על בעיית שמיעה לא מטופלת בגלל סיבה כלכלית. שיעור זה מגיע ל-9% בקרב קשישים בחמישון ההכנסה התחתון.

בתחום השיניים נמצאה בעיה בהיקף חמור יותר – 22% מהקשישים דיווחו שיש להם בעיות לא מטופלות בשיניים, מהם 72% ציינו שהם לא מטפלים בהן בגלל סיבה כלכלית. מכאן שבסך הכל כ-16% מכלל הקשישים דיווחו על בעיות לא מטופלות בשיניים כתוצאה מסיבה כלכלית. שיעור זה מגיע ל-24% בקרב קשישים בחמישון ההכנסה התחתון.

לוח 12: בעיות בריאות והגורם הכלכלי לאי טיפול בהן, לפי מאפייני משק הבית (באחוזים)

שיניים		שמיעה		ראייה		
מהם : סיבה כלכלית לאי טיפול	יש בעיה לא מטופלת	מהם : סיבה כלכלית לאי טיפול	יש בעיה לא מטופלת	מהם : סיבה כלכלית לאי טיפול	יש בעיה לא מטופלת	
72	22	35	12	22	19	סה"כ
	*	*				טיפוס משפחה
76	26	9	11	21	23	בודד
70	20	43	12	23	18	אחר
	*				*	קבוצת אוכלוסייה
						יהודים
77	16	28	11	26	15	ותיקים
50	15	50	20	40	20	ערבים
68	43	67	11	12	31	עולים
	*	*		*	*	חמישון הכנסה
72	33	56	16	39	23	תחתון
90	35	60	11	16	34	2
83	33	50	11	33	27	3
67	15	--	10	10	15	4
20	10	14	12	--	14	עליון
	*	*	*	*	*	רמת ביטחון תזונתי
56	17	19	9	11	16	ביטחון אי-ביטחון מתון
100	45	67	21	39	33	אי-ביטחון חמור
100	39	60	19	63	31	

מהלוח דלעיל רואים גם שבקרב הקשישים שעלו מברה"מ לשעבר משנות ה-90 ואילך שכיחות בעיות הראייה והשיניים גבוהה יחסית ואילו באוכלוסייה הערבית הקשישה נמצאה שכיחות גבוהה יחסית של בעיות שמיעה לא מטופלות. סיבות כלכליות לאי טיפול בשיניים בולטות באוכלוסייה היהודית בהשוואה לערבית. יתכן שהדבר נובע מפערים בעלויות הטיפול ובזמינותו, במגזרים אלה, כמו גם במודעות לצורך בטיפול. מעניין לראות בלוח שקיים קשר בין אי-ביטחון תזונתי לכל אחת מהבעיות הלא מטופלות וכן לכך שהסיבה לאי-הטיפול היא כלכלית. כלומר, לאנשים הסובלים מאי-ביטחון תזונתי ישנן בעיות בריאות בהיקף רחב יותר ובנוסף לכך, יש להם גם יותר קשיים כלכליים לטפל בבעיות אלה. קשר דומה נמצא גם לפי רמת הכנסה. ל-19% מהקשישים היתה לפחות בעיית בריאות אחת לא מטופלת בגלל קשיים כלכליים.

5. ריבוי בעיות

מאחר שמחקר זה עסק בזיהוי בעיות הנובעות מקשיים כלכליים, לא מפתיע שנמצא קשר בין קיום הבעיות בתחומי החיים השונים של הקשישים. מצוקה כלכלית היא בעלת השלכות על היכולת של הקשישים להתמודד עם מגוון הצרכים הבסיסיים. כך, למשל, נמצא שכ-40% מהקשישים שבדירתם היו בעיות בתחום הדיור (קר בדירה לעיתים קרובות/תמיד או שאין מים חמים כל יום או שיש בעיית תחזוקה אחת לפחות) דיווחו גם על בעיות במימון ההתקשרות עם בני משפחה (לעומת 12% בקרב הקשישים שלא דיווחו על בעיות דיור), ו-30% מקשישים אלה (עם בעיות בתחום הדיור) דיווחו על בעיית בריאות אחת לפחות שאינה מטופלת בגלל סיבות כלכליות (לעומת 12% בקרב הקשישים שלא דיווחו על בעיות דיור).

ספרנו את מספר הבעיות שיש לקשישים מתוך ארבעת התחומים שנבדקו (דיור, בדידות, בעיות בריאות לא מטופלות וביטחון תזונתי). בסך הכול, נמצא שכמחצית מהקשישים (49%) לא דיווחו על בעיות באף לא אחד מהתחומים; כרבע (24%) דיווחו על בעיה בתחום אחד; 13% על בעיה בשני תחומים; ו-14% דיווחו על בעיות בלפחות שלושה מהתחומים. בחמישון התחתון אחוז הקשישים עם בעיות בשלושה תחומים או יותר הגיע ל-30%.

ה. סיכום ודין

במחקר זה נבדקו ההשלכות של קשיים כלכליים על ארבעה נושאים בקרב משקי בית של קשישים: ביטחון תזונתי ומאפייני תזונה, בעיות בדירה, בעיות בקיום קשר עם בני המשפחה, ובעיות בריאות נבחרות לא מטופלות. מטרתו העיקרית של המחקר היא לספק מידע שיסייע לתכנון תכנית סיוע להקל על מצבם של הקשישים, ובמיוחד לסייע ביישום "בשיבה טובה", שנועדה לעזור לקשישים בתחומים האלה.

אי-ביטחון תזונתי

מחקר זה הוא ייחודי בכך שהוא משלב בין שתי גישות רווחות לאמידת התופעה של אי-ביטחון תזונתי: האחת היא באמצעות בדיקה של צריכת המזון של האוכלוסייה בפועל, תוך התייחסות למינון, לגיוון ולאיוון של סוגי המזון כגון ירקות ופירות, בשר ועופות וכו' ורכיבי התזונה (הן מבחינת כמות הקלוריות והן מבחינת רכיבי המזון כגון חלבון, ברזל וכו'). השניה היא באמצעות דיווח של משקי בית על בעיות בנגישות מזון מזין, הקשורות, לדבריהם, לקשיים כלכליים. בארצות הברית פותח ותוקף מדד, המתבסס על דיווח האוכלוסייה, המכונה "ביטחון תזונתי". כלומר, "חוסר יכולת לרכוש באופן אמין וסדיר מספיק מזון מזין בדרכים החברתיות המקובלות, עקב קשיים כלכליים".

הממצאים העיקריים בנושא מלמדים כי רוב אוכלוסיית הקשישים בישראל אינם מדווחים על בעיה של ביטחון תזונתי (81%). יחד עם זאת, יש קבוצה משמעותית באוכלוסייה שדיווחה על בעיות בביטחון תזונתי על רקע קשיים כלכליים: כ-7% ממשקי הבית בהם יש קשישים מדווחים על מצב חמור של אי-ביטחון תזונתי, וכ-12% מדווחים על מצב של אי-ביטחון תזונתי מתון. לא נמצאו הבדלים משמעותיים בהיקף התופעה של אי-ביטחון תזונתי במשקי בית של קשישים לעומת כלל משקי הבית בישראל.

משפחות של קשישים שסובלות מאי-ביטחון תזונתי באות מכל רובדי האוכלוסייה. קבוצות שבהן היקף התופעה של אי-ביטחון תזונתי (מתון או חמור) שכיחה במיוחד הם: משפחות ערביות, משפחות של עולים, ומשפחות בחמישון ההכנסה התחתון.

עקב קשיים כלכליים, הקשישים נדרשים לפעמים לעשות בחירות קשות בין הוצאות הכרחיות על צרכי הבית כגון תשלומי חימום, חשמל, תרופות וטיפול רפואי לבין קניית מזון הכרחי. נמצא שמעט למעלה מרבע מהקשישים (26%) דיווחו שהם נאלצו לעשות בחירות מסוג זה בשנה האחרונה. מתוכם הרוב (64%) ויתרו על המזון ואילו היתר ויתרו על דברים בסיסיים אחרים, כגון תרופות.

יצוין שאצל הקשישים קיימים גורמים נוספים, מלבד הקשיים הכלכליים, המונעים מהם להגיע לביטחון תזונתי. הגורמים הבולטים הם: קשיים להגיע למכולת או לסופרמרקט וקשיים בהכנת האוכל.

נתוני התזונה מתקפים את הממצאים לגבי הביטחון התזונתי ומאפשרים הבנה טובה יותר של התופעה. אי-ביטחון תזונתי קשור עם אכילת כמויות נמוכות יותר של מוצרי מזון חשובים כמו: עוף, פירות וירקות, גבינה לבנה ויוגורט, ועם צריכת מזון פחות מאוזן ומגוון. מבחינת האיזון בצריכת רכיבי תזונה חיוניים, נמצאה צריכה נמוכה של סידן על ידי קשישים באי-ביטחון תזונתי. ממצאים אלה מתווספים לאלה מבריטניה וארצות הברית, מהם ניתן ללמוד על הקשר שבין תזונה לקויה לסיכון לחלות במחלות נשימתיות, לבביות ואחרות.

בארה"ב ובבריטניה, הרשויות נערכות לעזרה לקשישים מעוטי הכנסה, בתחום התזונה. עיקר המאמצים מתמקדים בהפחתת המחסומים להשגת מזון: הקמת חנויות למכירת מזון באזורים עניים וסבסוד הנסיעה אליהם, חלוקת תלושי מזון וחלוקת ארוחות חמות מוכנות ומסובסדות (במרכזים קהילתיים, בבתי תמחוי או ישירות לבתי הקשישים). מתוך מחקרי הערכת התכניות בחו"ל מתברר כי יש להן

תרומה רבה בשיפור תזונתם של המקבלים סיוע במזון. לדוגמה, בארה"ב נמצא שכ-40% מהקשישים באי-ביטחון תזונתי השתתפו באחת מתכניות הסיוע וכן שהקשישים המשתתפים בתכנית סיוע היו במצב תזונתי וחברתי טוב יותר בהשוואה לקשישים בשכבות דומות שאינם משתתפים בתכנית כלשהי (Center of Hunger and Poverty, 2003).

במחקר זה נמצא ששלושה אחוזים מכלל משקי הבית של הקשישים דיווחו שהם נעזרו בשנה האחרונה בגופי סיוע להספקת מזון, כגון מרכזים לחלוקת מזון, ארוחות לבית ומרכזי יום. אין נתונים ארציים נוספים על היקף הספקת ארוחות לבתי הקשישים בארץ, או על השתתפותם של קשישים בתכניות סיוע אחרות כגון בתי תמחוי. לפי נתונים של סקר בני 60+ שנערך בשנת 1997 כ-1% מהקשישים דיווחו שהם קיבלו ארוחות מוכנות. אך אין נתונים עדכניים יותר.

בעיות בתחום הדיור

בתחום תנאי המגורים של הקשישים אנו למדים על היקף רחב של בעיות ובמיוחד בקרב קשישים ברמות ההכנסה הנמוכות.

נמצא שבקרוב לשליש ממשקי הבית של קשישים דווח שבדירה קר בחורף בשל קושי לעמוד בעלות החימום (17% לעיתים קרובות או תמיד). מקרב שלושת חמישוי ההכנסה הנמוכים, אחוז משקי הבית שדיווחו שלעיתים קרובות או תמיד קר אצלם בחורף הגיע לכ-25%. יש לציין כי בחלק ממשקי הבית של הקשישים שדיווחו שקר בחורף, אין אמצעים לחימום הדירה כלל, או שאמצעי החימום מקולקל.

בסקר בני 60 ומעלה שערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנת 1997 נמצא, ש-12% מהקשישים דיווחו שהם אינם מחממים כלל את הדירה בחורף. גם בסקר זה בלט האילוץ הכלכלי כסיבה לאי חימום הדירה (למעלה מ-80% מהמשיבים שלא מחממים את הדירה אמרו שזה יקר מדי/ואו שהסידור לחימום הדירה מקולקל/ואו שאין כלל סידור לחימום הדירה).

יצוין כי השירות לזקן שבמשרד העבודה והרווחה מסייע לקשישים זכאים (בעיקר מקבלי השלמת הכנסה) באזורים קרים. בחורף 2002-2003 ארבעה אחוז מכלל הקשישים (כ-29,000 קשישים) קיבלו סיוע זה (משרד הרווחה, האגף למערכות מידע וענ"א). סביר להניח שהסכום הניתן למשפחה אינו פותר את כל הבעיה וגם שהסיוע אינו מגיע לכלל האוכלוסייה הנזקקת.

כמו כן נמצאה בעיה של העדר מים חמים בשל קשיים כלכליים. ב-15% ממשקי הבית דווח שאין מים חמים כל יום או כמעט כל יום: ב-10% היו מים חמים פעמיים או שלוש בשבוע, ולעוד כ-5% היו מים חמים רק פעם בשבוע, או שלא היו מים חמים בכלל. בחלק ממשקי בית אלה אין סידור לחימום מים, או שהוא מקולקל. בחמישון ההכנסה התחתון, 25% דיווחו שאין להם מים חמים כל יום (ל-17% היו מים חמים פעמיים או שלוש פעמים בשבוע, ול-8% רק פעם בשבוע, או שלא היו כלל).

כן עולה מהמחקר כי חלק מהקשישים גרים בדירות בהן יש בעיות תחזוקה: 16% דיווחו על רטיבות בחורף, 14% על סדקים גדולים בקירות, ו-9% על בעיות חמורות בצנרת או במערכת הביוב. בסקר בני 60

ומעלה נמצא אחוז דומה של מדווחים על בעיות בדירה: 15% על רטיבות בחורף, 13% על סדקים, 11% על בעיות בצנרת או בביוב.

ממצאי המחקר מראים על קשר בין קיום בעיות בדירה ומצבם הכלכלי של משפחות הקשישים. הממצא של הימצאות בעיות תחזוקה בדירה בהיקף גבוה יותר בקרב האוכלוסייה הערבית ובקרב מעוטי הכנסה דומה לממצאים מסקר בני 60 ומעלה שערכה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ב-1997.

בדידות ושמירה על קשרים עם בני המשפחה

באופן כללי, תופעת הבדידות מלווה חלק ניכר מהקשישים והיא קשורה לאובדנים הכרוכים בתהליך ההזדקנות, כגון פרישה מעבודה, התאלמנות ומוות של אנשים קרובים. קשיים כלכליים עשויים להגביל את הקשישים בשימוש בטלפון ובאמצעי תחבורה, וכתוצאה מכך להחריף את תחושת הבדידות.

במחקר נמצא ש-18% מהקשישים אמרו שהם ויתרו על התקשרות טלפונית לילדים או לבני משפחה אחרים, משום שלא היה להם די כסף לתשלום חשבון הטלפון, ו-17% דיווחו שנאלצו לוותר על ביקור אצל בני משפחה, בשל מחסור בכסף לתשלום עלות הנסיעה. נמצא קשר בין ויתורים אלה לבין דיווח על תחושת בדידות בקרב הקשישים.

ממצאים אלה מחזקים את התחושה שיש צורך בשיפור הרשת החברתית בקרב הקשישים. למרות שינם קשישים הנהנים מבילוי זמנם באירועי תרבות וחברה, ישנם קשישים אשר מדווחים על קשיים בשמירה על קשרים עם בני משפחתם, בייחוד בקרב עולים ומעוטי הכנסה. יש לזכור שמחסור בכסף רק מגביר את הקשיים הללו וגורם לקשישים להסתגר בביתם, דווקא בזמנים שתמיכה חברתית יכולה יותר לעזור להם.

בעיות בריאות

עם ההזדקנות, עולה שכיחותן של בעיות בריאות, בכלל, ושל בעיות בתפקוד, בפרט. במחקר התמקדנו בקשיים האופייניים לגיל הזקנה והמשפיעים על תפקודו של הקשיש מצד אחד, ושכיסוי הטיפול בהם במערכת הבריאות הוא בעייתי במיוחד מצד שני. כ-4% מהקשישים דיווחו על בעיות בראייה שאינן מטופלות בשל סיבות כלכליות ואותו אחוז דיווחו על בעיות לא מטופלות בשמיעה.

בתחום השיניים נמצא בעיה בהיקף חמור יותר וכ-16% מכלל הקשישים דיווחו על בעיות לא מטופלות בשיניים כתוצאה מסיבה כלכלית.

בקרב קשישים המשתייכים לחמישון ההכנסה התחתון, אחוז הסובלים מבעיות לא מטופלות בשל קשיים כלכליים בראייה ובשמיעה כפול מזה של כלל הקשישים ומגיע ל-9%. לגבי בעיות בשיניים, בקרב שלושת החמישונים התחתונים שיעור המדווחים על כך גבוה יותר ומגיע לכרבע מהקשישים. יש לזכור שהטיפולים הדנטליים בקרב קשישים, שהם פרוטטיים בעיקרם, נחשבים לטיפולים יקרים יחסית. מיותר לציין שבעיות בשיניים גורמות לבעיות באכילה ובתזונה. יש להן, כמו לבעיות בראייה ובשמיעה, גם השלכות על היבטים נוספים בחיי הקשישים, כמו הסתגרות בבית ופגיעה באיכות החיים.

יש לציין כי בסקר בני 60 ומעלה, שנערך על-ידי הלמ"ס בשנת 1997, נמצא של-34% מהקשישים יש בעיות בראייה, ל-28% יש בעיות בשמיעה ול-31% יש בעיות בלעיסה. במחקר זה נתבקשו הקשישים לדווח על בעיות לא מטופלות בתחומים אלה והאם הסיבה לאי הטיפול בהן נובע מקשיים כלכליים. אחוז הקשישים שדיווחו על בעיות לא מטופלות נמוך מאחוז הקשישים שדיווחו על בעיות בכלל (לא בהכרח לא מטופלות) בתחומים אלה, בסקר של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. יתכן שחלק מההסבר נובע מכך שחלק מהבעיות בתחומים אלה אינן ניתנות לטיפול, אולם יתכן גם שחלק מהקשישים אינם מודעים לכך שיש בעיות שאכן ניתנות לטיפול, ולכן אינם מגדירים אותן כבעיות לא מטופלות. חיזוק לכך נמצא במחקרים אחרים שנערכו בעבר על-ידי ג'וינט-מכון ברוקדייל שבהם נמצא שחלק מהקשישים אינם פונים לקבלת טיפול בבעיות בריאות משום שהם סבורים שזה חלק טבעי מתהליך ההזדקנות. כמו כן נמצא במחקרים אלה שפעמים רבות המערכת הרפואית אינה נוטה לטפל בהם מסיבות דומות (ברודסקי ואחרים, 1991). על כן, ייתכן שהיקף הבעיות הלא מטופלות בתחום הבריאות גבוהות מאלה המדווחות במחקר זה.

ריבוי בעיות

לא מפתיע שנמצא קשר בין קיום הבעיות בתחומי החיים השונים של הקשישים שכן מצוקה כלכלית היא בעלת השלכות על יכולתם להתמודד עם מגוון הצרכים הבסיסיים. נמצא קשר בין קיום הבעיות בתחומי החיים השונים שנבדקו. 30% מהקשישים בחמישון התחתון דיווחו על בעיות **ב-3 תחומים לפחות**.

מחקר חלוץ זה בא לבחון כיצד מתבטאים הקשיים הכלכליים בהיבטים שונים בחיי הקשישים, ולאמוד את היקף בעיותיהם של הקשישים, הנגרמות בשל אילוצים כלכליים. המחקר מהווה בסיס מידע חשוב לתכנון דרכי ההתערבות יעילים וממוקדים בקבוצות בסיכון, במיוחד לאור המצב הכלכלי הקשה במדינה. הממצאים יכולים לשמש בסיס לבחינת השלכות של התפתחויות בעתיד במצב הכלכלי של המדינה באופן כללי, של מערכות הבריאות והרווחה, ושל התערבויות והחלטות מדיניות הנוגעות במיוחד לאוכלוסיית הקשישים.

אין ספק שאין פתרון יחיד כדי להתמודד עם הקשיים שעלו במחקר זה, ונדרשות מגוון רחב של אסטרטגיות שיכולות להשלים אחת את השנייה. במתן פתרונות לבעיות שהועלו, יש מקום מרכזי לממשלה, אך יש גם מקום לבחון את מקומם ויכולתם של גופים נוספים שאף הם עוסקים כיום במתן סיוע לאוכלוסיות החלשות.

ביבליוגרפיה

- ברודסקי, ג'.; שנור, י' ; באר, ש. **קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי 2002**. גוינט-מכון ברוקדייל.
- ברודסקי, ג'.; שנור, י' ; באר, ש. **קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי 1999**. גוינט-מכון ברוקדייל.
- קאופמן, ר'.; סלונים-נבו, ו. ; אנסון י'. 2002. "בטחון תזונתי ורעב בנגב, ממצאים ראשוניים".
אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, **שנתון סטטיסטי לישראל 2001**.
- המוסד לביטוח לאומי. 2002. **סקירה שנתית 2002**.
- ברודסקי, ג'.; סובול, א. ; נאון ד. 1991. **מאפיינים וצרכים של קשישים בקהילה בתחומי התפקוד, הבריאות והרווחה**. ד-91-191. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- Adams, E.; Grummer-Strawn, L.; Chavez, G. 2003. "Food Insecurity Is Associated with Increased Risk of Obesity in California Women". **Journal of Nutrition** 133: 1070-1074.
<http://www.nutrition.org/cgi/content/abstract/133/4/1070>
- Alaimo, K.; Olson, C.; Frongillo, Jr; Edward A. 2001. "Low Family Income and Food Insufficiency in Relation to Overweight in US Children, Is There a Paradox?" **Archives of Pediatric and Adolescent Medicine** 2001 155: 1161-1167. <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/abstract/155/10/1161>
- Anderson, S. A. (ed). **Nutritional Status Indicators of Low-Income Populations with the Office of Disease Prevention and Health Promotion**. Department of Health and Human Services.
- Azad, N.; Murphy, J.; Amos, S. S.; Toppan, J. 1999. "Nutrition Survey in an Elderly Population Following Admission to a Tertiary Care Hospital". **Canadian Medical Association Journal** 161(5): 511-515.
- Bickel, G.; Nord, M.; Price, C.; Hamilton, W.; Cook, J. 2000. **Guide to Measuring Household Food Security Revised 2000**. United States Department of Agriculture.
- Briefel, R.R.; Wotecki, C.E. 1992. "Development of the Food Insufficiency Questions for the Third National Health and Nutrition Examination Survey". **J. Nutr. Educ.** 24: 24S-28S.
- Campbell, C. 1990. **Food Insecurity: Definitions and Measurement**. Cornell University, New York.
- Cason, K.L. 1999. "Hunger and Food Insecurity". **Journal of Family and Consumer Sciences** 91(1): 49-55.

Center of Hunger and Poverty. 2003. "Hunger and Food Insecurity Among the Elderly". Heller School for Social Policy and Management, Brandeis University
<http://www.centeronhunger.org/pdf/Elderly.pdf>

Child Poverty Action Group. 2002. "Poverty Bites this Christmas". Press release, 13.12.01.
www.cpag.org.uk.

de Groot, L.; Beck, A.M.; Schroll, M.; van Staveren, W.A. 1998. "Evaluating the DETERMINE Your Nutritional Health Checklist and the MNA as Tools to Identify Nutritional Problems in Elderly Europeans". **European Journal of Clinical Nutrition** 52: 877-883.

Deaton, A.; Paxon, C. 1995. "Measuring Poverty Among The Elderly". **National Bureau of Economic Research**, Working Paper 5296.

Derose, L.; Messer, E.; Millman, S. 1998. **Who's Hungry? And How Do We Know?** The United Nations University, New York.

Dzenowagis, J. (ed.) 1997. **Food Aid for Health and Development**. World Health Organization.
Eisinger, P. 1998. **Toward an End to Hunger in America**. Brooking Institution, Washington D.C.

Elmore, M.F.; Wagner, D.R.; Knoll, D.M.; Eizember, L.; Oswalt, M.A.; Glowinski, E.A.; Rapp, P. 1994. "Developing an Effective Adult Nutrition Screening Tool for a Community Hospital". **Journal of American Dietetic Association** 94: 1113-1118, 1121.

FAO. 1994. "The State of Food and Agriculture 1992, Rome". In: **The State of World Hunger, Nutrition Reviews**, Uvin. (ed.) 52 (5): 151, Washington.

Food and Consumer Service. 1995. "Household Food Security in the United States in 1995". **Toward an End to Hunger in America**.

Kasper, J.; Gupta, S.K.; Tran, P.; Cook, J.T.; Meyers, A.F. 2000. "Hunger in Legal Immigrants in California, Texas and Illinois". **American Journal of Public Health** 90 (10): 1629-1633. American Public Health Association, Washington.

Leather, S.; Dowler, E. 1997. "Intake of Micronutrients in Britain's Poorest Fifth has Declined". **British Medical Journal** 314: 1412.

Lee, J.S.; Frongillo, E.A. 2001. "Nutritional and Health Consequences are Associated with Food Insecurity among U.S. Elderly Persons". **Journal of Nutrition** 131: 1503-1509.

Life Sciences Research Office, Federation of American Societies for Experimental Biology. 1990. **Core Indicators of Nutritional State for Difficult-to-Sample Populations**. Prepared for American Institute of Nutrition under the terms of their Cooperative Agreement No. HPU 880004-01-0

- Lothian Anti Poverty Alliance. 2001. **Working Together to End Poverty**. www.lapa.org.uk
- Nord, M. 2002. "Food Rates Are High for Elderly Households". **Food Review** 25 (2): Sciences Module, p. 19.
- Nord, M.; Andrews, M. 2003. "Putting Food on the Table: Household Food Security in the United States". **Amber Waves**.
- Nord, M.; Andrews, M. 2002. "Position of the American Dietetic Association: Domestic food and Nutrition Security". **Journal of the American Dietetic Association** 102 (12): 1840-1847. American Dietetic Association, Chicago.
- Omran, M.L.; Morley, J. E. 2000. "Assessment of Protein Energy Malnutrition in Older Persons, Part I: History, Examination, Body Composition, and Screening Tools". **Nutrition** 16: 50-63.
- Persson, M.D.; Brismar, K.E.; Katzarski, K.S.; Nordenstrom, J.; Cederholm, T.E. 2002. "Nutritional Status Using Mini Nutritional Assessment (MNA) and Subjective Global Assessment (SGA) to Predict Mortality in Geriatric Patients". **Journal of the American Geriatric Society** 50: 1996-2002.
- PHR. 1998. **Hunger at Home**. Boston. www.phrusa.org/research/refugees/
- Reutlinger, S.; van Holst, P. J. 1986. **Poverty and Hunger: Issues and Options for Food Security in Developing Countries**. The World Bank for Reconstruction and Development, Washington D.C.
- Rose, D.; Olivera, V. 1997. "Nutrient Intake of Individuals from Food-insufficient Households in the United States". **American Journal of Public Health** 87 (12): 1956-1961.
- Scott, R.I. 1998. "Food Insecurity/Food Insufficiency: An Empirical Examination of Alternative Measures of Food Problems in Improvised U.S. Households". Institute for Research on Poverty, Discussion Paper no. 1176-98.
- Sen, A. 1994. "Hunger and Entitlements: Research for Action, Helsinki". In: **The State of World Hunger, Nutrition Reviews**, Dr. Uvin (ed.) 52 (5): 151. World Institute for Development Economics Research (WIDER), United Nations University.
- Sharma, R.P. 1992. "Approaches to Monitoring Access to Food and Household Food Security". In: **Toward an End to Hunger in America**, FAO Committee on World Food Security, Rome, 17 session, March 23-27, p.16.
- Spurgeon, D. 2000. "More than 1% of Canadian Population Suffers Hunger". **British Medical Journal** : 321:1042.
- Sun, L.J.; Frongillo, E.A. Jr. 2001. "Factors Associated with Food Insecurity Among U.S. Elderly Persons". **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences** 56: S94-S99.

Tarasuk, V.S. (1). 2001. "Household Food Insecurity with Hunger Is Associated with Women's Food Intake, Health and Household Circumstances". **Journal of Nutrition** 131: 2670-2676.

Tarasuk, V.S. (2). 2001. "Discussion Paper on Household and Individual Food Insecurity". Office of Nutrition Policy and Promotion, Canada.

United Kingdom Poverty Program. www.oxfam.org.uk

United States Department of Agriculture. 2000. "Food Security in the United States". www.ers.usda.gov

Vailas, L.I.; Nitske, S.A.; Becker, M.; Gast, J. 1998. "Risk Indicators for Malnutrition Are Associated Inversely with Quality of Life for Participants in Meal Programs for Older Adults". **Journal of the American Dietetic Association** 98 (5): 548-553.

Wehler, C.A.; Scott, R.I.; Anderson, J.J. 1992. "The Community Childhood Identification Project: A Model of Domestic Hunger. Demonstration Project in Seattle, Washington". **Journal Nutrition Education** 24: 29s-35s.

Whitehouse, E. 2000. **How Poor Are the Old? A Survey of Evidence From 44 Countries.**

World Health Organization. 2002. **Food and Health in Europe.** ISBN 92 1364 8.