

תכנית המחקר

1. רקע מדעי

מחקרים מראים כי אוכלוסיות מיעוט על רקע אתני ונטייה מינית נמצאות בסיכון למגוון בעיות בריאותיות כמו גם למוות מוקדם (e.g., Fredriksen-Goldsen, 2011). לאור ממצאים אלה, הוקמו בארה"ב ועדות לאומיות שמטרתן צמצום פערי בריאות והומלץ על מחקר מקיף בנושא (e.g., Institute of Medicine, 2011). פערי בריאות (health disparities) מוגדרים כהבדלים במדדי בריאות בין אוכלוסיות, שמקורם בקשיי נגישות לשירותי בריאות על רקע גורמים חברתיים, כלכליים וסביבתיים (Department of Health and Human Services, Healthy people 2020, 2020). גורמים חברתיים כוללים בין השאר משתנים סוציו-דמוגרפים כגיל, גזע, ונטייה מינית. מרכזים לחקר מחלות ומניעתן סימנו נטייה מינית שאינה הטרוסקסואלית כאחד הגורמים התורמים לפערים הגדולים ביותר בבריאות (Centers for Disease Control and Prevention, 2011), אך לצד זאת, אוכלוסיית הלה"בים (לסביות, הומואים וביסקסואלים) בגילאי הבגרות והזיקנה כמעט שלא נחקרה בהקשר לפערי בריאות (Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010).

מחקרים שבחנו פערי בריאות בין לה"בים להטרוסקסואלים בוגרים (על פי רוב מתחת לגיל 50) מצאו כי אוכלוסיית הלה"בים נמצאה בסיכון מוגבר ביחס להטרוסקסואלים לבריאות נפשית ירודה, עישון ושתיית אלכוהול מוגברים ונגישות נמוכה לשירותי בריאות (e.g., Conron et al., 2010). כמו כן, נמצא כי ביחס להטרוסקסואלים, לה"בים מדווחים על יותר סימפטומים פיזיים אקוטיים (Sandfort et al., 2006), שכיחות גבוהה יותר של נכויות (Fredriksen-Goldsen et al., 2012), כאבי ראש (Cochran & Mays, 2007), מחלות כרוניות ואלרגיות (Lock & Steiner, 1999), כמו גם יותר בעיות במערכת העיכול (Sandfort et al., 2006). מעט מחקרים בחנו פערי בריאות בין לה"בים להטרוסקסואלים בבגרות והזיקנה (בגילאי 50 ומעלה), ומאלה שכן נעשו עולה כי לה"בים בגילאים אלה נמצאים בסיכון מוגבר ביחס להטרוסקסואלים לבריאות כללית פחות טובה, יותר מצוקות נפשיות ושכיחות גבוהה יותר של סוכרת (Fredriksen-Goldsen et al., 2013). בהשוואה לנשים הטרוסקסואליות מבוגרות וזקנות, לסביות וביסקסואליות בגילאים דומים נטו לסבול יותר מהשמנת יתר, שתיית אלכוהול מופרזת וסיכון למחלות קרדיו-וסקולריות, בעוד שביחס לגברים הטרוסקסואלים מבוגרים וזקנים, הומוסקסואלים וביסקסואלים בגילאים דומים נטו לסבול יותר מבדידות ובריאות גופנית כללית פחות טובה (Fredriksen-Goldsen et al., 2013).

בעשור האחרון נערכו בישראל מספר מחקרים שסימנו פגיעות בקרב לה"בים צעירים שדיווחו על יותר סימפטומים דיכאוניים ורגשות שליליים, פחות רווחה נפשית ורמות גבוהות יותר של תרחישי עולם עויין, היינו, דימויים של סכנות קיומיות, ובהם חשש גבוה יותר מהזדקנות, בהשוואה להטרוסקסואלים מקבילים (e.g., Shilo & Mor, 2014; Shenkman & Shmotkin, 2010, 2013, 2016). מחקרים אודות גברים הומוסקסואלים וביסקסואלים מבוגרים וזקנים ונשים לסביות וביסקסואליות מבוגרות וזקנות הם נדירים בנוף המחקרי הישראלי, כאשר המחקר שכן נעשה בקרב אוכלוסייה זו התמקד בעיקר

בהיבטים של בריאות נפשית בלבד. כך, למשל, נמצא כי בהשוואה בין 152 גברים הומוסקסואלים מבוגרים ל 120 גברים הטרוסקסואלים מבוגרים (גיל ממוצע 59), הקשר שבין עמדות שליליות כלפי זקנה ובריאות נפשית פחות טובה (שנמדדה על ידי סימפטומים דיכאוניים, תכונת הניירוטיות ואושר) היה חזק יותר בקרב הומוסקסואלים ביחס להטרוסקסואליים (Shenkman et al., 2018a). ממצא זה סימן את פגיעותם של גברים הומוסקסואלים מבוגרים המחזיקים בעמדות שליליות כלפי זקנה המדווחים גם על בריאות נפשית פחות טובה. מחקר חלוצי אחר השווה 79 גברים הומוסקסואלים מבוגרים וזקנים שהינם דור שני לשואה (גיל ממוצע 57) ל 129 גברים הומוסקסואלים מבוגרים וזקנים שאינם דור שני לשואה (גיל ממוצע 60). ממצאי המחקר הראו כי בקרב הומוסקסואלים מבוגרים שהינם דור שני לשואה נצפו רמות גבוהות יותר של פגיעות בינאישית (דימויים של אימים שעלולים לפגוע ביחסים עם אנשים אחרים) ופחות שביעות רצון מקשר זוגי נוכחי. כמו כן, נמצא כי פגיעות בינאישית תיווכה את הקשר שבין היות דור שני לשואה ומדדי דיכאון ושביעות רצון מהחיים, והוצע כי השילוב של היות דור שני לשואה יחד עם פגיעות בינאישית, שקושרה ללחצים החברתיים והמשפחתיים אליהם נתונים גברים הומוסקסואלים, הוא שתורם לפגיעות במדדי דיכאון ושביעות רצון מהחיים (Shenkman, Shrira, et al., 2018).

לצד גורמי הפגיעות שהחלו להיחקר בארץ בקרב אוכלוסייה הומוסקסואלית מבוגרת, החל גם מחקר הבוחן גורמי חוסן פוטנציאליים. בהקשר זה, יצוין מחקר עכשווי שהשווה במשתני משמעות בחיים בין 76 גברים הומוסקסואלים מבוגרים שהפכו להורים מקשר הטרוסקסואלי קודם (גיל ממוצע 59) ל 110 גברים הומוסקסואלים מבוגרים שאינם הורים (גיל ממוצע 60) ול 114 גברים הטרוסקסואלים שהינם הורים (גיל ממוצע 62). ממצאי המחקר הראו כי הורות בקרב גברים הומוסקסואלים היוותה גורם חוסן היות שקבוצת הגברים ההומוסקסואלים שהינם הורים דיווחה על הרמות הגבוהות ביותר של משמעות בחיים ביחס לשאר הקבוצות (Shenkman et al., 2018b).

בעוד ניצנים מחקריים אודות רווחה פסיכולוגית ובריאות נפשית בקרב גברים הומוסקסואלים מבוגרים וזקנים בישראל החלו להופיע בשנים האחרונות כפי שפורט מעלה, מחקר אודות בריאותם הפיזית או חוויותיהם משירותי בריאות כמעט שלא קיים כלל בישראל, אם כי בשנים האחרונות ניכר עניין אקדמי בזכויותיהם המשפטיות (דורון, 2016), וסומנה הנחיצות למחקר אודות בריאותם במסגרת יום הקהילה הגאה בכנסת (כנסת ישראל, ועדת העבודה, הרווחה והבריאות, 2017). עם זאת, יש לציין פרויקט מחקרי ראשוני שהתמקד במדדי בריאות בקרב גברים הומוסקסואלים בישראל. המחקר אמנם לא דגם באופן ספציפי אוכלוסייה מבוגרת וזקנה, אך השווה בין הומוסקסואלים והטרוסקסואלים במדדי בריאות ומצא כי גברים הומוסקסואלים לעומת הטרוסקסואלים צרכו יותר סמים, נטו לסבול יותר מהפרעות אכילה ודיווחו כי סבלו יותר ממחלות כרוניות, אך המעיטו בביקורים אצל רופאי משפחה ביחס להטרוסקסואלים. כמו כן, המחקר הראה כי מחצית מהמשתתפים ההומוסקסואלים לא חשפו את נטייתם המינים בפני הרופא מתוך חשש, וכי מרביתם היו סבורים כי חוסר ידע בקרב מטפלים בנוגע לצרכיהם הייחודיים פוגע בהגעתם לטיפול (פרבר, שפירא, וניסלהוץ גנות, 2018). באופן דומה, בקרב בני נוער, נמצא כי נערים הומוסקסואלים ונערות לסביות דיווחו על יותר התנהגויות מסכנות בריאות (כגון עישון ושימוש בתרופות ללא מרשם) והתנהגויות מיניות מסוכנות (כגון קיום יחסי מין ללא קונדום) ביחס לנערים

ונערות הטרוסקואליים (Shilo & Mor, 2014). מכיוון שמחקרים אלו לא התמקדו בגילאי הבגרות והזיקנה, ישנה נחיצות למחקר בקרב חתך גיל זה.

סיבות לפערי בריאות בין הומוסקואלים וביסקואלים למקביליהם ההטרוסקואלים.

תיאוריה מרכזית המבקשת להסביר פערי בריאות נפשית ופיזית בין לה"בים להטרוסקואלים היא "תיאוריית לחץ המיעוטים" (Meyer, 2003, 2007). תיאוריה זאת גורסת כי סטיגמה, הפליה, קשיים בקבלה עצמית של הנטייה המינית ודעות קדומות אליהם חשופים לה"בים, מייצרים לחצים מצטברים אשר עלולים להוביל לפגיעה בבריאות הנפשית והפיזית של מיעוטים מיניים. כך, למשל, נמצא כי לה"בים שדיווחו על חשיפה מוגברת ללחץ מיעוטים (לדוגמה, דיווחים על חוויות של הפליה, דחיה, הומופוביה מופנמת והסתרה של הנטייה המינית) דיווחו גם על שכיחות גבוהה יותר של מחלות כרוניות ובריאות כללית ירודה ביחס ללה"בים שדיווחו על פחות חשיפה ללחץ מיעוטים (Frost et al., 2015). באופן דומה, במדגם ייצוגי לאומי בארה"ב, נמצא כי בהשוואה להטרוסקואלים, לה"בים דיווחו יותר על חשיפה לוויקטימיזציה (היותם קורבנות לאלימות) ולהפליה, וכי שני משתנים אלה תיווכו באופן מלא את הקשר שבין נטייה מינית ומצוקה פסיכולוגית (Mays & Cochran, 2001). עוד הוצע כי הלחצים הפסיכולוגיים הנגרמים מלחץ המיעוטים, עלולים להוביל להופעת סימפטומים גופניים (Institute of Medicine, 2011; e.g., Lick et al., 2013), וזאת בדומה למחקרים הרבים הקושרים בין לחץ נפשי לבעיות בריאותיות (e.g., Cohen et al., 2007).

במודל קונצפטואלי המבקש לסרטט את המנגנונים המסבירים פערי בריאות בין לה"בים להטרוסקואלים (Lick et al., 2013), הוצע לקחת בחשבון את ההשפעות השליליות המשולבות שיש להפליה וסטיגמה יחד עם מדיניות חברתית-פוליטית, על המצב הבריאותי של לה"בים. מודל זה מתאר את ההשלכות האפשריות של המדיניות החברתית-פוליטית על בריאותם הנפשית של לה"בים, שקיבלו ביטוי בקשר שנמצא בין דיונים ציבוריים אודות לגיטימיות/חוסר לגיטימיות של נישואים חד-מיניים לבין מצוקה פסיכולוגית בקרב לה"בים (e.g., Riggle et al., 2010) כמו גם בין מצוקה פסיכולוגית לבריאות גופנית לקויה (Cohen et al., 2007). כלומר, מודל זה קישר בין לחץ פסיכולוגי לאקלים חברתי-פוליטי המייצג קונטרברסיה באשר להיבטים לה"בים, והציע כי לחץ זה יכול להוביל לפגיעה במצב הבריאותי. בהקשר זה, נמצא כי 12 חודשים לאחר לגליזציה של נישואים חד-מיניים בארה"ב במדינת מסצ'וסטס, דווחה ירידה בתדירות הביקור אצל רופאים בקרב גברים הומוסקואלים וביסקואלים כפי שעלה מהתיקים הרפואיים שלהם (Hatzenbuehler et al., 2012), וזו הוסברה כקשורה להקלה אפשרית בסימפטומים גופניים כאשר פחת הלחץ החברתי-פוליטי בנושאי זכויות לה"בים.

מעמדם של הומוסקואלים וביסקואלים בקונטקסט החברתי-תרבותי-פוליטי של ישראל רלוונטי ביותר בנקודה זו. מצד אחד, בעשרים השנים האחרונות חלו פריצות דרך משפטיות בהקשר לזכויות לה"בים בישראל, כך שמערכת המשפט בישראל פיתחה עמדות ליברליות יחסית כלפי לה"בים, והאוכלוסייה החילונית, במיוחד במרכז הארץ, מביעה סובלנות וקבלה כלפי לה"בים (Kama, 2005; Shilo et al., 2015). עם זאת, מהצד השני, החברה הישראלית מתאפיינת בעיקרה כחברה

פטריארכלית, המוזנת מדימויים גבריים סטראוטיפיים, אשר מקבלים חיזוק מהאקלים המלחמתי שבאזור ומהשירות הצבאי אליו מחויבים בני נוער בהגיעם לגיל 18 (קפלן, 1999; Shilo et al., 2015). חברה שכזו נוטה להיעדר סובלנות כלפי לה"בים (Sion & Ben-Ari, 2009). כמו כן, הישענות הדת היהודית על החוק התנ"כי שמגנה בתוקף הומוסקסואליות, מחזקת את התיוג השלילי והסנקציות החברתיות המוטלות על לה"בים. ראוי גם להזכיר כי עד 1988 נחשבה בישראל התנהגות מינית הומוסקסואלית כפתולוגית ואף כעבירה פלילית (Shokeid, 2003; Gross, 2014). חשוב גם לציין כי נישואים חד-מיניים נמצאים בישראל בלב ויכוח פוליטי-ציבורי, וזאת לצד נושאים קונטרברסליים כגון אימוץ ופונדקאות ע"י זוגות חד-מיניים. בהקשר זה, חשוב לציין את המחאות החברתיות שמתרחשות בשנים האחרונות בישראל, במסגרתן התקיימו הפגנות סביב שינוי החוק לנשיאת עוברים (חוק הפונדקאות) שמפלה גברים הומוסקסואלים (וגברים יחדניים בכלל). מחאות חברתיות אלו הינן מצע ליצירת לחץ מיעוטים חריף נוכח סימון היבטים של הפליה, כמו גם חשיפה למסרים שמרניים ופוגעניים המסוקרים בתקשורת לפיהם הומוסקסואליות היא לא מוסרית, וגברים הומוסקסואלים אינם יכולים להיות בזוגיות ואינם ראויים להיות הורים. חשיפה ללחץ זה סביב הסוגיות החברתיות הקשורות בזוגיות והורות חד-מינית יכולה להוביל לפערי בריאות בין לה"בים להטרוסקסואלים (e.g., Riggle et al., 2010).

הסבר אחר שהוצע לפערי בריאות בין לה"בים להטרוסקסואלים נוגע בלחצים הקשורים בשירותי הבריאות עצמם כמו גם בעמדות כלפיהם. לפי הסבר זה, חשש של לה"בים לחשוף נטייתם בפני נותני שירותי רפואה, בשל פחד מהפליה ודעות קדומות ביחס אליהם, עלול להוביל לכך שיצרכו פחות שירותי רפואה, ולכן יסבלו מיותר תחלואות גופניות (Hutchinson et al., 2006). הסבר זה ממשיך ומציע כי נותני שירותי רפואה רבים חשים חוסר ביטחון בטיפול באוכלוסייה לה"בית, וזאת משום שקיבלו הכשרה מועטה מאוד בטיפול רגיש לאוכלוסייה זו (e.g., McGarry et al., 2002). ואכן, נמצא שרופאים ואנשי צוות סיעודי ביטאו גישה שלילית יותר באופן מוצהר ומרומז ביחס להומוסקסואלים ולסביות בהשוואה להטרוסקסואלים (Sabin et al., 2015). התנהגות שאינה רגישה מספיק לצורכי לה"בים מצד נותני שירותי רפואה עלולה לפגוע בקשר רופא-מטופל ויכולה להוביל להיענות נמוכה יותר של המטופל לטיפול (Malebranche et al., 2004) וזאת ביחס להיענות גבוהה לטיפול במקרים בהם המטפל נתפס כרגיש ומבין את הרקע ממנו מגיע המטופל (Wang et al., 2007).

הסבר נוסף, שנוגע באופן ספציפי לגברים הומוסקסואלים, גורס כי השילוב של השתייכות האדם למיעוט מיני (הומוסקסואלי או ביסקסואלי) כמו גם היותו גבר, מגביר את פגיעותו הבריאותית (Hamilton & Mahalik, 2009). הוצע כי גברים הומוסקסואלים וביסקסואלים מעורבים ביותר התנהגויות המסוכנות לבריאות (כמו שימוש באלכוהול ובסמים, קיום מין לא מוגן והימנעות מבדיקות רפואיות) בהשוואה להטרוסקסואלים היות שהם חווים בנוסף ללחץ המיעוטים גם לחץ הקשור בסוציאליזציה המגדרית הגברית. לחץ זה כולל ציפיות שלא לפנות לגורמי רפואה וכן ציפיות למעורבות בהתנהגויות שבסיכון, משום שהתנהגויות אלו מוגדרות על ידי החברה כמסמלות גבריות (Courtenay, 2001). בהתאם לכך, נמצא כי גברים המאמצים זהות שהחברה מגדירה כיותר גברית נטו ליותר התנהגויות המסוכנות לבריאות (Liu & Iwamoto, 2007; Mahalik et al., 2006). הסבר זה לפערי

בריאות הנשען על סוציאליזציה מגדרית, רלוונטי במיוחד לחברה הישראלית, הנחשבת כחברה פטריארכלית ומאצ'ואיסטית, שניתן בה מקום רב לצביון הצבאי בעיצוב הזהות האישית והחברתית (קפלן, 1999).

הסיבות שתוארו מעלה לפערי בריאות בין לה"בים להטרוסקואלים (לחץ מיעוטים, קונטקסט חברתי מפלה ביחס זכויות של לה"בים לנישואים ולהורות, חשש מהפלייה בפניה לשירותי בריאות וסוציאליזציה מגדרית-גברית) יכולות אף להתחדד כאשר מתייחסים לאוכלוסייה של גברים הומוסקואלים וביסקואלים מבוגרים וזקנים. בהשוואה למקביליהם הצעירים, גברים הומוסקואלים וביסקואלים מבוגרים וזקנים (שמעתה ייקראו הומוסקואלים) נושאים שנים רבות יותר את עול הסטיגמה, הדעות הקדומות וההסתרה, דבר שלו השלכות פוטנציאליות שליליות יותר על בריאותם הנפשית והפיזית (e.g., Kimmel, 2014a; Kimmel, 2014b). כמו כן, אוכלוסייה זו של הומוסקואלים בישראל גיבשה את זהותה בתקופה שבה הומוסקואליות הוגדרה כלא חוקית (שכן כאמור רק ב 1988 הוסר האיסור על משכב זכר מהחוק הישראלי, Shokeid, 2003; Gross, 2014) ואף כמחלה (עד 1973 הומוסקואליות הוגדרה כפתולוגית בספר האבחנות הפסיכיאטריות האמריקאי, Morin, 1977). יכולות להיות לכך השלכות על משך ועוצמת המצוקה הנפשית איתה התמודדו הומוסקואלים רבים ומכאן גם על בריאותם. כמו כן, סוציאליזציה מגדרית "מאצ'ואיסטית" בלטה בישראל אף יותר בעבר (Klein, 1999), דבר המחדד את הלחץ אליו היו חשופים הומוסקואלים בעבר להתאים עצמם לתדמית הגברית המקובלת חברתית. כפי שתואר קודם, לחץ זה עלול להתקשר עם יותר התנהגויות המסוכנות לבריאות ופחות פניה לקבלת שירותי בריאות בקרב הומוסקואלים. מערכי לחצים מוגברים אלו על הומוסקואלים בישראל שהם כיום מבוגרים וזקנים מעלים את הנחיצות לבחון את האפשרות לפערי בריאות בינם לבין מקביליהם ההטרוסקואלים. לאור הקושי המיוחד בגיוס נבדקות לסביבות וביסקואליות למחקר, והממצאים המצביעים על המאפיינים הייחודיים של לסביות וביסקואליות המצריכים התמקדות נפרדת באוכלוסייה זאת (Katz-Wise & Hyde, 2012), המחקר הנוכחי יתמקד בגברים הומוסקואלים וביסקואלים מבוגרים וזקנים.

הנחיצות למחקר על הומוסקואלים מבוגרים וזקנים מתחדדת גם לאור לחצי הסטיגמה הכפולה (זקנה לצד נטייה מינית) אליהם חשופה אוכלוסייה זו באופן שמאיים על בריאותה הפיזית והנפשית (De Vries, 2014). זקנה באופן כללי מתקשרת עם פגיעה באידיאל היופי, הדרה מאינטראקציות חברתיות, בדידות חברתית וניסיונות לטשטוש סימני הגיל כדי להימנע מהשלכות חברתיות שליליות (Dykstra, 2016; Jankowski et al., 2018; Hawkey & Kocherginsky, 2009). גם נטייה מינית הומוסקואלית מתקשרת עם הדרה מאינטראקציות חברתיות, בדידות חברתית, ניסיונות להסתרה של הנטייה כדי להימנע מסנקציות חברתיות, וניסיונות לטשטוש סימני גיל לאור דגש מוגבר הניתן באוכלוסייה ההומוסקואלית למראה חיצוני וגיל צעיר (Schope, 2005; Mereish & Poteat, 2015). דמיון זה בין הקשיים אליהם חשופים זקנים כמו גם הומוסקואלים, מחדד את פגיעותם של הומוסקואלים וזקנים גם מול הטרוסקואלים וגם מול הומוסקואלים צעירים (Czaja et al., 2015; Fredriksen-Goldsen & Muraco, 2010) ואת הנחיצות במחקר אודותיהם.

לצד מערכי הלחצים המוגברים המופעלים על הומוסקסואלים, יש גם לציין מחקרים שסימנו גורמי חוסן המאפיינים אוכלוסייה זו. כך, למשל, הוצע כי להתמודדות חיובית עם סטיגמה הקשורה בנטייה המינית יכולה להיות השפעה "מחסנת" אל מול התמודדות מאוחרת עם הסטיגמות הקשורות בזיקנה, היות שאינדיבידואלים מאמצים אסטרטגיות אדפטיביות להתמודדות עם סטיגמות באופן כללי (Gabbay & Wahler, 2002). התמודדות חיובית שכזו, וחויית המסוגלות הנגזרת ממנה (המכונה בספרות המחקרית מסוגלות של משבר, crisis competency) יכולה להתבטא לדוגמה ביותר סובלנות ופחות ביקורת עצמית בגילאים מבוגרים (e.g., Humphreys & Quam, 1998). כמו כן, הוצעו חוזקות נוספות המאפיינות הומוסקסואלים זקנים ובהן תמיכה חברתית ורגשית מצד "משפחות מבחירה" (מעגל חברים קרוב המהווה תחליף למשפחה שייטכן שדחתה את האדם נוכח נטייתו המינית) המספקות מענה רגשי עמוק, וכן אימוץ עמדות גמישות באשר לתפקידי מגדר – דבר היכול לסייע בתהליכי הזדקנות הכרוכים בשינויים בתפקידים חברתיים (Jones, 2002). מודלים תיאורטיים עכשוויים, כדוגמת ה health equity promotion model, מציעים הסתכלות אינטגרטיבית על פערי הבריאות שבין הומוסקסואלים להטרוסקסואלים, תוך התמקדות בפערים הנגרמים מלחץ המיעוטים מחד, לצד גורמי חוסן, תהליכי הזדקנות מוצלחת, וגורמי התמודדות הייחודיים לאוכלוסייה זו מאידך (Fredriksen-Goldsen et al., 2014, 2015). לעיתים אף מוצע כי הכוחות המנוגדים של לחץ המיעוטים ומסוגלות של משבר יכולים לאזן זה את זה, דבר שיש ביכולתו לצמצם את ביטוי הפערים בבריאות הנפשית בין הומוסקסואלים למקביליהם ההטרוסקסואלים ואף לבטלם (McCann et al., 2013).

בהמשך להסתכלות זו על גורמי החוזק והחוסן לצד גורמי הפגיעות באוכלוסיית הלה"בים, יש לציין כי לאחרונה הוצע שהמשתנה האישיותי פתיחות לחוויה, המאופיין ע"י נטייה לסקרנות, חקירה, ומשיכה לאסתטיקה (McCrae & Costa, 1991), יכול לשמש כגורם חוסן המקדם הסתגלות בקרב הומוסקסואלים צעירים (Ilfrah et al., 2018). עם זאת, תפקידו בקרב הומוסקסואלים זקנים טרם נחקר, ועל כן בעבודה הנוכחית ייבחן תפקידו במערך הקשרים שבין נטייה מינית ופגיעות בריאותית ונפשית.

2. שאלות המחקר

לאור הספרות המתוארת מעלה באשר לפערי בריאות ונגישות לשירותי רפואה בין לה"בים למקביליהם ההטרוסקסואלים, והדגש שניתן על הלחצים הייחודיים אליהם חשופים הומוסקסואלים בגילאי הבגרות והזיקנה, שאלות מחקר זה הן: (1) האם יימצאו ההבדלים בישראל בין הומוסקסואלים למקביליהם ההטרוסקסואלים במדדי בריאות. (2) מה הם הצרכים של הומוסקסואלים משירותי בריאות. (3) מה הם הגורמים המקלים והמונעים הקשורים בפנייה של הומוסקסואלים לשירותי בריאות.

השערות עבודה

במחקר הראשון הושאו 173 הומוסקסואלים עם 173 הטרוסקסואלים מצומדים במדדי בריאות ושוער כי: (1) הומוסקסואלים ידווחו על פגיעות שתתבטא במדדים הבאים: תדירות ביקור גבוהה יותר אצל הרופא, הערכת בריאות סובייקטיבית נמוכה יותר, קומורבידיות בריאותית גבוהה יותר, מוגבלות גבוהה יותר בתפקוד בסיסי (ADL, limitations in activities of daily living) ופונקציונאלי (iADL,)

וכרדה. (limitations in instrumental activities of daily living), וסימפטומים רבים יותר של דיכאון

(2) משתנים כגון תכונות אישיות (פתיחות לחוויה), היות דור שני לשואה, סטאטוס זוגי, היסטוריית הגירה וגיל ייבחנו כמשתנים הממתנים את הקשר שבין נטייה מינית ומדדי בריאות. במחקר השני התקיימו ראיונות עומק עם 81 הומוסקסואלים, וזאת במטרה לזהות צרכים ייחודיים להומוסקסואלים משירותי בריאות, לאתר תמות נפוצות הקשורות בגורמים מקלים ומונעים פנייה לשירותי בריאות, וסימון דרכים אפשריות להנגשת שירותי הבריאות בישראל להומוסקסואלים מבוגרים וזקנים.

3. שיטות העבודה

מחקר 1

משתתפים והליך

המחקר התבסס על מדגמים רחבים יותר של 692 הומוסקסואלים בגילאי 16-84 (ממוצע = 42.2, סטיית תקן = 14.2), שהתבקשו להשתתף במחקר באמצעות אתרי אינטרנט, מדיה חברתית ומקומות מפגש לה"ביים בישראל בשנים 2010-2016. גיוס המשתתפים למחקר נעשה באמצעות שיטת דגימת מטרה לפיה נעשה מאמץ כדי להגיע למדגם הטרוגני ככל הניתן, בהסתמך על התייעצות מוקדמת עם 11 אינפורמנטים בעלי הכרות עם אוכלוסיית הלה"בים שמיפו אותה וסיפקו דרכי גישה לקבוצות מגוונות המשייכות אליה (Watters & Biernacki, 1989). על אף שמדגמים שנאספים בשיטת דגימה זו אינם מייצגים את כלל אוכלוסיית הלה"בים, שיטת הדגימה הנוכחית מאפשרת דגימה רחבה ככל שניתן של אוכלוסייה זאת, שנחשבת ל"אוכלוסייה חבויה" שדגימתה באופן הסתברותי כמעט שאינו אפשרי (Grossman, 2008). קבוצת השוואה ההטרוסקסואלית נלקחה ממדגמי קהילה של 1965 משתתפים בגילאי 16-94 (ממוצע = 45.2, סטיית תקן = 18.0) שמילאו שאלונים בשנים 2002-2011 וגויסו למחקר בדגימת נוחות במגוון אתרים ברחבי הארץ, כמו קניונים ומרכזים קהילתיים. כלל המשתתפים מילאו שאלונים מודפסים או אינטרנטיים (באמצעות פלטפורמת Qualtrics). על מנת לשפר את תוקף השוואה בין המשתתפים ההומוסקסואלים וההטרוסקסואלים במחקר הנוכחי, התבצע הליך צימוד (matching) לפיו לכל משתתף הומוסקסואל צומד משתתף הטרוסקסואל בעל מאפיינים סוציו-דמוגרפיים דומים, כפי שנעשה במחקרים דומים בעבר (e.g., Shenkman & Shmotkin, 2013). לכל המשתתפים הובטח שהשאלונים הם אנונימיים ונמסר להם שהשתתפותם היא על בסיס התנדבותי וכי הם יכולים לעצור את מילוי השאלון בכל שלב. מחקר זה קיבל אישור מוועדות האתיקה של אוניברסיטת תל אביב ושל המרכז הבינתחומי הרצליה. כדי להתמקד באוכלוסייה של הומוסקסואלים מבוגרים וזקנים, נבחרו ממדגמים אלה 173 משתתפים בגילאי 50 ומעלה, אליהם צומדו 173 משתתפים הטרוסקסואלים בעלי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים דומים. קריטריון ההכללה של גילאי 50 ומעלה נשען על קריטריון זהה לבגרות מאוחרת וזקנה המקובל במחקר על אוכלוסייה של הומוסקסואלים מבוגרים וזקנים בעולם (ר' לדוגמה סקירה

רחבה של Choi & Meyer, 2016). ר' טבלה 1 לפירוט אודות המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של משתתפי המחקר והשוואת הקבוצות על פני משתנים אלו.

Table 1
Sociodemographic Characteristics of the Gay and Heterosexual Men Groups

Variable	Gay men group (N = 173)	Heterosexual men group (N = 173)	Difference test
Age			$t(344) = 0.71$
M	60.2	60.9	
SD	8.6	8.3	
Minimum	50	50	
Maximum	84	86	
Place of birth (%)			$\chi^2(1) = 0.00$
0. Israel	79.8	79.8	
1. Other	20.2	20.2	
Self-rated economic status (%)			$t(344) = 0.07$
1. Low	0.6	1.2	
2. Below average	3.5	5.8	
3. Average	38.2	34.7	
4. Above average	47.4	44.5	
5. High	10.4	13.9	
M	3.6	3.6	
SD	0.7	0.8	
Education level (%)			$t(336.24) = -2.42^*$
1. Elementary or no education	1.2	0.6	
2. Partial high school	2.9	4.6	
3. Full high school	4.0	11.0	
4. Higher education	8.1	13.3	
5. Academic education	83.8	70.5	
M	4.7	4.5	
SD	0.8	0.9	
Relationship status (%)			$\chi^2(1) = 126.26^{***}$
0. Not in a steady relationship	75.1	15.0	
1. In a steady relationship	24.9	85.0	
Place of residence (%)			$\chi^2(1) = 53.30^{***}$
0. City	90.8	56.1	
1. Rural	9.2	43.9	
Self-rated religiousness (%)			$\chi^2(1) = 11.79^{***}$
0. Secular	91.3	78.0	
1. Traditionalist/religious	8.7	22.0	

Notes. The t -tests regarding age, self-rated economic status, and education level compared the respective mean ratings of the matched groups. Encoding numbers appear to the left of the variables' categories.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

כלים

המשתנה הבלתי תלוי, נטייה מינית, נמדד על ידי מדד לדיווח עצמי בן 7 דרגות (Kinsey et

al., 1948), המאפשר למשתתף להגדיר עצמו כהטרוסקסואל (0, הטרוסקסואל בלבד), הומוסקסואל

(6, הומוסקסואל בלבד), או ביסקסואל (אחת מחמש הקטגוריות האמצעיות).

המשתנים התלויים, מדדי הבריאות, כללו את המדדים הבאים: 1) תדירות ביקור אצל הרופא שנמדדה באמצעות התשובה על השאלה: "כמה פעמים בערך אתה נבדק ע"י רופא?" בסולם של 1 (לא יותר מאשר פעם בחודשיים) עד 5 (יותר מפעם בשבוע). 2) הערכת בריאות סובייקטיבית נבדקה בסולם של 1 (גרועה) עד 5 (טובה מאוד). 3) מגבלות בתפקוד בסיסי (ADL), כמו קושי להתלבש ולהתרחץ) ופונקציונאלי (iADL, כמו קושי להכין ארוחה חמה ולקנות מצרכים) נמדדו על ידי מספר הקשיים שידווחו על ידי המשתתף. 4) קומורבידיות בריאותיות, שנמדדה באמצעות רשימה של 17 מצבים בריאותיים כרוניים שאובחנו ע"י רופא לפי דיווח המשתתף (Lifshitz et al., 2020). 5) סימפטומים של דיכאון נמדדו על ידי מדד ה Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D, Radloff, 1977), שמחשב ממוצע של 20 תסמינים דיכאוניים המדורגים בסולם של 1 (לעיתים רחוקות או אף לא בשום זמן) עד 4 (רוב או כל הזמן). 6) סימפטומים של חרדה נבדקו על ידי ממוצע של חמישה תסמינים מרכזיים של חרדה המדורגים בסולם 1 (אף פעם) עד 4 (רוב הזמן, Beck et al., 1988).

המשתנים הממתנים כללו את המשתנים הבאים: 1) פתיחות לחוויה נבדקה ע"י מדד ה Big Five Inventory של פתיחות לחוויה (BFI, John & Srivastava, 1999) שחושב כממוצע של עשרה פריטים מתוך 44 פריטים המדורגים בסולם של 1 (מתנגד בהחלט) עד 5 (מסכים בהחלט). 2) הערכת היות דור שני לשואה נבחנה על ידי התשובה כן על השאלה: "האם הוריי (או אחד מהם) היו בזמן השואה (בשנים 1939-1945 או בחלק מהן) באזורי אירופה שנשלטו על ידי הנאצים?" 3) גיל. 4) סטטוס זוגי. 5) ארץ מוצא (היסטוריית הגירה). במשתנים אלה נעשה שימוש נרחב באוכלוסייה הכללית כמו גם במחקר על הומוסקסואלים בישראל והם הראו נתונים פסיכומטריים גבוהים (e.g., Khalaila & Litwin, 2014; Ibrah et al., 2018; Shenkman & Shmotkin, 2010).

המשתנים המפוקחים כללו מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שנמצאו כקשורים למדדי בריאות בקרב לה"בים (Shenkman, Ibrah, et al., 2020) או שהבחינו במובהק בין הומוסקסואלים להטרוסקסואלים במחקר זה: רמת השכלה (שמדורגת בסולם של 1 [יסודית] עד 5 [אקדמית]), סטטוס זוגי (לא בזוגיות / בזוגיות), מקום מגורים (בעיר / מחוץ לעיר) ורמת דתיות (חילוני או דתי). ניתוחים שכללו את המשתנה סטטוס זוגי, לא כללו את המשתנה הזה כמשתנה מפוקח.

ניתוח הנתונים

ניתוח הנתונים התבצע באמצעות תוכנת SPSS (גרסה 25). על מנת למנוע השפעה של משתנים סוציו-דמוגרפיים על ממצאי המחקר, בכל העיבודים פוקחו המשתנים השכלה, סטטוס זוגי, מקום מגורים ורמת דתיות, שנמצאו מבחינים בין האוכלוסיות בדגימה הנוכחית. ניתוחי שונות רב משתניים עם משתנים מפוקחים (MANCOVA) השוו בין קבוצת ההומוסקסואלים להטרוסקסואלים במדדי הבריאות (ניתוח אחד בחן הבדלים במדדים הפיזיים והשני במדדים הנפשיים). אפקטים של מיתון נבדקו באמצעות מודלים של רגרסיה מרובה היררכית, בהם נבדקו האפקטים האינטראקטיביים בין נטייה מינית לכל אחד מהמשתנים הממתנים, לאחר פיקוח על משתנים סוציו-דמוגרפיים.

משתתפים שלהם ערכים חסרים הוסרו מהניתוחים הסטטיסטיים. גודל המדגם הנוכחי מאפשר מציאת אפקטים מובהקים בעוצמה סטנדרטית. כך, חישוב שנעשה בתוכנת G*Power (גרסה 3.1.9.2) הראה שגודל אפקט בינוני של $\eta^2 = 0.06$ במובהקות של 0.05 עבור עוצמה צפויה של 0.80. בניתוח רגרסיה שבו 9 משתנים בלתי תלויים יניב אפקט מובהק לתוספת השונות המוסברת על ידי המשתנה האחרון שהוכנס לרגרסיה (משתנה האינטראקציה) במדגם בן 126 משתתפים (Faul et al., 2009).

מחקר 2

במחקר זה התבצע ניתוח איכותני של 81 ראיונות עומק שהתקיימו עם הומוסקסואלים בגילאי 50 ומעלה, במטרה לזהות צרכים ייחודיים משירותי בריאות והצעות לשיפור והנגשת שירותים אלה לאוכלוסייה זאת.

משתתפים והליך

התבצעה דגימה ראשונית בשיטת דגימת מטרה של הומוסקסואלים בגילאי 50 ומעלה בעלי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים מגוונים ככל הניתן באמצעות אתרי אינטרנט, מדיה חברתית ומקומות מפגש לה"בים. דגימה תיאורטית (theoretical sampling, Glaser & Strauss, 1967) הנחתה את מאמצי הדגימה, כך שאותרו משתתפים שעשויים היו להרחיב ולפרט את המידע שנותח בראיונות הראשונים (נעשה מאמץ לגיוון בסטטוס זוגי, סטטוס הורי, וגיל). התקיימו בסך הכל 81 ראיונות שהם מספר הגבוה מהסטנדרט המקובל של 20-30 ראיונות במחקרים דומים (Marshall et al., 2013). הראיונות נערכו על ידי סטודנטים לתואר ראשון ושני בפסיכולוגיה אותם מנחים הכותבים וכן על ידי שני עוזרי מחקר שהועסקו למטרת המחקר. כל המראיינים עברו הכשרה מקדימה לביצוע ראיון איכותני שכלל הסבר אודות אופני יצירת קשר מבין ואוהד עם המשתתפים והימנעות מהכוונתם באופן שעלול להטות את תשובותיהם. הראיונות התקיימו בבתי המשתתפים או באמצעות אפליקציית ה-Zoom וערכו כשעתיים. כל המשתתפים חתמו על הסכמה מדעת להשתתף בהתנדבות בראיונות מוקלטים והובטח להם אנונימיות במאגר הנתונים ואפשרות לעזוב את הראיון בכל שלב. כל הראיונות הוקלטו ולאחר מכן תומללו ונתחו על ידי עוזרי המחקר, בשיתוף עם החוקרים הראשיים. המחקר קיבל אישור מוועדת האתיקה של המרכז הבינתחומי הרצליה.

כלים

המשתתפים השיבו על שאלות אודות מאפייניהם הסוציו-דמוגרפיים (ר' מחקר 1). כמו כן, המשתתפים התבקשו לתאר חוויות של קבלת שירותי בריאות בישראל, נשאלו אילו שירותי בריאות הם צריכים, מה מידת שביעות הרצון שלהם משירותים אלה, מהם גורמים תומכים ומונעים פנייה לשירותי בריאות, ונתבקשו לשוחח על דילמות (באם ישנן) בנוגע לחשיפת הנטייה המינית בפני נותני שירותי בריאות והצעות לשיפור שירותי הבריאות הניתנים להם.

ניתוח הנתונים

תמלולי הראיונות נותחו על ידי שני עוזרי המחקר, ששימשו כשני שופטים עצמאיים, לפי עקרונות התיאוריה המעוגנת בשדה (grounded theory, Khan, 2014) ובהתאם להנחיות ניתוח תמתי של בראון וקלארק (Braun & Clarke, 2012) כך שסומו מילות ומשפטי מפתח בתמלולי הראיונות ואותרו באמצעותם תמות מרכזיות על ידי כל שופט בנפרד. לאחר מכן התקיים דיון בין השופטים לניסוח תמות מוסכמות ותיאור היחסים ביניהן בתצוגה גרפית. על מנת לשפר את התוקף החיצוני של המחקר, שני מומחים בתחום אוכלוסיית הלה"בים (החוקרים הראשיים של המחקר הנוכחי) בדקו את החלוקה לתמות שהתבצעה בידי השופטים וביצעו בה התאמות, תוך תיאום משותף עם עוזרי המחקר.

4. הממצאים

מחקר 1

התבצע ניתוח MANCOVA לבדיקת הבדלים בין הומוסקואלים להטרוסקואלים בתדירות ביקור אצל הרופא, הערכת בריאות סובייקטיבית, קומורבידיות בריאותית, ומגבלות בתפקוד בסיסי (ADL, limitations in activities of daily living) ופונקציונאלי (iADL, limitations in instrumental activities of daily living), תוך פיקוח על המשתנים השכלה, סטטוס זוגי, מקום מגורים ודתיות. הניתוח לא זיהה אפקט מובהק. ניתוח MANCOVA דומה שבחן הבדלים בסימפטומים דיכאוניים ובחרדה, תוך פיקוח על אותם משתנים סוציודמוגרפיים, גם כן לא זיהה הבדלים מובהקים בין האוכלוסיות.

כדי לבחון האם פתיחות לחוויה, היות דור שני לשואה, סטטוס זוגי, גיל, והיסטוריית הגירה (האם המשתתף נולד בארץ או לא) ממתנים את הקשר בין נטייה מינית ובריאות פיזית ונפשית נערכו מספר גרסיות היררכיות בארבעה צעדים (ר' טבלה 2 המרכזת עיבודים מרכזיים). בעוד שפתיחות לחוויה והיות דור שני לשואה לא נמצאו כמתנים את הקשר שבין נטייה מינית ובריאות פיזית ונפשית, כן נמצאו אפקטים אינטראקטיביים מובהקים (יחד עם משתנה הנטייה המינית) לגיל, סטטוס זוגי, וארץ מוצא, כאשר נובאו מדדי בריאות פיזית ונפשית. אפקטים אלו נבחנו לעומק באמצעות ניתוחי אפקטים פשוטים (simple slope analyses) במודולת ה-PROCESS (Hayes, 2013).

כפי שניתן לראות בגרף 1, נמצאה אינטראקציה בין נטייה מינית וגיל בניבוי קומורבידיות גופנית כך שבקרב גברים מבוגרים יותר (סטיית תקן אחת מעל ממוצע הגיל), הומוסקואלים דיווחו על יותר קומורבידיות גופנית ביחס להטרוסקואלים ($b = .57, p = .010$). בקרב גברים צעירים יותר (בגילאים הנמוכים מהממוצע בסטיית תקן אחת) לא נמצאו הבדלים בין הומוסקואלים והטרוסקואלים ($b = -.23, p = .367$).

כפי שניתן לראות בגרף 2, נמצאה אינטראקציה מובהקת בין נטייה מינית וסטטוס זוגי בניבוי תדירות ביקורים אצל רופא, כך שהומוסקואלים שלא היו בזוגיות דיווחו על תדירות ביקורים גבוהה יותר אצל הרופא ביחס להטרוסקואלים שלא היו בזוגיות ($b = .46, p = .040$). בניגוד לכך, לא נמצאו

הבדלים בתדירות הביקור אצל הרופא בין הומוסקסואלים והטרנסקסואלים שהיו בזוגיות ($b = -.24, p = .174$). כמו כן, נמצאה אינטראקציה במובהקות שולית בין נטייה מינית וסטטוס זוגי בניבוי חרדה, כך שהומוסקסואלים שלא היו בזוגיות דיווחו על יותר חרדה ביחס להטרנסקסואלים שלא היו בזוגיות ($b = .62, p = .060$) אם כי הבדל זה היה מובהק באופן שולי. בקרב אלו שהיו בזוגיות, לא נמצאו הבדלים בין הומוסקסואלים והטרנסקסואלים ($b = -.13, p = .547$).

אינטראקציות מובהקות נמצאו גם בין נטייה מינית והיסטוריית הגירה בניבוי תדירות ביקור אצל רופא וחרדה. כפי שניתן לראות בגרף 3, הומוסקסואלים שלא נולדו בישראל דיווחו על תדירות נמוכה יותר של ביקורים אצל רופא ביחס להטרנסקסואלים שלא נולדו בישראל ($b = -.62, p = .015$). לא נמצאו הבדלים בתדירות הביקור אצל רופא בין הומוסקסואלים והטרנסקסואלים שכן נולדו בישראל ($b = .19, p = .209$). באופן דומה, הומוסקסואלים שלא נולדו בישראל דיווחו על פחות חרדה ביחס להטרנסקסואלים שלא נולדו בישראל ($b = -.84, p = .076$). אפקט זה היה מובהק באופן שולי. לא נמצאו הבדלים בחרדה בין הומוסקסואלים והטרנסקסואלים שכן נולדו בארץ ($b = .25, p = .205$).

Table 2

Hierarchical Multiple Regression Analyses Predicting Physical and Mental Health among Gay and Heterosexual Men (Retrieved from Shenkman et al., 2021)

Variable	Doctor visits	Physical health comorbidity	Depressive symptoms	Anxiety
Step 1	$\Delta R^2 = 0.018$	$\Delta R^2 = 0.043$	$\Delta R^2 = .063^{***}$	$\Delta R^2 = .119^{***}$
Self-rated religiousness a	-0.10^+	$-.20^*$	-0.01	-0.02
Education level	-0.04	-0.06	$-.10^+$	$-.24^{**}$
Relationship status b	-0.09	-0.01	$-.20^{***}$	$-.19^*$
Place of residence c	0.02	-0.01	-0.07	$-.10$
Step 2	$\Delta R^2 = 0.003$	$\Delta R^2 = 0.003$	$\Delta R^2 = 0.001$	$\Delta R^2 = 0.001$
Sexual orientation d	0.01	$.07$	$.04$	$.05$
Step 3				
Age	$0.08, \Delta R^2 = 0.006$	$.35^{***}, \Delta R^2 = .120^{***}$	$-.12^*, \Delta R^2 = .014^*$	$-0.05, \Delta R^2 = .002$
Relationship status b	$-0.08, \Delta R^2 = 0.004$	$-0.02, \Delta R^2 = 0.000$	$-.18^{**}, \Delta R^2 = .019^{**}$	$-.16^+, \Delta R^2 = .019^+$
Place of birth e	$-0.03, \Delta R^2 = 0.001$	$0.13, \Delta R^2 = 0.015$	$-0.02, \Delta R^2 = 0.000$	$-0.09, \Delta R^2 = 0.008$
Step 4				
Sexual orientation X age	$-0.04, \Delta R^2 = 0.000$ $R^2 = 0.025$ $F(7, 335) = 1.22$	$.46^*, \Delta R^2 = 0.034^*$ $R^2 = .201^{***}$ $F(7, 158) = 5.69$	$.01, \Delta R^2 = 0.000$ $R^2 = .078^{***}$ $F(7, 338) = 4.07$	$-0.17, \Delta R^2 = 0.005$ $R^2 = .128^{**}$ $F(7, 159) = 3.33$
Sexual orientation X relationship status	$-.70^*, \Delta R^2 = .019^*$ $R^2 = .037^*$ $F(6, 336) = 2.15$	$-.46, \Delta R^2 = 0.008$ $R^2 = .037^*$ $F(6, 159) = 1.54$	$-.18, \Delta R^2 = 0.001$ $R^2 = .065^{***}$ $F(6, 339) = 3.93$	$-.75^+, \Delta R^2 = .020^+$ $R^2 = .141^{***}$ $F(6, 160) = 4.38$
Sexual orientation X place of birth	$-.82^{**}, \Delta R^2 = .027^{**}$ $R^2 = .046^*$ $F(7, 335) = 2.32$	$-0.61, \Delta R^2 = 0.008$ $R^2 = 0.071$ $F(7, 158) = 1.72$	$-0.34, \Delta R^2 = 0.005$ $R^2 = .069^{**}$ $F(7, 338) = 3.56$	$-1.08^*, \Delta R^2 = .026^*$ $R^2 = .155^{***}$ $F(7, 159) = 4.18$

Note. Each column presents results of three analyses including one of the moderators (age, relationship status, place of birth), each testing (in Steps 3 and 4) different main and interaction effects on the respective dependent variable. All continuous variables are standardized. Entries for the predictor variables are standardized regression coefficients (β). Entries for the interaction terms are unstandardized regression coefficients (B). Only additional variables are shown in the results of Step 2–4. Relationship status was not included in the first step of the analyses including the interaction between sexual orientation and relationship status. aCoded 0 = secular, 1 = traditionalist/religious. bCoded 0 = not in a relationship, 1 = in a relationship. cCoded 0 = city, 1 = rural. dCoded 0 = heterosexual men, 1 = gay men. eCoded 0 = Israel, 1 = other.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, + $p < .10$.

Figure 1

The Interaction Effect of Sexual Orientation and Age on Physical Health Comorbidity

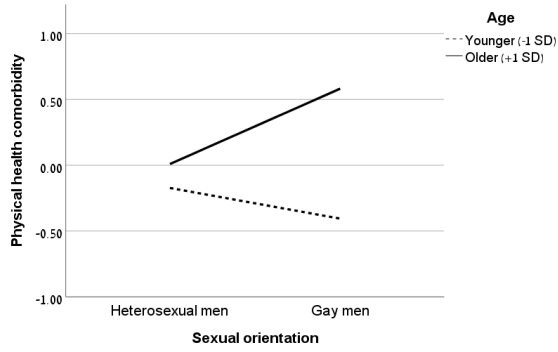
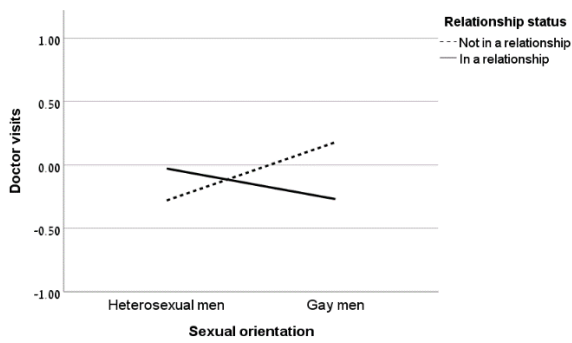


Figure 2

The Interaction Effects of Sexual Orientation and Relationship Status on (a) Doctor Visits and (b) Anxiety

(a)



(b)

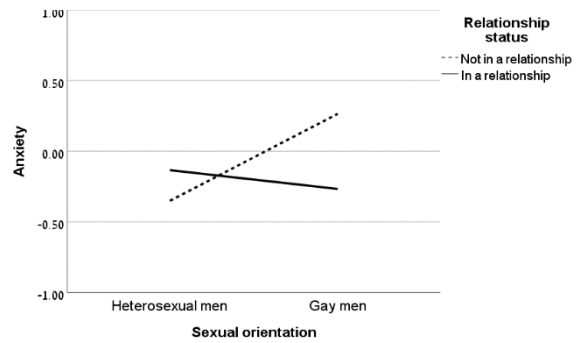
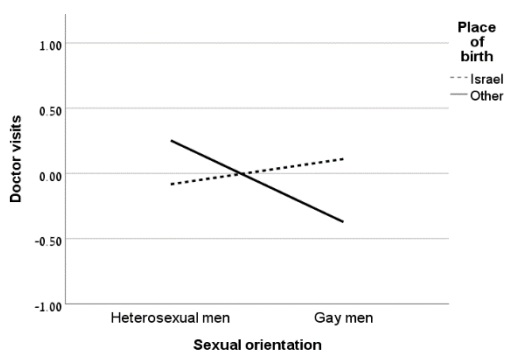


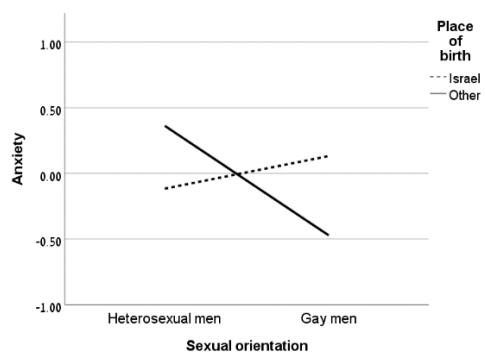
Figure 3

The Interaction Effects of Sexual Orientation and Place of Birth on (a) Doctor Visits and (b) Anxiety

(a)



(b)



מחקר 2

במחקר הנוכחי שכלל 81 ראיונות נמצאו שש תמות מרכזיות אשר כללו 11 תתי תמות (ר' איור 4). שש התמות הראשיות כללו התייחסות ל:1) חוויית בדידות, 2) הצורך במסגרות תמיכה לקהילה הגאה, 3) ציפייה לגילאנות והפנמתה, 4) גורמים הנתפסים כמעכבי נגישות לשירותי בריאות, 5) מיניות בזיקנה, ו-6) התפקיד של זוגיות והורות בגילאים המבוגרים. להלן הסבר על כל אחת מהתמות.

בדידות. אחת התמות הבולטות ביותר מתוך הראיונות עם המשתתפים, הן מבחינת שכיחותה והן מבחינת החוויה הרגשית העוצמתית שהציגו המשתתפים הינה תמת הבדידות. תמת הבדידות באה לידי ביטוי בהתייחסויות ישירות לבדידות בגיל המבוגר כמו גם בהתייחסות להיעדר זוגיות וילדים כתופעה שכיחה בקרב הומוסקסואלים מבוגרים שעלול להוביל לבדידות. מספר משתתפים קישרו בין מצב זה להשפעות חברתיות ומשפטיות שהיו בעבר במדינת ישראל וחלקן קיימות עוד היום, אשר הובילו להיעדר שוויון ואפליית אוכלוסייה זו בהקשר לאפשרויות מיסוד זוגיות והקמת משפחה. בדידות, כנגזרת של היעדר זוגיות וילדים, סומנה גם כקשורה עם חרדות אל מול התמודדות לבד (ללא זוגיות וילדים) עם נושאים פיננסיים, בריאותיים וסיעודיים בזיקנה.

הצורך במסגרות תמיכה לקהילה הגאה. תמה מרכזית נוספת שעלתה מניתוח הנתונים הינה

הצורך במסגרות תמיכה ייעודיות לקהילה הגאה המבוגרת. תמה זו מתייחסת בין השאר לצורך בבית אבות ייעודי להומוסקסואלים מבוגרים, צורך במסגרות תמיכה חברתיות/קהילתיות ייעודיות, צורך בתמיכה נפשית ייעודית ורגישה, וצורך בשירותי רפואה ייעודיים. בהקשר לצורך בבית אבות ייעודי, חלק מהמשתתפים העלו את הצורך בקיומו של בית אבות ייעודי וספציפי להומוסקסואלים, מקום שיהווה מסגרת ביתית ונגישה לדיירים מתוך הקהילה הגאה, או לפחות שיוגדר כמקום ידידותי לקהילה הגאה (Gay friendly), בו יוכלו לבלות את שארית חייהם בסביבה בטוחה ומקבלת.

בהקשר לצורך במסגרות תמיכה חברתיות/קהילתיות ייעודיות, בדומה למועדון גמלאים סטנדרטי שמאפשר מפגש בין בני הגיל השלישי, עלה צורך במקום ייעודי עבור האוכלוסייה הגאה המבוגרת שיכלול פעילויות חברתיות, הדרכות בתחומים שונים שקשורים לקהילה ויהווה גם מוקד לעזרה ותמיכה חברתית-קהילתית, בעיקר בנושא הבדידות.

בהקשר לצורך בתמיכה נפשית ייעודית ורגישה, 39 משתתפים העלו צורך בטיפול נפשי ייעודי שיתמקד בחוויות ספציפיות לאוכלוסייה הגאה המבוגרת. החוויות המרכזיות עליהן דיברו המשתתפים הנן תחושות הדיכוי והרדיפה לאורך השנים והיעדר השוויון שמתקיים עד היום. משתתפים רבים ציינו כי חשוב ששירותי בריאות הנפש יכירו בחוויות אלה וחלקם אף הביעו צורך במטפלים שמגיעים מתוך הקהילה.

יש לציין, כי מרבית המשתתפים (63) העלו את הצורך ברפואה ייעודית עבור הומוסקסואלים מבוגרים. משתתפים אלה סימנו את נחיצותן של מרפאות ייעודיות לאוכלוסייה הגאה המבוגרת, בהן תהיה מודעות לצרכים הספציפיים של אוכלוסייה זו, רגישות וקבלה מצד הצוות הרפואי, דיסקרטיות

והכרה במבנה הזוגי\משפחתי של המטופל. עלה גם צורך ברגישות, פתיחות וקבלה על ידי הצוות הרפואי במרפאות הכלליות (הוצע כי דגלון או סטיקר של דגל הגאווה במרפאות כלליות יוכל לסייע לתחושת ביטחון ובניית אמון). עוד סומן כי חוויות לא מקבלות של צוות רפואי יכולות להוביל להימנעות מקבלת שירותים רפואיים הכרחיים.

ציפייה לגילאנות והפנמתה. עשרים וארבעה מהמראיינים התייחסו לסוגיית הגילאנות ככזו

שמשפיעה שלילית על איכות חייהם של הומוסקסואלים מבוגרים. עלתה התייחסות לקידוש הגוף והנעורים בקרב חברי הקהילה הגאה, דבר המתקשר עם קושי למצוא פרטנרים מיניים וזוגיות בגילאים המבוגרים. החשש מדחייה על רקע הגיל סומן כקשור לפגיעה בערך העצמי וירידה בביטחון בקרב גברי הקהילה המבוגרים והזקנים.

גורמים הנתפסים כמעכבי נגישות לשירותי בריאות. עלתה התייחסות לסוגיות שיכולות לעכב

או למנוע מגברים הומוסקסואלים מבוגרים צריכה של שירותי בריאות. שלושים ושישה משתתפים תיארו חשש סביב צפייה לדחייה ולסטיגמות מהממסד הרפואי. המשתתפים הזכירו כי במשך שנים רבות נאלצו להסתיר נטייתם לאור האקלים החברתי שהגדיר הומוסקסואליות כפתולוגיה ואף כלא חוקית. באופן דומה, 36 משתתפים דיווחו גם על קשיים בקבלה עצמית של נטייתם המינית או קשיים לחשוף את נטייתם המינית. קשיים אלו סומנו על ידי המשתתפים כיכולים לתרום להימנעות מצריכת שירותי בריאות – היות שפנייתם לשירותים אלה יכולה להעלות מצד נותני השירות שאלות באשר לנטייתם מינית והסטטוס הזוגי והמשפחתי שלהם.

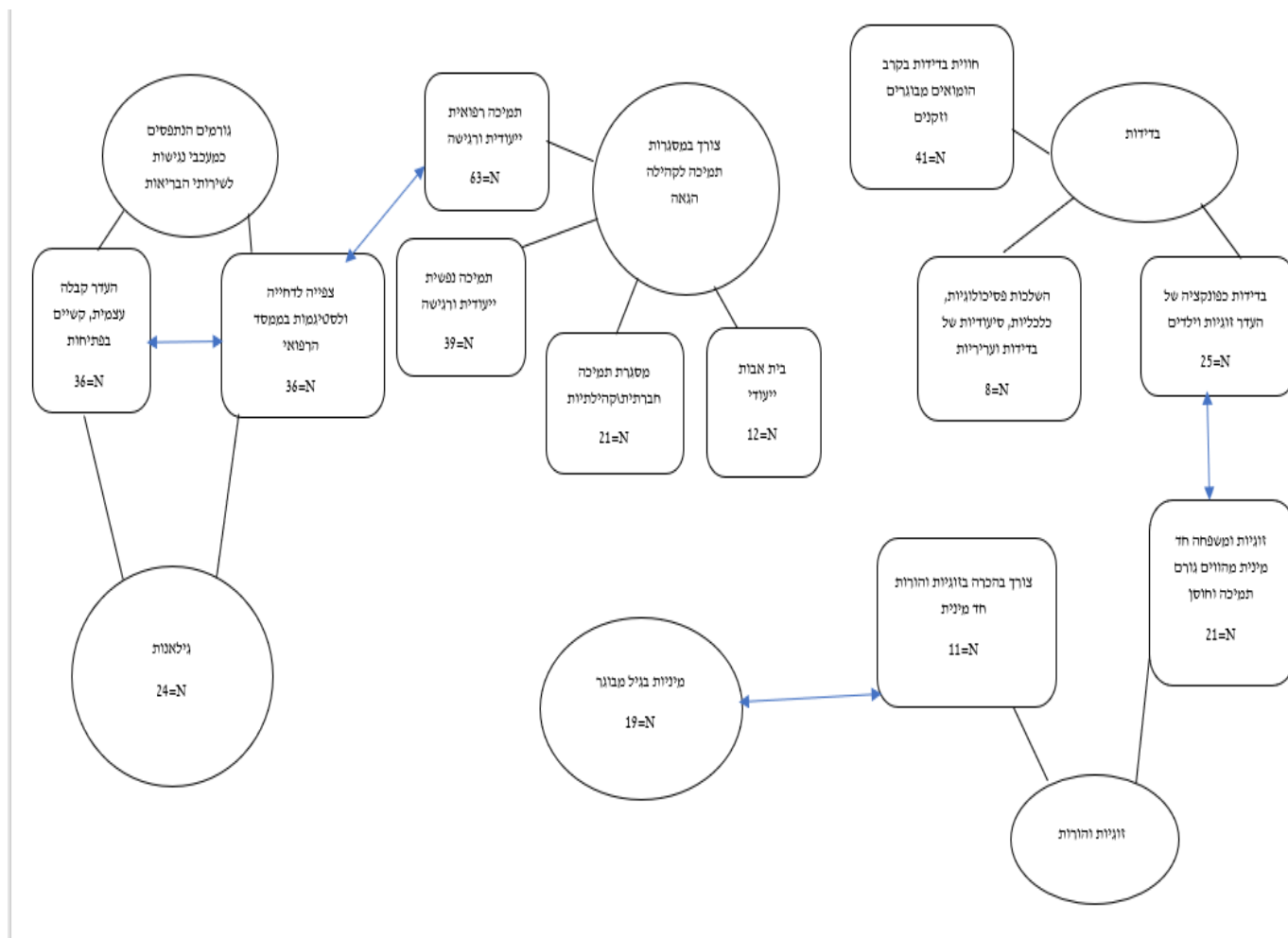
מיניות בזקנה. תשעה עשר משתתפים העלו את הצורך בהתייחסות והכרה במיניות בגיל

הזקנה מצד שירותי הרפואה ובריאות הנפש. צורך זה מתמקד בהכרה בקיומה של פעילות מינית, בסיכונים הנלווים לה ובחשיבותה של המיניות בקרב הומוסקסואלים מבוגרים וזקנים מבחינה נפשית ופיזית. הועלה צורך בליווי והדרכה גם בגיל מבוגר בנושא מיניות בטוחה, בדיקות מומלצות, ושיח פתוח בנושא עם נותני שירותי בריאות. מתוך הראיונות עולה כי הומוסקסואלים מבוגרים רבים שיצאו מהארון בגיל מאוחר ביטאו צורך מוגבר בליווי והדרכה באשר למיניות הומוסקסואלית בגילאים מבוגרים.

התפקיד של זוגיות והורות בגילאים המבוגרים. תמה זו סימנה זוגיות ומשפחה חד מינית

כגורמי תמיכה וחוסן, וככאלו שיכולים לסייע בהתמודדות עם אתגרי הזקנה. עשרים ואחד משתתפים העלו כי זוגיות והורות מקושרים עם תחושת ביטחון, איכות חיים טובה יותר, ופחות הזדקקות פוטנציאלית לשירותי בריאות. אחד עשר משתתפים העלו את הצורך בהכרה בזוגיות והורות חד מינית, קבלתה מצד שירותי הבריאות ומתן תוקף לקיומה בעת קבלת החלטות רפואיות. חלק ממשתתפי המחקר העלו את הטענה כי בשל מבנה משפחתי שונה, לבני זוגם לא תמיד ניתנת האפשרות ללוותם בעת בדיקת רפואית או בעת קבלת טיפול בבית חולים. הועלה הצורך במתן שוויון זכויות עבור משפחות גאות גם ללא צורך בהוכחה ספציפית של הקשר הזוגי או המשפחתי. הצורך להוכיח את הקשר הזוגי או המשפחתי הגאה סומן כקושי בירוקרטי ונלווה לתחושת אפליה אל מל זוגות ומשפחות הטרוסקסואליות.

Figure 4. Thematic Map of Israeli Older Gay Men Needs from Health Services



5. דיון ומסקנות

שלא בהתאם להשערתנו המרכזית, לא נמצאו הבדלים בין הומוסקסואלים והטרנסקסואלים

מבוגרים וזקנים במדדי בריאות פיזית ונפשית. עם זאת, עיבודים יותר ספציפיים כן הראו כי הומוסקסואלים שהיו מבוגרים יותר דיווחו על יותר קומורבידיות גופנית ביחס להטרנסקסואלים מבוגרים. בהתאמה, הומוסקסואלים מבוגרים שלא היו בזוגיות דיווחו על תדירות גבוהה יותר של ביקורים אצל הרופא וחרדה ביחס להטרנסקסואלים שלא היו בזוגיות. היסטוריית הגירה התגלתה כגורם חוסן, כך שהומוסקסואלים שלא נולדו בארץ דיווחו על תדירות נמוכה יותר של ביקורים אצל רופא ופחות חרדה ביחס להטרנסקסואלים מבוגרים וזקנים שלא נולדו בישראל. מתוך 81 ראיונות העומק שהתמקדו בקשיים וצרכים של הומוסקסואלים מבוגרים וזקנים אל מול שירותי בריאות התגבשו שש תמות מרכזיות שסימנו את חוויית הבדידות הנפוצה בקרב אוכלוסיית המחקר, הצורך במסגרות תמיכה ייעודיות לקהילה הגאה המבוגרת, הקושי אל מול ציפייה לגילאנות, גורמים הנתפסים כמעכבי נגישות לשירותי בריאות, התפקיד החשוב של המיניות בזיקנה גאה, והתפקיד של זוגיות והורות גאה בגילאים המבוגרים וחשיבותם להיבטים בריאותיים ונפשיים.

היעדר ההבדלים בין הומוסקסואלים והטרנסקסואלים במדדי הבריאות יכול להיות מוסבר דרך המסגרת התיאורטית של "הזדקנות מוצלחת" (successful aging) ששמה דגש על מסוגלות והסתגלות

בגילאים המבוגרים שיש באפשרותן לצמצם חולי וקושי (Young et al., 2009). בהתאמה, המסגרת התיאורטית של מסוגלות הצומחת ממשבר (crisis competency), שמתייחסת לכוח המחסן של התמודדות עם תהליכי יציאה מהארון בגיל צעיר גם אל מול קשיים היכולים להופיע בהזדקנות (Kimmel, 1978), יכולה גם כן להסביר את היעדר ההבדלים בין הומוסקסואלים להטרוסקסואלים זקנים במדדי הבריאות. כמו כן, גמישות בתפקידי מגדר ותהליכים חברתיים של שינוי המעניקים יותר זכויות ושוויון להומוסקסואלים, יכולים גם הם לצמצם השלכות בריאותיות שליליות על הומוסקסואלים (Van Wagenen et al., 2013). נראה כי הכוחות המוגדים של "לחץ מיעוטים", הפוגע בבריאות פיזית ונפשית של הומוסקסואלים, לצד "מסוגלות הצומחת ממשבר", המגינה מפני קשיים ומעניקה חוסן, מייצרים סוג של איזון כללי המתבטא בהיעדר אפקטים עיקריים של נטייה מינית על מדדי בריאות בקרב הטרוסקסואלים והומוסקסואלים מבוגרים וזקנים (Shenkman et al., 2018a; Shenkman et al., 2021).

היעדר ההבדלים בין קבוצות הנטייה המינית בבריאות פיזית ונפשית לא עולה בקנה אחד עם ספרות קודמת שזיהתה פגיעות פיזית ונפשית בקרב הומוסקסואלים מבוגרים וזקנים (Fredriksen-Goldsen et al., 2013). עם זאת, וכן בהתאם לספרות זאת, מחקרנו הנוכחי כן הצליח לזהות את התנאים הקשורים בגיל ובסטטוס זוגי אשר דרכם נחשפת הפגיעות הפיזית והנפשית של הומוסקסואלים מבוגרים.

אמנם התדרדרות במצב הבריאותי כפונקציה של גיל תועדה בעבר עבור הטרוסקסואלים כמו גם עבור הומוסקסואלים (Fredriksen-Goldsen et al., 2015), אך הדיווח על יותר קומורבידיות בריאותיות בקרב הומוסקסואלים זקנים ביחס להטרוסקסואלים זקנים הוא יחסית חדש ובעל השלכות לשירותי בריאות. ניתן להסביר את הפגיעות הזו של הומוסקסואלים מבוגרים ביחס להטרוסקסואלים כקשורה בין השאר לנשיאה ארוכת שנים של לחצי סטיגמה, הסתרה, ודעות קדומות, דבר היכול לפגוע בבריאות הפיזית (Frost et al., 2015).

הממצאים המראים כי הומוסקסואלים שאינם בזוגיות דיווחו על תדירות ביקורים גבוהה יותר אצל הרופא ויותר חרדה ביחס להטרוסקסואלים שלא היו בזוגיות, יכולים להיות מוסברים ע"י ההישענות של שירותי הבריאות בישראל על תמיכתם של בני משפחה (Berg-Warman et al., 2018). ייתכן כי הומוסקסואלים, הנמצאים גם כן בסבירות גבוהה יותר שלא להיות בזוגיות נוכח נגישות מצומצמת לנישואים חד-מיניים ותהליכי אפליה מתמשכים (Gross, 2014), עלולים לחוות יותר חרדה ולהזדקק יותר לשירותי הרופא מכיוון שאין להם תמיכה זוגית (Fredriksen-Goldsen et al., 2012).

המחקר הנוכחי זיהה כי היסטוריה של הגירה נקשרה עם תדירות נמוכה יותר של ביקורים אצל הרופא ופחות חרדה בקרב הומוסקסואלים ביחס להטרוסקסואלים. ממצא זה אודות החוסן הקשור להגירה אינו עולה בקנה אחד עם ממצאים שסימנו כי הגירה קושרה דווקא עם יותר פגיעות בריאותיות (Fitzpatrick & Freed, 2000). בעוד ניתן להעלות השערות באשר למשמעות אפשרית לארץ הספציפית שממנה בוצעה ההגירה (הומוסקסואלים היגרו יותר ממדינות צפון אפריקה ופחות מאירופה, זאת בשונה

מהקבוצה ההטרוסקואלית), אלו יהיו מאוד ספקולטיביות היות שמספר המגרים היה מצומצם מאוד. ועל כן, ממצא זה מחייב המשך מחקר ודגימה רחבה יותר.

החלק האיכותני של המחקר הנוכחי, שניתח 81 ראיונות עם הומוסקואלים מבוגרים זקנים, מאפשר מבט עומק לנושאים המרכזיים שמעסיקים הומוסקואלים מבוגרים זקנים בישראל, עם פוקוס על הנושא הבריאותי וצריכת שירותי בריאות.

תמת הבדידות, שהייתה מרכזית ביותר בדיוחי המרואיינים, מהדהדת ממצאים קודמים שהתקבלו בעולם ובארץ (Shnoor & Berg-Warman, 2019), ומתקשרת בצורה חזקה עם כך שלהומוסקואלים מבוגרים סיכוי גבוה משמעותית משל הטרוסקואלים לא להיות בזוגיות ולא להיות הורים, זאת נוכח תהליכי הפליה ארוכי שנים שמקשים על כינון זוגיות הומוסקואלית והקמת משפחה (Gross, 2014). גם נושא החשש מגילאנות שעלה מהראיונות, יכול להיקשר לסוגיית הבדידות, וזאת משום שהרבה מהמרואיינים ציינו כי גילאנות בולטת בזירה הזוגית-אינטימית, לאור גלורפיקציה של נעורים ושל יופי בקהילה הגאה (Shenkman & Tusia-Cohen, 2020), דבר היכול להקשות על מציאת זוגיות בקרב הומוסקואלים מבוגרים זקנים ובהתאמה להגביר בדידות. בדידות מוגברת נמצאת בקשר עם יותר חרדה ודיכאון כמו גם עם יותר פגיעות גופנית (Kobayashi & Steptoe, 2018). בהמשך לתמונת הבדידות המשמעותית, הועלה גם הצורך בשירותים הניתנים דרך מסגרות תמיכה קהילתיות-חברתיות ייעודיות שיותאמו לצרכי הקהילה הגאה ושבהן הומוסקואלים מבוגרים זקנים ירגישו יותר מוקפים באנשים הדומים להם וכך ירגישו פחות בודדים. מסגרות אלו יכולות לצמצם את חווית הבדידות, ולעודד פנייה לשירותי בריאות מצד הומוסקואלים מבוגרים זקנים.

ההתייחסות הנרחבת של המרואיינים לקשיים הקשורים בהיעדר זוגיות (בדידות וחששות פיננסיים, סיעודיים, ופסיכולוגיים), לצד העובדה כי היעדר זוגיות הינה דבר שכיח בקרב הומוסקואלים מבוגרים (Shnoor & Berg-Warman, 2019), נקשרת גם לממצאים מהמחקר הכמותני שנערך במסגרת הפרויקט הנוכחי. כך, המחקר הכמותני סימן כי היעדר זוגיות נקשר עם פגיעות של הומוסקואלים ליותר ביקורים אצל הרופא וליותר חרדה. בהתאמה, ראיונות העומק חשפו תמונה רחבה יותר הנוגעת לאופי החרדות סביב היעדר זוגיות, כגון חרדות לפרנסה ומשאבים, חרדות סביב היעדר תמיכה חברתית ורגשית וסביב היבטים סיעודיים בזיקנה. בהמשך לכך, עלתה מהראיונות גם התמונה ההופכית שמדגישה כיצד זוגיות והורות משרתים כגורמי חוסן ומסייעים להתמודדות בזיקנה ההומוסקואלית. בהקשר הישראלי, שמאופיין במשפחתיות גבוהה ובסוציאליזציה פרו-נטליסטית, זוגיות והורות גאה מהווים "דרך מלך" לקבלה חברתית, דבר היכול גם הוא לסייע אל מול לחץ מיעוטים וסטיגמות (Shenkman & Shmotkin, 2014; Shenkman, Siboni, et al., 2020).

לצד הצורך החזק שעלה מהראיונות למסגרות תמיכה ייעודיות לקהילה הגאה ולצד קריאה שעלתה מהמשתתפים לרגישות של ספקי שירותי בריאות לקהילה הגאה, סומנו גם גורמים שנתפסים כמעכבי נגישות לשירותי בריאות בקרב הומוסקואלים מבוגרים. בהקשר זה, בלט כי לאור היסטוריה של אפליה ודה-לגיטימציה בהקשר לנטייה הומוסקואלית, ישנו חשש מוגבר בקרב הומוסקואלים מבוגרים זקנים להיחשף לדחייה וסטיגמה מצד ספקי שירותי בריאות, דבר שיכול להקטין את צריכת שירותים

אלה. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרים קודמים בעולם שסימנו את ההשלכות השליליות של חשש מסטיגמה ודחייה בהקשר לצריכת שירותי בריאות בקרב לה"בים מבוגרים (Waling et al., 2019). כמו כן, היעדר קבלה עצמית לצד הפנמה של עמדות הומופוביות, יכולים להתבטא בקושי בחשיפה אישית מול גורמי רפואה, אשר עלול גם כן לבוא לידי ביטוי באימוץ פוזיציה הימנעותית ופחות צריכה של שירותי בריאות (Lyons et al., 2021).

תמה חשובה שסומנה בחלק האיכותני של הפרויקט הנוכחי נוגעת במיניות בזיקנה בהקשר ההומוסקסואלי. מיניות סומנה כנושא התורם רבות לרווחה הפיזית והנפשית בזיקנה, והועלה צורך של הומוסקסואלים מבוגרים וזקנים לסביבה שתאפשר שיח פתוח בנושא מיניות בגיל מבוגר. יצוין כי הומוסקסואלים זקנים רבים חיו שנים רבות בהסתרה של נטייתם ועל כן ייתכן שהוגבלה הנגישות שלהם למידע הנוגע למיניות בטוחה ובריאה (כולל אספקטים הייחודיים למיניות הומוסקסואלית). מכאן, שהומוסקסואלים מבוגרים וזקנים יוכלו להיתרם ממסגרות רפואיות מכילות וייעודיות.

לסיכום, שני המחקרים המרכיבים פרויקט זה הם מהראשונים שמתמקדים בבריאותם של הומוסקסואלים ישראלים בגילאי הבגרות והזיקנה ביחס להטרוסקסואלים ובצריכת שירותי הבריאות על ידיהם. מחקרים שבדקו נושאים דומים כמעט שלא התמקדו באוכלוסייה המבוגרת והזקנה (למשל, פרבר ושות', 2018; Shenkman & Shmotkin, 2010) ולא שילבו יחד שיטות כמותיות ואיכותניות להעמקת ההבנה של הצרכים משירותי הבריאות ולמציאת דרכי שיפור אפשריים של שירותים אלה (e.g., Clover, 2006). המחקרים הנוכחיים איתרו משתנים החושפים פגיעות פיזית ונפשית של הומוסקסואלים מבוגרים וזקנים (היעדר זוגיות וגיל מבוגר יותר) כמו גם חשפו תמונת עומק לתחושותיהם, קשייהם, וצרכיהם משירותי בריאות. ממצאים אלה עשויים להגביר את המודעות של נותני שירותי בריאות לצורכיהם הייחודיים של הומוסקסואלים, לשפר את השירותים הניתן לאוכלוסייה זאת, וכך לשפר את מצבם הבריאותי של אנשים המשתייכים לאוכלוסייה זאת. אכן, מדיניות המתחשבת בצורכי לה"בים נמצאה כקשורה לפחות בעיות נפשיות באוכלוסייה זאת (Hatzenbuehler et al., 2009). המחקרים הנוכחיים גם מעודדים מחקרי המשך שיתמקדו אף יותר בהבנת מקורות החוסן והפגיעות של הומוסקסואלים מבוגרים וזקנים ושיכולים להסביר היעדר הבדלים בבריאות פיזית ונפשית ביניהם לבין מקביליהם ההטרוסקסואלים. בנוסף לכל אלו, חשוב לציין את חוק ביטוח הבריאות הממלכתי, התשנ"ד (1994) שמבקש להבטיח כי חלוקת משאבי סל הבריאות הממלכתי תושבת על עקרונות צדק, שוויון ועזרה הדדית. עם זאת, ומהמוצג כאן, נראה כי אוכלוסיית הלה"בים בגילאי הבגרות והזקנה פעמים רבות אינה מקבלת מענה לצרכים המותאמים לה. במובן זה ביקשנו במחקר זה להבין את הצרכים של אוכלוסייה זו ולהעלות הצעות (ר' מטה) שיאפשרו יישום מוצלח ושוויוני יותר של חוק הבריאות הממלכתי ביחס לאוכלוסיית הלה"בים המבוגרת והזקנה.

6. המלצות

לאור ממצאי המחקרים מוצעות מטה מספר המלצות לגיבוש מדיניות ולמקבלי החלטות:

ראשית, כדי להצליח לקבל מידע רחב יותר על פערי בריאות בין הומוסקסואלים מבוגרים ביחס להטרוסקסואלים, מומלץ לשקול סימון של נטייה מינית, למי שמעוניין בכך, בתיק הרפואי, וזאת לצד סימון

נוסף של סטטוס זוגי. ניטור זה יאפשר עריכת מחקר רחב על צריכת שירותי בריאות ויאפשר מיפוי מדויק יותר של פערי בריאות וגורמי סיכון.

שנית, מומלץ להוסיף סממנים המזוהים עם הקהילה הגאה (דגל גאוה קטן/מדבקה עם צבעי הקשת הגאה) בכל מרפאה/חדרי רופאים. סממן זה עשוי לשדר קבלה ולהקנות תחושה נוחה יותר למטופלים מתוך הקהילה, וכך לעודד צריכת שירותי בריאות.

שלישית, מומלץ להקים מרכזים דומים למרכז הגאה שבמרכז תל אביב (בו מגוון פעילויות חברתיות ופסיכו-סוציאליות המיועדות לקהילה הגאה) גם במקומות נוספים, ובעיקר בפריפריה. במרכזים אלו ניתן יהיה להציע פעילויות חברתיות שיוכלו להקל על הבדידות של הומוסקסואלים זקנים. יוכלו לדוגמה להיערך הרצאות ופעילויות בנושאים כגון בדידות, זוגיות בגיל השלישי, גילאנות בתוך הקהילה, יציאה מהארון בגיל מבוגר, קבלה עצמית, ומיניות הומוסקסואלית בגיל השלישי.

רביעית, מומלץ להקים מרפאות ייעודיות (בדומה למרפאות הקיימות במרכז תל אביב) שיספקו שירותי בריאות ייעודיים לקהילה הגאה ככלל ולקהילה הגאה והמבוגרת והזקנה בפרט.

חמישית, ישנה חשיבות בהגברת ההנגשה של השירותים הפסיכו-סוציאליים לאוכלוסייה ההומוסקסואלית המבוגרת ברחבי הארץ (פרסום רחב יותר של השירותים במדידות המתאימות, כולל דרך שיחות טלפון ופליירים עבור אלה שנגישותם לאינטרנט מוגבלת).

שישית, מומלץ לשקול הקמת בתי אבות או דיורים מוגנים ייעודיים/ gay friendly עבור הקהילה הגאה כמו גם להגביר את מודעות הצוות בכלל בתי האבות והדיורים המוגנים לצרכיהם של הומוסקסואלים זקנים על ידי השתלמויות בנושאים הקשורים לקהילה הגאה המבוגרת והזקנה. ניתן, בנוסף, להציע תוכנית חינוכית/חברתית בבתי האבות ובדיורים המוגנים המפוזרים ברחבי הארץ לגבי הביטויים ייחודיים בהזדקנות גאה שתסייע ביצירת אטמוספירה חברתית מקבלת יותר עבור הומוסקסואלים זקנים.

שביעית, מומלץ לחתור להגברת המודעות של כלל צוותי שירותי הבריאות בכל הנוגע למהו טיפול רגיש לקהילה הגאה, כדי לייצר סביבה מקבלת ונגישה למתן שירותי בריאות.

7. רשימת המקורות

דורון, י. (2016). זכויותיהם של חברי הקהילה הגאה בזקנה בישראל. מתוך ע. מורגנשטרן, י. לוינסקי, וא. הראל (עורכים), *זכויות הקהילה הגאה בישראל: משפט, נטייה מינית וזהות מגדרית* (עמ' 369-394). צפירים: נבו.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד (1994).

כנסת ישראל, ועדת העבודה, הרווחה והבריאות. (2017). *פרוטוקול ישיבת ועדת העבודה, הרווחה והבריאות* (פרוטוקול מס' 462). אוחר מ

<https://oknesset.org/meetings/2/0/2014290.html>

פרבר, ר., שפירא, י., וניסלהוץ גנות, ר. (2018, מאי). *הבדלים בשימוש במערכת הבריאות בקהילה, בתפיסות בייחס למצב הבריאות וצריכת שירותי בריאות בקרב גברים הומוסקסואלים לעומת גברים הטרוסקסואלים*. הרצאה בכנס השנתי ה-13 למדיניות הבריאות של המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות, תל אביב. התקציר אוחר מ

<https://docplayer.gr/91468567-Hmkvn-hlvmy-lkhqr-shrvty-hbryvt-vmdynyvt-hbryvt-%60-r-spr-tqtsyrym-yvm-d-k-d-yyr-tsh%60-kh-mlvn-dyvvyd-yntrqvntynntl-tl-byb.html>

קפלן, ד. (1999). *דויד, יהונתן וחיילים אחרים: על זהות, גבריות ומיניות ביחידות קרביות בצה"ל*. תל-אביב: הקיבוץ המאוחד.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.

Berg-Warman, A., Resnizky, S., & Brodsky, J. (2018). *Who cares for the caregiver? How the health services address the needs of family caregivers*. Myers-JDC Brookdale Institute.

Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 57–71). American Psychological Association.

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *CDC Health Disparities and Inequalities Report-United States*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/other/su6001.pdf>

Choi, S. K., & Meyer, I. H. (2016). LGBT aging: A review of research findings, needs, and policy implications. The Williams Institute, UCLA School of Law. Retrieved from <https://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/LGBT-Aging-A-Review.pdf>

- Clover, D. (2006). Overcoming barriers for older gay men in the use of health services: A qualitative study of growing older, sexuality and health. *Health Education Journal*, 65, 41-52.
- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2007). Physical health complaints among lesbians, gay men, and bisexual and homosexually experienced heterosexual individuals: Results from the California Quality of Life Survey. *American Journal of Public Health*, 97, 2048–2055.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *The Journal of the American Medical Association*, 298, 1685–1687.
- Conron, K. J., Mimiaga, M. J., & Landers, S. J. (2010). A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. *American Journal of Public Health*, 100, 1953-1960.
- Courtenay, W. H. (2001). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385–1401.
- Czaja, S.J., Sabbag, S., Lee, C.C., Schulz, R., Lang, S., Vlahovic, T., ... Thurston, C. (2015). Concerns about aging and caregiving among middle-aged and older lesbian and gay adults. *Aging & Mental Health*, 20, 1107–1118.
- De Vries, B. (2014). LG (BT) persons in the second half of life: The intersectional influences of stigma and cohort. *LGBT Health*, 1, 18–23.
- Department of Health and Human Services, Healthy People 2020. (2020). *Foundation Health Measures: Disparities*. Washington, DC: Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. Retrieved from <https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Disparities>
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European journal of ageing*, 6, 91.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41, 1149-1160.
- Fitzpatrick, T. R., & Freed, A. O. (2000). Older Russian immigrants to the USA: Their utilization of health services. *International Social Work*, 43, 305-323.
- Fredriksen-Goldsen, K. I. (2011). Resilience and disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *The Public policy and aging report*, 21, 3-7.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Emlert, C. A., Kim, H., Muraco, A., Erosheva, E., Goldsen, J., & Hoy-Ellis, C. P. (2012). The physical and mental health of lesbian, gay male, and bisexual

- (LGB) older adults: The role of key health indicators and risk and protective factors. *The Gerontologist*, 53, 664-675.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Barkan, S. E., Muraco, A., & Hoy-Ellis, C. P. (2013). Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: Results from a population-based study. *American Journal of Public Health*, 103, 1802-1809.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. J., Shiu, C., Goldsen, J., & Emler, C. A. (2015). Successful aging among LGBT older adults: Physical and mental health-related quality of life by age group. *The Gerontologist*, 55, 154-168.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., & Muraco, A. (2010). Aging and sexual orientation: A 25-year review of the literature. *Research on Aging*, 32, 372-413.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Simoni, J. M., Kim, H. J., Lehavot, K., Walters, K. L., Yang, J., ... Muraco, A. (2014). The health equity promotion model: Reconceptualization of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health disparities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84, 653-663.
- Frost, D. M., Lehavot, K., & Meyer, I. H. (2015). Minority stress and physical health among sexual minorities. *Journal of Behavioral Medicine*, 38, 1-8.
- Gabbay, S., & Wahler, J. (2002). Lesbian aging: Review of a growing literature. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*, 14, 1-21.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *Discovery of grounded theory*. Chicago, IL: Aldine.
- Gross, A. (2014). The politics of LGBT rights in Israel and beyond: Nationality, normativity, and queer politics. *Columbia Human Rights Law Review*, 46, 81-152.
- Grossman, A. H. (2008). Conducting research among older lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20, 51-67.
- Hamilton, C. J., & Mahalik, J. R. (2009). Minority stress, masculinity, and social norms predicting gay men's health risk behaviors. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 132-141.
- Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health*, 99, 2275-2281.
- Hatzenbuehler, M. L., O'Cleirigh, C., Grasso, C., Mayer, K., Safren, S., & Bradford, J. (2012). Effect of same-sex marriage laws on health care use and expenditures in sexual minority men: A quasi-natural experiment. *American Journal of Public Health*, 102, 285-291.

- Hawkey, L. C., & Kocherginsky, M. (2018). Transitions in loneliness among older adults: A 5-year follow-up in the National Social Life, Health, and Aging Project. *Research on aging, 40*, 365-387.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY: Guilford.
- Humphreys, N. A., & Quam, J. K. (1998). Middle-aged and older gay, lesbian, and bisexual adults. In G. A. Appleby & J. W. Anatas (Eds.), *Not just a passing phase: Social work with gay, lesbian and bisexual people* (pp. 245–268). New York, NY: Columbia University Press.
- Hutchinson, M. K., Thompson, A. C., & Cederbaum, J. A. (2006). Multisystem factors contributing to disparities in preventive health care among lesbian women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 35*, 393–402.
- Ifrah, K., Shenkman, G., & Shmotkin, D. (2018) How does sexual orientation relate to openness to experience in adulthood? *Personality and Individual Differences, 131*, 164-173.
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies.
- Jankowski, G. S., Diedrichs, P. C., Williamson, H., Christopher, G., & Harcourt, D. (2016). Looking age-appropriate while growing old gracefully: A qualitative study of ageing and body image among older adults. *Journal of Health Psychology, 21*, 550-561.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five Trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102-138). New York, NY: Guilford.
- Jones, B. E. (2002). Is having the luck of growing old in the gay, lesbian, bisexual, transgender community good or bad luck? *Journal of Gay and Lesbian Social Services, 13*, 13–14.
- Kama, A. (2005). LGBT youth in Israel. In J. T. Sears (Ed.), *Youth, education, and sexualities: An international encyclopedia* (pp. 453–457). Westport, CT: Greenwood.
- Katz-Wise, S. L., & Hyde, J. S. (2012). Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: A meta-analysis. *Journal of sex research, 49*, 142-167.
- Khalaila, R., & Litwin, H. (2014). Changes in health behaviors and their associations with depressive symptoms among Israelis aged 50+. *Journal of aging and health, 26*, 401-421.
- Khan, S. N. (2014). Qualitative research method: Grounded theory. *International Journal of Business and Management, 9*, 224.

- Kimmel, D. (1978). Adult development and aging: A gay perspective. *Journal of Social Issues*, 34, 113–130.
- Kimmel, D. (2014a). Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging concerns. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 37, 49-63.
- Kimmel, D. C. (2014b). Theories of aging applied to LGBT older adults and their families. In N. A. Orel & C. A. Fruhauf (Eds.), *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience* (pp. 73-90). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Oxford, England: Saunders.
- Klein, U. (1999). “Our best boys” the gendered nature of civil-military relations in Israel. *Men and Masculinities*, 2, 47-65.
- Kobayashi, L. C., & Steptoe, A. (2018). Social isolation, loneliness, and health behaviors at older ages: longitudinal cohort study. *Annals of Behavioral Medicine*, 52, 582-593.
- Lick, D. J., Durso, L. E., & Johnson, K. L. (2013). Minority stress and physical health among sexual minorities. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 521 –548.
- Lifshitz, R., Ifrah, K., Markovitz, N., & Shmotkin, D. (2020). Do past and prospective adversities intersect? Distinct effects of cumulative adversity and the hostile-world scenario on functioning at later life. *Aging & Mental Health*, 24, 1116–1125.
- Liu, W. M., & Iwamoto, D. K. (2007). Conformity to masculine norms, Asian values, coping strategies, peer group influences and substance use among Asian American men. *Psychology of Men and Masculinity*, 8, 25–39.
- Lock, J., & Steiner, H. (1999). Gay, lesbian, and bisexual youth risks for emotional, physical, and social problems: Results from a community-based survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 297– 304.
- Lyons, A., Alba, B., Waling, A., Minichiello, V., Hughes, M., Barrett, C., ... & Pepping, C. A. (2021). Comfort among older lesbian and gay people in disclosing their sexual orientation to health and aged care services. *Journal of Applied Gerontology*, 40, 132-141.
- Mahalik, J. R., Lagan, H. D., & Morrison, J. A. (2006). Health behaviors and masculinity in Kenyan and U.S. male college students. *Psychology of Men and Masculinity*, 7, 191–202.
- Malebranche, D. J., Peterson, J. L., Fullilove, R. E., & Stackhouse, R. W. (2004). Race and sexual identity: Perceptions about medical culture and healthcare among Black men who have sex with men. *Journal of the National Medical Association*, 96, 97-107.

- Marshall, B., Cardon, P., Poddar, A., & Fontenot, R. (2013). Does sample size matter in qualitative research?: A review of qualitative interviews in IS research. *Journal of Computer Information Systems*, 54, 11-22.
- Mays, V. M., & Cochran, S. D. (2001). Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 91, 1869–1876
- McCann, E., Sharek, D., Higgins, A., Sheerin, F., & Glacken, M. (2013). Lesbian, gay, bisexual and transgender older people in Ireland: Mental health issues. *Aging & Mental Health*, 17, 358–365.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1991). Adding liebe und arbeit: The full five-factor model and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 227–232.
- McGarry, K. A., Clarke, J. G., Cyr, M. G., & Landau, C. (2002). Evaluating a lesbian and gay health care curriculum. *Teaching and Learning in Medicine: An International Journal*, 14, 244–248.
- Mereish, E. H., & Poteat, V. P. (2015). A relational model of sexual minority mental and physical health: The negative effects of shame on relationships, loneliness, and health. *Journal of Counseling Psychology*, 62, 425-437.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674–697.
- Meyer, I. H. (2007). Prejudice and discrimination as social stressors. In I. H. Meyer & M. E. Northridge (Eds.), *The health of sexual minorities* (pp. 242–267). Washington, DC: American Psychological Association.
- Morin, S. F. (1977). Heterosexual bias in psychological research on lesbianism and male homosexuality. *American Psychologist*, 32, 629-637.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Riggle, E. D. B., Rostosky, S. S., & Horne, S. G. (2010). Psychological distress, well-being, and legal recognition in same-sex couple relationships. *Journal of Family Psychology*, 24, 82-86.
- Sabin, J. A., Riskind, R. G., & Nosek, B. A. (2015). Health care providers' implicit and explicit attitudes toward lesbian women and gay men. *American Journal of Public Health*, 105, 1831-1841.

- Sandfort, T. G. M., Bakker, F., Schellevis, F. G., & Vanwesenbeeck, I. (2006). Sexual orientation and mental and physical health status: Findings from a Dutch population survey. *American Journal of Public Health, 96*, 1119–1125.
- Schope, R. D. (2005). Who's afraid of growing old? Gay and lesbian perceptions of aging. *Journal of Gerontological Social Work, 45*, 23–39.
- Shenkman, G., Ifrah, K., & Shmotkin, D. (2018a). The association between negative attitudes toward aging and mental health among middle-aged and older gay and heterosexual men in Israel. *Aging & mental health, 22*, 503-511.
- Shenkman, G., Ifrah, K., & Shmotkin, D. (2018b). Meaning in life among middle-aged and older gay and heterosexual fathers. *Journal of Family Issues, 39*, 2155-2173.
- Shenkman, G., Ifrah, K., & Shmotkin, D. (2020). Interpersonal vulnerability and its association with depressive symptoms among gay and heterosexual men. *Sexuality Research and Social Policy, 17*, 199-208.
- Shenkman, G., Ifrah, K., & Shmotkin, D. (2021). The moderation of socio-demographics in physical and mental health disparities among Israeli gay and heterosexual middle-aged and older men. *Aging & Mental Health*, 1-8. First online publication.
- Shenkman, G., & Shmotkin, D. (2010). Mental health among Israeli homosexual adolescents and young adults. *Journal of Homosexuality, 58*, 97-116.
- Shenkman, G., & Shmotkin, D. (2013). The hostile-world scenario among Israeli homosexual adolescents and young adults. *Journal of Applied Social Psychology, 43*, 1408-1417.
- Shenkman, G., & Shmotkin, D. (2014). “Kids are joy” psychological welfare among Israeli gay fathers. *Journal of Family Issues, 35*, 1926-1939.
- Shenkman, G., & Shmotkin, D. (2016). The hostile-world scenario and mental health concomitants among gays and lesbians. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health, 20*, 70-86.
- Shenkman, G., Shrira, A., Ifrah, K., & Shmotkin, D. (2018). Interpersonal vulnerability among offspring of Holocaust survivors gay men and its association with depressive symptoms and life satisfaction. *Psychiatry research, 259*, 89-94.
- Shenkman, G., Siboni, O., Taker, F., & Costa, P. (2020). Pathways to fatherhood: Psychological welfare among Israeli gay fathers through surrogacy, gay fathers through previous heterosexual relationships, and heterosexual fathers. *Frontiers in Psychology, 11*, 1-13.
- Shenkman, G., & Tusia-Cohen, Y. (2020). Physical self-concept and its association with depressive symptoms among gay men and lesbian women and their heterosexual counterparts. *Sex Roles, 83*, 114-125.

- Shilo, G., Antebi, N., & Mor, Z. (2015). Individual and community resilience factors among lesbian, gay, bisexual, queer and questioning youth and adults in Israel. *American Journal of Community Psychology, 55*, 215-227.
- Shilo, G., & Mor, Z. (2014). The impact of minority stressors on the mental and physical health of lesbian, gay, and bisexual youths and young adults. *Health & Social Work, 39*, 161-171.
- Shnoor, Y., & Berg-Warman, A. (2019). Needs of the aging LGBT community in Israel. *International Journal of Aging and Human Development, 89*, 77-92.
- Shokeid, M. (2003). Closeted cosmopolitans: Israeli gays between center and periphery. *Global Networks, 3*, 387-399.
- Sion, L., & Ben-Ari, E. (2009). Imagined masculinity: Body, sexuality, and family among Israeli military reserves. *Symbolic Interaction, 32*, 21–34.
- Van Wagenen, A., Driskell, J., & Bradford, J. (2013). “I’m still raring to go”: Successful aging among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Aging Studies, 27*, 1–14.
- Watters, J. K., & Biernacki, P. (1989). Targeted sampling: Options for the study of hidden populations. *Social Problems, 36*, 416-430.
- Wang, J., Hausermann, M., Counatsou, P., Aggleton, P., & Weiss, M. G. (2007). Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men’s Health Study. *Preventive Medicine, 44*, 70–75.
- Waling, A., Lyons, A., Alba, B., Minichiello, V., Barrett, C., Hughes, M., ... & Edmonds, S. (2019). Experiences and perceptions of residential and home care services among older lesbian women and gay men in Australia. *Health & Social Care in the Community, 27*, 1251-1259.
- Young, Y., Frick, K. D., & Phelan, E. A. (2009). Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association, 10*, 87–92.