

**לפני כחודשיים הופיעה ידיעה קצרה
ב"מעריב" ובה דווח על מחקר שנעשה
על תוחלת החיים בקיבוצים דתיים
לעומת חילוניים. במשך כל שנות
המחקר היה שיעור התמותה
בקיבוצים החילוניים גבוה פי 1.8 עד
פי 4 מאשר בקיבוצים הדתיים. להלן
תקציר המאמר המקורי שהופיע
במארס 1996
ב"AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC
HEALTH**

וחי בהם

**ג' קרק, י' פרידלנדר, ע' מרטין,
א' מנור, ה' בלונדהיים**

הקשר האפשרי בין בריאות לבין אמונה ושמירת אורח חיים דתי מעסיק זמן רב חוקרים מתחומים שונים. השאלה אם אורח חיים דתי מועיל לבריאות נותרה עד כה ללא מענה. כשכאים לבדוק את הקשר בין דת לבריאות, קשה לבדדו מהשפעת גורמים אחרים, כגון מוצא עדתי, מעמד חברתי ונגישות לתמיכה חברתית. ובכל זאת מצביעים, מחקרים שנערכו בעבר בקרב האוכלוסייה היהודית

בישראל על קשר בין אורח חיים דתי לבין שיעור נמוך יחסי של מחלות לב. מטרת המחקר הנוכחי הייתה לקבוע אם יש קשר סיבתי בין שמירה על אורח חיים יהודי-דתי לבין רמת הבריאות, באמצעות השוואת אוכלוסיות בעלות דמיון מירבי במבנה חברתי, במגוון תמיכה ובסגנון חיים. אוכלוסיית הקיבוצים בישראל הדומים מבחינות אלה אך נבדלים בתחום הדתי, נמצאה מתאימה למחקר זה.

הקיבוצים הדתיים והחילוניים דומים במבנם החברתי והכלכלי, בתפקודם ובהיותם בסיס לקהילה מאוחדת ותומכת. ביחס לאוכלוסייה הישראלית מתאפיינת אוכלוסיית הקיבוצים בכללה בשיעור תמותה נמוך. השאלה שהציב מחקרנו הייתה, האם ההשתייכות לקיבוץ דתי דווקא מספקת הגנה נוספת.

שיטות המחקר

ערכנו מחקר השוואתי על תמותה בקיבוצים חילוניים ודתיים. המחקר נערך במשך 16 שנים, מ-1979 עד 1985. 11 קיבוצים דתיים שנוסדו לפני 1965 נבחנו מול 11 קיבוצים מהתק"ם. נקודות ההשוואה היו מקום גיאוגרפי, שייכות לאותו בית-יחולים אזורי, מספר החברים בני ארבעים ומעלה ושנת ייסוד הקיבוץ. המחקר כלל תברי קיבוץ שהיו בני 36 ומעלה בתחילת המחקר ונלקחו בחשבון נתונים כמו ותק בקיבוץ, כניסה ויציאה מהמערכת הקיבוצית, התבררות תוך כדי תקופת הבדיקה ותמותה. לרשות המחקר עמדו נתונים סטטיסטיים מלאים.

ב-16 שנות המחקר נבדקו 3,900 אנשים, ומתוכם נפטרו 268. בקיבוצים הדתיים נבדקו פחות אנשים מאשר בקיבוצים החילוניים (1,777 לעומת 2,123, הבדל של 16%). באופן כללי, חברי הקיבוצים הדתיים היו צעירים יותר. יציבות באוכלוסיות מעל גיל 25 ניכרה בשתי הקבוצות. בקיבוצים הדתיים גרשמה במשך התקופה האמורה פחות עזיבה מאשר בקיבוצים החילוניים (63 לעומת 162 חברים).

מקורות מידע

מקורות המידע שעמדו לרשותנו היו:

1. רשימות אוכלוסין של כל קיבוץ, אלה אומתו באמצעות רשימות של גורמים סיעודיים.
 2. תיקי אוכלוסין מרכזיים של התנועות הקיבוציות.
 3. רשימות של חברות-קדישא. מתוך 268 הפטירות היו 69 בקיבוצים דתיים ו-199 בקיבוצים חילוניים. חברים שעזבו את הקיבוץ יצאו מן המעקב.
- המידע לגבי סיבת המוות בכל מקרה ומקרה נלקח מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומתוך העתקי תעודות הפטירה. במקרים אחדים, כאשר סיבת המוות לא נרשמה כהלכה או לא הייתה ברורה, הועדף המידע שהגיע ממרפאות הקיבוצים.
- סיבות המוות סווגו לארבע קבוצות אלה:
1. בעיות במערכת הדם. 73% מתוכן היו מחלות לב.
 2. גידולים למיניהם.
 3. גורמים חיצוניים (תאונות דרכים, תאונות אחרות והתאבדויות).
 4. גורמים אחרים.
- מתוך 268 הפטירות, 117 אירעו בעקבות בעיות במערכת הדם (44%); 83 פטירות נגרמו בעקבות גידולים למיניהם (31%); 22 פטירות נגרמו על ידי גורמים חיצוניים (8%); ו-46 פטירות נבעו מגורמים אחרים (17%).

דיון

במשך כל שנות המחקר היה שיעור התמותה בקיבוצים החילוניים גבוה פי 1.8 עד פי 4 מאשר בקיבוצים הדתיים, לגבי שני המינים כאחת. גם כאשר לוקחים בחשבון את תוחלת החיים הארוכה יותר של נשים באופן כללי, לא הייתה לנשים החילוניות באוכלוסיית המחקר תוחלת חיים ארוכה יותר משל הגברים הדתיים.

האפשרות של הטיית הממצאים על ידי הבדלים סוציו-דמוגרפיים בין הקבוצות דחוקה למדי. מידע על גורמים

אלה התקבל במחקר מעקב נפרד שערכנו ב-1991 בחלק מהאוכלוסייה המקורית. מוצא עדתי בישראל קשור להבדלים בשיעור תמותה, אבל חברי הקיבוצים במחקר היו דו-גזרנים ממוצא אירופי. רמת ההשכלה בשתי האוכלוסיות הייתה כמעט זהה. תעסוקה ורמת חיים בקיבוצים הדתיים והחילוניים היו דומות מאוד, אם כי בקיבוצים הדתיים הייתה רמה נמוכה יותר של תצרוכת אישית. המבנה הכלכלי והטכנולוגי בקיבוצים היה כמעט זהה. מכאן שההבדלים במעמד חברתי, גורם מכריע בקביעת רמת הבריאות בדרך כלל, אינם באים בחשבון כהסבר לממצאים. גם הוותק בקיבוץ לא נמצא כגורם בעל השפעה כלשהי.

אחד ההסברים להשפעה החיובית של שמירה על אורח חיים זה הוא התועלת הבאה כתוצאה מהשתייכות לקבוצה תומכת. עם זאת מאופיינת החברה בקיבוץ בכללותה במערכות תמיכה חזקות, פורמליות ובלתי פורמליות. במחקר שערכנו ב-1991 נמצא, כי מערכות אלה של תמיכה נמצאו דומות בקיבוצים משני הסוגים. איכות שידותי סיעוד ראשוניים ונגישותם, שהן גורמים אפשריים בקביעת שיעור התמותה, היו גבוהות הן בקיבוצים הדתיים והן בחילוניים. גם הקירבה הגיאוגרפית למקורות סיעוד משניים, כלומר קופת-חולים, בתי-חולים וכולי, הייתה דומה.

הושקע מאמץ ניכר בהשגת מירב הנתונים ובבדיקה השוואתית של מקורות המידע השונים לסיבות המוות, דבר המקטין את סיכווי הטעות בנתונים. בכל צמד קיבוצים שהשוו הגיע המידע מאותו בית-חולים אזורי המשרת את שניהם.

האם היו הבדלים מהותיים במאפייני בריאות בין חברי הקיבוצים הדתיים והקיבוצים החילוניים? אין עדות שהקיבוצים הדתיים החמירו יותר בקבלת חברים על פי מצב בריאותם, ובאף קיבוץ לא הייתה קיימת מדיניות של הרחקת חברים חולים מהקיבוץ. אין גם לשער שעוזבי הקיבוצים (3.5%

בקיבוצים הדתיים ו-7.6% בקיבוצים החילוניים) בתקופת המחקר היו בריאים יותר והותירו בקיבוצים אוכלוסיות בעלות סיכון גבוה יותר למחלות שונות. בכל זאת אי-אפשר לבטל לחלוטין את שאלת הבריאה. אך יהיה זה בלתי סביר שגורמים משתנים כאלה פעלו בין האוכלוסיות שנבדקו בתקופת המחקר או שהיו בעלי עוצמה מספקת כדי להסביר את ממצאי המחקר שלנו.

ערכנו השוואה בין שתי חברות שחיות ביישובים שיתופיים כמעט זהים ושהינן בעלות אותה אידיאולוגיה שוויונית בכל הקשור לחלוקת תפקידים בתהליכי ייצור ואספקת צורכי החברים בהן. כמעט כל חברי הקיבוצים החילוניים הם בעלי השקפת עולם נעדרת אמונה דתית, לעומת חברי הקיבוצים הדתיים, שכמעט כולם שומרי מצוות.

גורמי סיכון קונבנציונליים

ייתכן שההבדלים בגורמי סיכון נפוצים – כגון מנהגי אכילה, עישון, השמנת יתר, שתיית אלכוהול וחשיפה לתאונות – משחקים תפקיד מידע על גורמים כאלה לא היה בידינו בתחילת המחקר. בכל מקרה, החשבנו גורמים אלה כמשתנים פוטנציאליים ולא כגורמים קובעים, משום שהם אינם נגזרים על ידי נורמות דתיות.

נסיעה בדרכי אסורה, למשל, בשבתות ובחגים מסוימים. יתרה מזו, מחקרים אחרים הראו כבר, שתצרוכת השומנים בקרב דתיים עירוניים נמוכה יחסית לשכניהם החילוניים. מאידך גיסא, אין איסורים דתיים על שתיית משקאות אלכוהוליים, קפה, תה או טבק (חוץ מעישון בשבתות). בקרב אוכלוסיות עירוניות בישראל דווח על ריכוזי כולסטרול בדם ושיעורי עישון נמוכים יותר אצל דתיים, אבל רמות לחץ הדם, הפעילות הגופנית וההשמנה היו כמעט שוות בשתי הקבוצות.

במחקר שלנו נמצאו רמות לחץ דם והשמנה דומות בין שתי הקבוצות. רמות כולסטרול בדם היו גבוהות מעט יותר

אצל החילוניים, גברים ונשים כאחד. מצד שני היו בין הדתיים, גברים ונשים, חולי סוכרת יותר מאשר בין החילוניים. עישון בקיבוצים החילוניים היה תדיר יותר באופן משמעותי לעומת הקיבוצים הדתיים.

השוואה עם מחקרים נוספים הראתה השפעה מועטה של הבדלים בגורמי סיכון חיצוניים על הקיבוצים החילוניים והדתיים יש לשער שאת הגורם לתועלת הבריאותית של חיים בקיבוץ דתי צריך להסביר באופן אחר.

הקטנת לחץ ומתח נפשי

אפשרות אחת להסברת ההבדל הינה, שסביבה חברתית דתית מעוררת פחות לחץ נפשי ומעודדת תחושת בריאות כללית. במחקר קודם נמצא שגברים יהודים אורתודוקסים, אף שדיווחו שיש להם "יותר בעיות" מאחרים, היו פחות מדאגים מאותן בעיות.

במחקרנו נמצא שגם כאשר

מבטלים את השפעותיהם

הידועות של ההבדלים

הסוציו-אקונומיים ומשיגים על

ידי כך רמת בריאות גבוהה, עדיין

ניכרת השפעה משמעותית של

שמירת אורח חיים דתי על

התמותה ועל מצב הבריאות.

מרכיבים אפשריים של הקטנת לחץ ומתח הם כדלהלן:

1. השקפת עולם עקבית והרגשת שייכות לקהילה מעודדות בריאות אמוציונלית.

2. תגובת רגיעה הקשורה בתפילה תדירה. גורם זה משפיע, כמובן, יותר על הגברים המתפללים שלוש פעמים ביום, מאשר על הנשים אשר מתפללות בדרך כלל רק בשבתות ובחגים. עם זאת מצאנו שנשים בקיבוצים הדתיים "מוגנות" ל-פחות מהגברים. ייתכן שקיימת השפעה

6. תחושת בריאות הנובעת מחיים בתוך קהילה דתית מאוחדת. אומנם התמיכות החברתיות בקיבוץ חילוני הן משמעותיות, אך ההשתתפות בקולקטיב הדתי יכולה להעניק תמיכה נוספת. גם מחקרים אחרים הראו שמערכות דתיות העניקו לחבריהן תמיכה חברתית והדרכה בעתות משבר אישי במידה רבה יותר, ובכך הקטינו את סכנת ההתאבדות. דבר זה אומת על ידי מחקרנו באשר למספר מקרי ההתאבדות בין שתי האוכלוסיות שנבדקו.

מסקנות

במחקרנו נמצא שגם כאשר מבטלים את השפעותיהם הידועות של ההבדלים הסוציו-אקונומיים ומשיגים על ידי כך רמת בריאות גבוהה, עדיין ניכרת השפעה משמעותית של שמירת אורח חיים דתי על התמותה ועל מצב הבריאות. השפעה זו יכולה להוות נושא לבחינה מעמיקה נוספת.

המאמר מבוסס על מחקר שערכו פרופ' גרמי קרק, ד"ר יחיאל פרידלנדר ופרופ' עוז מרטין מהמחלקה לרפואה חברתית, ד"ר אורלי מנור מהמחלקה לרפואה סביבתית ופרופ' הלל בלונדהיים מהמחלקה לרפואה פנימית, כולם מהמרכז הרפואי הדסה עין-כרם. המחקר נערך בשיתוף בית-הספר לרפואה ציבורית של האוניברסיטה העברית. נטלה בו חלק גם גליה שמי מקיבוץ יזרעאל.

תרגום מאנגלית: פיל לרמן
עיבוד: חנה עמית

היובית גם לעצם קיומה של תפילה בציבור.

3. אמונה בקב"ה וקבלת חוקי הדת. הגורם הקובע התנהגות נורמטיבית בחברה הדתית הוא חיצוני-אלוהי, ואילו האוטונומיה החילונית קובעת שמקור הסמכות הוא בני-אדם.

4. התנהגויות טקסיות החוזרות על עצמן תדיר ומבוססות על חוקי הדת יוצרות פחות דו-משמעות וחשיפה למתח. שמירה קפדנית על חוקי השבת והחגים המקודשים למנוחה ולתפילה עשויה לגרום גם היא להקטנת המתח הנפשי.

5. חיי נישואין יציבים יותר בקיבוצים הדתיים לעומת החילוניים. הקיבוץ בכללו הוא חברה סגורה בעלת אוריינטציה משפחתית חזקה, אבל בקיבוצים החילוניים שיעור הגירושין היה פי 11 מאשר בקיבוצים הדתיים. בקיבוצים הדתיים קיים לחץ חברתי חזק נגד פירוק נישואין, ושמירת המסגרת המשפחתית היא ערך עליון. ייתכן שההציפיות מהנישואין בחברה בדתית נמוכות יותר ביחס לסיפוק צרכיו של הפרט. קיימות פחות אשליות בעת הכניסה לנישואין, ולכן יש פחות אכזבות לאחר מכן.

שיעור הילודה גבוה יותר בקיבוצים הדתיים (דבר שיכול להניב תועלת בריאותית לנשים מול סכנות של סוגים אחדים של סרטן). ההתייחסויות המסורתיות לנישואין ולמשפחה דומות לאלה המופיעות אצל אוכלוסיות דתיות אחרות (המורמונים למשל), שגם בהן שיעור התמותה נמוך יחסית.