

סקירה תאורטית- תמיכה חברתית, סגנון חיים בריא ומשמעות בחיים בקשר שבין

בריאות פיזית ורווחה נפשית בגיל המבוגר

לאורה בן הר

נתונים על אוכלוסיית הזקנים בישראל

בסוף שנת 2007 מנתה אוכלוסיית ישראל 7.2 מיליון נפש, ואוכלוסיית הקשישים (+65) מנתה כ-708 אלף נפש. מאז שנת 1955, גדלה אוכלוסיית המדינה פי 4, ואוכלוסיית הקשישים גדלה פי 8.3 (מ-85,200 ל-708,200 קשישים); כלומר, קצב הגידול של הקשישים היה כפול מזה של האוכלוסייה הכללית. אנו עדים לשיעור גידול משמעותי במיוחד במספר הקשישים בשנים 1960-1970, כאשר אחוז הגידול השנתי היה 6.7% במוצע, לעומת 5.2% בשנים 1970-1980, ו-2.7% בשנים 1980-1990. אחוז הגידול השנתי היה 3.2% במוצע בשנים 1990-2000, לעומת 2.3% בשנים 1984-1989, לפני גל העלייה. בשנים 2000-2007 אחוז הגידול השנתי היה 2% במוצע. אוכלוסיית הקשישים גדלה לא רק במונחים של מספרם המוחלט, אלא גם בשיעור הקשישים מכלל האוכלוסייה, אשר גדל פי שמניים מ-1955; אז היוו הקשישים 4.8% מכלל האוכלוסייה במדינה, לעומת 9.8% בסוף 2007 (ברודסקי, שנור ובאר, 2009). עלייה משמעותית זו בתוחלת החיים של קשישים תרמה להרחבת והעמקת חקר הזקנה וההזדקנות.

זקנה והזדקנות

הזקנה (Old Age) היא שלב התפתחותי נורמטיבי במעגל חיי הפרט. זו התקופה המאוחרת והאחרונה בחייו של כל אורגניזם ובדרך כלל נמשכת מגמר ההפריה ועד המוות. הזדקנות מוגדרת כ"הצטברות של שינויים באורגניזם לאורך הזמן" (Bowen & Atwood, 2004). בנוגע לאנושות, זקנה מתייחסת לתהליך רב-מימדי של שינויים פיזיים, פסיכולוגיים וחברתיים. בזקנה, מימדים מסוימים צומחים וגדלים לאורך זמן בעוד שבאחרים מתקיימת ירידה. למשל, זמן תגובה עשוי להפוך להתארך, בעוד שידע על העולם ותבונה מתעצמים בזקנה (de Grey,

(2007).

גרונטולוגיים מציינים כי בחברה המערבית המודרנית, הזקנה מאופיינת על פי מספר השנים שאדם חי, כאשר גיל כרונולוגי של 65 מהווה נקודת הציון הפורמאלית בה אדם הופך ל"קשיש". הבסיס לכך הוא חוק הביטוח הלאומי של ארצות הברית משנת 1935 (Social Security Administration act 1935) אשר קבע גיל זה כגיל בו תחל גמלת זקנה. מעסיקים בארצות הברית החלו להשתמש בגיל זה כגיל הפרישה החוקי מהעבודה, על מנת שתהיה הקבלה לתקופה בה מתחיל תשלום גמלת הביטוח הלאומי (משאב, 2008). כך התמסד גיל 65 בעיני החברה המערבית כולה כגיל בו האדם הופך להיות קשיש. יש לציין כי לפי הגדרות מוסדיות מסוימות בעולם המערבי גיל הפרישה שונה לגברים ולנשים, ובהתאם לכך, אין אחידות בגיל הזכאות לקצבת זקנה מהמוסד לביטוח לאומי (וכן לפנסיה הקשורה בעבודה) ולשירותים חברתיים, כגון שירותים על פי חוק ביטוח סיעוד ושירותים מהמחלקות לשירותים חברתיים. אומנם גיל הפרישה נמצא כעת בתהליך שינוי הדרגתי (64 לנשים ו-67 לגברים), אך מאחר שבהגדרות מוסדיות מסוימות (כמו מדידת עוני) עדיין משתמשים בגיל הפרישה הקודם, ומאחר שהתהליך עדיין לא הושלם, בעבודה הנוכחית ייעשה שימוש בהגדרה הקודמת של גיל הפרישה.

בעקבות העלייה באוכלוסיית הזקנה הוצע לחלק את גיל הזקנה בדרכים שונות. יש המחלקים את הזקנה לשתי קבוצות: זקנה צעירה (young old), המכונה גם הגיל השלישי, וזקנה מופלגת (old-old) המכונה גם הגיל הרביעי (Baltes, 1997). אחרים הציעו שלוש קבוצות מרכזיות: זקנה צעירה (young old) המתייחסת לגילאי 65-74, זקנים-זקנים או זקנה אמצעית (old-old) המתייחסת לגילאי 66-84 וזקנים ביותר או זקנה מופלגת (old-oldest) המתייחסת לגיל 85 ומעלה (Whitbourne, 2002). על פי חלוקה זו חוקרים מציעים את גיל 85 כגיל המעבר

בין זקנה צעירה לזקנה מאוחרת (Suzman, Willis & Manon, 1992). המחקר הנוכחי מתמקד באוכלוסיית הזקנים הצעירים והזקנים-זקנים (65-84) ובנוסף המחקר מתעניין באנשים צעירים מהם (55-64), העומדים בפתח שלב הזקנה אך טרם נכנסו אליו.

תהליך ההזדקנות שונה מיחיד אחד למשנהו: האחד יכול להיות "זקן" מאוד בגיל 75, בעוד שהאחר יכול להיות "צעיר" בשנות השמונים לחייו. קיימת שונות רבה בין האנשים בקצב השינויים על פני התחומים השונים וגם אצל אותו אדם השינויים בתחומים השונים מתרחשים בקצב שונה ולא תמיד תואם (רובינשטיין, 1999). Davis (1984) טוען כי הסיבות והנסיבות של ההזדקנות הן כה רבות, מורכבות ומשולבות שלימודן והבנתן דורשים גישה רב מימדית. מספר חוקרים ניסו, במרוצת השנים, לענות על צורך זה של בדיקה רב-מימדית של תקופת הזקנה. בהתאם נבנו בטריות מחקר שהקיפו תחומים שונים כגון: תחום הבריאות הפיזית והתפקוד הפיזיולוגי, תחום הבריאות הנפשית, תחום האישיות, הרגשות וסגנונות התמודדות של האדם, תחום הקשרים הבין-אישיים, תחום הסגנון חיים ועוד (Lawton et al., 1982; 1982; Schmitz-Scherzer & Thome, 1983; Siegler, 1983). מחקרים אלה תרמו ידע מגוון ומעניין לתמונה הוליסטית ואינטגרטיבית יותר בנוגע לתהליך ההזדקנות.

המחקר המתמקד בצד הפסיכולוגי של ההזדקנות שם דגש על יכולת ההסתגלות של הקשיש לשינויים המתרחשים סביבו בתחום הבריאות, חברה, עבודה, פנאי וכדומה. תחום הפסיכולוגיה של ההזדקנות והזקנה מנסה לחקור ולהסביר את התמודדותו של האדם המזדקן עם ירידות תפקודיות, בריאותיות, אבדנים של משאבים ושל אנשים קרובים ובמפגש הקרב עם המוות האישי. לצד כל אלה נבדקות היכולות התורמות לרווחה נפשית המאפשרות להמשיך ולהתפתח גם בגיל הזקנה (שמוטקין, 2003).

המחקר הנוכחי מתבסס אף הוא על גישה פסיכולוגית רב-תחומית להבנת ההזדקנות, תוך כוונה להקיף אספקטים שונים של חיי האדם הזקן בקהילה מסוימת, למפות תופעות בריאותיות,

נפשיות, חברתיות והתנהגותיות ולהבין את מערך הקשרים האינטראקטיביים שבין התופעות השונות. באופן ספציפי יותר, תיבדק תרומתם של משתנים מתחומים שונים לרווחה נפשית ויכולת תיווכם בין בריאות פיזית ורווחה נפשית סובייקטיבית בקרב האדם המזדקן. המשתנים המתווכים שנבחרו הם תמיכה חברתית נתפשת, סגנון חיים בריא ומשמעות בחיים. בחינה זו חשובה על מנת להבטיח לאדם המזדקן לא רק אריכות חיים אלא גם רווחה נפשית.

רווחה נפשית סובייקטיבית

המרכיב הרגשי והקוגניטיבי ברווחה נפשית סובייקטיבית

רווחה נפשית סובייקטיבית הוגדרה כמושג רחב הכולל טווח מקיף של מימדים שונים כמו שביעות רצון מהחיים, אפקט חיובי, אושר, צמיחה אישית, שביעות ממערכות יחסים אישיות ואוטונומיה (Kunzmann, Little & Smith, 2000). למרות המושגים הרבים, ישנה הסכמה מסוימת בנוגע להגדרת המשתנה כעוסק בהערכה כללית שבני אדם נותנים לאיכות חויותיהם הפנימיות בהתייחס לאספקטים הבסיסיים של חייהם ובריאותם הנפשית (Diener, 1984). ההערכה הכללית מורכבת ממרכיב רגשי וקוגניטיבי (George, 1981). המרכיב הרגשי מכונה "אושר" (Happiness) והוא משקף את הרמה הממוצעת של רגש חיובי ורגש שלילי שנחווה על ידי הפרט במהלך פרק זמן מסוים. על פי Bradburn (1969) קיימות שתי נטיות רגשיות נפרדות ובלתי תלויות, האחת פועלת לקידום רגשות חיוביים והשנייה להימנעות מרגשות שליליים. תחושת הרווחה הנפשית הינה פועל יוצא של האיזון ביניהן. המרכיב הקוגניטיבי של רווחה נפשית מכונה "סיפוק בחיים" (Life Satisfaction). מקור ההערכה זו נמצא באקט של שיפוט והשוואה בין הרצוי למצוי. ככל שהפער קטן עולה הסיפוק בחיים (Diener, 1994). שני המרכיבים שתוארו קשורים ביניהם (Chamberlain, 1988). יחד עם זאת, קיימת הפרדה ברורה בין המרכיבים (Pavot & Diener, 2005; Arthaud-Day et al, 1993).

אושר ושביעות רצון מהחיים בגיל המבוגר

כפי שנאמר מוקדם יותר, הזקנה היא בדרך כלל שלב בחיים המאופיין באבדנים מרובים

המתרחשים בו זמנית או בפער קטן ביניהם מבחינת הזמן (Kunzmann, Little & Smith, 2000). חלק מהאבדנים הם מוות של אדם קרוב כמו בן/בת זוג או/ו חברים והתדרדרות של בריאות ותפקוד פיזי (Kunzmann, Little & Smith, 2000). בהינתן אבדנים חברתיים וסיכונים בריאותיים עולה השאלה האם ישנו קושי ייחודי לשמור על רווחה נפשית סובייקטיבית בשלב האחרון של החיים. מחקרים אמפיריים רבים ניסו לענות על שאלה זו ובאופן מפתיע הם הציעו כי רווחה נפשית סובייקטיבית הינה יחסית יציבה במהלך ההתפתחות, ואף ישנם ממצאים המורים על עלייה ברווחה הנפשית (Carstensen, Pasupathi, Mayr, & Nesselrode, 2000; Diener & Suh, 1997; Ishii-Kuntz, 1990; Jopp & Rott, 2006; Mroczek & Kolarz, 1998; Kunzmann, Little & Smith, 2000; Sheldon & Kasser, 2001; Mroczek & Kolarz, 1998; Hilleras et al, 2002; Smith et al, 2002). העלייה או לפחות השימור ברווחה הנפשית למרות חווית אבדנים וסיכונים בריאותיים בזקנה, מכונה "פרדוקס הזקנה" (Kunzmann, Little & Smith, 2000).

ישנם מספר מחקרים המדגימים יציבות בהרגשה השלילית עם הגיל. בהתייחס למחקרי רוחב (cross-sectional) Malatesta & Kalnok (1984) בתוך Kunzmann, Little & Smith (2000) בדקו 80 אנשים שחולקו לשלוש קבוצות גיל (26, 46 ו-65 בממוצע). במחקר לא נמצאו הבדלים הקשורים לגיל בשכיחות ועוצמת הרגשה שלילית. במחקרו של Shmotkin (1990) בתוך Kunzmann, Little & Smith (2000) אשר הגדיל את המדגם ל-417 איש בטווח גילאים של 21 עד 81, התגלו ממצאים דומים. באופן דומה, במחקרם של Mroczek & Kolarz (1998) לא נמצא קשר בין גיל והרגשה שלילית, פרט לגברים נשואים אשר נטו לחוות פחות הרגשה שלילית עם הגיל. גם Suh & Diener (1997) לא מצאו שינוי עקבי בהרגש השלילי בהתבסס על מדגם שכלל 60,000 נבדקים בני 20 עד 99 ממדינות שונות. בהתייחס למחקרי אורך (longitudinal studies) Costa, McCrae & Zonderman (1987)

בתוך (2000, Kunzmann, Little & Smith) מצאו כי אומנם נבדקים מבוגרים חווים הרגשה שלילית בתדירות נמוכה מצעירים, אך לא נמצאו שינויים לאורך זמן בהשוואה תוך-נבדקית. ממצא זה חזר על עצמו במחקרים שנעשו מאוחר יותר (Stacey & Gatz, 1991; Ferring & Philipp, 1995 בתוך Kunzmann, Little & Smith, 2000). לצד זאת, ישנם מחקרים רבים המראים כי קיימת ירידה בהרגשה השלילית עם הגיל (Charles, Reynolds & Gatz, 2001; Sheldon & Kasser, 2001; Pennebaker & Stone, 2003). למשל, במחקרי רוחב (cross-sectional) Barrick, Hutchinson & Deckers (1989 בתוך Kunzmann, Little & Smith, 2000) דיווחו בעבודתם שכללה מדגם עם 154 נבדקים כי אנשים בני 69 במוצע חווים פחות הרגשה שלילית בהשוואה לצעירים יותר. שני מחקרים של Gross ושותפיו (1997) גם מצביעים על ירידה בהרגשה השלילית, לפחות בקרב נשים. לבסוף, Vaux & Meddin (1987 בתוך Kunzmann, Little & Smith, 2000) אשר דגמו 140 קשישים, בני 70 במוצע, הסיקו כי קיים קשר שלילי בין גיל והרגשה שלילית.

בהתייחס להרגשה החיובית, נמצא כי גם היא יציבה לאורך ההתפתחות. למשל, במחקרי רוחב (cross-sectional) Gross ושותפיו (1997) דיווחו על יציבות ההרגשה החיובית במדגם שכלל 49 איש בני 20-70. ממצא זה התאים לתוצאותיו של מחקר מוקדם שכלל 1,080 אנשים בני 66 במוצע (Gross et al, 1997). באופן דומה, במחקרו של Ishii-Kuntz (1990) שהשתתפו בו 3,536 איש מקבוצות גיל צעירות ומבוגרות נמצאה גם יציבות בהרגשה החיובית. במחקרי אורך (longitudinal studies) העדויות סותרות. נצפה בהם כי אומנם מבוגרים חווים הרגשה חיובית בתדירות נמוכה יותר מצעירים, אך לא מתקיימת ירידה בהרגשה החיובית לאורך הזמן (Costa et al, 1987 בתוך Kunzmann, Little & Smith, 2000).

מחקרים אחרים טוענים כי לא רק שקיימת יציבות בהרגשה החיובית אלא צפויה עלייה של משתנה זה בגיל מבוגר (Cheng, 2004; Pennebaker & Stone, 2003). למשל, במחקר

רוחבי Mroczek ו-Kolarz (1998) דגמו 2,727 אנשים בני 25 עד 74 ומדדו את רמת האפקט. נמצא כי לאורך החיים ישנה נטייה לחוות יותר אפקט חיובי. במחקר נצפתה ירידה קלה באפקט החיובי מגיל 25 עד 35 ועליה הדרגתית מגיל 40 ומעלה. יחד עם זאת, ישנם מחקרי אורך המצביעים על ירידה בהרגשה החיובית החל מגיל 65 (Ferring & Filipp, 1995) בתוך (2000, Kunzmann, Little & Smith).

בהתייחס לשביעות רצון מהחיים, מגמת כיוון הקשר בינה לבין גיל היא של יציבות או עלייה. Diener ושותפיו (1999) ביצעו סקירה למחקרים רוחביים ואורכיים שבחנו הבדלי גיל בין אנשים בהקשר של שביעות רצונם מהחיים. מסקנות הסקירה מצביעות על כך ששביעות רצון מהחיים יכולה להישאר יציבה אך במקרים רבים היא עולה עם הגיל. כמו כן, Prenda & Lachman (2001) במדגם רחב שכלל אנשים אמריקאים בני 25 עד 74, הסיקו על קשר חיובי בין גיל ושביעות רצון מהחיים. העלייה בשביעות הרצון מהחיים עם הגיל מיוחסת למעורבות מוגברת בפעילויות ותחומי חיים מהנים ומספקים בקבוצות גיל מבוגרות.

המרכיב ההתנהגותי ברווחה נפשית סובייקטיבית: פעילויות בחיי היום-יום

פעילות מוגדרת כפעילות כלשהי שמשרתת בתשלום או שלא בתשלום גורם כלשהו. בדרך כלל פעילות כוללת: (1) עבודה בתשלום, (2) התנדבות פורמאלית ולא פורמאלית ו-(3) עבודות בית כגון תיקון מכשירים חשמליים (Baker et al, 2005). בהתייחס לגיל השלישי, חקר הפעילויות עוסק בהיבט ההתנהגותי של הפנאי בקרב קשישים. Dumazedier (1972) סיווג את המשתנה "פעילויות" לחמישה סוגים:

1. פנאי פיזי- כגון פעילות גופנית.
2. פנאי אומנותי - כגון ציור או כתיבה.
3. פנאי פרקטי- פעילויות מעשיות המתבצעות בעיקר בבית כגון תפירה.
4. פנאי אינטלקטואלי- כגון קריאה.

5. פנאי חברתי- הכולל מפגשים חברתיים, ביקורים ואירוח.

Kelly (1983) מצא שישנן פעילויות בסיסיות המשותפות לכולם כגון: צפייה בטלוויזיה, קריאה ובילוי עם בני המשפחה. בנוסף לפעילויות שתוארו, תחומים חדשים יותר בחקר הפעילויות הם ההתנדבות (Howard, Cutler & Danigelis, 1993) ושימוש באינטרנט (Howard, Rainie, & Jones, 2001). הגדרה מסכמת וממצה של פנאי היא "הזמן שעומד לרשות האדם שהוא פנוי מעבודה ומפעולות אחרות הנדרשות לצורכי קיום, הוא מלווה בתחושת חופש וקשור לערכי תרבות" (באר, 2006).

פעילויות בחיי היום-יום וגיל המבוגר

חקר הפעילויות מהווה חלק חשוב ביותר במחקרים העוסקים בפנאי בגיל השלישי, ועוסק בעיקר בהיבט ההתנהגותי הכולל את היקף ההשתתפות ותדירות ההשתתפות בפעילויות בחיי היום-יום. החשיבות של חקר הפעילויות בזקנה נובעת משילוב בין שתי תופעות. ראשית, תופעת העלייה בתוחלת החיים ושנית, ירידה בהשתתפות הקשישים בכוח העבודה. לפני כ-35 שנה (1970) כ-20% מהקשישים השתייכו לכוח העבודה, ואילו היום (שנות ה-2000) שיעור זה ירד במחצית ועומד על 10%. השילוב של שתי תופעות אלו, יחד עם מגמות חברתיות נוספות, מדגיש את חשיבות הפנאי בחיי הקשיש (באר, 2006). הפרישה היא לא רק אירוע אלא גם שלב במחזור חיי האדם, אשר עשוי להימשך שנים רבות. שלב הפרישה נחשב לשלב הדורש הסתגלות משמעותית, ומוגדר בדרך כלל כטווח הזמן שבין הפרישה מהעבודה ועד לתחילתה של מוגבלות פיזית, המסמנת שלב אחר. המוגבלות הפיזית אינה שלב הכרחי, היא עשויה להופיע בשלב מאוחר מאוד בחיים או בכלל לא. לפיכך, שלב הפרישה עשוי להימשך זמן רב, ולהוות את השלב המרכזי בתקופת החיים המאוחרת (Nimrod, 2007).

המחקרים העוסקים בפעילויות בחיי היום יום מצביעים על מספר מאפיינים המופיעים בשלב הפרישה: (1) עם הגיל נצפה מעבר מפעילויות המאופיינות באקטיביות פיזית לפעילויות

הדורשות פחות מאמץ גופני. נטייה זו ממשיכה גם לאחר הפרישה ומתחזקת עם הופעתן של בעיות בריאותיות או עם החמתן (וייל וברמן-אשכנזי, Lefrancois, Leclerc, Poulin; 1976, 1998). (2) עם הגיל קיימת נטייה של מעבר מפעילויות חוץ ביתיות לביתיות (וייל וברמן-אשכנזי, Dumazedier; 1976, 1972). (3) למבוגרים נטייה להמשיך לעסוק באותן פעילויות בהן עסקו בעבר, הנטייה היא לא להשתתף ביותר פעילויות, אלא, להשתתף באותן פעילויות בתדירות גבוהה יותר (Dumazedier, 1972, Iso-Ahola, Jackson & Dunn; 1972, 1994). (4) למרות הנטייה לשמור על אותן פעילויות שעסקו בעבר, עם הגיל נצפה צמצום במספר הפעילויות (Dumazedier, 1972, Lefrancois, Leclerc, Poulin; 1998).

קשר בין פעילויות בחיי היום-יום לבין שביעות רצון מהחיים ואושר בגיל הזקנה

לפני הפרישה מהעבודה, הפעילויות הן משניות לעבודה, והעבודה היא זו שמספקת את עיקר המשמעות ועיקר המקור להערכה עצמית. התפקיד המרכזי של פעילויות פנאי בגיל זה הוא להפיג מתחים. לעומת זאת, לאחר הפרישה, פעילויות הפנאי הופכות למרכזיות. לטענת Kelly (1999) תפקידו של הפנאי הוא לעזור לפרט להתמודד עם השינויים בגיל המבוגר. הפעילויות מספקות לדעתו מסגרת חברתית מעודדת, כמו גם, מקור למימוש עצמי וערך עצמי, המפצה על אבדנים שמלווים את הזקנה.

המושג של "הזדקנות מוצלחת" מתגלה כרלוונטי בהקשר של פעילויות פנאי בגיל המבוגר. הזדקנות מוצלחת זוכה לעיסוק רחב בספרות הגרונטולוגית. למרות זאת, הקהילה המדעית טרם הסכימה בהגדרת המושג (Nimrod, 2007). Torres (בתוך Nimrod, 2007) זיהה 4 קבוצות של הגדרות למושג זה:

(1) מקסימיזציה של פוטנציאל אישי והשגת רמה גבוהה של מצב פיזי, חברתי ושל רווחה

נפשית.

(2) יכולת להסתגל לשינויים שמתרחשים בגיל המבוגר.

(3) שימור יכולות דומות לאלה שיש לצעירים.

(4) שימור פרודוקטיביות אישית.

במחקרים העוסקים בגיל המבוגר והזדקנות מוצלחת, רווחה נפשית, ובייחוד המרכיב של שביעות רצון מהחיים, קיבלו את מרב תשומת הלב (Nimrod, 2007).

תפקיד הפנאי בהשגת רווחה נפשית בגיל המבוגר הוגדרה לראשונה בתיאוריה האקטיביות (Activity Theory) (Havighurst, בתוך Nimrod, 2007), אשר טענה כי על מנת לשמר רווחה נפשית (שביעות רצון ואושר) בזקנה, חשוב לשמור על רמה גבוהה של מעורבות בפעילויות. תיאוריה האקטיביות הצהירה כי הזדקנות מוצלחת משמעה שימור, ככל האפשר, של פעילויות ועמדות שהיו שכיחות באמצע החיים, וכי אנשים צריכים למצוא פעילויות אחרות המפצות על אובדן העבודה, הקשרים, החברים והאנשים האהובים (Nimrod, 2007). תיאוריה חדשה יותר היא תיאוריית המשכיות (Continuity Theory) (Atchley בתוך Nimrod, 2007). התיאוריה מנסה להסביר את הנטייה של אנשים מבוגרים כלפי המשכיות. התיאוריה סוברת כי אנשים רוצים לשמור על יציבות בעניין הפעילויות שהם עסקו בהם במהלך חייהם, למרות הקושי לעשות זאת עקב הפחתה טבעית ביכולות. מחקרים רבים תומכים בתיאוריה זו, וכולם מתייחסים לאופן שבו עיסוק בפעילויות בגיל המבוגר תורמות לרווחה נפשית.

פעילויות או התנהגויות נמצאו קשורות למרכיב הרגשי והקוגניטיבי של רווחה הנפשית (Baker et al, 2005; Steger, Kashdan & Oishi, 2007). רוב המחקרים, שעסקו בפעילויות הפנאי בגיל המבוגר התמקדו בתרומת הפעילויות לשביעות רצון מהחיים (Nimrod, 2007). ניתן לחלק את המחקרים האלו לשלוש קבוצות. הקבוצה הראשונה בודקת את הקשר שבין פעילויות לרווחה נפשית לפי סך כל מגוון הפעילויות או כמות הזמן המוקדשת אליהן. למשל, במחקר של Kelly (1987) שבו נמדדה תרומת הפנאי לשביעות הרצון מהחיים לפי מגוון פעילויות והתדירות הכוללת של ההשתתפות בהן, נמצא כי שביעות רצון מהחיים הוסברה

על פי המשתנים הבאים בסדר יורד: בריאות, מצב משפחתי, גיל, רמת השכלה, מין ותעסוקה. כל אלו ביחד הסבירו 11.8% מהשונות. בהכנסת המשתנה פעילויות, הוא תרם עוד 6.2% שונות מוסברת ודורג ראשון, כשהוא לבדו מסביר 13.3% מהשונות. במחקר אחר שנערך על ידי Fernandez-Ballesteros, Zamarron & Ruiz (2001) בחן את הקשר בין משתני רקע, בריאות פיזית אובייקטיבית ונתפשת, פעילויות ושביעות רצון מהחיים בקרב הגיל המבוגר. החוקרים טענו כי בחינת כל משתנה בנפרד עשויה להטעות, שכן קיימת השפעה הדדית בין המשתנים לבין עצמם, כך שההשפעה של המשתנים על שביעות רצון מהחיים עשויה להיות ישירה ועקיפה בעת ובעונה אחת. ממצאי המחקר הראו כי לפעילויות נמצאה ההשפעה הישירה והחזקה ביותר על שביעות רצון בהשוואה למשתנים אחרים. בנוסף, נמצא שהמשתנה פעילויות משפיע גם על מצב הבריאות ועל הבריאות הנתפשת, אשר בתורם משפיעים על שביעות רצון מהחיים. בכך, קיימת גם השפעה עקיפה של פעילויות על המרכיב הקוגניטיבי של רווחה נפשית.

כיוון מחקרי נוסף, אשר התפתח בעיקר בשנים האחרונות, עוסק בקשר שבין פעילויות לבין רווחה נפשית ברמת הפעילות הבודדת, כלומר, בתחום פעילות אחד בלבד. למשל, Cooper & Thomas (2002) הראו כיצד השתתפות בערבי ריקודים באופן קבוע תרמה למשתתפים תחושת הישגיות, ערך עצמי, דימוי עצמי חיובי וקשרים חברתיים. באופן דומה, במחקר אורך עם שלוש נקודות מדידה אשר כלל 191 נבדקים בני 64-74, נמצא כי שימוש באינטרנט בגיל המבוגר מוביל לרווחה נפשית גבוהה (Slegers, van Boxtel, & Jolles, 2008). דוגמאות אחרות ניתן לראות במחקרים על פעילות גופנית. הספרות באופן עקבי מוכיחה כי ישנה תרומה חשובה לעיסוק בפעילות גופנית לרווחה נפשית בגיל המבוגר (Poon, Scully et al, 1998; & Fung, 2008). באופן דומה לממצאים אלו, בעבודות שבחנו תחום יחיד של פעילות נמצא גם קשר בין הפעילות לבין רווחה נפשית. כך, Wilson (2000) הסיק כי התנהגות התנדבותית

משפרת את הרווחה הנפשית, ואף את הבריאות הפיזית. כמו כן, נמצא קשר חיובי בין עבודה בתשלום ושביעות רצון מהחיים (Aquino et al, 1996).

הקבוצה השלישית של המחקרים עוסקת בקשר שבין השתתפות בפעילויות ורווחה נפשית ברמה הביניים. בקבוצה זו הפעילויות מחולקות לקבוצות שונות על ידי החוקרים או על ידי ניתוח גורמים. דוגמא למחקר כזה מהווה עבודתם של Ritchey, Ritchey & Dietz (2001) אשר דגמו אנשים בני 65 ומעלה וחילקו את הפעילויות לשלוש קבוצות: פעילויות פורמאליות כגון התנדבות או עבודה, פעילויות לא פורמאליות כגון מפגשים עם חברים, ו/או בני משפחה, ופעילויות המתבצעות ביחידות כמו האזנה למוזיקה, קריאה, עבודות בית, ועוד. תחושת הרווחה הנפשית נבחנה על ידי תשעה מדדים שונים: שביעות רצון מהחיים, מהבית, מהמשפחה, מהבריאות, מהמצב הכלכלי, תחושת אושר, דיכאון, הערכה עצמית, ופרמטר המשקלל את כל אלו. הממצאים מעלים כי כל קבוצת פעילות בעל קשר חיובי עם המדדים השונים של רווחה נפשית, פרט לשביעות הרצון מהמצב הכלכלי שלא תרם.

בנוסף לקשר בין פעילויות בחיי היום-יום לבין שביעות רצון מהחיים בגיל המבוגר, מדווח בספרות גם על קיום של קשר בין פעילויות בחיים לבין אושר. Mence (2003) הראתה כי רמות גבוהות של פעילויות קשורות לרמת אושר גבוהה, תפקוד גבוה ותמותה נמוכה. היא גם הוכיחה כי סוגים שונים של פעילויות קשורים לתוצאות מדידה שונות. כך, פעילויות חברתיות ופרודוקטיביות (ללא תשלום) נמצאו קשורות לאושר, תפקוד גבוה ותמותה נמוכה. כמו כן, פעילויות המתבצעות ביחידות נמצאו קשורות לאושר בלבד.

בריאות פיזית

מושג הבריאות הוגדר על ידי ארגון הבריאות העולמי לפני 60 שנה כמצב של רווחה שלמה מבחינה גופנית ונפשית ולא רק העדר מחלה או נכות (WHO, 1946). הבריאות הפיזית כוללת רכיבים אובייקטיביים וסובייקטיביים. המדדים הסובייקטיביים מתבססים על הערכה איכותית

ונובעת מעולמו הפנימי של האדם והם באופיים רגשיים או הערכתיים (קוגניטיביים). המדדים האובייקטיביים הינם כמותיים ומדידים (Birren & Zarit, 1985).

Mutran & Ferraro (1988) מתייחסים למשתנה ההערכה העצמית של מצב הבריאות (Self-rated health) כאל מדד סובייקטיבי, בעוד שקביעה של מספר וסוג מחלות, נחשבים כמדדים אובייקטיביים. המדדים האובייקטיביים באופיים מוגדרים יותר, ניתנים לספירה וכימות ושייכים לעולם הנראה לעין, בעוד שהמדדים הסובייקטיביים מתבססים על הערכה איכותית ומשתייכים לעולם האינטרה-פסיכי של האדם. בעבודה הנוכחית תימדד בריאות פיזית על ידי מספר מחלות פיזיות ועל ידי הערכה של בריאות פיזית ביחס לאחרים.

בריאות פיזית וגיל הזקנה

התפתחות מדע הרפואה הביאה להארכת חיי האדם (תוחלת חיים גבוהה), נמצאו תרופות למחלות זיהומיות, שבזמנים קודמים היו גורם ראשון למוות. אולם, במקביל נוצרה ירידה משמעותית באיכות החיים של האנשים (Hooyman & Kiyak, 2002). שכן, בתקופת הזקנה קיימת עליה בשכיחות מחלות, אשר באופיין הן כרוניות יותר מאשר אקוטיות, משכן ארוך יותר והן אינן ניתנות לריפוי (Kaplan et al, 1988). תקופת הזקנה אף מאופיינת בבעיות שמיעה וראיה, וקושי בשליטה על הסוגרים (Davis, 1985). בגילאי 75 התחלואה הנה גבוהה משמעותית, בייחוד של מחלות לב ויתר לחץ דם, בהשוואה לגילאים צעירים (Whitbourne, 2002).

קיימת עלייה במספר המחלות המדווחות בהתאם להידרדרות במצב הבריאותי במהלך הזקנה (Henchoz, Cavalli & Girardin, 2008). יחד עם זאת, כאשר האדם מתבקש להעריך את בריאותו ביחס לסובבים אותו, האוכלוסייה המבוגרת (מעל גיל 65) מדווחת על בריאות טובה יותר מהסובבים אותו, בהשוואה לצעירים (Baron-Epel & Kaplan, 2001). כלומר, בקרב בני 65 ומעלה הקשר בין הערכה עצמית של בריאות כגון דיווח על מחלות לבין כזו המבקשת

להשוות לאחרים מתמתן. לעומת זאת, נמצא קשר מצוין בין שני סוגי ההערכות בקרב בני 55-64. ניתן להסביר את ההבדלים בין מבוגרים לצעירים בסוגי ההערכות על ידי מערכת ציפיות שונה לגבי הבריאות. בגיל המבוגר הצפייה היא להתדרדרות הבריאות ובכך ההשוואה נעשית ביחס לאנשים פחות בריאים (Baron-Epel & Kaplan, 2001; Cockerham, Sharp, ;1983, Wilcox).

בריאות פיזית ורווחה נפשית סובייקטיבית

בריאות פיזית מהווה מקור לרווחה הנפשית של בני אדם, ומספר מחקרים דיווח על קשר אמפירי בין מדדי בריאות פיזית ורווחה נפשית סובייקטיבית (Brief, et al, 1993; Feist, et al, 1995; Larson, 1978; Okun, Stock, Haring, Witter; 1984). בגיל המבוגר, הופעתן של מחלות כרוניות ופגיעות בתפקוד הפיזי, החושי והקוגניטיבי משפיעה על השגרה ועל החוויה היום-יומית של האדם (Smith et al, 2002). המשמעות החברתית של הירידה התלולה במצב הבריאות הינה איבוד העצמאות, ותלות גדולה יותר של הקשיש בחברה הסובבת אותו, הן בילדיו והן במערכת הרפואית. הירידה בכושר החושים, בנוסף למחלות הכרוניות האחרות, מובילה לירידה ביכולת התפקוד של הקשיש, הן בפעילויות הקיומיות הרגילות בביתו, והן בפעילויות שנועדו להנאה ולבילוי. מצב זה עלול לגרום לניתוק הקשרים החברתיים של הקשיש ובידוד מהחברה (Cockerham, 1991).

לאחרונה, Blazer (2008) ביצע סקירה של מחקרים שנעשו ב-30 שנה האחרונות אשר בחנו את הקשר בין דיווח על בריאות פיזית ורווחה נפשית סובייקטיבית בקרב בני 65 ומעלה. במחקר נמצא כי אנשים שהעריכו את בריאותם כדלה ודיווחו על יותר מחלות פיזיות, חוו יותר דיכאון ודיווחו על רמות נמוכות יותר של שביעות רצון מהחיים בהשוואה לאנשים שהעריכו את בריאותם כטובה ושדיווחו על מעט מחלות.

בריאות פיזית, רווחה נפשית סובייקטיבית וגיל

George & Landerman (1984) מצאו שבריאות פיזית קשורה ביתר חוזקה לרווחה נפשית ככל שגיל הנבדקים עולה. ניתן להבין ממצא זה על רקע החשיבות הרבה שתופסת הבריאות הפיזית בחייו של הזקן. בצעירותו מעריך האדם את רווחתו הנפשית בהתייחס להי המשפחה שלו, חייו החברתיים ומצבו המקצועי. מצבו הבריאותי בדרך כלל תקין ולכן אינו משפיע במידה רבה על רווחתו הנפשית. ככל שהאדם מזדקן, כידוע, חוג משפחתו מצטמצם, הוא פורש לגמלאות ומצבו הבריאותי מתחיל לרדת. במצב חדש זה מקבל המצב הבריאותי מקום מרכזי וחשוב. לנוכח זאת, מצופה בעבודה הנ"ל כי ככל שהגיל עולה יימצא קשר שלילי חזק יותר בין מחלות פיזיות ורווחה נפשית.

אל עף התדרדרות בריאותית בגיל המבוגר, יש לזכור כי קיימת יציבות ברווחה הנפשית של הפרט לאורך ההתפתחות, ואף יש חוקרים המצביעים על ירידה בהרגשה השלילית ועלייה בשביעות הרצון מהחיים עם הגיל. כזכור, נטייה זו בזקנה תוארה כ"פרדוקס הזקנה".

תמיכה חברתית נתפשת

תמיכה חברתית נתפשת הינה מושג רב מימדי ועל כן אין תמימות דעים בנוגע להגדרתו. יחד עם זאת, קיימת הסכמה מסוימת לגביו. Sarason ושותפיו (1983) תיארו תמיכה חברתית כ"קיום או נגישות של אנשים שאנו יכולים לסמוך עליהם, אנשים שנותנים לנו לדעת שהם דואגים לנו, מעריכים ואוהבים אותנו". תמיכה חברתית באופן בסיסי מתייחסת לקשרים חברתיים עם אחרים אשר מצריכים רמה מסוימת של חליפין תוך שימת דגש על מידת ההתאמה בין צרכי התמיכה של היחיד לבין המענים שמספקים לו האחרים. חוקרים רבים נוטים לאפיין את המושג תמיכה חברתית על פי חלוקה לשלושה ממדים (House; 2006, Agneessens et al & Kahn, 1985):

(1) תמיכה חברתית-רגשית: המתבטאת, בין היתר, ביחס של דאגה ואכפתיות, ונוטעת ביחיד

תחושת שייכות וביטחון.

(2) תמיכה אינסטרומנטאלית: סיוע מעשי, פיזי או חומרי.

(3) תמיכה אינפורמטיבית: מסירת מידע, הכוונה או יעוץ.

הבחנה נוספת המוכרת בספרות היא בין התמיכה הניתנת בפועל לבין התמיכה הנתפשת. במושג "תמיכה חברתית" הכוונה היא למדידה ישירה של שירותי התמיכה. לעומת זאת, התמיכה הנתפשת מייצגת את האופן שבו היחיד תופש ומעריך את התמיכה הניתנת לו (Barrera, 1986). ממחקרים גרונטולוגיים מתברר כי לתמיכה נתפשת- ולא דווקא לאספקתה בפועל- יש חשיבות רבה (Ashida & Heaney, 2008; Auslander & Litwin, 1991; Wethington & Kessler, 1986). בשפה אחרת, עצם הידיעה והביטחון שהתמיכה תגיע במקרה הצורך, הם שמהווים עבור האדם מקור כוח אישי (Litwin, 1995).

תמיכה חברתית וגיל הזקנה

קיימות מספר תיאוריות המסבירות את תהליך הזקנה בהקשר של תמיכה חברתית. תיאוריית ההתנתקות גורסת כי קשרים חברתיים הולכים ומצטמצמים עם העלייה בגיל. ההתנתקות משקפת הן את הצורך של החברה להוציא את הקשיש ממעגל העבודה וההשפעה החברתית, והן את הצורך של הקשיש להשתחרר מעול החובות החברתיים. לפי תיאוריה זו, הזקנה נתפשת כשלב הכנה לקראת פרידה מהחיים ולנוכח זאת היא מתאפיינת במיעוט אינטראקציות עם אחרים עד כדי בידוד חברתי (Cumming & Henry, 1961). כנגד זאת, נמצאת תיאוריית הפעילות הטוענת כי אובדני התפקיד האופייניים לזקנה מפוצים על ידי פיתוח תפקידים חדשים בקהילה, המציעים הזדמנויות ליצירת קשרים חדשים (Maddox, 1964). הנחה אחרת וחדשנית יותר מוצעת בתיאוריית הבחירה הסוציו-אמוציונאלית של Carstensen (1991). על פי גישה זו, קיימת הפחתה של אינטראקציות בינאישיות בזקנה, אך זה לא מתרחש כתוצאה מכורח חברתי אלא בעקבות רצון להעמיק ולחזק קשרים אינטימיים עם אחרים. זאת, בהשוואה

לגילאים צעירים יותר שבהם המטרה היא להרחיב את כמות החברים. שינוי זה מתרחש כשהליך התפתחותי במהלך החיים והוא קשור לתפישת היחיד את העתיד. בילדות ובבגרות המוקדמת, כאשר העתיד נתפס כבלתי מוגבל, הצורך המרכזי של האדם הוא בקשרים חברתיים המשמשים לאיסוף מידע חיוני על העולם שבתוכו הוא מתנהל. לעומת זאת, בבגרות המאוחרת ובזקנה, שבה העתיד נתפס כמוגבל, עיקר עניינו של האדם הוא בקשרים אינטימיים שאיכותם מעניקה משמעות ועומק לחוויות הקיום שלו. מתוך מוטיבציה זו נוטים קשישים לשמר קשרים ותיקים ומשמעותיים שבהם יש תגמול רגשי, ובה בעת- לצמצם את ההשקעה הרגשית בקיום קשרים בלתי משמעותיים או ביצירת חברויות מזדמנות (Carstensen, Fung & Charles, 2003). רמה גבוהה של קרבה רגשית או קשר חברתי משמעותי קשור באופן חיובי לתחושה של תמיכה חברתית ופחות בדידות (Lang, Staudinger & Carstensen, 1998; Lang & Carstensen, 1994). למרות שבגיל המאוחר ניתן משקל רב יותר לאיכות הקשר על פני הכמות, עדיין ממצאים מגלים כי אנשים בגיל מבוגר חשים בדידות רבה יותר מאשר צעירים מהם. למשל, בסקר שנעשה על האוכלוסייה הישראלית נמצא כי עשרים אחוזים מקרב בני 65 ומעלה חשים בדידות לעיתים קרובות לעומת תשע אחוז בקרב בני 20 ומעלה. כמו כן, אותו מחקר מגלה כי גם העלייה בגיל בתוך קבוצת הזקנים מגבירה את תחושת הבדידות (ברודסקי, שנוור ובאר, 2009).

תמיכה חברתית ובריאות פיזית

משנות ה-80 עד היום הוכח הקשר בין תמיכה חברתית ובריאות פיזית (Cornwell & Waite, 2009; Ren et al, 1999). במחקרים שדגמו אנשים מהאוכלוסייה הכללית, וכאלה שהתמקדו באוכלוסייה המבוגרת, נמצא כי אנשים המדווחים על רמות גבוהות של תמיכה חברתית או/ו רמות נמוכות של בדידות נוטים לשיעור מופחת של מוות (Brummett et al, 2009; Cornwell & Waite, 2009; Seeman, 2000), זיהומים (Cornwell & Waite, 2009).

(2009), ירידה קוגניטיבית (Cornwell & Waite, 2009; Wilson et al, 2007) ומחלות (Ren et al, 1999; Cornwell & Waite, 2009). בין המחלות שנמצאו קשורות לתמיכה חברתית נמוכה הן: מחלות לב (Löfvenmark et al, 2009), אסטמה (Wainwright et al, 2007), בעיות במערכת העיכול, כאבי ראש וסרטן (Martin et al, 1994), כמו גם בעיות בדרכי השתן (Rounds & Israel, 1985), אלצהיימר (Wilson et al, 2007) ועוד.

תמיכה חברתית ורווחה נפשית סובייקטיבית

תמיכה חברתית נחקרה בקונטקסטים שונים ובתרבויות שונות, ונמצא באופן עקבי כי קיים קשר חזק בין תמיכה חברתית ורווחה נפשית לאורך החיים. למשל, תמיכה חברתית קשורה לשביעות רצון מהחיים, לפחות דיכאון, לפחות בדידות, וליותר אושר (Cohen & Willis, 1985; Pierce et al; 1996, Sarason et al; 2001, Aquino et al; 1996, Lynch et al; 1999; Chalise et al, 2007). רווחה נפשית מנובאת באופן ייחודי על ידי קבלת תמיכה (כגון מספר החברים), תמיכה חברתית נתפשת ומאפייני הסביבה התומכת (Rhodes & Lakey, 1999). בהשוואה בין התמיכה בפועל לבין התמיכה הנתפשת, נמצא כי המנבא החזק ביותר לרווחתם הנפשית של אנשים בכל שכבות הגיל היא, אכן, התמיכה הנתפשת. כלומר, הרמות הגבוהות של רווחה נפשית נמצאת בקרב אנשים שמאמינים שיש להם רמה גבוהה של תמיכה חברתית, ללא התייחסות בכמות התמיכה שהם מקבלים או כמה אנשים נמצאים סביבם (Wethington & Kessler, 1986; Thompson et al; 2006, Kahn et al, 2003).

הקשר בין תמיכה חברתית ורווחה נפשית נמצא בייחוד בגיל המבוגר (Antonoucci et al, 1996; Kahn et al, 2003). כפי שתואר מוקדם יותר, קשישים חווים בזקנתם אבדנים פיזיים, פסיכולוגיים וחברתיים. אנשים בגיל המבוגר חווים יותר מחלות פיזיות, בעלי סיכוי גבוהה לחוות מוות של אדם קרוב, מתרחשת יציאה לגמלאות, ועקב כך בקרב רבים מהם- בעיקר בזקנה המאוחרת- קיים פוטנציאל להידלדלות מקורות התמיכה (Kahn et al, 2003).

האבדנים הללו הם חלק ממערך של שינויים, להצים וצרכים חדשים שנחווים בזקנה, ואשר יכולת ההתמודדות עימם נמצאה קשורה הדוקות להימצאותה ונגישותה של תמיכה חברתית. נראה כי תמיכה חברתית פועלת ככוח ממתן מתחים וכמחסום מפני תופעות של נסיגה ברווחה הנפשית. הדרך שבה תמיכה חברתית מעודדת רווחה נפשית היא דרך הגברת שביעות רצון מהחיים (Aquino et al, 1996; Kahn et al, 2003) ועל ידי התהליך שהוזכר לעיל: הפחתת קשרים מזדמנים והעמקת קשרים משמעותיים, המהווה עבור הקשישים מנגנון הסתגלותי המרחיק רגשות שליליים ומגביר רגשות חיוביים (Lang & Carstensen, 1994; Baltes & Baltes, 1990). על פי מחקרים שונים, תמיכה חברתית מתגלה בגיל המבוגר כמשאב היכול לסייע בהתמודדות עם משברים, ולמתן תופעות של רגש שלילי שנחווה עקב שינויים גופניים וחולי (Litwin, 1997; Litwin, 1997; Ashida & Heaney, 2008).

סגנון חיים

סגנון חיים הוא מושג שעושה שימוש בתחומים של קידום בריאות, רפואה מונעת, חקר הבריאות וההתנהגות (Backett, 1995). סגנון חיים משקף מבנה המסביר העדפות וצורות חיים (Hendricks & Russell-Hatch, 2006). סגנון חיים בריא כולל פרקטיקות או התנהגויות אשר מעודדות בריאות פיזית ורווחה נפשית (Volkan, 1990). סגנון חיים בריא כולל מגוון מימדים כגון תזונה או הרגלי אכילה, פעילות גופנית, ניהול סטרס, שינה, מידת עישון ועוד (Volkan, 1990; Rana et al, 2009). Stebbins (1997) מתייחס לסגנון חיים כתכונות מובחנות או דפוסי התנהגות הניתנים לזיהוי אשר משקפים אינטרסים משותפים ומצבי חיים שכוללים ערכים, גישות ונטיות שיוצרים מאפייני זהות חברתית. Hendricks & Russell-Hatch (2006) מחזדים הגדרה זו וטוענים כי סגנון חיים אינו רק דפוסי התנהגות הניתנים לצפייה אלא הוא כולל רמה של תפישה סובייקטיבית של הפרט וזהויות אישיות. ההבדל בין ההגדרה האובייקטיבית לסובייקטיבית נעוץ באופרציונליזציה של המשתנה. למשל, המושג

"סגנון חיים בריא" ניתן למדוד אותו באופן סובייקטיבי במונחים של תפיסת הנבדק את סגנון חייו הבריאים, או לחלופין, באופן אובייקטיבי במונחים של פרמטרים ספציפיים שמעוצבים על ידי החוקר (Hendricks & Russell-Hatch, 2006).

בתוך התחום של פסיכולוגיה, סגנון חיים מתקשר למה שמכונה שלושת ה- "C": קוגניציה, Cognition, תנאים, Conditions, ושינוי Change (Hendricks & Russell-Hatch, 2006). קוגניציה משקפת סכמות מחשבתיות או דפוסי חשיבה שמשמשים להצדקה של בחירות. המימד השני של סגנון חיים מתייחס ל**תנאים**. תנאים מוגדרים במונחים של מצבים פנימיים, הכוללים מבנים כגון תורשה, אינטליגנציה, ומשתנים אישיותיים (Hendricks & Russell-Hatch, 2006). תנאים מתייחס גם לנסיבות חיצוניות, שהינם פיזיות או בין-אישיות, הכוללות יחסים חברתיים אשר מובילים את הפרט לעסוק בדפוס התנהגות כלשהו (Hendricks & Russell-Hatch, 2006). המימד השלישי של סגנון חיים מתייחס ל**שינוי** במהלך הגיל, ועל כן יתואר תחת הכותרת "סגנון חיים בריא והגיל המבוגר".

סגנון חיים וגיל הזקנה

השינוי נגזר משילוב בין מאפיינים פסיכולוגיים פנימיים וגורמים נסיבתיים אשר בכוחם לערער על היכולת הנתפשת או הממשית של הפרט (Lawton בתוך Hendricks & Russell-Hatch, 2006). ישנם חוקרים הטוענים כי סגנון חיים יכול להשתנות לאורך מסלול החיים. הסבר לכך נעוץ בממצאים המורים על שינוי באישיות במהלך הזמן: שינויים בדפוסי מחשבה והתנהגות, תכונות, מבני פעולה, או תגובות הסתגלותיות אשר משקפות מטרות, מטלות, מזג, מוטיבציות ועוד (Hooker & McAdams בתוך Hendricks & Russell-Hatch, 2006). שינוי באישיות האדם, הנצפה באמצע החיים ובשנים המאוחרות של הזקנה, משפיע גם על סגנון החיים של הפרט (Robert & DelVecchio בתוך Hendricks & Russell-Hatch, 2006). בניגוד לממצאים המורים על שינוי אישיות לאורך החיים, יש הרואים אישיות כמתייצבת בגיל

מוקדם (גיל 30) ונשארת יציבה באופן עקבי לאחר מכן (Costa & McCrae בתוך Hendricks & Russell- Hatch, 2006). כך או כך, בהקשר של זקנה מחקרים מראים כי בחירה בסגנון חיים קשורה במוטיבציות ותפיסות כלפי סיכון, פחד ורגישות. יש הטוענים כי זקנה ואבדנים או התדרדרות ביכולות חושיות או בתפקוד פיזי עשויים להוביל לשינויים בסגנון החיים. למשל, Hennen & Knudten (בתוך Hendricks & Russell- Hatch, 2006) הסיקו כי ככל שיש לאנשים יותר דאגות הקשורות לתחושת סיכון, פחד ורגישות, בין אם הן נובעות משינויים ביכולות פנימיות או בתנאים חיצוניים, מתרחש שינוי בסגנון החיים.

באופן ספציפי יותר, ניתן לתאר את השינוי שחל בסגנון החיים בריא לאורך זמן או במהלך הזקנה. הגורמים של סגנון חיים בריא שמתוארים בספרות משתנים בין מחקר למחקר. בעבודה הנוכחית אתייחס לשני מימדים של סגנון חיים בריא: הרגלי חיים בריאים הכולל שינה טובה, פעילות גופנית, שתיית מים, אכילת פירות וירקות, יציאה מהבית, השתתפות בטוילים) והרגלי חיים מזיקים הכולל שתיית אלכוהול, אכילת בשר אדום, ממתקים, אוכל מזוהן בשומנים, חיי מתח. בהתייחס להרגלי חיים בריאים, נראה כי אנשים מבוגרים בדרך כלל חווים פגיעה ביכולת התפקודית שלהם עקב מחלות כרוניות כמו מחלות לב או אוסטיאופורוזיס (Landi et al, 2007), ולכן מצופה שיימצא קשר שלילי בין הגיל והשתתפות בפעילות גופנית, כך שככל שהגיל עולה, אנשים ידווחו על הפחתה בפעילות הגופנית. משתנה נוסף שקור לסגנון חיים בריא הוא שינה. ידוע כי בין התלונות השכיחות בזקנה הן קושי להירדם, הירדמות במהלך היום, כמות של שעות שינה לא מספקת, יקיצה מוקדמת ועייפות שנובעת מחוסר שינה. אלה יכולים להופיע באופן טבעי כחלק מתהליכי הזקנה, או בעקבות מחלות ונטילת תרופות שנפוצות בזקנה ומשפיעות על דפוסי הערות והשינה (Morin & Gramling, 1989). בכך, מצופה כי בעבודה הנוכחית יימצא קשר שלילי בין גיל והרגלי שינה בריאים, כך שככל שהגיל עולה, דפוסי השינה יהיו פחות בריאים. גורם נוסף שקיבל תשומת לב מחוקרים המעוניינים בזקנה

הוא פנאי בהקשר של טיולים ויציאה מהבית. הספרות מצביעה כי בארצות מפותחות כמו גרמניה וישראל קיים קשר שלילי בין גיל והשתתפות בטיולים ונסיעות (Fleischer & Pizam, 2002). בשל כך משוער כי ימצא קשר שלילי בין גיל וסגנון חיים המאופיין בחיים מחוץ לבית וטיולים בארץ ובהו"ל. גורם נוסף שנחקר הוא תזונה. זקנה נחשבת לגורם אשר משנה את צריכת התזונה של קלוריות, חלבונים ומזינים אחרים. האנרגיה פוחתת עם הגיל עקב ירידה במטבוליזם, ירידה במסת הגוף וחיים פחות פעילים פיזית ובכך, צריכת האנרגיה הכללית פוחתת עם הגיל (Cesar, Wada, & Borges, 2003). בכך ייתכן כי ככל שהגיל עולה צריכת של אוכל מזין כגון פירות וירקות יורד. בהתייחס להרגלי חיים מזיקים, נראה כי אנשים מבוגרים מפחיתים בצריכת אלכוהול ועישון סיגריות (Anthony & Balsa et al, 2008). ייתכן כי שינוי זה בסגנון החיים נובע מריבוי מחלות כרוניות ושימוש בתרופות הדורשות הפסקה של הרגלים לא בריאים, או עקב מוות בטרם עת שמוסבר על ידי עישון וצריכת אלכוהול (Anthony & Echeagaray-Wagner, 2008; Balsa et al, 2008).

סגנון חיים ובריאות פיזית

חוקרים מבחינים בין שני שלבים במהלך הזקנה. האחד, מאופיין בהתדרדרות תפקודית שמתרחשת כתוצאה מתהליך הזדקנות טבעי, והשני, נגרמת בעקבות מחלות כרוניות ופרוגרסיביות, כגון בעיות לב וסרטן, אשר שכיחותן עולה עם הגיל. באופן אידיאלי, אנשים רוצים להגיע לגיל מתקדם ולהישאר בשלב הראשון. על מנת להשיג מטרה זו, שינוי בגורמים הקשורים לסגנון חיים לא בריא באוכלוסייה הכללית, ובייחוד בגיל המבוגר, משך את תשומת הלב של חוקרים. תזונה, עישון, ופעילות גופנית הם חלק מהגורמים המשמעותיים בסגנון החיים שקשורים למחלות כרוניות. ישנן הוכחות המראות כי שיפור בגורמים אלו יכולים למנוע מוגבלות תפקודית ומחלות שקשורות לזקנה (De Groot et al, 2004). לפי ארגון הבריאות

העולמי עישון סיגריות, צריכת אלכוהול, כולסטרול גבוה, משקל יתר, העדר פעילות גופנית, וצריכה נמוכה של פירות וירקות מסבירים את רוב המחלות הפיזיות באירופה (WHO, 2005); (Pisinger et al, 2009). לאחרונה, במחקר פרוספקטיבי נמצא כי ארבע התנהגויות בריאות יחד: העדר עישון, קיום פעילות גופנית, צריכת פירות גבוהה, צריכת אלכוהול מתונה, מנבאים הפחתה ניכרת בסיכוי לחלות במחלות, ובכך גם בסיכוי למוות מוקדם (Pisinger et al, 2009); (Khaw et al, 2008). כמו כן, דיווח עצמי על בריאות פיזית דלה קשור למקרי מוות המוסברים על ידי סגנון חיים לא בריא שמוביל לסוכרת, מחלות בדרכי הנשימה, בעיות לב, שבץ וסרטן (Benjamins et al, 2004, Pisinger et al, 2009).

סגנון חיים בריא ורווחה נפשית סובייקטיבית

סגנון חיים בריא משקף גישה התנהגותית חיובית לחיים אשר מוביל לרווחה נפשית והבנה כי החיים יכולים להיות מהנים (Ardell, 1986). כאשר אנשים מקיימים סגנון חיים לא בריא כמו עישון סיגריות ושתיית אלכוהול, לא רק שישנו סיכון מוגבר למוות ומחלות פיזיות אלא גם קיים סיכון מוגבר לחוות דיכאון וחרדה (Lee, 1999). הקשר בין סגנון חיים בריא ורווחה נפשית נבדק באוכלוסיה המבוגרת ונמצא כי עישון סיגריות ושתיית אלכוהול באופן מופרז עלול להזיק לבריאות הנפשית. יחד עם זאת, שתיית אלכוהול באופן מתון (כשתי כוסיות ביום) משפר את התפקוד הקוגניטיבי ואת הרווחה הנפשית בהשוואה לאנשים שלא שותים כלל (Lang et al, 2007). משתנה נוסף בעל השפעה על רווחה נפשית הוא פעילות גופנית (Lee, 1999). במחקרי מטה-אנליזה הספרות מצביעה על קשר שלילי בין פעילות גופנית לבין דיכאון, חרדה, מצבי רוח, וקשר חיובי בין פעילות גופנית והערכה עצמית (Scully, 1998). למרות שהתדרדרות בריאותית היא בלתי נמנעת בגיל המבוגר, ישנן הוכחות שמצביעות על כך שאנשים מבוגרים שעושים פעילות גופנית שומרים על תפקוד בריאותי (Landi et al, 2007), מונעים דיכאון (Ruuskanen & Ruppila, 1995), וחווים יותר שביעות רצון

מהחיים (McAuley et al, 2000). באופן דומה, בריאות רגשית, בנוסף לבריאות פיזית, קשורה לסטרס (דחק) ולאופן ההתמודדות עימו בכל שכבות הגיל. ניתן להתמודד עם סטרס על ידי טכניקות הרגעה. למשל, יוגה, מגבירה הפרשה של מלטונין בגוף, ובתורה משפרת את התחושה של רווחה נפשית (Harinath et al, 2004). מעבר לגורמים שתוארו אשר תורמים לרווחה נפשית, ישנה חשיבות רבה לתזונה נכונה ולשינה. מחקרים מראים כי תזונה נכונה, הכוללת עושר בויטמינים, ברזל, מינרלים, חלבונים ושומנים בכמות סבירה, מגבירים את הרווחה הנפשית של האדם המזדקן (Gariballa & Sinclair, 1998; Hughes, 2006). כמו כן, בהתייחס לשינה, הפרעות שינה הן שכיחות בדיכאון ובעיות נפשיות אחרות שקשורות לזקנה (Furchtgott, 1999). למרות קיום קשר בין בעיות שינה ודיכאון, אין הרבה מחקרים שבדקו את הקשר בין הפרעות שינה ורווחה נפשית (Yokoyama et al, 2008). לאחרונה, נבדק קשר זה בקרב יפנים ונמצא כי קיים קשר חיובי בין שינה סובייקטיבית מספקת (שנמדדה על ידי השאלה "האם את/ה משיג/ה מנוחה מספקת במהלך השינה?") ורווחה נפשית. כמו כן, נמצא קשר בצורת פעמון בין שעות שינה ורווחה נפשית, כאשר שיא הרווחה הנפשית נמצאה בקרב אלו שישנים בין 7 ל-8 שעות ביום (Yokojama et al, 2008). לבסוף, בספרות רווחה נפשית נחקרה גם בהקשר של סגנון חיים המאופיין בטיולים. המחקרים מראים כי יש קשר חיובי בין טיולים ואושר, אך יש לשים לב כי מה שמעלה את הרווחה הנפשית זה משתנים כמו רמת הפעילות במהלך הטיול, ולא הטיול לכשעצמו (Milman, 1998).

משמעות בחיים

ההגדרה של משמעות בחיים משתנה בספרות ובאופן כללי חוקרים מגדירים את המושג במונחים של מטרה, משמעות או כמבנה רב-מימדי (Steger, 2009).

מטרה

תיאורית המשמעות של Frankl (בתוך Steger, 2009) התמקדה ברעיון שלכל אדם

מטרה ייחודית שבגללה הוא חיי, אשר מובנת בעזרת ערכיו. לפי Frankl משמעות נחוות כמה שאנשים מנסים לעשות לצורך מימוש ערכיהם. בכך, משמעות מתייחסת למרדף של אנשים אחר שאיפותיהם ומטרותיהם החשובות בחייהם. לפי כך, חוקרים אחרים הגדירו משמעות במונחים של מטרה ותכלית (Steger, 2009).

משמעות

גישה אחרת להגדרת משמעות היא סמנטית, אשר מתמקדת בחיים מתוך נקודת מבט של משמעות המידע (Baumeister, 1991; Steger, 2009). כלומר, בבואו של הפרט לשאול "מה משמעות חיי?" הוא שואל את עצמו "מה משמעות המילה הזו (חיים)?" גישה זו מציעה שמשמעות בחיים מורכבת ממשמעות המילה חיים, ואנשים חווים משמעות בחייהם כאשר חייהם מעבירים מידה או מסר מובן כלשהו. Bering (בתוך Steger, 2009) הרחיב הגדרה זו וטען כי אותן יכולות לעיבוד מידע אשר מאפשרות לאדם להבין מה פשר התנהגות זולתם, הן אלו שאחראיות גם על מאמצי האדם להבין מהי משמעות חייו. מנקודת מבט זו משמעות בחיים נוצרת דרך מאמציהם של אנשים לפרש את חוויותיהם במונחים של כוונות ומשמעות חייהם, בין אם ל"חיים" יש משמעות אינהרנטית או לא.

מבנה רב-ממדי

הספרות מתארת שתי גישות חד-ממדיות עיקריות שמגדירות משמעות בחיים. האחת היא מוטיבציונית (הגדרות המתמקדות במטרה) והשנייה היא קוגניטיבית (הגדרות המתמקדות במשמעות). מבנים מוטיבציוניים מתמקדים באופן שבו אנשים משיגים את מטרותיהם בטווח הקצר (נושאים מידיים), לטווח הביניים (פרויקטים אישיים) ולטווח הארוך (תכנון חיים). מבנים קוגניטיביים מתמקדים בהבנת ה"עצמי" (זהות) או הבנת העולם (פרספקטיבות לגבי העולם). המרכיב הקוגניטיבי של משמעות בחיים מאחד את האופן שבו אנשים מבינים את עצמם ואת עולמם, ומתייחס גם לדרך שבה אנשים תופסים את האינטראקציה בין עצמם לעולם (Steger,

(2009).

הגדרות רב-ממדיות של משמעות בחיים לרוב משלבות את שני הממדים האלה עם מימד רגשי נוסף אשר מתייחס לסיפוק של האנשים מחייהם (Steger, 2009). למשל, Raker & Wong (בתוך Steger, 2009) מגדירים משמעות במונחים של יכולת לקלוט סדר וקוהרנטיות בקיום, לאורך חיפוש והשגה של מטרות, והרגשה של הגשמה או סיפוק המתעורר בעקבות הקוהרנטיות והחיפוש. מפרספקטיבה זו, אנשים אשר מאמינים שחייהם הם בעלי משמעות יחשבו כי חייהם מעוצבים ושהם בעלי מטרות ברורות. למרות המימד הרגשי בהגדרות של משמעות בחיים, ישנן סיבות תיאורטיות ואמפיריות אשר מזהירות מפני שימוש במימד שכזה. מנקודת מבט תיאורטית, מרכיבי משמעות בחיים מוטיבציוניים וקוגניטיביים יוצרים משתנה ייחודי, לעומת זאת הכנסת מרכיב רגשי פוגע בתוקפו של המשתנה (Steger, 2009).

קיום משמעות וחיפוש אחר משמעות בחיים

Steger (2009) טוען כי משמעות בחיים מתייחסת להבנה של האדם לגבי: איפה הוא היה, איפה הוא נמצא ולאן הוא הולך. Steger מתייחס לשני ממדים בתוך משמעות בחיים. האחד, הוא נוכחות או מציאת משמעות בחיים והשני הוא חיפוש אחר משמעות. מציאת משמעות מבטאת את המידה שבה אנשים מבינים את חייהם, מוצאים בה גיוון ורואים בה חשיבות לאור קיום של מטרה, יעד או תכלית (Steger et al, 2009). חיפוש אחר משמעות מתייחס לרצונם ומאמציהם של אנשים לבסס ו/או להגביר את הבנתם לגבי משמעות, חשיבות ומטרה בחייהם. Steger ושותפיו (2009, 2006) סוברים כי בעוד שהנוכחות או ההיעדרות היחסית של משמעות בחיים קיבלה תשומת לב רבה, המידה שבה אנשים מחפשים אחר משמעות לא נחקרה כלל. עבודה תיאורטית ואמפירית של Steger ושותפיו (2009, 2008) על משמעות בחיים מציעה כי קיים הבדל בין קיומה של משמעות בחיים לבין חיפוש אחר משמעות

בחיים. אנשים שחשים שאין משמעות לחייהם או כאשר הם מאבדים אותה, הם יחפשו אחריה. כחלק מתהליך דינאמי, העדר משמעות בחיים יעודד אנשים לחפש אחריה, ובכך הם יגלו מטרה מספקת ומשמעותית לחייהם. כוח החיפוש אחר משמעות יחלוף או ייפסק במידה כלשהי כאשר האדם ימצא את המשמעות. Steger ושותפיו (2006) מאושרים באופן מתון במחקרם כי אנשים שמחפשים משמעות בחיים מדווחים על חיים עם פחות משמעות. בכל זאת, ניתוח גורמים מאשר כי חיפוש אחר משמעות הוא גורם נפרד ובלתי תלוי בקיומה של משמעות בפועל (Steger, 2009; Steger et al, 2006). בכך רוב האנשים יכולים בו-זמנית למצוא משמעות וגם לחפש משמעות. חיפוש זה עשוי להיות מרוכז בניסיון למצוא מקורות חדשים או נוספים למשמעות (Steger & Kashdan, 2007). Steger ועמיתיו (2008) מציעים כי הקשר בין חיפוש וקיום של משמעות הוא מורכב; אנשים לא רק יחפשו אחר משמעות כאשר היא לא קיימת, אלא החיפוש תלוי בעוד גורמים רלוונטיים כמו כוחות פסיכולוגיים.

משמעות בחיים וגיל הזקנה

בבחינת הקשר האמפירי בין משמעות בחיים (שנמדדה לראשונה על ידי מבחן לבחינת מטרה בחיים (PIL) Purpose In Life test)) ואינדקס ביחס לחיים (Life Regard Index (LRI)) לבין מדידות הקשורות גיל, נמצאו רמות גבוהות של משמעות בחיים בגיל המבוגר (Reker, 2005; Steger et al, 2009). יחד עם זאת, כאשר נעשה שימוש בתת-סקלה שמודדת מטרה בחיים של Ryff (1989) נמצאו רמות נמוכות של משמעות בזקנה (Steger et al, 2009). המדידה של Ryff (1989) מתמקדת בהשגת מטרות (למשל, "אני נהנה מחשיבה על תוכניות לעתיד ועל אופן הגשמתן") שייתכן והן יותר רגישות לשינוי במהלך החיים. כלומר, אנשים מבוגרים פחות מדווחים על מטרות שהם מנסים להשיג בחיים (Steger et al, 2009). Steger ושותפיו (2009), עשו שימוש בסקאלה חדשה שנבנתה על ידם ואשר כוללת פריטים הבודקים מציאת משמעות בחיים וחיפוש אחר משמעות. בהתייחס למציאת משמעות בחיים,

החוקרים מצאו כי אנשים בגיל המבוגר מדווחים על רמות גבוהות יותר של מציאת משמעות בהשוואה לקבוצות גיל צעירות מהם. ממצא זה מתאים לתיאוריות וממצאים המציעים כי משמעות היא משאב חשוב בכל הגילאים, בייחוד בגיל המבוגר (Wong; Steger et al, 2009; Wong, 2000).

בהתייחס לחיפוש אחר משמעות בקבוצות גיל שונות, נעשו מעט מחקרים. באחד מהם לא נמצאו הבדלים הקשורים לגיל בחיפוש אחר משמעות שנמדד על ידי תת-סקאלה "רצון למציאת משמעות" (Reker et al, 1987; Steger et al, 2009). יש לציין כי תת-סקאלה זו בעלת מאפיינים פסיכומטריים דלים ועקב זאת היא הוצאה מסקירות מחקריות (Steger, 2009). במחקרם של Steger ושותפיו (2009) נמצא כי אנשים בקבוצות גיל צעירות מדווחות על רמות גבוהות של חיפוש אחר משמעות. תיאוריות התפתחותיות, כמו אלה של Erikson (1986) ושל Marcia (1966) טוענות כי סימן ההיכר בבגרות הוא הקירה של צרכים התפתחותיים לצורך מיסוד זהות, קריירה ותפקידים חברתיים. החשיבות שתיאוריות אלו מעניקות לחקירה בשלבים מוקדמים בחיים מציעה כי קבוצות בגיל צעיר ידווחו על רמות גבוהות של חיפוש אחר משמעות בהשוואה לקבוצות גיל מבוגרות (Steger et al, 2009).

משמעות בחיים ובריאות פיזית

במחקר של מטה-אנליזה שנעשה על ידי Pinquart (2002) מתגלה כי תחושת משמעות בחיים קשורה לבריאות טובה יותר בקרב מבוגרים. יש לפחות ארבע סיבות שהוצעו בניסיון להסביר מדוע תחושת משמעות בחיים קשורה לבריאות בגיל המבוגר (Krause, 2004). ראשית, אנשים עם תחושה חזקה של משמעות מסוגלים לראות כי הם צומחים בעמידתם מול מצוקה. גוף מחקרי מציע כי חווית צמיחה אישית בנוכחות של אירועים מלחיצים קשורה לבריאות פיזית, כמו גם נפשית, טובה יותר (Krause, 2004). שנית, מטרות הן אחד המרכיבים ממשמעות בחיים. כאשר האדם המבוגר בעל מטרות, הוא חווה אופטימיות. מחקרים

מציעים כי אופטימיות משמשת כמשתנה המונע בעיות בריאותיות (Krause, 2004). שלישית, אנשים עם תחושת משמעות גבוהה יכולים ליהנות מבריאות פיזית טובה מאחר שמשמעות מגבירה את תפקודה של המערכת החיסונית (Krause, 2004; Ryff & Singer, 1998). לבסוף, הספרות מצביעה על קשר שלילי בין משמעות בחיים ובעיות נפשיות. קשר זה חשוב מאחר שגוף מחקרי רחב מגלה כי סימפטומים של מצוקה נפשית קשורים בתורם לבעיות בבריאות הפיזית (Krause, 2004). בעקבות הקשר בין משמעות לחיים ובריאות פיזית, מצופה במחקר הנוכחי שיימצא קשר שלילי בין מציאת משמעות בחיים ומספר מחלות הפיזיות בגיל המבוגר וקשר חיובי בין מציאת משמעות בחיים והערכת בריאות ביחס לאחרים. מאחר שלא נמצאו מחקרים שבחנו את הקשר בין חיפוש אחר משמעות ובריאות פיזית, לא משוער דבר בעניין זה.

משמעות בחיים ורווחה נפשית סובייקטיבית

Erikson (1997) מצביע על תקופת הזקנה כתקופה השמינית מבין תקופות החיים. הסגולה בשלב זה היא סגולת החכמה, וההתפתחות נעה על ציר בין היכולת לאינטגרציה של חיי האדם לבין תחושה של ייאוש אל מול חייו האוזלים והתחושה כי לא הצליח להשיג את שאיפותיו. בעצם יחודו של שלב זה הוא בבחינה של מעשי האדם בעבר ובהווה, שלב בו כל חיוך שיחה או מפגש הופכים להיות בעלי משמעות.

גישת הלוגותרפיה של פראנקל (1970) מניחה כי לכל אדם שיש משמעות יש יכולת להמשיך בחייו ולשאת גם משאות קשים. המשמעות היא אשר מנחה את האדם בחברה המודרנית אל חיים בעלי תוכן. מכאן האדם אשר הצליח למצוא משמעות לחייו, או לשנות את משמעות חייו בהתאם לתהליך הזקנה אותו הוא עובר יחוש תחושה של אושר, תחושה של אינטגרציה בחייו. ומנגד האדם אשר לא השכיל למצוא משמעות בחייו בגיל הזקנה ידרדר לתהומות הייאוש והריקנות (גוטמן, 2007).

מחקרים מראים באופן עקבי כי קיים קשר בין מדידות של משמעות בחיים ורווחה נפשית

בקבוצות גיל שונות, כולל הגיל השלישי (Chamberline & Zika, 1992). אנשים שמרגישים שקיימת משמעות בחייהם הינם יותר אופטימיים, בעלי הערכה עצמית גבוהה, בעלי אפקט חיובי, ופחות חווים דיכאון וחרדה (Steger & Kashdan, 2006). כמו כן, אנשים שאינם מרגישים שביעות רצון מחייהם, משפרים הרגשה זו לאורך טיפול פסיכולוגי (Diener et al, 1999; Steger & Kashdan, 2006).