

Quality of Life Evaluation in the Elderly in Israel: Focus Groups /

מדידת איכות החיים בקרב אוכלוסיית בני הגיל המבוגר בישראל: קבוצות מיקוד

Author(s): Yoram Ben-Yaacov, Tal Narkis-Gaz, Marian Amir and Rachel Lev-Wiesel
יורם בן יעקב, טל נרקיס-גז, מריאן אמיר, רחל לב-ויזל

Source:

Gerontology /

גרונטולוגיה

Vol. No. 1 - 2009), pp. 31-44 תשס"ט

Published by: [Israel Gerontological Society / האגודה הישראלית לגרונטולוגיה](#)

Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/23484975>

Accessed: 29-02-2016 14:36 UTC

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at <http://www.jstor.org/page/info/about/policies/terms.jsp>

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact support@jstor.org.



Israel Gerontological Society / האגודה הישראלית לגרונטולוגיה is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to *Gerontology* / גרונטולוגיה.

<http://www.jstor.org>

מדידת איכות החיים בקרב אוכלוסיית בני הגיל המבוגר בישראל: קבוצות מיקוד

יורם בן יעקב,¹ טל נרקיס-גז,¹ מריאן אמיר,¹ ורחל לב-ויזל²

¹ המחלקה למדעי ההתנהגות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
² המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה,

המאמר הנוכחי נועד לבדוק מהם הממדים המרכיבים את איכות החיים של בני הגיל המבוגר. במסגרת מחקר בינלאומי שנוהל ברזמנית בעשרים וארבעה מרכזים במדינות שונות, בחסותו של ארגון הבריאות העולמי, נוהלו קבוצות מיקוד בהשתתפות בני הגיל המבוגר.

ניתוח התכנים שהועלו במסגרת קבוצות המיקוד מלמד כי איכות החיים של אוכלוסיית בני הגיל המבוגר מורכבת משישה ממדים מרכזיים: בריאות ותפקוד; קשרים בינאישיים; משפחה, חברה, סביבה; היבטים פסיכולוגיים; תעסוקה ופעילויות פנאי; התייחסות החברה לאדם הזקן; סיפוק מהישגי העבר וההווה וציפיות לעתיד.

מבוא

איכות חיים ומדידתה

איכות חיים היא נושא שנחקר רבות בשני העשורים האחרונים, וכולל בתוכו הגדרות ותפיסות שונות (בן יעקב ואמיר, 2001; Landau & Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Litwin, 2001). בעבר מדדי איכות חיים התרכזו בהיעדר פתולוגיה – היעדר דיכאון, חרדה, ורגשות שליליים (Diener, 1984). בהמשך ארגון הבריאות העולמי קרא להנהיג תפיסה חדשה של איכות החיים: "בריאות היא מצב של רווחה גופנית, נפשית וחברתית שלמה, ולא רק מצב של היעדר מחלה" (World Health Organization, 1948, p. 100). על בסיס גישה זו, חוקרים החלו לנסח הגדרות חדשות של איכות חיים, שכללו למשל אלמנטים של רגשות חיוביים (Bradburn, 1969) ואלמנטים של שיפוט קוגניטיבי (Wood, Rhodes & Whelan, 1989). עם זאת, עדיין הייתה חסרה הגדרה רחבה שתאגד בתוכה את כל האלמנטים הללו. בעשור האחרון ארגון הבריאות העולמי הקים קבוצת מחקר שמטרתה הייתה ליצור הגדרה אופרציונלית רחבה של איכות חיים עבור האוכלוסייה הכללית. איכות החיים הוגדרה כ"תפיסות של אדם לגבי עמדותיו בחיים, במסגרת התרבות ומערכת החיים שבהן הוא חי, תוך התייחסות למטרות, לציפיות, ולאמות-המידה שלו" (The WHOQOL Group, 1995, 1998).

מאמר זה מוקדש לזכרה של פרופ' מריאן אמיר אשר הלכה לעולמה בטרם עת בינואר 2004.

איכות חיים בגיל המבוגר

בעשורים האחרונים חל גידול משמעותי בהיקף האוכלוסייה המבוגרת בישראל ובעולם. חוקרים בעולם מעריכים כי מספר בני 60 ומעלה גדל בכל חודש במיליון איש בקירוב, תופעה שמשקפת שינוי דמוגרפי רב-משמעות (Troisi, 1998). בישראל, על-פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2003), האוכלוסייה המבוגרת גדלה פי 4.8 בין השנים 1960–2003. מספר הקשישים בישראל, בני 65 ומעלה, עלה מ-100,000 ב-1960 ל-600,000 כיום, והם מהווים כ-11% מאוכלוסיית המדינה. תחזיות דמוגרפיות מצביעות על כך שבשנת 2010 יגיע מספרם של בני 65 ומעלה בישראל ל-687,000 איש. ב-2030 מספרם עשוי להגיע ל-939,000. לנוכח העלייה בהיקף האוכלוסייה המבוגרת, עולה חשיבות העיסוק באיכות החיים בגיל המבוגר, כמו גם הצורך לחקור את הגורמים המשפיעים על איכות החיים בקרב האוכלוסייה המבוגרת, וזאת במגמה לפעול למען שיפור (McNeil, Stones, & Kozma, 1986; Shmotkin, 1998; Landau & Litwin, 2001; Leung, Wu, Lue, & Tang, 2004).

במקביל להתפתחות בהגדרת איכות החיים בקרב האוכלוסייה הכללית, חלו שינויים גם בתפיסת איכות החיים בקרב האוכלוסייה המבוגרת. בעבר איכות החיים בקרב האוכלוסייה המבוגרת נמדדה בכלים המשמשים גם את האוכלוסייה הכללית (Pinquart & Sorensen, 2000). יחד עם זאת, קיימים כמה כלים המתייחסים באופן ספציפי לאוכלוסייה המבוגרת, ואחד הנפוצים שבהם הינו מדד שביעות הרצון מהחיים "Life Satisfaction Index A" (Neugarten, Havinghurst, & Tobin, 1961). כלי זה כולל שלושה תחומים: (1) מצב-הרוח: מתייחס לרגש חיובי ולאוויר; (2) ערגה לחיים: מתייחס לגישה חיובית לחיים ולאופטימיות; (3) שלמות: מתייחס למידה שבה אדם מרוצה מהישגיו. הכלי אינו כולל התייחסות לתחומי תוכן ספציפיים (כמו בדידות לעומת מעורבות חברתית, תמיכה מצד המשפחה, עצמאות). ישנם חוקרים המצביעים על חשיבותו של כלי זה, אך ברזמנית מותחים ביקורת על היותו חלקי בלבד בתחום איכות החיים (Shmotkin, 1998). הגדרות אחרות של איכות חיים מתייחסות לקבוצות מיוחדות וספציפיות באוכלוסייה המבוגרת, כגון אוכלוסייה המאושפזת במוסדות גריאטריים (Lawton, 1975), ואוכלוסייה המתגוררת בבתי-אבות (Rodin & Langer, 1977). לחלופין ישנן הגדרות המתייחסות לתחומים ספציפיים, אשר אינם מקיפים את כל הטווח הנכלל באיכות החיים, תחומים כגון תפקוד יומיומי (Katz, 1983) ודיכאון (Yesavage & Brink, 1983).

המאמר הנוכחי מציג פיתוח של כלי מדידה חדש בצורת שאלון אשר נועד להעריך איכות חיים בקרב אוכלוסיית הגיל המבוגר: WHOQOL-OLD. פרויקט הפיתוח של שאלון זה נערך בחסותו של ארגון הבריאות העולמי על-ידי קבוצת WHOQOL האמונה מטעם הארגון על הערכת איכות חיים. הפרויקט מקיף 23 מרכזים ברחבי העולם, בין השאר בבריטניה, בספרד, בסין, ביפן ובברזיל. מערך הנחיות משותף ובינלאומי לפיתוח השאלון הוכן על-ידי המרכז המתאם באוניברסיטת אדינבורו בסקוטלנד. ההנחיות כללו (א) קבוצות מיקוד; (ב) פיתוח גרסה ראשונית של פריטים לשאלון; (ג) השתתפות בהליך בניית הגרסה הסופית של השאלון ותיקופו. במהלך כל אחד משלבי המחקר ניתנו הנחיות

מפורטות לביצוע לכל אחד מהמרכזים המשתתפים במחקר. המאמר הנוכחי יסקור את השלב הראשון – ניהול קבוצות המיקוד – אשר היה חשוב ביותר להמשך המחקר כולו ולפיתוח השאלון הסופי. יש חשיבות בהבאת הממצאים הללו, גם משום שחלקם נשמט במהלך בניית הגרסה הסופית של השאלון מסיבות סטטיסטיות. בבחינת התמות נוכל למצוא ייחודיות "ישראלית", שאומנם אינה משותפת לארצות אחרות שהשתתפו במחקר, אך מאפיינת ככל הנראה את איכות החיים בקרב אוכלוסיית הגיל המבוגר בישראל.

קבוצות מיקוד

קבוצות מיקוד הן כלי איכותני חשוב לגילוי ולחשיפה כאשר מעט מאוד ידוע על תחום מסוים (Vaughn, Schumm, & Sinagub, 1996). לפי קרוגר (Krueger, 1994), קבוצות מיקוד מועילות בזיהוי תמות מרכזיות ומהוות אמצעי יעיל לקבלת מידע מקהלים מיוחדים. שלא כמו בראיון פנים-אל-פנים ובשאלונים, קבוצות המיקוד מאפשרות אינטראקציה והתבוננות מעמיקה יותר בדעותיהם ובחוויותיהם של אנשים. השיחה בקבוצות המיקוד יעילה במיוחד לסיפוק מידע בשאלה מדוע אנשים חושבים או מרגישים כפי שהם מרגישים. המשתתפים יכולים לענות בחופשיות ובספונטניות, ללא ההגבלה המאפיינת שאלונים סגורים. האינטראקציה בין המשתתפים מעלה רעיונות בעלי ערך, יותר מאשר תשובות פרטניות שמתקבלות משאלונים ומראיונות פנים אל פנים (Caplan, 1990). לקבוצות מיקוד, אם כן, יש משקל רב יותר מסך משתתפיהן, וכאמור הן יכולות להוליד רעיונות שלא היו עולים מתוך שיחות בארבע עיניים עם האנשים (Krueger, 1994). קבוצות מיקוד יעילות בפיתוח שאלונים וכלי ראיון (Morgan, 1997, 1998).

לפי מורגן (Morgan, 1997), ישנן שלוש דרכים בסיסיות שבהן קבוצות מיקוד תורמות לפיתוח שאלונים: (1) על-ידי זיהוי כל התחומים שיש למדוד בשאלון. כך, במקום שהשאלון יתבסס על הנחות החוקר לגבי הנושאים הרלוונטיים, קבוצות מיקוד מספקות לו תמונה שלמה ככל האפשר של מחשבות המשתתפים. (2) קבוצות מיקוד הן כלי יעיל בקביעת המימדים הכלולים בכל תחום, מכיוון שמספר נמוך יחסית של קבוצות יכול להעלות מספר רב של רעיונות לגבי הפריטים שאותם צריך לכסות בכל תחום של שאלות. (3) קבוצות מיקוד יכולות לעזור בניסוח שאלות מתאימות.

כתוצאה מכל האמור לעיל, קבוצות מיקוד מפחיתות את הסיכוי לטעות בבניית שאלון ולפיכך מגבירות את התוקף שלו (שם).

יתרון נוסף של עבודה בקבוצה הוא שאנו יכולים לצפות ולהקליט את המילים והמושגים שבהם השתמשו האנשים המבוגרים כששוחחו על נושא מסוים. הקשבה לשפה שבה המשתתפים השתמשו חשובה במיוחד בבניית פריטים לשאלון סגור. הדבר מבטיח שהשאלות שנשאל מנוסחות בדרך שהיא הגיונית עבור משתתפי המחקר (שם). כמו כן, ניתן להשתמש בקבוצות מיקוד כמחקר חלוץ (Pre-pilot focus groups), כחלופה לראיונות עומק בשלב הראשוני של מחקר סקר רחב (Bloor, Frankland, Thomas, & Robson, 2001). לפני הכנת הטיוטה ובדיקת כלי המחקר עצמו, ניתן להשתמש בקבוצות

מיקוד בראשית המחקר מתוך מטרה אקספלורטיבית, כדי לקבל מידע לצורך שלבי המחקר הבאים.

קבוצות מיקוד נמצאות בשימוש רחב בחקר איכות חיים בקרב חולי סרטן (e.g., Stewart & Shamdasani, 1990), חולי אוסטפורוזיס (Lydick, Martin, & Yawn, 1996), חולי מיגרנה (e.g., Cottrell et al., 2002). בקבוצות מיקוד השתמשו גם לפיתוח הבנה ביחס לממדים של איכות חיים לצורך בניית כלי מדידה עבור אוכלוסיות מחקר שונות (בן יעקב ואמיר, 2001).

המאמר הנוכחי מדווח על התהליך הקשור ביישומן של קבוצות המיקוד במרכז הישראלי של המחקר הנדון. מטרת המאמר היתה לבחון את התמות המרכזיות ביחס להגדרת איכות החיים בקרב אוכלוסיית הגיל המבוגר בישראל.

המחקר

השיטה

המרכז המתאם הפיק מערך הנחיות המבוסס על ניסיון קודם של קבוצת ה-WHOQOL בניהול של מחקרים משותפים בפיתוח השאלון WHOQOL-100 (The WHOQOL Group, 1998) ו-WHOQOL BREF (שם). מערך ההנחיות הראשוני הועבר לביקורת כל המרכזים בטכניקת דלפי¹ (Delphi) עד שנוסח מערך הנחיות המוסכם על כל המרכזים המשתתפים. הכוונה היתה שמערך ההנחיות האחד יוכל לעזור באיסוף שיטתי ועקבי של הנתונים ובדיווח על קבוצות המיקוד מכל המרכזים. יחד עם זאת, כל מרכז יכול היה לשנות את ההנחיות לניהול קבוצות המיקוד כדי להתאימן לנסיבות מיוחדות.

ההנחיות לגבי קבוצות המיקוד

ההנחיות הקיפו את כל המשימות והמטלות הקשורות להרצת קבוצות המיקוד וסיפקו מסגרת עבודה ומבנה לניהולן בפועל. היו שלוש-עשרה משימות עבודה, שלצורכי המאמר הנוכחי מדווחות תחת שבעה תחומים כלליים:

1. מסגרת הזמן הכללית לניהול כל קבוצות המיקוד, המקומות ההולמים לצורך העברת קבוצות המיקוד ומסגרת הזמן הספציפית לכל קבוצת מיקוד.
2. מספר קבוצות המיקוד, גיוס משתתפים והרכב כל קבוצה (ראו פירוט בהמשך).
3. הכנה לקראת ניהול הקבוצות שכללה תרגום החומר, הפצה מוקדמת של חומר רלוונטי ומידע כללי על המחקר למשתתפים והכנת החומר והציוד הנדרש לקבוצות (כלי כתיבה, דפים, שתייה, מיחם וכדומה).
4. ההליך לניהול הקבוצות: תפקידים של המתאמים, מבנה הפגישות ועצות כלליות לניהול

1 לפי טכניקת דלפי, המרכז המתאם שולח את החומר הרלוונטי לכל המרכזים המשתתפים לצורך הערות וביקורת, מקבל אותו חזרה לצורך תיקון וחזר חלילה, עד להסכמה מלאה של כל המרכזים.

- קבוצות המיקוד עם בני הגיל המבוגר. למשל איך לצפות, להקליט ולרשום, מידע בנוגע לדרך שבה כדאי לפעול במצבים בעייתיים וכדומה.
5. איסוף מידע סוציו-דמוגרפי ומידע ביחס למצבם הבריאותי של המשתתפים.
6. מבנה הדיון בקבוצות המיקוד: בתוך כל קבוצה התפתח דיון בן ארבעה חלקים: (א) דיון כללי ובלתי-מובנה על ממדי איכות החיים שחשובים למשתתפים. לקבוצות אלו הוצגה השאלה הפתוחה: "כיצד היית מגדיר/ה איכות חיים?"; (ב) הערכה ותגובה לגבי תחומי איכות החיים בשאלון WHOQOL-100 (שאלון איכות חיים לגילאים צעירים יותר); (ג) הערות, תגובות ומשוב על נושאים נוספים הקשורים לאיכות חיים שהמרכז המתאם הציג למשתתפים; (ד) ורעיונות ומחשבות של המשתתפים בקבוצה ביחס לאיכות חיים, שלדעתם לא כוסו בחלקים הקודמים של הדיון.
7. תרגום הממצאים בקבוצות המיקוד לאנגלית ושליחתם למרכז המתאם באדינבורו.

המשתתפים

על-פי הנחיות המרכז המתאם באדינבורו הוצעו שלושה סוגים של קבוצות שבכל אחת 4-6 משתתפים: (א) קבוצת בני הגיל המבוגר; (ב) קבוצת בני-משפחה מטפלים; (ג) קבוצת מומחים-מטפלים כגון אחיות, אנשי סיעוד, רופאים ומנהלי בתי אבות. קבוצות בני הגיל המבוגר חולקו לפי גיל (60-80/79+) ומצב בריאותי (בריאים/לא בריאים). הקבוצות היו מעורבות מבחינת מגדר. כל מרכז ניהל ארבע קבוצות של בני הגיל המבוגר, קבוצה אחת של בני-משפחה מטפלים וקבוצה אחת של מומחים-מטפלים. במחקר הנוכחי היו שש קבוצות משתתפים לפי הכללים הנזכרים לעיל. בסך הכול היו 34 משתתפים במחקר, 22 משתתפים בקבוצות הגיל המבוגר ועוד 12 משתתפים בקבוצות המטפלים.

הליך המחקר

הקבוצות התנהלו במקום המפגש או מקום המגורים הטבעי של חברי הקבוצה: בית-אבות, דיור מוגן או מרכז יום לקשיש. כל קבוצה נוהלה על-ידי שני מנחים, בוגרי תואר שני בפסיכולוגיה קלינית, ועוזר מחקר שתפקידו היה לרשום ולתעד את קבוצות המיקוד. לוח 1 (ראו בעמ' הבא) מסכם את הליך ניהול קבוצת המיקוד באופן ספציפי.

ניתוח הנתונים

ניתוח החומר המתועד נעשה בידי שני פסיכולוגים. החומר הגולמי נותח ועובד בהתבסס על ההנחיות של טאטי, רותרי וגרינל (Tutty, Rothery, & Grinnell, 1996), שלפיהן יחידות משמעות מסווגות באופן קטגורי, ותמות רלוונטיות מאותרות. כל פסיכולוג ניתח את הנתונים בנפרד. ראשית הם קראו את התמליל (transcript) כולו, הציגו פירושים אפשריים, סימנו את הרעיונות המרכזיים שעלו מתוך הטקסט והציגו תמות מרכזיות. שנית, כל פסיכולוג הגדיר את התמות המרכזיות והמשניות. שלישית, התמות שנמצאו זהות בניתוח של שני הפסיכולוגים, נבחרו למחקר הנוכחי (ראו פרק התוצאות). לבסוף, רמות מקובלות של מהימנות בין שופטים (inter-rater reliability) הושגו בזיהוי התמות הללו בפרוטוקולים של המחקר הנוכחי ($Intra-class correlations > .70$).

לוח 1: הליך ניהול קבוצות המיקוד

ההליך	זמן בדקות	המטרה
הקדמה ואיסוף טפסי הסכמה מודעת	5	חימום, שבירת הקרח
חלק 1: דיון חופשי בנוגע לאיכות חיים	20	להוביל את הקבוצה להתמקדות במימדים של איכות החיים
הפסקה	15	
חלק 2: סקירה של WHOQOL-100	30	להוביל את הקבוצה להתמקדות בשאלון WHOQOL-100
חלק 3: סקירה של רשימת פריטים נוספים	15	איסוף מידע לגבי רשימת הפריטים שהציעו מרכזי המחקר
חלק 4: הצעה של פריטים אחרים	10	איסוף מידע מהמשתתפים לגבי פריטים נוספים
סיום ואיסוף נתונים סוציו-דמוגרפיים	5	להודות למשתתפים בקבוצה ולקבל מידע לגבי נתונים דמוגרפיים חיוניים
תיעוד המפגש עם קבוצות המיקוד		מילוי טפסים על-ידי המנחים

תוצאות

מאמר זה מדווח על הממצאים הראשוניים שהתקבלו מהשלב הראשון של המחקר: קבוצות המיקוד. הוא מתמקד בתגובות בני הגיל המבוגר בלבד (קבוצות 1–4) במהלך החלק הראשון של קבוצות המיקוד – הדיון הפתוח ביחס לאיכות חייהם.

נתונים דמוגרפיים

קבוצה 1. הקבוצה התנהלה בבית-אבות. בקבוצה השתתפו חמישה אנשים, ארבע נשים וגבר, כולם בני למעלה משמונים ואחד בן תשעים, מתוכם שניים נשואים ושלושה אלמנים. שלושה דיווחו על עצמם כבריאים ושניים דיווחו על עצמם כלא בריאים.

קבוצה 2. הקבוצה התנהלה במרכז יום לקשיש. בקבוצה השתתפו שישה אנשים, שלוש נשים ושלושה גברים. הגיל הממוצע היה 84. כולם היו אלמנים. חמישה דיווחו על עצמם לא-בריאים ומשתתף אחד דיווח על עצמו כריא.

קבוצה 3. הקבוצה התנהלה במרכז יום לקשיש. בקבוצה השתתפו חמישה אנשים, שתי נשים ושלושה גברים. ממוצע הגילאים 73.4. מתוך החמישה, משתתף אחד היה נשוי, אחד אלמן והשאר פרודים מבני זוגם. שניים מהמשתתפים גרים בבית-אבות הממוקם באותו

קומפלסק ושלושה מתגוררים בבתיהם ומגיעים מדי יום לפעילות במקום. שלושה דיווחו על עצמם לא־בריאים ושניים דיווחו על עצמם בריאים.

קבוצה 4. הקבוצה התנהלה במסגרת של דיור מוגן. בקבוצה השתתפו שישה אנשים, ארבע נשים ושני גברים. הגיל הממוצע בקבוצה היה 75.6. בין המשתתפים היה זוג נשוי והשאר אלמנים. שלושה דיווחו על עצמם לא־בריאים ושלושה דיווחו על עצמם בריאים.

קבוצה 5. הקבוצה התנהלה בבית־אבות. הקבוצה כללה שישה משתתפים, בני משפחה של הדיירים בבית־האבות, המטפלים בהם ומתגוררים בקיבוץ. השתתפו ארבע נשים ושני גברים בטווח גילאים שנע בין 51 ל־79.

קבוצה 6. הקבוצה התנהלה בבית־אבות. בקבוצה השתתפו שישה אנשים, נושאי תפקידים שונים בבית־האבות (אחיות, מטפלות, אם בית, מנהלן), חמש נשים וגבר, בטווח הגילאים 30–76.

לוח 2 מסכם את הנתונים הדמוגרפיים של המשתתפים בני הגיל המבוגר (קבוצות 1–4).

לוח 2: נתונים דמוגרפיים של המשתתפים בני הגיל המבוגר

הגיל בקבוצה	הגיל הממוצע	מין		מצב משפחתי		מצב בריאותי		תנאי מגורים	
		גבר	אשה	נשוי	אלמן/פרוד	בריא	לא בריא	בית	בית אבות/דיון מוגן
+ 80	80	1	4	2	3	3	2	—	5
+ 80	84	3	3	—	6	1	5	6	—
79–60	73.4	3	2	1	4	2	3	3	2
79–60	75.6	2	4	2	4	3	3	—	6
סה"כ		9	13	5	17	9	13	9	13

כפי שרואים בלוח 2, רוב המשתתפים במחקר היו נשים. מבחינת המצב המשפחתי הרוב היו אלמנים/ות או פרודים/ות, ומבחינת המצב הבריאותי הרוב דיווחו על עצמם לא־בריאים. רוב המשתתפים התגוררו בבתי־אבות או בדיור מוגן.

האווירה בקבוצות

באופן כללי האווירה בקבוצות היתה טובה ונעימה. המשתתפים נהנו להיות חלק מהקבוצה, והתבטאו בפתיחות ובחופשיות. כמו כן, ניכר היה שהמשתתפים מעוניינים לספק לנו מידע אמין ועכשווי לגבי חייהם כיום ובעבר. ברוב הקבוצות הדיון זרם בצורה קולחת ללא הפרעות או הפסקות. בקבוצה אחת שניים מהמשתתפים הביעו עוינות זה כלפי זה, עוינות שככל הנראה לא היתה קשורה לנושאי הדיון בקבוצה, אלא למתיחות קודמת ביניהם.

בקבוצה אחרת, החדר שבו התנהל הדיון היה רועש מעט, אך עובדה זו לא הפריעה למשתתפים להתרכז בדיון.

תמות מרכזיות שעלו בקבוצות הדיון

ניתוח תוכן של תגובות המשתתפים לשאלה "כיצד היית מגדיר/ה איכות חיים?" שהוצגה בדיון הפתוח, הניב את התמות הבאות, שבהן נדון בהמשך:

- בריאות ותפקוד
- קשרים בינאישיים: משפחה, חברה, צוות מקצועי וסביבה
- היבטים פסיכולוגיים
- תעסוקה ופעילויות פנאי
- התייחסות החברה לאדם הזקן
- סיפוק מהישגי העבר וההווה וציפיות לעתיד

בריאות ותפקוד

בריאות נמצאה כגורם המשמעותי והמרכזי המשפיע על איכות החיים של בני הגיל המבוגר. גורם זה הוזכר בכל הקבוצות. כל המשתתפים, ללא קשר לגילם (60–80/79+) ולמצבם הבריאותי הסובייקטיבי (בריא/לא בריא), הדגישו את מרכיב הבריאות. המשתתפים משתי הקבוצות התייחסו בעיקר למצב בריאותי הקשור לאובדן יכולת תפקודית משמעותית כמשפיע על איכות חייהם. כמו כן, משתתפי שתי הקבוצות הצביעו על ההשפעה החיובית של פעילות גופנית על הבריאות.

מר א.: "אני כל יום בבוקר מאושר... אני עושה טיול בוקר. קם בחמש וחצי" (בן 68).

מר ל.: "איכות חיים זה בריאות... הבריאות זה הבסיס של החיים, של הבן-אדם. אני אומר על עצמי שבלי הבעיה בעיניים וברגליים הייתי הכי מאושר בעולם" (בן 72).

מר ד.: "הודות לבריאות יש קשר עם המוח והנפש... התעמלות וספורט... זה מזרים דם למוח וזה חשוב [כדי] שהראש יעבוד... כמו שהאוטו צריך בנזין" (בן 80).

גב' מ.: אחרי גיל שמונים אתה רק 60% בן אדם... כל התפקודים שלך יורדים כמו פרח שנובל" (בת 80).

קשרים בינאישיים: משפחה, חברה, צוות מקצועי וסביבה

הקשרים הבינאישיים עם בני-משפחה, בני-זוג, חברים, הצוות טיפולי וכדומה והיכולת לגייס את תמיכתם מחד גיסא, מול האובדן של קשרים בינאישיים מאידך גיסא, היוו גורם מרכזי נוסף שהשפיע על איכות החיים בקרב רוב משתתפי הקבוצות. באופן ספציפי ניתן היה לזהות מספר תחומי קשרים מרכזיים:

קשר עם בן/בת זוג

מר ב.: "בגלל שאשתי נפטרה קרוב לשנתיים כבר, אני לא מוצא את עצמי, זה מקשה עלי. אומנם יש לי ילדים שמטפלים בי, אבל זה לא עוזר בכול" (בן 72).

מר ג.: "איבדתי את אשתי וזה פגע לי באיכות החיים" (בן 80).

גב' ד.: "בעלי נפטר ונכנסתי לדיכאון... ישבתי שנתיים-שלוש בלי בעל, בוכה כל היום וכל שבוע הולכת לבית עלמין... כשבן זוג נפטר זה משפיע מאוד" (בת 71).

קשרים משפחתיים: ילדים ונכדים

מר ע.: "יש לי בת לא נשואה... זו דאגה... גם היא לא כל כך בריאה"; "אני שמח שהגורל נתן לי משפחה... אני ברוך השם אבא לילדים ונכדים. גם הנכדים משרתים היום בצבא... שהמשפחה ביחד, שהילדים באים לבקר זה מה שתורם לי לאיכות חיים" (בן 73).

גב' ד.: "נחת מהילדים, זה הכי חשוב..." (בת 68).

מר כ.: "שהילדים יבואו לבקר, שנשמור על משפחה מאוחדת" (בן 82).

קשר עם הצוות הטיפולי

גב' ש.: "הצוות פה מצוין וזה תורם לאיכות חיים" (בת 73).

גב' ק.: "המוסד שאת נמצאת בו, האנשים והצוות שמטפל בך... חשוב שהקשר איתם יהיה טוב ונעים... שיש גישה חופשית" (בת 82).

סביבת המחיה/המגורים

גב' ל.: "אני מרוצה מהסביבה. אם אני מרגישה לא טוב, יש מי שישמע אותי. זהו זה, יש אנשים. ואם אני רוצה להיות לבד, אז לבד"; "מקום כזה [דירוג מוגן] יש הרגשה שאתה לא לבד"; "שקט נפשי ופרטיות ואפשרות להשתתף בפעילויות חברתיות כמו: בינגו, הרצאה, קורס"; "כשאת רוצה להיות לבד את יכולה להיות לבד"; "החברה משפיעה על איכות החיים. אני יורדת למטה ויש הרבה חברות" (בת 67).

מר ש.: "המועדון זה דבר טוב במאה אחוז. יש חברה, מדברים... יותר טוב מהקירות" (בן 82).

באופן כללי ניתן היה לזהות כי תחום סביבת המחיה הוזכר כרלוונטי וכמשמעותי יותר עבור בני 60–79 ופחות עבור בני 80+.

היבטים פסיכולוגיים

היבטים פסיכולוגיים חיוביים (חוש הומור, צחוק וכדומה) נמצאו תורמים לאיכות החיים, בעוד שהיבטים פסיכולוגיים שליליים (ייאוש, בדידות) נמצאו פוגעים באיכות החיים.

גב' פ.: "יאוש עושה רע לאדם וזה משפיע על איכות החיים" (בת 72).

מר ב.: "צחוק, לקחת את הדברים בכיף" (בן 80).

גב' ר.: "צחוק זה חשוב מאוד" (בת 64).

מר ג.: "חשוב לא ללכת עם הראש למטה, עוד חמש דקות צחוק, זה עוד חמש דקות לחיות" (בן 82).

גב' ל.: "אם המוות ידפוק בדלת שלי, אני אשלח לדלת של השכנה" (בת 81).

משתתפים הגרים בדירור מוגן או בבית-אבות, במיוחד כאלה שאיבדו בן/בת זוג, הדגישו את המעבר מבית המגורים הפרטי לבית המגורים הנוכחי כשינוי שבדרך כלל שיפר את איכות חייהם.

תעסוקה ופעילויות פנאי

היכולת ליהנות מפעילויות פנאי שונות כמו: חוגים, קורסים והרצאות ומפעילויות תעסוקתיות כמו בישול, תפירה והליכה.

מר א.: "דברים כמו בינגו, או הרצאה, קורס על מוזיקה קלסית, קלפים, תורמים לאיכות חיים" (בן 68).

גב' ר.: "יש שיעור אנגלית, התעמלות כל בוקר, יש חוג מלאכה ועושים דברים יפים מאוד" (בת 71).

גב' ק.: "עבודה, יכולת לקום, לדבר, לשחק, ללכת, להיות עסוק במשהו, לבשל, לתפור" (בת 81).

גב' פ.: "איכות חיים זה להיות עסוקה כל היום. לתפור, לעשות עבודות יד, לראות טלוויזיה, לעשות התעמלות" (בת 83).

גב' ר.: "עבודה זה נושא חשוב לאיכות חיים." (בת 82).

מר ש.: "לא מעניין אותי כסף, רק לשחק דומינו." (בן 82).

יחס החברה כלפי האדם הזקן

העמדות החברתיות כלפי האדם הזקן. תחושה שהדור צעיר מתנהג בבזו ובחוסר כבוד ומפגין כלפי הזקן יחס של השפלה ואלימות. כמו כן, יש תחושה סובייקטיבית שהאדם הזקן הוא נטל חברתי, שלא זקוקים לו, שאין מה לעשות איתו. תחום זה הועלה רק על-ידי בני גיל 80+.

מר ק.: "מישהו צעיר הרבין לי בתחנת אוטובוס, אני כבר לא נחשב. אפילו תלונה במשטרה לא הלכתי להגיש" (בן 83).

מר ד.: "ההתייחסות של הצעירים זה ללא כבוד... כאילו שכבר גם ככה צריך למות" (בן 82).

גב' ג.: "החברה כאילו אומרת לך – את זקנה, מה אפשר לעשות איתך?" (בת 82).
מר ת.: "עכשיו אני כבר לא בן אדם, הילדים משרתים אותי ואני מעמסה...אני רוצה למות, שבני ונכדי לא יתביישו בי" (בן 81).
גב' ל.: "עברנו את כל השבילים ואנשים שעברו את כל השבילים כבר לא חשובים... כמו שיח מגינה שנובל לאט לאט, לא פרי ולא עלה ירוק" (בת 82).

סיפוק מהישגי העבר וההווה וציפיות לעתיד

הכרה וסיפוק מהישגים שנרכשו במהלך החיים. האפשרות לראות ולהכיר בתרומה של הישגים אלו למשפחה, לחברה ולמדינה. כמו כן, ההכרה שאדם יכול לתרום לחברה בשארית חייו בדרכים מגוונות, כמו באמצעות התנדבות או גילוי יכולות חדשות.
מר ג.: "אני למדתי אנגלית ואני רוצה לתרום, ללמד אחרים. אני מלמד אנגלית נכי צה"ל והכול בהתנדבות" (בן 62).
מר כ.: "אני מרגיש שתרמתי למדינה ולעם. בשבילי זה סיפוק גדול מאוד" (בן 64).
מר ג.: "אני למשל מתמסר ממש לציור עכשיו. לא ידעתי שאני מוכשר לזה כל החיים, ועכשיו גיליתי" (בן 81).
מר ב.: "עשיתי הכול כדי שהילדים ילמדו ויעמדו על הרגליים. והיום חשוב לי לראות אותם מצליחים" (בן 82).

דיון

הגידול היחסי באוכלוסיית בני הגיל המבוגר בארץ ובעולם יוצר צורך להעריך את איכות חייהם והממדים המרכיבים אותה. בעבודה הנוכחית נעשה ניסיון לענות על צורך זה ולתאר את הממדים המרכיבים את איכות החיים בגיל המבוגר. קבוצות המיקוד שתוארו כאן נוהלו ברוזמנית במספר רב של מדינות, תחת חסותו של ארגון הבריאות העולמי. בעבודה הנוכחית בחרנו לסקור את השלב הראשון של המחקר – קבוצות המיקוד – כדי לתאר את הנושאים שמעניינים את אוכלוסיית בני הגיל המבוגר בישראל בכל הקשור לאיכות חייהם. ניתוח התכנים שהועלו במסגרת קבוצות המיקוד מלמד כי איכות חיה של אוכלוסיית בני הגיל המבוגר מורכבת משישה ממדים מרכזיים: בריאות ותפקוד; קשרים בינאישיים; משפחה, חברה וסביבה; היבטים פסיכולוגיים; תעסוקה ופעילויות פנאי; התייחסות החברה לאדם הזקן; סיפוק מהישגי העבר וההווה וציפיות לעתיד. אחד היתרונות של המחקר הנוכחי הוא בעובדה שהוא מבוסס על מפגש עם בני הגיל המבוגר בגילאים שונים ובמצב בריאותי שונה, תוך איתור הצרכים, הקשיים והנושאים שמרכיבים איכות חיים מנקודת מבטם. השוואת ממדי איכות החיים בקבוצת אוכלוסייה זו עם קבוצת צעירים ומבוגרים עד גיל 60 מגלה כי מספר ממדים שעולים בקרב אוכלוסיית המבוגר הגדירה כחלק מאיכות חיה, משותפים גם לממדים שעולים בקרב אוכלוסיית

המבוגרים עד גיל 60. כך למשל, השאלון WHOQOL-100, הבודק איכות חיים באוכלוסיית צעירים ומבוגרים עד גיל 60, מכיל ממדים כמו קשרים חברתיים ומצב פסיכולוגי, ממדים שהוגדרו גם בקרב בני הגיל המבוגר.

עם זאת, ממצאי המחקר מצביעים על כך שקיימים גם תחומים וממדים ייחודיים לבני הגיל המבוגר, שאינם "מכוסים" בשאלונים כדוגמת WHOQOL-100. כך נמצא שממדים כמו: 'התייחסות החברה לאדם הזקן' או 'סיפוק מהישגי העבר וההווה וציפיות לעתיד' אינם מופיעים כחלק מהשאלון WHOQOL-100, אך עולים כממדים המרכיבים את איכות חייהם של בני הגיל המבוגר. עובדה זו מלמדת כי הגדרת איכות החיים עבור בני הגיל המבוגר מכילה בתוכה רכיבים ייחודיים שאינם מקבלים מענה בשאלונים קודמים כמו WHOQOL-100, ומעלה את הצורך בבניית כלי מדידה נפרד לבני הגיל המבוגר.

המהימנות, התוקף וההכללה של תמות מרכזיות אלו ייבדקו בשלב הבא של המחקר. בשלב זה יחוברו פריטים שיעריכו את הממדים הנזכרים לעיל, במטרה לפתחם לשאלון איכות חיים לגיל המבוגר בעל מהימנות ותוקף. גם שלב זה ייערך ב־זמנית במספר רב של מדינות. פיתוחו הסופי של השאלון יאפשר מדידה והערכה של איכות החיים בקרב אוכלוסיית בני הגיל המבוגר והשוואה בין־תרבותית של איכות חיים בין מדינות שונות.

מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי מספר מגבלות שיש לקחת בחשבון בפירוש הממצאים. ראשית, רוב המשתתפים במחקר התגוררו בבת־אבות או במסגרת של דיור מוגן. עובדה זו משפיעה על מידת הייצוגיות של המדגם במחקר הנוכחי ביחס לאוכלוסייה הכללית של בני הגיל המבוגר, שרובה מתגוררת בקהילה. שנית, חסר מידע ביחס למוצאם העדתי של הנבדקים וביחס לשאלת היותם ניצולי שואה, שני נתונים שהיו עשויים להשפיע על תמות איכות החיים.

הכרת תודה

הכותבים רוצים להביע את הערכתם הרבה לפרופ' אבי בסר על הערותיו החשובות בכתיבת מאמר זה.

מקורות

- בן יעקב, י. ואמיר, מ. (2001). איכות חיים סובייקטיבית: המשגה ומדידה על־פי ארגון הבריאות העולמי. *גרונטולוגיה*, כ"ח (4-3), 169–185.
- Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M., & Robson, K. (2001). *Focus Group in Social Research*. London: Sage Publication.
- Bradburn, N. M. (1969). *The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago, IL: Aldine Publishing Company.
- Caplan, S. (1990). Using focus group methodology for ergonomic design. *Ergonomic* (special issue: marketing ergonomic, Parts VI and VII), 33, 527–533.

- Central Bureau of Statistics (2003). *The statistical handbook of Israel* Jerusalem, Israel.
- Cottrell, C. K., Drew, J. B., Waller, S. E., Holroyd, K. A., Brose, J. A., & O'Donnell, F. J. (2002). Perceptions and needs of patients with migraine: A focus group study. *Journal of Family Practice*, 51, 142–147.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542–575.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302.
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31, 721–727.
- Krueger, R. A. (1994). *Focus Group: a Practical Guide to Applied Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Landau, R. & Litwin, H. (2001). Subjective well-being among the old-old: The role of health, personality and social support. *International Journal of Aging and Human Development*, 52, 265–280.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85–89.
- Leung, K. K., Wu, E. C., Lue, B. H., & Tang, L. Y. (2004). The use of focus groups in evaluating quality of life components among elderly Chinese people. *Quality of Life Research*, 13, 179–190.
- Lydick, E., Martin, A., & Yawn, B. (1996). Impact of fears on quality of life in patients with a silent disease: Osteoporosis. *The International Peer Reviewed Journal of Drug Therapy*, 18, 1307–1315.
- McNeil, J. K., Stones, M. J., & Kozma, A. (1986). Subjective well-being in later life: Issues concerning measurement and prediction. *Social Indicators Research*, 18, 35–70.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus Group as Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Morgan, D. L. (1998). *The Focus Group Guidance. Focus Group Kit 1*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Neugarten, B. L., Havinghurst, R. J., & Tobin, S. S. (1961). The measurement of Life Satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16, 134–143.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network and competence on subjective well-being in later life: A meta analysis. *Psychology and Aging*, 15, 187–224.
- Rodin, J., & Langer, E. J. (1977). Long term effects of control-relevant interventions with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 897–902.
- Shmotkin, D. (1998). Declarative differential aspects of subjective well-being and its implications for mental health in later life. In J. Lumeranz (Ed.), *Handbook of Aging and Mental Health* (pp. 15–44). N.Y.: Plenum Press.
- Stewart, D. W., & Shamdasani, P. N. (1990). *Focus groups: Theory and practice*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment

- (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 46, 1569–1585.
- The WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551–558.
- Troisi, J. (1998). Demographic perspectives and implications of population aging in the Mediterranean region. In G. Friedman & J. Brodsky (Eds.), *Aging in the Mediterranean and the Middle East* (pp. 3–47). Jerusalem: J.D.C. Brookdale Institute of Gerontology and Human Development.
- Tutty, L. M., Rothery, R. M., & Grinnell, J. R. (1996). *Analyzing your data: Qualitative research for social workers*. Calgary, AB: Allyn and Bacon.
- Vaughn, S., Schumm, J. S., & Sinagub, J. M. (1996). *Focus group interviews in education and psychology*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Wood, W., Rhodes, N., & Whelan, M. (1989). Sex differences in positive well-being: A consideration of emotional style and marital status. *Psychological Bulletin*, 106, 249–264.
- World Health Organization (1948). *Official Records of the World Health Organization*. Geneva: WHO.
- Yesavage, J. L., & Brink, T. L. (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37–49.