

תכנית אבן דרך

אזור בריאות נגיש לקידום בריאות ובטיחות בקרב אנשים עם מוגבלות

דוח מסכם מהדורה שלישית

פברואר 2015

תוכן עיניים

5	ריכוז ממצאים והמלצות.....	
8	תקציר.....	
15	מבוא.....	.1
15	מצב בריאותם של אנשים עם מוגבלות בישראל.....	.1.1
16	פעילות לקידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות בעולם.....	.1.2
19	מיפוי תכניות מניעה / קידום בריאות.....	.1.3
24	רציונל.....	.2
24	זיהוי צרכים.....	.2.1
28	סיכום ועיקרי ההמלצות.....	.2.2
29	ממצאי מחקר תכנית Healthy Lifestyles (תכנית המקור).....	.2.3
34	תכנית אבן דרך.....	.3
34	רקע.....	.3.1
35	סדנת אורח חיים בריא.....	.3.2
38	מחקר כמותי.....	.4
38	השערות המחקר.....	.4.1
39	מתודולוגיה.....	.4.2
47	מגבלות.....	.4.3
48	ממצאים.....	.4.4
61	דיון מסקנות והמלצות.....	.4.5
63	מחקר איכותני.....	.5
64	סיכום ראיונות משתתפים.....	.5.1
69	סיכום ראיונות מנחים.....	.5.2
76	סיכום ראיונות רכזות.....	.5.3
80	סיכום ראיון מנהלת התכנית.....	.5.4
84	סיכום ראיונות אנשי מקצוע.....	.5.5
91	ביבליוגרפיה.....	.6
93	נספחים.....	.7

93	נספח 1: נתונים דמוגרפיים מכלל המשיבים	.7.1
96	נספח 2: ממצאי משוב סדנאות	.7.2
98	נספח 3: הסכמה מדעת	.7.3
100	נספח 4: דף הסבר	.7.4
101	נספח 5: אורח חיים	.7.5
102	נספח 6: פעילות גופנית ופנאי	.7.6
103	נספח 7: תזונה	.7.7
104	נספח 8: שינה	.7.8
105	נספח 9: מצב נפשי רגשי	.7.9
106	נספח 10: שייכות חברתית וקהילתית	.7.10
107	נספח 11: שאלות רקע	.7.11
109	נספח 12: דף הנחיות להעברת משוב סדנא	.7.12
110	נספח 13: כלי משוב סדנא	.7.13
114	נספח 14: כלי ראיון משתתף	.7.14
117	נספח 15: כלי ראיון מנחים	.7.15
119	נספח 16: כלי ראיון רכזות	.7.16
121	נספח 17: כלי ראיון בעלי תפקידים חיצוניים	.7.17

אינדקס

טבלאות

15	טבלה 1: מצב בריאות – השוואה בין אנשים עם מוגבלות, מוגבלות קשה וללא מוגבלות.....	15
29	טבלה 2: תיאור מסגרת הדגימה.....	29
32	טבלה 3: ציוני תתי התחומים בכל נקודת זמן, פילוח לפי קבוצות.....	32
39	טבלה 4: שכיחות משיבים קבוצות ע"פ מועדים.....	39
40	טבלה 5: נתוני רקע.....	40
41	טבלה 6: השכלה.....	41
41	טבלה 7: נייודות.....	41
41	טבלה 8: סיוע של גורם בקהילה.....	41
42	טבלה 9: מקור המגבלה.....	42
42	טבלה 10: סוג לקות.....	42
42	טבלה 11: התנדבות ועבודה.....	42
49	טבלה 12: ציונים מסכמים כלל התחומים.....	49
52	טבלה 13: מסוגלות עצמית: פעילות גופנית, תזונה ואורח חיים בריא ככלל.....	52
53	טבלה 14: פעילות גופנית ופנאי: ביצוע פעילויות.....	53
53	טבלה 15: פעילות גופנית ופנאי: שביעות רצון כמות וגיוון.....	53
56	טבלה 16: תזונה בפועל.....	56
57	טבלה 17: תזונה: לימוד חשיבות והקפדה.....	57
58	טבלה 18: שינה.....	58
59	טבלה 19: מצב נפשי רגשי.....	59
60	טבלה 20: שייכות חברתית-קהילתית.....	60
63	טבלה 21: שכיחות ראיונות.....	63
96	טבלה 22: ממצאי משוב, ממוצעים ושכיחות רבה & רבה מאוד.....	96

לוחות

21	לוח 1: נתוני שירותים מרכזיים בתחומי אורח חיים בריא, פעילות גופנית, תזונה, עישון והכשרה.....	21
30	לוח 2: הליך מחקר תכנית Healthy Lifestyles.....	30
45	לוח 3: הליך המחקר.....	45

עורכות הדוח

פולינה באבאי
 לירית גרובר
 שרה נהרי
 קטיה קלצ'נקו

תודה לכל העוסקות בצורכי ציבור באמונה

ריכוז ממצאים והמלצות

סדנת אבן דרך לאורח חיים בריא מגלמת את מודל הקביעה האישית (self-determination) ומגדירה חמישה תחומים של אורח חיים בריא: בריאות רגשית, בריאות חברתית, בריאות פיזית, בריאות רוחנית (חיים לפי ערכים אישיים) ובריאות דרך פעילות משמעותית המגולמים ב-"גלגל אורח חיים בריא". מטרת העל במסגרת הסדנא היא להעניק למשתתפים את הכלים הנדרשים על מנת:

- להעריך את מצב חייהם הנוכחי
- לזהות תחומים בחייהם שהיו מעוניינים לשנות / לשפר
- לסייע ביצירת שינויים חיוביים בתחומים אלו

לאחר הסדנא עתידות להתקיים קבוצות תמיכה חודשיות אשר להן חשיבות גדולה להצלחתן של כל משתתפי. קבוצות תמיכה מעניקות למשתתפים הזדמנויות ללמידה, פורום לשוחח על המטרות האישיים והזדמנות לפגוש את החברים שהכירו בסדנא.

הסדנא שמה דגש על התאמה ייחודית לצרכים האישיים של כל משתתף בהתאם למוגבלות שעמה הוא התמודד. סוגיית "הנכות" אינה במרכז אלא החשיבות של אורח חיים בריא עם התאמות מסוימות תוך דגש על שילוב של אנשים עם מוגבלויות בפעילויות קיימות לאוכלוסייה.

ממצאי המחקר הכמותי

בהשוואה לתחילת הסדנא, בתום הסדנא נמצא שינוי מובהק לחיוב בחמישה מתוך שישה תחומים ומגמה בתחום השישי:

- מסוגלות עצמית בקונטקסט של בריאות
 - (סוגי) פעילות גופנית
 - תזונה כפי שבא לידי ביטוי בקיום ארוחות בוקר מסודרות, עליה בצריכת ירקות וירידה בצריכת ממתקים ודברי מאפה
 - מצב נפשי-רגשי
 - שייכות חברתית-קהילתית
 - בנוסף, נמצאה מגמה בתחום של איכות שינה ($p = .08$).
- יחד עם זאת, בכל התחומים נמצא גודל אפקט (effect size) נמוך-בינוני בלבד.
- בהשוואה לתחילת הסדנא, חצי שנה עד שנה מתום הסדנא נמצא שינוי מובהק לחיוב בשלושה תחומים בלבד:
- תזונה כפי שבא לידי ביטוי בעלי בצריכת פירות, ירידה בצריכת ממתקים, דברי מאפה מלוחים ו-'אוכל מהיר'
 - איכות שינה
 - מצב נפשי-רגשי

גודל האפקט בתחומים איכות שינה ומצב נפשי-רגשי בינוני-גדול ($\text{effect size} = 0.94, 0.51$). הממצאים מאששים שבטווח הקצר חל שינוי לחיוב בכל ההיבטים, בהיבט הפיזי, הנפשי-רגשי והחברתי, אולם בטווח הארוך, השינוי נשמר (ואף התעצם) בהיבט הרגשי-נפשי בלבד. הממצאים מופיעים בטבלה 12.

ממצאי המחקר האיכותני

- חל שינוי לחיוב בתפיסה ההוליסטית של אורח חיים בריא ובכלל זה:
 - ◻ מתן זוויות חדשות על החיים עם מוגבלות
 - ◻ מתן כלים לארגון החיים בצורה טובה יותר
 - ◻ סיוע בהצבת יעדים ומטרות ובהשגתם
 - ◻ העצמה ושיפור התקשורת והחיבור עם אנשים, הסביבה והקהילה

- נמצא ערך מוסף גדול לכך שהמנחים היו אנשים עם מוגבלות וצמחו מתוך הסדנא:
 - ◻ המשתתפים התחברו אליהם והמנחים הבינו את האתגרים והחסמים שלהם
 - ◻ המנחים היוו דוגמא אישית לחיים עם מוגבלות בלי ייאוש ובכך העצימו מאוד את המשתתפים
 - ◻ המנחים, מעצם ההנחיה עברו תהליך נוסף של העצמה

- נמצא ערך מוסף לכך שהסדנא פונה אל כלל סוגי ורמות המוגבלות:
 - ◻ החשיפה לסוגים שונים של נכויות ייצרה אצל המשתתפים הבנה רחבה יותר של המושג מוגבלות ותקווה באשר ליכולתם להתמודד ולהצליח
 - ◻ חשוב להדגיש כי לצד הערך המוסף של ההטרוגניות בסוגי המוגבלות, מבחינת רמה קוגניטיבית לא כדאי שיהיו פערים גדולים בקבוצה

- ניכר שינוי באורח החיים במובן הרחב; בפעילות, בתזונה, באמונה בעצמי, בביטחון העצמי וביחס שלהם לסביבה ולאחר.
- הסדנא השפיעה על סביבת המשתתף (משפחה וחברים) לניהול אורח חיים בריא יותר.
- הסדנא נתפסה הן ע"י המנחים ומנהלי התכנית והן ע"י אנשי מקצוע חיצוניים, כטובה יותר באופן משמעותי מתכניות אחרות לאנשים עם מוגבלות.
- ניכר כי הסדנא קדמה הצבה של יעדים אישיים בתחומים שונים, בעיקר בתחומים של תזונה ופעילות גופנית. משתתפים רבים דיווחו כי הם בדרך להגשמת היעדים.

המלצות

- חשוב להקפיד על קיום מפגשי המשך לבוגרי הסדנאות להמשך אפקטיביות גלגל אורח החיים הבריא והמשך תהליך העצמה משמעותי ברמה האישית¹. למפגשים אלה חשיבות גדולה להצלחתו של כל משתתף. קבוצות תמיכה מעניקות למשתתפים הזדמנויות ללמידה, פורום לשוחח על המטרות האישיות והזדמנות לפגוש את החברים שהכירו בסדנא.
- רצוי להרחיב את שיתופי הפעולה עם גופים ומוסדות רלוונטיים על מנת להרחיב את התכנית ואת השפעתה על הקהילה:

¹ התקיימו קבוצות המשך חודשיות רק לחלק מהסדנאות. כמו כן, התקיימו מפגשים חודשיים לכלל משתתפי הסדנאות באותו יישוב.

- יש לפעול לשילוב של אנשים עם מוגבלות בפעילויות לקידום אורח חיים בריא בקהילה (להתאים פעילויות המוגדרות לכאורה 'לאוכלוסייה הכללית' לאנשים עם מוגבלות)
- כחלק מההרחבה של התכנית, כדאי לפעול גם בחברה החרדית והערבית תוך ביצוע ההתאמות הנדרשות לחיבור של משפחה וחברים, היכן שהיה, נמצא ערך רב, יש מקום לשקול להפוך חיבור זה לחלק אינטגרלי מהתכנית והסדנאות.
- לוודא התאמה בין מדריך לקבוצה ובין המשתתפים לבין עצמם; מבחינת רמה קוגניטיבית לא כדאי שיהיו פערים גדולים בקבוצה
- אף שנמצאו לרוב טובים מאוד, יש להתמיד בשיפור יכולות הנחייה של המנחים
- רצוי להמשיך וחזק את הקשר בין המנחים מעבר למסגרת המפגשים למטרות למידה והעצמה הדדית

תקציר

מצב אנשים עם מוגבלות בעולם ובארץ

בעשורים האחרונים, עם התקדמות הטכנולוגיה הרפואית והשיקומית, עלתה תוחלת החיים של אנשים עם מוגבלות. יחד עם זאת, נמצא שאנשים עם מוגבלות (מלידה או נרכשת) נמצאים בסיכון גבוה יותר מהאוכלוסייה הכללית, למחלות כרוניות ולהשמנת יתר, ומבצעים פחות פעילות גופנית. דוח הוועדה לנושא מוגבלות בתכנית "לעמיד בריא 2020" של משרד הבריאות (עורי ופרג 2009) ממליץ לאמץ גישת קידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות בישראל ולפעול להגברת הפעילות הגופנית ולהורדת אחוזי השמנת היתר בקרב אנשים עם מוגבלות.

במסגרות בינלאומיות ובעיקר במדינות שונות בעולם המערבי גוברת המודעות לקשר שבין בריאות למוגבלות. ידע רב ומגוון נצבר בנוגע ליעילות תכניות פעילות גופנית ותזונה בקרב האוכלוסייה הכללית בעולם (World Health Organization 2009) ובישראל (גינסברג, רוזנברג ורוזן, 2010). כיום פועלים לתקוף ידע זה גם עבור אוכלוסיית האנשים עם מוגבלות, וקיימת התפתחות חשובה בספרות המחקרית אשר מתמקדת בקידום ושמירת בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות קוגניטיבית ונפגעי נפש.

רציונל התכנית אבן דרך (זיהוי צרכים, המלצות, תכנית המקור)

תכניות לקידום אורח חיים בריא משלבות ידע בריאותי לרבות ידע על גורמי סיכון, פעילות גופנית ותזונה, וכלים להגברת המודעות האישית והמוטיבציה לקיום אורח חיים בריא. קיימת בישראל דיכוטומיה בין התכניות הפונות לאוכלוסייה הכללית לתכניות הפונות לאוכלוסיית אנשים עם מוגבלות. ברמה ההצהרתית הגורמים שמפעילים תכניות לאוכלוסייה הכללית מעוניינים לשלב אנשים עם מוגבלויות אך בד"כ אינם נוקטים בצעדים לכלול אנשים עם מוגבלות בתכניות. יוצאי דופן מבחינת ההשתלבות בפועל הם המרכז להידרותרפיה בשער הנגב ובית אייל באשדות יעקב. שניהם משמשים מרכז "קאנטרי" לכלל אוכלוסיית האזור אשר מונגש ברובו לאנשים עם מוגבלות ובכך, מהווים דוגמה ל-Inclusive Fitness. בצד הידע והניסיון שנצברו בתחומים שיכולים לסייע למהלך רחב לקידום בריאות ושמירה על תפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות, יש צורך לקשר ולגשר בין הגופים הפועלים באוכלוסייה הכללית ואלו שפועלים עם אנשים עם מוגבלות כדי לפתח רצף של מענים המורכב מהשתלבות מלאה ותכניות ייעודיות.

כדי לעמוד מקרוב על הצרכים, טרם התכנית, נערכו במסגרת "מסד נכויות" שמונה קבוצות מיקוד עם למעלה מ-60 אנשים עם מוגבלות, רואיינו 54 אנשי מקצוע מתחומים שונים, ונערך מפגש חשיבה עם 25 אנשי מקצוע לרבות אנשים עם מוגבלות. בהתבסס על דוח זה (גרבר, 2011), תפוח תכנית התערבות לקידום בריאות ושמירה על התפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות במסגרת תחום נכות וחולי כרוני במסד נכויות. מטרת התכנית תהיה לקדם את הבריאות ואיכות החיים (well-being) של אנשים עם מוגבלות. התכנית תאמץ את המודל האקולוגי-חברתי ותשאף לקדם אימוץ אורח חיים בריא בהתבסס על יחסי הגומלין בין אדם עם מוגבלות וסביבתו (האנושית והפיזית). כמו כן התכנית תפעל להנגיש את השירותים האוניברסליים בתחום קידום הבריאות לאנשים עם מוגבלות.

מבנה ותכנים של התכנית

בהתאם לצרכים שזוהו במסגרת קבוצות המיקוד והראיונות עם אנשי מקצוע שהתקיימו במסד נכויות – ג'וינט ובהתאם לצרכים שזוהו בסקירה על הקיים כיום בנושא בעולם ובישראל בנושא קידום אורח חיים בריא לאנשים עם מוגבלות ולאור ממצאי המחקר התומכים, נסמכה תכנית אבן דרך על המודל של תכנית Healthy Lifestyles.

ייחודיות התכנית בכך שהיא כוללת בתוכה את כל ההיבטים של נושא הבריאות – בריאות פיזית, רגשית וחברתית, פונה לכלל אוכלוסיית הנכים ללא התמקדות בסוג מוגבלות מסוימת ומפתחת מנהיגות² של אנשים עם מוגבלות בתחום של אורח חיים בריא ובטוח. התכנית ממקדת את מאמציה באוכלוסיות של אנשים עם מוגבלות תוך התייחסות לכלים, לידע ולתמיכה החברתית בהם יוכלו להסתייע על מנת לחולל שינוי באורח חייהם. התכנית פועלת במסגרת גיאוגרפית מוגדרת תוך התייחסות לרצף השירותים, רווחה, בריאות, קהילה ופנאי ויצירת סינרגיה ביניהם.

תכנית אבן דרך מאמצת את הגישה החברתית אקולוגית של תמורות הדדיות בין האדם לסביבתו ובהתאם פועלת ב-2 מישורים: במישור האישי ובמישור הסביבתי-קהילתי.

סדנת אבן דרך לאורח חיים בריא מגלמת את מודל הקביעה האישית (self-determination) ומטרת העל במסגרתה היא להעניק למשתתפים את הכלים הנדרשים על מנת:

- להעריך את מצב חייהם הנוכחי
- לזהות תחומים בחייהם שהיו מעוניינים לשנות / לשפר
- לסייע ביצירת שינויים חיוביים בתחומים אלו

הסדנא מגדירה חמשה תחומים של אורח חיים בריא: בריאות רגשית, בריאות חברתית, בריאות פיזית, בריאות רוחנית (חיים לפי ערכים אישיים) ובריאות דרך פעילות משמעותית. לאחר הסדנא עתידות להתקיים קבוצות תמיכה חודשיות³ אשר להן חשיבות גדולה להצלחתו של כל משתתף. התכנית נוגעת בתכנים הבאים – היכרות עם המושג הרחב של אורח חיים בריא והבנת משמעותו, הבנת הצרכים האישיים הבריאותיים בהתייחס לכל משתתף, הגדרת יעדים ומטרות ליישום.

מחקר כמותי

השערות המחקר

השערת המחקר היו כי ימצא שינוי לחיוב בהשוואה בין תחילת סדנא לבין סיום סדנא וכחצי שנה עד שנה מסיום הסדנא: א. בחוללות העצמית בקונטקסט של בריאות; באמונה ביכולת לקיים אורח חיים בריא ולשפר את הבריאות. ב. בניהול בפועל של אורח חיים בריא כפי שבא לידי ביטוי בפעילות גופנית ותזונה. ג. באיכות השינה. ד. במצב הנפשי-רגשי. ה. בתחושת השייכות החברתית-קהילתית.

² מנחי הסדנאות צמחו מתוך הסדנאות.
³ בפועל לא התקיימו מפגשי המשך מובנים ושיטתיים.

משתתפים ודגימה

במהלך הליווי המחקרי 7/2012-10/2014 התקיימו 20 סדנאות כאשר בכל סדנא השתתפו בין 10 ל 20 משתתפים. סה"כ השתתפו בסדנאות אבן כ $N \sim 300$ אנשים. דגימה התבצעה ב 18 מתוך 20 הקבוצות שהתקיימו. סה"כ התקבלו $n = 247$ שאלונים בנקודת זמן ראשונה, תחילת הסדנא, $n = 129$ בנקודת זמן שנייה⁴, סיום הסדנא ו- $n = 30$ שאלונים בנקודת זמן שלישית ואחרונה 6-12 חודשים מתום הסדנא. הממצאים בנוגע לאפקטיביות התכנית מתבססים על 18 קבוצות ו- $N = 106$ משתתפים שהשיבו על שאלוני המחקר באופן איכותי, בכניסה ובסיום ו- 30 משתתפים שהתקבלו נתונים לגבם באופן איכותי בכניסה, בסיום וחצי שנה עד שנה מסיום התכנית (ראה טבלה 4).

בהתייחס לרקע של המשתתפים כפי שעולה ממסגרת הדגימה במדידה שנייה $n = 106$ הגיל הממוצע 46 ± 15 , כמחצית נשים (52%), שלישי נשואים (33%), הרוב המוחלט יהודי (94%), חילוני (44%) או מסורת (39%), רובם השלימו 12 שנות לימוד (76%) ו- 42% עם בגרות מלאה. המוגבלויות השכיחות הן, פיזית (40%) נפשית (31%) וקוגניטיבית (23%), אולם היה ייצוג⁵ לכל המוגבלויות הנוספות המוגדרות (שמיעה, ראייה, תקשורת ודיבור).

כלים

במסגרת המחקר הועברו הכלים הבאים: א. אורח חיים בריא - הכלי מודד מסוגלות עצמית בקונטקסט של אורח חיים בריא. ב. פעילות גופנית ופנאי - הכלי מודד ביצוע סוגי פעילויות שונים, תדירות ומשך. ג. תזונה - הכלי מודד תדירות צריכה של מזונות שונים. ד. שינה. ה. מצב נפשי-רגשי. ו. שייכות חברתית-קהילתית.

הליך

כלי המחקר הועברו בפגישה ראשונה לאחר סבב ההיכרות ודברי הפתיחה (כחצי שעה מהתחלה). לפני העברה ראשונה ניתן הסבר מפורט בע"פ ובכתב על בסיס טופס ההסכמה ודף ההקדמה (ראה נספח 3 ונספח 4). הכלים הועברו שוב (העברה שנייה) בתום המפגש החמישי והאחרון, לקראת תום המפגש. במסגרת העברה זו הועבר, לאחר יציאת המנחים, משוב על התכנית והמנחים. העברה שלישית (חצי שנה עד שנה מתום הסדנא) התבצעה באופן פרטני, אחד על אחד⁶. בתחילת המחקר ההעברה נעשתה באופן מרוכז, העברה קבוצתית, עם סיוע של 2-3 מעבירים, בהמשך, על מנת לשפר את איכות ההעברה, מספר המשיבים ומשך ההשבה יחס משיב מעביר היה 1:2 בקירוב.

מערך המחקר

מלכתחילה תוכנן מערך מחקר תוך ובין מחקרי [Mixed design repeated measures] עם ביקורת ע"י קבוצה מעוכבת delayed intervention אולם בפועל מבנה התכנית היה שונה מהמבנה המתוכנן, בפועל לא בוצע גיוס מוקדם לתכנית ולא התקיימו מפגשי המשך לאחר הסדנא באופן סדיר. בהתאם, מערך המחקר שונה ובפועל

⁴ בנקודת זמן שנייה המעבירים הונחו לשים דגש על איכות ולא על כמות וכן כווננו אל משתתפים אשר השיבו באופן איכותי במדידה הראשונה.
⁵ לא ייצוג הולם מבחינה סטטיסטית.
⁶ מפגשי המשך התקיימו רק בחלק מהקבוצות ורק באופן ספורדי ולא ניתן היה להתבסס עליהם להעברה.

בוצעו מדידות חוזרות בלבד [Repeated measures] בקרב המשתתפים בשלוש נקודות זמן, תחילת סדנא, סיום סדנא וכחצי שנה עד שנה מסיום סדנא⁷.

ניתוחים ועיבודים סטטיסטיים

לבחינת כל ההשערות בוצע מבחן פרמטרי t-test pairs. לבחינת הבדלים בתזונה (הנתון בסולם דירוגי, תדירות אכילה של מרכיבים שונים), בוצע מבחן Wilcoxon. לכל השערות המחקר נקבעה $\alpha < 0.05$. חד צדדי לקבלת השערת החוקר.

מגבלות מרכזיות

אף שהסדנא (ההתערבות) מובנית וקוהרנטית ישנם הבדלים בין סדנאות וישנם גורמים מתערבים כגון מנחים, מסגרות ועוד אשר לא ניתן היה לבקר סטטיסטית. יתר על כן, מפגשי ההמשך לאחר הסדנא היו לא מובנות, לא אחידות ולא שיטתיות.

הכלים היו מורכבים וארוכים⁸ וייתכן שנוצרה הטיה כתוצאה מכך שמשותפים עם רמות מוגבלות קלות יותר קבלו משקל גדול יותר בדגימה⁹. יתר על כן, למדידה שלישית נדגמו רק כאלו שהנתונים שהתקבלו מהם היו איכותיים במדידה ראשונה ושנייה.

ממצאים

במחקר שיערנו שיימצא שינוי לחיוב בעקבות הסדנא בתחומים, מסוגלות עצמית בקונטקסט של בריאות, ניהול בפועל של אורח חיים בריא (שינוי התנהגותי, פעילות גופנית ותזונה), איכות השינה, מצב נפשי-רגשי ושייכות חברתית-קהילתית, שינוי בתום הסדנא ושינוי ארוך טווח. בהשוואה לתחילת הסדנא, בתום הסדנא נמצא שינוי מובהק לחיוב בחמישה מתוך שישה תחומים, מסוגלות $t(104) = -2.16, p < .05$ (סוגי) פעילות גופנית $t(104)$ $p < .05, -2.48$ =, תזונה כפי שבא לידי ביטוי בקיום ארוחות בוקר מסודרות, עליה בצריכת ירקות ($p = .06$) וירידה בצריכת ממתקים ודברי מאפה, מצב נפשי-רגשי $t(104) = -1.77, p < .05$, שייכות חברתית-קהילתית $t(104) = -2.01, p < .05$ ומגמה בתחום של איכות שינה ($p = .08$). יחד עם זאת, בכל התחומים נמצא גודל אפקט (effect size) נמוך-בינוני בלבד.

בהשוואה לתחילת הסדנא, חצי שנה עד שנה מתום הסדנא נמצא שינוי מובהק לחיוב בשלושה תחומים בלבד, תזונה כפי שבא לידי ביטוי בעלי בצריכת פירות, ירידה בצריכת ממתקים ($p = .06$), דברי מאפה מלוחים ו- 'אוכל מהיר', איכות שינה $t(28) = 4.97, p < .001$ ומצב נפשי-רגשי $t(28) = -2.58, p < .01$. יחד עם זאת, גודל האפקט שנמצא בתחומים איכות שינה ומצב נפשי-רגשי בינוני-גדול (effect size = 0.94, 0.51). **הממצאים מאששים שבטווח הקצר חל שינוי לחיוב בכל ההיבטים, בהיבט הפיזי, הנפשי-רגשי והחברתי, אולם בטווח הארוך, השינוי נשמר (ואף התעצם) בהיבט הרגשי-נפשי בלבד.** הממצאים מופיעים בטבלה 12.

⁷ בפועל האינטרוול מסיום הסדנא היה שונה ממשותף למשתתף, לא התקיימו מפגשי המשך באופן סדיר והיה צורך לבצע העברה באופן פרטני.
⁸ אף שעברו הפשטה וקיצור משמעותי.
⁹ אין בכך כדי לטעון שהדבר הטה לחיוב את הממצאים בנוגע לאפקטיביות הסדנא ובהחלט ייתכן שדווקא בקרב המוגבלים יותר, הסדנא מובילה לשינוי גדול יותר.

דיון מסקנות והמלצות (מחקר כמותי)

בתום סדנא נמצא שינוי מובהק לחיוב בחמישה מתוך ששת התחומים ומגמה בתחום השישי, ממצאים אלו תומכים באפקטיביות של הסדנא בטווח הקצר. יחד עם זאת, גודל השינוי, בכל התחומים, למעט תזונה, קטן. בשונה מתכנית המקור, מתום הסדנא לא התקיימו מפגשי המשך באופן מסודר, עם אינטרוולים קבועים ותכנים מוגדרים. להערכתנו דבר זה פגע באפקטיביות הסדנא בטווח הרחוק ובפרט בתחומים ההתנהגותיים בהם ניתן להגדיר מטרות ויעדים ברורים ואובייקטיביים ויש משקל רב לתמיכה מהקבוצה. היעדר קבוצה תומכת יכול להסביר מדוע לא נמצא שינוי לחיוב בתחומים פעילות גופנית ושייכות חברתית-קהילתית ושינוי קטן יותר בהשוואה לשינוי שחל בנושא תזונה בין תחילה לתום סדנא.

בתחומים מצב נפשי-רגשי ואיכות שינה לא רק שנמצא שינוי מובהק לחיוב חצי שנה עד שנה מתום הסדנא, שינוי זה נמצא גדול יותר בהשוואה לשינוי שחל בתחומים אלו בין תחילה לתום סדנא ובעל עוצמה בינונית-גבוהה. תחומים אלו אף שתלויים קשר הדוק להתנהגות מקדמת בריאות ולבריאות פיזית, אינם תלויים בהצבת מטרות ויעדים ופחות קשורים באופן ישיר וסימולטני לתמיכה של קבוצה. הממצאים מאששים שסדנא קצרת מועד זו אכן השפיעה לאורך זמן בהיבט של בריאות נפשית-רגשית, על המצב הנפשי-רגשי ועל איכות השינה. בכוחו של השינוי לחיוב בהיבט הנפשי-רגשי, לאפשר לאנשים לאמץ שינויים באורח החיים בהמשך הדרך.

תכנית אבן דרך ייחודית בכך שהיא כוללת בתוכה את כל ההיבטים של נושא בריאות, בריאות פיזית, נפשית-רגשית וחברתית. **הממצאים מאששים שבטווח הקצר חל שינוי בכל ההיבטים, אולם בטווח הארוך, השינוי נשמר (ואף התעצם) בהיבט הרגשי-נפשי בלבד. להערכתנו הדבר אינו תלוי במבנה, בתכנים, במנחים או באוכלוסייה המגוונת, אלא בהעדר מפגשי המשך מובנים, קבועים ואינטגרליים כפי שתוכנן במקור. לא ניתן להמעיט בחשיבות מפגשי המשך בתכנית זו ובתכניות דומות.**

המלצות מתודולוגיות

אף שהכלים עברו קיצור, הפשטות והנגשות לאורך המחקר, מספר הכלים, מורכבותם ואורכם הקשו מאוד על המשיבים ובכך פגעו הן בגודל הדגימה והן באיכות הדגימה. יתר על כן, הדבר גזל זמן יקר מהסדנא. על מנת מחד לשמר את היכולת לקבל מידע ולאשש את אפקטיביות התכנית והסדנא ומאידך להקל על המשיבים ולשפר את איכות ההשבה, מומלץ לתכנן את אופן הדגימה כך שכל משתתף-משיב, משיב על שני כלים בלבד אולם כל הכלים מועברים.

משתתפים רבים זקוקים לסיוע בעת ההשבה, הן מבחינת הבנה של הנשאל והן ברמה הטכנית-פיזית של המילוי והכתיבה. בהתאם מומלץ יחס העברה של עד שני משתתפים לכל מעביר-מסייע. בהקשר זה, חשוב מאוד שמסייעים-מעבירים ללא ניסיון בתחום יעברו הדרכה לפני על מנת לצמצם הטיות שמקורן בתיווך. על מנת לקבל אישוש לאפקטיביות הסדנא בחלוקה לסוגי מוגבלויות יש להגדיל את הדגימה ולכוון תחילה למוגבלויות השכיחות יותר, פיזית, נפשית וקוגניטיבית. יחד עם זאת האתגר גדול והדבר מחייב מידע מראש לגבי המשתתפים וסוג המגבלה, מידע זה אינו מהימן דיו באמצעות דיווח עצמי בלבד.

מחקר איכותני

מטרות

- להעמיק בנוגע למאפיינים הייחודיים של התכנית: א. מנחים עם מוגבלות הצומחים מתוך התכנית. ב. תכנית הטרוגנית הפונה לאנשים עם מוגבלות ככלל. ג. תפיסה הוליסטית רחבה של המושג 'אורח חיים בריא'. ד. אלא שילוב של אנשים עם מוגבלות בפעילויות קיימות (לא ייעודיות לאנשים עם מוגבלות).
- להעמיק בנוגע לשינויים תפיסתיים והתנהגותיים שחלו בעקבות התכנית.
- יתרונות וחסרות תכנית זאת בהשוואה לתכניות אחרות דומות.
- השפעת התכנית על מעגלים משניים.
- משנה תוקף לממצאים הכמותיים.

דגימה

סה"כ בוצעו 41 ראיונות, 18 משתתפים, 14 מנחים, 3 רכזות, 5 אנשי מקצוע חיצוניים ומנהלת התכנית (בעת ביצוע המחקר).

כלים

כלי ראיון משתתפים, מנחים, רכזות ואנשי מקצוע (ראה נספח 14, נספח 15, נספח 16, נספח 17)

ממצאים מסקנות והמלצות

תכנית אבן דרך ייחודית במספר היבטים שעולים באופן ברור מהראיונות עם כלל קבוצות המחקר. **הראיה וההתייחסות לנושא של בריאות ואורח חיים בריא היא הוליסטית - פיזית, רגשית וחברתית.** התכנית מעניקה זוויות חדשות על החיים עם מוגבלות, נותנת כלים לארגן את החיים בצורה טובה יותר, מסייעת בהצבת יעדים ומטרות ובהשגתם, תורמת לתקשורת ולחיבור עם אנשים, סביבה וקהילה, ומעצימה. מהראיונות עולה כי בעקבות התכנית התרחש שינוי משמעותי בתפיסה של רוב המשתתפים את המושג אורח חיים בריא וביישום משמעותו הרחבה. משתתפים רבים דיווחו על שינוי באורח החיים במובן הרחב; בפעילות, בתזונה, באמונה בעצמי, בביטחון העצמי, ביחס לסביבה ולאחר.

התכנית ייחודית בכך שהיא פונה אל כלל סוגי המוגבלויות ורמות המוגבלות (קבוצות מאוד הטרוגניות), בכך שהמנחים אינם מנחים מקצועיים אלא מנחים עם מוגבלות אשר השתתפו וצמחו מתוך הסדנא, ובכך שהיא שמה דגש על שילוב של אנשים עם מוגבלויות בפעילויות קיימות לאוכלוסייה.

לעובדה שהמנחים היו אנשים עם מוגבלות הייתה תרומה מכרעת, המשתתפים התחברו אליהם והמנחים הבינו את האתגרים והחסמים שלהם. **המנחים היוו דוגמא אישית לחיים עם מוגבלות בלי ייאוש ובכך העצימו מאוד את המשתתפים.** בנוסף, החשיפה לסוגים שונים של נכויות ייצרה אצל המשתתפים הבנה רחבה יותר של המושג מוגבלות ותקווה באשר ליכולתם להתמודד ולהצליח. במקביל, הושם דגש בתכנית על התאמה ייחודית לצרכים האישיים של כל משתתף בהתאם למוגבלות שעמה הוא התמודד. התכנית אינה מדגישה את סוגיית "הנכות" אלא את החשיבות של אורח חיים בריא עם התאמות מסוימות לפי הצורך.

"הסדנא היא דוגמא לשיקום, כבוד ושותפות בין אנשים שונים עם בעיות שונות - דומות."

מכלל הראיונות עולה כי התכנית הגבירה הן אצל המשתתפים והן אצל הצוות המקצועי, את המודעות להיבט הרחב של המושג אורח חיים בריא ואפשרה **תהליך העצמה משמעותי ברמה האישית**. התכנית השפיעה על סביבת המשתתף (משפחה וחברים) לניהול אורח חיים בריא יותר וביקשה לגרום לשינוי במודעות של כלל האוכלוסייה, נותני השירות ומעצבי המדיניות, אשר יתבטא בתפיסה חדשה המגדירה אנשים עם מוגבלויות כחלק מהצרכנים של אורח חיים בריא. התכנית נתפסת, הן ע"י המנחים ומנהלי התכנית והן ע"י אנשי מקצוע חיצוניים, כטובה יותר באופן משמעותי מתכניות אחרות לאנשים עם מוגבלות.

הנקודות המרכזיות שכדאי לשמר בהמשך דרכה של התכנית הן הראייה ההוליסטית של המושג אורח חיים בריא, ההנחיה ע"י מנחים הצומחים מתוך הסדנא והמתמודדים עם מוגבלות, והפנייה אל כלל המוגבלויות תוך שילוב בפעילויות קיימות לאוכלוסייה הכללית. נקודות שמומלץ לשים אליהן לב בהמשך דרכה של התכנית הן הצורך **לייצר מפגשי המשך לתכנית** במטרה לתמוך ולעודד את בוגריה, **והחשיבות שיש להרחבת שיתופי הפעולה עם גופים ומוסדות רלוונטיים** על מנת להרחיב את התכנית ואת השפעתה על הקהילה.

"..הבנתי שבריאות זה כל כך מעבר למה שאנחנו חושבים, היו אנשים עם מגבלות פיזיות מאוד גדולות ובכל זאת היו הכי בריאים בעולם. הייתה להם תפיסה מעולה, הם מקדמים בריאות נפשית, בריאות חברתית וחיים היטב עם המוגבלות הפיזית שלהם. ראיתי אנשים עם אתגרים גדולים לוקחים אחריות גדולה על עצמם ומסייעים גם לאחרים. למדתי הרבה מהמנחים, כל אחד לקח מעט למקום אחר ובכל זאת לכל אחד הייתה יכולת להוסיף משהו ולהעביר את הנושא של קידום אורח חיים בריא.."

רנדי גרבר, מנהלת התכנית

1. מבוא

מבוסס בעיקר על מסמך הסקירה בנושא קידום בריאות, מניעה ושימור תפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות של מנהלת ומייסדת התכנית רנדי גרבר (גרבר, 2011). מסמך זה עיגן את היסודות והתווה את הדרך לפיתוח התכנית.

1.1 מצב בריאותם של אנשים עם מוגבלות בישראל

בעשורים האחרונים, עם התקדמות הטכנולוגיה הרפואית והשיקומית, עלתה תוחלת החיים של אנשים עם מוגבלות. יחד עם זאת, נמצא שאנשים עם מוגבלות (מלידה או נרכשת) נמצאים בסיכון גבוה יותר מהאוכלוסייה הכללית, למחלות כרוניות. דוח הוועדה לנושא מוגבלות בתכנית "לעתיד בריא 2020" של משרד הבריאות (עורי ופרג 2009) ממליץ לאמץ גישת קידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות בישראל ולפעול להגברת הפעילות הגופנית ולהורדת אחוזי השמנת היתר בקרב אנשים עם מוגבלות.

מדוח משרד הבריאות "אנשים עם מוגבלויות בקהילה" (שמש ונקמולי-לוי 2009) המבוסס על סקר הבריאות הלאומי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות משנת 2003¹⁰ עולה כי אנשים עם מוגבלות בישראל¹¹ (ראה טבלה 1):

- מעריכים את מצבם הבריאותי הכללי כפחות טוב מאנשים ללא מוגבלות.
- סובלים יותר ממחלות כרוניות (24% בקרב אנשים עם מוגבלות, 30% בקרב אנשים עם מוגבלות קשה לעומת 4% בלבד בקרב אנשים ללא מוגבלות)¹².
- סובלים יותר מהשמנת יתר (24% עם מוגבלות, 26% עם מוגבלות קשה לעומת 13% בלבד בקרב אנשים ללא מוגבלות).
- מבצעים פחות פעילות גופנית משמעותית; 3 פעמים או יותר בשבוע¹³ (22% עם מוגבלות, 16% עם מוגבלות קשה לעומת 30% בקרב אנשים ללא מוגבלות).
- אף שלא נמצאו הבדלים משמעותיים בשכיחות המעשנים, למעט בקבוצת הגיל 40-59, נתונים מארה"ב מראים שכיחות גבוהה ב 50% של מעשנים בקרב אנשים עם מוגבלות בהשוואה לאנשים ללא מוגבלות.

טבלה 1: מצב בריאות – השוואה בין אנשים עם מוגבלות, מוגבלות קשה וללא מוגבלות

מרכיב בריאות / קבוצה	מוגבלות	מוגבלות קשה	ללא מוגבלות
מחלות כרוניות	24%	30%	4%
השמנת יתר	24%	26%	13%
פעילות גופנית משמעותית	22%	16%	30%

¹⁰ גדול דגימה N=7075 (טעות הדגימה 5%, עובר רו בר סמך של 95%). מסגרת דגימה בני 21 ומעלה באוכלוסייה הקבועה במדינת ישראל, למעט האוכלוסייה הגרה מחוץ ליישובים (שבטי בדווים), דיירי מוסדות (כגון: בתי אבות ובתי חולים כרוניים), ועולים חדשים השוהים בארץ פחות מ-6 חודשים. אדם עם מוגבלות הוגדר כל מי שהשיב שיש לו בעיה גופנית הגורמת לו קושי בינוני בביצוע פעילויות יומיומיות כגון ניקיון וקניות. אדם עם מוגבלות קשה הוגדר כל מי שהשיב שיש לו בעיה גופנית הגורמת לו קושי גדול או גדול מאוד.

¹¹ מבוסס על דיווח עצמי.

¹² ממחקר של נאון (2009) עולה כי שכיחות מחלות הלב בקרב אנשים עם מוגבלות גבוהה פי 6.5 מאנשים ללא מוגבלות, סוכרת פי 3.5 ולחץ דם¹³ גבוהה פי 2.3.

¹³ בהתאם להמלצת משרד הבריאות משנת 2008.

1.2 פעילות לקידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות בעולם

מודעות

במסגרות בינלאומיות ובעיקר במדינות שונות בעולם המערבי גוברת המודעות לקשר שבין בריאות למוגבלות כפי שעולה מהדוגמאות הבאות. בשנת 2005 ארגון הבריאות העולמי ערך תחרות צילומים בנושא בריאות ומוגבלות – צילומים אשר אתגרו את ההגדרות המקובלות של בריאות ומוגבלות וביטאו את האוניברסאליות של הנושא (World Health Organization, 2005). לציון היום הבינלאומי לאנשים עם מוגבלות בשנת 2009 כתב העת ל Lancet הוציא לאור גיליון מיוחד אשר הוקדש כולו לנושא נכויות, תוך דגש, בין השאר, על חשיבות הכשרת אנשי מקצועות הבריאות לנושא המוגבלות. בארה"ב הוקם צוות ייעודי ואתר אינטרנט מקיף לנושא בריאות ומוגבלות במרכז לפיקוח על מחלות (Center for Disease Control). באנגליה, אוסטרליה וני זילנד הוקמו יחידות ארציות ומקומיות העוסקות ומקדמות את נושא הבריאות והמוגבלות. העלאת המודעות הביאה להפניית תקציבים לבניית מסדי נתונים בינלאומיים, אזוריים ומקומיים. לדוגמה, ארגון הבריאות העולמי הכין דוח בינלאומי על מוגבלות, האיחוד האירופאי מפתח מאגר אזורי בנושא (Measuring Health and Disability in Europe: Supporting Policy Development, בנוסף, הופנו תקציבים לפיתוח ידע ולפיתוח תכניות התערבות. המודעות הגוברת הביאה גם לפעילות בקרב מקצועות הבריאות, בשני מישורים, העלאת המודעות של אנשי מקצועות הבריאות ועידוד הזדמנויות לאנשים עם מוגבלות להיכנס למקצועות הבריאות.

ידע

העוסקים בתחום של קידום בריאות ושימור תפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות זקוקים לידע מבוסס על תהליכים גופניים (לכל סוג מוגבלות) והשפעת הפעילות הגופנית, התזונה, התרופות ואורח החיים ככלל, על תהליכים אלו. על מנת להוביל שינוי ולקדם אורח חיים בריא נדרש גם ידע בנושא הפסיכולוגיה של המוטיבציה והבנה של השפעות הסביבה על תהליכים אלו.

ידע רב ומגוון נצבר בנוגע ליעילות תכניות פעילות גופנית ותזונה בקרב האוכלוסייה הכללית בעולם (World Health Organization 2009) ובישראל (גינסברג, רוזנברג ורוזן, 2010). כיום פועלים לתקף ידע זה גם עבור אוכלוסיית האנשים עם מוגבלות. התפתחות חשובה בשנים האחרונות הינה ספרות מחקרית המתמקדת בקידום ושמירת בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות קוגניטיבית ונפגעי נפש. ספרות זו מתמקדת בבעיות שכיחות בקרב אוכלוסייה זו ובכלל זה, תחלואה כפולה, השמנת יתר והשפעת תרופות על המצב הבריאותי.

התערבות מקדמת בריאות

פעילות גופנית

פעילות גופנית עבור אנשים עם מוגבלות כוללת פעילות על פני הרצף של פעילות שיקומית ועד ספורט תחרותי-אתגרי. ישנן מספר גישות לפעילות גופנית המשלבות בין התחום של מדעי התנועה והמוטוריקה (פיזיולוגיה של ההתעמלות, אנטומיה, קינסיולוגיה, נירולוגיה וכיו"ב) ותחום ההנגשה:

- פעילות גופנית מותאמת (Adapted Physical Activity) - התאמת פעילות ספורט ופנאי כגון הליכה, ריצה, אופנים וכדומה, לאנשים עם מוגבלות על מנת להגביר ולשפר את היכולת הגופנית וההנאה מהחיים (לב, 2010; הולצר, 2006). פעילות גופנית מותאמת מקודמת בכל העולם ע"י ארגונים בין לאומיים, אזוריים ומקומיים, ובכלל

זה בישראל. ישנן תכניות לימוד לתואר ראשון בפעילות גופנית מותאמת (בישראל, במכללת זינמן בוינגייט) ותארים מתקדמים.

- כושר גופני משלב (Inclusive Fitness) – שילוב של אנשים עם מוגבלות בפעילות, בעיקר בחדרי כושר. התחום מפותח בארה"ב, אנגליה ואירלנד. בישראל, חוק הספורט מחייב אישור רפואי לכל מתאמן בחדר כושר. מחד, הדבר מהווה לעיתים מכשול עבור אנשים עם מוגבלות, מאידך, מהווה מקדם ביטחון חיוני.
- כושר גופני פונקציונאלי (Functional Fitness) – כושר גופני פונקציונאלי התפתח כמענה לירידה בתפקוד של אנשים מזדקנים. בשנים האחרונות הוא הותאם לאוכלוסיות נוספות לרבות אנשים עם מוגבלות. כושר גופני פונקציונאלי מחזק כישורים שנלמדים במסגרת טיפולי הפיזיותרפיה והריפוי בעיסוק, כאשר המטרה היא להמשיך בפיתוח כישורים אלו ולמקסם את התפקוד הפונקציונאלי הנדרש לפעילות יום יומית, כגון הליכה, מעברים ושיווי משקל (Rehabilitation Institute of Chicago 2010).
- פעילות טיפולית – הפעילות כוללת, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, הידרותרפיה, רכיבה טיפולית וכדומה. לרוב היא ניתנת במסגרות שיקומיות. בישראל במסגרת סל הבריאות, ניתן מספר מוגבל של טיפולים (12 בשנה) וגם זאת רק במקרים אקוטיים. הסל אינו כולל טיפולים מניעתיים המיועדים לשמירה על אורח חיים בריא ומניעת הידרדרות.

תזונה

תזונה נבונה ותפריט בריאותי מהווים מקדמי הגנה עבור האדם, משפרים את התפקוד ומאריכים חיים. מאידך, תפריט שאינו בריאותי מהווה גורם סיכון, תורם להשמנת יתר ולתחלואה כגון, מחלות לב, סרטן, סוכרת ולחץ דם. עקרונות התזונה הנבונה, מוסכמים וידועים. עקרונות אלו, תוך התאמות למצבים ייחודיים של כל אדם, מצב פיזיולוגי, שימוש בתרופות וכדומה, חלים גם על אנשים עם מוגבלות. לדוגמא, "המדריך לתזונה נבונה ואורח חיים בריא במערך בריאות הנפש בקהילה" מאמץ את העקרונות הכלליים לתזונה נבונה של משרד הבריאות תוך התייחסות לצרכים הייחודיים של אנשים עם מוגבלות (שטל ואחרים, 2010).

תכנית בריאות ומוגבלות של אוניברסיטת מונטנה בארה"ב הגדירה תקני טיפול תזונתי לאנשים עם מוגבלות קוגניטיבית (Montana Disability and Health Program). התקנים מתייחסים לשלוש רמות של תזונה בריאה המתאימים גם לסוגי מוגבלויות אחרות:

- רמה 1: תזונה מספקת (הולמת) מבחינה בטיחותית ותזונתית
 - האוכל מספק מבחינת איכות וכמות
 - האוכל כולל מגוון פירות, ירקות ודגנית מלאים
 - האוכל מוכן ושומר באופן בטוח
 - התפריט היומי כולל שלוש ארוחות מלאות וארוחת ביניים
 - התפריט מתחשב בהעדפות האישיות לגבי אוכל של כל אדם

- רמה 2: תזונה מותאמת לצרכים אישיים
 - ניהול מצבים רפואיים
 - ניהול מצבים משניים, בריאות ומגבלות
 - עונה על צרכים מיוחדים נוספים

- רמה 3: תזונה מקדמת בריאות
 - שפע של אוכל מהצומח
 - רמות נמוכות של שמנים רוויים ושומן טראנס
 - כמות מוגבלת של סוכר פשוט ומלח
 - יותר חלבונים צמחיים ופחות מהחי, חלבונים מהחי עם אחוזי שומן נמוכים
 - תוספות של ויטמינים ומינרלים
 - כמות מוגבלת של אלכוהול

הפסקת עישון

האיגוד האמריקאי לבריאות ומוגבלות סקר תכניות שונות להפסקת עישון בקרב אנשים עם מוגבלות, הן תכניות ייעודיות למוגבלות ספציפית והן תכניות לאנשים עם מוגבלות כלשהי. המסר המרכזי שעולה מהסקירה שיש לשים דגש על הנגשת המידע על סכנות העישון ועל דרכים להפסת עישון המותאמות לאוכלוסייה. תכנית ייחודית בתחום, היא תכנית אוסטרלית להפסקת עישון שהותאמה לאנשים עם מוגבלות קוגניטיבית. מדריך התכנית נמצא באינטרנט (Centre for Developmental Disability Health).

אורח חיים בריא

תכניות קידום אורח חיים בריא משלבות ידע בריאותי לרבות ידע על גורמי סיכון, פעילות גופנית ותזונה, משלבות כלים להגברת המודעות האישית והמוטיבציה לקיים אורח חיים בריא. בארה"ב מפתחים ומיישמים תכניות התערבות שונות לקידום בריאות מבוססות ממצאים (Evidence-based practice):

- Living Well with a Disability (University of Montana Rural Institute) – התכנית פותחה בשיתוף עם אנשים עם מוגבלות ומופעלת כתכנית עמיתים. במסגרת התכנית עוברים המשתתפים סדנא בת שמונה מפגשים שכוללת: קביעת מטרות, פתרון בעיות, מחשבה חיובית, הימנעות מאורח חיים מדכא, תקשורת בריאותית, חיפוש מידע, תזונה, פעילות גופנית, ייצוג-עצמי, שמירה על אורח חיים בריא. התכנית נבנתה בשיטת מחקר התערבות מושהית בקבוצת ביקורת (Delayed Intervention Comparison), שבחנה תוצאות בריאות / מוגבלות ועלות-תועלת. הממצאים בשני המישורים היו משמעותיים, המשתתפים דרגו את ההגבלות בעקבות מצבי בריאות משניים ב- 10% פחות לאחר ארבעה חודשים ובמקביל דיווחו על עלייה ב- 11% בהתנהגויות בריאות. בתחום הכלכלי הממצאים מראים שהתכנית מכסה את עלותה תוך 6 חודשים על-ידי ירידה בשימוש בשירותי בריאות.
- Healthy Lifestyles for People with Disabilities (Abdullah et al. 2004) – התכנית פותחה בשותפות עם אנשים עם מוגבלות ומופעלת כתכנית עמיתים. במסגרת התכנית עוברים המשתתפים סדנא בת 3 ימים ופגישות חודשיות במשך 6 חודשים שכוללות את הנושאים הבאים: מהו אורח חיים בריא; לדעת מי אני (לחיות לפי הערכים שאני מציב), לדעת מה אני צריך/ה, תהליך פיתוח מטרות. התכנית נבנתה בשיטת מחקר התערבות מושהית בקבוצת ביקורת Delayed Intervention Comparison Group שבחן איכות חיים (well-being) על ידי

ה. Health Promoting Lifestyle Profile II - (כלי המודד אחריות בריאותית, פעילות גופנית, תזונה, התפתחות רוחנית, יחסים בין-אישיים, וניהול מתח). כל הקבוצות הראו עליה משמעותית במדד, תוצאות שנשמרו גם תשעה חודשים לאחר סיום הסדנא.

- Health Empowerment Zone - HEZ (University of Illinois at Chicago) – מטרת התכנית היא לשפר גישה לאנשים עם מוגבלות בניידות לסביבה התומכת, בפעילות גופנית ובצריכת מזון דל שומן ובריא. התכנית נבנתה מלכתחילה בשיטת מחקר קהילתית משתתפת (Community-based Participatory Research) (CBPR). החוקרים פיתחו כלי להערכת הסביבה הפיזית, הבוחן את נגישות המדרכות, התחבורה, המרכזים, חדרי הכושר והפארקים, שממנו אפשר לקבל אינדקס שכונתי. במקביל אספו החוקרים נתונים בקרב אנשים עם מוגבלות בניידות, לגבי פעילות גופנית, הזמן שהם מבליים מחוץ לבית, צריכת מזון, מצבי בריאות משניים וגישה לקהילה. הייחודיות של תכנית זו הייתה השימוש בטכנולוגיות ה-GIS - שממפה את כל המידע ומאפשרת הצלבת הנתונים האישיים והסביבתיים (Eisenberg 2009).
- חיים לשנים (חי"ל) – ארגון אשל-ג'וינט מפעיל מזה כ-15 שנה את תכנית חי"ל המכשירה מתנדבים קשישים כמקדמי חיים בריאים בקרב קשישים. הפעילויות שמפעילים מתנדבי חי"ל בקהילותיהם כוללת בין היתר: קבוצות הליכה, איתור בעיות ירידה בשמיעה ובראייה, סדנאות ביסול על פי עקרונות תזונה נבונה, הפצת מידע והתארגנות בנושאי צרכנות.

מדדי תוצאה

- מדדי תוצאה מאד חשובים ככלי לקביעת התערבויות כמוצלחות. תכניות לקידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות נמדדות על פי תוצאות אישיות, קהילתיות ומערכתיות:
- אישיות - שינוי באורח חיים, מדדי בריאות, תחושת איכות החיים (well-being), תפקוד ורמת השתתפות בחיי המשפחה והקהילה, וחוללות-עצמית (self-efficacy).
 - קהילתיות ומערכתיות - עמדות, נגישות, הכלה (inclusivity), השפעה על שימוש בשירותי בריאות, מודעות של צוותי בריאות לנושא (בין היתר, בהפניית אנשים עם מוגבלות לפעילות קידום אורח חיים בריא), עלות-תועלת.

1.3 מיפוי תכניות מניעה / קידום בריאות

בישראל קיימת דיכוטומיה בין התכניות הפונות לאוכלוסייה הכללית לתכניות הפונות לאוכלוסיית אנשים

עם מוגבלות. (ראה

לוח 1) ברמה ההצהרתית הגורמים שמפעילים תכניות לאוכלוסייה הכללית מעוניינים לשלב אנשים עם מוגבלויות אך בד"כ אינם נוקטים בצעדים לכלול אנשים עם מוגבלות בתכניות. כמו כן, חלק מהגורמים המפעילים תכניות לאנשים עם מוגבלות משלבים אנשים ללא נכויות בפעילות, בדרך כלל בני משפחה או מתנדבים שמסייעים לאנשים עם מוגבלות. יוצאי דופן מבחינת ההשתלבות בפועל הם המרכז להידרותרפיה בשער הנגב ובית אייל באשדות יעקב. שניהם משמשים מרכז "קאנטרי" לכלל אוכלוסיית האזור אשר מונגש ברובו לאנשים עם מוגבלות ובכך, מהווים דוגמה ל-Inclusive Fitness. במרכז להידרותרפיה בשער הנגב אנשים עם מוגבלות משתתפים הן בפעילות הכללית (בריכה, חדר כושר, חוגים), והן בפעילות ייעודיות וקיימת אווירה של קבלה והשתלבות.

לוח 1: נותני שירותים מרכזיים בתחומי אורח חיים בריא, פעילות גופנית, תזונה, עישון והכשרה

הכשרה	הפסקת עישון	תזונה	פעילות גופנית	אורח חיים בריא	נותני שירותים
✓				✓	המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות ממנות כ- 60 תכניות קידום בריאות בשנה הפועלות דרך לשכות הבריאות. פיתח קורס שנתי (166 שעות, בתל השומר) "קידום בריאות ותכנון תכניות" לכל המעוניין.
	✓	✓	✓	✓	רשת ערים בריאות מאגדת 30 ערים, מועצות מקומיות ואזוריות, משרדי ממשלה, ארגונים ופרטים, הפועלים יחד לפיתוח הבריאות והקיימות במישור המקומי. הרשת מספקת במה לשיתוף במידע והתנסות ומאפשרת התמקצעות, למידת עמיתים ושותפויות רחבות.
			✓	✓	עירית אשדוד מקדמת תכנית עירונית לעידוד אורח חיים בריא (פעילות גופנית ותזונה נכונה) בקרב תושבי העיר.
✓	✓	✓	✓	✓	שירותי בריאות כללית מציעים יעוץ תזונתי פרטני לאנשים עם מחלות כרוניות (סכרת, יתר לחץ דם, לב וכד') והשמנת יתר. היחידה לקידום בריאות פועלת לקידום אורח חיים בריא דרך איתור, מניעה, ואוריינות בריאותית (חומרי הדרכה כתובים). השירות הוא אוניברסלי - מחולק על פי מגדר (נשים בהריון), גיל (ילדים, מתבגרים, קשישים), תרבות (ערבים, חרדים, עולים) וסוג מחלה (סכרת, יתר לחץ דם, אי ספיקת לב).
✓	✓	✓	✓	✓	שירותי בריאות מכבי מציעים יעוץ תזונתי פרטני לאנשים עם מחלות כרוניות (סכרת, יתר לחץ דם, לב וכד') והשמנת יתר. מפעילים תכנית "יועצי פעילות גופנית". במסגרתה הכשירו 150 פיזיותרפיסטים שהתמקדו בחולי סוכרת, פרקים, ילדים שונים וחולי לב. הפעילות מחוץ לסל הבריאות, מתבצעת בכל הארץ וכוללת 6 מפגשים ללא השתתפות עצמית. במעקב אחרי ביצוע עלה כי - 60% מתמידים לאחר שנה.
			✓	✓	החברה למתנ"סים מפעילה תכניות "מתנ"ס מקדם בריאות" ומנהיגות נשים לקידום בריאות. מספקת תכניות פעילות גופנית מגוונת.
✓			✓	✓	ביה"ס למאמנים ומדריכים, מכון וינגייט מכשיר מאמנים ומדריכים לספורט תחרותי לרבות ספורט נכים. כמו כן, מכשיר המכון מאמנים לקידום בריאות בתחומים: פעילות גופנית, תזונה ושינוי התנהגות. אנשים עם מוגבלות משתלבים בכל קורסי ההכשרה בכל ענפי הספורט. במכון עוסקים ביעוץ בפסיכולוגיית ספורט לאוכלוסיות כלליות וספורטאים עם מוגבלות. בשיתוף עם משרד הרווחה מכשירים מטפלים מאוכלוסיות מיוחדות - נוער בסיכון ונכים. במסגרת זו מקיימים קורס מעסים לאנשים עם מוגבלות ראייה ומוגבלות פיזית.
✓		✓	✓	✓	שיאים וברושים, קמפוס לחינוך, ספורט וחיים בריאים, אוניברסיטת תל-אביב קמפוס שיאים - מרכז להסמכה בספורט ובתנועה שמכשיר מדריכים ומאמנים. קמפוס ברושים - מרכז להסמכה ברפואה משלימה והכשרת מטפלים (רמות שונות). נכים משתלבים בכל מסלולי ההדרכה. בעקבות השתתפותם של אנשים חירשים בתכנית לרפואה משלימה הייתה דרישה לקורס שפת סימנים. מפעילים את תכנית light-fit - פעילות קבוצתית לאנשים עם עודף משקל שמשלבת תזונה, פעילות גופנית, פסיכולוגיה, דיקור וכד'.

הכשרה	הפסקת עישון	תזונה	פעילות גופנית	אורח חיים בריא	נותני שירותים
			✓		עמותת קוסל, האוניברסיטה העברית עובדים בגישה לפיה הדרך לשינוי התנהגות היא לתת לאנשים "חוויה טובה" - בתשתית הפיזית של המקום, באופן מתן השירות, באווירה ועוד. משרתים 2,500 איש ביום, רובם בריאים. מרכז הספורט בגבעת רם התחדש לאחרונה עם ציוד חדש ונגיש בחלקו. כמו כן, הקימו מרכז לרפואת ספורט-וקידום בריאות עם הדסה במרכז לרנר בהר הצופים.
		✓		✓	המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות מקיימים פיילוט בדיוור מוגן והוסטלים לאנשים נפגעי נפש (שינוי סביבת המקום, שינוי התנהגות). הוציאו "מדריך לתזונה נכונה ואורח חיים בריא במערך בריאות הנפש בקהילה" להוסטלים לנפגעי נפש.
		✓			תחום תזונה, משרד הרווחה מפקח על תזונה במסגרות של המשרד באגף לטיפול באדם המפגר, ובאגף השיקום. במסגרות של האגף לטיפול באדם המפגר עוסקים גם ביעוץ מסגרת וגם פרטני.
			✓		החברה למתנ"סים מעודדים, מתאימים ומסבסדים פעילות פנאי ובכלל זה פעילות גופנית לאנשים עם מוגבלות בתוך המתנ"סים. המגמה היא לשלב אנשים עם מוגבלות בתוך הפעילות הכללית, אך יש גם פעילות נפרדת על פי דרישה.
			✓		מרכז הידרותרפיה שער הנגב מרכז אזורי עם 1,000 מנויים ועוד 500 סטודנטים ממכללת ספיר. התפיסה המנחה הינה של מתקן משלב (Inclusive Fitness), והמתקנים הותאמו למרב סוגי המוגבלות (למעט מתקני הקרדיו בחדר הכושר שאינם נגישים לכיסאות גלגלים, מפאת המקום). הפעילות עם נכים נעשית באוריינטציה שיקומית (Functional Fitness). הצוות כולל אנשי מקצוע פרה-רפואיים, מטפלי הידרותרפיה ומדריכי חדר כושר. העבודה עם נכים נעשית באופן פרטני וקבוצתי לאוכלוסיות יעד כגון: נפגעי נפש, אנשים עם סכרת, פיברומיאלגיה וכד'.
✓			✓		מרכז ספורט לנכים איל"ן (ספיבק) רמת גן המרכז פועל בגישה של פעילות גופנית מותאמת Adapted Physical Activity – APA. המתקנים כוללים ברכות טיפוליות, חדר כושר מותאם, מגרשי ספורט פנימיים וחיצוניים ומסלולי אופניים מותאמים. מעודדים פעילות גופנית עם הקהילה. בני משפחה יכולים לרכוש מנוי וכך המקום משולב. בנוסף, הצוות מכשיר ומלווה מדריכים ומאמנים בפריפריה. המרכז מייחס חשיבות לתיעוד הפעילות ומבצע מחקרים המודדים את התוצאות.
			✓		אתגרים העמותה פועלת לחינוך ושיקום ילדים, בני נוער ומבוגרים על פני כל קשת המוגבלויות דרך פעילות אתגרים בטבע בשלושה ענפים: (1) חבל, טיולים ומסעות; (2) שייט; (3) אופניים. הפעילות היא תהליכית ונעשית באופן אישי וקבוצתי. פעילות עממית: טיולים בשטח - יש ביקוש רב במיוחד לטיולי משפחה (או הורים נכים או ילדים נכים) וריצת עיוורים - יש קבוצות בשני יישובים. הפעילות כוללת 2 מפגשים שבועיים, אחד קבוצתי עם מאמן והשני פעילות ריצה עם מתנדב. פעילות ייחודית: פורום נשים - שותפות של 10 נשים עם מוגבלות ו- 10 נשים ללא מוגבלות שכוללת פגישה פעם בחודש בשטח (עם לינה) לשיח נשי בענייני משפחה, עבודה וחברה, וביצוע פרויקט משותף לקהילה.
			✓		בית איזי שפירא

הכשרה	הפסקת עישון	תזונה	פעילות גופנית	אורח חיים בריא	נותני שירותים
					בבית איזי שפירא ברעננה יש בריכה טיפולית וחדר כושר מותאם לנכים. הבריכה לקראת שיפוץ להנגשת תאי ההלבשה לנכים. הבריכה פועלת בתפוסה מלאה (ילדים ומבוגרים) רובם אנשים המופנים ע"י קופות החולים ל- 6-12 טיפולי הידרותרפיה. נפגעי תאונות דרכים מופנים ע"י חברות הביטוח. בחדר הכושר יש פעילות למבוגרים לאחר אירוע מוחי, תאונות דרכים או אנשים עם תרשת נפוצה (multiple sclerosis). הפעילות היא קבוצתית (8 אנשים) והמשתתפים יכולים להגיע גם באופן עצמאי לחדר הכושר בשעות מסוימות.
✓			✓		מכללת זינמן לחינוך גופני וספורט בוינגייט המכללה מעניקה תואר ראשון ושני בחינוך גופני. יש התמחות בנושא נכויות ופעילות גופנית מותאמת. בשיתוף מסגרות באירופה, יש אפשרות לעשות דוקטורט בנושא. במכללה פועל בי"ס ללימודי תעודה והשתלמויות במסגרתו פועלים קורסי שיקום בתנועה טיפולית (מים, ספורט, רכיבה, גינון וכו'). הבוגרים מוכרים על ידי קופות החולים (טופס 17, ביטוח משלים).

מהמיפוי עולה שקיימים בישראל ידע וניסיון בתחומים שיכולים לסייע למהלך רחב לקידום בריאות ושמירה על תפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות, אך יש צורך לקשר ולגשר בין הגופים הפועלים באוכלוסייה הכללית ואלו שפועלים עם אנשים עם מוגבלות כדי לפתח רצף של מענים המורכב מהשתלבות מלאה ותכניות ייעודיות.

2. רציונל

2.1 זיהוי צרכים

כדי לעמוד מקרוב על הצרכים, טרם התכנית, נערכו במסגרת "מסד נכויות" שמונה קבוצות מיקוד עם למעלה מ-60 אנשים עם מוגבלות, רואיינו 54 אנשי מקצוע מתחומים שונים, ונערך מפגש חשיבה עם 25 אנשי מקצוע לרבות אנשים עם מוגבלות.

קבוצות מיקוד בהשתתפות אנשים עם מוגבלות

שישים משתתפי קבוצות המיקוד, שנערכו בחודשים פברואר - מאי 2010, הגיעו מהתכניות הבאות:

- מרכז לחיים עצמאיים, באר שבע
- קהילה תומכת לנכים (קבוצת נשים), עכו
- קהילה תומכת לנכים, כרמיאל
- קהילה תומכת לנכים, צפון ירושלים
- קהילה תומכת לנכים, דרום ירושלים
- קבוצות תעסוקה של משרד הבריאות, ירושלים (3 קבוצות)

הקבוצות כללו נשים וגברים (מלבד הקבוצה בעכו שהייתה קבוצת נשים) ואנשים עם סוגי מוגבלות שונים ביניהם: בעלי מוגבלות פיזית ובכלל זה אנשים שמתניידים באופן עצמאי, מתניידים עם עזרה (קביים) ומתניידים בכיסא גלגלים; בעלי מוגבלות חושית (ראייה ושמיעה); מוגבלות כתוצאה ממצבי בריאות כרוניים; מוגבלות קוגניטיבית; ונפגעי נפש (השתתפו גם בקבוצות המעורבות וגם בקבוצות הנפרדות).

המשתתפים נשאלו על פעילותם והעדפתם בתחומים, פעילות גופנית, תזונה ועישון. רוב המשתתפים בקבוצות מכל סוגי המוגבלות היו מודעים, ברמה הכללית, לחשיבות של אורח חיים בריא, הכולל פעילות גופנית ותזונה נכונה. המודעות באה ממגוון מקורות כגון: בני משפחה, רופאים, הרצאות וכד'. לחלק מהמשתתפים המודעות הביאה לשינוי בהתנהגות, בעיקר כאשר המידע הגיע בקשר לאבחון של מחלה כרונית (לב, לחץ דם, סכרת וכד'), אך רוב המשתתפים דיווחו שהתקשו לחולל שינוי באורח חייהם.

פעילות גופנית

רוב המשתתפים לא עוסקים בפעילות גופנית באופן סדיר, הן מבחירה והן מחוסר יכולת. עם זאת, היו משתתפים שדיווחו שהם מתמידים לעשות פעילות גופנית (הליכה הנפוצה ביותר). מעט מאד אנשים דיווחו על השתתפות במסגרות לפעילות גופנית כלליות (מתנ"ס, חדר כושר וכד'). המסגרות הקהילתיות העיקריות שמשמשות בהן: בריכה בקיץ וחדר כושר.

רוב המשתתפים הביעו עניין לעסוק בפעילות גופנית המשולבת עם ממד חברתי והעדר מוטיבציה לעסוק בפעילות זו במסגרת תכניות ביתיות (כגון: תכנית התעמלות ב - DVD). על הפעילות להיות מקצועית ומותאמת לצרכים האישיים. המשתתפים מעוניינים במגוון רב של פעילויות, כגון:

- חיזוק הגוף, שחרור הגוף
- סיבולת לב-ריאה, תרגילי נשימה
- שחיה, ריקוד, רכיבה על סוס
- יציאה לטבע (כולל בני משפחה)
- מגע, מסאז'

רוב המשתתפים מוכנים לשלם לפעילות מתאימה במסגרת תקציבם. סוגיה כלכלית ותקציבית חשובה היא עלות התחבורה שלפעמים חורגת מהתקציב. לא מעט מהמשתתפים התלוננו על הקשיים בקבלת שירותי שיקום שנתיים (12 טיפולי פיזיותרפיה או הידרותרפיה) דרך שירותי הבריאות.

תזונה / דיאטה

בכל הקבוצות מלבד קבוצות נפגעי הנפש, כמחצית מהמשתתפים הופנו לייעוץ תזונאי בקופות החולים עקב מצב בריאותי כגון: סוכרת, או לחץ דם אבל לא בשל השמנת יתר. סוג ותדירות ההדרכה שקיבלו השתנה מאדם לאדם. המשתתפים אשר קיבלו יעוץ אישי לאורך זמן הביעו שביעות רצון גבוהה יותר ודיווחו על יכולת לשמור על הדיאטה. מאידך לא מעט דיווחו על קושי לשמור על דיאטה עד כדי סכנת חיים. ככלל, הדעה הרווחת בקרב המשתתפים היא שתזונה בריאה הינה יקרה ואינה בהישג ידם. יש מעין ייאוש כללי לגבי שינוי הרגלי אכילה. עם זאת, אנשים שקיבלו תמיכה מהסביבה הקרובה (משפחה, עבודה) דיווחו שזה מקל על שינוי ההרגלים.

עישון

בכל הקבוצות, למעט הקבוצות של נפגעי הנפש, אחוז גבוה מהאנשים דיווחו שעישנו בעבר והפסיקו בכוחות עצמם לעשן, בדרך כלל בגלל בעיות בריאות של עצמם או של אדם קרוב להם. מעט מאד חזרו לעשן באופן קבוע, וכמה דיווחו שמעשנים בזמני לחץ. בקבוצות של נפגעי הנפש, היו כמה מעשנים כבדים, שיצאו במהלך המפגש לעשן.

תובנות

- השתלבות מול בידול - אנשים עם מוגבלות מבקשים שתהיה בחירה בין תכניות ייעודיות עבורם ותכניות משלבות. חלקם מביעים חוסר עניין לחשוף את מוגבלותם בפעילות מסוג זה בפני הציבור שאינו בעל מוגבלות. הם מדגישים שבפעילות משולבת יש לעסוק בהכנה הן לאנשים עם מוגבלות והן לאוכלוסייה הכללית ולצוות.
- היבטים אישיים העלולים להשפיע על השתתפותם של אנשים עם מוגבלות הינם היבטים פיזיים כגון: רמת האנרגיה, והיבטים נפשיים / התנהגותיים כגון: מצב רוח, מוטיבציה, התמדה.
- היבט חברתי - אנשים עם מוגבלות מחפשים דרכים לשבור את הבדידות החברתית. לכן כל פעילות שמוצעת צריכה לכלול מרכיב חברתי – פעילות בזוגות, בקבוצה, או דרך רשת חברתית וירטואלית.
- היבט כלכלי - רוב האנשים עם מוגבלות חיים בעשירונים הכלכליים הנמוכים. הם ישתתפו בתכניות שסך העלויות (דמי השתתפות, הסעה, בייביסיטר וכד') הוא במסגרת תקציבם. כמו כן, כל הדרכה בתזונה צריכה להציע חלופות תזונתיות בעלות נמוכה.
- מהות הפעילות - אנשים עם מוגבלות זקוקים לזמן התארגנות ארוך יחסית. אי לכך, עדיפות תכניות המשלבות פעילות גופנית ותזונה, ולא תכניות נפרדות.
- זכות הבחירה - לאנשים עם מוגבלות צריכה להיות זכות בחירה כמו לכלל האוכלוסייה. לכן יש לפעול להרחבת / הנגשת האופציות לפעילות גופנית.
- סביבה תומכת - כמו בקרב כלל האוכלוסייה, לאנשים עם מוגבלות יש אנשים הסובבים אותם (בית ומשפחה, קהילה, עבודה). סביבה תומכת חיונית מאד לשינוי אורח חיים, ולכן התכנית צריכה לפנות גם לסובבים.
- מיקום - יש לשאוף לפעילות קרובה לבית.

משוב מאנשי מקצוע

במסגרת הבנת הצרכים טרום התכנית, התבצעו ראיונות עם 54 אנשי מקצוע. הפעילות המסכמת של שלב לימוד תחום נכות וחולי כרוני במסד נכויות, הייתה מפגש חשיבה בנושא "קידום בריאות, מניעה ושמירה על תפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות" שהתקיים בג'וינט במאי 2010. במפגש השתתפו 25 אנשי מקצוע ביניהם אנשים עם מוגבלות (שחלקם גם רואיינו), שפועלים בתחומים: קידום בריאות, שיקום, פעילות גופנית מותאמת, תזונה, הנגשה וכד' והוא נועד להיכרות, למידה הדדית ויצירת שיתופי פעולה עתידיים. להלן הסוגיות שעלו במפגש:

מחקר

- סקר למ"ס על אנשים עם מוגבלות (מתוכנן ל- 2011) - יש לפעול לשילוב שאלות בנושאים: התנהגויות בריאותיות, ידע, עמדות וחסמים.
- כיצד בונים מחקר נכון, משותף למערכת הרפואית ולקהילה?
- קיים קושי לקבוע מדדי ביצוע ותוצאה הקשורים לאורח חיים בריא והמתאימים לאנשים עם מוגבלות, בשל מחסור במידע ונתונים. הערכים שקבעה ועדת 2020 נבחרו בהנחה שהם ריאליים, אך אין וודאות בכך.
- אין מספיק אבחוני בריאות לנכים, בגלל התפיסה שהם "כבר ממילא נכים", וזאת בשעה שדווקא חשוב לשמר את הרזרבות התפקודיות שלהם.
- נכי צה"ל מבצעים פעילות גופנית במסגרות מאד מסודרות כמו בית הלוחם, ולכן יתכן ויהיה קל יותר לבדוק את נושא המדידה וההערכה באוכלוסייה זו.
- מיפוי עומס בריאותי כלכלי - מחד קיימת תחלואה שיוצרת עומס כלכלי, אך השקעה במניעה מוקדמת יכולה להפחית תחלואה ולפיכך להפחית עלות עתידית (עלות מול תועלת). נתונים שמאשררים הנחה זו יכולים לשכנע בעתיד את קובעי המדיניות.
- פניה לגופים שמממנים מחקרים על מנת שיכניסו את הנושא לסדר היום שלהם כגון: המכון הלאומי לחקר הבריאות-גרטר, מכון מכבי שירותי בריאות ועוד.

מדיניות

- יש לשאוף לכלול את שירותי המניעה ושימור התפקוד בסל הבריאות. כיום נכים מקבלים טיפולים נוספים לאלו הנקבעים בסל השירותים רק אם יש התקדמות בשיקום, ולא למניעה בקרב נכים. מוצע להכין מסמך לוועדת סל הבריאות.
- יש לשאוף למתן היתר להסבת השימוש בשעות הפרטניות של השיקום, לפעילות בעבודה קבוצתית כך שיותר אנשים יוכלו ליהנות מהטיפול זמן רב יותר.
- שינוי חוק הספורט - הדרישה לאישור רפואי לפעילות בחדר כושר מקשה על אנשים עם מוגבלות להשתתף בפעילות זו, מאחר ורופאים כלליים לפעמים נמנעים ממתן האישור לאנשים עם מוגבלות.

פרקטיקה

- חשוב להקשיב לנכים ולנסות להבין את ההשלכה של תחושותיהם על תכנון פעילות אורח חיים בריא. בכל הקשור לפעילות גופנית ותזונה / דיאטה יש מודעות רבה וביצוע מועט. האתגר - מה יגרום לשינוי?

- האם ענפים הקשורים למגע (כמו מסאז') יכולים להיחשב לפעילות גופנית? לפי הסיווג המקובל הם אינם בקטגוריה של פעילות גופנית. אולם על פי דיווח של אנשים עם מוגבלות, לפעילות מגע יש תרומה רבה לתפקוד הגופני, בעיקר לאנשים המוגבלים ביכולת לבצע פעילות גופנית באופן עצמאי.
- פיתוח רשת מקצועית - רב-תחומית:
 - מוצע להקים פורום אינטרנט לרשת מקצועית (לבחון דרך אתרים קיימים כגון: האתר של מכון גרטנר או [אדפטיב](#) - אתר על פעילות גופנית מותאמת).
 - מוצע למפות את הגופים השונים - למפות את הפעילות של כל גוף, מה הוא מציע ועם איזה אוכלוסיות הוא עובד. המיפוי יסייע לבחון חסרים, ויקדם דרך חשיבה למוגבלויות שונות.
 - לפתח קשר / רשת בין גורמים רפואיים לגורמים קהילתיים.
- התייחסות לפעילות גופנית ולתזונה בהתאם למוגבלויות השונות.
- בחינת הפלטפורמות המתאימות לתכנית קידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות: שירותי בריאות ומסגרות חברתיות שוברות בדידות.
- "מסד נכויות" - הוקם כדי לקדם חדשנות ובכלל זה בממשק שבין נכות, חולי כרוני, קידום בריאות ומניעה.
- כיצד בוחרים תכניות שיכולות להגיע לאוכלוסיות רחבות, במיוחד בפריפריה.
- חשיבות ההתוויות הרפואיות בנושא פעילות גופנית ואופן הפיקוח עליהן.

חינוך והכשרה - דרך תכניות קיימות

- אנשי מקצועות הבריאות (רפואה, סיעוד, שיקום וכד') - יש לכלול בתכניות הלימוד ידע ומודעות לגבי צרכי בריאות של אנשים עם מוגבלות.
- אנשי אקדמיה – יש לעודד אותם לכלול את הנושא במחקריהם.
- אנשי קידום בריאות ופעילות גופנית – יש להקנות ידע ולהגביר מודעות לגבי צרכי בריאות של אנשים עם מוגבלות.
- אנשים עם מוגבלות – יש להקנות ידע ולהגביר מודעות לגבי אורח חיים בריא.

התחומים בהם יש ערך לעבודה משותפת

- מחקר, בניית מסד נתונים (לאגם נתונים ממספר גורמים), הערכות היישום בפועל של תכניות נבחנות (מדדים אחידים), מיפוי כוחות, עבודה בקהילה, העברת ידע ותפוצה רחבה יותר.

2.2 סיכום ועיקרי ההמלצות

העלייה במחלות הכרוניות ואורח החיים המסכן את הבריאות של המאה ה-21 לא מדלגים על אנשים עם מוגבלות. לאדם בעל מוגבלות היכולת ליישם שינוי באורח החיים היא קריטית, מאחר שאנשים עם מוגבלות נמצאים בסיכון גבוה למחלות כרוניות, דבר שעלול להביא להגבלה נוספת בתפקודם היומיומי, המשפחתי, והקהילתי. לכן יש לפעול במספר אופנים:

- פיתוח התערבויות לקידום בריאותם ושמירה על תפקודם של אנשים עם מוגבלות בליווי מחקר Evidence-Based Practice
 - הכללת אנשים עם מוגבלות בתכנון ובביצוע תכניות כלליות לקידום בריאות, פעילות גופנית, תזונה ומניעת עישון (לאומיות, עירוניות וארגוניות)
 - הכללת מדדים על בריאותם של אנשים עם מוגבלות במחקרים לאומיים, ובמסדי נתונים קיימים
 - הכללת תכניות קידום בריאות לאנשים עם מוגבלות בסל שירותי הבריאות והרווחה
 - הכשרה ועידוד אנשי מחקר ואנשי מקצוע לעסוק בתחום
 - בניית קשרים עם מומחים ברחבי העולם
- בהתבסס על דוח זה, תפותח תכנית התערבות לקידום בריאות ושמירה על התפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות במסגרת תחום נכות וחולי כרוני במסד נכויות. מטרת התכנית תהיה לקדם את הבריאות ואת איכות החיים (well-being) של אנשים עם מוגבלות. התכנית תאמץ את המודל האקולוגי-חברתי ותשאף לקדם אימוץ אורח חיים בריא בהתבסס על יחסי הגומלין בין אדם עם מוגבלות וסביבתו (האנושית והפיזית). כמו כן התכנית תפעל להנגיש את השירותים האוניברסליים בתחום קידום הבריאות לאנשים עם מוגבלות. עקרונות הפעולה יכללו:
- השתתפות אנשים עם מוגבלות בכל תהליכי הפיתוח, היישום וההערכה
 - ליווי אנשים בדרך לאימוץ אורח חיים בריא
 - העדפה לפעילות עם פן חברתי
 - הנגשה לכל סוגי המוגבלויות (פיזיות, נפשיות, חושיות וקוגניטיביות) מלידה, או נרכשת במהלך החיים ממחלה כרונית, תאונה וכד'
 - התחשבות בסוגיית העוני - עלות ותוכן הפעילות מותאמים ליכולת הכלכלית של אנשים עם מוגבלות
 - שיתוף גופי ידע שונים – עמיתים, קידום בריאות, פעילות גופנית מותאמת, פעילות פנאי וכד' – כמבצעי התכנית (ברמה המקומית והארצית) וכמנוף לחיבור וגישור בין הידע בתחומים השונים
 - שילוב הפעילות בשירותים אוניברסליים ובשירותים ייחודיים לאנשים עם מוגבלות
 - בניית תשתיות בתכניות קיימות (מקומיות וארציות) כמנוף להטמעה והמשכיות
 - הבנייה מראש של מחקר Evidence-based Practice לתכנית ההתערבות
- תכנית ההתערבות תפעל לממש ברוח ובעשייה את פרק הבריאות באמנת האו"ם על זכויות אנשים עם מוגבלות שישראל חתומה עליה.

2.3. ממצאי מחקר תכנית Healthy Lifestyles (תכנית המקור)

להלן ממצאי התכנית כפי שהתקבלו מחקר של (Abdullah, Drum and Horner-Johnson, 2011). תכנית אבן דרך נסמכה מבחינת תכנים ומבנה באופן ניכר על תכנית Healthy Lifestyles (HL) לקידום אורח חיים בריא לאנשים עם מוגבלות. ייחודיות התכנית בכך שהיא כוללת בתוכה את כל ההיבטים של נושא הבריאות – בריאות פיזית, רגשית וחברתית ופונה לכלל אוכלוסיית הנכים ללא התמקדות בסוג מוגבלות מסוים. התכנית מעבירה מידע בריאותי כוללני בצורה המותאמת לנשים וגברים בעלי מוגבלויות שונות בדרך ברורה, נגישה ואינטראקטיבית. להלן מבנה התכנית והממצאים המרכזיים העולים מהמחקר המלווה של תכנית Healthy Lifestyles.

ההתערבות (התכנית)

התכנית בנויה מסדנא של יומיים וחצי הכוללת 4 מפגשים וסיכום, ומפגשים קבוצתיים (קבוצת תמיכה) של שעתיים פעם בחודש למשך 9 חודשים. תכני המפגשים בסדנא - מפגש ראשון ושני עוסקים בהגדרת המושג של אורח חיים בריא וזיהוי ערכים חשובים בקונטקסט זה עבור כל אחד. המפגש השלישי עוסק בלמידה של כל ההיבטים של אורח חיים בריא וקשריהם, ולאחר מכן באיתור תחומים בהם כל משתתף מעוניין ליצור שינוי ולשפר. המפגש הרביעי עוסק בבחירת דרך לביצוע שינוי חיובי בתחום הנבחר בעזרת תהליך של הצבת יעדים. בסוף הסדנא מגדירים עם כל משתתף שתי מטרות אישיות הקשורות לאורח חיים בריא הניתנות להשגה תוך מספר חודשים. לאורך הסדנא המשתתפים מקבלים כלים פרקטיים ומתנסים בסוגים שונים של פעילויות גופניות, אכילה בריאה וכדו'. מבנה ותכני המפגשים הקבוצתיים (קבוצת תמיכה) - שעה ראשונה מוקדשת לדיון על האתגרים והקשיים האישיים בדרך להשגת המטרות, השעה השנייה מוקדשת להרצאות אורח בנושאי בריאות שונים.

מתודולוגיה

אוכלוסיית היעד

אנשים מעל גיל 18, בעלי מוגבלות (ע"פ הגדרה עצמית).

מסגרת הדגימה

סה"כ השתתפו בתכנית $N = 185$ אנשים. עבור $n = 95$ (51%) התקבלו נתונים איכותיים בכל אחת מארבעת נקודות המדידות, הממצאים מתבססים על קבוצה זו בלבד. ממוצע גיל 49 (טווח גילאים 19-82), נשים 74 (78%). (ראה טבלה 2)

טבלה 2: תיאור מסגרת הדגימה

משתנה	N	%
מגדר, נשים	74	78%
מצב תעסוקה		
מועסק בשכר	18	20%
עצמאי	15	17%
לא עובד	26	29%
פנסיונר	16	18%
סטודנט / עקרת בית	14	16%

סוג מוגבלות		
52%	49	פיזית
11%	10	חושית
10%	9	קוגניטיבית / שכלית
7%	7	נפשית
3%	3	אחרת
17%	16	שילוב של מוגבלויות

כלים

- כלי דמוגרפי קצר הכולל שאלות רקע.
- כלי משלב סדנא להערכת שביעות הרצון מהסדנא, סקלת תשובות 1-5. (הועבר בסוף סדנא).
- כלי הערכת ידע בנושאי בריאות. (הועבר בהתחלה ובסוף סדנא).
- Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) – פרופיל לקידום אורח חיים בריא. הכלי כולל 52 פריטים המודדים תחומים שונים של אורח חיים בריא: אחריות על בריאות, פעילות גופנית, תזונה, צמיחה רוחנית, יחסים בין-אישיים, התנהלות במצבי מתח. המשתתף מעריך את תדירות הפעילות או התחושה המסוימת בסקלה של 1-4 (1. אף פעם לא, 2. לפעמים, 3. לעיתים קרובות, 4. באופן שגרתי). הכלי (הועבר ב-4 נקודות זמן, כמפורט בטבלה להלן).

הליך המחקר

מערך מחקר תוך ובין נבדקי, 2 קבוצות (התערבות מיידית ומעוכבת) * 4 נקודות זמן, כאשר הקבוצה המעוכבת מתחילה את התכנית (והופכת גם לקבוצת השוואה לעצמה) 3 חודשים לאחר קבוצת ההתערבות המיידית (ראה לוח 2).

לוח 2: הליך מחקר תכנית Healthy Lifestyles

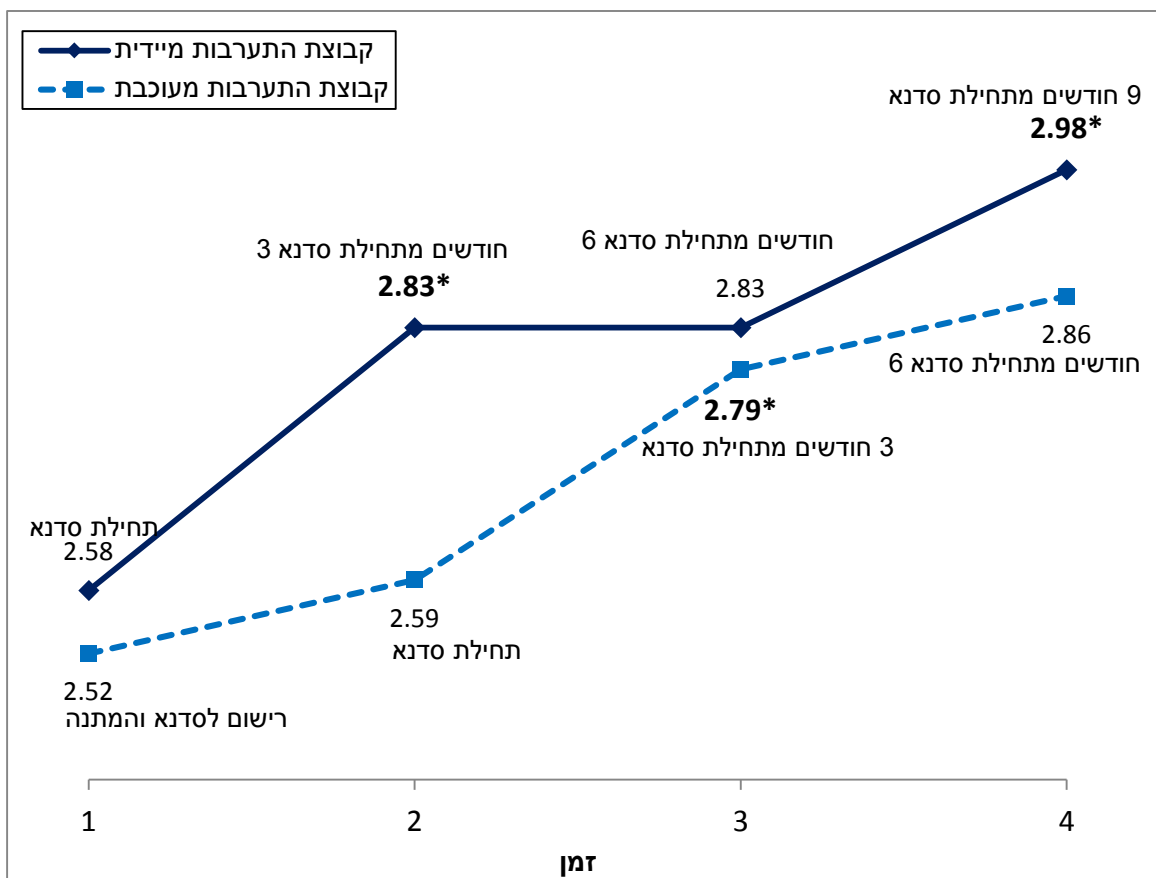
מאפייני הקבוצה / סוג הקבוצה	התערבות מיידית	התערבות מעוכבת
נקודת התחלה	התערבות מיידית	קבוצת המתנה של 3 חודשים
אופן ההקצאה	אקראי	אקראי
מס' קבוצות	5	5
מס' משתתפים בקבוצה	10-15	10-15
אורך מפגשי המשך	9 חודשים	6 חודשים
T1 (תחילת תכנית עבור קבוצת המחקר)	איסוף נתונים והתחלת הסדנא	איסוף נתונים
T2 (4 חודשים)	איסוף נתונים לאחר סיום הסדנא ו-3 מפגשים קבוצתיים	איסוף נתונים והתחלת הסדנא
T3 (7 חודשים)	איסוף נתונים לאחר 6 מפגשים קבוצתיים	איסוף נתונים לאחר סיום הסדנא ו-3 מפגשים קבוצתיים
T4 (10 חודשים)	איסוף נתונים לאחר 9 מפגשים קבוצתיים	איסוף נתונים לאחר 6 מפגשים קבוצתיים

[ממצאים מרכזיים](#)

מתוך 185 שהשתתפו בסדנא ו- 135 שהתחילו את המפגשים נתקבלו נתונים איכותיים בכל ארבעת המדידות מ 95 משתתפים, 47 מקבוצת ההתערבות המיידית ו- 48 מקבוצת ההתערבות המעוכבת.

איכות חיים

בהתייחס לציון המשוקלל המבוסס על כלי ה HPLP II (המורכב מהתחומים אחריות על בריאות, פעילות גופנית, תזונה, צמיחה רוחנית, יחסים בין-אישיים, התנהלות במצבי מתח) נמצא אפקט מובהק לזמן $F(3, 279) = 41.64, p < .001$ ואינטראקציה מובהקת, זמן * קבוצה, $F(3, 279) = 3.21, p < .05$. קונטרסטים, תוך נבדקי, מראים שינוי מובהק לחיוב בכל קבוצה, אולם, בהתאם למצופה, מועד השינוי בכל קבוצה הוא בהתאם למועד ההתערבות, סיום הסדנא (ושלושה מפגשים); בקבוצת ההתערבות המיידית שינוי מובהק חל בין נקודת ההתחלה ל T2, $F(1, 46) = 25.59, p < .001$, בעוד שבקבוצת ההתערבות המעוכבת לא חל כל שינוי בין מועדים אלו (ראה תרשים 1). באופן דומה, בקבוצת ההתערבות המעוכבת השינוי המובהק חל בין נקודות זמן T2 ל T3 בעוד שבקבוצת ההתערבות המיידית לא חל כל שינוי בין מועדים אלו. בהתייחס לנקודות זמן T3 ל T4, עת קבוצת ההתערבות המיידית מבצעים את 3 המפגשים האחרונים וקבוצת ההתערבות המעוכבת מבצעת את מפגשים 4-6, נמצא שינוי מובהק לחיוב בקבוצת ההתערבות המיידית $F(1, 46) = 15.71, p < .001$ בעוד שבקבוצת ההתערבות המעוכבת נמצאה מגמה בלבד $F(1, 47) = 3.44, p = .07$.



תרשים 1: שינויים באיכות החיים הכללית כפי שהיא נמדדת ע"י ה HPLP II

נמצא אפקט מובהק לזמן בכל תתי התחומים, אחריות על בריאות $F(3, 279) = 19.94, p < .001$, פעילות גופנית $F(3, 279) = 19.55, p < .001$, תזונה $F(3, 279) = 18.72, p < .001$, צמיחה רוחנית

$F(3, 276) = 20.54, p < .001$, יחסים בין-אישיים $F(3, 279) = 16.92, p < .001$, התנהלות במצבי מתח $F(3, 279) = 28.80, p < .001$.

בהתייחס לקבוצת ההתערבות המיידית נמצא שינוי חיובי ומובהק בכל תתי התחומים, בין נקודות זמן T1 ל T2 (בין התחלה לסיום סדנא ו- 3 מפגשים), ובין נקודות זמן T3 ל T4 (התחלה לסיום 3 המפגשים האחרונים), בתחומים אחריות על בריאות, צמיחה רוחנית, יחסים בין אישיים והתנהלות במצבי מתח. בהתייחס לקבוצת ההתערבות המעוכבת נמצא שינוי חיובי ומובהק בכל תתי התחומים למעט יחסים בין אישיים, בין נקודות זמן T2 ל T3 (בין התחלה לסיום סדנא ו- 3 מפגשים). טבלה 3 מציגה את הממוצעים וסטיות התקן עבור כל נקודות זמן בפילוח לקבוצות.

טבלה 3: ציוני תתי התחומים בכל נקודת זמן, פילוח לפי קבוצות

התערבות מעוכבת				התערבות מיידית				קבוצה
T4	T3	T2	T1	T4	T3	T2	T1	תחומים
2.81 ± 0.54	2.76 ± 0.52*	2.49 ± 0.63	2.44 ± 0.61	3.05 ± 0.64*	2.84 ± 0.64	2.85 ± 0.57*	2.67 ± 0.60	ת על בריאות
2.23 ± 0.68	2.16 ± 0.73*	1.95 ± 0.68	1.84 ± 0.70	2.44 ± 0.67	2.30 ± 0.67	2.27 ± 0.70*	1.97 ± 0.67	ת גופנית
2.79 ± 0.52*	2.66 ± 0.54*	2.49 ± 0.63	2.43 ± 0.63	2.91 ± 0.57	2.83 ± 0.57	2.78 ± 0.61*	2.54 ± 0.62	ת רוחנית
3.19 ± 0.60	3.10 ± 0.55*	2.94 ± 0.68	2.88 ± 0.65	3.30 ± 0.64*	3.11 ± 0.64	3.21 ± 0.57*	2.90 ± 0.72	ת בין-אישיים
3.14 ± 0.52	3.12 ± 0.53	2.98 ± 0.56	2.91 ± 0.65	3.24 ± 0.66*	3.09 ± 0.64	3.06 ± 0.64*	2.86 ± 0.69	ת במצבי מתח
2.92 ± 0.54	2.84 ± 0.58	2.62 ± 0.67	2.53 ± 0.61	2.89 ± 0.57*	2.73 ± 0.49	2.74 ± 0.56*	2.42 ± 0.53	

* ערכים מובהקים לעומת נקודת זמן קודמת ברמת $p < .05$.

ידע בנושא אורח חיים בריא ומשוב סדנא

הן בקבוצת המחקר והן בקבוצת הביקורת נמצא שינוי מובהק לחיוב, לפני מול אחרי סדנא, בהערכה סובייקטיבית של רמת הידע בנושאי הבריאות שנלמדו $p < .001$. כמצופה, לא נמצא הבדל מובהק ברמות הידע שנרכש בעקבות הסדנא בין הקבוצות. נמצאה שביעות רצון גבוהה מאוד מהסדנא בשתי הקבוצות, $M = 4.61$ (ממוצע שתי הקבוצות). כמצופה, לא נמצא הבדל בשביעות הרצון מהסדנא בין הקבוצות.

מסקנות

מחקר זה מספק תמיכה אמפירית ליעילות התכנית לקידום אורח חיים בריא בקרב אנשים בעלי מוגבלויות שונות. באורח החיים ככלל ובתחומים המייצגים, אחריות על בריאות, פעילות גופנית, תזונה, צמיחה רוחנית, ובקבוצת המחקר גם ביחסים בין אישיים והתנהלות במצבי מתח, נמצא שינוי חיובי בין תחילת סדנא לבין סיום סדנא ו- 3 מפגשים.

באורח החיים ככלל ובתחומים: אחריות על בריאות, צמיחה רוחנית, יחסים בין אישיים והתנהלות במצבי רוח, נמצא שינוי מתמשך והבדל מובהק גם בין סיום מפגש 6 לבין סיום 9 המפגשים¹⁴. ממצא זה תומך בתרומה

¹⁴ נמצא רק בקבוצת המחקר, לקבוצה המעוכבת לא בוצעה מדידה לאחר 9 מפגשים

ארוכת טווח של הסדנא ו/או בחשיבות מפגשי המשך לאחר הסדנא¹⁵. הן בקבוצת המחקר והן בקבוצה המעוכבת לא התרחש שינוי מובהק במדידה שנעשתה בין סיום הסדנא ו- 3 מפגשים לבין סיום 6 מפגשים. בתקופה זו המשתתפים המשיכו להשתתף במפגשים הקבוצתיים וניתן להניח כי המפגשים הללו עזרו למשתתפים להתמיד בהתנהגות החדשה ולחזק את הרצון בניהול אורח חיים בריא יותר, אולם חלה 'ירידה טבעית' מהשיא של הסדנא.

¹⁵ בישראל לא התאים פורמט זה, הסדנא הועברה במפגשים שבועיים (בין 4-8) מה שאפשר עיבוד החומר ולמידה בין מפגש למפגש. פורמט זה האריך את תקופת הלימוד ולכן הוחלט על צמצום מפגשי המשך – אך ברוב הסדנאות לא התקיימו מפגשי המשך כלל.

3. תכנית אבן דרך

3.1. רקע

בהתאם לצרכים שזוהו במסגרת קבוצות המיקוד והראיונות עם אנשי מקצוע שהתקיימו במסד נכויות – ג'וינט ובהתאם לצרכים שזוהו בסקירה על הקיים כיום בנושא בעולם ובישראל בנושא קידום אורח חיים בריא לאנשים עם מוגבלות ולאור ממצאי המחקר התומכים, נסמכה תכנית אבן דרך על המודל של תכנית Healthy Lifestyles.

ייחודיות התכנית בכך שהיא כוללת בתוכה את כל ההיבטים של נושא הבריאות – בריאות פיזית, רגשית וחברתית, פונה לכלל אוכלוסיית הנכים ללא התמקדות בסוג מוגבלות מסוימת ומפתחת מנהיגות¹⁶ של אנשים עם מוגבלות בתחום של אורח חיים בריא ובטוח. התכנית מעבירה מידע בריאותי כוללני בצורה המותאמת לנשים וגברים בעלי מוגבלויות שונות בדרך ברורה, נגישה ואינטראקטיבית. התכנית ממקדת את מאמציה באוכלוסיות של אנשים עם מוגבלות תוך התייחסות לכלים, לידע ולתמיכה החברתית בהם יוכלו להסתייע על מנת לחולל שינוי באורח חייהם. התכנית פועלת במסגרת גיאוגרפית מוגדרת תוך התייחסות לרצף השירותים, רווחה, בריאות, קהילה ופנאי ויצירת סינרגיה ביניהם.

שותפים בהפעלה ובמימון

- מסד נכויות – שותפות לתכנון ופיתוח שירותים לקידום ושילוב אנשים עם מוגבלות בקהילה של ג'וינט ישראל, ממשלת ישראל וקרן משפחת רודרמן.
- המוסד לביטוח לאומי – האגף לפיתוח שירותים (קרנות), הקרן למפעלים מיוחדים, קרן מנוף.
- משרד הבריאות – התכנית הלאומית לקידום אורח חיים בריא ומניעת מחלות כרוניות.
- המכללה האקדמית בוינגייט – מפעיל התכנית באשדוד ונתניה.

מטרות מרכזיות

- קידום בריאות, בטיחות ושימור תפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות.
- קידום השתתפות של אנשים עם מוגבלות בתשתיות / תכניות אוניברסליות לקידום בריאות.
- פיתוח מנהיגות של אנשים עם מוגבלות בתחום אורח חיים בריא ובטוח.

מרכיבים עיקריים

תכנית אבן דרך מאמצת את הגישה החברתית אקולוגית של תמורות הדדיות בין האדם לסביבתו ובהתאם פועלת ב-2 מישורים:

- במישור האישי
התערבויות לקידום אורח חיים בריא ובטוח בקרב אנשים עם מוגבלות – מיועדות להעניק למשתתפים כלים ומסגרות חברתיות שיתמכו בהם בדרכם לשינוי באורח החיים:
- סדנת אבן דרך לאורח חיים בריא (הרחבה בהמשך)

¹⁶ מנחי הסדנאות צמחו מתוך הסדנאות.

- שותפים לחיים בריאים¹⁷ - הינו מערך תומך שינוי באורח חיים לטווח הבינוני והארוך. הרכז האזורי מחבר אדם עם מוגבלות עם עמית, בני משפחה, מתנדב/ת ששותפים לרצון לחולל שינוי בדרך לאורח חיים בריא. החיבורים (זוגות או קבוצות קטנות) יבנו על בסיס גיאוגרפי או אינטרס משותף (פעילות גופנית, תזונה, הפסקת עישון). אופן ההתחברות גמיש; דרך האינטרנט, טלפון, טוויטר, או פנים אל פנים. המשתתפים יקבלו הדרכה, הכוונה וקישור לשירותים תומכים. יתקיים מפגש חודשי בנושא רלוונטי לכל המשתתפים באזור.
- סדנאות בטיחות בעבודה וקידום בריאות במפעלים מוגנים¹⁸
- במישור הסביבתי-קהילתי¹⁹
 - התערבויות לקידום סביבה תומכת אורח חיים בריא ובטוח – מיועדות לתמוך בהתערבויות האישיות:
 - הכשרת אנשי מקצוע מהשירותים האוניברסליים בתחומי בריאות (רפואה ראשונית, מרכזי/יחידות שיקום, נפגעי נפש), רווחה (שיקום, אדם עם פיגור, תעסוקה מוגנת ונתמכת, ביטוח לאומי), פנאי וקהילה (מתנ"סים, חדרי כושר) ותעסוקה. ההכשרה נועדה להעלות את המודעות של אנשי הצוות לצרכי הבריאות של אנשים עם מוגבלות, אפשרויות להנגשת השירות, ומתן ידע לגבי צרכיהם של אנשים עם סוגי מוגבלות שונים.
 - מערכת מידע גיאוגרפי ועיוני אינטראקטיבית
 - סקר סיכונים במפעלים מוגנים²⁰
 - הכשרת נאמני בטיחות

3.2 סדנת אורח חיים בריא

- סדנת אבן דרך לאורח חיים בריא מגלמת את מודל הקביעה האישית (self-determination) ומטרת העל במסגרתה היא להעניק למשתתפים את הכלים הנדרשים על מנת:
- להעריך את מצב חייהם הנוכחי
 - לזהות תחומים בחייהם שהיו מעוניינים לשנות / לשפר
 - לעשות שינויים חיוביים בתחומים אלו
- הסדנא מגדירה חמישה תחומים של אורח חיים בריא: בריאות רגשים, בריאות חברתית, בריאות פיזית, בריאות רוחנית (חיים לפי ערכים אישיים) ובריאות דרך פעילות משמעותית. תחומים אלו, שהם מרכיבי אורח חיים בריא, מגולמים ב-"גלגל אורח חיים בריא", כלי למידה שמשמשים בו בסדנא. הגלגל מבוסס על מחקרים עדכניים בתחומי החברה והפסיכולוגיה ועל תשומות המשתתפים.
- לאחר הסדנא עתידות להתקיים קבוצות תמיכה חודשיות²¹ אשר להן חשיבות גדולה להצלחתו של כל משתתף. קבוצות תמיכה מעניקות למשתתפים הזדמנויות ללמידה, פורום לשוחח על המטרות האישיות והזדמנות לפגוש את החברים שהכירו בסדנא.

[אוכלוסיית היעד](#)

¹⁷ בפועל התקיים רק במסגרת סדנא אחת במהלך השנתיים ולא היה חלק במחקר המלווה.

¹⁸ בוצעו סקרי בטיחות ע"י המוסד לבטיחות וגהות.

¹⁹ כיוון שלא הייתה התערבות שיטתית ומוגדרת המחקר המלווה התייחס לכך רק במסגרת הראיונות.

²⁰ בוצעו סקרי בטיחות ע"י המוסד לבטיחות וגהות.

²¹ בפועל לא התקיימו מפגשי המשך מובנים ושיטתיים.

הסדנא מיועדת לאנשים בני 65-21 עם מוגבלות מכל סוג, מוגבלות מלידה או נרכשת במהלך החיים כגון ממחלה כרונית, תאונה וכדומה. אנשים אשר אינם משתתפים בפעילות מקדמת בריאות כלשהי.

עקרונות פעולה

- השתתפות אנשים עם מוגבלות בכל תהליכי הפיתוח, היישום וההערכה.
- ליווי אנשים בדרך לאימוץ אורח חיים בריא.
- העדפה לפעילות עם פן חברתי וחוויתי.
- הנגשה לכל סוגי המוגבלויות (פיזיות, נפשיות, חושיות וקוגניטיביות) מלידה, או נרכשת.
- התחשבות בסוגיית העוני עלות ותוכן, פעילות מותאמת ליכולת הכלכלית של אנשים עם מוגבלות.
- שיתוף גופי ידע שונים: עמיתים, קידום בריאות, פעילות גופנית מותאמת, פעילות פנאי וכדומה - כמבצעי התכנית (ברמה המקומית והארצית) וכמנוף לחיבור וגישור בין הידע בתחומים השונים.
- שילוב פעילות בשירותים אוניברסליים ובשירותים ייחודיים לאנשים עם מוגבלות.
- בנייה על בסיס תשתיות ותכניות קיימות, מקומיות וארציות, כמנוף להטמעה והמשכיות.
- הבנייה מראש של מחקר evidence-based practice לתכנית ההתערבות.

תכנים

פרק 1: מהו אורח חיים בריא

משמש כבסיס לרעיון של לחיות חיים באורח בריא.

מטרות עיקריות:

- הבנת משמעות המושג הרחב של אורח חיים בריא.
- התחלת המסע לגילוי עצמי.

פעולות עיקריות:

- המשתתפים לומדים על המרכיבים השונים של אורח חיים בריא דרך גלגל אורח חיים בריא.
- המשתתפים לומדים להפנים וליישם מרכיבים אלו של אורח חיים בריא בחייהם.

פרק 2: לדעת מי אני

עידוד המשתתף לפתח מודעות לבריאות רוחנית, לחיות את הערכים האישיים; יסוד משמעותי בגלגל אורח חיים בריא. בנוסף, כל משתתף מתבונן בצרכיו כאדם החי עם מוגבלות.

מטרות עיקריות:

- להגדיר ולזהות ערכים אישיים.
- להבין את הצרכים האישיים לבריאות כאדם עם מוגבלות.

פעולות עיקריות:

- המשתתפים מזהים 3-5 ערכים אישיים.
- המשתתפים מתרגלים דמיון מודרך כדי לזהות למה הם זקוקים באופן אישי כדי לחיות חיים באורח בריא.

פרק 3: לדעת מה את/ה צריך/ה

כולל פעילויות חווייתיות רבות שמטרתן יצירת תהליך לימוד מהנה, מרגש ובלתי נשכח. המשתתפים לומדים לעומק על המרכיבים של אורח חיים בריא.

מטרות עיקריות:

- ללמוד בפירוט על ארבעת המרכיבים הנוספים בגלגל אורח חיים בריא (בריאות פיזית, בריאות רגשית, בריאות חברתית ופעילות משמעותית).

- להישאר פעילים, כיצד ליישם ולהתמיד, בסיוע מדריכים אורחים בתחומי ההתעמלות והיוגה.

פעולות עיקריות:

- להישאר פעילים - בפעילות זו בוחנים את הערך של פעילות גופנית הן כמוריד מתח והן כשומר על בריאות פיזית. מדריך התעמלות אורח, מדגים שיטות התעמלות המותאמות לאנשים עם מוגבלות.

- בריאות רגשית - בפעילות זו מתמקדים בהבנת והתמודדות עם מתח, קבלה עצמית, ותחושות. מדריך יוגה אורח, מדגים תרגילי נשימה וטכניקות יוגה.

- אכילה בריאה - בחלק זה מסבירים ומדגישים את הערך שבאכילת מאכלים בריאים וארוחות מאוזנות, החלק כולל פעילות חינוכית וכיפית.

- מניעת מחלות - חלק זה מתרכז במניעת מחלות. תרגיל לגילוי עצמי בוחן את השפעת הבחירות האישיות על הבריאות.

- בריאות חברתית - חלק זה כולל שיחות בקבוצות קטנות על חשיבות מערכות יחסים לאורח חיים בריא.

- בריאות דרך פעילות משמעותית - חלק זה בוחן את תפקידה של פעילות משמעותית באורח חיים בריא.

פרק 4: לגרום שזה יקרה

מאפשר למשתתף להשתמש בידע הנרכש בפרקים הקודמים. המשתתפים לומדים ליישם תהליך ממוקד מטרות, לזהות ולהשתמש במשאבים ובתומכים הקיימים בקהילה.

מטרות עיקריות:

- להגדיר ולפתח יעדים ומטרות ספציפיות.

- לעצב תכנית אישית לאורח חיים בריא עם פעילויות ספציפיות ומשאבים.

- להחליט איך לשמור על המוטיבציה במסע לאורח חיים בריא.

פעולות עיקריות:

- המשתתפים משתמשים בתהליך של הפיכת חלומות למטרות.

- המשתתפים עושים בירור עצמי, מה יסייע להם לעמוד ביעדים ובמטרות שלהם.

- המשתתפים מזהים תמיכות ומשאבים קהילתיים שיסייעו להם להשיג את מטרותיהם.

- המשתתפים והמנחים עורכים סיעור מוחות על גורמים מעכבים ומחזקים מוטיבציה.

התכנים ואופני ההעברה שונו והתפתחו מעט לאורך התכנית, התאפשרה גמישות ובוצעו התאמות לאוכלוסיות ולצרכים, אולם המבנה הבסיסי (ארבעת הפרקים) והמטרות העיקריות נשמרו²².

²² באופן טבעי מתקיים מתח בין צורכי התכנית לגמישות, התאמה וכדומה לבין צורכי המחקר להתערבות אחידה, לעניות דעתנו התקיים האיזון הראוי אשר מאפשר למחקר להתייחס אל התכנית כאל משהו אחיד שיטתי וקוהרנטי.

4. מחקר כמותי

4.1 השערות המחקר

- יימצא שינוי לחיוב בהשוואה בין תחילת סדנא לבין סיום סדנא וכחצי שנה עד שנה מסיום הסדנא²³, מסוגלות עצמית בקונטקסט של בריאות; באמונה ביכולת לקיים אורח חיים בריא ולשפר את הבריאות.
- יימצא שינוי לחיוב בהשוואה בין תחילת סדנא לבין סיום סדנא וכחצי שנה עד שנה מסיום סדנא בניהול בפועל של אורח חיים בריא (שינוי התנהגותי).
 - פעילות גופנית, פנאי ותחביבים
 - תזונה
- יימצא שינוי לחיוב בהשוואה בין תחילת סדנא לבין סיום סדנא וכחצי שנה עד שנה מסיום סדנא באיכות השינה.
- יימצא שינוי לחיוב בהשוואה בין תחילת סדנא לבין סיום סדנא וכחצי שנה עד שנה מסיום סדנא במצב הנפשי – רגשי.
- יימצא שינוי לחיוב בהשוואה בין תחילת סדנא לבין סיום סדנא וכחצי שנה עד שנה מסיום סדנא בתחושת השייכות החברתית – קהילתית.

²³ בפועל האינטרוול מסיום הסדנא היה שונה ממשותף למשתתף, לא התקיימו מפגשי המשך באופן סדיר והיה צורך לבצע העברה באופן פרטני.

4.2 מתודולוגיה

משתתפים ודגימה

במהלך הליווי המחקרי 7/2012-10/2014 התקיימו 20 סדנאות²⁴ כאשר בכל סדנא השתתפו בין 10 ל 20 משתתפים. הסדנאות התקיימו במקומות הבאים, אשדוד [7], נתניה [6], מגדל העמק [3], נצרת עלית [1], באקה אל גרביה [1], חדרה [1] וכפר סבא [1]. סה"כ השתתפו בסדנאות אבן כ $N \sim 300$ אנשים²⁵. דגימה התבצעה ב 18 מתוך 20 הקבוצות שהתקיימו. סה"כ התקבלו $n = 247$ שאלונים בנקודת זמן ראשונה, תחילת הסדנא, $n = 129$ בנקודת זמן שנייה²⁶, סיום הסדנא ו- $n = 30$ שאלונים בנקודת זמן שלישית ואחרונה 6-12 חודשים מתום הסדנא. הממצאים בנוגע לאפקטיביות התכנית מתבססים על 18 קבוצות ו- $N = 106$ משתתפים שהשיבו על שאלוני המחקר באופן איכותי, בכניסה ובסיום ו- 30 משתתפים שהתקבלו נתונים לגבם באופן איכותי בכניסה, בסיום וחצי שנה עד שנה מסיום התכנית (ראה טבלה 4).

הדגימה במדידה בכניסה ובסיום הייתה דגימת נוחות מכסה בשאיפה להגיע אל מקסימום משתתפים. יחד עם זאת, במדידה בסיום נתנה העדפה בסיוע למי שהשיב במדידה הראשונה. במדידה שלישית התבצעה דגימה לא הסתברותית, השיקולים שהנחו ייצוגיות פרופורציונלית לאזורים המרכזיים ומשתתפים שהתקבלו עבורם נתונים איכותיים במדידה בכניסה ובסיום.

טבלה 4: שכיחות משיבים קבוצות ע"פ מועדים

קבוצה / מועד	תחילת סדנא T1	סיום סדנא T2	6-12 חודשים מסיום סדנא T3
אשדוד 1	11	6 (5)	3
אשדוד 2	13	5 (5)	3
אשדוד 3	10	4 (1)	-
אשדוד 4	7	8 (4)	2
אשדוד 5 [נכי צה"ל]	12	5 (3)	3
אשדוד 6 [מע"ן]	13	9 (9)	-
אשדוד 7 [אקי"ם]	15	-	-
נתניה 1	10	-	-
נתניה 2	6	5 (3)	3
נתניה 3	11	6 (5)	2
נתניה 4	12	5 (5)	4
נתניה 5 [וינגייט]	12	9 (5)	-
נתניה 6 [מפעל משקם]	14	9 (9)	-
מגדל העמק 1	17	11 (11)	6
מגדל העמק 2	9	4 (4)	-
מגדל העמק 3	8	5 (5)	-
נצרת עלית	14	8 (7)	4
באקה אל גרביה	18	6 (3)	-
חדרה [אקי"ם]	15	13 (11)	-
כפר סבא [אקי"ם]	20	14 (11)	-
סה"כ	247	132 (106)	30

* בסוגריים שכיחות משתתפים עם שאלונים מלאים באופן איכותי בכניסה ובסיום.

²⁴ סדנא אחת התחילה ולא הסתיימה לאור מספר משתתפים מצומצם.

²⁵ השתתפו מוגדר שלקחו חלק ב 3 או יותר מהמפגשים. בפועל נשירה הייתה לרוב לאחר המפגש הראשון ולאחר מכן כמעט ולא הייתה נשירה.

²⁶ בנקודת זמן שנייה המעבירים הונחו לשים דגש על איכות ולא על כמות וכן כווננו אל משתתפים אשר השיבו באופן איכותי במדידה הראשונה.

בהתייחס לרקע של המשתתפים כפי שעולה ממסגרת הדגימה במדידה שנייה $n = 106$ הגיל הממוצע 46 ± 15 , כמחצית נשים (52%), שלישי נשואים (33%), הרוב המוחלט יהודי (94%), חילוני (44%) או מסורתי (39%), רובם השלימו 12 שנות לימוד (76%) ו-42% עם בגרות מלאה. המוגבלויות השכיחות הן, פיזית (40%) נפשית (31%) וקוגניטיבית (23%), אולם היה ייצוג²⁷ לכל המוגבלויות הנוספות המוגדרות (שמיעה, ראייה, תקשורת ודיבור), במחצית מהמקרים מקור הלקות במחלה, כשליש (36%) זקוקים לעזרה בניידות. כפי שניתן לראות מהמסגרות בהן התקיימו הסדנאות (נכי צה"ל, מע"ן, אקי"ם וכללי) ומנתוני הרקע ישנו גיוון רב וישנה שונות גדולה בקרב המשתתפים. הטבלאות הבאות מציגות את נתוני הרקע, מדידה שנייה ושלישית, בנספח 1 מופיעים נתוני הרקע של כלל המשתתפים במפגש הראשון אשר חתמו על טופס הסכמה מדעת והשיבו.

טבלה 5: נתוני רקע

T3 N=30	T2 N=106	משתנה / מועד
16 (53%)	55 (52%)	מגדר, נשים מצב משפחתי
13 (52%)	26 (33%)	נשוי
9 (36%)	42 (52%)	רווק
2 (8%)	11 (14%)	גרוש
1 (4%)	1 (1%)	אלמן
		דת
23 (100%)	72 (94%)	יהודי
0 (0%)	4 (5%)	מוסלמי
0 (0%)	1 (1%)	נוצרי
		דתיות
7 (37%)	26 (44%)	חילוני
7 (37%)	23 (39%)	מסורתי
4 (21%)	7 (12%)	דתי
1 (5%)	3 (5%)	חרדי
		ארץ לידה
14 (67%)	49 (70%)	ישראל
2 (9%)	7 (10%)	בריה"מ
3 (14%)	7 (10%)	צפון אפריקה
1 (5%)	2 (3%)	דרום אמריקה
1 (5%)	5 (7%)	אחר
		מגורים
13 (62%)	22 (36%)	עם בן/בת זוג
4 (19%)	22 (36%)	עם הורים
3 (14%)	15 (25%)	לבד
1 (5%)	2 (3%)	עם ילדים
13 (52%)	25 (31%)	ילדים
49 (12.8)	46 (14.7)	גיל (SD) M
4 (1.2)	4 (2.1)	מס' ילדים (SD) M

²⁷ לא ייצוג הולם מבחינה סטטיסטית.

טבלה 6: השכלה

T3 N=30	T2 N=106	משתנה
		בגרות
8 (36%)	27 (42%)	מלאה
6 (27%)	15 (24%)	חלקית
8 (36%)	22 (34%)	ללא בגרות
		מסלול
9 (47%)	25 (44%)	עיוני
8 (42%)	22 (39%)	מקצועי
2 (11%)	10 (17%)	חינוך מיוחד
19 (76%)	55 (76%)	לפחות 12 ש"ל
4 (16%)	10 (14%)	לימודים אקדמיים
12 (48%)	23 (32%)	תעודות מקצועיות

טבלה 7: ניידות

T3 N=30	T2 N=106	משתנה
		אופן ניידות*
10 (42%)	36 (50%)	פרטית
14 (58%)	35 (49%)	ציבורית
0 (0%)	8 (11%)	הסעות מיוחדות
		נזקק לעזרה
5 (22%)	9 (13%)	מלאה
6 (26%)	15 (23%)	חלקית
12 (52%)	42 (64%)	לא
10 (40%)	34 (44%)	רישיון נהיגה
8 (44%)	24 (42%)	בעל רכב

* יותר מאופן ניידות אחד

טבלה 8: סיוע של גורם בקהילה

T3 N=30	T2 N=106	גורם
12 (55%)	32 (52%)	עובד סוציאלי
3 (14%)	13 (21%)	רופא
3 (14%)	14 (23%)	פסיכולוג
2 (9%)	6 (10%)	פסיכיאטר
16 (73%)	46 (75%)	מקבל סיוע*

* יש שמקבלים סיוע משני גורמים או יותר

טבלה 9: מקור המגבלה

T3 N=30	T2 N=106	מקור המגבלה*
16 (73%)	35 (52%)	מחלה
2 (9%)	19 (28%)	לידה
3 (14%)	7 (10%)	תאונה
2 (9%)	9 (13%)	אחר

* לחלק מהמשתתפים יותר ממקור אחד

טבלה 10: סוג לקות

T3 N=30	T2 N=106	לקות*
8 (42%)	26 (40%)	פיזית
7 (37%)	20 (31%)	נפשית
1 (5%)	15 (23%)	קוגניטיבית
2 (11%)	8 (12%)	שמיעה
3 (16%)	6 (9%)	ראייה
0 (0%)	6 (9%)	תקשורתית
1 (5%)	3 (5%)	דיבור

* לחלק מהמשתתפים יותר מלקות אחת

טבלה 11: התנדבות ועבודה

T3 N=30	T2 N=106	משתנה
7 (29%)	28 (39%)	מתנדב [בהווה או בעבר]
7 (29%)	26 (36%)	עובד כיום
22 (92%)	56 (88%)	עבד בעבר

כלים

טופס הסכמה מדעת

טופס ההסכמה מדעת כלל, מי עומד מאחורי המחקר, הסבר לגבי מטרת המחקר, כלי המחקר, מועדים בהם יועברו הכלים, סודיות התשובות, אי חובת השתתפות ואפשרות להתחרט ולעזוב בכל שלב ופרטים לקבלת מידע נוסף. טופס ההסכמה מדעת מופיע בנספח 3.

דף הסבר

דף ההסבר חולק בתחילת כל העברה של הכלים, דף ההסבר כלל הסבר לגבי מטרת המחקר, שמירה על סודיות. דף ההסבר מופיע בנספח 4.

אורח חיים בריא [מסוגלות עצמית בקונטקסט של אורח חיים בריא]

הכלי נבנה ע"י חברת משב מחקר יישומי בהתבסס על כלים לבחינת מסוגלות (חוללות) עצמית בקונטקסט של עבודה. הכלי מבוסס על 3 תחומים (פעילות גופנית, תזונה ואורח חיים בריא ככלל) ו-4 רבדים (למידה, ביצוע, הנאה, התמדה). הכלי מכיל 19 פריטים סגורים (4 פריטים בתחום של פעילות גופנית, 5 פריטים בתחום של

תזונה ו- 9 פריטים²⁸ בתחום של אורח חיים בריא ככלל). סקאלת התשובות נעה בין 1 [כלל לא] לבין 5 [רבה מאוד]. לכלי ככלל ולתחומים בנפרד נמצאה עקיבות פנימית טובה מאוד, פעילות גופנית $\alpha = .92$, תזונה $\alpha = .90$, אורח חיים בריא ככלל $\alpha = .92$ ולכלי ככלל $\alpha = .94$. לכל הפריטים נמצאה תרומה חיובית לעקיבות²⁹. הכלי מופיע בנספח 5.

פעילות גופנית ופנאי

כלי הפעילות הגופנית נבנה ע"י חברת משב ומכיל מספר רב של פעילויות ברמות עצימות שונות. לכל פעילות יש לציין את מספר הפעמים בשבוע שמבצע את הפעילות, משך זמן פעילות בדקות³⁰ ומועד (תאריך) התחלת הפעילות. בנוסף הכלי הכיל שאלה לגבי מספר שעות בשבוע שמבצע פעילויות גופניות (שימוש לצורכי בקרה) ושתי שאלות סגורות, סקאלת התשובות נעה בין 1 [כלל לא] לבין 5 [רבה מאוד], שביעות רצון ממשך הפעילות ושביעות רצון ממגוון הפעילויות הגופניות שמבצע. נושא פעילות הפנאי קיבלת מקום צנוע, המשתתפים התבקשו לציין פעילות פנאי שמבצעים, ולאחר מכן עבור כל פעילות פנאי משך הפעילות בשעות לשבוע ושביעות רצון מאותה פעילות. הכלי מופיע בנספח 6.

תזונה

הכלי מבוסס על שאלון תדירות מזון (Food Frequency Questionnaires) של ה National Cancer Institute אולם לאור אורכו ומורכבותו עבר קיצור (צמצום מספר המזונות) ופישוט של סקלת התשובות, סקלת תשובות מסולם דירוגי עם חלוקה ראשונית גסה אף פעם, חודשי, שבועי ויומי. הכלי אינו מכיל ציון מסכם. הכלי מופיע בנספח 7.

שינה

הכלי מבוסס על שאלון הערכת שינה מתוך המרכז לרפואת שינה של הטכניון (המרכז לרפואת השינה, 2009). הכלי מכיל 10 פריטים המייצגים הפרעות שינה. סקאלת התשובות נעה בין 1 [כלל לא] לבין 7 [תמיד], ערך נמוך מבטא שינה טובה יותר. לכלי נמצאה עקיבות פנימית טובה $\alpha = .86$ ³¹. לכל הפריטים נמצאה תרומה חיובית לעקיבות למעט אחד³². בנוסף, נשאלות 3 שאלות כלליות בנושא שינה, ערנות במשך היום ושביעות רצון ממספר שעות השינה ומאיכות השינה. סקאלת התשובות נעה בין 1 [כלל לא] לבין 5 [רבה מאוד]. הכלי מופיע בנספח 8.

מצב נפשי – רגשי

הכלי מבוסס על כלי מצב רגשי של פריזנט (2000) המבוסס על שאלון SELF של Linn & Linn (1984). הכלי מכיל 13 פריטים (7 תחושות שליליות ו- 6 תחושות חיוביות). סקאלת התשובות נעה בין 1 [כלל לא] לבין 5 [רבה מאוד]. לכלי נמצאה עקיבות פנימית טובה $\alpha = .89$ ³³. לכל הפריטים נמצאה תרומה חיובית לעקיבות. הכלי מופיע בנספח 9.

²⁸ פריט אחד נוסף מתייחס לנושא השינה.

²⁹ בהתבסס על דגימה של 87 נבדקים במדידה שנייה.

³⁰ בפועל המשתתפים לא הצליחו להשיב בצורה מהימנה על משך פעילות (בדקות) ולא ניתן היה לבדוק זאת.

³¹ בהתבסס על דגימה של 82 נבדקים במדידה שנייה.

³² הפריט, 'האם אתה נחר'. הפריט לא הושמט.

³³ בהתבסס על דגימה של 76 נבדקים במדידה שנייה.

שייכות חברתית קהילתית

גרסה עברית לתחום של שייכות חברתית קהילתית³⁴ מתוך הכלי Quality of Life של Schalock and Keith, (1993). סקאלת התשובות נעה בין 1 [כלל לא] לבין 5 [רבה מאוד]. לגרסה שלנו בעברית, נמצאה עקיבות פנימית טובה $\alpha = .89$. לכל הפריטים נמצאה תרומה חיובית לעקיבות. הכלי מופיע בנספח 10.

שאלון רקע

השאלון הכיל הסבר לגבי הצורך בפרטים אלו וכלל שאלות בתחומים, דמוגרפי, השכלתי, נידות ומוגבלות, עשייה התנדבות ועבודה. השאלון מופיע בנספח 11.

דף הנחיות למעביר משוב סדנא (ראה נספח 12)

כלי משוב סדנא

כלי משוב הסדנא הכיל 25 פריטים בתחומים, עניין ואתגר, יחס וזמינות, ארגון ושליטה, חומר עזר, יישומיות ורלוונטיות, גיבוש ואווירה, קצב וקושי, ומסכם. סקאלת התשובות נעה בין 1 [מועטה ביותר] לבין 5 [רבה ביותר]. בנוסף הכלי הכיל בהתייחס לכל אחת מארבעת יחידות הלימוד, שאלות פתוחות לגבי העוצמות והחולשות ושאלה סגורה בנוגע לשביעות הרצון. ממצאי המשוב מופיעים בטבלה 22, הכלי מופיע בנספח 13.

הליך

כלי המחקר הועברו בפגישה ראשונה לאחר סבב ההיכרות ודברי הפתיחה (כחצי שעה מהתחלה). לפני העברה ראשונה ניתן הסבר מפורט בע"פ ובכתב על בסיס טופס ההסכמה ודף ההקדמה (ראה נספח 3 ונספח 4). לאחר מכן, המעוניינים חתמו על טופס הסכמה מדעת³⁵ ולאחר מכן הועברו הכלים (מחברים יחדיו). הכלים הועברו שוב (העברה שנייה) בתום המפגש החמישי והאחרון, לקראת תום המפגש. במסגרת העברה זו הועבר, לאחר יציאת המנחים, משוב על התכנית והמנחים. העברה שלישית (חצי שנה עד שנה מתום הסדנא) התבצעה באופן פרטני, אחד על אחד³⁶. בתחילת המחקר ההעברה נעשתה באופן מרוכז, העברה קבוצתית, עם סיוע של 2-3 מעבירים, בהמשך, על מנת לשפר את איכות ההעברה, מספר המשיבים ומשך ההשבה יחס משיב מעביר היה 1:2 בקירוב.

³⁴ Social belonging and community integration

³⁵ כ 20% סרבו לחתום ולהשתתף במחקר.

³⁶ מפגשי המשך התקיימו רק בחלק מהקבוצות ורק באופן ספורדי ולא ניתן היה להתבסס עליהם להעברה.

לוח 3: הליך המחקר

כלים / מועדים	תחילת סדנא T1	סיום סדנא T2	T3 6-12 ח' אחרי
טופס הסכמה מדעת	<input checked="" type="checkbox"/>		
מסוגלות [אורח חיים בריא]	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
פעילות גופנית ופנאי	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תזונה	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
שינה	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
מצב נפשי - רגשי	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
שייכות חברתית קהילתית	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
משוב סדנא		<input checked="" type="checkbox"/>	
ראיונות			<input checked="" type="checkbox"/>

מערך המחקר

מלכתחילה תוכנן מערך מחקר תוך ובין מחקרי [Mixed design repeated measures] עם ביקורת ע"י קבוצה מעוכבת delayed intervention אולם בפועל מבנה התכנית היה שונה מהמבנה המתוכנן, בפועל לא בוצע גיוס מוקדם לתכנית ולא התקיימו מפגשי המשך לאחר הסדנא באופן סדיר ובמתכונת זהה בכל המקומות והקבוצות. בהתאם, מערך המחקר שונה ובפועל בוצעו מדידות חוזרות בלבד [Repeated measures] בקרב המשתתפים בשלוש נקודות זמן, תחילת סדנא, סיום סדנא וכחצי שנה עד שנה מסיום סדנא³⁷.

ניתוחים ועיבודים סטטיסטיים

המידע שנאסף הוקלד אל תוכנת Excel ועבר טיוב. העיבודים והניתוחים הסטטיסטיים בוצעו באמצעות תוכנה סטטיסטית ייעודית SPSS גרסה 20. לכל השערות המחקר נקבעה $\alpha < 0.05$. חד צדדי לקבלת השערת החוקר.

סטטיסטיקה תיאורית

על המשתתפים השמיים חושבו שכיחויות אבסולוטיות ואחוזים. על המשתתפים הדירוגיים חושב חציון ועל המשתתפים מסולם אינטרוולי או יחסי חושבו ממוצעים וסטיות תקן. בנוסף, בהתייחס לציונים מסכמים, מוצג גודל האפקט [effect size]³⁸. לאור השונות הגדולה בין הקבוצות ובין המשתתפים ולאור העוצמה הסטטיסטית הגדולה יותר העדפנו להעמיד למבחן סטטיסטי רק משתתפים אשר התקבלו מהם נתונים איכותיים במדידה ראשונה ושנייה. מאותן סיבות למדידה שלישית נדגמו רק אלו שיש להם נתונים איכותיים במדידה ראשונה ושנייה. בהתאם השוואות והמבחנים הסטטיסטיים הם 'תוך נבדקים' ותלויים.

³⁷ בפועל האינטרוול מסיום הסדנא היה שונה ממשותף למשתתף, לא התקיימו מפגשי המשך באופן סדיר והיה צורך לבצע העברה באופן פרטני.
³⁸ גודל האפקט בשונה מהמבחן הסטטיסטי אינו מתייחס למובהקות (לגודל הדגימה) אלא רק למשמעות, לעוצמת קשר או גודל הפער (על בסיס המרחק והפיזור) לכשעצמו.

סטטיסטיקה הסקתית

לכל השערות המחקר נקבעה $0.05 < \alpha$ חד צדדי לקבלת השערת החוקר. לבחינת כל ההשערות בוצע מבחן פרמטרי t-test pairs. בהתייחס להשוואה בין מדידה ראשונה לשלישית, אף שהדגימה גבולית, לאחר בחינה של אופן התפלגות המשתנים נמצא מתאים יותר גם כן מבחן פרמטרי. לבחינת הבדלים בתזונה (הנתון בסולם דירוגי, תדירות אכילה של מרכיבים שונים), בוצעה מקבילה א-פרמטרית ל t-test pairs, מבחן Wilcoxon.

לכל פריט בוצע מבחן סטטיסטי, אף שאין הדבר מקובל והטעות הסטטיסטית גדולה³⁹ סברנו שהדבר תורם להבנה ובעל ערך גדול בחלק מהפריטים. לא בוצע תיקון Bonferroni ויש להתייחס אל הממצאים העולים מכל פריט בזהירות.

לבחינת הבדלים בכניסה בסיום סדנא ובגודל השינוי⁴⁰, בין נשים לגברים, בין מבוגרים לצעירים (בחתכים שונים) ובין מוגבלות פיזית לנפשית נקבעה $0.05 < \alpha$ דו צדדי ובוצעו מבחני two-way ANOVA. ממצאים אלו לא נכנסו למהדורה זו.

³⁹ טעות מסוג ראשון.

⁴⁰ בדגש על פערים בגודל השינוי, על האינטראקציה.

אין דגימה מספקת ואין ייצוגיות לסוגי המוגבלויות השונים בנפרד, ייתכן שישנם הבדלים באפקטיביות הסדנא בין סוגי המוגבלויות השונים.

אף שהסדנא (ההתערבות) מובנית וקוהרנטית ישנם הבדלים בין סדנאות וישנם גורמים מתערבים כגון מנחים, מסגרות ועוד אשר לא ניתן היה לבקר סטטיסטית. יתר על כן, מפגשי ההמשך לאחר הסדנא היו לא מובנות, לא אחידות ולא שיטתיות.

הכלים היו מורכבים וארוכים⁴² וייתכן שנוצרה הטיה כתוצאה מכך שמשותפים עם רמות מוגבלות קלות יותר קבלו משקל גדול יותר בדגימה⁴³. יתר על כן, למדידה שלישית נדגמו רק כאלו שהנתונים שהתקבלו מהם היו איכותיים במדידה ראשונה ושנייה.

במדידה בכניסה חלק מהמשתתפים לא הבינו את המטרה (אף שהוסבר בהרחבה וגם באופן פרטני) וראו בכלים מעין 'מבחן כניסה', ייתכן שהדבר יצר רצייה ופגע במדידת השינוי (הקטין את גודל האפקט) שחל בעקבות הסדנא.

לתכנית מאפיינים ייחודיים השונים מתכניות 'סטנדרטיות'; המנחים צמחו מתוך הסדנא והתכנית, מנחים לא מקצועיים וללא ניסיון, המשתתפים (בתוך כל קבוצה ובתכנית ככלל) היו אנשים עם מוגבלויות שונות ובדרגות מוגבלות שונה. מערך המחקר הכמותי לא תוכנן לאשש יתרונות מאפיינים ייחודיים אלו ולא כלל השוואה אל מול תכניות אחרות 'סטנדרטיות' בעלות מטרות דומות. לא ניתן לאמוד באופן אמפירי את התרומה הייחודית של מאפיינים אלו⁴⁴. בחינת האיכות והתרומה של מאפיינים ייחודיים אלו מקבלת משקל רב במחקר האיכותני.

מערך מחקר תוך ובין מחקרי [Mixed design repeated measures] עם ביקורת ע"י קבוצה מעוכבת delayed intervention היה נותן ערך מוסף בכך שהיה אפשר לבקר או לנטרל גורמים התלויים בזמן. יחד עם זאת, אוכלוסייה זו ממעטת להשתתף בפעילויות דומות לאלו של הסדנא ואין זה סביר שמשותפים החלו בסמיכות תכניות או פעילויות (באופן בלתי תלוי) דומות. דעת החוקרים היא שאין איום ממשי על תוקף הממצאים מכיוון זה⁴⁵. לגבי פעילויות (לא תכניות) שמשותפים בחרו להשתתף בהן לאחר תחילת הסדנא, אנו רואים בכך חלק מהמטרות והתוצאות של הסדנא ולא גורם מתערב.

⁴¹ אף שמקובל להכניס את מגבלות המחקר בסוף, כחלק מהדיון והמסקנות, סברנו שיהיה נכון להכניס זאת כחלק נפרד לפני הממצאים על מנת שהממצאים יובנו מתוך קונטקסט זה.

⁴² אף שעברו הפשטה וקיצור משמעותי.

⁴³ אין בכך כדי לטעון שהדבר הטה לחיוב את הממצאים בנוגע לאפקטיביות הסדנא ובהחלט ייתכן שדווקא בקרב המוגבלים יותר, הסדנא מובילה לשינוי גדול יותר.

⁴⁴ יחד עם זאת המחקר הכמותי מוגבל ביכולתו לעשות כן, ישנן מעט תכניות אחרות ברות השוואה והשוונות אינה מסתכמת בהבדלים אלו בלבד. 47

⁴⁵ מבדיקה עם כל המסגרות לא התחילו תכניות דומות במקביל, במגדל העמק מתקיימות פעילויות רבות במתנ"ס (מקום המפגשים) והדבר הקל ועודד משותפים לקחת חלק בפעילויות.

4.4. ממצאים

מסכם

במחקר שיערנו שיימצא שינוי לחיוב בעקבות הסדנא בתחומים, מסוגלות עצמית בקונטקסט של בריאות, ניהול בפועל של אורח חיים בריא (שינוי התנהגותי, פעילות גופנית ותזונה), איכות השינה, מצב נפשי-רגשי ושייכות חברתית-קהילתית, שינוי בתום הסדנא ושינוי ארוך טווח. בהשוואה לתחילת הסדנא, בתום הסדנא נמצא שינוי מובהק לחיוב בחמישה מתוך שישה תחומים, מסוגלות $t(104) = -2.16, p < .05$, (סוגי) פעילות גופנית $t(104) = -2.48, p < .05$, תזונה כפי שבא לידי ביטוי בקיום ארוחות בוקר מסודרות, עליה בצריכת ירקות ($p = .06$) וירידה בצריכת ממתקים ודברי מאפה, מצב נפשי-רגשי $t(104) = -1.77, p < .05$, שייכות חברתית-קהילתית $t(104) = -2.01, p < .05$ ומגמה בתחום של איכות שינה ($p = .08$). יחד עם זאת, גודל האפקט (effect size) שנמצא בכל התחומים הוא נמוך-בינוני בלבד.

בהשוואה לתחילת הסדנא, חצי שנה עד שנה מתום הסדנא נמצא שינוי מובהק לחיוב בשלושה תחומים בלבד, תזונה כפי שבא לידי ביטוי בעלי בצריכת פירות, ירידה בצריכת ממתקים ($p = .06$), דברי מאפה מלוחים ו- 'אוכל מהיר', איכות שינה $t(28) = 4.97, p < .001$ ומצב נפשי-רגשי $t(28) = -2.58, p < .01$. יחד עם זאת, גודל האפקט שנמצא בתחומים איכות שינה ומצב נפשי-רגשי בינוני-גדול (effect size = 0.94, 0.51). **הממצאים מאששים שבטווח הקצר חל שינוי בכל התחומים אולם בטווח הארוך, השינוי נשמר (ואף התעצם) בהיבט הרגשי-נפשי בלבד.** הממצאים מופיעים בטבלה 12 בעמוד הבא.

טבלה 12: ציונים מסכמים כלל התחומים

N = 30				N = 106				
E. S.	t / z / χ^2	T3	T1	E. S.	t / z / χ^2	T2	T1	
0.17	0.76	3.9 ± 0.7	3.9 ± 0.6	0.22	-2.16 *	4.1 ± 0.7	4.0 ± 0.8	אורח חיים בריא מסכם
0.06	-0.33	2.0 ± 1.8	1.9 ± 1.5	0.25	-2.48 *	2.7 ± 2.5	2.2 ± 2.0	סוגים של פעילות גופנית
0.00	0.00	22 (81%)	22 (81%)	0.05	0.18	79 (79%)	78 (78%)	פעילות גופנית (%) N
								רכבים (נבחרים)
	-1.25	1-2 ביום	1-2 ביום	1.59 ^		1-2 ביום	1-2 ביום	חיים או מבושלים *
	3.16 **	1-2 ביום	1-2 בשבוע	-1.02		3-4 בשבוע	3-4 בשבוע	/ פירות יבשים *
	-1.60 ^	1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	-2.12 *		1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	ים *
	-2.13 *	אף פעם	1-3 בחודש	-1.79 *		1-3 בחודש	1-3 בחודש	מאפה מלוחים *
	-2.07 *	1-3 בחודש	1-3 בחודש	-0.50		1-3 בחודש	1-3 בחודש	מהיר' *
	0.39	13 (62%)	11 (52%)	4.30 *		35 (71%)	25 (51%)	בוקר מסודרת (%) N ¹
0.94	4.97 ***	2.7 ± 1.3	3.4 ± 1.3	0.15	1.41 ^	2.9 ± 1.5	3.1 ± 1.4	הג'
0.51	-2.58 **	3.9 ± 0.9	3.6 ± 1.0	0.20	-1.77 *	3.7 ± 0.8	3.6 ± 0.9	רגשי
0.01	0.07	3.6 ± 0.7	3.6 ± 0.8	0.22	-2.01 *	3.4 ± 0.8	3.2 ± 0.9	ברתית

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

א. סולם דירוגי, מוצג הערך החציוני. בשונה ממוצע אף שלעיתים לא ניכר השינוי בערך החציון חל שינוי (בהתייחס לכלל ההתפלגות).
 בוצע מבחן Wilcoxon. ב. בוצע מבחן χ^2 . ג. ציון נמוך מבטא איכות שינה טובה.

⁴⁶ הכלי כלל גם בדיקה של משך פעילות בדקות אולם המשתתפים לא הצליחו להשיב בצורה מהימנה על משך פעילות ולא ניתן היה לבדוק זאת.

מסוגלות עצמית

בהתייחס למסוגלות בקונטקסט של בריאות, בהשוואה לתחילת הסדנא, בתום הסדנא נמצא שינוי מובהק לחיוב בשני תתי התחומים, מסוגלות בתחום של פעילות גופנית $t(104) = -3.19, p < .001$ ותזונה $t(104) = -2.16, p < .05$. יתר על כן, נמצא שינוי בחלק גדול מהפריטים ובפרט בפריטים אשר נושאם מקבל התייחסות קונקרטיית ומשמעותית בסדנא, בתחום של פעילות גופנית, למצוא פעילויות גופניות מתאימות ולבצע באופן שגרתי ובתחום של תזונה, ללמוד, להסתמך על הידע ולהתאים תזונה בריאה.

בהשוואה לתחילת הסדנא, חצי שנה עד שנה מתום הסדנא לא נמצא שינוי בתחושת המסוגלות, לא בתתי התחומים, פעילות גופנית ותזונה ואף לא במסוגלות לקיים אורח חיים בריא ככלל. שינוי לחיוב נמצא בפריט הבודד המתייחס למנוחה ושינה, ממצא זה עולה בקנה אחד עם השינוי לחיוב שנמצא באיכות השינה ככלל במדידה השלישית. הממצאים מופיעים ב

טבלה 13 בעמוד הבא.

טבלה 13: מסוגלות עצמית: פעילות גופנית, תזונה ואורח חיים בריא ככלל

N=30			N=106			
t (pairs)	T3	T1	t (pairs)	T2	T1	[באיזו מידה אתה מאמין שביכולתך לבצע...]
-0.42	3.5 ± 1.4	3.3 ± 1.4	-3.58 ***	4.1 ± 1.1	3.6 ± 1.4	ש ולמצוא פעילויות גופניות מתאימות
-0.19	3.2 ± 1.4	3.2 ± 1.4	-3.41 ***	3.9 ± 1.1	3.4 ± 1.4	ע באופן שגרתי פעילות גופנית
0.00	3.3 ± 1.4	3.3 ± 1.4	-0.82	4.0 ± 1.2	3.9 ± 1.4	ות מפעילות גופנית
0.20	2.9 ± 1.3	3.0 ± 1.3	-2.80 **	3.9 ± 1.1	3.6 ± 1.3	מיד לאורך זמן בפעילות גופנית
-0.15	3.2 ± 1.2	3.2 ± 1.3	-3.19 ***	3.9 ± 1.0	3.6 ± 1.2	גלות פעילות גופנית
-0.27	4.3 ± 0.8	4.2 ± 0.8	-2.09 *	4.3 ± 0.8	4.1 ± 1.1	ד ולהכיר את הנושא של תזונה בריאה
0.14	3.8 ± 1.1	3.8 ± 1.0	-2.33 *	4.1 ± 1.0	3.8 ± 1.1	תמך על הידע שלי בנושא של תזונה
1.00	3.9 ± 1.2	4.2 ± 0.9	-2.43 **	4.2 ± 1.0	3.8 ± 1.3	אים לעצמי תזונה בריאה
-0.72	4.4 ± 0.9	4.2 ± 0.9	-0.79	4.3 ± 0.9	4.2 ± 1.1	ות מתזונה בריאה
0.85	3.7 ± 1.0	3.9 ± 1.0	-1.87 *	4.1 ± 1.0	3.9 ± 1.1	מיד לאורך זמן בתזונה בריאה
0.39	4.0 ± 0.8	4.1 ± 0.7	-2.34 *	4.2 ± 0.8	4.0 ± 1.0	גלות תזונה
-2.18 *	4.1 ± 0.9	3.7 ± 1.1	-1.05	4.0 ± 1.0	3.9 ± 1.1	פיד על מנוחה ושינה מספקת
1.95 * ⁴⁷	3.5 ± 1.4	4.0 ± 1.2	0.78	4.0 ± 1.0	4.1 ± 1.0	חית מתחים ולחיות בשלווה רבה יותר
1.42	4.4 ± 0.8	4.6 ± 0.6	0.77	4.3 ± 0.9	4.4 ± 0.9	ד ולהכיר את הנושא של אורח חיים בריא
-0.16	3.9 ± 1.1	3.9 ± 1.2	0.83	3.9 ± 1.3	4.0 ± 1.2	צם הרגלים לא בריאים
1.32	3.9 ± 1.0	4.2 ± 0.7	-2.36 *	4.2 ± 1.0	3.9 ± 1.2	תמך על הידע שלי בנושא אורח חיים בריא
0.89	4.2 ± 0.8	4.4 ± 0.7	-1.76 *	4.2 ± 1.0	4.0 ± 1.1	אים לעצמי אורח חיים בריא
0.21	4.3 ± 0.8	4.3 ± 0.9	-0.37	4.3 ± 1.0	4.2 ± 1.0	ות מאורח חיים בריא
0.89	4.0 ± 0.9	4.2 ± 0.8	-1.90 *	4.2 ± 0.9	4.0 ± 1.0	מיד לאורך זמן בקיום אורח חיים בריא
0.37	4.3 ± 0.7	4.4 ± 0.9	-0.65	4.3 ± 0.8	4.3 ± 1.0	ור על בריאותי
1.71	4.0 ± 0.9	4.4 ± 0.9	-0.87	4.4 ± 0.8	4.3 ± 1.0	ר את בריאותי
1.47	4.1 ± 0.6	4.3 ± 0.6	-0.75	4.2 ± 0.8	4.1 ± 0.8	גלות אורח חיים בריא [ציון תת תחום]
0.76	3.9 ± 0.7	3.9 ± 0.6	-2.16 *	4.1 ± 0.7	4.0 ± 0.8	גלות אורח חיים בריא [ציון מסכם]

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.
 א. effect size=0.32, ב. effect size=0.29, ג. effect size=0.22.

פעילות גופנית ופנאי

בהתייחס לפעילות גופנית ופנאי, ביצוע⁴⁸ ושביעות רצון, בהשוואה לתחילת הסדנא, בתום הסדנא נמצא שינוי מובהק לחיוב במספר סוגי הפעילויות שמבצעים, $\Delta = 0.5$, $p < .05$, $t(98) = -2.48$ השינוי לחיוב ניכר בפעילויות בעצימות נמוכה, יוגה ותרגילי נשימה. בנוסף, נמצא שינוי לחיוב בשביעות הרצון מכמות הפעילות הגופנית שמבצעים $t(104) = -1.77$, $p < .05$. לא נמצא שינוי בשכיחות המבצעים פעילות גופנית, יחד עם זאת הוא נמצא גבוה כבר בכניסה (78%). בהשוואה לתחילת הסדנא, חצי שנה עד שנה מתום הסדנא לא נמצא שינוי מובהק לחיוב במספר סוגי הפעילויות, בשכיחות המבצעים פעילות ובשביעות הרצון מהפעילויות. הממצאים מופיעים בטבלה 14 ובטבלה 15 להלן.

טבלה 14: פעילות גופנית ופנאי: ביצוע פעילויות

N = 27			N = 100			סוג פעילות גופנית
שינוי	T3	T1	שינוי	T2	T1	
-4%	0 (0%)	1 (4%)	2%	18 (18%)	16 (16%)	צה
-7%	7 (26%)	9 (33%)	9%	45 (45%)	36 (36%)	ליכה מהירה
0%	4 (15%)	4 (15%)	3%	23 (23%)	20 (20%)	פנאים / אופני כושר
4%	8 (30%)	7 (26%)	4%	31 (31%)	27 (27%)	חיה
7%	3 (11%)	1 (4%)	4%	13 (13%)	9 (9%)	ידרותרפיה / התעמלות מים
-3%	1 (4%)	2 (7%)	-4%	10 (10%)	14 (14%)	ירחי, מדרגה, ספינינג וכיו"ב
0%	8 (30%)	8 (30%)	6%	28 (28%)	22 (22%)	קוד
-3%	1 (4%)	2 (7%)	3%	13 (13%)	10 (10%)	יעורי עיצוב, פילטיס וכיו"ב
4%	3 (11%)	2 (7%)	5%	22 (22%)	17 (17%)	רגילי כוח / משקולות
4%	4 (15%)	3 (11%)	5%	19 (19%)	14 (14%)	שחקי כדור
-4%	3 (11%)	4 (15%)	9%	22 (22%)	13 (13%)	גה וכדומה
18%	13 (48%)	8 (30%)	9%	29 (29%)	20 (20%)	רגילי נשימה וכדומה
0%	22 (81%)	22 (81%)	1%	79 (79%)	78 (78%)	בצעים פעילות גופנית כלשהי
²-0.33	2.0 (1.8)	1.9 (1.5)	²-2.48 *	2.7 (2.5)	2.2 (2.0)	M (SD) גופנית פ. סוגים פ.

$p < .05^*$
 α . effect size=0.25, β . effect size=0.06

טבלה 15: פעילות גופנית ופנאי: שביעות רצון כמות וגיוון

N = 30			N = 106			סוג פעילות גופנית
t (pairs)	T3	T1	t (pairs)	T2	T1	
1.31	3.1 \pm 1.3	3.5 \pm 1.4	-1.77 *	3.3 \pm 1.3	3.0 \pm 1.5	מכמות הפעילות הגופנית
1.13	2.9 \pm 1.5	3.3 \pm 1.2	-0.10	3.1 \pm 1.4	3.1 \pm 1.5	ממגוון הפעילויות

$p < .05^*$

⁴⁸ הכלי כלל גם בדיקה של משך פעילות בדקות אולם המשתתפים לא הצליחו להשיב בצורה מהימנה על משך פעילות ולא ניתן היה לבדוק זאת.

תזונה

בהתייחס לתזונה, בהשוואה לתחילת הסדנא, בתום הסדנא נמצא שינוי מובהק במרכיבים משמעותיים ובעיקר ירידה בתדירות צריכת משקאות ממותקים, ממתקים, חטיפים ודברי מאפה מתוקים ומלוחים. בנוסף נמצא שינוי לחיוב בהקפדה על תזונה (סובייקטיבי). $t(104) = -2.42, p < .01$. בהשוואה לתחילת הסדנא, חצי שנה עד שנה מתום הסדנא נמצא שינוי מובהק, ירידה בתדירות צריכת חטיפים ודברי מאפה מלוחים ועליה בצריכת מים. הממצאים מופיעים בטבלה 16 להלן וב

טבלה 17 בעמוד הבא.

טבלה 16: תזונה בפועל^א

N = 30			N = 106			מזון ושתייה
Wilcoxon Z	T2	T1	Wilcoxon Z	T2	T1	
-1.25	1-2 ביום	1-2 ביום	1.59 ^	1-2 ביום	1-2 ביום	ירקות חיים או מבושלים
3.16 **	1-2 ביום	1-2 בשבוע	-1.02	3-4 בשבוע	3-4 בשבוע	פירות / פרות יבשים
-1.00	1-3 בחודש	1-2 בשבוע	-0.34	1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	שקדים ואגוזים לא קלויים
0.88	1-2 ביום	1-2 ביום	-2.16 *	5-6 בשבוע	1-2 ביום	מוצרי חלב
-0.11	1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	-1.96 *	1-2 בשבוע	3-4 בשבוע	בשר
0.92	3-4 בשבוע	3-4 בשבוע	-3.04 **	1-2 בשבוע	3-4 בשבוע	עוף והודו
0.50	1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	1.39 ^	1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	דגים טריים
0.24	1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	0.20	1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	ביצים
-0.86	1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	-0.21	1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	פסטה, מקרוני, פתיתים
0.29	1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	0.64	1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	קטניות
0.15	1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	-0.04	1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	דגנים מבושלים
1.95 *	5 או יותר ביום	5 או יותר ביום	0.25	5 או יותר ביום	3-4 ביום	מים רגילים / מינרליים
-0.12	1-3 בחודש	1-3 בחודש	-2.21 *	1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	משקאות ממותקים
-1.60 ^	1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	-2.12 *	1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	ממתקים וחטיפים מתוקים
-0.03	1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	-2.20 *	1-2 בשבוע	1-2 בשבוע	דברי מאפה מתוקים
-1.76 *	1-3 בחודש	1-3 בחודש	-3.15 **	1-3 בחודש	1-2 בשבוע	חטיפים מלוחים
-2.13 *	אף פעם	1-3 בחודש	-1.79 *	1-3 בחודש	1-3 בחודש	דברי מאפה מלוחים
-2.07 *	1-3 בחודש	1-3 בחודש	-0.50	1-3 בחודש	1-3 בחודש	'אוכל מהיר'
0.39 ^ב	13 (62%)	11 (52%)	4.30 * ^ב	35 (71%)	25 (51%)	N (%) ארוחת בוקר מסודרת

^א $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$.

א סולם דירוגי, מוצג הערך החציוני. בשונה ממוצע אף שלעיתים לא ניכר השינוי בערך החציון, חל שינוי (בהתייחס לכלל ההתפלגות).

Z חיובי מצביע על עליה בתדירות הצריכה.

ב. מבחן χ^2

טבלה 17: תזונה: לימוד חשיבות והקפדה

N = 30			N = 106			פריט
t (pairs)	T3	T1	t (pairs)	T2	T1	
0.00	4.2 ± 1.1	4.2 ± 1.0	^א -1.65 ^	4.2 ± 1.0	3.9 ± 1.2	לומד ומתעניין בנושא של תזונה
^ג -1.55 ^	4.7 ± 0.6	4.5 ± 0.7	-0.40	4.5 ± 0.8	4.4 ± 0.8	הנושא של תזונה חשוב בעיניך
0.62	3.5 ± 1.1	3.7 ± 0.9	^ב -2.42 **	3.8 ± 0.9	3.4 ± 1.0	מקפיד על תזונה בריאה ונכונה

^א. $p < .01$ **, $p < .10$ ^
 א. effect size=0.21 , ב. effect size=0.32 , ג. effect size=0.32

שינה

בהתייחס לאיכות השינה, בהשוואה לתחילת הסדנא, בתום הסדנא נמצאה מגמה של שינוי לחיוב באיכות השינה כפי שהיא נמדדת באמצעות כלי איכות שינה $t(104) = 1.41, p = .08$ ולא נמצא שינוי לחיוב בהערכה הוליסטית, באמצעות פריט אחד, על איכות השינה. אולם חצי שנה עד שנה מתום הסדנא נמצא שינוי מובהק ומשמעותי באיכות השינה הן בהתבסס על כלי איכות שינה $t(28) = 4.97, p < .001$ והן בהערכה הוליסטית, באמצעות פריט אחד $t(28) = -3.70, p < .001$. הממצאים מופיעים בטבלה 18 להלן.

טבלה 18: שינה

	N = 30			N = 106			
	t (pairs)	T3	T1	t (pairs)	T2	T1	
3.26 ***	2.8 ± 2.2	4.1 ± 2.3	0.11	3.4 ± 2.1	3.4 ± 2.3	מקשיים בהירדמות בלילה	
1.68 ^	2.8 ± 1.9	3.6 ± 2.2	-0.05	3.4 ± 2.0	3.4 ± 2.1	מוקדם מדי בבוקר בלא יכולת להירדם שנית	
3.24 **	3.1 ± 2.2	4.3 ± 1.9	0.91	3.5 ± 1.9	3.7 ± 2.0	מדי פעם בזמן השינה	
1.06	2.8 ± 2.6	3.2 ± 2.8	2.26 *	2.4 ± 2.3	2.9 ± 2.7	תרופות לשינה או להרגעה	
2.07 *	2.2 ± 1.8	3.0 ± 2.2	0.62	2.5 ± 2.0	2.7 ± 2.1	במשך היום באופן בלתי רצוני	
2.23 *	2.7 ± 2.3	3.4 ± 2.5	1.57 ^	3.2 ± 2.2	3.6 ± 2.2	בשעות הבוקר	
2.09 *	2.6 ± 2.3	3.3 ± 2.2	0.87	2.9 ± 2.3	3.1 ± 2.4	בזמן השינה	
-0.76	2.3 ± 2.2	2.0 ± 1.7	-0.93	2.3 ± 1.8	2.1 ± 1.6	מכאבי ראש לאחר שאתה קם מהשינה	
1.62 ^	2.8 ± 2.5	3.4 ± 2.2	1.61 ^	2.9 ± 2.1	3.2 ± 2.1	מעייפות ממושכת ללא סיבה ברורה	
2.98 **	2.8 ± 2.3	4.0 ± 2.7	1.38 ^	2.9 ± 2.3	3.2 ± 2.5	צורה לא שקטה	
4.97 ***	2.7 ± 1.3	3.4 ± 1.3	1.41 ^	2.9 ± 1.5	3.1 ± 1.4	מסכם איכות שינה א	
-3.70 ***	3.7 ± 1.2	3.1 ± 1.3	-0.94	3.4 ± 1.1	3.3 ± 1.3	כחה הוליסטית של איכות השינה ב	

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

א. ערך נמוך מבטא איכות שינה טובה. ב. הערכה הוליסטית באמצעות פריט אחד. ערך גבוה מבטא איכות שינה טובה. ג. effect size=0.94, size=0.15.

מצב נפשי רגשי

שינוי מובהק לחיוב במצב הנפשי- רגשי נמצא בתום הסדנא $t(104) = -1.71, p < .05$ וכן חצי עד שנה מתום הסדנא $t(28) = -2.58, p < .01$. ירידה משמעותית ומובהקת בתחושת הבידודות נמצאה הן בתום הסדנא והן חצי שנה עד שנה מתום הסדנא. ממצאים דומים התקבלו גם בפריטים, תחושת עצבנות ותחושת ירידה במרץ. הממצאים מופיעים בטבלה **19** להלן.

טבלה 19: מצב נפשי רגשי

N = 30			N = 106			
t (pairs)	T3	T1	t (pairs)	T2	T1	
2.11 *	2.4 ± 1.6	2.9 ± 1.5	1.57 ^	2.6 ± 1.3	2.8 ± 1.4	ת עזבנות או חוסר מנוחה
2.46 *	2.3 ± 1.5	3.0 ± 1.4	2.00 *	2.7 ± 1.3	3.0 ± 1.3	ה של ירידה במרץ או התנהלות
3.24 **	2.0 ± 1.2	2.7 ± 1.5	2.63 **	2.2 ± 1.3	2.6 ± 1.5	ת בדידות
-0.33	2.2 ± 1.5	2.2 ± 1.4	0.61	2.2 ± 1.3	2.3 ± 1.4	ת חוסר אונים
1.25	2.3 ± 1.3	2.7 ± 1.6	2.04 *	2.4 ± 1.4	2.7 ± 1.5	ת עצבות
1.68 ^	2.3 ± 1.4	2.7 ± 1.4	0.30	2.8 ± 1.4	2.8 ± 1.4	ה שאני שחוק / סחוט
2.43 *	1.8 ± 1.1	2.6 ± 1.5	1.26	2.2 ± 1.4	2.5 ± 1.5	ה של חוסר תקווה לגבי העתיד
-1.19	4.1 ± 1.0	3.8 ± 1.2	-1.42 ^	4.0 ± 1.0	3.9 ± 1.2	ה של שמחה
-0.96	4.4 ± 0.9	4.2 ± 1.2	-0.80	4.1 ± 1.1	4.0 ± 1.1	ה שלחיים יש משמעות עבורי
0.00	3.8 ± 1.0	3.8 ± 1.2	-0.59	3.7 ± 1.1	3.6 ± 1.1	ת שלוה ורוגע
-0.79	3.9 ± 1.0	3.7 ± 1.3	0.20	3.6 ± 1.1	3.6 ± 1.2	ה של אנרגיה רבה וכוח לעשות
-1.22	4.3 ± 1.0	4.0 ± 1.2	0.44	3.8 ± 1.0	3.9 ± 1.1	ה של עניין בדברים שאני עושה
-0.41	4.3 ± 1.0	4.2 ± 1.2	0.10	4.1 ± 1.0	4.1 ± 1.0	ה של הנאה מהדברים שאני עושה
λ-2.58 **	3.9 ± 0.9	3.6 ± 1.0	λ-1.77 *	3.7 ± 0.8	3.6 ± 0.9	פשי רגשי א

א. לאחר היפוך סקלה לתחושות השליליות. ב. $effect\ size=0.20$, ג. $effect\ size=0.51$.
 $p < .10^{\wedge}, p < .05^*, p < .01^{**}$.

שייכות חברתית-קהילתית

בהתייחס לשייכות חברתית-קהילתית, בהשוואה לתחילת הסדנא, בתום הסדנא נמצא שינוי מובהק לחיוב
 $t(104) = -2.01, p < .05$, אולם חצי שנה עד שנה מתום סדנא לא נמצא שינוי כלל בתחושת השייכות חברתית-
 קהילתית. הממצאים מופיעים בטבלה 20 להלן.

טבלה 20: שייכות חברתית-קהילתית

t (pairs)	N = 30		t (pairs)	N = 106		ייט
	T3	T1		T2	T1	
0.00	2.9 ± 1.5	2.9 ± 1.5	-1.23	2.9 ± 1.3	2.7 ± 1.2	ברים באים לבקר אותך
0.00	3.0 ± 1.4	3.0 ± 1.3	-1.33 ^	3.0 ± 1.3	2.8 ± 1.3	נא לבקר חברים
-0.57	4.4 ± 0.8	4.3 ± 1.0	-0.18	3.8 ± 1.0	3.8 ± 1.3	בע רצון ממפגשים חברתיים
0.00	2.7 ± 1.4	2.7 ± 1.3	-1.99 *	3.0 ± 1.3	2.7 ± 1.2	נא לבלות בבתי קפה, מסעדות וכדומה
1.00	2.7 ± 1.4	2.9 ± 1.3	-1.71 *	2.9 ± 1.4	2.6 ± 1.3	קשר עם שכנים מהרחוב והשכונה
-1.70 ^	4.2 ± 1.0	3.7 ± 1.3	-2.63 **	3.9 ± 1.0	3.5 ± 1.3	שכנים מתייחסים אליך בצורה חיובית
0.75	3.8 ± 1.1	4.0 ± 1.0	-1.46 ^	3.7 ± 1.0	3.5 ± 1.1	לם עם מה שאחרים מצפים ממך
1.00	4.1 ± 1.0	4.2 ± 1.1	0.10	3.8 ± 1.1	3.8 ± 1.3	דיגיש מקובל חברתית
0.51	4.3 ± 1.2	4.4 ± 1.1	-0.65	3.9 ± 1.2	3.8 ± 1.2	דיגיש מחובר ושייך לחברה ולקהילה
0.07	3.6 ± 0.7	3.6 ± 0.8	α -2.01 *	3.4 ± 0.8	3.2 ± 0.9	ייכות חברתית-קהילתית

$p < .01$ **, $p < .05$ *, $p < .10$ ^
 α .effect size=0.22

4.5. דין מסקנות והמלצות

בתום סדנא נמצא שינוי מובהק לחיוב בחמישה מתוך ששת התחומים ומגמה ברורה בתחום השישי, ממצאים אלו תומכים באפקטיביות של הסדנא בטווח הקצר. יחד עם זאת, גודל השינוי, בכל התחומים, למעט תזונה, קטן. בהתייחס לתחומים מסוגלות ופעילות גופנית, הכלים הועברו ראשונים ויש כיוון ברור "מה טוב" והתקבל הרושם⁴⁹, בהעברה בכניסה, שהייתה רצייה ושמשתתפים ניסו להרשים. להערכתנו דבר זה הקטין את גודל האפקט, כאשר בפועל, בכניסה, המציאות ביחס לתחומים אלו נמוכה ממה שדווח. בהתייחס לתחומים איכות שינה, מצב נפשי-רגשי ושייכות חברתית-קהילתית, בהם הכיוון פחות ברור, להערכתנו הרצייה הייתה קטנה וגודל השינוי משקף נאמנה את השינוי שחל בתחומים אלו.

בשונה מתכנית המקור, מתום הסדנא לא התקיימו מפגשי המשך באופן מסודר, עם אינטרוולים קבועים ותכנים מוגדרים. להערכתנו דבר זה פגע באפקטיביות הסדנא בטווח הרחוק ובפרט בתחומים ההתנהגותיים בהם ניתן להגדיר מטרות ויעדים ברורים ואובייקטיביים ויש משקל רב לתמיכה מהקבוצה. היעדר קבוצה תומכת יכול להסביר מדוע לא נמצא שינוי לחיוב בתחומים פעילות גופנית ושייכות חברתית-קהילתית ושינוי קטן יותר בהשוואה לשינוי שחל בנושא תזונה בין תחילה לתום סדנא.

בתחומים מצב נפשי-רגשי ואיכות שינה לא רק שנמצא שינוי מובהק לחיוב חצי שנה עד שנה מתום הסדנא, שינוי זה נמצא גדול יותר בהשוואה לשינוי שחל בתחומים אלו בין תחילה לתום סדנא ובעל עוצמה בינונית-גבוהה. תחומים אלו אף שתלויים קשר הדוק להתנהגות מקדמת בריאות ולבריאות פיזית, אינם תלויים בהצבת מטרות ויעדים ופחות קשורים באופן ישיר וסימולטני לתמיכה של קבוצה. הממצאים מאששים שסדנא קצרת מועד זו אכן השפיעה לאורך זמן בהיבט של בריאות נפשית-רגשית, על המצב הנפשי-רגשי ועל איכות השינה. השינוי לחיוב בהיבט הנפשי-רגשי, יאפשר לאנשים לאמץ שינויים באורח החיים בהמשך הדרך.

תכנית אבן דרך ייחודית בכך שהיא כוללת בתוכה את כל ההיבטים של נושא בריאות, בריאות פיזית, נפשית-רגשית וחברתית. **הממצאים מאששים שבטווח הקצר חל שינוי בכל ההיבטים, אולם בטווח הארוך, השינוי נשמר (ואף התעצם) בהיבט הרגשי-נפשי בלבד. להערכתנו הדבר אינו תלוי במבנה, בתכנים, במנחים או באוכלוסייה המגוונת, אלא בהעדר מפגשי המשך מובנים, קבועים ואינטגרליים כפי שתוכנן במקור. לא ניתן להמעיט בחשיבות מפגשי המשך בתכנית זו ובתכניות דומות.**

מעבר להסתכלות ההוליסטית על נושא הבריאות, הסדנא ייחודית בכך שהיא פונה אל כלל סוגי המוגבלויות ורמות המוגבלות (קבוצות מאוד הטרוגניות), בכך שהמנחים אינם מנחים מקצועיים אלא מנחים עם מוגבלות אשר השתתפו וצמחו מתוך הסדנא ובכך שהיא שמה דגש על שילוב, לא (יותר) פעילויות נפרדות המותאמות לאנשים עם מוגבלות, אלא שילוב של אנשים עם מוגבלות בפעילויות קיימות (לא ייעודיות לאנשים עם מוגבלות). המחקר האמפירי לא תוכנן לאשש יתרונות מאפיינים ייחודיים אלו וגם מוגבל ביכולתו לעשות כן⁵⁰. בהתאם, הוקדש לאיכויות ולתרומה של מאפיינים ייחודיים אלו משקל רב במחקר האיכותני.

⁴⁹ וגם אינדיקציה אמפירית, כאשר אצל מספר משתתפים כל הערכים שהתקבלו בתחומים אלו מקסימליים ואינדיפרנטיים.
⁵⁰ ישנן מעט תכניות אחרות ברורות השוואה והשונויות אינה מסתכמת בהבדלים אלו בלבד.

המלצות מתודולוגיות

אף שהכלים עברו קיצור, הפשטות והנגשות לאורך המחקר, מספר הכלים, מורכבותם ואורכם הקשו מאוד על המשיבים ובכך פגעו הן בגודל הדגימה והן באיכות הדגימה. יתר על כן, הדבר גזל זמן יקר מהסדנא. על מנת מחד לשמר את היכולת לקבל מידע ולאשש את אפקטיביות התכנית והסדנא ומאידך להקל על המשיבים ולשפר את איכות ההשבה, מומלץ לתכנן את אופן הדגימה כך שכל משתתף-משיב, משיב על שני כלים בלבד אולם כל הכלים מועברים.

משתתפים רבים זקוקים לסיוע בעת ההשבה, הן מבחינת הבנה של הנשאל והן ברמה הטכנית-פיזית של המילוי והכתיבה. בהתאם מומלץ יחס העברה של עד שני משתתפים לכל מעביר-מסייע. בהקשר זה, חשוב מאוד שמסייעים-מעבירים ללא ניסיון בתחום יעברו הדרכה לפני על מנת לצמצם הטיות שמקורן בתיווך. על מנת לקבל אישוס לאפקטיביות הסדנא בחלוקה לסוגי מוגבלויות יש להגדיל את הדגימה ולכוון תחילה למוגבלויות השכיחות יותר, פיזית, נפשית וקוגניטיבית. יחד עם זאת האתגר גדול והדבר מחייב מידע מראש לגבי המשתתפים וסוג המגבלה, מידע זה אינו מהימן דיו באמצעות דיווח עצמי בלבד.

5. מחקר איכותני

מטרות

- להעמיק בנוגע למאפיינים הייחודיים של התכנית: א. מנחים עם מוגבלות הצומחים מתוך התכנית. ב. תכנית הטרוגנית הפונה לאנשים עם מוגבלות ככלל. ג. תפיסה הוליסטית רחבה של המושג 'אורח חיים בריא'. ד. אלא שילוב של אנשים עם מוגבלות בפעילויות קיימות (לא ייעודיות לאנשים עם מוגבלות).
- להעמיק בנוגע לשינויים תפיסתיים והתנהגותיים שחלו בעקבות התכנית.
- יתרונות וחסרות תכנית זאת בהשוואה לתכניות אחרות דומות.
- השפעת התכנית על מעגלים משניים.
- משנה תוקף לממצאים הכמותיים.

דגימה

סה"כ בוצעו 41 ראיונות כמפורט בטבלה 21. הראיונות בוצעו חצי שנה עד שנה מתום התכנית.

טבלה 21: שכיחות ראיונות

מספר מראיינים	תפקיד
18	משתתפים
14	מנחים
3	רכזות
5	אנשי מקצוע חיצוניים
1	מנהלת התכנית
41	סה"כ

כלים

כלי ראיון משתתפים, מנחים, רכזות ואנשי מקצוע (ראה נספח 14, נספח 15, נספח 16, נספח 17)

5.1 סיכום ראיונות משתתפים

הממצאים מתבססים על ראיונות עם 18 משתתפים.

תזונה

מהראיונות עולה באופן ברור כי הסדנא עזרה לחזק את הידע הקיים בנושא, להכיר את התכונות המיוחדות של המזונות השונים, איכויותיהם ויתרונותיהם. לאחר הסדנא גברה המודעות בקרב המשתתפים לבחירה ולהתאמת התזונה לצרכיהם האישיים. המשתתפים מביעים רצון רב להקפיד וליישם את הנאמר בסדנא (הפחתת מלח, מתוקים, מטוגנים וחיטופים) וחלקם הגדול מדווח על הצלחות בנושא. באופן ספציפי, חולי הסוכרת, דיווחו כי הסדנא סייעה להם לאזן את התזונה וכי ניכרות תוצאות חיוביות בהתאם, ירידה במשקל והרגשה כללית טובה יותר.

ריכוז ממצאים

- ✓ **הסדנא עודדה להקפיד ולשמור על התזונה הנכונה ועזרה לרדת במשקל X 8.**
- ✓ הסדנא העשירה, חיזקה וחידדה את הידע על המאכלים השונים X 6.
- ✓ הסדנא הגבירה את המודעות לאכילת אוכל בריא וסיפקה מידע לבחירתו הנכונה X 5.
- ✓ הסדנא גרמה לשינוי באורח חיים לא רק של המשתתף אלא גם של חיי משפחתו.
- ✗ היה ידע קודם על תזונה נכונה והסדנא לא חידשה בנושא X 3.

פעילות גופנית

מהראיונות עולה כי לסדנא הייתה תרומה משמעותית בתחום זה. עבור חלק מהמשתתפים הסדנא הייתה הפעם הראשונה בה הם נחשפו באופן שיטתי למגוון הפעילויות הגופניות הקיימות והאמינו ביכולתם לבצע אותן. אצל המשתתפים שעסקו בפעילות גופנית בעבר, הסדנא הוסיפה משמעות וסייעה להם להתחבר ולהוביל פעילות גופנית.

"הספורט הפך להיות חלק מהחיים מפני שהוא עוזר לגוף יותר מכדורים. עכשיו יש רצון להקדיש יותר זמן לפעילות הגופנית, להשקיע יותר ולדרוש מעצמי. פעילות גופנית גורמת להרגשה טובה יותר בגוף."
"בעקבות הסדנא התחלתי לאהוב יותר את הפעילות שאני עושה - הליכות ארוכות. לפני כן עשיתי אותן בכוח ועכשיו אני מאוד נהנית מהן".

ריכוז ממצאים

- ✓ **בעקבות הסדנא גבר העיסוק בפעילות גופנית X 5.**
- ✓ בעקבות הסדנא פעילות גופנית שיפרה את ההרגשה
- ✓ בעקבות הסדנא התרחב מגוון הרעיונות לפעילות גופנית
- ✓ בעקבות הסדנא יש הקפדה רבה יותר על הליכות, גם יחד עם המשפחה.
- ① **לא חל שינוי בהיקף או בגיוון של הפעילות הגופנית, ישנה פעילות כזו במסגרת והם ממשיכים לקיים אותה X 5.**
(מגדל העמק).
- ✗ **צריך קבוצה או מסגרת כלשהי כדי לבצע ולהתמיד בפעילות גופנית X 3.**

פעילויות פנאי ובילויים

מהראיונות עולה כי רוב המשתתפים שילבו בחייהם פעילויות פנאי וחברה גם לפני ההשתתפות בסדנא, אולם ניכר כי אצל חלקם הסדנא הגבירה את הפתיחות לסביבה והקלה בהתחברות לאנשים חדשים. בנוסף, אצל חלק מהמשתתפים הסדנא הגבירה את תדירות פעילות הפנאי והיציאה לבילויים משותפים.

"יש יותר מפגשים עם חברים, ביקורים בתיאטרון ובקונצרטים. מעדיפה לא להישאר בבית, להיות פעילה כל הזמן."
 "התחלתי ללכת לקונצרטים, קניתי מנוי לתיאטרון. התחלתי יותר לטפח את עצמי ולא רק לדאוג לאחרים. השגרה שלי מאוד השתנתה, מעדיפה לא להישאר בבית".

"בחרתי להקדיש יותר זמן להתנדבות."

"יש רצון ויכולת למשוך עוד אנשים שיצטרפו לאורח חיים זה."

ריכוז ממצאים

- ✓ בעקבות הסדנא השתפרה היכולת להתחבר לאנשים X 2.
- ✓ בעקבות הסדנא יש יותר מפגשים עם חברים X 2.
- ✓ בעקבות הסדנא התרחבה הפעילות החברתית X 2.
- ✓ בעקבות הסדנא אנשים נוספים מצטרפים לשמירה על אורח חיים בריא
- ✗ לא היה שינוי בפעילות פנאי. תמיד היה חיבור לקהילה X 10.

הצבת יעדים ומטרות

מכלל הראיונות עולה כי משתתפים רבים הציבו לעצמם יעדים בתחומים שונים, בעיקר בתחומים של תזונה ופעילות גופנית וכי הם מרגישים שהם בדרך להגשמתם.

"אני רוצה לעזור לאחרים, להנחות (ריקודים), להתעסק יותר ברצינות בבריאות שלי (לעשות בדיקות רפואיות בשגרה)."

ריכוז ממצאים

- ✓ הציבו יעדים בנושא של תזונה נכונה ומאוזנת יותר X 11.
- ✓ הציבו יעדים בנושא של פעילות גופנית X 4.
- ✓ הציבו יעד להפסיק לעשן X 2.
- ✓ הציב יעד לרדת במשקל.
- ✓ הציב יעד להשתקם, לחזור לעצמי.
- ✓ הציב יעד ללמוד אנגלית וללכת לשעורי שחייה.
- ✓ הציבה יעד לפתח כיוונים נוספים בחיים – לימודים וקרירה.
- ✓ הציב יעד לשמור על הקיים ולהוסיף לו במידת הצורך.
- ✗ לא הציבו יעדים X 2.

הישגים בעקבות הסדנא

מהראיונות עולה כי רוב המשתתפים מרגישים שהם בדרך להשיג את המטרות שהציבו לעצמם. בסדנא הושם דגש על בניית ציר המטרות. הדרך אל המטרה הגדולה חולקה למספר מטרות ביניים קלות יותר להשגה. במרבית המקרים, הדרך אל המטרה הגדולה טרם הושלמה, מדובר בתהליך יומיומי ולא מידי, יחד עם זאת חלק ממטרות הביניים הושגו והתחושה של רוב הבוגרים היא שהם על הדרך הנכונה.

"עכשיו אני יודעת שיותר קל להשיג מטרות קטנות, כמעט את כולן השגתי. יש כאלה שצריך עוד לעבוד עליהן (קשות להשגה)".

"אני מרגישה מוכנה לקורס המשך של ההדרכה בגלל הניסיון הרב שלי כמורה לחינוך מיוחד. הסדנא מאוד עזרה לי במטרה הזאת. יש לי הרבה מה לתת".

ריכוז ממצאים

- ✓ **בהתאם לשלבים מרגישים בדרך להשגת המטרות [זה לא יכול להיות מידי] X 8.**
- ✓ מצליחים להשיג מטרות X 2.
- ✓ שמירה על תזונה נכונה ומאוזנת X 2.
- ✓ הפסקת עישון.
- ✓ הפחתת עישון.
- ✗ לא עשיתי עד הסוף. אני שמרתי ושומרת לפני הסדנא, אבל לא 100%.
- ✗ התחלתי ללמוד אבל לא הלך לי וגם עם השחייה לא הצלחתי להתמיד.

משמעות הסדנא [מה הסדנא נתנה לך]

מהראיונות עולה כי אצל רוב המשתתפים הסדנא הייתה בעלת משמעות גדולה ויצרה שינוי ארוך טווח ומעבר לתקופת הסדנא. משתתפים רבים מדווחים על שינוי באורח החיים; בפעילות, בתזונה, באמונה בעצמי, בביטחון העצמי, ביחס לסביבה ולאחר. לעובדה שהמנחים היו אנשים עם מוגבלות הייתה תרומה מכרעת (כפי שניתן לראות גם מההמלצות על הסדנא בהמשך), המשתתפים התחברו אליהם והמנחים הבינו את האתגרים והחסמים של אנשים עם מוגבלות. בנוסף, הסביבה, האנשים והאווירה תרמו מאוד לצלחת הסדנא. העובדה שמדובר באנשים המתמודדים עם בעיות דומות ושמשתתפים עם קשיים גדולים יותר הצליחו, העצימה ונתנה כוח להצבת מטרות ולעמידה ביעדים.

כלל התשובות שהתקבלו לשאלה לגבי משמעות הסדנא

"הסדנא עזרה לעבור מעיוני למעשי: תזונה, עישון."

"הסדנא מעשירה ומשפרת את החשיבה ואת אורח החיים."

"הסדנא נתנה המון מידע וידע, עוד לא הגיע לכלל יישומם. יותר קל לעשות דברים בקבוצה, אבל את ההליכות מעדיף לבד (בקצב שלו, לא מפריעים)."

"הכרות עם אנשים חדשים עם תקווה, מאוד חיזקה אותי, קיבלתי המון ידע על תזונה, השתפר מצב הרוח להמשיך בחיים בצורה חיובית, יש יחס טוב עם חברים, צבעים ורודים וזה עזר לקבל כל אדם כמו שהוא."

"הבנתי שאני צריכה יותר לדאוג לעצמי ולא רק לאחרים, לבריאות שלי. ברגע שאני אבריא בנפש אני יותר לאחרים. עכשיו אני יודעת להתרחק ממצבים שעושים לי רע (לאכול אוכל המתאים עבורי ולא מה שטעים, לא להיות בסביבת המעשנים, כי אני הפסקתי וזה לא נעים לי עכשיו). יודעת לתכנן את היום שלי: מציבה מטרות קטנות ועושה אותם. הסדנא נתנה לי הזדמנות להכיר את השונה. עם כל זאת אני עדיין מאוד מושפעת מהמצב הבריאותי שלי."

"הכרה של חברים חדשים, חומרים להכרת התזונה, ידע בנושא של תזונה."

"יותר בטחון עצמי, הצבת מטרות והשגתם, לעבוד על עצמי, לחשוב לא רק על עצמי. ראיתי אנשים עם בעיות יותר קשות והם מתמודדים עם זה, זה מאוד עווד אותי."

"הסדנא חיזקה אותי בתקשורת עם כולם, בדינמיקה החברתית. היו סיפורים ואנשים רבים שהזדהיתי איתם. היה לי כיף לבוא למפגשים. ממש אהבתי את המנחים. כתבתי בעיתון מקומי על הסדנא הזאת. מחכה למפגשי המשך."

"מרגישה הרבה בריאות. איזון מבחינת מחלות. מתמידה ומקפידה על בריאות. נפש בריאה - יותר שמחה, שינוי מקצה לקצה."

"הכרתי אנשים בעלי מוגבלויות שנתנו לי פרופורציה לבעיה שלי. למדתי להכיר קשיים של אחרים."

"הייתה אווירה טובה. השתתפתי בסדנא כי אמרו שכולם משתתפים. למדתי דברים, אבל קשה לי ליישם אותם."

"מרגישה אחרת אחרי הסדנא. פחות שטויות באוכל. מרגישה פחות עייפה."

"שינוי בניהול זמנים. כיוון למטרות. יותר תשומת לב לדברים. בניית תהליך פעולה להשגת מטרות."

"רכשתי הרבה ידע חדש בכל הנושאים שנלמדו. נהייתי פעילה יותר ויודעת למצוא זמן לפעילות."

"פתוחה יותר לאנשים, מצב רוח יותר טוב. יותר בטחון עצמי."

"חוץ מתזונה לא השתנה כלום."

"לא ממש מתאימה לגיל שלי (70) כי הכל כבר ידוע ויושם."

"הקשבתי לדברים, אבל זה לא נכנס בי ונשארתי עם מה שהייתי לפני כן."

דברים נוספים שעלו

מהראיונות עולה כי נמצאה שביעות רצון גבוהה מאוד מהסדנא בקרב המשתתפים והם ממליצים עליה בחום. הסדנא נותנת מענה הוליסטי - שינוי באורח חיים ככלל, מעניקה זוויות חדשות על החיים עם מוגבלות, נותנת כלים לארגן את החיים בצורה טובה יותר, מסייעת בהצבת יעדים ומטרות ומסייעת בהשגתם, תורמת לתקשורת ולחיבור עם אנשים, סביבה וקהילה, ומעצימה. נקודה מרכזית שעולה היא חשיבות ואיכות המנחים. המנחים היוו דוגמא אישית לחיים עם מוגבלות בלי ייאוש ובכך העצימו מאוד את המשתתפים.

"הסדנא היא דוגמא לשיקום, כבוד ושותפות בין אנשים שונים עם בעיות שונות - דומות."
"הסדנא הגבירה את המודעות העצמית, נתנה את נקודת ההתחלה ואת הדרך להמשיך."
"זאת הזדמנות טובה להכיר אנשים אחרים שתמיד יש מה ללמוד מהם."
"למדתי להציב מטרות והסדנא עזרה בלהוביל את עצמי אל המטרות האלה, להשיג אותם"

ריכוז ממצאים

- ✓ **ממליצים בחום על הסדנא, שביעות רצון גבוהה מאוד מהסדנא X 11.**
- ✓ הסדנא נתנה כלים מקצועיים והכוון אישי לעשות שינוי באורח חיים לקראת חיים בריאים יותר X 3.
- ✓ הסדנא טובה לא רק לבריאות אלא גם לנפש (בדרך כלל מדברים רק על בריאות הגוף ושוכחים את הנפש).
- ✓ הסדנא נתנה כלים וידע לארגן את החיים שלך וגם להשפיע על אחרים (קרובי משפחה ושכנים).
- ✓ המדריכים היוו דוגמא טובה לשיקום, כבוד ושותפות.
- ✗ שמחתי לשמוע את הדברים, אבל לא תמיד הם היו יעילים עבורי.

הממצאים מתבססים על ראיונות עם 14 מנחים.

השפעת התכנית בקרב המשתתפים

מכלל הראיונות עולה כי המנחים סבורים שהתרחש שינוי משמעותי בתפיסה של רוב המשתתפים את המושג אורח חיים בריא, בהתנהגות וביישום במשמעותו הרחבה.

דוגמאות לסיפורי הצלחה

תזונה ופעילות גופנית

"אחת המשתתפות עם נכות ברגליים (הלכה עם מקל) לקחה החלטה שהיא מתחילה ללכת על הרגליים בלי המקל, היא גם הפסיקה לעשן, ירדה במשקל. היא ממש לקחה את עצמה חזק בידיים.

היה זוג ששינה תזונה בבית."

"היה משתתף שלא היה עושה שום פעילות גופנית. הוא היה בכיסא גלגלים ולא מסוגל ללכת. ואחר כך הוא התחיל ללכת לאט-לאט יחד עם אשתו, להוציא את הכלבה החוצה. הוא השתמש בהרבה מלח, היה מוסיף מלח בכל מה שאכל. ואחרי זה ירד מזה."

"הייתה אחת שהתחילה לשתות פחות קפה, לאכול פחות דברים מתוקים."

"רוב מי שהיה בסדנא היו אנשי ספורט מקצועיים. וזה חייד את הצורך בתזונה נכונה, באימונים ומנוחה וכל מה שמסביב. פגשתי משתתף שהתחיל לשחות בבריכה בעקבות הסדנא ועדיין מתמיד בזה, כבר יותר משנה."

"היה בחור אחד שהיה מעשן מאוד כבד והוא הפסיק."

פעילות הפנאי

"מישהי אחרי סרטן ובחורה עיוורת תיאמו ביחד לעשות פעילות משותפת: העיוורת נורא רצתה לצאת לקניות ולשבת בבית קפה והשנייה התנדבה לעזור לה בזה. וכך שתיהן הרוויחו."

"לבחור אחד נעשה שינוי בחיי החברה שלו: הוא התחיל לארח יותר בביתו, הוא יצר קשרים יותר קרובים לקראת סוף הסדנא ולאחריה גם. חלק מהקשרים נוצרו בתוך הקבוצה עצמה. בשלב מאוחר יותר זה עזר לו לפתח את הקשרים החוצה."

"היו אנשים שהתחילו לצאת יותר עם חברים."

תעסוקה

"רוב הקבוצה יצאה להדרכה, אז הם מביאים דוגמא אישית. הם שינו את אורח החיים שלהם כי בלי זה הם לא יכלו להדריך. הם נכנסו לזה מאוד חזק."

"הייתה אחת בת 20 שהיא לא מוצאת את עצמה. היא רוצה ללמוד ולא יודעת מה. אז עזרנו לה לבנות תכנית חיים. היא החליטה שהיא רוצה ללמוד פסיכולוגיה וסיפרה שהבית לא כל כך תומך בזה. אז אמרנו לה כן להתמיד בעקרונות שלה ולא לוותר וללכת עם מה שהיא."

"היו גם שינויים בתחומי תעסוקה, עבודה, התנדבות."

ריכוז ממצאים

✓ כלל המנחות סברו כי התרחש שינוי משמעותי בתפיסה של רוב המשתתפים X 14.

✓ חלו שינויים התנהגותיים בתזונה, פעילות גופנית ופעילות הפנאי X 13.

✗ היו משתתפים שהתכנית לא נגעה בהם, לא היה מצדם רצון לשתף פעולה ולא חל אצלם שינוי בתפיסה כלל.

① השינוי תלוי ברמת המשתתפים מבחינה קוגניטיבית:

"יש אנשים שלקחו מהתכנית דברים בהיבט הרחב לגבי אורח חיים ובאמת הבינו שבריאות זה לא רק דברים נקודתיים אלא שזה בהחלט גישה ותפיסה. ויש אנשים שיותר קל להם לקחת דברים פרקטיים (למשל, היה אחד שהחליט להוריד את הבטן שלו). כל אחד בדרכו שלו."

השפעת התכנית במשפחה ובקהילה

מכלל הראיונות עולה כי המנחים סבורים שאצל חלק מהמשתתפים השינוי שעברו השפיע ועודד גם את משפחתם לערוך שינוי בהרגלי התזונה והפעילות הגופנית. במקרים מסוימים הייתה לכך השפעה רחבה יותר על הקהילה הקרובה.

שינויים במשפחה

"אחת סיפרה שכשהילדים ראו שאבא הפסיק להשתמש במלח ולשתות קולה אז גם הם הבינו שזה חשוב וגם הפסיקו."

"שמעתי שבמשפחה אחת הילדים התחילו לאכול יחסית בריא. יש אנשים שמכניסים לבית פחות אוכל מעובד."

"במשפחות מסוימות מקפידים יותר על תזונה בריאה ונכונה ועל פעילות גופנית."

"אימא אחת שינתה לגמרי את התפריט של משפחתה לתפריט הרבה יותר בריא ומאוזן."

"מישהו היה שותה הרבה משקאות מוגזים בארוחות בבית והוא הפסיק את המנהג הזה ועכשיו הם שותים הרבה יותר בריא - מים וסודה."

שינויים בקהילה

"היינו במקומות שהיו מגישים כיבוד שהשתנה בעקבות התכנית. המודעות השתנתה גם בקרב הצוות וגם בקרב המשפחה."

"זה עובר למודעות של הקהילה. זה נהיה חלק מהשיח."

ריכוז ממצאים

✓ יש מקרים בהם חל שינוי במשפחה X 4.

✓ בהחלט זה מהדהד גם אצל האנשים מסביב X 2.

① לא ידוע X 7 (חוסר מעקב / חוסר ערנות לנושא / אין קשר עם המשפחות של המשתתפים / הפסקת מעורבות בנושא).

✗ השינוי בקהילה עדיין רחוק.

השוואה לתכניות אחרות דומות

מכלל הראיונות עולה כי המנחים אשר מכירים תכניות אחרות בתחום, סבורים כי תכנית אבן דרך טובה בהרבה מהתכניות הקיימות. מנחים רבים לא מכירים תכניות אחרות ולכן התקשו להשוות.

ריכוז ממצאים

דירוג התכנית "אבן דרך" בהשוואה לתכניות אחרות הפונות לאוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות

✓ לא מכיר תכניות אחרות כאלה X 7.

✓ התכנית יותר טובה X 4.

✓ התכנית הרבה יותר טובה X 3.

דירוג התכנית "אבן דרך" בהשוואה לתכניות אחרות בתחום של קידום אורח חיים בריא

✓ לא מכיר תכניות אחרות כאלה X 10.

✓ התכנית הרבה יותר טובה X 2.

✓ התכנית יותר טובה X 2.

ייחודיות התכנית

מהראיונות עולה כי הרכיב הייחודי המרכזי בתכנית הוא המנחים בעלי המוגבלות המאפשרים הבנה מעמיקה יותר של הרגשות, הצרכים והתמודדות של המשתתפים. בנוסף, החשיפה לסוגים שונים של נכויות מייצרת אצל המשתתפים הבנה רחבה יותר של המושג מוגבלות ותקווה באשר ליכולתם להתמודד ולהצליח. יש דגש על התאמה ייחודית לצרכים האישיים של כל משתתף בהתאם למוגבלות שעמה הוא מתמודד.

"אנחנו מציעים משהו שאדם צריך ללכת איתו אבל הוא בעצמו צריך לכוון. זה לא שאני הרופא שאומר מה לעשות, אלא גם אתה תגיד. כל אחד עושה את הדברים החשובים לו וגם יותר מתאימים לו. בנוסף התכנית הזאת יכולה להשתלב נהדר עם המסגרות הקיימות שזה הדבר היפה. היא לא באה להחליף אלא לתת עוד כלי איך אתה יכול לשפר את מה שיש."

ריכוז ממצאים

✓ התכנית היא סדנת עמיתים - נכים מול נכים X 4.

✓ התכנית היא תכנית בריאות ייחודית לאנשים עם מוגבלויות X 3.

✓ התכנית נוגעת בכל הזוויות של אורח חיים בריא - תזונה, ספורט וחיים חברתיים X 3.

✓ התכנית מאוד ייחודית באופן שהיא בנויה ואיך שמנגישים אותה - יש בה יותר עשייה מאשר חשיבה X 2.

✓ התכנית ניגשת לכל סוגי האוכלוסייה של אנשים עם מוגבלויות והיא ממש רב-תחומית X 2.

✓ הנחיית התכנית מותאמת למגוון גדול של אנשים עם מוגבלויות.

יתרונות התכנית

מכלל הראיונות עולה כי יתרונותיה של התכנית הם בהתאמתה לצרכים האישיים של המשתתפים, בהקשבה לידע שהמשתתפים מביאים עימם לדיון, בקיומה של קבוצת שווים עם יכולת הבנה עמוקה לאתגרים הייחודיים ובהנחיית הסדנא ע"י מנחים עם מוגבלות.

"כל הסדנא מועברת בגובה עיניים בלי להגיד מה נכון ומה לא נכון, מה טוב ומה לא טוב, משאירים למשתתף לקבל את ההחלטה. רואים קודם כל את מי שמולנו ופחות את "הינה מה יש לי להגיד ותעשו כמו שאני חושב". וזה באמת מאפשר חשיבה וחקירה ומאפשר לעשות החלטה מתוך תובנות מאוד משמעותיות, בצורה מאוד פשוטה ונוחה, שקל לגשת אליה וקל להבין אותה."

"התכנית מעבירה ידע, אבל לא בצורה של "כל הידע נמצא אצלי". המשתתפים בסדנא הם משתתפים פעילים, הם לא רק באים כמו באוניברסיטה לרכוש ידע, הם גם תורמים מהחיים שלהם, מהניסיון שלהם."
 "מי שמעביר את התכנית בא מתוך קושי ואתגרים בחיים ומעביר לאנשים שמוכנים ללמוד בגלל זה. הם מבינים שזה מישהו מהחיים ולא מישהו חיצוני שלא אכפת לו. זה בא מאדם אמיתי שעבר את זה."

ריכוז ממצאים

- ✓ זאת קבוצת שווים – נכים מול נכים, עם סוגים שונים של נכויות וזה נותן אפשרות לעזור אחד לשני, גורם לפתיחות ומעניק נקודת הסתכלות אחרת - יותר מוטיבציה ופרספקטיבה בהשוואה למצב של משתתף אחר X 7.
- ✓ התכנית היא מקיפה, כוללת ומובנת X 5.
- ✓ הסדנא מועברת בגובה העיניים ללא העברת ביקורת ומתן "פקודות" X 5.
- ✓ התכנית נוגעת בכל המרכיבים של אורח חיים בריא X 3.

לשנות ולשפר בתכנית

מהראיונות עולה כי יש לייצר מסגרת קטנה ומחייבת יותר להשתתפות במפגשים, עם רמה אינטלקטואלית דומה בין המשתתפים.

בקרב המנחים יש לחזק את הקשר גם מחוץ למפגשים, לשפר את יכולות ההנחיה ולהתאים מנחה לקבוצה.

"למשל אם יש פגועי נפש, אני מעדיפה שהמדריך יבוא מהתחום הזה של פגועי נפש. מניסיון שלי בסדנא, יש לי נכות פיזית והיה איתי מנחה פגוע נפש. והיה לי קצת קשה אתו, כי יש לו קטעים שהוא פתאום מתעצבן וחוטף קריזה. הוא יוצא הרבה משיווי משקל."

ריכוז ממצאים

קשר עם משתתפים

- משמעת ונוכחות. בניית מסגרת שמחייבת השתתפות בכל המפגשים.
- יותר מפגשים חברתיים, מפגשים שקשורים יותר לחיי חברה.
- יצירת קשר יותר הדוק בין מנחים למשתתפים לאחר הסדנא.

- יצירת פורום של המנחים / משתתפים לשיתוף מידע וקבלת עזרה.
- יצירת פעילות המשך במטרה לעודד התמדה.

בניית קבוצה

- בניית קבוצות עם רמה אינטלקטואלית דומה פחות או יותר.
- קבוצות יותר קטנות על מנת שתהיה אפשרות להעניק זמן לכל אחד.
- יצירת חיבור בין האנשים בעזרת מכנה משותף, כמו גיל למשל.

הנחיה

- שיפור מיומנויות ההדרכה של המנחים X 2.
- התאמת מנחה לאוכלוסיית יעד

תכנים

- לשמור על התכנית כמה שיותר ולשווק אותה בצורה טובה.
- הוספת מפגשים עם אנשי מקצוע כמו דיאטנית או מורה ספורט על מנת להרחיב נושא מסוים.
- העברת הסדנא לאוכלוסיות נוספות - נוער, ילדים, גמלאים.

תנאים פיזיים

- צריך למצוא אבזור מתאים לכיתה. למשל לא רק ישיבה על הכיסאות במעגל אלא גם ישיבה סביב שולחן, כדי לשים כוס קפה אפילו וגם לרשום אם צריך. צריך שהכיתה תהיה מתאימה מבחינת תנאים פיזיים.

הצעות לשיווק והרחבת התכנית

מכלל הראיונות עולה כי המנחים סבורים שיש לשווק את התכנית במסגרות ומוסדות בהם נעזרים אנשים עם מוגבלויות וליצור שיתופי פעולה עם גורמים מעורבים.

ריכוז ממצאים

- לשווק את התכנית למקומות עם ריכוז גבוה של אנשים בעלי מוגבלויות-מועדונים, קופ"ח, מתנ"סים וכד' X 4.
- ליצור שיתופי פעולה עם עמותות שמפעילות תכניות דומות לאוכלוסיית הנכים, על מנת לשווק / למכור את הסדנא X 2.
- להעלות מודעות בקהילה בעזרת פרסום X 2.
- לשווק את התכנית במוסדות המעסיקים אנשים בעלי מוגבלויות.
- ליצור שיתופי פעולה עם גורמים מעורבים - רווחה, ביטוח לאומי ומשרד הבריאות, על מנת שהתכנית תהיה חלק מתהליך השיקום בשלב המוקדם של קבלת נכות.
- להציע את התכנית לאוכלוסיות נוספות, כגון בני נוער במתנ"סים, גמלאים.
- למנות אדם שיהיה אחראי על גיוס עמיתים בירושלים.

חווית הנחיה

מהראיונות עולה כי המנחים הגיעו לתפקיד מתוך אמונה בחשיבות קידום אורח חיים בריא בקרב אוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות, רצון לעזור ולהשפיע ולצבור ניסיון בהנחיה.

"הרגשה נהדרת ומצוינת שאת נותנת למישהו אחר שיצליח וישנה את אורח חיים לטובה. שגם לו יהיה טוב לא רק לך. להעביר ידע שהוא חיובי זה נותן הרבה פידבק."
"המפגשים של ההשאה, על איך לשפר את הנחיה, היו מאוד חשובים. נסעתי מירושלים לאשדוד ולווינגייט כדי לשמוע את הדברים האלה כי זה היה מאוד חשוב ומועיל בשבילי."

ריכוז ממצאים

הגורמים להנחיה

- **אמונה באורח חיים בריא ובצורך לקדם את הנושא בקרב אוכלוסייה של בעלי מוגבלויות X 10.**
- הצלחה אישית ביישום הסדנא X 3.
- הזדמנות להנחות קבוצות, להשפיע ולעזור X 2.
- ידע קודם בתחום השיקום בשילוב עם אמונה בחשיבות הסדנא בקרב בעלי מוגבלויות.
- עבודה עם אנשים במצב דומה והזדמנות לייצר שינוי בחייהם.
- העשרה עצמית.

תרומה מהנחיה

- **הרגשת סיפוק מהאפשרות לתת למישהו שיוכל להצליח ולשנות את אורח חיים לטובה X 6.**
- הזדמנות להכיר אנשים בעלי מוגבלויות, להיחשף לקשיים שלהם ולעזור X 5.
- שיפור כישורי ההוראה בעזרת קבוצה מאוד מגוונת X 4.
- הסדנא חיזקה את הרצון ליצור שינוי בקרב בעלי מוגבלויות בתחום של אורח חיים בריא.
- חפיפה נוספת לתכנים.
- שינוי חיובי ברמה האישית.
- ללמוד להקשיב לאחרים
- אפשרות להתפרנס בדרך קלה ונחמדה.

שינוי שחל בעקבות הנחיה

מכלל הראיונות עולה כי ההנחיה בתכנית הגבירה אצל המנחים את השמירה על אורח חיים בריא והעשירה את הידע שלהם בתחום. בנוסף, ההנחיה אפשרה העצמה ברמה האישית והעשרת עולמם הפנימי תוך הגברת רצונם להשפיע לטובה על החברה.

"כל הצלחה, אפילו קטנה, של מישהו מהקבוצה גרמה לי להרגיש מאוד טוב עם עצמי."
"עבודה עצמית על הדברים שלא חשבתי עליהם קודם."

ריכוז ממצאים

אורח חיים

- ניהול אורח חיים בריא יותר X 3.
- חיזוק עצמי בשמירת אורח חיים בריא X 2.

העשרת ידע

- העשרת ידע מהמשתתפים X 2.
- חשיפה לאוכלוסיות שלא הכרתי והרחבת ראייה X 2.

הפן האישי

- פיתוח אמפתיה לאחר.

שינוי בהנחיה

- חיזוק ברצון להעביר את הנושא הלאה X 3.
- פיתוח יצירתיות ודמיון עצמי על מנת להנגיש את החומרים בצורה המתאימה ביותר לקבוצה מסוימת.

5.3. סיכום ראיונות רכזות

הממצאים מתבססים על ראיונות עם 3 רכזות (כלל הרכזות בהווה).

השפעת התכנית בקרב המשתתפים

מהראיונות עולה כי התכנית בהחלט גרמה לשינוי תפיסתי והתנהגותי אצל המשתתפים, הם נחשפו לתחום רחב של אורח חיים בריא והכירו את כל ההיבטים הכלולים בו. מבחינה תזונתית, התכנית הציגה למשתתפים את פירמידת המזון ואת ההסברים המפורשים איך לשמור עליה, עד כדי הסבר של מה בדיוק לקנות והיכן. הושם דגש על חשיבות המים והנזק של משקאות מתוקים. בסדנא הוסבר על חשיבותה של הפעילות הגופנית בשילוב עם שמירה על תזונה נכונה. הודגש כי ספורט מפתח את סבולת לב הריאה ומונע מחלות. המשתתפים הבינו כי קיימת פעילות גופנית שיכולה להיות מותאמת לאנשים עם מוגבלויות (כמו יוגה במקום ריצה). בעקבות התכנית חלק גדול מהמשתתפים שינו לגמרי את הרגלי התזונה שלהם והחלו לעשות פעילות גופנית. באופן כללי משתתפים דיווחו על עלייה בביטחון העצמי הודות לסדנא.

סיפורי הצלחה

תזונה ופעילות גופנית

"משתתף אחד ירד במשקל 25 קילו. ישנה מנחה שעברה לאוכל בריא לגמרי וגם כן ירדה במשקל."
"יש בחור ששתה כל הזמן משקאות מתוקים ומוגזים, בזכות הסדנא הוא עבר לשתות מים. כך הוא גם חסך כסף, גם העביר את המסר למשפחה שלו והשפיע עליהם, וגם שיפר את בריאותו."
"היה בחור שלא יכול היה לבצע פעילות גופנית של ריצה והוא הציב לעצמו מטרה שמסוף הסדנא ועד למפגש ההמשך הוא יורד במשקל. הוא אכן ירד חמישה קילו (בחודש וחצי)."
"היו אנשים שבזכות ההשתתפות בסדנא התחילו לעשות הליכות ולבצע פעילות גופנית."

פעילות הפנאי

"יש בחורה שלא יצאה מהבית ולא האמינה בעצמה ובזכות הסדנא התחילה לצאת ולהיפגש עם אנשים והבינה שלחיים יש משמעות גם אם היא יושבת בכיסא גלגלים."
"היה זוג שהשתתף בסדנא, הבחור נכה ואשתו לא. הם הביעו רצון לסוע לחו"ל והתכנית נתנה להם את הביטחון לנסוע ולהתנהל בחו"ל, ולהתגבר על הבושה."
"הייתה לנו סדנא במגזר הערבי והיו אנשים שהנגישות במקום שלהם הייתה נמוכה, ופתאום היה להם שיפור בביטחון העצמי והם התחילו לצאת לסרטים ודברים נוספים."

תעסוקה

"יש בחורה שהשתתפה באחת הסדנאות ובזכות הסדנא היא ירדה במשקל והחליטה לקחת את חייה לידיים. היא הלכה ללמוד ונבחרה להיות מנחה. בזכות היכולות שלה היום היא במעגל המנחים."

השפעת התכנית בקהילה

מהראיונות עולה כי התכנית יצרה שינוי חיובי גם בקרב חלק מהמשפחות והחברים של בוגריה, והביאה לשיפור באורח חייהם. ניתן לראות כי הנושא של אורח חיים בריא עלה למודעות גם בקהילה. מנהלי המפעלים מדווחים כי חלו שינויים.

שינויים בקהילה

"עכשיו זה מדיניות עירונית שבכל הישיבות וכל האירועים יש כיבוד בריא. וגם המנכ"ל חתם על המנה של הבריאות."

"הם משולבים בכל התכניות והפעילויות של המתנ"ס. אנחנו דואגים שכל הפרסומים שלנו יהיו מונגשים גם לאנשים עם מוגבלות. בפורום מתנ"ס אנו דאגנו למכשירים וציוד המונגשים לאנשים עם מוגבלות. במתנ"ס יש רכז שאחראי על קבוצה של אנשים עם מוגבלות וצרכים מיוחדים, שזה היה עוד לפני התכנית, אבל עכשיו הוא עוד יותר מעורב בעניין."

"בשנה הבאה הקצנו מהתכנית שלנו, "עיר בריאה", משאבים לסבסוד של חוגים בתחום הספורט לאנשים עם מוגבלות וגם לילדים עם מוגבלות."

"עברנו הכשרה בנושא של בישול בריא לאנשים בני 60 פלוס ויש שינוי בתחום הזה ויש לנו 2 שהשתתפו בחוג והיום הם מנחים בשני מועדונים של קשישים. התכנית הזאת זה 12 מפגשים בכל מועדון ומדברים על בישול מהיר ובריא וזול לאנשים עם מוגבלות. יש הנחות קבועות וחוגים מסובסדים. בספטמבר יש שבוע של אנשים עם צרכים מיוחדים ושם יציגו את המועדון והתכנית של עמיתים לחיים בריאים. ובאותה הזדמנות נגייס אנשים לתכנית בה אנשים עם מוגבלות קלה מאמצים אנשים עם מוגבלות קשה יותר. אנו עובדים עם הרווחה, מועדון לקשיש וביטוח לאומי ויצרנו רשת של שיתופי פעולה בין הרבה מאוד אנשים."

"במפעלים שעושים הזנה שינו את התזונה שלהם."

"התקיימה סדנא לחברה של אקים, במפגש הראשון והשני המדריכים והמועדון שלחו עם המשתתפים בורקסים ורוגלך. מהמפגש השני הם שלחו איתם ירקות וכריכים בריאים."

שינויים במשפחה

"המשתתפים לוקחים את המשפחות שלהם להליכות. הבישול בבית השתנה והמתכונים עוברים גם לשכנים."

אחר

"יש שתי בנות מנצרת עלית שבעקבות התכנית הן מנהלות מועדון חרשים (שתיהן חרשות)."

"יש אחת שמתפתת בפורום של מתנ"ס בריא."

השוואה לתכניות אחרות דומות

שתי רכזות המכירות תכניות אחרות **שפונות לאוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות** סברו כי **תכנית "אבן דרך"** טובה הרבה יותר. רכזת אחת לא הכירה לתכניות אחרות ולכן לא יכלה לעשות השוואה. ביחס לתכניות אחרות **בתחום של קידום אורח חיים בריא** סברו שתי הרכזות כי תכנית "אבן דרך" טובה ואפקטיבית יותר כי היא יוצרת שינוי התנהגותי אצל הפרט ונותנת אפשרות לעקוב אחר ההצלחה. השינוי שנוצר מקרין מהפרט לסביבה. תכניות אחרות הן סביבתיות וכלליות יותר.

ייחודיות התכנית

מהראיונות עם שתי הרכזות אשר מכירות תכניות אחרות, עולה כי בניגוד לתכניות אחרות בהן הדגש הינו על הקניית ידע בלבד, "אבן דרך" נותנת כלים פרקטיים ופרטניים ואף מעודדת את המשתתף לקבוע יעדים ולעמוד בהם. התכנית מאפשרת חשיפה והיכרות עם סוגי מוגבלויות שונים ויש בכך היבט קהילתי משמעותי. המסגרות הקיימות לאנשים בעלי מוגבלויות מדגישות את היותם "נכים", לעומתן "אבן דרך" פותחת את הדלת החוצה ומעודדת את המשתתף להשתלב בחברה הבריאה. ההתנסות הפרקטית של המשתתף במהלך התכנית מסבה לו סיפוק רב, מעלה את הביטחון העצמי שלו ומקנה לו הרגשת עצמאות. בנוסף, התכנית ייחודית בכך שההדרכה בה נעשית ע"י אנשים בעלי מוגבלויות.

"היה לנו פגוע פיזית מהצבא ופגוע נפשית מהצבא, בזכות הסדנא הייתה המון הבנה ביניהם, למוגבלות השונה ולקושי בהתמודדות עמה."

"בחורה עיוורת לא יכלה לצאת מהבית והרגישה מאוד סגורה ובודדה. בסדנא היא הכירה מישהי שחלתה במחלה והן הפכו להיות חברות. היום הן יוצאות, והיא לקחת אותה לקניון, היא הפכה להיות העיניים שלה."

יתרונות התכנית

מהראיונות עולה כי יתרונותיה של התכנית הם בהנחיה שנעשית בגובה העיניים ומאפשרת למידה מניסיון וחוויה של משתתף, בהתאמתה למוגבלויות השונות ובהזדמנות שהיא מאפשרת לחולל שינוי משמעותי. הסדנא פותחת צוהר לעולמם של בעלי המוגבלויות, היא רב תחומית כך שאנשים בעלי נכויות שונות יכולים למצוא בה חלק יישומי המתאים לסוג הנכות שלהם והיא מייצרת רצון לבצע שינוי תוך קבלת הכלים הנדרשים על מנת להגיע ליעד.

לשנות ולשפר בתכנית

מהראיונות עולה כי יש מקום להרחיב את ההיכרות עם סוגי פעילות גופנית נוספים, להוסיף חומר עזר למנחים ולצרף דיאטנית לצוות הנחיה. בנוסף מומלץ לתת מידע למשתתפים על סוגי פעילות גופנית שקיימים באזור מגוריהם ולייצר המשכיות לתכנית במטרה לתמוך ולעודד את הבוגרים.

הצעות לשיווק והרחבת התכנית

מהראיונות עולה כי יש מקום להרחיב את התכנית ולייצר שיתופי פעולה עם גורמים רלוונטיים דוגמת הביטוח הלאומי, משרד הרווחה, קופות חולים, הוסטלים ומפעלים מוגנים. כמו כן, יש מקום ליצירת שותפות עם תכניות הפונות לאנשים עם צרכים מיוחדים, כגון תכנית "עמיתים" ו- "בריאות הנפש".
בהיבט רחב יותר, נכון אף לשווק את התכנית למסגרות אחרות, כגון תכונים, צבא וכדו' ולכלל האוכלוסייה.

חווית הנחיה

הגורמים לבחירה בתפקיד

מהראיונות עולה כי ההחלטה של הרכזות לקחת את התפקיד נבעה מזיקה מקצועית לתחום של שיקום נכים, זיקה אישית לאורח חיים בריא, רצון לאפשר עצמאות לאנשים בעלי מוגבלויות ועבור רכזת אחת גם מתוך רצון לחלוק מחוויותיה האישיות כאישה עם מוגבלות.

תרומה אישית

מהראיונות עולה כי ריכוז התכנית תרם לרכזות באופן משמעותי בניהול אורח חיים בריא יותר, אפשר להן להכיר אנשים בעלי מוגבלויות ולהבין את צרכיהן, להוביל פעילות יזומה לטובת נגישות לנכים ועבור אחת הרכזות אף נתן כוח להמשיך הלאה לאחר חווית נכות אישית.

שינוי שחל בעקבות ההשתתפות

מהראיונות עולה כי בעקבות תפקידן, חוו רכזות התכנית הסתכלות מושכלת יותר על החיים, גברה אצלן ההתחשבות באוכלוסיית הנכים ועבור אחת מן הרכזות הייתה אף עלייה בהערכה העצמית לאחר חוויית נכות אישית.

5.4 סיכום ראיון מנהלת התכנית

שינוי בקרב המשתתפים

ריכוז ממצאים

שינוי תפיסתי

- ✓ התכנית יצרה הבנה בקרב המשתתפים כי אורח חיים בריא כולל בתוכו חיבור לעצמי וחיבור לסביבה מעבר להיבטים של תזונה וספורט.
- ✓ הרב גוניות של התכנית שהייתה מאוד מאתגרת, בסופו של דבר יצרה הבנה מעמיקה יותר של סוגי מוגבלויות שונים ותרמה רבות בקבלת פרופורציות על הקשיים האישיים אצל כל אחד מהמשתתפים.

שינוי התנהגותי

- ✓ חל שינוי משמעותי המתבטא בניהול אורח חיים בריא יותר בקרב המשתתפים.
- ✓ יש דיווחים רבים על שינויים שחלו בתחום התעסוקה, בחיים האישיים בתכניות שיקום אחרות בהן המשתתפים שותפים.
- ✓ התכנית יצרה שינוי גדול גם בקרב המנחים ששיפרו את אורח חייהם לבריא יותר.

סיפורי הצלחה

שינוי תפיסתי

- "היו סדנאות שראינו במפגש הראשון שלחלק מהאנשים מאוד קשה עם מוגבלויות מסוימות ובסוף הסדנא ראינו תמיכה הדדית."
- "חלק גדול מהמנחים הגיעו עם סטיגמות לגבי המוגבלויות השונות ולגבי האוכלוסייה ובעקבות הסדנא זה התפרק."

שינוי התנהגותי באורח חיים

- "מישהו שבא מהתחום (עובד כמטפל) ובכל זאת עד הסדנא הוא לא עשה כלום בנושא הבריאות. כיום, 3 שנים לאחר הסיום, הוא מקפיד מאוד על אורח חיים בריא."
- "היה זוג ששנים לא יצא לשום מקום, כי התבייש מעצמו. בתום הסדנא הם יצאו לבית קפה."
- "משתתף אחד עבר כל כך הרבה תכניות שיקום ללא שינוי ובסוף סרבו לקבלו. לאחר הסדנא, לאחר עמידה בהתחייבות לרוץ כל שבוע למשך חודש ימים, קיבלו אותו לתכנית שיקום."

שינוי בקהילה

ריכוז ממצאים

- ✓ התכנית גרמה לשינוי במודעות של כלל האוכלוסייה, נותני השירות ומעצבי המדיניות, המתבטא בתפיסה חדשה המגדירה אנשים בעלי מוגבלויות כחלק מהצרכנים של אורח חיים בריא.
- ✓ התכנית השפיעה על סביבת המשתתף לניהול אורח חיים בריא יותר.
- ✓ התכנית יצרה שינוי בחיי המשפחה של המשתתפים.

דוגמאות

שינויים במוסדות

- "נוצר קשר עם קופ"ח וחל שינוי בקופות מבחינת הבנה והתייחסות לאוכלוסייה זו. נוצרה מכוונות לאוכלוסייה – הבנה שגם לנכים יש צרכים בקידום בריאות (ואף בבריאות ככלל)".
- "בקופ"ח כללית באשדוד, נפתחה סדנא של אורח חיים בריא ותזונה המותאמת לאנשים עם מוגבלות פיזית".
- "מסגרות להן משתתפים משתייכים כגון מע"ש, מפעלים מוגנים, לקחו חלק מהתכנים של התכנית, אוכל בריא, פעילות. המסגרות הללו גם נתנו תמיכה למשתתפים עצמם".

שינויים במשפחה

- "הפסקה של שתייה ממותקת בבית, למעט בשבת".
- "יציאות משפחתיות לריצה".

השוואה לתכניות אחרות דומות

בהשוואה לתכניות אחרות הפונות לאוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות, תכנית "אבן דרך" טובה יותר, אך אין הרבה תכניות קונספט להשוואה. בהשוואה לתכניות אחרות בתחום של קידום אורח חיים בריא התכנית טובה הרבה יותר.

ייחודיות התכנית

ריכוז ממצאים

- ✓ הסדנא מצליחה לגעת בכל אחד מהמשתתפים הודות לתפיסה הרגשית של הבריאות אשר מעודדת שייכות חברתית.
- ✓ הסדנא אינה מדגישה את סוגיית "הנכות" אלא החשיבות של אורח חיים בריא עם התאמות מסוימות לפי הצורך.
- ✓ התכנית פועלת בכל הרמות, לא רק ברמה של האדם אלא גם ברמה הקהילתית, כגון קשרים בקהילה, הנושא של הנגשה בקהילה.

יתרונות התכנית

ריכוז ממצאים

- ✓ ההתקשות על מנחים מתוך הסדנא הינה מאוד משמעותית וחשובה.
- "אחד היתרונות של המנחים לפי מודל העמיתים זה שהמנחים מהווים דוגמא אישית (שייכות), אם אני (המנחה עם המוגבלות) יכול, גם המשתתף (עם המוגבלות) יכול."

לשנות ולשפר בתכנית

ריכוז ממצאים

הרחבת התכנית

- יצירת ערכה גנרית אך מודולרית שתאפשר "למכור" את התכנית.
- פתרון בעיית כניסה לגורמים ממשלתיים בשיתוף פעולה עם גוף חיצוני.

גיוס משתתפים

- יצירת שיתופי פעולה עם רשויות בערים הגדולות במטרה להגיע לאוכלוסיית היעד.

אחר

- שיפור בהטמעת סקרי הנגישות.

הצעות לשיווק והרחבת התכנית

מידע כללי

- שיווק התכנית – הזמנת כל המשרדים הרלוונטיים לוועדת היגוי.
- גיוס המשתתפים – בעיקר ע"י רכזות בשטח.
- הצגה בכנסים.
- להעלות למודעות של הגופים הרלוונטיים, כגון מקדמי הבריאות, שירותי רווחה, שירותים ממשלתיים, לחשיבות ולמורכבות של נושא אורח החיים הבריא בקרב אנשים בעלי מוגבלויות.

חוויה אישית מהתכנית

ריכוז ממצאים

החלטה לקבל את התפקיד

- "התכנית עוצבה בדמותי ויצאיתה לפועל היוותה הגשמת חלום עבורי".
- "ישנן שתי ליבות, הראיה ההוליסטית – אקולוגית והאמונה שעם כלים נכונים כל אדם יכול לעשות שינוי משמעותי בחייו, לקדם אורח חיים בריא."

תרומה מההשתתפות

- המושג של אורח חיים בריא הובהר והורחב עבורי לאורך התכנית.
- התכנית הניבה לי הרבה תובנות על חיי ועל החיים של אחרים.

"..הבנתי שבריאות זה כל כך מעבר למה שאנחנו חושבים, היו אנשים עם מגבלות פיזיות מאוד גדולות ובכל זאת היו הכי בריאים בעולם. הייתה להם תפיסה מעולה, הם מקדמים, בריאות נפשית, בריאות חברתית וחיים היטב עם המוגבלות הפיזית שלהם. **ראיתי אנשים עם אתגרים גדולים לוקחים אחריות גדולה על עצמם ומסייעים גם לאחרים. למדתי הרבה מהמנחים**, כל אחד לקח מעט למקום אחר ובכל זאת לכל אחד הייתה יכולת להוסיף משהו ולהעביר את הנושא של קידום אורח חיים בריא..".

5.5. סיכום ראיונות אנשי מקצוע

הממצאים מתבססים על ראיונות עם 5 אנשי מקצוע. (מנהל תחום אוכלוסיות מיוחדות במרכזים קהילתיים נצרת עילית, ראש צוות רווחה באגף רווחה עיריית נצרת עלית, מנהלת תחום שיקום בביטוח לאומי נתניה, מנהלת תחום שיקום בביטוח לאומי עפולה ומנהל מתנ"ס מגדל העמק).

מהראיונות עולה כי תכנית "אבן דרך" מצליחה ליצור שינוי בתפיסת המשתתף ובהתנהגותו בעיקר בתחום התזונה. התכנית טובה יותר מתכניות קיימות עבור אנשים עם מוגבלות. התכנית מקנה כלים פרקטיים ותאורטיים העוזרים לאדם לבצע שינוי באורח החיים. התכנית יוצרת שינוי משמעותי בקרב משתתפים ומשפחותיהם בנושא של אורח חיים בריא, אך על מנת ליצור שינוי בקהילה, ייתכן שהתכנית צריכה להתארך ולהרחיב שיתופי פעולה עם גופים נוספים. ניתן לשקול פנייה לטווחי גילאים נוספים.

ריכז ממצאים

שינוי בקרב המשתתפים

- ✓ משתתפים ללא ידע קודם בתחום היו מרוצים מאוד בתום התכנית.
- ✓ אצל חלק מהמשתתפים ניתן לראות שינוי בנושא תזונה וברצון לשפר את איכות חייהם.
- ✓ יש משתתפים שעשו שינוי של 180 מעלות (הפסיקו לעשן, החליטו לעבוד בתחום הנחיה).
- ✓ בקרב המשתתפים מתוך תחום השיקום, התכנית חידדה את האחריות העצמית על אורח חיים בריא (פעילות גופנית, תזונה).
- ✓ השינוי העיקרי התרחש בתחום התזונה.
- ✓ חל שינוי קל בפעילות הפנאי.
- ✗ בדעת מיעוט נטען כי כמעט ולא חל שינוי בפעילות גופנית (קשה לביצוע בגלל המוגבלויות של אנשים) וכי אצל משתתפים עם ידע קודם בתחום הבריאות לא חל שינוי באורח החיים.

שינוי בקהילה

- ✓ משתתפים שיתפו את חבריהם בנושא הסדנא וחלקם הצטרפו לתכנית.
- ✓ חל שינוי במשפחות
- ✓ יש תכניות ומפגשים רבים בקהילה הקשורים בנושאי הבריאות, כך שכבר קיימת חשיפה לנושא הזה.
- ✓ התכנית עדיין לא השפיעה על הקהילה, היא בשלב השפעה על המשתתפים ועל המשפחות שלהם.

יתרונות

- ✓ התכנית מספקת ידע מהימן.
- ✓ התכנית מזכירה ומחזירה את המודעות לדברים שכבר ויתרו עליהם (כמו ספורט ותזונה נכונה).
- ✓ התכנית מעבירה נושאים חשובים (תזונה, פעילות גופנית, פנאי) שלא מגיעים לאנשים עם מוגבלויות.
- ✓ התכנית פונה באופן ישיר לאוכלוסייה.
- ✓ התכנית משקיעה בנגישות, כגון מתרגמת, הסעות.
- ✓ קיום הסדנאות במתנ"ס תורם לשיתוף עם תכניות אחרות המתקיימות במקום.

- ✓ התכנית נותנת הזדמנות לאדם עם מוגבלות להתפרנס באמצעות הדרכת קבוצה.
- ✓ התכנית מחזקת את הביטחון העצמי לבצע שינוי.
- ✓ התכנית מדגישה את היכולת של המשתתפים.
- ✓ התכנית נותנת פרופורציות ופרספקטיבות נוספות לחיים.
- ✓ התכנית נותנת כלים פרקטיים ליצירת שינוי בחיים.

לשנות ולשפר

- ✓ יש לשפר את תהליכי המיון ולבצע תיאום ציפיות בתחילת התכנית עקב אחוזי נשירה גבוהים, כ-40%.
- ✓ יותר מפגשים.
- ✓ ארגון קבוצות מעקב אחרי סיום התכנית על מנת לעודד את המשתתפים להתמיד ולהשתפר.
- ✓ שיפור הכלי על סמך הפידבקים של המשתתפים.
- ✓ יש לחשוב על תהליכי מיון והתאמה טובים יותר לתכנית.
- ✓ גיוס אנשים מהשטח במטרה להרחיב את נושאי הסדנא ולתת למשתתפים את המידע היכן ניתן לבצע פעילות פנאי לנכים.
- ✓ בכדי ליצור שינוי חברתי יש צורך בהארכת התכנית.

שונה או ייחודית

- ✓ התכנית ייחודית בכך שהיא מכשירה אנשים מתוך הקבוצה להיות מנחים.
- ✓ המנחים מביאים דוגמא אישית למופת: איך יכולים להסתדר בחיים אנשים עם מוגבלויות שונות ואיך הם יכולים להוביל אנשים אחרים.
- ✓ הנושא של אורח חיים בריא הינו חדש וחשוב לאנשים בעלי מוגבלויות, מכיוון שבדרך כלל שמים דגש על התעסוקה.
- ✓ התכנית מהווה הזדמנות נוספת לאדם עם מוגבלות להתפרנס תוך כדי ביטוי עצמי.
- ✓ צוות ההנחיה מאוד מיוחד ואיכותי.

הצעות לשיווק והרחבת התכנית

- ✓ פרסום ארצי ומאסיבי יותר.
- ✓ מיתוג התכנית וסיוע מביטוח לאומי בהפצה.
- ✓ פנייה לקבוצות גיל צעירות יותר.

הערכת התכנית

- ✓ **התכנית טובה יותר בהשוואה לתכניות אחרות הפונות לאוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות.**
- ✓ התכנית טובה יותר בהשוואה לתכניות אחרות בתחום של קידום אורח חיים בריא.
- ✗ בדעת מיעוט נטען כי התכנית זהה לתכניות אחרות בתחום של קידום אורח חיים בריא.

נתניה

מנהלת תחום שיקום (ביטוח לאומי)

קשר לתכנית: עוזרת ומשתתפת בגיוס אנשים לתכנית. אורחת את המפגשים של אנשים עם מוגבלויות עם ארגונים שונים בביטוח לאומי (מארגנת מקום למפגשים). חושבת שהנושא של אורח חיים בריא מאוד חשוב וצריך להעביר אותו לכמה שיותר אנשים.

ריכוז ממצאים

שינוי בקרב המשתתפים

✓ בקרב המשתתפים שמכירה מתוך תחום השיקום התכנית חידדה את האחריות העצמית על אורח חיים בריא (פעילות גופנית, תזונה).

שינוי בקהילה

- לא מכירה.

הערכת תכנית

✓ התכנית טובה יותר בהשוואה לתכניות אחרות הפונות לאוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות.

שונה או ייחודית

✓ המנחים מביאים דוגמא אישית למופת: איך יכולים להסתדר בחיים אנשים עם מוגבלויות שונות ואיך הם יכולים להוביל אנשים אחרים.

יתרונות

- ✓ מדגישה את היכולת.
- ✓ נותנת פרופורציות ופרספקטיבות נוספות לחיים.
- ✓ מזכירה ומחזירה את המודעות לדברים שכבר ויתרו עליהם (כמו ספורט ותזונה נכונה).

לשנות ולשפר

- יותר מפגשים בנושא.
- ארגון קבוצות מעקב אחרי סיום התכנית על מנת לעודד את המשתתפים להתמיד ולהשתפר.
- שיפור של הכלי על סמך הפידבקים של המשתתפים.

סיכום

התכנית יוצרת שינוי בתפיסת המשתתף. על מנת שהרצון להשתנות יתגשם חסרה הכוונה צמודה יותר ומסגרת ארוכת טווח.

עפולה

מנהלת תחום שיקום (ביטוח לאומי)

קשר לתכנית: עוזרת בגיוס אנשים לתכנית.

ריכוז ממצאים

שינוי בקרב המשתתפים

- ✓ השינוי העיקרי התרחש בתחום התזונה.
- ✓ חל שינוי קל בפעילות הפנאי.
- ✗ כמעט ולא חל שינוי בפעילות גופנית (קשה לביצוע בגלל המוגבלויות של אנשים).

שינוי בקהילה

- ✓ חל שינוי במשפחות שמכירה.
- בקהילה יותר רחבה לא יודעת.

הערכת תכנית

- ✓ התכנית טובה יותר בהשוואה לתכניות אחרות הפונות לאוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות.
- ✓ התכנית טובה יותר בהשוואה לתכניות אחרות בתחום של קידום אורח חיים בריא.

שונה או ייחודית

- ✓ הנושא של אורח חיים בריא הינו חדש וחשוב לאנשים בעלי מוגבלויות, מכיוון שבדרך כלל שמים דגש על התעסוקה.
- ✓ אופן ההנחיה - המנחים עצמם בעלי מוגבלויות.

יתרונות

- ✓ העברת נושאים חשובים (תזונה, פעילות גופנית, פנאי) שלא מגיעים לאנשים עם מוגבלויות.
- ✓ פנייה ישירה לאוכלוסייה.

לשנות ולשפר

- גיוס אנשים מהשטח במטרה להרחיב את נושאי הסדנא ולתת למשתתפים את המידע היכן ניתן לבצע את פעילות פנאי לנכים.

סיכום

התכנית יוצרת שינוי בעיקר בנושא התזונה. הנושא של פעילות גופנית צריך לעבור התאמה טובה יותר לקהל היעד, מכיוון שבחלק מהמשתתפים מדובר במוגבלות פיזית קשה. ניתן להרחיב למשתתפים את נושא הפנאי תוך שיתוף פעולה צמוד יותר מצד גורמים קהילתיים.

מגדל העמק

מנהל מדור קהילה נגישה באגף הרווחה (עיריית מגדל העמק)

קשר לתכנית: עוזרת בגיוס אנשים לתכנית.

ריכוז ממצאים

שינוי בקרב המשתתפים

- ✓ אצל 2 אנשים שמכירה חל שינוי בתפיסה של תזונה.
- לא מכירה הרבה אנשים שהשתתפו.

שינוי בקהילה

- מכירה הרבה תכניות ומפגשים בקהילה הקשורים בנושאי הבריאות, כך שכבר קיימת חשיפה לנושא הזה.

הערכת תכנית

- ✓ התכנית טובה יותר בהשוואה לתכניות אחרות הפונות לאוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות.
- ✓ התכנית טובה יותר בהשוואה לתכניות אחרות בתחום של קידום אורח חיים בריא.

יתרונות

- ✓ התכנים מגיעים ישירות למוגבלים.
- ✓ ניתנת הזדמנות לאדם עם מוגבלות להתפרנס באמצעות הדרכת קבוצה.

סיכום

נראה שינוי בתפיסה של תזונה. התכנית מהווה הזדמנות נוספת לאדם עם מוגבלות להתפרנס תוך כדי ביטוי עצמי.

מגדל העמק

מנהל מתנ"ס (מתנ"ס מגדל העמק)

קשר לתכנית: מגייסת אנשים לתכנית, הולכת לבקר שם, מחברת את התכנית לפרויקטים נוספים במתנ"ס.

ריכוז ממצאים

שינוי בקרב המשתתפים

✓ יש אנשים שעשו שינוי של 180 מעלות (הפסיקו לעשן, החליטו לעבוד בתחום הנחיה).

שינוי בקהילה

▪ התכנית עדיין לא השפיע על הקהילה, היא בשלב השפעה על המשתתפים ועל המשפחות שלהם.

הערכת תכנית

✓ התכנית טובה יותר בהשוואה לתכניות אחרות הפונות לאוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות.

✓ התכנית טובה יותר בהשוואה לתכניות אחרות בתחום של קידום אורח חיים בריא.

שונה או ייחודית

✓ צוות ההנחיה מאוד מיוחד ואיכותי.

✓ התכנית מכשירה משתתפים להיות מנחים.

יתרונות

✓ ניתנת הזדמנות למשתתף לעבוד כמנחה.

✓ השקעה בנגישות, כגון מתרגמת, הסעות.

✓ קיום הסדנאות במתנ"ס תורם לשיתוף עם תכניות אחרות המתקיימות במקום.

לשנות ולשפר

▪ בכדי ליצור שינוי חברתי יש צורך בהארכת התכנית.

הצעות לשיווק והרחבת התכנית

▪ פרסום יותר מסיבי.

▪ פנייה לקבוצות גיל צעירות יותר.

סיכום

התכנית יוצרת שינוי מאוד משמעותי בקרב משתתפים ומשפחותיהם בנושא של אורח חיים בריא. על מנת ליצור

שינוי בקהילה התכנית צריכה להתארך ולהרחיב שיתופי פעולה עם גופים נוספים. ניתן לשקול פנייה לטווחי גילאים

נוספים.

5.6. מצאים מסקנות והמלצות

תכנית אבן דרך ייחודית במספר היבטים שעולים באופן ברור מהראיונות עם כלל קבוצות המחקר. **הראיה וההתייחסות לנושא של בריאות ואורח חיים בריא היא הוליסטית - פיזית, רגשית וחברתית.** התכנית מעניקה זוויות חדשות על החיים עם מוגבלות, נותנת כלים לארגן את החיים בצורה טובה יותר, מסייעת בהצבת יעדים ומטרות ובהשגתם, תורמת לתקשורת ולחיבור עם אנשים, סביבה וקהילה, ומעצימה. מהראיונות עולה כי בעקבות התכנית התרחש שינוי משמעותי בתפיסה של רוב המשתתפים את המושג אורח חיים בריא וביישום משמעותו הרחבה. משתתפים רבים דיווחו על שינוי באורח החיים במובן הרחב; בפעילות, בתזונה, באמונה בעצמי, בביטחון העצמי, ביחס לסביבה ולאחר.

התכנית ייחודית בכך שהיא **פונה אל כלל סוגי המוגבלויות ורמות המוגבלות** (קבוצות מאוד הטרוגניות), בכך שהמנחים אינם מנחים מקצועיים אלא **מנחים עם מוגבלות** אשר השתתפו וצמחו מתוך הסדנא, ובכך שהיא שמה דגש על **שילוב של אנשים עם מוגבלויות בפעילויות קיימות לאוכלוסייה.**

לעובדה שהמנחים היו אנשים עם מוגבלות הייתה תרומה מכרעת, המשתתפים התחברו אליהם והמנחים הבינו את האתגרים והחסמים שלהם. **המנחים היוו דוגמא אישית לחיים עם מוגבלות** בלי ייאוש ובכך העצימו מאוד את המשתתפים. בנוסף, החשיפה לסוגים שונים של נכויות ייצרה אצל המשתתפים הבנה רחבה יותר של המושג מוגבלות ותקווה באשר ליכולתם להתמודד ולהצליח. במקביל, הושם דגש בתכנית על התאמה ייחודית לצרכים האישיים של כל משתתף בהתאם למוגבלות שעמה הוא התמודד. התכנית אינה מדגישה את סוגיית "הנכות" אלא את החשיבות של אורח חיים בריא עם התאמות מסוימות לפי הצורך.

"הסדנא היא דוגמא לשיקום, כבוד ושותפות בין אנשים שונים עם בעיות שונות - דומות."

מכלל הראיונות עולה כי התכנית הגבירה הן אצל המשתתפים והן אצל הצוות המקצועי, את המודעות להיבט הרחב של המושג אורח חיים בריא ואפשרה **תהליך העצמה משמעותי ברמה האישית.** התכנית השפיעה על סביבת המשתתף (משפחה וחברים) לניהול אורח חיים בריא יותר וביקשה לגרום לשינוי במודעות של כלל האוכלוסייה, נותני השירות ומעצבי המדיניות, אשר יתבטא בתפיסה חדשה המגדירה אנשים בעלי מוגבלויות כחלק מהצרכנים של אורח חיים בריא. **התכנית נתפסת, הן ע"י המנחים ומנהלי התכנית והן ע"י אנשי מקצוע חיצוניים, כטובה יותר באופן משמעותי מתכניות אחרות לאנשים עם מוגבלות.**

הנקודות המרכזיות שכדאי לשמר בהמשך דרכה של התכנית הן הראייה ההוליסטית של המושג אורח חיים בריא, ההנחיה ע"י מנחים הצומחים מתוך הסדנא והמתמודדים עם מוגבלות, והפנייה אל כלל המוגבלויות תוך שילוב בפעילויות קיימות לאוכלוסייה הכללית. נקודות שמומלץ לשים אליהן לב בהמשך דרכה של התכנית הן הצורך **לייצר מפגשי המשך לתכנית** במטרה לתמוך ולעודד את בוגריה, **והחשיבות שיש להרחבת שיתופי הפעולה עם גופים ומוסדות רלוונטיים** על מנת להרחיב את התכנית ואת השפעתה על הקהילה.

Abdullah, N., Drum, C. E., Horner-Johnson, W. (2011). A randomized trial of a health promotion intervention for adults with disabilities. *Disability and Health Journal*, 4, 254-261.

Abdullah, N., Drum, C. E., Hammond, L., Horner-Johnson, W., Krahn, G. L., Staples, E., & Weisser, J. (2004). Healthy Lifestyles for People with Disabilities. *Californian Journal of Health Promotion*, 2, 42-54.

Center for Disease Control (n.d.). *Disability and Health*. Retrieved May 6, 2010, from <http://www.cdc.gov/ncbddd/dh/DHactivities.htm>

Centre for Developmental Disability Health Victoria (2007). *"I Can Quit!" Smoking cessation course facilitators manual*. Retrieved June 13, 2010, from Centre for Developmental Disability Health Victoria: <http://www.cddh.monash.org/quit-manual.pdf>

Eisenberg, Y. (2009, October 6). *Using GPS data loggers and GIS for public health research*. Retrieved June 2, 2010, from University of Illinois at Chicago: http://www.uic-chp.org/ARTICLES/HEZ/ILGISA_2009_GPS.pdf

Measuring Health and Disability in Europe: Supporting Policy Development (n.d.). Retrieved May 31, 2010, from <http://www.mhadie.it/home.aspx>

Montana Disability and Health Program (n.d.). *Nutrition for Individuals with Intellectual or Developmental Disabilities: Nutrition Standards of Care*. Retrieved 1 25, 2010, from Montana Disability and Health Program: <http://mtdh.ruralinstitute.umn.edu/Publications/StandardsStaff.htm>

National Cancer Institute (2013). *Usual Dietary Intakes: NHANES Food Frequency Questionnaire (FFQ)*. Retrieved from <http://appliedresearch.cancer.gov/diet/usualintakes/ffq.html>

Rehabilitation Institute of Chicago (2010). *Functional Fitness*. Retrieved June 23 2010, from <http://www.ric.org/conditions/community/fitness/classes/functionalfitness.aspx>

The University of Montana Rural Institute (n.d.). *Living Well with a Disability*. Retrieved June 1, 2010, from <http://www.livingandworkingwell.org/default.cfm>

University of Illinois at Chicago (n.d.). *Health Empowerment Zone*. Retrieved June 2, 2010, from University of Illinois at Chicago - Center on Health Promotion Research for People with Disabilities: http://www.uic-chp.org/CHP_A5_HEZ_01.html

World Health Organization (2005). *Images of health and disability*. Retrieved May 31, 2010, from <http://www.who.int/features/galleries/disabilities/index.html>

World Health Organization (2009). *Interventions of Diet and Physical Activity: What Works Summary Report*. Geneva: World Health Organization.

אדפטיפ. למידה פעילה והעצמה של אנשים עם צרכים מיוחדים בפעילות גופנית, פנאי ונופש פעיל.
אוחזר ב- 6 מאי 2010, מתוך <http://www.adaptip.com/default2.asp?LangCode=heb>

גינסברג, ג', רוזנברג, א', רוזן, ב' (2010). ניתוח עלות-תועלת של תכניות התערבות למניעה ולטיפול
בהשמנת יתר בישראל. ירושלים: משרד הבריאות; מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

גרבר, ר' (2011). קידום בריאות, מניעה ושימור תפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות. ירושלים: ג'וינט
ישראל, מסד נכויות.

הוצלר, י' (2006). פעילות גופנית מותאמת וספורט לאנשים עם מוגבלויות. אוחזר ב- 7 מרץ 2011,
מתוך אדאפטיפ: http://www.adaptip.com/imgs/Uploads/pdf/2006_Adapt_Heb.pdf

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות (2006). סקר בריאות לאומי 2003/2004. ירושלים:
הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות.

המרכז לרפואת השינה. (2009). הערכת איכות השינה. אוחזר מתוך
<http://sleeplab.technion.ac.il/Sleep/Templates/showpage.asp?DBID=1&LNGID=2&TMID=10004&FID=325>

לב, י' (2010). הפעילות הגופנית המותאמת: ספורט והגנה עצמית לאנשים בעלי מוגבלויות. מודיעין:
עצמית.

עורי, א', ופרג, א' (2009). לעתיד בריא 2020: דוח הועדה לקידום בריאות ומניעת תחלואה משנית
בקרב אנשים עם מוגבלות. ירושלים: משרד הבריאות.

פריזנט. (2000). שאלון מצב רגשי (מתוך שאלון SELF). אוחזר מתוך
<http://www.kshalem.org.il/uploads/file/Research/ResearchTools/Quantitative/HebetimRigshiyim/DimuyAtzmiVehosenEishi/SheelonMatzaviRigshi-DimuyAtzmiVematzavNafshi.pdf>

שאלון שייכות חברתית וקהילתית. (אין תאריך). אוחזר מתוך
<http://kshalem.xpmltd.info/uploads/file/Research/ResearchTools/Quantitative/HebetimHitnahagutiyimVehevratiyim/ShayahutVekognitzyaHevratit/SheelonShayahutHevratitAndKehilatit.pdf>

שמש, ע', ונקמולי-לוי, ד' (2009). "אנשים עם מוגבלויות בקהילה". ירושלים: משרד הבריאות, האגף
לכלכלה וביטוח בריאות, תחום תכנון סקרים והערכה.

שטל, ז', צודיקוב, פ', פארן, סיגל, פ', רחמיאל, ש' (2010). מדריך לתזונה נבונה ואורח חיים בריא במערך
בריאות הנפש בישראל. ירושלים: משרד הבריאות שירותי בריאות הציבור המחלקה לתזונה.

7. נספחים

7.1. נספח 1: נתונים דמוגרפיים מכלל המשיבים

נתוני רקע		
%	N	משתנה
49%	122	מגדר, נשים N=251 מצב משפחתי N=172
41%	71	נשוי
41%	70	רווק
13%	22	גרוש
4%	7	אלמן
		דת N=168
87%	147	יהודי
11%	18	מוסלמי
2%	3	נוצרי
		דתיות N=127
39%	50	חילוני
41%	52	מסורתי
18%	22	דתי
2%	3	חרדי
		ארץ לידה N=149
66%	98	ישראל
11%	16	בריה"מ
9%	13	צפון אפריקה
7%	10	איראן / עיראק
3%	4	דרום אמריקה
5%	8	אחר
		מגורים N=134
43%	57	עם בן/בת זוג
31%	41	עם הורים
16%	22	לבד
10%	14	עם ילדים
46%	79	ילדים N=172
	47.7 (15.5)	גיל M (SD)
	3.4 (1.6)	מס' ילדים M (SD)

השכלה

משתנה	N	%
בגרות N=134		
מלאה	58	43%
חלקית	29	22%
ללא בגרות	47	35%
מסלול N=125		
עיוני	60	48%
מקצועי	48	38%
חינוך מיוחד	17	14%
לפחות 12 ש"ל N=158	117	74%
לימודים אקדמיים N=101	25	25%
תעודות מקצועיות N=158	41	26%

ניידות

משתנה	N	%
אופן ניידות* N=150		
פרטית	72	48%
ציבורית	70	47%
הסעות מיוחדות	17	11%
נזקק לעזרה N=146		
מלאה	22	15%
חלקית	43	29%
לא	81	56%
רישיון נהיגה N=166	80	48%
בעל רכב N=123	51	41%

סיוע של גורם בקהילה*

גורם	N	%
עובד סוציאלי	60	45%
רופא	29	22%
פסיכולוג	25	19%
פסיכיאטר	9	7%
ללא סיוע	43	33%
מקבל סיוע	89	67%

* יותר מגורם אחד

מקור המגבלה*

מקור המגבלה	N	%
מחלה	75	53%
לידה	33	23%
תאונה	21	15%
אירוע מוחי	5	4%
תאונת עבודה	2	1%

* יותר ממקור אחד

סוג הלקות*

לקות	N	%
פיזית	56	40%
נפשית	39	28%
ראייה	19	14%
קוגניטיבית	22	16%
שמיעה	13	9%
ניידות	10	7%
דיבור	9	6%
תקשורתית	8	6%

* יותר מלקות אחד

התנדבות ועבודה

משתנה	N	%
מתנדב [בהווה או בעבר]	43	30%
עובד כיום	48	32%
עבד בעבר	117	89%

7.2. נספח 2: ממצאי משוב סדנאות

טבלה 22: ממצאי משוב, ממוצעים ושכיחות רבה & רבה מאוד

תחום	פריט	כללי N=138	אשדוד N=41	נתניה N=37	מגדל העמק N=26
	מספר קבוצות	17	6	5	3
בין ואתגר	עניין	4.5 (92%)	4.4 (93%)	4.4 (89%)	4.4 (92%)
	אתגר	4.3 (86%)	4.4 (90%)	4.4 (86%)	4.0 (73%)
	סקרנות	4.4 (89%)	4.4 (93%)	4.4 (84%)	4.2 (81%)
סוגי זמניות	יחס	4.8 (95%)	4.8 (98%)	4.6 (89%)	4.9 (100%)
	קשובים לצרכים האישיים	4.7 (92%)	4.6 (93%)	4.5 (86%)	4.8 (96%)
	זמינים במהלך הסדנא	4.7 (94%)	4.6 (95%)	4.8 (97%)	4.8 (92%)
	זמינים מעבר לשעות הסדנא	4.2 (80%)	4.4 (86%)	3.8 (70%)	4.4 (83%)
רגון ושליטה	ארגון ובהירות	4.7 (95%)	4.7 (100%)	4.5 (86%)	4.8 (96%)
	שליטה ובקיאיות	4.7 (95%)	4.8 (100%)	4.5 (89%)	4.8 (96%)
	השבה על שאלות	4.7 (96%)	4.7 (98%)	4.6 (94%)	4.7 (92%)
מרחק עזר	הפניה לחומרי עזר / נוספים	4.3 (85%)	4.4 (90%)	4.2 (74%)	4.4 (83%)
	אמצעי המחשה	4.5 (92%)	4.5 (95%)	4.2 (83%)	4.5 (92%)
	עבודות הבית	4.2 (79%)	4.4 (86%)	4.1 (75%)	4.2 (80%)
שומיות לזמניות	יישומיות	4.4 (85%)	4.3 (85%)	4.4 (75%)	4.4 (88%)
	רלוונטיות	4.7 (95%)	4.8 (97%)	4.6 (89%)	4.8 (100%)
	תרומה לביטחון	4.5 (86%)	4.6 (90%)	4.3 (83%)	4.3 (76%)
	כלים	4.4 (88%)	4.4 (88%)	4.2 (81%)	4.3 (88%)
בובש ואווירה	גיבוש וחיבור בין משתתפים	4.5 (89%)	4.2 (87%)	4.7 (86%)	4.4 (84%)
	שותפות וחלק מהקבוצה	4.6 (90%)	4.4 (90%)	4.5 (86%)	4.4 (85%)
	אווירה חיובית ותומכת	4.6 (93%)	4.6 (98%)	4.6 (92%)	4.7 (92%)
צב וקושי	קצב ההתקדמות	4.2 (85%)	4.3 (93%)	4.1 (78%)	4.4 (88%)
	רמת הקושי (מתאימה)	3.9 (77%)	4.0 (88%)	3.9 (74%)	3.8 (68%)
	חזרה על החומר (מועילה)	4.3 (88%)	4.3 (90%)	4.0 (77%)	4.4 (92%)
סכס	שביעות רצון כללית מהסדנא	4.6 (89%)	4.6 (93%)	4.3 (78%)	4.6 (92%)
	שביעות רצון כללית מהמנחה	4.7 (94%)	4.6 (93%)	4.7 (92%)	4.8 (96%)
ידידות לימוד	מהו אורח חיים בריא	4.3 (86%)	4.5 (92%)	4.2 (80%)	4.2 (78%)
	דע מי אתה	4.4 (86%)	4.6 (94%)	4.2 (82%)	4.3 (82%)
	דע מה אתה רוצה ומה אתה צריך	4.4 (87%)	4.4 (87%)	4.5 (87%)	4.3 (83%)
	לגרום לזה לקרות	4.4 (86%)	4.5 (93%)	4.2 (73%)	4.2 (83%)

משוב סדנאות – ממצאים בולטים

- ✓ בכל הסדנאות נמצאה שביעות רצון רבה מהמנחים ומהסדנאות.
- ✓ שביעות רצון רבה בכל התחומים שנמדדו, עניין ואתגר, יחס וזמינות, ארגון ושליטה, חומר עזר, יישומיות, גיבוש ואווירה קצב וקושי ושביעות רצון כללית, נמצאו בכל הסדנאות.

הסכמה מדעת

שלום רב,

חברת משב מחקר יישומי מעריכה עבור ג'וינט ישראל ועבור המוסד לביטוח לאומי את תכנית אב"ן דרך שבמסגרתה מתקיימת סדנא זו בו את/ה משתתף/ת.

מטרת המחקר היא לבדוק את השינוי שחל בקרב המשתתפים בעקבות סדנא זו, סדנת אב"ן דרך. אנו מבקשים להסביר מספר נקודות הנוגעות לאופן ביצוע המחקר:

1. במסגרת הסדנא והמחקר יועבר שאלון בתחילת הסדנא, בתום הסדנא, 3 חודשים מתום הסדנא ו- 6 חודשים מתום הסדנא.
2. השאלונים יכילו שאלות בנושאים הבאים: א. אורח חיים. ב. פעילות גופנית ופנאי. ג. תזונה. ד. הרגלי שינה. ה. הרגשה כללית. ו. מדדים קליניים ופיזיולוגיים. ז. שאלות רקע. ח. שביעות רצון מהסדנא.
3. כל תשובותיך יישמרו בסודיות. הנתונים שייאספו ישמשו למחקר זה בלבד. הממצאים יתייחסו רק למכלול - פרסום ממצאי המחקר יבוצע באופן שלא יאפשר את זיהוייך.
4. שאלות הרקע בשאלונים ישמשו רק לשם פילוחים סטטיסטיים ולבקרה. כאמור הפרטים יישארו חסויים וישמשו אך ורק את מטרות המחקר.
5. מחקר זה יאפשר לג'וינט ולביטוח הלאומי להבין טוב יותר את הצרכים ולשפר את הסדנא בעתיד.
6. באפשרותך, בכל שלב, לשנות את דעתך ולהפסיק לקחת חלק במחקר מבלי שהדבר יפגע בהשתתפותך בסדנא, או בשירותים להם אתה זכאי מהביטוח הלאומי.
7. נכונותך להשתתף במחקר, או אי השתתפותך במחקר, לא תפגע בהשתתפותך בסדנא או בשירותים להם אתה זכאי מהביטוח הלאומי.
8. אם את/ה מעוניין/ת לקבל מידע נוסף על המחקר, ניתן ליצור עמנו קשר בטלפון שמספרו 02-9660190 [יוסי]

נודה לך מאוד אם תסכים להשתתף במחקר הנוכחי, ולחתום על כתב ההסכמה המצורף למכתב זה.

בברכה,

צוות המחקר

משב מחקר יישומי

הסכמה מדעת

בחתימתי על טופס זה, הריני מאשר כי לאחר שקראתי והבנתי את המידע אשר מוצג לעיל, הנני מסכים מרצוני החופשי להשתתף במחקר זה. אני מבין כי השתתפותי היא על בסיס התנדבותי, ואני רשאי שלא להשתתף בו או להפסיק את השתתפותי בכל שלב.

תאריך: ___/___/____ שם פרטי ומשפחה: _____ חתימה: _____

דף הסבר שאלון משתתף

משתתף יקר

שאלון זה נועד על מנת שנוכל להמשיך לפתח את התכנית ולתת מענה מתאים עבורך ועבור כלל המשתתפים. הפרטים יישארו חסויים וישמשו אך ורק את למטרות התכנית ולא יועברו לגורם נוסף. הניתוחים והממצאים יתייחסו למכלול התשובות וללא שיוך למשיב, סודיות תשובותיך מובטחת.

השאלון מחולק לתחומים, בסוף כל תחום אפשרות להכניס הערות או כל אינפורמציה נוספת שנראית לך רלוונטית.

השאלון מנוסח בלשון זכר ופונה אל שני המינים כאחד.

שמחים על הצטרפותך
מאחלים לך בהצלחה!
צוות אב"ן דרך

7.5. נספח 5: אורח חיים

אורת חיים

1. הפריטים בטבלה הבאה מתייחסים לנושא של אורח חיים בריא [פעילות גופנית, תזונה נכונה, הפחתת מתחים, הימנעות ממחלות ותאונות וכדומה]. בבקשה ציין לגבי כל אחד מהדברים הבאים באיזו מידה אתה מאמין שביכולתך לבצעו?

פריט	רבה מאוד - 5 -	רבה - 4 -	בינונית - 3 -	מועטה - 2 -	כלל לא - 1 -
לחפש ולמצוא פעילויות גופניות מתאימות עבורי	⑤	④	③	②	①
לבצע באופן שגרתי פעילות גופנית	⑤	④	③	②	①
ליהנות מפעילות גופנית	⑤	④	③	②	①
להתמיד לאורך זמן בפעילות גופנית	⑤	④	③	②	①
ללמוד ולהכיר את הנושא של תזונה בריאה	⑤	④	③	②	①
להסתמך על הידע שלי בנושא של תזונה בריאה	⑤	④	③	②	①
להתאים לעצמי תזונה בריאה	⑤	④	③	②	①
ליהנות מתזונה בריאה	⑤	④	③	②	①
להתמיד לאורך זמן בתזונה בריאה	⑤	④	③	②	①
להקפיד על מנוחה ושינה מספקת	⑤	④	③	②	①
להפחית מתחים ולחיות בשלווה רבה יותר	⑤	④	③	②	①
ללמוד ולהכיר את הנושא של אורח חיים בריא	⑤	④	③	②	①
לצמצם הרגלים לא בריאים [כגון, עישון, שתייה, ג'אנק פוד]	⑤	④	③	②	①
להסתמך על הידע שלי בנושא של אורח חיים בריא	⑤	④	③	②	①
להתאים לעצמי אורח חיים בריא	⑤	④	③	②	①
ליהנות מאורח חיים בריא	⑤	④	③	②	①
להתמיד לאורך זמן בקיום אורח חיים בריא	⑤	④	③	②	①
לשמור על בריאותי	⑤	④	③	②	①
לשפר את בריאותי	⑤	④	③	②	①

2. הערות לגבי אורח חיים: ■
 _____ ■
 _____ ■
 _____ ■

7.6. נספח 6: פעילות גופנית ופנאי

פעילות גופנית ופנאי

1. בטבלה הבאה מצוינות פעילויות גופניות שונות, בבקשה ציין ליד כל אחת **האם אתה מבצע אותה פעילות גופנית באופן שגרתי**, ואם כן, את מספר הפעמים בשבוע, משך הפעילות ומועד התחלה כמופרט בטבלה.

מועד התחלה חודש ושנה	מספר דקות ממוצע לפעילות	מספר פעמים בשבוע	מבצע	סוג פעילות גופנית
___ / ___	_____	___	כן / לא	ריצה
___ / ___	_____	___	כן / לא	הליכה מהירה [כולל מכשיר הליכה]
___ / ___	_____	___	כן / לא	אופניים / אופני כושר
___ / ___	_____	___	כן / לא	שחייה
___ / ___	_____	___	כן / לא	הידרותרפיה / התעמלות מים
___ / ___	_____	___	כן / לא	אירובי, מדרגה, ספינינג וכיו"ב
___ / ___	_____	___	כן / לא	ריקוד
___ / ___	_____	___	כן / לא	שיעורי עיצוב, פילטיס וכיו"ב
___ / ___	_____	___	כן / לא	תרגילי כוח / משקולות
___ / ___	_____	___	כן / לא	משחקי כדור כגון, כדורגל, כדורסל, טניס
___ / ___	_____	___	כן / לא	יוגה וכדומה
___ / ___	_____	___	כן / לא	תרגילי נשימה וכדומה
___ / ___	_____	___		פעילות גופנית אחרת: _____
___ / ___	_____	___		פעילות גופנית אחרת: _____

2. להערכתך, כמה שעות בממוצע **בשבוע** אתה מקדיש לביצוע פעילויות גופניות? __ שעות בשבוע.
3. באיזו מידה אתה שבע רצון **מכמות** הפעילות הגופנית שהנך מבצע: ⑤ רבה מאוד ④ רבה ③ בינונית ② מועטה ① כלל לא
4. באיזו מידה אתה שבע רצון **ממגוון** הפעילויות הגופניות שהנך מבצע: ⑤ רבה מאוד ④ רבה ③ בינונית ② מועטה ① כלל לא
5. הערות לגבי פעילות גופנית: _____

6. במידה ואתה עוסק בפעילויות פנאי ותחביבים כגון אומנות, יצירה, נגינה וכדומה, בבקשה פרט להלן את סוג הפעילות, שעות בשבוע בה אתה עוסק בפעילות ושביעות הרצון מהפעילות.
- פעילות: _____ מספר שעות בשבוע _____ שביעות רצון: ⑤ רבה מאוד ④ רבה ③ בינונית ② מועטה ① כלל לא
 - פעילות: _____ מספר שעות בשבוע _____ שביעות רצון: ⑤ רבה מאוד ④ רבה ③ בינונית ② מועטה ① כלל לא
 - פעילות: _____ מספר שעות בשבוע _____ שביעות רצון: ⑤ רבה מאוד ④ רבה ③ בינונית ② מועטה ① כלל לא

7.7. נספח 7: תזונה

תזונה

1. כמה פעמים אתה אוכל או שותה כל אחד מהדברים הבאים?

שים לב לחלוקה לחודשי, שבועי ויומי [אין חפיפה בין אפשרויות התשובה], שים לב לסמן רק ריבוע אחד בכל שורה.

מזון / תדירות	אף פעם	חודשי			שבועי			יומי	
		1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	
ירקות חיים או מבושלים	אף פעם	1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	
פירות	אף פעם	1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	
שקדים ואגוזים לא קלויים	אף פעם	1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	
מוצרי חלב כגון, חלב, גבינות	אף פעם	1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	
בשר	אף פעם	1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	
עוף והודו	אף פעם	1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	
דגים טריים	אף פעם	1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	
ביצים	אף פעם	1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	
פסטה, מקרוני, פתיתים	אף פעם	1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	
קטניות, כגון: אפונה, שעועית, עדשים, חומס	אף פעם	1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	
דגנים מבושלים כגון, אורז, קינואה, קוסקוס	אף פעם	1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	
ממתקים וחטיפים מתוקים כגון, סוכריות, שוקולד, גלידה	אף פעם	1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	
דברי מאפה מתוקים כגון, עוגות, עוגיות	אף פעם	1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	
חטיפים מלוחים, כגון: פיצוחים קלויים, במבה, ביסלי	אף פעם	1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	
דברי מאפה מלוחים, כגון: בורקס, מלוואח, ג'חנון	אף פעם	1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	
'אוכל מהיר', כגון: צ'יפס, המבורגר, פיצה	אף פעם	1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	
מים רגילים או מינרליים	אף פעם	1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	
משקאות ממותקים, כגון: קולה, ספרייט, סירופ	אף פעם	1-3 פעמים בחודש	1-2 פעמים בשבוע	3-4 פעמים בשבוע	5-6 פעמים בשבוע	1-2 פעמים ביום	3-4 פעמים ביום	5 או יותר פעמים ביום	

2. באיזו מידה אתה לומד ומתעניין בנושא של תזונה: ⑤ רבה מאוד ④ רבה ③ בינונית ② מועטה ① כלל לא
3. באיזו מידה הנושא של תזונה חשוב בעיניך: ⑤ רבה מאוד ④ רבה ③ בינונית ② מועטה ① כלל לא
4. להערכתך, באיזו מידה אתה מקפיד על תזונה בריאה ונכונה: ⑤ רבה מאוד ④ רבה ③ בינונית ② מועטה ① כלל לא
5. בשגרה האם אתה אוכל ארוחות בוקר מסודרת: כן לא
6. הערות לגבי תזונה:

7.8. נספח 8: שינה

שינה

1. לרוב, בימי חול שגרתיים, באיזה שעה אתה הולך לישון? _____ : _____ .
2. לרוב, בימי חול שגרתיים, באיזה שעה אתה קם בבוקר? _____ : _____ .
3. בממוצע, בימי חול שגרתיים, כמה שעות אתה נח [שינה במהלך היום]: איני נח כלל כחצי שעה כשעה למעלה משעה
4. בטבלה הבאה פריטים המתייחסים לשינה, בבקשה ציין את התשובה המתאימה ביותר עבורך. במידה ואינך יודע בבקשה השאר ריק.

תמיד	לעיתים קרובות מאוד	לעיתים קרובות	מעט לעת	לעיתים רחוקות	לעיתים רחוקות מאוד	כלל לא	
7 -	6 -	5 -	4 -	3 -	2 -	1 -	
⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	אתה סובל מקשיים בהירדמות בלילה
⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	קורה שאתה מקיץ מוקדם מדי בבוקר בלא להירדם שנית
⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	אתה מקיץ מדי פעם בזמן השינה
⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	אתה נוטל תרופות לשינה או להרגעה
⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	אתה נרדם במשך היום באופן בלתי רצוני מול טלוויזיה, מחשב ורמזורים
⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	אתה עייף בשעות הבוקר (מיד לאחר בוקר)
⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	אתה נוחר בזמן השינה
⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	אתה סובל מכאבי ראש לאחר שאתה קם בוקר
⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	אתה סובל מעייפות ממושכת ללא סיבה
⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	אתה ישן בצורה לא שקטה (עם הרבה תידים, רגליים וכדומה)

5. באיזו מידה אתה מרגיש ערני במהלך היום: ⑤ רבה מאוד ④ רבה ③ בינונית ② מועטה ① כלל לא
6. באיזו מידה מספר שעות השינה שלך מספק עבורך: ⑤ רבה מאוד ④ רבה ③ בינונית ② מועטה ① כלל לא
7. באיזו מידה אתה שבע רצון מאיכות השינה שלך: ⑤ רבה מאוד ④ רבה ③ בינונית ② מועטה ① כלל לא
8. הערות לגבי תחום שינה: _____

9. האם אתה מעשן סיגריות? לא כן, פרט מספר סיגריות ממוצע ביום _____ .
10. כיצד היית מגדיר את מצב בריאותך: ⑤ טוב מאוד ④ טוב ③ בינוני ② לא טוב ① מאוד לא טוב

7.9. נספח 9: מצב נפשי רגשי

הרגשה כללית

בבקשה ציין לגבי כל אחד מהתחושות הבאות באיזו מידה הרגשת אותה במהלך החודש האחרון?
 שים לב, חלק מהתחושות חיוביות וחלק שליליות.

תחושה	רבה מאוד - 5 -	רבה - 4 -	בינונית - 3 -	מועטה - 2 -	כלל לא - 1 -
1. תחושת עצבנות או חוסר מנוחה	⑤	④	③	②	①
2. תחושה של ירידה במרץ או התנהלות איטית	⑤	④	③	②	①
3. תחושת בדידות	⑤	④	③	②	①
4. תחושת חוסר אונים	⑤	④	③	②	①
5. תחושת עצבות	⑤	④	③	②	①
6. תחושה שאני שחוק / סחוט	⑤	④	③	②	①
7. תחושה של חוסר תקווה לגבי העתיד	⑤	④	③	②	①
8. תחושה של שמחה	⑤	④	③	②	①
9. תחושה שלחיים יש משמעות עבורי	⑤	④	③	②	①
10. תחושת שלוה ורוגע	⑤	④	③	②	①
11. תחושה של אנרגיה רבה וכוח לעשות דברים	⑤	④	③	②	①
12. תחושה של עניין בדברים שאני עושה	⑤	④	③	②	①
13. תחושה של הנאה מהדברים שאני עושה	⑤	④	③	②	①

7.10. נספח 10: שייכות חברתית וקהילתית

שייכות חברתית וקהילתית

1. בבקשה ציין את התשובה המתאימה ביותר עבורך?

תחושה	רבה מאוד - 5 -	רבה - 4 -	בינונית - 3 -	מועטה - 2 -	כלל לא - 1 -
באיזו מידה חברים באים לבקר אותך	⑤	④	③	②	①
באיזו מידה אתה יוצא לבקר חברים	⑤	④	③	②	①
באיזו מידה אתה שבע רצון ממפגשים חברתיים	⑤	④	③	②	①
באיזו מידה אתה יוצא לבלות בבתי קפה, מסעדות וכדומה	⑤	④	③	②	①
באיזו מידה אתה בקשר עם שכנים מהרחוב והשכונה	⑤	④	③	②	①
באיזו מידה השכנים מתייחסים אליך בצורה חיובית	⑤	④	③	②	①
באיזו מידה אתה שלם עם מה שאחרים מצפים ממך	⑤	④	③	②	①
באיזו מידה אתה מרגיש מקובל חברתית	⑤	④	③	②	①
באיזו מידה אתה מרגיש מחובר ושייך לחברה ולקהילה	⑤	④	③	②	①

2. הערות לגבי התחום של הרגשה כללית: ■

7.11. נספח 11: שאלות רקע

שאלות רקע

שאלות הרקע בסקר נחוצות לשם פילוחים סטטיסטיים ולבקרה. כאמור הפרטים יישארו חסויים וישמשו אך ורק את מטרת התכנית ולא יועברו לגורם נוסף.

פרטיים אישיים

טלפון: _____ - _____ סולארי: _____ - _____
 עיר: _____ רחוב: _____ מס' בית _____ מיקוד _____
 מגדר: _____ זכר / נקבה דוא"ל: _____
 תאריך לידה: _____ / _____ / _____
 מצב משפחתי: רווק נשוי גרוש / פרוד חי בזוגיות אחר [פרט] _____
 מגורים: לבד הורים בן / בת זוג אחר [פרט] _____
 מס' ילדים: _____
 דת: יהודי מוסלמי נוצרי אחר [פרט] _____
 דתיות: חילוני מסורתי דתי חרדי
 למי שמעוניין לרשום, שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז.: _____ / _____
 הערות לגבי פרטים אישיים: _____

השכלה

מספר שנות לימוד: _____ מסלול: עיוני מקצועי חינוך מיוחד
 בגרות: מלאה חלקית ללא בגרות מגמה / מקצוע: _____
 תעודות נוספות: _____, _____
 האם למדת במסגרת להשלמת השכלה: לא / כן [פרט איזו מסגרת] _____ שנת סיום: _____
 לימודים אקדמאיים: לא / כן, תואר _____, תחומים: _____, _____, _____
 האם ישנם קשיי לימוד כלשהם? _____, _____
 הערות לגבי השכלה: _____

ניידות

רישיון נהיגה בתוקף: לא / כן בעל רכב: לא / כן
 אופן ניידות (תחבורה) שכוח: פרטית ציבורית הסעה מיוחדת
 האם נזקק לעזרה בניידות: לא חלקית (בסיטואציות מסוימת) מלאה (ליווי צמוד)
 במידה וזקוק לעזרה נוספת בניידות, תחבורה או אישית, פרט: _____
 הערות לגבי ניידות: _____

מגבלה

- סיוע של גורם בקהילה: לא עו"ס רופא פסיכולוג אחר [פרט] _____ .
- מהו מקור המגבלה: לידה תאונה מחלה אחרת, [פרט] _____ .
- מהו סוג הלקות: ראייה דיבור שמיעה פיזית קוגניטיבית – התפתחותית
- נפשית תקשורתית נפשית אחרת, [פרט] _____ .

בבקשה תאר את המגבלה ואת הקשיים התפקודיים כתוצאה מהמגבלה: _____

עשייה משמעותית, התנדבות ועבודה

בבקשה פרט לגבי עשייה משמעותית ו/או התנדבויות שביצעת או שהנך מבצע כיום:

שנת התחלה – שנת סיום	תיאור העשייה / התנדבות
___ / ___ - ___ / ___	
___ / ___ - ___ / ___	
___ / ___ - ___ / ___	

האם אתה עובד כיום: לא כן, פרט אחוז משרה % ___ תפקיד _____ .

האם עבדת בעבר: לא כן, פרט 3 עבודות אחרונות ■ אחוז משרה % ___ תפקיד _____ .

■ אחוז משרה % ___ תפקיד _____ .

■ אחוז משרה % ___ תפקיד _____ .

הערות לגבי עשייה משמעותית התנדבות ועבודה: _____

תודה רבה על שיתוף הפעולה

מאחלים לך בהצלחה!

צוות אב"ן דרך

דף הנחיות להעברת משוב סדנא

הנחיות ספציפיות להעברה

- את המשוב מעביר מישהו חיצוני והמנחה והצוות אינו נוכח בעת העברת המשוב.
- יש לדאוג לתנאים פיזיים הולמים, מקום וזמן מספקים להשבה.
- רצוי להעביר לא בסמיכות לשיעור על מנת שלא תהיה לשיעור האחרון השלכה חזקה על אופן ההשבה.
- יש לוודא כי רק המשיבים ומי שאחראי על ההעברה נוכחים ואין חשש מצד המשיבים להשיב בכנות.
- לשאוף למקסימום משיבים, לבקש ממשתתפים שאינם מעוניינים, להשיב בכל זאת.
- לא לאפשר עבודה קבוצתית או דיונים לפני המשוב ובמהלכו.
- כל משוב שמוחזר להכניס מיד למעטפה, ובסוף לחתום את המעטפה ולציין תאריך העברה.
- אם היו אירועים חריגים במהלך המשוב בבקשה לציין ולהכניס למעטפה.
- בעת ההעברה, לקרוא בקול את האמור להלן.

להקריא את ההוראות הבאות

מתוך רצון להקשיב לך ומתוך מטרה לקדם ולשפר את הסדנא אנו מבצעים משוב. משוב הסדנא מהווה אמצעי חשוב להצלחת משימת ההוראה. תוצאות משוב הסדנא ישמשו הן את המנחים בתכנון סדנאות בעתיד והן את הארגון בקידום והכשרה של מנחים.

- בבקשה הימנעו מלענות על מכלול השאלות באופן גורף, קראו כל שאלה בעיון והשבו בהתאם.
- המשוב מכיל גם שאלות פתוחות. בבקשה השתדלו להשיב גם על שאלות אלו, רשמו דברים שלדעתך יכולים לתרום להוראה של הסדנא ושל מנחי הסדנא. בבקשה הימנעו מהערות פוגעות.
- המשוב הינו אנונימי. טפסי המשוב לא מגיעים למנחים, הטפסים מועברים לחברה חיצונית המבצעת ניתוח ומעבירה את הממצאים כדוח. **סודיות תשובותיך מובטחת.**

כלי משוב סדנא

שלום רב,

נשמח אם תוכלי/ להקדיש כמה דקות כדי להעריך את הסדנא על מנת שנוכל לשנות ולשפר בעתיד. המשוב הוא אנונימי, נא לא לציין שם.
לפניך טבלה עם שאלות סגורות בהן את/ה מתבקש/ת לסמן את המספר המשקף את הערכתך. אם השאלה אינה רלוונטית בבקשה השאר/י ריק.

שאלה	רבה ביותר	רבה	בינונית	מועטה	מועטה ביותר
1. באיזו מידה הועברה הסדנא <u>בצורה מעניינת</u> ?	⑤	④	③	②	①
2. באיזו מידה הועברה הסדנא <u>בצורה מאתגרת אינטלקטואלית</u> ?	⑤	④	③	②	①
3. באיזו מידה הסדנא עוררה בך <u>סקרנות</u> ?	⑤	④	③	②	①
4. באיזו מידה <u>היחס</u> של המנחים היה <u>נאות</u> ?	⑤	④	③	②	①
5. באיזו מידה המנחים היו <u>קשובים לצרכים</u> שלך?	⑤	④	③	②	①
6. באיזו מידה המנחים היו <u>זמינים בזמן הסדנא</u> ?	⑤	④	③	②	①
7. באיזו מידה המנחים היו <u>זמינים מעבר לשעות הסדנא</u> ?	⑤	④	③	②	①
8. באיזו מידה המנחים העבירו את הסדנא בצורה <u>מאורגת ובהירה</u> ?	⑤	④	③	②	①
9. באיזו מידה המנחים <u>הפגינו שליטה ובקיאיות בחומר</u> ?	⑤	④	③	②	①
10. באיזו מידה המנחים <u>היטיבו להשיב על שאלות</u> ?	⑤	④	③	②	①
11. באיזו מידה קיבלתם או הופניתם <u>לחומר עזר רלוונטי</u> ?	⑤	④	③	②	①
12. באיזו מידה <u>אמצעי ההמחשה עזרו להבנת נושאי הסדנא</u> ?	⑤	④	③	②	①
13. באיזו מידה <u>עבודות הבית סייעו להבנת נושאי הסדנא</u> ?	⑤	④	③	②	①
14. באיזו מידה <u>הושם דגש על יישומיות</u> בסדנא?	⑤	④	③	②	①
15. באיזו מידה הנושאים שנלמדו <u>רלוונטיים לקיום אורח חיים בריא</u> ?	⑤	④	③	②	①
16. באיזו מידה הסדנא <u>תרמה לביטחון שלך ביכולת ליישם אורח חיים בריא</u> ?	⑤	④	③	②	①
17. באיזו מידה הסדנא נתנה <u>כלים שיעזרו לך ליישם אורח חיים בריא</u> ?	⑤	④	③	②	①
18. באיזו מידה הסדנא <u>תרמה לגיבוש וחיבור בין משתתפים</u> ?	⑤	④	③	②	①
19. באיזו מידה <u>הרגשת שותף וחלק מהקבוצה</u> ?	⑤	④	③	②	①
20. באיזו מידה <u>נוצרה אווירה חיובית ותומכת</u> בסדנא?	⑤	④	③	②	①
21. באיזו מידה <u>קצב ההתקדמות היה מתאים עבורך</u> ?	⑤	④	③	②	①
22. באיזו מידה <u>רמת הקושי הייתה מתאימה עבורך</u> ?	⑤	④	③	②	①
23. באיזו מידה <u>חזרה על החומר הועיל להבנה</u> ?	⑤	④	③	②	①
24. מהי מידת <u>שביעות רצונך מהסדנא</u> באופן כללי?	⑤	④	③	②	①
25. מהי מידת <u>שביעות רצונך מהמנחים</u> באופן כללי?	⑤	④	③	②	①

להלן נושאי המפגשים שעברת במהלך הסדנא, בבקשה עבור כל מפגש ציין/י מהן העוצמות [הדברים החיוביים], מהן החולשות [הדברים הטעונים שיפור] ושביעות רצון כללית מהמפגש. לשאלות הפתוחות חשיבות רבה, בבקשה ענה/י בהרחבה.

יחידת לימוד 1: מהו אורח חיים בריא

[גלגל אורח חיים בריא, הגדרה של אורח חיים בריא, שאלון 'מי אני' ופעילות קבוצתית]

מהן העוצמות [הדברים החיוביים] של יחידת הלימוד:

✓
 ✓
 ✓

מהן החולשות [הדברים שכדאי לשנות ולשפר] של יחידת הלימוד:

✗
 ✗
 ✗

שביעות רצון כללית מהמפגש הראשון 'מהו אורח חיים בריא'?

רבה מאוד	רבה	בינונית	מועטה	כלל לא
				

יחידת לימוד 2: דע מי אתה

[ערכים, הסתכלות עצמית]

מהן העוצמות [הדברים החיוביים] של יחידת הלימוד:

✓
 ✓
 ✓

מהן החולשות [הדברים שכדאי לשנות ולשפר] של יחידת הלימוד:

✗
 ✗
 ✗

שביעות רצון כללית מיחידת הלימוד 'דע מי אתה'?

רבה מאוד	רבה	בינונית	מועטה	כלל לא
				

יחידת לימוד 3: דע מה אתה רוצה ומה אתה צריך [המשך]

[להישאר פעיל, בריאות רגשית, מניעת מחלות, אכילה נכונה, בריאות חברתית ובריאות באמצעות פעילות משמעותית]

'מידע אישי' - מסמך זה מכיל מידע מוגן.
 כל המוסר שלא כדין עובר עבירה. נא לשמור על צנעת הפרט.

- מהן העוצמות [הדברים החיוביים] של יחידת הלימוד:

✓
✓
✓

- מהן החולשות [הדברים שכדאי לשנות ולשפר] יחידת הלימוד:

✗
✗
✗

- שביעות רצון כללית מיחידת הלימוד 'דע מה אתה רוצה ומה אתה צריך [המשך]?'

כלל לא	מועטה	בינונית	רבה	רבה מאוד
				

יחידת לימוד 4: לגרום לזה לקרות

[לזהות את החלומות שלך, בחירת המטרות שלך, ניסוח תכנית פעולה, גיוס תמיכה]

- מהן העוצמות [הדברים החיוביים] של יחידת הלימוד:

✓
✓
✓

- מהן החולשות [הדברים שכדאי לשנות ולשפר] של יחידת הלימוד:

✗
✗
✗

- שביעות רצון כללית מיחידת הלימוד 'לגרום לזה לקרות'?

כלל לא	מועטה	בינונית	רבה	רבה מאוד
				

תודה רבה על שיתוף הפעולה

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ תאריך: _____

כלי ראיון משתתף

שלום רב,

שמי _____ מחברת משב. אני מאוד מודה לך שהסכמת לבוא לראיון. מטרת הראיון היא לשמוע ממך מעט על התכנית, כיצד חווית את התכנית, האם היא השפיעה עליך וכדומה. הראיון נשאר אנונימי [לא יודעים מי אמר מה] והאינפורמציה שעולה מהראיון תשמר רק את התכנית והמחקר – סודיות תשובותיך מובטחת. משך הראיון כעשרים דקות. אינך חייב לענות על השאלות ועתה רשאי לסיים את הראיון בכל שלב.

- [המטרה להחזיר לקונטקסט, לסייע בשחזור] אתה יכול לספר מה עברתם בסדנא, מי האנשים שהיו אתך? על מה דיברתם? מה עשיתם? _____

- האם בעקבות הסדנא חל שינוי אצלך בנושא של תזונה? במה זה בא לידי ביטוי [תפיסתי]? אתה יכול בבקשה לתת דוגמאות [התנהגותי]? _____

האם בעקבות הסדנא חל שינוי אצלך בנושא של פעילות גופנית? במה זה בא לידי ביטוי [תפיסתי]? אתה יכול בבקשה לתת דוגמאות [התנהגותי]?

• האם בעקבות הסדנא אתה מרגיש שינוי מבחינת פעילות פנאי, מפגשים עם חברים, בילויים? במה זה בא לידי ביטוי [תפיסתי]? אתה יכול בבקשה לתת דוגמאות [התנהגותי]?

• האם הצבת לעצמך יעדים או מטרות בעקבות הסדנא? מהן?

• איך אתה מרגיש ביחס ליעדים ומטרות אלו, השגת אותן? אתה בדרך להשיג אותן? מה אתה עושה על מנת להשיג אותן?

- כיום, מספר חודשים מאז הסתיימה הסדנא, אתה יכול לומר באופן חופשי מה הסדנא עשתה לך? מה הסדנא שנתה אצלך? האם אתה מרגיש אחרת היום בעקבות הסדנא? במה זה בא לידי ביטוי? מה אתה עושה אחרת? _____

- האם אתה שמח שהשתתפת בסדנא? מדוע? האם היית ממליץ לאחרים להשתתף? מה הייתה אומר להם על מנת לשכנע אותם להצטרף? _____

תודה רבה על שיתוף הפעולה

כלי ראיון מנחים

שלום רב,

שמי _____ מחברת משב. אני מאוד מודה לך שהסכמת להתראיין. חברת משב מלווה במחקר את תכנית אבן דרך ומטרת הראיון היא לשמוע מעט מהמנחים על היתרונות והחסרות של התכנית מתוך כוונה לשפר ולשווק את התכנית. הראיון דיסקרטי (לא אנונימי) והדברים העולים בראיון יישארו לא יועברו לשום גורם אחר, הדוח שיוגש יתבסס על מכלול הראיונות.

- האם התכנית לדעתך יצרה שינוי בתפיסה של אורח חיים בריא [תזונה, פעילות גופנית פעילות פנאי] **בקרוב המשתתפים**? במה זה בא לידי ביטוי [תפיסתי]? האם יש לך דוגמאות [התנהגותי]?
- האם התכנית לדעתך יצרה שינוי בתפיסה של אורח חיים בריא [תזונה, פעילות גופנית פעילות פנאי] **בקהילה** / במסגרת [מעבר למשתתפים]? במה זה בא לידי ביטוי [תפיסתי]? האם יש לך דוגמאות [התנהגותי]?
- האם לדעתך התכנית שונה או ייחודית בהשוואה לתכניות אחרות דומות [מבחינת אוכלוסייה או תכנים]? במה זה בא לידי ביטוי [תפיסתי]? את יכול בבקשה לתת דוגמאות [התנהגותי]?
- האם תוכל לשתף בסיפורי הצלחה של משתתפים או מנחים בעקבות התכנית?
- מהם לדעתך היתרונות של התכנית [גישה למשתתפים? תכנים? הסתכלות הוליסטי?]
- מה לדעתך כדאי לשנות ולשפר בתכנית?
- מה לדעתך כדאי לעשות על מנת שהתכנית תגדל ותגיע לאנשים רבים יותר?
- מה שכנע אותך או גרם לך להחליט להיות מנחה בתכנית?
- האם אתה שמח שהשתתפת כמנחה סדנא? מה ההנחיה נתנה לך / הוסיפה לך?
- האם חל אצלך שינוי כלשהו, כאדם, כמנחה, בעקבות ההשתתפות וההנחיה בסדנא?
- בהשוואה לתכניות אחרות הפונות לאוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות, כיצד היית מדרגת את תכנית אבן דרך?
 - ⑤ הרבה יותר טובה ④ יותר טובה ③ אותו הדבר ② פחות טובה ① הרבה פחות טובה
- בהשוואה לתכניות אחרות בתחום של קידום אורח חיים בריא, כיצד היית מדרגת את תכנית אבן דרך?
 - ⑤ הרבה יותר טובה ④ יותר טובה ③ אותו הדבר ② פחות טובה ① הרבה פחות טובה

שאלות רקע [רצוי למלא באופן בלתי אמצעי ורק להשלים במידה וחסר נתון]

תאריך: ___ / ___ / _____

שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

מספר סדנאות: ___

האם הנחה סדנאות בעבר: כן / לא

תודה רבה על שיתוף הפעולה

כלי ראיון רכזות

שלום רב,

שמי _____ מחברת משב. אני מאוד מודה לך שהסכמת להתראיין. חברת משב מלווה במחקר את תכנית אבן דרך ומטרת הראיון היא לשמוע מעט מהרכזות על היתרונות והחסרות של התכנית מתוך כוונה לשפר ולשווק את התכנית. הראיון דיסקרטי (לא אנונימי) והדברים העולים בראיון יישארו לא יעברו לשום גורם אחר, הדוח שיוגש יתבסס על מכלול הראיונות.

- האם התכנית לדעתך יצרה שינוי בתפיסה של אורח חיים בריא [תזונה, פעילות גופנית פעילות פנאי] בקרב המשתתפים? במה זה בא לידי ביטוי [תפיסתי]? האם יש לך דוגמאות [התנהגותי]?
- האם התכנית לדעתך יצרה שינוי בתפיסה של אורח חיים בריא [תזונה, פעילות גופנית פעילות פנאי] בקהילה / במסגרת [מעבר למשתתפים]? במה זה בא לידי ביטוי [תפיסתי]? האם יש לך דוגמאות [התנהגותי]?
- האם לדעתך התכנית שונה או ייחודית בהשוואה לתכניות אחרות דומות [מבחינת אוכלוסייה או תכנים]? במה זה בא לידי ביטוי [תפיסתי]? את יכולה בבקשה לתת דוגמאות [התנהגותי]?
- האם תוכלי לשתף בסיפורי הצלחה של משתתפים או מנחים בעקבות התכנית?
- מהם לדעתך היתרונות של התכנית [גישה למשתתפים? תכנים? הסתכלות הוליסטי?]
- מה לדעתך כדאי לשנות ולשפר בתכנית?
- מה לדעתך כדאי לעשות על מנת שהתכנית תגדל ותגיע לאנשים רבים יותר?
- מה גרם לך להחליט להיות רכזת בתכנית?
- האם את שמחה שהשתתפת כרכזת בתכנית? מה הדבר נתן לך / הוסיף לך?
- האם חל אצלך שינוי כלשהו, כאדם, כרכזת, בעקבות ההשתתפות בתכנית?
- בהשוואה לתכניות אחרות הפונות לאוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות, כיצד היית מדרגת את תכנית אבן דרך?
⑤ הרבה יותר טובה ④ יותר טובה ③ אותו הדבר ② פחות טובה ① הרבה פחות טובה
- בהשוואה לתכניות אחרות בתחום של קידום אורח חיים בריא, כיצד היית מדרגת את תכנית אבן דרך?
⑤ הרבה יותר טובה ④ יותר טובה ③ אותו הדבר ② פחות טובה ① הרבה פחות טובה

שאלות רקע [רצוי למלא באופן בלתי אמצעי ורק להשלים במידה וחסר נתון]

תאריך: ___ / ___ / _____

שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

מספר סדנאות: ___

האם הנחה סדנאות בעבר: כן / לא

7.17. נספח 17: כלי ראיון בעלי תפקידים חיצוניים

כלי ראיון בעלי תפקידים חיצוניים

שלום רב,

שמי _____ מחברת משב. אני מאוד מודה לך שהסכמת להתראיין. חברת משב מלווה במחקר את תכנית אבן דרך ומטרת הראיון היא לשמוע מעט מאנשי מקצוע חיצוניים המכירים את התכנית על היתרונות והחסרות של התכנית מתוך כוונה לשפר ולקדם את התכנית. הראיון דיסקרטי (לא אנונימי) והדברים העולים בריאיון יישארו לא יועברו לשום גורם אחר, הדוח שיוגש יתבסס על מכלול הראיונות.

- [המטרה להחזיר לקונטקסט, לסייע בשחזור], כיצד את מכירה וקשורה לתכנית?

-

- האם התכנית לדעתך יצרה שינוי בתפיסה של אורח חיים בריא [תזונה, פעילות גופנית פעילות פנאי] בקרב

המשתתפים? במה זה בא לידי ביטוי [תפיסתי]? האם יש לך דוגמאות [התנהגותי]?

-

- האם התכנית לדעתך יצרה שינוי בתפיסה של אורח חיים בריא [תזונה, פעילות גופנית פעילות פנאי] בקהילה [מעבר למשתתפים]? במה זה בא לידי ביטוי [תפיסתי]? האם יש לך דוגמאות [התנהגותי]?

-

- האם לדעתך התכנית שונה או ייחודית בהשוואה לתכניות אחרות דומות [מבחינת אוכלוסייה או תכנים]? במה זה בא לידי ביטוי [תפיסתי]? את יכול בבקשה לתת דוגמאות [התנהגותי]?

-

- מהם לדעתך היתרונות של התכנית [גישה למשתתפים? תכנים? הסתכלות הוליסטי?]

-

- מה לדעתך כדאי לשנות ולשפר בתכנית?

-

- מה לדעתך כדאי לעשות על מנת שהתכנית תגדל ותגיע לאנשים רבים יותר?

-

- בהשוואה לתכניות אחרות הפונות לאוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות, כיצד היית מדרגת את תכנית אבן דרך?

⑤ הרבה יותר טובה ④ יותר טובה ③ אותו הדבר ② פחות טובה ① הרבה פחות טובה

- בהשוואה לתכניות אחרות בתחום של קידום אורח חיים בריא, כיצד היית מדרגת את תכנית אבן דרך?

⑤ הרבה יותר טובה ④ יותר טובה ③ אותו הדבר ② פחות טובה ① הרבה פחות טובה

שאלות רקע [רצוי למלא באופן בלתי אמצעי ורק להשלים במידה וחסר נתון]

תאריך: _ _ / _ _ / _ _ _ _

שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

ארגון: _____

תפקיד: _____

תודה רבה על שיתוף הפעולה