

משאבי התמודדות בתחום קידום בריאות והפחתה במשקל בקרבת סטודנטים להוראה

אילת סימן טוב

תקציר

בשנים האחרונות חלה עלייה מתמדת בממדי ההשמנה בארץ ובעולם וארגון הבריאות האמריקאי הגדיר אותה מגיפה.

מטרות המחקר היו לבחון את התרומה של משאבי התמודדות להצלחה בהפחתה במשקל ולאיימוץ התנהגויות בריאות, להתחקות אחר ההשלכות של הצלחה זו ולשפוך אור על משמעותה בתחומים אישיים ומקצועיים-חינוכיים.

המסגרת התאורטית למחקר הייתה גישת הפסיכולוגיה החיובית וחקר הצלחות. המדגם כלל עשר סטודנטיות להוראה ואיסוף המידע התבצע באמצעות ראיון עומק פתוח. מניתוח ממצאי המחקר עולה התרומה של משאבים אישיים-פנימיים ומשאבים חברתיים-חינוכיים להפחתה במשקל ולאיימוץ התנהגויות בריאות. כמו כן עולה כי משתתפות המחקר חוו צמיחה אישית שבאה לידי ביטוי בהכללת הכוחות והמשאבים שרכשו בתחום ההפחתה במשקל ויישומם בתחום האקדמי ובתחום ההוראה. כל אלה תרמו לרווחתן הנפשית ואיכות חייהן.

תרומתו הייחודית של המחקר היא בזיהוי המנגנונים התורמים למימוש המשאבים להתנהגויות מקדמות בריאות בפועל ובהבנת הפוטנציאל של שינוי בהפחתה במשקל לטיוב מערכות תפקוד הסתגלותיות. למחקר חשיבות יישומית בפיתוח גישות חינוכיות לקידום בריאות ורווחה נפשית של אנשי חינוך.

מילות מפתח: השמנה; חקר הצלחות; התנהגויות בריאות; משאבים.

מבוא

העלייה המתמדת בשכיחות ההשמנה הפכה תופעה זו לאחד מגורמי הסיכון למחלות כרוניות קשות ולתנמותה מוקדמת והיא כיום ההפרעה המטבולית השכיחה ביותר בעולם המערבי (מבקר המדינה, 2008; שליטין ופיליפ, 2010; Golan & Crowt, 2010; Caballero, 2007; James, 20084; Haslam, Sattar, & Lean, 2006; James, 20084).

בשל מגמת ההשמנה בקרב מבוגרים, בני נוער וילדים החליטה ועדת השרים לענייני חברה וכלכלה בשנת 2011 ליזום תכנית לאומית לקידום אורח חיים פעיל ובריא בשיתוף משרד הבריאות, משרד החינוך ומשרד התרבות והספורט. התכנית הלאומית עוסקת ביצירת

סביבה מתאימה לפרט המאפשרת בחירה קלה יותר באורח חיים פעיל ובריא ובמתן כלים לשיפור אורחות חיים, עם דגש בתזונה נבונה וביצוע פעילות גופנית קבועה. התכנית הלאומית מופעלת בכמה רבדים: ברובד הלאומי (לדוגמה: תכנית ארצית של "בית ספר מקדם בריאות"), ברובד המקומי (לדוגמה "עיר פעילה ובריאה") וברובד חקיקתי באמצעות חוקים ותקנות הקשורים לצריכת מזון בריא והנגשת מתקני ספורט ופעילות ותגמול קופות החולים להשקיע בקידום בריאות ורווחה נפשית (משרד הבריאות, 2011).

בשל הגדרת תפקיד מערכת החינוך בקידום רווחה נפשית ובפיתוח החוסן של התלמידים והארגון מהצד האחד (משרד החינוך, 2011) והציפייה מהיועץ החינוכי לסייע לצוות החינוכי לפעול ליישום רכיבי התכנית הלאומית לקידום אורח חיים בריא בקרב התלמידים מהצד האחר, יתמקד מחקר זה בגילוי מקורות הכוח והמשאבים בתחום התנהגויות בריאות והפחתה במשקל, התורמים לחיזוק בריאותם ורווחתם הנפשית של סטודנטים להוראה, שעל כתפיהם מוטלת האחריות לקדם תכניות לקידום אורח חיים בריא ולשמש מודל ודוגמה עבור תלמידיהם.

רקע תאורטי

תופעת ההשמנה בארץ ובעולם נמצאת במגמת עלייה בשנים האחרונות (מזרחי, 2004; James, Leach, Kalamara, & Shayeghi, 2001; Mokdad et al., 2003) וארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) הגדיר אותה מגיפה של המאה העשרים ואחת (Wickelgren, 1998).

אחת הדרכים המקובלות להגדרה אובייקטיבית של השמנה היא באמצעות מדד ה-BMI (Body Mass Index). את מדד מסת המשקל מחשבים לפי הנוסחה משקל/גובה במטרים בריבוע. ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) קבע ארבע קטגוריות של BMI למבוגרים מעל גיל 20: (1) $BMI < 18.5$ נחשב לתת-משקל; (2) $18.5 < BMI < 25$ נחשב למשקל נורמלי; (3) $25.5 < BMI < 30$ נחשב לעודף משקל; (4) $BMI > 30$ נחשב להשמנה. בקרב ילדים ומתבגרים האבחנה נעשית לפי אחוזונים. השמנה מוגדרת כ- $BMI <$ אחוזון 95 בקבוצת הגיל ועודף משקל מוגדר $BMI <$ אחוזון 85 בקבוצת הגיל (Reilly, 2002).

האטיולוגיה של השמנה היא רב-סיבתית כשגורמים גנטיים, משפחתיים, חברתיים, רפואיים, סביבתיים והתנהגותיים קשורים בהיווצרותה (World Health Organization, 2000). מבחינה פיזיולוגית השמנה נגרמת בשל מאזן קלורי חיובי, כלומר ההכנסה הקלורית (אנרגיה) גדולה מן ההוצאה (Dishman, Washburn, & Heath, 2004). הסיכונים הטמונים בהשמנה כוללים סיבוכים גופניים, נפשיים, חברתיים ותפקודיים. בין הסיבוכים הגופניים אפשר למנות תמותה מוקדמת, התקפי לב ומחלות סכרת מסוג 2, יתר לחץ דם, יתר שומנים בדם, שבץ מוחי, מחלת כיס מרה, בעיות נשימה, מחלות שלפוחית השתן, הפרעות שינה כגון דום נשימה בשינה, אוסטאופורוזיס, מחלות אורתופדיות כמו דלקות מפרקים, מחלות סרטן לסוגיהן ונכות פיזית. ההשמנה אף משפיעה לרעה על מצבו הנפשי של האדם הלוקה בה ועלולה לגרום להערכה עצמית ודימוי

עצמי נמוכים ולתיוג חברתי שלילי (Faw, 2014; Hiller, 1981; Ogden, 2000; Speiser et al., 2005).

באשר לשכיחות ההשמנה בעולם, ההערכה היא כי כ-250 מיליון (7%) אנשים בעולם סובלים מהשמנה. בין 500 ל-750 מיליון (14%-21%) סובלים מעודף משקל. בארצות הברית יותר מ-65% מהאוכלוסייה מעל גיל 18 מוגדרים בעלי משקל עודף ($BMI < 30$) (25.5) ויותר מ-30% (36 מיליון נשים ו-30 מיליון גברים) נחשבים לשמנים ($BMI > 30$) (Mokdad et al., 2003; Ogden et al., 2006).

תופעת ההשמנה בישראל נמצאת גם היא במגמת עלייה. 50% מהנשים ו-60% מהגברים מוגדרים בעלי עודף משקל (מזרחי, 2004). בסקר מצב הבריאות והתזונה בישראל (מב"ת) שנערך בשנים 1999-2000, עולה כי למעלה מ-62% מהנבדקים סובלים מעודף משקל ומהשמנה ($BMI > 25$) (כ-39% סובלים מעודף משקל ($BMI=25-29.9$) וכ-23% סובלים מהשמנה ($BMI > 30$)). כמו כן נמצא ששיעור הגברים הסובלים מעודף משקל גבוה משל הנשים (45.8% לעומת 33%). לעומת זאת, שיעור הנשים הסובלות מהשמנה גבוה משל הגברים (25.8% לעומת 19.9%) (משרד הבריאות, 2003).

בסקר בריאות לאומי שנערך בשנים 2003-2004 והוא חלק מן פרויקט EUROHIS של ארגון הבריאות העולמי, נבחר מדגם מייצג של האוכלוסייה – 10.000 איש שענו על ריאיון טלפוני. נמצא כי שיעור ההשמנה ($BMI > 30$) בקרב נשים עמד על 15.5% ובקרב הגברים על 13.2%. כאשר השוו בין ערבים ליהודים, נמצא כי שיעור ההשמנה גבוה יותר בקרב הערבים, הן גברים והן נשים (משרד הבריאות, 2006). ממסמך שהוכן בכנסת עולה כי ההשמנה שכיחה יותר בקרב מעמד סוציו-אקונומי נמוך. אחוז ההשמנה בקרב אנשים שחיים מתחת לקו העוני גבוה יותר מאחוז ההשמנה בקרב אנשים שחיים מעל קו העוני (כספי, 2004).

בסקר טלפוני שערך המרכז הלאומי לבקרת מחלות בשנים 2004-2005 והשתתפו בו 3.356 יהודים – 43.3% גברים ו-56.7% נשים, נמצא כי 31.1% מהמשתתפים היו בעלי עודף משקל ($BMI=25-29.9$) ו-11.3% מהמשתתפים סבלו מהשמנה ($BMI > 30$) (משרד הבריאות, 2006).

בסקר הבריאות הלאומי, INHIS (Israel National Health Interview Survey), שנערך בשנים 2007-2010 נמצא כי יותר מ-30% מכלל המבוגרים בישראל סובלים מעודף משקל, וכ-15% מכלל המבוגרים בישראל סובלים מהשמנת יתר. שיעור הגברים הסובלים מעודף משקל גבוה משיעור הנשים (39.8% לעומת 29% בהתאמה). שיעור הגברים הסובלים מהשמנת יתר דומה לזה של הנשים (15.1% ו-14.9% בהתאמה). בשני המינים שיעורי עודף המשקל והשמנת היתר גבוהים בקרב הערבים יותר מקרב היהודים (רבינוביץ, 2009).

השמנה בקרב ילדים ובני נוער אף היא נתונה בעלייה מתמדת ברחבי העולם. כיום על פי ההערכות כ-18 מיליון ילדים בעולם שגילם פחות מחמש הם שמנים. יש סבירות גבוהה שילדים שמנים יהיו מבוגרים שמנים ויש סבירות גבוהה שיסבלו בעתיד מהשמנת יתר. כך לדוגמה שיעור הילדים הסובלים מעודף משקל הוכפל ושיעור המתבגרים שולש בין השנים 1980-2000 (Speiser et al., 2005).

מתוצאות סקר שנערך בשנים 1997-1998 בקרב נערים ונערות מ-21 מדינות ובכללן ישראל, עולה כי ישראל נמצאת במקום השלישי אחרי ארה"ב ויוון מבחינת אחוז בני הנוער הסובלים מהשמנה. בדרך כלל נמצא כי במדינות בצפון אירופה שיעורי ההשמנה נמוכים יותר מאלו שנמצאו במערב אירופה (Speiser et al., 2005). עלייה בשכיחות ההשמנה ועודף משקל נמצאה גם באוסטרליה (Magarey, Daniels, & Boulton, 2001) ובמדינות מתפתחות (De Onis & Blossner, 2000).

המסגרת התאורטית למחקר היא גישת הפסיכולוגיה החיובית וחקר הצלחות. גישת הפסיכולוגיה החיובית מבוססת על לימוד רגשות חיוביים ותכונות אישיות חיוביות בעיקר חוזקות, מעלות וכישורים (Seligman, 2002; Seligman, Steen, Park, & Peterson, 2005). היא נתפסת תחום ייחודי של חוזקות אנושיות שמספקות מסגרת לקונספציות, כמו רווחה נפשית, סיפוק אישי, עמידות, מסוגלות אישית והגשמה עצמית. לפי גישה זו יש לראות בתופעות אלו מקורות אנושיים פנימיים שיכולים לסייע בשיפור איכות חייו ורווחתו של הפרט (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). לפיכך הפסיכולוגיה החיובית שמה לה למטרה לפתח גישה מניעתית שתסייע לאנשים לפתח חוסן נפשי וחיים בעלי משמעות באמצעות זיהוי משאבים פנימיים, כישרונות וחוזקות. גישה זו מפיקה תועלת ממתודולוגיות מדעיות המאפשרות ליצור גוף ידע מוכח שיביא לידי תוצאות יישומיות בתחומים מגוונים של ההתנהגות האנושית. פן חשוב ביישום הפסיכולוגיה החיובית הוא קידום בריאות ורווחה נפשית. המושג בריאות נפשית נשען על תפיסה הוליסטית הרואה את האדם השלם ביחסים דינמיים עם סביבתו ואת בריאותו הנפשית אחד הביטויים לאיכות חייו בהנחה שאיכות חיים מייצגת תפיסת-על רחבה יותר (פלוריאן ודרורי, 1990; Brown, Renwick, & Nagler, 1996). בהתאם לתפיסה זו בריאות נפשית (Mental health or psychological well being) מוגדרת מושג רחב ורב-ממדי הכולל נוכחות או ההיעדרות של סימפטומים לחולי גופני או נפשי ורכיבים חיוביים המציינים פוטנציאל לרווחה נפשית של סימפטומים לחולי גופני או נפשי ורכיבים חיוביים המציינים פוטנציאל לרווחה נפשית (Diener, Lucas, & Kesebir, 2008; Veit & Ware, 1983). הערכת מצבו הנפשי של הפרט כוללת שני ממדים: ממד מצוקה נפשית (Psychological Distress) וממד רווחה נפשית (Psychological Well-Being) (Veit & Ware, 1983). המושג מצוקה נפשית נוגע להיבטים השליליים בבריאותו הנפשית של האדם וכולל שלושה רכיבים עיקריים: חרדה, דיכאון ואובדן שליטה רגשית והתנהגותית (שם). יש להגדיר את המושג רווחה נפשית על פי קיומם של גורמים חיוביים ולא רק על פי היעדרם של גורמים שליליים כשהדגש הוא בשיפור אינטגרלי וכולל של החיים (Diener et al., 2008). ממצאי מחקרים מראים שנשים הסובלות מהשמנת יתר נמצאות בסיכון גבוה יותר לחוות דיכאון ומצוקה נפשית (Carpenter, Hasin, Allison, & Faith, 2000; Istvan, Zavela, & Weidner, 1992).

גישת חקר הצלחות נוגעת לתפיסת עולם המתמקדת בנייתו תוצרים חיוביים, בשיטות ובפעולות הנתפסות מוצלחות כדי לחשוף את התהליכים שהביאו לידי הצלחה ולנסח לפיהם ידע מכוון לפעולה (Actionable Knowledge). ידע זה מכוון בבירור ובשיטתיות לדרך שבה יש לפעול כדי להגיע לתוצאה הרצויה (שמר ורוזנפלד, 2016; Schon, 1983). המוקד של חקר הלמידה מהצלחות הוא זיהוי הידע הסמוי הקיים מן העבר

והמרתו לידע גלוי, מעובד ומכוון לפעולה (רוזנפלד, גילת וטל, 2010). תפיסה זו מבטאת את גישתם של חוקרים העוסקים בחקר הידע הסמוי, שלפיה פעולותיהם של אנשים נסמכות על תאוריות סמויות הקיימות בראשם של הפועלים ושמוכונות אותם לפעולה (Schon, 1983, 1987). המרת ידע סמוי לגלוי ולמידה מהצלחות, מתבססת על התבוננות רטרוספקטיבית, חילוץ ידע ועיבודו. באמצעות התבוננות רטרוספקטיבית בלמידה מהצלחות העבר, אפשר לזהות דרכי עשייה מועילות שיאפשרו לפרט לפעול לשינוי תפקודו בשיטתיות, במכוון וביעילות ויביאו לתוצאות רצויות (רוזנפלד, גילת וטל, 2010).

משאבים

המושג משאבים עוסק בסך כל המיומנויות, הכישורים, האמצעים בפועל והכוחות הגלומים בכל פרט במערכת המשפחתית ובקהילה המסייעים להתמודדותו עם מצבי חיים שונים (Hobfoll, 2001). הספרות המחקרית בתחום הבריאות מציגה קשת רחבה של משאבים פסיכולוגיים שנמצאו קשורים לבריאות פיזית ולרווחה נפשית. בין המשאבים האישיים ראוי למנות הערכה עצמית (Sowislo & Orth, 2013), תחושת מסוגלות עצמית (Kitsantas, 2000; Ricman, Loughnan, Droulers, Steinbeck, & Caterson., 2001; Roach) (et al., 2003), תפיסת שליטה עצמית (Kontinen, Haukkala, Sarlio-Lahteenkorva,) (Blaine, Rodman, & Newman, 2009; Silventoinen, & Jousilahti, 2009; Blazer, 1982; Bryan & Tiggerman, 2001; Canetti, Berry, & Elizur, 2009; Chronister, 2009; Kennedy, Kiecolt-Glaser, & Glaser, 1990; Lakey & Cassady, 1990; Mahon, Yarcheski, & Yarcheski, 1998; Yarcheski, Mahon, & Yarcheski, 2003).

התנהגויות בריאות

התנהגויות בריאות בעניין הרגלי אכילה כוללות התנהגויות של אכילה בריאה מוגבלת בקלוריות, הורדת צריכת שומנים, ביצוע הרגלי פעילות גופנית וזיהוי אזורי סיכון (Nauta, 2001; Hospers, & Jansrn, 2001). נמצא כי להיבטים התנהגותיים אלה הייתה השפעה חיובית בולטת וממושכת על מדדים המציינים רווחה נפשית ועל ירידה במשקל בקרב אנשים בעלי עודף משקל ובקרב אנשים בעלי עודף משקל עם הפרעות אכילה (שם).

במחקר זה בחרתי להתמקד בתרומה של משאבים פסיכולוגיים לרווחתם הנפשית של סטודנטים להוראה על סמך התמודדויות וחוויית מוצלחות באימוץ התנהגויות בריאות והפחתה במשקל. ההנחה העומדת בבסיס מחקר זה היא כי הדרך שבה מבנה האדם את סיפור חייו מעידה על עולם המשמעות הפנימי שלו, על תפיסת עולמו, על משאביו הפנימיים ועל הדרך שבה הוא תופס את מערכת היחסים בינו ובין העולם (Lieblich, 1986; Tuval-Mashiach, & Zilber, 1998; Sarbin, 1986). על פי הנחה זו יש לשער כי התובנות שיעלו במחקר יוכלו לסייע בהעמקת ההבנה של טיב המשאבים, המנגנונים והגורמים המקדמים רווחה ובריאות נפשית וחוויית הצלחה בתחום התנהגויות בריאות, הפחתה במשקל ומניעת השמנה.

שאלות המחקר

- המחקר התבסס על מתודולוגיה איכותנית והוא בחן את השאלות האלה:
- א. מהם המשאבים התורמים להצלחה בהפחתה במשקל ובאימוץ התנהגויות בריאות?
 - ב. מהן ההשלכות של תהליך מוצלח בהפחתה במשקל ובאימוץ התנהגויות בריאות כפי שהמשתתפים תופסים אותן?
 - ג. כיצד תופסים סטודנטים להוראה את משמעות התהליך בהפחתה במשקל ואימוץ התנהגויות בריאות באשר לעולמם המקצועי?

שיטת המחקר

משתתפים

במחקר השתתפו עשר סטודנטיות הלומדות במכללה לחינוך שהתאימו לקריטריונים של המחקר. הקריטריונים להשתתפות במחקר היו סטודנטים להוראה בעלי $BMI < 25.5$ שהפחיתו ממשקלם לפחות 10 ק"ג במהלך שנה והצליחו לשמר את משקלם לפחות למשך שלוש שנים באמצעות ניהול של אורח חיים בריא המבוסס על הרגלי אכילה תקינים.

כלל משתתפי המחקר הן נשים הלומדות לקראת תואר ראשון בהוראה. טווח הגילאים נע בין 22 ל-39 עם ממוצע של 26.5. כל הסטודנטיות תושבות מרכז הארץ. רוב הסטודנטיות סבלו מהשמנה (8) והשאר סבלו מעודף משקל (2). כל הסטודנטיות הפחיתו ממשקלן מעל 13 ק"ג במשך שנה, מרביתן (8) הפחיתו בין 17 ל-25 ק"ג ומעט מהן (2) הפחיתו בין 14 ל-16 ק"ג. שבע סטודנטיות דיווחו על בריאות פיזית המתבטאת במדדי בדיקות דם תקינים ושלוש סטודנטיות דיווחו על בעיות רפואיות שהן סובלות מהן לאורך כל השנים. שתיים מתוכן סובלות מאנמיה ואחת מהן סובלת מהפרעה בבלוטת התריס. רוב הסטודנטיות נעזרו באנשי מקצוע והשתתפו בקבוצות תמיכה וליווי בקידום בריאות (6) והשאר ביצעו את השינוי בהתנהגויות בריאות והפחתה במשקל בעצמן (4). תיאור המאפיינים של משתתפות המחקר מופיע בלוח 1.

לוח 1: מאפייני משתתפות המחקר

שם	גיל	ארץ מוצא	מצב משפחתי	מקצוע הוראה	שנת לימודים
אורית	28	ישראל	נשואה	חינוך גופני	רביעית
קרן	22	ישראל	רווקה	גיל הרך	שנייה
גומא	39	ישראל	נשואה	גיל הרך, חינוך מיוחד (הסבה)	שלישית
לימור	26	ישראל	רווקה	גיל הרך, חינוך מיוחד	שנייה
ירדן	26	דרום אפריקה	רווקה	גיל הרך, חינוך מיוחד	שנייה
סיגל	23	ישראל	רווקה	גיל הרך, חינוך מיוחד	שנייה
נירה	27	ישראל	רווקה	חינוך מיוחד, רב-גילאי	שנייה
רונית	27	ישראל	רווקה	חינוך מיוחד, רב-גילאי	שנייה
דנה	23	רוסיה	רווקה	חינוך מיוחד, רב-גילאי	ראשונה
נועה	24	ישראל	רווקה	חינוך מיוחד, רב-גילאי	ראשונה

כלים

איסוף הנתונים התבצע באמצעות ראיון עומק פתוח (שקדי, 2003), שבו התבקשה המרואיינת "לספר על אודות חוויית ההשמנה בחייה". בהמשך הראיון התבקשה המרואיינת להשיב על שאלות אחרות שהתפתחו במהלך הראיון. השימוש בראיון עומק פתוח אפשר למרואיינות מרחב פתוח ולא מונחה להעלות נושאים, משאבים ותפיסות הקשורים בחוויה הסובייקטיבית של הצלחה וסייע בהבנת המשמעות שהן מעניקות לה. הראיונות נערכו במשך שעתיים, הוקלטו בהסכמתה של המרואיינת ותומללו. נוסף לראיון כל מרואיינת מילאה טופס פרטים אישיים שכללו מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ונתונים על משקל ומצב בריאותי.

הליך המחקר

בשלב הראשון של המחקר נשלח מכתב פנייה לכלל הסטודנטים הלומדים לקראת תואר ראשון במכללות לחינוך באמצעות דיקן הסטודנטים. סטודנטים שהביעו הסכמה להשתתף במחקר שלחו לחוקרת מכתב שכלל את פרטיהם האישיים ואת הסכמתם להשתתף במחקר. בשלב השני של המחקר, יצרה החוקרת קשר טלפוני עם הסטודנטים שהביעו הסכמה להשתתף במחקר וקבעה עם כל אחד מהם מועד לקיום הראיון. בעת קיום הראיון הוסברה לסטודנטיות מטרת המחקר והובטחה שמירה על אנונימיות ושימוש בלעדי בנתונים לצורכי מחקר בלבד.

ניתוח הנתונים

ניתוח הראיונות התמקד בניתוח התכנים שעלו מתוך הראיונות. ניתוח התוכן התבצע באמצעות ניתוח תוכן קטגוריאלי על פי מוקדי המחקר:

- א. משאבים אישיים וחברתיים
- ב. השלכות השינוי
- ג. משמעות השינוי

ניתוח התוכן כלל בידוד של חלקים מהטקסט, סיווגם, קיבוצם לקטגוריות וניתוחם. כל ראיון נותח בנפרד ולא היה תלוי בראיונות האחרים. ניתוח התוכן התבצע בכמה שלבים באופן שאפשר ללמוד על עולמן הפנימי והחיצוני של המרואיינות ובלי שלחוקרת יהיו הנחות מקדימות (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). בשלב ראשון התבצעה קריאה מעמיקה, חוזרת ונשנית של הראיון וכתובת הערות בשולי הטקסט של כל דבר שנראה בעל משמעות בדבריו של המרואייני. בשלב שני התבצע איתור וקיבוץ תכנים ואמירות בטקסט לקבוצות לשם יצירת רשימה ראשונית של קטגוריות (Charmaz, 2003). בשלב שלישי בוצע איחוד של קטגוריות בעלות משמעות דומה ועוצבה רשימה סופית של הקטגוריות. בשלב רביעי נערך דיון ומתן פרשנויות לתוצאות שעלו מממצאי הראיונות, בלוויית מחקרים תאורטיים ומחקריים הקיימים (Smith et al., 2009).

ממצאים

מתוך ניתוח הראיונות התגבשו הקטגוריות האלה:

משמעות השינוי	תוצאות השינוי	משאבים אישיים וחברתיים
שינוי בפילוסופיית חיים ובסדרי עדיפויות	קבלה עצמית	מיקוד שליטה פנימי
שינוי בתפיסת המערכות הסביבתיות-חינוכיות	הכללת תחושת מסוגלות עצמית	תחושת חופש בחירה
	הכללת יכולות ויסות	הגדרת ציפיות והצבת יעדים מציאותיים וקצרי טווח
	שינוי בתפיסת הגוף כביטוי לשינוי זהות	פיתוח שיח פנימי בונה
	רווחה נפשית ופיזית	למידה מהתנסויות מוצלחות בעבר
		התמדה
		שינוי משמעות תהליך ההפחתה במשקל
		תמיכה חברתית (פורמלית ובלתי פורמלית)

משאבים אישיים-חברתיים

בניתוח התוכן של המשאבים האישיים החברתיים עלו שמונה קטגוריות שמייצגות כל מיני משאבים כפי שבאו לידי ביטוי בתיאור המשתתפות:

1. **מיקוד שליטה פנימי:** ההצלחה בהפחתה במשקל ובשינוי הרגלי האכילה התרחשה בזכות האמונה פנימית ביכולת של משתתפות המחקר לפעול להשגת התוצאות הרצויות, בפעולות שנקטו ובתפיסה כי שינוי לאורך זמן נובע מתוך תחושת ריבונות אישית וקבלת החלטות אוטונומית ללא תלות בתכתיבים, מסרים ולחצים חיצוניים. שינוי זה התאפשר לדבריהן בעזרת תכונות ויכולות של אחריות אישית, עצמאות, אקטיביות ויוזמה. דוגמאות:

"התחושה שלי היא שההצלחה בביצוע השינוי תלויה אך ורק בי, בהחלטות שאקבל ובבחירות שאעשה. אני לא מאמינה באמרה 'הכול יהיה בסדר', אלא מאמינה שאם אני אעשה שיהיה בסדר, אז יהיה בסדר. אני מרגישה שההצלחה בירידה במשקל התרחשה הודות לאמונה שלי בעצמי."

"כל החיים הונעתי על-ידי ציפיות חברתיות וחברה בכלל ובעבר, כל קבלת החלטות בנוגע להפחתה במשקל נבעה מתוך מסרים חיצוניים ולחצים שהופעלו עליי מהסביבה הקרובה לי. מה שמייחד את חוויית ההצלחה שלי הוא שהפעם נכנסתי לכל התהליך מתוך החלטה פנימית עמוקה שאני

עושה את השינוי עבור עצמי, שהנושא חשוב לי ולהרגשה שלי עם עצמי וזה היה המפתח להצלחת התהליך.”

2. **תחושת חופש בחירה:** חוויית ההצלחה התאפשרה בזכות חופש בחירה של סוג המזון, כמות המזון וזמני האכילה. מתן הבחירה אפשר גמישות, גיוון והתאמה למצבי חיים מגוונים. התרומה של חופש הבחירה להצלחת התהליך התבטאה בחיזוק העצמאות בקבלת החלטות, בחיזוק תחושת השליטה על דחפים לא צפויים ובניהול תכנית תזונתית מתוך תחושת ריבונות אישית.

”מה שעוזר לי הפעם לחוות הצלחה בהפחתה במשקל הוא מתן בחירה, בניגוד לעבר שבו פעלתי מתוך תפריטים ותכתיבים חיצוניים. מתן הבחירה של סוג המזון וזמני האכילה מאפשר לי מצד אחד עצמאות ואוטונומיה על הבחירות שלי ומצד שני מעביר אליי את האחריות האישית לתוצאות. הבחירה גם מכניסה לתהליך גמישות, גיוון, עניין, סיפוק וחוויה של שליטה שלא חווייתי בניסיונות קודמים בירידה במשקל [...]. יש מצבים שבהם אני חווה דחף למאכל מסוים כמו פיצה, לאחר שכבר אכלתי ארוחה מזינה ואני לא חווה רעב פיזי. במצב זה אני בוחרת לאפשר לעצמי לאכול את המאכל המסוים בשבת שתחול בעוד יומיים מתוך תכנון. הבחירה מאפשרת לי להחזיר לעצמי את תחושת הריבונות על ניהול התכנית התזונתית שלי. זו מיומנות שאני לאט לאט מעבירה אותה גם לתחומים אחרים בחיי, כמו סיטואציות חברתיות כלשהן שבהן אני נדרשת להשהות תגובות ולווסת דחפים ורגשות.”

3. **הגדרת ציפיות והצבת יעדים מציאותיים וקצרי טווח:** הצלחת המרואיינות נובעת מהיכולת להגדיר ציפיות ולהציב מטרות המאופיינות בכך שהן מציאותיות, קצרות טווח ונמדדות ביחידות מידה קטנות. מאפיינים אלה יוצרים הבנייה קוגניטיבית, ארגון וסדר פנימיים המאפשרים חיזוי חוויית הצלחה, יכולת בקרה על התהליך, תחושת שליטה וסיפוק מידיים. כלל מרכיבים אלה משמשים גורם מוטיבציוני המניע לצבירת חוויות הצלחה אחרות.

”מה שמאוד עוזר לי לחוות הצלחה היא היכולת שלי להציב מטרות צנועות, מציאותיות ובטוחי זמן קצרים. המטרה תוחמת בזמן את השגת היעד, יוצרת עבורי סדר וארגון, מעניקה לי תחושת הנאה מהיכולת שלי לנבא את ההישג ונוסכת בי סיפוק מידי מחוויית ההצלחה. השימוש באמצעים כמו הגדרה ברורה ומדידה של מטרות ורישום תכנית אכילה בטבלה מארגנת, מסייע לי להרגיש שליטה וביטחון שממתנים את רמת הלחץ שאני חווה ותורמים לתחושת רוגע פנימית [...]. תהליך זה מאפשר לי לבצע בקרה ולהעריך את השגת המטרות ואת המאמצים שאני משקיעה בו.”

4. **פיתוח שיח פנימי בונה** משמש משאב קוגניטיבי המסייע למרואיינות להחזיר את האמון בעצמן ובתחושת המסוגלות שלהן. שיח זה מבוסס על שינוי שפה פנימית הנותנת משקל רב יותר לגילוי מקורות הכוח מאשר למקורות הקושי.

"פיתחתי לעצמי שיח פנימי בונה, למשל, בכל שקילה שבועית שבה חוויתי ירידה קטנה ביותר במשקל, אמרתי לעצמי שזאת הצלחה קטנה שתניב הצלחה גדולה לאורך זמן. בכך חיזקתי את היכולת שלי להמשיך לבצע את תכנית האכילה שתכננתי וגם החזרתי לעצמי עוד קצת את האמון בעצמי. האמירות הללו עזרו לי להמשיך בתהליך ומנעו ממני מלהתייאש ולחזור לתפיסות של קושי וכשלות שאפיינו אותי בעבר. בעבר, ירידות קטנות במשקל נתפסו ככישלון והביאו אותי לייאוש ולאכילת יתר."

5. **למידה מהתנסויות מוצלחות בעבר:** חוויות ההצלחה מתרחשות בזכות התבוננות רטרוספקטיבית בהתנסויות מוצלחות בעבר והפקת למידה יעילה מהן.

"הגעתי לתהליך הנוכחי עם הרבה תובנות אישיות שלמדתי מניסיונות קודמים בירידה במשקל שביצעתי, תובנות שמבוססות על מה עובד וגם מה לא עובד עבורי ובאיזה מרכיבים עלי לטפל בתוך עצמי כדי שהשינוי הפעם יהיה מוצלח, משמעותי ואיכותי יותר. כך לדוגמה אני יודעת על בסיס העבר שירידות מאוד קטנות במשקל 200-300 גרם בשבוע, משמעותן שיש סבירות גבוהה שהשינוי יישמר לאורך זמן. חלק מהתובנות נוגעות גם לבחירה של סביבה וחברים שמאמינים ביכולת שלי ומהווים תשתית בריאה להצלחת התהליך הן בשיח מקדם בריאות והן בהפחתת החשיפה למאכלים מזיקים שיחבלו בתהליך."

6. **התמדה:** ההצלחה בתהליך נובעת גם בעזרת יכולת התמדה. ההמשגה של משאב זה כוללת היבט התנהגותי ותפיסתי. בהיבט ההתנהגותי ההתמדה מתבטאת ביישום יומיומי ועקבי של הרגלי אכילה בריאים. בהיבט התפיסתי, משאב זה מתבטא באימוץ תפיסת עולם חדשה הרואה את תהליך ההפחתה במשקל כרצף שיש בו עליות ומורדות. תפיסה זו מגבירה את מידת המחויבות לתהליך ומסייעת למרואיינות להצליח להתמיד בתהליך גם במצבים שבהם התרחשו אירועי אכילה לא מתוכננים.

"אחד השינויים החשובים שתרמו לחוויית ההצלחה שלי בהפחתה במשקל היא יכולת ההתמדה שלי. ההתמדה מתבטאת בשינוי יומיומי של הרגלי אכילה ובתפיסה חדשה שרואה את החיים בכלל וההתמודדות עם השמנה בפרט כרצף ולכן גם אם יהיו לי בולמוסי אכילה, הם ייתפסו על ידי כחלק מתהליך שינוי שיש בו עליות וירידות, התקדמויות ונסיגות, בניגוד לעבר שבו דגלתי בתפיסה של 'זבנג וגמרנו'. למעשה, ההצלחה הגדולה שלי היא ביכולת להתמיד בתפיסה החדשה שגיבשתי לעצמי ובהתנהגות מאוזנת עם האכילה, גם אם התרחשו בתוך התהליך אירועי אכילה לא מתוכננים."

7. **שינוי עמדות כלפי תהליך ההפחתה במשקל:** חוויית ההצלחה התרחשה בזכות אימוץ תפיסת עולם חדשה המפיקה הנאה מהתהליך שלא כבעבר שבו נחוה התהליך כסבל. הנאה זו מושגת באמצעות היכולת לחזות הצלחה. חיזוי ההצלחה משמש תגמול וחיזוק חיובי על המאמץ המתמשך באימוץ הרגלי אכילה בריאים ומשמש גורם מניע להמשך ביצוע השינוי.

"חוויית ההצלחה שלי היא גם הודות לשינוי תפיסה שמאופיין בראיית התהליך מקור הנאה ולא סבל. כל השנים תפסתי את תהליך שינוי הרגלי האכילה וההפחתה במשקל במונחים של סבל, ויתור וקיפוח (...). בנוסף, אני מפיקה הנאה מהיכולת שלי לחזות הצלחה בתהליך ההפחתה במשקל. לדוגמה, אני רושמת את היעד המספרי של המשקל שאליו אני שואפת להגיע לאחר שבוע (94.5 – חצי קילו פחות). בכל פעם שאני מצליחה להגיע ליעד המוגדר, אני חווה הנאה והיא מהווה עבורי מעין תגמול על המאמצים שאני משקיעה ומדרבנת אותי להמשיך להשקיע מאמצים להשגת היעד הבא. למעשה, ההנאה מניבוי הצלחה הוא פתרון אלטרנטיבי להנאה מאכילת היתר שנהגתי בה בעבר."

8. **משאבים חברתיים:** התמיכה החברתית נחלקת לשני סוגים עיקריים: תמיכה חברתית פורמלית הכוללת אנשי מקצוע או השתתפות בקבוצות תמיכה וליווי בקידום בריאות ותמיכה חברתית בלתי פורמלית הכוללת בני משפחה, בני זוג וחברים.

א. **תמיכה חברתית פורמלית:** תרומתה של התמיכה החברתית הפורמלית לחוויית ההצלחה מתבטאת בהיבטים קוגניטיביים, רגשיים והתנהגותיים. בהיבטים קוגניטיביים – באמצעות העלאת מודעות ומתן מידע על תזונה בריאה ופעילות גופנית; בהיבטים רגשיים – באמצעות שיתוף, שיקוף תהליכים ורגשות וחיזוק תחושת שייכות; בהיבטים התנהגותיים – באמצעות מתן כלים התנהגותיים לניהול עצמאי של אורח חיים בריא ולביצוע מעקב ובקרה על המשקל ועל יישום הרגלים מקדמי בריאות.

"במסגרת קבוצת התמיכה מוענק לי מידע תאורטי ביחס למזונות בריאים ומומלצים, הרכבי מזון ותכונותיהם ומידע על חשיבות הפעילות הגופנית לבריאות. ברמה הרגשית ההגעה למפגשים מעניקה לי תחושת שייכות לאנשים המתמודדים עם בעיה דומה לשלי, משקפת לי את המניפולציות שאני עושה על עצמי במצבים שבהם אני מרפה מהרגלי האכילה הבריאים שרכשתי ומחזקת אותי באמצעות תמיכה רגשית. ברובד ההתנהגותי אני מקבלת כלים להתמודדות עם מצבי משבר באכילה, מעקב ובקרה על הירידה במשקל."

ב. **תמיכה חברתית בלתי פורמלית:** התרומה של תמיכת בני משפחה וחברים להצלחת התהליך מתבטאת בהיבטים האלה: בקבלה והכלה, בהבניית שיח משותף בנושא קידום בריאות, בתמיכה רגשית המגבירה את ההתנגדות לדחפים

אימפולסיביים ואירועי אכילה לא מתוכננים, בביטויי הערכה, אמפתיה ועידוד מילוליים ובמתן תמיכה מעשית בפועל בהכנת מאכלים בריאים ובצריכתם.

"מאז ומתמיד חוויתי קבלה ואהבה גדולה מהוריי. ההורים שלי מאמינים ביכולות שלי להצליח יותר ממה שאני האמנתי ובמובן הזה הם היוו בסיס איתן להצלחה שלי. בעלי, שהוא העוגן שלי, תומך בי מאוד גם מבחינה פיזית וגם מבחינה רגשית. כל דמעה שלי הוא מבין ורגיש ואמפתי ואוהב ומכיל את הכאב שלי. התמיכה שלו בי בתהליך ההתמודדות, מעניקה לי הרגשה שאני לא לבד בסיפור הזה [...]. אמי התגיסה לתהליך גם בהיבט הטכני. היא מבשלת עבורי מאכלים בריאים שמתאימים לתכנית שהגדרתי ומסייעת לי בעריכת הקניות [...]. גורם תמיכה חשוב נוסף היא הסביבה של החברים שנמצאים בתהליך זהה של שינוי הרגלי אכילה והפחתה במשקל ומהווים מסגרת תמיכתית בעלת תודעה של בריאות היוצרת שיח בריא על נושא התזונה. התמיכה מבחוץ עוזרת לי בעיקר במצבי סיכון שבהם מתעורר בי דחף לאכילה ומסייעת לי להגביר בתוכי קול פנימי שמהווה משאב נגדי המווסת את דחף האכילה שהתעורר. השהייה שלי במחיצת אנשים עם תודעת בריאות, עוזרת לי גם להפחית את החשיפה שלי למזונות לא בריאים."

ג. **מתן עזרה לאחרים המתמודדים עם בעיית השמנה:** יכולת הנתנה לאחרים הסובלים מבעיה דומה משמשת משאב המסייע במיתון תחושת הכאב והסבל שנחוה בתקופת ההשמנה, מעניק תחושת משמעות, מחזק יכולות ומשאבי התמודדות ונותן תוקף להצלחת התהליך ולתוצאותיו.

"מתן העזרה לאחרים הסובלים מהשמנה בהתמודדות שלי מעניק לי תחושת משמעות וסיפוק. הוא גם נותן תוקף להצלחת התהליך, נוסך בי תחושת גאווה וסיפוק בהשמעת התוצאות ומחזק בי את המוטיבציה להמשיך בשימור ההצלחה."

תוצאות השינוי

בניתוח הנתונים העוסק בתוצאות השינוי זוהו חמש קטגוריות. להלן מוצגות הקטגוריות בליווי דוגמאות:

1. **קבלה עצמית:** חוויות ההצלחה הביאו לידי גילוי יכולות של קבלה והערכה עצמית. משאב זה מאופיין בקבלה של החלקים שאינם מושלמים באישיות לצד הערכה כנה של המאמצים, המסירות והמחויבות לתהליך. מאפיינים אלה סייעו במיתון התנהגויות הרסניות ופתחו מרחב פנימי לסליחה עצמית.

"תהליך ההפחתה במשקל חשף בי את היכולת לחיות בשלמות עם עצמי לקבל ולהעריך את עצמי על הדרך שעשיתי, על המאמצים, על הרגעים והקשיים עמם התמודדתי באופן מיטיב, על ההתמדה שלי למרות הקשיים, על חוסר הויתור, על המסירות והמחויבות שלי לתהליך."

הראייה הכנה על הטוב ועל הפחות טוב מייחדת את התהליך הנוכחי לעומת העבר שבו נשאבתי לביקורת עצמית, רגשות אשם אינסופיים ולתחושת ערך עצמי נמוך וחוסר סיפוק מעצמי. נדמה לי שזהו הפירוש הרחב לכוח הזה שנקרא קבלה עצמית" [...]. תחושות הקבלה וההערכה מפחיתות בולמוסי אכילה, מסייעות לי להפחית התנהגויות הרסניות כלפי עצמי ועוזרות לי לסלוח לעצמי ולא להחמיר מדי עם עצמי כשאיורועים אלה מתרחשים."

2. **הכללת תחושת מסוגלות עצמית לתחומי חיים אחרים:** ההצלחה בהפחתה במשקל ובאימוץ התנהגויות בריאות תוארה חוויה שחישלה את המשתתפות וחיזקה בהן את האמונה כי יוכלו להתמודד עם אתגרים אחרים בעלי משמעות בחייהן. שינוי זה מתבטא באימוץ תפיסת עולם הרואה בכל קושי אתגר שאפשר להתמודד עמו ובתחושת ביטחון בסיסית כי יהיה מצב הלחץ אשר יהיה, תימצא הדרך להתמודד עמו.

"חווית ההצלחה בהפחתה במשקל, תחום שבו נחלתי כישלונות במשך שנים רבות, חיזקה בי את תחושת המסוגלות והביטחון להתמודד גם עם תחום הלמידה שבו גיליתי קשיים משמעותיים. מאז ומתמיד אמרו לי: 'את לעולם לא תצליחי לרזות' והוכחתי לעצמי ולאחרים שהשינוי אפשרי. גם בתחום הלימודים אמרו לי: 'יש לך פוטנציאל אבל אולי לא כדאי שתפני ללימודים אקדמיים'. אני זוכרת את ההחלטה לפנות ללימודים אקדמיים ואני זוכרת את התחושה שליוותה אותי בימים הראשונים ללימודי במכללה. הרגשתי מעין תחושת יכולת. פיתחתי מעין שיח פנימי עם עצמי שבו אמרתי לעצמי שאם הצלחתי לעשות כזה שינוי גדול בתחום ההשמנה, אז אוכל לעשות העברה של המסוגלות הזו גם לתחומים נוספים ואכן הגעתי לרמת הישגים אקדמיים ברמה שגם הפתיעה אותי ואת סביבתי."

"חוויות ההצלחה בהפחתה המשמעותית במשקל חיזקה בי תחושת יכולת בסיסית במובן הזה שכשיגיעו מכשולים, אני אדע להתייחס אליהם כאתגר שניתן לפרוץ אותו או כמשוכה שניתן לעבור אותה. יש לי מעין ידיעה פנימית שכמו שהאמנתי שאני מסוגלת לבצע את השינוי הכה משמעותי בהפחתה במשקל, כך אצליח לבצע עוד שינויים בתחומי חיים נוספים שפחות נוחים ונעימים לי."

3. **הכללת יכולות ויסות:** ההצלחה בהפחתה במשקל הביאה לידי שיפור מיומנויות ויסות קוגניטיביות רגשיות והתנהגותיות. היכולת לפתח מיומנות של שליטה על דחפים ועל תגובות אימפולסיביות באכילה, יושמה גם בתחומי חיים אחרים ותרמה לשיפור ניכר בתפקודיהן ובאיכות חייהן של המרואיינות.

"בעבר, הייתי אדם שמונע על ידי רגשות וחשקים וכיום אני הרבה יותר מווסתת מחשבתית, רגשית והתנהגותית. בתהליך ההפחתה במשקל,

הבנתי שאני רוכשת מיומנות שלא רק תסייע לי בעמידה בדחף לאכול מזון כזה או אחר, אלא תסייע לי לפתח יכולת לעמוד בדחפים האימפולסיביים שלי להגיב על כל אירוע שמתרחש בחיי. בתחום התזונה למדתי להתבונן על דחפי האכילה, לנתחם ולא להגיב מיידית באכילה על כל דחף שהתעורר. בדומה לכך לימדתי את עצמי שאני לא חייבת להגיב באופן מיידית על סיטואציות בין-אישיות המעוררות בי רגשות שליליים. למדתי להשהות לרגע את התגובה, לגלות איפוק ולחשוב באופן שקול מה יהיה יעיל יותר עבורי והאם כדאי להגיב או לא להגיב ובאיזו דרך? תוך כדי התהליך נוכחתי לראות שיכולות הוויסות שאני רוכשת הן דרך יעילה יותר עבורי לקבלת החלטות ולפתרון בעיות באירועי חיים שונים בחיי. אם מבינים את זה, אז מבינים שהנושא של שליטה על כמות המזון שאתה צורך הוא תהליך שתורם לגילוי יכולות של האדם הרבה מעבר לדבר עצמו."

4. **שינוי בזהות:** שינוי זה ניכר הן ברובד ספציפי שמתואר בשינוי בדימוי גוף והן ברובד מוכלל של שינוי זהות. בשני רבדים אלה ננקטות פעולות הקשורות בבגד המייצג תהליך פנימי של שינוי בזהות.

א. **שינוי בדימוי גוף:** השינוי במידות הבגדים שהלכו והצטמצמו בהדרגה משמש כלי לשינוי זהות ולקבלה עצמית. הבגד מסמל מודל להגשמת חלום שאליו שואפות המרואיינות ובו בזמן מגדיר קונקרטריות לגבולות הגוף הממשיים. באמצעות תהליך מדידת הבגד, הקנייה וההתבוננות בגוף מתבצעת בדיקה מתמדת של גבולות הגוף. היכולת לבחור בגדים משמשת כלי להכרת הדמות החדשה ובדיקתה דרך המדידה וההתאמה של הבגדים, להגשמת החלום ולדרך שבה מוצגת התדמית החדשה. השינויים ההדרגתיים במידות הבגדים משמשים אבני דרך משתנות המאפשרות למשתתפות המחקר לבצע מעבר מזהות ישנה לחדשה ולהתמזג בהדרגה עם דמות ה"אני" החדשה.

"כשאני נכנסת לחנות בגדים ומודדת בגד ובמקום המידה הענקית שהייתה לי בעבר, אני מגלה שמידת הבגד מצומצמת יותר והוא מחמיא לגוף שלי, אני חווה הרגשה נפלאה. התדמית החדשה שאני מבקשת להציג כתוצאה מהשינוי בתפיסת דימוי הגוף שלי היא כמו חלום שהתגשם. בתקופת ההשמנה היה לי קשה למצוא בגדים. כל בגד שקניתי נראה כמו סחבה ולא הלם אותי. גם כילדה חוויתי את הקושי במציאת בגדים ששודרה אלי מהסביבה בשל ממדי גופי הגדולים. כיום אני עומדת מול המראה, מתבוננת על עצמי ואומרת: 'הנה ירדתי מידה במכנסיים', 'ירדתי שתי מידות במכנסיים' וכך הלאה. כל פעם שאני נכנסת לחנות, אני תוהה בתוך עצמי, מה תהיה המידה שתעלה עליי? ככל שאני חווה את היכולת למצוא בגדים מתאימים ללא בעיה, כך אני מסירה מהתודעה הפנימית שלי את החוויה שהייתה לי כאדם עם זהות של שמן שמתקשה למצוא בגדים במידות רגילות. לאט לאט אני מתחילה להפנים את החוויה של

אדם שיש לו אפשרות לבחור את הבגדים שהוא באמת רוצה ולא מתפשר על כל בגד שעולה [...]. שיניתי את כל מלתחת הבגדים שלי ואת סגנון הלבוש שלי, מבגדים רחבים לבגדים צמודים המדגישים את הגזרה האסתטית המתהווה."

ב. **שינוי בזהות:** ההצלחה בהפחתה במשקל הביאה לידי יצירת זהות חדשה שיש בה לא רק שינוי מראה חיצוני, אלא מהות פנימית המעידה על ביטחון והנכחה אחרת של העצמי, לצד הכרזה על שימור השינוי לאורך זמן. שינוי זה מתבטא בפעולות הקשורות בבגד כגון פרידה מבגדים ישנים מתקופת ההשמנה. פעולות אלו שוברות את הזהות הישנה, מעניקות אישור ותוקף לזהות החדשה ומאפשרות למשתתפות המחקר לאמץ את התדמית החדשה בלי לחשוש מחזרה למצב הקודם.

"אני נוקטת בפעולות מוחשיות שמסמלות עבורי את המצב הקיים, את מה ומי שאני כיום ואת הפרידה מהמצב הקודם [...] זרקתי את הבגדים הישנים ובניתי מלתחה של בגדים חדשים במידה הנוכחית. לא השארתי אף בגד ישן אחד כי עבורי זריקת הבגדים הישנים ובנייה של מלתחת בגדים חדשה, מסמלת שחרור מהמקום הקודם שלי ויצירה של תדמית חדשה. חזות זו מייצגת עבורי זהות חדשה שמגלמת בתוכה סוג של ביטחון, נראות והנכחה של העצמי שלי, על התכונות, והיכולות החדשות שגיליתי בעצמי. בפרידה מהבגדים הישנים יש גם הצהרה פנימית וחיצונית שאני לא חוזרת למצב הקודם. זה נותן תוקף לזהות החדשה שלי. פעם היה לי קשה לזרוק את הבגדים היותר גדולים והייתי משאירה אותם בארון למקרה ש [...] כי באמת פחדתי שאחזור להיות שמנה ושלא יהיה לי מה ללבוש אם אעלה במשקל שוב. כיום אני מצליחה לשחרר את הפחד הזה וזה לכשעצמו מאוד מחזק אותי [...]"

5. **רווחה:** ההצלחה בהפחתה במשקל הביאה לידי תחושת רווחה בקרב משתתפות המחקר. המונח רווחה כולל היבטים נפשיים ופיזיים.

א. **רווחה נפשית:** הרווחה הנפשית מתבטאת בתחושות של שלמות, רוגע, סיפוק ונינוחות פנימית המגלמת בתוכה יכולת לחיות באיזון נפשי ופיזי, בחיבור בין גוף לנפש ובהשלמה עם תזונה בריאה.

"בתקופת ההשמנה חשתי מנותקת מהגוף ומהנפש שלי ותלושה. תחושת ניתוק זו הסבה לי עצבות ודכדוך עמוקים. זה היה סיט. פשוט לא יכולתי לראות את עצמי כפי שהייתי. החיים התנהלו לידי. חייתי לידם ולא בתוכם. הצלחת התהליך הובילה לחיבור המיוחל בין הגוף לנפש שלי שנוסך בי תחושת שלמות, רוגע וסיפוק פנימיים [...]. הרווחה הנפשית נובעת גם מהיכולת שלי להצליח לאכול בריא, ליהנות מעצם האכילה המאוזנת והבריאה ולקבל את סוג המזון הבריא שאני צורכת. מעין התפיסות עם סוג האוכל הזה והשלמה עמו [...]"

ב. רוחה פיזית: תחושת הרווחה הפיזית מתבטאת בשיפור ביכולות ובתפקודים פיזיים, בתפוקות גבוהות יותר, בשיפור המראה והאסתטיקה ובתחושת רעננות וכוחות פיזיים מחודשים.

"מבחינה פיזיולוגית אני מרגישה קלה יותר בניגוד לתחושת הכבדות שאפיינה את המצב הקודם. אני חווה גם שיפור בנשימה למשל, אני מצליחה לבצע פעולות פיזיות כמו עלייה במדרגות, הליכה מהירה וארוכה הרבה יותר מבעבר וחווה שיפור הדרגתי במדדי הכושר שלי. יש לי יותר הספקים ותפוקות גבוהות יותר בביצוע פעולות ומטלות שבעבר הייתי דוחה או נמנעת מהן כמו לימודים, עבודה ותחזוקת הבית. אני פחות עייפה ואיכות השינה שלי טובה יותר."

משמעות השינוי

בניתוח התוכן העוסק בתוצאות השינוי זהו שתי הקטגוריות האלה:

1. **שינוי בערכים ובסדרי העדיפויות בחיים:** שינוי זה מתבטא בהצבת ערך הבריאות כאורח חיים בסדר עדיפות עליון. לא עוד "דיאטה להרזיה" זמנית ותחומה בזמן אלא תפיסה מקדמת בריאות המתבטאת ביכולת לנהל דרך חיים רציפה, יציבה, מאוזנת וקבועה המושתתת על ערכים והתנהגויות בריאות.

"הצלחת השינוי שביצעתי במצב ההשמנה שלי מתבטאת גם בשינוי סדר העדיפויות שלי בחיים. אימצתי תפיסה שאינה מאמינה במונח דיאטה למטרות הרזיה אלא באימוץ הרגלי אכילה והתנהגויות בריאות כאורח חיים קבוע, רציף, מאוזן ושגורתי. המייחד את התהליך כיום הוא שהצלחתי להבין באופן מעמיק לשם מה אני עושה את השינוי בהפחתה במשקל – לא רק כדי להיות רזה ובמשקל תקין אלא באמת כדי להיות בריאה."

2. **שינוי בתפיסת המערכות הסביבתיות-חינוכיות:** התובנות שנרכשו לאחר חוויות ההצלחה בשינוי מצב ההשמנה הביאו לידי שינויים בתפיסת תפקידן המקצועי של המרואיינות. תהליך קידום הבריאות סייע להן לצקת משמעות אחרת לעולמן המקצועי ולהגדיר את תפקידן של איש החינוך כמקדם בריאות פיזית ורווחה נפשית בקרב תלמידיו. תפיסה זו מתבטאת ברמת הכלל בבניית תכניות התערבות בין-תחומיות המדגישות את חשיבות הבריאות בקשר שבין גוף לנפש ובחיוק יכולות אישיות של התלמיד ויישומן בתחומים שהוא מתקשה בהם.

"הייתי רוצה להוות דמות מודל לקידום בריאות עבור תלמידיי. חשוב לי לייצג אדם בריא עם משקל גוף תקין ולהיות דמות שמייצגת אכילה בריאה. בימים אלה אני שוקדת על בניית תכנית חינוכית בין-תחומית העוסקת בקידום בריאות פיזית ונפשית בקרב תלמידי כיתתי. בריאות פיזית פירושה הקניית ידע על תזונה והרגלי אכילה וידע על תרומת הפעילות גופנית לבריאות. בריאות נפשית משמעותה תפיסה והלך רוח

הכולל מרכיבים של קבלה, הקשבה לעצמי ולסביבתי, גמישות מחשבתית ורוגע נפשי. התכנית לקידום בריאות היא בגישה מערכתית הכוללת תלמידים והורים כשלם [...]. בעקבות חוויות ההצלחה המשמעותית שחוויתי בהפחתה במשקל, גיבשתי תפיסה חינוכית השמה לעצמה מטרה – להקנות לכל ילד את היכולת לזהות בתוך עצמו את החוזקות שלו ולסייע לו לגייס אותן לתחומים בהם הוא מתקשה. היכולת לבצע הכללה של הכוחות בתחומים בהם הילד מתקשה, היא תובנה שחוויתי על עצמי ואני מיישמת אותה על תלמידי כמשאב מרכזי שמקדם בריאות ואיכות חיים."

דיון

בפרק זה ינותחו הממצאים בהתאם לשלוש מטרות המחקר שהוגדרו:

1. מטרת המחקר הראשונה והעיקרית הייתה לבחון את טיבם של המשאבים התורמים להצלחה יוצאת דופן בהפחתה במשקל ובאימוץ התנהגויות בריאות בקרב סטודנטים להוראה.

מניתוח של ממצאי המחקר העוסקים במטרה זו, ראוי לזהות שני מקורות כוח שהמרואיינות קשרו אותם להצלחה יוצאת הדופן בהפחתה במשקל. אפשר להמשיג שני מקורות אלה כמשאבים אישיים-פנימיים ומשאבים חברתיים-חיצוניים. המשאבים האישיים העיקריים שזוהו הם **מיקוד שליטה פנימי ותחושת מסוגלות עצמית**.

המושג מיקוד שליטה פותח על עיקרון תאוריית הלמידה והוא מוגדר תכונת אישיות המבטאת את המידה שבה הפרט תופס את עצמו שולט במאורעות המתרחשים בחייו, או עד כמה הוא נתון לשליטת כוחות חיצוניים (Rotter, 1975). מיקוד שליטה פנימי מוענק לאדם התופס אירועים או חיזוקים חיוביים ושלייליים שחווה, הנתונים לשליטתו האישית ומאמין שהם מתרחשים עקב התנהגותו, פעולותיו ותגובותיו. את המונח מיקוד שליטה הרחיבו והתאימו וולסטון ווולסטון (Wallston & Wallston, 1982) גם למצבי בריאות והוא הוצג באמצעות המודל הרב-ממדי של מיקוד שליטה בבריאות (MHLC) (Wallston, Wallston, Kaplan, & Maides, 1976). מתוך הממצאים עולה כי מיקוד השליטה הפנימי של משתתפות המחקר מתבטא באמונה ביכולת שלהן לפעול ולהביא לידי תוצאות בהפחתה במשקל ובשינוי בהרגלי האכילה שלהן. מיקוד השליטה מתבטא בעצמאות מחשבתית, אחריות אישית, חופש בחירה וקבלת החלטות אוטונומיות מתוך תפיסה של ריבונות אישית. יכולות אלו תורמות לקידום בריאותן ואיכות חייהן. מיקוד שליטה פנימי נמצא קשור לתוצאות חיוביות של בריאות פיזית (Wrightson & Wardle, 1997), של בריאות נפשית (Soskolne, Bonne, Kaplan De-Nour, & Shalev, 1996) ואף לתפיסת בריאות (Carmel & Lazar, 1998).

תחושת מסוגלות עצמית מוגדרת אמונה או ביטחון של הפרט ביכולתו להתמודד עם אתגרים ועם מצבים קשים כדי לייצר את התוצאה הרצויה (Bandura, 1986;)

(Schwarzer, 2014). אפשר לנבא שהפרט יבצע התנהגויות מסוימות מתוך מגוון התנהגויות אפשרי כאשר הוא מצפה ומאמין שביכולתו לבצע את המשימה ושהביצוע יביא לידי תוצאות המצופות (Bandura, 1986).

מיקוד שליטה פנימי הוא תנאי הכרחי לקיומה של תחושת מסוגלות עצמית. אדם בעל מיקוד שליטה פנימי יכול להאמין שביכולתו לקדם את בריאותו ולקבל החלטה אוטונומית לשינוי הרגלי האכילה שלו ועם זאת לחוות מסוגלות עצמית נמוכה באשר לביצוע משימות הנדרשות לשינוי המצב בפועל. מתוך ניתוח הממצאים נראה כי קיימת זיקה בין תחושת מסוגלות עצמית ובין מיקוד שליטה פנימי כשני משאבים פנימיים המקדמים יחדיו את השגת המטרות בהפחתה במשקל. תחושת מסוגלות עצמית תורמת להיבט של שיפוט והערכה של המרואיינות באשר ליכולתן לבצע בהצלחה פעולה או התנהגות שיביאו לידי תוצאה רצויה. במחקרים נמצא כי מסוגלות עצמית גבוהה מנבאת ירידה במשקל (Teixeira, Going, Sardinha, & Lohman, 2005).

בספרות המחקרית תחושת מסוגלות עצמית היא תכונה המאפשרת שליטה על יכולות קוגניטיביות הגורמות להתנהגות לצאת מן הכוח אל הפועל ושליטה על מקורות רגשיים ומוטיבציוניים הנדרשים כדי להפוך פוטנציאל להתנהגות (Bandura, 1993). ממצאי המחקר הזה פותחים צוהר להבנה מעמיקה של טיב המשאב – תחושת מסוגלות עצמית. הבנה זו מתבטאת בזיהוי המנגנונים התורמים למימוש תחושת מסוגלות עצמית להתנהגויות מקדמות בריאות בפועל. במנגנונים אלה יש הגדרת ציפיות ויעדים מציאותיים, פיתוח שיח פנימי בונה, למידה מהתנסויות מוצלחות בעבר ויכולת התמדה. ההצלחה בעמידה בשינוי הרגלי האכילה כפי שעולה מממצאי המחקר מתרחשת בעזרת הגדרת ציפיות מציאותיות והצבת מטרות ממוקדות המוגדרות לטווחי זמן קצרים ומושגות בצעדים קטנים. נמצא שאנשים בעלי תחושת מסוגלות עצמית גבוהה יציבו לעצמם מטרות מציאותיות, ילכו בכיוון המטרה שהציבו לעצמם ויתמודדו עם הקשיים והמכשולים בדרך להשגת המטרות (Bandura, 1997). כמו כן נמצא כי אנשים עם ציפיות ריאליות כלפי הפחתה במשקל הראו רמות נמוכות יותר של רגישות לרעב ורמות גבוהות של ריסון גמיש באכילה, שהם שני משתנים הקשורים לשמירה על משקל לאורך זמן (Provencher et al., 2007). האמונה במסוגלות העצמית משפיעה על איכות התפקוד של האדם באמצעות תהליכים קוגניטיביים, רגשיים ומבוססי החלטה. ממצאי המחקר מלמדים כי התרומה של תחושת המסוגלות להצלחה בהפחתה במשקל התבטאה בהעברת כובד המשקל אל תהליכים קוגניטיביים פנימיים, כמו למשל פיתוח שיח פנימי בונה שחיוק במרואיינות תחושת יכולת והשפיע על ביצוע התנהגויות רצויות ומקדמות בריאות.

יישום המסוגלות העצמית כפי שעולה מממצאי המחקר מתרחש גם בעזרת למידה מהתנסויות מוצלחות או לא מוצלחות במצבים ספציפיים או במצבים דומים (Bandura, 1986). הטענה המחקרית היא כי הצלחות חוזרות ונשנות מעלות את תחושת המסוגלות העצמית של הפרט, ואילו כישלונות מפחיתים תחושה זו

(Bandura, 1977). גישת חקר הצלחות המתמקדת בלמידה מהתנסויות בעבר שנתפסות כמוצלחות, מלמדת כי למידה זו מאפשרת זיהוי הידע הסמוי הקיים מן העבר והמרתו לידע גלוי, מעובד ומכוון לדרך שבה יש לפעול כדי להגיע לתוצאה הרצויה (שמר ורוזנפלד, 2016; Schon, 1983, 1987). ממצאי המחקר מעידים כי הלמידה שהפיקו המרואיינות מהתנסויות מוצלחות בשינוי הרגלי אכילה בעבר, חיזקה בהן את תחושת המסוגלות ותרמה להצלחה שלהן בהפחתה במשקל, בשינוי הרגלי אכילה ובהטמעתם. ממצאים אלה מצטרפים לטענת החוקרים, שלפיה התבוננות רטרוספקטיבית בהצלחות העבר מסייעת בזיהוי דרכי עשייה מועילות שמאפשרות לפרט לפעול לשינוי תפקודו בשיטתיות, במכוון וביעילות המביאים לתוצאות רצויות (רוזנפלד ואחרים, 2010). נמצא גם כי ניסיונות חוזרים ונשנים להפחתה במשקל המעידים על חוסר הצלחה רבה יותר, קשורים בהפחתה נמוכה יותר במשקל (Teixeira et al., 2002).

עוד מנגנון העולה מהמחקר הזה ותורם למימוש תחושת מסוגלות עצמית הוא יכולת התמדה. ממצא זה מתיישב עם מחקרים שבהם נמצא קשר חיובי בין תחושת מסוגלות עצמית ובין התמדה בתכניות לשינוי הרגלי אכילה וקידום התנהגויות בריאות (Bernier & Avard, 1986; Byrne, Barry, & Perty, 2012).

ממצא מעניין שעלה בקרב המרואיינות כמשאב שסייע לחוויות ההצלחה בהפחתה במשקל הוא שינוי המשמעות שהעניקו המרואיינות לתהליך ההפחתה במשקל. שינוי זה נע מתפיסת התהליך כחוויה של סבל לחוויה של הנאה. לפי ההסברים שהוצגו, נראה כי מרכיב ההנאה שהפיקו משתתפות המחקר מתהליך זה תורם לחוויית תחושת שליטה. לדברי המרואיינות, ההנאה נובעת מתחושת השליטה הנרכשת מביצוע פעולות הננקטות להשגת התוצאות הרצויות ומהיכולת שלהן לחזות הצלחה. כך יוצא שההנאה מתחושת השליטה משמשת בעבורן חלופה להנאה שהפיקו בעבר מאירועי אכילת יתר ובכך היא מעלה את הסבירות לצבירת חוויות הצלחה אחרות. תהליך שינוי הרגלים מלווה בהחלפת הרגל ישן בהרגל חדש. שימור סימן ההרגל ושימור הגמול תמורת ביצוע ההרגל, מאפשר החדרת פעולה רוטינית חדשה ביניהם (דוהיג, 2013). על פי הממצאים ייתכן שהתגמול החדש שהניע את משתתפות המחקר לוותר על התגמול שקיבלו מההתנהגות המזיקה הישנה (הנאה מאכילת יתר), הוא היכולת להפיק הנאה מתחושת השליטה. נתאר תהליך זה בדרך זו: תחילה נוצר שינוי במשמעות תהליך ההפחתה במשקל – מחוויה של סבל להנאה. שינוי המשמעות משמש מנגנון המחזק אמונה כללית ביכולת (מיקוד שליטה פנימי). אמונה זו מביאה לידי תחושת מסוגלות עצמית שמאפשרת יכולת לבצע פעולות להשגת התוצאות הרצויות.

באשר למשאבים חיצוניים-חברתיים, ממצאי המחקר הזה עומדים על תרומתם של שני סוגי תמיכה לחוויות הצלחה בהפחתה במשקל: תמיכה חברתית פורמלית ותמיכה חברתית בלתי פורמלית. תמיכה חברתית פורמלית היא תמיכה מוסדית וכוללת אנשי מקצוע (דיאטנים, רופאים, עובדים סוציאליים, נטרופטיים), סוכנויות וארגונים, הפועלים על יסוד חוקים ונהלים (Dunst, Trivette, & Deal,)

1988). התמיכה החברתית הפורמלית במחקר זה מתאפיינת בהיעזרות בקבוצת תמיכה לירידה במשקל המלוות באנשי מקצוע או בקבלת תמיכה פרטנית מאיש מקצוע. תרומתה של התמיכה הפורמלית להצלחת השינוי בהרגלי אכילה ובהפחתה במשקל מתבטאת בהקניית ידע על תזונה והרגלי אכילה בריאים, חיזוק תחושת המסוגלות והשליטה העצמית, חיזוק תחושת השייכות והלכידות, עידוד שינוי ומתן משוב חיובי בקידום התנהגויות בריאות. תמיכה זו על פי דברי משתתפות המחקר מחזקת בהן את האמונה ותחושת היכולת שלהן להמשיך לבצע את השינוי ולהטמיעו כאורח חיים. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם המידע בספרות על תרומתה ויעילותה של התמיכה החברתית הפורמלית לירידה במשקל ולשמירה על ירידה זו לאורך זמן (Algazi, 2000; Byrne et al., 2012; Canetti et al., 2009; Elfhag & Rossner, 2005; Fisher & Schauer, 2002; Lambert, 2013). תמיכה חברתית פורמלית אף נמצאה מנבאת שמירה על ירידה במשקל לאחר פרק זמן של בין חצי שנה עד ארבע שנים (Canetti et al., 2009; Elfhag & Rossner, 2005).

תמיכה חברתית בלתי פורמלית נוגעת לקבוצות תמיכה בלתי מקצועיות וממסדיות המספקות סיוע שוטף ויומיומי כמו שכנים, חברים, בני משפחה וקבוצות חברתיות (Dunst et al., 1988). תמיכה חברתית בלתי פורמלית במחקר זה כללה תמיכה של בני משפחה, בני זוג וחברים. ממצאי המחקר עולה כי תרומתה של תמיכה זו להצלחת התהליך התבטאה בשלושה רכיבים: תמיכה רגשית שכללה שיתוף, הקשבה, עידוד ומתן מחמאות וכדומה; תמיכה אינסטרומנטלית שכללה סיוע בהכנת ארוחות בריאות, צריכת מזון בריא ובניית סביבה בריאה המושתתת על תודעת בריאות; תמיכה אינפורמטיבית שהתבטאה בשיתוף במידע בנושאי בריאות ובפיתוח שיח המתמקד בקידום התנהגויות בריאות. לדברי משתתפות המחקר, רכיבי תמיכה אלה תרמו לחיזוק ביטחון והערכה עצמית, תחושת מסוגלות, שליטה ורווחה הנפשית שהגבירו בהן את המוטיבציה להמשיך ולהתמיד בתהליך. במחקרים נמצאה תרומתה של תמיכה חברתית מצד משפחה וחברים לירידה במשקל ושמירה על הירידה במשקל לאורך זמן (Wing & Jeffery, 1999). תמיכה חברתית אף נמצאה יעילה להסתגלות לאורח חיים בריא. תרומה זו התבטאה בשינוי הרגלי בישול, שינוי הרגלי צריכת מזון וסירוב לפיתויים זמינים (Ahlgren et al., 2016).

היבט תמיכתי אחר שעלה ממצאי המחקר הוא שיתוף אחרים הסובלים מבעיית השמנה וסיוע להן. לדברי משתתפות המחקר, השיתוף בסיפור ההתמודדות ומתן סיוע לאנשים המתמודדים עם מצב דומה, משמש בעבורן כלי תמיכה שמחזק בהן את משאבי ההתמודדות ואת המוטיבציה שלהן להמשיך במאמצים לשימור ההישגים. מחקרים העוסקים בחקר האושר (בן שחר, 2010, 2013) רואים בנתינה גורם עיקרי ביצירת תחושת אושר, רווחה וסיפוק באדם. העזרה לאחר והעזרה לעצמי שזורות זו בזו; אדם העוזר לחברו עוזר לעצמו. זהו מעגל הנובע ומתגבר

מתוך עצמו: ככל שאדם מרבה לסייע לאחר, גדל אושרו; וככל שהאדם מאושר יותר, הוא נוטה לסייע לזולתו.

2. מטרתו השנייה של המחקר הייתה להתחקות אחר התוצאות של תהליך מוצלח בהפחתה במשקל ובאימוץ התנהגויות בריאות כפי שהמשתתפים תופסים אותן.

ממצאי המחקר מלמדים שמשתתפות המחקר חוו צמיחה אישית. המונח צמיחה שאוב מתוך גישת הפסיכולוגיה החיובית והוא עוסק בחוויה של התפתחות אישית של הפרט לעומת הרמה הקודמת שבה תפקד ופעל או לעומת הדרך שבה הוא תפס את העולם (Zoellner & Maercker, 2006). מונח זה נוגע לשלושה תחומים עיקריים של צמיחה: שינוי בתפיסת היכולות של העצמי, שינוי בתפיסת מערכות יחסים והמערכות הסביבתיות ושינוי בפילוסופיית החיים וסדרי העדיפויות בחיים (Tedeschi & Calhoun, 2004).

מרבית המרואיינות מספרות על גילוי כוחות חדשים בעצמן ושיפור בתפקוד בתחומי חיים מגוונים. לדבריהן לאחר הצלחת התהליך הן חשו כי נחשפו לחלקים באישיותם שלא התגלו בשנים קודמות. ממצאי המחקר עולה כי יכולות של קבלה עצמית היו תנאי לצמיחה אישית. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם מחקרים קודמים שבהם קבלה והערכה עצמית נמצאו קשורות למדדים של הסתגלות פסיכולוגית כגון אושר, השפעה חיובית גבוהה על מצב הרוח והיעדר סימפטומים פסיכולוגיים או מעט מהם כמו דיכאון והפרעות אכילה (Sowislo & Orth, 2013). הצמיחה האישית במחקר זה התבטאה ביכולת של המרואיינות לבצע הכללה של הכוחות והמשאבים שרכשו בתחום ההפחתה במשקל כמו תחושת מסוגלות ויכולות ויסות וליישם בתחומים אחרים בחייהן (תחום העבודה, לימודים ויחסים בין-אישיים). הכללת המשאבים על תחומי חיים אחרים הביאה לידי יצירת חוויות הצלחה אחרות שתרמו לרווחתן הנפשית ולאיכות חייהן.

ממצא חשוב של המחקר נוגע לשינוי שחוו משתתפות המחקר בתפיסת דימוי הגוף שלהן משאב ספציפי המסייע לשימור חוויות הצלחה בהפחתה במשקל. מתוך ממצאי המחקר עולה כי ההפחתה במשקל והשינוי בתפיסת דימוי הגוף כרוכים בשינוי זהות. המרואיינות דיווחו על השינוי במצב ההשמנה שלהן נקודת מפנה בחייהן שממנה חל שינוי בזהותן החדשה לעומת זהותן הקודמת. אריקסון (Erikson, 1958) הגדיר את זהות האני אינטגרציה של הזדהויות מהילדות עם התנסויות והתמחויות שהתפתחו במשך החיים. זהות היחיד מוגדרת גם במערך תפקידיו של היחיד והתקשורת בינו לאחרים נעשית בדרך כלל באמצעות תפקידיו החברתיים (ברגר, 1976). שינוי זהות, כמו יצירת זהות, מתרחש בפעילות גומלין מתמדת בין הפרט לסביבה. בתהליך יחסי הגומלין בין היחיד לסביבה, הוא זקוק לאחרים כדי שיעניקו תוקף לזהותו. מכאן כי הזהות של האדם שסבל מהשמנה ורזה, נקבעת במידה רבה לא רק על פי מספר הקילוגרמים שהשיל מגופו, אלא בתגובה של הסביבה על השינוי שחל בו וקבלתו. המעבר מזהות ה"שמן" לזהות ה"רזה" במחקר זה מתבצע באמצעות מערכת פעולות שביצעו המרואיינות בשימוש בדימוי הבגד המסמל בעבורן את השינוי בתפיסת דימוי הגוף ואת המעבר

מהזהות הישנה אל הזהות החדשה. ההבניה של הזהות החדשה בהווה באמצעות הנגדה לעבר, אפשרה למשתתפות המחקר להתבונן בתהליך שחוו התבוננות רטרוספקטיבית ולערוך חשבון נפש עם עברן ואף לשכתב ולבנות קטעים ממנו כדי שיתאימו להצגה החדשה של ה"אני" ויסבירו את משמעות השינוי בעבורן. כך לדוגמה הן הדגישו את המראה הטוב בבגדים בהווה שונה מן המראה בעבר מתוך שינוי בסגנון הלבוש וביטאו יחס כלשהו כלפי בגדיהן הישנים. היחס אל הבגדים מציין את מידת היכולת או הרצון להתנתק סופית מדימוי העבר. הפרידה מכל הבגדים הישנים עד האחרון שבהם ובניית מלתחת בגדים חדשה מבטאת ניתוק מוחלט מזהותן הקודמת כי הן לא טרחו להשאיר אפילו פריט יחיד למוזכרת.

הבגד גם מגדיר קונקרטי את גבולות הגוף. כל ירידה במידת הבגד היא עוד צעד עבור משתתפות המחקר בשינוי הזהות. באמצעות מדידת בגד ותהייה פנימית "יעלה או לא יעלה" מגדירות המרואיינות את גבולות גופן החדשים ומאמתות אותם. נראה שמידת הבגד משמשת עבורן אמצעי יעיל להמחשת הירידה במשקל יותר מהמאזניים, זאת מפני שהבגד מעיד על כך פומבית ובהתמדה, בעוד שהשקילה נעשית לעיתים מזומנות ובצנעה.

בגדים מבטאים סטטוס חברתי, מעמד כלכלי, זהות פוליטית ואמונה דתית. הם משמשים אמצעי לשליטה ולהתבלטות (Douglas, Rasmussen, & Flanagan, 1977). אנשים הסובלים מהשמנה אינם יכולים לנצל את הפוטנציאל הזה הטמון בבגדים ונשארים בתחושה של נשלטים ופסיביים. לאחר שהפחיתו ממשקלן המרואיינות מעידות כי התחילו להרגיש כאחד האדם שבידיו משאבים לשליטה מעצם היכולת לבחור בגדים שהן רוצות ומתאימים להן, לעומת בעבר שנאלצו להתפשר על "הבגד שיש" בחנות. אם כן, לא עוד פסיביות וקבלת הדין, אלא נטילת אקטיביות ויוזמה. תכונות אלה של אקטיביות ויוזמה מקרינות לדבריהן על כל תחומי חייהן.

3. מטרת המחקר השלישית עסקה במשמעות תהליך ההפחתה במשקל ואימוץ התנהגויות בריאות באשר לעולמם המקצועי-חינוכי של סטודנטים להוראה.

מתוך ניתוח ממצא המחקר עולה כי המשמעות שהפיקו משתתפות המחקר מתהליך ההפחתה במשקל ואימוץ התנהגויות בריאות אפשרה להן לבצע התבוננות מחודשת בעולם. התבוננות זו הביאה לשני ממדים אחרים של צמיחה אישית: שינוי בפילוסופיית חיים ובסדרי העדיפויות בחיים ובשינוי בתפיסת המערכות הסביבתיות-חינוכיות.

באשר לשינוי בפילוסופיית חיים ובסדרי העדיפויות בחיים, ממצאי המחקר מראים כי כל המרואיינות ביצעו שינוי במערכת הערכים שלהן בדרך שבה הציבו את ערך הבריאות בראש סולם העדיפויות, בהצגת הרציונל וההנמקות העומדים בבסיס שינוי זה. לתפיסתן, המונח בריאות כולל תפיסה מאוזנת וגמישה הרואה בשינוי הרגלי אכילה וקידום התנהגויות בריאות אורח חיים, שלא כתפיסות קודמות שבהן הציבו את ההרזיה במרכז מטרותיהן והגדירו את השינוי בהרגלי האכילה נקודתי ותחום בזמן. שינוי זה לדבריהן הביא לידי שינוי בתפיסת

המערכות הסביבתיות-חינוכיות ובהרחבת זהותן החינוכית המתמקדת בתפיסה מקדמת בריאות כלפי תלמידיהן. תפיסה זו רואה את התלמיד ישות שלמה המציבה את הכוחות, את החוזקות שלו ואת ההתנסויות הנתפסות מוצלחות, במרכז העשייה החינוכית. היא מאפשרת להן לראות את זהותן הייחודית של הילד, לזהות את יכולותיו האישיות ולהיות בעבור הילד גורם מתווך שמסייע לו לבצע הכללה של משאביו וליישם אותם בתחומים שהוא מאתגר בהם. הבנת החשיבות של נושא הבריאות ותרומתו לרווחת האדם באשר הוא, סייעו למרואיינות גם לצקת משמעות מקדמת בריאות בתכנים הנלמדים וליישם הן בקרב התלמידים, הן בקרב הוריהם והן בקרב כלל צוות אנשי החינוך. בדרך זו הן משמשות מודל לקידום בריאות עבור סביבתן ובו בזמן מחזקות את המוטיבציה האישית שלהן להמשיך ולייצר חוויות הצלחה אחרות בקידום בריאותן.

ממצאי המחקר כשלם מאירים על יחסי הגומלין בין מערכות תפקוד למיניהן כחלק בלתי נפרד מתהליך השינוי. אחד מהמשאבים הנרכשים בתכנית ההכשרה להוראה הוא פיתוח יכולת רפלקטיבית. מתוך הראיונות בלטה תרומתה של היכולת הרפלקטיבית לתהליך ההפחתה במשקל. נראה אפוא שהתפתחה תפיסה הוליסטית שבה קיימת הזנה הדדית בין מערכות חיים מגוונות ובהן היכולות שנרכשו בתחום הבריאות (כמו תחושת מסוגלות ויכולות ויסות), מנוצלות לצורך קידום מערכות תפקודיות אחרות כמו מערכת קוגניטיבית של למידה ומערכת רגשית, חברתית ובין-אישית. היכולות שפותחו בתכנית ההכשרה להוראה כמו יכולת רפלקטיבית יושמו גם בתחום הבריאות ותרמו לחוויות הצלחה בה. יחסי הגומלין בין המערכות למיניהן מתורגמות לפרקטיקה בפועל שפותחת ערוצי תקשורת בין התחומים המגוונים בחיי האדם, תורמים לרווחתו הנפשית ומשפרים את תפקודיו כישות שלמה.

תוצאות המחקר

תרומתו התאורטית של המחקר היא בהרחבת בסיס הידע על תרומתם של משאבי התמודדות בתחום התנהגויות בריאות לרווחתם הנפשית וצמיחתם של אנשי חינוך עתידיים, שעל כתפיהם מוטלת האחריות לקדם את בריאותם ורווחתם הנפשית של תלמידיהם. תרומתו הייחודית של מחקר זה היא בזיהוי המנגנונים התורמים למימוש תחושת מסוגלות עצמית להתנהגויות מקדמות בריאות בפועל.

תרומה ניכרת אחרת מתבטאת בהבנת המשמעות ההוליסטית של תהליך השינוי בהפחתה במשקל ואימוץ התנהגויות בריאות. למשמעות זו יש שני היבטים: האחד, זיקת גומלין הדדית בין המערכות למיניהן בחיי הפרט המקדמת שינוי רצוי; השני, יכולת הכללה של המשאבים המקדמים בריאות לתחומים אחרים בחיי האדם: למידה, תעסוקה ותחום חברתי. בדרך זו אפשר לקדם תפקודים הסתגולתיים ומקצועיים שמיטיבים רווחה נפשית ואיכות חיים.

התוצאות המעשיות של המחקר הזה לייעוץ החינוכי מתבטאות בחשיבות העלאת המודעות של היועצות לתופעת ההשמנה ולמורכבות התהליכים האישיים שחווים אנשי חינוך (עתידיים) בהתמודדותם עם שינוי בתחום זה. היועץ החינוכי מייצג את תחום בריאות הנפש במערכת החינוך. עבודתו מבוססת על גישה מערכתית המאפשרת דיון בו בזמן הן בתהליכי ההתפתחות של הפרט בתוך הארגון והן בתהליכים התפתחותיים של הארגון עצמו. לפיכך ראייתו המקצועית מכוונת לשיפור רווחתם הנפשית של כל הפרטים בארגון ובכללם מורים ותלמידים. כחלק מתפקידו זה, מופקד היועץ החינוכי על פיתוח והפעלת תכניות התערבות וטיפול כישורים של הפרט והארגון לקידום רווחה, איכות חיים וצמיחה. מתוך הבנה כי לאנשי חינוך יש משמעות בקידום רווחתם הנפשית של התלמידים, ובהתאם לתפיסה חינוכית הרואה את היועץ יוזם (פרואקטיבי) השואף להציע את בית הספר לסביבה בריאה ומכוונת לתוצאות (Sandhu & Portes, 1995), מומלץ כי היועץ החינוכי יזום פיתוח תכניות התערבות למניעת השמנה. ההתערבות תיעשה בשלושה מעגלים: הצוותים החינוכיים בבית הספר, התלמידים והורים.

באשר לצוותים החינוכיים בבית הספר, מומלץ לפתח תכניות הכשרה והשתלמויות לאנשי החינוך שיתבססו על גישת הפסיכולוגיה החיובית הרואה חשיבות רבה בחיזוק משאבים פנימיים ותפיסות מסוגלות. התכניות יכללו שילוב בין פיתוח תהליכים מובנים ושיטתיים לחיזוק המשאבים הפנימיים הנחוצים להצלחה באימוץ אורח חיים בריא בכלל ומניעת השמנה בפרט, והקניית כישורים קוגניטיביים, רגשיים והתנהגותיים להתמודדות אפקטיבית עם אימוץ התנהגויות בריאות וקידום אורח חיים בריא.

באשר לתלמידים, מוצע ליישם את עקרונות תכנית ההכשרה למניעת השמנה והפחתה במשקל בקרב תלמידים שאותרו עם עודף משקל והשמנה והביעו נכונות לבצע שינוי בתחום זה. את תכניות אלה יפעילו הצוותים החינוכיים בבית הספר, בהדרכת היועץ החינוכי ובהכוונתו.

בעת התכנית ילווה איש החינוך את התלמידים בהצבת יעדים מציאותיים מתוך בניית תשתית רגשית ולימוד כישורים קוגניטיביים, רגשיים והתנהגותיים להתמודדות עם האתגרים העומדים בסיס שינוי בהרגלי אכילה ואימוץ התנהגויות בריאות. על פי ממצאי המחקר הזה, תכלול התכנית את הרכיבים האלה:

- א. הקניית מידע על תופעת ההשמנה ועל המשאבים שנמצאו במחקר תורמים לאימוץ התנהגויות בריאות ורווחה נפשית ולהתנסויות של הצלחה בהפחתה במשקל.
- ב. העברת מסרים של חינוך לבריאות, תזונה נכונה ופעילות ספורטיבית מבוקרת.
- ג. אימון במיומנויות קוגניטיביות, רגשיות והתנהגותיות מקדמות בריאות.
- ד. תרגול התלמיד בהצבת מטרות קצרות טווח וארוכות טווח בקידום התנהגויות בריאות ותכנון הנתיבים להשגתם.
- ה. פיתוח תחושת האחריות של התלמיד למימוש מטרות העוסקות בשינוי הרגלי אכילה וקידום אורח חיים בריא.
- ו. זיהוי משאבי האישיים של התלמיד בתהליך אימוץ התנהגויות בריאות.
- ז. הקניית כלים להתמודדות במצבים של הצלחה וחוסר הצלחה בתהליך.

באשר להורים, מוצע לקיים הדרכה לכלל הורי התלמידים בבית הספר והורי התלמידים הסובלים מעודף משקל ומהשמנה. ההדרכה תעסוק במתן מידע והסבר פסיכו-חינוכי על המשמעויות (חברתיות, פסיכולוגיות ובריאותיות) של ניהול אורח חיים בריא והתנהגויות בריאות של התלמידים (תזונה נכונה ופעילות גופנית מבוקרת) מצד אחד ובטיפוח משאבי התמודדות (תחושת מסוגלות, מיקוד שליטה פנימי) מצד האחר, מתוך חיזוק ערוצי התקשורת בין התלמידים להוריהם ובין ההורים לבית הספר.

כלל מרכיבים אלו עשויים לקדם משאבים אישיים וחברתיים כך שאנשי החינוך והתלמידים ירגישו בעלי ערך, יחוו תחושת מסוגלות עצמית ומוטיבציה להשגת מטרותיהם ויפתחו מערך נרחב של יכולות קוגניטיביות ורגשיות שיסייעו להם בקידום בריאותם ורווחתם הנפשית.

דיון בפורומים מקצועיים כמו הדרכה אישית וימי עיון, עשוי לחזק את יישומן של תכניות ההתערבות המערכתיות בפרקטיקה של עבודת היועצים החינוכיים ולשפר את איכותה.

מגבלות המחקר

מגבלת המחקר היא ביכולת ההכללה על אוכלוסיות דומות. המדגם שנבחר מתאים למחקר איכותני אך הוא קטן לצורך הכללה מתוך ידיעה מראש כי הוא מוותר על ייצוגיות לטובת תיאור עשיר של התופעה הנחקרת.

המלצות למחקר המשך

מחקר זה יכול לשמש בסיס ראשוני למחקרים אחרים עתידיים איכותניים וכמותיים שיחקרו את הנושא הנבדק במדגמים רחבים יותר. כמו כן מוצע להעמיק בחקר המשאבים שנמצאו במחקר תורמים לחוויות הצלחה בהפחתה במשקל ובקידום בריאות ולהרחיב את המדדים והכלים לבחינתם.

רשימת מקורות

- בן שחר, ט' (2009). **אושר אפשרי: איך להפסיק לרדוף אחר השלמות ולהתחיל לחיות חיים מאושרים יותר** (ע' שורר, מתרגמת). תל-אביב: מטר.
- בן שחר, ט' (2013). **לבחור באושר: 101 דרכים להשיג את החיים שאנחנו רוצים** (ע' שורר, מתרגמת). תל-אביב: מטר.
- ברגר, פ"ל (1976). **הזמנה לפגישה (עם הסוציולוגיה)** (י' עוזיאל, מתרגם). תל-אביב: עם עובד.
- דוהיג, צ' (2013). **כוחו של הרגל** (מ' גרינפלד, מתרגמת). אור יהודה: כנרת, זמורה-ביתן, דביר.
- כספי, מ' (2004). **מסמך רקע בנושא השמנת יתר**. ירושלים: הכנסת, מרכז מחקר ומידע.

מבקר המדינה. (2008). מניעת השמנה. בתוך **דוח שנתי 58 ב: לשנת 2007 ולחשבונות שנת הכספים 2006** (כרך ראשון, עמ' 519-547). ירושלים: המחבר.

מזרחי, א' (2004). **כל מה שרצית לדעת על השמנת יתר**. רמת גן: פוקוס.

משרד הבריאות. (2003). **מב"ת - סקר מצב בריאות ותזונה לאומי ראשון 1999-2001** (חלק א – ממצאים כלליים). תל השומר: המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות.

משרד הבריאות. (2006א). **סקר בריאות לאומי בישראל 2003-4 (INHis 1): פרויקט של ארגון הבריאות העולמי, האזור האירופאי European Health Interview Surveys (EUROHIS)**. תל השומר: המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות.

משרד הבריאות. (2006ב). **סקר KAP – ידע, עמדות והתנהגות בריאותית בישראל 2004-2005**. תל השומר: המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות.

משרד הבריאות. (2011). **התכנית הלאומית לקידום אורח חיים פעיל ובריא**. אוחר מתוך http://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessages/Pages/161111_2.aspx

משרד החינוך. (2011). **"אורח חיים בריא ופעיל" במערכת החינוך. חוזר מנכ"ל, תשעב/3(א)**.

פלוריאן, ו' ודרורי, י' (1990). שאלון הבריאות הנפשית (MHI) תכונות פסיכומטריות ונתונים נורמטיביים באוכלוסייה הישראלית. **פסיכולוגיה, ב, 26-35**.

רבינוביץ, מ' (2009). **השמנת יתר ועודף משקל: סקירת המצב בישראל**. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.

רוזנפלד, י', גילת, מ' וטל, ד' (עורכים). (2010). **למידה מהצלחות בעבודתם של קציני מבחן לנוער**. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים ומאיר-ס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

שליטין, ש' ופיליפ, מ' (2010). מערכת ההפרשה הפנימית (אנדוקרינולוגיה). בתוך מ' שוחט ושי אשכנזי (עורכים), **רפואת ילדים** (מהדורה שמינית, עמ' 681-741). תל-אביב: דיונון.

שמר, א' ורוזנפלד, י' (2016). מסע הלמידה מהצלחות של מנהלות מרכזי התמיכה. בתוך א' שמר, י' רוזנפלד, א' דהן וא' דניאל-הלוינג (עורכים), **מה בעצם עשינו? סיפורי הצלחה ממרכזי תמיכה לסטודנטים עם ליקויי למידה** (עמ' 52-68). תל-אביב: מכון מופ"ת.

שקדי, א' (2003). **מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני – תאוריה ויישום**. תל-אביב: רמות.

Ahlgren, C., Hammarström, A., Sandberg, S., Lindahl, B., Olsson, T., Larsson, C., & Fjellman-Wiklund, A. (2016). Engagement in new dietary habits-obese

- women's experiences from participating in a 2-year diet intervention. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(1), 84-93.
- Algazi, L. P. (2000). Transactions in a support group meeting: A case study. *Obesity Surgery*, 10(2), 186-191.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bernier, M., & Avard, J. (1986). Self-efficacy, outcome, and attrition in a weight-reduction program. *Cognitive Therapy and Research*, 10(3), 319-338.
- Blaine, B. E., Rodman, J., & Newman, J. M. (2007). Weight loss treatment and psychological well-being: A review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 12(1), 66-82.
- Blazer, D. G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115(5), 684-694.
- Brown, I., Renwick, R., & Nagler, M. (1996). The centrality of quality of life in health promotion and rehabilitation. In R. Renwick, I. Brown & M. Nagler (Eds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation* (pp. 3-13). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bryan, J., & Tiggerman, M. (2001). The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women. *Appetite*, 36(2), 147-156.
- Byrne, S., Barry, D., & Petry, N. (2012). Predictors of weight loss success: Exercise vs. dietary self-efficacy and treatment attendance. *Appetite*, 58(2), 695-698.
- Caballero, B. (2007). The global epidemic of obesity: An overview. *Epidemiologic Reviews*, 29(1), 1-5.
- Canetti, L., Berry, E. M., & Elizur, Y. (2009). Psychosocial predictors of weight loss and psychological adjustment following bariatric surgery and a weight-loss program: The mediating role of emotional eating. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 109-117.

- Carmel, S., & Lazar, A. (1998). Health and well-being among elderly persons in Israel: The role of class and immigration status. *Ethnicity & health, 3*(1-2), 31-43.
- Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B., & Faith, M. S. (2000). Relationship between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study. *American Journal of Public Health, 90*(2), 251-257.
- Charmaz, K. (2003). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Strategies for qualitative inquiry* (2nd ed., pp. 249-291). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Chronister, J. (2009). Social support and rehabilitation: Theory, research and measurement. In F. Chan, E. Da Silva Candoso, & J. A. Chronister (Eds.), *Understanding psychosocial adjustment to chronic illness and disability: A handbook for evidence-based practitioners in rehabilitation* (pp. 149-183). New York, N.Y.: Springer.
- De Onis M., & Blossner, M. (2000). Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *American Journal of Clinical Nutrition, 72*(4), 1032-1039.
- Diener, E., Kesebir, P., & Lucas, R. (2008). Benefits of account wellbeing for societies and for psychological sciences. *Applied Psychology, 57*(1), 37-55.
- Dishman, R. K., Washburn, R. A., & Heath, G. W. (2004). *Physical Activity Epidemiology*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Douglas, J., D., Rasmussen, P. K., & Flanagan, C. A. (1977). *The nude beach*. Beverly Hills: Sage.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Elfhag, K., & Rossner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews, 6*(1), 67-85.
- Erikson, E. H. (1958). *Young Man Luther*. New York: Norton.
- Faw, M. H. (2014). Young adults' strategies for managing social support during weight-loss attempts. *Qualitative Health Research, 24*(2), 267-278.
- Fisher, B. L., & Schauer, P. (2002). Medical and surgical options in the treatment of severe obesity. *The American Journal of Surgery, 184*(6), 9-16.

- Golan, M., & Crowt, S. (2004). Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: Long-term results. *Obesity Research, 12*(2), 357-361.
- Haslam, D. W., Sattar, N., & Lean, M. (2006). Obesity – time to wake up. *BMJ, 333*, 640-642.
- Hiller, D. V. (1981). The salience of overweight in personality characterization. *Journal of Psychology, 108*, 233-240.
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology, 50*(3), 337-421.
- Istvan, J., Zavela, K., & Weidner, G. (1992). Body weight and psychological distress in NHANES I. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 16*(12), 999-1003.
- James, P. T., Leach, R., Kalamara, E., & Shayeghi, M. (2001). The worldwide obesity epidemic. *Obesity Research, 9*(11), 228-233.
- James, W. P. T. (2008). The epidemiology of obesity: the size of the problem. *Journal of Internal Medicine, 263*(4), 336-352.
- Kennedy, S., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1990). Social support, stress, and the immune system. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An international view* (pp. 253-266). New York: Wiley
- Kitsantas, A. (2000). The role of self-regulation strategies and self-efficacy perceptions in successful weight loss maintenance. *Psychology and Health, 15*(6), 811-820.
- Kontinen, H., Haukkala, A., Sarlio-Lahteenkorva, S., Silventoinen, K., & Jousilahti, P. (2009). Eating styles, self-control and obesity indicators: The moderation role of obesity status and dieting history on restrained eating. *Appetite, 53*(1), 131-134.
- Lakey, B., & Cassady, P. B. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of personality and Social Psychology, 59*(2), 337-343.
- Lambert, M., J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 169-218). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., & Zilber, T. (1998). *Narrative research: Reading, analysis and interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Magarey, A. M., Daniels, L. A., & Boulton, T. J. (2001). Prevalence of overweight and obesity in Australian children and adolescents: Reassessment of 1985 and 1995 data against new standard international definitions. *Medical Journal of Australia, 174*(11), 561-564.
- Mahon, N. E., Yarcheski, A., & Yarcheski, T. J. (1998). Social support and positive health practices in young adults: Loneliness as a mediating variable. *Clinical Nursing Research, 7*(3), 292-308.
- Mokdad, A. H., Ford, E. S., Bowman, B. A., Dietz, W. H., Vinicor, F., Bales, V. S., & Marks, J. S. (2003). Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors, 2001. *Journal of the American Medical Association, 289*(1), 76-79.
- Nauta, H., Hospers, H., & Jansrn, A. (2001). One-year follow-up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight. *British Journal of Health Psychology, 6*(3), 271-284.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., McDowell, M. A., Tabak, C. J., & Flegal, K. M. (2006). Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *Journal of the American Medical Association, 295*(13), 1549-1555.
- Ogden, J. (2000). *Health psychology: A textbook* (2nd ed.). Buckingham: Open University Press.
- Provencher, V., Begin, C., Gagnon-Girouard, M., Gagnon, H. C., Tremblay, A., Boivin, S., & Lemieux, S. (2007). Defined weight expectations in overweight women: Anthropometrical, psychological and eating behavioral correlates. *International Journal of Obesity, 31*(11), 1731-1738.
- Reilly, J. J. (2002). Assessment of childhood obesity using the body mass index: National reference data or "International" approach? *Obesity Research, 10*(8), 838-840.
- Ricman, R. M., Loughnan, G. T., Droulers, A. M., Steinbeck, K. S., & Caterson, I. D. (2001). Self-efficacy in relation to eating behavior among obese and non-obese women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 25*(6), 907-913.
- Roach, J. B., Yadrick, M. K., Johnson, J. T., Boudreaux, L. J., Forsythe, W. A., & Billon, W. (2003). Using self-efficacy to predict weight loss among

- young adults. *Journal of the American Dietetic Association*, 103(10), 1357-1359.
- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(1), 56-67.
- Sandhu, D. S., & Portes, P. R. (1995). The proactive model of school counseling. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 18(1), 11-20.
- Sarbin, T. R. (1986). *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.
- Schon, D. A. (1983). *The reflective practitioner*. New York: Basic Books.
- Schon, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey Bass.
- Schwarzer, R. (2014). *Self-efficacy: Thought control of action*. London: Routledge.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis*. London: Sage.
- Soskolne, V., Bonne, O., Kaplan De-Nour, A., & Shalev, A. Y. (1996). Depressive symptoms in hospitalized patients: A cross-sectional survey. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26(3), 271-285.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240.
- Speiser, P. W., Rudolf, M. C. J., Anhalt, H., Camacho-Hubner, C., Chiarelli, F., Eliakim, A., . . . & Hochberg, Z. (2005). Consensus statement: Childhood obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(3), 1871-1887.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.

- Teixeira, P. J., Going, S. B., Houtkooper, L. B., Cussler, E. C., Martin, C. J., Metcalfe, . . . & Lohman, T. G. (2002). Weight loss readiness in middle-aged women: Psychosocial predictors of success for behavioral weight reduction. *Journal of Behavioral Medicine, 25*(6), 499-523.
- Teixeira, P. J., Going, S. B., Sardinha, L. B., & Lohman, T. G. (2005). A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obesity Reviews, 6*(1), 43-65.
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological stress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(5), 730-742.
- Wallston, K. A., & Wallston, B. S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In G. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 65-95). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., Kaplan, G., & Maides, S. (1976). Development and the validation of the health locus of control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44*(4), 580-585.
- Wickelgren, I. (1998). Obesity: How big a problem? *Science, 280*, 1364-1367.
- Wing, R. R., & Jeffery, R. W. (1999). Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(1), 132-138.
- World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva: Author
- Wrightson, K. J., & Wardle, J. (1997). Cultural variation in health locus of control. *Ethnicity & Health, 2*(1-2), 13-20.
- Yarcheski, T. J., Mahon, N. E., & Yarcheski, A. (2003). Social support, self esteem, and positive health practices of early adolescents. *Psychological Reports, 92*(1), 99-103.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two-component model. *Clinical Psychology Review, 26*(5), 626-653.