

# קידום בריאות והפחתה במשקל בקרב אנשי חינוך מנקודת מבט חווייתית\*

אילת סימן טוב

## תקציר

קידום בריאות הוא אחד היעדים החשובים שהציב משרד החינוך. לנוכח העלייה בתופעת ההשמנה בארץ ובעולם הגדיר אותה ארגון הבריאות העולמי מגפה של המאה העשרים ואחת. לפיכך אחד התחומים העיקריים בקידום בריאות במערכת החינוך בעשור האחרון הוא מניעת השמנה.

מטרת המחקר הייתה לזהות אסטרטגיות ופרקטיקות של התמודדות עם אימוץ התנהגויות בריאות והפחתה במשקל כדי להמשיגן ולגבש תוכנית יישומית בקידום בריאות ומניעת השמנה לאוכלוסיות מסוימות במערכת החינוך.

מתודולוגיית המחקר היא איכותנית עם שילוב של ניתוח כמותי. במחקר השתתפו 82 אנשי חינוך המתמודדים עם אימוץ התנהגויות בריאות והפחתה במשקל. איסוף המידע נעשה באמצעות שאלון מובנה למחצה המשלב שאלות נרטיביות.

ממצאי המחקר עומדים על אסטרטגיות התמודדות קוגניטיביות ופרקטיקות התנהגויות שסייעו למשתתפי המחקר להפחית במשקל ולאמץ התנהגויות בריאות. נוסף על כך עולה תרומה ניכרת להרחבת זהותם האישית והמקצועית של המשתתפים שהתבטאה בגילוי כוחות ובהבניה מחודשת של תפיסות שרכשו בתחום בריאות וביישומן בתחומי חיים מגוונים.

**מילות מפתח:** השמנה; עודף משקל; התנהגויות בריאות; התמודדות; חקר הצלחות.

## מבוא

קידום בריאות הוא אחד היעדים החשובים שהציב משרד החינוך בשנים האחרונות. לנוכח העלייה בתופעת ההשמנה בארץ ובעולם הגדיר אותה ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) מגפה של המאה העשרים ואחת (Wickelgren, 1998). לפיכך אחד התחומים העיקריים בקידום בריאות שזכה לתשומת לב מיוחדת במערכת החינוך בעשור האחרון, הוא מניעת השמנה. חוזר מנכ"ל שפורסם בשנת תשע"ב מצהיר כי "מטרת מערכת החינוך היא להביא לשינוי התנהגותי בנושא הבריאות במסגרת הבית והמשפחה" והכריז כחלק ממדיניותו, על נושא "אורח חיים בריא ופעיל" כנושא השנתי בשנת הלימודים התשע"ב (משרד החינוך, 2011). כחלק מהתמודדות מערכת החינוך עם תופעת ההשמנה, מצופה ממורים לשמש סוכני שינוי לקידום אורח חיים פעיל ובריא כלפי הסביבה החינוכית הכוללת תלמידים, הורים ועמיתים. כדי לייעל את משימתם של המורים בתחום זה, יש חשיבות רבה בניצול הידע הפרקטי שהצטבר בקרב אנשי חינוך המתמודדים עם השמנה להבנת סוגיה מדאיגה זו ובראיית חוויית ההתמודדות שלהם

\* מחקר זה נערך בתמיכת ועדת המחקר הבין-מכללתית במכון מופ"ת.

מקור לידע, ליצירת משמעות של המציאות ובסיס חשוב ליצירת ידע חדש ( Polkinghorne, 2005).

## הרקע התאורטי למחקר

עלייה דרמטית בהיארעות תופעת ההשמנה בשלושת העשורים האחרונים הביאה את העוסקים בנושא לידי הכרה כי מדובר במגפה ההולכת ומתפשטת והופכת לאחת הבעיות הנפוצות בעולם המערבי (Wickelgren, 1998).

הגדרה אובייקטיבית ומקובלת של השמנה נקבעת באמצעות מדד ה- $Body\ Mass\ Index\ (BMI)$ . מדד מסת המשקל מחושב על פי הנוסחה משקל/גובה במטרים בריבוע. ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) קבע ארבע קטגוריות של BMI למבוגרים מעל גיל 20: 1.  $BMI < 19$  נחשב לתת-משקל; 2.  $19 < BMI < 25$  נחשב למשקל נורמלי; 3.  $25 < BMI < 30$  נחשב לעודף משקל; 4.  $BMI > 30$  נחשב להשמנה. בקרב ילדים ומתבגרים האבחנה נעשית לפי אחוזונים. השמנה מוגדרת  $BMI < 95$  אחוזון בקבוצת הגיל ועודף משקל מוגדר  $BMI < 85$  אחוזון (Reilly, 2002).

מערך הסיבות (אטיולוגיה) של השמנה הוא רב-סיבתי כשגורמים גנטיים, משפחתיים, חברתיים, רפואיים, סביבתיים והתנהגותיים קשורים בהיווצרותו (World Health Organization, 2000). מקור ההשמנה נעוץ בהפרת האיזון בין הצריכה הקלורית המגיעה מהמזון ובין הוצאת האנרגיה באמצעות פעילות גופנית. מצד אחד יש צריכה של קלוריות עודפות בשל אכילת מזון מהיר עתיר קלוריות, הגדלה של המנות הנמכרות ועלות נמוכה של מזון עתיר קלוריות, ומצד אחר היקף הפעילות הגופנית המצומצם מחמיר את הבעיה (Dishman et al., 2004). השמנה קשורה בתחלואה משמעותית בכל הגילים והיא אחד מגורמי הסיכון למחלות כרוניות קשות ולתמותה מוקדמת (משרד הבריאות, 2009; Caballero, 2007; Golan & Crowt, 2004; Haslam et al., 2006; ; 2010; James, 2008; Whitlock et al., 2009). בין המחלות והבעיות הרפואיות אפשר למנות סוכרת מסוג 2, יתר לחץ דם, סוגים רבים של סרטן, מחלת לב כלילית ואיספיקת לב, יתר שומנים בדם, שבץ מוחי, מחלת כיס מרה, בעיות נשימה, מחלות של שלפוחית השתן, הפרעות שינה כגון דום נשימה בשינה, אוסטאופורוזיס, מחלות אורתופדיות כמו דלקות מפרקים ונכות פיזית. ההשמנה אף משפיעה לרעה על מצבו הנפשי של האדם הלוקה בה ועלולה לגרום לחוויית לחץ, הערכה עצמית ודימוי עצמי נמוכים ולתיג חברתי שלילי (Catenacci et al., 2009; Faw, 2014; Ogden, 2000; Speiser et al., 2005).

באשר לשכיחות ההשמנה, בשנים 2017–2018 שיעור ההשמנה בארה"ב עמד על 42.4% (Hales et al., 2020) וכשני שלישי מתושבי אירופה הבוגרים סובלים מהשמנת יתר (World Health Organization, 2022). לפי הערכות הנשענות על סקרי אוכלוסייה בארה"ב (National Health and Nutrition Examination Surveys), אם ימשיכו המגמות הנוכחיות, בשנת 2030 יותר ממחצית אוכלוסיית ארה"ב תסבול מהשמנת יתר, כשליש יסבלו מעודף משקל ופחות מ-15% יהיו בעלי משקל תקין (Wang et al., 2008).

תופעת ההשמנה בישראל נמצאת אף היא במגמת עלייה. מסקר הבריאות הלאומי, INHIS-4 (Israel National Health Interview Survey), שנעשה בשנים 2018–2020 (משרד הבריאות, 2022), עולה כי 56% מהאוכלוסייה הבוגרת בישראל סובלת מהשמנת יתר. מדוח ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization, 2022) עולה כי מתוך רשימה של 44 מדינות באירופה ובאסיה – ישראל מדורגת במקום השלישי, כאשר מעל מחצית מהאוכלוסייה בארץ בעלת מסת גוף (BMI) גבוהה מ-25.

תופעת ההשמנה בקרב ילדים ובני נוער נתונה אף היא בעלייה מתמדת ברחבי העולם. לפי דוח CDC (Centers for Disease Control and Prevention, 2022), השכיחות של השמנת יתר בקרב ילדים ובני נוער בעולם בני שנתיים עד 19 בשנים 2017–2018 הייתה 19.3% והשפיעה על כ-14.4 מיליון ילדים ומתבגרים. לפי דוח ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization, 2022), כשליש מהילדים בעולם סובלים מהשמנת יתר (כמעט אחד מכל שלושה ילדים), 29% מהבנים ו-27% מהבנות סובלים מעודף משקל או חיים עם השמנת יתר. מגמה דומה ומדאיגה עולה גם בישראל. לפי סקר מב"ת (מצב בריאות ותזונה) (משרד הבריאות, 2017) עולה כי בשנים 2015–2016, 19.5% מתוך תלמידי ז'–י"ב הוגדרו בעלי עודף משקל ו-10.7% מהתלמידים הוגדרו עם השמנה. כמו כן צוין כי בהשוואה לסקר קודם שנעשה בשנים 2003–2004 חלה עלייה של 33.6% בעודף המשקל ו-57.4% בהשמנת יתר באוכלוסייה זו (בן נון ואחרים, 2020). מדוח של OECD (2019) עולה כי 35% מהילדים בישראל הם עם עודף משקל.

נוכח מגמת ההשמנה בקרב מבוגרים, בני נוער וילדים החליטה ועדת השרים לענייני חברה וכלכלה בשנת 2011 ליזום תוכנית לאומית לקידום אורח חיים פעיל ובריא בשיתוף משרד הבריאות, משרד החינוך ומשרד התרבות והספורט. התוכנית הלאומית עוסקת ביצירת סביבה מתאימה לפרט המאפשרת בחירה קלה יותר באורח חיים פעיל ובריא ובמתן כלים לשיפור אורחות חיים, בדגש על תזונה נבונה וביצוע פעילות גופנית קבועה. התוכנית הלאומית מופעלת בכמה רבדים: ברובד הלאומי (לדוגמה: תוכנית 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 (משרד הבריאות, 2011). בשל מדיניות משרד החינוך ליישם את התוכנית הלאומית לקידום אורח חיים פעיל ובריא, מצופה ממורים לשמש סוכני שינוי לקידום אורח חיים פעיל ובריא כלפי הסביבה החינוכית הכוללת תלמידים, הורים ועמיתים. לפיכך נוצר צורך להטמיע רכיבים אלה בקרב אנשי חינוך.

המחקר המוצע נועד לזהות אסטרטגיות ופרקטיקות של התמודדות עם הפחתה במשקל ואימוץ התנהגויות בריאות כדי להמשיגן ולגבש תוכנית יישומית לקידום בריאות ומניעת השמנה לאוכלוסיות מגוונות בתוך מערכת החינוך. התנהגויות בריאות בנושא הרגלי אכילה כוללות התנהגויות של אכילה בריאה מוגבלת בקלוריות, הורדת צריכת שומנים, עשיית פעילות גופנית וזיהוי אזורי סיכון. במחקרים שנעשו בתחום ההשמנה נמצא כי לשימוש פעיל באסטרטגיות התנהגויות מקדמות בריאות הכוללות התנהגויות של אכילה בריאה מוגבלת בקלוריות, הורדת צריכת שומנים, עשיית פעילות גופנית וזיהוי אזורי סיכון היה השפעה חיובית בולטת וממושכת על מדדים המראים רווחה נפשית וירידה במשקל בקרב אנשים עם השמנה ועודף משקל (Nauta et al., 2001).

המסגרת התאורטית למחקר תסתמך על תאוריות וגישות קוגניטיביות העוסקות בהתמודדות עם מצבי לחץ (בק, 2014/2011; Lazarus, 2001; Lazarus & Folkman, 1984). תאוריית הלחץ וההתמודדות נשענת על ההנחה כי האדם הוא יצור המחפש גירויים ורמזים בסביבתו ומעריך את מידת השייכות שלהם אליו. על פי גישה זו, הערכה קוגניטיבית של מצב הלחץ על ידי הפרט תקבע את מידת הלחץ שיחווה ותשפיע על הסתגלותו (Lazarus, 2001; Lazarus & Folkman, 1984). על פי תאוריה זו, המושג התמודדות מוגדר ביטוי להתנהגויות ומאמצים קוגניטיביים עקיבים המשתנים בקביעות ומי שמפעיל אותם הוא הפרט, כדי ליצור שינוי ולאזן את ההפרה שנוצרה לאחר אירוע חיצוני או פנימי (Lazarus, 1999, 2006; Lazarus & Folkman, 1984). מושג זה כולל סדרה של מחשבות, רגשות או התנהגויות שנוקט הפרט לאחר שהעריך מצב מסוים מאיים או משמש מקור ללחץ ולאחר שהעריך את המשאבים העומדים לרשותו (Lazarus & Folkman, 1984). הגישה הקוגניטיבית התנהגותית היא גישה מחקרית המיועדת ליצור שינוי באיכות חיי הפרט וברוחותו. זוהי דרך חשיבה, תפיסת עולם של הפרט, תפקודו וצרכיו. על פי גישה זו התנהגות הפרט היא תוצר של הפירושים שהוא נותן לאירועים שחווה. מכאן שכל אירוע שמתרחש, זוכה לפירוש המעורר רגשות אחרים ואלה גורמים להתנהגות מסוימת (אגבאריה וחממה, 2012; Beck, 1995). המודל הקוגניטיבי התנהגותי מדגיש את תפקידה המרכזי של החשיבה ביצירת רגשות, תגובות והתנהגויות. ההשערה העומדת בבסיס המודל הקוגניטיבי התנהגותי היא כי רגשותיו, התנהגויותיו ותגובותיו הפיזיולוגיות של הפרט מושפעים מהאופן שהוא תופס ומפרש את האירוע שהוא חווה (בק, 2014/2011). המודל עוסק בהבנת הדרך שבה הפרט מפרש את האירועים, בוחן את הקשר בין האירוע לפירוש ומבחין בין תהליכי חשיבה אוטומטיים שהם תהליכים לא רצויים ובין חשיבה מתוכננת; בוחן את הרגשות שיוצרות מחשבות אוטומטיות ושואף ליצור שינוי בהתנהגות באמצעות שינוי הקשר בין המחשבות, הרגשות וההתנהגויות (אגבאריה וחממה, 2012; ליהי, 2013/2003; Beck, 1995).

## שאלות המחקר

המחקר הנוכחי נשען על מתודולוגיה איכותנית והוא בוחן את השאלות האלה:

1. מהם המאפיינים של חוויות ההתמודדות עם הפחתה במשקל ואימוץ התנהגויות בריאות בקרב אנשי חינוך?
2. מהן האסטרטגיות שסיגלו אנשי חינוך בתהליך ההתמודדות עם הפחתה במשקל ואימוץ התנהגויות בריאות?
3. כיצד תופסים אנשי חינוך את התרומה של תהליך ההתמודדות עם הפחתה במשקל ואימוץ התנהגויות בריאות לעולמם האישי ולעולמם המקצועי-חינוכי?
4. מה הן התובנות היישומיות העולות מתוך תיאור חוויות ההתמודדות בתהליך אימוץ התנהגויות בריאות והפחתה במשקל לאוכלוסיות במערכת החינוך (תלמידים, צוות חינוכי, הורים וקהילה)?

## שיטת המחקר

### משתתפים

במחקר השתתפו 82 אנשי חינוך שהתאימו לקריטריונים של המחקר. הקריטריונים להשתתפות במחקר היו אנשי חינוך 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 הנשען על הרגלי אכילה תקינים.

רוב אוכלוסיית המחקר הן נשים (77) ומעט מהם הם גברים (5). טווח הגילים נע בין 24 ל-66 עם ממוצע של 43.6. 75 מהמשתתפים הם ילידי הארץ. שפת האם של 81 ממשתתפי המחקר היא עברית ושל משתתפת אחת היא ערבית. 64 ממשתתפי המחקר הם נשואים, 10 הם גרושים ו-8 הם רווקים. רוב אוכלוסיית המחקר עוסקת בהוראה במקצועות מגוונים עם ייצוג למסגרות הלימוד: גנים (13), בתי ספר יסודיים (35), חטיבות ביניים (2), בתי ספר תיכוניים (13) ומכללות להוראה (15). מיעוט מאוכלוסיית המחקר הם סטודנטים הלומדים במסלול להסבת אקדמאים ומשמשים עובדי הוראה בשדה החינוך (4). רוב משתתפי המחקר סבלו מהשמנה (63) והשאר סבלו מעודף משקל (19). משתתפי המחקר הפחיתו ממשקלם בין 10 ל-40 ק"ג עם ממוצע של 14 ק"ג. כל אוכלוסיית המחקר דיווחה כי היא מצליחה לשמור על משקלה ולהקפיד על התנהגויות בריאות במשך שלוש שנים לפחות.

### כלים

איסוף הנתונים נעשה באמצעות שאלון מובנה למחצה. השאלון נבנה לצורך המחקר הנוכחי והתמקד בחוויות ההתמודדות עם אימוץ הרגלי אכילה בריאים והפחתה במשקל. השאלון כלל פרטים אישיים ושבע שאלות. בשאלה הראשונה התבקשו המשיבים לתאר את תהליך קבלת ההחלטה לאמץ התנהגויות בריאות ולהפחית במשקל, כפי שהם חווים או חוו בתהליך ההתמודדות. בשאלה השנייה התבקשו הנחקרים לכתוב מהן דרכי ההתמודדות שהם משתמשים בהן בתהליך אימוץ התנהגויות בריאות והפחתה במשקל. בשאלה השלישית התבקשו המשתתפים להעריך מהן ההשפעות שיש להתמודדות שלהם עם אימוץ התנהגויות בריאות והפחתה במשקל על התחום האישי והתחום המקצועי-חינוכי. בשאלה הרביעית התבקשו המשיבים לתאר כיצד הם רואים את תפקידם כאנשי חינוך בקידום בריאותם של תלמידיהם לנוכח חוויית ההתמודדות האישית שלהם. בשאלה החמישית הם התבקשו לכתוב מהן התובנות שרכשו לאחר ההתמודדות שלהם בתחום התנהגויות בריאות והפחתה במשקל. בשאלה השישית הוזמנו המשיבים להשיא עצות מעשיות לאנשים הנמצאים במצב התמודדות דומה לשלהם. השאלה השביעית היא תיאורית ובה התבקשו המשיבים לתאר בפירוט אירוע של התמודדות עם אימוץ התנהגויות בריאות והפחתה במשקל שנחרת בזיכרונם, במהלך תהליך השינוי שחוו או חווים. שימוש בשאלות תיאוריות נעשה במחקרים בתחום החינוך וההוראה (Carter, 1993). כך למשל נעשה מחקר על אנשי חינוך שבחן את משמעות ההצלחה בהתנסות בהוראה (Janssen et al., 2008).

כדי לבדוק את מהימנות הניתוח הכמותי, חושבה מידת ההסכמה בין שני שופטים בלתי תלויים (החוקרת הנוכחית ואדם אחר העוסק בתחום של התנהגויות בריאות) שניהלו את

תהליך הקידוד המתואר לעיל באופן בלתי תלוי. תקפות השאלון נבדקה אף היא באמצעות שני שופטים מומחים בתחום קידום בריאות. הוסברה להם מטרת המחקר והם התבקשו לקרוא את השאלות ולהעיר הערות על מידת התאמת השאלות למטרות המחקר ובהירות הניסוח שלהן.

## הליך המחקר

הליך הדגימה ואיתור משתתפי המחקר נעשו באמצעות שליחת מכתב פנייה לכלל אנשי חינוך במערכת החינוך (מורים, יועצים חינוכיים ובעלי תפקידים), ובו ניתן מידע כללי על נושא המחקר. המכתב הועבר לאנשי החינוך באמצעות פנייה למכללות ולאוניברסיטאות, למורים ולבעלי תפקידים באמצעות פנייה למנהלי בתי ספר ופנייה ישירה למורים ויועצים חינוכיים בכנסים מקצועיים. אנשי חינוך שהביעו את הסכמתם, הוזמנו ליצור קשר טלפוני עם החוקרת. לאחר שהתקבלה הסכמתם של המשתתפים להשתתף במחקר, נקבעה פגישה בין החוקרת למשתתפים. הפגישה כללה היכרות, הסבר נרחב של החוקרת על אודות המחקר ומטרותיו, הצגת השאלון והתחייבות של החוקרת לשמור על חיסיון פרטיהם האישיים של המשתתפים. פגישה נוספת עם המשתתפים נקבעה במועד שלאחר סיום מילוי השאלון לצורך הבהרת שאלות שלא היו מוכנות בשאלון ולהבעת תודה אישית למשתתפים על השתתפותם במחקר.

## אתיקה

במחקר הנוכחי הייתה הקפדה על אתיקה מקצועית על פי העקרונות האלה:

- א. **קבלת אישור:** שלושה מוסדות קיבלו את האישור לעריכת המחקר הנוכחי: ועדת האתיקה המוסדית לאישורי מחקרי מרצים במכללת סמינר הקיבוצים לחינוך, טכנולוגיה ואמנויות, ועדת האתיקה של אוניברסיטת תל אביב ולשכת המדען הראשי, משרד החינוך.
- ב. **הסכמה מדעת:** כל משתתף במחקר העריך בעצמו את כדאיות ההשתתפות במחקר והחליט בהתאם.
- ג. **פרטיות ועילום שם:** שמירה על עילום שם בשאלון והקפדה על חשאיות ודיסקרטיות. כל המשתתפים זכו בשמות בדויים. הודגש כי המידע שהתקבל במחקר ישמש לצורכי מחקר בלבד.
- ד. **חופש בחירה:** למשתתפים ניתן חופש בחירה לעזוב את המחקר בכל שלב במחקר. הוסבר למשתתפים כי השתתפותם במחקר היא התנדבותית ואינה מחייבת.

## ניתוח הנתונים

המחקר הנוכחי שילב בין גישה איכותנית לגישה כמותית. בשלב הראשון נעשה ניתוח איכותני שהתמקד בזיהוי קטגוריות שעלו מתיאור התשובות לשאלות. המתודולוגיה האיכותנית התמקדה בניתוח פתוח מונחה נתונים (data driven) שכלל זיהוי קטגוריות תוכן שלא הוגדרו מראש ועלו מתוך תשובות המשיבים. את תוכן זה ניתחו שני שופטים בלתי תלויים והוא כלל קריאה בנפרד של כל טקסט, בידוד של חלקים מהטקסט, סיווגם וקיבוצם לכדי קטגוריות וניתוחם. נעשה ניתוח של כל שאלון באופן נפרד ובלתי תלוי בשאלונים האחרים. את מוקד זה של הניתוח הנחתה הגישה של תאוריה מעוגנת בשדה

(Strauss & Corbin, 1990) כך שהקטגוריות הוצעו על פי הנתונים ולא על פי קריטריונים תאורטיים שהוגדרו מראש. לאחר זיהוי קטגוריות התוכן, נעשה איתור וקיבוץ של תכנים ואמירות בטקסט לכדי קבוצות לשם יצירת תמות עיקריות (Charmaz, 2003). לבסוף בוצע ניתוח תמות בדרך רוחבית: הצלבה בין קטגוריות התוכן שזוהו בטקסטים המסוימים כדי לאתר תמות המשותפות למשתתפים במחקר ויצירת תמות על (Smith et al., 2009).

בשלב השני של המחקר נעשה ניתוח כמותי שהתמקד בתיאור השכיחויות של הקטגוריות שעלו בניתוח האיכותני. לצורך הניתוח הכמותי נבנה דף קידוד שכלל רשימה של הקטגוריות בתוך כל תמה. הקידוד נעשה בכל תמה בנפרד. מתוך התשובות הגולמיות הוחלט על כל קטגוריה האם היא כלולה או לא כלולה בתשובה. בתום הקידוד נבדקה השכיחות של כל קטגוריה וחושב האחוז היחסי שלה מכלל המשיבים. ניתוח זה אפשר לקבל תמונה כמותית של הייצוג והשכיחות של כל קטגוריה בתוך התמה הכללית.

## ממצאים

### דרכי התמודדות

בניתוח התוכן של **אסטרטגיות התמודדות** עלו שש הקטגוריות שמייצגות דרכי התמודדות מגוונות כפי שבאו לידי ביטוי בתיאור המשתתפים:

1. **תזונה וויסות האכילה:** 93% ממשתתפי המחקר דיווחו כי הם מקפידים על האסטרטגיות האלה: אכילת ארוחות מסודרות ומזינות במרווחי זמן של עד שלוש שעות בין ארוחה לארוחה, צריכה מרובה של פירות וירקות, שתיית מים מרובה, הגבלת צריכת כמות הסוכר והשומן במזונות ובמשקאות, צריכת מקורות מחלבון דלשומן והפחתת כמות הפחמימות בכל ארוחה לצד צריכת כמות קטנה של מזונות לא בריאים. אחת המשתתפות ציינה זאת:

ישנן מספר דרכים שאני נוקטת בהן כדי לווסת את תחושת הרעב והשובע שלי. אני מקפידה על אכילת 3 ארוחות עיקריות ו-2 ארוחות ביניים בשעות קבועות ועל שתייה מרובה של מים [...]. אני מקפידה על אכילת מזון בריא – ירקות ופירות בכמות גדולה, צורכת מקורות מחלבון מופחתי שומן, מגבילה את כמות הפחמימות והסוכרים בכל ארוחה [...]. אני טורחת להכין לעצמי מאכלים מופחתי שומן וסוכר ויחד עם זאת אני מרשה לעצמי לאכול כמות קטנה של מזונות לא בריאים, כמו ממתקים קטנים שאני אוהבת.

2. **פעילות גופנית:** 91% מאוכלוסיית המחקר דיווחה על אימוץ אורח חיים פעיל יותר מכפי שנהגה בעבר ועל עשיית פעילות גופנית בתדירות של שלוש פעמים בשבוע למשך שעה בכל פעם. הודגש כי המפתח להתמדה בתחום זה הוא בחירת פעילות מהנה.

אחת המשתתפות ציינה זאת:

לצד ההקפדה על הרגלי אכילה וצריכת מזונות בריאים, אני עושה הרבה ספורט. אני הולכת למכון כושר בתדירות של שלוש פעמים בשבוע ומשתתפת בקבוצת הליכה באמצע שבוע או בשבת בבוקר [...]. ברמה העקרונית, אני מנסה להפוך את

אורח החיים שלי לאקטיבי יותר כמו למשל, ללכת לדואר במקום לנסוע, לעלות במדרגות במקום לעלות במעלית וכו'.

משתתף אחר דיווח על הפעילות בתוכנית :

במסגרת ההחלטה על שינוי במצב ההשמנה שלי ובקידום הבריאות שלי, הצטרפתי לקבוצת הליכה שמבצעת פעילות גופנית קבוצתית בטבע בתדירות של שלוש פעמים בשבוע. המחויבות למסגרת והאווירה בה מסייעים לי להתמיד ולהגיע באופן קבוע לקבוצה. בנינו מעין קבוצת תמיכה שמעודדת זה את זה וזו ברגעים של עייפות ושחיקה והתוצאות לא מאחרות להגיע.

3. **ניטור עצמי:** 85% מהמשתתפים במחקר דיווחו על שימוש ביומן תיעוד אכילה ופעילות גופנית. יומן זה מתעד בכתב מדי יום ביומו את תכנון המזונות והשתייה הנצרכים (כולל זמני האכילה), סוג וכמות המזון והשתייה הנצרכים בפועל והתחושות הנלוות לתהליך, וכן את הפעילות הגופנית, סוג הפעילות ומשך הזמן שלה. הרישום הוא כלי לתכנון האכילה והפעילות הגופנית ומעקב אחר ביצוען. אחת ממשתתפות המחקר ( $n=20$ ) דיווחה כי היא מתעדת בכתב גם את תוכנית הקניות השבועית שלה :

כדי לעקוב אחר כמות והרכב המזון והשתייה שאני צורכת אני עורכת רישום יום-יומי של תכנון תוכנית האכילה והשתייה בטבלה מארגנת ושל צריכתם בפועל. אני גם עורכת מראש תכנון של הקניות לפני צאתי מהבית. אמצעים אלה מסייעים לי לעקוב אחר התהליך ולחזק בתוכי את תחושת השליטה על השינוי בהרגלי האכילה והתזונה שלי.

משתתפת אחרת תיארה את תרומת הניטור העצמי לשיפור תפקודים בתחומי חיים אחרים: "נוכחתי לגלות שהאסטרטגיה שאימצתי בתהליך ההפחתה במשקל – תכנון סדר יום הכולל רישום מטלות יום-יומיות, תוכנית אכילה ופעילות גופנית, סייעו לי להעלות תפוקות והספקים. בסוף היום כשאני מתבוננת על ההספקים שלי, אני חווה סיפוק גדול."

תהליך הניטור העצמי עולה מדבריו של משתתף אחר :

אני מקפיד על התארגנות מוקדמת. ההתארגנות מבחינת אוכל לפני כל יום עבודה כוללת הכנה מראש של אוכל, רישום האכילה המתוכננת והבאתו לעבודה. כמו כן אני מקפיד שיהיה לי אוכל מוכן בבית עם חזרתי הביתה מהעבודה ודואג מראש שכל המוצרים שאני צורך במהלך היום יהיו נגישים לי בבית. אני לא משאיר מקום ל"זרימה וספונטניות" בתחום של האכילה.

4. **התמדה:** 95% ממשתתפי המחקר הדגישו את חשיבות ההתמדה והיישום היום-יומי והעקיב של הרגלי אכילה בריאים. אחת המשתתפות תיארה את חשיבות ההתמדה להצלחת התהליך בדרך זו :

לדעתי, כוח השינוי בהרגלי אכילה טמון בהתמדה, בעקביות ובחוסר הויתור [...]. לדעת שהתהליך אינו פשוט ויחד עם זאת, מי שמתמיד – מצליח. אם יצאתי לרגע מהתהליך, אני אומרת לעצמי שמה שחשוב ויעיל באמת, הוא לחזור לתהליך כמה שיותר מהר.



משתתפת אחרת הדגישה את חשיבות ההתמדה כרכיב עיקרי בהצלחת תהליך שינוי הרגלי אכילה והפחתה במשקל: "התמדה, התמדה והתמדה זאת הנוסחה להצלחה. לא להתייאש כשיש משברים ולהתעקש להתמיד בשינוי שהחלטתי לבצע. לדעת שכל שינוי כרוך גם בקשיים ולדעת לנוע בתוכם ואיתם."

משתתפת אחרת סיכמה את החשיבות של רכיב ההתמדה הן בהצלחת התהליך של שינוי הרגלי אכילה והפחתה במשקל לאורך זמן הן בשינוי הרגל בכל תחומי החיים: "מכלול חוויות ההצלחה בתחום של ההפחתה במשקל לימד אותי שעבודה שיש בה התמדה, נחישות והשקעה בסופו של דבר משתלמת. זה נוגע לא רק לעולם ההרזיה אלא גם לכל התחומים. זה עיקרון שהנחלתי לעצמי להצלחה בחיים."

5. **השתתפות בקבוצות תמיכה**: 35% ממשתתפי המחקר דיווחו על השתתפות פעילה בקבוצות תמיכה לירידה במשקל המלוות באנשי מקצוע.

אחת המשתתפות ציינה:

מתחילת תהליך השינוי בחרתי להשתתף בקבוצת תמיכה מקצועית. בחצי השנה הראשונה להשתתפותי בקבוצה הפחתתי עשרה ק"ג ממשקלי ולאחר מכן עשרה ק"ג נוספים. במהלך השנה האחרונה אני שומרת על משקל הירידה. המפחת להצלחה זו הוא הגעה לקבוצה בכל שבוע.

תיאור מעניין של תרומת קבוצת התמיכה להצלחת תהליך ההפחתה במשקל ושינוי הרגלי האכילה עולה מדברי משתתפת אחרת:

אחת המטרות שהצבתי לעצמי בתחילת תהליך ההפחתה במשקל הייתה להרגיש טוב עם עצמי. בקבוצת התמיכה שבה השתתפתי זכיתי להרבה פרגון ומחמאות מהמשתתפים. הם מאוד חיזקו אותי, חיזקו את האמונה במסוגלות שלי וגרמו לי להרגיש מאוד טוב עם עצמי. כך נוצר מעגל שמזין את עצמו שבו אני מרגישה טוב עם עצמי, מצליחה להפחית במשקל וחוזר חלילה.

6. **"עבודה מהראש"**: 88% מאוכלוסיית המחקר דיווחה על האסטרטגיות האלה:

א. **שינוי עמדות ותפיסות כלפי תהליך ההפחתה במשקל ואימוץ הרגלי אכילה תקינים**: משתתפי המחקר דיווחו על אימוץ תפיסת עולם מקדמת בריאות הרואה בתהליך השינוי מסע אישי הנשען על הקשבה לצרכים גופניים ונפשיים מתוך ניגוד לעבר שבו נחוה התהליך כסבל. אחת ממשתתפות המחקר תיארה את שינוי העמדות כלפי תהליך ההפחתה במשקל:

אימצתי ראייה פנימית שמדובר בתהליך מצמיח ומלמד על עצמי – מסע אישי שמבוסס על הקשבה לצרכי הגופניים והנפשיים ולא כתהליך היוצר סבל, קיפוח וחסך. כשאני מרגישה תשוקה לאוכל (Craving), אני שואלת את עצמי, למה אני באמת רעבה? ההקשבה המדויקת לצרכים הפזיים והנפשיים שלי מאפשרת לי גם לווסת את האכילה וגם להיחשף לגילויים חדשים על עצמי.

תיאור מעניין של שינוי בעמדות כלפי ההפחתה במשקל עולה מדברי משתתפת אחרת:

מהות השינוי של ההפחתה במשקל שלי טמונה בהבנה עמוקה שהכול מתחיל בראש ובגישה. אימוץ גישה חיובית הוא קריטי להצלחת התהליך של ירידה

במשקל. אם הגישה היא פסימית, שלילית – סביר להניח שכל ה"עסק" לא יחזיק מעמד בכלל. תוך כמה שבועות אישבר ואעלה שוב במשקל.

ב. **פיתוח דיבור פנימי בונה**: אוכלוסיית המחקר ציינה כי פיתחה דיבור פנימי בונה המסתמך על שינוי שפה פנימית הנותנת משקל רב לגילוי מקורות הכוח מאשר למקורות הקושי. אחת המשתתפות תיארה את טיב הדיבור הפנימי בדרך זאת:

התובנה החשובה ביותר שרכשתי היא שהכול מתחיל בראש ובגישה אליה אני מגיעה לנושא התזונה והרגלי האכילה. אני יכולה לאכול ארוחה ולהתלונן ומאותה ארוחה בדיוק לשבוע וליהנות. אם אתה יכול לחשוב אחרת, אתה יכול לפעול אחרת. בהתאם לתפיסה זו פיתחתי לעצמי שיח פנימי בונה, מעין אמירות שמדגישות את ה"יש", המהנה והבריאה ולא את ה"אין", המקופח והסובל.

משתתפת אחרת מוסיפה זאת:

אני מצליחה להתמודד עם מצבים אלה בעיקר בזכות היכולת לדבר עם עצמי ולהרגיע את עצמי. הדיבור הפנימי מונע ממני לפנות לאוכל לצורך הרגעה. פיתחתי מעין דיבור פנימי שכולל אמירות המבוססות על עידוד פנימי. אמירות אלה מסייעות לי להמשיך בתהליך ומונעות ממני להתייאש ולחזור לתפיסות של קושי ונכשלות שאפיינו אותי בעבר.

ג. **למידה מהתנסויות מוצלחות בעבר**: התבוננות במבט לאחור בהתנסויות מוצלחות שנעשו בעבר והפקת למידה יעילה מהן, היא אסטרטגיה נוספת בקרב משתתפי המחקר. אחת ממשתתפות המחקר ציינה זאת:

חלק מהשינוי בהרגלי האכילה מבוסס על ניסיון החיים שלי שבמהלכו למדתי מה יעיל ומקדם אותי וגם מה לא יעיל ומרחיק אותי מהיעדים שקבעתי לעצמי. כך, לדוגמה, אני יודעת שהגבלת הסוכר בתוכנית האכילה שלי מסייעת לחיזוק השליטה שלי בכמויות המזון הנצרכות בכל ארוחה.

משתתפת נוספת תיארה את טיב הלמידה מהתנסויות העבר:

לתהליך הנוכחי הגעתי מוכנה ובשלה ועם פתיחות פנימית להתבונן על אופני פעולה לא מקדמים ולא בריאים בהם נהגתי בעבר. כך, לדוגמה, אני נמנעת לחלוטין מהתנהגות של אכילה מפצה שאפיינה את התנהגות האכילה שלי בעבר. בעבר, אם היה יום אחד שבו צרכתי כמויות גדולות של מזון, הייתי צמה ביום שלאחריו. כיום במצבים שבהם אכלתי יתר על המידה, אני משתדלת להתרומם ולהמשיך בתוכנית האכילה הבריאה והמאוזנת כרגיל.

ד. **למידה באמצעות איתור מידע מקצועי ברשת האינטרנט ובאמצעים טכנולוגיים**: אסטרטגיה נוספת שצינו משתתפי המחקר היא למידה באמצעות איתור מידע מקצועי המופיע באמצעים טכנולוגיים מגוונים. אחת המשתתפות תיארה כי הלמידה באמצעים טכנולוגיים היא אמצעי יעיל לקידום תהליך שינוי הרגלי האכילה וההפחתה במשקל:

דרך נוספת שהיא יעילה להתמודדות עבורי היא איתור מידע מהאינטרנט. התחלתי להקשיב להרצאות אקדמיות באינטרנט על התחום וקראתי מאמרים אקדמיים במאגרי מידע שונים. מתוך אלו, למדתי שלסוכר יש הרבה

שמות ושהוא מתחבא בהרבה מוצרים תעשייתיים. שילוב הלמידה עם ההתנסות הטובה שחוויתי, שיפרו לי את ההרגשה והירידה ההדרגתית והבריאה במשקל.

למידה ממקורות טכנולוגיים כוללת גם שימוש בעזרים מסוימים. כך עולה מדברי אחד המשתתפים: "אני משתמש באפליקציות שונות הכוללות ספירת קלוריות במזונות שונים וביומן אכילה רפואי המוצע באינטרנט. עזרים אלה מסייעים לי מאוד לקידום תהליך ההפחתה במשקל שלי."

## תוצאות השינוי

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

1. **חיזוק מסוגלות עצמית:** 95% מאוכלוסיית המחקר תיארה את ההצלחה בהפחתה במשקל ובשינוי הרגלי אכילה חוויה שחיזקה בהם את תחושת המסוגלות להתמודד עם משימות בתחומי חיים אחרים. אחת המשתתפות המשיגה את תחושת המסוגלות שרכשה בתהליך שינוי הרגלי האכילה וההפחתה במשקל בדרך זו:

תחושת ההצלחה בתהליך ההפחתה במשקל ושינוי הרגלי האכילה שלי יוצרת בי תחושה טובה, שמעודדת אותי להתמודד עם משימות חיים אחרות. היא, למעשה, נוטעת בי את האמונה כי יש בי את היכולת להתמודד באופן מוצלח עם אתגרים חשובים נוספים בחיי.

תיאור מעניין של תהליך השינוי בהרגלי האכילה שתרם לחיזוק המסוגלות העצמית עולה מדבריה של משתתפת נוספת:

בתחילת תהליך ההפחתה במשקל, הייתי במקום של חשיבה ראשונית של הישרדות. כיום אני חווה תחושת מסוגלות פנימית שמעודדת אותי לחשוב כיצד אני יכולה לתרגם את תחושת המסוגלות הזו לאפיק משמעותי נוסף בחיי. אני מרגישה שאני מסוגלת לצאת מאזור הנוחות ויש בי נכונות שלי לקפוץ לאזורים פחות נוחים כדי לחוות תחושת צמיחה והתפתחות. כך, לדוגמה, אני מוצאת את עצמי מתדיינת עם עצמי על חיזוק יכולת האסרטיביות שלי מול בעלי, סמכות שמתבטאת ביכולת לומר מה מתאים לי ומה אינו מתאים לי. תהליך זה פותח צוהר לעבודה על מקומות פנימיים בתוכי שעד כה לא העזתי לגעת בהם. התחושה הפנימית שמלווה אותי היא שכמו שהצלחתי לבצע את השינוי הכל כך משמעותי בהפחתה במשקל, כך אצליח גם במקומות הפחות נוחים והפחות נעימים כמו היכולת להיות אסרטיבית ולהיות נאמנה למה שאני רוצה ומאמינה – אל מול בעלי סמכות.

2. **הכללת יכולות איפוק:** יכולות האיפוק שהתבטאו בתחום התזונה, יושמו לדברי 93% ממשתתפי המחקר גם בתחומי חיים אחרים ותרמו לשיפור ניכר הן בתדמית שלהם בעיני עצמם הן בתפקודיהם. אחד המשתתפים תיאר את טיב התרומה של יכולת האיפוק להצלחת תהליך שינוי הרגלי האכילה וההפחתה במשקל:

בתהליך השינוי נוכחתי לראות שיש לי יכולת איפוק, כלומר, יכולת לשאת את הדחף לאכול מזונות לא בריאים מבלי לאכול אותם. יכולת האיפוק חיזקה בי את תחושת המסוגלות ושינתה את התדמית שלי בעיני עצמי. ראיתי והראיתי (לעצמי,

לרעייתי, למשפחתי, לחברי (שהנני יכול ומסוגל לעשות משהו משמעותי הדורש התגברות ואיפוק לאורך הרבה תחנות במשך היום, ולמשהו הזה יש גם נראות כלפי חוץ [...]). אם בעבר הדימוי העצמי שלי היה של אדם שמתקשה בדחיית סיפוקים, כיום אני חש שכשיש רצון, התמדה ומשמעות, אין קושי בדחיית סיפוקים.

תיאור מעניין של המשגת יכולת האיפוק עולה מדבריה של משתתפת אחרת:

מבחינתי היכולת להתאפק משמעותה יכולת לשאת מצבים של חוסר נוחות רגשית. בעבר כל מצב או אירוע שגרם לי להרגשה שלילית לא נעימה, היה מוביל אותי לאכילת יתר. לדוגמה, אם היה לי קונפליקט עם צוות החינוך בעבודה הייתי חוזרת הביתה ומרגיעה את עצמי באמצעות אכילת יתר של מזונות לא בריאים. כיום אני לומדת להתאפק ולשאת את המצב הלא נעים מבלי לפנות לאוכל.

**קבלה, סליחה וחמלה עצמית:** חוויות ההצלחה הביאו לידי גילוי יכולות של קבלה סליחה וחמלה עצמית בקרב 90% מאוכלוסיית המחקר. משאב זה מאופיין בקבלת חלקי האישיות למיניהם לצד הערכה כנה של המאמצים, המסירות והמחויבות לתהליך. מאפיינים אלה סייעו במיתון התנהגויות הרסניות ופתחו מרחב פנימי לסליחה עצמית. אחת המשתתפות תיארה את המונחים קבלה, סליחה וחמלה עצמית בדרך זו:

בתוך התהליך למדתי לבצע את השינויים ממקום של אהבה עצמית, להיות ב־self-compassionate כלפי עצמי, לסלוח לעצמי על המצב אליו הגעתי כי היו לי סיבות לכך [...]. אני משתדלת לא לבקר את עצמי אלא לקבל את סיפורי חי ואת החלקים השונים באישיותי ולהעריך את עצמי על הפעולות שאני נוקטת לשיפור בריאותי [...]. אני משתדלת לא להחמיר מדי עם עצמי ולסלוח לעצמי במצבים שבהם מתרחשים אירועי אכילה לא מתוכננים [...]. אני מרגישה טוב עם עצמי ומעריכה את עצמי על כך שאני מטפלת בעצמי ומכבדת את הגוף שלי וזה לכשעצמו ממתן את הקול הביקורתי הפנימי שלי.

תיאור מעניין של ביטוי הקבלה העצמית עולה מדבריה של אחת המשתתפות:

למעשה, השינוי בהרגלי אכילה והירידה במשקל הוא חלק מתהליך ומסע עצמי מסוים שהתרחש תחילה בתחומי התזונה ולאחר מכן בתחומי חיים אחרים, אך כולם בסופו של דבר מתקזזים לנושא של קבלה ואהבה עצמית שהיו ברמה נמוכה מאוד. המסע הזה החל לפני שלוש וחצי שנים ונמשך עד היום. אני מרגישה שבכל השנים פשוט לא אהבתי את עצמי, לא הייתי קשובה למה שנראה לי שמתאים וצריך וכיום אני יותר קשובה לצרכים האישיים שלי, וסלחנית יותר במצבים שבהם לא הצלחתי לעמוד בתכנון שקבעתי לעצמי.

4. **שיפור בתחושת רווחה ואיכות חיים:** 90% ממשתתפי המחקר דיווחו על שיפור ניכר בתחושת הרווחה הנפשית והפיזית ובאיכות החיים הכללית. הרווחה הנפשית מתבטאת בתחושות של שלמות, רוגע, סיפוק ונינוחות פנימית המגלמת בתוכה יכולת לחיות באיזון נפשי ופיזי, ובחיבור בין גוף לנפש. תחושת הרווחה הפיזית מתבטאת בשיפור ביכולות ובתפקודים בריאותיים ופיזיים, בתחושה קלה ורעננה יותר ובכוחות פיזיים מחדשים. איכות החיים הטובה לדברי אוכלוסיית המחקר, מתבטאת בשיפור תפקודים בתחומי חיים מגוונים.

ההפחתה במשקל והשינוי בהרגלי האכילה השפיעו על כל ההיבטים התפקודיים שלי: יש לי תחושה קלה יותר בהשוואה לכבדות והקושי הפיזי שחוויתי בעבר. אני יותר רעננה ולכן יש לי יכולת ורצון לבצע דברים בהספקים טובים יותר מבעבר בכל תחומי החיים: עבודה, משפחה וילדים [...]. אני יותר פעילה פיזית עם הילדים האישיים שלי ועם ילדי הגן ומרבה לשחק איתם במשחקים אקטיביים בחצר. איכות חיי השתנתה לחלוטין.

תיאור נוסף של השיפור בתחושת רווחה ואיכות החיים עולה מדבריו של המשתתף האחר: "הפכתי להיות יותר בריא מאשר בעבר. חזרתי לרוץ לאוטובוסים, לדלג במדרגות, להתכופף ולהתרומם כמו נער. בדיקה נוספת בקופת חולים הצביעה על שיפור בריאותי."

5. **גמישות מחשבתית:** 88% ממשתתפי המחקר דיווחו כי הם חוו שינוי בדרך החשיבה שלהם שהתבטאה בגמישות ובכל מיני התאמות של סוגי מזונות לאירועי חיים מגוונים. שינוי זה תרם לחיזוק העצמאות והריבונות האישית שלהם בקבלת החלטות, לחיזוק תחושת השליטה שלהם בדחפים לא צפויים ולניהול יעיל יותר של תוכנית התזונה שלהם. משאב זה שנרכש בתחום הרגלי אכילה מוקרן גם לתחומי חיים אחרים. את הגמישות המחשבתית ביטאה אחת המשתתפות בדרך הזו:

למדתי לא להיות קיצונית הן בשינוי בהרגלי אכילה והן בכל תחום בחיי. גמישות זו מסייעת לי לבצע בחירה מושכלת של סוג המזון וזמני האכילה במצבים ואירועים מאתגרים בחיי וזו תורמת לתחושת עצמאות ואוטונומיה על הבחירות שלי. הגמישות המחשבתית מתבטאת גם במערכות היחסים הבינאישיות שלי באופן שבו אני תופסת אירועים שונים ומגיבה להם. זו תרומה חשובה שקיבלתי מתהליך השינוי בהרגלי אכילה.

תיאור טיב הגמישות המחשבתית עולה מדברי אחת המשתתפות:

אני חשה שינוי גם ביכולת שלי להיות גמישה עם צריכת המזונות ולא להיצמד לתפיסה נוקשה של מותר/אסור. הגמישות באכילה כתפיסה מעניקה לי איזון במשך כל היום ונוסכת בי תחושת רוגע. כך, למשל, בעת יציאה למסעדות, אני לא אהיה נוקשה עם עצמי ואימנע מלצאת למסעדה, אך אני כן אדע להשכיל ולמצוא איזון בין המזונות שאצרוך.

## תובנות יישומיות

התובנות היישומיות בחלק זה נוגעות ליישומי המשיבים כלפי עצמם. תובנות אלו מתחלקות לחמש קטגוריות:

1. **שינוי בערכים ובסדרי עדיפויות:** שינוי זה מתבטא בהצבת ערך הבריאות בסדר עדיפות עליון. ערך זה בא לידי ביטוי באימוץ תפיסה מקדמת בריאות המתבטאת ביכולת לנהל דרך חיים מאוזנת ויציבה המושתתת על ערכים והתנהגויות בריאות. שינוי זה התבטא במחקר זה בקרב 85% מהמשתתפים. אחת המשתתפות תיארה את השינוי בערכים ובסדרי העדיפויות בחייה בדרך הזו:

המוקד הוא הבריאות והשינוי באורח החיים הוא לצורך חיים בריאים יותר. גם לסביבה הקרובה שלי לא אמרתי שאני "בדיאטה" אלא ציינתי שאני משנה את התזונה שלי בהתאם למה שאני מרגישה שמתאים לי ובריא לי. יש בי מעין הבנה

שמדובר ב"ריצה למרחקים ארוכים" וקבלה אמיתית שהתהליך הוא הדרגתי, מצריך השקעה ותשומת לב בעצמי והרבה סבלנות ואורך רוח.

משתתפת נוספת תיארה כיצד עשתה את השינוי בערכים ובסדרי העדיפויות בחייה: "לתפיסתי, ההצלחה בשינוי מצב ההשמנה שלי היא הודות לשינוי שביצעתי בסדר העדיפויות שלי בחיים. בפעם הראשונה בחיי הצבתי את עצמי ואת בריאותי במקום הראשון. אימצתי תפיסה שרואה באימוץ הרגלי אכילה והתנהגויות בריאות – אורח חיים מאוזן וקבוע."

2. **הבניה מחודשת של תפיסת תפקיד איש החינוך ותפיסת המערכת החינוכית:** התובנות שנרכשו לאחר חוויות ההצלחה בהפחתה במשקל ובשינוי בהרגלי האכילה, הביאו לידי שינויים בתפיסת תפקידם המקצועי ובראיית המערכת החינוכית בקרב 80% מאוכלוסיית המחקר. אחת המשתתפות במחקר מתארת את טיב המונח הבניה מחודשת של תפיסת תפקיד איש החינוך ותפיסת המערכות החינוכיות:

אני רואה את תפקידי בעיקר ב"מודלינג", כלומר, כמודל הומניסטי, אנושי וחינוכי. אני לא מטיפה לאכילה בריאה, אבל אני כן משתפת את התלמידים בתהליכים שאני חווה בהקשרים מתאימים. כך, למשל, כשאני מביאה כיבוד לכיתה, אני משתדלת שהוא יהיה "בריא", מזון שבישלתי או אפיתי בבית ולא מזון מתועש. החשיפה למזונות אלה גורמת לתלמידים לגלות ש"חטיפי בריאות" או תמר עם אגוז הם ממש טעימים. אני רואה בכך חלק מהעשרת מידע בנוגע לתחומי חיים בריאים שחשוב שתלמידים במערכת החינוך ירכשו במעבר שלהם לעולם המבוגרים.

אחת ממשתתפות המחקר מתארת נקודת מבט רחבה על המונח הבניה מחודשת של תפיסת תפקיד איש החינוך ותפיסת המערכות החינוכיות:

בעקבות השינוי שחוויתי בתחום הרגלי האכילה והחשיבה, אני מייחסת חשיבות גדולה להעברת מסרים חינוכיים לגבי דימוי עצמי ונראות חיצונית. אני מעודדת את התלמידים לאהבה עצמית, קבלת האני והאחר ולשבירת מודל היופי האחד והמוחלט. כמו כן אני מטפחת בהם את הכוחות, הייחודיות והיצירתיות הטמונה בכל אחד מהם.

משתתפת אחרת הוסיפה זאת:

השינוי התפיסתי שחוויתי בחיי האישיים הוביל לתפיסה חינוכית מקצועית שבה שמת לי למטרה לפתח בתלמידים חשיבה מאוזנת בכלל וחשיבה מאוזנת באורח חיים בריא בפרט. זה כולל צריכת מזונות בצורה מאוזנת וביצוע פעילות גופנית בצורה מאוזנת כדי להימנע ממצבי קיצון הכוללים מצד אחד השמנה ומצד שני הפרעות אכילה כמו בולימיה או אנורקסיה [...]. חשוב לי לעודד את התלמידים לתודעה פעילה – לאורח חיים פעיל לעומת אורח החיים היושבני המאפיין אותם כיום [...]. בשיחותיי עם התלמידים אני מדגישה מסרים הקשורים לחשיבות אכילה מאוזנת ובריאה לבריאות הפיזית ולרווחה הנפשית, כאורח חיים בריא, כדרך חיים וכבחירה מודעת לקדם את הבריאות והרווחה הנפשית [...]. מסר חשוב נוסף שאני שוקדת על העברתו הוא שאין שום דבר שהוא קשה – הכול

בראש. הכול קשור לאופן שבו אנו תופסים את הנושא. הדבר נכון הן ביחס להרגלי אכילה והן ביחס לכל אירוע בחיים.

3. **שיפור ביכולות מקצועיות:** 77% מאוכלוסיית המחקר דיווחה על שיפור ביכולות מקצועיות. אחת המשתתפות תיארה את השיפור ביכולות מקצועיות בדרך הזו: "התהליך השלם תרם רבות לחיזוק יכולת הקבלה שלי את התלמידים במצבים מאתגרים. יש בי יותר הבנה ופחות שיפוטיות כלפי תלמידים שלא מצליחים לעמוד ביעדי הכיתה וביעדים האישיים שהציבו לעצמם."

השיפור ביכולות המקצועיות גרם גם להפעלת יוזמות חדשות הנשענות על מפגש עם חוויה רגשית וחושית:

השיפור ברווחה הפיזית והנפשית שלי הוא גם הודות לחוויה אישית שאני חווה במפגש שלי עם הטבע במסגרת ההליכה היומית. חוויה זו מלווה בהנאה מאוויר הרים צלול כיון, מריח הפריחה, מהשקט של הזריחה, מעיבוד המחשבות ומזמן איכות עם עצמי. גילוי זה גרם לי ליזום הפעלות חדשות בן כמו למשל למידה על נושאים מסוימים במסגרת חוץ-גנית, כמו למשל למידה על פירות ההדר במרחב הפרדס. למידה זו בעיני מזמנת חוויה חושית ורגשית שונה בקרב הילדים.

משתתפת אחרת מתארת עוד היבט של שיפור ביכולות מקצועיות:

בעקבות תהליך השינוי שחוויתי, נחשפתי לתרומה שיש בשיתוף בסיפור התמודדות עם קושי לקידום יעדי של התלמיד. נוכחתי לראות כי העובדה שאני משתפת את תלמידי בסיפור ההתמודדות שלי עם שינוי הרגלי אכילה מקל מאוד על תלמידים המתמודדים עם בעיה דומה ורותם את האחרים לסייע ולהציע רעיונות נוספים להתמודדות. אך יותר מכל נוכחתי לראות ששיתוף אחרים בסיפור ההתמודדות האישי שלי מחזק בכלל התלמידים את הרצון להגשים את היעדים החשובים להם.

תהליך ההפחתה במשקל ושינוי הרגלי האכילה תרם גם להרחבת גישת ההוראה של איש החינוך – מלמידה דיסציפלינרית לגישה אינטרדיסציפלינרית ורב-תחומית:

לצד הוראת הלימוד של מקצועות שונים, אני נותנת את הדעת כיצד בכל תחום הוראה שלי, אוכל להדגיש את הבריאות הפיזית והרווחה הנפשית של התלמידים. כך למשל אני עושה שימוש במאמרים ובטקסטים העוסקים בבריאות ותזונה מקדמת בריאות במידה נאותה ובאיזון. בתחום זה מאוד חשוב לי לא להיות מטיפה כי אני יודעת כמה התנגדויות זה יכול ליצור. אני משתדלת ליצור עניין מיוחד בנושא דרך סרטונים ובאמצעות משחקי עמדות.

משתתפת אחרת מוסיפה:

אני מקדמת את נושא הבריאות בקרב תלמידי הכיתה במסגרת לימודי אסטרטגיות למידה. באמצעות שיתוף בסיפור ההתמודדות שלי עם השמנה ושינוי הרגלי אכילה ועל ידי חשיפה לטקסטים העוסקים במסרים של חשיבות האכילה הבריאה, שינה מסודרת, פעילות גופנית ואורח חיים בריא, אני מצליחה לטעת בתלמידים אמון בי כדי לאפשר להם להיפתח ולספר מה הם באמת היו רוצים לשנות בחייהם? כך נוצרת רמת פתיחות שמאפשרת שיח כן ואנושי בדרכי התמודדות עם תהליך קידום התנהגויות בריאות בכלל. כמו כן אנו משוחחים על

הסכנות הטמונות בתפיסה קיצונית של הנושא ובהתנהגויות של הרעבה או זלילה לא מבוקרת.

השיפור ביכולות המקצועיות של איש החינוך מתבטא גם בפיתוח יחידות לימוד העוסקות בקידום בריאות:

פיתחתי יחידת לימוד העוסקת בנושא תזונה נכונה לילדים ובביצוע פעילות גופנית. היחידה כוללת עבודה משותפת עם ההורים. אני מקפידה בגן על הרגלי אכילה תקינים כמו אכילה איטית ומסודרת על פי זמנים. כמו כן אני מיישמת ערכים של בריאות שבאים לידי ביטוי בהפעלת הילדים בפעילות גופנית על בסיס יומי.

4. **הרחבת מעגלי בריאות ויישום:** השינוי בהרגלי האכילה גרם להרחבת מעגלי בריאות בקרב תלמידים, הורים וצוות החינוך. שינוי זה יושם בקרב 74% מאוכלוסיית המחקר.

בעקבות תהליך השינוי האישי, החלטתי ליישם הלכה למעשה את הרגלי אכילה והתזונה הבריאה בכיתה. כינסתי את הורי הכיתה בתחילת השנה ובין השאר ביקשתי את שיתוף הפעולה שלהם בקידום תודעת בריאות בקרב התלמידים. בפועל, אני מבצעת ארוחות בריאות באירועים חינוכיים לתלמידים כמו חגים וימי הולדת. אני מסיבה את תשומת ליבם של התלמידים להרגלים שונים כמו אכילה איטית, שתיית מים במקום צריכת משקאות ממותקים ומעודדת אותם ואת הוריהם לגוון במזונות בריאים, בירקות מכל הצבעים ובבישול בריא.

נקודת מבט נוספת על ההרחבה של מעגלי הבריאות במערכת החינוכית עולה מדבריה של משתתפת אחרת:

בעקבות תהליך ההפחתה במשקל שחוויתי וכמורה לחינוך גופני, פניתי למנהלת בית הספר בבקשה לבנות תוכנית לקידום בריאותם של צוות המורים בבית הספר. במסגרת תוכנית זו מוצעת בחירה לכל מורה להגיע שלוש פעמים בשבוע בשעה 7:00 בבוקר למפגש עימי. במסגרת מפגשים אלה מבצעים צוות המורים פעילות גופנית בהנחייתי. הפעילות הגופנית היא מגוונת וכוללת שיעורים לחיזוק שרירים וכוח ושיעורים המתמקדים בפעילות אירובית כמו הליכה בטבע. להפתעתי יש היענות גבוהה מצד המורים והדבר תורם גם לגיבוש הצוות.

5. **תרומה אקדמית מחקרית לתחום קידום בריאות:** תהליך השינוי האישי עודד 15% מאוכלוסיית המחקר לתרום את חלקם למחקר בתחום קידום בריאות. אחת ממשתתפות המחקר מבטאת את התרומה האקדמית מחקרית לתחום קידום בריאות:

לאחר שנים של שמירה על אורח חיים פעיל ועל תזונה בריאה, החלטתי לחזור לספסלי האקדמיה ולתרום את חלקי למחקר בתחום התנהגויות בריאות. כיום אני כותבת את עבודת הדוקטורט שלי בנושא חשיבות הפעילות גופנית לעמידות וחוסן נפשי (resilience). התחושות שלי והמודעות העצמית שלי לנושאים העוסקים בקידום בריאות מאוד עוזרות לי בכתיבת עבודת המחקר, בשילוב הידע התאורטי מדעי הקיים בתחום.



משתתפת נוספת תיארה את הקשר שבין התהליך האישי שחוותה בהתמודדות עם שינוי הרגלי אכילה והפחתה במשקל ובין התרומה האקדמית מחקרית לתחום קידום בריאות:

בעקבות החוויה הרגשית והקוגניטיבית שחווייתי בתהליך שינוי הרגלי חיים החלטתי לתרום לעולם המחקר. חזרתי ללימודים באוניברסיטה וכיום אני מבצעת עבודת תזה בנושא הפסיכולוגיה של האכילה ותרומתה לבריאותם הנפשית והפיזית של מתבגרים. המתבגר הסובל מהשמנה נמצא במצב רגשי מורכב וחשוף לביקורת חברתית העשויה לפגוע באופן משמעותי בדימוי העצמי ובהערכה העצמית שלו.

לסיכום פרק הממצאים מוצגים להלן דרכי ההתמודדות, ההשלכות והתובנות היישומיות לקידום בריאות בקרב משתתפי המחקר.

**טבלה 1: דרכי ההתמודדות, ההשלכות והתובנות היישומיות לקידום בריאות בקרב משתתפי המחקר**

דרכי התמודדות	אחוזים	השלכות	אחוזים	תובנות יישומיות	אחוזים
תזונה – ויסות האכילה	93%	חיזוק מסוגלות עצמית	95%	שינוי בערכים ובסדרי עדיפויות	85%
פעילות גופנית	91%	הכללת יכולות איפוק	93%	הבניה מחודשת של תפיסת תפקיד איש החינוך ותפיסת המערכות החינוכיות	80%
ניטור עצמי	85%	קבלה, סליחה וחמלה עצמית	90%	שיפור ביכולות מקצועיות	77%
התמדה	95%	שיפור בתחושת רווחה ואיכות חיים	90%	הרחבת מעגלי בריאות ויישום במערכת החינוכית-מקצועית	74%
השתתפות בקבוצות תמיכה	35%	גמישות מחשבתית	88%	תרומה אקדמית מחקרית לתחום קידום בריאות	15%
"עבודה מהראש"	88%				

## דיון

מטרת המחקר הראשונה והעיקרית של מחקר זה הייתה לבחון את טיבן של דרכי ההתמודדות והאסטרטגיות התורמות להצלחה בהפחתה במשקל ובאימוץ התנהגויות בריאות בקרב אנשי חינוך. מניחות של ממצאי המחקר אפשר לזהות שני סוגים של אסטרטגיות התמודדות שדיווחו עליהן משתתפי המחקר כיעילות לקידום בריאות והפחתה במשקל: אסטרטגיות התמודדות קוגניטיביות ואסטרטגיות התמודדות התנהגותיות. אפשר להמשיג אסטרטגיות התמודדות אלה כדרכי התמודדות ממוקדות בבעיה. התמודדות ממוקדת בבעיה (problem-focused coping) נשענת על אסטרטגיות קוגניטיביות והתנהגותיות פעילות המכוונות לשינוי או טיפול במקור הלחץ – יחסי האדם והסביבה, כמו למשל הגדרת הבעיה, קבלת החלטות, שימוש בידע קיים, חיפוש אחר מידע וייעוץ מקצועי, מיומנות ויכולות, שקילות פתרונות חלופיים במונחים של רווח והפסד, משימות פעילות ופעילויות מכוונות מטרה ומצב (Folkman & Moskowitz, 2000). דרכי התמודדות ממוקדות בבעיה בדרך כלל ננקטות כאשר הפרט מעריך שאפשר לשנות את התנאים שיש בהם אתגר או איום (Carver & Connor-Smith, 2010; Lazarus & Folkman, 1984). מכאן ראוי להסיק כי הבחירה של כל אוכלוסיית המחקר בדרכי התמודדות ממוקדות בבעיה (הכוללות אסטרטגיות התמודדות קוגניטיביות והתנהגותיות) מעידה על הערכת המשתתפים כי מצב ההשמנה שלהם הוא בר שינוי ושיכולתם לפעול ולהביא לידי תוצאות בהפחתה במשקל ובשינוי בהרגלי האכילה שלהם. ממצאים אמפיריים שעוסקים בבחינת סוג ההתמודדות היעיל במצבי לחץ, מראים כי התמודדות ממוקדת בבעיה מקדמת רווחה נפשית וצמיחה אישית (Park & Fenster, 2004).

כאמור לעיל, דרכי התמודדות ממוקדות בבעיה כוללות אסטרטגיות התמודדות קוגניטיביות והתנהגותיות. המשתתפים כינו את אסטרטגיות התמודדות קוגניטיביות במחקר זה "עבודה מהראש". שתי אסטרטגיות קוגניטיביות עיקריות שדווחו כיעילות הן שינוי עמדות ותפיסות כלפי תהליך ההפחתה במשקל ואימוץ הרגלי אכילה תקינים ופיתוח דיבור פנימי בונה. אסטרטגיות אלה סייעו למשתתפים לאמץ דרך חשיבה חדשה המפיקה הנאה מהתהליך שלא כבעבר שבו נחוה התהליך כסבל וליישמה באופן יום-יומי באמצעות פיתוח דיבור פנימי בונה. ממצאים אלה תואמים להנחות היסוד העומדות בבסיס הגישה הקוגניטיבית התנהגותית הטוענת כי התנהגויותי ותגובותי הפיזיולוגיות של הפרט מושפעים מהאופן שהוא חווה ומפרש את האירוע (בק, 2014/2011; ליה, 2013/2003; Beck, 1995). במחקרים נמצאה יעילותן של אסטרטגיות הנשענות על שינוי דרך החשיבה ופיתוח דיבור פנימי בונה בהתמודדות מוצלחת עם מצב השמנה ושינוי הרגלי אכילה (Beck, 2008; Nash, 1999).

אסטרטגיית התמודדות קוגניטיבית נוספת שצינו משתתפי המחקר שהיא יעילה הייתה 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, 2012). גישת חקר הצלחות המתמקדת בלמידה מהתנסויות בעבר שנחוו מוצלחות, מלמדת כי למידה זו מאפשרת לזהות את הידע הסמוי הקיים מן העבר ולהמיר אותו לידע גלוי, מעובד ומכוון לדרך שיש לפעול בה כדי להגיע לתוצאה הרצויה (שמר ורוזנפלד, 2016; Schön, 1983, 1987). ממצאי המחקר מעידים כי הלמידה שהפיקו המרואיינים מהתנסויות מוצלחות בשינוי הרגלי אכילה בעבר חיזקה בהם את תחושת המסוגלות ותרמה להצלחה שלהם בהפחתה במשקל, בשינוי הרגלי אכילה ובהטמעתם. ממצאים אלה מצטרפים לטענת החוקרים שלפיה התבוננות לאחור בהצלחות העבר מסייעת בזיהוי

דרכי עשייה מועילות שמאפשרות לפרט לפעול לשנות את תפקודו בדרך שיטתית, מכוונת ויעילה המביאה לידי תוצאות 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).

למידה באמצעות איתור מידע מקצועי ברשת האינטרנט ובאמצעים טכנולוגיים אחרים היא אסטרטגיה קוגניטיבית נוספת. תהליך למידה משלב גורמים אישיים, קהילתיים, פיזיים וסביבתיים. הגישה הקוגניטיבית שמה דגש בלוגיקה, במודעות אישית וביכולת לעבד גירויים מהסביבה. הנחת היסוד העומדת בבסיס הגישה ההתנהגותית (הביהיוריסטית) היא כי לסביבה יש השפעה רבה על הלמידה ועל שינוי ההתנהגות הנלווה לה. לצד גישות אלה אפשר לראות במרחב הדיגיטלי מרחב למידה ברוח גישת ההבנייתיות (קונסטרוקטיביזם) החברתית. על פי גישה זו, למידה משמעותית היא יצירת ידע מקושר – בנייה של קשרים בעוצמות למיניהן בין אנשים ומידע באמצעות כלים דיגיטליים המשמשים לעיבוד ולהצגה של מידע. הלמידה מתאפיינת בהגדלת מגוון הקשרים ומספרם בתוך הרשת והגברת הנגישות למידע עדכני. על פי הגישה ההבנייתית-חברתית, ההשפעה החברתית היא הגורמת ללומד לחקות, לשנות ולהתאים לגירוי החברתי (Siemens, 2004). במחקרים נמצאה יעילותן של אסטרטגיות חיפוש מידע על הפחתה במשקל, תזונה או פעילות גופנית להפחתה במשקל ושינוי הרגלי אכילה (Stuckey et al., 2011).

דרכי התמודדות ממוקדות בבעיה כוללות גם אסטרטגיות התנהגותיות. מניתוח ממצאי המחקר עולה כי המרואיינים מקפידים על עשיית אסטרטגיות המושתתות על עקרונות בתזונה ובוויסות האכילה. משתתפי המחקר דיווחו על אכילת ארוחות מסודרות ומזינות במרווחי זמן של עד שלוש שעות בין ארוחה לארוחה, צריכה מרובה של פירות וירקות, שתיית מים מרובה, הגבלת צריכת כמות הסוכר והשומן במזונות ובמשקאות, צריכת מקורות חלבון דלשומן והפחתת כמות הפחמימות בכל ארוחה לצד צריכת כמות קטנה של מזונות לא בריאים. במחקרים נמצאו פרקטיקות אלה יעילות בהפחתה במשקל ובשינוי הרגלי אכילה (Stuckey et al., 2011).

ההקפדה על עקרונות התזונה שולבה עם עשיית פעילות גופנית מהנה בתדירות של שלוש פעמים בשבוע לפחות. נמצא כי השימוש הפעיל באסטרטגיות התנהגותיות מקדמות בריאות הכוללות התנהגויות של אכילה בריאה מוגבלת בקלוריות, הורדת צריכת שומנים, עשיית פעילות גופנית וזיהוי אזורי סיכון השפיע באופן חיובי על מדדי ההצלחה בירידה במשקל ובקידום רווחה נפשית בקרב אנשים עם השמנה ועודף משקל (Nauta et al., 2001; Stuckey et al., 2011).

השימוש בניטור עצמי באמצעות יומן תיעוד האכילה והפעילות הגופנית הוא אסטרטגיה יעילה בעבור משתתפי המחקר. המרואיינים דיווחו כי יומן תיעוד האכילה כלל רכיבים קוגניטיביים והתנהגותיים של תכנון, ארגון ומעקב אחר ניהול תוכנית האכילה. לדבריהם, תהליך רישום מוקדם של תוכנית האכילה ותיעוד של צריכת כמות המזון בפועל לאחר מכן תרם להגברת המודעות לאכילה ולהקשבה מדויקת לתחושות רעב ושובע. ממחקרים עולה כי השימוש ביומן אכילה הוא אחד מהאסטרטגיות היעילות בהפחתה במשקל (Cooper et al., 2003).

שתי אסטרטגיות התנהגותיות העולות מממצאי המחקר וקשורות זו בזו, הן יכולת ההתמדה של המרואיינים וההשתתפות העקבית בתוכנית תמיכה לירידה במשקל המלוות

באנשי מקצוע. תמיכה חברתית מוגדרת מערכת חליפין המספקת עזרה חומרית ופיזית, מידע על הסביבה ומשאביה, קשר חברתי, רגשי ותחושת דאגה ואכפתיות (House, 1981). הספרות המחקרית מציינת כי אפשר לחלק את התמיכה החברתית לשני סוגים עיקריים: תמיכה חברתית פורמלית ותמיכה חברתית בלתי פורמלית. תמיכה חברתית פורמלית היא תמיכה המאורגנת בדרך מוסדית וכוללת אנשי מקצוע (דיאטנים, רופאים, עובדים סוציאליים, נטרופתיים), סוכנויות וארגונים הפועלים על יסוד של חוקים ונהלים. תמיכה חברתית בלתי פורמלית נוגעת לקבוצות תמיכה בלתי מקצועיות וממסדיות המספקות סיוע שוטף ויוס-יומי כמו שכנים, חברים, בני משפחה וקבוצות חברתיות (Dunst et al., 1988). תרומתה של התמיכה החברתית 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 משתתפי המחקר חיזקה בהם את האמונה ותחושת היכולת שלהם להמשיך בשינוי ולהטמיעו כאורח חיים. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם המדווח בספרות על תרומתה ויעילותה של התמיכה החברתית הפורמלית לירידה במשקל ולשמירה על ירידה זו לאורך זמן (Byrne et al., 2012; Lambert & Ogles, 2004). כמו כן נמצא קשר חיובי בין התמדה בתוכניות לשינוי הרגלי אכילה ובין קידום התנהגויות בריאות והפחתה במשקל (Byrne et al., 2012). מכל הנאמר לעיל נראה כי אסטרטגיות ההתמודדות המגוונות יכולות ליעלל את זה ולהשלים את זה (Lazarus, 1999, 2006).

מתוך התבוננות בממצאי המחקר הנוכחי העוסקים בדרכי התמודדות יעילות להפחתה במשקל ושינוי הרגלי אכילה, עולה כי האסטרטגיות היעילות ביותר הן אסטרטגיות התנהגויות הכוללות ויסות האכילה, פעילות גופנית ואסטרטגיות קוגניטיביות הכוללות שינוי עמדות ותפיסות כלפי תהליך ההפחתה במשקל, פיתוח דיבור פנימי בונה והפקת למידה הן ממקורות מידע הן מניסיון חיים.

מטרנו השנייה של המחקר הייתה להתחקות אחר התוצאות של תהליך מוצלח בהפחתה במשקל ובאימוץ התנהגויות בריאות כפי שהמשתתפים חווים אותן. ממצאי המחקר מלמדים שמשתתפי המחקר חוו שיפור ניכר בתפקודים קוגניטיביים והתנהגוטיים שכללו חיזוק יכולות של גמישות מחשבתית, מסוגלות, ויסות, קבלה, סליחה וחמלה עצמית. מרבית המרואיינים סיפרו על גילוי כוחות חדשים בעצמם שלא התגלו בשנים קודמות וביכולת שלהם להכליל כוחות אלה וליישם בתחומים אחרים בחייהם. הכללת המשאבים על תחומי חיים אחרים הביאה לידי יצירת חוויות הצלחה אחרות שתרמו לרווחתם הנפשית ולאיכות חייהם. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם מחקרים קודמים שנמצאו בהם גמישות, יכולות ויסות, מסוגלות, קבלה והערכה עצמית ואלה נמצאו קשורות למדדים של הסתגלות פסיכולוגית כגון אושר, השפעה חיובית גבוהה על מצב הרוח והיעדר תסמינים פסיכולוגיים או מעט מהם כמו דיכאון והפרעות אכילה (Galatzer-Levy et al., 2012; Kashdan & Rottenberg, 2010; Sowislo & Orth, 2013).

מטרת המחקר השלישית עסקה בתובנות שרכשו משתתפי המחקר בתהליך ההפחתה במשקל ואימוץ התנהגויות בריאות באשר לעולמם המקצועי-חינוכי של אנשי חינוך. מתוך ניתוח ממצאי המחקר עולה כי התובנות שרכשה אוכלוסיית המחקר מתהליך ההפחתה במשקל ואימוץ התנהגויות בריאות אפשרה להם לעשות תהליך של התבוננות מחודשת בעולם. התבוננות זו הביאה לידי הרחבה בתפיסת הזהות האישית והמקצועית שלהם. זהות האני הוגדרה 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 (Erikson, 1958). שינוי זהות כמו הרחבת זהות מתנהל בזמן פעילות גומלין מתמדת בין הפרט לסביבה. ההבניה של הזהות החדשה בהווה באמצעות הנגדה לעבר, אפשרה למשתתפי המחקר להתבונן בתהליך שחוו במבט לאחור ולעשות חשבון נפש עם עברם ואף לשכתב ולהבנות קטעים ממנו כדי שיתאימו להצגה החדשה של זהות ה"אני" ויסבירו את משמעות השינוי בעבורם. הבניה קוגניטיבית זו יצרה ארבעה ממדים אישיים ומקצועיים של שינוי: שינוי בערכים ובסדרי העדיפויות בחיים, הרחבת תפיסת תפקיד איש החינוך, חיזוק יכולות מקצועיות ושינוי בתפיסת המערכות הסביבתיות-חינוכיות. ממצאי המחקר מראים כי רוב משתתפי המחקר עשו שינוי במערכת הערכים שלהם בדרך שבה הציבו את ערך הבריאות בראש סולם העדיפויות ובהצגת הרציונל וההנמקות העומדים בבסיס שינוי זה. לתפיסתם, המונח בריאות כולל גישה מאוזנת וגמישה הרואה בשינוי הרגלי אכילה וקידום התנהגויות בריאות אורח חיים, שלא כגישות קודמות שבהן הם הציבו את ההרזיה במרכז מטרותיהן והגדירו את השינוי בהרגלי האכילה נקודתי ותחום בזמן. שינוי זה לדבריהם הביא לידי הבניה מחודשת של תפיסתם את תפקידם החינוכי ושל תפיסת המערכות הסביבתיות-חינוכיות, שיפור ביכולות מקצועיות והרחבה של גישות ההוראה המתמקדות בתפיסה מקדמת בריאות כלפי התלמידים שלהם. תפיסה זו רואה בתלמיד ישות שלמה המציבה את הכוחות, את החוזקות שלו ואת ההתנסויות הנחווות מוצלחות במרכז העשייה החינוכית. היא מאפשרת להם לראות את זהותו הייחודית של הילד, לזהות את יכולותיו האישיות ולהיות בעבור הילד גורם מתווך שמסייע לו לעשות הכללה של משאביו וליישם אותם בתחומים שהוא מאתגר בהם. הבנת החשיבות של נושא הבריאות ותרומתו לרווחת האדם באשר הוא סייעה למרואיינים גם לצקת משמעות מקדמת בריאות בתכנים הנלמדים וליישמם במעגלים חברתיים רחבים – תלמידים, הורים וכלל צוות אנשי החינוך. בדרך זו הם משמשים מודל לקידום בריאות בעבור סביבתם ובו בזמן מחזקים את המוטיבציה האישית שלהם להמשיך ולייצר חוויות הצלחה אחרות בקידום בריאותם.

### השלכות בתחום המחקר והייעוץ החינוכי

ממצאי המחקר יוכלו לתרום לתחום המחקר ולתחום שדה החינוך בכלל ולייעוץ החינוכי בפרט. חשיבותו של המחקר היא בהעלאת המודעות לתופעת ההשמנה ובזיהוי אסטרטגיות ופרקטיקות התמודדות עם אימוץ התנהגויות בריאות והפחתה במשקל כדי להמשיגן הן בהיבט התאורטי הן בהיבט היישומי. התרומה התאורטית של המחקר היא בהרחבת בסיס הידע על טבען של דרכי התמודדות בתחום קידום בריאות ומניעת השמנה ובהתמקדות בחוויות התמודדות ובהתליכים בתחום התנהגויות בריאות המעידים על רכישת רווחה נפשית, בריאות ואיכות חיים בקרב אנשי חינוך. חשיבות ניכרת נוספת מתבטאת בהבנת המשמעות הכוללנית (הוליסטית) של תהליכי התמודדות בתחום קידום בריאות ובתרומתם של תהליכי ההתמודדות מקדמים בריאות לתחומים אחרים בחיי האדם, קרי תחום מקצועי ובינאישי. בדרך זו אפשר לקדם בריאות ורווחה נפשית.

המחקר הנוכחי כלל מנעד רחב של אסטרטגיות ופרקטיקות שמשמשות שדה למידה רחב להבנת חוויות ההתמודדות של אנשי חינוך עם אימוץ התנהגויות בריאות והפחתה במשקל, לפיכך מסקנות המחקר עשויות לתרום לטווח רחב של אוכלוסיות הכולל מספר מעגלי התקשרות, הן כאלה המצויות בתוך מערכת החינוך (תלמידים וצוות חינוכי) הן אחרות הנמצאות בזיקה מתמדת ומתמשכת עם מערכת החינוך (הורים, בני משפחה וקהילה). נוסף על כך הבנת חוויות התמודדות של אנשי חינוך עם אימוץ התנהגויות

בריאות והפחתה במשקל עשויה לתרום במתן כלים לזיהוי תפיסות, משמעויות ואסטרטגיות התמודדות מקדמות בריאות באיש החינוך כגורם מניע לקידום בריאות בקרב תלמידיו.

ההשפעות המעשיות של המחקר הנוכחי על הייעוץ החינוכי מתבטאות בחשיבות העלאת המודעות של היועצות לתופעת ההשמנה ובפיתוח תוכניות התערבות לקידום התנהגויות בריאות ורווחה נפשית. על פי תפיסה זו, מומלץ ליישם את התוצאות של האסטרטגיות שנמצאו במחקר זה בחינוך לבריאות של תלמידים על רקע תוכנית 'כישורי חיים' ולעשות סדנאות להורים שהם חלק מתפקידי היועצים החינוכיים. מטרת תוכנית זו הן אימוץ דפוסי חשיבה בריאים והתנהגויות אכילה מקדמות בריאות לחיזוק הערכה עצמית חיובית ולתחושת מסוגלות של התלמידים. אלה הנושאים שהתוכנית תעסוק בהם:

- א. עקרונות בניהול אורח חיים בריא.
  - ב. הבנת השונות הגנטית בין בני אדם.
  - ג. חשיבות הפעילות הגופנית בקידום בריאות ורווחה נפשית.
  - ד. התבוננות ביקורתית במסרים חיצוניים, דיבוק (אובססיית) הדיאטות והרגלי תזונה מעכבי בריאות.
  - ה. דפוסי חשיבה מקדמי בריאות.
  - ו. הקניית כישורים ומתן כלים קוגניטיביים, רגשיים והתנהגותיים להתמודדות יעילה עם אימוץ התנהגויות בריאות ורווחה נפשית.
- התוכנית תסתמך על שילוב בין מידע תאורטי ובין תרגילים הדורשים מהמשתתפים ליישם את הכישורים שנלמדו ולתעדם בכתב.

זאת ועוד, לסביבה הקרובה יש משמעות רבת השפעה בשלב גיבוש העמדות ועיצוב התנהגויות בריאות מקדמות רווחה נפשית ואיכות חיים מיטיבה. על כן מוצע ללוות את התוכנית לקידום בריאות בהדרכות קבועות להורים. סדנאות ההדרכה להורים יתמקדו במניעת השמנה ובקידום בריאות ורווחה נפשית. מטרתן להקנות להורים מיומנויות שיאפשרו להם ניהול בריא של אורח חייהם וחי משפחותיהם. בסדנאות ינתן מידע על דפוסי חשיבה בריאים, תזונה נכונה, התנהגויות אכילה בריאות, חשיבות הפעילות הגופנית בקידום בריאות ודרכי התמודדות מקדמות בריאות ורווחה נפשית. כמו כן בסדנאות אלו ראוי לזקוף חשיבות יתרה לשיפור התקשורת בתוך המשפחה ולמעורבות הפעילה של ההורים בחיי ילדיהם ובכלל זה: עידוד קבלה, הבעה, שיח ושימוש במנגנוני התמודדות טובים להתמודדות עם רגשות בתוך המשפחה. לפיכך מומלץ לספק להורים (לצד מתן מידע על ניהול אורח חיים בריא) ארגז כלים הכולל מיומנויות הוריות מקדמות בריאות ורווחה נפשית שיאפשר תקשורת יעילה בינם לבין ילדיהם ויחזק תחושת מסוגלות הורית בקידום הרווחה הנפשית של כלל בני המשפחה.

ברובד המערכתי מומלץ כי היועץ החינוכי ייזום השתלמויות וימי עיון לאנשי חינוך שיעסקו בהעלאת המודעות לתופעת ההשמנה, בהקניית מידע על זיהוי דרכי התמודדות התרומות לבריאות ורווחה נפשית ובמתן כלים לחיזוקם.

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

## מגבלות והמלצות

מגבלת המחקר היא ביכולת ההכללה על אוכלוסיות דומות. המדגם שנבחר מתאים למחקר איכותני אך מוגבל ביכולת ההכללה מתוך ידיעה מראש כי הוא מוותר על ייצוגיות לטובת תיאור עשיר של התופעה הנחקרת. נוסף על כך כל הנתונים נאספו במבט לאחור סובייקטיבי ולפיכך מומלץ לתקף את הממצאים באמצעות שיטות מגוונות.

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

## רשימת מקורות

- אגבאריה, ק' וחממה, ל' (2012). התערבות התנהגותית-קוגניטיבית להפחתת אלימות בית-ספרית בקרב מתבגרים ערבים. **חברה ורווחה, לב(ג)**, 448–425.
- בן נון, ג', ברלוביץ, י' ושני, מ' (2020). **מערכת הבריאות בישראל** (מהדורה שלישית ומחודשת). קוראים הוצאת ספרים.
- בק, ג"ס (2014). **טיפול קוגניטיבי התנהגותי: מבוא לשיטה, כלים למטפלים ועוד** (א' כץ, מתרגם). אח. (המקור פורסם ב-2011)
- ליהי, ר"ל (2013). **שיטות בטיפול קוגניטיבי: מדריך לאנשי המקצוע** (א' רבינוביץ, מתרגמת). אח. (המקור פורסם ב-2003)
- משרד הבריאות. (2009). **מניעת השמנה: ממצאי מעקב** [דוח שנתי 61].  
[https://www.mevaker.gov.il/he/Reports/Report\\_149/7c32b4a5-1bf7-4d85-8dc6-feadb46063ad/7019.pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1](https://www.mevaker.gov.il/he/Reports/Report_149/7c32b4a5-1bf7-4d85-8dc6-feadb46063ad/7019.pdf?AspxAutoDetectCookieSupport=1)
- משרד הבריאות. (2011, 16 בנובמבר). **התוכנית הלאומית לקידום אורח חיים פעיל ובריא**.  
[http://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokesmanMessages/Pages/161111\\_2.aspx](http://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokesmanMessages/Pages/161111_2.aspx)
- משרד הבריאות. (2017, באוגוסט). סקר מב"ת צעיר: סקר מצב בריאות ותזונה לאומי שני לתלמידי כיתות ז'-יב' 2015–2016. **המרכז הלאומי לבקרת מחלות (מלב"ם)** (פרסום מס' 373).  
[https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mabat\\_youth\\_2015\\_2016\\_Full.pdf](https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mabat_youth_2015_2016_Full.pdf)
- משרד הבריאות. (2022, 2 באוגוסט). סקר בריאות לאומי בישראל 2018–2020. **המרכז הלאומי לבקרת מחלות (מלב"מ) – ICDC**.  
<https://www.gov.il/he/departments/publications/reports/inhis-4>
- משרד החינוך. (2011, 1 בנובמבר). חוזר מנכל מיוחד לשנת "אורח חיים בריא ופעיל" במערכת החינוך. **חוזר המנהל הכללי: הוראת קבע, תשעב/3(א)**.  
<https://cms.education.gov.il/EducationCMS/Applications/Mankal/EtsMedorim/9/9-8/HodaotVmeyda/H-2011-3a-9-8-2.htm>

- רוזנפלד, י', גילת, מ' וטל, ד' (עורכים). (2010). **למידה מהצלחות בעבודתם של קציני מבחן לנוער: הזדמנות ליציאה משוליות ומעבריינות**. משרד הרווחה והשירותים החברתיים ומאירסג'וינט'מכון ברוקדייל.
- שליטין, ש' ופיליפ, מ' (2010). מערכת ההפרשה הפנימית (אנדוקריןולוגיה). בתוך מ' שוחט ושי' אשכנזי (עורכים), **רפואת ילדים** (מהדורה שמינית, עמ' 681–741). דיונון.
- שמר, א' ורוזנפלד, י' (2016). מסע הלמידה מהצלחות של מנהלות מרכזי התמיכה. בתוך א' שמר, י' רוזנפלד, א' דהן וא' דניאלהלוינג (עורכים), **מה בעצם עשינו? סיפורי הצלחה ממרכזי תמיכה לסטודנטים עם ליקויי למידה** (עמ' 52–68). מכון מופ"ת.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2012). On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management*, 38(1), 9–44. <https://doi.org/10.1177/0149206311410606>
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Beck, J. S. (2008). *The beck diet solution: Train your brain to think like a thin person*. Oxmoor House.
- Byrne, S., Barry, D., & Petry, N. M. (2012). Predictors of weight loss success. Exercise vs. dietary self-efficacy and treatment attendance. *Appetite*, 58(2), 695–698. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.005>
- Caballero, B. (2007). The global epidemic of obesity: An overview. *Epidemiologic Reviews*, 29(1), 1–5. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxm012>
- Carter, K. (1993). The place of story in the study of teaching and teacher education. *Educational Researcher*, 22(1), 5–18. <https://doi.org/10.3102/0013189X022001005>
- Carver, C., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679–704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Catenacci, V. A., Hill, J. O., & Wyatt, H. R. (2009). The obesity epidemic. *Clinics in Chest Medicine*, 30(3), 415–444. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2009.05.001>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022, May 17). *Childhood obesity facts: Prevalence of childhood obesity in the United States*. <https://www.cdc.gov/obesity/data/childhood.html>



- Charmaz, K. (2003). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry* (2nd ed., pp. 249–291). Sage.
- Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Hawker, D. M. (2003). *Cognitive-behavioral treatment of obesity: A clinician's guide*. Guilford Press.
- Dishman, R. K., Washburn, R. A., & Heath, G. W. (2004). *Physical activity epidemiology*. Human Kinetics.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Brookline Books.
- Erikson, E. H. (1958). *Young man Luther: A study in psychoanalysis and history*. Norton.
- Faw, M. H. (2014). Young adults' strategies for managing social support during weight-loss attempts. *Qualitative health research*, 24(2), 267–278. <https://doi.org/10.1177/1049732313520079>
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647–654. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.647>
- Galatzer-Levy, I. R., Burton, C. L., & Bonanno, G. A. (2012). Coping flexibility, potentially traumatic life events, and resilience: A prospective study of college student adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(6), 542–567. <https://doi.org/10.1521/jscp.2012.31.6.542>
- Golan, M., & Crowt, S. (2004). Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: Long-term results. *Obesity Research*, 12(2), 357–361. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.45>
- Hales, C. M., Carroll, M. D., Fryar, C. D., & Ogden, C. L. (2020, February). Prevalence of obesity and severe obesity among adults: United States, 2017–2018 (Issue Brief No. 360). *National Center for Health Statistics*. <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db360-h.pdf>
- Haslam, D., Sattar, N., & Lean, M. (2006). ABC of obesity – Obesity–time to wake up. *BMJ*, 333(7569), 640–642. <https://doi.org/10.1136/bmj.333.7569.640>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- James, W. P. T. (2008). The epidemiology of obesity: The size of the problem. *Journal of Internal Medicine*, 263(4), 336–352. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2008.01922.x>

- Janssen, F., de Hullu, E., & Tigelaar, D. (2008). Positive experiences as input for reflection by student teachers. *Teachers and Teaching, 14*, 115–127. <https://doi.org/10.1080/13540600801965903>
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Lambert, M., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139–193). Wiley.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer.
- Lazarus, R. S. (2001). Relational meaning and discrete emotions. In K. R. Scherer, A. Schorr, & T. Johnstone (Eds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research* (pp. 37–67). Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality, 74*(1), 9–46. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00368.x>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Nash, J. D. (1999). *Bing no more: Your guide to overcoming disordered eating with other*. New Harbinger Publications.
- Nauta, H., Hospers, H., & Jansen, 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. <https://doi.org/10.1348/135910701169205>
- OECD. (2019, October 10). *The heavy burden of obesity: The economics of prevention*. <https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>
- Ogden, J. (2000). *Health psychology: A textbook* (2nd ed.). Open University Press. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2001.0455c.x>
- Park, C. L., & Fenster, J. R. (2004). Stress-related growth: Predictors of occurrence and correlates with psychological adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(2), 195–215. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.2.195.31019>
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology, 52*(2), 137–145. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.137>

- Reilly J. J. (2002). Assessment of childhood obesity: national reference data or international approach? *Obesity Research*, 10(8), 838–840. <https://doi.org/10.1038/oby.2002.113>
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*. Jossey-Bass.
- Siemens, G. (2004). *Connectivism: A learning theory for the digital age*. [https://jotamac.typepad.com/jotamacs\\_weblog/files/connectivism.pdf](https://jotamac.typepad.com/jotamacs_weblog/files/connectivism.pdf)
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Sage Publications.
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Speiser, P. W., Rudolf, M. C. J., Anhalt, H., Camacho-Hubner, C., Chiarelli, F., Eliakim, A., Freemark, M., Gruters, A., HersHKovitz, E., Iughetti, L., Krude, H., Latzer, Y., Lustig, R. H., Hirsch Pescovitz, O., Pinhas-Hamiel, O., Rogol, A. D., Shalitin, S., Sultan, C., Stein, D., Vardi, P., . . . Hochberg, Z. (2005). Consensus statement: Childhood obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(3), 1871–1887. <https://doi.org/10.1210/jc.2004-1389>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications.
- Stuckey, H. L., Boan, J., Kraschnewski, J. L., Miller-Day, M., Lehman, E. B., & Sciamanna, C. N. (2011). Using positive deviance for determining successful weight-control practices. *Qualitative Health Research*, 21(4), 563–579. <https://doi.org/10.1177/1049732310386623>
- Teixeira, P. J., Going, S. B., Houtkooper, L. B., Cussler, E. C., Martin, C. J., Metcalfe, L. L., Finkenthal, N. R., Blew, R. M., Sardinha, L. B., & 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. <https://doi.org/10.1023/a:1020687832448>
- Wang, Y., Beydoun, M. A., Liang, L., Caballero, B., & Kumanyika, S. K. (2008). Will all Americans become overweight or obese? Estimating the progression and cost of the US obesity epidemic. *Obesity*, 16(10), 2323–2330. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.351>

- Whitlock, G., Lewington, S., Sherliker, P., Clarke, R., Emberson, J., Halsey, J., Qizilbash, N., Collins, R., & Peto, R. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900,000 adults: Collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*, 373(9669), 1083–1096. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60318-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60318-4)
- Wickelgren, I. (1998). Obesity: How big a problem? *Science*, 280(5368), 1364–1367. <https://doi.org/10.1126/science.280.5368.1364>
- World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic* (WHO Technical Report Series, No. 894). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
- World Health Organization. (2022). *WHO European regional obesity report 2022*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>