

**"מאמאנט" - הרבה מעבר לרשת:**

**תוכנית התערבות לקידום בריאות בקרב נשים  
בגילאי 21-53 עם מוגבלות שכלית התפתחותית**

**פרופ' ריקי טסלר**

המחלקה לניהול מערכות בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל.

**ד"ר שרון ברק**

המחלקה לסייעוד, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל; מחלקת שיקום ילדים, בית החולים אדמונד ולילי ספרא לילדים, המרכז הרפואי המשולב ע"ש חיים שיבא, תל השומר.

**פרופ' ישעיהו הוצלר**

המחלקה לתואר שני, המרכז האקדמי לוינסקי-וינגייט.



מחקר זה נערך בסיוע מענק מחקר מקרן שלם

הקרן לפיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברשויות

המקומיות

2024

## תוכן העניינים

1.....	תמצית
2.....	תקציר
3.....	תקציר מנהלים
8.....	לוחות ואיורים
9.....	מבוא
11.....	סקירת ספרות
11.....	מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה): הגדרות ומאפיינים
12.....	מש"ה ובריאות פיזית, הרגלי בריאות ואורחות חיים
13.....	מש"ה, איכות חיים ובריאות נפשית וחברתית
15.....	"מאמאנט" - הרבה מעבר לרשת
15.....	מטרת המחקר
17.....	שיטת המחקר
17.....	משתתפות ומדגם
18.....	הליך ומערך המחקר
19.....	כלי המחקר
20.....	ניתוח הנתונים
21.....	ממצאים
22.....	ממצאים כמותיים
22.....	תיאור אוכלוסיית המחקר
25.....	שינויים מבדיקת קדם ובתר ברמת המוטיבציה של המשתתפות בקבוצת המחקר והביקורת
26.....	שינויים מבדיקת קדם לבתר בהיבטים פסיכו-סוציאליים בקבוצת המחקר והביקורת
27.....	שינויים מבדיקת קדם ובתר בכושר הגופני ובמיומנות הכדור בקבוצת המחקר והביקורת
30.....	מידת ההתמדה ושביעות הרצון מפעילות מאמאנט בקרב קבוצת המחקר
31.....	בחינת גורמים הקשורים ומנבאים שינויים מבדיקת קדם לבתר בקבוצת המחקר
33.....	ממצאי ניתוחים איכותניים
33.....	גורמים מוטיבציוניים להשתתפות במאמאנט
36.....	חסמים להשתתפות במאמנט
37.....	המלצות לשינוי בפעילות מאמנט
38.....	דיון וניתוח
40.....	סיכום, המלצות ומסקנות
42.....	ההשלכות היישומיות של המחקר
44.....	המלצות למחקרי המשך
45.....	ביבליוגרפיה
49.....	נספחים
49.....	נספח 1: אישור ועדת אתיקה
50.....	נספח 2: שאלוני המחקר
57.....	Abstract
59.....	תמצית (אנגלית)

## תמצית

מטרת המחקר הייתה להעריך את יעילותה של תוכנית "מאמאנט - הרבה מעבר לרשת" בקרב נשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה) קל עד בינוני הגרות במסגרות דיור בקהילה. המחקר התבסס על שיטה משולבת. השתתפו במחקר 45 נשים עם מש"ה קל עד בינוני הגרות במסגרות דיור בקהילה בטווח הגילים 23-53 שנים בחלוקה לקבוצת מחקר ולקבוצת ביקורת. על מנת להעריך את השפעת התוכנית, לפני ובתחילת הפעילות נערכו מבדקים מעולם השיקום, פעילות גופנית, ובריאות הנפש. כמו כן, נערכו ראיונות עם 20 משתתפות. הממצאים הראו כי התפיסה הכללית של המשתתפות את פעילות מאמאנט חיובית מאוד. המשתתפות בקבוצת המחקר שיפרו באופן משמעותי את איכות חייהן, מיומנויות גופניות שונות, רמת השמחה הכללית מהחיים ורווחה אישית. הממצאים האיכותניים הצביעו על רמות מוטיבציה שונות לפעילות, חסמים להשתתפות והמלצות לשינוי.

**מילות מפתח: מוגבלות שכלית התפתחותית, נשים, ספורט עממי, קידום בריאות, תוכנית התערבות**

## תקציר

**רקע:** נשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה) עוסקות פחות בפעילות גופנית מנשים ללא מוגבלות ומגברים עם מש"ה. אוכלוסייה זו מתמודדת גם עם הדרה, בפרט מהזדמנויות לשילוב בפעילות מקדמת אורח חיים בריא. לכן, קיים הצורך לקדם אורח חיים בריא בקרב נשים עם מש"ה באמצעות פיתוח, שילוב והטמעה של ספורט עממי "מאמאנט - הרבה מעבר לרשת".

**מטרות:** להעריך את יעילותה של תוכנית "מאמאנט - הרבה מעבר לרשת" בקרב נשים עם מש"ה קל עד בינוני הגרות במסגרות דיוור בקהילה. באופן ספציפי, מטרת המחקר הייתה לבדוק היבטים נפשיים (לדוגמה, איכות חיים), חברתיים (לדוגמה, הון חברתי), פיזיולוגיים (לדוגמה, כושר) והרגלי בריאות (פעילות גופנית) לפני ואחרי התוכנית, בקרב נשים עם מש"ה קל עד בינוני הגרות במסגרות דיוור בקהילה בהשוואה לקבוצת ביקורת (השוואה תוך ובין קבוצות).

**שיטות:** מחקר משולב. במחקר השתתפו 45 נשים עם מש"ה קל עד בינוני הגרות במסגרות דיוור בקהילה בטווח הגילים 23-53. בחלקו הכמותי נבדקו מדדי בריאות ורווחה ובחלקו האיכותני נערכו 20 ראיונות עם המשתתפות בקבוצת המחקר.

**ממצאים עיקריים ומסקנות:** הממצאים הכמותיים העיקריים הראו כי המשתתפות בקבוצת המחקר שיפרו באופן משמעותי מבדיקת קדם לבתר את איכות החיים שלהן, יכולת קימה מישיבה לעמידה, מרחק הליכה ב-2 דקות ואת מיומנות הכדור שלהן, כמו גם את השמחה הכללית מהחיים וסולם רווחה אישית. עוד נמצא, כי מבדיקת נוכחות שבוצעה בכל מפגש אימון עלה שההתמדה בפעילות הייתה גבוהה מאוד, עם למעלה מ-80% מהמשתתפות שלקחו חלק פעיל בכל אחד מהמפגשים שהתקיימו. ככלל, התפיסה הכללית של המשתתפות את פעילות מאמאנט הייתה חיובית מאוד, כאשר רוב המשתתפות ציינו באופן מפורש שהן נהנות מהפעילות. הממצאים האיכותניים העיקריים הצביעו על מספר תמות הקשורות למוטיבציה להשתתפות במאמאנט: מוטיבציה מזוהה, מוטיבציה פנימית, מוטיבציה חיצונית וחוסר מוטיבציה (אמוטיבציה), חסמים להשתתפות במאמאנט והמלצות לשינוי בפעילות מאמאנט. רצוי לתת דגש בהפעלת התוכניות על המפגש החברתי ולימוד מיומנויות חדשות, שיפור הכושר הגופני וחשיבות התרגול. ייתכן שיהיה נכון בעתיד לפתוח קבוצות שונות למשתתפות עם רמת יכולת שונה. זאת ועוד, יש לחשוב על אפשרויות לגיוון התוכנית והוספת עניין (לדוגמה, מוזיקה) כדי להפיג את רגעי השעמום שעליהם דיווחו חלק מהמשתתפות.

## תקציר מנהלים

נשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה) עוסקות פחות בפעילות גופנית מנשים ללא מוגבלות ומגברים עם מש"ה. אוכלוסייה זו מתמודדת גם עם הדרה, בפרט מהזדמנויות לשילוב בפעילות מקדמת אורח חיים בריא. לכן, קיים הצורך לקדם אורח חיים בריא בקרב נשים עם מש"ה באמצעות פיתוח, שילוב והטמעה של ספורט עממי "מאמאנט - הרבה מעבר לרשת". במאמאנט התפתח מודל לנשים שהפך לאמצעי רב ערך לקידום אורח חיים פעיל ובריאות פיזית ונפשית עבור נשים ללא מוגבלות. קבוצות מאמאנט הוקמו סביב מסגרות בית-ספריות שבהן אימהות משחקות במשחק כדורשת, משחק קבוצתי המותאם למגוון רחב של יכולות. לאור התאמת הפעילות למגוון רחב של יכולות, בוצעו התאמות בפעילות על מנת לאפשר גם לנשים עם מש"ה להשתתף בפעילות זו וזאת במטרה לקדם אורח חיים בריא ובריאות באוכלוסייה זו.

רציונל המחקר: לקדם ולהעצים את הרגלי בריאותן של נשים עם מש"ה באמצעות השתתפות בתוכנית "מאמאנט - הרבה מעבר לרשת", ובכך לתרום לאורח חיים בריא ולתחושת מעורבותן כשוות בחברה תוך שילובן עם ובתוך קהילת מאמאנט.

מטרות המחקר: להעריך את יעילותה של תוכנית "מאמאנט - הרבה מעבר לרשת" בקרב נשים עם מש"ה קל עד בינוני הגרות במסגרות דיור בקהילה. באופן ספציפי, מטרת המחקר הייתה לבדוק היבטים נפשיים (לדוגמה, איכות חיים), חברתיים (לדוגמה, הון חברתי), פיזיולוגיים (לדוגמה, כושר) והרגלי בריאות (פעילות גופנית) לפני ואחרי התוכנית, בקרב נשים עם מש"ה קל עד בינוני הגרות במסגרות דיור בקהילה בהשוואה לקבוצת ביקורת (השוואה תוך ובין קבוצות).

במחקר השתתפו 45 נשים עם מש"ה קל עד בינוני הגרות במסגרות דיור בקהילה בטווח הגילים 53-23, על פי החלוקה הבאה: 25 נשים אשר השתתפו "במאמאנט - הרבה מעבר לרשת" והיוו את קבוצת המחקר, ו-20 נשים שלא לקחו חלק בליגת מאמאנט. קבוצה זו היוותה את קבוצת הביקורת. בחלקו האיכותני של המחקר, נערכו 20 ראיונות עם המשתתפות בקבוצת המחקר.

על פי ממצאי המחקר הכמותיים:

- מוטיבציה לפעילות גופנית - רמת המוטיבציה (מזוהה, פנימית, חיצונית) ואמוטיבציה (חוסר מוטיבציה) בשתי קבוצות המחקר לא השתנתה באופן סטטיסטי משמעותי מבדיקת קדם לבתר. יחד עם זאת, בקבוצת המחקר מידת השינוי במוטיבציה המזוהה והחיצונית הציגה גודל אפקט בינוני. בדומה, לא נמצאו הבדלים בין שתי קבוצות המחקר ברמת המוטיבציה המזוהה והחיצונית

בבדיקת קדם, אך בבדיקת הבתר רמת המוטיבציה בתחומים אלו הייתה גבוהה באופן סטטיסטי בקבוצת המחקר מאשר מזו בקבוצת הביקורת.

- תחושת שמחה - במדד שמחה כללית מהחיים וסולם רווחה אישית, קבוצת המחקר הציגה שיפור משמעותי מבדיקת קדם לבתר עם גודל השפעה קטן. קבוצת הביקורת הציגה ירידה משמעותית במדד זה עם גודל השפעה קטן. בהתאם לכך, לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין שתי הקבוצות בבדיקת קדם, בעוד שבבדיקת הבתר קבוצת המחקר הציגה ציון גבוה באופן סטטיסטי משמעותי.
- מבדקי כושר גופני - במבדקי הכושר הגופניים השונים כלל המשתתפות הציגו רמת ביצועים נמוכה. לאחר תוכנית הפעילות הגופנית חל שיפור סטטיסטי משמעותי בקבוצת המחקר בשני מבדקי כושר גופני: מבדק קימה משיבה לעמידה ומבדק מרחק הליכה ב-2 דקות. מבדק קימה משיבה לעמידה מעריך כוח וסיבולת רגליים ונמצא קשור לתפקודי פלג גוף תחתון ולשיווי משקל. למרות השיפור המשמעותי במבדק זה, עדיין רמת הביצועים בקבוצת המחקר נמצאה נמוכה מהנורמה במידה משמעותית. המבדק השני, מבדק מרחק הליכה ב-2 דקות, משקף כושר ארוכי ויכולת ניידות. בדומה למבדק הקודם, למרות השיפור במבדק זה עדיין תוצאות המשתתפות הינן נמוכות מזה שתועד באוכלוסייה הכללית. בקבוצת הביקורת לא נצפו שינויים משמעותיים באף אחד ממבדקי הכושר הגופני.
- מיומנות כדור - קבוצת המחקר בלבד שיפרה באופן משמעותי ממבדק קדם לבתר את מיומנות הכדור שלה (זריקה ותפיסה של כדור).
- התמדה ושביעות רצון מהפעילות - מבדיקת נוכחות שבועה בכל מפגש אימון עלה שההתמדה בפעילות הייתה גבוהה מאוד, עם למעלה מ-80% מהמשתתפות שלקחו חלק בכל אחד מהמפגשים שהתקיימו. כמו כן, סה"כ משתתפות המחקר הציגו שביעות רצון גבוהה מהפעילות שבועה. בכל ארבע שאלות שביעות הרצון אשר הוצגו למשתתפות, רוב המשתתפות (למעלה מ-55%) הביעו את רמת שביעות הרצון הגבוהה ביותר. כאשר מסתכלים על שיעור המשתתפות אשר הביעו את שתי רמות שביעות הרצון הגבוהות ביותר, מדובר ב-87.4% ("סה"כ אני שמחה מהפעילות במאמאנט") ועד 100% ("בעתיד, אשמח להמשיך לקחת חלק במאמאנט").

על פי ממצאי המחקר האיכותניים:

**מוטיבציות** - מהראיונות שנערכו נמצאו כמה תמות הקשורות למוטיבציה להשתתפות במאמאנט: מוטיבציה מזוהה, מוטיבציה פנימית, מוטיבציה חיצונית וחוסר מוטיבציה (אמוטיבציה).

- **מוטיבציה מזוהה:** מוטיבציה מזוהה הינה סוג של מוטיבציה חיצונית אשר קיימת כאשר הפרט בא להעריך ולשפוט את ההתנהגות כחשובה, ולכן מבצע אותה מתוך בחירה. תחומי המוטיבציה המזוהה שעליהם המשתתפות דיווחו: לימוד מיומנות חדשה (לדוגמא, "במאמאנט למדתי לזרוק") ומפגש עם חברות. כמעט כל המשתתפות (90%) ציינו שהן מאוד נהנות מההיבט החברתי של המשחק וזו אחת הסיבות שהן משתתפות במאמאנט. לדוגמה: "אני אומרת שזה כיף. שיש הרבה חברות".

- **מוטיבציה פנימית:**

- הנאה – במהלך הראיונות, משתתפות רבות (70%) ציינו שסה"כ הן נהנות מהפעילות במאמאנט ושהפעילות עצמה (לדוגמה, זריקת ותפיסת כדור) גורמת להן לתחושה טובה. לדוגמא: "הכל כיף במאמאנט".

- עניין בספורט – חלק מהמשתתפות (45%) ציינו שהן מתעניינות בספורט ושפורט, כולל תחושת המאמץ, הנו פעולה חשובה שגורמת לתחושה טובה. לדוגמה, "רוצה ספורט. אם אני עושה יותר ספורט יהיו לי חיים טובים וארוכים".

- התרגשות – חלק קטן מהמשתתפות (10%) הביעו עניין בהתרגשות מהפעילות. לדוגמה, "מאמאנט זה אקשן, זה להתאמץ", "מאמאנט מרגש אותי. מחכה לזה".

- **מוטיבציה חיצונית:** בניגוד למוטיבציה פנימית, מוטיבציה חיצונית מתייחסת למגוון רחב של התנהגויות שעוסקים בהן כאמצעי למטרה ולא לשם השגת המטרה עצמה. מאפייני המוטיבציה החיצונית של משתתפות המחקר:

- אני אוהבת את המדריך – חלק מהמשתתפות (15%) ציינו שהן משתתפות במאמאנט בגלל שהן אוהבות את המדריכות. לדוגמה, "אני אוהבת את המדרכה ורוצה להיות איתה".

- תחושת חשיבות - חניכות מועטות (10%) ציינו שבמאמאנט היו להן תפקידים שהן מחשיבות כחשובים, כגון להביא למשתתפות מים ולשים מוסיקה. לדוגמה, "הייתי מביאה להם מים. תמיד דואגת להן שמשחקות".

- זכיה בעיטורים – חלק מהמשתתפות (10%) ציינו את קבלת החולצות עם השמות שלהן כגורם חשוב להשתתפות במאמאנט. לדוגמה, "כדאי לבוא, מקבלים חולצות".

- **חוסר מוטיבציה:** חלק מהמשתתפות הציגו ביטויים של חוסר מוטיבציה: כאשר נשאלו לסיבה להשתתפות במאמאנט, משתתפות מועטות (5%) ציינו שהן פעילות פשוט מכיוון שזו תעסוקה. חלק מהמשתתפות (5%) אשר הציגו את עצמן כבעלות יכולת משחק טובה, ציינו שהמשחק משעמם. לדוגמה, "עכשיו לא בא לי מאמאנט כי זה נהיה משעמם. אני רוצה שזה יהיה לי משהו אחר. לגוון". חלק מהמשתתפות (10%) ציינו שהן לא יודעות מדוע הן משחקות ושהן גם לא יודעות מה זה

מאמאנט. לדוגמה, "לא הבנתי מה זה מאמאנט, מההתחלה לא הבנתי מה זה, עד עכשיו אני לא מבינה מה זה".

**חסמים להשתתפות במאמאנט** - במהלך הראיונות עם המשתתפות עלו מספר נקודות חשובות שיש להביא בחשבון בפעילות עתידית. נקודות אלו עלולות להוות חסמים משמעותיים להפעלת מאמאנט לנשים עם מש"ה.

- כאב – שתי משתתפות ציינו שהן סבלו מכאבים במהלך הפעילות. משתתפת אחת ציינה שהיו לה כאבים בברכיים במהלך הקפיצות.
- פחד – ארבע משתתפות ציינו שהן פחדו מהכדור. לדוגמה, "מפחיד שזורקים את הכדור חזק. פעם קיבלתי מכה. וזה כאב. וזה עובר. לזרוק חלש".
- שעמום לעומת אתגר – משתתפת אחת ציינה שהפעילות הייתה משעממת מכיוון שלא זורקים את הכדור חזק מדי וקל לזרוק מעל הרשת. משתתפת זו מעוניינת ביותר "אקשן" בפעילות. לדוגמה: "אקשן. עוד אקשן. מוסיקה. לזרוק חזק".
- מתיחות – שלוש משתתפות ציינו את המתיחות כבעייתיות במיוחד. מדובר בחניכות עם קושי לרדת לרצפה והמעבר לדשא ובחזרה לעמדה היה להן קשה במיוחד. לדוגמה: "לשבת על הדשא קשה".

**המלצות לשינוי בפעילות מאמאנט** - בסיום הראיונות המשתתפות נשאלו בנוגע לאילו המלצות יש להן לתת למפעילות מאמאנט על מנת שיותר נשים ירצו לקחת חלק במשחק.

- משחקים ותחרות – כמחצית מהמשתתפות ציינו שהן מאוד אוהבות תחרויות ומשחקים עם קבוצות אחרות. לכן, הן המליצו על ביצוע כמה שיותר משחקי תחרות. הן אמרו שישמחו גם לבוא לצורך מתן עידוד לקבוצות מתחרות. לדוגמה: "אני רוצה משחק שהבטיחו לנו", "מתי יגידו לנו מתי המשחק הגורלי - להזמין לשחק בבית ספר. מתי משחקות שם?", "אני אוהבת את התחרות".
- שילוב בנים בפעילות – שלוש משתתפות ציינו שהן ישמחו אם גם בנים היו משתתפים בפעילות. לדוגמה, "אולי יהיה קטע עם בנים? אולי בנים יחד? גם בנים יכולים לשחק במאמאנט. בנים כן! כן! כן! בנות נגד בנים".
- הכנסת אקשן לפעילות – חלק מהנשים ביקשו יותר אקשן. לדוגמה, הכנסת מוסיקה לפעילות וקצת יותר גיוון. לדוגמה, "שיהיה הרבה אקשן, מוסיקה".



## מסקנות והמלצות:

מסקנות המחקר מצביעות על כך שהמשתתפות בקבוצת המחקר שיפרו באופן משמעותי מבדיקת קדם לבתר את איכות החיים שלהן, כושר גופני (יכולת קימה מישיבה לעמידה, מרחק הליכה ב-2 דקות) ואת מיומנות הכדור שלהן, כמו גם את הרווחה האישית. המשתתפות הביעו רצון רב לקחת חלק בפעילות: מבדיקת נוכחות שבוצעה בכל מפגש אימון עולה שההתמדה בפעילות הייתה גבוהה מאוד, עם למעלה מ-80% מהמשתתפות נוכחות ולוקחות חלק פעיל בכל מפגש, ממצא המלמד על חשיבות ההשתתפות בפעילות עבור המשתתפות ועל תפקידה בחייהן.

ככלל, התפיסה הכללית של המשתתפות את פעילות מאמאנט הינה חיובית מאוד, כאשר רוב המשתתפות ציינו באופן מפורש שהן נהנות מהפעילות. ההנאה מהפעילות נבעה בעיקר מהמפגש עם חברות, עניין בספורט ולימוד מיומנות חדשה. כמו כן, חלק מהמשתתפות שאבו הנאה מיחסי הגומלין עם המדריכות. יחד עם זאת, המשתתפות העלו מספר נקודות המצריכות התייחסות מיוחדת. תחום קושי ראשון שעלה נוגע לרמת הקושי של משחק המאמאנט. ליתר דיוק, חלק מהמשתתפות הביעו קושי לעמוד בדרישות המשחק. לעומתן, היו משתתפות שציינו שהפעילות הינה קלה להן. מכאן, ייתכן שיהיה נכון לפתוח קבוצות שונות למשתתפות עם רמת יכולת שונה. זאת ועוד, יש לחשוב על אפשרויות לגיוון התוכנית והוספת עניין ומוזיקה כדי להפיג את רגעי השעמום שעליהם דיווחו חלק מהמשתתפות.

מומלץ לערוך התאמות בבניית ופיתוח התוכניות העתידיות כך שיענו על הצרכים שעלו במסגרת המחקר הנוכחי. ניתן לספק למדריכות מאמאנט הכשרה מקצועית וליווי מקצועי המתמקדים באופנים שבהם ניתן להנגיש ולהוריד רמת קושי של פעילות גופנית. זאת ועוד, חשוב לקיים שיחות עם המשתתפות בפעילות על מנת לבדוק אם קיימת בעיה כל שהיא הדורשת ברור רפואי טרם התחלת או המשך לקיחת החלק בפעילות הגופנית המוצעת, כדי לוודא הלימה והתאמה מלאה כך שהמשתתפות יוכלו להנות מהיתרונות הרבים הטמונים בפעילות, ולא לדווח על כאב או קושי.

## רשימת לוחות ואיורים

- לוח 1 : נתונים דמוגרפיים של משתתפי המחקר (מבוסס על בדיקת "קדם") ..... 23
- לוח 2 : מאפיינים קליניים והתנהגותיים של משתתפות המחקר (מבוסס על בדיקת "קדם") ..... 24
- לוח 3 : ממצאי שאלון מוטיבציה חיצונית ופנימית להשתתפות בפעילות ספורט (Pelletier et al., 1995) . 25
- לוח 4 : שינויים מבדיקת קדם ובתר בכושר הגופני ..... 28
- לוח 5 : גורמים הקשורים בשינויים מבדיקת קדם לבתר בקבוצת המחקר ..... 32
- לוח 6 : גורמים הקשורים בשינויים מבדיקת קדם לבתר בקבוצת המחקר ..... 36
- 
- איור 1 : שינויים מבדיקת קדם לבתר בהיבטים פסיכולוגיים (שמחה מהחיים ורווחה אישית) בקבוצת המחקר והביקורת ..... 26
- איור 2 : שינויים במבדק זריקת ותפיסת כדור ממבדק קדם ובתר ..... 29
- איור 3 : מידת שביעות הרצון מפעילות מאמאנט בקרב קבוצת המחקר ..... 30

## מבוא

בשני העשורים האחרונים נמדדת עלייה בתוחלת חייהם של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה) (מש"ה). למרות השיפור, עדיין ישנו פער משמעותי בתוחלת החיים בקרב אנשים עם מש"ה לעומת אנשים ללא מוגבלות. מלבד תמותה מוקדמת, אנשים עם מש"ה נוטים להציג יותר מחלות כרוניות, כגון, מחלות לב וכלי דם, סוכרת, יתר לחץ דם והשמנה. לדוגמא, בהקשר להשמנה, במחקרים קודמים דווח על שיעורי השמנה (אינדקס מסת גוף <30) של 38% בקרב אנשים עם מש"ה לעומת 28% באוכלוסייה הכללית. גם שיעורי ההשמנה החולנית היו גבוהים יותר: 7.4% בקרב אנשים עם מש"ה לעומת 4.2% באוכלוסייה הכללית (הוצלר ואחרים, 2013, 2015). במחקר נוסף נמצא כי 20.4% מהגברים עם מש"ה הציגו השמנה, לעומת 13.9% באוכלוסייה הכללית, ואילו בקרב הנשים המצב היה חמור יותר: 29% לעומת 15.7% באוכלוסייה הכללית, בהתאמה (לצר ושות', 2009). הסיבות לתחלואה המוגברת הן רבות, וכוללות אורח חיים פחות בריא כגון, רמת פעילות גופנית נמוכה. ליתר דיוק, שיעור המתאמנים גופנית שלוש פעמים בשבוע או יותר בקרב אנשים עם מש"ה עמד על 7.8%, בעוד שבאוכלוסייה הכללית שיעור זה גבוה בהרבה ועמד על 28.7% (Baran et al., 2013). לתמונת מצב זו ככל הנראה השלכות על שכיחות מחלות כרוניות שונות ובראשן מחלת לב, סרטן המעי הגס ותפקודי נשימה (Janicki et al., 1999; Morin et al., 2012).

אחד התחומים המועילים מבחינת ההשתתפות בפעילות גופנית בקרב אנשים עם מש"ה הוא משחקי ספורט שבהם יש בנוסף לאתגר ולמאמץ הגופני, גם ממד חברתי שמסייע לפתח מוטיבציה ולהתמיד בקיום אורח חיים בריא ופעיל ובפעילות הספורטיבית, כדוגמת המוצע להם בליגת "מאמאנט". ליגת "מאמאנט" גדלה והתפתחה לממדים נרחבים ביותר עם אלפי שחקניות ומעל 100 קבוצות, ואף יוצאה לכ-15 ארצות נוספות בעולם. ארגון "מאמאנט" הוא כיום ארגון הספורט הנשי, העממי, הקהילתי, החברתי הגדול בישראל. ארגון זה מציב את האישה במרכז המגרש והופך אותה לסוכנת השינוי לתרבות הספורט בבית, כשחזון אורח חיים פעיל ובריא והעצמה נשית עומד במרכז העשייה של הארגון. לפיכך, יש חשיבות רבה בהקמת קבוצות מאמאנט גם לנשים עם מוגבלות, כגון, מש"ה, וגם יצירה של קבוצות משותפות לאימהות מנוסות ב"מאמאנט" ולנשים עם מש"ה לצורך הפחתת הדרתן בכל הנוגע לקידום בריאותן הפיזית והנפשית (Baron-Epel et al., 2021; Paldi et al., 2021).

השילוב בין ספורט עממי בקרב נשים לבין ספורט תחרותי הינו חדשני. מחקרים על "מאמאנט" הציגו ראיות כי נשים שהשתתפו בליגת "מאמאנט" דיווחו על קידום אורח חיים בריא (אכילה בריאה יותר ועלייה בתדירות עשיית פעילות גופנית לאורך זמן), לצד שיפור בריאותן הפיזית, הרגשית, והחברתית (לדוגמה, חיזוק קשרים משפחתיים, עלייה בהון החברתי, חיזוק מערכות היחסים שלהן עם אחרים, קבלה ומתן של תמיכה ועזרה לאחרים) לעומת קבוצת הביקורת (Baron-Epel et al., 2021; Paldi et al., 2021).

לאור זאת, המחקר הנוכחי נועד לקדם ולהעצים את הרגלי בריאותן של נשים עם מש"ה באמצעות השתתפות בתוכנית "מאמאנט - הרבה מעבר לרשת", ובכך לתרום לאורח חיים בריא ולתחושת מעורבותן כשוות בחברה תוך שילובן עם ובתוך קהילת "מאמאנט".

## סקירת ספרות

### מוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה): הגדרות ומאפיינים

ישנן מספר הגדרות למוגבלות שכלית התפתחותית (מש"ה), אולם המקובלות ביותר מבוססות על הקריטריונים של ה- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 משנת 2013 (American Psychiatric Association – APA, 2013): מוגבלות בתפקוד האינטלקטואלי: בהסקה, בפתרון בעיות, בתכנון, בחשיבה מופשטת, בשיפוט ובלמידה מניסיון; מוגבלות בתפקוד ההסתגלותי: חוסר יכולת לעמוד בסטנדרטים התפתחותיים וחברתיים, לעצמאות אישית ולאחריות חברתית. ללא תמיכה, המוגבלות ההסתגלותית מפריעה לתפקוד בפעולות היום-יומיות כמו תקשורת, השתתפות חברתית, חיים עצמאיים בסביבות משתנות (בית, עבודה וקהילה); והמוגבלות האינטלקטואליות וההסתגלותיות מופיעות במהלך תקופת ההתפתחות.

מש"ה מסווגת על פי רמות מוגבלות, כאשר תהליך הסיווג מתבסס על מבחנים פורמליים והערכה קלינית של צוות רב מקצועי. מטרת האבחון היא הגדרת האדם עם המוגבלות בצורה הרחבה ביותר אשר תאפשר להתאים לו מערך תמיכה אופטימלי (שמיס, 2014). הרמה הקלה ביותר היא **מוגבלות שכלית התפתחותית קלה**: קיימת יכולת לרכוש מיומנויות תפקודיות בטיפול עצמי ופעילויות יום-יומיות, עם צורך אפשרי בהכוונה חלקית ובתמיכה בפעילויות מורכבות. במקרים רבים ישנם קשיים בלמידה של מיומנויות אקדמיות כגון קריאה, כתיבה וחשבון, וכן מיומנויות תפקודיות כמו ניהול זמן. יש קושי בחשיבה המופשטת וההתייחסות למציאות, לתכנון, לפתרון בעיות, לניהול עצמי, לקביעת סדר עדיפויות, לגמישות ועוד. הקשרים הבין-אישיים אינם בשלים ולרוב ההבנה של מצבים חברתיים, השיפוט החברתי והיכולת לשמירה עצמית אינה מלאה ומפותחת.

הרמה הקלה-בינונית מוגדרת **כמוגבלות שכלית התפתחותית קלה-בינונית**: קיימת יכולת ללמידה מותאמת, אך רמת העצמאות נמוכה יותר וקיים צורך בתמיכה יותר משמעותית, על מנת לתפקד על פי המצופה מהגיל. הרמה הבינונית הנה **מוגבלות שכלית התפתחותית בינונית**: קיימת יכולת לרכוש מיומנויות בטיפול עצמי בסיסי (אכילה, שתיה, לבוש, ניקיון אישי ועוד), כמו גם מיומנויות תפקודיות בסיסיות ביום-יום (לדוגמה תפקוד במסגרת עבודה מוגנת), לאחר התערבות טיפולית מתאימה ותהליכי למידה ממושכים. יש צורך בתמיכה בכל תחומי התפקוד. ברמות הדורשות סיוע ותמיכה רבים יותר ישנה **מוגבלות שכלית התפתחותית בינונית-נמוכה**: המאפיינים דומים לאלה של מוגבלות שכלית בינונית, אולם המיומנויות שנרכשו מצומצמות יותר ורמת התמיכה הדרושה גבוהה יותר. קיימת תקשורת עם הסביבה (משפטים קצרים ומילים בודדות), אולם יש צורך בתמיכה וסיוע בכל התחומים. לבסוף, **מוגבלות שכלית התפתחותית**

**קשה ועמוקה:** בכל תחומי הטיפול העצמי והפעילות היום-יומית יש צורך בתמיכה ובסיוע מלא. זאת ועוד, קיים צורך בהשגחה מתמדת.

בישראל, נכון לנובמבר 2023, רשומים 33,375 אנשים עם מש"ה במנהל מוגבלויות במשרד הרווחה והביטחון החברתי, על פי החלוקה הבאה: 9,761 ילדים, 22,328 בני 19-67 ו-1,286 זקנים בני +67 (ברלב, 2023). הספרות מלמדת כי אנשים עם מש"ה מתמודדים עם אתגרים וקשיים פיזיים, רגשיים וחברתיים כאחד, כפי שיוצג להלן.

### **מש"ה ובריאות פיזית, הרגלי בריאות ואורחות חיים**

בשני העשורים האחרונים נמדדת עלייה בתוחלת חייהם של אנשים עם מש"ה, זאת במקביל לעלייה בתוחלת החיים של האוכלוסייה הכללית. למרות השיפור, עדיין קיים פער משמעותי בתחלואה ובתמותה של אוכלוסייה זו בהשוואה לאוכלוסייה הרגילה. כך לדוגמה, במחקר שנערך על ידי הסלופ ואחרים (Heslop et al., 2014) השוותה תוחלת חייהם של אנשים עם מש"ה באנגליה לאוכלוסייה הכללית. המחקר מצא כי גיל החציון לתמותת גברים עם מש"ה היה 65, נמוך ב-13 שנה מגיל זה באוכלוסייה הרגילה. בנשים הפער עמד על 20 שנה, כשגיל החציון לתמותה היה 63 לעומת 83. לצד התמותה וההזדקנות המוקדמת, ניכר כי אנשים עם מש"ה מציגים יותר ממחלות כרוניות הקשורות לאורח החיים בעולם המערבי, כמו מחלות לב וכלי דם, סוכרת, יתר לחץ דם והשמנה. הסיבות לתחלואה המוגברת כוללות טיפול תרופתי, גנטיקה, מצב גופני, אוריינות בריאות ופערים בשירותי רפואה. לכל אלה יש תפקידים בהבדלי התחלואה (גולן-שפרינצק, 2013; Haveman et al., 2010).

תחלואה זו גם תלויה בחומרת הלקות ובסיווגה. כך, אנשים עם מש"ה המסווגת ברמה הקלה המאופיינים ביכולת בחירה חופשית יותר, נוטים יותר גם לבצע בחירות המזיקות מבחינה בריאותית כמו עישון וצריכת מזון לא מאוזן, התורמות לסיכון המוגבר לתחלואה. הנחה זו נתמכת בממצאי מחקר שהראה כי אנשים עם מש"ה המסווגת ברמות קשות יותר סובלים פחות מהיפרליפידמיה, מסוכרת מסוג 2 ומיתר לחץ דם בהשוואה לקבוצות המסווגות ברמות קלות ובינוניות (Haveman et al., 2010).

היבט נוסף אשר לו השלכה על הבריאות עוסק בהשמנה ובחוסר פעילות גופנית. במחקר שנערך באוסטרליה בקרב מבוגרים עם מש"ה בני 40 ומעלה, נמצא כי יש להם סיכון גבוה יותר להשמנה (70%) ולהפחתת פעילות גופנית (96%) בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. כפי שצוין במבוא, אנשים עם מש"ה סובלים במקרים רבים משיעורי השמנה גבוהים מאלה של האוכלוסייה הכללית. במחקרים קודמים דווח על שיעורי השמנה (אינדקס מסת גוף <30) של 38% בקרב אנשים עם מש"ה לעומת 28% באוכלוסייה הכללית. גם שיעורי ההשמנה החולנית היו גבוהים יותר: 7.4% בקרב אנשים עם מש"ה לעומת 4.2% באוכלוסייה הכללית

(הוצלר ואחרים, 2013, 2015). במחקר נוסף נמצא כי 20.4% מהגברים עם מש"ה הציגו השמנה, לעומת 13.9% באוכלוסייה הכללית, ואילו בקרב הנשים המצב היה חמור יותר: 29% לעומת 15.7% באוכלוסייה הכללית, בהתאמה (לצר ושות', 2009). במחקר שביצע צוות חוקרים על גורמי הסיכון להשמנה, נמצא כי משתנים כמו מגדר, גיל, מסגרת מגורים, טיפול תרופתי ומצב רפואי עשויים להשפיע על רמת הסיכון להשמנה. תוצאות המחקר הצביעו על כך שנשים סובלות יותר מהשמנה מאשר גברים, ובהלימה למחקרים קודמים, שכיחות ההשמנה נמוכה יותר בקרב אלו עם מוגבלות קלה יותר בהשוואה לאלו עם מוגבלות קשה יותר (Melville et al., 2007).

גורם בולט שיש לו השפעה על מצב זה הנו נטילת תרופות. לפחות 30%-50% מבעלי מש"ה נזקקים לטיפול פסיכיאטרי, הכולל תרופות מסוגים שונים. תרופות אלו עשויות להגביר את התיאבון, מה שבתורו עלול להוביל לצריכה קלורית עודפת ולהשמנה (ברדוגו ואחרים, 2010; Melville et al., 2007). בהתייחס לתזונה, תצפיות מלמדות כי לעיתים קרובות יש צריכה מוגברת של מזון שומני (חטיפים), פחמימות ושתיה מתוקה, לצד צריכה נמוכה של פירות וירקות בקרב אוכלוסייה זו. אכילה זו נקשרת במחקרים לרמת ידע נמוכה בנושא (גולן-שפרינצק, 2013; Haveman et al., 2010).

כאמור, גם באשר לפעילות גופנית, מצבה של אוכלוסייה עם מש"ה ראוי לשיפור. ממצאים מראים כי שיעור המתאמנים גופנית שלוש פעמים בשבוע או יותר בקרב אנשים עם מש"ה עמד על 7.8%, בעוד שבאוכלוסייה הכללית שיעור זה גבוה בהרבה ועמד על 28.7% (Baran et al., 2013). לתמונת מצב זו ככל הנראה השלכות כאמור על שכיחות מחלות כרוניות שונות ובראשן מחלת לב, סרטן המעי הגס ותפקודי נשימה (Janicki et al., 1999; Morin et al., 2012).

אם כן, ניתן לראות כי אוכלוסייה זו פעילה פחות, דבר התורם להשמנתה ועלול גם לפגוע בבריאותה הנפשית והחברתית, בהיותה של הפעילות הגופנית בעלת תרומה ניכרת גם להיבטים אלה. כך, מלבד השיפור ביכולת הגופנית, הפחתה במשקל ושיפור מדדי בריאות, לפעילות גופנית השפעה חיובית על איכות החיים. חיזוק היכולת הגופנית מאפשר את מימוש הפוטנציאל העצמי, הגופני והמוטורי, ומכאן ניתן להסיק כי שיפור באחד הממדים הללו עשוי לתרום לשיפור איכות החיים וייתכן שאף לבריאות הנפשית (אלמוסני, 2007, 2008; אלמוסני ואחרים, 2005).

### **מש"ה, איכות חיים ובריאות נפשית וחברתית**

איכות חיים הנה מונח המבטא את הערכתו ותחושתו של הפרט ורמת שביעות רצונו ממילוי צרכיו הבסיסיים בתחומי הפיזיים, הביולוגיים, הפסיכולוגיים, הכלכליים והחברתיים. על פי שאלוק (Schalock, 2000; Schalock et al., 2008), איכות חיים מבטאת שביעות רצון, תחושת רווחה וסיפוק מהמשאבים ומהחיים,

תוך רכישת שליטה על הנעשה; יכולת ויצרנות, נטיות של הפרט לפתח כישורים ולהביאם לידי ביטוי כדי לשלוט בחייו; כוח ועצמאות, היכולת לדאוג לצרכים, לטפל במצבים חברתיים ולהשתמש בשירותים קהילתיים, לדאוג לבריאות ולביטחון, לארגן את שעות הפנאי ושעות העבודה; ואינטגרציה חברתית, התאמה בין הפרט ובין סביבתו. הספרות המחקרית מלמדת כי ככל שהמוגבלות הפיזית או הקוגניטיבית גדולה יותר, כך נפגעים יותר היבטים שונים של איכות החיים, כמו תחושת העצמאות, היכולת לקיים קשרים חברתיים, אפשרויות התעסוקה ועוד, וכי איכות החיים הסובייקטיבית של הפרט נמוכה יותר (רוט והוזמי, 2014).

גם בהקשר זה, לפעילות גופנית סדירה יש יכולת לתרום לאיכות חייו של הפרט. שיפור ביכולות גופניות שונות, כגון קואורדינציה, גמישות, שיווי משקל, זמן תגובה, מהירות וזריזות, עשוי להוביל לשיפור בהערכת איכות החיים של הפרט. כך, שיפור במיומנויות מוטוריות מפחית תלות, שיפור בשליטה על הגוף וביציבה משפר את הביצועים והתפקוד, שיפור בזריזות ובמהירות מסייע בתפקוד תעסוקתי מהיר ויעיל יותר מה שעשוי גם להוביל לעלייה בשכר, וכן שיפור ביציבה, בתנועה ובהפחתה במשקל עודף תורם ליצירת קשרים חברתיים טובים יותר. כל אלה מעלים את תחושת העצמאות ושביעות הרצון ותורמים לאיכות החיים כפועל יוצא (אלמוסני, 2007).

יצירתם של קשרים חברתיים תורמים גם להון החברתי. הון חברתי מתייחס בין היתר ליתרונות הקשורים לגורמים חברתיים ולחיזוק מערכות יחסים בין אנשים. תחום זה מתבטא בהתפתחות התנהגות פרו-סוציאלית והכללות חברתיות בעיקר דרך ההשתתפות בפעילות קבוצתית (Bailey et al., 2013), כדוגמת פעילות ספורט קבוצתית. כך לדוגמה, נמצא כי מבוגרים שהפכו להיות פעילים במסגרת ספורט קבוצתי, בנוסף לשיפור בממדים הבריאותיים, דיווחו על תפקוד חברתי טוב יותר ממבוגרים שהפכו ללא פעילים (De Azevedo Guimarães & Baptista, 2011). מחקרים נוספים הראו שפעילויות ספורט קבוצתיות מותאמות ומובנות עשויות להביא להתפתחות של התנהגות פרו-סוציאלית וזו בתורה צוברת רווחים עתידיים: כלכליים, חברתיים ורגשיים (Ottesen et al., 2010). בנוסף, רמות גבוהות של הון חברתי יעילות בשליטה טובה יותר על התנהגויות בריאות (Helliwell et al., 2017).

אם כן, מן הספרות עולה החשיבות הרבה בקידום הרגלי בריאותה של אוכלוסייה עם משי"ה לשם שיפור בריאותה הפיזית, הנפשית והחברתית ואיכות החיים. אחת ממסגרות הספורט החברתיות המובילות בישראל שעשויה להציע תרומה מעין זו עבור חייהן של נשים עם משי"ה היא ליגת "מאמאנט".



## "מאמאנט" - הרבה מעבר לרשת

בישראל, משנת 2005 קיימת ליגת ספורט-עממי למשחק הכדורשת הנקראת ליגת "מאמאנט". ליגת "מאמאנט" גדלה והתפתחה לממדים נרחבים ביותר עם אלפי שחקניות ומעל 100 קבוצות, ואף יוצאה לכ- 15 ארצות נוספות בעולם. ארגון "מאמאנט" הוא כיום ארגון הספורט הנשי, העממי, הקהילתי, החברתי הגדול בישראל. הליגה הציבה לעצמה מטרה לקדם את הפעילות הגופנית בקרב אוכלוסיית הנשים בישראל ולהגדיל את מעורבותן החברתית בקהילה. הקבוצות בליגה פועלות ברחבי הארץ במסגרת ספורט עממי. ייחודה של ליגת "מאמאנט" הוא בפנייתה לנשים בכל רחבי הארץ ללא רקע בתחום הספורט, כך שכל אחת יכולה להשתלב במסגרת זו. הפעילות היא בעלת מאפייני מגדר ייחודיים, הטומנים בחובם תפיסות אופייניות של חינוך, חברה וקהילה, וגורמת להשפעה ייחודית על הסביבה ועל המעגלים החברתיים שבה היא מתרחשת. המשתתפות מהוות מודל קהילתי המעודד ספורט, חברותא וחינוך לערכים חברתיים ולנתינה (Baron-Epel et al., 2021; Paldi et al., 2021).

כפי שהוצג במבוא, השילוב בין ספורט עממי בקרב נשים לבין ספורט תחרותי הינו חדשני. מחקרים על "מאמאנט" הציגו ראיות כי נשים שהשתתפו בליגת "מאמאנט" דיווחו על קידום אורח חיים בריא (אכילה בריאה יותר ועלייה בתדירות עשיית פעילות גופנית לאורך זמן), לצד שיפור בריאותן הפיזית, הרגשית, והחברתית (לדוגמה, חיזוק קשרים משפחתיים, עלייה בהון החברתי, חיזוק מערכות היחסים שלהן עם אחרים, קבלה ומתן של תמיכה ועזרה לאחרים) לעומת קבוצת הביקורת (Baron-Epel et al., 2021; Paldi et al., 2021). לפיכך, באמצעות השתתפות בתוכנית "מאמאנט - הרבה מעבר לרשת", ניתן לקדם ולהעצים את הרגלי בריאותן של נשים עם מש"ה ובכך לתרום לאורח חיים בריא ולתחושת מעורבותן כשוות בחברה תוך שילובן עם ובתוך קהילת "מאמאנט".

## מטרת המחקר

פעילות גופנית בקרב אוכלוסיות עם מש"ה נמצאה נמוכה משמעותית בהשוואה לשאר האוכלוסיות בארץ. בנוסף, הזדמנויות לשילוב בפעילות גופנית בקהילה בקרב אוכלוסייה זו הינן מצומצמות. במהלך מגפת הקורונה הזדמנויות אלו אף פחתו יותר, דבר שהביא לירידה נוספת ברמת הפעילות הגופנית ואורח החיים הבריא בקרב אוכלוסייה ייחודית זו. היעדר שילוב בפעילות גופנית עלול להשפיע לרעה לא רק על הבריאות הפיזית אלא גם על הבריאות הנפשית. מכאן, קיימת חשיבות להשקיע בקידום בריאותן אוכלוסיות של מש"ה. על כן, מטרת המחקר הנוכחי היא להעריך את יעילותה של תוכנית "מאמאנט - הרבה מעבר לרשת" בקרב נשים עם מש"ה קל עד בינוני הגרות במסגרות דיור בקהילה. באופן ספציפי, מטרת המחקר היא לבדוק היבטים נפשיים (שמחה כללית ואיכות חיים), פיזיולוגיים (כושר גופני), מיומנות כדור (זריקה ותפיסה) לפני

ואחרי התוכנית, בקרב נשים עם מש"ה קל עד בינוני הגרות במסגרות דיור בקהילה בהשוואה לקבוצת ביקורת (השוואה תוך ובין קבוצות). כמו כן, התמדה, מוטיבציה ושביעות הרצון מהפעילות נבדקו בשאלונים ובראיונות עם קבוצת המחקר.

## שיטת המחקר

### משתתפות ומדגם

במחקר התערבותי זה השתתפו תחילה 54 נשים בטווח הגילים 23-53 עם מש"ה קל עד בינוני הגרות במסגרות דיור בקהילה: 30 נשים השתתפו "במאמאנט - הרבה מעבר לרשת" והיוו את קבוצת המחקר, ו-24 נשים עם מש"ה קל עד בינוני הגרות במסגרות דיור בקהילה שלא לקחו חלק בליגת מאמאנט, היוו את קבוצת הביקורת. שיטת הדגימה הייתה דגימת נוחות שהתבססה על בחירת המשתתפות המסכימות להשתתף במחקר.

גודל המדגם חושב תוך שימוש בנתונים שנאספו על ידי אחת החוקרות במסגרת מחקר מלווה למיזם של הביטוח הלאומי בנושא פעילות גופנית מותאמת והשתלבות בפעילות גופנית בקהילה. במסגרת המחקר המלווה נבדקה ההשפעה של פעילות גופנית על מדדי בריאות פיזית ונפשית בקרב 200 אנשים בוגרים עם מש"ה. גודל ההשפעה הממוצע שנמצא באוכלוסייה זו היה 0.43. קבוצה שהשתתפה בבוצ'יה בשעות הפנאי היה 0.55. לפי גודל אפקט זה, על מנת לקבל power בסדר גודל של 0.80 לניתוחים סטטיסטיים הבודקים מידת שינוי בבדיקות חוזרות (לדוגמא, מבחן t תלוי), יש צורך במדגם של 27 משתתפים. החישוב בוצע באמצעות מבדק 2 זנבות עם אלפא של 0.05. לכן, במסגרת מחקר זה כל קבוצה כללה 30 נשים.

בעקבות פרוץ המלחמה ב-7 לאוקטובר 2024, לא ניתן היה לעשות בדיקה חוזרת (בדיקת בתר) לחמש משתתפות בקבוצת המחקר ולארבע משתתפות בקבוצת הביקורת. בשל כך, במדגם הסופי נכללו 45 נשים: 25 בקבוצת המחקר ו-20 בקבוצת הביקורת.

קריטריונים להכללה: (1) נשים בטווח הגילים 21-55 שהציגו אישור רופא המשפחה להשתתפות בפעילות מאמאנט וכן אישור אפוטרופוס המאשר את השתתפותן במחקר ומשתתפות ללא מוגבלות שכלית בגילים אלו; (2) נשים עם מש"ה קלה עד בינונית. מש"ה מוגדרת קלה כאשר מנת המשכל נעה בין 2-3 סטיות תקן מתחת לנורמה וקיימת עצמאות במשימות של עזרה עצמית ודרישות חיי היום-יום. ברמת מוגבלות זו ישנה יכולת לקשר חברתי ולהשתלבות בתעסוקה. מש"ה מוגדרת בינונית כאשר מנת המשכל נעה בין 3-4 סטיות תקן מתחת לנורמה וקיימת עצמאות חלקית במשימות של עזרה עצמית ודרישות חיי היום-יום. ברמת מוגבלות זו היכולת לקשר חברתי ולהשתלבות בתעסוקה היא חלקית; ו-3) נשים המתגוררות במסגרות דיור בקהילה.

קריטריונים לאי הכללה והוצאה מהמחקר: (1) פציעה במהלך השבועיים האחרונים; (2) מחלה עם חוסם במהלך השבועיים האחרונים; (3) היריון בכל שלב; ו-4) ללא אישור אפוטרופוס.

## הליך ומערך המחקר

המחקר הינו מחקר משולב (Mix Methods research). אוכלוסיית משי"ה גויסה מתוך מסגרות תעסוקה, מועדונים חברתיים ודיור בקהילה (הוסטלים ודירות) תוך יצירת קשרים עם בעלי תפקידים במערכי הדיור ובמשרד הרווחה. הפעילות עצמה הועברה על ידי מאמנות מוסמכות של ליגת "מאמאנט" בעלות ניסיון בעבודה עם אוכלוסיות עם צרכים מיוחדים. הפעילות בוצעה במסגרות הדיור של משתתפות המחקר. הפעילות עצמה ארכה כשעה והתקיימה פעם בשבוע במשך חצי שנה (24 מפגשים). המחקר קיבל את אישור ועדת האתיקה מאוניברסיטת אריאל (מצורף בנספחים).

בהתאם לאישור, טרם תחילת הפעילות החוקרים ערכו מפגש מקדים עם מאמנות "מאמאנט" כדי לתאם מועד לאיסוף נתונים בשטח. למשתתפות המחקר (ולאפוטרופוס) ניתן מידע מפורט על המחקר, הוסבר כי ההשתתפות תהיה מבחירה והנתונים ינותחו באופן אנונימי. שאלון המחקר הועבר טרם תחילת התוכנית ובסיומה. השאלון היה אנונימי והופץ למשתתפות על ידי צוות המחקר לפני ואחרי התוכנית ועל פי נהלי המחקר הכוללים אישור אפוטרופוס. איסוף הנתונים בוצע על ידי רכזת המחקר, דוקטורנטית למקצועות הבריאות. הדוקטורנטית והצוות של ההוסטל סייעו גם למשתתפות המחקר במילוי שאלוני המחקר. החוקרת הראשית קודדה את השאלונים והפרידה את טפסי ההסכמה כך שבמהלך ניתוח הנתונים לא ניתן היה להצליב בין המידע האישי לשאלון. המידע נאסף וקוטלג על ידי החוקרת הראשית וקבצי ההסכמה מדעת הופרדו ואישור האפוטרופוס הופרדו מהשאלונים.

בנוסף, נערכו ראיונות איכותניים בסיום התוכנית עם 20 משתתפות בקבוצת המחקר אשר מתגוררות באזור המרכז (מערך דיור אקים ברחובות ועמותת עמיחי בכפר סבא) ע"י חוקרת מומחית למחקר איכותני עם ניסיון רב בעבודה עם אנשים עם משי"ה. השיחות התקיימו בקבוצות של 5-10 משתתפות בכל קבוצה, ולאחר הצגת הנושא המרכזי נשאלו שאלות ייחודיות, על פי תסריט שעובד מראש למטרה זו. התסריט התמקד בעיקר בחוויה של המשתתפות במהלך הפעילות, דברים שאהבו ושהיו רוצות להשאיר, דברים שפחות אהבו ושהיו רוצות להוריד מהפעילות והאם היו ממליצות לחברות שלהן לקחת חלק בפעילות.

החלק במחקר שהציב את מירב הקשיים היה הליך השיחות עם האפוטרופוסים וקבלת אישורם להשתתפות במחקר. כמו כן, הפעילות של קבוצת המחקר דרשה שטח מוגן מפני פגעי מזג האוויר ולא בכל המרכזים השונים קיים שטח שכזה. לכן, היו מספר מסגרות שהיו מעוניינות להשתתף בפעילות שלא יכלו לקחת חלק. פרט לכך, הפעילות עצמה התנהלה ללא קושי.

## כלי המחקר

שאלון המחקר היה שאלון לדיווח עצמי בשפה העברית, והוא כלל חמישה חלקים: שאלון פרטים סוציו-דמוגרפיים, שאלות בנוגע להיבטים בריאותיים, שאלות בנוגע להיבטים נפשיים, שאלות על מוטיבציה לפעילות גופנית, ושאלות בנוגע לשביעות הרצון מהפעילות (קבוצת מחקר בלבד) (כלל השאלונים מצורפים בנספחים).

**חלק א' - שאלון פרטים אישיים סוציו-דמוגרפיים:** המשתתפים הדמוגרפיים נאספו באמצעות שאלון לדיווח עצמי שנבנה על ידי החוקרים: רמת השכלה, מצב בריאותי, גיל, ועוד.

**חלק ב' - שאלון בריאות:** הצוות בדיוור מילא שאלון על מצבה הבריאותי של המשתתפת אשר התמקד בעקר בקיומן של מחלות כרוניות שונות.

**חלק ג' - היבטים נפשיים -** משתתפות המחקר נשאלו לגביי שמחת החיים הכללית שלהן על סקלה הנעה בין 1 (מאוד לא שמחה) ל-5 (מאוד שמחה). כמו כן, הן נשאלו בנוגע לרווחה האישית. ציון סולם רווחה אישית נע בין 8 (רווחה אישית נמוכה) ל-40 (רווחה אישית גבוהה).

**חלק ד' - שאלון מוטיבציה לפעילות גופנית:** מוטיבציה לפעילות גופנית נבדקה באמצעות שאלון מוטיבציה של Pelletier (1995) המתמקד בארבע סוגים שונים של מוטיבציה: מזוהה, פנימית, חיצונית וחוסר מוטיבציה.

**חלק ה' - שביעות רצון מהפעילות -** נבדקה באמצעות ארבע שאלות עם סקלת פרצופים (מפרצוף עצוב לשמח) הנעה בין 1-6.

שאלוני המחקר הונגשו לאוכלוסיית המחקר באמצעות פישוט לשוני והנגשה שפתית. לדוגמה, כלילת עיקרי הדברים בלבד; העברת המידע עם רצף ברור ומסודר, כגון: סדר פעולות כרונולוגי, או תנאים ותוצאותיהם האפשריות; שימוש במשפטים קצרים ופשוטים תחבירית; שימוש מרבי באוצר מילים יום-יומי ושכיח; שימוש מועט ככל האפשר בעגה מקצועית, מילים בשפות זרות שאינן בשימוש יומיומי, וניבים; שימוש מועט בראשי תיבות ובקיצורים, לרבות קיצורי פנייה בלשון זכר ונקבה, כגון "יועצ/ת", "חלק/י"; ועוד (משרד המשפטים – נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, 2018).

כמו כן, הכושר הגופני של משתתפות המחקר נבדק באמצעות הערכות תפקודיות אר כללו את המבדקים הבאים:

- קפיצה למרחק מהמקום – המבדק נועד לבדוק את הכוח המתפרץ של פלג הגוף התחתון. מבחן זה נמצא בשימוש נרחב בקרב אוכלוסיות צעירות ובוגרות ובקרב אנשים פעילים ולא פעילים כאחד (Mackenzie, 2000). למבדק יש נורמות והוא מתאים לכלל המשתתפים, פרט למשתתפים הנעזרים באביזרי עזר לצורך ניידות.
- קימה משיבה לעמידה – מטרת מבדק זה היא לבחון את סבולת הכוח של שרירי פלג הגוף התחתון על-פי מספר הפעמים בהן הנבדק מסוגל לקום משיבה לעמידה במשך חצי דקה. יתרונות המבחן בכך שאינו דורש ציוד מיוחד ומרחב גדול והוא פשוט להסבר ולהבנה (Winnick & Short, 1999). קיימות נורמות למבדק זה והוא מתאים לכלל אוכלוסיית המחקר, פרט לנבדקים המתניידים באמצעות כיסא גלגלים.
- שב והשג – מבדק זה נועד להעריך את גמישות הגב התחתון. במסגרת המבדק הנבדק מתבקש לבצע כפיפת גו בזמן ישיבה שלמה. מרחק הכפיפה (בסנטימטרים) מהווה את מדד התוצאה. מבדק זה נמצא בשימוש נרחב ובעל ערכי נורמה לגברים ולנשים. מבדק זה מתאים לכלל משתתפי המחקר, פרט למשתתפים עם לקות פיזית חמורה אשר אינם מסוגלים לשבת ללא תמיכה.
- קום ולך – מבדק זה בודק יכולת ניידות וסיכון לנפילות (שיווי משקל). מבדק זה נמצא תקף ומהימן, ומתאים לשימוש לצורך ביצוע מעקב לאורך זמן. כמו כן, מדד זה מספק מידע קליני חשוב, כיוון שקיימים ערכי cut off scores לניבוי סכנת נפילות (Podisadlo & Richardson, 1991). מבדק זה מתאים לכלל המשתתפים, פרט למשתתפים המתניידים באמצעות כיסא גלגלים.
- מרחק הליכה ב-2 דקות - מבדק מרחק הליכה בשתי דקות (כולל הערכת העלות האנרגטית בזמן הליכה) או ארגומטריה פלג גוף עליון- מטרת המבדק הינה לבחון את הכושר האירובי ואת יכולת הניידות התפקודית, על-פי מרחק ההליכה הגדול ביותר שניתן לצבור במשך שתי דקות של הליכה. מבדק זה נמצא בשימוש בקרב ילדים ובוגרים עם מוגבלות גופנית חמורה אשר מתקשים בביצוע מבדק ההליכה בשש דקות.
- עמידה על רגל 1 בעיניים פקוחות ועצמות - מבדק זה כולל עמידה למשך זמן של עד דקה על רגל אחת, פעם על רגל ימין ופעם על רגל שמאל. בוצע שימוש ברגל עם משך זמן העמידה הארוך ביותר.

כמו כן נבדקה מיומנות הכדור של משתתפות המחקר באמצעות מבדק אשר כלל זריקה ותפיסה של כדור אל ומהקיר במשך חצי דקה.

## ניתוח הנתונים

הניתוח הסטטיסטי של נתוני השאלונים נעשה באמצעות תוכנת SPSS גרסה 25. הניתוחים הסטטיסטיים התבצעו במספר שלבים: בשלב הראשון, בוצעה סטטיסטיקה תיאורית של הנתונים אשר כללה מדדי מרכז (לדוגמה, ממוצע) ושונות (לדוגמה, סטיות תקן) כאחד. כמו כן, נבדקה המהימנות הפנימית של שאלוני המחקר באמצעות קרונבך אלפא. בשלב השני, על מנת להשוות את המאפיינים הנפשיים, החברתיים והפיזיולוגיים של נשים עם וללא מש"ה נערכו מבחני t לא תלויים. על מנת לבדוק את השפעת התוכנית בכל קבוצה, נערכו מבחני t תלויים ולכל קבוצה חושב גודל השפעה (effect size). כמו כן, הבדלים בגודל האפקט של כל קבוצה חושבו. קשרים של מאפיינים דמוגרפיים (לדוגמה, גיל) עם מידת השינוי כתוצאה מהתוכנית נבדקו באמצעות מתאמי פירסון. משתנים אשר נמצאו משמעותיים הוכנסו למודל רגרסיה לניבוי השפעת התוכנית. ערך משמעותי נקבע ל  $p < 0.05$  (2-זנבות).

הנתונים האיכותיים נותחו באופן עצמאי על ידי שני חוקרים. בניתוח המלל נעשה שימוש בניתוח אנליטי אינדוקטיבי (Mayring, 2000a,b; Taylor & Bogdan, 1984; 1998). הניתוח האינדוקטיבי התבסס על טקסטים שתומללו מהראיונות שנערכו. בניתוח שכזה, החוקרים קוראים באופן מעמיק את הנתונים עד שהמסקנות והתובנות צרות ועולות מן המלל. כל התמלילים קודדו ולאחר שכל התמלילים קודדו, נבחנו שוב כל הנתונים ששויכו לקוד מסוים, כאמצעי לבקרת איכות. כך, הניתוח האיכותני כלל את כל החומר המתומלל של ראיונות העומק החצי-מובנים. על תמלילי השיחות בוצע ניתוח תוכן איכותני אינדוקטיבי שכלל: (א) סימון פרטי תוכן כתגיות בעלות משמעות; (ב) קיבוצן לסוגיות (תמות); (ג) ייחוס התיאורים המופיעים בתגים הרלוונטיים לסוגיות השונות. על מנת לשמור על תוקף ומהימנות הניתוח, ניתוח הנתונים התבצע על ידי חוקרים המומחים במחקר איכותני.

## ממצאים

פרק זה מחולק לשני חלקים עיקריים: ממצאים כמותיים וממצאים איכותניים.

### ממצאים כמותיים

פרק זה כולל חמישה חלקים מרכזיים:

1. תיאור אוכלוסיית המחקר (קבוצת מחקר וביקורת) מבחינת מאפיינים סוציו-דמוגרפיים קליניים והתנהגותיים.
2. תיאור שינויים מבדיקת קדם ובתר ברמת המוטיבציה של המשתתפות בקבוצת המחקר והביקורת.
3. תיאור שינויים מבדיקת קדם לבתר בהיבטים פסיכו-סוציאליים (רווחה נפשית ותפיסת תמיכה חברתית) בקבוצת המחקר והביקורת.
4. תיאור שינויים מבדיקת קדם ובתר בכושר הגופני ובמיומנות הכדור בקבוצת המחקר והביקורת.
5. תיאור מידת ההתמדה ושביעות הרצון מפעילות מאמאנט בקרב קבוצת המחקר בלבד.
6. בחינת גורמים הקשורים ומנבאים שינויים מבדיקת קדם לבתר בקבוצת המחקר.

### תיאור אוכלוסיית המחקר

מאפייני המשתתפות במחקר מבוססים על בדיקות ה"קדם". בדיקת הקדם כללה 30 משתתפות בקבוצת המחקר ו-24 משתתפות בקבוצת הביקורת. כפי שהוזכר בשיטה, מלחמת 7 באוקטובר פרצה במהלך המחקר. בעקבות פרוץ המלחמה, לא ניתן היה לעשות בדיקה חוזרת (בדיקת בתר) לחמש משתתפות בקבוצת המחקר ולארבע משתתפות בקבוצת הביקורת. מבדיקת הבדלים במאפיינים הסוציו-דמוגרפיים והקליניים של משתתפות עם נתוני קדם ובתר לעומת אלו רק עם בדיקת קדם עולה שאין הבדלים סטטיסטיים משמעותיים בין שתי קבוצות אלו. לכן, הנתונים המוצגים להלן מבוססים רק על המשתתפות להן יש תוצאות בדיקות קדם ובתר. בלוח 1 שלהלן עולה שהגיל של הנשים בקבוצת המחקר והביקורת נע בין 23.00 ל- 53.00. כמו כן, משתתפות המחקר בקבוצת המחקר והביקורת מתגוררות באזור המרכז (מערך דיור אקים ברחובות ועמותת עמיחי בכפר סבא) ובדרום הארץ (אגודת עמיחי בבאר שבע). בשתי קבוצות המחקר רוב המשתתפות הן ילידות הארץ (80% ומעלה מהמשתתפות), וכולן רווקות ללא ילדים. כמו כן, כל המשתתפות הן יהודיות כאשר רובן חילוניות (90% ומעלה בשתי קבוצות המחקר). לא נמצאו הבדלים סטטיסטיים משמעותיים בין קבוצת המחקר לביקורת במשתנים הסוציו-דמוגרפיים ( $p > 0.05$ , 2 זנבות).



לוח 1: נתונים דמוגרפיים של משתתפי המחקר (מבוסס על בדיקת "קדם")

הבדלים בין קבוצות: ערך t (רמת p) או כי בריבוע (רמת p)	ממוצע (סטיית תקן) [טווח] או מספר משתתפים (אחוז)		משתנה	
	קבוצת ביקורת (N=20)	קבוצת מחקר (N=25)		
0.08 (0.93)	33.95 (9.35) [23.00-53.00]	33.72 (8.74) [23.00-53.00]	גיל, שנים	
-	20.00 (100.00)	25.00 (100.00)	n (%), רווקה,	מצב משפחתי
-	0.00 (0.00) [0.00-0.00]	0.00 (0.00) [0.00-0.00]	ילדים, מספר	
4.40 (0.43)	10.00 (50.00)	20.00 (80.00)	n (%), מרכז,	אזור מגורים גאוגרפי
	10.00 (50.00)	5.00 (20.00)	n (%), דרום,	
-	20.00 (100.00)	25.00 (100.00)	n (%), יהודייה,	דת
0.05 (0.81)	18.00 (90.00)	23.00 (92.00)	n (%), חילונית,	רמת דתיות
	2.00 (10.00)	2.00 (8.00)	n (%), מסורתית,	
0.82 (0.36)	18.00 (90.00)	20.00 (80.00)	n (%), ישראל,	ארץ לידה
	2.00 (10.00)	5.00 (20.00)	n (%), חוץ לארץ,	

רוב משתתפות המחקר הינן עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה או קלה עד בינונית. כמו כן, המחלה השכיחה ביותר הינה אפילפסיה עם 65% ממשתתפות המחקר בשתי קבוצות המחקר ללא מחלה זו (לוח מספר 2).

לוח 2: מאפיינים קליניים והתנהגותיים של משתתפות המחקר (מבוסס על בדיקת "קדם")

הבדלים בין קבוצות: כי בריבוע (רמת p)	קבוצת ביקורת (N=20): %	קבוצת מחקר (N=25): %	משתנים	
0.10 (0.94)	45.00	60.90	קלה	רמת מוגבלות שכלית התפתחותית
	50.00	48.30	קלה-בינונית	
	5.00	3.40	בינונית	
-	100.00	100.00	מעשנת: לא	
-	100.00	100.00	שתיית אלכוהול: לא	
-	100.00	100.00	פרקינסון: לא	
0.44 (0.50)	95.00	90.70	אירוע מוחי: לא	
0.001 (0.97)	65.00	65.50	אפילפסיה: לא	
-	100.00	100.00	מחלות נשימה: לא	
0.07 (0.78)	95.00	96.60	מחלות לב וכלי דם: לא	
0.14 (0.69)	90.00	93.10	מחלות המטולוגיות: לא	
-	100.00	100.00	סוכרת: לא	

**שינויים מבדיקת קדם ובתר ברמת המוטיבציה של המשתתפות בקבוצת המחקר והביקורת**

רמת המוטיבציה (מזוהה, פנימית, חיצונית) ואמוטיבציה (חוסר מוטיבציה) בשתי קבוצות המחקר לא השתנתה באופן סטטיסטי משמעותי מבדיקת קדם לבתר. יחד עם זאת, בקבוצת המחקר מידת השינוי במוטיבציה המזוהה והחיצונית הציגה גדול אפקט בינוני ( $Cohen's d = 0.50, 0.78$ , בהתאמה). בדומה, לא נמצאו הבדלים בין שתי קבוצות המחקר ברמת המוטיבציה ואמוטיבציה בבדיקת קדם, אך בבדיקת הבתר רמת המוטיבציה בתחומים אלו הייתה גבוהה באופן סטטיסטי משמעותי מזו בקבוצת הביקורת ( $p < 0.01$ ). למידע נוסף, ראו לוח מספר 3.

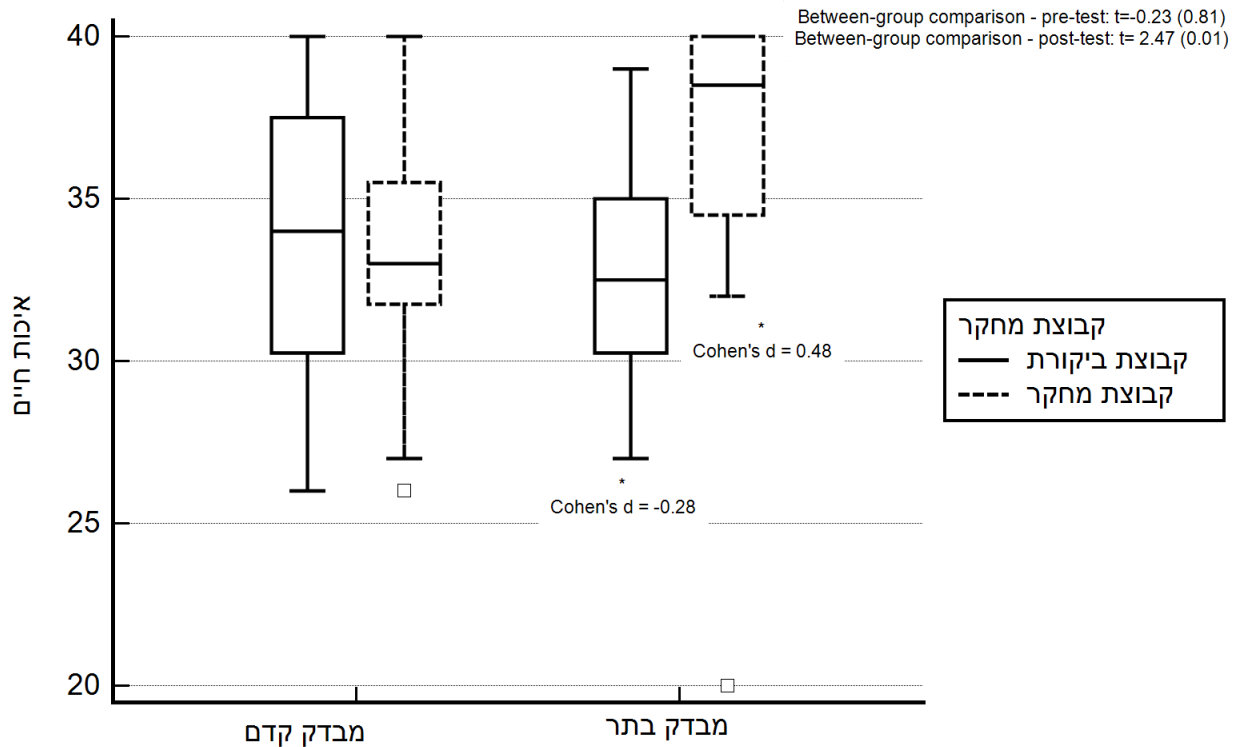
**לוח 3: ממצאי שאלון מוטיבציה חיצונית ופנימית להשתתפות בפעילות ספורט (Pelletier et al., 1995)**

הבדלים בין קבוצות - בתר: ערך t (ערך p)	הבדלים בין קבוצות - קדם: ערך t (ערך p)	קבוצת ביקורת			קבוצת מחקר			סוג מוטיבציה
		הבדלים בתוך הקבוצה: ערך t (ערך p)	בתר: ממוצע (סטיית תקן)	קדם: ממוצע (סטיית תקן)	הבדלים בתוך הקבוצה: ערך t (ערך p)	בתר: ממוצע (סטיית תקן)	קדם: ממוצע (סטיית תקן)	
-2.54 (0.01)	-0.26 (0.79)	-1.16 (0.25)	9.50 (1.87)	10.20 (1.93)	1.18 (0.24)	10.93 (1.87)	10.34 (1.63)	מוטיבציה מזוהה
-	-	-	-0.36		-	0.50		גודל אפקט (Cohen's d)
-1.52 (0.13)	-0.14 (0.88)	-1.09 (0.287)	9.95 (1.82)	10.55 (1.65)	0.28 (0.77)	10.75 (1.69)	10.62 (1.49)	מוטיבציה פנימית
-	-	-	-0.37		-	0.15		גודל אפקט (Cohen's d)
-3.42 (0.001)	-0.74 (0.46)	-0.99 (0.32)	8.90 (1.86)	9.55 (2.25)	1.40 (0.16)	10.81 (1.86)	10.03 (2.07)	מוטיבציה חיצונית
-	-	-	-0.28		-	0.78		גודל אפקט (Cohen's d)
0.72 (0.47)	0.22 (0.82)	0.00 (1.00)	6.90 (1.86)	6.90 (2.26)	-0.29 (0.76)	6.56 (2.30)	6.75 (2.26)	חוסר מוטיבציה
-	-	-	0.00		-	-0.23		גודל אפקט (Cohen's d)

הערות: פירוש מקובל לגודל האפקט: אפקט זניח –  $d < 0.2$ ; אפקט קטן –  $d = 0.2-0.49$ ; אפקט בינוני –  $d = 0.50$ ; אפקט גדול –  $d \geq 0.80$ . תחומים בהם גודל האפקט הינו בינוני צבועים באפור.

## שינויים מבדיקת קדם לבתר בהיבטים פסיכו-סוציאליים בקבוצת המחקר והביקורת

במדד שמחה כללית מהחיים וסולם רווחה אישית, קבוצת המחקר הציגה שיפור משמעותי מבדיקת קדם לבתר עם גודל השפעה קטן ( $Cohen's d = 0.48$ ). קבוצת הביקורת הציגה ירידה משמעותית במדד זה עם גודל השפעה קטן ( $Cohen's d = -0.28$ ). בהתאם לכך, לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין שתי הקבוצות בבדיקת הקדם, בעוד שבבדיקת הלתר קבוצת המחקר הציגה ציון גבוה באופן סטטיסטי משמעותי ( $p = 0.01$ ). למידע נוסף, ראה איור מספר 1.



### איור 1: שינויים מבדיקת קדם לבתר בהיבטים פסיכולוגיים (שמחה מהחיים ורווחה אישית) בקבוצת המחקר והביקורת

הערות. \* שינוי סטטיסטי משמעותי מבדיקת קדם לבתר – הבדלים בתוך קבוצה.

במדד הקשרים החברתיים, לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות בבדיקת קדם ובתר ולא נמצאו שינויים משמעותיים מבדיקת קדם לבתר, עם גודל אפקט זניח בשתי קבוצות המחקר.

## שינויים מבדיקת קדם ובתר בכושר הגופני ובמיומנות הכדור בקבוצת המחקר והביקורת

### כושר גופני

במבדקי הכושר הגופניים השונים כלל המשתתפות הציגו רמת ביצועים נמוכה. לאחר ההשתתפות בתוכנית ההתערבות חל שיפור סטטיסטי משמעותי בקבוצת המחקר רק במבדק כושר גופני אחד, מבדק קימה משיבה לעמידה (גודל אפקט בינוני – Cohen's  $d = 0.69$ ). מבדק זה מעריך כוח וסיבולת רגליים ונמצא קשור לתפקודי פלג גוף תחתון ולשיווי משקל. למרות השיפור המשמעותי במבדק זה, עדיין רמת הביצועים בקבוצת המחקר הינה נמוכה מהנורמה במידה משמעותית. בקבוצת הביקורת לא נצפו שינויים משמעותיים באף אחד ממבדקי הכושר הגופני. כמו כן, אין הבדלים משמעותיים בין קבוצות המחקר במבדקי הקדם והבתר. למידע נוסף, ראו לוח מספר 4.

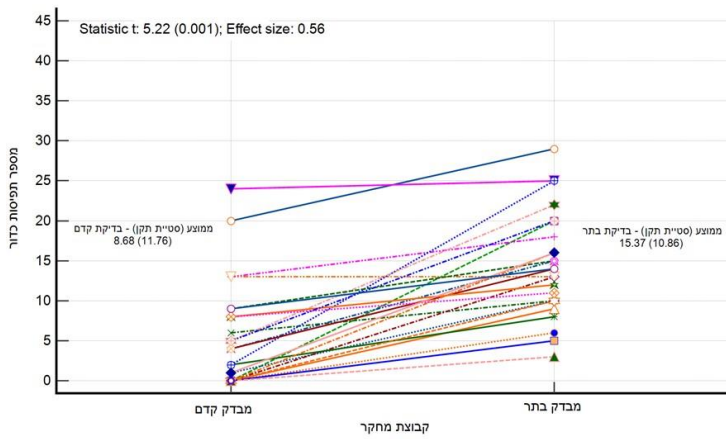
לוח 4: שינויים מבדיקת קדם ובתר בכושר הגופני

מבדק כושר גופני	קבוצת מחקר			קבוצת ביקורת			הבדלים בין קבוצות - בתר: ערך t (ערך p)	הבדלים בין קבוצות - קדם: ערך t (ערך p)
	קדם: ממוצע (תקן)	בתר: ממוצע (תקן)	הבדלים בתוך הקבוצה: ערך t (ערך p)	קדם: ממוצע (תקן)	בתר: ממוצע (תקן)	הבדלים בתוך הקבוצה: ערך t (ערך p)		
קפיצה למרחק מהמקום, ס"מ	28.35 (33.87)	32.78 (29.59)	1.78 (0.09)	38.51 (39.95)	38.33 (35.82)	-0.40 (0.68)	-0.49 (0.62)	-0.07 (0.94)
גודל אפקט (Cohen's d)	0.13			-0.04			-	-
קימה מישיבה לעמידה, מספר פעמים	10.56 (3.61)	13.06 (6.02)	<b>2.35 (0.03)</b>	10.35 (3.37)	10.30 (3.29)	-0.29 (0.77)	1.75 (0.08)	-0.22 (0.82)
גודל אפקט (Cohen's d)	0.69			-0.01			-	-
שב והשג, ס"מ	17.54 (8,76)	20.29 (10.56)	1.53 (0.14)	18.55 (8.20)	18.51 (8.22)	-0.33 (0.74)	-0.56 (0.57)	0.53 (0.59)
גודל אפקט (Cohen's d)	0.31			-0.004			-	-
קום ולך, שניות	12.06 (4.35)	11.44 (3.68)	-0.93 (0.36)	11.43 (4.13)	11.49 (4.24)	0.70 (0.48)	0.04 (0.96)	0.21 (0.83)
גודל אפקט (Cohen's d)	-0.14			0.01			-	-
מרחק הליכה ב-2 דקות	109.62 (25.71)	133.31 (53.72)	<b>2.24 (0.04)</b>	121.35 (38.14)	122.45 (39.40)	0.13 (0.89)	-1.39 (0.17)	-0.22 (0.82)
גודל אפקט (Cohen's d)	0.37			0.002			-	-
עמידה על רגל אחת בעיניים פקוחות, שניות	0.13 (0.45)	0.18 (0.62)	1.16 (0.26)	0.12 (0.40)	0.14 (0.40)	0.00 (1.00)	0.30 (0.76)	-0.26 (0.79)
גודל אפקט (Cohen's d)	0.10			0.00			-	-
מבדק עמידה על רגל אחת בעיניים עצומות	8.68 (11.76)	15.37 (10.86)	5.22 (0.56)	9.70 (11.23)	9.80 (11.33)	0.80 (0.42)	0.10 (0.91)	-0.26 (0.79)
גודל אפקט (Cohen's d)	0.0001			0.008			-	-

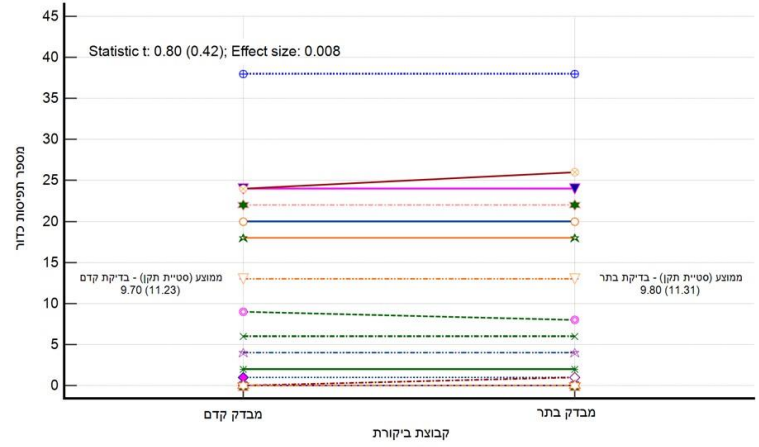
הערות: פירוש מקובל לגודל האפקט: אפקט זניח -  $d < 0.2$ ; אפקט קטן -  $d = 0.2 - 0.49$ ; אפקט בינוני -  $d = 0.50 - 0.79$ ; אפקט גדול -  $d \geq 0.80$ . תחומים בהם גודל האפקט הינו בינוני צבועים באפור.

## מיומנות כדור

קבוצת המחקר בלבד הציגה שיפור משמעותי מבדיקת קדם לבתר במיומנות זריקת ותפיסת כדור (גודל אפקט בינוני; איור מספר 2).



איור 2: שינויים במבדק זריקת ותפיסת כדור – קבוצת מחקר



איור 2א: שינויים במבדק זריקת ותפיסת כדור – קבוצת ביקורת

## איור 2: שינויים במבדק זריקת ותפיסת כדור ממבדק קדם ובתר

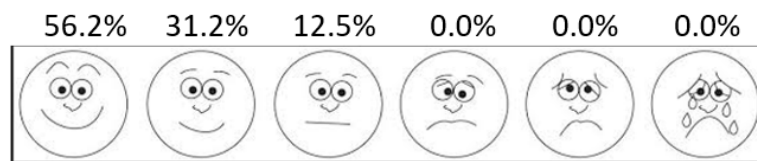
איור 2א' – קבוצת ביקורת; איור 2ב' – קבוצת מחקר

הערות: פירוש מקובל לגודל האפקט: אפקט זניח –  $d < 0.2$ ; אפקט קטן –  $d = 0.2 - 0.49$ ; אפקט בינוני –  $d = 0.50 - 0.79$ ; אפקט גדול –  $d \geq 0.80$ .

## מידת ההתמדה ושיעור הרצון מפעילות מאמאנט בקרב קבוצת המחקר

מבדיקת נוכחות שבוצעה בכל מפגש אימון עולה שההתמדה בפעילות הייתה גבוהה מאוד, עם למעלה מ-80% מהמשתתפות לוקחות חלק בכל אחד מהמפגשים שהתקיימו. כמו כן, סה"כ משתתפות המחקר הציגו שביעות רצון גבוהה מהפעילות שבוצעה. ליתר דיוק, בכל ארבע שאלות שביעות הרצון אשר הוצגו למשתתפות, רוב המשתתפות (למעלה מ-55%) הביעו את רמת שביעות הרצון הגבוהה ביותר. כאשר מסתכלים על שיעור המשתתפות אשר הביעו את שתי רמות שביעות הרצון הגבוהות ביותר, מדובר ב-87.4% ("סה"כ אני שמחה מהפעילות במאמאנט") ועד 100% ("בעתיד, אשמח להמשיך לקחת חלק במאמאנט") מהמשתתפות בפעילות (ראו איור מספר 3).

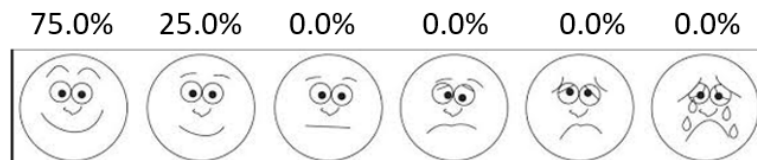
1. סה"כ אני שמחה מהפעילות במאמאנט



2. סה"כ עשתה לי טוב הפעילות במאמאנט



3. בעתיד, אשמח להמשיך לקחת חלק במאמאנט



4. אמליץ לחבריי להשתתף במאמאנט



איור 3: מידת שביעות הרצון מפעילות מאמאנט בקרב קבוצת המחקר



## בחינת גורמים הקשורים ומנבאים שינויים מבדיקת קדם לבתר בקבוצת המחקר

לוח מספר 5 מציג את הגורמים הקשורים בתוצאות בדיקת הבתר בקבוצת המחקר. להלן תיאור עיקרי הממצאים.

גיל - גיל נמצא בקשר שלילי עם תוצאות הבתר של שני מבדקים שונים, מבדק קימה משיבה לעמידה ( $r = -0.39, p = 0.03$ ) ומרחק הליכה ב-2 דקות ( $r = -0.52, p = 0.003$ ), כאשר ככל שהגיל עולה הביצועים בתום ההתערבות היו פחות טובים.

בדיקת קדם בתחום ההערכה הנבדק - קשרים חיוביים משמעותיים חזקים ( $r > 0.70; p < 0.01$ ) נמצאו בין תוצאות בדיקת הבתר והקדם בתחום ההערכה הספציפי, קפיצה למרחק מהמקום, מבדק קימה משיבה לעמידה, מבדק שב והשג, מבדק קום ולך, מרחק הליכה ב-2 דקות ומבדקי עמידה על רגל 1. בכל המבדקים, ככל שהתוצאה הייתה טובה יותר בבדיקת הקדם כך היא הייתה טובה יותר גם בבדיקת הבתר. שביעות רצון מהפעילות - שביעות רצון מהפעילות נמצאה בקשר משמעותי רק עם מבדק בתר אחד, מוטיבציה מזוהה לפעילות גופנית ( $r = 0.60, p = 0.01$ ).

מוטיבציה לפעילות גופנית - לא נמצאו קשרים משמעותיים רבים בין סוגי המוטיבציה השונים בבדיקת הקדם לבין תוצאות בדיקת הבתר. המתאמים המשמעותיים היחידים שנמצאו היו בין מבדק קום ומוטיבציה פנימית ( $r = -0.49, p = 0.05$ ) וחיצונית ( $r = -0.52, p = 0.03$ ), כך שככל שרמת המוטיבציה הייתה גבוהה יותר בבדיקת הקדם כך זמן ההליכה בסיום ההתערבות היה מהיר יותר.

לוח 5: גורמים הקשורים בשינויים מבדיקת קדם לבתר בקבוצת המחקר

תחום הערכה בבדיקת בתר	גיל, שנים	בדיקת קדם	שביעות רצון	מוטיבציה מזוהה-קדם	מוטיבציה פנימית-קדם	מוטיבציה חיצונית-קדם	אמוטיבציה-קדם
מוטיבציה	מוטיבציה מזוהה	0.05 (0.84)	0.55 (0.02)	0.60 (0.01)	-	-	-
	מוטיבציה פנימית	-0.05 (0.82)	0.44 (0.08)	0.27 (0.29)	-	-	-
	מוטיבציה חיצונית	0.05 (0.85)	0.19 (0.47)	0.31 (0.23)	-	-	-
	אמוטיבציה	-0.08 (0.76)	0.43 (0.08)	-0.03 (0.91)	-	-	-
<b>איכות חיים</b>							
	-0.21 (0.42)	<b>0.71 (0.002)</b>	0.06 (0.83)	0.21 (0.42)	-0.04 (0.88)	0.05 (0.83)	0.21 (0.42)
<b>תמיכה חברתית</b>							
	0.20 (0.40)	0.20 (0.47)	0.30 (0.23)	0.22 (0.42)	0.30 (0.23)	-0.08 (0.76)	0.09 (0.73)
נושר גופני	קפיצה למרחק מהמקום	-0.34 (0.06)	<b>0.96 (&lt;0.001)</b>	-0.005 (0.98)	0.13 (0.60)	0.36 (0.16)	-0.02 (0.92)
	קימה משיבה לעמידה	<b>-0.39 (0.03)</b>	<b>0.72 (0.001)</b>	0.09 (0.73)	0.06 (0.32)	0.30 (0.25)	0.00 (0.98)
	שב והשג	-0.02 (0.88)	<b>0.73 (0.01)</b>	0.06 (0.82)	-0.47 (0.06)	0.07 (0.79)	0.23 (0.37)
	קום ולך	0.38 (0.40)	<b>0.79 (&lt;0.001)</b>	-0.31 (0.23)	0.11 (0.62)	<b>-0.49 (0.05)</b>	<b>-0.52 (0.03)</b>
	מרחק הליכה 2 דקות	<b>-0.52 (0.003)</b>	<b>0.85 (&lt;0.001)</b>	0.10 (0.69)	0.00 (0.97)	0.22 (0.40)	0.17 (0.51)
	עמידה על רגל 1 עיניים פקוחות	-0.321 (0.26)	<b>0.97 (&lt;0.001)</b>	0.21 (0.44)	-0.00 (0.99)	0.26 (0.31)	0.12 (0.61)
	עמידה על רגל 1 עיניים עצומות	-0.27 (0.14)	<b>0.99 (&lt;0.001)</b>	0.19 (0.47)	-0.00 (0.99)	0.29 (0.27)	0.12 (0.61)
	<b>מיומנות כדור</b>						
	-0.05 (0.79)	<b>0.57 (0.02)</b>	0.16 (0.53)	0.24 (0.22)	0.30 (0.11)	0.04 (0.83)	0.06 (0.75)

## ממצאים איכותניים

מניתוח הנתונים האיכותני עלו שלוש תמות מרכזיות: גורמים מוטיבציוניים להשתתפות במאמאנט, חסמים להשתתפות במאמאנט והמלצות לשינוי בפעילות. להלן פירוט לכל אחת מהתמות שצינו לעיל.

### גורמים מוטיבציוניים להשתתפות במאמאנט

מהראיונות שנערכו נמצאו כמה תמות הקשורות למוטיבציה להשתתפות במאמאנט: מוטיבציה מזוהה, מוטיבציה פנימית, מוטיבציה חיצונית וחוסר מוטיבציה. תמות אלו נמצאות בהקבלה לתמות לביצוע פעילות גופנית לפי (1995) Pelletier et al. להלן פירוט על כל אחת מתמות מוטיבציה אלו.

#### מוטיבציה מזוהה

מוטיבציה מזוהה הינה סוג של מוטיבציה חיצונית אשר קיימת כאשר הפרט בא להעריך ולשפוט את ההתנהגות כחשובה, ולכן, מבצע אותה מתוך בחירה. הפעילות עדיין מבוצעת מסיבות חיצוניות (למשל, כדי להשיג מטרות אישיות); עם זאת, זה מווסת באופן פנימי. ספורטאים המשתתפים בספורט כי הם מרגישים שהמעורבות שלהם תורמת חלק של הצמיחה וההתפתחות שלהם כאדם מייצגים דוגמה למוטיבציה זו. להלן תחומי המוטיבציה המזוהה עליהם המשתתפות דיווחו:

- לימוד מיומנות חדשה – 30% מהמשתתפות ציינו שהן מעוניינות ולמודות במאמאנט מיומנויות חדשות, כגון, זריקת ותפיסת כדור. לדוגמה: "במאמאנט למדתי לזרוק", "במאמאנט לימדו כדור רשת".
- מפגש עם חברות – כמעט כל המשתתפות (90%) ציינו שהן מאוד נהנות מההיבט החברתי של המשחק וזו אחת הסיבות שהם משתתפות במאמאנט. לדוגמה: "אני אומרת שזה כיף. שיש הרבה חברות", "רוצה עוד להיות עם חברה", "עוד להיות עם האנשים", "אוהבת את החברה", "אוהבת לעשות פעילות עם כולן. פעילות משותפת אוהבת".

#### מוטיבציה פנימית

להלן המוטיבים של מוטיבציה פנימית שעלו:

- הנאה – במהלך השיחות, משתתפות רבות (70%) ציינו ששה"כ הן נהנות מהפעילות במאמאנט ושהפעילות עצמה (לדוגמה, זריקת ותפיסת כדור) גורמת להן לתחושה טובה. לדוגמה: "הכל כיף במאמאנט", "הכי כיף היה לי לשבת בדשא ולגלגל כדור", "אהבתי כדור. זריקה", "היה כיף. כיף לזרוק את הכדור. הרבה לזרוק את הכדור", "היה כיף ברמות".
- עניין בספורט – חלק מהמשתתפות (45%) ציינו שהן מתעניינות בספורט ושספורט, כולל תחושת המאמץ, הנו פעולה הגורמת לתחושה טובה. לדוגמה, "רוצה ספורט. אם אני עושה יותר ספורט יהיו

לי חיים טובים וארוכים", "מאמאנט זה פעילות גופנית. עושים שם כל מיני דברים. למשל זורקים את הכדור לרשת. זה מאמץ. טוב להתאמץ."

- התרגשות – חלק קטן מהמשתתפות (10%) הביעו עניין בהתרגשות מהפעילות. לדוגמה, "מאמאנט זה אקשן, זה להתאמץ", "מאמאנט מרגש אותי. מחכה לזה", "אני נהייתי מכל הרגעים המדליקים שהיה לי עם החוג מאמאנט. עשיתי חימום כמו שצריך."

#### מוטיבציה חיצונית

בניגוד למוטיבציה פנימית, מוטיבציה חיצונית מתייחסת למגוון רחב של התנהגויות שעוסקים בהן כאמצעי למטרה ולא לשם השגת המטרה עצמה. להלן מאפייני המוטיבציה החיצונית של משתתפות המחקר:

- אני אוהבת את המדריך – חלק מהמשתתפות (15%) ציינו שהן משתתפות במאמאנט בגלל שהן אוהבות את המדריכות. לדוגמה, "אני אוהבת את המדרכה ורוצה להיות איתה", "כדאי לבוא למאמאנט ולהנות ממשחקים. נהנים לזרוק כדור למעלה, להקשיב למדריכה מה אומרת לעשות", "עצוב לי כי נפרדנו מהמדריכה (בוכה)".
- תחושת חשיבות - חניכות מועטות (10%) ציינו שבמאמאנט היו להן תפקידים שהן מחשיבות חשובים, כגון להביא למשתתפות מים ולשים מוסיקה. לדוגמה, "הייתי מביאה להם מים. תמיד דואגת להן שמשחקות."
- זכיה בעיטורים – חלק מהמשתתפות (10%) ציינו את קבלת החולצות עם השמות שלהם כגורם חשוב להשתתפות במאמאנט. לדוגמה, "כדאי לבוא, מקבלים חולצות", "כיף שקיבלנו חולצות".

#### חוסר מוטיבציה

- חלק מהמשתתפות הציגו ביטויים של חוסר מוטיבציה:
- "הייתי צריכה לעשות משהו" – כאשר נשאלו לסיבה להשתתפות במאמאנט, משתתפות מועטות (5%) ציינו שהן פעילות ומשתתפות פשוט מכיוון שזו תעסוקה. לדוגמה: "כדאי מאמאנט. זה תעסוקה".
- "אני חושבת שזו פעילות משעממת" – חלק מהמשתתפות (5%) אשר הציגו את עצמן כבעלות יכולת משחק טובה, אך ציינו שהמשחק משעמם. לדוגמה, "עכשיו לא בא לי מאמאנט כי זה נהיה משעמם אני רוצה שזה יהיה לי משהו אחר. לגוון".

- "אני באמת לא יודעת למה" – חלק מהמשתתפות (10%), כאשר נשאלו לסיבה להשתתפות במאמאנט, ציינו שהן לא יודעות מדוע הן משחקות ושהן גם לא יודעות מה זה מאמאנט. לדוגמה, "לא הבנתי מה זה מאמאנט, מההתחלה לא הבנתי מה זה, עד עכשיו אני לא מבינה מה זה."

לוח מספר 6 מציג את שיעור המשתתפות אשר ציינו את כל אחד ממאפייני המוטיבציה שצוינו לעיל.

לוח 6: גורמים הקשורים בשינויים מבדיקת קדם לבתר בקבוצת המחקר

סוג מוטיבציה	כך : מספר (%)	
מוטיבציה מזהה	6 (30)	לימוד מיומנות חדשה
	18 (90)	מפגש עם חברים
מוטיבציה פנימית	14 (70)	הנאה
	9 (45)	עניין בספורט
	2 (10)	התרגשות
מוטיבציה חיצונית	3 (15)	אני אוהבת את המדריך
	2 (10)	תחושת חשיבות
	2 (10)	זכייה בעיטורים
חוסר מוטיבציה	1 (5)	הייתי צריכה לעשות משהו
	1 (5)	אני חושבת שזו פעילות משעממת
	2 (10)	אני באמת לא יודעת למה

**חסמים להשתתפות במאמאנט**

במהלך הראיונות עם המשתתפות בקבוצת המחקר עלו מספר נקודות חשובות שיש לקחת בפעילות עתידית. נקודות אלו עלולות להוות חסמים משמעותיים להפעלת מאמאנט לנשים עם מש"ה.

- כאב – שתי משתתפות ציינו שהן סבלו מכאבים במהלך הפעילות. משתתפת אחת ציינה שהיו לה כאבים בברכיים במהלך הקפיצות. לדוגמה: "היה כאבים עם הקפיצות. את לא מבינה ברמות. כאב ברגליים. כאב בברכיים. לא יודעת פתאום התחיל. כשעומדת על הרגליים. רק במשחק. זה כואב לי." משתתפת אחרת ציינה שכאשר כדור פוגע זה כואב, וכתוצאה מכך היא אינה מעוניינת להמשיך לשחק. לדוגמה: "אחרי שפגע בי כדור לא רציתי לשחק יותר כי כאב לי והלכתי לנוח".
- פחד – ארבע משתתפות ציינו שהן פחדו מהכדור. לדוגמה: "מפחיד שזורקים את הכדור חזק. פעם קיבלתי מכה. וזה כאב. וזה עובר. לזרוק חלש", "בנות מתמסרות. פחדתי שיפגע בי. רציתי להתרחק מהכדור."

- שעמום לעומת אתגר – משתתפת אחת ציינה שהפעילות הייתה משעממת מכיוון שלא זורקים את הכדור חזק מדי וקל לזרוק מעל הרשת. משתתפת זו מעוניינת ביותר "אקשן" בפעילות. לדוגמה: "אקשן. עוד אקשן. מוסיקה. לזרוק חזק". לעומתה, יש משתתפות אשר ציינו שהפעילות קשה מדי – הרשת גבוהה מדי או שזורקים את הכדור חזק מדי. לדוגמה: "על הדשא יותר קל ולרשת יותר קשה. כי לא מצליח. גבוה", "רשת קשה. להוריד שלא תהיה בכללי", "קשה לזרוק לרשת כי גבוה. זה מה שקשה לי".
- מתיחות – שלוש משתתפות ציינו את המתיחות כבעייתיות במיוחד. מדובר בחניכות עם קושי לרדת לרצפה והמעבר לדשא ובחזרה לעמדה היה להן קשה במיוחד. לדוגמה: "לשבת על הדשא קשה".

### **המלצות לשינוי בפעילות מאמאנט**

- בסיום הראיונות המשתתפות נשאלו בנוגע לאילו המלצות יש להן לתת למפעילות מאמאנט על מנת שיותר נשים ירצו לקחת חלק במשחק. להלן ההמלצות שעלו:
- משחקים ותחרות – כמחצית מהמשתתפות ציינו שהן מאוד אוהבות תחרויות ומשחקים עם קבוצות אחרות. לכן, הן המליצו על ביצוע כמה שיותר משחקי תחרות. הן אמרו שישמחו גם לבוא לצורך תן עידוד לקבוצות מתחרות. לדוגמה: "אני רוצה משחק שהבטיחו לנו", "מתי יגידו לנו מתי המשחק הגורלי- להזמין לשחק בבית ספר. מתי משחקות שם?", "אני אוהבת את התחרות".
  - שילוב בנים בפעילות – שלוש משתתפות ציינו שהן ישמחו אם גם בנים היו משתתפים בפעילות. לדוגמא, "אולי יהיה קטע עם בנים? אולי בנים יחד? גם בנים יכולים לשחק במאמאנט. בנים כן! כן! כן!", "בנות נגד בנים".
  - הכנסת אקשן לפעילות – חלק מהנשים ביקשו יותר אקשן. לדוגמא, הכנסת מוסיקה לפעילות וקצת יותר גיוון. לדוגמה, "שיהיה הרבה אקשן, שתהיה מוסיקה."

## דיון וניתוח

### השפעת הפעילות במאמאנט

המשתתפות בקבוצת המחקר שיפרו באופן משמעותי מבדיקת קדם לבתר את איכות החיים שלהן, יכולת קימה מישיבה לעמידה, מרחק הליכה ב-2 דקות ואת מיומנות הכדור שלהן. תוצאות מחקר אלו הן מעודדות ביותר, בעיקר בהתחשב בכך שהיקף הפעילות לא היה נרחב (מפגש אחד בשבוע). מנגד, היו תחומים בהם לא נמצא שיפור משמעותי. על מנת לקבל את ההשפעה המיטיבה ביותר של פעילות גופנית, מומלץ להגדיל את היקף הפעילות של המשתתפות במחקר מכיוון שפעילות גופנית בקרב אנשים עם מש"ה מהווה מטרת בריאות חשובה מאוד (United States Department of Health and Human Services, 2002). לכן חשוב לפתח שיטות להעלות את היקף הפעילות הגופנית באוכלוסייה זו. על פי ממצאי סקירת ספרות מהשנים האחרונות (Dairo et al., 2016) עולה שרק 9% מהמשתתפים עם מש"ה עמדו בהמלצות הפעילות הגופנית של ארגונים בין-לאומיים. כמו כן, נמצא שדרגת החומרה של מש"ה, מגורים במוסד טיפולי, מין וגיל נמצאו קשורים באופן משמעותי לרמת הפעילות הגופנית של המשתתפים במחקר. המנבא החזק ביותר היה דרגת החומרה של מש"ה. Lloyd (2016) ממליץ לחוקרים ולמומחים בתחום קידום בריאות לבצע שיתופי פעולה עם Special Olympics על מנת לפתח תוכנית לקידום פעילות גופנית בקרב אנשים עם מש"ה בשלבים שונים של החיים.

### התמדה של המשתתפות בפעילות

מבדיקת נוכחות שבוצעה בכל מפגש אימון עלה שההתמדה בפעילות הייתה גבוהה מאוד, עם למעלה מ-80% מהמשתתפות שלוקחות חלק בכל אחד מהמפגשים שהתקיימו. נתון זה הינו מעודד ביותר מכיוון שהתמדה בפעילות גופנית בקרב אנשים עם מש"ה מהווה אתגר עבור אנשי מקצוע לקידום בריאות. ליתר דיוק, נראה כי זה מאתגר במיוחד עבור מבוגרים עם מש"ה לאמץ אורח חיים פעיל, בשל המוטיבציה הנמוכה שלהם לפעילות גופנית (Meneer, 2007). לדוגמה, באמצעות טכנולוגיית אלקטרואנצפלוגרפיה יישומית, Chen et al. (2019) תיעדו ירידה באסימטריית אלפא פרונטאלית, המבטאת ירידה ברגשות חיוביים בקרב מבוגרים צעירים עם מש"ה כתוצאה מביצוע תרגיל הליכה של 20 דקות על הליכון. החשיבות של הנעת אנשים להשתתף בפעילות גופנית היא גם מונחית תיאורטית. כך, תיאוריית ההגדרה העצמית מדגישה את החשיבות של מוטיבציה פנימית וחיצונית כאחד הגורמים המובילים לשינוי התנהגות, כגון ביצוע פעילות גופנית (Deci & Ryan, 2008). גורם אפשרי שעשוי להגביר את המוטיבציה לפעילות גופנית הוא הנאה, במיוחד בקרב אנשים עם מש"ה, שעבורם זהו אחד ממנחי הפעילות הגופנית המדווחים ביותר (Hassan et al., 2019). ואכן, בראיונות שהתקיימו עם המשתתפות במחקר הנוכחי עלה שנשים רבות נהנו מהפעילות במאמאנט. בדומה, רובן הביעו שביעות רצון גבוהה מהפעילות.



## חוות דעת המשתתפות על הפעילות והמלצות לפעילות בעתיד

ככלל, התפיסה הכללית של המשתתפות את פעילות מאמאנט הינה חיובית מאוד, כאשר רוב המשתתפות ציינו באופן מפורש שהן נהנות מהפעילות. ההנאה מהפעילות נבעה בעיקר מהמפגש עם חברות, עניין בספורט ולימוד מיומנות חדשה. כמו כן, חלק מהמשתתפות שאבו הנאה מיחסי הגומלין עם המדריכות. יחד עם זאת, המשתתפות העלו מספר נקודות המצריכות התייחסות מיוחדת.

תחום קושי ראשון שעלה נוגע לרמת הקושי של משחק המאמאנט. חלק מהמשתתפות הביעו קושי לעמוד בדרישות המשחק. לעומתן, היו משתתפות שצינו שהפעילות הינה קלה להן. מכאן, ייתכן שיהיה נכון לפתוח קבוצות שונות למשתתפות עם רמת יכולת שונה. לחלופין, ניתן לספק למדריכות מאמאנט הכשרה מקצועית וליווי מקצועי המתמקדים באופנים בהם ניתן להנגיש ולהוריד רמת קושי של פעילות גופנית. ישנם ארבעה היבטים עיקריים שניתן לשנות כדי להתאים את הפעילות: (1) סגנון הוראה או אימון - נוגע לאופן שבו המדריך מעביר את הפעילות. לדוגמה, שימוש בסיוע פיזי מתאים - להנחות את חלקי הגוף של המשתתף באמצעות תנועה ושימוש בעזרים חזותיים; (2) חוקים משתנים (לדוגמה, לאפשר יותר הקפצות של כדור); או צמצום מספר השחקנים בקבוצה כדי להגדיל את הסיכויים להיות מעורבים; או לאפשר לגלגל את הכדור במקום להכות בו; (3) שינוי הסביבה (למשל - ביצוע שינויים במרחב הפעילות). לדוגמה, צמצום הגובה והרוחב של הרשת, החישוק או המטרה; (4) לאפשר שימוש בציוד (למשל, שינוי המכשירים המשמשים למשחק). לדוגמה, שינוי הגודל, המשקל, הצבע והאורך של הציוד (למשל, שימוש בכדורים שקופצים פחות).

תחום קושי נוסף שעלה זה נושא הכאב. אומנם רק משתתפת אחת ציינה שהיא חשה כאב במהלך המשחק, אך אין להתעלם מנקודה זו. בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, אוכלוסייה עם משי"ה נוטה להציג יותר מחלות כרוניות, כגון מחלות לב וכלי דם, סוכרת, יתר לחץ דם והשמנה. הסיבות לתחלואה המוגברת הן רבות, וכוללות אורח חיים פחות בריא כגון עישון, יושבנות ואכילה לא מסודרת ובריאה. בהקשר זה, חומרת המוגבלות השכלית הינה משמעותית ביותר, כאשר בעלי מוגבלות קלה, אשר להם יכולת בחירה גבוהה יותר, יבחרו באורח חיים פחות מיטבי (לדוגמה, עישון ואכילה מוגברת), המעלים את הסיכון לתחלואה. גורמים נוספים שאינם קשורים באורח חיים בריא כוללים, בין היתר, קושי בנגישות וטיפול רפואי לא נכונים, בעיות גנטיות ותחלואת רקע שכיחה. מכאן, עולה החשיבות של פיתוח מודעות לנושא זה בקרב המדריכים. כמו כן, חשוב לקיים שיחות עם המשתתפות בפעילות על מנת לבדוק אם קיימת בעיה כל שהיא הדורשת ברור רפואי טרם התחלת או המשך לקיחת החלק בפעילות הגופנית המוצעת.

## סיכום, המלצות ומסקנות

במאמאנט התפתח מודל לנשים שהפך לאמצעי רב ערך לקידום אורח חיים פעיל ובריאות פיזית ונפשית עבור נשים ללא מוגבלות. קבוצות מאמאנט הוקמו סביב מסגרות בית-ספריות בהן אימהות משחקות במשחק כדורשת, משחק קבוצתי המותאם למגוון רחב של יכולות. הקמת קבוצות משותפות במאמאנט לנשים עם וללא מש"ה (ספורט משלב) מאפשרת חיבור, העצמה ושייכות לקהילת מאמאנט, כאשר אלו בתורן מקדמות אורח חיים פעיל ובריא ורווחה נפשית. לפעילות זו חשיבות יתרה, לאור הספרות המחקרית והמקצועית המלמדת כי נשים מש"ה עוסקות פחות בפעילות גופנית מנשים ללא מוגבלות ומגברים עם מש"ה. אוכלוסייה זו מתמודדת גם עם הדרה, בפרט מהזדמנויות לשילוב בפעילות מקדמת אורח חיים בריא.

בישראל כיום ישנה מודעות רבה לשיפור בריאותם ואיכות חייהם של בעלי מוגבלות שכלית. כמו כן, קיימת מודעות רבה לפעילות גופנית והשפעותיה החיוביות על הבריאות והנפש. במוסדות ובמערכי הדיור בישראל, ישנן פעילויות ספורט שונות, הניתנות על פי שיקול דעתם של המנהלים של המערך, ללא פיקוח ועניין של משרד הרווחה ומשרד הבריאות האחראים על אוכלוסייה זו.

המחקר הנוכחי העריך את יעילותה של תוכנית "מאמאנט - הרבה מעבר לרשת" בקרב נשים עם מש"ה קל עד בינוני הגרות במסגרות דיור בקהילה. הממצאים הכמותיים העיקריים הראו כי המשתתפות בקבוצת המחקר שיפרו באופן משמעותי את איכות חייהן, מיומנויות גופניות שונות, רמת השמחה הכללית מהחיים ורווחה אישית. כך, המשתתפות בקבוצת המחקר שיפרו באופן משמעותי מבדיקת קדם לבתר את איכות החיים שלהן, יכולת קימה משיבה לעמידה, מרחק הליכה ב-2 דקות ואת מיומנות הכדור שלהן, כמו גם את השמחה הכללית מהחיים וסולם רווחה אישית. עוד נמצא, כי מבדיקת נוכחות שבוצעה בכל מפגש אימון עלה שההתמדה בפעילות הייתה גבוהה מאוד, עם למעלה מ-80% מהמשתתפות לוקחות חלק פעיל בכל מפגש. ככלל, התפיסה הכללית של המשתתפות את פעילות מאמאנט חיובית מאוד, כאשר רוב המשתתפות ציינו באופן מפורש שהן נהנות מהפעילות. הממצאים האיכותניים העיקריים הצביעו על מספר תמות הקשורות למוטיבציה להשתתפות במאמאנט: מוטיבציה מזוהה, מוטיבציה פנימית, מוטיבציה חיצונית וחוסר מוטיבציה (אמוטיבציה), חסמים להשתתפות במאמאנט והמלצות לשינוי בפעילות מאמאנט.

לאור הממצאים המרתקים והמגוונים שעלו והוצגו לכל אורך מחקר זה, ניכרת חשיבותו הרבה של המחקר. ראשית, מחקר זה הינו מחקר התערבות ראשון מסוגו בארץ, בבוגרים בעלי מש"ה. בשל כך, הוא שופך אור לראשונה על מוטיבציות, מניעים, חסמים, תרומה לבריאות והשפעה על קידום אורח חיים בריא ופעיל שיש להשתתפות בתוכנית ספורט קהילתית על אוכלוסייה ייחודית. מחקר זה יכול להעלות את המודעות של משרד הרווחה ליתרונות הפעילות הגופנית ולהוות זרז ליצירת מדיניות אחידה וברורה בנושא.

העלאת המודעות ברמת מדינית לנושא, יכולה לעזור לעידוד ותמיכה כספית בארגונים המפתחים פעילויות ספורט מותאמות, יחד עם הפניית משאבים ייעודיים לפעילות גופנית, לחברות שנותנות שירותי דיור ותעסוקה לאוכלוסייה זו.

לצד זאת, רצוי לערוך התאמות בבניית ופיתוח התוכניות העתידיות כך שיענו על הצרכים שעלו במסגרת המחקר הנוכחי. כך למשל, מומלץ לתת דגש בהפעלת התוכניות על המפגש החברתי ולימוד מיומנויות חדשות, שיפור הכושר הגופני וחשיבות התרגול. ייתכן שיהיה נכון בעתיד לפתוח קבוצות שונות למשתתפות עם רמת יכולת שונה, לצד פיתוח מודעות לנושא זה בקרב המדריכים. ניתן לספק למדריכות מאמאנט הכשרה מקצועית וליווי מקצועי המתמקדים באופנים שבהם ניתן להנגיש ולהוריד רמת קושי של פעילות גופנית. זאת ועוד, יש לחשוב על אפשרויות לגיוון התוכנית והוספת עניין ומוזיקה כדי להפיג את רגעי השעמום שעליהם דיווחו חלק מהמשתתפות. לבסוף, חשוב לקיים שיחות עם המשתתפות בפעילות על מנת לבדוק אם קיימת בעיה כל שהיא הדורשת ברור רפואי טרם התחלת או המשך לקיחת החלק בפעילות הגופנית המוצעת, כדי לוודא הלימה והתאמה מלאה כך שהמשתתפות יוכלו להנות מהיתרונות הרבים הטמונים בפעילות, ולא לדווח על כאב או קושי.

## ההשלכות היישומיות של המחקר

פעילות גופנית בקרב אוכלוסיות עם משי"ה נמצאה נמוכה משמעותית בהשוואה לשאר האוכלוסיות בארץ. בנוסף, החיבור אל הקהילה הנו חשוב לבריאותן של נשים בכלל ונשים עם משי"ה בפרט. מדובר בתכנית אימונים למשחק כדורשת בעצימות נמוכה-בינונית שמבוססת על ניסיון בן יותר מעשר שנים עם נשים לא ספורטאיות ולפיכך תכנית בטוחה ומתאימה למשתתפות. בישראל ישנן מאות מסגרות דיור תעסוקה ופנאי קהילתיות לאנשים עם משי"ה. כמעט בכל אחת ממסגרות אלה ניתן לשלב הקמת מסגרת למשחקי מאמאנט משולבים של נשים עם וללא משי"ה. לאור ממצאי המחקר, ייעשה מאמץ על ידי ארגון מאמאנט למפות את המסגרות לאנשים עם משי"ה ואת מסגרות מאמאנט וליצור חיבורים שיובילו לקבוצות ספורט כאלו בכל הארץ ולשילובן בתחרויות בחו"ל. לפיכך יש פוטנציאל למימוש עשרות קבוצות שיפעלו על פי המתכונת הנבדקת. המימון לקבוצות לאחר שיוקמו יושג בעתיד באמצעות סיוע קרן הספורטוטו וגופים פילנתרופים נוספים.

מעבר לחשיבות ממצאי המחקר הנוכחי, עלו מספר המלצות יישומיות:

1. על פי הממצאים, פעילות גופנית קבוצתית מעודדת את הפוטנציאל למחויבות, למוטיבציה ולהזדמנות לשיפור מיומנויות חברתיות להשתתפות מעבר לפעם בשבוע בספורט קבוצתי. לכן אנו ממליצים לאמץ את הפעילות הקבוצתית בקרב אוכלוסיות עם מוגבלויות.
2. תחושה של שייכות וגיבוש קהילה במסגרת רחבה יותר של מאמאנט מעלים את תחושת המחויבות והרצון של המשתתפות להתמיד בפעילות ולהיות חלק מליגת מאמאנט. לכן אנו ממליצים לאפשר המשך פעילות במסגרת מכילה וקהילתית כמו מאמאנט.
3. עידוד תחרותיות הינו גורם מקדם להתמדה בפעילות מאמאנט. המשתתפות אהבו את הנושא של ניקוד ניצחון, לכן המודל של מאמאנט מאפשר ספורט תחרותי עממי המותאם לכל אחת מבלי לחשוש בתחרות שהיא במסגרת קבוצתית.
4. ניכר כי היישום של הקמת קבוצת מאמאנט בתוך הבתים מגבשת ומאפשרת יצירת קשר ואחוזה הדדית בין המשתתפות, כמו גם נגישות וזמינות קלה לאימונים- "הכול במתחם אחד"! בנוסף, תחושת הביטחון במרחב הידוע והמוכר מאפשרת חווייה של מוגנות ובטיחות בקרב המשתתפות. לפיכך יש לעודד הקמת קבוצות במתחמי הבתים הקיימים בארץ.

## **פורום/רשימת אנשי מקצוע ושטח להצגת התוצאות**

- הנהלת מאמאנט ישראל
- מנהל אגף הספורט העממי בישראל
- מנהלת במחלקת התרבות והספורט לקידום נשים בספורט
- המשרד לשירותים חברתיים
- חוקרות בתחום מגדר, מוגבלות וספורט

## המלצות למחקרי המשך

לצורך הבנת התמונה הרחבה בהקשר לפעילות ספורט עממי בקרב נשים עם מש"ה, ביצוע מחקר דומה בקרב דגימה אקראית של אוכלוסיית מש"ה בענפי ספורט נוספים הנו מומלץ כדי למקד את הפעילות המתאימה ביותר לאוכלוסייה. בנוסף, בחינת תוכנית התערבות ארוכת טווח לאורך מספר שנים ובחינת שינויים התנהגותיים תוכל לתת תמונה רחבה ומדויקת על תרומתו של הספורט הקבוצתי העממי בקרב נשים עם מש"ה, כמו גם על השלכות לאורך זמן, ובשל כך מומלצת. כמו כן, מומלץ לבדוק את ההשפעה הנוספת שעשויה להיות לפעילות גופנית מכלילה. קרי, ביצוע אימוני מאמאנט משולבים לנשים עם מש"ה ולנשים תואמות גיל ללא מש"ה.

## ביבליוגרפיה

- אלמוסני, י', רייטר, ש' ובן-סירא, ד' (2005). השפעה של סגנונות הוראה שונים בפעילות גופנית על איכות חייהם של צעירים הלוקים בפיגור שכלי קל ובינוני. בתנועה: כתב עת למדעי החינוך הגופני והספורט, ז', 176-139.
- אלמוסני, י' (2007). "לקפוץ מדרגה": ההשפעה של העיסוק בפעילות גופנית על שיפור יכולתם הגופנית ועל איכות חייהם של צעירים עם פיגור שכלי קל ובינוני. סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום, 22(1), 40-19.
- אלמוסני, י' (2008). הפעילות הגופנית כאמצעי להשתלבות חברתית של צעירים בעלי לקות אינטלקטואלית. בתנועה: כתב עת למדעי החינוך הגופני והספורט, ט(1), 79-53.
- ברדוגו, א', מוזס, ל', שמר, מ' ודובמן, א' (2010). יגעת ורזית תאמיני: מודל להתערבות למען אורח חיים בריא באוכלוסייה בוגרת עם פיגור שכלי. הרפואה, 149(10), 649-645.
- ברלב, ל' (2023). אנשים עם מוגבלות בישראל 2023: נתונים על האוכלוסייה. מכון מאיר-סג"וינט-ברוקדייל.
- גולן-שפרינצק, ג' (2013). הקשר בין השמנה ורווחה אישית בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית החיים בקהילה. חיבור לשם קבלת התואר דוקטור. אוניברסיטת חיפה.
- הוצלר, י', עוז, מ' וברק, ש' (2013). מניעים לפעילות גופנית בקרב ספורטאים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית המשתתפים בפעילות בארגון ספיישל אולימפיקס בהשוואה לספורטאים ללא מוגבלות. קרן שלם לפיתוח שירותים לאדם עם פיגור שכלי ברשויות המקומיות: מאגרי ידע ומחקר. <http://www.kshalem.org.il/pages/item/368>
- הוצלר, י', עוז, מ' וברק, ש' (2015). השפעת עמדות אנשי צוות והתנאים הסביבתיים על המניעים לפעילות גופנית של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית המקבלים שירות במסגרות דיור, חינוך ותעסוקה. קרן שלם לפיתוח שירותים לאדם עם פיגור שכלי ברשויות המקומיות: מאגרי ידע ומחקר. <https://www.kshalem.org.il/knowledge/>
- לצר, י', רימרמן, א' ושפרינצק, ג' (2009). הקשר בין השמנה ואיכות חיים בקרב מוגבלים שכלית. קרן שלם לפיתוח שירותים לאדם עם פיגור שכלי ברשויות המקומיות: מאגרי ידע ומחקר. <http://www.kshalem.org.il/upload/File/articles/30f.pdf>
- רוט, ד' והוזמי, ב' (2014). איכות חיים של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית-יישום גישת "מחקר-פעולה משתף". סח"ש: סוגיות בחינוך מיוחד ובשילוב, 27(1), 53-22.
- שמיס, מ' (2014). מוגבלות שכלית התפתחותית- הגדרה וסיווג. משרד הרווחה והשירותים החברתיים, האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית, המחלקה לאבחון, קידום והשמה.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.)*. American Psychiatric Association.

- Bailey, R., Hillman, C., Arent, S., & Petitpas, A. (2013). Physical activity: An underestimated investment in human capital? *Journal of Physical Activity and Health*, *10*(3), 289-308.
- Baran, F., Aktop, A., Özer, D., Nalbant, S., Ağlamış, E., Barak, S., & Hutzler, Y. (2013). The effects of a Special Olympics Unified Sports Soccer training program on anthropometry, physical fitness, and skilled performance in Special Olympics soccer athletes and non-disabled partners. *Research in Developmental Disabilities*, *34*(1), 695-709.
- Baron-Epel, O., Paldi, Y., Bord, S., Kadish, D., Guttman, E., Moran, D. S., & Tesler, R. (2021, September). Social capital and health among participants in the cachibol league in Israel. *International Review for the Sociology of Sport*, *56*(6), 877-896.
- Chen, C., Ryuh, Y., Hardwick, H., Shirley, R., Brinkley, B., Lim, S., Lee, Y., & Kim, M. L. (2019). Psychological benefits of inclusive soccer program in young adults with and without intellectual disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, *31*(6), 847–861.
- De Azevedo Guimarães, A. C., & Baptista, F. (2011). Influence of habitual physical activity on the symptoms of climacterium/menopause and the quality of life of middle-aged women. *International Journal of Women's Health*, *3*, 319-328.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macro theory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, *49*(3), 182–185.
- Hassan, N. M., Landorf, K. B., Shields, N., & Munteanu, S. E. (2019). Effectiveness of interventions to increase physical activity in individuals with intellectual disabilities: A systematic review of randomized con-trolled trials: Interventions to increase physical activity in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, *63*(2), 168–191.
- Haveman, M., Heler, T., Lee, L., Maaskant, M., Shooshtari, S., & Strydom, A. (2010). Major health risks in aging persons with intellectual disabilities: An overview of recent studies. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, *7*(1), 59-69.
- Helliwell, J. F., Aknin, L. B., Shiplett, H., Huang, H., & Wang, S. (2017). *Social capital and prosocial behaviour as sources of well-being*. National Bureau of Economic Research.



- Heslop, P., Blair, P. S., Fleming, P., Hoghton, M., Marriott, A., & Russ, L. (2014). The confidential inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: A population-based study. *Lancet*, *383*, 889-895.
- Janicki, P., Dalton, A. J., Michael Henderson, C., & Davidson, P. W. (1999). Mortality and morbidity among older adults with intellectual disability: Health services considerations. *Disability and Rehabilitation*, *21*(5-6), 284-294.
- Melville, C. A., Hamilton, S., Hankey, C. R., Miller, S., & Boyle, S. (2007). The prevalence and determinants of obesity in adults with intellectual disabilities. *Obesity Reviews*, *8*(3), 223-230.
- Menear, K. (2007). Parents' perceptions of health and physical activity needs of children with down syndrome. *Down's Syndrome, Research and Practice*, *12*(1), 60-68.
- Morin, D., Méryneau-Côté, J., Ouellette-Kuntz, H., Tassé, M. J., & Kerr, M. (2012). A comparison of the prevalence of chronic disease among people with and without intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, *117*(6), 455-463.
- Ottesen, L., Jeppesen, R. S., & Krustup, B. R. (2010). The development of social capital through football and running: Studying an intervention program for inactive women. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, *20*, 118-131.
- Paldi, Y., Moran, D. S., Baron-Epel, O., Bord, S., Benartzi, E., & Tesler, R. (2021, January). Social Capital as a Mediator in the Link between Women's Participation in Team Sports and Health-Related Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(17), 9331.
- Schalock, R. L. (2000). Three decades of quality of life. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, *15*(2), 116-127.
- Schalock, R. L., Bonham, G. S., & Verdugo, M. A. (2008). The conceptualization and measurement of Quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, *31*(2), 181-190.
- United States Department of Health and Human Services (2002). *Closing the gap: a national blueprint for improving the health of individuals with mental retardation*. Surgeon General's conference on health disparities and mental retardation.

Wallace, R., & Schluter, P. (2008). Audit of cardiovascular disease risk factors among supported adults with intellectual disability attending an aging clinic. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 33(1), 48-58.

## נספחים

### נספח 1: אישור ועדת אתיקה



#### אישור ועדת אתיקה למחקרים לא קליניים בבני אדם

לכבוד:

ד"ר ריקי טסלר  
המחלקה לניהול מערכות בריאות  
אוניברסיטת אריאל

שלום רב,

שוכנענו שהמחקר, אשר פרטיו מופיעים להלן, אינו ניסוי קליני בבני אדם, ועומד בתנאים המפורטים בנוהל אישור מחקר שאינו ניסוי קליני בבני אדם. אישור זה אינו תקף, אם מכל סיבה שהיא, המחקר חרג מתמאי האישור והחצעה.

א) פרטי המחקר:

<b>שם החוקרת הראשית:</b> ד"ר ריקי טסלר
<b>כותרת המחקר:</b> השתתפות בקבוצת כדורשת מאמאנט יוניפייד: השלכות גופניות, נפשיות וחברתיות למשתתפות עם ובלי מוגבלות שכלית

ב) תוקף האישור מיום 4.11.2021 עד יום 3.11.2022

ג) תנאים והגבלות: יש להחתיים את המשתתפות על הסכמה מדעת. אם יש צורך, יש להחתיים גם את האפוטרופוס.

חברי ועדת האתיקה של בית הספר למדעי הבריאות:  
ד"ר אבי זגדון-חבר ועדה



חותמת ועדת האתיקה המוסדית:  
פרופ' יאיר שפירא- יו"ר הוועדה המוסדית

תאריך: 4.11.2021

מספר אישור: AU-HEA-RT-20211104

העתק: דקן הפקולטה



## שאלון סוציו-דמוגרפי - חניכים

אנא ענה/י על השאלות הבאות. בשאלות שיש לציידן תשובות, אנא סמן/י בבקשה את התשובה המיטיבה לתאר את מצבך. בשאלות שאין לציידן אפשרויות תשובה, אנא השלים/י בעצמך:

שם: \_\_\_\_\_ מין: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

1. מהי שנת הלידה שלך? \_\_\_\_\_
2. מהו מצבך המשפחתי? א. נשוי ב. רווק/ה ג. גרוש/ה ד. אלמן/ה ה. אחר \_\_\_\_\_
3. האם יש לך ילדים? א. כן מספר ילדים \_\_\_\_\_ ב. לא
4. מהי השכלתך? א. בית ספר יסודי. ב. בית ספר תיכון. ג. תואר ראשון. ה. תואר שני. ו. תואר שלישי.  
ז. אחר \_\_\_\_\_
5. מקום מגורים: א. עיר ב. כפר ג. מושב ד. קיבוץ ה. אחר \_\_\_\_\_
6. איזור מגורים:  
א. איזור ירושלים ב. איזור חיפה צפון עמקים ג. איזור תל אביב והמרכז ד. איזור באר שבע והדרום  
ה. אחר \_\_\_\_\_
7. דת:  
א. יהודי/ה ב. מוסלמי/ת ג. נוצרי/ת ד. מעורב (יש לפרט) \_\_\_\_\_ ה. אחר \_\_\_\_\_
8. איך היית מגדיר/ה את מידת הדתיות שלך? א. חילונית ב. מסורתית ג. דתי/ת ד. דתי/ת מאוד
9. היכן נולדת/ה? א. ישראל ב. חו"ל  
אנא צייני/י באיזו מדינה: \_\_\_\_\_

## שאלון רקע מחלה – חניכים

שם: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

### כללי:

1. האם את/ה מעשן/ת? כן / לא  
במידה וכן, כמה סיגריות ליום? \_\_\_\_\_ כמה שנים? \_\_\_\_\_

2. האם את/ה שותה אלכוהול? כן/לא  
במידה וכן, כמה כוסות ביום? \_\_\_\_\_

### רקע בריאותי:

#### רקע עצבי [נוירולוגי]:

1. האם הובחנת במחלת פרקינסון?  
במידה וכן, לפני כמה זמן בוצע האבחון? \_\_\_\_\_ כן / לא

האם עברת אירוע מוחי [TIA / CVA]?  
במידה וכן, לפני כמה זמן? \_\_\_\_\_ כן / לא

2. האם אתה סובל מאפילפסיה?  
במידה וכן, כמה זמן? \_\_\_\_\_ כן / לא

#### רקע נשימתי [ריאות]:

1. האם את/ה סובל/ת ממחלת נשימה כגון: אסטמה, הפרעה חסימתית, שחפת?  
במידה וכן, מאיזו מחלה? \_\_\_\_\_ כמה זמן? \_\_\_\_\_ כן/לא

#### רקע ראומטולוגי:

1. האם את/ה סובל/ת ממחלת פרקים?  
במידה וכן, מאיזו מחלה? \_\_\_\_\_ כמה זמן? \_\_\_\_\_ כן / לא

#### רקע מחלות לב וכלי דם:

1. האם את/ה סובלת/מיתר לחץ דם? כן / לא  
במידה וכן, מאיזו מחלה? כמה זמן?

2. האם את/ה סובלת/מבעיות לב (הפרעות קצב, אי ספיקת לב, צינטור וכדומה)? כן / לא  
במידה וכן, מאיזו מחלה? כמה זמן?

#### רקע המטולוגי:

1. האם את/ה סובלת/מבעיה המטולוגית, כגון: הפרעות קרישה, אנמיה כרונית, נטייה לדימומים, אחר?

כן/לא

במידה וכן, איזו? כמה זמן?

#### רקע אנדוקרינולוגי :

1. האם את/ה סובל מסכרת? כן / לא

במידה וכן, כמה זמן? מה סוג הסוכרת

2. האם הסוכרת מטופלת באינסולין? כן / לא

3. האם הסוכרת מטופלת בכדורים? כן / לא

4. האם ידוע לך על הפרעות בתפקוד בלוטת התריס [תירוואיד]? כן / לא

במידה וכן, מה ההפרעה? כמה זמן הינך סובל מהפרעה זו?

**תודה רבה על שיתוף הפעולה!!**

אנשים עושים ספורט מסיבות שונות. מה היית אומר הסיבה שלך לעסוק בספורט. אגיד כמה משפטים שתגיד אם הם נכון או לא בנוגע אליך.

**שאלון מוטיבציה חיצונית ופנימית להשתתפות בפעילות ספורט (Pelletier et al., 1995)**

אני עושה ספורט בגלל ש...

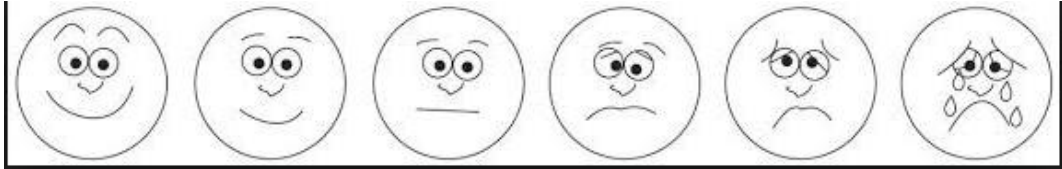
נכון (3)	נכון חלקית (2)	לא נכון (1)	
			אני רוצה ליהנות
			אני אוהב את ההתרגשות
			אני מתעניין בספורט
			אני חושב שספורט זה נהדר
			אני רוצה ללמוד מיומנויות חדשות
			אני רוצה להישאר בכושר טוב
			אני רוצה לפגוש חברים
			אני רוצה להיות די מיומן
			ההורים שלי רוצים שאתאמן
			אני אוהב את המדריך/כה
			אני מרגיש חשוב ופופולארי
			אני רוצה לזכות במדליות ועיטורים
			הייתי צריך לעשות משהו
			אני חושב שזה פעילת משעממת
			אני מבזבז את הזמן
			אני באמת לא יודע למה

## שביעות רצון של החניך - מאמא-נט

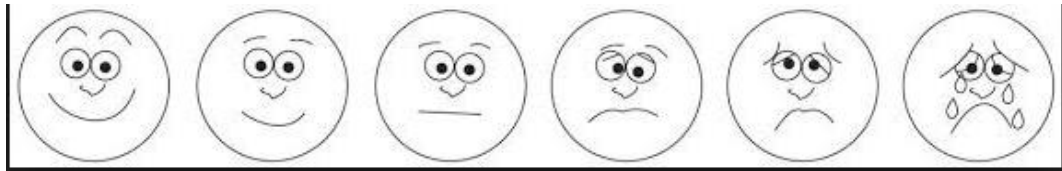
שם: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

אנא עני על השאלות הבאות הנוגעות להתנסותך בפעילות מאמא-נט.  
כל תשובה יכולה לנוע מפרצוף בוכה (לגמרי לא מסכימה) לפרצוף מאושר (לגמרי מסכימה).

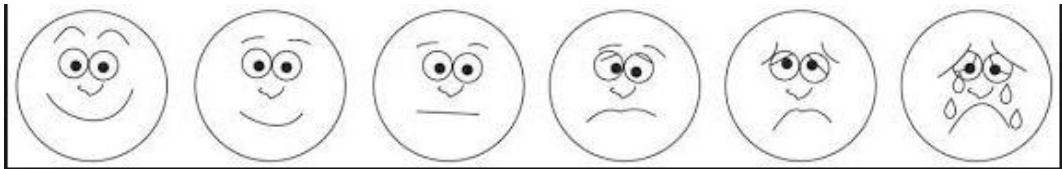
1. סה"כ אני שמחה מהפעילות במאמא-נט



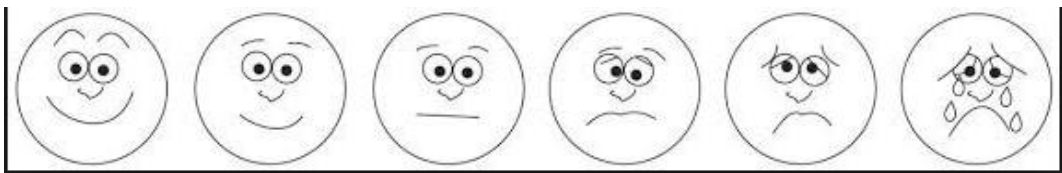
2. סה"כ עשיתה לי טוב הפעילות במאמא-נט



3. בעתיד, אשמח להמשיך לקחת חלק במאמא-נט



4. אמליץ לחבריי להשתתף במאמא-נט





**אינדקס איכות חיים סובייקטיבית**

למראוין: " אני אשאל אותך כמה שאלות לגבי עד כמה אתה מרגיש שמח"

	1	2	3	4	5
מאוד עצוב		לא שמח ולא עצוב		מאוד שמח	

**חלק I: שמחה מהחיים באופן כללי**

						"איך אתה מרגיש עם החיים שלך באופן כללי?"
--	--	--	--	--	--	--

**חלק II: סולם רווחה אישית**

						1 "עד כמה אתה שמח מהדברים שיש לך? כמו כמה כסף שיש לך ודברים שלך?"
						2 "עד כמה אתה שמח מהבריאות שלך?"
						3 "עד כמה אתה שמח מהדברים שאתה עושה או הדברים שאתה לומד?"
						4 "עד כמה אתה שמח מהקשר שלך עם אנשים שאתה מכיר?"
						5 "עד כמה אתה שמח מהרגשת ביטחון שיש לך (תחושה שאתה מוגן, שלא יקרה לך משהו רע)?"
						6 "עד כמה אתה שמח מדברים שאתה עושה מחוץ לבית?"
						7 "עד כמה אתה שמח מהעתיד שלך?"

## שאלון תמיכה חברתית

(Soskolne, Auslander, & Ben-Shahar, 2006)

אנשים זקוקים לפעמים לאנשים אחרים לחברה, לעזרה, או לסוגים אחרים של תמיכה. באיזו תדירות סוגי התמיכה הבאים עומדים לרשותך כאשר את/ה נזקק/ת להם?

(למשתתפים שבמבחן המקדים נמצא שיכולים להשיב על סקאלה של 2 או 3 תשובות אפשריות יש להציע את תשובות 1,

3 או 5 בלבד)

כל הזמן	רוב הזמן	חלק מהזמן	מעט מהזמן	אף פעם	
5	4	3	2	1	1. מישהו שייתן לך מידע, או הדרכה או עצה בזמן משבר?
5	4	3	2	1	2. מישהו שייתן לך עזרה מעשית בעת הצורך (למשל, ייקח אותך לרוטא, שיבשל עבורך וכדו') ?
5	4	3	2	1	3. מישהו שאת/ה יכול לתת ב/ה אמון או לדבר איתו/ה על עצמך או הבעיות שלך?
5	4	3	2	1	4. מישהו שמראה חיבה וקרבה כלפיך?
5	4	3	2	1	5. מישהו שתומך בך רגשית בעת משבר?
5	4	3	2	1	6. מישהו שייתן לך עזרה חומרית (למשל, שילווה לך כסף אם את/ה זקוק/ה לו)?

## Abstract

**Background:** Women with intellectual and developmental disabilities (IDD) engage in less physical activity than women without disabilities and men with IDD. This population is also excluded from a variety of activities designed to promote a healthy lifestyle, in particular from opportunities to integrate into such activities. In order to promote a healthy lifestyle among women with IDD, it is necessary to develop and integrate popular sports such as "Mamanet - far beyond the Net" in this community.

**Objectives:** To evaluate the effectiveness of the "Mamanet - much beyond the network" program among women with mild to moderate IDD living in community housing settings. Specifically, the study aimed to test mental aspects (for example, quality of life), social aspects (for example, social capital), physiological (for example, fitness), and health habits (physical activity) before and after the program, among women with mild to moderate IDD living in community housing settings compared to a control group.

**Methods:** This study used a mixed-method approach. 45 women with mild to moderate IDD living in community housing aged 23-53 participated in the study. In the quantitative part, health and well-being indicators were examined. In the qualitative part, 20 interviews were conducted with participants.

**Main findings and conclusion:** The main quantitative findings indicated that participants in the research group improved significantly from the pre-test in terms of their quality of life, their ability to get up from sitting to standing, their walking distance in two minutes, as well as their ball skills, in addition to their overall well-being and happiness. A high level of persistence was also observed in the activity, with over 80% of participants actively participating in each session. In general, the participants perceived the Mamanet activity as very positive, with most explicitly stating that they enjoyed it. The main qualitative findings indicated several themes

related to motivation to participate in Mamanet: identified motivation, internal motivation, external motivation and lack of motivation (a-motivation), barriers to participation, and recommendations for changes. It is advisable to emphasize in Mamanet programs social interaction and learning new skills, improving physical fitness, and the importance of practice. In the future, different groups may be required for participants with differing abilities. Further, options for diversifying the program and adding interest and music should be considered to alleviate boredom reported by participants.

## תמצית (באנגלית)

This study aimed to evaluate the effectiveness of the "Mamanet - far beyond the network" program among women with mild to moderate intellectual and developmental disabilities living in community housing. The study used mixed methods. 45 women with mild to moderate intellectual and developmental disabilities, aged 23-53, participated in the study. Additionally, 20 interviews were conducted. According to the findings, participants perceive Mamanet's activity very positively. There was a significant improvement in the participants' quality of life, physical abilities, general happiness, and personal well-being. Various motivations and barriers to participation were identified, as well as recommendations for change.

**Keywords: intellectual and developmental disabilities, women, popular sports, health promotion, intervention program**

**”Mamant” - far beyond the network:  
Intervention program to promote health among women  
aged 21-53 with an intellectual and developmental disabilities**

**Prof. Riki Tesler**

Department of Health Systems Management, Faculty of Health Sciences, Ariel University.

**Dr. Sharon Barak**

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Ariel University;  
Haim Sheba Integrated Medical Center, Tel Hashomer, Department of Child Rehabilitation.

**Prof. Yeshayahu Hutzler**

The Academic College Levinsky-Wingate.



This work was supported by a grant from Shalem Fund for the Development of Services for People with Intellectual Disabilities in the Local Councils in Israel

2024