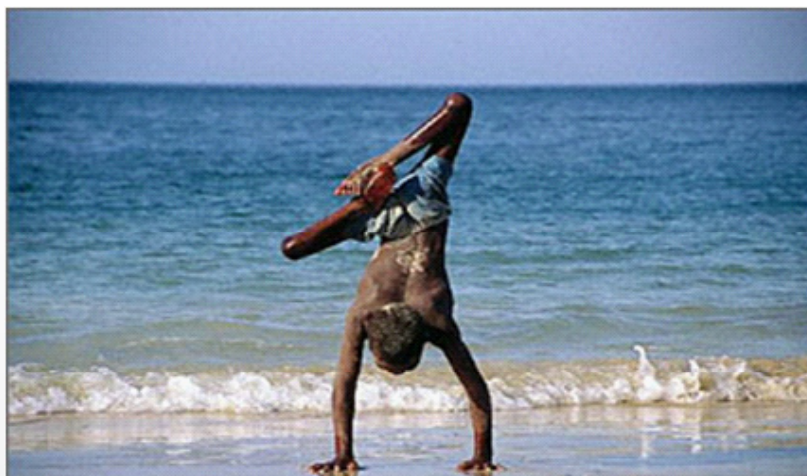


# קידום בריאות, מניעה ושימור תפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות

סיכום סקירת ספרות, קבוצות מיקוד וראיונות



הוכן על-ידי:

רנדי גרבר

ראש תחום נכות וחולי כרוני, מסד נכויות

מרץ 2011

## דברי תודה

חובה נעימה לי להודות לכל האנשים שסייעו בתהליך הלמידה והכנת הדוח. לשותפים במסד נכויות - ג'וינט-ישראל, משרד הרווחה והשירותים החברתיים, משרד הבריאות, המוסד לביטוח לאומי, וקרן משפחת רודרמן - שבחרו בנושא קידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות כמהלך הראשון של המסד בתחום של נכות וחולי כרוני.

לאנשים ולארגונים שהעמידו לרשותנו מידע חשוב ומשמעותי וסייעו בתובנות וברעיונות לגבי כיווני העשייה לקידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות בישראל, ושמותיהם מפורטים בנספח לדוח זה. לאנשים עם מוגבלות שחלקו איתנו, באמצעות הראיונות וקבוצות המיקוד, מידע ותובנות חשובים ביותר.

תודה לקוראי הגרסאות השונות של הדוח שהעירו וחלקו איתנו מנסיונם המקצועי, ובמיוחד לשושי גולדברג-מאיר, ד"ר ישעיהו הולצר, רותי ויינשטיין, סילביה טסלר-לזובק, כרמלה כורש-אבלגון ד"ר אלי רוזנברג וענת שמש.

תודה לתמרה ברנע ולאביטל סנדלר-לף וצוות מסד נכויות בג'וינט-ישראל, שליוו, העירו עודדו ותרמו בהכנת הדו"ח. תודה מיוחדת ליפעת שחק על הקריאה הקפדנית. כל הטעויות שעדיין נשארו, הן על אחריותי בלבד.

### ננדי גרבר

ראש תחום נכות וחולי כרוני  
מסד נכויות

אדר ב' תשע"א, מרץ 2011, ירושלים

© World Health Organization  
Images of Health and Disability Photo Competition, 2005  
<http://www.who.int/features/galleries/disabilities/index.html>

תמונת השער:

פנינה נחמיאס, ג'וינט ישראל  
סימונה דוד, אשל  
טוביה מנדלסון, אשל-ג'וינט

עיצוב וביצוע גרפי:  
מזכירות ותיאום:  
הוצאה לאור:

© כל הזכויות שמורות לג'וינט ישראל

# תוכן העניינים

## תקציר

7	הקדמה	.1
8	מצב בריאותם של אנשים עם מוגבלות בישראל	.2
9	קידום בריאות ושמירה על תפקוד בקרב אנשים עם מוגבלויות: יישום המודל האקולוגיה החברתית	.3
9	3.1. סיווג בינלאומי של תפקוד, מוגבלות ובריאות (ICF)	
11	3.2. קידום אורח חיים בריא	
12	פעילות קידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות בעולם: סקירת ספרות	.4
12	4.1. מודעות	
13	4.2. ידע	
14	4.3. התערבויות מקדמות בריאות	
17	4.4. מדדי תוצאה	
20	פעילות קידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות בישראל: מיפוי	.5
25	זיהוי צרכים מהשטח	.6
25	6.1. קבוצות מיקוד עם אנשים עם מוגבלות	
27	6.2. משוב מאנשי מקצוע	
29	סיכום ועיקרי ההמלצות	.7

## ביבליוגרפיה

	נספחים:	
35	נספח 1: אמנת האו"ם על זכויות של אנשים עם מוגבלויות	
36	נספח 2: אנשים שרואיינו/השתתפו במפגש חשיבה	

## לוחות ותרשימים:

11	לוח 1: מוגבלות, התערבות ומניעה (על פי ה- ICF)	
18	לוח 2: מדדים אישיים	
19	לוח 3: מדדים קהילתיים	
	לוח 4: נתני שירותים נבחרים בתחומי אורח חיים בריא,	
21	פעילות גופנית, תזונה, עישון והכשרה	
9	תרשים 1: מערכת אקולוגית של ברונפנברגר	

## Executive Summary

## תקציר

בעשורים האחרונים, עם ההתקדמות בטכנולוגיה הרפואית והשיקומית, עלתה תוחלת החיים של אנשים עם מוגבלות. עם זאת, התגלה שאנשים עם מוגבלות (מלידה או נרכשת) נמצאים בסיכון גבוה למחלות כרוניות, יותר מהאוכלוסייה הכללית. דו"ח הוועדה לנושא מוגבלות בתכנית "לעמיד בריא 2020" של משרד הבריאות (עורי ופרג 2009) ממליץ לאמץ גישת קידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות בישראל, ולפעול להגברת הפעילות הגופנית ולהורדת אחוזי השמנת היתר בקרב אנשים עם מוגבלות. הנושא נכלל ב"מסד נכויות" - שותפות אסטרטגית של ממשלת ישראל, ג'וינט ישראל וקרן משפחת רודרמן לפיתוח שירותים קהילתיים לאנשים עם מוגבלות מבוגרים החיים בקהילה. יעד התכנית הוא לפתח מענים לקידום בריאות ושמירה על התפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות.

## מצב בריאותם של אנשים עם מוגבלות בישראל

מדו"ח משרד הבריאות "אנשים עם מוגבלויות בקהילה" (שמש ו נקמולי-לוי 2009) עולה שאנשים עם מוגבלות ועם מוגבלות קשה בתפקודם היום-יומי:

- מעריכים את מצב בריאותם כפחות טוב מאנשים ללא מוגבלות ומדווחים בשיעורים גבוהים יותר שיש להם שלוש מחלות כרוניות ויותר (24% אנשים עם מוגבלות ו-30% אנשים עם מוגבלות קשה לעומת 4% ללא מוגבלות).
- סובלים מהשמנת יתר בשיעורים גבוהים ומשמעותיים מאנשים ללא מוגבלות (עם מוגבלות 24%, עם מוגבלות קשה 26%, ללא מוגבלות 13%).
- מדווחים בשיעורים נמוכים באופן משמעותי מאנשים ללא מוגבלות על השתתפות בפעילות גופנית 3 פעמים בשבוע ויותר (המלצת משרד הבריאות בזמן עד שנת 2008). (22% עם מוגבלות, 16% עם מוגבלות קשה, ו-30% ללא מוגבלות).
- מדווחים על שיעורי עישון דומים לאנשים ללא מוגבלות, למעט קבוצת הגיל 40-59 שבה נצפתה מגמה של עישון יתר בקרב אנשים עם מוגבלות ועם מוגבלות קשה. בהתרחשות מביקורים בשירותי שיקום לנפגעי נפש, נראה שתופעת העישון רווחת. יחד עם זאת, אין נתונים אמפיריים לגבי אחוזי העישון.

## קידום בריאות ושמירה על תפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות: יישום המודל האקולוגי-חברתי

המודל האקולוגי-חברתי מהווה מסגרת מושגית להבנת הקשרים בין מוגבלות, בריאות וחולי כרוני המקבל ביטוי בסיווג הבינלאומי של תפקוד מוגבלות ובריאות של הארגון הבריאות העולמי (ICF). כמו כן, המודל מהווה בסיס רעיוני לתוכניות קידום בריאות אוניברסליות מתוך תפיסה שקיום אורח חיים בריא תלוי ביחסי הגומלין בין האדם וגורמי הסביבה.

## פעילות קידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות בעולם: סקירת ספרות

בעקבות נתונים קשים לגבי מצב בריאותם של אנשים עם מוגבלות, הולך וגובר העניין בקשר שבין בריאות ומוגבלות בישראל ובעולם. בסיס הידע הורחב ותהליכי תיעוד והערכה של התערבויות קיימות וחדשות צברו תאוצה בשנים האחרונות. הספרות המקצועית והעשייה מתפתחות במספר כיוונים: הגברת המודעות לנושא

בקרב מערכת הבריאות/אנשי מקצועות הבריאות ובקרב האוכלוסייה; הרחבת הידע לגבי הצרכים הייחודיים במצבי בריאות ומוגבלות שונים; ביסוס התערבויות שהוכחו כמוצלחות (Evidence-based practice); ופיתוח מדדי הערכה. ההתערבויות הנפוצות הן בתחומי פעילות גופנית, תזונה וקידום אורח חיים בריא.

## פעילות קידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות בישראל: מיפוי הפעילות

בישראל קיימות תוכניות הפונות לאוכלוסייה הכללית ותוכניות שפונות לאוכלוסיית אנשים עם מוגבלות. ברמה ההצהרתית הגורמים שמפעילים תוכניות לאוכלוסייה הכללית מעוניינים לשלב אנשים עם מוגבלויות אך בד"כ אינם נוקטים בצעדים להשתלבות אנשים עם מוגבלות בתוכניות אלו. כמו כן, חלק מהגורמים המפעילים תוכניות לאנשים עם מוגבלות משלבים אנשים ללא נכויות בפעילות, בד"כ בני משפחה או מתנדבים שמסייעים לאנשים עם מוגבלות. מיפוי שערכנו לצורך כתיבת דוח זה עולה, שקיימים בישראל ידע ונסיון בתחומים שיכולים לסייע למהלך רחב לקידום בריאות ושמירה על תפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות. אך יש צורך לקשר ולגשר בין הגופים הפועלים באוכלוסייה הכללית ולבין אלו שפועלים עם אנשים עם מוגבלות כדי לפתח רצף של מענים, מהשתלבות מלא ועד תוכניות ייעודיות.

## זיהוי צרכים מהשטח

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

בקבוצות המיקוד, השיח היה פורה ותרם לגיבוש תובנות לתכנון הפעילות לקידום אורח חיים בריא לאנשים עם מוגבלות:

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

במפגש חשיבה בנושא "קידום בריאות, מניעה ושמירה על תפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות" שהתקיים בג'וינט ישראל במאי 2010, השתתפו אנשי מקצוע, ביניהם אנשים עם מוגבלות, שפועלים בתחומים: קידום בריאות, שיקום, פעילות גופנית מותאמת, תזונה, הנגשה וכד'. המפגש נועד להיכרות, למידה הדדית ויצירת שיתופי פעולה עתידיים. משתתפי המפגש הצביעו על תחומים שיש בהם ערך לעבודה משותפת:

- מחקר, בניית מסד נתונים (לאגם נתונים ממספר גורמים), קביעת מדדים אחידים להערכות היישום בפועל של תוכניות נבחנות
- מיפוי כוחות
- עבודה בקהילה
- העברת ידע
- תפוצה רחבה של מידע על החשיבות וההיבטים של אורח חיים בריא

## סיכום ועקרונות פעולה

לאנשים עם מוגבלות בישראל יש מודעות בסיסית לגבי החשיבות של אורח חיים בריא. כמו כן, קיימות מגוון תוכניות ותשתיות שעוסקות בהיבטים שונים של הסוגיה. עם זאת מצב בריאותם של אנשים עם מוגבלות בישראל מדאיג - הם נמצאים בסיכון גבוה למצבי בריאות משניים שעלולים להגביל את תפקודם והשתתפותם בחיי החברה. לכן, יש לפעול בכיוונים הבאים:

- פיתוח התערבויות לקידום בריאותם ושמירה על תפקודם בליווי מחקר evidence-based practice
- הכללת נקודת המבט של אנשים עם מוגבלות, מלכתחילה, בתכנון וביצוע תוכניות כלליות לקידום בריאות, פעילות גופנית ותזונה (לאומיות, עירוניות וארגוניות)
- הכללת תכניות קידום בריאות לאנשים עם מוגבלות בסל שירותי הבריאות והרווחה
- הכללת מדדים על בריאות אנשים עם מוגבלות במחקרים לאומיים, ובמסדי נתונים הקיימים
- הכשרת ועידוד אנשי מחקר ואנשי מקצוע לעסוק בתחום
- בניית קשרים עם מומחים ברחבי העולם

מסד נכונות פועל לפיתוח התערבות בתחום קידום בריאות ושמירה על התפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות. בהתאם להמלצות ועדת "לעתיד בריא 2020" של משרד הבריאות וממצאי שלב הלימוד המוצגים בדו"ח תוצע תוכנית פעולה על בסיס עקרונות הפעולה הבאים:

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

# 1. הקדמה

“בריאות הגוף הינה רצונו של ה’. מפני שאדם חולה אינו מסוגל להבין את דרכי הבורא, חובה על האדם להרחיק עצמו מדברים המסכנים בריאותו ולנהוג לפי כללים המיטיבים עימה”.

הרב משה בן מימון (הרמב"ם), 1138-1204

בעשורים האחרונים, עם ההתקדמות בטכנולוגיה הרפואית והשיקומית, עלתה תוחלת החיים של אנשים עם מוגבלות. עם זאת, התגלה שאנשים עם מוגבלות (מלידה או נרכשת) נמצאים בסיכון גבוה למחלות כרוניות, יותר מהאוכלוסייה הכללית. כך לדוגמה: במחלות לב פי 6.5; סכרת פי 3.5; לחץ דם גבוה פי 2.3 (נאון (עורכת) 2009). תופעות בריאותיות אחרות המאפיינות אנשים עם מוגבלות הן: הזדקנות מואצת, החל מגיל 55; החמרה במצבים שהיו סטטיים לאורך שנים כגון post-polio; ותוחלת חיים קצרה בהרבה ביחס לאוכלוסייה הכללית אצל קבוצות מסוימות כגון נפגעי נפש. בקרב אנשים עם מוגבלות כל שינוי במצב הבריאותי (לטוב ולרע) משפיע על התפקוד היומי ועל יכולתם להשתתף בחיי המשפחה והקהילה.

הספרות המקצועית מצביעה על כך ששינויים באורח החיים - אלה שתוכניות המניעה וקידום הבריאות מקדמות - יכולים להקטין גורמי סיכון, לשפר מדדי בריאות, לשמור על יכולת תפקודית ולהאריך חיים. אנשים עם מוגבלות, כמו כלל האוכלוסייה, יכולים לשנות את מצב בריאותם, באמצעות שינוי באורח החיים. יחד עם זאת, רוב התכניות לקידום בריאות הקיימות כיום אינן מכוונות ואינן נגישות להם. כמו כן, חוסר נגישות של שרותים רפואיים, קשיי תקשורת, דעות מוטעות ולפעמים דעות קדומות של צוותי השירות, גורמים לכך שלעיתים מחלות כרוניות אינן מאובחנות אצל אנשים עם מוגבלויות, עד שהן במצב מתקדם ומסכנות חיים.

דו"ח הועדה לנושא מניעת תחלואה בקרב אנשים עם מוגבלות בתכנית "לעתידי בריא 2020" של משרד הבריאות (עורי ופרג 2009) מבקש לאמץ גישת קידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות בישראל, וממליץ לפעול להגברת הפעילות הגופנית ולהורדת אחוזי השמנת היתר בקרב אנשים עם מוגבלות.

"מסד נכויות" - שותפות אסטרטגית של ג'וינט ישראל, ממשלת ישראל, וקרן משפחת רודרמן לפיתוח שירותים קהילתיים לאנשים עם מוגבלות מבוגרים החיים בקהילה, בחר לעסוק בנושא קידום בריאות בשל הממשק ההולך וגובר בין נכות וחולי כרוני. הנושא נמצא כיום בשלב לימוד, בהלימה להמלצות ועדת "לעתידי בריא 2020". מהלך הלימוד תוכנן לבחון את הסוגיות הבאות:

- **מהו סוג השירות הרצוי:** תכניות אוניברסליות מונגשות ו/או תכניות שמותאמות לאנשים עם מוגבלות
- **מי הם נותני השירות (שותפים פוטנציאליים):** שירותי בריאות; שירותים קהילתיים; ארגוני נכים; ארגוני מחלות כרוניות
- **איזה נושאי תוכן לכלול בפעילות:** נושא יחיד (פעילות גופנית או תזונה); רב-נושאי (קידום אורח חיים בריא)
- **אופי הפעילות:** פרטנית/קבוצתית; פנים אל פנים/מרחוק; הדרכה אישית/כתובה
- **זהות מדריך הפעילות:** איש מקצוע/עמית (איש צוות/ מתנדב)
- **מהם מדדי התהליך:** היקפי וסוגי הפעילות; מספר המשתתפים והמאפיינים שלהם; פריסה גיאוגרפית; סוגי הארגונים המעורבים ומספרם; ועוד
- **מדדי תוצאה:** אישיים - מדדי בריאות, תחושת שלומות (well-being), חוללות-עצמית (self-efficacy), תפקוד, רמת השתתפות בחיי המשפחה והקהילה; מערכתיים - מידת ההשפעה על שימוש בשירותי בריאות, מודעות צוותי הבריאות לצרכים (כולל הפניות לאבחונים/תוכניות קידום בריאות), נגישות, עלות תועלת.

תהליך הלימוד כלל את הפעילויות הבאות:

- **סקירת ספרות:** נתונים, צרכים, סוגיות מיוחדות
- **מיפוי תכניות בישראל ובעולם:** במטרה למצוא Evidence-based practice
- **משוב מהשטח:** באמצעות ראיונות, מפגש חשיבה וקבוצות מיקוד

דו"ח זה מסכם את תהליך הלימוד ומהווה מסמך מתווה לפיתוח תוכנית עבודה לקידום בריאות, מניעה ושמירת תפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות.

## 2. מצב בריאותם של אנשים עם מוגבלות בישראל

States Parties recognize that persons with disabilities have the right to the enjoyment of the highest attainable standard of health without discrimination on the basis of disability. States Parties shall take all appropriate measures to ensure access for persons with disabilities to health services that are gender-sensitive, including health-related rehabilitation.

UN Convention on Rights of Persons with Disabilities, Article 25

דו"ח משרד הבריאות "אנשים עם מוגבלויות בקהילה" (שמש ונקמולי-לוי 2009), מבוסס על סקר הבריאות הלאומי של משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שנערך בשנת 2003 לבני +21. לצורך המחקר, הוגדרו אנשים עם מוגבלות ככאלו שענו בחיוב לשאלה "האם הבעיה (הגופנית) גורמת לך קושי בינוני, גדול או גדול מאד בביצוע פעולות יומיומיות כמו ניקיון הבית או קניות?". אנשים עם מוגבלות קשה ענו בחיוב לשאלה "האם הבעיה (הגופנית) גורמת לך קושי גדול או גדול מאד בביצוע פעולות יומיומיות כמו ניקיון הבית או קניות?"

מהדו"ח עולה שאנשים עם מוגבלות ועם מוגבלות קשה מעריכים את מצב בריאותם כפחות טוב מאנשים ללא מוגבלות ומדווחים בשיעורים גבוהים יותר שיש להם שלוש מחלות כרוניות ויותר (24% מקרב אנשים עם מוגבלות ו-30% אנשים עם מוגבלות קשה לעומת 4% אנשים ללא מוגבלות). כמו כן, מדד המצוקה הנפשית גבוה יותר אצל אנשים עם מוגבלות ועם מוגבלות קשה ויש להם בעיות שינה בשכיחות גבוהה יותר. אנשים עם מוגבלות ועם מוגבלות קשה דיווחו על שימוש גבוה בשירותי בריאות בכל הרמות: אשפוזים, ביקורים אצל רופא משפחה וביקורים אצל רופא מומחה - מאנשים ללא מוגבלות.

אנשים עם מוגבלות ועם מוגבלות קשה הוגדרו כסובלים מהשמנת יתר בשיעורים גבוהים ומשמעותיים מאנשים ללא מוגבלות (עם מוגבלות 24%, עם מוגבלות קשה 26%, ללא מוגבלות 13%). כמו כן אנשים עם מוגבלות ועם מוגבלות קשה מאד מדווחים על השתתפות בפעילות גופנית 3 פעמים בשבוע ויותר (המלצת משרד הבריאות עד שנת 2008) בשיעורים נמוכים משמעותיים מאנשים ללא מוגבלות (22% עם מוגבלות, 16% עם מוגבלות קשה, ו-30% ללא מוגבלות).

לא נמצאו הבדלים משמעותיים בשיעורי העישון בין אנשים עם מוגבלות ואנשים ללא מוגבלות, למעט קבוצת הגיל 40-59 שבה נצפתה מגמה של עישון יתר בקרב אנשים עם מוגבלות ועם מוגבלות קשה. בהתרשמות מביקורים בשירותי שיקום לנפגעי נפש, נראה שתופעת העישון רווחת. יחד עם זאת, אין נתונים אמפיריים לגבי אחוזי העישון באוכלוסייה זאת.

לעומת ישראל, בארה"ב נמצא ששיעור המעשנים בקרב אנשים עם מוגבלות גבוה ב-50% מאנשים ללא מוגבלות (Center for Disease Control 2007).

בעקבות ממצאים אלו ואחרים המליצו ועדת "לעתיד בריא 2020" והוועדה למניעת נכות ומוגבלות של המועצה הלאומית לשיקום לפעול לקידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות. (לוי 2008; לוי ואחרים 2006).

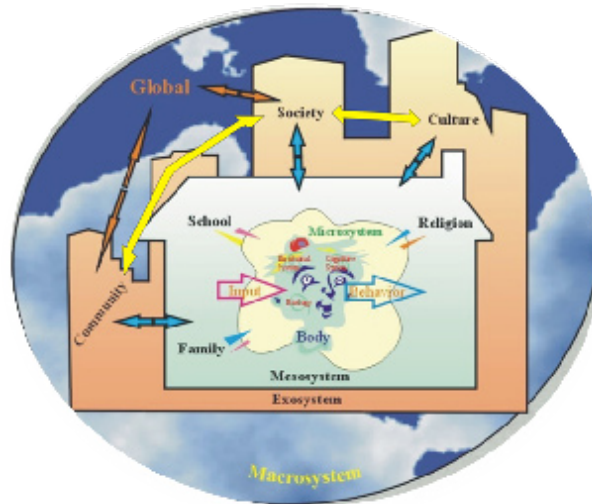
### 3. קידום בריאות ושמירה על תפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות: יישום המודל האקולוגי-חברתי

“People with disabilities can be healthy.”

(Stein, et al. 2009)

המודל האקולוגי-חברתי מבוסס על יחסי הגומלין שבין האדם ותכונותיו הפיזיות, הגנטיות, הפסיכולוגיות וההתנהגותיות לבין המערכות החברתיות, המוסדיות והתרבותיות של האדם. דוגמה מוכרת של המודל הינה תיאוריית המערכת האקולוגית של ברונפנברנר (תרשים 1 - Paquette and Ryan 2001).

תרשים 1: מערכת אקולוגית של ברונפנברנר  
(Paquette and Ryan 2001)



המודל האקולוגי-חברתי מהווה מסגרת מושגית להבנת הקשרים בין מוגבלות, בריאות וחולי כרוני המקבל ביטוי בסיווג הבינלאומי של תפקוד מוגבלות ובריאות של הארגון הבריאות העולמי (ICF). כמו כן, המודל מהווה בסיס רעיוני לתוכניות קידום בריאות אוניברסליות מתוך תפיסה שקיום אורח חיים בריא תלוי ביחסי הגומלין בין האדם וגורמי הסביבה.

#### 3.1 הסיווג הבינלאומי של תפקוד, מוגבלות ובריאות (ICF)

הסיווג הבינלאומי של תפקוד, מוגבלות ובריאות שפותח על-ידי ארגון הבריאות העולמי International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) הינו מודל אקולוגי-חברתי המבטא את האינטראקציה שבין מצבי בריאות (מחלות, ליקויים ופגיעות) לבין גורמים תלויי הקשר (World Health Organization (WHO) 2002):

- **גורמים סביבתיים חיצוניים** כגון: הגישה החברתית, הסביבה הארכיטקטונית, המבנה המשפטי והחברתי, אקלים, פני הקרקע ועוד.
- **גורמים אישיותיים פנימיים** הכוללים: מגדר, גיל, יכולת הסתגלות, רקע חברתי, חינוך, מקצוע, ניסיון העבר, התנהגות חברתית כללית, אופי וגורמים נוספים שמשפיעים על הדרך שבה נחוות המוגבלות על ידי האדם.
- ה-ICF מהווה בסיס קונספטואלי להגדרה, מדידה וניסוח מדיניות לגבי בריאות ומוגבלות. הוא מתייחס לכל בני האדם עם כל סוגי המוגבלויות, ונועד לא רק לזהות את צורכיהם הרפואיים והשיקומיים אלא גם

כדי לזהות ולמדוד את ההשפעה של הסביבה הפיזית והחברתית על חייהם. ה-ICF נותן כלים מדעיים בינלאומיים לשינוי הפרדיגמה מהמודל הרפואי לעבר המודל המשולב ה-ביו-פסיכו-חברתי של תפקוד ומוגבלות של אנשים.

בעבר, ההתייחסות היתה למוגבלות כאל מצב שמתחיל כאשר הבריאות מסתיימת. ברגע שאדם הפך למוגבל, הוא שויך לקטגוריה נפרדת. נקודת המוצא של ה-ICF היא בריאות (מצב/בריאות) והדגש הוא על בריאות ותפקוד לעומת מוגבלות. ההתייחסות שה-ICF מנסה לקדם היא מדידת תפקוד בחברה ללא קשר לסיבה לכך שאדם הוא עם לקות/מוגבלות. השינוי הוא מהדגשת המוגבלות באנשים להדגשת רמת הבריאות שלהם. העברת הדגש מהסיבה להשפעה ממקמת את כל מצבי הבריאות על פני בסיס אחד שמאפשר להשוות ביניהם באמצעות בריאות ומוגבלות.

העקרונות המנחים של ה-ICF הם:

- **אוניברסליות** - ישומה לכל אדם - לא קשר למצב בריאותו
- **שוויוניות** - אין הבחנה בין מצבי בריאות שונים (פיזי, נפשי)
- **ניטרליות** - התייחסות לצדדים חיוביים ושליילים של תפקוד ומוגבלות
- **גורמים סביבתיים** - יחסי הגומלין של האדם עם הסביבה מהותיים להבנה של תפקוד ומוגבלות

## המודל הביו-פסיכו-חברתי של ה-ICF

המודל הביו-פסיכו-חברתי שמאמץ ה-ICF משלב בין המודל הרפואי (הרואה במוגבלות מאפיין של האדם, נגרמת ישירות על ידי מחלה, טראומה או מצב בריאותי, ודורשת טיפול רפואי הניתן לאדם על ידי מומחים) והמודל החברתי (הרואה במוגבלות בעיה הנגרמת על-ידי החברה ולא ע"י פרט). המודל הביו-פסיכו-חברתי מתייחס להיבטים שונים של בריאות: ביולוגית, אישית וחברתית.

ה-ICF מסווג שלוש רמות של תפקוד:

(א) תפקוד ברמה הגופנית, או תפקוד של חלקים מסויימים בגוף;  
(ב) תפקוד האדם;

(ג) תפקוד בסביבה החברתית. על פי סיווג זה מוגבלות היא חוסר תפקוד באחד או יותר מהתחומים הבאים:

- לקויות - בעיות בתפקוד גופני או ירידה בתפקוד
- מוגבלות בעשיית פעולה על ידי האדם
- הגבלות בהשתתפות חברתית

## מדדים

כדי למדוד את רמת הבעיה וחומרתה קיימים מדדים שונים:

- **מדד התפקודי הגופני** - המדד העיקרי הוא קיומה של לקות וההשפעה שלה על התפקוד (העדר לקות, השפעה קלה, בינונית, קשה, מונעת תפקוד)
- **מדד העשייה** - מבחינים בין תיאור מה האדם יכול לעשות בסביבתו ומהי רמת העשייה בפועל לבין בחינת היכולת הפוטנציאלית - מה היה יכול לעשות האדם אילו ניתנו לו האמצעים המתאימים.
- **המדד הסביבתי** - בוחן את החסמים הסביבתיים ואת הגורמים הסביבתיים המסייעים, וכן את המידה שבה גורמים סביבתיים משפיעים בצורה זו אחרת.

לוח 1 מקשר בין רמות מוגבלות על פי ה-ICF, ופעילות התערבות ומניעה שיוצא פועל מכך.

**לוח 1: מוגבלות, התערבות ומניעה (על פי ה- ICF)**  
(World Health Organization (WHO) 2002)

מניעה	התערבות	
קידום בריאות תזונה חיסון	טיפול רפואי תרופות	מצבי בריאות
מניעה של התפתחות הגבלות נוספות בפעילות	טיפול רפואי תרופות ניתוח	ליקוי/לקות
שיקום מונע מניעה של התפתחות מוגבלות נוספות בהשתתפות / בהשתלבות	אביזרי עזר סיוע אישי שיקום	הגבלה בפעילות
שינוי סביבתי אסטרטגיה לתעסוקה שירותים נגישים תכנון אוניברסלי סינגור לשינוי	דיור חינוך ציבורי חקיקה נגד אפליה תכנון אוניברסלי	הגבלות בהשתתפות

**3.2 קידום אורח חיים בריא**

יש שני אתגרים מרכזיים בקידום אורח חיים בריאים. הראשון - כיצד להניע אדם לחולל שינוי בחייו ולעסוק בפעילויות מקדמות בריאות (בתחומי הרגלי אכילה, פעילות גופנית וכד'), השני - כיצד ליצור את התנאים שיעודדו אנשים לקיים אורח חיים בריא לאורך זמן.

המודל האקולוגי-חברתי מתמודד עם שני אתגרים אלו על ידי (King, et al. 2002) (Stokols 1996):

- בחינת הקשרים בין היבטים שונים של שלומות האדם (well-being) ותנאים מגוונים של הסביבה הפיזית-חברתית ושכללות מסגרות ומרחבי חיים רבים
- התייחסות להשפעה המשותפת של תנאים אישיים וסביבתיים על שלומות היחיד והקהילה
- ריכוז התערבויות לקידום בריאות על "נקודות מינוף" התנהגותיות וארגוניות עם רמת השפעה גבוהה
- שילוב תפיסות רב-תחומיות בעיצוב תוכניות קידום בריאות ושימוש במתודות רבות להעריך את התקפות המדעית והחברתית של ההתערבויות.

שתי התיאוריות שמסייעות בהבנת ההנעה של אדם לחולל שינוי הן התיאוריה החברתית-קוגניטיבית ותיאוריית השינוי. הראשונה מניחה שחוללנות עצמית (self-efficacy), הציפייה ו/או האמונה של האדם שהוא יכול להשפיע על התנהגותו והאמון בתוצאה, היא גורם מניע אוניברסלי לשלומות (well-being) ולהשגת מטרת (Pajares 2002). תיאוריית השינוי מניחה שהאדם עובר ששה שלבים כשהוא מנסה לחולל שינוי בחייו - הרהור, התבוננות, הכנה, פעולה, שמירה, סיום - וכי יש להתחבר לאדם בשלב בו הוא נמצא (Wallace and Lahti 2005).

סביבה שמעודדת ומקלה על האדם - כגון מידע בריאותי, סימון מוצרים ותכנון אורבני מעודד הליכה - מגבירה את הסיכוי לחולל שינוי שיאריך ימים.

יחסי הגומלין בין האדם ותכונותיו לבין התנאים הסביבתיים מהווים את בסיס המודל האקולוגי-חברתי. המודל הינו החוט המקשר בין הסיווג הבינלאומי של בריאות, תפקוד ומוגבלות (ICF) ובין תוכניות קידום בריאות לקיום אורח חיים בריא. ולכן, המודל האקולוגי-חברתי מהווה את בסיס הפעולה לקידום בריאות ושמירה על תפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות.

## 4. פעילות קידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות בעולם: סקירת ספרות

“It takes more than ramps to solve the crisis of healthcare for people with disabilities”  
(Panko Reis, et al. 2004)

בעקבות נתונים קשים לגבי מצב בריאותם של אנשים עם מוגבלות הולך וגובר העניין בקשר בין בריאות ומוגבלות בישראל ועולם. בסיס הידע הורחב ותהליכי תיעוד והערכה של התערבויות קיימות וחדשות צברו תאוצה בשנים האחרונות. הספרות המקצועית והעשייה מתפתחות במספר כיוונים: הגברת המודעות לנושא בקרב מערכת הבריאות/אנשי מקצועות הבריאות ובקרב האוכלוסייה; הרחבת הידע לגבי הצרכים הייחודיים במצבי בריאות ומוגבלות שונים; ביסוס התערבויות שהוכחו כמוצלחות (Evidence-based practice); ופיתוח מדדי הערכה. פרק זה סוקר מגמות אלו בעולם ובישראל.

### 4.1 מודעות

במסגרות בינלאומיות ומדינות שונות הולכת וגוברת המודעות לקשר שבין בריאות למוגבלות. כך, בשנת 2005, ארגון הבריאות העולמי ערך תחרות צילומים בנושא בריאות ומוגבלות. הצילומים מאתגרים את ההגדרות המקובלות של בריאות ומוגבלות ומבטאים את האוניברסליות של הנושא הזה (World Health Organization) (2005).

לציון היום הבינלאומי לאנשים עם מוגבלות ב-2009, כתב העת The Lancet הוציא לאור גליון מיוחד המוקדש לנושא נכויות. צוות נכויות של ארגון הבריאות העולמי ערכו את הגליון, שהדגיש, בין היתר, את החשיבות בהכשרת אנשי מקצועות הבריאות לנושא המוגבלות. בארה"ב הנושא קיבל דחיפה משמעותית בהקמת צוות יעודי ואתר אינטרנט לנושא בריאות ומוגבלות במרכז לפיקוח על מחלות (Center for Disease Control). במדינות אחרות כמו אנגליה, אוסטרליה וניו זילנד הוקמו יחידות ארציות ומקומיות מוקדשות לנושא בריאות ומוגבלות.

העלאת המודעות הביאה להפניית תקציבים לבניית מסדי נתונים בינלאומיים, אזוריים ומקומיים. כך לדוגמא, ארגון בריאות העולמי מכין דו"ח בינלאומי על מוגבלות, שמתוכנן לצאת ב-2011, האיחוד האירופי מפתח מאגר אזורי (Measuring Health and Disability in Europe: Supporting Policy Development) ובארה"ב המרכז לבקרה על מחלות מפרסם נתונים בנושא (Center for Disease Control 2006). כמו כן, הופנה תקציבים לפיתוח הידע (ראה פרק 4.2), ולפיתוח תוכניות התערבות (ראה פרק 4.3). המודעות הגוברת הביאה גם לפעילות בקרב מקצועות הבריאות בשני מישורים - העלאת המודעות של אנשי מקצועות בריאות (יחד עם הנגשת השירות), ועידוד הזדמנויות לאנשים עם מוגבלות להיכנס למקצועות הבריאות.

### העלאת מודעות של אנשי מקצועות הבריאות

מתפתחות בעולם תוכניות הדרכה להעלאת המודעות של אנשי מקצועות הבריאות בסוגיות הקשורות במתן שירותים לאנשים עם מוגבלות, לרבות זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות לשוויון הזדמנויות בקבלת שירותי בריאות ולחיים בכבוד בקהילתם. אלו מעוגנים באמנה לזכויות אנשים עם מוגבלות (Convention on Rights of People with Disabilities - CRPD) (ראה נספח 1: CRPD Article 25: Health) שישראל חתומה עליה יחד עם עוד 143 מדינות (United Nations).

באנגליה פיתחו תוכניות הדרכה כוללניות כגון תוכנית ההדרכה הארצית למערכות הבריאות והרווחה שנקראת A National Framework for Disability Equality & Etiquette Learning (DEEL) for Health & Social Services (Disabilities Rights Commission and the Department of Health 2007). התוכנית כוללת שבעה תחומים: הבנת המוגבלות, שיוויון הזדמנויות, תפקיד השירותים, התנהגות נאותה (etiquette) כללית, התנהגות נאותה ספציפית לסוג המוגבלות, מטפלים, הגנה על מבוגרים. כמו כן יש תוכניות ספציפיות הן לסוג

אנשי המקצוע והן לסוג המוגבלות כמו תוכנית לעובדי סיעוד למתן שירות לאנשים עם מוגבלות קוגניטיבית (Hardy 2009).

בישראל, בעקבות חקיקת חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות (1998) הוקמה מנהלת נגישות במשרד הבריאות. במסגרתה פעלו שלושה צוותים בתחומי: הנגשת מבנים, הנגשת השירות וחינוך והסברה (העלאת מודעות). כמו כן, בשירותי הבריאות מונו צוותי נגישות. ההשקעות הראשוניות הינם בהנגשה פיזית, אך ישנם גם יוזמות להעלאת המודעות דרך הנגשת השירות, חינוך והסברה בכל מערכת הבריאות. לדוגמה: המרכז לחיים עצמאים בחיפה פועל בשיתוף עם צוות מרפאת נשים זבולון של שירותי בריאות כללית להנגשת מרפאת נשים על כל היבטיה - פיזית, שירות, חינוך והסברה; שירותי בריאות מכבי" הנגישה 90% מהמרפאות שלה כולל מרפאה לדוגמה באשקלון; וארגון בזכות הפיק חוברת הדרכה להנגשת השירות הרפואי (לרנר ווייסברג 2007) ומפעיל סדנאות בנושא.

### קידום הזדמנויות לאנשים עם מוגבלות להיכנס למקצועות הבריאות

מעבר להרחבת האופציות התעסוקתיות לאנשים עם מוגבלות, כניסתם של אנשים עם מוגבלות למקצועות הבריאות מוסיפה ערך למקצועות עצמם בשני מישורים: נסיונם האישי של אנשים עם מוגבלות כצרכני שירותי בריאות יכול לתרום לרעיונות לשיפור השירות; נוכחותם בצוותים תגביר את המודעות ותתרום לשינוי עמדות בקרב אנשי הצוות לסוגיות הקשורות למוגבלות. בשנת 2003 קיימה מכללת הסיעוד של המרכז הרפואי האוניברסיטאי רש (Rush) בשיקגו, כנס בנושא "תלמידים עם מוגבלויות: חינוך ומקצוע הסיעוד". בכנס הוצגו סיפורם האישיים של אנשי סיעוד עם מוגבלות (פיזית וחושית) לצד דיונים בסוגיות חוקיות, חינוכיות, תעסוקה ורישיונות. מיקוד הדיונים היה "מה זה אומר להיות איש/אשת סיעוד?", והתשובות שוברות סטיגמות ודעות קדומות על מה אנשים עם מוגבלות יכולים או לא יכולים לעשות. כתוצאה מכך מערכת הבריאות התברכה באנשי מקצוע מעולים (Pischke-Winn, Gainor Andreoli and Kasmier Halstead 2004).

המרכז הרפואי האוניברסיטאי רש ממשיך להוביל בהשתלבות אנשים עם מוגבלות בכל התארים שהוא מעניק (רפואה, סיעוד, מדעי הבריאות ואחרים) ובהנגשת שירותי הבריאות שהוא מעניק בבית החולים. בימים אלו נבנה בית חולים חדש למרכז הרפואי רש בשיקגו, כאשר התכנון לוקח בחשבון את צרכי אנשי הצוות עם מוגבלות ומאושפזים עם מוגבלות. בפגישה עם הצוות המוביל את ההשתלבות באוניברסיטת רש (Huckman, et al., 2010), סיפרו לאנשי הצוות שהגישה שלהם כלפי התלמידים היא אישית, והם עובדים עם מעסיקים פוטנציאליים כדי לסלול את הדרך לתעסוקה של הבוגרים במקצוע. יש ברש תלמידים עם כל סוגי המוגבלות - מוטורית, ראייה, שמיעה, וליקוי למידה. אחד התלמידים לרפואה הוא לדברי אחד ממובילי התוכנית: "יש המון מחשבות מוטעות לגבי מה אדם עם מוגבלות יכול לעשות". כעת לומד אצלם אדם קטוע בארבע גפיים.

בישראל קיים קורס הכשרה לאנשים עם מוגבלות (ראייה ופיזית) כמעסים רפואיים. עד כה הוכשרו קרוב ל-200 איש ומעל 25% עוסקים בתחום בעיקר באופן עצמאי.

## 4.2 ידע

כדי לפעול על-פי ציווי היפוקרטס "קודם כל, אל תזיק" ("first, do no harm") המעוניינים לפעול בתחום קידום בריאות ושמירת תפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות זקוקים לידע מבוסס על תהליכים גופניים בכל סוג מוגבלות, והשפעת פעילות גופנית, תזונה, תרופות ואורח חיים על תהליכים אלו. כדי להגיע ל"שביל הזהב" של הרמב"ם שכולל את הצורך בהתעמלות, אכילה מסודרת ומתונה, הקפדה על שינה מספקת, על היגיינה אישית, ועוד, נדרש ידע על הפסיכולוגיה של מוטיבציה לשינוי אורח חיים, ועל השפעת הסביבה בתהליכים אלו.

קיים ידע רב לגבי יעילות של תוכניות פעילות גופנית ותזונה בקרב האוכלוסייה הכללית בעולם (World Health Organization 2009) ובישראל (גינסברג, רוזנברג ורוזן 2010). כיום פועלים לתקף ידע זה לגבי אנשים עם מוגבלות. אחד המקומות המובילים בעולם בנושא, הוא המרכז למחקר על קידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלויות באוניברסיטת אילינוי בשיקגו שפועל להרחבת בסיס הידע על התערבויות מוצלחות ולהפצתן (University of Illinois, Chicago). דרך מחקרים כגון בדיקת יעילות בהתערבויות להגברת הפעילות הגופנית

בקרוב נשים עם מוגבלות פיזית שגם סובלות מהשמנת יתר. המחקר הראה ששיטה שכללה אימון קבוצתי ואימון טלפוני הייתה יעילה בהורדת משקל והגברת הפעילות הגופנית בקרב הנשים (Rimmer, et al. 2009). הפצת הידע נעשתה דרך המועצה הלאומית לפעילות גופנית ומוגבלות בארה"ב (National Council of Physical Activity and Disability NCPAD) הפועלת לקידום התועלת הבריאותית שאפשר להפיק מהשתתפות בפעילות גופנית רגילה. האתר של ה-NCPAD מרכז מידע רב על פעילות גופנית ותזונה לגבי סוגי מוגבלות רבים. המידע מיועד הן לאנשים עם מוגבלות והן לאנשי מקצוע. ה-NCPAD פועל גם בתחומי המחקר, ההדרכה והכשרת אנשי מקצוע (ראה פרק 3.3.1). גם בקנדה פועלים לתקף את הידע לגבי פעילות גופנית לאנשים עם מוגבלות פיזית במסגרת תוכנית ארצית לעידוד פעילות גופנית (Martin- Ginis and Hicks 2007).

גם בארץ פועלים בפיתוח ידע. במרכז השיקום של המרכז הרפואי הדסה (הר הצופים) ערכו מחקר על תסמונת פוסט-פוליו וממצאיו יפרסמו בקרוב. כמו כן, נערך במרכז מחקר על שיתוק מוחין ופגיעות עמוד השדרה. במרכזי שיקום אחרים (תל השומר, רעות) מתפתח ידע על פגיעות עמוד השדרה. פרופ' אבי עורי (אוניברסיטת תל אביב) חוקר את תופעת ההזדקנות המוקדמת (מואצת) של אנשים עם מוגבלות.

התפתחות חשובה בשנים האחרונות הינה ספרות המתמקדת בקידום ושמירת בריאות של אנשים עם מוגבלות קוגניטיבית ושל נפגעי נפש. ספרות זאת מתייחסת לסוגיות ייחודיות של אוכלוסיות אלו כולל תחלואה כפולה, השמנת יתר השפעת תרופות על המצב הבריאותי. להלן מספר דוגמאות:

• מוגבלות קוגניטיבית:

- Health Action Planning and Health Facilitation for people with a learning disability – good practice guidance (Department of Health (UK) 2009)
- Health Matters: The Exercise and Nutrition Health Education Curriculum for People with Developmental Disabilities (Marks, Sisirak and Heller 2010)
- Health Matters for People with Developmental Disabilities: Creating a Sustainable Health Promotion Program (Marks, Sisirak and Heller 2010a)

• נפגעי נפש:

- Choosing Health: Supporting the physical needs of people with severe mental illness (Department of Health (UK) 2006)
- The Physical Health Mental Health Handbook (NSW Department of Health 2009)

### 4.3 התערבויות מקדמות בריאות

פרק זה סוקר התערבויות בתחומי פעילות גופנית, תזונה, הפסקת עישון, וקידום אורח חיים בריא.

#### פעילות גופנית

פעילות גופנית עבור אנשים עם מוגבלות כוללת פעילות שעל פני הרצף בין פעילות שיקומית ועד ספורט תחרותי/אתגרי. התפתחו מספר גישות המשלבות בין תחומים הקשורים למדעי התנועה כגון: פיזיולוגיה של התעמלות, אנטומיה, קינסיולוגיה (מדע התנועה), ניורולוגיה ותחום ההנגשה. בין הגישות נכללות:

- **פעילות גופנית מותאמת** (Adapted Physical Activity) - התאמת פעילות ספורטיבית ופנאי כגון: הליכה/ריצה, אופניים, משחקי כדור, שחייה, ריקוד וכו' לאנשים עם סוגי מוגבלות שונים במטרה לשפר ולהגביר את היכולת הגופנית וההנאה מהחיים (לב 2010) (הוצר 2006). פעילות מסוג זה מקודמת בכל העולם ע"י ארגונים בין-לאומיים, אזוריים (אירופה) ומקומיים כולל ישראל, לדוגמה ה-International Federation of Adapted Physical Activity וה-European Federation of Adapted Physical Activity. קיימות תוכניות לימוד לתואר ראשון בפעילות גופנית מותאמת (בישראל במכללת זינמן בוינגייט) ותארים מתקדמים (ישראל שותפה לקונסורציום של אוניברסיטאות ומכללות אירופאיות).

- **כושר גופני משלב (Inclusive Fitness)** - מדובר בהשתלבות אנשים עם מוגבלות בפעילות, בעיקר בחדרי כושר, אך גם במקומות פעילות גופנית/פנאי נוספים. התחום מפותח בצפון אמריקה (Inclusive Fitness Coalition), אנגליה (Inclusive Fitness Initiative) ואירלנד (CARA Adapted Physical Activity Centre). ה-NCPAD פיתח כלי להערכת הנגישות של חדרי כושר ומפעיל תוכנית הכשרה ל-Certified Inclusive Fitness Trainer ביחד עם ה-American College of Sports Medicine. בשיחה עם פרופ' ג'יימס רימר מנהל ה-NCPAD עלה כי הם רואים את שיתופם של אנשים עם מוגבלות בחדרי כושר אוניברסלים כאחד המענים הטובים לקידום פעילות גופנית ובריאות בקרב אנשים עם מוגבלות. בחדרי כושר יש מגוון פעילויות שאפשר להתאים לאנשים עם צרכים שונים. לדבר זה יש גם היגיון כלכלי - חדרי כושר בד"כ לא עמוסים בשעות היום ואם יהיו אנשים שיוכלו לנצל את השעות ה"ריקות" ייתכן שיהיה אפשר להוזיל את עלות ההשתתפות (J. Rimmer 2010). יש לציין שבישראל חוק הספורט דורש אישור רפואי לכל מתאמן בחדר כושר בכל גיל. הדבר עלול להיות מכשול לאנשים עם מוגבלות להשתמש בחדרי כושר, אבל גם מהווה מקדם בטיחות חיוני.
- **כושר גופני פונקציונאלי (Functional Fitness)** - כושר גופני פונקציונאלי התפתח כמענה לירידה בתפקוד אצל אנשים מזדקנים. בשנים האחרונות, הוא הותאם לאוכלוסיות נוספות, לרבות לאנשים עם מוגבלות. במכון השיקום של שיקגו, אנשים המסיימים את תקופת השיקום מופנים לפעילות כושר גופני פונקציונאלי, שם בונים על כישורים שנלמדו בטיפול הפיזיותרפיה והריפוי בעיסוק, במטרה להמשיך בפיתוח כישורים פיזיים כדי להגדיל למקסימום את התפקוד הפונקציונאלי הנדרש לפעילויות יום-יומיות כגון, הליכה, מעברים ושיווי משקל (Rehabilitation Institute of Chicago 2010).
- **פעילות טיפולית** כוללת פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, הידרותרפיה, רכיבה טיפולית וכד'. היא ניתנת בדרך כלל במסגרות שיקומיות (וממומנת כך). בישראל במסגרת סל הבריאות ניתן מספר מוגבל מאד של טיפולים (12 בשנה) וגם זאת כמענה למקרים אקוטיים. הסל אינו כולל טיפולים מניעתיים המיועדים לשמירה על אורח חיים בריא ומניעת התדרדרות. יש גם מודלים המקשרים בין התחום השיקומי ופעילות בקהילה כמו במרכז בייטסולין בנורבגיה (BEITOSTØLEN Health Sports Center), שם אדם עם מוגבלות מקבל הערכה שיקומית, מתנסה בפעילויות גופניות שונות ומקבל המלצות לפעילות גופנית בקהילה שתשמור על הבריאות והתפקוד. השהייה במרכז הינה ל-2-3 שבועות בשנה בתנאי אכסניה.

## תזונה

תזונה נבונה ותפריט בריאותי מהווים מקדמי הגנה עבור האדם, משפר תפקוד ומאריך חיים. תפריט שאינו בריאותי מהווה גורם סיכון ותורם להשמנת יתר ולתחלואה כגון: מחלות לב וכלי דם, סרטן, סכרת ולחץ דם גבוה. עקרונות תזונה נבונה ידועים. עקרונות אלו חלים גם על אנשים עם מוגבלות עם התאמות למצבים ייחודיים של כל אדם - פיזיולוגיים, תרופתיים וכד'. לדוגמה "המדריך לתזונה נבונה ואורח חיים בריא במערך בריאות הנפש בקהילה" מאמץ את העקרונות הכלליים לתזונה נבונה של משרד הבריאות ומתייחס לצרכים הייחודיים של אוכלוסייה זו. (שטל, ואחרים 2010)

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

### • רמה 1: תזונה מספקת (הולמת) מבחינה בטיחותית ותזונתית

0	האוכל מספק מבחינת כמות ואיכות
0	האוכל כולל מגוון פירות, ירקות ודגנים מלאים
0	האוכל מוכן ושומר באופן בטוח
0	התפריט היומי כולל שלוש ארוחות וארוחת ביניים
0	פעילות גופנית רגילה
0	מכבד את ההעדפות האישיות לגבי אוכל של כל אדם

- רמה 2: תזונה מותאמת לצרכים האישיים (בנוסף למרכיבים המפורטים ברמה 1)
  - 0 ניהול מצבים רפואיים
  - 0 ניהול מצבים משניים (מצבי בריאות ומגבלות)
  - 0 עונה על צרכים מיוחדים אחרים
- רמה 3: תזונה מקדמת בריאות (בנוסף למרכיבים המפורטים ברמה 1+2)
  - 0 שפע של אוכל מן הצומח
  - 0 רמות נמוכות של שמנים רוויים ושומן טרנס
  - 0 כמויות מוגבלות של סוכר פשוט ומלח
  - 0 יותר חלבונים צמחיים (קטניות, אגוזים ודגנים), פחות חלבונים מהחי, וחלבונים מן החי עם פחות אחוזי שומן
  - 0 תוספת ויטמינים ומינרלים
  - 0 כמות אלכוהול מוגבלת

## הפסקת עישון

האיגוד האמריקאי לבריאות ומוגבלות סקר תוכניות שונות להפסקת עישון בקרב אנשים עם מוגבלות בארצות הברית (American Association on Health and Disability). התוכניות שנסקרו התייחסו הן לתוכניות לאוכלוסיות ייעודיות לאנשים עם מוגבלות שונה כגון: חרשים וכבדי שמיעה, נפגעי נפש, תרשת נפוצה, נפגעי חוט השדרה, ונשים; והן תוכניות אוניברסליות שהתייחסו לאוכלוסיות של אנשים עם מוגבלות באופן כללי (ללא התייחסות לסוג המוגבלות). בשני המקרים מדובר בתוכניות קיימות שהותאמו לאוכלוסיות אלו. המסר החשוב שעולה מהסקירה, הוא הצורך להנגיש את המידע הן על סכנות העישון והן על דרכים להפסקת עישון לאוכלוסיות ספציפיות. תוכנית מיוחדת בתחום היא תוכנית אוסטרלית להפסקת עישון שהותאמה לאנשים עם מוגבלות קוגניטיבית. מדריך התוכנית נמצא באינטרנט (Centre for Developmental Disability Health, Victoria 2007).

## אורח חיים בריא

תוכניות קידום אורח חיים בריא משלבות ידע בריאותי לרבות ידע על גורמי סיכון כגון עישון, פעילות גופנית, ידע תזונתי עם כלים להגברת המודעות האישית והמוטיבציה לקיים אורח חיים בריא. בארה"ב מקדמים תוכניות קידום בריאות בגישת התערבות שהוכחה כמוצלחת Evidence-based practice, להלן מספר דוגמאות:

### • Living Well with a Disability - The University of Montana Rural Institute

התוכנית פותחה בשותפות עם אנשים עם מוגבלות ומופעלת כתוכנית עמיתים. במסגרת התוכנית עוברים המשתתפים סדנה בת שמונה מפגשים שכוללת: קביעת מטרות, פתרון בעיות, מחשבה חיובית, הימנעות מאורח חיים מדכא, תקשורת בריאותית, חיפוש מידע, תזונה, פעילות גופנית, ייצוג-עצמי, שמירה על אורח חיים בריא. התוכנית נבנתה בשיטת מחקר התערבות מושהית בקבוצת ביקורת (Delayed Intervention Comparison Group), שבחנה תוצאות בריאות/מוגבלות ועלות-תועלת. הממצאים בשני המישורים היו משמעותיים. המשתתפים דרגו את ההגבלות בעקבות מצבי בריאות משניים ב- 10.4% פחות לאחר ארבעה חודשים ובמקביל דיווחו על עלייה ב- 11.3% בהתנהגויות בריאות. בתחום הכלכלי הממצאים מראים שהתוכנית מכסה את עלותה תוך 6 חודשים על-ידי ירידה בשימוש בשירותי בריאות.

### • Healthy Lifestyles for People with Disabilities - (Abdullah, et al. 2004, Horner-Johnson and Weaver)

התוכנית פותחה בשותפות עם אנשים עם מוגבלות ומופעלת כתוכנית עמיתים. במסגרת התוכנית עוברים המשתתפים סדנה בת 3 ימים ופגישות חודשיות במשך 6 חודשים שכוללות: מהו אורח חיים בריא; לדעת מי אני

(לחיות לפי הערכים שאני מציב); לדעת מה אני צריכה/ה; תהליך פיתוח מטרות. התוכנית נבנתה בשיטת מחקר התערבות מושהית בקבוצת ביקורת Delayed Intervention Comparison Group שבחן שלומות (well-being) על ידי ה- Health Promoting Lifestyle Profile II. כלי זה מודד אחריות בריאותית, פעילות גופנית, תזונה, התפתחות רוחנית, יחסים בין-אישיים, וניהול מתח. כל הקבוצות הראו עליה משמעותית במדד, תוצאות שנשמרו גם תשעה חודשים לאחר סיום הסדנה.

- **Health Empowerment Zone - HEZ (University of Illinois at Chicago)**

מטרת התוכנית היא לשפר גישה לאנשים עם מוגבלות בניידות לסביבה התומכת בפעילות גופנית ובצריכת מזון דל שומן ובריא. התוכנית נבנתה מלכתחילה בשיטת מחקר קהילתית משתתפת (Community-based Participatory Research CBPR). החוקרים פיתחו כלי להערכת הסביבה הפיזית, הבוחן את נגישות המדרכות, התחבורה, מרכולים, חדרי כושר ופארקים, שממנו אפשר לקבל אינדקס שכונתי. במקביל אספו נתונים בקרב אנשים עם מוגבלות בניידות לגבי פעילות גופנית, הזמן שהם מבלים מחוץ לבית, צריכת מזון, מצבי בריאות משניים וגישה לקהילה. הייחודיות של תוכנית זו הייתה השימוש בטכנולוגיות ה- GIS שממפה את כל המידע ומאפשרת הצלבת הנתונים האישיים והסביבתיים (Eisenberg 2009).

- חיים לשנים (חי"ל)

ארגון אשל-ג'וינט מפעיל מזה כ-15 שנה את תוכנית חי"ל המכשירה מתנדבים קשישים כמקדמי חיים בריאים בקרב קשישים. הפעילויות שמפעילים מתנדבי חי"ל בקהילותיהם כוללת בין היתר: קבוצות הליכה, איתור בעיות ירידה בשמיעה ובריאות, סדנאות ביטול על פי עקרונות תזונה נבונה, הפצת מידע והתארגנות בנושאי צרכנות.

#### 4.4 מדדי תוצאה

מדדי תוצאה מאד חשובים ככלי לקביעת התערבויות כמוצלחות. תוכניות לקידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות נמדדות על פי תוצאות אישיות, קהילתיות ומערכתיות:

- אישיות - שינוי באורח חיים, מדדי בריאות, תחושת שלומות (well-being), תפקוד ורמת השתתפות בחיי המשפחה והקהילה, וחוללות-עצמית (self-efficacy). ראה לוח 2 (עמוד 18).
- קהילתיות ומערכתיות - עמדות, נגישות, הכלה (inclusivity), השפעה על שימוש בשירותי בריאות, מודעות של צוותי בריאות לנושא המתבטא בין היתר בהפניית אנשים עם מוגבלות לפעילות קידום אורח חיים בריא, עלות-תועלת. ראה לוח 3 (עמוד 19).

הספרות על התערבויות שהוכחו כמוצלחות (Evidence-based Practice) בתוכניות לקידום בריאות, שינוי אורח חיים ושמירה על תפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות התפתחה מאד בשנים האחרונות. מערך מחקר מועדף לתחום קידום בריאות ומניעה הינו התערבות מושהית בקבוצת ביקורת (Delayed Intervention Comparison Group) שבה קבוצת הביקורת מקבלת את ההתערבות בהשהיה מקבוצת ההתערבות. התוכניות לקידום אורח חיים בריא שנסקרו בפרק הקודם הוערכו על פי קנה מידה מחקרי זה.

כלי המדידה שנמצאים בשימוש בהערכת תוכניות קידום בריאות לאנשים עם מוגבלות כוללים כלים שפותחו במיוחד לתוכניות המיועדות לאנשים עם מוגבלות וכלים אוניברסליים שנבחנו ונמצאו מותאמים גם לאנשים עם מוגבלות. (Center for Research on Women with Disabilities 2003).

מהלך חשוב נוסף בתחום ההערכה הוא קידום היישום של ה- ICF במדידה ובהערכה. אב"ע בשותפות עם מכון הבריאות הארצי (NIH) פיתחו כלי להערכת מוגבלות (Üstün, et al. Disability Assessment Schedule (2010). כמו כן, גופים רבים באירופה, ארה"ב, אוסטרליה (Schulz 2008) וארגונים בינלאומיים כגון ה- World Confederation for Physical Therapy (WCPT) עוסקים בכך.

מקורות נוספים למידע על מדדים ומערך הערכה הם: אתר הדרכה על התערבות התנהגותית מבוססת הוכחה (Evidence-based Behavioral Practice) שהשיקה אוניברסיטת נורת'וסטרן בשיקגו (Northwestern University). ופרויקט מדדי תוצאה (Outcomes Indicators Project) המשותף למכון העירוני והמרכז למה שעובד בארה"ב. (The Urban Institute and The Center for What Works)

## לוח 2: מדדים אישיים

תחום	כלי
התנהגויות בריאותית	<p><b>Health Promoting Lifestyle Profile II-Walker and Hill-Polerecky 1996</b> שאלון למילוי עצמי למדידת התנהגות מקדמת בריאות, המוגדרת כדפוס רב-מימדי של פעילות יזומה ותפיסות המסייעות לשיפור החוללות, המימוש העצמי וההגשמה של הפרט. יש 52 פריטים ב-6 תחומים: אחריות לבריאות; פעילות גופנית; תזונה; צמיחה רוחנית; יחסים בין-אישיים; ניהול מתח.</p>
	<p><b>Barriers to Physical Activity and Disability Survey - UIC-CHP</b> שאלון למילוי עצמי על העניין, הפרקטיקה והחסמים לפעילות גופנית לאנשים עם מוגבלות.</p>
	<p><b>Physical Activity and Disability Scale - NCPAD</b> שאלון למילוי עצמי על פעילות גופנית - בתרגילים, בפעילות פנאי, בעבודות במשק הבית או בתעסוקה.</p>
מצב בריאות	<p><b>שומן גופני - אינדקס מסת גוף, מדדי היקפים, מדד קיפולי עור (קליפר), מבדק עכבה בהולכה ביו-חשמלית.</b></p>
	<p><b>מערכת לב-נשימה - תפקוד ריאות בספירו-מטריה, יעד קצב לב בפעילות, מבדק דיבור בפעילות, סולם תפיסת מאמץ של בורג, מבדק ספיגת חמצן מקסימלית.</b> שאלון מוכנות לפעילות גופנית (Canadian Society for Exercise Physiology 2002) (PAR-Q).</p>
	<p><b>יכולת פיזית - סיבולת שריריים, חוזק שרירים, גמישות.</b></p>
תפקוד והשתתפות	<p><b>Disability Assessment Schedule (WHODAS) - Üstün, et al. 2010</b> שאלון למילוי עצמי המבוסס על הסיווג הבינלאומי של מוגבלויות ICF. "ב - 30 הימים האחרונים כמה קושי היה לך ב....." 36 פריטים ב-6 תחומים: קוגניציה; ניידות; טפול עצמי; מסתדר; פעילות חיים; השתתפות בפעילות.</p>
	<p><b>Secondary Conditions Assessment - UIC-CHP</b> שאלון למילוי עצמי על מצבים הקשורים למוגבלות. מכסה 20 מצבים משניים (כגון להסתובב בחוץ, התכווצות שרירים; דלקת במערכת השתן, עייפות, נוקשות שרירים, חולשה גופנית, מבודדות, משקל, נפילות, לחץ דם). לגבי כל מצב נמדד אם הוא מגביל פעילויות בקהילה, בבית, בביצוע ADL, חברתית ובתחומים אחרים.</p>
	<p><b>Activity Limitation Score PRS - Mont and Loeb 2008</b> שאלון למילוי עצמי המבוסס על הסיווג הבינלאומי של מוגבלויות ICF. "כמה קשה לך לבצע פעילות זאת בלי כל סיוע כל שהוא?" 18 פריטים ב-4 תחומים: חוויות סנסוריות; למידה בסיסית ושימוש בידע; תקשורת; ניידות.</p>
	<p><b>Participation Restriction Score (PRS) - Mont and Loeb 2008</b> שאלון למילוי עצמי מבוסס על ICF. "האם יש לך קושי כלשהו בביצוע הפעילות בסביבה בה אתה נמצא כיום?" 22 פריטים ב-5 תחומים: טיפול עצמי; חיים בבית; התנהגויות בין-אישיות; תחומי חיים מרכזיים; קהילה, חברה ומעורבות אזרחית.</p>
חוללות עצמית	<p><b>General Self-Efficacy Scale</b> שאלון למילוי עצמי להערכת תחושה כללית על תפיסת המסוגלות העצמית כדי לנבא יכולת התמודדות עם מטלות יומיומיות ועם מצבי מתח. 10 פריטים שכל אחד מתייחס להתמודדות מוצלחת.</p>

### לוח 3: מדדים קהילתיים

תחום	כלי
עמדות	<p><b>Attitudes and Behaviors Towards People with Disabilities</b> שאלון למילוי עצמי. 25 פריטים ב - 3 תחומים: עמדות; התנהגויות; תכונות אישיות כולל האם יש לאדם מוגבלות.</p> <p><b>עמדות מעסיקים כלפי אנשים עם מוגבלות (Attitudes of Employers to PWD)</b> (Israel-CBS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• שיעור ההכרות עם אנשים עם מוגבלות</li> <li>• שיעור ההעסקה של אנשים עם מוגבלות</li> <li>• מידת הנכונות להעסיק עובדים עם מוגבלויות</li> <li>• בחינת הגורמים העשויים לעודד מעסיקים לגייס עובדים עם מוגבלויות</li> </ul>
	<p><b>Shortened Environmental Accessibility Checklists - UIC-CHP</b> בדיקות נגישות הסביבה: מרכזי פעילות גופנית, חנויות מכולת, מדרכות, מסלולי נסיעה קבועים ושירותי נסיעה נגישים לנכים.</p> <p><b>AimFree Fitness Center and Swimming Pool Accessibility Assessments - UIC-CHP</b> כלי הערכה של חדרי כושר ובריכות (יש גרסאות לשימוש של צרכנים ושל אנשי מקצוע).</p> <p><b>מדדי נגישות שפותחו ע"י נגישות ישראל</b> הנחיות נגישות לפארקים, בריאות, מסעדות, חנויות ועוד.</p> <p><b>Community Health Environment Checklist (CHEC) (University of Kansas Research and Training Center n.d.)</b> מדדים אובייקטיביים של הסביבה (פיזית וחברתית) כולל התיחסות לתכונות החשובות לאדם עם מוגבלות - האם הוא יכול להיכנס לבנין, לעשות מה שהוא צריך ולצאת החוצה? סוגי מוגבלות: ניידות; ראייה חלשה; שמיעה חלשה אתרים: 17 אתרי יעד (כגון משרדי ממשלה, שירותי בריאות, חנויות, מתקני דת, מתקני ספורט)</p>
השתתפות וקבלה	<p><b>Community Resource Index (CRI) (University of Kansas Research and Training Center n.d.)</b> שאלון סקר לאיסוף מידע על שירותים חיוניים לבעלי מוגבלות. אינדקס משאבים קהילתי ממוחשב CACRI - סקר ממוחשב אינטרנטי (בפיתוח)</p> <p><b>Community Participation and Perceived Receptivity Survey (CPPRS)</b> (University of Kansas Research and Training Center n.d) פריטי סקר שפותחו לבחינת התפיסות של אנשים עם מוגבלות בניידות לגבי האופן בו הקהילות שלהם פתוחות לקבל אותם.</p> <p><b>Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF)</b> שאלון למילוי עצמי שבודק עד כמה אלמנטים בסביבה הפיזית, החברתית והפוליטית משמשים מחסומים או מאפשרים השתתפות מלאה לאנשים עם מוגבלות. גרסה מלאה: 25 שאלות; גרסה קצרה: 12 שאלות. (קיים תרגום לעברית).</p>

## 5. פעילות קידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות בישראל: מיפוי תכניות מניעה/קידום בריאות

Provide persons with disabilities with the same range, quality and standard of free or affordable health care and programmes as provided to other persons, including in the area of sexual and reproductive health and population-based public health programmes;

UN Convention on Rights of Persons with Disabilities, Article 25

במהלך שלב הלימוד נערכו פגישות עם גופים המייצגים קשת רחבה של פעילות ומומחיות בתחומי המדיניות, השירותים, ההדרכה והמחקר הקיימים בישראל (לרשימה המלאה, ראו נספח 2). יצוין שיש גופים נוספים שעוסקים בתחומים אלו אך מפאת קוצר הזמן לא התאפשר לכלול אותם בשלב הלימוד עד כה, ביניהם, פעילות נכי צה"ל, הספיישל אולימפיקס, ועוד. פרק זה ממפה גופים נבחרים שעוסקים בפעילות גופנית, תזונה ואורח חיים בריא ובהכשרה בתחומים אלו (ראה לוח 2, עמודים 16-18).

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

בנושא העישון, מאז נכלל טיפול להפסקת עישון בסל הבריאות אנשים עם מוגבלות יכולים להנות ממנו. יש צורך בהנגשת תוכניות למניעה והפסקת עישון לאוכלוסיית נפגעי הנפש ולאנשים עם מוגבלות חושית וקוגניטיבית. בנוסף לגופים שיוזכרו להלן, קיימים גופים נוספים כגון מרכזי שיקום, וארגונים שעוסקים באביזרי (השאלה, פיתוח והתאמה), שיש להם נגיעה לתחומי הפעילות הגופנית וקידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות.

לוח 4: נותני שירותים נבחרים בתחומי אורח חיים בריא, פעילות גופנית, תזונה, עישון והכשרה

שירות אוניברסלי (לכלל האוכלוסייה)					
הכשרה	הפסקת עישון	תזונה	פעילות גופנית	אורח חיים בריא	נותני שירותים
✓				✓	<b>המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות</b> מממנות כ- 60 תוכניות קידום בריאות בשנה הפועלות דרך לשכות הבריאות. פיתח קורס שנתי (166 שעות, בתל השומר) "קידום בריאות ותכנון תכניות" לכל המעוניין.
	✓	✓	✓	✓	<b>רשת ערים בריאות</b> מאגדת 30 ערים, מועצות מקומיות ואזוריות, משרדי ממשלה, ארגונים ופרטים, הפועלים יחד לפיתוח הבריאות והקיימות במישור המקומי. הרשת מספקת במה לשיתוף במידע והתנסות ומאפשרת התמקצעות, למידת עמיתים ושותפויות רחבות.
			✓	✓	<b>עירית אשדוד</b> מקדמת תוכנית עירונית לעידוד אורח חיים בריא (פעילות גופנית ותזונה נכונה) בקרב תושבי העיר.
✓	✓	✓	✓	✓	<b>שירותי בריאות כללית</b> מציעים יעוץ תזונתי פרטני לאנשים עם מחלות כרוניות (סכרת, יתר לחץ דם, לב וכד') והשמנת יתר. היחידה לקידום בריאות פועלת לקידום אורח חיים בריא דרך איתור, מניעה, ואוריינות בריאותית (חומרי הדרכה כתובים). השירות הוא אוניברסלי - מחולק על פי מגדר (נשים בהריון), גיל (ילדים, מתבגרים, קשישים), תרבות (ערבים, חרדים, עולים), ומחלה (סכרת, יתר לחץ דם, אי ספיקת לב).
✓	✓	✓	✓	✓	<b>שירותי בריאות מכבי</b> מציעים יעוץ תזונתי פרטני לאנשים עם מחלות כרוניות (סכרת, יתר לחץ דם, לב וכד') והשמנת יתר. מפעילים תוכנית "יועצי פעילות גופנית". במסגרתה הכשירו 150 פיזיותרפיסטים שהתמקדו בחולי סוכרת, פרקים, ילדים שמנים וחולי לב. הפעילות ממומן על ידי משרד הבריאות, מתבצעת בכל הארץ וכוללת 6 מפגשים ללא השתתפות עצמית. במעקב אחרי ביצוע עלה כי - 60% מתמידים לאחר שנה.
			✓	✓	<b>החברה למתנ"סים</b> מפעילה תוכניות "מתנ"ס מקדם בריאות" ומנהיגות נשים לקידום בריאות. מספקת תוכניות פעילות גופנית מגוונת.

שירות אוניברסלי (לכלל האוכלוסייה)					
הכשרה	הפסקת עישון	תזונה	פעילות גופנית	אורח חיים בריא	נותני שירותים
✓			✓	✓	<p><b>ביה"ס למאמנים ומדריכים, מכון וינגייט</b></p> <p>מכשיר מאמנים ומדריכים לספורט תחרותי לרבות ספורט נכים. כמו כן, מכשיר המכון מאמנים לקידום בריאות בתחומים: פעילות גופנית, תזונה ושינוי התנהגות. אנשים עם מוגבלות משתלבים בכל קורסי ההכשרה בכל ענפי הספורט. במכון עוסקים בייעוץ בפסיכולוגיית ספורט לאוכלוסיות כלליות וספורטאים עם מוגבלות. בשיתוף עם משרד הרווחה מכשירים מטפלים מאוכלוסיות מיוחדות - נוער בסיכון ונכים. במסגרת זו מקיימים קורס מעסים לאנשים עם מוגבלות ראייה ומוגבלות פיזית.</p>
✓		✓	✓	✓	<p><b>שיאים וברושים, קמפוס לחינוך, ספורט וחיים בריאים, אוניברסיטת תל-אביב</b></p> <p>קמפוס שיאים - מרכז להסמכה בספורט ובתנועה שמכשיר מדריכים ומאמנים. קמפוס ברושים - מרכז להסמכה ברפואה משלימה והכשרת מטפלים (רמות שונות). נכים משתלבים בכל מסלולי ההדרכה. בעקבות השתתפותם של אנשים חירשים בתוכנית לרפואה משלימה היתה דרישה לקורס שפת סימנים. מפעילים תוכנית light-fit - פעילות קבוצתית לאנשים עם עודף משקל שמשלבת תזונה, פעילות גופנית, פסיכולוגיה, דיקור וכד'.</p>
			✓		<p><b>עמותת קוסל, האוניברסיטה העברית</b></p> <p>עובדים בגישה לפיה הדרך לשינוי התנהגות הוא לתת לאנשים "חוויה טובה" - בתשתית הפיזית של המקום, באופן מתן השירות, באווירה ועוד. משרתים 2,500 איש ביום, רובם בריאים. מרכז הספורט בגבעת רם התחדש לאחרונה עם ציוד חדש ונגיש בחלקו. כמו כן, הקימו מרכז לרפואת ספורט-וקידום בריאות עם הדסה במרכז לרנר בהר הצופים.</p>

שירות יעודי לאוכלוסיית אנשים עם מוגבלות					
הכשרה	הפסקת עישון	תזונה	פעילות גופנית	אורח חיים בריא	נותני שירותים
		✓		✓	<b>המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות</b> מקיימים פיילוט בדיוור מוגן והוסטלים לאנשים נפגעי נפש (שינוי סביבת המקום, שינוי התנהגות). הוציאו "מדריך לתזונה נכונה ואורח חיים בריא במערך בריאות הנפש בקהילה" להוסטלים לנפגעי נפש.
		✓			<b>תחום תזונה, משרד הרווחה</b> מפקח על תזונה במסגרות של המשרד באגף לטיפול באדם המפגר, ובאגף השיקום. במסגרות של האגף לטיפול באדם המפגר עוסקים גם ביעוץ מסגרותי וגם פרטני
			✓		<b>החברה למתנ"סים</b> מעודדים, מתאימים ומסבסדים פעילות פנאי ובכלל זה פעילות גופנית לאנשים עם מוגבלות בתוך המתנ"סים. המגמה היא לשלב אנשים עם מוגבלות בתוך הפעילות הכללית, אך יש גם פעילות נפרדת על פי דרישה.
			✓		<b>מרכז הידרותרפיה שער הנגב</b> מרכז אזורי עם 1,000 מינויים ועוד 500 סטודנטים ממכללת ספיר. התפיסה המנחה הינה של מתקן משלב (Inclusive Fitness), והמתקנים הותאמו למרב סוגי המוגבלות (למעט מתקני הקרדיו בחדר הכושר שאינם נגישים לכסאות גלגלים, מפאת המקום). הפעילות עם נכים נעשית באוריינטציה שיקומית (Functional Fitness). הצוות כולל אנשי מקצוע פרה-רפואיים, מטפלי הידרותרפיה ומדריכי חדר כושר. העבודה עם נכים נעשית באופן פרטני וקבוצתי לאוכלוסיות יעד כגון: נפגעי נפש, אנשים עם סכרת, פיברומיאלגיה וכד'.
✓			✓		<b>מרכז ספורט לנכים איל"ן (ספיבק)</b> מרכז הספורט וההדרכה איל"ן ברמת גן פועל בגישה של פעילות גופנית מותאמת Adapted Physical Activity - APA המתקנים כוללים ברכות טיפוליות, חדר כושר מותאם, מגרשי ספורט פנימיים וחיצוניים ומסלולי אופניים מותאמים. מעודדים פעילות גופנית עם הקהילה. בני משפחה יכולים לרכוש מנוי וכך המקום משולב. בנוסף, הצוות מכשיר ומלווה מדריכים ומאמנים בפריפריה. המרכז מייחס חשיבות לתיעוד הפעילות ומבצע מחקרים המודדים את התוצאות.

שירות יעודי לאוכלוסיית אנשים עם מוגבלות					
הכשרה	הפסקת עישון	תזונה	פעילות גופנית	אורח חיים בריא	נותני שירותים
			✓		<p><b>אתגרים</b></p> <p>העמותה פועלת לחינוך ושיקום ילדים, בני נוער ומבוגרים על פני כל קשת המוגבלויות דרך פעילות אתגרים בטבע בשלושה ענפים: 1) חבל, טיולים ומסעות; 2) שייט; 3) אופניים. הפעילות היא תהליכית ונעשית באופן אישי וקבוצתי.</p> <p>פעילות עממית: טיולים בשטח - יש ביקוש רב במיוחד לטיולי משפחה (או הורים נכים או ילדים נכים) וריצת עיוורים - יש קבוצות בשני יישובים. הפעילות כוללת 2 מפגשים שבועיים אחד קבוצתי עם מאמן והשני פעילות ריצה עם מתנדב.</p> <p>פעילות ייחודית: פורום נשים - שותפות של 10 נשים עם מוגבלות ו-10 נשים ללא מוגבלות שכוללת פגישה פעם בחודש בשטח (עם לינה) לשיח נשי בענייני משפחה, עבודה וחברה, וביצוע פרויקט משותף לקהילה.</p>
			✓		<p><b>בית איזי שפירא</b></p> <p>בבית איזי שפירא ברעננה יש בריכה טיפולית וחדר כושר מותאם לנכים. הבריכה לפני שיפוץ להנגשת תאי ההלבשה לנכים. הבריכה פועלת בתפוסה מלאה (ילדים ומבוגרים) רובם אנשים המופנים ע"י קופות החולים ל-6-12 טיפולי הידרותרפיה. נפגעי תאונות דרכים מופנים ע"י חברות הביטוח. בחדר הכושר יש פעילות למבוגרים לאחר אירוע מוחי, תאונות דרכים או אנשים עם תרשת נפוצה (multiple sclerosis). הפעילות היא קבוצתית (שמונה אנשים) והמשתתפים יכולים להגיע גם באופן עצמאי לחדר הכושר בשעות מסוימות.</p>
✓			✓		<p><b>מכללת זימן לחינוך גופני וספורט בינגייט</b></p> <p>המכללה מעניקה תואר ראשון ושני בחינוך גופני. יש התמחות בנושא נכויות ופעילות גופנית מותאמת וכן בשיתוף מסגרות באירופה יש אפשרות לעשות דוקטורט בנושא.</p> <p>במכללה פועל בי"ס ללמודי תעודה והשתלמויות במסגרתו פועלים קורסי שיקום בתנועה טיפולית (מים, ספורט, רכיבה, גינון וכו'). הבוגרים מוכרים על ידי קופות החולים (טופס 17, ביטוח משלים).</p>

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

## 6. זיהוי צרכים מהשטח

Considering that persons with disabilities should have the opportunity to be actively involved in decision-making processes about policies and programmes, including those directly concerning them...

Convention on Rights of Persons with Disabilities, Preamble

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

### 6.1 קבוצות מיקוד בהשתתפות אנשים עם מוגבלות

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

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

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

המשתתפים נשאלו על פעילותם והעדפתם בתחומי הפעילות הגופנית ודיאטה/תזונה ועל עישון.

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

### פעילות גופנית

רוב המשתתפים לא עוסקים בפעילות גופנית באופן סדיר, הן מבחירה: "לא מדברת אלי פעילות גופנית, יש לי טראומה מימי הפיזיותרפיה בילדותי" והן מחוסרות יכולת: "אני לא יכולה אפילו ללכת לקניות". עם זאת, היו משתתפים שדיווחו שהם מתמידים לעושות פעילות גופנית: "אני רוצה לשפר לעצמי את איכות החיים, לכן אני יוצאת מהבית ועושה".

הפעילות הגופנית הנפוצה ביותר שדווח עליה הייתה הליכה, הן במסגרת פעילות שוטפת: "רצה אחרי ילד בן שנתיים", או "אני יוצאת כל יום למועדון שכולל הליכה של 15 דקות", והן כפעילות גופנית ייעודית: "אני יוצאת להליכה בשכונה שלוש פעמים בשבוע".

מעט מאד אנשים דיווחו על השתתפות במסגרות לפעילות גופנית כלליות (מתנ"ס, חדר כושר וכד'). המסגרות הקהילתיות העיקריות שמשתמשים בהן: בריכה בקיץ וחדר כושר. הושמעו אמרות כגון: "אין מקום מתאים לפעילות גופנית למוגבלים". אמרות אלו מבטאות חסמי נגישות פיזית, שיוך סטיגמות ודעות קדומות לחברה הכללית "אם עושים משולב צריכים לעשות הכנה עם הבריאים, שלא יסתכלו עלינו", וחוסר רצון לחשוף קשיים "ירתיע אותי להראות את הקשיים שלי לאחרים (בריאים), אני אגיע רק לפעילות של נכים". אנשים עם מוגבלות

חושית (ראייה, שמיעה) הביעו יותר נכונות לנסות להשתלב בפעילות כללית, אם כי ההתנסות לא תמיד עלתה יפה "קשה להשתלב, ניסיתי בחוג האירובי ולא הלך".

רוב המשתתפים הביעו עניין לעסוק בפעילות גופנית בעתיד. הם מדגישים את החשיבות שיהיה בפעילות גם מימד חברתי ואינם מעוניינים בתוכניות ביתיות (כגון: תוכנית התעמלות ב-DVD). חשוב גם שהפעילות תהיה מקצועית ומותאמת לצרכים האישיים. הם מעוניינים במגוון רב של פעילויות, כגון:

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

רוב המשתתפים מוכנים לשלם לפעילות מתאימה במסגרת תקציבם. סוגיה כלכלית ותקציבית חשובה היא עלות התחבורה שלפעמים הופכת את הפעילות למחויף לתקציב. לדוגמה, אישה בעכו הפסיקה את הליכתה לבריכה הטיפולית בקריות בגלל עלות ההסעה (60 ₪ לכל כיוון). כמו כן, צרכי יתר בני המשפחה קודמים ולעיתים מקדימים: "אם יהיה לי כסף לחוגים אשלח את הילדים".

לא מעט מהמשתתפים התלוננו על הקשיים בקבלת שירותי שיקום שנתיים (2 טיפולי פיזיותרפיה או הידרותפיה) דרך שירותי הבריאות.

## תזונה/דיאטה

בכל הקבוצות מלבד קבוצות נפגעי הנפש, כמחצית מהמשתתפים הופנו לייעוץ תזונאי בקופות החולים עקב מצב בריאותי כגון: סוכרת, או לחץ דם אבל לא בשל השמנת יתר. סוג ותדירות ההדרכה שקיבלו השתנה מאדם לאדם. מי שקיבל יעוץ אישי לאורך זמן הביע יותר שביעות רצון ודיווח על יכולת לשמור על הדיאטה. "הופניתי על ידי הרופא לדיאטנית בגלל כולסטרול גבוה ואני מאד מרוצה". מאידך לא מעט דיווחו על קושי לשמור על דיאטה עד כדי סכנת חיים "אני סוכרתית וקיבלתי יעוץ מתזונאית אבל אני לא עומדת בזה כי זה יקר". בכלל הדעה הרווחת בקרב המשתתפים היא שתזונה בריאה הינה יקרה ואינה בהישג ידם.

יש מעין יאוש כללי לגבי שינוי הרגלי אכילה "כל כך הרבה הרצאות שמענו, זה נכנס לאוזן אחת ויוצא מהשנייה". עם זאת, אנשים שקיבלו תמיכה מהסביבה הקרובה (משפחה, עבודה) דיווחו שזה מקל על שינוי ההרגלים "בעבודה של בעלי שינוי את התפריט לאוכל בריא ועכשיו אנו גם מנסים בבית".

## עישון

בכל הקבוצות, למעט הקבוצות של נפגעי הנפש, אחוז גבוה מהאנשים דיווחו שעישנו בעבר והפסיקו בכוחות עצמם לעשן, בדרך כלל בגלל בעיות בריאות של עצמם או של אדם קרוב להם: "עישנתי 3 קופסאות ליום והפסקתי בגלל בעיות בריאות", "הפסקתי לעשן בגלל שחבר טוב שלי (אדם עם ניוון שרירים שעישן) נפטר". מעט מאד חזרו לעשן באופן קבוע, וכמה דיווחו שמעשנים בזמני לחץ "הפסקתי לעשן, אבל לפעמים כשאני לחוצה אני לוקחת סיגריה". בקבוצות של נפגעי הנפש, היו כמה מעשנים כבדים, שיצאו במהלך המפגש לעשן.

## תובנות

השיח היה פורה ותרם לגיבוש תובנות לתכנון פעילות קידום אורח חיים בריא לאנשים עם מוגבלות:

- **השתלבות מול בידול** - אנשים עם מוגבלות מבקשים שתהיה בחירה בין תוכניות ייעודיות עבורם ותוכניות משלבות. חלקם מביעים חוסר עניין לחשוף את מוגבלותם בפעילות מסוג זו בפני הציבור שאינו בעל מוגבלות. הם מדגישים שבפעילות משולבת יש לעסוק בהכנה הן לאנשים עם מוגבלות והן לאוכלוסייה הכללית ולצוות.
- **היבטים אישיים** העלולים להשפיע על השתתפותם של אנשים עם מוגבלות הינם היבטים פיזיים כגון: רמת האנרגיה, והיבטים נפשיים/התנהגותיים כגון: מצב רוח, מוטיבציה, התמדה.

- **היבט החברתי** - אנשים עם מוגבלות מחפשים דרכים לשבור את הבדידות החברתית. לכן כל פעילות שמוצעת צריכה לכלול מרכיב חברתי - פעילות בזוגות, בקבוצה, או דרך רשת חברתית וירטואלית.
- **היבט הכלכלי** - רוב האנשים עם מוגבלות חיים בעשירונים הכלכליים הנמוכים. הם ישתתפו בתוכניות שסך העלויות (דמי השתתפות, הסעה, בייביסיטר וכד') הוא במסגרת תקציבם. כמו כן, כל הדרכה בתזונה צריכה להציע חלופות תזונתיות בעלות נמוכה.
- **מהות הפעילות** - אנשים עם מוגבלות זקוקים לזמן התארגנות ארוך יחסית. אי לכך, עדיפות תוכניות המשלבות פעילות גופנית ותזונה ולא נפרדות.
- **זכות הבחירה** - לאנשים עם מוגבלות צריכה להיות זכות בחירה כמו לכלל האוכלוסייה. לכן יש לפעול להרחבת/הנגשת האופציות לפעילות גופנית.
- **סביבה תומכת** - כמו בקרב כלל האוכלוסייה לאנשים עם מוגבלות יש אנשים הסובבים אותם (בית/משפחה, קהילה, עבודה). סביבה תומכת חיונית מאד לשינוי אורח חיים, ולכן התוכנית צריכה לפנות גם לסובבים.
- מיקום - יש לשאוף לפעילות קרובה לבית.

## 6.2 משוב מאנשי מקצוע

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

### מחקר

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

### מדיניות

- יש לשאוף לכלול את שירותי המניעה ושימור התפקוד בסל הבריאות. כיום נכים מקבלים טיפולים נוספים לאלו הנקבעים בסל השירותים רק אם יש התקדמות בשיקום, ולא למניעה בקרב נכים. מוצע להכין מסמך לוועדת סל הבריאות.
- לשאוף למתן היתר להסבת השימוש בשעות הפרטניות של השיקום לפעילות בעבודה קבוצתית כך שיותר אנשים יוכלו להנות מהטיפול זמן רב יותר.

- שינוי חוק הספורט - הדרישה לאישור רפואי לפעילות בחדר כושר מקשה על אנשים עם מוגבלות להשתתף בפעילות זאת, מאחר שרופאים כלליים לפעמים נמנעים מתן אישור זה עבור אנשים עם מוגבלות.

## פרקטיקה

- חשוב להקשיב לנכים ולנסות להבין את ההשלכה של תחושותיהם על תכנון פעילות אורח חיים בריא. בכל הקשור לפעילות גופנית ותזונה/דיאטה יש מודעות גבוהה, וביצוע מועט. האתגר - מה יגרום לשינוי?
  - האם ענפים הקשורים למגע (כמו מסאז') יכולים להיחשב לפעילות גופנית? לפי הסיווג המקובל הם אינם בקטגוריה של פעילות גופנית. אולם על פי דיווח של אנשים עם מוגבלות, התרומה של פעילות מגע תורמת רבות לתפקיד הגופני, בעיקר לאנשים המוגבלים ביכולת לבצע פעילות גופנית באופן עצמאי.
  - פיתוח רשת מקצועית - רב-תחומית:
1. מוצע להקים פורום אינטרנט לרשת מקצועית (לבחון דרך אתרים קיימים כגון: האתר של מכון גרטנר או אדפטיפ - אתר על פעילות גופנית מותאמת <http://www.adaptip.com>)
  2. מוצע למפות את הגופים השונים - למפות את הפעילות של כל גוף, מה הוא מציע, ועם איזה אוכלוסיות הוא עובד. המיפוי יסייע לבחון מה חסר, ובקידום דרך חשיבה למוגבלויות שונות.
  3. לפתח קשר/ רשת בין גורמים רפואיים לגורמים קהילתיים
- התייחסות לפעילות גופנית ולתזונה בהתאם למוגבלויות השונות.
  - מהן הפלטפורמות המתאימות לתוכנית קידום בריאות בקרב אנשים עם מוגבלות: שירותי בריאות; מסגרות חברתיות שוברות בדידות.
  - "מסד נכויות" הוקם כדי לקדם חדשנות ובכלל זה בממשק שבין נכות, חולי כרוני, קידום בריאות ומניעה.
  - כיצד בוחרים תכניות שיכולות להגיע לאוכלוסיות רחבה, במיוחד בפריפריה.
  - החשיבות של ההתוויות הרפואיות בנושא פעילות גופנית ושל הפיקוח עליהן.

## חינוך והכשרה - דרך תוכניות קיימות

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

## התחומים בהם יש ערך לעבודה משותפת

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

## 7. סיכום ועיקרי ההמלצות

Provide those health services needed by persons with disabilities specifically because of their disabilities, including early identification and intervention as appropriate, and services designed to minimize and prevent further disabilities, including among children and older persons;

UN Convention on Rights of Persons with Disabilities, Article 25

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

- פיתוח התערבויות לקידום בריאותם ושמירה על תפקודם בליווי מחקר Evidence-Based Practice
- הכללת אנשים עם מוגבלות בתכנון ובביצוע תוכניות כלליות לקידום בריאות, פעילות גופנית, תזונה ומניעת עישון (לאומיות, עירוניות וארגוניות)
- הכללת מדדים על בריאותם של אנשים עם מוגבלות במחקרים לאומיים, ובמסדי נתונים הקיימים
- הכללת תכניות קידום בריאות לאנשים עם מוגבלות בסל שירותי הבריאות והרווחה
- הכשרה ועידוד אנשי מחקר ואנשי מקצוע לעסוק בתחום
- בניית קשרים עם מומחים ברחבי העולם

בהתבסס על דוח זה, תפוח תכנית התערבות לקידום בריאות ושמירה על התפקוד בקרב אנשים עם מוגבלות במסגרת תחום נכות וחולי כרוני במסד נכויות. מטרת התוכנית תהיה לקדם את הבריאות והשלמות (well-being) של אנשים עם מוגבלות. התכנית תאמץ את המודל האקולוגי-חברתית ותשאף לקדם אימוץ אורח חיים בריא בהתבסס על יחסי הגומלין בין אדם עם מוגבלות וסביבתו (האנושית והפיזית). כמו כן התכנית תפעול להנגיש את השירותים אוניברסליים בתחום קידום בריאות לאנשים עם מוגבלות. עקרונות הפעולה יכללו:

- השתתפות אנשים עם מוגבלות בכל תהליכי הפיתוח, היישום וההערכה
- ליווי אנשים בדרך לאימוץ אורח חיים בריא
- העדפה לפעילות עם פן חברתי
- הנגשה לכל סוגי המוגבלויות (פיזיות, נפשיות, חושיות וקוגניטיביות) מלידה, או נרכשת במהלך החיים ממחלה כרונית, תאונה וכד'
- התחשבות בסוגיית העוני - עלות ותוכן הפעילות מותאמים ליכולת הכלכלית של אנשים עם מוגבלות
- שיתוף גופי ידע שונים - עמיתים, קידום בריאות, פעילות גופנית מותאמת, פעילות פנאי וכד' - כמבצעי התוכנית (ברמה המקומית והארצית) וכמנוף לחיבור וגיבור בין הידע בתחומים השונים
- שילוב הפעילות בשירותים אוניברסליים ובשירותים ייחודיים לאנשים עם מוגבלות
- בנייה תשתיות ותוכניות הקיימות (מקומיות וארציות) כמנוף להטמעה והמשכיות
- הבנייה מראש של מחקר Evidence-based Practice לתכנית ההתערבות

תוכנית ההתערבות תפעל לממש ברוח ובעשייה את פרק הבריאות באמנת האו"ם על זכויות אנשים עם מוגבלות (ראה נספח 1) שישראל חתומה עליה.

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

American Association on Health and Disability. (n.d.). Publications, Organizations, and Programs Pertaining to Smoking Cessation and People with Disabilities. Retrieved June 17, 2010, from American Association on Health and Disability: [http://www.aahd.us/site/static/pdfs/bestPractices/smoking\\_cessationprograms2010.pdf](http://www.aahd.us/site/static/pdfs/bestPractices/smoking_cessationprograms2010.pdf)

Association of University Centers on Disabilities (AUCD). (2010). Health & Disability Digest. Retrieved May 6, 2010, from Association of University Centers on Disabilities (AUCD): <http://www.aucd.org/resources/digest/hdissues.cfm>

BEITOSTØLEN Health Sports Center. (n.d.). BEITOSTØLEN Health Sports Center. Retrieved May 6, 2010, from <http://www.bhss.no/HTML.asp?nid=429&lid=1>

Canadian Society for Exercise Physiology. (2002). PAR-Q & You (A Questionnaire for People Aged 15 to 69). Retrieved from Canadian Society for Exercise Physiology: <http://www.csep.ca/cmfiles/publications/parq/par-q.pdf>

CARA Adapted Physical Activity Centre. (n.d.). Retrieved May 31, 2010, from <http://caraapacentre.ie/>

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

Center for Disease Control. (2006). Disability and Health State Chartbook - 2006: Profiles of Health for Adults With Disabilities. Retrieved May 31, 2010, from <http://www.cdc.gov/ncbddd/dh/chartbook/default.htm>

Center for Disease Control. (2007, October 4). Smoking Rates Highest Among People with Disabilities. Retrieved June 27, 2010, from Center for Disease Control: <http://www.cdc.gov/media/pressrel/2007/r071004.htm>

Center for Research on Women with Disabilities, C. (2003). Improving the Health and Wellness of Women with Disabilities: A Symposium to Establish a Research Agenda. Baylor College of Medicine.

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

Department of Health (UK). (2006). Choosing Health: Supporting the physical needs of people with severe mental illness. Department of Health (UK)/Mental Health.

Department of Health (UK). (2009). Health Action Planning and Health Facilitation for people with a learning disability – good practice guidance. Retrieved from [www.dh.gov.uk/publications](http://www.dh.gov.uk/publications)

Disabilities Rights Commission (DRC) and the Department of Health. (2007). A National Framework for Disability Equality and Etiquette Learning for Health and Social Care Services. England: GB Disability Training & Consultancy.

Disability Rights and Education Defence Fund (DREDF). (n.d.). Healthcare. Retrieved May 6, 2010, from <http://www.dredf.org/healthcare/index.shtml>

Eisenberg, Y. (2009, October 6). Using GPS data loggers and GIS for public health research. Retrieved June 2, 2010, from University of Illinois at Chicago: [http://www.uic-chp.org/ARTICLES/HEZ/ILGISA\\_2009\\_GPS.pdf](http://www.uic-chp.org/ARTICLES/HEZ/ILGISA_2009_GPS.pdf)

European Federation of Adapted Physical Activity. (n.d.). Retrieved May 6, 2010, from [http://www.eufapa.upol.cz/www/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=65&Itemid=86](http://www.eufapa.upol.cz/www/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=65&Itemid=86)

Hardy, S. (2009). Dignity in health care for people with learning disabilities: Guidance for Nurses. London: Royal College of Nursing.

Horner-Johnson, W., & Weaver, A. Healthy Lifestyles for People with Disabilities: Making Opportunities for Healthy Lifestyles. Oregon Institute on Disability and Development; Oregon Health and Science University.

Huckman, B. B., Halstead, L., Leven, R., Thonar, E., & Brown, P. (2010, April 21). Promoting Opportunities for People with Disabilities in the Health Professions. (R. Garber, Interviewer)

Inclusive Fitness Coalition. (n.d.). Retrieved May 31, 2010, from <http://www.incfit.org/>

Inclusive Fitness Initiative. (n.d.). Retrieved May 31, 2010, from <http://www.inclusivefitness.org/>

International Federation of Adapted Physical Activity. (n.d.). Retrieved May 31, 2010, from <http://www.ifapa.biz/>

King, A. C., Stokols, D., Talen, E., & Brassington, G. S. (2002). Theoretical Approaches to the Promotion of Physical Activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 15-25.

Marks, B., Sisirak, J., & Heller, T. (2010a). Health Matters for People with Developmental Disabilities: Creating a Sustainable Health Promotion Program. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.

Marks, B., Sisirak, J., & Heller, T. (2010). Health Matters: The Exercise and Nutrition Health Education Curriculum for People with Developmental Disabilities. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.

Martin- Ginis, K. A., & Hicks, A. L. (2007). Considerations for the Development of a physical activity guide for Canadians with physical disabilities. *Canadian Journal of Public Health*, 5135-5147.

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

Mont, D., & Loeb, M. (2008). Beyond DALYs: Developing Indicators to Assess the Impact

of Public Health Interventions on the Lives of People with Disabilities. Washington, DC: The World Bank.

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

National Council of Physical Activity and Disability. (n.d.). Retrieved May 6, 2010, from <http://www.ncpad.org/>

Northwestern University. (n.d.). Evidence-Based Behavioral Practice. Retrieved June 2, 2010, from <http://www.ebbp.org/>

NSW Department of Health. (2009). The Physical Health Mental Health Handbook: Limited Revised Edition. Sydney: NSW Department of Health.

Pajares, F. (2002). Overview of Social Cognitive Theory and of Self-Efficacy. Retrieved August 6, 2009, from <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>

Panko Reis, J., Breslin, M. L., Iezzoni, L. I., & Kirschner, K. L. (2004, September). It takes more than ramps to solve the crisis of healthcare for people with disabilities. Retrieved May 6, 2010, from DREDF: [http://www.dredf.org/healthcare/RIC\\_whitepaperfinal.pdf](http://www.dredf.org/healthcare/RIC_whitepaperfinal.pdf)

Paquette, D., & Ryan, J. (2001, December 12). Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory. Retrieved June 2010, 7, from National-Louis University: <http://pt3.nl.edu/paquetteryanwebquest.pdf>

Pischke-Winn, K. A., Gainor Andreoli, K., & Kasmier Halstead, L. (2004). Students with Disabilities: Nursing Education and Practice. Chicago: Rush University Medical Center.

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

Rimmer, J. H., Rauworth, A., Wang, E., Heckerling, P. S., & Gerber, B. S. (2009). A randomized controlled trial to increase physical activity and reduce obesity in a predominantly African American group of women with mobility disabilities and severe obesity. *Preventive Medicine*, 473-479.

Rimmer, J. (2010, April 21). Physical Activity and Disability. (R. Garber, Interviewer)

Schulz, S. (2008). Application and use of the international classification of functioning, disability and health in rehabilitation practice and research: An updated literature review. Leonardo internship report.

Stein, M. A., Stein, P. J., Weiss, D., & Lang, R. (2009). Health care and the UN Disability Rights Convention. *The Lancet*, 374, 1796-1798.

Stokols, D. (1996). Translating Social Ecological Theory into Guidelines for Community Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 282-298.

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

The Urban Institute and The Center for What Works. (n.d.). Candidate Outcome Indicators: Health Risk Reduction Program. Retrieved June 23, 2010, from [http://www.urban.org/center/met/projects/upload/Health\\_Risk\\_Reduc.pdf](http://www.urban.org/center/met/projects/upload/Health_Risk_Reduc.pdf)

United Nations. (n.d.). United Nations Enable: Rights and Dignity of Persons with Disabilities. Retrieved May 31, 2010, from <http://www.un.org/disabilities/>

University of Illinois at Chicago. (n.d.). Health Empowerment Zone. Retrieved June 2, 2010, from University of Illinois at Chicago - Center on Health Promotion Research for People with Disabilities: [http://www.uic-chp.org/CHP\\_A5\\_HEZ\\_01.html](http://www.uic-chp.org/CHP_A5_HEZ_01.html)

University of Illinois, Chicago. (n.d.). Center on Health Promotion Research for Persons with Disabilities. Retrieved May 31, 2010, from <http://www.uic-chp.org/>

University of Kansas Research and Training Center. (n.d.). Measurement and Interdependence in Community Living. Retrieved 2011, from <http://www.rtcil.org/~rtcil/micl/>

Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., et al. (2010). Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ*, 815-823.

Walker, S. N., & Hill-Polerecky, D. M. (1996). Abstract excerpted from: Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. Retrieved November 2010, from University of Nebraska Medical Center: [http://www.unmc.edu/nursing/docs/HPLPII\\_Abstract\\_Dimensions.pdf](http://www.unmc.edu/nursing/docs/HPLPII_Abstract_Dimensions.pdf)

Wallace, K. A., & Lahti, E. (2005). Motivation in Later Life: A Psychosocial Perspective. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 95-106.

World Confederation for Physical Therapy (WCPT). (n.d.). Retrieved May 30, 2010, from World Confederation for Physical Therapy (WCPT): <http://www.wcpt.org/icf>

World Health Organization (WHO). (2002). Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF The International Classification for Functioning Disability and Health. Retrieved May 6, 2010, from <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>

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

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

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

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

הוצר, י. (2006). פעילות גופנית מותאמת וספורט לאנשים עם מוגבלויות. אוחר ב- 7 מרץ 2011, מתוך אדאפטיו: [http://www.adaptip.com/imgs/Uploads/pdf/2006\\_Adapt\\_Heb.pdf](http://www.adaptip.com/imgs/Uploads/pdf/2006_Adapt_Heb.pdf)

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

לוין, ד. (2008). מניעת נכות ומוגבלות. ב- פרסום המועצה הלאומית לשיקום (עמ' 25). משרד הבריאות.

לוין, ד. ואחרים. (2006). מניעה שניונית ושלישונית של נכות ומוגבלויות. ב- פרסום המועצה הלאומית לשיקום (עמ' 56-50). משרד הבריאות.

לרנר, נ., וייסברג צ., (2007). "טיפ" טיפת מודעות: עצות מעשיות להנגשת השירות הרפואי לאנשים עם מוגבלות. ירושלים: בזכות, המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות.

נאון ד. (עורכת). (2009). מבוגרים בעלי מוגבלות בישראל - דוח מחקר. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

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

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

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

## נספח 1: אמנת האו"ם על זכויות אנשים עם מוגבלויות

UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)

Article 25 – Health ([www.un.org/disabilities](http://www.un.org/disabilities))

States Parties recognize that persons with disabilities have the right to the enjoyment of the highest attainable standard of health without discrimination on the basis of disability. States Parties shall take all appropriate measures to ensure access for persons with disabilities to health services that are gender-sensitive, including health-related rehabilitation. In particular, States Parties shall

- a) Provide persons with disabilities with the same range, quality and standard of free or affordable health care and programmes as provided to other persons, including in the area of sexual and reproductive health and population-based public health programmes
- b) Provide those health services needed by persons with disabilities specifically because of their disabilities, including early identification and intervention as appropriate, and services designed to minimize and prevent further disabilities, including among children and older persons
- c) Provide these health services as close as possible to people's own communities, including in rural areas
- d) Require health professionals to provide care of the same quality to persons with disabilities as to others, including on the basis of free and informed consent by, inter alia, raising awareness of the human rights, dignity, autonomy and needs of persons with disabilities through training and the promulgation of ethical standards for public and private health care
- e) Prohibit discrimination against persons with disabilities in the provision of health insurance, and life insurance where such insurance is permitted by national law, which shall be provided in a fair and reasonable manner
- f) Prevent discriminatory denial of health care or health services or food and fluids on the basis of disability

## נספח 2: אנשים שרואיינו/השתתפו במפגש חשיבה

ארגון	שם	תפקיד	תחום פעילות	סוג פעילות
אונ' תל אביב	ד"ר לאה רוזן	החוג לקידום בריאות, בית הספר לבריאות הציבור	גמילה מעישון	מחקר
	ד"ר ברק ירוחם	ראש קמפוס שיאים וברושים	פעילות גופנית כללית/ספורט, אורח חיים בריא	הכשרה
איל"ן מרכז ספורט לנכים	ד"ר שייקה הוצלר	ראש התוכנית השיקומית	פעילות גופנית כללית/ספורט	הכשרה, שירות
	ד"ר ענת חכם	מנהלת תוכנית המינויים	פעילות גופנית כללית/ספורט	הכשרה, שירות
	מוד רובינשטיין	רכזת ספורט טיפולי	פעילות גופנית כללית/ספורט	הכשרה, שירות
אש"ל - ג'וינט	יוספה בן-משה	ראש תחום קידום בריאות	אורח חיים בריא	שירות
אשלים - ג'וינט	קרן מור	ראש תחום קידום בריאות	אורח חיים בריא	שירות
בית איזי שפירא	אילנית וייגנפלד-להב	מנהלת מרכז ההידרותפיה	פעילות גופנית כללית/ספורט	שירות
	דפנה קליינמן	מנהלת שירותים טיפוליים לקהילה	פעילות גופנית כללית/ספורט	שירות
	נירה שטרן	מנהלת מרכז תנועה וספורט	פעילות גופנית כללית/ספורט	שירות
מרכז רפואי הדסה	ד"ר איזבלה שוורץ	מנהלת שיקום	שיקום	שירות
החברה למתנ"סים	לאה גבעון	מנהלת מדור קידום בריאות	פעילות גופנית כללית/ספורט	שירות
	קלייר קלדרון	רכזת ארצית פנאי נכים וקהילה נגישה		שירות
המוסד לביטוח לאומי	שרית בייץ-מוראי	מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים	אורח חיים בריא	קרן
	גרשון ברנאי	מנהל הקרן לפיתוח שירותים לנכים		קרן
המרכז ההידרותרפי שער הנגב	כרמלה כורש-אבלגון	סגנית מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים	אורח חיים בריא	קרן
	עירית צדק	מנהלת אגף שיקום	שיקום	שירות
העמותה הישראלית לפעילות גופנית מותאמת	איתי צורי	מנהל	פעילות גופנית מותאמת/ספורט	שירות
	ד"ר חזי אהרוני	יו"ר	פעילות גופנית כללית/ספורט	אחר
מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל	דניז נאון	מנהלת המרכז לחקר מוגבלויות ואוכלוסיות מיוחדות	נכויות	מחקר
	ד"ר ברוך רוזן	מנהל מרכז סמוקלר למדיניות בריאות	בריאות	מחקר

ארגון	שם	תפקיד	תחום פעילות	סוג פעילות
מילב"ת	שוש גולדברג-מאיר	מנהלת מקצועית	נגישות	שירות
	נחמן פלוטניצקי	מנכ"ל	נגישות	שירות
מכון וינגייט - בית הספר למאמנים ומדריכים	ד"ר איריס אורבך	פסיכולוגיה של הספורט	פעילות גופנית כללית/ספורט, אורח חיים בריא	הכשרה
	ד"ראלכס בלקוביץ	רפואה משלימה וספורט עממי	פעילות גופנית כללית/ספורט, אורח חיים בריא	הכשרה
	אלי סידרס	מנהל	פעילות גופנית כללית/ספורט, אורח חיים בריא	הכשרה
מכללת זינמן	מיכאל אשכנזי	סגן מנהל בית הספר ללימודי חוץ	פעילות גופנית כללית/ספורט	הכשרה
	שלמה בן-גל	מנהל בית הספר ללימודי חוץ	פעילות גופנית כללית/ספורט, אורח חיים בריא	הכשרה
	אורלי בוני	ממונת שוויון לאנשים עם מוגבלות	שיקום, נגישות	מדיניות
משרד הבריאות	ד"ר דרור גוברמן	מנהל מחלקה לרפואה קהילתית	שירותי בריאות	מדיניות
	ד"ר טוני דוייק	סגן מתאם ארצי "עתיד בריא 2020"	אורח חיים בריא	
	ד"ר מיכאל דור	ראש אגף רפואה כללית	שירותי בריאות	מדיניות
	רותי וינשטיין	מנהלת המחלקה לחינוך וקידום בריאות	אורח חיים בריא	שירות
	דיאנה נקמולי-לוי	תחום תכנון סקרים והערכה	בריאות	מחקר
	איילה פרג	פיזיותרפיסטית ראשית, יושבת ראש הוועדה לקידום בריאות ומניעת תחלואה משנית בקרב אנשים עם מוגבלות "עתיד בריא 2020"	שיקום אורח חיים בריא	מדיניות
	ד"ר אלי רוזנברג	מתאם ארצי "עתיד בריא 2020"	אורח חיים בריא	מחקר
	ענת שמש	תחום תכנון סקרים והערכה	בריאות	מחקר
	נילי דניאל	מפקחת על שירותים תומכים בקהילה	נכויות	שירות
	קרן ולנשטיין	ממלא מקום ראש תחום תזונה	תזונה/דיאטה	שירות
משרד התרבות והספורט	שלומית ניר-טור	המחלקה לספורט נשים ולספורט עממי	פעילות גופנית כללית/ספורט	מדיניות

ארגון	שם	תפקיד	תחום פעילות	סוג פעילות
עיריית אשדוד	מיקי רוזנברג	מנהל הרשות העירונית לספורט	פעילות גופנית כללית/ספורט	שירות
עמותת אתגרים	דפנה הררי	מנכ"ל	פעילות גופנית כללית/ספורט	שירות
	אבי מזרחי	סמנכ"ל	פעילות גופנית כללית/ספורט	שירות
עמותת ספורט נכים תחרותי	ד"ר רון בולוטין	יו"ר הוועדה המקצועית	פעילות גופנית כללית/ספורט	אחר
עמותת קוסל	קותי מרידן	מנהל	פעילות גופנית כללית/ספורט	שירות
קרן טאובר	סילביה טסלר-לזוביק	מנכ"ל	נפגעי נפש	קרן
רשת ערים בריאות	ד"ר מילכה דונחין	יו"ר	אורח חיים בריא	
שירותי בריאות כללית	ד"ר דיאן לוין-זמיר	מנהלת המחלקה לחינוך וקידום בריאות	אורח חיים בריא	שירות
שירותי בריאות מכבי	ד"ר רונית אנדוולט	תזונאית ראשית	תזונה/דיאטה	שירות
	יהודית דוריאן	מרפאה בעיסוק ראשית/ נגישות	שיקום	שירות
	ליאורה ולינסקי	מנהלת המחלקה לחינוך וקידום בריאות	אורח חיים בריא	שירות
עצמאים	יעל גולדשטיין	בוגרת תוכנית כנפיים, לומדת בקורס מדריכי חדר כושר	פעילות גופנית כללית/ספורט	אחר
	יעל הכהן	יועצת פיתוח מנהיגות וסגלים בכירים, מכשירה יועצי תנועה	פעילות גופנית כללית/ספורט	אחר
	רזי כהן	רכז (לשעבר) איתור ספורטאים	פעילות גופנית כללית/ספורט	אחר
	יקי סינגר	מטפל בתנועה, מדריך אייקדו, מכשיר מדריכים בהוסטלים לנפגעי נפש	פעילות גופנית כללית/ספורט	אחר