



מאירס - ג'זינט - מכון ברוקדייל
MYERS - JDC - BROOKDALE INSTITUTE
مايرس-جوينت - معهد بروكديل

מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריות

**"פרויקט אישה" - הערכת התכנית
לפיתוח מנהיגות נשים בקהילה
לקידום בריאות נשים
דוח מסכם**

אירית אלרועי • רויטל גרוס • יעל אשכנזי • ברוך רוזן

הדוח מהווה חלק מפרויקט "אישה" וממומן בידי הפדרציה היהודית
של קליבלנד והסוכנות היהודית

דוח מחקר



דמ-513-08

**"פרויקט אישה" - הערכת התכנית
לפיתוח מנהיגות נשים בקהילה לקידום בריאות נשים
דוח מסכם**

אירית אלרועי רויטל גרוס יעל אשכנזי ברוך רוזן

הדוח מהווה חלק מפרויקט "אישה" וממומן בידי הפדרציה היהודית של קליבלנד
והסוכנות היהודית

דוח זה הוכן כחלק מההערכה של תכנית "אישה" לקידום בריאות נשים בישראל המשותפת לפדרציית קליבלנד ולסוכנות היהודית. "אישה" היא תכנית רב-ארגונית ובין-לאומית ייחודית. היא מפגישה ומכשירה רופאים ברפואה ראשונית, מנהיגים קהילתיים, נשים בשדולות בריאות, אקדמאים וחוקרים, בשיתוף פעולה עם ארגונים מרכזיים למען קידום משמעותי של בריאות הנשים בישראל.

מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל

מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות

ת"ד 3886

ירושלים 91037

טלפון : 02-6557400

פקס : 02-5612391

כתובת באינטרנט : www.jdc.org.il/brookdale



פרסומים נוספים של מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בנושא זה:

אלרועי, א.; גרוס, ר.; איציק, ד.; לביא-סהר, ז. 2008. קולן של נשים נפגעות אלימות: תפיסותיהן את הטיפול בהן בבית-החולים. דמ-518-08.

לב-ויזל, ר.; צוויקל, ג'.; ברק, נ. (עורכות). 2005. "שמרי נפשך" - בריאות נפשית בקרב נשים בישראל. פמ-59-05. (המרכז לחקר וקידום בריאות האישה והמחלקה לעבודה סוציאלית ע"ש שרלוט ב. ג'יק וג'יק ג'י. שפיצר באוניברסיטת בן גוריון בנגב ומאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל).

אשכנזי, י.; גרוס, ר. 2004. מצב הבריאות של נשים בישראל. סקירת נתונים. מ-117-04 (עברית); מ-116-03 (אנגלית)

גרוס, ר.; ברמלי-גרינברג, ש. 2000. בריאות ורווחה של נשים בישראל ממצאים מסקר ארצי. דמ-361-00.

Elroy, I.; and Gross, R. 2003. *Lay Leadership Development in Women's Health - Literature Review* S-101-03. (ניתן למצוא רק באינטרנט)

מאמרים נוספים בנושא בריאות נשים שפורסמו בידי צוות המכון בכתבי עת שונים:

Gross, R.; Tabenkin, H.; Brammli-Greenberg, S.; and Benbassat, J. 2007. "The Association between Inquiry about Emotional Distress and Women's Satisfaction with their Family Physician: Findings from a National Survey". *Women & Health* 43:1-18.

Miller, A.; and Gross, R. 2004. "Health and Depression in Women from the Former Soviet Union Living in The United States and Israel". *Journal of Immigrant Health* 6(4):187-196.

Elnekave, E.; and Gross, R. 2004. "The Healthcare Experiences of Arab Israeli Women in a Reformed Healthcare System". *Health Policy* 69(1):101-116

Gross, R.; Brammli-Greenberg; S.; and Bentur, N. 2003. "Women Caring for Disabled Parents and Other Relatives: Implications for Social Workers in the Health Services". *Social Work in Health Care* 37(4):19-38.

Schoen, C.; Simantov, E.; Gross, R.; Brammli, S.; and Leiman, J. 2003. "Disparities in Women's Health and Health Care Experiences in the United States and Israel: Findings from 1998 National Women's Health Surveys". *Women and Health* 37(1): 49-70.

Gross, R.; Brammli-Greenberg, S.; and Remenick, L. 2001. "Self-Rated Health Status and Health Care Utilization Among Immigrant and Non-immigrant Israeli Jewish Women". *Women and Health* 34(3):53-69

להזמנת פרסומים נוספים ניתן לפנות למאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, גבעת הג'וינט, ת"ד 3886, ירושלים 91037, טל' 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: brook@jdc.org.il.

תמצית המחקר

בעשור האחרון זוכה נושא בריאות נשים בישראל להתענינות רבה. הצטברות של עדויות ממחקרים שונים הגבירה את ההכרה בקרב אנשי המקצוע כי בישראל אין התייחסות מתאימה לטיפול בנשים ולקידום בריאותן. בשנת 2001 פותחה תכנית "אישה" במשותף על-ידי הפדרציה היהודית של קליבלנד, הסוכנות היהודית, ומאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, במטרה לקדם את בריאות הנשים בישראל.

פרויקט "אישה" מורכב ממספר תכניות לקידום בריאות נשים המופעלות בקרב רופאים, נשים ובקרב כלל האוכלוסייה. אחת התכניות הללו היא תכנית ייחודית לפיתוח מנהיגות נשים בקהילה בתחום בריאות נשים.

תיאור התכנית לפיתוח מנהיגות נשים

המטרה העיקרית של התכנית שהחלה לפעול ב-2001, הייתה להכשיר נשים בקהילה על מנת שיפעלו לקידום בריאות הנשים בקהילתן. כדי להשיג יעד זה, המשתתפות קיבלו במסגרת הכשרתן ידע בבריאות נשים וכלים לפיתוח ולהפעלת פרויקטים בקהילה. ההנחה הייתה שהידע והמיומנויות שהמשתתפות ירכשו במהלך הקורס יאפשרו להן להיות פעילות בתחום בריאות נשים בקהילתן, לקדם את המודעות בנושא, ליזום תכניות ולהוציאן לפועל.

התכנית לפיתוח מנהיגות נשים דומה לתכניות המתוארות בספרות הקיימת בתחום הכשרת פעילי בריאות מהקהילה (Lay health activists), אשר מטרתן היא להעצים את אותם "עוזרים טבעיים", על-ידי מתן ידע וכלים בסוגיות בריאותיות, כגון בדיקת ממוגרפיה (Earp et al. 1995).

התכנית מתבססת על מודל של פיתוח קהילתי ופיתוח מנהיגות מקומית בקהילה (lay leaders). לפי מודל זה, כדי לקדם נושא מסוים בקהילה, יש צורך שהתכנית תתאים לצורכי האוכלוסייה הן מבחינת התכנים והן בדרכי הפעולה. על כן, לבחירת הנשים המשתתפות בקורס מתוך הקהילה עצמה יש ערך מוסף: במסגרת ההכשרה שלהן כמנהיגות בקהילה ניתן ללמוד מהן על הצרכים, התפיסות, האמונות והערכים של האוכלוסייה, וכן לזהות מהם הגורמים היכולים לתמוך בהשגת היעדים הבריאותיים הרצויים או לעכב אותם. לימוד זה משמש בסיס טוב יותר לבנייה ולהתאמה של תכנית שתתאים לצורכי אוכלוסיית היעד.

במהלך השנים 2001-2004 התקיימו שני מחזורים של התכנית, ובסך-הכל פעלו 28 קבוצות (כ-500 נשים) שעברו את ההכשרה. המחזור הראשון מנה 17 קבוצות (288 נשים) בהנחיית שני גופים: (1) החברה למתנ"סים (שהכשירה 14 קבוצות), ונבחרה משום שהייתה לה תשתית נרחבת¹ להפעלת תכניות הבנויות על הקהילה ולפיתוח מנהיגות בתחומים רבים; (2) המרכז לחקר וקידום בריאות האישה באוניברסיטת בן גוריון בנגב (שהכשיר 3 קבוצות) נבחר משום שהייתה לו מומחיות אקדמית

¹ לתשתית ייחודית זו יש מספר היבטים, ובהם מטה ברמה הארצית, פריסה ארצית המאפשרת פעילות בהיקף רחב ושיתוף פעולה על-אזורי, תשתיות פיזיות ומקצועיות קיימות ברמה המקומית, ואפשרויות למידה בין המתנ"סים השונים, וכן מפגש בין-תרבותי. כארגון מבוסס, לחברה למתנ"סים הייתה אפשרות להקצות סכומי כסף קטנים לתמיכה בפרויקטים שהמתנדבות יזמו.

בתחום בריאות נשים ובמחקר מעשי. המחזור השני של התכנית מנה 11 קבוצות (202 נשים) אשר פעלו במסגרת החברה למתנ"סים.

במהלך השנתיים הראשונות של התכנית (2001-2003), עברו משתתפות המחזור הראשון קורס תיאורטי ולאחריו הכשרה מעשית לביצוע פרויקטים בקהילה. הקורס התיאורטי, שנמשך כשנה וכלל 19 מפגשים, אחת לשבוע, כשלוש שעות כל מפגש, נועד להקניית ידע בבריאות נשים ולספק למשתתפות ידע וכלים לעבודה בקהילה. בחלק השני של התכנית עברו המשתתפות הכשרה מעשית שבמסגרתה התנסו ביישום הידע והכלים שקיבלו בקורס התיאורטי, בתכנון ובביצוע פרויקטים לקידום בריאות נשים בקהילה. בשלב השלישי, קבוצות הנשים פעלו במהלך שנת 2004 במסגרת המתנ"סים שבקהילות שלהן, תוך ליווי והדרכה של הרכזות המקומיות של הקבוצה שפעלה מטעם המתנ"ס. כחלק מהאסטרטגיה של המתנ"סים לחזק את המשתתפות ולתת להן תחושה שהן חלק מעשייה ברמה האזורית/ארצית, התקיימו כנסים אזוריים וארציים שאפשרו לנשים להפגש, להתחלק בחוויות ולשמוע הרצאות מקצועיות בנושא. השלב השלישי הופעל רק בחברה למתנ"סים משום שרק במתנ"סים הייתה התשתית הנחוצה לתמיכה בהמשך הפעילויות של הקבוצות.

יצוין שמפעילי התכנית לקחו על עצמם אתגר גדול בכך שניסו לעבוד עם קבוצות נשים מכל הארץ, כולל נשים מתרבויות שונות, ובהן נשים מקבוצות אוכלוסייה חלשות (כגון עולות, ערביות ונשים בעלות הכנסה נמוכה) שבדרך כלל אינן מהוות קבוצת יעד לפיתוח מנהיגות.

הערכת התכנית

הפדרציה היהודית של קליבלנד והסוכנות היהודית פנו למאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל על מנת שייסייע בפיתוח המודל של פרויקט "אישה" וילוה את התכניות השונות שהופעלו במסגרת הפרויקט בהערכה מעצבת ומסכמת.

ההערכה כללה שלושה שלבים עיקריים: הערכת המרכיב התיאורטי של התכנית, הערכת המרכיב של ההכשרה המעשית, ומעקב לשם הערכת פעילות הנשים לאחר הקורס. הערכת שלושת מרכיבים אלו של התכנית לפיתוח מנהיגות נשים התקיימה בין השנים 2001-2005.

ההערכה המעצבת נעשתה בשלב התכנון וגיוס המשתתפות, ובשלב השונים של הפעלתה: בתחילת הקורס ובסופו, וכן בשלב ביצוע הפרויקטים בקהילה. כמו-כן נעשתה הערכה מסכמת בסיום כל אחד ממחזורי התכנית.

במסגרת ההערכה השתמשו בכלים כמותניים ואיכותניים: שאלונים סגורים, ראיונות עומק וטופסי דיווח שונים. בבניית תכנית ההערכה וכליה התבססו על הספרות העולמית הקיימת בנושאים של העצמה אישית והעצמה קהילתית, וכן סקרנו מאמרים ומחקרי הערכה של תכניות המתבססות על מודל דומה. מאמרים ומחקרים אלו מסוכמים בסקירת ספרות מקיפה שהוכנה ופורסמה בנושא של פיתוח מנהיגות לקידום בריאות בקהילה (אלרועי וגרוס, 2003).

בדוח מוצגים הממצאים העיקריים של המחזור הראשון על תרומות הקורס התיאורטי ותוצאותיו (לדוגמה, ידע בבריאות נשים, מסוגלות עצמית ומוטיבציה), ועל שביעות הרצון מן הקורס. כמו-כן מוצג סיכום הפעילויות של המחזור הראשון של המנהיגות בקהילה. לוחות המסכמים את הערכת הקורס התיאורטי של מחזור ב' מוצגים בנספח ב'. הבחירה להדגיש בדוח זה את ממצאי מחזור א' נעוצה בשתי סיבות עיקריות. ראשית, לגבי מחזור א' בוצעה הערכה מקיפה יותר שכללה גם את ביצוע הפרויקטים של הנשים בקהילה, ואילו תכנית ההערכה של מחזור ב' לא כללה הערכה של ביצוע פעילויות הנשים בקהילה. שנית, היות שמצאנו דמיון רב בין ממצאי מחזור א' לממצאי מחזור ב' ראינו לנכון לא להציג את מלוא ממצאי מחזור ב' כדי להימנע מחזרות. ההבדלים המשמעותיים המועטים שנמצאו יצוינו בסוף פרק הממצאים.

ממצאים

הממצאים שימשו משוב מעצב לשיפור התכנית במהלך הפעלתה, וכן להפקת לקחים להפעלת מחזור ב' של התכנית. כמו-כן שימשו הממצאים לבחינה רחבה יותר של המודל של פיתוח קבוצות של נשים מנהיגות הפועלות בקהילה לקידום נושא בריאות הנשים בקהילה.

הערכת הקורס

מהממצאים עולה כי, שיעור גבוה של הנשים (83%) הביעו שביעות רצון כללית גבוהה מהקורס. בסך-הכל, הנשים היו מרוצות מאוד מרוב היבטי הקורס, למשל, מאופן ההנחיה של המפגשים (92%), ומתכנית הלימודים בבריאות האישה (83%). שבעים ושלושה אחוזים מהנשים היו בדעה שהקורס ענה על הציפיות שלהן. כמו-כן, 93% מהנשים ציינו כי היו ממליצות לנשים אחרות להשתתף בתכנית.

רוב הנשים (84%) סיימו את הקורס עם מוטיבציה גבוהה לפעול לקידום בריאותן של נשים בקהילה שלהן; 82% ציינו כי הקורס תרם רבות לידע שלהן בבריאות נשים. ממבחן הידע שנערך לפני ואחרי הקורס עולה כי הן אכן שיפרו את הידע שלהן בתחום זה במידה רבה.

כמעט כל הנשים דיווחו שהקורס תרם רבות למודעות שלהן לחשיבות של קידום בריאות נשים בקהילה (92%), ולרצון שלהן לפעול למען קידום בריאות נשים (90%). יותר מ-80% מהנשים דיווחו כי הקורס תרם לתחושת המסוגלות שלהן ליזום ולהוציא לפועל פרויקטים לקידום בריאות הנשים בקהילה שלהן.

כשני-שלישים מהמשתתפות סברו שהקורס תרם להן הרבה גם בידע ובכלים מעשיים לעבודה (70% ו-65% בהתאמה); אם כי יש לציין שפחות נשים הצביעו על תרומה רבה בנושאים אלו לעומת תרומת הקורס בהקניית ידע עיוני והעלאת מודעות לנושא.

כפי שצוין לעיל, התכנית הופעלה בקרב מגוון אוכלוסיות ויישובים מסוגים שונים, דבר שהציב אתגר נוסף בפניה. בין היתר, היא פעלה גם בקרב האוכלוסייה הערבית בצפון ובדרום (הבדואים) - אוכלוסיות עם פחות ניסיון ומסורת של התנדבות ופעילות קהילתית, בפרט מצידן של נשים. על אף

זאת מצאנו שגם בקרב המשתתפות הערביות הרוב המכריע (76%) הביעו שביעות רצון כללית גבוהה מהקורס. שיעור זה אמנם נמוך במקצת מהשיעור בקרב היהודיות (86%), אך הבדל זה לא היה מובהק. כמו-כן, נמצא הבדל מובהק בין הנשים היהודיות לערביות בטענה שהקורס עונה על הציפיות שלהן (78% לעומת 63%, בהתאמה). גם בקרב נשים ערביות היה שיפור בידע (מ-4.2 ל-5.8 במבחן הידע), אך השיפור היה קטן יותר מאשר בקרב נשים יהודיות (שם השיפור היה מ-5.2 ל-7.3). תשעים ושניים אחוזים מהנשים הערביות ציינו כי היו ממליצות לנשים אחרות להשתתף בתכנית, בדומה לשיעור אצל נשים יהודיות (94%).

הנשים הערביות הביעו שביעות רצון נמוכה יותר באופן מובהק מהנשים היהודיות לגבי רוב ההיבטים הספציפיים של הקורס, אם כי גם כאן שיעורי שביעות הרצון היו גבוהים. כמו-כן, בנושאים הקשורים לידע בבריאות נשים והקניית כלים (לזיהוי צרכים, לעבודה בקהילה, ולעבודת צוות) הן דירגו את תרומת הקורס כגבוהה, אך באופן מובהק כנמוכה יותר מהיהודיות.

כפי שצוין לעיל, הממצאים ממחזורים ב' היו דומים לאלו של מחזור א' ברוב הנושאים. במחזור ב' נמצא שלקורס הייתה תרומה רבה יותר למסוגלות לעבוד בצוות, למוטיבציה לפעול בקהילה, ולמסוגלות לזיום ולבצע פרויקטים בקהילה. כמו-כן, נמצא שהקורס הביא לשיפור גדול במסוגלות עצמית בין המצב לפני הקורס לבין המצב שלאחריו, דבר שלא נבדק במחזור א' (שבו הממד של מסוגלות עצמית לא נבדק לפני הקורס).

הערכת הפעילות לאחר הקורס

בכל הקבוצות שהשתתפו במחזור הראשון, התקיימו במהלך שנת 2004, בתמיכת המתנ"סים, פעילויות לקידום בריאות נשים בקהילה. לרוב, בחירת נושאי הפעילויות וסוגיהן היו תוצאה של איתור צרכים ושל תהליך ממושך של היכרות עם צורכי הקהילה. כמה מהקבוצות היו פעילות יותר, וביצעו פעילויות בהיקף גדול במהלך השנה, אולם כל הקבוצות היו פעילות במידה זו או אחרת. סוגי הפעילויות כללו:

- ♦ סדרת הרצאות בנושאי בריאות נשים בעבור נשות הקהילה. הנושאים נקבעו על פי בקשת הציבור, כולל נושאים של בריאות הנפש
- ♦ פעילויות לפיתוח מודעות לנושא אלימות במשפחה (הצגה, הרצאה)
- ♦ הקמת קבוצות הליכה והפעלתן
- ♦ ערבי/ירידי בריאות (אוכל בריאות, ציוד וביגוד, טיפולים אלטרנטיביים, הרצאות)
- ♦ ימי כיף - פעילויות חברתיות לנשים בקהילה
- ♦ הקמת מועדון נשים (מועדון "אנוש" לפגועות נפש)

גורמים תומכים בפעילות המשכית בקהילה וגורמים מעכבים

בעקבות התכנית התהווה סגל של נשים הפועלות לקידום בריאות נשים בקהילתן. ברוב המתנ"סים שהשתתפו בתכנית, פעילות המנהיגות הפכה לפעילות ממוסדת. במהלך השנתיים של תכנית ההכשרה של הנשים, עמדו שיעורי נשירה של המשתתפות בשני המחזורים סביב 20%, שיעור שהוא נמוך ביחס למתרחש בקורסים ארוכים כאלה. גם לאורך כל תקופת ביצוע הפרויקטים בקהילה, חלק משמעותי

מהנשים התמידו בהשתתפותן. גרעין מקורי זה שמר על המשכיותה של הקבוצה, כאשר חברו אליהן נשים נוספות במהלך השנים. מדובר בקבוצת נשים שלאורך השנים, התפתחו והתמקצעו בעשייה שלהן למען בריאות הנשים בקהילה, ועל פי הדיווח של מפעילי התכנית משמשות קבוצה שפעילה גם בשנת 2007 לקידום בריאות ונושאים אחרים בקהילה. במהלך השנים בהן פעלה תכנית ההכשרה, התרחבה עשיית המתנדבות לתחומים נוספים בחלק מהמקומות, והן התגייסו למשימות שאינן בהכרח בתחום בריאות נשים.

הליווי הרב-שנתי של התכנית אפשר לזהות אילו עקרונות מבין אלה שהוזכרו בספרות היו חשובים במיוחד להצלחתה של התכנית, ושיש לתת להם תשומת-לב מיוחדת כאשר מפעילים תכניות דומות בעתיד. עקרונות אלה כוללים:

- ♦ **בחירת הקריטריונים למיון המשתתפות ואופן גיוס המשתתפות** - מומלץ לבחון את מידת פניות המועמדות, המוטיבציה שלה לתרום לקהילה, יכולתה לעבוד בצוות וכן מידת המסוגלות העצמית לפעול בקהילה.
- ♦ **חיזוק הקשר בין התיאוריה ליישום בהכשרת המשתתפות** - תהליך ההכשרה צריך לשלב בין למידה תיאורטית לבין יישום בפועל של התיאוריה, כלומר ייזום והפעלה של פרויקט בקהילה. התנסות כזו תאפשר למשתתפות ליישם את החומר התיאורטי שנלמד ולהבין איך הוא מתקשר לביצוע פרויקטים בקהילה.
- ♦ **יצירת תשתית ארגונית להפעלתה של התכנית** - הנשים אינן יכולות לפעול בחלל ריק. הן זקוקות למסגרת (כזו שניתנה על-ידי המתנ"סים - הן ברמה המקומית והן ברמה הארצית) שבה יוכלו להיפגש, לקבל סיוע משרדי וטכני (טלפון, פקס), או כל סיוע אחר לו הן זקוקות כדי לפעול בקהילה. תשתית כזאת גם נותנת להן תחושת שייכות למערכת מאפשרת ותומכת.
- ♦ **הבטחת התאמה תרבותית של התכנית לקהלי יעד שונים** - החל מתכנון התכנית וכלה באופן הפעלתה, חשובה המודעות לצורך ברגישות תרבותית לצורכי האוכלוסיות המשתתפות בה. התאמת התכנית צריכה לקחת בחשבון, בין היתר, הבדלים בשפה, בידע, בערכים, במנהגים, באמונות בנוגע לבריאות וכד'.
- ♦ **תחזוקת המנהיגות - הצרכים של הנשים להמשיך בפעילויותיהן בקהילה** - ההתמדה של הנשים בפעילות בקהילה אינה ברורה מאליה. חשוב לתת מענה למספר צרכים ייחודיים של נשים אלה על מנת לשמר אותן כפעילות, כגון ליווי והדרכה מקצועית, קבלת הכרה של הקהילה ועוד. תשתית חזקה, כפי שנמצאה במתנ"סים, אפשרה זאת.

נוסף לנקודות הספציפיות הנ"ל, מצאנו שהאסטרטגיה של "פרויקט אישה" ליישם את התכנית באמצעות המתנ"סים הייתה מוצלחת במיוחד. אסטרטגיה זו אפשרה הפעלה על-ידי ארגון ארצי, גדול, מבוסס, עם ידע וניסיון בפיתוח מנהיגות בקהילה. בגלל הגודל והפריסה הרחבה, המתנדבים הרגישו חלק מ"משהו גדול". כמו-כן, המתנ"סים תרמו להצלחת הפרויקט באמצעות תשתיות קיימות, העסקת רכזים מקומיים, ובהקצאת כסף לביצוע פרויקטים. בנוסף, הכנסים הארציים שהמתנ"סים יזמו נתנו למתנדבות הרגשת שהן חלק מפרויקט ארצי גדול וחשוב, וכן סיפקו הזדמנות ללמידה משותפת ומפגש בין-תרבותי.

ההערכה גם זיהתה מספר גורמים שעיקבו את הפעלתה המוצלחת של התכנית :

- ♦ **קושי בגיוס מקורות מימון לפעילויות** - על מנת שנשים יוכלו לגייס משאבים ההכרחיים לפעילות בקהילה חשוב להקנות להן את המיומנויות והידע הדרושים לפעילות זו.
- ♦ **התמודדות עם פוליטיקה מקומית** - חשוב להכיר את הדינמיקה הגלויה והסמויה המתקיימת בין אנשי מפתח בקהילה וכן בין הארגונים בקהילה. שיתוף כל הגורמים הללו בתכנית ושמירה על נייטרליות חיוניים לקבלת הכרה.
- ♦ **שחיקה של המנהיגות לאורך זמן** - בתכניות שההכשרה להן היא ארוכה יחסית וכן אופי הפעילות הוא כזה המצריך "נשימה ארוכה" כדי לראות את התמורה בעשייה, ההתמודדות עם שחיקה של המנהיגות היא בלתי נמנעת. כאמור, חיוני שהנשים יקבלו את התמיכה הנחוצה כדי שיוכלו להתמודד עם השלכותיה של שחיקה זו.

תרומת ההערכה עד כה

במהלך חמש השנים האחרונות נעשו שימושים שונים בממצאי ההערכה. הממצאים שהתקבלו מההערכה המעצבת של מחזור א' שימשו לשיפור התכנית תוך כדי הפעלתה, ובהמשך שימשו בסיס לתכנון המחזור השני של תכנית המנהיגות, כגון חיזוק הקשר בין הלמידה התיאורטית לבין ההתנסות המעשית, והתאמת הקורס לנשים מאוכלוסיות ותרבויות שונות. ההערכה המסכמת של שני מחזורי התכנית משמשת היום בסיס להפעלתן של תכניות נוספות לפיתוח מנהיגות נשים המתבססות על המודל של פעיל בריאות מהקהילה. ואכן, בשנים האחרונות הפדרציה היהודית של קליבלנד והסוכנות היהודית, יחד עם פדרציות יהודיות נוספות, תומכות במגוון תכניות דומות, תוך מתן תשומת-לב מיוחדת לאזורי הפריפריה ולתת-קבוצות פגיעות שונות.

בנוסף, יש להניח שהעקרונות שעלו בתהליך ההערכה של התכנית עשויים להביא תועלת ולשמש קווים מנחים בתכנון ובהפעלת מגוון רחב של תכניות מסוג זה לפיתוח קהילתי בעבור מנהיגות בתחום הבריאות או בתחומים אחרים.

דברי תודה

ברצוננו להודות לוועדת ההיגוי של הפדרציה היהודית של קליבלנד לפרויקט "אישה" ולוועדת המשנה שלה לתכנית המנהיגות, יחד עם הצוות הבכיר של הפדרציה - על תשומותיהם לעיצוב התכנית ולהערכתה.

אנו רוצים להודות לצוות הסוכנות היהודית שניהלו את פרויקט "לאישה" ולצוות המפעיל של התכנית למנהיגות בחברה למתנ"סים ובמרכז לחקר וקידום בריאות האישה באוניברסיטת בן גוריון, ולמשתתפות בתכנית ששיתפו פעולה עם צוות ההערכה ובכך אפשרו לנו לבצע הערכה מקיפה ומשמעותית.

תודה מיוחדת לג'ק חביב, מנהל המכון, שבמהלך הפרויקט שימש יועץ לפדרציה היהודית של קליבלנד לגבי הפעילות שלה בישראל, על תרומתו להערכה.

אנו מודים גם לבלהה אלון על עריכת הדוח וללסלי קליינמן על ההבאה לדפוס.

תוכן העניינים

1	1. מבוא
1	1.1 רקע
2	1.2 תיאור התכנית
3	1.3 סקירת ספרות
7	2. מטרות ההערכה
7	3. שיטות המחקר וכלי הערכה
7	3.1 שיטות המחקר ואיסוף הנתונים
8	3.2 מדדי הערכה
8	3.3 תיאור האוכלוסייה
9	ממצאים עיקריים
9	4. קורס מחזור א': גיוס, השתתפות ושביעות רצון
9	4.1 תהליך גיוס ומיון המשתתפות
9	4.2 שיעורי השתתפות בקורס
10	4.3 שביעות רצון מן הקורס
	5. תוצאות ותרומות של הקורס : ידע בבריאות נשים ועבודה בקהילה, תחושת מסוגלות ומוטיבציה לפעול (מדדי תהליך/ביניים)
13	5.1 תרומת הקורס, לפי הערכת המשתתפות
13	5.2 תרומת הקורס לנשים, לפי הרכזות
14	5.3 תפיסת התרומה האישית של המשתתפות בעקבות ההשתתפות בתכנית
14	5.4 ידע בבריאות נשים
15	5.5 מסוגלות עצמית לביצוע פרויקטים בקהילה
16	6. מוטיבציה ותכניות לפעול בקהילה לקידום בריאות נשים
17	7. פעילות הנשים לקידום בריאות נשים בקהילה
18	7.1 תיאור הפעילויות של הנשים בקהילה
18	7.2 פעילות הנשים לקידום בריאות בקהילה - גורמים מסייעים ומעכבים
19	8. סיכום ודיון בממצאים
22	8.1 אופן גיוס וקריטריוני מיון של המשתתפות
22	8.2 מבנה ההכשרה - חיזוק הקשר בין התיאוריה ליישום
24	8.3 התאמה תרבותית של התכנית
24	8.4 תחזוקת המנהיגות - הצרכים של הנשים לשם המשכת הפעילות בקהילה
25	9. מילה אחרונה על אתגרי ההערכה ותרומותיה
25	ביבליוגרפיה
27	
29	נספח א': סיכום פעילות מנהיגות נשים - מחזור א' לשנת 2004
29	נספח ב': פיתוח מנהיגות בקהילה לקידום בריאות נשים - מחזור ב': ממצאים מניתוח שאלוני ההערכה של הקורס התיאורטי – לוחות
38	

רשימת לוחות

- 10 לוח 1 : שביעות רצון כללית
- 11 לוח 2 : שביעות רצון מהיבטים שונים של הקורס
- 12 לוח 3 : שביעות רצון ממבנה הקורס ומתכניו
- 13 לוח 4 : תרומת הקורס למשתתפות בנושאים שונים
- 15 לוח 5 : מבחן ידע
- 16 לוח 6 : מסוגלות עצמית
- 17 לוח 7 : מוטיבציה לפעול בקהילה לקידום בריאות נשים
- 17 לוח 8 : מספר שעות בחודש שהנשים מתכננות להקדיש לפעילות לקידום בריאות נשים

לוחות בנספח א'

- 29 לוח א-1 : סיכום פעילויות לשנת הפעילות 2004, תכניות עתידיות לקידום בריאות נשים וקשרים עם גורמי חוץ
- 33 לוח א-2 : גורמים מסייעים ומעכבים בהכנת הפעילויות, קשר הרכזת המקומית עם הקבוצה ויחסים בקבוצה, תחזוקת מנהיגות, צרכים להמשך פעילות ותפיסת תרומה אישית

לוחות בנספח ב'

- 38 לוח ב-1 : תרומות הקורס - אחוז הנשים שהעריכו את תרומת הקורס (בנושאים שונים) כ"רבה" או "רבה מאוד"
- 38 לוח ב-2 : דיווח על מסוגלות עצמית - "במידה רבה" ו"במידה רבה מאוד" לפני הקורס ולאחריו
- 39 לוח ב-3 : תוצאות מבחן ידע - לפני הקורס ולאחריו
- 40 לוח ב-4 : שביעות רצון מהקורס, הנשים שדיווחו על שביעות רצון "רבה" או "רבה מאוד"

1. מבוא

1.1 רקע

בעשור האחרון זוכה נושא בריאות נשים בישראל להתעניינות רבה. בעקבות הצטברות של עדויות ממחקרים שונים (גרוס וברמלי-גרינברג, 2000; יפרח, 2000; אשכנזי וגרוס, 2004) גברה ההכרה בקרב אנשי מקצוע כי בישראל אין התייחסות מתאימה לטיפול בבריאות נשים ולקידום נושא זה. בשנת 2001 פותח פרויקט "אישיה" שמטרתו לקדם את בריאות הנשים בישראל בשיתוף הסוכנות היהודית, מכון מאיר-ג'וינט-ברוקדייל ופדרציית קליבלנד.

פרויקט "אישיה" מורכב ממספר תכניות לקידום בריאות נשים בקרב קהילת הרופאים, אוכלוסיית הנשים ובקרב כלל הקהילה. אחת התכניות שהופעלו במסגרת הפרויקט היא תכנית ייחודית לפיתוח מנהיגות נשים בקהילה בתחום בריאות נשים.

היעד העיקרי של התכנית למנהיגות בקהילה היה לפתח ולהעצים נשים מתוך הקהילה באמצעות הכשרתן כפעילות לקידום בריאות הנשים בקהילתן. כדי להשיג יעד זה, קיבלו המשתתפות במסגרת הכשרתן ידע בבריאות נשים וכלים לפיתוח פרויקטים בקהילה והפעלתם. ההנחה היא שהידע והמיומנויות שהמשתתפות רכשו במהלך הקורס יאפשרו להן להיות פעילות בתחום בריאות נשים בקהילתן, לקדם את המודעות בנושא, ליזום תכניות ולהוציאן לפועל.

מסקירת הספרות המקיפה שהכנו בנושא פיתוח מנהיגות לקידום בריאות נשים בקהילה (אלרועי וגרוס, 2003), עולה שהתכנית לפיתוח מנהיגות נשים, דומה לתכניות המתוארות בספרות הקיימת בתחום הכשרת פעילי בריאות מהקהילה (Lay health activists) (ראה להלן סקירת ספרות), אשר מטרתן היא להעצים אנשים שהם חלק מהקהילה ולכן מכירים אותה ויכולים להשפיע עליה על-ידי מתן ידע וכלים בסוגיות בריאותיות, כגון בדיקת ממוגרפיה (Earp et al., 1995).

התכנית מתבססת על מודל של פיתוח קהילתי ופיתוח מנהיגות מקומית של אנשי הקהילה (lay leaders). לפי מודל זה, כדי לקדם נושא מסוים בקרב קהילה, יש צורך שהתכנית תתאים לצורכי האוכלוסייה הן מבחינת התכנים והן בדרכי הפעולה. על כן, לבחירת הנשים המשתתפות בקורס מתוך הקהילה עצמה יש ערך מוסף: במסגרת ההכשרה שלהן כמנהיגות בקהילה ניתן ללמוד מהם הצרכים, התפיסות, האמונות והערכים של האוכלוסייה, וכן לזהות מהם הגורמים היכולים לתמוך בהשגת היעדים הבריאותיים הרצויים או לעכב אותם. לימוד זה מאפשר בנייה והתאמה של תכנית שתתאים לצורכי אוכלוסיית היעד. כך, המשתתפות מקבלות מהתכנית ידע וכלים פורמליים ובד בבד תורמות לפיתוחה ולהתאמתה של התכנית לצורכי אוכלוסיית היעד שבקרבה יפעלו.

פדרציית קליבלנד והסוכנות היהודית פנו למאיר-ג'וינט-מכון ברוקדייל על מנת שיסייע בפיתוח המודל של פרויקט "אישיה" וילווח את התכניות השונות שהופעלו במסגרת הפרויקט בהערכה מעצבת ומסכמת. בין השנים 2001-2004 התקיימו שני מחזורים של תכנית מנהיגות נשים לקידום בריאות נשים אשר לוו בהערכה מקיפה.

במהלך הליווי הממושך והמקיף של התכנית בהערכה מעצבת הופקו שבעה דוחות שנמסרו למפעילי התכנית ולנציגי הקהילה בקליבלנד על מנת לסייע בעיצוב התכנית תוך כדי הפעלתה.

הדוח הנוכחי מסכם את הממצאים והמסקנות שהתקבלו מכל פעולות ההערכה שביצענו בתכנית פיתוח מנהיגות נשים בקהילה לקידום בריאות נשים במהלך השנים 2001-2005. בדוח זה נציג בעיקר את הממצאים מהתכנית שהופעלה במחזור א', שכן במחזור זה ניתן דגש להערכה שלמה ומקיפה יותר מאשר במחזור השני. זאת, משום שההערכה של מחזור ב' של התכנית לא כללה מעקב אחר ביצוע פרויקטים של הנשים בקהילה כמו-כן, מצאנו כי קיים דמיון רב בין הממצאים שהתקבלו בשני מחזורי התכנית, ורצינו להימנע מחזרות. לכן, מלוא הממצאים של מחזור ב' מופיעים בלוחות בנספח ב' ובפרק הממצאים להלן רק נציג בקצרה את ההבדלים שנמצאו בין המחזורים.

בעקבות תהליך ההערכה של התכנית זיהינו הן גורמים שתומכים בהפעלתה של תכנית המתבססת על מודל מנהיגות מקומית, והן גורמים המעכבים אותה.

מטרתו של דוח זה היא לסכם את הנלמד על מאפייני התכנית והשפעותיה מההערכה של שני מחזורי התכנית, ולהציג את ההבנות והתובנות שלנו לגבי אופן יישום תכנית המתבססת על מודל של פיתוח מנהיגות קהילתית.

1.2 תיאור התכנית

במהלך השנים 2001-2004 התקיימו שני מחזורים של התכנית, ובסך-הכל 28 קבוצות. המחזור הראשון מנה 17 קבוצות (288 נשים) אשר הונחו על-ידי שני גופים: החברה למתנ"סים (14 קבוצות) ואוניברסיטת בן גוריון (3 קבוצות). המחזור השני של התכנית מנה 11 קבוצות (202 נשים) אשר הונחה על ידי החברה למתנ"סים.

במהלך השנתיים הראשונות של התכנית (2001-2003), עברו המשתתפות קורס תיאורטי, ולאחריו הכשרה מעשית לביצוע פרויקטים בקהילה. הקורס התיאורטי נמשך כשנה וכלל 19 מפגשים, אחת לשבוע כשלוש שעות כל מפגש, והנשים קיבלו ידע בבריאות נשים, וידע וכלים לעבודה בקהילה. בחלק השני של התכנית עברו המשתתפות הכשרה כדי להתנסות וליישם את הידע והכלים שקיבלו (בקורס התיאורטי) בתכנון וביצוע פרויקט לקידום בריאות נשים בקהילה. במהלך שנת 2004 פעלו הן הקבוצות שהונחו על-ידי החברה למתנ"סים והן הקבוצות מטעם אוניברסיטת בן גוריון, וביצעו פרויקטים ופעילויות לקידום בריאות נשים בקהילה שלהן. קבוצות הנשים של החברה למתנ"סים פעלו במתנ"ס שבקהילה שלהן וקיבלו ליווי והדרכה של רכזת מקומית של הקבוצה מטעם המתנ"ס ושל מנחה מקצועית; הקבוצות שהופעלו על-ידי אוניברסיטת בן גוריון הונחו כל אחת על-ידי רכזת ששימשה גם מנחה מקצועית וליוותה את התנסותן הראשונית בביצוע פרויקטים. כחלק מהאסטרטגיה הכוללת של התכנית, הרכזות המקומיות שהדריכו את המשתתפות עברו אף הן הכשרה מקצועית במהלך השנה הראשונה של הקורס. בנוסף, במטרה לחזק את המשתתפות ולתת להן תחושה שהן חלק מעשייה ברמה האזורית/ארצית, החברה למתנ"סים ארגנה כנסים אזוריים וארציים שאפשרו לנשים להפגש, להתחלק בחוויות ולשמוע הרצאות מקצועיות בנושא.

1.3 סקירת ספרות²

א. קידום בריאות, העצמה ופיתוח קהילתי

תכנית קליבלנד לפיתוח מנהיגות בבריאות נשים מכשירה נשים להיות מנהיגות בתחום הבריאות, ליזום ולהפעיל תכניות בריאות בקהילה על בסיס שוטף. תכניות מסוג זה מביאות לפיתוח הקהילה ולהעצמתה. העצמת הקהילה מגבירה את המסוגלות הקהילתית. קהילה מועצמת מסוגלת להתמודד באופן עצמאי עם בעיות ולגבש דרכים לסיפוק צרכיה.

בסקירה תיאורטית על נושא זה, Billings (2000) מצביע על כך שתכניות בריאות, שמופעלות על-ידי אנשים לא מקצועיים מהקהילה עצמה, שואפות לפתח ולהעצים את הקהילה, בכלל, ולשפר את הבריאות, בפרט. ההנחה העומדת ביסוד גישה זו היא שבנוסף להשפעה הישירה של התכניות על התושבים, הידע, הכישורים והשיפור בבריאות שנצברו על-ידי פרטים במסגרת העבודה הקבוצתית יחללו וישפיעו על קבוצות גדולות יותר, כך שבסופו של דבר התוצאה תהיה היענות רבה יותר להשתתפות בתכניות קידום בריאות. תיאוריה זו אינה מסביר כיצד בדיוק צפוי לפעול תהליך זה ולכן יש צורך במחקרים אמפיריים כדי להבין את התהליכים המביאים לשיפור בריאות באמצעות פרויקטים מסוג זה.

קהילה מועצמת מוגדרת כקהילה שבה פרטים וארגונים מיישמים את כישוריהם ומשאביהם במאמץ משותף להתמודדות עם צורכיהם. באמצעות פעולה משותפת זו, הפרטים והארגונים מגבירים את השפעתם ואת שליטתם על איכות החיים בקהילה. העצמת הקהילה קשורה להעצמת הפרט, ומתייחסת ליכולתו של הפרט לקבל החלטות ולהגיע לשליטה בחייו הפרטיים. רעיון זה משלב מסוגלות עצמית ויכולת, תחושה של שליטה ותהליך של שיתוף בהשפעה על ארגונים ועל החלטות (Israel et al., 1994).

בקרב מחנכים בתחום הבריאות קיימת תמימות דעים שתכניות קידום בריאות מוצלחות צומחות מתוך קהילות מועצמות המשתתפות באופן פעיל (Eisen, 1994). אייזן סקר 17 יוזמות להעצמה קהילתית בשכונות (אשר תשע מתוכן עסקו בבעיות של בריאות הציבור). כל היוזמות כללו תכניות לפיתוח מנהיגות ולתגבור היכולת האישית ורובן כללו רכיבים של השכלה בסיסית. הממצאים מלמדים שרק יוזמות שהופעלו על-ידי התושבים, לבדם או בשילוב עם מממנים, הוכיחו יכולת לשפר את גישת התושבים למשאבים ולשלוט עליהם לאורך זמן. המחבר המליץ שמחנכים בתחום הבריאות יתנו קדימות ליוזמות המופעלות בידי תושבי הקהילה, ושתרומתם תהיה כפעילים ולא כמפעילי התכנית. זאת, משום שלתושבים יש יותר ידע מאשר לאנשי מקצוע מן החוץ לגבי הצרכים והקדימויות המתאימים להם.

² יצוין שרוב הספרות עוסקת ביעוץ הניתן על-ידי פעילות לנשים כמותן, ואילו פרויקט זה מתמקד בהכשרת פעילות בריאות שאמורות ליזום ולבצע פרויקטים מגוונים, דבר שעד כה קיבל רק התייחסות מועטת בספרות. כמו-כן, רוב המאמרים בספרות התייחסו לנושאים ספציפיים מאוד בבריאות האישה (כגון ייעוץ למניעת סרטן ותמיכה לחולות סרטן השד), ואילו פרויקט זה היווה הכשרה להתמודדות עם מגוון רחב של נושאים בבריאות האישה.

ב. פעילי בריאות בקהילה - אסטרטגיה לפיתוח קהילתי

בסקירה תיאורטית מציינים Minkler & Wallerstein (1997) כי היעד העיקרי של פיתוח קהילתי הוא הגברת המסוגלות הקהילתית, כלומר, היכולת של הקהילה לפתור בעיות. פיתוח מנהיגות מהווה היבט עיקרי בפיתוח קהילות עם יכולת פעולה. תכניות להכשרת פעילי בריאות מהקהילה הן אחת הדרכים להגברת המסוגלות הקהילתית. דרכים נוספות להגברת המסוגלות הקהילתית הן הכשרת נציגים או קבוצות שאינם אנשי מקצוע מתוך הקהילה.

הכשרת נשים מן הקהילה כמנהיגות בתחום הבריאות היא אחד הרכיבים של תכנית קליבלנד. לגישה זו יש מרכיבים הדומים לגישת פעילי הבריאות הקהילתיים, הנפוצה מאוד בארצות-הברית בשנים האחרונות. על כן, בחלקה השני של סקירת הספרות (Elroy & Gross, 2003, עמ' 6-18), נציג את הרכיבים העיקריים של גישה זו וכן שיטות להערכתה.

יש הכרה נרחבת בכך ששיפור מצב הבריאות של אוכלוסיות מיוחדות דורש התערבויות קהילתיות בקהילת היעד. יתר-על-כן, השימוש במנהיגים קהילתיים מקומיים שאינם אנשי מקצוע צובר הכרה כאסטרטגיה מבטיחה במיוחד להפצת מידע מדויק ונכון על קידום בריאות באמצעות רשתות חברתיות בתוך הקהילה, להשפעה על עמדות, אמונות והתנהגויות ולתמיכה בקבלת החלטות הנוגעות לבריאות הקהילה.

גישת פעיל הבריאות מהקהילה. כפי שהגדיר Israel (1985)³, פעילי בריאות מהקהילה הם אנשים שאינם אנשי מקצוע אשר אנשים פונים אליהם באופן טבעי לקבלת עצה, תמיכה רגשית ועזרה מעשית. הם מספקים סיוע באופן ספונטני, ומהווים חלק כה רגיל של חיי היומיום שלרוב לא מכירים בערכו. Eng & Young (1992), אשר סקרו תכניות של פעילי/מדריכי בריאות מהקהילה, תיעדו למעלה מ-31 מונחים שבהם משתמשים בספרות בנושאי בריאות בארצות-הברית לתיאור פעילים אלה, כגון community health advocate, community health aid, community health promoter.

1. הרעיון העומד בבסיס גישת פעיל הבריאות מהקהילה

התערבויות המתבססות על פעילים בריאותיים שאינם אנשי מקצוע מבוססות על תיאוריות ועל נתונים אמפיריים אשר מהם עולה שרשתות חברתיות קיימות יכולות לספק מידע ותמיכה חברתית ולהתגייס לפעילות משותפת על מנת להתמודד עם סוגיות בריאותיות בתוך הקהילה. המודלים המבוססים על רשתות חברתיות קיימות מכירים בכך שאמינותם של הפעילים טמונה בהיסטוריה שלהם, באוטונומיה שלהם ובזמינותם לחברי הקהילה. אלה הם האנשים שחברי הקהילה כבר פונים אליהם לקבלת ייעוץ, תמיכה ועזרה מעשית (Eng & Young, 1992; Eng & Smith, 1995; Israel, 1983; Service et al., 1979; Schultz et al., 1997)⁴. גישות אלה נשענות על ההנחה שהתנהגות הפרט מושפעת מן הקבוצה החברתית שאלה הוא משתייך וממנה הוא שואב את "הזהות החברתית" שלו (Godlieb &)

³ מצוטט אצל Eng & Young, 1992

⁴ מצוטטים אצל Eng & Smith, 1995

(McLeroy, 1994).⁵ היתרון בקבלת סיוע ומידע ממסייעים "טבעיים" הוא בקבלת תשומת-לב אישית ומותאמת-תרבותית במסגרת אירוע טבעי, המכונה "lay helping" (Service et al., 1979).⁶

התערבויות הבנויות על תפקידם של המסייעים הטבעיים מסווגות כהתערבויות של פעילים שאינם אנשי מקצוע מתחום הבריאות (Eng & Young, 1992). על פי מחקרים אמפיריים שונים, הסיוע הטבעי של פעילים אלה יוצר מערכת קהילתית של טיפול ותמיכה חברתית אשר משלימה את תפקידו הממוקד יותר של איש המקצוע (Eng & Hatch, 1991; Levin & Idler, 1981; Salber, 1981).⁷ הממצאים מעידים על כך שהתערבויות אלה אמנם אינן יקרות, אך הן מהוות אמצעי רב-עוצמה להשפעה על עמדות, אמונות, התנהגויות ומוסכמות חברתיות בתחום הבריאות, זאת ברמת הרשת החברתית וברמת הקהילה (Brownstein et al., 1992). התערבויות אלה התמקדו במילוי פערים, כגון הספקת מידע על סרטן השד או כל סוגיה אחרת הקשורה בחינוך בנושאי בריאות נשים.

בסקירתם שבחנה שיטות שונות של יישוג (outreach) בתחומי בריאות נשים, מציינים Fife et al. (2001) כי על-פי-רוב מטרות תכניות אלה היא לשפר את הידע של נשים שאינן נשות מקצוע בתחומים משמעותיים הקשורים לבריאות האישה, להגביר את מודעותן לסוגיות בריאות אלו, וליצור תקשורת דו-סטרית בין אנשי המקצוע בתחום הבריאות לבין הקהילה.

2. מודלים של תפקידיו של פעיל בריאות מהקהילה ופעולותיו בתחום הבריאות

במחקרים שונים נמצא כי הפעילים הקהילתיים מתארים את עבודתם ברמות שונות של פעילות. ברמה הפרטנית הם מספקים מידע ותמיכה נפשית ומעשית לחברי הקהילה, וכן תמיכה חברתית לנשים ברשתות החברתיות שלהן באמצעות יחסים אישיים (Heaney & Israel, 1997; Schultz et al.,⁸ Service et al., 1979; Earp et al., 1997; 1995). ברמה הארגונית הן פועלות לחולל שינוי בארגונים קיימים, לפתח משאבים ושירותים חדשים, למסד מנגנונים שיאפשרו למקבלי החלטות ברמה הארצית והמקומית לשמוע את קולה של הקהילה וליצור ערוצים חדשים להזרמת מידע ושירותים אל חברי הקהילה. פעילויות אחרות כוללות תכנון והפעלה של גילוי מוקדם והעלאת המודעות לסוגיות בריאות. ברמת הקהילה, הן פועלות בשיתוף עם ארגונים אחרים לגייס תמיכה לשינוי קהילתי באמצעות טיפול בבעיות הקשורות בבריאות.

3. השפעת ההתערבות של פעיל בריאות מהקהילה

Flax & Earp (1999) אשר בחנו 19 תכניות של פעילים מהקהילה בתחום הבריאות, מדגישים כי למרות שהיעד העיקרי של התערבויות אלה הנו לעודד התנהגות מקדמת בריאות (כגון בדיקות מוקדמות לגילוי סרטן השד), הרי בד בבד מתרחשים שינויים חשובים נוספים בקרב מקבלי הייעוץ, כגון שינויים בעמדות ובהתנהגויות.

⁵ מצוטטים אצל Earp et al., 1997

⁶ מצוטט אצל Eng & Young, 1992

⁷ מצוטטים אצל Eng & Smith, 1995

⁸ מצוטטים אצל Schultz et al., 1997

פעיל בריאות מהקהילה עובד באמצעות מבנים חברתיים שונים (משפחה, חברים, שכונה, מסגרות דת, עבודה, ארגוני התנדבות וקבוצות חברתיות), וכך משמש מתווך בין פרטים בקהילה לבין ארגוני בריאות. פעיל הבריאות משפיע על המידה בה הקהילה משתמשת בשירותי בריאות פורמליים באמצעות תהליכים מגוונים: הספקת מידע או ייעוץ, הפניית נשים לשירותים, וסיוע בהבנת המקובלות החברתית של שירותי בריאות שונים (Ducharme, 1991).⁹

פעילי בריאות מהקהילה יכולים יחדיו להביא לשינוי חברתי במוסכמות קהילתיות (לדוגמה, שבירת השתיקה בנוגע לסרטן השד).

4. הערכת תכניות של פעילי בריאות מהקהילה

למרות שבארצות-הברית חל גידול מרשים במספר התכניות של פעילי בריאות מהקהילה בעשורים האחרונים, רבות מתכניות אלה לא זכו כמעט למחקר והערכה. יתר-על-כן, כמעט שלא התפרסם מידע כתוב על הערכות שנעשו בנושא. Earp et al. (1997) מציינים כמה סיבות אשר יש בכוחן להסביר את מיעוט תשומת-הלב שהופנתה להערכת תכניות אלה. הסיבה הראשונה היא שכפי הנראה יש קושי להעריך את האפקטיביות של פעיל בריאות מהקהילה מבלי לערער את תהליכי הסיוע הטבעיים המעניקים להתערבויות כאלה את ייחודן (Israel, 1985¹⁰; Eng & Young, 1992). שנית, מכיוון שהסיוע הטבעי מתרחש בצורה ספונטנית ובלתי פורמלית, המפגשים המסייעים אינם מהווים אירועים מוגדרים היטב, וקשה למדוד אותם באמצעות טכניקות הדורשות תכנון מראש. מעבר לכך, כאשר מבקשים מהפעילים לתעד את פעולותיהם, הם מתקשים לזהות ו/או לזכור את כל האינטראקציות שהיו להם. שלישית, מכיוון שתפקידו של הפעיל אינו מובנה, קשה בתחילה לפתח מטרות שניתן למדוד אותן וקשה להתמודד עם שאלות הערכה חשובות. רביעית, הערכות מוקפדות המודדות תוצאות הן יקרות, פעמים רבות מעבר ליכולתן הכלכלית הצנועה של התכניות האלה. חמישית, בגלל ריבוי ההיבטים האיכותיים של פעילויות אלה, נדרשת כאן גישה איכותנית, הדורשת לעתים השקעה של זמן ומשאבי אנוש מעבר למה שזמין (Gottlieb, 1981).¹¹ אחרון, היות שהתערבויות מעין אלו נשענות הן על תהליכים בין-אישיים והן על תהליכים ארגוניים כדי להגיע למגוון תוצאות פוטנציאליות, קיים קושי להגדיר את גבולות ההערכה.

Flax & Earp (1999) מציינים כי לאחר שערכו סקירת ספרות נרחבת וראיונות טלפוניים עם מנהלי תכניות ומעריכיהן ברחבי ארצות-הברית, הם מצאו שרק לגבי 19 תכניות התפרסמו ממצאים על הערכות שהושלמו. רוב התכניות שהוערכו עסקו בהכשרת פעילים קהילתיים בנושא מצומצם (כגון סרטן השד) והכנתם לפעילות משותפת בקהילה.

התכניות השונות הוערכו ברמות שונות. אותרו שתי רמות עיקריות: (1) הערכת השינויים בקרב הפעילים בעקבות ההכשרה (לדוגמה, ידע, עמדות, התנהגות בריאותית אישית, העצמה) ושביעות רצונם מתכנית ההכשרה; (2) הערכת הפעילות של הפעילים באמצעות דוחות פעילות מובנים וראיונות

⁹ מצוטט אצל Brownstein et al., 1992

¹⁰ מצוטט אצל Eng & Young, 1992

¹¹ מצוטט אצל Earp et al., 1997

טלפונים עמם, ומדידת השינויים שחלו באנשים שקיבלו את הייעוץ (ידע, התנהגות בריאותית, שימוש). שינויים אלה נמדדו לעתים באופן ישיר (כגון באמצעות ראיונות אישיים) ולעתים באמצעות הפעילים, אשר התבקשו לתאר את השינוי מנקודת מבטם.

2. מטרות ההערכה

מטרת העל הייתה להעריך את תהליך ההכשרה ואת תפוקות התכנית.

יעדי ההערכה

1. להעריך את אופן יישום התכנית תוך מתן משוב מעצב לשיפור התהליך ותפוקות התכנית.
2. לבחון את תרומת התכנית לפיתוחן של מנהיגות לקידום בריאות נשים בקהילה.
3. לספק מידע שימשמש בסיס לקבלת החלטות לגבי המשך הפעלת התכנית.

3. שיטות המחקר וכלי הערכה

3.1 שיטות המחקר ואיסוף הנתונים

התכנית לוותה בין השנים 2001-2005 בהערכה מעצבת החל משלב התכנון וגיוס המשתתפות ובהערכה מסכמת בשלבים השונים של הפעלתה: תחילת הקורס התיאורטי ובסופו, וכן בשלב ביצוע הפרויקטים בקהילה. במסגרת ההערכה השתמשנו בכלים כמותניים ואיכותניים: שאלונים סגורים, ראיונות עומק וטופסי דיווח שונים. בבניית התכנית ההערכה וכליה התבססו על הספרות העולמית הקיימת בנושאים של העצמה אישית והעצמה קהילתית, והמודל להעצמה קהילתית המתבסס על Lay Health Advisors (LHA). כמו-כן סקרנו מאמרים ומחקרי הערכה על תכניות המתבססות על המודל של פעיל בריאות מהקהילה.

כפי שצוין בפרק הרקע התיאורטי, מצאנו מעט מחקרי הערכה של תכניות המתבססות על המודל הזה ומחקרי הערכה של תכניות LHA רחבות (שעוסקות ביותר בנושא בריאותי ספציפי).

חשוב לציין כי לא מצאנו בספרות הקיימת על תכניות מסוג זה תכנית שזכתה להערכה כה מקיפה וממושכת כמו במקרה של ההערכה של התכנית הנוכחית.

להלן כלי ההערכה העיקריים בהם השתמשנו:

שאלונים לפני הקורס ולאחריו: המשתתפות מילאו שאלונים בתחילת הקורס התיאורטי ובסופו. השאלון שלפני הקורס התמקד בעיקר ברקע הסוציו-דמוגרפי וההתנדבותי של המשתתפות, בסיבות שבגללן הצטרפו לתכנית ובציפיותיהן ממנה. בנוסף, כלל השאלון עשר שאלות ידע על בריאות נשים. השאלון שהועבר לאחר הקורס כלל שאלות להערכת היבטים שונים של הקורס, שאלות להערכת מסוגלות עצמית ושאלות על מוטיבציה ועל תכניות לעבודה עתידית בקידום בריאות נשים. כמו-כן, נכלל שוב אותו מבחן הידע שנכלל בשאלון שלפני הקורס, ומספר שאלות על הרקע הסוציו-דמוגרפי.

ראיונות עומק עם רכזות התכנית: במסגרת הערכת הקורס התיאורטי של התכנית רואיינו טלפונים תשע מתוך 16 הרכזות של הקורסים.¹² מטרת הראיונות הייתה ללמוד מהרכזות אשר ליוו את הקורס מקרוב כיצד ניתן לשפר אותו בעתיד, וכן להיעזר בניסיון לתכנון השלב הבא של ההכשרה המעשית לקראת הכנת הפרויקטים. הראיון כלל שאלות בחמישה נושאים עיקריים: תהליך גיוס המשתתפות, הערכת מבנה הקורס ותכניו (כולל ביצוע "הפרויקטון"¹³), שלב ביצוע הפרויקטים המונחים, המשך פעילות המנהיגות ומשוב על אופן ההערכה של התכנית.

ראיונות עומק עם משתתפות התכנית: כחלק מהערכת התכנית קיימנו ראיונות טלפוניים עם 14 משתתפות משבעה מתנ"סים (שתי נשים מכל מתנ"ס) שהשתתפו במחזור א' של התכנית שהופעלה על-ידי החברה למתנ"סים. מטרת הראיונות הייתה לקבל מהמנהיגות עדכון לגבי פעילות הקבוצה לקידום בריאות נשים בקהילתן, החל מדצמבר 2003 ועד לדצמבר 2004, וכן לברר עמן מהן התכניות העתידיות והצרכים שלהן כמנהיגות להמשך עשייה בשנת הפעילות 2005. האסטרטגיה הייתה לבחון הן מתנ"סים המוכרים כמצליחים יותר והן כאלו המוכרים כמצליחים פחות, ולראות הן את הפעילות הדומיננטיות יותר והן את מי שפחות בולטות בקבוצה.

טופס לדיווח על ביצוע פרויקטים בקהילה: במהלך שנת הפעילות 2004 נתבקשו כל קבוצות המנהיגות במתנ"סים שפעלו במסגרת התכנית לדווח בטופס מובנה על הפרויקטים שביצעו עד כה בקהילתן.

3.2 מדדי הערכה

המדד העיקרי שהוגדר להערכה של הצלחת התכנית היה הפעלת פרויקטים עצמאיים בקהילה על-ידי הנשים לאחר השתתפותן בקורס. מדדי הביניים היו שיפור בידע של הנשים בבריאות ושיפור במוטיבציה ובמסוגלות לבצע פרויקטים בקהילה.

3.3 תיאור האוכלוסייה

מאתיים שמונים ושמונה נשים השתתפו במחזור הראשון של התכנית: 70% מהמשתתפות היו יהודיות, 56% מהן ילידות הארץ. בתכנית השתתפו גם נשים בדואיות מכפרים בדרום הארץ. טווח הגילים של הנשים שהשתתפו בתכנית נע בין 19 ל-74 שנים. כמחצית (49%) המשתתפות היו גילאיות 35-50, ו-28% היו מעל גיל 50. המשתתפות הגיעו ממקומות שונים בארץ, נשואות, בעלות השכלה תיכונית ופחות. בין המשתתפות היו גם עולות מברית-המועצות לשעבר ומספר קטן של נשים מאתיופיה. לכשליש מהנשים (38%) היה ניסיון מוקדם בפעילות התנדבותית כלשהי במהלך השנתיים שקדמו לקורס. הסיבות העיקריות להשתתפות בקורס היו: רצון לקבל ידע (67%), רצון לתרום לקהילה (41%), ו-21% דיווחו על צורך בהתפתחות אישית או סיפוק אישי (כגון הזדמנות לצאת מהבית).

¹² רואיינו רכזות של שני הגופים המפעילים: החברה למתנ"סים ואוניברסיטת בן גוריון.

¹³ במהלך הקורס נתבקשו הנשים בתכנית של החברה למתנ"סים לתכנן ולבצע מיני-פרויקט קבוצתי (פרויקטון) לקידום בריאות האישה בקהילה. המטרה של הכנת המיני-פרויקט הייתה לתת לנשים הזדמנות להתנסות ב"קטן" ביישום מעשי של הנלמד.

חשוב לציין כי אוכלוסיית הנשים שגויסה לתכנית הייתה מגוונת, על-פי-רוב היו אלה נשים בעלות השכלה נמוכה ורקע מצומצם בבריאות נשים ובפעילות התנדבותית בקהילה. פיתוח מנהיגות בקרב קהל יעד מסוג זה היה אחד האתגרים הרבים של התכנית.

ממצאים עיקריים

4. קורס מחזור א': גיוס, השתתפות ושביעות רצון

בפרק זה יוצגו ממצאים מההערכה של מחזור א' של התכנית. תחילה נציג את הממצאים משאלון הערכת הקורס. שאלון זה, אשר הועבר לאחר הקורס, כלל שאלות להערכת היבטים שונים של הקורס, שאלות להערכת מסוגלות עצמית ושאלות על מוטיבציה לפעול בקהילה ועל תכניות לפעילות קהילתית בעתיד בקידום בריאות נשים. כמו-כן, נכלל שוב מבחן הידע שנכלל בשאלון שלפני הקורס, ומספר שאלות על הרקע הסוציו-דמוגרפי. בהמשך נציג ממצאים שעלו מתוך ראיונות העומק עם הרכזות ועם המשתתפות בקורס. בפרק זה נציג נתונים הנוגעים לכל המשתתפות, ויצוינו ההבדלים בין נשים יהודיות לערביות רק במקרים בהם נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית ($p < 0.05$). ההשוואה חשובה כדי לבחון את מידת ההתאמה של התכנית לצרכים של שתי אוכלוסיות שונות אלו. לא נציג כאן השוואה בין נשים שהשתתפו בקורסים באוניברסיטת בן גוריון לבין אלו שהשתתפו בקורסים שהתקיימו במתנ"סים מכיוון שלא מצאנו הבדלים משמעותיים בין שני המפעילים במדדי הביניים (שיפור בידע של הנשים בבריאות, שיפור במוטיבציה ובמסוגלות לבצע פרויקטים בקהילה). לא התאפשרה השוואה בין שני הגופים המפעילים באשר למדד הסופי, ביצוע פרויקטים עצמאיים בקהילה, משום שהקבוצות שהופעלו על-ידי אוניברסיטת בן גוריון לא ביצעו פרויקטים, ממצא חשוב בפני עצמו שיידון בפרק הסיכום.

4.1 תהליך גיוס ומיון המשתתפות

מטרת התכנית הייתה לגייס נשים מהקהילה שהן בעלות פוטנציאל להיות מנהיגות לקידום בריאות נשים בקהילתן. מתוך ראיונות העומק עם הרכזות עלה כי בשלב הגיוס חשובה מאוד ההיכרות של הרכזות המקומית עם הקהילה. הרכזות ציינו כי השיטה היעילה ביותר כדי להגיע לאוכלוסיית היעד היא באמצעות קבלת סיוע מגורמים וארגונים בקהילה. כמו-כן חשובה מאוד היכרות מוקדמת של הרכזות המקומית עם המועמדת, או קבלת המלצה על המועמדת מגורם המוכר לרכזות. מתוך הראיונות עלה כי המשתתפים המנבאים ביותר את סיכויי ההתמדה של הנשים בתכנית הם: מוטיבציה לתרום לקהילה, מידת הפניות של המועמדת והיכולת שלה לעבוד בצוות. הייתה גם הסכמה בין הרכזות כי חשוב לגייס לתכנית נשים שיש להן מידה מסוימת של מסוגלות (לא גבוהה אולם לא נמוכה מדי).

4.2 שיעורי השתתפות בקורס

מאה שלושים ותשע (73%) מהנשים השתתפו בקורסים במתנ"סים ו-51 השתתפו בקורסים באוניברסיטת בן גוריון. מאה עשרים ושמונה (67%) מהנשים היו יהודיות ו-62 (33%) היו ערביות. התפלגות הנשים הערביות והיהודיות הייתה דומה בקורסים של שני המפעילים: נשים ערביות היו

32% מהנשים בקורסים שבמתנ"סים ו-35% מהנשים בקורסים בבן גוריון. שיעורי ההשתתפות במפגשים (על פי דיווח עצמי) היו גבוהים למדי: 79% מהנשים דיווחו שהן השתתפו בכל המפגשים או כמעט בכולם.

בסוף הקורס מולאו בסך-הכל 190 שאלונים, בהשוואה ל-288 שאלונים שמולאו לפני הקורס. ההבדל, 34%, מוסבר בחלקו על-ידי נשירה,¹⁴ ובחלקו בכך שנשים השתתפו בקורס עד סופו, אך לא מילאו את השאלון משום שנעדרו מן השיעור האחרון. בסך-הכל, לא היו הבדלים משמעותיים בנתוני הרקע הסוציו-דמוגרפיים של הנשים שמילאו את השאלונים לפני הקורס ואחריו.

4.3 שביעות רצון מן הקורס

א. שביעות רצון כללית

מהנתונים בלוח 1 עולה כי 73% מהמשתתפות דיווחו כי הקורס ענה על ציפיותיהן במידה רבה או רבה מאוד. נמצא הבדל מובהק בין יהודיות לערביות במענה הקורס לציפיות (78% לעומת 63%). שמונים ושלושה אחוזים מן הנשים היו מרוצות מן הקורס במידה רבה או רבה מאוד. לשאלה האם היו ממליצות על הקורס לנשים אחרות, 93% ענו כי היו עושות זאת במידה רבה או רבה מאוד.

לוח 1: שביעות רצון כללית (אחוז הנשים שדיווחו ששביעות רצון "רבה" או "רבה מאוד")

סך-הכל (190=N)	יהודיות (128=N)	ערביות (62=N)
73	78	63
83	86	76
93	94	92
הקורס ענה על הציפיות*		
מרוצה מן הקורס		
הייתה ממליצה לנשים אחרות		

* $p < 0.05$ במבחן chi square

ב. שביעות רצון מהיבטים שונים של הקורס

בדקנו את שביעות הרצון של הנשים מהיבטים שונים של הקורס בשאלה בת 12 פריטים. הפריטים התייחסו לתכנית הלימודים של הקורס, להרצאות, לעבודת המנחות והרכזות, לארגון ולאווירה. שביעות הרצון דורגה "במידה מועטה", "במידה בינונית", "במידה רבה" ו"במידה רבה מאוד".

בסך-הכל, שיעורי שביעות הרצון מממדי הקורס השונים היו גבוהים מאוד. מלוח 2 עולה כי בין 84% ל-98% מן הנשים דירגו את שביעות רצון מכל הפריטים למעט אחד כ"רבה" או "רבה מאוד". הפריט היחיד, היוצא מכלל זה, שדורג גבוה ("במידה רבה" או "רבה מאוד") רק על-ידי 73% מן הנשים היה "תכנית הלימודים בתחום עבודה בקהילה". הדירוגים הגבוהים ביותר ניתנו ל"יחס הרכזות המקומית" (98%), "ליווי מקצועי של הרכזות המקומית" (96%), יחס המנחה (96%), ו"יחסים בין המשתתפות" (96%).

¹⁴ בין הנושורות נכללו 25 משתתפות יהודיות בקורס שלם במתנ"ס. הקורס הופסק באופן זמני באמצע, כך שהנשים מילאו רק את שאלוני "לפני" ולא את שאלוני "אחרי". שיעורי השאלונים שמולאו לפני הקורס בבן גוריון ובמתנ"סים (לא כולל את הקורס שהופסק) ולאחריו היו דומים: 26% במתנ"סים ו-24% באוניברסיטת בן גוריון.

נמצא הבדל מובהק ($p < 0.05$) בין הנשים היהודיות לערביות בשביעות הרצון מתכנית הלימודים בבריאות האישה (74% מרוצות מאוד לעומת 89%), ומהמטלות להכנה בין המפגשים (78% לעומת 90%). פריטים נוספים שבהם הנשים היהודיות היו שבעות רצון יותר מהערביות באופן מובהק ($p < 0.01$) היו תכנית הלימודים בעבודה בקהילה, הרצאות של מרצים אורחים בנושא בריאות האישה, אופן ההנחיה של המפגשים, האווירה במפגשים, התנאים בהם התקיים הקורס והארגון הכללי של הקורס. לעומת זאת, הנשים הערביות היו שבעות רצון יותר באופן מובהק ($p < 0.01$) מיחס הרכזת המקומית.

לוח 2: שביעות רצון מהיבטים שונים של הקורס (אחוז הנשים שדיווחו ששביעות רצון "רבה" או "רבה מאוד")

סך-הכל (190=N)	יהודיות (128=N)	ערביות (62=N)
1. תכנית הלימודים בבריאות האישה*	84	74
2. תכנית הלימודים בתחום עבודה בקהילה**	73	61
3. מרצים אורחים בנושא בריאות האישה**	89	79
4. אופן ההנחיה של המפגשים**	92	84
5. יחס הרכזת המקומית**	98	93
6. ליווי מקצועי של הרכזת המקומית	96	95
7. יחס המנחה	96	94
8. האווירה במפגשים**	94	84
9. יחסים בין המשתתפות	96	92
10. התנאים בהם התקיים הקורס**	89	79
11. מטלות להכנה בין המפגשים*	87	78
12. ארגון כללי של הקורס**	90	81

* $P < 0.05$

** $P < 0.01$ במבחן chi square

ג. שביעות רצון ממבנה הקורס ומתכניו

מלוח 3 ניתן לראות ש-67% מהנשים ציינו שמספר המפגשים שהתקיימו במסגרת הקורס היה מתאים. רוב האחרות חשבו שמספר המפגשים היה מועט מדי, ורק מעטות מאוד סברו שהיו יותר מדי מפגשים.

שמונים ושניים אחוזים מהנשים חשבו שאורך המפגשים מתאים. באופן מובהק ($p < 0.01$) יותר ערביות מיהודיות סברו כך (87% לעומת 79%). רוב הערביות שמצאו שאורך המפגשים אינו מתאים חשבו שהמפגשים קצרים מדי (11%), ואילו רוב היהודיות שמצאו שהאורך אינו מתאים היו בדעה שהמפגשים ארוכים מדי (17%).

חמישים ושבעה אחוזים מן הנשים חשבו שמינון התכנים בנושא בריאות האישה בקורס היה מתאים ואילו 40% סברו שהיה מועט מדי. תמונה דומה עולה לגבי מינון התכנים בנושא עבודה בקהילה: 55% מהנשים היו בדעה שהמינון היה מתאים, ואילו 42% סברו שהוא מועט מדי.

שישים ושבעה אחוזים מן הנשים מצאו שרמת הקושי של הקורס הייתה מתאימה, כמעט כל האחרות חשבו שהקורס היה קל מדי. קיים הבדל מובהק ($p<0.01$) בין יהודיות לערביות בשביעות רצון ממינון התכנים בנושא בריאות האישה, יותר ערביות סברו כי המינון מתאים. הבדל מובהק נוסף ($p<0.01$) קיים בשביעות הרצון מרמת הקושי של הקורס, יותר נשים יהודיות מנשים ערביות חשבו שהוא מתאים (77% לעומת 47%), ו-23% מן היהודיות ו-51% מהערביות חשבו שהוא קל מדי.

לוח 3: שביעות רצון ממבנה הקורס ומתכניו

סך-הכל (190=N)	יהודיות (128=N)	ערביות (62=N)
מספר מפגשים:		
יותר מדי	6	3
מספר מתאים	68	64
פחות מדי	26	33
אורך המפגש:**		
אורך מדי	17	2
מתאים	79	87
קצר מדי	4	11
תכנים בנושא בריאות האישה:**		
יותר מדי	0	8
מינון מתאים	50	72
מעט מדי	50	20
תכנים בנושא עבודה בקהילה:		
יותר מדי	1	5
מינון מתאים	51	62
מעט מדי	48	33
רמת הקושי:**		
קשה מדי	0	2
רמה מתאימה	77	47
קל מדי	23	51

** $P<0.01$ במבחן chi square

משוב נוסף על מבנה הקורס ותכניו התקבל מהראיונות עם הרכזות של הקבוצות. הרכזות ציינו כי הנשים גילו עניין רב בהרצאות על בריאות האישה ואף הביעו רצון לקבל ידע נוסף. כמו-כן ציינו כי המשתתפות התקשו בתכנים שעסקו בעבודה בקהילה. הרכזות ציינו כי חשוב לשלב בקורסים יותר הזדמנויות להתנסות מעשית לשם יישום הנלמד כמו הכנת פרויקטון קהילתי. עוד, לדעתן, צריך הקורס לכלול לפחות 18 מפגשים וכן צריך להיות רצף תוכני בין המפגשים כך שיעסקו באותו תחום (בריאות האישה או עבודה בקהילה).

5. תוצאות ותרומות של הקורס: ידע בבריאות נשים ועבודה בקהילה, תחושת מסוגלות ומוטיבציה לפעול (מדדי תהליך/ביניים)

5.1 תרומת הקורס, לפי הערכת המשתתפות

בשאלון להערכת הקורס הוצגה לנשים שאלה בת 14 פריטים, כדי למדוד את הערכתן את תרומת הקורס להן במספר תחומים: ידע, כלים, מודעות, מסוגלות עצמית ומוטיבציה. הנשים נתבקשו לדרג את תרומת הקורס לכל פריט "במידה מועטה", "במידה בינונית", "במידה רבה" או "במידה רבה מאוד".

לוח 4: תרומת הקורס למשתתפות בנושאים שונים (אחוז המעריכות את תרומת הקורס כ"רבה" או רבה מאוד)

סך-הכל (190=N)	יהודיות (128=N)	ערביות (62=N)	
ידע ומודעות לסוגיות בבריאות נשים:			
82	87	74	1. לידע על בריאות נשים*
87	86	89	2. להבנת משמעות היותך אישה
89	86	95	3. להגברת המודעות שלך לחשיבות הבריאות שלך
86	86	87	4. למוכנות לשינוי התנהגות בריאותית אישית
92	95	87	5. למודעות לחשיבות קידום בריאות הנשים בקהילה
90	91	89	6. לרצון לפעול לקידום בריאות נשים בקהילה
ידע וכלים לעבודה בקהילה:			
70	73	63	7. לידע על עבודה בקהילה
65	74	48	8. לכלים לעבודה בקהילה**
65	70	55	9. להיכרות עם מאפיינים של האוכלוסייה בקהילה*
79	84	67	10. ליכולת לזהות את צורכי הקהילה בנושא בריאות האישה**
74	79	65	11. להיכרות עם השירותים לבריאות האישה הקיימים בקהילה*
84	87	75	12. ליכולת לעבוד עבודת צוות*
היכולת ליזום פעולות וליישמן:			
82	84	77	13. להרגשה שאת מסוגלת ליזום פעילות בנושא בריאות נשים בקהילה
83	84	82	14. להרגשה שאת מסוגלת להוציא לפועל פעילות בנושא בריאות האישה בקהילה

* P<0.05

** P<0.01 במבחן chi square

מלוח 4 לעיל עולה כי בסך-הכל, רוב הנשים היו בדעה שהקורס תרם להן במידה רבה או במידה רבה מאוד כמעט בכל התחומים. למעלה מ-80% מהנשים העריכו את תרומת הקורס כ"רבה" או "רבה מאוד" לגבי תשעה מתוך ארבעה-עשר הפריטים. שני הפריטים שלגביהם הוערכה התרומה הגבוהה ביותר על-ידי רוב הנשים (92% ו-90% מן הנשים) היו "המודעות לחשיבות של קידום בריאות נשים בקהילה" ו"מוטיבציה לעשות יותר למען קידום בריאות נשים". תרומת הקורס ל"ידע בבריאות נשים" (82%) דורגה גבוה יותר מתרומתו ל"ידע בנושא עבודה בקהילה" (70%). שני הנושאים

שלגביהם צוינה התרומה המועטה ביותר (רק 65% מן הנשים דירגו גבוה את תרומתם) היו "כלים לעבודה בקהילה" ו"היכרות עם מאפיינים של האוכלוסייה בקהילה".

הנשים הערביות דירגו את התרומה של הקורס באופן מובהק כנמוכה יותר מהיהודיות בשישה נושאים: ידע בבריאות נשים, כלים לעבודה בקהילה, היכרות עם המאפיינים של האוכלוסייה בקהילה, יכולת לזהות את צורכי הקהילה בנושא בריאות נשים ויכולת לעבודת צוות.

במחזור ב', לעומת מחזור א', המרואיינות דיווחו על תרומה רבה יותר למסוגלות לעבוד בצוות, למוטיבציה לפעול בקהילה, ולמסוגלות ליזום ולבצע פרויקטים בקהילה. (ראה לוח ב-1 בנספח ב').

5.2 תרומת הקורס לנשים, לפי הרכזות

בראיונות העומק עם הרכזות, קיבלנו את נקודת מבטן לגבי תרומות הקורס לנשים. מניתוח הראיונות עלה כי הן דיברו על חמש תרומות עקריות: **התגבשות קבוצה חברתית**: בעקבות התהליך שעברו הנשים יחד במהלך הקורס התגבשה קבוצה חברתית והתפתחו היכרות, תמיכה וסולידריות בין הנשים. הרכזות סיפרו שבחלק מהמקרים נשים נפגשות גם מחוץ למפגשים של הקבוצה. **ידע ומודעות של הנשים לגבי בריאותן והצרכים שלהן**: הקורס נתן לנשים ידע לגבי בריאותן והגביר את מודעותן לבריאותן, לגופן ולצורכיהן. **הגברת תחושת המסוגלות של הנשים**: הרכזות השתמשו במושגים כמו העצמה, ביטחון עצמי, אסרטיביות, תחושה של כוח, כדי לתאר את תהליך ההתעצמות שעברו הנשים במהלך הקורס. **תחושת שייכות ורצון לתרום לקהילה**: חלק מהרכזות מספרות שבעקבות הקורס הנשים מרגישות יותר שייכות לקהילה שלהן ומבטאות רצון להעביר את הידע שקיבלו לנשים נוספות בקהילה. הרכזות הדגישו כי הרצון של הנשים לתרום לקהילה מלווה בהרבה חששות. דיווחי הרכזות לגבי תרומות הקורס תומכים בממצאים שהתקבלו משאלוני הערכת הקורס שמולאו על-ידי המשתתפות. **יצירת קבוצת נשים ככוח מניע בקהילה**: לדעת הרכזות הנשים תופסות את הקבוצה כמוקד כוח לעשייה בקהילה/מתנ"ס, כקבוצה שיכולה להשפיע ולשמש ככתובת בקהילה.

5.3 תפיסת התרומה האישית של המשתתפות בעקבות ההשתתפות בתכנית

על מנת ללמוד לעומק מה תרם הקורס לנשים, קיימנו ראיונות טלפוניים עם 14 נשים. האסטרטגיה הייתה לבחון נשים הן ממתנ"סים המוכרים כמצליחים יותר והן ממתנ"סים המוכרים כמצליחים פחות, וכן לראיין גם פעילות דומיננטיות יותר וגם כאלו שהן פחות בולטות בקבוצה. מחצית המרואיינות, לרוב אלו שתפסו עצמן פחות דומיננטיות בקבוצה, סיפרו שההשתתפות בתכנית תרמה בצורה משמעותית להתפתחות האישית שלהן. הן תיארו שיפור בדימוי, בביטחון העצמי וביכולת ההתבטאות האישית. כמו-כן הן התייחסו גם לשינוי במודעות העצמית שלהן, הן יותר מאמינות ביכולת שלהן ומרגישות שהתחזקו. בנושא המודעות לבריאות, הן סיפרו שהן מרגישות יותר מודעות לבריאותן ולוקחות יותר אחריות על הבריאות שלהן. חלקן ציינו כי במסגרת התכנית הן מימשו פוטנציאל שהיה טמון בהן: "הוציאו את הכוח שיש בי, הכל היה טמון בי ולמדתי להפעיל את עצמי, אני מכירה את עצמי ומודעת לעצמי, אני לא אותה אחת של לפני שלוש שנים". המרואיינות שהיו דמויות דומיננטיות בקבוצה, מתארות התפתחות מסוג אחר, מעין התמקצעות. לדבריהן, הן שיפרו את דרך העשייה שלהן ואת המיומנויות והכישורים שהן השתמשו בהם כבר לפני השתתפותן בתכנית.

5.4 ידע בבריאות נשים

המשתתפות נשאלו עשר שאלות ידע, הן בתחילת הקורס והן בסופו. ניתחנו את השינויים בידע לגבי 171 מקרים מזווגים - נשים שמילאו שאלון הן לפני הקורס והן לאחריו.

הידע של המשתתפות בנוגע לסוגיות בבריאות נשים השתפר מאוד במהלך הקורס. השיפור התבטא הן בממוצע התשובות הנכונות והן באחוז הנשים שענו נכון על כל אחת מהשאלות. כפי שניתן לראות בלוח 5, חל שיפור מובהק בידע של הנשים לאחר הקורס בתשע מתוך 10 השאלות שנשאלו. אחוז התשובות הנכונות על כל שאלה בסיום הקורס נע בטווח שבין 29%-91%, בהשוואה לטווח 14%-81% לפני הקורס. חל שיפור באחוז התשובות הנכונות לכל שאלה, כמו גם שיפור כללי במספר הממוצע של תשובות נכונות לאישה, אשר עלה מ-4.9 לפני הקורס ל-6.8 לאחריו. נקודת ההתחלה של הנשים היהודיות הייתה גבוהה יותר מזו של הערביות, והן שיפרו יותר את הידע שלהן. ממוצע התשובות הנכונות אצל הערביות לפני הקורס היה 4.2, והוא עלה ל-5.8 אחרי הקורס (שיפור ממוצע של 1.6 שאלות). ממוצע התשובות הנכונות ליהודיות לפני הקורס היה 5.2, והוא עלה ל-7.3 אחרי הקורס (שיפור ממוצע של 2.1 שאלות).

לוח 5: מבחן ידע (אחוז התשובות הנכונות)^{2,1} מקרים מזווגים בלבד

ערביות 53=N		יהודיות 118=N		סך-הכל 171=N		
לפני	אחרי	לפני	אחרי	לפני	אחרי	
4	*28	18	*30	14	*29	ממגרפיה
66	74	69	78	68	77	גיל המעבר
19	*62	31	*74	28	*70	סיבת מוות עיקרית
59	64	61	*81	60	*76	בריחת שתן
42	53	53	*86	49	*75	דיכאון
49	62	65	*85	60	*78	דילול העצם (אוסטיאופורוזיס)
55	60	76	*90	70	*81	אנורקסיה
43	60	46	*62	45	*61	הבדלים במצב בריאות לפי מגדר
76	87	83	*92	81	*91	פעילות גופנית
13	26	21	*53	19	*45	טיפול הורמונלי
4.2	*5.8	5.2	*7.3	4.9	*6.8	ממוצע תשובות נכונות

* $P < 0.05$ (לפני ואחרי) במבחן מקנמר לשני מדגמים תלויים, מלבד "ממוצע תשובות נכונות" שבו נעשה מבחן t להשוואת ממוצעים במדגמים מזווגים

¹ אי-היענות לשאלה סומנה כתשובה לא נכונה, בהתבסס על ההנחה שנשים שבחרו לא לענות לא ידעו את התשובה הנכונה.

² למרות שהנתונים מצביעים על שיפור בידע בכל השאלות, בכל שאלה הייתה קבוצה קטנה של נשים (בין 7 ל-23, תלוי בשאלה) אשר לפני הקורס ענו על השאלה נכון, ואחרי הקורס ענו לא נכון.

רוב הנשים לא ענו נכון על שתי שאלות לפני הקורס, ושאלות אלה המשיכו להוות בעיה גם בסופו: תדירות בדיקת ממגרפיה והשימוש בטיפול הורמונלי. יכול להיות שניתן לייחס זאת לעובדה שבזמן הקורס התפרסמו נתונים חדשים על הטיפול ההורמונלי, כך שההנחיות לא היו ברורות. הנשים הערביות התקשו במיוחד בשאלה זו, רק 26% מהן ידעו את התשובה בהשוואה ל-53% מן הנשים היהודיות.

במחזור ב', שבו העברנו מבחן ידע מורחב, התוצאות דומות מאוד מבחינת שיפור הידע בפריטים, כגון ממוגרפיה וסיבת מוות עיקרית (ראו לוח ב-3 בנספח ב').

5.5 מסוגלות עצמית לביצוע פרויקטים בקהילה

במחזור א' נבדק מצב המסוגלות העצמית של המשתתפות בסיום הקורס בלבד. שאלה בת תשעה פריטים בחנה את המסוגלות ליזום קשרים בקהילה, היכולת ליזום, לתכנן ולבצע פעילות בקהילה, ולפנות בבקשת סיוע לביצוע הפעילות, היכולת להשפיע על נשים, היכולת לשמש כתובת לנשים ולהעריך את מידת ההצלחה של הפעילות. הנשים נשאלו גם האם הן מרגישות שיש להן די ידע בנושא בריאות נשים כדי שיוכלו לקדם את הנושא בקהילה. הנשים דירגו את תחושת המסוגלות שלהן "במידה מועטה", "במידה בינונית", "במידה רבה" ו"במידה רבה מאוד".

מניתוח הנתונים (לוח 6) עולה כי 80% מהנשים מדווחות שיש להן "ידע בנושא בריאות נשים לקידום הנושא" במידה רבה או רבה מאוד.

לוח 6: מסוגלות עצמית (אחוז הנשים שהעריכו את מסוגלותן העצמית כ"רבה" או "רבה מאוד")

סך-הכל (190=N)	יהודיות (128=N)	ערביות (62=N)
80	81	77
1. היום אני מרגישה שיש לי ידע בנושא בריאות נשים כדי לקדם את הנושא בקהילה		
היום אני מסוגלת:		
82	89	68
2. ליצור קשרים עם ארגונים (למשל קופת-חולים) ועם אנשים (נציגת קידום מעמד האישה במועצה) לקידום נושא בריאות האישה בקהילה**		
73	76	66
85	86	82
84	87	77
84	87	76
3. להשיג סיוע לקידום פעילויות בנושא בריאות נשים בקהילה		
4. ליזום פעילויות בנושא בריאות נשים בקהילה		
5. לתכנן פעילויות בנושא בריאות נשים בקהילה		
6. לבצע פעילות לשם קידום בריאות נשים בקהילה*		
7. לפנות לאנשים שיסייעו לי לבצע פעילות לקידום בריאות נשים בקהילה**		
83	89	69
84	87	77
89	84	69
84	85	76
8. להשפיע על נשים בקהילה שלי בתחום קידום בריאות נשים		
9. לשמש כתובת בקהילה לקידום בריאות נשים*		
10. לדעת אם הפעילות שלי בקהילה הצליחה		

* $P < 0.05$

** $P < 0.01$ במבחן chi square

למעלה מ-80% מהנשים דירגו את תחושת המסוגלות "במידה רבה" או "במידה רבה מאוד" לגבי שמונה מתוך תשעת הפריטים. באופן כללי, המשתתפות היהודיות העריכו את המסוגלות העצמית שלהן כגבוהה יותר מהמשתתפות הערביות. נמצא הבדל מובהק בתחושת המסוגלות של המשתתפות היהודיות לעומת הערביות בארבעה מתוך תשעת הפריטים: מסוגלות ליצור קשרים עם ארגונים ועם אנשים לקידום בריאות נשים בקהילה (89% לעומת 77%, בהתאמה), לבצע פעילות לשם קידום בריאות נשים בקהילה (87% לעומת 76%, בהתאמה), לפנות לאנשים שיסייעו לי לבצע פעילות לקידום

בריאות נשים בקהילה (89% ו-69%, בהתאמה, לשמש כתובת בקהילה לקידום בריאות נשים (84% לעומת 76%, בהתאמה).

יצוין כי במחזור ב' הוחלט לבדוק גם את השינוי במסוגלות העצמית לפני הקורס ולאחריו. ברוב הממדים נמצא שיפור מובהק בין שני המועדים (ראו נספח ב', לוח ב-2).

6. מוטיבציה ותכניות לפעול בקהילה לקידום בריאות נשים

מלוח 7 עולה כי 84% מן הנשים ציינו כי הן רוצות לפעול לקידום בריאות נשים בקהילה במידה רבה או רבה מאוד. לשאלה אם הן חושבות שיוכלו לפעול לקידום בריאות נשים, 75% ענו כי הן סבורות שכן במידה רבה או רבה מאוד; 91% מהנשים ציינו כי חשוב להן במידה רבה או רבה מאוד להצליח בפעילותן לקידום בריאות. נמצא הבדל מובהק בין היהודיות לערביות במוטיבציה להצליח בפעילות לקידום בריאות נשים בקהילתן (94% לעומת 84%, בהתאמה). שמונים וחמישה אחוזים מהנשים מוכנות להשקיע מאמצים בקידום בריאות נשים במידה רבה או רבה מאוד. עוד עולה מהלוח כי לדעתן של 92% מהנשים, אישה יכולה להשפיע על מצבה הבריאותי במידה רבה או רבה מאוד.

לוח 7: מוטיבציה לפעול בקהילה לקידום בריאות נשים (אחוז הנשים שענו "במידה רבה" או "במידה רבה מאוד")

סך-הכל (190=N)	יהודיות (128=N)	ערביות (62=N)
84	83	87
75	76	73
91	94	84
85	84	86
92	95	89

* $P < 0.05$
** $P < 0.01$ במבחן chi square

שבעים ושניים אחוזים מהנשים מתכוונות להקדיש עד ל-10 שעות חודשיות לפעילויות אלו, והשאר מתכוונות להקדיש יותר (לוח 8). קיים הבדל מובהק בין ממוצע השעות החודשיות שהנשים היהודיות מוכנות להקדיש לפעילויות לעומת הנשים הערביות (15.9 לעומת 8.3, בהתאמה).

לוח 8: מספר שעות בחודש שהנשים מתכננות להקדיש לפעילות לקידום בריאות נשים (באחוזים)

מספר שעות בחודש	סך-הכל (190=N)	יהודיות (128=N)	ערביות (62=N)
5-1	29	24	38
10-6	43	45	40
20-11	19	18	20
21 או יותר	9	13	2
ממוצע**	13.1	15.9	8.3

** $P < 0.01$ במבחן t-test

7. פעילות הנשים לקידום בריאות נשים בקהילה

7.1 תיאור הפעילויות של הנשים בקהילה

מטופסי הדיווח ומראיונות העומק עם המנהיגות עלה שכל הקבוצות פעלו לקידום בריאות נשים בקהילה. ברוב המקרים ציינו המראיונות כי נושאי הפעילויות וסוגיהן הם תוצאה של איתור צרכים ושל תהליך ממושך של היכרות עם צורכי הקהילה. ישנן קבוצות המתוארות כפעילות יותר, והן ביצעו פעילויות בהיקף גדול במהלך השנה; עם זאת, כל הקבוצות היו פעילות במידה זו או אחרת.

על מנת לסייע לנשים בביצוע הפרויקטים, הקצתה החברה למתנ"סים תקציב להנעה ראשונית לכל אחת מהקבוצות. במהלך שלוש השנים האחרונות מנו הקבוצות בין 8-12 נשים. הנושאים העיקריים בהם עסקו הפרויקטים: אלימות במשפחה, גיל המעבר, אורח חיים בריא, בריאות מתבגרות, סרטן השד ובריאות הנפש. סוגי הפעילויות במהלך השנה כללו:¹⁵

- ♦ סדרת הרצאות בנושאי בריאות נשים בעבור נשות הקהילה. הנושאים נקבעו על פי בקשת הציבור, כולל נושאים של בריאות הנפש
- ♦ פעילויות לפיתוח מודעות לנושא אלימות במשפחה (הצגה, הרצאה)
- ♦ הקמת קבוצות הליכה והפעלתן
- ♦ ערבי /ירידי בריאות (אוכל בריאות, ציוד וביגוד, טיפולים אלטרנטיביים, הרצאות)
- ♦ ימי כיף - פעילויות הפגתיות לנשים בקהילה
- ♦ הקמת מועדון נשים (מועדון "אנוש" לפגועות נפש)

מהרשימה הנ"ל עולה שתכנית זו אפשרה ייזום והפעלה של מגוון רחב של פרויקטים, הן מבחינת הנושאים והן מבחינת אופי הפעילות, וזאת בשונה מרוב התכניות לבריאות נשים המופיעות בספרות המקצועית, שכל אחת מהן נוטה להתמקד בנושא אחד ובצורת פעילות אחד.

מן הראיונות עם המנהיגות, ומהדיווחים על הפעילויות שנעשו בקהילות השונות, עולה כי הן מכירות את צורכי הנשים, הן משום שהן חלק מאותה קהילה, והן בעקבות תהליך איתור הצרכים שביצעו. יתר-על-כן, המראיונות ציינו שבאמצעות ההתנדבות והפעילויות שעשו, הן למדו להכיר את הקהילה ואת הצרכים שלה. בנוסף הן ציינו שעל-ידי העשייה הן למדו שהפעילויות לקידום בריאות נשים צריכות לשלב כיף והנאה יחד עם הקניית ידע ומודעות. לכן, רוב הפעילויות כללו מרכיב הפגתי והסברתי גם יחד. למשל, הרצאה על בריאות משולבת במופע אומנותי, הרצאות המתקיימות במסגרת יריד בריאות, הרצאה והצגה בנושא אלימות במשפחה. כמו-כן ציינו המנהיגות כי ימי כיף, טיולים, הצגות ומופעים הן פעילויות שמקדמות את בריאותן של נשות הקהילה. לדבריהן, מדובר בנשים קשות יום, שחסרות את האמצעים לקחת "פסק זמן" וליהנות.

הרכוז מהמגזר הערבי ציינו כי אירועים מסוג זה הם ההזדמנויות היחידות בעבור הנשים הערביות שהגברים מאפשרים להן לצאת לבילוי.

¹⁵ פעילות הנשים מוצגת ביתר פירוט בלוח ב-1 בנספח ב' של הדוח.

על מנת לקדם את ההפקה של הפעילויות, יצרו הנשים שיתופי פעולה עם ארגונים, כגון טיפת חלב, שירותי בריאות; ועם דמויות, כגון ראש העיר, עובדי רווחה, פורום נשים ורכזת מתנדבים. שיתופי פעולה נוספים נוצרו גם עם ארגונים וולונטריים שונים, כגון אנוש, האגודה למלחמה בסרטן, נעמת והעמותה לזכויות האזרח. חשוב לציין כי הפוטנציאל הקיים למציאת שיתופי פעולה מוגבל יותר ביישובים קטנים מאשר ביישובים המרכזיים יותר.

בעקבות התכנית התהווה סגל של נשים הפועלות לקידום בריאות נשים בקהילתן. למרות שבמהלך התקופה הייתה נשירה בקבוצות (כ-30%), נשארו נשים מהגרעין המקורי והן ממשיכות לפעול כדי לשמר את המשכיותה של הקבוצה. מדובר בקבוצת נשים שלאורך השנים, התפתחו והתמקצעו בעשייה שלהן למען בריאות הנשים בקהילה, ולפי דיווחי המפעילים בחברה למתנ"סים משמשות קבוצה שפעילה לקידום בריאות ונושאים אחרים בקהילה גם בשנת 2007.

במהלך שנות התכנית, ניכר כי בחלק מהמקומות התרחבה עשיית המתנדבות לתחומים נוספים והן גויסו למשימות שאינן בהכרח בתחום בריאות נשים. למשל, הן משמשות נציגות במועצת הנשים המקומית, או התנדבו לחלק אוכל לנזקקים.

7.2 פעילות הנשים לקידום בריאות בקהילה - גורמים מסייעים ומעכבים¹⁶

בעקבות הראיונות עם המנהיגות והרכזות זיהינו מספר גורמים עיקריים שסייעו ותמכו בעשייה ובפעילות של הנשים: תמיכת הרכזות המקומית שעברה הכשרה מיוחדת, קשר עם הקבוצה, התשתית הפיזית והארגונית של המתנ"ס קבלת הכרה של הקהילה, התאמה תרבותית של התכנית והתפתחות מקצועית ואישית של המנהיגות. כמו-כן זוהו בתהליך גורמים שעיקבו את העשייה של הנשים בקהילה: גיוס מקורות מימון, פוליטיקה מקומית ושחיקה לאורך זמן.

א. גורמים מסייעים

1. הרכזת המקומית כגורם מרכזי, תומך ומכוון

מהראיונות עלה שהרכזת מהווה גורם משמעותי בקידום הקבוצה ובשימור המשכיות פעילותה. הרכזת נתפסת כדמות משמעותית ומרכזית מאוד בליכוד הקבוצה ובקידום העשייה שלה, כ"עמוד השדרה" של הקבוצה. לדברי המראיינות, תפקידה של הרכזת הוא לתמוך בעשייה של הנשים ולכוון ולנתב את העשייה של הקבוצה תוך עידוד עצמאות ויוזמה. יצוין גם שהרכזות היו מעורבות בקורסים כבר מההתחלה, וקיבלו הכשרות מיוחדות מהחברה למתנ"סים.

2. הקבוצה כמסגרת תומכת

מהראיונות עלה שכבר בשלב ההכשרה נרקמה בין הנשים מערכת יחסים של שיתוף פעולה, פרגון הדדי ותמיכה גם בנושאים שהם מחוץ לפעילות הקבוצה, למשל, תמיכה בעת מחלה או משבר אישי.

¹⁶ בפרק 8 מוצגים עקרונות חשובים בעומדים בבסיס הצלחתה של תכנית מהסוג של פעילי בריאות מהקהילה, ברשימה שמתייחסת לכל שלושת שלבי התכנית. כאן ההתייחסות מתמקדת בשלב השלישי של התכנית - פעילות הנשים בקהילה.

הקבוצה נתפסה כ"משפחה" שגם אם יש בה מחלוקות אין בהן כדי לערער על הקיים. בחלק מהקבוצות התקיימו קשרים חברתיים ומפגשים בין הנשים מחוץ לפעילות הקבוצה. זיהינו כי בקבוצות בהן נוצר קשר בין הנשים מעבר לפעילות השוטפת, התהוותה תשתית חברתית שהייתה בסיס מוצק להמשך פעילות הנשים בעתיד. הנשים תפסו את הקשר עם הקבוצה כגורם מתגמל וכגורם מניע.

3. קיום תשתית ארגונית

המרואיינים הדגישו כי אחד התנאים הבסיסיים להצלחת הפעילות של הקבוצה הוא קיומה של תשתית ארגונית תומכת שנותנת ליווי והדרכה מתמשכים לרכזות ולפעילות. הכוונה בתשתית ארגונית היא למרכז פעילות קבוע, לקיום המפגשים ולהספקת השירותים הבסיסיים להם הנשים זקוקות כדי לפעול: טלפון, פקס, צילום וכו'. תשתית כזאת נותנת להן תחושה של "בית" ותחושת שייכות למערכת תומכת. ברמה המעשית התשתית מספקת תנאים חיוניים לביצוע הפעילות השוטפת. חשיבות התשתית עולה גם מכך שבתכניות שהופעלו על-ידי אוניברסיטת בן-גוריון בה לרכזות לא הייתה תשתית מעין זו, לא הייתה המשכיות ולא נעשו פרויקטים עצמאיים. מהראיונות עם המפעילות/רכזות עלה כי הנשים אינן יכולות לפעול בחלל ריק, הן זקוקות למסגרת שבה הן יכולות להתכנס, לקבל סיוע משרדי, טכני, או כל סיוע אחר לו הן זקוקות כדי לפעול בקהילה. החברה למתנ"סים סיפקה תשתית שהייתה חיונית להצלחת הפרויקט, הן ברמת המתנ"ס המקומי והן ברמה הארצית כארגון-גג של רשת המתנ"סים.

4. קבלת הכרה של הקהילה

מהראיונות עם הנשים והרכזות עלה שלעובדה שהמנהיגות הן נשים מהקהילה יש שני פנים. מחד, הנשים מכירות את הקהילה ומוכרות בה. מאידך, לקהילה לעתים יש קושי לקבל אותן כבנות סמכא בתחום אותו הן מנסות לקדם. המרואיינות הרגישו שהעובדה שהנשים פעלו בתוך מסגרת מוכרת ומבוססת בקהילה כמו החברה למתנ"סים סייעה ביצירת האמון וקבלת ההכרה של הקהילה. לדבריהן, פעילות המנהיגות צריכה להיות מוצגת באופן שיטתי וממוסד באמצעות התקשורת הקהילתית (טלוויזיה, רדיו, עיתונות מקומית), ודרכים יצירתיות אחרות (למשל, כנסים), כחלק מהפעילות השיווקית של הארגון לאותו קהל יעד אליו הוא מכוון ממילא.

5. התאמה תרבותית של התכנית לקהלי היעד השונים

כבר בשלביה הראשונים של התכנית עלה הצורך להתאים את התכנית לאוכלוסיות השונות. ההתאמות נעשו בעבור האוכלוסייה הערבית והבדואית ולקהלי יעד שונים באוכלוסייה היהודית. אחד המרכיבים הראשונים שנבחנו הוא נושא הצרכים של כל אחת מהקבוצות כמייצגות קהילה בזעיר אנפין. הלכה למעשה, לכל אחת מהקבוצות הייתה אפשרות לבחור שני נושאים בתכנית הלימודים לפי צרכיה. ההתאמה התרבותית נעשתה גם תוך כדי הפעלת התכנית. הדבר התאפשר בזכות ליווי צמוד של התכנית והערכה מתמדת של הצורך בהתאמה. למשל, נושאים ותכנים שהתגלו כרגישים בהקשרים תרבותיים מסוימים, לדוגמה, אמצעי מניעה, בריאות נפש, סרטן השד והליכה לממוגרפיה, תזונה והשמנה, פעילות פיזית לנשים בלבד (הליכה או חדר כושר), העצמת נשים טופלו תוך רגישות תרבותית, על-ידי השמטת תכנים, עידון התכנים או שימוש במושגים מותאמים תרבותית.

בראיונות הודגש כי באוכלוסייה הערבית היה צורך לפעול בצורה מסוימת כדי לשווק את התכנית ולגייס את הנשים. למשל, נעשתה פנייה באופן אישי לנשים מוכרות בכפר כדי שההפצה תהיה על-ידי נשים מקובלות בקהילה, וכן נעשתה פנייה מוקדמת לגברים שהם אלו שצריכים לתת את הסכמתם. כמו כן נעשו ההתאמות הנדרשות בשיווק התכנית כמו, למשל, שם התכנית (במגזר הערבי התכנית לא נקראה מנהיגות נשים, מכיוון שלמונח מנהיגות יש משמעות מרדנית ביחס לאישה, ולכן השם היה בריאות נשים), ואופן הצגת התכנים הכלולים בה. כמו-כן, הייתה התייחסות לנושא של רגישות דתית ומסורתית, ולעובדה שרגישות זו אינה אחידה ויש לזהות גוונים וניואנסים בה (כלומר, יש הבדלים ברגישות הדתית והמסורתית בין דרוזים, לערבים ולצ'רקסים). ההתאמה נעשתה גם מבחינת נגישות ההדרכה, שעות הפעילות ומקום ההדרכה, כאשר לעתים ההדרכה נעשתה בבתיים ולא במתנ"ס. תכנון לוח הזמנים של הפעילויות נעשה תוך התחשבות במועדים מוסלמיים. רכזות התכנית היו ערביות. המרצים נבחרו על-ידי הנשים המשתתפות בקבוצה והיו ערבים. בנוסף, שותפו גורמים משמעותיים בקהילה, כמו, לדוגמה, אנשי דת.

6. ליווי והדרכה להתפתחות מקצועית ואישית

מהראיונות עם הנשים עלה כי הן רוצות להמשיך וללמוד בתחום בריאות נשים, מנהיגות ועבודה בקהילה, כדי לקדם אותן באופן אישי ומקצועי. הרכזות זיהו אף הן צורך זה בקרב הנשים. לדעת הרכזות חשוב להמשיך ולהעשיר את הידע של הנשים כחלק מתהליך ההתמקצעות שלהן, וכן כדרך לתגמל אותן על העשייה שלהן. הלמידה הפורמלית והבלתי פורמלית במסגרת הקבוצה ובמהלך העשייה הקהילתית שלהן צריכה לתת לנשים תחושה שהן מתפתחות גם ברמה האישית. הכוונה היא להגביר את תחושת המסוגלות שלהן ואת הביטחון העצמי בין אם בתחום הבריאות ובין אם בתחומים נוספים בחייהן. תחושה זאת היא סוג נוסף של חיזוק/סיפוק שמגביר את המוטיבציה של הנשים לפעול. הצורך בהמשך הליווי וההדרכה עלה גם בהקשר של הקבוצה. הנשים ציינו כי כדי שהקבוצה תוכל להמשיך ולהתקיים היא צריכה לקבל הכוונה, ליווי והדרכה מקצועית לאורך העשייה שלהן למען הקהילה.

נוסף על הנקודות הספציפיות הנ"ל, מצאנו שהאסטרטגיה של פרויקט אישה ליישום התכנית באמצעות המתנ"סים הייתה מוצלחת במיוחד. אסטרטגיה זו אפשרה הפעלה על-ידי ארגון ארצי, גדול, מבוסס, עם ידע וניסיון בפיתוח מנהיגות בקהילה. בגלל הגודל והפריסה הרחבה, המתנדבים הרגישו חלק מ"משהו גדול". כמו-כן, המתנ"סים תרמו להצלחת הפרויקט באמצעות תשתיות קיימות, העסקת רכזים מקומיים, ובהקצאת כסף לביצוע פרויקטים. בנוסף, הכנסים הארציים שיזמו המתנ"סים נתנו למתנדבות הרגשת שהן חלק מפרויקט ארצי גדול וחשוב, וכן סיפקו הזדמנות ללמידה משותפת ומפגש בין תרבותי.

ב. גורמים מעכבים

1. גיוס מקורות מימון

אחד הקשיים של הקבוצות היה גיוס מימון לפעילותיהן. הנשים היו אחראיות על גיוס הכספים וציינו שאין להן את המיומנויות והידע הדרוש לכך. הנשים טענו שחלק ניכר מהאנרגיה הוצא בניסיון לגייס מקורות מימון, מה שהפך למקור שחיקה מרכזי בעשייה. חשוב לציין כי הקבוצות פעלו בתקופה בה

היה מיתון במשק, מה שהגדיל את הקושי לגייס כספים מגופים פרטיים וציבוריים כאחד. בנוסף, ברוב המקרים, קהל היעד היה אוכלוסייה בעלת אמצעים מוגבלים ולכן גביית תשלום בעבור השתתפות בפעילויות גם אם זה תשלום סמלי בעבור השתתפות בפעילויות, היוותה בשבילם בעיה.

2. התמודדות עם פוליטיקה מקומית

מידת ההצלחה של הקבוצות לפעול ולהשפיע בקהילה הייתה תלויה במידת שיתוף הפעולה לו זכו ממנהלי המתנ"סים ומגורמים שונים בקהילה. מהראיונות עולה שיש חשיבות רבה לסוג הקשר שקיים בין גורמים שונים בתוך המתנ"ס לבין קבוצת המנהיגות, וכן בין המתנ"ס לבין הארגונים השונים בקהילה. סוג הקשר בין מנהלי המתנ"סים לרכזות הקבוצה היה משמעותי להצלחת התכנית בקהילה. מידת מרכזיותו של המתנ"ס וההכרה בו בקהילה היוו אף הם גורם מכריע. "פוליטיקה מקומית" במתנ"ס ו/או בקהילה העיבו על הצלחת התכנית. מקרים כאלה היו שכיחים יותר בקרב האוכלוסיות הערבית והבדואית.

3. שחיקה לאורך זמן

במהלך הפעלת התכנית זיהינו שתי נקודות משבר עיקריות שהתבטאו בנשירה של המנהיגות ובחוסר התמדה שלהן להגיע למפגשי הקבוצה. נקודת משבר ראשונה הייתה עם סיום ההכשרה התיאורטית, השלב שבו הנשים היו צריכות להוציא מהכוח אל הפועל את מה שלמדו. נקודת משבר נוספת הייתה לאחר שנה של פעילות בשטח של הקבוצות. בתכנית שההכשרה שלה היא ארוכה יחסית ואופי הפעילות הוא כזה שמצריך "נשימה ארוכה" כדי לראות את התמורה בעשייה, התמודדות עם שחיקה של המנהיגות היא בלתי נמנעת.

8. דיון בממצאים

הליווי הממושך של התכנית בהערכה מעצבת ומסכמת אפשר לנו לזהות מספר עקרונות חשובים העומדים בבסיס הצלחתה של תכנית מהסוג של פעילי בריאות מהקהילה. חלק מהמסקנות אליהן הגענו מוזכרות גם בספרות.¹⁷ זיהינו גם מספר עקרונות נוספים העולים מתוך ההערכה שלנו, המרחיבים את הכתוב בספרות בנושא זה, ולכן תורמים גם לפיתוח התיאורטי של התחום.

בפרק זה נציג את המסקנות העקרויות שעלו מהממצאים על מנת שישמשו עקרונות מכוונים בתכנון ובהפעלת תכנית מהסוג של פעיל בריאות מהקהילה.

8.1 אופן גיוס וקריטריוני מיון של המשתתפות

מחקרים שונים מדגישים את חשיבות אופן המיון והגיוס להבטחת ההצלחה של תכניות המתבססות על סיוע קהילתי. אסטרטגיות הגיוס וקריטריוני המיון צריכים לזהות אנשים שהם בעלי כישורים לסייע לאנשים, בעלי עניין בשינוי בקהילה ומחזיקים ערכים התואמים את גישת פעיל בריאות

¹⁷ כפי שצוין בהערת שוליים 2, הייחוד בפרויקט הנוכחי הוא בכך שהפעילות הוכשרו לבצע פרויקטים יזומים במגוון נושאים ולא רק ליעץ לנשים כמותן

מהקהילה (Earp et al., 1997; Eng & Smith, 1995; Flax & Earp, 1999; Navarro et al., 1998; Schultz et al., 1997).

אסטרטגיה מומלצת בספרות המקצועית לגיוס פעילים קהילתיים הינה לעשות זאת באמצעות רשתות קהילתיות, כך שהיועצת הקהילתית תהיה מאותו מוצא, גיל ומעמד כלכלי-חברתי של נשות הקהילה איתן היא תיצור קשר (Earp et al., 1997; Flax & Earp, 1999). בהתבסס על תיאוריות של סיוע לקהילה, פעילים קהילתיים צריכים לשרת את הקהילות שלהם (Israel, 1985; Eng & Hatch, 1991; Eng & Smith, 1995).¹⁸

בעקבות המלצות שעלו מתוך סקירת הספרות, לתכנית מנהיגות נשים גויסו נשים מאותה קהילה בה הן אמורות לפעול, אשר היו מוכרות ומוערכות בקהילתן ובעלות פוטנציאל להיות מנהיגות לקידום בריאות נשים בקהילתן.

בנוסף, בעקבות ההערכה מצאנו שכדי לזהות נשים אלו חשוב שגיוס המשתתפות ייעשה על-ידי אדם שמכיר את הקהילה, את דמויות המפתח ואת הארגונים והמוסדות המרכזיים בה. כמו-כן חשוב שיזהה את הכוחות הפועלים בקהילה, כגון קבוצות כוח בתוכה ויכיר את הפוליטיקה הפנימית. עבודת הכנה הינה הכרחית במידע זה אינו זמין, כדי להגדיל את הסיכויים להגיע לקהל היעד של התכנית. אחת השיטות כדי להגיע לקהל היעד היא באמצעות קבלת סיוע מגורמים וארגונים בקהילה. חשיבותה של הרכזת המקומית של התכנית היא בכך שהיא מכירה את הגופים השונים בקהילה, ואת דמויות המפתח, שיכולים לסייע בהפניית מועמדות לתכנית. היו מקרים בהם הרכזת אף הכירה את המועמדות באופן אישי.

Flax & Earp (1999) ממליצים לגייס נשים עם איכויות נוספות כדי להגביר את הסיכוי שלהן להיות מדריכות בריאות יעילות מהקהילה. נשים אלו צריכות להיתפס כמקור אמין של מידע בנושאים הנדונים וצריכות להיות נעימות ותקשורתיות. ממצאים אלו נתמכים על-ידי תיאורית השכנוע של O'Keefe (1990)¹⁹ המניחה שמהימנות מורכבת ממומחיות ומאמינות.

פעיל קהילתי חייב לרצות להושיט עזרה, להיות מסוגל להזדהות עם אנשי הקהילה, להיות מסוגל ללמוד, ללמד, ולשמש מודל לחיקוי; לזכות להוקרת אנשי הקהילה, להיתפס כלא שיפוטי וכטוב לב (Salber, 1979; Watkins et al., 1988).²⁰

המשתתפים שזיהנו כמנבאים את סיכויי ההתמדה של הנשים בתכנית הם: מוטיבציה לתרום לקהילה, מידת הפנאי של המועמדת והיכולת שלה לעבוד בצוות. אלו היו גם הסיבות העקריות בגין נשים נשרו מהקבוצה (חוסר מוטיבציה, חוסר פנאי וקושי לעבוד בצוות).

¹⁸ מצוטטים אצל Flax & Earp 1999

¹⁹ מצוטטים אצל Flax & Earp 1999

²⁰ מצוטטים אצל Brownstein et al., 1992

בעקבות ההערכה מצאנו שאחת התכונות שיש לשים לב אליה במיון המועמדות היא המסוגלות העצמית של המועמדת לפעול כמנהיגה עוד טרם כניסתה לתכנית. חשוב לגייס לתכנית נשים שהן בעלות רמה מסוימת של מסוגלות (לא גבוהה אולם לא נמוכה מדל). כפי שביטאה זאת אחת הרכזות: "אני לא חושבת שהקורס יכול להעצים נשים שהן במצב של 0 של העצמה - זו הביקורת הבסיסית שלי לקורס ובכלל לקורסי מנהיגות. אישה שמגייסים לתכנית צריכה להיות בעלת עיניים כבר קצת פקוחות. אם יש משהו שמפריע לה שתהיה מסוגלת לקום ולהגיד ולרצות לפעול. שיש לה עיניים כבר קצת פקוחות, שהיא לא פסיבית."

כיוון דומה עלה גם במחקרם האמפירי של Booker et al. (1997) המבחין בין מצב של תחושת מסוגלות לבין מצב של העצמה של המועמדים. בהקשר זה הם מציינים שגיוס אנשים שכבר מרגישים מועצמים אינו הכרחי להצלחת פעילותם כפעילים קהילתיים, אולם האיכות של תחושת היכולת לעזור לאחרים הינה קריטית כדי שיהיו מסוגלים לעזור לאחרים לקבל החלטות לגבי בריאותם.

עולה השאלה, אם כן, מהו הכלי שבאמצעותו ניתן לזהות את מידת המסוגלות של המועמדת בשלב הקבלה לתכנית? האם כלי המתבסס על דיווח עצמי של האישה כיצד היא תופסת את רמת המסוגלות שלה מספק?

8.2 מבנה ההכשרה - חיזוק הקשר בין התיאוריה ליישום

אחת המסקנות העיקריות שעלו בעקבות הערכת התכנית היא שתהליך ההכשרה צריך לשלב בין למידה תיאורטית לבין יישום בפועל של התיאוריה, כלומר ייזום פרויקט והפעלתו בקהילה. על סמך ממצאי ההערכה מוצע שכל למידה של מיומנות, כמו מיפוי קהילה, תלווה בהתנסות מעשית. התנסות כזו תאפשר ליישם את החומר התיאורטי שנלמד ולהבין איך הוא מתקשר לביצוע הפרויקט. בהקשר זה חשוב לציין כי לחלק ניכר מהנשים אין ניסיון קודם בעבודה התנדבותית ובפעילות בקהילה והמפגש עם החומרים הללו הוא מפגש ראשון. דוגמה להתנסות מעשית חשובה במהלך הקורס התיאורטי היו תכנון ה"פרויקטון" וביצועו. לנשים הייתה זאת הזדמנות ליישם את הנלמד בתחום העבודה בקהילה, ולהתנסות בפועל תוך היכרות עם ה"שטח". פעילות זו חיזקה את ביטחון ואת יכולתן לבצע פרויקט עצמאי בסיום הקורס.

8.3 התאמה תרבותית של התכנית²¹

ממחקרים בנושא התאמה תרבותית, ומההערכה שלנו, עלה שבשלב תכנון התכנית חשובה המודעות לצורך ברגישות תרבותית לצורכי האוכלוסיות השונות המשתתפות בה. ההתאמה צריכה להתייחס לממדים השונים של התכנית, החל מאיתור צרכים וכלה באופן הפעלתה. התאמתה של התכנית לקהלי היעד השונים צריכה לקחת בחשבון, בין היתר, הבדלים בשפה, בידע, בערכים, במנהגים, באמונות בנוגע לבריאות, בדת ובדתיות, בתפקיד המשפחה, בדגש על הכלל לעומת הפרט, באורחות חיים (כגון דפוסי אכילה והארחות), במסוגלות עצמית, וכד', ולזהות מבעוד מועד אלו התאמות נדרשות. היתרון

²¹ בסעיף 7.2 קיבל נושא ההתאמה התרבותית התייחסות בהקשר של השלב השלישי של התכנית - פעילות הנשים בקהילה. כאן ההתייחסות הינה רחבה יותר, ומתייחסת לכל שלושת שלבי התכנית

שבקבלת סיוע ומידע ממסייעים "טבעיים" הוא בקבלת תשומת לב אישית ומותאמת-תרבותית במסגרת אירוע טבעי, המכונה "lay helping" (Service et al., 1979).²² תכנית מהסוג של מנהיגות נשים מהווה מודל פעולה המאפשר ללמוד על צרכים, ערכים, אמונות ותפיסות של קהילה בכל נושא באמצעות שיתוף נציגי הקהילה באופן פעיל בקידום צרכיה ומטרותיה.

8.4 תחזוקת המנהיגות - הצרכים של הנשים לשם המשכת הפעילות בקהילה

אחת הסוגיות שעלו במהלך הפעלת התכנית הייתה כיצד לשמר את הפעילות של המנהיגות לאורך זמן. נושא זה נידון בחלקו בסעיף 7.2 המפרט את הגורמים שסייעו לנשים לפעול בקהילה, ומוצג כאן שוב בצורה תמציתית ומסכמת בגלל חשיבותו. המנהיגות העלו את הצורך להמשיך ולהתפתח מבחינה מקצועית ואישית. לפיכך, חשוב לתגמל אותן באמצעות הרצאות בתחום הבריאות והעבודה הקהילתית ובנושאים אחרים, וכן להמשיך ולתת להן הדרכה מקצועית בביצוע הפעילויות בקהילה. מסגרת הקבוצה מעניקה לנשים תמיכה מקצועית וחברתית. על כן שימורה של מסגרת זאת היא אחת הדרכים לשמר את המוטיבציה שלהן ולחזק אותן לאורך זמן. על מנת שהקבוצה תוכל לתחזק את עצמה נראה כי חשוב להכשיר את המשתתפות כקבוצה לעזרה עצמית. חשיבות רבה יש גם לכך שהקהילה תכיר בפעילות של הנשים. לכן, חשוב לחשוף את העשייה שלהן לקהילה באמצעות התקשורת הקהילתית ובאמצעות טקסי הוקרה למתנדבים. השתתפות בפעילויות "פנאי", כגון טיולים, הצגות וכד', היא אמצעי חיזוק ודרך נוספת להכיר תודה על העשייה שלהן. תנאי נוסף לשימור הפעילות של הנשים היא השתייכותן לתשתית קיימת. לקבוצה ולנשים יש צורך בתשתית ארגונית בתוך הקהילה אליה הן מרגישות שייכות, ובה הן יכולות להיעזר, החל מעזרה טכנית (חדר לקיום מפגש, מכונת צילום וכד'), וכלה בסיוע ובתמיכה מקצועית, כגון מתן הרצאות לפיתוח מקצועי.

Schultz et al. (1997) מדגישים אף הם בממצאיהם את חשיבותה של תמיכה טכנית מתמשכת מהרכזים כדי שמדריכי בריאות מהקהילה יוכלו למלא את תפקידם בקהילה. היות שחברי הקהילה מביאים עמם ציפיות, מניעים וכישורים לפעילותם כפעילים קהילתיים, הם מוצאים את התגמול שלהם בדרכים שונות. לכן מומלצת גישה רחבה למתן תגמולים לפעיל קהילתי.

9. מילה אחרונה על אתגרי ההערכה ותרומותיה

צוות המחקר ליווה את התכנית בהערכה צמודה ומקיפה החל משלב התכנון ובמהלך הפעלתה, תוך כדי שיתוף פעולה אינטנסיבי ופורה עם מפעילי התכנית ועם הממנים שלה. לאורך כל הדרך הצוות סיפק משוב שאפשר למפעילים לשנות ולשפר את התכנית תוך כדי הפעלתה.

אחד הקשיים שעלו במהלך הערכת התכנית היה להגדיר את הקריטריונים שעל בסיסם ניתן להעריך את מידת ההצלחה של הפרויקטים שהנשים ביצעו בקהילה.

²² מצוטטים אצל Eng & Smith, 1995

פרויקטים אלה היו שונים ומגוונים, מבחינת הנושאים, היקף הפעילות, קהל היעד ומשך הפעלתם. מכאן נבע הקושי העיקרי להגדיר קריטריונים להערכת הצלחה שיענו על השונות הזאת. למרות ניסיון להגדיר יחד עם הגורמים המפעילים את הקריטריונים, טרם מצאנו קריטריונים לקביעת מידת ההצלחה של הפרויקטים למעט דיווח עצמי מובנה של המנהיגות, שהוא סובייקטיבי מעיקרו.

סוגיה נוספת שעלתה היא כיצד ניתן לקבוע שהתכנית בכללותה השיגה את יעדה בהצלחה - ביצוע פרויקטים בקהילה. עם סיום הקורסים נעשו מספר לא מבוטל של פרויקטים בקהילות השונות, אולם, נראה כי המדד העיקרי להצלחתה של התכנית בכללותה הוא ההמשכיות שלה לאורך זמן. עד היום, כחמש שנים מיום תחילת הפעלתה של התכנית, פועלים במסגרת המתנ"סים צוותים של נשים לקידום בריאות נשים בקהילתן.

במהלך חמש השנים האחרונות נעשו שימושים שונים בממצאי ההערכה. הממצאים שהתקבלו מההערכה המעצבת של מחזור א' שימשו לשיפור התכנית תוך כדי הפעלתה, ובהמשך שימשו בסיס לתכנון התכנית למחזור השני של המנהיגות (כגון לחיזוק הקשר בין הלמידה התיאורטית לבין ההתנסות המעשית, ולהתאמת הקורס לנשים מאוכלוסיות ומתרבויות שונות). ההערכה המסכמת של שני מחזורי התכנית משמשת היום בסיס להפעלתן של תכניות נוספות לפיתוח מנהיגות נשים, המתבססות על המודל של פעיל בריאות מהקהילה. העקרונות המסוכמים בדוח זה יכולים לשמש קווים מנחים בתכנון תכנית מסוג זה ובהפעלתה.

ביבליוגרפיה

- אשכנזי, י.; גרוס, ר. 2004. **מצב הבריאות של נשים בישראל. סקירת נתונים**. מ-117-04 (בעברית), מ-116-03 באנגלית. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר.; ברמלי-גרינברג, ש. 2000. **בריאות ורווחה של נשים בישראל - ממצאי סקר ארצי**. דמ--00-361. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- יפרח, א. 2000. **בריאות נשים בישראל 1999-2000 - ספר נתונים**. פרסום 219. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, שדולת הנשים בישראל בשיתוף עם המרכז הלאומי לבקרת מחלות, תל השומר.
- Billings, J.R. 2000. "Community Development: A Critical Review of Approaches to Evaluation". *Journal of Advanced Nursing* 31(2):472-480.
- Booker, V.K.; Robinson, J.G.; Kay, B.J.; Najera, L.G.; and Stewart, G. 1997. "Changes in Empowerment: Effects of Participation in a Lay Health Promotion Program". *Health Education and Behavior* 24(4):452-64.
- Brownstein, J.N.; Cheal, N.; Ackermann, S.; Bassford, T.L.; and Campos-Outcalt, D. 1992. "Breast and Cervical Cancer Screening in Minority Populations: A Model for Using Lay Health Educators". *Journal of Cancer Education* 7(4):321-326.
- Earp, J.A.L.; Viadro, C.I.; Vincus, A.A.; and Altpeter, M. 1997. "Lay Health Advisors: A Strategy for Getting the Word about Breast Cancer". *Health Education and Behavior* 24(4):432-451.
- Earp, J.A.L.; Altpeter, M.; Mayne, L.; Viadro, C.I.; and O'Malley, S. 1995. "The North Carolina Breast Cancer Foundations and Design of a Model for Reaching Older, Minority, Rural Women". *Breast Cancer Research and Treatment* 35:7-22.
- Eisen, A. 1994. "Survey of Neighborhood Based, Comprehensive Community Empowerment Initiatives". *Health Education Quarterly* 21(2):235-252.
- Elroy, I.; and Gross, R. 2003. *Lay Leadership Development in Women's Health- Literature Review*. S-101-03. Myers-JDC-Brookdale Institute, Jerusalem.
- Eng, E.; and Smith, J. 1995. "Natural Helping Functions of Lay Health Advisors in Breast Cancer Education". *Breast Cancer Research and Treatment* 35(1):23-29.
- Eng, E.; and Young, R. 1992. "Lay Health Advisors as Community Change Agents". *Community Health* 15:24-40.

- Fife, R.S.; Moskovic, C.; Dynak, H.; Winner, C.; Vahratian, A.; Laya, M.B.; Jameson, L.; Paskett, E.D.; and Holaday, L. 2001. "Development and Implementation of Novel Community Outreach Methods in Women's Health Issues: The National Centers of Excellence in Women's Health". *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine* 10(1):27-38.
- Flax, V.L.; and Earp, J.L. 1999. "Counseled Women's Perspectives on Their Interactions with Lay Health Advisors: A Feasibility Study". *Health Education Research* 14(1):15-24.
- Israel, B.A.; Checkoway, B.; Schulz, A.; and Zimmerman, M. 1994. "Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational and Community Control". *Health Education Quarterly* 21(2):149-169.
- Minkler, M.; and Wallerstein, N. 1997. "Improving Health Through Community Organization and Community Building". In: *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 2nd edition. Glanz, K.; Lewis, F.M.; and Rimer, B.K. (eds.), pp. 241-269. Jossey-Bass Publishers. San Francisco, CA.
- Navarro, A.M.; Senn, K.L.; McNicholas, L.J.; Kaplan, R.M.; Roppe, B.; and Campo, M.C. 1998. "Por La Vida Model Intervention Enhances Use of Cancer Screening Tests among Latinas". *American Journal of Preventive Medicine* 15(1):32-41.
- Schulz, A.J.; Israel, B.A.; Becker, A.B.; and Hollis, R.M. 1997. "It's a 24-Hour Thing... a Living-for-Each-Other Concept: Identity, Networks, and Community in an Urban Village Health Worker Project". *Health Education and Behavior* 24(4):465-480

נספח א': סיכום פעילות מנהיגות נשים - מחזור א' לשנת 2004

לוח א-1: סיכום פעילויות לשנת הפעילות 2004, תכניות עתידיות לקידום בריאות נשים וקשרים עם גורמי חוץ

יישוב	מספר נשים	תדירות מפגשים	פעילויות בשנה האחרונה	פעילויות נוספות	קשרים עם גורמים	תכניות עתידיות
רחובות	12-11 אחת מקבוצת הגרעין נשרה (עברה דירה)	אחת לחודש, בקיץ הפסקה	הקבוצה בחרה לעסוק בשני נושאים: גיל המעבר ואלימות במשפחה: פעילות הסברה בנושא בריאות נשים וגיוס נשים לקבוצה - הרצאות בנושא גיל המעבר - הצגה בנושא אלימות במשפחה - "המחברת הצהובה של סיון" - אירוע בנושא סרטן השד עם תמי רימון	תחילת פעילות של התנדבות בהוסטל של אנשים עם פיגור שכלי, תכנון: הקמה משותפת של חנות יד שנייה	- קופת-חולים - טיפת חלב - גיוס מרצים (הרכזות) - רווחה - נעמת	- הסברה בנושא אלימות בקרב נערות - הרצאה: מיניות האישה במעגל החיים
אור עקיבא	13-11 לא נשרו מקבוצת הגרעין פועלות כקבוצה ולעתים בתת-קבוצות	אחת לשבוע, בקיץ הפסקה	- תזונה נכונה ופעילות גופנית - יריד באולפנא לבנות (לנערות ולנשים) - דוכנים והרצאה 150 נשים ו-100 נערות (ז'-י"ב) - חוג בריאות האישה - הרצאות, 8 מפגשים - הקמת מועדון "אנוש", מועדון לפגועות נפש. בימים אלה מקבלות רשיון הפעלה לאחר ליווי של הרווחה והכשרה של מרכז לבריאות נשים ובית-חולים הלל יפה - "חזרה לקהילה" - מפגש אישי עם פגועת נפש, הקרנת סרט - הקמת שבילי הליכה (חסר שילוט)	- הפנינג חזרה לבית-ספר לנשים וילדיהן, קיבלו ציוד בית-ספר וחולצה - "אישה לאישה" - הרצאה על מודעות להתנדבות, כיבוד, שי מוצרי טיפוח, וערב קריוקי - פעילות לילדים בבית-חולים הלל יפה - פעילות במרכז יום לקשיש - ארגון צעדת אור עקיבא - ארגון והפקת מסיבה לילדי המועדוניות - הקמת מועצת נשים מטעם העירייה - יושבות 30 נשים ודנות בבעיות הנשים בעיר הטעונות טיפול "אנחנו מעורבות בכל דבר שקורה בעיר"	- עירייה - קהילת מיאמי - בית-חולים - הדסה עין כרם - "אנוש" - אגודה למלחמה בסרטן - טיפת חלב - מכבי שירותי בריאות	- לדאוג שהפרויקטים שהקמנו יתמידו וימשיכו - הקמת קו חם לנשים ונערות במצוקה, בשלבי רעיון

יישוב	מספר נשים	תדירות מפגשים	פעילויות בשנה האחרונה	פעילויות נוספות	קשרים עם גורמים	תכניות עתידיות
יפיע	12-10 נשרו ו-2 מגיעות לעתים יש נשים שרצו להצטרף אבל הקבוצה התנגדה, כי יש להן קשר חזק לעתים עובדות בקבוצה ולעתים בתת-קבוצות	נפגשות אחת לשבוע עם הרכזות. באוגוסט הפסקה עובדות בשכונות בקבוצות קטנות כדי לגייס נשים לפעילויות	עשו איתור צרכים : כינסו נשים ושאלו אותן מה חסר - הרצאות : סרטן השד והליכה לממוגרפיה - הרצאות : מודעות למניעת תאונות בית של ילדים ("בטרם"), גיל ההתבגרות, צפיפות עצם - נתנו בעצמן הרצאה על אלימות במשפחה, תזונה נכונה, גיל המעבר - טיפול פנים לנשים על-ידי קוסמטיקאית - טיולים (חמת גדר, ירושלים, נצרת) : נשים מאוד סגורות, גברים לא מאפשרים, כששמעו שזה במסגרת המתנ"ס הסכימו - הפעלות במתנ"ס בנושא תחושות ורגשות באמצעות תמונות וצבעים - עושות הליכה : פעם/ פעמיים בשבוע, קיבלו הדרכה וגייסו נשים מבחוץ	- הרצאה : היגיינה בהכנת גבינות	- רופאים מבתי-חולים, רופאים פרטיים - טיפת חלב - שירותי בריאות כללית	- אין תכנון ספציפי - רוצות לחזור לשטח ולחוש אותו ולבנות פרויקטים חדשים
רמלה	10-8 נשים נשרו כ-9 והצטרפו אחרות. מהגרעין הראשון - 4	אחת לשבוע עם הרכזות המקומית	- הרצאות בנושא של בריאות נשים אחת לחודש, למשל מחלות נפש, בריאות הפה, דיאטנית - פרויקט הליכה : עידוד הליכה נכונה ופיתוח מסלולי הליכה ברמלה (בתיאום עם העירייה) : הנשים לא התמידו ללכת ביום ושעה קבועה וכל אחת הולכת באופן עצמאי - חדר כושר : הליכה להתעמל בחדר כושר, הפסיק בגלל עלות כלכלית		- רכזת מתנדבים ברווחה ברמלה - מוקד גיל הרך ברמלה - עמותה לזכויות האזרח - טיפת חלב - שירותי בריאות כללית	- התחילו בימים אלה, הקמת מרכז מידע לבריאות האישה והמשפחה, המשפחה תדע מה מגיע לה מבחינת שירותי בריאות, רווחה, ביטוח לאומי - הרצאות נוספות : רפלקסולוגיה, בריחת סידן, גינקולוגיה, סרטן השד

יישוב	מספר נשים	תדירות מפגשים	פעילויות בשנה האחרונה	פעילויות נוספות	קשרים עם גורמים	תכניות עתידיות
בית שאן	17 נשים נפגשות בקבוצה ומחלקות לקבוצות משימה (3-4 נשים) נשרו: 15 הצטרפו: 3-2	אחת לשבוע עם הרכזת המקומית הפסקה: קיץ	- הרצאות: אחת לחודש, בעיקר בנושא של בריאות נשים - 50 נשים - ערב בריאות: אוכל בריאותי, הרצאה ומשהו אומנותי (אסטרולוגית, הצגה) - 1.12.04 ערב למניעות אלימות במשפחה: הצגה, נאומים והרצאה "פנים רבות לאלימות", 300 איש - ערב נשים בחנוכה: תצוגת אופנה והרצאה של סקסולוגית ובנושא טיפוח היופי - ימי כיף: נסיעות לחולון, פונות לנשים קשות יום שבאופן עצמאי מתקשות לבלות מבחינת חברתית - חברות בקבוצה יזמו פתיחה של חוגים שונים לנשים: קבוצת תמיכה לאכילה כפייתית, מועדון גיל הזהב, חוג ריקודי בטן, שומרי משקל, התעמלות בונה עצם " אנחנו בהקשבה מה הציבור צריך/צמא, דברים לצאת מהבית, להחכים, לדעת, סקרנות. אנחנו מקשיבות לרחשי ליבן של הנשים"	"אנחנו מתגייסות לפעילויות של המתנ"ס, לכל פעילות ציבורית אנחנו נענות, אבל גם לא רוצות להתפרס יותר מדי. תפסת מרובה לא תפסת." - הרצאה של רופא אף-אוזן-גרון בחורף: 100 איש - הרצאות לעולים ברוסית ובאמהרית, לא כל-כך הצליח, קשה למצוא מרצים דוברי השפה	- מועצות מקומיות, - שירותי בריאות כללית - מכבי שירותי בריאות - פורום נשים בעיריית בית שאן - ראש העיר	- יש תכנית כללית: - פעם לחודש הרצאה בנושא בריאות - ערבי/ימי כיף לנשים - פעם בשלושה חודשים מופע גדול (300 נשים) - כדי לשמר רצף פעילות גם בקיץ נכין תכנית עבודה רצופה
פתח תקווה (רמת ורבר)	15-10 נשים עובדות בקבוצה גדולה ובתת-קבוצות 3-2 נשרו, הצטרפו כמה. רובן מקבוצת הגרעין	נפגשות אחת לשבועיים ואם צריך יותר. בדרך כלל עם הרכזת המקומית	- הרצאות בנושא בריאות, מודעות לבדיקות - צעדה למודעות להליכה נכונה - יום בריאות במתנ"ס - שאלון איתור צרכים בבריאות לנשות השכונה	- מוציאות עיתון אחת לחודשיים: מעדכנות על העשייה, מזמינות לטיולים - הרצאות בנושא זהות יהודית, לקרב חילונים ודתיים - מסיבת חנוכה למיעוטי יכולת	- ראש העיר - קופת-חולים - מנהל מחלקת נשים, בית-חולים ביילינסון "אופירה הרכזת עושה את זה"	- מתוכננת סדנת עיסת נייר - מוציאות עיתון

תכניות עתידיות	קשרים עם גורמים	פעילויות נוספות	פעילויות בשנה האחרונה	תדירות מפגשים	מספר נשים	יישוב
- טרם נפגשנו לא יודעת מה יהיה	- שירותי בריאות כללית - טיפת חלב - בית-חולים שערי צדק - חנויות טבע	לא	- הצגה היתולית על נשים, יום בחיי אישה - ממארס 04 - 6 מפגשים על בריאות נשים. ראשונה בנושא גיל המעבר (ד"ר יגר) - יום אוכל ובריאות, התקיימה בדיקת צפיפות עצם - ערב קוסמטיקה ובדיקת BMI - ערב הפנינג לנשים : דוכני אוכל בריאות ובדיקות דם וכולסטרול, שיעור ספורט, מעל 300 נשים	הפסיקו להפגש במאי. חוזרות אחרי חצי שנה הפסקה. בשנה האחרונה היה קצת רופף. בזמן הכנת פרויקט התחלקו ל-3-2 תת-קבוצות ונפגשו אחר-כך כל שבוע במשך חודש-חודשיים	12-10 נשים בשנה האחרונה נשרו ותיקות והצטרפו חדשות	קריית יובל

לוח א-2: גורמים מסייעים ומעכבים בהכנת הפעילויות, קשר רכזת עם הקבוצה ויחסים בקבוצה, תחזוקת מנהיגות, צרכים להמשך פעילות ותפיסת תרומה אישית

יישוב	גורמים מסייעים	גורמים מעכבים	קשר רכזת מקומית - קבוצה	אווירה ויחסים בקבוצה/הקבוצה כקבוצה חברתית	אופן תחזוקת הקבוצה	צרכים של הקבוצה	תרומה להתפתחות אישית
רחובות	- התמיכה של הרכזת "שרטטה להן את הדרך" - תחושת ה"ביחד" - האווירה בקבוצה, הלכידות - ההכשרה שעברו	- קושי בגיוס נשים לקבוצה ולפעילות נשים עסוקות אין להן זמן	- תומך, חם, מלווה, מכוונת ומנתבת אותן. חברה לכל דבר. מחד, מאפשרת עצמאות, ומאידך, מקדמת את הנשים. יש בה הרבה נתינה, תושייה והתמדה "אם לא היא היינו נושרות. היא נותנת לנו את הפוש הגדול."	נפגשות מחוץ לפעילות הקבוצה. נוצרו חברויות. אווירת פרגון ושיתוף פעולה	- קיבלו הרצאות ביקור במעון לנשים מוכות - ארוחת ערב וביקור בתערוכת אלטרנטיבה	- פעילויות גיבוש נוספות (טיול, הרצאה, התעמלות) "דברים חווייתיים מעבר לנתינה" - כסף - לא לקיים מפגשים תכופים מדי, זה מייצר עומס (פעם בחודש)	- שיפור ביכולת ביטוי אישי - יחס לאנשים - פחות סגורה - יותר ביטחון עצמי - מודעות לעצמי - שינוי אורח חיים : תזונה, כושר, בדיקות. - להסתכל על עצמי ולא רק על הילדים והבית "יש את האני שלנו זה מאוד קשה, אבל זה שאתה מודע, עוזר לך לשנות"
אור עקיבא	- החיזוקים של הנשים - הרצון להוכיח שגם נשים מהמעמד שלנו יכולות להשפיע - התמיכה של העירייה - התשתית הארגונית של המתנ"ס - הייעוץ וההכוונה במסגרת הקורס - שעברנו כסף	- משאבים כספיים - פוליטיקות מקומיות - פיטרו את הרכזת המקומית - פתיחת קבוצת מנהיגות על-ידי פדריצית מיאמי במקום להשקיע ולהרחיב את הקבוצה שלנו	הרכזת עובדת בהתנדבות. מיעצת לנו. קשר יומיומי איתה	- משפחה, חברות, הפכנו להיות קבוצה חברתית, עושים חגים ביחד - הסיבה שהקבוצה מחזיקה מעמד - "כולן למען אחת ואחת למען כולן"	- אין ליווי מקצועי כלשהו	- פיתוח מקצועי - הרצאות - פעילות גיבוש - תקציב/כסף - תעודת סיום קורס - יחסי ציבור לקבוצה ולחשיבותה	- הייתי פעילה לפני הקורס, היום אני (אילנית) מנהיגה את הקבוצה - למדתי מה זו עבודת צוות, להקשיב, להתחשב באחרות - למדתי לבקש עזרה ולא לעשות הכל לבד - שהדברים הם תהליכיים ולא מהיום למחר - אפשר להשיג דברים באסרטיביות ובנועם ולא בצעקות, יותר פתוחה, קיבלה ביטחון, יותר יוזמת, מביעה דעה ולעמוד על שלה

יישוב	גורמים מסייעים	גורמים מעכבים	קשר רכזת מקומית - קבוצה	אווירה ויחסים בקבוצה/הקבוצה כקבוצה חברתית	אופן תחזוקת הקבוצה	צרכים של הקבוצה	תרומה להתפתחות אישית
יפיע	- הצמא של הנשים לשמוע הרצאות - הפידבק של הנשים - גיבוש הקבוצה - שיתוף פעולה - ממנהלת המתנ"ס - רכזת טובה - שיתוף פעולה של רופאים שבאו להרצות	- מצב כלכלי, לעתים עלות הפעילות - גובים מהנשים וזה קשה (אפילו 20 ₪), הרבה ילדים, בתי-ספר פרטיים	- קשר טוב - נותנת להן עצמאות (לא ב-100% - צריך לקבל אישור מנהלת מתנ"ס) - מחזקת, תומכת ומעודדת אותן, עוזרת בהכנת פרויקטים	- כמו משפחה, אחיות - תומכות ועוזרות - אישה מהקבוצה שעזבה את הבית, עזרו לה עם ריהוט וציוד - יש תחרות בריאה	- חוגגות ימי הולדת יחד - קיבלו בושם ממנהלת המתנ"ס - הצגה וארוחה במתנ"ס רמלה-לוד	- תמיכה של פסיכולוג - שיקשיב להן - סדנה בנושא בריאות הנפש - יחסי ציבור לקבוצה - הדרכה לגבי המשך פעילות עם נשים - חדר קבוע למפגש	נדיה : אישית מרגישה שלא התפתחה כי הגיעה לקבוצה עם כוחות ידע והשכלה, אבל נתן הזדמנות לצאת ולפגוש אנשים, מילא אותה, נתן לה תעסוקה (הייתה מובטלת) אמירה : מאוד התפתחה, הייתה מסוגרת וביישנית והיום מדברת גם מול קבוצה גדולה, מאוד התחזקה : "הוציאו את הכוח שיש בי, הכל היה טמון בי ולמדתי להפעיל את עצמי, אני מכירה את עצמי ומודעת לעצמי, אני לא אותה אמירה של לפני 3 שנים."
רמלה	- המתנ"ס - מקום, טלפונים - יחסי הקבוצה - שיתוף פעולה, פרגון - הכסף של קליבלנד	- יחסי הקבוצה - היו עליות וירידות ביחסים, מחלוקות שגרמו לנשים לעזוב - כסף	- קשר טוב, מגבשת, מקדמת, חמה, עמוד שדרה של הקבוצה, הנחתה אותן בהכנת פרויקטים על-ידי מתן "קצה חוט" והן ממשיכות לבד. מעודדת לעצמאות	- קבוצה טובה, לומדות אחת מהשנייה, - יש תחרות, כולן משתדלות, חלקן מרגישות מקופחות כי לא מקבלות מספיק פרויקטים	- מעט מאוד כנסים בזיכרון יעקב - מעט טיולים - מאוד חסר להן פעילות בילוי משותפת	- להגדיל קבוצה - נשים מנהיגות בקבוצה - הדרכה מקצועית - צורך בגיוון - עבודה בקבוצה אחרי מספר שנים הפכה למשעממת, אין גיוון לכן הייתה רוצה מטרות גבוהה שישאפו אליה. לא מרגישה	ריטה : הייתה ביישנית, סגורה, קוראת יותר, מרצה בפני הבנות על תחומים שונים (ספרות, טלוויזיה), קיבלה בטחון נאסרה : לא התפתחה באופן אישי, יותר קיבלה ידע, מרגישה מקופחת כאישה ערבית

יישוב	גורמים מסייעים	גורמים מעכבים	קשר רכזת מקומית - קבוצה	אווירה ויחסים בקבוצה/הקבוצה כקבוצה חברתית	אופן תחזוקת הקבוצה	צרכים של הקבוצה	תרומה להתפתחות אישית
						שהיא מתפתחת, רק עובדת ונותנת וזה לא מספק - יותר תמיכה מהעירייה - כסף - תמיכת מתנ"ס -שתייה, ניירת וחומרים - יחסי ציבור לקבוצה, לא מכירים אותן מחוץ למתנ"ס	
בית שאן	- הרכזת המקומית והקשרים שהיא מביאה - המתנ"ס - שיתוף פעולה/ חסות של גורמים חיצוניים כמו קופת-חולים, נותן לאנשים אמן - גיבוש הקבוצה	- חוסר בתקציב - מצב כלכלי של הנשים - קיטורים של האנשים - עייפות החומר	- משתפת ותומכת - לא מחליטה לבד, מבקשת שניזום - קשרים שיש לה מאוד עוזרים לקבוצה	- מעין מועדון חברתי קטן - חברותא, חלקן מבלות מחוץ לקבוצה - כמו בני משפחה, באים לשמחות - כולן מאוד קשורות לקבוצה - כמו במשפחה לעתים יש ויכוחים, לרוב ויכוחים בונים. לפעמים גם מתווכחים עם	- בעייתי לא מתוגמלות. - "אני חוששת, לדעתי קבוצה לא מתוגמלת, מאבדים עניין. זה הופך להיות רוטיני מדי וזה הולך ומתמוסס, לדעתי הקבוצה מרגישה עם זה לא טוב ... צריך למלא אותנו, למלא את המצברים לעוד שנה של פעילות	- תקציב - רוצות לפגוש את המחליפה של וונדי - גם דרך לתגמל - יותר תמיכה של ראש העיר, להזמין ולהתייחס יותר וגם תקציב	עליוזה : קבלתי ידע וידע זה כוח, כשאת לומדת כל-כך הרבה דברים שבבית אין לך את זה ; אני יודעת איך לפנות לקהילה, להזיז דברים. קיבלתי כלים שיכולים לעזור לי, שעוזרים לי בחיי היומיום. העשייה מאוד משמחת אותי, לצאת מהבית, לפגוש אנשים, לראות שאת עושה משהו בעבור נשים אחרות. יש לי יותר מודעות בריאותית כאישה. שולה : "העשייה בקבוצה נותנת לי סיפוק, אבל זה עדיין לא מספיק, לא מרגישה מימוש עצמי, הרבה מהאנרגיות שלי למימוש עצמי מתועלות לעשייה

יישוב	גורמים מסייעים	גורמים מעכבים	קשר רכזת מקומית - קבוצה	אווירה ויחסים בקבוצה/הקבוצה כקבוצה חברתית	אופן תחזוקת הקבוצה	צרכים של הקבוצה	תרומה להתפתחות אישית בקבוצה.
				סמדר וזה בסדר גמור. בדרך כלל פותרות הבעיה ועוברות לסדר היום.	... הסוס עייף ולא מתמרצים, אני מרגישה קצת עייפות חומר, קשה לאסוף את הנשים, הדברים הולכים יותר לאט.		
					- המצב הכלכלי לא מאפשר. - נפגשים עם שוש נהון אחת לשלושה חודשים - משתתפות בפעילויות שאנו יוזמות בתשלום. - מקבלות הכרה של הקהילה		
יוספטל (פ"ת)	- רצון טוב של אנשים שעוזרים לנו - אופירה שנותנת כוח - גורמי עירייה וראש העיר שעוזרים - מפגש בין הנשים - נותן כוח - תמיכת המתנ"ס	- כסף - חדר למפגש	- מאוד מרכזית, מקדמת, היא מחליטה אחרי התייעצות איתנו - בולדוזר - מאפשרת ומעודדת עצמאות	- כמו משפחה יש פרגון ושיתוף פעולה - חברות, תומכות אחת בשנייה - כל אחת מצאה את מקומה, ותורמת מעצמה	- אין צורך לתגמל, המפגש הוא התגמול - בעצמן יוזמות פגישות בבתיים - אנחנו יוצרות חיי חברה, ימי הולדת	- חסר כסף - יחסי ציבור - בסך-הכל יש מספיק תמיכה ועידוד - כנסים בבתי מלון, מאוד חשוב, מגבש - צריך לעשות	שרה : - פיתחה מודעות עצמית שלה לבריאותה - לקחת אחריות על הבריאות - סינדרום הקן המתרוקן, לא חשה לבד גאולה : - קיבלה ביטחון עצמי, ערך עצמי, בן זוג נפטר, דרך

יישוב	גורמים מסייעים	גורמים מעכבים	קשר רכזת מקומית - קבוצה	אווירה ויחסים בקבוצה/הקבוצה כקבוצה חברתית	אופן תחזוקת הקבוצה	צרכים של הקבוצה	תרומה להתפתחות אישית
				- יש גם תחרות בריאה		פעילויות גיבוש לקבוצה	הקבוצה והעשייה נתן לה סיבה לקום בבוקר - כיום, לא סופגת דברים, עומדת על שלה, תומכת מפרגנת.
קריית יובל	- הקורס והידע - ניסיון אישי שלנו - הרכזת - ג'ודי המנחה	- התקציב המועט שעמד לרשותנו	- היא דומיננטית היא יוזמת ותורמת ומדריכה ומנחה ומביאה את הרעיונות ומתייעצת איתנו - יש לנו מערכת יחסים קרובה איתה. מאוד נעימה ונחמדה	- אווירה מאוד נעימה וחברית - לא נפגשות מעבר לקבוצה	- סיפוק אישי בלבד - קורס שחייה 6 שיעורים מתנה ממנהל המתנ"ס	- הנחיה של אנשי מקצוע להמשך פעילות - לפתח רעיונות חדשים - תקציב	- תרם לי, סיפוק והנאה - עזר לי להכיר את האנשים והצרכים של השכונה/קהילה שלי - נתן לי ידע

נספח ב': פיתוח מנהיגות בקהילה לקידום בריאות נשים - מחזור ב':

ממצאים מניתוח שאלוני ההערכה של הקורס התיאורטי - לוחות

לוח ב-1: תרומות הקורס - אחוז הנשים שהעריכו את תרומת הקורס (בנושאים שונים) כ"רבה" או "רבה מאוד"

תרומת הקורס:	
81	ידע בבריאות נשים
75	ידע בנושא עבודה בקהילה
72	כלים לעבודה בקהילה
83	הבנת משמעות היותך אישה
68	היכרות עם מאפייני האוכלוסייה בקהילה
77	יכולת לזהות את הצרכים של הקהילה בנושא בריאות האישה
75	היכרות עם השירותים לבריאות האישה הקיימים בקהילה
93	יכולת שלך לעבוד עבודת צוות
91	הרגשה שאת מסוגלת ליזום פעילות/פרויקט בנושא בריאות נשים בקהילה
92	הרגשה שאת מסוגלת להוציא לפועל פעילות/פרויקט בנושא בריאות נשים בקהילה
93	הגברת המודעות שלך לחשיבות הבריאות שלך
90	מוכנות לשינוי התנהגות בריאותית אישית
96	המודעות שלך לחשיבות קידום בריאות נשים
97	רצון שלך לפעול לקידום בריאות הנשים בקהילה

לוח ב-2: דיווח על מסוגלות עצמית - "במידה רבה" ו"במידה רבה מאוד" לפני הקורס ולאחריו (באחוזים)

תפיסת מסוגלות עצמית	לפני הקורס	אחרי הקורס
1. לבצע (להוציא לפועל) תכנית או רעיון שחשובים לי	81	*92
2. לגייס אנשים לפעול לשם קידום מטרה חשובה	73	82
3. לעבוד בצוות	95	98
4. ליצור שיתופי פעולה עם קבוצות של פעילים/תושבים בקהילה לשם קידום בריאות נשים בקהילה	82	**91
5. ליצור קשרים עם ארגונים כדי לקדם את נושא בריאות נשים בקהילה	71	*85
6. לגייס סיוע (כספי או אחר) לקידום פרויקטים בנושא בריאות נשים בקהילה	33	*58
7. להיות היוזמת של רעיון/פעילות בתחום בריאות נשים	71	*90
8. להכין תכנית לפרויקט בתחום בריאות נשים	57	*82
9. לבצע פרויקט (להוציא לפועל) בתחום בריאות נשים	67	*86
10. לפנות לאנשים שיסייעו לי בביצוע פרויקט בתחום בריאות נשים	74	*89
11. להשפיע על נשים בקהילה שלי כדי לקדם את הבריאות שלהן	80	*91
12. לשמש כתובת בקהילה שלי לקידום בריאות נשים	79	**89
13. להעריך האם פעילות הייתה מוצלחת או לא	87	*96
14. מרגישה שיש לך ידע בבריאות נשים כדי לקדם את הנושא בקהילה+	29	*74

+ הסולם בהיגד זה היה בן חמש דרגות (בכלל לא - במידה רבה מאוד)

* $p < 0.05$ מבחן הפרש פרופורציות

** $p < 0.10$ מבחן הפרש פרופורציות

לוח ב-3: תוצאות מבחן ידע - לפני הקורס ולאחריו (באחוזים)

פירוט השאלה	ענו נכון במבחן "לפני"	ענו נכון במבחן "אחרי"
1. הבדלי מגדר בסימפטומים למחלת לב*	30	61
2. בדיקת ממוגרפיה מעל גיל 50*	24	49
3. גורמי סיכון לאוסטיאופורוזיס*	53	79
4. הסיבה העיקרית לצורך לקדם בריאות נשים*	29	44
5. סיבת המוות העיקרית בקרב נשים בנות +50*	48	69
6. השפעות העישון על בריאות נשים*	55	78
7. שיעורי ריפוי בגילוי מוקדם של סרטן השד*	68	82
8. זכויות החולה בביקור אצל רופא/מטפל*	64	79
9. אנוקסיה ומתבגרות*	74	86
10. שכיחות תופעת האלימות במשפחה#	68	78
11. טיפול בבריחת שתן בקרב נשים*	70	81
12. תופעת בריחת שתן בקרב נשים	77	77
13. תופעת אוסטיאופורוזיס - דרכי טיפול	72	78
14. מוצרים ללא כולסטרול#	70	79
15. דיכאון לאחר לידה*	78	89
16. הפניה לטיפול בסימני דיכאון	81	78
17. טיפול בתופעות גיל המעבר	77	83
18. יעילותה של פעילות גופנית	88	91
19. הבדלים במצב בריאותי בין גברים לנשים	6	3
20. הבדלי מגדר בתופעת העישון	31	31

* $p < 0.05$ מבחן וילקוקסון

$p < 0.10$ מבחן וילקוקסון

לוח ב-4: שביעות רצון מהקורס, הנשים שדיווחו על שביעות רצון "רבה" או "רבה מאוד" (באחוזים)

א. שביעות רצון כללית

85	1. תכנית הלימודים בבריאות נשים
80	2. תכנית הלימודים בתחום עבודה בקהילה
85	3. הרצאות אורח בנושא בריאות האישה
96	4. אופן ההנחיה של המפגשים
98	5. יחס של הרכזת המקומית
96	6. ליווי מקצועי של הרכזת המקומית
100	7. יחס של המנחה
100	8. אווירה במפגשים
92	9. יחס בין המשתתפות
86	10. התנאים בהם מתקיים הקורס
87	11. מטלות להכנה בין המפגשים
94	12. ארגון כללי של הקורס
79	13. הקורס ענה על ציפיותי
77	14. שביעות רצון כללית מהקורס
93	15. ממליצה לחברה

ב. שביעות רצון מהיבטים שונים של הקורס

	1. מספר מפגשים
6	יותר מדי מפגשים
71	מספר מתאים
23	פחות מדי מפגשים
	2. אורך המפגש
10	ארוך מדי
83	מתאים
7	קצר מדי
	3. תכנים בבריאות האישה
43	מעט מדי
55	מינון מתאים
2	יותר מדי
	4. תכנים בעבודה בקהילה
51	מעט מדי
83	מינון מתאים
7	יותר מדי
	5. רמת קושי של הקורס
3	קשה מדי
75	רמה מתאימה
22	קל מדי