

## בחירת הגורמים המשפיעים על נכונות פיזיותרפיסטים לבצע טיפול קבוצתי בכלל ובקשישים בפרט

דבורה דדי M.A, PT<sup>1</sup>, פרופ' פרלה ורנר<sup>2</sup>

<sup>1</sup> מנהלת מכון לפיזיותרפיה נהריה, שירותי בריאות כללית, דוא"ל: dedyd@zahav.net.il  
<sup>2</sup> אוניברסיטת חיפה, החוג לגרונטולוגיה

### תקציר

**רקע:** מכוני הפיזיותרפיה בקהילה מתמודדים עם עומס רב, הנובע בחלקו מפניות חוזרות ונשנות של מטופלים בגיל המבוגר הסובלים מכאבים וממוגבלויות. אחת הדרכים לייעל את השירות הניתן הינה טיפול בפעילות גופנית בקבוצה שנמצא, כי אינו נופל בחשיבותו ככלי טיפולי מטיפול פרטני ובנוסף, ידוע כבעל מאפיינים ייחודיים היכולים לעודד היענות בקרב המשתמשים בו. אולם, על מנת לקדם ולמקסם את השימוש בטיפול בפעילות גופנית בקבוצה יש צורך באנשי מקצוע, בעיקר פיזיותרפיסטים, אשר יהיו מוכנים להשתמש בקבוצה ככלי טיפולי באנשים מבוגרים.

**מטרה:** המחקר הנוכחי שם לו למטרה לבדוק את נכונותם של פיזיותרפיסטים לבצע טיפול בפעילות גופנית בקבוצה באנשים מבוגרים ולבחון את הגורמים המשפיעים על נכונות זו. המודל של תיאוריית ההתנהגות המתוכננת המורחב - המכיל את המושג "מסוגלות עצמית" וידע - שימש כמסגרת תיאורטית למחקר.

**שיטה:** בוצע סקר רוחב באמצעות שאלון מובנה למילוי עצמי. המחקר התבסס על מדגם נוחות לא הסתברותי. במחקר השתתפו 200 פיזיותרפיסטים (גיל ממוצע 45) העובדים במכוני הפיזיותרפיה בקהילה ובבתי חולים בשירותי בריאות כללית.

**ממצאים:** באופן כללי נמצא, כי נכונות הפיזיותרפיסטים לבצע טיפול בפעילות גופנית בקבוצה עם אנשים מבוגרים הייתה גבוהה. הנכונות הייתה גבוהה יותר ביחס לאוכלוסייה הסובלת מבעיות אורתופדיות ובקשישים, אך נמוכה יותר באוכלוסייה הסובלת מבעיות נוירולוגיות כרוניות. בבדיקת הקשרים הדו משתניים בין מרכיבי המודל לבין נכונות הפיזיותרפיסטים לבצע טיפול בקבוצה, נמצא קשר מובהק וחזק בין מסוגלות עצמית, עמדות ויכולת שליטה לבין הנכונות לבצע טיפול בפעילות גופנית בקבוצה. בבדיקת רגרסיה מרובה צעדים נמצא כי מסוגלות עצמית ועמדות נבאו נכונות לבצע טיפול בקבוצה והסבירו 60% של השונות. לבסוף, בבדיקת הקשרים בין המשתנים הסוציו דמוגרפיים והמקצועיים לבין מרכיבי המודל נמצאו כי היו הבדלים מובהקים בין נשים לגברים.

ביחס למסוגלות עצמית וידע נמצא הבדל מובהק בין מי שעבר השתלמות בקבוצה לבין מי שלא עבר השתלמות.

**מסקנות:** נכונות הפיזיותרפיסטים לבצע טיפול בפעילות גופנית בקבוצה עם אנשים מבוגרים הייתה גבוהה ומושפעת בעיקר מעמדות ומסוגלות עצמית.

**מילות מפתח:** פעילות גופנית, טיפול בפעילות גופנית בקבוצה, תיאוריית ההתנהגות המתוכננת המורחבת וידע.

### הקדמה

פעילות גופנית איננה מיועדת לצעירים בלבד. מחקרים רבים מראים כי, פעילות גופנית משפרת באופן משמעותי את איכות החיים של הקשישים, תורמת לשיפור המצב הפיזי, הנפשי והקוגניטיבי שלהם.<sup>1,2</sup> כידוע, הבעיות הבריאותיות גוברות עם העלייה בגיל, ובעקבות העלייה בתוחלת החיים לה אנו עדים, קיים צורך להגביר את המאמצים לקידום פעילות גופנית בקרב אוכלוסיית המבוגרים. על פי ארגון הבריאות העולמי (WHO)<sup>3</sup> חוסר בפעילות גופנית הינו גורם הסיכון הרביעי בתמותה בעולם, וכ-6% ממקרי המוות נגרמים כתוצאה מחוסר בפעילות גופנית. לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בישראל<sup>4</sup> יש בשנים האחרונות עליה במודעות לחשיבות של אימוץ אורח חיים בריא יותר, וזאת בכל מגזרי האוכלוסייה ובאוכלוסייה המבוגרת בפרט. אכן, נמצא ש-41% מבני ה-65 ומעלה עוסקים בפעילות גופנית כלשהי, אך רק מחציתם עוסקים בפעילות גופנית המביאה לשיפור משמעותי בכושר הגופני.<sup>4</sup> על כן משרד הבריאות ממליץ להעלות בכ-30% את שיעור המבוגרים העוסקים בפעילות גופנית.<sup>4</sup> עליה זו עשויה להפעיל לחץ על נותני שירות זה בקרב האוכלוסייה המבוגרת - קרי, אנשי המקצוע האמונים על מתן הדרכה בפעילות גופנית כגון פיזיותרפיסטים.

אכן, עקב הגידול באוכלוסיית הקשישים קיים כבר היום עומס על מערכת הבריאות בכלל ועל מכוני הפיזיותרפיה בקהילה בפרט.<sup>5</sup> עומס זה גורם לפניות חוזרות ונשנות של האוכלוסייה המבוגרת הסובלת ממוגבלויות ומכאבים כרוניים, וכתוצאה

מכך שיקולים כלכליים של חישוב עלות-תועלת מכריחים את נותני השירותים ליעל את השירות שלהם. הטיפול בפעילות גופנית בקבוצה הוכח כיעיל בשיפור המצב הפיזי, הנפשי והקוגניטיבי בקשת רחבה של מחקרים<sup>6,7,8</sup> ועשוי לעזור להתמודד עם מצב זה. אך למרות היתרונות המוכחות של הטיפול בפעילות גופנית בקבוצה, קיימות עדויות מחקריות על רתיעה ומחסומים המשפיעים על הנכונות הקשישים לקחת חלק בפעילות זו בקרב האוכלוסייה המבוגרת כמו למשל: חשש מחוסר התאמה לקבוצה במובן של האטה ועיכוב של המשתתפים האחרים בקבוצה ודאגה מנוחות המתקנים.<sup>9</sup> אחת הדרכים להגברת נכונות זו היא - שהפיזיותרפיסטים יהיו מוכנים לעודד פעילות זו בשל מהות עבודתם, כאשר תרגול מהווה כלי חשוב בטיפול. נושא זה טרם זכה להתייחסות בספרות המחקרית. על כן, מטרתו של המחקר הנוכחי לבחון את נכונותם של פיזיותרפיסטים לבצע טיפול בפעילות גופנית בקבוצה עם אנשים מבוגרים ולבדוק את הגורמים המשפיעים על נכונות זו, כאשר התיאוריה להתנהגות מתוכננת שימשה כמסגרת התיאורטית למחקר.<sup>10</sup>

תיאורית ההתנהגות המתוכננת גורסת כי הגורמים העיקריים המשפיעים על נכונות הפרט לנקוט בפעולה מסוימת כלפי נושא מסוים הם: עמדות, נורמות סובייקטיביות ותפיסת שליטה.<sup>10</sup> **עמדות כלפי התנהגות** - עמדות מוגדרות כנטייה פסיכולוגית של הפרט כלפי האובייקטים הנמצאים בסביבתו והמשפיעה על ביצוע או על אי ביצוע התנהגות.<sup>10</sup>

**נורמות סובייקטיביות** - המונח מתאר את האופן שבו הפרט מעריך את מידת התמיכה והערכה של דמויות משמעותיות עבורו בנוגע לביצוע ההתנהגות. למעשה מרכיב זה של התיאוריה משקף את ההתייחסות לגורם החברתי, את תפיסת הלחץ החברתי באשר לביצוע או אי ביצוע של ההתנהגות.<sup>10</sup> **שליטה נתפסת** - היא המידה בה ההתנהגות האמורה נתפסת בידי הפרט כקלה או קשה לביצוע,<sup>10</sup> ומתייחסת לאמונות הפרט ביחס למסוגלותו לבצע התנהגות ספציפית, בהתאם למשאבים העומדים לרשותו ולמחסומים העלולים להופיע בדרכו.<sup>11</sup>

עם הזמן נעשו ניסיונות להרחיב את התיאוריה ע"י הגדרת גורמים נוספים המנבאים נכונות להתנהג. (Werner (2004)<sup>12</sup> במאמר סקירה מדווחת על המלצות להוסיף למודל מושגים נוספים כגון: ידע, ניסיון בעבר, תפיסת פגיעות ומסוגלות עצמית. ואמנם נמצא שחוקרים אחדים<sup>11,13</sup> סבורים, שהמושג "מסוגלות עצמית" מהווה חלק אינטגרלי מתיאורית ההתנהגות המתוכננת. לדבריהם,

המושג "תפיסת השליטה בהתנהגות" מורכב ממשתנים פנימיים וחיצוניים - המשתנים הפנימיים (למשל, קשרים אישיים, מיומנויות, מידע ורגשות) חופפים למושג "מסוגלות עצמית" של Bandura (1977)<sup>14</sup> והמשתנים החיצוניים (למשל, תלות באחרים, הזדמנויות ומכשולים) חופפים למושג "יכולת שליטה" העוסק בתפיסת השפעתם של הגורמים החיצוניים על ההתנהגות.<sup>11</sup> בעקבות דברים אלה מציע Ajzen (2002)<sup>15</sup> להתייחס למשתנה "תפיסת שליטה בהתנהגות" כמושג המורכב מ"יכולת שליטה" שמושפע מגורמים חיצוניים ומ"מסוגלות עצמית" המושפעת מגורמים פנימיים.

המושג "מסוגלות עצמית" טומן בחובו תהליך למידה המורכב מהישגים ביצועיים, צפייה בניסיון הזולת, שכנוע מילולי ועוררות פיזיולוגית.<sup>14</sup> שילוב המושג בתיאורית ההתנהגות המתוכננת תורם להבנת תהליך קבלת ההחלטות של הפרט, משום שיש בו התייחסות להעדפותיו ולמעשיו של הפרט ולא רק לתפיסת מחשבותיו שלו, החשובות לו ביותר.

לסיכום, המחקר הנוכחי בדק את נכונות הפיזיותרפיסטים לבצע טיפול בקבוצה בכלל וטיפול בקשישים בפרט ואת המנבאים של נכונות זו, תוך שימוש במסגרת המורחבת של תיאורית ההתנהגות המתוכננת.

## שיטת המחקר

**משתתפי המחקר:** המחקר התבסס על מדגם נוחות לא הסתברותי, ונועד לייצג פיזיותרפיסטים מוסמכים העובדים במכוני הפיזיותרפיה בקהילה ובבתי חולים של שירותי בריאות כללית. סה"כ נשלחו 290 שאלונים, מתוכם התקבלו 200 שאלונים מלאים. אחוז הענות (69%). מאפייני המשתתפים מוצגים בלוח 1.

**מערך המחקר:** בוצע סקר רוחב באמצעות שאלון מובנה למילוי עצמי.

**הליך:** בשלב הראשון הוגשה בקשה לוועדת הלסינקי בבי"ח מאיר לאשר עריכת המחקר בקרב פיזיותרפיסטים העובדים בשירותי בריאות כללית. בשלב השני לאחר קבלת האישור (עם התניה של הועדה לא לחלק את השאלונים בישיבות צוות מחשש להטיית המחקר) פנתה החוקרת למנהלי שירות לפיזיותרפיה ומנהלי מכונים במחוזות השונים בשירותי בריאות כללית לשם קבלת שיתוף פעולה ואישור. בשלב השלישי לאחר קבלת הסכמה להשתתפות במחקר תוך כדי הבטחת חיסיון

**נורמות סובייקטיביות:** נבדקו באמצעות שני פריטים המתייחסים להערכת הנחקרים ביחס לאחרים משמעותיים לגבי בחירת אפשרות בטיפול קבוצתי בפעילות גופנית. האחרים המשמעותיים, שנבדקו במחקר הנוכחי כללו ממונים ועמיתים, כי הם הקבוצות החברתיות החשובות ביותר לאנשי מקצוע. כל פריט דורג באמצעות סולם דמוי ליקרט בן 7 דרגות כאשר 1 "כלל לא מסכים" ו-7 "מסכים לחלוטין". לצורך העיבוד הסטטיסטי נבנה אינדקס שחושב כממוצע תשובות של הפריטים, כאשר המהימנות הפנימית של האינדקס הייתה מתונה ועמדה על  $\alpha=0.68$ .

**שליטת התנהגות נתפסת:** כפי שהוזכר לעיל, בהתבסס על Ajzen (2002)<sup>15</sup> השאלון בדק את הערכת תפיסת הנחקרים לגבי יכולתם לבצע טיפול בפעילות גופנית בקבוצה בשני ממדים. האחד - באמצעות "מסוגלות עצמית" - נבדק באמצעות שני פריטים. כל פריט דורג באמצעות סולם דמוי ליקרט בן 7 דרגות כאשר 1 "כלל לא מסכים" ו-7 "מסכים לחלוטין". לצורך העיבוד הסטטיסטי נבנה אינדקס שהורכב מממוצע התשובות. המהימנות הפנימית של האינדקס הייתה גבוהה מאוד ועמדה על  $\alpha=0.97$ . הממד השני, "יכולת השליטה" נבדק באמצעות 3 פריטים. הפריטים דורגו באמצעות סולם דמוי ליקרט בן 7 דרגות כאשר 1 "מאד לא מסכים" ו-7 "מסכים לחלוטין". לצורך העיבוד הסטטיסטי נבנה אינדקס שהורכב מממוצע התשובות. המהימנות הפנימית של האינדקס הייתה נמוכה יחסית ועמדה על  $\alpha=0.54$ .

**ידע:** הנחקרים התבקשו לענות אם 6 היגדים שפותחו לצורך מחקר זה, בנוגע לפעילות גופנית נכונים או לא נכונים, כל היגד קיבל ציון 1 אם התשובה שניתנה הייתה נכונה ו-0 אם היא לא הייתה נכונה או לא ניתנה תשובה. לצורך העיבוד הסטטיסטי נבנה אינדקס שהורכב מסיכום התשובות הנכונות. המהימנות הפנימית של האינדקס הייתה נמוכה  $\alpha=0.21$ .

**משתני רקע:** המאפיינים הסוציו - דמוגרפיים שהוערכו כללו: גיל, מין, ארץ מוצא (ישראל, אסיה/אפריקה, אירופה/אמריקה, אחר), שנת עליה, מצב משפחתי (רווק, נשוי, גרוש, פרוד, אלמן), ומספר שנות לימוד. המאפיינים המקצועיים כללו: הכשרה בפיזיותרפיה (פיזיותרפיסט מוסמך, בעל תואר ראשון, בעל תואר שני), תפקיד מקצועי (פיזיותרפיסט מן השורה/תפקיד ניהולי), ותק מקצועי, ותת התמחות בהעברת בקבוצות.

זהות הנחקרים ושמירה על אנונימיות, שלחה החוקרת את השאלונים בדואר למכונים השונים. איסוף השאלונים נעשה ע"י מנהלי המכונים ונשלחו בדואר אל החוקרת. איסוף הנתונים בוצע בתקופה דצמבר 2011 - מאי 2012.

**כלי המחקר:** בהתאם למפתחי תיאורית התנהגות המתוכננת,<sup>10</sup> לפני בניית השאלון נערך מחקר תחקור (Eliciting study) - בקרב 10 פיזיותרפיסטים בעלי אפיונים זהים למשתתפים הפוטנציאליים במחקר. מחקר התחקור נועד לעודד דיון בנושא הטיפול בקבוצה ולהנחות את החוקרת בניסוח הפריטים שנכללו בשאלון. על כן, הפריטים המתוארים בהמשך הם תוצאה של מחקר זה.

**משתנה התלוי: נכונות לבצע טיפול קבוצתי בפעילות גופנית:** במחקר התחקור שהתקיים עלה הנושא של קבוצות ייחודיות. הפיזיותרפיסטים התייחסו באופן שונה לקבוצות טיפול לאוכלוסייה עם בעיות אורתופדיות, בעיות נירולוגיות ולקשישים. בהתאם לממצאים אלה, הנכונות לבצע טיפול בקבוצה הוערך באמצעות שלושה פריטים שבדקו באיזו מידה המשתתפים מוכנים לבצע טיפול קבוצתי בפעילות גופנית לאוכלוסייה עם בעיות אורתופדיות, טיפול קבוצתי לאוכלוסייה עם בעיות נירולוגיות וטיפול קבוצתי בקשישים. הפריטים דורגו בסולם דימוי ליקרט בעל 7 דרגות כאשר 1 "כלל לא מוכן", 7 "מוכן במידה רבה". בהמשך ולצורך הניתוח נבנה אינדקס שחושב כממוצע התשובות לפריטים אלו, כאשר ניקוד גבוה יותר הצביע על נכונות גבוהה יותר. המהימנות הפנימית של הפריטים הללו הייתה טובה מאוד ועמדה על  $\alpha=0.83$ .

### משתנים בלתי תלויים:

כפי שנאמר, המשתנים הבלתי תלויים במודל הקלאסי של תיאוריית ההתנהגות המתוכננת הם: עמדות, נורמות סובייקטיביות ותפישת שליטה המורכבת ממסוגלות עצמית ויכולת שליטה.

**עמדות כלפי התנהגות:** נבדקו ע"י שישה פריטים ששימשו להערכת עמדותיהם של הנחקרים בנוגע לטיפול קבוצתי בפעילות גופנית. כל פריט דורג באמצעות דיפרנציאל סמנטי בן 7 דרגות כאשר 1 ביטא עמדה שלילית (מזיק, בלתי אפשרי, לא רצוי) ו-7 ביטא עמדה חיובית (מועיל, אפשרי מאוד, רצוי מאוד). לצורך העיבוד הסטטיסטי, נבנה אינדקס שחושב כממוצע תשובות של הפריטים, כאשר המהימנות הפנימית של אינדקס העמדות הייתה גבוהה מאוד  $\alpha=0.91$ .

**עיבוד הנתונים:** לתיאור המדגם והמשתנים העיקריים נעשה שימוש בסטטיסטיקה תיאורית כגון: אחוזים, ממוצעים וסטיות תקן. בשלב השני הקשרים הדו משתנים בין המשתנים העיקריים במודל חושבו באמצעות מתאמי פירסון. לבסוף, נערכה רגרסיה ליניארית מרובה צעדים, על מנת לקבוע את מידת הניבוי של כל משתנה. רק המשתנים שנמצאו קשורים באופן מובהק לנכונות לבצע טיפול קבוצתי בניתוח הדו משתני הוכנסו למשוואה הרגרסיה.

### ממצאים

#### המשתנה התלוי: הנכונות לבצע טיפול קבוצתי בפעילות גופנית

נבדקה נכונות הפיזיותרפיסטים לבצע טיפול בפעילות גופנית בקבוצה לגבי: טיפול בפעילות גופנית בקבוצה למטופלים אורתופדיים, טיפול בפעילות גופנית בקבוצה למטופלים נוירולוגיים כרוניים נפגעי ראש וטיפול בפעילות גופנית בקבוצה למטופלים קשישים. הנתונים מוצגים בלוח מספר 2. מהנתונים שהתקבלו ניתן לראות כ:

**א.** רמת הנכונות לבצע טיפול קבוצתי באוכלוסייה עם בעיות אורתופדיות הייתה גבוהה במעט מנכונות לבצע טיפול קבוצתי בקשישים. הבדל זה נמצא מובהק מבחינה סטטיסטית [ $t_{(199)}=2.76, p<0.001$ ].

**ב.** רמת הנכונות לבצע טיפול קבוצתי באוכלוסייה עם בעיות אורתופדיות הייתה גבוהה מהנכונות לבצע טיפול קבוצתי באוכלוסייה עם בעיות נוירולוגיות. גם הבדל זה נמצא מובהק מבחינה סטטיסטית [ $t_{(199)}=13.51, p<0.0001$ ].

**ג.** רמת הנכונות לבצע טיפול קבוצתי באוכלוסייה עם בעיות נוירולוגיות הייתה נמוכה מהנכונות לבצע טיפול קבוצתי בקשישים. גם הבדל זה נמצא מובהק מבחינה סטטיסטית [ $t_{(199)}=13.13, p<0.0001$ ].

**ד.** האינדקס הכללי של נכונות הצביע על נכונות גבוהה יחסית.

#### משתנים בלתי תלויים: עמדות כלפי טיפול קבוצתי בפעילות גופנית

באופן כללי המשתתפים הביעו עמדות חיוביות כלפי טיפול קבוצתי בפעילות גופנית. המשתתפים ראו בטיפול בקבוצה: טיפול חשוב, ניתן ליישום ואף רצוי. יחד עם זאת כמחצית הפיזיותרפיסטים שלקחו חלק במחקר הנוכחי (47%) סברו, שהטיפול הקבוצתי לא תורם לעבודתם המקצועית.

**נורמות סובייקטיביות:** נבדקו באמצעות תפיסת הנחקרים את תמיכת האחרים המשמעותיים - בהחלטתם לבצע טיפול קבוצתי בפעילות גופנית. כאחרים משמעותיים הוגדרו עמיתים לעבודה וממונים. מהנתונים עולה שרוב המשתתפים העריכו כי הממונים תומכים בביצוע של טיפול בקבוצה, אך הערכת תמיכתם של העמיתים בעבודה הייתה נמוכה יותר מאשר הערכת הממונים בעבודה. ההבדל זה היה מובהק מבחינה סטטיסטית [ $t_{(199)}=8.34, p<0.0001$ ].

**שליטת התנהגות נתפסת:** בקרב המשתתפים הייתה גבוהה - הן באמונה ביכולת להעביר קבוצה והן בהבנה לגבי המסוגלות לכך. לא נמצא הבדל מובהק מבחינה סטטיסטית ביניהם. רוב המשתתפים הביעו תחושת שליטה עצמית גבוהה בהעברת קבוצה, אבל פחות ממחציתם סברו שהחלטה להעביר טיפול קבוצתי תלויה בהם. הבדל זה נמצא מובהק מבחינה סטטיסטית [ $t_{(199)}=9.08, p<0.0001$ ], כך שתחושת השליטה הייתה גבוהה יותר מעצם ההחלטה להעביר קבוצה. כמו כן, פחות ממחצית המשתתפים במחקר סברו שטיפול בקבוצה מאפשר את מיצוי הפוטנציאל שקיים בהם. גם הבדל זה נמצא מובהק מבחינה סטטיסטית [ $t_{(199)}=1.17, p<0.0001$ ], כך שתחושת מיצוי הפוטנציאל של המשתתפים הייתה נמוכה יותר מתחושת שליטה עצמית להעברת הטיפול בקבוצה.

**ידע:** רמת הידע בנוגע לפעילות גופנית בכלל ובנוגע לפעילות גופנית בקבוצה הייתה גבוהה מאוד במרבית הפריטים. יחד עם זאת, אחוז המשתתפים שהשיבו נכון לפריט - "מנוחה הינו הטיפול היעיל ביותר בבעיות מפרקיות בשלב האקוטי" - היה נמוך יחסית (67.5%) בעיקר בהשוואה לפריטים האחרים, שאחוז התשובות הנכונות היה גבוה (85.5%) במיוחד.

הקשרים בין משתנים קטיגוריאליים (מין, השתלמות בקבוצות) לבין מרכיבי המודל נבדק באמצעות מבחן  $t$  למדגמים בלתי תלויים. מוצגים בלוח מספר 3. הממצאים מצביעים על הבדל מובהק מבחינה סטטיסטית בין הנשים לבין הגברים בקרב משתתפי המחקר, בעמדות, בנורמות סובייקטיביות, במסוגלות עצמית וביכולת שליטה. פירוש הדבר הוא שלנשים היו עמדות חיוביות יותר, מסוגלות עצמית, יכולת שליטה ונורמות סובייקטיביות גבוהות יותר מהגברים. כמו כן נמצא הבדל מובהק מבחינה סטטיסטית בין המשתתפים שעברו השתלמות בקבוצות לבין אלו שלא עברו השתלמות. פירוש הדבר שהמסוגלות העצמית והידע בקרב המשתתפים שעברו השתלמות בקבוצות היו גבוהים יותר מאלו שלא עברו השתלמות בקבוצות.

להניח, כי טיפול נויורולוגי בקבוצה מרתיע ומעורר חשש בקרב פיזיותרפיסטים משום שהטיפול הנוירולוגי נתפס כטיפול שיקומי פרטני, עקב הפגיעה הרב מערכתית, השונות והמורכבות הקיימת בין המטופלים.<sup>16</sup>

מצד שני, יש להניח כי רמת הנכונות הגבוהה - שהביעו הפיזיותרפיסטים בנוגע לביצוע טיפול במסגרת קבוצה למטופלים הסובלים מבעיות אורתופדיות - קשורה לידע הרב הקיים בקרב אנשי מקצוע אלה ביחס לחשיבות הפעילות הגופנית בבעיות מפרקיות כגון: ברך, כתף וגב. אכן, במחקר שנערך בקרב 431 פיזיותרפיסטים ורופאים אשר בדק את המניעים לעידוד והנעה לביצוע פעילות גופנית נמצא כי, הפיזיותרפיסטים עודדו ביצוע פעילות גופנית כמניעה באוכלוסייה בריאה - בטרם הופעת בעיות מפרקיות - לעומת הרופאים שעודדו פעילות גופנית במטופלים עם בעיות קרדיו- וסקולריות - כדרך טיפול.<sup>17</sup> אחת הדרכים לעודד פעילות גופנית היא תרגול במסגרת קבוצה, המהווה מסגרת טיפולית יעילה, ובחישוב עלות-תועלת הינה חסכונית.<sup>18</sup> אפשר להניח, כי החשיבות הרבה שמשתתפי המחקר ייחסו לפעילות גופנית נמצאה ביטוי באחוז היענות נכונות גבוה (66%), שהושג במחקר זה לטיפול בקבוצה בבעיות אורתופדיות.

בנוסף, במחקר הנוכחי נמצא, כי נכונות הפיזיותרפיסטים לבצע טיפול בפעילות גופנית בקבוצה בקשישים הייתה נמוכה. לממצא זה מספר הסברים אפשריים. ראשית, יתכן שהסיבה לכך היא חוסר ידע בנושא פעילות גופנית בקשישים והכשרה ייעודית. אכן, מחקרים עדכניים מצביעים על גורמים כידע והכשרה ייעודית המשפיעים על עמדות ואמונות המטופלים בקשר לפעילות גופנית בקשישים וההנעה לבצועה.<sup>19</sup> הסבר אפשרי נוסף הוא שאחד ההדגשים בקבוצת קשישים הוא מניעת נפילות ועבודה על שיווי משקל, הדורשות מהמטפל תשומת לב יתרה ושמירה על ביטחונם של המשתתפים, דבר אשר עלול להגביל את מגוון הפעילות הניתנת. אכן, במחקר שבדק את הגורמים המשפיעים על ההחלטות הקליניות לבצע טיפול מניעתי לנפילות ושיווי משקל בקשישים בקרב 24 פיזיותרפיסטים נמצא, כי פיזיותרפיסטים מייחסים חשיבות רבה להתאמת תרגילים, פעילות גופנית אישית, התאמת הסביבה ושמירה על בטיחות.<sup>20</sup>

באופן כללי, המחקר מצביע על רמת נכונות גבוהה לבצע טיפול בקבוצה. יחד עם זאת, במחקר הנוכחי לא נבדקה נכונות המשתתפים בנוגע לטיפול פרטני ועל כן אין באפשרותנו להסיק

**בדיקת מנבאי הנכונות להעביר טיפול קבוצתי בפעילות גופנית:** לאחר בדיקת הקשרים הדו משתניים וזיהוי המשתנים הבלתי תלויים הקשורים לנכונות המשתתפים לבצע טיפול קבוצתי בפעילות גופנית, נבחנה מידת הניבוי של מרכיבי מודל ההתנהגות המתוכננת אשר נמצאו מובהקים בניתוחים הדו משתניים. לשם כך בוצעה רגרסיה מרובה (בצעדים) ונבדקה השפעתם היחסית של ארבעת מרכיבי המודל. לוח מספר 4 מציג את תוצאות ניתוחי הרגרסיה המרובה (בצעדים) שבוצעו בין האינדקסים של המודל לבין האינדקס של נכונות לבצע טיפול קבוצתי. מהממצאים עולה ששני מרכיבים - עמדות, ומסוגלות עצמית - היו המנבאים היחידים, וביחד הסבירו כ- 60% מהשונות ביחס לנכונותם של פיזיותרפיסטים לבצע טיפול קבוצתי בפעילות גופנית.

## דיון

אם כי הספרות המחקרית, המצביעה על יתרונותיה של פעילות גופנית היא רחבה<sup>2</sup> המציאות היא שעדיין ההיקף של פעילות זו אינה משביעת רצון. רק 41% מבני ה-65 ומעלה עוסקים בפעילות גופנית כלשהי, אך רק מחציתם עוסקים בפעילות גופנית המביאה לשיפור משמעותי בכושר הגופני<sup>4</sup> לאור התחזיות להזדקנות האוכלוסייה יחד עם עלויות גדולות של שירותי בריאות,<sup>5</sup> עולה הצורך במציאת דרכים זולות ויעילות להעלות את אחוז העוסקים בפעילות גופנית. טיפול בקבוצה הוא אחד הכלים שיכול לסייע בהשגת יעד זה, מאחר שמאפשר למספר אנשים לקבל טיפול בו זמנית, ובכך לצמצם זמן המתנה לטיפול, להוזיל הוצאות. הצלחת יישומו של טיפול בקבוצה תלוי לא רק באפיוני מקבלי הטיפול אלא גם בנכונותם של אנשי המקצוע האמורים לספק שירות זה. המאמר דן בנכונות פיזיותרפיסטים להעביר טיפול בפעילות גופנית בקבוצה. באופן כללי, הוכיח המחקר כי תיאוריית ההתנהגות המתוכננת מהווה מסגרת מתאימה באופן חלקי לבחינת שאלה זו, בכך שרק שניים ממרכיביה נמצאו כמנבאים את הנכונות של פיזיותרפיסטים לבצע טיפול בקבוצה. בחלק זה אדון ב: ממצאים, מגבלות וההשלכות היישומיות.

באופן כללי התוצאות מצביעות על נכונות גבוהה בקרב הפיזיותרפיסטים לתת טיפול בקבוצה, אם כי אחוז המביעים נכונות לבצע טיפול בקבוצה היה נמוך, יחסית, בנוגע למטופלים הסובלים מבעיות נויורולוגיות לעומת הנכונות לבצע טיפול קבוצתי בקרב מטופלים הסובלים מבעיות אורתופדיות ובקשישים - ניתן

על עמדותיהם והמסוגלות העצמית בכדי להניעם לבצע טיפול קבוצתי בפעילות גופנית.

יכולת שליטה - של פיזיותרפיסטים בביצוע ההתנהגות לא ניבאה כלל את נכונותם לבצע טיפול קבוצתי בפעילות גופנית במחקר זה. בדומה לממצאי המחקר, בסקירה של 33 מאמרים העוסקים בכוונה לבצע סריקות כמניעה למחלות, נמצא, כי ליכולת השליטה יש יכולת ניבוי נמוכה לגבי הכוונה לבצע סריקה.<sup>24</sup> על פי Ajzen (2002)<sup>15</sup> המונח "שליטה נתפסת" הינו רב ממדי המכיל מספר מרכיבים פסיכולוגיים, כגון: מסוגלות עצמית ומוקד שליטה, ויש להתייחס אל השליטה הנתפסת או אל מרכיביה בהתאם לסוגיה האמפירית הנבחנת. אכן, כך נעשה במחקר הנוכחי, למרות זאת לא השפיע הדבר על כושר הניבוי של משתנה זה. יתכן שלדעת הפיזיותרפיסטים ההחלטה לבצע טיפול בפעילות גופנית בקבוצה צריכה להיות באחריות הממונים עליהם ולא באחריותם שלהם.

מסוגלות עצמית - במחקר הנוכחי המרכיב העיקרי בניבוי כוונת התנהגות הפיזיותרפיסטים הינו מסוגלות עצמית, שנמצא כמנבא מובהק של נכונות הפיזיותרפיסטים לבצע טיפול קבוצתי בפעילות גופנית. בדומה למחקרם של Healey et al (2012)<sup>21</sup> נמצא שמסוגלות עצמית של פיזיותרפיסטים הינה מנבא חזק לקדם בריאות ופעילות גופנית בקרב קשישים. גם בקרב מטופלים נמצא, כי מסוגלות עצמית קשורה באופן ישיר לכוונה של המטופלים לבצע תרגול באופן עצמאי בביתם לפי הנחיות פיזיותרפיסט.<sup>23</sup>

לאור העבודה שבמחקר הנוכחי נמצא שמסוגלות עצמית הינה מנבא מובהק של נכונות בדומה למחקרים רבים אחרים<sup>21,25</sup> יש להביא בחשבון דרכי התערבות שיעודדו פיזיותרפיסטים לבצע טיפולים קבוצתיים.

ידע רב אינו מהווה גורם מנבא לנכונות, כפי שעלה ממצאי המחקר הנוכחי הנמצאים בהלימה עם מחקר אחר, שבדק רמת ידע והכשרה מקצועית בקרב 100 פיזיותרפיסטים בעלי ניסיון המשפיעים על עמדותיהם, אמונתם כלפי פעילות גופנית וחשיבותה לטיפול. נמצא, כי כל משתתפי המחקר גילו עניין רב בפעילות גופנית כדרך טיפול, אבל רק 55% מהם היו מודעים לתדריכים (guidelines) של פעילות גופנית לקשישים והיו מוכנים לאמצם.<sup>19</sup>

כאמור, הידע לא היווה גורם מנבא לכוונה להתנהגות במחקר הנוכחי, הסבר לכך ניתן למצוא ממחקרים אחרים, שבהם

אם הנכונות שנמצאה היא גבוהה, נמוכה או זהה לנכונותם לטיפול פרטני. במחקר שבדק 65 פיזיותרפיסטים המטפלים בזקנים בגילאי 65 ומעלה - נמצא, שמשותפי המחקר ראו כחלק מתפקידם להניע ולעודד פעילות גופנית, אבל יעילות השכנוע וההנעה לבצע פעילות גופנית הייתה גבוהה יותר בטיפול פרטני מאשר טיפול בקבוצה.<sup>21</sup> הממצאים שלנו לא מאפשרים לנו להסיק מסקנות בנוגע להשוואה זו.

### מודל הניבוי:

עמדות - במחקר הנוכחי נמצא, שעמדות הינן גורם מנבא מובהק של הכוונה להתנהג, בדומה למחקרים אחרים שבדקו את הכוונה להתנהגותית.<sup>11</sup> יתכן שההסבר לזאת נעוץ בכך שעמדות כלפי סוגיות מסוימות, למשל פעילות גופנית, מושפע ממכלול של גורמים נוספים, ולכן יש לו תוקף. פרשנות זו באה לידי ביטוי במודל הקלאסי שהציעה Ajzen (1991)<sup>10</sup> ולפיו העמדות עצמן מושפעות מנורמות סובייקטיביות ומשליטה נתפשת. הסבר נוסף לקשר בין עמדות לבין הכוונה להתנהגות עתידית הוא ככל שעמדות הינן נגישות, יציבות לאורך זמן ומבוססות על מידע על התנהגות רלוונטית - הן מהוות מנבא לכוונה להתנהגות.<sup>22</sup>

בספרות המחקרית נמצא, כי תכניות התערבות רלוונטיות הן בעלות פוטנציאל להשפיע על עמדות המטופלים, ובאמצעותן על הנכונות לפעול באופן מסוים. אכן, בסקירה של 13 מאמרים שדנו במניעים של מטופלים לבצע פעילות גופנית באופן עצמאי על פי הנחיות הפיזיותרפיסטים נמצא, כי ביכולתן של תכניות התערבות להשפיע על עמדות כלפי ביצוע תכנית אימונים באופן עצמאי, ובאמצעותן אף להשפיע על הכוונה לבצע תרגול בבית בנוסף על תרגול בקליניקה.<sup>23</sup> בהשלכות של תכניות ההתערבות ראוי להביא בחשבון כהפקת לקחים יישומיים מתוצאות המחקר הנוכחי בכדי להשפיע על עמדות המטפלים.

נורמות סובייקטיביות - לא ניבואת נכונותם של הפיזיותרפיסטים לבצע טיפול קבוצתי בפעילות גופנית במחקר הנוכחי. יש להניח, שממצא זה נובע מכך, שהפיזיותרפיסטים רואים חשיבות רבה בשיקול דעתם המקצועית והינם סוברנים להחליט על אופי הטיפול והתאמתו למטופל באופן עצמאי. ניתן לציין, Armitage & Conner (2001)<sup>11</sup> מצאו שנורמות סובייקטיביות באופן כללי הינם מנבא חלש לכוונה. משמעות הממצאים עבור מנהלים המעוניינים לעודד פיזיותרפיסטים לבצע טיפול בקבוצה, היא לשקול תכניות התערבות המשפיעות

לאור העבודה שפעילות גופנית חשובה להקטנת הסיכון לתחלואה ותמותה בקרב האוכלוסייה בכלל ובקשישים בפרט. אחת הדרכים היעילות והחסכוניות בחישובי עלות-תועלת היא פעילות גופנית במסגרת קבוצה. אכן, על פי ממצאי המחקר הנוכחי נכונות הפיזיותרפיסטים לבצע טיפול בקבוצות היא גבוהה, אך אינה מספיקה. הגשמת צורך זה יכולה להעשות באמצעות העצמת הפיזיותרפיסטים מבחינה אישית ומקצועית, העברת השתלמויות בנושא קבוצות והקמת צוות חשיבה שיטמיע את ביצוע ההזדרכה - כפי שעלה ממצאי המחקר. במיוחד שממצאי המחקר מצביעים על עמדות ומסוגלות עצמית כמנבאים עיקריים לנכונות הפיזיותרפיסטים לבצע טיפול בקבוצה, ומובילים למסקנה כי ניתן באמצעות מרכיבים אלה להשפיע על נכונות הפיזיותרפיסטים להעביר טיפול בקבוצה.

למחקר הנוכחי מספר מגבלות. ראשית, ייצוגיות מוגבלת, שכן מחקר זה התבסס על מדגם נוחות בקרב פיזיותרפיסטים העובדים במכונים בקהילה ובתי חולים במסגרת שירותי בריאות כללית, עניין זה מגביל את אפשרויות ההסקה לגבי כלל אוכלוסיית הפיזיותרפיסטים הכוללת פיזיותרפיסטים בשירותי בריאות נוספים: מכבי, לאומית ומאוחדת, בבתי אבות ועצמאיים. ייתכן שבמסגרות טיפוליות אחרות יהיו גורמים שונים המשפיעים על נכונות הפיזיותרפיסטים לבצע טיפול קבוצתי. עם זאת, מכיוון ששירותי בריאות כללית הינה הקופה הגדולה ביותר וחלק ניכר מאוכלוסיית הפיזיותרפיסטים מועסקים בה, יש לשער שביכולתה לייצג את אוכלוסיית הפיזיותרפיסטים בישראל.

**שנית**, המחקר התבסס על נתוני חתך רחב לבדיקת הנכונות לבצע טיפול קבוצתי בפעילות גופנית, המגביל את אפשרויות ההסקה לגבי ההתנהגות בפועל. אמנם, לפי תיאוריית ההתנהגות המתוכננת - הכוונה לבצע התנהגות אכן מנבאת את ההתנהגות עצמה, אבל יש חשיבות לכך שההתנהגות המוצהרת תהיה קרובה בזמן להתנהגות הנצפית בפועל.<sup>2</sup>

יתכן שמחקר אורך עתידי שיהווה המשך למחקר הנוכחי ויתבסס על נתוני התנהגות בפועל, יאפשר לבחון בהירות יתר את הקשים בין הכוונה להתנהג לבין ההתנהגות עצמה.

**שלישית**, מתייחסת לנכונות לבצע טיפול במסגרת קבוצה באוכלוסיית מטופלים הסובלים מבעיות אורתופדיות, באוכלוסיית מטופלים הסובלים מבעיות נוירולוגיות ובקשישים. ניתן לומר שההבדל בין שלושת האוכלוסיות הנ"ל מטושטש, כיוון שהקשישים נוטלים חלק בפעילות של הקבוצות האחרות

נמצאו מספר סיבות שהפרט שומר על הידע ואינו מעביר אותו בקלות הלאה. סיבה ראשונה - קשורה לאישיותו של הפרט, לאינטרס העצמי שלו ולתועלת שמפיק מהעברת הידע. סיבה שנייה - קשורה לתועלת הקבוצתית, האם הידע תורם ליחסים עם אחרים וסיבה שלישית - קשורה לתועלת הארגון, הזדהות עם הארגון ומחויבות אליו.<sup>26</sup> במחקרים בעתיד יצטרכו להעמיק בנושא שיתוף הידע הקיים והיישום הקליני בקרב פיזיותרפיסטים.

## משתנים חיצוניים: סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים:

בתיאוריית ההתנהגות המתוכננת המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים והמקצועיים הינם חיצונים למודל ומשפיעים על הכוונה להתנהג בצורה עקיפה דרך: העמדות, הנורמות הסובייקטיביות, יכולת השליטה והמסוגלות העצמית.<sup>10</sup> במחקר הנוכחי נמצאו קשרים בין מרכיבי המודל לבין משתנה מגדר (מין) ומשתנה השתלמות בקבוצות. בשאר המשתנים הסוציו-דמוגרפיים והמקצועיים, לא נמצאו קשרים למרכיבי המודל, ולמרות זאת יש מקום להסביר ממצאים אלו.

נמצא הבדל מובהק בין המינים לבין משתני המודל. לנשים היו עמדות, נורמות סובייקטיביות, יכולת שליטה ומסוגלות עצמית גבוהות יותר מאשר לגברים. הסבר אפשרי להבדל בין המינים הינו הרכב האוכלוסייה שהשתתפה במדגם שרובו נשים כ-70%). כידוע, באוכלוסיית הפיזיותרפיסטים בולטת מגדריות של המקצוע המורכב מנשים ברובו. יחד עם במחקר הנוכחי לא נבדקו אחוזי הנשים בעלות הכשרה בהנחיית קבוצות בהשוואה לאחוז הגברים בעלי הכשרה זו לכן, לא ניתן ליחס את הסיבה להבדלים שנמצאו בין המינים בעמדות ומסוגלות להכשרה מקצועית.

## סיכום

ניתן לראות כי המודל המורחב של תיאוריית ההתנהגות המתוכננת מהווה מסגרת מושגית מתאימה להבנת שאלת המחקר. ממחקרים שהתבססו על המודל המורחב הנ"ל עולה, כי לכל אחד ממרכיבי המודל יש השפעה על הכוונה לבצע התנהגות מסוימת במידת ניבוי שונה ובהתאם לסוג ההתנהגות הנחקרת. במחקר הנוכחי אשר בדק נכונות של פיזיותרפיסטים להעביר טיפול בפעילות גופנית בקבוצה נמצא כי הגורמים העיקריים המשפיעים על הנכונות הם: מסוגלות עצמית ועמדות.

בנוסף, לממצאי המחקר הנוכחי יש חשיבות יישומית רבה.

9. Costello E, Kafchinski M, Vrazel J, et al. Motivators, barriers, and beliefs regarding physical activity in an older adult population. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 2011;34: 495-500. doi: 10.1519/JPT.0b013e31820e0e71.
10. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*.1991;50:179-211.
11. Armitage, CJ., & Conner, M. Efficacy of the theory of planned behavior: A meta-analytic review. *The British Journal of Social Psychology / the British Psychological Society*. 2001;40(Pt 4): 471-499.
12. Werner P. Reasoned action and planned behavior. In S.J. Peterson & T.S. Bredow (Eds.) *Middle rang theoris: Application to nursing research*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins. 2004; 125-147.
13. Terry RD, & O'Lwary JE. The theory of planned behavior: The effects of perceived behavioral control and self-efficacy. *British Journal of Social Psychology*. 1995; 34:199-220.
14. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977; 84: 191-215.
15. Ajzen I, Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*. 2002;32: 655-683.
16. Gordon NF, Gulanick M, Costa F. et al. Physical activity and exercise recommandations for stroke survivrais. *Circulation*. 2004; 109: 2031-2041.
17. Barrett EM, Darker CD, & Hussey J. Promotion of physical activity in primary care: Knowledge and practice of general practitioners and physiotherapists. *Journal of Public Health*. 2012: doi: 10.1007/s10389-012-0512-0.
18. Isaacs AJ, Critchley JA, See Tai S, et al. Exercise Evaluation Randomized Trial (EXERT): a randomized trial comparing GP referral for leisure centre-based exercise, community walking and advice only. *Health Technol Assess*. 2007; 11:1-165.

(האורתופדיות והנירולוגיות) וכן בקבוצות ייעודיות לגיל הזהב, לכן הגדרת הקבוצות אינה חדה.

### רשימה בביבליוגרפיה

1. Lee IM, Shiroma EJ, Lobela F, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*. 2012; 389: 219-229.
2. Vogel T, Brechat PH, Lepretre PM, et al. Health benefits of physical activity in elder patients: A review. *International Journal of Clinical Practice*. 2009; 63:303-320.
3. World Health Organization. *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. 2004. <https://SSL.haifa.ac.il/http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/> Wright A.
4. 2009. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. שנתון סטטיסטי, ירושלים.
5. Gusmano MK. Do we really want to control health care spending. *Journal of Health Care Politics, Policy and Law*. 2011;36:495-500.
6. Gaynor CH, Vincent C, Safranek S. & Illige M. FPIN's clinical inquiries. group medical visits for the management of chronic pain. *American Family Physician*, 2007; 76: 1704-1705.
7. Tak E, Staats P, Van Hespens A, and Hopman-Rock M. The effects of an exercise program for older adults with osteoarthritis of the hip. *The Journal of Rheumatology*, 2005; 32:1106-1113.
8. Togliola JP, Golist KM, & Goverover Y. Evaluation and intervention for cognitive perceptual impairments. In E.B. Crepeau, E.S. Cohn, & B.A.Boyt Schell, (Eds.), 11th ed. Philadelphia: Willard & Spackman's Occupational therapy. 2008: 739-776.



19. Mohan N, Collins E, Cusack J, et al. Physical activity and exercise prescription: Senior physiotherapists' knowledge, attitudes and beliefs. *Physiotherapy Practice and Research*. 2012; 33(2): 71-80.
20. Hass R, Maloney S, Pausenberger JL, et al. Clinical decision making in exercise prescription for falls prevention. *Physical Therapy Journal of the American Physical Therapy Association*. Published online before print 6 January 2012: doi: 2522/ptj.20110130.
21. Healey WF, Broers KB, Nelson J, et al. Physical therapist's health promotion activity for older adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. 2012; 35:35-38.
22. Glasman LR, & Albarracin D. Forming attitudes that predict future behavior: A meta-analysis of the attitude-behavior relation. *Psychological Bulletin*. 2006; 132: 778-822.
23. Rhodes RE, Fiala B. Building motivation and sustainability into the prescription and recommendations for physical activity and exercise therapy: The evidence. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2009; 25: 424-441.
24. Cooke R. & French DP. How well do the theory reasoned and action and theory of planned behavior predict intention and attendance at screening programs: A Meta-analysis. *Psychology and Health*. 2008; 23:745-765.
25. Darker CD, French DP, Eves FF, et al. An intervention to promote walking amongst the general population based on an extended theory of planned behavior: A waiting list randomized controlled trial. *Psychology and Health*. 2010; 25:71- 88.
26. Lin HF. Effects of extrinsic and intrinsic motivation on employee knowledge sharing intentions. *Journal of Information Science*. 2007; 33: 135-149.

לוח מספר 1: מאפיינים סוציו דמוגרפיים ומקצועיים של משתתפי המחקר (n=200)

מאפיינים			
גיל ממוצע (שנים)	ממוצע, סטיית תקן	10.84 ,44.48	
מין (%)	זכר	31.5	
	נקבה	68.5	
ארץ מוצא (%)	ישראל	78.5	
	אסיה / אפריקה	4.0	
	אירופה / אמריקה	14.0	
	אחר	3.5	
ותק בארץ (שנים)	ממוצע, סטיית תקן	11.24 ,29.63	
מצב משפחתי (%)	נשוי	82.5	
	לא נשוי	17.5	
דת (%)	יהודי	82.5	
	נוצרי	8.5	
	מוסלמי	8.5	
	אחר	0.5	
מספר שנות לימוד (שנים)	ממוצע, סטיית תקן	1.66 ,16.78	
הכשרה מקצועית (%)	פיזיותרפיסט מוסמך	19.5	
	פיזיו. תואר ראשון	61.0	
	פיזיו. תואר שני	19.5	
ותק בעבודה (שנים)	ממוצע, סטיית תקן	11.22 ,18.66	
תפקיד קליני (%)	פיזיותרפיסט מן השורה	56.0	
	תפקיד ניהולי	44.0	
תת התמחות בקבוצה (%)	עבר השתלמות בהעברת קבוצות	56.0	
	לא עבר השתלמות בהעברת קבוצות	44.0	

לוח מספר 2: ממוצעים, סטיית תקן ואחוז המסכימים עם פריטי נכונות ברמה גבוהה לבצע טיפול קבוצתי בפעילות גופנית (n=200)

טווח	% המשתתפים שענו 6-7	סטיית תקן	ממוצע	מידת מכונות לבצע טיפול קבוצתי
1-7	66.0	1.63	5.72	טיפול קבוצתי אורתופדי
1-7	30.0	2.09	3.92	טיפול קבוצתי נירולוגי
1-7	62.0	1.68	5.51	טיפול קבוצתי בקשישים
		1.56	5.05	אינדקס כללי

מקרא: 1 - כלל לא מוכן, 7 - מוכן במידה רבה

## לוח מספר 3: תוצאות מבחן t לבדיקת הבדל בין מרכיבי המודל לבין משתנים קטגוריאליים (מין, השתלמות בקבוצה) (n=200)

$t_{(199)}$	גברים N=63	נשים N=137	
-4.67*	4.87	5.80	<b>עמדות</b>
	1.48	1.21	ממוצע סטיית תקן
-2.64**	5.72	6.26	<b>מסוגלות עצמית</b>
	1.71	1.15	ממוצע סטיית תקן
-2.87**	4.92	5.42	<b>יכולת שליטה</b>
	1.35	1.04	ממוצע סטיית תקן
-2.33***	5.83	6.20	<b>נורמות סובייקטיביות</b>
	1.11	0.92	ממוצע סטיית תקן
$t_{(199)}$	לא עברו השתלמות בקבוצות N=88	עברו השתלמות בקבוצות N=112	
2.34***	5.84	6.29	<b>מסוגלות עצמית</b>
	1.50	1.23	ממוצע סטיית תקן
3.35***	5.04	5.43	<b>ידע</b>
	1.00	0.64	ממוצע סטיית תקן

מקרא: רמת מובהקות \* $p < 0.0001$  \*\* $p < 0.001$  \*\*\* $p < 0.01$

## לוח מספר 4: ניתוחי רגרסיה מרובה בין מרכיבי המודל לאינדקס הנכונות (n=200)

$\beta$	משתנים בלתי תלויים מובהקים
0.32*	עמדות
0.55*	מסוגלות עצמית
0.05	יכולת
0.01	נורמות
0.04	ידע
59.8%	אחוז השונות המוסברת ( $R^2$ )

מקרא: רמת מובהקות \* $p < 0.0001$

## Examining the Factors Affecting Willingness of Physiotherapists to Perform Group Treatment in General, and Specifically with the Elderly

Dvora Dedy PT, MA,<sup>1</sup> Prof. Perla Werner, PhD<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Manager of 'Clalit' Physiotherapy clinic, Naharia.

E.mail: dedyd@zahav.net.il

<sup>2</sup> Gerontology Department, Hifa University.

### Abstract

**Background:** Physiotherapy clinics within the community must cope with overcrowding, partially from recurring visits of older patients who suffer from pain and disabilities. One of the ways to make service provision more efficient is to use group therapy.

**Goal:** The present research aimed to examine the willingness of physiotherapists to perform physiotherapy with elderly patients in a group setting and the factors which affect this decision, using a theoretical framework comprised of the Theory of Planned Behavior and Knowledge expanded to include the concept of "self-efficacy".

**Method:** A cross-sectional survey was performed on data obtained from a structured questionnaire, which was completed by physiotherapists recruited through a nonprobability convenience sampling. Participants included 200 physiotherapists working in physiotherapy clinics within the community and at hospitals of the General Health Services HMO in Israel.

**Results:** In general, physiotherapists' willingness to perform physiotherapy with elderly patients in a group setting was high. An examination of the dual-variable correlations between the components of the model and the willingness of physiotherapists to perform group therapy indicated a significant and particularly strong correlation between the independent variables of self-efficacy, attitudes,

and control ability and participants' willingness to perform physiotherapy in a group setting.

Multiple step regression analysis found that self-efficacy and attitudes predicted willingness to perform group physiotherapy with elderly patients and explained 60% of the variance.

**Conclusions:** The willingness of physiotherapists to perform physiotherapy in a group setting was high, and was affected mainly by participants' attitudes and sense of self efficacy.

**Key words:** physical activity, group therapy, expanded planning behavior theory & knowledge.