

# מאמרים

## תוכנית "אפשרי בריא משפחתי" (HENRY) בישראל: ממצאים, תובנות ומסקנות להמשך יישום התוכנית

שירן בורד<sup>1</sup>, אלה ברקוביץ<sup>2</sup>, מרי רודולף<sup>3</sup>, יובל פלדי<sup>4</sup>, רוני חסון<sup>5</sup>, יאיר סהר<sup>6</sup>, ניבה מנור<sup>7</sup>,  
ליזה רובין<sup>2</sup>, אורנה בראון-אפל<sup>2</sup>

- <sup>1</sup> החוג למנהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל
- <sup>2</sup> בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה
- <sup>3</sup> הפקולטה לרפואה על שם עזריאלי, אוניברסיטת בר-אילן
- <sup>4</sup> המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון
- <sup>5</sup> מנהלת תוכנית מטעם ג'וינט אשלים
- <sup>6</sup> רכז תחום הורות והנחיה מטעם ג'וינט אשלים
- <sup>7</sup> המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות

### תקציר

**רקע:** השמנת ילדים היא אחד האתגרים הגדולים לבריאות הציבור במאה העשרים ואחת. מחקרים אפידמיולוגיים מלמדים כי גיל הילדים הסובלים מהשמנת יתר הולך ויורד עם השנים, וכי בדומה למצב במדינות אירופה וארצות הברית השמנת יתר בילדות היא במגמת עלייה גם בקרב ילדי ישראל. אורח חיים בריא בתקופת הילדות והנעורים הוא בעל חשיבות רבה. שנות הילדות המוקדמות הן חלון הזדמנויות לקידום אורח חיים בריא, זאת מאחר וחינוך הילדים והנער מוקדם ככל האפשר לאורח חיים בריא, הכולל תזונה נכונה ופעילות גופנית סדירה, עשוי להפכם למבוגרים פעילים יותר ובעלי אורח חיים בריא. תוכנית HENRY – Health Exercise and Nutrition for the Really Young – פותחה בשנת 2007 על ידי פרופ' מרי רודולף וקנדידה האנט. בליבת התוכנית הכשרה בת יומיים, שמטרתה לשפר את כישוריהם של אנשי מקצוע מתחום הרפואה והחברה ולסייע להם להפוך ליעילים, לרגישים ולבטוחים יותר בבואם לעבוד עם הורים לפעוטות ולתינוקות בנושאים של שיפור אורח החיים ומניעת השמנה. כמו כן התוכנית כוללת סדנאות הורים, שמטרתן להקנות מיומנויות הוריות לקידום אורח חיים בריא במסגרת הביתית.

בישראל חברו יחד עמותת אשלים, משרד הבריאות – שירותי בריאות הציבור, התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון 360° והתוכנית הלאומית לחיים פעילים ובריאים לייסוד תוכנית "אפשרי בריא משפחתי", המתבססת על תוכנית "HENRY". התוכנית עברה התאמה מקצועית ותרבותית, תוך התייחסות לשונות שבין מגזרים שונים בחברה הישראלית.

**מטרת המחקר:** מטרת המחקר היא להעריך את תוצאות הפיילוט לתוכנית "אפשרי בריא משפחתי".

**שיטות המחקר:** המחקר הוא מחקר חתך כמותי שנערך בקרב שני קהלי יעד עיקריים – 151 אנשי מקצוע, שמילאו את שאלון המחקר בשתי נקודות זמן, ו-64 הורים, שמילאו את שאלוני המחקר בשלוש נקודות זמן.

**ממצאים:** מן הממצאים עולה, כי **הכשרת הליבה** תורמת לאנשי המקצוע בעיקר בהיבטים של תפיסת רמת הניסיון ( $P=0.004$ ) ורמת הידע ( $P\leq 0.001$ ). לאחר ההשתתפות בהכשרה, אנשי המקצוע מדווחים באופן מובהק יותר כי רמת הניסיון והידע שלהם בסוגיות של אורח חיים בריא גבוהה יותר. עם זאת לא נמצא הבדל במידה שאנשי המקצוע מרגישים מועילים כאשר הם עוסקים בסוגיות אלו עם הורים, ואף לא נמצא שינוי במידה

שאנשי המקצוע מאמינים כי הם יכולים לתת למטופל את "ההובלה" בסוגיות הקשורות לאורח חיים בריא. ניכר כי ההשתתפות בהכשרת הליבה תורמת גם לשיפור באורח החיים האישי והמשפחתי של המשתתפים, וגם ל"אני מאמין" המקצועי שלהם בעבודתם עם הורים. ממצאי הערכת **הסדנאות להורים** מלמדים, כי השתתפות בסדנאות תרמה לשיפור אורח החיים הבריא המשפחתי. הממצאים מצביעים על ירידה מובהקת בדיווח על אכילת מזון מעובד או הזמנת אוכל במשלוח ( $P < 0.001$ ), וכן עלייה מובהקת בבחירת המשפחה לאכול יחד ארוחות משותפות. לאחר ההשתתפות בסדנה נמדדה עלייה מובהקת באחוז ההורים המדווחים על ביצוע פעילות גופנית ( $P = 0.018$ ), וכן עלייה באחוז הילדים הפעילים גופנית.

ממצאי המחקר מלמדים, כי השתתפות בסדנאות ההורים לא הובילה להעלאת המיומנויות ההוריות בקרב המשתתפים. עם זאת חשוב להדגיש, כי ממוצע המיומנויות ההוריות המדווח בקרב משתתפי הסדנאות הוא גבוה מאוד מלכתחילה.

**דיון ומסקנות:** ממצאי המחקר הנוכחי עולים בקנה אחד עם ממצאי מחקרי הערכה שבוצעו לתוכנית "HENRY" במקומות אחרים, ומלמדים כי התוכנית השיגה את מרבית מטרותיה בקידום אורח חיים אישי ומשפחתי. יש להשקיע מחשבה באיתור אוכלוסיית היעד המתאימה לתוכנית, אוכלוסייה שתרוויח את המרב מן ההשתתפות בתוכנית זו.

### מילות מפתח: תוכנית "אפשרי בריא משפחתי", תוכנית "HENRY", אורח חיים בריא, הורות.

למשפחות ממעמד סוציו-אקונומי נמוך במגזר היהודי נתון זה עומד על 28% (11), ואילו בקרב ילדים המשתייכים למשפחות ממעמד סוציו-אקונומי גבוה נתון זה עומד על 22% מהילדים (12).

לילדים בעלי משקל עודף והשמנת יתר סיכוי גבוה להישאר שמנים גם בבגרות (13,14,15), והם נמצאים בסיכון מוגבר למחלות כגון סוכרת מסוג 2, יתר לחץ דם וחסימת עורקים (14,15). זאת ועוד, השמנת היתר בילדות היא נטל כלכלי על החברה ככלל ועל מערכת הבריאות בפרט (14,16).

### אורח חיים בריא בגיל הרך

מחקרים מלמדים, כי הרגלי תזונה ואכילה נרכשים בתקופת הילדות והנעורים בעקבות החינוך והתרבות המשפחתיים (17,18,19). הקניית הרגלי אכילה נכונים בילדות תורמת לבריאות גופנית ונפשית, ומסייעת במניעת השמנה, הפרעות אכילה, תחלואה כרונית ואף תמותה (20). הרגלי אורח החיים של הילדים, כגון צריכת משקאות מתוקים, אכילה לא-מסודרת וצפייה במסכים, בשילוב עם ירידה בביצוע פעילות גופנית, הם כולם גורמים תורמים ליצירת "סביבה אובסוגנית" אשר מחזקת דפוסי התנהגות לא-בריאים (21).

פעילות גופנית בגילאי הילדות נמצאה כגורם מגן מפני מחלות שונות בבגרות כגון מחלות לב. כמו כן, היעדר פעילות גופנית במהלך יום לימודים והגבלת שעות המשחק בחוץ נמצאו קשורים לעלייה במדד ה-BMI בקרב ילדים צעירים. לחוסר פעילות גופנית בילדות השלכות שליליות גם על

### רקע

השמנת ילדים מגיעה לממדים מדאיגים במדינות רבות בעולם, ומציבה אתגר גדול לבריאות הציבור במאה העשרים ואחת (1,2). מחקרים אפידמיולוגיים מלמדים, כי גיל הילדים הסובלים מהשמנת יתר הולך ויורד עם השנים (3), ובשנת 2014 דיווח ארגון הבריאות העולמי כי כ-41 מיליון ילדים מתחת לגיל חמש הם בעלי משקל עודף (2). בארצות הברית הייתה שכיחות ההשמנה בקרב ילדים ומתבגרים בגילאי 2-19 בין השנים 2015-2016 בשיעור של 18.5% (4). בבריטניה עומד כיום שיעור השמנת היתר בקרב ילדים עד גיל שש על יותר מ-33% (שליש) (5).

בדומה למצב במדינות אירופה וארצות הברית, הימצאותה של השמנת יתר בילדות היא במגמת עלייה גם בקרב ילדים בישראל (6). מדוח על מצב ההשמנה העולמי עולה, כי בשנת 2016 היה שיעור הילדים בגילאי 5-9 הסובלים מהשמנה 17.6% בקרב בנים ו-11.9% בקרב בנות (7). ממחקר בינלאומי בקרב בני נוער עולה, כי בגילאי 11-15 ישראל מדורגת במקום השלישי בהימצאותו של עודף משקל בקרב בנים ובמקום הרביעי בהימצאותו של עודף משקל בקרב בנות, בהשוואה ל-13 מדינות באירופה ולארצות הברית (8,9).

ההימצאות הגבוהה ביותר של השמנת יתר בקרב ילדים בגילאי הגן היא בקרב מיעוטים ומעמדות סוציו-אקונומיים נמוכים. זוהי תוצאה של מגוון גורמים סביבתיים, חברתיים, תרבותיים וגנטיים. כך למשל, בישראל נמצא כי בקרב המגזר הערבי כ-29% מהילדים בגילאי 4-6 סובלים מעודף משקל ומהשמנה (10). לשם השוואה, בקרב ילדים המשתייכים

ממחקרי הערכה שנעשו עד כה לתוכנית "HENRY" על מרכיביה השונים עולה, כי התוכנית נתפסת כחיובית בידי הצוותים המקצועיים הנחשפים אליה (31). משתתפי ההכשרה מדווחים על עלייה בביטחון העצמי ובמיומנויות העבודה עם הורים סביב נושאי תזונה ואורח חיים בריא, הנמשכים גם בטווח הארוך לאחר החשיפה לתוכנית (38,3). כמו כן המשתתפים מדווחים, כי בעקבות החשיפה לתוכנית הם ערכו שינויים באורח חייהם האישי והמשפחתי בהתאם להמלצות התוכנית (38).

הערכה של 144 תוכניות "HENRY" שבוצעו בין השנים 2012-2014 בבריטניה נצפו תוצאות חיוביות מן ההיבטים הבאים: אורח החיים המשפחתי, תחושת המסוגלות ההורית, סיפוק רגשי, שינויים בהרגלי האכילה של ההורים ושינויים בהרגלי האכילה והפעילות הגופנית של הילדים (39). ממצאים אלו מעודדים מאוד, ומצביעים על ביצוע שינויים ארוכי טווח באורח החיים ובהתנהגויות האכילה באמצעות התערבות פשוטה וקצרה יחסית ובעלות כלכלית נמוכה (31).

בישראל חברו יחד משרד הבריאות – שירותי בריאות הציבור, באמצעות התוכנית הלאומית לחיים פעילים ובריאים "בריא משפחתי", עמותת אשלים והתוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון  $360^{\circ}$ , לייסוד תוכנית "אפשרי בריא משפחתי", המתבססת על תוכנית "HENRY". התוכנית עברה התאמה מקצועית ותרבותית, תוך התייחסות לשפה ולתרבות עברית וערבית בחברה הישראלית.

בין השנים 2015-2018 הופעלה התוכנית כפיילוט בשבעה יישובים בישראל, שבהם נערכו 23 הכשרות "ליבה" אשר הכשירו 18-36 אנשי מקצוע בכל יישוב. כמו כן נערכו 27 סדנאות להורים בתשעה יישובים שונים (דימונה, ירוחם, צפת, קריית ים, רמלה, ירושלים, באקה, דלית אל כרמל ועוספיא), שבהן השתתפו 6-9 הורים בכל יישוב. חשוב לציין כי יישובים אלו נבחרו על סמך העובדה כי הם נמצאים באזורים ברמה סוציו-אקונומית נמוכה.

### מטרת המחקר

מטרת המחקר היא להעריך את הפיילוט לתוכנית "אפשרי בריא משפחתי", ובפרט להעריך את תרומתה של התוכנית לאנשי המקצוע ולהורים בהיבטים הקשורים לקידום אורח חיים בריא.

### שיטות המחקר

מערך המחקר הוא מערך של "לפני ואחרי". במסגרת מערך זה הועברו שאלוני המחקר לקהלי היעד הבאים ובאופן המפורט בקרב כל אחד מקהלי היעד:

גורמים פסיכולוגיים כגון תחושת הרווחה וההערכה העצמית בקרב ילדים (22).

שנות הילדות המוקדמות הן חלון הזדמנויות לקידום הפעילות הגופנית, כאשר ההתפתחות המוטורית עדיין ניתנת לעיצוב, לעומת גילאי הילדות המאוחרים יותר (23). הספרות מדגישה את חשיבות הפעילות הגופנית בקרב ילדים ובני נוער כבסיס לבניית אורח חיים המשלב פעילות גופנית גם בבגרות (26,25,24). עם זאת הנתונים בשטח מלמדים, כי ילדים בגילאי 3-5 מבליים כ-76%-79% מזמנם בפעילות "יושבנית" (29,28,27).

### תוכנית "הנרי" – Health Exercise "HENRY" and Nutrition for the Really Young

תוכנית (HENRY Health Exercise and Nutrition for the Really Young) פותחה בשנת 2007 בידי פרופ' מרי רודולף, מומחית ברפואת ילדים, וקנדידה האנט, מחנכת הורים ומומחית לשינוי התנהגות. תוכנית זו החלה כעמותה הפועלת כעת בשותפות עם שירותי הבריאות הלאומיים (NHS) באנגליה, עם לשכות בריאות הציבור, עם שירותי רווחה ועוד (30).

ליבה של תוכנית ההתערבות "HENRY" הוא הכשרה בת יומיים ("הכשרת ליבה"), שמטרתה לשפר את כישוריהם של אנשי המקצוע ולסייע להם להפוך ליעילים, לרגישים ולבטוחים יותר בבואם לעבוד עם הורים לפעוטות ולתינוקות למטרת שיפור אורח החיים ומניעת השמנה (31,3). בניגוד לתוכניות התערבות אחרות, העוסקות בטיפול בגורמי סיכון ספציפיים להשמנת ילדים, תוכנית ההתערבות "HENRY" פועלת בגישה משולבת, שמטרתה לספק לאנשי המקצוע ארגו כלים שיאפשר תקשורת יעילה יותר עם הורים לילדים בגיל הגן (32,31,34). מאחר ששיעורי השמנת היתר בכלל והשמנת היתר בקרב ילדים בפרט הם גבוהים יותר באוכלוסיות ממעמד סוציו-אקונומי נמוך (35), התוכנית מתרכזת באוכלוסיות אלו בבריטניה (3,1).

מרכיב נוסף של התוכנית כולל קורס בן שמונה מפגשים של שעה וחצי, המיועד לקבוצות הורים ("סדנאות הורים") (3). סדנאות ההורים נועדו להקנות להורים מיומנויות שיאפשרו להם ניהול בריא של אורח חייהם וחיי משפחותיהם. הקורס כולל התייחסות לתזונה בריאה, לטכניקות האכלה, למשחק, למיומנויות הוריות, לפעילות גופנית, לרווחה נפשית ולהערכה עצמית (36). הסדנאות להורים, כמו גם תוכנית ההתערבות "HENRY" כולה, בנויים על פי מודל השותפות המשפחתי (family partnership). מודל זה עומד במרכזה של גישה מבוססת ראיות, המדגישה את מרכזיות הקשר שבין ההורה לאיש המקצוע (37,36).

- מהימנות פנימית של המדד היא טובה ( $\alpha=0.810$ ) לזמן T1,  $\alpha=0.734$  לזמן T2 ו- $\alpha=0.757$  לזמן T3).
- רוחה הורית ותחושות אישיות. ההורים נשאלו חמש שאלות. התשובות נעו על סולם מ-1 (אף פעם/לעיתים נדירות) ועד 4 (לעיתים קרובות מאוד).
- סגנון אכילה. ההורים נשאלו חמש שאלות. התשובות נעו על סולם מ-1 (אף פעם/לעיתים נדירות) ועד 4 (לעיתים קרובות מאוד).
- סוגי אוכל. ההורים נשאלו חמש שאלות לנוגעות לפרטי מזון שונים שהורה צורך ביום. התשובות נעו על סולם מ-0 ועד 7 (מסמן שהורה אוכל +7 מנות כאלו ביום).
- סוגי אוכל בקרב הילדים. ההורים נשאלו חמש שאלות לנוגעות לפרטי מזון שונים שהילדים צורכים ביום. התשובות נעו על סולם מ-0 ועד 7 (מסמן שהילד אוכל +7 מנות כאלו ביום).
- פעילות משפחתית. ההורים נשאלו באשר למשך הזמן שילדיהם פעילים גופנית ובאשר למשך הזמן שהורה פעיל גופנית. השאלות קובצו לשתי קטגוריות (מעל שעתיים לילד ומעל חצי שעה להורה).
- אורח חיים. ההורים נשאלו כשאלה כללית אם לדעתם אורח החיים של בני משפחתם בריא נכון לרגע זה (טווח הציונים האפשרי היה בין 1 "במידה מועטה" ל-10 "במידה רבה מאוד").
- מיומנויות ותחושות הוריות. משתתפי סדנאות ההורים נשאלו באשר לעמדותיהם בנושא ההורות בתחומים שונים. ההורים נשאלו ארבע שאלות. כגון "לעיתים קרובות אני משבחת ומעודדת את ילדיי"; "אני יכולה לשמור על כללים ברורים כהורה" ועוד. התשובות נעו על סולם מ-1 (כלל לא) ועד 5 (במידה רבה מאוד) לצורך ניתוח הנתונים נבנה מדד "מיומנות הורית" (רמת המהימנות הפנימית של המדד היא  $\alpha=0.817$ ) לזמן T1,  $\alpha=0.747$  לזמן T2 ו- $\alpha=0.713$  לזמן T3).

## ממצאים

### הערכת הכשרות הליבה

רובם המכריע של המשיבים שהשתתפו בהכשרות הליבה ( $n=151$ ) הם נשים (97%), ומרביתם בגיל 30 ומעלה (89%). 62 משתתפות (44%) הן אחיות טיפת חלב, 14 משתתפות (9%) הן עובדות סוציאליות, 12 משתתפות (8%) הן מנהלות או רכזות תוכנית, 6 משתתפות (4%) הן מנהלות מעון, 5 משתתפות (3%) הן פסיכולוגיות והשאר – 50 משתתפות (32%) – ציינו "אחר" ולא פירוטו. ניסיון וידע. כפי שניתן ללמוד מתרשים 1, נמצאה

- אנשי מקצוע. שאלוני המחקר הועברו בקרב 151 אנשי מקצוע שהשתתפו בהכשרות הליבה. מערך המחקר כלל שתי מדידות: המדידה הראשונה נערכה לפני תחילת ההשתתפות ב"הכשרת הליבה", והמדידה השנייה נערכה כשלושה חודשים לאחר סיום ההכשרה.
- הורים. שאלוני המחקר הועברו בקרב 89 הורים שהשתתפו בסדנאות ההורים. מערך המחקר כלל שלוש מדידות: המדידה הראשונה נערכה לפני תחילת ההשתתפות בסדנאות ההורים, המדידה השנייה נערכה לאחר סיום ההשתתפות בסדנה, והמדידה השלישית נערכה כחצי שנה לאחר ההשתתפות בסדנה. 64 משתתפים בלבד מילאו את שאלוני המחקר בכל שלושת זמני המדידה, ולכן תיאור הממצאים יתייחס למשתתפים אלו בלבד ( $n=64$ ).

המדידות נערכו באמצעות שאלון המתבסס על כלי הערכה של תוכנית "HENRY", אשר תוקפו במחקרי הערכה שנעשו לתוכנית בבריטניה. השאלון תורגם לעברית ולאחר מכן חזרה לאנגלית כדי לבחון את מידת הדיוק של התרגום. תהליך התאמת השאלון למאפייני התוכנית בישראל התנהל בשיתוף עם מובילי התוכנית בישראל (39,31).

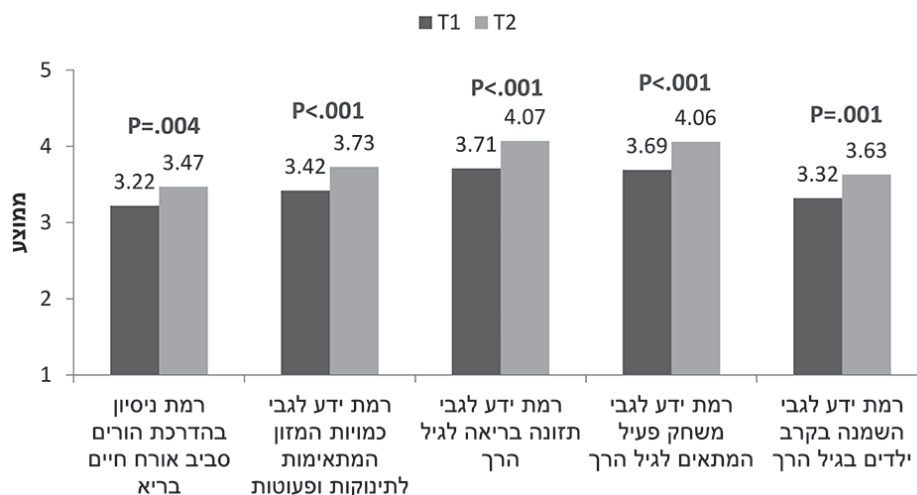
### הנושאים שנבדקו ונמדדו בהכשרות הליבה ( $n=151$ ):

- ניסיון וידע. המשתתפים בהכשרות הליבה נשאלו באשר לתחושת הניסיון שלהם ולרמת הידע בנושאים הקשורים לאורח חיים בריא. התשובות נעו על סולם מ-1 (חסר ניסיון) ועד 5 (מומחה).
- "זמן בריא" מחוץ לשעות העבודה. משתתפי ההכשרה נשאלו באשר לתדירות הזמן שהם מקדישים לביצוע פעילות גופנית, לצפייה במסכים ולמציאת זמן להירגעות מחוץ לשעות העבודה.
- אופן צריכת מזון ושתיה. המשתתפים נשאלו באשר לצריכת מזונות, והתבקשו לדרג את התשובות מ-1 (כמה פעמים ביום) ועד 5 (אף פעם).
- תפיסות בנושא הורות בגישה סמכותית. המשתתפים נשאלו באשר לתפיסותיהם בנושא סמכות הורית, והתבקשו לדרג את התשובות מ-1 (לא מצליח) ועד 5 (מצליח מאוד).

### הנושאים שנבדקו ונמדדו בהכשרות ההורים ( $n=64$ ):

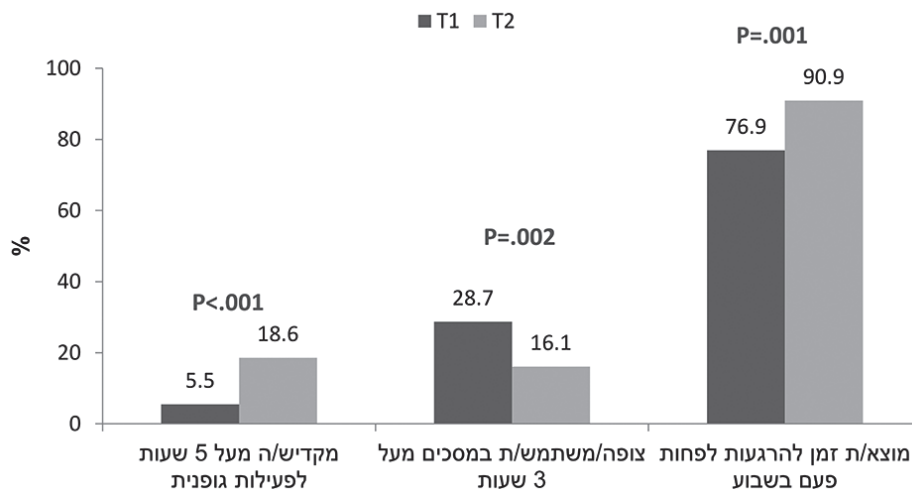
- מיומנות בהקניית אורח חיים בריא לילדים. ההורים נשאלו חמש שאלות. התשובות נעו על סולם מ-1 (כלל לא) ועד 5 (במידה רבה מאוד). לצורך ניתוח הנתונים נבנה מדד באמצעות ממוצע התשובות. רמת

**תרשים 1: ממוצע הדיווח העצמי על ניסיון וידע בקרב משתתפי הכשרות הליבה<sup>1</sup>**  
(n=151)



<sup>1</sup> נבחן באמצעות מבחן T למדגמים תלויים.

**תרשים 2: אופן בילוי הזמן מחוץ לשעות העבודה בקרב משתתפי הכשרות הליבה<sup>1</sup>**  
(n=151)

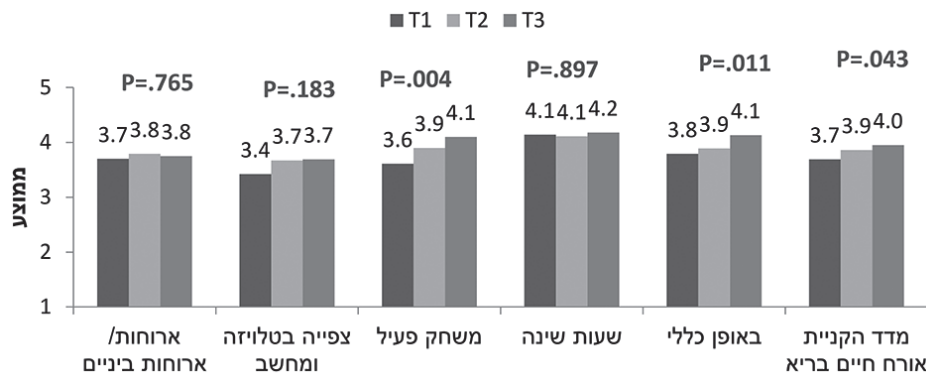


<sup>1</sup> נבחן באמצעות מבחן McNemar.

למשחק פעיל המתאים לגיל הרך ( $P < 0.001$ ) ורמת הידע בנוגע להשמנה בקרב ילדים בגיל הרך ( $P = 0.001$ ).  
לאחר ההשתתפות בהכשרה, אנשי המקצוע מדווחים באופן מובהק יותר כי רמת הניסיון והידע שלהם בסוגיות של אורח חיים בריא גבוהה יותר. עם זאת לא נמצא הבדל

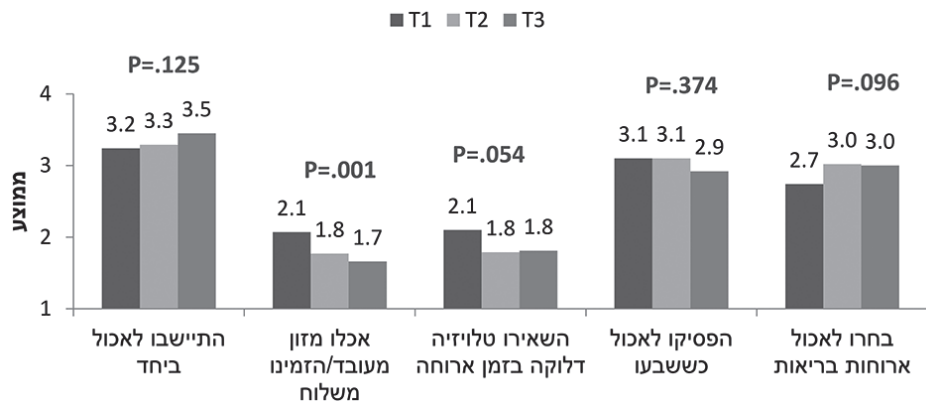
עלייה מובהקת בתחושת המשתתפים בנוגע למומחיותם בכל ההיבטים שנבחנו: רמת הניסיון בהדרכת הורים סביב אורח חיים בריא ( $P = 0.004$ ), רמת הידע בנוגע לכמויות מזון המתאימות לתינוקות ולפעוטות ( $P < 0.001$ ), רמת הידע בנוגע לתזונה בריאה לגיל הרך ( $P < 0.001$ ), רמת הידע בנוגע

**תרשים 3: ממוצע מיומנות הורית בתחום של הקניית אורח חיים בריא בקרב הורים משתתפי הסדנה בשלושת שלבי המחקר<sup>1</sup> (n=64)**



<sup>1</sup> השוואה בין שלושת הזמנים נבחנה באמצעות מבחן למדידות חוזרות עם תיקון להשוואות מרובות מסוג בונפרוני. כל ההבדלים המובהקים נמצאו רק בין T1 לבין T3.

**תרשים 4: ממוצע התנהגות אכילה במסגרת משפחתית בקרב הורים משתתפי הסדנה בשלושת שלבי המחקר<sup>1</sup> (n=64)**



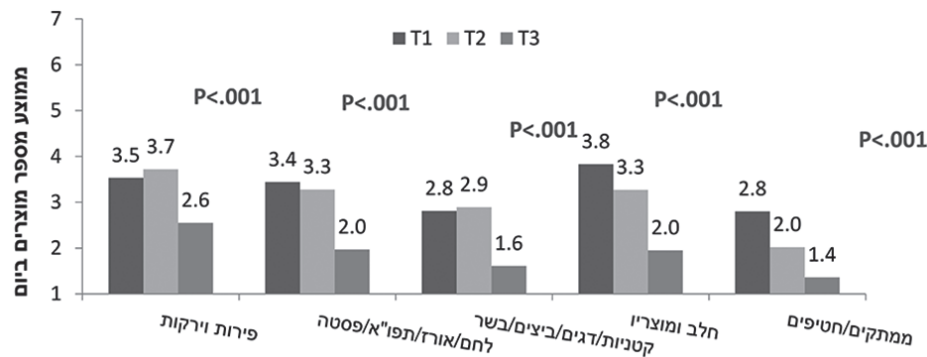
<sup>1</sup> השוואה בין שלושת הזמנים נבחנה באמצעות מבחן למדידות חוזרות עם תיקון להשוואות מרובות מסוג בונפרוני. הבדלים מובהקים נמצאו רק בין T1 לבין T3 ובין T1 לבין T2.

לאחר ההשתתפות בהכשרת הליבה אחוז גבוה יותר מהמשתתפים מקדישים חמש שעות ומעלה בשבוע לפעילות גופנית ( $P < 0.001$ ), צופים במסכים (טלוויזיה/מחשב/טלפון) פחות משלוש שעות ביום ( $P = 0.002$ ) ומוצאים זמן להירגעות לפחות פעם בשבוע ( $P = 0.001$ ). בהמשך גדל אחוז המדווחים כי ילדיהם צופים במסכים שלוש שעות ומטה בכל יום באופן מובהק מ-72.2% ל-94.4% ( $P = 0.008$ ). אופן צריכת מזון ושתייה. ממצאי המחקר מצביעים על

במידה שהם מרגישים מועילים כאשר הם עוסקים בסוגיות אלו עם הורים, ואף לא נמצא שינוי במידה שאנשי המקצוע מאמינים כי הם יכולים להעביר למטופל את "ההובלה" בסוגיות הקשורות לאורח חיים בריא. "זמן בריא" מחוץ לשעות העבודה. בתרשים 2 מוצג הדיווח על פעילויות שונות שהמשיבים מבצעים בזמנם הפנוי מחוץ לעבודה. כפי שניתן ללמוד מתרשים 2, ישנו שיפור מובהק בכל ההיבטים שנבדקו.



**תרשים 5: ממוצע כמות מזון נצרכת ביממה בידי ההורה לפי מוצרי מזון שונים בקרב הורים משתתפי הסדנה בשלושת שלבי המחקר<sup>1</sup> (n=64)**



<sup>1</sup> השוואה בין שלושת הזמנים נבחנה באמצעות מבחן למדידות חוזרות עם תיקון להשוואות מרובות מסוג בונפרוני. הבדלים מובהקים נמצאו רק בין T1 לבין T3 ובין T2 לבין T3 (לכל המזונות), ובין כל הזמנים נמצא הבדל מובהק בנוגע לממתקים ולחטיפים.

המשתתפים הגבוה ביותר היה בעיר צפת (27%) והנמוך ביותר בעיר ירוחם (4.5%).

**מיומנות בהקניית אורח חיים בריא לילדים.** כפי שניתן ללמוד מתרשים 3, נמדדה עלייה מובהקת במידה שההורים מרגישים שיש להם מיומנויות בעידוד משחק פעיל מרגישים שיש להם מיומנויות לעידוד אורח חיים בריא באופן כללי ( $F_{(2,104)}=4.70, P=0.011$ ). כמו כן נצפתה עלייה מובהקת במדד המשוקלל "הקניית אורח חיים בריא" בנושא ארוחות/ארוחות ביניים וכן בנוגע לשעות שינה. חשוב לציין, שההבדלים שנמדדו נמצאו מובהקים בהשוואה בין המדידה שבוצעה לפני ההשתתפות בתוכנית ובין המדידה שבוצעה שלושה חודשים לאחר סיומה. משמעותו של ממצא זה היא כי השינויים שנמדדו נשארו לאורך זמן, ולא דעכו שבועות ספורים לאחר סיום התוכנית (כפי שאפשר לעיתים לראות בתוכניות אחרות).

רווחה הורית ותחושות אישיות. הממצאים מלמדים, כי נמדדה עלייה מובהקת בדיווח ההורים רק בנוגע להיגד "יש לי זמן לעצמי" ( $F_{(2,122)}=5.10, P=0.007$ ). לא נמדד שינוי מובהק בתחושת הלחץ, בתחושת התמיכה, בתחושת הבדידות ובתחושת השמחה.

**סגנון אכילה.** התוצאות מצביעות על ירידה בתדירות של אכילת מזון מעובד או של הזמנת אוכל במשלוח ( $F_{(2,120)}=7.24, P=0.001$ ). עם זאת לא נמדד שינוי מובהק במדדים האחרים שנבדקו.

**סוגי אוכל.** ממצאי הניתוח בהשוואת זמני המחקר מוצגים בתרשים 5. כפי שניתן ללמוד מהתרשים, נמדדה

ירידה מובהקת בצריכת חטיפים מלוחים ( $P=0.002$ ), ממתקים ( $P<0.001$ ) ומשקאות מתוקים ( $P=0.001$ ) ועל עלייה בשתיית מים ( $P<0.001$ ) לאחר ההשתתפות בתוכנית. כמו כן עלה אחוז המדווחים כי ירקות משולבים בארוחות בביתם באופן יומיומי ( $P<0.001$ ).

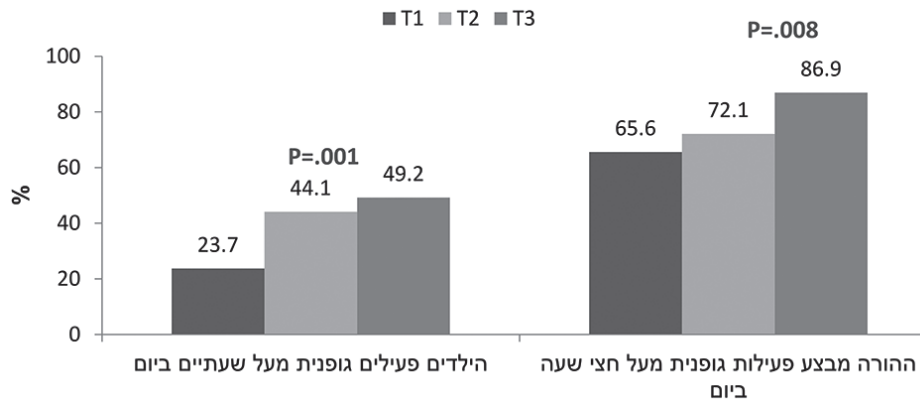
**תפיסות בנושא הורות בגישה סמכותית.** נצפתה עלייה בעלת מובהקות גבולית ( $P=0.055$ ) בנוגע למידת ההצלחה של המשתתפים ביישום של גישת הורות סמכותית בזמן ארוחות. עם זאת לא נמדדו שינויים בגישת ההורות הסמכותית סביב צפייה במסכים וסביב ההשכבה לישון.

**ניכר כי הכשרת הליבה תורמת לאנשי המקצוע בעיקר בהיבטים של תפיסת רמת הניסיון והידע.** עם זאת לא נמצא הבדל במידה שאנשי המקצוע מרגישים מועילים כאשר הם עוסקים בסוגיות אלו עם הורים, ואף לא במידה שאנשי המקצוע מאמינים כי הם יכולים לתת למטופל את "ההובלה" בסוגיות הקשורות לאורח חיים בריא. זאת ועוד, ממצאי ההערכה מלמדים כי חלו שינויים מובהקים באופן בילוי הזמן מחוץ לשעות העבודה ובתדירות של צריכת מזונות (שיפור בצריכת מזונות בריאים), וכן נמדד שינוי לטובה בעמדות המשתתפים באשר להיבטים שונים של אורח חיים בריא. על סמך ממצאים אלו אפשר לסכם ולומר, כי השתתפות בהכשרת הליבה הובילה לשינוי בהרגלי התזונה ולקידום אורח חיים בריא.

**הערכת סדנאות הורים (n=64)**

מתוך 89 המשיבים מילאו כאמור 64 בלבד את שאלון המחקר בשלושת נקודות המדידה. מרבית המשתתפים בסדנאות ההורים היו נשים (92%), וגילם הממוצע היה 35 שנים. אחוז

**תרשים 6: ביצוע פעילות גופנית בשלושת שלבי המחקר<sup>1</sup> (n=64)**



<sup>1</sup> השוואה בין שלושת הזמנים נבחן באמצעות מבחן למדידות חוזרות עם תיקון להשוואות מרובות מסוג בונפרוני. בקרב הילדים נמצאו הבדלים מובהקים רק בין T1 לבין T3 ובין T1 לבין T2. אצל ההורה נמצא ההבדל רק בין זמן T1 לבין T3.

השתתפות בסדנאות ההורים לא הובילה להעלאת המיומנויות ההוריות בקרב המשתתפים. עם זאת חשוב להדגיש, כי ממוצע המיומנויות ההוריות המדווח בקרב משתתפי הסדנאות היה גבוה מאוד מלכתחילה. לאור זאת בוצע ניתוח לבחינת ההבדל בשיפור במשתני המחקר המרכזיים בין הורים שהוגדרו כבעלי מיומנות הורית נמוכה בנקודת ההתחלה (עד אחוזון 25) לבין שאר ההורים. ממצאי השוואה זו מלמדים, כי הורים עם מיומנות הורית נמוכה (25% מההורים בעלי ציוני המיומנות ההורית הנמוכים ביותר) הם בעלי השיפור הגבוה יותר במיומנות ההורית ובמדד הקניית אורח חיים בריא לאחר ההשתתפות בסדנאות. ממצאים אלו עשויים להצביע על קהל ההורים שעשוי להיותם במידה הגדולה ביותר מן ההשתתפות בתוכנית. מסיכום ממצאי סדנאות ההורים ניתן ללמוד, כי לאחר ההשתתפות בסדנה ההורים ומשפחותיהם דיווחו כי בחרו במזון בריא יותר במהלך הארוחות והעלו את תדירות הפעילות הגופנית. עם זאת לא נמדד שינוי מובהק במיומנויות ההוריות של המשתתפים. זאת ועוד, נראה כי ישנה ירידה בכמויות המזון שההורים מדווחים עליהן, ירידה שנמדדה בנוגע למזון שאינו בריא (כגון ממתקים או חטיפים), אך גם בנוגע לצריכת מזון בריא (כגון ירקות ופירות).

### דיון ומסקנות

#### השפעת ההתערבות בקרב אנשי המקצוע העובדים עם הורים לילדים צעירים

ממצאי מחקר ההערכה הנוכחי לתוכנית "אפשרי בריא משפחתי" מצביעים על שינויים שהם חיוביים ברובם בקרב

ירידה מובהקת בצריכה של לחם/אורז/תפוחי אדמה/פסטה ( $F_{(2,126)}=20.23, P<0.001$ ) וכן ירידה בצריכת קטניות/דגים/ביצים/בשר ( $F_{(2,126)}=18.09, P<0.001$ ). כמו כן ההורים צמצמו בצריכת חלב ומוצריו ( $F_{(2,126)}=27.70, P<0.001$ ), וכן בצריכת ממתקים וחטיפים ( $F_{(2,126)}=18.81, P<0.001$ ). מעניין לראות מדיווחי ההורים שישנה ירידה כללית מובהקת בכמויות של כל מוצרי המזון. סוגי אוכל בקרב הילדים. גם בדיווח הנוגע לילדים נמדדה ירידה בצריכת לחם/אורז/תפוחי אדמה/פסטה ( $F_{(2,126)}=19.85, P=0.016$ ) וכן ירידה בצריכת קטניות/דגים/ביצים/בשר ( $F_{(2,126)}=20.98, P=0.015$ ). כמו כן נצפה צמצום בצריכת חלב ומוצריו ( $F_{(2,126)}=14.09, P=0.026$ ) וכן בצריכת ממתקים וחטיפים ( $F_{(2,124)}=17.72, P<0.001$ ). גם בנוגע לתזונת הילדים אפשר לומר, כי ישנה ירידה מובהקת בצריכת כמויות המזון. פעילות משפחתית. כפי שניתן ללמוד מתרשים 6, נמדדה עלייה מובהקת סטטיסטית בשיעור הילדים הפעילים מעל שתיים ביום (מ-23.7% ל-44.1% ולאחר מכן ל-49.2%;  $F_{(2,116)}=6.93, P=0.002$ ), ועלייה מובהקת סטטיסטית בשיעור ההורים המבצעים פעילות גופנית של למעלה מחצי שעה ביום (מ-65.6% ל-72.1% ול-86.9%;  $F_{(2,120)}=5.07, P=0.003$ ). אורח חיים. בהשוואה בין שלושת הזמנים נמצא, כי הממוצע למדד אורח חיים בריא בשלב הראשון של התוכנית היה 5.35, לאחר מכן עלה ל-6.37 וחצי שנה לאחר סיום התוכנית עלה ל-7.02. ההבדל נמצא מובהק סטטיסטית ( $F_{(2,118)}=26.30, p<0.001$ ) (בין הזמנים T1 ו-T3 ובין הזמנים T1 ו-T2). מיומנויות ותחושות הוריות. ממצאי המחקר מלמדים, כי



זה מלמד, כי לאחר ההשתתפות בסדנאות היו להורים כישורים טובים יותר להקניית אורח חיים בריא בקרב בני משפחתם. עוד ניכר, כי הרגלי האכילה (אכילת ארוחות משותפות) וכן התזונה עצמה (צריכת אוכל מעובד, צריכת ממתקים וחטיפים) השתנו לטובה הן בקרב ההורים והן בקרב הילדים לאחר השתתפות ההורים בסדנאות. ממצאים אלה תואמים ממצאים של מחקרי הערכה אחרים שבוצעו לתוכנית "HENRY" (36,39).

עוד מלמדים ממצאי ההערכה, כי לא נמדד שינוי במיומנויות ההוריות של כלל המדגם. עם זאת מאחר ששינוי באורח החיים המשפחתי דורש כישורי הורות והובלה גבוהים, הרי השינוי שנמדד בהקניית אורח החיים הבריא בבית מלמד כי בפועל כישורי ההורות ככל הנראה השתפרו, כך שההורים היו מסוגלים להוביל שינוי באורח החיים הביתי. לאור הנחה זו נערך ניתוח נוסף, המלמד כי חל שינוי לטובה במיומנויות ההוריות של קבוצת ההורים שהחלו את השתתפותם בתוכנית עם ממוצע נמוך של מיומנויות הוריות ביחס למשתתפים האחרים. אכן, סדנאות ההורים תוכננו כדי להקנות להורים מיומנויות שיאפשרו להם ניהול בריא יותר של אורח חייהם וחיי משפחותיהם (37). אך בשונה מישראל, התוכנית בבריטניה התרכזה מראש באוכלוסיות המשתייכות למצב סוציו-אקונומי נמוך ושלחן מיומנויות הוריות נמוכות יחסית. ייתכן כי אוכלוסיית ההורים בבריטניה שונה מאוכלוסיית ההורים בישראל מבחינה תרבותית, וכי הורים בישראל נוטים להיות בעלי ביטחון עצמי גבוה יותר ובעלי הערכה עצמית גבוהה. עדויות לכך מספקת תוכנית "HENRY" אשר נערכה בלידס שבאנגליה ונמצאה יעילה במניעת השמנת יתר. במסגרת תוכנית זו, כל איש מקצוע העובד עם ילדי הגן והוריהם הוכשר בגישת "HENRY". במסגרת הערכת התוכנית, שנערכה לאורך עשר שנים בקרב ילדים בבית הספר היסודי, נמדדו ירידות ברמות ההשמנה, ביחוד בקרב מי שחיים בשכונות מצוקה (41).

אפשר לסכם ולומר, כי ממצאי המחקר הנוכחי עולים ברובם בקנה אחד עם ממצאי מחקרי הערכה אחרים שבוצעו לתוכנית "HENRY". העלייה במיומנויות בקרב ההורים שדירגו את עצמם כבעלי מיומנויות הוריות נמוכות יחסית היא כמובן ממצא מרכזי, המהווה חומר למחשבה ולתכנון עתידי. ממצאי מחקר ההערכה הנוכחי ניתן ללמוד על תהליך ההתאמה וההטמעה של תוכנית זרה בישראל. חשוב לבדוק בהמשך את המשכיותה של התוכנית, וכן כיצד משרד הבריאות פועל על מנת להגדיל את התוכנית כדי להפוך אותה לזמינה ליותר משפחות.

### מגבלות התוכנית בישראל

למחקר הנוכחי כמה מגבלות. ראשית, מספר הקבוצות במסגרת מחקר ההערכה הנוכחי היה קטן, וייתכן שנדרש מדגם גדול יותר על מנת להשיג תוצאות מגוונות ומקיפות.

קהלי היעד השונים של התוכנית. ממצאי ההערכה של הכשרת הליבה מלמדים, כי הכשרה זו עמדה במרבית מטרתיה. בדומה לספרות הקיימת בעניין מחקרי ההערכה שנעשו עד כה לתוכנית "HENRY" (31), גם בישראל נראה כי התוכנית נתפסת בקרב הצוותים המקצועיים הנחשפים אליה כחיובית וכרצויה.

ניכר כי ההשתתפות בהכשרת הליבה תורמת לשיפור באורח החיים האישי והמשפחתי של המשתתפים, וכן לרמות הידע והניסיון שלהם בעבודה עם הורים. ממצא זה תואם את הספרות, המדווחת על עלייה בביטחון העצמי ובמיומנויות העבודה עם הורים סביב נושאי תזונה ואורח חיים בריא, הנמשכים גם בטווח הארוך שלאחר החשיפה לתוכנית (38,3), וכן על עריכת שינויים באורח החיים האישי והמשפחתי בהתאם להמלצות התוכנית (38).

עם זאת להבדיל ממחקרים אחרים (38,3), לא הושג שינוי עמדות באשר ליכולת המטופלים להוביל ולנהל אורח חיים בריא בכוחות עצמם במסגרת ההערכה הנוכחית. ייתכן שהדבר נובע משינוי תרבותי ביחסי מטפל-מטופל בישראל. ייתכן גם שהזמן שחלף מהכשרת הליבה לא הספיק על מנת להוביל לשינוי עמדות המטופלים באשר למטופליהם, וכי תהליך זה דורש טווח זמן ארוך יותר; שכן אנשי המקצוע שהשתתפו בהכשרות הליבה ענו על שאלון המחקר ביום השני של ההכשרה, ולכן ייתכן כי לא הספיקו להפנים את מה שלמדו. כך למשל, במחקר אשר ארך שלוש שנים ובמסגרתו נבדקו בין השאר שינויים בעמדות ובידע הנוגעים לתזונה נמצא, כי לאחר תקופת זמן זו נראו שינויים חיוביים רבים בכל הנוגע לאימוץ גישה תזונתית ולהורדת חסמים בקשר לשינויים תזונתיים אלו. ואולם הפיתוח האישי של עמדות צריך להמשיך לאורך זמן כדי לספק אקלים תומך לשינוי התנהגות תזונתית מוצלחת (40). יש צורך במחקר נוסף להבנת סוגיה זו לעומק. על בסיס ממצאי המחקר הנוכחי ניתן לשער, כי ההשתתפות בהכשרת הליבה תרמה לעיצוב העמדות האישיות והידע בקרב אנשי המקצוע (שגם הובילו לשינוי של אורח חיים אישי ומשפחתי), אך ייתכן שהציפייה שהדברים יופנמו ויועברו הלאה בטווח זמן קצר לקהל היעד השני – אוכלוסיית ההורים – הייתה מוקדמת. לאור זאת ייתכן שדרושה עבודה מעמיקה יותר עם אנשי המקצוע, לפני שהם ירגישו מועילים יותר בעבודתם מול ההורים ויוכלו להרגיש בטוחים מספיק בעמדתם, כך שיאפשרו למטופליהם לקבל אחריות ולזיום שינוי באורח חייהם.

### השפעת "אפשרי בריא משפחתי" על

#### הורים לילדים צעירים

ממצאי ההערכה מלמדים, כי לאחר ההשתתפות בסדנאות נמדדה עלייה מובהקת במדד "הקניית אורח חיים בריא". מדד

nutrition knowledge and preferences in kindergarten children. *Int J Sports Med.* 2007;28(10):887-90.

13. Baird J, Fisher D, Lucas P, Kleijnen J, Roberts H, Law C. Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. *BMJ.* 2005;331(7522):929.
14. Barton M. Childhood obesity: a life-long health risk. *Acta Pharmacol Sin.* 2012;33:189-93.
15. Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS, Venn A, Burns TL, Sabin MA, et al.. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med.* 2011;365(20):1876-85.
16. Au N. The health care cost implications of overweight and obesity during childhood. *Health Serv Res.* 2012;47(2):655-76.
17. Caton SJ, Ahern SM, Hetherington MM, Vegetables by stealth: an exploratory study investigating the introduction of vegetables in the weaning period. *Appetite.* 2011;57:816-25.
18. Harper LV, Sanders KM. The effects of adults' eating on young children's acceptance of unfamiliar foods. *J Exp Child Psychol.* 1975;20:206-14.
19. Story M, Nannery MS, Schwartz MB. Schools and obesity prevention: creating school environments and policies to promote healthy eating and physical activity. *Milbank Q.* 2009;87(1):71-100.
20. Moore VM, Davies MJ. Diet during pregnancy, neonatal outcomes and later health. *Reprod Fertil Dev.* 2005;17(3):341-8.
21. Haug E, Rasmussen M, Samdal O, Iannotti R, Kelly C, Borraccino A, et al. Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Int J Public Health.* 2009;54(2):167-79.
22. Tremblay MS, Gray C, Babcock S, Barnes J, Bradstreet CC, Carr D, et al. Position statement on active outdoor play. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(6):6475-505.
23. Matusik P, Malecka-Tendera EWA. Overweight prevention strategies in preschool children. *Int J Pediatr Obes.* 2011;6(S2):2-5.
24. Sallis JF, Owen N, Fisher EB. Ecological models of health behavior. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors, *Health behavior and health education: theory, research, and practice.* San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 465-86.
25. Hallal PC, Victora CG, Azevedo MR, Wells JC. Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports Med.* 2006;36:1019-30.
26. Telama R, Yang X, Viikari J, Välimäki I, Wanne O, Raitakari O. Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study. *Am J Prev Med.* 2005;28(3):267-73.
27. Tucker P. The physical activity levels of preschool-aged children: a systematic review. *Early Child Res Q.* 2008;23(4):547-58.
28. Reilly JJ, Jackson DM, Montgomery C, Kelly LA, Slater C, Grant S, et al. Total energy expenditure and physical activity in young Scottish children: mixed longitudinal study. *Lancet.* 2004;363(9404):211-2.
29. Pate RR., Pfeiffer KA, Trost SG, Ziegler P, Dowda M. Physical activity among children attending preschools. *Pediatrics.* 2004;114:1258-63.

כמו כן השאלונים ששימשו במחקר לא תוקפו באופן מלא לשימוש בישראל, ופרק הזמן להערכת התוצאות לא היה ארוך דיו על מנת ללמוד על תוצאות ארוכות טווח.

## מקורות

1. Hunt C, George J. Preventing child obesity: a long-term evaluation of the HENRY approach. *Community Pract.* 2013;86(7):23.
2. UNICEF, WHO, The World Bank. (2015). Levels and trends in child malnutrition: UNICEF-WHO-World Bank Group joint child malnutrition estimates [internet]. New York (NY): UNICEF; Geneva (CH): WHO; Washington (DC): The World Bank; 2015 Sep [cited 2019 Nov 8]. [https://www.who.int/nutgrowthdb/jme\\_unicef\\_who\\_wb.pdf](https://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf)
3. Rudolf MCJ, Hunt C, George J, Hajibagheri K, Blair M. HENRY: Development, pilot and long term evaluation of a programme to help practitioners work more effectively with parents to prevent childhood obesity. *Child Care Health Dev.* 2010;36(6):850-7.
4. Hales CM, Carroll MD, Fryar CD, Ogden CL. Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2015-2016. *NCHS Data Brief.* 2017;(288):1-8pmid:29155689
5. NHS Digital. National Child Measurement Programme: England, 2016/17 School year [internet]; 2017 Oct [cited 2019 Nov 8] Available from: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/national-child-measurement-programme/2016-17-school-year>
6. Nemet D, Geva D, Pantanowitz M, Igbaria N, Meckel Y, Eliakim A. Long term effects of a health promotion intervention in low socioeconomic Arab-Israeli kindergartens. *BMC Pediatr.* 2013;13(1):45.
7. Lobstein T, Brinsden H. Atlas of Childhood Obesity [internet]. World Obesity Federation. 2019 Oct [cited 2019 Nov 8]. Available from: [http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/11996\\_Childhood\\_Obesity\\_Atlas\\_Report\\_ART\\_V2.pdf](http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/11996_Childhood_Obesity_Atlas_Report_ART_V2.pdf)
8. הראל-פישי י', וולש ס', בוניאל מ', דואלובסקי א', אמית ש', טסלר ר', ואח'. נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית, ודפוסי התנהגויות סיכון. סיכום ממצאי המחקר הארצי השישי (2010) וניתוח מגמות בין השנים 1994-2010. רמת גן: אוניברסיטת בר-אילן, המחלקה לסוציולוגיה ולאנתרופולוגיה; 2011.
9. הראל-פישי י', וולש ס', שטיינמן נ', לובל ש', רייזי י', טסלר ר', ואח'. נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית, ודפוסי התנהגויות סיכון בקרב בני נוער בישראל – ממצאי המחקר השביעי, דו"ח HBSC ישראל. רמת-גן: אוניברסיטת בר-אילן, בית הספר לחינוך, תכנית המחקר הבינלאומי על ורווחה ובריאותם של בני נוער; 2016.
10. Nemet D, Geva D, Pantanowitz M, Igbaria N, Meckel Y, Eliakim A. Health promotion intervention in Arab-Israeli kindergarten children. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2011;24(11-12):1001-7.
11. Nemet D, Geva D, Eliakim A. Health promotion intervention in low socioeconomic kindergarten children. *J Pediatr.* 2011;158(5):796-801.
12. Nemet D, Perez S, Reges O, Eliakim A. Physical activity and

- RE, et al. Combating child obesity: impact of HENRY on parenting and family lifestyle. *Pediatr Obes*. 2014;9(5):339-50.
37. Davis H, Day C. Working in partnership with parents. 2nd ed. London: Pearson; 2010.
  38. Brown R, Willis TA, Hunt C, Rudolf MCJ. HENRY: long term impact of a programme to prevent childhood obesity. Yorkshire & Humber Academic Presentation Day [internet]; 2011 [cited 2019 Dec 12]. Available from: [https://www.henry.org.uk/sites/www.henry.org.uk/files/2017-12/1.HENRY-long\\_term\\_impact\\_of\\_a\\_programme\\_to\\_prevent\\_childhood\\_obesity\\_%282011%29.pdf](https://www.henry.org.uk/sites/www.henry.org.uk/files/2017-12/1.HENRY-long_term_impact_of_a_programme_to_prevent_childhood_obesity_%282011%29.pdf)
  39. Willis TA, Roberts KPJ, Berry TM, Bryant M, Rudolf MCJ. The impact of HENRY on parenting and family lifestyle: a national service evaluation of a preschool obesity prevention programme. *Public Health*. 2016;136:101-8.
  40. Vivanti A, Lewis J, O'Sullivan TA. The nutrition care process terminology: changes in perceptions, attitudes, knowledge and implementation amongst Australian dietitians after three years. *Nutr Diet*. 2018;75(1):87-97.
  41. Rudolf M, Perera R, Swanston D, Burberry J, Roberts K, Jebb S. Observational analysis of disparities in obesity in children in the UK: Has Leeds bucked the trend?. *Pediatr Obes* [internet]. 2019 [cited 2019 Dec 12];14(9) Available from: <https://doi.org/10.1111/ijpo.12529>.
  30. Roberts K. Growing up not out: the HENRY approach to preventing childhood obesity. *British Journal of Obesity*. 2015;1(3):89-94.
  31. Willis TA, Potrata B, Hunt C, Rudolf MCJ. Training community practitioners to work more effectively with parents to prevent childhood obesity: the impact of HENRY upon children's centres and their staff. *J Hum Nutr Diet*. 2012;25(5):460-8.
  32. Dennison BA, Russo TJ, Burdick PA, Jenkins PL. An intervention to reduce television viewing by preschool children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(2):170-6.
  33. Harvey-Berino J, Rourke J. Obesity prevention in preschool native-American children: a pilot study using home visiting. *Obes Res*. 2003;11(5): 606-11.
  34. Reilly JJ, Kelly L, Montgomery C, Williamson A, Fisher A, McColl JH, et al. Physical activity to prevent obesity in young children: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2006;333(7577):1041.
  35. Townsend N, Rutter H, Foster C. Age differences in the association of childhood obesity with area-level and school-level deprivation: cross-classified multilevel analysis of cross-sectional data. *Int J Obes*. 2012;36(1):45-52.
  36. Willis TA, George J, Hunt C, Roberts KPJ, Evans CEL, Brown