קידום הבריאות בישראל

כתב עת ישראלי
לחינוך ולקידום הבריאות

חוברת 10
כסלו תשפ"ג, נובמבר 2022

ISSN: 2707-0055

חוברת 10 כסלו תשפ״ג, נובמבר 2022

קידום הבריאות בישראל

כתב עת ישראלי לחינוך ולקידום הבריאות

ISSN: 2707-0055

חוברת מס׳ 10, כסלו תשפ״ג, נובמבר 2022

הופק ע״י המחלקה לחינוך ולקידום הבריאות,
חטיבת בריאות הציבור, משרד הבריאות

מערכת **קידום הבריאות בישראל:**

עורכות מדעיות: **ריקי טסלר, שירן בורד**
עורכת משנה: **ניבה מנור**
עריכה לדפוס והפקה: **דלית דנן**

חברי המערכת (לפי סדר הא׳-ב׳):

אפרת אפללו
אורנה בראון-אפל
ניהאיה דאוד
מחמד חטיב
שחר לב ארי
דיאן לוין-זמיר
לילך מלוויל
רחל ניסנהולץ-גנות
יעל סלע
ורד קאופמן-שריקי
ליאת קורן
לאה רוזן

עורכי כתב העת והמחלקה לחינוך ולקידום הבריאות, משרד הבריאות אינם אחראים לתוכן המאמרים. רשימת המקורות הועברו לדפוס כפי שהוכנו ע״י המחברים.

שיפוט מאמרים:
מאמר שישלח למערכת **קידום הבריאות בישראל** יראה אור רק לאחר שיישפט על־ידי עמיתים-מומחים.

רשימת מחברי המאמרים והתקצירים

רשימת מחברי המאמרים:

מיסוי משקאות ממותקים בישראל: הבדלים בתפיסת המס לפי מצב סוציו־אקונומי

נועה שטיינמץ – המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
ריקי טסלר – המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
שרון ברק – המחלקה לסיעוד, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
ג׳יזל גרין – המחלקה לסיעוד, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
ליאת קורן – המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל

חשיפת מבוגרים לא מעשנים בישראל לעשן טבק סביבתי בזמן מגפת הקורונה – 2020-2021

תמר ברמן – המחלקה לבריאות וסביבה, משרד הבריאות.
זהר ברנט־יצחקי – קבוצת מחקר לקיימות סביבתית וחברתית; הפקולטה להנדסה, המרכז האקדמי רופין
אפרת רורמן – המעבדה הארצית לבריאות הציבור, משרד הבריאות
לודה גרויסמן – המעבדה הארצית לבריאות הציבור, משרד הבריאות

צמצום השמנה בילדים: תפיסות הורים באשר לצוות המטפל בסדנאות לטיפול בעודף משקל בילדים

קרן שכטר רפאל – המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
ליאת קורן – המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל

הירידה בדפוסי צריכת אלכוהול בקרב מתבגרים בישראל 2009-2019: האם מדיניות הממשלה נקשרת להצלחה?

ימית אלפסי – התוכנית לניהול ויישוב סכסוכים, אוניברסיטת בן גוריון

טיפול מקוון "בהשגחת מהדרין" בתקופת הקורונה כמנוף להטבה במצבן של צעירות מהמגזר החרדי עם הפרעות אכילה

יעל לצר – ביה"ס לעבודה סוציאלית, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה
אסתי הרמן – מחלקה להפרעות אכילה לילדים ומתבגרים, בית חולים מעייני הישועה, בני ברק
אורנה אטיאס – מחלקה להפרעות אכילה לילדים ומתבגרים, בית חולים מעייני הישועה, בני ברק
מירב שמעוני – מחלקה להפרעות אכילה לילדים ומתבגרים, בית חולים מעייני הישועה, בני ברק
צופיה לאופר – מחלקה להפרעות אכילה לילדים ומתבגרים, בית חולים מעייני הישועה, בני ברק
עטרת עובדיה – מחלקה להפרעות אכילה לילדים ומתבגרים, בית חולים מעייני הישועה, בני ברק
טובה אופנהיימר – מחלקה להפרעות אכילה לילדים ומתבגרים, בית חולים מעייני הישועה, בני ברק
מוריה עוזיאל – מחלקה להפרעות אכילה לילדים ומתבגרים, בית חולים מעייני הישועה, בני ברק
רחל אשכנזי – מחלקה להפרעות אכילה לילדים ומתבגרים, בית חולים מעייני הישועה, בני ברק
דניאל שטיין – פקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב, מחלקה להפרעות אכילה לילדים ומתבגרים, בית חולים לילדים ע"ש ספרא, מרכז רפואי ע"ש שיבא, מנהל המחלקה להפרעות אכילה, בית חולים מעייני הישועה, בני ברק

הקשר בין תחושת קוהרנטיות לבין רמות חרדה, הערכת תפקוד ובריאות ועוצמת הקשר אם־יילוד, בקרב יולדות אשר הגיעו ללדת בבית חולים רמב"ם בניתוח קיסרי מתוכנן

אילנה פוסטרנק – בית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה
אורנה בראון־אפל – בית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה

מרכיבים המעודדים ומעכבים הפעלה ויישום של תוכניות התערבות לקידום בריאות בבתי ספר יסודיים בישראל

איילה ז"ק יהודה – בית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה
אורנה בראון אפל – בית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה

רשימת מחברי התקצירים:

אוריינות בריאות דיגיטלית, מצב בריאות וחינוך וידע בריאותי אישי בקרב מבוגרים

ג'יזל גרין – המחלקה לסיעוד, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל

מחסומים העומדים בפני אחיות בריאות הציבור לשוחח עם הורים על עודף משקל ו/או השמנה של ילדיהם

יעל סלע – המחלקה ללימודי סיעוד, המרכז האקדמי רופין
קרן גרינברג – המחלקה ללימודי סיעוד, המרכז האקדמי רופין
דני נמט – מנהל מרכז ספורט ובריאות לילדים ונוער במרכז הרפואי מאיר והמנהל הרפואי של הוועד האולימפי בישראל

אתגרים אתיים בטיפול באנשים עם דמנציה סופנית: עמדות של אנשי צוות ובני משפחה מטפלים

ענבל הלוי הוכוולד – החוג לסיעוד, המכללה האקדמית עמק יזרעאל
גילה יעקב – החוג למנהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל
זוריאן רדומיסלסקי – המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
יהודה דנון – המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
רחלי ניסנהולץ־גנות – המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל

השפעת אוריינות חיסונים, הססנות חיסונים, התנהגות ותפיסת החיסון של הורים על כוונותיהם לחסן את ילדיהם נגד COVID19

יוליה גנדלר – המחלקה לסיעוד, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
לני עפרי – המחלקה לסיעוד, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל

אפקט מקום הלידה של ספורטאים בני 14-18 המשתתפים בספורט תחרותי, אישי וקבוצתי

זהר מעיין – המרכז האקדמי לוינסקי־וינגייט
רוני לידור – המרכז האקדמי לוינסקי־וינגייט
מיכל ארנון – המרכז האקדמי לוינסקי־וינגייט

דחק ואפליה נתפסת בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל: תפקידם של תפיסת האיום והאמון במערכת הבריאות כמשתנים מתווכים

כרמית סטרן – החוג לסיעוד, המכללה האקדמית עמק יזרעאל
עולא עלי־סאלח – החוג לסיעוד, המכללה האקדמית עמק יזרעאל
מיכל משיח־אייזנברג – החוג למנהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל
שירן בורד – החוג למנהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל

תוכן העניינים

בפתח המהדורה
אפרת אפללו 5

דבר המערכת
ריקי טסלר, שירן בורד, ניבה מנור 6

מאמרים

מיסוי משקאות ממותקים בישראל: הבדלים בתפיסת המס לפי מצב סוציו־אקונומי
נועה שטיינמץ, ריקי טסלר, שרון ברק, ג'יזל גרין, ליאת קורן 7

חשיפת מבוגרים לא מעשנים בישראל לעשן טבק סביבתי בזמן מגפת הקורונה – 2021-2020
תמר ברמן, זהר ברנט־יצחקי, אפרת רורמן, לודה גרויסמן 16

צמצום השמנה בילדים: תפיסות הורים באשר לצוות המטפל בסדנאות לטיפול בעודף משקל בילדים
קרן שכטר רפאל, ליאת קורן 22

הירידה בדפוסי צריכת אלכוהול בקרב מתבגרים בישראל 2019-2009: האם מדיניות הממשלה נקשרת להצלחה?
ימית אלפסי 31

טיפול מקוון "בהשגחת מהדרין" בתקופת הקורונה כמנוף להטבה במצבן של צעירות מהמגזר החרדי עם הפרעות אכילה
יעל לצר, אסתי הרמן, אורנה אטיאס, מירב שמעוני, צופיה לאופר, עטרת עובדיה, טובה אופנהיימר,
מוריה עוזיאל, רחל אשכנזי, דניאל שטיין 44

הקשר בין תחושת קוהרנטיות לבין רמות חרדה, הערכת תפקוד ובריאות ועוצמת הקשר אם־יילוד, בקרב יולדות אשר הגיעו ללדת בבית חולים רמב"ם בניתוח קיסרי מתוכנן
אילנה פוסטרנק, אורנה בראון־אפל 54

מרכיבים המעודדים ומעכבים הפעלה ויישום של תוכניות התערבות לקידום בריאות בבתי ספר יסודיים בישראל
איילה ז"ק יהודה, אורנה בראון אפל 61

תקצירים

אוריינות בריאות דיגיטלית, מצב בריאות וחינוך, וידע בריאותי אישי בקרב מבוגרים
ג'יזל גרין 72

מחסומים העומדים בפני אחיות בריאות הציבור לשוחח עם הורים על עודף משקל ו/או השמנה של ילדיהם
יעל סלע, קרן גרינברג, דני נמט 73

אתגרים אתיים בטיפול באנשים עם דמנציה סופנית: עמדות של אנשי צוות ובני משפחה מטפלים
ענבל הלוי הוכוולד, גילה יעקב, זוריאן רדומיסלסקי, יהודה דנון ורחלי ניסנהולץ־גנות 74

השפעת אוריינות חיסונים, הססנות חיסונים, התנהגות ותפיסת החיסון של הורים על כוונותיהם לחסן את ילדיהם נגד COVID-19
יוליה גנדלר, לני עפרי 75

אפקט מקום הלידה של ספורטאים בני 14-18 המשתתפים בספורט תחרותי, אישי וקבוצתי
זהר מעיין, רוני לידור, מיכל ארנון 76

דחק ואפליה נתפסת בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל: תפקידם של תפיסת האיום והאמון במערכת הבריאות כמשתנים מתווכים
כרמית סטרן, עולא עלי־סאלח, מיכל משיח־אייזנברג, שירן בורד 77

בפתח המהדורה

חברים יקרים,

אני שמחה להציג בפניכם את גיליון מס' 10 של כתב העת המקצועי של המחלקה לחינוך ולקידום הבריאות, חטיבת בריאות הציבור במשרד הבריאות.

בתחילת 2020 התפשטה ברחבי העולם מגפת הקורונה, אשר הובילה את העולם להתמודד עם אתגרים בריאותיים רבים. במהלך השנתיים האחרונות למדנו כיצד עלינו להתמודד עם מחלת הקורונה באמצעים שונים ולצד זאת כיצד להתמודד עם ההשפעה של נוכחות הוירוס על השגרה שלנו.

לצד מגיפת הקורונה, העולם עבר ועובר שינוי מהותי בתחומים רבים כגון האצה טכנולוגית משמעותית, דפוסי עבודה ולימודים משתנים, שינויי אקלים מרחיקי לכת אשר אותותיהם נראים בכל עת, אמצעי תחבורה חדשים לצד פיתוחים באמצעים הקיימים, ועוד ועוד.

המגמות העולמיות שכאמור חלקן נובעות מהשלכות מגיפת הקורונה וחלקן בלתי נמנעות לאור הקידמה הטכנולוגית, מחייבות את מערכת הבריאות על כל חלקיה, לתת מענה מותאם הן בתחומי המניעה והן בתחומי הטיפול. הן מחייבות אנשי קידום בריאות להניח תשתיות רחבות יותר שיאפשרו לאוכלוסייה לבחור באורח חיים בריא בכל הזירות, הן מחייבות פיתוח של רפואה מונעת נרחבת בהיבטי חיסונים ובדיקות סקר, ומחייבות פיתוח של שירותי טיפול רפואי מתקדמים, מותאמים ומונגשים לכלל האוכלוסייה כפי שנכתב בחוק ביטוח בריאות ממלכתי שנחקק בשנת 1995.

בכתב העת הנוכחי, תמצאו התייחסות רחבה ומעניינת לקידום בריאות האוכלוסייה, תוך מתן פתרונות אפשריים לשיפור המערכת הקיימת. במקביל, עומל משרד הבריאות בעבודה מאומצת להתוות מדיניות קידום בריאות לאומית יחד עם שותפים רבים. השנה נרשמו מספר הצלחות בתחומים שונים: הטלת מיסוי על שתייה מתוקה ועל סיגריות אלקטרוניות, ביטול החרגת פרסום מוצרי טבק בעיתונות הכתובה בהדרגה, הרחבת מספר הרשויות המשתתפות במיזם הלאומי "אפשריבריא בעיר", כינונה של ועדת המניעה הבין־משרדית ואימוץ המלצותיה על ידי מנכ"ל משרד הבריאות, תכלול תוכנית חברה ערבית והתחלת ביצוע התערבויות לשיפור בריאותה ותוכניות נוספות רבות המתבצעות בשיתופי פעולה מקומיים בין לשכות הבריאות של משרד הבריאות, רשויות מקומיות, מוסדות חינוך, בתי חולים, קופות החולים ושותפים רבים נוספים.

אני רוצה להודות לכל החוקרים שעושים עבודה מופלאה באיתור מוקדי ההתערבות, בניתוח המצב הקיים ובהעלאת רעיונות לשיפור. קיימת חשיבות אדירה לשיתוף מידע בין הדיסיפלינות השונות – אקדמיה, משרדי ממשלה, מגזר שלישי, קופות החולים, שלטון מקומי ושותפים נוספים, על מנת למצוא את הדרכים להשפיע בצורה הכי נכונה ומיטבית.

תודה ענקית נוספת לעורכות ולמוציאות לפועל של המהדורה – ד"ר ריקי טסלר, שירן בורד, ניבה בסודו מנור ודלית דנן שעושות עבודה מופלאה בהגשת כתב העת לידיכם.

בריאות לרוב,

ד"ר אפרת אפללו

מנהלת המחלקה לחינוך ולקידום הבריאות
חטיבת בריאות הציבור, משרד הבריאות

דבר העורכות

הוצאתו לאור של גיליון מספר 10 של כתב העת "קידום הבריאות בישראל" מאפשרת לחשוף לראשונה שמונה מאמרים מרתקים וחדשניים, העוסקים בסוגיות שונות בקידום בריאות בישראל. הגיליון מציג מאמרים הבוחנים דפוסי התנהגות כמו עישון, צריכת אלכוהול והפרעות אכילה, ומאמרים אחרים המתמקדים במדיניות מקדמת בריאות במסגרות שונות. ההיבטים השונים המוצגים במאמרים אלו שופכים אור על קידום בריאות במעגלים השונים, מרחיבים את הידע הקיים לצד יצירת ידע חדש ופותחים צוהר אל הזירות השונות שבהן קידום בריאות נוכח וזוכה למשמעות רחבה.

לצד העמקה בסוגיות מרכזיות בקידום בריאות, כתב העת מציג תרגום של תקצירי מאמרים שפורסמו במקור באנגלית, של מספר כותבים מובילים בתחום, במגוון נושאי קידום בריאות בישראל. הפעם הושם דגש על מדיניות ואוריינות בריאותית.

על אף ההתקדמות הנרחבת בשדה קידום הבריאות וההכרה בנחיצותו הרבה, השיפור במדדים הבריאותיים של קבוצות אוכלוסייה רבות בישראל טרם הושג באופן מלא, בפרט מאז משבר הקורונה. אשר על כן, נדרשת התייחסותנו, הן באקדמיה ובמחקר והן ביישום ובשטח, כחוקרים, כמומחים, כקובעי מדיניות וכחלק מהציבור הישראלי. ניכר כי יש צורך במתן דגש על יישום, פיתוח והטמעה של תוכניות התערבות ברמת המאקרו אשר יאפשרו לקדם את בריאותו של הציבור על שלל גווניו.

כתב העת "קידום הבריאות בישראל" מבקש לגשר על פערים בריאותיים ולהוות זירה פוטנציאלית ומבטיחה למתן כלים, שיטות עבודה וידע חדשני בנושא. כל אלה עשויים לתרום באורח משמעותי לקידום חיים פעילים ומאושרים, מתוך בריאות, חדוות היצירה והאמונה במסוגלותנו העצמית, זו הגופנית וזו הנפשית.

תודה על שיתוף הפעולה,
בברכה,

ד"ר ריקי טסלר, ד"ר שירן בורד, עורכות מדעיות • ניבה מנור, עורכת משנה
כתב העת "קידום הבריאות בישראל"

מיסוי משקאות ממותקים בישראל: הבדלים בתפיסת המס לפי מצב סוציו־אקונומי

נועה שטיינמץ[1], ריקי טסלר[1], שרון ברק[2], ג'יזל גרין[2], ליאת קורן[1]
[1] המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון
[2] המחלקה לסיעוד, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון

תקציר

רקע: בחודש ינואר 2022 הוטל לראשונה בישראל מס על משקאות ממותקים, שהומלץ בידי ארגון הבריאות העולמי כפרקטיקה לצמצום הצריכה של משקאות ממותקים. למרות החשיבות הטמונה ביכולת המדינה לכוון התנהגות, מדיניות זו זוכה לביקורת. התומכים טוענים שהמס יוביל לצמצום הצריכה של משקאות מזיקים לבריאות, ויסייע בהתמודדות עם הנזקים של צריכת סוכר מופרזת. המתנגדים גורסים שהמס יפגע באוכלוסיות חלשות ויגביר אי־שוויון. לפי הספרות, לנסיבות ולתנאים החומריים שבהם הפרט מתפתח וחי יש השפעה עמוקה ומתמשכת על דפוסי החשיבה, הרגשות וההתנהגות. לאור זאת, המאמר מתמקד בהבדלי תפיסה בשני תחומים הנוגעים לכולם – בריאות ומיסים.

מטרה: לבחון הבדלים בתפיסת המס על משקאות ממותקים בישראל לפי מצב סוציו־אקונומי.

שיטה: מחקר כמותי המבוסס על נתונים שנאספו מ־139 נבדקים מעל גיל 18 בדגימת נוחות. ניתוח הנתונים נעשה בתוכנת SPSS.

ממצאים: נמצא קשר חיובי מובהק בין מצב סוציו־אקונומי ובין תפיסת המס. נבדקים ממצב סוציו־אקונומי נמוך הציגו את התפיסה השלילית ביותר כלפי המס (M=2.67, SD=0.80) בהשוואה לנבדקים ממצב סוציו־אקונומי בינוני (M=2.79, SD=0.89) וגבוה (M=3.11, SD=0.90).

דיון ומסקנות: מדיניות שאינה מושתתת על אסטרטגיות מיסוי בלבד, דוגמת תוכנית לאומית בבתי ספר, הגבלת שיווק מזון עתיר סוכר וסובסידיה של מוצרי מזון בריאים, עשויה לאפשר טיפול יעיל יותר בנזקים של צריכת הסוכר. מומלץ שההכנסות מהמס ינוצלו לשימושים בריאותיים כדי לקדם תפיסה חיובית יותר ושינוי התנהגותי בריא בקרב הציבור, בדגש על אוכלוסיות ממצב סוציו־אקונומי נמוך. המאמר הוא אקספלורטיבי וראשוני, וכך גם ממצאיו שראויים להמשך בחינה סטטיסטית.

מילות מפתח: **מיסוי; משקאות ממותקים; תפיסה; מצב סוציו־אקונומי; קידום בריאות.**

רקע

התפיסה הרווחת לעיתים קרובות בציבור הרחב היא כי מערכת המיסים היא מערכת ניטרלית מקצועית, החפה מתפיסות עולם ומהשקפות והמיועדת לצורך אחד בלבד – מימון תקציב הממשלה. תפיסה זו נשענת על ההבנה, כי מדינה אינה יכולה להתקיים מבלי לגבות מיסים הנדרשים למימון הוצאותיה לצורך קיומה. ואולם ברחבי העולם, כמו גם בישראל, מערכות המס משמשות לקידום מגוון מטרות חברתיות או כלכליות ובמרכזן צדק חלוקתי (צמצום אי־השוויון), עידוד פעילויות כלכליות מסוימות והכוונת התנהגות. מדיניות המס הישראלית היא אמצעי להגשמתן של מטרות אלו, תפיסה אשר קנתה לה אחיזה בספרות המשפטית־כלכלית ובפסיקה בישראל (1).

ביום 20 באוקטובר 2021 פורסם צו תעריף המכס והפטורים ומס קנייה על טובין (תיקון מס' 4), התשפ"ב־2021, שקבע כי יוטל לראשונה מס על משקאות ממותקים בישראל החל מיום 1 בינואר 2022. לפי הצו תוטל תוספת מס על משקאות ממותקים של שקל לליטר, ועל משקאות דיאט תוטל תוספת מס של 0.7 שקל לליטר. מיסוי משקאות ממותקים אינו ייחודי לישראל. עשרות מדינות ברחבי העולם מטילות מס זה, אשר

זכה בשנים האחרונות להמלצה רשמית של ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization, WHO) כפרקטיקה לצמצום הצריכה של משקאות ממותקים (2).

המאמר מתמקד במקרה מבחן (case study) של צו מיסוי שמטרתו לכוון התנהגות לקידום בריאות הציבור. הכוונת התנהגות באמצעות מערכת המס מקודמת בדרך של הטלת חיובים לדיכוי ולצמצום התנהגויות מסוימות ובמתן תמריצים לעידוד פעילויות אחרות. למרות החשיבות הרבה הטמונה ביכולת המדינה לכוון התנהגות, מדיניות זו של מערכת המס זוכה לביקורת רבה (3,1). כך קורה גם בנוגע למס על משקאות ממותקים בישראל, אשר זוכה לדיון סוער במישור החברתי, הפוליטי והכלכלי. מטרת המאמר היא לבחון הבדלים בתפיסת המס על משקאות ממותקים בישראל בהתבסס על מצב סוציו־אקונומי. ההנחה המרכזית היא כי מצב סוציו־אקונומי יהיה קשור לתפיסת המס: בעלי הכנסות נמוכות יותר יתפסו את המס כמוצדק פחות וכבעל השפעה חיובית פחותה על בריאותם לעומת תפיסתם של בעלי הכנסות גבוהות יותר את המס.

הערה על טרמינולוגיה

תחילה נראה כי יש להבחין בין מעמד חברתי־כלכלי ובין מצב סוציו־אקונומי. במונחים מרקסיסטיים, מעמד חברתי (social class) מוגדר באופן אובייקטיבי כיחס של הפרט לאמצעי הייצור: או שהוא בעל אמצעי הייצור ובמקרה זה שייך לבורגנות, או שהוא מוכר את כוח העבודה שלו ובמקרה זה הוא שייך למעמד הפועלים; יש הבדל איכותי ברור בין שני המעמדות (4). תפיסה זו התאימה לתקופה שרוב האנשים היו מסווגים כ"בעלים" או כ"עובדים"; ואולם היא מעוררת קושי בעידן שבו העיסוקים המסורתיים הצטמצמו או נעלמו ויש מעמד ביניים לא־מבוטל של מנהלים ושל אנשי מקצוע, כך שהחלוקות המעמדיות הנוכחיות מבוססות על עושר ועל הון חברתי ותרבותי. גישה חלופית היא גישה המתמקדת בהבדלים כמותיים במצב סוציו־אקונומי (להלן: SES (Socio Economic Status)), המוגדר לרוב במונחים של מצבו הכלכלי של הפרט, של השכלתו ושל עיסוקו בהשוואה לאחרים. שדה המחקר מלמד כי כאשר הפרט נשאל על זהותו, הוא חושב יותר בקלות במונחי SES מאשר במונחי מעמד חברתי, ככל הנראה בשל יכולתו להעריך את מיקומו ביחס לאחרים מבחינת גורמים כלכליים והישגים השכלתיים, ואולי מתוך הכרה בכך שהגבולות המסורתיים בין מעמדות חברתיים כיום הפכו לברורים פחות. מסיבות אלה חלק גדול מהספרות על מעמד חברתי מתמקד ב־SES כפי שהוא נמדד בהכנסה ובהשכלה, ולא ב־social class המוגדר במונחים של הקשר לאמצעי הייצור (4). הבחנה זו תבוא לידי ביטוי במאמר הנוכחי, המשתמש במונח "מצב סוציו־אקונומי".

בהמשך לכך, המונחים "מעמד הפועלים", שנוטה יותר לשמש חוקרים אירופאים, ו"מעמד נמוך", שנוטה יותר לשמש חוקרים אמריקנים וישראלים, משמשים לסירוגין בספרות. באופן דומה, המונחים "מעמד הביניים" ו"מעמד גבוה" משמשים לסירוגין, למרות הקונוטציות השונות שלפיהן מעמד גבוה מזוהה יותר עם אצולה ועם בעלי הקרקע (4). גם במאמר זה מונחים אלו ישמשו באותו ההקשר.

מצב סוציו־אקונומי כגורם המעצב את עולמו של הפרט

אחת האירוניות הגדולות של חברות מערביות מודרניות היא כי החלוקה בין מעמדות חברתיים הופכת לרחבה יותר במקום לצרה יותר (4). בישראל אי־השוויון בהכנסה נחשב לאחד הגבוהים במדינות ה־Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), והוא מהווה את אחת הבעיות החמורות ביותר בכלכלה הישראלית (6,5). מהן ההשלכות שיש למצב סוציו־אקונומי על קוגניציה, על רגשות ועל התנהגות? כיצד הן משפיעות על תפיסות כלפי בריאות ומיסים?

באופן מסורתי ניתוחים פסיכולוגיים חברתיים לא העניקו תשומת לב רבה למצב סוציו־אקונומי כמרכיב של זהות, ולרוב היה המיקוד במאפיינים כמו מגדר, נטייה מינית או לאום. ואולם כיום שדה המחקר מלמד כי הפרט מייחס חשיבות רבה למצב סוציו־אקונומי כמרכיב זהותי, אשר ממלא תפקיד חיוני בבניית התפיסה העצמית ובעיצוב השקפת העולם, דפוסי החשיבה, הרגשות וההתנהגות (8,7). בהלימה לכך, מחקרים מראים כי לתנאים החומריים שבהם הפרט מתפתח וחי יש השפעה מתמשכת על זהותו האישית והחברתית, על האופן שבו הוא חושב ומרגיש ועל היבטים מרכזיים בהתנהגותו. כך למשל, פרט המגיע מרקע סוציו־אקונומי נמוך נוטה פחות להגדיר את עצמו במונחים של מצב כלכלי, ונוטה יותר להסביר אירועים חברתיים במונחים של מצבים חיצוניים שאינם בשליטתו, ככל הנראה עקב תחושת שליטה אישית נמוכה יותר (4). אוכלוסייה זו מושפעת לרוב מאילוצים חומריים גבוהים יותר, מהתמודדות עם מחסור או עם מצוקה ומעומס קוגניטיבי רב יותר. מי שהם בעלי רקע סוציו־אקונומי גבוה, לעומת זאת, מודאגים פחות מהצורך להתגבר על איומים כלכליים מתמשכים, מה שמאפשר להם לפעול בדרכים המשקפות את רצונם לפתח ולחקור את האינטרסים שלהם ואת עתידם בצורה חופשית יותר (10-8). כך, נראה כי הבדלים בין מצבים סוציו־אקונומיים מתבטאים בצורה רחבה יותר מעבר להקשרים פיננסיים בלבד, וכי נסיבות חיים תחת עוני או קשיים כלכליים מזמנות התנהגויות ודפוסי פעולה שונים לעומת חיים תחת שפע (11,10).

עיצוב אישיותי זה מתחיל עוד בילדות ובבית הספר, במעין תהליך סוציאליזציה. אומנם הרעיון שבית הספר משמש

הקשר שבו מתחזק אי־השוויון המעמדי החברתי המשליך על היבטים כה רבים בחיי הפרט עשוי תחילה להיראות תמוה, בהתחשב בכך שבתי ספר אמורים לשמש סביבה שבה הישג מעוצב מיכולת וממאמץ ולא מיתרון המבוסס על רקע התלמיד. עם זאת יש מי שטוענים, כי בית הספר משחזר אי־שוויון באמצעות קידום נורמות וערכים המוכרים יותר לתלמידים ממעמד הביניים. השפעה זו עתידה ללוות את התלמיד לחייו הבוגרים (4).

הבחנה נוספת בספרות היא בין מצב סוציו־אקונומי אובייקטיבי למצב סוציו־אקונומי סובייקטיבי. בסקר עמדות שנערך בבריטניה נמצא, כי על אף ירידה דרמטית בעיסוקים מסורתיים שנחשבו בעבר כמזוהים עם מעמד הפועלים, כ־60% מאזרחי בריטניה עדיין מתארים את עצמם כשייכים למעמד זה ולא למעמד הביניים. כמעט בכל סוגי המקצוע שנבדקו הוביל הזיהוי העצמי הסובייקטיבי של המשיבים להבדל מהותי בעמדותיהם הפוליטיות והחברתיות (12). מחקרים אחרים חושפים סימנים התנהגותיים שמזוהים עם מעמד חברתי ועם מצב סוציו־אקונומי סובייקטיבי. עולה מכך כי מצב סוציו־אקונומי סובייקטיבי ״פועל״ ומשפיע אף הוא על מחשבות, על רגשות ועל התנהגות, ללא תלות בהכנסה (13,4).

אפשר אם כן לראות שמצב סוציו־אקונומי הוא משתנה משמעותי בעיצוב חייו של הפרט. בקרב פרטים מרקע סוציו־אקונומי נמוך, היבטים אישיותיים והתנהגותיים מתגבשים לאור מעגל מתמשך של חסך ושל מיעוט משאבים, המגביל הזדמנויות והיוצר תחושת איום. לרוב יש לאוכלוסייה זו פחות משאבים ומקורות פיננסיים להישען עליהם בעיתות משבר, לצד הדרה והיעדר נגישות למוסדות חברתיים וכלכליים (9). לעומת זאת, פרטים מרקע סוציו־אקונומי גבוה צפויים ליהנות מיותר משאבים חומריים ופסיכולוגיים זמינים. הקשרים (contexts) ותנאים אלה יוצרים הבדלים תפיסתיים. חוקרים שונים מציעים להתייחס להשפעת המצב הסוציו־אקונומי האובייקטיבי והסובייקטיבי על שלושה סוגים של תוצאות והשלכות – קוגניציה, רגש והתנהגות (4). על בסיס תובנות אלו, המאמר הנוכחי מתמקד בהבדלי תפיסות בשני תחומים מרכזיים הנוגעים לחיים של כולם – בריאות ומיסים.

הבדלים לפי מצב סוציו־אקונומי: בריאות

הזכות לבריאות היא אחת הזכויות הבסיסיות ביותר של כל אדם. ארגון הבריאות העולמי מגדיר בריאות כתהליך דינמי ששואף לרווחה גופנית, רוחנית, נפשית וחברתית־סביבתית, ולא רק כמצב של היעדר מחלה או פציעה (15,14). הגדרה זו משקפת את תפיסת הבריאות כמורכבת וכרב־ממדית, המושפעת והנשענת על עמדות, על ערכים, על תרבות, על אורח חיים ועל מצב גופני, נפשי, משפחתי וסביבתי של הפרט. תפיסת הבריאות של הפרט מושפעת מגורמים רבים, מהווה ״משאב חיים״ (resource for living) באיכות חייו ומשליכה על התנהגויות בריאות (15,14).

עוד מראשית המאה התשע עשרה הקשר בין מצב סוציו־אקונומי ובין בריאות הוא קשר מבוסס ועקבי. נתונים מלמדים, כי במדינות רבות וגם בישראל ישנם פערים ניכרים בתפיסת הבריאות ובמדדים בריאותיים שונים לפי מצב סוציו־אקונומי. מצב הבריאות ותפיסתה מתדרדרים ככל שיורדים ברמת ההכנסה: אוכלוסייה מרקע סוציו־אקונומי נמוך מאופיינת בטווח רחב יותר של השלכות בריאותיות שליליות, כגון תחלואה כרונית, תמותה ומצב בריאותי ירוד, תוחלת חיים קצרה יותר, פחות אבחונים רפואיים תואמים וסיכוי גבוה יותר להתדרדרות בריאותית, להיעדרות מעבודה ולאבטלה עקב מחלה (16-18).

בבחינת השאלה מדוע השכלה והכנסה נמוכות עלולות לגרום למצב בריאות ירוד, נמצאו בין היתר גורמים אלה: חשיפה מוגברת לגורמי סיכון ולתחושות מתח ולחץ פסיכולוגי; קשיי נגישות לשירותי בריאות עקב מגבלות פיננסיות או מגבלות מידע; אורח חיים פחות בריא ופעיל; נטייה חזקה יותר להתנהגויות מזיקות לבריאות כמו תזונה לא־מאוזנת, עישון וצריכת אלכוהול; מגורים באזורים מרובי סיכונים לבריאות; עבודה במקצועות מסוכנים יותר; חינוך ומודעות מצומצמים לנזקי בריאות (20,19). אפשר לראות זאת כהצטברות של גורמים לאורך החיים שעלולים להוביל לפגיעה ניכרת בבריאות ובתפיסות על אודותיה. במקרה של פרט מרקע סוציו־אקונומי גבוה, גם אם גורמי סיכון אלו מצטברים, הוא עשוי להיעזר בגורמי הגנה: לרכוש שירותי בריאות טובים ומתקדמים יותר, להקפיד על צמצום התנהגות מזיקה עקב מודעות והבנה ולהחלים בסביבה בריאה ויציבה יותר. כל אלו תורמים להתפתחות ולשימור פערי בריאות על רקע סוציו־אקונומי (17).

הבדלים לפי מצב סוציו־אקונומי: מיסוי

תמונה דומה של פערים ושל אי־שוויון על רקע סוציו־אקונומי מצטיירת באשר למיסוי. עניין זה מקבל משנה חשיבות, משום שאחת ממטרותיה של מערכת המס היא צמצום אי־שוויון וחלוקה מחדש של העושר ושל המשאבים בחברה – קרי צדק חלוקתי – בדומה למערכת הבריאות.

השאלה מי נושא בנטל המיסוי ומי נהנה מן השירותים שמיסוי זה מאפשר היא סוגיה פוליטית־חברתית־כלכלית. לאורך ההיסטוריה מיסוי הוא סוגיה ציבורית מרכזית, ומבחינה מעשית נדרשת תמיכה ציבורית רחבה למיסוי במשטר דמוקרטי. הלכה למעשה, התמיכה הנחוצה ביותר היא של השכבות המבוססות, משום שבעלי הכנסות גבוהות הם המקור הגדול ביותר להכנסות המדינה ממיסים, בעוד שבעלי הכנסות

נמוכות במקרים רבים אינם מגיעים כלל לסף המס על הכנסה מעבודה (21).

אחת הדוגמאות לאי־השוויון משתקפת במס הכנסה. אף שלפי החוק כל העובדים בישראל נדרשים לשלם מס פרוגרסיבי על הכנסתם, בפועל כיום קרוב לשישה עשירונים מתוכם פטורים מתשלום מס זה, בין אם משום שאינם מגיעים לסף המס ובין אם עקב נקודות זיכוי. ישנה טענה שלפיה פטור זה מנציח את אי־השוויון, שכן עובדים שאינם מגיעים לסף המס מותירים את הכסף בידיו של המעסיק (במקום בידיה של קופת המדינה). יתרה מזאת, יש מי שמרמזים כי ויתור על תשלום המס מאפשר למעסיקים לשלם שכר נמוך מסף המס ובכך להנציח שכר נמוך במשק ולחזק את אי־השוויון (21). טענה אחרת עוסקת במס ערך מוסף (מע"מ), אשר נחשב כיום למס המניב את ההכנסה העיקרית למדינת ישראל. מס זה הוא רגרסיבי, כלומר הוא נקבע בשיעור אחיד לכלל הציבור, ללא תלות ברמת ההכנסה. מבדיקה שערך משרד האוצר ובשונה ממה שהיה אפשר אולי לצפות, נמצא כי מי שנמנים עם העשירון התחתון היו מי ששילמו את השיעור הגבוה ביותר מסך הכנסתם ברוטו לשלטונות המס. ההסבר נובע ככל הנראה מכך, שההוצאה העיקרית של משקי בית בעשירון התחתון היא מוצרי צריכה (שעל רבים מהם מוטל מע"מ) (22). מכך עולה הטענה, כי הסתמכותה הגוברת של המדינה על מע"מ במקום על מס הכנסה מבטאת את מגמת אי־השוויון בחברה הישראלית וכי "מדיניות המס הישראלית אינה מכוילת לקידום שוויון" (21).

היבט נוסף של חשיבות המיסוי על הכנסות גבוהות ושל האופן שבעלי הכנסות גבוהות תופסים אותו נובע מכך, שמיסוי זה מקטין את אי־השוויון בהכנסות ואף עשוי לתמוך בצמיחה כלכלית ולמנוע אתגרים סוציו־אקונומיים אחרים. הימנעות של בעלי הכנסות גבוהות מתשלום מס עלולה להשפיע על תפיסת המיסוי כהוגן וכמוצדק בעיני הציבור. ציות למס חשוב גם בקרב בעלי הכנסות נמוכות, בעיקר מבחינה פסיכולוגית של תחושת שייכות ושל השתתפות בנטל הציבורי (23).

הספרות מדווחת על השפעות מגוונות ולעיתים סותרות של הכנסה ושל מצב סוציו־אקונומי על תפיסות ועל עמדות כלפי מיסוי וציות למס, והממצאים אינם אחידים בנוגע לאופן שרמת הכנסה משפיעה עליהן. Cabelkova (23) טוענת כי אומנם הקשר שבין ציות למס ובין רמת הכנסה הוא מורכב, אך אפשר לומר כי השיקולים, אורח החיים ותפיסות העולם שונים מאוד בין "עשירים" ו"עניים", כפי שהיא מכנה זאת במחקרה, וכי הם מעצבים בהתאמה תפיסות באשר למס. נראה כי מצב סוציו־אקונומי עשוי לעצב תפיסות אלו בהתבסס על מאפיינים כמו רעיונות על הוגנות וצדק, תפיסות עושר סובייקטיביות, עמדות ואמונות (24).

תיאור מקרה המבחן: מס משקאות ממותקים

החל מיום 1 בינואר 2022 הוטל מס על משקאות ממותקים בישראל, שעומד על שקל לליטר ועל 0.7 שקל לליטר משקאות דיאט. מדובר במס קנייה מדורג, תלוי תכולת סוכר ונפח משקה. מס זה מבוסס על המלצות הוועדה לאסדרה של תזונה בריאה, אשר הוקמה בחודש פברואר 2016 בידי שר הבריאות דאז יעקב ליצמן. בחודש נובמבר 2016 הגישה הוועדה המלצות, ובהן מיסוי של משקאות ממותקים (25). מיסוי משקאות ממותקים אינו ייחודי לישראל. עשרות מדינות ברחבי העולם מטילות מס דומה (tax on sugar-sweetened beverages), ובהן אוסטרליה, הונגריה, הודו, פרו, לטביה, נורווגיה, מאוריציוס, הולנד, קרואטיה, צרפת, מקסיקו, צ'ילה, חלק ממדינות ארצות הברית, בלגיה ובריטניה (27,26). חלק ממדינות אלו הטילו את המס בעבר אך הפסיקו עקב לחצים פוליטיים, כך למשל דנמרק ופינלנד. הטלת המס זכתה בשנים האחרונות להמלצה רשמית של ארגון הבריאות העולמי כפרקטיקה לצמצום צריכה (2). עם זאת יצוין, כי לא כל המדינות מטילות את אותו סוג של מס: יש מדינות שמטילות מס ייבוא או מע"מ, ויש מדינות שמטילות מס עקיף, כמו מס ספציפי לפי נפח או כמות, לפי תכולת סוכר או מס תלוי מחיר (28). המתווה הישראלי הוא ייחודי בכך שהוא ממסה משקאות דיאט (משקאות ממותקים בחומר שאינו סוכר) ומיצי פירות, אך הוא עושה זאת לפי דרגת המס הנמוכה.

מס על משקאות ממותקים משתייך ל"מיסי חטא" (sin taxes) – מיסים המוטלים על מוצרים הקשורים להשלכות בריאותיות שליליות, כמו סיגריות ואלכוהול (29). הרציונל נובע משיעורי ההשמנה וצריכת הסוכר הגבוהים בקרב ילדים, מתבגרים ומבוגרים, סוגיה המעוררת דאגה לבריאות הציבור (28). הוא נשען על ראיות אמפיריות המלמדות שמס מעין זה משמש אסטרטגיה אפשרית וכלי למניעת השמנת יתר והפחתת צריכה עודפת של סוכר מוסף (31,30). אומנם משקאות ממותקים אינם הגורם היחיד לכך, אולם הם נטולי ערך תזונתי ומהווים מקור מרכזי לצריכת סוכר מוסף (28). בדרך זו הטלת מס על מזונות בעלי פוטנציאל מזיק לבריאות עשויה להוביל לשינוי ישיר בצריכת הפרט ולשינוי עקיף שיערכו היצרנים בהרכב התזונתי של מוצרים (32). סוגיה זו אינה רק בריאותית אלא גם כלכלית: עלויות התחלואה הנלוות להשמנה ולצריכת יתר של סוכר הן גבוהות במיוחד, ובישראל הן מוערכות בכשישה מיליארד שקלים חדשים בשנה. במכתב רשמי ששלח אגף התזונה במשרד הבריאות לרשות המיסים ב־19 ביולי 2021 מפורט הרציונל להטלת מס זה, וכן העדויות הרבות שנאספו ממדינות שונות בעולם באשר ליעילותו. נתון חשוב נוסף הוא היותה של מדינת ישראל

מובילה בצריכת משקאות ממותקים לנפש ליום בהשוואה לכארבעים מדינות אחרות, ובכלל זה ארצות הברית (29,28).

עד להטלת מס זה, אשר זכה לכינוי "מס הסוכר", לא הוטלו בישראל מיסים על מוצרי מזון ומשקאות לא־אלכוהוליים למטרות קידום בריאות. בשל כך גרר המס החדש בנוף הישראלי דיונים ציבוריים, פוליטיים וחברתיים סוערים (3). התומכים טוענים כי המס עשוי להוביל לצמצום הצריכה של משקאות המזיקים לבריאות בעלי שיעור סוכר גבוה, ובכך לסייע בהתמודדות עם נזקים הקשורים לצריכה מופרזת של סוכר, לרבות הסיכון למחלות לב, ליתר לחץ דם, לסוכרת, לעששת ולהשמנה, כמו גם לעידוד הצרכנים לבחור במוצרים בריאים יותר. מטרת המיסוי והקריטריון המרכזי להצלחתו הוגדרו כשינוי בהרגלי הצריכה של משקאות ממותקים בקרב הציבור (31). המתנגדים גורסים כי יש להשקיע מאמצים בחינוך לבריאות ובהטמעת תוכניות התערבות ציבוריות כדי לסייע לאנשים להכין ולצרוך מזון בריא יותר, וכן להעלות מודעות לנזקים הפוטנציאליים הטמונים בצריכת מזון ומשקאות בעלי שיעור סוכר גבוה (26); הם טוענים כי יש לפעול באמצעות תמריצים חיוביים, כגון סובסידיה לעידוד השימוש במוצרי מזון בריאים יותר. ביקורת נוספת עוסקת בתפיסת המס כצעד פטרנליסטי מצד המדינה, הפוגע בחופש הבחירה של הצרכן ובקיום שוק חופשי. אחרים סוברים שמס זה יעלה את יוקר המחייה ויפגע בעיקר בשכבות החלשות, המוציאות גם כך יותר מהכנסתן על צריכת מזון ולכן כל מיסוי בתחום המזון משפיע עליהן יותר, לצד נתונים המצביעים על שיעורי צריכה גבוהים יותר של משקאות אלו בקרב שכבות אלו (33,31,3).

אכן, ארגונים בינלאומיים שונים מצביעים על כך שמיסוי משקאות ממותקים עלול לפגוע באוכלוסיות ממצב סוציו־אקונומי נמוך. בה בעת, לפי ארגון הבריאות העולמי אוכלוסיות אלו צפויות לרווח בריאותי גדול יחסית בעקבות המיסוי, לאור תזונה לקויה וירודה יותר והשלכותיה. ככלל, מיסי מזון הקשורים לבריאות הם רגרסיביים – כלומר, אוכלוסיות ממצב סוציו־אקונומי נמוך משלמות חלק גדול יותר מהכנסתן במס. עם זאת הרווחים הבריאותיים עשויים להיות גדולים יותר ולתרום לצמצום אי־השוויון הבריאותי (31). בסקר שנערך בישראל טרם נכנס המס לתוקפו נמצא כי נבדקים בעלי רמת הכנסה נמוכה דיווחו על צריכה גבוהה יותר של משקאות ממותקים, וכשליש מהם טענו כי יפחיתו את צריכתם אם המיסוי יגיע עד לשקל אחד (34).

מטרת המחקר

לאור המתואר לעיל, ומאחר שהספרות מצביעה בעקביות על כך שהקשרים (contexts) ותנאים מעצבים יוצרים הבדלים תפיסתיים על רקע סוציו־אקונומי בין היתר כלפי בריאות ומיסוי, **מטרת המחקר הנוכחי היא לבחון הבדלים בתפיסת המס על משקאות ממותקים לפי מצב סוציו־אקונומי.** בעקבות הצעתם של חוקרים שונים להתייחס להשפעת המצב הסוציו־אקונומי האובייקטיבי והסובייקטיבי על שלושה סוגים של תוצאות והשלכות – קוגניציה, רגש והתנהגות (4), השערת המחקר היא כי יימצא קשר חיובי בין מצב סוציו־אקונומי ובין תפיסת המס, וכי נבדקים ממצב סוציו־אקונומי נמוך יותר יציגו תפיסה שלילית יותר כלפי המס על משקאות ממותקים בהשוואה לנבדקים ממצב סוציו־אקונומי גבוה יותר (הן באופן כללי והן באשר לכל סוג של תוצאה והשלכה – קוגניציה, רגש והתנהגות). מאחר שמס זה אך כעת הוטל בישראל, הוא עשוי לשמש מקרה מבחן להסדרי מס נוספים שמיועדים להכוונת התנהגות בריאות ולאופן שבו הם נתפסים בעיני הציבור הרחב, שאינו מאופיין כמקשה אחת. לפיכך מחקר זה הוא אקספלורטיבי וראשוני, וממצאיו עשויים לסייע להבנת היעילות של אסטרטגיית המיסוי לצמצום הצריכה של משקאות ממותקים ולקידום בריאות הציבור.

שיטה

הליך

זהו מחקר כמותני המבוסס על נתונים שנאספו בשאלון מקוון למילוי עצמי. השאלון נבנה ב־Google Forms, ולאחר בדיקתו הוא הופץ באמצעות לינק ברשתות חברתיות כגון WhatsApp ו־Facebook. הקריטריון להשתתפות במחקר היה גיל 18 ומעלה ומגורים בישראל. הנבדקים נדגמו באמצעות דגימת נוחות.

משתתפים

במחקר השתתפו 139 נבדקים, 96 (69.1%) נשים ו־43 (30.9%) גברים. כמחצית מהנבדקים הם בני 31-50 (51.1%, 71 נבדקים), כשליש הם בני 51-67 (33.1%, 46 נבדקים), 17 נבדקים (12.2%) הם בני 18-30 ו־5 נבדקים (3.6%) הם בני 68 ומעלה. 120 נבדקים הם נשואים (87.6%), והיתר רווקים, גרושים, אלמנים או פרודים (12.4%). 128 נבדקים (92.1%) השיבו כי הם הורים לילדים. 58 נבדקים (41.4%) הם בעלי תואר ראשון, 43 (31.2%) הם בעלי תואר שני ו־2 נבדקים (1.4%) הם בעלי תואר שלישי. כמו כן, 14 נבדקים (10.1%) הם בעלי השכלה תיכונית בלבד, 19 (13.8%) הם בעלי תעודה מקצועית וללא תואר אקדמי, נבדק אחד לא סיים 12 שנות לימוד ו־2 נבדקים בחרו באפשרות "אחר" ("לימודי ישיבה", "תואר ראשון+תעודת הוראה").

כלי המחקר

איסוף הנתונים נערך באמצעות שאלון מקוון למילוי עצמי. שאלון המחקר כלל פתיח המציג את מטרת המחקר, את

לוח 1: **הבדלים ברמת תפיסת המס לפי מצב סוציו־אקונומי**

רמת התפיסה	מצב סוציו־אקונומי					
	נמוך (*n*=29)		בינוני (*n*=83)		גבוה (*n*=27)	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
מרכיב הקוגניציה	2.60	1.04	2.64	1.02	3.04	1.03
מרכיב הרגש	2.60	1.18	2.84	1.26	3.17	1.36
מרכיב ההתנהגות	2.85	0.81	3.03	0.85	3.19	0.79
ציון כללי של תפיסת המס	2.67	0.80	2.79	0.89	3.11	0.90

המסגרת שבה הוא נערך ואת הצגת המיסוי על משקאות ממותקים. השאלון כלל בסך הכול 14 היגדים: 11 היגדים הבודקים תפיסות ועמדות כלפי המס על משקאות ממותקים בחלוקה לשלושה מרכיבים – קוגניציה, רגש והתנהגות; שני היגדים שבדקו תפיסות בנוגע למיסים באופן כללי; היגד אחד שבדק תפיסה בנוגע להכוונת התנהגות בריאות בידי המדינה. הנבדקים התבקשו לסמן את מידת הסכמתם על סולם ליקרט בן 5 דרגות (מ־1 "מאוד לא מסכים/ה" ועד 5־"מאוד מסכים/ה"). משום שמדובר במחקר ראשוני, ההיגדים חוברו בידי החוקרות לאחר בדיקה של שאלוני עמדות ותפיסות קיימים, כדוגמת כלי המחקר של Niemirowski et al. (35) ו־Palil et al. (36) שמעריך התנהגות, אמונה, גישה וערכים הקשורים למיסים. בדיקת אלפא קרונבך העלתה עקיבות פנימית גבוהה של 0.88. להלן פריט לדוגמה שמדד קוגניציה (הכרה, מחשבות ועמדות): "אני מכיר/ה בחשיבותו של המס על משקאות ממותקים". להלן פריט לדוגמה שמדד רגש: "המס על משקאות ממותקים מעורר בי תחושות כעס". להלן פריט לדוגמה שמדד התנהגות או כוונה להתנהגות: "אשלם את המס על משקאות ממותקים ברצון". כמו כן נבדקו כמה שאלות סוציו־דמוגרפיות: מגדר, קבוצת גיל, מצב משפחתי, ילדים, רמת השכלה, רמת הכנסת התא המשפחתי ("אובייקטיבי"; "רמת הכנסת התא המשפחתי שלך (כרווק או כזוג) נטו לחודש היא") ודירוג מצב סוציו־אקונומי נוכחי ("סובייקטיבי"; ("את/ה מדרג/ת את מצבך הסוציו־אקונומי כנמוך/בינוני/גבוה").

ניתוח הנתונים

ניתוח הנתונים נעשה בתוכנת SPSS V26. בצעד הראשון בוצע היפוך סקאלות ל־7 היגדים שנכתבו על דרך השלילה, כך שככל שהציון גבוה יותר כך התפיסה בנוגע למיסוי על משקאות ממותקים חיובית יותר. בצעד השני חולקו הנבדקים לשלוש קבוצות מצב סוציו־אקונומי (נמוך, בינוני, גבוה) בהתבסס על רמת הכנסה. בצעד השלישי הוצלבה החלוקה עם מענה הנבדקים על השאלה שבדקה מצב סוציו־אקונומי סובייקטיבי של הנבדק. הדיווחים הסובייקטיביים תאמו לרמת

לוח 2: **מתאמים בין משתני המחקר**

	1	2	3	4	5
1. מצב סוציו־אקונומי	–				
2. מרכיב הקוגניציה	*0.14	–			
3. מרכיב הרגש	0.14	**0.68	–		
4. מרכיב ההתנהגות	0.14	**0.51	**0.35	–	
5. ציון כללי של תפיסת המס	*0.16	**0.94	**0.80	**0.68	–

* $p<0.05$

ההכנסה, כלומר שיוכו של הנבדק לקבוצה על פי רמת הכנסה תאם את דיווחו הסובייקטיבי. כך נוצר מדד סוציו־אקונומי מאוחד. בצעד הרביעי חושבו ממוצעים וסטיות תקן לכל קבוצת מצב סוציו־אקונומי ומתאם ספירמן לבחינת מובהקות הקשר (מצב סוציו־אקונומי כמשתנה סדר).

ממצאים

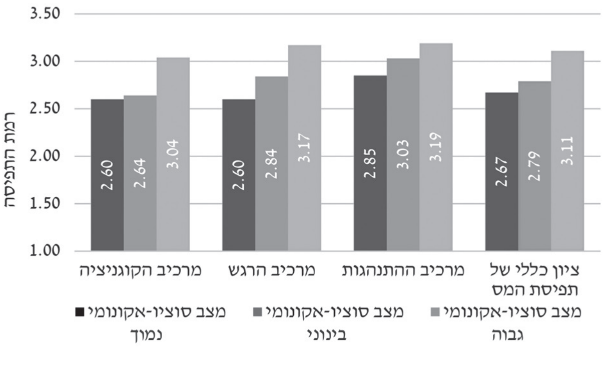
לבדיקת הבדלים ברמת תפיסת המס לפי מצב סוציו־אקונומי חושבו ממוצעים וסטיות תקן. התוצאות מופיעות בלוח 1.

כפי שניתן לראות מלוח 1, נבדקים ממצב סוציו־אקונומי נמוך מדווחים על תפיסה שלילית יותר את המס על משקאות ממותקים (M=2.67, SD=0.80), בהשוואה לנבדקים ממצב סוציו־אקונומי בינוני (M=2.79, SD=0.89) וגבוה (M=3.11, SD=0.90). נבדקים ממצב סוציו־אקונומי גבוה מדווחים על תפיסת המס החיובית ביותר. תמיכה עקבית לכך מתקבלת בבחינת הממוצעים של שלושת המרכיבים בנפרד: קוגניציה, רגש והתנהגות. הנתונים מוצגים בתרשים 1 להלן.

לבדיקת השערת המחקר, נערך מתאם ספירמן בין משתני המחקר. ממצאי המתאם מופיעים בלוח 2.

בהתאם למשוער, נמצא קשר חיובי מובהק בין מצב סוציו־אקונומי ובין תפיסת המס (ציון כללי), r (139)=0.16,

תרשים 1: **תפיסת המס על משקאות ממותקים לפי מצב סוציו־אקונומי**



p=0.030. כמו כן ניתן לראות, כי יש קשרים חיוביים מובהקים בין שלושת מרכיבי התפיסה ובין הציון הכללי של תפיסת המס. עוד נמצא קשר חיובי מובהק בין קוגניציה ובין מצב סוציו־אקונומי.

דיון ומסקנות

ההנחה המרכזית שהובילה את המאמר הייתה, כי מצב סוציו־אקונומי יהיה קשור לתפיסת ההשפעה הבריאותית והכלכלית של המס על משקאות ממותקים. אומנם אוכלוסיית המחקר המצומצמת יחסית לא נדגמה בשיטה הסתברותית ואינה מדגם מייצג, אך הממצאים מאפשרים לשרטט תמונה מעניינת, המאששת את ההנחה שלפיה יש קשר חיובי מובהק בין מצב סוציו־אקונומי ובין תפיסת המס; ככל שהמצב הסוציו־אקונומי נמוך יותר, כך תפיסת המס שלילית יותר, ולהפך. נמצא כי נבדקים ממצב סוציו־אקונומי נמוך הציגו את התפיסה השלילית ביותר בנוגע למיסוי על משקאות ממותקים בהשוואה לנבדקים ממצב סוציו־אקונומי גבוה יותר. נבדקים ממצב סוציו־אקונומי בינוני הציגו תפיסה שלילית יותר בהשוואה לנבדקים ממצב סוציו־אקונומי גבוה; נבדקים ממצב סוציו־אקונומי גבוה הציגו את התפיסה החיובית ביותר, ולכן הם ראו במס על משקאות ממותקים מוצדק יותר ובעל השפעה חיובית יותר על בריאותם. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם הספרות התאורטית והאמפירית, אשר הצביעה על כך שלנסיבות ולתנאים החומריים שבהם אנשים מתפתחים וחיים יש השפעה עמוקה ומתמשכת על זהותם האישית והחברתית ועל דפוסי המחשבה, הרגש וההתנהגות שלהם (8,7,4). ממצאי המחקר הנוכחי מחזקים תובנה זו, ומלמדים כי גם באשר לתפיסת המס על משקאות ממותקים בישראל, מצב סוציו־אקונומי עשוי להוביל להבדלים.

מוקדם מדי לנבא בצורה סטטיסטית ומובהקת מהי יעילותו של מס זה בקרב הציבור בישראל, אך נבקש לטעון כי לאור הסדרי מס ישראליים קודמים למען בריאות הציבור ונתונים המראים על יעילות המיסוי של משקאות ממותקים במדינות אחרות, היעילות הצפויה תתבטא בצריכת משקאות ממותקים נמוכה יותר. בכך המס צפוי להגשים את מטרותיו ההתנהגותיות־בריאותיות. בו בזמן, מס זה עלול לפגוע יותר בשכבות החלשות מבחינה כלכלית, מה שעלול להגדיל את אי־השוויון ואולי אף לעמוד בסתירה למטרות החברתיות של מערכת המס ככלי לחלוקה מחדש של העושר ושל המשאבים בחברה. על אף שהמס נתפס בצורה שלילית יותר בקרב קבוצות בעלות הכנסה נמוכה, ניתן לקוות שבהתאם לממצאי מחקרים קודמים הוא יוביל ליתרונות בריאותיים משמעותיים ולהפחתה ניכרת בצריכה של משקאות ממותקים ובהוצאות עליהם. במילים אחרות, ניתן לייחל כי מדיניות מעין זו תתגלה כתומכת באוכלוסייה ממצב סוציו־אקונומי נמוך, הן פיננסית והן בריאותית.

מאחר שמשקאות ממותקים הם מקור מרכזי לצריכת סוכר מוסף ונטולי ערך תזונתי, ולאור הקשר העקבי שבין צריכת משקאות ממותקים ובין מגוון תוצאות בריאותיות שליליות, נראה שיש היגיון לבחירה במוצר זה דווקא כיעד לצמצום צריכה. אולם אנו סבורות כי מדיניות ציבורית המיועדת לטיפול בנזקי צריכת הסוכר וההשמנה שאינה מושתתת על מיסוי בלבד, כי אם משלבת מרכיבים נוספים דוגמת תוכנית לאומית בבתי ספר, הגבלת שיווק של מוצרי מזון עתירי סוכר וסובסידיה של מוצרי מזון בריאים יותר, עשויה לסייע בטיפול אפקטיבי והוליסטי יותר. עמדתנו זו היא בהלימה לעמדת רשות המיסים כלפי המס: "לסוג זה של מיסוי אין מקום כצעד יחיד, אלא כחלק מהתייחסות מקיפה, הכוללת חינוך, הסברה, סימון מוצרים ועוד" (3). יתרה מכך, לאור ממצאי המחקר הנוכחי, מומלץ לשים דגש על העלאת המודעות לנזקי צריכת משקאות ממותקים במטרה לצמצם את צריכתם בקרב אוכלוסיות ממצב סוציו־אקונומי נמוך, כגון פעילויות חינוכיות על אודות תזונה בריאה עבור ילדים ובני נוער ביישובים בדירוג סוציו־אקונומי נמוך, מפגשים לקידום אורח חיים בריא ושמירה על תזונה נכונה במרפאות ובמרכזים בקהילה ועוד.

כמו כן, מסקירה של מרכז המחקר והמידע של הכנסת נמצא כי נראות גבוהה יותר של המס והגברת המודעות למסר הבריאותי הטמון בו, המתבטאות כבר בשלבי הדיון על הצעת החוק, עשויות לקדם תפיסות חיוביות יותר ושינוי ניכר בהתנהגות הצרכנים (28). לאור זאת ניתן להציע קמפיין תקשורתי נרחב לציבור באשר ליתרונות המס, וכן להציע שהכנסותיו ינוצלו לשימושים בריאותיים, כפי שנעשה במדינות אחרות. כך למשל, במקסיקו ההכנסות מהמס מיועדות למאבק במחלות ולעידוד צריכת מים (37).

אין ספק כי מס זה מעורר סוגיות ציבוריות מהותיות וראויות: איזו מהמטרות ראויה לתמיכה חזקה יותר – זו ההתנהגותית־בריאותית או זו הכלכלית־חברתית – עד כדי פגיעה פוטנציאלית במטרות אחרות? האם ניתן לאזן ביניהן במידה מסוימת? האם מערכת המס היא המסגרת הדיונית המתאימה לשאלות הנוגעות לבריאות הציבור? המאמר עוסק בסוגיה מרתקת של קידום וחינוך לבריאות שלא באמצעות גופי ממשלה שזהו תפקידם ה"טבעי", דוגמת משרד הבריאות, משרד החינוך או משרד התרבות והספורט, כי אם באמצעות משרד האוצר ומערכת רגולטיבית אחרת של המדינה – מערכת המס – כמו גם באמצעים שבמובן מסוים מגבילים את האוטונומיה של הפרט. נדמה כי רק הזמן והניסיון ילמדו אם למיסוי משקאות ממותקים ישנה ההשפעה הגדולה ביותר והעלות הנמוכה ביותר מבין הפרקטיקות האפשריות, או שמא

דווקא ההשפעה הנמוכה ביותר לצד העלות הגבוהה ביותר. כך או כך, הן בקרב תומכי המס והן בקרב מתנגדיו, סוגיה זו מובילה לחשיבה על אודות דרכים פוטנציאליות נוספות שבהן המדינה עשויה לפעול למען קידום בריאות הציבור.

מקורות

1. לוינר ש', ניר ט'. מדיניות חברתית באצטלה כלכלית: מטרותיה של מערכת המס בישראל. בתוך: ד' גליקסברג, עורך. ספר לפידות. צפירים: נבו הוצאה לאור. 2015. עמ' 125-171.
2. World Health Organization. Fiscal Policies for Diet and Prevention of Non-communicable Diseases. Geneva (CH): WHO; May 2015. 36 p.
3. יכימוביץ־כהן נ'. מיסוי מזון ומשקאות בעלי פוטנציאל להזיק לבריאות – סקירה משווה. ירושלים: הכנסת, מרכז מחקר ומידע. 25 עמ'. 2016.
4. Manstead AS. The psychology of social class: how socioeconomic status impacts thought, feelings, and behavior. Br J Soc Psychol. 2018;57(2):267-91.
5. קמחי א', שרברמן ק'. מגמות באי שוויון בשכר העבודה בישראל. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. 35 עמ'. 2014. נייר מדיניות מס' 2014.10.
6. דניאלי א', קורנפלד ע'. מקורות אי השוויון בהכנסות בישראל – תהליכים ומדיניות. הרבעון לכלכלה. 2017;61(1/2):7-54.
7. Easterbrook MJ, Kuppens T, Manstead AS. Socioeconomic status and the structure of the self-concept. Br J Soc Psychol. 2020;59(1):66-86.
8. Stephens NM, Markus HR, Phillips T. Social class culture cycles: how three gateway contexts shape selves and fuel inequality. Annu Rev Psychol. 2014;65:611-34.
9. יאדו ל'. השפעת מחסור על תהליך קבלת החלטות מבוסס ניסיון, בבעיות החלטה דו־ממדיות. ירושלים: האוניברסיטה העברית. 47 עמ'. 2013.
10. Mani A, Mullainathan S, Shafir E, Zhao J. Response to comment on "Poverty impedes cognitive function". Science. 2013;342(6163):1169-1169.
11. Savage M, Devine F, Cunningham N, Taylor M, Li Y, Hjellbrekke J, et al. A new model of social class? findings from the BBC's great British class survey experiment. Sociol. 2013;47(2):219-50.
12. Evans G, Mellon J. Social class: identity, awareness and political attitudes: why are we still working class? Br Soc Attitudes. 2016;33:1-19.
13. Kraus MW, Keltner D. Signs of socioeconomic status: a thin-slicing approach. Psychol Sci. 2009;20(1):99-106.
14. בן דוד ל'. קידום בריאות ואיכות חיים: תפיסת עולם ויישומה. עט השדה. ינואר 2010;4:4-5.
15. McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. Defining health and health inequalities. Public Health. 2019;172:22-30.
16. משרד הבריאות. אי השוויון בבריאות והתמודדות עמו בשגרה ובקורונה [אינטרנט]. ירושלים: משרד הבריאות. 190 עמ'. 2020 [נצפה ביום 16.1.2022]. נדלה מתוך: https://www.gov.il/he/departments/publications/reports/health-inequality-2020
17. בנק ישראל – חטיבת המחקר. הקשר בין המצב החברתי־כלכלי למצב הבריאות. הסקירה הפיסקלית התקופתית ולקט ניתוחים מחקריים [אינטרנט]. ירושלים: בנק ישראל. 2016 [נצפה ביום 18.1.2022]. נדלה מתוך: https://www.boi.org.il/he/NewsAndPublications/PressReleases/Pages/27-07-2016SocialStatusandHealth.aspx
18. Arpey NC, Gaglioti AH, Rosenbaum ME. How socioeconomic status affects patient perceptions of health care: a qualitative study. J Prim Care Community Health. 2017;8(3):169-75.
19. Cutler DM, Lleras-Muney A, Vogl T. Socioeconomic status and health: dimensions and mechanisms [Internet]. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; September 2008 [cited 19.1/2022].55 p. NBER Working Paper No. 14333. Available from: https://www.nber.org/papers/w14333
20. Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. J Behav Med. 2007;30(3):263-85.
21. סבירסקי ש', הופמן־דישון י', סבירסקי ב'. מיסוי כמנוע שוויון [אינטרנט]. תל אביב: מרכז אדוה. 43 עמ'. נובמבר 2020 [נצפה ביום 22.1.2022]. נדלה מתוך: https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Fadva.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2020%2F12%2Ftaxation-equality-he.pdf
22. משרד האוצר. השפעת השינויים במדיניות המס על משקי הבית – סקירה כלכלית שבועית [אינטרנט]. ירושלים: משרד האוצר. 26 עמ'. 21 בינואר 2018 [נצפה ביום 19.1.22]. נדלה מתוך: https://www.gov.il/he/departments/dynamiccollectors/weekly-review?skip=0&search_by_name=%D7%94%D7%A9%D7%A4%D7%A2%D7%AA%20%D7%94%D7%A9%D7%99%D7%A0%D7%95%D7%99%D7%99%D7%9D
23. Cabelkova I. Sustainability of state budgetary expenses: tax compliance of low-, middle-, and high-income groups — the evidence from the Czech Republic. Sustain. 2021;13(16):8966-82.
24. Blaufus K, Bob J, Hundsdoerfer J, Sielaff C, Kiesewetter D, Weimann, J. Perception of income tax rates: evidence from Germany. Eur J Law Econ. 2015;40(3):457-78.
25. משרד הבריאות – המחלקה לתזונה בשירותי בריאות הציבור. דוח ועדת האסדרה לתזונה בריאה [אינטרנט]. ירושלים: משרד הבריאות. 74 עמ'. 21 בנובמבר 2016 [נצפה ביום 16.1.2022]. נדלה מתוך: https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Fwww.health.gov.il%2Fpublicationsfiles%2Fhealthydietcommittee_recommendation.pdf
26. Sainsbury E, Magnusson R, Thow A, Colagiuri S. Explaining resistance to regulatory interventions to prevent obesity and improve nutrition: a case-study of a sugar-sweetened beverages tax in Australia. Food Policy. 2020;93:101904-14.
27. Novak N, Brownell KD. Taxation as prevention and as a treatment for obesity: the case of sugar-sweetened beverages. Cur Pharm Des. 2018;17(12):1218-22.
28. פלג־ינאי מ'. מיסוי משקאות קלים מטעמי בריאות. ירושלים: הכנסת, מרכז מחקר ומידע. 68 עמ'. 2021.
29. Joy G. Is the UK's proposed soft drink tax an effective way to reduce obesity? The Public Sphere: J Public Policy. 2017;5(1):131-55.
30. Escobar Cabrera M, Veerman JL, Tollman SM, Bertram MY, Hofman KJ. Evidence that a tax on sugar-sweetened beverages reduces the obesity rate: a meta-analysis. BMC Public Health. 2013;13(1):1-10.
31. Mytton OT, Clarke D, Rayner M. Taxing unhealthy food and drinks to improve health. BMJ. 2012;344:e2931- e2939.
32. Sassi F, Belloni A, Capobianco C. The role of fiscal policies

in health promotion [Internet]. Paris (FR): OECD Publishing; 2013 [cited 19.1.2022]. 51 p. Health Working Papers No. 66. Available from: https://ideas.repec.org/p/oec/elsaad/66-en.html

33. אביטן כהן ש'. מס הסוכר אושר בכפוף לריביזיה: התגלו פערים בנוגע למיסוי כפול [אינטרנט]. גלובס. 14 בדצמבר 2021 [נצפה ביום 26.2.2022]. נדלה מתוך: https://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1001394425

34. שפיגלר ר', פלדמן י'. סקר מיוחד: המס על משקאות ממותקים: איך הוא צפוי להשפיע על הישראלים? [אינטרנט]. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה. דצמבר 2021 [נצפה ביום 27.3.2022]. נדלה מתוך: https://www.idi.org.il/articles/36667

35. Niemirowski P, Wearing AJ. Taxation agents and taxpayer compliance. J. Aust Taxation. 2003;6:166-200.

36. Palil MR, Akir MR, Ahmad WF. The perception of tax payers on tax knowledge and tax education with level of tax compliance: a study the influences of religiosity. ASEAN J Economics, Management and Accounting. 2013;1(1): 118-29.

37. Ng SW, Rivera JA, Popkin BM, Colchero MA. Did high sugar-sweetened beverage purchasers respond differently to the excise tax on sugar-sweetened beverages in Mexico? Public Health Nutr. 2019;22(4):750-6.

חשיפת מבוגרים לא מעשנים בישראל לעשן טבק סביבתי בזמן מגפת הקורונה – 2021-2020

תמר ברמן[1], זהר ברנט־יצחקי[2], אפרת רורמן[3], לודה גרויסמן[3]

[1] המחלקה לבריאות וסביבה, משרד הבריאות

[2] קבוצת מחקר לקיימות סביבתית וחברתית; הפקולטה להנדסה, המרכז האקדמי רופין

[3] המעבדה הארצית לבריאות הציבור, משרד הבריאות

תקציר

רקע: חשיפת מבוגרים לעשן טבק סביבתי עלולה לגרום למחלות לב ולמחלות ריאה. ייתכן שמגפת הקורונה והמגבלות שהוטלו בעקבותיה הביאו לשינויים בחשיפה של לא־מעשנים לעשן טבק סביבתי.

מטרת המחקר: מדידת חשיפתם של מבוגרים לא מעשנים בישראל לעשן טבק סביבתי בשנים 2020-2021 בהסתמך על בדיקות קוטינין בשתן, ולהבין את המדדים המשפיעים על החשיפה.

שיטות: במסגרת התכנית הלאומית לניטור ביולוגי בישראל, גויסו 223 מבוגרים שענו על שאלון מקיף ומסרו דגימות שתן. בנוסף לשאלות סוציו־אקונומיות ושאלות לגבי אורח החיים של המרואיין והרגלי העישון שלו, כלל השאלון גם שאלות על אודות חשיפה לעשן טבק סביבתי ועל מדיניות העישון בבית. חושבו ריכוזי הקוטינין, והקוטינין המנורמל לקראטינין של מבוגרים לא מעשנים ונבנו מודלים לחיזוי רמות הקוטינין.

תוצאות: מהמחקר הנוכחי עולה ש־64.5% מהמבוגרים שאינם מעשנים חשופים לעשן טבק סביבתי, דהיינו נמצאו רמות קוטינין שניתן לכמת בשתן. הממוצע הגאומטרי של קוטינין מנורמל במחקר זה היה נמוך מהממוצע הגאומטרי שנמדד בסקר הקודם בשנים 2016-2015. כמו כן, נמצא קשר בין מדיניות העישון בבית לבין רמות הקוטינין בקרב מבוגרים לא מעשנים.

דיון ומסקנות: מהמחקר עולה כי למרות הירידה בריכוזי הקוטינין, נחוץ מהלך לצמצום החשיפה של מבוגרים לא מעשנים לקוטינין, למשל על ידי העלאת המודעות לחשיבות מדיניות "בית נקי מעישון"

מילות מפתח: **חשיפה לעשן טבק סביבתי, עישון פאסיבי, קוטינין, ניטור ביולוגי.**

רקע

חשיפה לעשן טבק סביבתי (עישון פאסיבי) מביאה לפגיעה בעיקר במערכת הקרדיווסקולרית ובמערכת הנשימה: בלב, בכלי הדם, בריאות ובדרכי הנשימה ומעלה את הסיכון לסרטן ריאות, לסרטן השד, לסרטן חלל האף והסינוסים ולסרטן האף והלוע בקרב מבוגרים [1]. עוד נמצא כי חשיפה לעשן טבק סביבתי מעלה את הסיכון למחלת לב איסכמית, לאסתמה ולירידה בתפקודי הריאות. נטל התמותה העולמית מחשיפה לעשן טבק סביבתי הוא כ־1.2 מיליון מקרים לשנה [2]. ההערכה היא כי בכל שנה נפטרים כ־790 אנשים בישראל, בשל החשיפה לעשן טבק סביבתי [3].

בעשורים האחרונים חוקים האוסרים על עישון במקומות ציבוריים נכנסו לתוקף במקומות רבים בעולם בעקבות יישום סעיף 8 של אמנת המסגרת של ארגון הבריאות העולמי בנושא פיקוח בתחום הטבק [4]. מחקרים באירופה וארצות הברית הראו ירידה של 80%-90% בחשיפה לעשן טבק סביבתי במקומות עבודה ומקומות ציבוריים בעקבות יישום החוקים [6,5]. חוקים האוסרים על עישון במקומות ציבוריים השפיעו על היקף העישון בבתים פרטיים [7], עם זאת אחוז גבוה של

האוכלוסייה הכללית עדיין חשופה לעשן טבק סביבתי בתוך בתיהם [8].

העישון בישראל אסור ברוב המקומות הציבוריים הסגורים וכן בחלק מהשטחים הציבוריים הפתוחים, כגון מגרשי משחקים, בריכות שחייה, רציפי תחנות רכבת ואצטדיוני ספורט. כמו כן העישון אסור ב־75% מהשטחים החיצוניים בפאבים, במסעדות ובאולמות אירועים (עדיין מותר לעשן באזורים מוגדרים בפאבים, במסעדות ובאולמות אירועים). האיסור על עישון במקומות ציבוריים חל גם על מוצרי עישון חדשים, כגון סיגריות אלקטרוניות וטבק לחימום ללא בעירה [9]. למרות החקיקה הנרחבת למניעת החשיפה של האוכלוסייה הלא־מעשנת לעשן טבק סביבתי, מסקרים וממחקרים עולה כי יותר מ־50% מהאוכלוסייה בישראל חשופים לעשן טבק סביבתי [11,10]. מהסקר החברתי של הלמ"ס משנת 2017 עולה כי 66% ממבוגרים בגילאי 20 ומעלה נחשפו לרמה כלשהיא של עישון של אחרים בחודש האחרון [12]. % 19מבני 20 ומעלה נחשפו לעישון של אחרים בבית, 25% נחשפו במקום העבודה, 22% אצל חברים, 22% אירועים ובמקומות סגורים ו־26% נחשפו לעישון במקומות ציבוריים פתוחים.

ניטור ביולוגי מהווה כלי למדידת חשיפה של לא מעשנים לעשן טבק סביבתי וכן להערכה של יעילות של אסטרטגיות להפחתת חשיפה של לא מעשנים [13]. קוטינין, תוצר הפירוק העיקרי של ניקוטין, מהווה סמן ביולוגי (ביומרקר) לחשיפה לעשן טבק סביבתי. בניגוד לניקוטין, עם זמן מחצית חיים של שעה עד שלוש שעות, לקוטינין זמן מחצית חיים יותר ארוך (16-18 שעות), אך קשה יותר לאתר אותו בשיטות קיימות של ניטור ביולוגי [13].

בשנים האחרונות בוצעו שני מחקרי ניטור ביולוגי למדידת ריכוזי קוטינין בשתן של מבוגרים בישראל: בשנת 2011 ובשנים 2015-2016 [11,10]. בשני המחקרים נמצא כי מעל 60% מהמבוגרים הלא־מעשנים חשופים לעשן טבק סביבתי וכי ריכוזי הקוטינין הממוצעים באוכלוסייה היו גבוהים למדי (1.1 מק"ג/גרם בשנת 2011 ו־1.8 מק"ג/גרם בשנים 2015-2016).

במהלך 2020-2021, בזמן מגפת הקורונה בישראל, הוטלו על האוכלוסייה סגרים והגבלות. אלה הביאו לשינויים רבים במרקם החברתי וגם בהתנהגות האוכלוסייה בהיבטי בריאות. מחקרים באיטליה, קוריאה, גרמניה וישראל הראו עלייה בצריכת מוצרי טבק בתקופת במגפה [14-19]. בישראל, על פי נתונים של המרכז הלאומי לבקרת מחלות בתקופה שבין מאי לספטמבר 2020, 25% דיווחו שעישנו יותר ורק 0.5% אחוז מהמעשנים דיווחו שהפסיקו לעשן בתקופת המגפה [17]. הממצאים לגבי השפעת המגפה על חשיפה של לא־מעשנים לעישון אינם עקביים. בישראל, אחוז המבוגרים הלא מעשנים אשר דיווחו כי הם חשופים לעשן טבק סביבתי לפחות פעמיים בשבוע ירד מ־35.7% ל־27.3% בתקופת המגיפה [19]. לעומת זאת, במרץ 2020, 12% מהמעשנים דיווחו שהם מעשנים יותר בקרבת בני משפחה ורק 40% דיווחו שהם לא מעשנים בקרבת בני משפחה [18].

מטרת המחקר

כימות חשיפתם של מבוגרים לא מעשנים בישראל לעשן טבק סביבתי בשנים 2020-2021 בהסתמך על מדידות ניטור ביולוגי של קוטינין בשתן, על רקע ההגבלות והשינויים בהתנהגויות בריאות במהלך מגפת הקורונה בישראל. מטרה נוספת היא בחינת גורמים דמוגרפיים והתנהגותיים הקשורים לחשיפה לעשן טבק סביבתי בקרב מבוגרים בישראל.

שיטות

דגימות שתן של 223 מבוגרים בגילאי 18-68 נאספו בחודשים יולי 2020 עד יוני 2021 במסגרת הסבב הראשון של התכנית הלאומית לניטור ביולוגי בישראל. המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של ביה"ח תל־השומר (אישור מספר SMC-20-2964). כל המשתתפים חתמו על טופס הסכמה מדעת.

המשתתפים גיוסו באמצעות המדיה החברתית וענו (טלפונית) על שאלון מקיף שכלל שאלות דמוגרפיות, סוציו־אקונומיות, שאלות על אורח החיים, על הרגלי העישון ועל חשיפה סביבתית לעשן טבק סביבתי. בנוסף נשאלו המשתתפים מהי מדיניות העישון בביתם (האם ניתן לעשן בכל חלקי הבית, אסור לעשן בכל חלקי הבית או מותר לעשן רק במרפסת או בחצר) וכן על עישון שכנים. ביום הריאיון המשתתפים מסרו דגימות שתן אשר אוחסנו בטמפ' של 4°C (עד 12 שעות) ושונעו למעבדת בריאות הציבור של משרד הבריאות, שם הוקפאו בטמפ' של 20°C-. מדידות הקראטינין של כל אחת מהדוגמאות בוצעו בביה"ח שמיר.

ריכוזי הקוטינין נמדדו באמצעות ספקטרומטרית מסה עם כרומטוגרפיית גז (GC/MS) ואילו ריכוזי הקראטינין נמדדו באמצעות photometric detection. גבול הכימות (limit of quantification (LOQ) היה 0.5 מק"ג/ליטר.

על מנת לתקנן עבור מיהול של דוגמאות השתן, ריכוזי הקוטינין נורמלו על ידי חלוקתם בריכוזי הקראטינין של הדוגמה.

שיטות סטטיסטיות

ריכוזי קוטינין שמתחת לסף הכימות (0.5 מק"ג/ליטר) הוחלפו בסף הכימות המחולק בשורש 2. נמדד אחוז האוכלוסייה עם ריכוזי קוטינין מעל סף הכימות וכן הממוצע הגאומטרי והחציון של ריכוזי הקוטינין בכל האוכלוסיה, הן עבור הקוטינין (מק"ג/ל) והן עבור קוטינין מנורמל (מק"ג/גרם).

בנוסף, חושב הממוצע הגאומטרי המשוקלל לאוכלוסיה (74% יהודים ו־26% ערבים, ע"פ הלמ"ס).

השווינו את ריכוזי הקוטינין במחקר זה לריכוזים שנמדדו במחקרים קודמים שביצענו בשנים 2011 ו־2015-2016 באמצעות מבחן מן־ויטני.

מכיוון שהנתונים לא התפלגו נורמלית, עשינו שימוש במבחנים סטטיסטיים אפרמטריים: השוונו בין יחס המשתתפים מהחברה הערבית עם רמות קוטינין (מנורמלות לקראטינין) הגבוהות מגבול הכימות השווה ליחס זה באוכלוסיה היהודית באמצעות מבחן חי בריבוע. השוונו את ריכוזי הקוטינין בקרב לא מעשנים, בין גברים לנשים ובין הקבוצות האתניות (ערבים ויהודים), באמצעות מבחני מן ויטני.

חישבנו את המתאם (קורלציה) בין רמת ההכנסה לבין ריכוזי הקוטינין באמצעות מתאם ספירמן (Spearman correlation). כמו כן, עשינו שימוש במבחני חי בריבוע לחישוב הקשר בין רמות הקוטינין (כמשתנים קטגוריאלים) לבין המשתנים הבאים: הכנסות משק הבית (כמשתנים קטגוריאלים), השכלה, מדיניות העישון בבית ועישון השכנים: הכנסות משקי הבית חולקו לקטגוריות הבאות: הכנסה נמוכה (עד 6,500 ש"ח לחודש), הכנסה בינונית (בין 6,500 עד 13,000 ש"ח לחודש) והכנסה גבוהה (מעל 13,000 ש"ח לחודש). רמת ההשכלה חולקה לשלוש קטגוריות: השכלה בסיסית (עד ביה"ס היסודי), השכלה תיכונית והשכלה גבוהה (תואר ראשון ומעלה). מדיניות העישון בבית כללה שלוש קטגוריות: העישון מותר בכל מקום, העישון אסור למעט במרפסת או בחצר והעישון אסור בכל מקום. חשיפה לעישון שכנים נחלקה לשתי קטגוריות: חשיפה גבוהה וחשיפה נמוכה או שאינה קיימת. במבחנים בהם בחנו את רמות הקוטינין כמשתנים קטגוריאלים הבחנו בין רמות נמוכות (מתחת לסף הכימות 0.5 מק"ג/גרם עבור קוטינין מנורמל, או 0.5 מק"ג/ליטר עבור קוטינין לא מנורמל) לרמות גבוהות – מעל סף זה. בנוסף, עשינו שימוש במבחני מן ויטני כדי להשוות את ריכוזי הקוטינין (המנורמלים) בקרב לא מעשנים, בין אלה שמתגוררים בבית בו ניתן לעשן בכל מקום לבין אלה המתגוררים בבית בו העישון אסור בכל מקום, וכן בין אלה ששכניהם מעשנים לבין אלה ששכניהם אינם מעשנים.

לבסוף בנינו מודלים של רגרסיה לינארית רב־משתנית לניבוי רמות הקוטינין בהתבסס על הקבוצה האתנית ועל מדיניות העישון.

תוצאות

223 מבוגרים בגילאי 18-68 (גיל ממוצע 38.1 שנים) נכללו במחקר זה: 103 (46.2%) גברים ו־120 (53.8%) נשים; 172 (77.8%) יהודים ו־49 (22.2%) מהחברה הערבית. 55 מהמשתתפים היו מעשנים, 30 מעשנים לשעבר, 136 לא מעשנים (טבלה 1).

טבלה 1: מאפייני המשתתפים במחקר

הקריטריון	n	%
טווח הגילאים (n=221)		
18-29	67	30.3%
30-39	67	30.3%
40-49	45	20.3%
+50	42	19%
קבוצה אתנית (n=223)		
יהודים	172	77.8%
ערבים	49	22.2%
מין (n=223)		
גברים	103	46.2%
נשים	120	53.8%
הכנסה חודשית ממוצעת (n=130)		
נמוכה	28	21.5%
בינונית	45	34.6%
גבוהה	57	43.9%
סטטוס עישון (n=221)		
עישון כיום	55	24.9%
עישון בעבר	30	13.6%
לעולם לא	136	61.5%
דיווח עצמי על חשיפה לעשן טבק סביבתי (n=221)		
חשיפה גבוהה מאוד	13	5.9%
חשיפה גבוהה	30	13.6%
חשיפה נמוכה	110	49.8%
ללא חשיפה	68	30.8%

מכאן ואילך התמקדנו רק באוכלוסיית המבוגרים הלא מעשנים (n=166), במטרה להתמקד בחשיפה סביבתית לעשן טבק סביבתי ולא בחשיפה בשל עישון עצמי. בקרב הלא מעשנים נמצא מתאם גבולי בין הדיווח על חשיפה לעישון לבין רמות הקוטינין המנורמל (r=0.15, p=0.057).

ריכוזי קוטינין מנורמל בקרב לא מעשנים במחקר הנוכחי (0.75 מק"ג/גרם) היו נמוכים באופן מובהק סטטיסטית (p<0.001) מריכוזים אלו שנמדדו בשנת 2015-2016 (1.8 מק"ג/גרם) ובשנת 2011 (1.1 מק"ג/גרם).

השוואות ריכוזי הקוטינין בין מינים ובין קבוצות אתניות

בקרב היהודים הלא מעשנים שהשתתפו במחקר, רק 9.8% דיווחו על חשיפה רבה מאד לעשן טבק סביבתי, בהשוואה ל־20% מהמשתתפים הערבים. חציוני הקוטינין המנורמל בקרב המשתתפים מהחברה הערבית (1.0 מק"ג/גרם) היו גבוהים באופן מובהק סטטיסטית מחציוני הקוטינין המנורמל בקרב המשתתפים היהודים (0.67 מק"ג/גרם, p=0.04). כמו

כן, בקרב אחוז גבוה יותר של ערבים לא מעשנים (83.3%) נמדדו ריכוזי קוטינין שמעל סף הכימות בהשוואה ליהודים (59.7%), p=0.015 במבחן חי בריבוע. לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בריכוזי הקוטינין בין גברים לא מעשנים לנשים לא מעשנות.

הקשר בין רמות ההכנסה וההשכלה לבין ריכוזי הקוטינין

בקרב 166 המשתתפים הלא מעשנים, נמצא מתאם שלילי מובהק סטטיסטית של 0.22- בין גיל המשתתף לרמות הקוטינין (p=0.0038), כלומר ככל שהמשתתף מבוגר יותר, כך רמת הקוטינין שלו נמוכה יותר, יתכן שממצא זה מוסבר על ידי חשיפה גבוהה יותר במקומות עבודה ובמקומות בילוי. תוצאות אלה תואמות את ממצאי מחקר קודם שפורסם בשנת 2011, שמצא שחשיפה לעשן טבק סביבתי היתה גבוהה יותר בקרב משתתפים צעירים (44-20).

הקשר בין רמות ההכנסה וההשכלה לבין ריכוזי הקוטינין

מתוך 166 המשתתפים הלא מעשנים, רק 104 דיווחו על רמת הכנסתם ולא נמצא מתאם מובהק סטטיסטית בין רמת ההכנסה לריכוזי הקוטינין (הן מנורמל והן לא מנורמל). כמו כן, במבחן חי בריבוע לא נמצא קשר בין רמת ההכנסה לריכוזי הקוטינין כמשתנים קטגוריאלים (הן מנורמל והן לא מנורמל).

חציון הקוטינין המנורמל בקרב בעלי השכלה נמוכה (0.96 מק"ג/גרם) היה גבוה מזה בקרב בעלי השכלה תיכונית (0.84 מק"ג/גרם) וזה היה גבוה מזה בקרב בעלי ההשכלה הגבוהה (0.67 מק"ג/גרם). מבחן חי בריבוע לבדיקת הקשר בין רמת ההשכלה (כמשתנה קטגורי) לבין ריכוז הקוטינין המנורמל (כמשתנה קטגורי) הניב תוצאות מובהקות סטטיסטית (p=0.04).

הקשר בין עישון שכנים לבין ריכוזי הקוטינין

מתוך 166 המשתתפים הלא מעשנים, רק 107 דיווחו לגבי עישון שכניהם. במבחן חי בריבוע לבדיקת הקשר בין עישון שכנים לריכוזי הקוטינין כמשתנים קטגוריאלים, נמצא קשר מובהק סטטיסטית בין עישון שכנים לבין רמת הקוטינין (הלא מנורמל), p=0.038. עם זאת, לא נמצא קשר מובהק סטטיסטית בבחינת רמת הקוטינין המנורמל. כמו כן, בבחינת ערכי הקוטינין (מנורמל/לא מנורמל) לא נמצא קשר מובהק סטטיסטית בין רמות הקוטינין של משתתפים עם שכנים מעשנים לאלה עם שכנים שאינם מעשנים.

הקשר בין מדיניות העישון בבית לבין ריכוזי הקוטינין

37% מכלל משתתפים (מעשנים ולא מעשנים) דיווחו שאסור לעשן בביתם (43% מהאוכלוסיה היהודית בהשוואה ל־16% מהאוכלוסיה הערבית). בקרב הלא מעשנים, 46% דיווחו

טבלה 2: **רגרסיה לינארית רב־משתנית לחיזוי רמת הקוטינין (n=166, p=1.86e-6)**

	מקדם הרגרסיה	p-value
Intercept	-0.23	0.37
קריאטינין	1.83	<0.01
קבוצה אתנית (יהודים בהשוואה לערבים)	-0.3	0.11
איסור לעשן בבית בכל מקום	-0.64	0.009

שאסור לעשן בביתם (52% מהאוכלוסיה היהודית בהשוואה ל־23% מהאוכלוסייה הערבית). רוב המשתתפים הלא מעשנים דיווחו שניתן לעשן רק במרפסת או בחצר הבית (48%) ו־6% מהמשתתפים דיווחו כי ניתן לעשן בכל מקום בבית. יצויין כי מעל 13% מהערבים הלא מעשנים דיווחו שמותר לעשן בכל מקום בבית. ריכוזי הקוטינין המנורמלים היו גבוהים פי שלושה בקרב לא מעשנים שמתגוררים בבית בו ניתן לעשן בכל מקום (1.95 מק"ג/גרם) בהשוואה ללא מעשנים שגרים בבית בו אסור לעשן (0.67 מק"ג/גרם). תוצאות אלה היו מובהקות סטטיסטית (p=0.012). מבחן חי בריבוע להשוואה בין רמות העישון (כמשתנה קטגורי) לבין מדיניות העישון בבית עבור קוטינין לא מנורמל הניב תוצאות מובהקות סטטיסטית (p=0.003), אך לא לא הניב תוצאות מובהקות סטטיסטית בבחינת הקוטינין המנורמל.

ממודל הרגרסיה הלינארית עולה כי אחד הפרמטרים המשמעותיים ביותר לחיזוי ריכוזי הקוטינין בקרב לא מעשנים הוא מדיניות העישון בבית (טבלה 2).

דיון ומסקנות

ריכוזי קוטינין בקרב לא מעשנים במחקר הנוכחי ב־2021-2020 היו נמוכים באופן מובהק סטטיסטי מריכוזים אלה שנמדדו במחקרים קודמים של משרד הבריאות בשנת 2016-2015 ובשנת 2011. יתכן כי הממצא נובע לא רק משינויים בהרגלי העישון אלא גם משינויים בחשיפה לעישון סביבתי במהלך מגפת הקורונה, בה צומצמו המגעים החברתיים, חלה עליה משמעותית בעבודה מהבית (מרחוק) וחלו מגבלות על מקומות ציבוריים ומקומות בילוי בהם ניתן להיחשף לעשן טבק סביבתי. ייתכן גם שמקור השינויים נובע מהבדלים במדגמים במחקרים השונים או מהבדלים בשיטות המעבדה. עם זאת, שיטות המעבדה במחקר הנוכחי ובמחקרים הקודמים (2011, 2016-2015) הן שיטות מתוקפות ובנות השוואה.

ממצאים אלו, על ירידה בחשיפה של לא מעשנים לעשן טבק סביבתי בתקופת מגפת קורונה, אינם תואמים ממצאים של מחקרים אחרים שהראו עלייה בחשיפה לעשן טבק סביבתי בבית בתקופת המגיפה. במרץ 2020, 12% מהמעשנים בישראל דיווחו שהם מעשנים יותר בקרבת בני משפחה ורק

40% דיווחו שהם לא מעשנים בקרבת בני משפחה [18]. עישון בתוך הבית עלה באיטליה והודו בתקופת במגיפה, התנהגות אשר עלולה לגרום לעלייה בחשיפה של בני הבית [20]. לעומת זאת, ממצאי המחקר הנוכחי תואמים ממצאים קודמים אשר הראו שאחוז המבוגרים הלא מעשנים בישראל אשר דיווחו כי הם חשופים לעשן טבק סביבתי לפחות פעמים בשבוע ירד מ־35.7% ל־27.3% בתקופת המגיפה [19].

למרות הירידה בריכוז הקוטינין בשתן, מעל 60% הלא מעשנים במחקר חשופים לעישון סביבתי, ומעל 80% מהלא־מעשנים בחברה הערבית חשופים, כלומר ריכוז הקוטינין בקרב אותן אוכלוסיות הוא מעל לסף הכימות. נתון זה גבוה מדיווח בארצות הברית ב־2011-2014 על כ־25% אחוז מאוכלוסיית הלא מעשנים מעל גיל 18 החשופים לעשן טבק סביבתי (על פי מדידת קוטינין בסרום) [21]. בנוסף נתון זה גבוה מדיווח על 31% אחוז מהאוכלוסייה באירופה אשר חשופה לעשן טבק סביבתי בבית, עבודה, במקומות בילוי, מוסדות חינוך ומקומות ציבוריים (על פי דיווח עצמי) [22]. ייתכן כי האחוז הגבוה של מבוגרים לא מעשנים החשופים לעשן טבק סביבתי בישראל נובע מהחקיקה הישראלית או מהיקף האכיפה המצומצם על איסור העישון במקומות ציבוריים. באירופה נמצאה ירידה בחשיפה לעשן טבק סביבתי במדינות עם איסור מוחלט על עישון במקומות ציבוריים לעומת מדינות עם איסור חלקי [23].

הממצאים על חשיפה גבוהה יותר לעשן טבק סביבתי בקרב החברה הערבית תואמים ממצאים קודמים מסקר רב מבת אשר הראו כי 43.6% מהמבוגרים הלא מעשנים במגזר הערבי דיווחו על חשיפה גבוהה לעשן טבק סביבתי, לעומת 29.1% אחוז מהמגזר היהודי [24]. הממצאים תואמים נתונים על שכיחות גבוהה של עישון פעיל בחברה הערבית, כולל עישון נרגילה [25,19].

פחות מ־50% מהמשתתפים הלא מעשנים במחקר במגזר היהודי ופחות מ־25% מהמשתתפים הלא מעשנים מהמגזר הערבי דיווחו על כי העישון בביתם אסור. קיימים פערים משמעותיים בשכיחות מדיניות של איסור עישון בבית במדינות שונות בעולם: בין 6.4% באינדונזיה למעלה מ־80% בארצות הברית [26]. בפולין נמצאה עלייה משמעותית באחוז הלא מעשנים עם מדיניות של איסור עישון בבית: מ־50.2% בשנת 2010 ל־79.8% בשנת 2019 [26]. עוד נמצאה עלייה באימוץ מדיניות של איסור עישון בבית בקרב הורים מעשנים באנגליה מ־17.3% בשנת 1998 ל־75.9% בשנת 2018 [27]. במחקר הנוכחי נמצא כי ריכוזי קוטינין בקרב לא מעשנים שמתגוררים בבית בו ניתן לעשן בכל מקום היו גבוהים בהשוואה ללא מעשנים שגרים בבית בו אסור לעשן. נתונים אלה מעידים על הצורך בהתערבות ובהעלאת מודעות כדי להפחית את החשיפה של לא מעשנים לעשן טבק סביבתי, כולל קידום מדיניות של "בית ללא עישון". עלייה בשיעור הבתים ללא עישון יכולה להביא לירידה משמעותית בחשיפה של לא מעשנים לעשן טבק סביבתי [27].

לאור העלייה הניכרת בשימוש במוצרי עישון חדשים חליפיים לסיגריות (לדוגמה, סיגריות אלקטרוניות) בקרב האוכלוסיה בישראל, שמנו לנו למטרה לבחון השפעה של חשיפה לעשן הנגרם ממוצרים אלה על ריכוזי הקוטינין בקרב לא־מעשנים. השאלון שהוצג למשתתפים כלל שאלות רבות על חשיפה מסוג זה. עם זאת, מספר המשתתפים שענו כי נחשפו לעשן ממוצרים אלה היה נמוך מאוד ולא איפשר לבצע ניתוחים סטטיסטיים. יתכן כי הסיבה לכך היא היעדר מודעות לחשיפה לעשן מסוג זה. לפיכך מומלץ להמשיך לעקוב אחר חשיפה זו, במקביל להעלאת מודעות הציבור לנזקים פוטנציאלים כתוצאה מעישון מוצרים אלה וחשיפה לעשן זה.

קיימות מספר מגבלות משמעותיות למחקר: 1) גודל המדגם היה קטן יחסית; 2) מדידת הקוטינין בשתן נעשתה על בסיס sample urine spot ולכן משקפת חשיפה קצרת טווח ולא כרונית לעשן טבק סביבתי; 3) הרכב האוכלוסיה שנבדקה לא מייצג בהכרח את הרכב האוכלוסיה בישראל (מיעוט משתתפים מהמגזר החרדי, הבדואי ועוד). המחקר מבוסס על מדגם נוחות ולא מייצג את כלל אוכלוסיית ישראל. מכיוון שתהליך הגיוס התבסס בעיקר על מדיה חברתית, ייתכן והמדגם כולל ייצוג גבוה של אנשים במעמד סוציואקונומי גבוה. אם כן, ייתכן וקיימת הערכת חסר של חשיפת האוכלוסייה לעשן טבק סביבתי, מכיוון ששיעורי עישון והחשיפה לעשן טבק סביבתי גבוהים יותר בקרב אנשים ממעמד סוציואקונומי נמוך [11].

עם זאת, למחקר הנוכחי מספר חוזקות, ובראשן השימוש במדד כמותי המאפשר הבנה מדויקת של החשיפה לעשן הטבק הסביבתי, לצד שאלון מפורט הנוגע גם לסוגיות של מדיניות העישון בבית. בנוסף, אוכלוסיית המחקר מורכבת ממשתתפים בפריסת גילאים רחבה ועם ייצוג הולם לשני המינים. יתר על כן, שיעור המשתתפים במחקר מקרב האוכלוסיה הערבית קרוב לשיעורם באוכלוסיה הכללית בישראל. יתרון נוסף טמון בעובדה שכמות מרשימה של אוכלוסיה גויסה בתקופת הקורונה (בין סגרים, תחת מגבלות וכו').

לסיכום, המחקר מצביע מחד על ירידה בחשיפת מבוגרים לא־מעשנים לעשן טבק סביבתי, יתכן על רקע תקופת הקורונה, אך מאידך מצביע על צורך אמיתי בקידום מדיניות של בתים נקיים מעישון: מומלץ לקדם מסע פרסום והסברה כדי לעודד את הציבור לבתים נקיים מעישון, בדגש על האוכלוסייה הערבית.

תודות: אנו רוצים להודות לפרופ' ליטל קינן בוקר וגב' טל שמעוני מהמרכז הלאומי לבקרת מחלות על עזרה בתכנון המחקר.

רשימת מקורות:

1. Health Effects of Secondhand Smoke. Centers for Disease Control. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/health_effects/index.htm
2. Global Burden of Disease Tool. https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/
3. Ginsberg, G. M., & Geva, H. (2014). The burden of smoking in Israel-attributable mortality and costs (2014). Israel journal of health policy research, 3, 28.
4. World Health Organization (2003). WHO Framework Convention on Tobacco Control.
5. López MJ, Fernández E, Pérez-Rios M, Martínez-Sánchez JM, Schiaffino A, Galán I, Moncada A, Fu M, Montes A, Saltó E, Nebot M. (2013) Impact of the 2011 Spanish smoking ban in hospitality venues: indoor secondhand smoke exposure and influence of outdoor smoking. Nicotine Tob Res. May;15(5):992-6.
6. M. S. Jaakkola, J. J. K. Jaakkola. Impact of smoke-free workplace legislation on exposures and health: possibilities for prevention. (2006) European Respiratory Journal 28: 397-408.
7. Monson E, Arsenault N. Effects of Enactment of Legislative (Public) Smoking Bans on Voluntary Home Smoking Restrictions: A Review. (2017) Nicotine Tob Res. Feb;19(2):141-148.
8. Giulia Carreras, Alessio Lachi, Barbara Cortini, Silvano Gallus, Maria José López et al. (2021) Burden of disease from second-hand tobacco smoke exposure at home among adults from European Union countries in 2017: an analysis using a review of recent meta-analyses, Preventive Medicine, Volume 145.
9. Rosen, L.J., Peled-Raz, M. Tobacco policy in Israel: 1948-2014 and beyond. (2015) Isr J Health Policy Res 4, 12. https://doi.org/10.1186/s13584-015-0007.
10. Berman T, Barnett-Itzhaki Z, Mery N, Keinan-Boker L, Shimony T, Goldsmith R, Göen T, Geva H, Rosen L. (2018) Exposure to environmental tobacco smoke in non-smoking adults in Israel: results of the second Israel biomonitoring survey. Isr J Health Policy Res. Jun 25;7(1):33.
11. Levine H, Berman T, Goldsmith R, Göen T, Spungen J, Novack L, Amitai Y, Shohat T, Grotto I. (2013) Exposure to tobacco smoke based on urinary cotinine levels among Israeli smoking and nonsmoking adults: a cross-sectional analysis of the first Israeli human biomonitoring study. BMC Public Health. 30;13:1241. doi: 10.1186/1471-2458-13-1241.
12. עישון וחשיפה לעישון נתונים מתוך הסקר החברתי, 2017 https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/pages/2018/
13. Benowitz NL. Biomarkers of environmental tobacco smoke exposure. (1999) Environ Health Perspect. May;107 Suppl 2(Suppl 2):349-55. doi: 10.1289/ehp.99107s2349. PMID: 10350520; PMCID: PMC1566286.
14. Carreras G, Lugo A, Stival C, Amerio A, Odone A, Pacifici R, Gallus S, Gorini G. (2021) Impact of COVID-19 lockdown on smoking consumption in a large representative sample of Italian adults. Tob Control. Mar 29:
15. Han MA, Kim HR. Smoking Behavior Changes during COVID-19 among Korean Adults. (2021) Am J Health Behav. Nov 15;45(6):1031-1040.
16. Koopmann A, Georgiadou E, Reinhard I, Müller A, Lemenager T, Kiefer F, Hillemacher T. (2021) The Effects of the Lockdown during the COVID-19 Pandemic on Alcohol and Tobacco Consumption Behavior in Germany. Eur Addict Res. 27(4):242-256.
17. Bar-Zeev Y, Shauly M, Lee H, Neumark Y. (2021) Changes in Smoking Behaviour and Home-Smoking Rules during the Initial COVID-19 Lockdown Period in Israel. Int J Environ Res Public Health. Feb 17;18(4):1931. doi: 10.3390/ijerph18041931.
18. Laron and Goldwag (in Hebrew). (2020). https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/2020/04/Heb_Report-S-167-20-updated.pdf
19. Ministry of Health (MoH). (2021). The 2020 Health Minister Report on Smoking. https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/smoking_2020.pdf (accessed Feb 2021).
20. Yach D. (2020) Tobacco Use Patterns in Five Countries During the COVID-19 Lockdown. Nicotine Tob Res. Aug 24;22(9):1671-1672.
21. Healthy People 2020. https://www.healthypeople.gov/sites/default/files/HP2020LHIWebinarEnviroQuality.pdf
22. Elisabet Henderson, Alessandra Lugo, Xiaoqiu Liu, Xavier Continente, Esteve Fernánde et al. (2021). Secondhand smoke presence in outdoor areas in 12 European countries, Environmental Research Volume 195.
23. Sara Schiavone, Carrie Anderson, Ute Mons, Volker Winkler. (2022) Prevalence of second-hand tobacco smoke in relation to smoke-free legislation in the European Union, Preventive Medicine Volume 154, 106868.
24. Ministry of Health (2019). Rav Mabat Survey in Adults 2014-2016. https://www.health.gov.il/publicationsfiles/mabat_adults_2014_2016_383.pdf
25. Khatib M, Sheikh Muhammad A, Hadid S, Ben Shlomo I, Yousef M. (2022) Correlates of Hookah Smoking among Arab Adults in Israel Identified by a Machine Learning Algorithm. Isr Med Assoc J. Apr;24(4):246-252.
26. Jankowski M, Pinkas J, Zgliczyński WS, Kaleta D, Wierzba W, Gujski M, Rees VW. (2020) Voluntary Smoke-Free Home Rules and Exposure to Secondhand Smoke in Poland: A National Cross-Sectional Survey. International Journal of Environmental Research and Public Health. 17(20):7502.
27. Tattan-Birch H, Jarvis MJ. (2022) Children's exposure to second-hand smoke 10 years on from smoke-free legislation in England: Cotinine data from the Health Survey for England 1998-2018. Lancet Reg Health Eur. Feb 3;15:100315.

צמצום השמנה בילדים: תפיסות הורים באשר לצוות המטפל בסדנאות לטיפול בעודף משקל בילדים

קרן שכטר רפאלי[1], ליאת קורן[1]

[1] המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון

תקציר

רקע: במסגרת התמודדות מקדמת בריאות עם השלכות ההשמנה בקרב ילדים הוקמו מרכזים לטיפול בעודף משקל בילדים במערכות בריאות שונות. מחקר זה מתמקד ביחסים ובאינטראקציה שבין אנשי המקצוע מתחום הבריאות לבין הורי הילדים המטופלים בתוכנית התערבות משפחתית (הורה וילד) רב־מערכתית ורב־רכיבית במסגרת טיפול משולב קבוצתי ופרטני.

מטרת המחקר: להבין כיצד ההורים תופסים וחווים את תפקודם של אנשי המקצוע אשר מטפלים בעודף המשקל של ילדיהם.

שיטת המחקר: מחקר איכותני המבוסס על ראיונות מובנים למחצה שנערכו בקרב 15 אימהות שהשתתפו בתוכנית משפחתית לטיפול בעודף המשקל של ילדיהן. גיל האימהות נע בין 37-51 שנים וגיל הילדים נע בין 6-12 שנים. הנתונים נותחו לפי קטגוריות תוכן שמהן נבנו תמות.

ממצאים: תשע התמות שנמצאו ונותחו נגעו לטיב הקשר עם איש המקצוע, למאפיינים של אנשי המקצוע, לתפיסת ההצלחה בתוכנית, למקדמים ולחסמים. מדריכת הכושר והתזונאית בתוכנית נתפסו כבעלות התרומה הגדולה ביותר לשביעות הרצון מן התוכנית יחסית לעובדת הסוציאלית וליועצת לפעילות גופנית. בלטו החשיבות והכוח שיש לאלמנט הקבוצתי הן בנוגע להורים והן בנוגע לילדים. החסם המרכזי היה חוסר טיפול בעודף המשקל לטווח הארוך. רוב האימהות חוו חוויה חיובית וחשו תחושת הצלחה, והן היו מוכנות להמליץ על התוכנית בשמחה.

דיון: מאפייני האישיות של אנשי הצוות כגון הקשבה, הכלה ואמפתיה נתפסו כמשמעותיים וחשובים לא פחות מתפקודם המקצועי. ההצלחה בפן המקצועי בתוכנית קשורה בין היתר לעלייה במודעות התזונתית כמו גם לרמת הכושר הגופני. כמו כן, להיבט החברתי בקרב הילדים הייתה השפעה חשובה על ההנאה מהתוכנית, ובכך גם לעלייה במוטיבציה להתמיד בה.

מסקנות: על מנת לשפר את יעילות התוכנית רצוי לערוך תיאום ציפיות מעמיק, ובכך לתת מענה מקסימלי לצרכים רבים ומגוונים. חשוב לשים דגש על יכולות אינטראקציה בין־אישיות באיתור אנשי המקצוע המעורבים ובהכשרתם. יש להמשיך בארגון הקבוצתי של התוכנית, ולהבטיח את קיומו של טיפול ארוך טווח – בין אם במסגרת הבריאותית או בתוכניות המשך בקהילה.

מילות מפתח: **עודף משקל, השמנה בילדות, יחסי מטפל־מטופל, סדנאות הרזיה, תפיסות הורים, ניתוח תמות.**

רקע

השמנה היא צבירת שומנים חריגה או מוגזמת שמהווה סיכון לבריאות (1). יש לה השלכות בריאותיות רבות הן בילדים והן במבוגרים – פיזיות, חברתיות־רגשיות וכלכליות. שכיחות ההשמנה באוכלוסייה הצעירה והבוגרת ברחבי העולם עלתה בעשורים האחרונים בצורה ניכרת (2). לפיכך היא מהווה מקור לדאגה רבה לבריאות הציבור בעולם כולו, משום שהיא מעלה את הסיכון לתחלואה ולמוות בעקבות המחלות הנלוות לה. כך גם בישראל, שבה סיבת המוות השנייה השכיחה ביותר היא מחלות לב (3), הנגרמות בין היתר מהיעדר פעילות גופנית ומהשמנה (4). השמנה מתרחשת על רקע אנדוגני (מתוך הגוף עצמו) ועל רקע אקסוגני (מגורם חיצוני). השמנה אנדוגנית היא השמנה על רקע הפרעה אורגנית (אנדוקרינית) או על רקע פגם גנטי, והיא נדירה בשכיחותה (2%-3%). ההשמנה האקסוגנית היא שכיחה יותר ובבסיסה רקע התנהגותי וסביבתי (5), ובה יתמקד המחקר הנוכחי. השמנה אקסוגנית מתרחשת כאשר האיזון שבין האנרגיה שנכנסת לגוף (מזון ושתייה) לבין האנרגיה שיוצאת מהגוף (חילוף חומרים בסיסי, תרמוגנזה ופעילות גופנית) מופר. כאשר האנרגיה הנצרכת עולה על האנרגיה היוצאת ונוצר מאזן אנרגיה חיובי לאורך זמן, עודף האנרגיה מומר לטריגליצריד המאוחסן במתחמי רקמות השומן המתרחבים בגודלם, ובכך מגדילים את שומן הגוף וגורמים לעלייה במשקל (6,5).

האטיולוגיה של השמנה היא רב־סיבתית וכוללת בין היתר גורמים ביולוגיים, פיזיולוגיים, נפשיים (7), פסיכו־חברתיים וסביבתיים (8). כל שכן שלאמונות, לדעות, לידע ולדרכי התייחסותם של ההורים המשמשים מודל לחיקוי ישנה השפעה על מידת הסיכון להשמנת יתר של ילדיהם (9). לאורח חיים יושבני ולהמעטה בפעילות גופנית ישנה השפעה מכריעה על משקל הילדים. הצפי לשנת 2030 בדבר השמנת ילדים ומתבגרים נאמד בכ־254 מיליון ילדים ומתבגרים ברחבי העולם, לעומת כ־158 מיליון בשנת 2020 (10). הסתכלות על ההיבט ההתנהגותי התורם להשמנה (11) מדגישה את חשיבות החינוך מבית, שבו להורים האמונים על רווחת ילדיהם תפקיד מרכזי בהובלת תהליך הטיפול בעודף המשקל של ילדיהם.

תוכניות לטיפול בהשמנת ילדים

טיפול בהשמנת ילדים מתרחש לרוב במסגרת מערכת הבריאות שבקהילה – במרפאה, וכן בבית חולים (12) או בשילוב ביניהם (13). התערבויות בהשמנה יכולות לכלול שימוש בתרופות, ניתוחים ושינויים התנהגותיים באורח החיים. צורות ההתערבות הן רבות ומגוונות; ישנן התערבויות משפחתיות, המתמקדות בהורה בלבד או בהורה ובילד יחד, חלקן פשוטות וחלקן מורכבות, חלקן פרטניות, קבוצתיות או משולבות. מגוון צורות ההתערבות מלמד כי אין תמימות דעים באשר לאופן הטיפול היעיל ביותר בהשמנת ילדים (16-14). אחת ההתערבויות השכיחות אשר מובילה לתוצאות חיוביות בילדים היא התערבות התנהגותית משפחתית רב־רכיבית בעלת מודל טיפול משולב (פרטני וקבוצתי) הנעזר בצוות טיפול רב־תחומי (17), תוך שימת לב לתפקוד הפסיכו־סוציאלי של הילד ולרווחתו הנפשית (18). באשר למסגרת הזמן, נמצא כי תוכניות התערבות יעילות נמשכו שישה חודשים לפחות (19) בתדירות בינונית עד גבוהה של מפגשים ובסך של 26 שעות ומעלה (15). לנוכחות המשפחה בטיפול וכן לנוכחות של דיאטנית, של פסיכולוג או של עובד סוציאלי בצוות הטיפולי יש השפעה חיובית חזקה על ירידה במשקל בקרב ילדים בכל גיל, הן בטווח קצר של חצי שנה והן בטווח ארוך – בתוכניות שנמשכו כשנתיים, המטפלות בתזונה, בפעילות גופנית ובהתנהגות (14).

מקדמים וחסמים מצד ההורים בתוכניות משפחתיות לטיפול בהשמנת ילדים

חלק ניכר מהמשפחות המופנות לתוכניות התערבות לטיפול בעודף משקל בילדים אינן נרשמות בסופו של דבר, ובין אלו שנרשמות ישנן רבות שנשחקות לאורך הדרך ואינן מצליחות לבצע את השינויים הנדרשים (20). מומחי בריאות שונים כגון אחיות, רופאים, דיאטנים ופסיכולוגים, העוסקים בנושאים הקשורים בהתנהגויות בריאותיות שונות, חווים חסמים מצד ההורים כאשר הם משוחחים עימם בנוגע למשקל ילדיהם (21). רתימת הורים בתוכנית לטיפול בהשמנת ילדים היא משימה מאתגרת, שכן הסטיגמה סביב נושא עודף המשקל וחוסר המודעות או ההכחשה בקרב חלק מן ההורים בנוגע למשקל ילדיהם מהווים מכשול בהרשמה לתוכניות התערבות (21). מנגד, גורמים המדרבנים משפחות עם ילדים בעודף משקל להשתתף בתוכניות התערבות הם הדאגה לבריאותם הנפשית והפיזית, ההתנסות והחוויות החיוביות של הילדים מבחינה חברתית, המעלות את המוטיבציה להתמיד בתוכנית (20). חסמים במחקר אחד עשויים להיות עזרים במחקר אחר; על כן אין למעשה פתרונות אחידים אשר יכולים להתאים לכל המשפחות בצורה מושלמת (22).

סקירת מטה־סינתזה של מחקרים איכותניים בחנה את המחסומים (גורמים מקשים) ואת המקדמים (גורמים עוזרים) שבהם נתקלים מומחי בריאות רפואיים מצד המטופלים, וממצאיה הדגישו את הקשר הבין־אישי של ההורים עם הצוות המקצועי. מצד ההורים ניתן לראות כי חשוב להם שהצוות המטפל יהיה תומך, אמפתי ובעל יכולת לתקשר עימם ולשמור על טובת הילדים. כאשר חברי הצוות המטפל נתפסים בעיני המשפחה כאמפתיים וכמכילים, יש היתכנות לאינטראקציה טובה המובילה להתמדה ולהצלחה גדולה יותר

של הטיפול (21). מעטים מן המחקרים שנסקרו בספרות בנושא הטיפול המשפחתי הרב־מערכתי למיגור תופעת ההשמנה בילדות התייחסו לתפיסות ההורים בנוגע לאנשי המקצוע (24,23). בהתאם לכך, מחקר זה עוסק בהיבטים המקצועיים אך שם זרקור על החלקים הרגשיים, על תמיכה ועידוד, על אינטראקציה והתקשורת שבין הצדדים ועל חלקם החשוב של כל אלה בהצלחת תוכנית ההתערבות, בהתבסס על ההנחה כי ליחסים ולתקשורת הנרקמת בין ההורים לאנשי המקצוע ישנו ערך חשוב לא פחות מאשר הפן המקצועי (24,23,21).

מטרת המחקר

מטרת המחקר היא להבין את התפיסות ואת החוויות של אימהות בנוגע לצוות המטפל במסגרת תוכנית משפחתית רב־מערכתית לטיפול בהשמנת ילדים. מחקר זה התמקד בתכונות הקשורות לאינטראקציה ולזיהוי התנהגויות בין־אישיות בין אנשי המקצוע והמטופלים. שאלות המחקר בחנו את החשיבות של תרומת הקשר של ההורים עם הצוות המטפל, את משמעות הקשר בעיניהם ומה היו תחושות ההורים באשר לקשר הזה. כמו כן, המחקר ביקש להבין מה הם העזרים והחסמים הטמונים בקשר עם הצוות המטפל ואילו שינויים ניתן לעשות על מנת לשפר את ההצלחה בתוכנית.

שיטת המחקר

הליך המחקר

מחקר איכותני זה מבוסס על ראיונות חצי־מובנים עם אימהות לילדים שהשתתפו בתוכנית טיפול משפחתית בהשמנה. המחקר קיבל אישור מוועדת האתיקה המוסדית של אוניברסיטת אריאל (AU-HEA-LK-(20210422, ולאחריו נערכה פנייה להורים מכל הארץ אשר השתתפו בתוכנית משפחתית לטיפול בעודף המשקל של ילדיהם בישראל במערכת בריאות כלשהי בחמש השנים האחרונות. תשע משפחות השתתפו בתוכנית בשנת 2019. הפנייה נעשתה דרך המדיות השונות ובשיטת דגימה של "כדור שלג". לאחר תיאום מועד הריאיון הוחתמו המשתתפות על טופס הסכמה מדעת.

המשתתפות

מדגם הנוחות הכיל 15 אימהות בגיל 37-51 לילדים בגיל 6-12 שהיו בעודף משקל ושה־BMI שלהם היה באחוזון ה־85 ומעלה. אימהות אלו עברו תוכנית טיפול משפחתית רב־מערכתית לשינוי התנהגותי רב־רכיבי במסגרת מערכת הבריאות (קופות חולים, בתי חולים) המיועדת לטיפול בעודף משקל. לאחר 15 ראיונות ניכר מיעוט במגוון המידע החדש המתקבל בכל ריאיון, וכך התקבלה ההחלטה להפסיק את איסוף הנתונים לאחר 15 ראיונות.

כלי המחקר

המחקר נערך באמצעות ראיונות. חלקם בוצעו בידי החוקרת הראשית וחלקם בידי עוזרת מחקר. מטרת הראיונות הייתה להבין את נקודת מבטן של האימהות בנוגע לקשר עם הצוות המטפל בתוכנית. הראיונות נערכו בפלטפורמת הזום או בטלפון, וארכו כ־30 דקות בממוצע. הראיונות הוקלטו ותומללו באישור המרואיינות, נערכו בידי מחברת המאמר (קרן שכטר רפאל) כחוקרת ובסיוע של עוזרת מחקר שקיבלה הדרכה מהחוקרת. הראיונות החלו באיסוף פרטים כלליים לצורך תיאור המרואיינות והתוכנית שבה הן השתתפו. לאחר מכן נשאלו שאלות ספציפיות יותר, אשר נוגעות לנושאי המחקר. הראיונות נערכו באופן שאפשר למרואיינות להתמקד בשאלה הנשאלת ואף לסטות ממנה כראות עיניהן לנושאים אחרים. השאלות עסקו בנקודות הבאות: מה הייתה תרומת אנשי המקצוע בתוכנית בעינייך? אילו מהם את מרגישה שתרמו לכם במיוחד? אילו מאפיינים בקשר שלך עם אנשי המקצוע היו משמעותיים מבחינתך? באיזו תחושה יצאת מהתוכנית? באשר לילד – מהם האמצעים התומכים אשר עמדו לרשותך שעזרו לך ולילדך להצליח? מה היו החסמים שהפריעו לך או לילדך לבצע את השינוי? האם לדעתך צריך לערוך שינוי כלשהו בתוכנית? מהי הצלחה והאם את מרגישה שהצלחתם?

ניתוח הראיונות

הראיונות המוקלטים תומללו לקובץ מילה במילה ונותחו בניתוח תמטי, המושתת על תהליך אינדוקטיבי המאתר נושאים שבאו לידי ביטוי בדברי המרואיינות (25). בשלב הזה נעשה מיון של התפיסות ושל החוויות השונות של המרואיינות בנוגע לאותו נושא, וכן ארגון הנתונים על פי "סידור לפי קטגוריה". כל תמה מעוגנת בציטוטים המבטאים את מגוון עמדות ההורים.

תיאור תוכנית ההתערבות

במחקר הנוכחי נכללו אימהות אשר השתתפו בתוכניות התערבות משפחתית של הורה (אב או אם) וילד במסגרת בריאותית שהורכבה מצוות רב־מערכתי. צוותים רב־מערכתיים כללו רופאי ילדים (לצורכי אבחון רפואי), דיאטנים (לצורכי לימוד תזונה נבונה) ועובדים סוציאליים (לצורכי היבטים רגשיים). בחלק מהתוכניות נכללו גם פיזיותרפיסטים המשמשים יועצים לפעילות גופנית, אשר נתנו מענה פרטני לשילוב פעילות גופנית בשעות הפנאי, וכן מדריכי כושר. הנחיות לקבוצות הורים ניתנו באמצעות עובדת סוציאלית ודיאטנית. פעילות גופנית אורגנה בצורה קבוצתית לילדים פעמיים בשבוע. לקבוצת הגיל 6-8 נערכו מפגשים קבוצתיים

ופרטניים עם דיאטנית, ולקבוצת הגיל 9-12 נערכו מפגשים פרטניים עם דיאטנית ומפגשים קבוצתיים עם עובדת סוציאלית ועם דיאטנית. משך התוכניות נע בין 4-6 חודשים.

ממצאים

פרק זה מאורגן לפי תשע תֵמות מרכזיות, המבטאות את תפיסות האימהות שליוו את ילדיהן בתוכנית רב־מערכתית משפחתית לטיפול בעודף משקל. התֵמות הן אלה: טיב הקשר עם אנשי המקצוע (דיאטנית, עובדת סוציאלית, מדריכת כושר ויועצת לפעילות גופנית – תמה 1-4); תכונות הצוות המטפל; תפיסת ההצלחה בתוכנית; חוויית ההשתתפות בתוכנית; מקדמים וחסמים; מידת היחס האישי.

טיב הקשר עם אנשי המקצוע

חלק זה מבטא את טיב הקשר המשפחתי עם גורמים שונים בצוות המטפל במסגרת התוכנית המשפחתית לטיפול בעודף משקל בילדים.

תמה מספר 1: **טיב הקשר עם הדיאטנית**

התייחסויות שונות שהיו למרואיינות כלפי הדיאטנית בצוות, אשר נגעו להיבטים הרגשיים והמקצועיים כלפיה, רוכזו בתמה זו. הדעה הרווחת שהביעו המרואיינות (13 מתוך 15) הייתה תפיסתה כדמות חיובית, אמפתית ומקצועית, התורמת להורים ולילדים שבתוכנית: "הילדה מאוד התחברה אליה, תרמה במיוחד מבחינת אמפתיה, הקשבה וגמישות" (מ"ז24); "מבחינתי כהורה היא הייתה חשובה, נתנה לנו טיפים, דברים שלא היינו עושים לפני" (ק'14). דעה נוספת הייתה תפיסתה של הדיאטנית כדמות חיובית, אך פחות כדמות מקצועית עבורם או עבור ילדיהם: "התזונאית הייתה מקסימה, די התחברתי אליה, אבל לא ניתן תפריט מדויק מה לאכול ומה לא" (מ'1); מרואיינת נוספת הדגישה שהשפעתה של הדיאטנית על הילדים הייתה מוגבלת: "פחות עניין אותם [את הילדים] בצורה כזו התזונה, איך שהועברו הדברים" (ק'14). באופן כללי הביעו רוב המרואיינות תפיסות וחוויות חיוביות מהדיאטנית. הן מצאו בה מענה הן לחלקים הרגשיים והן לחלקים המקצועיים, והרגישו שהתחברו אליה בזכות המאפיינים האישיותיים שלה כגון יכולת הקשבה, אמפתיה, נחמדות, אופטימיות, כמו גם הודות למידע ולכלים שהיא נתנה להן ולילדיהן באופן מקצועי.

תמה מספר 2: **טיב הקשר עם העובדת הסוציאלית**

המרואיינות נשאלו שאלה כללית באשר לתפיסותיהן את העובדת הסוציאלית. ניכר שהדעות חלוקות, כמחצית (שבע אימהות) היו בעלות דעה חיובית עליה: "הייתה דמות משמעותית עבורי מאוד בתוכנית" (ק'14); "קשובה. היא ידעה לצפות תגובות שונות של הילדים" (ח'20). לשליש (חמש) מהאימהות הייתה דעה שלילית כלשהי על מעורבות העובדת הסוציאלית בפרויקט. הן גרסו כי העובדת הסוציאלית הייתה דמות שלא תרמה להם בתוכנית ושהן לא הרגישו חיבור רגשי כלפיה: "רק עם העו"סית לא התחברתי" (מ'2); "העו"סית מבחינתי הייתה מיותרת, יושבים 20 הורים ושואלים אותם מה אתם חושבים שהילד מרגיש? ואז כל הורה עונה, זה לא אפקטיבי" (ת'6); "זה היה ברמה הכי שטחית ולא ממצה כזאתי" (ה'42); "היא אמרה לילדה את לא רוצה להתחיל את התוכנית הזו? זה חשוב! את לא רוצה להיות יותר בריאה, ספורטיבית, בלי מחלות כשתהיי גדולה, בלי לחץ דם גבוה, לא להיות שמנה כשתהיי גדולה? זה מה שגרם לי לא להתחבר אליה" (מ'2). שלוש מהמרואיינות לא הביעו עליה דעה כלל. לסיכום, כמחצית מהמרואיינות לא הרגישו חיבור רגשי לעובדת הסוציאלית ולא מצאו בה דמות מקצועית שתרמה להן. בין היתר הן סברו שהיא אינה חיונית ואינה ממלאת פונקציה משמעותית בתהליך. כמו כן הן ציינו שנוכחותה לא הייתה מורגשת. לעומת זאת היו מרואיינות שמצאו בה אדם קשוב ואכפתי, שתרם ונתן לילדים שלהן ולהן כלים להתמודדות עם קשיים רגשיים שעלו.

תמה מספר 3: **טיב הקשר עם מדריכת הכושר**

ניכרת הסכמה רחבה בדבר התפיסה החיובית של הקשר עם מדריכת הכושר. לפני הכול היא נתפסה כאשת מקצוע טובה: במענה לשאלה אם היא הרגישה את המקצועיות ענתה אחת המרואיינות "כן" (מ"י26), ומרואיינת אחרת ענתה "מדריכת הכושר היא זו שהכי תרמה לי" (ת'7). נוסף על כך מסתמן שהיא נתפסה כבעלת אישיות ואוריינטציה כללית חיובית: "מדהימה" (מ'2). כמו כן ניכר שמדריכת הכושר מילאה תפקיד מרכזי עבור ההורים ועבור הילדים לא רק בפן המקצועי, אלא גם מעבר לו – בהיבטים חברתיים ורגשיים: "חשוב לי שהמאמנת, תעודד, תגבש ותאחד והיא עושה את זה" (ש"י32); "מבחינתי זה המאמנת כושר, לא רק פעילות, זה הרבה מעבר לזה, הבן היה קשור ופתוח לדבר עם המאמנת כושר" (ש'22). לסיכום, לכל המרואיינות הייתה דעה חיובית מאוד על מדריכת הכושר. דעה זו נגעה הן לפן המקצועי והן לפן הרגשי־חברתי והאישיותי. כמו כן נראה, כי מדריכת הכושר מילאה את התפקיד הכי משמעותי מבין אנשי הצוות עבור הילדים ועבור ההורים.

תמה מספר 4: **טיב הקשר עם היועצת לפעילות גופנית**

מתוך 15 מרואיינות, ל־12 הייתה בצוות יועצת לפעילות גופנית. עבור הרוב המכריע מתוכן (9) נתפס תפקידה כמיותר

וכלא־רלוונטי, שכן חלקן (ת', ל', מ"ז, מ"י, ד') לא הזכיר אותה או התייחס אליה במהלך הריאיון כלל, והשאר הרגישו שהמפגש היה מיותר או מאכזב. הסיבות לכך היו מגוונות. חלקן חשו שהילד או הילדה פעילים גם כך, חלקן לא זכרו מה לעשות בבית לאחר המפגש, והיו בהן מי שלא תפסו את הפעילות הגופנית בשעות הפנאי כחשובה מספיק: "הייתה לי פגישה איתה והיא הייתה מאוד מאכזבת"; "קצת הרגיש לי מיותר כדי לצאת מיום עבודה בשביל העניין הזה"; "בפגישה הזו לא הרגשתי ערך מוסף" (ו'11); "לא זוכרת איך קראו לזה, היה ייעוץ כזה מה אפשר לעשות בפעילות הגופנית בבית, זה היה פחות רלוונטי לגבי שעות הפנאי"; "פחות עניין את הבת שלי" (ש'32). לעומתן הרגישו שלוש מרואיינות שהן קיבלו עצות טובות מהיועצת לפעילות גופנית, ומצאו את הייעוץ שלה בעל חשיבות גדולה: "היא הייתה מדהימה, נתנה לנו טיפים די טובים, זה היה מאוד חשוב הייעוץ שלה" (מ'2); "זו הייתה פגישה משותפת עם הילדה, ואני חושבת שהיא גרמה לה לחשוב, על זה שהיא צריכה לעשות יותר ספורט" (ה'41). לסיכום, במחקר זה רוב המרואיינות לא תפסו את תפקיד הייעוץ לפעילות גופנית כמשמעותי וכמשפיע עבור ילדיהן כחלק מתוכנית לטיפול בהשמנת ילדים.

תמה מספר 5: **תכונות הצוות המטפל**

תמה זו ריכזה התייחסויות שונות שהיו למרואיינות כלפי המאפיינים הרגשיים והמקצועיים של אנשי המקצוע השונים. שתי מרואיינות לא התבטאו בעניין, אך הרוב (8 מתוך 13) הביעו ביטויים שחזרו על עצמם: "אמפתיה" (ע'8, ו'11); "הקשבה" (ל'15, מ"ז24, ק'14); "הבנה" (מ'2, ע'8). מבחינה מקצועית היו מרואיינות שאמרו (4 מתוך 13) שהן "עבדו בצורה מובנת ומסודרת"; "ועשו זאת בצורה ידידותית למשתמש" (ת'5); "נתנו מענה לצרכים שלנו, כולן תרמו כל אחת בתחומה" (ע'8); "הרגשתי שהיה מעניין לשוחח איתן, שהן הכירו את העבודה כמו שאומרים, שהן מבינות עניין" (ו'11). לסיכום, ניתן לראות כי אנשי המקצוע נתפסים בעיני רוב (8 מתוך 13) המרואיינות כבעלי תכונות אישיותיות חיוביות, אשר מצופות מאנשי מקצוע מתחום הבריאות המשתתפים בתוכנית לטיפול משפחתי בעודף משקל, שכן השילוב של תכונות אופי חיוביות ומקצועיות יחד הוא השילוב הטוב ביותר ביחסי מטפל־מטופל.

תמה מספר 6: **תפיסת ההצלחה בתוכנית**

המרואיינות נשאלו מה נחשב בעיניהן כהצלחה בתוכנית, ואם לפי ציפיות ופרמטרים אלו התוכנית אומנם הצליחה. עשר מרואיינות החשיבו את התוכנית כהצלחה, כאשר ההגדרה להצלחה נעה בעיקר בין משקל שירד או שלא עלה והגברת המודעות בקרב הילדים: "כן, התוכנית הצליחה, כי הבת שלי ירדה במשקל יפה מאוד (ת'7); "מבחינת תזונה גם כשהיא לא מקפידה היא לפחות יודעת על מה היא לא מקפידה" (ע'9); "קודם כול הילדה ירדה שלושה קילו, זה לא באמת היה חשוב לי אם תרד כמה או בכלל לא... יותר היה חשוב לי שתבין מה המשמעות של מה שהיא אוכלת" (ק'14). מרואיינות אחרות הביעו אי־הצלחה או שלא ידעו לומר בוודאות שהצליחו, ונימוקיהן נעו בין הישארות במשקל לבין אי־הצלחה בהשגת מטרות אחדות שהן חשבו שישיגו: "לא נראו תוצאות"; לא הייתה ירידה במשקל" (מ'3); "אני לא יודעת להגיד... אני חושבת שההצלחה היא קצת להגביר מודעות אצל הילד ולתת לו להבין את החשיבות של פעילות גופנית ותזונה נכונה לאורך זמן... בסוף התוכנית הוא לא שקל פחות" (ו'11). כמו כן היו מי שראו את ההצלחה רק בטווח הקצר: "אחרי התוכנית הייתה לו נפילה, היה לו מאוד מאוד קשה להתמיד לאורך זמן גם בתזונה וגם בפעילות גופנית" (ו'11); "אבל בלי מסגרת, זה לא קורה" (ר'39). רוב הנבדקות חשו כי הן הצליחו בתוכנית בעיקר מפני שילדיהן ירדו במשקל או שלפחות לא עלו. סיבה בולטת נוספת להצלחה, לתפיסתן, הייתה בזכות העובדה שהילדים הפכו מודעים לתזונה ולפעילות הגופנית. המילה "מודעות" נאמרה תשע פעמים ישירות ופעמים נוספות השתמעה מתוך דברי המרואיינות, כך שלדידן ישנה חשיבות לא רק לירידה במשקל אלא גם להבנת המשמעות של אורח חיים בריא הבא לידי ביטוי בתזונה ובפעילות גופנית. ואולם מנגד נראה שאימהות שילדיהן לא ירדו במשקל הסתייגו מהגדרת התוכנית כהצלחה, אף אם התוכנית עזרה להן ולילדיהן בהגברת המודעות לאורח חיים בריא. נוסף על כך, מיעוט של האימהות היה רגיש להבדל שבין הצלחה בטווח הקצר להצלחה בטווח הארוך, והצביע על הקושי של שמירה על ההישגים – כגון ירידה במשקל – בטווח הארוך.

תמה מספר 7: **חוויית ההשתתפות בתוכנית**

תמה זו ריכזה את התפיסות שהיו למרואיינות באשר לחוויה שלהן מהשתתפות בתוכנית. למעט מרואיינת אחת, לכולן הייתה חוויה חיובית וכולן ממליצות על השתתפות בתוכנית שכזו בעתיד: "התוכנית מדהימה שדורשת מעט שיפורים" (מ'3); "זה כמו משפחה ממש, אני הרגשתי את זה ככה" (ש'22). מתוכן ציינו חמש מרואיינות שהן היו רוצות שהתוכנית תימשך: "יצאנו בתחושה שחבל שהיא נגמרה" (ה'41); "הבן שלי רצה מאוד להמשיך והצטער שזה הפסיק" (ו'10). הסיבות הבולטות ביותר לחוויה החיובית שחזרו על עצמן שוב ושוב היו שהילדים נהנו ומצאו מסגרת שמתאימה להם, הן באופן כללי והן מבחינה חברתית בקרב

קבוצת השווים: "היא מאוד נהנתה כשהייתה שם, היא הייתה מאושרת, זה נתן לה אנרגיה לעשות דברים אחרים, לשיר, לרקוד" (מ'3); "נהיו להם שם חברויות שעד היום הם מדברים אחד עם השני הילדים" (ק'13); "הרגיש שהמסגרת עוזרת לו" (ו'11). לסיכום, ניתן לראות שבסיום התוכנית המרואיינות ברובן המוחלט הביעו שביעות רצון ממנה, והחוויה שהייתה להן הייתה חיובית מאוד. מבחינת הילדים בולטת במיוחד החשיבות של התוכנית כמסגרת ששומרת עליהם, המודעות שעלתה לאורח חיים בריא, כמו גם ההשתלבות החברתית וההשפעה שלה על ההנאה מהתוכנית. בהסתייגויות הבודדות לתוכנית ניתן למנות אם אחת שהעידה כי התוכנית התאימה פחות לבתה בשל גילה הצעיר, אולם היא בכל זאת חשבה כי התוכנית מצוינת, וכן מרואיינת נוספת שחשבה כי התוכנית אינה טובה ובכל זאת העידה על השפעות חיוביות מסוימות שהיו על בתה.

תמה מספר 8: **מקדמים וחסמים**

תמה זו ריכזה התייחסויות שונות שהיו למרואיינות כלפי גורמים אשר הועילו וגורמים אשר הפריעו לתוכנית, כמו גם הצעות לייעול תוכניות עתידיות. כחצי מהמרואיינות ביטאו את מורת רוחן מכך שאין לתוכנית המשכיות לטווח הארוך – במסגרת המערכת הרפואית או מחוצה לה – מה שהיווה חסם מרכזי: "ברגע שהסתיימה התוכנית, ביקשתי טובה שהילדה תמשיך ונגמרה התוכנית ואז חזרנו לחושך, חבל"; "בלי המשכיות אין ערך לתוכנית" (ת'6); "צריך יותר להאריך את התוכנית"; "לתת לזה גם אחרי ליווי, איזושהי כתובת של תמיכה מסוימת גם אם אתה לא בתוכנית כבר" (ש'22). היו מרואיינות ששמו דגש על חוסר בהמשכיות בעיקר בהיבט של הפעילות הגופנית (6): "הייתי שמחה אם זה היה נמשך ולא משהו זמני, אפילו לא המפגשים אבל לפחות הכושר הזה שהיה מאוד מאוד שונה מכל חוג מהמתנ"ס או מהקאנטרי שיש" (מ"י27). חסמים נוספים באו לידי ביטוי בקרב שש מרואיינות בזמינות ובנגישות התוכנית (מיקום, ימים ושעות, קבלה לתוכנית): "השעות היו קשות ובגלל העבודה בעלי היה צריך להביא, אם זה היה מאוחר יותר זה היה יותר נוח"; "הייתי שמחה אם התוכנית הייתה יותר זמינה ונגישה" (ל'16); "רק שצריכה להיות יותר תוכנית כמו זו בכל עיר" (ר'40). חסם נוסף בא לידי ביטוי בכך שהתוכנית אינה מוכרת דייה לאנשי בריאות ולקהל הרחב (4): "אף אחד לא מכיר את התוכנית וגם לנו היה קשה מאוד למצוא את האפשרות הזו" (ע'9); "אני חושבת שרופאי משפחה לא מספיק יודעים על זה" (ה'43). חסם נוסף שנראה בקרב מרואיינות היה חוסר שיתוף פעולה מצד הילדה להגיע לתוכנית (3): "אבל היא לא רצתה ללכת, לא ממש הסבירה למה, לא בא לי, לא בא לי" (מ'3); "הייתה בתוכנית לא עשתה שום פעולה נוספת מלבד הספורט שהיה בתוכנית" (מ'4); "חוסר שיתוף פעולה מצד בעלי" (ל'16).

מנגד, היו כמה גורמים שהיוו מקדם בתוכנית. שמונה מרואיינות ציינו את נוכחות ההורים הנוספים כקבוצה חברתית מעניינת עבורם: "השיחות במפגשים שהיו בקבוצה דווקא עניינו אותי, עניין אותי לשמוע חוויות של אחרים" (ו'10); "מפגש אימהות בזמן שהילדים היו בפעילות ואנחנו חיכינו להם, היינו יוצאות כל האימהות להליכה משותפת, זה תרם לי" (ק'14). מיעוט המרואיינות (4) הרגישו שההנחיה של העובדת הסוציאלית ושל הדיאטנית בהדרכת ההורים תרמה להן בתוכנית: "אנחנו התמדנו בקבוצה של הדרכת ההורים" (ה'42); "שיש מי שנמצא בצד השני" (מ"ז24); במענה לשאלה "מי לדעתך תרם לך בתוכנית?" ציינה מרואיינת "המפגשים הקבוצתיים עם הדיאטנית והעובדת הסוציאלית" (מ"י27). מקדם נוסף שחזר על עצמו היה ההשתייכות לקבוצת השווים (5) והחיבור החברתי של הילדים: "גם הילדים כמוה, היא לא צריכה להרגיש שמנה עם כל מיני בנות דקות כאלה שעושות שפגטים, זה על־אזורי, אז אין להן שום אינטריגות של בית ספר וקהילה, הן מתחברות רק על הרקע הזה, זה נוח, זה המקום הבטוח שלה" (ש"י33); "מה שמאוד עזר זה שהילדה שלי התחברה עם עוד בנות" (ה'42). לסיכום, החסמים העיקריים היו קשורים לחלקים הטכניים של התוכנית ופחות לחלקים הקשורים לתכנים עצמם; גורמים כגון תוכנית לטווח ארוך, שעות נוחות יותר ומיקום קרוב יותר לבית היו דומיננטיים. מנגד, המקדם הדומיננטי ביותר היה ההשתייכות של הילדים ושל ההורים לקבוצת השווים, אשר היוותה עבורם בסיס איתן להתמדה בתוכנית.

תמה מספר 9: **מידת היחס האישי**

תמה זו ריכזה התייחסויות שונות שהיו למרואיינות לתגובת אנשי הצוות לקשיים אינדיבידואליים, והיא בודקת אם הייתה תגובה שכזו וכיצד היא באה לידי ביטוי. מתוך 15 מרואיינות השיבו שתיים שהן לא קיבלו מענה אישי לקשיים שעלו, ושתיים השיבו שהן אישית לא נזקקו לעזרה מלכתחילה. רוב מוחלט (11) השיבו שהן קיבלו עזרה כאשר הן נזקקו לה אישית. כך למשל, אחת המרואיינות שהייתה חולת סרטן אמרה: "באמת עזרו לנו שלא יפספס"; "המאמנת כושר לקחה והחזירה ובטלפון, הייתי מדברת איתם עם הדיאטנית והעובדת סוציאלית שדיברה איתנו פעם או פעמיים פרטני" (ש'21). מרואיינת אחרת אמרה: "מהתזונאית שביקשתי שתדבר עם בעלי שהיה מזמין אוכל מבחוץ למרות שאני ביקשתי שלא, אז היא טלפנה אליו ודיברה על התקשורת בינו לבין הבת וביקשה שיימנע מלהזמין וזה עזר" (מ'4). על פי רוב ניתן מענה אינדיבידואלי לבעיות ולקשיים של הנבדקות בידי אנשי הצוות השונים בתוכנית.

דיון

מחקר זה בחן כיצד ההורים תפסו וכיצד הם חוו את תפקודם של אנשי המקצוע אשר טיפלו במשקל היתר של ילדיהם במסגרת תוכנית התערבות משפחתית במערכת בריאות כלשהי באחת ממערכות הבריאות בישראל. המחקר בחן את תרומתם של אנשי המקצוע בתוכנית כפי שראו אותה ההורים, תוך בחינת השאלות הבאות: מי מהם תרם במיוחד? אילו מאפיינים בקשר עם אנשי המקצוע היו משמעותיים? מהם האמצעים התומכים שעמדו לרשות הנבדקים אשר עזרו להם ולילדים להצליח? מה היו החסמים שהפריעו להורים ולילדים לבצע את השינוי? האם נדרש לדעתם שינוי בתוכנית? חשיבות המחקר היא בתרומת הידע הנוגע לטיב הקשר עם הצוות המטפל, נושא שלא הושם עליו דגש מספיק בספרות. ממצאי המחקר סיפקו מענה על שאלות אלה, ואפשרו לקבל תמונה רחבה על תפקודם של אנשי המקצוע השונים מבחינה מקצועית כמו גם רגשית־אישיותית.

הספרות מלמדת כי התערבות המובילה לתוצאות חיוביות בטיפול בהשמנת ילדים מערבת בסיס התנהגותי, רב־רכיבי ומשפחתי עם מודל טיפול משולב (קבוצתי ופרטני) וצוות טיפול רב־תחומי המקנה תשומת לב לתפקוד הפסיכו־סוציאלי של הילד ולרווחתו הנפשית (18,17). התוכנית הנוכחית מדגימה את חשיבות הקשר עם הצוות הרב־מערכתי באמצעות החוויות והתפיסות של האימהות מהתוכנית, המדווחות על יחס רגיש, אמפתי ומכיל מצד הצוות המטפל, בדומה למחקר של בראדבורי (21), אשר מצא כי גורמים המקדמים תוכניות התערבות בהשמנת ילדים קשורים, לתפיסת ההורים, לרמה הבין־אישית שבין ההורים לצוות המקצועי. מעבר לפן המקצועי, מצד ההורים ניתן לראות כי חשוב להם שאנשי הבריאות יהיו תומכים, אמפתיים, בעלי יכולת לתקשר עימם ובעלי יכולת לשמור על טובת הילדים, וכן שהם יהיו זמינים ויוכלו לתת מענה אינדיבידואלי. מן הפן המקצועי ניתן לראות, שהאימהות הרגישו כי המודעות בתחום התזונה עלתה והכושר הגופני השתפר בקרב ילדיהן, וכי הן הרחיבו את ארגז הכלים שלהן מבחינה תזונתית בעיקר. נמצא כי ברוב מוחלט כמעט האימהות היו ממליצות למשפחות אחרות להצטרף לתוכניות עתידיות. מה שבלט מאוד היה הפן החברתי של הילדים עם חבריהם לקבוצה, שהיה משמעותי מאוד עבור ההורים: נוצרו קשרים חברתיים אשר עודדו, תמכו והגדילו את ההנאה מהתוכנית, בדומה למחקרו של קלר (20), שם נמצא כי ההתנסות והחוויות החיוביות של הילדים מבחינה חברתית מעלות את המוטיבציה להתמיד בתוכנית. מבחינה חברתית ישנה נטייה של הסביבה הקרובה והרחוקה לשפוט ולבקר את מי שסובל מעודף משקל ומהשמנה, מה שמוביל לסטיגמות ולדעות שליליות שבתורן עלולות לגרום לדחייה חברתית (26). כבר בכיתה א החוויות החברתיות והרגשיות של ילדים הסובלים מעודף משקל ומהשמנה הן שהם אינם אהובים ואינם זוכים ליחס כשאר חבריהם; על כן הם מגלים מצוקות על רקע נפשי ולאו דווקא פיזיולוגי, כמו גם תסמיני דיכאון בשיעורים גבוהים יותר מאשר בני גילם שבמשקל נמוך יותר. על רקע המחקר בתחום המדגיש את החוויה הנפשית של ילדים אלו, ממצאי המחקר הנוכחי נותנים משנה תוקף לחשיבות של חוויית הילדים כחלק מקבוצת השווים, קבוצה אשר לתפיסת האימהות נתפסת כקבוצה תומכת, מכילה ומקבלת שבה הילדים מרגישים שווים. כמו כן בלט הערך המוסף של קבוצת ההורים עצמם, שהיוותה קבוצת תמיכה לחבריה.

מבחינת הגורמים שהיוו חסמים בתוכנית, ניתן לראות את נושא ההמשכיות בתוכנית כחסם עיקרי שחזר על עצמו בקרב כמעט כל המשתתפות במחקר. היו משתתפות שהרגישו שאין טעם לתוכנית ושאין בה ראייה לטווח ארוך, והיו משתתפות שהרגישו שניתנה להן עזרה שהיא קצרת טווח, מה שפגע ביכולתן להטמיע ולהתמיד בשינויי ההרגלים לאחר שהתוכנית הסתיימה. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרם של הנרי ואחרים (14), שעל פיו ההשפעה של טיפול בעודף משקל והשמנה לטווח הארוך מצריכה תוכנית התערבות של שנה, ואילו התערבות של חצי שנה תשפיע על הטווח הקצר בלבד. זאת ועוד, גורמים כגון מיקום ושעות פעילות היוו גם הם חסם משמעותי עבור המשתתפות, כפי שנמצאו בספרות (22) חסמים להתמדה במהלך תוכניות התערבות לצורך ירידה במשקל של ילדים. גם במחקר זה נמנו עם החסמים שהתגלו שעות פעילות התוכנית והנגישות הפיזית.

באשר לתפיסת היחס של אנשי המקצוע, מן המחקר הנוכחי עולה כי התזונאית ומדריכת הכושר נתפסו בעיני האימהות כגורמים משמעותיים בתוכנית שתרמו להן הן מבחינה מקצועית והן מבחינה רגשית. בספרות אכן ניתן לראות שבתוכניות התערבות בהשמנת ילדים, לתזונה ולפעילות הגופנית נוכחות מובהקת (14,13), מה שעשוי להעיד על המקום המרכזי שהיבטים אלו תופסים בטיפוח אורח חיים בריא ובטיפול בעודף משקל. עם זאת הספרות דלה בהתייחסות לתרומתם של אנשי המקצוע בפן האישי, ועוסקת יותר בתרומתם המקצועית לצורך הצלחת הטיפול. לעומת התזונאית ומדריכת הכושר היו אנשי מקצוע אחרים שנויים יותר במחלוקת מבחינת תרומתם לטיפול, כמו למשל העובדת הסוציאלית, אשר נתפסה מצד אחד כדמות משמעותית ותורמת ומן הצד האחר כדמות שאינה חיונית, שנוכחותה אינה מורגשת ושאינה ממלאת פונקציה משמעותית בתהליך. ממצא זה עומד בסתירה למחקרם של הנרי ואחרים (14) על אודות תוכנית התערבות מבוססת מרפאה, ולפיו לנוכחות של דיאטנית, של פסיכולוג או של עובד סוציאלי הייתה

השפעה חיובית חזקה על ירידה במשקל בקרב ילדים. הדעות השליליות על העובדת הסוציאלית נבעו מתחושה שהיא אינה דומיננטית או מקצועית מספיק, ושהשיח בהנחייתה היה לעיתים בזבוז זמן. כמו כן, אחת המרואיינות סברה שיש צורך לשלב פסיכולוג בהעברת הדרכה לעובדת הסוציאלית, ולכן ייתכן שיש להגביר את ההכשרה המקצועית של הצוות המקצועי.

כיום מעטות הן מסגרות הבריאות בישראל המטפלות בעודף משקל בילדים במסגרת משפחתית רב־מערכתית, ולא נמצא פרסום מחקרי על היבטים אלו התורמים לייעול תוכניות עתידיות. המחקר הנוכחי מאתר נקודות תורפה וחסמים שעלולים להיות בתוכניות התערבות לטיפול משפחתי בעודף משקל ומציע דרכים לפתרון, ומכאן חשיבותו. יש יתרון לשיטת המחקר, שכן הריאיון האישי אפשר שיח פתוח, דינמי וללא מגבלות, וכן להבין לעומק את חשיבות התרומה והתפקוד של אנשי המקצוע לטיפול בעודף משקל בילדים. עם זאת מגבלה מרכזית של המחקר היא שכל המשתתפים הן נשים, כך שלא ניתנה נקודת מבט של המין הגברי, שהייתה עשויה לשנות את תוצאות המחקר. כמו כן, גיוס המשתתפות נעשה בשיטת "כדור שלג", ואין בממצאים יכולת הסקה כמותנית על כלל התוכניות. זאת ועוד, התקופה שבה נערכו הראיונות הייתה בעת פנדמיית הקורונה, אשר פגעה בחלק מהתוכניות עבור חלק מהמשתתפים; כך למשל, יושם מעבר למפגשים מקוונים, היו הפסקות בתוכניות וחזרה אליהן לסירוגין וכן שרר מצב ביטחוני שגם לו הייתה השפעה על הזמינות ועל השקט הנפשי של מרואיינות בעת הריאיון.

מסקנות

מחקר זה בחן כיצד אימהות תופסות את הקשר עם הצוות המקצועי בתוכנית התערבות משפחתית רב־מערכתית ורב־רכיבית, המשלבת טיפול קבוצתי ופרטני, שיטה שהוכחה כיעילה לטיפול בעודף משקל בילדים. אימהות סיימו את התוכנית עם חוויה חיובית ותחושת הצלחה, שבאה בעקבות ירידה במשקל או שמירה על המשקל של ילדיהן כמו גם העלייה במודעות לתזונה ולפעילות גופנית. תפיסותיהן וחוויותיהן של האימהות שליוו את ילדיהן בתוכניות היו מגוונות, וגורמים שנמצאו כמקדמים או כחסמים במשפחה אחת היו בעלי אפקט הפוך במשפחה אחרת.

ממצאי המחקר מלמדים, כי על מנת לשפר את התפיסה החיובית מהתוכנית כדאי לערוך תיאום ציפיות מעמיק בנוגע לאופי התוכנית, לדרך ולנושאים שבהם היא עוסקת, וכן באשר להתאמתה האינדיבידואלית עד כמה שניתן למשתתפים כדי לתת מענה מקסימלי לצרכים רבים ומגוונים. ישנה חשיבות רבה לחלקים המושתתים על ההיבטים הרגשיים בתוכנית. על כן חשוב לאתר ולהכשיר את כל אנשי המקצוע המשתתפים בטיפול בעודף המשקל של הילדים, ולוודא שהם יהיו בעלי תכונות חיוביות הקשורות לאינטראקציה ולהתנהגויות בין־אישיות. תכונות אלו מאפשרות למשפחות לקבל מענה בכל הרבדים לצורך הצלחה וחוויה חיובית בתוכנית, שכן במחקר זה רוב הנבדקות הרגישו שהן קיבלו מענה לצרכים אלו מאנשי מקצוע שונים ולאו דווקא רק מהעובדת הסוציאלית. עוד מומלץ לבחון מחדש כיצד להפוך את כל אנשי המקצוע למשמעותיים יותר ולבעלי ערך בתוכנית או לשקול מחדש את חלקם בה.

מבחינת הטיפול הקבוצתי, ניתן לראות שיש לו כוח רב־עוצמה ושהוא משמש אבן היסוד של התוכנית. חשוב לנתב מידע זה לתועלות עתידיות בתוכניות זהות, ולארגן את המשתתפים בהן כקבוצה שבה כל אחד יכול למצוא מקום להעלות את קשייו ולקבל תמיכה ועזרה מקבוצת השווים ומאנשי המקצוע. התחושה של הקבוצה כמקום בטוח מאפשרת שיח יעיל וכן פעולה באמצעות ניתוב והנחיה שיהיו דומיננטיים יותר מאשר אלו שהורגשו בתוכנית ההתערבות שבמחקר הנוכחי, שבה נחלקו הדעות בנוגע לתרומה של העובדת הסוציאלית בהנחיית הקבוצות.

לסיכום, התוכניות לטיפול בהשמנת ילדים הן מוצלחות, חיוניות וחשובות לצורך קידום הבריאות בישראל ומניעת השמנה של הילדים כבוגרים. ההורים משמשים סוכני השינוי בילדות, ועל כן חשוב לשלבם כחלק ממאמץ משפחתי לטובת הבריאות במשפחה בכלל ולטובת מי שסובלים ממשקל יתר בפרט. על מנת לייעל תוכניות דומות בעתיד מומלץ להבטיח טיפול ארוך טווח, בין אם במסגרת הבריאותית ובין אם באמצעות תוכנית המשך בקהילה. כך או כך, חשוב שהמשפחות ירגישו שיש להן תמיכה לאורך כל הילדות וגיל ההתבגרות, שכן ההשמנה אינה תופעה שנעלמת מהר וכדי לטפל בה דרושה תשומת לב רבה ותחזוקה לאורך שנים רבות. המחקר מראה שחלקה של העבודה הסוציאלית בתוכנית הטיפול היה משמעותי פחות עבור חלק מההורים; על כן יש לבדוק מחדש כיצד להפוך אותו למשמעותי ולחיוני יותר, שהרי להשמנה יש חלקים רגשיים מהותיים שנדרש להתייחס אליהם בכובד ראש.

מקורות

1. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 1]. Available from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
2. Stanaway JD, Afshin A, Gakidou E, Lim SS, Abate D, Abate KH, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for

the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2018 Nov 10;392(10159):1923-94.

3. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. שנתון סטטיסטי לישראל 2020 [אינטרנט]. [נצפה ביום 1.8.2021]. נדלה מתוך: https://www.cbs.gov.il/he/publications/Pages/2020 A8-71.aspx
4. Malakar AK, Choudhury D, Halder B, Paul P, Uddin A, Chakraborty S. A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics. J Cell Physiol. 2019 Oct;234(10):16812-23.
5. Aggarwal B, Jain V. Obesity in children: definition, etiology and approach. Indian J Pediatr. 2018 Jun;85(6):463-71.
6. Oussaada SM, Van Galen KA, Cooiman MI, Kleinendorst L, Hazebroek EJ, Van Haelst MM, et al. The pathogenesis of obesity. Metabolism. 2019 Mar 1;92:26-36.
7. Russell CG, Russell A. Biological and psychosocial processes in the development of children's appetitive traits: insights from developmental theory and research. Nutrients. 2018 Jun;10(6):692.
8. Ohri-Vachaspati P, DeLia D, DeWeese RS, Crespo NC, Todd M, Yedidia MJ. The relative contribution of layers of the social ecological model to childhood obesity. Public Health Nutr. 2015 Aug;18(11):2055-66.
9. Renales F, Whitted K, Lennen N. Assessing parental perceptions on childhood obesity: an educational intervention. Pediatr Nurs. 2021;47(1):23-51.
10. Lobstein T, Brinsden H. Atlas of childhood obesity [Internet]. London: World Obesity Organization; 2019 [cited 2021 Aug 7]. 212 p. Available from: http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/11996_Childhood_Obesity_Atlas_Report_ART_V2.pdf
11. Albataineh SR, Badran EF, Tayyem RF. Overweight and obesity in childhood: dietary, biochemical, inflammatory and lifestyle risk factors. Obes Med. 2019 Sep 1;15:100112.
12. Imoisili OE, Goodman AB, Dooyema CA, Park S, Harrison M, Lundeen EA, et al. Referrals and management strategies for pediatric obesity – DocStyles survey 2017. Front Pediatr. 2018 Dec 12;6:367.
13. William HD, Brook BD, Scott K, Natalie DM, Eduardo S, Loel S. A model framework that integrates community and clinical systems for the prevention and management of obesity and other chronic diseases – discussion paper [Internet]. Washington, DC: National Academy of Medicine. 2017 Jan 13 [cited 3.12.2020]. Available from: https://nam.edu/a-model-framework-that-integrates-community-and-clinical-systems-for-the-prevention-and-management-of-obesity-and-other-chronic-diseases/
14. Guideline Development Panel for Treatment of Obesity, APA. Summary of the clinical practice guideline for multicomponent behavioral treatment of obesity and overweight in children and adolescents. Am Psychol [Internet]. 2020 [cited14.5.2021];75(2):178-88. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32052993/
15. Zolotarjova J, Ten Velde G, Vreugdenhil AC. Effects of multidisciplinary interventions on weight loss and health outcomes in children and adolescents with morbid obesity. Obes Rev. 2018 Jul;19(7):931-46.
16. Wilfley DE, Staiano AE, Altman M, Lindros J, Lima A, Hassink SG, et al. Improving access and systems of care for evidence-based childhood obesity treatment: conference key findings and next steps. Obesity. 2017 Jan;25(1):16-29.
17. Small L, Aplasca A. Child obesity and mental health: a complex interaction. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2016 Apr 1;25(2):269-82.
18. Kelleher E, Davoren MP, Harrington JM, Shiely F, Perry IJ, McHugh SM. Barriers and facilitators to initial and continued attendance at community-based lifestyle programs among families of overweight and obese children: a systematic review. Obes Rev. 2017 Feb;18(2):183-94.
19. Parrott JS, Henry B, Thompson KL, Ziegler J, Handu D. Managing complexity in evidence analysis: a worked example in pediatric weight management. J Acad Nutr Diet. 2018 Aug 1;118(8):1526-42.
20. Vickers NJ. Animal communication: when I'm calling you, will you answer too?. Curr Biol. 2017 Jul 24;27(14):R713-5.
21. Bradbury D, Chisholm A, Watson PM, Bundy C, Bradbury N, Birtwistle S. Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: a meta-synthesis of qualitative studies. Br J Health Psychol. 2018 Sep;23(3):701-22.
22. Roberts KJ, Binns HJ, Vincent C, Koenig MD. A scoping review: family and child perspectives of clinic-based obesity treatment. J Pediatr Nurs. 2021 Mar 1;57:56-72.
23. Rice KG, Jumamil RB, Jabour SM, Cheng JK. Role of health coaches in pediatric weight management: patient and parent perspectives. Clin Pediatr (Phila). 2017 Feb;56(2):162-70.
24. Grootens-Wiegers P, Van den Eynde E, Halberstadt J, Seidell JC, Dedding C. The "Stages towards Completion Model": what helps and hinders children with overweight or obesity and their parents to be guided towards, adhere to and complete a group lifestyle intervention. Int J Qual Stud Health Well-Being. 2020 Jan 1;15(1):173509, 6,10.
25. Guest G, MacQueen KM, Namey EE (2011) Applied thematic analysis.CA, Sage Publications;
26. Harrist AW, Swindle TM, Hubbs-Tait L, Topham GL, Shriver LH, Page MC. The social and emotional lives of overweight, obese, and severely obese children. Child dev. 2016 Sep;87(5):1564-80.

הירידה בדפוסי צריכת אלכוהול בקרב מתבגרים בישראל 2019-2009: האם מדיניות הממשלה נקשרת להצלחה?

ימית אלפסי

התוכנית לניהול ויישוב סכסוכים, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

תקציר

רקע: החל מאמצע שנות התשעים ועד לשנת 2009 בקירוב נצפו בקרב מתבגרים בישראל כמה מגמות מדאיגות: ירידה בגיל צריכת האלכוהול ועלייה חדה בשתייה מופרזת ובשתייה עד כדי שכרות. החל משנת 2009 ועד לשנת 2019 נבלמה המגמה ואף התהפכה.

מטרת המחקר: לבחון אם ניתן לקשור בין מגמות הירידה באינדיקטורים של צריכת אלכוהול בקרב מתבגרים לבין כלי מדיניות שמדינת ישראל אימצה לאורך העשור שבו נצפו המגמות. בכלי המדיניות כלולים כאלה שהופעלו במהלך השנים 2014-2010 במסגרת "תוכנית לאומית לצמצום צריכה לא־אחראית של אלכוהול".

שיטה: נסקרו דוחות של מרכז המחקר והמידע של הכנסת, דוחות מבקר המדינה, פרוטוקולים של ועדות הכנסת ושל הממשלה, מחקרי הערכה וכתבות. מקורות מידע אלה אפשרו לזהות מידע על תשומות, מדדי ביצוע ומדדי הצלחה של הרכיבים השונים.

תוצאות: המידע על יישום כלי המדיניות השונים מלמד על פערים בין המדיניות המוצהרת לבין היישום בפועל, ועל פערים בין יישום המדיניות לבין ההמלצות הנגזרות מן הידע על פרקטיקות מומלצות ומדיניות הנתמכת בראיות.

דיון ומסקנות: הממצאים, יחד עם המידע על מגמות ירידה באינדיקטורים של צריכת אלכוהול בקרב מתבגרים במדינות רבות אחרות בתקופה שבה המחקר מתמקד, מלמדים כי אי־אפשר לטעון לקשר בין מגמות הירידה לבין יישום "התכנית הלאומית לצמצום צריכה לא־אחראית של אלכוהול ולצמצום נזקיו".

מילות מפתח: **מדיניות לצמצום נזקי אלכוהול, התוכנית הלאומית לצמצום צריכה לא־אחראית של אלכוהול, אלכוהול ומתבגרים.**

רקע

מחקרים שנערכו בישראל החל מאמצע שנות התשעים ועד לשנת 2009 לימדו על התדרדרות בשלושה אינדיקטורים מדאיגים של צריכת אלכוהול בקרב מתבגרים בישראל: עלייה בשיעור המתבגרים המדווחים על צריכת אלכוהול, ירידה בגיל צריכת האלכוהול וכן עלייה במעורבות בשתייה מופרזת (המוגדרת כצריכה של ארבע עד חמש מנות משקה תוך שעות אחדות) ובשכרות (3,2,1). מגמות אלה, יחד עם אירועי אלימות קשים שנקשרו לאפיזודות של בני נוער שתויים במרחב הציבורי, הדאיגו הורים, מקבלי החלטות ואנשי מקצוע שעסקו בבריאות וברווחה של בני נוער.

בחודש נובמבר 2009, לנוכח העניין הציבורי בתופעה, אישרה ועדת השרים למאבק באלימות החלטת ממשלה להפעלת "תכנית לאומית לצמצום הצריכה המופרזת של אלכוהול ולצמצום נזקיו" (5,4). מחקרים שנערכו בישראל בעשור האחרון מלמדים כי החל משנת 2009, סמוך למועד שבו אושרה התוכנית הלאומית, נבלמה המגמה המדאיגה של מעורבות מתבגרים בצריכת אלכוהול ואף התהפכה. בוועדה המיוחדת להתמודדות עם סמים ועם אלכוהול שהתקיימה ביום 3.11.2020 (6) הציג פרופ' יוסי הראל־פיש, מומחה בינלאומי ומוביל מחקר "בריאות ורווחת נוער בישראל" (9,8,7,2), את המגמות המעודדות, ואף טען לקשר בין מגמות הירידה לבין יישום התוכנית הלאומית.

מגמות אלה של מניעה וצמצום של תופעה המאיימת על בריאותם ועל רווחתם של בני נוער ועל שלומן של הקהילה ושל החברה, ראויות לתשומת ליבם של חוקרים, של אנשי מקצוע ושל מקבלי החלטות. התחקות אחר הקשר שבין המגמות לבין יישום כלי המדיניות והאסטרטגיות השונות, כמו גם אחר שינויים נוספים שחלו בעשור האחרון, חשובה במיוחד בעת הנוכחית, שבה ממשלת ישראל מקדמת רפורמה המתירה למבוגרים צריכת קנביס לצורכי פנאי.

הורים, אנשי מקצוע ומקבלי החלטות יידרשו לאתגרים הכרוכים במניעת מעורבות של בני נוער בשימוש בקנביס בעידן של רפורמות חקיקה. אתגרים אלה מזכירים באופיים את האתגרים שליוו את התקופה שקדמה להפעלת התוכנית הלאומית לצמצום צריכה לא־אחראית של אלכוהול. מדובר באתגרים דוגמת היעדר הלימה בין הרפורמה לבין מסרים שמשרדי הממשלה האמונים על חינוך, על רווחה, על בריאות ועל ביטחון מבקשים להעביר לבני נוער. זאת ועוד, המאמץ למנוע את השימוש בקנביס בקרב מתבגרים עתיד לפגוש אתגרים נוספים המזכירים באופיים את האתגרים של שלהי שנת 2010 (4): אווירה ציבורית שלפיה התופעה רווחת, של השפעות תרבותיות, של חשיפה של מתבגרים לשימוש בקרב הורים, של נגישות ושל קלות הרכישה ברשת (הרשת מאפשרת לעקוף את איסור המכירה לקטינים) ועוד.

בעת קריטית זו, המאמר הנוכחי מבקש לתרום ליכולת של מקבלי החלטות, של אנשי מקצוע ושל חוקרים ללמוד מן ההצלחה במניעה ובצמצום מעורבות של מתבגרים בצריכת אלכוהול וכן מן הניסיון ביישום התוכנית הלאומית לצמצום נזקי האלכוהול, מתוך שאיפה לזהות כלי מדיניות ואסטרטגיות הראויים לשימור ולאימוץ.

צריכת אלכוהול בקרב מתבגרים

אלכוהול הוא החומר הפסיכואקטיבי שהשימוש בו בקרב מתבגרים הוא הנפוץ ביותר (12,11,10). לצריכת אלכוהול במהלך תקופת ההתבגרות יש השלכות בריאותיות וחברתיות קשות. התופעה מטרידה במיוחד כאשר היא מלווה בהתנהגויות כמו התנסות בצריכת אלכוהול בגיל צעיר, צריכה תכופה ומופרזת ושתייה עד כדי שכרות. התנהגויות אלה נקשרות לתוצאות כמו פציעות, ניסיונות אובדניים, התנהגות מינית סיכונית, כישלונות לימודיים, אלימות, נהיגה תחת השפעת אלכוהול, הסתברות גבוהה יותר לבעיות נפשיות, שיבוש בתפקודים נוירו־קוגניטיביים, שימוש בחומרים פסיכואקטיביים נוספים ועוד (12,11,1).

לאורך שנים ארוכות לימדו מגמות צריכת האלכוהול בקרב מתבגרים על החרפה של הבעיה הבריאותית והחברתית. ואולם לאורך העשור האחרון הופיעו במדינות רבות בעולם מגמות מעודדות. במספר לא מבוטל של מדינות נצפו מגמות של צמצום באינדיקטורים של צריכת אלכוהול בקרב מתבגרים (16,15,14,13,12). יתרה מכך, ישנן מדינות שבהן אף נצפו מגמות של עלייה בשיעור המתבגרים הנמנעים לחלוטין מצריכת אלכוהול (18,17).

כך למשל, מסקרי הנוער של ארגון הבריאות העולמי עולה כי בין השנים 2014-2006 נצפו מגמות ירידה בצריכת אלכוהול מדינות הנורדיות, באירלנד, באנגליה ובמדינות מזרח אירופה ומערב אירופה. מגמות הירידה הללו הפכו לתלולות במיוחד בין השנים 2014-2010. באופן דומה, בארצות הברית הסקרים מלמדים על מגמות של ירידה במעורבות מתבגרים בצריכת אלכוהול לאורך העשור האחרון: ירידה בצריכת אלכוהול, ירידה בשיעור המתבגרים שדיווחו כי הם התנסו בשתיית אלכוהול לפני גיל 13 וירידה בשיעורי שתייה מופרזת (14,13). גם באוסטרליה סקרים לאומיים מלמדים, כי לאורך העשור האחרון חלו מגמות של עלייה בשיעור המתבגרים המעידים על הימנעות מוחלטת מצריכת אלכוהול ועל מגמות של ירידה בשיעור המתבגרים המדווחים על שתייה מופרזת (19). המגמות שנצפו בקרב מתבגרים במדינות העולם מיוחסות לגורמים שונים, ובהם חקיקה המגבילה את גיל הקנייה של משקאות אלכוהוליים, ענישה על מכירה לצעירים (20), מודעות רבה יותר להשלכות, שינויים בנורמות חברתיות ועלייה בזמני בילוי אל מול מסכים (18).

מחקרים שנערכו בישראל החל מאמצע שנות התשעים ועד לשנת 2009 לימדו על מגמה של ירידה בגיל צריכת האלכוהול ועל מגמה מתמשכת של עלייה בשיעור התלמידים שדיווחו כי הם השתכרו אי פעם או שתו שתייה מופרזת (חמש מנות או יותר תוך שעות אחדות) (20,4,2). אולם החל משנת 2009 – ובדומה למגמות שנצפו במחקרים במדינות אחרות בעולם – הצביעו מקורות מידע שונים על בלימה ואף על היפוך של המגמה. כך למשל, ממחקר "בריאות ורווחת נוער בישראל" הנערך כחלק ממחקר בינלאומי השוואתי (9,8,7) עולה, כי במשך השנים 2019-2009 חלה ירידה תלולה ועקבית בשיעור התלמידים שדיווחו על שתייה מופרזת של אלכוהול – מ־20.6% בשנת 2009 ל־7% בשנת 2019 (תלמידי כיתות ו', ח' ו־י'). כמו כן, בין השנים 2019-2011 חלה גם מגמת ירידה ניכרת בשיעור המדווחים כי השתכרו אי פעם (תלמידי כיתות ו', ח' ו־י'). כך למשל, בקרב בנים בחברה היהודית, קבוצת המתבגרים שבה נצפו שיעורי הצריכה הגבוהים ביותר, חלה ירידה בשיעורי המדווחים כי השתכרו אי פעם – מ־22.1% בשנת 2009 ל־11.2% בשנת 2019 (9).

מגמה דומה במקצת עולה גם מסקרי ניטור אקלים בית ספרי שמובילה ראמ"ה שבמשרד החינוך (22,21). מסקרים אלה עולה, כי בין שנת תשס"ט לשנת תשע"ז חלה מגמת ירידה בשיעור התלמידים המדווחים על שתייה עד כדי שכרות – מ־35% ל־28% בקרב תלמידי כיתות י'-י"א, ומ־14%

ל־7% בקרב תלמידי כיתות ז׳-ט׳ (21). מסקרי מיצ״ב עולה, כי בין שנת תשע״ו לשנת תש״ף נצפו מגמות של יציבות ואף ירידה קלה במדד מסכם של שתיית אלכוהול – מ־33% בשנת תשע״ו ל־28% בשנת תש״ף. מדד זה מקיף בתוכו את שיעור התלמידים המדווחים כי "תלמידים בשכבתם מרבים לשתות אלכוהול באירועים חברתיים", כי "מאז תחילת השנה היו מקרים רבים שבהם תלמידים משכבתם השתכרו משתיית אלכוהול" וכי "באירועים חברתיים מופעל עליהם לחץ חברתי לשתות משקאות אלכוהוליים" (22).

מדיניות למניעה וצמצום של צריכת אלכוהול בקרב מתבגרים

מדיניות אלכוהול מוגדרת באופן רחב כמאמץ ממשלתי מכוון לצמצם או למנוע נזקי אלכוהול. מדינות בעולם משתמשות בטווח רחב של כלי מדיניות המכוונים להשפיע הן על היצע האלכוהול והן על הביקוש לו (4).

כלי מדיניות מרכזי הוא חקיקה המקיפה בתוכה כמה תחומים המשפיעים על ההיצע ועל הביקוש לאלכוהול. החקיקה הנפוצה ביותר בעולם היא חקיקה הקובעת גיל מינימום לצריכת אלכוהול. כיום 72% ממדינות ה־OECD הגדירו את הגיל המינימלי שבו מותרת השתייה, ומתוכן 28% מהמדינות הגדירו את הגיל המינימלי כ־16-17 ו־14% הגדירו אותו כ־20-21 (23). מהגדרת גיל המינימום נגזרים חוקים המכוונים להשפיע על צעירים מתחת לגיל המוגדר בחוק, כך למשל חוקים האוסרים על אחזקה ועל רכישה של אלכוהול, וכן חוקים המכוונים להשפיע על מבוגרים, כך למשל חוקים האוסרים על מכירה לצעירים (26,25,24,10).

תחום נוסף של חקיקה הוא חקיקה המכוונת להגבלת הזמינות של משקאות אלכוהוליים: הגבלות על מקום המכירה, הגבלות על צפיפות ועל מיקום הממכר של אלכוהול, הגבלות על מרחק מקומות הממכר ממוסדות חינוך, הגבלת שעות המכירה ועוד. כך למשל, שוודיה, נורווגיה ופינלנד מתירות מכירת אלכוהול רק בחנויות המורשות לממכר אלכוהול, שכולן בבעלות המדינה (26,10).

חקיקה נוספת ורווחת בעולם כולו היא חקיקה הנוגעת לנהיגה תחת השפעות אלכוהול. חקיקה זו כוללת בתוכה הגדרה של רף האלכוהול בדם של נהגים ושל הענישה המתלווה להפרת החוק. אכיפת החקיקה הזו נשענת בין השאר על יכולות טכנולוגיות לזיהוי נהגים הנוהגים תחת השפעת אלכוהול (25,24). מחקרים מראים כי, במדינות שאימצו סוגים שונים של חקיקה, צריכת האלכוהול והתופעות הנלוות לה צומצמו במידה ניכרת (25,15,4).

כלי מדיניות נוסף הנפוץ בעולם והמוכח כאפקטיבי בצמצום נזקי האלכוהול ובהפחתת הצריכה בקרב מתבגרים הוא העלאת מחירי האלכוהול באמצעות מיסוי ואמצעי רגולציה נוספים. כיום 84% ממדינות ה־OECD מטילות מיסים על כל המשקאות האלכוהוליים, ו־16% מהמדינות הנותרות מטילות מיסים רק על סוגים מסוימים של משקאות (25).

ארגון הבריאות העולמי (19) מרחיב את המלצותיו בנוגע למדיניות אפקטיבית לצמצום צריכת אלכוהול מעבר לחקיקה ולהתערבות ממשלתית בעלות האלכוהול לצרכן, ופורט עשרה תחומי מדיניות שראוי שמדינות יאמצו: מחויבות והובלה פוליטית; רצף של שירותים הכולל הסברה וחינוך הציבור, מניעה, יישוג, ניטור, אבחון ושירותי טיפול של בריאות הציבור; יצירה וביסוס של מנגנוני פעולה מקומיים מבוססי רשויות מוניציפליות וקהילה; חקיקה ואכיפה של תופעת הנהיגה תחת השפעת אלכוהול; צמצום של זמינות אלכוהול; הגבלת הפרסום והשיווק של אלכוהול; השפעה על מחירי האלכוהול באמצעות מיסוי, הגדרת מחירי מינימום והפחתת מחירי מוצרים אלטרנטיביים; הפחתת השלכות של שתייה ושל הרעלת אלכוהול באמצעות אסטרטגיות כמו הגבלת מינון האלכוהול במשקה, הכשרת מגישי אלכוהול ותוויות מידע; צמצום הייצור הלא־מוסדר של האלכוהול; ניטור ופיקוח ברמה הלאומית, כולל מערך להערכה של אפקטיביות המדיניות (19).

הספרות העוסקת בהערכת האפקטיביות של כלי מדיניות מלמדת כי מדיניות אפקטיבית היא מדיניות הכוללת בתוכה מנגנונים, מבנים ומשאבים ליישום המדיניות, כדוגמת משאבים לאכיפה המותאמת לחקיקה. יתרה מכך, מחקרים מלמדים כי אין קשר בין קיומה או היעדרה של מדיניות לבין שיעורי צריכת אלכוהול בקרב צעירים ואינדיקטורים נוספים כמו נהיגה תחת השפעת אלכוהול ושתייה מופרזת, אלא בין עוצמת היישום או האכיפה של המדיניות לבין האינדיקטורים הללו (25,15).

גוף המחקר מקיף בתוכו גם רשימה של כלי מדיניות ושל אסטרטגיות שיש ראיות מחקריות לאפקטיביות שלהם: העלאת מחיר מוצרי אלכוהול (באמצעות מיסוי ואמצעי רגולציה נוספים); הגבלת זמינות של מוצרי אלכוהול; הכשרת צוותי עובדים במקומות המוכרים אלכוהול למתן שירות אחראי; קביעת רף נמוך מאוד של רמת אלכוהול בדם המותרת לנהיגה ואכיפה יעילה של נהיגה תחת השפעת אלכוהול; בקרה על פרסום ועל שיווק של מוצרי אלכוהול; ניטור והתערבויות קצרות טווח בקרב אוכלוסיות בסיכון (26,25).

לעומת כלי מדיניות אלה, ישנם גם כלי מדיניות שאף שהשימוש בהם רווח, מחקרים מצאו כי הם אינם אפקטיביים או בעלי אפקטיביות מוגבלת. כך למשל, תוכניות מניעה חינוכיות עשויות להעלות את רמת הידע של תלמידים על אודות נזקי אלכוהול. עם זאת נמצא, כי תוכניות אלה מניבות תוצאות מעורבות עם אפקטים צנועים מאוד וקצרי

טווח (4). זאת ועוד, גוף המחקר הקיים אינו מספק תמיכה מבוססת דיה לאפקטיביות של תוכניות המבוססות על מתן מידע וחינוך הציבור. למרות זאת, ראוי לציין כי קמפיינים ציבוריים עשויים לתרום לגיוס תשומת לב ציבורית ולהשפעה על מקבלי החלטות (27), כמו גם ליכולת לאזן מסרים של פרסום המעודד צריכת אלכוהול (5,4).

לסיכום, הידע על הערכת אפקטיביות של כלי מדיניות לצמצום נזקי אלכוהול ולמניעת צריכתו בקרב מתבגרים מניח תשתית מספקת לזיהוי אסטרטגיות לאומיות אפקטיביות. למרות זאת, יש לתת את הדעת למורכבות הכרוכה בהערכת אפקטיביות של מדיניות. ברוב המקרים מדיניות לאומית כוללת כמה כלי מדיניות, שחלקם עשויים להיות אפקטיבים וחלקם לא (25,15).

מדיניות ממשלת ישראל לצמצום ולמניעה של צריכת אלכוהול

בחודש נובמבר 2009 קיבלה ממשלת ישראל את החלטה מס׳ 907 ליישום "תכנית לאומית לצמצום הצריכה המופרזת של אלכוהול ולצמצום נזקיו" (5). החלטה זו הייתה ביטוי משמעותי לאימוץ מדיניות לאומית המכוונת למניעה ולצמצום ממדי התופעה של צריכת אלכוהול, בפרט בקרב צעירים. הוחלט שהתוכנית תיושם בשני שלבים. בשלב הראשון תתבצע פעילות חקיקה שתכליתה לסייע בצמצום המכירה של אלכוהול והשימוש בו, ויושק קמפיין הסברה של הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול. בהמשך, בשלב השני, פירטה החלטת הממשלה שורה של פעולות נוספות בתחומים הבאים: חינוך ומניעה; בחינה של העלאת מחירי האלכוהול הזול שבני נוער צורכים; הקמת יחידות מניעה אזרחיות על בסיס מתנדבים (סיירות הורים); הפעלת תוכניות חינוך והסברה במוסדות החינוך הפורמלי והלא־פורמלי; הפעלת תוכנית עבודה בערים שבהן רמת השימוש באלכוהול בקרב ילדים ובני נוער היא גבוהה; קידום פעולות מניעה במקומות עבודה; הכשרת צוותי רפואה ל"רפואת התמכרויות"; הפעלת תוכניות אכיפה לטיפול במקומות ממכר אלכוהול לקטינים; פריסת מערך איתור בין־משרדי לבני נוער המשתמשים לרעה באלכוהול; הפעלת תוכניות התערבות ומניעה לילדים, לבני נוער ולהורים; הוספת מעני אשפוז לגמילה עבור בני נוער (5).

במסגרת ההחלטה הורתה הממשלה על הקמת ועדת מנכ"לים בראשות מנכ"ל המשרד לביטחון הפנים ובהשתתפות מנכ"לי המשרדים הרלוונטיים ונציגי הרשות למלחמה בסמים. על ועדה זו הוטל לגבש את התוכנית ולהביא את המלצותיה באמצעות דיווחי סטטוס שיוצגו בפני ועדת השרים למאבק באלימות (23).

תקציב התוכנית הלאומית לשנים 2010-2011 הסתכם בכ־27 מיליון ש"ח, מהם 12 מיליון ש"ח מתקציב משרד האוצר ו־15 מיליון ש"ח מתקציב המשרדים השותפים. בחודש ינואר 2012 קיבלה ועדת השרים החלטה להקצות כספים להמשך מימון התוכנית הלאומית – 20 מיליון ש"ח נוספים לכל אחת מהשנים 2012 ו־2013. כמו כן נקראו משרדי הממשלה השותפים לתוכנית לפעול להרחיב את פעילותם הנוגעת להשגת יעדי התוכנית, הן באמצעות העלאת סדר העדיפות של העיסוק בתחום האלכוהול והן באמצעות הקצאת תקציבים ומשאבים נוספים (5,4).

בחודש אוגוסט 2013 החליטה הממשלה להמשיך וליישם את הפעלת התוכנית הלאומית למשך ארבע שנים נוספות (2014-2017), והציעה כי התוכנית תתוקצב בסכום של כ־11.5 מיליון ש"ח לשנה מהתקציב השוטף של המשרדים השותפים (28,3).

לסיכום, מחקרים מלמדים כי לאחר שנים ארוכות שבהן נצפתה החרפה באינדיקטורים של מעורבות מתבגרים בישראל בצריכת אלכוהול, החלה בשנת 2009 מגמה מעודדת שנמשכה עד לשנת 2019 (השנה האחרונה שבה נאספו נתונים על התופעה במדינת ישראל). נתונים שנאספו לאורך תקופה זו מלמדים על ירידה הדרגתית ומשמעותית בשיעור המתבגרים המדווחים על שתייה מופרזת ועל השתכרות אי פעם, כמו גם על אינדיקטורים נוספים המלמדים על התופעה של צריכת אלכוהול בקרב מתבגרים.

בעשור זה, במקביל למגמות השיפור, הכריזה ממשלת ישראל על אימוץ מדיניות לאומית ועל הקצאת משאבים למאבק בצריכת אלכוהול ובפרט למאמץ למנוע את התופעה בקרב מתבגרים. במסגרת מדיניות זו גובשה ויושמה "תכנית לאומית לצמצום הצריכה המופרזת של אלכוהול ולצמצום נזקיו".

המחקר הנוכחי מבקש להתחקות אחר מידע על יישום המדיניות והשפעתה, ולתאר אם וכיצד יושמה המדיניות הממשלתית. מידע זה ישמש בהמשך בסיס לדיון בשאלת הקשר האפשרי בין המדיניות הממשלתית לבין מגמות הבלימה והירידה בדיווחי מתבגרים על אינדיקטורים שונים של צריכת אלכוהול.

שיטה

המחקר הנוכחי הוא מחקר מדיניות המשתמש בניתוח תוכן ובאינטגרציה של נתונים ממקורות מידע שונים. לצורך המחקר נאסף ונותח מידע על ביטויים שונים של יישום המדיניות הממשלתית, כדוגמת מידע על תוכניות ועל פעולות שהתבצעו במסגרת התוכנית, הקצאת משאבים לכלי מדיניות שונים, היקפי יישום, נתוני אכיפה וענישה ותוצאות מחקרי הערכה של פעולות ושל תוכניות שנכללו בתוך התוכנית

הלאומית. מרבית המידע שנאסף לצורך המחקר הנוכחי התייחס לחמש השנים הראשונות ליישום התוכנית הלאומית (2015-2010).

מקורות המידע ששימשו לצורך המחקר כוללים בתוכם את המסמכים הבאים, שנכתבו בין השנים 2016-2009: דוחות של מרכז המחקר והמידע של הכנסת; דוחות משרד מבקר המדינה; החלטות ממשלה; פרוטוקולים של ועדות כנסת; כתבות באתרי חדשות שסיקרו את כלי המדיניות השונים בתקופה שבה מתמקד המאמר; דוח מחקר הערכה שליווה את התוכנית הלאומית (4); מחקר הערכה שהתמקד בתוכנית מניעה שפעלה באמצעות משרד החינוך (11).

הביטויים של יישום המדיניות הממשלתית, ובכללם מידע חסר על יישום מדיניות, ייבחנו אל מול המדיניות המוצהרת של ממשלת ישראל, כפי שהיא באה לידי ביטוי במטרות ובתוכניות שהוגדרו במסגרת החלטת הממשלה ובהחלטות ועדת ההיגוי באשר לתכנית הלאומית לצמצום הצריכה המופרזת של אלכוהול ולצמצום נזקיו.

לצורך תיאור הממצאים סווגו כלי המדיניות השונים לשמונה קטגוריות: חקיקה; מניעה במערכת החינוך; קמפיין ציבורי; רגולציה על מחירי אלכוהול; איתור וטיפול; ניטור ומחקר; שיתוף פעולה בין־משרדי; פיילוט בשלושה יישובים.

תוצאות

פרק זה יסקור את כל אחד מרכיבי התוכנית הלאומית ואת כלי המדיניות שאימצה ממשלת ישראל, תוך פירוט המידע הקיים על התשומות, על מדדי הביצוע ועל מדדי ההצלחה של הרכיב.

1. חקיקה:

לאורך שנות יישום התוכנית חוקקו כמה חוקים חשובים שנגעו ישירות להתמודדות עם התופעה של צריכת האלכוהול.

- ***חוק רישוי העסקים (תיקון מס' 26 – הוראה שעה), התש"ע־2010***

אחד מכלי המדיניות שממשלת ישראל אימצה היה תיקון חוק הקובע איסור מכירה, הגשה או אספקה של משקה משכר מהשעה 23:00 עד השעה 6:00 למוחרת, פרט לעסקים שעוסקים במכירה ובהגשה של משקה משכר כמו מסעדות ופאבים. עוד קבע החוק, כי בתי העסק יציגו שלט בדבר הנזקים האפשריים הנובעים מצריכת אלכוהול ובדבר האיסור על מכירה ועל אספקה למי שטרם מלאו לו 18.

בהמשך נקבע צו רישוי עסקים (עבירות קנס – משקאות משכרים) (הוראת שעה), התשע"ב־2011, אשר לפיו עבירה על סעיף זה של החוק נקבעת כעבירת קנס, וסכום הקנס לעבירה זו הוא 9,000 ש"ח.

תיקון חקיקה נוסף שהתקבל בשנת 2010 היה תיקון לחוק העונשין, האוסר על מכירת משקאות משכרים לקטינים וקובע עונש של חצי שנת מאסר בגין עבירה זו. לפי התיקון, מוכר משקה משכר רשאי לדרוש מהקונים להציג לו תעודה המוכיחה את גילם. עוד נקבע בתיקון לחוק, כי מי שמספק משקה לקטין (אף ללא תמורה) או רוכש משקה משכר עבור קטין במקום ציבורי שלא בנוכחות האחראי לקטין ובהסכמתו או שלא בחוג משפחתו – דינו חצי שנת מאסר. בתיקון זה נקבעה חֲזָקָה המעבירה את נטל ההוכחה למוכר (29).

מקור מידע מרכזי על יישום מדיניות החקיקה הוא נתוני משטרת ישראל והסנגוריה הציבורית. במסגרת המחקר הנוכחי נמצאו הנתונים הרלוונטיים רק בנוגע לשנים 2014-2011.

הנתונים מלמדים, כי לאורך השנים הראשונות שבהן נצפתה מגמת הירידה באינדיקטורים של צריכת אלכוהול בקרב מתבגרים, נרשמה מגמה של עלייה במספר תיקי החקירה שנפתחו בגין עבירות של איסור מכירה ואספקה של אלכוהול. כך לדוגמה, בעוד בשנת 2011 נפתחו 1,100 תיקי חקירה בגין אספקה או רכישה של משקה משכר לקטין, השיעורים עלו בהדרגה, כך שבשנת 2014 נפתחו 1,908 תיקים. מגמה זו מעידה על השקעת משאבים ומאמץ של משטרת ישראל בחשיפת התופעה ובאכיפתה בשטח (30,29).

מגמת עלייה דומה חלה גם במספר כתבי האישום שהוגשו, אם כי בשנת 2014 חלה ירידה לעומת שנת 2013. נתוני הסנגוריה הציבורית על תיקי החקירה בגין עבירות אלה מלמדים, כי תיקים רבים נסגרו בעילות של חוסר עניין לציבור או בשל היעדר ראיות. כך, מתוך 1,908 תיקי חקירה בגין מכירת אלכוהול לקטינים שנפתחו בשנת 2014, 1,071 תיקים (56%) נגנזו. 480 תיקים מתוכם נסגרו בעילה של חוסר עניין לציבור, 535 בשל היעדר ראיות ו־44 בשל "עבריין לא נודע" (29).

ראוי לציין כי פעילות המשטרה לחשיפת העבירות של מכירת אלכוהול לקטינים התבססה על הפעלת סוכנים שטרם מלאו להם 18 שנים. פעילות זו זכתה לביקורת קשה, הן בשל המורכבות שבגיוס צעירים לטובת המשימה המשטרתית והן בשל הטענה כי במרבית התיקים שנפתחו הסוכן היה בעל חזות מבוגרת, וכתבי האישום הוגשו בסופו של דבר נגד מוכרים זוטרים שאין להם עבר פלילי (31).

- ***חוק המאבק בתופעת השכרות, התש"ע־2010***

חוק המאבק בתופעת השכרות מעניק לשוטר סמכויות נרחבות של תפיסת משקה משכר והשמדתו כאשר מדובר בצעיר (מתחת לגיל 18) שאינו נמצא בנוכחות האחראי עליו או המעורב בחשש להפרת הסדר הציבורי. חוק זה החל כהוראת שעה בחודש מרץ 2010, והפך לחוק קבוע בחודש מאי 2013.

בחוק נקבעו הגבלות בנוגע לשתייה ולהחזקה של משקה

משכר במקום ציבורי או ברכב הנמצא במקום ציבורי. לפי החוק, בתנאים שהוגדרו שוטר רשאי לתפוס או להשמיד את המשקה המשכר או את כלי קיבולו (להלן: שפיכת אלכוהול).

החוק גם קבע חֲזָקָה ולפיה אדם המחזיק משקה משכר בכלי קיבול פתוח במקום ציבורי או ברכב הנמצא במקום ציבורי בין השעות 21:00 עד 6:00 למוחרת, רואים בו כמי שמתכוון לשתות את המשקה וששתייתו עלולה להביא להפרת הסדר הציבורי או לפגיעה בשלום הציבור או ביטחונו, אלא אם כן הוכח אחרת להנחת דעתו של השוטר (29).

במסגרת חיפוש המידע לצורך המחקר הנוכחי אותרו רק נתוני משטרת ישראל מהשנתיים וחצי הראשונות ליישום התוכנית הלאומית. מנתונים אלה עולה, כי בין השנים 2010-2012 חלה עלייה של פי שלושה עד ארבעה ואף יותר בשימוש בסמכות התפיסה וההשמדה של אלכוהול במרבית מחוזות המשטרה. כך לדוגמה, במחוז דרום של המשטרה היו בשנת 2010 2,076 אירועים של שימוש בסמכות התפיסה וההשמדה של אלכוהול, ואילו בשנת 2011 היו 7,665 אירועים מסוג זה (28).

עם זאת על אף שבחוק המאפשר שפיכת האלכוהול יש התייחסות מיוחדת לצעירים מתחת לגיל 18 (קטינים), הנתונים מלמדים כי את מרבית הפעולות של שפיכת אלכוהול (כ־86% מהן) עשתה המשטרה נגד מבוגרים מעל גיל 18, ורק 14% מפעולות השפיכה היו נגד צעירים מתחת לגיל 18. בולט במיוחד מחוז חוף של המשטרה, שבו 93% מפעולות שפיכת האלכוהול ננקטו נגד מבוגרים מעל גיל 18 (29).

הנתונים המצביעים על פעילות אכיפה משמעותית של שפיכת אלכוהול במרחב הציבורי מקבלים תמיכה גם בראיונות שנערכו במסגרת מחקר ההערכה של התוכנית הלאומית. בראיונות אלה דיווחו אנשי מקצוע ומתנדבים על פעילות משמעותית של משטרה בפארקים ובמרחב הציבורי (4).

- ***חוק הגבלת הפרסומות והשיווק של משקאות אלכוהולים, התשע"ב־2012***

כלי מדיניות נוסף הנכלל במדיניות הצמצום של נזקי האלכוהול של מדינות רבות בעולם הוא חקיקה המגבילה שיווק של אלכוהול. בשנת 2012 נחקק בישראל חוק, המתווה סייגים לפרסום משקאות אלכוהוליים והקובע חובת פרסום אזהרה על משקאות אלה. על אכיפת חוק זה אמון האגף לאכיפה ופיקוח במשרד הבריאות (29).

החוק פורסם ברשומות ביום 30 בינואר 2012, אך אישורו הסופי והוצאתו לפועל התעכבו ונדחו לאורך שנים (32). באתר היחידה למניעת עישון במקומות ציבוריים והגבלת פרסום ושיווק של משקאות אלכוהול של משרד הבריאות נכתב, כי "התקנות הבאות טרם אושרו ורק עם אישורן תחל האכיפה וניתן יהיה לפנות בנושאים הבאים: דיווח על מקום המוכר משקה משכר ללא תווית אזהרה כנדרש; פרסומת למשקאות אלכוהול שאינה עומדת בדרישות החוק; פרסומת המיועדת ומופנית בעיקר אל בני נוער; פרסומת בעיתון המיועד לילדים ונוער עד גיל 18; כאשר משקה משכר מוענק כפרס בתוכנית רדיו או טלוויזיה; בפרסומת למשקה משכר, המשודרת ברדיו או בטלוויזיה לא נשמעת אזהרה כנדרש בחוק" (34). בהתאם, במסגרת מחקר זה לא היה אפשר למצוא נתונים על אכיפת החוק (כדוגמת תלונות או קנסות).

- ***החוק לתיקון פקודת התעבורה, התשע"א־2010***

החוק לתיקון פקודת התעבורה, התשע"א־2010 קובע החמרה של רף כמות האלכוהול בדם לנהגים צעירים עד גיל 24 ולנהגים מקצועיים, ואוסר לנהוג ברכב בשיעורי ריכוז נמוכים של אלכוהול בדם (החוק מפרט את השיעורים). מנתוני משטרת ישראל עולה, כי לאורך השנים הראשונות ליישום התוכנית הלאומית הייתה עלייה ניכרת בכמות הדוחות לנהגים שנהגו בשכרות. כך לדוגמה, בשנת 2011 ניתנו 4,837 דוחות, בשנת 2012 ניתנו 7,633 דוחות, בשנת 2013 ניתנו 8,570 דוחות ובשנת 2014 ניתנו 9,711 דוחות (29).

עם זאת לא חלה עלייה בשיעורי הדוחות שניתנו לקטינים, ושיעורם מתוך כלל הדוחות בין השנים 2009-2012 עמד על 1% (28). כמו כן, לפחות עד שנת 2015 למשטרה לא היה מכשור המתאים לזיהוי הרף המחמיר שנקבע עבור צעירים, כך שלא היה אפשר לאכוף את תיקון החקיקה הנוגע לצעירים (29).

2. העלאת מחירי האלכוהול

התוכנית הלאומית כללה בתוכה החלטה על שימוש באחד מכלי המדיניות הרווחים והמומלצים בעולם בתחום המדיניות לצמצום אלכוהול – העלאת מחיר האלכוהול באמצעות מיסוי (19). במסגרת התוכנית הלאומית הוחלפה בשנת 2010 שיטת המיסוי של משקאות משכרים לשיטה של הטלת מס קצוב המחושב על פי יחידות נפח (ליטר) ולא על פי שיעור הכוהל במשקה. ההחלטה על השינוי הייתה גם חלק מהמדיניות הממשלתית למאבק בתופעת האלכוהול בקרב מתבגרים וגם חלק מניסיון של משרד האוצר לפשט הליכי גביית מס. עם אישור השינוי נקבעה תקופת הסתגלות ("הוראת מעבר"), ומועד השינוי בפועל היה בסופו של דבר בחודש יולי 2013. כמו כן, הוחלט להעלות את מס הקנייה שיועד לסיום תקופת היישום המדורג מ־84 ש"ח לליטר כוהל ל־105 ש"ח לליטר כוהל, ולהעלות את שיעור המכס (המוטל אך ורק על מוצרי יבוא ממדינות שאין לישראל הסכמי סחר עימן) בשיעור של 12% ועוד 9.9 ש"ח לליטר כוהל. עוד סוכם, כי החל מחודש ינואר 2014 יוטל מס קצוב בגובה 37 ש"ח לליטר (34).

השינויים במיסוי ובעקבותיהם העלאת מחירי האלכוהול

הופסקו בחודש ספטמבר 2015, כאשר החליט שר האוצר דאז, משה כחלון, על הפחתת המס על בירה ב־46%, ועל הפחתת המס על משקאות משכרים ב־21%. בשיקולים להפחתת המס ציינו נציגי הנהלת משרד האוצר דאז את היעדר השינוי בהכנסות המדינה ממיסוי על אלכוהול ואת התפתחות תעשיית האלכוהול הפיראטית (35).

לפי רשות המיסים, בשנים 2014-2010 גדל היקף הצריכה של משקאות משכרים, אולם לא באופן משמעותי. ניתוחים שהבחינו בין משקאות אלכוהול בטווחי מחירים שונים לימדו כי חלה ירידה חדה ברכישת מוצרי אלכוהול זולים, ולצידה עלייה ניכרת ברכישת מוצרי אלכוהול יקרים (34). אפשר להניח כי בני נוער נמנים יותר עם צרכני אלכוהול זול, ולכן יש אפשרות שהמגמות מעידות על השפעת המיסוי על צריכת אלכוהול בקרב מתבגרים.

3. מניעה במערכת החינוך

בשנים שבהן נצפתה מגמת הירידה באינדיקטורים של צריכת אלכוהול בקרב קטינים, משרד החינוך הרחיב את פעילות המניעה בחינוך הפורמלי והלא־פורמלי (4). הרחבה זו באה לידי ביטוי הן בהרחבת תוכנית "כישורי חיים" לחטיבות הביניים והן בפיתוח של תוכנית חדשה – תוכנית "גדולים ולא שותים". הפיתוח של התוכנית התבצע במסגרת שיתוף פעולה בין אגף שפ"י (השירות הפסיכולוגי ייעוצי) במשרד החינוך והרשות למלחמה בסמים (4). במסגרת המחקר הנוכחי נאסף מידע על הפעולות של אגף שפ"י במשרד החינוך ועל יישום תוכנית "גדולים ולא שותים".

בחינת מדדי התשומות של משרד החינוך בתוכניות למניעת אלכוהול בין השנים 2012-2009 מלמדת, כי לאורך השנים חלה ירידה בתקציבים שעמדו לרשות אגף שפ"י לטובת פעילות של מניעת סמים, אלכוהול וטבק – מתקציב שנתי של 9,329,000 ש"ח בשנת 2009 ל־8,622,000 בשנת 2012. מתוך תקציב זה הוקצו לטובת התוכנית הלאומית לצמצום צריכת אלכוהול תקציבים נפרדים רק בשנים 2010 (625,000 ש"ח) ו־2012 (1,939,000 ש"ח).

נתוני משרד החינוך על השתתפות הורים ומורים בתוכנית בין השנים 2012-2009 מלמדים על עלייה בהיקף המשתתפים בין השנים 2010-2009 בשנה הראשונה ליישום התוכנית הלאומית. אולם בהמשך, בין השנים 2012-2010, הנתונים מצביעים על ירידה ניכרת בהיקף ההשתתפות של מורים ושל הורים בתוכניות למניעת אלכוהול. בין השנים 2012-2009 חל גידול ניכר בשיעור התלמידים שהשתתפו בתוכנית מניעה בנושא אלכוהול (28).

במסגרת התוכנית הלאומית פותחה תוכנית "גדולים ולא שותים" עבור ילדים ובני נוער על סף גיל ההתבגרות (בגילאי 12-10) וכן עבור הוריהם. מטרת התוכנית הייתה להשפיע על כישורי ההתמודדות של הילדים עם מצבי סיכון, פיתויים ולחצים עתידיים (11). החל משנת 2012 הרחיבה התוכנית "גדולים ולא שותים" את תוכנית כישורי חיים של משרד החינוך, והיא משמשת עד היום כאחת מתוכניות המניעה של אגף שפ"י.

יישום התוכנית בשנה הראשונה (2013-2012) לווה במחקר הערכה. ממצאי המחקר מלמדים כי התוכנית עמדה בחלק מן המטרות שהציבה לעצמה, כך שלאחר ההשתתפות בתוכנית נצפה שינוי לטובה בקרב משתתפיה בחלק ממשתני המחקר התלויים – נורמות סובייקטיביות, תחושת שליטה עצמית ורמת הידע בנושא האלכוהול (11). חשוב להדגיש כי מדובר בנתונים מעודדים, על אף שאי־אפשר ללמוד מהם על השפעת התוכנית על דפוסי שימוש בפועל ועל השפעות לטווח רחוק. זאת ועוד, לא נמצא שינוי מובהק בתפיסה הורית ובעמדות בנוגע לשתיית אלכוהול בקרב הורים שהשתתפו בתוכנית בהשוואה לקבוצת הביקורת. ממצאי המחקר הכמותי בקרב הורים מראה כי מעורבות הורים בתוכנית הייתה נמוכה, ולא נמצאו קשרים בין עמדות ההורים כלפי שתיית אלכוהול לבין מעורבותם בפעולות מקדמות בריאות בבית הספר (4).

4. קמפיין ציבורי

בסוף שנת 2009 ובמהלך שנת 2010 יצאה הרשות למלחמה בסמים במסע פרסום נגד צריכה לא־אחראית של אלכוהול. קהל היעד של הקמפיין היה צעירים מעל גיל 18. הקמפיין כלל מסר של שתייה אחראית תחת הכותרת "אלכוהול שותה לך את הכבוד". מסע הפרסום, בעלות של כ־4 מיליון ש"ח, כלל תשדירים בטלוויזיה, מודעות בעיתונים, חומרי הסברה ובהם פוסטרים, עלוני מידע, גלויות ודפי מידע שהופצו בעשרות אלפי עותקים וכן הצבת דוכני הסברה ופעילויות שטח במוקדי בילוי ברחבי הארץ (32).

הקמפיין המקורי כלל בשלב ראשון שני מסרים, האחד לגברים והאחר לנשים. מחאת ארגוני נשים וארגונים הנותנים מענה לנפגעות אלימות מינית הובילה לגניזת המסר לנשים בטענה שהוא מחזק סטריאוטיפים מגדריים (36). בהמשך שונה המסר ל"אלכוהול שותה לך את החיים" (37).

נציגי הרשות למלחמה בסמים מסרו לעורכי דוח מרכז המחקר והמידע של הכנסת (28) כי הם קושרים בין הקמפיין, שכוון לקהל יעד של מבוגרים, לבין עלייה בתפיסת המסוכנות של אלכוהול בעיני בני נוער ודיווחיהם על הסבירות שייענו להצעה לשתות אלכוהול, כפי שהשתקפו בסקרים שנערכו בשנת 2009 ו־2011. עם זאת ממצאי הסקר משנת 2011 אינם נגישים לציבור, ומתיאור מערך המחקר והיבטים מתודולוגיים נוספים נראה כי אין אפשרות להשוות את הנתונים מהסקר משנת 2011 לממצאי הסקר האפידמיולוגי של שנת 2009 (29). כמו כן, ראוי לציין כי המסר שגובש לקמפיין אינו הולם

המלצות מומחים לשיווק חברתי באשר למסרים בתחום קידום הבריאות ובתחומים חברתיים נוספים, ובפרט את ההמלצה לבחור במסר שבמרכזו ההתנהגות הרצויה ולא מסר המכוון להשפיע על ידע או על עמדות (39,38).

5. איתור והפניה לטיפול

במסגרת התוכנית הלאומית לצמצום נזקי האלכוהול הפעילו משרד הבריאות ומשרד הרווחה והשירותים החברתיים תשעה מרכזי איתור עבור בני נוער וצעירים בסיכון המעורבים בשימוש לרעה באלכוהול ובסמים. במסגרת מרכזי האיתור נקבע, כי משרד הבריאות יהיה אחראי להפעלת רופא פסיכיאטר שתפקידו יהיה להעריך את מצבם הנפשי של בני הנוער המאותרים, לשלול מצב של תחלואה כפולה (מחלת נפש והתמכרות) ולבצע התערבות רפואית ראשונית עד להפניה למסגרת רפואית מתאימה.

מבדיקת המידע על יישום התוכנית עולה כי היו פערים שונים ביישומה. בשנת 2013 התברר, כי ברוב המסגרות אין מועסק רופא בשל הקושי לאייש את המשרה. במסגרת חיפוש המידע למאמר זה לא נמצאו נתונים באשר להיקף המאותרים והמטופלים. יתרה מכך, מנהלת היחידה להתמכרויות במשרד הבריאות ציינה בפני החוקרים שהעריכו את התוכנית הלאומית, כי התוכנית לא שינתה באופן משמעותי – לא מבחינת תקציבים ולא מבחינה מקצועית – את היקף ואת רמת העשייה של משרד הבריאות בנושא המאבק באלכוהול (4). עוד נמצא, כי עיכובים בהעברת התקציבים לא אפשרו ליישם תוכניות נוספות שגובשו במסגרת התוכנית הלאומית. כך למשל, התוכנית המקורית כללה פיתוח תוכנה ממוחשבת לרופאים לאיתור נוער וצעירים בסיכון בעלות של 100,000 ש"ח. ואולם התוכנה לא פותחה בשל אי־העברת התקציב (28,20).

6. שיתופי פעולה בין־משרדיים

דוחות המחקר השונים שבחנו את יישום התוכנית הלאומית (28,20,4) מתייחסים גם לקשיים בשיתופי הפעולה הבין־משרדיים, שהוגדרו כאחד מעקרונות הפעולה של התוכנית הלאומית. חלק מהקשיים במישור הבין־משרדי באו לידי ביטוי בעיכוב בהעברת המשאבים מהרשות למלחמה בסמים לתוכניות שגיבשו משרד הבריאות ומשרד הרווחה והשירותים החברתיים. בולטת במיוחד הביקורת של המשרד לקליטת עלייה על חוסר שיתוף בתהליכי גיבוש התוכניות ובקבלת ההחלטות, ועל היעדר התייחסות דיפרנציאלית הן במחקר והן בהקצאת המשאבים לצרכים של בני נוער עולים. ביקורת זו בולטת במיוחד על רקע העובדה שהנתונים לשנת 2009 הצביעו על שיעורים גבוהים במיוחד באינדיקטורים השונים של צריכת אלכוהול בקרב בני נוער יוצאי אתיופיה (21,20).

לעומת זאת, ניתן להתרשם משיתוף הפעולה שנרקם בין הרשות למלחמה בסמים לבין אגף שפ"י במשרד החינוך בפיתוח תוכנית המניעה "גדולים ולא שותים" (11).

7. פעילות בשלוש ערי פיילוט

התוכנית הלאומית לצמצום נזקי האלכוהול כללה בתוכה רכיב של הקצאת משאבים תוספתיים (מעבר להקצאה שנתית של הרשות למלחמה בסמים) והתנסות בגיבוש וביישום תוכנית מקומית בשלושה יישובים נבחרים: כרמיאל, אשדוד ומודיעין. בין השנים 2014-2012 קיבלה כל אחת מהרשויות המקומיות תוספת תקציב של 250,000-150,000 ש"ח בשנה. במסגרת התוכנית בחרו הרשויות המקומיות כיצד להקצות את המשאבים לתוכניות, לפעולות ולקהלי יעד שונים (4,3).

שלושת אפיקי הפעולה בערים היו אלה:

- חיזוק המחויבות העירונית והתשתית המוניציפלית להפעלה מערכתית של התוכנית.
- הגברת פעילות האכיפה בדגש על מבצעי שפיכת אלכוהול במרחב הציבורי.
- הפעלת תוכניות הכשרה, חינוך והסברה. היה מדובר בתוכניות חדשות ובהרחבת תוכניות קיימות. ניתוח של התוכניות שהופעלו מלמד כי מדובר בתוכניות רבות המיועדות לקבוצות נבחרות של בני נוער, לרוב בני נוער בסיכון, בתוכניות לקהל יעד של הורים וכן בפעולות הסברה המיועדות לציבור הרחב. מרבית התוכניות פנו לקהל יעד של נוער ובעיקר לתלמידים (4).

הפעילות בשלושת היישובים לוותה במחקר הערכה (4) שבחן את השפעת התוכנית באמצעות ראיונות עם בני נוער, עם מקבלי החלטות ועם אנשי מקצוע, וכן באמצעות סקר שהועבר ל־2,300 תלמידים כשנה וחצי־שנתיים לאחר התוכנית. הסקר כלל בתוכו שאלות באשר למדדים שונים הנוגעים לצריכת אלכוהול: שתיית בולמוס, השתכרות, גיל תחילת השתייה, כוונות התנהגות, עמדות ועוד.

להלן עיקרי הממצאים הנוגעים להשפעת התוכנית על תושבי שלושת היישובים:

- בערי הפיילוט נצפו שיתופי פעולה, תוכניות מערכתיות, איגום משאבים וכן הפעלה של יותר תוכניות מניעה בהשוואה ליישובים אחרים.
- לא נמצא הבדל עקבי ומשמעותי בין בני הנוער בערים שבהן נערך הפיילוט לבין ממצאי מחקר ארגון הבריאות העולמי "בריאות ורווחת נוער בישראל" באשר לכלל בני הנוער בארץ בשנת 2014.
- בקרב בני נוער בסיכון בערי הפיילוט הדיווחים על שימוש היו גבוהים בהשוואה לממצאי הסקר האפידמיולוגי של הרשות משנת 2009. כמו כן,

המשתתפים בתוכניות מניעה דיווחו על יותר שתיית אלכוהול בהשוואה למי שלא השתתפו בהן.

- שיעור התלמידים שהשתתפו בתוכניות מניעה המדווחים על שתיית אלכוהול (במדדים השונים) הוא דומה או קצת גבוה יותר יחסית לשיעור המדווחים בקרב הקבוצה שלא השתתפה בתוכנית.
- לא נמצאו הבדלים במדדי האלכוהול בין בוגרי תוכנית "רמזור", שפעלה בעיר מודיעין, לבין בני נוער שלא השתתפו בה.
- במחקר האיכותני נמצא, כי בני הנוער תופסים מסרים על אודות שתייה אחראית ומבוקרת בצורה הגיונית יותר ונוטים לקבלם, בהשוואה להתנגדויות כלפי מסרים השוללים לגמרי שתיית אלכוהול בידי בני נוער.
- נמצא כי הפעילויות השונות יעילות פחות באשר לנוער הלומד בכיתות הגבוהות (כיתות י') בהשוואה לשכבות גיל נמוכות יותר. כמו כן, ממצאי המחקרים לימדו כי ככל שבני נוער מדווחים על יותר מעורבות בשתיית אלכוהול, כך תוכניות המניעה הן יעילות פחות (28,4).

8. ניטור ומחקר

עם יעדי התוכנית הלאומית לצמצום נזקי האלכוהול נמנה היעד של "בניית מאגרי מידע, פיתוח כלים ותשתית מחקרית". כמו כן, הוקצו משאבים למחקר הערכה מקיף שיבחן הן את השגת מטרות התוכנית ברמה הארצית והן את השגת מטרות התוכנית בשלושה יישובי פיילוט – מודיעין, אשדוד וכרמיאל (28,4).

מקורות המידע השונים שנסקרו במאמר זה מצביעים על פערים במסד הנתונים ובתשתית שהייתה אמורה לאפשר לבחון את הערכת השפעתה של התוכנית הלאומית על מגמות צריכת האלכוהול בקרב מתבגרים בישראל (29,28). כך למשל, דוח משרד מבקר המדינה משנת 2016 מציין כי "עקב היעדר נתונים עדכניים בנושא היקף צריכת אלכוהול בקרב אוכלוסיות שונות, אי־אפשר למפות את חומרת התופעה והיקפה ואי־אפשר לקבוע יעדים מדידים להצלחת תכניות להפחתת השימוש באלכוהול" (29). לצד היעדרה של תשתית נתונים לפני יישום התוכנית הלאומית, מקורות המידע השונים מציינים כי לא נערך איסוף שיטתי של נתונים לאורך היישום (29,28), וכי מחקר ההערכה שליווה את התוכנית החל באיחור ניכר (29).

גם בהקשר של פעולות המדידה וההערכה ברמה המקומית אפשר להצביע על כמה פערים שאינם מאפשרים לבסס השערה על קשר בין הפעולות שהתבצעו במסגרת התוכנית הלאומית לבין שינויים בדפוסי צריכת האלכוהול של בני נוער: מחקר ההערכה לא התבסס על השוואת נתונים לפני ואחרי יישום התוכניות בערי הפיילוט, אלא על איסוף נתונים כשנתיים לאחר יישום התוכניות והשוואתם לנתונים ארציים משנת 2014 או 2009 וכן על השוואת נתונים באשר לבוגרי תוכניות לעומת מי שלא השתתפו בתוכניות. חוסר שביעות הרצון מתשתית המחקר שליוותה את התוכנית עלתה גם בראיונות עם מקבלי החלטות בשלוש הרשויות המקומיות שבהן יושמה תוכנית הפיילוט. לטענת מקבלי ההחלטות, לא התאפשר להם להיחשף לממצאי מחקר ההערכה שבוצע וללמוד על האפקטיביות של התוכניות שהם בחרו ליישם (4).

לסיכום, במסגרת המאמר הנוכחי, כלי המדיניות השונים שממשלת ישראל אימצה במהלך השנים 2010-2015, השנים הראשונות למגמת הירידה באינדיקטורים של צריכת אלכוהול בקרב מתבגרים, סווגו לשמונה קטגוריות: חקיקה ואכיפה; העלאת מחירי אלכוהול באמצעות מיסוי; מניעה במערכת חינוך; קמפיין ציבורי; איתור והפניה לטיפול; שיתוף פעולה בין־משרדי; פעילות בשלוש ערי פיילוט; ניטור ומחקר.

ניתוח המידע שנאסף מלמד, כי לאורך שנות הפעלת התוכנית הלאומית ובמקביל למגמת הירידה ישנם כלי מדיניות שהנתונים מלמדים על יישום משמעותי שלהם בשטח. המרכזיים שבכלי מדיניות אלה הם תיקוני החקיקה שנאכפו בפועל בידי משטרת ישראל. מנגד, רכיבים נוספים ומשמעותיים בתוכנית הלאומית יושמו בהתבסס על הקצאת משאבים מצומצמת מאוד בהתייחס לצורך לאומי, באופן שלא הלם את הצרכים בשטח ואת ההמלצות הנגזרות מתוך הידע והמחקר בתחום.

דיון ומסקנות

ממשלות בעולם משתמשות בכלי מדיניות שונים כדי לצמצם את הנזקים הנקשרים לצריכת אלכוהול, ובפרט כדי למנוע וכדי לצמצם את צריכת האלכוהול בקרב בני נוער (19,10). בשנת 2009 החלה בישראל מגמה מעודדת של ירידה באינדיקטורים של צריכת אלכוהול בקרב מתבגרים, לאחר שנים ארוכות של עלייה תלולה ומדאיגה שהציבה את מתבגרי ישראל במקום לא־מחמיא יחסית למתבגרים אחרים בעולם (7,5). ממצאי סקרים שנערכו לאורך העשור האחרון, ובפרט הסקר האחרון של ארגון הבריאות העולמי שפורסם בשנת 2019 (9), מלמדים כי מדובר בעשור של ירידה הדרגתית ומשמעותית באינדיקטורים שונים, ובהם האינדיקטורים המדאיגים של שכרות ושל צריכה מופרזת.

מגמות אלה הן מגמות מעודדות ורבות־משמעות במונחים של בריאות הציבור, ובפרט בתחומי הבריאות, הרווחה והביטחון של צעירים בישראל. לא בכל יום נקרית בפני מקבלי החלטות

ובפני אנשי מקצוע הזדמנות לעמוד מול עדויות להצלחה בהתמודדות עם אתגרים חברתיים ובריאותיים מורכבים. לכן למידת התהליכים, הגורמים והאסטרטגיות שיש בהם כדי להסביר מגמה זו היא הזדמנות חשובה למי שאמונים על גיבוש מדיניות ועל הקצאת משאבים לטובת אתגרים דומים.

המאמר הנוכחי ביקש לבחון אם אפשר להצביע על קשר בין מגמות הירידה לבין כלי מדיניות שאומצו בידי ממשלת ישראל לאורך השנים הראשונות לתחילתה של המגמה. בפרט, המאמר ביקש לבחון את הטענה שלפיה יש קשר בין מגמות הירידה לבין יישום התוכנית הלאומית לצמצום נזקי האלכוהול שעליה הכריזה ממשלת ישראל בשנת 2009 (6).

הניסיון של דוחות ממשלתיים שבחנו את תופעת צריכת האלכוהול, כמו גם של מחקר ההערכה שליווה את התוכנית הלאומית, להתמודד עם שאלת הקשר בין מגמות צריכת האלכוהול בקרב מתבגרים לבין התוכנית הלאומית לא צלח. תשתית ניטור הנתונים הרלוונטיים לאורך השנים הייתה חסרה, וגם מערך מחקר הערכה שליווה את התוכנית הלאומית לא תאם את התנאים המחקריים הנדרשים כדי לבחון את שאלת הקשר. בדוח של מרכז המידע והמחקר של הכנסת משנת 2015 נכתב בהקשר זה, כי "לא ידוע על אילו נתונים הסתמכה הרשות בקביעתה בדבר מגמת עלייה או בדבר בלימתה של צריכת האלכוהול בעקבות מאמצי התכנית הלאומית" (30). באופן דומה, דוח מבקר המדינה משנת 2016 מציין במפורש בהקשר זה כי "אי אפשר להכריע אם אכן התכנית השפיעה על הרגלי שתיית האלכוהול והנזקים הנובעים ממנה" (29).

במרכז המאמר הנוכחי תואר הניסיון להתמודד עם השאלה באמצעות התחקות אחר נתונים של תשומות, של משאבים, של מדדי ביצוע ושל מדדי הצלחה של כל אחד מכלי המדיניות או מרכיבי התוכנית הלאומית בנפרד, תוך התמקדות בכלי מדיניות שממשלת ישראל אימצה לאורך השנים הראשונות למגמת הירידה – 2009-2014. איסוף וריכוז המידע אפשר לזהות אם ובאילו היבטים של מדיניות חלו שינויים משמעותיים בדיוק באותן שנים שבהן נצפו מגמות הבלימה והירידה באינדיקטורים של צריכת אלכוהול בקרב מתבגרים.

ניתוח המידע מלמד על פערים בין המדיניות המוצהרת וההחלטות שהתקבלו ברמת ועדת השרים למאבק באלימות וברמת ועדת המנכ"לים, שהיו אחראיות לגיבוש התוכנית (5), לבין הביצוע של התוכנית בפועל. כך, מתוך כלל כלי המדיניות שהוצהר על אימוצם, ניתן לזהות רק כמה כלי מדיניות שהיקף היישום שלהם יכול לשקף שינויים ברמה הלאומית. שינויים אלה יכולים לתרום לניסיון להסביר את השינויים במגמות של האינדיקטורים לצריכת אלכוהול בקרב מתבגרים.

כלי המדיניות שיש ראיות מספקות לאימוצם וליישומם בהיקף לאומי הם תיקוני חקיקה שאומצו במהלך שנת 2010 ושעל אכיפתם הייתה אמונה משטרת ישראל, בתחום של רישוי עסקים, של מאבק בשכרות ובפקודת התעבורה. מעניין לציין כי ניתוח הנתונים מלמד כי תיקוני החקיקה הללו, כגון שפיכת אלכוהול או אכיפה נגד נהיגה תחת השפעת אלכוהול, כוונו בעיקר אל קהל יעד של בוגרים ולא אל קהל היעד של בני נוער. עוד ראוי לציין, כי לא כל פעילות אכיפה תורגמה בפועל להרשעה או לענישה. כך למשל, רק כמחצית מהתיקים שנפתחו בגין מכירת אלכוהול לצעירים שטרם מלאו להם 18 הפכו לכתבי אישום (29,28). למרות הפער שבין יישום המדיניות לבין המטרות של מניעת צריכת אלכוהול בקרב בני נוער, ייתכן שתיקוני החקיקה ולצידם הפעילות המשמעותית של האכיפה היו בעלי השפעה על האווירה הציבורית ועל ההקשר הציבורי שבו בני נוער נמנעים מצריכה מסוכנת של אלכוהול.

כלי מדיניות נוסף שיושם ברמה לאומית היה אימוץ של שיטת מיסוי חדשה, שהביאה להעלאת מחיריהם של מוצרי האלכוהול הזולים (כגון ערק ובירה). הנתונים מלמדים כי שינוי המחירים אכן נקשר לירידה בקניית מוצרי אלכוהול זולים, שלרוב נצרכים יותר בידי בני נוער (29,28). בהקשר זה מעניין לציין כי השינוי במחירים התרחש בין חודש יולי 2013 לחודש ספטמבר 2015, ואילו מגמת הירידה החלה כבר בשנים 2009-2010 ונמשכה גם לאחר שנת 2015, כאשר שיטת המיסוי בוטלה והביאה להוזלה חוזרת של מוצרי האלכוהול.

בניתוח מקורות המידע השונים לא היה אפשר להתחקות אחר אופן הקצאת משאבי התוכנית והמידה שבה המשאבים התחלקו בין משרדי הממשלה השונים וכלי המדיניות השונים. תקציב התוכנית הלאומית לשנים 2010-2011 הסתכם ב־27 מיליון ש"ח. 12 מיליון ש"ח מתוכם היו תקציב תוספתי מיוחד לנושא, ו־15 מיליון ש"ח הגיעו מתקציב המשרדים השותפים. כמו כן הוקצו כ־20 מיליון ש"ח נוספים לכל אחת מהשנים 2012 ו־2013 (28,4). מהדוחות הממשלתיים השונים שבחנו את התוכנית הלאומית עולה, כי תוספת המשאבים הכספיים לפעילויות המניעה במשרד החינוך ולפעילות האיתור והטיפול של משרד הבריאות והרווחה והשירותים החברתיים הייתה שולית למדי (28,4).

באשר לרכיבים אחרים של התוכנית הלאומית ושל כלי המדיניות שהוצהר על אימוצם, הניתוח מלמד על כלי מדיניות נוספים שלא יושמו בפועל או שלא יושמו באופן התואם את המטרות – הקמת מרכז ניטור ומחקר, שיתופי פעולה בין־משרדיים, הרחבת מעני איתור וטיפול בנפגעי אלכוהול ואיסור על פרסום מוצרי אלכוהול (29,28,4).

מחקר ההערכה שהתמקד בערי הפיילוט לא מצא כי חלו שינויים במדדי התוצאה של דפוסי צריכת אלכוהול בקרב בני נוער בערים הנבחרות. עם זאת המחקר מלמד על המקום המשמעותי של הרשות המקומית בהתמודדות עם התופעה, על היכולת של מקבלי החלטות ברמה המקומית ליזום ולהפעיל

תוכניות מערכתיות מבוססות קהילה, כדוגמת סיירות הורים, ועל הנראות של פעולות המשטרה במרחב הציבורי (4).

בתוך מחקר הערכה שליווה את יישום התוכנית בערי הפיילוט נכללו מחקרי הערכה לתוכניות מניעה ספציפיות לקהלי יעד של בני נוער בסיכון ושל תלמידים (4). הממצאים ובהם ממצאים המעידים על היעדר השפעה ואף על עמדות ועל התנהגויות רצויות פחות בקרב משתתפים, בהשוואה לקבוצות ביקורת של בני נוער שלא השתתפו בתוכניות, ראויים לתשומת לב. ממצאים אלה מלמדים על הצורך בזהירות באשר לדרגות החופש הניתנות לרשות המקומית ברכישת תוכניות שאינן חלק מהתוכניות של משרדי הממשלה האמונים על מניעה בקרב בני נוער. הממצאים בדבר חוסר האפקטיביות של התוכניות שיושמו, לצד ממצאים המעידים על האפשרות שחלק מהתוכניות עלולות אף להזיק, עולים בקנה אחד עם הספרות המקצועית המלמדת על קיומן של תוכניות ושל אסטרטגיות מניעה שלא רק שאינן אפקטיביות מספיק או אפקטיביות לטווח ארוך, אלא שהן גם עלולות להזיק ולהשפיע לרעה על עמדות ועל דפוסי צריכה של חומרים ממכרים (26,4).

לצד הניסיון לבדוק אילו שינויים ברמת מדיניות לאומית התרחשו בעשור שבו נצפתה מגמת הירידה, יש לשים לב לגורמים אפשריים נוספים שיכולים להסביר את המגמות. סקירת הספרות תיארה בקצרה גם את ההקשר העולמי שבו התרחש השינוי במדינת ישראל. מגמות צריכת אלכוהול בקרב מתבגרים בארצות הברית, במדינות מזרח ומערב אירופה ובאוסטרליה מלמדות, כי בעשור שבו נצפתה במדינת ישראל מגמה של ירידה באינדיקטורים השונים של צריכת אלכוהול בקרב מתבגרים נצפו מגמות דומות גם בקרב בני נוער במדינות רבות אחרות. עובדה זו מוסיפה מורכבות לשאלת הקשר בין המדיניות הישראלית לבין המגמות המעוודות, ומחזקת את סימן השאלה באשר לקשר בין המדיניות הממשלתית לבין מגמות הירידה. כך למשל, ייתכן כי מה שמסביר את מגמות הירידה בישראל הן העדויות לכך שלאורך העשור האחרון חלו שינויים בדפוסי הבילוי של בני נוער, וכי הם מבלים פחות בחברה ופחות במרחב הציבורי (17,15); יש מי שמצביעים על ההשפעה האפשרית של הגידול בזמן הבילוי של מתבגרים בפעילויות מול מסכים וברשתות החברתיות, ויש מי שטוענים כי בעשור האחרון חלו שינויים בפרקטיקות השגחה של הורים (18,17,15).

לסיכום, המחקר הנוכחי חובר אל המסקנות של דוחות ממשלתיים ושל מחקרים אחרים שעסקו בתוכנית הלאומית לצמצום נזקי האלכוהול. ניתוח המידע שנאסף על המדיניות הממשלתית לאורך השנים הראשונות לתחילת מגמת הירידה מלמד, כי אי־אפשר להצביע על קשר בין התוכנית הלאומית לבין מגמות הירידה באינדיקטורים של צריכת אלכוהול בקרב בני נוער.

עם זאת המחקר אפשר לאתר בתוך שלל כלי המדיניות שממשלת ישראל ביקשה ליישם (5,4,3) כמה צעדי מדיניות שיושמו בצורה משמעותית בפועל, ולכן הם עשויים להיות קשורים לשינויים שחלו במדינה ובחברה במקביל למגמות הירידה. בפרט מדובר בשינויים שחלו במרחב הציבורי והחברתי שבו בני נוער מקבלים החלטות הנוגעות לצריכה או להימנעות מצריכה של אלכוהול. שינויים אלה באו לידי ביטוי בתיקוני חקיקה באשר לנהיגה תחת השפעת אלכוהול ובתנאים נוספים המגבילים את צריכת האלכוהול במרחב הציבורי (שפיכת אלכוהול, איסור מכירה לקטינים, מגבלות על שעות מכירה ועוד). לכלי מדיניות אלה חוברת המדיניות של העלאת מחירי האלכוהול באמצעות מיסוי, שלפי הנתונים אכן נקשרה לירידה ברכישה של מוצרי אלכוהול זולים. ראוי לציין כי כלי המדיניות שמאמר זה מלמד על אימוצם – לא רק ברמת ההצהרה אלא גם ברמת היישום – הם אותם כלי מדיניות שמומחים בעולם המליצו עליהם כאפקטיביים בצמצום נזקי האלכוהול (27,10).

כך ניתן ללמוד כי גם כאשר מדובר באלכוהול, שהוא חומר פסיכואקטיבי פופולרי שצריכתו בידי מבוגרים מותרת בחוק, ישנם כלי מדיניות שיכולים למנוע ולצמצם את צריכתו בידי מתבגרים. מדובר בכלי מדיניות שמומחים בעולם ממליצים עליהם, וכן בכלי מדיניות שממשלת ישראל אימצה ויישמה בקנה מידה לאומי לאורך העשור האחרון. המשותף לרבים מכלי המדיניות הללו הוא שהם ממוקדים בניסיון להגביל הן את הצריכה בקרב מתבגרים והן את הצריכה המתרחשת במרחב ציבורי. כלי מדיניות אלה יוכלו לשחק תפקיד משמעותי גם באסטרטגיות המניעה שממשלת ישראל תוכל לאמץ בעידן שבו נראה כי הקנביס הופך לסם נגיש, פופולרי ומותר לשימוש בקרב מבוגרים. זאת ועוד, המחקר הנוכחי מלמד על המלצות נוספות שראוי שממשלת ישראל תאמץ בעת גיבוש אסטרטגיות עתידיות למניעה ולהגנה על צעירים ועל אוכלוסיות פגיעות נוספות מפני ההשלכות האפשריות של רפורמות בתחום הקנביס: כך למשל, שקיפות בדרכי ההקצאה והשימוש במשאבי מניעה ממשלתיים, אימוץ של אסטרטגיות מניעה הנתמכות בראיות, מחויבות למדדי תשומות והשקעה בניטור ומחקר.

חשוב לציין כי המחקר הנוכחי מוגבל ביכולתו להציע הסבר מלא, והוא נתמך בראיות למגמות הירידה שחלו בעשור האחרון ובאינדיקטורים של צריכת אלכוהול בקרב מתבגרים. ייתכן כי גישה למקורות מידע נוספים שלא היה אפשר לאתרם במאגרי המידע הממשלתיים וברשת הייתה מסייעת לאתר גורמים נוספים הנקשרים לדפוסי צריכת אלכוהול. כמו כן, ייתכן שכלי מדיניות אחרים או תוכניות לאומיות אחרות שלא נאגדו תחת התוכנית הלאומית או שלא הוזכרו בדוחות הממשלתיים תרמו אף הם למגמות הבלימה והצמצום.

מקורות

1. בורד ש', בראון־אפל א'. שתיית משקאות אלכוהוליים בקרב בני נוער "בני טובים". קידום בריאות בישראל [אינטרנט]. 2010 [נצפה ביום 7.6.2022]; 3: 32-39. נדלה מתוך: https://ecom.gov.il/Counter/alternative/HealthPublication/images/stores/HealthPublication//pdfs/32-39.pdf
2. הראל־פיש י', קורן ל', פוגל־גרינולד ח', בן־דוד י', נוה ש'. נוער בישראל, 35. בריאות, רווחה נפשית וחברתית ודפוסי התנהגויות סיכון: סיכום ממצאי המחקר הארצי החמישי (2006), ניתוח מגמות בין השנים 1994-2006 והשוואה בינלאומית. רמת־גן: אוניברסיטת בר־אילן, הפקולטה למדעי החברה, בית הספר לחינוך, תוכנית המחקר הבינלאומי על רווחתם ובריאותם של בני הנוער; 2009.
3. משרד ראש הממשלה. החלטה מס' 698: המשך יישום התוכנית הלאומית לצמצום הצריכה הבלתי אחראית של אלכוהול [אינטרנט]. [נצפה ביום 7.8.2021]. נדלה מתוך: https://www.gov.il/he/departments/policies/2013_des698
4. אזרחי י', רוזינר א', יבלברג י', חסידה י', לבד י'. דו"ח מסכם – מחקר הערכה מלווה לתכנית הלאומית לצמצום צריכה לא אחראית של אלכוהול. חולון: מרטנס הופמן. 222_עמ'. 2016.
5. משרד ראש הממשלה. ישיבת הוועדה לנגע הסמים: פרוטוקול מס' 22 [אינטרנט]. 2009 [נצפה ביום 7.8.2021]. נדלה מתוך: http://webcache.googleusercontent.com
6. הכנסת העשרים ושלוש. הוועדה המיוחדת להתמודדות עם סמים ואלכוהול, פרוטוקול מס' 26 [אינטרנט]. 3.11.2020 [נצפה ביום 5.9.2021]. נדלה מתוך: https://www.nevo.co.il/law_html/law103/23_ptv_589061.htm
7. הראל־פיש י', וולש ס', שטיינמיץ י', לובל ש', טסלר ר'. נוער בישראל. דפוסי שימוש והתייחסות לחומרים ממכרים [אינטרנט]. 153 עמ'. 2014 [נצפה ביום 1.1.2022]. נדלה מתוך: https://hbsc.biu.ac.il/pdf/30.8.16.pdf
8. הראל פיש י', וולש ס', שטיינמיץ נ', לובל ש', רייז י', טסלר ר', ואח'. נוער בישראל – בריאות, רווחה נפשית וחברתית ודפוסי התנהגויות סיכון בקרב בני נוער בישראל [אינטרנט]. ירושלים: מאיירס ג'וינט ברוקדייל. _8 עמ'. 2016 [נצפה ביום 1.1.2022]. נדלה מתוך:
9. הראל־פיש י'. נוער בישראל: ממצאי סקר HBSC ישראל 2019: הרחבה בתחומי השימוש באלכוהול וסמים ובמעורבות באלימות ובאלימות ברשת [אינטרנט] 6_עמ'. 2019 [נצפה ביום 1.1.2022]. נדלה מתוך: https://fs.knesset.gov.il/23/Committees/23_cs_bg_587336.pptx
10. Fairman BJ, Simons-Morton BG, Haynie DL, Liu D, Goldstein RB, Hingson RW, et al. State alcohol policies, taxes, and availability as predictors of adolescent binge drinking trajectories into early adulthood. Addiction [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 1]; 114(7):1173-82. Available from: https://doi.org/10.1111/add.14600
11. טסלר ר', בורד ש', רוט איטח ק', הראל־פיש י'. מיפוי, אפיון והערכת האפקטיביות של תכנית "גדולים ולא שותים" למניעת שתיית אלכוהול בקרב תלמידים בבתי הספר היסודיים. קידום בריאות בישראל [אינטרנט]. 2017 [נצפה ביום 1.1.2022]; 6: 6-18. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/PH/HealthEducation/Documents/6th/100_6Edition.pdf
12. World Health Organization Europe. Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014 [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2022 Jan 1]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/382840/WH15-alcohol-report-eng.pdf
13. Jones CM, Clayton HB, Deputy NP, Roehler DR, Ko JY, Esser MB, et al. Prescription opioid misuse and use of alcohol and other substances among high school students – youth risk behavior survey, United States, 2019. Centers for Disease Control and Prevention MMWR [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 1]; 69(1):39-46. Available from: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/su/pdfs/su6901a5-H.pdf
14. National Institute on Drug Abuse. Drug use trends among U.S. teens: monitoring the future 2020 survey results [Internet]. Rockville, MD: NIDA; 2020 [cited 2021 Oct 18]. Available from: https://nida.nih.gov/drug-topics/related-topics/trends-statistics/infographics/monitoring-future-2020-survey-results
15. Pape H, Rossow I, Brunborg GS. Adolescents drink less: how, who and why? a review of the recent research literature. Drug Alcohol Rev [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 1];37 (Suppl 1):S98-S114. Available from: https://doi.org/10.1111/dar.12695.
16. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. National survey on drug use and health, table 2.6B – alcohol use in lifetime, past year, and past month among persons aged 12 or older, by detailed age category: percentages, 2002-2019 [Internet]. Rockville, MD: SAMHSA; 2019 [cited 2021 Oct 15]. Available from: https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt29394/NSDUHDetailedTabs2019/NSDUHDetTabsSect2pe2019.htm#tab2-6b
17. Vashishtha R, Livingston M, Pennay A, Dietze P, MacLean S, Holmes J, et al. Why is adolescent drinking declining? A systematic review and narrative synthesis. Addiction Res Theory [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 1];28(4):275-88. Available from: https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1663831
18. Australian Institute of Health and Welfare. *National drug strategy household survey 2019 [Internet]*. Canberra: AIHW; 2020 [cited_2022 Jan 1__]. p.104 Available from: https://www.aihw.gov.au/getmedia/77dbea6e-f071-495c-b71e-3a632237269d/aihw-phe-270.pdf.aspx?inline=true
19. World Health Organization. 10 areas governments could work with to reduce the harmful use of alcohol [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2021 Oct 21]. Available from: https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/10-areas-for-national-action-on-alcohol
20. שלג מי עמי נ'. צריכת אלכוהול בקרב ילדים ובני נוער [אינטרנט]. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע. 2 עמ'. 2010 [נצפה ביום 10.10.2021] נדלה מתוך: https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/dabe8d55-f7f7-e411-80c8-00155d010977/2_dabe8d55-f7f7-e411-80c8-00155d010977_11_9819.pdf
21. ראמ"ה. ניטור רמת האלימות בבתי הספר לפי דיווחי תלמידים בשנת הלימודים תשע"ט [אינטרנט]. ירושלים: משרד החינוך. 7 עמ'. 2018 [נצפה ביום 10.10.2021]. נדלה מתוך: https://meyda.education.gov.il/files/Rama/NiturAlimut_Lang_2019_Report.pdf .63-69 נצפה ביום 10 אוקטובר 2021 עמ'
22. ראמ"ה. מיצ"ב תש"ף: נתוני אקלים וסביבה פדגוגית [אינטרנט]. ירושלים: משרד החינוך. 82 עמ'. 2020 [נצפה ביום: 10.10.2021]. נדלה מתוך: https://meyda.education.gov.il/files/Rama/Report_Aklim_Artzi_2020.pdf

23. Cheatley J, Bertanzetti M, Vuik S, Cecchini M. Policies and best practices for reducing the harmful consumption of alcohol. In: Preventing harmful alcohol use [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2021 [cited 2022 Jan 1]. Chapter 6. Available from: https://doi.org/10.1787/601cce67-en
24. Holder HD. International Encyclopedia of Public Health. Canada: Elsevier. c2008. Effective Alcohol Policy; p. 303-9.
25. Paschall MJ, Grube JW, Thomas S, Cannon C, Treffers R. Relationships between local enforcement, alcohol availability, drinking norms, and adolescent alcohol use in 50 California cities. J Stud Alcohol Drugs [Internet]. 2012 [cited 2021 Oct 21];73(4):657-65. Available from: https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.657
26. Burton R, Henn C, Lavoie D, O'Connor R, Perkins C, Sweeney K, et al. A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective. Lancet [Internet]. 2016 [cited 2021 October 21]; 389(10078):1558-80. Available from: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32420-5
27. World Health Organization Europe. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm [Internet]. Geneva: WHO; P.134 . 2009 [cited 2021 October 21]. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf
28. רבינוביץ' מ'. צריכת אלכוהול בקרב ילדים ובני נוער ויישום התוכנית הלאומית לצמצום הצריכה המופרזת של אלכוהול [אינטרנט]. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע. 7 עמ' 2012.
29. [נצפה ביום 12.5.2021]. נדלה מתוך: https://www.psakdin.co.il/kAnnex/art_ccvy_3.pdf
30. משרד מבקר המדינה. דו"ח שנתי 66ג: המשרד לביטחון הפנים – משטרת ישראל – הטיפול בתופעה של שתיית אלכוהול מופרזת [אינטרנט]. ירושלים: מבקר המדינה. 2016 [נצפה ביום 12.5.2021]. נדלה מתוך: https://www.mevaker.gov.il/he/Reports/Report_537/cf660b72-02b2-4d84-93a7-3f4427557e51/208-police-alcohol.pdf
31. ענבר ע'. סמים ואלכוהול בישראל: נתוני רקע, חקיקה, ופעילות גופי מדינה [אינטרנט]. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע. 3 עמ'. 2015 [נצפה ביום: 17.6.2021] נדלה מתוך: https://main.knesset.gov.il/Activity/Info/MMMSummaries19/Drugs.pdf
32. דוק א' (איך הפכו מרבית האישומים בגין מכירת משקה משכר לקטין ללעג לרש? [אינטרנט]. תל אביב: עורך דין פלילי אסף דוק. 2021 [נצפה ביום 25.10.2021] נדלה מתוך: https://www.dok.co.il
33. מערכת משפטי. אושר סופית: הפרסום והשיווק של משקאות אלכוהוליים יוגבלו. משפטי [אינטרנט]. 19.3.2016 [נצפה ביום 13.8.2021]. נדלה מתוך: https://www.mishpati.co.il/article/1249
34. משרד הבריאות, המחלקה למניעת עישון ואלכוהול. תחום פרסום ושיווק של משקאות אלכוהול [אינטרנט]. [נצפה ביום 5.9.2021]. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/Enforcement_Monitoring/smokingAlcoholPrevention/Pages/default.aspx
35. פתאל ו'. תיאור וניתוח ההשפעה של שינוי שיטת המיסוי על דפוסי הצריכה בשוק משקאות האלכוהול [אינטרנט]. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע. 4 עמ'. 2016 [נצפה ביום6.9.2021]. נדלה מתוך: https://z.calcalist.co.il/assets/pickerul/a08e8084-14ef-4509-8603-ff3678f67d89.pdf
36. לוי־וינריב א'. המס על בירה יופחת ב־46% המס על משקאות משכרים ב־21%. גלובס [אינטרנט]. 8.9.2015 [נצפה ביום 5.9.2021]. נדלה מתוך: https://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1001067522
37. הוועדה למאבק בנגע הסמים, פרוטוקול מס' 22. [אינטרנט]. 2009 [נצפה ביום 5.9.2021]. נדלה מתוך: https://oknesset.org/meetings/3/3/333603.html
38. קזין א'. פרסומאים חסרי כבוד: הנזק החברתי של תשדיר האלכוהול. ynet [אינטרנט]. 3.12.2009 [נצפה ביום 5.9.2021]. נדלה מתוך: https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3814393,00.html
39. Andreasen AR. Marketing social marketing in the social change marketplace. J Public Policy Marketing. 2002;21(1):3-13.
40. National Social Marketing Centre [Internet] 2010 [cited 2021 Oct 18]. Available from: http://thensmc.com/what-is-social-marketing.html.

טיפול מקוון "בהשגחת מהדרין" בתקופת הקורונה כמנוף להטבה במצבן של צעירות מהמגזר החרדי עם הפרעות אכילה

יעל לצר[1], אסתי הרמן[2], אורנה אטיאס[2], מירב שמעוני[2], צופיה לאופר[2], עטרת עובדיה[2], טובה אופנהיימר[2], מוריה עוזיאל[2], רחל אשכנזי[2], דניאל שטיין[3]

[1] בית הספר לעבודה סוציאלית, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה; המרכז להפרעות אכילה, רמב"ם הקריה הרפואית לבריאות האדם, חיפה

[2] המחלקה להפרעות אכילה לילדים ומתבגרים, בית חולים מעייני הישועה, בני ברק

[3] הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב; המחלקה להפרעות אכילה לילדים ומתבגרים, בית חולים לילדים ע"ש ספרא, מרכז רפואי ע"ש שיבא; המחלקה להפרעות אכילה, בית חולים מעייני הישועה, בני ברק

תקציר

רקע: עם פרוץ משבר הקורונה עלה הצורך בפתרונות טיפוליים מקוונים לשמירת הרצף הטיפולי בבריאות הנפש בכלל ובהפרעות אכילה בפרט. אתגר משמעותי עלה בטיפול בצעירות עם הפרעות אכילה מהמגזר החרדי, מגזר המנוע מלהשתמש באמצעים דיגיטליים ובאינטרנט בפרט מחשש להיחשף למסרים מהתרבות המערבית. טיפול מקוון באוכלוסייה זו מהווה שינוי תפיסתי מהפכני.

מטרות: מטרת המאמר היא לתאר את המודל הטיפולי המקוון לצעירות החרדיות ואת המורכבויות הטיפוליות והאתיות שעלו במהלך יישום המודל, ולהציג את הממצאים הראשוניים בהמחשת תיאורי מקרה.

שיטה: המאמר יסקור את הספרות בנושא הטיפול המקוון בהפרעות אכילה, ויתאר את מחלקת האשפוז החרדית ואת הטיפול המקוון שפותח. נדגמו 16 צעירות בגילאי 12-23 (8 קטינות ו־8 בוגרות), ובהן 6 עם אנורקסיה מצמצמת, 7 עם אנורקסיה התקפית־היטהרותית ו־3 עם בולימיה. מדדי השיפור נבחנו בהיבטים קליניים, שיקומיים, משפחתיים וטיפוליים. לצורך המחשה הוצגו שני תיאורי מקרה.

תוצאות: הטיפול המקוון נמצא יעיל עבור מרבית המטופלות – במצב הסימפטומטי והנפשי, בשמירה על ההישגים הטיפוליים לפני פרוץ הקורונה, ביחסים עם המשפחה, בשיקום ובקשר הטיפולי. אצל 12 מטופלות נצפה שיפור (75%) ואצל 4 מטופלות נצפתה החמרה (25%) תיאורי המקרה הציגו שתי דוגמאות של התערבות מקוונת שהובילה לשיפור בטיפול: הראשונה הצביעה על פריצת דרך בטיפול, והשנייה הציגה הטבה ניכרת בשל התגייסות רגישה של המשפחה.

דיון ומסקנות: המאמר הדגיש את האפשרויות הגלומות באשפוז מקוון בכלל ובצעירות עם הפרעות אכילה מהמגזר החרדי בפרט, ואת החשיבות להצלחת הטיפול שיש להתערבות הרגישה לתרבות.

מילות מפתח: **הפרעות אכילה, קורונה, טיפול מקוון, אשפוז יום, חרדים, מתבגרות.**

רקע

בעשורים האחרונים עלתה שכיחותן של הפרעות אכילה בעיקר בקרב מתבגרות בחברות מודרניות־מערביות (1). האטיולוגיה היא רב־סיבתית, ושילוב של גורמים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים חוברים יחדיו להיווצרותה. רבים מהחוקרים התייחסו להפרעות אכילה כאל תסמונות תלויות תרבות, הכרוכות בתחלואה פיזית ונפשית רבה ובאחוזי תמותה גבוהים (4-2).

בשנים האחרונות עלה שיעור הפרעות האכילה גם בחברות מסורתיות וכן בקבוצות מיעוט בתוך חברות מערביות (5). אחד ההסברים שניתנו לשינויים אלו הוא, כי תרבויות מסורתיות נמצאות בתהליך מעבר עקב חשיפה גוברת לערכים מערביים. תהליך זה מאופיין בתיעוש, בעיור, בגלובליזציה ובעלייה בחשיפה לתקשורת מערבית בכלל, ולמסרים המאדירים את הרזון כמודל ליופי, להצלחה ולמצוינות בפרט. שינויים חברתיים־תרבותיים אלה נמצאו קשורים לעלייה בעיסוק יתר במשקל, בצורה ובגוף וכן בסיכון להתפתחות כל טווח הפרעות האכילה (6). מגמה דומה של עלייה בשיעור הפרעות אכילה בקרב אוכלוסיות מסורתיות נצפית גם בישראל (7).

ישראל היא מדינת הגירה, ואוכלוסייתה עשירה במגוון תרבויות וקבוצות דתיות ואתניות שונות (10-8). מבנה חברתי ייחודי זה מאופיין במסורות עתיקות המבוססות על חוקי תורה ודת; עם זאת הוא נמצא בקדמת ההתפתחות הטכנולוגית, ויש לו מערכת חוקית מודרנית וחילונית בטבעה. מורכבות תרבותית זו מאפשרת התבוננות ייחודית על השפעתם של גורמים חברתיים, דתיים ותרבותיים על מצבי דחק, ובכלל זה על התפתחות הפרעות אכילה.

לאחרונה מסתמנת עלייה בשכיחות כל טווח הפרעות האכילה בנשים בחברה החרדית. הטיפול באוכלוסייה זו מאתגר במיוחד, שכן נוסף על ההכחשה ועל חוסר שיתוף הפעולה המאפיינים את הטיפול בהפרעות אכילה בכלל מתווספים קשיים הקשורים לערכים ולנורמות התרבותיות של חברה זו. חלקם נוגע לחשש מסטיגמה, מפגיעה בשידוך, מהנטייה להתמודד עם בעיות שעולות בתוך המשפחה והקהילה, מהנטייה להימנע מביטוי קשיים ומפנייה לטיפול במצוקה נפשית ובייחוד למסגרות חילוניות, מחשש להיחשף לתרבות החילונית (12,11).

קושי נוסף עולה גם במפגש הטיפולי, המשלב תפיסה מערבית מודרנית עם תפיסה תרבותית דתית ומסורתית. מפגש זה מחדד את הפערים הקיימים במודלים של תפיסת המחלה והריפוי ממנה, ובייחוד בבריאות נפש, ומציבים אתגר בטיפול (13).

בשל נסיבות אלה ואחרות הוקמה מחלקת אשפוז ייחודית בבית חולים "מעייני הישועה" לטיפול במתבגרות ובנשים צעירות עם הפרעות אכילה מהמגזר החרדי. המחלקה הותאמה לצורכי אוכלוסייה זו, תוך הקפדה על שמירת הערכים, האמונה, מנהגי הדת, וכללי ההתנהגות הנהוגים בחברה זו.

עם פרוץ משבר הקורונה והסגר שנכפה בשל כך עלה הצורך במציאת פתרונות טיפוליים לשמירת הרצף הטיפולי וההישגים שאליהם הגיעו בטיפול האשפוזי. המטופלות והוריהן סירבו להישאר באשפוז מלא, ללא ביקורים או יציאות לסופי שבוע, ולא התאפשר טיפול אשפוזי אחר על פי הנחיות משרד הבריאות. נסיבות אלו הובילו לבדיקת ערוצי טיפול מקוונים, שהם זרים לאוכלוסייה זו ובייחוד כאשר מדובר בטיפול נפשי. צעד זה היה כרוך בשינוי תפיסתי מהפכני, שכן הציבור החרדי ממעט להשתמש באינטרנט ובאמצעים דיגיטליים נוספים, כדי למנוע חשיפה לתרבות המערבית והחילונית. במיוחד מקפידה המשפחה החרדית למנוע כל גישה לכך מהילדים, שהם המושפעים ביותר (14). בהתאם לכך פיתחה המחלקה להפרעות אכילה בבית חולים "מעייני הישועה" מודל טיפולי מקוון, חדשני וייחודי, המותאם לאוכלוסייה זו, בברכת הרב והורי המטופלות ובהקפדה על כיבוד הערכים והכללים הדתיים.

לפיכך **מטרת המאמר הנוכחי** היא להציג את המודל הטיפולי המקוון לצעירות עם הפרעות אכילה מהמגזר החרדי, להאיר את המורכבויות שעלו בטיפול זה ובמיוחד את אלו הקשורות לשימוש באינטרנט ולתאר את הטיפול המקוון כמנוף להישגים בטיפול.

תחילה תיסקר בקצרה הספרות המתארת את החברה החרדית בכלל ואת הנשים בתוכה בפרט. תיסקר הספרות על הפרעות אכילה בנשים בחברה החרדית, וכן תתואר המחלקה הייחודית לטיפול בהפרעות אכילה בצעירות מהחברה החרדית. יוצגו היתרונות והחסרונות של טיפול מקוון באוכלוסייה זו וכן הישגי הטיפול המקוון כמנוף להתקדמות בטיפול. להמחשה יוצגו שני תיאורי מקרה המייצגים שני תהליכי טיפול מקוון שונים, אשר הובילו לשיפור בטיפול – האחד שהוביל לפריצת דרך בטיפול, והאחר שהוביל להטבה ניכרת בשל התגייסות המשפחה.

בסיום המאמר ייערך דיון ובו יוצגו האפשרויות הגלומות בטיפול מקוון בצעירות עם הפרעות אכילה מהחברה החרדית. יודגשו היתרונות והחסרונות של הטיפול המקוון בהפרעות אכילה, הן בימי הקורונה והן בשגרה שלאחר הקורונה. יידונו האתגרים הקשורים לשימוש במדיה הדיגיטלית, תוך הדגשת הטיפול הרגיש לתרבות באוכלוסיות מסורתיות.

רקע תאורטי

החברה החרדית בישראל

האוכלוסייה היהודית בישראל כוללת מנעד רחב של רמות דתיות, החל מאתאיזם מוחלט ועד למחמירים בשמירת מצוות.

החברה החרדית משתייכת למגזר הדתי הקיצוני ביותר (15). עם זאת החרדים נחלקים לפלגים, לסיעות ולחצרות על פי הזרם הדתי שאליו הם משתייכים, ולכל אחד מהם יש מבנה חברתי נפרד בעל קודים שונים בתוך כלל הקהילה החרדית (כך למשל, ליטאים, חסידים או ספרדים). מאפייני החברה החרדית כוללים השקפת עולם תורנית אמונית, אשר ממנה נגזרים היחס לסמכות הרבנית, למקום המגורים, להפרדה בין המינים, לתפקידים מוגדרים לנשים ולגברים, היחס למשפחה ולקהילה ומעמדו של היחיד מולם (14). מערכות החינוך בחברה החרדית הן נפרדות מאלה של מערכת החינוך בישראל ומתמקדות בלימודי תורה, תוך הימנעות מקריאת ספרות חילונית, מלימודי ליבה, מהתחברות ומחשיפה לתוכני המדיה השונים, ובכללם איסור על שימוש בטלוויזיה, במחשב, ובאינטרנט בבית. התבדלות זו מתבטאת החל מהופעה חיצונית (זקנים, פאות, כיסוי ראש ועוד) ועד להיצמדות לפרשנות ההלכה המחמירה ביותר. אורח החיים החברתי־תרבותי מגובש ומזוהה עם ערכי התורה ועם מנהגי הקהילות היהודיות המסורתיות משכבר הימים. מודגשת שמירה קפדנית על מצוות הדת, ומצופה מהגברים ללמוד בישיבות. הנשים אמורות לעזור לגברים להשיג אידאלים אלו באמצעות דאגה למשק הבית, לגידול הילדים ואף לפרנסת המשפחה. (13). החיים בקהילה החרדית מתנהלים על פי קודים חברתיים־תרבותיים שונים מאלה של מרבית האוכלוסייה בישראל, ובכך מתבדלים מהם במכוון.

הפרעות אכילה ובעיות באכילה בקרב צעירות בחברה הדתית והחרדית

ישנן עדויות מחקריות מועטות על הפרעות אכילה ועל בעיות באכילה בקרב אוכלוסייה דתית יהודית בישראל ובעולם. מחקר שבדק בעיות אכילה בקרב מתבגרות דתיות־לאומיות הראה כי ככל שרמת הדתיות הייתה גבוהה יותר, כך רמת הפתולוגיה באכילה נמצאה נמוכה יותר (7). ממצאים דומים נצפו גם בקרב צעירות יהודיות דתיות בארצות הברית בהשוואה לחילוניות (16). עוד נמצא, כי צעירות בעלות אמונה דתית פנימית הראו רמה נמוכה יותר של פתולוגיה הקשורה לאכילה בהשוואה לצעירות בעלות אמונה חיצונית (אמונות דתיות המונעות ממקום חברתי, מהרצון להשתייך לקהילה) (19-17). מחקר נוסף הראה כי צעירות דתיות יהודיות מארצות הברית, הנעזרות יותר בדפוסי התמודדות דתיים במצבי דחק, נמצאו עם רמות נמוכות יותר של בעיות אכילה (17). בסקירה מקיפה שבחנה כ־180 מחקרים על הפרעות אכילה ועל פתולוגיית אכילה בקרב נשים חרדיות בארץ ובעולם נמצאו רק תשעה אשר נערכו במתודולוגיות כמותניות, ואילו השאר היו תיאוריים.

באנליזה שנעשתה לתשעת המאמרים הכמותיים (מהשנים 2019-2009) זוהו גורמי סיכון וגורמים מגינים להפרעות אכילה באוכלוסייה זו. הממצאים הצביעו על כמה גורמי סיכון עיקריים: לבוש צנוע, ציפייה לרזון לצורך שידוך טוב ונישואים, קשיים במימוש עצמי, חוסר בשלות לנישואין, ציפיות גבוהות ורבות מתפקיד האישה ("אשת חייל"), המרכזיות שניתנת לאוכל ורמה סוציו־אקונומית נמוכה. הגורמים המגינים שנצפו היו אלה: אמונה, צניעות בלבוש הדורשת כיסוי הגוף, ובשל כך יכול להפחית את ההתעסקות בגוף, צווי הלכה המוקירים את האוכל ובריאות הגוף (20).

מיעוט המחקרים בנושא זה קשור אולי לסגירות של הקהילות החרדיות בפני העולם החילוני בכלל והעולם המחקרי בפרט, בין השאר כדי להימנע מחשיפת הפסיכופתולוגיה ומפגיעה במוניטין של הקהילה בכלל ושל המשפחה בפרט ולנסות לפתור את הבעיות לבד, או תוך שימוש בשירותי תמיכה מקצועיים חלקית.

ממצאים אלה תואמים נתונים מוקדמים המצביעים על מיעוט פניות של דתיים ושל חרדים לטיפול בהפרעות אכילה בישראל ביחס למספרם באוכלוסייה (21). חוקרים אלה הציעו כי ייתכן שהדבר קשור להימנעות ולדפוסי שונים של חיפוש עזרה (22), וכן לניסיונות הסתרה של מצוקות נפשיות בשל תחושות אשמה ובושה וחשש מפגיעה במשפחה (21).

עם זאת בשני העשורים האחרונים מסתמנת מגמת שינוי בדפוסי הפנייה לשירותי בריאות הנפש, אשר הובילה למציאת מענים טיפוליים המתאימים לערכי החברה החרדית, כמו הקמת המרכז לבריאות הנפש בבית חולים "מעייני הישועה". מגמת שינוי זו מתבטאת בין השאר בחיפוש של נשים אחר מקורות פרנסה והכשרה מעבר להוראה, ופנייה ללימודים אקדמיים באוניברסיטאות ובמכללות בישראל, בייחוד נוכח האפשרות ללימודים בהפרדה מגדרית. שינויים אלה חושפים אותן לעולם המערבי, למסריו ולערכיו ובכלל זה לאלה הקשורים להאדרת הרזון, למימוש עצמי, לבחירה חופשית ולהשכלה גבוהה (23,11). השילוב של שינויים מערכתיים חיצוניים אלו והתפתחות גורמי לחץ פנימיים הספציפיים לנשים צעירות חרדיות, ייתכן שהובילו למצוקה אשר התבטאה בסימפטומים של הפרעות אכילה (20). ואכן, הדבר מתבטא בעלייה באחוז הפניות והשכיחות של צעירות חרדיות עם הפרעות אכילה. בשל הקושי לפנות למרכזי טיפול חילוניים עלה הצורך להקים מרכז לטיפול בהפרעות אכילה המיועד והמותאם לאוכלוסייה חרדית בלבד, ובשנת 2019 הוקמה מחלקה ייעודית ומותאמת לצעירות חרדיות עם הפרעות אכילה בבית חולים "מעייני הישועה" בבני ברק.

תיאור המחלקה החרדית לטיפול בצעירות עם הפרעות אכילה

המחלקה הראשונה בעולם לטיפול בהפרעות אכילה המיועדת לאוכלוסייה החרדית נפתחה בשנת 2019 בבית החולים

"מעייני הישועה" בבני ברק. המחלקה שהוקמה הייתה חלק מהחזון של מנהל בית החולים, ד"ר משה רוטשילד, להקים מרכז אשפוז פסיכיאטרי לאוכלוסייה החרדית ובכלל זה מחלקה אשפוזית לצעירות עם הפרעות אכילה. הפרעות אכילה קיבלו התייחסות ייחודית בשל ההבנה כי מדובר במחלה חמורה התוקפת בעיקר צעירות, הכרוכה בתחלואה נלווית קשה, גופנית ונפשית, ופוגעת בכל המשפחה, וכן כי מדובר בטיפול אשפוזי ממושך לעומת אשפוזים אחרים (בין 7-12 חודשים). התייחסות ייחודית זו גם נבעה מכך, שפנייה לטיפול במסגרות הטיפוליות הציבוריות הקיימות בישראל היא בגדר סיכון לצעירות חרדיות להיחשף למסרים חילוניים, אשר עלולים להרחיקן מהדת.

המחלקה מנוהלת בידי פסיכיאטר לילדים, נוער ומבוגרים (חילוני), המומחה לטיפול בהפרעות אכילה. היא מורכבת מצוות רב־מקצועי הכולל פסיכיאטרית ילדים ונוער (דתית לאומית), רופאת ילדים ונוער (חרדית) וצוות סיעודי, תזונתי, סוציאלי ופסיכותרפויטי (מכל התחומים). כמו כן כלולים במחלקה מורים, מדריכים, משגיחים ומטפלים רוחניים, מרביתם חרדיים או דתיים־לאומיים). המחלקה מתפקדת במתכונת של אשפוז יום ושל אשפוז מלא, וכוללת 10 מיטות אשפוז מלא ו־12 מיטות לאשפוז יום. מתקבלות נערות ונשים צעירות בגילאי 11-24.

בתהליך הקבלה למחלקה נערך אבחון רב־מקצועי אשר מתווה את התוכנית הטיפולית הספציפית לצעירה. כל חולה מקבלת שני טיפולים פסיכותרפויטיים פרטניים בשבוע ומפגש אחד להדרכת ההורים. כמו כן מתקיימים טיפולים נוספים שאליהן משתבצות החולות על פי הצורך וההתאמה – טיפול בתנועה, בפסיכודרמה ובאומנויות, וכן וטיפולים קבוצתיים – טיפול דינמי, קוגניטיבי־התנהגותי, רוחני, קבוצת קהילה, קבוצת יומני אכילה וקבוצת הורים. מדי שבוע מתקיימת "ישיבת דיאטה" שבה משתתף כל הצוות הרב־מקצועי וקובע את תוכנית הטיפול הספציפית לכל חולה לשבוע הקרוב, בהתאם להתקדמותה בשבוע החולף. כמו כן מתקיימים לימודים מסודרים למתבגרות בהנחיית משרד החינוך, במטרה להדביק את רצף הלימודים בתיאום עם בית הספר שבו הנערה לומדת.

המחלקה מחולקת לשתי קבוצות גיל – 11-17 ו־18-24. לכל קבוצה נבנתה תוכנית טיפול המותאמת לגיל המטופלות הכלולות בה, לשלב ההתפתחותי שבו הן מצויות ולמצבן הנפשי והגופני. הטיפול מתמקד בשיקום התזונתי הגופני והנפשי, בגורמים העומדים בבסיס הבעיה, בחיזוק הקשר המשפחתי ובשילובן מחדש במסגרות מתאימות לגילן ולמצבן בקהילה.

התוכנית הטיפולית כוללת סדר יום אכילה מובנה של שש ארוחות בזמנים קבועים בפיקוח משגיחות. לכל חולה מורכב תפריט אישי המותאם למצבה ולצרכיה, והיא אמורה לנהל רישום אכילה מדויק שמאושר בידי מלוות במחלקה. בין הארוחות מתקיימים הטיפולים הפרטניים והקבוצתיים, הלימודים, הדרכת ההורים, קבוצת קהילה ומעקב רפואי הכולל נטילת תרופות.

בשל היותה מחלקה דתית־חרדית, חל איסור מוחלט על שימוש בטלפונים חכמים, באינטרנט ועל חשיפה לתכנים שאינם תואמים את רוח הדת והמשפחה. כמו כן חלים כללי צניעות אשר חלים על הצוות הטיפולי ועל המטופלות ברוח ערכי הדת. במהלך הטיפול ישנו קשר בין הצוות הטיפולי לאנשי דת ורוח שאליהם קשורה המשפחה ובכלל זה רב בית החולים, שבהם הם נעזרים בצמתים משמעותיים בטיפול.

הטיפול בתקופת הקורונה

הנסיבות שנכפו בתקופת הקורונה תבעו שינויים מהותיים במהלך ובמבנה הטיפול. המטופלות באשפוז יום לא יכלו לצאת לביתן ולחזור על בסיס יומי בשל סכנת חשיפה לנגיף, והמאושפזות באשפוז מלא לא יכלו לקבל מבקרים ולא יכלו לצאת לסופי שבוע הביתה. לאור זאת העדיפו מרבית ההורים להחזיר את בנותיהן הביתה. בברכת הסמכות הרבנית הוחלט לעבור לפורמט של טיפול מקוון. האישור נדרש בעיקר על מנת לקבל היתר לשימוש באינטרנט כשר ליישום הטיפול מרחוק.

החשיפה לעולם הדיגיטלי והאינטרנטי הייתה זרה ואסורה למטופלת ומשפחתה, ולכן טיפול מקוון היווה אתגר משמעותי; הוא דרש התגברות על המחסום הרגשי של האיסור בשימוש במדיה, התמודדות באתגר הטכני והקפדה על ערכי הדת ועל כללי הבית.

תחילה התנהלה מרבית התקשורת הטיפולית באמצעות שיחות טלפוניות, ובהמשך היה שימוש גם בווידאו באמצעות מחשב ותוכנות זום ווובקס. לחלק מהמשפחות סופקו טאבלטים שאפשרו שימוש בתוכנה הטיפולית בלבד, שכן הגלישה האינטרנטית נחסמה.

הטיפול המקוון התנהל באמצעות הצוות הרב־מקצועי של המחלקה מתוך המחלקה, וכלל הדרכת הורים, טיפול פסיכותרפויטי פרטני וקבוצתי, טיפול תזונתי, פיקוח על התרופות ועוד. ההורים נדרשו לרכוש משקל והודרכו כיצד לשקול את בנותיהן פעם בשבוע לאחר מתן שתן, באותם תנאים ובאותה שעה כפי שנהוג במחלקה במהלך האשפוז.

הרוטינה של האשפוז הביתי המקוון כללה את הפעולות הבאות: 1. פגישה שבועית של הצוות הרב־מקצועי עם החולה והוריה, שנועדה להעריך את ההישגים ואת הקשיים של השבוע החולף ולהציב את המטרות לשבוע הקרוב; 2. מעקב יומי של אחות המחלקה, שכלל מעקב תרופתי, מצב גופני ומצב תפקודי (ADL); 3. צוות המשגיחות הנחה והדריך את ההורים כיצד לפקח על האכילה במהלך הארוחות, ולעיתים אף השגיח

על הארוחות באופן מקוון; 4. פעמיים בשבוע ניתן טיפול פסיכותרפויטי פרטני לכל מטופלת; 5. פעמיים בשבוע ניתן ייעוץ תזונתי; 6. פעם בשבוע פיקוח פסיכיאטרי; 7. הדרכת הורים שבועית; 8. המשך לימודים קבועים למתבגרות באמצעות הצוות החינוכי של המחלקה, והמשך טיפול שיקומי למטופלות הבוגרות. האשפוז המקוון היה גמיש בבסיסו, ואפשר הדרכה וטיפול בהתאם לצרכים של כל מטופלת.

ההורים והנערות הבינו את חשיבות השמירה על הישגי הטיפול להמשך הטיפול ולמניעת נסיגה. מרביתם התגייסו לתהליך, התגברו על הקשיים הטכניים והשתלבו בטיפול. חלקן גילו קושי, שכן הקמת "אזור טיפולי" אינטימי ופרטי בתוך הבית דרש התגייסות משפחתית; הבתים קטנים וצפופים, ולרוב בני המשפחה שוהים מרבית הזמן באותו חלל שבו ממוקם המחשב. גם כאשר התאמצה המשפחה לארגן מרחב פרטי באחד החדרים, חששו חלק מהמטופלות שמקשיבים להן מעבר לקיר.

הטיפול המקוון היווה אתגר משמעותי גם עבור הצוות הטיפולי. הצוות נזקק יותר מתמיד להתגייסות ההורים על מנת לספק את הטיפול המיטבי במצב הקיים, בתחומים כמו פיקוח על האכילה, נוכחות פעילה במרבית שעות היום, זמינות לצוות המטפל לקבלת הדרכה, יצירת מרחב טיפולי עם פרטיות לנערה ועוד. הצוות נדרש אף הוא לתת מענה אינטנסיבי וזמין למשפחות בתוך מרחב לא־מוכר זה, מה שדרש התגייסות ומאמץ רב. תנאים אלה לא התאפשרו עם כל המטופלות.

ממכלול ההתנסויות והאתגרים שבהם עמדו אנשי הצוות, החולות ובני משפחתן נמצא להפתעת הצוות, כי במרבית המקרים היה הטיפול המקוון מיטיב בכמה אופנים; הוא שימר את הישגי הטיפול, היה מנוף להתקדמות הטיפול ובמקרים מסוימים אף הביא לפריצת דרך בטיפול.

16 מטופלות טופלו בצורה מקוונת בתקופת הקורונה. טווח הגילאים היה 12-23: 7 מתוכן היו בנות 18-23 ו־9 בנות 12-17. מתוכן אובחנו 6 מטופלות עם אנורקסיה נרבוזה מהסוג המצמצם, 6 אובחנו עם אנורקסיה מהסוג ההתקפי הטהרותי ו־3 אובחנו עם בולימיה נרבוזה. מכלל המטופלות אצל 12 נצפתה הטבה (75%) , אצל 3 נצפתה החמרה (20%) והן נאלצו לחזור לאשפוז מלא, ואילו מטופלת אחת הושעתה ועזבה (5%).

המקרים שבהם הטיפול המקוון היווה חסם ופגיעה בטיפול היו מועטים מאוד. הקשיים שעלו אצל מטופלות אלו היה קשור בעיקר **לתנאים טכניים, פיזיים ומשפחתיים**. הקשיים הטכניים נבעו מן ההימנעות משימוש במחשב ובאינטרנט במגזר החרדי בכלל ובבית בפרט. הקשיים הפיזיים נבעו מתנאי הדיור הצפופים, אשר הקשו על פרטיות. הקשיים המשפחתיים נבעו מקושי בזמינות או מחשש משימוש לרעה במחשב, אשר עלול להשפיע לרעה על הילדים האחרים בבית.

מרבית המטופלות הסתגלו מהר יותר מהוריהן לטיפול המקוון, חלקן יצרו קשר טוב יותר מבעבר עם המטפלת. כך למשל, היו מטופלות שבהיותן באשפוז התקשו ליצור קשר עם המטפלים והטיפול הגיע למבוי סתום ללא הטבה במצבן. הטיפול המקוון הפשיר את ההתנגדות בצורה ניכרת והעניק להן מעין "מסך" של הגנה ו"מקום בטוח", מה שאפשר להן להיפתח ולשתף והוביל לפריצת דרך בטיפול. תיאור המקרה מספר 1 של גלית (שם בדוי) ממחיש מצבים אלו. במצבים אחרים היה הטיפול המקוון מנוף לגיוס ההורים לתהליך הטיפולי, מה שהוביל להטבה ניכרת בטיפול. תיאור המקרה מספר 2 של זילפה (שם בדוי) ממחיש מצבים אלה. אצל שאר המטופלות הביא הטיפול המקוון לשמירה על ההישגים בטיפול שאליהן הן הגיעו לפני התפרצות המגפה.

תיאור מקרה 1

המסך כ"מקום מוגן": "מכסה טפח ומגלה טפחיים"

גלית (שם בדוי) בת 16, אובחנה עם אנורקסיה נרבוזה מהסוג המצמצם. היא רביעית מבין 10 אחים, תלמידה מצטיינת, פרפקציוניסטית ומקפידה על מצווה קלה כבחמורה. כבת ראשונה לאחר 3 בנים היא קיבלה על עצמה תפקידים רבים הקשורים לניהול הבית ולטיפול באחיה, ועשתה זאת במסירות רבה. ההורים כמו המורים תיארו ילדה טובה ומרצה. מאז ילדותה הייתה גלית ילדה "מלאה" שנהנתה לאכול ומלאת שמחת חיים. בשל כך התגרו בה אחיה וכינוה בשמות גנאי. בהיותה בכיתה ז נשקלה גלית בידי אחות בית הספר, שציינה את משקלה העודף וביקשה להפנותה לטיפול תזונתי. גלית שנפגעה מאד, החליטה לרדת במשקל בכוחות עצמה. היא צמצמה אכילה בצורה קיצונית. תחילה היא הפחיתה בסוכרים ובשומנים, ובהמשך בפחמימות ובחלבונים. תחושת הריקנות והרעב נתנו לה תחושה של שליטה עצמית. היא התקיימה על כ־600 קלוריות ליום בלבד, ירדה במשקל כ־20 ק"ג והובהלה לאשפוז במחלקה להפרעות אכילה במרכז הארץ עם BMI 14.

במחלקה לא שיתפה גלית פעולה, והטיפול הגיע למבוי סתום. הצוות הטיפולי חשב כי הדבר נובע בין השאר מקשיים הקשורים לפערים תרבותיים ותפיסתיים בין המטפלים החילוניים לערכיה הדתיים. בלחץ הוריה שוחררה גלית והופנתה לטיפול במחלקה להפרעות אכילה לצעירות חרדיות בבית חולים "מעייני הישועה" בבני ברק. על מנת להימנע מסטיגמה של אשפוז מלא ביקשה המשפחה לקבל את הטיפול במסגרת אמבולטורית, אך גם ניסיון טיפולי זה לא צלח; היא לא שיתפה פעולה ומצבה החמיר, ולכן אושפזה במחלקה. עם קבלתה הייתה עם BMI 14, אל־וסת, עצירות, כאבי בטן, עצירה בהתפתחות המינית, נשירת שיער, מצב רוח ירוד, קשיי ריכוז, רגזנות והתנגדות לטיפול.

התנגדותה לטיפול התבטאה בתוקפנות או בפסיביות, בציניות ובהתכנסות. כך למשל, היא שתקה בהפגנתיות במשך כל שעת הטיפול, לעיתים הנהנה בראשה או הרכינה אותו על השולחן, פיהקה ופעמים ענתה ב"כן ולא" תוך גלגול עיניים כאומרת "אני משועממת בואי נפסיק את השיחות האלה". מידי פעם הפרה את השתיקה בשאלה "מתי הפגישה מסתיימת", ופעמים פשוט קמה ויצאה מהחדר בטריקה וטענה כי "נמאס לה מהחפירות הארכאולוגיות". לאור התקיעות בטיפול ביקשו ההורים להחליף מטפלים, אך גם החלפת מטפלות לא הועילה.

ההתנגדות לטיפול התבטאה כבר לפני השעה הטיפולית. היא תמיד נכנסה לחדר הטיפולים באיחור, בטענה ששכחה או שקבעה תוכניות אחרות, לעיתים הסתתרה מאחורי רהיטים, מתחת לערמת בגדים או שמיכות, או שביקשה מהוריה לבטל את הטיפול. כך, פעם אחר פעם, הפגישות הטיפוליות התקצרו או התבטלו. לאור התנגדותה ושתיקותיה עלה החשש כי ייתכן שמדובר בקושי בהבעה או אילמות סלקטיבית.

גלית אומתה כחולה בקורונה, נכנסה לבידוד בבית הוריה, והטיפול עבר למתכונת מקוונת. תחילה היה ניסיון לקיים טיפול טלפוני, אך הוא לא צלח משום שהיא לא דיברה ולא היה ברור אם היא נמצאת על הקו או לא. לכן הוחלט לעבור לפגישות וידאו באמצעות זום. בשלב זה התרחש במפתיע מהפך בטיפול. גלית החלה לשתף פעולה בהדרגה, החלה לדבר, שיתפה ברגשותיה, לראשונה הישירה מבט, סיפרה על הדימוי העצמי הפגוע שלה, על קשייה החברתיים ועל רצונה ועל קשייה ליצור קשרים בין־אישיים.

המפנה בא לידי ביטוי גם בטיפול הקבוצתי המקוון: היא שיתפה פעולה, הקריאה את יומן האכילה שכתבה ברהיטות ובפתיחות, וביטאה את ההתמודדות הקשה עם האוכל, עם המשקל ועם המראה. כמו כן היא שיתפה פעולה גם במעקב התזונתי, הפסיכיאטרי והסיעודי.

השיפור המשמעותי התבטא גם במצבה הקליני: היא עלתה במשקל והגיעה ל־BMI 17, אכלה בצורה מסודרת ומגוונת יותר, מצב רוחה ויכולת הריכוז השתפרו, היא התמידה בלימודים והשלימה את החסר. מדדיה החיוניים היו תקינים, אובחן תפקוד תקין של מערכת העיכול ועוד.

תיאור מקרה 2

המפתח לשינוי נמצא בידי ההורים – "שלושה שותפים באדם, הקדוש ברוך הוא ואביו ואימו" (מסכת נדה לא ע"א)

זילפה (שם בדוי), בת 17.5, ילידת ישראל, השלישית מבין שמונה אחים, הופנתה לאשפוז עקב ירידה דרסטית במשקל בפרק זמן קצר (הגיעה לאשפוז במשקל 40 ק"ג (BMI 14.9), לחץ דם נמוך, דופק איטי, עצירה בהתפתחות המינית, מצב רוח ירוד והתבודדות. היא אושפזה לראשונה במחלקת ילדים במרכז הארץ, ואובחנה עם אנורקסיה נרבוזה מהסוג ההתקפי־היטהרותי. מצבה הגופני התייצב, ואז החליטו הוריה להעבירה למחלקה החרדית להפרעות אכילה מטעמי דת ומחשש שתיחשף לתכנים חילוניים.

לדברי ההורים ההידרדרות החלה בחופש הגדול שבין כיתה ט לכיתה י עם המעבר לחטיבה העליונה. זילפה החליטה לרדת במשקל יחד עם חברותיה לכיתה. לא צוין טריגר מסוים. היא הפחיתה פחמימות וסוכרים, והלכה והמעיטה באכילה עד כדי 500 קלוריות ליום. המחזור החודשי פסק, ולדבריה "הייתה זאת דיאטה פשוטה בין החברות שאיבדה שליטה". בהמשך היא יזמה הקאות לאחר אכילה מועטה. ההורים היו חסרי אונים, חרדים, עייפים ונואשים סביב המאבקים על האכילה בבית, ועם ההידרדרות הקשה פנו להתייעצות והוחלט לאשפזה בשל מצבה הגופני הירוד. לאחר המעבר לאשפוז במחלקה להפרעות אכילה לחרדיות הוחלט על טיפול אינטנסיבי רב־מקצועי הכולל הדרכת הורים. הוריה של זילפה התקשו להגיע להדרכה, לדבריהם בעיקר בשל עומס מטלות היום יום. הטיפול בזילפה התקדם מעט אך נקלע למבוי סתום, בעיקר בשל קשיי ההורים להגיע לטיפול.

עם פרוץ משבר הקורונה והסגר שנכפה בעקבותיו החליט הצוות הרב־מקצועי על אשפוז מקוון בבית. ההורים חששו מאוד משינוי זה, שכן הניסיון הקודם להחזירה לבית הוביל להידרדרות קשה במצבה. עם זאת גם ההורים וגם זילפה לא הסכימו לאופציה של אשפוז מלא ללא ביקורים וללא יציאה בסופי שבוע, ולכן קיבלו את הדין והחלו להיערך לטיפול מקוון בבית.

זילפה קיבלה טיפול פסיכותרפויטי פרטני, טיפול תזונתי, סיעודי ופסיכיאטרי, וההורים התבקשו להיערך לסידור פינה פרטית בבית לזילפה, שתאפשר תחושת מוגנות בטיפולים הפסיכותרפויטיים והאחרים. כמו כן הם קיבלו הדרכה צמודה כיצד לפקח על האכילה, איך לזמן את האוכל, איך לקיים תנאי האכלה מתאימים ועוד.

תחילה גילו ההורים הסתייגות וחשש, משום שהם לא האמינו שיצליחו בתנאים הקשים של הבית ונוכח ההתנגדות של בתם, אך הם התגייסו ונענו להדרכה הצמודה. נוכחותם בבית הייתה מלאה, הן פיזית (בשל הסגר) והן רגשית, ואפשרה פיקוח וליווי לכל הארוחות וקשר אינטנסיבי עם צוות המטפלים במחלקה. לאחר פרק זמן קצר יחסית רכשו ההורים ביטחון, והדבר נתן את אותותיו בשיפור באכילה של זילפה ובמשקלה. בשלב זה הוצע לזילפה המשך טיפול פסיכותרפויטי פרטני מקוון אך היא סירבה. הוריה היו נחושים מאוד והבהירו לה את החשיבות של חזרה לטיפול המלא, והתחייבו לחלקם בתהליך. היא נעתרה. לדברי ההורים הם

הבינו לראשונה את מהות המחלה ואת הקשיים שעימם מתמודדת זילפה, ולמדו עד כמה חשובה נוכחותם, נחישותם ורגישותם על מנת לעזור לה לחזור לאכול ולמנוע ממנה מלהתעמל בצורה כפייתית. ההורים הצליחו להתגבר על מרבית האתגרים הכרוכים בצפיפות הבית, בנוכחות הילדים האחרים ובשימוש באמצעים דיגיטליים, וכבר לפני תום הסגר נצפה לראשונה מאז פרוץ המחלה שיפור ניכר במצבה הגופני והנפשי של זילפה.

דיון

עם פרוץ משבר הקורונה עלה הצורך במציאת פתרונות טיפוליים חלופיים לצעירות עם הפרעות אכילה בכלל (24) ולצעירות מהמגזר הדתי החרדי בפרט. צורך זה הוביל להתאמת הטיפול לערוצים מקוונים (25).

הטיפול בהפרעות אכילה הוא מורכב ומאתגר, בייחוד נוכח שיתוף הפעולה החלקי, ההתנגדות לטיפול והנטייה להכחשת המחלה (12). הטיפול בהפרעות אכילה באוכלוסייה חרדית מורכב אף יותר, שכן נוסף על קשיים אלו ישנם אתגרים נוספים הדורשים התמודדות, כמו פחד מסטיגמה, חשש מפגיעה בשידוך, נטייה לפתור את הבעיות בתוך המשפחה והקהילה, נטייה שלא להתלונן והימנעות מטיפול במסגרות חילוניות (11). כמו כן יש קושי במפגש שבין הטיפול המערבי למודרני, שם ישנו פער תפיסתי בסיבות להיווצרות המחלה ובדרכי הטיפול בה. קשיים אלה מציבים אתגר משמעותי בטיפול בהפרעות אכילה בכלל (13) ובצעירות חרדיות בפרט, ובייחוד כשמדובר בטיפול נפשי מקוון. מדובר בשינוי תפיסתי מהפכני, שכן הציבור החרדי ממעט להשתמש באינטרנט ובאמצעים דיגיטליים נוספים כדי למנוע חשיפה לתרבות החילונית. במיוחד מקפידה על כך המשפחה, כדי למנוע כל גישה לכך מהילדים. המחלקה להפרעות אכילה בבית חולים "מעייני הישועה" פיתחה מודל טיפולי מקוון, רגיש לתרבות, המותאם לאוכלוסייה החרדית, תוך הקפדה יתרה על שמירה ועל כיבוד ערכי וכללי הדת.

מטרת המאמר היא לתאר את המודל הטיפולי המקוון בצעירות חרדיות עם הפרעות אכילה, לציין את הדילמות שעלו בטיפול זה, להאיר את יתרונות הטיפול ולבחון אם הוא השיג את מטרתו כהמשך הטיפול ובמניעת הדרדרות, או אף כמנוף להתקדמות, להטבה ואף לפריצת דרך בטיפול.

לאחר התנסות של כמה חודשים במודל טיפולי זה (החל מחודש מרץ 2020) בלט מוטיב מרכזי של שיפור במצב הקליני והנפשי של מרבית המטופלות. הטיפול המקוון בצעירות חרדיות נמצא **כטיפול המשמר את הישגי הטיפול והמונע הדרדרות, ואפילו כמנוף להתקדמות בטיפול במקרים אחרים ואף לפריצת דרך בטיפול.** להמחשת ממצאים אלו שולבו שני תיאורי מקרה המייצגים את ההישגים המרכזיים בעקבות הטיפול המקוון.

המציאות הרפואית והמדעית של טיפול מקוון בחברה המערבית, בבריאות הנפש בכלל ובהפרעות אכילה בפרט מוכרת כעשור לפני פרוץ המגפה. ממצאי מחקרים מעידים על הישגים טובים בטיפול מקוון שאינם יורדים מהישגי הטיפול הפרונטלי המסורתי (26).

עם פרוץ המגפה תפס הטיפול המקוון תאוצה והתפתח לטיפולים מורכבים יותר, ובכללם לטיפול בחולות קשות ומאושפזות (24). ממצאי מחקרים מראים כי שיעור הפניות לטיפול בשל הפרעות אכילה עלה בתקופת הקורונה, וכן החמרה בסימפטומים של חולים פעילים בישראל ובעולם. היו ניסיונות רבים למצוא פתרונות חלופיים מקוונים על מנת להמשיך את הטיפול הקיים ולתת מענה לפניות הרבות (25).

מודל טיפולי זה שונה במהותו מהמציאות האמונית והדתית של קהילות חרדיות, מצב המציב אתגרים לאנשי מקצוע המטפלים באוכלוסייה זו והמעלה קשיים אתיים, הלכתיים ודתיים בחברה החרדית. אתגרים אלו מוכרים עוד לפני המגפה במצבים שמטפלים פסיכותרפיסטים חילוניים מטפלים בחולות חרדיות, והם גברו בתקופת המגפה (11). בטיפול המקוון שני הצדדים צריכים להיערך למציאות החדשה למען הצלחת הטיפול. המטופלת, משפחתה והמטפלים חולקים תפיסה משותפת בנוגע לקשיים של המטופלת, ומסכימים בעניין ההיערכות הרצויה להתאמת הטיפול לתנאים החדשים למען הצלחת הטיפול.

ישנו קונפליקט פוטנציאלי טבוע בטיפול מקוון באוכלוסייה החרדית. הקשיים הנוספים קשורים לאיסורים ולמגבלות ההלכתיות והערכיות, בעיקר סביב השימוש באמצעים דיגיטליים בכלל ובטיפול בפרט, ולכן מהלך הטיפול המקוון עלול להשתבש כבר בתחילתו.

קשיים מסוג זה עלו בטיפול בצעירות החרדיות עם הפרעות אכילה. האיסורים באשר לשימוש במדיה הם כה חריפים, עד כי נאסר על הנערות אף להישיר מבט אל המסך, ועליהן לסובב את ראשן מיידית. האיסורים הם עד כדי כך טבועים שכל שינוי בתחום כרוך במהפך התנהגותי, אמוני, ערכי ורגשי המשולב ברגשי אשם וחרדה ובהתנגדות רבה. בשל כך הייתה הקפדה יתרה במהלך האשפוז להגן על הבנות מפני כל חשיפה למדיה ובייחוד לא לטלפון חכם, לאייפד ולאינטרנט. עם זאת הסביבה הטיפולית במחלקה אפשרה פרטיות, הכלה ושמירה על כיבוד ערכי הדת וההורים. כל אלה אפשרו שיפור והתקדמות בטיפול.

עם המעבר לטיפול מקוון הופר איזון עדין זה, הן בשל בעיות טכניות ופיזיות והן בשל תחושת פגיעות וחוסר מוגנות. הקשיים עלו בקרב מספר מועט של מטופלות, ואצלן הטיפול המקוון היה חסם להתקדמות בטיפול ואף להידרדרות. לטענת

המטופלות הקושי נבע מקשיים טכניים או בשל התנאים בבית שלא אפשרו פרטיות.

לעומת זאת ולמרות כל הקשיים שתוארו, מרבית המטופלות ומשפחותיהן הגיבו בהקלה כשהוצע להן הטיפול המקוון אל מול האופציה של אשפוז פסיכיאטרי מלא והסטיגמה וההשלכות הכרוכות בו (27). לרוב, המטופלים ומשפחותיהם מתביישים וחשים אשמה עקב בעיותיהם הנפשיות ומנסים להסתירן. הפנייה לשירותי בריאות נפש היא לרוב הברירה האחרונה. הפרעות נפשיות הן נטל ללוקים בהן, למשפחתם ולדורות הבאים, וגילוין עלול לפגוע בסיכוי לשידוך טוב (28). ואכן נמצא כי חרדים בישראל ובייחוד נשים פונים פחות לעזרה נפשית בכלל ובנוגע להפרעות אכילה בפרט (21). הם נוטים לפתור את הבעיות במסגרת המשפחה או בעזרת הקהילה, ולפעמים נעזרים בשירותי תמיכה מקצועיים למחצה (22).

ייתכן שזו אחת הסיבות שהקלו על המשפחות להתפשר על טיפול מקוון ולהתמודד עם האיסורים הכרוכים בו. זאת ועוד, משפחות רבות דיווחו כי מתכונת של טיפול מקוון מהבית אפשרה להם יותר מעורבות, השגחה ונוכחות הורית, מה שהיה קשה עבורם בתקופה שבה בתם הייתה מאושפזת. שיתוף פעולה זה השתלב עם הכיוון הטיפולי של המטפלים, שכן טיפול המבוסס על שיתוף המשפחה והעצמת ההורים נמצא כטיפול יעיל בהפרעות אכילה במתבגרים (29). גישה טיפולית זו מיושמת בטיפול אמבולטורי ובאשפוז, וההורים הם חלק בלתי־נפרד מהטיפול ומעורבים בקבלת ההחלטות (30).

יודגש כי בתקופה שבה היו הבנות באשפוז התקשו הורים רבים להתגייס לטיפול, בעיקר בשל קשיים טכניים הקשורים במטלות היום יום או בשל מגורים בחו"ל. למרות הקושי התאמצו מרביתם להיות שותפים במעט שיכלו. האשפוז המקוון יצר מציאות חדשה אשר מינפה בצורה ניכרת את מעורבות ההורים בטיפול, גייסה אותם ואפשרה להם לתת עזרה ישירה לבתם. נוכחותם האינטנסיבית בבית, יחד עם הקשר הרציף עם המחלקה, עזרו משמעותית לקידום הטיפול ולהטבה במצבה של הבת.

תיאור המקרה השני המחיש כיצד הטיפול המקוון גייס את ההורים לטיפול ומינף אותו להישגים מהירים ומשמעותיים יותר מאשר באשפוז במחלקה. זילפה אושפזה תחילה במחלקה להפרעות אכילה "חילונית" שבה היא לא שיתפה פעולה, משם היא הועברה לאשפוז במחלקה החרדית להפרעות אכילה, וגם שם לא חל שיפור. זילפה התנגדה לכל התערבות, והטיפול נקלע למבוי סתום ללא הטבה. ההורים עמדו חסרי אונים, עייפים ונואשים מהמאבקים סביב האכילה בבית. הם חששו להחזירה הביתה עקב הקורונה, בעיקר בשל ההידרדרות הקשה שהתרחשה כשהטיפול הקודם הופסק. עם זאת סירבו ההורים לאפשרות של אשפוז במחלקה הפסיכיאטרית, ונעתרו לטיפול המקוון בבית.

ניתן להבין את פריצת הדרך ואת השינוי הדרמטי במצבה של זילפה כנובעים מכמה מרכיבים: ההדרכה הצמודה והליווי שההורים קיבלו כיצד לפקח על האכילה; ההבנה של ההורים את אופי המחלה וחומרתה ואת חשיבות תפקידם בהחלמתה; השינוי שעשו ההורים בהמרת הכעס וחוסר האונים בתמיכה מלאה, בנוכחות נחושה ובשיתוף פעולה עם הצוות המטפל במחלקה. השיפור המהיר יחסית במשקלה ובמצבה הנפשי של זילפה עודד את ההורים ליתר שיתוף פעולה ולעמדה נחושה ורגישה. כל אלה היוו סביבה מגינה ומכילה לזילפה, שהעניקה לה מקום בטוח לשיתוף בקשייה.

גם תיאור המקרה הראשון מייצג מקרים שבהם היה הטיפול המקוון **מנוף** להתקדמות בטיפול. במקרה של גלית היה הטיפול מעין מסך רב־פנים המגשר בין שני העולמות, המערבי והמסורתי, מסך המגן מפני חשיפה, המאפשר מסתור והמקנה מעין אשליית שליטה ותחושת בטחון. כל אלה אפשרו לגלית להתבונן החוצה ולהתחיל להיפתח ולשתף במכאוביה, תוך שהיא נעזרת במצלמת הווידאו כדי לווסת את המינונים המתאימים לה לחשיפה.

גלית, שגדלה עם עשרה אחים ותמיד הצטיינה וריצתה את סביבתה, חשה אולי לראשונה שיש לה מקום בטוח ומוגן בבית, בברכת הוריה ותמיכתם, שבו היא יכולה לקבל למען עצמה מבלי לבקש או לחוש אשמה, וכך ליהנות משני העולמות. עד כה היא חשה מונעת ומנוהלת מצורכיהם של אחרים, והשליטה היחידה שביטאה הייתה התנגדותה לטיפול והתבצרות בבועת המחלה הבטוחה והמגינה. היא "פיטרה" מטפלים, שתקה בטיפול ונאבקה מול כל מי שניסה לגעת בבועת המחלה שהגנה עליה. כבר בתחילת הטיפול המקוון נסדקה הבועה שדרכה התבוננה גלית בזהירות בעולם החיצוני. המסך הסתיר אותה מחד, ואפשר לה להיחשף מאידך. הדואליות הייחודית אפשרה לה לנהל שיח עם העולם החיצוני, לשתף ברגשותיה ובקשייה, להישיר מבט למצלמה ולגעת בכאב. גם בטיפול הקבוצתי המקוון היא ביטאה את המאבק הפנימי שבו היא מתמודדת עם האוכל, עם המשקל ועם המראה ואת הכמיהה לקשר בין־אישי. גלית, שנחשפה כבר למדיה המקוונת בהיותה מאושפזת במחלקה "החילונית", לא התקשתה לתפקד במדיה זו. הלגיטימציה שנתנו לכך הוריה הקלה אף היא, ואולי אף האיצה את תהליך ההטבה. בעשור האחרון ישנה מגמת חשיפה לאמצעי המדיה של צעירות חרדיות, אף בחשאי, ולכן השימוש הלגיטימי באמצעי זה משחרר מרגשי אשם, ומאפשר נגיעה בנושאים הקשורים להגשמה עצמית, למימוש עצמי, למשמעות ובמקרים רבים אף להתעמקות באמונה ובדת מבחירה (31,11).

תקופת הקורונה העמידה את ההורים במצב מורכב, שכן

זירת הקרב על האוכל חזרה לבית. היכולת לבצע זאת תוך ליווי מרחוק של הצוות ושמירה על זמני הארוחות העצימה את ההורים, הקלה עליהם והחזירה את ביטחונם, והם בהתאמה יכלו להעצים את בתם. גם הסגר ששמר את בני המשפחה בבית הפחית מהעומס היום יומי, ואפשר הירתמות נינוחה. הגמישות והזמינות של ההורים, נוכחותם, שיתוף הפעולה עם הצוות הרב־מקצועי וזמינותו אפשרו במידה רבה את המקום הבטוח לנערה ואת פתיחותה לקבל טיפול.

השלכות פרקטיות ומחקריות

הטיפול המקוון לצעירות עם הפרעות אכילה מהמגזר החרדי, שפותח על רקע הקורונה, מהווה פריצת דרך משמעותית בחשיבה היצירתית ובגמישות הן של אנשי הדת והן של הצוות הטיפולי הרב־מקצועי. שני הצדדים גילו אחריות משותפת, כשטובת הנערה לנגד עיניהם, להמשיך את רצף הטיפול, לשמור על ההישגים ולמנוע הידרדרות. למרות הקשיים הרבים שעלו במימוש הטיפול המקוון, הוא אפשר במקרים רבים את המשך הטיפול, ובאחרים אף היה מנוף לפריצת דרך בטיפול שנקלע למבוי סתום בתקופה שלפני משבר הקורונה.

הישגים אלו מצביעים על האפשרויות הגלומות בטיפול מקוון בכלל ובאוכלוסייה חרדית בפרט, וקוראים לצורך לפתח מודל זה, לחקור את יעילותו בטווח הרחוק ולבדוק את יישומו גם בימים כתיקונם. מודל זה יוכל להתאים לאוכלוסיות המתקשות להגיע למחלקה או למשפחות שמתקשות לשתף פעולה בטיפול בשל קשיי היום יום, וכן במצבים שבהם יש מבוי סתום בטיפול, והמסך הווירטואלי מאפשר מקום בטוח ומגן להיפתח. לאור הקשיים שעלו מומלץ לפתח את המודל הקיים באמצעים מקוונים מוגנים וזמינים, ולאפשר אשפוז מקוון כחלק מהטיפול השגרתי.

ישנם עדיין אתגרים הקשורים לשימוש במדיה המקוונת לטיפול באוכלוסייה החרדית בשל תנאי המחיה, הזמינות לתקשורת וירטואלית ופתחי המילוט שהיא מאפשרת לחמוק מטיפול. מומלץ לעגן טיפול זה בתיאום עם אנשי דת ועם פוסקי הלכה על מנת למנוע קונפליקטים וחשש מצד המטופלות ומשפחותיהן.

המודל המקוון הרגיש לתרבות שפותח במחלקה ייחודית זו ניתן ליישום גם בקרב אוכלוסיות אחרות בעלות אוריינטציה מסורתית ושמרנית, שעד כה נמנעו מלפנות לטיפול (6).

מחקרי המשך כמותיים ואיכותניים מומלצים על מנת לבחון את יעילות הטיפול לאורך זמן וכן על מנת לבחון את חווית המטופלות ובני משפחותיהן מנקודת ראותן.

לסיכום, מטרת המאמר היא להאיר את המורכבויות ואת המחלוקות הגלומות בטיפול מקוון בצעירות עם הפרעות אכילה מהמגזר החרדי. לאור ההתנסות הייחודית בטיפול זה ניתן לראות את הטיפול המקוון כמנוף לשמירה על הישגי הטיפול ולקידום הטיפול, ואף כטיפול פורץ דרך במצבים מורכבים שבהם נקלע הטיפול למבוי סתום. ניתן ליישם מודל ייחודי זה גם לתרבויות מסורתיות בעלות תפיסה ערכית ודתית השונה מהתפיסה המערבית. סקירת הספרות ותיאורי המקרים הדגישו את החשיבות שיש לתת לסוגיות על רקע רגישות תרבותית בבריאות נפש בכלל ובטיפול בהפרעות אכילה בפרט. החשיבות גדולה במיוחד כשמדובר באוכלוסייה חרדית, הנמנעת מחשיפה למדיה (6).

***יודגש כי תיאורי המקרה הוצגו בשם בדוי, וכל הפרטים האישיים שונו לחלוטין על מנת לטשטש את הזהות האמיתית של הצעירות ומשפחותיהן ולשמור על חיסיון מלא. בכל תיאורי המקרים היה שימוש בשילוב של שניים או של שלושה מטופלים בעלי מאפייני טיפול דומים, ובכך התאפשר חיסיון מלא של המקרים.**

מקורות

1. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. Lancet. 2010 Feb 13; 375(9714):583-93.
2. Eli K, Warin M. Anthropological perspectives on eating disorders: deciphering cultural logics. Transcult Psychiatry [Internet]. 2018 Aug 30 [cited;55(4):443-53. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1363461518784385 https://doi.org/10.1177/1363461518784385
3. Marques L, Alegria M, Becker AE, Chen C, Fang A, Chosak A, et al. Comparative prevalence, correlates of impairment, and service utilization for eating disorders across US ethnic groups: implications for reducing ethnic disparities in health care access for eating disorders. Int J Eat Disord [Internet]. 2011 Jul;44(5):412-20. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.20787 Published online 27 July 2010 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/eat.20787
4. Witztum E, Stein D, Latzer Y. Anorexia nervosa as a cultural related syndrome in the age of globalization. In: Women's mental health in Israel: save your soul. 2005. p. 205-28. In R. Lev-Wizal, J. Tzvikal, & N. Barak (Eds.) *Women's mental health in Israel: Save your soul*. (Pp. 205-228). Jerusalem: Brookdale Institute. [Hebrew].
5. Soh NL, Walter G. Publications on cross-cultural aspects of eating disorders. J Eat Disord. 2013 Dec;1(1):4.
6. Acle A, Cook BJ, Siegfried N, Beasley T. Cultural considerations in the treatment of eating disorders among racial/ethnic minorities: a systematic review. J Cross Cult Psychol [Internet]. 2021 Jun 30;52(5):468-88. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00220221211017664
7. Latzer Y, Tzischinsky O, Gefen S. Level of religiosity and disordered eating psychopathology among modern-orthodox Jewish adolescent girls in Israel. Int J Adolesc Med Health. 2007;19(4):511-22.
8. Latzer Y. Traditional versus western perceptions of mental

illness: women of Moroccan origin treated in an Israeli mental health center. J Soc Work Pract. 2003;17(1):77-94.

9. Latzer Y, Tzischinsky O. Weight concern, dieting and eating behaviors: a survey of Israeli high school girls. Int J Adolesc Med Health. 2003;15(4):295-305.
10. Latzer Y, Tzischinsky O. Eating attitudes in a diverse sample of Israeli adolescent females: a comparison study. J Adolesc. 2005;28(3):317-23.
11. Latzer Y, Stein D, Witztum E. Treating ultra-orthodox adolescents with eating disorders in Israel: culturally-sensitive interventions, difficulties, and dilemmas. J Clin Psychol. 2019;75(8):1455-68.
12. Reiter C, Graves L. Nutrition therapy for eating disorders. Vol. 25, Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. 2010. p. 122-36. USA
13. Bilu Y, Witztum E. Working with Jewish ultra-orthodox patients: guidelines for a culturally sensitive therapy. Cult Med Psychiatry. 1993;17(2):197-233.
14. Campbell H. Religion and the internet. Commun Res Trends. 2006;26(1):3-24.
15. Friedman M. The Haredi (ultra-orthodox) society: sources, trends and processes. Jerusalem Inst Isr Stud. 1991;41, I-VIII
16. Gluck ME, Geliebter A. Body image and eating behaviors in orthodox and secular Jewish women. J Gend Specif Med. 2002;5(1):19-24.
17. Latzer Y, Weinberger-Litman SL, Gerson B, Rosch A, Mischel R, Hinden T, et al. Negative religious coping predicts disordered eating pathology among orthodox Jewish adolescent girls. J Relig Health. 2015;54(5):1760-71.
18. Richards PS, Weinberger-Litman SL, Susov S, Berrett ME. Religiousness and spirituality in the etiology and treatment of eating disorders. In: APA handbook of psychology, religion, and spirituality. Vol 2, An applied psychology of religion and spirituality. Washington, DC: American Psychological Association; 2013. p. 319-33. In K. I. Pargament, A. Mahoney, & E. P. Shafranske (Eds.), ??????.
19. Weinberger-Litman SL, Rabin LA, Fogel J, Mensinger JL. The influence of religious orientation and spiritual well-being on body dissatisfaction and disordered eating in a sample of Jewish women. Int J Child Adolesc health. 2008;1(4):373-87.
20. Bachner-Melman R, Zohar AH. Potential risk and protective factors for eating disorders in Haredi (ultra-orthodox) Jewish women. J Relig Health. 2019;58(6):2161-74.
21. Latzer Y, Vander S, Gilat I. Socio-demographic characteristics of eating disorder patients in an outpatient clinic: a descriptive epidemiological study. Eur Eat Disord Rev. 2008 Mar;16(2):139-46.
22. Weinberger-Litman SL, Latzer Y, Stein D. A historical, cultural and empirical look at eating disorders and religiosity among Jewish women. In: Latzer Y, Merrick J, Stein D, editors. Understanding eating disorders: integrating culture, psychology and biology. New-York: Nova Science Publishers; 2011. p. 105-20.
23. Ben Shahar RN, Lev-on A. Gender , religion , and new media: attitudes and behaviors related to the internet among ultra-orthodox women employed in computerized environments. Int J Commun. 2011;5:875-95.
24. Schlegl S, Maier J, Meule A, Voderholzer U. Eating disorders in times of the COVID-19 pandemic: Results from an online survey of patients with anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2020;53(11):1791-800.
25. Serur Y, Enoch-Levy A, Pessach I, Joffe-Milstein M, Gothelf D, Stein D. Treatment of eating disorders in adolescents during the COVID-19 pandemic: a case series. J Eat Disord [Internet]. 2021 Dec 10;9(1):17. Available from: https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-021-00374-z6723 Accesses 8 Citations; 1 Altmetric.
26. Clus D, Larsen ME, Lemey C, Berrouiguet S. The use of virtual reality in patients with eating disorders: systematic review. J Med Internet Res. 2018;20(4).
27. Greenberg D, Witztum E. Challenges and conflicts in the delivery of mental health services to ultra-orthodox Jews. Asian J Psychiatr [Internet]. 2013 Feb;6(1):71-73. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876201812002018 https://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.10.008
28. Block SZ. "The art of the deal": preferences in spouse selection among parents in a hasidic community. Isr Stud Rev. 2013;28(2):61-82.
29. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Dare C. Treatment manual for anorexia nervosa: A family based approach. New York & London: The Guilford Press; 2001.150-174
30. Latzer Y. Eating disorders: the family role. In: Rayfen R, Rozen G, editors. The nutrition's intelligence. Ramat-Gan: Impress; 2008. p. 115-29.
31. Heilman SC, Witztum E. Value-sensitive therapy: learning from ultra-orthodox patients. Am J Psychother. 1997 Oct;51(4):522-41.

הקשר בין תחושת קוהרנטיות לבין רמות חרדה, הערכת תפקוד ובריאות ועוצמת הקשר אם־יילוד, בקרב יולדות אשר הגיעו ללדת בבית חולים רמב"ם בניתוח קיסרי מתוכנן

אילנה פוסטרנק[2,1], אורנה בראון־אפלי[1],

[1] בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה, חיפה
[2] רמב"ם – הקריה הרפואית לבריאות האדם, חיפה

תקציר

רקע: תחושת קוהרנטיות (SOC) – Sense Of Coherence היא יכולת הבנה קוגניטיבית ורגשית של מצב חדש הגורם ללחץ עבור הפרט ותחושת מסוגלות עצמית להתמודד עם כל מצב על סמך ניסיון העבר והמסוגלות לנהל מצב זה ולהבין את משמעותו. מצב משברי בחיי האדם, למשל ביצוע ניתוח ותוצאות ניתוחיות מושפעות ממידת הקוהרנטיות ואף משפיע לטובה על פרמטרים שונים בתהליך ההחלמה. ניתוחים קיסריים נמצאים מזה כשלושה עשורים במגמת עלייה ברחבי העולם והשלכותיהם אינן מבוטלות.

מטרה: לבחון את הקשר בין תחושת קוהרנטיות לפני הניתוח הקיסרי לבין עוצמת הקשר אם־יילוד, הערכת בריאות ותפקוד עצמי ורמות חרדה 48-72 שעות לאחר ניתוח קיסרי מתוכנן, בקרב יולדות ישראליות.

שיטות: בוצע מחקר עוקבה בו רואינו 60 נדגמות אקראיות מתוך אוכלוסיית נשים ישראלית, בגילאי 22-44 שהגיעו לחדר לידה בבי"ח רמב"ם לצורך הכנה לניתוח קיסרי. איסוף הנתונים בוצע בשתי נקודות זמן, נקודת הזמן הראשונה – ביום ההכנה לניתוח הקיסרי, היולדות מילאו שאלון SOC13 להערכת תחושת קוהרנטיות. בנקודת הזמן השנייה, 48-72 שעות לאחר הניתוח, היולדות מילאו שאלון להערכת משתני התוצאה: הערכת תפקוד ובריאות, מדדי רמות חרדה ועוצמת קשר אם־יילוד. העיבוד הסטטיסטי כלל רגרסיות רב־משתניות, כדי להעריך האם מידת קוהרנטיות יכולה לנבא את משתני התוצאה. נערך תקנון לערפלנים פוטנציאלים כמו: גיל היולדת, סטטוס משפחתי, לאום והשכלה.

תוצאות: ככל שתחושת קוהרנטיות לפני הניתוח הייתה גבוהה יותר, רמות החרדה לאחר הניתוח היו נמוכות יותר. קשר זה נשאר גם לאחר תקנון לערפלנים: גיל, סטטוס משפחתי, לאום והשכלה, אם כי קשר זה היה גבולי. לא נמצא קשר בין תחושת קוהרנטיות טרם הניתוח לבין הערכת תפקוד ובריאות עצמית וכן לא נמצאו קשרים בין תחושת קוהרנטיות לפני הניתוח לבין הערכת קשר אם־יילוד ודרגת התבססות רמת הקשר עם הילוד, וכך גם לאחר תקנון הערפלנים. לעומת זאת נמצאו קשרים בין הערכת תפקוד ובריאות עצמית לבין רמות חרדה ובין הערכת תפקוד ובריאות עצמית לבין קשר אם־יילוד שלאחר הניתוח.

מסקנות: תחושת קוהרנטיות טרום ניתוחית גבוהה בקרב יולדות קשורה בקשר הפוך עם חרדה שלאחר ניתוח קיסרי. בניגוד לצפוי, תחושת קוהרנטיות אינה מהווה גורם מנבא להערכת תפקוד ובריאות עצמית, לקשר ולדרגת התבססות קשר אם־יילוד. לפיכך, ייתכן וקיים צורך לערוך מחקר על מספר גבוה יותר של נשים ולחקור לעומק את הקשר שבין חרדה ותחושת קוהרנטיות ובהמשך לתכנן תוכניות טיפול פרטניות **למנותחות במטרה להעלות את רמת הקוהרנטיות האישית והפחתת רמות החרדה.**

רקע

כיום, הגישה הרווחת בבריאות היא גישת הפתוגנזיס אשר מהווה את הבסיס לחשיבה וניהול הטיפול בפרט במערכות בריאות שונות בעולם (1). על פי גישה זו, האדם הוא אורגניזם אשר נתקף מעת לעת על ידי גורמים פתוגניים שונים ובהתאם להשלכות הבריאותיות, הרפואה המערבית מתאימה התערבויות וטיפולים על מנת להעלים את תוצאותיהם (1). לעומת זאת המודל הסלוטוגני של פרופ' אהרון אנטונובסקי (1979), הידועה בשם "גישת הסלוטוגנזיס" (2), מציעה הסתכלות מנוגדת לחלוטין על האדם. על פי המודל הסלוטוגני, האדם הוא אורגניזם אשר מותקף כל הזמן על ידי גורמים מזיקים שונים, עד הסיום הבלתי נמנע, מות האורגניזם. בהתאם לזאת, עלינו לחפש כיצד אנו מסייעים לאנשים להתקדם לכיוון הבריאות המיטבית עבורם, במגבלות הקיימות, על ידי זיהוי גורמים אשר מקדמים בריאות, "גורמים סלוטריים", אלו יכולים להיות ביולוגים, חומריים, פסיכו־סוציאלים ואחרים, כגון: הערכה עצמית, ידע, ניסיון עבר, אינטליגנציה וגורמי תמיכה משפחתיים (3). אדם אשר נהנה מגורמים סלוטריים רבים בסביבתו הקרובה צפוי להתמודד בצורה טובה יותר עם משברים ואתגרים בחייו, התמקדות בגורמים אלו תאפשר גישה שלמה ומותאמת אישית, עבור אנשים הזקוקים לטיפול במסגרות הבריאות השונות.

האדם הוא אורגניזם מורכב ועל המטפל להיות מודע כל העת למורכבות זו והשלכותיה, בניגוד לגישה הפתוגנית בה לעיתים הדבר נשכח והמיקוד הוא על סימפטום או סמן מסוים לחולי נקודתי. על פי המודל הסלוטוגני האדם נע באופן תמידי על פני ציר בריאות – חולי (4), ועלינו כמטפלים חלה החובה לזהות אילו "משאבי התמודדות כלליים" (Generalized Resistance Resources – GRR's) יש לאותו אדם על מנת לכוונו לנוע לעבר מוקד הבריאות. משאבים אלו הם בעלי מכנה משותף, אליו ניתן להתייחס כתחושת קוהרנטיות (Sense Of) Coherence – SOC. פירוש המושג הוא יכולת הבנה קוגניטיבית ורגשית של מצב חדש וסטרסוגני עבור הפרט, תחושה שהפרט מסוגל להתמודד עם כל מצב על סמך ניסיון העבר שלו ואף מסוגל לנהל אותו ולתפוס אותו כבעל משמעות (4,3). כיום, הקשר שבין תחושת קוהרנטיות ותוצאה ניתוחית נחקר במסגרות בריאות שונות בעולם, מתוך הבנה כי שימוש במודל הסלוטוגני בכלל וחיזוק תחושת הקוהרנטיות בפרט, יכולים לסייע לאנשים בהחלמה מניתוחים מתוכננים ולתרום לקיצור משך ההחלמה. יתרה מכך, במחקר שבדק את הקשר בין תחושת קוהרנטיות לבין מצבים קליניים, של הצרויות סביב חוט שדרה, נמצאו תוצאות אשר מחזקות וממחישות קשר זה (5).

ניתוח קיסרי הוא אחד הניתוחים הנפוצים המבוצעים כיום ברחבי העולם, שיעור הניתוחים הקיסריים גבוה יחסית במדינות מפותחות בעלות הכנסה בינונית־גבוהה ונמצאת במגמת עלייה רציפה ברחבי העולם, למרות ניסיונות של גורמי בריאות שונים להגביל ולהאט מגמה זו. ככל ניתוח בטני פתוח, גם לניתוח זה עלולות להיות השלכות לא זניחות, ביניהן נמנים עלייה בתחלואה ותמותה אימהית, פגיעה באיברים פנימיים סמוכים לאתר הניתוחי (כגון: מעי ושלפוחית שתן) ואף שכיחות גבוהה יותר של ניתוחים לכריתת רחם שלאחר ביצוע ניתוח קיסרי (8,7,6). תקופת הינקות היא תקופה ייחודית בחיי האדם אשר מעצבת אותו ואת קשריו האנושיים השונים במידה רבה (9). קשר אם־יילוד מהווה את הבסיס לקשרים חברתיים עתידיים תקינים בחיי היילוד, ואף מהווה את אחד התנאים ההכרחיים להתפתחות תקינה. במידה וקשר זה לא יתבסס כראוי בשנת החיים הראשונה, יהיו לכך השלכות משמעותיות, ביניהן: רגשיות, מנטליות ופיזיות. הזמן הקריטי ביותר לביסוס תקין של קשר הכרחי זה הוא 60-90 דקות לאחר הלידה ובמהלך שלוש היממות הראשונות לחיי היילוד (9). ידוע כי בלידה טבעית יש יתרונות פיזיולוגים רבים לאם ולילוד. בלידה זו, בדרך כלל, היילוד והאם "נפגשים" למפגש קצר (ולעיתים אף ארוך, בן כמה שעות) בו היילוד מונח על גבי חזה של אימו, נהנה מחום גופה, שומע את פעימות ליבה ונחשף לראשונה לריחה. בניתוח קיסרי, היכרות ראשונית זו לעיתים נמנעת, ולעובדה זו עלולות להיות השלכות משמעותיות בהמשך, ביניהן גם השפעות פסיכולוגיות על היילוד (11,10).

ניתן להבין מדוע התהליך של ביצוע ניתוח ותקופת ההמתנה נתפסים כאירועים מאיימים על ידי המטופלים במערכות הבריאות. חרדה היא גורם סיכון משמעותי לסיבוכים שלאחר ניתוח, יחד עם זאת, גורם זה ניתן למניעה אם יזוהה כראוי ויטופל בהתאם, טרם הניתוח (12). בנוסף, נמצא כי חוסר תמיכה משפחתית הוא גורם משמעותי, אשר יכול לנבא את הסיכוי של אדם לסבול באופן ניכר יותר מחרדה סביב־ניתוחית, והקבוצה הפגיעה ביותר בהקשר של חרדה סביב ניתוחית היא נשים צעירות מגיל 50 (13). ממצא משמעותי זה אף מחזק את העובדה שהקבוצה בה תחושת קוהרנטיות צריכה להיחקר בראש ובראשונה היא בקרב נשים צעירות אשר עוברות ניתוחים מתוכננים – וזו היא אחת הסיבות לביצוע עבודת מחקר זו בקרב יולדות. יתרה מזאת, במטה־אנליזה של 53 מחקרים בנושא בין השנים 1950-2018 (12) נמצא כי קיים קשר חיובי בין חרדה טרום־ניתוחית וכאב בתר־ניתוחי, דבר זה עלול להוביל לסבוכים עקב חוסר תנועתיות, היענות ירודה לביצוע פיזיותרפיה ולהוביל לתחלואה נלווית נוספת. יתרה מכך, חרדה סביב־ניתוחית מעלה את הסיכויים של הפרט לסבול גם מתהליך החלמה ארוך יותר, אשפוז

ממושך יותר וכאבים (13). השלכותיה השליליות של החרדה אינן באות לידי ביטוי אך ורק במישור הפיזי של המנותח אלא משפיעה בנוסף על נפש האדם ועלולה אף להוביל להשלכות פסיכולוגיות בתקופה הבתר־ניתוחית, דבר שבתורו עלול, בחלק מהמקרים, להוביל לתוצאות ניתוחיות פחות טובות בתחומים של: ניתוחים קרדיאליים, אורתופדיים וגניקולוגיים (12). עיבוד תהליכים רגשיים של סטרס סביב־ניתוחי יכול להיות יעיל יותר אם המטפלים יתייחסו בנפרד למטופלים בעלי תחושת קוהרנטיות נמוכה.

שיטות

המחקר הינו מחקר עוקבה (Prospective Cohort Study), כאשר אוכלוסיית היעד הייתה נשים ישראליות שעוברות ניתוח קיסרי, בגילאי 20-50, אשר הגיעו ללדת בבית חולים רמב"ם בלידה קיסרית מתוכננת. **קריטריונים להכללה:** א. נשים בהריון (משבוע 36 להריון) אשר מגיעות לחדר לידה. ב. נשים אשר מגיעות באופן מתוכנן בלבד (לא דחוף ולא בהול). **קריטריונים לאי הכללה:** נשים שאינן דוברות עברית. שיטת הדגימה והשיטות לגיוס משתתפות כללה דגימה אקראית של נשים אשר הגיעו ללדת בניתוח קיסרי מתוכנן בבי"ח רמב"ם. אישה בהיריון אשר עומדת בקריטריונים ומגיעה לחדר לידה לצורך הכנה לניתוח קיסרי מתוכנן (במרבית המקרים יום לפני תאריך הניתוח) נשאלה על ידי החוקרת הראשית אם היא מוכנה להשתתף במחקר הנוכחי, וקיבלה הסבר על מטרתו וחשיבותו של המחקר. אם הסכימה, הוחתמה על ידי החוקרת הראשית על טפסי הסכמה מדעת. איסוף הנתונים בוצע בשני שלבים. ביום ההכנה לניתוח הקיסרי, (יום לפני הניתוח עצמו) היולדות מילאו את השאלון של "לפני הניתוח", השאלון מולא בנוכחות החוקרת ואחות חדר ניתוח, בחדר מיון יולדות. בשלב השני 48-72 שעות לאחר הניתוח, היולדות מילאו שאלון של "אחרי הניתוח". המחקר קיבל את אישור ועדת האתיקה של אוניברסיטת חיפה וכן את אישור ועדת הלסינקי של בית חולים רמב"ם. יש לציין כי הייתה היענות גבוהה מאד להשתתפות במחקר, אשר עמדה על 100% מהנשים אשר קיבלו את ההסבר על המחקר וחשיבותו, יחד עם זאת בשלב השני – שלב השלמת איסוף הנתונים שלאחר ניתוח – נתקלנו בקשיים בהשלמת השאלון ולעיתים עלה הצורך ליצור קשר עם אותה אישה מספר רב של פעמים, באותו היום, כדי להשלים את תהליך האיסוף.

הוכנו שני שאלונים, שאלון ראשון עבור הראיונות לפני הניתוח ובו שאלות לגבי מדד הקוהרנטיות ומשתנים דמוגרפיים, ושאלון שני עבור הראיונות לאחר הניתוח ובו המשתנים של בריאות, חרדה וקשר אם־יילוד.

משתני המחקר

1. משתנה בלתי תלוי: מידת קוהרנטיות של היולדת – יכולת הבנה קוגניטיבית ורגשית של מצב חדש ותחושה שהפרט מסוגל להתמודד עמו, למצוא אותו כבעל משמעות ולנהלו (3, 4). המשתנה נבדק באמצעות כלי מחקר ובו 13 היגדים. סקלת הכלי מ־1 "לא מסכים בכלל" ועד 7 "מסכים במידה רבה מאוד" בסולם ליקרט. אלפא־קרונבך של השאלון הכולל 13 הגדים הוא α= 0.685. הטווח **של** המשתנה ובו 13 היגדים הוא בין 44 ל־88. נבנה משתנה דיכוטומי, בהתאם לממוצע הערכים שהתקבל, שעמד על 62.7: קוהרנטיות נמוכה (1) הוגדרה בין 13-62.7 (30 נחקרות סך הכול מתוך 60 במדגם), וקוהרנטיות גבוהה (2) מעל 62.8 ועד 88. היגד לדוגמא: "אנשים רבים – אפילו בעלי אופי חזק – מרגישים עצמם לפעמים כמו "מסכנים". האם הרגשת כך בעבר?", נתבקשו לדרג מ־"אף פעם" (1) ועד "לעיתים קרובות" (7).

2. משתנים תלויים:

א. בריאות ותפקוד – הערכה עצמית של מצב תפקודי ובריאותי כפי שמדווחת על ידי הפרט. משתנה תלוי זה נבנה כממוצע של חמישה היגדים, הדירוג האפשרי של ההיגדים הוא מ־1 "לא מסכים בכלל" ועד 7 "מסכים במידה רבה מאוד" בסולם ליקרט. האלפא־קרונבך עבור משתנה זה עומד על α=0.841 וממוצע המשתנה הוא 4.98 (SD=1.12) מתוך 7. היגד לדוגמא: "אני מרגישה שאני אישה בריאה וחזקה". נבנה משתנה דיכוטומי כאשר עד 4.98 הוגדר הנבדק כבעל הערכת תפקוד ובריאות נמוכה ואילו מעל 4.98 הוגדר כבעל הערכת תפקוד ובריאות גבוהה.

ב. רמות חרדה – תחושה אישית אשר לרוב קשורה בלחצים נפשיים, חששות וחוסר נוחות. משתנה זה נבנה כממוצע רמות החרדה באמצעות חישוב ממוצע לארבעה היגדים. היגד לדוגמא: "קשה לי לשלוט בדאגות שלי". מהימנות המשתנה נבדקה ונמצאה גבוהה, כאשר האלפא־קרונבך עבור משתנה זה הוא α=0.771 ואילו ממוצע המשתנה הוא 2.61 (SD=1.20) מתוך 7. נבנה כמשתנה דיכוטומי, כאשר עד 2.61 הוגדר הנבדק ברמת חרדה נמוכה ואילו מעל 2.61 הוגדר ברמת חרדה גבוהה.

ג. קשר אם־יילוד – הקשר בין האם ליילוד, מרכיבי המשתנה: משתנה זה נבנה כממוצע לשני היגדים. האלפא־קרונבך עבור משתנה זה הוא α=0.952 וממוצע המשתנה הוא (Mean=0.87, SD=6.51) מתוך 7. נבנה משתנה דיכוטומי כאשר עד 0.516 הוגדרה הנבדקת כבעלת הערכת קשר אם־יילוד נמוכה ואילו מעל 0.516 הוגדרה כבעלת הערכת קשר אם־יילוד גבוהה.

ד. דרגת התבססות רמת הקשר עם הילוד. משתנה זה נבנה באמצעות היגד אחד. בוצע היפוך סקלה להיגד זה. ממוצע המשתנה עומד על (Mean=5.07, SD=1.01) מתוך 7. נבנה משתנה דיכוטומי כאשר עד 0.075 הוגדרה הנבדקת כבעלת הערכה נמוכה לדרגת התבססות רמת הקשר עם היילוד, ואילו מעל 0.075 הוגדרה כבעלת הערכה גבוהה לדרגת התבססות רמת הקשר עם היילוד. היגד לדוגמא: "אני מרגישה מחוברת מאוד בפן הרגשי ליילוד שלי".

3. משתנים דמוגרפים: גיל (בשנים), משתנה כמותי רציף וכן משתנה קטגוריאלי ובו 3 קטגוריות (20-29, 30-39, 40-49), וכן: מצב משפחתי (נשואות/לא נשואות), השכלה (אקדמאית/לא אקדמאית) ולאום (יהודייה/לא יהודייה) נבדקו כמשתנים דיכוטומיים.

ניתוח הנתונים

נעשה שימוש **בשיטות לעיבוד נתונים.** כלל הניתוחים הסטטיסטיים בוצעו בעזרת תוכנת SPSS גרסה 27, ממצאים סטטיסטיים נחשבו מובהקים כאשר $P<0.05$. לשם תיאור ואפיון אוכלוסיית המחקר בוצעה סטטיסטיקה תיאורית של התפלגות המשתנים האוניברסליים והתלויים במדגם תוך הצגת ממוצעים וסטיות תקן של המשתנה הבלתי תלוי – מידת הקוהרנטיות של היולדת, והמשתנים התלויים: רמת חרדה, קשר אם־יילוד והערכת תפקוד ובריאות. הסטטיסטיקה התיאורית כללה התפלגויות, ממוצעים, שכיחויות וסטיות תקן. לאחר מכן נבדקו קשרים ברמה הדו־משתנית באמצעות מבחני $\chi 2$ ומתאמי פירסון. לבסוף, בוצע עיבוד רב־משתני בתקנון לערפלנים פוטנציאלים באמצעות רגרסיות לוגיסטיות רב־משתניות.

תוצאות המחקר

אוכלוסיית המחקר כללה 60 יולדות אשר הגיעו ללדת בבית חולים רמב"ם בלידה קיסרית מתוכננת. גיל המשתתפות (בשנים) היה בממוצע 32.7 (SD=4.37). כלל המאפיינים הדמוגרפיים של הנחקרות מופיעים בלוח מס' 1.

בנוסף לכך, **נבדקו הקשרים שבין קוהרנטיות לבין המשתנים הסוציו־דמוגרפים:** גיל, השכלה, לאום ומצב משפחתי באמצעות מבחני X^2. רמת הקוהרנטיות במבחן זה נבדקה כמשתנה דיכוטומי: רמה 1 = רמת קוהרנטיות נמוכה, סכום הניקוד של המשתנה 62.7 נקודות ומטה, ורמה 2 = רמת קוהרנטיות גבוהה, סכום הניקוד של המשתנה 62.8 נקודות ומעלה. כפי שמוצג בלוח מס' 1, בבדיקת הקשר בין קוהרנטיות

לוח מס' 1: **התפלגות המדגם לפי מאפיינים דמוגרפיים (N=60)**

משתנה	קטגוריה	שכיחות	%
מצב משפחתי	נשואה	56	93.3
	גרושה	1	1.7
	רווקה	3	5.0
לאום	יהודי	46	76.7
	מוסלמי	12	20.0
	דרוזי	2	3.3
רמת השכלה	תיכונית	13	21.7
	על־תיכונית	7	11.7
	אקדמאית	40	66.7
קבוצות גיל	20-29	13	21.7
	30-39	44	73.3
	40-49	3	5.0

למשתנים הסוציו־דמוגרפים לא נמצאו קשרים מובהקים בין המשתנים הדמוגרפים לרמת הקוהרנטיות, למעט קשר גבולי על פי הלאום (p=0.07) כאשר בקרב נשים יהודיות נמצאה שכיחות רבה יותר של רמת קוהרנטיות גבוהה (56.5%) לעומת נשים שאינן יהודיות (28.6% בלבד).

הקשרים שבין מידת חרדה, בריאות ותפקוד וקשר אם־יילוד והמשתנים הסוציו־דמוגרפיים: גיל, השכלה, לאום ומצב משפחתי נבדקו באמצעות מבחני X^2. רמת החרדה, הבריאות והתפקוד והקשר אם־יילוד הוגדרו כמשתנים דיכוטומים, זאת על פי ממוצעיהם, בדומה למשתנה הקוהרנטיות. נמצא קשר בין הלאום לבין קשר אם־יילוד, כך שבקרב יולדות יהודיות נמצאה שכיחות רבה יותר של נבדקות בעלות רמת קשר אם־יילוד גבוהה (63.0%) לעומת יולדות שאינן יהודיות (28.6%).

בבדיקת הקשר שבין קוהרנטיות למשתנים הסוציו־דמוגרפיים לא נמצאו קשרים מובהקים בין המשתנים הדמוגרפים לרמת הקוהרנטיות, למעט קשר גבולי על פי הלאום (p=0.07) כאשר בקרב נשים יהודיות נמצאה שכיחות רבה יותר של רמת קוהרנטיות גבוהה (56.5%) לעומת נשים שאינן יהודיות (28.6% בלבד). נמצא קשר בין הלאום לבין

לוח מס' 2: **הקשרים בין המשתנה הבלתי תלוי – רמת קוהרנטיות לבין חרדה, הערכת תפקוד ובריאות וקשר אם־יילוד (N=60)**

משתנה	1	2	3	4
1. רמת קוהרנטיות	--			
2. רמת חרדה	-0.280*	--		
3. הערכת תפקוד ובריאות	0.201	-0.436**	--	
4. הערכת קשר אם יילוד	0.129	-0.342**	0.297*	--
5. קשר דרגת התבססות רמת הקשר עם הילוד	0.040	-0.106	0.184	0.061

* P<0.01; ** P<0.05

לוח מס' 3: רגרסיה לוגיסטית לניבוי רמת חרדה, רמת קוהרנטיות ומשתנים דמוגרפים (N=60)

	OR	CI	P
רמת קוהרנטיות	0.95	1.00-0.90	0.061
גיל	0.96	1.10-0.85	0.573
מצב משפחתי	2.26	22.66-0.23	0.487
לאום	0.74	2.82-0.20	0.664
השכלה	0.97	3.05-0.31	0.958

קשר אם־יילוד, כך שבקרב יולדות יהודיות נמצאה שכיחות רבה יותר של נבדקות בעלות רמת קשר אם־יילוד גבוהה (63.0%) לעומת יולדות שאינן יהודיות (28.6%).

מלוח 2 עולה כי רמת קוהרנטיות קשורה לרמת חרדה באופן מובהק, ככל שרמת הקוהרנטיות גבוהה יותר, רמת החרדה נמוכה יותר לאחר הניתוח. בבדיקת הקשר שבין הערכת תפקוד ובריאות לבין רמות חרדה נמצא קשר שלילי בעוצמה בינונית ומובהק **n=60, r-0.436, p<0.01**, כך שככל שליולדת יש רמת חרדה גבוהה יותר, כך הערכתה את מצבה הבריאותי ותפקודה היא נמוכה יותר. הקשר בין 'קשר אם־יילוד' לבין רמות חרדה נמצא שלילי בעוצמה חלשה ומובהקת **n=60, r-0.342, p-0.07**. ככל שליולדת רמת חרדה גבוהה יותר כך 'קשר אם־יילוד' חלש יותר. בבדיקת הקשר שבין הערכת תפקוד ובריאות לבין 'קשר אם־יילוד' נמצא קשר חיובי ומובהק, בעוצמה בינונית **n=60, r-0.297, p-0.02**, כך שככל שליולדת 'קשר אם־יילוד' חזק יותר עם הרך הנולד, כך הערכתה את מצבה הבריאותי ותפקודה גבוהים יותר.

לבדיקת הניבוי של רמת הקוהרנטיות את החרדה – לאחר לקיחה בחשבון של המשתנים הסוציו־דמוגרפים – בוצעה רגרסיה לוגיסטית בה המשתנה התלוי הוא רמת החרדה (לוח 3). רמת הקוהרנטיות קשורה לרמת החרדה באופן גבולי (p=0.061), כך שעל כל עלייה ביחידה אחת בקוהרנטיות ירד הסיכוי של היולדת להשתייך לקבוצת רמת החרדה הגבוהה ב־5.2%.

בלוח 4 נבדק אם רמת הקוהרנטיות מנבאת את רמת הבריאות. לא נמצאו קשרים בין רמת הקוהרנטיות והמשתנים הדמוגרפים לבין הבריאות והתפקוד.

כפי העולה מלוח 5, לא נמצאו קשרים בין רמת הקוהרנטיות והמשתנים הדמוגרפים לבין קשר אם־יילוד.

דיון

מטרת המחקר לבדוק את הקשר בין תחושת קוהרנטיות לבין רמות חרדה, הערכת תפקוד ובריאות עצמית ועוצמת הקשר אם־יילוד בקרב יולדות ישראליות שהגיעו לניתוח קיסרי מתוכנן בבי"ח רמב"ם.

במחקר זה, נמצא קשר שלילי בין רמת הקוהרנטיות לרמות

לוח מס' 4: רגרסיה לוגיסטית לניבוי רמת בריאות ותפקוד על ידי רמת קוהרנטיות ומשתנים דמוגרפים (N=60)

	OR	CI	P
רמת קוהרנטיות	1.04	1.10-0.99	0.12
גיל	1.09	1.24-0.95	0.22
מצב משפחתי	0.40	3.90-0.04	0.43
לאום	1.51	5.66-0.40	0.54
השכלה	0.65	2.09-0.21	0.47

לוח מס' 5: רגרסיה לוגיסטית לניבוי רמת קשר אם־יילוד על ידי רמת קוהרנטיות ומשתנים דמוגרפים (N=60)

	OR	CI	p
רמת קוהרנטיות	1.02	1.08-0.96	0.518
גיל	1.03	1.19-0.90	0.657
מצב משפחתי	0.37	3.70-0.04	0.402
לאום	0.43	1.66-0.11	0.223
השכלה	2.09	6.83-0.64	0.223

החרדה שלאחר ניתוח. נשים בעלות תחושת קוהרנטיות גבוהה יותר דיווחו על רמה נמוכה יותר של חרדות לאחר הניתוח. קיים יסוד סביר להניח כי תחושת קוהרנטיות מורידה את הסטרס הסביב־ניתוחי ורמות החרדה. תחושת קוהרנטיות מהווה משאב להתמודד עם מצבי בריאות שונים, מאפשרת לפרט תחושת הבנה של המצב ואף אפשרות לנהל מצב זה לטובתו. בהקשר של תחושת קוהרנטיות וחרדה, ממצאי מחקר זה מצטרפים לממצאים במחקרים נוספים בתחום. כאשר נבדק הקשר בין תחושת קוהרנטיות לבין מצבים קליניים, באנשים אשר עברו ניתוח לטיפול בהיצרויות בחוט שדרה, נמצאו ממצאים אשר מחזקים וממחישים את הקשר בין תחושת קוהרנטיות ותוצאות ניתוחיות טובות יותר, בשילוב עם תהליך החלמה מיטבי (5). נוסף על כך, ידוע כי חרדה סביב־ניתוחית מעלה את הסיכויים של הפרט לסבול גם מתהליך החלמה ארוך יותר, אשפוז ממושך יותר וכאבים (13). בהקשר של רמות חרדה, ניתן לראות במחקר זה כי שככל שליולדת רמת חרדה גבוהה יותר, כך הערכתה את מצבה הבריאותי ותפקודה נמוכות יותר. חרדה סביב ניתוחית הינה תופעה אשר יש לתת עליה את הדעת ולהתייחס אליה בהתאם עקב שכיחותה הרבה (12). בהתאם לממצא זה ואחרים דומים, ניתן לשער כי יולדות אשר שרויות בחרדה עשויות למצוא עצמן לא רק מדרגות את מצבן הבריאותי ורמת התפקוד שלהם נמוכים יותר, אלא אף חוות השפעות שליליות נוספות, אשר בתורן משפיעות על מצבן הבריאותי ועל תהליך ההחלמה מהניתוח. יתרה מכך, בעבודה זו נמצא כי ככל שליולדת רמת חרדה גבוהה יותר, כך ליולדת קשר אם־יילוד חלש יותר. כיום ידוע כי לניתוח קיסרי בעיקר השפעה שלילית על קשר אם־יילוד (14) לעומת לידה

נרתיקית. כמו כן נשים בעלות קשר אם־יילוד חזק יותר נמצאו כרגישות יותר לצרכי התינוקות שלהן – דבר אשר משפיע לטובה בהמשך חייו של הילד. מכאן חשיבותו הרבה של קשר קריטי זה לאיכות חיי היילוד. ממצאי מחקר זה מחזקים את הצורך לבחון לעומק את השפעותיה הנרחבות של החרדה על נשים במעגל הפוריות, במטרה להפחית רמות חרדה ובכך לסייע לרמות גבוהות יותר של קשר אם־יילוד ולהתבססות קשר אם־יילוד משמעותי יותר.

היבט מעניין נוסף אשר נמצא בעבודה זו ביחס לקשר אם־יילוד הוא העובדה שנמצא קשר חיובי בעוצמה בינונית בין קשר אם־יילוד לבין הערכת היולדת את מצבה הבריאותי ותפקודה. כאשר מדובר בקשר אם־יילוד יש לציין כי הזמן הקריטי ביותר לביסוס תקין של קשר הכרחי זה הוא 60-90 דקות לאחר הלידה ושלוש היממות הראשונות לחיי היילוד (9). ידוע כי תקופת הינקות היא תקופה ייחודית בחיי הילד, אשר מעצבת אותו ומשפיעה על תפקודו בהמשך חייו, קשר אם־יילוד הוא קשר אינטימי של היילוד עם האם, אשר מתחיל עם הלידה ואחת ממטרותיו היא לספק את צרכי שני הצדדים המשתתפים בו (9). אחת הסיבות לכך שקשר זה נחקר רבות בעשורים האחרונים ביולדות בניתוחים קיסריים היא העובדה שהמפגש הראשוני בין האם והיילוד אחרי הניתוח שונה במאפייניו לעומת לידה נרתיקית, ואף יכול לעיתים להתרחש רק מספר שעות לא מבוטל לאחר הלידה עצמה, עקב מספר רב של סיבות (10). בנוסף, אם האם חווה כאבים או חוסר נוחות משמעותיים במהלך תהליך חילוץ היילוד ואף לפני כן, בזמן תחילת הניתוח, דבר זה יקשה מאוד על תחילת יצירת קשר אם־יילוד תקין ומשמעותי. דבר זה עשוי להסביר את העובדה שבניגוד לממצא הקודם, בבדיקת הקשר שבין הערכת תפקוד ובריאות עצמית לבין דרגת התבססות רמת הקשר עם הילוד נמצא קשר חיובי, אך בעוצמה חלשה ולא מובהק. יש מקום לשער כי נוסף על כך, ייתכן וסיבה נוספת לממצא זה היא העובדה כי משתנה זה התבסס אך ורק על היגד אחד בשאלון, ואילו היו מספר היגדים אשר מרכיבים את המשתנה, ייתכן והיו מתקבלים ממצאים מובהקים, אשר מתואמים יותר עם הקשר החיובי המובהק, בעוצמה בינונית, אשר התקבל בבדיקת הקשר שבין הערכת תפקוד ובריאות עצמית לבין הערכת קשר אם־יילוד. נוסף על כך, גודל המדגם הקטן יחסית במחקר זה עשוי היה להשפיע על ממצאים אלו.

כפי שניתן לראות, בתוצאות לניבוי רמת בריאות ותפקוד על ידי רמת קוהרנטיות ומשתנים דמוגרפים, הממצאים אינם מובהקים, אך קרובים לכך. ייתכן והעדר הקשר במחקר זה נובע מגודל המדגם הנוכחי, אך לא בהכרח. חשיבות השפעת תחושת הקוהרנטיות על בריאות האדם היא קריטית, באשר ליצירת אפיקים לקידום בריאותו האישית. דבר זה נכון גם לגבי תהליכי החלמה ממצבים אקוטיים, למשל ניתוח. כאשר בוחנים את תחושת הקוהרנטיות על שלל היבטיה, ניכר כי למרות הכול מדובר במאפיין סובייקטיבי אשר משתנה מאדם לאדם ומשפיע על תפיסותיו, ולכן בסופו של דבר עשוי להשפיע על בריאותו. אך לא תמיד פשוט לחקור אותה באופן אמפירי ולבודד אותה, לכן מומלץ לעשות זאת במדגמים גדולים יותר תוך התייחסות נפרדת לכל היבט נבדק.

לסיכום, ניתן לראות כי נשים בעלות רמה נמוכה של תחושת קוהרנטיות טרם הניתוח נמצאות בסיכון מוגבר ללקות בחרדה לאחר הניתוח, ממצא זה תואם מחקרים נוספים בנושא ומחזק את הצורך לחקור את נושא החרדה באוכלוסייה זו היות וידוע כי הקבוצה הפגיעה ביותר בהקשר של חרדה סביב־ניתוחית היא נשים צעירות מגיל 50 (13). אוכלוסייה פגיעה זו בהקשר של חרדה סביב־ניתוחית כוללת בתוכה את הרוב המוחלט של הנשים במעגל הפוריות ומכאן חשיבותם של ממצאים אלו. בנוסף, ישנה חשיבות להעריך ולנסות לטפל אחרת במטופלות בעלות תחושת קוהרנטיות נמוכה, במטרה להפחית סטרס וחרדה סביב־ניתוחית וכתוצאה מכך לשפר תוצאות ניתוחיות. תכנון תוכניות התערבות פרטניות, המבוססות על מאפיינים אישיים, ביניהם תחושת הקוהרנטיות, עשויות להביא לשיפור והטבה במטופלות אלו, על ידי התמקדות ומתן דגש על שיפור תחושת הקוהרנטיות ותמיכה, בעזרת מתן משאבים מתאימים למנותחות אלו בתקופה הטרום־ניתוחית. נוסף על כך, יש לזכור כי חרדה – והשלכותיה – מהווה מושג מפתח בהחלמה הסב־ניתוחית. מכאן נובעת חשיבותה של התייחסות מיוחדת לתופעה זו ולביסוס גוף ידע מתאים, אשר יסייע בשיקום ובהחלמה מכל סוגי הניתוחים המתוכננים, ובעיקר נשים צעירות אשר מועמדות לניתוח אלקטיבי מתוכנן, כדוגמת ניתוח קיסרי. ייתכן שיש מקום לחינוך צוותי חדר ניתוח – בעיקר אחים ואחיות חדר ניתוח – לחשיבותה של תחושת הקוהרנטיות ברצף הסב־ניתוחי וכיצד הם עשויים לסייע לנשים בעלות תחושת קוהרנטיות נמוכה. ניתן לשער כי בניית תוכנית טיפול פרטנית – על סמך אפיון תחושת הקוהרנטיות של המטופלת וחיזוק תחושת קוהרנטיות – משמעותית ובעלת פוטנציאל להיטיב את תהליכי ההחלמה והשיקום מהליכים ניתוחיים. לאור כל הנאמר, יש לחקור את נושא תחושת הקוהרנטיות והשפעותיה לעומק, במטרה להעמיק את ידיעת הצוותים המטפלים בבתי החולים ולהשפיע לחיוב על בריאותם של המטופלים בהיבטים נוספים, מלבד אלו אשר ידועים לנו כיום.

מסקנות

מתוצאות המחקר עולה הצורך לחקור לעומק את הקשר בין החרדה הסביב־ניתוחית ורמות תחושת הקוהרנטיות במדגמים גדולים יותר. דבר זה יאפשר תובנות, אשר בתורן יאפשרו מתן

טיפול במסגרת תכנית טיפול פרטנית סביב־ניתוחית, אשר מותאמת לצרכי המטופלות – בין היתר גם לצרכים הרגשיים, ולמאפייני ולעוצמות החרדה מהן הן סובלות – במטרה לשפר את תהליך ההחלמה ולתת למטופלות תשתית טובה יותר לחזור בהקדם להרגליהן וחייהן טרם הניתוח, ככל הניתן.

מגבלות המחקר

המחקר בוצע על אוכלוסייה מצומצמת של 60 נשים בלבד, מבית חולים אחד בצפון הארץ, ואינו מייצג נכונה את כל הנשים בישראל. בנוסף על כך, המחקר בוצע באמצעות 2 כלי מחקר בלבד, שאלון הקוהרנטיות הועבר לנשים לפני הניתוח, ללא שאר השאלונים שהועברו לאחר הניתוח, במטרה לקצר את הטרדה לנשים וכדי לקבל שיעור היענות גבוה יותר. יתכן והיה צורך לקבל הערכה לגבי רמת החרדות שלהן גם לפני הניתוח.

תודות

ברצוננו להביע את הערכתנו לגב׳ בלה ברויר אשר תמכה רבות בביצוע מחקר זה.

מקורות

1. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International. 1996;11(1):11-8.
2. Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, et al. The Handbook of Salutogenesis [Internet]. Cham (CH): Springer; 2017. https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6
3. Lindström B & Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. Health Promotion International. 2006;21(3):238-44. https://doi.org/10.1093/heapro/dal016
4. Mittelmark MB, Bull T. The salutogenic model of health in health promotion research. Global Health Promotion. 2013;20(2):30-8. https://doi.org/10.1177/1757975913486684
5. Pakarinen M, Sinikallio S, Koivumaa-Honkanen H, Aalto T, Airaksinen O, Lehto SM, et al. Low sense of coherence during postoperative recovery is associated with a poorer lumbar spinal stenosis - Surgical outcome: A 5-year follow-up study. Journal of Health Psychology. 2017; 22(3):347-55. https://doi.org/10.1177/1359105315603471.
6. Belizán JM, Althabe F, Cafferata ML. Health consequences of the increasing caesarean section rates. Epidemiology. 2007; 18(4): 485-6. https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e318068646a
7. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM. WHO statement on caesarean section rates. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2016; 123(5): 667-70. https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526
8. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, et al. Women's preference for caesarean section: A systematic review and meta-analysis of observational studies. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2011;118(4): 391-9. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02793.x
9. Cetisli NE., Arkan G, Top ED. Maternal attachment and breastfeeding behaviors according to type of delivery in the immediate postpartum period. Rev Assoc Med Bras. 2018; 64(2): 164-5. https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.02.164.
10. Chen H, Tan D. Cesarean section or natural childbirth? Cesarean birth may damage your health. Frontiers in Psychology. Front Psychol. 2019; 10: 351. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00351
11. Zanardo V, Soldera G, Volpe F, Giliberti L, Parotto M, Giustardi A, et al. Influence of elective and emergency cesarean delivery on mother emotions and bonding. Early Human Development. 2016; 99:17-20. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.05.006
12. Stamenkovic DM, Rancic NK, Latas MB, Neskovic V, Rondovic GM, Wu JD, et al. Preoperative anxiety and implications on postoperative recovery: What can we do to change our history. Minerva Anestesiol. 2018; 84(11): 1307-17. https://doi.org/10.23736/S0375-9393.18.12520-X.
13. Almalki MS, Hakami, OA, Al-Amri AM. Assessment of Preoperative Anxiety among Patients Undergoing Elective Surgery. EJHM. 2017; 69(4):2329-33. https://doi.org/10.12816/0041537.
14. Ebrahimi E, Karimian Z, Kolahdozan S, Emamian MH, Bolbolhaghighi, N. Attachment behaviors in physiological birth versus cesarean section. Int J Womens Health. 2020; 8(2): 215-20. https://doi.org/10.15296/ijwhr.2020.34.

מרכיבים המעודדים ומעכבים הפעלה ויישום של תוכניות התערבות לקידום בריאות בבתי ספר יסודיים בישראל

איילה ז"ק יהודה[1,2], אורנה בראון אפלי[1]

[1] בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה

[2] בית הספר הראלי העברי בחיפה

תקציר

רקע: השימוש ההולך וגובר של ילדים בטכנולוגיה ובמסכים למשימות לימודים ולשעות הפנאי, המיעוט בפעילות גופנית והפתרון הנגיש של המזון המהיר והמעובד, הגורמים להשמנת יתר, מהווים אתגרים בשמירה על אורח חיים בריא בקרב ילדים. מערכת החינוך היא כלי פוטנציאלי מרכזי לטיפוח הרגלים לקידום בריאות ואורח חיים בריא. בשל כך, בארץ ובעולם פותחו תוכניות התערבות לקידום בריאות בבתי ספר. ממצאי מחקרים מצביעים על מרכיבים שהוכחו כיעילים לעידוד יישום תוכניות אלו. מחקר זה בוחן את נקודת מבטם של מנהלי בתי"ס בהקשר זה.

מטרת המחקר: לזהות את המרכיבים המעודדים ומעכבים הפעלה ויישום של תוכניות התערבות לקידום בריאות בבתי"ס יסודיים בישראל ע"י מנהלי בתי ספר.

שיטות: מחקר איכותני – ראיונות עומק חצי מובנים. אוכלוסיית המחקר כללה 24 מנהלי בתי"ס יסודיים בישראל שחלקם מפעילים וחלקם אינם מפעילים תוכניות מקדמות בריאות, ממחוזות שונים ומכלל האוכלוסיות.

ממצאים: הגורמים שנמצאו כמעודדים הפעלה של תוכנית קידום בריאות על פי דיווח המנהלים/ות הם: סגנון ניהול שיטתי של מנהל ביה"ס, פנייה של גורמים בקהילה למנהלים בנושא, התאמת תוכנית הלימודים לקהל היעד וקידום הנושא ע"י הגופים אליהם כפוף המנהל. הגורמים המעכבים הפעלת תוכנית לקידום בריאות הם: עומס מטלות, צרכים וסדרי עדיפויות שונים של ביה"ס, אופייה החוץ קוריקולרי של התוכנית והעובדה שאין איחוד משאבים בין כל הגורמים הפועלים בביה"ס בתחום קידום הבריאות (למשל: חברת נטלי ושינניות) ובין התוכניות הקרובות בתכנים (כגון קיימות ובית ספר ירוק). כמו כן הליך ההצטרפות לתוכנית מסורבל.

מסקנות: יכולות הניהול של מנהלי בתי ספר הינן גורם מרכזי באימוץ תוכניות לקידום בריאות בבתי ספר יסודיים בישראל. מנהלים נוטים "ליישר קו" עם היעדים המפורשים שמוצבים בפניהם. לאור זאת נראה כי חשוב להשקיע מאמצים בתקשורת ישירה של הפיקוח עם המנהלים, הכשרתם והצגה של יעדי קידום הבריאות בפניהם. זאת בנוסף להכנסת שינויים בתוכנית הלימודים עפ"י העקרונות שעלו במחקר.

מילות מפתח: **תוכנית לקידום בריאות, בתי ספר יסודיים, מנהלי בתי ספר, גורמים מעודדים, גורמים מעכבים.**

רקע

הילדות הינה תקופה קריטית להשקעת מאמצים בהטמעת הרגלי בריאות (1). לאור זאת ולאור העובדה שהשמנת יתר בקרב ילדים נמצאת בעלייה בעולם המערבי וגם בישראל (3,2), חשוב ביותר לעודד הפעלה של תוכניות לקידום בריאות בבתי ספר יסודיים.

תוכניות לקידום בריאות בבתי ספר

במדינות רבות בעולם מופעלות **תוכניות לקידום בריאות** המושתתות על תבנית העבודה של WHO – HPS. **(Health promotion school – HPS)**, בית ספר מקדם בריאות הוא מושג אשר פותח ע"י ארגון הבריאות העולמי **(World Health Organization – WHO)** (4,3), ומטרתו לשפר את הידע, הגישה, המיומנויות, ההתנהגויות והתוצאות של התלמידים שלו בנושא בריאות (5).

משרד החינוך בישראל פיתח תוכנית לקידום בריאות המוצגת באוגדן מנחה להטמעת תחום הבריאות בבתי ספר בישראל ונשענת על העקרונות שנוסחו בוועדת אוטווה ב־1986 (6). על בית ספר המעוניין לזכות בהכרה כבית ספר מקדם בריאות ולהצטרף לרשת בתי ספר מקדמי בריאות, לפתח תכנית רצף רב־שנתית המתבססת על מסמך הסטנדרטים של משרד החינוך וכוללת יעדים, מטרות, תכנים, פעילויות, מעקב והערכה. על בית הספר למנות מוביל בריאות, לדאוג להקמת צוות היגוי, תוכנית שנתית, פיתוח מקצועי, העשרה והשתלמויות. בית ספר אשר פועל על פי מדדי ההערכה הללו יזכה להכרה כבית ספר מקדם בריאות על פי היקף ואיכות ההטמעה (7). נמצא כי תוכניות לקידום בריאות המופעלות על פי הנחיות אלו בארץ כוללות ארבעה מרכיבים עיקריים: **בריאות, חינוך גופני, תזונה ועיסוק בקיימות ומדעים** (7).

בכל בתי הספר שהצהירו כי הם מקדמי בריאות בארץ אכן התקיימו פעילויות מקדמות בריאות, אך ברמה שונה בהיבטים רבים: אורך, עוצמה, תכנים. בתי הספר הפעילו מגוון גדול של נושאים ופעילויות, התוכניות היו שונות הן בדרכי ההוראה והן בבחירת הפעילויות והמידה בה התלמידים לקחו חלק פעיל בתכנון (8). מנהלים בבתי ספר יסודיים העריכו את ההצלחה בהטמעת התוכנית בשינויי התנהגות שראו אצל התלמידים בבית הספר. בנוסף נמצא כי העוגן לתוכניות הבריאות בארץ הוא חינוך גופני ומדעים (9).

מחסומים ואתגרים בהטמעת תוכניות לקידום בריאות בבתי ספר

בשנת 2015 בארגון הבריאות העולמי – WHO בחנו את תוכניות ההתערבות בבתי הספר ברמה הגלובלית ומצאו מספר **מחסומים להטמעה אפקטיבית של התוכניות**, ביניהם היעדר מדיניות וקווים מנחים ליישום התוכניות. כמו כן היעדר יחסי ציבור ושדולה הפועלת למען העניין, והיעדר תיאום בין ממשלות ובין בעלי העניין (גופים ממשלתיים ואקדמיים) מעכבים גם הם את ההטמעה, כך גם מחסומים תרבותיים. לכך מתווספת חוסר יכולת טכנית, חוסר במשאבי אנוש והיעדר הכשרה מתאימה וכן היעדר תהליך הערכה. לבסוף מוזכרים גם חוסר באיכות ובכמות המשאבים המוקצים לתהליך ההטמעה והקצאת תקציב שאינה מספקת (3).

בסקירת מחקרים שבוצעו מקומות שונים בעולם בין 2015-2004 נמצא כי יש לפשט את המדיניות כדי לאפשר לבתי הספר להתגבר על האתגרים. יש לבצע תיאום וגישור בין המטרות ולייצר אקלים בית ספרי המקדם תזונה נכונה (10).

בין הגורמים המעכבים את הצלחת התוכניות חלק מן המנהלים ציינו גם שחסרה הנחייה שיטתית וכן פיקוח (11).

גורמים המקדמים הצלחה של תוכניות לקידום בריאות בבתי ספר

התייחסות לכל קהילת ביה"ס היא גורם מקדם ביישום תוכניות לקידום בריאות. כך לתוכניות שלומות ובריאות לסגל ביה"ס יש פוטנציאל לשפר את שלומות הצוות. תוכניות אלו משפיעות גם באופן עקיף על בריאותם של התלמידים (12). תוכניות שמתייחסות גם למורים וגם לתלמידים מצליחות להגביר את התנהגויות הבריאות ולשפר את הפרודוקטיביות של מורים ותלמידים ולשמור על מצב רוח טוב (13).

היבט נוסף המשפיע על הצלחת תוכניות התערבות לקידום בריאות הוא מאפייני הארגון. גם תמיכה אישית של מנהלים במורים בהפעלת התוכנית לקידום בריאות מביאה לשיפור באקלים ביה"ס ולשיפור בתוצאות. כמו כן, ישנה חשיבות ל"תפירה" של תכנית לכל בית ספר לפי מאפייניו (13).

גורמים נוספים המסייעים להצלחה: העמקה בהכשרת הצוות, איתור ומינוי מוביל לתוכנית, קבלת תמיכה מנהלית ומשאבים (14).

עוד נמצא כי חשוב לגייס את בעלי העניין החשובים באימוץ המדיניות מקדמת הבריאות בבתי הספר, זה מצריך שיתוף פעולה של מוסדות בריאות, חינוך, מובילים בקהילה, הורים (3).

מסקר שבוצע בארצות הברית בשנת 2006 עולה כי מעל 70% מבתי הספר שהפעילו תוכניות לקידום בריאות עשו זאת מכיוון שהונחו להטמיע תוכנית חינוך לבריאות ע"י המדינה או המחוז (15).

על פי Hayek וחבריה, מספר גורמים נמצאו כמקדמים הצלחה של תוכניות **לקידום בריאות בישראל**, ביניהם חתירה לתפיסת התלמיד את בית הספר כמקום מגן וחיובי. בנוסף,

פרסום סטנדרטים ע"י משרד החינוך שיפשטו את התהליך כדי יסייעו למנהל ביה"ס ליצור תשתית לסביבה מקדמת בריאות, פיתוח תכנית הכשרה למנהלים לצמצום פערי מידע והכרת הרציונל והכלים של קידום בריאות. נמצא כי קידום בריאות צריך להיות חלק בלתי נפרד מתוכנית לימודים מתמשכת בתחומים – חינוך גופני, מדעי החברה וביולוגיה. בנוסף בפעילויות מיוחדות – ימי ספורט, טיולים ועוד, יש לערב תלמידים בתכנון כדי להגביר את מחויבותם. כמו כן, בתי"ס צריכים להגביר את מעורבות ההורים בתכנון ופיתוח תוכניות לקידום בריאות. רצוי שהורים העוסקים במקצועות מקדמי בריאות יתרמו בפעילות והסברה בביה"ס (16).

מחקרים בישראל מצביעים על הצורך בפיתוח תוכנית כוללת של השתלמויות מקדמות בריאות, אשר מתייחסת לתלמידים, רותמת את צוות המורים, המחנכים וההורים ומתייחסת ל־well being של המורים ולבניית תשתית לקידום מדיניות בריאות בבית הספר. בנוסף נמצא כי חשוב למנות "מוביל בריאות בית ספרי" וכן שיתוף הורים בפעילויות קידום בריאות בבתי הספר, למשל בימים מרוכזים, חתימה על אמנת בריאות משותפת, שותפות בצוות ההיגוי ועוד (17).

נמצא כי מעורבות הורים סייעה לשינוי וכפי שמנהלים העידו, כדי שיהיה שינוי אמיתי חשוב שיקרה גם בבית ולכן המשפחה והקהילה צריכות להיות מעורבות בתהליך (6,3). גם מעורבות של בעלי עניין כגון מפקחים, מנהלים ומובילים בקהילה, כמו גם יועצים אקדמיים, יכולה לסייע לשלב הרגלי בריאות בלימודים (16).

גורם נוסף שציינו מנהלים בישראל כמועיל הוא קיומן של תוכניות ארוכות טווח בהשוואה לאלו קצרות הטווח שהוכחו כפחות יעילות (19,18).

תפקידו של מנהל ביה"ס בהטמעת תוכניות לקידום בריאות

יש לציין כי לתפיסותיו של מנהל בית ספר, התנהלותו והמדיניות בה הוא נוקט יש השפעה ישירה על פיתוח ועיצוב תרבות התנהגותית – בריאותית בקרב תלמידים ומורים. בישראל נמצא כי יישום מדיניות מקדמת בריאות אינו מוטמע באופן מלא בקרב מנהלי בתי ספר בישראל (7).

בתוכניות לקידום בריאות בבתי ספר בישראל נמצא כי בתי ספר נזקקו למנהיג מחויב כדי להפעיל את התוכנית. תפקיד מנהל ביה"ס היה לשתול את רעיון בניית התוכנית, לעודד הטמעתה, לבחור מנהיג מבין אנשי הצוות שיוביל אותה ולשמר התלהבותם של המורים והמוטיבציה שלהם להמשיך בתוכנית (6,3).

במחקרים בישראל נמצא דגש מיוחד על תפקיד המפתח של המנהל כיוזם, מלווה ומוביל הפעלה של תוכניות לקידום בריאות, והזקוק להכשרה מתאימה. צוין תפקידו של המנהל טיפוח אקלים ארגוני חיובי ודאגה לשלומות חברי הצוות וכן תפיסת ביה"ס כמקום חיובי ומוגן ע"י התלמידים, הכשרת הצוות וטיפוח אוריינות בריאות בקרב הצוות, שיתוף ההורים והתייחסות ליחסי ציבור ושיתוף בעלי עניין והשגת תקציבים (20).

מחקרים מראים כי **סגנון הניהול** והתנאים בהם פועלים מנהלי בתי ספר הינם גורמי מפתח באפקטיביות של מאמצי הטמעה של תוכניות לימודים. יכולתו של מנהל לזהות את ההזדמנויות שמאפשרת סביבת ביה"ס והאפשרויות בתוך ביה"ס עצמו מעלה את הסיכוי לאימוץ והטמעה אפקטיבית של תוכנית לימודים חדשה. לכך מתווספת יכולתו של המנהל לגייס את חברי קהילת ביה"ס למען חזון משותף וגם שאיפותיו ויכולותיו לנהל את ביה"ס שלו כארגון לומד ומתפתח (11).

מן הספרות עולה כי אחד הגורמים המשמעותיים ביותר לכל המערך הבריאותי, המתנהל בבית הספר, הוא מדיניות מקדמת בריאות (Health promotion policy) מובנית כראוי, אשר מתווה מנהל בית הספר (21). עוד נמצא במחקרים כי אימוץ תוכנית לימודים חדשה היא פעולה קבוצתית ולא משימה של אדם אחד. מנהלי בתי ספר שהרגילו את הצוותים לעבוד בצוות למען חזון משותף מצליחים יותר בהטמעת תוכנית הלימודים (18).

זאת ועוד, ביצוע אפקטיבי של השינוי מחייב תמיכה של המנהל במורים. על המנהל לבטא סגנון מנהיגות מתחשב ותומך כבר בשלביו הראשונים של ביצוע השינוי בבית הספר, הכולל הקשבה, מדיניות של "דלת פתוחה" למורים ושימוש ברעיונותיהם. המנהלים אף נדרשים להפוך את סביבת העבודה של המורים לנעימה ופתוחה יותר. תגמולים המטיבים עם מורים המבצעים את השינוי יתרמו להפחתת התנגדותם (מתן שעות תפקיד, הוראה בכיתות "נוחות" יותר, צירופם למשלחת בית ספרית, אזכור תרומתם בחדר המורים וכיוצא בזה) (22).

הטמעת שינויים בבתי ספר

שינוי חינוכי איננו תהליך טכני בלבד. הוא קשור **בתרבות ארגונית.** הספרות על שינויים ארגוניים בבתי הספר מלמדת אותנו כי קיימים כמה שלבים בתהליך השינוי, בהם **שלב הייזום, שלב הביצוע ושלב המיסוד,** שבו מבטיחים את הטמעתו של השינוי והפיכתו לחלק בלתי נפרד מהארגון (22).

שלב המיסוד – בו מוטמע השינוי במבנה של בית הספר ובתרבותו, והופך להיות חלק בלתי נפרד מבית הספר – קריטי במיוחד. שינויים וחידושים רבים אינם זוכים להגיע לשלב המיסוד, והם נעלמים קודם לכן כלא היו. אנו למדים כי שינויים מוטמעים לאורך זמן כאשר הלמידה המתקיימת בביתהספר מעמיקה, קיימות תוכניות מנהליות ותהליכי

פיתוח ברורים שמקלים על פתרון הבעיות,והדגש בתוכנית מושם על עוצמות המורים ופחות על בעיותיהם (22).

סגנון הניהול והתנאים בהם פועלים מנהלי בתי ספר הינם גורמי מפתח באפקטיביות של מאמצי הטמעה של תוכניות לימודים (11). כך גם בנושא הבריאות, מכאן שישנה חשיבות לבחינת המרכיבים המעודדים הצטרפות והתגייסות של מנהלי בתי ספר ליישום והפעלה של תוכניות קידום בריאות, התמקדות במנהלים חשובה מכיוון שהמנהלים הם המפתח להנעת בית הספר כולו להפעלת התוכנית. מנהלי בתי ספר הינם מנהיגי מוסדות חינוך והחזון שהמנהלים מעצבים לבית הספר הינו בעל השפעה מכריעה על קבלת ההחלטות ובחירת תוכניות לימודים, חידושים ורפורמות לבית הספר (23).

לאור חלקו המשמעותי והחיוני של מנהל בית הספר בהטמעת שינויים בכלל וביישום תוכניות לקידום בריאות בפרט, חשוב לבחון מה מעודד ומה מעכב מנהלי בתי ספר יסודיים בישראל לאמץ ולהפעיל תוכניות לקידום בריאות.

מטרת המחקר – מחקר זה מבקש לזהות את המרכיבים המעודדים ואת המרכיבים המעכבים מנהלי בתי ספר להפעלה ויישום של תוכניות התערבות לקידום בריאות המופעלות בבתי ספר יסודיים בישראל על פי תפיסתם.

שיטת המחקר – זהו מחקר איכותני המבוסס על ראיונות עומק חצי מובנים. אוכלוסיית המחקר כללה 24 מנהלי בתי"ס יסודיים בישראל שחלקם מפעילים וחלקם אינם מפעילים תוכניות מקדמות בריאות, ממחוזות שונים ומכלל האוכלוסיות.

הליך המחקר – הצעת המחקר הוגשה לאישורה של ועדת האתיקה של הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות וכן לאישור ועדת האתיקה של משרד החינוך. לאחר אישור ועדות האתיקה, נדגמו 24 מנהלות ומנהלים של בתי ספר יסודיים בחינוך הרגיל מהמגזרים – יהודי חילוני, יהודי דתי, ערבי ודרוזי ממחוזות שונים בארץ, חלקם מפעילים תוכניות לקידום בריאות אישיות/ רשמיות בבית ספרם, וחלקם לא מפעילים תוכניות אלו. במהלך שנת 2021, עורכת המחקר קיימה 24 ראיונות, באורך של כ־45 דקות, בזום ולא פנים מול פנים כפי שתוכנן מראש, בשל משבר הקורונה. הראיונות התקיימו על פי שיטת המחקר – ראיונות עומק חצי מובנים. יצירת הקשר עם המרואיינים נעשתה בשיחת טלפון. הראיונות הוקלטו ותומללו מיד לאחר ההקלטה. בנוסף עורכת המחקר ניהלה יומן שדה (24), בו תועדו ההערות לאורך המחקר. הנתונים נותחו ע"י קריאה שיטתית של עורכת המחקר, וע"י קטגוריזציה איכותנית – קונסטרוקטיביסטית (24).

אוכלוסיית המחקר – 24 מנהלים ומנהלות בתי ספר יסודיים בישראל, שחלקם מפעילים תוכנית אישית לקידום בריאות, חלקם מפעילים תוכנית רשמית של משרד החינוך לקידום בריאות וחלקם אינם מפעילים כל תוכנית בנושא. המנהלים הינם מהמגזרים הבאים: יהודי דתי, יהודי חילוני, ערבי. המנהלים והמנהלות נדגמו מכל שבעת המחוזות בארץ, ומשני המגדרים – גברים ונשים.

שיטת הדגימה ושיטות לגיוס משתתפים – במדגם נכללו מנהלי בתי ספר יסודיים בחינוך הרגיל, גברים ונשים, מהמגזרים: יהודי חילוני, יהודי דתי, ערבי ודרוזי, ממחוזות שונים בישראל. המדגם הוא מדגם נוחות והשתתפו במחקר בסופו של דבר המנהלים אשר הסכימו להתראיין, אך עם דגש שיכללו במדגם מנהלים מכל המגזרים ויהיו כאלו שמפעילים שאינם מפעילים תוכניות לקידום בריאות. איתור המנהלים נעשה בהתבסס על היכרות בין עורכת המחקר, שהינה מנהלת בית ספר, ובין מנהלים, מדריכים פדגוגיים ומפקחים רבים. תוכנן כי המדגם יכלול כ־30 מנהלים – מרואיינים, בסופו של דבר לאחר 22 ראיונות הגיע המחקר לרוויה ולא עלו עוד נושאים חדשים וניתוח הממצאים לא העלה עוד תובנות, ועל כן, כמקובל במחקר איכותני (25), רואיינו שני מרואיינים נוספים ובסה"כ רואיינו 24 מנהלים.

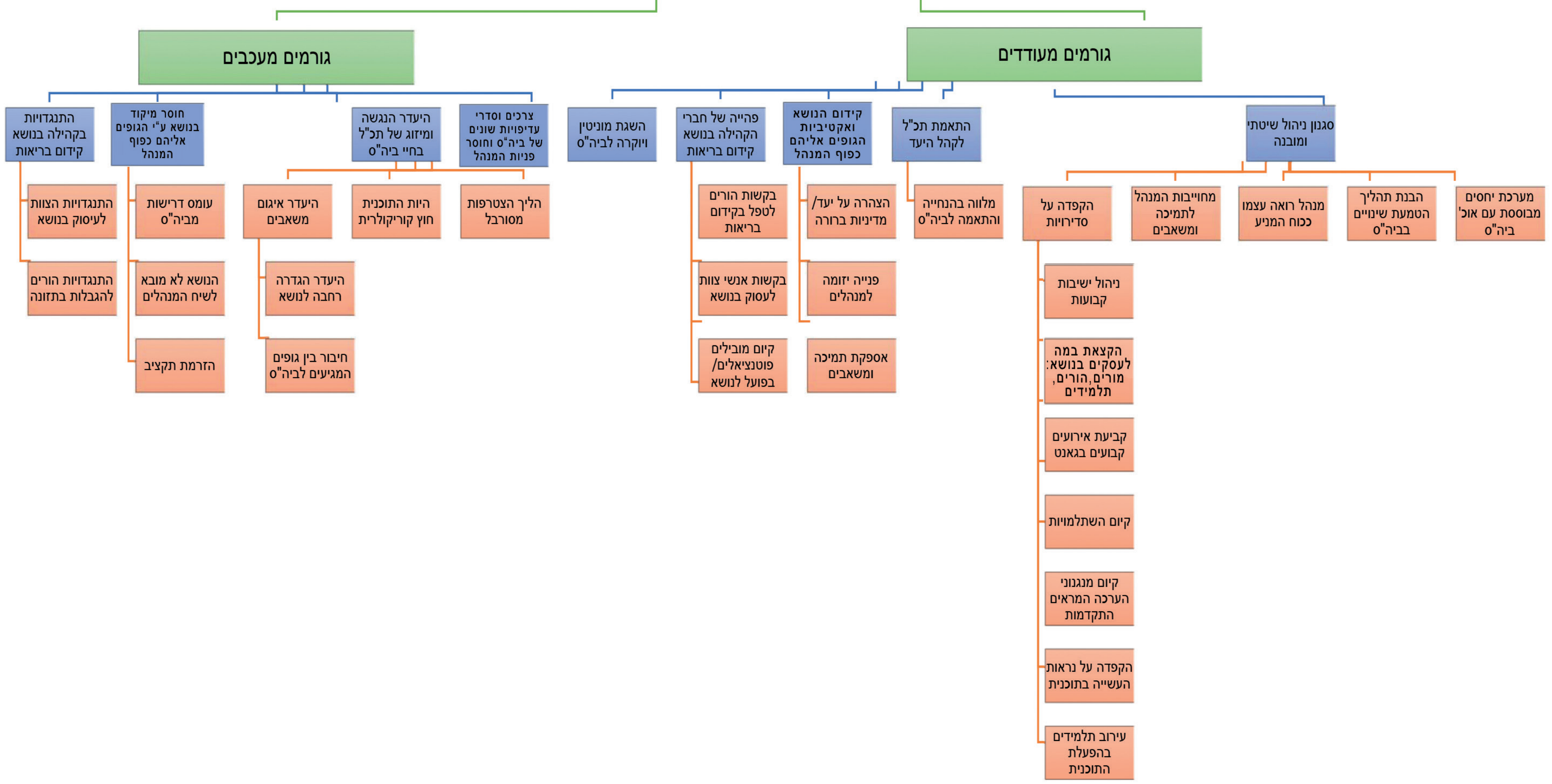
כלי המחקר – המחקר התבצע באמצעות ראיונות עומק חצי מובנים. הראיונות נערכו בזום (בשל מגבלות הקורונה) וארכו כ־45 דקות. פרוטוקול הריאיון נבנה בהתבסס על סקירת הספרות בנושא – תוכניות לקידום בריאות בבתי ספר. מטרת הריאיון הייתה להביא את חוויותיו של המנהל במלואן ולהבין את מניעיו להפעלה או אי הפעלה של תוכנית קידום בריאות בבית הספר.

ניתוח הנתונים – האנליזה נעשתה באמצעות קטגוריזציה איכותנית – קונסטרוקטיביסטית (24). תהליך של קריאה שיטתית של החומרים שנאספו באופן מקיף וביקורתי. עורכת המחקר קראה הראיונות שבוצעו וביצעה תהליך של יצירת קטגוריות מתוך פרשנות של המידע, כותרות ונושאים שנבעו משני ענפים ראשיים בעץ הקטגוריות: גורמים המעודדים וגורמים המעכבים הפעלה של תוכניות לקידום בריאות בבתי ספר. בשלב השני חלק מן הקטגוריות חולקו חלוקה נוספת לתתי נושאים, או שונו והוגדרו באופן יותר ספציפי ושלם. בכל קטגוריה נבחנו התכנים שעלו מן הראיונות, והוצגו כממצאים. זאת ע"י ציטוט הקטעים הרלוונטיים וליווי בהסבר. בסיום התהליך הוסקו המסקנות וצוינו בדיון בצד המלצות להמשך. לאורך כל התהליך ובכל אחד מהשלבים התייעצה עורכת המחקר עם המנחה שלה, פרופ' אורנה בראון אפל.

ממצאי המחקר: נתוני המרואיינים

אוכלוסיית המחקר מנתה 24 מנהלי בתי ספר יסודיים בישראל, מתוכם 18 נשים ו־6 גברים. התכנון היה לראיין מנהלים

תרשים מספר 1: חלוקה לקטגוריות: גורמים המעודדים/מעכבים הפעלה של תוכנית קידום בריאות ע"י מנהלי בתי ספר



אשר מפעילים תוכנית לימודים לקידום בריאות בבית ספרם ומנהלים אשר אינם מפעילים תוכנית כזו. בפועל תוך כדי הריאיונות, עורכת המחקר הבינה כי ישנה קבוצה נוספת של מנהלים המפעילים תוכנית אישית שהיא פרי יוזמה מקומית של המנהל וצוותו והיא אינה התוכנית הרשמית של משרד החינוך, מנהלים אשר דיווחו על הפעלת תוכנית אישית סווגו לקבוצה השלישית.

השתתפו במחקר 17 מנהלים ומנהלות יהודים חילוניים, 3 יהודים דתיים ו־4 ערבים ודרוזים, מתוכם 15 מפעילים תוכנית רשמית, 5 מפעילים תוכנית אישית ו־4 אינם מפעילים תוכנית לקידום בריאות.

3 ממחוז צפון; 14 ממחוז חיפה; 1 ממחוז ת"א; 1 ממחוז מרכז; 1 ממחוז ירושלים ו־4 ממחוז דרום.

גורמים המעודדים הפעלה של תוכנית לקידום בריאות ע"י מנהלי בתי ספר:

ניתוח תגובות המרואיינים העלה בין הגורמים המעודדים הפעלה של תוכניות לקידום בריאות ע"י מנהלי בתי ספר ארבע קטגוריות מרכזיות:

1. סגנון ניהול שיטתי ומובנה של מנהל ביה"ס.
2. התאמת תכנית הלימודים לקהל היעד.
3. קידום הנושא ואקטיביות הגופים אליהם כפוף המנהל.
4. פנייה של חברי הקהילה למנהל בנושא קידום בריאות.

1. סגנון ניהול שיטתי ומובנה

מן הראיונות עולה כי סגנון ניהול שיטתי וניווט מקצועי של מנהל בית הספר הם גורמי מפתח במוטיבציה של מנהלי בתי ספר להפעיל תוכנית קידום בריאות. סגנון הניהול מתבטא במספר תחומים:

- **ביסוס מערכת יחסים עם קהילת ביה"ס** לפני ההפעלת תכנית לקידום בריאות.
- **הבנה כי תהליך הטמעת שינויים בביה"ס הינו הדרגתי ודורש עקביות ושיטתיות** ועליו להיות מלווה בהסברה. מנהלים נכנסים לתהליך ברצון ובביטחון כשאינם חוששים מהתנגדויות (15 – מפעילה תוכנית רשמית *"...גם אם יש מתנגדים, לא להיבהל כל כך... בסוף הם מצטרפים באיזושהי דרך..."*).
- **מנהלים הרואים עצמם ככוח המניע של התוכנית ומחויבים לספק למורים את התמיכה והמשאבים** הנדרשים (8 – מפעילה תוכנית רשמית: *"אני הרבה פעמים מרגישה המתניע... אם יש קצת ירידה... בעשייה... כל הזמן תעיד ותאיד... להיות שם, ללוות... אתה חייב ככה מאחור לדחוף* (6 – מפעיל תוכנית אישית: *"..אני מעמיד לרשותם משאבים, מרצים, כל מה שהם צריכים על מנת שמה שהם עושים יצליח"*).
- **מנהלים המקפידים על סדירויות** קבועות כגון – **ניהול ישיבות** עם הצוותים במועדים קבועים, אשר מסייעות להבין את הצרכים בביה"ס, לאמץ תוכניות ולהפעילן, **וקיום השתלמויות.** מנהלים רואים חשיבות בהשתתפות בהשתלמות בנושא, אך לא תמיד מצליחים לשלבה בסדר היום הבית ספרי העמוס. לעיתים הדרך שלהם לעשות זאת היא שליחת נציגים מובילים להשתלמויות והעברת המסרים דרכם לצוות כולו (3 – מפעילה תוכנית רשמית : *"...יש לנו ישיבות קבועות... מסגרת זמן"*). **הקצאת במה לעוסקים בנושא: מורים, הורים, תלמידים** והעצמת העוסקים בעניין (3 – *מפעילה תוכנית רשמית: "לתת לצוות... תמריצים והרגשה טובה... תספרו על התוכנית, תשתפו את כולם, לסחוף את כולם... אני נותנת לכם את הבמה... "*). **קביעת אירועים קבועים בגאנט הבית ספרי** – מנהלים המפעילים תוכנית לקידום בריאות בבית ספרם סבורים כי חשוב שהאירועים העוסקים בנושא יהיו אירועים הקבועים מראש בלו"ז (כאלו החוזרים מדי שנה באופן עקבי). (14 – לא מפעילה: *"אבל אנחנו לא הולכים לפי תוכניות מסודרות..."*). סדירות נוספת היא **קיום מנגנוני הערכה המראים התקדמות:** מנהלים סבורים כי יש צורך בהערכה של הנעשה בביה"ס בכלל ושל תוכנית קידום הבריאות בפרט. רוב ההערכה מתבססת על נראות ותחושה של שינוי בביה"ס. תחושה זו מעודדת את העוסקים בנושא להמשיך ולהעמיק בתוכנית. (12 – מפעילה תוכנית רשמית: *"... יש הגברת מודעות, אני יכולה להגיד שאני רואה שינויים בארוחת בוקר של התלמידים.."*). **ישנם מנהלים המבססים את הצלחת התוכנית בין היתר על דוגמאות ספציפיות של שינוי הרגלים אצל תלמידים:** (3 – מפעילה תוכנית רשמית: *"אתמול אני בדיוק פוגשת את האמא והיא אומרת לי – תקשיבי, הבן שלי ירד שמונה קילו!... זה היה כל כך מרגש..."*). **מנהלים המקפידים על נראות העשייה בתוכנית.** מנהלים המאמצים תוכנית לקידום בריאות רואים חשיבות בפרסום התוכנית ושיווקה לקהילה ע"י לוחות וכרזות, דפי מידע להורים ושילוב הנושא באמנות ביה"ס (3 – מפעילה תוכנית רשמית: *"... עניין של נראות זה משהו מאוד חשוב, אז שמנו... לוח... הילדים רואים וחווים וכולי"*). **מנהלים רואים חשיבות בעירוב תלמידים בהפעלת התוכנית** ובכך עיצוב עמדות חיוביות בקרב תלמידים לנושא ולהפיכתם לשגרירים ע"י מעורבות אקטיבית שלהם בתהליך (19 – מפעילה תוכנית רשמית: *"יש לנו קבוצה של ילדים שנקראים מקדמי בריאות... חבורה של תלמידים פעילים שעובדים ומסבירים ופועלים למען הנושא"*).

2. **התאמת תכנית הלימודים לקהל היעד**

נראה כי גמישות ואפשרות להתאמה אישית מעודדות מנהלים לאמץ תוכנית לקידום בריאות. מנהלים אינם מעוניינים בתוכנית לימודים סטנדרטית בנושא קידום בריאות. הם מעוניינים ב"תפירת חליפה אישית" לצורכי בית הספר והקהילה שלהם, בשיתוף הצוות ומעורבותו, אשר מגבירה לדעתם את המחויבות לביצוע התוכנית בפועל. מנהלים שאינם מפעילים את התוכנית טוענים כי אילו התוכנית הייתה יכולה להתאים להשקפת עולמם ולבית ספרם הם היו שוקלים הכנסתה. (1 – לא מפעילה : *"משהו מוכן זה משהו שאפשר לקבל ממנו רעיונות אבל בסוף אתה צריך להתאים את זה למקום שלך, לקהילה שלך, לתלמידים שלך ולאנשים שאחר כך אמורים להוביל... לדוגמא, אנחנו בית ספר דתי ויש כאן הקפדה לברך לפני שאוכלים... משהו שיכול מבחינתי להיות תשתית טובה לבריאות"*).

3. **קידום הנושא ואקטיביות של הגופים אליהם כפוף המנהל**

נראה כי מנהלי בתי ספר מפעילים תוכניות בתחומים שונים, גם אם הן אינן בסדר העדיפויות האישי שלהם, כאשר יש מדיניות ברורה של משרד החינוך, הפיקוח, במחוז שלהם / הרשות המקומית שאליה כפוף המנהל.

- **הצהרה על יעד, מדיניות ברורה** עשויה לגרום למנהלים, על פי עדותם להפעיל תוכנית לקידום בריאות בבית ספרם (2 – מפעילה תוכנית רשמית: *"... לפעמים הפיקוח מנחית עלייך, חד משמעית. יש בתי ספר שלא בוחרים... מחייבים... "*). מנהלים מעידים כי פעמים רבות הטריגר להפעלה של תוכנית לימודים הוא הוראה של משרד החינוך (הפיקוח המחוזי) או הרשות, אשר הופכים זאת ליעד מרכזי. לפעמים הוראה חד משמעית גורמת למנהלים, גם אם אינם מתחברים לנושא בתחילה להפעיל תוכנית לקידום בריאות. חלק מהמנהלים אף סבורים כי יש לחייב מנהלים לעשות זאת ואף מעידים שכאשר הפיקוח לא מחייב לעיתים מפסיקים להפעיל את התוכנית.
- **פנייה יזומה והסברה למנהלים וקשר ישיר עם המטה** עשויה לעודד מנהלים, על פי עדותם, לאמץ תוכנית לקידום בריאות בבית ספרם (9 – מפעיל תוכנית רשמית: *"הטריגר היה שזה תוכנית שהייתה בעצם מתוקצבת וממומנת גם על ידי עיריית חיפה ואז המליצו לנו על התוכנית וכך נכנסנו"*).
- **אספקת תמיכה ומשאבים** ובפרט תקציב לביה"ס, לדעת מנהלים, צריכה ללוות את הפנייה אליהם.

4. **פנייה של חברי הקהילה בנושא קידום בריאות**

- **פנייה של הורים** – נראה כי אצל מנהלים רבים הטריגר להפעלת התוכנית היה **פנייה ויוזמה של הורים**. מספר מנהלים סיפרו על פנייה של הורים בנושא אי נחת מסוג המזון שנמכר בביה"ס ונאכל בביה"ס וזו הייתה תחילתו של שינוי. מנהלים שאמצו תוכנית לימודים לקידום בריאות בבית ספרם מדגישים את ההתגייסות והסיוע המשמעותי של הורים בהטמעת התוכנית, ההורים משמשים כמומחי ידע בנושאי הבריאות, מעבירים הרצאות לקהילת ביה"ס, משתתפים בוועדות בריאות ועוד. (12 – מפעילה תוכנית רשמית: *"זה תוכנית שאנחנו ממש בנינו ביחד עם ההורים... הורים העבירו... באופן קבוע לאורך כל השנה... אמא שהתמחתה בנושא..."*).
- **פנייה של אנשי צוות לעסוק בנושא** אצל חלק מהמנהלים, גם היא הטריגר להפעלת תוכנית לקידום בריאות בבית הספר (4 – מפעילה תוכנית אישית: *"הכל נולד מזה שהיא (המורה לחינוך גופני) דחפה במשך זמן רב לתגבר את שיעורי התנועה.."*).
- **קיום מובילים פוטנציאליים/בפועל לנושא** בעיני מנהלי בתי ספר הוא ערובה להצלחת אימוץ תוכנית לקידום בריאות וזהו נתון שהמנהל לוקח בחשבון לפני שמחליט אם להיכנס לתוכנית. רובם העידו כי הכרחי שתהיה רכזת, בד"כ מתחומי המדעים, ואו הספורט (4 – מפעילה תוכנית אישית: *"כמובן שהבנתי שאני לא יכולה לעשות את זה לבד, יש לי מורה שהיא מחוברת לעניין הזה והיא מניעה... את התהליך ...למצוא בעל תפקיד שהוא יהיה מגויס לעניין ויתאים לנושא..."*).

גורמים המעכבים הפעלה של תוכנית לקידום בריאות ע"י מנהלי בתי ספר:

ניתוח תגובות המרואיינים העלה בין הגורמים המעכבים הפעלה של תוכניות לקידום בריאות ע"י מנהלי בתי ספר שלוש קטגוריות מרכזיות:

1. צרכים וסדרי עדיפויות שונים של ביה"ס וחוסר פניות המנהל.
2. היעדר הנגשה ומיזוג של תוכנית הלימודים בחיי בית הספר.
3. חוסר מיקוד בנושא ע"י הגופים אליהם כפוף המנהל.

1. **צרכים וסדרי עדיפויות שונים של ביה"ס וחוסר פניות המנהל**

על פי רוב, גם כאשר מנהלים מאמינים בנושא קידום הבריאות ורואים בו חשיבות, עדיין לעיתים סדר העדיפויות בבית הספר אינו מאפשר אימוץ התוכנית בעיתוי הספציפי ומכתיב

מציאות אחרת (14 – לא מפעילה: *"...פחות עניין אותי קידום בריאות כי היו... דברים בשטח שצריכים כן לעודד אותם.. ..חזרתי אחרי משבר בביה"ס והייתי צריכה ממש להעמיד את הדברים במקומם..."*).

2. **היעדר הנגשה ומיזוג של תוכנית הלימודים בחיי בית הספר**

- **הליך הצטרפות מסורבל לתוכנית** – נראה כי מנהלים שבחרו לא להפעיל תוכנית לקידום בריאות בבית ספרם או העדיפו להפעיל תוכנית אישית במקום הרשמית, עשו זאת בין היתר בשל **הליך ההצטרפות המסורבל לתוכנית הרשמית**. (16 – מפעיל תוכנית אישית: *"זה לא נתן לי כלום לעבור מכוכב אחד לשניים... ל הרגשתי את עצמי מתפנה לזה... לא הרגשתי שזה נותן לי באמת ערך מוסף"*).
- **התוכנית באופייה חוץ קוריקולרית** – גם העובדה **שהתוכנית היא באופייה חוץ קוריקולרית** ואינה נכנסת למערכת השעות נתפסת בקרב מנהלים כמרתיעה (18 – הפעילה: *"ואני צריכה כל הזמן לחפש דרכים להכניס את הנושא הזה לתוך המערכת היומית... צריכים להכניס את זה לתוך המערכות... זה חייב להיות בילט אין..."*).
- **היעדר איגום משאבים** – היעדר הנגשה של תוכנית הלימודים מתבטא גם ב**היעדר איגום משאבים: היעדר הגדרה רחבה לנושא** *והיעדר חיבור בין גופים המגיעים לביה"ס*. נראה כי מנהלים, הגם שאמצו תוכנית לקידום בריאות מעידים על כך שהם מפעילים כמה תוכניות הקרובות זו לזו – בריאות, קיימות, בית ספר ירוק, הם עצמם משלבים בין התוכניות ונראה כי העומס היה קטן וכן התוכנית הייתה הופכת משמעותית יותר אילו התוכניות היו מחוברות מראש. מנהלים סבורים כי יהיה נכון יותר להגדיר קידום בריאות כמחובר לקיימות. (11 – מפעילה תוכנית רשמית: *"...בית ספר שלנו בגישה הוליסטית אז אנחנו עובדים על הגוף, על הנפש ועל הרוח וגוף בריא בנפש בריאה... בריאות זה לא רק תזונה... זה הכל, לשמור על הסביבה שלנו שתהיה ירוקה..."*). מדברי המנהלות והמנהלים עולה כי ישנם **גופים חיצוניים רבים**, שקשורים לקידום בריאות, המגיעים לביה"ס, אך אין ביניהם קשר ישיר והם אינם עובדים יחד. הדבר לא מונע מרוב המנהלים להפעיל תוכנית לקידום בריאות אך הם טוענים כי חוסר איגום המשאבים הנ"ל גורם לפעולות להיות פחות משמעותיות (1 – לא מפעילה: *"לאגם משאבים... חברת נטלי שמגיעה... פתאום מגיעה שיננית ויש מישהי שמקדמת את התוכנית של הפחתת צריכה... קחו את הכל ותצרו איזושהי פלטפורמה שמקדמת בציר אחד את הכל ואז זה יקרה"*).

3. **חוסר מיקוד בנושא ע"י הגופים אליהם כפוף המנהל (פיקוח משרד החינוך/ הרשות המקומית**

- **עומס דרישות מבית הספר** – נראה כי יש **עומס דרישות מביה"ס** בתחומים שונים, מה שגרם לחלק מהמנהלים, לדבריהם, לא לאמץ תוכנית לקידום בריאות, או להפעיל תוכנית אישית שדורשת מהם פחות (2 – מפעילה תוכנית רשמית: *"אני באמת חושבת שלפעמים יש לבית ספר יותר מדי פרויקטים ואם זה הופך להיות עוד פרויקט על הדרך זה לא עובד"*).
- **היעדר שיח ישיר עם מנהלים בנושא** – נראה כי **הנושא לא מובא לשיח עם ובקרב המנהלים**. כאשר התנהל עימם שיח, מנהלים העידו כי השיח מעלה את הדברים למודעות ומניע אותם לעשייה (12 – מפעילה תוכנית רשמית: *"... אני חושבת שצריכים לשים אותה ממש בקדמת הבמה... וגם משרד החינוך צריך לדאוג שזה יהיה חשוב למנהל, שהמנהל יבין את החשיבות"*).
- **היעדר הזרמת תקציב מספיק** – נראה כי מנהלים, בין אם הם מפעילים תוכנית לקידום בריאות בבית ספרם ובין אם לאו, סבורים כי אין **הזרמת תקציב** לנושא (5 – מפעילה תוכנית אישית: *"...הייתה לנו תוכנית של כוכבים, היה לנו שני כוכבים או שלושה כוכבי בריאות. ..ובסוף, בשורה התחתונה, לא קיבלתי על זה... היה מאוד מעודד אותי אם הייתי מקבלת שעה, שעות תקן"*).

עמדות המנהל בנושא קידום בריאות לא נמצאו כמעודדות או מעכבות – כל המנהלים העידו כי נושא אורח החיים הבריא חשוב בעיניהם, הן ברמה האישית והן ברמה של שילובו בבית הספר. יחד עם זאת, לא כל המנהלים מפעילים תוכנית לקידום בריאות בבית ספרם.

דיון

ממצאי מחקר זה חושפים מרכיבים המעודדים ומעכבים אימוץ תוכנית לקידום בריאות בביה"ס מנקודת מבטם של מנהלי בתי ספר. הממצאים מחזקים את אשר נמצא בספרות בתחומים אלו.

נמצא כי ישנם מספר מרכיבים מרכזיים שמנהלים רואים בהם כמעודדים אימוץ והפעלה של תוכניות חדשות בבית הספר. הם התייחסו לתהליכי שינוי, אימוץ והטמעה של תוכנית קידום הבריאות, אך לא פעם ציינו שהדבר נכון לכל מהלך של אימוץ תוכניות בבית הספר.

גם הספרות מלמדת כי קיימים כמה שלבים בתהליך השינוי בביה"ס והם נכונים לשינוי בביה"ס בכלל: שלב הייזום, שלב הביצוע ושלב המיסוד (22) במחקרים שהוצגו כאן בנושא קידום הבריאות לרוב לא הייתה התייחסות לשנוי ארגוני בביה"ס בכלל והקשרו לשינוי בתחום קידום

הבריאות, המנהלים במחקר הנוכחי שפכו אור על הקשר הזה.

המרכיבים הבולטים ביותר לדעת המנהלים קשורים **לסגנון ניהול שיטתי ומובנה של מנהל** כמרכיב מכריע באימוץ תוכנית לקידום בריאות בבית הספר. ניווט מקצועי של מנהל בית הספר וטיפוח אקלים חיובי מסתמנים כגורמי מפתח במוטיבציה של מנהלי בתי ספר להפעיל תוכנית לקידום בריאות. ביסוס מערכת יחסים עם קהילת ביה"ס, הבנה כי תהליך הטמעה של תוכנית הינו הדרגתי ודורש עקביות ושיטתיות ויכולת ניהול התנגדויות, הם תנאים חשובים בהנעה של מנהלים להפעיל תוכנית לקידום בריאות. כחלק מסגנון הניהול שלהם, מנהלים שמפעילים תוכנית לקידום בריאות רואים עצמם ככוח המניע של התוכנית, הם מחויבים לספק למורים את התמיכה והמשאבים הנדרשים, וחשוב להם להיות מעורים בפרטים.

הספרות עולה בקנה אחד עם העולה מראיונות המנהלים. בספרות נמצא כי בתוכניות לקידום בריאות בבתי ספר בישראל, הם נזקקו למנהיג מחויב כדי להפעיל את התוכנית. תפקיד מנהל ביה"ס היה לשתול את רעיון התוכנית, לעודד הטמעתה, לבחור מנהיג מבין אנשי הצוות שיוביל אותה ולשמר התלהבותם של המורים והמוטיבציה שלהם (6).

מחקרים מראים עוד כי יכולתו של מנהל לזהות את ההזדמנויות שמאפשרת סביבת ביה"ס והאפשרויות בתוך ביה"ס עצמו מעלה את הסיכוי לאימוץ והטמעה אפקטיבית של תוכנית לימודים חדשה. לכך מתווספים יכולתו של המנהל לגייס את חברי קהילת ביה"ס למען חזון משותף וגם שאיפותיו של המנהל ויכולותיו לנהל את ביה"ס שלו כארגון לומד ומתפתח (11).

מרכיב נוסף בסגנון הניהול המעודד אימוץ תוכנית לקידום בריאות על ידי המנהלים הוא **קיומן של סדירויות קבועות בניהול בית הספר:** ישיבות קבועות בנושא, מתן במה באופן עקבי לעוסקים בנושא והעצמתם והקפדה על אירועים קבועים בתוך לוח השנה הבית ספרי. מנהלים סבורים גם כי כאשר מאמצים תוכנית חדשה, השתלמות מובנית וממושכת היא חלק חשוב בתהליך אימוץ התוכנית והטמעתה, אך במקרים רבים בשל עומס מטלות המנהלים אינם מצליחים להפעילה. לעיתים הם מוצאים פתרון בכך שהמורים המובילים את הנושא עוברים השתלמות והם אלו שאחראים להעבירה ליתר אנשי הצוות בביה"ס.

ההערכה שהמנהלים מבצעים היא בד"כ אינטואיטיבית ומתבססת על הנראה בשטח. לעיתים מנהלים מספרים כי חלק מן ההערכה שלהם מתבסס על דוגמאות פרטניות של תלמידים שעברו שינוי כתוצאה מהפעלת התוכנית. למרות שהערכה זו אינה מובנית ברובה, היא מסייעת למנהלים להבין אם התוכנית עובדת ומצליחה. גם בספרות נמצא כי מנהלים העריכו את ההצלחה בהטמעת התוכנית בשינויי התנהגות שראו אצל התלמידים בבית הספר (9).

מנהלים יודעים לספר בביטחון על שינויים שקרו כתוצאה מהפעלת התוכנית וכאשר המנהלים רואים שינוי כתוצאה מהפעלת התוכנית הדבר מעודד אותם ואת הצוותים להמשיך ולהפעילה. יש לציין כי מרכיב ההערכה אינו טריגר להפעלת תוכנית אך מסייע בהמשך הפעלתה ובהעמקה והרחבה של התוכנית.

מרכיב נוסף המעודד מנהלים לאמץ תוכנית לקידום בריאות הינו **פנייה של גורמים בקהילה למנהלים** בנושא קידום בריאות. מנהלים מציינים כי הורים אשר הביעו עמדות חיוביות בנושא ולעיתים היו אף אלו שיזמו את הכניסה לתוכנית קידום בריאות, היוו מרכיב מעודד למנהלים להכנסת תוכנית קידום בריאות לבית ספר. הספרות מחזקת את חשיבות מעורבות ההורים וישנה טענה כי בתי ספר צריכים להגביר את מעורבותם של הורים בתכנון ופיתוח תוכניות לקידום בריאות. רצוי שהורים העוסקים במקצועות מקדמי בריאות יתרמו בפעילויות והסברה בביה"ס (16). גם אנשי צוות אשר פנו למנהלים עם יוזמות בתחום היוו מאיצים לאימוץ תוכנית לקידום בריאות. מורים מובילים הם, בעיני מנהלי בתי ספר ערובה להצלחת אימוץ תוכנית לקידום בריאות וזהו נתון שהמנהל לוקח בחשבון לפני שמחליט אם להיכנס לתוכנית. בספרות נמצא כי חשוב למנות "מוביל בריאות בית ספרי" (17).

תלמידים לא מתוארים כמעודדים לאימוץ התוכנית, אך המנהלים מציינים כי אם הצליחו להפוך את התלמידים לשגרירים פעילים בנושא, הדבר הניע את המנהלים להמשיך ולטפח את התחום.

להתאמת תוכנית הלימודים לקהל היעד ולביה"ס יש חלק משמעותי בשיקולים של מנהלי בתי ספר בדרך להחלטה אם לאמץ את התוכנית. מנהלים ציינו כי חשוב שהתוכנית תהייה מלווה בהנחיה והתאמה לביה"ס, נראה כי מנהלים מעוניינים ב"תפירת חליפה אישית" לצורכי בית הספר שלהם והקהילה שלהם, בשיתוף הצוות ומעורבותו, אשר מגבירה לדעתם את המחויבות של הצוות לביצוע התוכנית בפועל.

התנהלות הגופים אליהם כפוף המנהל (משרד החינוך והרשות המקומית) משפיעה על ההנעה של מנהלים לאימוץ תוכנית לקידום בריאות בבית ספרם. ככל שהמדיניות של המערכת ברורה יותר ויעד קידום הבריאות מוצב באופן ברור בקדמת סדר העדיפויות, כך מנהלים מעידים כי הם "יישרו קו" גם אם הדבר אינו בראש סדר העדיפויות האישי שלהם.

סקר שהתקיים בארה"ב מחזק טענה זו – The School Health Policies and Programs Study (SHPPS) 2006' על פי ממצאי הסקר, אשר בתי הספר הונחו להטמיע תוכנית

חינוך לבריאות ע"י המדינה או המחוז הייתה עלייה בכל הפרמטרים בהשוואה לסקר הקודם שבוצע בשנת 2000 (6).

התנהלות המערכת קשורה גם בהקצאת משאבים שצוינה ע"י מנהלים כמרכיב מעודד לאמץ תוכנית לקידום בריאות.

המרכיבים הבולטים בעיכוב מנהלים מלאמץ תוכנית לקידום בריאות בבית ספרם קשורים **לעומס על מנהלים ועל בתי ספר** וחוסר פניות לאימוץ תוכניות חדשות בשל **צרכים וסדרי עדיפויות שונים** של בית הספר. למשל, מנהלים הנמצאים בראשית הדרך הניהולית שלהם, מנהלים אשר זיהו משבר או צורך חיוני לקיומו של ביה"ס אשר מנע מהם מלהתפנות לאימוץ תוכנית לקידום בריאות. לתחושת העומס של המנהלים מוסיף גם **אופייה של תוכנית הלימודים** וכן **העובדה כי המערכת אינה מאגמת משאבים.** מנהלים מעידים על כך שהם מפעילים כמה תוכניות הקרובות זו לזו בתוכנן ובמהותן – בריאות, קיימות, בית ספר ירוק, הם עצמם משלבים בין התוכניות ונראה כי העומס היה קטן וכן התוכנית הייתה הופכת משמעותית יותר אילו התוכניות היו מחוברות ומאוחדות מראש.

בנוסף לכך **התוכנית היא באופייה חוץ קוריקולרית.** מנהלים סבורים כי יש קושי בכך שהתוכנית מגיעה כתוספת ולא כחלק מהליבה של תוכנית הלימודים כי באופן הזה הצוות ולפעמים גם המנהלים עצמם רואים בה נטל, הפוגע ומקצץ בשיעורים ובתחומים אחרים ובא על חשבונם.

בדומה לעדויות המנהלים, על פי Hayek וחבריה, בין המרכיבים שנמצאו כמקדמים הצלחה של תוכניות לקידום בריאות בישראל נמצא כי קידום בריאות צריך להיות חלק בלתי נפרד מתוכנית לימודים מתמשכת בתחומים – חינוך גופני, מדעי החברה וביולוגיה ובנוסף בפעילויות מיוחדות – ימי ספורט, טיולים ועוד (16).

לכך מצטרף הליך ההצטרפות וההשתתפות המסורבל לתוכנית. מנהלים העדיפו לא להפעיל את התוכנית או בחרו בהפעלה של תוכנית אישית במקום הרשמית, מכיוון שהליך ההצטרפות דורש מילוי טפסים, פניות לכתיבה ותיעוד ועמידה במספר רב של דרישות אדמיניסטרטיביות.

צוין כי מנהלים מעידים שתגמול מעודד אותם להפעיל תוכנית, מנהלים, בין אם הם מפעילים תוכנית לקידום בריאות בבית ספרם ובין אם לאו, סבורים כי לא ניתנים מספיק תקציבים לנושא ואלו שאינם מפעילים תוכנית קידום בריאות מעידים כי מחסור בתקציבים הוא אחד הגורמים לכך.

מנהלים העידו כי העובדה שנושא קידום הבריאות לא נמצא בשיח היומיומי שלהם, היא גורם המעכב אותם מלהפעיל תוכניות לקידום בריאות בבית ספרם. לטענתם עצם השיח שהתנהל עם החוקרת העלה אצלם דברים מסוימים למודעות והניע אותם לעשייה, הם דיברו על חשיבות השיח של הרשות ומשרד החינוך עם המנהלים בנושא קידום בריאות, על החשיבות של השארת הנושא כל העת בקדמת הבמה.

כפי שעמדות אוהדות של הקהילה נמצאו כמעודדות אימוץ תוכנית לקידום בריאות ע"י מנהלים, כך התנגדויות בקרב הורים או צוות צוינו כגורמים מעכבים, אך בסופו של דבר, כלל המנהלים המעידים על התנגדויות של הורים כקושי לא ויתרו על הפעלת התוכנית ומצאו דרך אל ההורים או ויתרו על חלקים מסוימים הדורשים את שיתופם.

ניהול אורח חיים בריא של המנהלים ועמדותיהם בנושא חשיבות קידום בריאות בבית הספר התגלו כגורמים ניטראליים שאינם מעודדים ואינם מעכבים את אימוץ התוכנית. גם בין המגזרים שהשתתפו במחקר לא נמצאו הבדלים מהותיים.

מגבלות וקשיים בביצוע המחקר –

1. המדגם – המחקר בדק מדגם של 24 מנהלי בתי ספר, אך חשוב לציין כי המדגם הוא מדגם נוחות ואין בו כדי להכליל לגבי האוכלוסייה כולה. יחד עם זאת אופן המחקר נותן מבט עומק על שיקולי מנהלים ונקודת מבטם בנושא הפעלת תוכניות לקידום בריאות. המחקר יכול לשמש כבסיס, כמחקר מקדים למחקר רחב ומייצג יותר מבחינת האוכלוסייה. השתתפו במחקר רק מנהלים שהסכימו לשתף פעולה. ייתכן כי לאלו שסירבו לשתף פעולה מראש מאפיינים וקווים משותפים שיכולים היו להביא לתוצאות אחרות שלא משתקפות במחקר.
2. מגבלה הנובעת מעצם היות המחקר איכותני ובשל הקשר האינטימי ולעיתים ההיכרות האישית הקודמת עם המרואיינים ובהקשר לכך הרצון שלהם לרצות את החוקרת.
3. העובדה כי מובאת כאן נקודת מבט של מנהלים של בתי ספר בלבד ולא נקודות המבט של הקהילה הבית ספרית כולה ובעלי עניין הקשורים לתחום.
4. פלטפורמת הזום – היה חשש כי שינוי הפלטפורמה לזום יפחית את האינטימיות והאותנטיות בתהליך. בפועל נראה כי הדבר סייע דווקא לניהול ראיונות בלוח זמנים מיטבי, הנוח למרואיין ובתנאים של שקט וריכוז.

סיכום ומסקנות

אימוץ תוכנית לקידום בריאות בבתי ספר יסודיים הינו בעל חשיבות רבה ויש לו משמעות יישומית בקידום בריאות בגיל הצעיר שמקנה ידע והכוונה לאורח חיים בריא בעתיד. על מנת להגיע להפעלה רחבה ככל הניתן של תוכניות לקידום בריאות בבתי ספר יסודיים יש להתייחס לנקודת מבטם של מנהלי בתי ספר בנושא. בנוסף נראה כי הכנסת שינויים בתוכנית הלימודים על פי העקרונות שעלו במחקר עשויה לסייע

לאימוץ תוכניות בקרב מנהלים. על מנת לראות את התמונה השלמה יש לבחון את נקודת מבטם של השותפים הנוספים בתהליך – מורים, תלמידים והורים.

המלצות המחקר

מחקר זה ממקד את הצורך בהשקעת משאבים במנהלי בתי ספר, בהכשרתם להתמודדות עם הכנסת שינויים והטמעת תוכניות, ובשיח ישיר ויזום עימם בכל הקשור לנושא קידום בריאות. מדיניות הגופים הרלוונטיים – משרד החינוך והרשות תהיה יעילה כשתיעשה בדרך של תקשורת ישירה, וכן ע״י הבהרה והעברה של יעדים ברורים למנהלים.

בנוסף ראוי לבחון שוב את מרכיבי התוכנית הקיימת ואף ליצור שיתוף פעולה נרחב יותר בין משרד החינוך ומשרד הבריאות והמשרד לאיכות הסביבה ולגבש תוכנית משותפת ורחבה, המשתלבת בתוך סדר היום הבית ספרי ואינה תוספת לו.

חשוב לבדוק שוב את תנאי ההשתתפות בתוכנית ולבחון הקלות בכל הקשור לביורוקרטיה.

רשימת מקורות

1. Story M, Nanney MS, Schwartz MB. Schools and obesity prevention: Creating school environments and policies to promote healthy eating and physical activity. Milbank Quarterly. 2009;87(1):71-100.
2. רגב ע, טסלר ר, גנות ניסנהולץ ר, וחברים. דפוסי אורח חיים בקרב המשפחה כגורם מקדם הרגלי פעילות גופנית בקרב ילדים ובני נוער בישראל. בתנועה. 2019;6-29.
3. Who. Global Standards for Health Promoting Schools Concept Note. 2018;12. Available from: https://www.who.int/publications-detail/global-standards-for-health-promoting-schools
4. Who. The 1st International Conference on Health Promotion [Internet]. 1986. Available from: https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference
5. Kann L, Brener ND, Wechsler H. Overview and summary: School Health Policies and Programs Study 2006. Journal of School Health [Internet]. 2007;77(8):385-397 13p. Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=105839291&site=ehost-live
6. הפיקוח על הבריאות, צוות ההדרכה בחינוך לבריאות. לי בריאות – אוגדן מנחה להטמעת תחום הבריאות בבתי הספר. משרד החינוך; 2012.
7. Zach S, Inglis V, Zeev A, Arnon M, Netz Y. Active and healthy lifestyle – Nationwide programs in Israeli schools. Health Promotion International. 2018;33(6):946-57.
8. Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. “Doing” health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. Health Policy and Planning. 2008;23(5):308-17.
9. Verstraete SJM, Cardon GM, de Clercq DLR, de Bourdeaudhuij IMM. A comprehensive physical activity promotion programme at elementary school: The effects on physical activity, physical fitness and psychosocial correlates of physical activity. Public Health Nutrition. 2007;10(5):477-84.
10. Dadaczynski K, Rathmann K, Hering T, Okan O. The role of school leaders’ health literacy for the implementation of health promoting schools. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(6).
11. Lai E, Cheung D. Implementing a new senior secondary curriculum in Hong Kong: Instructional leadership practices and qualities of school principals. School Leadership and Management [Internet]. 2013;33(4):322-53. Available from: http://dx.doi.org/10.1080/13632434.2013.813459
12. Osganian SK, Parcel GS, Stone EJ. Institutionalization of a school health promotion program: Background and rationale of the CATCH-ON study. Health Education and Behavior. 2003;30(4):410-7.
13. Keshavarz Mohammadi N, Rowling L, Nutbeam D. Acknowledging educational perspectives on health promoting schools. Health Education. 2010;110(4):240-51.
14. Velardo S, Drummond M. Qualitative insight into primary school children’s nutrition literacy. Health Education. 2019;119(2):98-114.
15. Eaton DK, Marx E, Bowie SE. Faculty and staff health promotion: Results from the school health policies and programs study 2006. Journal of School Health. 2007;77(8):557-66.
16. Hayek S, Tessler R, Bord S, Endevelt R, Satran C, Livne I, et al. Do Israeli health promoting schools contribute to students’ healthy eating and physical activity habits? Health Promotion International. 2019;34(1):102-12.
17. טסלר ר, בראון־אפל א, הראל פיש י. תפיסת קידום בריאות בקרב מנהלי בתי ספר בישראל. 4-12, 2014.
18. Allen IE, Seaman J. What we teach: K-12 school district curriculum adoption process, 2017. 2017;47. Available from: www.onlinelearningsurvey.com/oer.html
19. Vinciullo FM, Bradley BJ. A correlational study of the relationship between a coordinated school health program and school achievement: A case for school health. Journal of School Nursing. 2009;25(6):453-65.
20. Tesler R, Harel-Fisch YP, Baron – Epel OP. School health promotion policies and adolescent risk behaviors in Israel – a multilevel analysis. 2016;86(6):435-43.
21. טסלר ר, בראון־אפל א, הראל פיש י, אדר ש. מדיניות מקדמת בריאות הרגלי תזונה ופעילות גופנית) בקרב מנהלי בתי הספר בישראל. רוח הספורט. 2017; 3.
22. אופלטקה י. יסודות מנהל החינוך – מנהיגות וניהול בארגון חינוכי. פרדס הוצאה לאור. 2015. 380-400.
23. Muncey DE, McQuillan PJ. Reform and Resistance in Schools and Classrooms. An Ethnographic View of the Coalition of Essential Schools. 1996.
24. שקדי א. מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני – תיאוריה ויישום. רמות אוניברסיטת תל אביב. 2003.
25. צבר ב־יהושוע נ. המחקר האיכותני בהוראה ובלמידה. מודן. 1990.

תקצירים

אוריינות בריאות דיגיטלית, מצב בריאות וחינוך, וידע בריאותי אישי בקרב מבוגרים

ג'יזל גרין

המאמר המלא:

Green G. Seniors' eHealth literacy, health, and education status, and personal health knowledge. Digit Heal. 2022;8; 1-9: 205520762210898.

תקציר

רקע: מגפת הקורונה הפכה את המיומנויות של אוריינות בריאות דיגיטלית ושל פעולות הקשורות לבריאות באמצעות טכנולוגיה לחיוניות במיוחד בקרב מבוגרים.

מטרות: (א) מציאת הבדלים בממדי אוריינות בריאות דיגיטלית בקשר למצב בריאות וחינוך של המבוגרים. (ב) בחינת ההשפעה של ממדי אוריינות בריאות דיגיטלית על תפיסת ידע בריאותי אישי של מבוגרים.

שיטות המחקר: במחקר נעשה שימוש במחקר חתך עם מדגם נוחות של 298 מבוגרים בני 65 ומעלה מישראל. השאלון מורכב משלושה חלקים: (א) מאפייני רקע, (ב) אוריינות בריאות דיגיטלית, ו-(ג) תפיסת ידע בריאותי אישי.

תוצאות: מבוגרים עם רמת בריאות מצוינת דיווחו על רמות גבוהות יותר של אוריינות בריאות דיגיטלית, בממד מקורות בריאות ויעילותם, מאשר אלה עם רמת בריאות ירודה או טובה. יתר על כן, משתתפים עם תואר שני דיווחו על אוריינות בריאות דיגיטלית, בממד של הבנת מידע מקוון, טובה יותר מאשר בוגרי השכלה תיכונית. בנוסף, נמצא כי מבוגרים עם השכלה תיכונית מרגישים שהם "חכמים ברשת" יותר מאשר אלה עם תואר ראשון. לבסוף, מצאנו שממדי אוריינות בריאות דיגיטלית השפיעו על תפיסת ידע בריאות אישי של המשתתפים.

מסקנות והמלצות: ככל שהאוכלוסייה מתבגרת, היא בסיכון גבוה יותר למחלות, וכתוצאה מכך מצב הבריאות של המבוגרים יכול להיפגע. לכן, חשוב לספק למבוגרים תכניות התערבות מתאימות, לשיפור רמות אוריינות בריאות דיגיטלית שלהם, אשר עשויות לצמצם את אי־השוויון בבריאות אשר קיים באוכלוסיות שונות. בנוסף, מטפלים צריכים לדאוג פתח את כישורי אוריינות הבריאות הדיגיטלית של המטופלים, בהקשרים של איתור, הערכה ופרשנות של ידע בריאות מקוון, הרלוונטי להם.

מחסומים העומדים בפני אחיות בריאות הציבור לשוחח עם הורים על עודף משקל ו/או השמנה של ילדיהם

יעל סלע, קרן גרינברג, דני נמט

המאמר המלא:

Sela, Y., Grinberg, K., & Nemet, D. (2022). Obstacles preventing public health nurses from discussing children's weight with their parents. Submitted to Comprehensive Child and Adolescent Nursing-Accepted For publication.

תקציר

רקע: השמנת יתר בקרב ילדים היא תופעה מדאיגה בבריאות הציבור. במסגרת התחנות לבריאות המשפחה, אחיות בריאות הציבור פוגשות ילדים ומשפחותיהם כבר בגיל צעיר מאוד ומלוות אותן למספר שנים. מפגשים אלו מהווים הזדמנות ייחודית עבור האחיות לזהות ולאתר עודף משקל בקרב ילדים בגיל הרך, ואף להציע להורים סיוע וטיפול. מחקרים מצביעים על כך שכאשר אחיות מזהות עודף משקל בקרב הילדים, הן מתקשות לשוחח על הנושא עם ההורים.

מטרות: לבחון את האופן שבו אחיות בריאות הציבור (טיפות חלב/תחנות לבריאות המשפחה) תופסות את חסמי התקשורת העיקריים לשוחח עם הורים ביחס לעודף משקל של ילדיהם, וכן את תפיסת האחיות ביחס ליכולתן המקצועית לסייע למשפחות.

שיטות: מחקר איכותני זה כלל ראיונות עומק בקרב 20 אחיות בריאות הציבור העובדות במרכזים לבריאות המשפחה ברחבי הארץ. כלי המחקר הינו שאלון חצי מובנה אשר כלל 9 שאלות מנחות עיקריות ביחס לחסמים אפשריים העומדים בפני האחיות כאשר הן מבקשות לדבר עם הורים על עודף משקל של ילדיהם.

תוצאות: ממצאי המחקר מעלים כי הדרכת הורים ומשפחות לאורח חיים בריא, תוך התייחסות ספציפית למשקל הילד, נתפסת כחלק אינטגרלי ומשמעותי מתפקידן של האחיות, אך נראה כי קיימים מספר קשיים בביצוע. מחסור בזמן במהלך הביקורים ועומס העבודה הגובר הם החסמים המשמעותיים ביותר לניהול שיחה משמעותית עם הורים על משקל ילדיהם. בנוסף, גם מחסור בידע מקצועי וכן חשש מפני תגובת ההורים ופגיעה ביחסי האמון מהווים חסמים משמעותיים לשיחה.

מסקנות והמלצות: יחסי האמון בין האחות לבין ההורים נתפסים על ידי האחיות כמשפרים את איכות הטיפול ואת הסיכוי לשיתוף פעולה מצד ההורים. האחיות רוצות שההורים ירגישו בנוח לדון איתן בבעיות משקל, אך חוששות שדיון כזה עלול להיתפס כביקורת ולפגוע באמון שנוצר. חשוב להכשיר את האחיות ולתת להן כלים מעשיים להתמודד עם השמנת יתר בגיל הרך, כולל ידע ומיומנויות תקשורת אשר יאפשרו לפנות למשפחה ולזכות לשיתוף פעולה. הטמעת תוכנית התערבות בגיל צעיר מאוד יכולה לשפר את בריאותו של הילד ומשפחתו.

אתגרים אתיים בטיפול באנשים עם דמנציה סופנית: עמדות של אנשי צוות ובני משפחה מטפלים

ענבל הלוי הוכוולד, גילה יעקב, זוריאן רדומיסלסקי, יהודה דנון ורחלי ניסנהולץ-גנות

המאמר המלא:

Halevi Hochwald, I., Yakov, G., Radomyslsky, Z., Danon, Y., & Nissanholtz-Gannot, R. (2021). Ethical challenges in end-stage dementia: Perspectives of professionals and family caregivers. *Nursing ethics, 28*(7-8), 1228-1243.

תקציר

רקע: בישראל, טיפול באנשים עם דמנציה סופנית במסגרת הבית, נעשה בעיקר על ידי היחידות לטיפול־בית. במיעוט המקרים הטיפול ניתן על ידי יחידות הוספיס־הבית, המהוות דרך חלופית למתן שירותים פליאטיבים. הטיפול באוכלוסייה זו, מעורר דילמות שונות ובהן גם הבחירה בין טיפול עם אוריינטציה פליאטיבית לבין טיפול אינטנסיבי, מאריך חיים.

מטרות: לתאר את האתגרים והדילמות בטיפול בשלבי סוף־החיים של אנשי־הצוות ובני־המשפחה המטפלים באנשים עם דמנציה סופנית.

שיטה: מחקר איכותני, בו בוצעו שמונים ואחד ראיונות עומק חצי מובנים, עם אנשי צוות ובני משפחה המטפלים באנשים עם דמנציה סופנית. הראיונות נותחו בשיטת ניתוח תוכן תמתי.

תוצאות: מהממצאים עלתה תמונה עשירה ומורכבת. מאמר זה מתמקד בשני מרכיבים של התמה העוסקת בתפיסת המרואיינים את מהות הטיפול המיטבי לאנשים עם דמנציה סופנית: 1) בחירה בין טיפול פליאטיבי לבין טיפול אינטנסיבי, ו־2) הכרה בבן המשפחה כנציגו של האדם עם הדמנציה.

מסקנות והמלצות: אנשי־הצוות ובני־המשפחה המטפלים מתמודדים עם קונפליקטים ערכיים. הבדלים בהגדרת מחלת הדמנציה כמחלה סופנית, ופערים אחרים, השפיעו על תפיסת המרואיינים, באשר לרלוונטיות הטיפול הפליאטיבי בשתי מסגרות הטיפול (הוספיס־בית וטיפולי־בית) ולהתהוות קונפליקטים באשר להחלטות בין דרכי טיפול מתאימות, בשלבי סוף החיים. הקושי לזהות מהו רצון החולה ולברר מהו, עורר אף הוא מחלוקות בין אנשי הצוות לבין בני המשפחה. אנו סבורים כי תקשורת הן בין אנשי צוות לבין בני משפחה, והן של אנשי צוות בינם לבין עצמם, הינה חיונית לגישור על־פני הפערים הייחודיים בעת טיפול באנשים עם דמנציה סופנית. היעדר תקשורת ומשאבים עלולים לעכב מתן טיפול איכותי המבוסס על עקרונות אוטונומיה ושוויון לחולים ולבני משפחותיהם.

השפעת אוריינות חיסונים, הססנות חיסונים, התנהגות ותפיסת החיסון של הורים על כוונותיהם לחסן את ילדיהם נגד COVID-19

יוליה גנדלר[1], לני עפרי[1]

1 המחלקה לסיעוד, בית הספר למקצועות הבריאות, אוניברסיטת אריאל

המאמר המקורי:

Gendler Y, Ofri L. Investigating the Influence of Vaccine Literacy, Vaccine Perception and Vaccine Hesitancy on Israeli Parents' Acceptance of the COVID-19 Vaccine for Their Children: A Cross-Sectional Study. *Vaccines*. 2021; 9(12):1391. https://doi.org/10.3390/vaccines9121391

תקציר

רקע: חיסון נגד COVID-19 הוכח כיעיל ובטוח לצמצום ההדבקה והתחלואה הקשה מנגיף הקורונה. החיסון הוצע לראשונה לאוכלוסייה הבוגרת בישראל בדצמבר 2020 ולילדים בגילאי 12-15 החל מיוני 2021.

מטרה: להעריך את השפעת אוריינות חיסונים, הססנות חיסונים, התנהגות ותפיסה של החיסון על ידי ההורים, על כוונותיהם לחסן את ילדיהם כנגד COVID-19.

שיטה: מחקר חתך נערך במהלך חודש יוני 2021 באמצעות שאלון אנונימי אשר הופץ בקבוצות Facebook. לאחר מילוי פרטים סוציו־דמוגרפיים, ההורים נשאלו האם הם עצמם חוסנו נגד COVID-19, האם הם מתכוונים לחסן את ילדיהם ומהם מקורות המידע שהשפיעו עליהם בעת קבלת ההחלטה. אוריינות חיסונים, התנהגות, תפיסת החיסון והססנות חיסונים נבדקו באמצעות שאלונים מתוקפים שתורגמו לעברית. התנהגות כלפי החיסון נמדדה באמצעות מודל ה־5C של תקדימים פסיכולוגיים.

תוצאות: 520 הורים לילדים בגילאי 12-15 השלימו את שאלוני המחקר. 70.4% מההורים ציינו כי הם מתכוונים לחסן את ילדיהם נגד COVID-19. נכונות ההורים לחסן את ילדיהם הייתה גבוהה באופן מובהק בקרב קבוצת ההורים אשר התחסנו בעצמם נגד COVID-19 ‏(OR=32.9, CI [13.1, 82.5]). מקורות המידע הנפוצים ביותר שהשפיעו על ההורים בקבלת ההחלטה היו צוות רפואי ואתרי אינטרנט. הורים שדיווחו על כוונה לחסן את ילדיהם היו בעלי רמה גבוהה יותר של אוריינות חיסונים (ציון ממוצע: 3.1±0.4 לעומת 2.9±0.5 בהתאמה, p=0.06), תפיסה חיובית יותר של החיסון (ציון ממוצע: 3.4±0.7 לעומת 2.3±0.8 בהתאמה, p<0.001), והססנות חיסונית נתפסת נמוכה יותר (ציון ממוצע: 4.7±2.7 לעומת 7.5±2.4 בהתאמה, p<0.001) מאשר הורים שאינם מתכוונים לחסן את ילדיהם. כל מרכיבי ה־5C היו בקורלציה מובהקת עם כוונות ההורים לחסן את ילדיהם.

מסקנות: מחקר זה היה בין המחקרים הראשונים אשר בחנו את נכונות ההורים לחסן את ילדיהם נגד COVID-19. הבנת הגורמים המסייעים והמעכבים בהחלטת ההורים חיונית להגברת ההיענות לחיסון נגד COVID-19. צוות רפואי מהווה מקור מידע משמעותי. על כן, צוותים רפואיים חייבים להיות בעלי ידע רחב ומעודכן אודות החיסון, על מנת להעביר אותו באופן מהימן למטופלים.

מילות מפתח: COVID-19, חיסונים בקרב מתבגרים, היענות, הססנות חיסונים, אוריינות חיסונים, עמדות כלפי חיסון.

אפקט מקום הלידה של ספורטאים בני 14-18 המשתתפים בספורט תחרותי אישי וקבוצתי

זהר מעיין, רוני לידור, מיכל ארנון

המאמר המלא:

Maayan, Z., Lidor, R., & Arnon, M. (2022). The Birthplace Effect in 14–18-Year-Old Athletes Participating in Competitive Individual and Team Sports. *Sports*, 10(4), 59.

תקציר

רקע: אפקט מקום הלידה (המקום בו נולד/ה ספורטאי/ת) (Birthplace Effect - BPE) נמצא כאחד המשתנים הסביבתיים הקשורים להתפתחות כשרון מוקדם ולרמת מיומנות גבוהה בספורט.

מטרות: (1) לחשב את ה־BPE של ספורטאים וספורטאיות בגילאי 14-18 שהשתתפו בתחרויות ספורט אישי וקבוצתי, ו־(2) לבחון כיצד מאמנים ומאמנות תופסים אפקט זה.

שיטה: המשתתפים היו 1,397 ספורטאים וספורטאיות (390 נערות ו־1,007 נערים) שהתחרו בחמישה ענפי ספורט אישיים (התעמלות, ג'ודו, שחיה, טניס ואתלטיקה) וחמישה ענפי ספורט קבוצתיים (כדורסל, כדורגל, כדוריד, כדורעף ופולו מים), ו־147 מאמנים ומאמנות שדיברו על מחשבותיהם הראשוניות לגבי ה־BPE.

תוצאות: ניתוח הנתונים גילה כי אף על פי שה־BPE לא נמצא קשור לערים בגודל דומה, נראה כי ילדות בערים בגודל קטן או בינוני תרמה יותר מאשר ילדות בערים בעלות גודל אחר. רוב המאמנים והמאמנות האמינו כי תכונות מסוימות של המקום או העיר בה גדל/ה הספורטאי/ת (לדוגמה: קרבה למתקני ספורט) עשויה לתרום להתפתחות הספורטאי/ת.

מסקנות: ניכר כי מידע על ה־BPE עשוי לסייע לקובעי מדיניות בפיתוח מדיניות ספורט הקשורה לשלבים המוקדמים של פיתוח כשרון.

דחק ואפליה נתפסת בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל: תפקידם של תפיסת האיום והאמון במערכת הבריאות כמשתנים מתווכים

כרמית סטרן*, עולא עלי־סאלח*, מיכל משיח־אייזנברג, שירן בורד

Satran*, C., Ali-Saleh*, O., Mashiach–Eizenberg, M. & Bord, S. (2021). Stress and Perceived Discrimination among the Arab Population in Israel: The Mediation Role of the Perceived COVID-19 Threat and Trust in the Healthcare System. *Ethnicity & Health*, 1-18.

רקע: במהלך מגיפות עולמיות מיעוטים עלולים לחוות רמות גבוהות של דחק, שעלולות לפגוע בבריאותם הגופנית והנפשית. נמצא, שרמות דחק קשורות לגורמים אישיים וחברתיים שונים. למיטב ידיעתנו, נושא זה לא נבחן בקרב מיעוטים בישראל במהלך מגיפות בכלל והקורונה בפרט.

מטרות: לבחון את רמות הדחק בקרב ערביי ישראל בתקופת הגל הראשון של הקורונה, ואת הקשר שלהן לתפיסת האיום של האוכלוסייה מפני קורונה, אמון במערכת הבריאות, דבקות בהנחיות למניעת הדבקה והאפליה הנתפסת.

שיטות: במחקר השתתפו 626 ערבים ישראלים, שענו על שאלון מקוון, מתוקף ומהימן, שהופץ בערבית ובעברית ברשתות החברתיות, בשיטת כדור שלג, באפריל 2020.

תוצאות: רוב המשתתפים (65%) דיווחו על רמות דחק מתונות, ו־10% דיווחו על רמות גבוהות. האוכלוסייה הבדואית דיווחה על רמות דחק גבוהות יותר באופן מובהק בהשוואה לשאר הקבוצות. בנוסף דיווחו המשתתפים על תפיסת איום גבוהה, אפליה נתפסת בינונית־גבוהה, רמות בינוניות של אמון במערכת הבריאות ודבקות גבוהה מאוד בהנחיות.

מניתוח הרגרסיה ההירכית עלה שגיל, דת, אמון במערכת הבריאות, תפיסת האיום ודבקות בהנחיות מנבאים באופן מובהק דחק [$F(11,600)$, $p<.001$]. המודל הסביר 24% מהשונות בדחק.

באמצעות מודל משוואות מבניות נבחנו הקשרים העקיפים בין משתני המחקר. נמצא, שאפליה קשורה באופן שלילי לאמון (β=-0.52), שבתורו קשור באופן שלילי לדחק (β=-0.10). בנוסף האפליה קשורה באופן חיובי לתפיסת האיום (β=0.21), שבתורה קשורה באופן חיובי לדחק (β=0.35).

מסקנות: ממצאי המחקר מדגישים את יחסי הגומלין בין אפליה נתפסת, אמון, תפיסת איום ודבקות בהנחיות, וכיצד הם מעצבים את רמות הדחק בקרב אוכלוסיות מיעוטים. הממצאים עשויים לסייע למקבלי ההחלטות לפתח מדיניות חירום המותאמת לאוכלוסיות מיעוט, כמו ערביי ישראל, על־מנת להפחית את רמות הדחק שלהן ולשפר את בריאותן, במהלך משברים בכלל ומגפות בפרט.

* תרומה שווה.

קידום הבריאות בישראל

כתב עת ישראלי לחינוך ולקידום הבריאות

חוברת מס' 10, כסלו תשפ"ג, נובמבר 2022

הופק ע"י משרד הבריאות
חטיבת בריאות הציבור
המחלקה לחינוך ולקידום הבריאות