קידום בריאות בישראל

כתב עת ישראלי לחינוך וקידום בריאות

חוברת 9
תשרי תשפ"ב, ספטמבר 2021

ISSN: 2707-0055

חוברת 9 תשרי תשפ״ב, ספטמבר 2021

קידום בריאות בישראל
כתב עת ישראלי לחינוך וקידום בריאות

ISSN: 2707-0055

חוברת מס׳ 9, תשרי תשפ״ב, ספטמבר 2021

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

מערכת **קידום בריאות בישראל:**

עורכת מדעית: **ריקי טסלר**

עורכת משנה: **ניבה מנור**

עריכה לשונית: **דניאלה ברדוש מרץ**

עריכה והפקה: **דלית דנן**

חברי המערכת (לפי סדר הא׳-ב׳):

אפרת אפללו
שירן בורד
אורנה בראון-אפל
קארן ברונר
איתמר גרוטו
ניהאיה דאוד
בועז לב
שחר לב-ארי
דיאן לוין-זמיר
לילך מלוויל
רחל ניסנהולץ-גנות
יעל סלע
ורד קאופמן שריקי
ליאת קורן

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 בריאות בישראל** יראה אור רק לאחר שיישפט על־ידי עמיתים-מומחים.

רשימת מחברי המאמרים והתקצירים

רשימת מחברי המאמרים:

הקשר בין שימוש בהוראה מרחוק לבין לחץ, חוסן מקצועי, מסוגלות מקצועית ותפיסת מדיניות בית ספרית בקרב מורי החינוך הגופני במהלך מגפת COVID-19

רונית בן אמוץ – המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
ג'יזל גרין – המחלקה לסיעוד, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
גילי יוסף – הפקולטה למדעים, סמינר הקיבוצים
שרון לוי – בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה
ניבה מנור – המחלקה לקידום בריאות, משרד הבריאות
שייקה הוצלר – המכללה האקדמית וינגייט
ריקי טסלר – המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל

ההשפעה של אוריינות בריאות מקוונת של אוכלוסיית הגיל השלישי על יכולות השימוש ועל דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים בישראל

אבי זיגדון – המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל

קידום בריאות במסגרות שיקום של פגועי נפש בקהילה – מחוז תל אביב

ויקי כהן – ממונה קידום בריאות מחוז תל אביב, לשכת הבריאות, משרד הבריאות

הקשר שבין הרגלי תזונה, תמיכה מהמורה ומעורבות הורית לבין שתיית אלכוהול בקרב בני נוער בגילאי 11-16 בישראל

שיר בן יעיש – המחלקה למדעי התזונה, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
ריקי טסלר – המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
מונה בועז – המחלקה למדעי התזונה, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
יוסי הראל־פיש – בית הספר לחינוך, הפקולטה למדעי החברה, אוניברסיטת בר־אילן
ורד קאופמן־שריקי – המחלקה למדעי התזונה, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל

אפיון חסמים וגורמים המאפשרים ביצוע פעילות גופנית בקרב נשים ערביות מעל גיל 20 בצפון ישראל

רנא חמאדה דראושה – בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה
אורנה בראון־אפל – בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה

קידום בריאות המטופל בבית חולים פסיכיאטרי: צמצום של ריסון מכני והשלכותיו על מוכנותו של צוות סיעוד למקרי אלימות

בת אל – המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
שיר פקטר – המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
מורן זימן – המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
שלמה מנדלוביץ – המרכז לבריאות הנפש שלוותה, והתוכנית לפסיכותרפיה, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב
ליאת קורן – המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל

תפיסות וחששות של אנשי צוות רפואי בעת משבר הקורונה: ממצאי מחקר איכותני

קרן דופלט – החוג לבריאות הציבור, המכללה האקדמית אשקלון והמחלקה למדיניות וניהול מערכות בריאות, בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן־גוריון בנגב
אוסנת בשקין – החוג לבריאות הציבור, המכללה האקדמית אשקלון
נדב דוידוביץ – המחלקה למדיניות וניהול מערכות בריאות, בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן־גוריון בנגב
נעם אסנה – המערך האונקולוגי, המרכז הרפואי האוניברסיטאי זיו בצפת

רשימת מחברי התקצירים:

ערים בריאות ודיווח עצמי על בריאות: עדויות מישראל

דנה בר אילן – בית ספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה
יניב ריינגוורץ – המחלקה למנהל ומדיניות ציבורית, בית הספר למדעי המדינה, אוניברסיטת חיפה
אורנה בראון־אפל – בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה

בחינת הקשר בין הרגלי האכילה, ידע תזונתי אישי ותזונה ים־תיכונית בקרב סטודנטים וסטודנטיות לסיעוד במהלך פנדמיית הקורונה

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

מיתוג מחדש של ריחוק חברתי לריחוק פיזי: קריאה לשינוי אוצר המילים בקידום בריאות, ולשיפור תקשורת ברורה במהלך פנדמיה

קריסטין סורנסן – האקדמיה העולמית לאוריינות לבריאות, דנמרק והפקולטה לחינוך אוניברסיטת פרייבורג, גרמניה
אורקן אוקאן – אוניברסיטת בילפלד, גרמניה
ברברה קונדיליס – המכללה/האוניברסיטה האמריקאית ההלנית, אתונה, יוון
דיאן לוין־זמיר – שרותי בריאות כללית ובית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה

שינויים בהתנהגות המעשנים ובכללי העישון בבית, במהלך תקופת הסגר הראשון של COVID-19 בישראל

יעל בר זאב – בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית ע"ש בראון, האוניברסיטה העברית – המרכז הרפואי הדסה, ירושלים
מיכל שאולי־אהרונוב – בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית ע"ש בראון, האוניברסיטה העברית – המרכז הרפואי הדסה, ירושלים
חנה לי – בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית ע"ש בראון, האוניברסיטה העברית – המרכז הרפואי הדסה, ירושלים
יהודה נוימרק – בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית ע"ש בראון, האוניברסיטה העברית – המרכז הרפואי הדסה, ירושלים

השפעת הסגר במגפת הקורונה על פעילות גופנית ועלייה במשקל בקרב בוגרים פעילים בישראל. מחקר רוחב

חורש דור־חיים – המחלקה לקידום בריאות ורפואת ספורט, מרכז הספורט ספרא, האוניברסיטה העברית בירושלים
שרה קצבורג – המחלקה לביולוגיה התפתחותית ומחקר סרטן, מכון המחקר הרפואי ישראל־קנדה, הפקולטה לרפואה, האוניברסיטה העברית בירושלים
פולה רווח – המחלקה לקידום בריאות ורפואת ספורט, מרכז הספורט ספרא, האוניברסיטה העברית בירושלים
חגי לוין – בית הספר לבריאות הציבור ורפואה קהילתית, האוניברסיטה העברית בירושלים
שרון ברק – המחלקה לשיקום ילדים, המרכז הרפואי חיים שיבא, המכללה האקדמית לחינוך באר־שבע, בית הספר לבריאות הציבור אוניברסיטת בן־גוריון בנגב, באר שבע.

שירותי בריאות מניעתיים לילדים צעירים בישראל: התפתחות היסטורית ואתגרים עכשוויים

דינה רצימרמן – לשכת הבריאות המחוזית ירושלים, משרד הבריאות
ג'ינה ורבוב – לשכת הבריאות המחוזית ירושלים, משרד הבריאות
נעמי אדלשטיין – לשכת הבריאות המחוזית ירושלים, משרד הבריאות
חן שטיין־זמיר – לשכת הבריאות המחוזית ירושלים, משרד הבריאות והפקולטה לרפואה, ביה"ס בראון לבריאות הציבור ורפואה קהילתית האוניברסיטה העברית בירושלים.

תוכן העניינים

בפתח המהדורה

ד"ר אפרת אפללו 5

דבר המערכת

ריקי טסלר, ניבה מנור 5

מאמרים

הקשר בין שימוש בהוראה מרחוק לבין לחץ, חוסן מקצועי, מסוגלות מקצועית ותפיסת מדיניות בית ספרית בקרב מורי החינוך הגופני במהלך מגפת COVID-19

רונית בן אמוץ, ג'יזל גרין, גילי יוסף, שרון לוי, ניבה מנור, שייקה הוצלר, ריקי טסלר 7

ההשפעה של אוריינות בריאות מקוונת של אוכלוסיית הגיל השלישי על יכולות השימוש ועל דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים בישראל

אבי זיגדון 19

קידום בריאות במסגרות שיקום של פגועי נפש בקהילה – מחוז תל אביב

ויקי כהן 28

הקשר שבין הרגלי תזונה, תמיכה מהמורה ומעורבות הורית לבין שתיית אלכוהול בקרב בני נוער בגילאי 11-16 בישראל

שיר בן יעיש, ריקי טסלר, מונה בועז, יוסי הראל־פיש, ורד קאופמן־שריקי 35

אפיון חסמים וגורמים המאפשרים ביצוע פעילות גופנית בקרב נשים ערביות מעל גיל 20 בצפון ישראל

רנא חמאדה דראושה, אורנה בראון־אפל 40

קידום בריאות המטופל בבית חולים פסיכיאטרי: צמצום של ריסון מכני והשלכותיו על מוכנותו של צוות סיעוד למקרי אלימות

בת אל יוסף, שיר פקטר, מורן זימן, שלמה מנדלוביץ, ליאת קורן 49

תפיסות וחששות של אנשי צוות רפואי בעת משבר הקורונה: ממצאי מחקר איכותני

קרן דופלט, אסנת בשקין, נדב דוידוביץ, נעם אסנה 58

תקצירים

ערים בריאות ודיווח עצמי על בריאות: עדויות מישראל

דנה בר אילן, יניב ריינגוורץ ואורנה בראון־אפל 68

בחינת הקשר בין הרגלי האכילה, ידע תזונתי אישי ותזונה ים־תיכונית בקרב סטודנטים וסטודנטיות לסיעוד במהלך פנדמיית הקורונה

ג'יזל גרין 69

מיתוג מחדש של ריחוק חברתי לריחוק פיזי: קריאה לשינוי אוצר המילים בקידום בריאות, ולשיפור תקשורת ברורה במהלך פנדמיה

קריסטין סורנסן, אורקן אוקאן, ברברה קונדיליס ודיאן לוין־זמיר 70

שינויים בהתנהגות המעשנים ובכללי העישון בבית, במהלך תקופת הסגר הראשון של COVID-19 בישראל

יעל בר זאב, מיכל שאולי־אהרונוב, חנה לי ויהודה נוימרק 71

השפעת הסגר במגפת הקורונה על פעילות גופנית ועלייה במשקל בקרב בוגרים פעילים בישראל – מחקר רוחב

חורש דור־חיים, שרה קצבורג, פולה רווח, חגי לוין, שרון ברק 72

שירותי בריאות מניעתיים לילדים צעירים בישראל: התפתחות היסטורית ואתגרים עכשוויים

דינה ר צימרמן, ג'ינה ורבוב, נעמי אדלשטיין וחן שטיין־זמיר 73

בפתח המהדורה

שנת 2021 המשיכה את קודמתה בנוכחותה המשמעותית של מגפת COVID-19 ואורח החיים המורכב לצידה. שלא כמו בשנים עברו, למדנו את דרכנו מחדש; תיעלנו את האמצעים העומדים לרשותנו, חזקנו את שיתוף הפעולה שלנו עם גורמי חוץ רבים, נעזרנו בפיתוח טכנולוגיות חדשניות וכלים דיגיטליים והטעמנו מערכות משודרגות.

המשברים האישיים שחווה נפש האדם מהבדידות, האכילה הרגשית והחרדה, מגדילים את מספר הזקוקים לסיוע נפשי, מה שמעצים את הצורך לתת מענה מידי ויעיל לאוכלוסייה זו.

לצד התמודדות עם קידום בריאות בעת משבר, נמשכת פעילותה האינטנסיבית של המחלקה לחינוך ולקידום הבריאות בשירותי בריאות הציבור, יחד איתכם השותפים שלנו, אנו בונים אסטרטגיות ומוציאים לפועל תכניות שבאמצעותם אנו נלחמים במגפות האחרות כמו ההשמנה, חוסר בפעילות גופנית, אורח חיים יושבני, בדידות, ועלייה בשיעור המעשנים.

בהזדמנות זו ברצוני להודות לכולכם על מעורבותכם ותרומתכם לעשייה, ועל הפצת הידע באמצעות כתיבה ופרסום העבודות הנעשות בתחומים השונים.

השנה, יותר משנים אחרות, התקבלו לחיכי פניות רבות של חברות, עמותות ואזרחים הרוצים לתרום מהידע שלהם ולשתף ברעיונות להטמעת אורח חיים בריא. כל פניה מחממת את הלב וממלאת אותו בתחושת הדדיות ואכפתיות. לא נותר אלא להמשיך ולאתגר את עצמנו בחשיבה יצירתית, בחיזוק קשרים עם גורמים שונים ובעשייה מתמדת.

אני רוצה לנצל את ההזדמנות ולהודות לצוות הנפלא העוסק בעריכת כתב העת והוצאתו לפועל – ד"ר ריקי טסלר, ניבה בסודו מנור ודלית דנן.

בריאות לרוב,

ד"ר אפרת אפללו

מנהלת המחלקה לחינוך ולקידום הבריאות, ראש דסק חינוך

שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות

דבר העורכות

עם פרוס שנת תשפ"ב יוצא לאור גיליון מספר תשע של **קידום בריאות בישראל**.

בגיליון זה שבעה מאמרים המביאים בפניכם ידע חדש ועדכני על סוגיות שונות בקידום בריאות בישראל. כמחציתו של גיליון זה מביא מחקרים אודות התמודדות בקרב אנשי מקצוע והאוכלוסייה הכללית במהלך משבר הקורונה. בנוסף, גיליון זה מציג מחקרים העוסקים בבריאות גוף ונפש בגילאים הצעירים והמבוגרים. מאמרים אלו בשפה העברית מאפשרים לסטודנטים ולעוסקים בתחומי בריאות הציבור להרחיב את הידע, לחזק ולחדש את הקיים, בסוגיית אורחות חיים בכלל ואורח חיים פעיל בפרט.

בנוסף למאמרים המקוריים, בכתב העת תמצאו תרגום של תקצירי מאמרים שפורסמו במקור באנגלית, של מספר כותבים מובילים בתחום, במגוון נושאי קידום בריאות בישראל, הפעם נתנו דגש לקידום בריאות בזמן קורונה.

כתב העת "קידום בריאות בישראל" מסייע לסטודנטים רבים להיחשף לתחום קידום בריאות מהיבטיו השונים, כולל תוכניות התערבות והערכתן, לשיפור ושינוי התנהגות בקרב אוכלוסיות מגוונות. בנוסף, אנו עדות לציבור רחב המבקש לעשות שימוש בתכני כתב העת לצורכי ידע, עבודה וכלים להתפתחות מקצועית. כתב העת מס' 8 הורד מהרשת כ־20,000 פעם, ופנינו לחשיפה גדולה ורחבה יותר.

כתב העת **קידום בריאות בישראל** יוצא באופן קבוע פעמיים בשנה: גיליון ספטמבר וגיליון פברואר, במתכונת של גישה פתוחה [Open access] באתר המקוון של משרד הבריאות ובנוסף מהדורה מודפסת. כתב העת יוצא לאור ביוזמת המחלקה לחינוך וקידום בריאות במשרד הבריאות, מוכר על ידי המל"ג לצרכי קידום אקדמי ואישורו הרשמי בפתיחת כתב העת [ISSN: 2707-0042].

תודה מיוחדת לגב' דלית דנן על ההפקה המקצועית.

לקראת השנה החדשה אנו רוצות להודות לחברי הסגל והסטודנטים מהאוניברסיטאות והמכללות השונות על תרומתכם הרבה לקידום כתב העת היחיד והייחודי בארץ בתחום קידום בריאות:

בברכת שנה טובה!
בריאות, אושר, צמיחה והצלחה

ד"ר ריקי טסלר, עורכת מדעית • ניבה מנור, עורכת משנה
כתב העת "קידום בריאות בישראל"

הקשר בין שימוש בהוראה מרחוק לבין לחץ, חוסן מקצועי, מסוגלות מקצועית ותפיסת מדיניות בית ספרית בקרב מורי החינוך הגופני במהלך מגפת COVID-19

רונית בן אמוץ[1], ג'יזל גרין[2], גילי יוסף[3], שרון לוי[4], ניבה מנור[5], שייקה הוצלר[6], ריקי טסלר[1]

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

[2] המחלקה לסיעוד, בית־הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל

[3] הפקולטה למדעים, סמינר הקיבוצים

[4] בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה

[5] המחלקה לקידום בריאות, משרד הבריאות

[6] המכללה האקדמית וינגייט

תקציר

רקע: בעקבות מגפת COVID-19, מערכות החינוך בישראל כמו העולם כולו, מתמודדות עם משימת החינוך. למגפה הייתה השפעה ניכרת על החינוך בכלל ועל לימודי החינוך הגופני בפרט. ריחוק חברתי, הגבלות הסגר וצורך למענה פדגוגי לשיעורי חינוך גופני מרחוק, אילצו את המורים לערוך התאמות ושינויים גדולים במתכונת של תוכנית השיעורים הרגילה, וליישם הוראה יעילה וחדשה של חינוך גופני מרחוק באמצעות כלים טכנולוגיים מגוונים לכל שכבות הגיל.

מטרת המחקר: לבחון את הקשר בין שימוש בהוראה מרחוק במהלך המגפה על רמת לחץ, חוסן מקצועי, מסוגלות מקצועית ותפיסת מדיניות בית ספרית בקרב מורי החינוך הגופני בישראל.

שיטות: 757 מורים ומורות לחינוך גופני, עובדי משרד החינוך בבתי ספר חילוניים, דתיים וערביים שונים, מילאו שאלון מקוון שבדק רמת לחץ, חוסן מקצועי, מסוגלות מקצועית, ניסיון בהוראה ותפיסת מדיניות בית ספרית בנוגע להוראה מרחוק במהלך המגפה.

תוצאות: נמצא כי רמת הלחץ בהוראה מרחוק גבוהה יותר בקרב מורים מהמגזר הערבי בהשוואה למורים מהמגזר היהודי ובקרב מורות בהשוואה למורים. בנוסף, מורות דיווחו על רמת מסוגלות מקצועית גבוהה יותר בהוראה מרחוק לעומת מורים. מורים בעלי חוסן מקצועי גבוה דיווחו על תחושת ניסיון רבה יותר בהוראה מרחוק.

מסקנות המחקר: ממצאי המחקר מצביעים על הצורך בתוכנית התערבות מבוססת הוראה מרחוק לבניית חוסן מקצועי ומסוגלות מקצועית להתמודדות עם מצבי לחץ בעבודה, תוך התחשבות במגזר, במצב משפחתי, בניסיון בהוראה ובמגדר בקרב מורי החינוך הגופני.

מילות מפתח: **הוראה מרחוק, חינוך גופני, לחץ, חוסן מקצועי, תפיסת מדיניות בית ספרית.**

רקע

בחודש מרץ 2020 הכריז ארגון הבריאות הבינלאומי על התפרצותו העולמית של נגיף הקורונה COVID-19, והודיע על מצב חירום לבריאות הציבור. בשל חומרתו והתפשטותו בעולם של הנגיף הוכרז המצב כמגפה גלובלית (1). הפנדמיה השפיעה עמוקות על הכלכלה העולמית. הגבלות בינלאומיות ומקומיות שנועדו לרסן את התפשטות הנגיף השפיעו בכל תחומי החיים: איסור נסיעה, הגבלות על מפגש בין אנשים וכן סגירה של העסקים ושל מערכות החינוך אשר הובילה לביצוע פעילות רבה בתוך הבית. ההגבלות הפכו למצב מתמשך ובכך

גרמו לשיבוש מערך חינוכי משמעותי, והשפעתן ניכרת בקרב תלמידים ובקרב מורים ברחבי העולם. התפרצות המגפה אילצה מוסדות חינוך רבים – בתי ספר, אוניברסיטאות ומכללות – להפסיק את ההוראה בכיתות בהתראה קצרה. על פי הערכת החוקרים, להתרחקות החברתית השפעה שלילית על הזדמנויות הלמידה (2) עקב הסגרים וההגבלות. מבין המקצועות השונים, לימוד החינוך הגופני היה אחד המקצועות המאתגרים ביותר להוראה מרחוק, מכיוון שמערכי השיעור בבית הספר כוללים אימוני ספורט קבוצתיים אשר מקנים ערכים חברתיים. ההוראה מרחוק אפשרה לימוד ותרגול של כושר גופני בבית עבור התלמידים, אך ללא החלק הערכי־חברתי שהוא חלק אינטגרלי מתוכנית הלימודים השנתית.

בחודש מרץ חלו גם שינויים רבים בתחום החינוך בכלל ובתחום החינוך הגופני בפרט (2). במהלך גל המגפה הראשון עודדו מורי החינוך הגופני פעילות ספורטיבית מחוץ לבית הספר יותר מתמיד, אך עקב סגירת בתי הספר הפכה משימה זו למאתגרת. מורי החינוך הגופני התמודדו עם ההוראה מרחוק, אשר החליפה את ההוראה המקובלת בבתי הספר המתבססת על התנסות אישית ועל תרגול פיזי (3).

בתי ספר ואוניברסיטאות ברחבי העולם אולצו לסגור את שעריהם ולעבור להוראה מרחוק. הוראה מרחוק יכולה להתחלק לשני סוגים: למידה סינכרונית ולמידה א־סינכרונית; השיטה העיקרית בישראל היא למידה סינכרונית, והיא מבוצעת בידי מורים רבים. בסביבת למידה זו התלמידים משתתפים במפגשים בזמן אמת, והאינטראקציות שבין מורים לתלמידים מתרחשות באותו הזמן, אך ממקומות שונים. לעומתה, למידה א־סינכרונית מתרחשת כאשר המורה והתלמידים מתקשרים בזמנים שונים ממקומות שונים. שיטה זו מאפשרת לתלמידים להשלים את לימודיהם בהתאם ללוח זמנים שמתאים להם (4). במהלך מגפת ה־COVID-19 אפשרה הטכנולוגיה מענה מהיר וחדש לאופן הלמידה של האנשים – היכן ומתי – ואף אפשרה ליצור כיתות למידה וירטואליות במטרה לצמצם מפגשים בין מורים לתלמידים עקב ההגבלות. מגפת ה־COVID-19 דחפה את העולם להסתמך לחלוטין כמעט על מערכות חינוך מקוונות (Online Educational Systems), והבחירה בפרדיגמה חינוכית נכונה הפכה להיות קריטית מאוד. למרות החידושים הטכנולוגיים שאפשרו את המשך ההוראה, המעבר הפתאומי ללמידה מרחוק הפך למקור לחץ עבור אנשי החינוך. נסיבות אלה גורמות לנו להבין, שתכנון מראש של תרחישים להוראה מרחוק הוא צורך דחוף למוסדות חינוכיים (2).

תחושת הלחץ של המורה יכול לנבוע מגורמים שונים: עומס יתר בעבודה, ביטחון תעסוקתי, ארגונומיה, קשיי ניהול או שינוי טכנולוגי כזה או אחר (5). לחץ ארגוני, המכונה גם "לחץ מקצועי", הוא היחס בין תנאי העבודה לאדם העובד בסביבה שבה דרישת העבודה עולה על כישוריו של העובד (6). בעולם ההוראה מצב של לחץ בעבודה מתרחש כאשר מורים חשים כי דרישות העבודה חורגות מן היכולת לנהלן (7). מחקר מצא, שמורים המדווחים על עומס גבוה בעבודה עלולים לסבול מלחץ דם ומקצב לב מוגבר בערב בהשוואה למורים המדווחים על עומס עבודה נמוך, מה שמרמז על אי־היכולת להירגע לאחר העבודה. חשוב להבין, שלטווח ארוך מצב כזה עשוי להיות גורם סיכון דומיננטי ליתר לחץ דם ולמחלות לב וכלי דם (8).

מצב חירום חינוכי גורם לרגשות שליליים בקרב הצוות החינוכי, ובכלל זה מתח, חרדה, עצב ובדידות (9). אחד המקצועות המאתגרים ללמידה מרחוק הוא מקצוע החינוך הגופני, שהוראתו טרם עידן ה־COVID-19 התבצעה באופן מוחלט כמעט בהוראת פנים אל פנים ומצריכה נוכחות פיזית של הלומדים ושל המורה לצורך הכוונה אישית והדגמה. מקורות הלחץ של המורים התרבו עם הופעת פנדמיית COVID-19. המצב תואר כמצב חירום מקוון, והתגובה המהירה הייתה מעבר מיידי להוראה מרחוק. המהירות שבה התרחש המעבר להוראה מקוונת הייתה חסרת תקדים. אנשי התמיכה לא יכלו להציע תמיכה מיטבית עבור המורים במצב החירום הנוכחי, והיה צריך לאלתר פתרונות מהירים בנסיבות אידיאליות פחות.

מאז פרוץ המגפה דיווחו מורי החינוך הגופני על קשיים בהוראת המקצוע ועל מאמץ אדיר בהעלאת המוטיבציה והנכונות לפעילות גופנית בקרב הלומדים במתכונת ההוראה המקוונת (10). כמו כן, אי־הוודאות באשר לעתיד, השאלה מתי המצב יחזור לקדמותו והריחוק החברתי והפיזי גרמו למורים לעבוד תחת לחץ שניתן להגדירו כטראומתי (11). במחקר שנערך בקרב מורים בכלל המקצועות נמצא, כי הגורמים המשמעותיים שעוזרים להתמודד עם חרדה ממשבר הקורונה הם חוסן מקצועי

ורווחה נפשית, ולפיכך יש צורך להתמקד במאמצים למציאת דרכים להגדילם (9).

חוסן מקצועי הוא האיזון בין שני כישורים שונים – כושר הסתגלות ותעוזה. אנו מפתחים כישורים אלה במהלך חיינו כאשר אנו מתמודדים ומתגברים על אתגרים שאיימו עלינו. חוסן מקצועי הוא המפתח לניווט בחיים ולצמיחה אישית וסיפוק. האיגוד הפסיכולוגי האמריקני מגדיר חוסן מקצועי כתהליך של קפיצה חזרה מחוויות קשות והסתגלות טובה לנוכח מצוקה, טראומה, טרגדיה, איומים או מקורות לחץ משמעותיים. החשיבות של המושג חוסן מקצועי נגזרת מן היכולת להגיב ביעילות להתרחשות פתאומית (15). יתר על כן, מחקרים מראים כי חוסן מקצועי מגן מפני תסמיני דיכאון והפרעות נפשיות, מכיוון שהוא מעניק לאנשים את היכולת להתמודד בצורה יעילה יותר עם לחץ. חוסן מקצועי הוא היכולת להמשיך ולהתאושש נפשית במהירות וביעילות

מול מצוקה, וישנו קשר הדוק בין היכולת להמשיך הלאה ולהתחבר לתחושה חזקה של ייעוד, של מסוגלות עצמית ושל מוטיבציה (12).

המגפה העולמית מביאה קבוצה מסוימת של קשיים: חששות בריאותיים, התרחקות חברתית ופיזית, מגבלות נסיעה, גבולות סגורים, מחסור בצרכים יומיומיים ובשירותים מקומיים ואי־ודאות בשאלה מתי החיים יחזרו למצב שגרה. הזמן שחולף הופך בעצמו ללחץ שמאתגר את יכולתם של אנשים להתמיד בתנאים המתוארים כמצב הטראומטי (13). במחקר אחר נמצא, כי מורים שעבדו בתנאים מלחיצים שנגרמו בעקבות שינויים ארגוניים, רמת המסוגלות המקצועית שלהם בעת התמודדות עם שינויים ארגוניים מנבאת תסמיני שחיקה מקצועית (14). העברת המיקוד ממתח ומשחיקה של מורים להעלאת החוסן המקצועי והמסוגלות המקצועית בקרב מורים מספקת אפשרות להבנת הדרכים שבהן המורים מנהלים ומתחזקים את המוטיבציה ואת המחויבות שלהם בתקופה של שינוי.

ישנם מחקרים שהראו כי מורים בעלי רמה גבוהה של מסוגלות מקצועית חווים רמות שביעות רצון גבוהות, רמות נמוכות יותר של מתח הקשור לעבודה, וכי הם דיווחו על פחות קשיים בהתמודדות עם התנהגות בעייתית של התלמידים (15). עובדים המעורבים בעבודה חווים לעיתים קרובות רגשות חיוביים, ובכלל זה אושר, שמחה, עניין והתלהבות. סביר להניח שאנשים יהיו בדרך כלל מרוצים מעבודתם כאשר הם מרגישים כשירים לבצע את משימותיהם בעבודה. אנשים בעלי מסוגלות מקצועית גבוהה מאמינים ביכולתם לבצע משימה בהצלחה, להגדיר לעצמם יעדים מאתגרים יותר, להשקיע יותר, להתמיד זמן רב יותר ולהתמודד טוב יותר עם חוויות כושלות לעומת אנשים בעלי מסוגלות מקצועית נמוכה. כמו כן נמצא, שמורים בעלי רמות גבוהות יותר של מסוגלות מקצועית דיווחו על פתיחות כלפי ניסיונות חדשים ואף על תחושת יעילות חזקה יותר (16).

מטרת המחקר

מטרת המחקר הנוכחי היא לבחון את הקשר בין שימוש בהוראה מרחוק במהלך המגפה על רמת לחץ, חוסן מקצועי, מסוגלות מקצועית ותפיסת מדיניות בית ספרית בקרב מורי החינוך הגופני בישראל.

לפיכך השערות המחקר:

1. יימצאו הבדלים בקרב נשים וגברים במשתנה "לחץ" באופן שרמת הלחץ בקרב נשים תהיה גבוהה יותר מאשר בקרב גברים בזמן המגפה.
2. יימצאו הבדלים בין מגזר ובין זרם בחינוך, כך שבבתי ספר ששייכים למגזר הערבי רמת הלחץ תהיה גבוהה יותר לעומת בית ספר ששייכים למגזר היהודי (הזרם הממלכתי והממלכתי־דתי).
3. יימצאו הבדלים בין מורים נשואים למורים שאינם נשואים ברמות הלחץ וברמת מסוגלות מקצועית באופן ש:
   א. נשואים יפגינו יותר לחץ מאשר לא־נשואים;
   ב. נשואים יפגינו מסוגלות מקצועית גבוהה יותר לעומת לא־נשואים בזמן הקורונה.
4. יימצאו הבדלים בקרב נשים וגברים במשתנים "חוסן מקצועי" ו"מסוגלות מקצועית" באופן ש:
   א. גברים יפגינו חוסן מקצועי גבוה יותר מאשר נשים;
   ב. נשים יפגינו מסוגלות מקצועית גבוהה יותר מאשר גברים.
5. רמת החוסן המקצועי בקרב מורים בעלי תואר שני ומעלה תהיה גבוהה יותר לעומת מורים בעלי השכלה נמוכה יותר.
6. משתני רקע, לחץ לפני הקורונה של המורה, חוסנו האישי, תפיסת מדיניות בית ספרית וניסיון בהוראה מרחוק ינבאו לחץ ומסוגלות מקצועית במהלך הקורונה.

שיטות

הליך המחקר

במחקר התבצעה דגימת נוחות של 757 מורים מתוך רשימת מורים לחינוך גופני מרחבי הארץ המשתייכים לבתי ספר יסודיים, לחטיבות הביניים ולתיכונים בחינוך הרגיל ובחינוך המיוחד בבתי הספר. את הרשימה סיפק משרד החינוך. הסקר ניתן למורי חינוך גופני בעלי ותק של שנה ומעלה בהוראה אשר הביעו את הסכמתם להשתתף במחקר. נשלח סקר מקוון למילוי עצמי, שהוא אנונימי ונתון לבחירתו של המורה ולשיקול דעתו בלבד. המחקר נערך במהלך ארבעה חודשים, החל מדצמבר ועד אפריל 2020, שבמהלכם הוטלו שני סגרים בשל מגפת הקורונה.

שיטת הדגימה וגודל המדגם

התבצעה דגימת נוחות מתוך רשימת המורים לחינוך גופני המלמדים בבתי הספר בישראל. המורים משתייכים לבתי ספר בחינוך הרגיל ובחינוך המיוחד. המשתתפים הם מורים לחינוך גופני העונים על קריטריון ההכללה במחקר (כלומר מלמדים מעל שנה בבתי הספר) ושהסכימו להשתתף במחקר.

גודל המדגם: על פי נתוני משרד החינוך ישנם כ־8,000 מורים לחינוך גופני. גודל המדגם יחושב על בסיס הנתונים הבאים:

Confidence level=95%

Proportion of the population with the attribute = 50%
Sampling error = .044 (±4.4%)

בהתבסס על נתונים אלו, גודל המדגם המחושב הוא מינימום 467 מורים לדגימה.

משתתפים

במחקר השתתפו 757 מורים לחינוך גופני מרחבי הארץ, מתוכם 258 מורים ו־499 מורות. המורה הצעיר ביותר הוא בן 21 והמבוגר ביותר הוא בן 69 (*M*=44.1, *SD*=10.3), ושנות הוותק נעות בין 1 ל־45 (*M*=17.5, *SD*=11.1). רוב המורים הם נשואים או בזוגיות (81.0%), והשאר רווקים (11.1%), גרושים (7.3%) או אלמנים (0.6%). לרובם יש ילדים בבית (63.5%), ומספר הילדים בבית נע בין 1 ל־14 (M=2.4, SD=1.3) וגילם נע משנתם הראשונה כתינוקות ועד גיל 26. השכלת המורים מגוונת: חלק קטן מהמורים הם בדרגת מורה בכיר (21, 2.8%), הרוב בעלי תואר ראשון (404, 53.4%), תואר שני (324, 42.9%), או תואר שלישי (8, 0.9%). רוב המורים היו יהודים (651, 86.1%), ומיעוטם היו מוסלמים (71, 9.5%), נוצרים (18, 2.3%) או דרוזים (15, 2.1%). נוסף על כך, רוב המורים הגדירו את עצמם כחילוניים (445, 58.8%), חלקם הגדירו את עצמם כמסורתיים (174, 23.0%), ומיעוטם הגדירו את עצמם כדתיים (98, 13.6%), כחרדיים (22, 2.9%) או כאחרים (15, 1.7%).

כלי מחקר

המשתנים הבלתי־תלויים:

1. **מאפייני רקע – מאפיינים חברתיים־דמוגרפיים** הם כוללים משתנים כמו מגדר, שנות ותק, סוג בית הספר (יסודי, חטיבת ביניים, תיכון), מגזר, זרם בחינוך, רמת דתיות, גיל, השכלה ומצב משפחתי.
2. **הטמעת הנחיות מדיניות משרד החינוך, ברמת בית הספר, בנוגע לשימוש בהוראה מקוונת.** הנחיות אלה נמדדו באמצעות שאלות מתוך סקר "[EUFAPA] Physical Education through COVID-19". כך למשל: "במקום העבודה שלי יש הנחיות ברורות בנוגע לשימוש בתקשורת מרחוק בהוראה מקוונת"; סקאלת התשובות נעה מ־1=בכלל לא מסכים עד 5=מסכים מאוד.
3. **שימוש באמצעי תקשורת להוראה מרחוק.** השימוש נמדד באמצעות השאלות מתוך סקר EUFAPA חינוך גופני במהלך חינוך גופני במהלך COVID-19. דוגמא לשאלה: "באילו אמצעי תקשורת אתה משתמש, על בסיס יומיומי, כדי לתקשר עם תלמידים וקולגות?" ושאלה נוספת: "באילו אמצעי תקשורת אתה משתמש להוראה מקוונת בשיעורי חינוך גופני?"

בסקר נאספו נתונים גם בנוגע למשתנים התלויים:

1. **לחץ.** מדד לחץ (17) כולל 12 פריטים, ונמדד בעזרת סולם ליקרט בן 5 דרגות: 1=מתאר תחושת לחץ חלשה, 5=מתאר תחושת לחץ חזקה ואילו 3=מתאר אדישות.
2. **תפיסת מדיניות ביה"ס בנוגע להוראה מרחוק.** המשתתפים התבקשו להגיב בנוגע לשני היגדים (פריטים 1 ו־2) שנלקחו מתוך סקר EUFAPA, חינוך גופני במהלך COVID-19, אשר עסקו בהדרכה ובהנחיות שניתנו מבית הספר בנוגע להוראה מרחוק ולתקשורת מרחוק. כך למשל: "במקום העבודה שלי יש הנחיות ברורות בנוגע לשימוש בתקשורת להוראה מרחוק"; 1=בכלל לא מסכים, 5=מסכים מאוד. המהימנות הפנימית שנמצאה לפריטים אלו היא אלפא קרונבאך α=0.70.
3. **ניסיון בהוראה מרחוק.** משתתפי המחקר התבקשו להגיב בנוגע לחמישה היגדים, כך למשל להיגד "התקשורת מרחוק עם התלמידים שלי עובדת באותה מידה כמו תקשורת פנים אל פנים". המהימנות הפנימית שנמצאה לפריטים אלו היא אלפא קרונבאך α=0.76.
4. **מסוגלות מקצועית בהוראה מרחוק.** כדי לבדוק את מסוגלות המשתתפים לשימוש בהוראה מרחוק התבקשו המשתתפים לענות על 11 היגדים שעוסקים במסוגלות מקצועית, כך למשל "מאוד חשוב שאצליח להעביר תכנים בחינוך הגופני באמצעות ההוראה המקוונת", תוך שימוש בסולם ליקרט בן 5 דרגות, הנע מ־1=מאוד לא מסכים ועד 5=מסכים מאוד. השאלון עבר בדיקות במחקרים שונים ונמצא בעניינו תוקף תוכן ותוקף ניבוי גבוה (18). השאלון נלקח מה־HBSC Health Behavior in School-aged Children,) (Principal Questionnaire 2020 המהימנות הפנימית שנמצאה בשאלון היא אלפא קרונבאך α=0.77.
5. **חוסן מקצועי.** כדי לבדוק את החוסן המקצועי של המשתתפים הם התבקשו לענות על 6 היגדים משאלון Brief Resilience Scale – BRS, הכולל שישה פריטים בסולם ליקרט בן 5 דרגות, הנע מ־1=מאוד לא מסכים ועד 5=מסכים מאוד. כך למשל: "קשה לי להתגבר על אירועי דחק"; "קשה לי להתגבר כשקורה דבר רע" (19). המהימנות הפנימית שנמצאה בשאלון היא אלפא קרונבאך α=0.80.

ניתוח הנתונים

ניתוח סטטיסטי נערך באמצעות תוכנת Statistical) SPSS Package for the Social Sciences), גרסה 21.0. נערכו

הניתוחים הסטטיסטיים הבאים: מבחני מהימנות פנימית למשתני השאלון, מבחני t למדגמים בלתי־תלויים, ניתוח שונות חד־כיווני (ANOVA) וניתוח post hoc מסוג Scheffe. כמו כן בוצעו קורלציות מסוג פירסון ורגרסיות היררכיות בצעדים.

תוצאות

הבדלים במשתני המחקר על פי המגדר

על מנת לבחון אם ישנם הבדלים בין נשים לגברים במשתני המחקר המרכזיים נערכו מבחני t לשני מדגמים בלתי־תלויים. מעיון בלוח 1 ניתן לראות כי המסוגלות המקצועית גבוהה יותר באופן מובהק בקרב נשים בהשוואה לגברים, כי הלחץ במהלך הקורונה גבוה יותר באופן מובהק בקרב נשים בהשוואה לגברים וכי החוסן המקצועי גבוה יותר באופן מובהק בקרב גברים בהשוואה לנשים.

הבדלים במשתני המחקר בין מגזר וזרם בחינוך (ממלכתי, ממלכתי דתי וערבי)

על מנת לבחון אם ישנם הבדלים בין שלושת סוגי בתי הספר לפי מגזר וזרם בחינוך (ממלכתי, ממלכתי דתי וערבי) במשתני המחקר המרכזיים נערכו ניתוחי שונות חד־כיווניים. מעיון בלוח 2 ניתן לראות כי נמצאו הבדלים מובהקים בין מגזר וזרם בחינוך רק במידת הלחץ, לפני הקורונה ובמהלך הקורונה. בניתוחי המשך מסוג Scheffe נמצא, כי מידת הלחץ בקרב משתתפים במגזר הערבי גבוהה באופן מובהק ממידת הלחץ בקרב משתתפים במגזר היהודי, בזרם הממלכתי והממלכתי דתי.

לוח 1: **הבדלים בין נשים לגברים במשתני המחקר**

משתנה	מגדר	n	M	SD	t (755)
מסוגלות מקצועית	זכר	258	3.41	0.66	***t (755) =-4.74
	נקבה	499	3.64	0.61	
לחץ במהלך הקורונה	זכר	258	5.77	2.63	*t (755)=-2.24
	נקבה	499	6.21	2.58	
תפיסת מדיניות בית ספרית	זכר	258	3.62	1.02	t (755)=-0.54
	נקבה	499	3.66	1.08	
ניסיון	זכר	258	2.86	0.80	t (755)=-1.84
	נקבה	499	2.97	0.80	
חוסן מקצועי	זכר	258	3.75	0.69	***t (755)=3.51
	נקבה	499	3.55	0.73	
לחץ לפני הקורונה	זכר	258	4.02	2.42	t (755)=-1.05
	נקבה	499	4.21	2.42	

* p<.05; ** p<0.01; *** p<.001

הבדלים במשתני המחקר על פי המצב המשפחתי

על מנת לבחון אם ישנם הבדלים בין נשואים לבין לא־נשואים במשתני המחקר המרכזיים נערכו מבחני t לשני מדגמים בלתי־תלויים. מעיון בלוח 3 ניתן לראות, כי המסוגלות המקצועית והניסיון גבוהים יותר באופן מובהק בקרב לא־נשואים בהשוואה לנשואים וכי הלחץ במהלך הקורונה גבוה יותר באופן מובהק בקרב נשואים בהשוואה ללא־נשואים.

לוח 2: **הבדלים בין המגזרים במשתני המחקר**

משתנה	מגזר וזרם בחינוך	n	M	SD	F (2,711)
מסוגלות מקצועית	ממלכתי	533	3.60	0.61	F (2,711)=2.55
	דתי	106	3.54	0.63	
	ערבי	75	3.43	0.69	
לחץ במהלך הקורונה	ממלכתי	533	6.00	2.59	**F (2,711)=6.34
	דתי	106	5.52	2.71	
	ערבי	75	6.89	2.23	
תפיסת מדיניות בית ספרית	ממלכתי	533	3.64	1.05	F (2,711)=0.43
	דתי	106	3.75	1.03	
	ערבי	75	3.69	1.09	
ניסיון בהוראה מרחוק	ממלכתי	533	2.96	0.78	F (2,711)=0.83
	דתי	106	2.86	0.88	
	ערבי	75	2.90	0.77	
חוסן מקצועי	ממלכתי	533	3.61	0.74	F (2,711)=0.36
	דתי	106	3.56	0.69	
	ערבי	75	3.66	0.70	
לחץ לפני הקורונה	ממלכתי	533	4.06	2.35	**F (2,711)=5.25
	דתי	106	3.80	2.40	
	ערבי	75	4.92	2.77	

* p<.05; ** p<0.01; *** p<.001.

לוח 3: **הבדלים בין נשואים לבין לא־נשואים במשתני המחקר**

משתנה	מצב משפחתי	n	M	SD	t (755)
מסוגלות מקצועית	לא־נשוי	144	3.67	0.65	*t (755)=2.21
	נשוי	613	3.54	0.63	
לחץ במהלך הקורונה	לא־נשוי	144	5.56	2.70	*t (755)=-2.56
	נשוי	613	6.18	2.57	
תפיסת מדיניות בית ספרית	לא־נשוי	144	3.68	1.08	t (755)=0.42
	נשוי	613	3.64	1.05	
ניסיון	לא־נשוי	144	3.06	0.76	*t (755)=2.07
	נשוי	613	2.90	0.81	
חוסן מקצועי	לא־נשוי	144	3.66	0.70	t (755)=0.68
	נשוי	613	3.61	0.73	
לחץ לפני הקורונה	לא־נשוי	144	4.31	2.36	t (755)=0.89
	נשוי	613	4.11	2.43	

* p<.05; *** p<.001.

לוח 4: הבדלים בין מורים בכירים ובעלי תואר ראשון לבין בעלי תואר שני או שלישי במשתני המחקר

משתנה	השכלה	n	M	SD	t(755)
מסוגלות מקצועית	עד תואר ראשון	425	3.52	0.66	t(755)=-1.81
	תואר שני ושלישי	332	3.61	0.61	
לחץ במהלך הקורונה	עד תואר ראשון	425	6.10	2.57	t(755)=0.51
	תואר שני ושלישי	332	6.01	2.64	
תפיסת מדיניות בית ספרית	עד תואר ראשון	425	3.65	1.09	t(755)=0.17
	תואר שני ושלישי	332	3.64	1.02	
ניסיון	עד תואר ראשון	425	2.92	0.80	t(755)=-0.31
	תואר שני ושלישי	332	2.94	0.80	
חוסן מקצועי	עד תואר ראשון	425	3.56	0.72	t(755)=-2.51*
	תואר שני ושלישי	332	3.69	0.72	
לחץ לפני הקורונה	עד תואר ראשון	425	4.18	2.41	t(755)=0.42
	תואר שני ושלישי	332	4.10	2.43	

* $p<.05$

הבדלים במשתני המחקר על פי ההשכלה

על מנת לבחון אם ישנם הבדלים בין משתתפים במשתנה השכלה עם משתני המחקר המרכזיים נערכו מבחני t לשני מדגמים בלתי־תלויים. מעיון בלוח 4 ניתן לראות, כי בקרב משתתפים בעלי תואר שני או שלישי החוסן המקצועי גבוה יותר בהשוואה למשתתפים בעלי תואר ראשון או תואר מורה בכיר.

מתאמים בין משתני המחקר

על מנת לבדוק אם ישנם מתאמים בין משתני המחקר השונים נערכו מתאמי פירסון. מעיון בלוח 5 ניתן לראות, כי נמצאו מתאמים מובהקים בין המסוגלות המקצועית לבין הלחץ במהלך הקורונה, החוסן המקצועי, הניסיון בהוראה מרחוק ותפיסת המדיניות הבית ספרית.

הוותק והמצב הבריאותי. כלומר, ככל שהמצב הבריאותי טוב יותר, ככל שהמשתתף צעיר יותר, ככל שהחוסן המקצועי גבוה יותר, ככל שהניסיון רב יותר, ככל שתפיסת המדיניות הבית ספרית חיובית יותר וככל שהלחץ במהלך הקורונה נמוך יותר – כך המסוגלות המקצועית גבוהה יותר. נמצאו מתאמים מובהקים בין מידת הלחץ במהלך הקורונה לבין תפיסת המדיניותהבית ספרית, הניסיון בהוראה מרחוק, החוסן המקצועי, הלחץ לפני הקורונה, הוותק והמצב הבריאותי. כלומר, ככל שהמצב הבריאותי טוב פחות, ככל שהמשתתף ותיק יותר, ככל שהלחץ לפני הקורונה היה רב יותר, ככל שהחוסן המקצועי נמוך יותר, ככל שהניסיון מועט יותר וככל שתפיסת המדיניות הבית ספרית שלילית יותר – כך הלחץ במהלך הקורונה רב יותר.

כמו כן נמצאו מתאמים מובהקים בין תפיסת המדיניות לבין הניסיון והחוסן המקצועי. כלומר, ככל שהחוסן המקצועי רב יותר והניסיון בהוראה מרחוק רב יותר – כך תפיסת המדיניות הבית ספרית חיובית יותר. נמצאו מתאמים מובהקים בין הניסיון לבין החוסן המקצועי והוותק. כלומר, ככל שהמשתתף ותיק פחות וככל שהחוסן המקצועי רב יותר – כך הניסיון רב יותר. נמצאו מתאמים מובהקים בין החוסן המקצועי לבין הלחץ לפני הקורונה והמצב הבריאותי. כלומר, ככל שהמצב הבריאותי טוב יותר והלחץ לפני הקורונה היה חלש יותר – כך החוסן המקצועי רב יותר. לבסוף, נמצאו מתאמים מובהקים בין המצב הבריאותי לבין הלחץ לפני הקורונה והוותק. כלומר ככל שהמשתתף היה ותיק יותר, הלחץ לפני הקורונה היה רב יותר והמצב הבריאותי טוב פחות.

ניבוי לחץ ומסוגלות מקצועית באמצעות משתני רקע, חוסן מקצועי, תפיסת מדיניות בית ספרית, ניסיון ולחץ לפני הקורונה של המורה

על מנת לנבא את הלחץ במהלך הקורונה ואת המסוגלות המקצועית באמצעות משתני המחקר נערכו שתי רגרסיות היררכיות נפרדות, אך דומות. בצעד הראשון נכנסו לרגרסיה המשתנים הדמוגרפיים השונים: מגזר (שני משתני דמי), המגדר (1=זכר, 0=נקבה), הוותק, המצב המשפחתי (1=נשוי,

לוח 5: מתאמים בין משתני המחקר

משתנה		1	2	3	4	5	6	7
מסוגלות מקצועית	1							
לחץ במהלך הקורונה	2	-.17***						
תפיסת מדיניות בית ספרית	3	.32***	-.20***					
ניסיון בהוראה מרחוק	4	.57***	-.25***	.35***				
חוסן מקצועי	5	.09*	-.16***	.10**	.08*			
לחץ לפני הקורונה	6	-.05	.48***	-.05	-.06	-.23***		
ותק	7	-.08*	.08*	-.06	-.08*	.04	-.01	
מצב בריאותי	8	.10**	-.09*	.06	.07*	.16***	-.08*	-.22***

* $p<.05$; ** $p<0.01$; *** $p<.001$.

0=לא־נשוי), המצב הבריאותי וההשכלה (1=תואר שני או שלישי, 0=מורה בכיר או תואר ראשון). בצעד השני נכנס לרגרסיה החוסן המקצועי. בצעד השלישי נכנסו לרגרסיה תפיסת המדיניות הבית ספרית והניסיון בהוראה מרחוק של המורה בהוראה מרחוק. בצעד הרביעי נכנסה לרגרסיה תחושת הלחץ שלפני הקורונה.

מעיון בלוח 6 ניתן לראות כי בניבוי הלחץ במהלך הקורונה כל הצעדים נמצאו מובהקים. בצעד הראשון נמצאו המגזר הערבי, המגדר והמצב המשפחתי מובהקים; בצעד השני נמצא החוסן המקצועי מובהק. בצעד השלישי נמצאו תפיסת המדיניות הבית ספרית והניסיון בהוראה מרחוק מובהקים; ואילו בצעד הרביעי נמצא הלחץ שלפני הקורונה מובהק, והחוסן המקצועי כבר לא נמצא מובהק. כלומר, ככל שהחוסן המקצועי נמוך יותר, תפיסת המדיניות הבית ספרית שלילית יותר, הניסיון מועט יותר והלחץ שלפני הקורונה היה רב יותר – כך הלחץ במהלך הקורונה רב יותר. כמו כן, הלחץ גבוה יותר בקרב משתתפים במגזר הערבי בהשוואה למשתתפים במגזר היהודי, הלחץ גבוה יותר בקרב נשים בהשוואה לגברים ובקרב נשואים בהשוואה ללא־נשואים.

בניבוי המסוגלות המקצועית נמצאו שלושת הצעדים הראשונים מובהקים; בצעד הראשון נמצאו המגדר, הוותק, המצב המשפחתי וההשכלה מובהקים; בצעד השני נמצא החוסן המקצועי מובהק, והמצב המשפחתי כבר לא נמצא מובהק; בצעד השלישי נמצאו תפיסת המדיניות הבית ספרית והניסיון בהוראה מרחוק מובהקים, אך החוסן המקצועי והוותק כבר לא נמצאו מובהקים; בצעד הרביעי הלחץ לפני הקורונה לא נמצא מובהק. כלומר, ככל שהמשתתף ותיק פחות, בעל חוסן מקצועי רב יותר, תפיסת המדיניות הבית ספרית חיובית יותר, ויש לו יותר ניסיון בהוראה מרחוק – כך תחושת המסוגלות המקצועית שלו גבוהה יותר. כמו כן, המסוגלות המקצועית גבוהה יותר בקרב נשים בהשוואה לגברים, בקרב לא־נשואים בהשוואה לנשואים, ובקרב בעלי תואר שני ושלישי בהשוואה לבעלי תואר ראשון או מורים בכירים.

דיון

מטרתו של המחקר הנוכחי הייתה לספק תמונת מצב על חוויות הקשורות בעבודה של מורים לחינוך גופני במהלך מגפת COVID-19 בישראל, ולבחון כיצד חשו המורים בעקבות השינוי והמעבר להוראה מרחוק, וכן על רמת הלחץ, החוסן המקצועי והמסוגלות המקצועית. במחקר עלו כמה ממצאים חשובים.

השערה מס' 1 הייתה, שיימצאו הבדלים בקרב גברים ונשים במשתנה "לחץ" באופן שרמת הלחץ בקרב נשים תהיה גבוהה יותר בזמן המגפה. השערה זו אוששה, ונמצא כי מורות לחינוך גופני דיווחו על רמת לחץ גבוהה יותר באופן מובהק בהשוואה למורים לחינוך גופני. במחקר הנוכחי רמת הלחץ קשורה לשינוי הפתאומי בדרכי ההוראה, אשר הוביל לתוצאות פסיכולוגיות שליליות בקרב המורים, כגון תחושות דאגה ולחץ הנובעות מעבודתם. הממצא שעלה במחקר שלנו מתכתב עם ממצאים ממחקרים שבחנו מתח הקשור לשינוי בתוכניות הלימודים, והראו שנמצא קשר בין לחץ עבודה כללי יותר של המורים ורמת המסוגלות המקצועית שלהם (20). לאור השינויים בעבודת המורים במהלך המגפה, ניתן לראות שרמת הלחץ הייתה גבוהה במיוחד בקרב מורות לחינוך גופני בהשוואה למורים בתחום. במחקר נוסף דיווחו נשים על אתגרים ניכרים באיזון שבין הבית לעבודה עקב אי־מעורבותם של הגברים בעבודות הבית. אי־המעורבות נובע מנורמות תרבותיות ומהטיות מגדריות שעדיין קיימות (21).

השערה מס' 2 הייתה, שיימצאו הבדלים ברמת הלחץ במשתנה "לאום" באופן שרמת הלחץ תהיה גבוהה יותר במגזר הערבי בהשוואה למגזר היהודי (הזרם הממלכתי והזרם הממלכתי דתי) בזמן המגפה. השערה זו אוששה, וממצאי המחקר מעידים כי המורים לחינוך גופני במגזר הערבי דיווחו על רמת לחץ גבוהה יותר באופן מובהק לעומת המגזר היהודי (הזרם הממלכתי והזרם הממלכתי דתי). אחד ההסברים לממצא זה נעוץ בהבדלים ברקע החברתי־כלכלי ובאי־שוויון ברמת ההישגים הלימודיים בין המגזרים. ההישגים הממוצעים של תלמידים ערבים בישראל נמוכים בהשוואה לאלו של תלמידים יהודים. הפערים שבין תלמידים בחינוך הערבי לתלמידים בחינוך היהודי גדלו בעקבות הסגרים במהלך המגפה, והשפיעו על המצב הכלכלי ועל ההישגים (29). מתוך נתונים אלה ניתן לראות, כי לפני המגפה רמת הלחץ במגזר הערבי בקרב המורים היתה גבוהה ואף גדלה במהלך המגפה.

השערה מס' 3 הייתה, שיימצאו הבדלים בין מורים נשואים ללא־נשואים ברמת הלחץ וברמת המסוגלות המקצועית. מן הממצאים עולה, שישנם הבדלים מובהקים ברמת הלחץ בין נשואים ללא־נשואים במהלך המגפה. נראה כי מורים ומורות נשואים הפגינו רמת לחץ גבוהה יותר לעומת המורים והמורות הלא־נשואים. ממצא זה מתכתב עם התאוריה החברתית של בנדורה (22), שלפיה יש קשר בין גורמים אישיים כמו זוגיות וגורמים סביבתיים כמו מקום עבודה ומקצוע. לחצים הקשורים לעבודה מובילים ככל הנראה לחוסר שביעות רצון כוללת בחיי הנישואים ואף מעלים את רמת הלחץ הכללית. בזמן המגפה הייתה אי־וודאות בנוגע לשאלה מתי המצב יחזור לקדמותו, אשר גרמה למורים לעבוד תחת לחץ שניתן להגדירו כטראומתי (11). יש לציין שמורים ומורות נשואים ניהלו בית

לוח 6: ניבוי הלחץ במהלך הקורונה והמסוגלות המקצועית באמצעות משתני המחקר

משתנים	לחץ במהלך הקורונה			מסוגלות מקצועית		
	B	SE.B.	β	B	SE.B.	β
צעד 1						
מגזר יהודי	-0.467	0.272	-0.064	-0.083	0.065	-0.047
מגזר ערבי	0.991	0.320	0.117**	-0.085	0.077	-0.042
מגדר	-0.644	0.207	-0.117**	-0.200	0.050	-0.152***
ותק	0.014	0.009	0.061	-0.005	0.002	-0.092*
מצב משפחתי	0.618	0.246	0.094*	-0.122	0.059	-0.077*
מצב בריאותי	-0.243	0.138	-0.066	0.055	0.033	0.062
השכלה	-0.221	0.198	-0.042	0.108	0.048	0.086*
R^2			4.8%***			5.7%***
ΔR^2			4.8%***			5.7%***
צעד 2						
מגזר יהודי	-0.490	0.269	-0.067	-0.080	0.065	-0.046
מגזר ערבי	0.992	0.317	0.117**	-0.086	0.077	-0.042
מגדר	-0.525	0.207	-0.096*	-0.218	0.050	-0.165***
ותק	0.017	0.009	0.072	-0.005	0.002	-0.098*
מצב משפחתי	0.550	0.244	0.084*	-0.112	0.059	-0.071
מצב בריאותי	-0.147	0.138	-0.040	0.041	0.033	0.047
השכלה	-0.149	0.197	-0.029	0.098	0.048	0.078*
חוסן מקצועי	-0.549	0.133	-0.154***	0.078	0.032	0.091*
R^2			7.1%***			6.5%***
ΔR^2			2.3%***			0.8%*
צעד 3						
מגזר יהודי	-0.541	0.260	-0.074*	-0.039	0.054	-0.022
מגזר ערבי	1.007	0.306	0.119***	-0.088	0.063	-0.043
מגדר	-0.610	0.200	-0.111**	-0.170	0.041	-0.128***
ותק	0.011	0.009	0.048	-0.003	0.002	-0.047
מצב משפחתי	0.463	0.236	0.071*	-0.061	0.049	-0.039
מצב בריאותי	-0.100	0.134	-0.027	0.018	0.028	0.020
השכלה	-0.141	0.190	-0.027	0.091	0.039	0.073*
חוסן מקצועי	-0.457	0.129	-0.129***	0.037	0.027	0.043
תפיסת מדיניות בית ספרית	-0.288	0.092	-0.117**	0.073	0.019	0.123***
ניסיון בהוראה מרחוק	-0.637	0.123	-0.195***	0.395	0.025	0.504***
R^2			13.6%***			36.6%***
ΔR^2			6.5%***			30.1%***
צעד 4						
מגזר יהודי	-0.402	0.231	-0.055	-0.037	0.054	-0.021
מגזר ערבי	0.555	0.273	0.066*	-0.093	0.064	-0.045
מגדר	-0.533	0.178	-0.097**	-0.169	0.041	-0.128***
ותק	0.012	0.008	0.053	-0.003	0.002	-0.047
מצב משפחתי	0.564	0.209	0.086**	-0.060	0.049	-0.038
מצב בריאותי	-0.040	0.119	-0.011	0.018	0.028	0.021
השכלה	-0.145	0.168	-0.028	0.091	0.039	0.072*
חוסן מקצועי	-0.108	0.117	-0.030	0.041	0.027	0.047
תפיסת מדיניות בית ספרית	-0.266	0.082	-0.108***	0.073	0.019	0.123***
ניסיון בהוראה מרחוק	-0.587	0.109	-0.180***	0.396	0.025	0.504***
לחץ לפני הקורונה	0.480	0.035	0.448***	0.005	0.008	0.019
R^2			32.2%***			36.6%***
ΔR^2			18.6%***			0.0%

* p<.05; ** p<0.01; *** p<.001.

וקריירה במקביל, ונשאו באחריות הכלכלית והמשפחתית בזמן הסגרים. ההתנהלות של הבית ומעבר מקצועי חד להוראה מרחוק הם גורמים משמעותיים לעלייה ברמת הלחץ הכללית בקרב מורים ומורות נשואים בהשוואה למורים ולמורות לא־נשואים. כמו כן, בהשערה מס' 3 צפינו שנישואים ישמשו עוגן נגד הלחץ בזמן המגפה, ושלכן מורים ומורות נשואים יפגינו מסוגלות מקצועית גבוהה יותר לעומת מורים ומורות לא־נשואים בזמן המגפה. השערה זו הופרכה, ונמצא כי המורים והמורות הלא־נשואים דיווחו על מסוגלות מקצועית גבוהה יותר. אחד ההסברים לכך יכול להיות שלמורים ולמורות לא־נשואים היה קל יותר לעשות את המעבר לעבודה מהבית. מורים ומורות לא־נשואים ניצלו את השעות הרבות בבית בזמן הסגרים ללמידה ולהתנסות עם הכלים הטכנולוגיים, ולכן דיווחו על מסוגלות מקצועית גבוהה יותר בעבודה. ממצא זה מתכתב עם המחקר שמצא, שמורים בעלי רמות גבוהות יותר של מסוגלות מקצועית דיווחו על פתיחות לניסיונות חדשים ואף על תחושת יעילות חזקה יותר (16).

השערה מס' 4.א. הייתה, שיימצאו הבדלים בין גברים ונשים במשתנה "חוסן מקצועי". לאור הממצאים במחקר, אוששה ההשערה כי גברים יפגינו חוסן מקצועי גבוה יותר לעומת נשים. אחד ההסברים עשוי להיות שנשים הן חברתיות ומכוונות מערכת יחסים, בעוד שגברים מתמקדים בעצמאות. נשים נחשבות רגישות יותר לבעיות העומדות בפני חברותיהן ובפני משפחתן (23). במהלך הסגרים יצר הריחוק החברתי נתק בין הסביבה החברתית והאינטלקטואלית הרגילה לבין המורה, ועל כן רמת החוסן המקצועי ירדה עקב חוסר באינטראקציות חברתיות בתקופה זו; מכיוון שנשים נחשבות לחברתיות, רמת החוסן המקצועי בקרב המורות ירדה בהשוואה לרמת החוסן המקצועי בקרב מורים. החוסן המקצועי של המורה הוא מבנה יחסי, רב־גוני ודינמי המושפע מיחסים בין־אישיים עם עמיתים לעבודה, עם מנהלים ועם סטודנטים. אף על פי שאמון ואמינות הדדיים נמצאים בלב כל מערכות היחסים הללו, כל אחד מהם ממלא חלק ייחודי ביכולתם של המורים ללמוד, להתפתח וללמד (24). לפיכך, נשים עשויות להיות עמידות פחות ללחצים הקשורים לחברים ולבני משפחה בשל תפקידם החברתי כמטפלים. אם נשים רגישות יותר לבעיות חברתיות, הרי מגפת ה־COVID-19 הייתה מאתגרת במיוחד עבור המורות. אפשרות נוספת היא, שנשים באופן כללי משתמשות באסטרטגיות התמודדות שונות מגברים.

השערה מס' 4.ב. הייתה, שנשים יפגינו מסוגלות המקצועית גבוהה יותר בהשוואה לגברים. נמצא שההשערה אוששה, והמסוגלות המקצועית בקרב נשים הייתה גבוהה באופן מובהק בהשוואה לגברים. במהלך המגפה ייתכן כי מורות גילו מוטיבציה גבוהה ורצון להשקיע מאמצים רבים יותר ממורים למציאת דרכי עבודה ושיטות לימוד חדשות ויצירתיות על מנת לתמוך בתהליך הלמידה מרחוק. מסוגלות מקצועית יכולה לנבא מוטיבציה ושאיפות של מורים לעמוד באתגר ההוראה. עד שנות האלפיים נשלטה טכנולוגיית המחשב בידי גברים. עם זאת מאז תחילת שנות האלפיים גדל דרמטית מספר המחקרים שדיווחו כי הפער בין המינים בשימוש באינטרנט פוחת במהירות. השימוש הגובר על־ידי נשים באינטרנט מוצג כאחד הגורמים לכך שהפער המגדרי המסורתי בסוגיות הקשורות לאינטרנט מצטמצם (25). בתאוריה הקוגניטיבית החברתית של בנדורה מושג המסוגלות המקצועית הוא אחד הגורמים החשובים ביותר המשפיעים על נכונותם ועל יכולתם של אנשים להשתמש בטכנולוגיות מידע חדשות (26). נתונים אלה מתכתבים עם נתוני המחקר הנוכחי, שמראים כי רמת המסוגלות המקצועית בקרב נשים הייתה גבוהה יותר בהשוואה לגברים במהלך המגפה.

השערה מס' 5 הייתה, שככל שרמת ההשכלה של המורים והמורות גבוהה יותר – כך רמת החוסן המקצועי גבוהה יותר. השערה זו אוששה, ונמצא כי מורים ומורות בעלי תואר שני ושלישי דיווחו על רמת חוסן מקצועי גבוהה יותר לעומת בעלי השכלה של עד תואר ראשון. אחד ההסברים לכך הוא, כי במהלך לימודי התארים הגבוהים נרכשו כלים וידע טכנולוגי אשר תרמו לביטחון האישי ולידע האישי והקלו על ההתמודדות עם טכנולוגיית ההוראה מרחוק. נתונים אלה נתמכים על ידי מחקר מבריטניה, ובו הביעו דאגה להשכלת המורים. החוקרים טענו שיש לסייע למורים לעתיד להתמודד עם דרישות ועם שינויים פדגוגיים עתידיים ועם תפקידים ותחומי אחריות חדשים שיופיעו במקצוע, ולהתאים את הלימודים למאה העשרים ואחת (27).

השערה מס' 6 הייתה, שהמשתנים "רקע", "חוסן מקצועי", "תפיסת מדיניות בית ספרית" ו"לחץ לפני הקורונה" ינבאו לחץ ומסוגלות המקצועית במהלך הקורונה. הדיון יתמקד תחילה בלחץ ולאחר מכן במסוגלות מקצועית. באשר ללחץ במהלך הקורונה, נמצאו מתאמים מובהקים בין מידת הלחץ במהלך הקורונה לבין תפיסת המדיניות הבית ספרית, הניסיון בהוראה מרחוק, החוסן המקצועי, הלחץ לפני הקורונה, הוותק והמצב הבריאותי. כלומר, ככל שהמצב הבריאותי טוב פחות, ככל שהמשתתף ותיק יותר, ככל שהלחץ לפני הקורונה היה רב יותר, ככל שהחוסן המקצועי נמוך יותר, ככל שהניסיון בהוראה מרחוק מועט יותר וככל שתפיסת המדיניות שלילית יותר – כך הלחץ במהלך הקורונה רב יותר. המעבר החד

להוראה מרחוק איננו רק אתגר טכנולוגי עבור מורים, אלא גם חושף את מדיניות משרד החינוך במהלך המגפה. תנאי העבודה השתנו, ולחלק מהמורים המעבר מקשה על הסתגלות להוראה מרחוק. הספרות מציעה, כי הבחינה של תפיסות המורים באשר לתנאי העבודה שלהם טומנת בחובה הבנה של הסיבות לתחלופת המורים. במחקר מסוים נטען כי תפיסות חיוביות לגבי התנאים במקום העבודה ניבאו מחויבות חזקה יותר להוראה; פחות בעיות משמעת של תלמידים, יכולות טובות, גיוס מורים ותמיכה מקצועית היו מתואמים עם מורל גבוה של המורים ועם מחויבות לקריירה (28). זאת ועוד, לאור הנתונים ניתן לראות כי מורים בעלי ניסיון רב יותר בהוראה מרחוק דיווחו על תפיסת מדיניות בית ספרית חיובית בהשוואה למורים חדשים יותר. ייתכן שמורים ותיקים יותר הם בעלי יכולת הסתגלות גבוהה יותר, כיוון שהם התנסו במצבים שונים במהלך הקריירה בהשוואה למורה חדש, בניגוד למורים בעלי ניסיון מועט ובעלי חוסן המקצועי נמוך. מחקרים מראים כי חוסן מקצועי מגן מפני תסמיני דיכאון והפרעות נפשיות, מכיוון שהוא מעניק לאנשים את היכולת להתמודד עם לחץ בצורה יעילה יותר (12). כמו כן, לחץ לפני המגפה ניבא את רמת הלחץ בזמן המגפה. נמצא כי במגזר הערבי רמת הלחץ לפני המגפה הייתה גבוהה ואף עלתה בזמן המגפה. נוסף על כך נמצא קשר בין מצב משפחתי ללחץ. נשואים דיווחו על רמת לחץ גבוהה יותר בהשוואה ללא־נשואים, ונשים דיווחו על לחץ גבוה יותר בהשוואה לגברים.

באשר למסוגלות מקצועית במהלך הקורונה, נמצא שככל שתפיסת המדיניות הבית ספרית הייתה חיובית יותר והניסיון בהוראה מרחוק גדול יותר – כך תחושת המסוגלות המקצועית הייתה גבוהה יותר. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם המחקר שהראה כי תפיסתם של עובדים בעלי יכולת עצמית גבוהה היא שהם שולטים במקום העבודה ביעילות, שהדרישות הן אתגרים ושהם שמחים לבצע את המשימה. כמו כן, מסוגלות המקצועית גבוהה יותר נמצאה בקרב לא־נשואים, בקרב נשים ובקרב בעלי תואר שני ושלישי. תחושת המסוגלות המקצועית נחקרה רבות בחינוך, מכיוון שהיא הוכרה כגורם חיוני המשפיע על הישגי התלמידים והתנהגותם.

מסקנות

לממצאים אלה חשיבות רבה למקבלי ההחלטות בנוגע למדיניות בית ספרית ולתכנון תוכניות תמיכה והדרכה למורים ולמורות לחינוך גופני. על מנת לתמוך ולבסס חוסן מקצועי, צריך להשקיע מאמצים כדי לעזור למורים להיות מודעים וערוכים יותר לחוויות שעומדות בפניהם בעת הכניסה למקצוע ההוראה. במחקר נמצא קשר מובהק בין תפיסת מדיניות בית ספרית לבין ניסיון בהוראה מרחוק וחוסן מקצועי. מורים בעלי תפיסת מדיניות בית ספרית חיובית היו בעלי ניסיון רב יותר בהוראה מרחוק ובעלי חוסן מקצועי גבוה יותר. נתונים אלו מצביעים על חשיבות הניסיון בהוראה ועל החשיבות של חוסן מקצועי גבוה. במקום להתייחס לחוסן מקצועי של מורים כאל חלק ממערך של תכונות אישיות, מומלץ שהנהלת בית הספר תעסוק בחשיבה על גורמים פנימיים וחיצוניים המשפיעים על חוסן מקצועי המורים, כך שהם יהיו מוכנים יותר למציאות ההוראה גם במצב חירום. כפי שניתן לראות מנתוני המחקר, יש לטפח חוסן מקצועי בתמיכה מתאימה בבתי ספר באמצעות תוכניות מקצועיות אשר יבטיחו כי הצוות ישמור על יכולתו להיות גמיש, כך שמורי חינוך גופני המלמדים בבתי ספר יהיו מסוגלים להמשיך וללמד במצבים שונים.

ניסיון בהוראה מרחוק ומסוגלות מקצועית גם הם גורמים משמעותיים במהלך המגפה. מורים לחינוך גופני שדיווחו על ניסיון בהוראה מרחוק דיווחו על מסוגלות מקצועית גבוהה יותר, מה שאפשר התמודדות קלה יותר במעבר להוראה מקוונת במהלך הסגרים. מסוגלות מקצועית גבוהה אף מאפשרת הסתגלות טובה יותר לטכנולוגיות חדשות ולשינויים.

תרבות בית ספרית אשר תומכת בשיתוף פעולה ובהשתתפות מורים בקבלת החלטות קשורה למורל גבוה יותר, למחויבות חזקה יותר להוראה ולכוונות להישאר במקצוע. הנהגת בית הספר צריכה לעודד מעורבות מורים בקבלת החלטות, ולמעשה כך מנהלי בתי הספר והמורים מסייעים בשיפור באופן פעיל את סביבת עבודתם.

יש לעודד מורים לדבר בפתיחות על אתגרים ועל קשיים במפגשי תמיכה כדי לאפשר הכוונה וסיוע בעת הצורך. עם זאת הנהלת בית הספר צריכה לאתר מצבי לחץ שעלולים לגרום לשחיקה מקצועית, לחוסן מקצועי נמוך ולמסוגלות מקצועית נמוכה. תמיכה חברתית בין עמיתים באופן מקצועי וגם ברמה האישית מסייעת למורים ללמוד ולהתפתח. תמיכה זו משמשת לשימור רגשותיהם החיוביים בנוגע להוראה, להזין את תחושת הרווחה הסובייקטיבית שלהם ולבניית חוסן מקצועי חזק ושימורו. נראה שמה שחשוב ביותר למורים הוא לעבוד בבית ספר בעל תרבות מקצועית או מחלקתית המשולבת בערכים משותפים וברגשות חיוביים. סביר שיהיה בכך כדי לסייע למורים להיות אנשים יצירתיים יותר, בעלי ידע, גמישים, משולבים חברתית ובריאים.

לממצאים אלו חשיבות רבה למקבלי ההחלטות בנוגע למדיניות ולתכנון תוכניות תמיכה והדרכה למורים ולמורות. תחילה יש לתת את הדעת ולבנות תוכנית מגירה עתידית למצב חרום, כלומר להכנת המורים להוראה מרחוק בצורה

מסודרת, מקצועית ומאורגנת תוך שיתופם בקבלת ההחלטות אשר משפיעות ישירות על אופן ההוראה ותנאי הלימוד. עם זאת יש לתכנן תוכניות המספקות מסגרות תמיכה שונות למורים על מנת לאפשר בניית חוסן מקצועי וטיפוח מסוגלות מקצועית תוך התחשבות במגדר, בסטטוס משפחתי ובלאום. מיומנויות אלה חשובות להתפתחות המקצועית של כל מורה בישראל.

מגבלות המחקר והצעה למחקר עתידי

למחקר הנוכחי ישנן כמה מגבלות: מדגם המחקר הוא מדגם נוחות, כלומר הוא מתבסס על נחקרים שהיו זמינים עבור המחקר. כמו כן, אחוז המורים והמורות מן המגזר הערבי היה קטן יחסית למגזר היהודי, ולכן יש מגבלה בייצוג של המדגם ובהכללתו. מומלץ לבצע מחקרי המשך בנושא באמצעות הגדלת הייצוג בהתאם למשתנים כמו נשים וגברים ולמגזרים השונים באוכלוסייה. עוד מומלץ לבצע מחקר המשך שמשווה בין מורים במקצועות השונים כדי לאתר אתגרים וצרכים שמותאמים לתחומי דעת שונים. הממצאים הנוכחיים יסייעו ליישום ברמה ראשונית של פיתוח תוכנית מגירה להוראה מקוונת לעתיד שתעזור במצבים דומים. זאת ועוד, הממצאים יסייעו לפיתוח תוכניות מניעה בנוגע להתמודדות עם לחץ תעסוקתי ולחיזוק החוסן המקצועי והמסוגלות המקצועית של המורים תוך התחשבות באופן שבו המורים והמורות חווים לחץ בעבודה, באופי אוכלוסיית הלומדים, באמצעים טכנולוגיים ובהכוונה הבית ספרית העומדים לרשותם.

תודות

בשם צוות המחקר אנו רוצים להודות ללשכת המדען הראשי – משרד החינוך שאפשר את מימון וביצוע המחקר.

תודה מיוחדת לפיקוח על החינוך הגופני ולצוות המורים על שיתוף הפעולה והתרומה המשמעותית למחקר.

מקורות

1. Coronavirus Disease (COVID-19) Situation Reports [Internet]. [cited 2021 Jun 24]. Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports
2. Dhawan S. Online Learning: A Panacea in the Time of COVID-19 Crisis. Journal of Educational Technology Systems. 2020 Sep 1;49(1):5–22.
3. Quennerstedt M. Physical education and the art of teaching: Transformative learning and teaching in physical education and sports pedagogy. Sport, Education and Society. 2019;
4. Littlefield J. The difference between synchronous and asynchronous distance learning. Retrieved May. 2018;4:2020.
5. Antoniou A-S, Davidson M, Cooper C. Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece. Journal of Managerial Psychology. 2003 Aug 31;18:592-621.
6. Ross RR, Altmaier EM. Intervention in Occupational Stress: A Handbook of Counselling for Stress at Work. SAGE; 1994. 208 p.
7. Berjot S, Gillet N. Stress and Coping with Discrimination and Stigmatization. Front Psychol [Internet]. 2011 Mar 1 [cited 2021 May 9];2. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3110961/
8. Steptoe A, Cropley M, Joekes K. Job strain, blood pressure and response to uncontrollable stress. J Hypertens. 1999 Feb;17(2):193-200.
9. MacIntyre PD, Gregersen T, Mercer S. Language teachers' coping strategies during the Covid-19 conversion to online teaching: Correlations with stress, wellbeing and negative emotions. System. 2020;94:102352.
10. O'Brien W, Adamakis M, O'Brien N, Onofre M, Martins J, Dania A, et al. Implications for european physical education teacher education during the COVID-19 pandemic: a cross-institutional SWOT analysis. European Journal of Teacher Education. 2020;43(4):503-22.
11. Varea V, González-Calvo G. Touchless classes and absent bodies: teaching physical education in times of Covid-19. Sport, Education and Society. 2020;1-15.
12. Gu Q, Day C. Teachers resilience: A necessary condition for effectiveness. Teaching and Teacher Education. 2007 Nov;23(8):1302-16.
13. Cano MÁ, Castro FG, De La Rosa M, Amaro H, Vega WA, Sánchez M, et al. Depressive symptoms and resilience among Hispanic emerging adults: Examining the moderating effects of mindfulness, distress tolerance, emotion regulation, family cohesion, and social support. Behavioral Medicine. 2020;46(3-4):245-57.
14. Evers WJG, Brouwers A, Tomic W. Burnout and self-efficacy: A study on teachers' beliefs when implementing an innovative educational system in the Netherlands. British Journal of Educational Psychology. 2002;72(2):227-43.
15. Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L, Steca P. Efficacy beliefs as determinants of teachers' job satisfaction. Journal of educational psychology. 2003;95(4):821.
16. Djigić G, Stojiljković S, Dosković M. Basic Personality Dimensions and Teachers' Self-efficacy. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2014 Feb 7;112:593-602.
17. Bhagat RS, Krishnan B, Nelson TA, Leonard KM, Ford DL, Billing TK. Organizational stress, psychological strain, and work outcomes in six national contexts: a closer look at the moderating influences of coping styles and decision latitude. Cross Cultural Management: An International Journal. 2010;
18. Chen G, Gully SM, Eden D. Validation of a new general self-efficacy scale. Organizational research methods. 2001;4(1):62-83.
19. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. International journal of behavioral medicine. 2008;15(3):194-200.

20. Putwain DW, Embse NP von der. Teacher self-efficacy moderates the relations between imposed pressure from imposed curriculum changes and teacher stress. Educational Psychology. 2019 Jan 2;39(1):51-64.
21. Rehman S, Roomi MA. Gender and work-life balance: A phenomenological study of women entrepreneurs in Pakistan. Journal of Small Business and Enterprise Development. 2012 May 11;19:209-28.
22. Bandura A. SOCIAL COGNITIVE THEORY. 1989;85.
23. Maciejewski PK, Prigerson HG, Mazure CM. Sex differences in event-related risk for major depression. Psychol Med. 2001 May;31(4):593-604.
24. Beltman S, Mansfield C, Price A. Thriving not just surviving: A review of research on teacher resilience. Educational Research Review. 2011 Jan;6(3):185-207.
25. Kahraman S, Yilmaz ZA. In-Service Teachers' Internet Self-Efficacy: A Re-Examination of Gender Differences. Turkish Online Journal of Distance Education. 2018 Apr 16;19(2):72-85.
26. Glassman M, Kang MJ. Intelligence in the internet age: The emergence and evolution of Open Source Intelligence (OSINT). Computers in Human Behavior. 2012 Mar;28(2):673-82.
27. Murray J, Passy R. PRIMARY TEACHER EDUCATION IN ENGLAND: FORTY YEARS ON. 2014;32.
28. Weiss EM. Perceived workplace conditions and first-year teachers' morale, career choice commitment, and planned retention: a secondary analysis. Teaching and Teacher Education. 1999 Nov 1;15(8):861-79.
29. איילון ח', בלס נ', פניגר י', שביט י'. אי שוויון בחינוך ממחקר למדיניות. מרכז טאוב (2019);324-2.

ההשפעה של אוריינות בריאות מקוונת של אוכלוסיית הגיל השלישי על יכולות השימוש ועל דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים בישראל

אבי זיגדון

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

תקציר

רקע: אוריינות בריאות מקטינה התנהגויות בריאות מסוכנות, והיא מהווה גורם השפעה חשוב להתנהגויות בריאות בקרב אוכלוסיית הגיל השלישי. באמצעות הטמעת פרופילים מותאמי אוכלוסייה ביישומוני הבריאות של קופות החולים יהיה אפשר לשפר את אוריינות הבריאות ולהשפיע על התנהגויות בריאות באוכלוסיית הגיל השלישי.

מטרת המחקר: מטרת המחקר היא לבחון את השפעתה של אוריינות הבריאות המקוונת של אוכלוסיית הגיל השלישי בישראל על היכולות ועל דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים בישראל.

שיטה: המחקר הוא מחקר חתך שנערך בקרב קבוצה של אוכלוסיית הגיל השלישי מן המגזר היהודי (N=101), על מנת לבחון את ההשפעה של רמת אוריינות הבריאות המקוונת על היכולות ועל דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים בישראל. דגימה של אוכלוסיית המחקר התבצעה בדגימת נוחות בשיטת "כדור שלג" בין החודשים ספטמבר – דצמבר 2020 באמצעות ראיונות טלפוניים בשלושה מעגלי דגימה.

תוצאות: מן הממצאים עולה קשר סטטיסטי חיובי בין אוריינות בריאות מקוונת לבין דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים ($p<0.01$), ובין אוריינות בריאות מקוונת ליכולת השימוש ביישומוני קופות החולים ($p<0.01$). רמת אוריינות הבריאות המקוונת נמצאה נמוכה בקרב אוכלוסיית המבוגרים במדגם, והיא השפיעה באופן מובהק על דפוסי השימוש ($p<0.01$) ועל יכולת השימוש ($p<0.05$) ביישומוני קופות החולים. מצב כלכלי ובריאותי טובים יותר מעידים על יכולת ועל שימוש גבוהים יותר ביישומוני קופות החולים ($p<0.01$).

דיון ומסקנות: יישומוני קופות החולים הם חלק ממערך שירותי הבריאות בישראל. הנגשתם לאוכלוסיית הגיל השלישי תשפר את אוריינות הבריאות ותשפיע על התנהגויות בריאות בקרב אוכלוסייה זו.

מילות מפתח: **אוריינות בריאות; יישומוני בריאות (אפליקציות); אוריינות בריאות מקוונת באוכלוסיית הגיל השלישי; קופות חולים.**

רקע

אוריינות בריאות הופכת חשובה יותר ויותר בהתפתחות החברתית, הכלכלית והבריאותית, והיא מהווה מדד חשוב לתוצאות של פעילויות קידום בריאות (1). אוריינות בריאות היא רב־ממדית, והיא מורכבת ממקורות ומצורות שונות של ידע המופק ממערכות יחסים וממצבים חברתיים (2). התערבות חינוכית יכולה להוביל לשיפור אוריינות הבריאות ולשינוי בהתנהגויות הבריאות, ואף לצמצם את אי־השוויון בבריאות (3). רמות גבוהות של אוריינות בריאות קשורות לרמות גבוהות יותר של העצמה ולכישורי קבלת החלטות טובים יותר (4), להקטנת הרגלים מסוכנים (כגון עישון, שתיית אלכוהול וחוסר פעילות גופנית) ולשמירה על בריאות טובה יותר (5). לעומת זאת, רמות נמוכות של אוריינות בריאות קשורות לבריאות לקויה, להתנהגויות בריאות מסוכנות, לאשפוז יתר ולגידול ההוצאה על שירותי בריאות (6-8), והן עשויות לנבא ליקויים קוגניטיביים (9) ותמותה (10). במאה העשרים ואחת אוכלוסיית הגיל השלישי חווה בעוצמה רבה

יותר את הפער הדיגיטלי. תופעה זו נובעת מרמות נמוכות של אוריינות מקוונת בסיסית, הנדרשת לשימוש במכשירים דיגיטליים (דוגמת טלפונים חכמים ואינטרנט) (11). למרות תשוקתם לאמץ טכנולוגיות חדשות (12), בני 60 ומעלה אינם מנצלים באופן מיטבי את יכולותיהם של מכשירים דיגיטליים לשיפור איכות חייהם (13), והם נוטים לזנוח את השימוש במכשירים דיגיטליים בשל חוסר בהוראות, בבהירות ההוראות ובמערכי התמיכה למכשירים הדיגיטליים (12).

בשנים האחרונות השימוש באמצעים דיגיטליים נמצא במגמת עלייה בקרב אוכלוסיית הגיל השלישי. עם זאת שיעור המשתמשים בקרב אוכלוסייה זו הוא נמוך בהשוואה לגילאים צעירים יותר (14). בין השנים 2016-2018 52% מבני ה־65 ומעלה השתמשו במחשב ורק 45.8% השתמשו באינטרנט (15), לעומת 91% מהצעירים עד גיל 65 (16). השימושים המרכזיים של אוכלוסיית בני ה־65 ומעלה מתמקדים בחיפוש מידע (89.8%), בדואר אלקטרוני (70.1%) וברשתות חברתיות (71%). מנגד, אוכלוסייה זו המעיטה להשתמש בשירותי ממשל (32%), קניות (28.5%), עבודה (23.7%) ולימודים (19.6%) (15).

במהלך השנים השיקו שירותי הבריאות בישראל (קופות החולים) יישומוני בריאות לאוכלוסיית מבוטחיהם. בחודש מאי 2011 הושקו יישומוני הבריאות של מכבי שירותי בריאות ושל קופת חולים לאומית. בחודש אוגוסט 2011 הושק יישומון הבריאות של מאוחדת שירותי בריאות, ובחודש פברואר 2012 הושק יישומון הבריאות של כללית שירותי בריאות (17). עם השנים התפתחו השירותים שמספקות קופות החולים באמצעות יישומוני הבריאות, וכיום הן מציעות מגוון רחב של שירותים ביישומוני הבריאות ויישומוני בריאות המותאמים לתחום בריאותי מסוים (כגון מעקב הירויון, רפואת עור, בדיקות, התפתחות הילד ועוד) (17). למרות ההתפתחות המשמעותית ביישומוני בריאות של שירותי הבריאות בישראל, לא נכללו בהם פרופילי אוריינות המותאמים לאוכלוסיית הגיל השלישי (18), לא ניתנה הדעת לאוכלוסיית המשתמשים בעלי אוריינות מקוונת נמוכה, והשימוש של ארגוני הבריאות בפוטנציאל הטמון בעידן הדיגיטלי אינו מיטבי (19).

יישומוני בריאות ואוכלוסיית הגיל השלישי

מגמות ההתפתחות הדיגיטלית בעידן המודרני מרחיבות את הפערים ואת אי־השוויון בחברה. טכנולוגיות חדשות אינן מתחשבות בתהליכים קוגניטיביים, מוטוריים, רגשיים ותפיסתיים בגיל המבוגר. מחד, התפתחויות אלה יוצרות אי־שוויון דיגיטלי בקרב אוכלוסיית בני ה־55 ומעלה, הבאות לידי ביטוי באי־שוויון כלכלי וחברתי (20). מאידך, ארגוני בריאות מקדמים יותר ויותר את הממשקים המקוונים של שירותי הבריאות עם המטופלים, והם נדרשים לעמוד באתגרים הרבים על מנת לוודא שהתוכן ביישומוני הבריאות ושירותי הבריאות המקוונים יהיו זמינים לכלל אוכלוסיית מבוטחיהם (21). הם מרחיבים את השירותים הניתנים ביישומוני בריאות שיכולים לסייע לשיפור מערכות בריאות קיימות (22), ומספקים שירותים מגוונים הכוללים גישה למידע רפואי אישי, צפייה בתוצאות בדיקות, זימון תורים, בקשות מרופא, התייעצות טלפונית או שיחת וידאו עם גורם רפואי (23). אולם ניכר כי עיקר השימוש הוא לצרכים מנהליים (24), וכי המידע הבריאותי הקיים ביישומוני בריאות אינו מובן דיו למשתמשים (25), המודעות קטנה והשימוש בהם אינו עקבי (26,24). יתרה מכך, אוכלוסיית הגיל השלישי אינה מבססת את השימוש ביישומוני בריאות רק על קלות השימוש ועל התועלת הנתפסת של יישומוני בריאות. השימוש ביישומוני בריאות מבוסס על ניסיון קודם, על נכונות ללמוד, על הכשרה מספקת ועל המלצות רופאים (27). השימוש ביישומוני בריאות אף יכול לסייע למערכות בריאות לבחון את השפעתה של אוריינות הבריאות של המטופלים על איכות הטיפול ותוצאותיו. יישום פרופילים המותאמים לקהלי יעד שונים יסייעו בידם לזהות אוכלוסיות בסיכון, ולהתאים עבורם התערבות טיפולית ותמיכה בניהול העצמי (18). באמצעות הטמעת פרופילים מותאמי אוכלוסייה יהיה אפשר לשפר את אוריינות הבריאות (28), את מצבה הבריאותי ואת איכות חייה של אוכלוסיית הגיל השלישי (30,29), לספק תמיכה בשינוי אורח החיים (31) ולהשפיע על התנהגויות בריאות (32). ואולם יש מתח בין רצון המשתמשים לספק מידע אישי והחשש מדליפתו לצורך שיפור היעילות של יישומוני הבריאות לבין רצונם לשמור על פרטיותם (33).

אוריינות מקוונת באוכלוסיית הגיל השלישי

השימוש באמצעים דיגיטליים יכול להוות אבן נגף בפני אוכלוסיית הגיל השלישי בקבלת שירותי רפואה. רבים בקבוצת אוכלוסייה זו הם חסרי אוריינות בריאות מקוונת (34), והיא המהווה גורם חשוב להון החברתי ולהתנהגויות הבריאות בקרב אוכלוסיית הגיל השלישי (7). בעלי אוריינות בריאות נמוכה נוטים להסתמך על מידע רפואי שאינו מבוסס על ראיות – מערוצי תקשורת המונים (טלוויזיה, מדיה חברתית, בלוגים, דפי אינטרנט של ידוענים), מחברות תרופות ומחברים. עם זאת הם אינם מסתמכים על מידע רפואי מהימן ומבוסס על ראיות הניתן בידי רופאים (35). במחקרים שנערכו על אוכלוסיות הגיל השלישי נמצא, כי גיל, השכלה (37,36,8), מין, עיסוק, מקום מגורים ומחלה כרונית (36) נקשרו באופן מובהק עם אוריינות בריאות נמוכה (37,36,8). ואולם התערבות חינוכית בקרב אוכלוסיית הגיל השלישי מאפשרת לשפר את רמת אוריינות הבריאותית המקוונת, מפחיתה את השימוש בשירותי בריאות ומשפיעה על התנהגויות בריאות (36).

מטרת המחקר

מטרת המחקר היא לבחון את השפעת אוריינות הבריאות המקוונת של אוכלוסיית הגיל השלישי בישראל על היכולות ועל דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים בישראל.

שיטה

המחקר הוא מחקר חתך שנערך בקרב קבוצת אוכלוסייה של מבוגרים מן המגזר היהודי מעל גיל שישים (N=101). דגימה של אוכלוסיית המחקר התבצעה בדגימת נוחות בשיטת "כדור שלג" בין החודשים ספטמבר – דצמבר 2020 באמצעות ראיונות טלפוניים של עוזרי מחקר בשלושה מעגלי דגימה. הפנייה למעגל המשתתפים הראשון נעשתה למכרים של עוזרי המחקר. מתוך 39 משתתפים פוטנציאליים במעגל הדגימה הראשון שהוצע להם להשתתף במחקר נענו 34 משתתפים אשר התנדבו למחקר. בסיום כל ריאיון במעגל הראשון נתבקש כל משתתף להמליץ על עד 5 משתתפים פוטנציאליים נוספים, שהיוו את פוטנציאל המשתתפים למעגל הראיונות השני. למעגל הראיונות השני אותרו 54 משתתפים פוטנציאליים נוספים, שמתוכם התנדבו 40 להשתתף במחקר. גם משתתפי המעגל השני נתבקשו להמליץ כל אחד על 5 משתתפים פוטנציאליים, שהיוו את פוטנציאל המשתתפים למעגל השלישי. במעגל השלישי אותרו 34 משתתפים פוטנציאליים נוספים, שמתוכם התנדבו 27 להשתתף במחקר. בסיום הראיונות נדגמו בסך הכול 101 משתתפים מעל גיל שישים (N=101). הראיונות הוקלטו, והשאלון מולא בידי עוזרי המחקר במהלך הריאיון. בסיום איסוף הנתונים הם הוקלדו לתוכנת SPSS לביצוע ניתוח של נתוני המחקר.

המחקר אושר בידי ועדת האתיקה של אוניברסיטת אריאל (אישור מס' AU-HEA-AZ-20200828). כל המשתתפים במחקר קיבלו הסבר על מטרות המחקר, הצהירו על הסכמתם להשתתף במחקר ואישרו את הקלטת הראיונות. לאור מגבלת מגפת הקורונה נתנו המשתתפים את הסכמתם להקלטת הריאיון ולהשתתפות במחקר בעל פה, והיא הוקלטה והוצפנה.

כלים

כלי המחקר הוא שאלון מובנה המבוסס על שני חלקים. חלק א כלל נתונים סוציו־דמוגרפיים (10 פריטים): גיל, מין, השכלה, ארץ לידה, מקצוע (קשור לבריאות / אינו קשור לבריאות), סוג יישוב, ארץ לידה, מידת דתיות, מצב כלכלי ומצב בריאותי. חלק ב כלל שלושה כלים: שאלון e-Health Literacy Scale (38) (α=.88) (במחקר זה α=.967); שאלון דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים (α=.953); ושאלון יכולות השימוש ביישומוני קופות החולים (α=.924). שאלון ה־e-Health Literacy, המשמש למדידת אוריינות בריאות מקוונת לכל הגילאים, המגדרים והקבוצות התרבותיות, תורגם בתרגום צולב (מאנגלית לעברית ומעברית לאנגלית) וכלל שמונה היגדים. כל היגד נבדק על סולם ליקרט בעל חמש דרגות הנעות בין 5 ("מסכים במידה רבה מאוד") ל־1 ("כלל לא מסכים"); דירוג גבוה יותר בסולם זה מייצג רמת אוריינות בריאות מקוונת גבוהה יותר (38). שאלון דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים נבנה עבור מחקר זה, וכלל 9 פריטים שייצגו שירותים הזמינים ביישומוני קופות החולים של כל ארבעת קופות החולים בישראל (כללית, מכבי, מאוחדת ולאומית): (1) קביעת תורים למכונים ולבדיקות הדמיה; (2) תשובות מכוני הדמיה; (3) קביעת תורים לרופאים; (4) בקשות להנפקת התחייבות לשירותים (טופס 17); (5) הנפקת התחייבות לשירותים (טופס 17); (6) מידע מביקורים אצל הרופא; (7) תשובות מעבדה; (8) פניות מקוונות לרופא; (9) ביקור דיגיטלי. כל פריט נבדק על סולם ליקרט בעל חמש דרגות הנעות בין 5 ("משתמש במידה רבה מאוד") ל־1 ("כלל לא משתמש"). שאלון יכולות השימוש ביישומוני קופות החולים נבנה עבור מחקר זה, וכלל 8 היגדים המייצגים את יכולת השימוש ביישומוני קופות החולים: (1) "האפליקציה של קופת החולים שלי נוחה וידידותית למשתמש"; (2) "אני יכול למצוא באפליקציה של קופות החולים שלי את כל הפעילות שאני צריך"; (3) "אני יכול למצוא באפליקציה של קופת החולים שלי את כל המידע שאני צריך"; (4) "האפליקציה של קופת החולים שלי חדשנית ועדכנית"; (5) "אני מבצע את רוב הפעילות שלי באפליקציה של קופת החולים ורק כשאין ברירה פונה לסניף"; (6) "אני מרוצה מהאפליקציה של קופת החולים שלי"; (7) "היית רוצה שישפרו את ממשק הפעולות באפליקציה של קופת החולים"; (8) "היית רוצה שיוסיפו פעולות באפליקציה של קופת החולים שחסרות לי". כל היגד נבדק על סולם ליקרט בעל חמש דרגות הנעות בין 5 ("מסכים במידה רבה מאוד") ל־1 ("כלל לא מסכים").

ניתוח הנתונים

הנתונים נותחו בתוכנת SPSS גרסה 26. בוצעה סטטיסטיקה תיאורית של ממוצעים, של התפלגויות, של טווחים ושל סטיות תקן עבור המשתנים הדמוגרפיים. לצורך בחינת הקשר שבין רמת אוריינות בריאות מקוונת, בין היכולות ודפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים ובין גיל, מצב כלכלי ומצב בריאותי, וכן לצורך בדיקת הקשר שבין חשיבות הגישה למידע בריאותי באינטרנט לבין מועילות השימוש באינטרנט בקבלת החלטות בריאותיות חושב מקדם המתאם של פירסון. לצורך בחינת הקשר שבין רמת אוריינות בריאות מקוונת, בין דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים, בין יכולת השימוש ביישומוני קופות החולים ובין רמת השכלה, ותק בארץ ורמת דתיות חושב מקדם המתאם של ספירמן. לצורך בחינת הקשר

שבין רמת אוריינות בריאות מקוונת, בין דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים, בין יכולת השימוש ביישומוני קופות החולים ובין מין ורקע מקצועי נערכה סדרת מבחני T למדגמים בלתי־תלויים, שבהם הושוו נשים לגברים ובעלי מקצוע עם זיקה לרפואה לבעלי מקצועות אחרים.

תוצאות

תיאור המדגם

במחקר השתתפו 101 נבדקים (N=101) מעל גיל 60. שליש מהמשתתפים הם גברים (33.66%) ושני שלישים הן נשים (66.34%). 68.32% מכלל המשתתפים הם חילוניים, 19.8% שומרי מסורת ו־11.88% דתיים. 14.85% מהמשתתפים עוסקים או עסקו במקצועות הרפואה; לכל יתר המשתתפים לא הייתה זיקה למקצועות הרפואה. 54.46% מהמשתתפים מבוטחים בכללית שירותי בריאות, 30.69% מבוטחים במכבי שירותי בריאות, 8.91% מבוטחים בקופת חולים מאוחדת ו־5.94% מבוטחים בקופת חולים לאומית. 44 (43.56%) מהמשתתפים מתגוררים במרכז הארץ, 43 (42.57%) בדרום, 9 (8.91%) בצפון ו־5 (4.95%) בירושלים. 49 (48.51%) מהמשתתפים הם ילידי הארץ, 22 (21.78%) הם ילידי חבר העמים, 17 (16.83%) הם ילידי אירופה ו־13 (12.87%) ילידי מדינות המזרח (ראה טבלה 1 להלן).

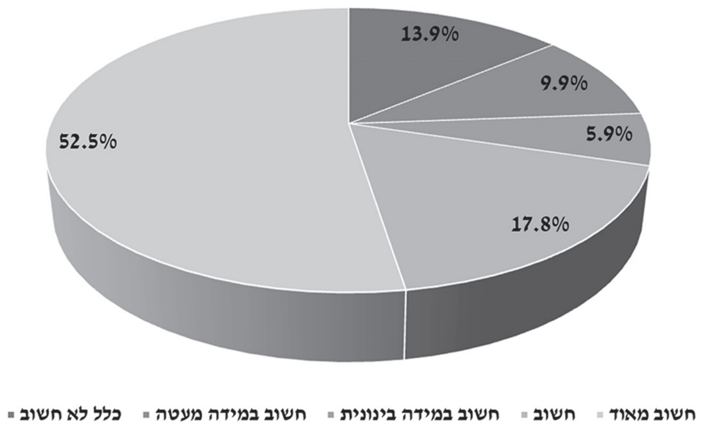
טבלה 1: **מאפיינים של משתתפי המחקר (N=101)**

משתנה	סבב ראשון (n=34)		סבב שני (n=40)		סבב שלישי (n=27)		סה"כ (N=101)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
גיל								
60-65	22	64.71	17	42.5	6	22.22	45	44.55
66-70	6	17.65	10	25	8	29.63	24	23.76
75-71	4	11.76	9	22.5	2	7.41	15	14.85
85-76	2	5.88	4	10	11	40.74	17	16.83
מגדר								
זכר	14	41.18	10	25	10	37.04	34	33.66
נקבה	20	58.82	30	75	17	69.96	67	66.34
רמת דתיות								
חילוני	20	58.82	24	60	24	88.89	69	68.32
מסורתי	9	26.47	10	25	1	3.7	20	19.8
דתי	5	14.71	6	15	2	7.41	12	11.88
השכלה								
יסודי	0	0	2	5	6	22.22	8	7.92
תיכון	10	29.41	12	30	9	33.33	31	30.69
על־תיכוני	15	44.12	12	30	7	25.93	34	33.66
תואר ראשון	6	17.65	7	17.5	4	14.81	17	16.83
תואר שני ומעלה	3	8.82	7	17.5	1	3.7	11	10.89
מקצוע								
קשור לרפואה	10	29.41	5	12.5	0	0	15	14.85
לא קשור לרפואה	24	70.59	35	87.5	27	100	86	85.15
קופת חולים								
כללית	15	44.12	22	55	18	66.67	55	54.46
מכבי	15	44.12	8	20	8	29.63	31	30.69
מאוחדת	2	5.88	6	15	1	3.7	9	8.91
לאומית	2	5.88	4	10	0	0	6	5.94
יישוב מגורים								
יישוב קהילתי	3	8.82	3	7.5	0	0	6	5.94
כפר / מושב / קיבוץ	3	8.82	6	15	16	59.26	25	24.75
עיר	28	82.35	31	77.5	11	40.74	70	69.31
אזור מגורים								
מרכז	16	47.06	19	47.5	9	33.3	44	43.56
צפון	5	14.71	4	10	0	0	9	8.91
דרום	11	32.35	15	37.5	17	62.96	43	42.57
ירושלים	2	5.88	2	5	1	3.7	5	4.95
ארץ לידה								
ישראל	23	67.65	19	47.5	7	25.93	49	48.51
מדינות חבר העמים	6	17.65	10	25	6	22.22	22	21.78
אירופה	3	8.82	5	12.5	9	33.33	17	16.83
מדינות המזרח	2	5.88	6	15	5	18.52	13	12.87

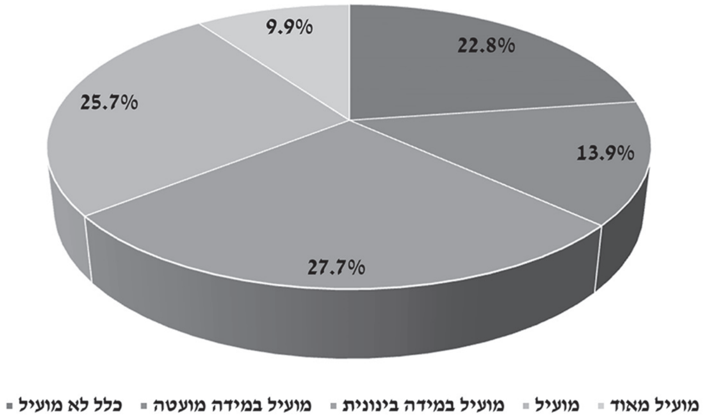
רמת הבריאות הממוצעת של המשתתפים נאמדה ב־3.56 מתוך 5 (ס"ת 0.84). 44.6% מהמשתתפים דיווחו על מצב בריאות "לא טוב" ו"לא כל כך טוב", לעומת 55.4% שדיווחו על רמת בריאות "טובה" ו"טובה מאוד". המצב הכלכלי הממוצע המדווח של המשתתפים נאמד ב־3.7 מתוך 5 (ס"ת 0.87), 2% בלבד מהמשתתפים דיווחו על מצב כלכלי גרוע, ו־32.6% דיווחו על מצב כלכלי "לא טוב" ו"לא כל כך טוב", 65.4% מהמשתתפים דיווחו על מצב כלכלי "טוב" ו"טוב מאוד".

76 (75.2%) מהמשתתפים נזקקו למידע רפואי עבור עצמם, ו־25 (24.8%) מהמשתתפים לא נזקקו למידע רפואי עבור עצמם. 42 (41.6%) מהמשתתפים נזקקו למידע רפואי עבור בן משפחה מקרבה ראשונה, ו־59 (58.4%) מהמשתתפים לא נזקקו למידע רפואי עבור בן משפחה מקרבה ראשונה (אבא, אימא, ילדים). 80 (79.2%) מהמשתתפים נזקקו למידע

תרשים 1: חשיבות הגישה למידע בריאותי באינטרנט



תרשים 2: מועילות השימוש באינטרנט בקבלת החלטות בריאותיות



רפואי עבור בן משפחה מקרבה שנייה (סבא, סבתא, דוד, בן דוד, חבר קרוב וכדומה), ו־21 (20.8%) מהמשתתפים לא נזקקו למידע רפואי עבור בן משפחה מקרבה שנייה.

כפי שעולה מתרשים 1 להלן, במחקר זה חשיבות הגישה למידע בריאותי באינטרנט בקרב משתתפי מחקר זה היא גבוהה (ממוצע=3.85, ס"ת=1.49).

כפי שעולה מתרשים 2 להלן, במחקר זה תועלת השימוש באינטרנט לצורך קבלת החלטות בריאותיות בקרב משתתפי מחקר זה היא בינונית (ממוצע=2.86, ס"ת=1.30).

לבדיקת הקשר שבין חשיבות הגישה למידע בריאותי באינטרנט לבין מועילות השימוש באינטרנט בקבלת החלטות בריאותיות בוצע מתאם פירסון. התוצאות מראות, כי בבדיקת הקשר שבין חשיבות הגישה למידע בריאותי באינטרנט לבין מועילות השימוש באינטרנט בקבלת החלטות בריאותיות התקבל מתאם חיובי מובהק (.632) ($p<0.01$). כלומר, ככל שהגישה למידע בריאותי באינטרנט חשובה יותר, כך השימוש באינטרנט מועיל לקבלת החלטות בריאות.

רמת אוריינות הבריאות המקוונת של משתתפי המחקר בהתבסס על שאלון ה־e-Health Literacy Scale (38) נמצאה כבינונית, 2.54 מתוך 5 בממוצע (ס"ת 1.21). את הדירוג הגבוה ביותר, של 2.98 (ס"ת 1.51), קיבל ההיגד "אני יודע להשתמש באינטרנט כדי לענות על השאלות שיש לי בנושאי בריאות", ואילו את הדירוג הנמוך ביותר, של 2.27 (ס"ת 1.27), קיבל ההיגד "אני מרגיש בטוח לקבל החלטות בריאות על סמך מידע שאני מקבל מהאינטרנט".

דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים בקרב משתתפי המחקר בהתבסס על שאלון דפוסי השימוש ביישומוני קופת חולים שפותח במחקר זה נמצאו כבינוניים – 2.46 מתוך 5 בממוצע (ס"ת 1.92). את הדירוג הגבוה ביותר של 3.33 (ס"ת 1.92) קיבל ההיגד "מערכת תשובות מעבדה", ואילו

טבלה 2: מטריצת הקורלציה שבין אוריינות בריאות מקוונת, יכולת ודפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים, גיל והמצב הבריאותי והכלכלי (N=101)

משתנה	אוריינות בריאות מקוונת	דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים	יכולות השימוש ביישומוני קופות חולים
דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים	.530**		
יכולות השימוש ביישומוני קופות חולים	.408**		
גיל	-.416**	-.254*	-.311**
מצב בריאות	.318	.149	.289**
מצב כלכלי	.211	.043	.318**

N=101, * P<0.05, ** P<0.01

את הדירוג הנמוך ביותר של 2.16 (ס"ת 1.65) קיבל ההיגד "ביקור דיגיטלי".

יכולות השימוש ביישומוני קופות החולים בקרב משתתפי המחקר בהתבסס על שאלון יכולות השימוש ביישומוני קופת חולים שפותח במחקר זה נמצאו כבינוניות – 2.6 מתוך 5 בממוצע (ס"ת 1.29). את הדירוג הגבוה ביותר של 2.81 (ס"ת 1.78) קיבל ההיגד "אני מבצע את רוב הפעולות שלי ביישומוני קופות החולים ורק כשאין ברירה פונה לסניף", ואילו את הדירוג הנמוך ביותר של 2.40 (ס"ת 1.67) קיבל ההיגד "הייתי רוצה שיוסיפו פעולות ביישומוני קופות החולים שחסרות לי".

בטבלה 2 להלן מוצגים ממצאי מבחן מתאם על שם פירסון לאומדן הקשרים שבין אוריינות בריאות מקוונת, יכולת ודפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים, גיל והמצב הבריאותי והכלכלי של משתתפי המחקר.

נמצא קשר סטטיסטי חיובי מובהק בין אוריינות בריאות מקוונת, בין דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים ובין יכולת השימוש ביישומוני קופות החולים (p<0.01), כך שככל שאוריינות הבריאות המקוונת גבוהה יותר – כך היכולת והשימוש ביישומוני קופות החולים גדולים יותר. עם זאת נמצא קשר סטטיסטי שלילי מובהק בין גיל, בין אוריינות בריאות מקוונת, בין יכולת השימוש ביישומוני קופות החולים (p<0.01) ובין דפוסי השימוש (p<0.05), כך שאצל המשתתפים המבוגרים יותר במדגם, ככל שאוריינות הבריאות המקוונת נמוכה יותר – כך דפוסי השימוש ויכולת השימוש ביישומוני קופות החולים נמוכים יותר.

נמצא קשר סטטיסטי חיובי מובהק בין המצב הכלכלי והבריאותי ובין דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים (p<0.01), כך שמצב כלכלי ובריאותי טובים יותר מעידים על יכולת ועל שימוש גבוהים יותר ביישומוני קופות החולים. לא נמצא קשר סטטיסטי בין אוריינות בריאות מקוונת לבין המצב הכלכלי והבריאותי, ובין דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים לבין המצב הכלכלי והבריאותי (p>.05).

לבדיקת הקשר שבין אוריינות בריאות מקוונת, בין דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים, בין יכולת השימוש ביישומוני קופות החולים ובין רמת השכלה, ותק בארץ ורמת דתיות חושב מקדם המתאם של ספירמן. התוצאות מראות, כי בבדיקת הקשר שבין ותק בארץ לבין יכולות השימוש ביישומוני בריאות של קופות החולים התקבל מתאם שלילי מובהק (-.433) (p<0.01). כלומר, ככל שהוותק בארץ קטן יותר – כך יכולות השימוש ביישומוני הבריאות של קופות החולים קטנות יותר. בשאר המשתנים לא נמצאה מובהקות (p<0.05).

בסדרת מבחני T למדגמים בלתי־תלויים שבוצעו בין רמת אוריינות בריאות מקוונת, בין דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים, בין יכולת השימוש ביישומוני קופות החולים ובין מין ורקע מקצועי לא נמצאו ממצאים מובהקים (p<0.05).

דיון ומסקנות

אוריינות מקוונת היא אבן יסוד בהתנהלות אנשים במאה העשרים ואחת. מכשירים דיגיטליים חובקים את מרבית פעילויות היומיום של הפרט ושל החברה. טכנולוגיות חדשות משתלבות בחיינו ללא כל התחשבות בפערים קוגניטיביים, מוטוריים, רגשיים ותפיסתיים של האוכלוסיה בכלל ושל אוכלוסיית הגיל השלישי בפרט. אוריינות בריאות משפיעה על התנהגויות בריאות, ואוריינות בריאות גבוהה מונעת התנהגויות בריאות מסוכנות (8-6,3). בעשור האחרון קידמו ארגוני הבריאות בישראל (17) את הממשקים המקוונים של שירותי הבריאות (21), והרחיבו את השירותים המקוונים במהלך מגפת הקורונה (17). לאוכלוסיית הגיל השלישי, שלה אוריינות בריאות נמוכה (14), לא ניתן מענה מקוון ייעודי של קופות החולים ולא פותחו יישומונים מותאמים של שירותי בריאות (19). מחקר זה ניסה לעמוד על השפעתה של אוריינות הבריאות המקוונת של אוכלוסיית הגיל השלישי על הדפוסים ועל יכולות השימוש ביישומוני קופות החולים באוכלוסייה זו.

מחד, מנתוני מחקר זה עולה, כי יש חשיבות וצורך עז שלאוכלוסיית הגיל השלישי תהיה גישה לקבלת מידע בריאותי באמצעים מקוונים. 70.3% ממשתתפי המחקר טענו, כי הגישה

למידע בריאותי באינטרנט היא "חשובה מאוד" ו"חשובה". עם זאת נראה, כי אוריינות הבריאות והיכולת להשתמש במידע בריאותי זה לוקות בחסר ולכן מהוות חסם. חסם זה נוצר עקב אי־התאמה של הממשקים המקוונים לקבלת מידע רפואי – ובהם יישומוני קופות החולים – לצורכי אוכלוסיית הגיל השלישי. מאידך, נמצא כי 35.6% בלבד ממשתתפי המחקר מצאו כי השימוש באינטרנט לקבלת החלטות בריאותיות הוא "מועיל מאוד" ו"מועיל".

עם זאת נמצא קשר חיובי מובהק בין חשיבות הגישה למידע בריאותי באינטרנט ובין מועילות השימוש באינטרנט בקבלת החלטות בריאותיות. מכאן ניתן להניח, כי ככל שהגישה למידע בריאותי באינטרנט חשובה יותר – כך השימוש באינטרנט מועיל יותר בקבלת החלטות בריאותיות. ממצא זה ייתכן שנובע מאוריינות מקוונת נמוכה של אוכלוסיית הגיל השלישי (11). למרות רצונם לאמץ טכנולוגיות חדשות (12), חסמי הטכנולוגיה מונעים מבני הגיל השלישי להשתמש במקורות מידע בריאותי מקוונים, והם נוטים לזנוח את השימוש במכשירים דיגיטליים שלא הותאמו לצורכיהם (13,12).

תמיכה לכך ניתן לקבל גם מתוצאה נוספת שעלתה במחקר זה, אשר בדקה את הרמה של אוריינות הבריאות המקוונת של משתתפי המחקר בהתבסס על שאלון ה־e-Health Literacy Scale (38). אוריינות הבריאות המקוונת במחקר זה נמצאה כבינונית (2.54 מתוך 5 בממוצע, ס"ת 1.21). עם זאת ההיגד "אני יודע להשתמש באינטרנט כדי לענות על השאלות שיש לי בנושאי בריאות" קיבל את הציון הגבוה ביותר בשאלון ה־e-Health Literacy Scale (38), ואילו ההיגד "אני מרגיש בטוח לקבל החלטות בריאות על סמך מידע שאני מקבל מהאינטרנט" קיבל את הציון הנמוך ביותר מבין הפריטים בשאלון ה־e-Health Literacy Scale.

אומנם במחקר זה לא נבדקו הפריטים של שאלון e-Health Literacy Scale באופן פרטני, אך היגדים אלה, הגם שתוצאותיהם היו בינוניות, משקפים את הניגודיות בקרב אוכלוסיית הגיל השלישי: מחד, אוכלוסיית הגיל השלישי "אינה מעוניינת" להצהיר על עצמה כמי שאינה יודעת להשתמש באינטרנט, ומדווחת על עצמה כבעלת הידע המתאים להשתמש באינטרנט; מאידך, היא אינה חשה ביטחון לקבל החלטות בריאותיות על סמך מידע בריאותי מהאינטרנט. ממצא זה נובע להערכתנו מאוריינות בריאות נמוכה בקרב אוכלוסיית הגיל השלישי במדגם ששימש למחקר זה.

בהשוואה בין קבוצות שלהן מאפיינים דמוגרפיים שונים (מין ורקע מקצועי), לא נמצאו הבדלים ברמות של אוריינות הבריאות. ואולם נמצאו קשרים שליליים בין גיל לבין אוריינות בריאות מקוונת, בין גיל לבין יכולת השימוש ביישומוני קופות החולים ($p<0.01$) ובין גיל לדפוסי השימוש ביישומוני קופות חולים ($p<0.05$). בהתאם לכך, המבוגרים יותר בקבוצת אוכלוסיית המדגם מתאפיינים באוריינות בריאות נמוכה יותר, שמשפיעה על יכולות השימוש ועל דפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים. ממצא זה הוא שונה מהתוצאות של מחקר פיתוח שאלון ה־e-Health Literacy Scale, שבו נמצא כי הגיל לא ניבא ציוני אוריינות בתחום הבריאות, ורמות האוריינות של e-Health לא נמצאו כמנבא משמעותי למצב הבריאות הנתפס (38). ייתכן כי פערים בממצא זה לעומת מחקר אחר (38) נובעים מן ההתפתחות המואצת של יישומוני בריאות ב־15 השנים האחרונות; לכך מצטרפת ההרחבה של שירותי הבריאות הניתנים ביישומוני בריאות (22), אשר אינה מאפשרת לאוכלוסיית הגיל השלישי לעמוד בקצב המואץ של שינויים אלה ביישומוני בריאות, היוצרים פערים באוריינות הבריאות המקוונת באוכלוסייה זו.

אם כך, מדוע לקשור אוריינות בריאות ליישומוני קופות החולים? הקשר שבין אוריינות בריאות והתנהגויות בריאות נחקר רבות בקרב אוכלוסיית הגיל השלישי, ונמצא כי אוריינות בריאות משפיעה על התנהגויות בריאות (37,36,8,7). עם זאת יישומוני בריאות יכולים לסייע בשיפור אוריינות בריאות (18). למיטב ידיעתנו, טרם נחקר הקשר שבין אוריינות בריאות מקוונת ליישומוני בריאות של קופות החולים, ויש צורך לתת את הדעת לקשרים אלה המשפיעים האחד על השני ושניהם יחדיו על התנהגויות בריאות בקרב אוכלוסיית הגיל השלישי. ממחקר זה עולה, כי יש קשר חיובי מובהק בין אוריינות בריאות מקוונת לבין יכולות השימוש ביישומוני קופות החולים, ובין אוריינות בריאות מקוונת לדפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים. מכאן ניתן להניח, שככל שאוריינות הבריאות המקוונת גבוהה יותר – כך היכולת ודפוסי השימוש ביישומוני קופות החולים גדולים יותר; וההפך, ככל שאוריינות הבריאות המקוונת נמוכה יותר – כך היכולת ודפוסי השימוש ביישומונים קטנים יותר. אם כך, ככל שהיכולת ודפוסי השימוש גדולים יותר, יהיה אפשר לשפר את הרמות של אוריינות הבריאות בקרב אוכלוסיית הגיל השלישי וכך להשפיע על התנהגויות בריאות בקרב אוכלוסייה זו.

יישומוני קופות החולים הם חלק ממערך שירותי הבריאות בישראל. הנגשתם לאוכלוסיית הגיל השלישי תשפר את אוריינות הבריאות. "מעגל הקסמים" שבין אוריינות בריאות, יכולות ודפוסי השימוש ביישומוני בריאות בכלל וביישומוני קופות החולים בפרט הוא מרכיב חשוב בהשפעתו על התנהגויות בריאות בקרב אוכלוסיית הגיל השלישי. על מנת לשפר את התנהגויות הבריאות באמצעות שיפור של אוריינות הבריאות יש לשים דגש על התאמת הממשקים של

יישומוני קופות החולים, על הדרכה ועל חינוך לאוכלוסיית הגיל השלישי.

מגבלות המחקר

מחקר זה מבוסס על מדגם "כדור שלג", הוא מוגבל ביכולת ההכללה של הממצאים באופן הסתברותי, ויש להניח כי ישנן הטיות בתוצאות המחקר לאור סוג המדגם. המחקר נערך במהלך התפרצות מגפת הקורונה, מה שהקשה על עוזרי המחקר באיתור חלק מן המועמדים להשתתף במחקר. כמו כן, ייתכן שתהיה הטיה בתוצאות המחקר לאור היכרות ראשונית של עוזרי המחקר עם המעגל הראשון של הנדגמים. עם זאת מחקר זה מציג מגמות הנוגעות לאוריינות בריאות מקוונת וליכולות ולדפוסי השימוש ביישומוני בריאות של קופות החולים בישראל בקרב אוכלוסיית הגיל השלישי.

המלצות למחקרים עתידיים

לאור ממצאי מחקר זה יש מקום למחקרי המשך, אשר יבחנו את ההשפעות של התאמת הפרופילים של יישומוני הבריאות של קופות החולים לאוכלוסיית הגיל השלישי, ואשר יעמדו על ההשפעות הרחבות יותר של השימוש ביישומוני הבריאות של קופות החולים על אוריינות הבריאות המקוונת ועל התנהגויות בריאות בקרב אוכלוסיית הגיל השלישי.

תודות

ברצוני להודות לעוזרות המחקר, שרה אלחזוב, אור־ליה לוי ואנה סמוילוב על ביצוע הראיונות הטלפוניים במחקר זה.

מקורות

1. Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. Health Promot Int. 2001 Sep 1;16(3):289-97. https://doi.org/10.1093/heapro/16.3.289
2. Samerski S. Health literacy as a social practice: social and empirical dimensions of knowledge on health and healthcare. Soc Sci Med. 2019 Apr 1;226:1-8. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.024
3. Walters R, Leslie SJ, Polson R, Cusack T, Gorely T. Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviours: a systematic review. BMC Public Health. 2020 Dec;20(1):1-7. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08991-0
4. Visscher BB, Steunenberg B, Heijmans M, Hofstede JM, Devillé W, van der Heide I, et al. Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. BMC Public Health. 2018 Dec;18(1):1-2. https://doi.org/10.1186/s12889-018-6331-7
5. Goto E, Ishikawa H, Nakayama K, Kiuchi T. Comprehensive health literacy and health-related behaviors within a general Japanese population: differences by health domains. Asia Pac J Public Health. 2018 Nov;30(8):717-26. https://doi.org/10.1177/1010539518806806
6. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros A. Health literacy. WHO Regional Office for Europe: 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Cui GH, Li SJ, Yin YT, Chen LJ, Li JQ, Liang FY, et al. The relationship among social capital, eHealth literacy and health behaviours in Chinese elderly people: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2021 Dec;21(1):1-9. https://doi.org/10.1186/s12889-020-10037-4
8. MacLeod S, Musich S, Gulyas S, Cheng Y, Tkatch R, Cempellin D, et al. The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. Geriatr Nurs. 2017 Jul 1;38(4):334-41. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.12.003
9. Liu YB, Chen YL, Xue HP, Hou P. Health literacy risk in older adults with and without mild cognitive impairment. Nurs Res. 2019 Nov;68(6):433-8. 10.1097/NNR.0000000000000389
10. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. Arch Intern Med. 2007 Jul 23;167(14):1503-9. 10.1001/archinte.167.14.1503
11. Blažič BJ, Blažič AJ. Overcoming the digital divide with a modern approach to learning digital skills for the elderly adults. Educ Inf Technol. 2020 Jan;25(1):259-79. https://doi.org/10.1007/s10639-019-09961-9
12. Vaportzis E, Giatsi Clausen M, Gow AJ. Older adults perceptions of technology and barriers to interacting with tablet computers: a focus group study. Front Psychol. 2017 Oct 4;8:1687. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01687
13. Niehaves B, Plattfaut R. Internet adoption by the elderly: employing IS technology acceptance theories for understanding the age-related digital divide. Eur J Inf Syst. 2014 Nov 1;23(6):708-26. https://doi.org/10.1057/ejis.2013.19
14. Rasi P, Vuojärvi H, Ruokamo H. Media education for all ages. J Media Lit Educ. 2019;11(2):1-19. https://doi.org/10.23860/JMLE-2019-11-2-1
15. בני 65+ בישראל שנתון סטטיסטי [אינטרנט]. מאיירס ג'וינט־ברוקדייל. 2020. מס' 22 [נצפה ביום 8.6.2021]. נדלה מתוך: https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/2020/09/shnaton-2020-internet-min.pdf
16. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הודעה לתקשורת: לקט נתונים מתוך הסקר החברתי 2019 לרגל יום האזרח הוותיק [אינטרנט]. 1 באוקטובר 2020 [נצפה ביום 27.5.2021]. נדלה מתוך: https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2020/315/19_20_315b.pdf
17. Google Play https://play.google.com/store/apps [Internet] Clalit Health Services, Maccabi Healthcare Services, קופת חולים מאוחדת, לאומית שירותי בריאות (Retrieved June 15, 2021)
18. Schillinger D, Balyan R, Crossley SA, McNamara DS, Liu JY, Karter AJ. Employing computational linguistics techniques to identify limited patient health literacy: findings from the ECLIPPSE study. Health Serv Res. 2021 Feb;56(1):132-44. **https://doi.org/10.1111/1475-6773.13560**
19. המשרד לשוויון חברתי. המיזם הלאומי ישראל דיגיטלית: התכנית הדיגיטלית

הלאומית של ממשלת ישראל; יוני 2017 [נצפה ביום 8.6.2021]. נדלה מתוך: https://www.gov.il/BlobFolder/news/digital_israel_national_plan/he/Digital_Israel.pdf

20. בן שלום ד׳, הלפרין בן צבי מ׳. המיזם הלאומי לקידום אוריינות דיגיטלית בקרב אזרחים ותיקים: אמצעי לקידום זיקנה פעילה ושיפור התפקוד היומיומי [אינטרנט]. המשרד לשוויון חברתי מטה ישראל דיגיטלית וג׳וינט ישראל אשל. ינואר 2020. [נצפה ביום 7.6.2021]. נדלה מתוך: http://dicemarketing.co.il/campuscorona/wp.
21. Smith B, Magnani JW. New technologies, new disparities: the intersection of electronic health and digital health literacy. Int J Cardiol. 2019 Oct 1;292:280-2. https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.05.066
22. Wangler J, Jansky M. The use of health apps in primary care – results from a survey amongst general practitioners in Germany. Wien Med Wochenschr. 2021 May;171(7):148-56. https://doi.org/10.1007/s10354-021-00814-0
23. Catan G, Espanha R, Mendes RV, Toren O, Chinitz D. Health information technology implementation – impacts and policy considerations: a comparison between Israel and Portugal. Isr J Health Policy Res. 2015 Dec;4(1):1-2. https://doi.org/10.1186/s13584-015-0040-9
24. Shahrabani S, Mizrachi Y. Factors affecting compliance with use of online healthcare services among adults in Israel. Isr J Health Policy Res. 2016 Dec;5(1):1-6. https://doi.org/10.1186/s13584-016-0073-8
25. Kreps GL. The relevance of health literacy to mHealth. Inform Serv Use. 2017 Jan 1;37(2):123-30. 10.3233/ISU-170828
26. Kayyali R, Peletidi A, Ismail M, Hashim Z, Bandeira P, Bonnah J. Awareness and use of mHealth apps: a study from England. Pharmacy (Basel). 2017 Jun;5(2):33. **https://doi.org/10.3390/pharmacy5020033**
27. Cajita MI, Hodgson NA, Lam KW, Yoo S, Han HR. Facilitators of and barriers to mHealth adoption in older adults with heart failure. Comput Inform Nurs. 2018 Aug;36(8):376-382. 10.1097/CIN.0000000000000442
28. Lin YH, Lou MF. Effects of mHealth-based interventions on health literacy and related factors: a systematic review. J Nurs Manag. 2021 Apr;29(3):385-94. **https://doi.org/10.1111/jonm.13175**
29. Carroll JK, Moorhead A, Bond R, LeBlanc WG, Petrella RJ, Fiscella K. Who uses mobile phone health apps and does use matter? a secondary data analytics approach. J Med Internet Res. 2017;19(4):e125. 10.2196/jmir.5604
30. Drincic A, Prahalad P, Greenwood D, Klonoff DC. Evidence-based mobile medical applications in diabetes. Endocrinol Metab Clin North Am. 2016 Dec 1;45(4):943-65. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2016.06.001
31. Pfaeffli Dale L, Dobson R, Whittaker R, Maddison R. The effectiveness of mobile-health behaviour change interventions for cardiovascular disease self-management: a systematic review. Eur J Prev Cardiol. 2016 May 1;23(8):801-17. https://doi.org/10.1177/2047487315613462
32. Aida A, Svensson T, Svensson AK, Chung UI, Yamauchi T. eHealth delivery of educational content using selected visual methods to improve health literacy on lifestyle-related diseases: literature review. JMIR Mhealth Uhealth. 2020;8(12):e18316. **10.2196/18316**
33. Peng W, Kanthawala S, Yuan S, Hussain SA. A qualitative study of user perceptions of mobile health apps. BMC Public Health. 2016 Dec;16(1):1-11. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3808-0
34. Susło R, Paplicki M, Dopierała K, Drobnik J. Fostering digital literacy in the elderly as a means to secure their health needs and human rights in the reality of the twenty-first century. Fam Med Prim Care Rev. 2018;20(3):271-5. https://doi.org/10.5114/fmpcr.2018.78273
35. Chen X, Hay JL, Waters EA, Kiviniemi MT, Biddle C, Schofield E, et al. Health literacy and use and trust in health information. J Health Commun. 2018 Aug 3;23(8):724-34.
36. Borji M, Tarjoman A, Otaghi M, Salimi E, Naseri A. Health literacy level and its related factors among the elderlies in Ilam in 2015. Iran J Nurs. 2017 Oct;30(108):33-43. http://ijn.iums.ac.ir/browse.php?a_id=2515&sid=1&slc_lang=en
37. Van Hoa H, Giang HT, Vu PT, Van Tuyen D, Khue PM. Factors associated with health literacy among the elderly people in Vietnam. Biomed Res Int. 2020 Mar 27;2020. Article ID 3490635. https://doi.org/10.1155/2020/3490635
38. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: the eHealth literacy scale. J Med Internet Res. 2006;8(4):e27. **10.2196/jmir.8.4.e27**

קידום בריאות במסגרות שיקום של פגועי נפש בקהילה – מחוז תל אביב

ויקי כהן

ממונה קידום בריאות מחוז תל אביב, לשכת הבריאות, משרד הבריאות

תקציר

רקע: מדדי התחלואה והתמותה של אוכלוסיית פגועי הנפש בישראל ובעולם גבוהים בצורה ניכרת בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. בסקר מדדי תוצאה ציינו רבים ממקבלי השירות במסגרות השיקום בקהילה, כי ברצונם להציב לעצמם יעדים בתחום הבריאות הגופנית בתוכניות השיקום שלהם. למסגרות השיקום בקהילה תפקיד חשוב בסיוע למקבלי השירות לעניין זה, ומחקרים שונים מצביעים על החשיבות של אנשי הצוות והמסגרות בהנעת מקבלי השירות לשינוי ולפעולה. לשם כך הזמינה לשכת הבריאות תל אביב את השירותים השונים במחוז להצטרף למהלך, שבמסגרתו ימונו מתאמי בריאות במסגרות השיקום ויופעלו תוכניות קידום בריאות שנתיות.

מטרות: שיפור הרגלי הבריאות של זכאי סל שיקום במסגרות השיקום במחוז תל אביב.

שיטות: הפעלת תוכניות קידום בריאות שנתיות במסגרות שיקום של פגועי נפש בקהילה, בעזרת ליווי מקצועי של צוות לשכת הבריאות תל אביב. מתאמי הבריאות תכננו והפעילו תוכניות התערבות המשלבות כמה אסטרטגיות בקידום בריאות, והסתמכו על צרכים ועל רצונות שהביעו מקבלי השירות בוועדות ההיגוי שפעלו כבר בשלב כתיבת התוכניות ובמהלך שנת הפעילות.

תוצאות: 14 מסגרות שיקום הפעילו תוכניות קידום בריאות בשנת 2020. בסוף שנת הפעילות נמצאה עלייה של 32.5% במספר מקבלי השירות שהחליטו להציב יעדים הקשורים לאורח חיים בריא בתוכניות השיקום שלהם.

דיון ומסקנות: גם לנוכח הקשיים שהציבה מגפת הקורונה בשנת 2020, הצליחו מתאמי הבריאות במסגרות לערוך פעילויות שונות להעלאת המודעות לנושא הבריאות בקרב מקבלי השירות ואנשי הצוות, ולשנות את השיח על בריאות במסגרות. המסגרות המשיכו לשנת פעילות נוספת, ואף נוספו מסגרות חדשות לתוכנית במהלך דומה. במקביל יש השנה (2021) פיתוח של הערכה מלווה לתוכנית, הכוללת התייחסות להרגלי הבריאות המדווחים של מקבלי השירות, ולא רק ליעדים בתוכניות השיקום.

מילות מפתח: **פגועי נפש, מתמודדים עם בעיות נפש, אורח חיים בריא, מסגרות שיקום בקהילה, קידום בריאות במסגרת שיקומית.**

רקע

בספרות המחקר ישנם פערים גדולים בין מדדי תחלואה ותמותה של אוכלוסיית פגועי נפש לעומת האוכלוסייה הכללית. בסקירה שפרסם משרד הבריאות על אפידמיולוגיה פסיכיאטרית הוצגו נתונים המתארים שכיחות גבוהה של דיווח על תחלואה גופנית ממושכת בקרב אנשים הסובלים מדיכאון וחרדה לעומת מי שלא סבלו מתופעות אלו – 66% לעומת 46% בהתאמה. כמו כן, בקרב הסובלים מדיכאון וחרדה נמצאה שכיחות גבוהה יותר של כאבים בחזה (56% לעומת 31% באוכלוסייה הכללית), של מחלות נשימה (15% לעומת 10% באוכלוסייה הכללית) ושל מחלות ובעיות בכליות (4.6% לעומת 2.3% באוכלוסייה הכללית). עוד צוין, כי בעיבודים רב־לאומיים, בנטרול המשתנים "גיל" ו"מין", ישנה עלייה בסיכוי להפרעות דיכאון וחרדה בקרב אנשים הסובלים מאסתמה,

ממחלות לב, מכאבי פרקים, מכאבי צוואר־גב ומ־BMI הגבוה מ־30 (1).

למרות השינויים הרבים שחלו בעשורים האחרונים בטיפול בפגועי נפש – מעבר (ככל שניתן) מאשפוז לטיפול בקהילה, זמינות של תרופות בעלות השפעות קלות יותר על המטופלים ועלייה במעורבות רופאי המשפחה בבריאותם של חולים סכיזופרניים ואחרים – עדיין ישנם פערים ניכרים בנתוני התחלואה והתמותה בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, בשל שיעורי הימצאות גבוהים של בעיות קרדיווסקולריות, של מחלות בדרכי הנשימה ושל סוכרת (2). כמו כן ישנה השפעה לשילוב של המחלות הגופניות עם ההפרעות הפסיכיאטריות על הטיפול ועל הפרוגנוזה, כגון דפוסי שימוש יעילים פחות בשירותי הבריאות השונים, היעדר הקפדה על אורח חיים בריא והיענות נמוכה לטיפול תרופתי עקב קשיים קוגניטיביים והפרעות התנהגות, היעדר מערכות תמיכה טובות ועוד. נוסף על כך, בקרב אנשים הסובלים ממחלות נפש חמורות (סכיזופרניה, הפרעה דו־קוטבית ודיכאון חמור) נמצאה בכמה מחקרים צריכה גבוהה יותר יחסית לכלל האוכלוסייה של קלוריות, של פחמימות, של סוכרים, של שומנים, של שומן רווי ושל חלבונים (3).

חוק שיקום נכי נפש בקהילה נועד לסייע לשלב אנשים המתמודדים עם בעיות נפש בקהילה, ולאפשר להם דרגה מרבית של עצמאות תפקודית ושל איכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק־יסוד: כבוד האדם וחירותו. החוק חל על כל אדם מעל גיל 18 שהוא תושב ישראל, ואשר פסיכיאטר שהוסמך בידי משרד הבריאות קבע או ועדה רפואית של ביטוח לאומי קבעה כי הוא בעל נכות רפואית בשל הפרעה נפשית בשיעור של 40% או יותר (4).

אדם הנמצא זכאי לשירותי סל שיקום יכול לקבל שירותים אלו ממסגרות שונות, על פי צרכיו ורצונותיו. השירותים הניתנים במסגרת סל שיקום הם רבים ומגוונים: דיור, תעסוקה, פנאי וחברה, ליווי השכלה, השכלה אקדמית נתמכת, תעסוקה נתמכת, שירותי סמך, שירותי חונכות, תיאום טיפול ועוד.

בסקר של תוכנית מדדי תוצאה, הופיעו ממצאים משאלונים שמילאו 8,284 אנשי צוות ו־9,617 מקבלי שירות ממסגרות שיקום בכל הארץ במהלך חודש ינואר 2016 – אפריל 2017 (5). בכל הקשור לאורח חיים, 46.5% מהמשיבים על הסקר ציינו כי הם אינם מבצעים פעילות גופנית כלל, ו־11.9% השיבו כי הם מבצעים פעילות גופנית 1-2 פעמים בחודש. זאת ועוד, 26.5% ציינו כי הם אינם מקפידים על תזונה נבונה כלל, ו־17.3% ציינו כי הם מקפידים על תזונה נבונה לעיתים רחוקות. ממצא חשוב בסקר עוסק במטרות שהציבו לעצמם מקבלי השירות בתוכניות השיקום, ולפיו התחום המוביל מבחינת הצבת המטרות של מקבלי השירות הוא בריאות גופנית (32% מהמשיבים). עם זאת 22% מהם דיווחו כי המטרה לא הושגה, ו־60% ציינו כי היא הושגה חלקית. כלומר, **הצורך בהתערבויות לקידום בריאותם של פגועי נפש אינו רק חלק מסדרי העדיפויות של משרד הבריאות, אלא שהוא מענה הולם למצבה של האוכלוסייה ולרצונה המדווח לשיפור בריאותה.**

כבר באמנת אוטווה הוצהר, כי "Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play, and love" (6). אנשי הצוות במסגרות יכולים וצריכים לשמש סוכני שינוי. כמו כן, לסביבה הפיזית והחברתית של מקבלי השירות יש השפעה רבה על התנהגותם. במחקרים שונים נמצא, שבמסגרת תוכניות לעידוד אורח חיים בריא תמיכת הצוותים המטפלים במקבלי השירות ועידודם לבצע פעילות גופנית, למשל, תורמים לשיפור ההיענות לנושא. בתוך כך חשובה מאוד התאמת הפעילות הגופנית לאוכלוסייה מבחינת מין המשתתפים, גילם, רמת התפקוד שלהם והחסמים שהם מציינים שיש להם לביצוע פעילות גופנית. נמצא גם כי ישנה חשיבות רבה לתמיכה של הצוותים ולעידודם לבצע פעילות גופנית בעזרת חומרים כתובים או מקוונים, ולא רק בשיחות אישיות. זאת ועוד, מכיוון שמדובר בדרך כלל באוכלוסיות שאינן מבצעות פעילות גופנית בקביעות, נמצא כי יהיה עדיף להציע למתמודדים פעילויות פשוטות כמו הליכה, כדי ליצור תחושת מסוגלות עצמית גבוהה ושיעורי נשירה נמוכים מהפעילות. נוסף על כך, שימוש באמצעים פשוטים כגון אפליקציות למדידת צעדים יכולות לעזור למתמודדים להתמיד לאור קבלת הפידבק המיידי על הפעילות שהם מבצעים (8,7).

בהערכה מלווה נוספת של תוכנית לביצוע פעילות גופנית בקרב אנשים המתמודדים עם הפרעה פסיכיאטרית, שנערכה בפיטסבורג, צוינו כמה דגשים להתערבויות מוצלחות בנושא, כגון אלה: שמירה על לוחות זמנים קבועים (גם אם לא תמיד כולם מגיעים); חלוקת מים למשתתפים; שמירה על אווירה חיובית גם כאשר נרשם תסכול בקרב חברי הקבוצה; שמירה על קשר עם המשתתפים גם מחוץ לשעות הקבוצה; דגש על חימום לפני הפעילות ומתיחות והרגעת הגוף בתומה; והצעה של כמה אפשרויות לתרגול גם בתוך הקבוצה (9).

במחקר התערבותי שנערך בהולנד (10) נבדק אם ניתן לשפר מדדי בריאות שונים בקרב פגועי נפש באמצעות הפעלת תוכנית התערבות לאורח חיים בריא בדגש על פעילות גופנית, על תזונה ועל שינוי הסביבה האוביסוגנית, בהתאם לפרוטוקול ELIPS (פרוטוקול לביצוע מחקרים קליניים מסוג RTC, המאפשר להעריך את השפעת ההתערבות על אורח החיים של המטופלים השוהים במוסדות הטיפוליים). במסגרת ההתערבות עודדו את המטופלים לבצע פעילות גופנית, הגדילו את הזמינות של מזונות בריאות, אורגנה פעילות שבועית אחת לפחות שהוקדשה לתזונה בריאה

ונערכו שינויים בסביבה הפיזית של המטופלים. כמו כן הודרכו הצוותים במקביל לשינויים במסגרת. לאחר שנה נמצא, כי שינוי באורח החיים של המטופלים ועידוד לסביבה בריאה תורמים לשיפור במצבם המטבולי של המטופלים; עם זאת החוקרים הצביעו על הקושי לשמר שינויים מסוג זה ללא הטמעתם במערכת.

בשנת 2016 החלו לקדם במחוז ירושלים תוכנית מקיפה הכוללת שיתופי פעולה רבים לקידום אורח חיים בריא במסגרות השיקום במחוז בהובלת לשכת הבריאות ירושלים (מחלקות קידום בריאות, סל שיקום ותזונה). במסגרת התוכנית פעל צוות הלשכה בכמה מישורים: עידוד כל המסגרות במחוז למנות מובילי בריאות ולהקים ועדות היגוי הכוללות מקבלי שירות לשם בדיקת צרכים, בנייה וליווי של תוכניות קידום בריאות בכל מסגרת; הופקה חוברת מנחה שחולקה לכל המסגרות, ובה מידע והמלצות בנושאי תזונה, עישון ופעילות גופנית וטיפים לבניית תוכנית שנתית; קיום ימי עיון למובילי השירות שנבחרו במסגרות ולמקבלי השירות (כמו גם לבני משפחותיהם ולאנשי מקצוע) בנושא אורח חיים בריא; קיום יום עיון לתזונה נבונה ובישול בריא למדריכים, לאנשי שיקום ולאימהות בית במסגרות הרלוונטיות (מסגרות שיש בהן הזנה); וליווי מקצועי שוטף למובילי הבריאות לאורך כל השנה ועידודם להמשיך לכתוב וליישם תוכניות עבודה במסגרות גם בתום אותה שנת פעילות. שיא התוכנית היה הפנינג בריאות שהשתתפו בו כ־600 מקבלי שירות, במטרה להעלות בקרבם את המודעות לנושא הבריאות ולחבר את כל השירותים לעשייה משותפת. 21 ארגונים היו שותפים להפעלת האירוע (11).

בשנים האחרונות נערכו גם כמה התערבויות במסגרות שיקום בקהילה במחוז תל אביב בהיקפים שונים ובליווי לשכת הבריאות מחוז תל אביב. כל מסגרת בנתה את התוכנית המתאימה לאופייה, לצרכיה ולהרכב המתמודדים ומאפייניהם, וזכינו כבר לראות הצלחות של פרויקטים שונים: שיפור ההזנה במסגרות דיור ומפעל מוגן; עידוד עלייה במדרגות כמדיניות; הדרכות לצוותים ולמתמודדים; שיפור תחושת המסוגלות העצמית של אנשי הצוות במסגרות; ואף הגדלת שיעור המתמודדים אשר ביקשו להכניס יעדי קידום בריאות לתוכנית השיקום שלהם.

תוכניות שיקום נבנות יחד עם המתמודד אחת לחצי שנה בממוצע. צוות סל שיקום מאשר תוכניות שיקום אחת לשנה, בדגש על כך שהן יהיו מדידות, אפשריות ומחוברות לרצון המתמודד. כמו כן, אחת לשלושה חודשים הצוות המלווה בוחן מחדש את היעדים שנבחרו ומעדכן אותם לפי הצורך. להלן כמה דוגמאות ליעדי קידום בריאות בתוכנית השיקום: 1. **תזונה** – המתמודדת תאכל פרי אחד לפחות כל יום; המתמודד יאכל שתי ארוחות המבוססות על דגן מלא בשבוע; 2. **פעילות גופנית** – המתמודד יצא להליכות ערב פעמיים בשבוע עם המדריכה שלו במשך 30 דקות בכל פעם; המתמודד יתאמן במתקני הכושר בגינה הקרובה לביתו במשך 20 דקות פעמיים בשבוע; 3. **עישון** – המתמודד לא יעשן בזמן העבודה; המתמודדת תפחית את כמות הסיגריות מ־30 ל־25 סיגריות ליום.

מטרות

מטרת העל של התכנית:

שיפור הרגלי הבריאות של זכאי סל שיקום במסגרות השונות.

מטרת התכנית:

שירותי השיקום במחוז תל אביב יתכננו ויפעילו תוכניות קידום בריאות כחלק מעבודתם השוטפת.

יעדי התוכנית:

- לפחות 70% מהמסגרות יגישו בקשה לסיוע תקציבי לטובת הפעלת תוכנית קידום בריאות שנתית.
- בתום שנת הפעילות תימצא עלייה של 20% במספר מקבלי השירות שיש להם יעדי קידום בריאות בתוכנית השיקום שלהם.

שיטות

בתחילת שנת 2019 פנו רכזות סל שיקום בלשכת הבריאות מחוז תל אביב לכל היזמים המפעילים שירותי שיקום במחוז, והזמינו אותם ליום חשיפה בנושא קידום בריאות במסגרות שיקום. היום נפתח בברכתם של רופאת המחוז ושל הפסיכיאטר המחוזי, ובמסגרתו נחשפו כ־30 נציגי מסגרות שונות להרצאות רקע בנושא תזונה, פעילות גופנית, עישון והיתכנות להפעלת תוכניות קידום במסגרות. לאחר יום החשיפה, יזם שביקש להשתתף במהלך המחוזי שהוצע התחייב לבחור מסגרת שיקום אחת לפחות שיהיה אפשר להפעיל בה תוכנית התערבות, ולמנות מתאם בריאות שיהיה אחראי לנושא.

באמצע שנת 2019 הגיעו 18 נציגי מסגרות שיקום שהגישו מבעוד מועד דיווח על המצב במסגרותיהם בכל הקשור לקידום בריאות, ועברו הדרכה ממוקדת בנושא בניית תוכניות קידום בריאות שנתיות. במקביל הושגה הסכמה מהמחלקה לחינוך וקידום בריאות במטה משרד הבריאות לתמוך – גם תקציבית – במסגרות אשר יגישו תוכניות עבודה שיעמדו בקריטריונים שהוצבו ושלפיהם ניתנה ההדרכה: שילוב בין כמה אסטרטגיות של קידום בריאות, הקמת ועדות היגוי, הכרזה רשמית של המסגרת על המהלך, הכשרות צוותים ועוד. בתום השנה

הוגשו 16 בקשות לסיוע תקציבי להפעלת תוכניות עבודה שנתיות, ו־14 מהן אושרו (כלומר, כבר הושג היעד הראשון – 77% מהמסגרות הגישו בקשה ובנו תוכנית עבודה).

תיאור הפעילות

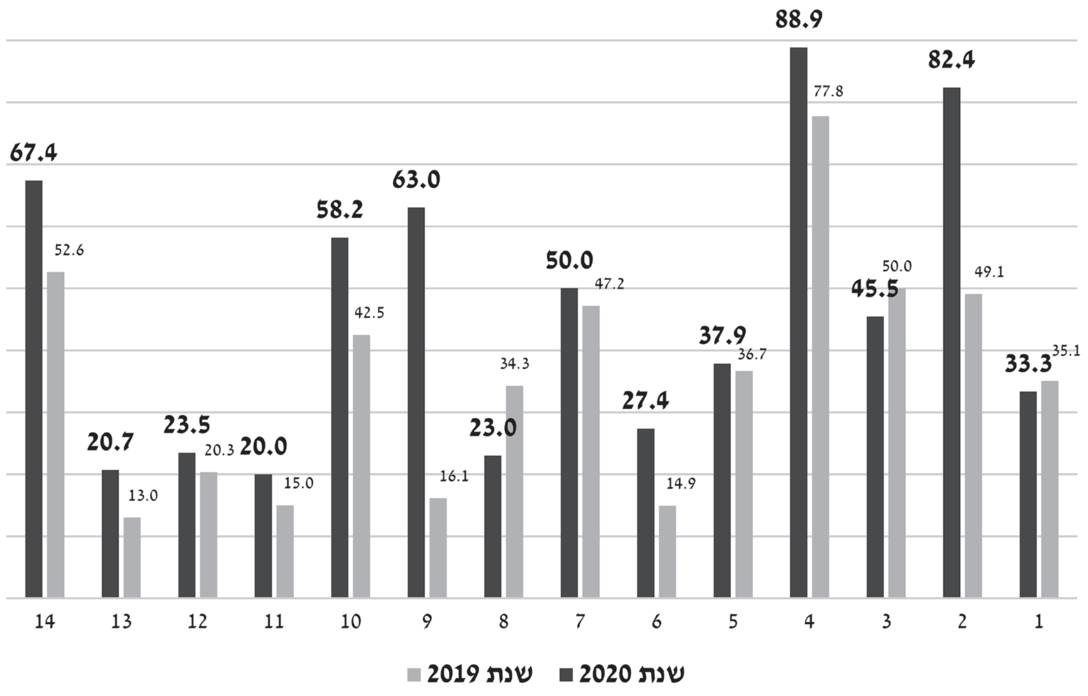
בשנת 2020 הוצאו לפועל 14 תוכניות קידום בריאות שנתיות במסגרות שיקום בקהילה, ובהן 256 אנשי צוות ו־1,472 מקבלי שירות. המסגרות שייכות לתשעה יזמים, והן מפעילות שירותי סל שיקום שונים ומגוונים – דיור, תעסוקה נתמכת, שילוב בצה"ל, חונכות וסומכות, חברה ופנאי ומפעלים מוגנים. בשל פרוץ מגפת הקורונה נאלצו מתאמי הבריאות לערוך התאמות, לשנות ולדחות חלק מן הפעילויות המתוכננות, כפי שיפורט בהמשך.

התוכניות תוכננו והתבצעו על פי עקרונות קידום הבריאות הבאים:

1. **מדיניות בריאה.** בכל מסגרת נבחר מתאם בריאות האחראי להובלת הנושא, שעימו צוות לשכת הבריאות מחוז תל אביב היה בקשר שוטף. מתאמי הבריאות משתתפים בהדרכות ובפורומים מקצועיים שמארגנת לשכת הבריאות, והם אחראים לכתיבת תוכניות העבודה והובלתן בפועל. מתאמי הבריאות הם אנשי צוות מטעם המסגרת (מדריכים, עובדים סוציאליים וראשי צוותים) שהוכשרו על־ידי צוות לשכת הבריאות להוביל את הנושא בכמה מפגשי הדרכה ובפורומים מקצועיים באופן שוטף. כמו כן, המסגרות הכריזו רשמית על התוכניות בישיבות צוות ובקרב מקבלי השירות שלהן (הצהרת כוונות). זאת ועוד, כל מסגרת התחייבה להעביר הדרכות צוות שנתיות בנושאי הליבה של קידום בריאות (עישון, תזונה ופעילות גופנית); שכן, הכנסת התכנים לעבודה השוטפת של הצוותים היא גם הכרזה על חשיבות הנושא והצבתו בסדר היום של המסגרת (מדיניות) וגם דרך לחבר את הצוותים בטבעיות לעשייה המתוכננת. לסיום נקודה זו, מסגרות שונות דיווחו לצוות הלשכה לאחר שהחלו להפעיל את התוכניות, שהשתנו אצלן נוהלי עבודה שונים: הן החלו להקפיד על כיבוד בריא בישיבות, וחלקן אף חידדו נהלים הקשורים לעישון בזמן מפגש בין נותני השירות ומקבלי השירות.
2. **חיזוק הפעילות הקהילתית.** כל התוכניות נכתבו לאחר התייעצות עם מקבלי השירות, ובמסגרת העבודה השנתית השוטפת המסגרות עורכות שתי ועדות היגוי בשנה בנוכחות מקבלי השירות. במקביל, בפורומים המקצועיים שהלשכה עורכת היא מוודאת שיהיו תכנים שמתאמי הבריאות מבקשים כדי להתאים את הידע ואת ההכשרות לצורכי השטח.
3. **יצירת סביבה תומכת.** הפעילויות שנעשו במסגרת העיקרון של יצירת סביבה תומכת היו מגוונות ושונות, בהתאם לאופי השירות. כך למשל, שילוט לעידוד עלייה במדרגות הוצב במפעלים המוגנים ובהוסטלים, אך לא היה רלוונטי לשירותי חונכות, המאופיינים במפגשים שבועיים של חונך ומתמודד. מנגד, בשירותים רבים המתבססים על מפגשים שבועיים (חונכות, תיאום טיפול, דיור מוגן) בחרו המסגרות לשלב פעילות גופנית קלה במפגשים הללו; במקום לשבת בדירת המתמודד או בבית קפה, המדריך או החונך ומקבל השירות יצאו להליכה משותפת, ולפעמים גם השתמשו יחד במתקני כושר ציבוריים. מסגרות תעסוקה ופנאי דיווחו על קביעת נוהלי עישון חדשים (צמצום זמני הפסקות עישון, אכיפת העישון רק בפינות עישון מרוחקות), ווידאו שתהיה גישה חופשית ונוחה למים או לקנקני מים בטעמים לעידוד שתייה והפחתת שתייה מתוקה. כמו כן, חלק מן השירותים פתחו קבוצות וואטסאפ שבהן הם העלו טיפים בנושאי בריאות שונים, יצרו ספרי מתכונים בריאים ופרסמו חומרי הסברה שונים, בהסתמך על חומרים שסיפק צוות לשכת הבריאות ואתר "אפשריבריא".
4. **פיתוח מיומנויות אישיות.** בתחילת השנה הספיקו חלק מן המסגרות לערוך הדרכות פרונטליות למקבלי השירות, ובמסגרת הגבלות הקורונה הועברו חלק מן ההדרכות והסדנאות לפורמט מקוון. עד אמצע השנה התקבלו דיווחים על הדרכות חד־פעמיות של שעה וחצי ביותר ממחצית מהמסגרות בנושאים הבאים: תזונה (תפריט בריא, הרגלי תזונה, בישול בריא, צרכנות נבונה), פעילות גופנית (שילוב פעילות גופנית ביומיום וסוגי פעילות גופנית), מניעת מחלות, סוכרת, עישון, בריאות השן, סרטן השד וסרטן העור. שלוש מסגרות נוספות הצליחו גם לערוך סדנאות פרונטליות של שלושה עד חמישה מפגשים בין הסגרים: סדנת מיינדפולנס, סדנת תזונה נבונה וסדנה לשמירה על אורח חיים בריא.

למרות כל הקשיים שהערימה על כולם שנת 2020, **כל המסגרות דיווחו על פעילויות מקדמות בריאות רבות ועל ניצול התקופה לחיזוק הנושא.** יש מסגרות לא הצליחו לגייס מספיק משתתפים לחלק מן ההדרכות שתוכננו למתמודדים, אך המשיכו להתמקד בעבודה מול הצוותים ובשימור השיח על אורח חיים בריא במפגשים האישיים עם המתמודדים.

***תרשים א:* פירוט מקבלי השירות בעלי יעדי קידום בריאות לפי מסגרת – 2019 לעומת 2020 (באחוזים)**



תוצאות

בתום שנת 2020 ביקשו כל מתאמי הבריאות מהמסגרות בתוכנית להמשיך לשנת פעילות נוספת, והגישו בקשות לסיוע תקציבי ותוכניות עבודה שנתיות. במסגרת הבקשות הללו מסגרות השיקום מתבקשות לדווח על מספר המתמודדים שלהם יש יעדי קידום בריאות בתוכניות השיקום שלהם.

בסוף שנת 2019 דיווחו המסגרות על כך של־32% ממקבלי השירות יש יעדי קידום בריאות בתוכניות השיקום שלהם, ובסוף שנת 2020 נמצאה עלייה ניכרת במספרים והמסגרות דיווחו על 42.4% ממקבלי השירות שלהם יש יעדי קידום בריאות. **מדובר בעלייה של 32.5% במספר המתמודדים שהחליטו בשנה זו להכניס יעדים לשיפור אורח חייהם לתוכניות השיקום שלהם.** הנתונים מפורטים בטבלה א.

***טבלה א:* פירוט מקבלי השירות בעלי יעדי קידום בריאות – 2019 לעומת 2020 (אחוז ומספר)**

שנה	מקבלי שירות	מקבלי שירות בעלי יעדי קידום בריאות	
2019	1,472	472	32%
2020	1,717	729	42.4%

בהשוואה בין המסגרות ניתן למצוא שלוש מסגרות שאצלן נמצאה ירידה קלה בשיעור המתמודדים בעלי יעדי קידום בריאות, לעומת מסגרות שאצלן נרשמה עלייה קלה או גדולה יותר. נתונים אלה מפורטים בתרשים א (המסגרות בתרשים מיוצגות על־ידי מספרים סידוריים).

דיון ומסקנות

אפשר להציע כמה הסברים לממצאים המוצגים, אך חשוב לסייג ולהצביע על נקודות התורפה של הערכת התוכנית בשלב זה. תחילה יש לציין, כי ההסתמכות על יעדי קידום בריאות בתוכניות השיקום היא מוגבלת; יכול מקבל השירות להצהיר על כך שזו כוונתו ויכול הצוות לאשר את התוכנית, אך בפועל ידוע שלא תמיד התחייבות בתוכנית השיקום גם באה לידי ביטוי במעשים ובשינוי ההרגל הבריאותי. עם זאת אפשר וצריך להתייחס לקביעת יעדים המעודדים אורח חיים בריא כשלב משמעותי בשינוי הרגלי הבריאות. במודל שלבי השינוי (12), למשל, מדובר בשלב הכרחי, אך מובן שאין מדובר במדידה מדויקת מספיק. עוד בשנת 2021 יועברו שאלונים (שנבנו יחד עם מתאמי הבריאות של המסגרות) שבעזרתם ייבדק עד כמה מקבלי השירות מודעים לכך שהמסגרות מפעילות תוכניות קידום בריאות, אם הם שבעי רצון מהפעילויות השונות ואם הם ערכו שינוי התנהגותי כלשהו בעקבות התוכנית.

כמו כן, וכפי שניתן לראות מן הנתונים, במהלך אותה שנה חלו שינויים בהרכב של המסגרות – חלק ממקבלי השירות

עזבו ואחרים הצטרפו (1,472 מתמודדים בסוף שנת 2019, ו־1,717 בסוף שנת 2020). גם נתון זה מאלץ אותנו להסתכל על הנתונים באופן מסויג.

ידוע ששנת 2020 הייתה שנה מיוחדת, ושלמגפת הקורונה הייתה השפעה רבה על כל תושבי ישראל. בסקר שנערך לאחר הסגר הראשון בישראל (13) נמצא כי 43% מהמשיבים דיווחו שאכלו יותר מהרגיל, ורק 13% השיבו כי אכלו פחות. עוד צוין כי 43% דיווחו על אכילה מרובה יותר של חטיפים ושל ממתקים, וכי 60% דיווחו על ירידה במשך הפעילות הגופנית שביצעו ובתדירות שלה. מנגד, מחצית מהמשיבים ציינו כי הם מעוניינים לקבל ייעוץ מקצועי בנוגע לפעילות גופנית ולאפייה ובישול בריאים. זאת ועוד, העלייה שחלה בתדירות הארוחות המשפחתיות וההתעניינות הגוברת של האנשים בנושאי בריאות הייתה גם חלון הזדמנויות לשינוי הרגלי בריאות. אין סיבה להניח שהדברים שונים בקרב המתמודדים, וגם מהדיווחים שהגיעו מן המסגרות נמסר כי רבים ממקבלי השירות במסגרות השונות אכן ניצלו את התקופה הזאת לאימוץ הרגלי בריאות חדשים ומיטיבים. כלומר, ייתכן שגם בלי קשר לפעילות שהתקיימה במסגרות, שנת הקורונה נתנה "דחיפה" חיובית בכל הקשור לבריאות ולאורח חיים בריא. אין עדיין נתונים שאפשר לדווח באמצעותם על השינויים הללו, מכיוון שסקר מדדי תוצאה טרם הועבר השנה בכל המסגרות; אך סביר שבהערכה המלווה שתוארה לעיל יינתן מענה בנושא.

מכיוון שרק חלק מן הפעילויות המתוכננות התקיימו, המסגרות התבקשו לדווח ללשכת הבריאות תל אביב על אופן השימוש בתקציבים לאורך השנה. בבדיקה שנערכה בסוף השנה לא נמצא קשר בין אחוז התקציב שנוצל לשיפור בכמות המתמודדים אשר דיווחו על יעדי קידום בריאות בסוף השנה. כלומר, היו מסגרות שקיימו פעילות מצומצמת יחסית, אך נמצא בהן שיפור משמעותי, ולהפך.

לכן, ובהמשך לכל מה שנאמר עד כה, ההסבר המשמעותי ביותר לדעת צוות לשכת הבריאות לשינוי החיובי שחל ברוב המסגרות הוא נוכחות מתאמי הבריאות במסגרות. כאשר ישנו אדם, שנוסף לתפקידו במסגרת הוא גם אחראי לעורר מודעות לנושא הבריאות ולקדם את הפעילות השנתית – תחום הבריאות אינו יורד מהפרק.

לאורך כל השנה היה קשר עם המתאמים, ונבדק מה הצרכים שלהם בתוך המצב החדש שנקלעו אליו. הפורומים למתאמי הבריאות נערכו באופן מקוון, ותוכני ההדרכות במהלך אותה שנה הותאמו לבקשת מתאמי הבריאות, כך למשל בנושאים הבאים: הקשר שבין תזונה לקורונה; הוצגו רעיונות ונשלחו דוגמאות מקוונות לפעילות גופנית שניתן לבצע למרות ההגבלות והסגרים; נערך מפגש בנושא מיינדפולנס ככלי לסיוע בהפגת מתחים וחרדות ושמירה על אורח חיים בריא.

חלק ממתאמי הבריאות אף החלו לשאול באופן גורף את מקבלי השירות שבמסגרת שלהם, אם הם ירצו להכניס יעדים הקשורים לאורח חיים בריא בתוכניות השיקום שלהם. צעד כזה הוא משמעותי ביותר, מכיוון שזוהי הפנמה של חשיבות הנושא והכנסתו כמדיניות בשיח שבין אנשי הצוות במסגרות למקבלי השירות.

לסיכום, שנת 2020 הייתה שנה מאתגרת במיוחד, ולא אידיאלית להשקת תוכנית קידום בריאות מחוזית בקרב מסגרות השיקום של פגועי הנפש במחוז תל אביב. עם זאת ולמרות כל הקשיים שהערימה מגפת הקורונה, ב־14 מסגרות שיקום במחוז הצליחו להתניע תוכניות קידום בריאות שנתיות, ואף לקיים לא מעט פעילויות לצוותים המקצועיים ולמקבלי השירות שלהם. בסוף אותה שנת פעילות נמצאה עלייה ניכרת באחוז מקבלי השירות שהחליטו להציב לעצמם יעדים הקשורים לקידום בריאות ולשיפור הרגלי הבריאות שלהם בתוכניות השיקום. לאור התכנים שעולים בוועדות ההיגוי שעורכות נציגות הלשכה בכל המסגרות השנה (2021), ניכר כי רבים ממקבלי השירות שהחליטו לעשות כך אכן שמים דגש רציני על הנושא, וכל מתאמי הבריאות מדווחים באופן שוטף על שינוי השיח במסגרות. מסגרות נוספות ששמעו על המהלך ביקשו אף הן להצטרף, וכבר השנה (2021) מתקיימות תוכניות קידום בריאות בחמש מסגרות נוספות (ובמקביל מצטרפות ארבע מסגרות נוספות שנערכות השנה לפעילות בשנת 2022). גם הערכה מלווה מדויקת יותר תתבצע עוד בשנת 2021, ויהיה אפשר ללמוד ממנה לעומק על תהליכי העבודה ולשפר ולחזק את התוכנית בהתאם לצורך.

מקורות

1. משרד הבריאות, שירותי בריאות הנפש, המחלקה למחקר ותכנון. אפידמיולוגיה פסיכיאטרית – השוואה בין ישראל ומדינות אחרות [אינטרנט]. 2011 [נצפה ביום 23.7.2021]. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Psychiatric_epidemiological.pdf
2. וינברגר ט', וינר ז', לאור נ'. תחלואה גופנית ותמותה לסובלים מהפרעות פסיכיאטריות [אינטרנט]. 2008 [נצפה ביום 23.7.2021]. נדלה מתוך: http://www.themedical.co.il/Upload/Magazines/Documents/108/Medicine%20Psych9.pdf
3. Firth J, Stubbs B, Teasdale S, Ward P, Veronese N, Shivappa N, et al. Diet as a hot topic in psychiatry: a population-scale study of nutritional intake and inflammatory potential in severe mental illness. World Psychiatry. 2018;17(3):365-7.
4. משרד הבריאות. סל שיקום ושילוב מתמודדים עם פגיעות נפשיות בקהילה [אינטרנט]. 2021 [נצפה ביום 23.7.2021]. נדלה מתוך: https://www.gov.il/he/service/rehabilitation-support-package
5. המרכז להערכה ולחקר שירותים ומדיניות בתחום בריאות הנפש. הערכת מדדי תוצאה בקרב צרכני שירותי שיקום – ינואר 2016- אפריל 2017 [אינטרנט]. חיפה: אוניברסיטת חיפה; 2018 [נצפה ביום 23.7.2021]. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/rehab_012016-042017.pdf

6. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. Ottawa: Canada; 1986 [cited 23 July 2021]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
7. Richardson C, Faulkner G, McDevitt J, Skrinar G, Hutchinson D, Piette J. Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. Psychiatric Services. 2005;56(3):324-31.
8. Zschucke E, Gaudlitz K, Ströhle A. Exercise and physical activity in mental disorders: clinical and experimental evidence. J Prev Med Public Health. 2013;46(Suppl 1):S12-S21.
9. Hoffmann K, Walnoha A, Sloan J, Buddadhumaruk P, Huang H, Borrebach J, et al. Developing a community-based tailored exercise program for people with severe and persistent mental illness. Prog Community Health Partnersh. 2015;9(2):213-27.
10. Looijmans A, Stiekema A, Bruggeman R, van der Meer L, Stolk R, Schoevers R, et al. Changing the obesogenic environment to improve cardiometabolic health in residential patients with a severe mental illness: cluster randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2017;211(5):296-303.
11. גוטסמן נ', רגב ס', וקסמן ב', כהן מ', דגן ט', לייב ג'. קידום "אורח חיים בריא" במסגרות שיקום לבריאות הנפש במחוז ירושלים [אינטרנט]. 2017 [נצפה ביום 23.7.2021]. נדלה מתוך: https://www.ispraisrael.org.il/sites/ispra/UserContent/files/%D7%A2%D7%9C%D7%95%D7%9F%20%D7%99%D7%A1%D7%A4%D7%A8%D7%90/Ispra%20News16%202_17.pdf
12. Prochaska J, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;51(3):390-5.
13. לרון מ', גולדווג ר'. התנהגויות בריאות בעת התפרצות מגפת הקורונה – ממצאים ראשונים [אינטרנט]. 2020 [נצפה ביום 23.7.2021]. נדלה מתוך: https://brookdale.jdc.org.il/wp-content/uploads/2020/04/Household-health-behaviors-in-Israel-during-the-COVID-19-pandemic.pdf

הקשר שבין הרגלי תזונה, תמיכה מהמורה ומעורבות הורית לבין שתיית אלכוהול בקרב בני נוער בגילאי 16-11 בישראל

שיר בן יעיש[1], ריקי טסלר[2], מונה בועז[1], יוסי הראל־פיש[3], ורד קאופמן־שריקי[1]

[1] המחלקה למדעי התזונה, בית־הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל

[2] המחלקה לניהול מערכות בריאות, בית־הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל

[3] בית הספר לחינוך, הפקולטה למדעי החברה, אוניברסיטת בר־אילן

תקציר

רקע: מתבגרים נוטים לחפש ריגושים דרך התנהגויות הנחשבות מסוכנות ואשר מספקות להם תחושת הרפתקנות, חוויית ריגוש ובחינת גבולות, ובהן שתיית אלכוהול.

מטרת המחקר: לבחון את הקשר שבין הרגלי תזונה, מעורבות הורית ותמיכה מהמורה לבין שתיית אלכוהול בקרב בני נוער בגילאי 16-11 בישראל.

שיטות: מחקר חתך כמותי, המבוסס על ניתוח משני של נתוני סקר ה־HBSC בישראל בקרב בני נוער יהודיים לשנת 2014. במחקר היה שימוש ברגרסיה לוגיסטית לבחינת הקשרים.

תוצאות: בקרב 3,387 תלמידי תיכון וחטיבת ביניים במדגם ארצי מייצג נמצא במודל רב־גורמי, שבנים (לעומת בנות) בכיתות תיכון (לעומת חטיבת ביניים) היו בסיכון גבוה פי ארבעה כמעט לשתיית אלכוהול, בהתאמה: (OR=3.81; 95%CI: 2.69-5.38; p<.001) (OR=2.68; 95%CI: 1.88-3.81; p<.001). מעורבות הורית גבוהה הייתה קשורה לסיכון נמוך ב־76% לשתיית אלכוהול (OR=0.24; 95%CI: 0.12-0.52; p<.001), תמיכה מהמורה הייתה קשורה לסיכון נמוך בחצי לשתיית אלכוהול לעומת בני נוער שלא חוו תמיכה מהמורה (OR=0.54; 95%CI: 0.37-0.79; p<.001). הרגלי תזונה בריאים הפחיתו ב־30% את הסיכון לשתיית אלכוהול (OR=0.70; 95%CI: 0.57-0.96; p<.005).

דיון ומסקנות: תוצאות המחקר מעידות על חשיבותה של המעורבות ההורית בחיי היום יום וכן של התמיכה בבית הספר מהמורה. הרגלי תזונה בריאים גם הם ייתכן שיוכלו לשמש בסיס למודל לסיקור ולפיתוח תוכניות התערבות בקרב בני נוער למניעת צריכת אלכוהול.

מילות מפתח: **בני נוער, אלכוהול, הרגלי תזונה, מעורבות הורית, תמיכה מהמורה.**

רקע

צריכת אלכוהול – השלכות

מתבגרים נוטים לחפש ריגושים דרך התנהגויות הנחשבות מסוכנות ואשר מספקות להם את יצר ההרפתקנות, ובהן השימוש באלכוהול (1). אלכוהול נכלל בקבוצת החומרים הפסיכו־אקטיביים. הוא משפיע על מערכת העצבים הגורמת לשינוי בתודעה, לשינויים בהתנהגות ולפגיעה ביכולות המוטוריות. אדם הנתון להשפעת אלכוהול נמצא במצב של אובדן שליטה ושל כושר שיפוט לקוי (2).

צריכה מופרזת של אלכוהול נמצאה קשורה למגוון סיכונים בריאותיים, כגון מחלות כבד, השמנה וסוגי סרטן שונים (4,3). אפילו מנת יתר חד־פעמית עלולה לגרום לרעלת אלכוהול, שיכולה להוביל לאובדן הכרה ואף למוות (5). בארצות הברית מתרחשים מדי שנה מאות אלפי מקרים של אלימות, של פציעות ושל תקיפות מיניות בהשפעת אלכוהול. עוד נמצא,

כי צריכת אלכוהול מופרזת בקרב בני נוער תורמת למותם עקב פציעה לא מכוונת, רצח או התאבדות (7,6).

לפי נתוני ה־National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (המכון הלאומי לצריכת יתר של אלכוהול ואלכוהוליזם בארצות הברית), אלימות הקשורה לצריכת אלכוהול שכיחה הרבה יותר מאשר אלימות הקשורה לשימוש בכל סם אחר (8). במחקר שנערך בפינלנד, אשר התבסס על נתוני התמותה והאוכלוסין מהשנים 1987-1996, נמצא כי 23.3% ממקרי המוות באלימות שאירעו היו קשורים לשימוש באלכוהול. עוד נמצא, כי בקרב גילאי 15-64, 30.5% מן ההתאבדויות, 28.6% מתאונות הדרכים ו־55.3% ממקרי הרצח היו קשורים לשימוש באלכוהול (9). זאת ועוד, שתייה כרונית של אלכוהול עשויה לגרום להתפתחות חסרים תזונתיים כגון חסר בתיאמין (ויטמין B1) ומחסור בוויטמינים B12, ו־B6, החיוניים לגדילה ולהתפתחות של בני נוער (10).

גורמי סיכון לצריכת אלכוהול

בסקר מב"ת צעיר השני (2014-2016) נמצא, כי 24.6% מהתלמידים דיווחו כי הם צרכו אלכוהול פעם בחודש לפחות בשנה האחרונה; מתוכם 55.8% דיווחו על שתיית משקאות חריפים, 56.5% על שתיית בירה, 48.4% על שתיית קוקטיילים ו־42.1% על שתיית יין (11).

נמצא, כי מתבגר אשר יתחיל לצרוך אלכוהול לאחר גיל 13 יפתח פחות בעיות אשר קשורות לאלכוהול לעומת מתבגר שיתחיל לצרוך אלכוהול לפני גיל 13. זאת ועוד, ככל שהצריכה תחל מאוחר, כך ירד הסיכון לצריכה תלותית ומתמשכת לאורך החיים ב־14% לשנה (12).

הרגלי צריכת אלכוהול של מתבגרים מושפעים מגורמים חברתיים ובעיקר מקבוצת השווים. שתיית אלכוהול היא לרוב תוצאה של לחץ חברתי, של רצון להרגיש שייכות וליצור קשרים עם בני המין השני וכן מתוך צורך להפגין בגרות. סיבות אפשריות נוספות יכולות להיות מתוך צורך של המתבגרים בביסוס עצמאותם, מתוך קריאת תיגר על הנורמות החברתיות ומתוך רצון להשתייך לעולם המבוגרים (13).

גורם נוסף שנמצא קשור לצריכת אלכוהול בקרב מתבגרים הוא אופי היחסים במשפחה – רמת האמון בין בני המשפחה וכן זמן וצורת הבילוי המשותף. ככל שהקשרים טובים יותר, כך רמת הסיכון יורדת, ואילו כאשר ישנן בעיות ביחסים עם ההורים כך עולה הסיכון לשימוש כבד באלכוהול (14).

קשרים חיוביים עם מבוגרים משמעותיים שאינם ההורים, כגון המורה או היועצת, נמצאו כמקושרים לבריאות כללית טובה יותר, לשביעות רצון מהחיים, לסיום הלימודים ולסיכון מופחת להשתתף בהתנהגויות סיכון (15).

מעורבות הורית גבוהה יותר, כלומר רמת המעורבות והידע של ההורים באשר לחיי ילדיהם, נמצאה כמנבאת שימוש בחומרים ממכרים כגון אלכוהול, מריחואנה ועישון. ככל שרמת המעורבות נמוכה יותר, כך הסיכון להתחלת שימוש גבוה יותר (16).

כמה מחקרים מצאו, כי בני נוער אשר יש להם בעיות התנהגות בלימודים ובני נוער אשר משתתפים יותר בהתנהגויות סיכון כגון עישון הם בעלי סיכוי גדול יותר לצרוך תזונה מזינה פחות ואשר יש להם התנהגויות תזונה בריאות פחות (17).

למיטב הידיעה ומחיפוש בסקירת הספרות, אין מודל כוללני המתאר קשר בין הרגלי תזונה, מעורבות הורית ותמיכה מהמורה לבין שתיית אלכוהול בקרב בני נוער בגילאי 16-11 בישראל.

מטרת המחקר

לבחון את הקשר שבין הרגלי תזונה, מעורבות הורית ותמיכה מהמורה לבין שתיית אלכוהול בקרב בני נוער בגילאי 16-11 בישראל.

שיטות

אוכלוסיית המחקר ומאפייני המדגם

המחקר הוא מחקר חתך כמותי המבוסס על ניתוח משני של נתוני ה־HBSC בישראל לשנת 2014. בשנת 2014 הועבר שאלון הסקר למדגם ארצי מייצג הכולל 14,068 תלמידי כיתות ו', ח', י', י"א ו־י"ב מ־218 בתי ספר יהודיים ו־74 בתי ספר מן המגזר הערבי. במדגם היו 7,811 התלמידים הלומדים בבתי ספר מן המגזר היהודי. בשל מאפייני אוכלוסייה ודיווח שונים במחקר זה נותחו נתוני תלמידים במגזר היהודי בלבד. 248 הוצאו מן האנליזה הסופית בעקבות מידע חסר או ערכים קיצוניים. מדגם ה־HBSC מעוצב כדגימת אשכולות, ומסגרת הדגימה היא רשימת הכיתות בבתי הספר. מכיוון שהסקר הוא ארוך וכולל שאלות רבות, לא כל התלמידים נשאלו את כל השאלות. מספר התלמידים שענו על השאלות הרלוונטיות למחקר זה כללו כשליש מן התלמידים, כך שהאנליזה הסופית כללה 3,387 תלמידים.

כלי המחקר

שאלון ה־HBSC עבר תיקוף ותורגם מאנגלית לעברית לאחר שנבדק בידי מומחים בתחום. איסוף הנתונים נערך בכיתות הלימוד בבתי הספר בידי מראיינים מקצועיים שצוות המחקר הנחה. השאלון הוא שאלון אנונימי למילוי עצמי, המזוהה באמצעות קוד נבדק הכולל את קוד בית הספר, את קוד הכיתה ואת קוד התלמיד.

משתני המחקר

משתנים בלתי־תלויים

- שכבת גיל: חטיבת ביניים או תיכון לפי כיתה.
- מין: בן או בת.
- מעורבות ההורים בחיי היום יום: התלמידים נשאלו 5 שאלות בעניין מידת המעורבות של הוריהם בתחומים שונים בחייהם. התשובות נעו בין 1 ל־5 (5= מעורבות גדולה), התשובות סוכמו לממוצע, ולאחר מכן חולקו ל־3 קבוצות לפי הסכום (נמוך, בינוני וגבוה).
- היחסים שבין המורה לתלמיד: התלמידים נשאלו 3 שאלות באשר לטיב היחסים והתמיכה שהם מקבלים מהמורה שלהם: "אני מרגיש שהמורים שלי מקבלים אותי כמו שאני"; "אני מרגיש שלמורים שלי אכפת ממני כאדם"; ו"אני מרגיש אמון רב מהמורים שלי". התשובות נעו בין 1 ל־5 (5= תמיכה גדולה), והתשובות סוכמו לממוצע לציון סופי של סקאלה מ־1 עד 5.
- הרגלי תזונה חיוביים ושליליים: ניתוח גורמים ראשיים (principal component analysis) נערך על מנת למצוא את הייחודיות של דפוסי התזונה. בניתוח הוכנסו 8 שאלות בנוגע לתדירות של צריכת המזונות הבאים: פירות, ירקות, דגנים, מוצרי חלב, משקאות מתוקים, משקאות דיאט, ממתקים ואוכל מהיר. בסיום התהליך חוללו 2 פקטורים: הרגלי תזונה חיוביים והרגלי תזונה שליליים. לאחר מכן חושבו חתכים רבעוניים, כך ש־Q1 משמעותו צריכה נמוכה ו־Q4 משמעותו צריכה גבוהה. השונות המוסברת הייתה בסך הכול 52.9%.

משתנה תלוי

- שתיית אלכוהול: משתנה זה נבחן באמצעות מענה לשאלה "אי פעם כמה ימים, אם בכלל, שתית אלכוהול?" התשובות נותחו כדיכוטומיות – כ"מעולם לא" אל מול "כל כמות אחרת".

תוצאות

7,811 תלמידים השלימו את השאלון, ומתוכם ל־91 תלמידים היה מידע סוציו־דמוגרפי חסר ול־157 תלמידים היו דיווחים עצמיים קיצוניים של BMI. תלמידים אלו הוצאו מהאנליזה. מספר התלמידים שענו על השאלות הרלוונטיות למחקר זה כללו כשליש מן התלמידים, כך שהאנליזה הסופית כללה 3,387 תלמידים.

טבלה 1 מציגה את הנתונים בחלוקה לפי סטטוס שתיית אלכוהול. רוב התלמידים היו ממעמד סוציו־אקונומי בינוני־גבוה. רוב התלמידים היו מבתי ספר חילוניים. 77% מהבנות ו־59.3% מהבנים לא שתו אלכוהול. בגיל חטיבת הביניים

טבלה 1: מאפיינים דמוגרפיים של משתתפי המחקר – השוואה בין תלמידים ששתו אלכוהול לתלמידים שלא שתו אלכוהול

	סה"כ (N=3953)	שתו אלכוהול (N=1243)	לא שתו (N=2710)	p-value
מין				
בנות (%)	2,069 (52.3%)	476 (23.0%)	1,593 (77.0%)	<0.001
בנים (%)	1,884 (47.7%)	767 (40.7%)	1,117 (59.3%)	
קבוצת גיל				
חטיבה (%)	2,202 (55.7%)	350 (15.9%)	1,852 (84.1%)	<0.001
תיכון (%)	1,751 (44.3%)	893 (51.0%)	858 (49.0%)	
מגזר				
חילוני (%)	2,424 (61.3%)	806 (33.3%)	1,618 (66.7%)	<0.005
דתי (%)	1,529 (38.7%)	437 (28.6%)	1,092 (71.4%)	
ארץ לידה				
ישראל (%)	3,641 (92.1%)	1,116 (30.7%)	2,525 (69.3%)	<0.001
אחר (%)	312 (7.9%)	127 (40.7%)	185 (59.3%)	
FAS				
נמוך (%)	966 (25%)	313 (32.4%)	653 (67.6%)	n.s
בינוני (%)	1,319 (34.2%)	398 (30.2%)	921 (69.8%)	
גבוה (%)	1,574 (40.8%)	495 (31.4%)	1,079 (68.6%)	

84.1% לא שתו אלכוהול, ובגיל תיכון 49% לא שתו אלכוהול. במגזר הדתי 71.4% לא שתו אלכוהול, ובמגזר החילוני 66.7% לא שתו אלכוהול. בקרב מי שנולדו בישראל 69.3% לא שתו אלכוהול, ובקרב מי שנולדו במדינה אחרת 59.3% לא שתו אלכוהול.

תוצאות הרגרסיה הלוגיסטית מוצגות בטבלה 2. יחסית לבנות, בנים היו בסיכון גבוה יותר פי 3.8 לשתות אלכוהול (OR=3.81; 95%CI: 2.69-5.38; p<.001). תלמידי תיכון היו בסיכון גבוה יותר פי 2.6 לשתות אלכוהול מאשר תלמידי חטיבות ביניים (OR=2.68; 95%CI: 1.88-3.81; p<.001). מעורבות הורית שימשה גורם מגן מפני שתיית אלכוהול- ככל שהמעורבות גדולה יותר, כך הסיכון נמוך יותר (OR=0.24; 95%CI: 0.12-0.52; p<.001). יחסים טובים יותר עם המורה שימשו גורם מגן מפני שתיית אלכוהול (OR=0.54; 95%CI: 0.37-0.79; p<.001). הרגלתי תזונה חיוביים שימשו גורם מגן מפני שתיית אלכוהול (OR=0.70; 95%CI: 0.57-0.96; p<.005). הרגלי תזונה שליליים לא נמצאו מובהקים במודל זה.

דיון ומסקנות

המחקר הנוכחי, אשר נערך בקרב מדגם מייצג של בני נוער ישראליים, מצא כי שתיית אלכוהול מקושרת לגיל גבוה יותר (תיכון), למין זכר, למעורבות הורית נמוכה יותר, לקשר טוב פחות עם המורה ולהרגלי תזונה חיוביים נמוכים.

המחקר מצא כי יחסית לבנות, הסיכוי בקרב בנים לשתות

טבלה 2: **גורמים המקושרים לשתיית אלכוהול ברגרסיה לוגיסטית רב־משתנית**

	OR	CI (95%)	P-value
מין			
בן לעומת בת	3.81	2.69-5.38	<0.001
שכבת גיל			
תיכון לעומת חטיבת ביניים	2.68	1.88-3.81	<0.001
מעורבות הורית			
נמוכה (ref)			
בינונית	0.24	0.12-0.52	<0.001
גבוהה	0.17	0.08-0.34	<0.001
תמיכה מהמורה*			
רבע תחתון (ref)	0.54	0.37-0.79	<0.005
הרגלי תזונה בריאים**			
רבע תחתון (ref)	0.70	0.57-0.96	<0.05
הרגלי תזונה לא־בריאים***			
רבע תחתון (ref)	1.19	0.870-1.63	0.27
קבוע	0.597		0.193

* תמיכה מהמורה היא משתנה שנוצר בניתוח גורמים ראשיים מהשאלות הבאות: "אני מרגיש שהמורים שלי מקבלים אותי כמו שאני"; "אני מרגיש שלמורים שלי אכפת ממני כאדם ואני מרגיש אמון רב מהמורים שלי". המשתנים חולקו לרבעונים, ובהם הרבעון הנמוך מבטא תמיכה נמוכה והרבעון הגבוה מבטא תמיכה גבוהה.

** הרגלי תזונה בריאים הם משתנה שנוצר בניתוח גורמים ראשיים מהמשתנים של תדירות צריכת פירות, ירקות, דגנים ומוצרי חלב. המשתנים חולקו לרבעונים, ובהם הרבעון הנמוך מבטא צריכה נמוכה והרבעון הגבוה מבטא צריכה גבוהה.

*** הרגלי תזונה לא־בריאים הם משתנה שנוצר בניתוח גורמים ראשיים מהמשתנים של תדירות צריכת משקאות מתוקים, משקאות דיאט, ממתקים ואוכל מהיר. המשתנים חולקו לרבעונים, ובהם הרבעון הנמוך מבטא צריכה נמוכה והרבעון הגבוה מבטא צריכה גבוהה.

אלכוהול הוא גדול יותר. גם הספרות מעידה כי לרוב בנות צורכות פחות אלכוהול מבנים ברחבי העולם ובגילאים השונים (18). המחקר מצא כי יחסית לחטיבת ביניים, הימצאות בתיכון מקושרת לסיכוי גדול יותר לשתות אלכוהול. בספרות ניתן לראות כי שתיית אלכוהול עולה עם הגיל (19).

קשרים חיוביים עם מבוגרים משמעותיים שאינם ההורים, כגון המורה או היועצת, נמצאו כמקושרים לבריאות כללית טובה יותר, לשביעות רצון מהחיים, לסיום הלימודים ולסיכון מופחת להשתתף בהתנהגויות סיכון (15). המחקר שלנו מצא כי ככל שהקשר עם המורה טוב יותר, כך הסיכון לצריכת אלכוהול יורד.

מעורבות הורית גבוהה יותר, כלומר רמת המעורבות והידע של ההורים באשר לחיי ילדיהם, נמצאו כמנבאים שימוש בחומרים ממכרים כגון אלכוהול, מריחואנה ועישון. ככל שרמת המעורבות גבוהה יותר, כך תדירות הצריכה השבועית נמוכה יותר (20), ואף הסיכון להתחלת צריכה נמוכה יותר (21). גם המחקר הנוכחי מצא כי מעורבות הורית גבוהה יותר מקושרת לסיכון נמוך יותר לצרוך אלכוהול.

כמה מחקרים מצאו, כי בני נוער אשר יש להם בעיות התנהגות בלימודים ובני נוער אשר משתתפים יותר בהתנהגויות סיכון, כגון עישון, הם בעלי סיכוי גדול יותר לצרוך תזונה מזינה פחות ואשר יש להם התנהגויות תזונה בריאות פחות (17). המחקר הנוכחי מצא, כי ככל שהרגלי התזונה הם חיוביים יותר, כך הסיכון לצריכת אלכוהול הוא נמוך יותר.

חוזקות ומגבלות המחקר

חוזקה ראשונה של המחקר הנוכחי היא גודל המדגם. זהו אחד המחקרים הגדולים שנערכו בתחום התנהגויות בקרב בני נוער, ולכן מובהקות ומהימנות התוצאות עולה. השיטות הקפדניות לאיסוף הנתונים במחקר הן חוזקה נוספת. בישראל האיסוף נעשה בהתאם לפרוטוקול הבינלאומי. כמו כן, כל השאלות שבשאלון הן מהימנות ועברו תיקוף בהתאם לפרוטוקול זה.

עם זאת למחקר כמה מגבלות: המחקר הוא מחקר חתך אשר מתבסס על נתונים בנקודת זמן אחת, ללא יכולת להסיק סיבתיות באשר לממצאיו. מגבלה נוספת היא שנתוני המחקר ואיסוף הנתונים מבוססים על דיווח עצמי, ולכן על אף מדגם גדול יחסית, אחוז מסוים מהתלמידים לא ידווח נכונה על התנהגויות סיכון מסוימות ועל כן תיווצר תת־הערכה. כמו כן, אוכלוסיית התלמידים הנדגמים הם תלמידים אשר לומדים בבתי ספר ממלכתיים וממלכתיים־דתיים השייכים למשרד החינוך והיא אינה כוללת מוסדות חינוך אשר נמצאים מחוץ למסגרות אלה, ולפיכך יכולת ההחלה של הממצאים העתידיים על אוכלוסיות אחרות היא מוגבלת.

על אף המגבלות הללו, אם יימצא מודל מובהק, הוא עשוי לתרום לסיקור ולאיתור התנהגויות סיכון בקרב בני נוער בישראל ולהוסיף על הידע המחקרי בתחום. ממצאי המחקר יוכלו להוות בסיס למחקרי המשך בתחום.

מקורות

1. Spear LP. The adolescent brain and the college drinker: biological basis of propensity to use and misuse alcohol. J Stud Alcohol [Internet]. 2002 Jan 9 [cited 2021 Jun 27];63(SUPPL. 14):71-81. Available from: https://www.jsad.com/doi/abs/10.15288/jsas.2002.s14.71
2. רבינוביץ' מ. צריכת אלכוהול בקרב ילדים ובני נוער ויישום התוכנית הלאומית לצמצום הצריכה המופרזת של אלכוהול. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע [אינטרנט]. 2012 [נצפה ביום יוני 27 2021] נדלה מתוך: https://www.psakdin.co.il/kAnnex/art_ccvy_3.pdf
3. Gramenzi A, Caputo F, Biselli M, Kuria F, Loggi E, Andreone P, et al. Review article: alcoholic liver disease – pathophysiological aspects and risk factors. Aliment Pharmacol Ther [Internet]. 2006 [cited 2021 Jun 27]; 24(8):1151-61.

4. Bagnardi V, Blangiardo M, La Vecchia C, Corrao G. Alcohol consumption and the risk of cancer: a meta-analysis. Alcohol Research & Health. 2001;25(4):263.
5. Jones AW, Holmgren P. Urine/blood ratios of ethanol in deaths attributed to acute alcohol poisoning and chronic alcoholism. Forensic Sci Int. 2003 Aug 27;135(3):206-12.
6. Swahn MH, Bossarte RM, Sullivent EE. Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk, seventh-grade adolescents. Pediatrics [Internet]. 2008 Feb 1 [cited 2021 Jun 27];121(2):297-305. Available from: https://pediatrics.aappublications.org/content/121/2/297
7. Hingson RW, Zha W, Weitzman ER. Magnitude of and trends in alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24, 1998-2005. J Stud Alcohol Drugs Suppl [Internet]. 2009 [cited 2021 Jun 27];(16)12-20. Available from: https://www.jsad.com/doi/abs/10.15288/jsads.2009.s16.12
8. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Drinking levels Defined [Internet]. [cited 2021 Jun 27]; Available from: https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking
9. Lunetta P, Penttilä A, Sarna S. The role of alcohol in accident and violent deaths in Finland. Alcohol Clin Exp Res [Internet]. 2001 Nov 1 [cited 2021 Jun 27];25(11):1654-61. Available from: https://onlinelibrary-wiley-com.mgs.ariel.ac.il/doi/full/10.1111/j.1530-0277.2001.tb02172.x
10. Cravo ML, Camilo ME. Hyperhomocysteinemia in chronic alcoholism: relations to folic acid and vitamins B6 and B12 status. Nutrition. 2000Apr;16(4):296-302.
11. משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות. סקר מב"ת צעיר: סקר מצב בריאות ותזונה לאומי שני לתלמידי כיתות ז'-י"ב 2015-2016. תל השומר: המרכז הלאומי לבקרת מחלות, מכון גרטנר, המרכז הרפואי ע"ש שיבא; 2017. https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mabat_youth_2015_2016_Full.pdf [נצפה ביום 27 יוני 2021]
12. Werch CE, Pappas DM, Carlson JM, Edgemon P, Sinder JA, DiClemente CC. Evaluation of a brief alcohol prevention program for urban school youth. Am J Health Behav. 2000;24(2):120-31.
13. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychol Bull [Internet]. 1992 [cited 2021 Jun 27];112(1):64-105. Available from: /fulltext/1992-40647-001.html
14. Luk JW, Farhat T, Iannotti RJ, Simons-Morton BG. Parent–child communication and substance use among adolescents: Do father and mother communication play a different role for sons and daughters?. Addictive behaviors. 2010 May 1;35(5):426-31.
15. Walsh SD, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H. Parents, teachers and peer relations as predictors of risk behaviors and mental well-being among immigrant and Israeli born adolescents. Soc Sci Med. 2010 Apr;70(7):976-84.
16. Wang B, Stanton B, Li X, Cottrell L, Deveaux L, Kaljee L. The influence of parental monitoring and parent-adolescent communication on Bahamian adolescent risk involvement: a three-year longitudinal examination. Soc Sci Med. 2013 Nov 1;97:161-9.
17. Neumark-Sztainer D, Story M, Toporoff E, Himes JH, Resnick MD, Blum RWM. Covariations of eating behaviors with other health-related behaviors among adolescents. J Adolesc Health. 1997 Jun 1;20(6):450-8.
18. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of applied studies results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings (DHHS Publication No. SMA 08–4343, NSDUH Series H-34). (2008). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
19. Ferreira MM, Torgal MC. Consumo de tabaco e de álcool na adolescência. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2010 [cited 2021 Jun 27];18(2):255-61. Available from: www.eerp.usp.br/rlaewww.eerp.usp.br/rlae
20. Carroll HA, Heleniak C, Witkiewitz K, Lewis M, Eakins D, Staples J, et al. Effects of parental monitoring on alcohol use in the US and Sweden: a brief report. Addict Behav. 2016 Dec 1;63:89-92.
21. Yap MB, Cheong TW, Zaravinos-Tsakos F, Lubman DI, Jorm AF. Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Addiction [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2021 Jun 27];112(7):1142-62. Available from: https://onlinelibrary-wiley-com.mgs.ariel.ac.il/doi/full/10.1111/add.13785

אפיון חסמים וגורמים המאפשרים ביצוע פעילות גופנית בקרב נשים ערביות מעל גיל 20 בצפון ישראל

רנא חמאדה דראושה[1], אורנה בראון־אפל[1]
[1] בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה

תקציר

רקע: פעילות גופנית (להלן: פ"ג) ואימוץ אורח חיים פעיל הם גורם מרכזי בשמירה על הבריאות בעידן המודרני. למרות חשיבותם, שיעורים נמוכים של פ"ג נמדדים בעולם ובישראל בקרב מבוגרים בכלל ובקרב נשים ערביות בפרט. כדי לבחון ולקדם עיסוק בפ"ג בקרב נשים ערביות בישראל, חשוב לזהות את החסמים ואת המניעים לעיסוק בפ"ג.

מטרת המחקר: לאתר את הסיבות המרכזיות המשפיעות על עיסוק בפ"ג בקרב נשים ערביות בישראל.

שיטת המחקר: מחקר איכותני המבוסס על ראיונות חצי־מובנים. במהלך המחקר נערכו 30 ראיונות בקרב נשים ערביות בטווח הגילאים 20-50 המתגוררות בצפון ישראל, בהתבסס על דגימה הטרוגנית. בשל מגפת הקורונה (COVID-19), הראיונות נערכו בשימוש בתוכנת ZOOM בהתאם לפרוטוקול ניתוח נתונים איכותני.

ממצאי המחקר: מתוך הראיונות זוהו הנושאים הבאים כחסמים לפ"ג: חוסר זמן, מעמד חברתי, דרישות החיים המודרניים לצד תפיסותיה של החברה הערבית כחברה פטריארכלית מסורתית, פיקוח חברתי ומשפחתי, מעמד האישה הערבייה, רמת מחויבות ומודעות אישית ותפיסת האישה את מסוגלותה. הנושאים שזוהו כתורמים לביצוע פ"ג הם הנושאים הבאים: דאגה לבריאות ושמירה על הבריאות, הקפדה על ההופעה החיצונית, פריצת דרך והתמודדות עם נורמות תרבותיות מגבילות, מגוונות החברה הישראלית, מדיניות קהילתית, חוגים והנגשה סביבתית. החסמים והנושאים התורמים לפ"ג הוצגו על פי המודל הסוציו־אקולוגי.

דיון ומסקנות: מניתוח ממצאי המחקר עולה, כי החסמים המגבילים את הנשים הערביות לעסוק בפ"ג נובעים במקור מהשפעתה של החברה הפטריארכלית המסורתית עליהן. מעמד האישה בחברה הערבית, חשיבות הקהילה, משפחה, חברים מקורבים והפיקוח החברתי – כל אלה נצפים כבעלי השפעה ניכרת, שמכתיבה את התנהגות האישה הערבייה. עידוד חברתי, מדיניות קהילתית וסביבה פיזית מאפשרת, לצד מרכיבי אישיות עצמאית וחזקה עשויים להביא לפריצת דרך ולשינוי התנהגותי, אשר יכול לכלול עיסוק בפ"ג ונקיטת אורח חיים בריא ופעיל.

מילות מפתח: **פעילות גופנית (פ"ג), המודל הסוציו־אקולוגי, חסמים, מניעים, פיקוח חברתי, מעמד האישה הערבייה.**

רקע

ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization – WHO) הגדיר פעילות גופנית (להלן: פ"ג) ככל פעולה שמתבצעת באמצעות מערכות הגוף (שלד־שריר) ודורשת הוצאת אנרגיה, כגון עבודות בית, הליכה יומיומית, משחק ופעילות פנאי (1). פעילות בעצימות בינונית־עצימה מומלצת בתדירות של 150 עד 300 דקות שבועיות לפחות (1-4). כ־3.2 מיליון מקרי מוות מתרחשים בעולם עקב חוסר פ"ג (1,4,5). חוסר פ"ג הוא במגמת עלייה במדינות רבות בעולם, מה שמעלה את שיעור המחלות הכרוניות, את העול שלהן ואת השפעתו על הבריאות (6,4). אימוץ אורח חיים פעיל ופחות

יושבני תורם לבריאות במישורים הפיזיים והנפשיים. תהליך ההזדקנות יכול להפוך לבריא יותר, ומשמעותו תהיה שיפור באיכות החיים והפחתת הסיכוי לסבול ממחלות כרוניות (4,1). בקרב נשים מרבית המחקרים מראים שישנה חשיבות לביצוע פ"ג, מאחר שהיא מיטיבה, שומרת על מסת העצם וגורמת לעלייה בצפיפותה, מה שמגן מפני שברים על רקע ירידה בצפיפות העצם ומונע נפילות (7).

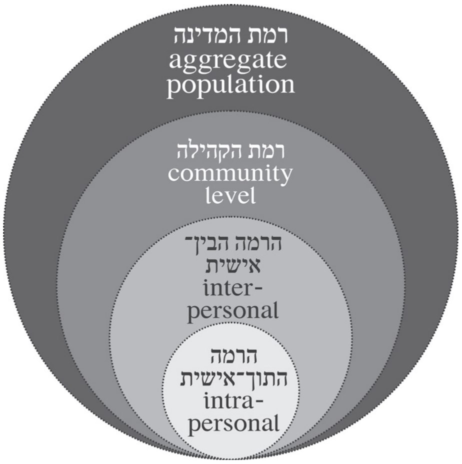
יותר מ־81% מן המבוגרים מעל גיל 18 הוגדרו כלא פעילים מספיק בשנת 2018; נשים היו פעילות פחות בהשוואה לגברים (27% לעומת 20% בהתאמה) (1). נשים נצפו כיורדות בהיקף הפעילות שלהן עם התקדמות גילן וכעוסקות בעיקר בפעילות אירובית ובהליכה (8,1). על פי ממצאי סקר הרגלי פ"ג בקרב תושבי ישראל מעל גיל 21 שנערך בשנת 2016, רק 29.8% מן האוכלוסייה הישראלית מעל גיל 21 עמדו בהמלצות של WHO לביצוע פ"ג. השיעורים הנמוכים ביותר הופיעו בקרב האוכלוסייה הערבית בהשוואה ליהודית (41% לעומת 59.6% בהתאמה), ובייחוד בקרב נשים ערביות (36.4% לעומת 45.1% בקרב הגברים). השיעור הגבוה ביותר לעיסוק בפ"ג דווח בין הגילאים 35-49 (42.9%). עם התקדמות גילן הייתה ירידה בשיעורים (29.5% בטווח גילאים 50-64 ו־20.4% מעל גיל 65). נשים ערביות דיווחו על ירידה ברמת העיסוק בפ"ג ב־18% בהשוואה לנשים בחברה היהודית, אשר דיווחו על עלייה של 9% בהשוואה לשנים הקודמות. נשים ערביות פעילות שמרו פחות על רמת פ"ג זהה בהשוואה לשנים הקודמות ובהשוואה לנשים יהודיות (34.8% לעומת 44.3% בהתאמה) (9).

בשנים האחרונות נצפים תהליכי שינוי בקרב החברה הערבית בישראל. התרופפות המסגרת המסורתית והחברתית, לצד עלייה בהשכלת הנשים והשתתפותן בכוח העבודה, הן מהות ועיקר השינוי (10). למרות זאת ישנם הבדלים רבים בהשוואה שבין החברה הערבית והיהודית. הבדלים אלו נצפים במישורים שונים של בריאות, של נתוני תעסוקה, של הכנסה והשכלה, של אורח חיים חברתי ומשפחתי ושל חייו של הפרט. השכר הממוצע של נשים ערביות הוא נמוך בהרבה בהשוואה לנשים יהודיות (בכ־30%). זאת ועוד, החברה הערבית בישראל היא חברה הטרוגנית במהותה, והבדלים רבים נצפים בתוכה (11). מבנה החברה הערבית בישראל הוא בבסיסו מבנה פטריארכלי, שמרני ושונה ממבנה החברה היהודית, למרות החפיפה והשינויים שחלו בסגנון החיים עם השנים בעקבות החשיפה ותהליך המודרניזציה (10,11).

המודל הסוציו־אקולוגי הוא אחד המודלים החשובים בתחום קידום הבריאות. בסיס המודל מניח, שבריאות הנשים נקבעת באמצעות השפעה הדדית ויחסי גומלין סביבתיים, ארגוניים ואישיים (12). על פי המודל הסוציו־אקולוגי, עיסוק הנשים בפ"ג מושפע ממגוון רמות שונות: 1. **הרמה התוך־אישית (intra-personal)**, הכוללת את הנתונים הביולוגיים, הפסיכולוגיים והדמוגרפיים של האדם, כגון עמדות ותפיסות; 2. **הרמה הבין־אישית (inter-personal)**, הכוללת את סביבתו הקרובה של האדם ואת האינטראקציה החברתית עימה, כגון משפחה וחברים; 3. **רמת הקהילה (community level)**, שעניינה הסביבה והקהילה המורחבת יותר של האדם, כגון מתקני ספורט, שבילי הליכה, שירותי בריאות והשירותים השונים הנגישים באזורו. המקובלות החברתית לעיסוק הנשים בפ"ג כגון הליכה בחוץ מושפעת מרמה זו; 4. **רמת המדינה (aggregate population)**, הכוללת גורמים ברמת האוכלוסייה, כגון תשתיות, חקיקה ומדיניות ציבורית.

פיתוח אסטרטגיות ותוכניות התערבות לקידום בריאות האדם, כגון קידום אורח חיים פעיל בקרב האוכלוסייה הערבית, מהווה אינטראקציה בין רמות ההשפעה השונות. מדיניות קהילתית־ציבורית יכולה להתמקד ברמה מסוימת או ליצור שילוב של כלל הרמות השונות כדי לקדם מטרה בריאותית מסוימת (13).

איור מס׳ 1: **רמות ההשפעה השונות, המודל הסוציו־אקולוגי**



מרכיבים שונים נצפו כמשפיעים על שיעור העיסוק בפ"ג בעולם. מחקרים רבים עוסקים בחסמים בשלוש רמות עיקריות:

א. **ברמת הפרט:** *ישנם* שני מרכיבים עיקריים לאי־ביצוע פ"ג: "חוסר זמן" ו"מגבלה או בעיה בריאותית". כמרכיבי חוסר הזמן הוגדרו המרכיבים הבאים: הצורך לטפל בילדים, עבודות בית ועייפות לאחר עבודה פיזית (14-16), חוסר עניין, מוטיבציה ירודה, פחד מפציעות, מצבי לחץ, שימוש רב במחשב והיעדר עיסוק קודם בפ"ג; כל אלה צוינו גם כחסמים (17,14). מעמד סוציו־אקונומי נמוך מנבא ביצוע פ"ג

בשיעורים נמוכים. אנשים בעלי הכנסה גבוהה נמצאו כבעלי יכולת לבחור בסוגי אימונים שונים ובשעות אימון נוחות לעומת אחרים בעלי הכנסה נמוכה. נמצא שלהשכלה יש השפעה חיובית על עיסוק בפ"ג, באופן שלבעלי השכלה יש יכולת לגשת לידע ולהשתמש בו בצורה יעילה יותר (16,15). לעומת זאת, ממצאי WHO מראים שלהכנסה גבוהה יש השפעה הפוכה, מה שיכול לנבוע מסיבות כגון אורח חיים מודרני וישיבה מרובה (1). עייפות, רמת דתיות, מסורתיות ואמונה הופיעו כחסמים בקרב נשים במיוחד (17). נשים ערביות, במדינות ערב שונות כגון מרוקו, סוריה ולבנון, ייחסו חשיבות מגדרית להיותן נשים, למעמד חברתי, להיותן נשואות ולגיל מבוגר בנוגע לאי־עיסוקן בפ"ג. מבחינת הנשים, המרכיבים הללו של גיל ושל מעמד חברתי לצד היותן נשים מגביל אותן מעיסוק בפ"ג בחופשיות (12,15,18).

ב. **ברמת החברה, התרבות והמדיניות:** חוסר תמיכה חברתית הופיע ברוב המחקרים כחסם לעיסוק בפ"ג, בייחוד בקרב נשים. מבנה החברה, המנהגים שלה והשפעתה כחברה מסורתית נצפתה כגורם המגביל עיסוק בפ"ג. נשים ערביות כפופות עדיין להוראת הגבר בבית. הדבר מושפע מן היחסים ההירככיים הפטריארכליים שבהם מוענקת לגברים עדיפות על פני הנשים (16,15). מחקרים נוספים התייחסו למחסור בשותפים לפעילות, ואחרים תפסו פ"ג כפעילות שאינה מוגדרת כפעילות חברתית. מנגד, אירועים חברתיים ומשפחתיים נצפו גם כן כחסמים לעיסוק בפ"ג (16,15). על פי נתוני ארגון הבריאות העולמי (WHO), נמצא שככל שהמדינות מפותחות יותר כלכלית, כך התנהגות ותרבות הישיבה הולכת וגוברת. כך, שיעור חוסר העיסוק בפ"ג עולה ועלול להגיע ל־70%. שיעור זה מושפע מן השימוש הרב בטכנולוגיה לצרכים הרבים בחיי האדם, כגון עבודה ונופש (1).

ג. **ברמת הסביבה:** שני הגורמים העיקריים שדווחו ברמה זו הם חסמים המיוחסים ל"מזג אוויר" ול"חוסר ציוד ומקומות לעיסוק בפ"ג" (19). עלות אימון גבוהה וחוסר נגישות למקומות ולאימונים צוינו גם כן כחסמים. כך למשל, באזורים חמים מאוד פעילות בחוץ כגון הליכה, רכיבה וריצה מוגבלת לשעות המוקדמות של הבוקר או לשעות מאוחרות בלילה, מה שמגביל מאוד את העיסוק בפעילות מסוג זה עבור נשים במיוחד (19,17). במחקר שנערך בארצות הברית דיווחו נשים על הפחד לבצע פ"ג בחוץ בשל סיכוי גבוה לשוד ולמקרי פשע ובשל תחושת חוסר ביטחון לשהות בחוץ (19). חסמים שמגבילים נשים מעיסוק בפ"ג באים לידי ביטוי הרבה יותר בהשוואה לגברים. הנשים נמדדו כבעלות סיכויים כפולים להפסיק עיסוק בפ"ג לאחר שהחלו בה וכבעלות נטייה לאורח חיים יושבני יותר. הנשים הראו בקיאות גבוהה ביתרונות העיסוק בפ"ג למרות אי־העיסוק בה, כך שאי־העיסוק יוחס יותר לחסמים שונים כגון הגבלות בריאותיות, חוסר זמן, מקורות מידע לא־מהימנים והגבלה של מיקום מתאים לעסוק בפ"ג (20,12).

רוב הסיבות והמניעים לעיסוק בפ"ג נמצאו דומים בגברים ובנשים. שיפור הכושר, עיסוק בספורט ברמה גבוהה והנאה דווחו כסיבות עיקריות. סיבות כגון שמירה על הבריאות ושיפור הבריאות, סידור הגוף ואיבוד משקל נמצאו כמניעים עיקריים בקרב נשים, בעוד שגברים דיווחו על מניע של שיפור הכוח, של שמירה על ההופעה ועל מרכיב התחרותיות (18,15,14). הנאה מן האימון, שעות אימון מתאימות, ההעדפה לעסוק בפעילות בקבוצה או ליהנות מן הנוף ולצאת לפעילות בטבע הם גורמים מניעים העשויים לקדם פ"ג בקרב מבוגרים (18). תמיכה חברתית מן המשפחה ומן החברים נמצאה קשורה לביצוע פ"ג ומשפיעה על הבריאות הפיזית והנפשית במידה חיובית (17).

מטרת המחקר

במחקר הנוכחי נבחנו העמדות של הנשים הדרוזיות והמוסלמיות בחברה הערבית בצפון ישראל בנוגע לחסמים ולמניעים לעיסוק בפ"ג, בדגש על זיהוי ועל איתור דפוסים ותבניות של התנהגות בריאותית המובילים אותן לעסוק בפ"ג. במאמר זה נידונות בהרחבה ההשלכות שיש לעמדות אלו על מעורבות נשים ערביות בפ"ג והיכולת לבנות מודל שעשוי להסביר את הקשרים שבין הסיבות והגורמים השונים לבין אי־עיסוק בפ"ג.

שיטת המחקר

משתתפים: המחקר כלל 30 מרואיינות, מתוכן 22 נשים מוסלמיות (73%) ו־8 דרוזיות (27%), בטווח הגילאים 20-50 (ממוצע 31.53), המתגוררות בצפון ישראל. המרואיינות היו בעלות משתנים סוציו־דמוגרפיים שונים, ובכלל זה מידת ההשכלה, תעסוקה ופעילות גופנית (פ"ג).

כלי המחקר: לאחר קבלת אישור מוועדת האתיקה של אוניברסיטת חיפה, פורסמה באתרים החברתיים ובחדרי כושר וסטודיו לנשים מודעה המזמינה להשתתף במחקר. נערך ריאיון בפרוטוקול חצי־מובנה, תוך שימוש באפליקציית ZOOM, לאור ההגבלות שהוטלו בשל התפשטות מגפת הקורונה (Covid-19). את הריאיון, שארך כ־30 דקות עד שעה, ביצעה

המחברת הראשונה. הראיונות הוקלטו ותומללו באישורן של המשתתפות. ההקלטות בוצעו באופן אנונימי.

הריאיון נפתח בשאלה כללית על אורח חיים בריא, כדי להבין את מיקומן של הנשים בתחום זה ואת תפיסתן את הפ"ג. בהמשך נשאלו שאלות מנחות וממוקדות הנוגעות לחסמים ולמניעים לעיסוקן בפ"ג. הריאיון התנהל בצורה דינמית ופתוחה, שאפשרה לשאול שאלות המשך ולתת דוגמאות והסברים. השאלות עסקו בנקודות הבאות: תפיסת אורח חיים בריא, עמדות, מניעים וחסמים הנוגעים לעיסוק של נשים ערביות בישראל בפ"ג, נורמות חברתיות, תרבותיות וסביבתיות הנוגעות והקשורות לפ"ג, תפיסת ההשלכות והסיכון שבאי־ביצוע פ"ג.

ניתוח הראיונות: הניתוח בוצע בכמה שלבים בידי המחברת הראשונה, כתהליך אנליטי ולא סטטיסטי, במטרה לתת משמעות, פרשנות והכללה לתופעה הנחקרת (21). בשלב הראשון בוצע **קידוד פתוח (Open coding)**, שכלל מתן שמות וחלוקה לקטגוריות, תוך בדיקה מדויקת וקפדנית של הנתונים לאחר ביצוע הראיונות, ההקלטות, התמלול, רישום הערות ועריכת הנתונים. הניתוח הראשוני בוצע באופן פתוח, כך שהוא תוצאה של "דיון מתמשך" בין הנתונים שנאספו לבין הפרספקטיבה המושגית של החוקרת ושל התחום הנחקר. כל ריאיון שבוצע קודד תוך שמירה על כללי האתיקה. בשלב השני בוצע **ניתוח ממפה** כהמשך לשלב הראשון ובהתבסס עליו, שכלל ארגון וקיבוץ של הקטגוריות הקרובות תוך זיהוי קטגוריות מרכזיות ויצירת קשרים בין הקטגוריות העיקריות. הניתוח הממפה אפשר השוואה רוחבית של כל הנתונים שנאספו כבסיס לניתוח ראשוני של התמות המרכזיות ושל תתי־הקטגוריות מכל הראיונות. בשלב השלישי בוצע **ניתוח ממוקד**, תוך יצירת קטגוריה מרכזית באמצעות אפיון מדויק של הקטגוריות והתכנסות לתמה עיקרית הקשורה לכל הקטגוריות והתורמת משמעותית להסברת שאלת המחקר. השלב האחרון, המוגדר **כניתוח תאורטי**, כלל בניית תיאורים תורתיים לתופעה כשילוב של ממצאים ושל נתונים מן הספרות עם ממצאים מן השטח, במטרה לתת הסברים מתאימים כדי לשפר את תוקפו הפנימי של המחקר ככל האפשר (22,21).

ממצאי המחקר

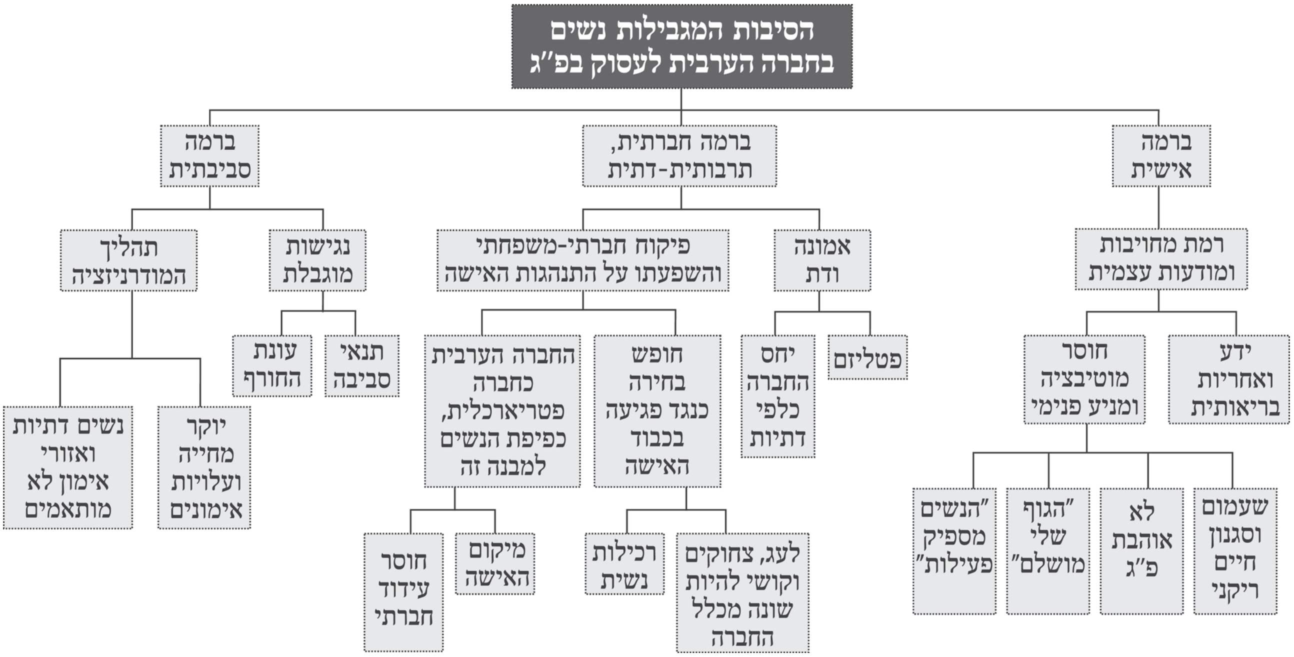
הראיונות עם הנשים העלו שתי תמות מרכזיות: **הסיבות המגבילות נשים בחברה הערבית לעסוק בפ"ג ודפוסים ותבניות התנהגות התומכים בעיסוק הנשים בחברה הערבית בפ"ג.** תמות אלו חולקו ותוארו בהתאם לשלוש רמות התערבות שונות: רמה אישית; רמה חברתית, תרבותית־דתית; ורמה סביבתית. שתי התמות המרכזיות, תמות משנה ותתי־תמות רוכזו בתרשים א ובתרשים ב להלן.

ברמה אישית: הנשים הציבו הגבלות שקשורות ברמה זו למחסור במקורות ידע באשר לסוגי פ"ג ("**יש כאלה שחושבות שפ"ג היא רק הליכה**"); אחרות חשבו שמצבים בריאותיים מסוימים עלולים למנוע מהן פ"ג, כך למשל מחזור, היריון ("**בעיקר ההיריון מגביל**") או מחלת תלסמיה ("**זה מחליש אותי ואז אני עצלנית ושומרת על האנרגיות בשביל דברים אחרים ביום**"). המרואיינות התייחסו גם להשפעתו של סגנון חיים ריקני ומשעמם ("**יש לי המון זמן אך כשמשעמם אני לא עושה כלום**") ולחוסר חיבור ואהבה לפ"ג ("**כל העניין של פ"ג ואורח חיים בריא לא מדבר אליי**"). לצד זה ישנן נשים שציינו שהן אינן צריכות לעשות פ"ג, כי הגוף שלהן מושלם ("**אני רזה מאוד, לא צריכה להגביל את עצמי**") או כי הן מספיק פעילות ("**אנחנו מספיק עושות דברים וזזות במהלך היום**"), מה שמשפיע על המוטיבציה האישית שלהן לעסוק בפ"ג.

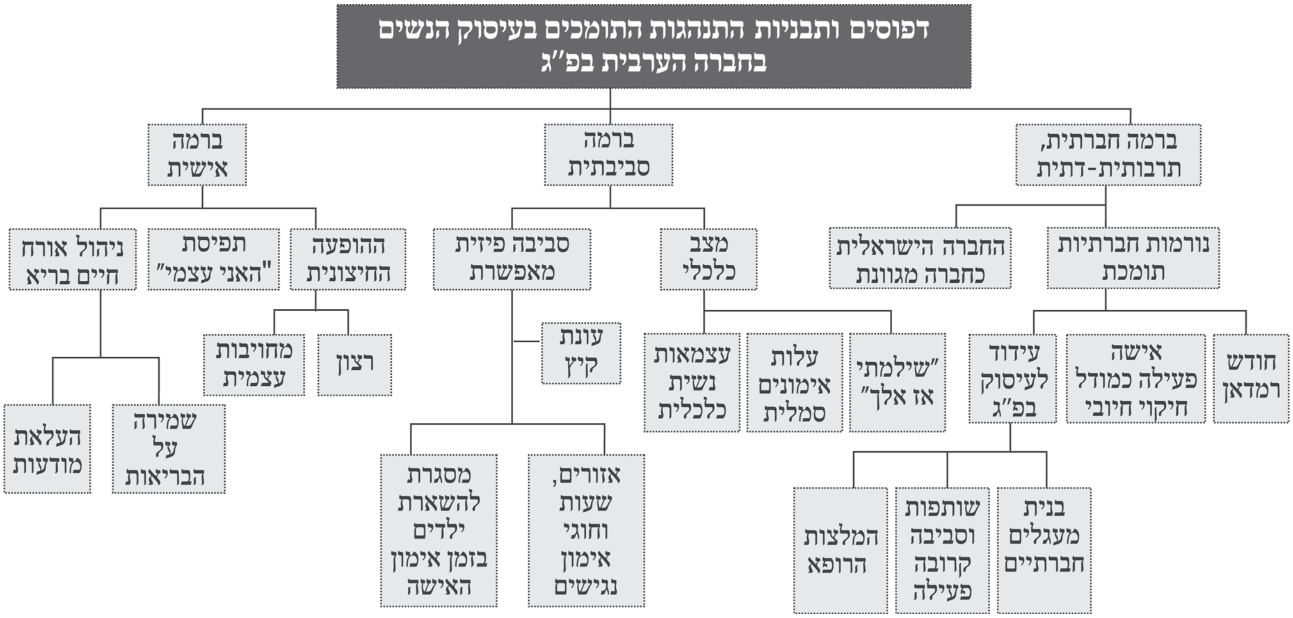
ברמה חברתית, תרבותית־דתית: פטליזם ואמונה שהכול מוגדר וכתוב מראש מפחיתים את הצורך של הנשים להתאמץ ולעשות פ"ג ("**בסוף זה בידי אלוהים**"). פיענוח והכתבת ההתנהגות המקובלת בקרב דתיות בחברה הערבית, הוצג גם כן כגורם מגביל ("**את כמעט ולא תראי נשים יוצאות בבגדי ספורט בחברה המסורתית שלנו**"). עניין זה, לצד פיקוח חברתי־משפחתי קפדני, רכילות נשית ("**נשים נותנות הרבה ביקורת שלילית לנשים אחרות בהשוואה לגברים**"), צחוקים וחשיפה לביקורת שלילית ("**אני באמת לא מוכנה לצאת בכפר עם בגדי ספורט בשעות היום ולרוץ לבד. בטוח הם מסתכלים בעין ביקורתית ומזלזלת ולא בכבוד כלפי אישה שעושה ספורט**") – כל אלה הוצגו כבעלי השפעה חזקה על יכולתן של נשים ערביות לבחור את ההתנהגות ואת דרך החיים המועדפת. מיקומה של האישה הערבייה ומחויבותה החברתית ("**הנשים מחויבויות יותר. עבודות בית וגידול הילדים זה תפקידה של האישה ולא של הגבר**"), לצד חוסר עידוד משפחתי־חברתי ("**הרוב לא תומכים ומתנגדים**") לעיסוקן בפ"ג, הוצגו מבחינת הנשים כמאפיין של החברה המסורתית הפטריארכלית שלהן ("**יש נשים שעדיין חיות בעידן של פעם. הן צריכות לקבל את האישור של הבעל, אם הבעל לא מאשר אז לא יצאו**").

ברמה סביבתית: תשתיות ורחובות צרים שאינם כוללים מסלולי הליכה ("**אין תנאי רחוב וסביבה מאפשרת**"), חוסר תחושת ביטחון ("**זה לא בטוח ללכת בתוך הכפר. אין כמעט אנשים ברחוב במיוחד בשעות הלילה**") ומחסור בחדרי כושר ובתנאים סביבתיים לעיסוק בפ"ג הופיעו כמגבילים את העיסוק בה ("**יש מעט מאוד חדרי כושר. נראה לי שניים. הבנתי שהם לא ממש טובים. ויש סטודיו אחד לנשים שלא מציע הרבה אפשרויות וחוגים**"). לצד עונת החורף, מורכבות היציאה מהבית ("**קשה יותר לצאת מהבית בחורף במיוחד כשיש תינוק**") ונטיית הנשים לשבת בבית יותר מאשר לעסוק

תרשים א: **תמה מרכזית מס' 1**



תרשים ב: **תמה מרכזית מס' 2**



בפ"ג בתקופה זו (**"לרוב בחורף יושבות בבית, אוכלות ולא זזות הרבה"**) הופיעו במחקר הנוכחי כמגבילות את נגישותן של נשים ערביות למקומות ולסוגי אימונים שונים. תהליך המודרניזציה שמלווה ביוקר מחייה ובעלויות אימונים גבוהות (**"כלכלית, קשה מאוד. איך אני יכולה לחשוב על השתתפות בספורט ולשלם בעבור אימונים"**, **"החיים בארץ יקרים מאוד"**) הוצג כמה שמחייב את הנשים להשתתף בשוק העבודה, לעבוד עד שעות מאוחרות ולדאוג לפרנסת המשפחה, לילדים ולבית. עלויות גבוהות דווחו עבור ציוד ספורט ביתי (**"כל ציוד הספורט יקר מאוד"**). עלויות אלה מאפשרות פחות

לקנות ציוד הביתה, ולכך מתווסף המחסור בשטחים חינמיים (**״לפעמים אין שטחים פתוחים ובטוחים לספורט״**) באזורי מגורים ערביים.

ברמה אישית: המטרה של ירידה במשקל וסידור ההופעה החיצונית היא מקור לעידוד אישי ופנימי של הנשים עצמן לעסוק בפ״ג (**״מלא בנות עושות פ״ג כדי לרדת במשקל ולסדר את הגוף״**). תפיסת האישה את עצמה ותרומתו של סידור המראה שלה לביטחון העצמי הוצגו בקרב המראיינות כמעלות את המוטיבציה ואת הרצון שלהן לעסוק בפ״ג, לצד מחויבות עצמית גבוהה יותר (**״המראה של האישה, הביטחון העצמי ואפילו הקשר שלה עם בעלה, מושפע מפ״ג. פ״ג משפיעה מאוד״**). השפעתו ותרומתו של רצון חזק הוצגו כבעלות השפעה ברמה גבוהה (**״הכי הרבה עוזר זה שהאישה תרצה לעשות, לשנות את סגנון החיים שלה״**), לצד תרומתו של עיסוק בפ״ג לסידור ולניהול הזמן, כמדד להצלחה במישורי החיים השונים (**״נשים שעושות פ״ג יותר מסודרות, מתעוררות מוקדם למשל כדי לסיים עבודת בית ואז לעשות פ״ג. יש להן כל מיני דרכי התמודדות כאלה כדי להצליח״**). מתן הסברים סביב פ״ג וחשיבותה (**״הידע והעלאת מודעות״**), לצד הצורך לשמור על הבריאות ולטפל במחלה (**״יש מלא מקרים של אנשים חולים שהתחילו לעשות פ״ג ונעלמה להם המחלה. זה עזר להם להחלים״**), הופיעו כמרכיבים שמעודדים נשים ערביות וגורמים להן להיות פעילות יותר.

ברמה חברתית, תרבותית־דתית: נורמות חברתיות מכתיבות במקום מסוים את ההתנהגות המקובלת. עידוד לעסוק בפ״ג נצפה כמרכיב חברתי המשפיע על העיסוק בפ״ג – מהבעל, מן המשפחה ומן החברים (**״...שמישהו יעודד אותן. העידוד שלי כמאמנת; בעל שמעודד ושומר על הילדים; משפחה. הכול משפיע״**). עידוד, המלצה ותמיכה של גורם רפואי (**״הרופא אמר להן לעשות״**) הופיעו גם הם כבעלי תרומה חיובית. תפיסת הרופא והמרכזים הרפואיים כגורם סמכותי־טיפולי מאפשרת לאישה דתייה למשל לקבל אישור משפחתי כדי לעסוק בפ״ג עם פחות הגבלות (**״אחי היה מרשה לי להגיע לקופה להתאמן ברגע שהיה חוג במסגרת הקופה. ברגע שהחוג נסגר לא קיבלתי ממנו אף אישור להמשיך להתאמן״**). היכרות, מציאת שותפות ובניית מעגלים חברתיים צוינו כתורמים להמשך עיסוק הנשים בפ״ג (**״הנשים יוצרות חברה ומרגישות במידה ומישהי חסרה. הנשים מנסות לא להיעדר. הן יודעות שהחברות יחפשו אותן וידאגו להן״**). החברה הישראלית כחברה מגוונת, פתיחות החברה היהודית, לצד סגנון חיים שונה (**״היהודים פעילים יותר מאיתנו. סגנון החיים שלהם שונה״**) וחשיפת הנשים הערביות לחברה זו ולאפשרויות השונות שהיא מציעה, הוצגו בקרב המרואיינות כגורמים המסייעים והתומכים בעיסוקן בפ״ג. הנשים נוטות יותר ״לחקות״ את התנהגות החברה היהודית באזורים מעורבים ובאזורים יהודיים (**״באזור יהודי מלא אנשים עושים הליכות. ערבים ויהודים ולא רק יהודים. אנחנו מהעיר שלי יוצאים מלא לאזור שם כדי לעשות הליכות ופ״ג בנחת״**).

ברמה סביבתית: מצב כלכלי תומך שכולל את עצמאותן הכלכלית של הנשים ואת יכולתן לבחור ולשלם עבור האימונים (**״ברגע שהאישה עובדת ויש לה את הכסף, היא יכולה לשלם בעבור האימונים ולא צריכה לקחת מבעלה למשל״**), מחירים ועלויות אימונים סמליים (**״שהעלות תהיה סבירה״**) וכן מימון וסבסוד של אימונים ושל חוגים (**״למשל אם העירייה תממן חלק זה יהיה מצוין״**) צוינו כגורמים סביבתיים־כלכליים התומכים בעיסוק בפ״ג. כמו כן, נשים הצביעו על עצם ביצוע תשלום עבור אימונים כגורם המחייבן להמשיך ולהתאמן (**״אני במסגרת, שילמתי כסף לכל השנה, זה מחייב אותי לעשות ולהמשיך בהתמדה״**). אזורים מאפשרים, קרובים לבית, מגוון חוגים ושעות אימון שונות, לצד הצעה של מסגרת להשארת הילדים בזמן אימון האם, דווחו כגורם תורם ומאפשר (**״פארקים כאלו מסודרים שהאישה למשל יכולה לעשות פ״ג והילדים יכולים לשחק לידה״**).

דיון ומסקנות

במחקר זה נבחנו החסמים והמניעים לעיסוק הנשים הערביות בצפון ישראל בפ״ג. ממצאי המחקר העלו שישה היבטים מרכזיים, מנקודת מבטן האישית של המשתתפות, שמשפיעים על עיסוק הנשים בפ״ג:

1. **החברה הערבית כחברה פטריארכלית מסורתית:** נורמות ועמדות של מבנה זה, לצד מחויבות חברתית, מטילות הגבלות רבות על הנשים, על תנועתן ועל יציאתן מהבית, הכפופות לאישור הגבר מצד אחד ולהיותה של היציאה בעלת משמעות, מן הצד האחר (15-16,10). המרואיינות במחקר הנוכחי הציגו את ההגבלות שמוטלות עליהן בשל מבנה זה, וציינו שהן מודעות להן ומקבלות גבולות אלו כחלק מחייהן. הנשים התייחסו לעומסים ולאחריות הגדולה שמוטלת עליהן בכל הקשור לצורכי המשפחה ומשק בית לצד כפיפותן להוראת הגבר, וציינו את ההשפעה של חוסר העידוד ושל אי־הסכמת הגבר בבית לעיסוקן בפ״ג, עד כדי כך שהן מוותרות על הזכות לקבל ״זמן לעצמן״ ושוכחות מבריאותן ומן השמירה עליה. ממצאים אלו תואמים ממצאי מחקרים ממדינות ערב (19). המרואיינות ציינו שלרכילות חברתית יש השפעה בייחוד על יכולתן להשתתף בפ״ג בחוץ, כגון

הליכה. כפיפות ותלות במסורת בכלל לצד הפיקוח החברתי על הנשים בפרט בולטים כמרכיב המכריע והמגביל את הנשים מלהיות חופשיות ובעלות דעה, החלטה ובחירה אישית וחופשית בחייהן. רכילות נשית צוינה אף היא כמרכיב מכריע ומשפיע במידה גדולה. רכילות חברתית כופה צורת התנהגות מסוימת על הפרט במקומות השונים ועל הנשים במיוחד, בכך שהיא יוצרת לחץ ופיקוח חברתי ומונעת שינוי וסטייה מן ההתנהגות ומן הנורמות המסורתיות של החברה (23,10).

2. **הקונפליקט של החיים המודרניים והפטריארכיה:** נורמות פטריארכליות ממשיכות לאפיין את החברה הערבית, למרות כל תהליך המודרניזציה בעשור האחרון. תהליך המודרניזציה הוביל אומנם לשינוי בחברה זו, אך זהו שינוי קטן ואיטי. הקונפליקט שנוצר עקב כך השפיע על נשים ערביות, והתאפיין באי־יכולת לנקוט אורח חיים פעיל ובריא. החיים המודרניים ויוקר המחייה הם אחת הסיבות העיקריות שגרמו ליציאת הנשים לעבודה, לצד רצונן של הנשים להשיג התפתחות ועצמאות אישית וכלכלית. לעומת זאת, מסורת, נורמות ומנהגים פטריארכליים ממשיכים להשפיע (24,15). המחקר הנוכחי מבליט את ההשפעה של עניין זה על יכולת הנשים לעסוק בפ"ג בכל הקשור לעומס שהן פוגשות בחייהן – כנשים נשואות, כאימהות וכמי שעובדות ולומדות. הצורך להתמודד עם אחריות כפולה של העבודה בחוץ ובמשק הבית השפיע על בריאות הנשים מבחינת לחץ, עייפות ובריאות. נשים מבוגרות הוצגו במחקרים כעמוסות פחות בהשוואה לצעירות, כך שישנם פחות חסמים שמגבילים אותן מעיסוק בפ"ג. עם זאת נשים מבוגרות, בייחוד ממעמד סוציו־אקונומי נמוך, נצפו כאחראיות וכמסייעות להבטחת צורכי המשפחה כגון שמירה על הנכדים ודאגה לצורכי המשפחה יותר מאשר לצורכיהן האישיים (24). גם נתונים אלו נמצאו תואמים לנתוני המחקר הנוכחי, שבו נשים מבוגרות ציינו שהן עוזרות לילדים ודואגות לנכדים, מה שמשאיר פחות מקום וזמן לדאגה לבריאותן שלהן ולפ"ג.

3. **תפיסת מסוגלות האישה הערבייה בחברה הישראלית לעסוק בפ"ג:** צניעות, כבוד, גבריות, נשים בבעלות הגברים ובושה הם חלק מן הקודים שמניעים את התנהגות האישה בחברה הערבית והמשפיעים על מעמדה, על יכולתה לקבל החלטות ועל דאגתה לבריאותה כאחד (23). נמצא שלכוח הנשי חשיבות גדולה במיוחד עם תהליך המודרניזציה, המלווה בעליית יוקר המחיה ובצורך באישה עובדת לצד בעל עובד. מיעוט המשרות וההגבלה בתעשייה ובמסחר באזורים הערביים מאפשר פחות לאישה הערבייה להתפתח, מה שבתורו מקשה על שינוי חברתי בנוגע לנורמות הלא־שוויוניות (25). במחקר הנוכחי ציינו הנשים את השפעתם של הגורמים הללו על היכולת לנוע בחופשיות ולעסוק בפ"ג, וכן את כלל השיקולים הכלכליים, המשפחתיים והעומסים השונים שהן מביאות בחשבון בבואן להקצות "זמן לפעילות עצמית". ואולם מרבית האוכלוסייה הערבייה מתגוררת באזורים הפריפריים בצפון ישראל. לפיכך האישה הערבייה נאלצת להסתפק במקומות עבודה קרובים לבית או במשק בית, בייחוד כשמדובר באימהות שמחויבות למשפחה ולילדים וצריכות לדאוג להם לצד מחויבות האישה לדאוג לפרנסת המשפחה והכנסתה. תמיכה חברתית שלילית הופיעה ברוב המחקרים כחסם לעיסוק בפ"ג, בייחוד בקרב נשים (15,16). העובדה שאנשים לא מצאו שותפים לעיסוק בפ"ג וכן תפיסתם של אחרים את הפ"ג כמשהו שאיננו בגדר פעילות חברתית, לצד אירועים חברתיים ומשפחתיים, נצפו גם כן כחסמים (15). גורמים אלו נמצאו תואמים במחקר הנוכחי.

שלושת ההיבטים הנוספים נגעו לגורמים המסייעים לנשים לעסוק בפ"ג, ברמות השונות:

4. **פריצת דרך והתמודדות עם נורמות תרבותיות מגבילות:** פריצת נורמות תרבותיות בחברה מסורתית עלולה לגרום לתוצאות קשות לנשים, ובמקרים רבים עד כדי רצח "על רקע כבוד המשפחה". האישה יכולה למשל לוותר על המאבק נגד לבוש דתי ("רעלה"), ולהרוויח מן החופש שלבוש זה עשוי להעניק לה – היכולת לצאת למרחב הציבורי ועדיין לקבל הגנה ושייכות משפחתית קולקטיבית. לכן הדרכים אשר הנשים הערביות נוקטות כדי להתמודד עם נורמות, עם תרבות, עם דת ועם מסורת נשענות לרוב עליהן (23,18). במחקר הנוכחי נמצא לכך מתאם. הנשים התייחסו לעיסוקן בפ"ג במקום שהוא מוגדר ומותאם, עד כדי יציאה מהבית בלבוש דתי והחלפתו בסטודיו. הנשים עסקו פחות בסוגי פ"ג שנחשבו מקובלים פחות חברתית. שימוש בסקטורים הבריאותיים הופיעו כבעלי יכולת לקדם אורח חיים בריא ופעיל במחקר זה. נתוני ספרות מראים שצוות הבריאות, אשר כולל במהותו אנשי מקצוע בתחום הבריאות, יכולים מכיוונם לקדם ולעודד השתתפות בפ"ג מותאמת גיל, יכולת ומיומנויות (18). נשים משכילות הוצגו כבעלות כוח ויכולת לפתח אסטרטגיות התמודדות במחקר הנוכחי. נמצא שלהשכלה יש קשר חיובי לביצוע פ"ג (15,16).

תהליך המודרניזציה גרם לשינויים בחברה הערבית. משפחות ונשים החלו לעבור תהליכי שינוי רבים בסגנון החיים של הפרט ושל החברה (26). גורמים אלו נמצאו כמסייעים וכתורמים לעיסוקן של נשים ערביות בפ"ג, וליכולתן לבחור ולהחליט מה מתאים עבורן.

5. **שייכות, עידוד ותמיכה חברתית ומשפחתית:** נמצא מחקרית כי גורמים אלו קשורים לביצוע פ"ג, וכי הם יוצרים תמיכה רגשית שמאופיינת באמפתיה, באהבה ובאמון והמשפיעה על הבריאות הפיזית והנפשית במידה חיובית (20), בדומה למה שהנשים הציגו במחקר הנוכחי. הקבוצה כמפגש חברתי, חוגים או כל מסגרת כגון זו הקנו לנשים במקום מסוים חממה מכילה שנתנה תחושה של "ביחד". בכך התחזקה ההנאה מן הפעילות, לצד ההעצמה ההדדית. הקבוצה מסייעת לנשים להצליח להתמיד בפעילות בריאותית כגון פ"ג לאורך זמן, והיא מהווה סביבה חברתית תומכת ובעלת מבנה ואופי גמיש, שמאפשר להתחבר ולהרגיש שייכות מתוך בחירה והחלטה (27,18,17). הבדלים תרבותיים דווחו בהשוואה בין החברה הערבית והיהודית בישראל, למרות החפיפה והשינויים שחלו בסגנון החיים. מחסור במסגרות ובתנאים פיזיים שמאפשרים פעילות גרם לנשים ערביות לבצע את הליכתן בסמוך לאזור מגוריהן או ביישובים היהודיים. התאמה תרבותית הוצגה כבעלת חשיבות במחקר הנוכחי, והיא עשויה לסייע בקידום עיסוקן של הנשים הערביות בפ"ג. מחקר שנערך בקרב נשים אפרו־אמריקניות הראה את חשיבותה של התאמה תרבותית של תוכניות פ"ג להתמודדות עם הערכים, עם האמונות ועם ההתנהגויות החברתיות־תרבותיות של הנשים (27).

6. **מדיניות קהילתית והנגשה סביבתית:** הנשים ציינו שמרבית האפשרויות המוצעות לפ"ג הן בחברה היהודית. עובדה זו מחייבת נסיעה וחיפוש של מקומות לעיסוק בפ"ג באזור מרוחק מהבית, והופכת את האימון לפרויקט מורכב הרבה יותר. הגדלת החפיפה והאפשרויות בחברה הערבית לעיסוק בפ"ג, ובכלל זה תשתיות, קבוצות ואזורים שונים לאימונים, עשויה לתרום ולסייע לעיסוק הנשים הערביות בפ"ג. מחקר שנערך לראשונה בעומאן, אשר התייחס לתרומתה של הסביבה ליצירת קהילה שמאפשרת פעילות, לצד העלאת המודעות לחשיבות של תכנון עירוני סביבתי באופן שמעודד פעילות, עשוי להפוך את העיסוק בפ"ג לחלק ניכר מחיי היומיום של האנשים בכלל ושל הנשים בפרט (17).

מגבלות המחקר

התפרצות של מגפת הקורונה (Covid-19) לא אפשרה לערוך את המחקר לפי נוהל ריאיון "פנים אל פנים", אלא בשימוש בתוכנת ZOOM. שימוש זה יצר הגבלה של חשיפה מרבית לשפת הגוף של המרואיינת ושל ריכוז חלקי בחלק מן המקרים. לעיתים לא התאפשר שימוש בתוכנת ZOOM מסיבות שונות שקשורות למשתתפת עצמה, כגון חוסר ידע סביב יישומי אינטרנט ושימוש בתוכנה ובעיות בתקשורת לאינטרנט. עקב בעיות אלו הייתה שיחת הטלפון תחליף לשיחת ה־ZOOM.

קשיים בגיוס נשים דרוזיות העלה את הצורך בשימוש בשיטת "חבר מביא חבר", אשר ייתכן שמכניסה הטיות לדגימת האוכלוסייה. נוסף על כך, נשים מעל גיל 35 ציינו מגבלות של עומס וזמן, מה שפגע בהשתתפותן.

עבור מחקר איכותני מדובר בהיקף אוכלוסייה קטן יחסית, הממוקמת בצפון ישראל בלבד. ייתכן שאי־אפשר להחיל את הממצאים גם על אזורים אחרים בישראל.

לסיכום, גורמים שונים הקשורים למעמד האישה, לאופי החברה הערבית ולפיקוח הקפדני שלה נצפו כמשפיעים על עיסוק בפ"ג בקרב נשים ערביות. העלאת המודעות סביב חסמים אלו ובניית תוכניות התערבות שמתמודדות עימם ועם האילוצים השונים שמשפיעים על סגנון החיים בחברה זו עשויות להגביר את המודעות ליתרונות של פ"ג ולקדם אותה. עם זאת יש צורך לתכנן וליישם התערבויות ברמות השונות של הפרט, של הסביבה ושל החברה. הערכת היעילות של תוכניות בינלאומיות קיימות בעולם, והתאמתן לאוכלוסייה הערבית עשויה לתרום לקידום מטרתו של מחקר זה. לעתיד יהיה מעניין לבחון תופעה זו בקרב האוכלוסייה הערבית – גברים ונשים כאחד – ברחבי ישראל.

מקורות

1. World Health Organization [Internet]. 2020 [cited 2021 April 9]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity
2. U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity guidelines for Americans, 2nd ed [Internet]. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018 [cited 2021 May 18]. 118 p. Available from: https://health.gov/sites/default/files/2019
3. Piercy KL, Troiano RP, Ballard RM, Carlson SA, Fulton JE, Galuska DA, et al. The physical activity guidelines for Americans. JAMA [Internet]. 2018 [cited 2021 May 18]; 320(19):2020-8. Available from: https://doi.org/10.1001/jama.2018.14854
4. Centers for Disease Control and Prevention. Physical activity [Internet]. 2019 [cited 2021 May 10]; Available from: https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics

5. Zhang J, Chaaban J. The economic cost of physical inactivity in China. Prev Med. 2012;56:75-8.
6. Basu S, Seligman H, Winkleby MA. Metabolic-epidemiological microsimulation model to estimate the changes in energy intake and physical activity necessary to meet the healthy people 2020 Obesity Project. Am J Public Health [Internet]. 2014 [cited 2020 Jul 4]; https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2013.301674
7. Dunsky A, Segev D, Hellerstein D. Physical activity – does it really increase bone density in post-menopausal women? review of articles published between 2001-2016. Curr Aging Sci [Internet]. 2018 [cited 2021 May 8]; 11(1):4-9(6). Available from: https://www.ingentaconnect.com/content/ben/cas/2018/00000011/00000001/art00004
8. Sherwood N, Jeffery R. The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. Annu Rev Nutr. 2000;20:21-44.
9. משרד הבריאות. סקר הרגלי הרגלי פעילות גופנית בקרב תושבי ישראל בגילאי +21 [אינטרנט]. 2016 [נצפה ביום 18.5.2021]. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/ICDC_380.pdf
10. רינאוי ח'. החברה הערבית בישראל: סדר יום אמביוולנטי. תל־אביב: המכללה למנהל, החוג למדעי התנהגות. 2003. עמ' 145-152.
11. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הודעה לתקשורת: לקט נתונים לרגל יום האישה הבין־לאומי 2021 [אינטרנט]. 7 במרץ 2021 [נצפה ביום 20.4.2021]. נדלה מתוך: https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2021/077/11_21_077b.pdf
12. Samara A, Nistrup A, Aro A, Al-Rammah T. Lack of facilities rather than sociocultural factors as the primary barrier to physical activity among female Saudi university students. Int J Womens Health [Internet]. 2015 [cited 2021 April 25];7:279-86. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4358666/
13. Golden SD, Earp JA. Social ecological approaches to individuals and their contexts: twenty years of health education & behavior health promotion interventions. Health Educ Behav. 2012;39(3):364-72.
14. Daradkeh G, Al Muhannadi A, Chandra P, Al Hajr M, Al Muhannadi H. Physical activity profile of adolescence in the state of Qatar. Int J Nutr Growth. 2015;1(1): 1-7.
15. Benjamin K, Donnelly T. Barriers and facilitators influencing the physical activity of Arabic adults: a literature review. Avicenna [Internet]. 2013 [cited 2020 Sep. 9];2013: 2220-2749. Available from: https://doi.org/10.5339/avi.2013.8
16. Phing CH, Saad HA, Yusof BN, Taib MN. Stages of change for regular physical activity among government employees. J Phys Educ Sport. 2014;14(4):609-18.
17. Mabry RM, Al-Busaidi ZQ, Reeves MM, Owen N, Eakin EG. Addressing physical inactivity in Omani adults: perceptions of public health managers. Public Health Nutr. 2014;17(3):674-81.
18. Chaabane S, Chaabna K, Doraiswamy S, Mamtani R, Cheema S. Barriers and facilitators associated with physical activity in the Middle East and North Africa region: a systematic overview. Inte J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [cited 2021 May 1];18(4):1647. Available from: https://doi.org/10.3390/ijerph18041647
19. Caperchione CM, Kolt GS, Mummery WK. Physical activity in culturally and linguistically diverse migrant groups to western society. Sports Med. 2009;39(3):167-77.
20. Smith L, Croker H, Fisher A, Williams K, Wardle J, Beeken RJ. Cancer survivors' attitudes towards and knowledge of physical activity, sources of information, and barriers and facilitators of engagement: a qualitative study. Eur J Cancer Care (Engl) [Internet]. 2017 [cited 2020 April 17];26(4):1-8. Available from:https://doi.org/10.1111/ecc.12641
21. שקדי א', שקדי י'. המשמעות מאחורי המילים: מתודולוגיות במחקר איכותני: הלכה למעשה. תל אביב: רמות, אוניברסיטת תל אביב. 2011. עמ' 587.
22. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. Los Angeles: Sage Publications; 2008. 379 pp.
23. חסן מ'. הפוליטיקה של הכבוד: הפטריארכיה, המדינה ורצח הנשים בשם כבוד המשפחה. בתוך: ד' יזרעאלי, א' פרידמן, ה' דהאן־כלב, ח' הרצוג, מ' חסן, ח' נוה, ואח', עורכות. מין מגדר, פוליטיקה. תל־אביב: הקיבוץ המאוחד; 1999. עמ' 267-305.
24. Sfeir L. The status of Muslim women in sport: conflict between cultural tradition and modernization. Int Rev Sociol Sport. 1985;20(4):283-306.
25. עזאיזה פ', אבו־בקר ח', הרץ־לזרוביץ ר', גאנם א', עורכים. נשים ערביות בישראל: תמונות מצב ומבט לעתיד. תל אביב: הוצאת רמות – אוניברסיטת תל אביב. 2009. 341 עמ'.
26. חבש ע'. תהליכי שינוי ומודרניזציה במשפחה הערבית. ירושלים: האוניברסיטה העברית, המכון לחקר עבודה ורווחה. 1977. 71 עמ'.
27. Joseph RP, Keller C, Affuso O, Ainsworth BE. Designing culturally relevant physical activity programs for African-American women: a framework for intervention development. J Racial Ethn Health Disparities. 2017;4(3):397-409.

קידום בריאות המטופל בבית חולים פסיכיאטרי: צמצום של ריסון מכני והשלכותיו על מוכנותו של צוות סיעוד למקרי אלימות

בת אל יוסף[1], שיר פקטר[1], מורן זימן[1], שלמה מנדלוביץ[2], ליאת קורן[1]

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

[2] המרכז לבריאות הנפש שלוותה, והתוכנית לפסיכותרפיה, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב

תקציר

רקע: פרקטיקות ריסון הנהוגות בבתי חולים פסיכיאטריים בישראל עלולות לגרום טראומה רגשית וגופנית למטופלים ולצוות, ואף למוות. שיקולים קליניים ואתיים הביאו את ועדת ההיגוי לצמצום הקשירה של משרד הבריאות לקבוע, כי נדרש שינוי תרבותי להטמעת מודעות הצוות לזכויות המטופל ולצמצום פרקטיקת הריסון.

מטרת המחקר: לבחון את חוויותיהם של חברי צוות הסיעוד במחלקה הפסיכיאטרית, להבין את תפיסותיהם את המטופל ואת השימוש בפרקטיקות הריסון, את מידת מוכנותו של צוות הסיעוד למקרי האלימות באשפוז הפסיכיאטרי ואת האסטרטגיות לקידום בריאות המטופל.

שיטת המחקר: ראיונות חצי־מובנים בקרב 20 אנשי סיעוד מן המרכז הרפואי לבריאות הנפש באר יעקב, נס ציונה (מב"ן שב"ס), ממחלקות סגורות ופתוחות. הנתונים נותחו באופן אינדוקטיבי תוך שימוש בגישת ניתוח תוכן קונבנציונלית.

ממצאים: תקריות אלימות רבות ותכופות במחלקה הפסיכיאטרית תוארו כדבר שבשגרה. גורמי המטופל נמנו כסיבה העיקרית לתקריות האלימות במחלקה. חלק מן המרואיינים ראו בריסון אמצעי ענישה והרתעה, ומעל למחציתם ראו בריסון חלק מן הטיפול, ובפרט אמצעי הרגעה למצבי אי־שקט ולקידום בריאות מקסימלי למטופל בסיטואציה מורכבת.

דיון ומסקנות: למרות ירידה ניכרת בשימוש בריסון, תוארו מקרי אלימות רבים שהותירו את הצוות חסר אונים וללא כלים יעילים לצמצום הריסון. מומלץ לערוך הדרכה באשר לחשיבות התקשורת מטפל־מטופל, להטמיע מיומנויות תקשורת, להקצות משאבים מתאימים ומספקים של כוח אדם ותשתיות, ולתמוך בצוות הסיעוד למניעת שחיקתו.

מילות מפתח: **בית חולים פסיכיאטרי; צמצום ריסון מכני; בידוד; קידום בריאות המטופל; צוות סיעוד.**

רקע

יחסי מטפל־מטופל בתוך מחלקות פסיכיאטריות נתפסים כמאתגרים ואף כמאיימים, שכן מחלת נפש היא מצב שעלול לפגוע ביכולות הקוגניטיביות, הרגשיות והחברתיות של הפרט (1). האופי הלא־צפוי של תנאי עבודתם של אנשי הצוות הפסיכיאטרי מציב אותם במצבים שבהם עליהם להתכונן כל העת לניהול התנהגות חריגה. האלימות כלפי צוות הסיעוד הפסיכיאטרי מוכרת כסיכון במקום העבודה, ומקצועם מוכר כאחד המקצועות המסוכנים ביותר מבחינת פציעות הקשורות לעבודה (3,2). בישראל הצביעו נתונים מבתי חולים לבריאות הנפש על כך שיותר מ־60% מן העובדים חוו אלימות בשנת 2017 (לעומת 8.7% מן העובדים במסגרות הרפואיות האחרות), ומעל ל־90% היו נתונים לגילויי אלימות מצד מטופלים לפחות פעם אחת (4).

חוסר בידע ובמיומנויות מקצועיות לניהול מצבים

מאתגרים בצורה טיפולית ובטוחה עלול לפגוע במטפלים; כך שהגנה עצמית באמצעים כגון שמירת מרחק פיזי ורגשי מן המטופל וכן שימוש בפרקטיקות ריסון קונבנציונליות – קשירה, בידוד וריסון תרופתי – הופכת לאסטרטגיה הדומיננטית שלהם (6,5). השימוש בפרקטיקות אלו שיקף תפיסות שלפיהן הגבלת מטופלים היא בלתי־נמנעת במאמץ לשמור על ביטחונם ועל ביטחון אנשי הצוות. ואולם שימוש בפרקטיקות אלו במטופלים מוביל לתחושת השפלה, חוסר אונים ופחד, ומיוחסות לו תופעות פוסט־טראומטיות, תחושה עמוקה של חוסר העצמה וסטיגמה עצמית אשר עלולה לרדוף את המטופל זמן רב לאחר שחרורו (7), כמו גם פגיעות גופניות כגון שברים, פגיעות ראש, חבלות ושריטות ואף מקרי מוות (8). במקרים מסוימים ריסון משרת כענישה. ענישה זו אינה משיגה תוצאות מצופות, היא אינה גורמת לפוגע לקבל אחריות על מעשיו ולשנות את דרכיו, היא אינה מפצה את הנפגע ואינה מונעת את האירוע האלים הבא (9).

כמה תאוריות פותחו כדי להסביר את התוקפנות בהגדרות אשפוז בריאות הנפש, תוך הדגשת האופי הרב־שכבתי של האלימות. לפי המודל של Nijman (10), השכבה הפנימית כוללת את גורמי המטופל, השכבה החיצונית כוללת את מאפייני אנשי הצוות ואת מאפייני הסביבה הפיזית, והשכבה המצבית־אינטראקטיבית משלבת יחדיו גורמים פנימיים וחיצוניים היוצרים אקלים שבו מעודדים או מעכבים אלימות, כגון הצפיפות במחלקה (11). במחקר שנערך ב־13 בתי חולים פסיכיאטריים בפינלנד נמצא, ש־46% מאנשי צוות בית החולים עבדו במחלקות צפופות ושעודף תפוסת מיטות של 10% בזמן האירוע היה קשור להתקפות אלימות כלפי העובדים במחלקות מבוגרים. דוח מבקר המדינה (4 עמ' 585) מתאר תנאי אשפוז שאינם רק "פוגעים באיכות חייהם של החולים עד כדי ביזוי ופגיעה בכבודם", אלא גם מקשים על הצוות המטפל, הנדרש להתמודד בין השאר גם עם גילויי אלימות. תקריות האלימות בדרך כלל מתוזמנות בפעילויות שגרתיות כגון חלוקת תרופות או החלפת משמרות. בוקר וערב הן "נקודות חמות" שזוהו בעקביות כקשורות לאירועי האלימות, ככל הנראה מכיוון שהצוות בזמנים אלו אינו פנוי עבור המטופלים (12).

משתנים בסביבות העבודה בפסיכיאטריה, כגון עומס עבודה, שעות עבודה ארוכות, מחסור סדיר בצוות, סביבה מנהלית אגרסיבית וחוסר תמיכה מצד ההנהלה מגבירים את שחיקת הצוות. במחקר על בתי חולים פסיכיאטריים ב־22 מדינות נמצא, כי יחסים גרועים עם ההנהלה ועם הפיקוח זוהו כקשורים לשחיקה בקרב עובדי הפסיכיאטרייה (13). עובדי בריאות הנפש מתמודדים עם לחצים ייחודיים במפגש עם חולים קשים במיוחד או אלימים, בשל העבודה הכרוכה במגע קרוב עם אנשים במצוקה רגשית. מעורבות רגשית יתר על המידה עם רגשות המטופלים מובילה לתהליך של "תשישות עקב חמלה יתרה" (14).

בישראל הגבלת מטופלים בשיטות שונות של ריסון וקשירה עוגנה בחקיקה, והשימוש בה הפך נפוץ במחלקות האשפוז וננקט במגוון מצבים (8). נקיטת גישות אלו מרמזת על ייחוס האשמה בתוקפנות לחולים בלבד, מעודדת חוסר סובלנות מצד הצוות (12,2) ומקדמת אלימות מעצם השימוש בשיטות תקשורת אלימה (16,15,2). לאורך זמן תנאי עבודה אלו עלולים לגרום להשפעות שליליות על עובדי הבריאות, כגון ירידה בשביעות הרצון בעבודה, במחויבות וביעילות ובאיכות החיים, וכן למתח מוגבר, לשחיקה, לתאונות ולמחלות (17). בחודש אפריל 2017 החליטה ועדת ההיגוי לצמצום הקשירה בישראל על צמצום משמעותי בשיטות הגבלה, בטענה כי הגבלות אלו אינן בעלות ערך טיפולי, כי פוטנציאל הנזק עולה על התועלת, כי הן פוגעות בזכויות מטופלים וכי הן מתנגשות עם עקרונות מקצועיים במערכת בריאות הנפש (8).

חלופות לפרקטיקות הריסון יכולות להיות מבוססות על אינטרקציה אישית בעת משבר, על שיפור בתשתיות במחלקה, על מחלקות מרווחות יותר, על חדרי בידוד תקניים וראויים או על חדרי סנוזלן – חדרי רגיעה המאפשרים חשיפה מבוקרת לגירויים רב־חושיים, שיוכלו לשמש במקום הקשירה (6). מבחינת בטיחות אישית, בדו"ח צוות תחקיר לאירוע "נווה יעקב" (18) הומלץ להכניס אמצעי בקרה וצילום לשטחים ציבוריים בבתי חולים פסיכיאטריים ובבתי אבות כדי לסייע לצוות ולמטופלים בעת תלונות על התנהגות לא־הולמת או על אלימות כלפי מטופלים, וכאמצעי למניעת התנהגות לא־ראויה של עובדים וכן להגנה על עובדים מפני תלונות שווא.

בצומת דרכים זו בטיפול הפסיכיאטרי, תוך שימת לב לתמורות בהוראות משרד הבריאות והבחנה בין הרצוי למצוי, מחקר איכותני זה מאפשר לבחון כיצד השפיעה הנחיית משרד הבריאות לצמצום השימוש בשיטות ריסון קונבנציונליות בכלל והקשירה בפרט על מידת המוכנות של צוות הסיעוד להתמודדות עם מקרי אלימות באשפוז הפסיכיאטרי. השינויים האסטרטגיים הללו נערכים בהובלה מרכזית של הנהלת בית החולים ובתמיכת משרד הבריאות (8). לפיכך מחקר זה עוסק בהשקפתם, בעמדותיהם ובפירושם האישי של אנשי צוות הסיעוד במחלקה הפסיכיאטרית בנוגע להנחיית משרד הבריאות ולגורמים התורמים לאלימות.

מטרת המחקר

מחקר זה מבקש להציג ולהבין את השקפתם, את עמדותיהם ואת פירושם האישי של אנשי צוות הסיעוד במחלקה הפסיכיאטרית בנוגע להנחיית משרד הבריאות ולגורמים התורמים לאלימות.

שאלות המחקר:

1. כיצד מתארים אנשי צוות הסיעוד את חוויותיהם של אלימות מטופלים במחלקה הפסיכיאטרית ומהן עמדותיהם באשר לגורמים התורמים לאלימות במחלקות לבריאות הנפש?
2. כיצד מתארים אנשי צוות הסיעוד את ניסיונם בשימוש בפרקטיקות ריסון קונבנציונליות? ומהן עמדותיהם באשר לשימוש בהן?
3. כיצד מתארים אנשי צוות הסיעוד את הקשר שלהם לחולה וכיצד הם תופסים את החולה?
4. כיצד מתארים אנשי צוות הסיעוד את חוויותיהם במחלקה לאחר הנחיית משרד הבריאות לצמצום הקשירה? כיצד הם מסתגלים אליה? מה הם היו משנים במצב הקיים?
5. מהן האסטרטגיות שאנשי הצוות מתארים כשיטות עכשוויות לטיפול באלימות החולה?

שיטת המחקר

הליך

המחקר הוא מחקר איכותני המבוסס על ראיונות עומק חצי־מובניים עם צוות סיעוד העובד בבית חולים פסיכיאטרי. התקבל אישור אתיקה מטעם ועדת האתיקה של אוניברסיטת אריאל (AUC-LK-20171029-1) בתנאי החתמה על הסכמה מדעת ואישור מבית החולים לביצוע המחקר. בזמן ביצוע הראיונות היה שימוש בשם פרטי של הנבדק, אולם בתמלול לא הוכנסו פרטים מזהים על הנבדקים. איסוף הנתונים התבצע באמצעות ראיונות עומק מובנים למחצה עם 20 אנשי צוות סיעוד העובדים במחלקה הפסיכיאטרית הסגורה או הפתוחה, בבית החולים לבריאות הנפש באר יעקב, נס ציונה (מב"ן שב"ס). בחירת המרואיינים התבצעה תחילה כמדגם נוחות ובהמשך כ"כדור שלג". הראיונות נערכו מה־11 במרץ 2018 ועד ה־9 באפריל 2018, וכך אפשרו חלון זמנים של כ־6 חודשים לאחר החלתה של הרפורמה בתחום ההגבלות בפסיכיאטרייה. 7 הראיונות הראשונים נערכו בקמפוס באר יעקב וכללו 3 מרואיינים מהיחידה הפתוחה ו־4 מהיחידה הסגורה. 13 ראיונות נוספים נערכו במחלקות הסגורות בקמפוס נס ציונה. בתחילת הריאיון הוסברו מטרות המחקר, היבטי אנונימיות ושמירת סודיות.

משתתפים

המדגם כלל 20 אנשי צוות סיעודי: 13 גברים ו־7 נשים בטווח הגילאים 27-66, המועסקים במשרה מלאה. הוותק במחלקה הפסיכיאטרית נע בטווח של 2-34 שנים. כל המרואיינים היו דוברי עברית תקינה, והועסקו בעבר או בהווה במחלקה סגורה. ל־10 מהם היה ניסיון גם במחלקה פתוחה. מבחינת רמת ההשכלה של המרואיינים, 2 מרואיינים היו בעלי תעודת בגרות ו־18 היו אקדמאים, מתוכם 16 בעלי תואר ראשון בסיעוד. לסגל בריאות הנפש מוצעים קורסי השתלמות ייעודיים על־בסיסיים לבריאות הנפש (בהיקף של 200 שעות), הכוללים לעיתים הדרכה קלינית (100 שעות) להכוונת סגל הסיעוד למיומנות קלינית מתקדמת ולמומחיות בבריאות הנפש. 4 מרואיינים השתתפו בקורס על־בסיסי ובהדרכה, 9 מרואיינים השתתפו בקורס על־בסיסי, 3 השתתפו בקורס בהכשרה לבריאות הנפש במסגרת לימודיהם לתואר בסיעוד, ו־4 לא השתתפו בקורס ייעודי. בנוגע להשתתפות המרואיינים בהרצאות או בסדנאות למניעת אלימות ולצמצום הקשירה – 12 מרואיינים ציינו שהשתתפו בסדנאות שכאלו ו־8 ציינו שלא.

כלי המחקר

ראיונות עומק אישיים חצי־מובנים נערכו פנים אל פנים. מטרת הראיונות היא לחשוף את נקודת מבטם ואת פרשנותם האישית של המרואיינים בנושאים שבתחומי עבודתם. הריאיון התנהל כשיחה, והונחה באמצעות שאלות מובנות מראש שהתבססו על ספרות המחקר. המרואיינים התבקשו לתאר את האווירה במחלקה, להיזכר באירועי אלימות שחוו (מילולית או פיזית) ולהצביע על גורמים התורמים לכך לדעתם. נבחן האופן שבו נתפס המטופל ואופן התקשורת עימו. על רקע הנחיית משרד הבריאות לצמצום פרקטיקת הריסון המכני, הביעו מרואיינים את דעתם באשר לנושאים הבאים: פגיעה בזכויות המטופל עקב שימוש בפרקטיקות הריסון, מצבים שבהם משתמשים בפרקטיקות אלו, סבירות לליבוי אלימות תוך שימוש בפרקטיקות ריסון, סיפוק חלופות לפרקטיקות ריסון, מידת יעילותן ותיעוד של אירועי אלימות ושל אמצעי ריסון. לאור הרפורמה, נשאלו המרואיינים על מידת תחושת הבטיחות במקום העבודה ועל הנדרש להנחלת הרפורמה והצלחתה. לבסוף נתבקשו המרואיינים לחוות את דעתם בדבר שביעות רצונם ממקום עבודתם.

ניתוח נתונים

כל הראיונות תומללו. הנתונים נותחו באופן אינדוקטיבי תוך שימוש בגישת ניתוח תוכן קונבנציונלית (conventional content analysis) שהוצעה באחד המחקרים (19). בגישה זו נאספו תמלילי הראיונות ולאחר מכן קודדו בצורה שיטתית לנושאים ספציפיים ונבדלים: תחילה נבחרה משמעות מתוך טקסט הריאיון, וכל יחידת משמעות קיבלה שם קוד; בהמשך בוצע איחוד קודים הקשורים זה לזה לקטגוריות ולתת־קטגוריות ונבחנו הקשרים שבין הקטגוריות ופירושם לתמות; לבסוף בוצע קידוד רוחבי של הראיונות, תוך השוואה

מתמדת של מאפיינים אינדיווידואליים וכלליים והכנסתם לתמה מתאימה (19).

ממצאים

ניתוח תגובות המרואיינים העלה עשר תמות מרכזיות: 1. תכיפות האלימות במחלקה; 2. צפיפות כמקדם אלימות; 3. ריסון כמקדם אלימות; 4. השימוש בריסון לאחר הרפורמה; 5. תחושת בטיחות הצוות במחלקה; 6. תחושות מתח ותסכול; 7. גורמי אלימות במטופל; 8. חוסר בחלופות לריסון; 9. תקשורת מטפל־מטופל; 10. מצלמות בשטחי ציבור.

1. תכיפות האלימות במחלקה

הראיונות העלו חוויות אלימות שבהן נתקל הצוות הסיעודי במסגרת הטיפול במחלקה לבריאות הנפש. המרואיינים התבקשו להיזכר בחוויות אלימות שקרו במקום עבודתם ולתאר אותן ואת התחושות שמקרים אלו השאירו בהם. מן התגובות עלה בבירור, כי התכיפות של תקריות האלימות המילולית והפיזית במחלקה הפסיכיאטרית היא גבוהה. התחושה שהשתמעה מתיאוריהם של המרואיינים היא כי התכיפות הרבה גרמה לחשש קבוע מאלימות של המטופלים: "כמעט כל יום יש אלימות מילולית או פיזית במחלקה" (#1). חלק מן המרואיינים ציינו, כי מרוב אירועי אלימות קשה להם להתמקד ולתאר אירוע אחד. תגובה אחת הייתה של מרואיין שסבר שכיום יש פחות אירועי אלימות מאשר בעבר, ושקשה לו להיזכר באירועי העבר: "לא זוכר כי לאחרונה פחות נתקלתי באלימות מצד מטופלים" (#8). דעה זו מביעה שינוי המקדם בריאות ואווירה חיובית בתוך המחלקה, והמצביעה על אפשרות שייתכן שהטיפול הנוכחי אפקטיבי יותר. לסיכום, נראה כי כל המרואיינים חוו אירועי אלימות רבים במהלך עבודתם, והם הביעו דעות שונות בנוגע להשתנות תדירותם לאחר הרפורמה.

2. צפיפות כמקדם אלימות

ניתוח תשובות המרואיינים על השאלה הנוגעת לגורמים התורמים למניעת הישנות מקרי אלימות במחלקה שם את הצפיפות במחלקה כגורם ראשון ועיקרי, התורם תרומה ניכרת לאלימות. תחושת דוחק במרחב האישי תורמת לאלימות, בפרט בהקשר של מחלקה סגורה המתאפיינת בשטח מוגבל ובחוסר פרטיות: "במחלקה סגורה יש יותר צפיפות, יותר רגישות לעומת מחלקה פתוחה ששם יש יותר חופש ואוטונומיה למטופל" (#12); "מחלקה סגורה זה מקום סגור שגורם ליותר לחץ בין מטופלים" (#18). עבודה בסביבה צפופה ועמוסה צוינה אף היא כגורם התורם לאלימות: "זה קרה במשמרת לילה – מחלקה עמוסה, מטופלים הסתובבו בלובי ולא רצו לישון" (#11). הועלו גורמים נוספים, ובהם חוסר באנשי צוות כדי לפתור בעיות אלימות. לסיכום, המרואיינים ראו בתנאים סביבתיים של צפיפות ושל חוסר באנשי צוות גורמים התורמים לאלימות במחלקה.

3. ריסון כמקדם אלימות

על השאלה אם הריסון למעשה מלבה את האלימות ניכר כי הדעות חלוקות, אך מרבית המרואיינים השיבו בחיוב. אחד המרואיינים תיאר שמטופל שנמצא בבידוד יכול להיות ממש מסוכן, ולכן "כמעט ולא שמים בבידוד כיוון שגבר בבידוד זה הרבה יותר קשה ומסוכן" (#4). מרואיין אחר המחיש כיצד הריסון מלבה את האלימות בכך שהוא פוגע באמון ובקשר שבין המטופל למטפל: "מטופל שמתקבל ביום הראשון וחושב שאני נחמד ויום אחרי אני מגביל אותו ואז אני נתפס בעיניו כלא נחמד וזה בעייתי" (#9). 6 מרואיינים טענו שהריסון אינו מלבה אלימות, וראו בו טיפול שמרגיע ועוזר למטופל. כך טענה מרואיינת מס' 20 ש"בשימוש נכון ונאות רמת האלימות לא תעלה" (#20). 7 מרואיינים טענו, שבמקרים מסוימים הריסון מלבה אלימות ובאחרים לא. 2 מרואיינים הסבירו, שהאלימות בעקבות הריסון תלויה בשאלה אם הסיבה לנקיטת הריסון היא מוצדקת או לא. לסיכום, דעות מגוונות הועלו בנוגע למידה שבה הריסון עצמו יכול ללבות אלימות.

4. השימוש בריסון לאחר הרפורמה

המרואיינים נשאלו בנוגע לשינויים שחלו בעקבות הרפורמה מאז החל יישומה. כל המרואיינים ללא יוצא מן הכלל ציינו, כי השימוש בפרקטיקות הריסון ירד בעקבות הנחיית משרד הבריאות. לאחר הרפורמה הודגש כי השימוש בריסון נועד רק למקרה של אלימות וכמוצא אחרון, כאשר המטופל הוא אדם המהווה סכנה מיידית לעצמו או לאחרים: "פחות משתמשים בריסון בעקבות הנחיית משרד הבריאות. מרסנים מטופל רק כאשר המטופל ממש אלים ולא ניתן להרגיע אותו בשום צורה" (#4). בהקשר של קשירות ציין מרואיין מס' 6, ש"בתקופה האחרונה כמעט ולא משתמשים בפרקטיקות הריסון במיוחד בקשירות. קשירה אחרונה הייתה בשנה שעברה. מאז שאני פה הייתה קשירה אחת. אז השימוש הוא רק במקרים קיצוניים ביותר... כן יש להנחיה השפעה וגם אנחנו היום הולכים יותר לקראת המטופל. אם אפשר לטפל בלי בידוד או קשירה אז עדיף. יש דברים שמגבילים את הצוות אז מעדיפים לא לקשור" (#6). לסיכום, כל המרואיינים הסכימו שבעקבות הרפורמה ירד השימוש בריסון עד מאוד, ושהוא ננקט רק במצבי קיצון וכמוצא אחרון.

5. תחושת בטיחות הצוות במחלקה

המרואיינים נשאלו בנוגע לתחושת הבטיחות במקום עבודתם בעקבות הרפורמה. רובם ציינו שבעקבות הרפורמה הם חוששים יותר מאלימות מטופלים, ולכן יש ירידה בתחושת הביטחון האישי שלהם בעבודה. חלק מהמרואיינים תיארו את הבלבול שהם חשים בעקבות הרפורמה כאשר עליהם לפעול במקרי אלימות: "לא תמיד אני חש בטיחות. בעקבות הרפורמה אני מרגיש ככה, אני לא יודע איך לתפקד במקרים מסוימים של אלימות" (#9); "אני הרבה יותר חוששת מאלימות, הפחדים התגברו ובעקבות הרפורמה זה רק התגבר והתחזק אצלי כי עובדה שאני בחצי שנה האחרונה הייתי בתאונת עבודה פעמיים אחרי שקיבלתי מכות ממטופלים" (#14); "השימוש בריסון ירד... אך האלימות מצד המטופלים עלתה" (#14); "השימוש ירד... אך... לעיתים אני רואה שיש יותר פגיעה בצוות המטפל יותר מאשר בעבר" (#20). כמה מרואיינים הציעו שיהיו במחלקות אנשי ביטחון ולחצני מצוקה שיגבירו את הביטחון במחלקה. מרואיינים תיארו שתחושת הבטיחות שלהם ירדה בעקבות הרפורמה ושהאלימות במחלקה עלתה. חלק מן המרואיינים הצביעו על כך שמלבד הרפורמה, התנאים בעבודה – ובייחוד מחסור באנשי צוות – תורמים לתחושת חוסר הבטיחות. אחרים ציינו, שתחושת חוסר הבטיחות שלהם היא מאפיין קבוע בעבודתם בפסיכיאטרייה בלי קשר לרפורמה.

6. תחושות מתח ותסכול

תיאור השהות במחלקה הוא של עבודה באווירה לחוצה, מתוחה וסוערת. מרואיינים סיפרו שבעקבות התקריות האלימות הם מתוחים ודרוכים יותר לביטחונם. "האירוע [אלימות פיזית] גרם לי לחוסר ביטחון וחשש להסתובב במחלקה כשהוא בסביבה. להיות יותר דרוכה" (#10); תגובה נוספת הייתה: "אני מרגישה יותר חסרת ישע ויותר פחד.... כיום זה יותר כיוון שיש יותר אלימות" (#14). העבודה בתנאים אלו היא קשה: "הרגשתי שזה עוד יום עבודה קשה, כי המשמרות באותה תקופה היו מאוד קשות" (#17); "אין הגדרת תפקיד וזה מתסכל – לא יודע תמיד איפה אני נמצא ומה אני צריך לעשות. אני אח ולא איש ביטחון. כשצריך להוציא את המטופל, אז או ששאר הצוות הרפואי לא מתייחס או שישר קוראים לצוות הסיעודי שיטפל בזה. הייתי רוצה שהרופאים גם ישתתפו וייקחו חלק בפעילויות כאלה" (#9). כמו כן, כמה מרואיינים הצביעו על חוסר באנשי צוות: "אין מספיק אנשי צוות ואתה מרגיש לבד" (#6); בפרט בתקופה שבה חל הריאיון: "עקב שיפוצים של מחלקה בבית חולים הביאו לנו מטופלים בעייתיים וקשים ללא תגבור של צוות, עם אותם משאבים" (#8). המרואיינים תיארו תנאים קשים ומתסכלים של עומס עבודה ותפקידים, של לחץ, של צפיפות ושל חוסר באנשי צוות, כמו גם של מתח ודריכות מתוך חשש לביטחונם.

7. גורמי אלימות במטופל

מרואיינים הצביעו על גורמים שונים הנדרשים לצורך מניעת אלימות – הכרת המטופל, הערכת הצוות את המטופל, הכרת הפתו־פיזיולוגיה ואיזון תרופתי: "טיפול תרופתי תואם" (#3); "שימוש במינון נכון ומתאים של תרופות, לא לצמצם בתרופות" (#4); "מתן טיפול תרופתי מתאים" (#14); "דגש על טיפול תרופתי הרגעתי" (#20), שמטרתה היא ליצור "תוכנית טיפול מותאמת למטופל עם מסוכנות לאלימות" (#20). מרואיין מס' 4 הציע שעל חדר המתנה במיון "לא לקבל מטופלים שהם אלימים באותו רגע, או לא רגועים או תחת השפעת סמים או אלכוהול, הפרדה בין מטופלים כרוניים ומטופלים אקוטיים" (#4). מרואיינת מס' 10 הציעה "יותר שיחות עם מטופלים ולהעביר להם שאלימות לא מתקבלת במחלקה" (#10). כדי לטפל באלימות, חלק מן המרואיינים הציעו שיש להמשיך עם הבידוד או הקשירה מאחר שאין מספיק כלים לצמצם את פרקטיקת הקשירה (#8): "לגבי התמודדות עם אלימות של מטופלים לא חושב שקיימת דרך אחרת חוץ מהגבלתם" (#4); "עד שהצוות המטפל לא יקבל מספיק כלים יעילים... אמצעי זה ימשיך להיות כלי טיפולי" (#20). לעומת זאת, מרואיין מס' 13 טען: "אני לא חושב שצריך להשתמש בשיטות הריסון, צריך רק שיתוף פעולה והסכמה של המטופל להיות באשפוז" (#13). לסיכום, המרואיינים הצביעו על כך שכדי למנוע אלימות ולצמצם את הריסון נדרש להכיר את המטופל ולהעריך את מסוכנותו, והדגישו את הצורך באיזון תרופתי של המטופל. ואולם כמה מרואיינים ציינו שיש להמשיך בפרקטיקות הבידוד והקשירה בהיעדרה של חלופה בטיחותית אחרת.

8. חוסר בחלופות לריסון

המרואיינים נשאלו אם סופקו להם חלופות לפרקטיקות הריסון. רוב המרואיינים טענו שלא סופקו להם כלים חלופיים לריסון. חלקם תיארו שההדרכות שבהן הם השתתפו נועדו בעיקר להגנה עצמית כאשר מטופל מתפרץ או כדי להדריך כיצד לרסן מטופל אלים, אך לא התמקדו במניעת ההתפרצות מלכתחילה. יתר על כן, כמה מרואיינים הדגישו, שכל עוד אין חלופות יעילות לריסון המכני, פרקטיקה זו של ריסון מכני תוסיף לשמש כשגרה: "אין מספיק כלים וחלופות במקום הריסון כדי להתמודד עם אלימות מצד המטופלים" (#15); "אין לנו מספיק כלים כדי לצמצם את השימוש בקשירה, יש לנו עוד מה ללמוד" (#9); "אני חושב שצמצמנו ועם כל זה שאנחנו מצמצמים והגענו למספרים יפים עדיין לא חושב

שיש מספיק אלטרנטיבות להתמודדות וכשאין ברירה אז חייבים לקשור" (2#). סוגיית ההדרכה עלתה פעמים רבות. כך למשל, צוין כי ההדרכה הייתה "יותר להגנה עצמית כשמטופל אלים תוקף אותך ולא דרך למנוע אלימות או התפרצות של המטופל" (6#); "ההדרכות עזרו לי יותר באיך לרסן את המטופל מבלי לפגוע או לפצוע אותו ומבלי שהצוות ייפגע אך חסר לי מיומנויות בקשר לאיך להימנע ממצבים כאלה" (17#); "יום העיון שהיה לא סיפק לי דרכים להתמודד עם אלימות שהיא לא בדרך של ריסון" (14#). אחרים האמינו שאין דרך אחרת כדי להתמודד עם אלימות ללא ריסון והקשירה בפרט: "מאוד סקפטי לגבי התמודדות עם אלימות של מטופלים לא חושב שקיימת דרך אחרת חוץ מהגבלתם" (4#); "עד שהצוות המטפל לא יקבל מספיק כלים יעילים למניעת הריסון ולמניעת אלימות, אמצעי זה ימשיך להיות כלי טיפולי" (20#).

9. תקשורת מטפל־מטופל

התקשורת שבין מטפל למטופל בלטה כאסטרטגיה לצמצום מקרי אלימות. מרואיינים הציעו, שיחס מועדף ותקשורת טובה עם מטופלים הם חשובים כדי למנוע התפרצות, כך למשל בדרכים אלו: "שיחות עם המטופלים וכמה שיותר" (11#); "מטפל אישי, יותר שיחות, יותר יחס למטופל" (12#); "יותר הבנה, שיחות עם הצוות (14#); "להבין את המטופל, מה גרם לו להגיע למצב הזה" (14#). כמו כן הוצע "להיות BEING ולא DOING" (1#), כלומר, להיות נוכח ולא רק להגיב לניהול משברים, לתקשר עם המטופל ולהבין אותו ולא להגיע למצב שכל מה שנותר זה לרסן אותו: "דיבור או שיחה עם המטופל, מנסים להרגיע אותו על ידי שיחה ולנסות לטפל בבעיה שהביאה אותו להתפרצות, טיפול הרגעתי" (6#); "הרגעה, יחס למטופל וכדומה... שיחות טלפון, אוכל, שתייה לרוב מוריד את המתח" (7#). תגובות רבות הציעו פשוט "להיות אנושי כלפיהם – שיחות, יחס הדדי, כבוד... מעל 90% מהמקרים ניתן למנוע" (7#); "יותר אמפתיה וכבוד לחולים מכל הצוות גם רפואי וגם סיעודי" (16#). בהקשר זה, מרואיין מס' 8 הסביר שאנשי הצוות אינם צריכים כל הדרכה נוספת אלא פשוט להתנהג באנושיות ובכבוד למטופלים: "מבחינת השכלה יש לנו את זה למדנו בלימודים אך זה לא מספיק. לא חושב שצריך הדרכה נוספת. זה דברים שידועים – אמפתיה, יחס, כבוד הדדי שצריך פשוט ליישם לא צריך משהו נוסף" (8#). כמו כן, הוצע ללמוד מאירועים קודמים: "לבדוק את הנסיבות שהובילו לכל אירוע, הפקת לקחים" (2#). לסיכום, המרואיינים הצביעו על כך שתקשורת עם המטופל ויחס אנושי ואמפתי חשובים כאסטרטגיה לצמצום אלימות. הבנת המטופל תמנע את התפרצותו או תאפשר להרגיעו במקרה שהוא התפרץ.

10. מצלמות בשטחי ציבור

המרואיינים נשאלו לדעתם בנוגע לשימוש במצלמות בשטחים הציבוריים. 16 מרואיינים (80%) תמכו תמיכה נלהבת בהצבת מצלמות בשטחי ציבור בתגובות כגון אלה: "נחוץ" (1#); "מצוין, זה לטובתנו" (3#); "חיוני" (6#); "מעולה, כלי שיש להשתמש בו בחוכמה ודעת" (19#); "זה שומר על המטופלים ועל הצוות המטפל" (20#). היו גם מרואיינים שהתלבטו בשאלה: "לא יודע עדיין אם זה רע או טוב" (4#); "דעתי חלוקה, לפעמים זה טוב ולפעמים זה פוגע וחודר לפרטיות" (13#); "מבחינת אלימות – זה שומר על הצוות... שומר על הצוות מתביעות מיותרות. מצד שני זה דורש עבודה יותר נקייה – נהיינו חשופים לתביעות ללא הגנה משפטית מסודרת" (8#). מרואיין אחד הביע הסתייגות מן הרעיון: "בעייתי מאוד – פוגע בזכויות העובדים והמטופלים. יש מקומות שאפשר להבין שצריך אותם כי צריך לוודא שהמטופל לא בסכנה אך אם מסתכלים על עובדים ובוחנים אותם תמיד זה מקשה" (7#). לסיכום, רוב של 16 מרואיינים תמכו בהצבת מצלמות בשטחי ציבור, 3 מרואיינים התלבטו ושקלו את התועלת אל מול הפגיעה בפרטיות, ומרואיין אחד הסתייג מן הרעיון.

דיון ומסקנות

במחקר איכותני זה תוארו חוויותיהם, התנסויותיהם ועמדותיהם של 20 אנשי צוות סיעוד פסיכיאטרי בנוגע לאירועי אלימות במקום עבודתם ולמידת השימוש בפרקטיקות ריסון על רקע התוויית משרד הבריאות לצמצום ההגבלות. תקריות של אלימות מילולית או פיזית במחלקה הפסיכיאטרית הן רבות ותכופות, ולמרות זאת במצבים רבים הן לא־צפויות. אווירה עלולה להשתנות במהירות וללא אזהרה, ולכן העבודה מתבצעת תוך דריכות קבועה להגנה עצמית מפני פגיעה פיזית ומתוך ציפייה להסתמכות על שאר אנשי הצוות, כמתואר באחד המחקרים (1). 12 (60%) מרואיינים תיארו מקרי אלימות פיזית שהופנתה כלפיהם. שניים מתוכם נדרשו לחופשת החלמה מתאונת עבודה בעקבות האלימות, כנתמך בסיכום דוח מבקר המדינה (4), שעל פיו האלימות כלפי אנשי הצוות מסתיימת לעיתים בפציעות ובהחסרת ימי עבודה, המגבירים את העומס על הצוות שנותר.

תיאור תקריות האלימות העלה, שרובן התרחשו לאחר אינטראקציה בין־אישית שבה סירבו לבקשות המטופל או הציבו לו גבולות. צפיפות המחלקה צוינה כגורם התורם לאלימות, ובייחוד במחלקה הסגורה המתאפיינת בשטח מוגבל ובחוסר פרטיות. הקשר שבין צפיפות לאלימות הודגם באחד המחקרים, אשר מצא שעודף תפוסת מיטות של 10% קשור לאירועי אלימות כלפי הצוות (11). עוד ציינו המרואיינים, שמשמרות עבודה (בוקר או ערב) בסביבה צפופה ועמוסה

תורמות לאלימות, כמו גם שגרת עבודה שבה הצוות זמין פחות למטופל. חוקרת אחרת הסבירה, כי תקריות האלימות מתוזמנות בפעילויות שגרתיות שבהן הצוות זמין פחות למטופלים (12).

נורמת השימוש התכוף בפרקטיקות ריסון קונבנציונלי בישראל ובעולם משקף את תפיסות הצוות, שפרקטיקת הריסון היא בלתי־נמנעת בניסיון לשמור על ביטחון המטופלים והצוות (8). צמצום בפרקטיקות ריסון בפועל כרוך בשינוי תפיסתי של הצוות באשר לזכויות המטופל וליחס כלפיו. אף ש־11 מרואיינים סברו שהריסון מהווה פגיעה בזכויות האדם של המטופל, 10 מתוכם הצדיקו את השימוש בו במקרים קיצוניים, ואילו 8 סברו שהריסון כלל אינו פוגע בזכויות המטופל. כמה מרואיינים ראו בריסון ענישה הגורמת לכך שהמטופל לומד לקח ו"מתחנך", אולם ברוב המקרים הענישה לא גרמה לפוגע לקבל אחריות על מעשיו ולשנות את דרכיו, לא פיצתה את הנפגע ולא מנעה את האירוע הבא (9). יתר על כן, ככל שריסון משמש רק למטרת ענישה, הרי מדובר בריסון שננקט שלא במצב של סכנה ממשית אלא אחריה, בניגוד להנחיות משרד הבריאות בשנת 2017 (8) ולהוראותיו המפורשות (8). בניגוד למרואיינים שראו בריסון מעשה טיפולי, אחרים טענו שהריסון מלבה את האלימות, מגביר את הסכנה להיפגע בעת יישום הפרקטיקה וכן פוגע באמון. כפי שהסבירו כמה חוקרים, השימוש בפרקטיקות ריסון חושף את הצוות המעורב בו לסיכון בפציעות וכן לפגיעה ביחסי האמון עם המטופלים (8,6).

"השיטות המסורתיות" של בידוד, של ריסון ושל תרופות הן נפוצות ומוכרות כחלק מן הפרקטיקה במחלקה הפסיכיאטרית. בשנת 2015 עמד שיעור הקשירה על 24% מן החולים באשפוז הפסיכיאטרי בבתי החולים בישראל (8,6). עם זאת השימוש בשיטות הריסון בפסיכיאטרייה מוכר כהפרה של זכויות האדם, הגורם לפגיעה, לסבל ולטראומה למטופל, ואף כפרקטיקה לא־אנושית (20). בישראל קבעה ועדת ההיגוי לצמצום הגבלה מכנית בישראל, כי יש להשתמש בשיטות הריסוןרק במקרים חריגים של סכנת חיים מיידית למטופל או לאחרים בסביבתו, וכחלופה אחרונה בלבד. כמו כן נדרש דיווח בזמן אמת על כל אירוע שכזה ובחינה פנימית שלו (8). כל המרואיינים ללא יוצא מן הכלל הצדיקו את השימוש בריסון רק במקרה קיצוני של אלימות, בשל סכנה פיזית מיידית ומתוך אחריות לביטחון המטופל, הצוות, ושאר המטופלים. ואולם הדיווחים לימדו על שימוש בפועל בריסון גם כשאין סכנה ממשית; כך למשל, אחד המרואיינים ציין שפרקטיקת הקשירה צריכה להיות מבוקרת יותר ולא לשמש לכל עניין קטן, מרואיינת אחרת סיפרה שהקשירה משמשת טיפול הרגעתי, ומרואיין אחר סיפר על השימוש בה כענישה על הפלת עגלה. מתשובות המרואיינים עלה, כי לאחר הרפורמה הם מקפידים יותר על תיעוד, וכי ברוב המקרים הריסון והאלימות מתועדים, ואף נערך דיון או תחקיר אשר המרואיינים תפסו כמועיל. כל המרואיינים הצביעו על ירידה בפרקטיקות הריסון בעקבות הרפורמה של משרד הבריאות, וכי הריסון ננקט רק במקרה של אלימות וכמוצא אחרון.

האווירה הלחוצה והמתוחה במחלקה הפכה לקשה יותר לאחר הרפורמה. תואר מצב של בלבול ושל אי־ודאות בשל הנהלים החדשים. רק 3 מרואיינים ציינו שהאווירה הלחוצה במחלקה השתנתה לטובה לאחר הרפורמה. רוב המרואיינים ציינו חשש גדול יותר מאלימות של מטופלים בעקבות הרפורמה וירידה בתחושת הביטחון האישי. חלקם ציינו חוסר ביטחון בנוגע לפעולה הנדרשת מהם במקרי אלימות, כמתואר באחד המחקרים אשר הסביר שתהליך צמצום הקשירה מלווה מטבעו בחששות ובאי־ודאות בקרב אנשי המקצוע במחלקות (8). תוארו תנאי עבודה מאתגרים מבחינת עומס עבודה, צפיפות, משמרות קשות, מטלות לא־מוגדרות ואווירה כאוטית, לחוצה וסוערת. לפי דוח מבקר המדינה (4) כל אלו הם גורמים התורמים לשחיקת הצוות, והמקשים על גיוס צוות סיעודי חדש.

המרואיינים הציעו מגוון שיטות לצמצום השימוש בריסון ואלימות פוטנציאלית במחלקה. באשר לגורמים הקשורים למטופל, נדרשות מיומנויות להערכה קלינית של המטופל, להערכת המסוכנות שלו ולחינוכו. חלק ניכר מן המרואיינים הציעו שיש להמשיך במתן תרופות הרגעה. מצד אחד, הצעה זו אינה מפתיעה בהתחשב באפשרות להשיג רגיעה מהירה בעת אירוע של אלימות, בייחוד כאשר האמצעים הם דלים. מן הצד האחר, יש קושי בפתרון זה הן משום הרמיזה על התוקפנות כקשורה למחלת הנפש של המטופל, מבלי להביא בחשבון גורמים אחרים, והן משום תופעות הלוואי של תוקפנות ושל אובדנות, כפי שציינו חוקרים אחדים (21). היו מרואיינים שגם הציעו להמשיך עם הבידוד או הקשירה מאחר שאין כלים חלופיים לכך. גורמים שהוצעו לצמצום אלימות הקשורים לצוות המטפל הם הדרכה ומיומנויות לתקשורת טובה עם המטופל. עלה הצורך בהדרכת הצוות באשר לאופן שבו מסרבים למטופל מבלי לגרום לו להתפרץ. אחד המרואיינים הציע להקים מרכז הדרכה ייעודי שיתמקד בנושא ההתערבויות במקרי אלימות, הצעה הממחישה את הצורך של הצוות בכתובת לפנות אליה בהתמודדות עם מצבי אלימות תחת הנהלים החדשים.

היו מרואיינים שראו במחסור במשאבים גורם מלבה לאלימות, וכך עלו הצעות להגברת מספר אנשי הצוות במשמרת. הגדלת הצוות במשמרת תאפשר להגביר את הזמינות לצורכי המטופלים, תאפשר מנוחה ל"אוורור רגשות" וכן הידוק שיתוף הפעולה וחלוקת העבודה בין כל הצוותים הרב־מקצועיים. כל אלו יקטינו את העומס על צוות הסיעוד

ואת השחיקה, ויתרמו לצמצום פרקטיקות הריסון בביטחון רב יותר. הוצעו שיפורים בתשתיות, מחלקות מרווחות יותר, הפחתת הצפיפות, חדרי בידוד תקניים וראויים או חדרי סנוזלן שיוכלו לשמש במקום הקשירה, בדומה להמלצותיהם של חוקרים אחדים (8,6), ובפרט להמלצות דוח מבקר המדינה (4) שהצביע על חדרי בידוד שאינם ראויים.

כמעט כל המרואיינים טענו כי לא סופקו מספיק כלים חלופיים לריסון, ושהטכניקות שהם למדו התמקדו בעיקר בתגובה לאלימות ולא במניעתה. הדרישה לצמצום הריסון יוצרת מצב שהמרואיינים חשים חסרי ישע בנוגע לאופן ההתמודדות עם מצבים מאתגרים מבלי להשתמש בריסון. היעדר הכישורים ותחושת חוסר ביטחון מקצועי עלולים להעלות את השחיקה מהעבודה. כמה מרואיינים סברו שאין דרך אחרת להתמודד עם אלימות מלבד ריסון בכלל והקשירה בפרט. ממצא דומה עלה גם במחקר אשר האחיות שהשתתפו בו לא חשבו שביכולתן להביא לבלימת ההסלמה של התוקפנות באמצעות תקשורת (12). מרואיינים רבים תיארו אוזלת יד מצד ההנהלה וכעס כלפיה – ראשית כיוון שלא סופקו אלטרנטיבות לצמצום הריסון, ושנית על עצם קיומה של בעיה ארגונית. המרואיינים תיארו מצב של תקשורת לקויה בין הרופאים לצוות הסיעודי במפגש הרב־מקצועי; הצוות הרפואי מורה לצוות הסיעודי לעשות את ה"עבודה השחורה", כך למשל להוציא מטופל או לקשור אותו, ולתפקד כצוות ביטחון במקום לעסוק בעבודת הסיעוד אשר לה הוכשרו.

ממחקר זה עולה, כי נדרש חינוך נרחב בנושא ההתמודדות עם צמצום פרקטיקות הריסון. מומלץ לאפשר סדנאות המכשירות את הצוות לנושא זכויות האדם וכבודו, והמסבירות את ההשלכות השליליות של פרקטיקות הריסון על המטופל ועל הצוות המטפל. במחקר הנוכחי חלק ניכר מן הצוות הסיעודי ממשיך לייחס את התוקפנות בעיקר למחלת הנפש של המטופל, ומוסיף לראות בפרקטיקות הריסון הקונבנציולי את הדרך המתאימה לטיפול בבעיה; יש בכך כדי להצביע על הצורך בהתערבות חינוכית ובהדרכה באשר לחשיבות התקשורת שבין הצוות למטופל כדי למנוע אלימות, ובהטמעת מיומנויות תקשורת של הצוות כמו גם שיטות התערבות במצבים מורכבים. אכן, נכון למועד המחקר המרואיינים הדגישו שיש חוסר בהדרכה ובהכשרה מהותית בשיטות חלופיות לריסון, ולא הכירו שיטות הערכה והתערבויות לצורך בלימת ההסלמה. אומנם משרד הבריאות (8), פרסם שורה של נהלים ושל תקנות בכל הקשור לשימוש בפרקטיקות הריסון, אך עדיין נדרשות שורה של כלים מקצועיים וחלופות שייתנו מענה מקצועי בשטח למקרים של הסלמה בהתנהגות החולה ושיאפשרו את ביטול פרקטיקות הריסון.

פרופסור פסח ליכטנברג, מי שהיה מנהל מחלקה פסיכיאטרית וכיום ממובילי המאבק לצמצום השימוש בריסון מכני וכימי, טוען כי "האדם שנקשר למיטה באשפוז פסיכיאטרי, הוא לא פעם תוצאה של שרשרת סיבות ארוכה ומורכבת, שהתנהגות המטופל היא רק אחת מהן. התמקדות רק בתוקפנות של המטופל היא ראייה צרה. לפניה ממלאים תפקיד שיקולים מנהליים־בירוקרטיים הנוגעים למצבת כוח אדם ולתקצוב הולם למחלקות האשפוז, הנופלים בהרבה ממה שנדרש כדי לייצר אווירה המכבדת את זכויות האדם וכבודו" (7). במחקר הנוכחי, ככל הנראה על רקע המחסור במשאבים והצפיפות, חלק מן המרואיינים אינם מצליחים להיות פנויים באמת עבור המטופל, ואינם רואים את מצוקותיו. במצב שנוצר לא מפתיע שלחלקם קשה ליישם פתרונות המבוססים על תקשורת. לכן הצלחה של שינוי תרבות השליטה במוסדות הפסיכיאטריים צריכה להיות מלווה במשאבים מתאימים ומספקים של כוח אדם ושל תשתיות: שדרוג מחלקות האשפוז כך שיהיו צפופות ועמוסות פחות – באמצעות הקטנת מספר המטופלים בכל מחלקה והגדלת מספר אנשי הצוות וכן באמצעות הקמת חדרי בידוד ורגיעה ראויים.

ממצאי המחקר הצביעו על כך שנדרשות תוכניות תמיכה באנשי הצוות למניעת שחיקתם. עם זאת, בנימה אופטימית, ככל שהמלצות המחקר יקוימו ברובן (הריסון והאלימות יצומצמו, התקשורת תשתפר, מספר אנשי הצוות יגדל והצפיפות תקטן ולכן עומס העבודה יפחת), כך גם הפוטנציאל לשחיקת איש הצוות יקטן. לאור הוראת משרד הבריאות (8) על תיעוד תקריות אלימות והשימוש בריסון, ניתן להשתמש בנתונים אלו כדי לערוך מחקר כמותי על מידת השימוש בריסון, על הסיבות לשימוש בו ועל התקריות האלימות והגורם להם, מפולחים לפי מגדר, גיל, וותק – כיום ובעוד כשנה, ולהשוות בין הנתונים. כמו כן ניתן לערוך בעוד כשנה מחקר איכותני נוסף לבחינת חוויות הצוות במחלקה הפסיכיאטרית ואת תפיסותיהם באשר לאלימות והשימוש בפרקטיקות הריסון, ולהשוות לממצאי המחקר הנוכחי (ולבחון עד כמה המלצות מחקר זה מומשו). זאת ועוד, מאחר שהמרואיינים הצביעו על צפיפות במחלקה ועל חוסר בכוח אדם, ניתן להציע מחקר כמותי מקיף יותר, במחלקות שונות ובבתי חולים שונים, כדי להמליץ על הוספת תקנים לאנשי צוות הסיעוד במחלקה.

כיום מערך הפעולה של כל מחלקה פסיכיאטרית מתבסס על אמצעים לצורך קידום בריאות החולה מצד אחד, וחוסנו של צוות המחלקה מן הצד האחר. כמה מרכיבים במאמר זה מדגימים כיצד קידום הבריאות יכול להשפיע במערך הטיפולי של המחלקה הפסיכיאטרית. עולה כי הצוות המטפל נדרש לדרכי התמודדות אל מול אירועים לא־צפויים (כגון תקריות של אלימות מילולית או פיזית במחלקה הפסיכיאטרית) אשר עלולים לסכן את המטופלים מצד אחד ואת המטפלים מן הצד האחר. אחת מדרכי ההתמודדות עם האלימות היא הצבת

גבולות במחלקה פסיכיאטרית. כפי שעולה ממחקר זה, הצבת הגבולות (אם בריסון ואם בהגבלה) טומנת בחובה יתרונות וחסרונות רבים. נדרשת ההבנה כי איזון נכון של פעולת הצבת הגבולות מתחייבת לצורך שמירה על רמת הבטיחות במחלקה ולצורך קידום הבריאות בה. מרכיב חשוב בקידום הבריאות במחלקות במרכזי הרפואה השונים הוא הגברת האיוש של הצוות המטפל. בהינתן תגבור הצוות, תכנון והטמעת תוכניות תמיכה באנשי הצוות, יש להניח שהריסון והאלימות יצומצמו, התקשורת התוך־צוותית תשתפר, עומס העבודה יפחת והפוטנציאל לשחיקת אנשי הצוות יקטן.

מקורות

1. Bachmann L, Michaelsen RA, Vatne S. Feeling "overloaded" and "shortcomings": milieu therapists' experiences of vulnerability in caring for severely mentally ill patients. J Multidiscip Healthc. 2016 Jul 13;9:285-96. doi: 10.2147/JMDH.S106310
2. Hallett N, Huber JW, Dickens GL. Violence prevention in inpatient psychiatric settings: systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients. Aggress Violent Behav. 2014 Sep 1;19(5):502-14. https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.009
3. Quanbeck C. Forensic psychiatric aspects of inpatient violence. Psychiatr Clin North Am. 2006 Sep 1;29(3):743-60. DOI:https://doi.org/10.1016/j.psc.2006.04.011
4. מבקר המדינה. דוח ביקורת שנתי 68ג: פרק שני, משרד הבריאות – מערך האשפוז בבתי החולים הממשלתיים לבריאות הנפש [אינטרנט]. ירושלים: מבקר המדינה ונציב תלונות הציבור. מאי 2018: **[נצפה ביום10.08.2021]. עמ' 531-601.** נדלה מתוך http://www.mevaker.gov.il/he/Reports/Pages/627.aspx
5. Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N. Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2002 Aug;9(4):465-73. https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00504.x
6. פרימור ש'. שוברים קשירה – קשירות מטופלים באשפוז הפסיכיאטרי: כרוניקה של הפרת זכויות – דו"ח והמלצות [אינטרנט]. ירושלים: בזכות המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות, עמותה. **51 עמ'. 2016 [נצפה ביום10.08.2021].** נדלה מתוך http://bizchut.org.il/he/wp-content/uploads/2016/03/%D7%93%D7%95%D7%97-%D7%A9%D7%95%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%9D-%D7%A7%D7%A9%D7%99%D7%A8%D7%94.pdf
7. Lischtenberg P. Editorial: Fit to be tied. Israel J Psychiatry and Relat Sci, 2013 50(1):4-5.
8. פישל צ', ברבלק פ', חאיק פ', ברגמן־לוי ט', לב ב', בלייך א', ואח'. דו"ח וועדת ההיגוי לצמצום הגבלה המכאנית בישראל [אינטרנט]. ירושלים: משרד הבריאות. **46 עמ' 2017 [נצפה ביום10.08.2021______].** נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Report_steering_committee_reduce_mechanical_restriction.pdf
9. צ'ונה י', רוסלר ג'. מתמודדים עם אלימות – כלים מעשיים לדיון ולפעולה. ירושלים: המרכז ללימודי אלימות בישראל. 2008.
10. Nijman HL, à Campo JM, Ravelli DP, Merckelbach HL. A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. Psychiatr Serv. 1999 Jun;50(6):832-4. https://doi.org/10.1176/ps.50.6.832
11. Virtanen M, Vahtera J, Batty GD, Tuisku K, Pentti J, Oksanen T, et al. Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. Br J Psychiatry. 2011 Feb;198(2):149-55. doi:10.1192/bjp.bp.110.082388
12. Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. J Adv Nurs. 2005 Jun;50(5):469-78. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03426.x
13. Jovanović N, Podlesek A, Volpe U, Barrett E, Ferrari S, Kuzman MR, et al. Burnout syndrome among psychiatric trainees in 22 countries: risk increased by long working hours, lack of supervision, and psychiatry not being first career choice. Eur Psychiatry. 2016 Feb;32:34-41. 10.1016/j.eurpsy.2015.10.007
14. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World Psychiatry. 2016 Jun;15(2):103-11.**https://doi.org/10.1002/wps.20311**
15. Sailas E, Wahlbeck K. Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. Curr Opin Psychiatry. 2005 Sep 1;18(5):555-9. doi: 10.1097/01.yco.0000179497.46182.6f
16. Renwick L, Stewart D, Richardson M, Lavelle M, James K, Hardy C, et al. Aggression on inpatient units: clinical characteristics and consequences. Int J Ment Health Nurs. 2016 Aug;25(4):308-18.**https://doi.org/10.1111/inm.12191**
17. Toker S, Melamed S, Berliner S, Zeltser D, Shapira I. Burnout and risk of coronary heart disease: a prospective study of 8838 employees. Psychosom Med. 2012 Oct 1;74(8):840-7. doi: 10.1097/PSY.0b013e31826c3174
18. אוסטפלד י', סהר ז', מלמד י', דרור ח', זוננפלד־אלרואי ח'. דו"ח צוות תחקיר לאירוע "נווה יעקב" [אינטרנט] ירושלים: משרד הבריאות – המנהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות. **39 עמ'. 2013 [נצפה ביום10.08.2021].** נדלה מתוך: https://cdn.doctorsonly.co.il/2013/07/–%D7%93%D7%95%D7%97-D7% A0%D7%95%D7%95%D7%94%D7%99% D7%A2%D7%A7%D7%91.pdf
19. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005 Nov;15(9):1277-88. https://doi.org/10.1177/1049732305276687
20. Curie CG. Special section on seclusion and restraint: Commentary: SAMHSA's commitment to eliminating the use of seclusion and restraint. Psychiatric services. 2005 Sep;56(9):1139-40. https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1139
21. Arboleda-Florez J, Holley H, Crisanti A. Understanding causal paths between mental illness and violence. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 1998 Nov;33(1):S38-46. Available from: https://doi.org/10.1177/070674379804301002
22. Ahmead MK, Rahhal AA, Baker JA. The attitudes of mental health professionals towards patients with mental illness in an inpatient setting in Palestine. Int J Ment Health Nurs. 2010 Oct;19(5):356-62. Available from: https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00674.x

תפיסות וחששות של אנשי צוות רפואי בעת משבר הקורונה: ממצאי מחקר איכותני

קרן דופלט[1], אסנת בשקין[2], נדב דוידוביץ[3], נעם אסנה[4]

[1] החוג לבריאות הציבור, המכללה האקדמית אשקלון; והמחלקה למדיניות וניהול מערכות בריאות, בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן־גוריון בנגב

[2] החוג לבריאות הציבור, המכללה האקדמית אשקלון

[3] המחלקה למדיניות וניהול מערכות בריאות, בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן־גוריון בנגב

[4] המערך האונקולוגי, המרכז הרפואי האוניברסיטאי זיו בצפת

תקציר

רקע: מגפת הקורונה היא אחד ממשברי הבריאות המרכזיים של העשורים האחרונים ברמה הלאומית והעולמית כאחד. בחזית המאבק בנגיף נמצאים הצוותים הרפואיים, המטפלים בחולים תוך סיכון עצמי.

מטרות: לתאר את תחושותיהם ואת חוויותיהם של צוותים רפואיים שעבדו במחלקת קורונה.

שיטת המחקר: הנתונים נאספו באמצעות 10 ראיונות עומק מובנים־למחצה עם עובדים במחלקת קורונה. הראיונות נותחו בהתבסס על השיטה האיכותנית־פנומנולוגית.

תוצאות: ניתוח הנתונים חשף 7 תמות עיקריות אשר שוזרות בתוכן את התחושות של אנשי הצוות – החל מתחושה של שליחות ושל אחריות כמו ביציאה ל"מלחמה" להגנה על המולדת, דרך חששות לחולים, לקולגות, למשפחה ולכלל תושבי המדינה, הקושי בטיפול ה"מנוכר", תחושה של שחיקה וצורך בסיוע רגשי, תחושה של בדידות לצד העצמה ואתגר, ביקורת על תפקוד המערכת, וכלה במעבר מהרואיקה לשגרה.

דיון: בדומה לממצאי מחקרים קודמים, ניכר כי בעוד שאנשי צוות רפואי מקבלים על עצמם את הסיכון להידבקות במסגרת תפקידם המקצועי, הם מבטאים לעיתים קרובות את דאגתם להדבקת בני משפחה ובעיקר אלו המשתייכים לקבוצת סיכון. ממצא נוסף הצביע על דאגה בקרב צוותים רפואיים בנוגע ליעילות אמצעי המיגון הזמינים להם בהגנה מפני הידבקות בנגיף. מלבד השימוש באמצעי המיגון, פרוטוקול הטיפול כלל גם הנחיות לטיפול מרחוק, אתגר אשר המרואיינים במחקר הנוכחי ציינו כי פגע בקשר שבין מטפל למטופל והוביל לתחושת ניכור בעת מתן הטיפול. המרואיינים הביעו תחושות של שחיקה ושל התשה, של בדידות בתקופה האקוטית של המשבר וכן לחץ נפשי, ובהמשך לכך את הצורך במעטפת תמיכה רגשית. אחיות הביעו תחושות שחיקה גבוהות יותר מרופאים, כפי שנמצא גם במחקרים קודמים. מרבית המרואיינים הדגישו את חשיבות התמיכה בכוח האנושי ואת הדאגה לחוסנו בהתמודדות עם המגפה.

מסקנות והמלצות: ממצאי המחקר הנוכחי חושפים את החששות המרכזיים של אנשי צוות רפואי בעת משבר הקורונה, ומעמיקים את הנושאים המצריכים התייחסות מערכתית כדי לחזק את חוסנם הנפשי של אנשי הצוות. על מנת לשפר את היערכותן של מערכות הבריאות להמשך ההתמודדות והמאבק בנגיף, נדרשים צעדים הכוללים פיתוח רשת תמיכה נפשית ורגשית לצוותים רפואיים, הבטחת מיגונם ובריאותם בעת הטיפול בחולים ומתן תמיכה סוציאלית רציפה, לצורך שמירה על המשאב האנושי הקריטי בהתמודדות מוצלחת עם הנגיף החדש שמתפשט בעולם.

מילות מפתח: **משבר הקורונה, צוותים רפואיים, מערכת הבריאות, שחיקה, חששות, סיוע רגשי.**

רקע

התפשטות נגיף הקורונה בשנה האחרונה הציבה בפני מערכות הבריאות אתגרים קשים ומורכבים. מערכות הבריאות הציבוריות התמודדו עם הצורך בהפרדה בין חולי קורונה לחולים אחרים ועם יצירת סדרי עדיפות חדשים באשר למי יטופל בבתי החולים, בקהילה ובמסגרות החלופיות הנפתחות, תוך שמירה על רצף טיפולי, לעיתים קרובות בתנאי אי־ ודאות ולחץ רב. בחזית המאבק בנגיף נמצאים הצוותים הרפואיים השונים. הגנה על אנשי צוות רפואי, הן במיגון ובמניעת הדבקה והן במניעת שחיקה פיזית ונפשית, היא אחד העקרונות החשובים ביותר בהתמודדות עם מגפות דוגמת הקורונה (1).

הערכת מצבם הנפשי ותפיסותיהם של צוותים רפואיים בהתמודדות עם משברים בריאותיים היא בעלת חשיבות גבוהה בהשגת שליטה במגפות רחבות היקף (2). מחקר אשר נערך לאחרונה בסין בחן את ההשלכות המיידיות של המאבק בנגיף על מצבם הנפשי של אנשי צוות רפואי (3). במחקר נמצא כי מתוך 2,299 אנשי צוות, 30% דיווחו על סימפטומים של דחק, 24% דיווחו על סימפטומים של חרדה, ו־13.5% דיווחו על דיכאון. כמו כן נמצא, כי אנשי צוות רפואי אשר עבדו ישירות עם חולי קורונה היו בעלי סיכון גדול יותר (פי 2) לסבול מחרדה ומדיכאון לעומת אנשי צוות אשר לא עבדו ישירות עם חולי קורונה. במטה אנליזה של 13 מחקרי חתך שנערכו בחודשים האחרונים בקרב 33,062 אנשי צוות רפואי המתמודדים עם משבר הקורונה נמצא, כי 20% מאנשי צוות רפואי סובלים מתסמיני דיכאון וחרדה ו־40% סובלים מהפרעות שינה. שיעורים גבוהים יותר של חרדה ושל תסמיני דיכאון נמצאו בקרב נשים ובקרב אחיות (4). מחקר שנערך בטייוואן בקרב 1,795 אנשי צוות רפואי בזמן משבר הקורונה מצא, כי על אף שחלק מן המשיבים התמודדו בעבר עם מגפת הסארס או המארס, 40% דיווחו על שחיקה ו־78% דיווחו על רמות חרדה גבוהות. מרבית המשיבים אשר דיווחו על שחיקה עבדו במחלקות חירום וטיפלו ישירות בחולי קורונה (5). במחקר דומה שנערך בטורקיה בקרב 920 אנשי צוות רפואי ציינו 80% מן המשתתפים כי משבר הקורונה השפיע עליהם מבחינה נפשית. במחקר נמצאו שיעורים גבוהים יותר של שחיקה בקרב עובדים במחלקות לרפואה דחופה, ביחידות לטיפול נמרץ ובמחלקות ייעודיות לטיפול בחולי קורונה, לעומת העובדים במחלקות אחרות. כמו כן נמצא כי 71% מעובדי הבריאות דיווחו שיש במחלקתם ציוד מיגון אישי ברמה מספקת, אך הם הביעו דאגה בנוגע ליעילותו, ומרביתם הביעו תחושות של תשישות רגשית בשיעורים גבוהים (6).

בחודשי המגפה הראשונים בסין נערך מחקר אשר בחן תחושת דחק פסיכולוגי וטראומה עקיפה ואת הגורמים להן בקרב 526 אחיות (כמחציתן עבדו עם חולי קורונה) ו־214 משתתפים מן הציבור הרחב (7). המחקר מצא, כי תחושת דחק וסימפטומים של טראומה היו גבוהים יותר בקרב אחיות אשר לא טיפלו ישירות בחולי קורונה לעומת אחיות אשר טיפלו ישירות בחולי קורונה (ציון 75.5 לעומת ציון 64 בהתאמה בשאלון טראומה עקיפה). החוקרים הצביעו על כמה גורמים אפשריים לממצאים, כגון רמת ידע גבוהה בנוגע לווירוס הקורונה, רמת מוכנות פסיכולוגית, ותק וסטטוס משפחתי של האחות. החוקרים ציינו, כי אחיות אשר השתתפו במחקר וטיפלו ישירות בחולי קורונה התנדבו לעבוד במחלקות הקורונה, ועברו הכשרה רפואית והכנה פסיכולוגית לקראת עבודתן במחלקות. כמו כן, אחיות אשר עבדו עם חולי קורונה היו בעלות ותק רב יותר בעבודה, נשואות ומרביתן ללא ילדים. ייתכן שגורמים אלו השפיעו על תחושת הדחק שהביעו האחיות. זאת ועוד, בעוד שאחיות אשר טיפלו ישירות בחולי קורונה הביעו דאגה ואמפתיה לחולים עצמם, אחיות אשר לא טיפלו ישירות בחולי קורונה הביעו תחושות חרדה ודאגה לקולגות שלהן אשר עבדו במחלקות קורונה.

הספרות מראה, כי צוותים רפואיים מביעים חשש להידבק בנגיף ולהדביק את בני משפחתם, וכן חשש להדביק מטופלים וקולגות לעבודה ובכך לגרום למחסור בכוח אדם הדרוש להתמודדות עם התחלואה ההולכת וגדלה. סקר בקרב 4,357 אנשי צוות רפואי בסין חשף, כי 72.5% הביעו דאגה לקולגות ללא מיגון אשר עלולים להידבק, 63.9% הביעו דאגה לקרובי משפחה אשר עלולים להידבק ו־52.3% הביעו דאגה בנוגע לאמצעי ההגנה. אנשי צוות אשר היו בבידוד הביעו סימני דחק בשיעורים גבוהים יותר (8). במערכות בריאות רבות אנשי צוות רפואי אינם עוברים הכנה לקראת העבודה במחלקות קורונה מבודדות או למתן תמיכה נפשית לחולים המבודדים (9). במדינות כמו הודו ואיטליה דווח על מקרי התאבדות בקרב אנשי צוות רפואיים, אשר נבעו מעומסים ומלחצים נפשיים (11,10).

עם תחילת ההתפשטות של נגיף הקורונה מחוץ למוקד ההתפרצות בסין יושמה בישראל אסטרטגיה למניעה של הגעת המחלה, ולאחר שהיא הגיעה לישראל – להכלת ההתפשטות. אסטרטגיות אלו נתנו יותר זמן למערכת הבריאות בישראל להיערך לפתיחת מחלקות אשפוז ובידוד בבתי חולים ולמציאת פתרונות בידוד לחולי קורונה בקהילה. ההיערכות כללה נהלים מוגדרים לבידוד ומיגון הצוותים הרפואיים, אשר התבססו על פעילות רציפה של הצוות הלאומי לטיפול במגפות בישראל. למרות עדויות על מחסור יחסי במיגון בתחילת ההתפרצות, אשר יצר לחץ בקרב הצוותים ונפתר בהמשך, היערכות זו מנעה הדבקה נרחבת של אנשי צוות אשר הייתה עלולה להוביל לקריסה של מערכות הרפואה. עם זאת המענה לצרכים

הנפשיים של אנשי צוות רפואי העובדים בחזית המאבק בנגיף טרם נבדק.

מטרות

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לפתח הבנה מעמיקה יותר של התפיסות ושל החוויות של צוותים רפואיים שעבדו במחלקת קורונה בנוגע להתמודדותם עם המשבר.

שיטת המחקר

המחקר נערך במרכז הרפואי האוניברסיטאי "ברזילי", אשר מעניק שירותים לאוכלוסייה של כ־500,000 אזרחים. המרכז הרפואי מכיל 567 מיטות, 60 מיטות אשפוז יום ו־46 עריסות ילדים. הסגל הרפואי של המרכז מונה כ־2,000 אנשי מקצוע, מתוכם כ־300 רופאים. במרכז הרפואי הוקמה מחלקת קורונה ייעודית שפעלה בין ה־8 במרץ ועד ה־30 באפריל 2020. המחלקה הוקמה תוך 4 ימים בהנחיה של משרד הבריאות, ויועדה ל־30 חולים, מתוכם 10 מונשמים. דרך המחלקה עברו כתשעים חולים בדרגות שונות של חומרה. בשיא המשבר הייתה המחלקה בתפוסה מלאה, עם 6 חולים מונשמים במצב קריטי. המחלקה תוכננה כמחלקה סגורה, עם תנועה חד־כיוונית ועם דלתות שנפתחות אלקטרונית ומיועדות רק לאנשים מורשים. מבחינת העבודה הייתה חלוקה לשלושה צוותים, אשר עבדו במשמרות של שתים עשרה שעות כדי להפחית חשיפה לעובדים אחרים.

המדגם, שיטת הדגימה וההליך

שיטת המחקר האיכותנית נבחרה כדי לפתח הבנה מעמיקה על נושא שנמצא כיום על סדר היום הציבורי – מערכת הבריאות בצל הקורונה. **מתוך רצון להבין את החוויה של הצוותים ואת המשמעות שהם מייחסים לה נעשה איסוף הנתונים באמצעות ראיונות עומק מובנים־למחצה.** נערכו 10 ראיונות עם 4 רופאים (מומחים ברפואה פנימית, ריאות וטיפול נמרץ), 4 אחיות (במקור מהמחלקות הבאות: פנימית, נוירולוגיה, טיפול נמרץ לב וטיפול נמרץ ילדים) ו־2 טכנאיות רפואיות. רואיינו 2 גברים ו־8 נשים. 4 מהמרואיינים עלו לארץ ממדינות ברית המועצות לשעבר. 2 מרואיינות הן רווקות והשאר נשואים עם ילדים ואף נכדים. הדגימה הייתה דגימה מכוונת משולבת עם כדור שלג. נערכה פנייה באמצעות מזכירת המחלקה לרופא, לאחות ולטכנאית, ובתום הריאיון הם התבקשו להמליץ על קולגות נוספים שיסכימו להתראיין. **כל אנשי הצוות שאליהם פנינו הסכימו להתראיין. הראיונות התבצעו בטלפון במהלך חודש מאי 2020 בשעה שהייתה נוחה למרואיינים, באמצעות מראיין שנמצא בשנה השנייה ללימודי מוסמך בפסיכולוגיה קלינית ושהוכשר לכך בידי החוקרים. כל ריאיון נמשך בין 30-45 דקות. מדריך הריאיון פותח על בסיס סקירת הספרות והתייעצות עם אנשי מקצוע בתחום. השאלות שנשאלו בריאיון נגעו לנושאים הבאים: חוויות מן העבודה במחלקת קורונה, דילמות אתיות חדשות שעלו בזמן המשבר, רגשות וחששות שמתעוררים בעקבות המצב, תמרון בין דרישות העבודה והמשפחה, דאגות עיקריות, מוכנות של מערכת הבריאות למשבר, מוכנות בית החולים ושחיקה והזדקקות לסיוע רגשי. במהלך הריאיון נערך דיאלוג פתוח בין המרואיינים למראיין ומעבר בין נושאים לפי התפתחותו. בהתאם לעיקרון האינדוקטיבי, השאלות היו רחבות ופתוחות כדי לאפשר למשתתפים להציג את המשמעות הסובייקטיבית שהם מייחסים לעצמם ולתופעה הנחקרת (12).**

ניתוח הראיונות

הראיונות הוקלטו, תומללו ונותחו על בסיס הגישה הפנומנולוגית (13) בשלושה שלבים. בשלב הראשון נקראו הראיונות בקפידה, כדי להבין את תחושות המרואיינים במהלך העבודה במחלקת קורונה. תוך כדי קריאת הראיונות נכתבו הערות וסומנו משפטי מפתח, על מנת לזהות קטגוריות ראשוניות בטקסט שסיפקו הבנה של חוויית המשתתפים. בשלב השני חולקו הראיונות ליחידות תוך זיהוי תמות בולטות. תמה מבטאת רעיון מרכזי רחב אשר שב ועולה בחומרי הניתוח בצורות ביטוי שונות. בשלב השלישי אורגנו התמות העיקריות לתמונה אינטגרטיבית, המתארת את תחושות המשתתפים בעקבות העבודה במחלקת קורונה.

איכות המחקר וסוגיות אתיות

לצורך הגברה של מידת המהימנות והתוקף של המחקר הנוכחי אומצו שיטות הכוללות שקיפות של הליכי המחקר, תמלול מדויק, שימוש בציטוטים רבים, ביקורת עמיתים וניהול מאגר הנתונים. כדי למנוע הטיה קראו שתי הכותבות הראשונות את הראיונות בנפרד, עברו את תהליך הניתוח ולבסוף נעשה מיזוג. היו התאמות בתמות הבולטות ובציטוטים, כך שהיה אפשר לתקף את הממצאים. כמו כן תוקפו הממצאים עם שני החוקרים האחרים שהשתתפו במחקר. פרק הממצאים כולל ציטוטים רבים ודוגמאות לכל תמה מן הראיונות המקוריים בליווי התייחסויות של כותבי המאמר. כל שלבי המחקר תועדו, ותמלולי הראיונות נשמרו בתיקייה ייעודית המוגנת בסיסמה. החוקרים קיבלו אישור לעריכת המחקר מוועדת האתיקה המוסדית של המכללה האקדמית אשקלון וממנהל המרכז הרפואי "ברזילי". המרואיינים חתמו על טופס הסכמה מדעת לצורך הקלטת הראיונות ותמלולם. כדי לשמור על פרטיות המרואיינים מאפייני המרואיינים לא תוארו ברמה פרטנית אלא ברמה קבוצתית.

תוצאות

בניתוח ראיונות העומק נמצאו 7 תמות בולטות: תחושה של שליחות ואחריות כמו ביציאה ל"מלחמה" להגנה על המולדת; חששות לחולים, לקולגות, למשפחה ולכלל תושבי המדינה; שינוי מהעבודה השגרתית – הקושי בטיפול ה"מנוכר"; שחיקה וצורך בסיוע רגשי; תחושה של בדידות לצד העצמה ואתגר; תפקוד המערכת; מהרואיקה לשגרה.

- **תמה 1: תחושה של שליחות ואחריות כמו ביציאה ל"מלחמה" להגנה על המולדת**

כל המרואיינים הביעו את אהבתם למקצוע ואת תחושת השליחות שלהם, אשר התעצמו במהלך משבר הקורונה. במיוחד בלט השימוש במילים המתארות תחושה של יציאה ל"מלחמה" להגנה על המולדת: שדה קרב, חזית, לוחמים, צבא, סיכון חיים, הקרבה, כוחות בשטח וגיוס. *"המערכת תפקדה באמת בצורה טובה. כמו במלחמה.* ***אני הרגשתי שאנחנו במלחמה.*** *ובאמת בית החולים נוהל כמו במלחמה. זה בעצם משבר מאוד חמור וקשה. וגם הפתיעה אותי הכוננות, לפני שהגיע החולה הראשון למעשה כל הצוותים היו כבר מחולקים... הכול היה מאוד, כמו בצבא. אנחנו גם ראינו את בית החולים כאילו הוא במתקפה ביולוגית, משהו כזה"* (מרואיין 1); *"הייתה סיטואציה מאוד־מאוד קשה בהתחלה. שזורקים אותך למים ואתה לא יודע לשחות. ותוך כדי המאבק שלך לצוף ולחיות, אתה בעצם גם לומד לשחות. התחושה הייתה של* ***הקרבה של החיים****, שלנו ושל המשפחות שלנו בעצם"* (מרואיינת 2).

המוטיב של לוחמים בחזית חזר על עצמו – במילים שונות – בכל הראיונות כמעט. כמו לוחמים לפני יציאה לחזית, הם לא חשו שהם יכולים לסרב לבקשת מנהל המרכז הרפואי לעבור למחלקת קורונה, על אף הסיכון הכרוך בכך: *" לא הייתה דילמה למעשה. אני לא חשבתי שאני יכול לסרב או... זה עבודה שנדרשים לעשות"* (מרואיין 1); *"כולנו צללנו לזה כאילו זה שדה קרב"* (מרואיין 4); *"ברגע שצריך היה לתת שירות למכונות אז לא הייתה בכלל שאלה אם להתנדב, לא להתנדב"* (מרואיינת 3); *"יום אחד קיבלתי טלפון, שמגייסים אותי לקורונה"* (מרואיינת 9).

תחושה של אחדות סביב הלוחמים היוצאים לקרב היא אחד המאפיינים הבולטים של מדינת ישראל, כמדינה למודת מלחמות. כך, בתאריך 19 במרץ 2020 יצאו כל אזרחי מדינת ישראל למרפסות בשעה מתואמת להריע לצוותים הרפואיים ולכל המתנדבים שנתפסו כמחרפים את נפשם למען המדינה, כמו חייל קרבי. מרואיינת 6 תיארה את התמיכה שחשו מצד כל האוכלוסייה: *"אתה יודע עד כמה זה מרגש, תמיכה של האוכלוסייה... והמטסים האלה של חיל האוויר ביום העצמאות מעל בתי החולים כהוקרה לצוותי הרפואה, אתה לא יכול להעריך את זה מבחינה כספית, זה ערך נפשי... הרגשנו שזה לא סתם כל המאמצים. ברור שאתה מציל חיים, גם אם אתה עוזר לאדם אחד זה כבר לא סתם. זה שווה הרבה".*

- **תמה 2: חששות לחולים, למשפחה ולכלל תושבי המדינה**

המרואיינים הרבו להשתמש במילים הבאות: פחד, אסון וקטסטרופה. מתוך אותה תחושה של הקרבה מחד ומתוך אמון וביטחון במערכת שדואגת להם למיגון מאידך, המרואיינים חששו פחות לעצמם ויותר לחיי החולים, לבני המשפחה, לכלל תושבי המדינה ואף לקולגות שעבדו מחוץ למחלקה ולא היו ממוגנים כמוהם. הדילמה האתית שעימה התמודדו צוותים רפואיים במדינות השונות אמנם ריחפה כעננה, אך המרואיינים לא נאלצו לעמוד בפועל בדילמה ולהחליט את מי מהמטופלים לחבר למכונת הנשמה ואת מי לא: *"ברוך ה' לא היינו בפני הבחירה הזאת. היו לנו מכונות הנשמה בכמות מספקת, מהתחלה כבר"* (מרואיינת 6). מרואיין 1 חשש פחות לעצמו, ויותר לאובדן שליטה מבחינת מצב החולים: *"אשתי הייתה מאוד לחוצה וגם יש לי שני הורים מאוד מבוגרים שאני לא ראיתי חודש וחצי. אני לא חששתי שאני אידבק. אני חששתי מאובדן שליטה. שאם במחלקה אנשים מתדרדרים ואין אף אחד. שלא הערכתי מצב מספיק טוב או לא הנשמתי חולה בזמן והוא התדרדר ואף אחד לא ראה. אלה היו הדאגות. לכן אני לעיתים קרובות גם הגעתי בשמונה ובתשע בערב לראות את החולים, ולפעמים גם נכנסתי".*

מרואיינת 2, רופאה, שיתפה בחששותיה: *"בוודאי שחששתי. ואני גם לא מאמינה לאף אחד אם הוא יגיד לי שלא. אני נחשפת לעיתים קרובות לזיהומים. אבל פה זה היה מאוד מפחיד, יותר בגלל שלא ידענו איך זה עובר, מה זה בדיוק. וגם לא ידענו מה ההשלכות של המחלה הזאת... אני חששתי לילדים שלי, ולאנשים מבוגרים, למשל אימא שלי, זה היה מאוד־מאוד מפחיד, שאני אדביק אותה, כי אני כן חייבת לעזור לה לפעמים, אז זה היה* ***דבר שמאוד הטריד אותי, שאני לא אדביק את אימא שלי****".* מרואיין 4 תיאר גם כן חששות בהתחלה: *"אני חושב שכולם חששו מהתחלה. אף אחד לא ידע איך ומה, ונכנס לאיזשהו שטח שאתה לא מכיר ואתה מרגיש שיש משהו עוין סביבך שאתה לא יכול לחוש את זה. אבל אין מה לעשות. אתה מסתכל על החברים, כולם איתך וכולם נכנסים – אתה נכנס. זה חלק מהעבודה. די מהר התרגלנו. אבל אתה חושש להביא את זה הביתה בסופו של דבר".*

מרואיינים סיפרו על ריחוק מהמשפחה, בעיקר מההורים ומהנכדים. מרואיינת 7 תיארה: *"בני המשפחה חששו שאני אידבק ואני אדביק אותם. אז אמרתי לבן שלי שהביא את הנכדים לא להתקרב אליי. אימא שלי לא התקרבה אליי*

כי היא בסיכון, האחים שלי לא היו באים אליי"; *"אני לא מרגישה שהייתי בחשש גדול. אבל כן לקחתי מרווח ביטחון, אני לא הלכתי להורים שלי כל התקופה הזאת. ההורים שלי מבוגרים"* (מרואיינת 5); *"אני בבית שלי עברתי לחדר אחר, פחדתי שאולי אדביק את המשפחה. והפסקתי בכלל להיפגש עם המשפחה, עם הנכד, שזה היה לי מאוד קשה"* (מרואיינת 6); *"אני באמת לא פחדתי. אבל כמובן עם ההורים אני לא ראיתי אותם חודשיים"* (מרואיינת 3).

הייתה גם דאגה לקולגות: *"אני על עצמי לא פחדתי. כי אני ידעתי שאני כל הזמן ממוגנת, אני יודעת מי חולה אז אני מתמגנת. במחלקות האחרות – אמרתי לך תדע, כאילו אתה יכול לטפל בחולה ואתה לא יודע אם יש לו, אין לו, אם אתה ממוגן לא ממוגן. ההורים שלי הם בני שמונים, אז כמובן שלא ראיתי אותם. יום אחד הלכתי אחרי חודשיים הלכתי לגינה מתחת לבניין, פשוט הייתי חייבת לראות אותם"* (מרואיינת 8).

ברמה הלאומית הביעו המרואיינים חשש מגל שני: *"אני חושב שקודם כול כולם חושבים כן גל שני לא גל שני, אף אחד לא יודע אם מתישהו זה יגיע, ואולי הוא יהיה גדול יותר. וגם עד כמה החיים שלנו ישתנו באופן כללי, כולם מבינים שזה כנראה אף פעם לא יהיה כמו שהיה לפני, אבל מה יהיה השינוי, עד כמה אנחנו כולנו נשתנה. לא רואים את הסוף"* (מרואיין 4). מרואיינת 6 חידדה עד כמה המראה של החולים גרם לחשש מקטסטרופה שעלולה להגיע: *"לראות מבפנים, זה לא כמו לשמוע על זה מבחוץ. לראות מבפנים זה משהו אחר. פחד. אני לא יודעת, זה כל הזמן פחד על המשפחה. אנחנו רואים את האסון. זה באמת אסון.* ***אומרים שרופאים מתרגלים למוות. אין דבר כזה****. אי אפשר להתרגל לזה"*.

- **תמה 3: שינוי מהעבודה השגרתית – הקושי בטיפול ה"מנוכר"**

המרואיינים תיארו את העבודה במחלקת קורונה כשונה מאוד מהעבודה השגרתית בבית החולים, גם אם בעבודתם השגרתית הם חשופים לזיהומים. הייחודיות של הקורונה, כמחלה חדשה שאין לה טיפול מבוסס ראיות דרשה התעדכנות תמידית עם קולגות בארץ ובחו"ל, גיבוש ועדכון של פרוטוקולים ושל הנחיות שלא היו קיימים. מעבר לכך, בקרב כל המקצועות היווה הצורך במיגון שינוי דרמטי: כולם דיברו על הקושי שבשכבות המיגון הרבות אשר הפריעו לתפקוד ובעיקר פגעו ביכולת להגיע במהירות למטופל במצוקה: *"...הרגע הכי מלחיץ, שהחולה יכול להתדרדר בלי שאתה מודע לזה. ואז אתה לא מוגן, אתה לא לבוש, ואם קורה משהו – זה לוקח זמן עד שאתה מתלבש, עד שהצוות נכנס. הדאגה הייתה שאתה לא היית צריך להגיע למצב שהוא מצב דחוף. הכול היה צריך להיות מתוכנן מראש. אם אתה צופה התדרדרות, צריך להתכונן בצורה כזאת שזה לא יקרה כשאין שם אף אחד, או שאתה צריך לנקוט באמצעים, נגיד הנשמה מניעתית. זה מצב שבחיים המקצועיים שלנו – לא קורה, כי אתה יכול לבדוק ולהיכנס לחדר שהחולה לא יציב עשר פעמים לפני שאתה מחליט. פה אין לך לוקסוס של עשר כניסות"* (מרואיין 1). מרואיין 2 הוסיף: *"העניין של המיגון מאוד הפריע לנו בטיפול בחולים. הוא מאוד לא נוח, לא נוח לנשום, לא נוח לראות, לא נוח לדבר, לא נוח שום דבר. וגם חולים שהיו צריכים הרבה תשומת לב שלא יכולנו להיות תמיד לידם, כי זה עניין של להתלבש, להתפשט גם לוקח זמן. חולים קשים שהיו מדרדרים תוך זמן קצר וצריך היה לקבל החלטות על שיטות טיפול חדשות"*.

פרט למיגון, שינוי נוסף שציינו המרואיינים היה הטיפול מרחוק: *"אתה צריך לנהל את הטיפול בחולה בשלט רחוק. הרי לא היה כל רגע נתון מישהו מהצוות בתוך המחלקה, אז אתה לא יודע מה קורה בכל רגע עם המטופל. לא בכל החדרים היו מצלמות"* (מרואיין 1). לכך הוסיפו את החסך במגע אנושי: *"לא היה קשר עם החולים, השיחות היו דרך הטלפון, ולא לראות אותם לפעמים פנים מול פנים – אלא רק דרך מסכים. זה היה מאוד קשה"* (מרואיינת 5). מרואיינת 7 פירטה: *"אנחנו בשגרה במגע יותר עם המטופלים. עצם המגע והליטוף ושהוא רואה אותך פנים מול פנים, זה מאוד מעודד את המטופלים. עכשיו במחלקת קורונה שהיינו מתמגנים ונכנסים למטופלים לטפל, לא ידעו מי אנחנו. זה כמו חלל החיצון. כי הם לא היו מזהים אותנו. אולי רק לפי הקול. אבל הם שמחו שהיינו נכנסים והיינו אומרים להם שלום, מה שלומכם. שיש עוד אנשים שאכפת להם מהם. היו הרבה מטופלים שהרגישו בודדים. הם חיפשו את החום. המשפחה לא יכלה לבקר אותם. אנחנו כצוות היינו נכנסים ומתמגנים רק בשעת הצורך"*.

- **תמה 4: שחיקה וצורך בסיוע רגשי**

חלק מהמרואיינים חשו שחוקים ומותשים: *"הרגשתי קצת שחיקה, כן. נורא קשה להחזיק מעמד כל־כך הרבה זמן. חודשיים ככה והיינו כבר שחוקים. למרות שלקראת הסוף הביאו יותר צוותים אז הקלו עלינו. זה עזר מאוד"* (מרואיינת 5); *"שחיקה – אני אגיד לך מתי היה לי. אחרי חודש וחצי, בשבוע השישי או השביעי, הגוף שלי כבר היה עייף. אבל מה שהחזיק אותי זה האדרנלין. הייתי מחזיקה עוד איזה חודש וחצי ככה. חודש, חודש וחצי – לא יותר"* (מרואיינת 8); *"הרגשתי עייפות. העבודה לא הפריעה לי, הטיפול בחולים לא הפריע לי כמו השעות. מספיק היה לי. אני הייתי הקבוצה הראשונה שפתחנו את קורונה, עבדתי חודש וחצי. הרגשתי כבר את העייפות. אחרי שבועיים שזהו. כבר אי אפשר. הייתה עייפות מצטברת"* (מרואיינת 7).

בעקבות השחיקה והלחץ הם הביעו את הצורך במעטפת

רגשית לפני הכניסה למחלקת קורונה, במהלך המשבר ואחריו: "אולי כן היה אפשר לעשות משהו מבחינה פסיכולוגית גם. הכנות לפני, לא יודע..." (מרואיין 4); "כמובן שעם הזמן הלחץ מהלא נודע, מטופלים שמתדרדרים והכול, זה היה מצריך להישאר יותר, ובסוף גרם לאיזושהי התמוטטות. אין ספק. זה משפיע גם על הבית. כמעט ולא הייתי בבית... נרצה או לא נרצה, גם אם באופן לא מודע – זה משפיע עלינו. משפיע עלינו ביום יום, משפיע עלינו בבית עם הילדים..." (מרואיינת 9); "צריך לספק עזרה. זה לא פשוט הנושא הזה. **היו לי רגעים שרציתי לדבר על זה עם מישהו** ולא רציתי שפתאום יצא שירחמו עליי. **האמת, אני חושבת שהריאיון הזה קצת שחרר אותי. לדבר על זה.** אתה לא רוצה שהקרובים אליך ידאגו. מישהו חיצוני קצת נותן לך אפשרות לדבר על זה בקול. אתה יודע. **אפשר לקנות את כל הציוד הכי משוכלל בעולם, אבל אם לא ידאגו למי שמתפעל אותו – זה לא יעבוד**" (מרואיינת 5). גם מרואיינת 2 העלתה את הצורך בתמיכה: "קחו את הצוותים, תעשו להם איזשהו סדנה, שהם יוכלו לפרוק, שהם יוכלו לספר את החוויות ולאן זה הביא אותם ועל המחשבות. לא היה. לא היה ולא יהיה. את אף אחד זה לא מעניין עכשיו. עכשיו שזה נגמר. אני חושבת אנחנו מאוד גיבורים ב... אתה יודע להסתיר את הדברים".

תוארו גם מקרים של אנשי צוות שלא הצליחו להתמודד עם הלחץ: "אני הייתי עדה לקטע שהכנסתי אח שהוא ממש ביקש להיכנס למחלקה ללילה אחד, והוא אף פעם לא נכנס לשם. אז אמרתי לו, לא קל אולי אני איכנס איתך. הוא אמר לי לא, אני איכנס לבד. הוא נכנס וההרגשה שאתה נכנס למקום סגור ושאין שם צוות, כנראה עשה לו לחץ. והוא פשוט יצא אחרי שבע דקות כמעט שבר את הדלת ויצא. והיה לי עוד מקרה – של אחות שנכנסה לעזור לי, ממש גם היא, שמעתי אותה מתנשמת ואני אומרת לה מה קרה? אני לא יכולה. אני לא יכולה. אני לא יכולה. תראה, היו אנשים שנכנסו עם קלסטרופוביה או לחץ כלשהו. אולי הם צריכים עזרה. את האח הזה ספציפית הוציאו, החזירו אותו למחלקה שלו כי זה היה לו נורא קשה" (מרואיינת 8).

לעומתם היו מרואיינים שלא חשו שחיקה, בין אם מתוך הרגל לעבודה תחת לחץ או מפני שזה היה מצב חדש ושונה שעורר בהם עניין ואדרנלין. כך למשל אמרה מרואיינת 3: "הייתי ממשיכה עוד הרבה זמן. לא הרגשתי איזשהו קושי בעניין. העבודה שלנו גם ביום יום לא קלה, וגם ביום־יום צריך לקבל החלטות. זו עבודה תחת לחץ ובידיים שלנו נמצאים החיים של הבן אדם". מרואיין 4 חיזק דברים אלה, וטען כי העניין הרב שמר עליו משחיקה: "אנחנו עובדים בשחיקה קבועה. אז להגיד לך שאני הרגשתי משהו מיוחד מהקורונה – לא. לא. אני חושב שאם זה היה נמשך עוד פרק זמן ארוך, זה בטוח היה מגיע למצב של שחיקה. ברגע שאתה נמצא במצב של משהו חדש שאתה לומד אותו – זה פחות גורם לשחיקה. אתה יותר בעניינים האלה, זה מעסיק אותך. אז זה פחות שוחק"; "לא הרגשתי שיש איזשהו דיכאון, שחיקה. באמת שלא ראיתי מישהו שהיה בדאון, איזשהו במצב דיכאוני או משהו. גם מההנהלה דיברו איתנו, אם אתם צריכים איזשהו עזרה, פסיכולוג, משהו נפשי – אל תתביישו, תבקשו" (מרואיינת 6).

- **תמה 5: תחושה של בדידות לעומת אתגר והעצמה**

המרואיינים הביעו תחושה של בדידות. הם אמרו שאנשים מתרחקים מהם כאילו היו מצורעים: "אנשים שאני מכירה, פחדו להתקרב אליי. לא, לא, אל תדביקי אותנו. אבל הם לא הבינו שהם מדביקים אותי יותר מאשר אני אותם" (מרואיינת 7). הם הרגישו שהקולגות התרחקו והשאירו אותם להילחם בחזית: "לא היה ברור אם בכלל מישהו יחליף אותנו ומה גורלנו. ההרגשה הייתה שכאילו קצת השאירו אותנו להילחם כאילו בחזית לבד. אתה יודע. **כולם ברחו והשאירו אותנו בחזית לבד**... בהתחלה היינו במין בידוד קולגיאלי כזה, זאת אומרת הרבה רופאים נמנעו מלבוא בכלל לבית חולים. והרגשת קצת, מצד אחד הרגשת שאתה עושה משהו חשוב ואתה מציל חיים, במצב כזה קשה; מצד שני – זה היה גם קצת מתסכל, לדעת שהשאירו אותך קצת לבד במערכה. ולא כולם מוכנים לתת כתף באותה מידה" (מרואיינת 2).

מנגד, על אף הבדידות, השחיקה והעייפות המרואיינים חשו את עצמם מועצמים, והרגישו שעשו היסטוריה כחלק מחוויה ייחודית ולא־שגרתית, תוך למידה מתמשכת ועזרה הדדית. כך אמר מרואיין 1: "זה היה מאוד מרענן (מגחך) זה לא שגרתי. זה לא מצב רגיל. זה לא מצב לאנשים שלא יכולים להיות במתח נפשי"; "כל הרופאים והאחיות שבאמת הבינו שיש פה מצב שהוא לא שגרתי וצריך ללמוד להסתדר עם מה שיש הכי טוב ולעזור אחד לשני, כי זה לא דבר טריוויאלי בעולם הרפואי. זאת הייתה חוויה טובה מהבחינה הזאת, שבשעת מצוקה אנשים מקצועיים, ובזמן חירום – אנשים כן יודעים להתגבר על מחלוקות ולעבוד ביחד. אתה פועל לפי האינטואיציות האישיות שלך ולפי הידע שיש לך אתה מנסה. שזאת חוויה שאף פעם אני לא חוויתי אותה. אף פעם. אני לא יודעת אם מישהו חווה אותה" (מרואיינת 2); "בשבילי ממש זה הייתה חוויה טובה. תקופה מאוד קשה, אבל מאוד מלמדת. מאוד מאתגרת. גם ככה אנחנו כל הזמן עם חולים. ברגע שאתה מרגיש **שאתה בתוך קבוצה וכולם ביחד כמו אגרוף אחד, אז זה ממש נותן לך כוח**" (מרואיינת 6); "היה לי כיף. זה היה משהו שונה. זה העצים אותי. ממש הוסיף לי. זה נתן לי יותר עצמאות. וגם לעבוד עם צוות שאני לא רגילה לעבוד אתו, זה גם משהו שצריך להתרגל אליו... ופתאום גיליתי שאני יכולה לנהל ואני יכולה ראש גדול, תמיד היה

לי, אני לא ממעיטה בערך שלי. זה חיזק אותי. זה חיזק לי את האגו. אותי אישית זה ממש העצים. ***הרגשתי מיוחדת*** *מה אני אגיד לך"* (מרואיינת 8); *"זאת הייתה תקופה אינטנסיבית מאוד־מאוד. אבל באמת־באמת זאת הייתה חוויה. פשוט להירשם בדפי ההיסטוריה, כל התהליך הזה. בעצם מה שעשינו זה* ***בנינו היסטוריה****"* (מרואיינת 9).

- **תמה 6: תפקוד המערכת**

המרואיינים הביעו חוסר אמון בהנהלת משרד הבריאות. הם הסכימו כי מערכת הבריאות בישראל לא הייתה מוכנה להתפרצות פנדמית שכזו, אך ברמה של בית החולים נעשתה היערכות בזק לקליטת חולי קורונה. אחיות רבות מכל מיני מחלקות הוכשרו לטיפול בחולים מונשמים במחלקת טיפול נמרץ, הוקמה המחלקה, נרכש ציוד רפואי מתקדם, ציוד מיגון, תרופות, הייתה חלוקה לצוותים והחלה קליטה של חולים. מרואיינת 8 הסבירה: *"המערכת לא הייתה מוכנה. היא לא הייתה מוכנה. הם התארגנו מאוד מהר, גם מבחינת ציוד, הם קנו ציוד מאוד־מאוד יקר. אבל מערכת הבריאות, לא סמכתי על השר הקודם. אני הרגשתי* ***שאין אבא ואין אימא****. וברגע שמשרד הביטחון לקח את זה על עצמו, כאילו כשמשרד הביטחון נכנס והביאו ציוד והביאו זה, אתה פשוט הרגשנו שיש שינוי. הרגשנו שיש על מי לסמוך. משרד הבריאות לא היה מוכן לזה. בית החולים התארגן, הם היו עובדים לילה ויום. הם אפילו שלחו אחיות מכל מיני מחלקות ללמוד בטיפול נמרץ כללי איך מטפלים בחולים מורכבים"*. מרואיין 1 הוסיף באותה רוח: *"אני מאוד התרשמתי מהתפקוד של המערכת המקומית, בבית חולים. הכול היה מאוד מסודר. כל בוקר מעשר היה חיתוך מצב, מנהל בית החולים הקשיב לנו בקשב רב לגבי הצרכים. וכל מה שביקשנו זה היה מדהים וקיבלנו. ובית חולים מיד הזמין מכשירים חדשים, לא היה חוסר של אמצעי מיגון. בית חולים ברזילי הוא כבר רגיל למצבי חירום, מסוג אחר, כמובן. הייתה אוזן קשבת לכל דבר ובכל זמן... היה חשוב לשמור על הצוותים, כי ברגע שהצוותים מתחילים להידבק הכול משתנה. ואז זה כבר לא עבודה כמו שתיארתי ככה בצבעים ורודים. אם אתה לא יכול להרגיש בטוח – זה כבר משהו אחר לגמרי"*.

מאידך נשמעו קולות של חוסר שביעות רצון מפי מרואיינת 2: *"המערכת לא הייתה מוכנה חד וחלק. נהפוך הוא. חוסר מוכנות, וזה אחד הדברים שהכי הלחיץ. כל יום יצאה הוראה אחרת. כל יום מצאו ציוד אחר. הכול היה בבלגן. אף אחד לא ידע מה יד ימין, מה יד שמאל. מי אומר מה לעשות, מתי לשים מסכות, מתי לא לשים מסכות. ברדק שלם.* ***המזל של מערכת הבריאות הזאת – באמת, זה החומר האנושי שלה...*** *מנהל בית חולים באמת אפשר להגיד השתדל מאוד ובאותה תקופה בא לחזק. אבל גם אני מאוכזבת מזה שלא היינו מוכנים ויכלנו להיות מוכנים, ובכלל,* ***המצב של מערכת הבריאות לפני, ערב הקורונה, היה מהגרועים ביותר שאפשר לתאר.*** *גם מבחינת מכשור, גם מבחינת כוח אדם ויש לנו רק מזל גדול. אבל חוץ ממזל, היה לנו גם את החומר האנושי וגם את היכולת של החומר האנושי הזה, בניגוד למדינות אחרות, להתמודד במצבי לחץ. שזה בעצם מה שהציל את המדינה. לא שום דבר אחר..."*

- **תמה 7: מהרואיקה לשגרה: "הכושי עשה את שלו הכושי יכול ללכת"**

המרואיינים ביטאו סוג של תסכול. הם אומנם עברו חוויה מעצימה וייחודית, אך עדיין אינטנסיבית ומתישה כמו לוחמים בשדה קרב. בתקופת המשבר כולם חיבקו ושיבחו אותם, החל מההצהרות של צמרת מערכת הבריאות, דרך הנהלת בית החולים וכלה באזרחים. עם החזרה לתקופת רגיעה, אותו חיבוק נעלם. ההנהלה אינה מפרגנת עוד, חלק מן האזרחים חזרו להתנהג בצורה לא־מכבדת וישנה התרופפות בציות להנחיות משרד הבריאות. מרואיינת 2 ביטאה את כל אלה: *"אני מרגישה שעם כל השמחה והפרגון שכביכול קיבלנו בזמן הקורונה, זהו. הכול עבר, נשכח ונפסק. יותר ברמה של ההנהלה והמנהלים, אבל גם ברמה של האוכלוסייה הכללית. חזרו לקלל את הרופאים, חזרו לא להתחשב. אבל בעיקר מטריד אותי היחס של ההנהלה ושל משרד הבריאות, של כל מי שכביכול פרגן לפני זה. ההרגשה היא של '****הכושי עשה את שלו הכושי יכול ללכת****'. לא קיבלת מזה שום פרגון על מה שעשית, על זה שהקרבת. אתה יודע זה דבר שאוקי, אתה לא עושה את זה בשביל לקבל פרגון, זה בטוח. אבל* ***אחרי שהכול עובר אתה מצפה שלפחות יזכרו שאתה תרמת קצת יותר מאחרים והיית מוכן ללכת קצת יותר רחוק מאחרים.*** *זה לא קורה... הייתה לי ציפייה שההערכה של הנהלת בית חולים תהיה קצת אחרת לצוותים שבעצם תכל'ס, הקריבו את חייהם. זה שאתה יודע, לא קרה שום אסון, זה חצי נס... לא קיבלנו מאף אחד שום הערכה על מה שעשינו. אחרי זה בפעם הבאה אתה אומר, רגע, סליחה מה אני הפראייר של כולם? שמישהו אחר ייכנס. שמישהו אחר ילך ויקריב את חייו ויסכן את משפחתו ואת הילדים בבית ואת ההורים שלו"*.

מרואיינים אחרים הוסיפו: *"אומנם היחס לצוות הסיעודי והרפואי השתנה בתקופת הקורונה, אבל עדיין, אנחנו מול אנשים וצוותים, גם החולים עכשיו בסוג של שגרה. עדיין אנחנו עובדים, עדיין היום סיימתי משמרת לילה, היו לנו כמעט חמישים חולים. לא יודעת. כאילו חזרנו לקדמותנו. מבחינת היחס של האוכלוסייה. וחבל"* (מרואיינת 5); *"מצאו את המשאבים, גייסו את הכוחות והכשירו צוותים למחלקות קורונה. הוציאו ממחלקות אחרות והכשירו אותם. את האחיות, הרופאים. רק חבל שלא את כל הכספים ואת כל המשאבים*

שמגייסים ככה בימי קורונה לא מגייסים ביום־יום. ***מהר מאוד חזרנו לראות את החולים במסדרונות.*** *צריך לחשוב על הצוות הרפואי בכל הזמנים. גם בימי שגרה"* (מרואיינת 10); *"בתקופת הקורונה אנשים יותר הקפידו על הכללים, הדאגה שלי היא שאנשים לא מקפידים עכשיו על כל הכללים שמשרד הבריאות מנחה"* (מרואיינת 7); *"יש עכשיו תחושה של התרופפות.* ***אין טיפול טוב יותר מאשר המניעה"*** (מרואיינת 9).

דיון ומסקנות

מגפת הקורונה הפכה לאחד ממשברי הבריאות המרכזיים של העשורים האחרונים ברמה הלאומית והעולמית כאחד. המחקר הנוכחי בחן תפיסות וחוויות של אנשי צוות רפואי בבית חולים בישראל בנוגע להתמודדות עם העבודה במחלקת קורונה.

ניתוח תמתי של ראיונות העומק העלה, כי אחת התמות המרכזיות שבאה לידי ביטוי בעוצמה גבוהה כללה חששות ודאגות לחולים, לבני משפחה ולתושבי המדינה. המרואיינים חשו שהם יוצאים למלחמה כאשר מולם אויב מתעתע מתוך תחושה של שליחות, אך הם תיארו חששות כבדים להדבקה של בני משפחה בנגיף הקורונה. חששות נוספים שהובעו כללו דאגה להדבקה של קולגות ודאגה מפני גל שני של התפשטות הנגיף במדינה. ממצא זה עולה בקנה אחד עם סקירות דומות אחרות. ניכר כי בעוד שאנשי צוות רפואי מקבלים על עצמם את הסיכון להידבקות במסגרת תפקידם המקצועי, הם מבטאים לעיתים קרובות את דאגתם להדבקת בני משפחה ובעיקר אלו המשתייכים לקבוצת סיכון (14). בדומה לכך, במסגרת 8 קבוצות שיח שהתקיימו בראשיתה של התפרצות המגפה בהשתתפות 69 אנשי צוות רפואי בארצות הברית (15), זוהו כמה מוקדים מרכזיים של לחצים וחששות בעת ההתמודדות עם משבר הקורונה, ובהם אלה: חשיפה לנגיף במסגרת העבודה ובשל כך הדבקה אפשרית של בני משפחה; חוסר נגישות לביצוע בדיקה מהירה עם הימצאות סימפטומים לנגיף ובשל כך הפצתו בסביבת העבודה; אי־ודאות בנוגע לתמיכת המערכת בצרכים האישיים והמשפחתיים של איש הצוות במקרה של הדבקה בנגיף. אנשי הצוות הרפואי שהשתתפו בקבוצות השיח ציינו כי הם אינם מצפים לפתרון מהיר של כל הצרכים העולים במהלך תקופה זו, אך רוצים לחוש שקולם נשמע ושצורכיהם ומומחיותם הם חלק בלתי־נפרד מן השיח הנוגע להיערכות ארגונית ומערכתית להתמודדות עם המגפה. כמו כן צוין ערכה הרב של הבעה של הכרת תודה בידי מנהלי המערכת הרפואית והשפעתה החיונית בחיזוק תחושת החמלה של עובדי בריאות בעת משבר. בדומה לכך, גם בראיונות העומק במחקר הנוכחי הביעו אנשי הצוות תסכול ואכזבה מכך שהם אינם מקבלים הכרה והערכה של המערכת, לאחר שהקריבו את ביטחונם ואת בריאותם למען מטופלים וקולגות. חיזוק תחושות התודה והאמפתיה כלפי אנשי צוות רפואי היא קריטית בעת הזו, כיוון שהיא עוזרת להתגבר על החשש לספק טיפול בנסיבות קשות ויוצאות דופן ברמה היום־יומית (16).

המרואיינים הביעו דאגה גם בנוגע לאמצעי המיגון, ליעילותם ולמורכבות בשימוש בהם. ממצא זה דומה לממצאי מחקרים אחרונים אשר הצביעו על דאגה בקרב צוותים רפואיים בנוגע ליעילות אמצעי המיגון הזמינים להם בהגנה מפני הידבקות בנגיף (8,6). יתרה מכך, אחיות בסין שנשאלו על חוויותיהן במהלך משבר הקורונה ציינו, כי לבישת חליפות ואמצעי מיגון לאורך שעות ארוכות גרמה למצוקה פיזית אשר התווספה לתחושת העומס בעת העבודה במחלקות המבודדות (3).

מלבד השימוש באמצעי המיגון, פרוטוקול הטיפול כלל גם הנחיות לטיפול מרחוק, אתגר אשר המרואיינים במחקר הנוכחי ציינו כי פגע בקשר שבין מטפל למטופל והוביל לתחושת ניכור בעת מתן הטיפול. המאבק בנגיף הקורונה מחייב שמירה על מרחק, בידוד החולים ולבישת אמצעי מיגון מקיפים בעת הטיפול בהם, עובדה אשר מהווה אתגר מהותי במתן טיפול רפואי (17). רופאים בעולם מתארים בעיה מורכבת אשר מהווה דילמה אתית קשה עבורם, בעיקר בעת הטיפול בחולי קורונה מורכבים. אנשי צוות רפואי אשר מחויבים לשמירה על כללי הריחוק, המיגון והבידוד חווים עומסי עבודה ומנסים למצוא פתרונות יצירתיים לשמירה על טיפול ממוקד במטופל ובצרכיו, תוך התמודדות מורכבת עם הדילמה האתית שהסיטואציה יוצרת (18). לאחרונה יוצאות הנחיות הנוגעות לדרכים שבהן ניתן להתמודד עם הריחוק הפיזי שאנשי צוות רפואי נדרשים אליו בעת הטיפול בחולי קורונה, ובהן שימוש בכלים טכנולוגיים וטלקומוניקציה על מנת לתת שירות רפואי מרחוק. טלה־רפואה אינה יכולה לפתור את כל האתגרים הרפואיים והאתיים שהציבה המגפה, אך עם התאמה נכונה לצורכי המטפל והמטופל כאחד היא עשויה להקל במידה מסוימת על עבודת הצוותים הרפואיים (19).

ניתוח הראיונות העלה כי המרואיינים הביעו תחושות של שחיקה ושל התשה, של בדידות בתקופה האקוטית של המשבר וכן לחץ נפשי, ובהמשך לכך את הצורך במעטפת תמיכה רגשית. אחיות הביעו תחושות שחיקה גבוהות יותר מרופאים, כפי שנמצא גם במחקרים קודמים (4). עם זאת המרואיינים הדגישו את הניסיון הקודם שלהם בעבודה בתנאי לחץ ואי־ודאות כיתרון, וציינו כי תחושת האחריות והשליחות מנעו שחיקה ברמה גבוהה. תחושות העצמה, עבודת צוות חזקה והשתתפות משמעותית בעשייה הרפואית בתקופה לא־שגרתית חיזקו את אנשי הצוות הרפואי וניכר כי מנעו שחיקה. במחקר איכותני שנערך בקרב 14 רופאים ואחיות במחוז חוביי שבסין נמצא, כי אנשי צוות רפואי חשים תחושת

שליחות ואחריות גבוהה לטיפול בחולים בעת המשבר. על אף החשש מהדבקת בני משפחה בנגיף, עומס העבודה והסיכונים הלא־צפויים התמקדו אנשי הצוות באחריותם כאנשי מקצוע להשתתף השתתפות פעילה במאבק בנגיף, הראו רוח של אחדות ושל מסירות מקצועית והביעו תחושות העצמה ומסוגלות עצמית גבוהה בהתמודדות עם המגפה (3). זאת ועוד, מיקומו של בית החולים המשתתף במחקר הנוכחי סמוך לרצועת עזה מצריך אדפטציה מהירה מצד הצוותים לעבור ברגעים ספורים ממצב שגרה למצב חירום.

המרואיינים הביעו חוסר שביעות רצון מאופן ניהול המשבר ומן המוכנות הלקויה של המערכת להתמודדות עם מגפות ברמה הלאומית. עם זאת הם ציינו, כי הייתה היערכות מקומית טובה של בית החולים בעיקר בכל הנוגע להקמת מחלקת קורונה, לציוד רפואי ורכישתו ולהכשרת הצוותים. לבסוף הובע תסכול מן היחס לצוותים הרפואיים במה שהסתמן כסיומו של הגל הראשון ותחילתה של החזרה לשגרה. תחושות התסכול כללו גם דאגות ברמה הלאומית מהתרופפות נוהלי התנהגות בקרב הציבור וחשש מאי־מוכנותה של המערכת להמשך ההתמודדות עם השלכות המגפה. מרבית המרואיינים הדגישו את חשיבות התמיכה בכוח האנושי ואת הדאגה לחוסנו בהתמודדות עם המגפה.

חוקרים אשר התנסו בהתמודדות עם מגפות אחרות כגון SARS ושפעת H1N1, כמו גם עם משברים כגון אסון האחד עשר בספטמבר בארצות הברית, הציעו שלושה עקרונות ממוקדים להתמודדות עם המגפה ברמה הניהולית־מערכתית, אשר עשויים להשפיע על תפיסותיהם של צוותים רפואיים (20). ראשית, מומלצת התמקדות בשמירה על חוסן נפשי, כלומר קיום תקשורת פתוחה, כנה ורציפה של מנהלי המשבר עם צוותים רפואיים, הכרת תודה לצוותים המתמודדים עם המשבר והצגת תוכנית ריאליסטית ואופטימית להתמודדות. שנית, החוקרים ממליצים לספק לצוותים הרפואיים מידע עדכני ומקיף בנוגע למגפה, ולאפשר תחושת שליטה תוך העצמת היכולות המקצועיות בעת ההתמודדות עם המשבר. שלישית, החוקרים מציעים לספק רצף תמיכה בצוותים הרפואיים, לעודד ביטוי של חששות ושל דאגות העולים תדיר, לנרמל תחושות אלו, לפתח תוכנית תמיכת עמיתים ולשמור על רווחתם הנפשית והגופנית של הצוותים. אין כל ספק כי בעיתות משבר כגון המגפה העולמית הנוכחית, מנהיגי מערכת הבריאות צריכים לשמור על קשר בלתי־אמצעי ומתמשך עם הצוותים הרפואיים, לשתפם בקבלת החלטות ופיתוח אסטרטגיות טיפול, לבצע ניטור מתמשך של מצבם הבריאותי והנפשי של הצוותים ולהציע כלים ומשאבים זמינים לקבלת תמיכה (21).

ממצאי המחקר הנוכחי חושפים את החששות המרכזיים של אנשי צוות רפואי בעת המשבר הנוכחי. מחקר זה אפשר להדגים בצורה מעמיקה את הנושאים המצריכים התייחסות מערכתית מיידית על מנת לחזק את חוסנם הנפשי של אנשי הצוות בעת ההתמודדות עם המשבר. מערכת הבריאות צריכה להבין היטב את החששות ואת המקור להן בקרב אנשי הצוות הרפואי, להכיר בחששות אלו ולפתח אסטרטגיות להתמודדות עם מקורות הלחץ והדאגה. שיחות עם אנשי צוות רפואי המטפלים ישירות בחולי קורונה עשויות להפחית חרדה ולשפוך אור על הפעולות הנדרשות לתמיכה ולחיזוק הצוותים (14). על מנת לשפר את היערכות מערכות הבריאות להמשך ההתמודדות והמאבק בנגיף נדרשים צעדים הכוללים פיתוח רשת תמיכה נפשית ורגשית לצוותים רפואיים, הבטחת מיגונם ובריאותם בעת הטיפול בחולים ומתן תמיכה סוציאלית רציפה, לצורך שמירה על המשאב האנושי הקריטי בהתמודדות מוצלחת עם הנגיף החדש שמתפשט בעולם. יש לתגמל את העובדים במחלקת קורונה, להעריך את פועלם ולהוקיר תודה על כך שהם סיכנו את עצמם ואת בני משפחותיהם למען כולנו.

רשימת מקורות

1. Cook TM. Personal protective equipment during the coronavirus disease (COVID) 2019 pandemic – a narrative review. Anaesthesia [Internet]. 2020 [cited March 2021];75(7):920-7. Available from: https://doi.org/10.1111/anae.15071
2. Liu YH, Yang HN, Liu HL, Wang F, Hu LB, Zheng JC. Medical rescue of China National Earthquake Disaster Emergency Search and Rescue Team in Lushan earthquake. Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue [Internet]. 2013 [cited March 2021 March 2021];25(5):265-7. Available from: http://www.chinadoi.cn/portal/mr.action?doi=10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2013.05.004.
3. Liu Q, Luo D, Haase JE, Guo Q, Wang XQ, Liu S, et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. Lancet Glob Health [Internet]. 2020 [cited March 2021];8(6):E790-E798. Available from: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7
4. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsi E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun [Internet]. 2020 [cited March 2021];88:901-7. Available from: https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026
5. Sung CW, Chen CH, Fan CY, Su FY, Chang JH, Hung CC, et al. Burnout in medical staffs during a coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. 2020 [cited March 2021]. Available from: http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3594567
6. Sahin T, Aslaner H, Eker OO, Gokcek MB, Dogan M. Effect of COVID-19 pandemic on anxiety and burnout levels in emergency healthcare workers: a questionnaire study. BMC Emerg Med [Internet]. 2020 [cited March 2021]. Available from: https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-32073/v1

7. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. Brain Behav Immun [Internet]. 2020 [cited March 2021]. Available from: https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007
8. Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. medRxiv [Internet]. 2020 [cited March 2021]. Available from: https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874
9. Lima CK, de Medeiros Carvalho PM, Lima ID, de Oliveira Nunes JV, Saraiva J S, de Souza RI, et al. The emotional impact of coronavirus 2019-nCoV (new coronavirus disease). Psychiatry Res [Internet]. 2020 [cited March 2021];287:112915. Available from: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915
10. Goyal K, Chauhan P, Chhikara K, Gupta P, Singh MP. Fear of COVID 2019: first suicidal case in India. Asian J Psychiatr [Internet]. 2020 [cited March 2021];49:101989. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101989
11. Montemurro N. The emotional impact of COVID-19: from medical staff to common people. Brain Behav Immun [Internet]. 2020 [cited March 2021];87:23-4. Available from: https://covid-19.conacyt.mx/jspui/bitstream/1000/5415/1/1109139.pdf.
12. Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2013. Pp 181-224.
13. Moustakas C. Phenomenological research methods. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994. Pp 120-154.
14. Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. JAMA [Internet]. 2020 [cited March 2021];323(15):1439-40. Available from: doi:10.1001/jama.2020.3972
15. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. JAMA [Internet]. 2020 [cited March 2021];323(21):2133-4. Available from: doi: 10.1001/jama.2020.5893
16. Singer T, Klimecki OM. Empathy and compassion. Curr Biol [Internet]. 2014 [cited March 2021]; 24(18):R875-R878. Available from: https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054
17. Wright JH, Caudill R. Remote treatment delivery in response to the COVID-19 pandemic. Psychother Psychosom [Internet]. 2020 [cited March 2021]; 89(3):130-2. Available from: https://doi.org/10.1159/000507376
18. Wakam GK, Montgomery JR, Biesterveld BE, Brown CS. Not dying alone – modern compassionate care in the Covid-19 pandemic. N Engl J Med [Internet]. 2020 [cited March 2021];382(24): e88. Available from: https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp2007781?articleTools=true
19. Hollander JE, Carr BG. Virtually perfect? telemedicine for Covid-19. T New Engl J Med [Internet]. 2020 [cited March 2021];382:1679-81. Available from: https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp2003539?articleTools=true
20. Wu AW, Connors C, Everly GS. COVID-19: peer support and crisis communication strategies to promote institutional resilience. Ann Intern Med [Internet]. 2020 [cited March 2021];172(12):822-3. Available from: https://doi.org/10.7326/M20-1236.
21. Williamson V, Murphy D, Greenberg N. COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers. Occup Med (Lond) [Internet]. 2020 [cited March 2021];70(5):317-19. Available from: https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa052

תקצירים

ערים בריאות ודיווח עצמי על בריאות: עדויות מישראל

דנה בר אילן, יניב ריינגוורץ ואורנה בראון־אפל

המאמר המלא:

Bar Ilan D, Reingewertz Y, Baron-Epel O. Healthy cities and self-reported health: evidence from Israel. Glob Health Promot. 2021 Jan 14:1757975920984212. doi: 10.1177/1757975920984212.

תקציר

רקע: רשת הערים הבריאות של ארגון הבריאות העולמי (HCN Healthy Cities Network) מגייסת בעלי עניין בקהילה (תושבים, עסקים, ארגונים לא־ממשלתיים וממשל עירוני) על מנת לקדם בריאות, איכות חיים ופיתוח בר־קיימא במסגרות עירוניות. הפרויקט, כיום בן שלושים שנים, מערב אלפי עיריות ברחבי העולם, כולל 52 ערים רשויות בישראל. עם זאת, יש מעט מאוד עדויות בנוגע להשפעות ההצטרפות לרשת ערים בריאות.

מטרות: מחקר זה בוחן האם החברות ברשת ערים בריאות משפיעה על הדיווח העצמי על הבריאות (self-reported health SRH) של התושבים.

שיטות: נתוני הסקר החברתי של 13 הערים הגדולות בישראל בשנים 2005-2017 נותחו תוך שימוש במודלים לבחינת הבדלים וניתוח אירועים. נעשה שימוש בכניסה ההדרגתית של הערים לרשת ערים בריאות כדי להשוות דיווח עצמי על הבריאות לפני ואחרי כניסה לרשת. משתנים שנבדקו כוללים הוצאה עירונית על בריאות ומשך השתתפות העיר ברשת. הנתונים נותחו באמצעות רגרסיה לינארית רב־משתנית עם קיבוע עיר ושנה.

תוצאות: להצטרפות לרשת ערים בריאות אין השפעה מיידית על הדיווח העצמי על הבריאות. הדיווח העצמי על הבריאות עולה עם משך השתתפות העיר ברשת, אך לתוצאה זו משמעות סטטיסטית שולית בלבד. הוצאה עירונית על בריאות עולה מעט עם משך החברות. נמצא קשר שלילי חלש בין הוצאה עירונית לבריאות לבין דיווח עצמי על הבריאות. משך החברות ברשת ערים בריאות קשור באופן חיובי לדיווח עצמי על הבריאות של התושבים; קשר זה אינו מוסבר על ידי גידול בהוצאה העירונית על הבריאות.

מסקנה: זיהוי המנגנון לשיפור זה, נמצא מעבר להיקף מחקר הנוכחי, ונותר למחקר עתידי.

בחינת הקשר בין הרגלי האכילה, ידע תזונתי אישי ותזונה ים־תיכונית בקרב סטודנטים וסטודנטיות לסיעוד במהלך פנדמיית הקורונה

ג׳יזל גרין

המאמר המלא:

Green, G. Examining the relationship between nursing students' eating habits and subjective and Mediterranean nutritional knowledge during the pandemic COVID 19. *SAGE Open Nursing.* (2021).

תקציר

רקע: יישום תזונה ים תיכונית יכולה לקדם הרגלי אכילה בריאים יותר על ידי הגדלת הידע התזונתי האישי וזה בתורו יכול להיות יעיל במיוחד עבור סטודנטים/יות לסיעוד. הרגלי אכילה לא טובים עלולים להחמיר גם בתקופות מלחיצות וחירום כמו בתקופת פנדמיית הקורונה.

מטרת: למחקר ישנן שתי מטרות, ראשית, בחינת הרגלי אכילה וידע תזונתי אישי לפי שלוש קבוצות (מתחילים, מתקדמים ובכירים) של סטודנטים לסיעוד. שנית, לבחון את התפקיד של ידע תזונתי אישי כמתווך בין ידע בתזונה ים תיכונית והרגלי אכילה של סטודנטים לסיעוד במהלך פנדמיית הקורונה.

שיטות: השתמשנו במחקר תיאורי, חתך עם מדגם נוחות שכלל 212 סטודנטים/יות לסיעוד ממוסד אקדמי. הנתונים נאספו באמצעות שאלונים מתוקפים: בנושאי הרגלי אכילה, ידע תזונתי אישי ותזונת ים התיכון. ניתוח משתנה מתווך בוצע בעזרת שימוש בתוכנת Process על מנת לזהות את תרומתו של המשתנה ידע תזונתי אישי לקשר בין תזונה ים תיכונית והרגלי אכילה של סטודנטים לסיעוד במהלך פנדמיית הקורונה.

תוצאות: במחקר זה מצאנו שלסטודנטים/יות לסיעוד מהקבוצות של המתקדמים והבכירים היו הרגלי אכילה פחות טובים מאלו של קבוצת המתחילים. בנוסף, מצאנו שידע תזונתי אישי תיווך באופן חלקי את הקשר בין ידע בתזונה ים תיכונית לבין הרגלי אכילה.

מסקנות והמלצות: חשוב ליצור הזדמנויות באמצעות קורסים אקדמיים (סימולציות, דיונים קבוצתיים ופרטניים) מדיה ואינטרנט, להנעת הסטודנטים/יות לפיתוח הרגלי אכילה טובים, במיוחד בקרב סטודנטים מקבוצת המתקדמים ובכירים ובתקופות חירום כמו פנדמיית הקורונה. בנוסף, יש צורך במחקרים נוספים לבחינת גורמים אחרים כמו לחץ וחרדה שיכולים לשמש כמתווכים את הקשר בין ידע בתזונה ים תיכונית לבין הרגלי אכילה, מלבד ידע תזונתי אישי, במיוחד בתקופות לחץ כמו פנדמיית הקורונה.

מיתוג מחדש של ריחוק חברתי לריחוק פיזי: קריאה לשינוי אוצר המילים בקידום בריאות, ולשיפור תקשורת ברורה במהלך פנדמיה

קריסטין סורנסן, אורקן אוקאן, ברברה קונדיליס ודיאן לוין־זמיר

המאמר המלא:

Sørensen, K., Okan, O., Kondilis, B., & Levin-Zamir, D. (2021). Rebranding social distancing to physical distancing: calling for a change in the health promotion vocabulary to enhance clear communication during a pandemic. *Global Health Promotion*, *28*(1), 5-14.

תקציר

רקע: במהלך התפרצות ה־COVID-19 המונח 'ריחוק חברתי' זכה לתשומת לב עצומה בתקשורת ובמדיה החברתית, ואומץ על ידי ממשלות כאמצעי זהירות אוניברסלי לבלימת מגיפת נגיף הקורונה. 'ריחוק חברתי' שייך טכנית למכלול אמצעים למניעת זיהום, שאינם תרופות, שנועדו לעצור או להאט התפשטות מחלה מדבקת. למרות זאת, כמה שבועות לאחר פרוץ המגיפה, מומחים העלו לדיון את השאלה, האם יתכן שהמונח מטעה ומחטיא את המטרה.

מטרה: לבחון טעונים שונים בנוגע למונח "ריחוק חברתי".

שיטות המחקר: כדי ללמוד את הטיעונים, תכנון המחקר כלל (1) סקירה של השימוש במושגים 'ריחוק חברתי' ו'ריחוק פיזי' בהתבסס על מגמות בחיפוש גוגל (15 בפברואר עד 15 ביוני 2020); (2) ניתוח הטיעונים ששימשו בדיונים בתקשורת, בהקשר של 'ריחוק חברתי' לעומת 'ריחוק פיזי', בהתבסס על מגמות חיפש בגוגל (15 במרץ עד 15 באפריל 2020); ו־(3) סקירת ספרות מדעית ב־PubMed. המחקר נערך באנגלית.

תוצאות: ניתוח מגמות הראה את השיא ואת הירידה בפופולריות היחסית של המושגים 'ריחוק חברתי' ו'ריחוק פיזי' במהלך אביב 2020. הניתוח התמטי של מקורות גוגל הניב סדרה של טיעונים המבוססים על תשעה נושאים, ושניים עד חמישה תתי נושאים המשקפים את המושג המטעה, הפרספקטיבה ההיסטורית, הפרספקטיבה הסוציולוגית, הפרספקטיבה של בריאות הציבור, הצעות אלטרנטיביות לגבי המימדים החברתי והפיזי, ההבחנה בין המונחים, הבחירה הפוליטית, והצורך במיתוג מחדש. שני מאמרים נכללו בסקירת הספרות המדעית, שניהם הדגישו את הצורך בשינוי המינוח.

מסקנות: המחקר מדגיש שהבחירה במינוח חשובה במהלך תכנון מסרים מצילי חיים בבריאות הציבור. לכן מומלץ למתג מחדש את 'ריחוק חברתי' ל'ריחוק פיזי' כדי לשפר את התקשורת הברורה במהלך פנדמיית ה־COVID-19 הנוכחית, במטרה להתכונן לפנדמיות עתידיות.

שינויים בהתנהגות המעשנים ובכללי העישון בבית, במהלך תקופת הסגר הראשון של COVID-19 בישראל

יעל בר זאב, מיכל שאולי־אהרונוב, חנה לי ויהודה נוימרק

המאמר המלא:

Bar-Zeev, Y.; Shauly-Aharonov, M.; Lee, H.; Neumark, Y. Changes in Smoking Behaviour and Home-Smoking Rules during the Initial COVID-19 Lockdown Period in Israel. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 1931. https:// doi.org/10.3390/ijerph18041931

תקציר

רקע: מגפת COVID-19 גרמה להשפעות הרסניות ברחבי העולם. כדי לצמצם את התפשטות הנגיף, ישראל הטילה מגבלות קשות במהלך מרץ־אפריל 2020.

מטרות: לבחון את השינויים בהתנהגות המעשנים ובכללי העישון בבית, במהלך תקופת הסגר הראשון של COVID-19 בישראל

שיטות: באפריל 2020 נערך סקר חתך מקוון בקרב מעשנים בהווה ובעבר, כדי לבחון שינויים בהתנהגות העישון וכללי עישון בבית בתקופה זו. באמצעות ניתוח דו־משתני ורגרסיה לוגיסטית רב משתנית נבדקו קשרים בין מאפיינים סוציו־דמוגרפיים לבין הסיכון הנתפס להידבק בנגיף וגמילה מעישון, בתקופה הראשונה של COVID-19.

תוצאות: עישון בהווה דווח על ידי 437 (66.2%) מתוך 660 משתתפים, 46 (7%) נגמלו מעישון במהלך תקופת הסגר הראשון ו־177 (26.8%) היו מעשנים לשעבר. כמעט מחצית (44.4%) מהמעשנים בהווה עישנו יותר, ו־16% עשו ניסיונות להיגמל מעישון. גמילה מעישון במהלך הסגר נמצאה קשורה באופן מובהק להשכלה גבוהה (יחס סיכויים מתוקנן (aOR): 1.97, רווח סמך של 95% (CI): 1.0-3.8), לא גר עם מעשן (aOR: 2.18, 95% CI: 1.0-4.4), וקיום מצב כרוני שמעלה את הסיכון לסיבוכי COVID-19, (aOR: 2.32, 95% CI: 1.1-4.6). הן עלייה בכמות העישון והן בניסיונות גמילה מעישון במהלך ראשית מגיפת COVID-19 ניכרה במדגם זה של מעשנים ישראלים בוגרים.

מסקנות: ממשלות צריכות להשתמש בהזדמנות זו כדי לעודד מעשנים לנסות להיגמל מעישון וליצור בתים נקיים מעישון, במיוחד בתנאי סגר, תוך מתן תמיכה נפשית וחברתית לכל המעשנים.

השפעת הסגר במגפת הקורונה על פעילות גופנית ועלייה במשקל בקרב בוגרים פעילים בישראל – מחקר רוחב

חורש דור־חיים, שרה קצבורג, פולה רווח, חגי לוין, שרון ברק

המאמר המלא:

Dor-Haim H, Katzburg S, Revach P, Levin H, Barak S. The impact of COVID-19 lockdown on physical activity and weight gain among active adult population in Israel. A cross-sectional study. *BMC Public Health.* 21:1521-1531; 2021.

תקציר

רקע למחקר: התפרצות מגפת הקורונה מהווה מקור לדאגה מבחינת בריאות הציבור. השהייה בבית וסגירה של מתקני ספורט ציבוריים עלולה להגביר אורח חיים יושבני המלווה בתוצאות שליליות.

מטרות המחקר: 1) לבחון כיצד הסגר במגפת הקורונה השפיע על הרגלי הפעילות הגופנית ועלייה במשקל בקרב אנשים בוגרים מאומנים בישראל, 2) להשוות עלייה במשקל בקרב אנשים ברמת פעילות גופנית שונה, ו־3) לבדק את היכולת לאמץ אמצעים דיגיטליים לצורך ביצוע פעילות גופנית.

שיטות המחקר: במסגרת המחקר פותח שאלון רב־בררתי המעריך הרגלי פעילות גופנית ועלייה במשקל בתקופת הסגר במגפת הקורונה. באמצעות המרשתת ומאמני כושר גופני השאלון הופץ לאנשים בוגרים אשר התאמנו באופן קבוע לפני הסגר. שכיחות המשתתפים אשר הפחיתו את רמת הפעילות הגופנית שלהם, השתמשו באמצעים דיגיטליים לצורך אימון ועלו במשקל חושבה. מתאמי פירסון שימשו לצורך בדיקת קשרים בין רמת פעילות גופנית לבין עלייה במשקל, שימוש באמצעים דיגיטליים לצורך אימון, וגיל.

תוצאות: ענו על השאלון באופן אנונימי 1,202 מתאמנים. מהסקר עלה ש־70% מהמדגם הפחיתו את רמת הפעילות הגופנית שלהם בתקופת הסגר, 60% השתמשו באמצעים דיגיטליים לצורך האימון, ו־55% עלו במשקל. חצי מאלו שעלו במשקל עלו יותר מ־2 ק"ג עם עלייה ממוצעת במשקל של 1.2 ק"ג. משתתפים עם רמת פעילות גופנית גבוהה יותר עלו פחות במשקל. שימוש באמצעים דיגיטליים לצורך אימון גופני נמצא קשור לרמת פעילות גופנית גבוהה יותר. הסבירות לשימוש באמצעים דיגיטליים לצורך ביצוע פעילות גופנית פחתה עם הגיל.

מסקנות: רמת פעילות גופנית בקרב אנשים מאומנים פחתה במהלך הסגר. עלייה באורח חיים יושבני עלולה להעלות את הסיכון לפיתוח/החמרה של מצבי חולי שונים. לכן, מומלץ לארגוני בריאות לפתח אסטרטגיות, כולל שימוש באמצעים דיגיטליים, לצורך קידום פעילות גופנית שעשויה להביא להפחתה של עומס עתידי כתוצאה מתחלואה הקשורה באורח חיים יושבני.

מילות מפתח: **פעילות גופנית, אימון גופני, מצב בריאות, משקל, אמצעי פעילות גופנית דיגיטליים, אפליקציות כושר.**

שירותי בריאות מניעתיים לילדים צעירים בישראל: התפתחות היסטורית ואתגרים עכשוויים

דינה ר צימרמן[1], ג'ינה ורבוב[1], נעמי אדלשטיין[1] וחן שטיין־זמיר[1,2]

[1] לשכת הבריאות המחוזית ירושלים, משרד הבריאות

[2] האוניברסיטה העברית, הפקולטה לרפואה, ביה"ס בראון לבריאות הציבור ורפואה קהילתית בהדסה עין כרם

המאמר המקורי

Zimmerman, D.R., Verbov, G., Edelstein, N. *et al.* Preventive health services for young children in Israel: historical development and current challenges. *Isr J Health Policy Res* 8, 23 (2019). https://doi.org/10.1186/s13584-019-0287-7

תקציר

רקע: שירותי בריאות מניעתיים לילדים צעירים ניתנים במגוון מסגרות ברחבי העולם. בישראל, שירותים אלה ניתנים במרפאות ייעודיות לבריאות האם והילד (טיפות חלב). ההיסטוריה ודרכי הפעולה, של המרפאות לבריאות האם והילד בישראל, תוארו בעיקר בספרות הרפואית בשפה העברית, כאשר רוב הדיווחים הם בני יותר מעשור. מאמר זה מסכם את התפתחות השירות ואת הטיפול העדכני שמספקות המרפאות לבריאות האם והילד בישראל, במודל בעל וותק של מאה שנים, לאספקת שירותי בריאות מניעתיים בגיל הרך.

תמצית המחקר: שירות זה הוכר על ידי הארגון העולמי כמודל לחיקוי, לכן חשוב שמידע זה יהיה זמין ונגיש. המרפאות לבריאות האם והילד בישראל מעניקות טיפול אוניברסלי לתינוקות וילדים בגיל לידה עד 6 שנים, ללא עלות. מרפאות מבוססות קהילה אלה מספקות מעקב התפתחותי, ניטור גדילה וחיסוני ילדות שגרתיים. בנוסף, המרפאות מציעות הדרכת למשפחות בנושאים כגון, תזונה, הורות ובטיחות ילדים. כמו כן, מבוצע סיקור לדיכאון לאחר לידה ואלימות במשפחה. הטיפול ניתן על ידי צוותי בריאות – אחיות בריאות הציבור, העובדות בשיתוף פעולה עם רופאים. הרוב המכריע (>96%) של ילדי ישראל מקבלים שירותי בריאות מונעים במערכת זו. שיעורי כיסוי החיסונים בגיל הילדות במערכת זו, עולה בקנה אחד עם היעדים שהוצבו על ידי ארגון הבריאות העולמי – מעל 95% בממוצע ארצי כללי. למרבה הצער, המימון המוקצה למערכת זו לא גדל ביחס הולם לגידול האוכלוסייה לאורך השנים. קיים ויכוח מתמשך על תפקידה של הממשלה בשירותי הבריאות: האם הממשלה צריכה לספק שירותים ישירים או להתמקד בהדרכה וברגולציה של מערכת הבריאות?

מסקנה: שירות מרפאות לאם ולילד יכול להבטיח טיפול מניעתי נרחב לילדים. על מנת שמודל זה יתפקד באופן מיטבי, יש לעדכן את הקצאת המימון ואת התוכן המקצועי של השירות באופן שוטף, כדי לענות לצרכי הטיפול המניעתי הנוכחי.

מילות מפתח: **טיפול מניעתי בילדים, רפואה מונעת, ילדים, שירותי בריאות, טיפת חלב.**

הגשת מאמרים לגיליון מס' 10:
לכתב העת
"קידום בריאות בישראל"

מערכת כתב העת של **קידום בריאות בישראל** מזמינה אנשי אקדמיה, אנשי מקצוע העובדים בשדה, קובעי מדיניות וסטודנטים להגיש מאמרים לקראת פרסומו של גיליון מספר 10. **קידום בריאות בישראל** הוא כתב עת שהמאמרים המתפרסמים בו כפופים לבקרת עמיתים (peer reviewed). כתב העת יוצא לאור בשפה העברית פעמיים בשנה, ומהווה במה לכל הפעילות והחידושים בתחום קידום הבריאות באמצעות פרסומי מחקר, הערכת תוכניות התערבות, סקירות ספרות ודיון בנושאים המעסיקים את אנשי המקצוע והאקדמיה העוסקים בו. כתב העת קיבל הערכה מדעית ויישומית רבה בקרב אנשי מקצוע רבים.

אנו מזמינים אתכם להגיש מאמרים לפרסום ב"קידום בריאות בישראל". את המאמרים יש להגיש עד 31.12.2021 לעורכת כתב העת ד"ר ריקי טסלר, דוא"ל: riki.tesler@gmail.com

הנחיות למחברים

- את קובץ המאמר, ללא פרטים מזהים, יש לשלוח למערכת כתב העת בפורמט word בלבד.
- על מחברי המאמר לשלוח למערכת (בקובץ נפרד מהמאמר) מכתב בקשה לפרסום המאמר, אשר יכלול את הפרטים הבאים: שם, דרגה אקדמית, מוסד אקדמי/ארגון מעסיק ופרטי התקשרות (טלפון וכתובת דוא"ל). כמו כן יש לצרף תקצירים בעברית (עד 200 מילים) ו־5-6 מילות מפתח בעברית.
- יש לכתוב את המאמר בכתב David בעברית, ברווח של 1.5 שורות ובגודל אות 12. כותרות ייכתבו בגודל 14 מודגש.
- התקציר יכלול את ראשי הפרקים הבאים: רקע, מטרות, שיטות, תוצאות ודיון ומסקנות. ראשי הפרקים ייכללו גם כחלק מן הכותרות בגוף המאמר עצמו.
- היקף המאמרים לא יעלה על 10 עמודים או 5000 מילים.
- המקורות יצוינו בגוף הטקסט במספרים רצים בסגנון הציטוט "Vancouver".
- רשימת המקורות, אף היא בסגנון הציטוט "Vancouver" תכלול עד 30 מקורות, אשר יצוינו ברשימה שכותרתה "מקורות" בסוף המאמר.

הגשת תקצירים בעברית לגיליון מס' 10
לכתב העת
"קידום בריאות בישראל"

אנו מזמינים אתכם להגיש תקצירים
מתוך מאמרים שפרסמתם בכתבי עת בינלאומיים

הנחיות למחברים

- את קובץ התקציר בעברית יש לשלוח למערכת כתב העת בפורמט word: רקע, מטרות, שיטות, תוצאות, מסקנות והמלצות.
- על מחבר התקציר לכתוב באנגלית את: שמות המחברים, שם המאמר ופרטי הפרסום המקורי בסגנון הציטוט "Vancouver".
- על המחבר לכתוב, בקובץ נפרד, את הפרטים הבאים: שם, דרגה אקדמית, מוסד אקדמי/ארגון ופרטי התקשרות (טלפון וכתובת דוא"ל).
- יש לכתוב את התקציר בכתב David בעברית, ברווח 1.5 שורות, בגודל אות 12. כותרות יכתבו בגודל 14 מודגש.
- התקציר יכיל עד 250 מילים.

את התקצירים יש להגיש עד 31.12.2021
לעורכת כתב העת **ד"ר ריקי טסלר**, דוא"ל: riki.tesler@gmail.com

קידום בריאות בישראל

כתב עת ישראלי לחינוך וקידום בריאות

חוברת מס' 9, תשרי תשפ"ב, ספטמבר 2021

משרד הבריאות
לחיים בריאים יותר

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