קידום בריאות בישראל

כתב עת ישראלי לחינוך וקידום בריאות

חוברת 7
אדר תש"פ, מרס 2020

ISSN 2707-0050

חוברת 7 אדר תש"פ, מרס 2020

קידום בריאות בישראל

כתב עת ישראלי לחינוך וקידום בריאות

ISSN 2707-0050

חוברת מס' 7, אדר תש"פ, מרס 2020

הופק ע"י המחלקה לחינוך וקידום בריאות,
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'):

רונית אנדוולט
אפרת אפללו
אורנה בראון-אפל
קארן ברונר
איתמר גרוטו
ניהאיה דאוד
בועז לב
שחר לב-ארי
דיאן לוין-זמיר
לילך מלוויל
רחל ניסנהולץ-גנות
סיגל סדצקי
ליאת קורן

עורכי כתב העת והמחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות אינם אחראים לתוכן המאמרים. רשימת המקורות הועברו לדפוס כפי שהוכנו ע"י המחברים.
להזמנת חוברות ללא תשלום, יש לפנות אל: h.promotion@moh.gov.il

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

רשימת מחברי המאמרים

דבר המערכת:

פרופ' סיגל סדצקי – ראש שרותי בריאות הציבור, משרד הבריאות

רשימת מחברי המאמרים:

תוכנית "אפשריבריא משפחתי" (HENRY) בישראל: ממצאים, תובנות ומסקנות להמשך יישום התוכנית

ד"ר שירן בורד – החוג למנהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל
אלה ברקוביץ – החוג למנהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל, בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה
פרופ' מרי רודולף – הפקולטה לרפואה על שם עזריאלי, אוניברסיטת בר־אילן
יובל פלדי – המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל
רוני חסון – מנהלת התוכנית מטעם ג'וינט אשלים
יאיר סהר – רכז תחום הורות והנחיה מטעם ג'וינט-אשלים
ניבה מנור – המחלקה לחינוך וקידום הבריאות, משרד הבריאות
פרופ' ליזה רובין – בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה
פרופ' אורנה בראון אפל – בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה

תכנית לפיתוח מנהיגות לקידום הבריאות, השוויון וההוגנות בצפון ישראל – חקר מקרה

ד"ר מוחמד חטיב – המכללה האקדמית צפת, החוג לסיעוד; אגודת הגליל, האגודה הערבית למחקר ושירותי בריאות, חבר הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל
מרגנית אופיר גוטנר – הפקולטה לרפואה ע"ש עזריאלי, אוניברסיטת בר־אילן, המחלקה לממשל ופוליטיקה אוניברסיטת בן גוריון, מייסדת הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל

מעמדו של החינוך הגופני בבית הספר: משוליות למשמעות

ד"ר רינת ארביב – ראש רשות המחקר, מכללת סמינר הקיבוצים
רונית גביש – מורה לחינוך גופני, בוגרת לתואר שני בתכנית לפעילות גופנית ובריאות, מכללת סמינר הקיבוצים

שימוש במתילפינידאט כמתווך בין מגדר לסימנים מוקדמים להפרעות אכילה בקרב סטודנטים לתואר ראשון בישראל

אולגה שוסטרמן – בוגרת תואר שני, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל
סמדר בורוכוב – בוגרת תואר שני, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל
נאוה גודי – בוגרת תואר שני, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל
ד"ר ליאת קורן – המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל

תוכנית קידום בריאות לעובדי בית החולים: אתגר מתמשך

נגה גל – ביה"ס לפיזיותרפיה, המרכז הרפואי אסף הרופא
ד"ר רות קפלן – ביה"ס לסיעוד, המרכז הרפואי אסף הרופא
יעל חסל-ויצמן – ביה"ס לסיעוד, המרכז הרפואי אסף הרופא
מיכל יהודאי – ביה"ס לסיעוד, המרכז הרפואי אסף הרופא
עדה עזר – היחידה לתזונה ודיאטה, המרכז הרפואי אסף הרופא
רויטל יובל – השרות הסוציאלי, המרכז הרפואי אסף הרופא
פרופ' ארנה טל – סגנית מנהל, המרכז הרפואי אסף הרופא

היענות, עמדות וידע בנושא חיסון למניעת מחלת השפעת: השוואה בין בני 50 ומעלה – יהודים ממוצא אתיופי וערבים ישראלים

ד"ר אבי זיגדון – המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל

רשימת מחברי התקצירים

מיסוי משקאות ממותקים וחטיפים לא מזינים
ד"ר אורלי טמיר – מנהלת המרכז הישראלי לחקר וקידום מדיניות בסוכרת, המרכז הרפואי שיבא

ניתוח נתיבים מציע קשר בין מיקוד שליטה והיענות לביצוע חיסוני ילדות
ד"ר ענת עמית אהרון – החוג לסיעוד, אוניברסיטת תל אביב

הערכת תכניות קידום בריאות באמצעות EQUIHP ברחבי העיר ירושלים
ד"ר עמרי בשור – בית הספר לבריאות הציבור ע"ש בראון, האוניברסיטה העברית

תכניות שיקום לב דיגיטאליות
נבוטובסקי אירנה – דוקטורנטית במחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל

מחקר אורך: קשרים פרוספקטיביים בין שימוש בקנביס למדדים בריאותיים וחברתיים
ד"ר ליאת קורן – המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל

ילדים בגן הילדים כסוכני שינוי בהרגלי אכילה ושתייה
ד"ר רונית יעקובוביץ – ביה"ס לבריאות הציבור, אוניברסיטת תל אביב

אוריינות בריאותית הקשורה למדיה
פרופ' דיאן לוין זמיר – בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה

תוכן העניינים

דבר המערכת

פרופ' סיגל סדצקי 5

מאמרים

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

שירן בורד, אלה ברקוביץ, מרי רוזולף, יובל פלדי, רוני חסון, יאיר סהר, ניבה מנור, ליזה רובין, אורנה בראון־אפל 6

תוכנית לפיתוח מנהיגות לקידום בריאות, שוויון והוגנות בצפון ישראל: חקר מקרה

מוחמד ח'טיב, מרגנית אופיר־גוטלר 17

מעמדו של החינוך הגופני בבית הספר: משוליות למשמעות

רינת ארביב אלישיב, רונית גביש 27

שימוש במתילפינידאט כמתווך בין מגדר לסימנים מוקדמים להפרעות אכילה בקרב סטודנטים לתואר ראשון בישראל

אולגה שוסטרמן, סמדר בורוכוב, נאוה גודי, ליאת קורן 35

תוכנית קידום בריאות לעובדי בית חולים: אתגר מתמשך

נגה גל, רות קפלן, יעל חסל־ויצמן, מיכל יהודאי, עדה עזר, רויטל יובל, ארנה טל 44

היענות, עמדות וידע בנושא חיסון למניעת מחלת השפעת: השוואה בין בני 50 ומעלה – יהודים ממוצא אתיופי וערבים ישראלים

אבי זיגדון 49

תקצירים

מיסוי משקאות ממותקים וחטיפים לא־מזינים: דעות ועמדות בעלי עניין

אורלי טמיר, תמר כהן־יוגב, שרון פורמן־אסף, רונית אנדוולט 60

ניתוח נתיבים מציע קשר בין מיקוד שליטה והיענות לביצוע חיסוני ילדות

ענת עמית אהרון, חיים נחמה, שמואל רשפון ואורנה בראון־אפל 61

הערכת תוכניות קידום בריאות באמצעות EQUIHP ברחבי העיר ירושלים.
שיתוף פעולה קהילה־אקדמיה בירושלים

עמרי בשור, אורלי מנור, אורה פלטיאל, מילכה דונחין, אורלי רויך, ורד קאופמן־שריקי 62

תוכניות שיקום לב דיגיטאליות – העתיד של רפואה ממוקדת מטופל

נבוטובסקי אירנה, נחשון עמירה, קלמפנר רוברט, שפירא יאיר, טסלר ריקי 63

מחקר אורך: קשרים פרוספקטיביים בין שימוש בקנביס למדדים בריאותיים וחברתיים חיוביים ושליליים עוקבים בקרב מבוגרים־צעירים אמריקאים

ליאת קורן, דניס הייני, ג'רמי לוק, ברוס סימונס־מורטון 64

ילדים בגן הילדים כסוכני שינוי להרגלי אכילה ושתייה – שיפור בהרכב ארוחת העשר

יעקובוביץ רונית, שובל אלה, בארי אליוט, שולרוף בועז 65

אוריינות בריאותית הקשורה למדיה, אוריינות בריאותית דיגיטלית והתפקיד של הסביבה החברתית

דיאן לוין זמיר, איסבלה ברטצ'י 66

דבר המערכת

פרופ' סיגל סדצקי
ראש שרותי בריאות הציבור, משרד הבריאות

בראשית דבריי אני רוצה לברך את כל העוסקים במלאכה על הוצאתו לאור של גיליון 7 של כתב העת "קידום בריאות בישראל", כתב העת הישראלי לחינוך וקידום בריאות. כתב העת, המתפרסם באמצעות שירותי בריאות הציבור בהובלת המחלקה לחינוך וקידום בריאות, הוא נדבך חשוב בהפצת תחום קידום הבריאות בישראל. כתב העת הוא פרי שיתוף פעולה של אנשי מקצוע מובילים, והוא מהווה פלטפורמה לפרסום מחקרים הנערכים בישראל והמתמקדים בעשייה המקומית בתחום קידום הבריאות. שיתוף פעולה זה מעודד יצירה של בסיס מידע לתוכניות התערבות אשר יהיה אפשר ליישמן בארץ ובעולם.

תחום קידום הבריאות התמקד בתחילת הדרך בעיקר בהפחתת גורמי סיכון לתחלואה כרונית. קמפיינים שנערכו בעבר קראו לשינוי התנהגות באמצעות הנחיות אישיות לציבור בסגנון "עשה ואל תעשה", תוך התמקדות בגורמי סיכון קלאסיים כגון תזונה, פעילות גופנית ועישון. במקביל נשאלה השאלה הנוקבת באיזו מידה, אם בכלל, ידע ומודעות מסוגלים לגרום לשינוי בהרגלי החיים ברמת הפרט; דומה כי התשובה השלילית על שאלה זו טמונה בעלייה המתמדת בשיעורי ההשמנה בישראל ובעולם ובשיעור המעשנים הגבוה שעדיין קיים באוכלוסייה.

כיום, פתרונות קהילתיים וסביבתיים היוצרים סביבה מאפשרת בריאות שבה "הבחירה הבריאה היא הבחירה הקלה" עשויים לחולל שינוי בהרגלי החיים בעידן הנוכחי. כמו כן יש להרחיב את הרשימה של גורמי הסיכון לחיים בריאים בהתאם לאורח החיים המשתנה, ולכלול בדיון גם את הצורך בשימוש מושכל במסכים ובהתמודדות עם מניעת עקה (סטרס). ההווה והעתיד של קידום הבריאות מתמקדים בשינוי סביבתי וחברתי. לשירותי בריאות הציבור יש בשינוי זה תפקיד מרכזי, ואליהם חוברים שותפים נוספים רבים.

על מנת לקדם מטרות אלו, משרד הבריאות מוביל את התוכנית הלאומית לחיים פעילים ובריאים "אפשריבריא". לתוכנית כמה מטרות: עיצוב של מרחב החיים האישי והציבורי באופן המאפשר בחירה בתזונה בריאה ובפעילות גופנית סדירה, התמודדות עם סטרס ויצירת שימוש מושכל במסכים. התוכנית מבקשת להשיג מטרות אלו באמצעות הרחבת המחויבות של מוסדות ממשלתיים ושל בעלי עניין. זירות הפעולה של התוכנית הן רבות: שירותי הבריאות, מקומות עבודה, עיריות ורשויות מקומיות, גני ילדים ובתי ספר, סביבת ממכר המזון וכן רגולציה.

עקרונות קידום הבריאות נקבעו באמנת אוטווה לפני למעלה משלושים שנה. עם השנים היוו עקרונות האמנה אבן דרך לתוכניות התערבות שמטרתן לקדם את בריאות האוכלוסייה. השנים חלפו, העקרונות נשמרו, אולם האסטרטגיות ודרכי הפעולה השתנו. בשנות האלפיים נפתח בפנינו עולם הבריאות הדיגיטלי ועמו מגוון כלים טכנולוגיים, הכוללים בין היתר אמצעים להפצת מידע וכלים לניטור התנהגות ולבקרת מדדי בריאות.

העידן הדיגיטלי מעלה אתגרים משלו במטרה לעודד שינוי התנהגות של הפרט ושל הציבור יחד עם התייחסות לצמצום נזקים אפשריים ולווידוא קיום תוכניות מבוססות נתונים ולבחירה מושכלת בין חלופות.

בגיליון הנוכחי אנו נותנים במה למחקרים העוסקים בחיפוש אחר פתרונות יצירתיים לשינוי בהרגלי החיים של הפרט ושל הקהילה, המותאמים לשינויים המתרחשים בעולם הבריאות בכלל ובקידום הבריאות בפרט וזאת גם בעולם מתקדם של חדשנות ודיגיטציה.

תודה לכל השותפים לדרך, ואני מאחלת לכולם הנאה רבה מן העשייה ומן הקריאה.

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

שירן בורד[1], אלה ברקוביץ[2,1], מרי רודולף[3], יובל פלדי[4], רוני חסון[5], יאיר סהר[6], ניבה מנור[7], ליזה רובין[2], אורנה בראון־אפל[2]

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

תקציר

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

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

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

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

ממצאים: מן הממצאים עולה, כי **הכשרת הליבה** תורמת לאנשי המקצוע בעיקר בהיבטים של תפיסת רמת הניסיון ($P=0.004$) ורמת הידע ($P\leq0.001$). לאחר ההשתתפות בהכשרה, אנשי המקצוע מדווחים באופן מובהק יותר כי רמת הניסיון והידע שלהם בסוגיות של אורח חיים בריא גבוהה יותר. עם זאת לא נמצא הבדל במידה שאנשי המקצוע מרגישים מועילים כאשר הם עוסקים בסוגיות אלו עם הורים, ואף לא נמצא שינוי במידה

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

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

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

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

רקע

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

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

ההימצאות הגבוהה ביותר של השמנת יתר בקרב ילדים בגילאי הגן היא בקרב מיעוטים ומעמדות סוציו־אקונומיים נמוכים. זוהי תוצאה של מגוון גורמים סביבתיים, חברתיים, תרבותיים וגנטיים. כך למשל, בישראל נמצא כי בקרב המגזר הערבי כ־29% מהילדים בגילאי 4-6 סובלים מעודף משקל ומהשמנה (10). לשם השוואה, בקרב ילדים המשתייכים למשפחות ממעמד סוציו־אקונומי נמוך במגזר היהודי נתון זה עומד על 28% (11), ואילו בקרב ילדים המשתייכים למעמד סוציו־אקונומי גבוה נתון זה עומד על 22% מהילדים (12).

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

אורח חיים בריא בגיל הרך

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

מטרת המחקר

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

שיטות המחקר

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

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

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

הנושאים שנבדקו ונמדדו בהכשרות הליבה (n=151):

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

הנושאים שנבדקו ונמדדו בהכשרות ההורים (n=64):

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

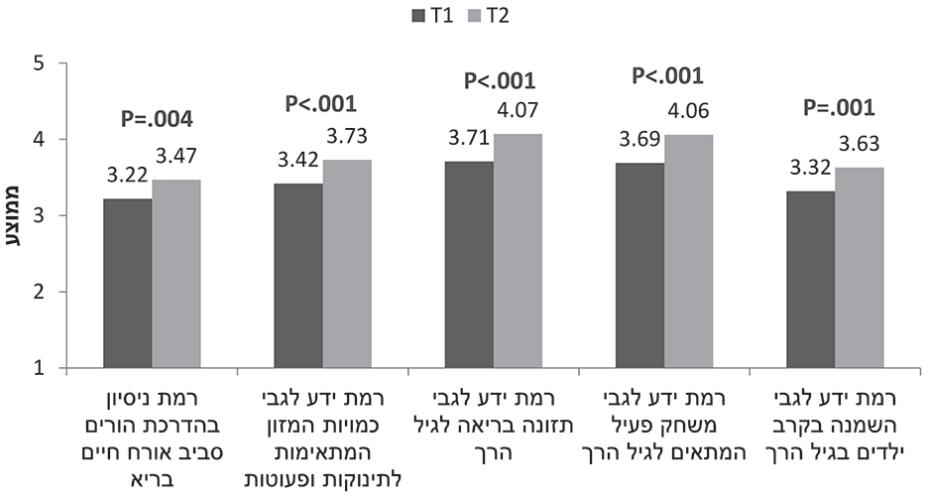
ממצאים

הערכת הכשרות הליבה

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

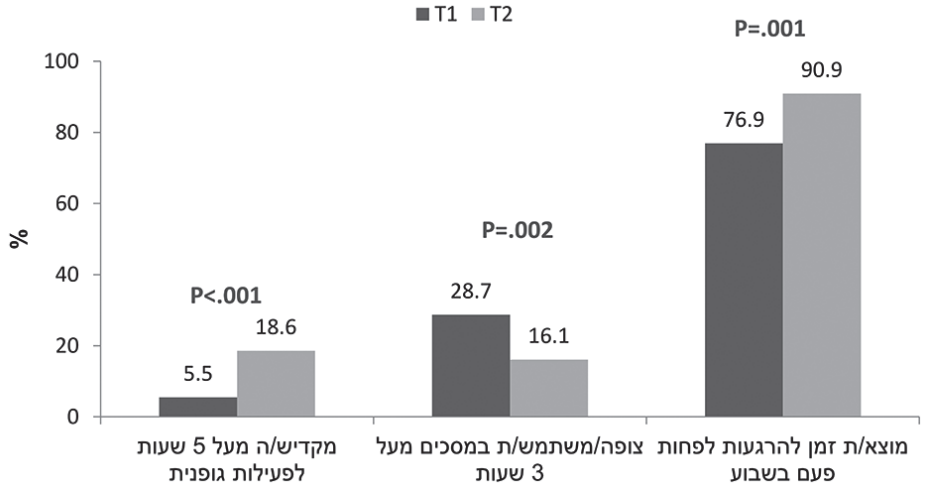
ניסיון וידע. כפי שניתן ללמוד מתרשים 1, נמצאה

תרשים 1: ממוצע הדיווח העצמי על ניסיון וידע בקרב משתתפי הכשרות הליבה[1] (n=151)



[1] נבחן באמצעות מבחן T למדגמים תלויים.

תרשים 2: אופן בילוי הזמן מחוץ לשעות העבודה בקרב משתתפי הכשרות הליבה[1] (n=151)

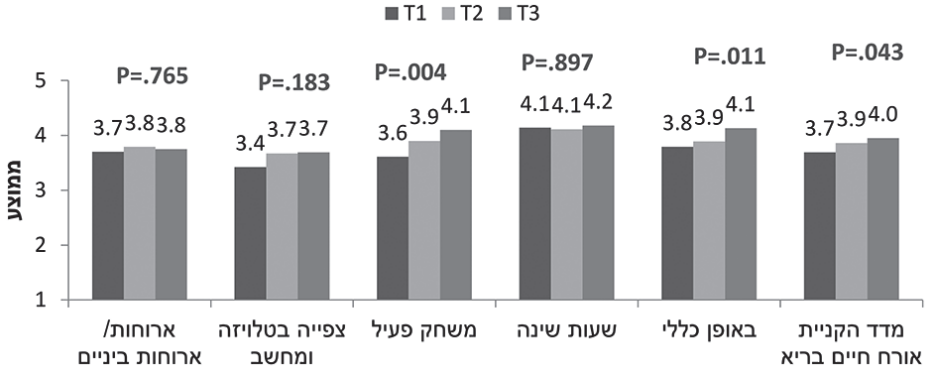


[1] נבחן באמצעות מבחן McNemar.

עלייה מובהקת בתחושת המשתתפים בנוגע למומחיותם בכל ההיבטים שנבחנו: רמת הניסיון בהדרכת הורים סביב אורח חיים בריא (P=0.004), רמת הידע בנוגע לכמויות מזון המתאימות לתינוקות ולפעוטות (P<0.001), רמת הידע בנוגע לתזונה בריאה לגיל הרך (P<0.001), רמת הידע בנוגע למשחק פעיל המתאים לגיל הרך (P<0.001) ורמת הידע בנוגע להשמנה בקרב ילדים בגיל הרך (P=0.001).

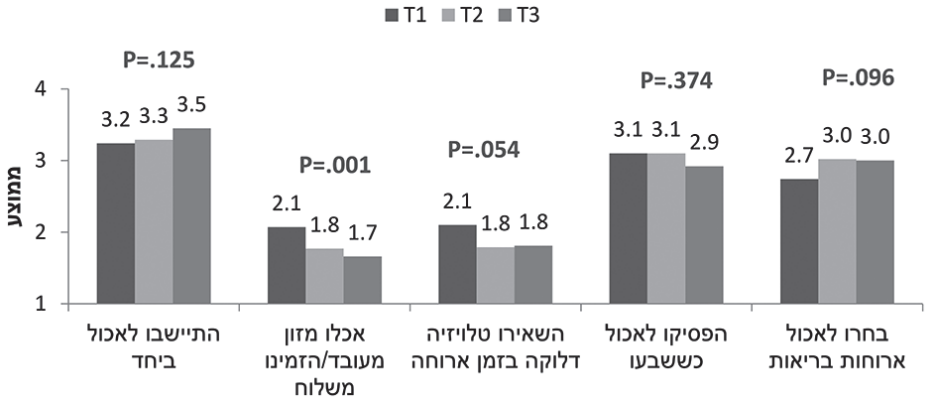
לאחר ההשתתפות בהכשרה, אנשי המקצוע מדווחים באופן מובהק יותר כי רמת הניסיון והידע שלהם בסוגיות של אורח חיים בריא גבוהה יותר. עם זאת לא נמצא הבדל

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



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

תרשים 4: **ממוצע התנהגות אכילה במסגרת משפחתית בקרב הורים משתתפי הסדנה בשלושת שלבי המחקר[1] (n=64)**



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

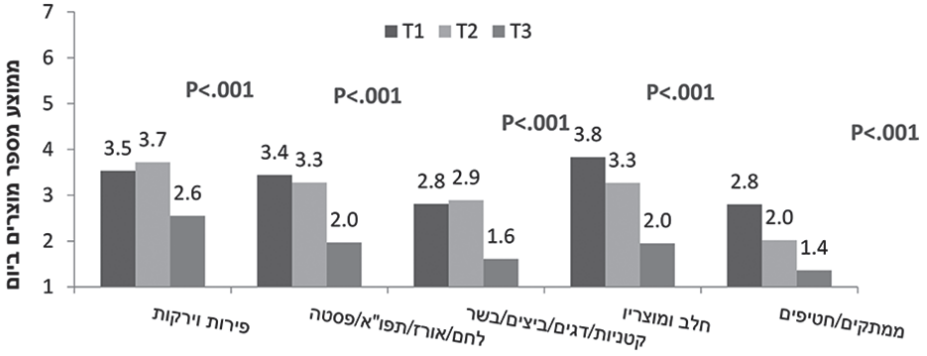
במידה שהם מרגישים מועילים כאשר הם עוסקים בסוגיות אלו עם הורים, ואף לא נמצא שינוי במידה שאנשי המקצוע מאמינים כי הם יכולים להעביר למטופל את "ההובלה" בסוגיות הקשורות לאורח חיים בריא.

"זמן בריא" מחוץ לשעות העבודה. בתרשים 2 מוצג הדיווח על פעילויות שונות שהמשיבים מבצעים בזמנם הפנוי מחוץ לעבודה. כפי שניתן ללמוד מתרשים 2, ישנו שיפור מובהק בכל ההיבטים שנבדקו.

לאחר ההשתתפות בהכשרת הליבה אחוז גבוה יותר מהמשתתפים מקדישים חמש שעות ומעלה בשבוע לפעילות גופנית (P<0.001), צופים במסכים (טלוויזיה\מחשב\טלפון) פחות משלוש שעות ביום (P=0.002) ומוצאים זמן להירגעות לפחות פעם בשבוע (P=0.001). בהמשך גדל אחוז המדווחים כי ילדיהם צופים במסכים שלוש שעות **ומטה** בכל יום באופן מובהק מ־72.2% ל־94.4% (P=0.008).

אופן צריכת מזון ושתייה. ממצאי המחקר מצביעים על

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



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

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

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

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

הערכת סדנאות הורים (n=64)

מתוך 89 המשיבים מילאו כאמור 64 בלבד את שאלון המחקר בשלושת נקודות המדידה. מרבית המשתתפים בסדנאות ההורים היו נשים (92%), וגילם הממוצע היה 35 שנים. אחוז המשתתפים הגבוה ביותר היה בעיר צפת (27%) והנמוך ביותר בעיר ירוחם (4.5%).

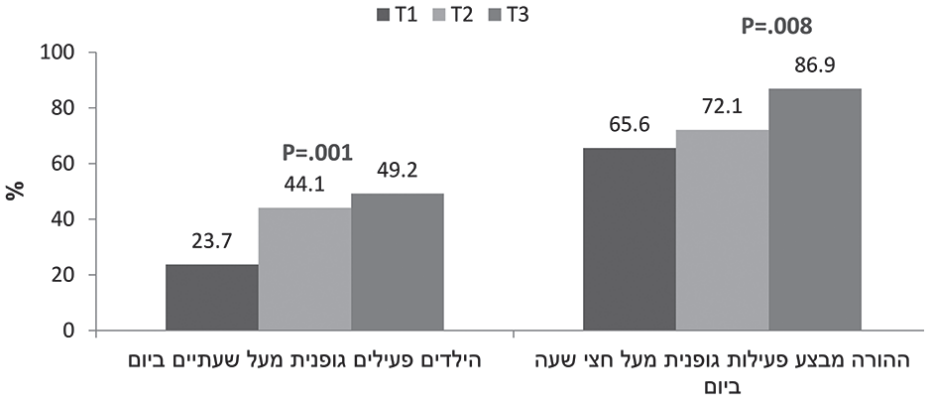
מיומנות בהקניית אורח חיים בריא לילדים. כפי שניתן ללמוד מתרשים 3, נמדדה עלייה מובהקת במידה שההורים מרגישים שיש להם מיומנויות בעידוד משחק פעיל ($F_{(2,100)}$=5.77, P=0.004) וכן מיומנויות לעידוד אורח חיים בריא באופן כללי ($F_{(2,104)}$=4.70, P=0.011). כמו כן נצפתה עלייה מובהקת במדד המשוקלל "הקניית אורח חיים בריא" ($F_{(2,118)}$=3.24, P=0.043). עם זאת לא נמדדה עלייה במיומנות בנושא ארוחות/ארוחות ביניים וכן בנוגע לשעות שינה. חשוב לציין, שההבדלים שנמדדו נמצאו מובהקים בהשוואה בין המדידה שבוצעה לפני ההשתתפות בתוכנית ובין המדידה שבוצעה שלושה חודשים לאחר סיומה. משמעותו של ממצא זה היא כי השינויים שנמדדו נשארו לאורך זמן, ולא דעכו שבועות ספורים לאחר סיום התוכנית (כפי שאפשר לעיתים לראות בתוכניות אחרות).

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

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

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

תרשים 6: **ביצוע פעילות גופנית בשלושת שלבי המחקר[1] (n=64)**



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

ירידה מובהקת בצריכה של לחם/אורז/תפוחי אדמה/פסטה ($F_{(2,126)}$=20.23, P<0.001) וכן ירידה בצריכת קטניות/דגים/ביצים/בשר ($F_{(2,126)}$=18.09, P<0.001). כמו כן ההורים צמצמו בצריכת חלב ומוצריו ($F_{(2,126)}$=27.70, P<0.001), וכן בצריכת ממתקים וחטיפים ($F_{(2,126)}$=18.81, P<0.001). מעניין לראות מדיווחי ההורים שישנה ירידה כללית מובהקת בכמויות של כל מוצרי המזון.

סוגי אוכל בקרב הילדים. גם בדיווח הנוגע לילדים נמדדה ירידה בצריכת לחם/אורז/תפוחי אדמה/פסטה ($F_{(2,126)}$= 19.85, P=0.016) וכן ירידה בצריכת קטניות/דגים/ביצים/בשר ($F_{(2,126)}$=20.98, P=0.015). כמו כן נצפה צמצום בצריכת חלב ומוצריו ($F_{(2,126)}$=14.09, P=0.026) וכן בצריכת ממתקים וחטיפים ($F_{(2,124)}$=17.72, P<0.001). גם בנוגע לתזונת הילדים אפשר לומר, כי ישנה ירידה מובהקת בצריכת כמויות המזון.

פעילות משפחתית. כפי שניתן ללמוד מתרשים 6, נמדדה עלייה מובהקת סטטיסטית בשיעור הילדים הפעילים מעל שעתיים ביום (מ־23.7% ל־44.1% ולאחר מכן ל־49.2%; $F_{(2,116)}$=6.93 P=0.002), ועלייה מובהקת סטטיסטית בשיעור ההורים המבצעים פעילות גופנית של למעלה מחצי שעה ביום (מ־65.6% ל־72.1% ול־86.9% $F_{(2,120)}$=5.07, P=0.003).

אורח חיים. בהשוואה בין שלושת הזמנים נמצא, כי הממוצע למדד אורח חיים בריא בשלב הראשון של התוכנית היה 5.35, לאחר מכן עלה ל־6.37 וחצי שנה לאחר סיום התוכנית עלה ל־7.02. ההבדל נמצא מובהק סטטיסטית ($F_{(2,118)}$=26.30, p<.001) (בין הזמנים T1 ו־T3 ובין הזמנים T1 ו־T2).

מיומנויות ותחושות הוריות. ממצאי המחקר מלמדים, כי השתתפות בסדנאות ההורים לא הובילה להעלאת המיומנויות ההוריות בקרב המשתתפים. עם זאת חשוב להדגיש, כי ממוצע המיומנויות ההוריות המדווח בקרב משתתפי הסדנאות היה גבוה מאוד מלכתחילה. לאור זאת בוצע ניתוח לבחינת ההבדל בשיפור במשתני המחקר המרכזיים בין הורים שהוגדרו כבעלי מיומנות הורית נמוכה בנקודת ההתחלה (עד אחוזון 25) לבין שאר ההורים. ממצאי השוואה זו מלמדים, כי הורים עם מיומנות הורית נמוכה (25% מההורים בעלי ציוני המיומנות ההורית הנמוכים ביותר) הם בעלי השיפור הגבוה יותר במיומנות ההורית ובמדד הקניית אורח חיים בריא לאחר ההשתתפות בסדנאות. **ממצאים אלו עשויים להצביע על קהל ההורים שעשוי להיתרם במידה הגדולה ביותר מן ההשתתפות בתוכנית.**

מסיכום ממצאי סדנאות ההורים ניתן ללמוד, כי לאחר ההשתתפות בסדנה ההורים ומשפחותיהם דיווחו כי בחרו במזון בריא יותר במהלך הארוחות והעלו את תדירות הפעילות הגופנית. עם זאת לא נמדד שינוי מובהק במיומנויות ההוריות של המשתתפים. זאת ועוד, נראה כי ישנה ירידה בכמויות המזון שההורים מדווחים עליהן, ירידה שנמדדה בנוגע למזון שאינו בריא (כגון ממתקים או חטיפים), אך גם בנוגע לצריכת מזון בריא (כגון ירקות ופירות).

דיון ומסקנות

השפעת ההתערבות בקרב אנשי המקצוע העובדים עם הורים לילדים צעירים

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

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

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

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

השפעת "אפשרי בריא משפחתי" על הורים לילדים צעירים

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

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

אפשר לסכם ולומר, כי ממצאי המחקר הנוכחי עולים ברובם בקנה אחד עם ממצאי מחקרי הערכה אחרים שבוצעו לתוכנית HENRY"". העלייה במיומנויות בקרב ההורים שדירגו את עצמם כבעלי מיומנויות הוריות נמוכות יחסית היא כמובן ממצא מרכזי, המהווה חומר למחשבה ולתכנון עתידי.

ממממצאי מחקר ההערכה הנוכחי ניתן ללמוד על תהליך ההתאמה וההטמעה של תוכנית זרה בישראל. חשוב לבדוק בהמשך את המשכיותה של התוכנית, וכן כיצד משרד הבריאות פועל על מנת להגדיל את התוכנית כדי להפוך אותה לזמינה ליותר משפחות.

מגבלות התוכנית בישראל

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

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

מקורות

1. Hunt C, George J. Preventing child obesity: a long-term evaluation of the HENRY approach. Community Pract. 2013;86(7):23.
2. UNICEF, WHO, The World Bank. (2015). Levels and trends in child malnutrition: UNICEF-WHO-World Bank Group joint child malnutrition estimates [internet]. New York (NY): UNICEF; Geneva (CH): WHO; Washington (DC): The World Bank; 2015 Sep [cited 2019 Nov 8]. https://www.who.int/nutgrowthdb/jme_unicef_who_wb.pdf
3. Rudolf MCJ, Hunt C, George J, Hajibagheri K, Blair M. HENRY: Development, pilot and long term evaluation of a programme to help practitioners work more effectively with parents to prevent childhood obesity. Child Care Health Dev. 2010;36(6):850-7.
4. Hales CM, Carroll MD, Fryar CD, Ogden CL. Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2015-2016. NCHS Data Brief. 2017;(288):1–8pmid:29155689
5. NHS Digital. National Child Measurement Programme: England, 2016/17 School year [internet]; 2017 Oct [cited 2019 Nov 8] Available from: https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/national-child-measurement-programme/2016-17-school-year
6. Nemet D, Geva D, Pantanowitz M, Igbaria N, Meckel Y, Eliakim A. Long term effects of a health promotion intervention in low socioeconomic Arab-Israeli kindergartens. BMC Pediatr. 2013;13(1):45.
7. Lobstein T, Brinsden H. Atlas of Childhood Obesity [internet]. World Obesity Federation. 2019 Oct [cited 2019 Nov 8]. Available from: http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/11996_Childhood_Obesity_Atlas_Report_ART_V2.pdf
8. הראל־פיש י', וולש ס', בוניאל מ', דז'אלובסקי א', אמית ש', טסלר ר', ואח'. נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית, ודפוסי התנהגויות סיכון. סיכום ממצאי המחקר הארצי השישי (2010) וניתוח מגמות בין השנים 1994-2010. רמת גן: אוניברסיטת בר־אילן, המחלקה לסוציולוגיה ולאנתרופולוגיה; 2011.
9. הראל־פיש י', וולש ס', שטיינמץ נ', לובל ש', רייז י', טסלר ר', ואח'. נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית ודפוסי התנהגויות סיכון בקרב בני נוער בישראל – ממצאי המחקר השביעי, דו"ח HBSC ישראל. רמת־גן: אוניברסיטת בר־אילן, בית הספר לחינוך, תכנית המחקר הבינלאומי על רווחתם ובריאותם של בני נוער; 2016.
10. Nemet D, Geva D, Pantanowitz M, Igbaria N, Meckel Y, Eliakim A. Health promotion intervention in Arab-Israeli kindergarten children. J Pediatr Endocrinol Metab. 2011;24(11-12):1001-7.
11. Nemet D, Geva D, Eliakim A. Health promotion intervention in low socioeconomic kindergarten children. J Pediatr. 2011;158(5):796-801.
12. Nemet D, Perez S, Reges O, Eliakim A. Physical activity and nutrition knowledge and preferences in kindergarten children. Int J Sports Med. 2007;28(10):887-90.
13. Baird J, Fisher D, Lucas P, Kleijnen J, Roberts H, Law C. Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. BMJ. 2005;331(7522):929.
14. Barton M. Childhood obesity: a life-long health risk. Acta Pharmacol Sin. 2012;33,189-93.
15. Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS, Venn A, Burns TL, Sabin MA, et al.. Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. N Engl J Med. 2011;365(20):1876-85.
16. Au N. The health care cost implications of overweight and obesity during childhood. Health Serv Res. 2012;47(2):655-76.
17. Caton SJ, Ahern SM, Hetherington MM, Vegetables by stealth: an exploratory study investigating the introduction of vegetables in the weaning period. Appetite. 2011;57:816-25.
18. Harper LV, Sanders KM. The effects of adults' eating on young children's acceptance of unfamiliar foods. J Exp Child Psychol. 1975;20:206-14.
19. Story M, Nanney MS, Schwartz MB. Schools and obesity prevention: creating school environments and policies to promote healthy eating and physical activity. Milbank Q. 2009;87(1):71-100.
20. Moore VM, Davies MJ. Diet during pregnancy, neonatal outcomes and later health. Reprod Fertil Dev. 2005;17(3):341-8.
21. Haug E, Rasmussen M, Samdal O, Iannotti R, Kelly C, Borraccino A, et al. Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. Int J Public Health. 2009;54(2):167-79.
22. Tremblay MS, Gray C, Babcock S, Barnes J, Bradstreet CC, Carr D, et al. Position statement on active outdoor play. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(6):6475-505.
23. Matusik P, Malecka‐Tendera EWA. Overweight prevention strategies in preschool children. Int J Pediatr Obes. 2011;6(S2):2-5.
24. Sallis JF, Owen N, Fisher EB. Ecological models of health behavior. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors, Health behavior and health education: theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 465-86.
25. Hallal PC, Victora CG, Azevedo MR, Wells JC. Adolescent physical activity and health: a systematic review. Sports Med. 2006;36:1019-30.
26. Telama R, Yang X, Viikari J, Välimäki I, Wanne O, Raitakari O. Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study. Am J Prev Med. 2005;28(3):267-73.
27. Tucker P. The physical activity levels of preschool-aged children: a systematic review. Early Child Res Q. 2008;23(4):547-58.
28. Reilly JJ, Jackson DM, Montgomery C, Kelly LA, Slater C, Grant S, et al. Total energy expenditure and physical activity in young Scottish children: mixed longitudinal study. Lancet. 2004;363(9404):211-2.
29. Pate RR., Pfeiffer KA, Trost SG, Ziegler P, Dowda M. Physical activity among children attending preschools. Pediatrics. 2004;114:1258-63.

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

תוכנית לפיתוח מנהיגות לקידום בריאות, שוויון והוגנות בצפון ישראל: חקר מקרה

מוחמד ח'טיב[1], מרגנית אופיר־גוטלר[2]

[1] המכללה האקדמית צפת, החוג לסיעוד; אגודת הגליל, האגודה הערבית למחקר ושירותי בריאות; חבר הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל

[2] הפקולטה לרפואה ע"ש עזריאלי, אוניברסיטת בר־אילן; המחלקה לפוליטיקה וממשל, אוניברסיטת בן־גוריון; מייסדת הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל

תקציר

רקע: הנתונים מצביעים על פערים בבריאות בין הפריפריה למרכז בישראל. פערים אלה מחייבים פעולה מקיפה ושיתוף פעולה רב־תחומי ורב־מגזרי כדי להביא לשינוי ולשוויון בבריאות. תוכנית "מובילים לשוויון בבריאות לצפון" פותחה כדי לקדם את הבריאות בצפון וכדי לצמצם את הפערים שבין הפריפריה למרכז; השאיפה היא להשיג יעדים אלה באמצעות פיתוח ידע וערוצי פעולה לשינוי בידי אנשי מקצועות הבריאות כגון רפואה, פיזיותרפיה, סיעוד, בריאות הציבור, אקדמיה ומחקר ועולמות תוכן וידע אחרים כגון חברה אזרחית, כלכלה ותקשורת.

מטרות: להעריך את תוכנית ההכשרה לפיתוח מנהיגות לשוויון בבריאות בגליל ואת תוצאותיה; בתוך כך לבחון את המניעים של המשתתפים לקחת חלק בתוכנית ואת שיתופי הפעולה שנוצרו במהלכה, וכן לזהות את האתגרים שנצפו בתהליך ההערכה ואת האפשרויות להתמודד עימם.

שיטות: המחקר התבסס על "חקירה משתפת", שבה החוקרים וספקי המידע הם חלק ממשתתפי התוכנית. נערכו עשרים ראיונות עומק פנים אל פנים, וכן דיונים עם ספקי מידע ממשתתפי התוכנית ועם צוותי ההיגוי של התוכנית. כמו כן בוצע ניתוח משובים כתובים של כל המשתתפים ושל מסמכי התיעוד של התוכנית. המחקר אושר בידי ועדת האתיקה למחקר של הפקולטה לרפואה באוניברסיטת בר־אילן.

תוצאות: המוטיבציה להשתתף בתוכנית "מובילים לשוויון בבריאות לצפון" נבעה בעיקר מניסיון אישי ו/או מקצועי ומרצון לחולל שינוי במצב הקיים; התוכנית הביאה לשיתופי פעולה בין המשתתפים מן האקדמיה, ממוסדות רפואה ובריאות, מרשויות מקומיות ומארגוני חברה אזרחית. כמו כן התוכנית אפשרה שיתוף ידע ואיגומו ממקורות רבים (מקצועיים, ארגוניים, פוליטיים ואזרחיים) באופן לא הירכי. עשרה פרויקטים צמחו בהובלת בוגרי התוכנית בנושאים שונים, וחלקם הביאו לשינוי בתמונה של מפת הבריאות בצפון. בוגרי התוכנית ייסדו מפגשים דו־חודשיים, והקימו את "הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל" שפועל בכמה מישורים – שינוי של מדיניות הבריאות, העלאת סוגיות בריאותיות לסדר היום הציבורי, קידום הבריאות של קבוצות מוחלשות בצפון ושותפות בקואליציה ארצית. היקף ההשתתפות ותוכני הפרויקטים היו שני האתגרים המרכזיים; צוות התוכנית לא צפה היקף הרשמה כה גדול לתוכנית, והיה מחסור בכוח אדם שייתן מענה תוכני וארגוני למתנדבים. אתגר נוסף היה כרוך ביכולת ללוות יוזמות בשטח.

דיון ומסקנות: התוכנית מדגימה, כי יוזמות אזרחיות מקצועיות המבוססות על ניסיון חיים אישי ומקצועי יכולות להיות כלי להובלת תהליכי שינוי בתחום הבריאות. תמיכה ארגונית מקצועית מחזקת יוזמות מסוג זה, משפרת את יעילותן ומחזקת את יכולותיהם של המשתתפים לקבל אחריות בפעילותם המתמשכת והמורכבת לקידום הבריאות והשוויון בין הפריפריה למרכז.

מילות מפתח: **קידום בריאות, מנהיגות, שוויון, הוגנות, מדיניות בריאות, פריפריה.**

רקע

מדינת ישראל היא אחת המדינות שבהן ישנם סטנדרטים גבוהים יחסית של פיתוח כלכלי, וחוק ביטוח בריאות ממלכתי מבטיח זכות אוניברסלית לקבלת טיפול רפואי, המבוססת על עקרונות של צדק, הוגנות וסולידריות. למרות זאת פערים בבריאות בין המרכז לפריפריה מוסיפים להתרחב עקב אי־שוויון מערכתי ועקב חסמים סוציו־דמוגרפיים, הפוגעים בנגישות ובזמינות של שירותי בריאות למגוון אוכלוסיות הפריפריה הצפונית והדרומית (הגליל והנגב). אף שישראל היא מדינה קטנה, ישנו טווח רחב של מדדים המצביעים על פערים בין מצב הבריאות של תושבי המרכז לעומת תושבי הפריפריות הצפונית והדרומית וכן של מדדים המצביעים על פערים בנגישות לשירותי הבריאות בקהילה ובבתי החולים (2,1).

בשנת 2012 יזמו ארגון שתיל, ארגון רופאים לזכויות אדם והאגודה לזכויות האזרח את "תוכנית מובילים לשוויון בצפון" (להלן: התוכנית) לפיתוח ולטיפוח מנהיגות, לקידום הוגנות ושוויון בבריאות ולקידום הבריאות בגליל. החזון שהתגבש היה לקדם את הבריאות ולהעלות את המודעות להוגנות ולשוויון בבריאות מנקודת מבט של זכויות אדם ושל צדק חברתי, ולהניע את המשתתפים להוביל יוזמות מקומיות ומערכתיות לשינוי. קהל היעד כלל מגוון רחב של אנשי מקצוע בתחומי הבריאות והרפואה, החינוך והרשויות מקומיות, פעילים חברתיים ואקדמאים.

המטרה הכללית של התוכנית הייתה לספק פלטפורמה ארגונית ומקצועית לפרטים שמבקשים להוביל שינוי, לקדם את בריאות האוכלוסייה ולהציע כלים מקצועיים ותמיכה. אחת מהנחות היסוד שעמדה בבסיס החזון היא, שהידע הן באשר לבעיות ולאתגרים והן באשר לפתרונות קיים בשטח ושיש לאפשר לידע זה לבוא לידי ביטוי ויישום. המטרות הספציפיות של התוכנית היו אלה:

- ליצור פלטפורמה משותפת של ידע, של מיומנויות ושל ניסיון;
- לפתח יכולות בקרב המשתתפים ליזום, לתכנן ולהוביל פרויקטים לקידום בריאות;
- ליצור רשת אזורית של פעילים, שביכולתם להתחבר למרכזי הכוח במערכת הבריאות, להשפיע על המדיניות במטרה לצמצם פערים בבריאות בין הפריפריה הצפונית לבין אזורי המרכז של ישראל ולשפר את שירותי הבריאות באזור הגליל.

התוכנית בוצעה בשנים 2013-2015, וכללה שלושה מחזורי השתלמויות של הכשרה מקצועית בתחומי מדיניות הבריאות ופיתוח והובלה של פרויקטים בגליל המזרחי, המערבי והתחתון. משתתפי התוכנית היו מומחים מתחומי מקצועות הבריאות והרפואה, פעילים חברתיים, עובדי רשויות מקומיות ועוד. עם סיום שני מחזורי ההשתלמויות הראשונים נוצרו כמה קבוצות עבודה שפעלו בליווי ובייעוץ של יוזמי התכנית. במסגרת פעילות זו נבנו כעשרה פרויקטים בקהילה שנוהלו בידי קבוצות העבודה. כמו כן נוסד הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל, המהווה מאז שנת 2013 רשת אזרחית פעילה למען סגירת פערים בבריאות, לקידום מדיניות ציבורית בריאה וזכויות בריאות לכלל האוכלוסייה בצפון ולשיפור מערך שירותי הבריאות באזור.

מאמר זה בא לתאר את ממצאי מחקר ההערכה של תהליך הפיתוח של מודל הפעולה ואת תוצאותיו של תהליך זה. כמו כן הוא בא לתאר את מגוון הפעולות הקיימות, שמטרתן לשפר ולקדם את בריאות האוכלוסייה באזור הגליל תוך שימוש באסטרטגיות פעולה שונות, ובעיקר סִנגור, תיווך (advocacy & mediation) ושינוי מדיניות.

הבסיס התיאורטי לפיתוח מודל הפעולה

הבריאות כזכות בסיסית של האדם (ההכרזה האוניברסלית בדבר זכויות אדם, 1948) (3) הייתה הנחת יסוד מרכזית באמנת אלמה אטה (1978) (4). זאת ועוד, האמנה הניחה כי בריאות היא משאב חיוני לפיתוח חברתי־כלכלי, לשיפור איכות החיים ולקידום השלום. אמנת אוטווה (1986) (5) הגדירה את קידום הבריאות כתהליך המשלב פעולות חינוכיות, ארגוניות, כלכליות ופוליטיות, המתוכננות יחד עם האנשים על מנת לאפשר ליחידים, לקבוצות ולקהילות להגביר את השליטה על בריאותם ולשפרה תוך שינוי עמדות, שינוי התנהגות, שינויים חברתיים ושינויים סביבתיים. בתוך כך קבעה אמנה זו כמה שיטות פעולה, ובהן פיתוח מדיניות ציבורית מקדמת בריאות הכוללת קידום חקיקה, הקצאת משאבים ושינויים מערכתיים וארגוניים שיבטיחו שירותי בריאות איכותיים, נגישים וזמינים ויפתחו סביבה תומכת. האמנה גם הדגישה את הצורך בחיזוק הפעילות הקהילתית באמצעות עידוד ופיתוח פעילות ומעורבות מוחשית של הקהילה בקביעת סדר העדיפויות, קבלת החלטות ותכנון למען בריאות טובה יותר.

התוכנית התבססה על כמה הנחות עבודה. הנחה ראשונה הייתה, שהפערים בבריאות באזור הצפון הם מקור לדאגה בקרב אנשי המקצוע מתחומי ידע שונים ומזירות מקצועיות שונות (החברה האזרחית, מערכת הבריאות, המערכת המוניציפלית והאקדמיה), הנמצאים בעמדות מפתח להובלת שינוי; הנחה שנייה הייתה, כי תושבי הצפון הם בעלי ידע עשיר הן באשר לצרכים ולבעיות והן באשר למענים ולפתרונות האפשריים;

ההנחה השלישית הייתה, שבעלי עניין בסוגיה ספציפית כלשהי יהיו בעלי מוטיבציה לקדם שינוי ברמה המערכתית והמוסדית: ההנחה הרביעית חיברה בין האישי והמקצועי לפוליטי, ולפיה ההתמודדות האישית, המשפחתית והמקצועית של תושבי הגליל היא תוצר של מערכת פוליטית ומקצועית ועל כן הובלת שינוי צריכה לשלב בין המקומי למערכתי; ההנחה החמישית הייתה, שרשת איתנה של חברה אזרחית המבוססת על ארגונים קהילתיים, על פעילים חברתיים ועל אנשי מקצועות הבריאות, הרפואה והאקדמיה יכולה להיות בעלת תפקיד לטווח ארוך בשיפור הבריאות ושירותי הבריאות בפריפריה הצפונית של ישראל.

מבחינה תיאורטית התבססה התוכנית על שלוש גישות משלימות לשינוי חברתי: (1) נקודת המבט "האחרת והשונה"; (2) גיוס המשאבים המקצועיים; (3) שיתוף והשתתפות.

1. **נקודת המבט "האחרת והשונה".** גישה זו היא חלק מן התיאוריה הפמיניסטית הביקורתית, המבקרת את האובייקטיביות המדעית והגורסת כי לא ניתן לדבר בהכללה מתוך עמדה מקדימה ומתוך מיקום חברתי מסוים. גישה זו מערערת על ההסכמה שבשתיקה בקבלת נקודת המבט של האליטות, ומציעה את נקודות המבט "מלמטה" ככזו היכולה ליצור ידע עשיר יותר (6). ניסיון החיים של הפעילים החברתיים והיכרותם עם האופן שבו הנתונים הסטטיסטיים על פערי הבריאות משתקפים בשגרת חייהם יוצרים נקודת מבט אחרת בנוגע לאופן שבו פערי הכוח משפיעים לא רק על האוכלוסייה בכללותה, אלא גם על פרטים בתוכה (7). תיאוריה זו מהווה נדבך מרכזי בתוכנית, שלפיה מעודדים את המשתתפים לפעול בסוגיה המטרידה אותם כבסיס לרשת אזרחית-פרופסיונלית-פוליטית שיכולה לקדם גישות חדשות להתמודדות עם אי-שוויון בבריאות.
2. **גיוס המשאבים המקצועיים.** גישה זו היוותה את התשתית לאחת ממטרות התוכנית – הזמנת מומחים מתחומי הבריאות והרפואה להשתתף בהובלת פעילות אזרחית לשינוי חברתי. גיוסם לתוכנית אפשר להביא ידע מקצועי לצורך חיזוק מערכת הבריאות הציבורית בצפון. ואולם עם זאת הנחת עבודה נוספת הייתה, כי הם אינם פועלים באופן מתואם וכי חסרה היכרות אישית ומקצועית ביניהם. לצורך זה פותחה תשתית מקצועית וארגונית שאפשרה להם לעבוד במשותף, תוך פיתוח ארגז כלים מתאים לקידום ולהובלת שינוי בתוך מערכת הבריאות.
3. **שיתוף והשתתפות.** גישה זו יושמה באמצעות רישות בין שחקנים רבים בזירה הלאומית, האזורית והמקומית. הגישה מדגישה את החשיבות שבפיתוח מדיניות מתוך ביזור יחד עם אינטגרציה ושיתופי פעולה בין גורמי ממשל וחברה אזרחית, בייחוד כאשר מדובר בסוגיות מורכבות. כדי להצליח בתהליך השיתופי בין הגורמים השונים ומתוך מודעות ליחסי הכוח ביניהם יש ליצור כבוד הדדי, אמון, גמישות, היענות ושותפות חיובית בת-קיימה (8). כמו כן יש להשתמש בכלים לקידום בריאות המשלבים בתוכם פרקטיקות לשיתוף ולמעורבות של הציבור הרחב בתהליכי קבלת החלטות כמרכיב בזכות לבריאות (9).

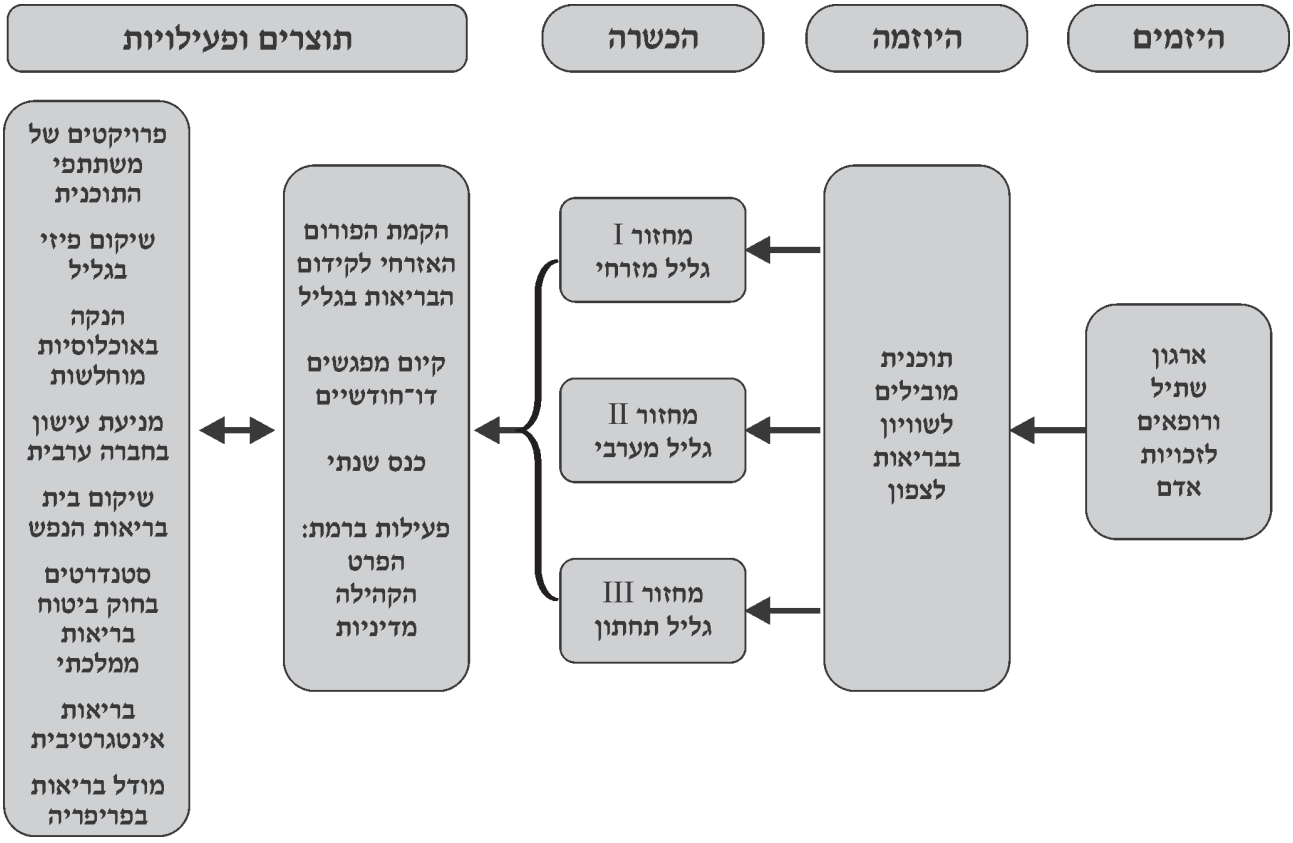
בישראל הזירה המרכזית להשתתפות הציבור בעימותים ובדיונים בסוגיות של מדיניות הן ועדות הכנסת, ולצידן גם אמצעי התקשורת והרשתות החברתיות. עם זאת השתתפות הציבור בתהליכים אלה עודנה מועטה, וגם כאשר נעשה תהליך שכזה, כך למשל בפרלמנט הבריאות (10), גובשו הסוגיות עצמן וההחלטות מלמעלה למטה. על כן, מודל הפעולה לפיתוח מנהיגות בבריאות הוא ייחודי בכך שהוא מפתח פלטפורמה השתתפותית מלמטה למעלה ומביא לביטוי את נקודות המבט השונות. בשל גישה זו פיתוח המודל היה פיתוח דינמי, ושינויים התבצעו במעברים שבין השלבים השונים בעקבות המשוב שהתקבל מן המשתתפים. כך למשל, בעקבות משוב המשתתפים הראשון בתוכנית ההכשרה הראשונה נוסף מרכיב של בריאות ושל זכויות אדם לתוכנית השנייה, והושם דגש חזק יותר על פיתוח פרויקטים ישימים.

התהליך

התוכנית נבנתה כך שתקיף את כלל תושבי הגליל ונפרסה על פני שלושה מחזורים, שבכל אחד מהם נערכו עשרה מפגשים בתקופה של כשישה חודשים (ראו תרשים 1). כל מחזור התבצע בשותפות מקצועית ואקדמית עם מרכז רפואי ועם מוסד אקדמי אזורי. המשתתפים נפגשו כל שבועיים עד שלושה שבועות (שלוש שעות לכל מפגש). כל מפגש כלל חלק ראשון שעסק בידע בריאותי, בזכויות אדם ובזכויות בריאותיות וחלק שני שהתמקד בפיתוח יכולות של הובלת שינוי בקהילה ובקרב מקבלי החלטות.

את החלק שעסק בידע העבירו מומחים מארגונים שונים כגון ארגונים לא-ממשלתיים, מוסדות אקדמיים, בתי חולים בצפון ומשרדים ממשלתיים. המומחים הוזמנו לתת הרצאות ולהשתתף בפאנלים רבי-משתתפים שעסקו בפערים בבריאות, בשוויון, בהוגנות ועוד. הם סיפקו נקודות מבט שונות באשר למערכת הבריאות הציבורית, לשינויים

תרשים 1: **תוכנית מובילים לשוויון בבריאות לצפון**



ולתהליכים שמתרחשים בה וכן נתונים באשר להבדלים במדדי מצב הבריאות ותשתיות הבריאות ומדדים סוציו־אקונומיים רלוונטיים. כמו כן נערכו סדנאות והכשרות למתן כלים לקידום הבריאות, השוויון וההוגנות באזור הצפון.

החלק שעסק בפיתוח יכולות התמקד בסיוע, בהנחיה ובליווי של המשתתפים להוביל וליישם פרויקטים שהם יזמו בנושאים ספציפיים שהם בחרו מתוך עניין אישי וקבוצתי. קבוצות העבודה קיבלו הדרכה כיצד להשתמש באסטרטגיות פעולה שונות כגון עבודה עם התקשורת, סְנגור, פיתוח מודלים חלופיים ועוד. תהליך ההנחיה והליווי שקיבלו קבוצות העבודה כלל הגדרת הצרכים והבעיות להתערבות, ניסוח חזון, מטרות ויעדים מדידים, מיפוי גורמים מסייעים ושותפים בשטח, בחירת אסטרטגיות פעולה, גיוס משאבים והכנת תוכנית פעולה אופרטיבית עם לוח זמנים מוגדר ליישום (ראו טבלה 1).

מטרות

מטרת המחקר היא להעריך את תוכנית ההכשרה לפיתוח מנהיגות לשוויון בבריאות בגליל ואת תוצאותיה.

שאלות המחקר

1. מה היו מניעי המשתתפים לקחת חלק בתוכנית?
2. האם התוכנית השיגה את מטרותיה (בניית פלטפורמה של ידע; פיתוח יכולות להובלת פרויקטים; יצירת רשת אזרחית לפעולה)?
3. מה הם האתגרים שנצפו במהלך התוכניות וכיצד ניתן להתמודד עימם?

שיטות

השיטה שנבחרה לחקר המקרה הייתה פרדיגמת החקירה המשתפת, המבוססת על שותפות בין החוקרים והמשתתפים

בדיון ועל חקירה של הסוגיות השונות. התוכנית עצמה תועדה בדרכים הבאות: מסמכים כתובים למשתתפים (למשל סילבוס תוכניות ההכשרה), ניסוח חזון, הצגות של מומחים, שאלוני משוב למשתתפים, רישום פרוטוקולים של מפגשי הצוות המוביל והערכה עצמית של כל משתתף. המשתתפים קיבלו ניוזלטר אלקטרוני, שבו הוצג מידע על אודות התוכניות ועדכונים באשר להתפתחויות במישור של מדיניות הבריאות כמו גם גישה למאגרי מידע רלוונטיים.

כלי המחקר כללו את האמצעים הבאים: (א) ניתוח תוכן של מסמכי התוכנית; (ב) ראיונות עומק חצי־מובנים פנים מול פנים עם מובילי הפרויקטים (N=7) ועם ספקי מידע אחרים המעורבים בתוכנית (N=3); (ג) מילוי עצמי של שאלונים (N=4) וקבוצות מיקוד של צוות ההיגוי של התוכנית (N=6).

באופן ספציפי היה שימוש בשילוב של כלים כדי לענות על שאלות המחקר. טבלה 1 מציגה את הכלים ששימשו לבדיקת כל אחת משאלות המחקר.

טבלה 1: **הכלים לבדיקת שאלות המחקר**

מס׳ השאלה	מטרת השאלה	הכלים לבדיקה
שאלה 1	בדיקת מניעי ההשתתפות (המוטיבציה)	(א) מסמכי התוכנית (ב) ראיונות עם מובילי הפרויקטים
שאלה 2	בדיקה של השגת מטרות התוכנית	(א) מסמכי התוכנית (ב) ראיונות עם מובילי הפרויקטים ועם ספקי מידע נוספים (ג) ראיונות וקבוצות מיקוד עם חברי צוות ההיגוי
שאלה 3	האתגרים שעלו בתוכנית וההתמודדות עימם	(א) משוב של המשתתפים (ב) ראיונות עם מובילי התוכנית (ג) ראיונות וקבוצות מיקוד עם חברי ועדת ההיגוי (ד) דיונים של צוות המחקר

תוצאות

תיאור משתתפי התוכנית וגורמי המוטיבציה להשתתפות

המשתתפים גויסו באמצעים שונים כגון רשימות תפוצה בדואר אלקטרוני ואתרי האינטרנט של הארגונים השותפים, אתרי אינטרנט יישוביים, הרשתות החברתיות, פרסום בעיתונים אזוריים ומקומיים, בתי חולים וקופות חולים בצפון ורשויות מקומיות. באופן כללי ניתן לאפיין את משתתפי התוכנית כבעלי רקע מקצועי כמטפלים או כמנהלים בתחומי הבריאות והרפואה, חלקם בעלי רקע בפעילות אזרחית ואנשים בעלי עניין אישי בקידום תחומי בריאות, לרוב על רקע ניסיון אישי וחוויות אישיות, משפחתיות או מקצועיות מול מערכת הבריאות. שונות זו של משתתפי התוכנית באה לידי ביטוי גם בנקודות מבט שונות בנוגע לסוגיות שונות שנידונו במסגרת התוכנית ובמפגשים של קבוצות העבודה.

ההתפלגות המגדרית של המשתתפים הייתה שווה כמעט; שיעור הנשים עלה במעט על שיעור הגברים. עם זאת השתתפותם של אנשים מן האוכלוסייה הערבית הייתה נמוכה יחסית, בהתחשב בכך שהם מהווים יותר ממחצית מכלל האוכלוסייה באזור (טבלה 2).

מהטבלה עולה, כי שיעורי ההשתתפות של הערבים לא ייצגו את חלקם היחסי באוכלוסייה הכוללת בצפון. במקביל היו שיעורי הנשירה שווים כמעט בשתי הקבוצות. חשוב לזכור כי ההתפלגות הגיאוגרפית של האוכלוסייה הערבית בצפון אינה אחידה. בצפון־מזרח הגליל, האזור שבו נערכה התוכנית הראשונה, מתגוררת אוכלוסייה יהודית בעיקר, ואילו באזור הגליל המערבי והמרכזי ישנו ריכוז גבוה יותר של תושבים ערביים. בתוכנית השנייה, שנערכה בגליל המערבי, ובשלישית, שנערכה בגליל המרכזי, ננקטו צעדים נוספים כדי לאתר משתתפים ערביים. כך למשל, נערך גיוס דרך אמצעי התקשורת בשפה הערבית (כולל העיתונות הארצית, האזורית ורשת האינטרנט) והרשויות המקומיות. כמו כן הצטרפה להובלת התוכנית אגודת הגליל, האגודה הערבית הארצית למחקר ושירותי בריאות. במישור התכנים שולבו כמה הרצאות שעסקו בבריאות האוכלוסייה הערבית, וגויסה רכזת תוכנית מקצועית דוברת השפה הערבית.

מרבית המשתתפים היהודיים הגיעו מיישובים ומקיבוצים מן המעמד הבינוני והיו בעלי השכלה אקדמית. רק מעטים מהמשתתפים היהודיים הגיעו מעיירות ומערים, כך שכמעט

טבלה 2: **התפלגות המשתתפים במחזורי התוכנית לפי מוצא**

מקום הביצוע	המחזור הראשון (הגליל המזרחי) בית הספר לרפואה ע"ש עזריאלי בצפת			המחזור השני (הגליל המערבי) המכללה האקדמית גליל מערבי בעכו			המחזור השלישי (הגליל המרכזי) בית החולים הסקוטי בנצרת			סה"כ משתתפים
	יהודים	ערבים	סה"כ	יהודים	ערבים	סה"כ	יהודים	ערבים	סה"כ	
נרשמים	24	6	30	51	11	62	5	23	28	120
נושרים	7	2	9	21	6	27	3	5	8	44
מסיימים	17	4	21	30	5	35	2	18	20	76

שלא היה ייצוג לאוכלוסייה העירונית היהודית. יתר על כן, גם לקהילה החרדית ולקהילה האתיופית לא היה ייצוג בתוכנית.

כשנשאלו המשתתפים באשר למוטיבציה שלהם להירשם לתוכנית ולמניעים להשתתפותם, עלו כמה גורמים:

- מחויבות אישית לקידום נושא בריאותי ספציפי (הזדקנות, שיקום, בריאות הנפש, הפסקת עישון ורפואה אינטגרטיבית, חינוך לבריאות);
- חוויה אישית קשה על רקע בעיות במערכת הבריאות (היעדר הזדמנויות מקצועיות, מחסור באנשי מקצוע בתחום הבריאות, זמני המתנה ארוכים והיעדר שירותים בקהילה);
- מודעות לפערים בריאותיים ולצורך בשינוי;
- מחויבות לצדק חברתי ואמונה בכוחם של האזרחים להביא לשינוי;
- רצון לפתח קשרים ולרכוש ידע ומיומנויות שישמשו אותם בחייהם האישיים;
- אמונה בחשיבות הבריאות האישית והציבורית;

מנהלת פרויקט "בתי חולים מקדמי הנקה":

> מה ששבר אותי הייתה אמא מהעיר חצור. היא גרה בקומה הרביעית ועבדה בסופר וקראה הכל באינטרנט, אבל המיילדת לא נתנה לה לידה טבעית. היו לה בעיות בהנקה והיא אפילו לא ידעה שיש אחות מדריכה ומקדמת הנקה ... לא ידעתי בדיוק מה יקרה בתוכנית אבל כבר מהפגישה הראשונה [בתכנית] הבנתי שיש המון אפשרויות לפיתוח קשרים ופוטנציאל לשינוי.

מידת השגתן של מטרות התוכנית

1. יצירת פלטפורמה של ידע

ההכשרה כללה שני מרכיבים: הרחבת ידע והקנייתו וכן פיתוח יכולות. משובי המשתתפים הראו, כי מרכיב הידע בתוכנית הרחיב את נקודת המבט שלהם והעמיק את הבנתם את מערכת הבריאות ואת הפערים שבין הצפון והמרכז. משתתפים שהגיעו עם מעט מאוד ידע באשר למערכת הבריאות נחשפו לעובדות ולנתונים חדשים. המשתתפים בעלי הרקע המקצועי ציינו כי הם הפיקו יותר מהמרכיב של פיתוח היכולת בתוכנית ההכשרה, שהעניק להם ידע חדש על אפשרויות פעולה ועל מעורבות וכן מודעות לפוטנציאל שלהם להוביל תהליך של שינוי.

חלק מהתהליך של פיתוח היכולות נועד לסייע למשתתפים לקדם את יוזמותיהם באופן עצמאי, ובמסגרתו הם עסקו בתכנון ובבחירת אסטרטגיות פעולה. הם למדו גם על המבנה הארגוני והפוליטי של מערכת הבריאות בהקשר של היחסים שבין משרד הבריאות, השלטון המקומי והאקדמיה, של כספים מוסדיים ושל תחרות בין נותני שירותים ציבוריים ופרטיים.

2. פיתוח יכולת לקידום יוזמות בהובלה עצמית

משתתפי התוכנית יצרו עשר קבוצות עבודה להובלת היוזמות והפרויקטים שהם בחרו לקדם:

- קידום לימודי המשך והקמת מרכז למחקר ולמצוינות מקצועית לאנשי מקצוע בתחומי הבריאות והרפואה;
- קידום בתי חולים ידידותיים להנקה;
- קידום שירותי שיקום בצפון;
- הפחתת שיעורי העישון בחברה הערבית;
- קידום בריאות האישה;
- חיזוק וקידום של חינוך לבריאות בבתי ספר;
- קידום רפואה אינטגרטיבית;
- טיפול קהילתי בפסיכוזה חריפה;
- פיתוח שירות הוספיס בית בסוף החיים;
- קידום מדיניות מקדמת בריאות (סטנדרטים להגדרת זמן, מרחק ואיכות בחוק בריאות ממלכתי, תיקונים בנוסחת הקפיטציה) ופיתוח מודל שירותי בריאות גליל / פריפריה.

תפיסת העבודה של צוות התוכניות הייתה לאפשר למשתתפים לממש את המיזמים שלהם באופן עצמאי, ללא דירוג של סדרי עדיפויות באשר למידת החשיבות של יוזמה כזו או אחרת, מתוך עמדה כי אם משהו חשוב למשתתף בתוכנית הרי הוא בעל ערך ומשמעות לאזור כולו. הנחה נוספת הייתה שכאשר אנשים מקדמים את הפעילות שלהם בהצלחה הם גם יעזרו לאחרים, כך שהפרויקטים יספקו בסיס לרישות ולשיתופי פעולה רחבים יותר.

צוות ההיגוי של התוכניות היווה גוף מקצועי מנחה, תומך ומדריך. כמו כן הוא סייע ביצירת שיתופי פעולה, כמו למשל קשר עם קובעי מדיניות חיצוניים ורשויות רלוונטיות.

3. הקמת הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל

אחת המטרות העיקריות של התוכנית הייתה להקים רשת אזורית שתהווה גוף פעיל ומשפיע, אשר יקדם מדיניות שמטרתה לצמצם את הפערים הבריאותיים בין צפון הארץ ומרכזה.

הפורום האזרחי שהוקם פועל כרשת בשני מישורים.

במישור הראשון הוא פועל כמוקד וכחממה המספקים תמיכה ליוזמות של חברי הפורום. במישור השני הפעילות היא כשותפים בקואליציה ארצית, המאגדת כמה ארגונים והתארגנויות בחברה האזרחית והפועלת כדי להשפיע על שינוי מדיניות ועל צמצום הפערים שבין המרכז לפריפריות. במהלך השנים פיתחו חברי הפורום יחסי עבודה שוטפים עם אנשי תקשורת מקומית וארצית, עם חברי כנסת ועם בעלי תפקידים במשרד הבריאות וברשויות המקומיות. הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל התכנס לראשונה בחודש נובמבר 2014, ומאז הוא עורך פגישות דו־חודשיות קבועות במקומות שונים באזור הצפון.

הפורום הפך לרשת פעילה ודינמית של אנשי בריאות ורפואה ושל אנשי מקצוע מתחומים נוספים, בעלי יכולת ופעילים בחברה האזרחית, התומכים זה בזה והמשתפים פעולה סביב יוזמות, רעיונות ופעילויות לקידום הבריאות. כמו כן חברי הפורום מנהלים קשרי עבודה עם מקבלי החלטות ועם בעלי עניין לקידום בריאות, שוויון והוגנות.

באמצעות מפגשים פתוחים שנערכו לאורך כל הדרך הצליח הפורום ליצור מעגל חיצוני של אנשי מקצוע בתחום הבריאות, של גורמים בחברה האזרחית ושל קובעי מדיניות. למעורבותם של ראשי הרשויות המקומיות – ראשי ערים ערביות ויהודיות – ישנה חשיבות ניכרת, כמו גם לשיתופי פעולה שנוצרו עם מוסדות אקדמיים אזוריים. בכך הפך הפורום לגוף בעל כוח והשפעה. עם הקמת הוועדה לבחינת הרחבת שירותי הרפואה בצפון (ועדת גרוטו) בידי משרד הבריאות מונה אחד ממייסדי הפורום (פרופ׳ מיכאל ווינגרטן ז״ל) כחבר בוועדה. כמו כן פעל הפורום לצירוף נציגים של האוכלוסייה הערבית בצפון לדיוני הוועדה. בעקבות פעילות זו מונה נציג אגודת הגליל כחבר משקיף בוועדה.

זאת ועוד, הפורום, יחד עם שלושה ארגונים לא־ממשלתיים שותפים נוספים, הגישו לוועדה נייר עמדה בנוגע לכמה נושאים, ובהם העניינים הבאים: נגישות וזמינות של שירותי הבריאות; קביעת סטנדרטים מדידים של זמן, של איכות ושל מרחק סבירים של שירותי בריאות; חסמים לשוניים ותרבותיים לנגישות הטיפול, בייחוד עבור האוכלוסייה הערבית; הצעת מודל עבודה המבוסס על איגום משאבים בין קופות החולים ובתי החולים באזורי הפריפריה הרחוקה; והצורך בפיתוח שירותי שיקום אמבולטורי ובמרפאות וחדרי מיון קדמיים בקהילה.

בתחילת חודש מרץ 2015 ערך הפורום האזרחי את כנס הגליל לשוויון בבריאות. כנס זה היה הכנס השנתי הראשון בנושא שוויון בבריאות בצפון שהשתתפו בו נציגי משרד הבריאות, מנהלי בתי חולים בצפון, אנשי בריאות וראשי רשויות יהודיים וערביים ובעלי עניין מן הציבור הרחב. כך אמר חבר בפורום:

> אנחנו עושים היסטוריה – הכנס היה מדהים. יש כמה אנשים שלוחצים על הכפתורים הנכונים כדי שאנשים נכונים ישמעו, ואחרים שאמרו דברים שלא ניתן לומר בשום מקום אחר. זה מרגש שיש אנשים שאכפת להם. היה נפלא לראות הרבה נשים וערבים ויהודים ביחד על הבמה.

מאז שנת 2015 הפורום עורך כנס שנתי, הפתוח לציבור הרחב בערים יהודיות וערביות לסירוגין, אשר מוקדש לנושא שנבחר בידי חברי הפורום. כמו כן נערך מפגש שנתי לחברי הפורום בלבד, שבו נידונות סוגיות ויוזמות בתחומי הבריאות השונים וכן תוכנית העבודה השנתית של הפורום.

אתגרים

התוכנית הייתה יעילה בכך שהיא סייעה לאנשים לזהות סוגיות נקודתיות שבהן הם רוצים להיות מעורבים ולעצב תוכניות פעולה. יוזמי התוכנית לא חזו את היקף הפרויקטים ואת מספרם הרב, ולפיכך לא היו ערוכים עם משאבים מקצועיים מתאימים. מצב זה הציב אתגר ארגוני לצוות ההיגוי וקושי במתן מענה למכלול היוזמות. זאת ועוד, מרבית הפרויקטים עסקו בסוגיות של מתן שירות ולא במדיניות או בזכויות אדם. עובדה זו הציבה אתגר בפני הפורום לפתח אסטרטגיות מתאימות כדי לתת מענה לסוגיות אלה. כך לדברי חבר בצוות ההיגוי:

> אנו רואים את המאקרו, בעוד שהשדה מביא יותר מהמיקרו. עלינו למשוך לכיוון המאקרו ולאחריות השלטון, אך גם להקשיב ולשים לב, כי השטח יודע גם וצודק. אפילו במונחים המעשיים ביותר, אם אנחנו רוצים את שיתוף הפעולה שלהם ולעבוד יחד, אנחנו צריכים להקשיב.

הצוות המוביל של התוכנית הניח, שתפקידו לספק תמיכה הולמת לכל יוזמה במסגרת המשאבים הפרסונליים והארגוניים ובהתאם לאופי היוזמה, המשימות שהמשתתפים קיבלו על עצמם, יכולותיהם, מוכנותם ומחויבותם. עם זאת השינוי ברמות השונות (הממשלתית, המוסדית, הארגונית, האזורית, המקומית והתרבותית) הוא מטרה ארוכת טווח, אשר השגתה עשויה לבוא לידי ביטוי זמן ממושך לאחר פיתוח היוזמה. עקב כך היזמים, שהשקיעו (וחלקם עדיין משקיעים) את זמנם ואת מאמציהם בהתנדבות מלאה, מתמודדים עם אתגר לא

פשוט ולפעמים גם עם אכזבות בטווח הקצר ואפילו הבינוני. היות שהתפקיד של הצוות המוביל הוא לשמור על הישגים ולהתקדם במבט ארוך טווח לקראת שינוי ממסדי, הדבר מחייב סבלנות רבה והתמדה כמו גם עידוד וחיזוק האמונה של המשתתפים ביכולתם לחולל את השינוי. כדי להצליח בכך, מטרות ביניים המתמקדות בתהליכים ולא בתוצאות עשויות לשמש מדדי הצלחה, הן כדי לשמר את האנרגיה של האקטיביזם והן כדי להראות את יעילותו.

דיון ומסקנות

זכויות אדם וקידום בריאות

התוכנית אפשרה שיתוף ואיגום של ידע ממקורות רבים ומגוונים (מקצועיים, ארגוניים, פוליטיים ואזרחיים) – ובכלל זה המשתתפים – באופן לא היררכי. הערך המוסף של הידע המשותף הוביל ליצירת ידע חדש, ששבר מוסכמות מקובלות באשר לבעלות על הידע. התהליך כלל את הפעולות הבאות: איסוף הידע והתובנות של המשתתפים; הצבתם בפרספקטיבה רחבה של מערכת הבריאות; המשגתם במושגים של זכויות אדם, של שוויון בבריאות ושל צדק חברתי; ולאחר מכן תרגומם לתוכנית פעולה על מנת לענות על צרכים קונקרטיים שהמשתתפים זיהו.

אמנת אוטווה לקידום הבריאות (1986) (5) דורשת פעולה מתואמת של כל הגורמים הרלוונטיים (ממשלה, מגזר הבריאות, רשויות מקומיות, ארגונים לא־ממשלתיים ומתנדבים) במטרה להשיג שוויון בבריאות ולהפחית את הפערים הקיימים בבריאות, על מנת להבטיח שוויון הזדמנויות ומשאבים שיאפשרו לכל בני האדם להגיע לפוטנציאל הבריאות האופטימלי שלהם. בעוד שהאמנה מתייחסת לשוויון ולפערי בריאות ושוויון הזדמנויות, היא אינה מציינת את המונח "זכויות אדם", והקשר בין קידום בריאות לזכויות בריאות אינו אינטואיטיבי. בישראל קידום הבריאות נתפס בדרך כלל במובן מצומצם יותר, כתחום של מומחיות מקצועית העוסק בהתנהגות בריאה של אנשים (סגנון חיים, תזונה, פעילות גופנית, רווחה וכו'), ונחשב פחות מרפואה ומבריאות הציבור וראוי פחות למשאבים ציבוריים. באמצעות תוכנית זו קיבל קידום הבריאות משמעות אחרת, המשתלבת עם שיח זכויות האדם בשני אופנים. מצד אחד, ניתן לראות ביוזמות שמטרתן לשפר את הבריאות אמצעים לתיקון פערים ולהפחתת אי־השוויון במצב הבריאותי. מן הצד האחר, ישנה הבנה ששפת קידום הבריאות עשויה להועיל בהשפעה על המדיניות הנוגעת לחלוקה צודקת של המשאבים הלאומיים הזמינים. תובנה עיקרית הייתה, שצמצום הפערים אין משמעותו בהכרח השוואה בין תשתיות הבריאות ושירותי הבריאות שבצפון לאלו שבמרכז, אלא התאמת השירותים ופריסתם בהתאם למאפיינים הסוציו־דמוגרפיים של מגוון אוכלוסיות הגליל.

יכולת השיתוף ועמידה בביקורת

אחת התובנות מן התוכנית היא, שאחד מגורמי המפתח לשינוי הוא שיתוף הפעולה והתקשורת עם אנשים דומים בעלי אינטרסים משותפים, הנמצאים בתוך המערכת הציבורית ומחוצה לה. ברמה הממסדית שיתוף פעולה ותקשורת שכאלה כמעט שאינם קיימים. הן בהקשר זה והן מבחינת פיתוח יכולות התוכנית בכלל והפורום האזרחי כתוצר שלה בפרט נחשבים להצלחה גדולה. המפגשים התקופתיים של כלל חברי הפורום והפגישות של קבוצות העבודה אפשרו שיתופי פעולה בין אנשים מדיסציפלינות ומתחומי עניין שונים. באופן זה הפורום מציע הזדמנויות לרישות עם מגוון שחקנים אחרים בתחום ולפיתוח ידע המשפיע על עיצוב המדיניות, הן בסוגיות אזוריות (כמו היעדר שירותי שיקום) והן בסוגיות הנוגעות למדיניות הבריאות (כמו התאמת נוסחת הקפיטציה), כך שתשקף את המאפיינים ואת הצרכים של תושבי הפריפריות; הפורום אף מציע הזדמנויות לפיתוח סטנדרטים שיגדירו מה הם זמן, מרחק ואיכות סבירים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי באופן שיחייב את משרד הבריאות ואת קופות החולים להנגיש את שירותי הבריאות לכלל הציבור. מאז הקמתו עוסקים חברי הפורום באיסוף ובעיבוד נתונים כחלק אינטגרלי מתהליכי העבודה – בכתיבת ניירות עמדה ומדיניות, במאמרים ובראיונות בתקשורת וברשתות החברתיות, כמו גם בדיונים בכנסת ועם מקבלי החלטות בזירות השונות ובפנייה למערכת המשפט במידת הצורך. הידע שפותח, לצד החברות בפורום כשחקנים חברתיים ופוליטיים, אפשרו לחבריו להיות בעלי כוח באופן פרואקטיבי כמובילי מדיניות (כך למשל הפיתוח של מודל שירותי בריאות פריפריה שהוצג בכנס השנתי של האגודה לאיכות ברפואה 2019) לצד מאבק בזירות הפוליטיות והמשפטיות (ראו למשל עתירה לבג"צ בנושא השיקום שהגישה האגודה לזכויות האזרח בשיתוף הפורום (11)). התפיסה כי לפורום יש כוח משפיע עשויה גם להסביר מקרים של התנגדות פעילה שהתוכנית נקלעה אליהם, עקב כך שהמתנגדים ראו בה גורם מאיים.

מדד נוסף להצלחת התוכנית הוא שהיא נוהלה במלואה בידי אנשים שחיים באזור הצפון, וכן נתמכה בידי שותפויות אסטרטגיות של שני ארגוני זכויות אדם מרכזיים בחברה האזרחית, שאף שניהם מבוססים בצפון (שתיל־חיפה ואגודת הגליל). רוב המומחים החיצוניים שהוזמנו להשתתף במרכיבים השונים של תוכניות ההכשרה התגוררו גם הם ועבדו באזור הצפון. אסטרטגיה זו ממחישה את הדרך הייחודית שבה התוכנית שילבה את הפן המקצועי עם הפן האישי, ועודדה

את המשתתפים ואת השותפים לשלב בין החוויה האישית והידע המקצועי, תוך יצירת שותפויות המבוססות לא רק על מקצועיות, כי אם גם על אחריות הדדית ועל סולידריות בין חברי הפורום.

אחת החוזקות של התוכנית הייתה גיוסם של אנשי מקצוע מתחום הבריאות כפעילים. עקב כך היה הפרופיל הדמוגרפי של המשתתפים גבוה. אף שזו הייתה הכוונה המודעת, זוהי גם חולשתה של התוכנית, מכיוון שהאנשים שהם הנפגעים העיקריים מאי־השוויון לא השתתפו. מאפיינים חברתיים בעלי השפעה על בריאות כמו עוני – בעיקר בקרב תת־האוכלוסייה הערבית – וקבוצות נוספות, כגון קשישים, חרדים ועולים חדשים, כמעט שלא זכו לייצוג בתוכנית. אזורים שונים בצפון מאופיינים בגיוון אתני, ובתוך כל קבוצה אתנית ייתכנו פערים חברתיים־כלכליים קיצוניים, היוצרים מציאות של פריפריה בתוך הפריפריה. חשוב לומר שחוויה של אפליה אינה בהכרח אינדיבידואלית, והיא עשויה להיות מבנית ולא אישית. הגיאוגרפיה של אזור הצפון אינה תומכת בצורכי האוכלוסייה, וגורמים חברתיים וכלכליים מצביעים על בעיות מבניות שמגבירים פגיעות.

על רקע ההכרה בהבדלים פנים־אזוריים בבריאות, ומתוך הנחה כי פערי בריאות קשורים הן למיקום הגיאוגרפי והן למגדר ולהשתייכות אתנית, התוכנית נערכה בשלושה אזורים בגליל כדי להביא לידי ביטוי את המומחיות ואת הידע המקומי. הגישה הייתה לגייס אנשים בעלי נקודות מבט שונות, ובמקביל ליצור סולידריות באמצעות מבט אזורי כולל באשר למחסומים גיאוגרפיים משותפים בגישה לטיפול רפואי, למידע סטטיסטי על פערי בריאות ולערך הצדק החברתי.

חלק מהמשתתפים הראו דפוסי התנהגות אופייניים למיעוטים שוליים: קושי, כעס וייאוש, תחושת ריחוק מן ה"מיינסטרים", מן הממשל וממוקדי כוח, לצד חוסר אמונה ביכולתו של האזרח לחולל שינוי. גם כאן ננקטה גישה מכילה, והמשתתפים – ערבים ויהודים – שאבו עידוד מן העבודה המשותפת על הסוגיות השונות. החשיבה הייתה לשתף פעולה ולהיעזר ביכולתה ובכוחה של הקבוצה החזקה יותר לגשת אל מרכזי כוח ולהשפיע עליהם. אך אם אפליה מבנית של מיעוט פוליטי היא גורם העומד בשורשו של אי־השוויון הבריאותי באזור, הרי האתגר לעתיד הוא לשים דגש על נושא זה ולתעדף את צורכיהן של קבוצות אוכלוסייה מוחלשות.

עם זאת הרב־תרבותיות והמגוון האנושי באזור הם משאב חשוב. מבחינה זו יצרה התוכנית הזדמנויות לקדם את בריאות האוכלוסייה בדרכים ייחודיות, העשויות לתרום לאזורים אחרים במדינה. ניכר במחקר הנוכחי כי **המניע העיקרי להשתתפות בתוכנית הוא ניסיון החיים האישי**. התוכנית מדגימה, כי יוזמות אזרחיות־מקצועיות המבוססות על ניסיון חיים אישי יכולות להיות כלי להובלת תהליכי שינוי בתחום הבריאות. תמיכה ארגונית מקצועית מחזקת יוזמות מסוג זה, משפרת את יעילותן ומחזקת את יכולותיהם של המשתתפים לקבל על עצמם אחריות לקידום הבריאות והשוויון.

התוכנית גייסה עשרות אנשים שלהם נקודות מבט מקצועיות ואישיות שונות, וייתכן שהיעילות שלה נובעת מן הפרופיל הדמוגרפי הגבוה וממגוון המשתתפים. בתוכניות עתידיות ניתן לעודד קריטריונים לקבלת משתתפים שיסתמכו על גורמים כמו חינוך, ניסיון מקצועי, כישורי אקטיביזם ומוטיבציה אישית, סוכנות ומחויבות.

מכיוון שהתכנון הכולל של התוכנית נעזר בגישה מכוונת לתהליך, שיעורים שנלמדו ממקרה זה עשויים לשמש מודל שניתן להתאימו למסגרות חברתיות־תרבותיות אחרות ולמערכות פוליטיות שונות של ניהול הבריאות והשירותים.

התוכנית הייתה ישימה והשיגה את מטרתה העיקרית. ההחלטה של קבוצות אנשים המתגוררים בפריפריה לשתף פעולה עם מגוון שותפים מן החברה האזרחית, מן השלטון המקומי, מארגון הבריאות ומן האקדמיה ולפעול כדי להביא לשינוי איננו דבר מובן מאליו. התוכנית זכתה להצלחה מבחינת מספרם והיקפם של הפרויקטים שהובילו משתתפי התוכנית בעצמם ומבחינת הרשת הפרו־אקטיבית הדינמית של הפורום האזרחי. כדברי אחת ממובילי התוכנית, "התוכנית הפתיעה אותי ביחס ליכולת להוביל תהליכים עם מספר גדול של שחקנים. הפורום האזרחי, הכנס וחלק מהפרויקטים התפתחו הרבה מעבר למה שיכולתי לדמיין".

הפעילות שהפיקה התוכנית עוררה עניין חיובי בשיתוף פעולה בין מוסדות רפואיים חיצוניים ורשויות השלטון המקומי, וזכתה לתשומת לב מסוימת של קובעי מדיניות ברמה הלאומית. האקטיביזם האזרחי שימש להתריע בפני הרשויות על מה שהחברה האזרחית מייחסת לו חשיבות בתחום הבריאות, ולעודד אותן לתעדף את נושא הבריאות בתכנון שלהן בהתאם.

תובנה עיקרית הייתה, שצמצום הפערים מצריך מענה הן בתשתיות בקהילה והן בבתי החולים מתוך נקודת מבט רחבה על אורח חיים, על תשתיות מקדמות בריאות ועל שירותי בריאות נגישים ומותאמים למאפיינים הסוציו־דמוגרפיים של האוכלוסיות בגליל. ייחודו של הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל היא ההחלטה לפעול להשגת כל אלו מתוך שותפות וסולידריות בין כלל תושבי הגליל ובשיתוף ובתיאום עם תושבי הפריפריה הדרומית.

מילות תודה

אנו מודים לארגון הבריאות העולמי על קבלת מענק מחקר לביצוע הערכת התוכנית במסגרת מענק המחקר Human Rights, Health Policy-Making and Programming Case Study Report.

כמו כן תודתנו נתונה לצוות הערכת התוכנית: פרופ׳ מיכאל ויינגרטן ז״ל, ד״ר כרמל שלו, ד״ר מיכאל שטרנברג וכל חברי וחברות הפורום האזרחי לקידום הבריאות בגליל.

מקורות

1. משרד הבריאות, האגף לתכנון אסטרטגי וכלכלי. אי־שוויון בבריאות וההתמודדות עמו. ירושלים; 2018.
2. וייס א׳. תמונת מצב המדינה: תרשימים בנושאי חברה וכלכלה בישראל. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל; 2019.
3. United for Human Rights. Universal Declaration of Human Rights, Official Document, 1948. Available from: https://www.humanrights.com/about-us/what-is-united-for-human-rights.html
4. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata, 1978. Available from: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1
5. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canada; 1986. Available from: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html
6. Adler P, Jermier J. Developing a field with more soul: standpoint theory and public policy research for management scholars. Acad Manage J. 2005;48(6):941-4.
7. Edmonds-Cady C. Getting to the grassroots: feminist standpoints within the welfare movement. J Sociol Soc Welf. 2009;36(2):11-33.
8. Carey G, Crammond B, Keast R. Creating change in government to address the social determinants of health: how can efforts be improved?. BMC Public Health. 2014; 14:1087.
9. The right to the highest attainable standard of health: Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, 22d Sess. (2000) U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), para. 54.
10. Guttman N, Shalev C, Kaplan G, Abulafia A, Bin-Nun G, Goffer R, et al. What should be given a priority — costly medications for relatively few people or inexpensive ones for many? The health parliament public consultation initiative in Israel. Health Expect. 2008;11:177-88.
11. האגודה לזכויות האזרח בישראל. לצמצם פערים בשירותי השיקום בין המרכז לפריפריה (בג״ץ 6941/16 גנון נ׳ שר הבריאות) [אינטרנט], 7 בספטמבר 2016. נדלה מתוך: https://www.acri.org.il/single-post/136 [נצפה ביום 1.1.2020]

מעמדו של החינוך הגופני בבית הספר: משוליות למשמעות

רינת ארביב אלישיב, רונית גביש
מכללת סמינר הקיבוצים

תקציר

רקע: תחום החינוך הגופני בבתי הספר נדחק לשוליים הקוריקולריים במשך שנים רבות. עם העלייה במודעות הציבור לתרומה של ההקפדה על אורח חיים בריא להבטחת איכות החיים והרווחה של הפרט, חלו תמורות בתפיסה של תחום החינוך הגופני בבתי הספר.

מטרת המחקר: המחקר הנוכחי מבקש לבדוק כיצד תופסים אנשי החינוך – מורים לחינוך גופני ומורים המלמדים תחומים עיוניים – את תחום החינוך הגופני, הן מבחינת מעמדו בבית הספר והן מבחינת התרומה שלו לילדים ולבני הנוער.

שיטה: במחקר השתתפו 229 מורים, מהם 105 מורים לחינוך גופני ו־124 מורים בתחומים עיוניים, אשר ענו על שאלון לדיווח עצמי.

תוצאות: הממצאים מצביעים על כך שתחום החינוך הגופני נתפס כמקצוע חשוב, הזוכה לדירוג טוב יחסית למקצועות הליבה האחרים. תוכנית הלימודים שלו נתפסת כמורכבת במידה בינונית, והוא נתפס כתחום שיש לכלול אותו במערך הטיפולי בבית הספר. בהסתמך על מודל ההון האנושי, נמצא גם שתרומת שיעורי החינוך הגופני באה לידי ביטוי במרחב הוליסטי, הכולל ממדים גופניים־בריאותיים, רגשיים, חברתיים, אינטלקטואליים־קוגניטיביים וממדים של פיתוח מיומנויות אישיות. ממדים אלו מתחזקים עם העלייה במעמדו של החינוך הגופני בבית הספר.

דיון ומסקנות: ניתן לומר, כי הבניה של תהליכי משמעות עמוקים בתפיסת תחום החינוך הגופני בבית הספר עשויה לטפח משאבים מגוונים עבור בני הדור הצעיר, ובכך להרחיב את פרופיל ההתייחסות לאורח חיים בריא.

מילות מפתח: **חינוך גופני בבית הספר, הון אנושי וקידום בריאות.**

רקע

ניהול אורח חיים בריא הוא יסוד מכונן בקידום הבריאות ואיכות החיים של הפרט. להקפדה על אורח חיים בריא סגולות בריאותיות הן כפעולת מניעה והן בתהליך ריפוי ממחלות (2,1). בקרב ילדים ובני נוער הקפדה זו היא קריטית בכל הנוגע למניעת השמנה (4,3). ילדים ובני נוער רבים מנהלים אורח חיים יושבני, וממעטים לבצע פעילות גופנית. סקר ה־HSBC (5) מצא, כי 41% מבני הנוער בישראל נוטים לשבת ארבע שעות לפחות ביום בזמנם הפנוי לאחר שעות בית הספר, שבמהלכו הם נוהגים לצפות בטלוויזיה, להשתמש במחשב, לנסוע ברכב, לאכול וכדומה. במקביל לכך חלה עלייה עקבית במדד ה־BMI. התוצאה היא ששיעור הילדים בעלי עודף משקל גדל. מגמות דומות ישנן במדינות רבות בעולם המערבי. יוצא אפוא, שהפנמת ערכים של קידום בריאות כבר מגיל צעיר הופכת ליעד חשוב ומרכזי של המדיניות החינוכית בשנים האחרונות (6). המטרה היא לחשוף את הילדים ואת בני הנוער לפרקטיקות מקדמות בריאות במסגרת לימודיהם בבתי הספר. מדיניות זו מיושמת בדרכים שונות, אך בראש ובראשונה היא באה לידי ביטוי באמצעות שילוב של שיעורי חינוך גופני בתוכנית הלימודים הבית ספרית.

חינוך גופני בבתי הספר

תחום החינוך הגופני נכלל בתוכנית הליבה של בתי הספר היסודיים והעל־יסודיים במערכות חינוך רבות בעולם.

תוכנית הלימודים בתחום זה שואפת לטפח הרגלי פעילות גופנית במטרה לשפר את רמת התפקוד של הילדים ובני הנוער, כמו גם לשמר את בריאותם ולהשביח את איכות חייהם (7). בישראל ישנה מגמה דומה (8). תחום זה נלמד במסגרת של שתי שעות שבועיות לאורך כל שנות הלימוד בבית הספר, והוא אף מוצע כמקצוע מוגבר בבחינות הבגרות (9).

תוכנית הלימודים בתחום החינוך הגופני נגזרת מתוך תפיסה הוליסטית, הכורכת בתוכה רבדים שונים של תרומת הפעילות הגופנית לפרט. מבחינה תיאורטית תפיסה זו מזוהה עם מודל "ההון האנושי" (10). מודל זה מניח, כי פעילות גופנית היא השקעה אשר בעתיד תניב תשומות לשיפור איכות החיים והרווחה של הפרט. תשומות אלו באות לידי ביטוי באמצעות השגת משאבים בתחומים מגוונים, ובהם התחומים הבאים: הגופני־בריאותי; הרגשי; החברתי; האינטלקטואלי־קוגניטיבי; האינדיבידואלי, היינו בטיפוח כישורי חיים ומיומנויות אישיות; הכלכלי, היינו לקידום הפריון התעסוקתי.

תוכנית הלימודים בתחום החינוך הגופני מבוססת במיוחד על תפיסה גופנית־בריאותית, המדגישה את המודעות לתנועת הגוף, בין היתר באמצעות הקפדה על יציבה נכונה, על חיזוק השלד והשרירים, על פיתוח סיבולת לב־ריאה ועל הקניית הרגלים של אורח חיים בריא. במקביל לכך היא אף מקדמת תפיסה התפתחותית המכוונת להתפתחות מוטורית (כגון קואורדינציה, שיווי משקל, התמצאות במרחב, זמן תגובה ותיאום תנועה), תוך התאמת המשימות לגיל ולרמת התפקוד (11) ולהתפתחות פסיכולוגית־חברתית, תוך הצבת אתגרים, חיזוק הדימוי העצמי ופעילויות שיתופיות (7). כמו כן תוכנית הלימודים כוללת הקניית מיומנויות בענפי הספורט השונים (12). במהלך שיעורי החינוך הגופני הילדים ובני הנוער נחשפים למגוון פעילויות דידקטיות והתנסויות משחקיות. הם נתקלים במצבים מורכבים, המצריכים שימוש במגוון תפקודים אישיים וניהוליים. במקביל לפעילות הגופנית עצמה הם נדרשים לא אחת לנתח אירועים, לקבל החלטות, לשתף פעולה, לגלות אחריות והוגנות, לשמור על כללים, לציית לחוקים ולהוראות ולפתח אסטרטגיית פעולה (13). פעילויות אלו גורמות לילדים ולבני הנוער הנאה רבה, כמו גם אתנחתא ופורקן מסבב השיעורים העיוניים (14).

מעמדו של מקצוע החינוך הגופני בבית הספר

למרות היתרונות של תחום החינוך הגופני לקידום בריאות הילדים ובני הנוער, בפועל מעמדו בתוכנית הלימודים הבית ספרית נדחק לשוליים (15). מעמדו כפרופסיה עיונית־אקדמית הוא נמוך (16), והוא נתפס כתחום גברי ותחרותי (17). הוא אף נתפס כפעילות פנאי והנאה (18) וכבעל השפעה שולית על העתיד התעסוקתי של הילדים ושל בני הנוער (19). הפעילות המקצועית בתחום זה מתמקדת לא אחת בארגון מפעלי ספורט ותחרויות, והמתקנים והציוד שלו ממוקמים לרוב בריחוק ממוקדי הפעילויות של בית הספר ומחדר המורים (21,20). זאת ועוד, שיעור גבוה יחסית של מורים בתחום זה עובדים במשרות חלקיות, ושיעור קטן מהם נושאים תפקידים בבית הספר (22).

תפיסת המורים לחינוך גופני את המקצוע היא אמביוולנטית. מצד אחד הם חשים גאווה מקצועית ותחושת שליחות, ומצביעים על מערכת יחסים מיוחדת בינם לבין הילדים ובני הנוער. אולם מן הצד האחר הם מדווחים על בידוד מקצועי ועל צורך להגן על הנחיצות ועל הייחודיות של המקצוע בעיני עמיתיהם בבית הספר. תחושת השוליים של המורים לחינוך גופני באה לידי ביטוי גם בכך, שהחינוך הגופני נתפס כתחום שתומך בלמידה האקדמית ואינו עומד כתחום דיסציפלינרי עצמאי (20,15). מורים לחינוך גופני בבתי הספר העל־יסודיים ומי שהם בעלי תארים אקדמיים מתקדמים הביעו תחושה עמוקה יותר של דחיקה לשוליים מאשר מורים לחינוך גופני בבתי הספר היסודיים ומי שהם בעלי תואר ראשון בלבד (16).

בשנים האחרונות חלו תמורות במעמדו של תחום החינוך הגופני בבתי הספר. הצורך לקדם ערכים של אורח חיים בריא ולהקנות פרקטיקות מקדמות בריאות במסגרת הבית ספרית הציבו זרקור על מקצוע החינוך הגופני. בעקבות זאת התחדדה ההבנה על אודות התרומה ההוליסטית של שיעורי החינוך הגופני לאיכות הלמידה (19) ולהקניית מיומנויות חברתיות ואישיות (18). יתרה מכך, לייסון ועמיתיו (23) מוצאים, כי בקרב מורים במקצועות כלליים העוסקים בפעילות גופנית בשעות הפנאי והחשים הנאה מן הפעילות ניכר יחס חיובי למקצוע החינוך הגופני והבנה של חשיבות המקצוע, הן בהיבט הבריאותי והן בהיבט החברתי־רגשי.

גם בישראל תחום החינוך הגופני נתפס כתחום שולי בתוכנית הלימודים של בתי הספר היסודיים והעל־יסודיים (24). מורים לחינוך גופני הביעו תחושות של תסכול מן המעמד הנמוך של המקצוע (22), מתחושת הבידוד ומן הצורך למצב את מעמדם המקצועי (20). נושא זה זכה לתשומת לב מצומצמת במחקר החינוכי בישראל. לאור השינוי בתפיסת תפקידו של בית הספר בהבניית מדיניות מקדמת בריאות (25) ושילובן של תוכניות התערבות לקידום בריאות (6), ובהן הקמת בתי ספר מקדמי בריאות והצבת המורים לחינוך גופני כמובילי הרפורמה (26), חשוב לערוך בחינה מחודשת של תפיסת אנשי הצוות החינוכי (מורים לחינוך גופני ומורים לתחומים עיוניים) את מעמדו ואת תרומתו של מקצוע החינוך הגופני בבתי הספר. המחקר הנוכחי מבקש לעמוד על תפיסתם של מורים בבתי הספר, הן מורים לחינוך הגופני והן

מורים במקצועות עיוניים, כלפי תחום החינוך הגופני ותרומתו לקידום אורח חיים בריא של הילדים ושל בני הנוער.

שאלות מחקר:

1. באיזה מקום מדורג מקצוע החינוך הגופני לעומת מקצועות ליבה בבית הספר בידי מורים לחינוך גופני ומורים בתחומים עיוניים?
2. באיזה אופן תופסים המורים לחינוך גופני והמורים בתחומים העיוניים את מעמדו של מקצוע החינוך הגופני בבית הספר?
3. באיזה אופן תופסים המורים לחינוך גופני והמורים בתחומים העיוניים את תרומת מקצוע החינוך הגופני לקידום אורח החיים של הילדים ושל בני הנוער?

שיטת המחקר

משתתפים

במחקר השתתפו 229 מורים, מהם 105 מורים לחינוך גופני ו־124 מורים בתחומים עיוניים. איסוף הנתונים נערך בשיטה של "כדור שלג", באמצעות פנייה למורים בבתי ספר ובהשתלמויות מקצועיות. מדגם המורים לחינוך גופני כלל 40 גברים ו־65 נשים בגיל ממוצע של 37.9 שנים (סטיית תקן 8.9). כשליש מהמורים הם בעלי תואר שני ומעלה. מרבית המורים (85%) מלמדים בבתי הספר במגזר הממלכתי. כ־62% מהם מלמדים בבתי ספר יסודיים. ותק ההוראה עומד על 10.51 שנים בממוצע (סטיית תקן 9.1). מדגם המורים במקצועות העיוניים כלל 119 נשים ו־5 גברים בגיל ממוצע של 42.1 שנים (סטיית תקן 8.1). קרוב למחציתם (44%) הם בעלי תואר שני ומעלה. רובם מלמדים בחינוך הממלכתי, כ־64% מהם מלמדים בחינוך היסודי. הוותק בהוראה עומד על 15.15 שנים בממוצע (סטיית תקן 9.1).

כלי המחקר

המחקר נעזר בשאלון לדיווח עצמי. החלק הראשון של השאלון כלל שאלות בדבר מאפייני רקע של המורים (מגדר, שנת לידה, השכלה, ותק בהוראה) ובדבר מאפיינים של בית הספר (שלב חינוכי, מגזר). בחלק השני התבקשו המשתתפים לדרג את מקצוע החינוך הגופני ביחס למקצועות ליבה אחרים. החלק השלישי נגע לעמדות כלפי מקצוע החינוך הגופני ולתוכנית הלימודים בתחום. החלק הרביעי נגע לתרומה של מקצוע החינוך הגופני לילדים ולבני הנוער. השאלות בחלק השלישי והרביעי נוסחו כהיגדים בסולם ליקרט, הנע בין 1 (לא מסכים/ה כלל) ל־5 (מסכים/ה במידה רבה מאוד). בהקדמה לשאלון הובהרה מסגרת המחקר והובטחה אנונימיות למשיבים. השאלון נבנה בהסתמך על מחקרים אמפיריים בתחום (16,15), והוא תוקף באמצעות מומחי תוכן. כמו כן הוא נבדק במסגרת קבוצת מיקוד של מורים. בסוף התהליך תוקנו ההיגדים הרלוונטיים.

משתנים

במסגרת ניתוח הנתונים נבנו המשתנים הבאים:

חשיבות מקצוע החינוך הגופני בבית הספר. משתנה זה נבנה באמצעות חמישה היגדים שנמדדו בסולם ליקרט בין 1 (כלל לא) ל־5 (במידה רבה מאוד), כגון: "חינוך גופני הוא מקצוע חשוב בבית הספר"; "לא מומלץ להפסיד שיעורי חינוך גופני" (α=.70).

מורכבות תוכנית הלימודים בתחום החינוך הגופני. משתנה זה נבנה באמצעות חמישה היגדים שנמדדו בסולם ליקרט בין 1 (כלל לא) ל־5 (במידה רבה מאוד), כגון: "תוכנית הלימודים בחינוך גופני היא שיטתית ומובנית"; "במהלך שיעורי חינוך גופני נלמד ידע רב" (α=.87).

שילוב של תחום החינוך הגופני במערך הטיפולי של בית הספר. משתנה זה נמדד כהיגד יחיד בסולם ליקרט בין 1 (כלל לא) ל־5 (במידה רבה מאוד).

תרומת שיעורי החינוך הגופני לילדים ולבני הנוער. סוגיה זו נבדקה באמצעות עשרים היגדים שנמדדו בסולם ליקרט בין 1 (כלל לא) ל־5 (במידה רבה מאוד). הם נותחו באמצעות ניתוח גורמים בשיטת principal component. במהלך הניתוח נמצאו חמישה גורמים בהלימה למודל "ההון האנושי":

1. **ממד גופני־בריאותי.** משתנה זה נבנה באמצעות שלושה היגדים, כגון: "שיעורי חינוך גופני מסייעים במניעת השמנה"; "שיעורי חינוך גופני שומרים על הכושר הגופני של הילדים" (α=.72).
2. **ממד רגשי.** משתנה זה נבנה באמצעות חמישה היגדים, כגון: "שיעורי חינוך גופני עוסקים במיומנויות רגשיות"; "שיעורי חינוך גופני תורמים לרווחה הנפשית של הילדים" (α=.76).
3. **ממד חברתי.** משתנה זה נבנה באמצעות שלושה היגדים, כגון: "שיעורי חינוך גופני תורמים לגיבוש החברתי"; "שיעורי חינוך גופני משפרים את האקלים בכיתה" (α=.85).
4. **ממד אינטלקטואלי־קוגניטיבי.** משתנה זה נבנה באמצעות חמישה היגדים, כגון: "שיעורי חינוך גופני משפרים את רמת הריכוז בתהליך הלמידה"; "שיעורי חינוך גופני מפתחים תהליכי חשיבה קוגניטיביים" (α=.87).
5. **ממד אינדיבידואלי – שיפור מיומנויות אישיות.** משתנה זה נבנה באמצעות ארבעה היגדים, כגון: "שיעורי חינוך גופני מקנים מיומנויות של המאה

ה־21", "שיעורי חינוך גופני מקנים מיומנויות המתאימות לשוק התעסוקה" (α=.79).

ממצאים

דירוג מקצועות הלימוד בבית הספר

בחלק הראשון בשאלון התבקשו המורים לדרג את מקצועות הליבה הנלמדים בבית הספר בהתאם לרמת החשיבות שלהם בתהליכי הלמידה בבית הספר. בפני המשתתפים הוצגו שבעת תחומי הליבה: חינוך גופני, מתמטיקה, אנגלית, עברית/שפה, מדעים, היסטוריה ותנ"ך. לוח 1 מציג את התפלגות דירוגי המשתתפים במקום הראשון והשני.

בראש הרשימה דורגו מקצועות המתמטיקה והאנגלית כבעלי חשיבות גבוהה בתהליכי הלמידה בבית הספר. הדירוג הגבוה של שני התחומים הללו זוכה להסכמה בקרב המורים לחינוך הגופני ובקרב המורים המלמדים תחומים עיוניים. תחום השפה זכה גם הוא לדירוגים גבוהים, אם כי במידה נמוכה יחסית בקרב המורים לחינוך גופני. בתחתית הרשימה מופיעים מקצועות ההיסטוריה והתנ"ך. שיעור נמוך מאוד מקרב המשתתפים הציבו מקצועות אלו בדירוג גבוה – במקום הראשון או השני; הם דורגו כבעלי חשיבות נמוכה יחסית בתהליכי הלמידה בידי שתי קבוצות המורים. מקצוע החינוך הגופני זכה לדירוג גבוה בקרב המורים לחינוך גופני; יותר ממחצית (53.5%) המורים לחינוך גופני שהשתתפו במחקר דירגו את החינוך הגופני במקום הראשון או השני בחשיבותו בקידום תהליכי הלמידה בבית הספר. לעומתם רק שיעור נמוך מהמורים בתחומים העיוניים נקט מגמה דומה. כשליש מהם (32%) דירגו את מקצוע החינוך הגופני בשני המקומות האחרונים (מקום 6 ו־7).

מעמדו של תחום החינוך הגופני בבית הספר

בחלק השני בשאלון נבדק באיזו מידה ישנם הבדלים בין מורים המלמדים חינוך גופני ומורים המלמדים מקצועות עיוניים באשר לתפיסת מעמדו של תחום החינוך הגופני בבית הספר. בהקשר זה נבדקו שלושת ההיבטים הבאים: חשיבותו של תחום החינוך הגופני בבתי הספר; מורכבותה של תוכנית הלימודים בתחום זה; תפיסת המקצוע כנדבך במערך הטיפול הבית ספרי. סוגיה זו נבדקה תוך שנערכה הבחנה בין החינוך היסודי והחינוך העל־יסודי, לאור השונות שבתוכנית הלימודים בין שלבי החינוך. ניתוח שונות דו־כיווני מוצג בלוח 2.

הממצאים בלוח מצביעים על החשיבות הגבוהה שהמורים לחינוך גופני מייחסים לתחום זה במסגרת הבית ספרית. מורים המלמדים תחומים עיוניים בחינוך היסודי מייחסים אף הם חשיבות גבוהה לתחום החינוך הגופני, אם כי במידה נמוכה

לוח 1: **התפלגות הדירוג של מקצועות הליבה בהתאם לחשיבות שלהם בתהליכי הלמידה**

	מורים לחינוך גופני	מורים בתחומים עיוניים
חינוך גופני	53.5%	11.3%
מתמטיקה	60.0%	57.2%
אנגלית	49.5%	57.3%
עברית/שפה	25.7%	54.8%
מדעים	9.5%	8.8%
היסטוריה	1.9%	4.0%
תנ"ך	1.9%	6.4%
N	**105**	**124**

מעט מהמורים לחינוך גופני. הממצא הבולט בהקשר הזה נוגע לדירוג של המורים המלמדים מקצועות עיוניים בבתי הספר העל־יסודיים. מורים אלה מדרגים את מעמדו של תחום החינוך הגופני בבית הספר ברמה בינונית בלבד.

באשר לתוכנית הלימודים בתחום החינוך הגופני, מורכבותה נתפסת כבינונית בעיני המורים לחינוך גופני בחינוך היסודי והעל־יסודי ובעיני המורים המלמדים מקצועות עיוניים בחינוך היסודי. שוב בולט הדירוג הנמוך של המורים המלמדים מקצועות עיוניים בחינוך העל־יסודי. מורים אלה תופסים את מורכבות תוכנית הלימודים בתחום החינוך הגופני כנמוכה. באשר לחשיבות השילוב של תחום החינוך הגופני במערך הטיפולי של בית הספר, בהקשר זה ישנה תמימות דעים בין המורים לחינוך גופני והמורים המלמדים מקצועות עיוניים בשני שלבי החינוך, אם כי שוב הדירוג של המורים המלמדים מקצועות עיוניים בחינוך העל־יסודי נמוך יותר. אפשר לסכם ולומר, כי תחום החינוך הגופני זוכה למעמד איתן במסגרת תוכנית הלימודים הבית ספרית בעיני הצוות החינוכי.

תרומת החינוך הגופני בבית הספר

הבדיקה בשלב זה הייתה של תפיסת התרומה של החינוך הגופני לקידום אורח חיים בריא. סוגיה זו נבדקה גם היא בהשוואה בין מורים המלמדים חינוך גופני ומורים המלמדים מקצועות עיוניים באשר לתפיסת התרומה של לימודי החינוך הגופני בבתי הספר לקידום אורח חיים בריא בקרב הילדים ובני הנוער. הבדיקה התבססה על מודל "ההון האנושי", תוך שנערכה הבחנה בין החינוך היסודי והחינוך העל־יסודי. ניתוח שונות דו־כיווני מוצג בלוח 3.

הממצאים בלוח מלמדים, כי לימודי החינוך הגופני בבית הספר נתפסים כבעלי תרומה ניכרת לילדים ולבני הנוער בכל הממדים של מודל "ההון האנושי". ממצא זה מצביע על כך, שהצוותים החינוכיים בבתי הספר תופסים את התרומה של תחום החינוך הגופני באופן רחב והוליסטי. המורים לחינוך גופני בפרט תופסים את התרומה של לימודי החינוך הגופני

לוח 2: הבדלים בתפיסת מעמד תחום החינוך הגופני – לפי תחום ההוראה והשלב החינוכי (סטיית התקן בסוגריים)

שכבת גיל:	יסודי		על יסודי		F
תחום ההוראה:	חינוך גופני	עיוני	חינוך גופני	עיוני	
חשיבות מקצוע החינוך הגופני בבית הספר	4.40 (.55)	4.15 (.67)	4.41 (.59)	3.52 (.90)	תחום לימודים: ***37.37 שכבת גיל: ***10.90 אינטראקציה: ***11.85
מקצוע החינוך הגופני מבוסס על תוכנית לימודים מורכבת	3.59 (.63)	3.40 (.69)	3.41 (.69)	2.88 (.79)	תחום לימודים: ***12.66 שכבת גיל: ***11.26 אינטראקציה: *4.19
חשיבות השילוב של תחום החינוך הגופני במערך הטיפולי	4.42 (.81)	4.58 (.74)	4.60 (.63)	4.00 (1.17)	תחום לימודים: 3.49 שכבת גיל: 2.49 אינטראקציה: ***10.95
N	65	79	40	45	

*p≤.05, **p≤.01, ***p≤.001

לוח 3: הבדלים בתפיסת תרומת לימודי החינוך הגופני – לפי תחום ההוראה ושלב חינוכי (סטיית התקן בסוגריים)

	יסודי		על־יסודי		F
תחום ההוראה:	חינוך גופני	עיוני	חינוך גופני	עיוני	
תחום גופני־בריאותי;	4.09 (.87)	4.21 (.70)	4.29 (.73)	3.70 (1.09)	תחום לימודים: *4.24 שכבת גיל: 1.76 אינטראקציה: **9.38
תחום רגשי	3.99 (.75)	3.92 (.66)	4.04 (.77)	3.49 (.94)	תחום לימודים: **9.65 שכבת גיל: 3.39 אינטראקציה: *5.26
תחום חברתי	4.25 (.80)	3.96 (.94)	4.22 (.77)	3.72 (1.18)	תחום לימודים: **9.54 שכבת גיל: 1.19 אינטראקציה: .62
תחום אינטלקטואלי־קוגניטיבי	4.29 (.64)	3.98 (.76)	4.20 (.89)	3.49 (1.22)	תחום לימודים: ***18.53 שכבת גיל: *5.89 אינטראקציה: 2.72
תחום אינדיבידואלי – טיפוח מיומנויות אישיות	4.24 (.69)	4.17 (.68)	4.37 (.68)	3.71 (1.03)	תחום לימודים: ***12.42 שכבת גיל: 1.60 אינטראקציה: **8.03
N	65	79	40	45	

*p≤.05, **p≤.01, ***p≤.001

לטיפוח ממדים אלו ברמה גבוהה עד גבוהה מאוד. הדירוג שלהם בכל הממדים גבוה מדירוגם של המורים המלמדים מקצועות עיוניים.

באשר לתחום הגופני־בריאותי, בדומה למורים לחינוך גופני, גם המורים המלמדים מקצועות עיוניים בחינוך היסודי מדרגים את התרומה של לימודי החינוך הגופני בבית הספר לטיפוח היבטים גופניים־בריאותיים כגבוהה. בהקשר זה ניכר הדירוג הנמוך יותר של המורים המלמדים מקצועות עיוניים בבתי הספר העל־יסודיים. הדירוג הנמוך של קבוצה זו בולט גם ביחס לתחום הרגשי ולתחום האינדיבידואלי. המורים המלמדים מקצועות עיוניים בחינוך העל־יסודי מדרגים את התרומה של שיעורי החינוך הגופני בבית הספר לטיפוח היבטים רגשיים ומיומנויות אישיות בקרב הילדים ובני הנוער ברמה בינונית בלבד. גם בתחום האינטלקטואלי־קוגניטיבי ובתחום החברתי הדירוגים של מורים אלה הם הנמוכים ביותר, אך היות שבתחומים אלו מקדם האינטראקציה לא הגיע למובהקות סטטיסטית, אפשר להסיק מכך שההבדל בדירוגים קשור בעיקר להבחנה בין תחומי ההוראה של המורים.

לוח 4: **רגרסיה ליניארית לניבוי תפיסת התרומה של שיעורי החינוך הגופני בבית הספר**

	גופני־בריאותי	רגשי	חברתי	אינטלקטואלי־קוגניטיבי	אינדיבידואלי – מיומנויות אישיות
תחום הוראה – חינוך גופני (לעומת מקצועות עיוניים)	-.09	.17	.19	.11	-.10
שלב חינוכי- יסודי (לעומת על־יסודי)	-.07	.002	-.18	-.01	-.10
ותק בהוראה	-.001	-.003	.003	-.009	-.01*
מגדר – נשים (לעומת גברים)	.10	.34**	.20	.01	.01
חשיבותו של מקצוע החינוך הגופני בבית הספר	.21**	.14*	.15*	.21**	.52***
מקצוע החינוך הגופני מבוסס על תוכנית לימודים מורכבת	.48***	.31***	.59**	.64***	.55***
שילוב של תחום החינוך הגופני במערך הטיפולי	.08	.17**	.21**	.20***	.18***
קבוע	1.27***	1.19***	.33	.19	2.53*
F	13.92**	13.82***	24.92***	41.90***	48.97***
R^2	.31	.31	.44	.57	.61

*p≤.05, **p≤.01, ***p≤.001

בשלב הבא נערך ניתוח רב־משתני לבחינת ההשפעה המשולבת של המשתנים המייצגים את מעמדו של מקצוע החינוך הגופני (חשיבותו של תחום זה בבית הספר, המורכבות של תוכנית הלימודים ושילובו של תחום זה במערך הטיפולי בבית הספר), כמו גם את תחום ההוראה ואת השלב החינוכי, על תפיסת התרומה של שיעורי החינוך הגופני בבית הספר לילדים ולבני הנוער. במסגרת הניתוח נבנו חמישה מודלים של רגרסיה ליניארית בהתאם לסוגי התרומה של שיעורי החינוך הגופני בבית הספר. המודלים כוללים גם משתני רקע (מגדר וותק בהוראה) לצורכי פיקוח. מקדמי הרגרסיה הליניארית (b) מוצגים בלוח 4.

הממצאים בלוח מצביעים על כך, שתפיסת מעמדו של תחום החינוך הגופני בבית הספר היא גורם מרכזי בתפיסת תרומתו לילדים ולבני הנוער. כפי שעולה מן התוצאות, תפיסת תחום החינוך הגופני כמקצוע חשוב בבית הספר, הכולל תוכנית לימודים מורכבת והמשתלב במערך הטיפולי בבית הספר, קשורה לתרומה החיובית שלו לטיפוח חמשת הממדים של מודל ההון האנושי. ממדים אלו תורמים לקידום היבטים גופניים־בריאותיים, רגשיים, חברתיים, אינטלקטואליים־קוגניטיביים ואף לטיפוח מיומנויות אישיות. יתרה מכך, המקדמים הסטנדרטיים (β) במשתנים אלו, אשר אינם מוצגים במסגרת זו, נמצאו גבוהים מיתר המשתנים במודל. יוצא אפוא, שמאפייני המעמד של תחום החינוך הגופני הם בעלי משמעות מכרעת בניבוי התרומה של תחום החינוך הגופני לקידום אורח חיים בריא בקרב ילדים ובני נוער.

מקדמי הרגרסיה של תחום ההוראה והשלב החינוכי, לעומת זאת, לא נמצאו מובהקים סטטיסטית. חשוב לציין, כי רק לאחר הוספת המשתנה "חשיבות מקצוע החינוך הגופני בבית הספר", המקדם של תחום ההוראה איבד את מובהקותו הסטטיסטית. יוצא אפוא, שתפיסת החשיבות של תחום החינוך הגופני היא גורם מתערב, המתווך בקשר שבין תחום ההוראה ותפיסת התרומה של תחום החינוך הגופני לילדים ולבני הנוער, והוא מבטל את ההבדלים שבין המורים לחינוך גופני לעמיתיהם המלמדים מקצועות עיוניים בכל הנוגע לתפיסת התרומה של החינוך הגופני בבית הספר.

דיון ומסקנות

בשנים האחרונות חלה עלייה במודעות הציבור לתרומה של ההקפדה על אורח חיים בריא בהבטחת איכות החיים והרווחה של הפרט. לבתי הספר יש תפקיד חשוב בהקשר זה. העובדה שילדים ובני נוער שוהים במסגרת בית הספר כשני שלישים מימות השנה וכ־6-8 שעות ביום בממוצע מביאה לכך, שבית הספר מהווה פלטפורמה מתאימה להקניית ערכים של קידום בריאות, להטמעת פרקטיקות מקדמות בריאות ולהתנסויות בתחום זה. שילוב של שיעורי חינוך גופני בתוכנית הלימודים הבית ספרית עונה על מטרה זו. ואכן, במערכות חינוך רבות שיעורי חינוך גופני מוכרים כחלק ממקצועות החובה בבית הספר(7). בישראל תוכנית הלימודים כוללת שני שיעורי חינוך גופני בשבוע בבתי הספר היסודיים והעל־יסודיים.

תחום החינוך הגופני נדחק לשוליים הקוריקולריים במשך שנים רבות. הוא לא נתפס כתחום דיסציפלינרי עצמאי, אלא נקשר לפעילויות פנאי והנאה ולארגון תחרויות ספורט ומשחקי כדור (15). המורים בתחום זה אף מדווחים על תחושה של בידוד ושל ריחוק ממוקדי הפעילות של בית הספר ומחדר המורים (21). השינויים שחלו בתפיסת הנושא של קידום הבריאות בבתי הספר וההכלה של תוכניות התערבות בנושא אורח חיים בריא (26) יצרו מסגרת חדשה להתבוננות על תחום החינוך הגופני בבתי הספר. לאור זאת המחקר הנוכחי מבקש

לבחון כיצד תופסים אנשי החינוך בבית הספר – מורים לחינוך גופני ומורים המלמדים תחומים כלליים – את תחום החינוך הגופני, הן מבחינת מעמדו בבית הספר והן מבחינת התרומה שלו לילדים ולבני הנוער.

בשלב הראשון במחקר נבדק באיזו מידה המורים לחינוך גופני והמורים המלמדים תחומים עיוניים תופסים את מעמדו של תחום החינוך הגופני בבית הספר. הדירוג שנתנו מורים לחינוך גופני הוא אומנם גבוה מן הדירוג שנתנו המורים המלמדים תחומים עיוניים, אך גם המורים המלמדים תחומים עיוניים תופסים את תחום החינוך הגופני באופן חיובי, ודירוגיהם הממוצעים נעים מרמה בינונית עד רמה גבוהה. מממצאי המחקר עולה, שבדירוג מקצועות הליבה הנלמדים בבית הספר דורג תחום החינוך הגופני נמוך יותר ממקצועות הליבה המרכזיים (מתמטיקה, אנגלית ושפה) ביחס להשלכותיו על תהליכי הלמידה. עם זאת הוא זוכה לדירוגים גבוהים יותר ממקצועות הליבה האחרים – מדעים, היסטוריה ותנ"ך. ממצא נוסף מלמד, כי תחום החינוך הגופני נתפס כמקצוע לימודים חשוב, הכולל תוכנית לימודים מורכבת, ושיש צורך לשלבו במערך הטיפולי. המורים המלמדים תחומים עיוניים בבתי הספר העל־יסודיים שהשתתפו במחקר מסכימים פחות עם הטענה בדבר חשיבותו של מקצוע החינוך הגופני בבית הספר ובדבר המורכבות של תוכנית הלימודים בתחום.

בשלב השני במחקר נבדק באיזו מידה המורים לחינוך גופני והמורים המלמדים תחומים עיוניים תופסים את התרומה של שיעורי החינוך הגופני לקידום אורח חיים בריא בקרב הילדים ובני הנוער. הממצאים מלמדים, כי המורים לחינוך גופני מאמצים תפיסה הוליסטית בנוגע לתרומה של תחום החינוך הגופני לילדים ולבני הנוער. תרומה זו באה לידי ביטוי בחמישה מתוך ששת הממדים המאגדים את מודל "ההון האנושי" (10), ובהם אלה: הממד הגופני־בריאותי; הממד הרגשי; הממד החברתי; הממד האינטלקטואלי־חברתי; הממד האינדיבידואלי, המכוון להקניית מיומנויות אישיות. ההיבט הכלכלי הקיים במודל המקורי לא נבדק במחקר הנוכחי, לנוכח הגיל הצעיר של קבוצת ההתייחסות. המורים המלמדים תחומים עיוניים תופסים את תרומתו של תחום החינוך הגופני לקידום אורח החיים של הילדים ושל בני הנוער בממדים השונים ברמה נמוכה יותר, אם כי הדירוג הוא ברמה בינונית־גבוהה, ובחלק מן ההיבטים הדירוג של המורים בחינוך היסודי דומה לדירוג של המורים לחינוך גופני. גם בהקשר זה הדירוג של המורים המלמדים תחומים עיוניים בבתי הספר העל־יסודיים הוא הנמוך ביותר.

יתרה מכך, ממצאי הניתוח הרב־משתני מלמדים, כי תפיסת התרומה של שיעורי החינוך הגופני בהתאם לממדים השונים של מודל "ההון האנושי" קשורה בעיקר לתפיסת מעמדו של תחום החינוך הגופני בבית הספר. תפיסה חיובית של מקצוע החינוך הגופני בבית הספר, של מורכבותה של תוכנית הלימודים בתחום זה ושל צורך ניכר בשילובו במערך הטיפולי מנבאים תפיסות חיוביות כלפי התרומה של תחום החינוך הגופני לטיפוח אורח חיים בריא בקרב הילדים ובני הנוער. בהקשר זה נעלמו ההבדלים שבין המורים לחינוך גופני והמורים המלמדים תחומים עיוניים.

מחקר זה מלמד, כי הבניית תפיסה הוליסטית של תרומת שיעורי החינוך הגופני לקידום אורח חיים בריא בקרב ילדים ובני נוער קשורה למשמעות המוקנית לתחום זה בתוכנית הלימודים הבית ספרית. התרומה של שיעורי החינוך הגופני נתפסת לרוב בנוגע לשיפור יכולות פיזיות ומיומנויות מוטוריות וכן בקידום בריאות (7). מודל "ההון האנושי" מצביע על ממדים נוספים ששיערי החינוך הגופני עשויים לקדם בקרב הילדים ובני הנוער. הבניה של תוכנית לימודים מורכבת ועשירה בתחום החינוך הגופני, שילוב התחום במערך הטיפולי ומיצובו בשיח הפדגוגי ובפעילויות הלימודיות יזמנו לתלמידים משאבים במישורים נוספים, ובהם המישור הרגשי, החברתי, האינטלקטואלי־קוגניטיבי והמישור של טיפוח מיומנויות אישיות. למשאבים אלו השלכות חיוביות על קידום אורח חיים בריא. הבניה של תהליכי משמעות עמוקים בתפיסה של תחום החינוך הגופני בבית הספר עשויה לטפח משאבים מגוונים עבור הילדים ובני הנוער, ובכך להרחיב את פרופיל ההתייחסות לאורח חיים בריא ולכלול בו ממדים הוליסטיים של איכות חיים ושל רווחה אישית.

כיום ישנן תוכניות התערבות רבות לקידום בריאות בבתי הספר. התוכניות הללו מתמקדות לרוב בסוגיות ספציפיות, כגון תזונה נכונה, היגיינה, בריאות הנפש, מניעת התנהגויות סיכון וכדומה (26). לצד זאת חשוב להפנות יותר משאבים תקציביים לתחום החינוך הגופני, ובאמצעותו להבנות תוכנית מקיפה אשר תיתן מענה רחב למרחב הסוגיות הקשורות לקידום בריאות. בהקשר זה יש מקום מרכזי למנהלי בתי הספר בהבניית מדיניות חינוכית בריאותית. מחקר נוסף ראוי שיבחן את עמדות מנהלי בתי הספר כלפי התרומה של תחום החינוך הגופני ואת הדרכים לקידום אורח חיים בריא בתוך תחום זה בבית הספר.

מגבלות המחקר

מחקר זה מבוסס על מדגם "כדור שלג", ולא על דגימה הסתברותית. התוצאה היא שישנה מגבלה ביכולת ההכללה של הממצאים. עם זאת מחקר זה מציג מגמות הנוגעות לתפיסות מורים כלפי תחום החינוך הגופני, והוא חשוב להצגת תמונה עדכנית של היבט זה במערכת החינוך בישראל.

מקורות

1. Kesse-Guyo E, Andreeva VA, Lassale C, Hercberg S, Galan P. Clustering of midlife lifestyle behaviors and subsequent cognitive function: a longitudinal study. Am J Public Health. 2014;104(11):e170-7.
2. Madjar B, Shachaf S, Zlotnick C. Changing the current health system's vision for disease prevention and health promotion. Int Nurs Rev. 2019;66(4):490-7.
3. Cradock R, Mirelman AJ, Griffin S, Asaria M, Dawkins B, Norheim OF, et al. Using cost-effectiveness analysis to address health equity concerns. Value Health. 2017;20(2):206-12.
4. Kenney EL, Gortmaker SL. United States adolescents' television, computer, videogame, smartphone, and tablet use: associations with sugary drinks, sleep, physical activity, and obesity. J Pediatr. 2017;182:144-9.
5. הראל־פיש י', וולש ס', שטיינמץ נ', לובל ש', רייז י', טסלר ר', ואח'. נוער בישראל, בריאות, רווחה נפשית וחברתית ודפוסי התנהגויות סיכון בקרב בני נוער בישראל. רמת גן: אוניברסיטת בר־אילן, בית הספר לחינוך; ירושלים: מכון מאיירס־ג'וינט־ברוקדייל; 2014.
6. בראון־אפל א', דאוד נ', לוין־זמיר ד'. קידום בריאות: מתיאוריה למעשה. תל אביב: דיונון; 2016.
7. Hills AP, Dengal DR, Lubans DR. Supporting public heath priorities: recombination for physical education and physical activity promotion at schools. Prog Cardiovasc Dis. 2015;57:368-74.
8. משרד החינוך, התרבות והספורט. תכנית לימודים בחינוך גופני לכיתות ג־י"ב ולחינוך המיוחד בחינוך הממלכתי, הממלכתי־דתי, הערבי והדרוזי. משרד החינוך, התרבות והספורט; 2006.
9. לידור ר', פייגין נ', טלמור ר', הררי י', רם י'. "הבנת המשחק": חינוך גופני בעולם פוסט־מודרני. גילוי דעת. 2012;2: 57-80.
10. Bailey R, Hillman C, Arent S, Petitpas A. Physical activity: an underestimated investment in human capital? J Phys Act & Health. 2013;10(3):289-308.
11. רביב ש', אלדר א', נאבל נ', לידור נ'. תרומת החינוך הגופני להתפתחות הילד ולהישגיו. מגמות. 1995;ל"ו: 465-488.
12. נאבל נ', שובל א'. (1996). החינוך הגופני בבית־הספר לאן?. החינוך הגופני והספורט. 1996;נ"א: 13-14.
13. Stuij M. Habitus and social class: a case study on socialization into sports and exercise. Sport Educ Soc. 2015;20(6):780-98.
14. Siedentop D. Sport education: a retrospective. J Teach Phys Educ. 2002;21(4):409-18.
15. Richards K, Gaudreault K, Starck J, Mays Woods A. Physical education teachers' perceptions of perceived mattering and marginalization. Phys Educ Sport Pedagogy. 2018;23(4):445-59.
16. Gaudreault KL, Richards KAR, Mays Woods A. Understanding the perceived mattering of physical education teachers. Sport Educ Soc. 2016;23(6):578-90.
17. White A, Hobson M. Teachers' stories: physical education teachers' constructions and experiences of masculinity within secondary school physical education. Sport Educ Soc. 2015;22(8):905-18.
18. Morgan PJ, Hansen V. Physical education in primary schools: classroom teachers' perceptions of benefits and outcomes. Health Educ J. 2008;67(3):196-207.
19. Ferry M. Physical education preservice teachers' perceptions of the subject and profession: development during 2005-2016. Phys Educ Sport Pedagogy. 2018;23(4):358-70.
20. ארליך א', שובל א'. מאפייני מתמחים בהוראה בתחום החינוך הגופני: תפיסה עצמית ופרשנות של מורים חונכים לחינוך גופני. בתוך: שץ־אופנהיימר א', משכית ד', זילבשטרום ש', עורכות. להיות מורה: בנתיב הכניסה להוראה. תל־אביב: מופ"ת; 2011. עמ' 267-300.
21. Kougioumtzis K, Patriksson G, Stråhlman O. Physical education teachers' professionalization: a review of occupational power and professional control. Eur Phy Educ Rev. 2011;17(1):111-29.
22. פייגין נ'. הסטטוס החברתי והמקצועי של המורים לחינוך גופני בארץ. בתנועה: כתב־עת למדעי החינוך הגופני והספורט. 1999;1: 133-156.
23. Layson J, Scott L, Centeio E, Shen B, McCaughtry N. Classroom teachers' perceptions about physical education. Res Q Exerc Sport. 2016;87(S2):A23-A24.
24. יוגב א'. הון תרבותי ומעמד מקצועי: הריבוד הקוריקולרי של מורים בישראל. בתוך: ח' איילון, עורכת. תוכניות לימודים כהבניה חברתית. תל אביב: רמות; 1998. עמ' 55-78.
25. טסלר ר', בראון־אפל א', הראל־פיש י'. תפיסת קידום בריאות בקרב מנהלי בתי ספר. קידום בריאות בישראל. 2014;5: 4-12.
26. לוין־זמיר ד', טסלר ר'. קידום בריאות בקרב בני נוער. בתוך: בראון־אפל א', דאוד נ', לוין־זמיר ד', עורכים. קידום בריאות: מתיאוריה למעשה. תל אביב: דיונון; 2016. עמ' 313-330.

שימוש במתילפינידאט כמתווך בין מגדר לסימנים מוקדמים להפרעות אכילה בקרב סטודנטים לתואר ראשון בישראל

אולגה שוסטרמן, סמדר בורוכוב, נאוה גודי, ליאת קורן
המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון

תקציר

רקע: הקשר שבין הפרעות אכילה לשימוש בחומרים פסיכו־אקטיביים ידוע. תרופת המתילפינידאט (המוכרת גם כ"ריטלין") מיועדת לצמצם תסמינים של הפרעות קשב, ולעיתים יש בה שימוש ללא מרשם בקרב סטודנטים. השימוש במתילפינידאט שלא במרשם רפואי מדווח בידי כ־5% מן הסטודנטים במדגמים בארץ ובעולם, ומתוכם הסבירות להפרעות אכילה גבוהה יותר ביחס ללא־משתמשים. מטרות המחקר הנוכחי הן אלה: לבחון אם יש שכיחות גבוהה יותר של סימנים מוקדמים להפרעות אכילה בקרב סטודנטים המשתמשים במתילפינידאט ללא מרשם או במרשם לעומת הלא־משתמשים כלל; לבחון אם ישנם הבדלים מגדריים בתדירות הסימנים להפרעות אכילה ובשימוש במתילפינידאט; לבדוק אם שימוש במתילפינידאט מתווך את הקשר שבין מגדר להפרעות אכילה.

שיטה: לאחר קבלת אישור ועדת האתיקה המוסדית הועבר שאלון מודפס תקף, מובנה ואנונימי, המבוסס על מילוי עצמי, בכיתות הלימוד בחודשים אפריל־מאי 2015 (שיעור היענות – 89%). במחקר השתתפו 1,432 סטודנטים לתואר ראשון באוניברסיטה אחת, ובהם 899 נשים (62.8%) ו־533 גברים (37.2%). ממוצע גיל המשיבים במדגם הוא 27 (סטיית תקן=6). סיכון להפרעות אכילה נמדד באמצעות שימוש בשאלות מתוך סקלת EAT-26.

ממצאים: נשים דיווחו בשכיחות גבוהה יותר מגברים על תדירות גבוהה יותר של רוב הסימנים המוקדמים להפרעות אכילה (7 מתוך 12 סימנים באופן מובהק – $p<.001$). נמצא כי השימוש במתילפינידאט במרשם גבוה יותר בקרב גברים – 15.7% מהנשים ו־20.5% מהגברים דיווחו על שימוש במתילפינידאט, ומתוכם 5.1% מהנשים ו־4.0% מהגברים דיווחו על שימוש ללא מרשם. שכיחות גבוהה יותר של סימנים להפרעות אכילה נמצאה בקרב המשתמשים במתילפינידאט במרשם (56.8%) או בלעדיו (68.9%) ביחס ללא־משתמשים (49.8%; $p<.004$). הקשר בין מגדר לסימנים להפרעות אכילה נמצא גם ישיר ($\beta=.379$, $p<.001$, 95% CI 25.1-32.0) וגם מתווך חלקית באמצעות שימוש במתילפינידאט ($\beta=-.115$, $p<.001$, 95% CI-2.87-0.90).

דיון ומסקנות: בדומה לספרות בעולם, לנשים סיכון גבוה יותר לסימני הפרעות אכילה בהשוואה לגברים. לגברים סיכון גבוה יותר להראות סימנים של הפרעות אכילה תוך שימוש במתילפינידאט.

יש להסב את תשומת ליבם של גורמים המטפלים ברווחת הסטודנט במוסדות להשכלה גבוהה לרמת הסיכון הגבוהה יותר עבור השילוב בין שימוש במתילפינידאט להפרעות אכילה.

מילות מפתח: **מתילפינידאט, הפרעות אכילה, שימוש לרעה, מגדר, סטודנטים.**

רקע

הפרעות אכילה מתוארות כפעילות מוגזמת סביב אכילה. הן פוגעות בעיקר בצעירים, וכוללות הפרעות כגון אנורקסיה נרבוזה, בולימיה נרבוזה, הפרעת אכילה כפייתית והפרעות אכילה בלתי־ספציפיות (1) שמתאפיינות בתסמונת פחד כפייתי מפני עלייה במשקל, המתבטאת בטווח רחב של התנהגויות כפייתיות שמטרתן להפחית את משקל הגוף. בקרב קבוצת גיל של מבוגרים־צעירים אשר חווים קשיים על

רקע אי־בהירות בייעוד האישי או במיקום ברמה המשפחתית, החברתית או הכלכלית (2), בייחוד בזמן לימודיהם האקדמיים, עלולות לצוץ הפרעות אכילה שונות, כגון אכילת יתר ובעקבותיה השמנה לא־מבוקרת או הרעבה עצמית העלולה להוביל למוות. הסיבות להרזיה יכולות להיות חברתיות – רצון להיראות יפה, לשבור את מחסום הרעב – (3) ונובעות בין השאר מבעיות דחק נפשיות, כגון חוסר הסתגלות סביבתית, אי־מקובלות חברתית וכדומה. ישנו סיכון גבוה להפרעות אכילה בקרב האוכלוסיות הבאות: נשים (4); נערות מתבגרות; פרטים העוסקים במקצועות המדגישים הופעה חיצונית; פרטים המגלים עיסוק יתר בדיאטות ובהם בעלי רגישות באשר למזון, למשקל גוף, להופעה חיצונית או מי שגדל במשפחות בעלות נטייה להשמנה; בעלי עודף משקל ניכר; פרטים החווים מצבי משבר בחייהם; פרטים שלהם עבר של הפרעות אכילה במשפחה; מי שסובלים מקשיים נפשיים אחרים; בעלי נטייה להתמכרות (5).

לעיתים האכילה, פעולה בסיסית עבור כל יצור חי הנדרשת לקיום פיזי, היא אמצעי התמודדות לקוי שבא לשרת צרכים נפשיים (6). הפרעת האכילה הקרויה אנורקסיה, הנפוצה במיוחד בחברת השפע (7), יכולה להתחיל בדיאטה הממשיכה לרצון בתחושת שליטה עזה ביותר, שסיבותיה פנימיות וחיצוניות גם יחד. הסיבות הפנימיות נעוצות בכך שהן מקנות תחושה של שליטה ושל אופוריה לאדם אשר קודם לכן הרגיש חלש. האנורקסיה מפיקה גם סיפוק משני מיכולת התמרון שהסימפטומים שלה מעניקים במסגרת המשפחה. במצב שבו הסובל מאנורקסיה עשוי לחוש שממעיטים בערכו מעורר הסירוב לאכול תגובה רבת־עוצמה של אחרים, הוכחה לנוכחותו (8). שלוש תכונות מאפיינות הפרעות אכילה: דימוי גוף מעוות, המבוסס על תפיסה מוטעית כאילו הגוף שמן מדי, חוסר יכולת לזהות רגשות פנימיים ומצבי צורך, בעיקר רעב, וכן הרגשה כי הפעולות של הפרט נותנות לו שליטה על מצבים אחרים בחיים ועושות אותו למעין "גיבור־על". מחקר מלזי הראה, כי תלמידים המנסים להגיע להישגים גבוהים בלימודים מועצמים באמצעות התפיסות המוטעות וחיים בתחושה כי הם מסוגלים להתגבר על בעיות גם בשטח הלימודי (9).

דוח מרכז המחקר והמידע של הכנסת (10) בשנת 2016 העלה את הקושי להעריך את היקף התופעה בישראל, משום שלא נערכו בישראל סקרים אפידמיולוגיים מקיפים ומייצגים לבחינת מספר הסובלים מהפרעות אכילה או מסימפטומים חלקיים שלה בשנים האחרונות. ישנה הערכה כי 6% עד 8% מן הנערות ומן הנשים בישראל בגילאי 15-24 סובלות מהפרעות אכילה, נתון שאינו כולל גילאים אחרים או גברים. הערכות אפידמיולוגיות ישנות יותר משנות התשעים בישראל הצביעו על עלייה בשיעור הפרעות האכילה עם השנים, מ־1.7% ל־3.1% (12,11). בחברות מערביות מתוארת עלייה בשכיחות הפרעות האכילה (13). ממצאים מאירופה על שכיחות הפרעות האכילה הציגו דיווח של נשים על אנורקסיה נרבוזה בשיעור 1%-4%, בולמיה בשיעור 1%-2% והפרעות אכילה בולמוסיות בשיעור 1%-4%. מבין הגברים דיווחו 0.3%-0.7% על הפרעות אכילה (14). בארצות הברית הערכות השכיחות של הפרעות אכילה לפי הגדרת ה־DSM-5 עומדות על כ־0.8% (15). במאמר זה נבחנו סימנים מקדימים להפרעות אכילה באמצעות כמה שאלות מתוך שאלון כללי הבוחן עמדות בנוגע לאוכל (EAT-26), שאינו מהווה שאלון אבחוני (17).

מתילפינידאט (Methylphenidate)

התרופות המקובלות להפרעות קשב (ADHD) שייכות כולן לקבוצה אחת המורכבת מאמפטמינים, והפופולרית ביותר בישראל היא תרופת ה"ריטלין" (18). הפרעת קשב היא תסמונת נוירולוגית המתאפיינת בחוסר קשב, בהסחות דעת, באימפולסיביות ובחוסר מנוחה. תרופת המתילפינידאט להפרעות קשב פועלת על מערכת העצבים המרכזית, ומשפיעה על מכלול פעולות פיזיולוגיות ומנטליות (19). תרופות מעוררות כגון מתילפינידאט (ריטלין וקונצרטה), דקסדרין, פמולין (ניטן) ותערובת אמפטמינים מעכבות את הקליטה המחודשת של דופאמין ונוראפינפרין בתאי העצב, ומגבירות את שחרור הקטכולאמינים למרווח הבין־עצבי. התרופה משפרת תפקודים קוגניטיביים, ערנות, זיכרון לטווח קצר וזמן תגובה. בתחום ההתנהגותי יש שיפור בסימפטומים הבאים: אימפולסיביות, רעשנות, חוסר ציות, עימותים, שיפוט חברתי, ביצוע משימות, תקשורת, דימוי עצמי, יכולת הסתגלות לשינויים, תנועתיות יתר וריסון עצמי (20).

שימוש לרעה במתילפינידאט (Methylphenidate)

מחקרים עסקו בשימוש שלא למטרות רפואיות במתילפינידאט, ובפרט עסקו בכך בקרב סטודנטים בהשכלה הגבוהה (21-25). בקרב סטודנטים בארצות הברית (15) נבחן שימוש בחומרים ממריצים ללא מרשם רפואי, ונמצא כי המשתמשים בממריצים אלו רצו להיראות "חלק מהחברה" והשתמשו בהם מתוך תקווה לסיוע יעיל בלמידה. כמו כן ההשפעה החברתית באקדמיה ניכרת בין הסטודנטים; סטודנטים שסברו כי לשימוש במתילפינידאט השפעה טובה על חבריהם וכי הוא הביא לתוצאות חיוביות – השתמשו בו יותר (24). תפיסת הסיכון של שימוש בחומר שלא למטרות שלשמן הוא נועד נמצאה חזקה יותר בקרב גברים (26). זאת ועוד, סטודנטים המעורבים בנטילת מתילפינידאט ראו בתועלות הטמונות בחומרים אלו כגוברות על הסיכונים הבריאותיים אשר ייתכן שטמונים בהם עבורם, ולכן לא דיווחו על צריכת חומרים אלו

כבעיה. התועלות עבורם הן הגברת הריכוז והערנות והסיוע בלמידה (21), והן גוברות על המעשה ה"רע" שממילא אינו נאכף ולפיכך אינו כרוך בעונש על שימוש בחומר ללא מרשם (3).

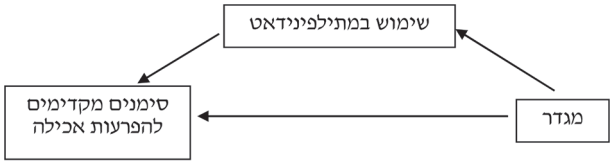
השימוש למטרות שאינן רפואיות עלה עם השנים מאז שנת 2008. בארצות הברית (25) מתוארת עלייה ניכרת בשנת 2017 (22). שימוש לא־רפואי בתרופות מרשם הגיע בארצות הברית לממדים של מגפה. בסקר YRBS שנערך בשנים 2001-2013 בקרב תלמידי תיכון נמצא, שכמעט אחד מתוך חמישה תלמידים מעורב בכך (7). מאה מתוך 2,087 הסטודנטים שהשתתפו במחקר בשנת 2017 דיווחו על שימוש לא־רפואי במתילפינידאט פעם אחת לפחות, ומתוכם דיווחו 15 על שימוש בתרופה במהלך 30 הימים האחרונים. 27 נבדקים דיווחו על שימוש בתרופה במהלך 12 החודשים האחרונים אך לא במהלך 30 הימים האחרונים. מתוך צירוף של כל הנתונים האלה יחד עולה, ש־38% מן המשתמשים במתילפינידאט שימוש לא־רפואי דיווחו על שימוש בו במהלך השנה החולפת. לפיכך נראה שהשימוש הלא־רפואי במתילפינידאט בידי סטודנטים הוא בעיה חמורה. הסיבות לשימוש היו למטרות "מסיבה" ולמטרות "עבודה או לימודים", לצורך ריכוז ועוררות (22). בקרב סטודנטים גם נמצא קשר בין שימוש לא־רפואי במתילפינידאט לשימוש בקנביס (21) ולחרדת בחינות (25).

הקשר שבין שימוש לרעה במתילפינידאט לבין סימנים להפרעות אכילה

שכיחות של הפרעות אכילה בקרב אנשים עם בעיות של שימוש בסמים כלשהם היא גבוהה יותר מאשר בקרב מי שאינם משתמשים בסמים. כך הוכח במחקר סקירה שמצא תוצאה זו ב־11 מתוך 13 מאמרים שנסקרו (26). בקרב האוכלוסייה בעלת הפרעות האכילה אותרה קומורבידיות (תחלואה נלוות) של בין 8% ל־43% עבור הפרעות של שימוש בסמים שונים במשך החיים. כך למשל, מן המאובחנים בהפרעות אכילה דיווחו 8% על שימוש באמפטמינים (27) ו־23.5% דיווחו על שימוש בקוקאין (28). בקרב אוכלוסייה המשתמשת בסמים אותרו 27.3% מתוכם שהיו בעלי הפרעות אכילה במשך חייהם (29). גם שימוש מופרז באלכוהול ושימוש בטבק נמצאו קשורים להפרעות אכילה (30,29). לקומורבידיות בין הפרעות אכילה לשימוש בסמים שונים כגון אלכוהול, מריחואנה, סמי מרץ וכדומה הוצעו כמה הסברים: שימוש בחומרים כדי לשנות באופן ספציפי את משקל הגוף או את צורתו או להפחית את התיאבון ואת כמות האכילה; שימוש בחומרים כאמצעי לברוח מההכרה בחוויות רגשיות מַבחילות; שימוש בחומרים כמקבילה קלינית לאימפולסיביות (26).

כמה מחקרים בחנו את הקשר שבין שימוש לרעה בחומרים

תרשים 1: **מודל ניבוי סימנים מקדימים להפרעות אכילה ממגדר בתיווך שימוש במתילפינידאט**



שיטה

ממריצים ספציפיים הקשורים ל־ADHD בהשוואה מגדרית (31) בקרב מתבגרים (32) או באוכלוסיות סטודנטים בקולג' (33,9-6,3). גיבס ועמיתים מצאו כי פתולוגיה גדולה יותר של הפרעות אכילה, של אכילת הילולה אובייקטיבית, של שלשול, של ליקוי קליני הקשור להפרעת אכילה, של סימפטומים דיכאוניים, של מתח נתפס ושל מאפיינים של חרדה נקשרו כולם בסבירות גבוהה יותר לשימוש לא־ראוי בחומרים ממריצים (3). על רקע שימוש גדול יותר במתילפינידאט בגברים נמצאה גם שכיחות גבוהה יותר של הפרעות אכילה בקרבם (6.7%) ביחס לנשים (3.5%) (24).

מטרת המחקר הנוכחי היא לבדוק, אם באוניברסיטה בישראל ישנה שכיחות גבוהה יותר של סימני הפרעות אכילה בקרב סטודנטים הצורכים מתילפינידאט ללא מרשם רפואי לעומת שכיחות הפרעות האכילה בקרב סטודנטים שמשתמשים במתילפינידאט במרשם במטרה למתן תסמיני ADHD, או ביחס למי שאינם משתמשים כלל בתרופה זו. המחקר בוחן את השאלות הבאות: האם שימוש לרעה בתרופות למיתון תסמיני ADHD (מתילפינידאט) קשור לשכיחות ולחומרה גבוהות יותר של סימנים להפרעות אכילה ביחס לשימוש במרשם או לאי־שימוש? האם מגדר קשור להפרעות אכילה? האם שימוש במתילפינידאט מתווך בין מגדר להפרעות אכילה? ראו לעניין זה תרשים 1.

שיטה

הליך המחקר. המחקר קיבל אישור ועדת אתיקה מוסדית. המשתתפים ציינו את הסכמתם הכתובה להשתתף במחקר, והובהר להם שהם יכולים להפסיק את השתתפותם בכל שלב שהוא. המחקר נערך בגישה הכמותנית. שאלונים למילוי עצמי הועברו בכל המחלקות ובכל הפקולטות באוניברסיטה. כל הסטודנטים שנכחו בכיתות קיבלו שאלונים. כל כניסה לכיתה תואמה מראש, והושג שיתוף פעולה ניכר של המרצים ושל הסטודנטים לטובת המחקר. צוות הסוקרים קיבל הכשרה מתאימה לצורך העברת הסקר בכיתות הלימוד. הוסבר לסטודנטים, כי אין עליהם חובת השתתפות וכי הם אינם חייבים לענות על כל השאלות אם

הם אינם מעוניינים בכך. אחוז ההיענות מוערך בכ־89%. בסך הכול נכנסו הסוקרים ליותר משישים כיתות לימוד בחודשים אפריל־מאי 2015. מילוי השאלון ארך בממוצע כעשרים דקות. לצורך המחקר הנוכחי לא התבצע תהליך דגימה, אלא הייתה פנייה לכל הכיתות שניתן היה להיכנס אליהן, באישור המרצה, דיקן הפקולטה והוועדה המרכזת של האוניברסיטה.

כלי המחקר. כלי המחקר כלל שאלון מובנה, אנונימי ומתוקף המבוסס על דיווח עצמי, והמתבסס ברובו על שני מקורות עיקריים – מחקרו של פרופ' ריצ'ארד ג'סור על התנהגויות סיכון ורווחה של סטודנטים באוניברסיטת קולורדו, בולדר, ארצות הברית (34), ומחקר ה־Health Behavior in School-aged Children (HBSC) הישראלי (35). השאלון מכיל שאלות בנושאים שונים של בריאות ושל רווחת הסטודנט כמפורט להלן: הרגלי אכילה, תזונה וסימנים להפרעות אכילה, שימוש בחומרים מתילפינידאט (ריטלין), עישון סיגריות, עישון נרגילה; שתיית אלכוהול, שימוש בסמים, תפיסות עצמיות, תפיסות בריאות, דימוי עצמי וגופני, פעילות גופנית ועוד. השאלון שנבנה למחקר זה הורכב ברובו מן השאלון האמריקני והותאם לאוכלוסיית הסטודנטים בישראל.

האוכלוסייה והמדגם. במחקר השתתפו 1,442 סטודנטים לתואר ראשון, שהם כ־20% מכלל הסטודנטים הלומדים לתואר ראשון. לאחר ניקוי נתונים, שכלל השמטה של עשר רשומות בשל היעדר תשובות המשתתפים על משתנה המגדר, נשארו במדגם הסופי 1,432 סטודנטים. ישנו ייצוג הולם לכל אחת מן הפקולטות שבמדגם.

תיאור המשתנים. סימנים מקדימים להפרעות אכילה – 12 משתנים שנלקחו משאלון מתוקף EAT-26 (37,36) ומשקפים עמדות כלפי אכילה, כגון אלה: אני מפחד מהמחשבה שאולי אני שמן; אני נמנע מלאכול כשאני רעב; נמנעתי במיוחד מאכילת מזונות עשירים בפחמימות (לחם, אורז, תפוחי אדמה וכו'); הרגשתי אשם אחרי האוכל. המשיבים התבקשו להביע את תדירות התחושות הללו בקרבם בשישה ערכי משתנים על סולם ליקרט, מ־1) "בכלל לא" ועד 6) "כמעט תמיד או תמיד". המשתנים סוכמו לסקלה אחת (אלפא קרונבך 0.847, טווח 12-72, חציון 28), ונחלקו דיכוטומית לשתי קבוצות – תדירות נמוכה של סימנים (12-28) ותדירות גבוהה של סימנים (29-72). שאלות אלו תוקפו בפיילוט מקדים שביצעו החוקרות בקרב שלושים נבדקים, טרם העברת השאלון לכלל המדגם.

ניתוח נתונים. המדגם תוקנן לפי אשכולות הפקולטות ולפי מגדר, בדומה לפרופורציות של הפקולטות באוכלוסיית המחקר לפי נתוני מצבת התלמידים הפעילים לשנת תשע"ח, שנת ביצוע הסקר. בלוחות 1, 3 ו־4 הוצגה סטטיסטיקה תיאורית בהתפלגות שכיחויות צולבת באמצעות פקודת Frequency Cross-Tabulation להצגת שכיחויות ערכי המשתנים במבחן מובהקות חי בריבוע לקבוצות שונות של מגדר. בלוח 4 קובצו ערכים של תדירות נמוכה של הפרעות אכילה (השיבו 1-3 "כלל לא" עד "לפעמים") וערכים המביעים תדירות גבוהה של סימני הפרעות אכילה (השיבו 4-6 "לעיתים קרובות" עד "תמיד"). בלוח 2 מוצג קשר בין סימנים מוקדמים להפרעות אכילה ושימוש במתילפינידאט באמצעות מקדם מתאם ומובהקות מבחן ספירמן (2-tailed sig.). תרשים 2 מציג מודל תיווך בין מגדר לסימנים מוקדמים להפרעות אכילה, ובו המשתנה שימוש במתילפינידאט הוא משתנה מתווך. נבחנו קשרים ישירים ועקיפים בהתאם למודל התיווך (38). עוצמת התיווך נבדקה באמצעות Bootstrapping, לרווח בר סמך 95%.

ממצאים

במדגם 899 נשים (62.8%) ו־533 גברים (37.2%). ממוצע גיל המדגם הוא 27 (***SD***=6.01). מעל 70% ממשתתפי המדגם הם רווקים, ולמעלה משליש מהמשתתפים הם דתיים. לוח 1 מציג את התפלגות שכיחויות הדיווח על סימנים שונים להפרעות אכילה לפי מגדר באחוזים. ערכים גבוהים באופן מובהק מודגשים בבולד. נמצא הבדל מגדרי מובהק ב־9 מתוך 12 ההיגדים. נשים דיווחו בתכיפות רבה יותר באופן מובהק מגברים ב־7 מן ההיגדים, כך למשל על הפחד מהמחשבה להיות שמנה (64.1% ביחס ל־48.3%, p=.000) ועל מחשבה על אוכל (56.0% ביחס ל־43.1%, p=.000). גברים דיווחו באופן מובהק יותר מנשים על שני היגדים בלבד – על דחף להקיא לאחר ארוחות (5.3% ביחס ל־2.5%, p=.014) ועל תדירות גבוהה יותר של משקאות ממותקים (22.1% ביחס ל־15.7%, p=.006).

לוח 2 מציג קשר בין סימנים מוקדמים להפרעות אכילה ושימוש במתילפינידאט באמצעות מקדם מתאם ספירמן. לוח 3 מעלה קשרים שליליים מובהקים בין 7 מתוך 12 הסימנים המוקדמים להפרעות אכילה לבין שימוש במתילפינידאט. הקשר החזק ביותר בין שימוש במתילפינידאט לסימנים להפרעות אכילה נמצא בין ההיגד "דחף להקיא אחרי ארוחות" (בכלל המדגם – r=-0.142, p<.01; בקרב גברים – r=-0.256, p<.01; בקרב נשים – r=0.027, p=NS). בקרב גברים כל הקשרים בין המשתנים נמצאו מובהקים (12 מתוך 12), ובקרב נשים משתנה אחד בלבד נמצא מובהק – היגד הנוגע למודעות לכמות הקלוריות במזון (r=-0.078, p<.05). בלוח 2 אפשר גם להבחין בקשרים החזקים שבין הסימנים השונים להפרעות אכילה בכלל המדגם. הקשר החזק ביותר נמצא בין

לוח 1: **התפלגות סימנים מקדימים להפרעות אכילה לפי מגדר (משוקלל לפקולטות ולמגדר)**

	ההיגדים	% נשים	% גברים	% סה"כ	N	*p*
1	אני מפחד מהמחשבה שאולי אני שמן	**64.1**	48.3	56.5	1,116	.000
2	אני נמנע מלאכל כשאני רעב	11.9	11.8	11.9	1,112	.916
3	אני חושב על אוכל	**56.0**	43.1	49.7	1,109	.000
4	אני מודע לכמות הקלוריות במזון	**46.9**	35.0	41.2	1,109	.000
5	נמנעתי במיוחד מאכילת מזונות עשירים בפחמימות (לחם, אורז, תפוחי אדמה וכו')	20.2	17.8	19.0	1,105	.316
6	הרגשתי אשם אחרי האוכל	**22.4**	14.4	18.5	1,105	.001
7	אני מודאג לגבי הרצון שלי להיות רזה יותר	**35.7**	22.7	29.4	1,097	.000
8	אני מרגיש שהאוכל הוא מרכז חיי	**25.9**	15.6	20.9	1,104	.000
9	אני מרגיש לא נוח אחרי אכילת ממתקים	**25.1**	14.0	19.7	1,099	.000
10	אני מעדיף שהבטן שלי תהיה ריקה	11.3	9.1	10.3	1,098	.208
11	יש לי דחף להקיא אחרי הארוחות	2.5	**5.3**	3.9	1,105	.014
12	אני אוהב לשתות משקאות קלים מתוקים (לא דיאט)	15.7	**22.1**	18.8	1,102	.006

מקור: שאלות מתוך סקלת EAT-26 (17)

תחושת אשמה לאחר האוכל (היגד 6) לבין הדאגה להיות רזה יותר (היגד 7; $r=0.734$, $p<.01$).

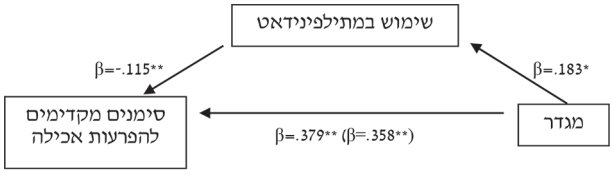
לוח 3 מציג את התפלגות השימוש במתילפינידאט לפי מגדר, באחוזים ומובהקות חי בריבוע להבדלים בין קבוצות המגדר. מלוח 4 עולה כי ההבדל המובהק ($p<.01$) המגדרי בשימוש במתילפינידאט נמצא באשר לשימוש במרשם, כך שגברים דיווחו על שימוש בריטלין במרשם בשכיחות גבוהה יותר (גברים 16.5%) מנשים (נשים 10.6%). נשים מדווחות בשכיחות מעט גבוהה יותר על שימוש ללא מרשם (5.1%) מגברים (4.0).

הבדלי שכיחויות בין נשים וגברים לפי מידת השימוש שלהם במתילפינידאט ולפי תדירות הדיווח על סימנים להפרעות אכילה מוצגים בלוח 4. תחילה אפשר לראות, כי שכיחות הדיווח על תדירות גבוהה של סימנים להפרעות אכילה גבוהה יותר בקרב המשתמשים ללא מרשם (68.9%) ובקרב המשתמשים במרשם (56.8%) בהשוואה לסטודנטים שאינם משתמשים כלל בתרופה זו (47.5%) באופן מובהק ($p<.01$). בקרב קבוצות הנשים לא נמצאו הבדלים מובהקים בתדירות הסימנים להפרעות אכילה לפי שימוש במתילפינידאט, אולם בקרב קבוצות הגברים ההבדל מובהק ($p<.01$). נמצא כי מקרב הגברים המשתמשים במתילפינידאט ללא מרשם יש שכיחות גבוהה יותר של תדירות גבוהה של סימני הפרעות אכילה (75.0%) ביחס לגברים המשתמשים במרשם (51.7%) ובהשוואה לגברים שאינם משתמשים כלל בתרופה זו (36.5%).

בשלב זה ייבדק אם השימוש במתילפינידאט מתווך את הקשר בין מגדר להפרעות אכילה. לצורך כך הורץ מודל רגרסיה ליניארית כמתואר בתרשים 2.

בתרשים 2 מוצג מודל תיווך מובהק, המלמד על קשר בין מגדר לסימנים מוקדמים להפרעות אכילה המתווך חלקית

תרשים 2: **מודל ניבוי סימנים מקדימים להפרעות אכילה ממגדר בתיווך של שימוש במתילפינידאט**



*p<.01, **p<.001

באמצעות השימוש במתילפינידאט. הממצאים מלמדים על קשר חיובי מובהק וחזק בין מגדר לסימנים מקדימים להפרעות אכילה (β=.358, p<.001, 95% CI 2.64-5.50), המתחזק לאחר התיווך של השימוש במתילפינידאט (β=.379, p<.001, 95% CI 25.1-32.0). כפי שעולה עוד מן התרשים המשתנה, מתילפינידאט מהווה משתנה מתווך מנבא מובהק לסימנים מוקדמים להפרעות אכילה (β=-.115, p<.001, 95% CI -2.87-0.90). כלומר, הקשר שבין מגדר לסימנים להפרעות אכילה הוא גם ישיר וגם מתווך חלקית באמצעות שימוש במתילפינידאט. עוצמת התיווך נמצאה מובהקת (Bootstrapping standardized effect β=-.021, p<.001, 95% CI -0.04-0.004).

דיון ומסקנות

במאמר זה נבחן קשר אפשרי בין שימוש במתילפינידאט לקיומם של סימנים מוקדמים להפרעות אכילה בקרב סטודנטים לתואר ראשון באוניברסיטה אחת בישראל. תרופת המתילפינידאט שייכת למשפחת האמפטמינים, קבוצת תרופות המגרה את מערכת העצבים והמהווה סכנה ממשית להתמכרות (3). התרופה נמצאת בשימוש לרעה

לוח 2: מקדמי מתאם

ספירמן ל־12 הגדי סימנים מוקדמים להפרעות אכילה ולשימוש במתילפינידאט

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
.1		0.459**	0.229**	0.507**	0.460**	0.557**	0.590**	0.410**	0.430**	0.421**	0.280**	0.143**	-0.180**
		0.426**	0.279**	0.513**	0.437**	0.574**	0.624**	0.428**	0.498**	0.398**	0.169**	0.016	-0.120
.2	0.396**		0.218**	0.369**	0.454**	0.576**	0.424**	0.388**	0.488**	0.626**	0.491**	0.285**	-0.180**
	0.426**		0.204**	0.344**	0.474**	0.539**	0.445**	0.337**	0.475**	0.581**	0.381**	0.152**	-0.115
.3	0.284**	0.186**		0.320**	0.251**	0.305**	0.195**	0.522**	0.326**	0.126**	0.192**	0.051	-0.058**
	0.279**	0.204**		0.308**	0.212**	0.357**	0.302**	0.568**	0.328**	0.195**	0.143**	0.037	-0.030
.4	0.49**	0.320**	0.261**		0.590**	0.493**	0.448**	0.432**	0.505**	0.429**	0.281**	0.037	-0.122**
	0.513**	0.344**	0.308**		0.564**	0.504**	0.485**	0.402**	0.498**	0.408**	0.210**	-0.074*	-0.096*
.5	0.412**	0.493**	0.163**	0.538**		0.549**	0.473**	0.392**	0.537**	0.482**	0.416**	0.129**	-0.102**
	0.437**	0.474**	0.212**	0.564**		0.545**	0.472**	0.339**	0.531**	0.485**	0.340**	-0.006	-0.076*
.6	0.568**	0.515**	0.361**	0.488**	0.544**		0.701**	0.577**	0.734**	0.672**	0.465**	0.213**	-0.187**
	0.574**	0.539**	0.357**	0.504**	0.545**		0.734**	0.573**	0.751**	0.638**	0.357**	-0.004	-0.100*
.7	0.630**	0.471**	0.354**	0.485**	0.474**	0.743**		0.484**	0.576**	0.558**	0.387**	0.204**	-0.206**
	0.624**	0.445**	0.302**	0.485**	0.472**	0.734**		0.522**	0.644**	0.560**	0.282**	0.047	-0.112*
.8	0.409**	0.291**	0.588**	0.344**	0.285**	0.547**	0.517**		0.616**	0.514**	0.449**	0.188**	-0.171**
	0.428**	0.337**	0.568**	0.402**	0.339**	0.573**	0.522**		0.578**	0.423**	0.329**	0.102*	-0.101*
.9	0.525**	0.473**	0.295**	0.468**	0.529**	0.749**	0.686**	0.524**		0.645**	0.465**	0.249**	-0.167**
	0.498**	0.475**	0.328**	0.498**	0.531**	0.751**	0.644**	0.578**		0.628**	0.352**	0.065	-0.075
.10	0.366**	0.542**	0.195**	0.378**	0.485**	0.608**	0.558**	0.339**	0.611**		0.622**	0.343**	-0.205**
	0.398**	0.581**	0.195**	0.408**	0.485**	0.638**	0.560**	0.423**	0.628**		0.548**	0.166**	-0.101*
.11	0.119**	0.248**	0.105*	0.147**	0.255**	0.280**	0.205**	0.231**	0.277**	0.448**		0.355**	-0.256**
	0.169**	0.381**	0.143**	0.210**	0.34**	0.357**	0.282**	0.329**	0.352**	0.548**		0.261**	-0.142**
.12	-0.070	0.021	0.062	-0.152**	-0.135**	-0.070	-0.050	0.067	-0.05	0.021	0.127**		-0.076**
	0.016	0.152**	0.037	-0.074*	-0.006	-0.004	0.047	0.102*	0.065	0.166**	0.261**		-0.024
.13	-0.079	-0.048	-0.028	-0.078*	-0.059	-0.050	-0.065	-0.064	-0.03	-0.073	0.027	0.052	
	-0.120	-0.115	-0.030	-0.096*	-0.076*	-0.100*	-0.112*	-0.101*	-0.075	-0.101*	-0.142**	-0.024	

*p<0.05, ** p<0.01, N=1081-1322

רקע לבן – גברים, **רקע שחור – נשים,** רקע אפור – כלל המדגם.

המשתנים:

1. אני מפחד מהמחשבה שאולי אני שמן;
2. אני נמנע מלאכל כשאני רעב;
3. אני חושב על אוכל;
4. אני מודע לכמות הקלוריות במזון;
5. נמנעתי במיוחד מאכילת מזונות עשירים בפחמימות (לחם, אורז, תפוחי אדמה וכו');
6. הרגשתי אשם אחרי האוכל;
7. אני מודאג לגבי הרצון שלי להיות רזה יותר;
8. אני מרגיש שהאוכל הוא מרכז חיי;
9. אני מרגיש לא נוח אחרי אכילת ממתקים;
10. אני מעדיף שהבטן שלי תהיה ריקה;
11. יש לי דחף להקיא אחרי הארוחות;
12. אני אוהב לשתות משקאות קלים מתוקים (לא דיאטטיים);
13. אני משתמש במתילפינידאט.

מקור: שאלות מתוך סקלת EAT-26 (17)

בקרב סטודנטים במוסדות להשכלה גבוהה (21-25). הפרעות אכילה, הידועות כשכיחות יותר בקרב נשים (4-5), יכולות לנבוע מתפיסה מוטעית של דימוי עצמי ומרצון לשליטה (8). מתילפינידאט בקרב בעלי תסמינים של הפרעות אכילה משמש לשליטה ולהתגברות על בעיות גם בתחום הלימודי (9). מטרות המחקר הנוכחי היו לבחון את השאלות הבאות: האם שכיחות הסימנים המוקדמים להפרעות אכילה גבוהה יותר בקרב סטודנטיות לעומת סטודנטים? האם יש שכיחות גבוהה יותר של סימני הפרעות אכילה בקרב סטודנטים שמשתמשים לרעה במתילפינידאט לעומת שכיחות הפרעות האכילה אצל סטודנטים שמשתמשים במתילפינידאט במרשם למטרות מיתון תסמיני ADHD או שאינם משתמשים כלל בתרופה זו? האם שימוש במתילפינידאט הוא משתנה מתווך לקשר שבין מגדר לסימנים מוקדמים של הפרעות אכילה?

ממצאי המחקר הצביעו על כך, שסטודנטיות דיווחו על תדירות גבוהה יותר של סימנים מקדימים להפרעות אכילה לעומת סטודנטים. ממצא זה עולה בקנה אחד עם הספרות שנסקרה (4,3), ומצביע על כך כי גם בקרב סטודנטים הנשים מהוות אוכלוסיית סיכון להפרעות אכילה. פחד מהשמנה, התעסקות עם אוכל ועם קלוריות, דאגה הקשורה לרצון להיות רזה ותחושת אשמה לאחר אוכל היו סימנים שנמצאו כולם שכיחים יותר אצל נשים לעומת גברים. ייתכן כי לזהות המינית של התפקיד המגדרי יש חלק לא־מבוטל בהסבר לכך (37). התפקיד המגדרי קשור לאספקטים תרבותיים, שנבחנו בעיקר במדינות מערביות, ומצביעים על כך שלנשים בעלות הפרעות אכילה יש נטייה לחזק את הזהות המגדרית הנשית שלהן הקשורה ללחץ פסיכולוגי להתעלם מן הצרכים של עצמן ולהחשיב יותר צרכים של אחרים.

שימוש במתילפינידאט במרשם נמצא במחקר זה שכיח יותר בקרב גברים מאשר בקרב נשים. תפיסת הסיכון של שימוש בחומר שלא למטרות שלשמו הוא נועד נמצאה חזקה יותר בקרב גברים (31), אך בניגוד לכך שימוש ללא מרשם היה מעט גבוה יותר בקרב נשים. ייתכן שהמטרות אשר לשמן נשים וגברים צורכים מתילפינידאט ללא מרשם רפואי הן שונות, שכן ייתכן כי נשים משתמשות בתרופה זו לרעה בשל חרדת בחינות (33) או לצורך ירידה במשקל (24,7), וגברים משתמשים בה בשכיחות גבוהה יותר לצורכי בילוי וערנות (23).

ממצאי המחקר הצביעו על קשר בין שימוש במתילפינידאט לסימני הפרעות אכילה. שכיחות הדיווח על תדירות גבוהה של סימנים להפרעות אכילה הייתה גבוהה יותר בקרב המשתמשים ללא מרשם (68.9%) ובקרב המשתמשים במרשם (56.8%) בהשוואה לסטודנטים שאינם משתמשים כלל בתרופה זו (47.5%) באופן מובהק ($p<.01$). הקשר שבין שימוש בחומרים בכלל לבין הפרעות אכילה עלה בספרות שנסקרה (30,29,3), ומנגנונים להסבר הציעו כי השימוש בחומרים נועד להפחית תיאבון או לברוח מחוויות רגשיות קשות. מתילפינידאט כחומר השייך למשפחת האמפטמינים הוא חומר מעורר וממריץ (12,11) שהשימוש בו יכול לתרום ספציפית גם לדיכוי תיאבון כתופעת לוואי, מטרה שהיא עניין מרכזי עבור בעלי הפרעות אכילה.

הקשר שבין בין שימוש במתילפינידאט לסימני הפרעות אכילה התבטא ביתר חוזקה בקרב גברים. הספרות מצביעה על כך שייתכן אפקט של אינטראקציה בין מגדר להפרעות אכילה ושימוש במתילפינידאט, שכן על רקע שימוש רב יותר במתילפינידאט בגברים נמצאה גם שכיחות גבוהה יותר של הפרעות אכילה בקרבם ביחס לנשים (24). שכיחות גבוהה יותר של גברים המשתמשים במתילפינידאט ללא מרשם הראו גם תדירות גבוהה יותר של סימנים מוקדמים להפרעות

לוח 3: **התפלגות השימוש במתילפינידאט לפי מגדר (באחוזים; משוקלל לפקולטות ולמגדר)**

		נשים n=647	גברים n=623	סה"כ	*p*
שימוש במתלפינידאט	כן	23.5	27.1	**25.3**	.138
	לא	76.5	72.9	**74.7**	
שימוש במרשם	לא משתמש	84.4	79.4	**81.9**	.007
	שימוש במרשם	10.6	16.5	**13.5**	
	שימוש ללא מרשם	5.1	4.0	**4.6**	

לוח 4: **התפלגות השימוש במתילפינידאט לפי סימנים מוקדמים להפרעות אכילה ולפי מגדר (%)**

הפרעות אכילה	מתילפינידאט ללא מרשם			מתילפינידאט במרשם			לא משתמשים			סה"כ
	גברים	נשים	סה"כ	גברים	נשים	סה"כ	גברים	נשים	סה"כ	
תדירות נמוכה של סימנים	25.0	34.5	**31.1**	48.3	35.1	**43.2**	63.5	43.2	**52.5**	**50.2**
תדירות גבוהה של סימנים	75.0	65.5	**68.9**	51.7	64.9	**56.8**	36.5	56.8	**47.5**	**49.8**
סה"כ	100.0	100.0	**100.0**	100.0	100.0	**100.0**	100.0	100.0	**100.0**	**100.0**
n	16	29	**45**	89	57	**146**	386	454	**840**	**1031**

מובהקות חי בריבוע להבדלים בסה"כ כל המדגם – $p=0.004$, להבדלים בין קבוצות הגברים – $p=0.001$, ולהבדלים בין קבוצות הנשים – $p=0.360$.

אכילה לעומת לנשים. מודל התיווך במחקר הנוכחי הוכיח, כי הקשר שבין מגדר לסימנים מוקדמים להפרעות אכילה הוא ישיר באופן חיובי וגם מתווך חלקית באמצעות השימוש במתילפינידאט באופן שלילי. כלומר, לנשים יש סיכוי גבוה יותר להראות סימנים מוקדמים להפרעות אכילה, אך לגברים יש סיכוי להראות תדירות גבוהה של סימנים של הפרעות אכילה אם הם משתמשים במתילפינידאט.

הישענות על מדגם נתונים גדול של סטודנטים בישראל היא חוזקה מרכזית של המחקר הנוכחי. מגבלה מרכזית היא העובדה שהנתונים במחקר הנוכחי נאספו לצרכים רבים ולא רק עבור שאלות המחקר הנוכחיות, מה שהקשה על החוקרים לשלב מספר רב של פריטי מחקר, ועל כן לא היה שימוש בסקלה המלאה של שאלון EAT-26. מחקר עתידי צריך לשקול שימוש בסקלה מותאמת לבריאות הציבור. מגבלה נוספת היא אופיו של מחקר זה כמחקר חתך, ואי אפשר להסיק ממנו על יחסי סיבה ותוצאה. כמו כן, המדגם נשען על סטודנטים מאוניברסיטה אחת שייתכן שיש בה מאפיינים ייחודיים, ולפיכך יכולת ההסקה לכלל אוכלוסיית הסטודנטים בישראל היא מוגבלת. ראוי שמחקר עתידי ייצג את אוכלוסיית הסטודנטים בישראל ממגוון אוניברסיטאות, ויבחן את הקשרים להפרעות אכילה ספציפיות הגורמות לתת־משקל או להשמנה.

נטייתם של גברים להפרעות אכילה מועצמת באמצעות שימוש במתילפינידאט. יש להסב את תשומת ליבם של גורמים המטפלים ברווחת הסטודנט במוסדות להשכלה גבוהה לרמת הסיכון הגבוהה יותר בשילוב שבין שימוש במתילפינידאט להפרעות אכילה. אסטרטגיות לשימור משקל בריא בסביבת המוסדות להשכלה גבוהה וחשיפה למסרים מתאימים הנוגעים לשימוש לרעה בחומרים צריכות להיות מונגשות לסטודנטים בהשכלה הגבוהה. המחקר מחדד את הצורך בפיקוח הדוק יותר על הנפקת מרשמים לבעלי מרשם לשימוש במתילפינידאט.

מקורות

1. גור ע'. גוף זר: הפרעות אכילה, פגיעות מיניות בילדות וטיפול מותאם. תל אביב: הקיבוץ המאוחד; 2015.
2. בוני־נח ח', נתן ש', בן ר', גלנטי ס'. צעירים בישראל: מחקר ועבודת שטח. המכללה האקדמית בית ברל, קרן גנדיר; 2018.
3. Gibbs EL, Kass AE, Eichen DM, Fitzsimmons-Craft EE, Trockel M, Wilfley DE, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder — specific stimulant misuse, mood, anxiety, and stress in college-age women at high risk for or with eating disorders. J Am Coll Health. 2016;64(4):300-8.
4. Striegel-Moore RH, Rosselli F, Perrin N, DeBar L, Wilson GT, May A, et al. Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. Int J Eat Disord. 2009;42:471-4.
5. וורגפט א'. קווים מנחים לטיפול ואפיון מסגרות הטיפול בהפרעות אכילה בישראל [אינטרנט]. העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה; 2015 [נצפה 14 בינואר 2020]. נדלה מתוך: https://www.iaed.org.il/wp/wp-content/uploads/.pdf
6. Costarelli V, Patsai A. Academic examination stress increases disordered eating symptomatology in female university students. Eat Weight Disord. 2012;17(3):164-9.
7. Clayton HB, Demissie Z, Lowry R, Lundeen EA, Sharma, Bohm MK. Unhealthy weight management practices and non-medical use of prescription drugs. Am J Prev Med. 2017;52(2):215-9.
8. Lipson SK, Sonneville KR. Eating disorder symptoms among undergraduate and graduate students at 12 U.S. colleges and universities. Eat Behav. 2017;24:81-8.
9. Kristanto T, Chen WS, Thoo YY. Academic burnout and eating disorder among students in Monash University Malaysia. Eat Behav. 2016;22:96-100.
10. בלנק ר'. הטיפול בהפרעות אכילה בישראל [אינטרנט]. הכנסת: מרכז המחקר והמידע (מוגש לוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי); 2016 [נצפה 14 בינואר 2020]. נדלה מתוך: https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/732c28b1-995f-e611-80dd-00155d010ede/2_732c28b1-995f-e611-80dd-00155d010ede_11_10422.pdf
11. Latzer Y, Vander S, Gilat I. Socio-demographic characteristics of eating disorder patients in an outpatient clinic: a descriptive epidemiological study. Eur Eat Disord Rev. 2008;16(2):139-46.
12. לצר י'. הפרעות אכילה ועמדות כלפי אכילה בישראל: סקירת מחקר וטיפול. חברה ורווחה. 2007; כז(3):477-453.
13. Latzer Y, Weinberger-Litman SL, Spivak-Lavi Z, Tzischinsky O. Disordered eating pathology and body image among adolescent girls in Israel: the role of sense of coherence. Community Ment Health J. 2019;55(7):1246-52.
14. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. Curr Opin Psychiatry. 2016;29(6):340-5.
15. Udo T, Grilo CM. Prevalence and correlates of DSM-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of US adults. Biol Psychiatry. 2018;84(5):345-54.
16. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med. 1982;12(4):871-8.
17. שרון פלגי, עורכת. אוגדן שאלונים לדיווח עצמי [אינטרנט]. משרד הבריאות: הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית; 2019 [נצפה ב־16 בינואר, 2020]. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/Services/Committee/psychologists_council/Documents/ogdan.pdf
18. ישראלי א'. אמות מידה לאבחון הפרעת קשב וריכוז בילדים מתבגרים ומבוגרים [אינטרנט]. משרד הבריאות, חוזר המנהל הכללי 2018 [נצפה ב־16 בינואר, 2020]. נדלה מתוך: http://www.health.gov.il/hozer/mk08_2008.pdf
19. Storebø OJ, Krogh HB, Ramstad E, Moreira-Maia CR, Holmskov M, Skoog M, et al. Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials. BMJ. 2015;351:5203.
20. Henderson A. ADHD medication: to medicate or not to medicate? A Capstone Project, Tyler Junior College, Pre-Med

symptomatology and substance use disorders: prevalence and shared risk in a population based twin sample. Int J Eat Disord. 2010;43(7):648-58.
31. Hachtel JC, Armstrong KJ. Illicit use of prescription stimulants: gender differences in perceptions of risk. Substance Use Misuse. 2019;1-9.
32. Pisetsky EM, May Chao Y, Dierker LC, May AM, Striegel-Moore RH. Disordered eating and substance use in high-school students: results from the Youth Risk Behavior Surveillance System. Int J Eat Disord. 2008;41(5):464-70.
33. Ne'Eman-Haviv V, Bonny-Noach H. Substances as self-treatment for cognitive test anxiety among undergraduate students. J Psychoactive Drugs. 2019;51(1):78-84.
34. Jessor R, Turbin MS, Costa MF. Survey of personal and social development at CU [internet]. Boulder: University of Colorado, Institute of Behavioral Sciences; 2003 [cited 2019 Sep 26]. Available from: http://www.colorado.edu/ibs/jessor/questionnaires/questionnaire_spsd2.pdf.
35. הראל־פיש י', קורן ל', פוגל־גרינולד ח', בן־דוד י', נוה ש'. נוער בישראל, בריאות, רווחה נפשית וחברתית ודפוסי התנהגויות סיכון: סיכום ממצאי המחקר הארצי החמישי (2006), ניתוח מגמות בין השנים 1994-2006 והשוואה בינלאומית. רמת־גן: אוניברסיטת בר־אילן, הפקולטה למדעי החברה, בית הספר לחינוך, תוכנית המחקר הבינלאומי על רווחתם ובריאותם של בני הנוער; 2009.
36. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med. 1982;12:871-8.
37. Sarner-Levin K, Bonne O, Lerer B. Anorexia nervosa, selflessness, and gender-role identity: a study of daughters and parents. Isr J Psychiatry Relat Sci. 2018;55(1):25-34.
38. Hayes AF. Beyond Baron and Kenny: statistical mediation analysis in the new millennium. Commun Monogr. 2009;76:408-20.

Biology School of Mathematics and Science Tyler, Texas; 2019 [cited January 16, 2020]. Available from: file:///C:/Users/User/Downloads/2019%20Alyssa%20Henderson.pdf
21. Korn L, Hassan K, Fainshtein N, Yusov N, Davidovitch N. Non-Medical use of prescription stimulants for treatment of attention disorders by university students: characteristics and associations. Med Sci Monit. 2019;25:3778-87.
22. Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, O'Grady KE, Cimini MD, Geisner IM, et al. Do college students improve their grades by using prescription stimulants nonmedically?. Addict Behav. 2017;65:245-9.
23. Ford JA, Ong J. Non-medical use of prescription stimulants for academic purposes among college students: a test of social learning theory. Drug Alcohol Depend. 2014;144:279-82.
24. Jeffers AJ, Benotsch EG. Non-medical use of prescription stimulants for weight loss, disordered eating, and body image. Eat Behav. 2014;15:414-8.
25. DuPont RL, Coleman JJ, Bucher RH, Wilford BB. Characteristics and motives of college students who engage in nonmedical use of methylphenidate. Am J Addict. 2008;17:167-71.
26. Nøkleby H. Comorbid drug use disorders and eating disorders — A review of prevalence studies. Nordisk Alkohol Nark (Nordic Studies on Alcohol and Drugs). 2012;29(3):303-14.
27. Nagata T, Kawarada Y, Ohshima J, Iketani T, Kiriike N. Drug use disorders in Japanese eating disorder patients. Psychiatry Res. 2002;109:181-91.
28. Newman MM, Gold MS. Preliminary findings of patterns of substance abuse in eating disorder patients. Am J Drug Alcohol Abuse. 1992;18(2): 207-11.
29. Bahji A, Mazhar MN, Hawken E, Hudson CC, Nadkarni P, MacNeil BA. Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2019;273:58-66.
30. Baker JH, Mitchell KS, Neale MC, Kendler KS. Eating disorder

תוכנית קידום בריאות לעובדי בית חולים: אתגר מתמשך

נגה גל, רות קפלן, יעל חסל־ויצמן, מיכל יהודאי, עדה עזר, רויטל יובל, ארנה טל
המרכז הרפואי שמיר, אסף הרופא

תקציר

הקדמה: קידום בריאות הוא דרך יעילה להעלאתה של בריאות האוכלוסייה, הרצויה גם בקרב עובדי בריאות. בבית החולים המשימה העיקרית היא להעניק טיפול מיטבי למאושפזים, ואילו ההשקעה בקידום בריאותם של העובדים היא משנית בעדיפותה.

מטרה: הערכה של תוכנית התערבות בתחום של קידום בריאות וסיכום היענות לתהליך בקרב עובדי בית חולים.

שיטה: הוקם צוות משימה ובו נציגים מתחומי הרפואה, הסיעוד ומקצועות הבריאות – פיזיותרפיה, תזונה ועבודה סוציאלית, נציג הנהלה ונציג שיווק. נערך מיפוי לצרכים ולמוקדים להתערבות של קידום בריאות. הנתונים נאספו באמצעות סקר צורכי האוכלוסייה, ובאמצעות "מבחני שדה" לכשירות (יציבות, גמישות וכוח גפיים תחתונות) בקרב מדגם של עובדי בית החולים מכלל הסקטורים. ועדת היגוי תעדפה את ההתערבויות לפי שיקולים של מספר משתתפים צפוי, של תועלת מצטברת, של ישימות לביצוע ושל עלות.

תוצאות: סקר צורכי הבריאות כלל 374 עובדים, ול־180 עובדים נערכו "מבחני שדה" לכשירות. הפעילויות לקידום בריאות חולקו ל'תגובתיות' ו'יזומות', ובהתאם נבחרו חמישה ערוצים להתערבות: פעילויות שוטפות קבוצתיות ואישיות, הכשרות ייעודיות, פעילויות אקדמיות וממשקי עבודה בקהילה, שסוכמו לתוכנית שנתית ורב־שנתית. תוצרי התוכנית כללו סדנאות למניעת עישון, "שבוע קידום בריאות" שנתי, בדיקות סקר לעובדים, קורס "נאמני קידום־בריאות" והרצאות ידע שהוטמעו בתהליך קליטת עובד חדש. בסקר שביעות רצון דירגו 75% מהעובדים את הפעילות כ"תורמת במידה רבה מאוד", 94% סברו שיש חשיבות רבה מאוד לקיום פעילויות מקדמות בריאות במקום העבודה ו־70% ציינו שישמחו במידה רבה מאוד לקחת חלק בפעילות.

דיון ומסקנות: העלאת המודעות ל"התנהגות בריאותית נכונה" מועילה לעובד וגם לבית החולים בהגברת המחויבות למקום העבודה, בחינוך מטופלים ובהשלכה על משפחתו של העובד וסביבתו. מעורבות ההנהלה היא תנאי מהותי להצלחת הנחלתו של קידום בריאות בקרב עובדים; אי־אפשר להתמיד בתהליך ללא הקמתו של צוות רב־תחומי "משוגע לדבר", ככוח מניע לפעילות מתמשכת, שיסחוף עובדים מכלל המגזרים. בתום שמונה שנות פעילות נוצר אקלים של קידום בריאות שהוטמע בתרבות הארגונית ובתפיסה היומיומית של חלק גדול מן העובדים.

מילות מפתח: **קידום בריאות, ניהול ב. צוות רב־תחומי, עובדי בית חולים, סקר מיפוי צרכים, "מבחני שדה" לכשירות.**

רקע

קידום בריאות הוגדר בידי ארגון הבריאות העולמי בשנת 1986 כתהליך המקנה לפרט ולקהילה כלים לשלוט בבריאותם ולשפרה והוא שילוב כל פעילויות החינוך לבריאות וההתערבויות הארגוניות, הפוליטיות והכלכליות הנלוות, שתוכננו כדי ליצור שינוי התנהגותי וסביבתי אשר יביא לשיפור הבריאות ו/או להגנה עליה (1). קידום בריאות הוא נתיב יעיל לזיהוי מוקדם, למניעת תחלואה ולשיפור מצב הבריאות של האוכלוסייה. נמצא כי התערבויות לקידום בריאות יוצרות שינוי התנהגותי ומשפיעות על ההוצאה לבריאות. בחישובי עלות מול תועלת ניתן למצוא, כי הרווח הכלכלי מקידום בריאות עולה על ההשקעה הכספית בתהליך עצמו (2). בכתב

הזכויות של אוטווה בנושא קידום בריאות (1986) נכתב כך: "אנשים יוצרים בריאות וחיים אותה בתוך המסגרות של חיי היומיום שלהם; היכן שהם לומדים, עובדים, משחקים ואוהבים" (1). הפעלת תוכניות לקידום בריאות בקרב עובדים בארגון היא פעילות רצויה, המניבה תועלת לפרט וגם לארגון. התוכנית הופנתה לעובדים מכלל הסקטורים (רופאים, אחיות, מקצועות הבריאות ומנהל ומשק) בבית חולים כללי ממשלתי במרכז הארץ, ובו כ־900 מיטות אשפוז ומגוון אנשי מקצוע; התוכנית התבססה על סקר צרכים מקדים לרבות בדיקות של העובדים עצמם ("מבחני שדה" לכשירות), והוכוונה לביצוע במחלקות ובסביבת העבודה המיידית בניסיון ליצור התאמה מרבית למאפיינים אישיים של העובד ולפעילות הנדרשת במקצוע. עובדי בית חולים שהשתתפו בתוכנית התערבות בת שישה חודשים בדגש על פעילות ועל תזונה נעדרו פחות והיו זקוקים לפחות הפסקות בעבודה ביחס לקבוצת ביקורת שלא השתתפה בתוכנית (3), ובאחיות שדיווחו על אקלים התומך בתפיסת בריאות ושלומות (well being) חל שיפור בביצועים (4). עם זאת כיוון שהמשימה העיקרית של בית החולים היא לספק טיפול מיטבי לחולים, בעיקר במצבי תחלואה חריפה, ההשקעה בקידום בריאות העובדים תופסת מקום משני בסדר העדיפויות. מתוך ראיית המרכז הרפואי כגוף המקדם בריאות, ותוך התאמה ליעדי משרד הבריאות, זה כחמש שנים מתקיים במרכז הרפואי ע"ש יצחק שמיר באסף הרופא תהליך מובנה של פיתוח ושל יישום תוכניות, שמטרתן הבניית אקלים מקדם בריאות בארגון.

מטרת המחקר

להעריך תוכנית התערבות בתחום של קידום בריאות, לסכם מימצאי תהליך מובנה של קידום בריאות בקרב עובדי בית חולים ולאמוד את ההיענות להטמעת חשיבותו לאורך זמן.

שיטות המחקר

1. **תכנון של תוכנית עבודה תלת־שלבית.** בשלב הראשון, בשנת 2012, הוקם צוות משימה ("פורום קידום בריאות") ובו 7 נציגים מתחומי הרפואה, הסיעוד ומקצועות הבריאות – פיזיותרפיה, תזונה ועבודה סוציאלית, נציג מהנהלת המרכז הרפואי ונציג שיווק.

בשלב השני נערך מיפוי של מוקדים אפשריים להתערבויות של קידום בריאות. תהליך זה החל בשנת 2012, ועדכון נערך בשנים 2013 ו־2015. הנתונים נאספו מקרב מדגם של עובדי המרכז הרפואי מכלל הסקטורים באמצעות שתי מתודולוגיות: סקר של צורכי האוכלוסייה ו"מבחני שדה" לכשירות (יציבות, גמישות וכוח גפיים תחתונות). המבדקים שנבחרו, functional reach (5), sit to stand (6), מבחן מדרגה (7) ומבחן גמישות לגפיים התחתונות (8), עונים על קריטריונים של תקפות ושל מהימנות וקיימים ערכי נורמה בעניינם. הסקר והמבדקים התבצעו בידי סטודנטים מבית הספר לסיעוד ומבית הספר לפיזיותרפיה בהכוונת צוות ההוראה ובליוויו.

בשלב השלישי, החל משנת 2013, המשימות דורגו בידי ועדת היגוי (5 מובילים מקרב צוות המשימה, שכלל את ראש תחום קידום בריאות בבית החולים ונציגי סיעוד, תזונה, עובדים סוציאליים וההנהלה), שערכה תעדוף של ההצעות לפי שיקולים של מספר משתתפים, של תועלת מצטברת, של ישימות לביצוע ושל עלות. בהתאם לדירוג הותוותה תוכנית התערבות ונקבעו מוקדי פעילות, שעודכנו משנה לשנה על בסיס לקחי היענות וסקרי שביעות רצון.

2. **קביעת עקרונות מנחים לתוכנית** בדגש על ההיבטים הבאים:
   א. הכוונת הפעילות לכלל עובדי בית החולים בכל הסקטורים: רפואה, סיעוד, מקצועות טיפוליים, אדמיניסטרציה ועובדי תחזוקה.
   ב. פריסת הפעילות על פני כל השנה ותכלול שבוע "שיא" של פעילויות מרוכזות – "שבוע בריאות העובד".
   ג. קיום מרבית הפעילויות בסביבת העבודה של העובד (reaching out) על מנת להנגיש את הפעילות למרב העובדים, תוך התחשבות באופי העבודה ובשעות העבודה (כולל משמרות), וכן על מנת להסיר חסמים להיענות לפעילויות ובהם עומס בעבודה, ביקורת מצד עמיתים ומנהלים וחוסר מוטיבציה לצאת ממקום העבודה לאתר הפעילות (9).
   ד. ביצוע של כל הפעילות בידי "כוחות פנים־ארגוניים" על מנת ליצור אחריות הדדית מקצועית ולהפחית עלויות. שיתוף סטודנטים תורם גם לתהליך ההכשרה הקלינית שלהם.
   ה. שימוש בכלי הערכה לבחינת היענות, שביעות רצון ויעילות ולהתאמת התוכנית לצרכים ולאומדן התועלת המושגת. בוצעו שני סקרי משוב על תוכנית ההתערבות: סקר משוב בקרב העובדים, שבו השתתפו 374 עובדים (שאלון שהופץ בדואר האלקטרוני הפנימי ומבחנים במחלקות), וסקר משוב בקרב הנהגת בית החולים – צוות הפרויקט (7 המשתתפים) ונציגי ההנהלה המורחבת של המרכז הרפואי (10 חברי הנהלה מצומצמת, 5 מנהלי ענפים אדמיניסטרטיביים ו־5 מנהלי חטיבות קליניות). התוצאות מפורטות בטבלה מס׳ 2.

3. **ניתוח המימצאים והערכתם** שימשו ללמידה באשר לתועלת ובסיס להחלטות על המשך הפעילות. ועדת היגוי דירגה את

המשימות ותעדפה את ההתערבויות לפי שיקולים של מספר משתתפים, תועלת מצטברת, ישימות לביצוע ועלות.

4. משוב מצוות הפרויקט ונציגי הנהלה (5 מנהלים מתחום האדמיניסטרציה, ו־5 מנהלים מהתחום הקליני – רפואה, סיעוד ורוקחות), שהתבקשו לדרג את חשיבותם של ארבעת הנושאים הבאים מ־10 (חשוב מאוד) ל־1 (לא חשוב): (א) באיזו מידה תרמה הפעילות בבית החולים לתפיסת קידום בריאות של העובדים; (ב) באיזו מידה תרמה הפעילות בבית החולים להעלאת שביעות רצון של העובדים; (ג) באיזו מידה תרמה הפעילות בבית החולים להגדלת המחויבות הארגונית של העובדים; (ד) ציון כללי לחשיבות הפעילות מקדמת הבריאות.

ממצאים

1. סקר מקדים למיפוי צרכים

על שאלון סקר צורכי הבריאות השיבו 374 עובדים (31% היענות), מתוכם 64.9% נשים. ההתפלגות לפי מקצועות הייתה 52% סיעוד ומקצועות הבריאות, 26% מנהל ומשק, ואילו השאר לא ציינו תחום עיסוק. ל־180 עובדים נערכו "מבחני שדה" לכשירות, מתוכם 76% נשים הגיל הממוצע של המשתתפים היה 43.1+/-14.4 שנים.

ההתפלגות לפי מקצועות הייתה 50% הנדסה ולוגיסטיקה, 33% סיעוד ו־17% עובדי משרד. סקר צורכי הבריאות העלה כי 68% מהעובדים דיווחו על מצב בריאות תקין, אולם 18% דיווחו על בעיה אורטופדית ו־14% על מחלה כרונית (לב, ריאות, סוכרת). 24% מהעובדים דיווחו שהם נוטלים תרופות מרשם. מבחני השדה הצביעו על כך, כי לעובדים רבים חסרה הכשירות הגופנית הנחוצה להם בעבודה. כך למשל, במבחן יציבות לצוות הסיעודי התוצאה הייתה נמוכה ב40% מהנורמה (דורגו בציון 25 מתוך 42, שהוא ערך סף הנורמה). רק 32% מהעובדים שענו לסקר דיווחו על ביצוע פעילות גופנית בהתאם להמלצות ארגון הבריאות העולמי (150 דקות שבועיות), ואילו 57% דיווחו שאינם מבצעים פעילות גופנית כלל. מהסקר עלה הצורך להגביר את תודעת העובדים לקידום בריאות, ובמידת האפשר לאפשר להם להשתתף בפעילויות מקדמות בריאות.

2. מיפוי המוקדים והמשימות להתערבות על בסיס מימצאי הסקר

האפשרויות לפעילות קידום בריאות חולקו ל"תגובתיות" ("ריאקטיביות") (לפי מיפוי צורכי העובדים) ו"יזומות" ("פרואקטיביות") (לפי יעדי צוות המשימה). בהתאם לכך נבחרו ארבעה ערוצים להתערבות: פעילויות קידום בריאות לעובדים, הכשרות ייעודיות, פעילויות אקדמיות וממשקי עבודה עם הקהילה. הערוצים סוכמו לתוכנית שנתית ורב־שנתית והוצגו לאישור הנהלת המרכז הרפואי. ההתערבות הייתה בכמה רבדים: התערבות ישירה, באמצעות הקניית ידע וכלים לעובדים, והתערבות עקיפה, באמצעות הכשרת "נאמני קידום בריאות" שיהיו סוכנים להפצת ידע ושינוי.

3. תוצאי הפעילות

החשיבות של הנחלת קידום בריאות כמרכיב בעל משמעות באקלים הארגוני באה לידי ביטוי כבר בתהליך הקליטה של כל עובד חדש. לאורך כל השנה נערכות פעילויות קידום בריאות שוטפות הפונות ישירות לקהל העובדים. המאמר מסכם חמש שנים ראשונות לפעילות הפרויקט, שבמהלכו נערכו פעילויות כגון אלו: סדנאות למניעת עישון, שבהן השתתפו 32 עובדים; בדיקות סקר (בדיקות לב במאמץ, בדיקת סוכר בדם, איתור שומות) נערכו לעשרות עובדים; "שבוע קידום בריאות" שנתי נערך זה שבע שנים, ובו משתתפים בסדנאות ובפעילויות תוך־מחלקתיות כ־800 עובדים בכל שנה; סדנאות בנושא ארגונומיה ומניעת שחיקה נערכות לצוותים במחלקות האשפוז כחלק מתוכנית ההשתלמויות השנתית; בחדר האוכל העובדים מקבלים מידע בנושא תזונה, והונהג "מסלול ירוק" לתזונה בריאה.

בהיבט של הפצת הידע, עבודות אקדמיות שסיכמו את פעילות קידום הבריאות בבית החולים הוצגו בכנסים שנתיים פנימיים, שבהם השתתפו כ־200 עובדים בכל כנס. בשנת 2016 נערך קורס "נאמני קידום בריאות" בהשתתפות 24 עובדים מקרב עובדי בריאות מבית החולים ואחיות מן הקהילה. בטבלה 1 מוצג מספר המשתתפים בפעילויות קידום בריאות לאורך השנים.

4. משוב על התהליך

כדי לאמוד את הצלחת התוכנית בשטח נבחנו משובים מן העובדים שהיו מעורבים בתוכנית ("קהל היעד להתערבות") ומהנהגת בית החולים. מעבר למשוב על יעילות ההתערבות בתפיסת קידום הבריאות ביקשנו לבחון, אם התוכנית יצרה בקרב העובדים תפיסות ותובנות כגון דאגה של הארגון לבריאותם בהתאמה האישית והמקצועית, מחויבות הדדית ותפיסת אחריות ולכידות. במקביל בחנו את תובנות ההנהגה בנוגע לחשיבות בריאות העובדים ולהנחלת התנהגויות מקדמות בריאות, וכן את המודעות לאחריות ליצור סביבה מקדמת בריאות כתפיסת עולם.

סקר שביעות רצון (2015) העלה, כי 75% מהעובדים דירגו את הפעילות כ"תורמת במידה רבה מאוד", 94% סברו כי יש חשיבות רבה מאוד לקיום פעילויות מקדמות בריאות במקום העבודה, 70% ציינו שישמחו במידה רבה מאוד לקחת חלק בפעילות ו־69% העידו כי הם ממשיכים בפעילות קידום

טבלה 1: **מספר המשתתפים בפעילויות קידום בריאות לאורך זמן (2013-2019)**

שנה / הפעילות	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
							חציון I	חציון II (צפי #)
סדנאות	141	104	120	90	50	62	14	*30*
הרצאות	183	132	90	96	40	60		*50*
עמדות הדרכה במרחב הציבורי	372	254	276	250	–	200		*200*
פעילות לקהל ממוקד	245	350	487	396	85+480 רופאים	82+290 רופאים		*300*
פעילויות ספורט חוזרות*						115	80	*50*
הליכה חודשית (ממוצע משתתפים)						36-30	50-40	*45*
בדיקות סינון	5	28	72	57	30	15	15	*15*
סה"כ משתתפים	946	868	1045	889	685	854	154	*690*
								#844

* פעילויות ספורט חוזרות: קבוצת כדורשת וכדורגל, השתתפות במרתון ובמירוצים, קבוצת ריצה.

\# *אומדן.*

טבלה 2: **דירוג חשיבות סוגיות בקידום בריאות העובדים בידי העובדים, צוות הפרויקט והנהלת בית החולים.**

	קבוצה	השאלה: שיטת הדירוג	באיזו מידה הפעילות בבית החולים תרמה לתפיסת קידום בריאות של העובדים	באיזו מידה הפעילות בבית החולים תרמה להעלאת שביעות רצון של העובדים	באיזו מידה הפעילות בבית החולים תרמה להגדלת המחויבות הארגונית של העובדים	ציון כללי לחשיבות הפעילות
1	**עובדי בית החולים** (374 עובדים)	אחוז המשיבים "במידה רבה מאוד"		75% שיפור שביעות רצון מסביבת העבודה	81% הפעילות שיפרה את היחס למקום העבודה	94% חשיבות פעילויות מקדמות בריאות במקום העבודה
2	**צוות המשימה** (7 משתתפים)	ציון ממוצע בדרוג 1-10*	6.4	5.6	5.1	9.4
3	**הנהלה** (10 מדרגים)		6.0	7.2	6.9	8.5
	מנהלים אדמיניסטרטיביים (5 מדרגים)		6.3	6.4	7.3	7.6
	מנהלים קלינים (5 מדרגים)		6.4	8.0	7.0	9.4

* 10= חשוב במידה רבה מאוד, 1= חשוב במידה מועטה מאוד

בריאות לאחר שנה. 81% ציינו כי הפעילות שיפרה את יחסם למקום העבודה.

במקביל לסקר עובדים זה, נאספו עמדות צוות הפרויקט ונערכו ראיונות ל־10 נציגים מהנהלת המוסד. המשוב מצוות הובלת הפרויקט מההנהלה העלה, כי ניתן ציון גבוה לחשיבות הפעילות בעיקר בקרב צוות הפרויקט ומנהלים בעלי תפיסה קלינית (9.4), בהשוואה למנהלים אדמיניסטרטיביים שדרגו את החשיבות רק בציון 7.6. מנהלים מתחומים קליניים מאמינים יותר מאשר מנהלים אדמיניסטרטיביים ומאשר צוות הפרויקט כי הפעילות תרמה לשביעות הרצון של העובדים, וכמו כן הם סברו יותר מאשר המדרגים האחרים כי יש בכך כדי להגביר את המחויבות הארגונית. על אף האמור, כל המנהלים ומובילי הפרויקט סברו כי הפעילות תרמה רק במידה בינונית לתפיסת קידום בריאות של העובדים לאורך זמן, וכי הפעילות דורשת דבקות והתמדה. בטבלה 2 מוצג סיכום של דירוג חשיבות הסוגיות בקידום בריאות העובדים בידי העובדים, צוות הפרויקט וההנהלה. בשנת 2018 נערך סקר חוזר בקרב העובדים, שעליו השיבו 331 משתתפים בהתפלגות דומה.

דיון ומסקנות

פעילות לקידום בריאות היא משימה מתמשכת, הכרוכה במאמץ מתמיד. אף שקידום בריאות הוא מיעדי מערכת הבריאות ומשימותיה, ואף שבמערכת הבריאות נמצא כוח אדם מיומן, בעל ידע, הבנה ומוטיבציה לקידום הנושא, ישנו

קושי אמיתי להנחיל אקלים מקדם בריאות במציאות של ארגון שפועל תחת עומס עבודה ובאילוצי תקציב קשים. גם תנאי העבודה במערכת הבריאות אינם מקדמים בריאות – עבודה במשמרות, עבודה תחת עומס ולחץ ובתנאים סביבתיים קשים – ואינם מקילים על טיפוח הנושא.

מתוך נקודת מוצא זו החל "פורום קידום בריאות" בפרויקט. הפורום גייס אנשי אקדמיה העוסקים בחינוך לקידום בריאות של סטודנטים במקצועות הבריאות, ששולבו במיזמים כחלק מתהליך הסוציאליזציה של מטפלים בעלי אוריינטציה והכוונה לקידום בריאות. סקר שביעות הרצון מצביע על העובדה שהפעילויות כיוונו נכון לקהל ויצרו עניין. אפשר לראות, שבקרב חלק גדול מן העובדים שענו למשוב הפעילות השפיעה על יחסם למקום העבודה; נתון זה עומד בהלימה לממצאים ולמידע קיים (3).

בהתאמה, במהלך השנים הבאות הורחב מגוון הפעילויות שהוצעו במשך כל השנה, ונרשמה עלייה במספר המשתתפים. נתון בולט הוא כי בשנת 2015 היה מספר המשתתפים גבוה במיוחד (כשליש מעובדי בית החולים היו מעורבים באחת מן הפעילויות לפחות), בשל מימון ייעודי שהוקצה בשנה זו. מבין הסקטורים המקצועיים הייתה ההיענות הדלה ביותר מקרב הרופאים. בניסיון להגביר את היענות הרופאים לפעילויות תוכננו פעילויות ייעודיות לציבור זה, ובפרט לציבור המתמחים. ואכן, הרצאות והדרכות ייעודיות לרופאים שנערכו בשנים 2017-2018 בנושא ארגונומיה, הניבו השתתפות של 85 ושל 82 רופאים בהתאמה (16%-18%).

בדיון בוועדת ההיגוי בנוגע להגדלת מספר המעורבים מקרב העובדים הוסבר, כי את העלייה האיטית יחסית בשיעור המשתתפים ניתן לייחס לגורמים כגון היעדר פרסום, קשיים בהבהרת הצורך לאפשר לעובד להשתתף בפעילויות, הקושי לכוון את לוח הזמנים כך שיתאים לעובדים במשמרות והאתגר ליישם שינוי התנהגותי ולהפוך אותו להרגל חיים. בסיכום המשובים צוות הפרויקט ומנהלים בעלי תפיסה קלינית דירגו את חשיבות הפעילות בציון גבוה, והערכתם הייתה כי היא תרמה לשביעות הרצון של העובדים ולהגברת מחויבותם הארגונית. עם זאת היא תרמה רק במידה בינונית להטמעת אורח חיים מקדם בריאות.

קידום בריאות של עובדים הוא תהליך לשיפור בריאות הצוות ולהעלאת מודעותו לתפיסה של "התנהגות בריאותית נכונה". מעבר לתועלת הישירה לעובד, יש בכך תרומה גם לבית החולים וגם השלכה על משפחתו של העובד וסביבתו. מעורבות ההנהלה היא תנאי מהותי להצלחה של הנחלת קידום בריאות בקרב עובדים; אך יותר מכך, לא ניתן להתמיד בתהליך ללא הקמת צוות רב־תחומי "משוגע לדבר" ומחויב, שיהיה כוח מניע לסדרה מתמשכת של פעילויות ויסחוף למעורבות עובדים מכלל המגזרים הקליניים והאדמיניסטרטיביים של בית החולים. בתום שמונה שנות פעילות נוצר אקלים של קידום בריאות אשר הוטמע בתרבות הארגונית ובתפיסה היומיומית של חלק גדול מן העובדים. זוהי דרך להגביר את מחויבות העובדים למקום העבודה, להרחיב את מעגל ההשפעה של מטפלים על אורחות חיים של מטופליהם ולהקנות ערכי התנהגות בריאותית לאומיים לתועלת בריאות האוכלוסייה כולה.

מגבלות המחקר

מבחינת מתודולוגיה, התוכנית נערכה במסגרת בית חולים ציבורי פעיל ועתיר עומס, ולא כפרויקט מחקרי מבודד. בהיעדר כוח אדם ייעודי למחקר בנושא של קידום בריאות לאורך שנים, חלק מן הנתונים נאספו באופן ממוקד ומכוון להתערבות למען העובדים בפערי זמן. מספר המשתתפים והיענותם הייתה קשורה גם באילוצי בית החולים – תחלופת עובדים, מאפיינים אישיים־מקצועיים (תקופת בחינות לרופאים מתמחים) תנודתיות במידת עומס הפעילות הקלינית (גלי תחלואה עונתית) ותקציב ייעודי.

מקורות

1. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canada; 1986.
2. Baicker K, Cutler D, Song Z. Workplace wellness programs can generate savings. Health Aff (Millwood). 2010;29:304-11.
3. Strijk J, Proper KI, van der Beek AJ, van Mechelen *W*. A worksite vitality intervention to improve older workers' lifestyle and vitality-related outcomes: results of a randomised controlled trial. J Epidemiol Community Health. 2012;66:1071-8.
4. Garcia AB, Rocha FL, Pissinati PS, Marziale MH, Camelo SH, Haddad MD. The effects of organisational culture on nurses' perceptions of their work. Br J Nurs. 2017 Jul 27;26(14):806-12.
5. Duncan PW, Weiner DK, Chadler J, Studenske S. Functional reach: a new clinical measure of balance. J Gerontol. 1990; 45:M192.
6. Bohannon R, Bubela D, Susan R, Magasi S, Wang Y, Gershon R. Sit-to-stand test: performance and determinants across the age-span. Isokinet Exerc Sci. 2010 ; 18(4): 235-40.
7. Rikli R, Jones C. Functional fitness normative scores for community-residing older adults, ages 60-94. J Aging Phys Act. 1999;7(2):162-81.
8. Golding LA, editor. YMCA fitness testing and assessment manual. 4th ed.Chicago: Human Kinetics; 2000. p. 158-60.
9. Rongen A, Robroek S, van Ginkel W, Lindeboom D, Pet M , Burdorf A. How needs and preferences of employees influence participation in health promotion programs: a six-month follow-up study. BMC Public Health. 2014;14:1277.

היענות, עמדות וידע בנושא חיסון למניעת מחלת השפעת: השוואה בין בני 50 ומעלה – יהודים ממוצא אתיופי וערבים ישראלים

אבי זיגדון
המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון

תקציר

רקע: התפרצויות של מחלת השפעת גורמות לתחלואה ניכרת באוכלוסייה. שיעור המתחסנים בקבוצת הגיל 64-50 קטן (27.7%) בהשוואה לשיעורם בקרב בני ה־75 ומעלה (65%). מיעוטים נחשבים לקבוצות מועדפות למניעת מחלות מידבקות. היענותם לחיסונים מושפעת ממחסומים לאפורמליים – תרבותיים ולשוניים.

מטרת המחקר: השוואת ההיענות, העמדות והידע באשר לחיסון למניעת מחלת השפעת בקרב יהודים ממוצא אתיופי וערביי ישראל בני 50 ומעלה בהתבסס על משתני מודל האמונה הבריאותית (HBM).

שיטה: מחקר חתך מסוג נוחות שבוצע בקרב ערביי ישראל (n=100) ויהודים ממוצא אתיופי (n=100) מעל גיל חמישים (N=200), אשר השיבו לשאלוני דיווח עצמי המבוססים על "מודל האמונה הבריאותית".

תוצאות: השכיחות במדגם של ערביי ישראל הנוטים להתחסן בחיסון למניעת מחלת השפעת (72%) גדולה יותר מן השכיחות של יהודים ממוצא אתיופי (42%), והם רואים בחומרה רבה יותר את סכנות מחלת השפעת בהשוואה ליהודים ממוצא אתיופי. משתני מודל האמונה הבריאותית (HBM) הניבו מודל ניבוי מובהק (X^2)16(=128.71, p<.01), המסביר 66.5% מכלל השונות של הכוונה להתחסן למניעת מחלת השפעת. "הערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות", "החומרה הנתפסת של מחלת השפעת", "התועלת הנתפסת מהחיסון" ו"חסמים המונעים מהפרט לקבל חיסון" נמצאו כמנבאים את קבלת החיסון למניעת מחלת השפעת בקרב אוכלוסיות המיעוט האתני והמיעוט הלאומי.

דיון ומסקנות: מחקר זה פותח צוהר לחשיבות הגדולה שיש לתת לתהליכים של קידום בריאות ושל מניעת מחלות הנשלטות באמצעות חיסון באוכלוסיות מיעוט. יישום של תוכניות התערבות באוכלוסיות מיעוט בהתנהגויות מונעות שפעת עשויות להועיל לבריאות האוכלוסייה הכללית. מומלץ לקובעי המדיניות ולשירותי הבריאות למנף את הידע הנצבר ממחקרים המבוססים על מודל הHBM באוכלוסיות מיעוט למניעת מחלת השפעת.

מילות מפתח: **חיסון שפעת; מיעוט אתני; מיעט לאומי; מודל האמונה הבריאותית; תהליכי קידום בריאות.**

רקע

חיסונים הם חלק בלתי־נפרד מן הגישה הביו־רפואית לקידום בריאות ומשתלבים במארג הכולל של תהליכי מניעת מחלות, שליטה על בריאות האוכלוסייה וקידומה (1). מחלת השפעת היא מחלה נגיפית עונתית ולעיתים אף קטלנית. התפרצויותיה גורמות לתחלואה ניכרת ולנטל כלכלי ובריאותי בכלל מדינות העולם (3,2). בישראל, אף שישנן הנחיות של משרד הבריאות לקבלת חיסון למניעת מחלת השפעת (4), שיעור המתחסנים בקרב אוכלוסיית המדינה נאמד בממוצע ב־26% (יהודים) ו־23% (ערבים) מבני ה־20 ומעלה. שיעורי התחסנות אלה עולים עם הגיל ונאמדים ב־65% בקרב בני 75 ומעלה (5). עם זאת שיעור המתחסנים למניעת מחלת השפעת בקבוצת הגיל 64-50 נאמד ב־27.7% בלבד (6). במרבית המדינות בעלות ההכנסה הגבוהה מדיניות החיסון למניעת מחלת השפעת היא להפחית את נטל התמותה תוך מיקוד בבני 65 לפחות (7,6,4). עם זאת יעילותה של אסטרטגיה זו שנויה במחלוקת, ומחקרים מראים כי חיסון למניעת מחלת השפעת יעיל בקרב מבוגרים צעירים (7).

שיעורי התחסנות אלה הם פועל יוצא של הססנות האוכלוסייה כלפי חיסונים. הססנות זו נבדקה בידי קבוצת העבודה של SAGE (The Strategic Advisory Group of Experts), The SAGE Vaccine Hesitancy Working Group, אשר מיפתה גורמי מפתח להססנות כלפי חיסונים ופיתחה מערך מידע דו־ממדי המייצג את הגורמים המרכזיים להססנות האוכלוסייה כלפי חיסון. עם גורמים אלה נמנים הגורמים הבאים: גורמים היסטוריים; גורמים סוציו־תרבותיים; גורמים סביבתיים; מערכת הבריאות; מוסדות חיצוניים – כלכליים או פוליטיים; תפיסה אישית של החיסון; הסביבה החברתית; השפעות הנובעות מהחיסון או מהליך החיסון (8). על אף היתרונות והתרומה של חיסוני שפעת לבריאות האדם והאוכלוסייה (9), נמצאו אמון ואמונות באשר לבטיחות החיסון ויעילותו (10-13), שיוך דתי (10), ידע ומודעות (14,11), השכלה (15,10), מגדר, גיל (15), התנהגות האוכלוסייה בהיענות לחיסון ואמון הפרט בחיסונים כגורמים העלולים להוביל לחוסר רצון, לסירוב לחיסון ולסיכון האוכלוסייה בהתפרצות מחלות (16,13,10). ממחקרים העוסקים בסוגיית הידע באשר לחיסון השפעת בקרב האוכלוסייה הכללית עולה, כי העלאת הידע הנוגע לחיסון למניעת מחלת השפעת באמצעות ייעוץ מבוסס ראיות בנושא חיסון השפעת יוכל לשנות דעות שגויות וקדומות ויחס שלילי לחיסון למניעת מחלת השפעת (17). במחקר רחב היקף שנערך ב־67 מדינות ואשר בדק תובנות הנוגעות לחיסונים באופן כללי נמצא, כי בקרב גברים החיסון נתפס חשוב יותר מאשר בקרב נשים. בני 25-34 סבורים כי החיסונים בטוחים פחות בהשוואה לבני 18-25, ובני ה־65 ומעלה מדווחים כי החיסונים יעילים (10).

"מודל האמונה הבריאותית" (HBM – Health Belief Model)

כדי להסביר דפוסי התנהגות בריאותית של האוכלוסייה בצריכת שירותי מניעה בבריאות, פותח בתחילת שנות החמישים בידי קבוצת פסיכולוגים חברתיים בשירותי בריאות הציבור של ארצות הברית מודל האמונה הבריאותית (HBM –Health Belief Model). תפקידו של המודל לבדוק את התנהגות האדם בתהליכי מניעה או גילוי של מחלות (17). בשנת 1974 קיבל ה־HBM תוקף ותמיכה מבוססת מחקר ליישומו (19). מאז המשיך מודל ה־HBM להיות מוקד לתשומת לב תיאורטית ומחקרית, והוא משמש לבחינת מגוון רחב של דפוסי התנהגות מונעת בתחומי בריאות שונים, באוכלוסיות מגוונות ובשינוי התנהגות בריאותית (20), ובהם מחקרים הבוחנים דפוסי התנהגות מונעת הממפים את הסיבות להססנות בקבלת חיסון למניעת מחלת השפעת (21-23). מודל זה מתמקד בחמישה משתנים עיקריים: (א) "החומרה הנתפסת של מחלת השפעת" (seriousness); (ב) "התועלת הנתפסת מהחיסון" (benefits); (ג) "חסמים המונעים מהפרט לקבל חיסון" (barriers); (ד) "ידע" (knowledge); (ה) "מוטיבציה לבריאות" (21) (health motivation).

ממחקרים בעולם שבחנו את דפוסי ההתנהגות של האוכלוסייה בהקשר לחיסון למניעת מחלת השפעת בהתבסס על מודל ה־HBM עולה, כי אנשים שאינם מחוסנים נבדלים זה מזה באופן משמעותי באמונות הבריאות הקשורות לחיסונים ובאמון שלהם כלפי מקורות המידע הסמכותיים, והם מפתחים יותר רגשות שליליים כלפי החיסון למניעת מחלת השפעת (23). עם זאת קבלת חיסון למניעת מחלת השפעת בעבר מעידה על היענות גבוהה יותר לקבלת חיסון למניעת מחלת השפעת בעתיד (25,24). כמו כן אמונות טפלות מנבאות באופן משמעותי חסמים ונכונות נמוכה יותר להיענות לקבלת חיסון למניעת מחלת השפעת בעתיד או אי פעם (25).

חיסוני שפעת בקרב מיעוט אתני ומיעוט לאומי

השיח התרבותי בבריאות עשוי להשתנות כתלות בקבוצת המשנה של מיעוטים ובסביבה החברתית של האוכלוסייה המארחת. מיעוטים נחשבים לקבוצות עדיפות למניעת מחלות מועברות ולבקרתן. ההיענות לחיסון למניעת מחלת השפעת מושפעת בקרב מיעוטים ממחסומים לא־פורמליים – תרבותיים ולשוניים (26). במחקרים שנערכו בקרב אוכלוסיות מיעוט (היספנים ואפרו־אמריקנים) בארצות הברית נמצא, כי נשים אפרו־אמריקניות וגברים היספניים הם בעלי סיכוי נמוך יותר להיענות לחיסון למניעת מחלת השפעת; בקרב היספנים שהיגרו לארצות הברית היו השיעורים הנמוכים ביותר של היענות לחיסון למניעת מחלת השפעת (27). נוסף על כך, היספנים ואפרו־אמריקנים מתחת לגיל 64 היו בעלי סיכויים פחותים לקבלת חיסונים, מודעים פחות להמלצות לחיסונים, בעלי ידע מועט על יתרונות החיסון ובטוחים פחות בחיסון למניעת מחלת השפעת (28). בישראל אוכלוסיות מוחלשות "קלאסיות" (נשים, ערבים, עולים חדשים ועניים) מתחסנות פחות למניעת מחלת השפעת בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (6). במחקר שבוצע בקרב המיעוט האתני הערבי־מוסלמי נמצא, כי מרכיבי ה־HBM ניבאו אחוז גבוה מכוונת הורים לחסן את ילדיהם למניעת מחלת השפעת; כמו כן נמצא, כי תוצאות הרגישות, החומרה, התועלת הנתפסת והמחסומים שחוו ההורים (כגון ביטחון בחיסון, תופעות הלוואי, השפעות על המערכת החיסונית ואפקט כאב ההזרקה) חזו 88% מכוונת ההורים לחסן את ילדיהם (29). עם זאת מסקירת מידע על בריאות מבוגרים יוצאי אתיופיה בישראל, שנערכה בידי מכון גרטנר ומשרד הבריאות בשנת 2017, עולה כי אוכלוסיית היהודים ממוצא אתיופי לא נחקרה כלל בנוגע להיענות, לעמדות ולידע בנושא חיסונים למניעת מחלת השפעת. יתרה מכך, לא נמצאו מחקרי הערכה של תוכניות קידום בריאות

בקרב יוצאי אתיופיה. מחסומי שפה, הבדלי תרבות ואוריינות בריאות נמוכה הופכים את נושא קידום הבריאות בקרב יוצאי אתיופיה לאתגר מיוחד (30).

מטרת המחקר

מטרת המחקר היא לבחון את ההיענות, את העמדות ואת הידע כלפי חיסון למניעת מחלת השפעת בקרב יהודים ממוצא אתיופי ובקרב ערביי ישראל בגיל 50 ומעלה, ולערוך השוואה בין אוכלוסיות אלה בהתבסס על משתני "מודל האמונה הבריאותית" (HBM).

שיטה

המחקר הוא מחקר חתך שנערך בקרב ערביי ישראל (n=100) ובקרב יהודים ממוצא אתיופי (n=100) מעל גיל חמישים (N=200). שתי קבוצות אלה נבדלות מן האוכלוסייה הכללית ומוגדרות כמסורתיות וכפטריארכליות. האחת היא מיעוט אתני (ערביי ישראל) והאחרת היא מיעוט לאומי (יהודים ממוצא אתיופי). דגימת האוכלוסייה במחקר זה בוצעה במדגם מסוג נוחות במהלך שנת 2016. השאלון הופץ לנבדקים בידי עוזרי מחקר שמוצאם מן המגזרים השונים (ערביי ישראל ויהודים ממוצא אתיופי), אשר השתתפו במחקר ביישובי מדינת ישראל. השאלון, שכלל את משתני "מודל האמונה הבריאותית" (HBM), מולא בידי הנדגמים עצמאית. לנבדקים אשר התקשו בקריאה הוקראו השאלות בידי עוזרי המחקר, והשאלון מולא בידי עוזרי המחקר. הנתונים הוקלדו לתוכנת SPSS לביצוע ניתוח נתוני המחקר.

כלים

כלי המחקר מבוסס על שני חלקים. חלק א כלל נתונים סוציו־דמוגרפיים (9 פריטים): גיל, מין, מצב משפחתי, מספר ילדים, השכלה, ארץ לידה, לאום, מידת דתיות והכנסה; נתוני בריאות (2 פריטים): הערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות וסטטוס חיסון למחלת השפעת. פריטי סטטוס החיסון למחלת השפעת הם (4 פריטים): התחסנות בעבר, סיבה לאי־ההתחסנות, סיבה להתחסנות והתחסנות בשנה האחרונה.

חלק ב כלל את שאלון "מודל האמונה הבריאותית" (HBM – Health Belief Model), שהותאם לבדיקת דפוסי התנהגות מונעת הממפים את הסיבות להסננות בקבלת חיסון למניעת מחלת השפעת (21). שאלון ה־HBM תורגם בתרגום צולב (מאנגלית לעברית וחזרה לאנגלית), והותאם למחלת השפעת ולחיסון למניעת מחלת השפעת במחקר שנערך בישראל (22). חלק זה כלל חמישה משתנים:

1. משתנה החומרה הנתפסת של מחלת השפעת (seriousness) הורכב מהשאלות הבאות: "הסיכויים שלי לחלות בשפעת הם גבוהים", "אני חושש מאוד מהידבקות בשפעת" ו"אם אחלה בשפעת יהיה לי קשה לבצע פעילויות יומיומיות".
2. משתנה התועלת הנתפסת מהחיסון (benefits) הורכב מהשאלות הבאות: "קבלת החיסון למניעת מחלת השפעת תמנע ממני להידבק במחלה" ו"קבלת החיסון למניעת מחלת השפעת תמנע ממני היעדרות מעבודתי".
3. משתנה החסמים המונעים מהפרט לקבל חיסון (barriers) הורכב מהשאלות הבאות: "זריקת החיסון למניעת מחלת השפעת עלולה להיות מכאיבה" ו"קבלת חיסון למניעת מחלת השפעת גוזלת זמן לא מועט".
4. משתנה הידע (knowledge) הורכב מהשאלות הבאות: "עבודה עם אנשים רבים בכל יום מגדילה את הסיכויים שלי לחלות בשפעת" ו"אני חושש מתופעות הלוואי של החיסון למניעת מחלת השפעת".
5. משתנה המוטיבציה לבריאות (health motivation) הורכב מהשאלות הבאות: "אם אחלה בשפעת הדבר עלול להדביק את משפחתי", "שפעת עלולה להיות מחלה רצינית" ו"אם אתחסן למניעת מחלת השפעת לא אחשוש לחלות במחלה" (22,21).

ניתוח הנתונים

הנתונים נותחו בתוכנת SPSS גרסה 25. בוצעה סטטיסטיקה תיאורית של ממוצעים, סטיות תקן ושכיחויות עבור המשתנים הדמוגרפיים. ההבדלים במשתנים אלו בין קבוצות המדגם (ערביי ישראל ויהודים ממוצא אתיופי) חושבו במבחני t למדגמים בלתי־תלויים עבור המשתנים הרציפים ובמבחני חי בריבוע עבור המשתנים הקטגוריאליים. נתוני דפוסי ההתנהגות ב"מודל האמונה הבריאותית" (HBM) קובצו לחמש קטגוריות באמצעות מיצוע, ובוצע ניתוח שונות מסוג ANCOVA לאיתור הבדלים בין קבוצות המדגם באמונות וידע על מחלת השפעת, תוך פיקוח על המשתנים הדמוגרפיים. לבסוף בוצעה רגרסיה לוגיסטית על מנת לנבא התחסנות עבור מחלת השפעת בקרב משתתפי המחקר הנוכחי.

תוצאות

תיאור המדגם

במחקר השתתפו 200 נבדקים (N=200), מחציתם יהודים ממוצא אתיופי (n=100, 50%) ומחציתם ערביי ישראל (n=100, 50%). ההבדלים חושבו באמצעות מבחני t למדגמים בלתי־תלויים עבור המשתנים הרציפים ובאמצעות מבחני חי בריבוע עבור המשתנים הקטגוריאליים. המשתתפים הרווקים

טבלה 1: מאפיינים דמוגרפיים של משתתפי המחקר – השוואה בין יהודים ממוצא אתיופי לבין ערביי ישראל*

משתנה	ערביי ישראל	יהודים ממוצא אתיופי		*p*-value
גיל (בשנים)	59.07 (8.25)	63.51 (10.70)	t(185.96)=-3.29	<.01
מספר ילדים	5.30 (2.38)	6.36 (2.20)	t(198)=-3.27	<.01
הכנסה	2.21 (1.17)	1.44 (0.70)	t(161.57)=5.63	<.01
מין			$X^2(1)=0.18$	.67
זכר	50 (50)	47 (47)		
נקבה	50 (50)	53 (53)		
מצב משפחתי			$X^2(2)=17.22$	<.01
נשוי	90 (90)	70 (70)		
גרוש	2 (2)	14 (14)		
אלמן	5 (5)	16 (16)		
השכלה	2.53 (1.24)	1.28 (0.74)	t(161.31)=8.64	<.01
רמת דתיות	3.16 (0.81)	2.18 (0.46)	t(156.07)=-10.50	<.01
הערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות	2.59 (0.84)	3.12 (0.84)	t(198) =-4.44	<.01

* במשתנים הקטגוריאליים מוצג מספר המשתתפים (n) ובסוגריים שכיחות המשתתפים. במשתנים הרציפים (גיל, מספר ילדים, הכנסה, השכלה, רמת דתיות והערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות) מוצגים הממוצע ובסוגריים סטיית התקן.

לא הוכנסו לניתוח הסטטוס המשפחתי לאור מיעוט מספרם במדגם. לצורכי ניתוח הנתונים אוחדו המשתתפים החילוניים עם המשתתפים המסורתיים (31).

מניתוח נתוני המשתתפים של מחקר זה עולה, כי יהודים ממוצא אתיופי הם מבוגרים יותר ($t(185.96)=3.29$, $p<.01$), יש להם יותר ילדים ($t(198)=3.27$, $p<.01$), הכנסתם נמוכה יותר ($t(161.57)=5.63$, $p<.01$), הם בעלי השכלה נמוכה יותר ($t(161.31)=8.64$, $p<.01$), דתיים פחות ($t(156.07)=10.50$, $p<.01$) ומדווחים על בריאות טובה פחות ($t(198)=4.44$, $p<.01$) מערביי ישראל (ראו טבלה 1).

יתר תוצאות המחקר יוצגו באופן הבא: תחילה יוצגו ההבדלים בין משתתפי המחקר היהודים ממוצא אתיופי לבין ערביי ישראל בדפוס ההתחסנות לשפעת. בהמשך יוצגו הבדלים בעמדות בהתחסנות למחלת השפעת, תוך שליטה על משתנים דמוגרפיים שנמצאו מובהקים. לבסוף יוצג מודל רב־משתני, המנבא את הסיכוי להתחסנות למניעת מחלת השפעת על פי משתנים דמוגרפיים ומשתני העמדות בין יהודים ממוצא אתיופי לבין ערביי ישראל.

הבדלים בדפוס ההתחסנות למניעת מחלת השפעת

מניתוח הנתונים של משתתפי המחקר עולה, כי ערביי ישראל (n=72, 55.40%) נטו להתחסן יותר מיהודים ממוצא אתיופי (n=58, 44.60%) למניעת מחלת השפעת בשנה שקדמה למחקר ($X^2(1)=4.31$, $p=.04$). נמצאה שכיחות גבוהה יותר של ערביי ישראל במדגם שציינו כי אין להם זמן להתחסן (n=6, 21.42%) בהשוואה ליהודים ממוצא אתיופי (n=1, 2.38%) ($X^2(7)=17.04$, $p<.05$). עוד נמצא, כי שכיחות גבוהה יותר של ערביי ישראל ציינו שהחיסון אינו יעיל (n=10, 35.71%) בהשוואה ליהודים ממוצא אתיופי (n=10, 23.80%) ($X^2(7)=17.04$, $p<.05$)). כמו כן נמצא, כי בשנת ביצוע המחקר

טבלה 2: **הבדלים בין יהודים ממוצא אתיופי לערביי ישראל – סיבות להתחסנות ולאי־התחסנות**

משתנה	ערביי ישראל n (%)	יהודים ממוצא אתיופי n (%)		*p*-value
התחסן למניעת מחלת השפעת בשנה שעברה	72 (72)	42 (42)	$X^2(1)=4.31$	.04
סיבה לאי־התחסנות			$X^2(7)=17.04$	.02
חוסר זמן	6 (21.42)	1 (2.38)		
לא נשקפת סכנה	7 (25.0)	9 (21.42)		
חוסר אמון במשרד הבריאות	0	2 (4.76)		
החיסון אינו בטוח	0	10 (23.80)		
החיסון אינו יעיל	10 (35.71)	10 (23.80)		
חוסר אמון בחיסונים באופן כללי	5 (17.85)	7 (16.66)		
החלטה לקחת את הסיכון	0	1 (2.38)		
אחר	0	2 (4.76)		
סיבה להתחסנות			$X^2(4)=4.96$	.29
"אמרו שצריך"	42 (58.33)	25 (43.85)		
מחשבה כי נשקפת סכנה	13 (18.05)	16 (28.07)		
אם לא יועיל לא יזיק	3 (4.16)	1 (1.75)		
מניעת התפשטות מחלת השפעת	14 (19.44)	14 (24.56)		
אחר	0	1 (1.75)		
התחסן השנה למניעת מחלת השפעת	71 (71)	47(47)	$X^2(1)=11.91$	<.01

התחסנו ערביי ישראל (n=71, 60.20%) יותר למניעת מחלת השפעת מיהודים ממוצא אתיופי ((n=41, 39.80% $X^2(1)=11.91$, $p<.01$)) שהשתתפו במחקר זה (ראו טבלה 2).

הבדלים בעמדות בהתחסנות למחלת השפעת

העמדות כלפי התחסנות למניעת מחלת השפעת נבדקו בהתבסס על שאלון "מודל האמונה הבריאותית" (HBM). נערך מיצוע של השאלות במודל כדי חמישה משתנים בהתאם למודל שהציעו Blue ו־Valley במחקרם: (א) "החומרה הנתפסת של מחלת השפעת" (seriousness) (α=.77); (ב) "התועלת הנתפסת מהחיסון" (benefits) (α=.70); (ג) "חסמים המונעים מהפרט לקבל חיסון" (barriers) (α=.64); (ד) "ידע" (knowledge) (α=.70); (ה) "מוטיבציה לבריאות" (health motivation) (α=.64). כדי לבחון הבדלים בין הקבוצות בעמדות כלפי התחסנות למניעת מחלת השפעת נערכו ניתוחי שונות, תוך שליטה סטטיסטית על המשתנים הדמוגרפיים שנמצאו מובחנים באופן מובהק בין יהודים ממוצא אתיופי לבין ערביי ישראל – גיל, מספר ילדים, הכנסה, השכלה, רמת דתיות והערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות.

כפי שעולה מטבלה 3 להלן, במחקר זה נמצאו הבדלים מובהקים בין יהודים ממוצא אתיופי לבין ערביי ישראל ב"חומרה הנתפסת של מחלת השפעת" – ערביי ישראל (ממוצע=3.2, ס"ת=0.96) רואים בחומרה רבה יותר את סכנות המחלה בהשוואה ליהודים ממוצא אתיופי (ממוצע=3.06,

טבלה 3: **הבדלים בעמדות כלפי החיסון**

משתנה	יהודים ממוצא אתיופי	ערביי ישראל	F (1, 192)	*p*-value
	ממוצע (ס"ת)	ממוצע (ס"ת)		
החומרה הנתפסת של מחלת השפעת	3.06 (1.19)	3.26 (0.96)	2.63	.05
התועלת הנתפסת מהחיסון	2.59 (1.24)	3.08 (1.08)	4.37	.03
חסמים המונעים מהפרט לקבל חיסון	2.06 (0.92)	2.39 (1.10)	1.11	.29
מוטיבציה לבריאות	3.29 (0.86)	3.41 (0.86)	0.18	.67
ידע	3.06 (0.94)	3.11 (0.76)	0.18	.67

ס"ת=1.19) ($F(1, 192)=2.63$, $p=.05$). עוד נמצא הבדל בין הקבוצות ב"תועלת הנתפסת מהחיסון" – ערביי ישראל (ממוצע=3.08, ס"ת=1.08) תופסים תועלת גבוהה יותר מהחיסון בהשוואה ליהודים ממוצא אתיופי (ממוצע=2.59, ס"ת=1.24) ($F(1, 192)=4.37$, $p=.03$). עם זאת לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות ב"חסמים המונעים מהפרט לקבל חיסון" ($F(1, 192)=1.11$, $p=.29$), ב"ידע" ($F(1, 192)=0.18$, $p=.67$) או ב"מוטיבציה לבריאות" ($F(1, 192)=0.18$, $p=.67$) (ראו טבלה 3).

הבדלים בין יהודים ממוצא אתיופי לערביי ישראל ברמת הידע להתחסנות בחיסון למניעת מחלת השפעת

על מנת לשקף את הידע של המשתתפים במחקר זה באשר לחיסון השפעת, בוצע ניתוח שונות מסוג ANCOVA באמצעות השאלות העוסקות בחיסון השפעת העונתית. נערך מיצוע של הציונים בשאלון כדי ציון יחיד, המשקף את הידע של המשתתף עבור חיסון זה. בניתוח זה נמצא הבדל מובהק בין ערביי ישראל (ממוצע=29.10, ס"ת=5.66) ליהודים ממוצא אתיופי (ממוצע=25.22, ס"ת=6.17) – לאחר פיקוח על המשתנים הדמוגרפיים, ערביי ישראל יודעים יותר על החיסון מאשר יהודים ממוצא אתיופי ($F(1, 192)=10.47$, $p<.01$).

מודל רב־משתני לניבוי התחסנות בחיסון למניעת מחלת השפעת

על מנת לנבא את הסיכוי להתחסן למניעת מחלת השפעת, בוצעה רגרסיה לוגיסטית על המשתנים הדמוגרפיים, על משתני מודל ה־HBM ועל ציון הידע על חיסון השפעת, שהיוו משתנים המסבירים את ההתחסנות למניעת מחלת השפעת בשנה שקדמה למחקר (כן/לא). על מנת לשלוט מבחינה סטטיסטית על ערפלנים אפשריים, הוכנסו לרגרסיה משתנים שנמצאו מובדלים באופן מובהק בין הקבוצות על פי טבלה 1 – לאום, גיל, מספר ילדים, הכנסה, מצב משפחתי, השכלה, רמת דתיות והערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות. כמו כן הוכנסו משתני "מודל האמונה הבריאותית" (HBM): "החומרה הנתפסת של מחלת השפעת", "התועלת הנתפסת מהחיסון", "חסמים המונעים מהפרט לקבל חיסון", "ידע" ו"מוטיבציה לבריאות".

ניתוח הרגרסיה הלוגיסטית הראה כי המשתנים המסבירים הניבו מודל ניבוי מובהק ($X^2(16)=128.71$, $p<.01$), המסביר 66.5% מכלל השונות של הכוונה להתחסן למניעת מחלת השפעת. כפי שעולה מטבלה 4, נמצא קשר חיובי להערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות, כך שככל שההערכה הסובייקטיבית של מצב הבריאות גבוהה יותר כך עולה הסיכוי להתחסן ($OR=2.97$, $CI[1.61, 5.49]$, $p<.01$). עוד נמצא קשר חיובי לתפיסת החומרה של מחלת השפעת, כך שככל שהחומרה הנתפסת גבוהה יותר, כך עולה הסיכוי להתחסן ($OR=2.07$, $CI[1.05, 4.06]$, $p=.04$). כמו כן נמצא קשר חיובי לתועלת מהחיסון, כך שככל שהתועלת הנתפסת מלהתחסן גדולה יותר, כך עולה הסיכוי להתחסן ($OR=2.49$, $CI[1.49, 4.15]$, $p<.01$). עם זאת נמצא קשר שלילי לחסמים המונעים מהפרט לקבל חיסון, כך שככל שיש פחות חסמים, כך גדל הסיכוי להתחסן ($OR=0.45$, $CI[.24, .87]$, $p<.01$). נמצא קשר שלילי לגורם תפיסת ידע, כך שככל שהמשתתפים מעריכים שיש להם יותר ידע כך קטן הסיכוי להתחסן ($OR=.24$, $CI[.11, .50]$, $p<.01$). במודל הרב־משתני לא נמצאו הבדלים בין יהודים ממוצא אתיופי לבין ערביי ישראל בהתחסנות למניעת מחלת השפעת ($OR=1.73$, $CI[0.38, 7.96]$, $p=.48$) (ראו טבלה 4).

טבלה 4: **מקדמי הרגרסיה הלוגיסטית לניבוי התחסנות למניעת מחלת השפעת (N=197)**

משתנה	Odds Ratio	רווח סמך של 95% ל-OR		*p*-value
		גבול תחתון	גבול עליון	
משתנים דמוגרפיים				
גיל	0.98	0.92	1.06	.67
מספר ילדים	1.04	0.79	1.37	.80
הכנסה	0.70	0.40	1.23	.22
השכלה	1.29	0.72	2.31	.39
מצב משפחתי (נשוי לעומת לא נשוי)	2.50	0.20	30.98	.47
רמת דתיות	1.08	0.52	2.26	.83
הערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות *	2.35	1.24	4.46	<.01
אמונות בריאות באשר להתחסנות לשפעת				
החומרה הנתפסת של מחלת השפעת*	2.01	1.01	3.99	.04
התועלת הנתפסת מהחיסון*	2.38	1.39	4.06	<.01
חסמים המונעים מהפרט לקבל חיסון*	0.44	0.22	0.86	.02
תפיסת ידע*	0.23	0.11	0.51	<.01
מוטיבציה לבריאות	1.08	0.42	2.79	.87
ידע על מחלת השפעת	1.07	0.94	1.20	.29
לאום (ערבי)	1.98	0.42	9.47	.39

* אחוז שונות מוסברת: 66.5%

על מנת לנבא את הסיכוי להתחסן למניעת מחלת השפעת בהתבסס על מרכיבי מודל ה־HBM בכל אחת מקבוצות המדגם בנפרד בוצע ניתוח רגרסיה לוגיסטית לכל אחת מהקבוצות בנפרד. ניתוח הרגרסיה הלוגיסטית על נתוני היהודים ממוצא אתיופי בלבד הראה כי המשתנים המסבירים הניבו מודל ניבוי מובהק ($X^2(15)=108.71$, p<.01), המסביר 88% מכלל השונות של הכוונה להתחסן למניעת מחלת השפעת. כפי שעולה מטבלה 5, נמצא כי לנשואים סיכוי גבוה יותר להתחסן בהשוואה ללא־נשואים (OR=4.45, CI[1.61, 5.49], p<.01). עוד נמצא קשר חיובי לתועלת נתפסת גבוהה מהחיסון (OR=7.06, CI[1.50, 33.22], p=.01). כן נמצא קשר שלילי לתפיסת הידע, כך שככל שתפיסת הידע טובה פחות כך עולה הסיכוי להתחסן (OR=0.14, CI[0.02, 0.54], p<.05) (ראו טבלה 5).

ניתוח הרגרסיה הלוגיסטית על נתוני ערביי ישראל בלבד הראה כי המשתנים המסבירים הניבו מודל ניבוי מובהק ($X^2(15)=42.13$, p<.01), המסביר 51% מכלל השונות של הכוונה להתחסן למניעת מחלת השפעת. כפי שעולה מטבלה 6, נמצא כי הערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות קשורה קשר חיובי לסיכוי להתחסן (OR=3.51, CI[1.25, 6.41], p<.05). עוד נמצא קשר חיובי לחומרה הנתפסת של מחלת השפעת (OR=2.90, CI[0.98, 8.61], p<.05), כך שככל שהחומרה הנתפסת גבוהה יותר כך הסיכוי להתחסן עולה. בהמשך לכך נמצא, כי החסמים המונעים מהפרט לקבל חיסון קשורים קשר שלילי לסיכוי להתחסן (OR=0.29, CI[0.12, 0.72], p<.01). כן נמצא קשר שלילי לתפיסת הידע, כך שככל שתפיסת הידע נמוכה יותר כך הסיכוי להתחסן עולה (OR=0.76, CI[0.10, 0.94], p<.05) (ראו טבלה 6).

דיון ומסקנות

תוכניות לקידום בריאות ולמניעת מחלות הן מאבני היסוד של חברות מערביות. מניעת מחלת השפעת היא חלק בלתי־נפרד מתוכניות אלה, על אחת כמה וכמה באוכלוסיות מיעוט. הספרות מתארת את אוכלוסיות המיעוט כקבוצות עדיפות בכל הנוגע למניעת מחלות ולבקרה עליהן המושפעות ממחסומים תרבותיים ולשוניים (26). מעטים המחקרים שבדקו את אוכלוסיות המיעוט האתני והלאומי בישראל בהקשר של קבלת חיסון למניעת מחלת השפעת. במחקר זה נבדקו ההיענות, העמדות והידע באשר לחיסון למניעת מחלת השפעת בקרב יהודים ממוצא אתיופי ובקרב ערביי ישראל בגיל 50 ומעלה, ובוצעה השוואה בין אוכלוסיות אלה בהתבסס על משתני "מודל האמונה הבריאותית" (HBM). מנתוני המדגם במחקר זה עולה, כי שכיחות ערביי ישראל הנוטים להתחסן בחיסון למניעת מחלת השפעת (72%) גדולה יותר משכיחותם של יהודים ממוצא אתיופי (42%). ערביי ישראל רואים בחומרה רבה יותר את הסכנות של מחלת השפעת, ותופסים את תועלת החיסון למניעת מחלת השפעת כגבוהה יותר בהשוואה לאוכלוסיית היהודים ממוצא אתיופי. ממצאים אלה מציגים באור חיובי את הִיטָּמְעוּת המיעוט

טבלה 5: מקדמי הרגרסיה הלוגיסטית לניבוי התחסנות למניעת מחלת השפעת בקרב יהודים יוצאי אתיופיה (n=100)

משתנה	Odds Ratio	רווח סמך של 95% ל-OR		
		גבול תחתון	גבול עליון	*p*-value
משתנים דמוגרפיים				
גיל	1.17	0.95	1.44	0.14
מספר ילדים	1.47	0.61	3.55	0.39
הכנסה	0.49	0.04	6.01	0.58
השכלה	1.01	0.05	21.61	1.00
מצב משפחתי (נשוי לעומת לא נשוי)*	4.45	0.77	25.78	0.10
רמת דתיות	0.62	0.05	8.11	0.71
הערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות	1.79	0.70	2.79	0.15
אמונות בריאות באשר להתחסנות לשפעת				
החומרה הנתפסת של מחלת השפעת	1.89	0.25	14.50	0.54
התועלת הנתפסת מהחיסון*	7.06	1.50	33.22	0.01
חסמים המונעים מהפרט לקבל חיסון	0.18	0.02	1.49	0.11
תפיסת ידע*	0.14	0.02	0.54	0.03
מוטיבציה לבריאות	1.94	0.28	2.29	0.26
ידע על מחלת השפעת	1.05	0.75	1.47	0.76

* אחוז שונות מוסברת: 88%

האתני (ערביי ישראל) באוכלוסייה הכללית במדינת ישראל בהיבט של ההיענות לחיסונים למניעת מחלת השפעת בפרט, וככל הנראה ניתן למצוא תהליכי היטמעות גם בתהליכי קידום בריאות אחרים. תמיכה לכך ניתן לקבל משיעור המתחסנים בקרב ערביי ישראל בחיסון למניעת מחלת השפעת מתוך האוכלוסייה הכללית (5). עם זאת מנתוני מחקר זה ניתן להניח כי בני המיעוט הלאומי (יהודים ממוצא אתיופי) טרם נטמעו בתהליכי קידום בריאות ומניעה של מחלת השפעת, מה שיכול ללמד על בידודם מהסביבה החברתית "החדשה" (8). חיזוק לכך ניתן לקבל מתוצאות מחקר זה, השופכות אור על הידע בנושא חיסון למניעת מחלת השפעת בקרב ערביי ישראל ובקרב אוכלוסיית היהודים ממוצא אתיופי.

אי־היענותם של יהודים ממוצא אתיופי להתחסן עלולה לפתח בקבוצת אוכלוסייה זו רגשות שליליים כלפי החיסון למניעת מחלת השפעת (23). לכן ניתן להעריך, כי "פעילות אחת" של קידום בריאות ושל הדרכת אוכלוסיות המיעוט הלאומי בהקשר של חשיבות החיסון למניעת מחלת השפעת תאפשר "ליצור כדור שלג" של התחסנות עתידית למניעת מחלת השפעת באוכלוסייה זו (25,24), ואף יהיה אפשר לשלבם בצורה יזומה בתהליכים נוספים של מניעת מחלות ושל קידום בריאות. עם זאת נמצא במחקר זה באופן מובהק כי הידע של ערביי ישראל בנושא החיסון למניעת מחלת השפעת גדול יותר מהידע של יהודים ממוצא אתיופי. לכן יש להעלות את הידע בתחום של מניעת מחלת השפעת בקרב אוכלוסיית היהודים ממוצא אתיופי באמצעות ייעוץ מבוסס ראיות; ייעוץ זה יאפשר שינוי של תפיסות ושל דעות שגויות וקדומות על החיסון למניעת מחלת השפעת (17), ויסייע להגברת הגישה החיובית של אוכלוסיית היהודים ממוצא אתיופי להיענות לחיסון למניעת מחלת השפעת. התובנות ממצאים אלו מחייבות את התערבותם של גורמי מערכת הבריאות בהטמעת הידע והחשיבות של חיסונים למניעת מחלת השפעת בכלל ולמניעת מחלות מידבקות בפרט בקרב אוכלוסיית היהודים יוצאי אתיופיה, ויאפשרו למערכת הבריאות ולקובעי המדיניות למנף ולקדם את תהליכי המניעה של מחלת השפעת באוכלוסייה זו.

ניתוח הרגרסיה הלוגיסטית של מרכיבי "מודל האמונה הבריאותית" (HBM) על שתי קבוצות האוכלוסייה הסביר 66.5% מכלל השונות של הכוונה להתחסן למניעת מחלת השפעת בקרב כלל אוכלוסיית המחקר (יהודים ממוצא אתיופי וערביי ישראל). מתוצאות המחקר עולה כי רכיבי ה־HBM של "הערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות", "החומרה הנתפסת של מחלת השפעת", "התועלת הנתפסת מהחיסון" ו"חסמים המונעים מהפרט לקבל חיסון" נמצאו כמנבאים את קבלת החיסון למניעת מחלת השפעת בקרב אוכלוסיות המיעוט האתני והמיעוט הלאומי. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרים קודמים באוכלוסיות מיעוט (30,29). עם זאת בניגוד למחקרים קודמים (28) נמצא, כי ככל שהמשתתפים מעריכים שיש להם יותר ידע, כך הסיכוי שיתחסנו נמוך יותר. עם זאת לא נמצאו במרכיבי מודל ה־HBM הבדלים בין יהודים ממוצא אתיופי לבין ערביי ישראל בהתחסנות למניעת מחלת השפעת.

טבלה 6: **מקדמי הרגרסיה הלוגיסטית לניבוי התחסנות למניעת מחלת השפעת בקרב ערביי ישראל (n=97)**

		רווח סמך של 95% ל-OR		
משתנה	**Odds Ratio**	**גבול תחתון**	**גבול עליון**	***p*-value**
משתנים דמוגרפיים				
גיל	0.95	0.85	1.05	0.30
מספר ילדים	0.97	0.68	1.38	0.86
הכנסה	0.59	0.28	1.24	0.17
השכלה	1.65	0.84	3.25	0.14
מצב משפחתי (נשוי לעומת לא נשוי)	1.94	0.80	4.68	0.14
רמת דתיות	0.97	0.40	2.35	0.94
הערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות *	3.51	1.25	6.41	0.02
אמונות בריאות ביחס להתחסנות לשפעת				
החומרה הנתפסת של מחלת השפעת*	2.90	0.98	8.61	0.05
התועלת הנתפסת מהחיסון	1.13	0.51	2.49	0.76
חסמים המונעים מהפרט לקבל חיסון*	0.29	0.12	0.72	0.01
תפיסת ידע*	0.31	0.10	0.94	0.04
מוטיבציה לבריאות	0.76	0.23	2.51	0.66
ידע על מחלת השפעת	1.07	0.82	1.31	0.52

* אחוז שונות מוסברת: 51%

בבדיקת מרכיבי מודל ה־HBM בנוגע לכל אחת מאוכלוסיות המחקר בנפרד נמצא, כי בקרב אוכלוסיית היהודים ממוצא אתיופי מרכיבי המודל הסבירו 88% מכלל השונות של הכוונה להתחסן למניעת מחלת השפעת. בקרב אוכלוסיית ערביי ישראל מרכיבי מודל ה־HBM הסבירו 51% מכלל השונות של הכוונה להתחסן למניעת מחלת השפעת. תוצאות מודל הרגרסיה על אוכלוסיית ערביי ישראל בלבד מלמדות, כי שני מרכיבים במודל ה־HBM מסבירים את ההיענות לקבלת חיסון באוכלוסיית ערביי ישראל: "החומרה הנתפסת של המחלה" ו"חסמים המונעים מהפרט לקבל חיסון". ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם ממצאי מחקרים אחרים על אוכלוסיית ערביי ישראל בנושא של היענות ההורים לחסן את ילדיהם למניעת מחלת השפעת, שבהם נמצא כי "התועלת הנתפסת" ו"המחסומים" שחוו (כגון ביטחון בחיסון, תופעות הלוואי, השפעות על המערכת החיסונית ואפקט כאב ההזרקה) חזו 88% מכוונת ההורים לחסן את ילדיהם בקרב אוכלוסייה זו (29). עם זאת מחקר זה מצא את המשתנה "הערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות" כמשתנה שיכול לנבא את ההיענות לקבלת חיסון למניעת מחלת השפעת בקרב אוכלוסיית ערביי ישראל. משתנה זה חשוב להבנת הסוגיה של היענות לקבלת חיסון למניעת מחלת השפעת בקרב אוכלוסיית ערביי ישראל, מכיוון שמחקרים מעידים על קשר בין מצב סוציו־אקונומי של המשפחה לניהול אורח חיים בריא. ככל שהמצב הסוציו־אקונומי של המשפחה נמוך, קשה לה יותר לנהל אורח חיים בריא (5). סוגיה זו יכולה ללמד כי אף שערביי ישראל נטמעו באוכלוסייה הכללית, ישנם עדיין פערים סוציו־אקונומיים המשפיעים על ההיענות לחיסון למניעת מחלת השפעת, ויש לבחון דרכים לטפל בפערים אלו.

תוצאות מודל הרגרסיה על אוכלוסיית היהודים ממוצא אתיופי בלבד מלמדות, כי משתנה אחד במרכיבי מודל ה־HBM מסביר את ההיענות לקבלת חיסון באוכלוסיית היהודים ממוצא אתיופי – "התועלת הנתפסת מהחיסון". ככל שהתועלת הנתפסת גבוהה יותר, כך ההיענות לקבלת חיסון למניעת מחלת השפעת תהייה גדולה יותר (5). עם זאת מבין המשתנים הדמוגרפיים נמצא, כי המצב המשפחתי בקרב אוכלוסיית יהודים ממוצא אתיופי משפיע על ההיענות לחיסון למניעת מחלת השפעת וכי לנשואים סיכוי גבוה יותר להתחסן בהשוואה ללא־נשואים. למיטב ידיעתי משתנה זה אינו מופיע בספרות בהקשר של היענות לחיסון למניעת מחלת השפעת, והוא מוסיף נדבך לספרות המחקרית ולמשתנים הדמוגרפיים של מגדר וגיל (15), שיוך דתי ((10 והשכלה (15,10) כמאפיין דמוגרפי המשפיע על ההיענות לקבלת חיסון למניעת מחלת השפעת.

בשתי קבוצות המחקר בנפרד (ערביי ישראל ויהודים ממוצא אתיופי) נמצא קשר שלילי למשתנה "תפיסת הידע", כך שככל שתפיסת הידע נמוכה יותר כך הסיכוי להתחסן גבוה יותר. ממצא זה סותר את הממצאים בספרות המדווחים על קשר חיובי בין רמת הידע להיענות להתחסן (17,14,11) ועל כך שייעוץ מבוסס ראיות יכול לשנות דעות שגויות

וקדומות ויחס שלילי לחיסון למניעת מחלת השפעת (17). ההערכה היא כי תוצאות אלו מושפעות מ"עקרון העדר", ונובעות מאפיונן של קבוצות מחקר אלו כקבוצות אוכלוסייה מסורתיות ופטריארכליות.

מחקר זה פותח צוהר לחשיבות הרבה שיש לתת לתהליכים של קידום בריאות ושל מניעת מחלות הנשלטות באמצעות חיסון באוכלוסיות מיעוט. אוכלוסיות מיעוט המבדלות את עצמן מהאוכלוסייה הכללית "המארחת" ושהתנהגותן בתחום של מניעת מחלות היא לקויה עלולות לגרום לנזקים בריאותיים באוכלוסייה הכללית, שלעיתים יהיו בלתי־הפיכים. בקרה יעילה על מחלות הנמנעות באמצעות חיסון חשובה לבריאות האוכלוסייה הכללית ולאוכלוסיות מיעוט בפרט. פיתוח ויישום של תוכניות התערבות בהתנהגויות מונעות שפעת לאוכלוסיות מיעוט עשויות להועיל לבריאות האוכלוסייה, ולקדם התנהגויות מונעות שפעת באוכלוסיות מיעוט. כדי לסייע בהתאמת תוכניות קידום בריאות תרבותית של תוכניות בריאות מונעות שפעת למיעוטים מומלץ לקובעי המדיניות ולשירותי הבריאות למנף את הידע הנצבר ממחקרים המבוססים על מודל ה־HBM באוכלוסיות מיעוט.

מגבלות המחקר

מחקר זה אינו חף מקשיים מתודולוגיים. קושי ראשון קשור לסוג המדגם. אף שנדגמה קבוצה גדולה יחסית בשתי קבוצות האוכלוסייה (ערביי ישראל ויהודים ממוצא אתיופי), עדיין מדובר במדגם נוחות שאינו מדגם אקראי המייצג נאמנה את אוכלוסיית המחקר, ויש להניח כי ישנן הטיות בתוצאות המחקר לאור סוג זה של מדגם. הקושי השני הוא, שמספר הנדגמים אשר מילא את המשתנה "ארץ לידה" היה קטן ולא היה אפשר לנתחו. ייתכן שארץ הלידה השפיעה על התרבות ועל הערכים שבהם גדל חלק מאוכלוסיית המחקר, ואלה השפיעו על תפיסות מרכיבי הבריאות הן ברמת אמונות הבריאות והן ברמה של אמונות ושל טיפול מסורתי. הקושי השלישי הוא בכך, שתיתכן הטיה בתוצאות המחקר במקרה שהייתה היכרות ראשונית בין עוזרי המחקר שהגיעו מאוכלוסיית היעד לבין הנדגמים.

המלצות למחקרים עתידיים

לאור ממצאי מחקר זה יש מקום למחקרי המשך, שיבחנו כל אחת ואחת מאוכלוסיות מחקר זה כקבוצה הומוגנית בהיענות לקבלת חיסון למניעת מחלת השפעת, ושיעמדו על המשתנים "המזוקקים" של מודל האמונה הבריאותית המשפיעים על אוכלוסיות מיעוט. כך יהיה אפשר לאתר משתנים נוספים המשפיעים על תהליכי קידום בריאות ועל מניעת מחלת השפעת באוכלוסיות מיעוט, אוכלוסיות שהן יעד מועדף לתהליכי קידום בריאות ומניעת מחלות בכלל ומחלת השפעת בפרט.

מקורות

1. Salazar LF, Crosby RA, DiClemente RJ, editors. Research methods in health promotion. San Francisco: John Wiley & Sons; 2015.
2. Huppert A, Barnea O, Katriel G, Yaari R, Roll U, Stone L. Modeling and statistical analysis of the spatio-temporal patterns of seasonal influenza in Israel. PLoS One. 2012 Oct 8;7(10):e45107. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0045107.
3. Tan L, Theilacker C. Direct and indirect benefits of a comprehensive approach to vaccinating adults with influenza and pneumococcal vaccines, especially in patients with chronic diseases. In: Michel JP, Maggi S, editors, Practical Issues in Geriatrics: Adult Vaccinations. Cham, Switzerland: Springer; 2019. p. 69-76.
4. משרד הבריאות. חיסונים בגיל המבוגר [אינטרנט]. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/Subjects/Geriatrics/HealthPromotionAndPreventiveMedicine/Tests_drugs_and_vaccines/Pages/Vaccines_In_Elderly.aspx [נצפה ביום 10.9.2019]
5. אברבוך א', אבני ש'. אי־שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2018. דו"ח [אינטרנט]. משרד הבריאות: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי; ינואר 2019. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/inequality-2018.pdf [נצפה ביום 31.10.2019]
6. שטרית א', ולן ב', הופרט ע'. נתונים מתוך מרכז הידע בנושא אי־שוויון בבריאות. 3.4 פערי בריאות – חיסוני שפעת [אינטרנט]. משרד הבריאות: מרכז הידע הארצי בנושא אי־שוויון של משרד הבריאות, במכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/Subjects/Equality_in_Health/information/Documents/Inequality-vaccines.pdf [נצפה ביום 11.9.2019]
7. Simonsen L, Taylor RJ, Viboud C, Miller MA, Jackson LA. Mortality benefits of influenza vaccination in elderly people: an ongoing controversy. The Lancet Infect Dis. 2007 Oct 1;7(10):658-66.
8. The SAGE Vaccine Hesitancy Working Group. What influences vaccine acceptance: A model of determinants of vaccine hesitancy [internet]. 2013 Mar [cited 2019 Sep 9]. Available from: https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2013/april/1_Model_analyze_driversofvaccineConfidence_22_March.pdf
9. Domnich A, Arata L, Amicizia D, Puig-Barbera J, Gasparini R, Panatto D. Effectiveness of MF59-adjuvanted seasonal influenza vaccine in the elderly: a systematic review and meta-analysis. Vaccine. 2017 Jan 23;35(4):513-20.
10. Larson HJ, De Figueiredo A, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The state of vaccine confidence 2016: global insights through a 67-country survey. EBioMedicine. 2016 Oct 1;12:295-301.
11. Quinn SC, Jamison A, Freimuth VS, An J, Hancock GR, Musa D. Exploring racial influences on flu vaccine attitudes and behavior: results of a national survey of white and African American adults. Vaccine. 2017 Feb 22;35(8):1167-74.
12. Chow MY, Danchin M, Willaby HW, Pemberton S, Leask J. Parental attitudes, beliefs, behaviours and concerns towards childhood vaccinations in Australia: a national online survey. Australian family physician. 2017 Mar;46(3):145.

model and media sources. Paper presented at: ICRCC 2019. Proceedings of the International Crisis and Risk Communication Conference, Nicholson School of Communication and Media; 2019 Mar 11-13; Orlando Fl.
24. Mo PK, Lau JT. Influenza vaccination uptake and associated factors among elderly population in Hong Kong: the application of the Health Belief Model. Health Educ Res. 2015 Sep 3;30(5):706-18.
25. Lu J, Luo M, Yee AZ, Sheldenkar A, Lau J, Lwin MO. Do superstitious beliefs affect influenza vaccine uptake through shaping health beliefs?. Vaccine. 2019 Feb 14;37(8):1046-52.
26. Fabiani M, Riccardo F, Di Napoli A, Gargiulo L, Declich S, Petrelli A. Differences in influenza vaccination coverage between adult immigrants and Italian citizens at risk for influenza-related complications: a cross-sectional study. PLoS One. 2016 Nov 10;11(11):e0166517. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166517.
27. Burger AE. A Modern Plague: U.S. racial and ethnic vaccination disparities during the 2009 HINI influenza pandemic [dissertation]. [Logan, (UT)]: Utah State University; 2018.
28. Nowak G, Cacciatore M, Len-Ríos M. Understanding and increasing influenza vaccination acceptance: insights from a 2016 national survey of US adults. Int J Environ Res Public Health. 2018 Apr;15(4):711.
29. Natan MB, Kabha S, Yehia M, Hamza O. Factors that influence Israeli Muslim Arab parents' intention to vaccinate their children against influenza. J Pediatr Nurs. 2016 May 1;31(3):293-8.
30. בנדרלי מ', קלטר־ליבוביץ ע'. בריאות מבוגרים יוצאי אתיופיה בישראל, סקירת מידע [אינטרנט]. משרד הבריאות ומכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות: מרכז הידע בנושא אי שוויון בבריאות. מאי 2018. נדלה [נצפה ביום 11.9.2019] http://www.gertnerinst.org.il/1029 מתוך:
31. שוהם ח'. "דת", "חילוניות" ו"מסורת" במחשבה הציבורית בישראל. עיונים בתקומת ישראל. 2014;24:58-29. נדלה מתוך: https://in.bgu.ac.il/bgi/iyunim/Pages/24.aspx [נצפה ביום 10.10.2019]
13. Lee CH, Duck IM, Sibley CG. Personality and demographic correlates of New Zealanders' confidence in the safety of childhood vaccinations. Vaccine. 2017 Oct 27;35(45): 6089-95.
14. Bertoldo G, Pesce A, Pepe A, Pelullo CP, Di Giuseppe G, Collaborative Working Group. Seasonal influenza: Knowledge, attitude and vaccine uptake among adults with chronic conditions in Italy. PLoS One. 2019 May 1;14(5):e0215978. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215978.
15. Zeng Y, Yuan Z, Yin J, Han Y, Chu CI, Fang Y. Factors affecting parental intention to vaccinate kindergarten children against influenza: a cross-sectional survey in China. Vaccine. 2019 Mar 7;37(11):1449-56.
16. Opel DJ, Taylor JA, Mangione-Smith R, Solomon C, Zhao C, Catz S, et al. Validity and reliability of a survey to identify vaccine-hesitant parents. Vaccine. 2011 Sep 2;29(38):6598-605.
17. GazibaraT, Nikolina Kovacevic D, Kisic-Tepavcevic D, Nurkovic S, Kurtagic I, Gazibara T, et al. Flu vaccination among older persons: study of knowledge and practices. J Health Popul Nutr. 2019;38(1):2.
18. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. Health Educ Monogr. 1974 Dec;2(4):328-35.
19. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. Health Educ Monogr. 1974; 2:324-473.
20. Janz NK, Becker MH. The health belief model: A decade later. Health Educ Q. 1984 Mar;11(1):1-47.
21. Blue CL, Valley JM. Predictors of influenza vaccine: acceptance among healthy adult workers. AAOHN J. 2002 May;50(5):227-33.
22. שהרבני ש', בן ציון ר', יום־דין ג. הגורמים המשפיעים על החלטת אחיות בישראל להתחסן נגד שפעת. חוקרים בעמק – אסופת מאמרים של חוקרים במכללה האקדמית עמק יזרעאל. 2010; ד:21-28.
23. Xie T, Grady C, Cacciatore M, Nowak G. Understanding flu vaccination acceptance among U.S. adults: the health belief

תקצירים

מיסוי משקאות ממותקים וחטיפים לא־מזינים: דעות ועמדות בעלי עניין

אורלי טמיר, תמר כהן־יוגב, שרון פורמן־אסף, רונית אנדוולט

המאמר המלא:

Taxation of sugar sweetened beverages and unhealthy foods: a qualitative study of key opinion leaders' views.

Orly Tamir, Tamar Cohen-Yogev, Sharon Furman-Assaf, Ronit Endevelt. Isr J Health Policy Res. 2018; 7: 43. Published online Jul 31, 2018. doi: 10.1186/s13584-018-0240-1

תקציר

רקע: מדיניות פיסקלית ככלי למאבק בהשמנה, לדוגמא הטלת מיסים על משקאות ממותקים וממתקים, מעוררת תשומת לב רבה בשנים האחרונות. מחקרים רבים בחנו כיצד מיסוי בשיעורים שונים על משקאות ממותקים משפיע על רכישתם ועשוי להשפיע על תוצאי בריאות שונים. אולם, במדינות שבהן יושמה מדיניות זו, התגלעו קשיים מרובים בחקיקה וביישום של הטלת המס.

מטרות: לבחון את התפישות וההשקפות של מובילי דעה, קובעי מדיניות ובעלי עניין אחרים בישראל אודות מיסוי משקאות ממותקים וחטיפים לא־בריאים. כמו כן, להעריך את האתגרים והחסמים שניתן לצפות להם עם החלה של מדיניות מיסוי.

שיטות: מחקר איכותני המבוסס על 39 ראיונות עומק עם בעלי עניין בתחומי הבריאות, התזונה, הכלכלה, היוזמה הציבורית וקביעת המדיניות בישראל. המחקר בוצע הסקר הועבר ביולי-נובמבר 2017 במרכז הרפואי שיבא בישראל.

תוצאות: כל בעלי העניין ראו בהשמנה בעיה חברתית ואישית שצריכה להיות תחת אחריות ממשלתית. מתוך כלל בעלי העניין שהשתתפו במחקר, רק אלה מן המגזר הכלכלי חשבו שמיסוי על משקאות ממותקים וחטיפים לא־מזינים יפחית את צריכתם, בעוד היתר חשבו שמיסוי זה הינו בלתי קביל, הואיל והעלאת המחיר לא תביא להפחתת הצריכה. הועלה החשש שהטלת המס תשפיע בעיקר על צרכנים ממעמד חברתי־כלכלי נמוך. כמה מבעלי העניין ציינו שייתמכו במס רק אם הכנסותיו ישמשו למטרות מוגדרות, כמו תכניות לקידום בריאות. חסמים אפשריים ליישום מדיניות המס בישראל כוללים: התנגדות של מגזרים שונים, מכשולים בירוקרטיים וטכניים שעלולים לעכב את יישום המס, קשיים בהגדרת קריטריונים למוצרים שעליהם יחול המס והתנגדות של משרד האוצר לייעוד ההכנסות מן המס למטרות חינוך לבריאות.

מסקנות: מדיניות מיסוי צריכה להיות חלק מאסטרטגיה רב־מערכתית, ולא אמצעי יחיד, למאבק בהשמנה. יש לשקול ייעוד הכנסות הצפויות מן המיסים למטרות מוגדרות מראש, בייחוד לפעולות לקידום בריאות, מניעה וטיפול בהשמנה, חינוך, וסיבסוד של מזון בריא.

ניתוח נתיבים מציע קשר בין מיקוד שליטה והיענות לביצוע חיסוני ילדות

ענת עמית אהרון, חיים נחמה, שמואל רשפון ואורנה בראון־אפל

המאמר המלא:

[1]Amit Aharon A, Nehama H, Rishpon S, Baron-Epel O.

A path analysis model suggesting the association between health locus of control and compliance with childhood vaccinations. Hum Vaccin Immunother [Internet] 2018;14(7):1618–25. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21645515.2018.1471305

תקציר

רקע: למרות התועלת המוכחת של חיסוני ילדות, ההססנות בקרב הורים גוברת בשנים האחרונות. מיקוד שליטה בנושאי בריאות יכול להוות גורם המסביר קבלת החלטות בנושא זה.

מטרות: לבחון את היחסים בין רמות מיקוד השליטה של ההורים והענות לביצוע חיסוני שיגרה בילדות.

שיטות: סקר חתך בוצע בקרב 731 הורים לילדים בני 3-4 שנים בטיפות החלב של עירית תל אביב ומחוז חיפה של משרד הבריאות. בשאלונים להורים נמדדו המשתנים: מיקוד שליטה פנימי, ומיקוד שליטה חיצוני (אחרים ומזל), עמדות כלפי מהימנות מקורות מידע מהם ההורים מקבלים מידע בנושא חיסונים, ועמדות כלפי חיסונים. ניתוח נתיבים בוצע לבדיקת הקשרים ישירים ובלתי ישירים בין מיקוד שליטה וביצוע החיסונים. היענות ההורים לביצוע החיסונים בקרב ילדיהם התקבל מתוך הרשומות בטיפות החלב.

תוצאות: התוצאות מראות שלמיקוד שליטה חיצוני של אחרים יש קשר ישיר עם היענות לחיסוני ילדות, ככל שמיקוד שליטה זה גבוה יותר ההיענות גבוהה יותר. בקרב הורים בעלי מיקוד שליטה פנימי ומיקוד שליטה חיצוני של מזל גבוה יותר ההיענות לחיסוני שיגרה נמוך יותר. מיקוד שליטה פנימי ומיקוד שליטה חיצוני (מזל) גבוהה היו בעלי קשרים לא ישירים, דרך עמדות כלפי חיסונים, להיענות לביצוע חיסונים. תפיסת מהימנות מקור המידע היה קשור להיענות לחיסוני ילדות, ככל שתפיסת המהימנות גבוה יותר ההיענות נמוכה יותר.

מסקנות: האינטראקציה בין מיקוד שליטה חיצוני ופנימי יכול, במידת מה, יכול להסביר את ההיענות לביצוע חיסוני ילדות. יתכן והורדת רמות המיקוד שליטה החיצוני (מזל) והעלאת מיקוד השליטה החיצוני של אחרים יעלה את ההיענות לחיסוני ילדות.

הערכת תוכניות קידום בריאות באמצעות EQUIHP ברחבי העיר ירושלים. שיתוף פעולה קהילה־אקדמיה בירושלים.

עמרי בשור, אורלי מנור, אורה פלטיאל, מילכה דונחין, אורלי רויך, ורד קאופמן־שריקי

המאמר המלא:

Besor O, Manor O, Paltiel O, Donchin M, Rauch O, Kaufman-Shriqui V. A city-wide health promotion programme evaluation using EQUIHP: Jerusalem Community-Academic Partnership (J-CAP). Eur J Public Health. 2019;20(5572243)..

רקע: תוכניות לקידום בריאות נפוצות כיום בישראל, אולם ישנו מעט מידע זמין בנוגע לאיכותן, השפעתן והקיימות שלהן. שוני בין מגזרים שונים באוכלוסייה, בשילוב עם חוסר עקביות בשיטות ההערכה, הופכות את השוואת התוכניות לאתגר.

מטרה: מיפוי תוכניות קידום בריאות העוסקות בתזונה ופעילות גופנית בירושלים, בשנת 2017 והערכתן באופן שיטתי תוך שימוש בכלי ההערכה האירופאי European quality instrument for health promotion (EQUIHP).

שיטות: אותרו תוכניות קידום בריאות העוסקות בתזונה ופעילות גופנית בירושלים באמצעות ראיונות בשיטת "כדור שלג". הערכת התוכניות בוצעה באמצעות EQUIHP. הכלי נבדק טרם השימוש על ידי החוקרים, תורגם לעברית וערבית ונבחן תוקף נראה. עוזרי מחקר הוכשרו לבצע ראיונות פנים אל פנים עם מנהלי התוכניות. במהלך הראיונות נאסף מידע אודות 4 תחומים וניתן ציון לפי EQUIHP: (1) התאמה לעקרונות קידום בריאות אוניברסליים, (2) פיתוח ויישום, (3) ניהול התוכנית, (4) קיימות של התוכניות, בנוסף חושבו הציון הממוצע הכללי של כלל התכוניות והחציון לכל חלק בשאלון.

תוצאות: אותרו והוערכו 93 תוכניות, אשר כללו 33,670 משתתפים, רוב התוכניות (54.8%) שילבו תכני תזונה ופעילות גופנית, 58.1% מהתוכניות הכוונו לאוכלוסייה יהודית, לא חרדית ו־68.8% מהתוכניות יועדו לשני המינים. ציון קרונבך אלפא של ה־EQUIHP היה 0.968. ציוני התוכניות בתחומים התאמה לעקרונות קידום בריאות, פיתוח ויישום, ניהול התוכנית, קיימות/המשכיות התוכנית היו 80.2%, 95.9%, 91.8% ו־71.8% בהתאמה. הציון הכולל החציוני היה 67%. תוכניות אשר הופעלו על ידי העירייה קיבלו ציון ממוצע נמוך מאלה אשר הופעלו על ידי ארגונים לא ממשלתיים ועל ידי ארגוני בריאות, בכל אחד מהתחומים למעט ניהול התוכנית.

מסקנות: הערכה שיטתית של תוכניות קידום בריאות, ברחבי עיר גדולה, הינה אפשרית ומסייעת באיתור חוזקות וחולשות של התוכניות. החולשה המרכזית אשר אותרה הינה בתחום הקיימות ובהבדלים בין מארגני התוכניות. שיתוף הפעולה בין האקדמיה לבין הקהילה יאפשר לתכנן טוב יותר ולשפר את התוכניות הקיימות כבר בעיר.

תוכניות שיקום לב דיגיטאליות – העתיד של רפואה ממוקדת מטופל

נבוטובסקי אירנה, נחשון עמירה, קלמפנר רוברט, שפירא יאיר, טסלר ריקי

המאמר המלא:

Digital Cardiac Rehabilitation Programs: The Future of Patient-Centered Medicine.

Nabutovsky, I., Nachshon, A., Klempfner, R., Shapiro, Y., & Tesler, R. Telemedicine and e-Health. 2019. 5 Sep. DOI: 10.1089/tmj.2018.0302

תקציר

רקע: מחלות קרדיווסקולריות, המלוות לעיתים קרובות במחלות רקע רבות, מהוות סיבת המוות הראשונה בעולם. העדר הענות לתוכניות שיקום לב היא אחת הסיבות לאשפוזים חוזרים ותמותה. אמצעים טכנולוגיים הם בעלי פוטנציאל גדול לשיפור שירותי הבריאות. שיקום לב בבית באמצעות טכנולוגיה הופך להיות רלוונטי, כחלק ממגמה כללית של הרפואה המערבית ליישם את גישת 'המטופל במרכז' במסגרת מתן שירותי הבריאות.

מטרה: מטרת המחקר הייתה לבחון עמדות, תפיסות וכוונות התנהגותיות לקבלת תוכנית שיקום לב דיגיטאלית, וכן לבחון את השפעתם של גורמים מקדמים ומעכבים היענות לשיקום לב, כגון: גיל, השכלה, עישון, הרגלי פעילות גופנית ואוריינות טכנולוגית.

שיטות: מחקר חתך שנערך בקרב 200 חולי לב בוגרים לאחר תסמונת כלילית חריפה, ניתוח לב או צנתור. כל המשתתפים ענו על שאלון אנונימי (TUQ – Technology Usage Questionnaire) לבחינת קשרים בין כוונתם להשתתף בתוכנית שיקום לב דיגיטאלית לבין אורחות חיים, אוריינות טכנולוגית והתנהגות השימוש בטלפון נייד. הסקר הועבר ביולי־נובמבר 2017 במרכז הרפואי שיבא בישראל.

תוצאות: כ־83% מהמשתתפים הביעו רצון להשתתף בתוכנית שיקום לב דיגיטאלית. חולים עם אי ספיקת לב גילו ענין רב יותר בתוכנית (100%; $p<0.05$) בעוד בקרב חולים לאחר ניתוח מעקפים אחוז המתעניינים היה נמוך ביותר (71.1%; $p<0.05$). מידת העמדה החיובית כלפי אורח חיים בריא נמצאה כמנבא משמעותי לכוונה להשתתף בשיקום לב דיגיטאלי (יחס הסיכויים 2.26; $p=0.01$). מאפיינים סוציו דמוגרפיים, אורחות חיים, אוריינות טכנולוגית, גיל ומין לא נמצאו כמנבאים משמעותיים להתעניינות בשיקום לב דיגיטאלי.

סיכום: שיקום לב מבוסס טכנולוגיה נגיש לרוב חולי הלב, כולל הקשישים, ועשוי להיות פתרון יעיל עבור חולים הנמנעים מתוכניות השיקום המסורתיות במוסדות הרפואיים.

מחקר אורך: קשרים פרוספקטיביים בין שימוש בקנביס למדדים בריאותיים וחברתיים חיוביים ושליליים עוקבים בקרב מבוגרים־צעירים אמריקאים

ליאת קורן[2,1], דניס הייני[2], ג'רמי לוק[2], ברוס סימונס־מורטון[2]

Korn, L., Haynie, D. L., Luk, J. W., & Simons-Morton, B. G. (2018). Prospective associations between cannabis use and negative and positive health and social measures among emerging adults. International Journal of Drug Policy, 58, 55-63

רקע: ברקע התמורות במדיניות השימוש בקנביס ראוי לבחון קשרים אפשריים בין שימוש בקנביס לבין מדדים בריאותיים וחברתיים עוקבים החשובים להבנת השלכות השימוש עבור בריאות הציבור בהחלטות על מדיניות ראויה בנושא. מטרת המחקר היא לזהות קשרים פרוספקטיביים בין שימוש בקנביס במהלך השנה הראשונה שלאחר התיכון לבין מגוון רחב של מדדים בריאותיים וחברתיים חיוביים ושליליים שנה לאחר מכן בקרב נוער אמריקאי.

שיטה: מחקר אורך בשתי נקודות זמן: T_1, שנה ראשונה לאחר התיכון ו־T_2, שנה לאחר מכן, מתוך מחקר ה־NEXT Generation Health Study, שנערך בארגון הבריאות האמריקאי – NIH, NICHD. מדגם מייצג אמריקאי של 1915 מבוגרים־צעירים בארצות הברית, (בגיל ממוצע 20.2; 61% נשים). הסיכויים לשימוש בסמים, תזונה לא נכונה, פעילות גופנית, התנהגויות בלתי פוסקות, השגיות בלימודים, יחסי משפחה, בריאות הנפש, מדדי נהיגה ותפיסות בריאותיות ב־T_2 נבחנו באמצעות רגרסיות לוגיסטיות.

תוצאות: בהשוואה לאי שימוש בקנביס, שימוש תכוף (+20 פעמים בשנה האחרונה) ב־T_1 נמצא קשור במדדים בריאותיים וחברתיים שליליים ב־T_2, למשל נהיגה מסוכנת (AOR= 1.78, CI-1.45-2.19) סימפטומים של דיכאון (AOR=1.68, CI-1.43-1.98), סימנים להפרעות אכילה (AOR=1.55, CI-1.31-1.84) סימפטומים פסיכו־סומטיים שליליים (AOR=1.55, CI-1.30-1.83) והישגים לימודיים נמוכים (AOR=1.46, CI-1.23-1.75). לגבי מדדים חיוביים, בהשוואה לאי שימוש, שימוש תכוף נמצא קשור בעמידה בהמלצות לפעילות גופנית (AOR=1.28, CI-1.09-1.51) אולם הסתברות נמוכה יותר לצריכה של פירות וירקות (AOR= 0.82, CI-0.70-0.96) והסתברות נמוכה יותר ללמוד בקולג' או באוניברסיטה (AOR=0.57, CI-0.44-0.75). ממצאים על שימוש מזדמן בקנביס (1-19 פעמים בשנה האחרונה) היו ברובם דומים לשימוש תכוף בקנביס במדדים שליליים.

מסקנות: תוצאות המחקר מדגימות דפוסים פרוספקטיביים מורכבים בהם נמצאו קשרים משמעותיים למרבית המדדים השליליים, הן עבור משתמשים מזדמנים והן עבור משתמשים קבועים, עם מספר קטן של קשרים משמעותיים של מדדי בריאות חיוביים.

ילדים בגן הילדים כסוכני שינוי להרגלי אכילה ושתייה – שיפור בהרכב ארוחת העשר

יעקובוביץ רונית, שובל אלה, בארי אליוט, שולרוף בועז

המאמר המלא:

Jakobovich, R., Shoval, E., Berry, E. M., & Shulruf, B. (2019). Supporting children to act as change agents for parents in preparing their lunch box. *Australasian Journal of Early Childhood*, *44*(2), 153-165.

תקציר

רקע: מניעת השמנה בילדות מהווה את אחד האתגרים הגדולים ביותר של בריאות הציבור. הרגלי אכילה ושתייה לקויים, המהווים גורם לעודף משקל והשמנה, נותנים אותותיהם כבר בגיל הרך. הרגלים הנרכשים בגיל צעיר הופכים לחלק מאישיותו של הילד ועשויים ללוותו לטווח ארוך. **גן הילדים,** במסגרתו נמצאים הילדים מרבית שעות היום, **מהווה מסגרת לרכישת ידע, מיומנויות ועיצוב התנהגויות הילד.**

מטרה: לבדוק את השפעת תכנית התערבות, המתבססת על הילד כ"סוכן שינוי" – הלומד על ידי עשייה (learning by doing) – על השינוי בהרכב "ארוחת עשר" שהובאה מהבית.

שיטה: מחקר כמותי, (quasi experimental), בו נבדק השינוי בהרכב "ארוחת העשר" ושתיית מים, שהובאו מהבית, בקרב 1890 ילדים גילאי 4-6 (1048 בקבוצת הניסוי, 842 בקבוצת הביקורת).

תוכנית ההתערבות הועברה לגננות, שעברו השתלמות, ובאמצעותן – לילדים, כחלק משגרת היומיום בגן.

תוצאות: נמצא שיפור מובהק (P<0.001) בהרכב "ארוחת העשר" בקבוצת הניסוי במבחני pre-post:

1. חלה עליה באחוז הילדים אשר הביאו: א. **ירק** (25%, לעומת – 41.3%), ב. **פרי** (44% לעומת – 58.5%) ג. **מים** (39% לעומת – 74.4%). ד. **כריך** עם תכולה מומלצת (65.7% לעומת 79.8%)
2. חלה ירידה באחוז הילדים שהביאו: א. ממתקים וחטיפים (19.1% לעומת 7%) ב. כריכי שוקולד (30.2% לעומת 15.4%). לא נמצא שיפור מובהק בקבוצת הביקורת.

מסקנות: לילדים בגן היכולת לשנות התנהגויות בהקשר לצריכת מזון ושתיית מים. ביכולתם להיות "סוכני שינוי" ולהשפיע על הוריהם לשנות את הרכב ארוחת העשר – תוך שהם גורמים להוריהם לשתף פעולה עם תהליכים המתרחשים בגן. קיימת חשיבות להמשיך ולבחון את היות הילדים סוכני שינוי, בהקשר לארוחות נוספות בבית, לטווח ארוך, כמו גם לבחון את מודל ההתערבות בהקשר להתנהגויות בריאותיות נוספות ביניהן – שינויים בהרגלי התנועה ובפעילות היושבנית – כדרך למניעת השמנה – כבר בגיל הרך.

אוריינות בריאותית הקשורה למדיה, אוריינות בריאותית דיגיטלית והתפקיד של הסביבה החברתית

דיאן לוין זמיר, איסבלה ברטצ'י

המאמר המלא:

Levin-Zamir, D., Bertschi, I. (2018) Media Health Literacy, eHealth Literacy, and the Role of the Social Environment in Context *International Journal for Environmental Research for Public Health* 15(8), 1643.

רקע: המונח אוריינות בריאותית מתאר את המיומנויות ואת היכולות שמאפשרות לאנשים להשיג, להבין וליישם מידע בריאותי כדי להשפיע באופן חיובי על בריאותם שלהם ושל אלה הנמצאים בסביבתם החברתית. בעולם דיגיטלי שבו הולכת וגוברת נוכחות המדיה, מיומנויות אלה הן חיוניות לשם הנגשת וניווט במקורות מידע וכלים בריאותיים, כגון טלוויזיה, אינטרנט ואפליקציות במכשירים ניידים. המונחים אוריינות בריאותית הקשורה למדיה (Media Health Literacy – MHL) ואוריינות בריאותית דיגיטלית (eHealth Literacy – eHL) מתארים את המיומנויות הספציפיות הנדרשות בתחומים אלה.

מטרות: בחינת הקשר בין אוריינות בריאותית הקשורה למדיה, אוריינות בריאותית דיגיטאלית לבין משתנים סוציו־דמוגרפיים, תמיכה חברתית ומורכבות מערכתית.

שיטות: סקירה מתוך ספרות מדעית לניתוח מחקרי תיאוריה והתערבות שפורסמו מתחומי קידום בריאות, בריאות הציבור, מדיניות בריאות, מדעי החברה וההתנהגות, מדעי הדיגיטל הרפואי, תקשורת בריאותית ועוד.

תוצאות: היות ואוריינות בריאותית דיגיטלית ואוריינות בריאותית הקשורה למדיה הן חיוניות עבור העצמת אנשים להיות פעילים יותר בכל הנוגע לבריאותם, היקף הספרות המתארת את הפוטנציאל ואת האפקטיביות של תכניות התערבות יזומות המשפיעות באופן חיובי על תחומים אלה, הולך וגובר. מנקודת מבט אתית, ניתן דגש על עקרונות של הוגנות ושוויון, תוך שימת לב מיוחדת לחשיבות הנגשתה של סביבה מתוקשבת לכולם – לרבות לאלה הנמצאים בסיכון להדרה ממקורות וממשאבים דיגיטליים.

מסקנות: יישור קו בין פרספקטיבת המיקרו ופרספקטיבת המאקרו בהקשר זה, יסייע בסופו של דבר למדיה הדיגיטלית והלא־דיגיטלית לתמוך באופן יעיל ולקדם את בריאות הציבור.

הגשת מאמרים לגיליון מס' 8:
"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 8. **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 30.6.2020 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 יכללו 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:
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 המחבר לכתוב את **שם המאמר באנגלית** כפי שפורסם בכתב העת ואת הפרטים הבאים: שם, דרגה אקדמית, מוסד אקדמי/ארגון באנגלית.
- יש לכתוב את התקציר בכתב David בעברית, ברווח 1.5 שורות, בגודל אות 12. כותרות יכתבו בגודל 14 מודגש.
- התקציר (עד 250 מילים) בלבד!

את התקצירים יש להגיש עד 30.6.2020 לעורכת כתב העת ד"ר ריקי טסלר, דוא"ל: riki.tesler@gmail.com

חברי מערכת כתב העת (לפי סדר הא"ב)

פרופ' אנדוולט רונית, ד"ר אפללו אפרת, ד"ר בורד שירן, פרופ' בראון-אפל אורנה, גב' ברונר קארן, פרופ' גרוטו איתמר, פרופ' דאוד ניהאיה, ד"ר לב-ארי שחר, פרופ' לב בועז, פרופ' לוין-זמיר דיאן, גב' מלוויל לילך, פרופ' ניסנהולץ-גנות רחל, פרופ' סדצקי סיגל, ד"ר קורן ליאת

עורכת מדעית: **ד"ר טסלר ריקי** • עורכת משנה: **גב' מנור ניבה**

קידום בריאות בישראל

כתב עת ישראלי לחינוך וקידום בריאות

חוברת מס' 7, אדר תש"פ, מרס 2020

משרד הבריאות
לחיים בריאים יותר

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