קידום בריאות בישראל

כתב עת ישראלי לחינוך וקידום בריאות

חוברת 8

טבת תשפ"א, דצמבר 2020

ISSN: 2707-0055

קידום בריאות בישראל

כתב עת ישראלי לחינוך וקידום בריאות

ISSN: 2707-0055

חוברת מס׳ 8, טבת תשפ״א, דצמבר 2020

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

מערכת **קידום בריאות בישראל**:

עורכת מדעית: **ריקי טסלר**
עורכת משנה: **ניבה מנור**
עריכה לשונית: **דניאלה ברדוש מרץ**
עריכה והפקה: **דלית דנן**

חברי המערכת (לפי סדר הא׳-ב׳):

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

עורכי כתב העת והמחלקה לחינוך 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:

ד"ר אפרת אפללו – מנהלת המחלקה לחינוך ולקידום הבריאות, ראש דסק חינוך שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות

רשימת מחברי המאמרים:

השלכות אפשריות על מעורבות רופאי המשפחה בקידום בריאות המטופל במסגרת רפואה מרחוק (טלמדיסין)

גלית מדר – המחלקה לניהול מערכות בריאות ובית הספר לתקשורת, אוניברסיטת אריאל בשומרון
אזי לב־און – בית הספר לתקשורת, אוניברסיטת אריאל בשומרון
נחמן אש – המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון

אפיון הגורמים להיענות מבוגרים בני 60 ומעלה להנחיות משרד הבריאות במהלך הגל הראשון של מגפת הקורונה, על פי תיאוריית הפעולה המנומקת

דפנה הלפרין – החוג למנהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל
שירן בורד – החוג למנהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל
אילת שור – החוג למנהל מערכות בריאות והחוג לסיעוד, המכללה האקדמית עמק יזרעאל
לירון עינצ'י – החוג למנהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל
עולא עלי סאלח – החוג למנהל מערכות בריאות והחוג לסיעוד, המכללה האקדמית עמק יזרעאל
כרמית סטרן – החוג לסיעוד, המכללה האקדמית עמק יזרעאל

גורמים המקדמים החלטה על קבלת חיסון נגד וירוס הפפילומה בקרב בנים – השוואה בין האוכלוסייה היהודית לאוכלוסייה הערבית בישראל

קרן גרינברג – המחלקה למדעי הסיעוד, הפקולטה למדעי החברה והקהילה, המרכז האקדמי רופין
יעל סלע – המחלקה למדעי הסיעוד, הפקולטה למדעי החברה והקהילה, המרכז האקדמי רופין

האם למגפת הקורונה (COVID 19) יש השפעה על עמדות ועל כוונות להתחסן נגד שפעת עונתית? סקר בקרב צוותים סיעודיים

יעל סלע – המחלקה למדעי הסיעוד, הפקולטה למדעי החברה והקהילה, המרכז האקדמי רופין
קרן גרינברג – המחלקה למדעי הסיעוד, הפקולטה למדעי החברה והקהילה, המרכז האקדמי רופין

הקשר בין אי־ביטחון תזונתי לבין התנהגויות סיכון ותחושת רווחה בקרב בני נוער בישראל

אורית שפירו – המחלקה לניהול מערכות בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
רחל ניסנהולץ-גנות – המחלקה לניהול מערכות בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
לימור ווסקוביניקוב – המחלקה לניהול מערכות בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
מאור יעקבסון – המחלקה לניהול מערכות בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
אסלאם עיסא – המחלקה לניהול מערכות בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
יוסי הראל פיש – בית הספר לחינוך, הפקולטה למדעי החברה, אוניברסיטת בר־אילן
ריקי טסלר – המחלקה לניהול מערכות בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל

פעילות גופנית ושינה בקרב סטודנטים לחינוך גופני כגורם מקדם בריאות

גילי יוסף – הפקולטה למדעים, מכללת סמינר הקיבוצים
הדס שחורי – הפקולטה למדעים, מכללת סמינר הקיבוצים

ספורט ופעילות שטח (Out Door Training – O.D.T.) ככלי טיפולי בילדים ונוער בסיכון

רולי חדש – הפקולטה למדעים, מכללת סמינר הקיבוצים
יובל חלד – הפקולטה למדעים, מכללת סמינר הקיבוצים
דני מורן – המחלקה לניהול מערכות בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון
גילי יוסף – הפקולטה למדעים, מכללת סמינר הקיבוצים

שינוי אורח חיים בקרב סטודנטים בזמן מגפת ה־COVID 19 בהשוואה לתקופת טרום־המגפה

רונית אחדות חודז'ייב-הכהן – ראש החוג למדעים וקידום בריאות במכללה האקדמית לחינוך ע"ש דוד ילין; הפקולטה לרפואה, האוניברסיטה העברית
פז כרמל – המכללה האקדמית לחינוך ע"ש דוד ילין ואוניברסיטת בר־אילן
ליבנה צורדקר נסים – בית הספר לסיעוד, הדסה עין כרם, האוניברסיטה העברית

תוכנית התערבות תוך־בית ספרית למניעת עישון בקרב בני נוער צעירים: ממצאי מחקר בחטיבת ביניים באשקלון

נעמה מטקוב – החוג לבריאות הציבור, המכללה האקדמית אשקלון
אלינור יחזקאל – החוג לבריאות הציבור, המכללה האקדמית אשקלון
צביה קסל – קופת חולים מאוחדת, מחוז יהודה והדרום
אסנת בשקין – החוג לבריאות הציבור, המכללה האקדמית אשקלון

רשימת מחברי התקצירים:

הון חברתי ובריאות בקרב משחקות כדורשת בליגת מאמאנט בישראל

פרופ' בראון אפל אורנה – בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה

קשר בין עדות לאלימות והצדקת אלימות לבין כוונת אלימות כלפי אחים אחיות בישראל

ד"ר ענת עמית אהרון – החוג לסיעוד, הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב

חסמים למניעה וטיפול בדיכאון לאחר לידה בקרב נשים בדואיות בנגב: ממצאי מחקר קבוצות מיקוד

ד"ר סמירה אלפיומי-זיאדנה – בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת בן גוריון

אינטראקציות חברתיות שליליות הפוגעות בבריאות, כתלות בתרבות, בקרב נשים יהודיות וערביות לאחר לידה

פודיסטר סיידי – בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה

השפעת תוכנית התערבות להפחתת מתח, מבוססת קְשיבות וחקירה (IBSR), על מניעה והפחתה של שחיקה בקרב מורים

ד"ר ליה שניידר-לוי – הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב

פיתוח הקריטריונים לסימון חיובי של מזון בחזית האריזה בישראל

ד"ר מיכל גילאון-קרן – מרכז שניידר לרפואת ילדים

תוכן העניינים

דבר המערכת

ד"ר אפרת אפללו – מנהלת המחלקה לחינוך ולקידום הבריאות 5

מאמרים

השלכות אפשריות על מעורבות רופאי המשפחה בקידום בריאות המטופל במסגרת רפואה מרחוק (טלמדיסין)
גלית מדר, אזי לב־און, נחמן אש 6

אפיון הגורמים להיענות מבוגרים בני 60 ומעלה להנחיות משרד הבריאות במהלך הגל הראשון של מגפת הקורונה,
על פי תיאוריית הפעולה המנומקת
דפנה הלפרין, שירן בורד, אילת שור, לירון עינצ'י, עולא עלי סאלח, כרמית סטרן 13

גורמים המקדמים החלטה על קבלת חיסון נגד וירוס הפפילומה בקרב בנים –
השוואה בין האוכלוסייה היהודית לאוכלוסייה הערבית בישראל
קרן גרינברג, יעל סלע 20

האם למגפת הקורונה (COVID 19) יש השפעה על עמדות ועל כוונות להתחסן נגד שפעת עונתית?
סקר בקרב צוותים סיעודיים
יעל סלע, קרן גרינברג 27

הקשר בין אי־ביטחון תזונתי לבין התנהגויות סיכון ותחושת רווחה בקרב בני נוער בישראל
אורית שפירו, רחל ניסנהולץ-גנות, לימור ווסקוביניקוב, מאור יעקבסון, אסלאם עיסא, יוסי הראל פיש, ריקי טסלר 34

פעילות גופנית ושינה בקרב סטודנטים לחינוך גופני כגורם מקדם בריאות
גילי יוסף, הדס שחורי 41

ספורט ופעילות שטח (Out Door Training – O.D.T.) ככלי טיפולי בילדים ונוער בסיכון
רולי חדש, יובל חלד, דני מורן, גילי יוסף 48

שינוי אורח חיים בקרב סטודנטים בזמן מגפת ה־COVID 19 בהשוואה לתקופת טרום־המגפה
רונית אחדות חודז'ייב-הכהן, פז כרמל, ליבנה צורדקר נסים 58

תוכנית התערבות תוך־בית ספרית למניעת עישון בקרב בני נוער צעירים: ממצאי מחקר בחטיבת ביניים באשקלון
נעמה מטקוב, אלינור יחזקאל, צביה קסל, אסנת בשקין 66

תקצירים

הון חברתי ובריאות בקרב משחקות כדורשת בליגת מאמאנט בישראל
בראון אפל אורנה, בורד שירן, קדוש דבי, גוטמן עדנה, מורן דני, טסלר ריקי 75

קשר בין עדות לאלימות והצדקת אלימות לבין כוונת אלימות כלפי אחים אחיות בישראל
עמית אהרון ענת, ורשבסקי סיגלית, יצחקי מיכל, החוג לסיעוד, הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב 76

חסמים למניעה וטיפול בדיכאון לאחר לידה בקרב נשים בדואיות בנגב: ממצאי מחקר קבוצות מיקוד
אלפיומי-זיאדנה סמירה, פרוימוביץ מירון, אזברגה זויה, גרוטו איתמר, דאוד ניהאיה 77

אינטראקציות חברתיות שליליות הפוגעות בבריאות, כתלות בתרבות, בקרב נשים יהודיות וערביות לאחר לידה
עלי סלאח אולא, פודיסטר סיידי, כהן דר מיכל, בראון אפל אורנה. 78

השפעת תוכנית התערבות להפחתת מתח, מבוססת קְשיבות וחקירה (IBSR), על מניעה והפחתה של שחיקה בקרב מורים
שניידר-לוי ליה, ב. גנץ אריאל, זעפרני קרן, גולדמן זהבית, מיטניק ענבל, רולניק בנימין, לב ארי שחר. 79

פיתוח הקריטריונים לסימון חיובי של מזון בחזית האריזה בישראל
גילאון-קרן מיכל, קאופמן שריקי ורד, גולדשמיט רבקה, ספרא כרמית, שי איריס, פיימן גילה, בארי אליוט, תירוש אמיר,
ד"ר דיקר דרור, פרוי אורן, גורדון אלי, כאביה בן־יוסף ענת, ניצן לזלי, אלטמן חוה, בלייכפלד-מגנזי מורן, אנדוולט רונית 80

דבר המערכת

שנת 2020 תחרט בתודעה הישראלית והעולמית כשנת COVID-19. התמודדנו ועודנו מתמודדים מול נגיף המשפיע על הבריאות של כולנו. ההשפעה על הבריאות היא מקיפה ואנו עדים לחשש ממפגש של פנדמיות: מגפת הקורונה לצד מגפת ההשמנה, חוסר בפעילות גופנית, אורח חיים יושבני, בדידות, עלייה בסיכון לצריכת אלכוהול ועלייה בשיעור המעשנים. תושבים רבים נמצאים במציאות מאוד קשה, לאורך תקופת זמן מאוד ארוכה.

השנה, בניגוד לשנים עברו, שמנו לנגד עינינו שני עקרונות מרכזיים; מחד גיסא קידום בריאות בדגש על הטמעת אורח חיים בריא ומאידך גיסא קידום בריאות בשעת משבר/חירום.

דרכי הפעולה להתמודדות עם הנגיף כוללות עטיית מסיכה בכל המרחבים, הקטנת החשיפה על ידי צמצום מפגשים בין אישיים ובידודים הכרחיים, מניעת התקהלויות, הפעלת הרמזור ברשויות. כל זאת נעשה במקביל להעלאת מספר הבדיקות וכמובן החיסונים שהחלו.

במקביל, המחלקה לקידום הבריאות בשירותי בריאות הציבור, יחד איתכם השותפים שלנו, מניחים על השולחן את דרכי הפעולה להתמודדות עם יתר המגיפות איתם מתמודדת האנושות בימים אלו. שמירה על תזונה בריאה, ביצוע פעילות גופנית בכל הזירות (רשויות, חינוך, גיל שלישי ועוד), מניעת עישון, מניעת סטרס והגברת המודעות לקבלת סיוע נפשי עקב המצב בו אנו נמצאים.

בהזדמנות זו ברצוני להודות לכולכם על ההרתמות לעשייה, ועל הכתיבה והפרסום של העבודות הנפלאות הנעשות בתחומים השונים. ההיענות הגבוהה רק מעצימה את החשיבות הגדולה שיש לשמירה על אורח חיים בריא בפרט בתקופה המאתגרת הזו.

וכעת, אנו עומדים בפתחה של שנה אזרחית חדשה עם מספר מסרים אופטימיים – עלינו להסתכל על התקופה הזו כעל תקופה של הזדמנויות בה פותחו כלים דיגיטליים רבים אשר יאפשרו לנו לתת מענה בריאותי נגיש ופשוט עם דגש על אורח חיים בריא לצד החיסון לקורונה אשר יסייע בשליטתנו על המחלה. כל זאת ועוד יסייעו לנו בהטמעת אורח חיים פעיל ובריא בכלל האוכלוסייה בישראל בדרכים שונות תוך שיתופי פעולה רבים.

בריאות לרוב,

ד"ר אפרת אפללו

מנהלת המחלקה לחינוך ולקידום הבריאות, ראש דסק חינוך
שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות

מאמרים

השלכות אפשריות על מעורבות רופאי המשפחה בקידום בריאות המטופל במסגרת רפואה מרחוק (טלמדיסין)

גלית מדר[1], אזי לב־און[2], נחמן אש[3]

[1] המחלקה לניהול מערכות בריאות ובית הספר לתקשורת, אוניברסיטת אריאל בשומרון

[2] בית הספר לתקשורת, אוניברסיטת אריאל בשומרון

[3] המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון

תקציר

רקע: ההתמודדות עם התפרצות נגיף ה־Covid-19 גרמה להגברת השימוש בכלים של רפואה מרחוק לצרכים שונים, החל מפעולות של קידום בריאות וכלה באבחון ובמתן טיפול. בדרך זו ניתן למנוע מגעים מיותרים בין המטפל למטופל, ובכך לצמצם את הסיכון להדבקה בנגיף.נראה כי גם בחזרה לשגרה השימוש בטכנולוגיות של רפואה מרחוק יהיה גדול יותר מאשר טרם המגפה, אולם יש לשים לב להשפעות של השימוש בכלים אלו על הרופא.

מטרת המחקר: לנתח את השלכותיה של הטכנולוגיה התומכת ברפואה מרחוק על דפוסי עבודתו של רופא המשפחה, ובכלל זה את ההשפעות האפשריות על מעורבות רופאי המשפחה בקידום בריאותו של המטופל.

שיטת המחקר: נבחר מדגם של 25 רופאי משפחה של "מכבי שירותי בריאות" מכל רחבי הארץ המשתמשים במערכת "הרפואה מרחוק". במהלך מפגשים עם הרופאים במרפאותיהם נערכו ראיונות עומק מובנים־למחצה.

ממצאים: ממצאי המחקר מצביעים על כך, כי לצד ההבנה של הרופאים כי הטכנולוגיה מאפשרת עלייה בזמינות הרופא למטופל וייעול מנהלתי, נוצרו אתגרים חדשים עבור הרופאים: חשש מאובדן שליטה על ניהול התהליך הרפואי, צריכת יתר של שירותי רפואה ועומס מטלות החודר למרחב הפרטי של הרופא. עוד הודגש, כי השינויים בסביבה הטיפולית פוגעים במרקם העדין של יחסי רופא־מטופל, בקשר הבין־אישי ועלולים לפגוע במעורבות הרופא בקידום בריאותו של המטופל.

דיון ומסקנות: מניתוח ממצאי המחקר עולה, כי הרופאים מבינים ששיטת העבודה החדשה תומכת בקידום אוטונומיית המטופל והעצמתו. עם זאת הרופאים מביעים גם השקפה שלילית: לטענתם העומס עלול לפגוע בעיסוקו של הרופא בקידום בריאות, מאחר שהרופא מתמקד ספציפית במענה לבקשת המטופל ואין לו זמן לעסוק בעניינים אחרים.

מילות מפתח: **יחסי רופא מטופל, מפגש מקוון, עומס מוגבר, רופאי משפחה, רפואה מרחוק.**

רקע

בחודשים האחרונים עולם הרפואה מתמודד עם מגפת ה־Covid-19, תוך מתן מענה לחולים (חולים מאושפזים וחולים המטופלים בקהילה), מניעת הדבקה ככל שניתן ("קטיעת שרשרות ההדבקה") והמשך הפעילות הרפואית השגרתית בתנאים חדשים. אחד המרכיבים המרכזיים במענה הרפואי למגפה הוא שימוש נרחב בפלטפורמות שונות של רפואה מרחוק – טלפון, וידאו והתכתבות (1). באמצעות כלים

אלו מערכת הבריאות מצליחה להמשיך ולספק שירותי רפואה חיוניים, ובכלל זה שירותים בתחום קידום הבריאות על כל מרכיביהם, תוך צמצום מגע מיותר בין המטפל למטופל והפחתת החשיפה של מטופלים בסיכון יתר לאפשרות להידבק בנגיף.

שירותי רפואה מרחוק הם תולדה של שורה של תהליכים – חברתיים וטכנולוגיים – שהתרחשו מאז העשור האחרון של המאה העשרים והמשנים את עולם הרפואה ושירותי הבריאות (3,2). בתהליכים הללו נכללים הזדקנות האוכלוסייה, ריבוי המחלות הכרוניות, עלייה מתמדת בעלות תפעול מערכות הבריאות ומחסור באנשי סגל רפואי, לצד הדרישה המתמדת להארכת תוחלת החיים, שיפור איכות החיים, שיפור השירות הרפואי ופיתוח טכנולוגיות מידע.

הצרכים הגוברים, לצד ההתפתחויות הטכנולוגיות, הובילו לפיתוח של יישומים רבים בתחום טכנולוגיית המידע הבריאותי (4) (HIT – Health Information Technology). אחד האמצעים הראשונים שפותחו כדי לאפשר מפגש רפואי מרחוק הוא ה"מפגש הרפואי המקוון" הידוע בשם e-Visit (6,5).

המפגש הרפואי המקוון מאפשר למטופל לפנות לרופא בכתב בצורה מאובטחת דרך האתר של ארגון שירותי הבריאות (שאליו המטופל שייך) באינטרנט, ולקבל מענה לפנייתו תוך זמן מוגדר. זהו מפגש המתנהל על בסיס אסינכרוני, שהרופא מנהל אותו כמפגש רפואי לכל דבר בהתבסס על הרשומה הרפואית הממוחשבת של המטופל ועל תיעוד הפנייה והמענה (9,8,7).

מפגשים מקוונים הוכחו כמשפרים את יעילות הטיפול הרפואי, את הרצף הטיפולי ואת איכות הטיפול הרפואי (10,4). מפגשים אלו מתאימים למקרים רבים של ניהול הטיפול במחלה כרונית ובמקרים מסוימים אף לבירור ראשוני של מחלה חריפה, אך אינם מתאימים לטיפול במקרים דחופים (7,4).

לצד התועלת הרבה בשימוש במפגש הרפואי המקוון ישנם גם מגבלות וחסמים שמחייבים התייחסות מערכתית; בין השאר אפשר לציין את הצורך בהכשרת המטפלים לערוך מפגש שכזה עם המטופל, את הצורך להדריך את המטופלים להשתמש באמצעי בצורה מושכלת ואת הצורך למנוע פגיעה באיכות הטיפול הרפואי ולהתייחס לניהול הסיכונים בסוג כזה של מפגש. כמו כן עולה החשש, כי הזמינות והנוחות של השימוש בפלטפורמה למפגש מרחוק עלולות לגרום לשימוש יתר ולהצפה בפניות (4).

רבות נכתב על התועלת שבשימוש במערכות למפגש מרחוק, בעיקר מזווית ההסתכלות של המטופל. אך רק עבודות מעטות התייחסו להשפעה שיש לשימוש זה על הרופאים, ובהן אלה: מחקר חשוב שעסק בנקודת מבטם של רופאי המשפחה בבריטניה מצא, כי הפלטפורמה של ייעוץ אלקטרוני לא השיגה חיסכון משמעותי במגע שבין רופאי המשפחה למטופליהם; במחקר אחר נמצא, כי התקשורת החד־כיוונית המוכתבת בידי המטופל פגעה ביכולתו של הרופא לקבל החלטות קליניות, ולשם כך היה צורך לקבוע פגישה פיזית עם המטופל או ייעוץ טלפוני (11). מחקר נוסף, שבדק את שיטת הייעוץ המקוון באמצעות הדואר האלקטרוני בקרב הרופאים, מצא כי הרופאים מודאגים מכך שהאלטרנטיבות לייעוץ פנים אל פנים במרחב המקוון יגבירו את עומס העבודה ויאיימו על בטיחות המטופל (12).

מטרת המחקר

במחקר הנוכחי נבחנו העמדות של רופאי המשפחה שעובדים ב"מכבי שירותי בריאות" בנוגע למפגש הרפואי המקוון, בדגש על ניתוח השלכותיה של הטכנולוגיה התומכת ברפואה מרחוק והשינוי בדפוסי עבודתו של הרופא מול המטופל ובתפיסתו את העיסוק הרפואי שלו. במאמר זה נידונות בהרחבה ההשלכות שיש לממצאי מחקר זה על מעורבותו של הרופא בקידום בריאותו של המטופל.

שיטת המחקר

משתתפים

המחקר כלל 25 רופאי משפחה, מתוכם 11 גברים (44%) ו־14 נשים (56%). טווח הגילאים נע בין 37-70 (ממוצע 49.52, סטיית תקן 10). ותק הפעילות כרופא נע בין 5-43 שנים (ממוצע 20.33, סטיית תקן 11.33). רוב הרופאים במדגם (60%) דוברי עברית כשפת אם, והיתר דוברי רוסית, אנגלית וערבית.

כלי המחקר

לאחר קבלת אישור מוועדת הלסינקי של "מכבי שרותי בריאות" (ASMC – 17-0046), נערכה פנייה לרופאי משפחה שנבחרו מתוך מסגרת הדגימה שהתקבלה מ"מכבי שרותי בריאות" וכללה רופאי משפחה שמשתמשים בביקור המקוון, תוך הקפדה על בחירת רופאים – באיזון מגדרי – מכל רחבי הארץ, אשר היקפי השימוש שלהם בביקורים מקוונים שונים זה מזה (כלומר, המדגם כלל רופאי שמרבים לבצע ביקורים מקוונים וכאלה שמבצעים ביקורים מעטים בלבד). המדגם כלל 25 רופאי משפחה שהשתתפו במחקר (חלקם הגיעו בשיטה של "כדור שלג"). לאחר תיאום המפגש עם הרופא והחתמתו על טופס הסכמה מודעת נערך עימו **ריאיון עומק** מובנה־למחצה, שמטרתו הייתה לקבל תיאורים של היבטי התופעה הנחקרת כפי שהיא נתפסת מנקודת מבטו של הרופא ומתוארת בשפתו. כל ריאיון התנהל בנפרד עם כל רופא במרפאתו ובזמן שקבע הרופא (ריאיון אחד נערך בביתה של הרופאה מכיוון

שהיא הייתה בחופשת לידה), ונמשך כ־45 דקות בממוצע. הראיונות הוקלטו ותומללו באישורם של הרופאים. הראיונות בוצעו בידי מחברת המאמר (גלית מדר) כחוקרת ובידי שלושת עוזרות המחקר (בהנחיה צמודה של החוקרת).

הריאיון נפתח בשאלה כללית ורחבה להבנת מיקומם של הרופאים בזירה האינטרנטית, הדיגיטלית והתקשורתית. בהמשך נשאלו שאלות מנחות ממוקדות יותר, הנוגעות לשאלות המחקר. הריאיון התנהל בצורה דינמית, ואפשר לחוקרת לנוע עם המרואיין בין נושא לנושא לפי הקצב והרצון שלו. כמו כן ניתן מקום לשאול שאלות המשך על מנת לאפשר לרופאים להעלות סוגיות נוספות. השאלות נגעו לנקודות הבאות: מהי תרומתה של המערכת המקוונת? האם יש שימוש מופרז במערכת המקוונת? האם השתנה מעמדו של רופא המשפחה בעקבות השימוש בביקורים מקוונים? האם השתנה דפוס היחסים שבין המטפל למטופל? כיצד הרופא תופס את מידת החדשנות והאפקטיביות של המערכת? מהם השימושים הנוספים שהרופא חש שניתן לבצע במערכת זו? כיצד הרופא תופס את תפקידו הרפואי בעקבות השימוש בפנייה המקוונת?

ניתוח הראיונות

ניתוח הראיונות נערך בידי החוקרת הראשית (גלית מדר) ושלוש עוזרות מחקר שתודרכו והונחו בצורה הדוקה. ניתוח הראיונות נעשה על פי תיאוריה מעוגנת בשדה (grounded theory research). קובצי התמלול נותחו בניתוח תמטי, המושתת על תהליך של קידוד פתוח שהוא אינדוקטיבי ומטרתו לאתר את הנושאים שעולים מתוך הנתונים ונאמרו מפי המשתתפים (13).

1. ניתוח ראשוני: איתור תֵמות ונושאים שחזרו על עצמם ושניתן לאפיינם. לאחר עשרה ראיונות עומק התכנסו החוקרת ושלוש עוזרות המחקר לאיתור התֵמות הראשוניות. כל אחת מהחוקרות ניתחה לבד את הראיונות, והוציאה מתוכם את שלוש התֵמות המרכזיות.
התֵמות המרכזיות שנמצאו הן: "השלכות הטכנולוגיה", "רופא מחפש זהות" ו"זמינות 24/7 בין הבית לעבודה". הנתונים נחקרו בדקדקנות, מבלי לאבד את התמונה השלמה של כל משפט, וכך נותרה הקרבה לעמדות הנחקרים על אודות המציאות הנתפסת שלהם.
2. ניתוח ממפה: שילוב הקטגוריות שאותרו בניתוח הראשוני ויצירת קשרים בין הקטגוריות. ארגון הנתונים בשלב זה נעשה על פי "סידור לפי קטגוריה". כדי לתקף את הממצאים נסרקו תמלולי הראיונות בידי החוקרת ועוזרות המחקר בנפרד, ולאחר מכן ביחד בעזרת רשימה של קטגוריות הירכיות שעודכנו מדי פעם לאור הממצאים שעלו מן השדה. קטגוריות שלא הוסכם עליהן או שקיבלו ייצוג מועט לא נכנסו לניתוח (כך למשל לחץ פסיכולוגי, אני והאחר).
3. ניתוח ממוקד: בהתבסס על השלבים הקודמים, נבנתה הירכיה בין הקטגוריות והן חוברו לקו סיפורי באמצעות התמקדות בנושאים ומרכזיים ובקטגוריות נלוות לכל נושא. כמו כן אותרו שתי תֵמות – "abuse" ו"פקיד" – על פי מילות מפתח שהופיעו בראיונות, בהנחה שמילות המפתח מסמנות צמתים מודעים בסיג ושיח החברתי, ומקפלות בתוכן התייחסות מכוונת בין התרבות להיבטים שונים של הפעילות התקשורתית הנתפסים כמרכזיים למרקם החיים החברתיים (14). האינטגרציה הסופית של החומר נערכה באמצעות הצבת הנושאים והפירושים שנאספו בכל תת־נושא של הראיונות.

ממצאים

השיחות עם הרופאים העלו תמונת מצב מורכבת. הרופאים הבינו את יתרונות מערכת הביקור המקוון בהיבטים של ייעול מנהלתי ושיפור הרצף הטיפולי. עם זאת עלו כמה קשיים הקשורים לצריכת יתר של שירותי רפואה ולהגברת עומס העבודה. לתפיסת חלקם, השימוש במערכת הביקור המקוון מוביל לחדירת העבודה לבית הרופא ולהפיכתו לזירת קונפליקט בין מחויבות הרופא למטופליו למחויבותו למשפחתו ולפגיעה בזמנו הפנוי, מה שגורם לאורך זמן לשחיקה של הרופא. מאמר זה ייצג את ההשלכות הישירות של הטכנולוגיה על עבודת הרופא, המוצגות בארבעת התמות המפורטות להלן*:

תמה מספר 1: ייעול מנהלי ושיפור הרצף הטיפולי

הרופאים מכירים ביתרונות הרבים של המפגש המקוון בכל מה שקשור לייעול השירות המנהלי ושיפור הרצף הטיפולי: "המערכת, נותנת שירות, **מקלה עליהם** מבחינה פיזית... המרחק כבר לא מהווה מכשול" (#1); "לפציינט שאני מכירה עם בעיה כרונית וטיפול קבוע ניתן **לחסוך** את הביקור הרפואי והביקור במרפאה נהפך **לבזבוז זמן**" (#6).

כמו כן, הרופאים הזכירו את התועלת הרפואית: "**מקצר טווחים**, במקום שמטופל יבוא פעם בחודש וחצי ויספר לי מה שלומו אז הוא כותב לי אחרי שבועיים" (#4); "בדרך הזו הסיכוי שהוא ייקח את התרופה יותר גבוה כי המרשם **נגיש לו**" (#16).

* (# – משמעותו מספר הרופא).

ממד נוסף שעלה מן הראיונות הוא חיסכון בזמנם של הרופאים עבור טיפול בפניות שגרתיות: "אם אנחנו מדברים על אישור מחלה של יום או בדיקת דם, בדיקת היריון, זה המקום שבאמת אני חושבת **שמפגש מקוון מאוד עוזר**" (#14); "**חוסך זמן, מקל** על העומס במרפאה" (#3).

עולה מכך כי הרופאים מעריכים את יתרונות המפגשים המקוונים, הכוללים חיסכון בזמן המטופלים, נגישות וזמינות של רופא המשפחה למטופל, הפחתת העומס הפיזי במרפאות וכן טיפול מהיר במרשמים ובבקשות מנהליות ושגרתיות.

עם זאת עלו גם קולות אחרים, שטענו כי מדובר בשיפור מנהלי וטכני בלבד, אך לא בשיפור של הטיפול הרפואי; חלק מן הרופאים טענו גם כי איכות הרפואה נפגעת: "יש ייעול מנהלי אבל **האיכות** היא נפגעת" (#13); "זה **מייעל את העומס על המרפאה, על הצפיפות**, על המשרד. **אני חושב שמבחינת רפואה זה לא.** לפעמים זה אפילו יותר קשה" (#9); "מצד שני זה מקל על הביקורים, ביקור זה 10 דקות אם לא יותר ופה זה חצי דקה וזה מקצר את הזמן. מצד שני אין שום **ספק שזה פוגע בקשר אישי**" (#25).

תמה מספר 2: צריכת יתר של שירותי רפואה

בעידן הדיגיטלי יש העדפה לטקסט על פני השיח, ודרך ההתקשרות עם העולם נמצאת במרחק לחיצת כפתור. לדעתם של הרופאים, המציאות גורמת לצריכת יתר של שירותי רפואה ולדרישה למענה זמין ומהיר מצידם: "האנשים התחילו לצרוך את הרפואה **בשמונים אחוז יותר בגלל הקלות המתבקשת**" (#9); "אנשים **איבדו את הרסן**"(#1); "זה גורם גם **לצריכת יתר של תרופות, אישורי מחלה, בדיקות והכי חשוב: מזמנו של הרופא**"(#23); "יכול להיות שזה כן גורם לנו לעשות קצת טיפולים יותר בגלל הזמינות הזו **שעל כל שטות אפשר לבקש מרשם למשחה** או לא יודעת מה" (#15); "מי **שמנצלים זאת בעיקר הצעירים המקוונים**, והם לוקחים זמן שחלקו מיותר, חלק גדול מזה הוא מיותר, אבל זה ממש זמין כמו סוג של צ'אט, ואז זה גוזל זמן, והזמן היה יכול להינתן לחולים המורכבים יותר" (#24).

לתחושת הרופאים, צריכת היתר של שירותי הרפואה באה לידי ביטוי בעיקר בדרישות באמצעות המערכת המקוונת. מתוארות בקשות רבות למרשמים, לאישורי מחלה, להפניות לרופאים מומחים ולבדיקות שונות. בחלק מן המקרים הבקשות הללו נראות מיותרות לרופאים, והם עומדים בפני קונפליקט מול המטופל. מאחר שהאינטראקציה היא מרחוק, ללא מפגש פיזי, יכולתו של הרופא לסרב לבקשה היא מוגבלת, והוא נוטה להיענות למטופל בחיוב. אחת הדילמות העומדות בפני הרופא היא מתי לומר למטופל שעליו להגיע למפגש פיזי, כדי שהוא יוכל להעריך את המצב טוב יותר ולהחליט על המשך הבירור או הטיפול הנדרשים.

תמה מספר 3: המפגשים המקוונים כמעמסה

תחושת עומס העבודה המוגבר עלתה בצורה גורפת בכל הראיונות. רופאי המשפחה ציינו את הגברת עומס ובעקבותיו גם מתח נוסף שנגרם מריבוי הפניות ומהארכת שעות העבודה הנדרשות כדי לתת מענה ראוי: "**אחרי שאני מסיימת את יום העבודה, אני מקדישה שעת עבודה נוספת לייעוציים הווירטואליים...** זה חד משמעי **עומס נוסף לרופא**" (#9); "זה סיבך אותנו מבחינת עומס, זה משהו שאנחנו לא מצליחים, אני מדבר בלשון רבים, אבל אני **לא מצליח להתגבר עליו**" (#10); "**אפשר לפנות אלינו כמה שרוצים, איך שרוצים, בלי שום מגבלה, בלי שום הפרעה, אנחנו זמינים עד אינסוף, אפשר גם כל יום**" (#15); "אני כמעט כל יום פותחת את המרפאה עם בין **שלושים לארבעים בקשות** וירטואליות שזה הרבה, זה אומר שסיימתי אתמול בערב בתשע את המשמרת ובבוקר כבר זה מוצף" (#14); "ואני חושבת **שזה מעמיס עלי עבודה מיותרת** שאחרת לא הייתה בכלל מתגלגלת לפתחי, אם לא היה כ"כ קל לבקש את זה" (#9).

הרופאים תופסים את הביקור הפיזי ואת המפגש המקוון כשתי משימות נפרדות, ואינם חשים כי המפגש המקוון מפחית ממספר הביקורים הפיזיים במרפאה, כפי ששיערו שיהיה מלכתחילה. מכך נובעת תחושת העומס שהם חווים. הרופאים מדווחים על מתח תמידי בין שמירת מסגרת הטיפול הרפואי המוכרת להם לבין דרישות המטופלים לשימוש בכלי המקוון. מניתוח הראיונות עולה, כי מרביתם נאלצים לעבוד שעות נוספות במרפאה או בביתם על חשבון זמנם הפנוי. הרופאים קושרים את תחושת העומס ואת ריבוי הפניות לשחיקה, לבזבוז אנרגיה ולהרגשה של זלזול בזמנם כרופאים.

תמה מספר 4: טשטוש גבולות בין הבית לעבודה

חדירת הטכנולוגיה למרחב האישי של הרופא יוצרת טשטוש גבולות בין הבית לעבודה: "השירות הזה בהחלט שינה לי הרבה בחיים, קצת בהקשר החברתי, באפשרות שלי לגלוש באינטרנט ואפילו על חשבון קריאה של ספרות רפואית... **הוא כבש את זמני, כבש את שעות הלילה שלי. כשאני מול המחשב אני חושב לעצמי מה אני עושה כאן? זה באמת כבש את כל זמני בבית**" (#1); "בבית אני מתחברת למערכת, אני **משתדלת לא לערבב שמחה בשמחה**, אבל לפעמים **ברגעי ייאוש** אני עונה גם מהבית, אני **רוצה לנקות שולחן**" (#20).

שני רופאים טענו, כי חדירת הטכנולוגיה לביתם הפרטי הקלה עליהם את העבודה ביום למחרת: "אני רוצה **לעשות רפואה יותר זמינה אני רוצה לנקות שולחן**. אני יכול לעשות זאת בערב אחרי שהילדים הלכו לישון אני יכול לעשות זאת בשבת. אני ביקשתי מהראשונים שיהיה לי מחשב בבית. ואני עושה את זה גם שאני **נוסע לחו"ל אני עושה את זה 365**

ימים בשנה, כולל יום כיפור, וזה טוב לי זה מוריד לי דברים מהשולחן" (#22); "**פחדתי** מזה בהתחלה ולא רציתי שתהיה לי אפשרות אלקטרונית בבית. אבל, לפעמים יש לך זמן לעשות קצת אלקטרוני או בערב לעשות קצת בקשות. **אז אני לא מגיע למחרת לעומס נורא. הייתי שונא את היום למחרת**" (#8).

מתן מענה מבית הרופא לפניית המטופל באמצעות מערכת המפגש המקוון מהווה שיפור בנגישות למטופל, ומאפשרת שיח מהיר וזמין. אולם נוצר מצב שהרופא עובד ללא הפסקה, וחי בתחושה מתמשכת כי "צריך לנקות שולחן". זמנו הפנוי של הרופא "נכבש" לטובת המענה לפניות המטופלים, ויוצר קונפליקט מתמיד בין המרפאה לבית.

דיון ומסקנות

במחקר זה בחנו את ההשלכות של השימוש במפגש המקוון על עבודתם של רופאי המשפחה. הכנסת טכנולוגיה זו לשימוש שוטף הפרה את הסדר שהיה מקובל, ולפיו הרופא היה זמין למטופליו במרחב מוגדר (המרפאה) ובזמן מוגדר וידוע מראש (שעות קבלת קהל במרפאה). המפגש המקוון נתן למטופל אפשרות לפנות אל רופא המשפחה ללא מגבלות זמן ומרחב, ובכך הגדיל את הזמינות של השירות הרפואי למטופל ואפשר לו לקבל שירותים בסיסיים מרחוק. מבחינת הרופא הטכנולוגיה אפשרה להעביר את הפעילות למרחב אחר (ביתו של הרופא, למשל) וגרמה לו להקדיש זמן נוסף – מעבר לפעילות המרפאה השגרתית – למענה לפניות המטופלים.

ממצאי המחקר מצביעים על השקפה אמביוולנטית של הרופאים על המפגש המקוון. מחד גיסא, שיטת העבודה החדשה תומכת בקידום האוטונומיה של המטופל והעצמתו, מגבירה את זמינות הרופא, גוברת על פערי זמן ומרחק ומייעלת את הפעולות המנהליות הכרוכות בעבודת רופא המשפחה, כגון חידוש מרשמים. אלברט ועמיתיו (5), אשר חקרו את התופעה מנקודת מבטו של המטופל, מדווחים על ממצאים דומים. במחקרם יותר מ־40% מן המטופלים ציינו את הנוחות כסיבה העיקרית לשימוש במערכת המקוונת בתקשורת עם רופא המשפחה. מטופלים אחרים לא ראו צורך במפגש פיזי או שלא הצליחו להשיג את הרופא בזמן רצוי, והיתר הצהירו שהם אוהבים טכנולוגיות חדשות (5). מאידך גיסא, במחקר הביעו הרופאים את הצדדים השליליים של המפגש המקוון: עומס עבודה מוגבר, חדירה למרחב הפרטי של הרופא ושינוי סביבת העבודה, היוצר טשטוש גבולות בין הבית לעבודה. היבטים אלה מצטרפים לפגיעה שתוארה במאמר קודם שלנו בתחושת הסמכותיות המקצועית של הרופא על רקע השימוש במערכת המפגש המקוון (15).

הרופאים שרואיינו במחקר העלו את תחושתם שהמפגשים המקוונים תורמים לצריכת יתר של שירותי רפואה, הבאה לידי ביטוי בבקשות למרשמי תרופות, לאישורי מחלה, להפניות לרופאים מומחים ולבדיקות מיותרות. לאחר שהחסם של קביעת תור למרפאה והגעה פיזית אליה הוסר, ניתן לפנות לרופא בקלות ולבקש ממנו כל מה שעולה על דעתו של המטופל באותו רגע. הרופאים מציינים ריבוי של פניות בנוגע לתלונות רפואיות שגרתיות, אשר אינן מחייבות פנייה לגורם מקצועי. מטופל שבעבר לא חשב לפנות לרופא בגלל הצטננות קלה, אלא אם המחלה לא חלפה כעבור ימים מספר, יכול כיום לפנות לרופא שלו בקלות באמצעות המפגש המקוון כבר בתחילת המחלה. לפיכך, מקרים שבעבר היו חולפים באופן טבעי ללא מפגש עם הרופא, כיום מביאים למפגש מיותר. תופעה דומה נצפתה בעבודה שבחנה את הפניות לשירותי רפואה מרחוק direct to consumer בארצות הברית; מניתוח הפניות עלה, כי המטופלים פנו לשירות לא כחליף לשירותים אחרים (פנייה לרופא המשפחה או לבית החולים), אלא כתוספת (16).

המשאב של זמן רופא המשפחה הוא יקר ערך. לרופא יש מערכת שעות קבלה במרפאה שבמסגרתה הוא מקבל את המטופלים, אשר בדרך כלל קבעו תור מראש למפגש. הפעילות המקוונת נעשית ברובה מחוץ למסגרת הזו, לפני תחילת העבודה או אחריה, ובכך מערכת המפגש המקוון מגבירה את הביקוש לזמנו של הרופא. מאחר שקופות החולים לא הגדירו זמן ייעודי למענה לפניות מקוונות, כל רופא מנהל את הפעילות המקוונת כראות עיניו.

מן הממצאים עולה דבר והיפוכו בנוגע למשאב הזמן. מחד גיסא, הרופאים הזכירו ייעול בעבודתם מבחינת משאב הזמן, שכן לעיתים קרובות משך המענה לפנייה מרחוק הוא קצר יותר מאשר אורך המפגש הפיזי עם המטופל לאותו צורך. מאידך גיסא, הרופאים טענו כי עומס הפניות המוגבר מכלה את זמנו של הרופא. נראה כי הרופאים חווים את המערכת במצב של סתירה פנימית. אף שהרופאים מבינים כי שירותי רפואה מרחוק הם חלק בלתי־נפרד מן החיים בעת הזו וכי אי־אפשר להחריג את השירותים הרפואיים מפעילויות אחרות שנעשות כיום דרך קבע מרחוק, הרי בחווייתם האישית מערכת המפגש המקוון מעמיסה על עבודתם ופוגעת בחייהם האישיים. כמחצית מרופאי המשפחה שהשתתפו במחקר נותנים מענה על פניות מקוונות גם מביתם, כך שהעבודה חדרה למרחב הפרטי שלהם, על כל המשמעות שיש לכך. לעומתם, הרופאים שסירבו להתקנת המערכת בביתם נאלצים להישאר שעות נוספות במרפאה לאחר סיום שעות קבלת הקהל.

השימוש במערכת המפגש המקוון גורם לתפיסת הרופאים לכך שהמטופלים משתלטים על זמנם ומשפיעים על סדר יומם. בעוד שלצורך מפגש פיזי המטופל צריך להתאים את עצמו לזמנו של הרופא (שעות הפעילות שלו ובתנאי שיש

תור פנוי), הרי בפנייה מקוונת המטופל שולח את הבקשה בכל עת והרופא צריך להתאים את זמנו לפניית המטופל כדי לעמוד בציפיותיו.

מעורבותו של רופא המשפחה בקידום בריאותו של המטופל חשובה ביותר. אנו מצפים מהרופא ליזום שיח עם המטופל בנושאים רלוונטיים כגון הפסקת עישון או ירידה במשקל, ולהפנותו לבדיקות שגרה נדרשות כגון ממוגרפיה. המפגשים מרחוק, ככל שהם באים על חשבון מפגשים פרונטליים, מצמצמים את האפשרות למעורבות רופא המשפחה בכך שהם מקטינים את ההזדמנויות למפגש פנים אל פנים. זאת ועוד, תחושת העומס שהמפגשים מרחוק יוצרים, כפי שנמצא במחקר זה, עלולה לגרום לכך שהעיסוק של הרופא בקידום בריאות ייפגע עוד יותר מאחר שלרופא "אין זמן" לעסוק בכך. נוצר מצב שהרופא עסוק במענה לפניות המטופל ובהיענות לבקשותיו, במקום להכווין את השיח להשגת ערך בריאותי רב יותר עבור המטופל. במפגש הפיזי הרופא יכול להסיט את השיח לדברים החשובים יותר בקלות רבה יותר מאשר במפגש טקסטואלי מקוון.

יש מקום לתת את הדעת להשלכות אלו של השימוש הגובר במפגש המקוון, ולפתח כיווני פעולה שיגבירו את מעורבותו של הרופא בתהליכי קידום בריאות בעידן הזה. במקביל יש לפעול לצמצום הפניות המיותרות ולקביעת דרכי פעולה שיפחיתו את הנטל שעל רופאי המשפחה. בין השאר אפשר לבחון שיטות להגבלת הפניות המקוונות באמצעות מכסות, דרכים שונות לחינוך של המטופלים לשימוש מושכל בפניות לרופא, הכשרה של הרופאים להתמודד טוב יותר עם ריבוי פניות של מטופלים ובחינת דרכי תגמול לרופאים על ההשקעה הנוספת שלהם.

מגבלות המחקר

גיוס הרופאים למחקר לא היה אקראי לחלוטין, ועל כן ייתכן שאלו שנבחרו מייצגים יותר את העמדות השליליות כלפי הביקורים המקוונים (selection bias). עם זאת, מתוך היכרות רחבה שיש לאחד המחברים (נחמן אש) עם כלל הרופאים בארגון, נראה כי המצוקות שהועלו בראיונות הן אמיתיות ומייצגות רופאים רבים.

כמו כן, מאחר שבמחקר השתתפו רופאים מקופה אחת, הוא אינו מייצג בהכרח את רופאי המשפחה בקופות האחרות. שיטות שונות של הפעלת המפגש המקוון יכולות להשפיע מאוד על התחושה של הרופאים (כך למשל, לא לאפשר למטופל לכתוב טקסט חופשי במפגש המקוון אלא רק לבחור אחד מהשימושים המוגדרים מראש, כמו חידוש תרופות).

מגבלה נוספת היא שלא רואיינו רופאי משפחה שאינם משתמשים במערכת. ייתכן שקבלת זווית הראייה הנוספת הזו יכולה להוסיף מידע על תפיסת המפגש עם המטופל. עם זאת אפשר להניח, כי לרופאים שאינם מבצעים מפגשים מקוונים יש מראש דעה שלילית על האפשרות הזו, והם היו מטים את הממצאים עוד יותר לכיוון השלילי.

לסיכום, עולם הרפואה נתון במציאות חדשה, שבה הציבור מצפה לנהל את חייו תוך שימוש באמצעים מקוונים בכל תחומי החיים, ובכלל זה בתחום השירות הרפואי. השימוש בטכנולוגיית הרפואה מרחוק הולך וגובר, ומהווה כבר כיום מרכיב ניכר בשירות הרפואי. במחקר זה נמצא, כי לתהליך זה השפעה על תחושת העומס של רופאי המשפחה, ולפיכך מקבלי ההחלטות נדרשים להביא בחשבון את האפשרות שמפגשים מקוונים מעמיסים על הרופאים עד כדי הגברת השחיקה שלהם, ולתת לכך מענה. יש צורך לבחון דרכים חדשות להקלה על המטפלים בביצוע מטלות מקוונות, לוויסות של הפניות והגבלתן ולניהול הזמן של המטפל בעידן הזה.

מקורות

1. Hollander JE, Carr BG. Virtually perfect? telemedicine for COVID-19. N Engl J Med. 2020 Apr 30; 382(18):1679-81.
2. שיינפלד י', כספי ד'. הרופא הדיגיטלי. הרפואה. 2015; 154(3): 148-149.
3. Padman R, Shevchik G, Paone S, Dolezal C, Cervenak J. eVisit: a pilot study of a new kind of healthcare delivery. Stud Health Technol Inf. 2010; 160(1):262-6.
4. Wehbe R, Curcio E, Gajjar M, Yadlapati A. Technology and its influence on the doctor patient relationship. International Cardiovascular Forum Journal. 2015; 3:38-9.
5. Albert SM, Paone S, Martich GD. Internet-based medical visit and diagnosis for common medical problems: experience of first user cohort. Telemed J E Health. 2011 May; 17:304-8.
6. Hickson R, Talbert J, Thornbury WC, Perin NR, Goodin AJ. Online medical care: the current state of “eVisits” in acute primary care delivery. Telemed J E Health. 2015 Feb; 21(2):90-6.
7. Jung C, Padman R, Shevchik G, Paone S. Who are portal users vs. early E-Visit adopters? a preliminary analysis. AMIA Annu Symp Proc. 2011; 2011:1070-9.
8. Mehrotra A, Paone S, Martich GD, Albert SM, Shevchik GJ. A comparison of care at e-visits and physician office visits for sinusitis and urinary tract infection. JAMA Intern Med. 2013 Jan 14; 173(1):72-4.
9. Kim J, Kim S. Physicians’ perception of the effects of internet health information on the doctor-patient relationship. Inform Health Soc Care. 2009 Sep; 34(3):136-48.
10. Leung L, Cheng C. E-Health/M-Health adoption and lifestyle improvements: exploring the role of technology readiness, the expectation-confirmation model, and health-related information activities. Paper presented at: 14th International Telecommunications Society (ITS). Asia-Pacific Regional Conference: “Mapping ICT into transformation for the next information society”; 2017 Jun 24-27 [cited 2018 Dec 20]; Kyoto, Japan 1-37. Available from: https://www.econstor.eu/handle/10419/168512
11. Banks J, Farr M, Salisbury C, Bernard E, Northstone K,

Edwards H, et al. Use of an electronic consultation system in primary care: a qualitative interview study. Br J Gen Pract. 2018 Jan [cited 2019 Mar 16]; 68(666):e1-e8. Available from: https://bjgp.org/content/bjgp/68/666/e1.full.pdf
12. Casey M, Shaw S, Swinglehurst D. Experiences with online consultation systems in primary care: case study of one early adopter site. Br J Gen Pract. 2017 Nov [cited 2019 May 6]; 67(664):e736-e743. Available from: https://bjgp.org/content/bjgp/67/664/e736.full.pdf
13. Broom GM, Dozier DM. Using research in public relations: applications to program management. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1990.
14. כתריאל ת'. מילות מפתח: דפוסי תרבות ותקשורת בישראל. חיפה: הוצאת הספרים של אוניברסיטת חיפה, זמורה ביתן; 1999. 304 עמ'.
15. Madar G, Lev-on A, Ash N. Family physicians' perceptions of the impact of e-Visit systems on patient perceptions of and interactions with their family physicians. In: Bauhle TC, Wernick A., editors. The futures of eHealth and legal challenges. Berlin: Humboldt Institute for Internet and Society; 2019, p. 71-7.
16. Ashwood JS, Mehrotra A, Cowling D, Uscher-Pines L. Direct-to-consumer telehealth may increase access to care but does not decrease spending. Health Aff (Millwood). 2017 Mar 1; 36(3):485-91.

אפיון הגורמים להיענות מבוגרים בני 60 ומעלה להנחיות משרד הבריאות במהלך הגל הראשון של מגפת הקורונה, על פי תיאוריית הפעולה המנומקת

דפנה הלפרין[1], שירן בורד[1], אילת שור[2,1], לירון עינצ'י[1], עולא עלי סאלח[2,1], כרמית סטרן[2]

[1] החוג למנהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל

[2] החוג לסיעוד, המכללה האקדמית עמק יזרעאל

תקציר

רקע: בני ה־60 ומעלה (להלן: מבוגרים), הוגדרו כאוכלוסייה בסיכון לתחלואה ולתמותה מפנדמיית הקורונה (COVID-19). בישראל הוציא משרד הבריאות הנחיות להתנהלות בזמן המגפה לכלל האוכלוסייה, תוך ציון הדגשים לאוכלוסיית המבוגרים ובהם שמירה על ריחוק חברתי מבני משפחה ואחרים. תיאוריית הפעולה המנומקת (TRA), שלפיה אנשים מקבלים החלטות התנהגותיות על בסיס חשיבה הגיונית ובהסתמך על המידע הזמין להם בזמן קבלת ההחלטה, שימשה בסיס למחקר הנוכחי.

מטרת המחקר: אפיון הגורמים הקשורים להיענות מבוגרים להנחיות משרד הבריאות במהלך הגל הראשון של מגפת הקורונה בישראל.

שיטת המחקר: מחקר חתך, שנערך באמצע חודש אפריל 2020 בקרב 1,822 משיבים בני 60 ומעלה באמצעות שאלון מקוון אשר הועבר דרך הרשתות החברתיות (ווטסאפ, פייסבוק). השאלון בדק את העמדות ואת הנורמות הסובייקטיביות באשר לשמירה על הנחיות משרד הבריאות, כמו גם את ההיענות להנחיות אלו.

ממצאים: מידת ההיענות של המבוגרים להנחיות משרד הבריאות לשמירה על ריחוק חברתי הייתה גבוהה. ככל שעמדותיהם של המבוגרים תמכו בחשיבות הריחוק החברתי וככל שהם הרגישו שבני משפחתם והקרובים להם שומרים גם הם על ההנחיות ומאמינים בחשיבותן, כך עלתה היענותם להנחיות.

דיון ומסקנות: ישנה חשיבות רבה להבנת הגורמים הקשורים להיענות של מבוגרים להנחיות משרד הבריאות, בייחוד לאור המצב השורר בעת כתיבת מאמר זה (אוגוסט 2020), עת הגל השני של מגפת הקורונה נמצא בעיצומו. ממצאי המחקר יוכלו לסייע בזיהוי אוכלוסיות בסיכון וכן בפיתוח התערבויות שמטרתן לשמור ולשפר את רמת ההיענות של המבוגרים, על מנת למנוע את הידבקותם במחלה ולהפחית את הפגיעה בבריאותם.

מילות מפתח: **מגפת הקורונה, היענות, אוכלוסייה מבוגרת, תיאוריית הפעולה המנומקת, עמדות, נורמות סובייקטיביות.**

רקע

מחלת הקורונה (COVID-19) הוכרזה במהלך חודש מרץ 2020 כמגפה עולמית בידי ארגון הבריאות העולמי (1), לאור התפרצותה במדינות רבות בעולם ובהן ישראל.

באותה עת הצביעו נתונים מרחבי העולם על כך שהאוכלוסייה המבוגרת, בגיל 60 ומעלה (להלן: מבוגרים), כמו גם חולים במחלות כרוניות שונות, לרבות מחלות לב וכלי דם, סוכרת ותחלואה נשימתית (השכיחות יותר בגיל המבוגר), הם הפגיעים ביותר לתחלואה, לסיבוכי המחלה ולתמותה ממחלת הקורונה (2,1). במחקר שנערך בסין בעיר ווהאן, שם

התפרץ וירוס הקורונה, נמצא כי ההסתברות למוות של חולים מאושפזים גבוהה ביותר בגיל מבוגר, כך שגיל מבוגר הוא גורם סיכון מרכזי (3). חוקרים אלו אף ציינו, כי מתחילתה הוגדרה המחלה כ"בעיה של מבוגרים". באופן כללי, ישנה הסכמה גורפת על כך שאוכלוסיית המבוגרים היא הפגיעה ביותר (5,4).

כחלק מן המאמצים למנוע את התפשטות המחלה ולצמצם את התפרצותה ואת נזקיה, נקטו ארגון הבריאות העולמי וממשלות שונות, ובכלל זה ישראל, צעדים דרסטיים לצורך שמירה על בריאות הציבור. כך, הוצאו הנחיות והמלצות שונות להתנהגות התושבים, בדגש על אוכלוסיית המבוגרים, במטרה להגן עליהם (6,5,1). נכללו בהן הנחיות להתנהגות נכונה ברמה המשפחתית, הפרטנית והפיזית להפחתת מגע ולשמירה על היגיינה. אחת ההנחיות לציבור הייתה שמירה על ריחוק חברתי בכלל ומאנשים בני 60 ומעלה בפרט, בדגש על השתייכותם לקבוצת סיכון (6). הנחיה זו הובילה הלכה למעשה לסגר עבור חברי אוכלוסיית המבוגרים (5), אשר נאלצו להישאר בביתם ולהימנע ככל האפשר מביקורים של בני משפחה, של שכנים ושל חברים. הנחיות לשמירת ריחוק חברתי בממדים דומים לא ניתנו בעבר, ומעט היה ידוע באותה תקופה כיצד הציבור באופן כללי ואוכלוסיית המבוגרים בפרט ייענו להנחיות.

במחקר שבחן את ההיענות להנחיות ב־27 מדינות נמצאה רמת היענות גבוהה יחסית בכל קבוצות הגיל, ללא הבדל ביניהן (5). באופן דומה, ממצאי מחקר שנערך בסוף חודש פברואר 2020, בשלבים הראשונים של המחלה בישראל, מצביעים על כך שמשתתפי המחקר, ללא הבדל בין קבוצות גיל, נענו למגוון התקנות אשר התקינה הממשלה (7). לעומת זאת, במחקרים שנערכו בצרפת ובדנמרק נמצא, כי גיל קשור בצורה חיובית להיענות להנחיות השונות (8): גיל מבוגר יותר קשור לנכונות לשמור על הנחיות הריחוק החברתי בתקופת מגפת הקורונה, כמו גם לתפיסות באשר לטיפול (9).

ביטוי לכך מוצג במחקר שנערך בארצות הברית שבו נמצא, כי בהתאם להמלצות של רשויות הבריאות הציבורית, לאנשים מבוגרים היו במובהק פחות מגעים עם אנשים קרובים מאשר לאנשים צעירים יותר (4). כמו כן, אנשים מבוגרים נטו יותר מצעירים להימנע משימוש בתחבורה ציבורית, מהתקהלויות קטנות ומקבלת אורחים בבית (5).

ההנחיות לריחוק חברתי הוגדרו במטרה להגן על אוכלוסיית המבוגרים מפני הידבקות במחלה והשלכותיה. עם זאת יש לזכור את המשמעות של הנחיות אלו עבור אוכלוסייה זו. בגיל המבוגר אחד המרכיבים החשובים בשמירה על הבריאות ועל איכות החיים היא הרווחה הנפשית, אשר קשורה בין היתר לתמיכה המשפחתית והחברתית. היענות להמלצות לריחוק חברתי בתקופת המגפה מחייבת שמירת מרחק מבני משפחה ומחברים לתקופה ממושכת; עובדה זו עלולה – בייחוד בתקופה של אי־ודאות – להשליך בצורה שלילית על הרווחה הנפשית של האדם (10), להגביר את הבעיות הנפשיות של מבוגרים ולהשפיע לרעה על מצבם הפסיכולוגי (11).

אם כן, ההנחיות לשמירה על הריחוק החברתי נועדו אומנם להציל את חייהם של המבוגרים, אך יש לזכור כי ההתרחקות החברתית כרוכה בהשלכות ניכרות עבור אנשים אלו, הכוללות השפעות שליליות חברתיות, נפשיות וקוגניטיביות (12). דוגמה לכך אפשר לראות בממצאי סקר שנערך בידי ארגון ג'וינט ישראל אשל (13) בחודש מאי 2020 בקרב מדגם מייצג של 704 מבוגרים בני 65+ בישראל. מן הסקר עולה, כי בשל הניתוק מהמשפחה והניתוק החברתי מבוגרים רבים חוו קשיים רגשיים, חברתיים ונפשיים.

היענות להמלצות טיפוליות היא בחירה התנהגותית. היא מונעת בין היתר מעמדות ומנורמות סובייקטיביות של האדם, הנוגעות להתנהגות הנדרשת ולהשלכותיה. במחקר שנערך לאחרונה בארצות הברית נמצא, כי ההיענות להנחיות השונות (כגון להישאר בבית ולשמור על ריחוק חברתי) מעוצבת באמצעות המניעים הפנימיים של האנשים, הנוגעים גם לתפיסות סובייקטיביות של נורמות חברתיות (14). באשר לאוכלוסיית המבוגרים, אפשר להניח כי העמדות והנורמות הסובייקטיביות יניעו אותם להיענות או לא להיענות להנחיות השונות של משרד הבריאות. כך למשל, סקירת מאמרים שנערכה בשנים האחרונות בנושא הגורמים הקשורים להיענות של מבוגרים לחיסוני שפעת הצביעה על תפיסות ועל אמונות הקשורות להתנהגות ועל הנורמות הסובייקטיביות כגורמי מפתח לניבוי היענות (15). זאת ועוד, במחקר שנערך לאחרונה במלזיה נמצא כי הידע, העמדות והפעולות שננקטו כלפי מחלת הקורונה ממלאים תפקיד מרכזי בקביעת נכונות האוכלוסייה להיענות להנחיות לשינוי התנהגותי של רשויות הבריאות (16); ממצאי המחקר המלזי מצביעים על קשרים חיוביים בין גיל, ידע ועמדות כלפי המחלה לבין התנהגות של הימנעות ממקומות צפופים, של עטיית מסכות ושל שמירה על כללי ההיגיינה.

תיאוריית הפעולה המנומקת

את היענות אוכלוסיית המבוגרים בישראל להנחיות משרד הבריאות ניתן לבחון על פי מודל תיאוריית הפעולה המנומקת (Theory of Reasoned Action – TRA). בבסיס תיאוריה זו עומדת הנחת היסוד, כי אנשים מקבלים החלטות התנהגותיות על בסיס שיקולים הגיוניים ובהסתמך על המידע הזמין להם בזמן קבלת ההחלטה (18,17). עמדותיו של הפרט כלפי ההתנהגות והנורמות הסובייקטיביות בהקשרה משפיעות על הכוונה להתנהגות, ויש להן קשר

חזק להתנהגות שננקטת בסופו של דבר (18). כלומר, הדרך שבה האדם מפרש את מה שאחרים בסביבתו חושבים על ההתנהגות ועל האופן שבו הוא מאמין שמצפים ממנו להתנהג תשפיע על אופן התנהגותו. כמו כן, אמונותיו של האדם כלפי תוצאות ההתנהגות משפיעות אף הן על עמדותיו (19). כלומר, לאדם יהיו עמדות חיוביות כלפי התנהגות מסוימת, אם הוא מאמין שהתנהגות זו תוביל ברוב המקרים לתוצאות חיוביות עבורו (18).

אפשר אם כך לאפיין את ההיענות להנחיות על פי תיאוריית הפעולה המנומקת בקרב מבוגרים באמצעות עמדותיהם והנורמות הסובייקטיביות שלהם. השערת המחקר הנוכחי הייתה, כי מי שנענים להנחיות משרד הבריאות יהיו בעלי עמדות חיוביות כלפי התנהגות זו (היענות להנחיות) בשל אמונתם כי להיענות זו יהיו תוצאות חיוביות עבורם (שמירה על הבריאות, לא להידבק או לחלות). כמו כן, מי שנענים להנחיות משרד הבריאות יהיו מי שתופסים את הנורמה המקובלת בסביבתם החברתית כמעודדת שמירה על ההנחיות והיענות להן.

מטרת המחקר

אפיון הגורמים הקשורים להיענות מבוגרים להנחיות משרד הבריאות במהלך הגל הראשון של מגפת הקורונה בישראל.

שיטת המחקר

על מנת לאפיין את הגורמים הקשורים להיענות של מבוגרים להנחיות משרד הבריאות, נערך מחקר חתך (cross sectional study) בקרב 1,822 אזרחים ישראליים בגיל 60 ומעלה המתגוררים בקהילה. איסוף הנתונים התבצע באמצעות סקר מקוון, בשיטת דגימה של כדור השלג, דרך קישור שהופץ ברשתות החברתיות השונות כגון ווטסאפ ופייסבוק בין התאריכים 21-19 באפריל 2020; בתקופה האמורה הונהגו ההנחיות המחמירות ביותר בישראל, שכללו סגר מלא בעקבות התפשטות מגפת הקורונה.

כלי המחקר ומשתני המחקר

שאלון המחקר הופץ בשפה העברית והערבית. השאלון מבוסס על שאלונים תקפים ומהימנים אשר הותאמו לאוכלוסיית היעד – משתתפי המחקר הנוכחי (22-20).

המשתנה התלוי הוגדר כמידת ההיענות להנחיות הריחוק החברתי, והוא נמדד באמצעות ארבעה פריטים כמפורט בלוח 2 (אלפא קרונבך=0.69). סולם התשובות נע בין "בכלל לא" (1) ל"כל הזמן" (5). לשני פריטים נעשה היפוך קידוד.

המשתנים הבלתי־תלויים שנבחנו במחקר זה היו עמדות בנושא ריחוק חברתי, נורמות סובייקטיביות בהקשר זה ומאפיינים סוציו־דמוגרפיים של המשיבים.

העמדות והנורמות הסובייקטיביות של המשתתפים בנושא ריחוק חברתי נמדדו בהתבסס על השאלון המיועד למדידת עמדות ונורמות סובייקטיביות על פי תיאוריית הפעולה המנומקת של פישביין ואייזן, אשר הותאם למחקר הנוכחי (21,20). העמדות של המשתתפים הוערכו באמצעות ארבעה פריטים המפורטים בלוח 3 (אלפא קרונבך=0.80). סולם התגובות נע בין "לא מסכים כלל" (1) עד "מסכים מאוד" (7). ציון ממוצע גבוה מציין עמדות חיוביות יותר כלפי היענות להנחיות.

הנורמות הסובייקטיביות הוערכו באמצעות ארבעה פריטים המפורטים בלוח 4 (אלפא קרונבך=0.87). סולם התגובות נע בין "לא מסכים כלל" (1) עד "מסכים מאוד" (7). ציון ממוצע גבוה מעיד על נורמות סובייקטיביות גבוהות יותר, כלומר תפיסה כי ההתנהגות מקובלת יותר בסביבתם החברתית של המשיבים.

כמו כן נאספו במסגרת המחקר נתונים בנוגע למשתני רקע של המשתתפים כגון גיל (משתנה רציף), מגדר (גבר/אישה), רמת השכלה (תיכונית/מקצועית/אקדמית), מצב משפחתי (נשוי או במערכת יחסים/ רווק/גרוש/אלמן), מצב חברתי־כלכלי (סביר ומטה/ טוב ומעלה), מידת דתיות (חילוני/מסורתי/ דתי) ומוצא אתני (יהודי/לא יהודי).

ניתוח הממצאים

הנתונים נותחו באמצעות תוכנת SPSS גרסה 25. בשלב הראשון בוצעה סטטיסטיקה תיאורית של שכיחויות, של ממוצעים ושל סטיות תקן לצורך תיאור המאפיינים של משתתפי המחקר ושל משתני המחקר: ההיענות להנחיות משרד הבריאות, העמדות והנורמות הסובייקטיביות בקרב משתתפי המחקר. בשלב השני בוצעו ניתוחים דו־משתניים (מתאמי פירסון ומבחני T) לבחינת הגורמים הקשורים להיענות משתתפי המחקר להנחיות משרד הבריאות. בשלב השלישי והאחרון בוצע ניתוח רב־משתני (רגרסיה מרובה) לניבוי ההיענות להנחיות משרד הבריאות בקרב משתתפי המחקר הנוכחי.

ממצאים

בלוח 1 מוצגים המאפיינים הסוציו־דמוגרפיים של אוכלוסיית המחקר. טווח הגילים של המשתתפים היה 96-60 שנים, מרבית המשתתפים היו בגיל 74-65 שנים (56.2%), והגיל הממוצע של משתתפי המחקר היה 69.23 שנים (±6.01). כשני שלישים מהמשיבים היו נשים (66.4%), ומרביתם יהודים (87.3%) וילידי ישראל (79.5%).

לוח 1: המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של אוכלוסיית המחקר (אחוז, מספר) (N=1822)

משתנה		שכיחות	
		n	%
גיל	64-60	427	23.8
	74-65	1010	56.2
	75 ומעלה	359	20.0
מגדר	גברים	606	33.6
	נשים	1198	66.4
ארץ לידה	ישראל	1429	79.5
	אחר	369	20.5
מוצא אתני	יהודים	1571	87.3
	לא יהודים	228	12.7
מצב משפחתי	נשוי או במערכת יחסים	1392	76.5
	רווק/גרוש/אלמן	427	23.5
יישוב המגורים	עיר	1139	63.3
	כפר, מושב או קיבוץ	456	25.3
	יישוב קהילתי	205	11.4
מידת דתיות	חילוני	1031	57.2
	מסורתי	623	34.6
	דתי	149	8.3
השכלה	השכלה תיכונית	312	17.4
	השכלה מקצועית	486	27.1
	השכלה אקדמית	997	55.5
מצב כלכלי	מתחת לממוצע	710	39.4
	ממוצע או מעל הממוצע	1094	60.6

היענות להנחיות משרד הבריאות

ממצאי המחקר, המוצגים בלוח 2, מלמדים כי היענות האוכלוסייה להנחיות משרד הבריאות הייתה גבוהה על פי רוב. ממוצע ההיענות להמלצות בקרב אוכלוסיית המחקר היה 4.30 (עם סטיית תקן 0.81) בסולם של 1-5. מרבית המשיבים דיווחו כי נמנעו במידה רבה ממפגש עם בני משפחה (74.2%) או עם שכנים וחברים (78.9%).

לוח 2: היענות להנחיות לריחוק חברתי בקרב אוכלוסיית המחקר (N=1822)

	ממוצע (סטיית תקן) (סולם 1-5; 1 מסמל תדירות נמוכה)	אחוז המשיבים 4 ומעלה
בני משפחה ביקרו אותי בביתי*	1.76 (1.22)	15%
שכנים או חברים ביקרו אותי בביתי*	1.34 (0.88)	5.9%
נמנעתי ממפגש עם בני משפחה	4.09 (1.20)	74.2%
נמנעתי ממפגש עם שכנים או חברים	4.22 (1.15)	78.9%
ממוצע התנהגות כולל	**4.30 (0.81)**	

* ציון נמוך מסמל תדירות נמוכה – כלומר שמירה על ההנחיות

עמדות ונורמות סובייקטיביות באשר לשמירה על הנחיות משרד הבריאות

בלוח 3 ו־4 מוצגות העמדות והנורמות הסובייקטיביות של אוכלוסיית המחקר באשר לשמירה על הנחיות משרד הבריאות בנוגע לריחוק חברתי. נתונים אלו נאספו בעיצומו של הסגר הכולל שהוטל על אזרחי ישראל במהלך הגל הראשון של מגפת הקורונה בישראל.

כפי שאפשר ללמוד מלוח 3, בשקלול עמדותיהם של המשיבים בנוגע להיענות להנחיות משרד הבריאות התקבל ממוצע גבוה (5.95 בסולם של 1-7). משמעות הדבר היא, שעמדותיהם של מרבית המשיבים בנוגע להנחיות לריחוק חברתי היו חיוביות, והם האמינו כי הנחיות אלו חשובות ונחוצות לשמירה על בריאותם.

מן הממצאים המוצגים בלוח 4 עולה, כי גם בשקלול הנורמות הסובייקטיביות בקרב המשיבים התקבל ממוצע גבוה (6.06 בסולם של 1-7). משמעות הדבר היא, כי מרבית המשיבים הרגישו שבני הקבוצה החברתית שלהם (משפחה,

לוח 3: עמדות באשר לשמירה על הנחיות משרד הבריאות (N=1822)

עמדות	ממוצע (סטיית תקן), טווח 1-7
אני מאמין/ה שהשמירה על ריחוק חברתי חשובה לבריאותי	(1.23) 6.00
אני מאמין/ה שהשמירה על ריחוק חברתי מגינה עליי מפני תחלואה וסיבוכים של מחלת הקורונה	(1.23) 6.04
לדעתי, חשוב למלא אחר הנחיות משרד הבריאות בנוגע לריחוק חברתי	(1.13) 6.13
אני לא מאמין/ה בחשיבות של ריחוק חברתי*	(1.88) 2.40
ממוצע עמדות משוקלל	**(1.12) 5.95**

* ציון נמוך מסמל תדירות נמוכה – כלומר שמירה על ההנחיות

לוח 4: נורמות סובייקטיביות באשר לשמירה על הנחיות משרד הבריאות (N=1822)

נורמות	ממוצע (סטיית תקן), טווח 1-7
מרבית חבריי וחברותיי מאמינים בחשיבותו ובנחיצותו של הריחוק החברתי	(1.12) 5.93
מרבית בני משפחתי מאמינים בחשיבותו ובנחיצותו של הריחוק החברתי	(1.10) 6.12
מרבית חבריי וחברותיי מבצעים את ההנחיות של ריחוק חברתי	(0.96) 6.10
מרבית האנשים שחשובים לי ואני מעריכ/ה את דעתם, מאמינים שהריחוק החברתי חשוב	(1.02) 6.11
ממוצע נורמות משוקלל	**(0.89) 6.06**

חברים וקהילה) בסביבתם מאמינים כי ההיענות להנחיות משרד הבריאות היא חשובה, וכי לתפיסתם של משתתפי המחקר מרבית חבריהם, בני משפחתם והאנשים המשמעותיים בחייהם פועלים על פי הנחיות משרד הבריאות לשמירה על ריחוק חברתי.

הגורמים הקשורים להיענות להנחיות לריחוק חברתי בקרב אוכלוסיית המחקר

עמדות, נורמות סובייקטיביות, מגדר, מצב משפחתי, מוצא אתני ורמת ההשכלה נמצאו קשורים להיענות להמלצות משרד הבריאות במודלים הדו־משתנים. לאור זאת, משתנים אלו הוכנסו למודל רגרסיה מרובה לבחינת התאמתם לניבוי ההיענות להנחיות לריחוק חברתי בקרב אוכלוסיית המחקר.

כפי שאפשר לראות בלוח 5, ממצאי הניתוח הרב־משתני מלמדים, כי אפשר להסביר את ההיענות להנחיות על סמך העמדות והנורמות הסובייקטיביות של המשתתפים, המגדר, המצב המשפחתי והמוצא האתני.

כפי שאפשר ללמוד מהמודל המוצג בלוח 5, ככל שעמדותיהם של המשיבים תמכו בחשיבות הריחוק החברתי וככל שהם הרגישו שחבריהם, בני משפחתם והקרובים להם שמרו גם הם על ההנחיות והאמינו בחשיבותן, כך היענותם להנחיות לשמירת ריחוק חברתי עלתה.

עוד עולה מהמודל, כי המגדר של המשיבים מנבא אף הוא את ההיענות להמלצות, כך שנשים שמרו על ההנחיות בדבקות רבה יותר בהשוואה לגברים. כמו כן, נשואים או משיבים שחיים בזוגיות היו בעלי סבירות גבוהה יותר לשמירה הדוקה על ההנחיות בהשוואה למשיבים רווקים, גרושים או אלמנים. עוד מלמדים ממצאי המחקר, כי המוצא האתני מנבא גם הוא את הדבקות להנחיות, כך שיהודים נענו להנחיות יותר מאשר לא יהודים.

על אף שהשכלת המשיבים נמצאה קשורה להיענות להמלצות בניתוחים הדו־משתנים, במודל הרב־משתני השכלה לא נמצאה כמנבאת את ההיענות להנחיות לריחוק חברתי.

לוח 5: **רגרסיה מרובה לניבוי המשתנים הקשורים להיענות להנחיות לריחוק חברתי**

משתנה מנבא	B	SE	β
עמדות	0.10	0.02	0.14**
נורמות סובייקטיביות	0.15	0.02	0.17**
מגדר	0.10	0.04	0.06*
מצב משפחתי	0.12	0.04	0.06*
מוצא אתני	0.38	0.06	0.16**
השכלה	0.04	0.04	0.03

$p<.001$**, $p<.05$*

דיון ומסקנות

בדומה למדינות אחרות בעולם, הניסיון להתמודד עם מגפת הקורונה (COVID-19) בישראל הוביל לקביעת הנחיות להתנהגות הציבור ברמה האישית, המשפחתית והחברתית. הנחיות אלו כללו הנחיות לריחוק חברתי, הפחתת מגע עם אחרים ושמירה על היגיינה, כגון עטיית מסכה ורחיצת ידיים תכופה. הושם דגש מיוחד על התנהגות אוכלוסיית המבוגרים במטרה להגן עליה, בייחוד לאור הגדרתה כאוכלוסייה בסיכון ולאור הגדרת המחלה, לפחות בראשית המגפה, כ"בעיה של מבוגרים" (3).

בניגוד להנחיות האחרות, ההנחיות לריחוק חברתי עלולות להיות קשות יותר ליישום והשלכותיהן חמורות יותר בקרב הגיל המבוגר, מאחר שלתמיכה המשפחתית והחברתית חשיבות רבה לשמירה על הבריאות הפיזית, על הרווחה הנפשית ועל איכות החיים בגילים אלו. לשמירת מרחק מבני משפחה וחברים לתקופה ממושכת השלכות שליליות על הרווחה הנפשית של האדם (11,10), ומכאן התמקדות המחקר הנוכחי בהיענות להנחיית הריחוק החברתי בקרב המבוגרים.

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון את הגורמים להיענות מבוגרים להנחיות משרד הבריאות במהלך הגל הראשון של מגפת הקורונה על פי מודל תיאוריית הפעולה המנומקת; שכן עד למועד ביצוע המחקר הנוכחי לא נמצאו נתונים על היענות להמלצת הריחוק החברתי בישראל בקרב אוכלוסייה זו.

באופן כללי הממצאים מצביעים על כך, שמידת ההיענות להנחיות לשמירת המרחק החברתי של המבוגרים בתקופת ההנחיות החמורות ביותר שהוטלו על תושבי ישראל הייתה גבוהה. הממצאים הם בהלימה לממצאי מחקר מקיף שכלל 27 מדינות, שבו נמצאה מידת היענות גבוהה להנחיות בקרב מבוגרים (5), כמו גם לממצאי מחקר נוסף שנערך בישראל בקרב כלל האוכלוסייה ובכללם מבוגרים (7). משמעות הדבר היא, כי מרבית משתתפי המחקר נמנעו ממפגש עם בני משפחה, עם שכנים או עם חברים, בדומה לאנשים מבוגרים בארצות הברית, בצרפת ובקנדה (8,4).

מעבר לכך, ממצאי המחקר הנוכחי מלמדים כי עמדותיהם של מרבית המבוגרים בנוגע להנחיות לריחוק חברתי היו חיוביות, וכי הם האמינו שהנחיות אלו חשובות ונחוצות לשמירה על בריאותם. יש לזכור כי בתקופה שבה נערך המחקר הציגו הנתונים בישראל תמונה עגומה, שכן כ־75% מהחולים הקשים היו מעל גיל 60 בעוד ששיעורם מסך החולים עמד על כ־20% בלבד, וכמחצית מהנפטרים היו מעל גיל 80 (60). נתונים אלו התפרסמו על בסיס יום־יומי באמצעי התקשורת השונים בתקופה שנאספו נתוני המחקר הנוכחי, ואפשר לשער כי הם תרמו לעמדותיהם של משתתפי המחקר והשפיעו עליהן.

עוד מלמדים ממצאי המחקר, כי ככל שעמדותיהם של המבוגרים שהשתתפו במחקר תמכו בחשיבות הריחוק החברתי וככל שהם הרגישו שחבריהם, בני משפחתם והקרובים להם שומרים גם הם על ההנחיות ומאמינים בחשיבותן, כך עלתה היענות שלהם עצמם להנחיות משרד הבריאות לשמירת ריחוק חברתי. ממצאים אלה דומה לממצאי סקירת מאמרים אשר הצביעו על תפיסות, על אמונות הקשורות להתנהגות ועל נורמות סובייקטיביות כגורמי מפתח לניבוי היענות לחיסוני שפעת בקרב מבוגרים (15), כמו גם לממצאי מחקר שנערך לאחרונה, שבו נמצא כי הידע, העמדות והפעולות שננקטו כלפי מחלת הקורונה ממלאים תפקיד מרכזי בנכונות של האוכלוסייה להיענות להנחיות של רשויות הבריאות במלזיה (16).

חשוב לציין גם את הגורמים הסוציו־דמוגרפיים כמסבירים את ההתנהגות. נמצא שמגדר, מצב משפחתי ומוצא אתני מסבירים את ההיענות להנחיות משרד הבריאות. כך, נמצא שנשים, אנשים נשואים או מי שחיים בזוגיות וממוצא יהודי שומרים על ההנחיות בדבקות רבה יותר מאשר גברים, מאשר אנשים שאינם נשואים או נמצאים בזוגיות ומאשר מי שאינם ממוצא יהודי. בצורה דומה נמצא למשל גם במחקר שנערך בצרפת, כי נשים שמרו על ההנחיות יותר מאשר גברים (8). לממצאים אלו חשיבות רבה בהיבט של זיהוי אוכלוסיות בסיכון, במצב שבו יידרשו שוב הנחיות מחמירות כדי להתמודד עם גל גדול נוסף של מחלת הקורונה בחורף.

המחקר הנוכחי בדק את ההיענות של מבוגרים להנחיות הריחוק החברתי של משרד הבריאות, על בסיס תיאוריית הפעולה המנומקת (TRA). ממצאי המחקר מלמדים, כי תיאוריה זו אכן מהווה מסגרת מתאימה להסביר את ההיענות לריחוק החברתי של מבוגרים בתקופת הגל הראשון של מגפת הקורונה. אפשר לראות, כי המודל המוצע במחקר הנוכחי ולפיו עמדות ונורמות סובייקטיביות כלפי היענות לשמירת ריחוק חברתי קשורות להיענות לשמירה על ריחוק חברתי בקרב מבוגרים יכול לשמש בסיס לבניית תוכניות התערבות בנושא זה בקרב מבוגרים, בפרט אלו הגרים בקהילה.

לסיכום, לאור המצב הנוכחי בישראל, כאשר ההמלצות לריחוק חברתי עודן בתוקף ובד בבד אנו עדים להתפרצות של גל שני למגפת הקורונה, יש חשיבות רבה להבנת הגורמים הקשורים להיענות של מבוגרים להנחיות משרד הבריאות, לרבות המלצות לשמירה על ריחוק חברתי. הבנת גורמים אלה חשובה על מנת לפתח התערבויות שנועדו לשמר ולשפר את רמת ההיענות של המבוגרים, ובכך גם לסייע בשמירה על בריאותם.

מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי כמה מגבלות:

המחקר השתמש במתודולוגיה מבוססת אינטרנט. אומנם אמצעי זה אפשר לקבל תשובות במהירות מהפצה גאוגרפית רחבה והביא למדגם גדול של אוכלוסיית המבוגרים בישראל, אך המשמעות היא שהמשיבים נדרשו למיומנויות דיגיטליות, כגון שימוש במחשב או בטלפונים חכמים כדי להשתתף. על כן המדגם אינו מייצג, ואי־אפשר להכליל את המסקנות לכלל אוכלוסיית המבוגרים בישראל, אלא לבעלי ידע ומיומנויות דיגיטליות בלבד.

בהמשך למגבלה זו, ואף שמדובר בשאלון אנונימי לדיווח עצמי, ייתכן שחלק מהמשיבים נעזרו באדם אחר על מנת להשיב על השאלון הדיגיטלי, מה שעלול להטות את התוצאות בשל השפעת נוכחותו של הסייען ונטייה (גם אם לא מודעת) לרצייה חברתית.

מגבלה נוספת של המחקר היא היותו מחקר חתך, המציג לפיכך תמונת מצב בנקודת זמן מסוימת ואינו מתייחס לשינויים שעשויים לחול, כגון החמרת המצב, שינוי בשיעור התמותה או בנזקי המחלה כמו גם שינוי בהנחיות של משרד הבריאות ועוד. מחקר אשר ייערך בשתי נקודות זמן לפחות יוכל לתת מענה למגבלה זו.

המחקר הנוכחי לא בדק גורמים הסברתיים, שיכולים להיות קשורים לעמדותיהם של המבוגרים בנושא, כמו למשל הפרסומים באמצעי המדיה השונים. לאור ההנחה כי המגפה איננה עומדת בפני סיומה, מומלץ לערוך מחקר המשך שיבחן את ההיבטים הללו.

מקורות

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic [internet]. 2020 [cited 2020 Jul 22]. Available from: https://www.who.int/health-opics/coronavirus#tab=tab_1.
2. Centers for Disease Control and Prevention. COVIDView – A Weekly Surveillance Summary of U.S COVID-19 Activity [internet]. 2020 [cited 2020 Jul 22]. Available from: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/pdf/covidview-04-10-2020.pdf.
3. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective cohort study. Lancet. 2020; 395:1054-62.
4. Canning D, Karra M, Dayalu R, Guo M, Bloom DE. The association between age, COVID19 symptoms, and social distancing behavior in the United States. 2020. MedRxiv. Available from: https://doi.org/10.1101/2020.04.19.20065219.
5. Daust JF. Elderly people and responses to COVID-19 in 27 Countries. PLoS One. 2020; 15(7):e0235590. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235590.
6. משרד הבריאות, ראש שירותי בריאות הציבור. דוח אפידמיולוגי: דגשים בנושא: נגיף קורונה החדש [אינטרנט]. 2020 [נצפה ביום 28.7.2020]. נדלה מתוך: (Covid-19) https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/covid-19_epi3.pdf
7. Bodas M, Peleg K. Self-isolation compliance in the COVID-19

era influenced by compensation: Findings from a recent survey in Israel. Health Aff. 2020; 39(6):936-41.

8. Brouard S, Vasilopoulos P, Becher M. Sociodemographic and psychological correlates of compliance with the Covid-19 public health measures in France. Can J Polit Sci. 2020; 53(2):253-8. Available from: https://doi.org/10.1017/S0008423920000335.
9. Olsen AL, Hjorth F. Willingness to Distance in the COVID-19 Pandemic. 2020. Working paper. Available from: https://osf.io/xpwg2/.
10. Zandifar A, Badrfam R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. Asian J Psychiatr. 2020; 51:101990. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101990.
11. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. Lancet. 2020; 5(5):e26. Available from: https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X.
12. Vernooij-Dassen M, Verhey F, Lapid M. The risks of social distancing for older adults: A call to balance. Int Psychogeriatr. 2020. Available from: https://doi.org/10.1017/S1041610220001350.
13. ג'וינט ישראל אשל, הזדקנות בימי קורונה: סקר צרכים בקרב בני 65+ בישראל [אינטרנט]. מאי 2020 [נצפה ביום 25.7.2020]. נדלה מתוך: https://govextra.gov.il/media/26598/optimal_aging_corona_effect_survey.pdf
14. Van Rooij B, de Bruijn AL, Folmer CR, Kooistra E, Kuiper ME, Brownlee M. Compliance with COVID-19 Mitigation Measures in the United States [Research Paper on Internet]. 2020 [cited_2020 Aug 25]. Available from: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3582626.
15. Kan T, Zhang J. Factors influencing seasonal influenza vaccination behaviour among elderly people: A systematic review. Public Health. 2018; 156:67-78. Available from: https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.12.007.
16. Azlan AA, Hamzah MR, Sern TJ, Ayub SH, Mohamad E. Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. PLoS ONE. 2020; 15(5): e0233668. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233668.
17. Fishbein M, Ajzen I, McArdl J. Changing the behavior of alcoholics: Effects of persuasive communication. In: Ajzen I, Fishbein M, editors. Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1980, p. 217-42.
18. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company; 1975.
19. Terry DJ, Gallois C, McCamish M. The theory of reasoned action. New York, NY: Pergamon Press; 1993. p. 7-28.
20. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1980.
21. Ajzen I, Madden JT. Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. J Exp Soc Psychol. 1986; 22(5): 453-74.
22. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q. 1988; 15(2):175-83. Available from: https://doi.org/10.1177/109019818801500203 0101.

גורמים המקדמים החלטה על קבלת חיסון נגד וירוס הפפילומה בקרב בנים – השוואה בין האוכלוסייה היהודית לאוכלוסייה הערבית בישראל

קרן גרינברג[1], יעל סלע[1]

[1] המחלקה למדעי הסיעוד, הפקולטה למדעי החברה והקהילה, המרכז האקדמי רופין

תקציר

רקע: וירוס הפפילומה האנושי (Human Papilloma Virus – HPV) עלול לגרום לגידולים סרטניים הן בקרב בנים והן בקרב בנות. אף שהווירוס פוגע הן בבנים והן בבנות, הרוב המכריע של הספרות המחקרית ממוקד בסוגיית החיסונים נגד וירוס הפפילומה בקרב בנות.

מטרת המחקר: לבחון את הגורמים המשפיעים על ההיענות לחיסון בנים נגד וירוס הפפילומה בקרב האוכלוסייה הערבית והיהודית בצפון מדינת ישראל.

שיטות: נערך מחקר חתך מתאמי בקרב 150 הורים (36 יהודים ו־114 ערבים) לילדים בכיתות ז, שנדגמו במדגם נוחות. במסגרת המחקר הועבר שאלון עמדות כלפי חיסוני שגרה ועמדות וידע בנוגע לחיסון נגד וירוס הפפילומה (להלן גם: חיסון נגד HPV) בקרב בנים.

תוצאות: נמצא כי יש היענות גבוהה יותר בקרב המשתתפים היהודיים (80.6%) בהשוואה למשתתפים הערביים (51.8%). כמו כן נמצאו קשרים חיוביים בין רמת ההשכלה ($r=.39, p<.01$) ורמת הדתיות ($r=.35, p<.01$) לבין מידת ההיענות לחיסון נגד HPV. עוד נמצא קשר חיובי בין מידת הידע של ההורה על החיסון לבין מידת ההיענות לחיסון ($r=.23, p<0.05$).

דיון ומסקנות: זהו המחקר הראשון בישראל שבוחן גורמים מקדמים ומעכבים של הורים למתן חיסון HPV לבנים. הממצאים מראים כי יש צורך לבנות תוכנית הסברה בעיקר למגזר הערבי, תוך קידום הידע על יעילות החיסון וחשיבותו.

רקע

וירוס הפפילומה האנושי (Human Papilloma Virus – HPV) הוא אחד הווירוסים הנפוצים ביותר. על פי נתוני ארגון הבריאות העולמי, כ־300 מיליון בני אדם בעולם נדבקים כל שנה בווירוס. ארגון ה־CDC (Centers for Disease Control) מעריך כי כמעט כל גבר או אישה בעולם יידבקו בווירוס. יש למעלה מ־100 זנים שונים של הווירוס, אשר מתוכם 40 פוגעים באברי המין. הזנים השונים נחלקים לזנים המוגדרים כבעלי "סיכון נמוך", הגורמים ליבלות, ולזנים המוגדרים כבעלי "סיכון גבוה", הקשורים להתפתחות נגעים טרום־סרטניים וסרטן (1). זנים מקבוצת הסיכון הגבוה נמצאים ב־99% מהנגעים הסרטניים בצוואר הרחם, ולכן HPV הוא הגורם המרכזי לסרטן צוואר הרחם בקרב נשים (3,2). וירוסים שונים של ה־HPV גורמים גם לסוגי סרטן אנו־גניטליים נוספים בקרב נשים וגברים כאחד. בקרב נשים הווירוס עלול לגרום לסרטן הפות, לסרטן הנרתיק, לסרטן פי הטבעת ולסרטן פה ולוע. וירוס זה טומן בחובו סיכונים בריאותיים גם עבור גברים. בקרב גברים הווירוס עלול לגרום ליבלות באיבר המין, לסרטן הפין, לסרטן פי הטבעת וכן לסרטן הפה והלוע (5,4).

בישראל מאובחנות מדי שנה כ־2,000 נשים הסובלות מנגעים טרום־סרטניים בדרגה מתקדמת וכ־200 נשים החולות בסרטן צוואר הרחם. בישראל יש כ־17,430 מקרים חדשים של יבלות באיברי המין מדי שנה, 56% מהם בגברים. ההיארעות השנתית גבוהה יותר בגברים (2.39 ל־1,000) מאשר בנשים (1.85 ל־1,000), והשכיחות הגבוהה ביותר היא בקרב בני 25-34. על פי נתוני משרד הבריאות, זנים שונים של וירוס הפפילומה עשויים לגרום לכ־90% ממקרי סרטן פי הטבעת

בגברים ובנשים, כ־70% ממקרי סרטן הפה והלוע ולפחות ל־50% ממקרי סרטן הפין (6).

כיום ישנם שלושה חיסונים המונעים הידבקות בווירוס. החיסון הראשון שאושר הוא חיסון ארבע ערכי – GARDASIL, המגן מפני הידבקות בזנים 6, 11, 16, 18 ואשר אושר לראשונה בשנת 2006 לבנות בגילאי 9-26 בידי ה־FDA. בשנת 2009 אושר בארצות הברית גם חיסון לבנים בגילאי 9-26 ולנשים עד גיל 45 שנים.

אף שהווירוס פוגע הן בבנים והן בבנות, רובה המכריע של הספרות המחקרית ממוקד בסוגיית החיסונים נגד וירוס הפפילומה בקרב בנות, תוך התייחסות שולית בלבד לחשיבות של חיסון הבנים נגד הווירוס. אי לכך, מטרתו של המחקר הנוכחי היא לבחון את הגורמים המשפיעים על ההיענות לחיסון בנים נגד וירוס הפפילומה בקרב האוכלוסייה הערבית והיהודית בצפון מדינת ישראל.

וירוס הפפילומה האנושי – היקף התופעה והשלכותיה

יש למעלה מ־100 זנים של וירוס הפפילומה האנושי, הנחלקים לשני סוגים עיקריים: (1) זנים הגורמים ליבלות (קונדילומות) והנחשבים לבעלי "סיכון נמוך", שלא יגרמו בדרך כלל למחלה ממארת (בעיקר זנים 6, 11, 42, 44, 74). מבין הזנים בעלי הסיכון הנמוך, זנים 6, 11 אחראים לכ־90% מהיבלות והנגעים; (2) זנים הנחשבים לבעלי "סיכון גבוה", העלולים לגרום למחלה ממארת (בעיקר זנים 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 58). מבין הזנים בעלי הסיכון הגבוה, הזנים האונקוגניים, זנים 16, 18 אחראים על כ־70% ממקרי סרטן צוואר הרחם (8,7).

ההדבקה ב־HPV היא דרך עור וריריות, בעיקר בעת קיום יחסי מין, אך גם במגע של עור בעור. ברוב המקרים ההדבקה בווירוס חולפת מעצמה תוך שמונה חודשים עד שנתיים. בחלק קטן מהמקרים הווירוס אינו מתפנה, הנדבק הופך לנשא של הווירוס, ועלולות להתפתח התופעות הבאות: יבלות בעיקר באברי המין ובאזורים שונים בגוף על פני העור (קונדילומות), שינויים טרום־ממאירים באזורים הגניטליים, סרטן צוואר הרחם, סרטן עריה, סרטן פי הטבעת, סרטן הפין, סרטן באזור ראש צוואר וסרטן עור (5,4). HPV נחשבת למחלת המין הנפוצה ביותר בעולם המערבי, ומחקרים שנערכו בארצות הברית הראו שכ־26.8% מבני האדם בגילאי 14-59 הם נשאים של הנגיף בכל זמן נתון, וכי עד גיל 50 יידבקו 80% מן האמריקנים בסוג אחד לפחות של הנגיף (1).

HPV הוא הגורם המרכזי לסרטן צוואר הרחם בקרב נשים (3,2). סרטן צוואר הרחם הוא השני בשכיחותו בעולם בקרב נשים לאחר סרטן השד. שיעור ההדבקה המרבי ב־HPV הוא בגילאי 15-24. בנשים בגילאי 20-39 בארצות הברית סרטן צוואר הרחם הוא הסרטן השכיח ביותר (9). בישראל שיעור היארעות סרטן צוואר הרחם הוא במקום ה־15 ברשימת מחלות הסרטן המובילות (6). על פי משרד הבריאות (10) בשנת 2012 אובחנו 231 נשים ישראליות בסרטן חודרני של צוואר הרחם: 188 נשים יהודיות (81%), 19 נשים ערביות (8%) ו־28 נשים אחרות (10%). שיעורי ההיארעות המתוקננים לגיל (ל־100,000) של סרטן חודרני של צוואר הרחם בשנת 2012 היו 5.08 בנשים יהודיות ו־2.97 בנשים ערביות. בנשים יהודיות השיעור הוא נמוך מעט מהשיעור שנצפה בשנת 1990 (5.71), ובנשים ערביות השיעור זהה לשיעור שנצפה בשנת 1990 (2.99) (10).

חיסון לבנים נגד HPV

החיסון נגד וירוס הפפילומה הוא חיסון שמטרתו העיקרית היא מניעת סרטן צוואר הרחם. החיסון מורכב מחלקיקים דמויי וירוס מחלבון המעטפת של הווירוס, הכולל את קופסית הווירוס ללא ה־DNA שלו (VLP=Virus Like Particles). ישנם שני חיסונים המונעים הידבקות בנגיף: הראשון הוא חיסון ארבע ערכי – "GARDASIL", המגן מפני הידבקות בארבעה זנים – 6, 11, 16, 18. הוא אושר לראשונה בשנת 2006 לבנות בגילאי 9-26 בידי ה־FDA; השני הוא חיסון דו־ערכי – "CERVARIX", המגן מפני הידבקות בשני זנים – 16, 18. חיסון זה אושר בארצות הברית בשנת 2009, ונועד לחסן בנים בגילאי 9-26 וכן נשים עד גיל 45 שנים. שני החיסונים הוכחו כיעילים וכבטוחים. חודש לאחר סיום ההתחסנות החיסון הדו־ערכי הציג רמת נוגדנים גבוהה יותר מאשר החיסון הארבע ערכי, כנראה בשל היתרון של האדג'ובנט AS0-4. שני החיסונים מקנים תנגודת צולבת לזנים שאינם בחיסון. בפרט, שני החיסונים מפחיתים סיכון למחלה בכ־38% נגד זנים נוספים (11).

בתאריך 31.5.2017 הכריזו 71 מדינות בעולם על החיסון נגד וירוס הפפילומה כחלק בלתי־נפרד מחיסוני השגרה הניתנים לבנות. מתוכן רק 11 מדינות כללו גם את הבנים בחיסון ספציפי זה כחלק מחיסוני השגרה (12), דוגמת אוסטריה, אוסטרליה, קנדה ואיטליה (13). בישראל נכנס החיסון לשימוש כחלק משגרת החיסונים לבנות בכיתה ח בשנת 2013. החל משנת 2016 החלו לחסן בישראל גם בנים, נוסף לבנות בכיתה ח (14). כמו כן החיסון נמצא בסל הבריאות עבור נערים וגברים עד גיל 26 הנמצאים בסיכון גבוה להידבק בנגיף הפפילומה.

בשנים האחרונות ישנה עלייה בהיארעות מחלות הסרטן בקרב בנים בגלל ההידבקות בווירוס הפפילומה. מחקרים הראו, כי חיסון נגד וירוס הפפילומה בקרב בנים יכול בהחלט למנוע הידבקות בו, ובכך למנוע היארעות של מחלת הסרטן בקרבם (15,13,12).

למרות הראיות התומכות ביעילות של החיסון נגד HPV

בקרב בנים, שיעורי המענה לחיסון נמוכים בהשוואה לחיסונים אחרים. בדוח העדכני של משרד הבריאות משנת 2019, המסכם שירות בריאות לתלמיד בשנה שעברה (2018-2019), עולה כי שיעור הכיסוי של החיסון נגד וירוס הפפילומה למנה ראשונה עמד על כ־52%, ללא הבדלים משמעותיים בין בנים לבנות. לעומתו הייתה היענות מוחלטת כמעט (95%) לחיסון טטנוס־דיפתריה־שעלת, הניתן גם הוא בכיתה ח. מן הדוח עולה, כי בכ־18.6% מבתי הספר הנהלת המוסד מסרבת לאפשר לבצע את החיסונים נגד וירוס הפפילומה במסגרת הלימודים. עם זאת יש שונות גדולה בין מחוזות במתן החיסון. בעוד שמחוז ירושלים בולט בהתנגדות גבוהה (כ־69%) של מוסדות הלימוד לביצוע החיסונים, במחוז הצפון נמצאה ההתנגדות הנמוכה ביותר (כ־2%) (16).

בשנת 2012 פרסם האיגוד האמריקני לרפואת ילדים המלצה לחסן לא רק בנות, אלא גם בנים בגיל 11, טרם תחילת הפעילות המינית (17). סקירה שיטתית של הנתונים העולמיים בנושא, שנערכה בשנת 2016 ובחנה מידע מ־58 מחקרים תצפיתיים שונים ומתשע מדינות שונות, מצאה כי החיסון יעיל מאוד, בעיקר בקרב מי שחוסן בטרם חשיפה. ממצאי הסקירה דיווחו על צמצום של כ־90% בהידבקות בזנים שהחיסון מגן מפניהם, של 90% ביבלות באיברי המין, של 45% בממצאים חריגים קלים בצוואר הרחם, וכן על צמצום של כ־85% בממצאים חריגים חמורים (18). מחקר אחר, שפורסם בחודש יוני 2019 בכתב העת LANCET, העלה כי נרשמה ירידה חדה בשכיחות וירוס הפפילומה באוכלוסיות שבהן מיושמות תוכניות החיסונים נגד הווירוס (19).

הגורמים המשפיעים על היענות לחיסון בקרב הורים

ישנם כמה גורמים מרכזיים שעלולים לפגוע בשיעורי ההיענות לחיסון נגד HPV. ראשית, מחקרים מצביעים על **מודעות** נמוכה של הורים לווירוס, למאפייניו ולהשלכותיו. כמו כן, הורים תופסים את החיסון כבעל יעילות נמוכה להפחתת הסיכון של בניהם לחלות בסרטן עקב הידבקות בווירוס הפפילומה. ככל שההורים היו מודעים יותר ליעילות החיסון בקרב בנים נגד וירוס הפפילומה, כך עלו הסיכויים כי אותם הורים יחסנו את בניהם (12). במחקר שערכו רדיסיק ואחרים (13) הם הראו מחד, כי תפיסת הסיכון שמא בניהם יידבקו בווירוס הפפילומה הייתה אחד הגורמים שדרבנו את ההורים לחסן את בניהם. מאידך, ספקות ההורים בנוגע ליעילות החיסון בפועל היו מן הגורמים העיקריים שמנעו מהם לחסן את בניהם נגד וירוס הפפילומה (13). גורם זה מצטרף לגישה הכללית של הורים כלפי חיסונים, גם בקרב בנות. הורים בעלי גישה חיובית לחיסונים באופן כללי, המחסנים את בנותיהם בחיסוני השגרה המקובלים במדינה, נענו לחסן את בנותיהם בחיסון נגד וירוס הפפילומה (20).

שנית, **עמדות של הורים כלפי מיניות** של ילדיהם עלולות להגביר את ההתנגדות לחיסון. חיסון נגד HPV בגיל המיועד, 12-13 שנים, עשוי לדרוש מן ההורים שיחה פתוחה עם ילדיהם בנושא מיניות, נושא שחלק מן ההורים נרתע ממנו (21).

שלישית, ידע של הורים כלפי **תופעות הלוואי** של החיסון נגד HPV עלול להיות גורם מעכב. הורים חוששים מפני תופעות לוואי של החיסון וכן מרמת הבטיחות שלו באופן המעכב את נכונותם לחסן את ילדיהם (2).

מחקרים קודמים מצביעים על הבדלי אמונות ועמדות של הורים כלפי התחסנות בין יהודים לערבים בישראל (22). על כן, מאפיינים אתניים כגון תרבות, דת, מנהגים קהילתיים וגישה כלפי מודרניזציה עשויים גם הם להשפיע על הנטייה של הורים לחסן את ילדיהם בכלל, ונגד HPV בפרט (23,24).

נראה, כי כמה גורמים עשויים להשפיע על ההחלטה לחסן בנים נגד וירוס הפפילומה. לאור סקירת הספרות שלעיל עולה השאלה, מהם הגורמים המשפיעים על ההיענות לקבלת חיסון נגד וירוס הפפילומה עבור בנים בקרב האוכלוסייה הערבית והיהודית בישראל.

מטרת המחקר

מטרת המחקר היא לבחון את הגורמים המשפיעים על ההיענות לחיסון בנים נגד וירוס הפפילומה בקרב האוכלוסייה הערבית והיהודית בצפון מדינת ישראל. נבחנו ארבע השערות מרכזיות: (1) יימצא הבדל במידת ההיענות לחיסון בנים נגד HPV בין יהודים לערבים, כך שהיענות גבוהה יותר תימצא בקרב האוכלוסייה היהודית בהשוואה לאוכלוסייה הערבית; (2) יימצאו קשרים בין משתנים סוציו־דמוגרפיים (גיל, מידת השכלה, מידת דתיות) לבין מידת ההיענות לחיסון נגד HPV בקרב בנים; (3) יימצא קשר חיובי בין עמדות המשתתפים בנושא חיסון נגד HPV בקרב בנים לבין ההיענות לחיסון. ככל שהעמדות כלפי החיסון חיוביות יותר בקרב ההורים, ישנה ציפייה להיענות גבוהה יותר לחיסון; (4) יימצא קשר חיובי בין רמת הידע של המשתתפים בנושא חיסון נגד HPV בקרב בנים לבין ההיענות לחיסון. ככל שרמת הידע בקרב ההורים תהיה גבוהה יותר, תהיה ציפייה להיענות גבוהה יותר לחיסון.

שיטות

מערך המחקר: בוצע מחקר חתך מתאמי (cross study sectional), שמטרתו לבחון אילו גורמים קשורים להיענות לחיסון נגד HPV בקרב בנים.

אוכלוסיית המחקר: אוכלוסיית המחקר כללה 150 משתתפים (יהודים וערבים), הורים לבנים בכיתות ז, שנדגמו במדגם נוחות: 57 מהם גברים (38%), ו־93 נשים (62%); הגיל

טבלה 1: **מאפיינים סוציו־דמוגרפיים של אוכלוסיית המחקר**

משתנים	קטגוריות	M±SD / N (%)
גיל		33.94±10.40
מגדר	גבר	57 (38%)
	אישה	93 (62%)
דת	יהודי	36 (24%)
	מוסלמי	97 (64.7%)
	נוצרי	15 (10%)
	דרוזי	2 (1.3%)
השכלה	תיכונית	22 (14.7%)
	על־תיכונית	19 (12.7%)
	תואר ראשון	78 (52%)
	תואר שני ומעלה	21 (14%)
	אחר	10 (6.7%)
ארץ לידה	ישראל	142 (94.7%)
	אירופה	2 (1.3%)
	ברית המועצות	2 (1.3%)
	ארצות הברית	2 (1.3%)
	אחר	2 (1.3%)
דתיות	דתי	35 (23.3%)
	מסורתי	69 (46%)
	חילוני	46 (30.7%)
כוונה לחסן נגד HPV	כן	88 (58.7%)
	לא	62 (41.3%)

הממוצע 33 שנים (M=33.94, SD=10.40). טבלה 1 מציגה מאפיינים סוציו־דמוגרפיים של אוכלוסיית המחקר.

כלים: הנבדקים התבקשו להשיב על שאלון שכלל את החלקים הבאים: **(א) משתנים סוציו־דמוגרפיים:** גיל, מין, מצב משפחתי, לאום, השכלה, ארץ לידה, רמת דתיות, מקום מגורים; **(ב) עמדות כלפי חיסוני שגרה:** השאלון כלל 8 היגדים בסולם ליקרט בין 1 (כלל לא מסכים) ל־5 (מסכים בהחלט). היגד לדוגמה: חיסונים מגינים מפני מחלות באופן כללי; **(ג) עמדות כלפי חיסון נגד וירוס הפפילומה בקרב בנים:** שאלון עמדות כלפי חיסון נגד וירוס הפפילומה בקרב בנים, שכלל 9 היגדים בסולם ליקרט בין 1 (כלל לא מסכים) ל־5 (מסכים בהחלט). היגד לדוגמה: חיסון נגד נגיף הפפילומה הוא חיסון יקר; **(ד) ידע בנושא חיסון נגד וירוס הפפילומה בקרב בנים:** שאלון ידע בנושא חיסון נגד וירוס הפפילומה בקרב בנים שכלל 7 היגדים בסולם ליקרט שבין 1 (כלל לא מסכים) ל־5 (מסכים בהחלט). היגד לדוגמה: החיסון לבנים ניתן רק כדי להגן על הבנות מסרטן צוואר הרחם; **(ה) שאלה על אודות הכוונה לחסן את הבן נגד וירוס הפפילומה:** התשובה עליה הייתה ב"כן" או ב"לא": האם בכוונתך לחסן את הבן שלך בחיסון נגד הפפילומה (HPV)? מהימנות חלקי השאלון השונים נעה בטווח שבין α=0.74-0.89.

הליך: לאחר קבלת אישור מוועדת אתיקה של המרכז האקדמי רופין, נערכה פנייה למשתתפים פוטנציאליים באמצעות פורומים מקוונים ברשת של הורים לילדים בכיתה ז, כגון פורום הורים מדברים ברשת ופורום הורים למתבגרים (אשר על פי תוכנית החיסונים בישראל עומדים לקבל את החיסון בשנת הלימודים הקרובה), בשיטת דגימת נוחות באמצעות "גוגל דוקס". כלל המשתתפים חתמו על טופס הסכמה מדעת, לאחר שהובהרה להם מטרת המחקר. כמו כן הובהר למשתתפים, כי השתתפותם במחקר היא על בסיס התנדבותי, וכי מובטחת להם אנונימיות בכך שהם אינם נדרשים לספק פרטים המזהים אותם אישית.

תוצאות

הממצאים הראו, כי אוכלוסיית המחקר הביעה עמדות חיוביות במידה גבוהה כלפי חיסוני שגרה (M=4.16, SD=0.56); עמדות חיוביות במידה בינונית בלבד כלפי חיסונים נגד וירוס הפפילומה עבור הבנים (M=3.66, SD=0.62); ורמת ידע בינונית בנושא חיסון נגד וירוס הפפילומה (M=3.40, SD=0.57).

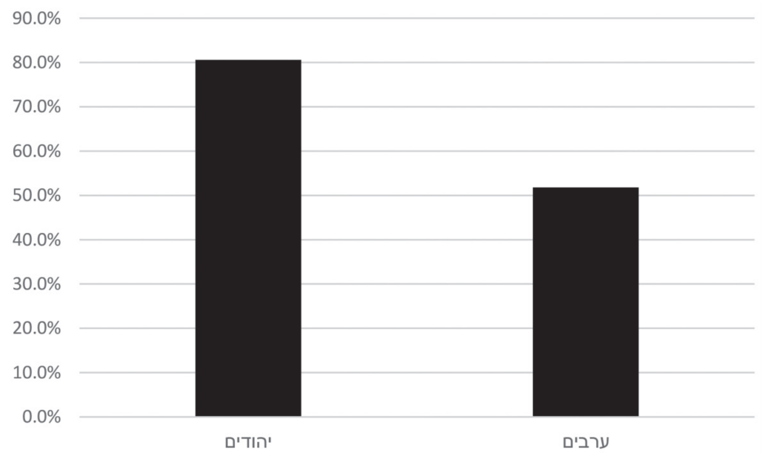
השערת המחקר הראשונה הייתה, כי יהודים ייטו יותר לחסן את ילדיהם נגד HPV בהשוואה לערבים. על מנת לבחון השערה זו נערך ניתוח חי בריבוע. הממצאים הראו, כי ישנה היענות גבוהה יותר בקרב המשתתפים היהודיים (80.6%) בהשוואה למשתתפים הערביים (51.8%), $p < .001$. ההשערה אוששה.

ההשערה השנייה הייתה, כי יש קשר בין משתנים סוציו־דמוגרפיים (גיל, מידת השכלה, מידת דתיות) לבין מידת ההיענות לחיסון נגד HPV בקרב הבנים. כדי לבחון את השערת המחקר השנייה נערכו מבחני פירסון. הממצאים הצביעו על קשרים חיוביים בין רמת ההשכלה ($r=.39, p<.01$) ורמת הדתיות ($r=.35, p<.01$) לבין מידת ההיענות לחיסון נגד HPV. לא נמצא קשר בין גיל לבין מידת הנכונות לחסן ($p>0.05$). ההשערה אוששה חלקית.

ההשערה השלישית הייתה, כי יימצא קשר חיובי בין עמדות המשתתפים בנושא חיסון נגד HPV בקרב בנים לבין ההיענות לחסן. על מנת לבחון השערה זו נערך מבחן פירסון. לא נמצא קשר בין עמדות כלפי חיסון לבין מידת ההיענות לחיסון ($p>0.05$). השערה זו לא אוששה.

ההשערה הרביעית הייתה, כי יימצא קשר חיובי בין רמת הידע של המשתתפים בנושא חיסון נגד HPV בקרב בנים לבין ההיענות. על מנת לבחון השערה זו נערך מבחן פירסון. הממצאים הצביעו על קשר חיובי בין רמת הידע של ההורה כלפי החיסון לבין מידת ההיענות לחיסון ($r=.23, p<0.05$). ההשערה אוששה.

תרשים 1: **הבדלים בין יהודים לערבים בשיעור ההיענות לחיסון נגד וירוס הפפילומה בקרב בנים**



דיון ומסקנות

מטרתו של המחקר הנוכחי הייתה לבחון את הגורמים המשפיעים על ההיענות לחיסון נגד HPV בבנים בקרב האוכלוסייה הערבית והיהודית במדינת ישראל. במחקר הנוכחי נמצאו כמה ממצאים חשובים.

הממצא הבולט הוא כי יהודים נוטים יותר לחסן את בניהם נגד HPV. ממצא זה ניכר לאור מחקרים קודמים, שהראו כי אין הבדל בשיעורי ההתחסנות לחיסונים שבשגרה בין יהודים לערבים (ושלעיתים ההתחסנות אף גבוהה יותר במגזר הערבי) (23). אפשר להסביר ממצא זה בכך, שבפרט כלפי חיסון נגד HPV בבנים (בניגוד לחיסונים אחרים שבשגרה), עקב הקשר של החיסון להיבטים של מיניות בתקופת ההתבגרות, הנכונות לחסן נתקלת בעמדות מסורתיות ושמרניות יותר, המצמצמות את הנכונות של הורים מקרב האוכלוסייה הערבית לחסן את בניהם נגד HPV. באשר להיבטים תרבותיים, ייתכן כי ביצוע חיסון מסוג זה מעלה את החשד כי הבן מקיים יחסי מין, ולפיכך מעורר תחושת בושה בקרב ההורים. לפיכך הורים במגזר הערבי מעדיפים להימנע מהתמודדות עם תגובות שונות שקשורות למיניות בקרב האוכלוסייה הקרובה. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם ממצא נוסף במחקר הנוכחי, הנוגע לקשר החיובי שבין מידת הדתיות למידת ההיענות לחיסון: נראה שככל שמידת הדתיות גבוהה יותר, כך מידת ההיענות לחיסון זה יורדת. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרים אחרים, שהראו כי מיעוטים אתניים המתאפיינים בנורמות התנהגות, באמונה ובתרבות ייחודיות להן נוטים לפחות התנהגויות בריאות וכן לרמה נמוכה יותר של אוריינות בריאות, בייחוד בכל הנוגע להיבט מניעתי כמו חיסונים (26,27). אחד ההסברים לכך הוא תפיסה פטליסטית, כלומר האמונה שהמחלה היא "גזרת גורל" וכי היכולת האנושית למנוע אותה היא נמוכה [29]. הסבר נוסף נוגע לנגישות לידע של אוכלוסיות מיעוט, ולרמת ההבנה והנכונות לבצע הנגזרת מידע זה. בתוך כך, שימוש במאפיינים אתניים כגון תרבות, נורמות, תפיסות ומנהגים קהילתיים בקמפיינים של החיסון ושל תוכניות התערבות להעלאת שיעורי ההיענות של האוכלוסיות הללו עשוי להיות גורם מאיץ להיענות רחבה יותר.

עוד עולה מן המחקר הנוכחי, כי ככל שההורה משכיל יותר כך גוברת הנכונות שלו לחסן. אפשר להסביר ממצא זה לאור מחקרים קודמים שהראו, כי ככל שהגישה של הורה לידע ולהשכלה גדולה יותר, כך גדל הסיכוי שלו להיחשף למידע על אודות יעילות החיסון ועל אודות תופעות לוואי מצומצמות שלו. הסבר זה תואם ממצא נוסף במחקר הנוכחי, הקושר באופן חיובי בין רמת הידע של ההורה כלפי החיסון לבין הנכונות שלו לחסן. כלומר, ההיכרות המעמיקה של ההורה עם החיסון, שהיא פועל יוצא הן של רמת ההשכלה שלו והן של רמת החקר העצמי על אודות החיסון, עשויה להביא לעמדות חיוביות יותר כלפי התחסנות בנים נגד HPV. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם מחקרים קודמים שהראו קשר חיובי בין הידע של ההורה על החיסון ותפיסת היעילות שלו לבין הנכונות לחסן (25,20,13). כך למשל, במחקר שערכו שרמן ונאילר (12) באוכלוסייה הבריטית, הם הראו כי כמחצית מן ההורים הבריטיים לא שמעו בכלל על קיומו של חיסון נגד וירוס הפפילומה עבור בנים. לא זו בלבד, אלא שנמצא גם כי רמת הידע של אותם הורים באשר לחשיבות של חיסון הבנים נגד וירוס הפפילומה היא נמוכה בצורה ניכרת בהשוואה לרמת הידע שלהם בכל הנוגע לחשיבות של חיסון זה בכלל.

לממצאים אלו חשיבות גבוהה למקבלי ההחלטות ולמתווי המדיניות בתחום הבריאות. הממצאים עשויים לשמש לתכנון

התערבויות חינוכיות והסברתיות דיפרנציאליות על מנת להעלות את המודעות להתחסנות נגד וירוס הפפילומה בקרב בנים, הן בקרב האוכלוסייה היהודית והן בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל. העלאת שיעור ההיענות לחיסון נגד וירוס הפפילומה בקרב בנים תביא לירידה בשיעורי תחלואה ותמותה מווירוס זה, ותחסוך עלויות ניכרות למערכת הבריאות. על כן, זיהוי הפערים והבנה מעמיקה של עמדות ההורים על אודות החיסון עשויים לאפשר לקובעי המדיניות לגבש אסטרטגיה שתוביל להעלאת אחוזי החיסון נגד HPV בקרב בנים, תוך פיתוח מערך שירותי בריאות מתאים גם עבור אוכלוסייה זו.

מגבלות המחקר

למחקר זה כמה מגבלות. ראשית, המדגם הנוכחי הוא קטן יחסית (150 משתתפים), והוא הושג באמצעות מדגם נוחות. לפיכך מדגם זה איננו מדגם מייצג של אוכלוסיית ישראל הערבית והיהודית בצפון הארץ. רצוי שמחקרי המשך ישחזרו את מערך המחקר הנוכחי תוך הקפדה על ייצוגיות הולמת. שנית, המחקר הוא מחקר חתך מתאמי, ולפיכך יש לסייג את האופן שבו הגורמים שנמצאו במחקר הנוכחי (למשל ידע על החיסון) קשורים בקשר סיבתי וחד־כיווני לנכונות לחסן.

מקורות

1. Lin C, Franceschi S, Clifford GM. Human papillomavirus types from infection to cancer in the anus, according to sex and HIV status: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2018 Feb 1; 18(2):198-206.
2. Cole C, McFall A. Working to improve human papilloma virus vaccination uptake in Michigan. Michigan J Public Health. 2018; 9(1):6.
3. Paul M, Stanton M, Philippe E. Human papilloma virus (HPV) educational program. Matters of Behaviour. 2018 Aug 10; 5(6):1-9.
4. Varman M, Sharlin C, Fernandez C, Vasudevan J, Wichman C. Human papilloma virus vaccination among adolescents in a community clinic before and after intervention. J Community Health. 2018 Jun 1; 43(3):455-8.
5. Steben M, Duarte-Franco E. Human papillomavirus infection: epidemiology and pathophysiology. Gynecol Oncol. 2007 Nov 1; 107(2):S2-5.
6. Shavit O, Raz R, Stein M, Chodick G, Schejter E, Ben-David Y, et al. Evaluating the epidemiology and morbidity burden associated with human papillomavirus in Israel. App Health Econ Health Policy. 2012 Mar 1; 10(2):87-97.
7. Majeed HM. Risk assessment for TORCH complex infection, human papilloma virus and parvovirus B19 infection in women with bad obstetric history. International Journal of Medical Sciences. 2019 Jan 1;2(1):66-8.
8. Satyaprakash A, Creed R, Ravanfar P, Mendoza N. Human papillomavirus vaccines. Dermatol Ther. 2009 Mar; 22(2):150-7.
9. Schiffman M, Castle PE. Human papillomavirus: epidemiology and public health. Arch Pathol Lab Med. 2003 Aug; 127(8):930-4.
10. משרד הבריאות, הרישום הלאומי לסרטן והמרכז הלאומי לבקרת מחלות. סרטן צוואר הרחם בישראל עדכון הנתונים [אינטרנט]. 2016. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/cervical_cancer_2019.pdf [נצפה ביום 1.3.2020]
11. Einstein MH, Baron M, Levin MJ, Chatterjee A, Edwards RP, Zepp F, et al. Comparison of the immunogenicity and safety of Cervarix™ and Gardasil® human papillomavirus (HPV) cervical cancer vaccines in healthy women aged 18-45 years. Hum Vaccin. 2009 Oct 1; 5(10):705-19.
12. Sherman SM, Nailer E. Attitudes towards and knowledge about human papillomavirus (HPV) and the HPV vaccination in parents of teenage boys in the UK. PloS ONE. 2018; 13(4):e01958011 . Available from: https://doi.org/10.1371/journal. pone.0195801
13. Radisic G, Chapman J, Flight I, Wilson C. Factors associated with parents' attitudes to the HPV vaccination of their adolescent sons: a systematic review. Prev Med. 2017 Feb 1; 95:26-37.
14. משרד הבריאות. חיסון נגד סרטן צוואר הרחם מנגיף הפפילומה [אינטרנט]. ירושלים; 2018. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/Subjects/vaccines/HPV/Pages/default.aspx [נצפה ביום 1.3.2020]
15. Lacombe-Duncan A, Newman PA, Baiden P. Human papillomavirus vaccine acceptability and decision-making among adolescent boys and parents: a meta-ethnography of qualitative studies. Vaccine. 2018 May 3; 36(19):2545-58.
16. משרד הבריאות. דוח סיכום שירותי בריאות לתלמיד בשנת הלימודים תשע"ט 2018-2019 [אינטרנט]. 2019. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/school_summary2018-2019.pdf [נצפה ביום 3.3.2020]
17. Committee on Infectious Diseases. HPV vaccine recommendations. Pediatrics. 2012 Mar 1; 129(3):602-5.
18. Science Alert. The HPV vaccine has cut infections by up to 90% in the past 10 years [Internet]. 2016 Aug. 29 [cited 2020 Apr. 13]. Available from: https://www.sciencealert.com/the-hpv-vaccine-has-halved-cervical-cancer-rates-in-the-past-10-years
19. Drolet M, Bénard É, Pérez N, Brisson M, Ali H, Boily MC, et al. Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. Lancet. 2019 Aug 10; 394(10197):497-509.
20. McLoughlin L, O'Flanagan G, Lang B, Kinsella J, Timon C, Lennon P. Time to recurrence and surveillance period for human papilloma virus positive oropharyngeal squamous cell carcinoma. Mesentery and Peritoneum, 2019; 3(1). AB082. Available from: http://map.amegroups.com/article/view/4768/html
21. Ferris DG, Cromwell L, Waller JL, Horn L. Most parents do not think receiving human papillomavirus vaccine would encourage sexual activity in their children. J Low Genit Tract Dis. 2010 Jul 1; 14(3):179-84.
22. El-Sayed AM, Galea S. The health of Arab-Americans living in the United States: a systematic review of the literature. BMC Public Health. 2009 Dec; 9(1):272.
23. Elran B, Yaari S, Glazer Y, Honovich M, Grotto I, Anis E. Parents'

perceptions of childhood immunization in Israel: Information and concerns. Vaccine. 2018 Dec 18; 36(52):8062-8.
24. Natan MB, Midlej K, Mitelman O, Vafiliev K. Intention of mothers in Israel to vaccinate their sons against the human papilloma virus. J Pediatr Nurs. 2017 Mar 1; 33:41-5.
25. Roncancio AM, Carmack CC, Ward KK, Vernon SW, Muñoz BT, Cano MA, et al. Toward a model of HPV vaccine series completion in adolescent Hispanic males: identifying mothers' salient behavioral, normative, and control beliefs. Fam Community Health. 2019 Apr 1; 42(2):161-9.
26. Baron-Epel O, Friedman N, Lernau O. Fatalism and mammography in a multicultural population. Oncol Nurs Forum. 2009 May 1; 36(3):353-61.
27. Consedine NS, Magai C, Krivoshekova YS, Ryzewicz L, Neugut AI. Fear, anxiety, worry, and breast cancer screening behavior: a critical review. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2004 Apr 1; 13(4):501-10.
28. Cruz MR, Tsark JA, Chen JJ, Albright CL, Braun KL. Human papillomavirus (HPV) vaccination motivators, barriers, and brochure preferences among parents in multicultural Hawai'i: a qualitative study. J Cancer Educ. 2017 Sep 1; 32(3):613-21.
29. Moran MB, Chatterjee JS, Frank LB, Murphy ST, Zhao N, Chen N, et al. Individual, cultural and structural predictors of vaccine safety confidence and influenza vaccination among hispanic female subgroups. J Immigr Minor Health. 2017 Aug 1; 19(4):790-800.

האם למגפת הקורונה (COVID 19) יש השפעה על עמדות ועל כוונות להתחסן נגד שפעת עונתית? סקר בקרב צוותים סיעודיים

יעל סלע[1], קרן גרינברג[1]

[1] המחלקה למדעי הסיעוד, הפקולטה למדעי החברה והקהילה, המרכז האקדמי רופין

תקציר

רקע: וירוס השפעת (influenza), הגורם למחלה חריפה בדרכי הנשימה ועד לסיבוכים נשימתיים קשים, עובר שינויים תכופים וקבועים בכל שנה מחדש, מה שמקשה על מערכת החיסון לזהותו, ולכן הוא מדביק גם את מי שנדבקו בו בעבר. שיעור ההתחסנות נגד השפעת בקרב הצוותים הרפואיים בישראל נמצא בשנים האחרונות במגמת ירידה מתמשכת. חיסון צוותים סיעודיים הוא גורם מפתח בתרומה לעלייה בשיעור התחסנות באוכלוסייה.

מטרת המחקר: לחקור את עמדותיהם ואת כוונותיהם של צוותים סיעודיים להתחסן נגד וירוס השפעת בצל משבר הקורונה.

שיטות: נערך מחקר כמותי מתאמי בקרב 160 אחים ואחיות. המחקר התבצע באמצעות שאלון שנבנה לצורכי המחקר. השאלון הופץ בפורומים אינטרנטיים של אחים ואחיות.

תוצאות: מתוך אוכלוסיית הלא מתחסנים במדגם, 80% החליטו להתחסן השנה ו־20% עדיין לא החליטו. ככל שלצוותים הסיעודיים יש יותר ידע על אודות מגפת השפעת, כך עולה כוונתם להתחסן (r=.263, p=.002). כמו כן, ככל שהם מאמינים באפקטיביות של החיסון, כך הם משווקים אותו ומעדיפים להתחסן בעצמם (r=.484, p=.000).

דיון ומסקנות: תפיסת האיום העולמי של התפרצות מחלות זיהומיות כמו קורונה עשויה להשפיע לטובה על שיעורי ההתחסנות של צוותים סיעודיים. ישנה מגמה חיובית להתחסן נגד וירוס השפעת בצל מגפת הקורונה. נראה כי ישנה הבנה מעמיקה יותר של משמעות הפנדמיה של הקורונה והשלכותיה. יש לנקוט צעדי הסברה והתערבות ברמה לאומית על מנת להעלות את שיעורי ההתחסנות.

מילות מפתח: **שפעת, חיסון, קורונה (COVID 19), עמדות, תפיסות, צוותים סיעודיים.**

רקע

שפעת (influenza) נגרמת מנגיף המועבר באמצעות טיפות הנפלטות בזמן עיטוש ושיעול, או באמצעות מגע עם אדם או עם משטח הנגוע בווירוסים לאחר מגע עם חולים. המחלה מתבטאת בחום, בנזלת, בכאבי שרירים וגרון, בכאבי ראש, בשיעול ובעייפות. סיבוכים שכיחים כוללים דלקת ריאות ויראלית או בקטריאלית וכן דלקת סינוסים, החמרה של מחלת ריאות כרונית קיימת ושל דלקת בשריר הלב (1).

נגיף השפעת עובר שינויים גנטיים תכופים, אשר גורמים מדי שנה להתפשטות מחודשת שלו, לתחלואה ולתמותה ניכרים בהתפרצויות מקומיות ברחבי העולם. ארגון הבריאות העולמי מדווח, שמדי שנה כ־3-5 מיליון אנשים סובלים מסיבוכי המחלה (2). הנזקים העיקריים בהתפרצויות אלה נגרמים בקרב האוכלוסייה בקצוות הגיל – זקנים ותינוקות, וכן בקרב מי שסובלים ממחלות כרוניות מסוימות (3,1). נמצא כי שיעור תמותה עודפת בתקופת השפעת דווח ב־22 מדינות באירופה, ונצפה בעיקר בגילאים 65 ומעלה (4). בישראל הדוח

המסכם של עונת השפעת 2019-2018 מציג, כי בעונה האמורה שיעור התחלואה בשפעת בשיאה היה גבוה בהשוואה לעונת 2018-2017 וכן לקודמתה 2017-2016. השיעורים הגבוהים ביותר של תחלואה עם תסמיני שפעת נצפו בקרב תינוקות, ילדים ונוער עד גיל 18 (5).

מעבר לסכנה הבריאותית לכל אדם, מחלת השפעת היא נטל כלכלי משמעותי למערכת הבריאות. במחקר שנערך בצרפת נמצא, כי עלות הטיפול בחולים עקב מחלת שפעת מזן B בשנים 2011-2010 הוערכה בכ־145 מיליון אירו (6). בגרמניה העלות למערכת הבריאות בעונת השפעת 2014-2013 הייתה למעלה מ־366 מיליון אירו (7). מחקר ישראלי בנושא העלה, כי בתחשיב של 5 ימי מחלה בממוצע לחולה בשפעת המשק יפסיד כ־1.2 מיליון ימי עבודה, נוסף לימים שיאבד הורה שייאלץ להיעדר מעבודתו בשל ילד חולה. כמו כן, מחישוב סך התמ"ג לנפש ליום, העומד על 429 שקלים, המשק הישראלי יפסיד כ־548 מיליון שקלים בשל חולים שנעדרו מעבודתם וכ־703 מיליון שקלים נוספים בשל הורים שייעדרו מעבודתם עקב מחלת ילדיהם (8).

חיסון נגד שפעת הוא אמצעי יעיל ביותר למניעת המחלה וסיבוכים חריפים בעקבותיה, והוא אף יעיל במניעת התפשטות המחלה באוכלוסייה (5,1). החיסון אינו גורם בדרך כלל לתופעות לוואי כלשהן. עם זאת בקרב חלק מן המתחסנים עלולות להתפתח תופעות לוואי קלות, אשר חולפות במהירות בדרך כלל (2,1). קבלת חיסון נגד זן אחד אינה מחסנת אדם מפני זן אחר, ויש צורך לשוב ולהתחסן בכל שנה מחדש. המלצת ארגון הבריאות העולמי היא להתחסנות עונתית שנתית, בעיקר לקבוצות סיכון באוכלוסייה, לרבות ילדים מתחת לגיל חמש (ובייחוד מתחת לגיל שנתיים), קשישים מגיל 65 ומעלה, נשים בהיריון ואנשים הסובלים ממחלות כרוניות, מדוכאי חיסון וכדומה. נוסף על כך יש המלצות מיוחדות להתחסנותם של עובדי בריאות, מכיוון שהם נמצאים בסיכון מחד להידבק בשפעת ומאידך להפיץ את הנגיף למטופלים. אם כך, לחיסון נודעת חשיבות רבה הן ברמת הדאגה לפרט והן ברמה של מדיניות מערכת הבריאות שמעניקה שירות למטופלים (9,1). זאת ועוד, נמצא שהחיסון מסייע להפחתת הנטל הכלכלי עקב העלות של ימי היעדרות עקב מחלת עובדים ועקב מחלת בני משפחה (10).

אחת לתקופה מתחולל שינוי מהותי במבנה הנגיף, אשר בעטיו הופכת כלל אוכלוסיית העולם פגיעה במיוחד לנגיף החדש ועקב כך הוא מתפשט במהירות ברחבי העולם. ואכן בפנדמיה (מגפת שפעת כלל־עולמית) של שפעת אשר אירעה בשנת 1918 נפטרו 50-100 מיליון בני אדם ונגרמו נזקים חברתיים וכלכליים אדירים (3). אף שהפנדמיות המאוחרות יותר, שהתרחשו בשנים 1957 (השפעת האסיאתית) ו־1968 (שפעת הונג קונג) גבו מספר קטן יותר של קורבנות, הן עדיין לוו בתחלואה ובתמותה ניכרות ובפגיעה בחברה כולה ובכלכלתה. התפרצות נוספת בהיקף מצומצם של זן חדש של שפעת (H5N1) אירעה בשנת 1997. בחודש אפריל 2009 דווח על נגיף שפעת אנושי חדש מסוג ה־H1N1 המתפשט במהירות בין בני אדם וגורם למחלה שכונתה בשם "שפעת החזירים", היות שהוא הכיל מקטעים גנטיים מנגיפי שפעת החזירים (10,3).

מרבית המומחים סבורים שהפנדמיה הבאה של שפעת היא בלתי־נמנעת, אך אי־אפשר לחזות מראש את מועד הופעתה. ארגון הבריאות האמריקני מתייחס לשפעת כאל אחד האתגרים הגדולים והמשמעותיים ביותר לבריאות הציבור. עוד הוא מעריך, כי בהתפרצות עולמית כל מדינה לחוד וכולן יחד ייאלצו להתמודד עם מצב של תחלואת יתר בשפעת וסיבוכיה, לרבות עומס במרפאות הקהילה, בחדרי המיון ובבתי החולים, במקביל להיעדרות מן העבודה, ובכלל זה במערכת הבריאות (11,3).

ארגון הבריאות העולמי קרא כבר בחודש מרץ 2004 בכנס חירום להאיץ את תוכניות ההתגוננות מפני הסכנה המתקרבת, שאותה הוא הגדיר "בלתי־נמנעת", ומאז עוסקות רוב מדינות העולם בהיערכות אינטנסיבית לאיום זה. תוכנית המוכנות של מדינת ישראל לשפעת פנדמית מעלה, כי יש להיערך ל־30,000 מקרי תמותה עקב פנדמיה בישראל ולשיעור של 35% היעדרות של עובדי בריאות מעבודתם (12). התוכנית קובעת עקרונות התמודדות של מערכת הבריאות לקראת מגפת שפעת, אשר אחד מיעדיה העיקריים הוא הפעלה אפקטיבית ויעילה של מערכת הבריאות, בין השאר בהקטנת העומס הצפוי על מערכת הבריאות למינימום ובמניעת מצב של אי־ספיקה בשל ריבוי פניות ואשפוזים. תוכנית זו, בדומה לעולם, כוללת תיעדוף בהחלטה על מתן החיסון בקרב אוכלוסיות שונות. מחקרים מראים, כי חיסון צוותים רפואיים וסיעודיים יכול להוריד שיעורי תחלואה ותמותה בקרב עובדי הבריאות עצמם. כמו כן, חיסון צוותים רפואיים מגן על אוכלוסיות בסיכון וחוסך עלויות למערכת הבריאות (13). הקשר שבין התחסנות אנשי צוות רפואי נגד שפעת עונתית ומידת המלצתם למטופלים מבוגרים להתחסן נגד המחלה הוכח בכמה מקרים. רופאים וצוותים סיעודיים אשר חוסנו המליצו למטופלים להתחסן נגד שפעת יותר מאשר אנשי צוות שלא חוסנו כלל ושלא התכוונו להתחסן נגד המחלה (14).

השיעור הלאומי של התחסנות נגד שפעת בקרב צוותים רפואיים בישראל נמצא במגמת ירידה בשנים האחרונות, מ־45% בחורף של שנת 2015, ל־36% בחורף של שנת 2019 (15). שיעור זה הוא נמוך בצורה ניכרת מנתוני חיסון צוותים רפואיים בארצות הברית, שם מדווח על 78% התחסנות, ומאנגליה, שבה שיעור ההתחסנות הכללית של צוותים

רפואיים הבאים במגע עם מטופלים עמד על 68% בחורף של שנת 2018. בקרב צוותים סיעודיים שיעור המתחסנים בישראל עומד על כ־35%, נתון הנמוך בצורה ניכרת בהשוואה לשיעור התחסנות העומד על 90% בארצות הברית ועל 65% באנגליה (16,15).

משרד הבריאות מפרסם מדי שנה חוזר מנכ"ל, המחייב עובדי בריאות להתחסן נגד שפעת. חיסון עובדי בריאות הוא באחריות מנהל מוסד הבריאות, ועל ההנהלה מוטלת האחריות להכין תוכנית להתחסנות עובדי הבריאות עם זמינות ונגישות בכל משמרת. החל מחורף 2014-2015 אגף הבטחת האיכות במשרד הבריאות החל במדידת שיעור ההתחסנות של צוותים רפואיים לשפעת, וכן נוקט צעדי הסברה להעלאת שיעור ההתחסנות. חרף מהלכים אלו, שיעור ההתחסנות בקרב הצוותים הרפואיים בישראל בהשוואה למדינות העולם המערבי – ארצות הברית, בריטניה, קנדה ומערב אירופה – איננו גבוה ואף נמצא במגמת ירידה מתמשכת (15,9).

מחקרים בנושא העלו, כי המחסומים העיקריים המביאים לירידה בהיענות להתחסן כוללים מחסומים הקשורים לתפיסות ולעמדות על אודות החיסון עצמו, לרבות החשש מפני תופעות הלוואי וספקות באשר לאפקטיביות של החיסון. כן נמצאו מחסומים (המסווגים כתפיסות) הנוגעים לתפיסת הבריאות, כמו סיבות אישיות ותפיסת הבריאות האישית של העובד (כך למשל, תפיסה שהמערכת החיסונית האישית של העובד חזקה דיה על מנת להגן עליו כעובד). בקרב עובדי בריאות אשר מקום עבודתם מחייב התחסנות ישנה גם התנגדות על בסיס של "היעדר חופש בחירה" (25,18,17).

כמו כן נמצאו בספרות גורמים אחרים אשר הביאו להעלאת ההיענות של איש צוות רפואי להתחסן, כמו התפיסה כי איש הצוות עצמו או בני משפחתו נמצאים בקבוצת סיכון לחלות בשפעת, ולכן החיסון חשוב לאיש הצוות עצמו ולבני משפחתו (18,17). גורמים נוספים הם בין היתר נגישות החיסון ומאמצי השיווק של מקום העבודה, קבלת החיסון בעבר, גיל מבוגר יותר, ותק בעבודה, מצב משפחתי וקשר ישיר עם אוכלוסיות שבסיכון. מחקרים מעלים, כי אנשי צוות רפואי וסיעודי אשר אוכלוסיית המטופלים שלהם נמצאת בסיכון גבוה לשפעת היו בעלי סיכוי גבוה יותר להתחסן (20,19).

גם לתפיסת האיום העולמי של התפרצות מחלות זיהומיות וכן לחשש מהתפרצות מקומית יש תרומה לעליית ההיענות של צוותים סיעודיים לקבלת חיסון שפעת. כך למשל, בקרב צוותים סיעודיים בהונג קונג עלה שיעור ההתחסנות לאחר התפרצות שפעת העופות בסין השכנה בשנת 2005 ולאחר פנדמיית השפעת בשנת 2009 (21). בשוויץ נטו אנשי צוות סיעודי אשר הראו ספקות באשר להתפרצות מחלות זיהומיות בעתיד להתחסן פחות נגד שפעת (22).

על מערכת הבריאות לתכנן ולנהל סיכונים גם לשלבים הבאים, ודאי שלקראת החורף הקרוב. בצל מגפת הקורונה עלולה גם להיות עלייה בתחלואה בשפעת; לא ברור עדיין מהן תוצאות השילוב ביניהן וכיצד תתמודד המערכת עם אתגר זה ותוכל לספק מענה הולם ומקצועי עבור כלל האוכלוסייה.

מטרת המחקר

מטרת המחקר הנוכחי היא לבחון את התפיסות ואת הכוונות של אנשי צוות סיעודי להתחסן נגד שפעת בצל מגפת הקורונה, כחלק מבחינה של קביעת מדיניות לעידוד התחסנות בקרב עובדי בריאות בהיקפים גדולים בהרבה מאשר בעבר.

השערות המחקר

1. משבר הקורונה יביא לעלייה בשיעור ההיענות לחיסון נגד שפעת בקרב צוותים סיעודיים.
2. ככל שלצוותים הסיעודיים יהיה יותר ידע על אודות המגפה והתפרצותה, כך הם ישווקו יותר את החיסון ויתחסנו בעצמם.

שאלות המחקר

1. האם יש קשר בין התפרצות מגפת הקורונה לבין תפיסות וכוונות של צוותים סיעודיים להתחסן נגד שפעת?
2. האם יש למגפת הקורונה השפעה על שיעורי ההתחסנות נגד שפעת בקרב צוותים סיעודיים?

שיטות

המחקר הוא מחקר כמותי מתאמי. אוכלוסיית המחקר כללה 160 אחים ואחיות בבתי חולים ובמרכזי הבריאות בקהילה. המחקר התבצע באמצעות סקר עמדות שנבנה לצורכי המחקר הנוכחי, ונערך באמצעות שאלון אנונימי שהופץ באופן מקוון בפורומים של אחים ואחיות. כלל הנבדקים חתמו על טופס הסכמה מדעת.

שאלון המחקר אושר בידי ועדת האתיקה של המרכז האקדמי רופין וכלל שלושה חלקים:

(1) חלק א – נתונים סוציו־דמוגרפיים: החלק הראשון של השאלון כלל סדרת שאלות רקע דמוגרפיות בנוגע לגיל, למגדר, למוצא ולדתיות.

(2) חלק ב – בדק את תפיסות הצוותים הסיעודיים בנוגע לחיסוני שפעת עונתית. בחלק זה הם נתבקשו לציין על סולם של 1 (=לא מסכים בכלל) עד 5 (=מסכים במידה רבה) את מידת הסכמתם עם היגדים הקשורים לחיסון נגד שפעת. כך למשל, נבדקו תפיסותיהם בנוגע לאפקטיביות החיסון, לחשש מפני תופעות

לוואי ולסיכוי שלהם לסבול מסיבוכי שפעת. בחלק זה, אלפא קרונבך 0.802.

(3) חלק ג – בדק את תפיסות הצוותים הסיעודיים בנוגע לעמדותיהם ולכוונותיהם להתחסן נגד שפעת בצל מגפת הקורונה. בחלק זה הם נתבקשו לציין על סולם של 1 (=לא מסכים בכלל) עד 5 (=מסכים במידה רבה) את מידת הסכמתם עם היגדים הקשורים לשינוי בעמדתם כלפי חיסון השפעת בהשפעת מגפת הקורונה. כך למשל, נבדק אם תפיסתם בנוגע לחיסון נגד שפעת הפכה לחיובית יותר בצל משבר הקורונה, ואם הם חושבים שחיסון נגד שפעת יספק הגנה גם נגד קורונה. בחלק זה, אלפא קרונבך 0.808.

הליך המחקר וניתוח הנתונים

לאחר קבלת אישור ועדת האתיקה של המרכז האקדמי רופין, הופץ שאלון המחקר באופן מקוון ברשתות חברתיות בפורומים של אחים ואחיות. עיבוד וניתוח הנתונים נעשה באמצעות תוכנת SPSS. לבדיקת מהימנות המשתנים היה שימוש ב־α קרונבך. לתיאור אוכלוסיית המחקר ומשתני המחקר היה שימוש בשיטות של סטטיסטיקה תיאורית: בשכיחויות, באחוזים, בממוצעים ובסטיות תקן. הקשרים בין משתנים נבדקו באמצעות עריכת קורלציות וחישוב מקדם המתאם של פירסון וספירמן. ערך p קטן מ־0.05 נחשב למובהק סטטיסטית.

תוצאות

הנתונים הסוציו־דמוגרפיים ומאפייני אוכלוסיית המחקר היו כדלקמן: המשתתפים במחקר זה היו בעיקר נשים (90.8%), היהודים היוו 84.3% מהמדגם, והשאר מייצגים לאום אחר – 15.7%. הגיל הממוצע היה 44.31 שנים (22-70) (SD=10.77) (טבלה 1).

משתני המחקר כללו מרכיבים שעוסקים בהחלטות שהתקבלו בעבר, כך למשל אם איש הצוות הסיעודי חוסן בשנה האחרונה או לפחות בחמש השנים האחרונות נגד שפעת, אם כוונתו להתחסן בחורף הקרוב או אם הוא שינה את דעתו בנוגע לחיסון בעקבות הקורונה. נערכה חלוקה דיכוטומית של אוכלוסיית המחקר לאוכלוסייה שאינה מתחסנת ולאוכלוסייה שנוטה להתחסן בקביעות (באמצעות select cases). בקרב קבוצת המתחסנים הקבועים, 95% העידו כי בכוונתם להתחסן גם בחורף הקרוב. עם זאת מתוך האוכלוסייה של מי שאינם נוהגים להתחסן בקביעות או שאינם מתחסנים כלל נמצא, כי 80% הצהירו שהם מתכוונים להתחסן נגד שפעת בחורף הקרוב. כ־20% לא החליטו עדיין אם בכוונתם להתחסן נגד שפעת בחורף הקרוב.

***טבלה 1:* מאפיינים סוציו־דמוגרפיים של אוכלוסיית המחקר (n=160)**

גיל	*M*=44.31, *SD*=10.77, (22-70)
מגדר	90.8% נשים, 8.5% גברים
מצב משפחתי	79.1% נשואות/ בזוגיות
	8.5% רווקות
	11.1% גרושות/ אלמנות
מספר ילדים	10.5% ללא ילדים
	65.3% עד 3 ילדים
	22.8% מעל 4 ילדים
מוצא	84.3% יהודים
דתיות	74.2% חילוניות/מסורתיות
	25.2% דתיות/ חרדיות
ותק כאח/ות	13.2% בין 0-5 שנים
	15.3% בין 6-10 שנים
	24.3% בין 11-20 שנים
	47.2% מעל 20 שנים
סוג תפקיד	76.2% קליני
	23.8% ניהולי

מענה להשערות המחקר

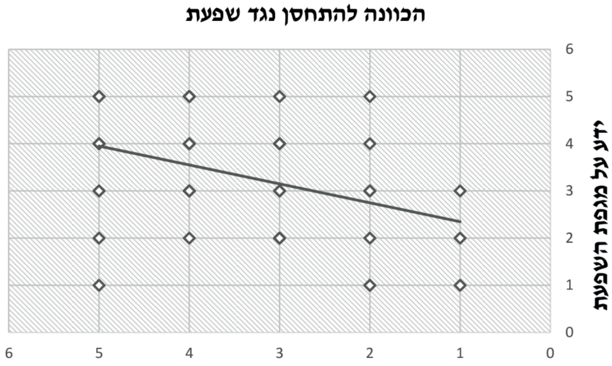
ההשערה הראשונה הייתה, כי משבר הקורונה יביא לעלייה בשיעור ההיענות לחיסון נגד שפעת בקרב צוותים סיעודיים. לבדיקת השערה זו נערך מבחן חי בריבוע לאי־תלות לצורך בדיקת הקשר שבין הכוונה להתחסן בחורף הקרוב לבין קבוצת המתחסנים/לא מתחסנים, ונמצא כי יש תלות בין הקבוצות ($x2(2)=49.22$, $p<.05$). מתוך אוכלוסיית הלא מתחסנים במדגם, 80% החליטו להתחסן השנה ו־20% לא החליטו עדיין. ההשערה אוששה.

ההשערה השנייה הייתה, כי ככל שלצוותים הסיעודיים יהיה יותר ידע על אודות מגפת השפעת והתפרצותה, כך הם ישווקו יותר את החיסון ויתחסנו בעצמם. נמצא קשר בין מידת הידע של הצוותים הסיעודיים על מגפת השפעת לבין מידת ההיענות לחיסון (r=.263, p=.002). כמו כן נמצא קשר בין האמונה באפקטיביות של החיסון ושיווקו (r=.484, p=.000). ככל שלאיש הצוות הסיעודי יש יותר ידע על אודות המגפה, כך עולה כוונתו להתחסן. כמו כן, ככל שאיש הצוות הסיעודי מאמין באפקטיביות של החיסון, כך הוא משווק אותו ונוטה להתחסן בעצמו. ההשערה אוששה (איור 1).

המחקר הנוכחי מעיד על ממצאים נוספים

נמצא קשר שלילי בין תפיסת מחלת השפעת כמחלה קלה ולא מאיימת באופן שגרתי, לבין תפיסת הרצון להתחסן מפניה לאור משבר הקורונה (r=-.184, p=.035); כלומר, על אף שהשפעת נתפסת כמחלה קלה, נראה שצוותים סיעודיים מעוניינים להתחסן נגדה בחורף הקרוב בשל משבר הקורונה.

איור 1: **הקשר שבין מידת הידע של אנשי צוות סיעודי על מגפת השפעת לבין הכוונה להתחסן נגד שפעת**



נמצא מתאם שלילי ומובהק בין **גיל** המשתתפים לבין שאלון תפיסת החיסון נגד שפעת (*r*=-.238, *p*=.005). כך, ככל שהמשתתפים היו מבוגרים יותר הם דיווחו על תפיסה חיובית יותר של החיסון נגד שפעת. כמו כן נמצא מתאם שלילי ומובהק בין **ותק** של איש הצוות הסיעודי לבין שאלון תפיסת החיסון נגד שפעת (*r*=-.231, *p*=.008). כך, ככל שהמשתתפים היו בעלי ותק גדול יותר, הם דיווחו על תפיסה חיובית יותר של החיסון נגד שפעת. זאת ועוד, מחלת השפעת נתפסה כמסוכנת וכמאיימת יותר בקרב צוותים סיעודיים המכהנים בתפקידים קליניים (*M*= 1.86, *SD*=1.08) בהשוואה לצוותים סיעודיים המכהנים בתפקידים הניהוליים (*M*= 1.39, *SD*=.615) (t=0.98; p<0.05).

דיון ומסקנות

צוותים סיעודיים בבתי חולים ובקהילה יכולים להוות מקור לזיהום במחלות המתפשטות במהירות כמו שפעת. לפיכך חיסון של קבוצה זו נחשב לאסטרטגיה חשובה למניעת שפעת עונתית. תת־חיסון של צוותים אלו לשפעת עונתית הוא נושא שנחקר היטב (20,18,15). על מנת להיערך למתן שירותי בריאות בפנדמיה עתידית הייתה מטרת המחקר לבחון מבעוד מועד, אם עמדותיהם של צוותים סיעודיים בנוגע לקבלת החיסון נגד שפעת וכוונתם להתחסן בצל מגפת הקורונה השתנו, ולסייע בקביעת מדיניות שתעודד התחסנות בקרב צוותים אלה.

ממצאי המחקר הנוכחי מצביעים על כך, שמתוך אוכלוסיית הצוותים הסיעודיים אשר אינם מתחסנים כלל או אשר אינם מתחסנים בקביעות נגד שפעת, כ־80% העידו על כוונתם להתחסן בחורף הקרוב, וכ־20% מהם טרם החליטו. החשיבות של ממצא זה מתעצמת נוכח הירידה המתמשכת בהיענות לחיסון נגד שפעת בקרב צוותים רפואיים וסיעודיים בישראל מ־45% בשנת 2015-2016 ל־36% בשנת 2018-2019 (15). ירידה זו מתרחשת חרף מאמצי משרד הבריאות להעלות את שיעורי ההתחסנות באמצעות הסברה, בפעילויות ממוקדות ובמתן מידע על יתרונות החיסון ועל יעילותו במניעת המחלה.

עוד נמצא במחקרנו, כי ככל שלאנשי הצוות הסיעודי יש יותר ידע על אודות מגפת השפעת, כך עולה כוונתם להתחסן. נראה, כי הידע בדבר היתרונות שבחיסון נגד שפעת לפרט ולחברה כולה קיים בקרב הציבור בכלל ובקרב הצוות הסיעודי בפרט. עם זאת השיעור הנמוך של ההיענות לחיסון נגד שפעת בקרב צוותים סיעודיים מצביע על כך, שעל אף הידע האמור רובם בוחרים שלא להתחסן. על כן ניתן להסיק, כי התפרצות מגפת הקורונה בפועל הביאה לשינוי בתפיסות בנוגע לחיסון נגד שפעת. ההתנסות האישית "מקרוב" בטיפול במגפה הרחיבה את הידע של הצוותים הסיעודיים בדבר ההשלכות של מגפת שפעת אפשרית, ולכן הביאה לשינוי בכוונתם להתחסן נגד שפעת.

בספרות מתואר, כי שיעורי ההיענות בקרב צוותים רפואיים לחיסון נגד שפעת עונתית בצל מגפת שפעת H1N1 בשנת 2009 בארצות הברית עלו, וההיענות הייתה גבוהה ב־62% בהשוואה לשיעורי החיסון העונתיים הרגילים שלהם. בדומה לכך הושג שיעור חיסון גבוה בהולנד, שם הופעל קמפיין חיסונים כלפי רופאים כלליים שהביא לעלייה בשיעור החיסון העונתי מ־36% ל־63% (23). ממצאים דומים נצפו גם בהונג קונג ובשוויץ (22,21). אם כך, חשש מהתפרצות מקומית וגלובלית של מחלות זיהומיות עשוי להשפיע על שיעור ההיענות לחיסון בקרב צוותים סיעודיים.

בצלצולי האזהרה של פנדמיות השפעת הקודמות הביאו מדינות רבות להתכונן לפנדמיה הבאה, כאשר השאלה העומדת על הפרק אינה אם תופיע פנדמיה, אלא מתי היא תתפרץ ובאיזו עוצמה. מדינת ישראל כינסה כמה ועדות מקצועיות ייעודיות למטרה זו. ההמלצות כללו בין היתר היערכות לפי כמה תרחישים אפשריים הצפויים לאור חומרת המחלה ומאפייניה. על פי הנחות היסוד, ובהתבסס על מודלים שפרסם ה־CDC (Centers for Disease Control), יש להיערך לתרחיש של תחלואה (סימפטומטית) של כ־25% מן האוכלוסייה – כלומר כ־2,000,000 חולים בישראל. כמו כן, התרחיש כולל היערכות למצב שבו בשיא הפנדמיה תיגרם עלייה בדרישה למיטות אשפוז של כ־25% לפחות, וכ־30,000 חולים ימותו תוך כדי אשפוז (12).

על פי ההיערכות הישראלית לפנדמיה אפשרית של שפעת, במקרה של כורח בתנאי מחסור שאינם מאפשרים טיפול בכל אדם הזקוק לכך, ייערך בלית ברירה אחרת תיעדוף חולים, הכולל בין היתר מתן עדיפות עליונה לטיפול לכל למי שחייו נמצאים בסכנה מיידית בשל המחלה (12,5). תיעדוף ייאלץ את הצוותים הסיעודיים להתמודד עם שאלות אתיות

הנוגעות להתחייבויותיהם להגן על כלל המטופלים ולהעניק להם טיפול. אך הגיוני הוא כי הרצון להימנע ממצבים אלו מעודד צוותים סיעודיים להתחסן ואף להמליץ על החיסון למטופליהם. אתגר זה יתעצם נוכח העובדה כי אין חיסון ותרופה למחלת הקורונה.

נתונים אלו עולים בקנה אחד עם ממצאי המחקר הנוכחי, שבו נמצא קשר שלילי בין התפיסה של מחלת השפעת כמחלה קלה ולא מאיימת דרך שגרה, לבין תפיסת הרצון להתחסן נגדה לאור משבר הקורונה. כלומר, על אף שברמה האישית הצוותים הסיעודיים עשויים לתפוס את המחלה כקלה ולא מאיימת, נראה שבצל משבר הקורונה ישנה עלייה בכוונתם להתחסן נגדה בחורף הקרוב. נראה שהבנה מעמיקה של הצוותים הסיעודיים את המצב המורכב שאליו נקלענו מעודדת אותם גם להתחסן בעצמם, מה שיוביל לעלייה בשיעור ההתחסנות גם בקרב הציבור הרחב.

עוד נמצא, כי מחלת השפעת נתפסה כמסוכנת וכמאיימת יותר בקרב צוותים סיעודיים המכהנים בתפקידים קליניים בהשוואה לצוותים סיעודיים המכהנים בתפקידים הניהוליים. שיעורי התחסנות גבוהים לשפעת עונתית נמצאו בקרב צוותים סיעודיים ורופאים העובדים במחלקות נשימה ומחלות זיהומיות ובמחלקות מיקרוביולוגיות קליניות, שבהן מרבית חולי שפעת H1N1 היו מאושפזים (22). ממצא זה אף הוא מסביר את העובדה, שאחת הסיבות להעלאת שיעורי ההתחסנות היא העבודה הקלינית מול אוכלוסיות בסיכון (24,15,20).

המחקר הנוכחי מצביע על מגמה חיובית של צוותים סיעודיים להתחסן נגד שפעת בצל מגפת הקורונה. הצוות הסיעודי הוא שצריך לטפל באנשים שיחלו, ונראה כי בצל הקורונה מתחדדת ההבנה של משמעות פנדמיה בכלל, ופנדמיית שפעת והשלכותיה בפרט. הצוותים הסיעודיים תופסים את עצמם כשליחים וכמחויבים למערכת הבריאות, מאחר שאם הם יחלו לא יהיה מי שיטפל בחולים. נראה שמגפת הקורונה הביאה להעצמת ההיבט האתי־חברתי ולעלייה בערבות ההדדית לצד שיקולים מקצועיים – לפחות בקרב רוב הצוותים – ולהבנה מעמיקה של יכולת ההדבקה. השילוב של האתגר שבמתן מענה למטופלים בזמן הקורונה והחוויה האישית של הפנדמיה מכוון את הצוותים להחלטה להתחסן. הצוותים הסיעודיים מבינים, כי מיגור מהיר של מחלות ומניעת התפרצות והתחדשות מגפות הם מטרה חברתית נעלה, שיש לה משמעויות בחיי אדם וגם משמעות כלכלית כבירה. המחקר הנוכחי בדק את כוונת הצוותים הסיעודיים להתחסן נגד שפעת בחורף הקרוב, אך יש משמעות לא מבוטלת וצורך לבחון את הסיבות שבגינן איש צוות אינו מתחסן על מנת להיערך ולהתערב ברמת מדיניות של מערכת הבריאות.

מסקנות

תפיסת האיום העולמי של התפרצות מחלות זיהומיות כמו קורונה עשויה להשפיע לטובה על שיעורי ההתחסנות של צוותים סיעודיים. ישנה מגמה חיובית להתחסן נגד וירוס השפעת בצל מגפת הקורונה. הפצה מוקדמת של מידע ומערך הסברה על אודות התפרצויות בינלאומיות ומקומיות של מחלות זיהומיות בקרב צוותים רפואיים וסיעודיים עלולים להגביר את ההיענות לחיסון נגד שפעת בקרבם, טרם התפרצותן של מגפות. עד כה התמקדו מאמצי ההסברה במתן מידע קליני ממוקד על תופעות לוואי של החיסון נגד שפעת והגנשתו. כעת, לאור תוצאות המחקר, מומלץ לכלול גם היבטים אפידמיולוגיים וחברתיים של מגפות, תוך העצמת האחריות החברתית של צוותים סיעודיים.

מגבלות המחקר

גודל המדגם: המחקר אינו גדול (N=160). הצוותים הסיעודיים נדגמו באמצעות דגימת נוחות, ולכן יש מקום להניח כי הדגימה אינה מייצגת נאמנה את כלל אוכלוסיית הצוותים הסיעודיים בארץ או בעולם.

מדד סובייקטיבי: שאלון המחקר היה שאלון סובייקטיבי לדיווח עצמי על קבלת חיסון נגד שפעת, ועשוי להיות נתון לשגיאה בשל זיכרון לקוי. יתר על כן, קבלת חיסונים בעבר אינה מעידה בהכרח על קבלת חיסון עתידית בפועל. ייתכן שיהיה פער בין הצהרות על הכוונה להתחסן לבין שיעור ההתחסנות בפועל. במחקר עתידי יהיה נכון לנטר את שיעור ההתחסנות בפועל בקרב צוותים סיעודיים בצורה אובייקטיבית.

מקורות

1. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases [internet]. 2019 [cited 2020 Jul 25]. Available from: https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/flu.html
2. World Health Organization. Influenza (seasonal) fact sheet [internet]. 2018 [cited 2020 Jul 25]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)
3. משרד הבריאות. חוזר מנכ"ל 35/05 תוכנית מוכנות והיערכות מערכת הבריאות לפנדמיה של שפעת [אינטרנט]. 2005 [נצפה ביום 1.5.2020]. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/hozer/mk35_2005.pdf
4. 4. European Center for Disease Prevention and Control. Seasonal influenza 2018-2019 (Annual epidemiological report for 2018) [internet]. Stockholm: ECDC; 2019 [cited 2020 Jul 27]. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/seasonal-influenza-annual-epidemiological-report-2018-2019
5. משרד הבריאות, המרכז הלאומי למניעת מחלות. דו"ח מסכם – עונת השפעת 2018/2019 [אינטרנט]. 2019 [נצפה ביום 1.5.2020]. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Flu2018_2019.pdf
6. Silva ML, Perrier L, Spath HM, Grog I, Mosnier A, Havnet N,

et al. Economic burden of seasonal influenza B in France during winter 2010-2011. BMC Public Health. 2014; 56(15):1-10.

7. Haas J, Braun S, Wultzer P. Burden of influenza in Germany: a retrospective claims database analysis for the influenza season 2012/2013. European J Health Econ. 2016; 17(6):669-79.
8. דן אנד בראדסטריט. דוח החברה: הערכת היקף הנזקים של מחלת השפעת למשק הישראלי. 2011 [נצפה ביום20.5.2020]. נדלה מתוך: https://www.dbisrael.co.il/
9. משרד הבריאות. דו"ח חיסון צוותים רפואיים לשפעת: דו"ח לחורף 2014/2015 [אינטרנט]. 2015 [נצפה ביום 30.5.2020]. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Quality_National_Prog_Vaccine-healthcare-workers-Israel-2014-2018.pdf
10. Grohskopf LA, Alyanak E, Broder KR, Walter EB, Fry AM, Jernigan DB. Prevention and control of seasonal influenza with vaccines: recommendations of the advisory committee on immunization practice – United States, 2019-20 influenza season. MMWR Recomm Rep. 2019 Aug 23; 68(3):1-21.
11. World Health Organization. WHO launches new global influenza strategy [internet]. 2019 [cited 2020 Jul 28]. Available from: https://www.who.int/news-room/detail/11-03-2019-who-launches-new-global-influenza-strategy
12. משרד הבריאות. דו"ח תוכנית מוכנות מערכת הבריאות לשפעת פנדמית. 2007.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Immunization of health care personnel: recommendations of the advisory committee on immunization practices. MMWR Recomm Rep. 2011 Nov 25; 60(RR-7):1-45.
14. גרוסמן צ', ברקוביץ' מ', בראונשטיין ר', כהן ה', מירון א'. השפעת שיעור ההתחסנות כנגד שפעת של רופאים ואחיות המטפלים בילדים על המלצתם לחיסון מטופליהם. הרפואה. 2012; 151(6): 345-342.
15. משרד הבריאות. דו"ח לשנים 2014-2018 בנושא התחסנות הצוותים הרפואיים כנגד שפעת [אינטרנט]. 2019 [נצפה ביום 1.6.2020]. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Quality_National_Prog_Vaccine-healthcare-workers- 2018.pdf?fbclid=IwAR00NI8UOTjy4t87o1yEf8SmyjN083_3tdZEpoRSFTP1T2HnmuqBeyYPmAc
16. Black CL, Yue X, Ball SW, Fink RV, de Perio MA, Laney AS, et al. Influenza vaccination coverage among health care personnel – United States, 2017-18 influenza season. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018 Sep 28; 67(38):1050-4.
17. Prematunge C, Corace K, McCarthy A, Nair RC, Pugsley R, Garber G. Factors influencing pandemic influenza vaccination of healthcare workers: a systematic review. Vaccine. 2012 Jul 6; 30(32):4733-43.
18. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DMD, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. Vaccine. 2014 Apr 17; 32(19):2150-9.
19. Kassianos G. Willingness of European health care workers to undergo vaccination against seasonal influenza: current situation and suggestions for improvement. Drugs Context. 2015; 4:1-9.
20. Lukas K. Factors influencing healthcare professionals' willingness to be vaccinated [poster presented at the 10th Congress of The European Union Geriatric Medicine Society]. Rotterdam, the Netherlands; 2014 Sep. 17-19.
21. Wong SY, Wong EL, Chor J, Kung K, Chan PKS, Wong C, et al. Willingness to accept H1N1 pandemic influenza vaccine: a cross-sectional study of Hong Kong community nurses. BMC Infect Dis. 2010 Oct. 29; 10:316.
22. Arda B, Durusoy R, Yamazhan T, Sipahi OR, Taşbakan M, Pullukçu H, et al. Did the pandemic have an impact on influenza vaccination attitude? a survey among health care workers. BMC Infect Dis. 2011 Apr 7; 11:87.
23. Carlson AL, Budd AP, Perl TM. Control of influenza in healthcare settings: early lessons from the 2009 pandemic. Curr Opin Infect Dis. 2010 Aug; 23(4):293-9.
24. Banks Christini A, Shutt KA, Byers KE. Influenza vaccination rates and motivators among healthcare worker groups. Infect Control Hosp Epidemiol. 2007 Feb; 28(2):171-7.
25. Rashid H, Yin JK, Ward K, King C, Seale H, Booy R. Assessing interventions to improve influenza vaccine uptake among health care workers. Health Aff (Millwood). 2016 Feb; 35(2):284-92.

הקשר בין אי־ביטחון תזונתי לבין התנהגויות סיכון ותחושת רווחה בקרב בני נוער בישראל

אורית שפירו[1], רחל ניסנהולץ-גנות[1], לימור ווסקוביניקוב[1], מאור יעקבסון[1], אסלאם עיסא[1], יוסי הראל פיש[2], ריקי טסלר[1]

[1] המחלקה לניהול מערכות בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל

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

תקציר

רקע: אי־ביטחון תזונתי מוגדר כמצב של היעדר נגישות סדירה למזון מזין בדרכים מקובלות ובכמות מספקת. מחקרים שנערכו בשנים האחרונות מצאו, כי בני נוער החווים אי־ביטחון תזונתי נמצאים בסיכון לקשיים קוגניטיביים, חברתיים והתנהגותיים, וכי הסיכון למעורבות בשימוש בחומרים פסיכו־אקטיביים גבוה בצורה ניכרת.

מטרות: לבחון את הקשר שבין רמת ביטחון תזונתי לבין התנהגויות סיכון – עישון סיגריות, שתיית אלכוהול, שימוש בסמים ותחושת רווחה בקרב בני נוער.

שיטת המחקר: מחקר חתך כמותי, מתאמי, המבוסס על ניתוח משני של נתוני ה־HBSC בישראל לשנת 2015. הקשר שבין רמת ביטחון תזונתי ובין התנהגויות הסיכון נבחן באמצעות רגרסיות לוגיסטיות.

ממצאים: נמצא סיכון מוגבר לעישון סיגריות (CI: 1.74-2.76 OR=2.19, 95%), לשתיית אלכוהול (CI: 1.94-3/98 OR=2.60, 95%), לשימוש בסמים (CI: 2.15-4.07 OR=2.96, 95%) ולתחושת רווחה נמוכה (CI: 1.89-3.07 OR=2.41, 95%) בקרב תלמידים שדיווחו על אי־ביטחון תזונתי לעומת תלמידים שדיווחו על ביטחון תזונתי גבוה.

דיון ומסקנות: תוצאות המחקר מעידות על חשיבות הצורך לקדם מדיניות בריאות הכוללת את נושא הביטחון התזונתי בקרב בני נוער. כדי להוציא מהכוח אל הפועל מדיניות מעין זו ולהופכה לתוכניות התערבות, על מקבלי ההחלטות להיות מודעים לקשר שבין ביטחון תזונתי, תחושת רווחה והתנהגויות סיכון בקרב בני נוער.

מילות מפתח: **אי־ביטחון תזונתי, בני נוער, עישון, אלכוהול, סמים, תחושת רווחה.**

רקע

גורמים רבים משפיעים על הצרכים התזונתיים בגיל ההתבגרות, ובהם קצב גדילה מואץ, הבשלה מינית, שינויים במבנה הגוף ובהרכבו, פעילות גופנית ועוד. מאחר שמדובר בשנים של גדילה מהירה, תזונה נאותה חיונית כדי להשיג פוטנציאל גדילה מלא. כישלון בתזונה הנאותה עלול להוביל לעיכוב בהתפתחות ובגדילה (2,1). להרגלי אכילה השפעות בריאותיות, סביבתיות וחברתיות (3). תקופת הילדות והנעורים מתאפיינת בתהליכי גדילה והתפתחות. בתקופה זו יש למזון השפעה מרבית על בריאות הגוף, על מבנהו ועל תפקודיו, ובה גם נרכשים הרגלי התזונה והאכילה להמשך החיים (4). הרגלי אכילה משפיעים על הסיכון לפתח בעיות כמו מחסור בברזל, הפרעות אכילה, השמנת יתר, תת־תזונה וכן בעיות בריאות בעצמות ובשיניים (5). תזונה בריאה תורמת לתפקוד תקין של מערכות הגוף ולמניעת מחלות והתפתחות של הפרעות אכילה גם בגילאים מבוגרים יותר (6). מעבר לכך, תזונה לקויה נמצאה קשורה לחסך בפעילות גופנית וכן לסבירות לפתח התנהגויות סיכון לבריאות, כמו עישון (8,7).

אי־ביטחון תזונתי

אי־ביטחון תזונתי (Food Insecurity) מוגדר כזמינות מוגבלת של מזון מזין עקב אי יכולת לקנות אותו באופן סדיר (11,9). ד'אולבירה ואחרים מציגים הרחבת ההגדרה (household-food insecurity) ובכללה, היעדר גישה פיזית, חברתית וכלכלית למזון מספיק, בטוח ומזין הנדרש לחיים פעילים ובריאים (10). ההגדרה המוסכמת של אי־ביטחון תזונתי המשמשת גם את ממשלות ישראל מאז שנת 2007, אומצה בפסגת המזון העולמית שהתקיימה ברומא בשנת 1996, ומוגדרת כהעדר נגישות סדירה למזון מזין בדרכים מקובלות ובכמות מספקת (12). על פי ממצאי הביטוח הלאומי – סקר ביטחון תזונתי, 82.2% מהמשפחות בישראל חיו בשנת 2016 בביטחון תזונתי ו־17.8% מהמשפחות חיו באי־ביטחון תזונתי (13).

אי־ביטחון תזונתי והתנהגויות סיכון

מחקרים מצביעים על הקשר שבין אי־ביטחון תזונתי והשפעות בריאותיות, קוגניטיביות והתנהגותיות שונות על מתבגרים, כמו גם על התנהגויות סיכון בקרב בני נוער וצעירים. הפלין ואחרים מציינים כמה השפעות, ובכללן בעיות רגשיות, מצוקה, דיכאון והתנהגויות אנטי־סוציאליות (8). שנקר, צ'אנג ופרנק מתייחסים להשפעות אי־הביטחון התזונתי על ילדים ובני נוער בהתאם לרצף הגילאים (14): החל מגיל הגן (3-5) – סימפטומים רגשיים, החצנה והפנמה רגשית, בעיות בשליטה העצמית, השפעה על מצבי רוח, קשיי ריכוז והיפראקטיביות; עבור בגילאי בית הספר היסודי (6-13) – חרדה ודיכאון, השפעה על התפתחות קוגניטיבית, שליטה עצמית, תוקפנות, היפראקטיביות, היעדרות מבית הספר, עוינות והשפעה על הישגים לימודיים; ועד לגיל ההתבגרות (עד גיל 18) – דיכאון, פגישות עם מטפלים, קשיים חברתיים, השעיה מבית הספר, השפעה על מספר החברים, בעיות רגשיות, חרדה ושימוש בחומרים (15).

התנהגויות סיכון (risk behaviors) מוגדרות כפעולות מכוונות ובעלות מטרה, אשר עשויות להוות אמצעי לקבלת הכרה, כבוד ותחושת עצמאות באמצעות פסילת הנורמות והערכים של הסמכויות הקונבנציונליות. בחירת התנהגות נתונה איננה קשורה רק לגורמי אישיות, אלא גם לגורמי חברה ותרבות – משפחה, חברים, ערכים מקובלים, נורמות חברתיות ואמונות רווחות (16). שמש ושמש מציינים התנהגויות סיכון בולטות בקרב מתבגרים דוגמת היעדרויות תכופות מבית הספר, בריחות תכופות מהבית, קיום יחסי מין בגיל מוקדם, עבריינות, עישון סיגריות, שתיית אלכוהול ושימוש בסמים (17).

על פי תיאוריית ההתנהגות הבעייתית של ג'סור, במהלך גיל ההתבגרות גוברות ההתנסויות בהתנהגויות סיכון בצורה דרמתית, והן מהוות אחד מסימני ההיכר של תרבות הנוער בעולם המערבי במחצית השנייה של המאה העשרים (18). לפי תיאוריה זו, התנהגויות סיכון אינן מתפתחות אצל הילד בחלל ריק. בני אדם מפתחים אשכולות (clusters) של התנהגויות המתקיימות יחד; אלו התנהגויות שאי־אפשר להפריד ביניהן ולטפל בהן בנפרד. תיאוריה זו מחזקת את הטענה כי מצב של חוסר, דוגמת אי־ביטחון תזונתי, ייתכן שיהיה כרוך בנטייה מוגברת להתנהגויות סיכון בקרב ילדים ובני נוער כגון שימוש באלכוהול, עישון, סמים ועוד (19). אי־ביטחון תזונתי ורעב במהלך הילדות קשורים למערך התפתחותם של ילדים ועלולים להוביל לבעיות התנהגות בגיל צעיר, כלומר תחילת עישון, צריכת אלכוהול, שימוש בסמים ועוד (20,10). עוד נמצא, כי אי־ביטחון תזונתי במהלך גיל ההתבגרות מנבא התנהגויות כמו אלימות, בריונות, גנבות, שקרים והתנהגות לא ראויה, כמו גם הישגיים לימודים נמוכים בקרב מתבגרים (21).

אי־ביטחון תזונתי ותחושת רווחה

מחקרים שונים הראו, כי אי־ביטחון תזונתי משפיע על תחושת הרווחה ומהווה גורם סיכון לבריאות נפשית בקרב בני נוער שיכול להתבטא בתופעות כמו דיכאון, ריחוק חברתי וחרדה. ויטסאט, שרמן וקוטשיק מצאו, כי דיכאון אימהי ואי־ביטחון תזונתי תרמו לעלייה בבעיות של התנהגויות סיכון בקרב מתבגרים. תחושת רווחה היא מושג כללי המתאר מצב קיומי חיובי בבסיסו, הכולל בריאות פיזית, נפשית וחברתית המושפעת מגורמים שונים כגון מצב משפחתי, כלכלי ובריאותי (22). שנקמן ושמוטקין מציינות כי רווחה סובייקטיבית נוגעת להערכתו האישית הכוללת של האדם את איכות חייו, הערכה הנעה על ציר שבין החיובי לשלילי (23).

בישראל טרם נחקרו היבטים שונים בחייהם של בני נוער הסובלים מאי־ביטחון תזונתי – התנהגויות סיכון ותחושת רווחה. לפיכך, מטרת המחקר הנוכחי היא לבחון את הקשר שבין רמת ביטחון תזונתי לבין התנהגויות סיכון ותחושת רווחה. השערת המחקר היא, כי ככל שרמת הביטחון התזונתי גבוהה יותר, כך הדיווח על התנהגויות הסיכון (עישון טבק, שתיית אלכוהול ושימוש בסמים) נמוך יותר ותחושת הרווחה גבוהה יותר, בהתאמה.

שיטת המחקר

מחקר זה הוא מחקר חתך כמותי, מתאמי, המבוסס על ניתוח משני של נתוני ה־HBSC בישראל לשנת 2015.

אוכלוסיית המחקר ומאפייני המדגם

מדגם המחקר מורכב מ־16,251 תלמידים הלומדים בבתי הספר בישראל שבפיקוח משרד החינוך. מדגם ה־HBSC מעוצב כדגימת אשכולות, ומסגרת הדגימה היא רשימת

הכיתות בבתי הספר שבפיקוח משרד החינוך. הרשימה סופקה לחוקרים בידי משרד החינוך. דגימת שכבות היא שונה מְדגימה אקראית פשוטה של תלמידים בכך שקרוב לוודאי שתלמידים השייכים לאותו מוסד יהיו בעלי ניסיון דומה בשכבת בית הספר, בשונה מתלמידים בדגימה אקראית. מאחר שהסקר היה ארוך וכלל שאלות רבות, לא כל תלמיד נשאל כל שאלה, כך שהמדגם שענה על כל השאלות הרלוונטיות למחקר הנוכחי היה כמחצית המדגם הכולל. הנבדקים נבחרו בצורה אקראית, ולפיכך לא הייתה הטיה בנוגע לנבחרים. בהתייחס למאפייני המדגם עולה, כי אוכלוסיית המחקר כללה 4,902 בני נוער בכיתות ו (1,179), ח (1,057), י (1,146) ו־יא-יב (1,520).

כלי המחקר

שאלון ה־HBSC שבו היה שימוש לצורך מחקר זה עבר תיקוף של ארגון הבריאות העולמי, ותורגם מאנגלית לעברית ולערבית לאחר שנבדק בידי מומחים מתחום החינוך. השאלון הסטנדרטי הבינלאומי כולל שלושה רבדים: א(שאלון הליבה המנדטורי (core questionnaire); ב) תחומי הרחבה של שאלונים אופציונליים לבחירה (optional packages); ג) תחומי עניין ומדדים ייחודיים של כל מדינה ומדינה (country-specific items). תחומי העניין השונים נבחרו בידי צוות המחקר על בסיס הצרכים והנושאים הרלוונטיים לאוכלוסיית בני הנוער בישראל של שנת 2015. אחד מתחומי העניין שבו התמקדו בישראל בשנה זו היה תחום התזונה, והשאלות נלקחו ממחקר מקדים שנערך בערים שונות בארץ (24).

משתני המחקר

משתנים בלתי־תלויים

- **שכבת גיל** – כיתות ו (מבתי הספר היסודיים), כיתות ח (מחטיבות הביניים) וכיתות י-יב (מבתי הספר התיכוניים) שבפיקוח משרד החינוך
- **מגדר** – בנים/ בנות
- **מגזר** – ממלכתי/ ממלכתי דתי
- **רווחה כלכלית (FAS)** – מדד המורכב מסכום המשתנים הבאים: האם יש ברשות המשפחה מכונית?; האם החדר של המשיב שייך לו בלבד?; מספר חופשות בשנה האחרונה; מספר מחשבים בבית. סכום התשובות המתקבל הוא בטווח 0-9 ומקובץ לסקאלה בת שלוש דרגות: רווחה נמוכה, בינונית, גבוהה. במדגם הנוכחי נתקבלו 4.9% מן המשיבים ברמה הנמוכה, ולפיכך אוחדה רמה זו עם הרמה הבינונית לכדי משתנה דיכוטומי (0=נמוך ובינוני, 1=גבוה). בניית המשתנה ותיקופו הודגם בעבר (25).
- **אי־ביטחון תזונתי** – השאלה הנוגעת לאי־ביטחון תזונתי כללה את המשתנה הבא: "האם קורה שאתה הולך לישון רעב כי אין מספיק אוכל בבית?". משתנה זה נבחר בשל היותו מצב היוצר פגיעה ממשית בקרב ילדים ובני נוער בהקשר של בריאות גוף ונפש. משתנה זה נמדד בסולם ליקרט של 4 דרגות (1=תמיד; 2=לעיתים רחוקות; 3=לפעמים; 4=אף פעם לא). מדד זה נבחן ותוקף בעבר במגוון מחקרים (28,27,26).

משתנים תלויים

- **עישון בהווה** – במחקר הנוכחי נמדד עישון בהווה באמצעות הפריט "אם אתה מעשן, באיזו תדירות אתה מעשן כיום סיגריות או מוצרי טבק?". הסקאלה המקורית היא בת 4 דרגות (מ־1=כל יום, ועד 4=כלל לא מעשן). עבור עישון בהווה נבנתה סקאלה דיכוטומית (0=כלל לא מעשן, 1=מעשן בכל תדירות שהיא). תיקוף מקבץ שאלות אלו נעשה במחקר קודם (26).
- **שתיית אלכוהול מופרזת (binge drinking)** – השאלה הנוגעת לשימוש באלכוהול כללה את המשתנה "שתיית אלכוהול מופרזת", אשר נבחר בשל היותו התנהגות סיכון בולטת בתחום של צריכת אלכוהול: שתיית אלכוהול מופרזת (5 משקאות או יותר) לפחות פעם אחת בחודש האחרון ("ב־30 הימים האחרונים, אם שתית אלכוהול, בכמה ימים שתית 5 מנות משקה אלכוהולי או יותר תוך מספר שעות?"). משתנה זה נמדד בסולם ליקרט של 6 דרגות (1=מעולם לא שתיתי 5 משקאות אלכוהוליים או יותר תוך מספר שעות, ועד 6=שתיתי 4 פעמים או יותר). מדד זה נבחן ותוקף בעבר במגוון מחקרים (29,26). במחקר הנוכחי נבנה משתנה דיכוטומי (0=מעולם לא ביצע את ההתנהגות; 1=ביצע את ההתנהגות).
- **שימוש בסמים** – השאלות העוסקות בשימוש בסמים: "האם אי פעם השתמשת בחשיש/מריחואנה (גראס)?", "האם השתמשת בסמי פיצוציות?" קודדו למשתנה דיכוטומי (0=מעולם לא השתמש בחשיש או סמי פיצוציות; 1=השתמש לפחות באחד מסוגי הסמים).
- **תחושת רווחה סובייקטיבית** – במחקר הנוכחי נמדדו כמה תחומים מרכזיים לבחינת תחושת הרווחה של התלמידים: שביעות רצון מהחיים ותחושת אושר עצמי. מדד זה הורכב מממוצע של שני משתנים: שביעות רצון מהחיים ומדד תחושת האושר, שניהם בסקלה 1-10 והמתאם ביניהם $r_p = 0.77$ ($p<0.001$). ככל שהציון גבוה יותר, כך תחושת הרווחה גבוהה יותר.

הליך המחקר ואיסוף הנתונים

איסוף הנתונים נערך במהלך שנת 2015 בתוך כיתות הלימוד בבתי הספר באמצעות מראיינים מקצועיים שצוות המחקר

הנחה. שאלון המחקר היה שאלון אנונימי (התלמידים התבקשו שלא לציין את שמם) למילוי עצמי, וזוהה רק בקוד נבדק שכלל את קוד בית הספר, את קוד הכיתה ואת קוד התלמיד. המידע על זהות בית הספר והכיתות הופרד ממאגר הנתונים כבר בשלבי העבודה הראשוניים, כך שלא היה אפשר לזהות את המוסדות או את הכיתות שהשתתפו במחקר לפי הקידוד הקיים במאגר. לאחר איסוף השאלונים שמולאו בכיתה הוכנסו כל השאלונים למעטפות ונחתמו מיידית עד להעברתם למכוני המחקר לצורך הקלדת הנתונים. לאיש מצוות בית הספר לא הותר לראותם.

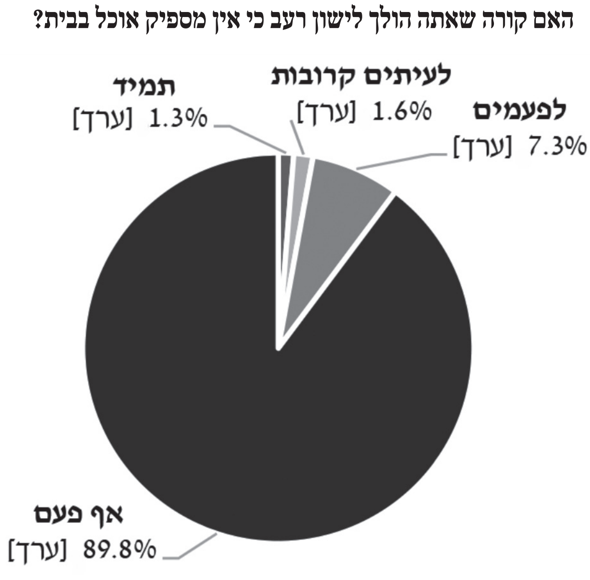
ניתוח הנתונים

הנתונים הכמותיים עובדו ונותחו באמצעות שימוש בתוכנת SPSS גרסה 24.0: ניתוחי שכיחויות, דו־משתני ורגרסיות לוגיסטיות.

ממצאי המחקר

אוכלוסיית המחקר כללה 4,902 בני נוער בכיתות ו (1,179), ח (1,057), י (1,146) ו־יא-יב (1,520). מתוכם: 46.1% (2,262) בנים ו־53.9% (2,640) בנות, 55.0% (2,695) בני נוער יהודיים בבתי ספר ממלכתיים, 13.6% (666) בני נוער יהודיים בבתי ספר ממלכתיים־דתיים ו־31.4% (1,541) בני נוער ערביים. מדד רווחה כלכלית [FAS] עבור כלל הנחקרים נע בין 0 ל־13 (ממוצע: 8.7, סטיית תקן: 2.7), כאשר 20.8% (1,020) אופיינו

גרף 1: התפלגות אוכלוסיית המחקר לפי סטטוס ביטחון תזונתי



במדד שפע משפחתי נמוך, 35.7% (1,748) אופיינו במדד שפע משפחתי בינוני ו־43.5% (2,134) אופיינו במדד שפע משפחתי גבוה. מתוך 4,902 הנחקרים, 10.2% (500) תלמידים הביעו אי־ביטחון תזונתי ודיווחו כי קרה שהלכו לישון רעבים מכיוון שאין מספיק אוכל בבית (גרף מספר 1).

טבלה 1 מתארת את מאפייני הנחקרים לפי סטטוס ביטחון תזונתי. בהשוואה בין תלמידים שהביעו אי־ביטחון תזונתי ובין תלמידים שהביעו ביטחון תזונתי גבוה, נמצא אחוז גבוה יותר של בנים (59.4% לעומת 44.6% בנות), ערבים (56.0% לעומת 28.6% יהודים) ותלמידים המשתייכים למשפחות המאופיינות בשפע משפחתי נמוך (38.4% לעומת 18.8% בינוני וגבוה).

טבלה 1: מאפיינים בסיסיים לפי סטטוס ביטחון תזונתי

	ביטחון תזונתי גבוה		אי־ביטחון תזונתי	
	n	%	n	%
כיתה				
ו	1053	23.9%	126	25.2%
ח	962	21.9%	95	19.0%
י	1024	23.3%	122	24.4%
יא-יב	1363	31.0%	157	31.4%
מין*				
בנים	1965	44.6%	297	59.4%
בנות	2437	55.4%	203	40.6%
מגזר*				
יהודים (ממלכתי)	2514	57.1%	181	36.2%
יהודים (ממלכתי־דתי)	627	14.2%	39	7.8%
ערבים	1261	28.6%	280	56.0%
שפע משפחתי*				
נמוך	828	18.8%	192	38.4%
בינוני	1573	35.7%	175	35.0%
גבוה	2001	45.5%	133	26.6%

$p<0.01$*

טבלה 2 מתארת התנהגויות סיכון ותחושת רווחה לפי סטטוס של ביטחון תזונתי. כלל התנהגויות הסיכון שנבחנו במחקר זה נמצאו גבוהות יותר בצורה מובהקת ($p<0.01$) בקרב תלמידים אשר דיווחו על אי־ביטחון תזונתי לעומת תלמידים שדיווחו על ביטחון תזונתי גבוה: 29.2% לעומת 13.3% עישנו, 16.6% לעומת 6.7% שתו אלכוהול ו־29.3% לעומת 10.5% השתמשו בסמים, בהתאמה. בדומה לכך, תחושת הרווחה נמצאה נמוכה יותר בקרב תלמידים שדיווחו על אי־ביטחון תזונתי לעומת תלמידים שדיווחו על ביטחון תזונתי גבוה, עם 23.6% לעומת 8.9%, בהתאמה ($p<0.01$).

בבדיקת הקשר שבין רמת ביטחון תזונתי לבין התנהגויות סיכון ותחושת רווחה באמצעות רגרסיה לוגיסטית, נמצא סיכון גבוה יותר לביצוע התנהגות בריאותית מסוכנת

טבלה 2: **התנהגויות סיכון ותחושת רווחה לפי סטטוס ביטחון תזונתי**

		ביטחון תזונתי גבוה	אי־ביטחון תזונתי	סך הכול
עישון*	n (%)	587 (13.3%)	146 (29.2%)	733 (15.0%)
שתית אלכוהול*	n (%)	293 (6.7%)	80 (16.6%)	373 (7.7%)
שימוש בסמים*	n (%)	246 (10.5%)	78 (29.3%)	324 (12.4%)
תחושת רווחה נמוכה*	n (%)	392 (8.9%)	118 (23.6%)	510 (10.4%)

$p<0.01$*

(57 נתונים חסרים בנוגע להרגלי שתיית אלכוהול; מידע בנוגע לשימוש בסמים נאסף מתלמידי כיתות י-יב בלבד (2666), 51 נתונים חסרים)

בקרב תלמידים שדיווחו על אי־ביטחון תזונתי לעומת תלמידים עם ביטחון תזונתי גבוה. לאחר תקנון לגיל, למין, למגזר ולסטטוס שפע משפחתי, נמצא סיכון מוגבר לעישון (OR=2.19, 95% CI: 1.74-2.76), לשתיית אלכוהול (OR=2.60, 95% CI: 1.94-3/98), לשימוש בסמים (OR=2.96, 95% CI: 2.15-4.07) ולתחושת רווחה נמוכה (OR=2.41, 95% CI:1.89-3.07) בקרב תלמידים שדיווחו על אי־ביטחון תזונתי לעומת תלמידים שדיווחו על ביטחון תזונתי גבוה (טבלה 3).

דיון ומסקנות

המחקר הנוכחי בחן את הקשר שבין אי־ביטחון תזונתי ודפוסי התנהגויות סיכון: עישון סיגריות, שתיית אלכוהול ושימוש בסמים. כמו כן נבדק, באיזו מידה אי־ביטחון תזונתי עשוי להשפיע על תחושת הרווחה בקרב בני נוער בישראל. ניכר, כי ממצאי המחקר מעידים על הקושי הרב הנגרם במצב של אי־ביטחון תזונתי בקרב בני נוער, המהווה גורם משמעותי לקידום התנהגויות סיכון לבריאות. במטא־אנליזה שבחנה 23 מחקרים העוסקים בקשר שבין אי־ביטחון תזונתי לשימוש בחומרים ממכרים נמצא, כי בני נוער בגילאי 13-17 נטו להשתמש בחומרים ממכרים לאור מצוקתם התזונתית (14). בדומה למחקרם של מקלוגין ואחרים, אשר עסק בקשר שבין אי־ביטחון תזונתי ובין שימוש בחומרים ממכרים, אי־ביטחון תזונתי הוא גורם מנבא להפרעות נפשיות, כמו חרדות, דיכאון ומצב רוח ירוד (15). ממצאים מדאיגים אלו נתמכים בממצאי המחקר הנוכחי, אשר מצא כי הסיכון לשימוש בסמים, לצריכת אלכוהול ולעישון סיגריות הוא יותר מפי שניים בקרב בני

טבלה 3: **הקשר שבין רמת ביטחון תזונתי לבין התנהגויות סיכון ותחושת רווחה**

התנהגויות סיכון ותחושת רווחה	סטטוס ביטחון תזונתי Odds Ratio (95% CI)	
	לא מתוקנן	**מתוקנן**
עישון	2.68 (2.17-3.31)[a,c]	2.19 (1.74-2.76)[b,c]
שתיית אלכוהול	3.55 (2.64-4.77)[a,d]	2.60 (1.94-3.98)[b,d]
שימוש בסמים	3.12 (3.38-4.11)[a,e]	2.96 (2.15-4.07)[b,e]
תחושת רווחה נמוכה	3.16 (2.51-3.98)[a,f]	2.41 (1.89-3.07)[b,f]

a. משתנים שנכללו במודל: סטטוס ביטחון תזונתי (0=ביטחון תזונתי גבוה, 1=אי־ביטחון תזונתי)
b. משתנים שנכללו במודל: סטטוס ביטחון תזונתי, כיתה, מין, מגזר, שפע משפחתי
c. משתנה תלוי – עישון (0=לא, 1=כן)
d. משתנה תלוי – שתיית אלכוהול (0=לא, 1=כן)
e. משתנה תלוי – שימוש בסמים (0=לא, 1=כן)
f. משתנה תלוי – תחושת רווחה נמוכה (0=לא, 1=כן)

נוער הסובלים מאי־ביטחון תזונתי בהשוואה לבני נוער שאינם סובלים מאי־ביטחון תזונתי.

בהתאם להשערת המחקר באשר לקשר שבין אי־ביטחון תזונתי ובין עישון סיגריות, ממצאי המחקר מעידים כי נמצא סיכון מוגבר לעישון (OR=2.19, 95% CI: 1.74-2.76) בקרב תלמידים שדיווחו על אי־ביטחון תזונתי לעומת תלמידים שדיווחו על ביטחון תזונתי גבוה. עולה מכך, שהסיכון של בני נוער אשר נמצאים באי־ביטחון תזונתי לעשן סיגריות גבוה פי שניים ויותר מהסיכון של בני נוער אשר נמצאים בביטחון תזונתי. במחקר קודם נמצאה קורלציה בין אי־ביטחון תזונתי ועישון בקרב מתבגרים וצעירים. מתוך מדגם של 400 בני נוער וצעירים בגילאי 15-25, 32.5% הוגדרו בחוסר ביטחון תזונתי (30).

המחקר הנוכחי מצא כי רמת אי־הביטחון התזונתי נקשרה בצורה מובהקת לכמה בעיות חברתיות ($p<0.01$), ובהן שימוש בחומרים (OR=2.5, 95% CI: 1.5-4.3). בהתאם להשערת המחקר באשר לקשר שבין אי־ביטחון תזונתי ובין שתיית אלכוהול, ממצאי מחקר זה מעידים כי נמצא סיכון מוגבר לשתיית אלכוהול (OR=2.60, 95% CI: 1.94-3/98) בקרב תלמידים שדיווחו על אי־ביטחון תזונתי לעומת תלמידים שדיווחו על ביטחון תזונתי גבוה. עולה מכך, שהסיכון של בני נוער אשר נמצאים באי־ביטחון תזונתי לשתות אלכוהול גבוה פי שניים ויותר מהסיכון של בני נוער אשר נמצאים בביטחון תזונתי. ממצא זה נתמך במחקרם של רובסון ואחרים, אשר מצאו כי מצב של אי־ביטחון תזונתי הגביר את סיכוייהם של מתבגרים שלא לאכול ארוחת בוקר על בסיס יומי, לשתות אלכוהול, לעשן ולישון פחות משמונה שעות בלילה (20).

בהתאם להשערת המחקר באשר לקשר שבין אי־ביטחון תזונתי ובין שימוש בסמים, ממצאי המחקר הנוכחי מעידים כי נמצא סיכון מוגבר לשימוש בסמים (CI: 2.15-4.07 OR=2.96, 95%) בקרב תלמידים שדיווחו על אי־ביטחון תזונתי לעומת תלמידים שדיווחו על ביטחון תזונתי גבוה. עולה מכך, שהסיכון של בני נוער אשר נמצאים באי־ביטחון תזונתי להשתמש בסמים גבוה כמעט פי שלושה מהסיכון של בני נוער אשר נמצאים בביטחון תזונתי. כאמור, מחקרים קודמים העידו על קשר זה (20,15,8).

בהתאם להשערת המחקר באשר לקשר שבין רמת אי־ביטחון תזונתי ובין תחושת הרווחה, ממצאי המחקר הנוכחי מעידים כי נמצא סיכון מוגבר לתחושת רווחה נמוכה (CI: 1.89-3.07 OR=2.41, 95%) בקרב תלמידים שדיווחו על אי־ביטחון תזונתי לעומת תלמידים שדיווחו על ביטחון תזונתי גבוה. עולה מכך, שהסיכון של בני נוער אשר נמצאים באי־ביטחון תזונתי לחוש תחושת רווחה נמוכה גבוה כמעט פי שניים וחצי מהסיכון של בני נוער אשר נמצאים בביטחון תזונתי. מסקנה דומה מצאו שנקר ואחרים, אשר מציינים כי כבר בגילאי 3-5 אפשר למצוא עדויות המצביעות על הקשר שבין אי־ביטחון תזונתי ובין הפרעות התנהגותיות הקשורות לבריאות הנפש (14). כמו כן דאש מציין את הקשר המובהק שבין אי־ביטחון תזונתי ובין בריאות נפשית בקרב מתבגרים, ולפיו אי־ביטחון תזונתי פוגע בבריאותם וברווחתם הנפשית (11).

מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי שני אתגרים מתודולוגיים: **מגבלה ראשונה** טמונה באיסוף הנתונים לכל הממצאים ברמת התלמיד המבוססים על דיווח עצמי, ועל כן עשויה להיות הטיה בתשובות המשתתפים מסיבות שונות, כגון רציה חברתית, הכחשה או הדחקה. מאחר שמדובר במחקר השוואתי, לא נעשו ניסיונות לצמצם רצייה זו. **מגבלה שנייה** נוגעת לכך שמחקר זה הוא מחקר חתך המבוסס על נתוני רוחב בנקודת זמן אחת בלבד, של שנת 2015, ולפיכך הוא אינו מתחשב בהשפעה של מדיניות מקדמת בריאות על התנהגויות סיכון בקרב בני נוער לאורך שנים מספר. מגבלה זו בולטת בפרט לאור העובדה, כי במהלך שש השנים שחלפו מאז איסוף הנתונים מדינת ישראל הקצתה משאבים ותקציבים כדי להתמודד עם נושא הביטחון התזונתי; ואכן בהתאם לסקר הביטחון התזונתי שערך המוסד לביטוח הלאומי בשנת 2016, נצפתה מגמת ירידה באי־הביטחון התזונתי באוכלוסייה בהשוואה לסקרים הקודמים. זאת ועוד, מחקר חתך הוא מוגבל ביכולתו להסיק סיבתיות באשר לממצאיו. תחום זה של חקר החינוך ידוע כתחום שבו סיבתיות היא סוגיה קשה, והשפעות דו־כיווניות של משתנים הן בגדר תופעות שכיחות. לפיכך יש צורך לערוך מחקרי אורך, אשר יסייעו להסיק מסקנות יישומיות בעלות תוקף גבוה יותר של סיבה ותוצאה באמצעות מדידות חוזרות ושלילת משתנים מתערבים.

על אף המגבלות הללו, למחקר הנוכחי תרומה רבה להבנת גורם חשוב שטרם נדון בעבר בישראל, הנוגע להתנהגויות סיכון בקרב בני נוער של עישון סיגריות, של שתיית אלכוהול ושל שימוש בסמים, וכן לתחושת הרווחה. גורם זה הוא גורם הביטחון התזונתי. ילדים, בני נוער ומבוגרים הסובלים מאי־ביטחון תזונתי מדווחים על מגוון תופעות קשות ומורכבות. ממצאי המחקר הנוכחי מרחיבים את ההבנה של אופן הפגיעה הממשית של אי־ביטחון תזונתי בבני נוער, ומדגישים כי גורם זה הוא בעל השפעה על התנהגויות סיכון ועל תחושת הרווחה בקרב אוכלוסייה זו. בכך המחקר הנוכחי מעלה את הצורך להעמיק בחקר הנושא.

השלכות יישומיות

ממצאי המחקר הנוכחי מדגישים את החשיבות הרבה שיש לתת לאיתור ולזיהוי ילדים, בני נוער וצעירים במצב של אי־ביטחון תזונתי ולהפנייתם לגורמים המטפלים הרלוונטיים בתפיסות ההפעלה של משרדי הממשלה הרלוונטיים. משרדים אלה הם בין היתר המשרד לשירותים חברתיים וקהילה, משרד החינוך, משרד הבריאות, המשרד לביטחון הפנים והמשרד לקידום וחיזוק קהילתי. זאת ועוד, יש לבנות תוכנית הדרכה לאנשי המקצוע העוסקים בילדים, בבני נוער ובצעירים, אשר יוכלו ליישמה במסגרות החינוכיות והטיפוליות שלהם. כמו כן, יש להרחיב תוכניות קידום בריאות בקהילה ולסייע לקהלי היעד המצויים במצב של אי־ביטחון תזונתי.

מקורות

1. Das JK, Salam RA, Thornburg KL, Prentice AM, Campisi S, Lassi ZS, et al. Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. Ann N Y Acad Sci. 2017 Apr; 1393(1):21-33.
2. Salam RA, Das JK, Lassi ZS, Bhutta ZA. Adolescent health and well-being: background and methodology for review of potential interventions. J Adolesc Health. 2016 Oct 1; 59(4 Suppl):S4-10.
3. Cencic A, Chingwaru W. The role of functional foods, nutraceuticals, and food supplements in intestinal health. Nutrients. 2010 Jun; 2(6):611-25.
4. שלג מי־עמי נ'. הרגלי אכילה של ילדים ובני נוער. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע [אינטרנט]. 2004 [נצפה ביום 1.6.2020]. נדלה מתוך: https://main.knesset.gov.il/Activity/Info/mmm/pages/document.aspx?docid=a2b667ff-8d32-e811-80de-00155d0a0235&businesstype=1
5. Tincheva PA. Heat-induced changes of corn, potato, and wheat starches. World J Advanced Research and Reviews. 2019; 4(1):37-43.

6. Kaufman-Shriqui V, Fraser D, Friger M, Geva D, Bilenko N, Vardi H, et al. Effect of a school-based intervention on nutritional knowledge and habits of low-socioeconomic school children in Israel: a cluster-randomized controlled trial. Nutrients. 2016 Apr; 8(4):234.
7. Darling-Hammond L, Flook L, Cook-Harvey C, Barron B, Osher D. Implications for educational practice of the science of learning and development. Appl Dev Sci. 2020 Apr 2; 24(2):97-140.
8. Heflin C, Kukla-Acevedo S, Darolia R. Adolescent food insecurity and risky behaviors and mental health during the transition to adulthood. Child Youth Serv Rev. 2019 Oct 1; 105:104416.
9. אבן זוהר א'. אי ביטחון תזונתי: חוויותיהם של מקבלי סיוע במזון. ביטחון סוציאלי. 2020; 109: 1-30.
10. De Oliveira KH, de Almeida GM, Gubert MB, Moura AS, Spaniol AM, Hernandez DC, et al. Household food insecurity and early childhood development: Systematic review and meta-analysis. Matern Child Nutr. 2020 Feb 12:e12967.
11. Dush JL. Adolescent food insecurity: a review of contextual and behavioral factors. Public Health Nurs. 2020; 37(3):327-38.
12. קליין ע'. אי ביטחון תזונתי בישראל: בחינת הטיפול הממשלתי באי ביטחון תזונתי כמקרה בוחן לתהליכי יישום מדיניות בישראל. המרכז הישראלי להעצמת האזרח [אינטרנט]. 2015 [נצפה ביום 1.6.2020]. נדלה מתוך: https://www.ceci.org.il/sites/citizens/UserContent/files/knowledge/govfunction/Nutrition.pdf
13. אנדבלד מ', הלר א', ברקלי נ', גוטליב ד'. סקר ביטחון תזונתי 2016, ממצאים סוציו־כלכליים עיקריים. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון. 2018.
14. Shankar P, Chung R, Frank DA. Association of food insecurity with children's behavioral, emotional, and academic outcomes: a systematic review. J Dev Behav Pediatr. 2017; 38(2):135-50.
15. McLaughlin KA, Green JG, Alegría M, Costello EJ, Gruber MJ, Sampson NA, et al. Food insecurity and mental disorders in a national sample of US adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012 Dec; 51(12):1293-1303.
16. טסלר-הלל ר'. גורמים ברמת בית הספר וברמת התלמיד המנבאים דפוסי התנהגויות סיכון לבריאות ותחושת רווחה סובייקטיבית בקרב בני נוער: ניתוח רב רמות. חיפה: אוניברסיטת חיפה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, בית הספר לבריאות הציבור; 2014.
17. שמש א', שמש ר'. קידום החוסן הנפשי בעבודה חינוכית־סוציאלית עם נוער בסיכון. מניתוק לשילוב. 2011; 16: 128-143.
18. Jessor R. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. J Adolesc Health. 1991 Dec; 12(8):597-605.
19. הראל-פיש י'. חוסן נעורים: הטמעת אסטרטגיה יעילה למניעת התנהגויות סיכון ולקידום רווחתם של ילדים ובני נוער. בתוך: צימר ר', בוני-נח ח', עורכות. מניעת השימוש בסמים ובאלכוהול. ירושלים: מוסד ביאליק; 2014. עמ' 38-76.
20. Robson SM, Lozano AJ, Papas M, Patterson F. Food insecurity and cardiometabolic risk factors in adolescents. Prev Chronic Dis. 2017 Nov; 14(11).
21. Jackson DB, Vaughn MG. Household food insecurity during childhood and adolescent misconduct. Prev Med. 2017 Mar; 96:113-7.
22. Whitsett D, Sherman MF, Kotchick BA. Household food insecurity in early adolescence and risk of subsequent behavior problems: does a connection persist over time? J Pediatr Psychol. 2019 May 1; 44(4):478-89.
23. שנקמן ג', שמוטקין ד'. מרכיבי רווחה סובייקטיבית בקרב נוער ובוגרים צעירים הומו־לסבים: מחקר עם קבוצת השוואה הטרוסקסואלית. מפגש לעבודה חינוכית־סוציאלית. 2011; 3: 61-80.
24. 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. רמת־גן: אוניברסיטת בר־אילן, בית הספר לחינוך, תכנית המחקר הבינלאומי על רווחתם ובריאותם של בני נוער; 2014.
25. Cutumisu N, Traoré I, Paquette MC, Cazale L, Camirand H, Lalonde B, et al. Association between junk food consumption and fast-food outlet access near school among Quebec secondary-school children: findings from the Quebec Health Survey of High School Students (QHSHSS) 2010-11. Public Health Nutr. 2017 Apr; 20(5):927-37.
26. Currie C, Inchley J, Molcho M, Lenzi M, Veselska Z, Wild F. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2013/14 survey.
27. Niclasen B, Molcho M, Arnfjord S, Schnohr C. Conceptualizing and contextualizing food insecurity among Greenlandic children. Int J Circumpolar Health. 2013; 72(1):19928.
28. Shipman W. Food insecurity and BMI for children and adolescents across six grade levels. Int J Child Adolesc Health. 2018; 11(1):15-22.
29. Moore L, Smith C, Catford J. Binge drinking: prevalence, patterns and policy. Health Educ Res. 1994; 9(4):497-505.
30. Baer TE, Scherer EA, Fleegler EW, Hassan A. Food insecurity and the burden of health-related social problems in an urban youth population. J Adolesc Health. 2015 Dec 1; 57(6):601-7.

פעילות גופנית ושינה בקרב סטודנטים לחינוך גופני כגורם מקדם בריאות

גילי יוסף[1], הדס שחורי[1]

[1] הפקולטה למדעים, מכללת סמינר הקיבוצים

תקציר

רקע: סטודנטים נמנים עם קבוצת אנשים ששנתם מופרעת, והם אינם ישנים מספיק בעקבות השינוי שחל באורח חייהם עם כניסתם לחיים הסטודנטיאליים. כשליש מחייו של האדם עוברים בשינה. השינה חיונית לאורח חיים בריא, ויש לה תפקידים רבים בשמירה על בריאות האדם. שינה היא הכרחית לתפקודו התקין של גוף האדם, לשימור האנרגיה של הגוף, להסתגלות ולארגון הזיכרון, לחילוף חומרים ולתחזוקת המערכת החיסונית. שינה שאינה מיטבית פוגעת בהישגיו האקדמיים של הסטודנט, ואף נקשרת לנטייה מוגברת לדיכאון. בדומה לשינה, פעילות גופנית ורווחה גם הן משפיעות על בריאותו של האדם ותורמות רבות לקידום בריאותו. הקשר שבין פעילות גופנית, רווחה ושינה עדיין אינו ברור דיו.

מטרת המחקר: לבדוק את איכות השינה והרווחה של סטודנטים לחינוך גופני העוסקים בפעילות גופנית מוגברת בהשוואה לסטודנטים מתחומים אחרים.

שיטות: 367 סטודנטים ממכללה להוראה במרכז הארץ השתתפו במחקר. 35.5% (130) מהמדגם היו סטודנטים לחינוך גופני, וכל השאר (237) היו סטודנטים מתחומי לימוד אחרים. במחקר חולק שאלון שכלל ארבעה חלקים – שאלות סוציו־דמוגרפיות, שאלות על רמת פעילות גופנית, שאלות הנוגעות לרווחה ושאלות הנוגעות לאיכות שינה.

תוצאות: רמת הפעילות הגופנית של הסטודנטים לחינוך גופני גבוהה יותר מרמת הפעילות הגופנית של שאר הסטודנטים מתחומים אחרים. נמצא, כי איכות השינה של סטודנטים לחינוך גופני טובה יותר בהשוואה לסטודנטים מתחומי לימוד אחרים. כמו כן, נמצא קשר חיובי בין פעילות גופנית לאיכות שינה ובין איכות שינה לרווחה.

דיון ומסקנות: רמת פעילות גופנית גבוהה עשויה לשפר את איכות השינה והרווחה של סטודנטים, ובכך לשפר ולקדם את בריאותם.

מילות מפתח: **איכות שינה, רווחה, פעילות גופנית, סטודנטים, סטודנטים לחינוך גופני.**

רקע

אוכלוסיית הסטודנטים נמנית עם האוכלוסיות הסובלות מבעיות שינה, והיא מוגדרת כאוכלוסייה שאיכות השינה שלה אינה מיטבית. גורמים רבים תורמים לבעיות השינה בקרב סטודנטים; כך למשל התחייבויות אקדמיות חדשות המחייבות לימודים ליליים, שילוב בין עבודה ללימודים, מעבר לאורח חיים עצמאי, מסיבות סטודנטים ליליות ועוד. אי לכך, סטודנטים נמצאים בסיכון גבוה לסבול מבעיות שינה הכוללות תסמינים כמו קשיי הירדמות, יקיצות לילה תכופות וסיוטים (1). מחקרים שנערכו בקרב סטודנטים הראו, ש־73% מן הסטודנטים שנבדקו דיווחו על בעיות שינה ולמעלה מ־50% דיווחו על עייפות בבוקר (2). ממצאים נוספים הראו, כי 60% דיווחו על איכות שינה גרועה, 14.9% דיווחו על קשיי הירדמות, 25.9% דיווחו כי הם מתעוררים לעיתים קרובות בלילה, ובקרב 7.7% מן הנבדקים נמצא שמתקיימים כל הקריטריונים המקובלים לנדודי שינה לפי הסיווג הבינלאומי להפרעות שינה (ICSD-II). כמו כן דיווחו 4.5% מן הגברים הלומדים לתארים מתקדמים ו־8.3% מן הנשים הלומדות לתואר ראשון על סיוטים (3).

שינה

שינה מיטבית היא אחד הפרמטרים החיוניים לאיכות החיים שלנו. שינה יכולה להשפיע רבות על בריאותו הכללית של האדם. אנו מקדישים כשליש מחיינו לשינה, ולכן לשינה תרומה רבה למצבנו הבריאותי ולאורך חיינו (4). עם השנים הפכו הפרעות שינה לאחד הנושאים הנחקרים בבריאות הציבור, ובעיקר נחקרו שינה לא מספקת ואיכות שינה ירודה (5).

חוסר שינה משפיע על הגוף בכמה דרכים. מבחינה קוגניטיבית, חוסר בשינה יש בו כדי להשפיע לרעה על העיבוד הקוגניטיבי ועל הריכוז, ועקב כך לפגוע ביכולת קבלת החלטות ובביצועים מוטוריים. מחקרים מראים, כי מחסור בשינה יוצר פגמים פסיכו־מוטוריים זהים לאלו שיוצרת צריכת אלכוהול. מבחינה נפשית, אנשים הסובלים מחוסר בשעות שינה נוטים למצבי רוח משתנים; הבולטים שבהם הם עייפות, בלבול, דיכאון וחרדה (6). זאת ועוד, נמצא שחוסר בשינה קשור למצבים קליניים שונים, כגון סוכרת, בעיות לב ודם (שבץ, אי־ספיקת לב ובעיות לחץ דם), השמנה ותמותה מוגברת (7).

פעילות גופנית ושינה

פעילות גופנית נמצאה בגורמים שיכולים לשפר את איכות השינה. ארגון הבריאות העולמי מגדיר פעילות גופנית כתנועה גופנית שיוצרים שרירי השלד, הדורשת הוצאת אנרגיה, בניגוד למנוחה שהגדרתה היא חוסר פעילות או אתנחתה יומית. ארגון הבריאות העולמי ממליץ על פעילות גופנית מתונה של 150 דקות לפחות בשבוע או על פעילות גופנית עצימה של 75 דקות בשבוע, ולחלופין על שילוב בין פעילות גופנית עצימה למתונה (8). אורח חיים פעיל ידוע כמפחית את הסיכון לחלות במחלות לב, כלי דם, יתר לחץ דם, סוכרת ועוד. נוסף על כך, אורח חיים פעיל משפר את הזיכרון ואת השליטה העצמית, מוריד את פרופיל השומנים בגוף, מפיג מתחים וחרדות ומשפר את הרווחה הכללית של האדם.

פעילות גופנית סדירה יכולה להשפיע על מבנה השינה, כלומר על משך, על תדר ועל דפוס ההתרחשות בשלבים השונים של השינה. השפעה זו באה לידי ביטוי בהגדלת משך זמן "הגלים האיטיים" (slow waves) ומשך השינה הכולל. כמו כן, פעילות גופנית מסייעת לצמצום זמן ההירדמות ומשך הזמן בין מחזור שינה אחד למשנהו, מה שתורם להפחתת ישנוניות במהלך היום (9).

פעילות גופנית ורווחה

פעילות גופנית משפיעה על איכות חיינו בהיבטים נוספים. מחקרים מראים, כי יש קשר ישיר בין פעילות גופנית ומדד לרווחה. רווחה או "subjective well-being" (SWB) היא המונח המדעי לאושר. רווחה היא "המידה שבה לאנשים יש הערכה ורגשות חיוביים על חייהם, וחשים שחייהם שלמים" (10). Rejeski ועמיתיו בחנו התנהגות מקדמת בריאות אחת – פעילות גופנית – ובדקו כיצד היא משפיעה על המדד לרווחה בקרב מדגם של 854 מבוגרים. החוקרים מצאו, כי עלייה בשיעור הפעילות הגופנית היא במתאם חיובי ל־SWB, באמצעות שלושה משתנים מתווכים – "שביעות רצון מתפקוד פיזי", "שביעות רצון ממראה פיזי", ו"מסוגלות עצמית". הממצאים הראו, כי אצל כלל המשתתפים גידול בשיעור הפעילות הגופנית הביא לעלייה ב־SWB וכן לעלייה בכל שלושת המתווכים. בדיקות המעקב הראו, ש"שביעות רצון מתפקוד פיזי" הוא המשתנה המתווך החזק ביותר. מחקר זה מחזק את הטענה כי יש קשר מובהק בין פעילות גופנית ו־SWB, ומראה שגם לגורמים קוגניטיביים אחרים עשוי להיות תפקיד במידה שבה התנהגות מקדמת בריאות הופכת אדם למאושר יותר (11).

פעילות גופנית, רווחה ושינה בקרב סטודנטים

רווחה ואיכות שינה הם גורמים חשובים ובעלי השפעה רבה על מידת הצלחתו של הסטודנט. לשינה יש קשר ישיר להצלחתו האקדמית ולבריאותו הכללית של הסטודנט. מחסור בשינה ובעיות שינה אצל סטודנטים מובילים לירידה ביכולות הלמידה, בזיכרון, במיומנויות למידה וביכולות הנוירו־קוגניטיביות. מחקרים מראים, כי הרגלי שינה נכונים ואיכות שינה מיטבית יכולים להיות אחד מגורמי הניבוי להצלחתו האקדמית של הסטודנט (12). במחקרים שבדקו מסוגלות עצמית (תפיסתו של אדם בנוגע ליכולתו לבצע התנהגות שתביא לתוצאה מסוימת) בקרב סטודנטים נמצא, כי אצל הסטודנטים שקיבלו ציונים נמוכים בשאלון המסוגלות גם רמת הרווחה הייתה נמוכה יותר, ולהפך (13). זאת ועוד, מחקרים מראים כי אנשים שעוסקים בפעילות גופנית סובלים פחות מחרדה ומדיכאון. נמצא כי פעילות גופנית קלה ופעילות גופנית בינונית עד מואצת מפחיתה את הסיכון לתסמיני דיכאון ב־13% ו־19% בהתאמה (14). עולה מכך, שפעילות גופנית משפיעה לטובה על רמת הרווחה של האדם, ובמקביל משפיעה לטובה גם על איכות השינה.

ההנחה היא, כי סטודנטים הלומדים לקראת תואר ראשון בחינוך גופני עוסקים בפעילות גופנית במסגרת לימודיהם, וכי באופן כללי נטייתם היא לעסוק בפעילות גופנית. לכן שיעור הפעילות הגופנית שלהם יהיה מוגבר יחסית לסטודנטים הלומדים תחומי דעת אחרים. מטרת מחקר זה הייתה לבדוק את איכות השינה והרווחה של סטודנטים לחינוך גופני בהשוואה לסטודנטים הלומדים תחומי דעת אחרים.

מטרת המחקר

לבדוק את איכות השינה והרווחה של סטודנטים לחינוך גופני העוסקים בפעילות גופנית מוגברת בהשוואה לסטודנטים מתחומים אחרים.

שיטות

אוכלוסיית המחקר: 367 סטודנטים ממכללה להוראה במרכז הארץ השתתפו במחקר. ממוצע הגילאים היה 25.3±4.5. טווח הגילאים היה 18-40 שנים; 57% מהם היו בני 18-25. 82% מהסטודנטים היו נשים, וכ־85% היו רווקים. 44% מהסטודנטים למדו בשנה א, 34.5% למדו בשנה ב ו־21.5% למדו בשנה ג. 35.5% (130) מאוכלוסיית המדגם היו סטודנטים לחינוך גופני, וכל השאר (237) היו סטודנטים לחינוך מתחומים אחרים כגון חינוך לגיל הרך, מדעים, חינוך יסודי וחינוך מיוחד.

כלי המחקר: במחקר חולק שאלון שכלל ארבעה חלקים – שאלות סוציו־דמגרפיות, שאלות על פעילות גופנית, שאלות הנוגעות לרווחה ושאלות הנוגעות לאיכות שינה. החלק השני כלל שאלות על פעילות גופנית שנלקחו משאלון הבריאות של HBSC (15). חלק זה כלל ארבע שאלות, שבהן הסטודנט התבקש לציין כמה פעמים ובמשך כמה שעות הוא ביצע פעילות גופנית בשבעת הימים האחרונים, וכמה פעמים ובמשך כמה שעות הוא ביצע פעילות גופנית הגורמת להתנשף בכבדות ולהזיע. השאלות היו על פי סולם ליקרט של 1-7. לצורך הניתוח אוחדו השאלות על הפעילות הגופנית למשתנה אחד, הכולל בתוכו גם תדירות וגם עוצמה של פעילות גופנית, שנקרא "פעילות גופנית" (אלפא קרונבאך = 0.921). כמו כן חולקה הפעילות הגופנית לשלוש קטגוריות: לא פעיל – מי שקיבל במשתנה פעילות גופנית ציון של 1-3.25; פעיל – מי שקיבל במשתנה פעילות גופנית ציון של 3.5-4.25; פעיל מאוד – מי שקיבל במשתנה פעילות גופנית ציון של 4.5 ומעלה. החלק השלישי של השאלון כלל עשר שאלות בנושא רווחה נפשית. השאלון פותח במקור בידי Veit ו־Ware (16), ותוקף במחקרם של פלוריאן ודרורי (17) אומדן מהימנות אלפא של קרונבאך = 0.96. החלק הרביעי של השאלון כלל שאלות בנושא של איכות שינה. זהו שאלון מקוצר להערכת איכות השינה (Mini Sleep Questionnaire – MSQ). הגרסה העברית הוצגה בידי זומר ושותפיו (18), והיא כוללת עשר שאלות הניתנות למילוי עצמי. התשובות ניתנות בסולם ליקרט של 1-7; 1 מייצג "אף פעם", ו־7 מייצג "תמיד". בשאלון זה הנבדק מתבקש לסמן את התשובה המתאימה ביותר לשכיחות התופעה המתוארת בשאלה. ממוצע של כל התשובות הנותן ערך של 1-2.4 נחשב לשינה טובה, וממוצע של 2.5-2.7 מבטא חשד להפרעת שינה קלה; ממוצע של 2.8-3 של כל השאלות נחשב להפרעת שינה בינונית, וממוצע של 3.1 ומעלה מבטא חשד להפרעת שינה חמורה.

מהלך המחקר: בשבוע השלישי והרביעי של סמסטר א נכנסו החוקרים אל הכיתות והסבירו את מטרות המחקר. לסטודנטים נשלח לינק למילוי השאלון באמצעות google forms, והם התבקשו למלא את השאלון ולחתום על טופס הסכמה מדעת במהלך השיעור. השאלון היה אנונימי, ואין לחוקרים כל דרך לדעת מי מילא את השאלון ומי לא. המחקר קיבל אישור מוועדת האתיקה של המכללה.

ניתוח סטטיסטי: נערך מבחן T-test בלתי־תלוי למציאת ההבדלים שבין סטודנטים לחינוך גופני לסטודנטים אחרים בפעילות גופנית, ברווחה ובאיכות שינה. נעשה מתאם פירסון למציאת הקשר שבין פעילות גופנית, רווחה נפשית ואיכות שינה. נעשתה רגרסיה ליניארית לצורך ניבוי איכות השינה על סמך המשתנים רווחה, פעילות גופנית ומשתני רקע נוספים.

תוצאות

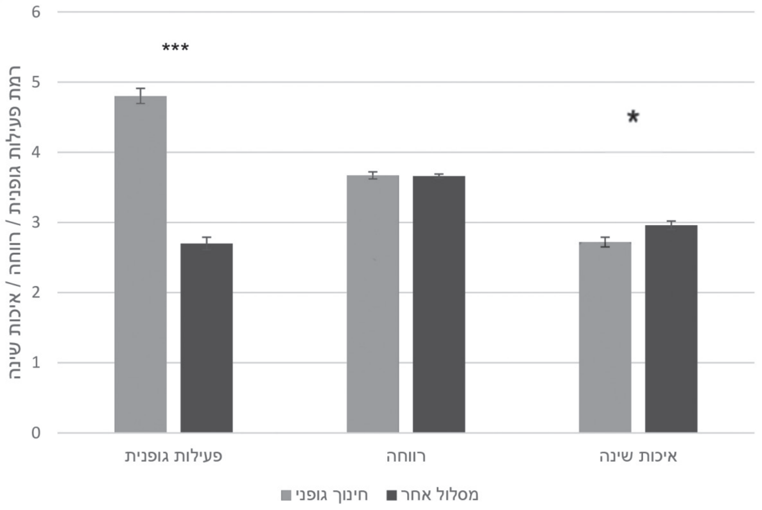
השערת המחקר הייתה, כי סטודנטים לחינוך גופני מבצעים פעילות גופנית רבה יותר מסטודנטים מתחומים אחרים וכי איכות השינה והרווחה שלהם תהיה טובה יותר. בהתאם להשערה, אפשר לראות בטבלה 1 כי רמת הפעילות הגופנית של הסטודנטים לחינוך גופני גבוהה יותר. רמת הפעילות הגופנית של הסטודנטים חולקה לשלוש רמות – לא פעילים, פעילים ופעילים מאוד. אפשר לראות כי 49% מכלל הסטודנטים אינם פעילים, אך רק 12.3% מן הסטודנטים לחינוך גופני נמצאים בקטגוריית הלא פעילים, לעומת 69.2% מן הסטודנטים מתחומים אחרים. בקטגוריית הפעילים מאוד נמצאים 62.3% מן הסטודנטים לחינוך גופני, ורק 11.8% מן הסטודנטים מתחומים אחרים.

כדי לבדוק את ההבדל בין סטודנטים לחינוך גופני לבין סטודנטים מתחומים אחרים, נערך מבחן T-test בלתי־תלוי לבדיקת ההבדלים ברמת הפעילות הגופנית, הרווחה ואיכות השינה בין שתי הקבוצות. כל המשתנים נמדדו לפי סולם ליקרט של 1-7. כצפוי, אפשר לראות כי הסטודנטים לחינוך גופני אכן מבצעים יותר פעילות גופנית מאשר סטודנטים

טבלה 1: **שכיחות הפעילות הגופנית בקרב הסטודנטים (באחוזים)**

	כלל הסטודנטים	סטודנטים לחינוך גופני	סטודנטים מתחומים אחרים
לא פעיל	49	12.3	69.2
פעיל	21.3	25.4	19
פעיל מאוד	29.7	62.3	11.8

גרף 1: פעילות גופנית, רמת רווחה ואיכות השינה של סטודנטים לחינוך גופני לעומת סטודנטים ממסלולים אחרים



נערך מבחן T-test בלתי־תלוי לבדיקת ההבדלים ברמת הפעילות הגופנית, הרווחה ואיכות השינה בין שתי הקבוצות (*p<0.05, ***p<0.001).

ממסלולים אחרים. רמת הפעילות הגופנית של הסטודנטים לחינוך גופני עמדה על 4.76±1.3, בעוד שרמת הפעילות הגופנית אצל סטודנטים מתחומים אחרים עמדה על 2.68±1.4 (p<0.001). לא נמצא הבדל ברמת הרווחה (רמת הרווחה של הסטודנטים לחינוך גופני עמדה על 3.7±0.6, וגם רמת הרווחה של סטודנטים מתוכניות אחרות עמדה על 3.7±0.6), אך איכות השינה של הסטודנטים לחינוך גופני הייתה טובה יותר מזו של סטודנטים מתחומים אחרים. על פי דיווחיהם של הסטודנטים לחינוך גופני, איכות השינה שלהם הוערכה בציון של 2.7±0.9, בעוד שאיכות השינה של סטודנטים מתחומים אחרים הייתה 3.0±1.0, p<0.05 (ערך נמוך יותר של איכות שינה מצביע על איכות שינה טובה יותר). אפשר לראות את הנתונים בגרף 1 להלן.

לבדיקת הקשר שבין פעילות גופנית, איכות שינה ורווחה נעשה מתאם פירסון. אפשר לראות על פי התוצאות המוצגות בטבלה 2, שישנו קשר בין פעילות גופנית לאיכות שינה, כלומר ככל שרמת הפעילות הגופנית גבוהה יותר כך איכות השינה משתפרת (התוצאה שבטבלה היא שלילית, מפני שככל שהציון של איכות השינה נמוך יותר, כך איכות השינה טובה). כמו כן נמצא קשר חיובי בין איכות שינה לרווחה, כלומר ככל שאיכות השינה גבוהה יותר כך הרווחה עולה. לא נמצא קשר בין פעילות גופנית לרווחה (טבלה 2).

בדיקה של ניבוי איכות השינה באמצעות פעילות גופנית נעשתה באמצעות רגרסיה ליניארית (טבלה 3). נמצא, כי פעילות גופנית לחוד בפיקוח על רווחה, ורווחה בפיקוח על פעילות גופנית מנבאים את איכות השינה, וכי אפקט ההשפעה של רווחה גדול יותר. שניהם מסבירים 12.5% מהשונות המוסברת של איכות השינה. בהוספה של משתני פיקוח במודל הרגרסיה הליניארית כמו גיל, שנת לימודים ועוד, עדיין יש גם לרווחה וגם לפעילות גופנית השפעה על איכות השינה בשונות מוסברת של 17.6% (התוצאות אינן מוצגות עקב הדמיון למודל הראשון).

טבלה 2: מקדמי מתאם פירסון בין פעילות גופנית, רווחה ואיכות שינה

	2. רווחה	3. איכות שינה
1. פעילות גופנית	0.046	-0.137**
2. רווחה	–	-0.316**
3. איכות שינה		–

(**p<0.01)

טבלה 3: ניתוח רגרסיה ליניארית לניבוי של איכות השינה על פי פעילות גופנית ורווחה

	b	β
פעילות גופנית	-0.069*	-0.123
רווחה	-0.528***	-0.32
קבוע	5.042***	
שונות מוסברת (R^2)	12.5%	

(*p<0.05, ***p<0.001)

דיון

ידוע שאיכות שינה ירודה משפיעה על איכות החיים של הסטודנט. אך בחיי סטודנט, העובר שינויים רבים, גורמים רבים יכולים להשפיע על מצב השינה שלו. אחד הגורמים הללו הוא מידת הפעילות הגופנית. מחקרים רבים מקשרים בין מידת הפעילות הגופנית ואיכות השינה, אשר עולה כאשר האדם הוא פעיל יותר (19). השינוי באורח החיים מקשה על הסטודנטים לשמר אורח חיים פעיל וספורטיבי. הקשר שבין מסלול הלימודים, מידת הפעילות הגופנית ואיכות השינה לא נבחן בעבר.

מטרת מחקר זה הייתה להשוות בין איכות השינה של סטודנטים לחינוך גופני לסטודנטים במסלולי לימוד אחרים. עד היום מרבית המחקרים שנערכו בנושא איכות השינה לא התמקדו בסטודנטים ובבחירת מסלול הלימוד שלהם. מחקר זה מתמקד באוכלוסייה זו, ומצטרף לקבוצה קטנה של מחקרים שנערכו בנושא. תוצאות המחקר מראות בצורה מובהקת, כי איכות השינה של סטודנטים לחינוך גופני טובה יותר מאיכות השינה של שאר הסטודנטים (גרף 1).

סטודנטים הם אנשים צעירים ברובם, אשר מתחילים פרק חדש בחייהם המביא עימו שינויים רבים באורח החיים. הכניסה לחיים הסטודנטיאליים מלווה באתגרים פסיכולוגיים רבים, כגון לחץ אקדמי, סדר יום עמוס ועוד. מציאות זו מובילה לעיתים את הסטודנטים למצבי תסכול, שאינם מאפשרים להם להתמודד בצורה מיטבית עם השינוי באורח חייהם, מה שמשליך על עתידם האקדמי (20). אחד השינויים המיידיים באיכות החיים של הסטודנטים הוא ירידה באיכות השינה שלהם. ירידה זו נקשרת ישירות למצב נפשי, וישנם מחקרים המצביעים על כך שבריאות נפשית שאינה מיטבית היא אינדיקטור לאיכות שינה ירודה. זאת ועוד, כאשר נבדקו מצבם הנפשי של הסטודנטים ואיכות השינה שלהם נמצא קשר ישיר בין השניים – כלומר סטודנטים שמצבם הנפשי אינו מיטבי, גם איכות שנתם ירודה יותר (21). אחת הדרכים לשיפור מצב נפשי היא פעילות גופנית, הידועה ביעילותה בהתמודדות עם לחצים ועם חרדות וכן בשיפור מצב הרוח. פעילות גופנית מוצעת גם כפתרון לשיפור באיכות שינה, ונמצא קשר ישיר בין פעילות גופנית ואיכות שינה; כלומר, אדם העוסק בפעילות גופנית איכות שנתו טובה יותר. כאשר נבדקו איכות שינה, מצב נפשי ופעילות גופנית, נמצא קשר ישיר בין שלושת הגורמים הללו, כך שפעילות גופנית יכולה לשפר את איכות השינה וכפועל יוצא גם את המצב הנפשי ואת איכות החיים (22).

שלושת הגורמים – פעילות גופנית, איכות שינה ורווחה – משפיעים זה על זה, ולא ניתן לקבוע מהו הגורם המשפיע ביותר. עד היום לא נבדק ישירות הקשר שבין איכות השינה למסלול הלימוד שבחר הסטודנט. במחקר הנוכחי נבדקה איכות השינה של סטודנטים הלומדים חינוך גופני בהשוואה לסטודנטים במסלולי לימוד אחרים, מתוך הנחה כי רמת הפעילות הגופנית של סטודנטים הלומדים חינוך גופני תהיה גבוהה יותר בהשוואה לסטודנטים האחרים, שאינם מבצעים פעילות גופנית במסגרת שעות הלימודים שלהם. עם זאת חשוב לציין, כי השינוי באורח החיים עקב התחלת הלימודים האקדמיים משותף לכל הסטודנטים. אפשר לראות, כי אכן 62.3% מן הסטודנטים לחינוך גופני מבצעים פעילות גופנית ברמה גבוהה מאוד (תדירות + עצימות מעל 4.5 פעמים בשבוע), בעוד שרק 11.8% מן הסטודנטים מתחומים אחרים מבצעים פעילות גופנית ברמה גבוהה מאוד. לעומת זאת, רק 12.3% מן הסטודנטים לחינוך גופני מבצעים פעילות גופנית מינימלית המוגדרת כ"לא פעיל" (תדירות + עצימות מתחת ל־3 פעמים בשבוע), בעוד ש־69.2% מן הסטודנטים מתחומים אחרים נמצאו בקטגוריה של "לא פעילים".

מחקר זה לא בדק מדוע רמת הפעילות הגופנית של הסטודנטים לחינוך גופני גבוהה יותר, אך פעילות גופנית ברמה גבוהה יותר של הסטודנטים לחינוך גופני יכולה לנבוע משני גורמים: הגורם האחד הוא, שתוכנית הלימודים של הסטודנטים לחינוך גופני מחייבת אותם לעסוק בפעילות גופנית במסגרת הקורסים שהם לומדים; הגורם האחר הוא הסיבה שבגינה ייתכן שהם בחרו מלכתחילה ללמוד את מקצוע החינוך הגופני – נטיית ליבם של הסטודנטים ואהבתם לספורט. כאשר נבדקה איכות השינה של הסטודנטים לחינוך גופני לעומת סטודנטים מתחומים אחרים, נמצא כי איכות השינה של הסטודנטים לחינוך גופני טובה יותר מזו של הסטודנטים האחרים (גרף 1). ממצא זה הוא בהתאמה למחקרים רבים אחרים המראים קשר בין פעילות גופנית ושינה. Reid ועמיתיו הראו, כי פעילות גופנית אירובית מתונה שבוצעה במשך שישה שבועות שיפרה את איכות השינה אצל אנשים מבוגרים, וכי גם איכות החיים ומצב הרוח השתפרו (23). מחקר אחר מצא קשר ישיר בין פעילות גופנית אצל בני הגיל השלישי ובין שיפור באיכות השינה (המחקר נערך בקרב מבוגרים כבני 78 שהתבקשו לבצע פעילות גופנית במשך חצי שנה). בסיום המחקר נמצאה עלייה של כ־38% באיכות השינה (24). Lin ועמיתיו הראו קשר דו־כיווני בין איכות שינה ופעילות גופנית אצל ילדים מ־12 מדינות בכמה אזורים גיאוגרפיים עיקריים בעולם, כגון אירופה, אפריקה, אמריקה, ואסיה, שלפיו ילדים פעילים ישנים שינה טובה יותר (25).

מחקר נוסף שנערך ברומניה מצא, כי פעילות גופנית יכולה להיות כלי מצוין שיכול לשפר את איכות השינה של הסטודנטים. במחקר נמצא קשר ישיר בין עוצמת הפעילות הגופנית ובין איכות השינה של הסטודנטים הלומדים באותה

הפקולטה (26). כמו כן נמצא, כי אנשים שמבצעים פעילות גופנית באינטנסיביות בינונית עד עצימה מתעוררים פחות בלילה, נרדמים מהר יותר ומדווחים על איכות שינה טובה יותר (19).

ההשערות מדוע איכות השינה טובה יותר אצל אנשים שמבצעים פעילות גופנית הן רבות ומגוונות. חלק ממטרות או ממהות השינה היא לשמר אנרגיה, לבנות ולשקם רקמות ולהוריד את טמפרטורת הגוף. פעילות גופנית מדללת את מחסני האנרגיה של הגוף, גורמת לפירוק רקמות ומעלה את טמפרטורת הגוף; לכן השערה אחת היא, כי לאחר פעילות גופנית השינה תהיה איכותית יותר על מנת לטפל בשינויים הגופניים הללו. השערה נוספת היא, כי ייתכן שאנשים שמבצעים פעילות גופנית מרובה גם מקפידים יותר על אורח חיים בריא ועל התנהגות בריאותית טובה יותר, כמו הגבלה של עישון, צריכה נמוכה יותר של אלכוהול, של קפאין ועוד, ולכן איכות השינה שלהם תהיה טובה יותר (27).

הקושי האובייקטיבי של הסטודנטים להתמודד עם השינוי שחל באורח החיים שלהם יכול לגרום לבעיות נפשיות מסוגים שונים. מחקרים הראו, כי ישנם מוסדות אקדמיים בעולם שבהם שיעור הדיווח על סימפטומים דיכאוניים בקרב סטודנטים מגיע ל־50% (28). לעומת זאת, מחקרים אחרים מראים שפעילות גופנית משפרת את מצבו הנפשי של האדם (29). ישנם מצבים בריאותיים, שבהם פעילות גופנית היא טיפול משלים לרפואה הקונבנציונלית בניסיון לטפל במצבים נפשיים שונים (30). בהתאמה לכך, אפשר לראות על פי טבלה 2, כי נמצא קשר חיובי בין איכות שינה לפעילות גופנית כמו גם בין איכות שינה לרווחה. כלומר, ככל שרמת הפעילות הגופנית של הסטודנטים גבוהה יותר כך איכות השינה עולה, וככל שהרווחה גבוהה יותר כך איכות השינה תעלה. כמו כן, ברגרסיה ליניארית נמצא, כי גם פעילות גופנית וגם רווחה משפיעות על איכות שינה ומסבירות 12.5% מן הסיבות לאיכות שינה טובה יותר (טבלה 3). בפיקוח על משתנים נוספים כמו שנת לימודים וגיל, פעילות גופנית ורווחה עדיין ניבאו את איכות השינה ב־17.6% (לא הוצג בתוצאות).

מגבלות המחקר

המחקר נערך על מספר קטן יחסית של סטודנטים, וייתכן שבמדגם גדול יותר היה מתקבל הבדל ניכר בין הקבוצות בתחום הרווחה. כמו כן, אחוז גדול מן הסטודנטים היו נשים, ולכן יש צורך לבדוק אוכלוסייה גדולה יותר של גברים. זאת ועוד, מחקר זה מבוסס על דיווח עצמי ולא על בדיקות אובייקטיביות שנערכות בידי החוקרים. במחקר המשכי ניתן לבדוק משתנים נוספים שיכולים להשפיע על איכות השינה, כגון משקל, BMI, מוטיבציה, רמת חרדה, בעיות בריאות נלוות ועוד.

מסקנות

פעילות גופנית נמצאה כמקדמת את בריאותם של הסטודנטים. ככל שרמת הפעילות הגופנית גבוהה יותר, כך איכות השינה טובה יותר. סטודנטים לחינוך גופני ישנים טוב יותר מסטודנטים במסלולי לימוד אחרים. על פי תוצאות המחקר, המעידות על איכות שינה טובה יותר אצל סטודנטים לחינוך גופני, מומלץ במסגרת שעות הלימוד באקדמיה ובמסגרת קורסי החובה של הסטודנט לחייבו להשתתף בשני קורסים של פעילות גופנית לפחות. השתתפות זו עשויה להשפיע לטובה על איכות השינה של הסטודנט, לשפר את הישגיו האקדמיים ולקדם את בריאותו.

מקורות

1. Schlarb A, Bihlmaier I, Hatzinger M, Gulewitsch M, Schwerdtle B. Nightmares and associations with sleep quality and self-efficacy among university students. J Sleep Disord Manag. 2016; 1:2.
2. Buboltz WC, Brown F, Soper B. Sleep habits and patterns of college students: a preliminary study. J Am Coll Health. 2001 Nov; 50(3):131-5.
3. Abdel-Khalek AM. Prevalence rates of reported nightmares in a cross-sectional sample of Kuwaiti children, adolescents, undergraduates, and employees. Sleep Hypn. 2010; 12:13-22.
4. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L,et al. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. Sleep Health. 2015 Dec; 1(4):233-43.
5. Colten HR, Altevogt BM. Sleep disorders and sleep deprivation: an unmet public health problem. Washington, DC: National Academies Press; 2006.
6. Durmer JS, Dinges DF. Neurocognitive consequences of sleep deprivation. Semin Neurol. 2005 Mar; 25(1):117-29.
7. Chokroverty S. Overview of sleep & sleep disorders. Indian J Med Res. 2010 Feb; 131:126-40.
8. World Health Organization. Fact sheet: physical activity [Internet]. 2020 Nov 26 [cited_01.2020_]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity
9. Verburgh L, Königs M, Scherder EJ, Oosterlaan J. Physical exercise and executive functions in preadolescent children, adolescents and young adults: a meta-analysis. Br J Sports Med. 2014 Jun; 48(12):973-9.
10. Diener E. Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. Am Psychol. 2000 Jan; 55(1):34-43.
11. Rejeski WJ, Shelton B, Miller M, Dunn AL, King AC, Sallis J F. Mediators of increased physical activity and change in subjective well-being: results from the Activity Counseling Trial (ACT). J Health Psychol. 2001 Mar; 6(2):159-68.
12. Gaultney JF. The prevalence of sleep disorders in college students: impact on academic performance. J Am Coll Health. 2010; 59(2):91-7.

13. Tong Y, Song S. A study on general self-efficacy and subjective well-being of low SES-college students in a chinese university. Coll Stud J. 2004; 38(4):637-42.
14. Hallgren M, Nguyen TT, Owen N, Stubbs B, Vancampfort D, Lundin A, et al. Cross-sectional and prospective relationships of passive and mentally active sedentary behaviours and physical activity with depression. Br J Psychiatry [Internet]. 2019 [cited_01.2020]; 217(2):413-19. Available from: https://doi.org/10.1192/bjp.2019.60
15. הראל-פיש י׳, רייז י׳, שטיינמץ נ׳, לובל ש׳, וולש ס׳, בוניאל-נסים מ׳ ואח׳. פעילות גופנית וספורט בקרב בני נוער בישראל, ממצאי הסקר הארצי הראשון. רמת גן: אוניברסיטת בר־אילן, בית הספר לחינוך, תכנית המחקר הבינלאומי על רווחתם ובריאותם של בני נוער; **2016.**
16. Veit C, Ware JJ. (1983). The structure of psychological distress and wellbeing in general populations. J Consult Clin Psychol. 1983 Oct; 51(5):730-42.
17. פלוריאן י׳, דרורי ו׳. שאלון הבריאות הנפשית (MHI) תכונות פסיכומטריות ונתונים נורמטיביים באוכלוסייה הישראלית. פסיכולוגיה. **1990; ב(1): 26-35.**
18. Zomer J, Peled R, Rubin A, Lavie P. (1985). Mini Sleep Questionnaire (MSQ) for screening large populations for EDS complaints in sleep 1984. In: Koella W, Ruther E, Schulz H, editors. Sleep 1984. New York: Gustav Fischer Verlag; 1985:467-70.
19. Podhorecka M, Cytarska M, Gebka D, Perkowski R, Androsiuk-Perkowska J, Jaroch A, et al. Can physical activity influence the quality of sleep among the elderly? J Educ Health Sport. 2017; 7(12):288-305.
20. Dinis J, Bragança M. Quality of sleep and depression in college students: a systematic review. Sleep Sci. 2018 Jul-Aug; 11(4):290-301.
21. Kenney S, Lac A, Labrie J, Hummer J, Pham A. Mental health, sleep quality, drinking motives, and alcohol-related consequences: a path-analytic model. J Stud Alcohol Drugs. 2013; 74(6):841-51.
22. Ghrouz A, Noohu M, Dilshad Manzar M, Warren Spence D, BaHammam A, Pandi-Perumal S. Physical activity and sleep quality in relation to mental health among college students. Sleep Breath. 2019 Jun; 23(2):627-634.
23. Reid K, Baron K, Brandon L, Naylor E, Wolfe L, Pyllis Z. Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adults with insomnia. Sleep Med. 2010 Oct; 11(9):934-40.
24. Ferris L, Williams J, Shen C, O’Keefe K, Hale K. Resistance training improves sleep quality in older adults a pilot study. J Sports Sci Med. 2005 Sep; 4(3):354-60.
25. Lin Y, Tremblay M, Katzmarzyk P, Fogelholm M, Hu G, Lambert E, et al. Temporal and bi-directional associations between sleep duration and physical activity/sedentary time in children: an international comparison. Prev Med. 2018 Jun; 111:436-41.
26. Bădicu G. Physical activity and sleep quality in students of the faculty of physical education and sport of Brașov, Romania. Sustainability. 2018 Jul;10(7):2410.
27. Shawn D. Effects of exercise on sleep. Clin Sports Med. 2005 Apr; 24(2):355-65.
28. Lemma S, Gelaye B, Berhane Y, Worku A, Williams M. Sleep quality and its psychological correlates among university students in Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2012 Dec 28; 12:237.
29. Daskalopoulou C, Stubbs B, Kralj C, Koukounari A, Prince M, Prina A. Physical activity and healthy ageing: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. Ageing Res Rev. 2017 Sep; 38:6-17.
30. Rosenbaum S, Curtis J, Sherrington C, Ward P, Tiedemann A. Physical activity interventions for people with mental illness. J Clin Psychiatry, 2014 Sep; 75(9):964-74.

ספורט ופעילות שטח (Out Door Training – O.D.T.) ככלי טיפולי בילדים ונוער בסיכון

רולי חדש[1], יובל חלד[1], דני מורן[2], גילי יוסף[1]

[1] הפקולטה למדעים, מכללת סמינר הקיבוצים

[2] המחלקה לניהול מערכות בריאות, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון

תקציר

רקע: עבריינות ואלימות של בני נוער היא בעיה חברתית המעוררת עניין ציבורי רב. תוכניות רבות פותחו על מנת לקדם את מצבם של נערים בסיכון. אחד הכלים החשובים הוא הפעלה של הנוער בפעילויות ספורט.

מטרת המחקר: להעריך את הצלחתה ואת השפעתה של תוכנית התערבות ייחודית – "מסלול חדש" – המורכבת מפעילות גופנית בשילוב O.D.T. (Out Door Training), על תפקודיהם של תלמידים ובני נוער בסיכון הלומדים בכיתות חינוך מיוחד בחטיבות ביניים ובתיכונים בישראל.

שיטות המחקר: סוג המחקר: המחקר הוא מחקר אורך התערבותי, המשלב מחקר כמותי ואיכותני. אוכלוסיית המחקר: במחקר השתתפו 166 תלמידים מחטיבות ביניים ומתיכונים בכיתות ז-יא – 126 תלמידים בקבוצת הניסוי ו־40 תלמידים בקבוצת הביקורת. מהלך המחקר: בתום הפעלת תוכנית פעילות גופנית (O.D.T.) מולא שאלון מקוון בידי מחנכי הכיתות, אשר בחן את השינוי שחל לדעתם בתחום הרגשי, ההתנהגותי והלימודי של תלמידיהם.

ממצאי המחקר: נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת, הן בתחום ההתנהגותי והן בתחום החברתי. ביעד שיפור ההישגים הלימודיים נמצא הבדל חיובי מובהק בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת. כמו כן, נמצא קשר חיובי־גבוה בין השתתפות אישית של המורה המלווה בתוכנית למידת השינוי החיובי שחל בתלמידים בתחום ההתנהגות ורמת ההקשבה והריכוז.

דיון ומסקנות: תוכנית ההתערבות "מסלול חדש", המשלבת פעילות ספורט בשטח הוכחה כיעילה ומשפרת את המוטיבציה האישית של התלמידים, מעלה את הביטחון העצמי, מפחיתה התנהגויות שליליות בבית הספר ומשפיעה על רמת הלמידה וההישגיים הלימודיים. לפיכך מן הראוי לשלבה בתוכנית הלימודים הסדירה של בתי הספר.

מילות מפתח: **נוער בסיכון, תוכניות חינוכיות, פעילות אתגרית, O.D.T., ספורט ככלי טיפולי**

רקע

"נוער בסיכון": ההגדרות

ההגדרה המקובלת היום של נוער בסיכון היא: "ילדים, בני נוער ומתבגרים אשר מתמודדים עם קשיים חברתיים ובעיקר עם השתלבות חברתית נורמטיבית" (1). בשנים האחרונות המושג "נוער בסיכון" מתייחס גם לאוכלוסיות של בני נוער שנמצאות או שעלולות להימצא במצבים של סיכון פיזי, נפשי וחברתי. רזניק וברט (2) כוללים בהגדרה של נוער בסיכון כמה נושאים חברתיים, כגון נוער הנושר ממערכת החינוך או נוער הנושר מהסביבה התעסוקתית, וכן נושאים סובייקטיביים כמו המצוקה האישית של הילדים והמצוקה המשפחתית.

בשנת 2008 אימצה ממשלת ישראל הגדרה אחידה לילדים ונוער בסיכון. ההגדרה גובשה בוועדה הציבורית לבדיקת מצבם של ילדים ובני נוער בסיכון בראשותו של פרופ' הלל שמיד (3), והיא מבוססת על "האמנה לזכויות הילד" ועל ההגדרות

המקובלות בספרות המקצועית. על פי ההגדרה, ילדים ונוער בסיכון חיים במצבים המסכנים אותם במסגרת משפחתם ובסביבתם, ועקב מצבים אלו נפגעת יכולתם לממש את זכויותיהם בתחומים הבאים: קיום פיזי, השתייכות למשפחה וטיפול בילד, בריאות והתפתחות, רווחה ובריאות רגשית, למידה ורכישת מיומנויות, השתייכות והשתלבות חברתית, ביטחון פיזי והגנה מפני התנהגויות מסכנות חיים שלהם עצמם. כל אלה מביאים את חלקם לחוסר תפקוד במערכת החינוך ולנשירה ממנה, וכן למעורבות בפעילות עבריינית ולהתמכרויות לסמים ולאלכוהול (4).

עבריינות נוער ודרכי ההתמודדות עימה

אחד ממכשירי ההתערבות הבולטים היום בטיפול בנוער בסיכון, המופיע במספר לא קטן של מחקרים (6,5), הוא השילוב של הנוער העברייני בפעילויות ספורט. פעילויות אלה נתפסות כבעלות פוטנציאל לפתח בקרב הנוער עמדות חיוביות, מיומנויות חברתיות וערכים על מנת שישתלב שוב במסגרות של השכלה ושל חברה. במחקרים שמצאו קשר חיובי בין עיסוק בספורט לצמצום העבריינות בקרב הנוער נמצא, שאחד הגורמים להשפעות החיוביות על בני נוער העוסקים בספורט הוא צמצום משך הזמן של פעילויות הפנאי הלא מבוקרות והלא מפוקחות, שמביאות לתחושות שעמום ובטלה וגוררות את הנוער לאלימות, לעבריינות, לסמים ולאלכוהול. כמו כן, הספורט משפר את הביטחון העצמי, את האמון בעצמי, את תחושת הערך ואת המיומנויות של פתרון בעיות, מעודד שיתוף פעולה עם חברים ביום יום ובעבודה, שילוב בעבודת צוות ופיתוח כישורים חברתיים נוספים. שיפורים אלה יכולים להשפיע ישירות על גורמי הסיכון ההתנהגותיים ולצמצם את ההתנהגות האנטי־חברתית (6,5).

תיאוריות מתחום הקרימינולוגיה והקשרן לתוכניות ספורט ופנאי למניעת פשיעה

מרבית תוכניות הספורט השונות בארץ ובעולם נשענות על כמה תיאוריות מתחום המחקר הקרימינולוגי שמנסות לחבר את המענה שפעילות הספורט עשויה לתת לצורכי החברה. אחת התיאוריות העיקריות שעליה מתבססות מרבית התוכניות היא התיאוריה של הרשי (7).

התיאוריה של הרשי (Travis Hirschi) – "תיאוריית הקשר החברתי"

מומחי ספורט רבים נסמכים על התיאוריה של הרשי, "תיאוריית הקשר החברתי" (7), כדי לנבא את התוצאות ההתפתחותיות של בני הנוער הפעילים בספורט ואת מעורבותם בפעילות עבריינית (9,8). "תיאוריית הרשי" מבוססת בין היתר על ההנחה, כי "סטייה חברתית נוצרת כאשר הלחץ לכיוון הפרת החוק חזק יותר מהגורמים המעודדים שמירה על החוק". מחקרו של הרשי בחן את המודל על 4,000 בני נוער וסטודנטים בארצות הברית, ואלו ממצאיו: בני נוער שהיו קשורים להוריהם ולמשפחה לא נטו לפתח התנהגות עבריינית; מחויבות לערכים מקובלים (כמו רצון להצליח בלימודים או הימנעות משתיית אלכוהול) הגדירו התנהגות מקובלת חברתית; נערים שהיו מעורבים בפעילויות נורמטיביות היו פנויים פחות לפעילויות עברייניות; נערים שלא שמרו על קשר קרוב עם מערכות חברתיות נורמטיביות נטו יותר לעבריינות. הרשי טוען, שככל שהפיקוח החברתי יהיה יעיל יותר, כך מידת הפרת החוק תפחת. על מנת שהפיקוח יהיה יעיל חייבים להתקיים כמה מרכיבים הקשורים בקשר לינארי שלילי לעבריינות. על פי התיאוריה של הרשי, למצב של "אי־הפרת החוק" ישנם ארבעה מרכיבים:

1. **מעורבות** (involvement) – הרגשת שייכות לקבוצה ומעורבות בפעולותיה חייבת להיות הדדית ושיתופית, כחלק מן הדינמיקה של הקבוצה. מעורבות בפעילויות נורמטיביות אינה מותירה פנאי להתנהגות שאינה נורמטיבית (כלומר לפעילות עבריינית).
2. **מחויבות** (commitment) – בין היחיד לקבוצה חייב להיווצר קשר שהוא הבסיס ליצירת מחויבות לקבוצה, לחבריה ולמטרותיה. אדם לא יפגע במקום שאליו הוא חש מחויבות ואחריות, ולהפך – היעדר מחויבות לערכים נורמטיביים הוא שפותח פתח להתנהגות עבריינית.
3. **התחברות** (attachment) – ככל שהאדם מפתח קשר חזק ואכפתי עם אחרים בסביבתו, הוא ייטה לקונפורמיות, יקבל על עצמו נורמות חברתיות ולא יפר אותן; ככל שתחושת השייכות לקבוצה חזקה יותר, הוא ישתדל לעמוד בציפיותיה ממנו.
4. **אמון ואמונה** (beliefs) – אדם לא יפגע בקבוצה שהוא מאמין בה ובערכיה ובכללים ובחוקים המקיימים אותה. ככל שהאמונה בשותפים האחרים לקבוצה ובמטרותיה הנורמטיביות תהיה חזקה יותר, הסיכוי לפעילות עבריינית יהיה נמוך יותר.

קריגר (9) השתמש במחקרו בארבעת המרכיבים של התיאוריה של הרשי כדי להסביר איך פעילות ספורטיבית משפיעה השפעה חיובית על בני נוער: באשר **למעורבות**, הרי לאדם העסוק בפעילות קונבנציונלית ונורמטיבית, כמו בספורט, יהיה פחות זמן לעסוק בפעילויות עברייניות אנטי־חברתיות; באשר לשלושת המרכיבים האחרים של התיאוריה קריגר טוען, שההשתתפות בפעילות ספורטיבית

מגדילה את **המחויבות**, מחזקת את **הקשר** שבין בני הנוער לבין "אחרים בעלי משמעות" כמו אנשי הקבוצה או הצוות (המדריכים והמאמנים), ומחזקת את **האמון** בערכים החברתיים המשותפים של הקבוצה. הפעילות בספורט נשענת על ערכים, על נורמות ועל כללי התנהגות ברורים שהם חלק אינטגרלי מתוכני הספורט, וככאלה הפוטנציאל שלהם להשפיע על צמצום העבריינות של העוסקים בספורט מובן מאליו.

תוכניות מעשיות לטיפול בעבריינות בעזרת ספורט

תוכניות רבות פותחו על מנת לטפל בפעילות אנטי־חברתית בקרב נערים בסיכון ולהפחיתה ולשלבם בחברה (10), והן נשענות על ממצאי המחקרים שבדקו את הקשר שבין פעילויות ספורטיביות לצמצום העבריינות ולהתפתחות העצמית (12,11). מרבית המוסדות, היועצים והמטפלים בנוער בסיכון רואים לפיכך בפעילות ספורט כלי טיפולי יעיל ואטרקטיבי בקרב בני הנוער (13). עם זאת רק מחקרים מעטים ניסו למצוא קשר בין עיסוק בענפי ספורט מסוימים להשפעה על בני נוער. עיקר המחקרים התרכזו בכדורגל ובהיאבקות כענפים הדורשים מגע פיזי ו/או חיבור קבוצתי ותחרותיות, ולכן נמצאו קשורים באופן מובהק דווקא לעידוד התנהגות אלימה. אף שנמצא ברוב המחקרים קשר חיובי בין עיסוק בספורט וצמצום העבריינות, לא נמצא קשר משמעותי בין סוגי הספורט (קבוצתי, אישי, מגע פיזי חלש, "מגע" פיזי חזק, חוסר במגע בכלל) לבין עבריינות נוער. בבדיקת היעילות שבהפעלת תוכניות ספורט בבלימת אלימות בלטו שתי תוכניות מרכזיות שהופעלו בארצות הברית ובבריטניה (16,15,14).

תוכנית "כדורסל של חצות" (Midnight Basketball)

"כדורסל של חצות" (15) היא תוכנית של משחקי כדורסל ליליים לנוער בארצות הברית. תוכנית זו הופעלה במרילנד, בשיקגו ובמילווקי במהלך שנות השמונים והתשעים. התוכנית אומנם זכתה מלכתחילה למשוב חיובי, אך שאלת יעילותה לא הועמדה במבחן מחקרי אמפירי טרם שאומצה וקיבלה תקצוב ממשלתי. כיום התוכנית פועלת בכמה מוקדים עירוניים גדולים (למשל באוקלנד ובטקסס). היא מופעלת בקרב בני נוער בשכונות בעלות אחוזי פשיעה גבוהים. מטרתה היא להפחית את ממדי הפשע באמצעות מתן אלטרנטיבה מושכת לשוטטות ברחוב בשעות הלילה ולהסיט את עניינם של בני הנוער מהפשיעה לקבלת כישורי חיים. ניתוח ראשוני של השפעת תוכנית "כדורסל של חצות" על שיעורי הפשיעה העירונית בארצות הברית גילה, שבערים אשר אימצו את התוכנית ירדו שיעורי הפשיעה מהר יותר מאשר בערים אחרות שבהן לא הופעלה התוכנית, שכן ליגת הכדורסל, אשר שימשה פורקן חיובי עבור הצעירים והנערים, סיפקה אלטרנטיבה לפעילות הרחק מהרחובות.

תוכנית "קיקס" (Kickz) הפועלת ברחבי בריטניה

תוכנית "קיקס" (Kickz) מבוססת על פרויקט כדורגל לנוער בוגר שהחלה לפעול באנגליה בשנת 2006. זהו פרויקט לאומי, הממומן בידי המשטרה וליגת הכדורגל הלאומי (Premier League). הפרויקט מיועד לבני נוער בסיכון בגילאי 12-18 מאזורים מוחלשים, ונועד לנתב אותם להשתלבות חברתית תקינה (16). תוכנית זו, בדומה לתוכנית הקודמת, נועדה אף היא למיגור סמים, פעילות כנופיות ואלימות בקרב הצעירים העירוניים (17). התוכנית מספקת לצעירים תשתית לשחק בקבוצות כדורגל תחת חסות המועדונים הגדולים. הפרויקט, שהחל את דרכו עם ארבעה מועדונים רשמיים בליגה, כולל כיום 39 מועדונים. בשונה מתוכניות אחרות, הוא פועל בצורה סדירה לאורך השנה ומציע שלושה מפגשים לפחות בשבוע. במסגרת התוכנית הצעירים נדרשים להשתתף גם בשיחות עם חונכים ועם מרצים על שאיפות קריירה, על כישורי חיים, על חינוך ועל השלכות השימוש בסמים. על פי ניתוח הממצאים, התוכנית נחלה הצלחה רבה בארבעת הפרמטרים שנבדקו – תחושת הצלחה אישית, חֲברות (סוציאליזציה), קידום אישי וקריירה ויעילות התוכנית במניעת פשע. על פי דוח ההתקדמות של התוכנית לשנת 2009ניכרה ירידה ניכרת באחוזי הפשיעה המיוחסת לנוער באזורי ההפעלה של התוכנית בין השנים 2005-2006 (לפני הטמעת התוכנית) ל־2007-2008 (לאחר הטמעת התוכנית והפעלתה הראשונית).

המחקרים בארצות הברית ובבריטניה הנשענים על הפרויקטים הללו מלמדים, כי להשתתפות בפעילויות ספורט יש ערכים חינוכיים, פסיכולוגיים וחברתיים חיוביים עבור ילדים ובני נוער. בעקבות השתתפותם בפעילויות אלה חל שיפור בדימויים העצמי ובהרגשתם הכללית (18). ממצאי המחקרים מעידים על כך, שמרבית המשתתפים בתוכניות הביעו שביעות רצון וציינו כי התוכנית עזרה להם ושיפרה את איכות חייהם. חלקם אף דיווחו על צמצום בממדי הפשיעה. ממצא זה מחזק את ההשערה, שספורט יכול לשמש כלי טיפולי יעיל עבור קבוצות ילדים ובני נוער, וכי התנאים שהשתתפות בספורט יוצרת פועלים לחיזוק תחושת היכולת העצמית, הערך העצמי והדימוי העצמי ולשיפור האינטראקציה החברתית.

זאת ועוד, מחקרים שבדקו גם את הקשר שבין פעילות ספורט והתרומה להישגים לימודיים ולשיפור הבריאות הפיזית והנפשית (20,19) מצאו בנוגע לילדים ובני נוער המשתתפים ברגיל בפעילויות ספורט, בהשוואה לקבוצות אחרות דומות של ילדים ובני נוער שלא השתתפו בפעילויות הספורט, את הממצאים הבאים: הם קיבלו ציונים טובים יותר

בבית הספר; התנהגותם הייתה טובה יותר בכיתה; הם נשרו פחות ממסגרת בית הספר; היו להם פחות היעדרויות לא מוצדקות; הם צרכו פחות סמים אסורים ואלכוהול. אפשר לראות בממצאי המחקרים חיזוק לתיאוריית "הרשי", הנשענת על ארבעת המדדים לסיכויו של הפרט להימנע מפשיעה: קשר לאחרים, נגישות לאמצעים לגיטימיים, אמונה בנורמות החברה ומעורבות בפעילויות נורמטיביות.

נוער בסיכון בישראל – תמונת מצב

בישראל, על פי הערכה לשנת 2017 (1), כ־14% מתוך כלל הילדים והנערים בישראל הוגדרו כנוער בסיכון, ומספרם של אלו שהיו מוכרים לרווחה בשנת 2018 הגיע ל־405,000 (21). מן הממצאים עולה, כי ילדים ובני נוער רבים הנמצאים בסיכון אינם מוכרים למערכות המטפלות או מטופלים בידיהן. רק פחות ממחצית מן הילדים ומבני הנוער שזוהו בידי אנשי המקצוע מטופלים בידיהם. מרבית הנערים בסיכון חיים בתנאי עוני וחשופים להזנחה, לאלימות ולקשיים כלכליים וחברתיים רבים (4). עפ"י דוח עמותת על"ם (4), מספרם של הילדים המצויים בסיכון ישיר גדל משנת 2000 ביותר מפי שניים. למרות חוק חינוך החובה החל בישראל, מדי שנה נושרים בין 30,000-20,000 ילדים ממסגרות החינוך.

תוכניות הטיפול בנוער בסיכון בישראל

נכון להיום ישנם כמה גורמים המסייעים לנוער בסיכון במגוון רחב של תוכניות סיוע, תמיכה והעצמה, לרבות תוכניות בית ספריות המפוקחות והמבוצעות בידי משרד החינוך, תוכניות מחוץ לבית הספר ותוכניות לא פורמליות בפיקוח שירותי הרווחה של המדינה ושל הרשויות המקומיות. ברשויות המקומיות ובאגפי קידום הנוער מערכת החינוך הפורמלית מציעה כמה תוכניות תמיכה, שייעודן העיקרי הוא לשפר את רמת ההישגים הלימודיים בבתי הספר היסודיים ובחטיבות הביניים. כמו כן, מערכת החינוך מספקת שירותי ייעוץ ותמיכה לתלמידים – ככל שאלו נדרשים – בידי אנשי מקצוע כגון פסיכולוגים חינוכיים, מטפלים רגשיים ואנשי פיקוח כגון קציני ביקור סדיר.

התוכנית הלאומית 360 לילדים ולנוער בסיכון

התוכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון – תוכנית 360, היא תוכנית בין־משרדית המשותפת למשרדי העבודה, הרווחה, החינוך, הבריאות, העלייה והקליטה וביטחון הפנים. את התוכנית מוביל משרד הרווחה, והיא פועלת כיום בכ־180 רשויות מחתך חברתי־כלכלי נמוך ובינוני, שבהן חיים קרוב לשני שלישים מן הילדים ובני הנוער בישראל. התוכנית נשענת על דוח ועדת שמיד משנת 2006 (22,3), ומטרתה היא לשנות את הדרך שבה החברה הישראלית ומדינת ישראל מתמודדות עם ילדים ובני נוער בסיכון, ולשפר את השירותים בקהילה המיועדים להם. מן הנתונים שנאספו בתוכנית עד כה עולה, כי ביישובים שבהם התוכנית מופעלת אותרו 888,260 ילדים ובני נוער בסיכון – כמחציתם אשר לא היו מוכרים לרשויות הרווחה קודם לכן – שסבלו משילוב של קשיים חברתיים, של קשיי הסתגלות ושל בעיות רגשיות.

במסגרת התוכנית ישנן בחלק מן הערים מסגרות מקצועיות־טכנולוגיות בחסות משרד הרווחה ומשרד התעשייה והמסחר, המספקות מענה לילדים ולנוער שעברו ממסגרות החינוך העיוניות או שנשרו ממסגרות אלו. ישנן גם תוכניות מותאמות אישית לבני נוער בסיכון, כגון תוכנית היל"ה, תוכנית שעיקרה השלמת לימודי יסוד ולימודי השכלה הפועלת במסגרת תחום קידום נוער של משרד החינוך. ישנם הבדלים בין השירותים והתוכניות שמשרד החינוך מספק, המתמקדים בעיקר בתחום הלימודי־חברתי, לבין השירותים שמשרד הרווחה מציע, המתמקדים בתחום הטיפולי־רגשי והאישי. למרות זאת, מרבית התוכניות המוצעות הן תוכניות הוליסטיות, הכוללות שיתוף הצוות החינוכי בתוכניות ההתערבות הנערכות בבית הספר, חיזוק הקשר בין התלמידים, בין ההורים והתלמידים, בין התלמידים והצוות החינוכי וכן סיוע לנערים ולילדים בסיכון במגוון רחב של תחומים, לרבות טיפול בצרכים הלימודיים ובצרכים האישיים־חברתיים (23).

תוכנית "מסלול חדש"

תוכנית זו מופעלת כיום במסגרות חינוכיות פורמליות ולא־פורמליות בישראל במסגרת פעילויות חינוך, העצמה והכלה בבית הספר, ומשמשת בסיס למחקר הנוכחי (24). מטרת תוכנית זו היא לחנך, לטפח ולהעצים ילדים ובני נוער מאוכלוסיות מיוחדות באמצעות תוכנית התערבות חינוכית המשלבת תוכנית סדירה של פעילות ספורט ואורח חיים בריא בשטח הפתוח בשיטת O.D.T. (Out Door Training), על מנת ליצור סביבה חינוכית מכילה, תומכת ומעשירה לילדים ובני נוער שזקוקים להעצמה ולתמיכה.

O.D.T. אימון שטח, אימון חוץ־כיתתי: אימון חיצוני הוא אחת משיטות האימון המקובלות בעולם העבודה, שם הוא משמש כלי לפיתוח אישי או להכשרה ולאימון צוותים ויחידים. במערכת החינוך זוהי שיטה חינוכית המיושמת בפעילות גופנית בשטח הפתוח, מחוץ למסגרת הכיתה הפורמלית, המבוססת בעיקר על פעילות המעצימה את החוויה החושית. מטרתה היא לחזק את כושרם הפיזי של התלמידים המתאמנים לצד העצמתם הרגשית, הקוגניטיבית, החברתית והרוחנית. מטרת תוכנית "מסלול חדש", המשלבת O.D.T., היא להביא את המשתתפים למימוש הפוטנציאל האישי והחברתי שלהם, לשפר את המוטיבציה, את תחושת

המסוגלות, את הביטחון העצמי ולחזק את האמון בעצמי. התוכנית מופעלת במסגרת שעות הלימודים כחלק ממערכת השעות בבית הספר, והיא נשענת על שני פנים – הפן הפיזי, המתמקד בשיפור הכושר הגופני, בריצה, באימוני כוח וכדומה, והפן ההתנהגותי־חברתי, המתמקד בשיפור היעדים האישיים של היחיד כשלעצמו ושל היחיד במסגרת הקבוצה. המשתתפים (בני הנוער והסגל החינוכי המלווה) עוברים תהליך פיתוח אישי וחברתי, שבו הם נחשפים לנקודות החוזק והחולשה שלהם ברמה האישית והכיתתית, לדרכים להתמודד עם תסכולים, עם משברים ועם מתחים ולאפשרויות לשפר את המוטיבציה האישית והלימודית שלהם ולממש את הפוטנציאל האישי הטמון בכל אחד ואחת מהם. התוכנית היא הדרגתית, היא מופעלת במשך חמישה חודשים ושיאה בהשתתפות הנערים והנערות ואנשי הסגל החינוכי ב"אירוע שיא" מרכזי ומסכם. האירוע שנבחר הוא מרוץ למרחק של חמישה קילומטרים במסגרות כמו מרתון תל אביב, ירושלים או באר שבע. באירוע משתתפים – כקבוצה אורגנית – התלמידים והצוות שהשתתפו בקבוצת ההתערבות.

מטרת המחקר

מטרת המחקר היא להעריך את הצלחתה ואת השפעתה של תוכנית "מסלול חדש" בקרב תלמידים ונוער בסיכון בחטיבות ביניים ובתיכונים על תפקודיהם החברתיים, הלימודיים והאישיים.

שיטות המחקר

אוכלוסיית המחקר: במחקר השתתפו 166 תלמידים מחטיבות ביניים ותיכונים. 40 תלמידים מתוכם לא עברו את תוכנית "מסלול חדש", ושימשו קבוצת ביקורת. המשתתפים במחקר למדו בכיתות חינוך מיוחד (לאחר שעברו ועדות השמה של הרשות המקומית). בכיתות החינוך המיוחד מספר התלמידים בכיתה הוא נמוך מן הממוצע של מספר התלמידים בכיתות רגילות, ועומד על כ־16 תלמידים בכל כיתה. כל הכיתות הן כיתות הטרוגניות (כיתות המשלבות בנים ובנות) בעלות מאפיינים הומוגניים (מאפיינים של חינוך מיוחד), המוגדרות ככיתות חינוך מיוחד, כיתות מב"ר (מסלול בגרות רגיל), כיתות אומ"ץ (תוכנית למניעת נשירה) וכיתות תל"ם (תנופה לבגרות מלאה). המשותף לכל הכיתות הללו הוא אוכלוסיית תלמידים החווים קשיים לימודיים, פסיכולוגיים, קוגניטיביים והתנהגותיים. טווח הגילאים של הנערים והנערות שהשתתפו במחקר הוא 12-17 – כיתות ז עד יא. קבוצת הביקורת הייתה מורכבת אף היא מתלמידי כיתות הטרוגניות בעלות מאפיינים הדומים למאפייני קבוצת הניסוי, אשר צורפו מאותם בתי ספר (לפחות שתי כיתות מבתי ספר שונים שבהם פועלת התוכנית ושנערך בהם המחקר) אך לא השתתפו בתוכנית ההתערבות, אלא בתוכניות העצמה מגוונות אחרות (העצמה באמצעות כלבים, טיפול בדרמה, העצמה באמצעות פעילויות בים וכן הלאה).

סוג המחקר: המחקר הוא מחקר אורך התערבותי, המשלב חקר כמותי ואיכותני.

כלי המחקר

הפעילות של תוכנית ההתערבות ומרכיביה: מדובר בפעילות גופנית והעצמה בשילוב O.D.T. הנערכת בבית הספר אחת לשבוע כחלק מתוכנית הלימודים. התוכנית נפרסת לאורך כחמישה חודשים (כ־20 מפגשים). בסופה נערך אירוע שיא המסכם את התוכנית, ומשתתפים בו כלל התלמידים ואנשי הצוות המעורבים, לרבות מנהלי בתי הספר ומחנכי הכיתות. משך כל מפגש חד־שבועי הוא כ־90 דקות (שני שיעורים רצופים), והוא משולב במערכת השעות הכיתתית. כל מפגש נחלק לשני חלקים: החלק הראשון מתמקד בהיבט הפיזי, בשיפור כושר גופני אירובי ואנאירובי, בלימוד ובשיפור טכניקת ריצה ובשיפור הידע בתחום אורח חיים בריא; חלקו השני של המפגש מתמקד בהיבט הרגשי־מנטלי בעזרת פעילויות O.D.T.. לאחר כל משימת O.D.T. נערכת שיחת משוב ועיבוד, המאפשרת רפלקציה של ביצועי הפרט והקבוצה. בסוף הפעילות נערכת שיחת סיכום, שבה דנים ביעדי הפעילות ובמסקנות שמעלים חברי הקבוצה.

שאלון חוות דעת מורה/מחנך: השאלון הוא שאלון אינטרנטי אנונימי, הבנוי משאלות סגורות ופתוחות הבוחנות את השינוי שחל לדעתו של מחנך הכיתה עם תום הפרויקט בכל אחד מן התלמידים – בתחום הרגשי, בתחום ההתנהגותי ובתחום הלימודי. המורים סימנו בשאלון ערך מספרי על פי סולם "לייקרט" מ־1 עד 5. השאלון נבנה באופן עצמאי, והותאם למחקר ועבר תיקוף ביחידת ההערכה של מכללת סמינר הקיבוצים. לשאלון התווספו שלוש שאלות פתוחות הבוחנות את השפעת הפרויקט על הכיתה ואת השפעת אירוע השיא על כלל התלמידים, ושלוש שאלות סגורות הבוחנות את הקשר שבין המעורבות וההשתתפות של המורה בפעילות גופנית לבין יחסו לתרומה של פעילות גופנית לתמורות שחלו בתלמידיו. מן התשובות לשאלות הפתוחות רוכזו הנושאים המרכזיים שהעלו המורים בנושא שיפור תפקוד התלמידים והכיתה. סך הכול הוזנו 166 דיווחים של 8 מורים מתוך המדגם.

תהליך המחקר

בתחילת התהליך התקבל אישור מלשכת המדען הראשי של משרד החינוך להעברת שאלוני המחקר למורי התלמידים בחטיבות הביניים שבהן הועברה תוכנית ההתערבות.

העברת השאלונים הייתה מקוונת, ונשלחה למורים כקישור בטלפון. לאחר קבלת הסכמות ממנהלי בתי הספר ומראשי מחלקת החינוך ברשות המקומית נשלחו מכתבים המפרטים את המחקר להורי התלמידים, ורק לאחר אישור ההורים והתלמידים התאפשר להשתתף בו. הובהר לתלמידים ולהורים, כי לבחירת התלמיד להשתתף או שלא להשתתף במחקר לא יהיו השלכות חינוכיות או כל השלכות אחרות. עוד הובהר לתלמיד ולהוריו, שניתן להפסיק את השתתפותו במחקר בכל רגע נתון. במהלך חמישה חודשים (אוקטובר-מרץ 2019-2018) השתתפו התלמידים בתוכנית התערבות חינוכית חד־שבועית במסגרת שעות הלימוד בבית הספר. קבוצת הביקורת לא השתתפה בתוכנית, והמשיכה בשגרת הלימודים הרגילה של בית הספר. בסיום התהליך ולאחר אירוע ה"שיא" שבו השתתפו כל התלמידים והצוות החינוכי של תוכנית ההתערבות, מילאו מחנכות הכיתות את השאלונים האנונימיים שבדקו והעריכו את השינוי בתפקודם של התלמידים במישור האישי, ההתנהגותי והלימודי בעקבות השתתפותם בתוכנית.

משתני המחקר

משתנים בלתי־תלויים:

- **שכבת גיל** – כיתות ז־יא
- **מגדר** – בנים ובנות
- **השתתפות/אי־השתתפות** בתוכנית ההתערבות "מסלול חדש"
- **רמת הפעילות הגופנית של המורה** – עד כמה המורה המלווה את הפרויקט פעיל גופנית בעצמו

משתנים תלויים

משתנים בתחום החברתי־התנהגותי – שינוי בבגרות ובאחריות אישית, שינוי בהתנהגויות שליליות (ירידה בהיקף ההפרעות ושיפור בהתנהגות הכללית של התלמיד), שינוי במצב החברתי (כמות חברים, אינטראקציות חברתיות חדשות).

משתנים בתחום הפדגוגי־חברתי – שינוי ביוזמה אישית, שינוי בהקשבה ובריכוז, שינוי בתחום הלימודים (היעדרויות, הישגים לימודיים).

משתנים בתחום הרגשי־אישי – שינוי במוטיבציה האישית ושינוי בביטחון ובדימוי העצמי.

תפיסתו הכללית של המורה באשר לחשיבות פעילות הספורט משולבת ה־O.D.T. ככלי טיפולי בעל משמעות להעצמת התלמידים.

כל המשתנים הם ממוצעים של תשובת מחנכי התלמידים בסולם של 1-5, שבו 1 מסמן שינוי שלילי ו־5 שינוי משמעותי חיובי.

ניתוח סטטיסטי – במחקר היה שימוש בניתוח מבחן t – למדגמים מזווגים ובמבחן פירסון.

אתיקה – המחקר קיבל אישור של המדען הראשי במשרד החינוך. הורי התלמידים קיבלו מסמך הסכמה מדעת, ומהות המחקר הוסברה לתלמידים ולהוריהם.

ממצאי המחקר

על מנת לבדוק כיצד תוכנית O.D.T. משפיעה על תפקודיהם החברתיים והלימודיים של ילדים ונוער בסיכון נבדק ההבדל בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת בכמה תחומים (שינוי חברתי, התנהגות שלילית, בגרות ואחריות אישית). בטבלה 1 מוצגים ההבדלים שבין קבוצת הביקורת וקבוצת והניסוי לאחר ניתוח מבחן t למדגמים מזווגים; נמצאו הבדלים מובהקים ($p<0.001$) בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת בשלושת התחומים שנבחנו. ההבדל המשמעותי ביותר נמצא במשתנה "בגרות ואחריות אישית" ובמשתנה "מיתון התנהגויות שליליות" (שינוי לאחר מבחן t – 0.9 בממוצע), שבהם נמצא שינוי חיובי בקרב משתתפי תוכנית ההתערבות. כמו כן, מן הממצאים ניתן לראות שיפור קל גם בסטטוס החברתי בקרב משתתפי התוכנית.

טבלה 1: **השוואת מידת השינוי במשתנים חברתיים בין קבוצות המחקר בתחום החברתי בין קבוצת הניסוי והביקורת**

	שינוי חברתי		התנהגויות שליליות		בגרות ואחריות אישית	
	קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת	קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת	קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת
ממוצע	2.29	1.60	1.79	1.13	2.18	1.38
סטיית תקן	1.16	1.08	0.9	1.06	0.90	1.1
ההפרש בממוצע בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת	0.69		0.66		0.80	
p-value	0.01		0.01		0.0001	

טבלה 2: **השוואה של מידת השינוי במשתנים פדגוגיים חברתיים בין קבוצות המחקר**

	שינוי לימודי		הקשבה וריכוז		יוזמה אישית	
	קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת	קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת	קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת
ממוצע	1.87	1.45	1.83	1.18	2.17	1.35
סטיית תקן	1.00	1.30	0.9	1.1	1.06	1.07
ההפרש בממוצע בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת	0.42		0.65		0.82	
p-value	0.01		0.002		<0.0001	

בתחום הפדגוגי־חברתי (טבלה 2) נמצא הבדל בין קבוצת הניסוי שקיבלה את תוכנית ההעצמה לבין קבוצת הביקורת ביעדים "יוזמה אישית", "הקשבה וריכוז" ו"שינוי לימודי". ביעד השינוי הלימודי אפשר לראות הבדל קל בין משתתפי תוכנית ההתערבות, שקיבלו ציון 1.87, לעומת קבוצת הביקורת, שקיבלה ציון 1.45. ביעד ההקשבה והריכוז נמצא הבדל בינוני בין קבוצת הניסוי, שהשיגה ציון 1.83, בהשוואה לקבוצת הביקורת שהשיגה ציון 1.18. ההבדל המשמעותי ביותר נמצא ביעד היוזמה האישית, שבו קבוצת הניסוי השיגה ציון 2.17 לעומת 1.35 של קבוצת הביקורת, ממצא המעיד על שיפור ניכר בהתנהגות התלמידים ועל השינוי האישי־חברתי שחל בהם.

בתחום הרגשי־אישי (טבלה 3) נמצאו הבדלים בין קבוצת הניסוי לבין קבוצת הביקורת ביעדים "מוטיבציה אישית" ו"ביטחון עצמי". אפשר לראות הבדל משמעותי ביעד הביטחון העצמי, שבו קיבלה קבוצת הניסוי ציון 2.36, בהשוואה לקבוצת הביקורת שקיבלה ציון 1.36. מרבית המורים דיווחו עם תום תוכנית ההתערבות על עלייה בביטחון העצמי ובדימוי העצמי של התלמידים שהשתתפו בניסוי. כמו כן נמצא שינוי משמעותי גם ברמת המוטיבציה של משתתפי הניסוי, שקיבלו ציון 2.3, לעומת קבוצת הביקורת שהשיגה רק ציון 1.38. ממצא זה מעיד על כך, שבתקופת הניסוי לא נמצא כל שינוי בתלמידי קבוצת הביקורת ברמת המוטיבציה. לאחר חישוב הממוצע יחד של כל היעדים שנבדקו בניסוי, נמצא הבדל משמעותי בין קבוצת הניסוי, שהשיגה ציון 2.1, לעומת קבוצת הביקורת, שהשיגה ציון מינימלי של 1.35; כלומר, הציון הממוצע של היעדים בקבוצת הביקורת בתקופת הניסוי מראה, שהתרחש שינוי מינימלי בתלמידיה בהשוואה לקבוצת הניסוי, שבה תוכנית ההתערבות הניבה תוצאות חיוביות גדולות יותר.

***טבלה 3:* השוואת מידת השינוי במשתנים רגשיים־אישיים בין קבוצות המחקר**

	ביטחון עצמי		מוטיבציה		ממוצע יעדים כללי	
	קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת	קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת	קבוצת ניסוי	קבוצת ביקורת
ממוצע	2.36	1.38	2.30	1.38	2.10	1.35
סטיית תקן	1.06	0.8	1.04	1.3	0.8	0.9
ההפרש בממוצע בין קבוצת הניסוי לקבוצת הביקורת	0.98		0.92		0.75	
p-value	<0.0001		<0.0001		<0.0001	

בתום תוכנית ההתערבות ענו המורים על שאלות פתוחות, שבהן ציינו כיצד הם תופסים את פעילות הספורט ככלי להעצמה, מה הייתה רמת המעורבות שלהם בתוכנית, מהי רמת הפעילות הגופנית האישית שלהם ואם לדעתם הייתה לה השפעה על התלמידים בקבוצת הניסוי. באמצעות מבחן "פירסון", אשר בדק קשר בין רמת הפעילות הגופנית של המורים ותפיסת התרומה של פעילות גופנית ככלי להעצמה לתלמידים (טבלה 4), נמצא קשר חיובי־גבוה בין רמת הפעילות הגופנית האישית של המורה לבין יעדי השינוי בתלמידיו בתחום של התנהגויות שליליות r=0.856 ושל שיפור ברמת ההקשבה והריכוז r=0.922. לעומת זאת, לא נמצא בקרב המורים קשר בין תפיסתם הכללית בנוגע לפעילות ספורטיבית כהעצמה לבין יעדי השינוי בתלמידים.

***טבלה 4:* הקשר שבין רמת הפעילות הגופנית של המורה לבין רמת השינוי בתלמידים בתוכנית ההתערבות (מתאם פירסון)**

יעדי שינוי בתלמידים	רמת הפעילות גופנית	
	מתאם	p-value
חברתי	0.38	0.454
לימודי	0.62	0.188
התנהגויות שליליות	0.85	0.030
בגרות ואחריות אישית	0.42	0.407
מוטיבציה אישית	0.75	0.080
ביטחון עצמי	0.38	0.458
הקשבה וריכוז	0.92	0.009
יוזמה אישית	0.69	0.126

לאחר עיבוד השאלות הפתוחות עלו כמה נושאים מרכזיים, אשר גובשו לשני תתי־נושאים הנוגעים לשינוי שחל בתלמידים ברמת הכיתה וברמת התלמיד.

שינויים ברמת הכיתה:

השתתפות במרוץ חמשת הקילומטרים הייתה משמעותית מאוד לפרויקט. 60% מהמורים ציינו שהמרוץ כסיום לפרויקט היה יעד משמעותי בקרב התלמידים, והשפעתו ניכרה לכל אורך התהליך. שאר המורים ציינו שלדעתם המרוץ אינו משמעותי כאירוע שיא מכונן וכי היה אפשר לבחור במקומו אירוע שיא אחר, דוגמת טיול אתגרי בשטח.

יכולות חברתיות ורגשיות בקרב התלמידים. מלבד ההשפעה הפיזית על התלמידים, כמה מורים ציינו שהתוכנית משפרת יכולות חברתיות ורגשיות, ושאפשר להבחין בשינוי בבירור כבר מיד לאחר תום אירוע השיא. להלן שני ציטוטים מדברי המורים: *"הפרויקט תורם ומשפר את היכולות החברתיות והרגשיות של התלמידים"*; *יש לזכור שמרבית התלמידים בכיתה הם בעלי לקויות למידה וקשיים חברתיים ואישיים רבים*, ובהקשר הזה ציינה מורה לכיתת חינוך מיוחד,

כי "התכנית, היוותה חלק חשוב בתוך שנת הלימודים מבחינת גיבוש הכיתה וחיזוק הקשרים בתוכה. על תלמידים מסוימים התכנית השפיעה ברמה האישית ונתנה להם הזדמנות להראות חזקות שאינן בהכרח רק בתחום הלימודי". מדובר בכיתה שבה לקויות למידה רבות, הנשענות גם על רקע רגשי־משפחתי.

גיבוש הכיתה וחיזוק הקשרים. כ־60% מהמורים ציינו את התרומה של התוכנית לגיבוש הכיתה ולחיזוק הקשרים החברתיים הבין־אישיים בין התלמידים. יעד מרכזי זה היה חלק עיקרי במרבית הפעילויות, ונערך בתיאום מלא עם הצוות המלווה ועם התלמידים בתוכנית. "ניכר שיפור בגיבוש הכיתתי, ביכולת להציב מטרות ויעדים משותפים וברצון להשיגם", ציינה אחת המורות מיד בתום התוכנית. המורים ציינו לטובה את השיפור בנוכחות התלמידים בבית הספר בימי התוכנית בהשוואה לשאר הימים שבהם לא הייתה פעילות. אחת המורות הוסיפה, כי לדעתה השינוי החברתי הוא הגורם העיקרי לגיבוש: "הכיתה השתתפה בפרויקט מספר חודשים. נראה כי הכיתה אהבה את השיעורים והפגינה מוטיבציה רבה. חלו שינויים מבחינה חברתית וזה תרם לגיבוש".

שינויים ברמת התלמיד

חל שיפור ברמה ובמעמד החברתי של תלמידים בכיתה. אחד המשתנים העיקריים שנחקרו היה השפעת התוכנית על המעמד החברתי של התלמיד בכיתה. מרבית המורים ציינו, שבעקבות התוכנית ובעקבות השתתפותם הפעילה של התלמידים נצפו שינויים בקרב התלמידים ברמה ובמעמד החברתי שלהם בקרב חבריהם לכיתה: "הוא (התלמיד) מראה השתתפות פעילה ואף מנהיג פעילויות חברתיות". נוסף על כך, פיתוח החוזקות של כל תלמיד גרמה לשינוי חברתי, כפי שציינה אחת המורות: "התכנית שימשה מקפצה עבור התלמיד וגרמה לו להרגיש ולהדגיש את החזקות שלו (ריצה בין היתר) ולהיות מוביל חברתי, בכל הקשור לפעילויות בכיתה".

חל שיפור במוטיבציה האישית של התלמיד ובמוטיבציה ללמידה. כ־80 מהמורים ציינו לטובה את השינוי ברמת המוטיבציה של התלמידים, הן ברמה האישית – "התלמיד מראה מוטיבציה גבוהה למרות הקושי", והן ברמה הלימודית – "ניכרת בו [בתלמיד] עלייה במוטיבציה ללמידה"; "הוא מתאמץ יותר בשיעורים".

בעקבות התוכנית החלו תלמידים לעסוק בפעילות ספורט. אחד היעדים המרכזיים בתוכנית היה חינוך לאורח חיים בריא. כחלק מלימוד אורח חיים בריא נחשפו התלמידים גם לשיטות אימון שונות ולהכרת תחומי ספורט חדשים. חלק מן התלמידים נרשמו לחוגי ספורט במהלך הפרויקט ולאחר סיומו, ואפשר להעריך שהחשיפה לתחומי ספורט שונים במהלך התוכנית היא הגורם לכך, כפי שציין אחד המורים: "התלמיד התחבר מאוד לתחום הספורט והחל לעסוק בפעילות גופנית בשעות הפנאי". עוד ציינו המורים, שהתרחש שינוי גם בהיבט התזונתי בקרב משתתפי התוכנית – "התלמיד נרשם לאימוני כושר ותזונה לצורך חיטוב".

דיון ומסקנות

תוכנית "מסלול חדש" היא תוכנית ייחודית, המשלבת פעילות גופנית בטיפול רגשי, חברתי ולימודי בקרב ילדים ובני נוער בסיכון הנמצאים במסגרות החינוך המיוחד בבתי הספר (24). היתרון שבשילוב תוכנית התערבות מסוג זה במסגרות החינוך מחזקת את התיאוריה הרווחת של הרשי (7), המבוססת על ארבעה מרכיבים עיקריים ומשמעותיים לצמצום פשיעה ונשירה ממסגרות החינוך: התחברות, מחויבות, אמון ואמונה ומעורבות.

בעקבות המחקרים והמאמרים הרבים שפורסמו על ההשפעה שיש לפעילויות ספורט על קידום נוער בסיכון בארץ ובעולם, מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבדוק, אם פעילות ספורט כחלק מתוכנית הלימודים בשילוב O.D.T. משפרת את התפקודים החברתיים, הנפשיים והלימודיים בקרב נוער בסיכון (בחינוך המיוחד) בארץ. רוב המחקרים בעולם עוסקים בנוער תיכוני ועל־תיכוני, בסטודנטים ובצעירים בגילאי העשרים הנמצאים כבר מחוץ למסגרות חינוכיות. מחקר זה לעומתם עוסק בנוער צעיר הנמצא עדיין בתוך מסגרות חינוכיות, והסובל מקשיים מורכבים בתחומים רבים הנובעים גם מגילו הצעיר, גם מרמת התפתחותו וגם מבעיות משפחתיות וסביבתיות. הממצאים העיקריים של המחקר מראים, כי בבדיקת הקשר שבין השתתפות בפעילות ספורט ושיפור ההישגים הלימודיים, כפי שניתן לראות בטבלה 2, נמצאו ציונים טובים יותר בקרב מי שהשתתפו בתוכנית ההתערבות. ממצא זה מחזק את הממצאים של מחקר אחר (25), שמצא כי תחילת השילוב של פעילות ספורטיבית בפרויקטים חינוכיים קשורה לאמונה שלפעילות ספורטיבית פוטנציאל לשינוי חיובי בעמדות, בערכים ובתכונות של צעירים ונוער שסטו מן הנורמות החברתיות ולהחזירם למסלול של לימודים ושל שילוב חברתי. בבדיקת התנהגות הילדים שהשתתפו בתוכנית ההתערבות, כפי שמפורט בטבלה 1, נמצא שיפור בהתנהגויות השליליות שלהם. ממצא זה מחזק את אחד ממרכיבי התיאוריה של הרשי, הטוען שמעורבות בפעילות נורמטיבית כגון תחרויות ופעילות גופנית תורמת לחיזוק הקשר עם בתי ספר ותורמת לצמצום פעילויות שליליות אחרות (7).

מניתוח השאלות הפתוחות ומהפקת משמעויות מהן עלו כמה נושאים מרכזיים שצוינו בידי המורים. כשנשאלו בנוגע לחשיבות המרוץ לחמישה קילומטרים כאירוע שיא, ציינו מרבית המורים שההשתתפות במרוץ הייתה נקודת ציון חשובה ומשמעותית לתלמידים. עוד ציינו המורים, שהתוכנית תרמה לשיפור הגיבוש ולחיזוק הקשרים בכיתה. בהקשר זה

הם גם הוסיפו שלתוכנית הייתה השפעה על האקלים ועל המוטיבציה הכיתתית, שבאה לידי ביטוי בשיפור בביקור הסדיר ובנוכחות של התלמידים בבית הספר בימי התוכנית בהשוואה לימים אחרים שבהם לא נערכו מפגשי התוכנית. ממצא זה דומה לממצאו של ג'זיורסקי במחקרו (19), שמצא ירידה בהיעדרויות לא מוצדקות בימים של פעילות הספורט.

אחד השינויים שנמצאו על פי השאלון הפתוח של המורים היה שיפור ברמה ובמעמד החברתי של התלמיד בכיתה ובבית הספר. ממצא זה מחזק מחקרים, שמצאו כי ספורט משפר ברמה הרגשית את הביטחון העצמי, את האמון בעצמי ואת תחושת הערך העצמית, וכן משפר את המיומנויות של פתרון בעיות, של שיתוף פעולה ושל פיתוח כישורים חברתיים (6). שינויים אלו יכולים להשפיע ישירות על גורמי סיכון התנהגותיים באמצעות צמצום התנהגויות שליליות ואנטי־חברתיות.

עוד נמצא, כי חל שיפור במוטיבציה האישית של התלמיד ובמוטיבציה ללמידה. על פי עדות המחנכים, נראה כי בעקבות התוכנית יש עלייה במאמץ שהתלמידים משקיעים כדי לפתור בעיות וכדי להתגבר על קשיים לימודיים וחברתיים.

אחד היעדים החינוכיים־בריאותיים בתוכנית היה חינוך לאורח חיים בריא. התלמידים נחשפו לשיטות אימון שונות ולהכרה של תחומי ספורט חדשים. המורים ציינו שבעקבות החשיפה התלמידים החלו לעסוק בעצמם בפעילות ספורט שלא עסקו בה קודם, ואף נרשמו לחוגי ספורט במהלך התוכנית ובסיומה בעקבות המלצה וייעוץ של המדריכים המלווים את התוכנית.

במחקר נמצא, כי השערת המחקר שלפיה יימצא שינוי בתחום הלימודי ההתנהגותי ובתחום החברתי בקרב התלמידים שהרכיבו את קבוצת הניסוי אכן אוששה. למרות התקופה הקצרה שבה נערך הניסוי (30 מפגשים של שעתיים אקדמיות בכל מפגש), נמצא שינוי והבדל במרבית היעדים שנבדקו. ביעד של שיפור ההישגים הלימודים היה השינוי קטן יחסית, ונושא זה יחייב בדיקה מעמיקה יותר. עוד נמצא, כמפורט בטבלה 4, כי יש קשר חיובי חזק בין רמת הפעילות הגופנית של איש הצוות החינוכי לבין שיפור בהתנהגויות השליליות ושיפור ברמת הקשב והריכוז בקרב התלמידים שהשתתפו בניסוי. כלומר, נראה כי עצם השתתפות המורה בפעילות מגבירה את המוטיבציה של התלמיד. החוקר קריגר (9) הסביר, כי פעילות ספורטיבית מחזקת את הקשר שבין המשתתפים בפעילות לבין "גורמים בעלי משמעות". יש להניח, שעבור התלמידים במחקר זה המורים המלווים ואנשי הצוות והמדריכים הם בעצם אותם "גורמים בעלי משמעות" אשר היוו עבור התלמידים מודל חיובי לחיקוי. ממצא זה מדגיש את פשטות הרעיון, שלפיו ניתן לקיים בבתי הספר לימוד והכשרת מחנכים ליישום עצמאי של השיטה בכיתות חינוך מיוחד. התוכנית גם מחנכת את הילדים לאורח חיים בריא ומיישמת את החומר הנלמד תוך כדי יציאה מהכיתה אל הטבע, ועל כן איננה דורשת אמצעים ומתקנים מיוחדים אלא שימוש בפעילות ספורט סדירה, פעילויות אתגריות בטבע וריצה ככלי לימודי וטיפולי.

מגבלות המחקר והמלצות

במחקר הנוכחי אומנם נבדקו סוגיות חברתיות, אך לא נבדקה השפעת הקהילה והמשפחה על התהליך. רוב הילדים הם בעלי קשיים מיוחדים ובאים ממשפחות קשות יום המקבלות טיפול תומך חיצוני. יש להניח שלמשתנים אלו עשויה להיות השפעה על הצלחה או על אי־הצלחה של התלמידים בתוכנית.

הליך ההתערבות היה גלוי למורים ממלאי השאלונים, ולכן הם היו מודעים לתהליך ההתערבות או אי־ההתערבות בקרב קבוצתם. עובדה זו עשויה להביא להטיה מסוימת במילוי השאלונים. עם זאת בנסיבות הקיימות שבהן מבוצע מחקר בתוך מוסד חינוכי, כפי שמתבטא גם במחקרים דומים בתחום, אין באמת אפשרות להתגבר על מכשול זה. אף שהמחקר היה מוגבל לתקופה של חמישה חודשים ולמדגם בגודל בינוני, עדיין נצפו שינויים ניכרים בין הקבוצות השונות. לא נבדקו שינויים בתוך הקבוצות. ממצא זה עשוי להיות תמריץ להרחבת הפעילות לבתי ספר נוספים ולמסגרות חינוך נוספות, ובכלל זה למסגרות לא פורמליות ולמגזרים שונים.

כיום ישנו מחסור גדול במעקב ארוך טווח אחר ההצלחות והכישלונות של התוכניות הקיימות במערכת החינוך, ולכן ישנו קושי לערוך ניתוח משווה בין התוכניות השונות. במאגר התוכניות החינוכיות המאושרות להפעלה בבתי הספר יש כמה תוכניות נוספות הנעזרות בפעילות גופנית ובספורט ללא שילוב של O.D.T. ככלי טיפולי. מטרת מחקר זה הייתה לבחון את יעילותה של תוכנית ספציפית, מבלי להשוותה לתוכניות דומות אחרות. במחקר המשך תיערך השוואה בין התוכניות השונות.

במחקר זה לא נשאלו התלמידים באשר להרגשתם וכיצד הם תופסים את עצמם בתוך התהליך; המחנכים הם אשר תשאלו את התלמידים. ישנה בעיה בתשאול תלמידים מן החינוך המיוחד בגלל היעדר שיתוף פעולה, שנובע בעיקר מסיבות אישיות רגשיות. לכן יש צורך בתיווך של המחנכים בהערכת הישגיהם.

לסיכום, יש כיום בעולם תוכניות רבות ומגוונות המופעלות בחסות שירותי החינוך ושירותי הקהילה, המטפלות גם בפן הרגשי בקרב ילדים ונוער בסיכון, ובכלל זה באמצעות ספורט טיפולי. מרבית התוכניות הפעילות כיום בישראל אינן משלבות פעילות גופנית עם טיפול רגשי. במסגרת משרד החינוך ישנן תוכניות התערבות בית ספריות מפוקחות, תוכניות חוץ־בית ספריות ותוכניות לא פורמליות בפיקוח שירותי הרווחה של המדינה ושל הרשויות המקומיות, המיועדות בעיקר לשיפור

רמת ההישגים הלימודיים בחטיבות הביניים ובבתי הספר היסודיים. תוכנית ההתערבות של "מסלול חדש" החלה לפני כמה שנים כפעילות מעצימה בקרב בני נוער וילדים בסיכון במספר מצומצם של מסגרות חינוך בפריפריה. על פי ממצאי המחקר נראה, כי התוכנית נותנת מענה מותאם לתלמידים מאותרים בחינוך הרגיל במסגרת החינוך המיוחד. התוכנית מחזקת את הראייה ההוליסטית של צורכי התלמידים הזקוקים לשילוב ולהעצמה, מקדמת את רווחתם הנפשית, ומסייעת להם להתמודד עם משימות למידה ועם אתגרים רגשיים וחברתיים באמצעות פעילות גופנית וקידום בריאותם. על אף מגבלות המחקר הנוכחי, ממצאי המחקר מצביעים על פוטנציאל של ממש להצלחה של הטיפול בנוער בהדרה באמצעות תוכנית ספורט בשילוב .O.D.T, משום שתוכנית זו אינה דורשת משאבים מיוחדים נוספים לאלה שישנם בכל מסגרת חינוכית רגילה, ומשום שהיא ניתנת ליישום ולהטמעה בקלות בקרב המורים.

מקורות

1. גרופר ע', סלקובסקי מ', רומי ש'. ילדים ומתבגרים במצבי סיכון: הגדרות, התפתחויות ודרכי התערבות, מתוך: גרופר ע', רומי ש', עורכים. ילדים ומתבגרים במצבי סיכון בישראל כרך א. תל אביב: מכון מופ"ת; 2014. עמ' 19-52.
2. Resnick G, Burt MR. Youth at risk: definitions and implications for service delivery. Am J Orthopsychiatry.1996; 66(2):172-88.
3. שמיד ה'. דין וחשבון הוועדה הציבורית לבדיקת מצבם של ילדים ונוער במצוקה [אינטרנט]. 2006 [נצפה ביום 1.6.2020]. נדלה מתוך: https://www.molsa.gov.il/About/OfficePolicy/Documents/shmidreport2006newweb2.pdf
4. דוח עמותת עלם, ילדים בישראל 2018 [אינטרנט] [נצפה ביום 1.6.2020]. נדלה מתוך: https://www.elem.org.il/wp-content/uploads/2019/05/Elem2018s.pdf
5. Andrews JP, Andrews GJ. Life in a secure unit: the rehabilitation of young people through the use of sport. Soc Sci Med. 2003 Feb; 56(3):531-50.
6. Armour K, Sandford R, Duncombe R. Positive youth development and physical activity/sport interventions: mechanisms leading to sustained impact. Phys Educ Sport Pedagogy. 2013; 18:256-81.
7. Hirschi T. The causes of delinquency. Berkeley, CA: The University of California Press; 1969. 309 p.
8. Khoury-Kassabri M, Khoury N, Ali R. Arab youth involvement in delinquency and political violence and parental control: the mediating role of religiosity. Am J Orthopsychiatry. 2015 Nov; 85(6):576-85.
9. Kreager DA. Unnecessary roughness? school sports, peer networks, and male adolescent violence. Am Sociol Rev. 2007; 72:705-24.
10. Sandford RA, Armour KM, Duncombe R. Physical activity and personal/social development for disaffected youth in the UK: in search of evidence. In: Holt N, editor. Positive youth development through sport. London: Routledge; 2007, p. 97-109.
11. Sandford RA, Duncombe R, Armour KM. The role of physical activity/sport in tackling youth disaffection and antisocial behavior. Educ Rev. 2008; 60(4):419-35.
12. Sandford RA, Armour KM, Warmington PC. Reengaging disaffected youth through physical activity programmes. Br Educ Res J. 2006; 32(2):251-71.
13. Kravets-Fenner Y, Khoury-Kassabri M, Aszenstadt M, Amedi S. Risk factors for delinquency and anti-social behavior among adolescents treated by the division of at-risk youth. J Welfare Soc. 2013; 33:41-70.
14. מוכתר ע'. תכניות ספורט כאמצעי להפחתת פשיעת נוער. מניתוק לשילוב. 2016; 7: 161-179.
15. Hartmann D. Notes on midnight basketball and the cultural politics of recreation, race, and at-risk urban youth. J Sport Soc Issues. 2001; 25(4):339-71.
16. Hartmann D, Depro B. Rethinking sports-based community crime prevention: a preliminary analysis of the relationship between midnight basketball and urban crime rates. J Sport Soc Issues. 2006; 30(2):180-96.
17. Singh A. Physical activity and performance at school: a systematic review of the literature including a methodological quality assessment. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012 Jan; 166(1):49-55.
18. Farrell WC, Johnson JH, Sapp M, Pumphrey RM, Freeman S. Redirecting the lives of urban black males: an assessment of Milwaukee's midnight basketball league. J Community Pract. 1996; 2(4):91-107.
19. Jeziorski RM. The importance of school sports in American education and socialization. Lanham, MD: University Press of America; 1994, 144 p.
20. Hellison D. Teaching responsibility through physical activity. 2nd ed. Champaign, IL: Human Kinetics; 2003.
21. סבו-לאל ר'. ילדים ובני נוער בסיכון בישראל, התכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון [אינטרנט]. ירושלים: מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל – מרכז אנגלברג לילדים ולנוער. 2017 [נצפה 1.6.2020]. נדלה מתוך: https://brookdale.jdc.org.il/wp-content/uploads/2017/12/RR-748-17_Hebrew_report.pdf
22. Schmid H. Children and youth at risk in Israel: findings and recommendations to improve their wellbeing. Child Youth Serv Rev. 2007; 29(8):1114-28.
23. משרד העבודה, הרווחה, והשירותים החברתיים, משרד החינוך. התכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון [אינטרנט]. מאגר התוכניות [נצפה ביום 1.6.2020]. נדלה מתוך: https://www.molsa.gov.il/ProjectShmid/IndexedProjects/Pages/IndexedProjects_Page1.aspx
24. עמותת "מסלול חדש להצלחה". תכנית "מסלול חדש" [אינטרנט]. מאגר התכניות המאושרות של משרד החינוך, מס' 2363. 2013 [נצפה ביום 1.6.2020]. נדלה מתוך: https://apps.education.gov.il/tyhnet/public/#/tochniyot?q=2363&id=2363
25. Khoury-Kassabri M, Schneider H. The relationship between Israeli youth participation in physical activity programs and antisocial behavior. Child Adolesc Social Work J. 2018; 35:357-65.

שינוי אורח חיים בקרב סטודנטים בזמן מגפת ה־COVID 19 בהשוואה לתקופת טרום־המגפה

רונית אחדות חודז'ייב-הכהן[1], פז כרמל[2], ליבנה צורדקר נסים[3]

[1] ראש החוג למדעים וקידום בריאות במכללה האקדמית לחינוך ע"ש דוד ילין; הפקולטה לרפואה, האוניברסיטה העברית

[2] המכללה האקדמית לחינוך ע"ש דוד ילין ואוניברסיטת בר־אילן

[3] בית הספר לסיעוד, הדסה עין כרם, האוניברסיטה העברית

תקציר

רקע: בעקבות משבר הקורונה שפקד את העולם, מחקר זה מבקש לבדוק את הרגלי התזונה והפעילות הגופנית בקרב אוכלוסיית הסטודנטים בישראל. המחקר מתמקד בסטודנטים להוראה, שיהפכו בעתיד להיות מורים, מתוך נקודת הנחה שמחנך השומר על אורח חיים בריא והמקדם את בריאותו האישית יהיה מורה שיוכל לשמש דוגמה לתלמידיו.

מטרות המחקר: לבדוק את השינוי שחל באורח החיים של הסטודנטים בדגש על הרגלי התזונה והפעילות גופנית בזמן מגפת ה־COVID 19 בהשוואה לתקופת טרום־המגפה.

שיטות המחקר: השאלון הועבר לסטודנטים במכללות אקדמיות ובאוניברסיטאות בארץ במהלך חודש מאי 2020. המחקר הוא מחקר כמותי, מספר השאלונים שנותחו: N=288. הנתונים נותחו באמצעות מבחני חי בריבוע ורגרסיה לוגיסטית.

תוצאות: חלה ירידה במידת ההקפדה על אורח חיים בריא, שבאה לידי ביטוי באכילה בין הארוחות ובפעילות הגופנית. משתני בקרה שנבדקו לא השפיעו על שינוי הרגלי האכילה בין הארוחות או על הרגלי הפעילות הגופנית. ההשפעה היחידה על הרגלי ההתנהגות בזמן הקורונה הייתה של הרגלי טרום־קורונה באותה הסוגיה.

דיון ומסקנות: ישנה חשיבות לשמירה על הרגלי אורח חיים בריא, בין אם מדובר בשגרה ובין אם בתקופה של אי־ודאות. התובנה המתקבלת היא, שאם הסטודנטים ילמדו כיצד לשמור על אורח חיים בריא, הכולל בין היתר תזונה מאוזנת, פעילות גופנית, אי־עישון ורווחה נפשית, הם יהיו השגרירים העתידיים לקידום בריאות ואורח חיים בריא בקהילה שבה הם חיים ובמקומות העבודה שבהם הם יעבדו. הסטודנטים יהיו מקדמי בריאות, וכך יסייעו להשרשת הרפואה המונעת, שתסייע בתורה בהפחתת מחלות רקע באוכלוסייה בעתיד.

מילות מפתח: **אורח חיים בריא, קורונה, COVID 19, סטודנטים, תזונה ים תיכונית, פעילות גופנית.**

רקע

מגפת הקורונה שפקדה את העולם הובילה אותנו למצב חדש ולא מוכר. בשל המגפה נגזר על תושבי ישראל להיכנס לסגר, לשמור על ריחוק חברתי ואף על בידוד, מה שגרם לשינוי באורח החיים של האוכלוסייה. אוכלוסיית הסטודנטים, שבה מתמקדת עבודה זו, נקלעה למצב לא מוכר ולאי־ודאות. הלימודים מועברים באופן מקוון, דרך תוכנת הזום. מצב זה מביא את הסטודנטים לשבת רוב היום מול מחשב, להגביר את זמן הצפייה במסכים ובכך להגביר את אורח החיים היושבני (1,2). אוכלוסיית הסטודנטים ברובה התפרנסה מעבודות מזדמנות, ובין היתר ממלצרות. המסעדות נסגרו, הסטודנטים נותרו ללא מקור פרנסה, וכך ההכנסה הפנויה שלהם ירדה. המשבר פגע גם ביכולת האוכלוסייה לבצע פעילות גופנית,

חדרי הכושר נסגרו והפעילות במרחב הציבורי הוגבלה. בעקבות השינוי המהותי בדרך הלמידה, חוסר הפרנסה והפגיעה בפעילות הגופנית שהגיעו בעקבות הסגר והבידוד חברתי, חלה ירידה בתחושת הרווחה הנפשית (3).

בתקופת הלימודים הסטודנטיאליים יש חשיבת רבה לרכישה ולעיצוב של הרגלי התנהגות בהקשר של אכילה ושל ספורט (4). הרגלים אלו הם תוצר של הסביבה החברתית ושל הקשרים עם אנשים אחרים, של תנאי המגורים ושל הרגלי האכילה והפעילות הגופנית הקודמים שלהם (6,5).

בתקופת לימודיהם האקדמיים הסטודנטים חווים שינויים משמעותיים באורחות חייהם; לרוב אלו אנשים צעירים, שעוברים לגור במקום חדש לצורך הלימודים, שאוכלים בחוץ יותר מאשר בעבר ושהסביבה החברתית שלהם משתנה. מחקרים מראים, שסטודנטים נוהגים לאכול בעיקר חטיפים מלאי שומן, סוכר ומלח, ממעיטים באכילת פירות וירקות ונוהגים לקנות אוכל מחוץ לבית בשל אורח חייהם העמוס. יש לציין שסטודנטים לרוב אינם מודעים להרגלי קניית אוכל רצויים, מאחר שעד לתחילת לימודיהם הם גרו בבית ההורים (8,7).

יש קשר אמיץ בין הרווחה הנפשית של אדם לבין בריאותו הגופנית. שינוי ברווחה הנפשית עשוי לשנות את הרגלי האכילה שינוי ניכר, ולהגביר את הצריכה של מזונות מתוקים ועתירי קלוריות (9). שינוי בתחושת הרווחה הנפשית יכול להשפיע גם על הצורך באכילה ועל העדפת סוג המזון. תופעות אלו אינן עקביות; אנשים רבים מדווחים כי הם נוטים לעלות במשקל משום שהם פונים למזון כאל מקור לנחמה ולהרגעה כאשר הם לחוצים, בעוד שאחרים מדווחים על אובדן תיאבון בנסיבות דומות. הבדלים אלו קשורים לסוג הדחק, למשכו ולחומרתו (9).

בריאות כמרכיב של איכות חיים היא מצב של רווחה גופנית, נפשית וחברתית. תזונה ופעילות גופנית הם מרכיב מרכזי בניהול אורח חיים בריא. על פי ארגון הבריאות העולמי, אורח חיים בריא הוא המרכיב ההתנהגותי של הבריאות שהאדם יכול לשלוט בו כדי לשפר את איכות חייו במסגרת יכולתו ותנאיו (11,10).

ישנן תפיסות בריאותיות שונות המתארות אורח חיים בריא. השוני ביניהן מתמקד בעיקר בהמלצות תזונתיות, כלומר במספר הארוחות לאורך היום וביחס שבין מרכיבי המזון בארוחה. רבים עוסקים באורח חיים בריא, אך יש לזכור כי **אורח חיים בריא הוא מונח שאינו חד־משמעי; הוא סובייקטיבי ומושפע מאמונותיהם ומערכיהם של הפרט ושל החברה.**

ההמלצה המקובלת בארץ – של משרד הבריאות – היא התזונה הים תיכונית. משרד הבריאות בישראל רואה בתזונה זו יתרונות רבים, אשר מסייעים לשמור על אורח חיים בריא ולמנוע מחלות. תזונה ים תיכונית כוללת "תפריט המבוסס על פירות וירקות טריים, קטניות, דגנים מלאים, דגים, שמן זית, מעט מוצרי חלב", וכמו כן "אכילה איטית, חלוקת המזון למספר ארוחות (קטנות) לאורך היום והוספת פעילות גופנית יומית מתונה" (12). תזונה זו נחשבת כתזונה התורמת לשמירה על אורח חיים בריא, ומדינות שונות אימצו אותה כדיאטת הבריאות המומלצת בקרב רופאים לרפואה מניעתית (7). כלומר, דיאטה ים תיכונית היא הדיאטה האופטימלית למניעת מחלות לב; דיאטה זו, העשירה בדגנים מלאים, בפירות ובירקות והמתאפיינת בצריכת שומן נמוכה מן החי, תורמת למניעה של גורמי סיכון למחלות לב וכלי דם, כגון יתר לחץ דם, היפר־כולסטרולמיה (hypercholesterolemia) והשמנה (13).

נוסף להמלצות התזונתיות, משרד הבריאות ממליץ את ההמלצות הבאות הקשורות לפעילות גופנית: אדם צריך לבצע 150 דקות של פעילות גופנית בשבוע (14). פעילות גופנית היא פעילות פיזית המופקת באמצעות שרירי השלד, שהתוצאה שלה היא הוצאת אנרגיה. כל אדם מבצע פעילות גופנית כחלק מפעילותו היומית – עלייה במדרגות, נשיאת משקל, טיול, הליכה ורכיבה על אופניים. ישנם אנשים העוסקים בפעילות גופנית המכוונת למטרות שונות, כגון שיפור הכושר הגופני ושמירה על הבריאות, הנאה ושיפור המראה. בזמן ביצוע הפעילות נוצרים שינויים פיזיולוגיים חיוביים במערכות הגוף (15).

הפסקאות שלעיל הציגו את חשיבותן של תזונה בריאה ושל פעילות גופנית. שילוב של שתיהן יכול לסייע בשמירה על אורח חיים בריא. בעידן שבו אנו חיים אנשים רבים מקיימים אורח חיים יושבני (sedentary). אורח חיים זה הוא נטול פעילות גופנית, ובדרך כלל מלווה גם באכילה מרובה של סוכרים ושל מלחים. במצבי שיגרה אלו הם הגורמים המרכזיים למחלות רקע עתידיות כגון סוכרת ויתר לחץ דם. בתקופת משבר הקורונה עברו רבים מן האזרחים – ובכללם הסטודנטים – מתוקף המצב לאורח חיים שכולל ישיבה רבה יותר בבית, ללא יציאה לחדרי כושר, ושימוש מרובה במסכים; במילים אחרות, בתקופה זו גבר אורח החיים היושבני (2,1).

המושגים שהוצגו בפרק המבוא מתקשרים לקידום בריאות באופן כללי, ובקרב הסטודנטים במכללות ובאוניברסיטאות בפרט. קידום בריאות הוא תהליך המאפשר לאנשים להגביר את השליטה על בריאותם ולשפרה; לפי ארגון הבריאות העולמי, זהו סך "כל הפעילויות המפחיתות את הסיכון לבריאות ומביאות לשיפור רמת הבריאות". קידום בריאות הוא תהליך חברתי־פוליטי, המקיף – מעבר לחיזוק מיומנויות הפרט – גם פעולות לשינוי התנאים החברתיים, הסביבתיים והכלכליים המשפיעים על הבריאות (health determinants) (16).

תהליך קידום הבריאות מייצג אסטרטגיה המקשרת בין האנשים לסביבה שבה הם חיים, תוך יצירת סינתזה בין בחירה אישית ואחריות חברתית לבריאות. הגדרה מאוחרת יותר של המושג, משנת 2003, מחברת בין קידום בריאות לתהליכים חינוכיים, כלכליים ופוליטיים, המאפשרים ליחיד ולקהילה לשפר באמצעות תהליכים התנהגותיים את בריאות חברי הקהילה (17).

מטרות המחקר

מטרת המחקר היא לבדוק את השינוי שחל באורח החיים של סטודנטים, בדגש על סטודנטים להוראה, בשימת לב להרגלי התזונה והפעילות הגופנית בזמן מגפת ה־COVID 19 בהשוואה לתקופת טרום־המגפה. המחקר מהווה בסיס למחקר אורך, שמטרתו להוביל לשינוי תפיסתי מעמיק בנושאי אורח חיים בריא, תזונה נבונה ופעילות גופנית, מתוך תקווה ששינוי תפיסה זה יגרום לשינוי אורחות חיים בקוד ההתנהלות של הסטודנטים. המטרה לעתיד היא שהסטודנטים יהיו שליחים לקידום בריאות ואורח חיים בריא בקהילות ובבתי הספר שבהם הם פועלים.

שיטות המחקר

מערך המחקר הוא מערך שבו נבדקו תגובות סטודנטים לפני משבר הקורונה ובזמן משבר הקורונה. במסגרת מערך זה הועברו לסטודנטים שאלונים, שכללו שלושה חלקים: שאלון פרטים אישיים (שאלון רקע), שאלון המתייחס לתזונה ואורח חיים ושאלון המתייחס לפעילות גופנית.

שאלון הרקע בדק את הרקע של הנשאל (מין, גיל, מצב משפחתי ומספר ילדים הגרים עם ההורה בבית). חלק ב ו־ג של השאלון הכילו שאלות סגורות ופתוחות; מטרתן הייתה לברר את הרגלי התזונה (חלק ב) והפעילות הגופנית (חלק ג) של הסטודנטים, ולבחון אם הם השתנו במהלך הסגר והריחוק החברתי בגל ההתפרצות הראשון של נגיף הקורונה בישראל.

הושם דגש על אכילה בין ארוחות כדי לבחון את שינוי הרגלי האכילה בזמן הלימודים עצמם, מתוך הנחה שאכילת חטיפים ומתוקים (ואף פירות וירקות) נעשית בין הארוחות ולא בזמן הארוחות. כמו כן, מאחר שבתקופת הקורונה נסגרו חדרי הכושר והייתה הגבלה על יציאה מהבית, אנשים נאלצו בהכרח לשנות את הרגלי הפעילות הגופנית שלהם. המטרה הייתה לבדוק כיצד שינויים אלה באו לידי ביטוי. ההתמקדות הייתה בכמה משתני בקרה שעשויים להשפיע על אורח החיים של הנשאלים – גיל, מין, עישון ומספר הילדים שגרים עם הנשאל בבית, מתוך הנחה שכאשר ילדים מתגוררים עם ההורה, יש בכך כדי להשפיע על הרגלי האכילה של הנשאל ועל דרכי התנהלות הבית.

השאלון עבר תיקוף ואישור של מומחים מיחידת המחקר וההערכה של המכללה האקדמית לחינוך ע"ש דוד ילין וכן אישור ועדת האתיקה של המכללה. השאלון הועבר לסטודנטים במכללות אקדמיות ובאוניברסיטאות בארץ במהלך חודש מאי 2020, כלומר לאחר התפרצות הגל הראשון של הקורונה בישראל. מספר העונים שנותחו במחקר היה N=288, מתוכם 242 נשים (84%) ו־46 (16%) גברים, בגילאי 19-63; ממוצע הגילאים הוא 33.6±10.64 (סטיית תקן ± ממוצע). רוב הסטודנטים שענו על הסקר (80.9%) הם סטודנטים מהמכללה האקדמית לחינוך על שם דוד ילין, ורובם פרחי הוראה. כל השאר הם ממוסדות אקדמיים אחרים בארץ. כל התוצאות שיוצגו במאמר מובהקות ברמה של p< 0.01*.

תוצאות

בראשית הממצאים יוצג השינוי שחל – לפני ההתפרצות הראשונה של מגפת הקורונה בישראל ואחריה – במידת הקפדתם של הנשאלים על תזונה בריאה (באופן כללי) ועל אכילת פירות וירקות (במהלך ימי הלימודים במוסד לימודיהם או בתקופת הלמידה המקוונת). בהמשך יוצגו מבחנים סטטיסטיים שונים שנערכו בנוגע להרגלי האכילה בין הארוחות ולהרגלי האימון הגופני שעליהם מצהירים הנשאלים. מאפיינים אלו רלוונטיים לאורח חיים בריא.

תחילה ייסקרו התפלגויות של שני משתנים הקשורים לתזונה, לפני ובזמן התפרצות הקורונה: תפיסת הנשאלים בנוגע להקפדתם על תזונה בריאה ובנוגע לאכילת פירות וירקות.

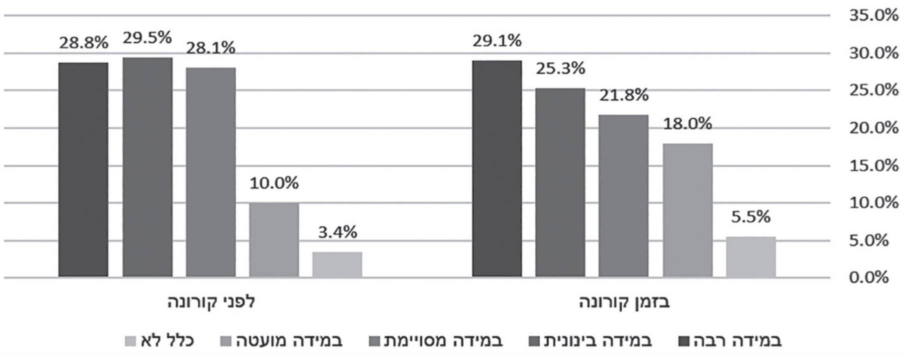
גרף 1 מראה, שחלו תזוזות מסוימות מתקופת טרום־הקורונה לתקופת הקורונה באופן שבו הנשאלים תופסים את מידת הקפדתם על תזונה בריאה (כפי שהיא נתפסת בעיניהם). בפרט, שיעור המקפידים על תזונה בריאה במידה **מועטה עלה** ב־8%, שיעור המקפידים במידת הקפדה **מסוימת ירד** ב־6.3%, ושיעור המקפידים הקפדה **בינונית ירד** ב־4.2%. **המסקנה מכך היא שיש ירידה במידת ההקפדה על תזונה בריאה, על פי תפיסת עולמו והבנתו של הנשאל.**

עוד נשאלו הנבדקים, אם הם נוהגים לאכול פירות וירקות במהלך יום הלימודים לפני ובזמן הקורונה. התוצאות מובאות בגרף 2.

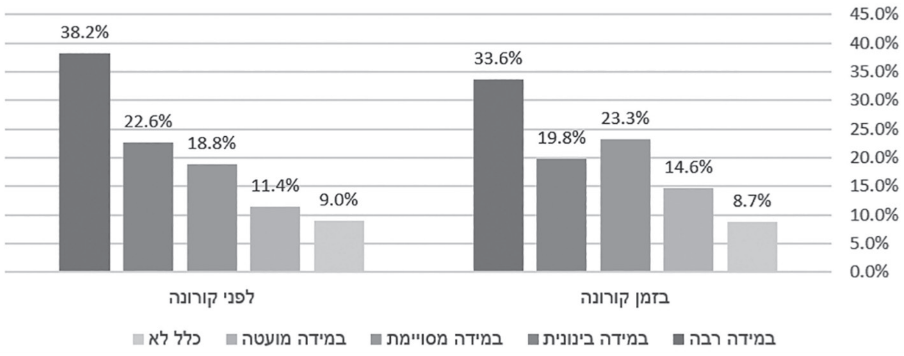
גרף 2 מראה שינויים מסוימים במידת האכילה של פירות וירקות בימי לימודים: רמת אכילה **מועטה עלתה** ב־3.2%, מידה **מסוימת** של אכילה **עלתה** ב־4.5%; מידה **בינונית** של אכילה **ירדה** ב־2.8% ומידת אכילה **מרובה ירדה** ב־4.6%. **הנתונים מצביעים על ירידה ברורה בשיעורי האכילה של**

* למעט רגרסיה לוגיסטית אחת שמפורטת בהמשך ובה p=0.002.

גרף 1: באיזו מידה הנשאלים מקפידים על תזונה בריאה (באחוזים)



גרף 2: באיזו מידה הנשאלים אוכלים פירות וירקות במהלך יום הלימודים (באחוזים)



הפירות והירקות בעת הקורונה. בהנחה שאכילת פירות וירקות היא מדד חיוני בשמירה על אורח חיים בריא (על פי גישת הדיאטה הים תיכונית), **גרף זה מצביע גם הוא על ירידה בנטייה לשמור על אורח חיים בריא.**

ניתוח המשתנים

נותחו שאלות העוסקות בשני סוגי פעילויות שהם רלוונטיים לשמירה על אורח חיים בריא – הרגלי אכילה והרגלי אימון גופני.

סוגיה ראשונה: אכילה בין ארוחות לפני ובזמן הקורונה

בניתוח שנערך אכילה בריאה בין ארוחות כוללת ארוחה נוספת, ארוחה חלקית קלה, אכילת יוגורט, פירות וירקות, אגוזים ושקדים. לעומת זאת, אכילה לא בריאה כוללת חטיפים מתוקים ומלוחים בשילובים שונים, אכילת שוקולד, מעדנים ואף "חטיפי בריאות" (מאחר שהם עתירי סוכרים). כמו כן נערכה הבחנה בין שני מצבים אפשריים, המתקשרים לשתי תפיסות בריאותיות:

1. אי־אכילה בין ארוחות נחשבת ל"לא בריאה" (ומצורפת בניתוח לאכילת חטיפים מתוקים ומלוחים).
2. אי־אכילה בין ארוחות נחשבת לבריאה (ומצורפת לאכילת ירקות ופירות, אגוזים ושקדים, כריכים, או ארוחה מלאה).

התוצאות מראות, שבשני המקרים הרגלי האכילה לפני משבר הקורונה הם היחידים שמשפיעים על הרגלי האכילה שלאחריה (כאשר לניתוח הרגרסיה הוספו משתני בקרה של מין, של גיל ושל השאלה כמה ילדים גרים עם הנשאל בבית).

הקשר שבין אכילה לפני הקורונה ובזמן הקורונה לפי המצב הראשון – תפיסה כי אי־אכילה בין הארוחות אינה בריאה – מוצג בטבלה 1, על בסיס מבחן חי בריבוע.

התוצאות מראות, שמתוך מי שאכלו אוכל "לא בריא" (אכילת חטיפים, כולל אי־אכילה) בין ארוחות לפני הקורונה, 91.1% המשיכו לאכול אוכל לא בריא, לעומת 8.9% שעברו לאכול אוכל בריא בין ארוחות (ארוחות מלאות, פירות וירקות או אגוזים ושקדים). **לעומת זאת, מתוך מי שלפני הקורונה**

***טבלה 1:* האם ומה נהג הנשאל לאכול בין ארוחות לפני ובזמן קורונה באחוזים (בסוגריים מספר העונים, p<0.01)?**

האם ומה נהג הנשאל לאכול בזמן קורונה? / האם ומה נהג הנשאל לאכול לפני קורונה?	0 – כלל לא, חטיפים	1 – פירות וירקות, אגוזים ושקדים ארוחות מלאות	סך הכול
0 – כלל לא, חטיפים	91.1% (175)	8.9% (17)	100% (192)
1 – פירות וירקות, אגוזים ושקדים, ארוחות מלאות	44.2% (42)	55.8% (53)	100% (95)
סך הכול	75.6% (217)	24.4% (70)	100% (287)

אכלו אוכל בריא, 55.8% המשיכו לאכול אוכל בריא בזמן הקורונה, ואילו 44.2% עברו לאכול חטיפים או לא לאכול כלל.

לאחר מכן נערכה רגרסיה לוגיסטית, שמטרתה לבדוק איזה גורם מנבא את הרגלי האכילה שבין הארוחות בזמן קורונה. תוצאות אלו מובאות בטבלה 2.

תוצאות הרגרסיה מראות, כי הרגלי האכילה לפני הקורונה מסבירים 39.3% מהשונות של המשתנה התלוי, הרגלי האכילה בזמן קורונה. שאר המשתנים שנבדקו (מין, גיל, עישון, מספר ילדים שגרים עם ההורים בבית) אינם משפיעים על הרגלי האכילה בתקופת הקורונה.

בדיקת המצב השני – תפיסה של אי־אכילה בין ארוחות כבריאה – בדיקה של הרגלי אכילה בין ארוחות לפני ובזמן הקורונה, כאשר אי־אכילה בין הארוחות נכללת בהרגלי האכילה שנחשבים בריאים (אכילת פירות, ירקות, אגוזים ושקדים, ארוחות מלאות). ניתוח חי בריבוע מוצג בטבלה 3.

התוצאות מראות, שמתוך מי שאכלו אוכל "לא בריא" (חטיפים) בין ארוחות לפני הקורונה, 75.4% (לעומת 91.1%

***טבלה 2:* רגרסיה לוגיסטית לניבוי הרגלי אכילה בין ארוחות בזמן קורונה**

משתנה	B	Significance
מין	-0.35	0.945
גיל	0.006	0.768
עישון	-0.489	0.410
מספר ילדים הגרים עם ההורה	0.107	0.379
האם נהג הנשאל לאכול בין הארוחות לפני הקורונה?	**2.817**	**0.000**
קבוע	-2.893	0.002

***טבלה 3:* האם ומה נהג הנשאל לאכול בין ארוחות לפני ובזמן קורונה באחוזים (בסוגריים מספר העונים, p<0.01)?**

האם ומה נהג הנשאל לאכול בזמן קורונה? / האם ומה נהג הנשאל לאכול לפני קורונה?	0 – חטיפים	1 – כלל לא, פירות וירקות, אגוזים ושקדים, ארוחות מלאות	סך הכול
0 – חטיפים	75.4% (89)	24.6% (29)	100% (118)
1 – כלל לא, פירות וירקות, אגוזים ושקדים, ארוחות מלאות	33.1% (56)	66.9% (113)	100% (95)
סך הכול	50.5% (145)	49.5% (142)	100% (287)

בבדיקה הקודמת, כפי שניתן לראות בטבלה 1) המשיכו לאכול אוכל לא בריא, לעומת 24.6% (לעומת 8.9% בבדיקה הקודמת) שעברו לאכול אוכל בריא בין הארוחות (ארוחות מלאות או פירות וירקות, או שלא אכלו כלל בין ארוחות). לעומת זאת, מתוך הנשאלים שלפני הקורונה אכלו אוכל בריא, 66.9% (לעומת 55.8% בבדיקה הקודמת) המשיכו לאכול אוכל בריא בזמן הקורונה, ואילו 33.1% (לעומת 44.2% בבדיקה הקודמת) עברו לאכול חטיפים בין ארוחות.

לאחר מכן נערכה רגרסיה לוגיסטית לבדיקת ההשפעה של כמה משתנים על הרגלי האכילה שבין הארוחות בזמן הקורונה. התוצאות מובאות בטבלה 4.

לפי טבלה 4 ניכר, כי גם במצב זה (כלומר כשאי־אכילה בין הארוחות נכללת עם ההרגלים ה"בריאים") המשתנה היחיד בעל מקדם רגרסיה גבוה (כלומר מנבא הרגלי אכילה במהלך היום בזמן קורונה) הוא משתנה הרגלי האכילה שלפני הקורונה. המשתנים האחרים שנבדקו (מין, גיל, עישון ומספר ילדים הגרים עם ההורה) לא נמצאו משפיעים. **המשתנה אכילה בין ארוחות לפני הקורונה מסביר 28.4% משונות המשתנה התלוי, הרגלי האכילה בין ארוחות בזמן קורונה.**

***טבלה 4:* רגרסיה לוגיסטית לניבוי אכילה בין ארוחות בזמן קורונה**

משתנה	B	Significance
מין	-0.364	0.389
גיל	0.005	0.772
עישון	0.584	0.171
מס' ילדים הגרים עם ההורה	0.063	0.545
האם נהג הנשאל לאכול בין ארוחות לפני הקורונה?	**2.087**	**0.000**
קבוע	-1.512	0.058

סוגיה שנייה: פעילות גופנית לפני ובזמן התפרצות הקורונה

נוסף לאכילה, פעילות גופנית נחשבת חיונית גם היא לקיום אורח חיים בריא. לפיכך נבדקה הפעילות הגופנית לפי אופי הפעילות לפני ובזמן התפרצות הקורונה; כמו כן נערכה הבחנה בין שני סוגים של פעילות גופנית.

סוג ראשון של פעילות גופנית כלל פעילות שבמהלכה הנשאל התנשף והזיע (הרמת משקולות, ריצה, הליכה רציפה, פעילות מכשירים וכדומה). פעילויות אלו עובדות על שרירי השלד – פעילויות המכוונות לחיזוק השרירים ולבניית כוח; הליכה וריצה עובדות בעיקר על סיבולת לב־ריאה. פעילות גופנית זו תיקרא "פעילות גופנית מסוג ראשון".

סוג שני של פעילות גופנית כלל פעילויות כגון יוגה, טאי־צ'י, פילאטיס וכדומה – פעילויות המכוונות לתנועתיות וליציבות, להארכת השרירים וגמישותם. פעילות גופנית זו תיקרא "פעילות גופנית מסוג שני".

פעילות גופנית מסוג ראשון לפני ובזמן הקורונה

טבלה 5: **פעילויות המכוונות לשרירי השלד, הכוללות התנשפות והזעה (הרמת משקולות, ריצה, הליכה רציפה, פעילות מכשירים וכדומה), באחוזים ובמספרים**

לפני קורונה / בזמן קורונה	לא עסק	עסק	סך הכול
לא עסק	(89) 62.2%	(54) 37.8%	**(143) 100%**
עסק	(49) 34.0%	(95) 66.0%	**(144) 100%**
סך הכול	**(138) 48.1%**	**(149) 51.9%**	**(287) 100%**

מניתוח חי בריבוע עולה, שמתוך הנשאלים שלא עסקו בפעילות גופנית מסוג ראשון לפני פרוץ הקורונה, 62.2% המשיכו שלא לעסוק בה ו־37.8% החלו לעסוק בה. מתוך הנשאלים שעסקו בפעילות גופנית מסוג ראשון לפני פרוץ הקורונה, 34.0% הפסיקו לעסוק בה ו־66.0% המשיכו לעסוק בה.

פעילות גופנית מסוג שני לפני ובזמן הקורונה

טבלה 6: **פעילויות המכוונות לתנועתיות וליציבות (יוגה, טאי־צ'י, פילאטיס וכדומה) באחוזים ובמספרים**

בזמן קורונה / לפני קורונה	לא עסק	עסק	סך הכול
לא עסק	(161)78.5%	(44) 21.5%	**(205) 100%**
עסק	(34) 41.5%	(48) 58.5%	**(82) 100%**
סך הכול	**(195) 67.9%**	**(92) 32.1%**	**(287) 100%**

טבלה 7: **רגרסיה לוגיסטית לניבוי שני הסוגים של אימוני הכושר בין ארוחות בזמן קורונה**

	פעילות גופנית מסוג ראשון		פעילות גופנית מסוג שני	
משתנה	B	Significance	B	Significance
מין	0.191	0.639	-0.531	0.243
גיל	-0.04	0.797	-0.23	0.244
עישון	-0.615	0.129	-0.533	0.281
מספר ילדים בבית	- 0.44	0.647	0.105	0.349
פעילות גופנית מסוג ראשון לפני הקורונה	1.210	0.001	0.269	0.503
פעילות גופנית מסוג שני לפני הקורונה	0.024	0.948	**1.860**	**0.000**
קבוע	-0.555	0.452	-0.542	0.525

מניתוח חי בריבוע עולה, שמתוך הנשאלים שלא עסקו בפעילות גופנית מסוג שני לפני הקורונה, 78.5% המשיכו שלא לעסוק בה ו־21.5% החלו לעסוק בה. לעומת זאת, מתוך הנשאלים שעסקו בפעילות גופנית מסוג שני לפני פרוץ הקורונה, 41.5% הפסיקו לעסוק בה ו־58.5% המשיכו לעסוק בה.

כמו כן נערך ניתוח רב־משתני באמצעות רגרסיה לוגיסטית, שבו נבדק מהם הגורמים שהשפיעו על שני סוגי הפעילות אחרי הקורונה. נמצא שפעילות גופנית מסוג ראשון הושפעה רק מפעילות גופנית מסוג ראשון לפני הקורונה (מקדם הרגרסיה 1.210), ובדומה לכך, פעילות גופנית מסוג שני הושפעה מפעילות גופנית מסוג שני בלבד (מקדם רגרסיה 1.860). התוצאות מובאות בטבלה 7.

מטבלה 7 אפשר ללמוד את הדברים הבאים:

פעילות גופנית מסוג ראשון מוסברת באמצעות פעילות גופנית מסוג ראשון בלבד (12.9% ניבוי למשתנה התלוי, p=0.002); משתני הבקרה (מין, גיל, עישון, מספר ילדים בבית) וכן פעילות גופנית מסוג שני אינם משפיעים.

פעילות גופנית מסוג שני מוסברת באמצעות פעילות גופנית מסוג שני בלבד (25% ניבוי למשתנה התלוי, p<0.01); היא נבדקה גם מול פעילות גופנית מסוג ראשון וגם מול משתני הבקרה (מין, גיל, עישון, מספר ילדים בבית).

דיון ומסקנות

תוצאות המחקר מצביעות על כך, שבמצב שנוצר עקב התפרצות מגפת הקורונה הסטודנטים פנו לאכילת חטיפים (מתוקים ומלוחים) והמעיטו בפעילות גופנית. מהתבוננות

בגרף 1 ו־2 אפשר ללמוד שיש ירידה במידת ההקפדה על תזונה בריאה על פי תפיסת עולמו והבנתו של הנשאל, וירידה בשיעורי אכילת פירות וירקות עם התפרצות הקורונה. בהנחה שאכילת פירות וירקות היא מדד חיוני בשמירה על אורח חיים בריא (על פי גישת הדיאטה הים תיכונית), שני הנתונים הללו מצביעים על ירידה בנטייה לשמור על אורח חיים בריא. כמו כן, תוצאות גרף 1 וגרף 2 מחזקות אחת את השנייה, שכן עם הירידה במידת ההקפדה על תזונה בריאה חלה ירידה גם באכילת פירות וירקות.

ניתוחי הטבלאות מספקים ממצאים שמחזקים את השערתנו, שבמצבי אי־ודאות ישנה נטייה "לברוח" למאכלים עתירי סוכר, הגורמים לעלייה ברמת הסוכר בדם, ולמלחים, המגבירים תחושה של טעמים. אכילת סוכרים ומלחים גורמת לתחושת נחמה ולשיפור מצב הרוח.

מטבלה 1, שהציגה את מצב א, עולה ש־91.1% מהנשאלים שאכלו אוכל "לא בריא" לפני הקורונה המשיכו לעשות זאת בזמן הקורונה, ו־44.2% עברו מאכילת אוכל בריא לאכילת אוכל בריא פחות. המשתנה היחיד שהסביר תופעה זו הוא הרגלי האכילה לפני משבר הקורונה. מסקנה זו נכונה גם באשר למצב ב (75.4% ו־33.1% בהתאמה).

את מכלול השינויים שתואר עד כה אפשר להסביר בכך שבזמן הקורונה הסטודנטים למדו באופן מקוון בבית ויצאו ממנו במידה מועטה. סטודנטים רבים נפגעו ונותרו ללא מקור פרנסה. כך ירדה הכנסתם הפנויה, ולכן הם צרכו פחות מוצרים בריאים והעדיפו "לברוח" אל החטיפים המלוחים והמתוקים, שהם זולים, מנחמים מבחינה נפשית ומשפרים את תחושת הרווחה הנפשית אשר ירדה בעקבות הסגר והבידוד. דרך אחת להעלות את מצב הרוח היא כאמור לאכול דברי מתיקה וחטיפים, ללא התחשבות באיכות המזון ובהשפעתו על הגוף ועל הבריאות לטווח הארוך. הנתונים שעלו מן הטבלאות מתכתבים עם ממצאי הגרפים; כלומר, הנשאלים העידו על עצמם כי הם עברו לאכול דברי מתיקה וחטיפים מלוחים, ומקביל הפחיתו בצריכת פירות וירקות ובשמירה על תזונה בריאה.

מרכיב נוסף בשמירה על אורח חיים בריא הוא עיסוק בפעילות גופנית. כפי שעולה מטבלאות 5-6, המגמה של רוב הנשאלים שלא עסקו בפעילות ספורטיבית היא להמשיך שלא לעסוק בה. במקביל הפסיקו לעסוק בפעילויות אלו 34% ו־41.5% בהתאמה. עם זאת אפשר להבחין גם במגמה הפוכה, שלפיה 37.8% החלו לעסוק בפעילות גופנית מסוג ראשון ו־21.5% בפעילות גופנית מסוג שני. יש לציין שחלק מפעילויות אלו דורש לימוד והבנה, כך שייתכן שהנשאלים למדו את דרכי הביצוע של הפעילויות הללו (כך למשל יוגה, טאי־צ'י, אימוני כושר) באמצעות האינטרנט או שלמדו אותן בעבר. יש לבצע מחקר נוסף בעתיד כדי לבחון השערות אלו.

אפשר להסביר את הירידה בפעילות הגופנית בזמן משבר הקורונה בהגבלת היציאה מהבית שהייתה בזמן הקורונה ובסגירת חדרי הכושר. הסברים נוספים הם חזרה למגורים בבית ההורים, נוכחות של מספר רב יותר של אנשים במרחב הביתי אשר גרמה לצפיפות שלא אפשרה לבצע פעילות גופנית בתוך הבית, וכן מצב רוח ירוד עקב הבידוד שגרם לירידה בפעילות הגופנית.

יש לציין שלמרות האמור לעיל, רוב העוסקים בפעילות גופנית המשיכו לעסוק בה גם בזמן קורונה (מעל 65% בפעילות גופנית מסוג ראשון, הכוללת הליכה, ריצה והרמת משקולות, ו־7% פחות מכך בפעילות גופנית מסוג שני, המכוונת לתנועתיות וליציבות). בעזרת הרגרסיות נמצא, שהמשתנה היחיד אשר הסביר את ניבויה של כל אחת מפעילויות הספורט בעת הקורונה הוא ביצועה לפני הקורונה.

לסיכום, מן התוצאות ניכר שהרגלי חיים ומשתנים כלליים (עישון, מין, מספר ילדים שחיים עם הנשאל בבית) אינם משפיעים על שינוי הרגלי האכילה בין ארוחות או על הרגלי הפעילות הגופנית. למעשה, הגורם היחיד שהשפעתו על איזה מהמשתנים התלויים היא מובהקת הוא התנהגות הנשאל לפני פרוץ משבר הקורונה (אכילת חטיפים בין ארוחות, אימוני הזעה ואימוני יוגה או פילאטיס).

אפשר ללמוד מכך שהרגלי האכילה והאימון הגופני הם המשפיעים יותר מכול על התנהלות הסטודנטים בהמשך הדרך. על כן, אנו מאמינים שרפואה מונעת תמנע או למצער תפחית מחלות רקע בעתיד, כגון סוכרת ויתר לחץ דם. אם נלמד את הסטודנטים שלנו כיצד לשמור על אורח חיים בריא, הכולל בין היתר תזונה מאוזנת, פעילות גופנית, אי-עישון ורווחה נפשית, הם יהיו השגרירים העתידיים לקידום בריאות ואורח חיים בריא בקהילה שבה הם חיים ובמקומות העבודה שבהם יעבדו. מאחר ש־80.9% מהנשאלים הם פרחי הוראה, אנו מקווים כי עם שיפור אורח חייהם ובריאותם הם יהוו דוגמה ומופת לתלמידיהם בבתי הספר שבהם ילמדו בעתיד.

על כן, עליהם ללמוד כבר בשנתם הראשונה במוסדות האקדמיים שבהם הם לומדים – בייחוד במכללות האקדמיות לחינוך – את חשיבות השמירה על אורח חיים בריא הכולל תזונה נבונה ומאוזנת, פעילות גופנית ורווחה נפשית. כך הם יוכלו להיות מקדמי בריאות בית ספריים, בין היתר בכך שיהוו דוגמה אישית לתלמידיהם ויחנכו אותם לאורח חיים בריא מגיל צעיר. כך נקטוף את פירות החינוך בעוד 30-40 שנה, כשהאוכלוסייה תהיה בריאה יותר, עם פחות מחלות רקע (סוכרת סוג 2 ויתר לחץ דם) ותזדקק פחות לשירותי בריאות, מה שללא ספק יתרום מבחינה כלכלית וחברתית ברמת הפרט, הקהילה, החברה והמדינה.

זאת ועוד, מקובל לשמוע על נושאי בריאות דרך המומחים המקובלים מתחום הבריאות – רופאים, אחיות, ועוד. בשנים האחרונות אנו רואים כי תחום הבריאות נכנס ביתר שאת לגני

הילדים ולבתי הספר, ולשם כך נדרשת הכשרה של מורים באמצעות השתלמויות, מה שמצריך משאבים, כסף וזמן. אנו מציעים ללמד את פרחי ההוראה במכללות האקדמיות לחינוך, סטודנטים ממגוון מסלולים (הגיל הרך, יסודי, על־יסודי, חינוך מיוחד, חינוך מיוחד מורכב, חינוך מיוחד משלב וולדורף), קורסים באורח חיים בריא, על מנת שילמדו כבר בשנתם הראשונה במערכת החינוך את תלמידיהם מהו אורח חיים בריא, ויטמיעו בהם מגיל צעיר את אורח החיים הנכון מבחינה בריאותית.

החלטתנו לבדוק את הרגלי התזונה והפעילות הגופנית של הסטודנטים – בדגש על פרחי הוראה – נועדה להבין מה ניתן לעשות בעתיד על מנת להכשירם כמקדמי בריאות טובים יותר. מחקר זה מהווה את נקודת הפתיחה למה שאנו מאמינים שיהיה מחקר אורך לאורך שנים, אשר יוכל לקדם בצורה ייחודית את הכשרת פרחי ההוראה לקידום אורח חיים בריא בישראל.

היום יותר מתמיד, בעקבות מגפת הקורונה, אנו זקוקים למקדמי בריאות בית ספריים. לפי הצהרה שפרסם ארגון הבריאות העולמי בחודש מאי 2020, חזרה למוסדות החינוך כרוכה בשילוב ידיים עם הקהילה, עם ארגוני הרפואה, עם המורים ועם הצוותים החינוכיים. מכאן אנו למדים, שההשפעות החיוביות של מוסדות החינוך מחלחלות גם למשפחות, לקהילות ולמדינה כולה. בתי הספר משמשים כר פורה למימוש אסטרטגיות חינוכיות ובריאותיות כאחד, כפי שנכתב בטיוטת המלצות הארגון לפתיחת בתי הספר (18).

מקורות

1. Damian M, Oltean A, Damian C. The Impact of sedentary behavior on health and the need for physical activity in children and adolescents. Rev Rom Pentru Educ Multidimens. 2018; 10(1):71-83.
2. Tremblay MS, Colley RC, Saunders TJ, Healy GN, Owen N. Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. Appl Physiol Nutr Metab. 2010; 35(6):725-40.
3. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet [Internet]. 2020 Feb 26 [cited 2020 Aug 19]; 395(10227):912-20. Available from: https://doi.org/10.1016/
4. Wei CN, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. Environ Health Prev Med. 2012 May; 17(3):222-7.
5. Moreno-Gómez C, Romaguera-Bosch D, Tauler-Riera P, Bennasar-Veny M, Pericas-Beltran J, Martinez-Andreu S, et al. Clustering of lifestyle factors in Spanish university students: the relationship between smoking, alcohol consumption, physical activity and diet quality. Public Health Nutr. 2012 Nov; 15(11):2131-9.
6. Deliens T, Clarys P, De Bourdeaudhuij I, Deforche B. Determinants of eating behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions. BMC Public Health [Internet]. 2014 Jan 18 [cited 2020 Aug 29]; 14:53. Available from: https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-53
7. Papadaki A, Hondros G, Scott JA, Kapsokefalou M. Eating habits of university students living at, or away from home in Greece. Appetite [Internet]. 2007 Jul [cited 2020 Aug 29]; 49(1):169-76. Available from: https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.01.008
8. Tosevski DL, Milovancevic MP, Gajic SD. Personality and psychopathology of university students. Curr Opin Psychiatry. 2010 Jan; 23(1):48-52.
9. Sinha R, Jastreboff AM. Stress as a common risk factor for obesity and addiction. Biol Psychiatry [Internet]. 2013 [cited 2020 Aug 27]; 73:827-35. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.01.032
10. World Health Organization. What is the WHO definition of health? [Internet]. Frequently Asked Questions. 2020 [cited 2020 Aug 29]. Available from: https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions
11. Williams JR. The Declaration of Helsinki and public health [Internet]. Bull World Health Organ. 2008 Aug [cited 2020 Aug 27]; 86(8):650-2. Available from: https://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-050955/en/
12. משרד הבריאות, המחלקה לתזונה. תזונה ים תיכונית [אינטרנט]. 2020 [נצפה ביום 24.8.2020]. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/Subjects/FoodAndNutrition/Nutrition/Adequate_nutrition/mediterranean/Pages/default.aspx
13. Hu FB, Willett WC. Optimal diets for prevention of coronary heart disease. J Am Med Assoc [Internet]. 2002 [cited 2020 Aug 29]; 288(20):2569-78. Available from: https://jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.288.20.2569
14. משרד הבריאות, המחלקה לתזונה. תזונה ים תיכונית לקידום התזונה הבריאה: איך לבשל טעים קטניות ודגנים מלאים? [אינטרנט]. 2016 [נצפה ביום 27.8.2020]. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/publicationsfiles/mediterranean_diet.pdf
15. ענבר ע׳, נייס ש׳. הפיזיולוגיה של המאמץ: הבטים תאורטיים ויישומם בתחומי הכושר, הבצוע הגופני והשמירה על הבריאות. רמת גן: פוקוס; 2003. 558 עמ׳.
16. משרד הבריאות, המחלקה לחינוך וקידום הבריאות. עקרונות מנחים בקידום בריאות [אינטרנט]. 2020 [נצפה ביום 27.8.2020]. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/UnitsOffice/HD/PH/HealthEducation/Pages/guidelines.aspx
17. Shilton T, Howat P, James R, Lower A. Review of competencies for Australian health promotion. Promot Educ. 2003 Feb; 10(4):162-71.
18. World Health Organizaion. Considerations for school-related public health measures in the context of Annex to Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19. [Internet] 2020 May [cited 2020 Aug 27]; 1-6. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19

תוכנית התערבות תוך־בית ספרית למניעת עישון בקרב בני נוער צעירים: ממצאי מחקר בחטיבת ביניים באשקלון

נעמה מטקוב[1], אלינור יחזקאל[1], צביה קסל[2], אסנת בשקין[1]

[1] החוג לבריאות הציבור, המכללה האקדמית אשקלון

[2] קופת חולים מאוחדת, מחוז יהודה והדרום

תקציר

רקע: כמחצית מבני הנוער מדווחים על התנסות בעישון בגיל 13 או לפני כן, ומרבית מהמעשנים המבוגרים החלו לעשן לפני גיל 18. בשנים האחרונות חלה עלייה במדד הבוחן את התדירות של עישון סיגריות או של מוצרי טבק בקרב תלמידים בישראל, עלייה אשר נצפתה במרבית מדינות המערב.

מטרות: לבחון כיצד תוכנית התערבות תוך־בית ספרית בנושא מניעת עישון עשויה להשפיע על ידע ועל עמדות של בני נוער צעירים כלפי עישון.

שיטות: 86 מתלמידי שכבת כיתות ז בחטיבת ביניים המונה 252 תלמידים השיבו על סקר ידע ועמדות כלפי עישון טרם תוכנית התערבות. 52 מתלמידי השכבה השתתפו בתוכנית התערבות קצרת טווח להעלאת ידע ומודעות לנזקי עישון שנערכה בבית הספר. 139 מתלמידי השכבה השיבו על הסקר לאחר ביצוע תוכנית ההתערבות.

ממצאים: ניתוח הנתונים העלה, כי ככל שרמת הידע בנושא עישון הייתה גבוהה יותר, כך העמדות כלפי עישון היו שליליות יותר. זאת ועוד, בקרב התלמידים אשר נחשפו לתוכנית ההתערבות נמצאו הבדלים מובהקים בעמדות כלפי עישון וברמת הידע על אודות נזקי עישון לפני ההתערבות ולאחריה, כך שלאחר ההתערבות העמדות היו שליליות יותר ורמת הידע על אודות נזקי העישון הייתה גבוהה יותר.

דיון ומסקנות: ישנו קשר חיובי בין ידע לבין עמדות כלפי עישון בקרב בני נוער. רמת ידע גבוהה בנושא נזקי עישון עשויה להוביל לעמדות שליליות כלפי עישון ולמניעת התחלת עישון בקרב צעירים. תוכנית התערבות ממוקדת וקצרת טווח עשויה לשפר ידע על אודות נזקי עישון, ובכך לבסס התנהגות בריאה ונטולת עישון בקרב בני נוער צעירים.

מילות מפתח: **ידע, עמדות, עישון, נוער, התערבות.**

רקע

עישון הוא אחד מדפוסי ההתנהגות המסוכנים ביותר לבריאות. הוא הופך להיות אחד הגורמים העיקריים ברחבי העולם למוות, למחלות ולמוגבלויות הניתנים למניעה (1). מדי שנה העישון גובה את חייהם של למעלה משבעה מיליון בני אדם, המהווים כ־12% ממקרי תמותת המבוגרים בעולם (2). בישראל העישון גורם למותם של כ־8,000 בני אדם בשנה (3). העישון הוא גורם המביא לתמותה מוקדמת בקרב כמחצית מן המעשנים, וההערכה היא כי מעשן ממוצע מאבד כ־15 שנים מחייו בשל מחלות הנגרמות מעישון (2).

גם לחשיפה לעישון כפוי השפעה שלילית ומיידית על תפקוד הגוף; בהיעדר רמת חשיפה בטוחה, גם חשיפה מזדמנת עלולה לגרום לתחלואה ולתמותה (4). בישראל 10% ממקרי התמותה המיוחסים לעישון הם תוצאה של חשיפה לעישון כפוי (3). בתוך כך מנתוני ארגון הבריאות העולמי עולה, כי שיעור המעשנים באוכלוסיית המבוגרים בעולם עומד על 20.7% (2). בדומה לכך, בישראל שיעור המעשנים באוכלוסייה הכללית עומד על 20.5% (5).

עישון בקרב בני נוער

באשר לשיעור העישון בקרב בני הנוער בישראל עולה מדוח משרד הבריאות (לשנת 2017), כי כ־12% מבני הנוער (תלמידי כיתות ו, ח ו־י) דיווחו על התנסות בעישון לפחות פעם בחייהם וכי כ־8.1% נוהגים לעשן לפחות פעם בשבוע. בהשוואה בינלאומית ישראל מדורגת במקום ה־12 במדד זה, ונצפית עלייה ניכרת החל משנת 2011 (5). גורמים רבים עשויים לעודד עישון בקרב בני נוער; עם הגורמים המשפיעים על שכיחות העישון נמנים הגורמים הבאים: הרגלי עישון של הורים או של אחים; לחץ חברתי; גורמים אישיים כמו מרדנות והרצון לנטילת סיכונים, המאפיינים את גיל ההתבגרות (6). עלייה בשכיחות העישון בגיל הנעורים אינה אופיינית רק לישראל, והיא נצפתה במרבית מדינות המערב (7). ישנה סבירות גבוהה שהתנהגות מזיקה זו תתבסס ותימשך אל תוך הבגרות (6). גם השימוש בסיגריה אלקטרונית הפך לפופולרי בשנים האחרונות; בסקר בינלאומי שנערך בארצות הברית נמצא, כי הסיגריה האלקטרונית הפכה לצורת העישון השכיחה ביותר בקרב תלמידי תיכון שם (8). נוסף על כך, שימוש בסיגריה אלקטרונית, אשר נמצא שכיח במיוחד בקבוצות מסוימות באוכלוסיית המתבגרים, עשוי לעודד שימוש בסיגריות קונבנציונליות ולבסס התנהגות מזיקה זו. ואכן נמצא, כי שכיחות העישון של סיגריות בקרב בני נוער שהשתמשו בעבר בסיגריה אלקטרונית היא כ־30.4%, לעומת שיעור עישון של 7.9% בקרב בני נוער ללא ניסיון קודם בעישון (9). עישון נרגילה גם הוא נמצא קשור לנזקי בריאות שונים (10), ולמרות זאת נתפס בעיני רבים כמזיק פחות מעישון סיגריות (11).

מחקרים מראים, כי התחלת עישון בגיל צעיר קשורה לסיכון גבוה יותר למחלות ולתמותה בבגרות עקב עישון. כמו כן תחילתם של תהליכי מחלה שונים תהיה מוקדמת יותר, ושיעור היארעותם יהיה גבוה יותר (12). הסיבה לכך היא רגישותם של בני נוער לטבק, הנובעת מהיותם בתקופת צמיחה והתפתחות כאשר האיברים וכל המערכות הפיזיולוגיות עדיין אינם מפותחים במלואם (6). עדויות מהספרות מעידות על נזקי העישון השונים כגון מחלות בדרכי הנשימה, מחלות לב וכלי דם וסיכון מוגבר להתקף לב ולשבץ מוחי, פגיעה בפריון, העלאת הסיכון לסוכרת והיחלשות מערכת החיסון. חשיפה ממושכת לסיגריות עלולה לגרום לסוגי סרטן שונים כגון סרטן ריאות, כליות, לבלב, מעי, שלפוחית השתן, כבד ועוד. סיכון נוסף הוא התמכרות לסיגריות, ואכן נמצא כי מרבית בני הנוער המעשנים יהפכו להיות מבוגרים מעשנים (6,1).

ידע ועמדות בנוגע לנזקי העישון בקרב בני נוער

על אף נתונים מדאיגים אלה, במחקרם של אוונס ועמיתיו שבחנו ידע, עמדות והתנהגות של בני הנוער באירלנד באשר לעישון נמצא שמרבית הנבדקים סברו כי העישון מזיק לבריאות. עם זאת הם מצאו, כי בהתפלגות שבין מעשנים ללא מעשנים אחוז נמוך יותר של מעשנים סברו כי העישון מזיק לעומת הלא מעשנים (13). יתרה מזאת, מחקרו של סמואלס שנערך בקרב מתבגרים בישראל מצא, כי לא בלבד שמעשנים הם בעלי רמת הידע הנמוכה ביותר על אודות נזקי העישון, אלא שגם מרבית המעשנים תומכים בעישון ועמדותיהם כלפי עישון הן חיוביות יותר. לעומתם, מרבית הלא מעשנים הם בדעה שהעישון מזיק לבריאות, ועמדותיהם כלפי העישון הן שליליות יותר (14). הגורמים המשפיעים על עמדותיהם של בני נוער כלפי עישון הם בראש ובראשונה אלה: סטטוס העישון שלהם (מעשנים או לא מעשנים), קיומם של בני משפחה מעשנים והיחס השלילי או החיובי של בני המשפחה כלפי עישון. זאת ועוד, השפעתם של חברים או של מורים מעשנים כמו גם חוסר המודעות באשר לנזקי העישון לבריאות נמצאו כגורמים משמעותיים (16,15).

הקשר שבין ידע לעמדות הוצג בספרות המחקרית זה כבר. בראונגרט ובראונגרט הטיבו להגדיר קשר זה כך (17): "הלמידה מוגדרת כשינוי קבוע באופן יחסי בעיבוד נפשי, תפקוד רגשי ו/או התנהגות כתוצאה מהתנהגות או ניסיון. זהו תהליך החיים הדינמי שבמהלכו אנשים רוכשים ידע או מיומנויות חדשים ומשנים את מחשבותיהם, רגשותיהם, עמדותיהם ופעולותיהם. הלמידה מאפשרת ליחידים להסתגל לדרישות ולשינוי בנסיבות והיא חיונית בתחום הבריאות" (17). לפי "מודל העקביות", תפקיד החינוך בשינוי התנהגות הוא לאפשר התחלת תהליך של איסוף מידע, אשר יפיק עמדות ובסופו של דבר ייצור שינוי התנהגות. לפי מודל זה, כאשר מצטבר אצל אדם מידע על ההשפעות השליליות של העישון, המידע יהפוך לכזה שהאדם מאמין בנכונותו; בשלב הבא הוא יעריך מחדש את פעולת העישון כפעולה המקושרת להשלכות "רעות" או "לא רצויות", ולאחר שישים לב לחוסר העקביות שבין עמדותיו לידע שצבר, הוא ישנה את התנהגותו כדי להביאה להיות תואמת יותר לעמדותיו. אולם הקשר שבין ידע, עמדות ושינוי התנהגות אינו כה פשוט ועקבי (18).

מחקרם של קלגרן וווד (19) מצא, כי עמדות המבוססות על כמות גדולה של מידע הצליחו לחזות טוב יותר את ההתנהגות בהשוואה לעמדות המבוססות על כמות קטנה של מידע. ואכן בקרב בני נוער נמצא, כי מי שהיה להם הידע הרב ביותר באשר לנזקי העישון היו גם מי שעמדותיהם כלפי העישון היו השליליות ביותר. לעומתם, מי שהיה להם הידע המועט ביותר היו גם מי שעמדותיהם כלפי העישון היו החיוביות ביותר (15).

על אף ממצאים אלה, מחקר שנערך בקרב מתבגרים ומבוגרים צעירים מצא, כי אף שמרבית הנבדקים ידעו כי

העישון מזיק, פחות ממחציתם תכננו להפסיק לעשן בשנה הקרובה. מסקנת החוקרים הייתה כי ידע על אודות נזקי העישון לא נמצא כגורם המשפיע על העישון בפועל, אולם שינוי בעמדות כלפי עישון עשוי להיות גורם משמעותי בשינוי התנהגות מזיקה זו (20).

תוכניות התערבות למניעת עישון בקרב בני נוער

בתי ספר הם סביבה נוחה לביצוע תוכניות התערבות למניעת עישון בשל הגישה הנוחה לתלמידים. אולם המסקנות בנוגע למידת יעילותן של תוכניות התערבות תוך־בית ספריות לא נמצאו אחידות. מאמר סקירה שבחן את מידת יעילותן של תוכניות ארוכות טווח הציג ראיות מעטות באשר ליעילותן של תוכניות מסוג זה, מאחר שרק אחד מבין שמונת המחקרים שנכללו בסקירה מצא ירידה בשכיחות העישון בקבוצת ההתערבות (21). סקירה אחרת מצאה השפעות ניכרות בתוכניות ארוכות טווח, אולם לא מצאה השפעה בתוכניות קצרות טווח של שנה או פחות מכך. לעומתן, תוכניות המשלבות כישורים חברתיים להתמודדות עם לחץ חברתי הראו השפעה ניכרת לאחר שנה ומעלה, בעוד שתוכניות שעסקו רק במתן כלים להתמודדות עם לחץ חברתי ותוכניות שמטרתן הייתה להעלות את רמת הידע בנוגע לנזקי העישון לא נמצאו יעילות כלל (22).

תוכנית נוספת בשילוב "עמיתים" למניעת עישון הציעה, שייתכן ששימוש במדריכים חיצוניים בשילוב של התערבות מחוץ לכותלי בית הספר עשויים לשפר את תחושת השייכות של משתתפי התוכנית ולסייע בחיבור לתכנים המועברים בה (23). חרף ממצאים אלה נמצא, כי תוכנית תוך־בית ספרית שמטרתה הקניית ידע על אודות נזקי העישון והתמודדות עם לחץ חברתי עשויה לשפר את רמת הידע של התלמידים על אודות נזקי העישון ואת יכולתם ליישם טכניקות לעמידה בפני הלחץ לעשן גם כאשר מדובר בתוכנית קצרת טווח (24).

בשל חשיבותן של תוכניות חינוך לבריאות, משרד החינוך ומשרד הבריאות יוזמים תוכניות התערבות מגוונות על מנת לקדם ידע ולמנוע עישון בקרב בני נוער דוגמת התוכניות הבאות (5): תוכנית "זהירות נרגילה"; "חופשי לנשום"; תוכנית אופ"י; תוכנית "אתגר 21", המיועדת עבור הצוות החינוכי; תוכנית "עמיתים ומשפיעים", המעודדת בני נוער למנוע עישון בקרב חבריהם; תוכנית "כישורי חיים".

על אף הסיכונים הרבים הטמונים בהתחלת עישון בגיל צעיר, מן הספרות עולה כי המחקר בנוגע לגורמים כגון ידע ועמדות והשפעתם על תחילת עישון הוא מועט, בייחוד בקרב בני נוער צעירים. כמו כן, העדויות בנוגע להשפעת התערבות בקרב בני נוער צעירים בעניין העישון הן חלוקות, ובחינה אמפירית של הנושא בישראל חסרה. המחקר הנוכחי בא להרחיב את בסיס הידע בנושא, ובוחן את הקשר שבין ידע של בני נוער צעירים בנוגע לנזקי העישון לבין עמדותיהם כלפי עישון. זאת ועוד, המחקר בוחן את האופן שבו תוכנית התערבות תוך־בית ספרית בנושא של מניעת עישון עשויה להשפיע על רמת הידע של בני נוער צעירים בעניין העישון ועל עמדותיהם כלפיו.

שיטות

המחקר הנוכחי הוא מחקר התערבות פרוספקטיבי, הבוחן את השפעתה של התערבות על הידע של בני נוער בנושא העישון ועל עמדותיהם כלפיו.

אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר כללה בני נוער צעירים, הלומדים בשכבת כיתה ז בחטיבת ביניים באשקלון המונה252 תלמידים. 86 תלמידי כיתות ז (שהם 34% מתלמידי השכבה) ענו על סקר מקוון טרם ביצוע תוכנית ההתערבות; 52 מהם שייכים לקבוצת ניסוי, אשר נחשפה בהמשך לתוכנית ההתערבות, ו־34 תלמידים שייכים לקבוצת הביקורת, אשר לא נחשפה לתוכנית ההתערבות. לאחר ביצוע תוכנית ההתערבות ענו 139 תלמידי כיתות ז על הסקר (55% מתלמידי השכבה), מתוכם 68 תלמידים בקבוצת הניסוי שנחשפו לתוכנית ההתערבות ו־71 תלמידים בקבוצת הביקורת, אשר לא נחשפו לתוכנית ההתערבות. הכיתות שבהן נערכה ההתערבות נבחרו בידי צוות בית הספר, אשר בחר שתי כיתות הטרוגניות לפי שיקוליו.

כלי המחקר

המחקר השתמש בסקר סגור ואנונימי למילוי עצמי, שנועד לבחון הרגלי עישון וחשיפה לעישון, ידע על אודות נזקי עישון ועמדות כלפי עישון. הסקר נבנה באמצעות תוכנת סקרים מקוונים, והופץ לתלמידים באמצעות קישור למילוי הסקר אשר נשלח לטלפונים הסלולריים שלהם. הסקר כלל שלושה חלקים מרכזיים. בחלקו הראשון נכללו כמה שאלות הנוגעות למין המשיב ולכיתה שבה הוא/היא לומד/ת, שאלות על הרגלי עישון וחמש שאלות על חשיפה לעישון בסולם דיכוטומי (סך הכול 20 שאלות). חלק זה התבסס על סקר הטבק העולמי לבני נוער (25), תוך התאמתו למטרות המחקר הנוכחי ולתכנים שהועברו במסגרת מפגשי התוכנית.

בחלקו השני של הסקר הובאו 20 היגדים שהציגו עמדות כלפי עישון, כך למשל "העישון מגעיל אותי, צריך לאסור עישון במקומות ציבוריים". הערכתו של כל היגד בוצעה לפי סולם ליקרט (Likert) בן חמש דרגות (1=כלל לא מסכים; 2=מסכים במידה מועטה; 3=מסכים במידה בינונית; 4=מסכים במידה רבה; 5=מסכים במידה רבה מאוד; 0=לא יודע). לצורך הניתוחים אוחדו התשובות "כלל לא מסכים" ו־"מסכים במידה מועטה".

כמו כן אוחדו התשובות "מסכים במידה רבה" ו־"מסכים במידה רבה מאוד". המשתנה "**עמדות כלפי עישון**" הורכב מממוצע ההיגדים, כך שככל שהציון גבוה יותר הוא נתן ביטוי לעמדות שליליות יותר. מהימנות אלפא קרונבך נמצאה α=0.83.

בחלקו השלישי של הסקר הובאו 20 היגדים שעניינם הידע בנוגע לנזקי העישון, כך למשל "שאיפת עשן שמישהו אחר מעשן מזיקה לבריאות, כל מוצרי הטבק – סיגריות, נרגילה וסיגריה אלקטרונית מזיקים לבריאות". הערכתו של כל היגד בוצעה לפי סולם ליקרט (Likert) בן חמש דרגות (1=כלל לא מסכים; 2=מסכים במידה מועטה; 3=מסכים במידה בינונית; 4=מסכים במידה רבה; 5=מסכים במידה רבה מאוד; 0=לא יודע). לצורך הניתוחים אוחדו התשובות "כלל לא מסכים" ו־"מסכים במידה מועטה". כמו כן אוחדו התשובות "מסכים במידה רבה" ו־"מסכים במידה רבה מאוד". המשתנה "**ידע בנוגע לנזקי העישון**" הורכב מממוצע ההיגדים, כך שככל שהציון גבוה יותר הוא נתן ביטוי לרמת ידע גבוהה יותר. מהימנות אלפא קרונבך נמצאה α=0.86. מהימנות כלל השאלון הייתה α=0.88.

תוכנית התערבות "עישון לא בתכנון"

תוכנית ההתערבות כללה שלושה מפגשים שהעבירו סטודנטיות בחוג לבריאות הציבור במכללה האקדמית אשקלון. במפגש הראשון הועברה לתלמידים מצגת בנושא "המיתוסים והאמת על עישון", תוך עריכת דיון בנושא עם התלמידים. בנושאים שנידונו נכללו הנושאים הבאים: החומרים הרעילים והמסוכנים בסיגריה; נזקי העישון לבריאות; נזקי העישון הכפוי; נזקי עישון נרגילה; השפעת העישון על לחץ וסטרס; השפעת העישון על הזדקנות העור והפה ובריאותם; נזקי הסיגריה האלקטרונית. מטרת המפגש הייתה להעלות את רמת הידע של התלמידים על אודות נזקי העישון. בתום המפגש הוזמנו התלמידים להכין כרזות בנושא "מדוע לא לעשן", ולהיכנס לדף פייסבוק ואינסטגרם שבו שותפו תוכני המפגש מהמצגת. במפגש השני הועבר שיעור בנושא התמודדות עם לחץ חברתי, תוך עריכת דיון ומשחקי תפקידים. במפגש השלישי הועברה הרצאה בידי אדם אשר נגמל מעישון, שמטרתה הייתה לשתפם בסיפורו האישי. כמו כן הוצגו בפני הכיתות כרזות נבחרות שהכינו התלמידים, וחולקו פרסים לזוכים. תוכנית ההתערבות מומנה בידי הליגה למניעת שחפת ומחלות ריאה (סניף רחובות).

ממצאים

טרם ביצוע ההתערבות השיבו על הסקר 86 תלמידי כיתות ז, מתוכם 52 תלמידים שבהמשך עברו את ההתערבות (להלן: קבוצת הניסוי), שהם 60.5% מהמשיבים, ו־34 תלמידים שבהמשך לא עברו את ההתערבות (להלן: קבוצת הביקורת), שהם 39.5% מהמשיבים. מדגם המשיבים על הסקר כלל 54 בנות (62.8%) ו־32 בנים (37.2%). לאחר ביצוע ההתערבות השיבו על הסקר 139 תלמידי כיתות ז, מתוכם 68 תלמידים בקבוצת הניסוי (48.9%) ו־71 תלמידים בקבוצת הביקורת (51.1%). מדגם המשיבים על הסקר לאחר ביצוע ההתערבות כלל 88 בנות (63.3%) ו־51 בנים (36.7%). לא נמצאו הבדלים מובהקים בין מדגם המשיבים טרם ההתערבות לבין מדגם המשיבים לאחר ההתערבות בהתפלגות המשתנה מגדר. טבלה 1 מציגה את הרגלי העישון והחשיפה לעישון כפוי, לפי דיווחם של משתתפי קבוצת הניסוי וקבוצת הביקורת טרם תוכנית ההתערבות.

טרם ביצוע ההתערבות כלל מדגם המשיבים תלמיד אחד אשר דיווח כי הוא מעשן ואשר נכלל בקבוצת הניסוי. תלמיד אחד ממשתתפי קבוצת הניסוי דיווח על התנסות בעישון בגיל 8, ותלמיד אחד ממשתתפי קבוצת הביקורת דיווח על התנסות בעישון בגיל 11. מעל מחצית מהמשיבים בשתי הקבוצות דיווחו כי בן משפחתם מעשן, וכשליש דיווחו כי יש להם בן משפחה אשר עישן בעבר ונגמל. בנוגע לחשיפה לעישון כפוי, 34% ממשתתפי קבוצת הניסוי ו־41% ממשתתפי קבוצת הביקורת דיווחו כי אדם עישן בביתם במהלך השבוע האחרון. 21% ממשתתפי קבוצת הניסוי ו־41% ממשתתפי קבוצת הביקורת דיווחו, כי נשמו עשן שמישהו אחר עישן במבנים ציבוריים כמו חנויות, מסעדות, אולמי ספורט וכדומה במהלך

***טבלה 1:* הרגלי עישון וחשיפה לעישון כפוי בקרב קבוצת הניסוי וקבוצת הביקורת טרם החשיפה לתוכנית ההתערבות**

שאלה	קבוצת ניסוי (N=52)	קבוצת ביקורת (N=34)
מעשן/ת	1 (2%)	0
בן משפחה מעשן/ת	30 (57%)	23 (67%)
בן משפחה עישן/ה בעבר ונגמל/ה	19 (36%)	13 (38%)
במידה והנך מעשן/ת או ניסית לעשן בעבר, בן/ת כמה היית?	51 (98%)	33 (97%)
מעולם לא עישנתי סיגריה	1 (2%)	0
הייתי בן/ת 8 שנים הייתי בן/ת 11 שנים	0	1 (3%)
במהלך השבוע האחרון, האם מישהו עישן בביתך?	כן – 18 (34%)	כן – 14 (41%)
במהלך השבוע האחרון האם ראית מישהו מצוות בית הספר מעשן בשטח בית הספר?	כן – 12 (23%)	כן – 12 (35%)
במהלך השבוע האחרון, האם נשמת עשן שמישהו אחר עישן במבנים ציבוריים כמו: חנויות, מסעדות, אולמי ספורט וכדומה?	כן – 11 (21%)	כן – 14 (41%)

השבוע האחרון. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצת הניסוי לבין קבוצת הביקורת בשיעורי הדיווח על הרגלי עישון ועל החשיפה לעישון כפוי.

ניתוח המענה על היגדי הידע ועל היגדי העמדות טרם החשיפה לתוכנית ההתערבות העלה, כי התלמידים דיווחו על עמדות שליליות במידה רבה כלפי עישון (ממוצע 3.94, סטיית תקן 0.53) ועל רמה גבוהה יחסית של ידע בנוגע לנזקי העישון (ממוצע 4.28 סטיית תקן 0.51).

בנוגע למענה על היגדי העמדות נמצא, כי מרבית התלמידים הסכימו עם כך שהעישון מגעיל אותם (כ־86% הסכמה במידה רבה), שלדעתם צריך לאסור על עישון במקומות ציבוריים (63% הסכמה במידה רבה), כי הם מודאגים מהבריאות שלהם כשמישהו מעשן לידם (כ־64% הסכמה במידה רבה) ושמפריע להם להימצא ליד מעשנים (62% הסכמה במידה רבה). כמו כן, מרבית התלמידים הביעו אי־הסכמה עם כך שמותר לעשן בתוך רכב (כ־87%) או בתוך הבית (כ־92%), שלמי שמעשן יש פחות חברים (כ־81%), שהם יסכימו לעשן אם מישהו מן החברים יציע להם (כ־97%); זאת ועוד, מרבית התלמידים דיווחו על כך שהם אינם חושבים שיעשנו כשיהיו מבוגרים (כ־94%), והביעו אי־הסכמה עם כך שמי מעשן נראה מגניב יותר (כ־96%) או עם כך שעישון עוזר להתרכז טוב יותר (כ־98%). עם זאת רק כמחצית מן התלמידים הסכימו עם כך שמבוגרים אינם צריכים לעשן בקרבת בני משפחה אחרים בבית (56%), ורק 28% מן התלמידים דיווחו על כך שאם מישהו מעשן לידם הם מבקשים ממנו להפסיק.

בנוגע למענה על היגדי הידע נמצא, כי 82% מהתלמידים ידעו ששאיפת עשן שמישהו אחר מעשן מזיקה לבריאות, כ־90% ידעו שכל מוצרי הטבק מזיקים לבריאות וגם שהסיגריה מכילה חומרים רעילים ומסרטנים. כמו כן, 88% מהתלמידים ידעו כי העישון מזיק לדרכי הנשימה ולריאות. עם זאת 24% מן התלמידים טענו שעישון של כמה סיגריות בודדות ביום אינו פוגע בבריאות, ו־16% טענו שהעישון עוזר להקל על תחושת לחץ וחרדה. 29% מן התלמידים טענו ששאיפת עשן שמישהו אחר מעשן מזיקה פחות מעישון בפועל. כ־40% מן התלמידים טענו שעישון אינו פוגע במראה החיצוני. בנוגע לסיגריה אלקטרונית, 21% מן התלמידים טענו שהסיגריה האלקטרונית בטוחה לשימוש, ו־23% טענו שסיגריה אלקטרונית עוזרת בגמילה מעישון. באשר לעישון נרגילה, 19% מן התלמידים דיווחו על כך שעישון נרגילה אינו מזיק לבריאות, ו־21% דיווחו על כך שעישון נרגילה מזיק פחות מעישון סיגריות. כמו כן, רק כ־39% מן התלמידים טענו שהמים בנרגילה אינם מסננים את החומרים המסוכנים. טבלה 2 מציגה את ההבדלים בידע ובעמדות בנוגע לעישון טרם החשיפה לתכנית ההתערבות, בשתי קבוצות המחקר.

מטבלה 2 עולה, כי טרם ההתערבות לא נמצאו הבדלים

***טבלה 2:* ההבדלים בידע ובעמדות בנושא עישון טרם ההתערבות לפי קבוצות המחקר**

	קבוצת ניסוי N=52		קבוצת ביקורת N=33		
	SD	*M*	*SD*	*M*	*t*
עמדות כלפי עישון	3.93	0.59	3.94	0.45	-0.07
ידע בנושא נזקי עישון	4.24	0.46	4.33	0.59	-0.76

***טבלה 3:* ההבדלים בידע ובעמדות בנושא עישון לפי הימצאות בן משפחה מעשן טרם ההתערבות**

	בן משפחה מעשן N=52		אין בן משפחה מעשן N=31		*t*
	SD	*M*	*SD*	*M*	
עמדות כלפי עישון	3.75	0.53	4.25	0.38	-4.51**
ידע בנושא נזקי עישון	4.19	0.55	4.46	0.37	-2.31*

$^{*}p<.05$, $^{**}p<.01$

מובהקים ברמת הידע על נזקי עישון ($t(83)=-0.07, p>.05$) או בעמדות כלפי עישון ($t(81)=-0.76, p>.05$) בין קבוצת הניסוי לבין קבוצת הביקורת. לא נמצא הבדל מובהק בין בנים לבין בנות ברמת הידע על נזקי עישון או בעמדות כלפי עישון.

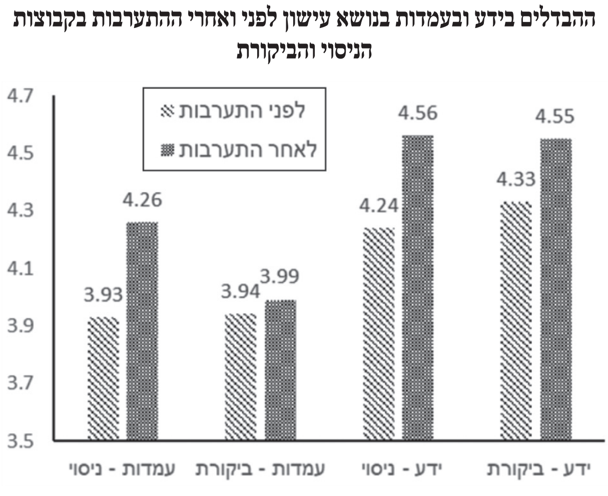
טבלה 3 מציגה את ההבדלים בידע ובעמדות המשיבים על הסקר טרם ביצוע תוכנית ההתערבות, לפי הימצאות בן משפחה מעשן.

מן הממצאים המוצגים בטבלה 3 עולה, כי טרם ההתערבות נמצאו הבדלים מובהקים בעמדות כלפי עישון ($t(81)=-4.51,$ $p<.01$) ובידע בנושא נזקי עישון ($t(79)=-2.31, p<.05$) בין תלמידים אשר דיווחו כי מישהו מבני משפחתם מעשן לבין תלמידים שלא דיווחו על בן משפחה מעשן. העמדות כלפי עישון נמצאו שליליות יותר במובהק בקרב התלמידים שאין להם בן משפחה מעשן, ורמת הידע שלהם בנושא נזקי עישון נמצאה גבוהה יותר בהשוואה לתלמידים שמישהו מבני משפחתם מעשן.

ניתוח ממצאי הסקר לאחר חשיפת התלמידים לתוכנית ההתערבות העלה, כי לא נמצאו הבדלים מובהקים בעמדות כלפי עישון ובידע בנושא נזקי עישון בין תלמידים אשר דיווחו כי מישהו מבני משפחתם מעשן לבין תלמידים שלא דיווחו על בן משפחה מעשן. לאחר החשיפה לתוכנית ההתערבות, תלמידים אשר דיווחו על בן משפחה מעשן הציגו עמדות שליליות יותר לעומת תלמידים אשר לא דיווחו על בן משפחה מעשן. רמת הידע לעומת זאת נמצאה דומה בקרב מי שדיווחו על בן משפחה מעשן ובקרב מי שלא.

תרשים 1 מציג את ההבדלים בממוצע העמדות ובממוצע

תרשים 1: **הבדלים בידע ובעמדות של התלמידים לפני החשיפה לתוכנית ההתערבות ולאחריה**



רמת הידע בקרב תלמידים מקבוצת הניסוי ובקרב תלמידים מקבוצת הביקורת במענה על הסקר טרם ההתערבות ולאחריה.

ניתוח ממצאי הסקר לאחר ההתערבות העלה, כי כלל התלמידים אשר השיבו על הסקר (N-139) דיווחו על ממוצע של עמדות שליליות במידה רבה כלפי עישון (ממוצע 4.13 בסולם 1-5) ועל רמה גבוהה יחסית של ידע בנוגע לנזקי העישון (ממוצע 4.55 בסולם 1-5). בקרב קבוצת הניסוי, אשר התלמידים בה נחשפו לתוכנית ההתערבות, נמצאו הבדלים מובהקים בעמדות כלפי עישון ($t(117)=-2.36$, $p<.05$) וגם בידע בנושא נזקי עישון ($t(112)=-2.70$, $p<.01$) לפני ההתערבות ואחריה. כפי שעולה מתרשים 1, העמדות כלפי עישון נמצאו שליליות יותר בצורה מובהקת לאחר החשיפה לתוכנית ההתערבות (4.6), וכך גם רמת הידע על אודות נזקי עישון, אשר נמצאה גבוהה יותר בצורה מובהקת לאחר החשיפה לתוכנית ההתערבות (4.5).

עוד נמצא, כי בקרב קבוצת הביקורת נמצאו הבדלים מובהקים בידע בנושא נזקי עישון ($t(101)=-2.41$, $p<.05$) בין שתי נקודות הזמן. רמת הידע על אודות נזקי עישון נמצאה גבוהה יותר בנקודת הזמן השנייה (4.5) בהשוואה לראשונה (4.3), על אף אי־החשיפה לתוכנית ההתערבות. עם זאת לא נמצאו הבדלים בקרב קבוצת הביקורת בעמדות כלפי עישון ($t(99)=-0.46$, $p>.05$) בין שתי נקודות הזמן.

לצורך בדיקת השערת המחקר, אשר גרסה כי יימצא קשר מובהק בין ידע לעמדות כלפי עישון כך שככל שרמת הידע תהיה גבוהה יותר, כך העמדות כלפי עישון יהיו שליליות יותר, נערך מבחן פירסון. ניתוח הנתונים העלה, כי טרם ההתערבות נמצא קשר חיובי מובהק בין ידע לעמדות כלפי עישון ($r=0.33$, $p<.01$). קשר זה בין המשתנים נמצא גם לאחר ההתערבות ($r=0.61$, $p<.01$). מן הממצאים עולה, כי ככל שרמת הידע בנושא נזקי עישון גבוהה יותר, כך העמדות כלפי עישון שליליות יותר בצורה מובהקת.

לצורך בדיקת המשתנים אשר עשויים לנבא עמדות של בני נוער כלפי עישון נערך ניתוח רגרסיה ליניארית רב־משתנית. אחוז השונות בעמדות של בני נוער כלפי עישון המנובא באמצעות שני משתנים – ידע והימצאות בן משפחה מעשן – נמצא מובהק $F(2,78)=12.78$, $p<.0001$. נמצא, כי התרומה הייחודית הגבוהה ביותר הייתה של הימצאות בן משפחה מעשן, $\beta=0.362$, $p<.001$, ולאחריה משתנה הידע $\beta=0.26$, $p<.05$. מן הניתוח עולה, כי הימצאות בן משפחה מעשן עשויה לנבא 36% מן השונות בעמדות של בני נוער כלפי עישון.

דיון

המחקר הנוכחי שם לו למטרה לבחון את הקשר שבין ידע על אודות נזקי העישון לבין עמדות כלפי עישון ואת מידת השפעתה של תוכנית התערבות תוך־בית ספרית על רמת הידע על עישון ועל העמדות כלפיו. ניתוח הנתונים העלה כמה ממצאים מרכזיים. ניתוח הנתונים העלה, כי טרם ההתערבות נמצא קשר חיובי מובהק בין ידע לעמדות כלפי עישון; קשר זה בין המשתנים נמצא גם לאחר ההתערבות. ניתוח הממצאים העלה, כי ככל שרמת הידע בנושא נזקי עישון גבוהה יותר, כך העמדות כלפי עישון שליליות יותר בצורה מובהקת. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם מחקרים קודמים, שלפיהם ככל שרמת הידע על אודות נזקי העישון גבוהה יותר, כך המודעות לנזקי העישון גדלה והעמדות כלפי עישון שליליות יותר (19,15). זאת ועוד, מחקר קודם מצא כי ידע על אודות נזקי העישון הוכח כגורם משמעותי בהחלטה שלא לעשן (26).

בדומה למחקרם של אוונס ועמיתיו (13), גם במחקר הנוכחי מרבית התלמידים היו מודעים לכך שהעישון מזיק לבריאות. נוסף על כך, כ־6% מן התלמידים התנסו בעישון סיגריות ו/או מוצרי טבק. ממצא זה תואם לנתוני דוח משרד הבריאות, שלפיו כ־6% מן התלמידים בכיתה ו התנסו לפחות פעם אחת בעישון (5).

בנוגע לחשיפה לעישון כפוי, התלמידים נשאלו באשר למידת החשיפה לעישון בביתם, בבית הספר ובמקומות ציבוריים. חשיפה גבוהה לעישון כפוי נמצאה בבית התלמיד (37% טרם ההתערבות ו־42% לאחריה); נתון זה גבוה מהממוצע בהשוואה לנתוני דוח משרד הבריאות בו דווח כי 26.8% מן התלמידים חשופים לעישון בביתם (5). כמו כן, כשליש מן התלמידים דיווחו כי ראו מישהו מצוות בית הספר

מעשן בשטחו (28% טרם ההתערבות ו־29% לאחריה), אף שלפי צו שר הבריאות לתיקון התוספת לחוק למניעת עישון במקומות ציבוריים שנכנס לתוקפו בחודש פברואר 2016, חל איסור מוחלט על עישון בכל שטחו של המוסד החינוכי ובטווח של עשרה מטרים מהכניסה או מהיציאה ממנו (27). זאת ועוד, מעל לשליש מן התלמידים היו חשופים לעישון כפוי במבנים ציבוריים ובשטחים ציבוריים כגון חנויות, מסעדות, אולמות ספורט וכן הלאה. נתונים אלו דומים לנתוני דוח משרד הבריאות, שלפיו כ־43.6% מן התלמידים דיווחו כי מעשנים בקרבתם במקומות בילוי (5).

אחד הגורמים שעשויים להשפיע על עמדות כלפי עישון הוא סטטוס העישון של בני המשפחה. ממצאי המחקר הנוכחי הראו הבדלים בידע על העישון ובעמדות כלפיו בין התלמידים החשופים לעישון בסביבתם הקרובה לבין תלמידים שאינם חשופים לעישון. ניתוח הנתונים העלה עמדות שליליות יותר כלפי עישון ורמת ידע גבוהה יותר בקרב התלמידים שאין להם בן משפחה מעשן, בהשוואה לתלמידים שמישהו מבני משפחתם מעשן. זאת ועוד, ניתוח הממצאים העלה, כי הימצאות בן משפחה מעשן עשויה לנבא עמדות של בני נוער כלפי עישון אף יותר מידע על אודות נזקי עישון. ממצאים אלו תואמים לספרות, שלפיה ידע על עישון ועמדות כלפיו מושפעים מנוכחות מעשנים במשפחה כמו גם מן היחס השלילי או החיובי שלהם כלפי עישון (28,16,15).

גורם נוסף שעשוי להשפיע על עמדות התלמידים באשר לעישון הן תוכניות התערבות הנערכות במסגרת בית הספר. במחקר הנוכחי נמצא כי תוכנית ההתערבות הייתה גורם משפיע על עמדות התלמידים בנוגע לעישון, כך שבקרב קבוצת הניסוי נמצאו הבדלים מובהקים בעמדות כלפי עישון טרם ההתערבות ואחריה. העמדות כלפי עישון נמצאו שליליות יותר לאחר ההתערבות. לעומת זאת, בקרב קבוצת הביקורת לא נמצאו הבדלים בעמדות בין שתי נקודות הזמן. כדוגמה לכך, מניתוח הנתונים הנוגעים להיגדי העמדות נמצא, כי טרם ההתערבות כמחצית מן התלמידים הסכימו עם כך שמבוגרים אינם צריכים לעשן בקרב בני משפחה אחרים בבית (56% הסכמה במידה רבה), בעוד שלאחר ההתערבות מרבית התלמידים הסכימו עם כך (74% הסכמה במידה רבה). תוכניות התערבות עשויות להשפיע על עמדות כלפי עישון ועל גישתם של מעשנים כלפי עישון כפוי (13). זאת ועוד, בדומה לספרות נמצא כי בקרב בני נוער, מי שהיה להם הידע הרב ביותר באשר לנזקי העישון היו גם מי שעמדותיהם כלפי העישון היו השליליות ביותר. לעומתם, מי שהיה להם הידע המועט ביותר היו גם מי שעמדותיהם כלפי העישון היו החיוביות ביותר (15). עם זאת במחקר אשר נערך בקרב מתבגרים ומבוגרים צעירים נמצא, כי אף שמרבית הנבדקים ידעו כי העישון מזיק ואף שעמדותיהם כלפי העישון היו שלילות, רק פחות ממחציתם תכננו להפסיק לעשן בשנה הקרובה (20). ייתכן שגורמים נוספים, כגון לחץ חברתי, עשויים להשפיע על הבחירה לעשן למרות הידע על אודות הסיכונים הנלווים להתנהגות מזיקה זו.

תוכנית התערבות עשויה להשפיע לא רק על עמדות התלמידים כלפי עישון, אלא גם על הידע שלהם על אודות נזקיו. ממצאי המחקר הנוכחי הראו, כי בקרב קבוצת הניסוי נמצאו הבדלים מובהקים ברמת הידע על אודות נזקי עישון טרם ההתערבות ולאחריה. רמת הידע על אודות נזקי עישון נמצאה גבוהה יותר לאחר ההתערבות. עם זאת גם בקרב קבוצת הביקורת נמצאו הבדלים ברמת הידע. ייתכן כי העלייה ברמת הידע בקבוצת הביקורת נובעת מידע שנרכש במסגרת תוכנית "כישורי חיים", המועברת בבית הספר, או מידע שנרכש מחברים לשכבה. מחקרים קודמים הראו, כי תוכניות התערבות אכן עשויות לתרום להבדלים בידע על אודות נזקי העישון בקרב בני נוער (29,24). נוסף על כך, חוסר ידע עשוי להשפיע על עמדות כלפי עישון ועל סטטוס העישון בפועל, ובעקבות זאת לחשוף את המעשנים לסיכונים בריאותיים הנלווים לעישון (26).

תוכניות התערבות עשויות לתרום לטיפוח עמדות שליליות כלפי עישון ולהעלאת המודעות לנזקי העישון, ובכך לבסס התנהגות בריאה ונטולת עישון בקרב התלמידים. ואכן, במחקר הנוכחי נמצא כי תוכנית ההתערבות עשויה לתרום להבדלים בידע על אודות נזקי העישון וכן לביסוס עמדות שליליות כלפי עישון. זאת ועוד, על אף תמיכה אמפירית מועטה בנושא, העברת התוכנית בידי מדריכים חיצוניים תרמה במידה מסוימת לשיתוף הפעולה של התלמידים במפגשי התוכנית, כפי שנמצא במחקרם של קמפל ועמיתיו (23).

למחקר הנוכחי כמה מגבלות. ראשית, מרבית המשתתפים במחקר היו בנות; מחקרים קודמים הראו כי שכיחות הבנות המעשנות נמוכה יותר מבנים בגילאים הצעירים, וכי יש להן עמדות שליליות יותר כלפי עישון בהשוואה לבנים. בשל הבדלים אלו ייתכן כי ממצאי המחקר הנוכחי נתונים להטיה. שנית, הסקר שנערך בקרב התלמידים היה סקר מקוון על מנת להקל על ההשתתפות בו; עם זאת שיעור ההיענות לסקר, בייחוד בקבוצת הביקורת, לא היה גבוה. ייתכן ששיעור היענות גבוה יותר היה מבסס את ממצאי המחקר. כמו כן, העלייה הקלה ברמת הידע שנצפתה בקרב קבוצת הביקורת לאחר ההתערבות מקשה לייחס את העלייה ברמת הידע שנצפתה בקרב קבוצת הניסוי למפגשי תוכנית ההתערבות.

סיכום ומסקנות

עישון הוא אחת מסוגיות בריאות הציבור המשמעותיות והמזיקות ביותר בעולם. תופעה זו נפוצה בקרב בני נוער, ועלולה להתבסס ולהימשך אל תוך הבגרות. ממצאי המחקר

הנוכחי תומכים בממצאי מחקרים קודמים, שלפיהם בני נוער מתנסים בעישון סיגריות בגיל 13 או קודם לכן. לפיכך התערבות בגילאים האלה היא קריטית להעלאת המודעות להשפעות השליליות של העישון על בריאות האדם ורווחתו ולעיצוב ערכים ונורמות התורמים להתנהגות בריאה ונטולת עישון בקרב התלמידים. זאת ועוד, היקף החשיפה לעישון בבית, בבית הספר ובמקומות בילוי מדגיש את הצורך בהעלאת המודעות לנזקי העישון הכפוי בקרב הציבור בכלל ובקרב הורים וצוותים חינוכיים בפרט, ואת חשיבותם של רענון נהלים ושל אכיפה בתחומי מוסדות חינוך, מוסדות ציבור, מקומות בילוי ושטחים ציבוריים. לפיכך יש לאחד כוחות בין משרד החינוך, האגודה למלחמה בסרטן, משרד הבריאות וגופים מקצועיים נוספים במטרה לפתח וליישם תוכניות התערבות המותאמות לגילאי קהל היעד; יש להתחיל בפעילות זו כבר מגיל 8, שהוא הגיל המוקדם ביותר שבו נצפתה התנסות בעישון, ולהמשיך בה לאורך שנות הלימודים בבית הספר, המהווה סביבה נוחה לביצוע תוכניות מעין אלו. התוכניות יכולות לכלול סדנאות והרצאות, תוך השתתפות פעילה של התלמידים. תוכנית המותאמת לגילאי המשתתפים בה, כפי שהוצגה במחקר הנוכחי, תאפשר להעלות את המודעות לנזקי העישון, לסייע להימנע מעישון וכן לתת כלים להתמודדות עם סוגיות נלוות כגון לחץ חברתי לעשן.

מקורות

1. Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the surgeon general [Internet]. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services; 2014 [cited 2018 Nov 13]. 943 p. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/pdf/Bookshelf_NBK179276.pdf
2. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017 [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2017 [cited 2018 Nov 13]. 263 p. Available from: https://www.world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2017/07/WHO-Report-on-the-global-tobacco-epidemic-2017-EMBARGOED.pdf
3. משרד הבריאות. דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2016 [אינטרנט]. גרסה מתוקנת, פברואר 2018 [נצפה ביום 20.11.2018]. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/smoking_2016.pdf
4. Centers for Disease Control and Prevention. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general [Internet]. Atlanta, GA:U.S. Department of Health and Human Services; 2006 [cited 2018 Nov 14]. 709 p. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44324/pdf/Bookshelf_NBK44324.pdf
5. משרד הבריאות. דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2017 [אינטרנט]. מאי 2018 [נצפה ביום 13.11.2018]. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/smoking_2017.pdf
6. Elders MJ, Perry CL, Eriksen MP, Giovino GA. The report of the surgeon general: preventing tobacco use among young people. Am J Public Health [Internet]. 1994 Apr [cited 2018 Dec 14]; 84(4):543-7. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1614776/pdf/amjph00455-0017.pdf
7. Hublet A, De Bacquer D, Valimaa R, Godeau E, Schmid H, Rahav G, et al. Smoking trends among adolescents from 1990 to 2002 in ten European countries and Canada. BMC Public Health [Internet]. 2006 Nov 10 [cited 2018 Dec 14]; 6:280. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1654156/pdf/1471-2458-6-280.pdf
8. Jamal A, Gentzke A, Hu SS ,Cullen KA, Apelberg BJ, Homa DM, et al. Tobacco use among middle and high school students – United States, 2011-2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2017 Jun 16 [cited 2018 Nov 14]; 66(23):597-603. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5657845/pdf/mm6623a1.pdf
9. Dutra LM, Glantz SA. Electronic cigarettes and conventional cigarette use among US adolescents: a cross-sectional study. JAMA Pediatr [Internet]. 2014 Jul [cited 2018 Dec 14]; 168(7):610-7. Available from: doi:https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.5488s.2013.5488
10. Botello-Harbaum M, Haynie DL, Murray KW, Iannotti RJ. Cigarette smoking status and recurrent subjective health complaints among US school-aged adolescents. Child Care Health Dev [Internet]. 2011 Jul [cited 2018 Dec 14]; 37(4):551-8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3010296/pdf/nihms224027.pdf
11. ורסנו ש', גנץ ע', אלדור נ', גרנקין מ'. עישון נרגילה בקרב תלמידי בתי־ספר באזור השרון: שכיחויות, הרגלים, דעות ועמדות. הרפואה. 2003; 142(יא): 736-741.
12. Taioli E, Wynder E. Effect of the age at which smoking begins on frequency of smoking in adulthood. N Engl J Med [Internet]. 1991 Sep 26 [cited 2018 Dec 14]; 325(13):968-9. Available from: http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199109263251318
13. Evans D, O'Farrell A , Sheridan A, Kavanagh P. Youth smoking in Ireland: a special analysis of the health behaviour in school-aged children (HBSC) study [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 17]. 44 p. Report prepared on behalf of the Tobacco Free Ireland Programme, Health Service Executive. Available from: https://www.hse.ie/eng/about/who/tobaccocontrol/tobaccofreeireland/youth-smoking-report.pdf
14. סמואלס נ. הרגלי עישון בקרב מתבגרים בישראל: מדוע הם מעשנים? הרפואה. 2007; 146(ג): 184-186.
15. Kirthinath B, Muralidhar K, Ayushi A, Asha K, Muthu K. Knowledge and attitude regarding tobacco and its use among adolescent students. Natl J Community Med [Internet]. 2016 Jun [cited 2018 Dec 12]; 7(6):519-23. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/814e/7348fc2d842e3b16732f5ec44b3fbbddd755.pdf
16. Cosci F, Zagà V, Bertoli G, Campiotti A. Signifcant others, knowledge, and belief on smoking as factors associated with tobacco use in Italian adolescents. ISRN Addict [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 18]; 1-7. Available from: http://downloads.hindawi.com/archive/2013/968505.pdf

17. Braungart M M, Braungart R G. Applying learning theories to healthcare practice. In:Bastable SB, editor. Nurse as Educator. Third Edition; Jones & Bartlett Learning. [cited 2018 Dec 18]. p. 51-90. Available from: from:http://www.jblearning.com/samples/0763751375/chapter2.pdf
18. Swanson JC. Second thoughts on knowledge and attitude effects upon behavior. J Sch Health [Internet]. 1972 Jun [cited 2018 Dec 18]; 42(6):363-5. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1746-1561.1972.tb07105.x
19. Kallgren CA, Wood W. Access to attitude-relevant information in memory as a determinant of attitude-behavior consistency. J Exp Soc Psychol [Internet]. 1986 Jul [cited 2018 Dec 11]; 22(4):328-38. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/f61e/125505bdb0ca95667097d9a26c64d6d21571.pdf
20. Ganley BJ, Rosario DI. The smoking attitudes, knowledge, intent, and behaviors of adolescents and young adults: implications for nursing practice. J Nurs Educ Pract [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 18]; 3(1):40-50. Available from: http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/1157/893
21. Wiehe SE, Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, Rivara FP. A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. J Adolesc Health [Internet]. 2005 [cited 2018 Dec 19]; 36(3):162-9. Available from:https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(04)00460-4/pdf
22. Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 19]; 4(4). Available from: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001293.pub3/epdf/full
23. Campbell R, Starkey F, Holliday J, Audrey S, Bloor M, Parry-Langdon N, et al. An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. Lancet [Internet]. 2008 May 10 [cited 2018 Dec 11]; 371:1595-602. Available from: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2808%2960692-3
24. Brown S, Birch D, Thyagaraj S, Teufel J, Phillips C. Effects of a single-lesson tobacco prevention curriculum on knowledge, skill identification and smoking intention. J Drug Educ [Internet]. 2007 [cited 2018 Dec 10]; 37(1):55-69. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2190/638J-J7G2-4T58-28JU
25. Centers for Disease Control and Prevention. Core questionnaire with optional questions Global Youth Tobacco Survey (GYTS) GTSS [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 14]. Available from: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/1-GYTS-CoreQuestionnairewithOptionalQuestions-v1.2-Nov2014.pdf
26. Ebirim CIC, Amadi AN, Abanobi OC, Iloh GUP. The prevalence of cigarette smoking and knowledge of its health implications among adolescents in Owerri, South-Eastern Nigeria. Health (Irvine Calif) [Internet]. 2014 [cited 2018 Dec 10]; 6(12):1532-8. Available from: https://www.scirp.org/pdf/Health_2014062710593101.pdf 28
27. חוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון, התשמ״ג-1983 [אינטרנט]. [נצפה ביום 10.8.2019]. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Shonot01.pdf
28. Xu X, Chen C, Abdullah AS, Liu L, Sharma M, Li Y, et al. Smoking related attitudes, motives, and behaviors of male secondary school students in an urban setting of China. Springerplus [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 11]; 5(1):2021. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5125283/pdf/40064_2016_Article_3694.pdf
29. Emmanuel SC, Ho CK, Chen AJ. Cigarette smoking among school children in Singapore. Part III – Knowledge and attitudes towards smoking. Singapore Med J [Internet]. 1991 Aug [cited 2018 Dec 17]; 32(4):233-7. Available from: http://smj.sma.org.sg/3204/3204a8.pdf

תקצירים

הון חברתי ובריאות בקרב משחקות כדורשת בליגת מאמאנט בישראל

בראון אפל אורנה, בורד שירן, קדוש דבי, גוטמן עדנה, מורן דני, טסלר ריקי

המאמר המלא:

Baron-Epel, O., Paldi, Y., Bord, S., Kadish, D., Guttman, E., Moran, D.S., Tesler, R. (2020).
Social capital and health among participants in the Cachibol League in Israel.
International Review for the Sociology of Sport. DOI: 10.1177/1012690220968114/ ID: IRSS-20-0066

תקציר

רקע: ליגת הכדורשת מאמאנט בישראל הינה מסגרת עבור אימהות לעסוק בספורט תחרותי קבוצתי עממי.

מטרת המחקר: להעריך האם משתתפות בליגת מאמאנט הן בעלות הון חברתי גבוה יותר והאם מצב הבריאות וההון החברתי שלהן משתפר לאורך זמן, לאחר הצטרפותן לליגה.

שיטות: שתי קבוצות רואינו – קבוצת ביקורת שלא משתתפת בליגה וקבוצת נשים שמשחקות בליגה. הנשים רואיינו 3 חודשים לאחר הצטרפותן לליגה (T1) ולאחר 13-15 חודשים מהצטרפותן (T2). השאלון כלל שאלות על מאפיינים סוציו דמוגרפיים, הון חברתי (תמיכה, מעורבות ואמון) בריאות (בריאות סובייקטיבית, סימפטומים פסיכוסומטיים וסימפטומים דיכאוניים).

ממצאים: בזמן 1(T) המשתתפות בליגה היו בעלות הון חברתי ובריאות סובייקטיבית טובים יותר מקבוצת הביקורת, ופחות סימפטומים פסיכוסומטיים ודיכאוניים בהשוואה לביקורות. בזמן 2(T) המשתתפות בליגת מאמאנט משפרות שניים מתוך שלושת המדדים של הון חברתי, תמיכה חברתית ומעורבות חברתית. ישנה עליה בהון החברתי בקבוצת המשתתפות לעומת חוסר שינוי בקבוצת הביקורת. בקרב המשתתפות בליגה לא נצפו שינויים בבריאות בתקופה הנבדקת.

מסקנות: לנשים המשתתפות בקבוצת הספורט יש כנראה מלכתחילה הון חברתי ובריאות טובים יותר בהשוואה לאלו שאינן משתתפות, וההשתתפות בקבוצה מעלה את ההון החברתי לאורך זמן.

קשר בין עדות לאלימות והצדקת אלימות לבין כוונת אלימות כלפי אחים אחיות בישראל

עמית אהרון ענת, ורשבסקי סיגלית, יצחקי מיכל, החוג לסיעוד, הפקולטה לרפואה,
אוניברסיטת תל אביב

המאמר המלא:

Amit-Aharon, A., Warshawski, S., & Itzhaki, M. (2020).

Association Between Witnessing and Justifying Workplace Violence Towards Nurses in Israel.
Journal of Nursing Scholarship, 52 (6), 713-721. doi:10.1111/jnu.12603

תקציר

רקע: אלימות של מטופלים ובני משפחותיהם המופנית כלפי אחים ואחיות הפכה להיות בעיה כלל עולמית.

מטרה: מטרת המחקר הנוכחי לבחון את הקשר בין עדות בעבר למקרי אלימות במערכת הבריאות לבין הצדקת אלימות כלפי עובדי בריאות וכוונה לנהוג באלימות כלפי אחים ואחיות.

שיטות: מחקר חתך עם מדגם נוחות, 1,350 משתתפים מקרב האוכלוסייה הכללית בישראל. 83.4% משתתפים היו יהודים והשאר מהמגזר הערבי, גיל ממוצע 38.1 (סטיית תקן 13.07) ו־52.2% היו בעלי השכלה אקדמית. כלי המחקר: שאלון לדיווח עצמי אשר בדק את עמדות הציבור כלפי אלימות במערכת הבריאות, וכן שאל האם נחשפו בעבר לאלימות מילולית או פיזית כלפי עובדי בריאות. כוונת התנהגות אלימה נבחנה באמצעות שני סיפורי מקרה המדגימים אלימות מילולית ופיזית המופנים כלפי אחים ואחיות. המשתתפים נשאלו כיצד היו הם פועלים באירועים אלו. רגרסיה לוגיסטית רבת משתנים בוצעה כדי לבחון את הקשר שבין עמדות לבין כוונת התנהגות אלימה. ניתוח משתנים מתווכים (בעזרת שימוש ב־PROCESS) בוצע על מנת לזהות את המשתנים המתווכים.

תוצאות: מעל לחצי מהמשתתפים (51.5%) היו עדים לאירוע של אלימות מילולית במערכת הבריאות ו־16.1% היו עדים לאירוע של אלימות פיזית. משתתפים שהיו בעלי עמדות המצדיקות אלימות כלפי עובדי מערכת הבריאות הביעו פי 2.29 כוונת התנהגות אלימה מילולית כלפי אחים ואחיות (CI 1.75-3.01, $p<0.0001$) ופי 2.31 כוונת התנהגות אלימה פיזית כלפי אחים ואחיות (CI 1.63-3.29, $p<0.0001$). משתתפים שהיו עדים בעבר לאלימות פיזית במערכת הבריאות הביעו פי 2.25 כוונת התנהגות אלימה מילולית כלפי אחים ואחיות (CI 1.20-4.23, $p<0.01$).
ניתוח משתנים מתווכים מצא באופן מובהק כי עדות קודמת לאלימות מילולית או פיזית במערכת הבריאות קשורה באופן ישיר לכוונת התנהגות אלימה מילולית בעתיד. בנוסף, עמדות המצדיקות אלימות במערכת הבריאות נמצאו כמשתנה מתווך בין עדות קודמת לאלימות מילולית או פיזית לבין כוונת התנהגות אלימה מילולית או פיזית כלפי אחים ואחיות בעתיד, בהתאם לסיפורי המקרה עימם עומתו המשתתפים.

דיון מסקנות: עדות קודמת לאלימות במערכת הבריאות היא בעלת השפעה ישירה על כוונת התנהגות אלימה מילולית כלפי אחים ואחיות וגם בעלת השפעה עקיפה על כוונת התנהגות אלימה מילולית ופיזית כלפיהם. עמדות המצדיקות אלימות, מתווכות את הקשר.
עדות קודמת לאלימות יוצרת מצב של "נורמליזציה" כלפי אלימות באופן כללי ובפרט כלפי עובדי מערכת הבריאות. על קובעי מדיניות הבריאות והעובדים במערכת הבריאות, חלה חובה לפעול ולקדם סביבה של אפס סובלנות לאלימות. על מנת למנוע מקרי אלימות המופנים כלפי צוותים רפואיים, יש ליישם גישה הוליסטית רב מערכתית, המערבת מיקוד של מרכיבים חברתיים, תרבותיים ורב מערכתיים, היות שאלימות במערכת הבריאות משקפת אלימות בחברה ככלל.

חסמים למניעה וטיפול בדיכאון לאחר לידה בקרב נשים בדואיות בנגב: ממצאי מחקר קבוצות מיקוד

אלפיומי-זיאדנה סמירה, פרוימוביץ מירון, אזברגה זויה, גרוטו איתמר, דאוד ניהאיה

המאמר המלא:

Alfayumi-Zeadna, S., Froimovici, M., Azbarga, Z., Grotto, I., & Daoud, N.

Barriers to postpartum depression treatment among Indigenous Bedouin women in Israel: A focus group study. *Health & social care in the community*, 2019, 27(3), 757-766. doi: 10.1111/hsc.12693.

תקציר

רקע: דיכאון לאחר לידה (דל"ל) הינה בעיה נפשית שכיחה המתרחשת בקרב 10%-20% מהיולדות, המתאפיינת בירידה ניכרת במצב הרוח, בפעילות וביכולת ליהנות, בביטחון ובהערכה עצמית, וחשיבה שלילית עד מחשבות אובדניות ואף אובדנות בפועל. בקרב נשים בדואיות בדרום נמצאו שיעורים גבוהים של דל"ל (31%-43%) שהיו קשורים לגורמי סיכון משפחתיים, תרבותיים וחברתיים־כלכליים.

מטרות: לזהות חסמים למניעה וטיפול בדיכאון לאחר לידה בקרב נשים בדואיות בנגב.

שיטה: נערכו 8 קבוצות מיקוד בהשתתפות 75 נשים, בשפה הערבית. הנשים נשאלו לגבי סימני דל"ל, גורמים לדל"ל וחסמים למניעה וטיפול בדל"ל. הדיון תמלל והוקלט, לאחר שהמשתתפות חתמו על טופס הסכמה מדעת ומילאו שאלון סוציו־דמוגרפי קצר. נערך ניתוח תוכן פתוח וממוקד, התמלילים מוינו לפי קטיגוריות קונספטואליות שונות, לפי המודל החברתי־אקולוגי של McLeroy וחבריו (1988), בכדי להבין את גווניה הרבים של התופעה, כולל החסמים למניעה וטיפול.

תוצאות עיקריות: טיפול בדל"ל נמצא כבעיה מורכבת בקרב נשים בדואיות בנגב. המשתתפות הראו נכונות מפתיעה לחלוק את סיפורן האישי, והפגינו ידע לגבי סימני דל"ל על סמך ניסיונן האישי בלבד. אולם, הפנייה שלהן לעזרה הייתה רק במקרים קשים של דל"ל בגלל חסמים רבים. אלה כללו חוסר מודעות של הבעל ומשפחתו לתופעה, חוסר תמיכה חברתית מצדם באישה, וסטיגמה לגבי בעיות נפשיות בחברה, שמביאים לחשיפה וגילוי מאוחר של דל"ל, שתוצאותיה עלולות להיות קשות (מחשבות אובדניות או פגיעה בילדים). חסמים נוספים שנמצאו הם העדר מענה הולם בשירותי הרווחה והבריאות לבעיה (טיפול רופאי שאינו בשפת האישה ומחסור בפסיכיאטרים ופסיכולוגים). בעיות אלה קבלו משנה תוקף כאשר מדובר בנשים ממעמד סוציו־אקונומי נמוך, הגרות בכפר בלתי מוכר, קשיים בניידות ובמקרים של אלימות מצד בן הזוג.

מסקנות וחשיבות המחקר: מחקר זה שופך אור על החסמים הרב־ממדיים שמשפיעים על האפשרות למניעה וטיפול של דיכאון אחרי לידה בקרב נשים בדואיות. ממצאים אלו יכולים לשמש את קובעי מדיניות בריאות הציבור, לפיתוח תוכניות התערבות מותאמות תרבות למניעה וטיפול בדיכאון כדי להסיר את החסמים הללו ולהגן על הנשים וילדיהן מפני ההשלכות הקשות של דיכאון לאחר לידה.

מילות מפתח: דיכאון לאחר לידה, חסמים למניעה וטיפול, נשים בדואיות, קבוצות מיקוד.

אינטראקציות חברתיות שליליות הפוגעות בבריאות, כתלות בתרבות, בקרב נשים יהודיות וערביות לאחר לידה

עלי סלאח אולא, פודיסטר סיידי, כהן דר מיכל, בראון אפל אורנה

המאמר המלא:

Puddister, S., Ali-Saleh, O., Cohen-Dar, M., Baron-Epel, O. (2020).

Health may be compromised by social interactions depending on culture among postpartum Arab and Jewish Israeli women. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 20:480. DOI.org/10.1186/s12884-020-03168-4

תקציר

רקע: רוב המחקרים הראו שתמיכה חברתית תורמת לבריאות של נשים לאחר לידה. אך יש מחקרים שלא תומכים בממצא זה. אינטראקציות חברתיות שמטרתן לתת תמיכה יכולות להיתפס גם כשליליות ויכולות להשפיע לרעה על הבריאות הנפשית של היולדת.

מטרת המחקר: לבדוק האם תמיכה חברתית ואינטראקציות שליליות, חודש לאחר הלידה, יכולים לנבא בריאות נפשית, ארבעה חודשים לאחר הלידה, והאם קשר זה תלוי תרבות.

שיטות: מחקר פרוספקטיבי אקראי הכולל 203 אמהות ערביות ו־202 אמהות יהודיות אשר ביקרו בתחנות טיפת חלב במחוז הצפון, חודש לאחר הלידה. הנשים התראינו חודש וארבעה חודשים לאחר הלידה, באמצעות שאלון הכולל מדדים של בריאות סובייקטיבית ובעיות בריאות, רמות סוציואקונומיות, מאפיינים מילדותיים, תמיכה חברתית ואינטראקציות חברתיות, ותפיסות המנהגים שמיועדים לתמוך באם לאחר הלידה. רגרסיות רב משתניות חושבו לזיהוי המשתנים המנבאים.

תוצאות: ההיענות למחקר בשתי קבוצות האוכלוסייה הייתה 90%. אינטראקציות שליליות חודש לאחר הלידה ניבאו בעיות בריאות בקרב נשים ערביות ויהודיות (בטה 0.20 ו־0.37 בהתאמה) ארבעה חודשים לאחר הלידה, וניבאו בריאות סובייקטיבית רק בקרב נשים ערביות עם OR של 0.32 ו־CI של 0.54-0.19. תמיכה חברתית חודש לאחר הלידה ניבאה בריאות סובייקטיבית ארבעה חודשים לאחר הלידה, גם בערביות וגם ביהודיות ופחות בעיות בריאות רק ביהודיות.

מסקנות: תמיכה חברתית ואינטראקציות חברתיות שליליות מנבאות בריאות בנשים לאחר לידה. ישנם הבדלים בקשרים אלו בין ערביות ליהודיות. ממצאים אלו מציעים שתמיכה חברתית מנבאת בריאות טובה יותר בקרב יהודיות, ואינטראקציות שליליות מנבאות בריאות טובה יותר בקרב ערביות. נותני שירות במערכת הבריאות צריכים להיות מודעים למסגרת התרבותית בקרב נשים ולדאוג לכך שהן מקבלות את התמיכה לה הן זקוקות.

השפעת תוכנית התערבות להפחתת מתח, מבוססת קְשיבות וחקירה (IBSR), על מניעה והפחתה של שחיקה בקרב מורים

שניידר-לוי ליה, ב. גנץ אריאל, זעפרני קרן, גולדמן זהבית, מיטניק ענבל, רולניק בנימין, לב ארי שחר

המאמר המלא:

Schnaider-Levi L, Ganz AB, Zafrani K, Goldman Z, Mitnik I, Rolnik B, Lev-Ari S.

The Effect of Inquiry-Based Stress Reduction on Teacher Burnout: A Controlled Trial. Brain sciences. 2020 Jul; 10(7):468. Available from: doi:10.3390/brainsci10070468

תקציר

רקע: שחיקה בקרב עובדים היא תופעה ידועה עם מחירים חברתיים, רפואיים, וכלכליים משמעותיים. לשחיקת מורים בפרט, יש השלכות בריאותיות נפשיות שליליות, ועלויות כלכליות ניכרות עקב ההשפעה על ריבוי היעדרויות, ואחוז גבוה של מורים הנוטשים את מקצוע ההוראה בחמש השנים הראשונות.

מטרת המחקר: לבחון את ההשפעה של תוכנית להפחתת מתח מבוססת קשיבות וחקירה (IBSR = Inquiry-Based Stress Reduction) למניעה והפחתת שחיקה בקרב מורים.

שיטות: חמישים ושלושה מורים חולקו לקבוצת ההתערבות ולקבוצת ביקורת פסיבית. קבוצת ההתערבות השלימה תוכנית IBSR בת 12 שבועות עם 4.5 שעות שבועיות של תרגול קבוצתי ופרטני.

תוצאות: התוצאות מראות כי המורים בקבוצת ההתערבות הראו הפחתה משמעותית בתשישות הרגשית לעומת עלייה בתשישות בקבוצת הביקורת (מ־18.8 ± 5.2 ל־15.9 ± 5.7 לעומת מ־16.0 ± 4.8 ל־17.4 ± 4.8; p = 0.01) ושיפור ניכר במרכיב ההגשמה אישית (21.8 ± 5.0 ל־24.6 ± 4.3 לעומת 21.9 ± 4.5 ל־22.8 ± 4.3; p = 0.04). כמו כן נמצאו קורלציות בין שינוי בתשישות הרגשית לבין התפתחות רגשות שליליים (מתאם חיובי; r = 0.32; p = 0.034) ובין הגשמה אישית למתח נתפס (מתאם שלילי; r = -0.451; p = 0.002).

מסקנות: מחקר זה מדגים את הפוטנציאל של IBSR לשיפור הרווחה הנפשית של המורים. יש צורך במחקרים עתידיים נוספים, למדגמים גדולים עם הקצאה אקראית, כדי להעריך את הקשר בין תכנית התערבות IBSR בהפחתת שחיקה בקרב מורים ומקומות עבודה אחרים המאופיינים בלחץ גבוה.

פיתוח הקריטריונים לסימון חיובי של מזון בחזית האריזה בישראל

גילאון-קרן מיכל, קאופמן שריקי ורד, גולדשמיט רבקה, ספרא כרמית, שי איריס, פיימן גילה, בארי אליוט, תירוש אמיר, ד"ר דיקר דרור, פרוי אורן, גורדון אלי, כאביה בן־יוסף ענת, ניצן לזלי, אלטמן חוה, בלייכפלד-מגנזי מורן, אנדוולט רונית

המאמר המלא:

Gillon-Keren M, Kaufman-Shriqui V, Goldsmith R, Safra C, Shai I, Fayman G, Berry E, Tirosh A, Dicker D, Froy O, Gordon E, Chavia Ben-Yosef AC, Nitsan L, Altman H, Blaychfeld-Magnazi M, Endevelt R.

Development of Criteria for a Positive Front-of-Package Food Labeling: The Israeli Case. Nutrients. 2020 Jun 23; 12(6):1875. doi: 10.3390/nu12061875.

תקציר

רקע: בישראל, כמו במדינות נוספות בעולם, נעשים מאמצים לשפר את סביבת המזון במטרה להפחית את התחלואה הקשורה לתזונה. סימון מזון בחזית האריזה (Front-of-package labeling) יכול לעזור לצרכנים לעשות בחירות מושכלות ובריאות בזמן הקנייה ולעודד את התעשייה לתהליך רפורמולציה של מוצרי המזון. משרד הבריאות הישראלי קבע מערכת ייחודית לסימון מזון בחזית האריזה: סימון אדום, שלילי, המתייחס לכמות הנתרן, הסוכר והשומן הרווי ב־100 גרם מוצר, וסימון ירוק, חיובי, המתייחס לערך התזונתי הכללי של המזון.

מטרות: לסכם את עבודתה של הוועדה המדעית העצמאית, הכוללת חברים מהאקדמיה, מערכת הבריאות ומשרד הבריאות, שמונתה במטרה לקבוע את הקריטריונים של הסימון החיובי של מזון בחזית האריזה. בנוסף, להעריך את שיעור המזונות הזכאים לסימון חיובי על סמך נתוני הצריכה של האוכלוסייה בישראל.

שיטות: קביעת הקריטריונים לסימון חיובי התבססו על עקרונות התזונה הים תיכונית, עם התאמה להרגלי התזונה הישראליים, תוך התמקדות ביתרונות הבריאותיים של המזון כמכלול והתייחסות למידת העיבוד שלו. שיעור המזונות הזכאים לסימון חיובי חושב עבור כל קבוצות המזון כמכלול ועבור כל קבוצת מזון בנפרד, על פי ההרכב התזונתי שלהם בהסתמך על נתונים מסקרי מב"ת (מצב בריאות ותזונה) ובסיס הנתונים בינ"ת.

תוצאות: מוצרי המזון הזכאים לסימון חיובי הם מזונות בצורתם הגולמית, או בתוספת תבלינים, או עשבי תיבול, או מזונות שעברו עיבוד מינימלי ללא תוספי מזון. בהתבסס על נתוני הצריכה של האוכלוסייה, 19.8% ממוצרי המזון זכאים לסימון חיובי, מתוכם 54% הם פירות וירקות, 20% חלב ו־14% דגנים.

דיון ומסקנות: מחקר זה מציע מתודולוגיה ייחודית לפיתוח סימון חיובי של מזון בחזית האריזה. יש צורך בתוכנית הערכה כדי להעריך את מידת הקבלה של הסימון החיובי על ידי התעשייה, הקמעונאים והציבור, ואת מידת השפעתו על צריכת המזון ועל בריאות הציבור.

הגשת מאמרים לגיליון מס' 9:
לכתב העת "קידום בריאות בישראל"

מערכת כתב העת של **קידום בריאות בישראל** מזמינה אנשי אקדמיה, אנשי מקצוע העובדים בשדה, קובעי מדיניות וסטודנטים להגיש מאמרים לקראת פרסומו של גיליון מספר 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 1.4.2021 לעורכת כתב העת ד"ר ריקי טסלר, דוא"ל: riki.tesler@gmail.com

הנחיות למחברים

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

הגשת תקצירים בעברית לגיליון מס' 9:
לכתב העת "קידום בריאות בישראל"

אנו מזמינים אתכם להגיש תקצירים
מתוך מאמרים שפרסמתם בכתבי עת בינלאומיים

הנחיות למחברים

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

את התקצירים יש להגיש עד 1.4.2021 לעורכת כתב העת ד"ר ריקי טסלר, דוא"ל: riki.tesler@gmail.com

קידום בריאות בישראל

כתב עת ישראלי לחינוך וקידום בריאות

חוברת מס' 8. טבת תשפ"א, דצמבר 2020

משרד הבריאות
לחיים בריאים יותר

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