חוברת 5 אייר תשע"ד, מאי 2014

קידום בריאות בישראל

כתב עת ישראלי לחינוך וקידום בריאות

חוברת מס' 5, אייר תשע"ד, מאי 2014
הופק ע"י המחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות

מערכת **"קידום בריאות בישראל"**

עורכת מדעית: **אורנה בראון-אפל**

עורכת משנה: **לילך מלוויל**

חברי המערכת (לפי סדר א'-ב'):

איתמר גרוטו
ניהאיה דאוד
רות ויינשטיין
בעז לב
דיאן לוין-זמיר

עורכי העיתון והמחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות אינם אחראים לתוכן המאמרים. רשימת המקורות הועברו לדפוס כפי שהוכנו ע"י המחברים.

להזמנת חוברות ללא תשלום: www.health.gov.il/alonim, שירות התשלומים הממשלתי, משרד הבריאות, פרסומי שירותי בריאות הציבור, המחלקה לחינוך וקידום בריאות. ניתן להוריד גרסת PDF של מרבית המאמרים מהחוברות קודמות.

להנחיות למחברים פנה לאתר: www.health.gov.il/alonim

קידום בריאות בישראל – כתב עת ישראלי לחינוך וקידום בריאות • חוברת מס' 5, מאי 2014

תוכן העניינים:

דבר המערכת

קידום בריאות, משבר כלכלי ומה שביניהם
פרופ' איתמר גרוטו **3**

מאמרים

תפיסת קידום בריאות בקרב מנהלי בתי הספר בישראל
ריקי טסלר, אורנה בראון-אפל, יוסי הראל-פיש. **4**

המכללה האקדמית עמק יזרעאל, המכללה מקדמת הבריאות הראשונה בישראל – מהלכה למעשה
גליה שמי, עפרה הלפרין **13**

קהל שבוי? אתגרים בקידום וחינוך לבריאות מתבגרים במסגרת קהילתית
ויקי כהן, טל דיין **20**

סקירת ספרות

אוריינות בריאות, ואוריינות בריאות מקוונת: נגישות למידע בריאותי כמפתח לשוויון הזדמנויות בחברה
עפרה מהודר **25**

כשירות תרבותית בשירותי בריאות: חקיקה ומדיניות בארה"ב, אוסטרליה, אנגליה וישראל – מבט משווה
ניבי דיין, איה בידרמן **35**

תקצירים

תוצאי בריאות ארוכי טווח במי שנולדו במהלך השואה
איל ברקוביץ, ליטל קינן-בוקר, שאול שאשא **44**

סימון תזונתי ותו צ'ויסס בישראל: עמדות ותפישות של קובעי מדיניות בריאות בכירים
ענת גסר-אדלסבורג, רונית אנדוולט, יערה תירוש-קמינצ'יק **45**

צריכת מזון וסימון תזונתי בקרב עולים לישראל מברית המועצות לשעבר
ענת גסר-אדלסבורג, רונית אנדוולט, מינה צמח, יערה תירוש-קמינצ'יק. **46**

מודל חברתי-סביבתי לפגיעות לא מכוונות בקרב ילדי מיעוטים בישראל
אורנה בראון-אפל, מיכל איבנקובסקי **47**

הנחיות למחברים **49**

דבר המערכת

קידום בריאות, משבר כלכלי ומה שביניהם

פרופ׳ איתמר גרוטו
ראש שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות

בשנים האחרונות ניתן לראות עלייה משמעותית במודעות לתחום קידום הבריאות, בקרב הציבור ובקרב מקבלי ההחלטות בארץ ובעולם. דוגמאות בולטות בתחום הן תוכניות לאומיות בתחום מניעת התחלואה כגון התוכנית "אפשריבריא" בישראל, "Let's Move" בארצות הברית ועוד. גם המגזר העסקי, במיוחד תעשיית המזון, מצטרף למגמה זו הנובעת, בראש ובראשונה, מהמודעות שנוצרה בציבור בעקבות הפעלה של תוכניות לאומיות המובלות על ידי ממשלות.

הסיבות לתופעה זו קשורות, בראש ובראשונה, בעליה בצורך הנובע מהזינוק בתחלואה במחלות כרוניות, והגידול בשכיחות של גורמי הסיכון למחלות אלו. מגמות שהביאו למודעות גוברת והולכת לצורך לטפל בנושא במדינות מפותחות ומתפתחות כאחד. ארגונים בין לאומיים כגון האו"ם, וכמובן גם ארגוני בריאות עולמיים מייחסים עדיפות גבוהה למניעה של תחלואה זו.

היעדים המרכזיים של התוכניות הלאומיות לקידום בריאות שהוזכרו לעיל מיועדים, להביא לשיפור הבחירה הנכונה במזון, וליצירת הזדמנויות לפעילות גופנית. גם התוכנית "אפשריבריא", המופעלת בישראל משנת 2012 מכוונת לאותם יעדים. במקביל, ניכרת פעילות עניפה בתחום צמצום העישון ונזקיו.

לאחר תקופה קצרה יחסית של הפעלת תוכניות מסוג זה ניתן לראות ניצנים של שינוי, בין אם מדובר בעצירה של מגמת העלייה בהשמנה ואף התחלה של ירידה (בארה"ב) ועד לעובדה שמרבית תאגידי המזון מציינים את הצורך בשיפור ההרכב התזונתי של המזון כחלק מהתוכנית האסטרטגית שלהן.

עם זאת, אנו עדים לאחרונה למגמה של קיצוצי תקציב משמעותיים עקב משבר כלכלי בארץ ובעולם. אחד התחומים הראשונים שנפגעים הוא תחום קידום הבריאות. למרות שבטווח הארוך אין ספק כי ההשקעה בתחום תביא לחסכון תקציבי – בטווח הקצר יש בעיית תזרים מזומנים, מאחר ולתחום זה אין, לכאורה, השפעה מיידית על מצב מערכת הבריאות. מסיבה זו, אנו רואים הפחתה של ההשקעה בנושאים הללו בארץ ובעולם.

כדי לעצור מגמה זו, מוטל עלינו, כמובילי התחום של קידום הבריאות, לפעול בשני מימדים:

א. לשכנע את מקבלי החלטות להמשיך ולהשקיע בתחום.
ב. לקדם כלים שאינם מותנים בתקציב, כגון פעולות רגולציה, מול תעשיית המזון ומול קהילות מקומיות שמוכנות להנהיג ולגרום שינוי.

אנו עומדים בפתחו של עידן מורכב וקריטי להתקדמות של התוכניות הלאומיות לקידום בריאות. עלינו להירתם ולצור חזית אחידה למען קידום הנושא. זה בהחלט "אפשרי(בריא)".

תפיסת קידום בריאות בקרב מנהלי בתי הספר בישראל

ריקי טסלר[1], אורנה בראון-אפל[1], יוסי הראל-פיש[2]
[1]בית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה
[2]בית הספר לחינוך, הפקולטה למדעי החברה, אוניברסיטת בר־אילן

תקציר

רקע: קידום בריאות במסגרת בית הספר בא לידי ביטוי בפעולות הנעשות כדי לשפר את בריאות התלמיד. בתי ספר המקדמים את בריאותם ואת תפקודם של התלמידים הם אלו המטמיעים ערכים ותפיסות של קידום בריאות לתוך המבנה הארגוני. כלומר, אותם ערכים ותפיסות מהווים את התשתית לתהליך חינוכי, המשלב את תחום הבריאות כחלק מהותי ואינטגראלי בהוויה הבית ספרית, אשר עשויה להשפיע משמעותית על תחושת הרווחה הנפשית של המתבגר. ההוויה הבית ספרית, בתורה, משפיעה גם על המידה שבה מאמץ התלמיד דפוסי התנהגות המיטיבים עמו או המסכנים אותו.

מטרת המחקר: בחינת תפיסותיהם של מנהלים בבתי הספר בתחום מדיניות קידום בריאות בישראל.

אוכלוסיית המחקר: מנהלי בתי ספר ממלכתיים, ממלכתיים־דתיים וממלכתיים־ערבים המצויים בפיקוח משרד החינוך.

שיטת המחקר: מחקר כמותי המהווה חלק ממחקר רב־לאומי של הארגון HBSC (Health Behavior in School-Aged Children) בחסותו של ארגון הבריאות העולמי WHO (World Health Organization). הנתונים נאספו באמצעות שאלון מנהלים לבחינת עמדותיהם ותפיסותיהם בנוגע למדיניות קידום בריאות בבתי הספר.

ממצאים: ממצאי המחקר מלמדים כי ישנם פערים בין סוגי בתי הספר והמגזרים השונים במדיניות המנהלים בנוגע לקידום בריאות. פערים אלו באים לידי ביטוי בשאלה העוסקת בניסוח יעדים ברורים לקידום בריאות בביה"ס. 39% ממנהלי החינוך הממלכתי־חילוני דיווחו כי קיימים יעדים כתובים וברורים לקידום בריאות בבית ספרם, לעומת 54% מהמנהלים בחינוך הממלכתי־ערבי ו־100% מהמנהלים בחינוך הממלכתי־דתי. עוד ניתן לראות כי ככלל, יישום מדיניות קידום בריאות אינו מוטמע באופן מלא בקרב מנהלי בתי ספר. מבחינת יישום הכשרת והעברת השתלמויות בנושא התנהגויות סיכון, נמצא כי ברוב השאלות, מנהלי בתי הספר הממלכתיים דיווחו על השכיחות הגבוהה ביותר של קיום השתלמויות והכשרה לאנשי צוות לעומת מנהלי בתי הספר הממלכתי־דתי והממלכתי־ערבי. בבחינת פיתוח ותכנון צעדים לקידום בריאות, נמצא שרוב מנהלי בתי הספר אינם משתפים את תלמידיהם בפיתוח צעדים לקידום בריאות. עם זאת, ניתן לראות שהתלמידים מהווים שותפים פעילים יותר מאשר הוריהם.

מסקנות: בהתאם למספר מודלים מן הספרות המדעית העוסקת בקידום וחינוך לבריאות, לתפיסותיו והתנהלותו של המנהל והמדיניות שהוא מטמיע בבית הספר, הבאות לידי ביטוי במגוון הפעילויות המוטמעות בו, יש השפעה ישירה על התרבות הבריאותית בקרב המורים והתלמידים כמו גם על עיצוב התנהגויות בריאות של התלמידים. לפיכך, מומלץ כי מנהלי בתי ספר יקבעו מדיניות מקיפה המתמקדת בקידום בריאות, ומשלבת כלים לבניית תכניות התערבות המתאימות לצורכי בית הספר. כמו כן, גיבוש אתוס בית ספרי של מנהל בית הספר כ"בית ספר מקדם בריאות", יוכל לסייע בהובלת רווחה נפשית, פיזית וחברתית בקרב קהילת בית הספר והסובבים לה.

רקע

מערכת החינוך היא כלי מרכזי למינוף שינויים חברתיים־בריאותיים, שכן משתתפים רבים לוקחים חלק בתהליך החינוכי: אלפי מנהלים של בתי ספר, יותר ממאה אלף מורים ויותר ממיליון תלמידים.

המערכת הבית ספרית היא מסגרת נורמטיבית אוניברסאלית שאליה משתייכים כל בני הנוער, רובם עד הגיעם לגיל שמונה־עשרה, והיא גורם משפיע על הלומדים בה. קידום הבריאות בבית הספר בא לידי ביטוי בפעולות הנעשות כדי לשפר את בריאותו של התלמיד בקהילת בית הספר (1).

על פי מודלים מוכרים בספרות המדעית בנושא קידום וחינוך לבריאות, למנהל בית הספר תפקיד מכריע בהצלחת השינוי הבריאותי וביישומו (2). תפיסותיו של מנהל בית הספר, התנהלותו והמדיניות בה הוא נוקט בבית הספר, באות לידי ביטוי במגוון הפעילויות ובמידת ההצלחה של הטמעת השינויים. למנהל בית הספר, אפוא, השפעה ישירה על פיתוח ועיצוב תרבות התנהגותית־בריאותית בקרב התלמידים ואף בקרב המורים (2-3).

בית ספר ומדיניות קידום בריאות

תפקיד בית הספר בהקניית השכלה פורמאלית נחקר רבות (1) אך לבית הספר תפקיד חשוב גם בהקניית כלים ליישום אורח חיים בריא, משום שטמון בו הכוח לקדם את בריאות התלמידים והצוות, ולהשפיע על עמדות ועל התנהגויות בריאותיות, באמצעות תכניות התערבות לחינוך לבריאות ולקידום הבריאות.

בית ספר המקדם את בריאות תלמידיו מוגדר כבית ספר שנערכות בו פעילויות דרך קבע כדי שיהיה מקום בריא ללמוד בו, במטרה לפתח ולטפח את יכולת התלמיד לגדול כאדם בריא בגופו ובנפשו, ולפתח אחריות אישית וחברתית לקיום אורח חיים בריא (3).

מן הספרות הענפה בנושא קידום בריאות עולה, שאחד הגורמים המשמעותיים ביותר למערך הבריאותי המתנהל בבית הספר הוא **מדיניות מקדמת בריאות** (***School Wellness Policy***) מובנית כהלכה, אשר מתווה מנהל בית הספר (4). מדיניות כזו כוללת קביעת נהלים, הצבעה על התנהגויות רצויות וקידומן ופיתוחן של תכניות מקדמות בריאות. כל זאת, כחלק מחזון בית הספר המדגיש את קשרי הגומלין בין אדם לאדם ובין האדם לסביבתו (5). על־פי הספרות המחקרית הרווחת, מדיניות הינה מרכיב אוניברסאלי המצוי ביסודו של כל ארגון בר קיימא; היא מהווה מערך של קווים מנחים, המספקים מסגרת פעולה להשגת מטרה משמעותית, ומרמזת על כוונה ועל דפוס פעולה. על מדיניות זו להיות מבוססת על מנת להשיג מטרה מסוימת, ולשקף מערך של אמונות או ערכים בנוגע לסוגיה הנידונה (5-7). חוקרים אחרים מאמינים כי מדיניות מציינת את כל מה שחשוב בארגון, בייחוד במונחי שליטה, הגבלה או הגדרה של פעולה נאותה.

לפיכך, מדיניות ההנהלה מגדירה את ציפיותיה, באופן המפקח ביעילות על פעולותיו של הצוות המקצועי כמעט בכל תחומי ההפעלה היומיומית של המערכת (7-8).

בהמשך לכך, מדיניות קידום בריאות היא מערכת נהלים, נורמות ופעולות, שעיקרה ליצור מנגנונים שיבטיחו את בריאותם של באי בית הספר, תוך יצירת סביבה מוגנת ובריאה אשר מהווה מענה לצרכי הבריאות של כל קהילת בית הספר (9). כל זאת, כמובן, בהלימה למדיניות משרד החינוך בתחום קידום הבריאות, אשר מטרתה לאפשר קידום בריאות בכדי להשיג מימוש מיטבי של יכולות לימודיות, תפקודיות וחברתיות לכלל התלמידים, באמצעות חשיפה לידע ולעמדות, והקניית מיומנויות אשר יובילו להתנהגות מקדמת בריאות ולמניעת התנהגויות סיכוניות (9-10).

מדיניות קידום בריאות בהקשר הבית ספרי משתנה על פי צרכי המוסד; כך למשל, בבית ספר מסוים תתקיים עדיפות להתמקד בתופעות בריונות ובסוגיות של רווחה נפשית, בעוד שבאחר תתקיים עדיפות להתמקד בהרגלי אכילה נכונים ובצריכת מזון (11). בעת תכנון מיקוד המדיניות, ראוי בנוסף לתת משנה חשיבות למחויבות לקהילה, ולמידת שיתוף הפעולה שלה ותמיכתה בתלמידים. רצוי שהתוויית המדיניות תתבצע באמצעות תהליך מתמשך, הכולל הקניית אסטרטגיות וכלים אשר יאפשרו לתלמידים, להורים ולמורים לקיים אותו בטווח הארוך, ואף לפתחו (9-11).

מסגרת תיאורטית להתוויית מדיניות מקדמת בריאות בבתי ספר

המסגרת התיאורטית למדיניות מקדמת בריאות בבתי ספר נקראת "Stages Heuristic" (7, 12) ומחולקת לחמישה שלבים עיקריים:

שלב ראשון – הצהרת מדיניות (Policy Statement): תנאי פתיחה בסיסי של מנהל בית ספר, הרואה בתחום הבריאות נושא בעל קדימות ומקנה לו עדיפות גבוהה. ההצהרה נקבעת באמצעות כתיבת "חזון בית ספרי" המשותף לכלל הגורמים בבית הספר, ומבטא את העתיד שאותו שואפים ליצור בארגון. חזון בית ספרי יהיה יעיל ובר השפעה אך ורק אם כל עובדי הארגון יזדהו עם האמור בו.

שלב שני – ניסוח המדיניות (Policy Formulation): ניסוח הצהרה בית ספרית, ברוח החזון הבית ספרי, הכוללת את הבריאות כחלק מאורח החיים הרצוי בארגון. את תוכן ההצהרה יש להפיץ לכלל קהילת בית הספר, כך שבאי בית הספר כולם, יכירו את ההצהרה הבית ספרית ויפעלו למען יישומה.

שלב שלישי – אימוץ המדיניות (Policy Adoption): בשלב זה מתורגם החזון לתוכניות עבודה: פדגוגיות, ארגוניות

ותקציביות. כך, קורמת המדיניות שהותוותה עור וגידים, ובאה לידי ביטוי בתכנון מהלכי עבודה מעשיים.

שלב רביעי – יישום המדיניות (Policy Implementation): הוצאת המדיניות מן הכוח אל הפועל מתרחשת בארבעה מישורים: הפעלת תכניות התערבות בנושא התנהגויות סיכון, יצירת סביבה מקדמת בריאות, קרי, קביעת נהלים וחוקים להתנהגויות בריאות וסיכון כמו עישון ואלכוהול, יצירת שותפויות בבית הספר צוותי חינוך, תלמידים והורים וגיוס משאבים והקצאתם להכשרת מורים השתלמויות.

שלב חמישי – הערכת מדיניות (Policy Evaluation): השלב בו ההשפעה של המדיניות מוערכת.

בחינה מחודשת של המדיניות שנקבעה, על פי היעדים שהוגדרו, תוך התייחסות לתכנית העבודה וליישומה בפועל. ניתן לסכם ולומר שתחילת התהליך של קביעת מדיניות קידום בריאות היא בהעלאת המודעות, לעתים כתוצאה מחיפוש אחר דרכי תגובה לסיטואציות או לבעיות מחיי בית הספר, והמשכו בגיבוש עמדות וערכים שלאורם יפעל בית הספר. פיתוחה של המדיניות כולל עיצוב עמוד שדרה רעיוני, ניסוחו ומימוש החזון על ידי הפנמתו והפיכתו לנורמה בבית הספר (5).

חשיבות מדיניות קידום בריאות בבתי הספר

כפי שניתן ללמוד מן הסעיפים הקודמים, עיצוב מדיניות לקידום בריאות הוא אמנם תהליך דינמי ומורכב, הדורש משאבים והשקעה של צוות בית הספר, אך מעיון בתוצאות מחקרים קודמים עולה כי ההשקעה נושאת פרי (7, 13-14). במחקרים שנערכו במדינות שונות בעולם (7) נמצא קשר בין מדיניות מקדמת בריאות לבין שינוי התנהגותם של התלמידים, שהתבטאה באימוץ הרגלי תזונה בריאים, בהגברת פעילות גופנית, בהפחתת עישון, בצמצום מקרי אלימות ובריונות, במניעת שימוש בסמים ועוד (15-18). ניתן לומר שהכרה בבית הספר כמקדם בריאות ופיתוח מדיניות קידום בריאות מסייעת למנהלי בתי הספר בהטמעת אורח חיים בריא ופעיל (17). ממצא מעניין נוסף מראה שמדיניות מנהל בית הספר בנושא קידום בריאות משפיעה על תפיסות המורים בנוגע לחינוך לבריאות בבית הספר מעבר ללמידה והוראה בכיתה. אדמסון ושות' (16) מחזקים טענה זו וטוענים שחינוך לבריאות המועבר על ידי מורים, עשוי להשפיע מידית על תלמידים ועל התנהגויות בריאות של תלמידים גם בבגרותם (16).

מטרות המחקר

- ❖ לבחון את תפיסות המנהלים כלפי בית ספרם כ"בית ספר מקדם בריאות".
- ❖ לבחון את אופן קביעת החוקים והנהלים בנושא התנהגויות סיכון לבריאות.
- ❖ לבחון את יישום העברת תוכניות התערבות בנושא התנהגויות סיכון במסגרת בית הספר.
- ❖ לבחון את יישום הכשרת והעברת השתלמויות בנושא התנהגויות סיכון לצוות החינוכי.
- ❖ לבחון באיזו מידה שותפים התלמידים וההורים בפיתוח, תכנון והפעלת פעילויות מקדמות בריאות.

שיטות המחקר

על מנת לאפיין את תפיסותיהם של מנהלי בתי הספר בתחום קידום בריאות, נערך מחקר חתך (cross sectional) בקרב 146 מנהלי בתי ספר ממלכתיים, ממלכתיים־דתיים וממלכתיים־ערבים המצויים בפיקוח משרד החינוך. שאלון המנהלים פותח על ידי ועדת מומחים מקרב צוותי המחקר של ה־HBSC באירופה. המידע על הרציונל המדעי, התוקף והמהימנות של המדדים שהוכנסו בו מפורט בפרק על שאלון המנהלים בפרוטוקול המחקר הבינלאומי (HBSC 2009). השאלון כולל ראייה מתודולוגית רחבה המתבססת על מאמרים ומחקרים רבים בנושא "מדיניות קידום בריאות" בקרב מנהלי בתי ספר. שאלון המנהלים הישראלי עבר תרגום ותרגום חוזר בהתאם לנדרש, וכן הועבר לשיפוט של ועדת מומחים בישראל, שכלל את נציגי המדענים הראשיים של משרד החינוך, משרד הבריאות, הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול ומומחים מהאקדמיה. השאלון הסופי הינו פרי הטמעת ההערות שהתקבלו ממומחים אילו. מידע המפורט לגבי תיקוף השאלונים הישראלים מפורסם בדו"ח המחקר (19-20).

אוכלוסיית המדגם: במדגם נכללו 160 מנהלים בעלי שלוש (3) שנות וותק לפחות המצויים בפיקוח משרד החינוך. אחוז ההיענות עמד על 85%, כך שמתוך 160 מנהלים אשר התבקשו למלא את השאלון, 24 שאלונים לא מולאו עקב עומס בעבודה, ולא נכללו במחקר.

שיטת הדגימה: מסגרת הדגימה היא רשימת בתי הספר שבפיקוח משרד החינוך. הרשימה סופקה לחוקרים על ידי משרד החינוך. דגימת האוכלוסייה הינה דגימת שכבות – מנהלי בתי הספר השונים נדגמו על פי קריטריון ההכללה במדגם.

כלי המחקר: שאלון אינטרנטי כמותי אחיד למילוי עצמי, המבוסס על שאלון מתוקף ומהימן שפותח על ידי ארגון HBSC (Health Behavior in School-Aged Children) בחסותו של ארגון הבריאות העולמי (WHO). שאלון עבור מנהלי בתי הספר במתכונתו הישראלית, לניתוח ברמת המאקרו, הורכב משאלות הקשורות לאפיוני בית הספר (זרם, מספר תלמידים, מספר מורים), שאלות על מדיניות קידום בריאות, קביעת נהלים וחוקים בביה"ס בנוגע להתנהגויות סיכון,יישום תוכניות התערבות בנוגע להתנהגויות סיכון ומעורבות תלמידים והורים בפעילויות שונות בבית הספר.

משתני המחקר: מתוך כלל השאלות במחקר, נבנו מספר מדדים: המדד הראשון משקף את מחויבותו של המנהל לקידום בריאות בבית הספר. מדד זה נבחן על ידי שש שאלות. לדוגמא: "האם חזון בית ספרך כולל נושאי קידום בריאות"? כאשר (1=כן; 2=לא). היגדים אילו קובצו כמשתנים דיכוטומיים. מדדי האלפא של קרונבך עבור מחויבותו של מנהל ביה"ס כביה"ס מקדם בריאות היו α=0.78. המדד השני בדק את קביעת החוקים והנהלים בנוגע להתנהגויות סיכון לבריאות. מדד זה נבחן על ידי 9 שאלות. לדוגמא: "האם קיימים נהלים ספציפיים עבור תלמידים לטיפול בהפרת חוקים בנוגע לעישון"? (1=כן; 2=לא). מדדי אלפא קרונבך עבור קביעת חוקים ונהלים בנודע להתנהגויות סיכון היו α=0.86. המדד שלישי בחן את הכשרת המורים בנושא התנהגויות סיכון באמצעות השתלמויות מקצועיות. מדד זה נבדק באמצעות 4 שאלות. לדוגמא: "האם קיימת בבית ספרך השתלמות לחברי הצוות להכשרה בנושא של מניעת עישון?". שאלות אלו נמדדו על סולם בן 3 דרגות (1=כן; 2=לא). מדדי אלפא קרונבך עבור קביעת חוקים ונהלים בנודע להתנהגויות סיכון היו α=0.82. המדד הרביעי בדק את מידת שיתוף התלמידים וההורים בפעילויות לקידום בריאות בבית הספר. מדד זה נבחן על ידי 6 שאלות. לדוגמא: "באיזו תדירות התלמידים מוזמנים להשתתף באופן פעיל בפיתוח ותכנון צעדים לקידום בריאות"?, "באיזו תדירות ההורים מוזמנים להשתתף באופן פעיל בתכנון וארגון אירועים בית ספריים" (1=אף פעם; 5=כמעט תמיד) אלפא קרונבך α=0.87.

ממצאים

מאפיינים דמוגרפים של אוכלוסיית המחקר:

בטבלה מספר 1 מוצגים המאפיינים הדמוגרפים של אוכלוסיית המחקר. כפי שניתן ללמוד מטבלה מספר 1, במדגם השתתפו 146 מנהלים, העובדים ב־131 בתי ספר: 71 מנהלים מהמגזר הממלכתי־חילוני, 29 מנהלים מהמגזר הממלכתי־דתי ו־46 מנהלים מהמגזר הערבי. 73.0% ממנהלי בתי הספר הממלכתיים ו־66.0% ממנהלי בתי הספר הממלכתי־דתי הם בעלי תואר שני לפחות, ובמגזר הערבי שיעור המנהלים בעלי תואר שני ומעלה הוא 70.0%.

בטבלה 1 ניתן לראות שהתפלגות מספר המנהלים ביחס למנהלות בהתאמה במגזר הממלכתי־ערבי הינו גבוה ביותר, בעוד שבבתי הספר הממלכתיים־חילוניים קיים יחס הפוך.

תפיסות המנהלים כלפיי בית־ספרם כ"בית ספר מקדם בריאות":

מנהלי בתי הספר נשאלו האם חזון ביה"ס כולל את נושאי קידום הבריאות ובאיזה אופן הם מיושמים. בנוסף, נשאלו המנהלים שאלות העוסקות בניסוח, אימוץ ויישום מדיניות קידום בריאות במסגרת ביה"ס, בהערכת תכניות התערבות ובקיום השתלמויות בית ספריות בנושא קידום בריאות.

ממצאי המחקר מלמדים, כי ישנם פערים בין סוגי בתי הספר והמגזרים השונים במדיניות המנהלים בנוגע לקידום בריאות. בביה"ס היסודי בחינוך הממלכתי־דתי נמצא, שכלל מנהלי בתי הספר (100%) מדווחים על שילוב נושאי קידום בריאות במסגרת חזון ביה"ס, לעומת 26.0% בלבד בקרב מנהלי בתי ספר יסודיים בחינוך הממלכתי־חילוני ו־38.0% בחינוך הממלכתי־ערבי. בחטיבות הביניים בחינוך הממלכתי־חילוני נמצא, כי רק 8.0% ממנהלי בתי הספר מדווחים על שילוב נושאי קידום בריאות בחזון בית ספרם, לעומת 57.0% בחטיבות הביניים במגזר הממלכתי־ערבי ו־25.0% במגזר הממלכתי־דתי.

פערים אלו באים לידי ביטוי גם בשאלה העוסקת בניסוח יעדים ברורים לקידום בריאות בביה"ס: בקרב מנהלי בתי הספר היסודיים למשל, 39.0% ממנהלי החינוך הממלכתי־חילוני מעידים על כתיבת יעדים ברורים לקידום בריאות בית הספר, לעומת 100.0% בחינוך הממלכתי־דתי ו־54.0% בחינוך הממלכתי־ערבי. כמו־כן, נמצא ששיעור המנהלים המדווחים על בקשתם להכרת בית ספרם כ־"בית ספר מקדם בריאות" בבתי הספר במגזר הממלכתי־חילוני הנו 38.0%. זאת לצד דיווח על 18.0% בבתי הספר במגזר הממלכתי־דתי ועל 25.0% בבתי הספר במגזר הממלכתי־ערבי.

קביעת החוקים והנהלים בנושא התנהגויות סיכון לבריאות:

על פי הממצאים המוצגים בטבלה 3 בנוגע למדיניות בנושא עישון בבתי הספר הממלכתיים־חילוניים, נראה ש־100.0%

טבלה 1: **התפלגות המדגם לפי סוג בית הספר ומגזר באחוזים**

	ביה"ס ממלכתי				ביה"ס ממלכתי דתי				ביה"ס ממלכתי ערבי			
	יסודי	חט"ב	חט"ע	סה"כ	יסודי	חט"ב	חט"ע	סה"כ	יסודי	חט"ב	חט"ע	סה"כ
מספר מנהלים	23	13	35	71	4	8	17	29	13	21	12	46
נשים	74%	92%	66%	73%	75%	50%	24%	38%	23%	14%	25%	19%
גברים	26%	8%	34%	27%	25%	50%	76%	62%	77%	86%	75%	81%
השכלה – מעל תואר שני	73%				66%				70%			
ותק – מעל 5 שנים	47.9%				44.8%				71.7%			

טבלה 2: **אחוז המנהלים אשר ענו בחיוב לשאלות הבאות בנושא תפיסת מחויבותם לקידום בריאות בבית ספרם (n=146)**

	ביה"ס ממלכתי			ביה"ס ממלכתי דתי			ביה"ס ממלכתי ערבי		
	יסודי	חט"ב	חט"ע	יסודי	חט"ב	חט"ע	יסודי	חט"ב	חט"ע
האם חזון ביה"ס כולל נושאי קידום בריאות?	26%	8%	28%	100%	25%	30%	38%	57%	58%
האם קיימים יעדים כתובים וברורים לקידום בריאות בביה"ס?	39%	31%	23%	100%	38%	18%	54%	48%	58%
האם ישנה תוכנית ליישום יעדי קידום בריאות?	79%	75%	75%	0%	67%	100%	86%	100%	100%
האם ניתן להעריך את מידת ההישגים של היעדים שהוצבו?	56%	25%	25%	0%	67%	100%	29%	70%	57%
האם בית הספר הגיש בקשה לקבל הכרה כביה"ס מקדם בריאות?	17%	15%	6%	0%	12%	6%	8%	9%	8%
האם בביה"ס יש מתאם לנושא בריאות?	56%	38%	26%	0%	12%	29%	46%	62%	58%

טבלה 3: **אחוז המנהלים אשר ענו בחיוב לשאלות העוסקות בקביעת חוקים ונהלים בנושא התנהגויות סיכון לבריאות (n=146)**

		ביה"ס ממלכתי			ביה"ס ממלכתי דתי			ביה"ס ממלכתי ערבי		
		יסודי	חט"ב	חט"ע	יסודי	חט"ב	חט"ע	יסודי	חט"ב	חט"ע
1	האם אתה שולט באופן קבוע ברמת הציות של התלמידים לחוקים לגבי עישון בבית ספרך?	86%	100%	71%	75%	87%	97%	85%	86%	83%
2	האם אתה שולט באופן קבוע ברמת הציות של מורים לחוקים לגבי עישון בבית הספר?	87%	85%	77%	75%	100%	100%	54%	71%	42%
3	האם קיימים נהלים ספציפיים לטיפול בהפרת חוקים אלו על ידי תלמידים?	78%	92%	100%	50%	75%	82%	92%	86%	83%
4	האם קיימים נהלים ספציפיים לטיפול בהפרת חוקים אל על ידי המורים?	61%	55%	54%	25%	62%	88%	38%	62%	67%
5	האם אתה שולט באופן קבוע ברמת הציות לחוקים לגבי שימוש באלכוהול בבית הספר?	91%	100%	91%	75%	100%	94%	92%	95%	92%
6	האם קיימים נהלים ספציפיים לטיפול בהפרת חוקים אלו על ידי המורים?	59%	100%	100%	25%	62%	88%	61%	76%	82%
7	האם קיימת בבית ספרך מדיניות הקובעת שבאופן קבוע יקוימו שיעורים בנושא עישון (מדיניות כתובה)?	23%	77%	74%	0%	25%	29%	31%	43%	46%
8	האם קיימת בבית ספרך מדיניות הקובעת שבאופן קבוע יקוימו שיעורים בנושא אלכוהול (מדיניות כתובה)?	27%	77%	74%	0%	38%	29%	39%	43%	27%
9	האם קיימת בבית ספרך מדיניות הקובעת שבאופן קבוע יקוימו שיעורים בנושא שימוש בסמים (מדיניות כתובה)?	27%	69%	77%	0%	25%	29%	39%	38%	27%

מהמנהלים בחטיבות הביניים מדווחים על שליטה עקבית ברמת הציות של התלמידים לחוקים לגבי עישון, לעומת 86.0% מהמנהלים בבתי הספר היסודיים ו־71.0% מהמנהלים בחטיבות העליונות. בבתי הספר הממלכתיים־דתיים, נמצא ש־75.0% ממנהלי בתי הספר היסודיים, 87.0% ממנהלי חטיבות הביניים ו־94.0% ממנהלי החטיבות העליונות שולטים באופן קבוע בציות לחוקים בנוגע לעישון. בקרב המגזר הממלכתי־ערבי, נמצאה שכיחות דומה בדיווח על ציות התלמידים לחוקי העישון, בקרב שלושת סוגי בתי הספר (בין 83.0% ל־86.0%). עוד ניתן לראות, כי השליטה העקבית ברמת הציות לחוקים בנוגע לצריכת אלכוהול הנה בשכיחות גבוהה יותר מאשר זו המדווחת לגבי עישון (בין 91.0%-100% במגזר הממלכתי, בין 75.0%-100% במגזר הממלכתי־דתי ובין 92.0%-95.0% במגזר הממלכתי־ערבי). בשאלה העוסקת במידה בה מנהל בית הספר שולט באופן קבוע ברמת הציות של המורים לחוקי העישון, נמצא שמנהלי בתי הספר הממלכתיים והממלכתיים־דתיים דיווחו על שליטה גבוהה בחוקים אלו (75.0%-100%).

טבלה 4: **אחוז המנהלים אשר ענו בחיוב לשאלות בנושא הכשרת המורים בתחום התנהגויות סיכון באמצעות השתלמויות מקצועיות (n=146)**

	ביה"ס ממלכתי			ביה"ס ממלכתי דתי			ביה"ס ממלכתי ערבי		
	יסודי	חט"ב	חט"ע	יסודי	חט"ב	חט"ע	יסודי	חט"ב	חט"ע
האם קיימת בבהי"ס השתלמות לצוות להכשרה בקידום בריאות?	17%	15%	8%	0%	0%	17%	31%	24%	17%
האם קיימת השתלמות לצוות בנושא מניעת שימוש בסמים?	9%	62%	69%	0%	38%	29%	23%	28%	29%
האם קיימת השתלמות לחברי הצוות בנושא מניעת עישון?	0%	39%	46%	0%	25%	29%	15%	24%	36%
האם קיימת השתלמות לחברי הצוות בנושא מניעת שתיית אלכוהול?	0%	39%	54%	0%	25%	29%	15%	24%	36

טבלה 5: **אחוז המנהלים אשר ענו בחיוב לשאלות העוסקות ביישום תוכניות התערבות בנושא התנהגויות סיכון לבריאות (עישון ואלכוהול) (n=146)**

	ביה"ס ממלכתי			ביה"ס ממלכתי דתי			ביה"ס ממלכתי ערבי		
	יסודי	חט"ב	חט"ע	יסודי	חט"ב	חט"ע	יסודי	חט"ב	חט"ע
האם קיימת בבית הספר תוכנית מניעה בתחום עישון סיגריות?	27%	92%	86%	25%	50%	59%	31%	71%	67%
האם בית ספרך מפעיל תוכנית בנושא בריאות או בריאות נפשית?	52%	77%	60%	25%	25%	35%	31%	57%	58%
האם בית ספרך מפעיל תוכנית לצמצום אלכוהול וסמים?	39%	92%	89%	25%	50%	53%	39%	62%	75%

ראוי לציין, שבבתי הספר הממלכתיים-דתיים, הן בחטיבות הביניים והן בחטיבות העליונות, המנהלים סבורים שכלל המורים (100%) מצייתים לחוקי העישון. ממצא מעניין נוסף מראה, כי בקרב המגזר הממלכתי-ערבי, השכיחות הנמוכה ביותר של קיום שיעורים בנושא שתיית אלכוהול ושימוש בסמים על פי מדיניות כתובה של בית הספר, מדווחת בחטיבה העליונה (27.0% לעומת 38.0%-43.0% בשאר הכיתות).

הכשרת המורים בנושא התנהגויות סיכון באמצעות השתלמויות מקצועיות:

בטבלה 4 ניתן לראות, כי האחוזים הגבוהים ביותר בהכשרת מורים בנושא התנהגויות סיכון (39.0%-69.0%), מדווחות בקרב מנהלי בי"ס ממלכתיים בחטיבות הביניים ובחטיבות העליונות בכל השאלות מלבד בשאלה הבודקת קיום השתלמויות בבי"ס להכשרה בתחום קידום הבריאות, שם נראית מגמה הפוכה ומדווחים האחוזים הנמוכים ביותר (8.0%-15.0%).

עוד ניתן לראות, כי פחות מ-47.0% מהמנהלים בכל הכיתות ובכל המגזרים, השיבו כי קיימת השתלמות לחברי צוות בנושא מניעת עישון.

יישום תוכניות התערבות בנושא התנהגויות סיכון לבריאות (עישון ואלכוהול):

בטבלה 5 ניתן לראות, כי האחוזים הגבוהים ביותר בדיווח על יישום תוכניות התערבות בנושא עישון נמצאו בקרב מנהלי בי"ס ממלכתיים בחטיבות הביניים (92.3%) ובחטיבות העליונות (85.7%) וכן גם בנושא אלכוהול וסמים, בחטיבות הביניים (92.3%) ובחטיבות העליונות (88.6%).

עוד ניתן לראות, כי מנהלי בי"ס ממלכתיים-דתיים בחטיבות הביניים ובחטיבות העליונות מדווחים על שכיחות נמוכה ביותר ביישום תוכניות בנושא עישון (50.0%) ואלכוהול (52.9%).

שיתוף תלמידים והורים בפעילויות בית ספריות:

הממצאים בטבלה 6 מלמדים שהשכיחות הגבוהה ביותר של **תלמידים** המשתתפים בפיתוח מדיניות בית הספר היא בקרב בתי הספר היסודיים במגזר הממלכתי-דתי. עם זאת, ניתן לראות ירידה בשכיחות עם העלייה בגיל, כך שנראית שכיחות של 100% השתתפות בבתי הספר היסודיים, שכיחות של 25.0% בחטיבות הביניים ושכיחות של 24.0% בחטיבות העליונות.

טבלה 6: **אחוז המנהלים אשר מדווחים על השתתפות תלמידים והורים בפיתוח מדיניות ביה"ס, בפיתוח צעדים לקידום בריאות ובתכנון וארגון אירועים בביה"ס (n=146)**

	ביה"ס ממלכתי			ביה"ס ממלכתי דתי			ביה"ס ממלכתי ערבי		
	יסודי	חט"ב	חט"ע	יסודי	חט"ב	חט"ע	יסודי	חט"ב	חט"ע
השתתפות תלמידים									
בפיתוח מדיניות ביה"ס או חוקי ביה"ס	30%	31%	20%	100%	25%	24%	39%	38%	42%
בפיתוח ותכנון צעדים לקידום בריאות	30%	31%	9%	50%	35%	24%	31%	33%	33%
בתכנון וארגון אירועים בית ספריים	44%	46%	37%	100%	38%	29%	69%	52%	25%
השתתפות הורים									
בפיתוח מדיניות ביה"ס או חוקי ביה"ס	44%	15%	15%	50%	25%	18%	15%	38%	25%
בפיתוח ותכנון צעדים לקידום בריאות	44%	8%	9%	25%	25%	6%	15%	33%	25%
בתכנון וארגון אירועים בית ספריים	44%	23%	20%	25%	25%	24%	23%	33%	25%

בבחינת פיתוח ותכנון צעדים לקידום בריאות, נמצא שרוב מנהלי בתי הספר אינם משתפים את תלמידיהם בפיתוח צעדים לקידום בריאות, מלבד בי"ס יסודי ממלכתי-דתי (50.0%). דוגמא מובהקת לכך מופיעה בקרב מנהלי בתי הספר הממלכתיים-חילוניים בחטיבות העליונות, שם נרשמה שכיחות של 9.0% בלבד.

כמו כן, נמצא שבבתי הספר היסודיים במגזר הממלכתי-חילוני נרשמה שכיחות של 44.0% בקרב המנהלים אשר משתפים את תלמידיהם בתכנון ובארגון אירועים בית-ספריים. זאת, לעומת 100% מהמנהלים בביה"ס הממלכתי-דתי ו-69.0% בממלכתי-ערבי בכיתות היסודי.

בנוגע להשתתפות **ההורים** בפיתוח מדיניות ביה"ס, בתכנון צעדים לקידום בריאות ובארגון אירועים בבית הספר, נמצא ששכיחות דיווח המנהלים על כך, בכל בתי הספר ובמגזרים השונים, לא עלתה על 50.0%. השכיחות הגבוהה ביותר של שיתוף הורים נרשמה בקרב בתי הספר היסודיים במגזר הממלכתי-חילוני ובמגזר הממלכתי-דתי (44.0% ו-50.0% בהתאמה).

דיון ומסקנות

אחד מביטויי מנהיגות מנהל בית הספר, הוא בהובלת הצוות החינוכי למדיניות שמקדמת בריאות ומשלבת אורח חיים בריא כחלק מהותי ובלתי נפרד מההוויה הבית ספרית.

בית ספר המקדם את בריאות תלמידיו מוגדר כבית ספר המתחזק ופועל באופן קבוע על מנת לקדם את יכולתו להיות מקום בריא ללמוד בו (21). מטרת פעולות אלו היא להטמיע ערכים, תפיסות ואמות מידה של קידום בריאות לתוך המבנה הארגוני הפורמאלי, והן מהוות תשתית לתהליך חינוכי המשלב את תחום הבריאות כחלק מהותי ואינטגראלי בהוויה הבית-ספרית (5).

למידת הגורמים והשפעותיהם מזווית ראייתם של מנהלי בתי הספר, אפשרה לעמוד על המאפיינים החיוביים שיש לשמר, כמו גם לבחון את המאפיינים שיש לשפר על מנת לבנות בתי ספר המקדמים את בריאותם ואת תפקודם של התלמידים באופן המיטבי ביותר.

לפי המודלים המוכרים בספרות המדעית בנושא קידום וחינוך לבריאות, לתפיסותיו, התנהלותו ומדיניותו של מנהל בית ספר תפקיד חשוב ביותר בשינוי התנהגויות הבריאות של תלמידיו (9-10). למנהל בית הספר, אפוא, השפעה ישירה על פיתוח ועיצוב תרבות התנהגותית-בריאותית בקרב התלמידים ואף בקרב המורים בבית ספרו (6, 15). מטרתנו המשותפת עם מנהלי בתי הספר היא לפתח ולטפח את יכולת התלמיד ואת כישוריו לגדול כאדם בריא, בגופו ובנפשו, ולפתח אחריות אישית וחברתית בכל הנוגע לבריאות בישראל.

ממצאי המחקר הנוכחי, יחד עם הנתונים המופיעים בספרות מצביעים, כי מדיניות קידום בריאות מתייחסת למערכת של נהלים, נורמות, פעולות ותהליכים ליצירת מנגנונים המבטיחים את בריאותם של באי בית הספר אל סביבה מוגנת ובריאה הפועלת למתן מענה לצרכי הבריאות של כל קהילת בית הספר (10) תחום זה בא לידי ביטוי בקביעת נהלים, חקיקת חוקים, פיתוח תכניות מקדמות בריאות ופיתוח מדיניות לסביבה תומכת בריאות (10, 14). הממצאים מראים כי בנוגע לכתיבת תכנית ליישום קידום בריאות בבית הספר, אחוז גבוה ממנהלי בתי הספר אשר פועלים בהתאם להנחיות ולמדיניות משרד החינוך, מפעילים תכניות מניעה בנושא התנהגויות סיכון. יחד עם זאת, רוב מנהלי בתי הספר לא ניסחו את נושאי קידום הבריאות כחלק מחזונם הבית ספרי, פרט לאחוז נמוך ממנהלי בתי הספר אשר שייך לרשת בתי ספר מקדמי בריאות. כמוכן, ניתן לראות שלא קיים מתאם בין המדדים המייצגים את מושג "מדיניות קידום בריאות", ביניהם קביעה וניסוח של מדיניות, לבין יישום בפועל של המדיניות והערכתה. מכאן, ניתן להסיק כי יישום מדיניות

קידום בריאות אינו מוטמע באופן מלא בקרב מנהלי בתי ספר, ועולה צורך בסיוע לשם הטמעת תחום פעילות משמעותי זה. בנוסף למדיניות קידום בריאות, המחקר הנוכחי בחן את מידת מעורבותם של התלמידים וההורים בפעולות מקדמות בריאות. הנתונים המופיעים בספרות מצביעים, כי בכדי לקדם התנהגויות בריאות רצויות באופן יעיל, יש צורך בשיתוף פעולה ומעורבות הן מצד בית הספר והן מצד התלמידים והוריהם (10). עקרון זה של שיתוף פעולה, מבוסס על כך שהקהילה והפרט הם שותפים מלאים בכל תהליכי קבלת ההחלטות הקשורים בנושאי הבריאות. שיתוף הפעולה משול ליצירת משולש, כאשר בכל אחת מצלעותיו נמצא אחד מהשותפים המרכזיים־תלמידים, הורים ומורים (3, 9, 10). במדדי המעורבות ושיתוף הפעולה ניתן לראות, כי בבתי הספר הממלכתיים־דתיים בכיתות היסודי קיימים אחוזי השתתפות גבוהים יותר בקרב תלמידים מאשר בקרב הוריהם. בחינוך הממלכתי־חילוני נראים אחוזי השתתפות דומים הן של הורים והן של תלמידים בכיתות היסודי, אולם במבט על נתוני החט"ב במגזר זה, נראה שהשתתפות ההורים פוחתת, והשתתפות התלמידים עולה. באופן גורף ניתן להבחין בירידה באחוזי ההשתתפות של התלמידים בחטיבה העליונה בכל המגזרים. ככלל, ניתן לראות שהתלמידים מהווים שותפים פעילים יותר מאשר הוריהם, אך יחד עם זאת, השתתפותם נותרת נמוכה.

כיום ניתן לראות, כי בבתי הספר בישראל רמת המודעות והנכונות ליישום גישת קידום בריאות עולה אך עדיין ברמה שאינה מספקת. על כן, יש צורך בישראל להמשיך בפיתוח, תכנון, יישום והעמקה של גישת קידום בריאות בבתי הספר.

מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי מספר מגבלות:

א. **הטיית בחירה** – בכל אחת מהערים שנבחרו קיימים לרוב יותר משני בתי ספר. מסיבה זו בחירת בית ספר מסוים על פני האחר עלולה להוביל להטיה. למרות זאת, ההנחה היא שמרבית בתי הספר באותה עיר דומים זה לזה ולכן הבחירה בבית ספר אחד על פני השני הינה אקראית.

ב. **הטיית מידע** – נושא המחקר חייב את המנהלים לדווח על מדיניות קידום בריאות בהקשר להתנהגויות סיכון (עישון וצריכת אלכוהול). מסיבה זו ייתכן שחלק מהמנהלים התקשו לענות באובייקטיביות על השאלון.

המלצות לפעולה

תכניות לקידום בריאות נמצאו כיעילות ללמידה ולהטמעה במסגרת הבית ספרית. מדיניות מקדמת בריאות בבתי ספר ברחבי העולם קיבלה התייחסות נרחבת ומעמיקה בקרב מנהלים. יישום עקרונות קידום בריאות מהווה כיום יעד הממוקם בראש סדרי העדיפויות. השגתו, מחייבת פעילות ענפה הן במישור החינוכי והן במישור השיתופי, הכוללת גיבוש ותכנון מדיניות מקדמת בריאות, זאת כחלק מתפיסה הוליסטית את תחום הבריאות כנדבך או כבסיס לקיומו של בית הספר.

הספרות המחקרית, מדגישה את התמורה שחלה במחויבות מנהל בית הספר להנהגת מדיניות מקדמת בריאות. כמו כן, מראה הספרות את ההתייחסות הייחודית של מנהלי בית הספר לפיתוח כישוריהם של ילדים ובני נוער לבחור מדעת באורח חיים שיש בו כדי לקדם את בריאותם ובריאות סביבתם. על כן, מדיניות איתנה תהיה עקבית ותכלול הסברה, מניעה, אכיפה, חוזק ושקיפות. הצלחתם של בתי הספר בהנחלת מדיניות של קידום בריאות, תתאפשר רק על ידי מעקב הכולל הערכה, על מנת להצביע על מגמות ושינויים בנושאים שנבחרו ובכדי לבחון את מידת ההטמעה של מדיניות זו.

בנוסף, ניכר כי יעדי מדיניות קידום הבריאות שהועלו על הכתב בבתי הספר בתקופת קום המדינה, התייחסו בעיקר להשגת מטרות בטווח הקצר. כיום, יש לשקול את כלל הצרכים העולים מן השטח בניסוח היעדים ועל כן, יעדי מדיניות קידום הבריאות הם ארוכי טווח ומורכבים יותר מבעבר.

מתוך הכרה בהשפעה הניכרת של הסביבה הפיזית והחברתית על מצב בריאותו של הפרט, בתי הספר כוללים בתקנון הבית ספרי יעדים שתכליתם יצירת סביבה פיזית וחברתית בריאה. קביעה זו דורשת פעילות מקדימה רבה וכן הקפדה יתרה וארוכת טווח על אכיפה של החוקים והנהלים שנקבעו. קבלה והטמעה של החוקים והנהלים מחייבת פעילות משותפת עם קהילת בית הספר: תלמידים, מורים והורים, כנדבך משמעותי בתהליך הלמידה וההטמעה של הרגלי בריאות והתנהגויות מסכנות בריאות.

בכדי להוציא מן הכוח אל הפועל את מדיניות קידום הבריאות לכדי תכניות התערבות, על המנהלים להיות מודעים לחשיבות מקומם בהטמעת תכניות אלו. ראוי לנסח יעדים, מטרות ותוכניות ספציפיות, כתובות וברורות. בפיתוח התוכניות רצוי לשלב ולשתף את ההורים והתלמידים ועל התוכניות להתאים לכישורי הילדים ולמאפייני גילם. כמו כן, קידום הבריאות במסגרת הבית ספרית מצריך ישות מקצועית שמטרתה להוביל תהליכים של קידום בריאות הזכאית להכרה מקצועית על ידי הכשרה איכותית ורכישת ידע רלוונטי בתחום.

לסיכום, כשמדובר במטרה נעלה ביותר – "בריאות דור העתיד", סיכויי ההצלחה טמונים ביצירת בתי ספר מקדמי בריאות. ניכר כי מנהלי בית הספר השונים אשר מבינים את חשיבות מדיניות מקדמת בריאות כמהותית לתוכנית החינוך, הם אלו שמצליחים ליישם את תוכניות הבריאות ולגייס את קהילת בית הספר על מנת להטמיע אותן כחלק שגרתי מתוכנית הלימודים.

מקורות

1. Lovato CY, Pullman AW, Halpin P, Zeisser C, Nykiforuk I J, Frankie B, et al. The influence of school policies on smoking in grades 5-9, Canada, 2004-2005. Prev Chronic Dis. 2010 Nov; 7(6): 1-13.
2. Cox L, et al. Engaging school governance leaders to influence physical activity policies. J Phys Act Health. 2011; 8.1: S40.
3. Gray G, Young I, Barnekow V. Developing a health-promoting school [Internet]. European network of health promoting schools; 2006; [cited 2013 may 25] Available from: http://www.schoolsforhealth.eu/upload/Developingahealthpromotingschool.pdf.
4. Schwartz MB, Henderson KE, Falbe J, Novak SA, Wharton CM, Long MW, et al. Strength and comprehensiveness of district school wellness policies predict policy implementation at the school level. J Sch Health. 2012; 82(6): 262-267.
5. West P, Sweeting H, Leyland A. School effect on pupils' health behaviors: Evidence in support of the health promoting school. Research Papers in Education. 2004 Sep; 19: 261-291.
6. Rutten A, Gelius P, Abu-Omer, K. Policy development and implementation in health promotion – from theory to practice: the ADEPT model. Health promot int. 2010 Dec; 26(3): 322-329.
7. Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. Health Policy Plan. 2008 Jun; 23(5): 308-317.
8. Tunison SD. Instructional Supervision: The Policy-Practice Rift. Journal of Educational Thought. 2001 Apr; 35(1): 83-108.
9. Centers of Disease Control and prevention (CDC). School Health Policies and Programs Study (SHPPS): A summary report. J Sch Health. 1995; 65(8): 281-353.
10. Matos J, Nanney M. The strength of school wellness policies: One states experience. J Sch Health. 2007 Sep; 77(7): 367-372.
11. Molison EF, Carr DH. School wellness policy Readiness of principals to implement changes. University, MS; National food Service Management Institute: 2006.
12. Brewer G, DeLeon, P. The Foundation of Policy Analysis, the Dorsey Press, Homewood, IL: 1983.
13. Kubik MY, Lytle LA, Farbakhsh K, Moe, S, Samuelson A. Food use in middle and high school fundraising: Does policy support healthful practice? Results from a survey of Minnesota school principals. J Am Diet Assoc. 2009 Jul; 109(7): 1215-1219.
14. Brener ND, Chriqui JF, O'Toole TP, Schwartz MB, McManus T. Establishing a baseline measure of school wellness-related policies implemented in a nationally representative sample of school districts. J Am Diet Assoc. 2011 Jun; 111(6): 894-901.
15. Adams LM, Jason LA, Pokorny S, Hunt Y. The relationship between school policies and youth tobacco use. J sch Health. 2009 Jan; 79(1): 1-8.
16. Adamson G, Mcaleavy G, Donegan T, Shevln M. Teacher's perception of health education practice in Northern Ireland: Reported differences between policy and non policy holding schools. Health Promot Int. 2006 Apr; 21(2): 113-120.
17. Agron P, Berends V, Ellis K, Gonzalez M. School wellness policies: perceptions, barriers, and needs among school leaders and wellness advocates. J Sch Health. 2010 Nov; 80(11): 527-35.
18. Story M, Nanney MS, Schwartz MB. Schools and obesity prevention: creating school environments and policies to promote healthy eating and physical activity. Milbank Q. 2009 Mar; 87(1): 71-100.
19. **הראל־פיש י', קורן, ל', פוגל־גרינולד, ח', בן־דוד, י', ונווה, ש' (2009). נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית, ודפוסי התנהגויות סיכון. סיכום ממצאי המחקר הארצי החמישי (2006) וניתוח מגמות בין השנים 1994-2006. רמת גן: אוניברסיטת בר־אילן, המחלקה לסוציולוגיה ולאנתרופולוגיה.**
20. **הראל־פיש י' ואחרים. נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית, ודפוסי התנהגויות סיכון. סיכום ממצאי המחקר הארצי החמישי (2010) וניתוח מגמות בין השנים 1994-2010. רמת גן: אוניברסיטת בר־אילן, המחלקה לסוציולוגיה ולאנתרופולוגיה: 2011.**
21. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion: First International Conference on Health Promotion, Geneva. WHO/HPR/HEP/95.1. World Health Organization: 1986.

המכללה האקדמית עמק יזרעאל
המכללה מקדמת הבריאות הראשונה בישראל – מהלכה למעשה*

גליה שמי[1,2], עפרה הלפרין[1]

[1]החוג למנהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל ע"ש מקס שטרן
[2]החוג לסיעוד, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה

מילות מפתח: מכללה מקדמת בריאות, פעילות גופנית, תזונה בריאה, מניעת עישון, קמפוס ירוק ובריא

"אנשים יוצרים בריאות וחיים אותה בתוך המסגרות של חיי היומיום שלהם; היכן שהם לומדים, עובדים, משחקים ואוהבים." (1)

תקציר

רקע: המכללה האקדמית עמק יזרעאל ע"ש מקס שטרן הכריזה על עצמה כמכללה מקדמת בריאות ב־2008, ועל כן מומנה תכנית קידום בריאות החל מיוני 2010 על ידי משרד הבריאות במשך כשנתיים וחצי. לראשונה בישראל נרתם מוסד אקדמי לקידום הבריאות והשלומות (well-being) של השוהים בו כמחויבות מתמשכת הבאה לידי ביטוי במדיניות, בסביבה ובפעילויות התומכות בבריאות.

שיטה: כחלק מהתהליך של הפיכת המכללה למקדמת בריאות נערך בשנים תשס"ט-תש"ע אבחון הקהילה במכללה להערכת הצרכים וההתנהגויות של הסטודנטים והסגל.

הושם דגש על שלושה נושאים שהוגדרו ע"י משרד הבריאות כחשובים ביותר ובעלי עדיפות לאומית לשנת 2020: עישון, תזונה ופעילות גופנית.

תוצאות: ממצאי הסקר העיקריים מראים כי שיעור העישון במכללה גבוה מהשיעור בישראל, בעיקר בקרב צעירים וצעירות; תזונת הצעירים בריאה פחות מתזונת המבוגרים; ומעטים מהמשיבים פעילים גופנית.

התערבות: בוצעו פרויקטים שעסקו במניעה וגמילה מעישון, בשיפור בידע אודות תזונה בריאה ושיפור היצע מזון בריא בקפיטריות של הקמפוס. כמו כן, הופעלו תוכניות להגברת העיסוק בפעילות גופנית.

מסקנות: המכללה היא גורם חשוב בקידום בריאותם של הסטודנטים, המהווים את עמוד התווך העתידי של החברה, ושל סגל העובדים באמצעות יצירת סביבה התורמת לבריאות.

מחברות מכותבות: galiasy@research.haifa.ac.il, ofrah@yvc.ac.il

* המחברות מבקשות להודות לגב' כרמית סטרן ולגב' ליאורה גולדמן־פרקש על תרומתן בהכנת המאמר.

רקע

קידום הבריאות הינו תהליך המאפשר לאנשים ולחברה לשפר את בריאותם. בריאות מוגדרת כאיזון של בריאות פיזית, רגשית, חברתית, רוחנית ואינטלקטואלית. שינוי באורח־חיים עשוי להתחולל על ידי שילוב של מאמצים המיועדים להגברת מודעות, שינוי התנהגות ויצירת סביבות התומכות בהרגלי בריאות טובים. בעידן הנוכחי גוברת ההכרה בצורך לקדם את בריאות האוכלוסייה כדי למנוע תחלואה ולשפר את איכות החיים של האוכלוסייה. קידום בריאות מתמקד בעיקר בגורמים החברתיים, הפיזיים, הכלכליים הסביבתיים המשפיעים על הבריאות. קידום בריאות, ברמת הפרט, כולל פעילויות לקידום כושר גופני, תזונה נכונה ואורח חיים בריא ובריאות נפשית, רוחנית, וחברתית. ברמת מקבלי החלטות במישור העירוני, הלאומי והגלובלי, קידום בריאות כולל פעילויות שתכליתן יצירת סביבה תומכת פוליטית, חקיקתית, ופיזית ותשתיות שיאפשרו לאדם שליטה על בריאותו ובריאות הסובבים אותו.

קיימות (Sustainability) או פיתוח בר קיימא מהווה בסיס לפעולה של ממשלות ושל מוסדות מקומיים לשמירה על הסביבה ומבטא את היכולת להמשיך לקיים תהליך או מצב לאורך זמן רב. עבור בני האדם קיימות היא הפוטנציאל לשמור על הישרדות ועל הרווחה החברתית למשך זמן רב, ויש לה מימדים סביבתיים, כלכליים וחברתיים. בכל רחבי העולם מושקעים מאמצים רבים בתחומי המחקר, העשייה והיצירה, במטרה להגדיר מהן הפעולות ודרכי החיים המזיקות לסביבה ולחברה האנושית בהווה ואשר יגזלו משאבים בעתיד, להתריע מפניהם, לפעול למניעתם ולהטמיע חלופות. חלופות אלה כוללות אורח חיים שונה, ואופני ניצול של משאבים המאפשרים תהליכים טבעיים של התחדשות, ובכך מבטיחים לדורות הקיימים ולדורות הבאים קיום לאורך זמן ללא סכנת קריסה. תפיסת הקיימות מקושרת באופן ישיר ומהותי לסוגיות של חברה, כלכלה וסביבה, ומיושמת בכל תחום בתרבות האנושית. לגבי קידום בריאות, קיימות מתייחסת להשפעות ההתערבות או האמצעים בעזרתם הופקו תוכניות ההתערבות במטרה לייצר השפעות לאורך זמן (2).

פעילות לקידום בריאות וקיימות מערבת את רוב המחלקות והיחידות המוסדיות. כדי להבטיח את הצלחת הפעילות יש למצוא דרכים לעבוד בשיתוף פעולה רוחבי ואנכי.

מודעות לבריאות כערך מחויבת למימוש העקרונות של "בריאות לכול" תוך שימוש באסטרטגיות של קידום הבריאות, כפי שנוסחו באמנת אוטווה 1986 (שמות דגש על פיתוח מדיניות ציבורית בריאה, יצירת סביבות תומכות, פיתוח מיומנויות אישיות וחיזוק מעורבות הקהילה).

אחת הדרכים היעילות לקידום בריאות היא פעילות במסגרות כוללניות (settings), כגון: מקומות עבודה, בתי חולים, בתי ספר ומוסדות להשכלה גבוהה (3). למוסד להשכלה גבוהה, שייעודו הקניית ידע והכשרה מקצועית, יתרונות ייחודיים כמסגרת לקידום בריאות עקב השפעותיו רחבות ההיקף לא רק על האוכלוסייה השוהה בו, אלא על החברה כולה הרואה בו כמעוז של נאורות ומודל לחיקוי.

תורת הקיימות מורכבת משלושה רבדים עיקריים: כלכלי, סביבתי וחברתי. סינרגיה אמיתית ומוצלחת בין שלושת התחומים היא הדרך הטובה ביותר להבטיח פיתוח בר קיימא אמיתי ומועיל לאוכלוסייה ולסביבה בה הוא מתבצע. פיתוח בר קיימא (sustainable development) מוגדר ככזה המאפשר לספק את צרכי האנשים בהווה מבלי לפגוע ביכולתם של הדורות הבאים לספק את צרכיהם שלהם בעתיד תוך מחשבה על איכות הסביבה ושמירה על כדור הארץ.

מרבית הסטודנטים מגיעים ללמוד במוסד להשכלה גבוהה בשלב בו הם מעצבים את אישיותם כאנשים בוגרים ועצמאיים, ולכן למוסד להשכלה גבוהה השפעה משמעותית על התפתחותם והעצמתם למימוש מלא של הפוטנציאל הטמון בהם לעצמם ולחברה בה הם חיים. המכללה מהווה מסגרת מתאימה ביותר לקידום בריאותם בעיקר על ידי כך שבמסגרתה יסגלו לעצמם הסטודנטים אורח חיים בריא, וילמדו לקבל החלטות אשר ישפרו את איכות חייהם ואלה ילוו אותם לאורך כל חייהם (4-5). מוסד אקדמי מקדם בריאות הוא בעיקר בהיותו סביבה שתאפשר בחירה בריאה במהלך שלוש־ארבע השנים בהם הסטודנטים נמצאים בה ובמהלך כל שנות העבודה של הצוות – הן אקדמי והן אחר. מוסדות להשכלה גבוהה צריכים לבנות מחויבות לבריאות במסגרת התרבות הארגונית שלהן, והפעילויות בתוכן ליצירת סביבת עבודה, למידה וחיים התומכות בבריאות באמצעות מדיניות בריאותית בת קיימא.

מוסדות להשכלה גבוהה כחלק מגישת המסגרות (settings) עשויות לתרום לבריאות האוכלוסייה ולערך מוסף במספר אופנים:

1. הגנה על הבריאות וקידום השלומות של הסטודנטים, סגל העובדים והקהילה שסביבן באמצעות מדיניות ופעילויות מקדמות בריאות;
2. התייחסות לבריאות במסגרת ההוראה והמחקר;
3. פיתוח שותפויות בקידום בריאות ועם הקהילה;
4. חינוך סביבתי התורם לפיתוח תכונות יזמות, אכפתיות ופעילות חברתית קהילתית. הקניית ידע מוסמך ועדכני, תוך פיתוח מחויבות ומוטיבציה בקרב הסטודנטים והסגל גם יחד, על מנת לשתף פעולה לשם מציאת פתרונות לבעיות סביבתיות קיימות כמו גם למניעה של בעיות בעתיד (6).

התשתית של מוסד אקדמי, כמו מכללה, מהווה בסיס לפעילות חינוכית, סביבתית ומבנית המעודדת מסרים בריאותיים בעלי השפעה על הסטודנטים, סגל העובדים

והקהילה המקומית, השוהים בו פרק ניכר מזמנם. בנוסף, מוסדות אקדמיים נהנים ממנדט ממשלתי להקדיש משאבים למטרות חינוך ותרומה לחברה. מובן שהפיכתו של כל ארגון למסגרת מקדמת בריאות, מותנית בתמיכת ההנהלה ובהובלתה, גם אם עצם היוזמה נבעה ממנה, ממקורות אחרים בארגון או מחוצה לו.

קמפוסים מקדמי בריאות בעולם

ברחבי העולם ישנם מספר מוסדות להשכלה גבוהה מקדמי בריאות, וביניהם: סטנפורד, דרום קרוליינה (7) ומישיגן בארצות הברית, לנקסטר, לנקשייר ואוקספורד באנגליה, אוניברסיטת דבלין באירלנד והאוניברסיטה הסינית בהונג קונג. במסגרת פעילותם כמוסדות אקדמיים מקדמי בריאות הם ערכו פעולות לאבחון צרכי הבריאות של קהלים שונים בקמפוס, ועל בסיסן יישמו תוכניות לקידום הבריאות והרווחה האישית, החברתית והסביבתית של באי הקמפוס, ובעיקר של הסטודנטים. נראה, שבמרבית התוכניות, שהוערכו ופורסמו בספרות המקצועית, נמצאו בעיות בריאות דומות לסטודנטים באוניברסיטאות השונות: פעילות גופנית מועטה, תזונה לא מאוזנת, משקל גוף בלתי תקין והתנהגויות סיכון, כמו: עישון, שתיית אלכוהול, צריכת סמים וקיום יחסי מין בלתי מוגנים. בנוסף נמצא, כי סטודנטים רבים סובלים מתחושת לחץ וחרדה המיוחסות לדרישות המוסד האקדמי בו הם לומדים (8-9).

מרבית התוכניות, שהוערכו ופורסמו בספרות המקצועית, התמקדו בזיהוי הצרכים הבריאותיים של הסטודנטים, ופחות בזיהוי הצרכים של קבוצות אחרות באוניברסיטה. קמפוסים שונים ברחבי העולם נקטו פעולות בודדות לשיפור בעיות בריאות ספציפיות בשטחן. באוניברסיטת סטנפורד קליפורניה מופעלות משנת 2003 תכניות התערבות שמטרתן לשפר את בריאות הסגל והסטודנטים בקמפוס. למשל, תוכנית לשיפור הפעילות הגופנית של עובדי האוניברסיטה. העובדים השתתפו בתכנית שנמשכה 12 שבועות וכללה אימוני הליכה, שלאחריהם נבדקה השפעתם על מדדי ה־BMI לחץ הדם, רמת הסוכר בדם ורמת הכולסטרול של המשתתפים. כמחצית מהמשתתפים סיימו את התכנית ובסופה נצפה שיפור בביצועי ההליכה, במדד ה־BMI וברמת הכולסטרול, וכן באחוז המשתתפים אשר סבלו מיתר לחץ דם (9-10).

באוניברסיטת קונטיקט בארה"ב נפתח בשנת 2003 עבור כל תלמידי הקמפוס קורס בחירה במסגרת החוג לסיעוד, בשם "קורס מבוא לבריאות". בקורס זה למדו הסטודנטים לזהות גורמים לחולי, לפתח מודעות לאורח חייהם הפרטי, לנתח גורמים פנימיים וחיצוניים המשפיעים על הבריאות, לתרום לפעולות מקדמות בריאות בקהילה ועוד. על פי תוצאות המחקר תרם הקורס לידע של הסטודנטים על הגורמים הרבים הקשורים לבריאות ומשפיעים עליה, והעלה את מודעותם לחשיבות שמירת בריאותם האישית על היבטיה השונים (11-12).

בקמפוסים שהכריזו על עצמן כמקדמי בריאות ניתן למצוא פעילות רחבה הכוללת פרויקטים מקיפים יותר לקידום הבריאות בקמפוס מאשר באוניברסיטאות האחרות.

אוניברסיטת לנקשייר, לדוגמא, החלה בתהליכים להפיכתה לאוניברסיטה מקדמת בריאות, המפעילה במסגרתם תכניות שונות המופנות לסטודנטים ולסגל, ועוסקות בין היתר באיסור השימוש בסמים, העלאת הרווחה של אנשי הסגל והסטודנטים, שיפור רמת המזון המוגש בקמפוס, שילוב קידום הבריאות בפעילות האקדמית וכן בשינויים סביבתיים כגון הורדת הזיהום מהתחבורה באזור האוניברסיטה ועיצוב הקמפוס כקמפוס ירוק (4).

דוגמא נוספת היא האוניברסיטה הסינית בהונג קונג, בה אורגנו במסגרת הפעילות מקדמת הבריאות לוח שנה של פעילויות מקדמות בריאות, נפתח אתר אינטרנט לסגל ולסטודנטים ובו מידע על קידום בריאות, תכניות למניעת עישון, הפעלות ספורט ופעילות גופנית, שבוע בריאות, קרנבל בריאות בקמפוס ועוד (13-14). בעקבות הפעלת התכניות האלה נצפה באוניברסיטה הסינית בהונג קונג שיפור בתחומים הבאים: ירידה ברמת העישון של סטודנטים בקמפוס, שיפור בהרגלי התזונה של הסטודנטים, מצבם הנפשי ורמת ידיעותיהם לגבי מחלות המועברות בקיום יחסי מין לא מוגנים. יחד עם זאת נצפו גם תחומים בהם המצב הורע ובניהם רמת הפעילות הגופנית של הסטודנטים, כמות המלח במזונם ועוד (5, 15-17).

המכללה האקדמית עמק יזרעאל – הקמפוס מקדם הבריאות הראשון בישראל

המכללה האקדמית עמק יזרעאל ע"ש מקס שטרן נמצאת בסמוך לעפולה, והיא מוסד אקדמי בעל אופי פלורליסטי. מגיעים אליה בני ערים ותיקות, כפרים ועיירות פיתוח, קיבוצים ומושבים, עולים חדשים, יהודים ערבים ודרוזים, וכ־500 פנסיונרים כולם לומדים ועובדים בה בצוותא בדו קיום של שלום, סובלנות וכבוד הדדי. אוכלוסיית המכללה מהווה מיקרוקוסמוס לאוכלוסיית ישראל, לפחות מבחינת בעיות בריאות, דבר המצריך להפעיל במסגרתה תוכניות שונות ומגוונות לקידום בריאות, אם לוקחים בחשבון את הצרכים הייחודיים של כל אחת מהקבוצות (12).

במכללה לומדים כ־3400 סטודנטים במכינות ולתארים אקדמיים בוגר (BA) ומוסמך (MA), ועובדים בה כ־800 אנשים, מרביתם מצפון הארץ.

לשכת הבריאות הנפתית של משרד הבריאות בעפולה יחד עם אנשי סגל מחוגי הבריאות במכללה פעלו לגיבוש הרעיון. נשיאת המכללה נתנה את ברכת הדרך ובעקבות זאת הוצג הקונספט בישיבת ראשי החוגים ("הועדה המרכזת"). הועדה אישרה את הרעיון ובסופה התנדבו כ־5 ראשי חוגים

ודיקן הסטודנטים להיות חברים בועדת ההיגוי שהוקמה בה השתתפו גם אחות ורופא המרפאה, נציגי אגודת הסטודנטים, מנהלת המעונות, ואנשי לשכת הבריאות בעפולה.

המכללה האקדמית עמק יזרעאל הכריזה על עצמה כמכללה מקדמת בריאות ביוני 2010. לראשונה בישראל נרתם מוסד אקדמי לקידום הבריאות והשלומות (well-being) של השוהים בו כמחויבות מתמשכת, הבאה לידי ביטוי במדיניות, בסביבה ובפעילויות התומכות בבריאות.

חזון בריאות הציבור בישראל הוא "בריאות, והוגנות בבריאות בכל מדיניות", כשערכי היסוד בבסיס החזון הם בריאות כזכות בסיסית של כל אדם, הוגנות, צדק חברתי, שותפות והדדיות.

התכנית מושתתת על חלק מעקרונות קידום בריאות,ותהליך העבודה כלל את המרכיבים הבאים:

- גיוס שותפים במכללה ומחוצה לה ליצירת בעלות על התכנית־ההנהלה, מרצים שהביעו עניין, ראשי חוגים, ואחרים כמו נציגי משרד הבריאות וקופ"ח כללית.
- הקמת ועדת היגוי מנציגי המכללה ומארגונים שותפים. הוועדה מהווה גורם המייצג את כל בעלי העניין בהפעלת התוכנית, החל מגיבוש תוכנית התערבות ויישומה, וכלה בהערכה ודיווח.

בוצע סקר צרכים – לצורך תכנון תוכניות קידום בריאות במכללה. סקר הצרכים היווה בסיס לתכנון על פי המודל Precede-Proceed (18) המהווה אחד המודלים החשובים לתכנון כולל החל משלבי האבחון, היישום וההערכה. החלק הראשון של המודל כולל חמישה שלבים לאבחון חברתי, בריאותי, התנהגותי, סביבתי ומדיניות. המודל מספק מסגרת מקיפה להערכת בריאות וצרכים לאיכות חיים לתכנון, יישום והערכת תוכניות קידום בריאות.

האבחון הקהילתי, התמקד בראיונות עם מנהלי השירותים השונים במכללה כמו, מרפאה, דיקנט הסטודנטים, משאבי אנוש, ועוד ונערכו תצפיות במסעדות, בבניינים השונים ובחצרות בנושאי ניקיון, עישון, תזונה ועוד. האבחון כלל גם סקר צרכים של סטודנטים ועובדים במכללה, באמצעות שאלון סגור שכלל שאלות על מצב בריאות. שאלות כלליות כמו: איך אתה מתאר את מצב בריאותך באופן כללי, האם אתה סובל מבעיית בריאות או ממחלה כרונית כלשהי? מתי לאחרונה מדדת לחץ דם? מתי לאחרונה עשית בדיקת כולסטרול? מתי לאחרונה עשית בדיקת סוכר בדם. ושאלות על הרגלי חיים כמו, **עישון:** האם עישנת בעבר? האם אתה מעשן? אם כן, כמה שנים? מספר סיגריות בממוצע; **פעילות גופנית:** האם, בדרך כלל, אתה נוהג לעסוק בספורט כלשהו לפחות 30 דקות רצופות? למי **שאינו עוסק בפעילות גופנית** – מהן הסיבות שאינך עוסק בפעילות גופנית, האם הינך מעוניין לעסוק בפעילות גופנית. **ותזונה:** באופן כללי כיצד הינך מגדיר את התזונה שלך? אוכל הכול ללא הקפדה, משתדל להפחית בכמות הקלוריות, משתדל להפחית בכמות הסוכר, משתדל להרבות באכילת פירות וירקות, משתדל להפחית בכמות השומן, משתדל להפחית בכמות המלח, משתדל להפחית בכמות הבשר, משתדל להפחית סך־הכול בכמות המזון, אוכל מזון צמחוני בלבד, אוכל מזון טבעוני בלבד (שאלות דיכוטומיות – כן/לא). בנוסף נשאלה השאלה, מהי הסיבה העיקרית שבגללה אתה מקפיד על הרגלי אכילה אלה: כדי לשמור על בריאות טובה ולמנוע מחלות בעתיד, בגלל מחלה/בעיה (כמו סכרת, לחץ דם, שומני דם גבוהים), אין סיבה מיוחדת, כדי לרזות/ לא לעלות במשקל, כי כולם שומרים, כדי להיראות יותר יפה.

הסקר בוצע בקרב מדגם אשכולות בו כל חוג היווה אשכול וממנו ענו 12% מכלל הסטודנטים והעובדים בו. סה"כ מדגם של 417 סטודנטים ו־66 עובדים במכללה, שהיוו כ־12% מכלל הסטודנטים והעובדים במכללה.

הממצאים קבעו את סדר העדיפויות לגבי ההתערבות בשלושה נושאים שקיבלו את אישור נשיאת המכללה פרופ' עליזה שנהר וכן הוגדרו ע"י משרד הבריאות כחשובים ביותר ובעלי עדיפות לאומית לשנת 2020: עישון, תזונה ופעילות גופנית.

התמקדנו בהערכת התנהגות בריאותית וצרכי הבריאות שעלו מהממצאים העיקריים. נמצא ששיעור העישון, בעיקר של הצעירים ובעיקר של נשים יהודיות צעירות, גבוה מהשיעור בישראל (18), מעטים פעילים גופנית לפי קריטריון של 4-5 פעמים בשבוע לפחות 30 דקות, הגברים פעילים בענפי ספורט מגוונים יותר מנשים וכמו כן, נמצא כי תזונת הצעירים פחות בריאותית מתזונת המבוגרים.

נבנתה תוכנית לשלוש שנים תוך ביצוע סדר עדיפויות ומתן מענה לחמשת תחומי הפעולה לפי אמנת אוטווה (1) המלווה במחקרי הערכת תהליך ותוצאה של ההתערבויות השונות. "יצירת סביבה תומכת" (1) היוותה בסיס להתערבויות כולן, במשמעות של הנגשת פעילויות ושירותים מקדמי בריאות במסגרת הקמפוס.

במסגרת הפיכת המכללה לקמפוס מקדם בריאות התמקדנו בשלב הראשון במספר תחומים מרכזיים אשר זוהו כיעד לטיפול במסגרת המחקר המקדים שנעשה ע"י הסטודנטים ומתאים ליעדי תכנית "עתיד בריא 2020" (19), והם מתן הזדמנות לשיפור התזונה וצריכת המזון, הפחתת העישון בקמפוס ועידוד פעילות גופנית בקרב העובדים והלומדים במכללה. בכל נושא הופעל הפרויקט בכמה מישורים המתאימים לעקרונות שנקבעו בועידת אוטווה לפעולה בקידום בריאות, וזאת כדי להבטיח השגת תוצאות משמעותיות בכל תחום מתחומי ההתערבות. הסטודנטים הלומדים בחוג לסיעוד ובחוג למנהל מערכות בריאות הובילו, בשיתוף עם גורמי פנים וחוץ, התערבויות שבחלקן היוו דרישות אקדמיות של סמינרים בהנחיית המרצים במכללה. בשנתיים הראשונות לתוכנית לא

היה מימון כלל, בשנה השלישית התוכנית מומנה ע"י היחידה לקידום בריאות של משרד הבריאות ב־15,000 ש"ח לשנה כשהמכללה משלימה "שקל מול שקל", כלומר 30,000 ש"ח בשנה וזאת במהלך שנתיים וחצי. התקציב כיוון את הפעילות לנושאים ולדרכי הפעולה.

תחומי הפעולה שיושמו ע"י מחברות המאמר עם כשמונים סטודנטים וגורמים נוספים במכללה (כמו: דיקן הסטודנטים, מנהלת המעונות, אחות מרפאת קופ"ח בקמפוס ועוד) ומחוצה לה (כמו: מקדמת בריאות בלשכת הבריאות בעפולה, מנהלי בי"ס, מורים, ראש המועצה האזורית ועוד):

- **מדיניות ציבורית בריאה וסביבה תומכת (פיזית וחברתית)** – נושא הבריאות הונח על סדר היום ויצרנו סביבה המאפשרת התנהגות לפי כללי אורח חיים בריא (כמו: שיפור שילוט, הקמת "זולה נקייה מעישון" קבועה בחצר הקמפוס, שיפור האכיפה של איסור עישון, הרחקת מכונות לקניית סיגריות כמדיניות, הפעלת "מזנון" למזון בריא בקפיטריות, סימון שבילי הליכה, הרחבת שעות פעילות מכון הכושר ועוד). סטודנטים בחוגים לסיעוד ומנהל מערכות בריאות מהווים סוכני שינוי להעברת מסרים של אורח חיים בריא כחלק מחובות הלימודים, מהווים דוגמה אישית וישמשו כמחנכי בריאות לעתיד במסגרות עמק יזרעאל, עיריית עפולה, קופ"ח "כללית" והאגודה למלחמה בסרטן.
- **מעורבות הקהילה:** עבודת תכנון ויישום תוך קבלת החלטות וביצוען בצוות היגוי רב תחומי ומגזרי בתוך הקמפוס עצמו, ובשיתופי פעולה עם גופים בקהילה כמו המועצה האזורית יזרעאל, לשכת הבריאות ועיריית עפולה.
- **חינוך לבריאות:** פיתוח המודעות לאורח חיים בריא, הקניית ידע ומיומנויות רלבנטיות לבריאות ע"י סדנאות לסטודנטים בסיעוד ולמנהל מערכות בריאות (חלקם במקצועם אחים ואחיות) במטרה שישמשו סוכני שינוי, הרצאות לסטודנטים במעונות ובקמפוס בנושא תזונה וצרכנות נבונה, שילוט ברחבי הקמפוס לעידוד שתיית מים, הפחתת שתייה עתירת קפאין, פעילות משותפת עם הנהלת הקפיטריה למגוון מזונות בריאים ועשירים באומגה 3 (כולל פרסום 'מאיר עיניים' עם המלצות לתפריט בריא ומזין בקפיטריה עצמה), פעילות סטודנטים נאמני בריאות לשיפור והוספת מזון בריא במכונות למכירת מזון ושתייה (פרות יבשים, פרות טריים, יוגורט, גרנולה, קרקרים מחיטה מליאה ועוד ובמכונות השתייה: מים ומיצים טבעיים, במקום שתייה מתוקה ועוד). התהליך בהערכה מתמדת ונוצר שיתוף פעולה פורה עם החברה מפעילת המכונות.
- עידוד לשימוש במדרגות, עידוד להפסקת העישון (פעיל וסביל) וחוג זומבה הפועל במעונות מדי שבוע זו השנה השנייה ברציפות!
- המעשנים שפנו ל"זולה" הודרכו לפנייה לקבוצות לגמילה מעישון בקופות השונות ובמרפאה המקומית. בוצע מעקב על הסטודנטים שהביעו רצון להשתתף בקבוצות גמילה והסכימו לענות לשאלון טלפוני חוזר, 20% פנו לקבוצות גמילה והצליחו להיגמל מעישון, עוד 30% הפחיתו ממספר הסיגריות.
- **רכיבה בשביל הבריאות:** יצירת תנאים להגעה באופניים במקום ברכב למכללה למתגוררים בקרבת מקום (שיפור שבילים אל ובתוך המכללה, התקנת חניון מיוחד, התקנת תאים נעולים, מתן אפשרות לשימוש במקלחות חדר הכושר, הרצאת פתיחה ושיווק אופניים בהנחה).
- מתקיימת קבוצת ריצה ע"י אגודת הסטודנטים בעידוד הדיקן.
- **ארגון מחדש של שירותי הבריאות:** יוזמה ושיתוף פעולה של המרפאה המקומית, החברים בוועדת ההיגוי ושותפים לכל פעילותה. קידום בריאות מתבצע באמצעות הפעלת ימי בריאות בנושאים שונים (יום ללא עישון), הדרכת סטודנטים, חיסונים, והנחיית סטודנטים נאמני בריאות להפעלת תוכניות בריאות שונות.

סקר חוזר בוצע בחודשים נובמבר דצמבר 2012. ענו על השאלון (זהה לשאלון שהופץ לפני 3 שנים) 505 אנשי המכללה – 112 מקרב הסגל ו־393 סטודנטים. 27% גברים השאר נשים.

נמצא ש־50% אוכלים בריא (על פי מדד שנוצר מסכום של 8 שאלות) לעומת 32% בסקר הקודם. יש עליה באחוז הסטודנטים העוסקים בספורט 70% לעומת 53% בסקר הקודם, ועלייה במתעניינים בספורט – 83.2% לעומת 41% בסקר הקודם. יש ירידה באחוז המעשנים – כיום מעשנים 22.6% לעומת 31.1% שדיווחו שהם מעשנים בסקר הקודם. 48% מעוניינים להפסיק לעשן.

סקר זה מראה שיש שיפור במדדי התנהגות בריאותית בקרב אוכלוסיית המכללה אודות לפעילות ענפה שהתבצעה בשנים האחרונות.

הערכת התוכנית מצביעה על הצלחתה במספר תחומים: שינויים בידע, עמדות והתנהגות התלמידים והצוות ושינויים במצב בריאותם וכן שינויי מדיניות ושינויים סביבתיים המקדמים את בריאות אוכלוסיית הקמפוס וקהילת העמק. תוכניות מתוכננות היטב הכוללות הערכה הוכיחו השגת שינויים חיוביים והצדיקו את עלותן (6).

בשנה זו (2013), אנו ממשיכים בנושאים שקידמנו בתזונה, פעילות גופנית ומניעת עישון והרחבנו את התכנית בנושאים כמו: הכשרת נאמני בריאות, קידום ההיצע של מזון בריא, הדרכות בפעילות גופנית בתחומים כמו רכיבה על אופניים, הארכת זמני פעילות בחדר הכושר חינם לסטודנטים, טיפוח שבילים להליכה ולרכיבה על אופניים. בנוסף, בשנת תשע"ג-תשע"ד מתבצעות תוכניות התערבות גם בנושאים

כמו: מניעת נזקי הטלפון הסלולארי, מחזור במכללה, התערבות להגברת נטילת חומצה פולית בגיל הפריון, שיפור אחוזי ההתחסנות בחיסון נגד שפעת ונגד סרטן צוואר הרחם.

במשך חמש שנים הפעילו סטודנטים מהמכללה פרויקטים שונים בנושאי בריאות מגוונים בעיר עפולה בשיתוף ועדת היגוי עירונית שכללה את מח' הרווחה, ביה"ס למדעים, אחיות בקהילה והשוטר הקהילתי. לפני מספר שנים החלו לפעול סטודנטים מהמכללה גם באום אל פאחם בשני בתי ספר בנושאים של מניעת עישון ותזונה בריאה, בליווי גב' נג'אח ג'בארין נציגת רשת ערים בריאות בעיריית אום אל פאחם. הפרויקטים ממשיכים לפעול כעת גם לאחר שהסטודנטים סיימו את פעילותם.

למוסד להשכלה גבוהה, שייעודו הקניית ידע והכשרה מקצועית, יתרונות ייחודיים כמסגרת לקידום בריאות עקב השפעותיו רחבות ההיקף לא רק על האוכלוסייה השוהה בו, אלא על החברה כולה הרואה בו כמעוז של נאורות ומודל לחיקוי.

סיכום

בישראל כיום גוברת והולכת חשיבותן של תוכניות לקידום בריאות, כאמצעי ליצירת שינוי מקיף בהתנהגות בריאות. על פי הספרות המקצועית, תוכנית מותאמת מבחינה תרבותית מביאה בחשבון משתנים רבים הכוללים בין היתר, הבדלים בידע, בערכים, במנהגים, באמונות לגבי אורח חיים בריא, דפוסי אכילה ועוד (20).

קידום בריאות מתרכזת בשינוי ההתנהגות הבריאותית של הקהילה ושל הפרט ומוגדרת על ידי ארגון הבריאות העולמי (2005) (21) כ-"שילוב של פעולות חינוכיות, ארגוניות, כלכליות ופוליטיות המתוכננות יחד עם הלקוחות על מנת לאפשר ליחידים, קבוצות וקהילות להגביר את השליטה על בריאותם ולשפרה תוך שינוי עמדות, שינוי התנהגות שינויים חברתיים ושינויים סביבתיים".

המכללה מעוניינת לקדם את בריאות הסטודנטים והסגל כמו גם את נושא איכות הסביבה. בעקבות העלאת המודעות ופעילות מכוונת עם סטודנטים, ובסיוע של הנהלת המכללה וקופ"ח כללית, הוקמו פינות עישון מחוץ למבנים בכדי להפחית את ריח העשן וגם בניסיון להפחית את מספר המעשנים ואת נזקי העישון לאלה שלא מעשנים. במסגרת מרפאת המכללה ניתנו הרצאות והדרכות על נזקי העישון והתקיימו קבוצות גמילה מעישון, כיום הם מופנים למרפאות יותר גדולות בסביבה. במסגרת פעילות מקדמת בריאות מתבצע פיקוח ומעקב אחר המוצרים הנמכרים במכונות למכירת שתייה חמה וקרה ומכונות לממתקים המפוזרות ברחבי המכללה, לשיפור ההיצע הבריא בהן.

במכללה פועלות שתי קפיטריות, אחת בשרית והשנייה חלבית, ובשתיהן, לאחר התערבות מכוונת של סטודנטים לקידום בריאות, מוגש אוכל בריא ומוכן בצורה נקייה, שומרים על סינון השמן, מקפידים שרוב האוכל המוגש יהיה מבושל ולא מטוגן ובנוסף הפחיתו לאחרונה את כמות השמן בהכנת המזון, מבשלים יותר ירקות וסלטים כיום הסטודנט יכול ליהנות מארוחה עשירה ובריאה.

במכללה קיים חדר כושר מצויד בו משתתפים כ-460 סטודנטים וחברי סגל המקפידים על פעילות גופנית סדירה. חדר הכושר פועל 12 שעות ביום (19:00-07:00) וכולל גם חוגים שונים כמו ספינינג וזומבה. בחדר הכושר תמיד נמצא מאמן מוסמך והחדר מחובר טלפונית למד"א למקרה הצורך.

בנוסף, פועלת במכללה ועדה למכללה ירוקה העוסקת בשמירה על איכות הסביבה.

מכללת עמק יזרעאל כמכללה מקדמת בריאות שמה לה למטרה מרכזית את הפיכת הבריאות במובנה הרחב ביותר לחלק אינטגראלי ממדיניותה, תרבותה, התהליכים והמבנה שלה. הגישה של מכללה-קמפוס מקדם בריאות טומנת בחובה גישה כוללנית של צדק הגינות ואכפתיות כלפי כל קבוצות השוהים בה והאוכלוסייה בכלל, ומחויבת לקידום בריאות ולתנאים נאותים במסגרתה ובסביבותיה.

הפעילות של המכללה כמוסד מקדם בריאות מהווה תרומה משמעותית לחברה דרך תכניות קהילתיות שונות שמופעלות דרכה, דבר אשר מדגים גם את המחויבות החברתית של המכללה ותורם למיצובה כמוסד בעל תרומה חברתית רחבה ומשמעותית, תורם רבות גם לשיווק המוסד ומהווה כמקור משיכה עבור סטודנטים חדשים המודעים לחשיבות איכות חייהם וקידום בריאותם.

מקורות

1. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canada; 1986.
2. Swerissen, H., & Crisp, B.R. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. Health Promotion International. 2004; 19(1): 123-130.
3. Dooris M, Martin E. The health promoting university- from idea to implementation. Promotion and Education. 2002; (suppl.1): 16-19.
4. Dooris M. The health promoting university: Opportunities, challenges and future developments. Promotion and Education. 2002; (suppl.1): 20-24.
5. Xiangyang T, Lan Z, Yuzhen S, Jagusztyn M. Beijing health promoting universities: Practice and evaluation. Health Promotion International. 2003; 18: 107-113.
6. Linnan L, Brooks A, Haws S, Benedict S, Birken B, French E, et al. Community college as setting for promoting employee health. American Journal of Health Studies. 2010; 25(2): 86-92.
7. Welcome to the Healthy Carolina Wellness Community http://www.sc.edu/healthycarolina/index/html (אתר אוניברסיטת דרום קרוליינה 3-2012)
8. Horneffer-Ginter K. Stages of change and possible selves: two

tools for promoting college health. Journal of American College Health. 2008; 56(4): 351-358.
9. Bewell Stanford [Internet]. Annual report 2011; (cited September 2012). Available from: http://www,Bewell.stanford.edu.
10. Haines DJ, Davis L, Rancour P, Robinson M, Neel-Wilson T, Wagner S. A pilot intervention to promote walking and wellness and to improve the health of college faculty and staff. Journal of American College Health. 2007; 55: 219-225.
11. American College Health Association [Internet]. National college health assessment. Available from: http://www.acha.org (updated August 2007; cited September 2012).
12. Clemmens D, Engler A, Chinn PL. Learning and living health: collage students' experiences with an introductory health course. Journal of Nursing Education. 2004; 43: 313-318.
13. Lee S. Health promoting university initiative in Hong Kong. Promotion and Education. 2002; (suppl. 1): 15.
14. Lee RL, Loke AJ. Health-promoting behaviors and psychosocial well- being of university students in Hong Kong. Public Health Nursing. 2005; 22: 209-220.
15. Mitchell PH, Belza B, Schaad DC, Robins LS, Gianola FJ, Odegard PS et al. Working across the boundaries of health professions disciplines in education, research and service: The university of Washington experience. Academic Medicine. 2006; 81: 891-896.
16. Meier S, Stock C, Kramer A. The contribution of health discussion groups with students to campus health promotion. Health Promotion International. 2006; 22: 28-36.
17. Stock C, Willow L, Kramer A. Gender-specific health behaviors of self- reported actual and intended physical activity in a university workforce sample. Health Promotion International. 2001; 16: 145-154.
18. Green LW , Kreuter M W. Health promotion planning, Mayfield Publishing Company, London-Toronto. 1999; 27-44.
19. משרד הבריאות [אינטרנט]. לעתיד בריא 2020 – היוזמה. [הורד באפריל 2013]. ניתן להשיג באתר משרד הבריאות: http://www.health.gov.il/pages
20. רוזן, ב', אלרואי, א', אקר, נ' ואיסמעיל, ש' (2008). קידום בריאות באוכלוסייה הערבית: באיזו מידה מתקיימת התאמה תרבותית וכיצד ניתן לחזק אותה? מאיירס ג'וינט מכון ברוקדייל, ירושלים: מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות.
21. World Health Organization (2005). Constitution of the World Health Organization. In: World Health Organization: Basic documents. 45th ed. Geneva.

קהל שבוי?
אתגרים בקידום וחינוך לבריאות מתבגרים במסגרת קהילתית

ויקי כהן[1], טל דיין[1]

[1]תכנית יש מצ"ב למנ"ש, בית דני, שכונת התקווה, תל אביב

מילות מפתח: קידום בריאות מתבגרים, חינוך לבריאות, גישת המסגרות, חינוך בלתי פורמלי

תקציר

מזה כשלוש שנים מופעלת במרכז הקהילתי "בית דני" בשכונת התקווה בתל־אביב תכנית חינוכית־טיפולית לבני נוער בשכונות התקווה, עזרא והארגזים שבדרום מזרח תל־אביב. מקורה בתכנית יש מצ"ב – מעבר מוצלח לבגרות, שחוברה עם מנ"ש – מרכז נוער שכונתי. התכנית הינה תכנית בין־משרדית שבה שותפים משרד הרווחה, משרד החינוך, משרד הספורט, משרד הבריאות, המשרד להגנת הסביבה, עמותת אשלים והאגודה לקידום החינוך, ומטרתה מניעת מצבי סיכון בקרב מתבגרים.

בחודש מאי 2012 החלה הכותבת הראשית של מאמר זה לעבוד כמקדמת בריאות בתכנית. כחלק מתהליך הקמת התכנית והפעלתה במסגרת הקהילתית, התעוררו אתגרים רבים בתהליך הטמעת הידע והעברת תכני הבריאות הרלוונטים למתבגרים.

מטרת המאמר היא תיאור עבודת קידום וחינוך לבריאות במסגרת התכנית ובמסגרת הַחינוך הבלתי פורמאלי (מסגרת קהילתית). במאמר מוגדרים תחילה המונחים *קידום בריאות* ו*חינוך לבריאות* תוך שימת דגש על חשיבותם במסגרות בלתי פורמאליות. בהמשך, מוצגת התכנית יש מצ"ב למנ"ש המהווה קרקע פורייה לפעילות בלתי פורמאלית בנושא בריאות. לבסוף, מפורטים מגוון מישורים בהם נוגעת מקדמת הבריאות בתפקידה במסגרת התכנית, דרכי עבודה יעילות ודרכי התמודדות שונות בעבודה עם נוער במסגרות בלתי פורמליות.

מחברת מכותבת: cohen.vicki@gmail.com

קידום וחינוך לבריאות

קידום בריאות הוא תהליך המאפשר לבני אדם להגביר את שליטתם על בריאותם ולשפרה (1). באמנת אוטווה שפורסמה בשנת 1986, הותוו העקרונות המנחים של פעילויות לקידום בריאות: בניית מדיניות ציבורית בריאה, יצירת סביבות תומכות, חיזוק הפעילות הקהילתית, חיזוק מיומנויות הפרט ורה־אוריינטציה של שירותי הבריאות (2). אחת מחמש הגישות בקידום בריאות היא הגישה החינוכית, לפיה יש להקנות לפרט ידע ומיומנויות לקבלת החלטות ולבחירה מושכלת ומודעת באורח חיים בריא. השינוי, בגישה זו, יושג לא על־ידי תמריץ, אלא מתוך מודעות (3). ישנן הגדרות שונות למונח "חינוך לבריאות", אך ניתן לומר שחינוך לבריאות הוא "כל שילוב של פעילויות חינוכיות שמטרתן להשפיע על אימוץ רצוני של התנהגות בריאותית" (4). לסיכום, **חינוך לבריאות תורם לחיזוק מיומנות הפרט לקבל החלטות מושכלות ולאמץ באופן רצוני אורח חיים בריא.**

גישת המסגרות וקידום וחינוך לבריאות בחינוך בלתי פורמלי

מסגרת (setting) היא המקום, המרחב או ההקשר החברתי בו מבלים אנשים בפעילויות יומיומיות שונות (חיים, לומדים, עובדים), ולמאפייניו יש השפעה על בריאות ורווחת הפרט, לדוגמא: בתי ספר, מקומות עבודה, ערים, קיבוצים, בסיסים צבאיים וכדומה (5). למסגרת מספר יתרונות: ראשית, היא מאפשרת גישה לאוכלוסיות שונות, להן צרכים ו/או מאפיינים משותפים. שנית, יש בה מספר ערוצים באמצעותם ניתן להשפיע ולהעביר מסרים בריאותיים. שלישית, האוכלוסיות שוהות בה, לרוב, למשך זמן מסוים כך שההתערבות יכולה להימשך לאורך זמן ולא חייבת להיות נקודתית, ולסיום, קהל היעד במסגרות השונות הוא למעשה "קהל שבוי", המסגרת מאפשרת גישה קלה ונוחה אליו, וזהו יתרון משמעותי לתכניות התערבות בקהילה.

חינוך בלתי פורמלי מתקיים בסוגים רבים של ארגוני חינוך שמחוץ למסגרת הבית־ספרית, הוא מיועד למגוון גילים והפעילויות המוצעות במסגרתו מגוונות גם כן (6). לתכניות קהילתיות המופעלות בשעות אחר־הצהריים במסגרות לא פורמליות (after school programs), יש יכולת השפעה גדולה מאוד על היבטים רבים בחיי הילדים והמתבגרים אשר לוקחים בהן חלק. בסקירה של מחקרי הערכה שנעשו בארה"ב על 42 תכניות במסגרות בלתי פורמליות, שפורסמה בשנת 2011 על־ידי ארגון After-school Alliance [ASA], נמצא כי השתתפות בתוכניות מסוג זה משפיעה לטובה על הישגים אקדמיים בבית הספר, על ההתנהגות והמשמעת של בני הנוער, ואף מסייעת להפיג את החשש שיש להורים כאשר ילדיהם נמצאים מחוץ לבית. מהספרות עולה כי השפעה חיובית זו, ניכרת על נוער בכלל ועל נוער בסיכון בפרט (7).

פרט להישגים אלו, הפוטנציאל של תכניות בחינוך הבלתי פורמלי בכל הקשור לקידום וחינוך לבריאות גדול מאוד. במסגרת הפעילויות השונות ניתן לשנות ולשפר את הרגלי התזונה של המתבגרים, לעודד אותם לבצע פעילות גופנית, ולהקנות להם ידע בנושאי בריאות שונים הרלוונטיים לגילם, כגון: חשיפה לשמש, חשיבות השינה, בריאות השן, ובריאות מינית. בנוסף, בני נוער המבלים בשעות אחר־הצהריים בבית נמצאים בסיכון גבוה יותר לסגל לעצמם אורח חיים יושבני (צפייה ממושכת בטלוויזיה, זמן רב מול מסך המחשב, אכילת חטיפים), לכן תכניות במסגרת הבלתי פורמלית הן הזדמנות מצוינת לסייע לבני הנוער לסגל אורח חיים פעיל ובריא (8).

במסגרת החינוך הבלתי פורמאלי בני נוער רבים לוקחים חלק בפעילויות השונות המופעלות ברחבי הארץ על בסיס יומי/שבועי, וכך מתאפשרת גישה נוחה אליהם. מנגד, מסגרת החינוך הבלתי פורמלי איננה מסגרת מחייבת כדוגמת בית ספר, ולכן האתגרים שמסגרת מסוג זה מציבה לעוסקים בקידום וחינוך לבריאות גדולים מאוד.

תכנית יש מצ"ב למנ"ש

תכנית יש מצ"ב למנ"ש היא תכנית ייחודית בעיר ת"א-יפו המורכבת משתי תוכניות נוער, שאוחדו לטובת בניית מודל עבודה הוליסטי עבור המתבגרים בשכונות התקווה, עזרא והארגזים. הראשונה היא מנ"ש (מרכז נוער שכונתי), מרחב פיזי שהתפתח במרכזים הקהילתיים ברחבי העיר ת"א-יפו במהלך השנים האחרונות ונותן מענה דרך פעילות חברתית ערכית לבני נוער בגילאי 13-18. השנייה היא תכנית יש מצ"ב – מעבר מוצלח לבגרות, תכנית פיילוט בין־משרדית שבה שותפים משרד הרווחה, משרד החינוך, משרד הספורט, משרד הבריאות, המשרד להגנת הסביבה, עמותת אשלים והאגודה לקידום החינוך. ברמת היישוב שותפים המרכז הקהילתי "בית דני", המחלקה לרווחה חינוכית, משרדי החינוך, הספורט, הבריאות והסביבה. התכנית הינה תכנית טיפולית־חינוכית העוסקת במניעת מצבי סיכון בקרב מתבגרים ומיועדת לבני נוער הלומדים במסגרת הפורמאלית ומזוהים על ידי צוות מקצועי בקהילה או בבית הספר כמצויים במצבי סיכון. התכנית מתייחסת ל**מכלול צרכיו ויכולותיו** של המתבגר דרך פעילות במרכז מתבגרים, ייעוץ והכוונה, טיפול פרטני וקבוצתי למתבגרים, וטיפול למתבגרים־הורים.

תכנית יש מצ"ב למנ"ש ממוקמת בלב ליבה של שכונת התקווה והיא חלק בלתי נפרד מהמרכז הקהילתי של השכונה, "בית דני", אשר הוקם ב־1979 ומהווה מוקד פעילות והעשרה לתושבי שכונות דרום מזרח תל־אביב והסביבה. קיימות בו תכניות רבות בתחום החינוך, האמנות והיצירה,

ומופעלים בו חוגי ספורט, מחול ועוד, למבוגרים/ות, בני־נוער וילדים (9).

לאחר איגום המשאבים והכוחות של שתי התכניות, התכנית מאגדת בתוכה צוות רב מקצועי הן מתחום החינוך (מדריכים, חיילים, שנת שירות, בני עקיבא) והן מתחום הטיפול והקהילה (עובדת סוציאלית, מטפלת באמנות, מקדמת בריאות, מטפלת משפחתית). במסגרת התכנית מוצע לבני הנוער רצף שירותים עשיר, החל ממגוון פעילויות וסדנאות חברתיות וכלה בטיפול פרטני ועבודה עם הורים, כאשר לכל נער/ה נבנית תכנית המותאמת לצרכיו/ה, רצונותיו/ה ויכולותיו/ה.

קידום בריאות בתכנית יש מצ"ב למנ"ש

כאמור, תכניות בחינוך הבלתי פורמלי הן מסגרת יעילה לעבודת קידום וחינוך לבריאות, אך הן מהוות גם אתגר גדול מאוד לעוסקים בדבר. לעיתים קרובות המסגרת אינה באמת מסגרת. שלא כמו בבית הספר, שם מחויבים המתבגרים להגיע, ואי־הגעתם גוררת סנקציות כאלה ואחרות, בתכנית מסוג זה, שלל גורמים עלולים להשפיע על היענות הנער/ה. התכנית המתוארת במאמר זה מתנהלת במסגרת קהילתית בלתי פורמאלית, ואוכלוסיית היעד שלה היא "קהל שבוי" באופן חלקי בלבד, לכן נדרשת חשיבה על דרכים יצירתיות וחדשות להעברת תכנים הקשורים לבריאות מתבגרים ולגיוסם לתהליך. להלן מספר דוגמאות:

א) יצירת נורמות וסביבה מקדמת בריאות

I. **כיבוד בריא** – נרכשים פחות מאכלים ומשקאות מומתקים, ובמקומם מוצעים כריכים בריאים או קרקרים מסובין או חיטה מלאה, ירקות, גבינות וממתקים דלי שומן ונתרן. בנוסף, בימים אלו מתגבשת האפשרות לשיתוף פעולה עם וועד השוק בשכונה, לקבלת תרומה קבועה של ירקות ופירות עבור הנוער ונבדקים ספקים נוספים מהם ניתן לרכוש חומרי גלם מזינים ובריאים יותר. כמו כן, מעל פינת הקפה תלויים פוסטר של פירמידת המזון, הסברים על השפעות צריכת סוכר מופרזת וגלויות של משרד הבריאות בנושא תזונה נכונה, שתיית מים והאשליה שבדיאטת רזון.

II. **הכשרת הצוות** – הרצאות בנושא קידום בריאות בכלל וקידום בריאות מתבגרים בפרט מועברות לצוות התכנית. בנוסף, נושאי בריאות שונים עולים דרך הצוות, ומדוברים במסגרת ישיבות הצוות השבועיות (למשל: איך לדבר עם מתבגרים על ההבדל בין הפרעות אכילה לדיאטה, אילו מסרים הצוות מעוניין להעביר ועוד), זאת, כדרך להגברת המודעות לקידום בריאות עם צוות המרכז הבא בקשר יומיומי עם המתבגרים.

III. **שהייה בחדר הנוער** – השתתפות קבועה ופעילה של מקדמת הבריאות בחדר הנוער ובפעולות השונות מייצרת קשר ואווירה המעודדים שיח פתוח בנושאי בריאות שונים ומהווים עבור המתבגרים מקום להתייעצות (תזונה, מיניות, שינויים פיזיולוגיים).

IV. **חשיפה לשמש** – בכל פעילות־חוץ בתקופות החמות של השנה, מקפידים אנשי הצוות על עידוד שתיית מים מרובה, שימוש במקדם הגנה וחשיפה מבוקרת ככל הניתן לשמש. בנוסף, לקראת חודשי הקיץ עברו הנערות הדרכה על חשיפה לשמש במסגרת סדנה על טיפוח העור, ובשאר הפעילויות (קט־רגל, מד"צים) הועברו תכנים דומים באמצעות משחקים.

ב) פעילות גופנית, דימוי גוף ויציבה נכונה

I. **דימוי גוף ופעילות גופנית** – במסגרת פעילות הקיץ הועברה פעילות "ויניאסה יוגה" לנערות, עם מורה ליוגה שבכובעה השני היא עובדת סוציאלית בעלת רקע בעבודה בנושא דימוי גוף. במסגרת הפעילות ובהתכנסות שאחריה היתה התייחסות לתכנים הקשורים לחיזוק דימוי הגוף והדימוי העצמי, ולחשיבות של ביצוע פעילות גופנית סדירה.

II. **יציבה נכונה** – מקדמת הבריאות לוקחת חלק בשיעורי הקט־רגל של קבוצת הנערים הבוגרים (כיתות ט'–י') ומדריכה את שלב החימום והמתיחות, זאת בשילוב אלמנטים של עבודה על גמישות, עבודה נכונה עם מרכז הגוף (שרירי הבטן) ויציבה נכונה.

III. **אורח חיים בריא בראייה רב מקצועית** – התכנית מציעה למתבגרים פעילויות קבועות נוספות בהן מתבצעת פעילות גופנית, למשל: קבוצת הקט־רגל, אותה מנחה מדריך הספורט בתכנית, מתכנסת פעמיים בשבוע לאימון, בהדרכות של המד"צים משולבת פעילות גופנית באופן תדיר (משחקים, תחרויות) וישנם גם חוגים כמו היפ־הופ וברייקדאנס המוצעים למתבגרים במרכז. פעילויות אלו הן חלק מראייה רב מקצועית במרכז ותפישה של קידום אורח חיים בריא ופעיל.

ג) תזונה נכונה

I. **שינוי הרגלי תזונה** – במסגרת סדנת בישול להורים ולמתבגרים ניתנה הדרכה על שינוי הרגלי תזונה וחולקו חומרי הסברה של משרד הבריאות בנושא תזונה נכונה ותזונת מתבגרים מומלצת.

II. **הרצאות תזונאית** – תזונאית קלינית בעלת ניסיון רב בעבודה עם נוער, הגיעה למפגש עם הנערים בו שוחחה איתם על החשיבות של תזונה נבונה בגיל ההתבגרות

ובכלל, והתמקדה בהמלצות תזונה המתאימות לנערים העוסקים בפעילות גופנית קבועה. בנוסף, היא הגיעה למפגש דומה עם הנערות, ואיתן התמקדה בסכנות שבדיאטות לא מאוזנות, דימוי גוף והפרעות אכילה בגיל ההתבגרות.

ד) בריאות מינית ושינויים בגיל ההתבגרות

I. **קפה נער** – פעילות לנערים בלבד, הנערכת פעם בשבוע ומונחית על־ידי מקדמת הבריאות (לפרקים, בהתאם לצורך ולתכנים, מצטרף אליה מדריך נוער מצוות התכנית). במסגרת המפגשים הועברו תכנים הרלוונטיים לבריאות מתבגרים ולעולמות התוכן שלהם. הנושאים הם: תהליך החיברות המגדרי ומודלים של גבריות, שינויים פיזיולוגיים בגיל ההתבגרות (מערכת המין והרבייה), מודלים של זוגיות וההבדל בין חיזור לחיזור אלים בקשר, פורנוגרפיה, ודרכי התמודדות עם שינויים, בעיות ותסכול בתקופת גיל ההתבגרות.

II. **סדנת סטיילינג** – פעילות לנערות, הנערכת פעם בשבוע בליווי סטייליסטית. בחלקו הראשון של המפגש מועברים תכנים הרלוונטיים לבריאות מתבגרות ולעולמות התוכן שלהן, ובחלקו השני לומדות הנערות להכין תכשיטים ולשדרג בגדים ומכינות דברי יצירה שונים. בכל המפגשים נכחה מקדמת הבריאות, אליה הצטרפה הסטייליסטית ו/או העובדת הסוציאלית בתכנית. כל התכנים והמסרים המועברים תואמו מראש בין נשות הצוות, הנושאים הם: פוטושופ ודימוי גוף, תזונה נבונה, דיאטה והפרעות אכילה, רושם ראשוני והיכרויות וחיזור במציאות וברשתות חברתיות מקוונות, הטרדה מינית, שינויים פיזיולוגיים בגיל ההתבגרות (התפתחות מערכת המין והרבייה, המחזור החודשי) ודרכי התמודדות עם שינויים, בעיות ותסכול בתקופת גיל ההתבגרות.

הערכת התכנית

מכון ברוקדייל הוא הגוף האמון על הערכת התכנית, ותהליך איסוף הנתונים מבוצע בימים אלו ממש. בתום עיבוד הנתונים ולקראת בניית תכנית העבודה לשנה הבאה, ילקחו בחשבון ממצאי ההערכה, כדי לשמר ולשפר את תחום קידום הבריאות בתכנית.

בנוסף, חשוב לציין שלכל אורך השנה, ולא רק בתחום החינוך וקידום הבריאות, מתקבל משוב מהמתבגרים על הפעילויות השונות המתקיימות במסגרת התכנית. חברי הצוות נוהגים לבדוק עם בני הנוער מהי מידת שביעות רצונם מהפעילויות השונות והאם להביא פעילויות נוספות בנושא כזה או אחר. בכל הקשור לחינוך וקידום בריאות, נוכחותה של מקדמת הבריאות בחדר הנוער ובפעילויות השונות מהווה יתרון בנושא, מכיוון שהיא תורמת ליצירת דיאלוג וקבלת משוב ספונטניים ולא פורמאליים. לראייה, קרה לא אחת שמתבגר או מתבגרת אמרו "כל השבוע ישבתי ישר עם הגב, כמו שהראת לי", "רק בגללך אני אוכלת קוטג', לא נגעתי בזה קודם", "רק שתדעי שבאתי באופניים היום במקום באוטובוס" וכיוצ"ב. הערות כאלה אמנם לא נשמעו כחלק מתהליך הערכה מסודר, והן כמובן לא מהוות תחליף לממצאים העתידיים של ההערכה המבוצעת, אך הן עדות לא מבוטלת למידת החשיפה של המתבגרים לתחום הבריאות במסגרת התכנית.

סיכום

במאמר זה תוארו שיטות עבודה שונות ומגוונות להטמעת תכנים של *חינוך לבריאות* במסגרת תכנית "יש מצ"ב למנ"ש" – תכנית מניעה לבני נוער בשכונות התקווה, עזרא והארגזים בתל־אביב. היות והתכנית מתקיימת במסגרת חינוך בלתי פורמלית, אוכלוסיית היעד שלה – הנערים והנערות – אינה באמת מהווה "קהל שבוי", כך שאמצעים "מסורתיים" של הדרכות בנושאי בריאות שונים לא תמיד ישימים.

יצירת היענות בקרב בני־נוער אינה עניין של מה בכך, ותכני בריאות הרלוונטיים לגילם נתפסים פעמים רבות כלא אטרקטיביים דיים בעיניהם, לכן לא קל להנגיש להם את התכנים בדרך שתיצור עניין. לעומת זאת, החבירה לפעילויות הקיימות מאפשרת גישה נוחה יותר אל הנערים והנערות. למשל: במסגרת אימון הקט־רגל, הנערים מוכוונים יותר להפנמת תכנים המיטיבים עם יכולותיהם הספורטיביות ולכן כך גם קל יותר להעביר להם תכנים הקשורים ליציבה נכונה ותזונת ספורט, מאשר להזמינם לסדנה או הרצאה בנושא בזמנם החופשי. דוגמא נוספת ניתן לראות בסדנת הסטיילינג לנערות, נושאי הבריאות שהועברו במסגרת הסדנה הונגשו לנערות כחלק בלתי נפרד מתהליך היצירה בסדנה, על מנת למנוע מבוכה וחוסר שיתוף פעולה שעלול היה להיווצר באם הסדנה היתה מוצגת כ"קפה נערה".

ניתן לומר, כי עבודת חינוך וקידום בריאות במסגרת חינוך בלתי פורמלית מציבה אתגרים לעוסקים/ות בדבר, אך יחד עם זאת היא בהחלט אפשרית. בנוסף, לאור הניסיון שנצבר בעבודה בתכנית בשנה האחרונה, ניכר כי דווקא אמצעי עבודה פחות מסורתיים – חבירה לפעילויות קיימות והגעה לקהל היעד במגוון דרכים – הופכים את תחום הבריאות לעניין שבשגרה עבור המתבגרים/ות והצוות במרכז.

מקורות

1. World Health Organization, (1946). WHO definition of Health. Retrieved, May 21, 2013 from: http://www.who.int/about/definition/en/print.html
2. World Health Organization, (1978). Declaration of Alma-Ata 1978. Retrieved, May 21, 2013 from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf
3. בראון-אפל, פלג ווינשטין, ר'. (2002). *קידום בריאות בישראל*. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד בריאות.
4. Green, L. and Krauter, M.W., (1991). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. New York: McGraw-Hill.
5. Tones, K. and Tilford, S., (2001). *Health education: effectiveness, efficiency and equity*. 3rd. London: Nelson Thornes.
6. Coombs, P.H. and Ahmed, M., (1974). *Attacking Rural Poverty. How non-formal education can help*. Baltimore, John Hopkins University Press.
7. Afterschool Alliance, (2011). Evaluation Backgrounder: A summary of formal evaluations of Afterschool programs' impact on academics, behavior, safety and family life. Retrieved, May 21, 2013, from: http://www.afterschoolalliance.org/documents/EvaluationsBackgrounder2011.pdf
8. The Afterschool Investments Project (2006). Promoting physical activity and healthy nutrition in afterschool settings: Strategies for program leaders and policy makers. Retrieved, May 21, 2013 from: https://www.century21me.org/staticme21/resources/fitness_nutrition.pdf
9. עיריית תל-אביב, (2013). מרכז קהילתי בית דני. אוחזר בתאריך 21.5.2013 מ: http://www.tel-aviv.gov.il/Tolive/Community/Pages/BeytDany.aspx?tm=2&sm=28&side=489

אוריינות בריאות, ואוריינות בריאות מקוונת: נגישות למידע בריאותי כמפתח לשוויון הזדמנויות בחברה

עפרה מהודר

החוג לחינוך רפואי, בית הספר לרפואה על שם סאקלר, אוניברסיטת תל אביב

מילות מפתח: אוריינות, אוריינות בריאות, מידע רפואי, שוויון, אינטרנט, הפער הדיגיטלי.

תקציר

אוריינות פירושה – ידיעת קרוא וכתוב. **אוריינות בריאות (להלן א"ב)** כוללת את המיומנויות הקוגניטיביות והחברתיות, הקובעות את המוטיבציה והיכולת של פרטים *להשיג גישה למידע, להבין אותו ולהשתמש בו,* בדרכים המקדמות בריאות תקינה ושומרות עליה. חלקים גדולים באוכלוסייה סובלים מא"ב נמוכה. א"ב נמוכה קשורה עם אורח חיים לא בריא, תחלואה גבוהה ושימוש לקוי בשירותי הבריאות. על כן, א"ב נמוכה מהווה בעיה משמעותית בבריאות הציבור. ניתן להתמודד עם בעיה זו בשני אופנים עיקריים: 1) תוכניות ארוכות טווח להעלאת רמת האוריינות באוכלוסייה; 2) התאמת חומרי ההדרכה בבריאות הציבור לרמת האוריינות הקיימת. בשנים האחרונות נוסף היבט חדש: **eHealth** (בריאות מקוונת) – השימוש בטכנולוגיות מידע חדישות, ובעיקר *באינטרנט*, לצורך שיפור הבריאות והשימוש בשירותי הבריאות. לאור ההתפתחויות, הוגדר מושג נוסף: **אוריינות בריאות מקוונת** (eHealth Literacy) – היכולת לחפש, למצוא ולהבין מידע בנושאי בריאות *ממקורות אלקטרוניים*, להעריך את איכותו של המידע וליישם אותו על מנת להתייחס לבעיית בריאות נתונה או לפתור אותה. א"ב מקוונת (אב"מ) משלבת היבטים של כמה סוגי אוריינות, ומיישמת אותם בתחום קידום הבריאות בעולם המקוון. גם אב"מ מתפלגת באוכלוסייה באופן שאוכלוסיות בעלות אב"מ נמוכה הן אוכלוסיות חולות וחלשות יותר, ולהיפך. בסקירת ספרות זו יוצגו גישות שונות להתמודד עם פערים חברתיים־בריאותיים אלה.

המחברת: עפרה מהודר ofra@medi-kal.com

אוריינות

באופן מילולי, **אוריינות** פירושה – ידיעת קרוא וכתוב, **ואדם אוריין** הוא "אדם שמסוגל לקרוא, לכתוב ולהבין קטע קצר בנוגע לחיי היום־יום שלו" (1). בתקנת האוריינות הלאומית של ארצות הברית (National Literacy Act, 1991), ניתנת הגדרה רחבה יותר של אוריינות: "היכולת לקרוא ולכתוב, לערוך חישובים (numeracy) ולפתור בעיות, ברמת המיומנות הנדרשת כדי לתפקד בעבודה ובחברה, להשיג מטרות אישיות, ולפתח את הידע והפוטנציאל האישי (2).

כיום התרחב המושג אוריינות הרבה מעבר לכך, ומשתמשים בו כדי לתאר את המיומנות של אדם בשימוש במידע בתחום מסוים. מדברים, לדוגמה, על "אוריינות תזונתית", "אוריינות פיננסית", "אוריינות מחשב", "אוריינות מדעית", "אוריינות מדיה", ועוד.

אוריינות בריאות (Health Literacy)

המושג "**אוריינות בריאות**" (health literacy) משמש כבר מעל 30 שנה כדי לתאר את שטח החיתוך בין תחום האוריינות לבין תחום הבריאות. במהלך השנים קיבל מושג זה הגדרות שונות. ארגון הבריאות העולמי (WHO) משתמש בהגדרה לפיה: "**אוריינות בריאות (להלן א"ב)** כוללת את המיומנויות הקוגניטיביות והחברתיות, הקובעות את המוטיבציה והיכולת של פרטים *להשיג גישה למידע, להבין אותו ולהשתמש בו*, בדרכים המקדמות בריאות טובה ושומרות עליה". לפי הגדרה אחרת, **א"ב פונקציונאלית** מתבטאת **ביכולת ליישם כישורי אוריינות, על חומרים מתחום הבריאות**, כגון: מרשמים, תוויות של תרופות, והוראות לטיפול בבית (3). במחקרים שהתבססו על ההגדרה הזאת נמצא, שא"ב פונקציונאלית לקויה מציבה חסם משמעותי בפני חינוך־לבריאות של חולים במחלות כרוניות (4), ושהיא מטילה על מערכת הבריאות הוצאות כבדות, למשל עקב שימוש לא נכון או לא מותאם בתרופות (5).

לדעתו של Nutbeam (6), הגדרה זו של א"ב הייתה צרה מדי, והחמיצה חלק גדול מהמשמעות העמוקה של אוריינות בחיי היום יום. על כן, הרחיב את ההגדרה לשלוש רמות של א"ב, לפי המשמעות שלהן בהקשר של קידום בריאות:

1. **א"ב פונקציונאלית** – היכולת להבין מידע עובדתי על סיכונים בריאותיים, ועל אופן השימוש בשירותי הבריאות. לדוגמה: היכולת להבין עלונים בנושאי בריאות. יכולת זו היא משמעותית בעיקר ברמת הפרט.
2. **א"ב אינטראקטיבית** – היכולת לפתח מיומנויות אישיות לצורך פעילות בתוך **מערך התמיכה** הבריאותי, כלומר – באינטראקציה מול אנשי מקצועות הבריאות. המיומנויות הנדרשות כדי לנהל את הבריאות מתוך שותפות עם אנשי המקצוע (1). לדוגמה: ההבנה מתי לפנות לרופא, מתי לחדר מיון, ואיך לנהל את התקשורת איתם וביניהם.
3. **א"ב ביקורתית** – הבנת מידע על גורמים **חברתיים ופוליטיים** המשפיעים על הבריאות, לצורך **העצמה** אישית וקהילתית, ואפשרות להשגת **שינויים** בארגון ו/או במדיניות (6). היכולת לנתח מידע בריאותי באופן ביקורתי, להעלות מודעות, ולהשתתף בפעילויות להסרת חסמים להשגת הבריאות (1). אוריינות זו היא משמעותית לא רק ברמת הפרט, אלא גם ברמת האוכלוסייה. דוגמה לשימוש בא"ב ביקורתית בישראל: ביקורת של חולים על סל התרופות, וההבנה איך ליצור לחץ ציבורי לשינוי הרכבו.

את השינויים הרבים בהגדרת המושג א"ב לאורך השנים סיכם Nutbeam כיציקת "שמן חדש לתוך עששיות ישנות" ("new oil into old lanterns"). הוא מדגיש כי מדובר, בסך הכול, באריזה חדשה יותר של הקשר הידוע בין **חינוך** לבין **העצמה**. הוא מזכיר כי תוכניות חינוך־לבריאות משמשות כבר שנים רבות כאמצעי לניוד חברתי (social mobility), הן במדינות מפותחות, והן במדינות מתפתחות. הודות להרחבת ההגדרה, כעת אפשר לומר, כי תוכניות חינוך לבריאות מסייעות לניוד חברתי של אוכלוסיות מוחלשות על ידי כך שהן מסייעות לפיתוח א"ב אינטראקטיבית וא"ב ביקורתית.

Peerson & Saunders מבדילות בין א"ב לבין **אוריינות רפואית**. **אוריינות רפואית** מתמקדת, לדידן, במיומנויות מקדמות־בריאות **בתוך** מערכת הבריאות. א"ב, לעומת זאת, כוללת מיומנויות של קבלת החלטות בעלות השפעה בריאותית גם **מחוץ** למערכת הבריאות – במקום העבודה (לדוגמה: האם לעלות במדרגות או במעלית), בסופרמרקט (האם לקנות ירקות או חטיפים), בפעילויות פנאי, במשפחה ובשכונה. לדעתן, הגדרה נאותה של א"ב צריכה להתייחס ל"רמת הידע, המיומנויות והיכולות האישיות המאפשרות העצמה אישית, מעודדות קבלת החלטות מושכלת, ומאפשרות לאדם להבין ולהשתמש במידע כדי לקדם בריאות טובה ולשמור עליה" (1).

Peerson & Saunders מזכירות כי למרות חשיבותה, א"ב איננה תנאי מספיק, או הכרחי להתנהגות מקדמת בריאות, או לבריאות בכלל. ייתכן שלאדם יהיו הידע ויכולת הבנה בענייני בריאות, והוא יבחר שלא להשתמש בהם. כך לדוגמה יכול להיות אדם המודע לנזקים הנגרמים משתייה מוגזמת של אלכוהול ומבין אותם – ובוחר להתעלם מהם. כמו כן, יכול להיות מצב שלאדם יהיה ידע בנושא בריאותי מסוים, אך הידע לא יהיה מדויק, וכתוצאה, היישום שלו יהיה לקוי. על כן יש להבדיל, לדעתן, גם בין: רכישת **ידע** והבנתו, לבין הנטייה והיכולת **לפעול** לפיו בצורה המקדמת בריאות (1). Nutbeam העיר שהרבה מתוכניות החינוך־לבריאות וקידום הבריאות בשנות ה־70 וה־80 של המאה ה־20 התאפיינו בהסתמכות מרובה על העברת מידע, אך נכשלו בהבנת הקשר המורכב שבין ידע, אמונות, ונורמות חברתיות. תוכניות רבות השיגו תוצאות מאכזבות בכללן, או בחלקים מסוימים של

האוכלוסייה, מה שמעלה לדעתו את החשש שהקשר בין ידע לבין פעולה איננו ליניארי, ואינו מובן דיו (6). כל אלו הן גישות שפותחו בארצות הברית.

באירופה, נערך בשנת 2012 קונסורציום בנושא א"ב (HLS-EU). החוקרים ערכו סקירה שיטתית של ההגדרות השונות לא"ב, וניסו לשלב ביניהן. הם יצרו מטריצה ובה ארבעה מימדים של א"ב, המיושמים על שלושה תחומי בריאות. על פי הקונסורציום האירופאי, ארבעת המימדים של א"ב הם: 1) גישה / השגה של מידע בריאותי רלבנטי; 2) הבנת המידע הבריאותי; 3) עיבוד ואמידה של ערך המידע הבריאותי; ו־4) יישום / שימוש במידע בריאותי. שלושת תחומי הבריאות בהם מיושמת האוריינות הזו הם: א) טיפול רפואי; ב) מניעת מחלות; ג) קידום בריאות (7). כך נוצרת המטריצה הבאה:

טבלה 1: **א"ב בגישה האירופאית: מטריצת ארבעת המימדים, המיושמים לשלושה תחומי בריאות**

תחום בריאותי	השגת מידע בריאותי רלבנטי	הבנת מידע בריאותי רלבנטי	הערכת מידע בריאותי רלבנטי ועיבודו	שימוש / יישום במידע בריאותי רלבנטי
טיפול רפואי	יכולת להשיג מידע בנושאים רפואיים או קליניים	יכולת להבין מידע רפואי ולהסיק ממנו משמעות	יכולת לאמוד את ערכו של המידע שהושג ולפרש אותו	יכולת לקבל החלטות מושכלות בנושאים רפואיים
מניעת מחלות	יכולת להשיג מידע על גורמי סיכון בריאותיים	יכולת להבין מידע על גורמי סיכון ולהסיק מכך משמעויות	יכולת לפרש ולאמוד את ערכו של מידע על גורמי סיכון בריאותיים	יכולת לקבל החלטות מושכלות לגבי גורמי סיכון בריאותיים
קידום בריאות	יכולת להתעדכן לגבי גורמים המשפיעים על הבריאות, בסביבה הפיזית והחברתית	יכולת להבין מידע לגבי גורמים המשפיעים על הבריאות, בסביבה הפיזית והחברתית	יכולת לפרש ולאמוד את ערכו של מידע לגבי גורמים המשפיעים על הבריאות, בסביבה הפיזית והחברתית	יכולת לקבל החלטות מושכלות לגבי גורמים המשפיעים על הבריאות, בסביבה הפיזית והחברתית

הערכת א"ב

כיום קיימים מגוון כלים להערכה של רמת א"ב של נבדקים, רובם עדיין מתמקדים בא"ב פונקציונאלית. הכלים הנפוצים ביותר להערכת א"ב באנגלית הם ה־TOFHLA – Test of Functional Health Literacy in Adults (8) וגרסתו המקוצרת STOFHLA (9). השאלון מאפשר הערכה של אוריינות חשבונית, וכן של יכולת קריאה והבנה של קטעי טקסט מחיי היום יום. שאלון זה תורגם לעברית ותוקף על מדגם של חולים ישראלים על ידי בראון־אפל ואח', וקיבל את השם Hebrew Health Literacy Test – HHLT (10). בשאלון זה, קטעי הטקסט מוצגים על כרטיסיות, והשאלות נשאלות בעל פה. לדוגמה: על כרטיסייה כתוב *"יש לקחת כדור אחד כל 6 שעות"*. המראיין שואל בעל פה את הנבדק: *"לקחת כדור בשעה 7 בבוקר. מתי עליך לקחת את הכדור הבא?"*. בשאלות לבחינת הקריאה וההבנה מוצגות לנבדק כרטיסיות עם טקסט של הזמנה לבדיקה או לרופא, והוא נשאל בעל פה שאלות של הבנת הנקרא. שאלון א"ב נוסף באנגלית נקרא REALM (11). בנוסף לשאלוני א"ב כלליים, פותחו גם שאלוני א"ב ספציפיים למחלות מסוימות. כך, לדוגמה, פותחו שאלון א"ב לתחום רפואת השיניים – TOFHLID (12), שאלון א"ב לחולי סוכרת (13), וכן שאלון אוריינות תזונתית (14).

א"ב נמוכה כבעיה בבריאות הציבור:

בסקר לאומי בארצות הברית נמצא כי כ־90 מיליון אמריקאים (כרבע מהאוכלוסייה) סבלו מרמת א"ב נמוכה (15). א"ב נמוכה אופיינית בעיקר למבוגרים חסרי השכלה תיכונית, **הסובלים ממגבלות בריאותיות** (הדגשה שלי), שיש להם גישה מוגבלת למשאבים, המשתייכים לקבוצות מיעוט באוכלוסייה, או שהם מהגרים (16). ההתפלגות של רמת הא"ב באוכלוסייה דומה להתפלגות האוריינות בכלל. בעיה זו כמובן חמורה יותר במדינות מתפתחות, ובקבוצות מוחלשות כמו נשים (17). האם הבריאות הלקויה היא הגורם של הא"ב הנמוכה או התוצאה שלה? גם וגם, כנראה.

א"ב נמוכה מהווה בעיה משמעותית בבריאות הציבור. בשנת 2004 פרסמו Dewalt וחבריו סקירה שיטתית בנושא: התוצאים הבריאותיים של א"ב נמוכה (18). בסקירה נכללו 44 מחקרים. רוב המחקרים העריכו א"ב באמצעות שאלוני REALM או TOFHLA. במחקרים אחרים נעשה שימוש במבחן WRAT להערכת אוריינות כללית. נבדקים עם רמת א"ב נמוכה התאפיינו בתוצאים בריאותיים גרועים יותר: פחות ידע, יותר סמני מחלה, מדדי תחלואה גרועים יותר, מצב בריאות כללי ירוד יותר, ושימוש מופחת במשאבים בריאותיים. כהכללה, חולים בעלי א"ב נמוכה היו בסיכון גבוה פי 1.5 עד 3 לסבול מתוצא בריאותי נמוך, יחסית לבעלי א"ב גבוהה יותר. ראו דוגמאות בטבלה מס' 1 (מתוך מקור 18).

כבר בשנת 2011 התפרסמה סקירת ספרות מעודכנת באותו הנושא. בסקירה השיטתית זוהו 96 מחקרים באיכות סבירה ומעלה. בניתוחם נמצא קשר עקבי בין א"ב נמוכה לבין שיעור גבוה יותר של אשפוזים, שימוש מוגבר ברפואת

טבלה מס' 1: **דוגמאות לתוצאים בריאותיים של א"ב נמוכה (מתוך 18)**

קטגוריית תוצא	שאלון אוריינות	תוצא	קשר עם א"ב נמוכה
ידע	REALM	ידע בנושא עישון	פחות ידע
	S-TOFHLA	ידע בנושא יתר לחץ דם, ידע בנושא סוכרת	פחות ידע
	WRAT	הבנת הוראות במכתב שחרור מחדר מיון	פחות ידע
בדיקות סיקור ורפואה מונעת	S-TOFHLA	מעולם לא קיבלו חיסון נגד שפעת לא עשו ממוגרפיה בשנתיים האחרונות מעולם לא עברו משטח PAP	OR=1.4 OR=1.5 OR=1.7
סמנים ביוכימיים	S-TOFHLA	שליטה גרועה בסוכרת סוג 2	OR=2.3
תחלואה	S-TOFHLA	הימצאות דיכאון	OR=1.2
	REALM	אבחון סרטן ערמונית בשלב מאוחר	OR=1.6
אשפוזים	TOFHLA	אשפוז	RR=1.69
מצב בריאות כללי	TOFHLA	מצב בריאות כללי ירוד – דיווח עצמי	OR= 1.7 - 2.2

חירום, שיעור נמוך יותר של שימוש בממוגרפיה ובחיסונים נגד שפעת, יכולת מופחתת לשימוש נאות בתרופות, יכולת מופחתת של הבנת מסרים בריאותיים, ובקרב קשישים – מצב בריאות כללי ירוד יותר, ושיעורי תמותה מוגברים. לדעת החוקרים, פערים ברמת הא"ב מסבירים גם פערים בתוצאים מסוימים בין בני אדם ממוצא שונה (19).

באותה שנה התפרסם מחקר שהגדיר את המושג **אוריינות בריאות הקשורה למדיה** (media health literacy) – מושג שמבוסס על המודל של Nutbeam אשר נמצא קשור להתנהגות בריאותית, מקורות מידע בריאותי והעצמה בקרב בני נוער בישראל (20).

הקשר בין א"ב לבריאות הוא מורכב ורב כיווני. קיים, כנראה, "מעגל קסמים" בו דווקא האנשים החולים, הזקוקים ביותר למידע הבריאותי, יודעים פחות להגיע למידע הזה ולהשתמש בו – וכך הם נעשים חולים יותר. תופעה זו נקראת "חוק היחס ההפוך למידע" של אייזנבך – בקרב האנשים שהצורך שלהם במידע גדול יותר – הנגישות למידע היא הנמוכה ביותר (21). לאור ממצאים אלה, ודומים להם, אחת המטרות שהציב לעצמו ארגון הבריאות העולמי לקראת המאה ה־21, הייתה: להעלות את רמת האוריינות הבריאותית בעולם (22). השגתה של מטרה זו דורשת צעדים מורכבים, כגון שיתוף פעולה עם מגזרים שונים – בעיקר מערכות החינוך, סינגור, ועבודה ברמה אזורית, ארצית ועולמית.

יישומים ותוכניות בנושא א"ב

כדוגמה למעורבות של מערכת הבריאות בפיתוח אוריינות ניתן להביא את פרויקט ROR – Reach Out and Read. במסגרת פרויקט זה, מחולקים ספרי ילדים במרפאות של רופאי ילדים. הוריו של כל ילד בגיל שישה חודשים עד חמש שנים שמגיעים לבדיקה שגרתית, מקבלים ספר שמתאים לגיל הילד, והסבר על החשיבות שבהקראת ספרים לילד. בעשרים שנה של פעילות, התערבות זו נערכה ב־50 מדינות בארה"ב, והגיעה למעל 3 מיליון ילדים ממשפחות מעוטות יכולת (23). בהשראת תוכנית זו, פותחה באחת מקופות החולים בישראל התוכנית "קריאה לקריאה". סיסמתה: "ספרים הם חלק מבריאות ילדינו". המטרה של תוכניות אלו היא שילדים אלה יגדלו להיות מבוגרים אוריינים ובריאים יותר.

וכיצד מתמודדת מערכת הבריאות עם המבוגרים בעלי רמת האוריינות הנמוכה? בישראל קיים ניסיון עשיר בהתמודדות עם א"ב נמוכה בדרכים שונות. כדוגמה ניתן להביא את תוכנית "**רפואה שלמה**" של משרד הבריאות ואחת מקופות החולים, לקידום הבריאות באוכלוסיית יוצאי אתיופיה בארץ. בישראל כ־120,000 יוצאי אתיופיה. רובם מבוטחים בקופת חולים אחת. עקב פערי שפה ותרבות, קיימת בעיית תקשורת עם יוצאי עדה זו, שפוגמת ביכולת לתת להם שירותי בריאות כפי שמחייב החוק. הבעיה חמורה במיוחד לאור שכיחות גבוהה של מקרי אסתמה וסוכרת שהתגלו בעדה זו בארץ. מטרת העל של התוכנית, הפועלת בארץ מעל עשור, היא: לקדם את בריאות הקהילה האתיופית באמצעות שיפור בתקשורת, פיתוח א"ב וסינגור. ההתערבות כוללת הכשרת מטפלים בקופת חולים בתקשורת רגישה־תרבותית, והעסקת מגשרים מתוך העדה, המשמשים כמתווכים תרבותיים בין החולים לבין הצוות הרפואי (סינגור). ניתן לראות זאת כהתערבות לקידום א"ב אינטראקטיבית. כמו כן מופעלות בקבוצות שונות מתוך העדה תוכניות של חינוך לבריאות, בהתאם לצרכיהן הייחודיים (24). ומה לגבי מידע בריאותי כתוב?

התאמת חומרים כתובים לרמת א"ב

במערכת הבריאות נעשה שימוש נרחב בחומרים כתובים: עלונים של תרופות, מכתבי שחרור, הפניות לבדיקות ועוד. מאות מחקרים מצביעים על כך, שבהינתן רמת הא"ב הקיימת, רוב המידע הבריאותי כתוב ברמה גבוהה מזו שביכולתו של רוב הציבור להבין (25). עד שתושג המטרה של העלאת רמת האוריינות, יש אפשרות להתמודד עם הבעיה על ידי התאמת החומרים בבריאות הציבור (עלונים וכו') לרמת האוריינות הקיימת בציבור. קיימות מגוון דרכים להתאמת חומרים בנושאי בריאות לרמת אוריינות נמוכה. בחומר כתוב ניתן, למשל, להשתמש בשפה פשוטה יותר, ולהעשיר את המידע

הכתוב באמצעות תמונות (pictographs). כך נעשה, לדוגמה, בהוראות השחרור של קשישים בעלי רמת א"ב נמוכה בארה"ב (26).

דוגמה להתאמת חומרים בישראל: אחת מקופות החולים ערכה תוכנית התערבות בקרב חולי סוכרת, שהתמקדה בא"ב (27). מטרת התוכנית הייתה לעזור לחולים לפתח מיומנויות טיפול עצמי, לעודד השתתפות החולים בקבוצות, ולאפשר להם לצבור כוח חברתי ופוליטי. השגתן של מטרות אלה דורשת מיומנויות אישיות, קוגניטיביות וחברתיות, הכלולות במושג אוריינות בריאות. על כן, פיתוח א"ב בקרב אוכלוסיית חולי הסוכרת נתפשה כקריטית להשגתן של מטרות התוכנית. התוכנית נמשכה שלוש שנים. בהתאם לרמות / סוגים של א"ב, אפשר להתייחס אליה בשלושה חלקים:

א. **קידום א"ב פונקציונאלית בסוכרת.** המטרה: **"השגת מיומנויות קריאה וכתיבה מספיקות להתמודדות יעילה בסיטואציות יום־יומיות".** המיומנויות הנדרשות להתמודדות עם סוכרת בחיי היום־יום הן רבות ומורכבות. חולה הסוכרת נדרש לשמור על תזונה מאוזנת, לעסוק בפעילות גופנית מתאימה, להימנע מעישון, לרכוש מיומנויות טיפול בכף הרגל, ולבקר במרפאה באופן קבוע. בהתאם לכך, פיתחה קופת החולים ערכה לחינוך לבריאות לחולי סוכרת, אשר כללה:
   - עלונים נפרדים העוסקים במיומנויות השונות של טיפול עצמי, כולל: תזונה לחולי סוכרת, טיפול בכף הרגל, פעילות גופנית, הזרקה עצמית של אינסולין ושימוש בתרופות אחרות למחלה;
   - "תעודת זהות סוכרתית" ויומן טיפול אישי;
   - קלטת וידאו ובה הדגמות מצולמות של טיפול בכף הרגל ושל הזרקה עצמית של אינסולין, הכוללות עדויות אישיות של חולים על הצורה שבה שילבו את המיומנויות הללו בחיי היום יום שלהם.

ב. **קידום א"ב אינטראקטיבית בסוכרת.** המטרה: **"פיתוח מיומנויות קוגניטיביות ואוריניות המאפשרות לקחת עמדה פעילה בפעילויות היום־יומיות, להפיק מידע ולגזור משמעות מצורות שונות של תקשורת, וליישם מידע חדש בנסיבות משתנות".** במסגרת תוכנית ההתערבות הנ"ל קיבלו מעל 1200 מטפלי הסוכרת באותה קופה (רופאים, אחיות ודיאטנים) הכשרה **בתקשורת** המעודדת **העצמה** של החולים במקום התקשורת המעודדת ציות להוראות, בה היו רגילים להשתמש. אנשי המקצוע לימדו את חולי הסוכרת כיצד לתמוך בחולים אחרים סביבם, ועודדו את החולים לשתף בידע שלהם את האנשים הקרובים אליהם.

ג. **קידום א"ב ביקורתית בסוכרת.** המטרה: **"פיתוח מיומנויות קוגניטיביות מתקדמות, שניתן ליישם אותן כדי לנתח מידע באופן ביקורתי, ולהשתמש במידע הזה כדי להשיג יתר שליטה על אירועים ומצבי חיים".** מספר חולים הקימו "אתרי מרכזייה" (directories) באינטרנט המעניקים גישה למידע ברמה גבוהה: אתרים הדנים בסיבוכים של סוכרת, לוחות מודעות לחולים, דיווחים מפנסים שנכתבים על ידי חולי סוכרת, ועצות מועילות לשיפור איכות החיים.

אוריינות בריאות מקוונת (eHealth literacy)

הנושא של אתרי אינטרנט בנושא סוכרת, או בכל נושא בריאותי אחר, כלול בתחום שנקרא כיום: **ehealth (בריאות מקוונת).** גם למושג eHealth ("electronic health"), ישנן הגדרות שונות. לפי אחת ההגדרות המקובלות, "**eHealth**" פירושה "השימוש בטכנולוגיות מידע חדישות, ובעיקר *באינטרנט*, לצורך שיפור הבריאות והשימוש בשירותי הבריאות" (28). בשנת 2010 הגדירו Kreps & Neuhauser את המתרחש בתחום ה־ehealth כ"מהפיכה בעולם שירותי הבריאות, אשר טומנת בחובה הבטחה עצומה לשיפור הגישה לשירותי הבריאות ולקידום הבריאות" (עמוד 329). לדעתם, המגוון הרחב של יישומי eHealth, כמו אתרי מידע בריאותי, תוכנות לסיוע בקבלת החלטות רפואיות, תוכניות חינוך־לבריאות המותאמות לצרכים שונים, אתרים של מוסדות רפואיים, אפליקציות רפואיות למכשירים ניידים, ויישומים של רפואה־מרחוק (telemedicine), מבטיחים לשפר את הגישה הן של הצרכנים והן של אנשי המקצוע למידע רלבנטי, להעלות את איכות השירות, לצמצם טעויות בטיפול, להרחיב שיתופי פעולה ולעודד אימוץ של אורח חיים בריא. אולם, ביחד עם ההבטחה הזאת מגיעה, לדעתם, "אחריות מאיימת" (daunting responsibility) לעצב אמצעי בריאות מקוונים אשר ביכולתם לתקשר עם קהל מגוון של צרכני בריאות, ספקי שירותים וקובעי מדיניות. אחד האתגרים הגדולים בתחום הזה הוא, שוב, הרמות השונות של א"ב באוכלוסייה. הם מציעים להתמודד עם אוריינות נמוכה, גם באינטרנט, על ידי התאמת החומרים לרמת האוריינות הקיימת. זאת, בין השאר, באמצעות שימוש בשפה המותאמת לרמת האוריינות של הקורא, שימוש מוגבר בגרפיקה ובסרטונים, וסיפורים דרמטיים ומשעשעים שהגולשים יוכלו להזדהות איתם (25).

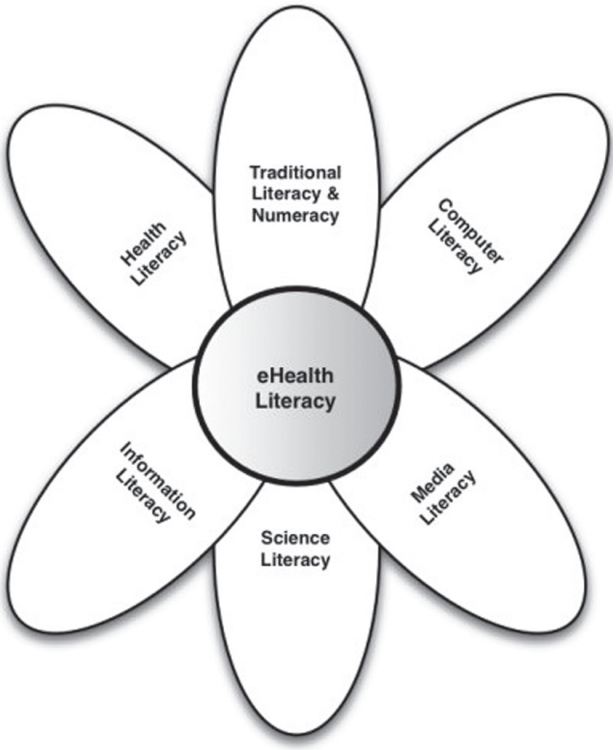
לאור ההתפתחויות בתחום הבריאות המקוונת, הוגדר מושג נוסף: **אוריינות בריאות מקוונת*** (eHealth Literacy) – היכולת לחפש, למצוא ולהבין מידע בנושאי בריאות *ממקורות אלקטרוניים*, להעריך את איכותו של המידע וליישם אותו על מנת להתייחס לבעיית בריאות נתונה או לפתור אותה (29). א"ב מקוונת משלבת היבטים של כמה סוגים שונים של אוריינות, ומיישמת אותם על התחום של קידום בריאות בעולם המקוון*.

* מקוון – On Line.

לפי "**מודל השושנה**" (Lily Model), **א"ב מקוונת** (להלן אב"מ) מורכבת מ: אוריינות בסיסית, אוריינות בריאות (א"ב), אוריינות מידע, אוריינות מדעית, אוריינות מדיה, ואוריינות מחשב.

1. **אוריינות בסיסית** – היכולת לקרוא טקסט, להבין קטעים כתובים, לדבר ולכתוב שפה באופן קוהרנטי.
2. **אוריינות בריאות** – לפי ההגדרות בפרק הקודם: א"ב בסיסית, אינטראקטיבית, ביקורתית.
3. **אוריינות מידע** – ההבנה כיצד מידע מאורגן, איך למצוא מידע ואיך להשתמש במידע באופן שבו גם אחרים יוכלו להשתמש בו. לדעת באילו מקורות להשתמש על מנת למצוא מידע בנושא מסוים, לפתח אסטרטגיות חיפוש מתאימות, ולסנן את תוצאות החיפוש לצורך מיצוי המידע הרלבנטי. מיומנות זו כוללת אסטרטגיות חיפוש, למשל שימוש במנועי חיפוש.
4. **אוריינות מדיה** – חשיבה ביקורתית על תכנים המגיעים מאמצעי התקשורת (מדיה). זהו שילוב של תהליכים קוגניטיביים ומיומנויות של חשיבה ביקורתית, המיושמים על תכנים המתפרסמים באמצעי התקשורת.
5. **אוריינות מחשב** – היכולת להשתמש במחשב לצורך פתרון בעיות. כולל הידע כיצד להשתמש בתוכנות ובחומרות השונות והמשתנות.
6. **אוריינות מדעית** – הבנת טבעו של תהליך יצירת ידע שיטתי, מטרותיו, שיטותיו, יישומיו, מגבלותיו והפוליטיקה המעורבת בו.

ראו בתרשים הבא (משמאל).



מודל השושנה של אוריינות בריאות מקוונת (eHealth literacy, Lily model) – (מתוך 29).

הערכה של אב"מ

על מנת להעריך אב"מ, פותח על ידי אותם מחברים, שאלון eHEALS – eHealth Literacy Scale (30). זהו שאלון לדיווח עצמי, הכולל שמונה היגדים, שפורסם בכתב העת לחקר הרפואה באינטרנט (JMIR). בשאלון, הנבדק צריך לציין את מידת הסכמתו עם היגדים כמו: "*אני יודע איך להשתמש באינטרנט על מנת למצוא תשובות לשאלות הנוגעות לבריאות שלי*"; "*אני יודע/ת להבחין בין מקורות מידע בריאותי מאיכות גבוהה למקורות מאיכות נמוכה*", *אני יודע כיצד להשתמש במידע הבריאותי שאני מוצא באינטרנט כך שיביא לי תועלת*". השאלון הוא באנגלית. עד לזמן כתיבת שורות אלה, טרם תוקף תרגום לעברית. גישה נוספת להערכת אב"מ היא באמצעות "מדידה בפועל" (Actual eHealth Literacy). במחקרים מסוג זה, מושיבים את הנבדקים ליד מחשב, ונותנים להם משימות, כמו "חפש מידע על מחלה X" או "הצב שאלה בנושא Y בפורום", ונותנים ציון לביצוע (דוגמה: 31 להלן).

Chan & Kaufman מתייחסים למשימות אב"מ כמשימות **למידה** של מידע בריאותי. הם טוענים כי משימות אב"מ שונות, כמו חיפוש מידע על מחלה, לעומת הצבת שאלה בפורום רפואי, דורשות שילוב של סוגי למידה ותחומי אוריינות שונים. הם מציגים מודל לניתוח המורכבות של משימות ehealth, לפיו משימות שונות כוללות הרכבים שונים מכל אחד משלבי הלמידה הבאים: זכירה של המידע הבריאותי, הבנה של המידע, יישום המידע, ניתוח המידע, הערכת המידע, ויצירה של מידע חדש (32).

מחקרים בנושא אב"מ

אב"מ הוא תחום מחקר צעיר המתפתח במהירות. בשנים האחרונות נערכים מחקרים שבודקים אב"מ של קבוצות אוכלוסייה שונות, ומשתמשים בשיטות שונות להערכת אב"מ. ב־2011 התפרסם מאמר שכותרתו "מבחן ביצוע למיומנויות אינטרנט: האם אנשים מוכנים לקראת ehealth?". במחקר השתתפו 88 אמריקאים שנדגמו באופן אקראי מתוך ספר טלפונים. הם הורכבו משכבות שונות של גיל, מין ורמת השכלה. היה זה מחקר ביצוע, שבו חולקו המשימות לארבעה סוגים: (1) מיומנויות אינטרנט בסיסיות; (2) ניווט והתמצאות באינטרנט; (3) איתור מידע; ו־(4) שימוש במידע

למטרות אישיות. שיעור ההצלחה הממוצע ירד בהתאם לרמת המורכבות. במשימות מהסוג הראשון, נבדקים הצליחו למלא 73% מהמשימות בממוצע. במשימות מהסוג האחרון, הנבדקים הצליחו למלא בהצלחה רק 35% מהמשימות, בממוצע. המשתנה שהיה קשור באופן המשמעותי ביותר לרמת הביצוע היה רמת ההשכלה (33).

Stellefson וחב' סקרו מחקרים לגבי אב"מ של אוכלוסייה צעירה ומשכילה במיוחד: **סטודנטים בקולג'ים אמריקאים.** לרוב, הסטודנטים דיווחו כי הם מחוברים לאינטרנט ומרגישים בנוח להשתמש בו לצורך חיפוש מידע בריאותי; אולם בדיקת האב"מ שלהם בפועל חשפה כי המיומנויות שלהם בתחום זה לוקות בחסר. המחברים מציינים כי פער זה בעייתי במיוחד בקרב סטודנטים למקצועות הבריאות, וממליצים לתת לסטודנטים הכשרה בשימוש באינטרנט למטרות רפואיות (34). במחקר אחר, נבדקה אב"מ של אוכלוסייה שונה לחלוטין בארה"ב: **הורים לילדים בעלי צרכים מיוחדים, ממשפחות בעלות הכנסה נמוכה.** ההורים התבקשו לדווח על דפוסי השימוש שלהם באינטרנט, וכן להשיב טלפונית על שאלון EHEALS. שיעור ההיענות לסקר היה 58% בלבד. מתוך הנענים, 82% דיווחו כי הם משתמשים באינטרנט. הורים ממוצא אפרו־אמריקאי, שלא דיברו אנגלית, שהיו מבוגרים יותר וחסרי השכלה אקדמית השתמשו פחות באינטרנט לעומת הורים לבנים, צעירים ומשכילים. 74% מההורים שדיווחו כי הם משתמשים באינטרנט, אמרו שהם יודעים למצוא באינטרנט מידע לגבי בעיות הבריאות של ילדיהם. אולם רק כמחצית מההורים דיווחו כי הם יודעים להבחין בין מידע באיכות גבוהה למידע באיכות נמוכה (35).

ביפן נבדק ב־ 2012 הקשר בין אב"מ לבין ידע בנושא **סרטן המעי הגס**, וההסתברות לביצוע בדיקת סיקור למחלה. היה זה מחקר חתך, שבוצע על 2970 איש דרך האינטרנט, באמצעות גרסה יפנית של שאלון eHEALS (J-eHEALS). נמצא מתאם מובהק בין ציון JeHEALS לבין ידע בנושא סרטן המעי הגס (הגדרת המחלה, גורמי סיכון, בדיקות סיקור). גם לאחר ניטרול משתנים סוציו־דמוגרפיים, נמצאה הסתברות גבוהה יותר לביצוע בדיקות סיקור למחלה בקרב מי שנמצאו, לפי השאלון, כבעלי אב"מ גבוה, יחסית לבעלי אב"מ נמוך (36).

במחקר שנערך **בהולנד** השנה נעשה שימוש בהערכת אב"מ לפי ביצוע בפועל. המחקר כלל 31 **חולים במחלות ראומטיות**, בין הגילאים 24-74. כאן הוערך אב"מ על פי ביצוע משימות ברשת בפועל. כמעט כל הנבדקים סיפרו בתחילת המחקר שחיפשו בעבר חומר על מחלתם ברשת. בחלק הראשון של הניסוי, החולים התבקשו לחפש חומר על המחלה שלהם ברשת, תוך שהם מסבירים לחוקר בעל פה את האסטרטגיה שלהם, והמחשב מתעד את פעולותיהם (log). בחלק השני, התבקשו לבצע משימה באתר אינטראקטיבי של בית חולים. רבים הצליחו במשימה הראשונה, מעטים הצליחו בשנייה. כמעט כולם חוו קשיים, מאחד או יותר מהסוגים הבאים: (1) הפעלת המחשב או דפדפן האינטרנט; (2) ניווט בתוך הרשת; (3) שימוש באסטרטגיות חיפוש; (4) הערכת הרלבנטיות והאמינות של המידע שמצאו; (5) העלאת תכנים לרשת; (6) הגנת הפרטיות של עצמם וכיבוד הפרטיות של אחרים ברשת. הקשיים השכיחים ביותר התבטאו בבחירת אסטרטגיות חיפוש, ובהערכת הרלבנטיות והאמינות של המידע (31).

ומה **בישראל**? בשנת 2009 נערך במימון המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות סקר במטרה למפות שימוש במשאבים רפואיים אלקטרוניים של משתמשים ישראלים, ולבחון פערים בין זמינותם ותוכנם של משאבים רפואיים אלקטרוניים לבין המיומנויות והצרכים של הלקוחות. בסקר נמצא כי מחצית מהאוכלוסייה בארץ משתמשת באינטרנט, ושליש מהאוכלוסייה משתמש באינטרנט לצרכי בריאות. החוקרות מצאו גם, כי אוכלוסיות בעלות תחלואה כרונית גבוהה השתמשו באינטרנט פחות, וכאשר השתמשו, עשו זאת באופן פחות מושכל והפיקו מכך פחות תועלת יחסית לאנשים צעירים ובריאים יותר. כלומר, דווקא האנשים שנזקקו למידע ביותר, התקשו יותר להשתמש באתרים. החוקרות הסיקו שהאתרים הישראליים אינם מותאמים לרמת האב"מ של הקוראים. לדעתן, אתרי האינטרנט הישראליים מגדילים כך את הפערים בין קבוצות באוכלוסייה- תופעה שנקראת "**הפער הדיגיטאלי**". הן מציעות לתת הכשרה במיומנויות אב"מ לאוכלוסיות בסיכון, למשל לחולים במחלות כרוניות (37).

נסיונות התערבות בתחום האב"מ

ואכן, מתחילות להתבצע התערבויות להעלאת אב"מ. כדוגמה ניתן להביא התערבות לשיפור האב"מ שנערכה בקרב **קשישים אמריקאים**. אוכלוסיית הקשישים מתאפיינת, באופן כללי, בא"ב ואוריינות מחשב מצומצמות, דבר שמקשה עליהם לתפקד בעידן ה־eHealth. במחקר של Xie (38) השתתפו 146 נבדקים בין הגילאים 56-91. הם קיבלו הכשרה בת שבועיים בשימוש באתר SeniorHealth.gov (דומה ל"מוטקה" הישראלי) לצורך איתור מידע אמין בנושאי בריאות. ההתערבות נערכה בספריות ציבוריות. הנבדקים הוקצו אקראית לאחת משתי קבוצות: הדרכה אישית, או הדרכה קבוצתית. יחסית למצב שלפני ההתערבות, הידע, המיומנויות והאב"מ השתפרו באופן משמעותי אחרי הדרכות משני הסוגים, ללא הבדל משמעותי בין הקבוצות. הקשישים הציגו עמדות חיוביות ביותר כלפי ההתערבות, ודיווחו כי כתוצאה מההתערבות, הפכו מעורבים יותר בטיפול הרפואי של עצמם.

התערבות נוספת נערכה ב־2012 בקרב **חולי סוכרת ממוצא לטיני בארה"ב.** אמריקאים ממוצא לטיני סובלים משכיחות גבוהה יותר של סוכרת יחסית לאמריקאים ממוצא אחר. חולים

אלה מתקשים לנהל את מחלתם עקב בעיות אוריינות. מאותה סיבה הם מתקשים להיעזר גם בכלים הממוחשבים. מחקרים קודמים הראו שהתאמת התערבויות ספציפיות לאוכלוסייה זו משפרת את הניהול העצמי של המחלה שלהם. Lopez & Grant מציעים תוכנה מיוחדת (eNavigator) שמתאימה לרמת האב"מ של החולים האלה ומאפשרת גם להם להיעזר במחשב לצורך ניהול המחלה, וכך מסייעת, לטענתם, לסגירת פערים חברתיים (39).

בתחילת שנה זו התפרסם מחקר שנערך על ידי בית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטת הרווארד. Click-to-Connect (C2C) הוא ניסוי התערבות להעלאת האב"מ של **קהילה ממעמד סוציו־אקונומי נמוך בבוסטון**. המאמר מתעד את שלבי גיוס הנבדקים והמעקב אחריהם לאורך ההתערבות. גויסו למחקר אנשים בעלי השכלה של 12 שנות לימוד לכל היותר, רובם שחורים או היספאנים, 59% מהם מתחת לקו העוני. כדי להיות מועמד לניסוי, נדרש שלנבדק יהיה קו טלפון, אבל **ללא** פס רחב (חיבור לאינטרנט). רק 30% מהאוכלוסייה שנסרקה, עמדה בתנאים אלה וגם הביעה הסכמה להשתתף בניסוי. החוקרים סיפקו למשתתפים קו אינטרנט, תמיכה טכנית, וסדנה של תשעה שיעורים לשימוש באינטרנט למטרות בריאות. לרוב, נדרשו 4-8 שיחות טלפון ביוזמת החוקרים כדי שהנבדקים יגיעו לבדיקת אב"מ לפני ההתערבות, ועוד 8-12 שיחות טלפון לצורך תיאום השיעורים ובדיקת התוצאות. היו קשיים משמעותיים עקב מעבר דירות תכוף של נבדקים, קווי טלפון מנותקים ובעיות טכניות רבות. למרות כל הקשיים, סיימו את המעקב 275 מתוך 336 הנבדקים שגויסו (82%). טרם התפרסמו תוצאות ההתערבות מבחינת אב"מ. החוקרים מציינים שפרסמו את המאמר כדי להביא לידיעת חוקרים אחרים את המאמצים הנדרשים להתערבות באוכלוסייה ממעמד סוציו אקונומי נמוך. גם המאמר הזה לא התפרסם בכתב עת בנושא בריאות הציבור, אלא בכתב עת בנושא תקשורת (40).

אב"מ ופערים חברתיים

בסקירה משנת 2008, טענו Bodie & Duta כי למרות המאמצים הרבים המושקעים לצורך צמצום פערים חברתיים הקשורים בבריאות, מצטברות עדויות כי הפערים באוריינות ובבריאות באוכלוסיית ארצות הברית רק גדלים. להערכתם, פערים אלו עלולים להחמיר עוד, עקב ההסתמכות ההולכת וגדלה על האינטרנט באספקת שירותי הבריאות. הם טוענים כי הפערים החברתיים ברמת המאקרו קשורים לפערים ברמת המיקרו – פערים באב"מ, במוטיבציה וביכולת. לטענתם, אי־השוויון המבני באוריינות ובבריאות מחזק את עצמו באמצעות התפוצה הדיפרנציאלית של הטכנולוגיה – אשר בו זמנית מעודדת אוריינות בקבוצות מסוימות וחוסמת גישה של קבוצות אחרות. הפערים ביכולת השימוש בטכנולוגיה מצמצמים את הגישה של קבוצות (ופרטים) מסוימים באוכלוסייה אל שירותי הבריאות המסופקים באמצעות אותה הטכנולוגיה (41). גם על פי "חוק היחס ההפוך למידע" של אייזנבך צפוי מצב דומה.

אב"מ: סיכום

המושג אב"מ הוא מושג חדש יחסית. הוא נטבע בשנת 2006. למרות היישומים המתבקשים, המחקרים שנעשו בנושא מאז, מועטים. רובם מתפרסמים בכתב העת הייחודי לחקר הרפואה באינטרנט (JMIR), ולא בכתבי עת כלליים בנושא בריאות הציבור. אולם ההתעניינות בנושא ehealth ובאב"מ גוברת בהדרגה. כבר ב־2011 כתב נורמן, אשר טבע את המושג אב"מ וחיבר את שאלון eHEALS לראשונה, כי נראה שהגיע הזמן לעדכן את המושג – כך שיעריך גם מיומנויות שימוש ברשתות חברתיות ובמכשירים ניידים (eHealth 2.0) (42). חקר האב"מ הוא תחום מתפתח במהירות, שיש בו עוד נושאים רבים לחקור ולפתח, והמגוון רק יגדל, ככל הנראה, עם התקדמות הטכנולוגיה.

א"ב ואב"מ – סיכום ומסקנות כלליות

המושג א"ב הוא מושג חדש יחסית, אולם הרעיון לא חדש: ידע הוא כוח. עקרון "היחס ההפוך למידע" יוצר בעיה משמעותית כשמדובר על מידע בריאותי. כיצד ניתן להתמודד עם בעיה זו? לטווח הרחוק, יש לקדם את ההשכלה של האוכלוסייה בכל העולם. מהלך זה עשוי להביא לשיפור ברמת האוריינות, הא"ב, בגישה למידע, וכתוצאה, גם בבריאות האוכלוסייה. עד שתושג מטרה שאפתנית זו, יש פתרונות ביניים: לתת לאוכלוסיות פגיעות הכשרה בא"ב, ולהתאים את החומרים בבריאות הציבור לרמת האוריינות הקיימת.

לאור התוצאים הבריאותיים הרבים, ניתן אולי לראות במגבלת אוריינות סוג של מגבלה בריאותית, בדומה לליקוי בראייה או בשמיעה. המידע הבריאותי "נמצא שם בחוץ" – בעלוני התרופות, במכתבי השחרור, באתרי האינטרנט וכו'. אולם לאנשים עם מגבלת אוריינות, המידע הזה **לא נגיש**. הם לא מצליחים "לראות" אותו. כדי שגם אנשים כאלה יוכלו לצבור כוח ולקחת חלק פעיל יותר בחברה, ניתן לנקוט כמה דרכים:

א. להעלות את רמת האוריינות בעולם. זו מטרה אמביציוזית, אולם שאיפות יותר ריאליות הן: ב. לתת למוגבלי המידע הכשרה ספציפית בשימוש במידע בריאותי– איפה ואיך למצוא אותו, כיצד ליישם אותו ומי יכול לעזור בכך; באנלוגיה של המוגבלות הפיזית, פיתרון זה מקביל לטיפולי שיקום – לתת לקצרי הרואי משקפיים, וללקויי השמיעה־מכשירי שמיעה, וללמד אותם להשתמש בהם. אפשרות ג'. להנגיש את המידע: לנסח את העלונים והאתרים בשפה

פשוטה יותר, להשתמש בתמונות ובסרטוני אודיו ווידאו – על מנת להקל את הגישה לחומר, הלמידה שלו והשימוש בו.

בשנים האחרונות נכנס למערכת הבריאותית־חברתית המורכבת הזו גורם נוסף: האינטרנט. בהיותו זמין ברוב הבתים (לפחות במדינות המפותחות), האינטרנט עשוי לצמצם את הפערים בבריאות הציבור – או להרחיב אותם. אם החומרים, האתרים והתוכנות יותאמו לרמת האוריינות של הציבור (הנגשה), או שהציבור יקבל הכשרה באב"מ, ייתכן שניתן יהיה להקטין את הפער. אם שירותים כאלה לא יינתנו, הפער הדיגיטאלי, ככל הנראה, יגדל.

מקורות

1. Peerson A, Saunders M. Debate: Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? Health Promotion International 2009; 24: 285-96.
2. National Institute for literacy. National literacy Act 1991.
3. Parker et al. The test of functional health literacy in adults. Journal of General Internal Medicine 1995: 10; 537-41.
4. Williams et al, 1998. Relationship of functional health literacy to patient's knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. Archives of Internal Medicine 1998: 158; 166-72.
5. National Academy on an Aging Society/ Center for Health Care Strategies. Low health literacy skills increase annual health care expenditure by 73$ billion. Center for Health Care Strategies Fact Sheet. Washington DC, 1998.
6. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion International 2000: 15: 259-267.
7. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al.. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and modelsPublic Health. 2012; 12: 80.
8. Parker et al. The Test of Functional Health Literacy in Adults, a new instrument for measuring patient's health literacy skills. Journal of General and Internal Medicine 1995; 10: 537-41.
9. Baker et al. development of a brief test to measure functional health literacy. Patient Education and Counseling 1999; 38: 33-42.
10. Baron-Epel O, Balin L, Daniely Z, Eidelman S. Validation of a Hebrew health literacy test. **Patient Education and Counseling** 2007: 67; 235-9.
11. Shea JA, Beers BB, McDonald VJ, Quistberg DA, Ravenell KL, Asch DA. Assessing health literacy in African American and Caucasian adults: disparities in rapid estimate of adult literacy in medicine (REALM) scores. Family Medicine. 2004; 36: 575-81.
12. Gong DA, Lee JY, Rozier RG, Pahel BT, Richman JA, Vann WF Jr. Development and testing of the Test of Functional Health Literacy in Dentistry (TOFHLiD). Journal of Public Health Dentistry. 2007; 67: 105-12.
13. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Diabetes Care. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. Diabetes Care 2008 May; 31(5): 874-9. Epub 2008 Feb 25.
14. Diamond JJ. Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults. Nutrition Journal 2007; 6: 5.
15. Kutner M, Greenberg E, Baer J. National Assessment of Adult Literacy (NAAL). Washington: US Department of Education; 2005.
16. Rudd RE. Health literacy skills of U.S. adults. American Journal of Health Behavior. 2007; 31 Suppl 1: S8-18.
17. WHO, 2011. Analysing Commitments to Advance the Global Strategy for Women's and Children's Health. http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/PMNCH_Report_2011_-_29_09_2011_full.pdf
18. Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and Health Outcomes. A Systematic Review of the Literature. Journal of General Internal Medicine. 2004; 19: 1228-39.
19. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Annals of Internal Medicine. 2011; 155: 97-107.
20. Levin-Zamir D., Lemish D., Gofin R. Media Health Literacy (MHL): development and measurement of the concept among adolescents. Health Education Research. 2011; 26: 323-35.
21. Eysenbach G. Poverty, Human Development, and the Role of eHealth. Journal of Medical Internet Research. 2007; 9(4)
22. World Health Organization. Health Literacy. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/
23. Zuckerman B. Promoting early literacy in pediatric practice: twenty years of Reach Out and Read. Pediatrics 2009; 124: 1660-1665.
24. Levin-Zamir D, Keret S, Yaakovson O, Lev B, Kay C, Verber G, Lieberman N. **Refuah Shlema**: a cross-cultural programme for promoting communication and health among Ethiopian immigrants in the primary health care setting in Israel. Evidence and lessons learned from over a decade of implementation. Global Health Promotion, 2011; 18: 51-54.
25. Kreps a, Neuhauser L (2010). New directions in eHealth communication: Opportunities and challenges. Patient Education and Counseling 78: 329-336.
26. Choi J. Literature review: using pictographs in discharge instructions for older adults with low-literacy skills. Journal of Clinical Nursing 2011; 20(21-22): 2984-96.
27. Levin-Zamir D, Peterburg Y. Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel. Health Promotion International 2001; 16: 87-94.
28. Eng TR. The e-Health Landscape: A Terrain Map of Emerging Information and Communication Technologies in Health and Health Care. Princeton, NJ: The Robert Wood Johnson Foundation; 2001.
29. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. Journal of Medical Internet Research (JMIR) 2006: 8: e9.
30. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. Journal of Medical Internet Research 2006B ;8: e27
31. van der Vaart R, Drossaert CH, de Heus M, Taal E, van de Laar MA. Measuring actual eHealth literacy among patients

with rheumatic diseases. Journal of Medical Internet Research 2013; 15: e27.
32. Chan CV, Kaufman DR. A Framework for Characterizing eHealth Literacy Demands and Barriers.33. van Deursen AJ, van Dijk JA. Internet skills performance tests: are people ready for eHealth? Journal of Medical Internet Research. 2011; 29: e35.
33. Stellefson M, Hanik B, Chaney B, Chaney D, Tennant B, Chavarria EA. eHealth literacy among college students: a systematic review with implications for eHealth education. Journal of Medical Internet Research 2011; 13: e102.
34. Knapp C, Madden V, Wang H, Sloyer P, Shenkman E. Internet use and eHealth literacy of low-income parents whose children have special health care needs. Journal of Medical Internet Research 2011; 13: e75.
35. Mitsutake S, Shibata A, Ishii K, Oka K. Association of eHealth literacy with colorectal cancer knowledge and screening practice among internet users in Japan. Journal of Medical Internet Research. 2012 ;13: e153.
36. Neter E, Brainin E. eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. Journal of Medical Internet research 2012; 14(1): e19.
37. Xie B. Effects of an eHealth literacy intervention for older adults. Journal of Medical Internet Research 2011; 13: e90.
38. López L, Grant RW. Closing the gap: eliminating health care disparities among Latinos with diabetes using health information technology tools and patient navigators. Journal of Diabetes Science and Technology. 2012; 6: 169-76.
39. Nagler RH, Ramanadhan S, Minsky S, Viswanath K. Recruitment and Retention for Community-Based eHealth Interventions with Populations of Low Socioeconomic Position: Strategies and Challenges. The Journal of Communication. 2013; 63: 201-220.
40. Bodie GD, Dutta MJ. Understanding health literacy for strategic health marketing: eHealth literacy, health disparities, and the digital divide. Health Marketing Quarterly. 2008; 25(1-2): 175-203.
41. Norman C. eHealth Literacy 2.0: Problems and Opportunities with an Evolving Concept. Journal of Medical Internet Research 2011; 13: e125.

כשירות תרבותית בשירותי בריאות:
חקיקה ומדיניות בארה"ב, אוסטרליה, אנגליה וישראל – מבט משווה

ניבי דיין[1,2], איה בידרמן[2]

[1]המכון להגירה ושילוב חברתי, המרכז האקדמי רופין

[2]החטיבה לבריאות בקהילה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

מילות מפתח: כשירות תרבותית, חקיקה, מדיניות

תקציר

כשירות תרבותית (Cultural Competency) הינה התפיסה המקובלת כיום בעולם המערבי בהקשר ליכולת ארגונים, מערכות ואנשי מקצוע לתפקד בצורה יעילה במצבים בין־תרבותיים. בתחום הבריאות, נחשבת כשירות תרבותית לאסטרטגיה מרכזית בהתמודדות עם פערי בריאות ושימוש בשירותים על רקע של הבדלים בין־תרבותיים. זהו תהליך מתמשך המתקיים ברמה הארגונית, הרמה המערכתית והרמה הקלינית.

ארצות הברית, אוסטרליה ואנגליה הן המדינות המרכזיות בעולם המערבי הנוקטות בגישה כוללת של כשירות תרבותית בבריאות. מניעים שונים הביאו מדינות אלה לתהליך כשירות תרבותית. בארה"ב, כשירות תרבותית באה כחלק מהמאבק לצמצום פערים בבריאות ובשירותי בריאות. באוסטרליה, המניעים האידיאולוגיים הם אלה המרכזיים במסמכי המדיניות, ומודגשת בהם המורשת הרב־תרבותית. לעומתן, באנגליה, הכרה ב"גזענות מוסדית" ובאפליה מבנית וארגונית, הם אלה שהניעו את המדיניות והחקיקה בתחום. בישראל נובעת המדיניות משילוב של החוק (חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוק זכויות החולה), וכחלק מאסטרטגיה כוללת של משרד הבריאות לצמצום אי־השוויון בבריאות.

רשמית, ישראל הצטרפה רק לאחרונה למגמה בעולם המערבי לעבר כשירות תרבותית. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות* האיץ את התהליך בקרב ארגוני וספקי השירות, וניכר כי התחום הולך ומתעצב בתקופה קצרה יחסית. הרחבה והטמעה של תהליכי הכשירות בהיבט הרחב, לרבות כלי מדידה והערכה בקונטקסט הישראלי יסייעו לביסוס המהלך.

מחברת מכותבת: nividayan1@gmail.com

* "התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות", חוזר מנכ"ל, 2011.

מבוא

כשירות תרבותית (Cultural Competency) הוא מושג המתאר מכלול של התנהגויות, ידע, גישות ומדיניות המשולבים במערכת, ארגון או בין אנשי מקצוע המאפשרים עבודה יעילה במצבים בין־תרבותיים (1, 2). הכשירות מתייחסת ליכולת לתפקד בצורה יעילה כפרט או כארגון בהקשר לצרכים, אמונות ופרקטיקות תרבותיות של מטופלים וקהילותיהם (3).

כשירות תרבותית בשירותי בריאות מתייחסת להבנה של חשיבות ההשפעות החברתיות והתרבותיות של מטופל על האמונות וההתנהגויות הבריאותיות שלו, לוקחת בחשבון כיצד מרכיבים אלה באים לידי ביטוי ברמות השונות של מערכת שירותי הבריאות ומקדמת התערבויות לשיפור איכות מתן השירות לאוכלוסיות מטופלים בעלות שונות תרבותית (4).

כשירות תרבותית נחשבת לאסטרטגיה מרכזית בהתמודדות מערכות עם פערי בריאות ושימוש בשירותים על רקע של הבדלים בין־תרבותיים בין נותני השירותים ללקוחותיהם ולצמצום פערים בבריאות, בהיותה מאפשרת קשר ותקשורת מטפל־מטופל מבלי שהבדלים בין־תרבותיים מהווים חסם (1, 4, 5).

מדינות מהגרים בעולם המערבי, ובמיוחד ארה"ב, אוסטרליה, ניו זילנד ואנגליה מובילות את ההתפתחות בחקיקה, אכיפה, סטנדרטיזציה, חינוך והכשרה בכל הנוגע לכשירות תרבותית בשירותי הבריאות (6-11).

כניסתו לתוקף של חוזר מנכ"ל משרד הבריאות "התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות" (12) בחודש פברואר 2013 מהווה הזדמנות נאותה לדיון בנושא. המאמר סוקר את התפתחות תפיסת הכשירות התרבותית, משווה בין מספר מדינות בנושא חקיקה ומדיניות בתחום, ובוחן היכן מצויה ישראל ביחס למתרחש בעולם המערבי, בתחומי החקיקה, המדיניות וישומן.

התפתחות היסטורית

הגישה המסורתית בה נקטו שירותי בריאות בהקשר לעבודה בין־תרבותית הייתה להקנות לצוותי בריאות ידע על תרבויות של מטופלים מרקע ספציפי (היספאני, אסיאתי וכד'), לרבות תפיסות בריאות וחולי מסורתיות, מערכות ריפוי בארץ המוצא וכד' (4). גישה זו לא הקנתה למטפלים כלים להתמודדות עם תרבויות אחרות, פרט לאלה שבהן התמקדו. כיום הגישה המקובלת בעולם המערבי היא להרחיב ידע, מיומנויות וכלים גנריים לעבודה עם אוכלוסיות מרקעים שונים. השינוי בגישה נובע ממניעים מעשיים ורעיוניים: בשל התגברות תנועת ההגירה וריבוי הקבוצות ותת־הקבוצות האתניות במדינות השונות, המטרה לפתח ולהקנות ידע תרבותי על כל אחת מהקבוצות המקבלות טיפול הינה יומרנית ואינה בת יישום; הקניית ידע על תרבות ספציפית עלולה לתייג לקוחות באופן קטגוריאלי, לקבע סטריאוטיפים ודעות קדומות לגבי אותה תרבות; השינוי שעובר כל מהגר בתהליך האקולטורציה לארץ חדשה הינו דינמי ובעל מאפיינים רב־שכבתיים המשתנים על פני הרצף, כך שהכללה ויישום של ידע תרבותי ספציפי על הפרט עלולה לחטוא למטרה (4, 13, 14).

ניתן לתאר את השינוי כמעבר ממציאות של הנחת הנחות על מקבלי שירות על סמך הרקע התרבותי שלהם, ליישום עקרונות של "המטופל במרכז" (Patient Centered Care) (15). הגישות "כשירות תרבותית" ו"המטופל במרכז", הן המובילות בשנים האחרונות, ושתיהן בעלות ערכי ליבה דומים ומטרתן לשפר את איכות הטיפול הרפואי. בעוד שגישת "המטופל במרכז" מדגישה את שיפור השירות והטיפול לכלל המטופלים, גישת ה"כשירות התרבותית" מיועדת לצמצם פערים בבריאות ולהביא לשירות שוויוני (16). בשתי הגישות, שימוש במיומנויות תקשורת של המטפל, לרבות מיומנויות של תקשורת בין־תרבותית, מסייעות להגיע לצרכיו, ערכיו והעדפותיו של המטופל (13).

כך ברמה הקלינית, התפיסה המקובלת כיום בעולם המערבי מתמקדת בסוגיות תרבותיות וחברתיות שחוצות חברות בהקשר לאמונות והתנהגויות בריאותיות, כדוגמת סגנונות תקשורת בין־אישית (ישירה־עקיפה), יחסי כבוד וסמכות, מגדר ותפקידים במשפחה, תהליכי קבלת החלטות, תפיסות חולי ובריאות וכד' (4, 13). במדינות שונות ולאורך השנים קיים מנעד של שימוש במושגים ובהגדרות הקשורים למתן טיפול בהקשר בין־תרבותי כמו "רגישות תרבותית", "בטיחות תרבותית", "הנגשה תרבותית" ועוד (11, 16, 17). בכל אחד מהמושגים מודגשים מרכיבים שונים בתחום, בחלקם חופפים. המושג "כשירות תרבותית" נחשב כיום למושג המוביל והמקיף בנושא, ואף נוכחותו בספרות המחקרית הולכת וגדלה (16).

המהלך של כשירות תרבותית בבריאות בעולם המערבי החל בארצות הברית בסוף שנות ה־90 של המאה ה־20. הכרה בפערים בצריכת שירותי בריאות ובתוצאי בריאות על רקע המוצא האתני של מקבלי השירות, הובילו את הקונגרס האמריקאי ב־1999 להסמיך את המכון לרפואה (IOM – Institute of Medicine), זרוע של האקדמיה הלאומית למדעים להקים ועדה לניתוח מעמיק ולהמלצות לצמצום פערים אלה – Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care (10, 18, 19). ועדה זו (18) אכן אישרה כי פערים על רקע מוצא גזעי או אתני קיימים במערכת הבריאות, והם אינם מיוחסים למרכיבים ידועים כמו כיסוי ביטוחי, הכנסה, גיל, חומרת המצב הרפואי וכד'. הוועדה הצביעה על מערכות בריאות ככלל, נותני שירותי הבריאות, מקבלי השירות ומתכנני השירות כתורמים לפערים אלה. הטיות, סטריאוטיפים, דעות קדומות מצד נותני השירות נמצאו כתורמים במידה לא־מבוטלת לאותם פערים (10). המלצות הוועדה כללו: הגברת

המודעות לקיום הפערים ומקורותיהם; שינויים במדיניות, חקיקה ותקינה; פיתוח התערבויות טיפוליות רגישות תרבות; חינוך, הסברה והכשרה לנותני השירות ולמקבליו; איסוף נתונים שיטתי ומחקר (18, 19).

בטאנקורט (4) מציע מסגרת להתערבות במטרה לקדם כשירות תרבותית בשירותי בריאות, ובה 3 רמות: *הרמה הארגונית, הרמה המערכתית והרמה הקלינית*. *הרמה הארגונית* כוללת מאמצים להבטיח שונות וייצוג הולם של אוכלוסיות מקבלי השירות בהנהגות ובכוח העבודה של שירותי הבריאות. *הרמה המערכתית* כוללת חקיקה, סטנדרטיזציה ואכיפה, יוזמות שיבטיחו נגישות מלאה לטיפול איכותי לכל האוכלוסיות, ובכללם שירותי תרגום, גישור, חומרי הדרכה מותאמי שפה ותרבות וכיו"ב. *הרמה הקלינית* כוללת הגברת הידע בקרב נותני שירות בכל הנוגע לקשרים שבין מרכיבים סוציו־תרבותיים לבין אמונות והתנהגויות בריאותית, והקניית כלים ומיומנויות במטרה לשלב מרכיבים אלה במתן שירות תקני. מדובר בתהליכים מתמשכים המתרחשים בשלוש רמות ההתערבות.

בעוד שתהליכי הכשירות התרבותית צוברים תאוצה במדינות רבות, נראה כי כיווני המחקר בתחום עדיין נמצאים בשלבים של עיצוב והתפתחות. הספרות בנושא עוסקת במידה רבה בהערכה של הכשרות צוותים רפואיים ומיעוטה בהיבטים הארגוניים והמערכתיים. סקירת מחקרי הערכה (20) שבדקו יעילות תוכניות להכשרת צוותי בריאות מצאה עדות איתנה לשיפור בידע, גישות ומיומנויות בקרב אותם צוותים, אולם לא ניתן היה לזהות איזה סוג הכשרה היה יעיל ביותר. באותם מחקרים נמצאה עדות טובה לשיפור שביעות הרצון של המטופלים. במחקרים שנסקרו לא נבדק הקשר בין הכשרת הצוותים לתוצאי הבריאות של המטופלים. בסקירה אחרת (21) נמצאו חוסר אחידות בשיטות הערכה של הכשרות צוות, שימוש ב־54 כלי מדידה כמותניים שונים, אשר חלקם היו בשימוש רק פעם אחת, ואשר התמקדו בעיקר על דיווח עצמי של המשתתפים ומיעוטם על המדריכים, תפיסת המטופל והשפעה על השירות. בסקירה מאוחרת יותר (22) לא נמצאה עדות חזקה ועקבית להשפעה של ההכשרות על המטופלים. ביקורת עקבית בנוגע להערכה ומחקר על כשירות תרבותית מדגישה את הצורך בשילוב מחקר איכותני המתייחס למטופל בקונטקסט החברתי־בריאותי (20, 21, 23), ובזיהוי משקלם של כל אחד מהגורמים המעורבים בטיפול (כמו איכות המטפל, שימוש במגשרים בין־תרבותיים או מתורגמנים) על תוצאיו (22).

בצד קבלת עקרונות "המטופל במרכז" לשיפור השירות וקבלתה של הכשירות התרבותית כאסטרטגיה מובילה בעולם המערבי לצמצום פערים בבריאות על רקע בין־תרבותי, מוצבות דילמות אתיות ומעשיות רבות הקשורות ברובן בקונפליקטים שבין המחויבות המקצועית של נותני השירות לערכים וההעדפות של מקבליו (15). לרוב הקונפליקטים באים לידי ביטוי בהפרעה לשגרת העבודה, בהתנגשות עם הערכים המקובלים בחברה ובהתמודדות עם מצבי העלבה כלפי נותן השירות (15).

מדיניות וחקיקה בשירותי בריאות בעולם המערבי – תמונת מצב

ארצות הברית

בארה"ב, שכאמור מובילה את המגמה בעולם לעבר כשירות תרבותית בבריאות, פרסם המשרד לבריאות מיעוטים בשנת 2000 סטנדרטים לאומיים למתן שירותי בריאות הולמים (The National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health and Health care – The National CLAS Standards) (24), המהווים קווים מנחים עבור שירותי בריאות ליישום מדיניות של קידום הוגנות בבריאות, שיפור האיכות, וסיוע בצמצום הפערים בבריאות על רקע תרבותי ושפתי (24). לאחר תהליך חקיקה ממושך, חתם הנשיא אובמה בשנת 2010 על הרפורמה בשירותי הבריאות כחוק מחייב (The Patient Protection and Affordable Care Act) שנועד לצמצם פערים בבריאות ובשירותי בריאות במובן הכולל (25). מסמך המפרט כיצד ליישם את הרפורמה הוכן בהמשך על ידי המרכז למחקרים פוליטיים וכלכליים בוושינגטון (25). המסמך כולל הנחיות בתחומים של איסוף נתונים ודיווח, גיוון במוצא כוח העבודה, חינוך לכשירות תרבותית בין אנשי הבריאות, יוזמות להקטנת פערים, מחקר ועוד. פרוט של המשאבים הלאומיים המוקצים ליישום המדיניות נילווה לכל אחד מתחומים אלה.

CLAS פורסם שוב במתכונת מעודכנת בשנת 2013 (26), תוך שימת דגש על השינויים בפערי הבריאות, השינויים הדמוגרפים וההתקדמות בתחום בהקשר לחקיקה ואקרדיטציה במדינות ובשירותי הבריאות בארה"ב (27). כמו כן נלווים למסמך המעודכן סקירת ספרות נרחבת ואפשרויות התייעצות עם מומחים (27).

בעקבות פרסום CLAS החלו פעולות חקיקה ותקינה במדינות הפדראליות במרכיבים שונים של החוק, וכן פותחו אסטרטגיות לשינוי מדיניות (5, 24). בחלק מהמדינות קודמה חקיקה בנושא חינוך לכשירות תרבותית לאנשי הבריאות ובחלקן בנושא גיוון במוצא של כוח האדם בשירותי בריאות (24).

אוסטרליה

באוסטרליה, כמדינת הגירה בהגדרתה, בעלת מורשת רב־תרבותית, הדוגלת בהיותה אומה בעלת שונות תרבותית ולכידות חברתית (28), המניעים האידיאולוגים הם אלה המרכזיים במסמכי המדיניות הקשורים לכשירות תרבותית (28,

29). בניתוח מסמכי מדיניות אוסטרלים נמצא חוסר עקביות בשימוש במונחים המתייחסים ל-"Cultural Competence", וברבים מהמסמכים ניתן למצוא אף שימוש במונח "Cultural Safety" או "Cultural Security" (11), כשרק במיעוטם ישנה הגדרה מפורטת של המושגים. ועם זאת, בשנת 2006 פרסמה המועצה הלאומית למחקר בבריאות ורפואה של ממשלת אוסטרליה, מסמך מקיף לכשירות תרבותית בבריאות (29), הכולל עקרונות, אסטרטגיות וצעדים מעשיים ליישום ברמות השונות. בתהליך הכנת המסמך, הושם דגש על שיתוף ושותפות עם נציגי תרבויות וארגונים העוסקים בהיבטים הבין-תרבותיים בהקשר לבריאות. זהו ביטוי לתפיסה כוללת הרואה באנשי הקבוצות האתניות השונות שותף מרכזי להנעת המהלך. רק על מנת להדגים, מסמך המדיניות המאושרר בנושא שכותרתו "The People of Australia – Australian Multicultural Policy" נגיש בתרגום ל-11 שפות (28).

בעוד שבטאנקורט (4) בנה מסגרת תלת-מימדית לכשירות תרבותית, מסמכי המדיניות באוסטרליה מתייחסים למסגרת בעלת ארבעה מימדים הקשורים זה לזה: מערכתי, ארגוני, מקצועי ואינדיבידואלי (29). התוכן היצוק לכל אחת מרמות אלה שונה מזה שבהבחנה של בטאנקורט. באוסטרליה, הרמה המערכתית מורכבת מהמעטפת הרחבה ליישום הכשירות התרבותית, וכוללת: מדיניות ונהלים, מנגנונים ומשאבים. הרמה הארגונית מכוונת לכינון ערכים של כשירות תרבותית בארגוני בריאות, כולל מחויבות של הנהלות הארגונים לצוות בעל שונות תרבותית ולשונית בכל רמות השירות וההנהלה. מנהיגות והובלת הנושא בדרגים הגבוהים ביותר בארגונים מודגשת במסמך. הרמה המקצועית מתייחסת לפיתוח וחינוך אנשי מקצוע לכשירות תרבותית, וכוללת סטנדרטים וקווים מנחים ליישום. הרמה האינדיבידואלית מתייחסת ליכולותיו של איש המקצוע למקסם וליעל את כשירותו התרבותית בעבודה השוטפת עם המטופלים, תוך תמיכה ארגונית ומערכתית (29).

יש לציין שבצד אימוץ התפיסה של כשירות תרבותית כגישה גנרית, באוסטרליה מושם דגש מיוחד על תת-הקבוצה של הילידים, וכך ניתן למצוא מסמכי מדיניות ספציפיים שעוצבו עבור אוכלוסיה זו (30).

אנגליה

התפתחות המדיניות והחקיקה באנגליה בתחום הכשירות התרבותית החלה בסוף שנות ה-90 של המאה העשרים וראשית שנות האלפיים, והואצה בעקבות תחקיר על תפקוד המשטרה באירוע של מות בן מיעוטים (31). מסקנות התחקיר, והחקיקה שבאה בעקבותיו (32), הצביעו על קיום "גזענות מוסדית" (Institutional Racism) במלכה כולה, שהתפתחה עקב מבנים ארגוניים ותהליכים שהשפיעו על אפליה נגד מיעוטים. גזענות מוסדית מיוחסת לכישלון קולקטיבי של ארגון לתת שירות תקין ומקצועי ללקוחות בגלל צבע, מוצא אתני או תרבותי (32, 33). ואכן החוק, שכותרתו "Race Relations" (32) כוללני, ומורה לכל מגזרי הרשויות והשירות הציבורי – כמו משטרה, משמר לאומי, חינוך וכן שירותי הבריאות, להעריך ולהתאים את מדיניותו ותפקודו בהקשר לשוויון ותקינות השירות (7).

בעקבות החקיקה פרסם משרד הבריאות הבריטי קווים מנחים ותוכנית פעולה עבור כל ארגוני הבריאות, למילוי הוראות החוק, המתעדכנים מידי מספר שנים (34). משרד הבריאות שם דגש על המחויבות למניעת אפליה ולהשגת שירות שוויוני, ייצוג של קבוצות בעלות שונות חברתית בכוח העבודה של ארגוני הבריאות, וכן שיפור בתוצאי הבריאות (34). קווים מנחים אלה קיבלו תוקף חוקתי בחוקת שירותי הבריאות הלאומיים של אנגליה שפורסמה בשנת 2009 (35), המחייבת שירות שוויוני לכל, ללא קשר לגזע, מין, נטייה מינית, גיל, דת או אמונה. העיסוק באי-השוויון בבריאות קיבל משנה תוקף בעקבות תחקיר על מות 6 אנשים בעלי לקויות שונות, אשר הצביע על כישלון שירותי הבריאות והשירותים החברתיים במתן שירות תקני והולם (36). יש לציין כי בקווים המנחים ובתוכניות העבודה של משרד הבריאות בהקשר לשוויון, אוכלוסיות הקשישים, נפגעי הנפש, נכים וילדים בגיל הרך מודגשת בתשומת לב מיוחדת (33, 34).

כשירות תרבותית כתפיסה כוללת התפתחה באנגליה מאוחר יחסית לארה"ב ואוסטרליה (17, 33). ואכן, רק בשנים האחרונות ישנה בולטות רבה יותר בספרות לשימוש במונח זה (16, 17, 33), וניתן למצוא (בדומה לאוסטרליה, למשל) חוסר עקביות בשימוש במונחים (כשירות תרבותית, רגישות תרבותית, מודעות תרבותית, בטחון תרבותי) והגדרות שונות למונחים השונים. כיום ההמלצות לכשירות תרבותית באנגליה עוסקות בעבודה עם קהילות אתניות וארגונים קהילתיים, הכשרת צוות, שירות רב-שפתי, מתורגמנות ומידע בשפות השונות, גיוון בכוח העבודה ומעקב אחר מדיניות המכירה בשונות (33, 37). על פניו נראה שכשירות תרבותית בבריאות כמדיניות ספציפית ונגזרותיה היישומיות כתפיסה רחבה על שלוש רמותיה (מערכתית, ארגונית וקלינית) עשויה להיות השלב הבא בהקשר זה באנגליה.

ישראל

חקיקה ומדיניות

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות שכותרתו "התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות" (12) מהווה ציון דרך במדיניות משרד הבריאות בהקשר לשונות תרבותית באוכלוסיה, והינו המסמך הריבוני הראשון בעניין. החוזר פורסם בשנת 2011 ונכנס לתוקף בחודש פברואר 2013.

חוזר המנכ"ל אשר בעצם הגדרתו לא עבר הליך חקיקה, שואב את כוחו מחוק ביטוח בריאות ממלכתי מ־1994 (38) וחוק זכויות החולה מ־1996 (39). חוקים אלה מורים, בין היתר, על זכות אוניברסאלית לקבלת שירות רפואי באיכות סבירה תוך שמירה על כבוד האדם (38), על אי אפליה מטעמי דת, גזע, מין, לאום, ארץ מוצא, נטייה מינית וכיו"ב, על קבלת טיפול רפואי נאות הן מבחינת הרמה המקצועית והאיכות הרפואית, והן מבחינת יחסי האנוש, ועל קבלת הסכמה מדעת של המטופל לאחר מסירת מידע רפואי נדרש באופן סביר שיאפשר למטופל להחליט אם להסכים לטיפול המוצע (39). בנוסף, החוזר נכתב כחלק מאסטרטגיה כוללת של משרד הבריאות לצמצום אי־השוויון, כאשר אחת ממטרותיה היא הורדת מחסומים לשוניים ותרבותיים בקבלת שירותי הבריאות (40, 41). מכאן שהתמודדות מערכת הבריאות עם שונות תרבותית ולשונית מושתתת על ערכים הומאניים (12), כמו גם היבטים משפטיים הקשורים להגדרת שירות רפואי סביר ונאות, וכן כאחת האסטרטגיות לצמצום פערים בבריאות (12). חלק מהסטנדרטים המצוינים בחוזר מנכ"ל הינם מחייבים וחלקם בגדר המלצה בלבד.

על אף שכותרת חוזר מנכ"ל עושה שימוש במונחים "התאמה והנגשה תרבותית ולשונית", והמושג "Cultural Competency" (המתורגם בחוזר כ"הלימה תרבותית") מופיע מעט במסמך, חוזר המנכ"ל מתייחס לכל שלוש הרמות של כשירות תרבותית כפי שטבע בטאנקורט (4) – הרמה הארגונית, הרמה המערכתית והרמה הקלינית.

ברמה הארגונית כולל חוזר המנכ"ל המלצה לגייס כוח אדם גם מקרב מיעוטים לשוניים ותרבותיים, אולם אין זו הנחייה מחייבת, ואיננה נסמכת על העיקרון להבטיח שונות וייצוג הולם של אוכלוסיית מקבלי השירות בהנהגות ובכוח העבודה של שירותי הבריאות. **הרמה המערכתית** מקבלת דגש רב בחוזר המנכ"ל, ולמעשה מהווה את עיקר תוכנו: פיתוח תשתית ארגונית בקרב ספקי וארגוני הבריאות למתן תמיכה שוטפת בנושא ההנגשה התרבותית ולגיבוש מדיניות פנים־ארגונית תומכת, מינוי איש הנהלה לאחריות על התחום ויישומו, חקר תחלואה, התנהגויות בריאותיות וצרכים יחודיים של קבוצות תרבותיות של מטופלים לצורך התאמת השירות, מיפוי לשוני ותרבותי של קהל היעד מרמת הארגון ועד כל אחד מאתרי השירות, תרגום טפסים ומסמכים כמו גם אתרי אינטרנט, תרגום בעל פה, שירות טלפוני ומוקדנים בשפות שונות, שילוט בשפות, גישור, חומרי הדרכה וקידום בריאות מותאמים ומתורגמים. חוזר המנכ"ל מפרט באילו מהתחומים קיימת הוראה מחייבת לגבי תרגום (לדוגמא, טפסים הדורשים חתימת המטופל יהיו בארבע שפות – עברית, ערבית, רוסית ואנגלית), באילו תחומים יש להתאים לאוכלוסיית היעד ככל הניתן (לדוגמא, שילוט), ובאילו תחומים ההחלטה על אמצעי ההנגשה הלשונית נתונה בידי ספק השירות או מנהל המוסד הרפואי (לדוגמא, החלטה על שימוש במתורגמנים או מגשרים או שירות תרגום טלפוני, מענה במוקדי שירות וכד'). הכשרה בסיסית של המגשרים ומוקדנים בשפות השונות הינה הוראה מחייבת על פי משרד הבריאות, ופעילותם אף מחייבת בקרה מקצועית. כל ארגון בריאות חויב להגיש תוכנית ליישום חוזר המנכ"ל ומחויב לדיווח שנתי למשרד הבריאות על התקדמות היישום. בנוסף, על פי החוזר, יבצע משרד הבריאות בקרות בארגוני הבריאות על יישום עקרונות ההנגשה ואף מומלץ לבצע בקרות פנים־ארגוניות. יש לציין כי משרד הבריאות מטיל את האחריות להנגשה התרבותית והלשונית על ספקי השירות ללא תוספת תקציבית, ומכתיב קווים מנחים ליישום, אולם בשלב זה אין תקינה מוסדרת המחייבת את הארגונים. מכאן שחקיקה, סטנדרטיזציה ואכיפה הכלולים ברמה המערכתית לפי החלוקה של בטאנקורט (4), אינם באים לידי ביטוי בולט בחוזר המנכ"ל, המהווה את המסמך הרשמי הריבוני בישראל לעניין זה. חוזר מינהל הרפואה שפורסם בחודש נובמבר 2013 (42), המנחה את ששת המרכזים הרפואיים הגדולים להקצות בתי תפילה למוסלמים, הינו בגדר סנונית ראשונה כמסמך ספציפי בהקשר לכשירות תרבותית. **הרמה הקלינית** מצוינת בחוזר המנכ"ל בצורה מצומצמת וכהמלצה בלבד, ועם זאת השימוש במושג "Cultural Competence" מופיע בהקשרה. ההמלצה מתייחסת באופן כללי להדרכה והכשרת אנשי הצוות, ובמיוחד הצוות הטיפולי, להלימה תרבותית בקשר עם אוכלוסיות מרקעים שונים, ולפעילות לצורך העלאת מודעות של העובדים בכל הקשור לשונות תרבותית והשפעתה על תקשורת בין־אישית, היענות לטיפול והתנהגויות בריאות.

יישום

חוזר המנכ"ל מ־2011 הניע תהליך ברמת הריבון לעבר כשירות תרבותית בבריאות, ולמעשה חבר ליוזמות מקומיות וארגוניות מזה שנים של ספקי שירות וארגונים לא־ממשלתיים לענות על צרכים בתחום השונות התרבותית והלשונית בכל הנוגע לשירותי הבריאות. החוזר אף נפל על קרקע פוריה של תהליך אקרדיטציה שהחל בבתי החולים של שירותי בריאות כללית בשנת 2006 (43) ובהמשך בבתי החולים הממשלתיים (44). תהליך הכשירות התרבותית מתנהל במקביל על ידי משרד הבריאות (45), על ידי ספקי השירות, ובאמצעות יוזמות של ארגונים לא־ממשלתיים אליהן חוברים ספקי בריאות, כמו לדוגמא המרכז הבין־תרבותי בירושלים (JICC – The Jerusalem Inter-cultural Center) (46) ו"טנא בריאות" (47). בדומה לדגש המושם בחוזר המנכ"ל על הרמה המערכתית, כך גם ביישום החוזר, מירב המאמצים מתרחשים ברמה זו, כאשר הרמה הארגונית והרמה הקלינית מקבלים תשומת לב משנית. דוח אי־שוויון בבריאות וההתמודדות עמו (45) מסכם את הפעילות בנושא במשרד הבריאות ובקרב ספקי השירות,

כשבנוסף, כפי שצוין, מתקיימת פעילות עניפה של ארגונים אחרים. **ברמה המערכתית** בוצעו קורסים לממוני כשירות תרבותית בארגוני בריאות* בבתי"ח ובקהילה (על ידי משרד הבריאות, קופות חולים, ו־JICC) (45, 46). בקורסים אלה הוכשרו למעלה מ־50 ממוני כשירות המובילים את העשייה בארגוניהם, ומקיימים קשר מקצועי באמצעות פורום עמיתים, לעדכון וללמידה הדדית (46). לאחרונה אף פורסם מדריך להטמעת הכשירות התרבותית בארגוני בריאות (48). כל אחד מממוני הכשירות פועל בארגונו על פי סדרי עדיפויות, כשלרוב נושאי התרגום, המתורגמנות והשילוט מקבלים קדימות, וכך עונים על צורך יום־יומי, דרישות חוזר המנכ"ל ודרישות האקרדיטציה. בדוח משרד הבריאות (45) מפורטות הפעולות בדיווחי קופות החולים ובתי החולים. נושא המתורגמנות קיבל משקל רב אף ברמה הארצית, כשבחודש מאי 2013 החל המשרד בהפעלת מוקד תרגום רפואי טלפוני ארצי המאויש על ידי נציגים דו־לשוניים שעברו הכשרה מקצועית בתרגום רפואי בשפות ערבית, רוסית ואמהרית, כפיילוט המיועד להתרחב לכלל המערכת בשנת 2014 (45). משרד הבריאות פועל להקמת בנק ארצי לטפסים מתורגמים, ובנוסף ספקי שירות עוסקים בנושא בהיקפים שונים (45). שילוט ודפי מידע רב־שפתיים אף הם בין הפעולות המדווחות באופן נרחב על ידי ספקי השירות (45). הגישור הבין־תרבותי פועל במספר מגזרים, כשדוגמא בולטת לתחום היא תוכנית "רפואה שלמה" (49), שפותחה עבור מרפאות ראשוניות בהן ריכוז גבוה של יוצאי אתיופיה, ואשר הוטמעה והתמסדה כחלק ממהלך הכשירות התרבותית (49).

ברמה הארגונית יישום חוזר המנכ"ל בא לידי ביטוי בגיוס כוח אדם מקרב מיעוטים תרבותיים ולשוניים, כפי שמדווחים בתי חולים וקופות חולים (45), וכן מתקיים מהלך לקידום רכישת מקצועות סיעוד, פיזיותרפיה והפרעות בתקשורת בקרב ערבים, על מנת לשלבם בכוח העבודה (45). עם זאת, לא נמצא דיווח על מהלך של שילוב אנשי מקצוע מקרב מיעוטים תרבותיים ולשוניים במטה או בהנהגות של משרד הבריאות או ארגוני הבריאות, כביטוי לעיקרון השונות והייצוג ההולם.

ברמה הקלינית יישום חוזר המנכ"ל בא לידי ביטוי בהכשרות של צוותים רפואיים לכשירות תרבותית. ישנם ארגונים, כמו לדוגמא ביה"ח אלי"ן, שבאופן קבוע וכחלק מהכניסה לעבודה, כל עובד חדש משתתף בסדנא להלימה תרבותית (50), ובצידו מתכונות שונות של הכשרות צוות על פי היערכות וסדרי עדיפויות (45).

מהסקירה הקצרה ניתן ללמוד על פעילות רבה המתרחשת במערכת הבריאות בתחום הכשירות התרבותית, פעילות אשר הואצה בעקבות כניסתו לתוקף של חוזר מנכ"ל משרד הבריאות ונסיבות נוספות. הצעדים הראשונים ליישום החוזר אמנם מתמקדים ברמה המערכתית, אולם גם ברמה הארגונית וגם ברמה הקלינית ישנן תמורות. על פניו נראה כי תחום הכשירות התרבותית בשירותי הבריאות מתפתח, מתרחב ומתעצב "תוך כדי תנועה" באמצעות מספר גופים, ריבוניים, ספקי בריאות והמגזר השלישי. פעולות משלימות ברמה הארגונית והקלינית, לרבות אכיפה והערכה של יעילות המאמצים בהיבט של צמצום פערים עשויות לבסס את המגמה.

סיכום

כשירות תרבותית (Cultural Competency) היא התפיסה המקובלת כיום בעולם המערבי בהקשר ליכולת ארגונים, מערכות ואנשי מקצוע, לתפקד בצורה יעילה במצבים בין־תרבותיים. בתחום הבריאות, נחשבת כשירות תרבותית לאסטרטגיה מרכזית בהתמודדות מערכות עם פערי בריאות ושימוש בשירותים על רקע של הבדלים בין־תרבותיים בין נותני השירותים ללקוחותיהם ולצמצום פערים בבריאות. כשירות תרבותית כוללת מדיניות וחקיקה, סטנדרטיזציה ואכיפה, מחקר, יישום והטמעה. כשירות תרבותית היא תהליך מתמשך המתקיים ברמה הארגונית, הרמה המערכתית והרמה הקלינית.

ארצות הברית, אוסטרליה ואנגליה הן המדינות המרכזיות בעולם המערבי הנוקטות בגישה כוללת של כשירות תרבותית בבריאות. מניעים שונים הביאו בכל אחת מהמדינות לתהליך של כשירות תרבותית. במסמכי מדיניות בארה"ב, המובילה את המגמה בעולם, כשירות תרבותית כאסטרטגיה לצמצום פערים בבריאות על רקע תרבותי ושפתי, באה כחלק מהמאבק לצמצום פערים בבריאות ובשירותי בריאות במובן הכולל. באוסטרליה, המניעים האידיאולוגיים הם אלה המרכזיים במסמכי המדיניות, ומודגשת בהם המורשת הרב־תרבותית, והיות אוסטרליה אומה בעלת שונות תרבותית ולכידות חברתית. לעומת זאת, באנגליה, הכרה ב"גזענות מוסדית" ובאפליה מבנית וארגונית, הם אלה שהניעו את המדיניות והחקיקה בנוגע לכשירות תרבותית בכל מגזרי השלטון ובכללם בתחום הבריאות. ואילו בישראל, המדיניות בתחום מונעת משילוב של החוק (חוק ביטוח בריאות ממלכתי וחוק זכויות החולה), וכחלק מאסטרטגיה כוללת של משרד הבריאות לצמצום אי־השוויון בבריאות.

מעמד הכשירות התרבותית בבריאות בארה"ב, אוסטרליה ואנגליה הינו בגדר חוק מדינה, המגובה בתמיכה מקצועית ותקציבית. בישראל לעומתן, חוזר מנכ"ל משרד הבריאות שהינו המסמך הריבוני המחייב, לא עבר תהליך של חקיקה בכנסת, הוא אמנם מורה שהתחום הינו בגדר אחריות הליבה של כל ארגון או ספק בריאות, אולם אינו מגובה בכל תוספת תקציבית או מערכת תומכת מקצועית.

* במסמכים שונים המינוח הוא אחראי הלימה תרבותית או הנגשה תרבותית.

בכל אחת מהמדינות מודגשים מרכיבים שונים של כשירות תרבותית במסמכי המדיניות ובקווים המנחים. כך לדוגמא, בארה"ב מודגשים התקינה והסטנדרטים המחייבים, באוסטרליה ניתן מקום נרחב לשיתוף ושותפות נציגי תרבויות וארגונים העוסקים בהיבטים בין־תרבותיים בבריאות, ואילו באנגליה, נוסף למרכיב זה מושם דגש על גיוון בכוח העבודה. בישראל מקבלת הרמה המערכתית מקום מרכזי בחוזר המנכ"ל, ודווקא נושא הגיוון בכוח העבודה, שיתוף הקהילות והרמה הקלינית מקבלים מקום משני.

ישראל המתמודדת עם שונות תרבותית ולשונית ועם הגירה מתמשכת, הצטרפה רק לאחרונה באופן רשמי למגמה בעולם המערבי לעבר כשירות תרבותית. משרד הבריאות הוא הראשון במגזר הציבורי שנתן תוקף ריבוני למהלך. פרסום חוזר המנכ"ל וכניסתו לתוקף, יחד עם מאמצים לצמצום אי־השוויון בבריאות ותנופת האקרדיטציה האיצו את תהליך הכשירות התרבותית בקרב ארגוני וספקי השירות בהיקפים ודגשים שונים. מסקירה קצרה של יישום הכשירות התרבותית בישראל ניתן להתרשם כי קיימת פעילות רבה בעיקר ברמה המערכתית, וכי התחום הולך ומתעצב בתקופה קצרה יחסית. הרחבה והטמעה של תהליכי הכשירות התרבותית בהיבט הרחב, פיתוח כלי מדידה והערכה של התהליך בקונטקסט הישראלי הם כיווני פעולה נחוצים על מנת לבסס את המהלך.

מקורות

1. OMH. U.S. Department of Health and Human Services. http://minorityhealth.hhs.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlID=54 6.9.2011.
2. Cross T, Bazron B, Dennis K, Isaacs M. Towards a culturally competent system of care. 1989; volume I. (Washington, D.C.: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center).
3. Association of American Medical Colleges. Cultural Competence Education. 2005; Available from: https://www.aamc.org/download/54338/data/culturalcomped.pdf. Accessed date: 2013 January 31.
4. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. Public Health Rep 2003 Jul-Aug; 118(4): 293-302.
5. Like RC. Educating clinicians about cultural competence and disparities in health and health care. J Contin Educ Health Prof 2011 Summer; 31(3): 196-206.
6. Australian Govenment. National Health and Hospital Reform Commission. A healthier future for all Australians - Final Report June 2009. http://www.health.gov.au/internet/nhhrc/publishing.nsf/content/1AFDEAF1FB76A1D8CA257600000B5BE2/$File/EXEC_SUMMARY.pdf. 2009 July 27; P3 -5499.
7. Dimond B. Race Relations in the U.K.: the implicatioons for health and social care of recent changes in the law. Diver Health Soc Care 2004; 1: 7-12.
8. Ludeke M, Puni R, Cook L, Pasene M, Abel G, Sopoaga F. Access to general practice for Pacific peoples: a place for cultural competency. J Prim Health Care 2012 Jun 1; 4(2): 123-130.
9. Henderson S, Kendall E, See L. The effectiveness of culturally appropriate interventions to manage or prevent chronic disease in culturally and linguistically diverse communities: a systematic literature review. Health Soc Care Community 2011 May; 19(3): 225-249.
10. Nelson A. Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. Journal of the National Medical Association 2002; 94; (8). Available from: http://gateway.proquest.com/openurl?ctx_ver=Z39.88-2004; Accessed date: 2013 June 9.
11. Grant J, Parry Y, Guerin P. An investigation of culturally competent terminology in healthcare policy finds ambiguity and lack of definition. Aust N Z J Public Health 2013 Jun; 37(3): 250-256.
12. משרד הבריאות. התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות. **2011.** Available from: http://www.health.gov.il/hozer/mk07_2011.pdf. Accessed date: 2013 September 13.
13. Epner DE, Baile WF. Patient-centered care: the key to cultural competence. Ann Oncol 2012 Apr; 23 Suppl 3: 33-42.
14. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. PLoS Medicine 2006;3; Available from: http://www.ploscollections.org/article/browseIssue.action?issue=info:doi/10.1371/issue.pcol.v07.i03. Accessed date: 2013 September 13.
15. Fiester A. What "patient-centered care" requires in serious cultural conflict. Acad Med 2012 Jan; 87(1): 20-24.
16. Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. J Natl Med Assoc 2008 Nov; 100(11): 1275-1285.
17. Evans N, Menaca A, Koffman J, Harding R, Higginson IJ, Pool R, et al. Cultural competence in end-of-life care: terms, definitions, and conceptual models from the British literature. J Palliat Med 2012 Jul; 15(7): 812-820.
18. Smedley B, Stith A, Nelson A. Institute of Medicine, committee on understanding and eliminating racial and ethnic isparities in health care. Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. 2002. Washington: National Academies Press.
19. Betancourt JR, King RK. Unequal treatment: the Institute of Medicine report and its public health implications. Public Health Reports 1974 (Formerly: Health Services Reports) 2003; 118; Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497551/pdf/12815075.pdf. Accessed date: 2013 February 12.
20. Beach MC, Price EG, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A, et al. Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. Med Care 2005 Apr; 43(4): 356-373.
21. Kumas-Tan Z, Beagan B, Loppie C, MacLeod A, Frank B. Measures of cultural competence: examining hidden assumptions. Academic Medicine 2007; 82(6): 548.
22. Lie DA, Lee-Rey E, Gomez A, Bereknyei S, Braddock CH. Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. J Gen Intern Med 2011 Mar; 26(3): 317-325.

23. Dykes DC, White AA. Culturally competent care pedagogy: what works? Clin Orthop Relat Res 2011 Jul; 469(7): 1813-1816.
24. U.S. Department of Health & Human Services. Think Cultural Health. 2013. Available from: https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/Content/clas.asp. Accessed date: 2013 June 15.
25. Andrulis D, Siddlqui N, Purtle J, Duchon L. Patient protection and affordable care act of 2010. Advancing health equity for racially and ethnically diverse populations. Available from: http://www.jointcenter.org/sites/default/files/upload/research/files/Patient%20Protection%20and%20Affordable%20Care%20Act.pdf. Accessed date: 2013 June 15.
26. U.S. Department of Health & Human Services. National standards for culturally and linguistically appropriate services (CLAS) in health and health care. 2013. Available from: https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/pdfs/EnhancedNationalCLASStandards.pdf. Accessed date: 2013 August 9.
27. U.S. Department of Health & Human Services. National CLAS standards: Facts sheet. 2013; Available from: https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/pdfs/NationalCLASStandardsFactSheet.pdf. Accessed date: 2013 August 9.
28. Australian Government. Department of Immigration and Citizenship. The people of Australia: Australia's multicultural policy. 2011; Available from: http://www.immi.gov.au/media/publications/multicultural/pdf_doc/people-of-australia-multicultural-policy-booklet.pdf. Accessed date: 2013 September 1.
29. Austrialian Government. National Health and Medical Research Council. Cultural competency in health: A guide for policy, partnership and participation. 2006; Canberra. Commonwealth of Australia. Available from: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/hp19.pdf. Accessed date: 2013 September 1.
30. Calma T. Achieving Aboriginal and Torres Strait Islander health equality within a generation: A human rights based approach. 2005. Australian Human Rights and equal opportunity commission.). Available from: http://www.humanrights.gov.au/publications/achieving-aboriginal-and-torres-strait-islander-health-equality-within-generation-human. Accessed date: 2013 September 1.
31. Macpherson W. The Stephen Lawrence inquiry: Report of an inquiry. 1999. Available from: http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm42/4262/sli-00.htm. Accessed date: 2013 September 13.
32. Office of Public Sector Information. Race relations (Amendment) act 2000 (C.34). Available from: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2000/34/pdfs/ukpga_20000034_en.pdf. Accessed date: 2013 September 9.
33. Richardson K, Fulton R. Towards culturally competent advocacy: meeting the needs of diverse communities. 2010. BILD Available from: http://www.gain.org.uk/documents/culturalcompetencypaper.pdf. Accessed date: 2013 September 13.
34. U.K. Gov. Department of Health Equality Objectives 2012 to 2016. 2012. Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216801/DH-Equality-Objectives-Action-Plan.pdf. Accessed date: 2013 September 13.
35. Department of Health. NHS constitution for England. 2009 London, Department of Health. Available from: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_093442.pdf. Accessed date: 2013 September 13.
36. Local Government Ombudsman/Parliamentary and Health Service Ombudsman. Six lives: the provision of public services to people with learning disabilities. 2009. Available from: http://www.ombudsman.org.uk/improving_services/special_reports/hsc/six_lives/index.html. Accessed date: 2013 September 13.
37. Evans N, Menaca A, Andrew EV, Koffman J, Harding R, Higginson IJ, et al. Systematic review of the primary research on minority ethnic groups and end-of-life care from the United Kingdom. J Pain Symptom Manage 2012 Feb; 43(2): 261-286.
38. **מדינת ישראל. חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד 1994.** Available from: http://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Bituah_01.pdf. Accessed date: 2013 September 15.
39. **מדינת ישראל. משרד הבריאות. חוק זכויות החולה התשנ"ו 1996.** Available from: http://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Zchuyot_01.pdf. Accessed date: 2013 September 15.
40. **משרד הבריאות. האגף לכלכלה וביטוח בריאות. אי־שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2012.** available from: http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/briut_sofi2.pdf. Accessed date: 2013 September 15.
41. **משרד הבריאות. האגף לכלכלה וביטוח בריאות. אי־שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2010.** Available from: http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/econ_briut_sofi.pdf. Accessed date: 2013 September 15.
42. **משרד הבריאות. חוזר מינהל הרפואה. בתי תפילה למוסלמים. חוזר 40/2013. 2013.** Available from: http://www.health.gov.il/hozer/mr40_2013.pdf. Accessed date: 2013 December 15.
43. **בר־רצון ע, דרייהר י, וירטהיים א, פרלמן ל, גרוזמן ק, רוזנבוים ז ואח'. אקרדיטציה של בתי חולים – ניסיון שירותי בריאות כללית. 2011. הרפואה 150 (4).**
44. **משרד הבריאות. מינהל הרפואה. אגף לרפואה כללית. דף הבית.** Available from: http://www.health. gov.il/UnitsOffice/HD/MHealth/Rclalit/Pages/default aspx. Accessed date: 2013 December 15.
45. **משרד הבריאות. מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי. אי־שוויון בבריאות וההתמודדות עמו 2013.** Available from: http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/inequality-2013.pdf. Accessed date: 2013 December 15.
46. **המרכז הבין־תרבותי לירושלים. כשירות תרבותית במערכת הבריאות. 2013.** Available from: http://jicc.org.il/subActivity.asp?activityID=12. Accessed date: 2013 December 15.
47. **טנא בריאות. דף הבית. 2013.** Available from: http://www.tene-briut.org.il/. Accessed date: 2013 December 17.
48. **המרכז הבין־תרבותי לירושלים. הטמעת כשירות תרבותית בארגוני בריאות. 2013.** Available from: http://jer-icc.org/blog/wp-content/uploads/2013/08/16og15hxkneo15id795d7a0d799-d791d7a8d799d790d795d7aa-d79ed793d7a8d799d79a-d79ed7a8d795d79bd796-d799d795d79cd799-2013.pdf. Accessed date: 2013 December 15.
49. **דיין נ, ניראל נ. רפואה שלמה: תוכנית לקידום בריאות יוצאי אתיופיה**

%D7%94%D7%9C%D7%99%D7%9E%D7%94-%D7%AA%D7%A8%D7%91%D7%95%D7%AA%D7%99%D7%AA-%D7%91%D7%91%D7%99%D7%AA-%D7%97%D7%95%D7%9C%D7%99%D7%9D-%D7%90%D7%9C%D7%99%D7%9F. Accessed date: 2013 December 11.

ברפואה ראשונית. בתוך: לשם א, רואר־סטריאר, ד. (עורכים). שונות תרבותית כאתגר לשירותי אנוש. 2004. ירושלים: הוצאת ספרים ע"ש י"ל מאגנס, האוניברסיטה העברית. עמ' 345-359.

50. סדנת הלימה תרבותית בבית החולים אל"ן. 2013. Available from: http://www.alyn.org.il/%D7%A1%D7%93%D7%A0%D7%AA-

תקצירים

תוצאי בריאות ארוכי טווח במי שנולדו במהלך השואה

איל ברקוביץ, ליטל קינן-בוקר, שאול שאשא

Eyal Bercovich, Lital Keinan-Boker, Shaul M. Shasha,
Long-Term Health effects in Adults Born during the Holocaust.

תקציר

רקע: ממצאיהם של מחקרים קודמים העלו כי מי שנחשפו לרעב ולעקה (stress) בהיותם עוברים, תינוקות או ילדים רכים, עשויים להיות מושפעים מכך מבחינה בריאותית בבגרותם, מה שמכונה "המקור העוברי לתחלואת מבוגרים" (Fetal origin of Adult Diseases, FOAD).

מטרה: לקבוע אם לחשיפה לתנאי רעב ועקה בשואה במהלך התקופה שלפני ההיריון ועד לילדות המוקדמת יש השפעה על הימצאות תחלואה כרונית במבוגר.

שיטות: זהו מחקר חלוץ (pilot study) על מדגם נוחות של 70 יהודים, ילידי אירופה, שנולדו בשנים 1940-1945 במדינות שהיו תחת השלטון הנאצי ("חשופים"), אשר רואיינו באמצעות שאלון מפורט, פנים אל פנים, כדי לאמת את מידת החשיפה ולקבוע את הימצאותה של תחלואה כרונית בהסתמך על דיווח עצמי. קבוצת החשופים הושוותה לקבוצת ביקורת של 230 ילידי ישראל באותן שנים, ממוצא אירופי, שהוריהם עלו ארצה לפני מלחמת העולם השנייה, אשר נגזרה ממדגם סקר הבריאות הטלפוני הלאומי II-INHIS שנערך בשנים 2007-2010 ("לא חשופים"). ההימצאות של תחלואה כרונית הושוותה בין שתי הקבוצות.

תוצאות: הימצאות של גורמי סיכון לתחלואת לב וכלי דם ומחלות לב הייתה גבוהה יותר באופן מובהק בקבוצת החשופים לעומת הלא חשופים: ממוצע מדד מסת הגוף (3.2±26.09 לעומת 4.412±26.97, בהתאמה, p=0.015), יתר לחץ דם (62.9% לעומת 43.0%, בהתאמה, p=0.03), הפרעה בשומני הדם (72.9% לעומת 46.1%, בהתאמה, p<0.001), סוכרת (32.9% לעומת 17.4%, בהתאמה, p=0.006), תעוקת לב (18.6% לעומת 4.8%, בהתאמה, p=0.001), ואי ספיקת לב (8.6% לעומת 1.7%, בהתאמה, p=0.001). גם ההימצאות של סרטן (30.0% לעומת 8.7%, בהתאמה, p<0.001), כאבי ראש/מיגרנות (24.3% לעומת 12.6%, בהתאמה, p<0.001) וחרדה/דיכאון (50.0% עומת 8.3%, בהתאמה, p<0.001), היו גבוהים יותר בחשופים בהשוואה ללא חשופים.

מסקנות: התוצאות מצביעות על כך שחשיפה לתנאי שואה בתקופה הטרום עוברית ולאחריה עשויה להיקשר להימצאות גבוהה יותר של השמנה, הפרעה בשומני הדם (דיסליפידמיה), סוכרת, יתר לחץ הדם, תחלואת לב וכלי דם, סרטן, ומחלה כיבית במערכת העיכול בגיל המבוגר, מה שיכול להגדיר את קבוצת החשופים כקבוצה בסיכון גבוה לתחלואה כרונית. מאחר ומדובר במחקר חלוץ, יש מקום להמשך מחקר בתחום.

סימון תזונתי ותו צ'ויסס בישראל: עמדות ותפישות של קובעי מדיניות בריאות בכירים

ענת גסר-אדלסבורג, רונית אנדוולט, יערה תירוש-קמינצ'יק
בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה

Gesser-Edelsburg, A., Endevelt, R., & Tirosh-Kamienchick, Y.
(2013). Nutrition labelling and the choices logo in Israel: positions and perceptions of leading health policy makers. *J Hum Nutr Diet*. doi: 10.1111/jhn.12050

תקציר

רקע: בהתבסס על גישת השיווק החברתי ותיאוריית הפצת החידושים אשר מצביעים על החשיבות של מנהיגי דעה ביחס להפצת רעיונות חדשים, מושגים ופרקטיקות בקרב קהילייה, מטרת המחקר לבחון עמדות ותפישות של דיאטנים ופקידי בריאות בכירים בישראל ביחס לסימון תזונתי ותו צ'ויסס, לפני השקתו לראשונה בישראל בפברואר 2011, כמו גם לבדוק איך הם יתקשרו את התו לציבור כסוכני השפעה.

שיטות: נערכו ראיונות עומק פנים־מול־פנים וראיונות טלפוניים עם 15 דיאטנים בכירים ובעלי תפקידים בכירים במשרד הבריאות באמצעות פרוטוקולים חצי־מובנים שכללו שאלות על סימון תזונתי ותו צ'ויסס.

תוצאות: המשיבים חשבו שטבלאות ההרכב התזונתי שנמצאות בדרך כלל בגב האריזות, מורכבות מדי לצרכן הממוצע. באופן דומה, חזיתות האריזות מערבבות פרסומות והצהרות תזונתיות, דבר שגורם לבלבול. משתתפי המחקר מעוניינים לראות תו אינטגרטיבי בחזית האריזה שיקל על קבלת ההחלטות של הצרכנים. מאידך, תו צ'ויסס מעלה שאלות אתיות וחברתיות בנוגע לקונפליקט בין אינטרסים של תאגידים ובריאות הציבור: (1) יחסיות התו כנגד אובייקטיביות; (2) אחריות הצרכן ליצירת דיאטה מאוזנת; (3) אמינות התו; ו־(4) הטיה כנגד חברות, מוצרים וקהלים.

מסקנות: התוצאות מאירות את חשיבות הצורך של תוכנית קידום בריאות אינטגרטיבית, כולל שימוש בשיווק חברתי המבוסס על מאמצים משותפים של תעשיית המזון, רגולטורים ומומחים, כדי להמליץ על שינויים והתאמות בסימון תזונתי בחזית האריזה במטרה לקדם צריכה תזונתית בריאה יותר.

צריכת מזון וסימון תזונתי בקרב עולים לישראל מברית המועצות לשעבר

ענת גסר-אדלסבורג[1], רונית אנדוולט[1], מינה צמח[2], יערה תירוש-קמינצ'יק[1]

[1]בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה

[2]מדגם יעוץ ומחקר בע"מ

Gesser-Edelsburg, A., Endevelt, R., Zemach, M., & Tirosh-Kamienchick, Y. (2013). Food Consumption and Nutritional Labeling Among Immigrants to Israel from the Former Soviet Union. *J Immigr Minor Health*. doi: 10.1007/s10903-013-9885-6

תקציר

סימון תזונתי מסייע לצרכנים לבצע בחירות בריאות יותר ביחס למוצרי מזון אותם הם רוכשים. במחקר נבחנו ההבדלים בין עולים מברית המועצות לשעבר שעלו לישראל מתחילת שנות ה־90 לבין האוכלוסייה הכללית בישראל, ביחס לצריכת מזון באופן רחב ושימוש בסימון תזונתי באופן ספציפי. מדגם מייצג של כל אוכלוסייה (n=592) הורכב ורואיין. עפ"י הממצאים, בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, העולים מברית המועצות לשעבר מייחסים פחות חשיבות לגורמי בריאות בקניית מוצרי מזון ולמידע על המרכיבים שמכילים מוצרי המזון; הם נוטים שלא לעקוב אחר תווים תזונתיים והם פחות מדווחים על הצורך בסימון תזונתי אינטגרטיבי. בעקבות זאת, בחלק השני של המחקר, בחנו איזה מבין המשתנים הסוציו־כלכליים הם הדומיננטיים ביותר בעיצוב עמדות כלפי צריכת מזון וסימון תזונתי. רק עליה וגיל נמצאו בקורלציה עם עמדות הקשורות לצריכת מזון בריא. בניגוד לכך, מין, השכלה ומידת דתיות, לא השפיעו על בחירת המזון. עליה נמצאה כגורם המרכזי באופן בולט מאשר המשתנים האחרים. לסיכום, הכרחי להבהיר את תפישות העולים של מושג ה"בריאות" ו"תזונה נכונה" בפיתוח תוכניות קידום בריאות.

מודל חברתי-סביבתי לפגיעות לא מכוונות בקרב ילדי מיעוטים בישראל

אורנה בראון-אפל, מיכל איבנקובסקי

Baron-Epel, O., & Ivancovsky, M.
(2013). A socio-ecological model for unintentional injuries in minorities: a case study of Arab Israeli children. *Int J Inj Contr Saf Promot*. doi: 10.1080/17457300.2013.855794

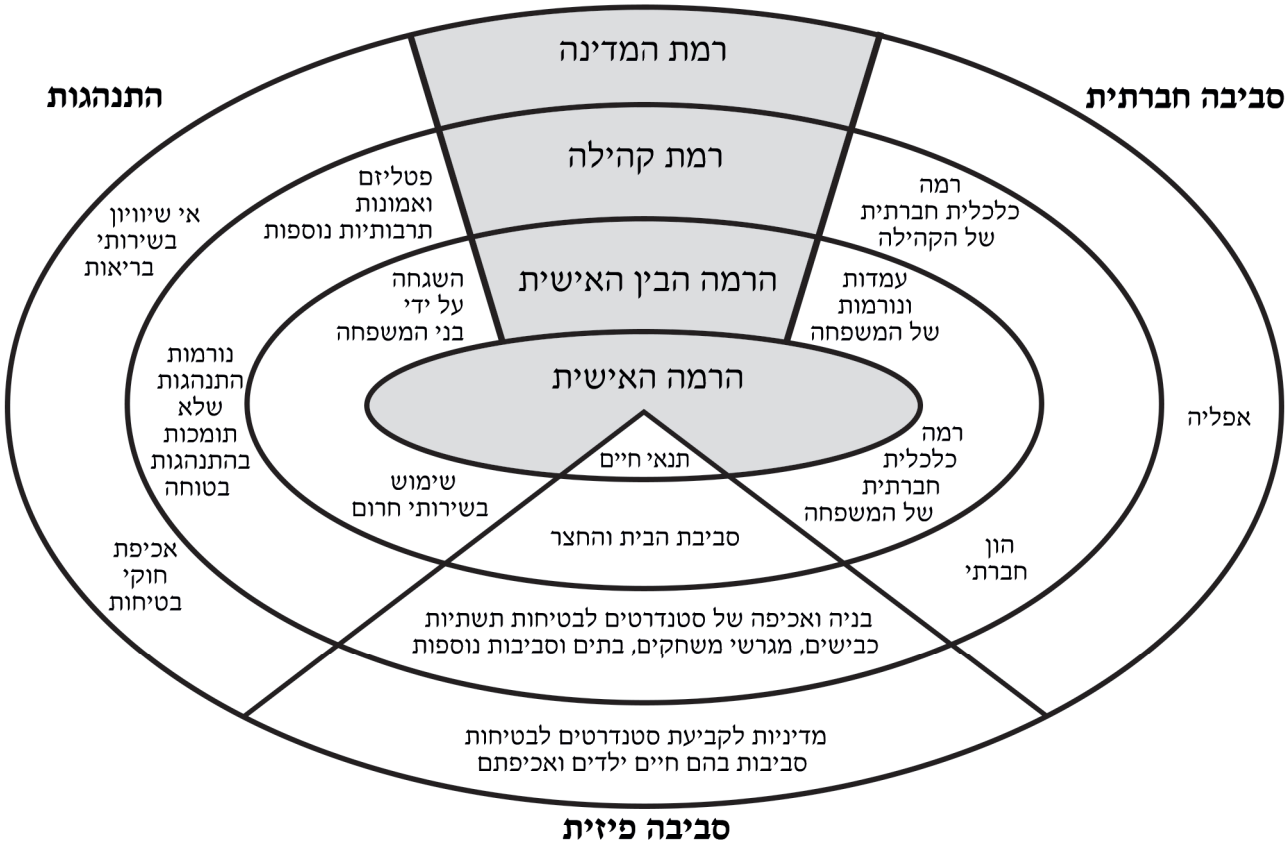
תקציר

בסקירת הספרות שפורסמה על בסיס מחקרים ונתונים בישראל נמצא ששיעור ההיפגעויות הלא מכוונות בקרב ילדים ערבים בני 0-17 גבוהים פי 3.2 לעומת יהודים. בקרב ילדים בני 1-4 גבוהים שיעורי התמותה בקרב ערבים פי 5.6 מאשר בקרב יהודים. גם שיעורי האשפוזים והפניות לחדרי מיון גבוהים יותר בקרב ילדים ערבים: 42% מהילדים הרשומים ברישום הטראומה הינם ערבים כאשר חלקם באוכלוסיה הינו 28%. מכאן ששיעור הפגיעות הקשות בקרב ערבים גבוה מאשר בקרב הילדים היהודים. גם מחקרים אחרים הראו ששיעור ההיפגעויות הקשות גבוהה יותר בקרב ילדים ערבים אך שיעור הפניות לחדר מיון זהה ליהודים.

ילדים ערבים היו בסיכון גבוה יותר לתמותה מתאונות דרכים בעיקר כהולכי רגל. תופעה שכמעט אינה קיימת באוכלוסיה היהודית אך קיימת באוכלוסיה הערבית הינה דריסות ילדים בחצר הבית כאשר מכונית החונה בחצר נוסעת אחור.

בבדיקת הסיבות האחרות להיפגעויות בקרב ילדים ערבים נמצא שיעור גבוה יותר של נפילות מגובה, בעיקר בסביבת המגורים, מרפסות, גגות וחדרי מדרגות. כוויות הינם סיבת היפגעות נוספת ששכיחה יותר בקרב הילדים הערבים. מחקרים דיווחו ששכיחות הכוויות הינה גבוהה במיוחד בקרב הבדואים בדרום. בנוסף נמצא ששיעורי ההיפגעויות והתמותה גבוהים יותר בעקבות טביעות, והרעלות מחשיפה לחומרי הדברה.

יש לציין שמגמת התמותה מהיפגעויות בילדים בישראל נמצאת במגמת ירידה בעשור האחרון הן בקרב ילדים ערבים והן בקרב ילדים יהודים, אך ירידה זו לא צמצמה את הפערים הקיימים בשיעורי התמותה והיפגעויות בין הילדים הערבים ליהודים. בניתוח הנתונים על היפגעויות נעשה שימוש במודל הסוציו־אקולוגי הבודק את הגורמים להיפגעויות בארבע רמות, רמת הפרט, רמת המשפחה, רמת הקהילה ורמת המדינה. בכל רמה ניתן לנתח את הגורמים על פי גורמים הקשורים להתנהגות, לסביבה הפיזית ולסביבה החברתית. בכל אחד מהרמות הנ"ל יש לרמה סוציו־אקונומית של הפרט והקהילה השפעה על היפגעויות ילדים. מניתוח זה ניתן להסיק שיש שני גורמים עיקריים הגורמים לשיעור הגבוה של היפגעויות בקרב ילדים ערבים אותם ניתן לשנות: בטיחות הסביבה בה חיי ומשחק הילד וההשגחה ההורית, בעיקר בגילאי ה־1-4 בהם הילד צריך השגחה תמידית. השילוב בין השגחה לא יעילה לבין סביבה לא בטיחותית הנובעת מחוסר תקציבים וחוסר תכנון סביבתי בטיחותי הינה גורם סיכון משמעותי להיפגעויות ילדים.


רמת המדינה
רמת קהילה
הרמה הבין האישית
הרמה האישית
התנהגות
סביבה חברתית
סביבה פיזית
אי שיוויון בשירותי בריאות
פטליזם ואמונות תרבותיות נוספות
רמה כלכלית חברתית של הקהילה
השגחה על ידי בני המשפחה
עמדות ונורמות של המשפחה
נורמות התנהגות שלא תומכות בהתנהגות בטוחה
אפליה
תנאי חיים
רמה כלכלית חברתית של המשפחה
שימוש בשירותי חרום
סביבת הבית והחצר
הון חברתי
אכיפת חוקי בטיחות
בניה ואכיפה של סטנדרטים לבטיחות תשתיות כבישים, מגרשי משחקים, בתים וסביבות נוספות
מדיניות לקביעת סטנדרטים לבטיחות סביבות בהם חיים ילדים ואכיפתם

הנחיות למחברים עבור כתב העת "קידום בריאות בישראל"

כתב העת "קידום בריאות בישראל" מפרסם סוגים שונים של מאמרים:

1. מאמרים מחקריים מקוריים שלא הוגשו לפרסום ולא פורסמו במקום אחר. המאמרים עוסקים בנושאים הקשורים לקידום בריאות האוכלוסייה בישראל.
2. מאמרים המתארים הערכה של תכניות קידום בריאות, יש לתאר את תוכנית ההתערבות ואת תוצאות ההערכה.
3. סקירות ספרות בנושאים אשר יעניינו את העוסקים בקידום בריאות ובחינוך לבריאות.
4. תרגום של תקצירים של מאמרים שפורסמו בחו"ל ועוסקים בנושאי קידום בריאות.

כתב העת "קידום בריאות" הינו כתב עת אשר כל המאמרים המתפרסמים בו עוברים ביקורת עמיתים (**peer review**). העורך וחברי המערכת יחליטו על התאמת המאמר לכתב העת ועל הפנית המאמר לביקורת עמיתים. לאחר קבלת הביקורת יוחלט על קבלת המאמר לפרסום והמחבר יתבקש לערוך תיקונים על פי הנחיות המבקר. ביקורת העמיתים תהיה אנונימית.

הגשת מאמר תכלול:

- המאמר בקובץ ממוחשב שישלח בדוא"ל לעורכת המדעית.
- מכתב נלווה עם חתימות המחברים והתחיבות לאי שליחת המאמר או פרסומו במקום אחר. כל המחברים מתחיבים לכך שתרמו למאמר באופן משמעותי.
- את המאמר יש להקליד בגופן **David** 12, אותיות ורווח של שורה וחצי.

הנחיות ספציפיות

דף הכותרת יכלול את שם המאמר, שמות המחברים, המוסד וכתובתו, שם וכתובת המחבר המכותב כולל טלפון קווי, פקס, טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני. שאר המאמר לא יכלול את שמות המחברים אך יכלול בחלק העליון את שם המאמר. יש למספר את עמודי המאמר.

מאמר המתאר מחקר או התערבות:

תקציר של לא יותר מ־200 מילים הכולל רקע, מטרות, שיטות ותאור ההתערבות, תוצאות, דיון ומסקנות.

גוף המאמר (ללא התקציר, הספרות והטבלאות) לא יעלה על 10 עמודים או 5000 מילים.

המאמר יכלול מבוא וסקירת ספרות, שיטות מחקר או תאור ההתערבות וההערכה, תוצאות המחקר או ההערכה, ודיון. בסוף הדיון יוצגו המסקנות בקצרה: לא יותר מחצי עמוד.

ספרות – רשימת הספרות תכלול לא יותר מ־30 ציטוטים בשיטת ונקובר (מספור המאמר בגוף הטקסט).

טבלאות או גרפים – המאמר יכלול עד 4 טבלאות או גרפים. במלל של התוצאות יצוין מספר הטבלה או הגרף עליו מדובר.

תודות – ניתן להוסיף תודות בסוף המאמר.

סקירה:

סקירה תהווה סיכום עדכני של ספרות על נושא מסוים.

דף כותרת בדומה למתואר עבור מאמר מחקרי.

תקציר של לא יותר מ־200 מילים.

גוף הסקירה יחולק לפי תתי נושאים ובסוף סיכום והמסקנות.

ניתן לצטט עד 40 מקורות.

אורך סקירה לא יעלה על 14 עמודים, או 7000 מילים לא כולל רשימת ספרות ותקציר.

הספרות:

המקורות יצוינו בגוף הטקסט במספרים רצים, בסוף תוצג הרשימה לפי סדר רץ עם ציון מספר המקור.

לדוגמא:

1. Kaplan G, Baron-Epel O. What lies behind the subjective evaluation of health status? Soc Sci Med. 2003; 56: 1669-76.

למידע נוסף בנושא הציטוטים ניתן לפנות ל:

http://www.library.uq.edu.au/training/citation/vancouv.pdf

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

כתובת למשלוח המאמרים

ד"ר אורנה בראון-אפל, בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה, הר הכרמל חיפה 31905
דואר אלקטרוני ornaepel@research.haifa.ac.il