

קידום הבריאות בישראל

כתב עת ישראלי
לחינוך ולקידום הבריאות

חברת

11

חשוון תשפ"ד, אוקטובר 2023



ISSN: 2707-0055



קידום הבריאות בישראל

כתב עת ישראלי לחינוך ולקידום הבריאות

ISSN: 2707-0055

חוברת מס' 11, חשון תשפ"ד, אוקטובר 2023

הפקה: המחלקה לחינוך ולקידום הבריאות,
חטיבת בריאות הציבור, משרד הבריאות

מערכת קידום הבריאות בישראל:

עורכות מדעיות: ריקי טסלר, שירן בורד

עורכת משנה: ניבה מנור

עורכת לשון: דניאלה ברדוש מרץ

עריכה גרפית והפקה: דלית דנן

חברי המערכת (לפי סדר א-ב):

רחל ניסנהולץ-גנות

כרמית סטרן

יעל סלע

ורד קאופמן-שריקי

ליאת קורן

לאה רוזן

אפרת אפללו

אורנה בראון-אפל

ניהאיה דאוד

מחמד חטיב

שחר לב ארי

דיאן לוין-זמיר

עורכי כתב העת והמחלקה לחינוך ולקידום הבריאות, משרד הבריאות, אינם אחראים לתוכן המאמרים. רשימת המקורות הועברו לדפוס כפי שהתקבלו מהמחברים.

שיפוט מאמרים:

מאמר שישלח למערכת קידום הבריאות בישראל יראה אור רק לאחר שיישפט על ידי עמיתים-מומחים.

רשימת מחברי המאמרים והתקצירים

רשימת מחברי המאמרים:

הערכת פעילותה של "סיירת ביקורי הבית" במחוז חיפה, מנקודת מבטן של אימהות שקיבלו את השירות ואחיות ה"סיירת"

עולא פחראלדין – בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון
שירן בורד – החוג למנהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל
כרמית סטרן – החוג לסייעוד, המכללה האקדמית עמק יזרעאל
בתיה מג'ר – לשכת הבריאות המחוזית, חיפה
אלה ברקוביץ – החוג למנהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל
ג'יזל גרין – בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון

הצורך והפיתוח של גיליון ציונים: פעילות גופנית של ילדים ובני נוער עם מוגבלות בישראל

ישעיהו הוצלר – המרכז האקדמי לוינסקי-וינגייט; אילן מרכז הספורט לנכים, רמת גן
דני נמט – הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב; מרכז רפואי מאיר
ריקי טסלר – המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל
שרון ברק – המחלקה לסייעוד, אוניברסיטת אריאל; בית החולים לילדים ע"ש ספרא, תל השומר
אבינועם גלעד – מרכז אילן, פתח תקווה
שרון לוי – המחלקה לסייעוד, מכללת עמק יזרעאל
לירי אנדי פינדלינג – התוכנית הלאומית לחיים פעילים ובריאים, משרד הבריאות
נורית שרביט – משרד התרבות והספורט
אפרת אפללו – המחלקה לקידום בריאות, משרד הבריאות
נועה שטיינמץ – המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל
קווק נג – האוניברסיטה של לימריק באירלנד

התנגדות לחיסוני COVID-19 ברשתות החברתיות בישראל: הסכנות חיסונים, חוסר אמון של הציבור והופעתם של "מתנגדי החיסונים האקטיביסטיים"

לירון עינצי – החוג למנהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל
עמית רוטמן – החוג לחינוך והחוג לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, המכללה האקדמית עמק יזרעאל
חן זרצקי – החוג למנהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל

"קידום בריאות האסירים של היום – האזרחים של מחר": גורמים הקשורים לדפוס בריאות בקרב אסירים בישראל

לי רומח – המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל
עופר רגב – המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל
ריקי טסלר – המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל
יוסי וויס – המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל
יאיר שפירא – המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל
נועה שטיינמץ – המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל
יוחנן ועקנין – ענף מחקר, שירות בתי הסוהר
קתרין בן צבי – ענף מחקר, שירות בתי הסוהר
ליאב גולדשטיין – ענף מחקר, שירות בתי הסוהר
חגית בונינח – החוג לקרימינולוגיה, אוניברסיטת אריאל

השפעת פעילות גופנית על שביעות רצון מהחיים של אנשי חינוך בתקופת הקורונה

שושי דורפברגר – המכללה האקדמית לחינוך גורדון
לביא סיגמן – המכללה האקדמית לחינוך גורדון

מיפוי וסיקור של סביבת המזון בקמפוס אוניברסיטת אריאל בשומרון בראי סל המזון הבריא

נעמה דגניה – המחלקה למדעי התזונה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון
ליאור מור – המחלקה למדעי התזונה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון
ענת הורביץ – המחלקה למדעי התזונה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון
סתית צ'וסניק – המחלקה למדעי התזונה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון
בר עמראני – המחלקה למדעי התזונה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון
אור פרס – המחלקה למדעי התזונה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון
ורד קאופמן שריקי – המחלקה למדעי התזונה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון

רשימת מחברי התקצירים:

גילנות במכוני כושר

אסתר הרצוג – המכללה האקדמית צפת
אסף לב – המכללה האקדמית אונו

פעילות פנאי ככלי לקידום קשרים בין סטודנטים ערבים ויהודים בישראל

דבורה הלרשטיין – המכללה האקדמית וינגייט
ג'סיקה לייטנר – המכללה האקדמית וינגייט
מחמד סינדיאני – המכללה האקדמית וינגייט

ילדים במערכת החינוך האנתרופוסופית בעלי שיעורי השמנה נמוכים יותר ושיעורי התנהגות מקדמת בריאות גבוהים יותר, מילדים במערכת החינוך הרגילה

מורן בלייכפלד מגנאזי – אגף התזונה, חטיבת בריאות הציבור, משרד הבריאות
ענת אדלסבורג גסר – בית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה לבריאות ורווחה, אוניברסיטת חיפה
יפית יצחקי – המחלקה לסיעוד בבריאות הציבור, חטיבת בריאות הציבור, משרד הבריאות
רונית אנדוולט – אגף התזונה, חטיבת בריאות הציבור, משרד הבריאות
נעמי פליס איסקוב – אגף התזונה, חטיבת בריאות הציבור, משרד הבריאות

חסמים וגורמים אפשריים ליישום בית נקי מעישון ורכב נקי מעישון במהלך הריון: מחקר איכותני בקרב אבות לעתיד ישראלים

יהודית אן-לור גורישרמן – בית הספר לבריאות הציבור, האוניברסיטה העברית
יהודה נוימרק – בית הספר לבריאות הציבור, האוניברסיטה העברית
מאיה רודנאי – בית הספר לבריאות הציבור, האוניברסיטה העברית
יעל ברזאב – בית הספר לבריאות הציבור, האוניברסיטה העברית

שימוש בגני כושר חיצוניים במרחב העירוני

אורנה בראון-אפל – בית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה לבריאות ורווחה, אוניברסיטת חיפה
איריס רן – בית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה לבריאות ורווחה, אוניברסיטת חיפה

תוכן העניינים

בפתח המהדורה

5 אפרת אפללו.

דבר המערכת

6 ריקי טסלר, שירן בורד, ניבה מנור.

מאמרים

הערכת פעילותה של "סיירת ביקורי הבית" במחוז חיפה מנקודת מבטן של אימהות שקיבלו את השירות ושל אחיות ה"סיירת"
7 עולא פחראלדין, שירן בורד, כרמית סטרן, בתיה מגר, אלה ברקוביץ, גיזל גרין

הצורך והפיתוח של גיליון ציונים: פעילות גופנית של ילדים ובני נוער עם מוגבלות בישראל
ישעיהו הוצלר, דני נמט, ריקי טסלר, שרון ברק, אבינועם גלעד, שרון לוי, לירי פינדלינג אנדי, נורית שרביט,
16 אפרת אפללו, נועה שטיינמץ, קווק נג

התנגדות לחיסוני COVID-19 ברשתות החברתיות בישראל: הסכנות חיסונים, חוסר אמון של הציבור
והופעתם של "מתנגדי החיסונים האקטיביסטיים"
33 לירון עינצי, עמית רוטמן, חן זרצקי

"קידום בריאות האסירים של היום – האזרחים של המחר": גורמים הקשורים לדפוס בריאות בקרב אסירים בישראל
לי רומח, עופר רגב, ריקי טסלר, יוסי וויס, יאיר שפירא, נועה שטיינמץ, יוחנן ועקנין, קתרין בן צבי,
42 ליאב גולדשטיין, חגית בונינח.

השפעת פעילות גופנית על שביעות רצון מהחיים של אנשי חינוך בתקופת מגפת הקורונה
שושי דורפברגר, לביא סיגמן 55

מיפוי וסיקור של סביבת המזון בקמפוס אוניברסיטת אריאל בשומרון בראי סל המזון הבריא
נעמה דגניה, ליאור מור, ענת הורביץ, סתית צ'וסניק, בר עמרני, אור פרס, ורד קאופמן שריקי 63

תקצירים

גילנות במכוני כושר בישראל
75 אסתר הרצוג, אסף לב

פעילות פנאי ככלי לקידום קשרים בין סטודנטים ערבים ויהודים בישראל
76 דבורה הלרשטיין, ג'סיקה לייטנר, מחמד סינדיאני

ילדים במערכת החינוך האנתרופוסופית בעלי שיעורי השמנה נמוכים יותר
ושיעורי התנהגות מקדמת בריאות גבוהים יותר, מילדים במערכת החינוך הרגילה
77 מורן בלייכפלד מגנאזי, ענת אדלסבורג גסר, יפית יצחקי, רונית אנדוולט, נעמי פליס איסקוב

חסמים וגורמים מאפשרים ליישום בית נקי מעישון ורכב נקי מעישון במהלך היריון:
מחקר איכותני בקרב אבות לעתיד ישראלים
78 יהודית אן-לור גוריישרמן, יהודה נוימרק, מאיה רודנאי, יעל בריזאב

שימוש בגני כושר חיצוניים במרחב העירוני
79 אורנה בראון-אפל, איריס רן

בפתח המהדורה

קולגות וחברים יקרים,

ימים קשים עוברים על מדינת ישראל. ימים שקצרה היריעה מלתאר את התחושות הקשות בהם נמצאים כולנו.

מערכת הבריאות הוכיחה וממשיכה להוכיח כמה היא חזקה, מקצועית, מאורגנת ורגישה. אנשי מערכת הבריאות בכל המקומות ומכל המקצועות נכנסים כולם מתחת לאלונקה לתת מענים טיפוליים פסיים, רגשיים ונפשיים. חשוב לי בראשית דבריי להצדיע לכולם.

גם בעת הזו, אנו מבינים כמה חשוב להמשיך ולעסוק בקידום בריאות ובעיקר בחיזוק החוסן של האזרחים – מהדרום ועד הצפון, מצעיר ועד זקן, ללא הבדל בין דת, גזע ומין. כולנו חייבים לראות לנגד עינינו איך החברה שלנו ממשיכה להיות מחוזקת, מלוכדת ומוגנת בכל ההיבטים ובראשם ההיבטים הנפשיים בריאותיים. יחסי הקהילתיות המאפיינים אותנו בעת הזו, ימשיכו להוות מקור לתמיכה, להגנה, לחיזוק ולמתן כלים לשמירה על הבריאות.

אנו מפרסמות בפניכם את גיליון מס' 11 של כתב העת המקצועי של המחלקה לחינוך ולקידום הבריאות בחטיבת בריאות הציבור במשרד הבריאות. תפקידנו ממשיך בעת הזו לאתר ולהנגיש מידע מחקרי שיסייע לנו לגבש תפיסות עבודה חדשניות ויקדם את התחום שלנו בישראל.

לצד זאת אנו חייבים כולנו להסתכל על התקופה הזו בהסתכלות קצת אחרת עם הבנה שעלינו להתאים את הכלים שלנו למצב הנוכחי על מנת לייצר את השינוי בבריאות הפרט והקהילה. המשרד ממשיך וימשיך לקדם מדיניות שמירה על אורח חיים בריא גם בעת הזו תוך שיח מתמיד ומגוון עם כל השותפים, בזירות השונות.

תודה לחוקרים שרואים בכתב העת שלנו במה לפרסום המחקרים הנפלאים והמעניינים שלהם ותודה ענקית נוספת לעורכות ולמוציאות לפועל של המהדורה – פרופ' ריקי טסלר, ד"ר שירן בורד, ניבה בסודו מנור ודלית דנן שעושות עבודה מופלאה בהגשת כתב העת לידיכם.

ד"ר אפרת אפללו

מנהלת המחלקה לחינוך ולקידום הבריאות
חטיבת בריאות הציבור, משרד הבריאות

דבר העורכות

חברות יקרות וחברים יקרים,

בימים קשים ומתוחים אלו במדינת ישראל אנו מתכבדות להוציא לאור את גיליון מספר 11 של כתב העת "קידום בריאות בישראל". בגיליון זה מפורסמים שישה מאמרים מרתקים וחדשניים, העוסקים בסוגיות שונות בקידום בריאות בישראל. למרות הימים הקשים, אנו בוחרות להמשיך ולפעול לקידום בריאותם של אזרחי מדינת ישראל. על אף ההתקדמות הנרחבת בשדה קידום הבריאות וההכרה בנחיצותו הרבה, השיפור במדדים הבריאותיים של קבוצות אוכלוסייה רבות בישראל טרם הושג במלואו. ימי הלחימה הקשים והאירועים שאנו חווים יוסיפו עוד אתגרים לקידום בריאות האוכלוסייה. נשלב כוחות יחד – אנשי שטח ואנשי אקדמיה – להובלת מהלכים ומדיניות לקידום בריאות בישראל.

ההיבטים השונים שבהם תחום קידום הבריאות בא לידי ביטוי במאמרים בגיליון זה שופכים אור על קידום בריאות במעגלי החיים השונים, מרחיבים את הידע הקיים לצד יצירת ידע חדש ופותחים צוהר אל הזירות השונות שבהן קידום בריאות נוכח וזוכה למשמעות רחבה.

נוסף על המאמרים כתב העת מציג תרגום של תקצירי מאמרים שפורסמו באנגלית במקור מאת כמה כותבים מובילים בתחום במגוון נושאי קידום בריאות בישראל. תקצירים אלו כוללים הפניה למקור המאמר המלא באנגלית עבור מי שמעוניין להרחיב את הקריאה.

כתב העת "קידום בריאות בישראל" שם לעצמו למטרה להנגיש ידע אקדמי ומדעי בתחום קידום הבריאות ולהיות במה משמעותית אשר תיתן כלים, שיטות עבודה וידע חדשני בנושא, ובכך לקדם חיים פעילים ומאושרים מתוך בריאות, חדוות היצירה והאמונה במסוגלותנו העצמית – זו הגופנית וזו הנפשית.

בתקווה לימים שקטים וחזרתם של כל החטופות והחטופים הביתה!

תודה על שיתוף הפעולה,

בברכה,

פרופ' ריקי טסלר וד"ר שירן בורד – עורכות מדעיות

ניבה מנור – עורכת משנה

כתב העת קידום בריאות בישראל

מאמרים

הערכת פעילותה של "סיירת ביקורי הבית" במחוז חיפה מנקודת מבטן של אימהות שקיבלו את השירות ושל אחיות ה"סיירת"

עולא פחראלדין¹, שירן בורד², כרמית סטרן³, בתיה מגר⁴, אלה ברקוביץ², ג'יזל גרין¹

¹ בית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון

² החוג למנהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל

³ החוג לסיעוד, המכללה האקדמית עמק יזרעאל

⁴ לשכת הבריאות המחוזית, חיפה

תקציר

רקע: עבור נשים רבות חוויית האימהות היא מורכבת – מצד אחד משמחת ומן הצד האחר מלחיצה. משאב העשוי לסייע לאימהות בהתמודדות ההורית בתחילת הדרך הוא הדרכה מקצועית, הניתנת לאחר הלידה במהלך האשפוז והממשיכה לאחר השחרור הביתה. בשנת 2019 חנך מחוז חיפה של משרד הבריאות – ביוזמה מקומית – שירות חדשני בשם "סיירת ביקורי בית", שמטרתו להעלות את הזמינות של ביקורי הבית בתקופה הקריטית לאימהות לאחר לידה ראשונה ולאחר לידת פג. עיקר חדשנותו של השירות היא בכך שביקורי הבית אינם מבוצעים בידי אחיות התחנה, אלא בידי אחיות טיפת חלב שזהו ייעודן הבלעדי.

מטרת המחקר: להעריך את פעילותה של "סיירת ביקורי הבית" במחוז חיפה מנקודת מבטן של אימהות לאחר לידה ראשונה או לידת פג שקיבלו את השירות ושל אחיות שנתנו את השירות.

שיטת המחקר: מחקר איכותני, שבמסגרתו נערכו ראיונות עומק חצי מובנים עם 20 אימהות, יהודיות וערביות, אשר אחות בריאות הציבור מ"סיירת ביקורי הבית" ביקרה אצלן לאחר הלידה. כמו כן רואיינו שש אחיות מ"סיירת ביקורי הבית". כל הראיונות הוקלטו ותומללו, והטקסטים נותחו בניתוח תוכן למציאת תמות מרכזיות.

ממצאים: מהראיונות עם האימהות עלה, כי ביקור האחות בביתן, בסביבתן הטבעית, תרם רבות להעלאת הידע שלהן בנוגע לטיפול בתינוק ולחיזוק הביטחון העצמי שלהן. באופן כללי הן הביעו שביעות רצון גבוהה מחוויית הביקור. מהראיונות עם האחיות אפשר ללמוד שעבודתן ב"סיירת ביקורי הבית" כרוכה באתגרים, אך היא מתגמלת בהתפתחות אישית ומקצועית.

מסקנות: השירות החדש נתפס כמוצלח מאוד הן בידי האימהות והן בידי האחיות. עם זאת עלו נקודות לשיפור השירות, לרבות עריכת הביקור סמוך לשחרור מבית החולים לאחר הלידה והקניית מיומנויות טכניות ודיגיטליות מתקדמות לאחיות.

מילות מפתח: ביקורי בית, הדרכה לאחר הלידה, הנקה, אחיות בריאות הציבור

אלו עשויים לעורר רגשות מעורבים של שמחה ושל מצוקה (1). רגשות אלה באים לידי ביטוי תוך כדי הסתגלות לחיים החדשים הנסובים בעיקר סביב הטיפול ביילוד, אשר דורשים מהאם השקעה מיוחדת. הלחץ וההתרגשות ניכרים במיוחד

רקע

הלידה, הרחבת המשפחה והמעבר להורות נחשבים לאירועים מכוננים בחיי האישה ובן זוגה. עבור אימהות רבות שינויים

את חשיבותו של ביקור הבית ואת תרומתו הרבה לבריאות האם והיילוד (11). אחד הממצאים החשובים של מחקר זה היה שיפור רווחתם החברתית והכלכלית של ההורים שזכו לביקורי בית, נוסף על התרומה הרבה להתפתחות התקנה של הילדים.

בארץ, על פי הנוהל "הטיפול בתינוק ובפעוט בתחנות לבריאות המשפחה טיפת חלב" אשר עודכן בשנת 2005 ועל פי התדריך לביקורי בית, יש לבצע ביקור בית של אחות בריאות הציבור לאחר לידת ילד ראשון או לאחר לידת פג (12). נוהל זה שם דגש על התרומה הרבה של הביקור בסביבתן הטבעית של המשפחות, מבלי לצאת מהבית. התדריך מדגיש את חשיבות האומדן הפיזי, הרגשי, המשפחתי והחברתי, ובניית תוכנית טיפול בהתאם לצורכי המטופל בסביבה הטבעית. על פי הנוהל, ההדרכה צריכה לכלול נושאי בטיחות, טיפול ביילוד והנקה. הדרכה וליווי מוקדם משפרים את בריאותם הפיזית והנפשית של התינוקות, תורמים לקשר של ההורים עם ילדיהם ואף תורמים לקשר הזוגי. ההדרכה נמצאה כמפחיתה לחץ של הורים בתחילת דרכם (13). תוכני התדריך מקבלים משנה תוקף במחקר משולב כמותי ואיכותני שנערך באירן, ובדק את צורכי ההדרכה של האם. המחקר הראה, שאימהות זקוקות למידע ולהדרכה בנושאים כמו פוריות, פעילות מינית, הנקה, טיפול ביילוד, ניהול חיי משפחה, בריאות נפשית ומרכזי תמיכה (14). עוד נמצא, שעל מנת שאימהות יוכלו לקבל מענה בנושאים אלו נדרשת הכשרה מתאימה של אחיות לבריאות הציבור (15).

אחיות בריאות הציבור המספקות תמיכה לאימהות טריות מדווחות על קשר מיוחד שנוצר בינן לבין המשפחות, ועל תחושת סיפוק מהדרכה שניתנת בתנאים רגועים – הן לאחות והן לאימא. לצד יתרונות אלו ישנם גם לא מעט אתגרים שיש להתמודד עימם. אחיות מדווחות על עומס רב בעבודה, שעלול לעכב את השלמת הטיפול במסגרת ביקורי הבית (15). כמו כן ישנם אתגרים הקשורים לביטול ביקור בית מצד האם הטרייה, לצורך בתמיכה טכנית בעת הביקור (כך למשל, חיבור לרשת ולתוכנות הדיווח הממוחשבות של משרד הבריאות), ולצורך בהכשרה נוספת בתחומים ספציפיים כמו הנקה (16). הצורך בהכשרה נוספת עלה לא רק מצד האחיות, אלא גם מצד האימהות. מחקר שנערך בסין מלמד, כי נשים מבקשות תוכנית מובנית, מקיפה וידועה מראש של הדרכות בנושאים שונים לקידום הבריאות במסגרת ביקורי הבית שתענה על צורכיהן, כמו גם המשכיות לביקור (17). ביצוע הביקורים, תיעודם והמשכיותם הם קריטיים להשגת המטרות שהוזכרו לעיל.

מדוח מבקר המדינה בשנת 2014 עולה, כי ישנם ליקויים בנוגע לביקורים בביתן של אימהות לאחר לידה ראשונה (18). הליקויים קשורים לתכנון, לביצוע ולהערכת המפגש

כשמדובר בלידה ראשונה או בלידת פג (תינוק שנולד טרם המועד, דהיינו לפני שבוע 37 להיריון) (2). תינוק שנולד טרם המועד נחשב לתינוק פגיע עקב אי-בשלות פיזיולוגית, והוא נמצא בסיכון מוגבר לתחלואה ולתמותה. עקב כך נדרשת מהאם תשומת לב יתרה בנושאים כמו הנקה או האכלה, התפתחות, שמירה על חום הגוף של היילוד והגנה מפני מחלות זיהומיות (2). חוויה זו עשויה לכלול ביטחון אימהי ירוד ומתח הורי, אשר בתורו יכול להשפיע על מערכת היחסים שבין האם והיילוד (3). מערכת יחסים זו עלולה אף להשפיע על בריאותו העתידית של היילוד (1). אחת הפעולות שנמצאו כתורמות להעלאת ביטחונה העצמי של האם ולשיפור מערכת היחסים שבין האם והיילוד היא מתן תמיכה מקצועית, בייחוד בתקופה הקריטית של השבועות הראשונים שלאחר הלידה (4-5). תמיכה מקצועית של אחיות לאחר הלידה הניתנת באמצעות הסבר והדרכה בתקופה הקריטית הראשונה שלאחר הלידה יכולה לתרום הן בהיבט הפיזי והן בהיבט הנפשי.

לאחיות בריאות הציבור תפקיד חשוב בטיפול הקשר שבין האם והיילוד באמצעות מתן טיפול והדרכה, המתמקדים בצורכי היילוד והאם לאחר הלידה (5). האחיות כמחנכות לבריאות תומכות ומסייעות בהטמעת תהליכי למידה וההסתגלות לאחר הלידה באמצעות מתן מידע והסבר להורים הטריים (6). בארץ נהוגה כיום שהייה של 48 שעות בבית החולים לאחר לידה רגילה. במהלך זמן זה האחיות מספקות לאם מענה בטיפול ביילוד שכולל הדרכת הנקה, החתלה, הלבשה, רחצה וחיטוי הטבור, שמירת חום גוף וכן הלאה (7). במהלך שהות קצרה זו האם מתמודדת עם אתגרים רבים, הכוללים התאוששות פיזית לאחר הלידה, בדיקות וטיפולים, לצד רכישת מיומנויות לטיפול ביילוד (8). מכיוון ששהייה הקצרה אינה מספיקה לרכישת המיומנויות עד לשליטה מלאה ועצמאית, נדרש המשך סיוע וליווי גם לאחר השחרור הביתה (9).

אחיות בריאות הציבור נותנות שירותי מניעה וקידום בריאות לנשים בהיריון, לנשים לאחר הלידה, לתינוקות ולילדים עד גיל שש ולמשפחותיהם. תחנות בריאות הציבור ממוקמות בפריסה ארצית, ומופעלות בידי לשכות הבריאות במחוזות השונים ברחבי הארץ. אחיות בריאות הציבור הן הקו הראשון במפגש עם משפחות צעירות, והן מלוות את המטופלים במקצועיות במגוון נושאים הקשורים לבריאות – משלב ההיריון ועד ההכנה ללידה וההורות. ממחקר שבוצע בשוודיה ובחן את ההדרכה שניתנת בבית הולדת לאחר הלידה והשפעתה על תפקיד האב עולה, כי בזכות מתן הדרכה בסביבה הטבעית אבות צעירים הרגישו בטוחים יותר בטיפול בזוגתם בתקופה שלאחר הלידה, מה שתורם לטיפול הקשר שבין האם והיילוד (10). מחקר נוסף שנערך בפלורידה תיאר

מתוך חלקו השני של מדריך זה: "מהם היתרונות של ביקור בית מבחינה מקצועית שלך?"

משתתפות

במחקר השתתפו 20 אימהות, ובביתן נערך ביקור של אחיות מ"סיירת ביקורי הבית". 19 אימהות היו לאחר לידה ראשונה ואחת לאחר לידת פג. 14 אימהות היו יהודיות, ושש אימהות היו ערביות. ממוצע הגילים היה 30.4 שנה ($SD=4.79$). שתיים מהמראיינות היו אימהות יחידניות, והשאר נשואות.

כמו כן, במחקר השתתפו שש אחיות מתוך שמונה האחיות של "סיירת ביקורי הבית". ותק בעבודה של האחיות שרואיינו היה בממוצע תשע שנים, ($SD=4$), האחיות היו בעלות הסמכות מקצועיות בבריאות הציבור וגם בהנקה, וממוצע הגילים שלהן היה 38 שנים, ($SD=8$).

מהלך המחקר

גיוס המשתתפות נעשה מתוך רשימות האימהות שאצלן נערך ביקור בית במהלך 2019-2020. הפנייה נערכה לאימהות שהביעו הסכמה להעביר את פרטי הקשר שלהן לחוקרות. הפרטים הועברו לחוקרות בידי האחות האחראית של "הסיירת". במקביל הוכשרו סטודנטיות לתואר שני ושלישי לטובת סיוע בביצוע הראיונות, שתיים מהן דוברות גם ערבית כשפת אם. המראיינות פנו טלפונית לאימהות לפי סדר הרשימה. הן ביקשו את הסכמתן להתראיין למחקר לאחר שנתנו להן הסבר על המחקר ומטרותיו, לרבות אופן היישום של הכללים האתיים, ותיאמו מועד לריאיון בביתן או במקום אחר על פי רצונן. לרוב הראיונות התקיימו בבית המראיינות.

גיוס האחיות בוצע גם הוא מתוך רשימת האחיות המשובצות ל"סיירת ביקורי הבית" מנפת חיפה אשר ערכו ביקורים בתקופה של 2019-2020. הרשימה הועברה לחוקרות בידי האחות האחראית של הסיירת. המראיינות ביצעו את הראיונות לפי סדר הרשימה וראיינו את האחיות.

נוסף על השאלות של מדריכי הראיונות יכלו המראיינות להרחיב את השאלות על מנת להשיג את מטרת המחקר. ממוצע הזמן של כל ריאיון היה כשעה. הראיונות הוקלטו ותומללו כהכנה לשלב ניתוח הממצאים.

שיקולים אתיים

הראיונות בוצעו לאחר אישור וחתימה של המראיינות על טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר. בטופס זה הוסבר למשתתפות על מטרת המחקר. על מנת לשמור על האנונימיות של המשתתפות ההקלטה והתמלול נשמרו כקבצים נפרדים. כמו כן הוסבר למראיינת שהיא רשאית

בסביבה הטבעית של האם. תכנון, ארגון וביצוע הביקור בזמן אופטימלי, דהיינו בימים הראשונים לאחר שחרור היילוד והאם לביתם, תורם רבות לביסוס מיומנויות כמו הנקה, שינה, סדר יום וטיפול ביילוד. בהערכת התוצרים נראה, כי עיכוב הביקור עלול לגרום לשיבוש תהליכים ולפגיעה ברווחת האם והיילוד (15).

על מנת לשפר תהליכים בביסוס הקשר שבין האם והיילוד, נוסף על היתרונות האחרים של ביקור הבית לאחר לידה, הקים מחוז חיפה של משרד הבריאות "סיירת ביקורי הבית". מטרת השירות הייתה להעלות את זמינות ביקורי הבית בתקופה הקריטית לאימהות לאחר לידה ראשונה ולאחר לידת פג. בניגוד לנהוג, עיקר חדשנותו של השירות היא בכך שביקורי הבית במסגרת שירות זה אינם נערכים בידי אחיות התחנה, אלא בידי סיירת אחיות בריאות ציבור ייעודית, שתפקידן לערוך ביקורי בית בלבד.

השירות החל לפעול בסוף שנת 2019. במסגרת השירות גויסו ל"סיירת ביקורי הבית" שמונה אחיות בריאות הציבור במחוז חיפה, שתפקידן לערוך ביקורי בית בהתאם להגדרת הנהל.

מטרת המחקר

מטרת המחקר הנוכחי היא להעריך את השירות מנקודת מבטן של אימהות לאחר לידה ראשונה או לידת פג ומנקודת המבט של האחיות המעניקות את השירות.

שיטת המחקר

מערך המחקר הוא איכותני-קונסטרוקטיביסטי, המבוסס על המתודה הפנומנולוגית, כלומר הבנת התופעה הנחקרת על פי תפיסת המשתתפות, כפי שהיא משתקפת מן התיאור ומן ההסבר שלהן למראיינת (19).

כלי מחקר

לצורך ביצוע ראיונות עומק חצי מובנים נבנו שני מדריכי ריאיון בידי צוות המחקר ובשיתוף הנהלת מחוז חיפה של משרד הבריאות. האחד, מדריך הריאיון עבור אימהות, כלל בחלקו הראשון פרטים דמוגרפיים ומאפייני רקע, ובחלקו השני שאלות העוסקות במהות ביקור הבית. הנה דוגמה לשאלה מתוך חלקו השני של מדריך זה: "כיצד הרגשת במהלך הביקור? איזה מידע קיבלת במהלך הביקור? האם את חושבת שחשוב להגיע לביקור בית אצל נשים לאחר לידה?". המדריך האחר היה מדריך ריאיון עבור האחיות. הוא כלל בחלקו הראשון שאלות דמוגרפיות ורקע מקצועי, ובחלקו השני שאלות העוסקות בתובנות ובאתגרים בעבודתן של האחיות במסגרת "סיירת ביקורי הבית". הנה דוגמה לשאלה

טבלה 1: תמות מרכזיות שעלו מניתוח הראיונות מנקודת המבט של האימהות

תמה	תתי-תמה
1. תחושת רוגע, חיזוק הביטחון והקניית מיומנויות.	א. טיפול בתינוק ובטיחות בערות ובשינה. ב. חשיבות הביקור בסביבה הטבעית.
2. חשיבות הביקור לבניית האמון והקשר עם טיפת חלב	א. ניפוץ דעות קדומות על אחות טיפת חלב ב. חיזוק מעמדה ותדמיתה של אחות בריאות הציבור
3. הצעות לשיפור ולייעול	א. רצף טיפולי: ביסוס ממושק בין-ארגוני להעברת מידע על אודות היולדת וליצירת קשר עימה בזמן אופטימלי ב. תיאום ציפיות והפחתת אי-הודאות ג. צורך בהכשרת האחיות כיועצות הנקה ד. האוכלוסייה שתרוויח במיוחד מביקור אחות בריאות הציבור

בניית האמון והקשר עם טיפת חלב, ולבסוף הוצעו הצעות לשיפור.

1. תחושת רוגע, חיזוק הביטחון והקניית מיומנויות

א. טיפול בתינוק ובטיחות בערות ובשינה

האימהות הדגישו את החשיבות של הדרכה מעשית של אחות בריאות הציבור בנושאים הקשורים לטיפול ביילוד. מרואיינת א' אמרה:

"האחות הראתה לנו את הטיפול בטבור ואת אופן ביצוע המקלחת של התינוק. נושאים שלא הספקנו ללמוד בבית חולים". (בת 33, לידה ראשונה)

אפשר ללמוד מהראיונות עם האימהות שנושא הבטיחות הוסבר היטב בידי האחיות. האימהות תיארו כי האחיות שמו דגש רב על נושא הבטיחות בתחומים שונים אצל היילוד. ניכר כי האחיות הבחינו בין בטיחות בערות ובטיחות בשינה. כך למשל, בהקשר של הבטיחות בערות אמרה אחת האימהות:

"הבנתי מהדרכת האחיות שלא להשאיר אותה בכיסא הבטיחות מעל 4 שעות בנסיעה רציפה, לא ידעתי שהמושב עלול להיות לא בטיחותי נגיד אם אני בנסיעה ארוכה רצוי לעשות הפסקה ולהוציא את התינוק מהכיסא" (בת 25, לידה ראשונה)

אימא נוספת אמרה כי האחיות הסבירה על הבטיחות בזמן המקלחת:

"האחות לימדה אותי להשתמש בכרית צפה שיש לי, ואף הדגימה בפניי את רחצת התינוק באופן בטיחותי, לא ידעתי שהיא תעזור לי" (בת 31, לידה ראשונה)

ב. חשיבות הביקור בסביבה הטבעית

צורך נוסף שעלה כצורך שחשוב שיקבל מענה מאחיות בריאות הציבור הוא קידום רווחתה של האם. נראה כי הביקור

להפסיק את הריאיון בכל שלב במהלכו. המחקר אושר בידי ועדת האתיקה של מכללת עמק יזרעאל (מספר אישור 2019-84 EMEK YVC)

ניתוח הממצאים

בניתוח הממצאים במחקר זה התבססנו על ניתוח תוכן (20,19). הנתונים נאספו באמצעות ראיונות חצי מובנים בקרב אימהות שהשתתפו בביקורי הבית ובקרב אחיות שביצעו את ביקורי הבית. הנתונים תיארו חוויה מזווית דואלית – מנקודת מבטן של האימהות, אשר תיארו את החוויות והרגשות מביקורי הבית וסיפרו עליהם, ומנקודת מבטן של האחיות שביצעו את הביקורים. הנתונים נותחו בשלושה שלבים: בשלב הראשון נקראו הראיונות בקפידה כדי להבין את חוויית המרואיינות במהלך ביקור הבית. במהלך הקריאה נכתבו הערות וסומנו משפטי מפתח על מנת לזהות נושאים חשובים המלווים את חוויית המשתתפות במחקר. בשלב השני חולקו הראיונות ליחידות, תוך זיהוי תמות ותתי-תמות בולטות. כל תמה ביטאה רעיון מרכזי רחב, אשר הובע בחומרי הניתוח בצורות שונות ובהיקף שונה הן אצל האימהות והן אצל האחיות. בשלב השלישי אורגנו התמות העיקריות בשתי הקבוצות של המשתתפות – האימהות והאחיות – בצורה המתארת את תחושותיהן בעקבות ביקור הבית.

תוצאות

בפרק זה יוצגו ראשית ממצאי המחקר האיכותני בקרב האימהות, ולאחריהם ממצאי המחקר האיכותני בקרב האחיות.

פרספקטיבת האימהות

ניתוח הראיונות מלמד על שלוש תמות מרכזיות (טבלה 1). התמות מתייחסות לרעיונות מרכזיים שעלו במהלך הראיונות, כמו תרומת ביקורי הבית להעלאת הידע ולהקניית מיומנויות של האם וכן התרומה הנפשית ליולדת. כמו כן הושם דגש על

עונה על השאלות בסבלנות, לבבית" (בת 30, לידה ראשונה)

"חברות סיפרו לי שהאחיות מלחיצות, אם התינוק יורד קצת במשקל האחות הן עלולות להיות שיפוטיות ולא נעימות, ממש לא נכון" (בת 26, לידה ראשונה)

נראה כי האימהות שמחו לגלות תקשורת פתוחה עם האחות וליהנות ממנה, והרגישו בנוח לדבר, להתייעץ עימה ולשאול שאלות. ההרגשה כי האחיות מעודכנות ושיש להן גישה נעימה ומקבלת לטיפול בתינוק הרגיעה את היולדות וגרמה להן להיות בתקשורת נעימה ופתוחה יותר.

3. הצעות לשיפור ולייעול

א. רצף טיפולי: ביסוס ממשק בין-ארגוני להעברת מידע על אודות היולדת וליצירת קשר עימה בזמן אופטימלי מההריונות עולה הצורך בארגון הביקור, אשר כולל בתוכו תקשורת תקינה ושוטפת עם בתי החולים על מנת לקבל את רשימת היולדות במועד. תהליך זה חשוב ליצירת קשר בזמן הנכון עם היולדת ולקביעת זמן אופטימלי לביקור, דהיינו סמוך לשחרור היולדת מבית החולים. אחת האימהות אמרה כי:

"אני חושבת שקיבלתי את המתנה הכי גדולה בביקור זה, לקבל אחות בבית יום אחרי הלידה" (בת 31, לידה ראשונה)

האימהות ציינו כי מבנה הביקור חשוב במידה רבה להצלחת ההתערבות. הן הבחינו בצורך בפתחה, בזיהוי צרכים של האם ומשפחתה, בהתערבות הולמת ובסיכום המפגש. המרואיינות ביקשו לדעת את סדר הביקור ותוכנו מראש. אחת האימהות אמרה כי:

"ציפיתי לדעת מראש מה הולך בביקור, ואז הייתי ממקדת את טיפול האחיות לבעיות שלי. כך הייתי שואלת את השאלות שקשורות אלי" (בת 26, לידה ראשונה)

ב. תיאום ציפיות והפחתת אי-הודאות

מרואיינות ציינו כי חשוב להן לדעת אילו תכנים יועברו במהלך הביקור. חלקן הכינו רשימת שאלות מראש, וחלקן אמרו שהן היו שמחות כי יעדכנו אותן מראש מה הביקור יכול. כמו כן, הן ציינו שהן היו שמחות לקבל חוברת כתובה ובה סיכום הנושאים שהיו בביקור. באופן כללי, עלה הצורך ליצור מסמך רשמי שמכיל בתוכו רשימה של סדר המפגש, של הטיפים ושל ההנחיות.

תורם רבות לתחושת ההעצמה והביטחון של האם, בייחוד כשהביקור מתקיים בסביבתה הטבעית. כלומר, עצם הביקור בסביבה הטבעית מאפשר הקניית מיומנויות "על אמת" בבית ותחושת רוגע וביטחון ליולדת שנמצאת במקום הטבעי שלה, שכן היולדות מרגישות בנוח בביתן וחוששות לצאת מהבית עם התינוק בימיו הראשונים.

אימא אחת דווחה כי:

"היה לי מאוד נוח שהאחות בקרה אצלי בבית, זה חסך ממני לחץ של ההתארגנות והיציאה עם התינוק מהבית, הרגשתי נינוחה ושלווה בביתי" (בת 33, לידה ראשונה)

דווח נוסף בעניין:

"הנוכחות של האחות מאוד חיזקה אותי, הגיעה ובדקה שהכול תקין אצל התינוק, היא הגיעה עוד לפני שביקרנו אצל רופא ילדים" (בת 30, לידה ראשונה)

נראה כי ביקור אחות טיפת חלב מסייע במתן ידע, תוך השריית רוגע והעלאת הביטחון העצמי של האימהות.

2. חשיבות הביקור לבניית האמון והקשר עם טיפת חלב

א. ניפוץ דעות קדומות על אחות טיפת חלב

מדברי המרואיינות עולה, כי התדמית של אחיות טיפת חלב לא תמיד הייתה חיובית בעיניהן, וככל הנראה האחיות שמבצעות את הביקור משפרות את התדמית הזו ומעלות את האמון באחיות ובמערכת. כך למשל אמרה אחת האימהות:

"זה הותיר בי רושם חיובי על טיפת חלב. זה שאנחנו נקל עלייך לפחות בפגישה הראשונה. אנחנו נבוא אלייך. האחות הייתה לבבית וזמינה ופתוחה. זה השאיר לי בראש שאם עכשיו אני הולכת לביקור של טיפת חלב אני יכולה לשאול הכול" (בת 26, לידה ראשונה)

ב. חיזוק מעמדה ותדמיתה של אחות בריאות הציבור

מדברי המרואיינות עולה כי חלקן חששו מהביקור, אך הופתעו לגלות כי האחיות היו מעודכנות בהנחיות החדשות של משרד הבריאות. דבר זה הותיר רושם חיובי על היולדות. הנה כמה מדבריהן:

"חשבתי שהאחות מגיעה לבקר אותי, חששתי, הייתי דרוכה להגיב לה. הופתעתי לראות שהאחות מכילה,

טבלה 2: תמות מרכזיות שעלו מניתוח הראיונות מנקודת המבט של האחיות

תמה	תתי-תמה
1. התפתחות אישית ומקצועית ותחושת שליחות ביישום התפקיד של אחות בריאות הציבור כמקדמת בריאות	א. החשיבות שבהקדשת זמן ויחס אישי לילדת העשרת ידע מותאמת לתחום ביקורי הבית ב. חשיבות הביקור בייחוד לילדת לאחר לידה ראשונה או לידת פג ג. צורך במפגשים פרוטגליים ומקוונים כאמצעי למערכת תמיכה של אחיות
2. מערכת התמיכה של אחיות טיפת חלב	א. צורך באמצעי תקשורת דיגיטליים לקבלת מידע ולעדכון בעת הביקור ב. צורך בהכשרה בתחום ייעוץ ההנקה ג. צורך בהכשרת האחיות כיועצות הנקה

ד. האוכלוסייה שתרוויח במיוחד מביקור אחות טיפת חלב כאשר נשאלו היולדות מי לדעתן תרוויח במיוחד מביקור של אחות טיפת חלב בביתה, כולן אמרו פה אחד שאימא לילד ראשון תרוויח במיוחד, לאור העובדה שאין לה ניסיון בגידול ילדים ושלרוב היא מוקפת בהרבה עצות והנחיות מבלבלות:

"אני חושבת שכל אישה אחרי לידה במיוחד אם זה הידיון ראשון שהכול חדש עבור האם. כך שחשוב שאחות מקצועית תבקר ותיתן הדרכה לטיפול בתינוק" (בת 30, לידה ראשונה)

נקודת המבט של האחיות

מניתוח הראיונות בקרב האחיות עולה, כי ביקור הבית בסביבה הטבעית של היולדת מעניק לאחיות תחושת שליחות ותורם להתפתחותן האישית והמקצועית. במקביל האחיות מדווחות, כי יש צורך במערכת תמיכה וליווי לאחיות.

1. התפתחות אישית ומקצועית ותחושת שליחות ביישום התפקיד של אחות בריאות כמקדמת בריאות

א. החשיבות שבהקדשת זמן ויחס אישי לילדת

האחיות מדגישות כי הן נינוחות, וכי הזמן המוקדש עבור היולדת בביקור בית הוא מרווח יחסית לביקור במרפאה. הן מדווחות שניתן יותר לראות את האישה ואת סביבתה, ובדרך זו ללמוד על אודות מסרים משמעותיים שעולים מדברי היולדת; האישה פנויה להקשבה וזוכה ליחס אישי:

"כשאני מבקרת בבית היולדת, בסביבתה הטבעית של היולדת, היא יותר נינוחה, פנויה להקשבה, אין תור מחוץ לחדר, או רעשים, אני קשובה לצרכיה" (בת 38, 5.5 שנות ותק)

ב. העשרת ידע מותאמת לתחום ביקורי הבית אחת האחיות אמרה:

"הייתי רוצה לקבל מידע לפני הביקור של הנושאים או אודות סדר הביקור, ובסיום הייתי רוצה לקבל חוברת שמסכמת את התכנים, כך גם בעלי יוכל ללמוד ולהיות שותף" (בת 33, לידה ראשונה)

ג. צורך בהכשרת האחיות כיועצות הנקה

מהראיונות עולה החשיבות של הכשרת האחיות כיועצות הנקה. האימהות סיפרו כי למדו על הצמדה נכונה לשד, על מניעת פצעים בפטמות ועל שאיבת חלב. הן תיארו את תחושת ההצלחה בהנקה לאחר הדרכת האחיות:

"הייתי רוצה מאוד שתגיע אליי יועצת הנקה, נתקלת בקושי רב בתחילת הדרך, לא ידעתי להניק והיו לי פצעים כואבים מאוד, לצערי נאלצתי לוותר על ההנקה, אם הייתה מגיעה אלי יועצת הנקה מאמינה שזה היה מציל את ההנקה זה ממש חשוב" (בת 30, לידה ראשונה)

"האחות שהגיעה אלי לביקור הייתה גם יועצת הנקה, לימדה אותי הנקה נכונה, תנוחה, הכנסת הפטמה לפה התינוק, טיפול בפצעי פטמות ע"י מריחת חלב אם, ומאז אני מצליחה בהנקה, משמעותי מאוד בשבילי" (יולדת בת 35, לידה ראשונה)

כחלק מההדרכה לניהול ההנקה עולה, כי האחיות נתנו לאימהות הדרכה לא רק בפעולה של ההנקה עצמה אלא גם בנושא של שאיבת חלב אם ואחסונו, קרי בנושאים הנלווים לכך.

אחת האימהות אמרה כי:

"כשהאחות הגיעה, ראתה שהשדיים שלי גדושים מאוד, היא הסבירה לי שניתן לשאוב חלב ולהאכיל את התינוק שלי חלב מבקבוק, וזה ממש הקל עלי, גם למדתי לשחרר את השדיים מהגודש, וגם התינוק שלי התחיל לקבל את החלב שלי" (בת 26, לידה ראשונה)

לא ניתן להתחבר למערכת ופעמים מותרחש ניתוק של המערכת, וזה מתסכל מאוד, לפעמים אני מבצעת את הדיווחים במערכת הממוחשבת בבית לאחר שעות העבודה" (בת 38, 5.5 שנות ותק)

ג. צורך בהכשרה בתחום ייעוץ ההנקה

בפן המקצועי האחיות מעידות על כך כי הכשרה בתחום ייעוץ ההנקה ממנפת את העשייה שלהן. אחות שהיא יועצת הנקה אמרה:

"אני למדתי הכשרה על בסיסית בתחום ההנקה וזה מאוד מסייע לי בהדרכת היולדות בביתן, אני רואה הרבה פעמים שעיקר הקושי של האישה הוא בתחום ההנקה ולרוב זה לוקח חלק נכבד מהביקור, זה ממש מספק שאני יכולה לתת מענה לכל הנושאים בעת הביקור" (בת 39, 12 שנות ותק)

דיון

המחקר הנוכחי תוכנן לצורך הערכת פעילותה של "סיירת ביקורי הבית" במחוז חיפה בקרב אימהות לאחר לידה ראשונה או לידת פג. המחקר תוכנן כך שיכלול את נקודתן מבטן של האימהות ושל האחיות. ממצאי המחקר מלמדים כי מדובר בשירות חדש ומוצלח מאוד, המלווה בשביעות רצון גבוהה הן של מקבלות השירות והן של נותנות השירות. נראה כי שירות ביקורי הבית הוא חשוב ומשמעותי הן ליולדות והן לאחיות טיפת החלב. שתי הקבוצות העלו נקודות דומות מאוד, שחזרו על עצמן לאורך הראיונות. ניכר כי התוכן והמידע שהאחיות מקפידות להעביר במפגשים אכן עוברים לאימהות הטריות. התכנים המרכזיים, שהועלו הן בידי האחיות והן בידי האימהות, סובבים סביב הטיפול השוטף בתינוק, בטיחותו והזנתו. כמו כן, בעוד האימהות מספרות לרוב על אווירה נינוחה ורגועה ועל תחושת ביטחון, האחיות מצידן מספרות כמה חשוב להן ליצור אווירה נינוחה ורגועה ולהעניק תחושת ביטחון לאם הטרירה.

האימהות אמרו מנקודת מבטן, כי תסייע להן תוכנית של מהלך הביקור שמפרטת את סדר הביקור ונושאים, וכן כי הן ישמחו לקבל בסיום הביקור סיכום לעיקרי הנושאים שעלו בו. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקר אחר שנערך בסין בחודש נובמבר 2018, אשר כלל 22 נשים בתקופה של 30-42 ימים לאחר הלידה. המחקר הראה, כי נשים מבקשות תוכנית מובנית מקיפה לביקור בית שתענה על צרכיהן; הן הביעו חשש מהטיפול בתינוק, מההתאוששות הפיזית וממערובות המשפחה. נמצא כי ההכנה מראש לתוכן הביקור והקניית המשך טיפול תוסיף לביטחון העצמי שלהן ותפחית את רמת החרדה שלהן (17).

"אני לומדת על עצמי המון במהלך הביקורים. יש הרבה סיטואציות שהן מאתגרות. גם מבחינת הקושי הרגשי גם מבחינת היכולת ההכלה. למדתי לסגל לעצמי את היכולות. אני נשארת רגועה למרות הלחץ של המשפחה" (בת 32, שנתיים ותק)

ג. חשיבות הביקור בייחוד לילולת לאחר לידה ראשונה, לידת תאומים או לידת פג

האחיות רואות בביקורי הבית הכרחיים וחשובים בייחוד לנשים לאחר לידה ראשונה או לאחר לידת פג:

"כל יולדת זקוקה לביקור בית, במיוחד כשמדובר בנשים בלידה ראשונה, שהכול חדש עבורה, היא זקוקה לחיזוק הביטחון ומתן מידע חיוני שיסייע לה בהתמודדות עם המצב החדש, כמו כן נשים לאחר לידת פג, בפגים נדרשת התמודדות שונה בנושאים ייחודיים כמו: הזנה ושמירת חום גוף" (בת 54, 25 שנות ותק)

2. מערכת התמיכה של אחיות טיפת חלב

א. צורך במפגשים פרונטליים ומקוונים כאמצעי למערכת תמיכה של אחיות

חלק בלתי-נפרד מהלמידה ומההתפתחות הוא קיומה של רשת תמיכה לאחיות, כגון קבוצת תמיכה מקוונת של האחיות המבצעות ביקורי בית. בקבוצה זו האחיות מתייעצות ומשתפות נושאים שעלו במהלך הביקור. כמו כן הן נפגשות אחת לחודש במפגש פרונטלי עם האחיות האחראיות ועם אנשי מקצוע נוספים:

"אנחנו זקוקות לתמיכה, באופן יומי אנחנו נעזרות אחת בשנייה באמצעות קבוצת ווטסאפ של הסיירת, בנוסף אנו נפגשות אחת לחודש עם האחיות האחראיות ועובדת סוציאלית לצורך אזורי רגשות, אני וחברותי האחיות של הסיירת מרגישות שיש צורך בעוד מפגשים קבוצתיים" (בת 38, 5.5 שנות ותק)

ב. צורך באמצעי תקשורת דיגיטליים לקבלת מידע ולעדכון בעת הביקור

חלק מהזמן המוקצה לביקור מיועד לתיעוד ההדרכה במחשב בתוכנה מיוחדת מטעם משרד הבריאות. תוכנה זו פועלת באמצעות חיבור לאינטרנט. לפעמים האחיות נתקלות בקשיים טכניים, מה שמוביל לתיעוד ממצאי המפגש לאחר שעות העבודה בבית.

"אתגר משמעותי הוא הניתוקים של המחשב שהוא כלי עבודה עיקרי לצורך דיווח והעברת מידע, לעיתים

ולתחושת השליחות. אחיות סיירת ביקורי הבית סיפרו שהן לומדות לפתח יכולות ומיומנויות בין-אישיות ותוך-אישיות, נדרשות לקבל החלטות בעצמן ולעבוד בשיתוף פעולה עם אנשי מקצוע מגוונים, נוסף על למידה ועל העשרה מקצועית בתחומים ספציפיים לפי נושאי התעניינותן של האימהות. ממצא זה עולה בקנה אחד עם ממצאיו של מחקר שנערך בארצות הברית בשנת 2016 בקרב אחיות שמבצעות ביקורי בית. המחקר הראה כי הן עצמאיות בתהליכי קבלת החלטות, בקביעת התוכנית היומית ובקביעת תוכנית מותאמת אישית למטופל, נוסף על עבודה בשיתוף פעולה עם גורמים רב-מקצועיים. כל אלה תורמים להתפתחותן האישית והמקצועית (24). אחת הנקודות העיקריות שעלו בנוגע לשיפור השירות מדגישה את חשיבות התמיכה לאחיות באמצעות מפגשים פרונטליים ומקוונים תקופתיים. תמיכה שכזו מסייעת לאחיות לאורור רגשות ולשיפור מיומנויות. צורך חשוב נוסף שעלה בעניין זה הוא הצורך בתמיכה טכנית. האחיות דיווחו על קשיים ועל עיכובים בדיווח הממוחשב בתוכנה של משרד הבריאות. ממצאים דומים עלו גם בדוח ביקורי בית שפורסם בברזיל בשנת 2018, שהצביע על ביטולי ביקור בית מצד היולדת, על קשיים טכניים בעת הביקור, על עומס בשעות העבודה ועל צורך בהכשרה נוספת (16). שיפור של הליכים אלו יכול לסייע לתפקוד האחיות.

מסקנות

ממצאי מחקר ההערכה לשירות "סיירת ביקורי הבית" מלמדים על הצלחתו הרבה. נראה ששירות זה מילא צורך קיים, ולפיכך התקבל בזרועות פתוחות הן בידי קהל היעד והן בקרב נותנות השירות. ממצאי המחקר מצביעים על נקודות החוזק של השירות החדש וכן על נקודות לשיפור. לממצאים אלו חשיבות רבה למקבלי ההחלטות בנוגע למדיניות ולתכנון תוכניות ביקורי בית לאחר הלידה. תחילה יש לתת את הדעת ולבנות תוכנית שתתאים לכלל האוכלוסייה הזקוקה לשירות ה"סיירת", החל מכתיבת תוכנית מובנת לביקור, איתור האוכלוסייה בזמן הנכון וביצוע הביקור, ועד הערכת תוצריו והמשך ליווי לאימהות. מצד האחיות מומלצת תוכנית העשרה ספציפית לתחום ביקורי הבית לאחר הלידה והקפדה על ליווי טכני ומקצועי. לאור ממצאי המחקר והמלצותיו ננקטו כמה שינויים. נכון למועד פרסום מאמר זה הוכפלה כמות האחיות שהן יועצות הנקה. זאת ועוד, יצירת הקשר עם היולדות מתבצעת תוך 48 שעות מהשחרור מבית החולים, וביקור הבית מתבצע תוך חמישה ימים בממוצע מרגע השחרור. בשיחת הטלפון המקדימה לביקור האחיות מכינה את האם הטרייה לתוכני הביקור ומהלכו. בסיום הביקור האחיות משאירה לאם עלון המסביר על טיפת חלב ועל תוכני השירות. בהמשך, כמות

כמו כן, נושא ההדרכה להנקה קיבל תשומת לב מיוחדת. בתקופה הראשונה של חיי היילוד חלב אם הוא מקור תזונה אופטימלי. היעדר הצלחה בהנקה הוא גורם שמעלה את המתח ואת החרדה אצל האימהות. נושא זה נבדק במחקר בקרב 364 נשים לאחר לידה בארצות הברית, והראה קשר הדדי בין הנקה לדיכאון אחרי לידה (21). האימהות שהשתתפו במחקר הנוכחי סיפרו, כי ההדרכה להנקה במהלך הביקור תרמה רבות להצלחת ההנקה. הן ראו בקשיים בניסיונות להניק אתגר משמעותי, ועצם הייעוץ שניתן בידי אחות בריאות הציבור בסביבתן הטבעית ובקרבה למועד הלידה היה מבחינתן חיובי גם מן ההיבט של שיפור ההנקה וגם מן ההיבט של הרגעת המתח והקושי הרגשי בקרבן. נושא זה נמצא גם במחקר אחר שנערך בפורטוגל בשנת 2018 בשתי קבוצות – ניסוי וביקורת – שכללו 16 נשים כל אחת. בקבוצת הניסוי קיבלו האימהות הדרכה בביקור בית שהתמקדה בהנקה, ובקבוצת הביקורת קיבלו האימהות הדרכה בנושאים מגוונים. המחקר הראה כי אימהות שקיבלו הדרכה מבוססת הנקה הראו תפיסת מסוגלות עצמית בהנקה עם עדות לתקופת הנקה ממושכת (22).

נושא נוסף מלבד ההנקה שבלט מניתוח הראיונות של האימהות כנושא בעל משמעות גדולה הוא בטיחות היילוד. הנושאים המרכזיים בתחום בטיחות היילוד הם בטיחות בזמן שינה, מקלחת ונסיעה ברכב. האימהות שבמחקר הנוכחי שיתפו כי נושאים אלו היו חדשים עבורן. מחקר גדול שנערך בין השנים 2011-2015 בארצות הברית בתחום ביקורי הבית, שבדק את השפעת הביקור על האם ועל היילוד לאחר הלידה, תומך בתמה זו. ממצאי המחקר מלמדים על השפעה חיובית של ביקור הבית על שיטות שינה בטוחות ועל שימוש מוקדם במושב הרכב (23).

ממצאי המחקר הנוכחי מלמדים גם על דעות קדומות אשר השפיעו על ההיענות הראשונית של היולדות. חלקן חששו מהביקור, אך הופתעו לגלות כי האחיות היו מקצועיות ומעודכנות בהנחיות החדשות של משרד הבריאות, מה שהותיר רושם חיובי על היולדות. כאשר מגיעה אחות לביקור חשוב מאוד כי ייבנה קשר של אמון בינה לבין היולדת, כדי לאפשר את העברת הידע, הלימוד או חיזוק המיומנויות ואת הענקת תחושת הרוגע והביטחון ליולדת. אחיות טיפת חלב העורכות את ביקור הבית מייצגות את המערכת – את טיפת חלב – גם כשהן מחוץ לתחנה. כמו כן עולה מדברי המרואיינות, כי התדמית של אחיות טיפת חלב הייתה לעיתים שלילית בעיניהן, וכי ככל הנראה האחיות שעורכות את הביקור משפרות את התדמית הזו ומגבירות את האמון באחיות ובמערכת.

המחקר בחן גם את נקודת המבט של האחיות הפועלות במסגרת "סיירת ביקורי הבית". התמות שעלו בקרב האחיות מלמדות על היתרונות לצד האתגרים שבביצוע ביקורי הבית. נושא מרכזי שעלה נוגע להתפתחות האישית והמקצועית

9. Consales A, Crippa BL, Cerasani J, Morniroli D, Damonte M, Bettinelli ME, et al. Overcoming rooming-in barriers: a survey on mothers' perspectives. *Front Pediatr*. 2020 Feb;8:1-7.
10. Johansson M, Östlund P, Holmqvist C, Wells MB. Family life starts at home: Fathers' experiences of a newly implemented Swedish home-based postnatal care model – an interview study. *Midwifery*. 2022;105.
11. Ramakrishnan R, Holland V, Agu N, Brady C, Marshall J. Characteristics associated with participant attrition and retention in a perinatal home visiting program. *Prev Sci*. 2022 Aug;23(6):1007-17.
12. שירותי בריאות הציבור. תדריך לביצוע ביקורי בית [אינטרנט]. ירושלים: משרד הבריאות. 4 עמ'. 2005 [נצפה ביום: 2.4.2022]. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/hozer/bz_01012005.pdf.
13. Missler M, Beijers R, Denissen J, van Straten A. Effectiveness of a psycho-educational intervention to prevent postpartum parental distress and enhance infant wellbeing: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*. 2018;19(1):1-12.
14. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: update from the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Dec 22;76(25):2982-3021.
15. Yee LM, Williams B, Green HM, Carmona-Barrera V, Diaz L, Davis KD, et al. Bridging the postpartum gap: best practices for training of obstetrical patient navigators. *A J Obstet Gynecol*. 2021 Aug;225(2):138-52.
16. Fraccolli LA, Reticena K de O, de Abreu FCP, Chiesa AM. The implementation of a home visits program focused on parenting: an experience report. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:1-7.
17. Xiao X, Ngai FW, Zhu SN, Loke AY. The experiences of early postpartum Shenzhen mothers and their need for home visit services: a qualitative exploratory study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;20(1):1-12.
18. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://knesset.gov.il/committees/heb/material/data/yeled2016-02-22-00-02.pdf. 2014. המערך של תחנות טיפות חלב.
19. שקדי א'. מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני – תיאוריה ויישום. רעננה: רמות. 12 עמ'. 2003.
20. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005 Nov;15(9):1277-88.
21. Scheiber FA, Segre LS, O'Hara MW, Taylor D, Brock RL. Maternal depression and breastfeeding in home visitation. *Child Youth Serv Rev*. 2020 Dec;119:105490.
22. Pádua AR, Melo EM, Alvarelhão JJ. An intervention program based on regular home visits for improving maternal breastfeeding self-efficacy: a pilot study in Portugal. *Matern Child Health J*. 2022 Mar;26(3):575-86.
23. Hans SL, Edwards RC, Zhang Y. Randomized Controlled Trial of Doula-Home-Visiting Services: Impact on Maternal and Infant Health. *Matern Child Health J*. 2018 Oct;22(Suppl 1):105-13.
24. Irani E, Hirschman KB, Cacchione PZ, Bowles KH. How home health nurses plan their work schedules: a qualitative descriptive study. *J Clin Nurs*. 2018 Nov;27(21-22):4066-76.

ביקורי הבית לאוכלוסייה בסיכון ירדה לשלושה ביקורים במשמרת (בניגוד לארבעה כפי שהיה בשלב הפיילוט), על מנת לאפשר לאחיות ביקורים ארוכים יותר וללא לחץ זמן. כמו כן, התשתית הטכנית שופרה, וניתנו לאחיות נתבים אישיים על מנת להתגבר על קשיי התקשורת. ברמה האישית, לכל אחות ישנה תוכנית התפתחות אישית ומקצועית המותאמת לה ולארגון.

מגבלות המחקר והמלצות למחקר המשך

המחקר לא חקר את נקודת המבט של בן הזוג, ולכן יש מקום לבדוק את החוויה שלו מביקור הבית. המשתתפות במחקר הן אימהות בלבד, ולכן יש לערוך מחקר עתידי שיבדוק את דעות בן הזוג ועמדותיו בנוגע לביקורי בית לאחר הלידה. כדי להפיק תובנות עמוקות בתחום ההערכה של תוצרי הביקור, מומלץ לבצע את הראיונות סמוך לביקור. המראיינות פגשו את האימהות ואת האחיות במרחק זמן של שבועות ספורים מביצוע הביקור, כך שבתשובות של חלק מהמראיינות ניכר קושי להיזכר בפרטים מדויקים הקשורים למבנה הביקור ותוכנו. לאחר הרחבת השירות יהיה מעניין ללמוד על תרומתו של ביקור הבית במסגרת השירות החדש ועל היבטים כמותיים שעניינם תפיסת המסוגלות, המצב הנפשי ותחושת הרווחה של האימהות ושל המשפחות ועוד.

ביבליוגרפיה:

1. Kristensen IH, Simonsen M, Trillingsgaard T, Pontoppidan M, Kronborg H. First-time mothers' confidence mood and stress in the first months postpartum. A cohort study. *Sex Reprod Healthc*. 2018 Oct;17:43-49.
2. Karnati S, Kollikonda S, Abu-Shaweesh J. Late preterm infants – changing trends and continuing challenges. *Int J Pediatr Adolesc Med*. 2020 Mar;7(1):36-44.
3. Bagherinia M, Mirghafourvand M, Shafaie FS. The effect of educational package on functional status and maternal self-confidence of primiparous women in the postpartum period: a randomized controlled clinical trial. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017 Oct;30(20):2469-75.
4. Poon Z, Lee EC, Ang LP, Tan NC. Experiences of primary care physicians managing postpartum care: a qualitative research study. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):1-12.
5. Klemming S, Lilliesköld S, Westrup B. Mother-newborn couplet care from theory to practice to ensure zero separation for all newborns. *Acta Paediatr*. 2021 Nov;110(11):2951-57.
6. Marcelina LA, Rachmawati IN, Kurniawati W. Postpartum supportive care increases breastfeeding effectiveness in mothers with twins: evidence based nursing practice. 2020;30(Ichd):50-3.
7. רמב"ם – הקריה הרפואית לבריאות האדם. לאחר הלידה [אינטרנט]. חיפה: <https://www.rambam.org.il> [נצפה ביום: 2.4.2022]. נדלה מתוך:
8. Oruç M, Kukul K. The relationship between maternal function and maternal attachment of women during the postpartum period. *J Reprod Infant Psychol*. 2021 Jul;40(3):288-98.

הצורך והפיתוח של גיליון ציונים: פעילות גופנית של ילדים ובני נוער עם מוגבלות בישראל

ישעיהו הוצלר^{1,2}, דני נמט^{3,4}, ריקי טסלר⁵, שרון ברק^{6,7}, אבינועם גלעד⁸, שרון לוי⁹, לירי פינדלינג אנדי¹⁰,
נורית שרביט¹¹, אפרת אפללו¹², נועה שטיינמץ⁵, קווק נג^{13,14}

- ¹ המרכז האקדמי לוינסקי-וינגייט
- ² אילן מרכז הספורט לנכים, רמת גן
- ³ הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל אביב
- ⁴ מרכז רפואי מאיר
- ⁵ המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל
- ⁶ המחלקה לסיעוד, אוניברסיטת אריאל
- ⁷ בית החולים לילדים ע"ש ספרא, תל השומר
- ⁸ מרכז אילן, פתח תקווה
- ⁹ המחלקה לסיעוד, מכללת עמק יזרעאל
- ¹⁰ אפשריבריא – התכנית הלאומית לחיים פעילים ובריאים, משרד הבריאות
- ¹¹ משרד התרבות והספורט
- ¹² המחלקה לקידום בריאות, משרד הבריאות
- ¹³ האוניברסיטה של מזרח פינלנד
- ¹⁴ האוניברסיטה של לימריק באירלנד

תקציר

רקע: ילדים ובני נוער עם מוגבלות מהווים כ-11% מאוכלוסיית הילדים ובני הנוער בישראל. למרות החשיבות הרבה המיוחסת לפעילות גופנית בקרב אוכלוסייה זו, ישנם חסמים רבים להשתתפות בפעילות גופנית. גרסה 4.0 של גיליון הציונים הרב-לאומי לפעילות גופנית של ילדים ובני נוער הושק במסגרת כנס הארגון הבינלאומי לפעילות גופנית ובריאות באבן-דבאי 2022, והוא כלל לראשונה התייחסות לילדים ולבני נוער עם מוגבלות. במסגרת זו השתתפה ישראל לראשונה בהכנת גיליון הציונים, ואף כללה תת-וועדה שהורכבה ממומחים בתחום של פעילות גופנית ומוגבלות ועסקה בהכנת גיליון ציונים ייעודי לילדים ולבני נוער עם מוגבלות.

מטרת המחקר: סקירת המידע הקיים וניתוח ראיות הנוגעות להתנהגויות של פעילות גופנית ולהיבטים סביבתיים המקדמים או המעכבים אותן בישראל. נתונים אלו הומרו לציונים, והופקו מדדים תיאוריים באשר לתת-קבוצות המבוססות על מגזר, על מגדר ועל סוג מוגבלות.

שיטות: המחקר הנוכחי מבוסס על מדגם של 993 ילדים ובני נוער בכיתות ו-יב, אשר מילאו שאלון לדיווח עצמי המקובל כיום להערכת מצבי מוגבלות הנוגעים לקושי תפקודי ביכולת ראייה, שמיעה, דיבור, הליכה, ניקיון אישי, למידה, זיכרון או ריכוז. איסוף הנתונים נערך במסגרת סקר HBSC לשנת 2018-2019.

ממצאי המחקר: השיעור הכולל של ילדים ושל בני נוער עם מוגבלות בישראל אשר פעילים ברמה המומלצת בידי ארגון הבריאות העולמי (60 דקות בממוצע ליום) הוא נמוך מעט מ-10%, ואילו שיעור ההשתתפות בפעילות ספורט מאורגנת נמוך בכ-50% מאשר בקרב ילדים ללא מוגבלות. התבחינים הללו דורגו ברמת נכשל (F).

מסקנות: אפשר להסביר שיעורים נמוכים אלה על רקע היעדר תנאים סביבתיים מותאמים לפעילות גופנית במצבי מוגבלות המספקים תמיכה הורית, בית-ספרית, קהילתית וממשלתית. לצורך עידוד ההשתתפות בפעילות גופנית באוכלוסייה זו וקידומה יש לבסס מדיניות ציבורית תומכת, וכן לפתח ולהטמיע תוכניות ומודלים חדשניים.

מילות מפתח: הכלה, נגישות, השתלבות, ספורט, מוגבלות, פעילות גופנית.

רקע

חשיבותה הבריאותית של פעילות גופנית בקרב ילדים ובני נוער הוכרה כחיונית עוד בעת העתיקה במשנתם החינוכית של אפלטון ואריסטו (2,1). לפעילות גופנית חשיבות חיונית לביצועים תפקודיים הקשורים לכושר גופני (כוח שריר, התפתחות מוטורית, סבולת לב-ריאה), לבריאות מערכת לב-ריאה, לבריאות העצם, להפחתת השמנה, לחוסן גופני המאפשר התמודדות עם אתגרי הסביבה (החלמה מפציעות ועמידות לזיהום אוויר), לתפקוד קוגניטיבי (יכולת עיונית ותפקודים ניהוליים), להתנהגות פרו-חברתית ולאכיזות ולמשך השינה (3). בשנים האחרונות חלה עלייה גוברת של השמנה בקרב ילדים ובני נוער ברחבי העולם, המובילה לעלייה בסיכון לתחלואה כמו מחלות לב וכלי דם, סוכרת ויתר לחץ דם (4). מגמה זו אינה פוסחת על ישראל. מנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2016) עולה, כי קרוב ל-40% מכלל הילדים ובני הנוער בישראל סובלים מעודף משקל או מהשמנת יתר (5). שני הגורמים העיקריים לכך הם תזונה לא-מאוזנת הרוויה בסוכרים ובשומן רווי והיעדר פעילות גופנית, המתבטא בשיעור גבוה של התנהגות יושבנית ובשיעור נמוך של פעילות גופנית יזומה (6). מכאן עולה שחשוב למצוא דרכים ליצור נורמות של התנהגויות בריאות הכוללות פעילות גופנית, תזונה נכונה והפחתת פעילות יושבנית במסגרות שונות של חיי הילד והמתבגר, ובכלל זה בבית, בקהילה ובבית הספר. מאמר זה מתמקד בהיבט של הפעילות הגופנית.

שיעור ההשתתפות בפעילות גופנית בקרב ילדים ובני נוער בעלי מוגבלות נמוך משמעותית ממי שאינם בעלי מוגבלות (7-9), ובהתאמה הם בעלי סיכון גבוה יותר לפתח דיכאון וחרדה ותחושות ירודות של הערכה עצמית, של רווחה ושל מחוברות חברתית (אי-יציירת קשרים חברתיים עם קבוצת השווים) (10). יתרה מכך, ילדים ובני נוער עם מוגבלות הם בעלי סיכון גבוה יותר להשמנה (11), ועקב כך להתפתחות עתידית של תחלואה גופנית כגון סוכרת, יתר לחץ דם, ירידה בצפיפות העצם ועלייה במשקל (12-13).

מקובל להגדיר פעילות גופנית ככל תנועה של הגוף אשר נגרמת מהפעלת השרירים ואשר מלווה בעלייה בהוצאת

אנרגיה (14). כיום ארגון הבריאות העולמי ממליץ על 60 דקות פעילות גופנית ממוצעת ליום במהלך השבוע לכל ילד וילדה, מגיל 5 עד 17 (3,15). שלוש מגמות גלובליות נצפו על סמך ניתוח מאמצים בינלאומיים לסיקור פעילות גופנית של ילדים ובני נוער: מגמה של פעילות גופנית מועטה יחסית להמלצות; מגמה שבנות מבצעות פחות פעילות גופנית לעומת בנים; ומגמה שביצוע פעילות גופנית פוחת עם העלייה בגיל (16). מצב הפעילות הגופנית של ילדים ובני נוער בישראל נבחן מדי ארבע שנים באמצעות הסקר הארצי בנושא רווחתם ובריאותם של ילדים ובני נוער בישראל, שהוא חלק מסקר בינלאומי רחב היקף (Health Behavior in School Children – HBSC –) ומתבסס על דיווח עצמי של תלמידי כיתות ו-יב במדגם מייצג. בהתבסס על סקר זה משנת 2018-2019 בקרב 4,407 תלמידים נמצא כי 14.3% מהם ביצעו פעילות גופנית במשך 60 דקות ביום, 64.1% בין פעם לחמש פעמים בשבוע ו-21.5% לא ביצעו פעילות גופנית כלל (17).

כחלק ממאמץ גלובלי לקדם פעילות גופנית ותנועה ולזהות את הגורמים הסביבתיים המשפיעים על כך בקרב ילדים ובני נוער ברמה הלאומית והבינלאומית הוקמה בתחילת המאה העשרים ואחת קבוצת עבודה בינלאומית של צוותים מקצועיים ואקדמיים, המתעדים והמקימים בסיסי מידע השוואתי להישגי המדינה בתחומים אלה. התוצר העדכני ביותר הוא תיאור המצב ב-57 מדינות ברחבי העולם ובהן ישראל, שהצטרפה לראשונה בשנת 2022 לקבוצת העבודה בהובלת "אפשרי בריא" – התוכנית הלאומית לחיים פעילים ובריאים (16,18). כחלק מיוזמה זו התגבשה גם ההכרה, שלנוכח הסיכונים העודפים הנגרמים מחוסר פעילות גופנית לילדים ובני נוער עם מוגבלות יש צורך לפתח גיליון ציונים ייעודי לאוכלוסייה זו (19). במסגרת גרסה 4.0 של גיליון הציונים הרב-לאומי לפעילות גופנית של ילדים ובני נוער, שהושקה בידי ארגון Active Healthy Kids Global Alliance (AHKGA) במהלך הכנס של הארגון הבינלאומי לפעילות גופנית ובריאות באבר-דאבי בחודש אוקטובר 2022, נכללה לראשונה התייחסות רב-לאומית לילדים ולבני נוער עם מוגבלות (18,20,21). במאמר זה אנו סוקרים את תנאי המסגרת שהובילו לצורך בהפקת גיליון ציונים לילדים ולבני

החינוך" או "המורה לחינוך גופני ישתף בשיעור ובפעילויות השונות רק תלמידים שהגישו טופס הצהרת בריאות"; הורים עלולים להניח בטעות שמצבו הרפואי של הילד אינו מאפשר להם לחתום על טופס מעין זה. כמו כן, מאחר שפעילות מחוץ למקום בטוח נחוצה להתפתחות עצמאותו של ילד עיוור, הרי הוראות מעין אלה מדגישות את ערך הבטיחות על חשבון ערך פיתוח החוסן הפיזי והנפשי שמופיע במבוא לאותו חוזר מנכ"ל.

ואומנם מדיווחי מורים והורים לילדים עם מוגבלות בישראל עולה, שחלק ניכר מהתלמידים עם צרכים מיוחדים מוותרים על זכותם להשתתפות בשיעורי החינוך הגופני ובהפסקות פעילות (27). זאת ועוד, בסקר מקוון (28) נמצא, שילדים עם מוגבלות משתתפים פחות בפעילויות פנאי (שפעילות גופנית היא אחת הנפוצות שבהן) לעומת ילדים ובני נוער ללא מוגבלות. מסקירה עדכנית של הספרות (29) עולה, כי בישראל חסר מידע על אודות מספר הילדים ובני הנוער עם שיתוק מוחין המשתתפים בפעילויות גופניות. יתרה מכך, לפי דיווחי בני נוער "ישנו מחסור ניכר בפעילויות מתאימות, הן במגוון והן בפריסה ארצית. חסרים גם אמצעים יעילים לפרסום ולהעברת מידע על פעילויות למשתתפים פוטנציאליים (30).

היבטים חינוכיים-חברתיים של מיעוט פעילות גופנית בקרב ילדים ובני נוער עם מוגבלות

לצד ממצאים מדאיגים אלו נמצא במסגרת מחקר HBSC בישראל (31) קשר מובהק בין מיעוט השתתפות בפעילות גופנית ובין גורמי סיכון התנהגותיים בקרב בני נוער, כגון שימוש בסמים, עישון, שתיית אלכוהול ובריונות. עוד נמצא במחקר זה, כי בקרב ילדים ובני נוער עם מוגבלות היקף גורמי הסיכון להתנהגותיים הללו גבוה יותר מאשר בקרב בני נוער ללא מוגבלות. ידוע כי חינוך גופני עשוי לשמש גורם חוסן למניעת התנהגויות סיכון מעין אלה (32). לאור זאת, חשוב לשקול שימוש בפעילות גופנית בבית הספר כגורם חוסן המקדם התנהגות פרו-חברתית בקרב אוכלוסיית הילדים ובני הנוער עם מוגבלות. חיזוק נוסף לטענה זו מגיע מדיון רפואי המדגיש את הרכיבים החברתיים של שייכות, של הזדמנויות לתקשורת ושל תלות הדדית באמצעות הפעילות הגופנית (33).

מטרת המחקר

לסקור את המידע הקיים ולמפות התנהגויות בנוגע להרגלי פעילות גופנית ולהיבטים סביבתיים המקדמים או המעכבים אותן בישראל.

נוער עם מוגבלויות בישראל ואת הממצאים העדכניים של קבוצת העבודה נכון לשנת 2022.

ילדים ובני נוער עם מוגבלות בישראל

לפי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (22) ישנם כ-326,000 ילדים ובני נוער עד גיל 18 עם לפחות בעיה בריאותית תפקודית (מוגבלות) אחת אשר מפריעה או מפריעה מאוד לחייהם, והם מהווים כ-11% מסך הילדים ובני הנוער בישראל. על פי נתוני אגף החינוך המיוחד במשרד החינוך בשנת 2020, כ-265,000 תלמידים עם מוגבלות מוכרים במערכת החינוך המיוחד ומוגדרים כתלמידים בעלי צרכים מיוחדים. כ-11% מהם לומדים בבתי ספר לחינוך מיוחד, 19% בכיתות מיוחדות בבתי ספר רגילים ו-61% משולבים פרטנית בחינוך הרגיל או זוכים לתמיכות מסל מוסדי (22). שיעור השילוב הגבוה ביותר הוא בחינוך היסודי (68%). בחינוך העל-יסודי שיעור השילוב עומד על 56%, ואילו בחינוך הקדם-יסודי שיעור זה עומד על 46% בלבד. שיעור התלמידים עם מוגבלות באוכלוסייה הערבית המשולבים בחינוך הרגיל הוא 69% בחינוך העל-יסודי ו-61% בחינוך הקדם-יסודי, כלומר גבוה יותר מאשר באוכלוסייה היהודית. אולם יש להדגיש כי השילוב הפיזי אינו מבטיח הכלה (inclusion).

הכלה של ילדים ובני נוער עם מוגבלות בישראל

הכלה (inclusion) מתוארת כתפיסה חינוכית אשר במסגרתה ניתן מענה לכלל תלמידי הכיתה, לרבות מי שזכאים לשירותי חינוך מיוחד. תפיסה זו שמה דגש על הסרת החסמים ללמידה, להשתתפות ולמעורבות של כלל התלמידים, מתוך הבנה כי השיתופיות בין מרקם אנושי מגוון של תלמידים מעשירה את המסגרת החינוכית (23). הגדרה זו מבוססת על המודל החברתי להתייחסות כלפי אנשים עם מוגבלות שהתפתח בעולם בשלהי המאה העשרים ובראשית המאה העשרים ואחת (24). החלתה של תפיסת ההכלה בישראל כוללת בין היתר חתימה ואשרור של האמנה הבינלאומית בדבר זכויות אדם של אנשים עם מוגבלות בידי מדינת ישראל (25).

השתתפות בפעילות גופנית של ילדים ושל בני נוער עם מוגבלות

בישראל אין הוראה לשיתוף ולהכיל ילדים עם מוגבלות בחינוך הגופני. במסגרת תפקידי המורה לחינוך גופני, ההנחיה בחוזר מנכ"ל משרד החינוך 214 (26) קובעת, כי "באופן כללי תוכנית הלימודים תותאם לכלל התלמידים, לרבות התלמידים בעלי צרכים מיוחדים". יתרה מכך, ההוראה כוללת חסמים כגון "אין לקיים שיעורי ריצה לתלמידים לקויי ראייה מחוץ לחצר מוסד

שיטה

לצורך איסוף המידע להפקת גיליון הציונים, לניתוחו ולהכנתו לדפוס, הוקם צוות מיוחד שכלל מומחים בתחום של קידום בריאות, של פעילות גופנית ושל ילדים ובני נוער עם מוגבלות – ארבעה מומחים ישראליים (ארבעת המחברים הראשונים של מאמר זה) ומומחה מחו"ל (המחבר האחרון). כל חברי הצוות הם בעלי רקע אקדמי או מקצועי (או שניהם) של עשרות שנים בתחום הפעילות הגופנית והתנועה, לצד ידע ספציפי בתחום אוכלוסיית היעד. הצוות פעל במהלך השנים 2021-2022 באופן פרונטלי ומקוון, תוך קיום פגישות סדירות והתייעצות עם אנשי מקצוע מתחום החינוך, הרפואה וקידום הבריאות בישראל (19).

מקורות המידע וגישת הפיתוח

הידע שנצבר בנוגע לפעילות גופנית בקרב ילדים ובני נוער עם מוגבלות בישראל מבוסס על מדגם של 993 ילדים ובני נוער בכיתות ו-יב, אשר מילאו שאלון לדיווח עצמי המקובל כיום להערכת מצבי מוגבלות הנוגעים לקושי תפקודי ביכולת ראייה, שמיעה, דיבור, הליכה, ניקיון אישי, למידה, זיכרון או ריכוז (34,35). איסוף הנתונים נערך במסגרת סקר HBSC. השאלון מבוסס על סולם בן ארבע דרגות ("ללא קושי", "מעט קושי", "קושי רב" ו"לא יכול"). ערכים אלו הומרו לאפיון משתתפים עם מוגבלות ("קושי רב" ו"לא יכול") לעומת משתתפים ללא מוגבלות ("ללא קושי" ו"מעט קושי"). סוגי המוגבלות הומרו למצבים פיזיולוגיים (עם קשיים בראייה, בשמיעה, בדיבור, בהליכה ובניקיון אישי) ולמצבים קוגניטיביים (עם קושי בלמידה, בזיכרון ובריכוז). היו משתתפים שדיווחו על קשיים ביותר מתחום אחד, ולפיכך אופיינו כמי שיש להם יותר ממוגבלות אחת.

סקר HBSC מתבצע בישראל זה שלושה עשורים בידי צוות בראשות פרופ' יוסי הראל-פיש באוניברסיטת בר-אילן מדי ארבע שנים, בתמיכת משרד החינוך ומשרד הבריאות ובשיתוף פעולה הדוק עם חוקרים במכוני מחקר ובאוניברסיטאות ב-46 מדינות באירופה ובצפון אמריקה המרושתים דרך המחקר הרב-לאומי של ארגון הבריאות העולמי. סקר HBSC מציג נתונים על סמך דיווח עצמי על שיעור פעילות גופנית, על אורח חיים יושבני, על מידת ההשתתפות בפעילות גופנית מאורגנת ועל חסמים סביבתיים לפעילות גופנית, והכול בחלוקה למגדר ולמגזר. נתוני ילדים ובני נוער עם מוגבלות מוצגים ביחס לאוכלוסייה תואמת גיל ללא מוגבלות עבור הסקרים שבוצעו במהלך השנים 2014 ו-2018-2019 (31,36). בסקר HBSC 2018/2019 דיווחו 284 משתתפים כי יש להם מוגבלות פיזיולוגית בלבד, 283 דיווחו על מוגבלות קוגניטיבית בלבד ואילו 426 דיווחו

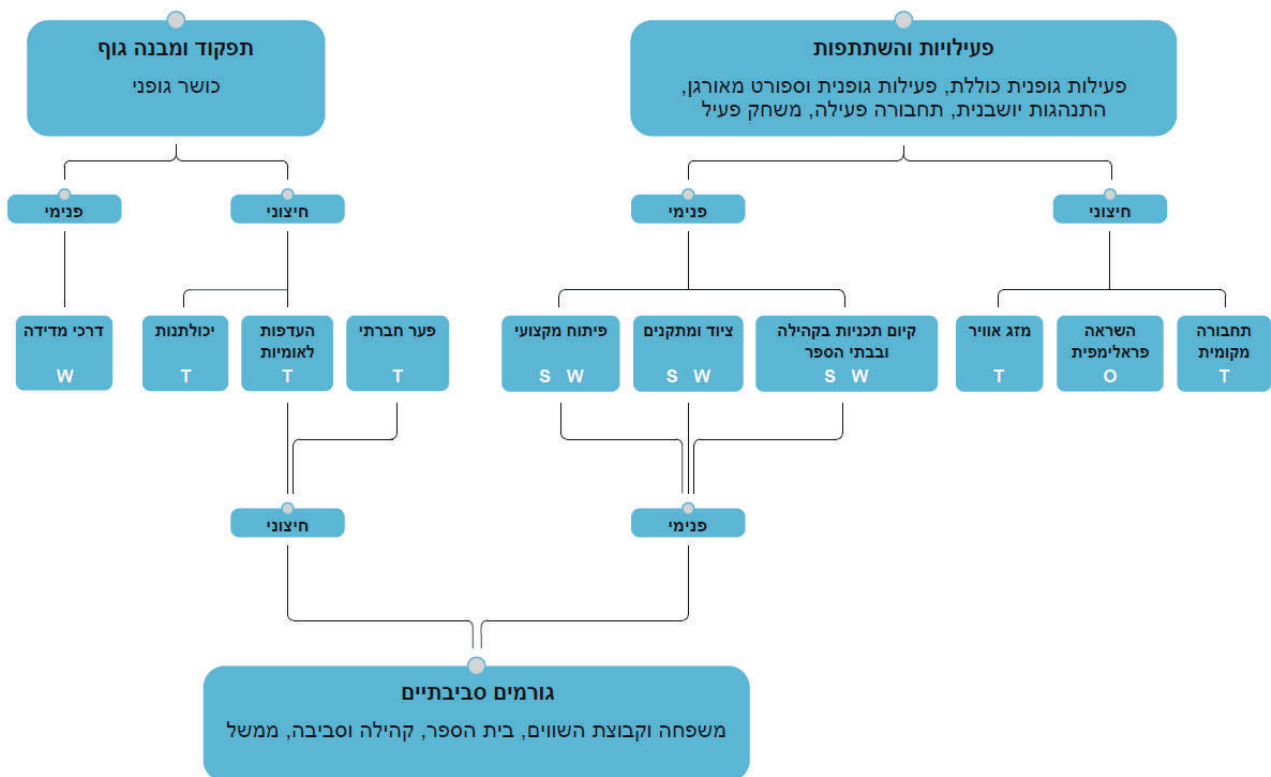
על מוגבלות מעורבת – קוגניטיבית ופיזיולוגית. במסגרת הניתוח הסטטיסטי של נתוני הסקר לטובת הפקת גיליון הציונים בוצעה השוואה בחתכים של מגדר (בנים ובנות), מגזר (יהודים וערבים) וסוג מוגבלות (פיזיולוגי וקוגניטיבי). ההשוואה בוצעה באמצעות מבחני חי בריבוע. רק נתונים עם שונות מובהקת מוצגים בגיליון הציונים.

לנוכח העובדה שסקר HBSC אינו כולל תלמידים ממסגרות חינוך מיוחד, בוצע גם סקר אינטרנטי ובו מדגם מזדמן של 17 מורים מ-15 מסגרות חינוך מיוחד שנענו לפנייה שהופצה בידי מפקחים ובמדיה חברתית ייעודית. המורים ענו על שאלון ייעודי שהתבסס על הערכה של שיעור תלמידי החינוך המיוחד העומדים באינדיקטורים שפותחו במסגרת התבנית הגלובלית (Global matrix 4.0) של AHKGA. דוגמה טיפוסית לאחד האינדיקטורים היא השאלה הבאה: "למיטב הערכתך, אחוז תלמידי החינוך המיוחד שמשותתפים בפעילות ספורטיבית מאורגנת/בתכניות ספורט מחוץ לבית הספר (בין אם דרך עמותה, רשות מקומית או מפעיל פרטי), הוא...". על המורים היה לדרג את תשובתם באחת מ-13 רמות השתתפות בנות 7% כל אחת, שהנמוכה ביותר בהן היא <20% ואילו הגבוהה ביותר היא 100%-94%.

זאת ועוד, ישנו ידע ממחקרים שכוללים מדגמי מורים מצומצמים, המצביע על תחושת המסוגלות של המורים לחינוך גופני לשילוב תלמידים עם מוגבלות בבתי הספר הכלליים במגזר היהודי (37) ובמגזר הערבי (38), ולהוראת תלמידים עם מוגבלות במסגרות משלבות. מקורות מידע נוספים כללו את המסמכים הבאים: סקר הרגלי פעילות גופנית (39); נתונים על מתקני ספורט (40); נתונים על בתי ספר מקדמי בריאות (41); חוזר מנכ"ל משרד החינוך 214 (26). כמו כן נערכו שיחות בלתי-אמצעיות עם גורמי פיקוח על החינוך הגופני ועל הבריאות במשרד החינוך.

המידע נותח בידי חברי הצוות במהלך ישיבות משותפות ודיונים עם בעלי עניין נוספים, עם נציגי עמותות ועם גורמי רווחה, חינוך ובריאות שעוסקים בעולם התוכן של ילדים ושל בני נוער עם מוגבלות בארץ. הנתונים שהתקבלו עובדו לצורך מתן ציונים על בסיס מחוץ הדירוג שפיתח ארגון AHKGA (18). גיליון הציונים מספק הערכה באמצעות ציונים מדידים של עשרה מדדים (אינדיקטורים) בינלאומיים הקשורים לפעילות גופנית בקרב ילדים ובני נוער. המדדים מבוססים על התפיסה האקולוגית, המביאה בחשבון את מעגלי ההשפעה השונים בחייהם של ילדים ובני נוער: הפרט, המשפחה וקבוצת השווים, בית הספר והקהילה, חברה ומדיניות. עשרת האינדיקטורים כוללים שישה מדדים התנהגותיים: (א) פעילות גופנית כוללת; (ב) פעילות ספורט מאורגנת; (ג) משחק פעיל; (ד) תחבורה פעילה; (ה) כושר גופני; (ו) התנהגות יושבנית. כמו כן הם כוללים ארבעה גורמי השפעה

איור 1: מיפוי הקשר בין גורמי תפקוד, מוגבלות ובריאות במודל ה-ICF לבין מדדי גיליון הציונים



מטרים, משך שחייה למרחק של 25 מטרים ועוד; אופן העלייה במדרגות – רגל-רגל לסירוגין או רגל סגור ואז רגל שנייה עם או ללא סיוע מעקה, או הצידה לאורך המעקה רגל סגור ואז רגל שנייה).

איור 1 מציג את הקישור בין גורמי תפקוד, מוגבלות ובריאות במודל ה-ICF ובין מדדי גיליון הציונים. ניתן לראות שממד הכושר הגופני מיוחס לרכיב "תפקוד ומבנה גוף", בעוד שיתר המדדים ההתנהגותיים מיוחסים לרכיב "פעילויות והשתתפות". עוד ניתן לראות במסגרת הניתוח הארגוני (SWOT) שביצע הצוות הבינלאומי את החוזקות (S), את החולשות (W), את ההזדמנויות (O) ואת האיומים (T) שיוחסו למדדים השונים (43).

הציונים המסכמים בגיליון חושבו על בסיס קונצנזוס של חברי הצוות המיוחד ועל סמך אמות המידה של גרסה 4.0 של AHKGA (18) באמצעות מחוון בן 13 דרגות, החל מ"חסר מידע" (INC) או "נכשל" (F) שמייצג מצב שבו פחות מ-20% מהילדים ומבני הנוער הם בהתאם למצופה, ועד ל"מצטיין" (A+) שמייצג מצב שבו 94% ומעלה הם בהתאם למצופה.

סביבתית: (א) משפחה ועמיתים; (ב) בית הספר; (ג) קהילה וסביבה; (ד) ממשל.

נוסף על חלוקה הדיכוטומית שבין מאפייני התנהגות ובין גורמים סביבתיים, הרי לצורך הבנת התמונה הייחודית של מצב פעילותם הגופנית של ילדים ושל בני נוער עם מוגבלות יש להביא בחשבון גם משתנים הקשורים להתנהגות התנועתית עצמה. לפיכך פעל צוות בינלאומי מ-14 מדינות, שעסק באופן ייחודי באוכלוסיית ילדים ובני נוער עם מוגבלות באמצעות שיטת דלפי לקבלת החלטות מושכלות, וקיווה מדדים אלו לרכיבי המודל הבינלאומי International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) למצבי תפקוד, מוגבלות ובריאות (42). מודל זה משמש את מערך השיקום לצורך תכנון התערבות וקביעת מטרות מניעה וטיפול. במסגרת אפיון פעילות גופנית ניתן להשתמש במודל הבינלאומי ICF כדי לפרק את רכיבי ההתנהגות הגופנית למדדי תפקוד ומבנה גוף (כך למשל, משקל הגוף, משקל ואחוז מסת השומן לעומת שלד ושרירים, תפקודי נשימה, סבולת לב-ריאה, כוח אחיזה), לעומת מדדים של פעילות ושל השתתפות (כך למשל, מרחק הליכה במשך שש דקות, משך הליכה למרחק של עשרה

לוח א: ציוני גיליון הציונים לילדים ובני נוער עם מוגבלות בישראל 2021 בהשוואה לציוני מדגם של 14 מדינות ולציוני גיליון הציונים הכללי לילדים ובני נוער בישראל 2021

מדר	ציון פגינמי ¹	ציון פגינמב ²	ציון פגינמי ³
פעילות גופנית כוללת	F	C+ to F/INC	D-
פעילות גופנית וספורט מאורגן	F	C+ to F/INC	D
תחבורה פעילה	D	B to D-/INC	C-
התנהגות יושבנית	C	C to F/INC	C+
משפחה וקבוצת השווים		C+ to D-/INC	D-
בית הספר	B-	B+ to D/INC	C+
קהילה וסביבה	C-	B- to F/INC	C-
ממשל	C	A+ to D-/INC	C
משחק פעיל	D+	D+ to F/INC	INC
כושר גופני	INC	D+ to INC	INC
ציון כולל	D+	D- to C+	

מדדי הביניים מוצגים באופן שתואם בקירוב את תבחיני הציונים בארצות הברית.

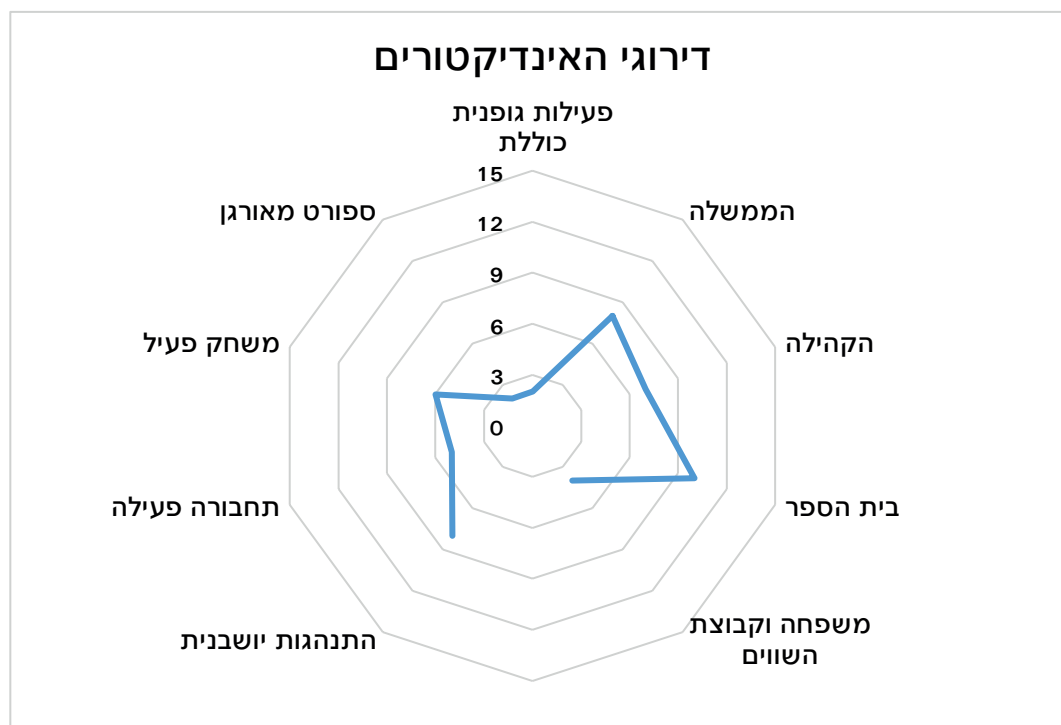
אם כן, גיליון הציונים מציג תמונת מצב על אודות דפוסי התנהגויות, מדיניות ויישום בנוגע לעידוד פעילות גופנית בקרב ילדים ובני נוער עם מוגבלות בישראל. לגיליון זה חשיבות יתרה לאור מגפת הקורונה אשר פרצה לחיינו, ואשר השפיעה השפעה משמעותית על דפוסי פעילות גופנית ועל הרגלי אורח חיים פעיל ובריא בקרב אוכלוסיית ילדים ובני נוער עם מוגבלות. פיתוח גיליון הציונים על פעילות גופנית לילדים ולבני נוער עם מוגבלות נערך לצד פיתוח והצגת גיליון הציונים לכלל אוכלוסיית הילדים ובני הנוער בישראל (44).

ממצאים ודיון

בלוח א מוצגים דירוגי גיליון הציונים בישראל בנוגע למדדים ולאמות המידה לילדים ולבני נוער עם מוגבלות של גרסה 4.0 של AHKGA, בהשוואה לממוצע של 14 מדינות ולדירוג הכללי בישראל של ילדים ושל בני נוער. באיור 2 אפשר לראות דיאגרמת רדאר שמייצגת את

1. פגינמי = פעילות גופנית ילדים ובני נוער עם מוגבלות ישראל.
2. פגינמב = פעילות גופנית ילדים ובני נוער עם מוגבלות בינלאומי (טווח).
3. פגיני = פעילות גופנית ילדים ובני נוער ישראל.

איור 2: דיאגרמת רדאר להצגה מספרית של הדירוגים בגיליון הציונים



הערה: הדירוגים על פי הממוצע של AHKGA (18).

לוח ב: אמות מידה נבחרות לקביעת הציונים בחתך מגדר ומגזר

P	נתונים השוואתיים					% לפי הערכות מורי חינוך מיוחד	אינדיקטור/מדד
	% מגזר יהודי (N=458)	% מגזר ערבי (N=535)	P	% בנים (N=453)	% בנות (N=540)		
0.16	7.6%	10.1	<.001	11.5	6.9	46-40	פעילות גופנית כוללת ¹
0.18	30.0	26.3	<.001	37.5	20.1		פעילות גופנית 4 פעמים בשבוע
0.22	26.20	29.71	<.001	22.07	33.14		פעילות גופנית אף יום בשבוע
						33-27	פעילות גופנית וספורט מאורגן
						39-34	משתתפים במשחק פעיל
0.03	41.24	48	0.65	45.7	44.3	<20	תחבורה פעילה ²
<.001	42.1	58.3	<.001	46.5	56.1	66-60	התנהגות יושבנית ³
						26-20	כושר גופני
							משפחה וקבוצת השווים
<.001	14.8	29.9	0.43	24.1	22		ספורט עם המשפחה ⁴
<.001	10.7	39.8	0.43	25.2	27.4		הליכה עם ההורים ⁴
							בית הספר
	100	97				79-74	שעתיים בשבוע
						93-87	מורים מוסמכים
						66-60	יש אולם ספורט בבית הספר
<.001	70.3	41.3					קהילה וסביבה (ממוצע)
<.001	45.2	19.7	.017	33.6	29.6		יש מתקנים ⁵
<.001	6.8	34.8	.08	19.4	23.9		אין כלל מתקנים ⁵
<.001	61.1	51.4	.02	59.8	52.6		הסביבה בטוחה

הערות: מבוסס על נתונים מסקר HBSC 2018/2019.

1. % העומדים בהמלצות ארגון הבריאות העולמי (60 דקות בכל יום); 2. % ההולכים או משתמשים באופניים בדרך לבית הספר ובחזרה; 3. % בעומדים בהמלצות ארגון הבריאות העולמי (עד שעתיים ביום במסגרת שעות הפנאי); 4. % המבצעים פעילות ספורטיבית עם המשפחה במרבית ימי השבוע; 5. % ממוצע מרשימה של 9 התייחסויות לסוגי מתקנים. ל.מ.: לא מובהק.

לרכיב "תפקוד ומבנה גוף" במודל ICF. ממצא בולט ביותר הוא היעדרו של מידע כלשהו שמאפשר להעריך את רמת הכושר הגופני של אוכלוסיית היעד, ולפיכך מדד הכושר הגופני הוערך כחסר מידע (inc). מעיון בחוזר מנכ"ל משרד החינוך בנושא החינוך הגופני (26) אפשר לראות שאומנם ישנן המלצות להערכת כושר גופני, אך הן ניתנות באמצעות מבחנים מותאמים אישית שקביעת הציון בהם מבוססת על שינוי במשך השנה (26). עם זאת תלמידים הפטורים משעורי חינוך גופני באישור רופא (אין נתונים על מספר הילדים עם מוגבלות שקיבלו פטורים אלה) רשאים לבצע עבודות עיוניות כחלופה. מן הראוי לציין, שב-13 מתוך 14 המשתתפות בגרסה הראשונה של גיליונות הציונים (20) ניתן ציון דומה של חוסר במידע (inc); כלומר, התמונה המצטיירת בארץ נפוצה ככל הנראה בארצות אחרות. יוצאת דופן היא דרום קוריאה (45), שבה ילדים ובני נוער עם מוגבלויות בטווח הגילים 13-18 מוערכים באופן קבוע במסגרת מרכז לאומי לכושר גופני ובריאות של ילדים עם מוגבלות. מתקני המרכז, הפרוסים

השקלול המספרי היחסי של הדירוגים בגיליון הציונים לילדים ובני נוער בישראל.

כמו כן, בלוח ב אפשר לראות אמות מידה נבחרות ונתונים ששימשו למתן ציונים במסגרת גיליון הציונים בחתך מגדר ומגזר של המשתתפים. לעומת זאת, בלוח ג אפשר לראות אמות מידה נבחרות ונתונים ששימשו למתן ציונים בחתך סוגי המוגבלות. אמות המידה והנתונים שבלוחות מתבססים על הנתונים מסקר HBSC בשנים 2018-2019 (36).

על סמך הנתונים שנאספו במסגרת גיליון הציונים יוצגו להלן הממצאים והדיון של דירוגי המדדים בהתייחס לרכיבי מודל לסיווג סוגי מוגבלויות ה-ICF של ארגון הבריאות העולמי שתואר לעיל: (א) תפקוד ומבנה גוף; (ב) מדדי התנהגות מבוססי פעילויות והשתתפות; (ג) גורמים סביבתיים.

תפקוד ומבנה גוף

כושר גופני. על מדד זה לא התקבל מספיק מידע, ולפיכך הוא הוערך כלא-ידוע (inconclusive). מדד זה משויך

לוח ג: אמות מידה נבחרות בחתך מאפייני מוגבלות של המשתתפים

אינדיקטור/מדד	% קוגניטיבי ורגשי* (N=710)	% גופני ותחושי* (N=709)	P
פעילות גופנית כוללת ¹	8.6	10.3	0.27
פעילות גופנית 4 פעמים בשבוע	32.3	25.7	<.001
פעילות גופנית אף יום בשבוע	29.4	27.0	0.23
תחבורה פעילה ²	44.5	44.4	0.96
התנהגות יושבנית ³	51.1	54	<.001
כושר גופני	אין נתונים	אין נתונים	
משפחה וקבוצת השווים			
ספורט עם המשפחה ⁴	22.4	26.2	0.43
הליכה עם ההורים ⁴	24.2	31.7	<.001
קהילה וסביבה			
יש מתקנים ⁵	29	32.6	.140
אין כלל מתקנים ⁵	24.5	19.6	0.02
הסביבה בטוחה	56.8	55.1	0.51

הערות: מבוסס על נתונים מסקר HBSC 2018/19; 1. % העומדים בהמלצות ארגון הבריאות העולמי (60 דקות בכל יום); 2. % ההולכים או המשתמשים באופניים בדרך לבית הספר וחזרה; 3. % העומדים בהמלצות ארגון הבריאות העולמי (עד שתיים ביום במסגרת שעות הפנאי); 4. % המבצעים פעילות ספורטיבית עם המשפחה במרבית ימי השבוע; 5. % ממוצע מרשימה של 9 סוגי מתקנים; * = נתונים על פי Washington group (34).

מוגבלות במרבית המדינות האחרות שהשתתפו בסקרים. כאן המקום לציין, שהיקף ההשתתפות אינו נתון מספק כדי להתייחס באופן כוללני להשתתפות בפעילות הגופנית. מן הראוי להתייחס בנוסף להיקף גם למגוון, לתדירות, לעצמאות הפעילות ולהנאה שהילד או המתבגר חווה במהלכה (46).

באשר לגורמים משפיעים – המגדר הוא גורם מבחין משמעותי, ונמצאו הבדלים מובהקים גבוהים יותר בשיעורי ההשתתפות של בנים לעומת בנות בכל המדדים ("כל יום בשבוע", "עד ארבעה ימים בשבוע" ו"אף יום בשבוע" – לוח ב). מבחינת סוגי המוגבלויות אפשר לראות הבדל מובהק בביצוע פעילות גופנית במשך 60 דקות גם בתדירות נמוכה יותר מאשר ארגון הבריאות העולמי מצפה לה, בסדר גודל של עד ארבעה מימי השבוע. רק 25.7% מהילדים ומבני הנוער עם מוגבלות גופנית וחושית דיווחו על פעילות זו, באופן מובהק פחות מהילדים עם מוגבלות שכלית או רגשית (32.3%).

פעילות גופנית וספורט מאורגן. גם מדד זה דורג בציון "נכשל" (F). הנתונים התקבלו ממסגרות "התאחדות ספורט בתי הספר" (47), "עמותת "אילן" (48), העמותה למשחקים מיוחדים (49) וארגון "ספישל אולימפיקס ישראל" (50). אפשר להעריך כי קרוב ל-1,000 ילדים ובני נוער רשומים בפעילות ספורט מאורגנת. מספר זה מייצג כ-0.3% מסך הילדים ובני הנוער עם מוגבלות. בהנחה שחלק מהם רשומים במסגרות רגילות, אפשר להניח שבסך הכול בין 1%-0.5% רשומים במסגרות ספורטיביות. נתון זה הוא נמוך מאוד ונמוך במידה ניכרת מהנתון של כ-60,000 ילדים ובני נוער הרשומים

ב-11 מרכזי כושר ברחבי המדינה, אפשרו הערכה של 3,638 נבדקים בין השנים 2019-2021.

מדדי פעילויות והשתתפות

פעילות גופנית כוללת. מדד זה דורג בציון "נכשל" (F). על פי הנתונים שנאספו, רוב הילדים ובני הנוער עם מוגבלות בישראל אינם מבצעים פעילות גופנית בהתאם להמלצות בינלאומיות. רק כ-9% דיווחו על פעילות יום-יומית – 10.1% במגזר הערבי ו-7.6% במגזר היהודי. שיעור העמידה בהמלצות הבינלאומיות נמוך באופן מובהק ($P < .001$) בקרב הבנות (6.9%) לעומת הבנים (11.5%). כ-30% מכלל הילדים ובני הנוער עם מוגבלויות אינם פעילים 60 דקות אף יום במהלך השבוע, מה שמהווה גורם סיכון גבוה לחוסר פעילות בבגרות. מן הראוי לציין שגם באוכלוסייה הכללית של ילדים ושל בני נוער בישראל דווחו מספרים גבוהים מאוד – בין הגבוהים ביותר במסגרת כלל המדינות המשתתפות בסקרי HBSC, שהגיעו כדי 19% (36). המדד שניתן לפעילות גופנית כוללת באוכלוסייה הכללית בישראל היה D (לוח א), ואף הוא נמוך יחסית למדד החציוני של כלל המדינות המשתתפות בסקרי HBSC, שדורג D+. לעומת זאת, בקרב המדינות שהשתתפו במיום פעילות גופנית לילדים ולבני נוער עם מוגבלות המדד החציוני היה D- (21). התמונה העולה באשר למדד זה היא, שהיקף הפעילות הגופנית הכוללת של ילדים ושל בני נוער עם מוגבלות בישראל נמוך מאשר באוכלוסייה הכללית של ילדים ושל בני נוער בארץ ומאשר בילדים עם

לוח 7: דיווח על זמינות מתקנים ופעילויות בקרבת הבית ותחושת ביטחון בסביבה

סוג המתקן / פעילות בקרבת הבית	כלל המדגם (n=993)	מין		מגזר		מאפיין מוגבלות	
		בנים (n=453)	בנות (n=540)	יהודי (n=458)	ערבי (n=535)	מוגבלות קוגניטיבית (n=710)	מוגבלות פיזיולוגית (n=709)
	(%) n	(%) n	(%) n	(%) n	(%) n	(%) n	(%) n
מגרשי משחק ופארקים	543 (54.7)	260 (57.4)	283 (52.4)	322 (70.3)	221 (41.3)	402 (56.6)	370 (52.2)
דרכי הליכה/ריצה	372 (37.5)	189 (41.7)	183 (33.9)	226 (49.3)	146 (27.3)	276 (38.9)	255 (36.0)
מגרשי כדורסל/רגל לציבור	369 (37.2)	192 (42.4)	177 (32.8)	263 (57.4)	106 (19.8)	276 (38.9)	234 (33.0)
אולמות ספורט בית ספר ¹	265 (26.7)	124 (27.4)	141 (26.1)	160 (34.9)	105 (19.6)	197 (27.7)	184 (26.0)
פרקי החלקה וסקטבורד	148 (14.9)	79 (17.4)	69 (12.8)	98 (21.4)	50 (9.3)	124 (17.5)	91 (12.8)
מגרשי כושר חיצוניים	311 (31.3)	155 (34.2)	156 (28.9)	241 (52.6)	70 (13.1)	227 (32.0)	197 (27.8)
בריכות שחייה ציבוריות	174 (17.5)	96 (21.2)	78 (14.4)	112 (24.5)	62 (11.6)	133 (18.7)	113 (15.9)
פעילות ספורט במתנ"ס	285 (28.7)	124 (27.4)	161 (29.8)	196 (42.8)	89 (16.6)	205 (28.9)	177 (25.0)
מגרשי או מועדון טניס	155 (15.6)	83 (18.3)	72 (13.3)	104 (22.7)	51 (9.5)	111 (15.6)	109 (15.4)
% ממוצע	31.49	33.66	29.64	45.23	19.69	32.56	28.98
מובהקות ²	–		0.17		<0.001		0.02
אף אחד מאלה שלמעלה	217 (21.9)	88 (19.4)	129 (23.9)	31 (6.8)	186 (34.8)	139 (19.6)	174 (24.5)
מובהקות ²	–		0.08		<0.001		0.02
תחושת ביטחון בסביבה							
ללכת/לשחק לבד	555 (55.9)	271 (59.8)	284 (52.6)	280 (61.1)	275 (51.4)	391 (55.1)	403 (56.8)
מובהקות ²	–		0.02		<0.001		0.51

הערות:

1. עם זמינות בשעות אחר הצהריים
2. במבחן חי²: ערך P
3. במאפייני המוגבלות היה אפשר לסווג יותר ממוגבלות אחת

14 המדינות שהפיקו גיליון ציונים לילדים ולבני נוער עם מוגבלות, ישראל היא בין המדינות היחידות שהציגו נתונים על משחק פעיל. המדינה הקרובה ביותר לדירוג של ישראל היא פינלנד (D). במדינה זו ישנו פרויקט מיוחד המקושר לוועד הפראלימפי, שבמסגרתו סטודנטים חונכים חוברים לילדים ולבני נוער עם מוגבלות, ויוצרים זוגות המתכננים יחדיו את פעילות הפנאי ומתנסים בה עד שהילד או המתבגר חשים ביטחון להמשיך בכך עצמאית (52). גם בישראל ישנם פרויקטים מיטיבים לילדים ולבני נוער עם מוגבלות בתחום הפנאי. בתחום זה פעילות עמותות שאינן עוסקות בספורט תחרותי אלא בפעילות גופנית בדגש חינוכי, חברתי, מאתגר ומעצים, כגון "איתן כל אחד יכול" (53), "אתגרים" (54), "החלוץ – דרור ישראל" (55) ו"שער שוויון" (56). עמותות אלה מפעילות תוכניות הממוקדות בפעילות ספורט חינוכית בשעות הפנאי לאוכלוסיות עם צרכים מיוחדים, ובהן ילדים ובני נוער עם מוגבלות. הפעילות במסגרות אלה מתווספת לפעילות המבורכת של עמותות "אילן", "העמותה למשחקים מיוחדים" ו"ספישל אולימפיקס", שמתמקדות בפעילות גופנית בפנאי לילדים ולבני נוער עם מוגבלות.

תחבורה פעילה. מדד זה נוגע לתנועה פעילה אל בית

בספורט מאורגן, בליגות ובמסגרות תחרותיות שונות (48), שהם קרוב ל-2% מהאוכלוסייה הכללית של ילדים ושל בני נוער בישראל. כמו כן, נתונים אלה הם נמוכים מאוד בהשוואה למרבית המדינות המפותחות שהשתתפו בגיליון הציונים לילדים ובני נוער עם מוגבלות (20), ובפרט ארצות הברית, דרום קוריאה ואירלנד (17%, 24%, 20% ו-56%, בהתאמה). הנתונים הנמוכים של השתתפות בפעילות גופנית ספורטיבית מאורגנת באוכלוסייה הישראלית של ילדים ושל בני נוער עם מוגבלות מצערת במיוחד, לנוכח הסיכוי הכפול שנמצא בקרב ילדים ובני נוער בפינלנד לעמוד בציפיות ארגון הבריאות העולמי לפעילות גופנית של שעה לפחות ביום בעצימות בינונית עד רבה (51).

משחק פעיל. הקריטריון למדד זה עניינו שהות ופעילות מחוץ לבית של שעתיים ביום ומעלה. מדד זה דורג בציון נמוך למדי (D+). אומנם לא נמצאו מקורות של נתונים לאומיים או מייצגים, אך חוות הדעת של מורים לחינוך גופני בחינוך המיוחד הציגו תמונה שלפיה קרוב ל-40% מהילדים ומבני הנוער עם מוגבלות במוסדות החינוך המיוחד עוסקים במשחק פעיל (19). במסגרת גיליון הציונים הכללי בישראל הוערך מדד זה כלא-יודע (inconclusive). מבין

של בני נוער עם שיתוק בחוט השדרה נמצא שיפור משמעותי בהיקף הזמן ובתוצאות חיוביות של פעילות גופנית בישיבה על כיסא גלגלים באמצעות מערכות מציאות מדומה (61). לפיכך, ראוי לפתח מסרים מותאמים כאשר בונים תוכניות להפחתת ההתנהגות היושבנית ולהחלפתה בפעילות מאומצת (62). כך למשל, במחקר מקיף פורסמו המלצות למשתמשים בכיסא גלגלים, שכוללות הנעה עצמית של כיסא הגלגלים למרחק שלושה קילומטרים במהירות של חמישה קילומטרים לשעה במשך חמישה ימים בשבוע לפחות, על מנת לאפשר תרומה בריאותית (60).

מדדי גורמים סביבתיים

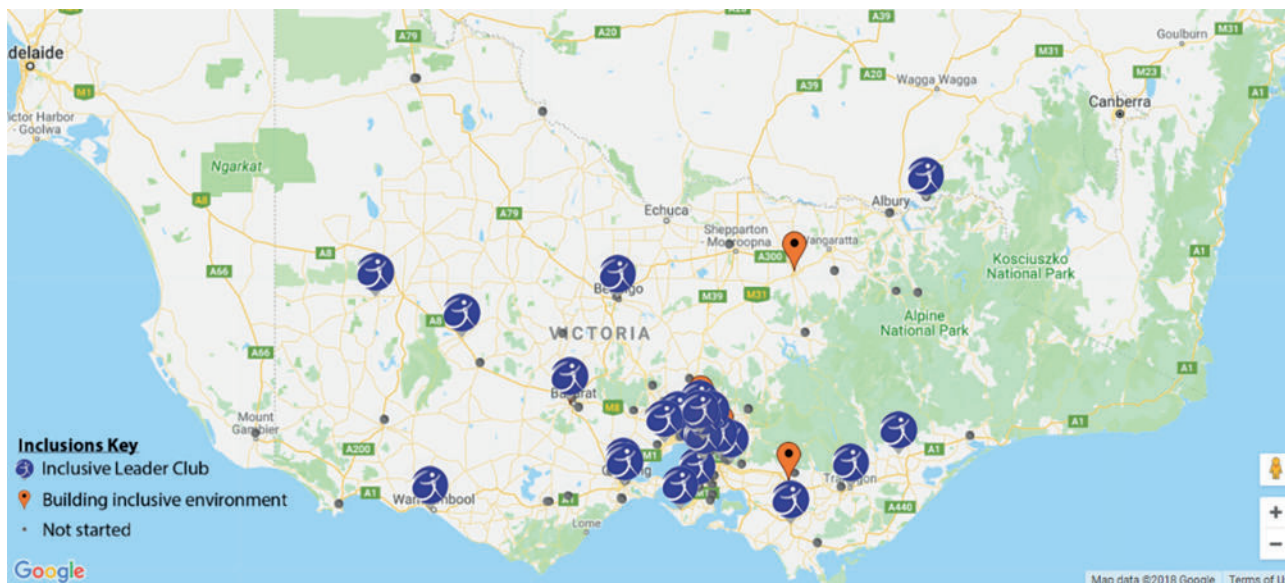
משפחה וקבוצת השווים. מדד זה דורג בציון נמוך במיוחד (D-). רק כרבע מההורים בישראל עומדים בהמלצות הבינלאומיות לפעילות גופנית למבוגרים, והורים אלו דיווחו על ביצוע פעילות גופנית מתונה במשך 150-300 דקות בשבוע או על 75-150 דקות של פעילות גופנית נמרצת. שיעור דומה של ילדים ושל בני נוער עם מוגבלות (כ-23%) ציינו כי הם מבצעים פעילות גופנית עם הוריהם, וכי הם יוצאים לטיולים עם הוריהם בכל יום או ברוב ימות השבוע. מגזר היהודי גורם מבחין גם בנושא זה. ילדים ובני נוער עם מוגבלות במגזר הערבי יצאו באופן מובהק יותר לפעילות גופנית ולהליכה עם ההורים ועם בני המשפחה מאשר במגזר היהודי (לוח ב). לא נמצאו מקורות של נתונים לאומיים או מייצגים על פעילות גופנית עם קבוצת השווים. בפינלנד ובאירלנד בלבד דווחו ממצאים טובים יותר באשר למשמעות של ההורים ושל קבוצת השווים עבור פעילותם הגופנית של ילדים ושל בני נוער עם מוגבלות, וקרוב למחצית מהמדינות המשתתפות במיזם גיליון הציונים לילדים ולנוער עם מוגבלות לא מצאו די נתונים כדי להעריך מדד זה (20). ההשקעה העצומה שנדרשת מהורים להתמודד עם הצרכים החינוכיים והטיפוליים של ילדיהם עם מוגבלויות, לצד החשש מדחייה חברתית, מונעות מהם לעיתים קרובות את היציאה מהבית (63).

בית הספר. מדד זה דורג בציון הגבוה ביותר (B-), מאחר שבכל בתי הספר הציבוריים בישראל חינוך גופני מועבר בידי מורה מומחה. מרבית בתי הספר מציעים לתלמידיהם שיעורים שבועיים של חינוך גופני בכיתות א'-יב בהתאם למדיניות לאומית, וכן מאפשרים גישה קבועה למתקנים ולציוד התומכים בפעילות גופנית, כגון מגרש ספורט וציוד ספורט. כמו כן, ישנם בתי ספר לא-מעטים שמוסיפים שעה עד שיעורים למערכת השעות, בין אם במסגרת שעות תקן ובין אם במסגרת שעות גמישות ניהולית של מערכת החינוך, שצפויה להתרחב בשנת התשפ"ד (64). מן הראוי להביא בחשבון פעילות גופנית נוספת לילדים עם מוגבלות במסגרת שעות פרטניות של פיזיותרפיה ושל ספורט טיפולי בבתי

הספר וממנו ואל מסגרות של פעילות קהילתיות (כלומר, בהליכה או ברכיבה על אופניים שאינן חשמליות) ודורג בציון נמוך (D). הדירוג התבסס על נתונים מסקר HBSC, המצביעים על כך שכ-45% מהילדים ומבני הנוער עם המוגבלות דיווחו על הליכה או על רכיבה על אופניים אל בית הספר ובחזרה ממנו. ההגעה לבתי הספר בחינוך המיוחד היא בעזרת הסעה שמארגנת הרשות המקומית. נתונים אלה דומים לנתונים של האוכלוסייה הכללית בישראל. כ-41% מהילדים ומבני הנוער דיווחו על הליכה או על רכיבה על אופניים אל בית הספר, ו-50% דיווחו על הליכה או על רכיבה על אופניים בחזרה ממנו. מגזר היהודי גורם מבחין מובהק הן לשימוש באופניים והן להליכה לבית הספר ובחזרה ממנו. האוכלוסייה הערבית של ילדים ושל בני נוער עם מוגבלות פעילה יותר מהאוכלוסייה היהודית בהקשר זה (לוח ב). התופעה של שימוש מועט יחסית בהליכה או באופניים במסגרת הניידות אל בית הספר וממנו נפוצה בכל המדינות שנענו למיזם גיליון הציונים לילדים ובני נוער, כך שזמינות של תחבורה מאורגנת תוארה כסיכון לפעילות הגופנית במסגרת ניתוח (43 SWOT, אזור 2). עם זאת תחבורה פעילה לבית הספר עלולה להיות סיכון בטיחותי במצבי מוגבלות מסוימים, כגון אוטיזם ומוגבלות שכלית.

התנהגות יושבנית. מדד זה דורג מעט גבוה יותר (C). כ-52.5% מהילדים ומבני הנוער עם מוגבלות עומדים בהמלצות בינלאומיות, ודיווחו כי הם צופים בטלוויזיה או משחקים במחשב עד שעתיים ביום בזמן הפנוי. נתון זה נמוך במידה משמעותית מהנתון של 64% שעומדים בהמלצות, כפי שדווח בקרב האוכלוסייה הכללית של ילדים ושל בני נוער במסגרת סקר HBSC (46). מגזר ומגדר שימשו גורמים מבחנים באשר להתנהגות יושבנית. ילדים ובני נוער עם מוגבלות במגזר הערבי הציגו פחות התנהגות יושבנית מאשר במגזר היהודי, ובנים בשני המגזרים הציגו פחות התנהגות יושבנית מאשר בנות. התמונה בישראל דומה לזו שנצפת בקרב ילדים ובני נוער עם מוגבלות בכל 14 המדינות שמשותפות במיזם גיליון הציונים לילדים ובני נוער עם מוגבלות (20). התנהגות יושבנית נחשבת למגפה של שלהי המאה העשרים וראשית המאה העשרים ואחת, ולגורם המרכזי להשמנה ולתחלואה של מערכת לב-ריאה (57) ולפגיעה בגדילתם ובהתפתחותם של ילדים ושל בני נוער (58). לנוכח העובדה שחלק מהילדים ומבני הנוער עם המוגבלות חווים לקויות בתפקוד המוטורי ועקב כך מסתייעים בכיסא גלגלים לניידותם או במכשירי הליכה כגון הליכוניים וקביים, הרי התפוקה האנרגטית של הניידות שונה בתכלית מזו של אוכלוסייה ללא מוגבלות. כך למשל, הליכה של ילד עם שיתוק מוחין עלולה לצרוך אנרגיה בשיעור של פי שלושה משל ילד ללא מוגבלות (59). לעומת זאת, תנועה עם כיסא גלגלים צורכת פחות אנרגיה למרחק נתון (60). בתוך כך, במסגרת מחקר שכלל שני תיאורי מקרה

איור 3: מיפוי רמת ההכלה של מועדוני ההתעמלות במדינת ויקטוריה



מפתח: מועדון שביצע תהליך הכלה במלואו Inclusive Leader Club, מועדון שהחל תהליך הכלה Building inclusive environment, מועדון שעדיין לא החל Not started.

על נגישות ועל התאמה של שירותי פעילות גופנית במסגרות קהילתיות לציבור האנשים עם המוגבלות הוא שירות חיוני, החסר בשלב זה במרבית הרשויות. על סמך ממוצע מרשימה של תשעה סוגי מתקנים שהייתה אליהם התייחסות בסקר HBSC נמצא כי ברשויות במגזר הערבי יש באופן כללי פחות מתקנים, וכי הסביבה נתפסת כבטוחה פחות מאשר במגזר היהודי (לוח ד). מיעוט מתקנים ראויים לשימוש – לא כל שכן עם הנגשה – וסביבה לא בטוחה הם חסמים משמעותיים לקיום פעילות גופנית יום-יומית המותאמת לילדים ולבני נוער עם מוגבלות ברשויות הערביות.

ממשל. מדד הממשל הוערך בציון גבוה יחסית (C) על סמך הסכמה בין חברי הצוות, שלפיה יש הזדמנויות חוקיות ופיננסיות לא מבוטלות במסגרת חוקים ותקנות של משרדי ממשלה ורשויות מקומיות למימוש פעילות גופנית בקרב ילדים ובני נוער עם מוגבלות. כמו כן, ניכרת מנהיגות ומחויבות ברמה ההצהרתית למתן הזדמנויות לפעילות גופנית עבור ילדים ובני נוער עם מוגבלויות. הקצאת כספים ומשאבים ליישום אסטרטגיות ויוזמות לקידומה של מדיניות זו, כמו מיזם "שווים בספורט" של מנהל הספורט, התאחדות ספורט בתי הספר ובשיתוף הרשויות המקומיות, נמצאת עדיין בשלבי פיתוח ראשוניים (67). הקצאת הכספים עדיין מיועדת בעיקר לקידום בעלי הישגים תחרותיים, אף שהאתגר הגדול הוא להגדיל את מספר הרשומים בספורט המאורגן שנמצא כאמור בשפל. בפרט, ובדומה לתמונה בכלל האוכלוסייה, זוהו

הספר הכלליים והמיוחדים כחלק מהשירות שנותנים מרכזי התמיכה היישוביים אזוריים (מת"א) (65); ייתכן שזו הסיבה לכך שהדירוג בחינוך המיוחד היה גבוה במעט מאשר בחינוך הכללי (C+) (44). עם זאת מורים בחינוך המיוחד מדווחים על מחסור בצידוד מותאם לילדים ולבני נוער עם מוגבלות. לא ידוע על אפשרויות לרכישה או להשאלה של ציוד ספורט ייחודי ויקר הנדרש במקרים של לקויות ראייה ושל לקויות ניידות, כמו למשל כיסאות גלגלים לצורכי ספורט, שמחיריהם עלולים להגיע ל-30,000 שקלים חדשים. הנתונים בישראל דומים לממוצע הדירוגים ב-14 המדינות שמשותפות במיזם גיליון הציונים לילדים ובני נוער עם מוגבלות (20) (C).

קהילה וסביבה. מדד זה דורג בציון מעט נמוך מהציון במדד בית הספר (C-). מרבית הרשויות דיווחו שיש להן מדיניות לקידום פעילות גופנית, ולפחות מגרש אחד ואולם ספורט אחד. הנגישות לאנשים עם מוגבלות אינה מופיעה בחזון ובניירות עמדה של הרשויות. עם זאת לאחרונה אפשר לראות רכזי ספורט לאנשים עם מוגבלות בחלקיות משרה במספר מצומצם מאוד (פחות מעשר) של רשויות. דוגמה חיובית אפשר לראות באתר עיריית נתניה (66), שמציג את פרטי הקשר של רכזת אוכלוסיות מיוחדות ומידע על סוגי פעילות בעיר באופן מותאם לאוכלוסיות אלו. יתר על כן, בפירוט מתקני הספורט של העירייה מופיע מידע על נגישות או על אי-נגישות של כל מתקן לאנשים עם מוגבלות. מעיון באתר אפשר לראות שמרבית המתקנים אינם נגישים. מידע

וכל המידע הנובע מסקר HBSC מבוסס על דיווח עצמי. שנית, המידע המבוסס על סקר HBSC נוגע רק לאוכלוסיית הילדים ובני הנוער שבמסגרות החינוך הממלכתי והממלכתי דתי, ואינו כולל את מסגרות החינוך המיוחד והחינוך החרדי. שלישית, מדגם המורים מהחינוך המיוחד הוא מדגם מזדמן וקטן בהיקפו. יש לבחון דרכים כיצד להרחיב את דרכי איסוף המידע במסגרות אלו.

מסקנות

במאמר זה תוארו השיטה והממצאים להערכת מצב הפעילות הגופנית של ילדים ובני נוער עם מוגבלות בישראל. הממצאים הצביעו על כך ששיעור הפעילים מדי יום בקרב אוכלוסייה זו הוא נמוך ועומד על פחות מ-10%, בדומה לשיעור הפעילים בספורט מאורגן. לפיכך דורגו שני התבחינים הללו דורגו בציון נכשל. מדד הכושר הגופני באוכלוסייה זו לא היה ניתן לקביעה עקב מיעוט מידע, ובמדדים אחרים להשתתפות (משחק פעיל, תחבורה פעילה והתנהגות יושבנית) היה שיעור הפעילות נמוך עד בינוני. ההיקף הנמוך של השתתפות בפעילות גופנית בקרב ילדים ובני נוער עם מוגבלות בישראל נמוך מאשר באוכלוסייה הכללית ובמרבית המדינות שביצעו סקרים בחתך מוגבלות. ממצא זה ניתן להסבר על רקע מיעוט של תנאים סביבתיים פיזיים וחברתיים התומכים בפעילות גופנית של ילדים ושל בני נוער עם מוגבלות. כמו כן, נמצא כי בקרב בנות, בני המגזר הערבי וילדים ובני נוער עם מוגבלויות גופניות וחושיות שיעור ההשתתפות הוא נמוך במיוחד. לנוכח הממצאים יוצעו המלצות לשינויים שניתן לבצע בתחומי ההשפעה השונים של המסגרות הסביבתיות, אשר עשויות להשפיע על ההתנהגות הקשורה לפעילות הגופנית של אוכלוסיית היעד. בהינתן היבטים ייחודיים של תרבות הפעילות הגופנית, השפה וסביבת המחיה בישראל, יוצגו שמונה מסלולי פעולה לקידום ההיקף והאיכות של פעילות גופנית בקרב ילדים ובני נוער עם מוגבלות בישראל. המלצות אלה מיועדות לכל סוגי הארגונים שכוללים הזדמנויות לפעילות גופנית: בתי ספר, איגודי ספורט, אגודות ספורט, מועדוני ספורט וכושר גופני, מחלקות ספורט עירוניות, מרכזי תרבות, פנאי וספורט קהילתיים (מתנ"סים), מפעילי חוגים, ספקים ציבוריים ופרטיים של פעילויות ספורט ואתגר ועוד.

נגישות פיזית וציוד מותאם

על הארגון להבטיח גישה נוחה לכל המתקנים – מעבדות, אולם ספורט, מלתחות, שירותים, ספרייה, כיתות, חדר המנהל וחצר. חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998 קובע, כי על הגורמים המפעילים להנגיש את מוסדות החינוך ואת שירותי החינוך לתלמידים עם מוגבלות ולהורים עם מוגבלות (75). מעבר לדרישות המעוגנות בחוק, נוספו הנחיות

פערים והיעדר מדיניות ייעודית לקידום אורח חיים פעיל בקרב בנות ובקרב המגזר הערבי. עם זאת יצוין, כי באופן מזדמן ניתנים תקציבים ייעודיים בידי קרנות הביטוח הלאומי או "קרן שלם" לפיתוח מיזמים. בין היתר פותחו בדרך זו ליגות כדורגל וכדורסל למשתתפים עם מוגבלות נפשית, ליגת בוצ'יה למשתתפים עם מוגבלות גופנית קשה (68) וליגת כדורסל בכיסאות גלגלים לצעירים (69).

במחקר השוואתי על הערכת מדיניות לקידום פעילות גופנית בקרב ילדים ובני נוער עם מוגבלויות נמצא שהציון הממוצע בגיליונות הציונים של 14 מדינות היה C+, כלומר מעט גבוה יותר ממה שנמצא בארץ (70). אולם הציון הממוצע של ההיבטים ההתנהגותיים (פעילות גופנית כוללת, פעילות גופנית מאורגנת וספורט, משחק פעיל, תחבורה פעילה והתנהגות יושבנית) בגיליונות אלה היה D-. מסקנת החוקרים היא, שבאופן גורף עדיין יש פער גדול בין הצהרות מדיניות ובין יישומן בפועל. אחת הדוגמאות המרשימות למדיניות שבמסגרתן פועלת מערכת משלבת פעילה ויעילה על בסיס חקיקה מתקדמת בתחום הפעילות הגופנית והספורט היא אוסטרליה. במדינה זו יש חקיקה למניעת הדרה של אנשים עם מוגבלות, שתומכת בפיתוח פעולות להנגשת שירותים והזדמנויות להשתתפות בפעילות חברתית. לפיכך, אחת הציפיות של החוק למניעת הפליה על רקע מוגבלות (71) היא שכל ארגון יפתח תוכנית להפעלה ולהכלה של אנשים עם מוגבלות (Disability Action and Inclusion Plan). כך נעשה גם במסגרת ארגוני ספורט ברחבי המדינה, כגון Swimming Australia, Gymnastics Victoria ועוד, אשר פיתחו תבחיני הכלה שמצופה מהמועדנים ומהאגודות החברות בארגונים אלה לעמוד בהם. תבחינים אלה הוצעו בהתבסס על תפיסה שפותחה בקנדה למטרת חינוך מכיל (72), ואומצה בין היתר בידי ועד הספורט של אוסטרליה (73) לפי שבעה עקרונות: נגישות, עמדות, חופש הבחירה, שותפויות, תקשורת, מדיניות והזדמנויות. באיור 3 אפשר לראות מיפוי של רמת ההנגשה של מועדוני ההתעמלות במדינת ויקטוריה שבאוסטרליה בשנת 2018, בהתאם למידת היישום של תבחיני ההכלה. זוהי דוגמה למהלך של יישום מקומי לעקרונות רגולטוריים שמן הראוי לאמץ גם בישראל. דוגמה נוספת לקידום מהלכי הנגשה והכלה בפעילות גופנית וספורט אפשר למצוא באתר של CARA, המרכז לפעילות ספורט מכילה באירלנד, שבו יש בין היתר ערכה עם חומרי עזר להנגשת מועדוני ספורט – Xcessible Club Toolkit (74).

מגבלות התיעוד

במסגרת תהליך איסוף המידע וניתוחו שתואר במאמר זה היו כמה מגבלות. ראשית, חסרים נתונים תצפיתיים באשר להשתתפות ילדים ובני נוער עם מוגבלות בפעילות גופנית,

נגישות השירות והמוסמכים מתוקף החוק לאשר ולספק ייעוץ בתחום ביצוע של התאמות, כדי לאפשר את הנגשת השירות ללקוחות עם מוגבלות (84). על מנת לממש את דרישת החוק, יש להבטיח שבכל ארגון המספק שירותי פעילות גופנית וספורט יש בעל תפקיד שעבר הכשרה מתאימה והוא זמין לציבור, ומתפקידו לתאם הנגשה והתאמות לכל משתתף עם מוגבלות. לנוכח העובדה שהנגשת שירותים לילדים ולבני נוער עם מוגבלות כרוכה בידע ספציפי רב, רצוי לפתח קורסים ייעודיים לנגישות השירות בתחום הפעילות הגופנית והספורט.

מדיניות

משמעותה של מדיניות בחתך ארגוני היא שהארגון חרת על דגלו בחזון ובתקנון התייחסות מכילה של משתתפים עם מוגבלות במסגרת פעילותו, ושהוא חותר לממש זאת בצורה מעשית. אחד הכלים היעילים להערכת מדיניות ארגונית ולאומית לעידוד פעילות גופנית הוא Policy Assessment Tool (PAT), אשר פותח בידי הקבוצה האירופית של ארגון הבריאות העולמי לצורך קידום פעילות גופנית תומכת בריאות (WHO European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity: HEPA Europe). ארגון זה פיתח מערך של תבחינים בנושאים מגוונים, כמו המוסדות שקובעים ומיישמים מדיניות, דרכי אפיון המדיניות, דרכי קבלת ההחלטות, דרכי יישום המדיניות ודרכי ההערכה של ביצוע המדיניות (86,85). תבחינים מסוג זה עשויים לתרום בעתיד להערכת המדיניות של המוסדות הלאומיים בנושא פעילות הגופנית של ילדים ושל בני נוער בכלל ועם מוגבלות בפרט. לצורך הערכת המדיניות של ארגון מקומי כמו אגודת ספורט, חוג התעמלות או מתנ"ס, די לבחון אם הארגון חרת על דגלו בחזון ובתקנון התייחסות מכילה של משתתפים עם מוגבלות במסגרת פעילותו, והצהיר כי הוא חותר לממש זאת.

תהליכים

כיוון שהוראה והדרכה במהלך הפעילות הספורטיבית מתבצעות במגוון דרכים, הרי השאיפה למימוש מדיניות מכילה כרוכה בתהליכי התאמה למצבי מוגבלות פרטניים, כך למשל, שימוש בדרכים להצגת מידע קולי, חזותי ותחושתית באופן אוניברסלי, כלומר מונגש מראש למרבית מצבי המוגבלות הצפויים או המותאם אישית. התאמות יבואו לידי ביטוי בכללים להעדפה מתקנת, בדרכים מגוונות למתן משוב ובשילוב חונכות עמיתים, תוך שימוש מגוון בציוד ובתנאי סביבה מותאמים, במטרה לאפשר ולקדם תהליכי למידה והתפתחות אישית מיטבית בקרב כל המשתתפים – עם וללא מוגבלות. הוצלר (87) מציג מידע ודוגמאות הנוגעות

מפורטות של משרד החינוך להנגשה פרטנית של טיולים ושל פעילויות פנים וחץ-מוסדיות עבור תלמידים עם מוגבלות (76). זוהי דוגמה להיערכות המשרד לשיתוף ילדים ובני נוער עם מוגבלות בפעילות גופנית חוץ-בית ספרית. בין היתר מוצע בהנחיות המפורטות להשתמש בציוד מותאם כגון עזרי שמיעה ו"נגישון" (77). גם בפעילויות גופניות אחרות נדרשים פרטי ציוד מותאם, כגון כיסאות גלגלים לתנועה ספורטיבית. עלותם של כיסאות גלגלים אלה היא גבוהה מאוד, ואינה פרופורציונלית לפרטי ציוד שאינם מיוחדים, כך למשל לנעלי התעמלות. לפיכך, מן הראוי לשקול לממש התאמות ציוד כמתואר בהוראות משרד החינוך בנושא התאמות הנגשה בתחום פדגוגי-טכנולוגי (78), ולהקים מרכז השאלה באמצעות מרכזי התמיכה היישוביים האזוריים עבור ציוד לילדים ולבני נוער עם מוגבלות לצורך ביצוע פעילות גופנית בבית ספרם ובקהילה.

נגישות חברתית (עמדות)

נוסף על היעדר נגישות פיזית, עמדות שליליות כלפי שיתוף אנשים עם מוגבלות הן חסם מרכזי במניעת הזדמנויות לפעילות גופנית (79). עמדות שליליות נובעות במידה רבה מתחושת מסוגלות נמוכה להדרכה ולהוראה של מיומנויות תנועה לילדים ולבני נוער עם מוגבלות (80). על כן, יש לפעול לשיפור העמדות ותחושת המסוגלות של מורים, של מדריכים ושל מאמנים בענפי הספורט השונים, ולספק להם התנסות ומידע זמין ויעיל על מנת שיוכלו להתמודד עם היבטים שונים של פעילות גופנית מותאמת ולערוך פעילות שתעצים את הילדים ואת בני הנוער. מידע על תרגילי התנסות לשינוי עמדות זמין באתר "אדפטיב" (81), שפותח בסיוע קרנות הביטוח הלאומי. דוגמה להתנסות זו היא "דו"ח נגישות" לאחר סיור בארגון תחת תנאי מוגבלות (82). מגוון התנסויות נוספות מפורט בספר "מדריך לשילוב תלמידים עם מוגבלות גופנית בבית הספר ובקהילה" (80). מדברים אלה מתבקש, כי כל ארגון יודא שבוצעה התנסות והדרכה של סגל הארגון (כך למשל מנהל, מורים, מזכירות וסייעות בבית ספר) ולעיתים גם של מקבלי השירות בארגון (כך למשל התלמידים) בנוגע לעמדות כלפי מוגבלות, הכלה, התאמה והנגשה.

אחריות

המושג אחריותיות (accountability) מבטא את חובתם של הנושאים בתפקיד ציבורי לתת דין וחשבון על פעולותיהם ולקבל אחריות על תוצאותיהן (83). במסגרת החוק לשוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות קבע משרד המשפטים בסעיף 19 מב חובה למנות רכז נגישות שירות לאנשים עם מוגבלות בכל גוף ציבורי המספק שירותים ל-25 איש ומעלה. מורשי נגישות השירות הם אנשי מקצוע אשר קיבלו הכשרה בתחום

בחברה הכללית. לפיכך יש חשיבות רבה להערכה ולדירוג של האופן שבו הארגון מפרסם את פעולותיו במדיה בכל הנוגע להשתלבות אנשים עם מוגבלות, ובכללם ילדים ובני נוער במסגרת מערך השירותים הארגוני. כאשר הארגון מדווח על פעילויות אלה, חשוב במיוחד לספק דוגמאות למודלים של הצלחה ושל הזדהות כדי לעודד ילדים ובני נוער להצטרף, להציג בצורה ברורה את הדרך ליצירת קשר ולספק מידע מועיל לקידום השתתפות. אפשר לראות דוגמה לכך באתר של מרכז הספורט לנכים של "אילן" ברמת גן (88).

בקרה

הליכי בקרה של ניהול ארגוני נחוצים כדי לשמור על האיכות ועל רמת השירותים הניתנים במסגרת. על מנת להבטיח שארגונים הקשורים למתן שירותי פעילות גופנית וספורט יכללו בקהל לקוחותיהם גם ילדים ובני נוער עם מוגבלות, אפשר לבנות "תו תקן" כמפורט בטופס "רמזור נגישות" (89), עבור דירוג ומיתוג מסגרות בהקשר של נגישות ושל מוכנות להכלה. תו תקן זה יכול התייחסות להיבטים הסביבתיים והתפעוליים של הפעילות הגופנית בנוגע לכמה שיותר מצבי מוגבלות; זהו מעין מחוון דירוג של רמת המוכנות להכלה בכל ארגון שמספק שירותי פעילות גופנית (כגון בתי ספר, מתנ"סים, אגודות ספורט, מועדונים וחוגי ספורט) באמצעות משפטי חייוי שמדרגים את המצב המצוי אל מול המצב הרצוי. את המחווה יכולים למלא חברי סגל ומקבלי שירותים של הארגון, ומתוצאותיו ניתן לקבל תמונת מצב על המצוי, על הרצוי ועל הפער ביניהם באשר לנגישות השירותים וההכלה של ילדים ושל בני נוער עם מוגבלות בישראל. סוגיה נוספת שמן הראוי לגעת בה היא הסוגיה של דרכי הבקרה של כושר גופני ושל אוריינות תנועתית. הן במסגרות החינוך הגופני והן במסגרות של מועדונים ושל אגודות ספורט יש חשיבות רבה למדידה של ביצועים כאמצעי בקרה להתקדמות אישית. לנוכח החסר בנתונים על כושר גופני של ילדים ושל בני נוער בישראל, ובכלל זה ילדים ובני נוער עם מוגבלות, מומלץ לפיקוח על החינוך הגופני לאמץ דרכי מדידה עכשוויות (למשל שימוש בטלפון ושעון חכם) כבסיס לאתגרים אישיים מדידים שניתנים לתייעוד.

מקורות

1. Chrysafis JE. Aristotle on physical education. J Health Phys Educ. 1930;1(1):3-51.
2. MacAllister J. The "physically educated" person: physical education in the philosophy of Reid, Peters and Aristotle. Educ Philos Theory. 2013;45(9):908-20.
3. Chaput JP, Willumsen J, Bull F, Chou R, Ekelund U, Firth J, et al. 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents aged 5-17

לעיצוב אוניברסלי ללמידה ולהתאמות בתחום הפעילות הגופנית. דוגמאות נוספות אפשר לראות ב"בנק התאמות" באתר אדפטיב" (81). במסגרת התהליכים הנדרשים יש חשיבות רבה לאפשר לילדים ולבני נוער עם מוגבלות בחירה עצמית אם להשתתף בפעילות מכילה במסגרות מכילות או במסגרות ייחודיות, על פי העדפתם האישית, ולספק להם את העזרים הטכניים, התקנוניים והמקצועיים הנדרשים בכל מסגרת. זאת ועוד, יש חשיבות רבה לפיתוח שותפויות בין מסגרות כלליות, כגון התאחדות ספורט בתי הספר או איגודי הספורט, וארגוני הספורט הוותיקים שמספקים שירותים לאנשים עם מוגבלויות (כגון אילן וספישל אולימפיקס), כדי ללמוד מהניסיון ולהגדיל הזדמנויות לפעילות גופנית ולמפגש חברתי בסביבת השווים. לבסוף, מן הראוי לאפשר רצף של מידע ותקשורת בין המנגנונים הרפואיים שמודעים ליכולות ולסיכונים בפעילות גופנית של ילדים ושל בני נוער עם מוגבלות ובין מסגרות שעשויות להפעיל אותם. אפשר לעשות זאת באמצעות הכשרת גורמים מתאימים, כך למשל במסגרת מרכזי התמיכה היישוביים או האזוריים (מתי"אות) או במרכזים קהילתיים.

פרואקטיביות

אי-אפשר לצפות שהורים של ילדים ושל בני נוער עם מוגבלות יבצעו לבדם איתור של מסגרות פעילות מתאימות לילדיהם. לכן נדרש מהארגון ליוזם פעולות על מנת להגיע אל אוכלוסיות יעד עם מוגבלות ולסייע להן להשתלב במסגרת. חשוב לעודד פעילות גופנית של ילדים ושל בני נוער עם מוגבלות בעיקר במסגרות שבהן נמצאו פערים לרעה, כגון במגזר הערבי ובקרב בנות. לשם כך יש להתאים את הפעילות לצביון התרבותי הרלוונטי ולפתח מסגרות תמיכה ייחודיות, לרבות "חיזור" אחר אנשים אלה הנמצאים בקהילה ומתן סיוע כספי ייעודי לעידוד תוכניות במסגרות אלה. בין היתר אפשר להציע שעות פעילות ייחודיות או תמיכת חונכים (מנטורים) ומנגנונים לסיוע כספי למי שמתקשים לממן את דמי המנוי הנדרשים במסגרות. זאת ועוד, על איגודי הספורט הכלליים ועל הרשויות לייחד תקציבים ייעודיים למטרות הכלה של ילדים ושל בני נוער עם מוגבלות ברמות שונות של התפתחות מקצועית, ולהציב רכזי ספורט ומדריכים מקצועיים שיתמכו בכך.

פרסום

יש לקדם פרסום הישגים והתפתחות מקצועית ברמות שונות של ילדים ושל בני נוער עם מוגבלות בעיסוק התנועתי והספורטיבי, באמצעות ספורטאים עם מוגבלות כמובילי דעה ברשתות החברתיות ודוברים השראתיים במסגרות חינוכיות ובמסגרות של האיגודים הספורטיביים, כמו גם

16. Aubert S, Brazo-Sayavera J, González SA, Janssen I, Manyanga T, Oyeyemi AL, et al. Global prevalence of physical activity for children and adolescents; inconsistencies, research gaps, and recommendations: a narrative review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2021;18(1):1-11.
17. Levi S, Baron-Epel O, Tesler R, Harel-Fisch Y. Patterns of active travel and physical activity among adolescents in Israel. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Oct 28;19(21):14115.
18. Tremblay MS, Barnes JD, Demchenko I, Gonzalez SA, Brazo-Sayavera J, Kalinowski J, et al. Active healthy kids global alliance global matrix 4.0 – a resource for physical activity researchers. *J Phys Act Health.* 2022;1(aop):1-7.
19. Hutzler Y, Tesler R, Gilad A, Ng K, Barak S. 2022 para report card on physical activity of Israeli children and adolescents with disabilities. *Adapt Phys Activ Q.* 2022;1(aop):1-10.
20. Ng K, Sit C, Arbour-Nicitopoulos K, Aubert S, Staish H, Hutzler Y, et al. A Global Matrix of Para Report Cards on physical activity of children and adolescents with disabilities. *Adapt Phys Activ Q.* 2023 Mar 24;40(3):409-30.
21. Silva DA, Aubert S, Ng K, Morrison SA, Cagas JY, Tesler R, et al. Association between physical activity indicators and human development index at a national level: information from global matrix 4.0 physical activity report cards for children and adolescents. *J Phys Act Health.* 2022 Oct 22;19(11):737-44.
22. ברלב ל', נגר אידלמן ר', קונסנטינוב ר', אנשים עם מוגבלות בישראל. 2021. נתונים סטטיסטיים נבחרים. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל; 2022. 71 שקפים במצגת מחקר. https://brookdale.jdc.org.il/publication/people-with-disabilities-in-israel_2022/
23. אגף בכיר יישום חוק החינוך המיוחד, הכלה והשתלבות והמנהל הפדגוגי אגף 1א חינוך יסודי, משרד החינוך. הכלה והשתלבות בחינוך היסודי: יישום תיקון חוק החינוך המיוחד, ההכלה והשתלבות [אינטרנט]. ירושלים: משרד החינוך; 2019 [נצפה ביום 21.4.2023]. 2019. 32 עמ'. נדלה מתוך: https://meyda.education.gov.il/files/PortalShaar/integration_binder_elementary_school.pdf.
24. זיו נ', מור ש', איכנרין א'. מבוא: לימודי מוגבלות בעברית – שדה אקדמי בהתהוות. ירושלים: מכון ון ליר; 2009. 550 עמ'.
25. משרד המשפטים, נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות. האמנה הבינלאומית בדבר זכויות אנשים עם מוגבלות: הסבר [אינטרנט]. ירושלים: משרד המשפטים; 2021 [נצפה ביום 21.4.2023]. נדלה מתוך: https://www.gov.il/he/departments/general/crpd_explained.
26. משרד החינוך. מאגר חוזרי מנכ"ל: החינוך הגופני במוסדות החינוך – הערכות להוראתו והנחיות כלליות: הוראת קבע מס' 214 החלפה [אינטרנט]. <https://apps.education.gov.il/mankal/horaa.aspx?siduri=253>. [נצפה ביום 3.4.2023]. נדלה מתוך: 253.
27. הוצלר י', זמיר ג', פליס-דואר א'. שילוב הילד עם מוגבלות גופנית בחינוך גופני. סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום. 2004. 19(1):5-18.
28. גילור א', קליבנסקי ח', כפיר ד'. פעילויות פנאי של נוער עם מוגבלויות בישראל – סקר מקוון. מפגש לעבודה חינוכית סוציאלית. 2015. 42(2):61-79.
29. Aviram R, Khvorostianov N, Harries N, Bar-Haim S. Perceived barriers and facilitators for increasing the physical activity of adolescents and young adults with cerebral palsy: a focus group study. *Disabil Rehabil.* 2021;1-11.
- years: summary of the evidence. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020;17(1):1-9.
4. Chiang JL, Maahs DM, Garvey KC, Hood KK, Laffel LM, Weinzimer SA, et al. Type 1 diabetes in children and adolescents: a position statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care.* 2018 Sep;41(9):2026-44.
5. רבינוביץ' מ', מוניקדם גבעון י', וורגן י'. עודף משקל והשמנת יתר: רקע ונתונים, בדגש על ילדים ובני נוער. ירושלים: מרכז המחקר והמידע של הכנסת; 26.2.2023. 41 עמ'. <https://www.e-med.co.il/news/2023/02/28/557015/>
6. משרד הבריאות. ממצאי מעקב: מניעת השמנה. דוח ביקורת שנתי מבקר המדינה 661 לשנת 2010 ולחשבוניות שנת הכספים 2009 [אינטרנט]. 2011 [נצפה ביום 21.9.2022]. ע' 791-838. נדלה מתוך: <https://www.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Pages/Publications/40.aspx>
7. Case L, Ross S, Yun J. Physical activity guideline compliance among a national sample of children with various developmental disabilities. *Disabil Health J.* 2020 Apr;13(2): 100881.
8. Jung J, Leung W, Schram BM, Yun J. Meta-analysis of physical activity levels in youth with and without disabilities. *Adapt Phys Activ Q.* 2018 Oct 1;35(4):381-402
9. Rimmer JA, Rowland JL. Physical activity for youth with disabilities: a critical need in an underserved population. *Dev. Neurorehabil.* 2008 Apr-Jun;11(2):141-48.
10. Martin Ginis KA, Ma JK, Latimer-Cheung AE, Rimmer JH. A systematic review of review articles addressing factors related to physical activity participation among children and adults with physical disabilities. *Health Psychol Rev.* 2016 Dec;10(4):478-94.
11. Neter JE, Schokker DF, de Jong E, Renders CM, Seidell JC, Visscher TL. The prevalence of overweight and obesity and its determinants in children with and without disabilities. *J. Pediatr.* 2011 May;158(5):735-39.
12. Coleman N, Nemeth BA, LeBlanc CM. Increasing wellness through physical activity in children with chronic disease and disability. *Curr Sports Med. Rep.* 2018 Dec;17(12): 425-32.
13. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ.* 2006 Mar 14;174(6):801-809.
14. דובנוב-רז ג', אריאלי ר', רונגבר י', גולן ר', דותן ר', נבות-מינצר ד', ואח'. פעילות גופנית וספורט בילדים ובני נוער: נייר עמדה של האיגוד הישראלי לרפואת ילדים, איגוד רופאי המשפחה בישראל, החברה לרפואת ספורט בישראל והוועד האולימפי בישראל. המכון לאיכות ברפואה; 2019. 50 עמ'. <https://cdn.doctorsonly.co.il/2019/11/%D7%A0%D7%99%D7%99%D7%A8-%D7%A2%D7%9E%D7%93%D7%94-%D7%A4%D7%A2%D7%99%D7%9C%D7%95%D7%AA-%D7%92%D7%95%D7%A4%D7%A0%D7%99%D7%AA-%D7%9C%D7%99%D7%9C%D7%93%D7%99%D7%9D-%D7%95%D7%A0%D7%95%D7%A2%D7%A8-%D7%90%D7%99%D7%92%D7%95%D7%93-%D7%A8%D7%95%D7%A4%D7%90%D7%99-%D7%94%D7%99%D7%9C%D7%93%D7%99%D7%9D-%D7%A1%D7%95%D7%A4%D7%99.pdf>
15. World Health Organization. Physical activity [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.

- for children and adolescents with disabilities. *Adapt Phys Activ Q.* 2022;1(aop):1-10.
46. Rosenberg L, Jarus T, Bart O. Development and initial validation of the Children Participation Questionnaire (CPQ). *Disabil Rehabil.* 2010;32(20):1633-44.
47. התאחדות הספורט לבתי הספר בישראל [אינטרנט]. [נצפה ביום 18.4.2023]. נדלה מתוך: <https://schoolsport.co.il/>
48. אילן ישראל [אינטרנט]. פתח תקווה: אילן; 2023 [נצפה ביום 25.4.2023]. נדלה מתוך: <https://www.ilan-israel.co.il/>
49. וירטוס ישראל [אינטרנט]. נתניה: וירטוס ישראל [נצפה ביום 25.4.2023]. נדלה מתוך: <https://soi.org.il/>
50. ספיישל אולימפיקס ישראל [אינטרנט]. 2023 [נצפה ביום 25.4.2023]. נדלה מתוך: <https://specialolympicsisrael.org/>
51. Ng KW, Rintala P, Tynjälä JA, Välimaa RS, Villberg J, Kokko S, et al. Physical activity trends of Finnish adolescents with long-term illnesses or disabilities from 2002-2014. *J Phys Act Health.* 2016 Aug;13(8):816-21.
52. Saari A, Karkstra A, Ketola T. SEDY2 project – PAPAI programme handbook [Internet]. In: *holland University of Applied Sciences*; 2020. 46 pages. [cited 2023 Apr 21] Available from: https://www.paralympia.fi/images/tiedostot/papai_handbook.pdf
53. איתן – כל אחד יכול [אינטרנט]. [נצפה ביום 25.4.2023]. נדלה מתוך: <https://www.everybodycan.co.il>
54. אתגרים – ספורט אתגרי, העצמה ושילוב חברתי של אנשים מיוחדים [נצפה ביום 25.4.2023]. נדלה מתוך: <https://etgarim.org>
55. החלוץ – חינוך דרך ספורט [אינטרנט]. [נצפה ביום 25.4.2023]. נדלה מתוך: <https://hachaluz.org.il/>
56. קבוצת שער שוויון. חינוך בליגה אחרת [אינטרנט]. [נצפה ביום 19.4.2023]. נדלה מתוך: <https://www.the-equalizer.org>
57. Rey-López JP, Vicente-Rodríguez G, Biosca M, Moreno LA. Sedentary behaviour and obesity development in children and adolescents. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2008 Mar;18(3):242-51.
58. Hills AP, King NA, Armstrong TP. The contribution of physical activity and sedentary behaviours to the growth and development of children and adolescents. *Sports Med.* 2007;37(6):533-45.
59. Bar-Or O, Rowland TW. *Pediatric exercise medicine: from physiologic principles to health care application.* Champaign, IL: Human Kinetics; 2004. 501 p.
60. Popp WL, Richner L, Brogioli M, Wilms B, Spengler CM, Curt AE, et al. Estimation of energy expenditure in wheelchair-bound spinal cord injured individuals using inertial measurement units. *Front Neurol.* 2018 Jul 3;9:478.
61. Lai B, Davis D, Narasaki-Jara M, Hopson B, Powell D, Gowey M, et al. Feasibility of a commercially available virtual reality system to achieve exercise guidelines in youth with Spina Bifida: mixed methods case study. *JMIR Serious Games.* 2020 Sep 3;8(3):e20667.
62. Smith B, Mallick K, Monforte J, Foster C. Disability, the communication of physical activity and sedentary behaviour, and ableism: a call for inclusive messages. *Br J Sports Med.* 2021;55(23):1248-49.
63. Goodwin DL, Ebert A. Physical activity for disabled youth: hidden parental labor. *Adapt Phys Activ Q.* 2018 Oct 1;35(4):342-60.
30. הרף אלמכיאס א', בין א'. השתתפות בפעילויות גופניות של ילדים ובני נוער עם שיתוק מוחין. בתנועה. 2022. 323-301:(3)13.
31. Hutzler Y, Tesler R, Ng K, Barak S, Kazula H, Harel-Fisch Y. Physical activity, sedentary screen time and bullying behaviors: exploring differences between adolescents with and without disabilities. *Int J Adolesc Youth.* 2021;26(1):110-26.
32. מסלר ר', מאור ר', הראל פיש י'. החינוך הגופני בבתי הספר – עוגן לחיים [נצפה ביום 4/4/2023]. 2021 [אינטרנט] https://meyda.education.gov.il/files/Mazkirut_Pedagogit/hinuchgufani/Physical%20education%20in%20schools%20is%20an%20anchor%20for%20life.pdf. 2021.
33. Blauwet CA. More than just a game: the public health impact of sport and physical activity for people with disabilities (The 2017 DeLisa Lecture). *Am J Phys Med Rehabil.* 2019 Jan;98(1):1-6.
34. Groce NE, Mont D. Counting disability: emerging consensus on the Washington Group questionnaire. *Lancet Glob Health.* 2017 Jul;5(7): e649-e650. 3
35. Cappa C, Mont D, Loeb M, Misunas C, Madans J, Comic T, et al. The development and testing of a module on child functioning for identifying children with disabilities on surveys. III: Field testing. *Disabil Health J.* 2018 Oct;11(4):510-18.
36. הראל-פיש י', שטיינמץ נ', מסלר ר', וולש ס', בוניאל-נסים מ', מדגר נ'. סיכום ממצאי מחקר HSBC ישראל לשנת 2019: ניתוח מגמות בין השנים 1994-2019 והשוואה בין-לאומית. רמת גן: אוניברסיטת בראל; 2020. עמ'.
37. Hutzler Y, Barak S. Self-efficacy of physical education teachers in including students with cerebral palsy in their classes. *Res Dev Disabil.* 2017 Sep;68:52-65.
38. Hutzler Y, Daniel-Shama E. Attitudes and self-efficacy of Arabic-speaking physical education teachers in Israel toward including children with disabilities. *Int J Soc Sci Stud.* 2017;5:28.
39. משרד הבריאות ומשרד התרבות והספורט. סקר הרגלי פעילות גופנית בקרב תושבי ישראל בגילאי 2016. [נצפה ביום 21.4.2023]. נדלה מתוך: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/ICDC_380.pdf
40. משרד התרבות והספורט. מיפוי מתקני ספורט. 8794 רשומות. [נצפה ביום 21.4.2023]. נדלה מתוך: https://www.gov.il/he/departments/general/mapping_sports_facilities
41. משרד החינוך משרד הבריאות משרד התרבות והספורט: אפשרי ברא, התכנית הלאומית לחיים פעילים ובריאים. מפת בתי ספר מקדמי בריאות. [נצפה ביום 21.4.2023]. נדלה מתוך: <https://www.efsharibari.gov.il/initiatives-and-projects/at-the-educational-system/schools-map/>
42. יעקב ת'. הטמעת מודל ICF במערכת השיקום בישראל במלאת עשור לפרסומו – חקר השירות הפיזיותרפיה. כתב עת לפיזיותרפיה. 2012. 18-11:(2)14
43. Hutzler Y, Barak S, Aubert S, Arbour-Nicitopoulos K, Tesler R, Santos Silva DA, et al. "WOT" do we know and do about physical activity of children and adolescents with disabilities: A SWOT oriented synthesis of para report cards. *Adapt Phys Activ Q.* 2023;1(aop):1-25.
44. פינדלינג ל', לוי ש', מסלר ר'. גיליון הציונים של פעילות גופנית לילדים ובני נוער בישראל [אינטרנט]. 18 עמ' [נצפה ביום 29.4.2023]. נדלה מתוך: <https://www.efsharibari.gov.il/media/2595/ahk.pdf>
45. Lee J, Oh K, Min J, Goo S-Y, Lee E-Y, Yi KJ, et al. Results from South Korean 2022 para report card on physical activity

76. משרד החינוך, מינהל הפדגוגי, הגנשה פרטנית מסוג טיולים ופעילות נכים וחוק מוסדית עבור תלמידים עם מוגבלות [אינטרנט]. ירושלים: משרד החינוך; 2022 [נצפה ביום 21.4.2023]. נדלה מתוך: <https://meyda.education.gov.il/files/Special/pedagogy/tours/accessibility-tour-directive.pdf>
77. משרד החינוך. נגישון – אמצעי לשילוב תלמידים עם מוגבלות פיזית. 2023. נדלה מתוך: <https://meyda.education.gov.il/files/special/pedagogy/trip3.pdf> [נצפה ביום 23.4.2023]
78. משרד החינוך, המנהל הפדגוגי, הגנשה פרטנית מסוג טיולים ופעילויות פנים וחוק מוסדית עבור תלמידים עם מוגבלות. [נצפה ביום 23.4.2023] נדלה מתוך: https://apps.education.gov.il/Mankal/horaa.aspx?siduri=345#_Toc256000058
79. Hutzler Y, Meier S, Reuker S, Zitomer M. Attitudes and self-efficacy of physical education teachers toward inclusion of children with disabilities: a narrative review of international literature. *Phys Educ Sport Pedagogy*. 2019;24(3):249-66.
80. הוצלר י, יעקב ת', אלמוסי י. ברגמן א'. מדריך לשילוב ילדים עם מוגבלות גופנית בבית הספר ובקהילה. תל אביב: מופת; 2001. 155 עמ'.
81. המרכז האקדמי לוינסקי-וינגייט, אדפטיב. למידה פעילה והעצמה בתנועה לאנשים הנעזרים בהתאמות בתהליכי אימון והדרכה [אינטרנט]. נתניה: המרכז האקדמי לוינסקי-וינגייט [נצפה ביום 23.3.2023]. נדלה מתוך: https://www.wincol.ac.il/community_service/adaptip/about/
82. תרגיל חשיפה דוח נגישות. משחק ניווט במרחב בית הספר (המכללה) בתנאי מגבלה. המרכז האקדמי לוינסקי-וינגייט, אדפטיב: ידע להתאמה. [נצפה ביום 23.3.2023] https://www.wincol.ac.il/community_service/adaptip/knowledge_adjust/exposure_exercise_accessibility_report/
83. האקדמיה ללשון העברית. אחריות דיווח גם: אחריות [אינטרנט]. ירושלים: האקדמיה ללשון העברית [נצפה ביום 23.4.2023]. נדלה מתוך: <https://hebrew-academy.org.il/keyword/%D7%90%D6%B7%D7%97%D6%B0%D7%A8%D6%B8%D7%99%D7%95%D6%BC%D7%AA-%D7%93%D6%BC%D6%B4%D7%95%D6%BC%D7%95%D6%BC%D7%97%D6%B7/>
84. משרד המשפטים, נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות. מורשה לנגישות השירות [אינטרנט]. ירושלים: משרד המשפטים; ערוך לאחרונה 20.1.2020. [נצפה ביום 23.4.2023]. נדלה מתוך: https://www.gov.il/he/departments/guides/licensed_service_accessibility_professionals
85. European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity [Internet]. HEPA Europe; c2023. HEPA Europe materials; 2016 Dec 8 [cited 2023 Apr 23]. Available from: https://www.panh.ch/hepaeurope/materials/hepa_pat.htm
86. Ward MR, Tyler R, Edwards LC, Miller MC, Williams S, Stratton G. The AHK-Wales Report Card 2018: policy measures – is it possible to "score" qualitative data? *Health Promot Int*. 2021 Aug 30;36(4):1151-59.
87. הוצלר י. הכלה, עיצוב אוניברסלי והתאמה בחינוך הגופני. בתנועה. 2019. 94-70:(1)12.
88. אילן – מרכז הספורט לנכים בישראל [אינטרנט]. רמת גן: מרכז הספורט לנכים בישראל [נצפה ביום 23.4.2023]. נדלה מתוך: <https://iscd.com>
89. המרכז האקדמי לוינסקי-וינגייט, אדפטיב, סקרים – טופס "דמור נגישות לאנשים עם מוגבלות במסגרות חינוך וספורט" [אינטרנט]. נתניה: המכללה האקדמית לוינסקי – וינגייט [נצפה ביום 23.4.2023]. נדלה מתוך: <https://forms.gle/Jw3ErdB4bufKwP9i7>
64. משרד החינוך, החלטה מס' 226 של הממשלה מיום 1.8.2021 בנושא: התוכנית לגמישות הניהולית במערכת החינוך [אינטרנט]. ירושלים: משרד החינוך; 2022 [נצפה ביום 21.4.2023]. נדלה מתוך: <https://mosdot.education.gov.il/content/gefen-tashpag>
65. כל זכות. מרכז תמיכה יישובי אזורי (מתי"א) [אינטרנט]. רמת גן: כל זכות; ערוך לאחרונה ב-28.12.2022 [נצפה ביום 21.4.2023]. נדלה מתוך: [https://www.kolzchut.org.il/he/%D7%9E%D7%A8%D7%9B%D7%96_%D7%AA%D7%9E%D7%99%D7%9B%D7%94_%D7%99%D7%99%D7%A9%D7%95%D7%91%D7%99_%D7%90%D7%96%D7%95%D7%A8%D7%99\(%D7%9E%D7%AA%D7%99%22%D7%90\)](https://www.kolzchut.org.il/he/%D7%9E%D7%A8%D7%9B%D7%96_%D7%AA%D7%9E%D7%99%D7%9B%D7%94_%D7%99%D7%99%D7%A9%D7%95%D7%91%D7%99_%D7%90%D7%96%D7%95%D7%A8%D7%99(%D7%9E%D7%AA%D7%99%22%D7%90))
66. עיריית נתניה, ספורט לאנשים עם מוגבלות. פעילויות ספורט ומתאמות: <https://www.netanya.muni.il/City/SportsAndSociety/PWD/Pages/default.aspx> [נצפה ביום 23.4.2023]. נדלה מ: <https://www.netanya.muni.il/City/SportsAndSociety/PWD/Pages/default.aspx>
67. התאחדות הספורט לבתי הספר בישראל. שווים בספורט, [נצפה ביום 23.4.2023] <https://schoolsport.co.il/%D7%A9%D7%95%D7%95%D7%99%D7%9D-%D7%91%D7%A1%D7%A4%D7%95%D7%A8%D7%98/> נדלה מ: <https://schoolsport.co.il/%D7%A9%D7%95%D7%95%D7%99%D7%9D-%D7%91%D7%A1%D7%A4%D7%95%D7%A8%D7%98/>
68. דונסקי א', ברק ש'. מיום פעילות גופנית מותאמת והשתלבות בפעילות גופנית בקהילה (מס' 174) [אינטרנט]. ירושלים: הביטוח הלאומי, פרסומים: https://www.btl.gov.il/Publications/Special_Activities_publications/Pages/mifal_174.aspx [נצפה ביום 23.4.2023]. נדלה מתוך: https://www.btl.gov.il/Publications/Special_Activities_publications/Pages/mifal_174.aspx
69. היוש ט', ווגל ג', גינדי ש'. תוכנית ה"סל-גל" הפועלת לשילוב בני נוער עם וללא מוגבלויות במשחק כדורסל בכיסאות גלגלים (מס' 140) [אינטרנט]. ירושלים: הביטוח הלאומי, פרסומים: קרן מפעלים מיוחדים; 2010 [נצפה ביום 23.4.2023]. נדלה מתוך: https://www.btl.gov.il/Publications/Special_Activities_publications/Pages/mifal-140.aspx
70. Sit C, Aubert S, Carty C, Silva DA, López-Gil JF, Asunta P, et al. Promoting physical activity among children and adolescents with disabilities: the translation of policy to practice internationally. *J Phys Act Health*. 2022 Oct 22;19(11):758-68.
71. Disability Discrimination Act 1992, No. 135 [Internet]. Australian Government, Federal Register of Legislation. 1992 [cited 2023 Apr 24]. Available from: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2018C00125>
72. Loreman T. Seven pillars of support for inclusive education: moving from "why?" to "how?". *Int J Whole Sch*. 2007;3(2):22-38.
73. Play By The Rules [Internet]. PBTR; c2023. The seven pillars of inclusion; 2023 [cited 2023 Apr 24]. Available from: <https://www.playbytherules.net.au/repositories/videos/2014/february/the-7-pillars-of-inclusion>
74. Active Disability Ireland [Internet]. ADI; c2023. Resources: Xcessible Club Resources: Xcessible club toolkit resources; 2023 [cited 2023 Apr 24]. Available from: <https://caracentre.ie/resources/xcessible-club/>
75. משרד המשפטים, נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות. חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998 [אינטרנט] ירושלים: משרד המשפטים; 5.12.2018. תאריך עדכון 23.7.2023 [נצפה ביום 21.4.2023]. נדלה מתוך: <https://www.gov.il/he/departments/legalInfo/equal-rights-persons-disabilities-law>

התנגדות לחיסוני COVID-19 ברשתות החברתיות בישראל: הסכנות חיסונים, חוסר אמון של הציבור והופעתם של "מתנגדי החיסונים האקטיביסטיים"

לירון עינצי¹, עמית רוטמן², חן זרצקי¹

¹ החוג למנהל מערכות בריאות, המכללה האקדמית עמק יזרעאל
² החוג לחינוך והחוג לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, המכללה האקדמית עמק יזרעאל

תקציר

רקע: הסכנות חיסונים וסרבנות חיסונים הן איום על בריאות הציבור. הן התגברו במהלך מגפת הקורונה על רקע אי-הוודאות שנוצרה סביב ניהול ההתמודדות עם המגפה ונוכח הבהילות שנוצרה בתהליך אישור חיסוני ה-Covid-19. חוסר אמון במערכת הממסדית והרפואית נבנה לא אחת על בסיס פנייה לחיפוש מידע ברשתות החברתיות, המתקשה לעיתים קרובות להבחין בין מידע רפואי מקצועי ומהימן לבין מידע שאינו מוסמך. המדיה החברתית הופכת לקרקע המאפשרת העברה של מסרים נגד חיסונים ונגד התחסנות, עד כדי התפתחות של תאוריות קונספירציה. התמודדות עם תופעה זו מותנית בהבנה עמוקה של טיעוני המתנגדים, ומכאן חשיבות המחקר.

מטרת המחקר: מטרת המחקר היא לבחון את החסמים שבעטיים התפתחה ההתנגדות לחיסונים. בחינה זו היא מנקודת מבטם של המתנגדים להתחסנות, כפי שהיא נשקפה בתגובותיהם ברשת החברתית פייסבוק. **שיטת המחקר:** המחקר הוא מחקר איכותני, שבמסגרתו נערך **ניתוח תוכן תמטי** של תגובות משתמשים ברשת החברתית משלושה דפי פייסבוק המשקפים קשת של עמדות כלפי התחסנות (מדעת, משרד הבריאות ומח"צ).

ממצאים: ישנם שלושה ממצאים עיקריים בדבר סוגי ההתנגדות הקיימים בקרב מי שמחזיקים בעמדה השוללת התחסנות: סוג התנגדות אחד הוא התנגדות הנקשרת לחסם רגשי הכולל פחד מהחיסון ומתופעות הלוואי הנלוות לו. סוג אחר הוא חסם קוגניטיבי המתבטא בחוסר אמון בממסד בכלל ובמשרד הבריאות בפרט. סוג נוסף הוא חסם התנהגותי של הימנעות עקרונית מהתחסנות, העולה בקרב חלק מהמגיבים ברשת. חסם זה מתבטא בהופעתם ברשת של "מתנגדי חיסונים אקטיביסטיים", הפועלים לשם הפצת עמדות אנטי-ממסדיות נגד מדיניות החיסונים.

דיון ומסקנות: מהמחקר עולה כי אלמנטים אמוציונליים של הפחדה ושל כפייה עלולים לתרום להשגת מטרה הפוכה, קרי הגברתם של חסמים קוגניטיביים והתנהגותיים.

מילות מפתח: התנגדות לחיסונים, רשתות חברתיות, קורונה, אמון הציבור, אקטיביזם, פייסבוק.

רקע

חיסונים הם אבן יסוד במניעת מחלות ומוות וגורם חשוב בקידום בריאות הציבור (1,2). הספרות מדגישה את חשיבותם ואת תרומתם לשיפור איכות החיים, לצמצום שיעורי התחלואה במחלות מידבקות, למניעת נכויות שונות ולהצלת

חיים (3). עם זאת, למרות התקדמות עצומה בפיתוח חיסונים במהלך המאה האחרונה, כדי לממש את יתרונות החיסונים נדרשת היענות הציבור להתחסנות (2-4). היבט זה יוצר קשיים, שכן לצד חשיבות החיסונים ופיתוחם מתגבר עם השנים גם החשש מהם. תופעות של "הסכנות חיסונים" (vaccine hesitancy) ו"סרבנות חיסונים"

עולה. כך, המצב שנוצר במהלך מגפת הקורונה בנוגע ליחסו של הציבור להופעתו של חיסון למניעת המחלה הגביר מגמות של הסכנות חיסונים וכן מגמות של התנגדות גורפת לחיסון (17,7). יתר על כן, ישראל היא מקרה בוחן ייחודי, בהיותה מחלוצות המדינות שחיסנו את אוכלוסייתן וליוו את התהליך בהערכה ובמדידה, היבט העלול להגביר את חוסר האמון ואת החשדנות.

חוסר האמון והחשדנות במערכת הרפואית והממסדית נבנה לא אחת במקביל להתבססותן ולהפצתן של תאוריות קונספירציה (11,17). במקרה של מדיניות החיסונים, תאוריות אלו מתמקדות בהאשמה של הממסד בהסתרת תופעות לוואי של חיסונים, באי-מתן מידע מלא על החומרים הכלולים בחיסונים ובטיפול קשרים של שתיקה על אודות טובות ההנאה והרווחים הכלכליים של החברות שמייצרות את החיסונים. חוסר האמון נבנה גם על בסיס התפיסה שלפיה המידע הרפואי שצוותים רפואיים מוסרים אינו אמין, אינו מעודכן ואינו מהימן, וכן על בסיס פנייתם של ציבורים נרחבים לחפש מידע באתרי אינטרנט כלליים ולא-מקצועיים ולהישפוטם למידע מוטע, השולל התחסנות (11).

הספרות דנה בהשפעה של אמצעי התקשורת בכלל ושל הרשתות החברתיות בפרט על קבלת החלטות בדבר התחסנות (18). מחקרים שבחנו מהם הנושאים הנפוצים בפוסטים נגד חיסונים מצאו כי הם כוללים מידע מדעי מוטע, השערות משתנות, טיעונים פוליטיים המתמקדים בחופש הבחירה של האדם הפרטי, חוסר אמון בקהילה הרפואית, תאוריות קונספירציה ונרטיבים אישיים הקשורים לחוויות חיסון שליליות (19). בהשוואה לערוצי תקשורת מסורתיים, המדיה החברתית מאפשרת להפיץ מסרים מבלי לבדוק את אמיתות הדברים (13). נתונים שאינם מבוססים מדעית מוצגים כמידע מדעי, והם זמינים לכל דורש (20); ההפצה של המידע הופכת קלה יותר, וכך גם הדרך להפצת מידע מוטע (13,20-21).

יתרה מכך, מחקרים טוענים כי מידע שקרי מתפשט ברשתות החברתיות במהירות רבה יותר מאשר מידע מאומת (20). כך למשל, בבחינת טיעונים נגד חיסונים באמצעות מעקב אחר פרסומים בטוויטר ואחר תגובות בפייסבוק נמצא, כי פרסומים הפונים לרגש יכולים להיות משמעותיים יותר מעדויות אפידמיולוגיות (20), לצד עדויות לכך כי הפצה של מידע מוטע ולא-מבוסס מחקרית עשויה להחמיר את רמת ההסכנות וההתנגדות לחיסונים (13,21).

על רקע זה חשוב לבחון את מאפייני השיח של מתנגדי החיסונים ברשתות החברתיות ואת הצידיקים הנלווים לו. במחקרים נמצא כי צפייה של חמש עד עשר דקות בלבד באתר המספק מידע משמעותי על חיסונים עלולה להפחית את כוונות ההתחסנות (20), וכי מגמות של הסכנות חיסונים ושל דחיית מדע החיסונים (vaccine science) נקשרות לרמות

(vaccine refusal) מוגדרות כרתיעה או כסירוב לקבל חיסונים על אף זמינותם לאוכלוסייה (5-8), והן יוצרות איום על בריאות הציבור (9,10). התגברות החשש מהתחסנות, על רקע מספר הולך וגדל של אזרחים הרואים בהתחסנות מהלך מיותר או התערבות בריאותית לא-בטוחה, עלולה להוביל לירידה בשיעורי חיסון העדר ולהתפרצות של מחלות הניתנות למניעה (2,10,11). התופעה תקפה לכלל החיסונים ובהם גם לחיסון נגד מחלת הקורונה (4,12), ויש לה חשיבות מכרעת למיתון השלכותיהן של מחלות הניתנות למניעה.

מגוון גורמים תורמים להתגברות של הסכנות חיסונים ושל סרבנות חיסונים, ובהם חששות באשר לבטיחות החיסונים, סיבות דתיות, אמונות אישיות, סיבות פילוסופיות ורצון לקבל מידע נוסף על החיסון (11,13). במהלך מגפת הקורונה, למרות חשיבות החיסון החדש למניעת התפשטות המחלה ולמיתון חומרתה, התעצמו חששות מסוג זה (13). הסיבות לכך הן החדשנות הנובעת מהשימוש בחיסונים המבוססים על טכנולוגיית mRNA, חוסר המידע באשר לבטיחותם, השימוש בפרוטוקולים מואצים לאישורם ובהתאם לכך גם חששות באשר לתופעות לוואי שיתכן שיתגלו עם הזמן (5,7,14).

בחודש מרס 2020, לאחר התפשטות מחלת הקורונה (Covid-19) ברחבי העולם, הכריז ארגון הבריאות העולמי על הקורונה כמגפה עולמית (15). ישראל הייתה בין המדינות הראשונות שהחלו בחיסון האוכלוסייה נגד המחלה, החל מחודש דצמבר 2020 (1,7). תחילה הופנה החיסון לאוכלוסיות של ותיקים בני שישים ומעלה ולצוותים רפואיים, ולאחר מכן הוא הופנה בהדרגה גם לשכבות גיל צעירות יותר. נכון לסוף חודש מרץ 2022 עמדו שיעורי ההתחסנות בישראל על 66.5% מהאוכלוסייה שחוסנו פעמיים, 48.6% מהאוכלוסייה שחוסנו שלוש פעמים וכ-8.2% מהאוכלוסייה שחוסנו ארבע פעמים (1). לפי נתוני משרד הבריאות הישראלי היה שיעור ההתחסנות בקרב האוכלוסייה היהודית אף גבוה יותר: 86% מהאזרחים היהודים קיבלו לפחות זריקת חיסון אחת עד חודש פברואר 2021 (לעומת 51% בקרב האוכלוסייה הערבית) (7). עם זאת, על אף שיעורי ההתחסנות הגבוהים באוכלוסייה בישראל, ישנן גם קבוצות של מתנגדי חיסונים ושל הססני חיסונים (16). יתרה מכך, קבוצות אלו קיימות לא רק בקרב אוכלוסיות הנוטות לחוסר אמון בממסד בדרך כלל, אלא גם בשכבות אוכלוסייה מבוססות ומשכילות (14). חוסר אמון הציבור ביעילות החיסונים ובטיחותם הפך בולט ומשמעותי במהלך מגפת הקורונה, על רקע הבהילות שנוצרה בתהליך אישור חיסוני ה-COVID-19 ועל רקע אי-הוודאות שנוצרה סביב דרכי ההתמודדות עם המחלה החדשה (17). מחקרים מדגישים כי כאשר מדובר בחיסונים חדשים, בייחוד כאלו שאושרו בתהליך מואץ כפי שהיה בעניין החיסונים נגד וירוס הקורונה, חשדנות הציבור באשר ליעילות החיסונים ובטיחותם

מידע על חיסוני ילדות, על היגיינה ועל היבטים נוספים של בריאות הציבור. העמותה מדגישה את השתייכותה לשיח מדעי מהימן. בחלקים שונים באתר האינטרנט שלה מופיע הכיתוב "יחד נשים סוף לפייק ניוז: למען חברה בריאה יותר", ובדף הבית של האתר מודגש כי מדובר ב"אתר האינטרנט הישראלי הראשון העומד בקריטריונים של ארגון הבריאות העולמי ונכלל ברשת בטיחות החיסונים" (25).

מצידו האחר של המתסר נבחר דף הפייסבוק של מח"צ – "מועצת החרום הציבורית למשבר הקורונה" (להלן: מח"צ). מדובר בהתארגנות עצמאית של רופאים, של חוקרים ושל אנשי רווחה שהתארגנו יחד לאחר פרוץ מגפת הקורונה, מתוך ביקורת על אופן ניהול המשבר בידי רשויות המדינה. באתר האינטרנט של ההתארגנות נכתב כי הקבוצה נוצרה בידי מי שהחליטו כי "אינם יכולים עוד לשתוק אל מול צורת ניהול משבר הקורונה" (26). הקבוצה מדגישה ביקורת על מדיניות הסגרים והמגבלות שהושקו במהלך הטיפול במגפה, וכן על מה שהיא מגדירה ככפייה וכפגיעה בחופש הפרט, בכל הקשור להנחיות שגולו למדיניות החיסונים. הבחירה בדף הפייסבוק של גוף זה נבעה מהתבססותו כגוף מרכזי שסביבו מתאגדים מתנגדי החיסונים.

מהלך המחקר וניתוח הנתונים

לאחר עריכת מחקר פיילוט לוקטו תגובות מתוך אזכורים שעסקו בחיסוני הקורונה – מתחילת החיסונים בישראל בחודש אוקטובר 2020 ועד להסרת מרבית המגבלות על מי שאינם מחוסנים בחודש מאי 2022. בטווח החודשים שנבחר איתרנו תגובות בשלושת דפי הפייסבוק באמצעות מילות המפתח "קורונה", "חיסון קורונה" ו-"קוביד-19" (וגם "covid-19"). בדרך זו נאספו תגובות מתוך 255 ידיעות ופוסטים (93 ידיעות בדף הפייסבוק של משרד הבריאות, 75 ידיעות בדף של עמותת "מדעת" ו-87 ידיעות בדף של מח"צ). תחילה נאספו כל התגובות שכללו התייחסות לשלילית, שאלות בנוגע להתחסנות או תגובות המעידות על הססנות ועל התנגדות לחיסונים. לאחר מכן עברו תגובות אלו מיון קטגוריאלית לתתי-קבוצות בהתאם לעקרונות של ניתוח תוכן איכותני (27).

ניתוח התגובות בוצע בהתאם לשיטת התאוריה המעוגנת בשדה (28). תחילה נערכה קריאה חוזרת ונשנית של פריטי המידע שנאספו, תוך חלוקה אינטואיטיבית של התגובות לסוגי תגובה שונים (שאלות באשר לבטיחות החיסון, תגובות המרמזות על תאוריות קונספירציה, סיפורים על תגובות לוואי להתחסנות, חשש מתגובות לוואי, שאלות שנוגעות לאוכלוסיות ספציפיות כגון נשים בהיריון וכן הלאה). בתהליך הניתוח הראשוני זוהו מוטיבים החוזרים על עצמם והוגדרו כתמות מרכזיות. במקביל נערכה בחינה של קטגוריות מובנות

גבוהות של אמונה בתאוריות קונספירציה (22-23). היבטים אלו, לצד השימוש של מתנגדי חיסונים בפלטפורמות כמו טוויטר ופייסבוק במטרה לשתף את עמדותיהם (12), מעידים על החשיבות של חקר מאפייני השיח העולים ברשתות חברתיות אלו.

מטרת המחקר

לנוכח ראיות לכך שחלקים ניכרים מהאוכלוסייה במדינות רבות חוששים מקבלת חיסוני ה-Covid-19 (7), ובהתאם לתפוצה של שיח מתנגדי החיסונים ברשתות החברתיות, מטרת המחקר הנוכחי היא לבחון ולנתח את החסמים שבעטיים התפתחה ההתנגדות לחיסונים. ביקשנו לבחון כיצד מתנסחים מי שמחליטים שלא להתחסן ומי שמבקשים להפיץ את עמדתם נגד התחסנות, ואלו צידוקים וטיעונים הם מציגים, מתוך זיהוי סוגי ההתנגדות הקיימים בקרב הציבור המחזיק בעמדה השוללת התחסנות.

שיטת המחקר

לצורך בחינת עמדותיהם של מתנגדי החיסונים כפי שהן נצפות בתגובותיהם ברשת החברתית ערכנו ניתוח תוכן איכותני של רשתות חברתיות (a qualitative social media content analysis) (24), תוך התמקדות בניתוח תגובות (talkbacks) אשר נלקחו מדפי פייסבוק ציבוריים העוסקים בבריאות הציבור.

כלים – דפי הפייסבוק שמהם נאספו הנתונים

במטרה לאסוף מידע מגוון ככל האפשר ניתחנו תגובות משלושה דפי פייסבוק המשקפים קשת רחבה של עמדות בנוגע להתחסנות. דף אחד הוא דף הפייסבוק של משרד הבריאות (להלן: משה"ב), שהתגובות שבו נוגעות למידע רשמי של נציגי המדינה. במהלך עריכת פיילוט למחקר נמצא, כי דף זה גורף תגובות רבות ומגוונות להמלצות רפואיות, להנחיות המשתנות ולהגבלות של נציגי הממסד.

לצד דף הפייסבוק של משרד הבריאות נבחרו שני דפים נוספים, המייצגים שני קצוות על הקשת שבין תומכי מדיניות החיסונים ומתנגדיה. מצידו האחד של המתסר נמצא דף הפייסבוק שמנהלת עמותת בשם "מדעת" (25). מדובר בעמותה, שכפי שמופיע באתר שלה מטרתה להנגיש מידע מדעי אמין לציבור הרחב בנושאי בריאות בכלל ובנושא חיסונים בפרט, מתוך עיסוק "בזיהוי ובתיקון מידע מוטעה או שגוי שמפרסמים גורמים שונים ובהם כלי תקשורת ואתרי אינטרנט" (25). באתר האינטרנט של העמותה ישנם מרכז מידע על מחלת הקורונה ועל חיסוני הקורונה, קישור לקבוצת פייסבוק בשם "מדברים על חיסונים" וכן מקורות

מגיבים אחרים ראו בחיסון סכנה ממשית, כפי שהיטיבה לתאר אחת המגיבות:

"ערימות של עדויות של אנשים שנפגעו מהחיסון ואתם אומרים שזה פייק? זה פשוט מסוכן!" (משה"ב, דצמבר 2021)

תגובות רבות נעצו את עיקר הפחד כפחד מתופעות הלוואי, כפי שנכתב בתגובה לסרטון הסברה של משרד הבריאות:

"אני לא צריכה לשאול אותך [הרופא המציג בסרטון] פגשתי אנשים שחוסנו, ראיתי תופעות לוואי בעניים שלי. לא מתחסנת!!! אני לא עכבר מעבדה שלכם" (משה"ב, ינואר 2022)

לצד הפחד מהחיסון החדש, אשר אושר במתכונת חירום, עלה מניתוח התגובות גם פחד שנובע ממה שהמגיבים מכנים "כפיית חיסונים". דוגמה אחת מיני רבות משקפת תחושות אלה:

"היום זה 3. מחר 4. מחרתיים 5 ואחר כך 6. אני הוזרקתי (בכוונה לא רושם חוסנתי) 3 פעמים בכפייה! פעמיים כי הייתי בטוח שבאמת משרד הבריאות יוציא אותנו מזה ובפעם השלישית ממש מכפיה – אם לא תתחסן, לא תוכל להגיע לעבודה בה אני עובד כמעט 30 שנה. לכן, לא יהיה לחיסון/זריקה סוף! לא הולך לרביעי גם בגלל תופעות לוואי שונות וגם בגלל השקר המתמשך" (מח"צ, דצמבר 2021)

המחסום הרגשי נעוץ אם כך בשילוב שבין פחד הנובע מעצם היותו של החיסון חיסון חדש שאושר במתכונת חירום ופחד מההנחיות הכופות את ביצועו. חסם רגשי זה מסביר את התחזקות ההימנעות מהחיסון: תחילה הימנעות מתוך הסכנות, ובהמשך הימנעות עקרונית כתגובה לכפייה. התחזקות מגמה זו ניכרת עם התקדמות הטיפול במגפה, כפי שמתואר בשני החלקים הבאים.

מחסום קוגניטיבי – חוסר אמון

המחסומים הקוגניטיביים מתבטאים בחוסר אמון כלפי הממסד. ביטוי לכך אפשר לראות בהתייחסות כלפי נציגי הממסד הרפואי והמדיני כאל פושעים המסתירים מהציבור מידע בדבר ההשלכות הקשות של חיסוני הקורונה. כך למשל כתבו מגיבים:

כפי שהן מופיעות בספרות העוסקת בהיענות להתחסנות (12,10,1). לבסוף אורגנו הקטגוריות למוטיבים המרכזיים המוצגים בפרק הממצאים.

אתיקה

רשת האינטרנט וצורות התקשורת המקוונת הנלוות לה יצרו שלל הזדמנויות חדשות בתחומי המחקר במדעי החברה. מגוון מקורות נתונים והיקפם הפכו באמצעות האינטרנט לנגישים בקלות ובמהירות. עם זאת השימוש בנתונים אמפיריים המופיעים ברשת בצורה מקוונת מביא עימו גם דילמות ואתגרים בתחום האתיקה. אתגרים אלו קשורים בין היתר לשאלות של פרטיות הנחקרים, של הסכמה מדעת, של אנונימיות ושל חיסיון (29).

על מנת לשמור על כללי האתיקה הנלווים למחקר מקוון בוצע ניתוח התגובות לידיעות ולכתבות רק בדפי הפייסבוק שפורטו לעיל, שהם דפים ציבוריים ואינם בגדר קבוצה פרטית סגורה. בדפים אלו כותבי התגובות מכוונים את תגובותיהם לקהל הרחב. יתר על כן, ניתוח התגובות בוצע תוך שמירה על פרטיות ועל אי-שימוש בכל מידע אישי על המגיבים, גם כאשר הם בחרו לחשוף מידע שכזה. ציטוט התגובות נעשה באנונימיות ומבלי שייחשפו פרטים המאפשרים זיהוי של המגיב. לבסוף, איסוף וניתוח הנתונים החל רק לאחר קבלת אישור מוועדת האתיקה של מכללת עמק יזרעאל (מספר אישור YVC EMEK.2023-12).

ממצאים

ממצאי המחקר מעלים תמונה מורכבת, המבטאת את ייחודה של התופעה החברתית אשר מגפת הקורונה זימנה ועוררה, היא תופעת "מתנגדי החיסונים האקטיביסטיים". ניתוח הנתונים חושף תהליך של מעבר מהסכנות חיסונים להתנגדות עקרונית להתחסנות, ואף לפעולה אקטיבית של הפצת עמדות אנטי-ממסדיות נגד מדיניות החיסונים. תהליך זה נובע ממחסומים רגשיים, קוגניטיביים והתנהגותיים, המשפיעים על הנטייה להימנע מאימוץ של התחסנות כהתנהגות מקדמת בריאות.

מחסום רגשי – פחד

מחסומים רגשיים קשורים לתחושות של פחד, של חרדה ושל חשש מהחיסון החדש ומתופעות הלוואי העלולות להתלוות לו. כך למשל כתבה מגיבה בדף הפייסבוק של משה"ב, שהתייחסה לפוסט המעודד התחסנות:

"שיתוקים בפנים, שלשולים, פגיעה בשרירי הלב, פגיעה בשליה אצל נשים... אתם תשלמו על זה" (משה"ב, דצמבר 2021)

"פגשתי אנשים שחוסנו, ראיתי תופעות לוואי בעיניים שלי. לא מתחסנת!!! אני לא עכבר מעבדה שלכם. שקרנים פושעים" (מח"צ, ספטמבר 2021)

בתגובה אחרת הציגה מגיבה טענה שחזרה על עצמה, שלפיה אזרחים מפתחים חוסר אמון ברשויות הממסד מתוך תחושה כי בדיקות רציניות בנוגע לתופעות הלוואי של החיסונים אינן נערכות:

"אכן נהדר שבאירופה וארה"ב עצרו את החיסונים ובדקו. כאן למרות מקרים של דלקת בשריר הלב – לא עצרו כלום כדי לבדוק. וגם בנושא נימולים לאחר חיסון, רופאים רבים טענו שזה מחרדה ויש הטוענים זאת עד היום. אני מאמינה שאם משרד הבריאות היה מתייחס לתופעות כמו שצריך, היה לאנשים הרבה יותר אמון" (מדעת, מאי 2021)

הנה תגובה נוספת באותו פוסט:

"האם יש סיבה שלא מפרסמים עדכונים למעקב אחר תופעות לאחר חיסון בישראל? הדו"ח האחרון פורסם ב 1 במרץ 2021 (לפני יותר מחודשיים), ולא הייתה בו התייחסות ראויה, נפרדת ומודגשת, לתופעות לבביות ותופעות נוירולוגיות לאחר התחסנות" (מדעת, מאי 2021)

וביתר שאת באשר לקיומם של אינטרסים כלכליים הנלווים להנחיות ההתחסנות:

"תעשיית התרופות מתנהלת כמו תאגיד ענק שגורפת מיליארדים ומעסיקה מהנדסי תודעה ופחד שהשתלטו על המדיה... ועל הדרך מצליחה לגייס פוליטיקאים קטנים שצוברים שליטה וכוח על ציבור עייף וחלש... שמוכן לקבל תרופות רק כדי שיוכל להרגיש חופשי... אפילו אם זה על חשבון החופש לבחור מה הוא מכניס לגוף" (מח"צ, אפריל 2021)

הנה ביטוי נוסף לייחוס של אינטרסים כלכליים, ממקור אחר:

"לצערי הרופאים מכרו את עצמם לממשל ולחברות התרופות. אין לי אמון בכם. השאלות לגבי המחלה והחיסון יותר מהתשובות" (משה"ב, פברואר 2021)

שתי התגובות האחרונות משקפות חוסר אמון במערכת הבריאות. חוסר אמון זה נקשר לתפיסה שלפיה רופאים ואנשי

משרד הבריאות נקנים בכסף בידי חברות התרופות. בהתאם לכך התייחסו המגיבים בחשדנות לנציגי הממסד אשר ייעצו להם להתחסן. כך למשל, בחודש נובמבר 2021 פרסם משרד הבריאות סרטון של 24 שניות, שבו מוצגת רופאת ילדים המבקשת לשלול את הטענה שלפיה חיסון הקורונה יוצר תופעת לוואי של דלקת בשריר הלב. בתגובה לסרטון נכתבו תגובות כגון התגובה הבאה:

"במקום להעמיד פה רופאה שקיבלה כסף לקרוא מפרומטר, תתחילו לפרסם נתונים. תוכיחו שאין עליה בשיעור מקרי לב בקרב אנשים צעירים ביחס לשנים קודמות" (משה"ב, נובמבר 2021)

כפי שאפשר להיווכח מהתגובות שלעיל, חוסר האמון נקשר תחילה לעצם הטיפול במגפת הקורונה, בעוד שבהמשך הטיפול נתפס בידי המתנגדים ככלי ליצירת שליטה באוכלוסייה או ככלי לקידום אינטרסים כלכליים. לצד טיעונים אלו העלו מגיבים גם הסברים על אודות מגמות טוטליטריות המכוונות את צורת ההתנהלות של רשויות הממסד. כך למשל, בנוגע למחקר שנערך בגרמניה והציג נתונים באשר לתחלואת ילדים ואשפוזם, כתב אחד המגיבים:

"נראה שממשלות העולם התאהבו במגיפה. בהחלט אני מגבש דעה שהכול מכוון ואין דרך חזור. הכיוון הוא טוטליטריות עולמית. מה שמדהים, שיתוף פעולה מלא של רוב הרופאים והעיתונאים בעולם" (מח"צ, דצמבר 2020)

תגובה זו מייצגת קבוצה של מגיבים שטוענים כי הטיפול במגפת הקורונה או אפילו עצם הופעתה היו מכוונים. לטענתם, הטיפול במגפה פעל ככלי ליצירת מצג שווא לשם ביטול הדמוקרטיה וחופש הפרט ומעבר עתידי לשלטון גלובלי. כך למשל התגובה הבאה:

"אתם כל הדוקטורים והפרופסורים שלמדו באקדמיות השונות, המוח שלכם בעקבות השנים באותן אקדמיות גרמו למוח שלכם להתכווץ עד כדי כך שאתם לא מצליחים להבין שיש דבר כזה קונספירציה. ומה שקורה עכשיו בעולם זו קונספירציה אחת גדולה נגדנו. אין קשר בין מה שקורה פה לבין הבריאות שלנו, את זה כבר הבנו. זה ניסיון לשליטה והפיכת ישראל למדינה פאשיסטית דיקטטורית דיגיטלית" (מח"צ, דצמבר 2021)

פחדים מסוג זה אינם עוסקים עוד רק בחשש מפני תופעות הלוואי של החיסון. במקום זאת הם מתמקדים בחשש מכך

נגמרה הדמוקרטיה וגם זכותנו על גופינו.
בושה וחרפה" (משה"ב, מאי 2021)

עוד נכתב, בתגובה לאותו פרסום:

"במקום לשווק את הטלאי הירוק, ספרו לאזרחים, אלו ששיקרתם להם שהזריקה בטוחה ומאשרת, על האלפים הרבים של אנשים הסובלים מתופעות הלוואי ועל העלייה האדירה בתמותה השנתית מאז תחילת המבצע של פיזור. אני עצמי נדהמת לגלות שכמעט כל חבר/ה או מכר/ה שלי שאני שואלת אותם לגבי שינוי במצב בריאותם אחרי ההשתתפות בניסוי שלכם, סובלים מתופעות לוואי 'קלות' או חמורות: שיתוק בעצב הפנים, נימולים ותופעות נוירולוגיות שונות, תחושת חנק, שבץ מוחי (שלמרבה המזל לא הסתיים במוות), שתי ידיים רדומות, בחילות, סחרחורות, חולשה קשה, דלקת ראות, התנפחויות מוזרות ועוד שלל מרעין. לצערי חלק מהאנשים לא רוצים לחשוב שיש קשר בין התדרדרות בריאותם – לזריקה. שטיפת המוח שלכם עבדה מצוין" (משה"ב, מאי 2021)

אחרים אף הגדילו וראו במבצע החיסונים מסע ציד לדילול האוכלוסייה. הנה למשל התגובה הבאה:

"ילד בן 12 נפטר 4 ימים לאחר הזריקה. למשפחה הוצע שוחד כדי לא לדבר. כואב הלב" (מח"צ, מרץ 2022)

ומגיב נוסף כתב:

"בכול הכוח!!! כבר יש נרצחים" (מח"צ, דצמבר 2021)

השימוש במונח "נרצחים" ולא "מתים" או "נפטרים" אינו מקרי. הוא מסמל תפיסה של חלק מהמתנגדים, שלפיה השימוש בחיסונים אינו רק מסוכן או לא-יעיל, אלא שהם נוצרו בכוונה תחילה כדי ליצור תחלואה ואף דילול של האוכלוסייה ומוות. כפי שניתן להיווכח בתגובה הבאה:

"היום אני מבינה שכל מה שמעניין אותכם שאנחנו נהיה חולים וכמה שיותר, אחרת איך תעשו כסף אם נהיה בריאים??? אני גאה בכל המשפחה שלי שלא מוזרקת! גם ההורים שלי, אני, בעלי, ילדים שלי, אחיות שלי, אחיינים שלי! ושום דבר אבל שום דבר לא ישבור אתנו!!!" (משה"ב, דצמבר 2021)

שהטיפול במגפה או אפילו עצם הופעתה מונעים מאינטרסים זרים. חשש זה הוביל את מתנגדי החיסונים לנקוט פעולות אקטיביות נגד ההתחסנות, נוכח חוסר אמון עמוק בממסד ובהנחיותיו.

מחסום התנהגותי – אימוץ מסרים אנטי-ממסדיים והפצתם

לצד חוסר האמון הגובר ברשויות הממסד, ממצאי המחקר מלמדים על הפצתה של התנגדות אקטיבית לחיסונים בקרב חלק מהמגיבים ברשתות החברתיות במטרה להשפיע גם על אחרים. מדובר על דחף לפעולה שעיקרו הפצת ההתנגדות להתחסנות והרחבתה, אשר התפתח והתעצם עם הזמן. ההתנגדות, שהחלה עם מבצע ההתחסנות הציבורי, התגברה בכל פעם שהופיעו המלצות למנות חיסון נוספות, עד שהגיעה לשיאה כאשר פורסמו המלצות לחיסון ילדים. הנה אחת התגובות המדגמיות זאת:

"אנשי משרד הבריאות מוזמנים להזריק לילדים שלהם מה שירצו ואת ילדינו שיעזבו בשקט. נתייעץ עם אנשים שבריאות ילדינו חשובה להם ולא אינטרסים זרים" (משה"ב, נובמבר 2021)

ההתנגדות התעצמה גם לאור מיסודו של "התו הירוק", אשר הקנה אישור התחסנות במטרה ליצור סביבה בטוחה מהדבקה. משמעות התו הירוק בפועל הייתה, שהוטלו הגבלות כניסה למקומות ציבוריים למי שלא התחסנו. פרקטיקה זו עוררה זעם רב, וניכר כי היא הרחיבה את מעגל המתנגדים. היא האיצה את ההתנגדות האקטיבית, עד כי חלק מהמגיבים כינו את ה"תו הירוק" בשם "הטלאי הירוק", ברמיזה לשואה ולתקופות החשוכות ביותר בהיסטוריה של העם היהודי. הנה למשל הדוגמה הבאה:

"מדינת היהודים היא המדינה היחידה שמשתמשת בתו הסלקציה הפשיסטי שאתם מכנים דרכון ירוק. תזכרו לדראון עולם משרד הבריאות הישראלי" (משה"ב, מאי 2021)

מתנגדי החיסונים ראו ב"תו הירוק" סמן לכפייה ולרוע, הנלווים למגבלות שנוצרו:

"בושה וחרפה כל הטלאי הירוק הזה. בפועל הוא לא עובד באמת. זה רק כדי לגרום לאנשים להתחסן וכל מי שמשתף בפעולה נותן לגיטימציה לדיקטטורה. היום זה תו ירוק ובהמשך לך תדע מה עוד ינחיתו על האזרחים.

ביטוי נוסף לכך אפשר לראות בתגובה לפוסט שהציג נתון שלפיו במהלך מגפת הקורונה התברר שהיו בארצות הברית 300,000 מקרים של מוות עודף. בתגובה לנתון זה נכתב:

"לדעתי מספר הנפטרים מזריקות השקורונה [ניסוח מוטעה בכוונה במקור] גבוה הרבה יותר מ-300 אלף" (מח"צ, אפריל 2022)

מהתגובות הללו נראה, כי נחסמת התנהגות מקדמת בריאות (כגון התחסנות) ומתפתחת התנהגות המתנגדת לממסד ולהנחיותיו.

דיון ומסקנות

במחקר זה בחנו את הגורמים שהובילו להתנגדות לחיסון הקורונה כפי שהם עלו מניתוח תגובות המשתמשים ברשתות החברתיות. הבחירה בניתוח תגובות ברשת החברתית נועדה לענות על מטרת המחקר – זיהוי עמדות הציבור, ניתוח החסמים של מי שאינם נענים לחיסון והבנת תהליך התגבשותם של מתנגדים אקטיביסטיים לחיסון הקורונה בישראל. הבחירה בניתוח תגובות משתמשים ברשתות החברתיות עלתה מתוך תפיסה דומה לזו שעלתה במחקר שהתמקד בתגובות לחיסונים נגד מחלת הפוליו (30). במחקר זה נטען כי בעוד שהתקשורת הפורמלית מפרסמת לרוב את העמדה הפורמלית של משרד הבריאות, פייסבוק מהווה פלטפורמה המאפשרת לקהל הרחב להביע את דעותיו באשר ליתרונות או לחסרונות של קמפיינים לעידוד התחסנות.

במחקר הנוכחי נותחו דפי פייסבוק של שלושה גופים מרכזיים – עמותת מדעת, משרד הבריאות ומח"צ. החסמים נעו על רצף שבין חשש והימנעות לבין כעס ואקטיביזם. לתפיסת המחסומים יש משקל משמעותי בקבלת ההחלטה להיענות להתחסנות, וככל שתפיסת המחסומים גבוהה יותר כך פוחתת ההיענות לחיסון (31). ממצאי המחקר מבטאים ריבוי מחסומים לשינוי בקרב המתנגדים – רגשיים, קוגניטיביים והתנהגותיים – אשר יוצרים משקל משמעותי לא רק בנוגע לשאלת חוסר ההיענות לחיסון, אלא גם בנוגע למידת האמון ברשויות הממסד ולמידת הדחף ליצירתה של פעולה אנטי-ממסדית.

מחסומים רגשיים כללו חשש ופחד מפני החיסון ומפני תופעות הלוואי העלולות להופיע בעקבותיו. ממצאים אלו דומים לממצאי מחקרים קודמים, אשר הדגישו כי הסיבות השכיחות לסירוב להתחסן כוללות תפיסה לקויה של סיכונים הקשורים לחיסון והיעדר מידע מדויק באשר לתופעות הלוואי הנלוות לחיסונים ובאשר לבטיחותם (32).

מחסומים קוגניטיביים כללו חוסר אמון ברשויות הממסד ובמניעיהן, אשר העמיק עם התקדמות המגפה. תחילה

הופנה חוסר האמון לעצם הטיפול של גורמי הממסד במחלה, ובהמשך הוא הופנה לחשד שבמבצע חיסון האוכלוסייה מעורבים אינטרסים זרים, כלכליים ופוליטיים. חשדות מסוג זה מהדהדים תגובות דומות שהופיעו ברשתות חברתיות בישראל בשנת 2013, בתגובה לקמפיין משרד הבריאות לעידוד ההתחסנות נגד מחלת הפוליו. במחקר שבחן תגובות לאותו קמפיין נמצא, כי המתנגדים לחיסונים דאו הביעו חוסר אמון במושג "הגנת הקהילה", חששות באשר לבטיחות החיסון וחוסר אמון במשרד הבריאות (30). ארגון הבריאות העולמי זיהה את חוסר האמון בחיסונים המוביל להססנות חיסונים כאחד מעשרת האיומים המובילים על הבריאות העולמית (20). חוסר אמון זה בהחלט בא לידי ביטוי גם במחקר הנוכחי.

חוסר האמון הגובר ברשויות הממסד העלה עם הזמן גם מחסומים התנהגותיים, אשר הלכו והתגברו ככל שהתפתחה והתארכה המגפה. מחסומים התנהגותיים הופיעו לצד המחסומים הרגשיים והקוגניטיביים, והובילו להתגבשותה של התנגדות חיסונים עקרונית ומחאתית ברשת. עם התארכות המגפה התפתחה הקצנה בשיח ובאופי התגובות. הקצנה זו באה לידי ביטוי הן מהצד המפרסם (משרד הבריאות) והן מצד המגיבים באופן אשר הפך למתנגח יותר. נציגי משרד הבריאות החלו להיאבק בטענות לא-מבוססות שונות. מצד המגיבים נרשמה התייחסות לא רק להיעדר צורך בהתחסנות מפני המחלה או לחששות מפני החיסון, אלא גם לתחושה שלפיה נציגי הממסד מעוורים את עיני הציבור, עושים יד אחת עם גורמים שבריאות הציבור אינה בראש מעייניהם ואף פוגעים במתחסנים בכוונה תחילה. התייחסות מסוג זה דומה לתיאור ממצאים קודמים בנושאים הנפוצים בפוסטים ברשתות החברתיות נגד חיסונים, הנעוצים בהתבססות על מידע מדעי מוטעה, בטיעונים פוליטיים המתמקדים בחופש הבחירה, בחוסר אמון בקהילה הרפואית, בתאוריות קונספירציה ובנרטיבים אישיים הקשורים לחוויות חיסון שליליות (20). עם זאת במחקר הנוכחי אנו עדים לתהליך, שבו לצד תופעות של "הססנות חיסונים" התגברו והקצינו מגמות של "התנגדות חיסונים אקטיביסטית".

המלצות יישומיות

קווי דמיון בטיעוניהם של מתנגדי חיסונים ברחבי העולם מעלים את הצורך ליצור הסברה מוגברת ומתואמת בין גופים שונים ובין מדינות שונות. ממצאי המחקר מדגישים את התגברותה של התנגדות החיסונים האקטיביסטית דווקא לאור ניסיונותיהן של רשויות הבריאות לשלול דיווחים על "פייק ניוז" ולעודד התחסנות באמצעים של הסברה והפחדה; לאור זאת ולאור כוחה של הרשת החברתית בהעברת מסרים גלובליים, מומלץ להגביר את שיתופי הפעולה בין משרדי הבריאות במדינות השונות בעולם בחשיבה על יצירתם של

6. Gendler Y, Ofri L. Investigating the influence of vaccine literacy, vaccine perception, and vaccine hesitancy on Israeli parents' acceptance of the COVID-19 vaccine for their children: a cross-sectional study. *Vaccines (Basel)* [Internet]. 2021 Nov 24 [cited 2023 Mar 12];9(12):1391. Available from: <https://doi.org/10.3390/vaccines9121391>.
7. Green MS, Abdullah R, Vered S, Nitzan D. A study of ethnic, gender and educational differences in attitudes toward COVID-19 vaccines in Israel – implications for vaccination implementation policies. *Isr J Health Policy Res* [Internet]. 2021 Mar 19 [cited 2023 Mar 8];10(1):26. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13584-021-00458-w>.
8. Freeman D, Loe BS, Chadwick A, Vaccari C, Waite F, Rosebrock L, et al. COVID-19 vaccine hesitancy in the UK: the Oxford coronavirus explanations, attitudes, and narratives survey (Oceans) II. *Psychol Med* [Internet]. 2022 Oct [cited 2023 Mar 5];52(14):3127-41. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291720005188>.
9. Manolescu LS, Zaharia CN, Dumitrescu AI, Prasacu I, Radu MC, Boeru AC, et al. COVID-19 parental vaccine hesitancy in Romania: nationwide cross-sectional study. *Vaccines (Basel)* [Internet]. 2022 Mar 23 [cited 2023 May 6];10(4):493. Available from: <https://doi.org/10.3390/vaccines10040493>.
10. Dubé E, Vivion M, MacDonald NE. Vaccine hesitancy, vaccine refusal, and the anti-vaccine movement: influence, impact, and implications. *Expert Rev Vaccines* [Internet]. 2015 Jan [cited 2023 Mar 12];14(1):99-117. Available from: <https://doi.org/10.1586/14760584.2015.964212>.
11. עמית אהרון ע'. החלטות הורים שלא לחסן את ילדם: עבר והווה, אפיון התופעה וסיבותיה. *קידום בריאות בישראל*. 2011; 4: 32-40.
12. Kumar D, Mathur M, Kumar N, Rana RK, Tiwary RC, Raghav PR, et al. Understanding the phases of vaccine hesitancy during the COVID-19 pandemic. *Isr J Health Policy Res* [Internet]. 2022 Mar 22 [cited 2023 May 6];11(1):16. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13584-022-00527-8>.
13. Muric G, Wu Y, Ferrara E. COVID-19 vaccine hesitancy on social media: building a public Twitter data set of antivaccine content, vaccine misinformation, and conspiracies. *JMIR Public Health Surveill*. 2021 Nov 17;7(11):e30642.
14. דילמת היחיד מול החברה בשאלת החיסונים – 2021. האם לא כדאי להיפטר מהדיכטומיה? ביו-אתיקה. 2021.
15. הלפרין ד', שור א', משיח איונברג מ', סטרן כ', עלי סאלח ע', עינצי' ל', ואח'. בחינת היענות להתחסנות עתידית נגד מחלת הקורונה בקרב האוכלוסייה המבוגרת בישראל. גרונטולוגיה וגריאטריה: כתבי-עת בנושאי הזיקנה. 2020. מ"ז(4-3):163-187.
16. Frankenthal D, Zatlawi M, Karni-Efrati Z, Keinan-Boker L, Luxenburg O, Bromberg M. COVID-19 vaccine hesitancy among Israeli adults before and after vaccines' availability: a cross-sectional national survey. *Vaccine* [Internet]. 2022 Oct 12 [cited 2023 May 12];40(43): 6271-76. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.08.070>.
17. Freeman D, Waite F, Rosebrock L, Petit A, Causier C, East A, et al. Coronavirus conspiracy beliefs, mistrust, and compliance with government guidelines in England. *Psychol Med* [Internet].

אמצעים חדשים בעבודה מול מי שפיתחו התנגדות חיסונים אקטיבית. זאת ועוד, ניכר כי יש להבחין בין תתי-קבוצות שונות של מתנגדי חיסונים, הפועלים על רקע מחסומים רגשיים, קוגניטיביים והתנהגותיים. ממצאי המחקר מעידים על כך שלפחות בקרב חלק ממתנגדי החיסונים, אלמנטים אמוציונליים של הפחדה ושל כפייה לא תרמו להשגת המטרה אלא להפך, הם רק הגבירו התנגדות. לכן נציע כי ייבחנו דרכים חדשות ליצור הסברה רציונלית יותר, הממוקדת בבחינת אופן השיח המתאים לקבוצות של מתנגדי חיסונים הפועלים על רקע מניעים מסוגים שונים.

מגבלת המחקר והצעות למחקרי המשך

חוסר היכולת לאפיין את המשתנים הדמוגרפיים של המגיבים בדפי פייסבוק אנונימיים היא מגבלה לניתוח נתוני המחקר. במחקר עתידי רצוי לערוך בדיקה של עמדות מתנגדי חיסונים בצורה אשר תאפשר לבחון הבדלים בין תתי-קבוצות שונות – על בסיס מעמד חברתי, מגדר, השכלה ומוצא אתני. כך למשל, בהקשר הישראלי חשוב לבחון את ההבדלים בתגובות של אזרחים יהודים וערבים או של יחידים מקבוצות חזקות ומוחלשות. מיפוי שכזה עשוי לסייע לפיתוח הסברה דיפרנציאלית לציבורים השונים בישראל. כמו כן, בנוגע לקבוצת המתנגדים האקטיביסטיים, ניתן להעמיק את חקר עמדותיהם באמצעות ראיונות עומק או שאלונים ייעודיים.

מקורות

1. Bord S, Satran C, Schor A. The mediating role of the perceived COVID-19 vaccine benefits: examining Israeli parents' perceptions regarding their adolescents' vaccination. *Vaccines (Basel)* [Internet]. 2022 Jun 9 [cited 2023 Mar 5];10(6):917. Available from: <https://doi.org/10.3390/vaccines10060917>.
2. Puri N, Coomes EA, Haghbayan H, Gunaratne K. Social media and vaccine hesitancy: new updates for the era of COVID-19 and globalized infectious diseases. *Hum Vaccin Immunother* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2023 Mar 12];16(11):2586-93. Available from: <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1780846>.
3. Schuchat A. Human vaccines and their importance to public health. *Procedia Vaccinol* [Internet]. 2011 [cited 2023 Mar 12];5:120-26. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.provac.2011.10.008>.
4. Robertson DA, Mohr KS, Barjaková M, Lunn PD. A lack of perceived benefits and a gap in knowledge distinguish the vaccine hesitant from vaccine accepting during the COVID-19 pandemic. *Psychol Med* [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 5];1-4. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291721003743>.
5. Limbu YB, Gautam RK, Pham L. The health belief model applied to COVID-19 vaccine hesitancy: a systematic review. *Vaccines (Basel)* [Internet]. 2022 Jun 18 [cited 2023 Mar 5];10(6):973. Available from: <https://doi.org/10.3390/vaccines10060973>.

- social media content analysis of the Dutch #breakthesilence campaign on negative and traumatic experiences of labour and birth. PLoS ONE [Internet]. 2020 May 12 [cited 2023 Mar 5];15(5):e0233114. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233114>.
25. מדעת – מדע ומידע למען בריאות המשפחה [אינטרנט] [נצפה ביום: 2.5.2023]. נדלה מתוך: <https://www.midaat.org.il/midaat/>.
 26. מחצ – מועצת החרום הציבורית למשבר הקורונה [אינטרנט] [נצפה ביום: 2.5.2023]. נדלה מתוך: <https://www.pecc.org.il/>.
 27. Lindlof T, Taylor BC. Qualitative communication research methods. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage. 2002;359p.
 28. Charmaz K, Thornberg R, Keane E. Evolving grounded theory and social justice inquiry. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The SAGE handbook of qualitative research. 5th ed. Los Angeles, CA: Sage. 2018; p. 411-43.
 29. Woodfield K, Iphofen R. Introduction to volume 2: the ethics of online research. In: Woodfield K., editor. Advances in research ethics and integrity. Vol. 2, The ethics of online research. Bingley, UK: Emerald Publishing; 2018. p. 1-12.
 30. Orr D, Baram-Tsabari A, Landsman K. Social media as a platform for health-related public debates and discussions: the Polio vaccine on Facebook. Isr J Health Policy Res [Internet]. 2016 Nov 10 [cited 2023 May 6];5:34. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13584-016-0093-4>.
 31. Teitler-Regev S, Hon-Snir S. COVID-19 vaccine hesitancy in Israel immediately before the vaccine operation. Yale J Biol Med. 2022 Jun 30;95(2):199-205.
 32. Fallucca A, Immordino P, Riggio L, Casuccio A, Vitale F, Restivo V. Acceptability of HPV vaccination in young students by exploring health belief model and health literacy. Vaccines (Basel). 2022 Jun 22;10(7):998.
 - 2022 Jan [cited 2023 Mar 5];52(2): 251-63. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291720001890>.
 18. Freed G, Clark S, Butchart AT, Singer DC, Davis M. Sources and perceived credibility of vaccine safety information for parents. Pediatrics [Internet]. 2011 May [cited 2023 Mar 12]; 127 Suppl 1: S107-112. Available from: <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1722P>.
 19. Kata A. Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm – an overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. Vaccine. 2012 May 28;30(25):3778-89.
 20. Hoffman BL, Felter EM, Chu KH, Shensa A, Hermann C, Wolynn T, et al. It's not all about autism: the emerging landscape of anti-vaccination sentiment on Facebook. Vaccine. 2019 Apr 10;37(16):2216-23.
 21. Tang L, Douglas S, Laila A. Among sheeple and antivaxxers: social media responses to COVID-19 vaccine news posted by Canadian news organizations, and recommendations to counter vaccine hesitancy. Can Commun Dis Rep. 2021 Dec 9;47(12):524-33.
 22. Bertin P, Nera K, Delouvée S. Conspiracy beliefs, rejection of vaccination, and support for hydroxychloroquine: a conceptual replication-extension in the COVID-19 pandemic context. Front Psychol [Internet]. 2020 Sep 18 [cited 2023 Mar 12];11. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.565128>.
 23. Lewandowsky S, Gignac GE, Oberauer K. The role of conspiracist ideation and worldviews in predicting rejection of science. PLoS ONE [Internet]. 2013 Oct 2 [cited 2023 May 6]; 8(10):e75637. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075637>.
 24. Van der Pijl MS, Hollander MH, van der Linden T, Verweij R, Holten L, Kingma E, et al. Left powerless: a qualitative

"קידום בריאות האסירים של היום – האזרחים של המחר": גורמים הקשורים לדפוס בריאות בקרב אסירים בישראל

לי רומח¹, עופר רגב¹, ריקי טסלר¹, יוסי וויס¹, יאיר שפירא¹, נועה שטיינמץ¹, יוחנן ועקניץ²,

קתרין בן צבי², ליאב גולדשטיין², חגית בונינח³

¹ המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל

² ענף מחקר, שירות בתי הסוהר

³ החוג לקרימינולוגיה, אוניברסיטת אריאל

תקציר

רקע: מהספרות הענפה בתחום הבריאות בבתי הכלא ניתן ללמוד, כי בקרב אסירים ישנם מדדים בריאותיים לקויים והתנהגויות סיכון לבריאות בשיעור גבוה. בשנים האחרונות ההשלכות והיתרונות הבריאותיים, הכלכליים והחברתיים הקשורים לתוכניות מקדמות בריאות ולאורח חיים בריא בקרב אסירים בבתי כלא ברחבי העולם זוכים להכרה בקרב אנשי מקצוע וחוקרים. בישראל נערכו מעט מאוד מחקרים בתחום קידום בריאות בקרב אסירים בבתי הכלא.

מטרת המחקר: המחקר הנוכחי מתבסס על התפיסה הסלוטוגנית. מטרתו היא לבחון את הקשר שבין השתתפות בתוכניות מקדמות בריאות בכלא (הכוללות יוגה, חדר כושר, מדיטציה, סדנאות בנושא מניעת עישון, ויפאסנה, תרגול ג'לינג והשתתפות בסדנאות תזונה), הרגלי פעילות גופנית, עישון טבק ומשתנים סוציו-דמוגרפיים ובין מצב בריאותי סובייקטיבי וסימפטומים בריאותיים חיוביים ושליילים בקרב אסירים ואסירות בישראל.

שיטת המחקר: מחקר חתך כמותי בקרב 590 אסירים ואסירות מעל גיל 18 שנדגמו מתוך 11 מתקני מאסר בישראל, השוהים בהם שנה אחת לפחות.

ממצאים: האסירים דיווחו על רמה גבוהה יותר של סימפטומי בריאות שליליים בהשוואה לסימפטומים חיוביים. שיעור ההשתתפות הגבוה ביותר מבין התוכניות לקידום בריאות בבתי הכלא הוא בחדר הכושר (40.2%), אחריו באים תרגולי יוגה (26.5%) ומדיטציה (26.10%), 17.80% דיווחו על השתתפות בהרצאות למניעת עישון, ושיעור נמוך (5.6%) של אסירים תרגלו ויפאסנה. לאחר שליטה על משתנים סוציו-דמוגרפיים, נמצאו קשרים חיוביים בין הרגלי פעילות גופנית והשתתפות בתוכניות מקדמות בריאות בכלא ובין מצב בריאותי סובייקטיבי טוב יותר – נמצאו פחות סימפטומים בריאותיים שליליים ויותר סימפטומים בריאותיים חיוביים. אסירים המתאמנים בחדר כושר והמתרגלים יוגה דיווחו על מצב בריאותי סובייקטיבי טוב יותר מאסירים שאינם מתאמנים או מתרגלים יוגה. עוד נמצא, כי אסירים המתרגלים מדיטציה מדווחים כי הם לחוצים פחות מאסירים שאינם מתרגלים מדיטציה. ברגסיות ליניאריות רב-משתניות היררכיות נמצא, כי השתתפות בתוכניות מקדמות בריאות קשורה למצב בריאותי סובייקטיבי טוב יותר ($\beta=0.19, p<0.01$), לסימפטומים שליליים נמוכים יותר ($\beta=-0.13, p<0.05$) ולסימפטומים חיוביים גבוהים יותר ($\beta=0.14, p<0.05$).

מסקנות: הרגלי פעילות גופנית והשתתפות בתוכניות מקדמות בריאות במסגרת בתי הכלא הם משמעותי לאימוץ דפוס בריאות לאורח חיים פעיל ובריא ולמצב בריאותי טוב יותר של האסירים.

מילות מפתח: קידום בריאות; פעילות גופנית; מצב בריאותי סובייקטיבי; אסירים; בתי כלא.

רקע

ברחבי העולם גוברת ההסכמה ששירותי בריאות בתוך בתי הכלא צריכים לכל הפחות להיות "שווים" לאלה הניתנים בקהילה (1). מן הספרות הענפה בתחום הבריאות בבתי הכלא אפשר ללמוד, כי בקרב אסירים שוררים מדדים בריאותיים לקויים והתנהגויות סיכון לבריאות בשיעור גבוה, ובכלל זה שימוש בסמים, באלכוהול ובטבק, בין השאר עקב ייצוג יתר של קבוצות אוכלוסייה מוחלשות. הבעיות הבריאותיות העיקריות המלוות אסירים הן אלו הקשורות למחלות זיהומיות, לבריאות הנפש ולמחלות כרוניות, לרבות אסתמה, סוכרת ומחלות לב וכלי דם (3,2,1). זמן שהייה של אסירים בכלא מציע הזדמנות להשפיע על חייהם הנוכחיים והעתידיים של המוחזקים במקום, ובכך הוא עשוי לתרום תרומה ניכרת לשיפור בריאותם ורווחתם של כמה מהאנשים המוחלשים והמודרים ביותר בחברה (3).

התפיסה הסלוטוגנית, שהיא בבסיס מחקר זה, מתמקדת בגורמי בריאות במקום בגורמי סיכון וחולי, ומשמשת בסיס לפיתוח תאוריות, מחקר ועשייה בתחום של קידום בריאות (4). קידום בריאות (health promotion) מוגדר בידי ארגון הבריאות העולמי (5) כתהליך המאפשר לאנשים להגביר את השליטה על בריאותם ולשפרה, בין היתר באמצעות פעילויות המפחיתות את הסיכון לבריאות והמובילות לקידום ברמה הבריאותית. על פי גישת המסגרות בקידום בריאות (setting-based approach), הבריאות נבנית ומתקיימת בתוך המסגרות היומיומיות שבהן חי הפרט (6). מחקרים שונים מתחום קידום הבריאות מציינים, כי על פי גישת המסגרות לסביבה החברתית של הפרט יש השפעה מרכזית על התנהלותו ועל קבלת ההחלטות שלו בהקשר של בריאות ושל אימוץ התנהגויות תומכות בריאות (11,10,9,8,7).

מסגרת כדוגמת בית כלא עשויה לשמש מסגרת מקדמת בריאות (health promoting setting), כיוון שהיא מאפשרת נגישות לקבוצות אוכלוסייה מוגדרות בעלות מאפיינים משותפים המסייעת לבניית תוכנית התערבות המותאמת לצורכי הקבוצה. במסגרת הכלא ניתן להקנות ידע, ערכים ותרבות לשעות הפנאי הארוכות בדרך כלל (5). מדו"ח ארגון הבריאות העולמי (12) ניתן ללמוד, כי צורכיהם הבריאותיים הבסיסיים של אסירים ברחבי העולם אינם מקבלים מענה הולם. לאסירים יש צורך גדול יותר בטיפול רפואי וחברתי, הנובע מצרכים מורכבים ומרובים עוד קודם למאסר, כמו גם מסוגיות בריאותיות שונות הקשורות להדרה ולאי-שילוב בחברה. ארגון הבריאות העולמי מחזק את הגישה הסלוטוגנית ודוגל בערכים המבוססים על זכויות אדם, המבטיחים חיים בריאים והמדגישים את הזכות לרמת הבריאות הגבוהה ביותר הניתנת להשגה בכל מקום, ובכלל זה במסגרת בתי הכלא.

ככלל, קידום בריאות בכלא נובע ממטרות הומניטריות, שהרי בקידום בריאות טמון הפוטנציאל להפחתת אי-שוויון בבריאות (10). זאת ועוד, ארגוני בריאות לסוגיהם מצביעים על כך שהכלא הוא הזדמנות של מערכת הבריאות להגיע לאוכלוסיות קשות השגה, לרבות אוכלוסיות בעלות רקע של התמכרויות ושל תחלואה כפולה, שאליהן קשה להגיע במסגרת הקהילה. במובן זה הכלא הוא מסגרת בעלת פוטנציאל משמעותי לקידום רפואה מונעת ולעידוד של אורח חיים בריא, בין היתר באמצעות תוכניות לקידום בריאות (13).

בריאות וחולי בקרב אסירים

נכון לשנת 2022 היו 10,058 אסירים פליליים בגירים (מעל גיל 18) כלואים במתקני הכליאה בישראל (14). בשנת 2019 אובחנו כ-6,000 אסירים בישראל כסובלים ממחלה כרונית אחת או יותר. ממחקר שנערך בשירות בתי הסוהר בשנת 2013 נמצא, כי 73% מהאסירים הפליליים נזקקו להערכה או לטיפול פסיכיאטרי לעומת 2%-1% באוכלוסייה הכללית, וכ-600 כלואים אובחנו כלוקים בסכיזופרניה לעומת 1.5%-1% באוכלוסייה הכללית (13).

במחקרים שנערכו ברחבי העולם נמצא, כי תחושות של לחץ ושל דיכאון שכיחים במיוחד בקרב אסירים (15,16). תחושות הלחץ והדיכאון קשורות לסיכון לפגיעה עצמית, לאובדנות ולבריאות פיזית נמוכה, והן עלולות לשמש גורמי סיכון להתפתחותן של מחלות שונות (17). משתנה נוסף שנמצא בספרות המחקרית כקשור לבריאות ירודה בקרב אסירים הוא בדידות. בדידות היא אחת התחושות השכיחות ביותר שעליהן אסירים מדווחים, והיא נמצאה קשורה לבריאות פיזית ונפשית ירודה, לפגיעה עצמית, לדיכאון ולתחושת חוסר אונים (15).

כדי לבחון את מצבו הבריאותי של האסיר יש להתייחס למשתנים סוציו-דמוגרפיים שונים כגון מגדר, גיל, השכלה ומשך המאסר. שהייה ממושכת בבית הכלא והזדקנות במסגרתו עשויות למלא תפקיד חשוב בהבנת מצבו הבריאותי של האסיר. שהייה ממושכת בכלא עלולה להוביל להצטברות של בעיות בריאות לאורך תקופה ארוכה. חוסר גישה מתמשך לשירותי בריאות תקינים עלול להאיץ את הליך ההזדקנות של אסירים הנמצאים תקופות ארוכות בבית הכלא, ובכך להוסיף על האתגרים הבריאותיים הקיימים ממילא. אסירים השייכים לאוכלוסייה מבוגרת נמצאים בסיכון מוגבר לפציעות, לפגיעות בידי אסירים אחרים ולמוות (18).

תוכניות התערבות לקידום בריאות בבתי הכלא

מחקרים שנערכו בבתי הכלא ברחבי העולם מחזקים את חשיבות פיתוחן והפעלתן של תוכניות התערבות לקידום בריאות במסגרת בתי הכלא (19,20,21). נמצא, כי השקעה

בפיתוח תוכניות התערבות בכלא, כמו למשל פעילות ספורט, מניעת עישון ועידוד הרגלי אורחות חיים בריאים עשויה להשפיע ישירות על דפוסי דיכאון ולחץ בקרב אסירים (11,7) ועל צמצום מקרי אלימות והשמנה (8).

מעבר ליתרונות ולרווחים הטמונים בתוכניות מקדמות בריאות במסגרת בתי הכלא עבור האסירים השוהים בהם, יש להביא בחשבון כי אסירים רבים עתידים להשתחרר ולשוב למערכת הרפואה הציבורית. על כן, טיפול לא-מספק במחלות כרוניות של אסירים, כמו למשל סוכרת, או אבחון מאוחר של מחלות אחרות עלולים בהמשך להוביל לסיבוכים מאוחרים ולעלויות גבוהות יותר. בדומה לכך, יש היגיון רב בתוכניות מניעה וגמילה מעישון במהלך השהות בכלא, שכן מדובר באוכלוסייה ששיעור המעשנים בה גבוה יותר, ולאחר מכן היא משתחררת לקהילה, שם מורכב יותר להגיע לאוכלוסייה זו (13). לפיכך תוכניות לקידום בריאות פיזית ונפשית בקרב אסירים אמורות להיות גורם השפעה חיובי – הן במישרין והן בעקיפין – להקלת המשקל הכלכלי והחברתי של האסירים על כלל החברה. אספקטים בריאותיים עשויים להיות גורם השפעה מהותי על הסיכוי של אסיר – לאחר ריצוי תקופתו במאסר – לחזור לחברה כאזרח פעיל ותורם או להישאר במעגל הפשיעה (22).

פעילות גופנית בבתי הכלא

רבות ידוע על תרומתה החיובית של הפעילות הגופנית לבריאות האדם בכלל ולאסירים בפרט (23). פעילות גופנית תורמת לחיזוק מסת העצמות והשרירים, לבריאות השלד, המוח, הלב ומערכת הדם, היא מחזקת את המערכת החיסונית וכן תורמת לבריאות הפסיכולוגית ולתחושת הרווחה הכללית (12).

אסירים עוסקים מעט מאוד בפעילות גופנית, ולרבים מהם אין כל מוטיבציה לעסוק בה. עקב כך אפשר לראות באסירים אוכלוסייה המציגה סיכון גבוה למחלות, ובין היתר גם להשמנת יתר (25,24). ואכן, חלק גדול מהאסירים סובלים מהשמנת יתר עם סיבוכים מטבוליים, וחוסר בפעילות גופנית נמצא כגורם העיקרי לכך (1).

השתתפות של אסירים בפעילות גופנית עשויה לקדם את מצב בריאותם הגופנית והנפשית, אפילו כחלק מטיפול מטעם שירותי בריאות הנפש (27,26,17). לפעילות גופנית ישנה השפעה חיובית על תסמינים כמו לחץ, דיכאון וחרדה בקרב אסירים (28,27).

הערכת תוכניות התערבות לעידוד הרגלי פעילות גופנית בבתי הכלא ברחבי העולם מצביעה על כך, שפעילות גופנית תורמת תרומה ניכרת להפחתת בעיות חברתיות ומקרי התנהגות אלימה, מעודדת אסירים להישמע לנהלים ולשמור על התנהגות נאותה, מפחיתה שימוש בסמים ומצבי סטרי

ומשפרת ויסות רגשי, מוטיבציה ומשמעת עצמית (11,9,7). במחקרים נוספים שעסקו בפעילויות ספורט המתבצעות על בסיס קבוע בקרב אסירות נמצא כי ההשתתפות בפעילויות ספורט תורמת להתמודדות טובה עם שגרת המאסר, ליצירת קשרים חברתיים, להפחתת השימוש בסמים ובתרופות וכן לידידה ברמות המתח. כמו כן היא תורמת לשיקום יעיל יותר, לשיפור הביטחון והדימוי העצמי, להגברת השליטה במשקל ותחושת השליטה בחיים, לפיתוח מיומנויות חדשות, להגברת הסיכויים לתעסוקה הולמת לאחר השחרור ולהפחתת הסיכוי למאסר חוזר (רצידיביזם) (25,24,23).

עישון בבתי הכלא

מבין גורמי הסיכון ההתנהגותיים, עישון הוא מהגורמים המובילים לתחלואה ולתמותה, לצד השמנה, צריכת אלכוהול וחוסר פעילות גופנית. עישון הוא גורם סיכון משותף לארבע מחלות כרוניות מרכזיות: סרטן, מחלות לב וכלי דם, סוכרת ומחלות בדרכי הנשימה, אשר מטילות עומס כבד על מערכת הבריאות ועל החולים ומשפחותיהם (29). בעשור האחרון התגבשה ההבנה שגם במסגרות כמו בתי הכלא יש למנוע עישון. מגמה זו התפתחה על רקע ההכרה בנוזקי עישון לבריאות, בפרט בקרב אוכלוסיית האסירים, אשר כאמור מאופיינת בשיעור חולי גבוה יותר מהאוכלוסייה הכללית, וכן בשל תביעות של מעשנים פסיביים בבתי הכלא בגין נזקי עישון (30). גם בישראל החלו מקדמים את מניעת העישון בבתי הכלא (31).

מניעת עישון בבתי הכלא מתוך שיקולים של רווח לטווח ארוך מאפשרת לשפר את המצב הבריאותי של האסירים, בין היתר גם בנוגע לבעיית התמכרות (32). חלק מהאסירים מתפקדים טוב יותר בכלא בהשוואה לחיים שמחוץ לו בשל הכללים והגבולות שהמערכת הסגורה מציבה בפניהם, ודווקא בזמן המאסר ישנם מי מהם שהצליחו להיגמל מהעישון, כפי שהצליחו להפסיק התמכרויות אחרות כגון סמים, אלכוהול והימורים (33). מן הספרות העולמית ניכר כי לתוכניות התערבות לצמצום תופעת העישון בליווי הדרכה, סדנאות ואמצעים להפסקת עישון ישנה השפעה ישירה על שינוי התנהגותי בקרב האסירים באשר להפסקת העישון באופן קבוע (34).

ברוב בתי הכלא שבארצות הברית ובקנדה חל איסור גורף לעשן, ואילו בבתי הסוהר שבאירופה ישנן מגבלות חלקיות, אשר רמת האכיפה שלהן נמוכה יחסית. התפיסה בישראל דומה לזו שבאירופה, אך המגמות הברורות בעולם המערבי המקדמות איסור גורף לעשן במוסדות כליאה מתחילות לאפיין גם את ישראל. המידע והניסיון שיש כיום מראים שראוי לנקוט מדיניות של מניעת עישון מוחלטת בבתי הכלא. בישראל החלו בשנים האחרונות לאסור על עישון באזורים

16.5% (N = 18, 3.20%). מרבית המשתתפים (N = 394, 73.20%) נולדו בישראל, וכך גם כמחצית מאבותיהם (54.10%) ומאמהותיהם (57.6%). מבחינת השכלה, בממוצע למדו המשתתפים במשך כ-9.37 שנים (ס"ת = 3.23): 88 (17.6%) משתתפים סיימו בית ספר יסודי בלבד, 95 (19.00%) נשרו מבית ספרם ללא תעודה, ל-127 (25.3%) יש תעודה בסיסית, 65 (13%) השיגו תעודה מקצועית, ל-19 (3.8%) יש תעודה ממכללה, ל-24 (4.8%) יש הסמכה טכנית או מקצועית ול-52 (10.4%) יש תואר מתקדם.

קריטריונים להכללה: אסירים פליליים שפוטם מעל גיל 18, השוהים בבתי הכלא שנה אחת לפחות, אשר הסכימו לענות על השאלון ויודעים קרוא וכתוב (בעברית או ערבית). **קריטריונים לאי-הכללה:** אסירים מתחת לגיל 18; אסירים שלא הסכימו להשתתף במחקר; אסירים אשר מצבם הרפואי אינו מאפשר את מילוי השאלון; אסירים אשר אינם יודעים קרוא וכתוב; אסירים על רקע ביטחוני.

שיטת הדגימה וגודל המדגם

תחילה נערכה דגימה לבחירת בתי הכלא שבהם יועברו השאלונים. חישוב גודל המדגם נעשה באמצעות תוכנית G-power תחת ההנחות הבאות: רמת מובהקות (אלפא) 5%, רמת עוצמה סטטיסטית מינימלית 80%. בהתבסס על מחקרים קודמים שבדקו התערבות לקידום בריאות בקרב אסירים נמצאו אפקטים מובהקים להעלאת הדימוי העצמי (Cohen's d = 1.23, p < .01), ירידה ברמת הדיכאון (Cohen's d = -0.75, p < .01). במחקר הנוכחי נלקח גודל אפקט צנוע יותר של Cohen's d = 0.25, המשקף שיפור של כרבע סטיית תקן במצב הבריאותי ובסימפטומים החיוביים והשליליים של האסירים המשתתפים בתוכניות מקדמות בריאות. בהינתן הנחות אלו, תוך שימוש בגודל של השוואה בין שתי קבוצות, גודל המדגם המינימלי נמצא בן 450 אסירים. עקב הקושי בגיוס של אסירים למחקר חושב מדגם של כ-500 אסירים מ-11 בתי כלא ברחבי הארץ. גודל מדגם מעין זה מבטיח כי ברווח בר-סמך של 95% תהיה סטייה מקסימלית של $\pm 3\%$. כמו כן, כדי לבדוק אם המדגם מייצג את האוכלוסייה חושב רווח בר-סמך ברמת ביטחון של 95% עבור השיעור המייצג את כלל האוכלוסייה בכל שאלה. בתי הכלא נבחרו על מנת לייצג מבחינה גאוגרפית את האסירים מצפון, ממרכז ומדרום הארץ. לבסוף כאמור נדגמו לצורך המחקר הנוכחי 590 אסירים ואסירות.

כלי המחקר

המחקר הנוכחי כלל שישה שאלונים:

ציבוריים בבתי הכלא וסומנו תאים ללא עישון; נערכת הסברה מקיפה הקשורה לנזקי העישון ולאיסור לעשן במקומות ציבוריים, אף שעד שנת 2013 עוד לא הייתה מדיניות ברורה והחלטית בהקשר לעישון בבתי הכלא בישראל (31). בשנת 2015 נכנסה לתוקף הפקודה באשר לאיסור עישון והחשיפה לעישון בשירות בתי הסוהר, שמטרתה לתת הוראות ליישום החוק למניעת העישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון, התשמ"ג-1983 בקרב אסירים בשירות בתי הסוהר (35). יש לציין כי מניעת עישון בבתי כלא מציבה אתגרים מורכבים, שמחייבים לקבוע מדיניות מקדמת בריאות ברורה כמו זו הנדרשת בחברה הכללית הנלחמת בעישון. נדרשים מקורות למימון הפרויקט ומודלים להפעלת תוכניות למניעת עישון בבתי הכלא; נדרשת גישה תומכת של מקבלי ההחלטות במדינה, כגון משרד הבריאות, המשרד לביטחון פנים ומשרד הרווחה; כמו כן נדרש שיתוף פעולה בין הגורמים השונים. ההחלטה להפסיק את העישון בבתי הכלא היא מהלך משמעותי אשר מחייב תוכנית הסברה להתערבות מקיפה, לצד סובלנות מערכתית ונחישות, תעוזה ואומץ של מקבלי ההחלטות (36,33).

מטרת המחקר

המחקר הנוכחי מתבסס על התפיסה הסלוטוגנית (37), שלפיה נוסף לגורמים פתוגניים (המזיקים למצב הבריאותי) ישנם גורמים נוספים בעלי אופי סלוטוגני (המייטבים עם ההשפעה של גורמים חיצוניים על המצב הבריאותי). המטרה המרכזית של המחקר היא לבחון את הקשרים שבין משתנים סוציו-דמוגרפיים, השתתפות בתוכניות מקדמות בריאות, הרגלי פעילות גופנית ועישון טבק ובין מצב בריאותי סובייקטיבי וסימפטומים בריאותיים חיוביים ושליליים בקרב אסירים בבתי הכלא בישראל.

שיטת המחקר

המחקר הוא מחקר כמותי מסוג מחקר חתך (cross sectional) כמותי.

אוכלוסיית המחקר

המדגם כלל 590 אסירים ואסירות פליליים שפוטם (שאינם ביטחוניים). גיל משתתפי המחקר נע בין 18-82 שנים (ממוצע = 38.57, ס"ת = 13.01). משך המאסר של המשתתפים נע בין 1-15 שנים (ממוצע = 4.24, ס"ת = 1.78). התפלגות המצב המשפחתי של המשתתפים מראה כי כשליש מהם נשואים (N = 193, 34.3%) וכשליש רווקים (184, 32.7%); שאר המשתתפים מתפלגים כך: עם בני זוג קבועים (N = 53, 9.4%), פרודים (N = 22, 3.9%), גרושים (N = 93,

התשובות למענה היה בן 4 דרגות, ובו $1 =$ "בכלל לא" ו- $4 =$ "הרבה מאוד". השתתפות בתוכנית כלשהי זיכתה את הנבדק בנקודה. הציון הסופי הוא הסכום הכולל של מספר התוכניות שהאסיר משתתף בהן, ולכן נע בין 0 (השתתפות ב-0 תוכניות) ל-7 (השתתפות ב-7 תוכניות).

6. שאלון לבחינת הרגלי עישון. הנבדקים התבקשו לענות על שאלות בנוגע לעישון אי פעם, לעישון כיום, לכמות ולתדירות עישון, לסוג הסיגריות, להשתתפות בתוכנית עישון בבית הכלא, להשוואה בין עישון לפני המאסר וכעת ולרצון להפסיק לעשן. המשתתף קיבל נקודה אם הוא אינו מעשן כיום, אם הוא מעשן פחות מפעם בשבוע, אם הוא השתתף בתוכנית להפסקת עישון ואם הוא רוצה להפסיק לעשן (42). שאלה לדוגמה היא: "בהשוואה לתקופה לפני כניסתך לכלא, האם לדעתך אתה כעת מעשן?". סולם התשובות למענה היה בן 3 דרגות, ובו $1 =$ "יותר", $2 =$ "בערך אותו דבר" ו- $3 =$ "פחות". הציון הסופי נע בין 0 (הרמה הגבוהה ביותר של עישון) ל-4 (הרמה הנמוכה ביותר של עישון). מהימנות פנימית 75. לפי אלפא קרונברך.

הליך המחקר ואיסוף הנתונים

על מנת לעמוד בתנאי האתיקה הקפדניים של שמירה על פרטיות האסירים, המחקר אושר בוועדת הלסינקי של אוניברסיטת אריאל. תחילה נבחרו 11 בתי כלא בישראל: שלושה בתי כלא במחוז צפון (חרמון, צלמון ושיטה), שלושה במחוז דרום (אשל, דקל ואלה) וחמישה במחוז מרכז (איילון, נווה תרצה, מעשיהו, השרון ורימונים). לאחר מכן נערכו פגישות עם קצינות החינוך בכל בית כלא, ובסיוען האסירים נשאלו אם יהיו מעוניינים להשתתף במחקר. לאחר הסכמתם נעשתה הפנייה לאסירים באמצעות סוקרים שעברו הכשרה מסודרת לפני היציאה לשטח. הובהר לאסירים כי לא נאסף עליהם שום מידע מזהה וכי השאלונים אנונימיים לחלוטין. כמו כן הובהר לאסירים כי המידע שייאסף במחקר ינותח בידי החוקרים באוניברסיטת אריאל בלבד, וכי לא יהיה כל שימוש אחר במידע.

איסוף הנתונים התבצע במהלך החודשים פברואר – ספטמבר 2019.

ממצאים

בלוח 1 מוצג אפיון הרגלי הבריאות בקרב האסירים, ובכלל זה ממוצעים וסטיות תקן של מצב בריאותי סובייקטיבי, סימפטומים בריאותיים שליליים וחיוניים, עישון והשתתפות בתוכניות מקדמות בריאות.

הערכת בריאותם הסובייקטיבית של האסירים עמדה על ממוצע של 3.20 בקרב כלל המשתתפים ($\text{ס}^2 = 1.35$) על

1. שאלון לבחינת משתנים סוציו-דמוגרפיים. בשאלון נכללו שאלות כגון גיל, מגדר, משך המאסר והשכלה.

2. שאלון לבחינת סימפטומים בריאותיים חיוניים ושליליים. השאלון כלל ארבעה סימפטומים בריאותיים שליליים ושלושה סימפטומים בריאותיים חיוניים. הסימפטומים הבריאותיים השליליים שנבדקו בארבע שאלות כללו "מתח", "דיכאון", "לחץ" ו"עייפות". שאלה לדוגמה היא: "האם אתה חש בלחץ?". לשאלות היה סולם תשובות למענה בן 6 דרגות, ובו $1 =$ "כל הזמן" ו- $6 =$ "אף פעם". הסימפטומים השליליים אוחדו באמצעות סכמה. הציון הסופי נע בין 0 (ללא סימפטומים שליליים) ל-4 (הרמה הגבוהה ביותר של סימפטומים שליליים). הסימפטומים הבריאותיים החיוניים שנבדקו בשלוש שאלות כללו "רוגע", "אנרגיה" ו"שמחה". שאלה לדוגמה היא: "האם אתה אדם שמח?". לשאלות היה סולם תשובות למענה בן 6 דרגות, ובו $1 =$ "כל הזמן" ו- $6 =$ "אף פעם". כלל הסימפטומים החיוניים בסקר אוחדו באמצעות סכמה. הציון הסופי נע בין 0 (הרמה הנמוכה ביותר של סימפטומים חיוניים) ל-4 (הרמה הגבוהה ביותר של סימפטומים חיוניים). מהימנות פנימית לשאלון 80. לפי אלפא קרונברך.

3. שאלון להערכת מצב בריאותי סובייקטיבי. הנבדקים התבקשו להעריך את מצב בריאותם כיום ולפני שנה. השאלה לצורך הערכת מצב בריאותם כיום היא: "לדעתך מצב בריאותך בדרך כלל הוא". הדירוג התבצע על סולם ליקרט בין 1 ("מצוין") ל-5 ("רע"). השאלה לצורך הערכת מצב בריאותם לפני שנה היא: "כיצד היית מדרג את מצב בריאותך הכללי כעת בהשוואה למצבך לפני שנה?". הדירוג התבצע על סולם ליקרט בין 1 ("טוב יותר מלפני שנה") ל-5 ("רע יותר מלפני שנה").

4. שאלון לבחינת הרגלי פעילות גופנית. הנבדקים התבקשו לענות על שאלות בנוגע לפעילות הגופנית שלהם, תדירותה, משכה, השוואה לפני המאסר וכיום (42). שאלה לדוגמה היא: "במהלך 12 חודשים לפני כניסתך לבית סוהר, באיזו תדירות ביצעת אימון למשך לפחות 30 דקות של פעילות גופנית מתונה?". סולם התשובות למענה היה בן 6 דרגות, ובו $1 =$ "פחות מפעם אחת בחודש" ו- $6 =$ "5 ימים או יותר בשבוע".

5. שאלון בנוגע להשתתפות בתוכניות מקדמות בריאות. הנבדקים התבקשו להשיב על שאלות באשר לחשיבות קיומן של תוכניות מקדמות בריאות בכלא, להשתתפות בתוכניות השונות ולתדירות ההשתתפות. התוכניות מקדמות הבריאות שעליהן נשאלו הנבדקים כללו יוגה, חדר כושר, מדיטציה, סדנאות בנושא מניעת עישון, ויפאסנה, תרגול ג'גלינג וסדנאות תזונה. שאלה לדוגמה היא: "באיזו תדירות אתה עושה את הפעולות הבאות: מדיטציה להרגעה". סולם

לוח 1: אפיון הרגלי בריאות בקרב האסירים, ממוצעים וסטיות תקן (N=590)

%	N	טווח	סטיות תקן	ממוצע	
		1-5	1.35	3.20	מצב בריאותי סובייקטיבי
		1-5	1.25	2.95	מצב בריאותי סובייקטיבי בהשוואה לשנה הקודמת
		0-4	1.32	2.52	סימפטומים בריאותיים שליליים
		0-4	1.23	1.48	סימפטומים בריאותיים חיוביים
		0-4	1.44	2.11	עישון
		0-7	1.59	1.25	השתתפות בתוכניות מקדמות בריאות
26.5%	123				תרגול יוגה
40.2%	197				תרגול בחדר כושר
26.1%	119				תרגול מדיטציה
17.8%	80				השתתפות בהרצאות בנושא נזקי עישון
5.7%	25				השתתפות בסדנת ויפאסנה
5.2%	34				תרגול ג'לינג
15.6%	71				השתתפות בסדנת תזונה

לוח 2: קשרים בין הרגלי פעילות גופנית, השתתפות בתוכניות מקדמות בריאות ועישון ובין מצב בריאותי סובייקטיבי וסימפטומים בריאותיים שליליים וחיוביים בקרב האסירים (N=590)

8	7	6	5	4	3	2	1	
								1. מצב בריאותי סובייקטיבי
							.34**	2. מצב בריאותי סובייקטיבי בהשוואה לשנה הקודמת
						-10.*	-.81**	3. סימפטומים בריאותיים שליליים
					-.34**	.27**	.27**	4. סימפטומים בריאותיים חיוביים
				.03	-.04	.02	.04	5. עישון
	.04	.12**	-.15**	.14**	-.12**	.16**	.18**	6. השתתפות בתוכניות מקדמות בריאות
.61**	-.05	.01	-.17**	.11*	-.08*	.13**	.18**	7. הרגלי פעילות גופנית

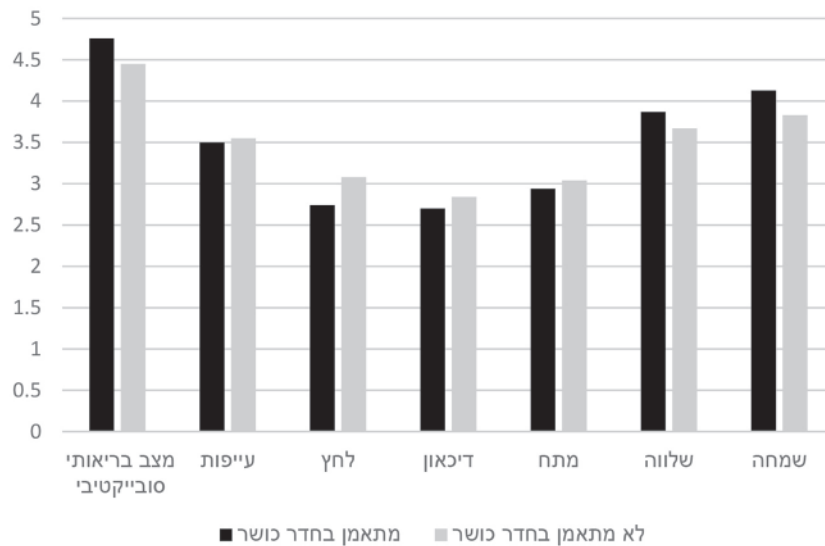
p<.05, **p<.01

ההשתתפות הגבוה ביותר מבין התוכניות לקידום בריאות הנבדקות הוא בחדר הכושר (40.2%). בהמשך לכך, כרבע מהמשתתפים (26.5%) מתרגלים יוגה ושיעור נמוך (5.6%) מתרגלים ויפאסנה.

על מנת לבחון את הקשרים שבין השתתפות בתוכניות מקדמות בריאות, עישון, הרגלי פעילות גופנית, מצב בריאותי סובייקטיבי, סימפטומים שליליים וסימפטומים חיוביים של האסירים, נערכו מתאמי Pearson בין המשתתפים השונים (לוח 2). הממצאים מראים כי ככל שהאסיר משתתף יותר בתוכניות מקדמות בריאות, כך הוא מדווח על מצב בריאותי סובייקטיבי טוב יותר הן בשנה הנוכחית ($r=.18, p<.01$) והן בשנה הקודמת ($r=.16, p<.01$). עוד נמצא כי ככל שהאסיר משתתף יותר בתוכניות מקדמות בריאות, כך הוא מדווח על רמה נמוכה יותר של סימפטומים שליליים ($r=-.12, p<.01$) ועל רמה גבוהה יותר של סימפטומים חיוביים ($r=.14, p<.01$). יש לציין, כי אסיר המשתתף יותר בתוכניות מקדמות בריאות גם מדווח על פחות עישון ($r=-.15, p<.01$) ועל הרגלי תזונה בריאה טובים יותר ($r=.12, p<.01$).

סולם שבין 1 (רע) ל-5 (מצוין). בהערכת מצבם לעומת השנה הקודמת נע טווח הערכים בין 1 (רע יותר מלפני שנה) ל-5 (טוב יותר מלפני שנה), בממוצע של 2.95 (ס"ת = 1.25). באופן כללי הייתה רמת הסימפטומים הבריאותיים השליליים גבוהה יחסית ועמדה על ממוצע של 2.52 (ס"ת = 1.32) על סולם שבין 0 ל-4. רמת הסימפטומים הבריאותיים החיוביים הייתה נמוכה יחסית ועמדה על ממוצע של 1.48 (ס"ת = 1.23) על סולם שבין 0 ל-4. הבדל זה נמצא מובהק ($t = 17.10, p<.001$). משמעות הממצא היא שהמשתתפים דיווחו על רמה גבוהה יותר של סימפטומים שליליים בהשוואה לסימפטומים חיוביים. משתנה העישון נע בין הערכים 0 (עישון מועט) ל-4 (עישון תדיר), בממוצע של 2.11 (ס"ת = 1.44). המשתתפים ציינו תוכניות לקידום בריאות שבהן הם משתתפים (יוגה, חדר כושר, מדיטציה, הרצאות בנושא עישון, ג'לינג, ויפאסנה ותזונה). לכל משתתף נוצר ציון בהתאם למספר התוכניות שבהן הוא משתתף. טווח התוכניות שהם משתתפים בהן נע בין 0 (לא כלל) ל-7 (כולן), בממוצע של 1.25 תוכניות (ס"ת = 1.59). הנתונים מראים כי שיעור

תרשים 1: הבדלים בין אסירים המתאמנים בחדר כושר לבין אסירים שאינם מתאמנים בחדר כושר



נמצא גם כי ככל שהאסיר מבצע יותר פעילות גופנית, כך הוא מדווח על מצב בריאותי סובייקטיבי טוב יותר הן בשנה הנוכחית ($r=.18, p<.01$) והן בשנה הקודמת ($r=.13, p<.01$). כמו כן נמצא כי ככל שהאסיר מבצע יותר פעילות גופנית, כך הוא מדווח על רמה נמוכה יותר של סימפטומים שליליים ($r=-.04, p=.75$) או לסימפטומים חיוביים ($r=.03, p=.85$).

כדי לבחון הבדלים במצב בריאותי סובייקטיבי ובסימפטומים חיוביים ושליליים בין אסירים המתאמנים בחדר כושר לאסירים שאינם מתאמנים בחדר כושר בוצעו מבחני T לשני מדגמים בלתי-תלויים (לוח 3 ותרשים 1).

נמצא כי אסירים המתאמנים בחדר כושר (ממוצע = 4.76, ס"ת = 1.27) מדווחים על מצב בריאותי סובייקטיבי טוב יותר מאסירים שאינם מתאמנים בחדר כושר (ממוצע = 4.45, ס"ת = 1.33) ($t(391) = 2, p=.046$). בהמשך נמצא כי אסירים המתאמנים בחדר כושר (ממוצע = 2.74, ס"ת = 1.28) מדווחים על פחות לחץ מאסירים שאינם מתאמנים בחדר כושר (ממוצע = 3.08, ס"ת = 1.45) ($t(173.15) = -2.16, p=.03$).

כדי לבחון הבדלים במצב בריאותי סובייקטיבי ובסימפטומים חיוביים ושליליים בין אסירים המתרגלים יוגה לאסירים שאינם מתרגלים יוגה בוצעו מבחני T לשני מדגמים בלתי-תלויים (לוח 4 ותרשים 2).

נמצא כי אסירים המתרגלים יוגה (ממוצע = 4.74, ס"ת = 1.30) מדווחים על מצב בריאותי סובייקטיבי טוב יותר מאסירים שאינם מתרגלים יוגה (ממוצע = 4.35, ס"ת = 1.32) ($t(417) = 3, p<.01$). בהמשך נמצא אפקט שולי, כך שאסירים המתרגלים יוגה (ממוצע = 2.86, ס"ת = 1.31) מדווחים על

נמצא גם כי ככל שהאסיר מבצע יותר פעילות גופנית, כך הוא מדווח על מצב בריאותי סובייקטיבי טוב יותר הן בשנה הנוכחית ($r=.18, p<.01$) והן בשנה הקודמת ($r=.13, p<.01$). כמו כן נמצא כי ככל שהאסיר מבצע יותר פעילות גופנית, כך הוא מדווח על רמה נמוכה יותר של סימפטומים שליליים ($r=-.04, p=.75$) או לסימפטומים חיוביים ($r=.03, p=.85$).

לוח 3: הבדלים במצב בריאותי סובייקטיבי ובסימפטומים חיוביים ושליליים בין אסירים המתאמנים בחדר כושר לאסירים שאינם מתאמנים בחדר כושר

P	T	מתאמן בחדר כושר		
		לא מתאמן בחדר כושר	מתאמן בחדר כושר	
		ממוצע (ס"ת)	ממוצע (ס"ת)	
.046	2	4.45 (1.33)	4.76 (1.27)	מצב בריאותי סובייקטיבי
.73	-0.34	3.55 (1.35)	3.5 (1.43)	עייפות
.03	-2.16	3.08 (1.45)	2.74 (1.28)	לחץ
.38	-0.87	2.84 (1.40)	2.70 (1.34)	דיכאון
.54	-0.61	3.04 (1.45)	2.94 (1.39)	מתח
.22	1.22	3.67 (1.40)	3.87 (1.38)	שלווה
.08	1.75	3.83 (1.45)	4.13 (1.33)	שמחה

לוח 4: הבדלים במצב בריאותי סובייקטיבי ובסימפטומים חיוביים ושליילים בין אסירים המתרגלים יוגה לאסירים שאינם מתרגלים יוגה

P	T	לא מתרגל יוגה	מתרגל יוגה	
		ממוצע (ס"ת)	ממוצע (ס"ת)	
<.01	3	4.35 (1.32)	4.74 (1.30)	מצב בריאותי סובייקטיבי
.39	-0.87	3.57 (1.38)	3.46 (1.31)	עייפות
.06	-1.90	3.13 (1.49)	2.86 (1.31)	לחץ
.26	-1.13	2.87 (1.41)	2.72 (1.32)	דיכאון
.59	-0.54	3.74 (1.47)	3.66 (1.30)	מתח
.59	-0.54	3.82 (1.50)	4.11 (1.28)	שלווה
.04	2.12	3.83 (1.45)	4.13 (1.33)	שמחה

פחות לחץ מאסירים שאינם מתרגלים יוגה (ממוצע = 3.13, $t(413) = -1.90, p = .06$) ס"ת = 1.49) עוד נמצא, כי אסירים המתרגלים יוגה (ממוצע = 4.13, ס"ת = 1.33) מדווחים כי הם שמחים יותר מאסירים אשר אינם מתאמנים (ממוצע = 3.83, ס"ת = 1.45, $t(406.82) = 2.12, p = .04$).

כדי לבחון הבדלים במצב בריאותי סובייקטיבי ובסימפטומים חיוביים ושליליים בין אסירים המתרגלים מדיטציה לאסירים שאינם מתרגלים מדיטציה, בוצעו מבחני T לשני מדגמים בלתי-תלויים (לוח 5 ותרשים 3).

נמצא כי אסירים המתרגלים מדיטציה (ממוצע = 2.69, ס"ת = 1.14) מדווחים כי הם לחוצים פחות מאסירים שאינם מתרגלים מדיטציה (ממוצע = 3.13, ס"ת = 1.50) ($t(227.85) = -3.07, p < .01$). לא נמצאו הבדלים מובהקים נוספים.

גרסיות לינאריות רב־משתניות היררכיות בוצעו כדי לבחון את הקשרים שבין הרגלי פעילות גופנית, השתתפות

**לוח 5: הבדלים במצב בריאותי סובייקטיבי ובסימפטומים
חיוניים ושליילים בין אסירים המתרגלים מדיטציה לאסירים
שאינם מתרגלים מדיטציה**

P	T	לא מבצע מדיטיצה	מבצע מדיטיצה	
		ממוצע (ס"ת)	ממוצע (ס"ת)	
.07	1.84	4.44 (1.33)	4.72 (1.29)	מצב בריאותי סובייקטיבי
.16	-1.41	3.59 (1.36)	3.67 (1.31)	עייפות
<.01	-3.07	3.13 (1.50)	2.69 (1.14)	לחץ
.09	-1.69	2.88 (1.43)	2.61 (1.22)	דיכאון
.27	-1.1	3.08 (1.48)	2.90 (1.33)	מתח
.45	0.75	3.72 (1.44)	3.83 (1.27)	שלווה
.09	1.68	3.86 (1.45)	4.14 (1.32)	שמחה

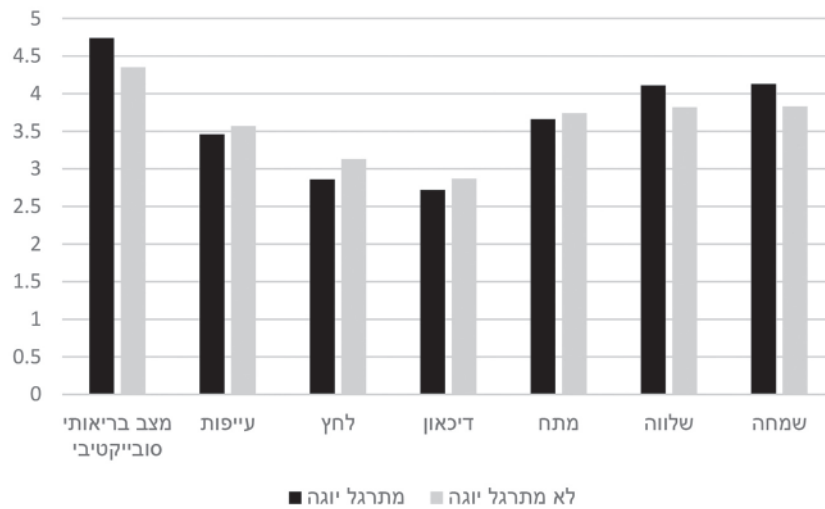
בתוכניות מקדמות בריאות ועישון לבין מצב בריאות סובייקטיבי וסימפטומים שליליים וחיוניים בקרב האסירים. כפי שעולה מהתוצאות בלוח 6, נמצא כי לאחר שליטה על המשתנים הדמוגרפיים (מגדר, גיל, רמת השכלה ומשך זמן בכלא), בצעד הראשון נמצא כי השתתפות בתוכניות מקדמות בריאות קשורה למצב בריאות סובייקטיבי טוב יותר ($\beta=0.19$, $p<0.01$), לסימפטומים שליליים נמוכים יותר ($\beta=-0.13$, $p<0.05$) ולסימפטומים חיוניים גבוהים יותר ($\beta=0.14$, $p<0.05$).

אפשר לראות כי לאחר שליטה על משתנים סוציו-דמוגרפיים, נמצאו קשרים חיוביים בין השתתפות בתוכניות מקדמות בריאות והרגלי פעילות גופנית לבין מצב בריאותי סובייקטיבי טוב יותר, פחות סימפטומים שליליים ויותר סימפטומים חיוביים. עישון לא נמצא קשור באופן מובהק למצב בריאותי סובייקטיבי, לסימפטומים שליליים או לסימפטומים חיוביים. בפרט נמצא, כי אסירים המתאמנים

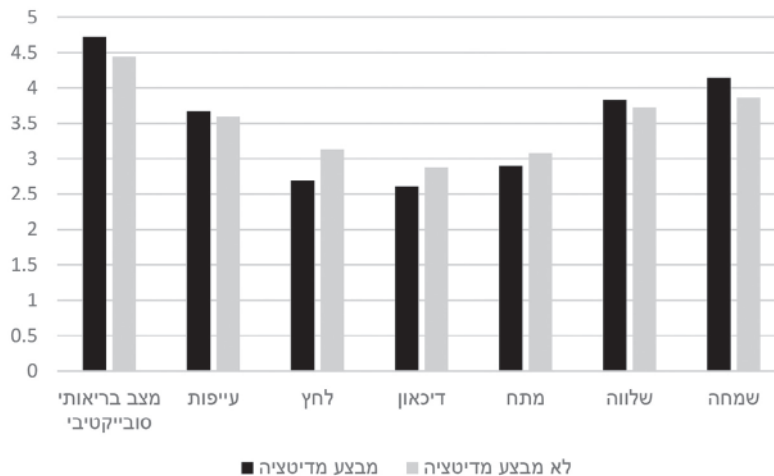
לוח 6: מקדמי רגרסיה מתוקננים (ביטא) לניבוי מצב בריאותי סובייקטיבי וסימפטומים חיוביים ושליילים

צעד	משתנה	מצב בריאותי סובייקטיבי	סימפטומים שליליים	סימפטומים חיוביים
1	מגדר (גברים)	-0.18**	-0.20**	-0.11
	גיל	-0.24**	-0.12*	-0.07
	רמת השכלה	0.02	-0.08	0.03
	משך זמן בכלא	-0.15**	-0.02	-0.03
	הרגלי עישון	-0.01	0.03	-0.05
2	השתתפות בתוכניות מקדמות בריאות	**0.19	-0.13*	0.14*
	הרגלי פעילות גופנית	-0.03	0.09	0.03
	אחוז שונות מוסברת	15.7%**	10.1%**	4.1%**

תרשים 2: הבדלים בין אסירים המתרגלים יוגה לבין אסירים שאינם מתרגלים יוגה



תרשים 3: הבדלים בין אסירים המתרגלים מדיטציה לבין אסירים שאינם מתרגלים מדיטציה



בריאות. עם זאת לא נמצא קשר ישיר בין משך המאסר לבין השתתפות בתוכניות מקדמות בריאות ($\beta=0.02$, $p=.69$). בבדיקת הקשרים הישירים שבין משתנים סוציו-דמוגרפיים לבין מצב בריאות כללי של האסיר (מצב בריאותי סובייקטיבי וסימפטומים) נמצא, כי לעישון יש קשר שלילי למצב בריאות כללי של האסיר ($\beta=-0.12$, $p<.05$). כלומר ככל שאסיר מעשן יותר, כך מצבו הבריאותי הכללי טוב פחות. בהמשך לכך, נמצא כי להשכלה יש קשר חיובי למצב בריאות כללי של האסיר ($\beta=0.17$, $p<.05$). כלומר, ככל שהאסיר משכיל יותר, כך מצבו הבריאותי הכללי טוב יותר.

בחדר כושר מדווחים על מצב בריאותי סובייקטיבי טוב יותר ועל פחות לחץ. כמו כן, אסירים המתרגלים יוגה מדווחים על מצב בריאותי סובייקטיבי טוב יותר, על פחות לחץ ועל יותר שמחה. לבסוף, אסירים המתרגלים מדיטציה מדווחים על פחות לחץ.

בבדיקת הקשרים שבין המשתנים הסוציו-דמוגרפיים לבין השתתפות בתוכניות מקדמות בריאות (מדיטציה, יוגה וחדר כושר) נמצא, כי להשכלה יש קשר חיובי להשתתפות בתוכניות מקדמות בריאות ($\beta=0.17$, $p<.01$). כלומר ככל שההשכלה של האסיר גבוהה יותר, כך הוא משתתף ביותר בתוכניות מקדמות

לצפות. גישה זו מאפשרת להקדיש תשומת לב לגורמים המקדמים את בריאות האסיר במקום להדגיש את גורמי הסיכון. היא גם מציבה במרכז את האדם ולא את המחלה (6). אחת הדרכים המקובלות ליצירת גורמים המקדמים בריאות היא באמצעות תוכניות התערבות, הבנה הנתמכת גם בממצאיו של מחקר זה.

זאת ועוד, מעבר ליתרונות ולרווחים הטמונים בתוכניות מקדמות בריאות במסגרת בתי הכלא עבור האסירים, יש להביא בחשבון כי אסירים רבים עתידים להשתחרר ולשוב למערכת הרפואה הציבורית. על כן, טיפול לא-מספק בצרכים הבריאותיים של אסירים במסגרת בתי הכלא עלול בהמשך להוביל לעלויות גבוהות יותר (13). בכך מודגשת תרומתן של תוכניות מקדמות בריאות במסגרת בתי הכלא, הן לאורך המאסר והן לאחר השחרור, גם מן ההיבט החברתי-כלכלי.

במחקר הנוכחי שיעור ההשתתפות הגבוה ביותר מבין התוכניות לקידום בריאות בבתי הכלא הוא באימונים בחדר הכושר (40.2%). להרגלי פעילות גופנית בקרב האסירים נמצא קשר חיובי עם מצב בריאותי סובייקטיבי טוב יותר, עם פחות סימפטומים בריאותיים שליליים ועם יותר סימפטומים בריאותיים חיוביים. אסירים שהתאמנו בחדר כושר דיווחו על מצב בריאותי סובייקטיבי טוב יותר מאסירים שלא התאמנו בחדר כושר. ממצאים אלו תואמים מחקרים מן העולם, שגם בהם נמצא כי לפעילות הגופנית תרומה חיובית לבריאות האסירים וכי השתתפות האסירים בפעילות גופנית עשויה לקדם את מצבם הבריאותי הגופני והנפשי (17, 23, 26, 27).

כפי שאפשר ללמוד מתוך ממצאי המחקר הנוכחי, בחלוקה לסוגי התוכניות הנערכות בבתי הכלא (אימוני חדר הכושר, יוגה ומדיטציה) נמצא כי אסירים המתאמנים בחדר כושר מדווחים על מצב בריאותי סובייקטיבי טוב יותר ועל פחות סימפטומים שליליים. כמו כן, אסירים המתרגלים יוגה מדווחים על מצב בריאותי סובייקטיבי טוב יותר ועל יותר סימפטומים חיוביים. לבסוף, אסירים המתרגלים מדיטציה מדווחים על פחות סימפטומים שליליים. ממצאים אלו מאפשרים להרחיב ולהעמיק על גורמים ספציפיים שעשויים לעודד אימוץ התנהגויות בריאות בקרב אסירים, והם שופכים אור על סוגי תוכניות התערבות מקדמות בריאות יעילות יותר. Derlic (43), אשר סקרה תוכניות התערבות כמו יוגה, מדיטציה ומיינדפולנס (קשיבות) בקרב אסירים, מצאה כי אסירים שהשתתפו בתוכניות מעין אלו דיווחו על התמודדות טובה יותר עם שהותם בבית הכלא, על שיפור בבריאותם הכללית וכן על תהליך שיקום חיובי יותר בהשוואה לקבוצת הביקורת (שלא השתתפה). לצד ירידה ניכרת במקרי האלימות ובתדירות הפניות לשירותי בריאות הנפש. תוכנית התערבות שנערכה בבית כלא ביוון מחזקת את ממצאי המחקר הנוכחי בנוגע לתרומתה של פעילות בחדר הכושר למצב הבריאות

כמו כן נמצא, שהמצב הבריאותי הסובייקטיבי של אסירים טוב יותר בהשוואה לאסירות. נמצא שהמצב הבריאותי הסובייקטיבי של אסירים גברים טוב יותר בהשוואה לאסירות נשים ($t=4.52, p<.001$). למרות הדיווח הנמוך יחסית על מצב בריאות סובייקטיבי בקרב האסירות, נמצא כי אסירות מדווחות על יותר סימפטומים חיוביים ($t=2.22, p=.02$) ועל פחות סימפטומים שליליים בהשוואה לאסירים ($t=2.08, p=.002$). עוד נמצא, כי למשך המאסר יש קשר שלילי למצב הבריאותי הכללי ($\beta=-0.11, p<.05$). כלומר ככל שמשך המאסר ארוך יותר, כך המצב הבריאותי הכללי של האסיר טוב פחות. נמצא כי לגיל יש קשר שלילי למצב בריאותי כללי של האסיר ($\beta=-0.57, p<.01$). כלומר ככל שהאסיר מבוגר יותר, כך מצבו הבריאותי הכללי טוב פחות. נמצא כי ככל שהאסיר משתתף בשיעור גבוה יותר של תוכניות מקדמות בריאות, כך הוא מדווח על מצב בריאותי כללי טוב יותר ($\beta=0.34, p<.05$).

דיון ומסקנות

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון את הקשרים שבין השתתפות בתוכניות מקדמות בריאות בבתי הכלא, הרגלי פעילות גופנית, עישון ומשתנים סוציו-דמוגרפיים, ובין מצב בריאותי סובייקטיבי וסימפטומים בריאותיים שליליים וחיוביים בקרב אסירים בישראל.

בדומה לספרות בתחום הבריאות בבתי הכלא, המציגה מדדים בריאותיים לקויים והתנהגויות סיכון לבריאות בשיעור גבוה בקרב אסירים (1, 2, 3), גם במחקר הנוכחי האסירים בישראל דיווחו על רמה גבוהה יותר של סימפטומים בריאותיים שליליים בהשוואה לסימפטומים חיוביים.

המחקר הנוכחי התבסס על התפיסה הסלוטוגנית (37), שלפיה נוסף לגורמים פתוגניים (המזיקים למצב הבריאותי) ישנם גורמים נוספים בעלי אופי סלוטוגני (המיטיבים עם ההשפעה של גורמים חיצוניים על המצב הבריאותי), ולפיכך הגישה משמשת בסיס לפיתוח תאוריות, מחקר ועשייה בתחום של קידום בריאות (4). ואכן, מן הממצאים במחקר הנוכחי אפשר ללמוד כי השתתפות בתוכניות מקדמות בריאות קשורה למצב בריאותי סובייקטיבי טוב יותר של האסירים, לסימפטומים שליליים נמוכים יותר ולסימפטומים חיוביים גבוהים יותר, בדומה למחקרים שנערכו בבתי הכלא ברחבי העולם (19, 20, 21). ממצאים אלו מחזקים את חשיבות פיתוח והפעלתן של תוכניות התערבות לקידום בריאות במסגרות בתי הכלא.

כמו כן, ממצאי המחקר הנוכחי מחזקים את התפיסה הסלוטוגנית המנסה לזהות גורמים התומכים בבריאות, כמו תוכניות התערבות המאפשרות לאסיר שיפור ברמת ההרגשה ושיש סיכוי שדברים יסתדרו בצורה הטובה ביותר שניתן

בריאות סובייקטיבי של האסיר, ואף לאיכות חייו ולהערכתו העצמית (25). מאמר נוסף של חוקרים אלו מתאר תוכנית המשלבת פעילות בחדרי כושר במשך 12 שבועות בתדירות של שלושה אימונים של 60 דקות לאימון בכל שבוע. נמצא כי השתתפות בתוכנית הובילה לשיפור מצב הרוח של האסירים באופן מובהק, לצד ירידה ניכרת בסימפטומים כמו חרדה ודיכאון (44). במחקרים נוספים שעסקו בפעילויות ספורט – בין היתר פעילות בחדר הכושר – נמצא כי המשתתפים הפחיתו את השימוש בתרופות פסיכיאטריות (45), יצרו קשרים חברתיים התורמים לרווחה נפשית גבוהה יותר והציגו ירידה במתח נפשי (44,46).

עוד עולה מתוך ממצאי המחקר הנוכחי כי ככל שהאסירים מבצעים יותר פעילות גופנית, כך הם מדווחים על מצב בריאותי סובייקטיבי טוב יותר הן בשנה הנוכחית והן בשנה הקודמת, על רמה נמוכה יותר של סימפטומים שליליים ועל רמה גבוהה יותר של סימפטומים חיוביים. לממצאים אלה יש חשיבות רבה, משום שמחקרים שנערכו בקרב אסירים מראים כי לפעילות גופנית יש השפעה חיובית על תסמינים כמו לחץ, דיכאון וחרדה (27,28). ידוע כי אסירים עוסקים מעט מאוד בפעילות גופנית, מה שמעמיד אותם בסיכון גבוה למחלות לב ולהשמנה (24,25). נמצא גם כי חלק גדול מהאסירים סובלים מהשמנת יתר עם סיבוכים מטבוליים, וכי חוסר בפעילות גופנית נמצא כגורם העיקרי (1). השמנת יתר אצל אסירות היא סוגיה רלוונטית עוד לפני הכליאה ונראה כי היא מחמירה גם אחריה, מכיוון שהאסירות מעשנות תדיר אך נמנעות מלבצע פעילות גופנית, ובשל כך הן נמצאות בסיכון גבוה למחלות לב וכלי דם. בתחום הפעילות הגופנית יש הבדל בין נשים לגברים, ולכן יש להתמקד בנושא זה כגורם להתערבות (47).

ממצאי המחקר הנוכחי מצביעים על קשר שלילי בין משך המאסר לבין מצב בריאותי סובייקטיבי: ככל שמשך המאסר ארוך יותר, כך המצב הבריאותי הסובייקטיבי של האסיר טוב פחות. ממצאים אלו תומכים במחקרם של Bedard ו-Pelleg (18), שלפיו שהייה ממושכת בכלא עלולה להוביל להצטברות בעיות בריאותיות לאורך תקופה ארוכה, וכי היא עשויה למלא תפקיד חשוב בהבנת מצבו הבריאותי של האסיר.

כמו כן נמצא, שהמצב הבריאותי הסובייקטיבי של אסירים טוב יותר בהשוואה לאסירות. בדומה לממצאי המחקר הנוכחי, מן הספרות עולה כי אסירות מדווחות על ירידה משמעותית במצב בריאותן הסובייקטיבי לאורך שהותן בכלא. כך למשל, הנתונים מצביעים על שיעור גבוה יותר של אסירות הסובלות ממחלה כרונית לעומת אסירים (95% לעומת 78%, בהתאמה), ועל נטייה גבוהה יותר של אסירות לפגיעה עצמית (יותר ממחצית הדיווחים) לעומת אסירים (16). מעניין לגלות, כי המחקר הנוכחי חשף שלמרות הדיווח הנמוך יחסית על מצב

מגבלות המחקר: למחקר הנוכחי עשויות להיות כמה מגבלות. המחקר הנוכחי הוא מחקר חתך, ואי לכך הוא מוגבל להצגת קשרים דו-כיווניים ואינו יכול להצביע על סיבתיות. כמו כן, איסוף הנתונים נערך ברובו באמצעות שאלונים בדיווח עצמי ולפיכך נתון להטיות מידע. ייתכן שהאסירים דיווחו על מצב בריאות סובייקטיבי רע יותר או על סימפטומים שליליים גבוהים יותר עקב רצייה חברתית. על אף מגבלות אלה, תוצאות המחקר המצביעות על קשרים חזקים בין המשתנים הן מקור לעוצמתו ולחשיבותו.

מקורות

- overweight and obese women: a randomized controlled trial. Clin Endocrinol (Oxf). 2015 Mar;82(3):369-76.
20. Drach LL, Maher JE, Braun MJ, Murray SL, Sazie E. Substance use, disordered eating, and weight gain: describing the prevention and treatment needs of incarcerated women. J Correct Health Care. 2016 Apr;22(2):139-45.
21. Clarke JG, Waring ME. Overweight, obesity, and weight change among incarcerated women. J Correct Health Care. 2012 Oct;18(4):285-92.
22. Wallace D, Wang X. Does in-prison physical and mental health impact recidivism? SSM Popul Health. 2020 Mar 20;11:100569.
23. Meek R. Sport in prison: exploring the role of physical activity in correctional settings. Routledge. 2013.
24. Cashin A, Potter E, Butler T. The relationship between exercise and hopelessness in prison. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2008 Jan;15(1):66-71.
25. Psychou D, Kokaridas D, Koulouris N, Theodorakis Y, Krommidas C. The effect of exercise on improving quality of life and self-esteem of inmates in Greek prisons. J Hum Sport Exerc. 2019;14(2): 374-84.
26. Herbert K, Plugge E, Foster C, Doll H. Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in prison populations worldwide: a systematic review. Lancet. 2012 May 26;379:1975-82.
27. Barry LC, Wakefield DB, Trestman RL, Conwell Y. Disability in prison activities of daily living and likelihood of depression and suicidal ideation in older prisoners. Int J Geriatr Psychiatry. 2017 Oct;32(10):1141-49.
28. Camplain R, Baldwin JA, Warren M, Camplain C, Lininger MR, Trotter RT. Physical activity in people who are incarcerated: a social justice issue. J Phys Act Health. 2019 May 1;16(5):306-307.
29. West R. Tobacco smoking: health impact, prevalence, correlates and interventions. Psychol Health. 2017 Aug;32(8): 1018-36.
30. Turan O. Smoking status and the presence of chronic obstructive pulmonary disease in prison. J Addict Med. 2015 Mar-Apr;9(2):118-22.
31. גולדברג א'. מניעת עישון בבתי הכלא בישראל. צוהר לבית הסוהר. 2013. 91-82:15
32. Djachenko A, St John W, Mitchell C. Smoking cessation in smoke-free prisons: a grounded theory study. Int J Prison Health. 2016 Dec 19;12(4):270-79.
33. משרד המשפטים. תנאי המעצר והמאסר במתקני הכליאה של שירות בתי הסוהר בשנת 2016. משרד המשפטים, הסגוריה הציבורית. 2017.
34. Semple S, Dobson R, Sweeting H, Brown A, Hunt K. The impact of implementation of a national smoke-free prisons policy on indoor air quality: results from the Tobacco in Prisons study. Tob Control. 2020 Mar;29(2):234-36.
35. שירות בתי הסוהר. פקודה מספר 04.53.00 – איסור עישון במקומות ציבוריים והחשיפה לעישון [אינטרנט]. 2015 [נצפה ביום 15.6.23]. נדלה מתוך: <https://www.gov.il/he/departments/policies/045300>.
36. שירות בתי הסוהר. הגבלת עישון במתקני שירות בתי הסוהר – הנחיות לסגל שב"ס. [אינטרנט]. 2001 [נצפה ביום 18.5.23]. נדלה מתוך: <https://www.gov.il/he/departments/policies/012300>.
1. Bradshaw R., Pordes BA, Trippier H, Kosky N, Pilling S, O'Brien F. The health of prisoners: summary of NICE guidance. BMJ. 2017 Mar 27;356:j1378.
2. Finnie AJ. Integrating prevention and health promotion in a London prison. BMJ Open Qual. 2018 Jan 3;7(1):e000097.
3. Hammett TM, Gaiter JL, Crawford C. Reaching seriously at-risk populations: health interventions in criminal justice settings. Health Educ. Behav. 1998 Feb;25(1):99-120.
4. אנטונסקי א'. המודל הסלוטוגני כתיאוריה מכוונת בקידום הבריאות. מגמות. 1998.
5. World Health Organization. Health promotion [Internet]. 2016 Aug 20 [cited 12/4/23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/health-promotion>.
6. בראון-אפל א', דאוד נ', לוינ-זמיר, ד'. קידום בריאות: מתאוריה למעשה. תל אביב: דיונון; 2016.
7. Baybutt M, Chemlall K. Health-promoting prisons: theory to practice. Glob Health Promot. 2016 Mar;23(1 Suppl):66-74.
8. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. Lancet Psychiatry. 2016 Sep;3(9):871-88.
9. Möller L, Gatherer A, Jürgens R, Stöver H, Nikogosian H. Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health. WHO Regional Office Europe; 2007.
10. Santora L, Arild Espnes G, Lillefjell M. Health promotion and prison settings. Int J Prison Health. 2014;10(1): 27-37.
11. Scriven A, Hodgins M, editors. Health promotion settings: principles and practice. Sage. 2011 .
12. World Health Organization. Physical activity [Internet]. [cited 10.5.23]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
13. דוידוביץ' נ', ליטוין ע', מיכאלי נ'. חולים מאחורי הסורגים. ביטאון החברה הישראלית לבריאות הנפש בקהילה [אינטרנט]. 2019 [נצפה ביום 12.6.23]. נדלה מתוך: <https://quality.doctorsonly.co.il/2019/11/177226/>
14. שירות בתי הסוהר. דו"ח כלואים – רבעון שני 2022 [אינטרנט] 2022 [נצפה ביום 7.5.23]. נדלה מתוך: https://www.gov.il/he/departments/publications/reports/report2_2022
15. Brown S, Day A. The role of loneliness in prison suicide prevention and management. J Offender Rehabil. 2008;47(4):33-49.
16. Ahmad A, Mazlan NH. Stress and depression: a comparison study between men and women inmates in Peninsular Malaysia. Int J Humanit Soc Sci. 2014;4(2):153-60.
17. Ross J, Field C, Kaye S, Bowman J. Prevalence and correlates of low self-reported physical health status among prisoners in New South Wales, Australia. Int J Prison Health. 2019 Jun 10;15(2):192-206.
18. Bedard R, Pelleg A. Aging patients in correctional settings. Curr Geriatr Rep. 2019;8(3):250-55.
19. Mason C, Xiao L, Imayama I, Duggan CR, Campbell KL, Kong A, et. al. The effects of separate and combined dietary weight loss and exercise on fasting ghrelin concentrations in

43. Derlic D. A systematic review of literature: alternative offender rehabilitation-prison yoga, mindfulness, and meditation. *J Correct Health Care*. 2020 Oct;26(4):361-75.
44. Psychou D, Kokaridas D, Koulouris N, Theodorakis Y, Krommidas C, Psycho C. Impact of exercise intervention on anxiety levels and mood profile of Greek prison inmates. *J Hum Sport Exerc*. 2020;16(1):147-56.
45. Breslin G, Leavey G, editors. *Mental health and well-being interventions in sport: research, theory and practice*. Routledge. 2019.
46. Woods D, Hassan D, Breslin G. Positive collateral damage or purposeful design: how sport-based interventions impact the psychological well-being of people in prison. *Ment Health Phys Act*. 2017;13:152-62.
47. Lagarrigue A, Ajana S, Capuron L., Féart C, Moisan MP. Obesity in French inmates: gender differences and relationship with mood, eating behavior and physical activity. *PLoS One*. 2017 Jan 19;12(1): e0170413.
37. Antonovsky A. The salutogenic perspective: toward a new view of health and illness. *Advances*. 1987;4(1):47-55.
38. Haugland S, Wold B. Subjective health complaints in adolescence-reliability and validity of survey methods. *Journal Adolesc*. 2001 Oct;24(5):611-24.
39. Hagquist C, Due P, Torsheim T, Välimaa R. Cross-country comparisons of trends in adolescent psychosomatic symptoms – a Rasch analysis of HBSC data from four Nordic countries. *Health Qual Life Outcomes*. 2019 Feb 6;17(1):27.
40. Baron-Epel O, Kaplan G. General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference?. *Soc Sci Med*. 2001 Nov;53(10):1373-81.
41. Kaplan G, Baron-Epel O. What lies behind the subjective evaluation of health status?. *Soc Sci Med*. 2003 Apr;56(8):1669-76.
42. Young M, Waters B, Falconer T, O'Rourke P. Opportunities for health promotion in the Queensland women's prison system. *Aust N Z J Public Health*. 2005 Aug;29(4):324-27.

השפעת פעילות גופנית על שביעות רצון מהחיים של אנשי חינוך

בתקופת מגפת הקורונה

שושי דורפברגר¹, לביא סיגמן¹
¹המכללה האקדמית לחינוך גורדון

תקציר

רקע: פעילות גופנית משפיעה לטובה על תפקודו ובריאותו של הפרט במגוון תחומים ומשפרת את רווחתו הנפשית ושביעות רצונו מחייו. מגפת הקורונה הובילה לשינויים באורח החיים, לרבות שינוי בהרגלי הפעילות הגופנית. מחקרים שונים הצביעו על קשר בין ירידה בהיקף הפעילות הגופנית בקרב אוכלוסיות שונות ובין ירידה בשביעות הרצון מהחיים.

מטרת המחקר: לבחון את הקשר בין משך הזמן המוקדש לפעילות גופנית ובין שביעות רצון מהחיים במהלך מגפת הקורונה בקרב אנשי חינוך.

שיטה: 306 אנשי חינוך (מורים, גננות וסטודנטים לחינוך) בני 20-59, מילאו שאלון מקוון שבדק משך פעילות גופנית ושביעות רצון מהחיים.

תוצאות: נמצא מתאם חיובי בין משך הזמן המוקדש לפעילות גופנית ובין שביעות רצון מהחיים בקרב אנשי חינוך. עוד נמצא כי שביעות רצון מהחיים בקרב אנשי חינוך רווקים נמוכה יותר בהשוואה לנשואים. כמו כן, נמצאה ירידה בשביעות הרצון מהחיים עם העלייה בגיל, כאשר בקרב אנשי חינוך נשואים ירידה זו מתונה יותר בהשוואה לאנשי חינוך רווקים.

מסקנות: הממצאים מדגישים את הצורך בחקר הפעילות הגופנית והשפעותיה על שביעות רצון מהחיים, למשל ביחס לסוגי פעילות גופנית, לסביבת הפעילות, למספר המשתתפים בה, לעצימותה ולתדירותה, באופן שיסייע ביצירת תוכניות התערבות מותאמות שיאפשרו הקניית הרגלי פעילות גופנית עבור שיפור שביעות הרצון מהחיים בקרב אנשי חינוך ואוכלוסיות אחרות.

מילות מפתח: שביעות רצון מהחיים, פעילות גופנית, אורח חיים, אנשי חינוך, מגפת הקורונה.

רקע

פעילות גופנית היא מרכיב חשוב באורח חיים בריא ונמצאה כמועילה לבריאות הפיזית והנפשית כאחד (1,2). היא הוכחה כתורמת מבחינה גופנית, חברתית, רגשית-פסיכולוגית וקוגניטיבית לצעירים ולבוגרים מאוכלוסיות מגוונות. נראה כי בין אם בצוק העיתים, בעת מגפה או משבר פוליטי, ובין אם בתקופות של שגרה, השפעתה של פעילות גופנית על רווחתו הנפשית והפיזית של הפרט ניכרת במגוון היבטים (2). גוף ידע מחקרי נכבד מצביע על חשיבות הפעילות הגופנית בהנחיות ארגון הבריאות העולמי לפעילות גופנית ולאורח

חיים יושבני מודגשת השפעתה הקרדינלית של פעילות גופנית על מגוון היבטים גופניים כמו הפחתת הסיכון למחלות לב, לסוכרת ולסרטן, וכן על מגוון היבטים רגשיים כמו הפחתת תסמיני דיכאון וחרדה ושיפור היכולת הקוגניטיבית, הלמידה והרווחה הנפשית (2). בהתאמה, ממצאים מחקריים שונים העלו כי פעילות גופנית מוגברת והפחתת התנהגות יושבנית בקרב צעירים ובוגרים קשורות באופן מובהק לשיפור במדדים רגשיים, קוגניטיביים, חברתיים, פסיכולוגיים ומנטליים: שיפור ברווחה הנפשית הסובייקטיבית (Wellness-Well-) (Being) בכלל ובשביעות הרצון מהחיים ובסיפוק מהחיים (Life Satisfaction) בפרט, הפחתת תחלואה הקשורה להפרעות

בילוי, פנאי, פעילות ספורטיבית קבוצתית ואישית, בתי ספר ומוסדות אקדמיים, במעבר ללמידה מרחוק, בשימוש מוגבר בעזרים טכנולוגיים במחשב ובטלפון הנייד ובהגברת התנהגות יושבנית ובפרט צפייה בטלוויזיה (10,11).

מחקרים רבים הצביעו על השפעותיה הבריאותיות והנפשיות של מגפת הקורונה בקרב צעירים ובוגרים בישראל ובעולם (2,8,9). רבים חוו בדידות, לחץ נפשי מוגבר, חרדה ודיכאון, רמות נמוכות של רגשות חיוביים כמו שמחה וסיפוק, ירידה בשביעות רצון מהחיים ובתחושת המסוגלות העצמית במהלך המגפה ועוד (10,11).

כאמור, בין ההשלכות המגוונות הנפשיות, המשפחתיות, התעסוקתיות, הפיזיות, הבריאותיות, התפקודיות, החברתיות, הרגשיות והפסיכולוגיות של מגפת הקורונה, ניכרת השפעתה על ירידה בפעילות הגופנית של צעירים ובוגרים. במהלך המגפה ובעתות סגרים בפרט, רבים הפסיקו או המעיטו לבצע פעילות גופנית באופן שהשפיע על מדדים פסיכולוגיים ורגשיים. ממצאי מחקר שנערך בישראל בקרב 1,855 בוגרים בני 18-90 העלו כי 19% מהמשתתפים שביצעו פעילות גופנית לפני תקופת הקורונה הפסיקו לבצע במהלך המגפה, לעומת כ-9% בלבד שהחלו להתעמל במהלך. במחקר זה נמצא כי משתתפים שביצעו פעילות גופנית במהלך תקופת הסגרים דיווחו על רגשות חיוביים וחוסן נפשי גבוהים יותר לצד רמות נמוכות יותר של דכאון, בהשוואה למשתתפים שלא ביצעו פעילות גופנית באותה תקופה (11) ממצאי מחקר שנערך באיטליה בקרב כ-3000 משתתפים אשר דיווחו על פעילותם הגופנית ועל רווחתם הנפשית (כפי שנמדדה בסולם Psychological General Well Being Index), הצביעו על מתאם חיובי ישיר בין פעילות גופנית לבין רווחה נפשית. נראה כי הירידה בפעילות הגופנית כפי שהתרחשה עקב מגפת הקורונה השפיעה לרעה על רווחתם הנפשית של המשתתפים (12). כמו כן, ממצאי מחקר נרחב בקרב כ-8400 משתתפים בני 14-45 מאנגליה, מאירלנד, מניו זילנד ומאוסטרליה הצביעו על כך שירידה בפעילות הגופנית עקב הסגרים הובילה לירידה ברווחה הנפשית (כפי שנמדדה בסולם The World Health Organization Well-Being Index - WHO-5) (13).

מגפת הקורונה השפיעה באופן שלילי גם על מגוון היבטים בקרב העוסקים בתחום ההוראה והחינוך, לרבות עלייה ברמת הלחץ הנפשי וירידה ברמות הפעילות הגופנית, הרווחה הנפשית, השמחה, החיוביות, הסיפוק בעבודתם ותחושת המסוגלות העצמית שלהם (9) במחקר על אודות השפעת הירידה בפעילות הגופנית במהלך מגפת הקורונה בקרב כ-1,400 מורות וגננות מ-46 מדינות בארצות הברית, נמצא קשר ישיר ומובהק בין משך הפעילות הגופנית לבין הרווחה הנפשית. נמצא כי גננות ומורות שביצעו יותר פעילות

מצב רוח וללחץ נפשי, חיזוק התנהגויות חברתיות והערכה עצמית ושיפור במדדים קוגניטיביים, לרבות תוצאות טובות יותר במדדים נורו-פסיכולוגיים כמו מדדי מהירות עיבוד, זיכרון, תפקודים ניהוליים קוגניטיביים והישגים לימודיים טובים יותר (1,3).

רווחה נפשית היא מושג המתייחס להערכה או לתפיסת הפרט בהיבט הקוגניטיבי והרגשי את בריאותו, איכות חייו, תנאי חייו, התפתחותו, סיפוקו, הנאתו ועוד. רווחה נפשית כוללת היבטים שונים הנוגעים לרגשות חיוביים של הפרט, מערכות היחסים שלו עם אחרים, תחושת עשייה משמעותית, תפיסת המימוש העצמי ועוד. אחד מנדבכי הרווחה הנפשית כולל היבט של שביעות רצון מהחיים. שביעות רצון מהחיים היא הערכה כללית סובייקטיבית של הפרט בדיווח עצמי באשר לתנאי חייו, לחוויות ולאירועי חיים, להיותו מרוצה מהישגיו ולמצבו, בהתאם לקריטריונים שהפרט מתייחס אליהם באופן מודע או לא מודע. שביעות רצון מהחיים קשורה באופן הדוק לבריאות הנפש והגוף בקרב אוכלוסיות מגוונות, צעירים ובוגרים, נשואים ורווקים ועוד (4,5).

פעילות גופנית מנבאת רווחה נפשית ובפרט שביעות רצון מהחיים הנמדדת באופנים מקובלים. כך למשל, נמצא כי מתוך 875 סטודנטים בני 18-28 הלומדים באוניברסיטאות שונות בסרביה, אלו המעורבים בפעילויות ספורטיביות חווים יותר שביעות רצון מהחיים ושביעות רצון בתחום המשפחתי או החברתי (כפי שנמדדו בסולם Student's Life Satisfaction Scale - BMSLSS) (3). במחקר שנערך במהלך שנת 2020 בקרב כ-3000 בוגרים (בני 18-75) בארצות הברית נמצא כי בוגרים שהפחיתו בפעילות גופנית והגבירו את משך הצפייה במסכים, סבלו מיותר תסמיני דכדוך, בדידות ולחץ נפשי (כפי שנמדדו בסולם The Short Warwick Edinburgh Mental Wellbeing Scale) (6).

במחקר שהשווה בין מורי בתי ספר על-יסודיים שלא השתתפו בתוכנית התערבות שכללה 32 מפגשים של פעילויות גופניות מגוונות ובין מורות ומורים שהשתתפו בתוכנית מעין זו, נמצא כי אלו שהשתתפו בתוכנית דיווחו על שיפור במדדים שונים בהשוואה לקבוצה שלא השתתפה בפעילות ובהשוואה למדדים עצמיים טרום ההשתתפות. מורות ומורים אלה חוו שיפור בחוסן נפשי, בחינניות ובמיקוד בעבודה וכן סיפוק בעבודתם (7).

השפעות הפעילות הגופנית ניכרות בקרב אוכלוסיות מגוונות, בתקופות שגרה ובעתות משבר, כמו במהלך מגפת הקורונה (Covid-19) (2,8,9). לרוב, תקופות משבר לאומי או אישי מובילות לשינויים בהרגלי אורחות החיים ובהם שינוי בתדירות, במשך ובאופי הפעילות הגופנית. מגפת הקורונה שפרצה בתחילת שנת 2020 התאפיינה בהגבלת חופש התנועה, בריחוק חברתי ובבידוד, בסגרים, בסגירת מקומות

אמנם, הקשר בין פעילות גופנית לבין שביעות רצון ומדדים פסיכולוגיים, קוגניטיביים ורגשיים בקרב אנשי הוראה עולה ממגוון רחב של ממצאים מחקריים כפי שהוצגו לאורך מאמר זה, אולם קיימת מורכבות לגבי הקשר בין משתנים אלה ובין משתנים אחרים כמו שחיקה בעבודה או מחויבות למקום העבודה. זאת, על רקע היבטים שונים כמו משאבי התפקיד (כגון משאבים חומריים, פסיכולוגיים, ארגוניים או חברתיים שניתנים למורה), דרישות התפקיד (כגון סביבת עבודה רווית לחץ, מתח רגשי בתפקיד, יחסים חברתיים לקויים, לחץ זמנים בעבודה, עומס עבודה גבוה) ועוד. למשל, במחקר שנערך במהלך תקופת הקורונה בקרב 300 מורים בישראל בני 23-65 נמצא קשר חיובי בין חוסן נפשי, חוללות או מסוגלות עצמית וקבלת תמיכה בעבודה ובין שביעות רצון מהחיים. משתנים אלה, כמו גם וותק בעבודה, מתווכים באמצעות מחויבות יתר. מחויבות זו מבטאת חתירה עודפת לקבלת הכרה וחיזוקים והיא משקפת דפוס מוטיבציוני לא פונקציונלי. תיווך זה ממחיש את המארג הסבוך של הקשרים בין היבטים פסיכולוגיים הקשורים לתפקוד בעבודה בכלל ובתחום ההוראה בפרט (21).

בנוסף, נמצא מתאם חיובי בין הוותק של המורים לבין שביעות הרצון שלהם (כפי שנמדדה בסולם Mental Health Continuum-Short Form MHCSF (21)). ממצאים אלה מבטאים גם הם מורכבות הנוגעת לקשרים בין משתנים הקשורים למאפיינים של הפרט ולתנאים סביבתיים לבין שביעות רצון; כדוגמת קשר בין שחיקה בבית הספר ובין חרדה מהתקשורת עם הורי התלמידים, חרדה בהוראה תוך שימוש בהוראה וירטואלית ומידת התמיכה הארגונית במורה במהלך מגפת הקורונה ועוד (22).

מטרת המחקר

נראה כי הממצאים המחקריים בדבר השפעת הפעילות הגופנית בישראל על רווחה נפשית ובפרט שביעות רצון מהחיים במהלך מגפת הקורונה בקרב אנשי חינוך והוראה לא זכו לתשומת לב מספקת. על כן, מטרת המחקר הנוכחי היא לבחון את הקשר בין משך הזמן המוקדש לפעילות גופנית ובין שביעות רצון מהחיים במהלך מגפת הקורונה בקרב סטודנטים לחינוך, מורים וגננות שלימדו מגוון רחב של תלמידים (בני 0-15) במהלך מגפת הקורונה. באופן ספציפי, מטרתו של מחקר זה להרחיב את הידע המחקרי החשוב על אודות הקשר בין תכיפות פעילות גופנית ובין שביעות רצון מהחיים, כפי שנמדדה על ידי סולם סיפוק מהחיים (SLS) (6) וכן לאמוד את השפעתם של משתני רקע כמו גיל, מצב משפחתי ומסלול לימודי על קשר זה.

גופנית חוו שביעות רצון רבה יותר מחייהן (כפי שנמדדה בסולם סיפוק מהחיים (Satisfaction with Life Scale - SLS) (4). בנוסף, נמצא כי גננות ומורות שביצעו יותר פעילות גופנית, חוו פחות תסמיני לחץ נפשי ותסמיני דיכאון. יתר על כן, נמצא מתאם שלילי בין משך הזמן המוקדש מדי יום לפעילויות פאסיביות של אורח חיים יושבני כמו צפייה בטלוויזיה לבין שביעות רצון מהחיים (5).

ממצאי מחקר שנערך במהלך מגפת הקורונה בקרב 663 מורות, מורים וסטודנטים להוראה (בני 18-60) בטורקיה העלו כי בהשוואה למשתתפים שלא ביצעו פעילות גופנית, משתתפים שביצעו פעילות גופנית דיווחו על שביעות רצון מנטלית רבה יותר (כפי שנמדדה בסולם Warwick Edinburgh Menta Well-Being Scale - WEMWBS) ועל פחות תסמיני חרדה (כפי שנמדדו בסולם Status Anxiety inventory STAI-I) (14).

אם כן, היתרונות של פעילות גופנית אינם מתוחמים לאוכלוסיות בעלות מאפיינים מסוימים או לתקופות ולנסיבות מסוימות, כמו תקופות משבר או ימי שגרה. מחקרים הראו שבמהלך מגפת הקורונה, לפניה ולאחריה, פעילות גופנית סייעה לשיפור הרווחה הנפשית, התפקוד החברתי, הרגשי, הפסיכולוגי והקוגניטיבי, לשמירה על בריאות הנפש ולשיפור שביעות הרצון מהחיים בקרב אנשים מרקע סוציו-אקונומי מגוון, מקבוצות אתניות ומרמות השכלה שונות, מטווח גילים ומעיסוקים שונים (11, 6, 7, 13, 15-19).

השפעתה של הפעילות הגופנית משמעותית במיוחד בקרב אנשי הוראה, המהווים סוכני שינוי. בפרט בתקופת מגפת הקורונה שהתאפיינה בלחצים רבים, נמצא כי פעילות גופנית קשורה לשחיקה בעבודה, לסיפוק מהעבודה ולהשפעה של המורים על התלמידים לנקוט באורח חיים בריא. כך למשל, במחקר שנערך בקרב 150 מורות ומורים בבתי ספר דוברי ערבית בישראל במהלך מגפת הקורונה, נמצא כי משתתפים שמיצעו בפעילות גופנית (פחות מ-150 דקות בשבוע) דיווחו על שיעורי שחיקה גבוהים יותר בעבודתם, בהשוואה למשתתפים שביצעו פעילות גופנית בשיעור גבוה יותר. כמו כן, נמצא כי רמת הסיפוק בעבודתם של המורות והמורים ורמת מחויבותם ליעדי בית הספר והצלחתו, גבוהות יותר בקרב משתתפים שביצעו פעילות גופנית בשיעור גבוה יותר בהשוואה לאלה שמיצעו בפעילות גופנית. זאת ועוד, נמצא קשר משמעותי בין רמת הסיפוק בעבודתם של המורות והמורים לבין תפיסתם את החשיבות של אורח חיים בריא והנחלתו לתלמידים. כך, מי שביצעו יותר פעילות גופנית, נטו לבצע יותר פעילויות הדרכה והוראה לתלמידיהם על אורח חיים בריא ונטו להיות בעלי מודעות רבה יותר לאורח חיים בריא, כמו חשיבות פעילות גופנית ותזונה בריאה (20).

שיטה

משתתפים

במחקר הנוכחי השתתפו 306 אנשי חינוך והוראה, בטווח גילים של 20-59 (ממוצע 32.6 שנים). 33.3% מהמשתתפים סטודנטים לתואר ראשון, 26.5% אקדמאים המשלימים תואר בהוראה במסגרת תכנית להסבת אקדמאים להוראה והיתר (40.2%) סטודנטים לתואר שני. רוב המשיבים (61.7%) נשואים והיתר רווקים ללא ילדים. מאפייני המשתתפים מופיעים בטבלה 1 (לאחר שהוחרגו מניתוח הנתונים שמונה משיבים שהינם הורים יחידים).

כלים והליך

כלי המחקר אשר שימש לבדיקת שביעות רצון מהחיים הוא שאלון SLS (4): המשתנה חושב באמצעות מיצוע של ארבעה היגדים (כגון: "אני שבע רצון מהחיים שלי", "תנאי החיים שלי הם מצוינים"), אשר נמדדו על סולם סדר בן 5 רמות. מהימנות עקיבות פנימית כפי שנמדדה באמצעות מדד אלפא קרונברך היא, אשר מצביעה על רמת עקיבות פנימית גבוהה של ההיגדים.

הנתונים נאספו באמצעות שאלון שהופץ בצורה מקוונת במהלך החודשים ינואר-פברואר 2021, בתקופת הסגר השלישי. הנתונים נותחו בתוכנת SPSS גרסה 25, תוך שמירת חיסיון המשתתפים.

תוצאות

תחילה בוצעה העמקה בהבנת נתוני הרקע של המשתתפים. כמפורט בטבלה 2, נמצא כי סטודנטים הלומדים במסגרת התוכנית להסבת אקדמאים להוראה וסטודנטים הלומדים לתואר השני מבוגרים יותר מסטודנטים הלומדים לתואר הראשון, וכן נמצא כי סטודנטים נשואים מבוגרים יותר מסטודנטים רווקים.

בהמשך בוצעו השוואות לבחינת הבדלים ברמת שביעות

טבלה 1: מאפייני המשתתפים במחקר

מסלול לימודים	מצב משפחתי		סה"כ
	נשואים	רווקים	
תואר ראשון	23	79	102
	12.2%	67.5%	33.3%
הסבת אקדמאים	64	17	81
	33.9%	14.5%	26.5%
תואר שני	102	21	123
	54.0%	17.9%	40.2%
סה"כ	189	117	306
	100.0%	100.0%	100.0%

הרצון מהחיים באשר למשתני הרקע. מעבר לכל משתני הרקע, ממוצע שביעות הרצון מהחיים של המשתתפים נמצא 3.72 (ס.ת. 0.62), אשר ביחס לסולם המדידה מצביע על שביעות רצון ברמה בינונית-גבוהה. כדי למדוד את משתנה משך הזמן של הפעילות הגופנית בזמן הקורונה, המשתתפים התבקשו לציין את משך הזמן שהקדישו לפעילות גופנית במהלך השבוע. השאלה התייחסה לתקופת מגפת הקורונה. כ-28% מהמשתתפים דיווחו שאינם מבצעים פעילות גופנית כלל, והיתר דיווחו כי הם מבצעים פעילות גופנית במשך רבע שעה ועד 8 שעות שבועיות. בממוצע, המשתתפים דיווחו על משך פעילות גופנית של 1.73 שעות בשבוע במהלך הקורונה (חציון 1.25 שעות, ס.ת. 1.69). בטבלה 3 ניתן לראות כי לא נמצאו הבדלים בהיקף הפעילות הגופנית בהתייחס למסלול הלימודים ו/או למצב המשפחתי. כמו כן, לא נמצאו הבדלים ברמת שביעות הרצון מהחיים ביחס למסלול הלימודים ו/או למצב המשפחתי.

כדי להתייחס למשתנה מספר חברים קרובים, המשתתפים התבקשו לציין את מספר האנשים שהם מחשיבים באופן הזה. התשובות נעו בין משתתפים שדיווחו כי אין להם כלל חברים קרובים ובין משתתפים שדיווחו על 20 חברים קרובים. בממוצע דיווחו המשתתפים על 4.25 חברים (חציון 4 חברים, ס.ת. 2.62). לא נמצאו הבדלים במספר החברים בהתייחס למסלול הלימודים ו/או למצב המשפחתי. באופן דומה, כמפורט בטבלה 4, לא ניתן להצביע על מתאם מובהק בין שביעות הרצון מהחיים ובין גיל המשתתפים או מספר החברים, וכן לא ניתן להצביע על מתאם מובהק בין משך פעילות גופנית ובין גיל המשתתפים.

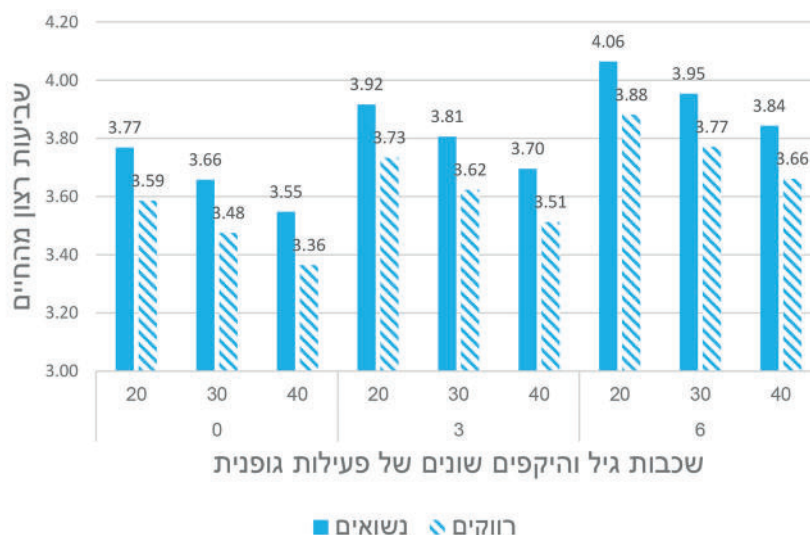
בשונה מכך, נמצא מתאם חיובי בין שביעות רצון מהחיים ובין משך הזמן שהוקדש לפעילות גופנית ($r=0.137$, $p<0.05$).

טבלה 2: גיל לפי מסלולי לימוד ומצב משפחתי

מסלול לימודים	מצב משפחתי	סה"כ	t
	נשואים	רווקים	
תואר ראשון	30.7	24.2	3.47**
	(9.0)	(2.0)	(5.3)
הסבה	37.3	28.5	4.67***
	(7.2)	(5.6)	(7.8)
תואר שני	37.9	29.0	5.85***
	(7.7)	(6.1)	(8.1)
סה"כ	36.8	25.7	15.91***
	(8.0)	(4.3)	(8.7)
F stat.			70.44***
Post-Hoc (Scheffe)			B,C>A B,C>A B,C>A

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$.

גרף 1: שביעות רצון מהחיים בחלוקה לשכבות גיל והיקפים שונים של משך פעילות גופנית בקורונה



טבלה 3: משך פעילות גופנית בקורונה ושביעות רצון מהחיים לפי מצב משפחתי

שביעות הרצון מהחיים			משך פעילות גופנית בקורונה (בשעות)				
	SD	M		SD	M		
t=0.579	(0.67)	3.69	t=0.545	(1.78)	1.80	רווקים	מצב משפחתי
	(0.58)	3.73		(1.65)	1.69	נשואים	
F=0.198	(0.63)	3.74	F=0.279	(1.83)	1.83	תואר ראשון	מסלול לימודים
	(0.63)	3.68		(1.54)	1.67	הסבת אקדמאים	
	(0.61)	3.73		(1.69)	1.68	תואר שני	

p<0.05 *

טבלה 4: שביעות הרצון מהחיים, גיל, מספר חברים קרובים ומשך פעילות גופנית בקורונה (מתאמי פירסון)

משך פעילות גופנית בקורונה (שעות)	מספר החברים הקרובים	גיל	
		-0.003	מספר החברים הקרובים
	0.071	0.006	משך פעילות גופנית בקורונה (שעות)
0.137*	0.081	-0.067	שביעות הרצון מהחיים

p<0.05*

מתאמים – משתנה נשואים המקבל את הערך 1 עבור משיבים נשואים ו-0 עבור משיבים רווקים, משתנה המקבל את הערך 1 עבור סטודנטים במסלול להסבת אקדמאים ו-0 אחרת, ומשתנה המקבל את הערך 1 עבור משיבים הלומדים במסלול לתואר שני ואת הערך 0 אחרת. בנוסף, על רקע פערי הגיל, המצב המשפחתי ומסלול הלימודים (ראה טבלה 2), נכללו בניתוח הנתונים גם משתני אינטראקציה. משתנים אלה מבטאים את השפעת הגיל עבור הקבוצות השונות (בהתאמה, עבור נשואים, סטודנטים מהסבת אקדמאים ולתואר שני) ביחס לקבוצת ההתייחסות (רווקים הלומדים לתואר ראשון).

בגרף 1 ניתן לראות עלייה בערכי שביעות הרצון בקרב משתתפים אשר עוסקים בפעילות גופנית לאורך השבוע. שביעות הרצון מהחיים נמצאה בשיעור הגבוה ביותר בקרב משתתפים אשר ביצעו פעילות גופנית במשך כשש שעות שבועיות.

טבלה 5 מרכזת את תוצאות ניתוח הרגרסיה של שביעות רצון מהחיים על מאפייני הרקע, מספר החברים הקרובים ומשך הפעילות הגופנית במהלך הקורונה. קבוצת ההתייחסות בניתוח היא סטודנטים רווקים הלומדים לתואר ראשון. בהתאמה, קבוצות מחקר אחרות זוהו באמצעות משתנים דיכוטומיים

טבלה 5: רגרסיה של שביעות רצון מהחיים על מאפייני הרקע, מספר חברים קרובים ומשך הפעילות הגופנית בקורונה (כולל אינטראקציות)

	t	B	משתנים מסבירים
*F _(9,295) = 2.203 R ² = 0.063	10.849	4.64	(חותך)
	2.670**	-0.04	גיל
	1.517	0.02	מספר החברים הקרובים
	2.052*	-0.92	נשואים
	2.171*	0.05	משך פעילות גופנית בקורונה (שעות)
	0.044	0.02	סטודנטים במסלול להסבת אקדמאים
	0.412	0.17	סטודנטים לתואר שני
	2.535*	0.04	גיל * נשואים
	0.016	0.00	גיל * סטודנטים במסלול להסבת אקדמאים
	0.217	0.00	גיל * סטודנטים לתואר שני

p < 0.05*, p < 0.01**

עבור אוכלוסיות של קשישים עריריים (16). חקר מאפייני הרקע הקשורים לגיל ולמצב משפחתי כפי שהוזכר לעיל, לצד חקר מאפיינים נוספים כמו טיב ועצימות הפעילות הגופנית ורמת הכנסה והשכלה, עשויים לסייע להבנה עמוקה יותר של הקשר בין פעילות גופנית ובין מדדים שונים של רווחה נפשית. כך לדוגמה, במחקר שנערך בטאיוואן בקרב 2,345 בוגרים מעל גיל 18 (גיל חציוני 51), נמצא כי עצימות הפעילות הגופנית ניבאה באופן חיובי את שביעות הרצון מהחיים. עוד נמצאו מנבאים משמעותיים נוספים של שביעות רצון מהחיים כמו רמת ההשכלה האקדמית, כך שתואר מתקדם יותר ניבא שביעות רצון גבוהה יותר. לצד זאת, נמצא קשר בין מצב משפחתי לבין שביעות רצון מהחיים; משתתפים נשואים התאפיינו בשביעות רצון גבוהה יותר מהחיים בהשוואה לרווקים. בנוסף, נמצא כי בקרב מבוגרים בגיל העמידה, המנבאים המשמעותיים של שביעות רצון גבוהה מהחיים קשורים במתאם חיובי להכנסה חודשית גבוהה (18).

לצד מורכבות הקשרים הנוגעים למאפיינים כמו גיל, השכלה ומצב משפחתי ביחס לקשר שבין פעילות גופנית ובין שביעות רצון מהחיים, קיימים מאפיינים נוספים שעשויים להיות רלוונטיים לטיב קשר זה. ממצאים שונים מתארים מארג של קשרים ייחודיים, לרבות קשר לא לינארי הנוגע למתאם בין וותק בעבודה ושחיקה בתפקיד ובין שביעות רצון מהחיים. כך למשל, ממצאי מחקר הצביעו על כך שבעלי וותק מועט או רב מתאפיינים במחויבות רבה, בשחיקה מועטה ובשביעות רצון גבוהה, לצד קשרים מורכבים בין טכניקות התמודדות של המורה ופערים בתמיכה חברתית בסביבת העבודה לבין שחיקה ומחויבות, בתיווך של חוללות עצמית וחרדה (23) אם כן, הבנת טיבו ומהותו של הקשר בין פעילות גופנית ובין רווחה נפשית ככלל ובקרב

ניתוח הנתונים מצביע על כך שרמת שביעות הרצון מהחיים עולה עם משך הפעילות הגופנית ($b=0.05$, $p<0.05$). בנוסף נמצא כי למצב המשפחתי ולגיל השפעה משולבת על רמת שביעות הרצון מהחיים. רמת שביעות הרצון מהחיים יורדת עם הגיל עבור סטודנטים רווקים ($b=-0.04$, $p<0.01$), אולם ירידה זו מתונה יותר עבור סטודנטים נשואים ($b=0.04$, $p<0.05$).

דיון ומסקנות

משבר מגפת הקורונה שבעקבותיו נכפה על הציבור שינוי משמעותי באורחות החיים, חידד את החשיבות של פעילות גופנית כאמצעי לשמירה על רווחתו ובריאותו של הפרט. ממצאים מחקרניים רבים מצביעים על תועלתה של הפעילות הגופנית למגוון היבטים פיזיים ונפשיים (19,18,11-16,6,5,1-3).

ממצאי המחקר הנוכחי הצביעו על מתאם חיובי בין משך הזמן אשר הוקדש לביצוע פעילות גופנית ובין רמת שביעות הרצון של הפרט מחייו. הממצאים מלמדים כי בדומה לעתות שגרה, גם במהלך מגפת הקורונה אנשים שהקדישו יותר זמן לפעילות גופנית, התאפיינו בשביעות רצון גבוהה יותר מהחיים, בין אם רווקים ובין אם נשואים. עוד נמצא כי בהשוואה לרווקים צעירים, שביעות הרצון מהחיים פחתה בקרב רווקים מבוגרים יותר באופן משמעותי ביותר, בהשוואה לאנשים נשואים שגם בהם הלכה שביעות הרצון מהחיים ופחתה כנבדקים מבוגרים יותר אך באופן מתון יותר. בין אם מדובר בשביעות רצון מהחיים ההולכת ופוחתת עם הגיל בקרב רווקים בשל בדידות או חוסר בתמיכה מספקת (16), בסיוע או בהעצמה בהיבטים משפחתיים, ובין אם בקרב נשואים בשל גורמים אלה ואחרים, נהיר כי מגמות אלה מצריכות המשך מחקר ופיתוח מענים ייחודיים, למשל

חשיבות לבחון כיצד מאפיינים אלה משפיעים על שביעות רצון מהחיים, למשל פעילות גופנית המבוצעת במכון כושר לעומת זו המבוצעת במרחבים פתוחים, כמו ביער או בשפת הים; ריצה של אדם בגפו לעומת ריצה עם חברים או בני משפחה; ועוד. כמו כן, במחקר הנוכחי נבחנו פעילות גופנית ושביעות רצון מהחיים במהלך מגפת הקורונה בלבד. השוואה של מדגם זה לתקופה שלפני מגפת הקורונה או לאחריה עשויה לספק נתונים משמעותיים יותר בדבר התועלת של פעילות גופנית על שביעות הרצון מהחיים בתקופות משבר לעומת מצב שגרה.

זאת ועוד, במחקר זה נבחנו שביעות רצון סובייקטיבית מהחיים באמצעות בחינת מדד דיווח עצמי (SLS) (4). יש המבקרים מדידה רטרוספקטיבית בדיווח עצמי של שביעות רצון ולכן מומלץ לבחון אותה על ידי מספר שיטות מדידה וכלי מחקר, כמו בדיקת מדדים פיזיולוגיים, איסוף נתונים בזמן אמת והערכת המדדים במספר דגימות, לאורך תקופה ממושכת ולא בנקודת זמן אחת, כדי למנוע הטיה של התוצאות לפי מצב הרוח הנוכחי ועוד (26). כמו כן, במחקר הנוכחי לא נבחנו משתני רקע מתערבים אחרים, שייתכן שהיו שופכים אור ומחדדים את התועלת של פעילות גופנית. לדוגמה, היבטים כמו בריאות ותחלואה, פסיכופתולוגיה, התנהגות פרו חברתית, רמת הסיפוק בזוגיות, מספר הילדים, תכונות אישיות כמו חברותיות, התמדה ויכולת ויסות רגשי, אשר עשויים להיות קשורים לשביעות רצון (26).

לבסוף, המדגם שעל בסיסו נערך המחקר היה מדגם נוחות שהתבסס על משתתפים הלומדים במכללה ספציפית, חרף הגיוון במאפייני המשתתפים, בסביבות מגוריהם, ברמת השכלתם ועוד. על כן מומלץ להרחיב את אוכלוסיית המחקר כך שתכלול מדגם רחב יותר של משתתפים בעלי מאפיינים קבוצתיים שונים כמו קבוצות אתניות או מאפיינים אישיים כמו משקל, מצב בריאותי ועוד, וכך לבצע השוואה נרחבת.

השפעותיה השליליות של מגפת הקורונה על מגוון היבטים הנוגעים לבריאותו ולרווחתו של הפרט עודן נחקרות. ממצאי המחקר מפנים זרקור לתועלת הטמונה בפעילות גופנית לשיפור רווחה נפשית ושביעות רצון מהחיים במהלך מגפת הקורונה, ותורמת לגוף הידע המשמעותי בדבר השפעת פעילות גופנית על בריאותם ורווחתם הנפשית של סטודנטים, גננות ומורים בתחום החינוך, בתקופות שגרה ובעתות משבר אישי או לאומי. מחקרי המשך יוכלו לבחון מגוון היבטים הנוגעים לפעילות גופנית ולשביעות רצון מהחיים ובכך להעמיק בהבנת הנושא. ביסוס ממצאים אלה לצד מסקנות ממחקרים רבים אחרים בעולם ובישראל יסייעו ביצירת תשתית לבניית תוכניות התערבות המקנות הרגלי פעילות גופנית באופן שיטתי לשיפור שביעות רצון בקרב סטודנטים, מורים והעוסקים בחינוך ובקרב אוכלוסיות אחרות.

אנשי חינוך בתקופת מגפת הקורונה בפרט, מהווה כר נרחב לבחינה של מגוון שטחות הנוגעות למאפיינים, לתנאים סביבתיים ולמשאבים הקשורים לשביעות רצון בהקשר זה. לדוגמה, בחינת הקשרים בין וותק בעבודה, חוללות עצמית ומיעוטה של תמיכה בבית הספר לבין שחיקה או שביעות רצון בעבודה.

זאת ועוד, ממצאי המחקר הנוכחי מחדדים את החשיבות שבאפיון מעמיק יותר ובמתן מענה ייעודי באמצעות פיתוח תוכניות התערבות ותמיכה שיעודדו פעילות גופנית בקרב רווקים, ובמיוחד רווקים בגיל מבוגר יותר. תובנות מחקריות אלה תואמות לממצאים נוספים על אודות השפעתה המיטיבה של פעילות גופנית במסגרת תוכניות התערבות לעידוד פעילות גופנית על בריאותו ורווחתו הנפשית של הפרט, הן בעתות שגרה והן בזמני משבר אישי או לאומי (24).

נראה כי הרחבת איסוף הנתונים וחקר היבטים מגוונים הנוגעים לפעילות גופנית ולרווחה נפשית בישראל ובעולם חשובים ונחוצים. הללו יסייעו להרחבת הידע המשמעותי בנושא זה ויאפשרו פיתוח תוכנית לעתות משבר ולתקופות שגרה, המבוססת על מידע אמפירי בדבר המאפיינים המיטיבים של פעילות גופנית לעוסקים בה, בפרט משתנים כמו שחיקה, סיפוק בעבודה, היבטים רגשיים ופסיכולוגיים הקשורים לתפקיד ושביעות רצון מהחיים בקרב העוסקים במקצועות חינוך, טיפול או הדרכה, המצויים בלחץ מוגבר ועשויים להפיק תועלת רבה מכך. שילובן של תוכניות הכוללות פעילויות ספורטיביות קבוצתיות עשויות להקנות הרגלי פעילות גופנית, להגביר את משך הפעילות הגופנית ומכאן להשפיע על מגוון היבטים כמו הגברת החיוניות בעבודה, הפחתת רמות השחיקה, שיפור הקשרים החברתיים והגברת הסיפוק בעבודה, כפי שעלה ממחקרים שונים (16) זאת, תוך מתן דגש על מאפיינים ייחודיים של קהל היעד ומתן מענה לחסמים, לאילוצים ולמגבלות ארגוניות או אישיות הקשורות לתפקיד. למשל, צורך בתיאום לוח זמנים למפגשים ובזמינות לתלמידים והורים, הכנות לקראת שיעור ומציאת מרחב מתאים לפעילות גופנית (25). תוכניות מעין אלה עשויות לסייע לפרט להתמודד טוב יותר עם משבר אישי וכן לסייע לציבור במהלך משברים לאומיים מדינתיים או אזרחיים: התפרצות מגפה, מצב בטחוני מורכב באזורים מסוימים כמו מתקפות טילים או מלחמה, משבר כלכלי חריף ועוד.

יש לבחון את ממצאי המחקר על רקע מגבלותיו. המחקר נערך תוך בחינת משך הזמן שהוקדש לפעילות הגופנית והשפעתו על שביעות הרצון מהחיים באמצעות דיווח עצמי. עם זאת, לא נבחן סוג הפעילות הגופנית, סביבת הפעילות או מיקומה, מספר המשתתפים בה, עצימותה ותדירותה. יש

מקורות

14. Çifçi F, Demir A. The Effect of Home-Based Exercise on Anxiety and Mental Well-Being Levels of Teachers and Pre-Service Teachers in COVID-19 Pandemic.. African Educational Research Journal [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 1];8(2):20-8. Available from: <https://eric.ed.gov/?id=EJ1274658>
15. Ejiri M, Kawai H, Kera T, Ihara K, Fujiwara Y, Watanabe Y, et al. Exercise as a coping strategy and its impact on the psychological well-being of Japanese community-dwelling older adults during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Psychol Sport Exerc*. 2021 Nov;57:102054.
16. Hailey V, Fisher A, Hamer M, Fancourt D. Perceived Social Support and Sustained Physical Activity During the COVID-19 Pandemic. *Int J Behav Med*. 2022 Sep 29;
17. Murukesu RR, Singh DKA, Shahar S, Subramaniam P. Physical Activity Patterns, Psychosocial Well-Being and Coping Strategies Among Older Persons with Cognitive Frailty of the "WE-RISE" Trial Throughout the COVID-19 Movement Control Order. *Clin Interv Aging*. 2021 Mar;16:415-29.
18. An HY, Chen W, Wang CW, Yang HF, Huang WT, Fan SY. The Relationships between Physical Activity and Life Satisfaction and Happiness among Young, Middle-Aged, and Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul 4;17(13):4817.
19. Zach S, Fernandez-Rio J, Zeev A, Ophir M, Eilat-Adar S. Physical activity, resilience, emotions, moods, and weight control, during the COVID-19 global crisis. *Isr J Health Policy Res*. 2021 Dec 2;10(1):52.
20. Wilf-Miron R, Kittany R, Saban M, Kagan I. Teachers' characteristics predict students' guidance for healthy lifestyle: a cross-sectional study in Arab-speaking schools. *BMC Public Health*. 2022 Jul 26;22(1):1420.
21. Awwad-Tabry S, Levkovich I, Pressley T, Shinan-Altman S. Arab Teachers' Well-Being upon School Reopening during COVID-19: Applying the Job Demands–Resources Model. *Educ Sci (Basel)*. 2023;13(4):418-32.
22. Pressley T. Factors Contributing to Teacher Burnout During COVID-19. *Educational Researcher*. 2021 Jun 16;50(5):325-7.
23. Shimony O, Malin Y, Fogel-Grinvald H, Gumpel TP, Nahum M. Understanding the factors affecting teachers' burnout during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2022 Dec 1;17(12 December).
24. Lucas RE, Diener E. Personality and subjective well-being: Current issues and controversies. In: Mikulincer M, Shaver PR, Cooper ML, Larsen RJ, editors. *APA handbook of personality and social psychology, Volume 4: Personality processes and individual differences*. Washington: American Psychological Association; 2015. p. 577-99.
25. Bogaert I, De Martelaer K, Deforcheb B, Clarysb P, Zinzen E. The physically active lifestyle of Flemish secondary school teachers: A mixed-methods approach towards developing a physical activity intervention. *Health Educ J*. 2015 May 21;74(3):326-39.
26. Sigman L. Foundations Forthe Quadriarchic Characteristics Mode. *Diogenes*. 2021 Jun 30;29(1).
1. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*. 2015 Dec;25:1-72.
2. WHO. Who Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour at a Glance. 2020.
3. Slavinski T, Bjelica D, Pavlović D, Vukmirović V. Academic Performance and Physical Activities as Positive Factors for Life Satisfaction among University Students. *Sustainability*. 2021 Jan 7;13(2):497.
4. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess*. 1985 Feb 10;49(1):71-5.
5. Randall K, Ford TG, Kwon KA, Sisson SS, Bice MR, Dinkel D, et al. Physical Activity, Physical Well-Being, and Psychological Well-Being: Associations with Life Satisfaction during the COVID-19 Pandemic among Early Childhood Educators. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Sep 7;18(18):9430.
6. Meyer J, McDowell C, Lansing J, Brower C, Smith L, Tully M, et al. Changes in Physical Activity and Sedentary Behavior in Response to COVID-19 and Their Associations with Mental Health in 3052 US Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Sep 5;17(18):6469.
7. Abós Á, Sevil-Serrano J, Julián-Clemente JA, Generelo E, García-González L. Improving Teachers' Work-Related Outcomes through a Group-Based Physical Activity Intervention during Leisure-Time. *The Journal of Experimental Education*. 2021 Apr 3;89(2):306-25.
8. Gundogan S. The Relationship of COVID-19 Student Stress with School Burnout, Depression and Subjective Well-Being: Adaptation of the COVID-19 Student Stress Scale into Turkish. *Asia-Pacific Edu Res* . 2023 Jan 15;32:165-76.
9. Billett P, Turner K, Li X. Australian teacher stress, well-being, self-efficacy, and safety during the COVID-19 pandemic. *Psychol Sch*. 2023 May 9;60(5):1394-414.
10. Hammami A, Harrabi B, Mohr M, Krstrup P. Physical activity and coronavirus disease 2019 (COVID-19): specific recommendations for home-based physical training. *Managing Sport and Leisure*. 2022 Mar 4;27(1-2):26-31.
11. Glaser M, Green G, Barak S, Yossef G, Regev O, Zigdon A, et al. [Online Intervention Program H.A.V.E.R.U.T (Health, Resilience, Hope) to Encourage Physical Activity Habits and Elevate Emotional and Social Measurements in Teenagers at Risk, During Covid19 Crisis]. *Movement: Journal of Physical Education & Sport Sciences* . 2022;4:401-21. (hebrew)
12. Maugeri G, Castrogiovanni P, Battaglia G, Pippi R, D'Agata V, Palma A, et al. The impact of physical activity on psychological health during Covid-19 pandemic in Italy. *Heliyon*. 2020 Jun;6(6):e04315.
13. Faulkner J, O'Brien WJ, McGrane B, Wadsworth D, Batten J, Askew CD, et al. Physical activity, mental health and well-being of adults during initial COVID-19 containment strategies: A multi-country cross-sectional analysis. *J Sci Med Sport*. 2021 Apr;24(4):320-6.

מיפוי וסיקור של סביבת המזון בקמפוס אוניברסיטת אריאל בשומרון בראי סל המזון הבריא

נעמה דגניה¹, ליאור מור¹, ענת הורביץ¹, סתית צ'וסניק¹, בר עמרני¹,
אור פרס¹, ורד קאופמן שריקי¹
¹המחלקה למדעי התזונה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון

תקציר

רקע: סביבת מזון היא ההקשר הפיזי, הכלכלי, הפוליטי והחברתי-תרבותי שבתוכו אנשים מבצעים החלטות בנוגע לרכישה, להכנה ולצריכה של מזון. נמצא כי קמפוסים אקדמיים ברחבי העולם הם סביבת מזון אוביסוגנית.

מטרות המחקר: מיפוי של נקודות ממכר המזון באוניברסיטת אריאל ובקרבתה, ודירוג לפי איכות המזון המשווק בכל נקודה בעזרת כלי מדידה בינלאומי והשוואה להמלצות משרד הבריאות.

שיטות: מופו נקודות ממכר המזון בקמפוס אוניברסיטת אריאל בשומרון (עד 0.5 ק"מ מהקמפוס). אותר כלי סיקור ייעודי לקמפוס NEMS Nutrition Environment Measures Survey (NEMS) והותאם להמלצות משרד הבריאות. נבחנו באמצעות הכלי נקודות ממכר מזון בסביבת המזון בקמפוס, ונערכה השוואה של מחירי מזון לפי סל מזון בריא.

ממצאים: נבדקו 16 נקודות ממכר מזון. מחצית מנקודות הממכר שהוגדרו כ"מזון מהיר" צמודות למעונות הסטודנטים. הדירוג הגבוה ביותר בממד הבריאות ניתן לקטגוריית נקודות הממכר "לשבת" (5.5 ± 2.08). ב-61% מנקודות הממכר נמכרו סלטים בריאים כמנה עיקרית. ב-50% מהנקודות נמצא שילוט המעודד אכילה שאינה בריאה, ו-75% מהנקודות עודדו צריכה של מנות גדולות. 41% מהנקודות דרשו מחירים גבוהים יותר עבור מזונות בריאים יותר. עלות של סל מזון בריא הייתה 747.41 ש"ח בממוצע, והעלות ב"שופרסל" הייתה נמוכה ב-23.5% בהשוואה ל"קמפוס מרקט".

דיון ומסקנות: סביבת המזון בקמפוס אינה מקדמת בריאות. יש לבצע התערבויות לשיפור סביבת המזון בקמפוס ולקביעת סטנדרטים ורגולציה באופן שיוצגו חלופות בריאות במחיר הוגן ותוצע הזדמנות לאוניברסיטה להפוך לקמפוס מקדם בריאות.

מילות מפתח: סביבת מזון, סטודנטים, סיקור, מיפוי, קידום בריאות, קמפוס.

רקע

סטודנטים מעלים בממוצע 3.38 ק"ג במהלך שנת הלימודים הראשונה שלהם בעקבות שינוי באורח החיים, פעילות גופנית פחותה והתנהגויות אכילה לא-בריאות הנגרמות בין היתר עקב שינויים בסביבת המזון (1). סביבת מזון היא ההקשר הפיזי, הכלכלי, הפוליטי והסוציו-תרבותי שאליו אנשים נחשפים ובתוכו מבוצעות ההחלטות בנוגע לרכישה

מזון וצריכתו (2). ההגדרה כוללת את הכמות ואת הסוג של נקודות ממכר מזון וכן את הנגישות, את הזמינות, את המחיר, את האיכות ואת אופן השיווק של פריטי מזון ושתייה בנקודות ממכר אלו (2). ישנן עדויות באשר להשפעה של זמינות ושל נגישות למזונות בריאים או לא-בריאים על הסיכון להשמנה. כך למשל, נגישות למרכולים אשר מספקים בעיקר מזונות טריים הראתה קשר לצריכה מוגברת של פירות וירקות ושיעורים נמוכים יותר של עודף משקל

אשר פרוסים בתוך רחבי הקמפוס ואשר משמשים סטודנטים לחימום מזון.

פיזור נקודות ממכר המזון ומיקום מכשירי המיקרוגל ברחבי הקמפוס סומן על מפה של אוניברסיטת אריאל בשומרון. המפה נוצרה בתוכנה ייעודית AutoCAD 2016 מבית Autodesk בידי מהנדס בניין ותחבורה.

כלי סקירה

בוצעה התאמה לכלי הסקירה NEMS (7), אשר נחלק לתתי-הקטגוריות הבאות:

Nutrition Environment Measures Survey for Campus Dining (NEMS-CD)

קטגוריה זו משמשת להערכת זמינות, תמחור ואיכות של מזונות מקדמי בריאות בקמפוס אוניברסיטאיים. ציון גבוה מעיד על רמה גבוהה יותר של מדדים אלה.

במאמר זה סווגו נקודות ממכר מזון לקטגוריות הבאות:

- "לשבת" – שירות הכנה והגשה מלא של מזון מסופק בידי צוות המקום
- "ארוחות קלות" – מזון שמוכן בחלקו במקום (הרכבת מנה כגון סלט, חימום מנה כגון מרק או בישול חלקי כגון טוסט או אפיית מאפים מוכנים למחצה), מוזמן ומשולם בדלפק הזמנות או מוגש לשולחן
- "מזון מהיר" – ניתן שירות הכנה והגשה מינימלי, מזון מוכן או מבושל מראש הנשמר חם או המוחמם בעת ההזמנה ומסופק בסמיכות להזמנה
- "אחרים" – מקום המציע מוצרי מזון גולמיים ברמת הכנה מינימלית (פיצוחים, קפה, יוגורט, שתייה קלה)

כלל נקודות הממכר (שאינן מרכולים) נבדקו אם הן מקדמות אכילה בריאה או שהן מקדמות אכילה שאינה בריאה. היה שימוש בקטגוריות הנמדדות ב-NEMS-CD: מנות ראשונות, תוספות, משקאות, סביבה מקדמת אכילה בריאה, חסמים לאכילה בריאה ותמחור של מוצרי המזון.

חסמים אפשריים לאכילה בריאה כוללים שילוט המעודד אכילה לא-בריאה, עידוד צריכה של מנות גדולות, שילוט המעודד אכילת יתר, שילוט שאינו מעודד בקשות מיוחדות, "אכול כפי יכולתך" ומילוי חוזר שאינו מוגבל.

הופרדו קטגוריות המקדמות אכילה בריאה וקטגוריות שאינן מקדמות אכילה בריאה לשתי טבלאות שונות. כל אחת מהקטגוריות נוקדה באופן ייחודי לה. קטגוריות המקדמות אכילה בריאה, טווח הציונים שבהן נע בין (0) ל-(14). ציון

והשמנה. במקביל לכך, נגישות גבוהה למזון מהיר הייתה קשורה לשיעורים גבוהים יותר של עודף משקל והשמנה (3). מכיוון שסטודנטים ואנשי סגל מבלים חלק ניכר מזמנם בתחומי הקמפוס האוניברסיטאי, סביבת המזון היא גורם משמעותי לבחירות מזון ולהתנהגויות האכילה שלהם (1). במחקר משנת 2019 שסקר 1,220 סטודנטים יפנים נמצא קשר בין העדפה של צריכת מזון מהיר, עתיר שומן וסוכר, ל-BMI (Body Mass Index) גבוה והשמנה (4). במחקרים ממדינות שונות בעולם שבדקו את סביבת המזון בקמפוסים אוניברסיטאיים נמצא, כי לרוב סביבת המזון איננה מקדמת בריאות ונוטה יותר להיות סביבה "אוביסוגנית" (מקדמת השמנה), אשר מאפשרת גיוון וזמינות של מוצרים עתירי שומן וסוכר, משווקת אותם ביתר שאת וכן מתמחרת אותם במחירים זולים יותר ממוצרים בריאים כמו פירות וירקות טריים, דגנים מלאים ומוצרי חלב דלי שומן (1,5,6). כדי להעריך את סביבת המזון האוניברסיטאית פותחו כמה כלים לסקירה של ממכר המזון האוניברסיטאי, ובהם ה-Nutrition Environment Measures Survey (NEMS) המשמש לסקירה של סביבת המזון ומדידתה תחת קטגוריות שונות בהקשר של קידום תזונה בריאה (7).

מטרות המחקר

1. זיהוי ומיפוי גאוגרפי של נקודות ממכר המזון בתוך קמפוס אוניברסיטת אריאל בשומרון ובסביבתו המיידית (מרכזים מסחריים הצמודים ליציאות מהקמפוס מצפון ומדרום לו).
2. סקירה ודירוג של סוגי נקודות ממכר המזון לפי זמינות, תמחור ואיכות המזון המשווק בכל נקודת ממכר מזון בעזרת כלי מדידה מתוקף וביצוע השוואה להמלצות משרד הבריאות.

שיטות

איסוף הנתונים

הנתונים נאספו במהלך חודש דצמבר 2022 בידי צוות איסוף נתוני המחקר שכלל שלושה זוגות סטודנטים לתואר שני במדעי התזונה בחלוקה לשלושה אזורי סקירה: נקודות ממכר מזון באזור הסמוך לכניסה הצפונית של האוניברסיטה, באזור הסמוך לכניסה הדרום-מזרחית של האוניברסיטה וכן בתוך הקמפוס ("קמפוס עליון" ו"קמפוס תחתון"). בוצעו שתי הערכות חוזרות בימים שונים במהלך השבוע בשעות הצהריים על מנת לבדוק שונות מחירים על פני השבוע, ובמקרה של שונות חושב ממוצע המחירים. כמו כן אספו שש סטודנטיות לתואר שני נתונים על מיקום מכשירי מיקרוגל

טבלה מס' 1: טבלת ניקוד לקטגוריות מזון בכלי הסיקור NEMS-S

פירות וירקות	דגנים מלאים	מוצרי חלב	תחליפים מהצומח	שמן זית	אגוזים וזרעים	קטניות	ביצים	עופות	דגים	סה"כ ניקוד
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
0 – לא קיים בהיצע 1 – בין 5-1 מוצרים בהיצע 2 – מעל 5 מוצרים בהיצע										
0 – לא קיים בהיצע 1 – בין 3-1 מוצרים בהיצע 2 – מעל 3 מוצרים בהיצע										
טווח הציונים נע בין 0 (מינימלי, אינו תומך בסל מזון בריא) ל-14 נקודות (ציון מקסימלי, תומך בסל מזון בריא)										

טבלה מס' 2: התאמות שבוצעו בשאלוני ה-NEMS-CD וה-NEMS-S

נוסח בשאלון NEMS-CD מקורי	נוסח בשאלון NEMS-CD מותאם ומתוקף
מנות עיקריות, סלט	סלטים בריאים כמנה עיקרית
מידע תזונתי מוצג על התפריט	בתפריט יש מידע תזונתי או פריטים בריאים המסומנים
שילוט מקדם בחירות מזון שאינו בריא	שילוט המעודד אכילה שאינה בריאה
מנות ראשונות משותפות בעלות גבוהה יותר	ארוחה עסקית משולבת זולה יותר מרכישת פרטי מזון בודדים
דירוג המשקאות בשאלון NEMS-CD מקורי	דירוג המשקאות בשאלון NEMS-CD מותאם ומתוקף
דירוג המשקאות לפי זמינות של סוגי משקאות מומלצים בידי ה-USDA*	דירוג לפי זמינות משקאות שאינם מומלצים בידי משרד הבריאות
נוסח בשאלון NEMS-S מקורי	נוסח בשאלון NEMS-S מותאם ומתוקף
תמחור של מזונות בריאים לעומת מזונות ממוצעים	תמחור של אפשרויות בריאות לעומת מזון רגיל
ספקים עם דפוס נבחר (%)	חנויות עם התבנית הנבחרת (%)
פרטי המזון הנכללים בקטגוריות "זמינות מזון בריא" ו"תמחור מזון בריא"	פרטי המזון הנכללים בקטגוריות "זמינות מזון בריא" ו"תמחור מזון בריא"
בשאלון NEMS-S מקורי	בשאלון NEMS-S מותאם ומתוקף
פרטי המזון מההמלצות התזונתיות של ה-USDA	פרטי המזון של המלצות סל מזון בריא (9).

קיצורים:

NEMS-CD — Nutrition Environment Measures Survey for Campus Dining;

NEMS-S — Nutrition Environment Measures Survey for Supermarkets;

USDA — United States Department of Agriculture

* לעומת שיוך משקאות ממותקים בממתקים מלאכותיים כמזון מומלץ בידי ה-USDA, במאמר זה ובהתאם להנחיות משרד הבריאות הוגדרו משקאות אלו כלא-מומלצים.

דומים מקמח חיטה לבן, שמן זית לעומת שמן סויה, מלח ים מועשר ביד לעומת מלח שאינו מועשר, גבינה לבנה 5% שומן לעומת גבינה לבנה 9% שומן.

התאמת כלי הסקירה

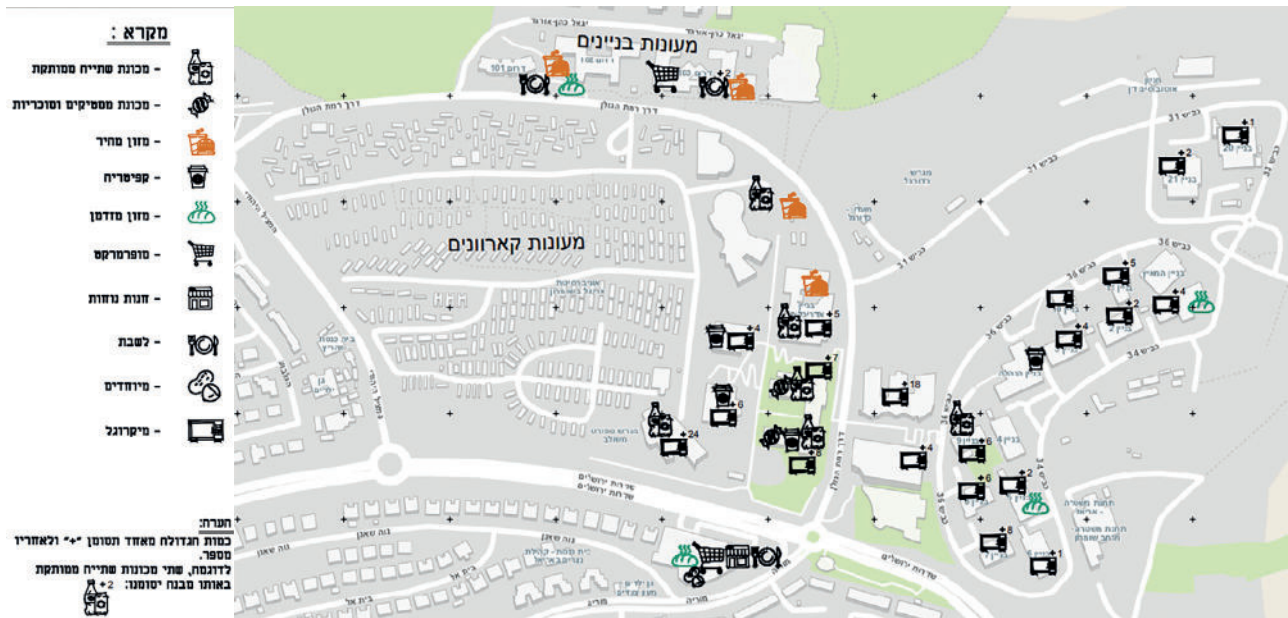
כלי הסקירה NEMS נבנה על פי ההנחיות התזונתיות של ה-USDA (United States Department of Agriculture), ועל כן בוצעו התאמות להמלצות סל המזון הבריא של האגף לתזונה במשרד הבריאות הישראלי (9). בוצע תרגום מאנגלית לעברית ולהפך כמקובל, ובמהלכו הותאמו ארבע שאלות ב-NEMS-CD – להמלצות התזונתיות של משרד הבריאות באמצעות שינוי נוסח השאלות, וכן הותאמו ניסוחים של שתי שאלות ב-NEMS-S (טבלה מס' 2). ההתאמות התקבלו בהסכמה בין קבוצה של ארבע דיאטניות קליניות.

גבוה יותר מצביע על מקום ממכר המקדם אכילה בריאה. בשונה מכלי הסיקור המקורי, קטגוריות שאינן מקדמות אכילה בריאה קיבלו ניקוד שלילי. במחקר זה טווח הציונים נע בין (0) לבין (13). ציון גבוה יותר מצביע על מקום ממכר המעודד צריכת מזון שאינה בריאה.

Nutrition Environment Measures Survey for Supermarkets (NEMS-S)

קטגוריה זו משמשת להערכת זמינות, תמחור ואיכות של מזונות מקדמי בריאות במרכולים (8). ציון גבוה מצביע על רמה גבוהה יותר של מדדים אלה. כמו כן, נערכה השוואה בין היצע מזון במרכולים בהתאם לסל מזון בריא של משרד הבריאות (9). קידוד הציון להיצע המזונות מפורט בטבלה מס' 1. כן נערכה השוואת מחירים בין פרטים של מוצרי מזון שונים, כך למשל מאפים מדגנים מלאים לעומת מוצרים

מפה מס' 1: מיפוי נקודות ממכר מזון ותגוררי מיקרוגל באוניברסיטת אריאל



טבלה מס' 3: רשימת חנויות ממכר לפי אזורים וסיווג לסוג מקום ממכר המזון

NEMS-CD				NEMS-S	
אחרים	לשבת	ארוחות קלות	מזון מהיר	חנויות נוחות	מרכול
קליית יבגי	ג'פאניקה	שיבולת השרון	פארוק	YELLOW	שופרסל
	חומוס אליהו	מאפיית לחמן	דיקן הפיצה		קמפוס מרקט
	שווארמה גריל בר	שוקולטה	קרנף בשרי		
	בוב	קרנף חלבי	תאכלס (טוסט נקניק)		

קיצורים:

NEMS-CD – Nutrition Environment Measures Survey for Campus Dining; NEMS-S – Nutrition Environment Measures Survey for Supermarkets

כי ישנו מחסור בנקודות ממכר מזון באזור המזרחי של הקמפוס ("קמפוס עליון"), וכי מרבית נקודות ממכר המזון פרוסות בשלושת האזורים האחרים (צפוני, "קמפוס תחתון" ודרום-מזרחי); מחצית מנקודות הממכר של "המזון המהיר" נמצאות צמוד למעונות הסטודנטים, והמחצית השנייה בקרבה גאוגרפית של פחות מקילומטר מהמעונות. נקודות המזון שנסקרו וחלוקתן לקטגוריות מפורטות בטבלה מס' 3.

NEMS-CD

סביבה המעודדת אכילה בריאה

בסך הכול נסקרו 13 נקודות ממכר מזון. נקודה אחת הוגדרה כ"אחרים" ונכללה רק בחלק מן ההשוואות, מאחר שחלק מתתי-הקטגוריות היו לא-רלוונטיות עבורה. הדירוג הגבוה

חישוב ניקוד לפי כלי הסקירה

הניקוד הכולל שקיבלה כל קטגוריה ("מזון מהיר", "ארוחות קלות", "לשבת" ו"אחרים") חושב על פי החלק היחסי של מספר נקודות הממכר שקיבלו ציון חיובי מתוך סך נקודות הממכר בקטגוריה. כך למשל, בקריטריון "מנות פתיחה בריאות" שתיים מתוך ארבע נקודות הממכר בקטגוריית "ארוחות קלות" קיבלו ציון חיובי, כך שהציון לקטגוריה בקריטריון זה יהיה 0.5.

ממצאים

בסך הכול בוצעו מיפוי וסקירה של 16 נקודות ממכר מזון בתוך הקמפוס ובסביבתו המיידית, והנקודות מוצגות בהמשך במפה מס' 1. סקירה של פיזור נקודות ממכר המזון מראה

טבלה 4: ציון נקודות ממכר מזון לפי קריטריונים המעודדים אכילה בריאה / צריכת מזון בריא, אוניברסיטת אריאל, דצמבר 2022, באמצעות כלי סיקור NEMS-CD

קטגוריה	כל נקודות הממכר (n=12)*	"מזון מהיר" (n=4)	"ארוחות קלות" (n=4)	"לשבת" (n=4)	"אחרים" (n=1)
ראשונות					
מנות פתיחה בריאות	1	0	0.5	0.5	0
סלטים בריאים כמנה עיקרית**	2	0.25	0.75	1	0
מקדמי אכילה בריאה					
מידע תזונתי נגיש באינטרנט	0	0	0	0	0
בתפריט יש מידע תזונתי או פריטים בריאים המסומנים**	0.25	0	0	0.25	-
שילוט המדגיש מזונות בריאים בתפריט	0.25	0	0	0.25	-
שילוט המעודד אכילה בריאה	0	0	0	0	-
מידע תזונתי זמין בנקודת הרכישה	0.25	0	0.25	0	0
עידוד הזמנות/חלופות בריאות	1.5	0	0	0.5	1
תוספות					
פירות ללא סוכר	1	0	0	0	1
מזונות מדגנים מלאים	2.25	0.5	0.75	0	1
ירקות לא-מטוגנים	1.75	0.25	0.5	1	0
צ'יפס אפוי (חטיף)	1.25	0.25	0	0	1
דגני בוקר בריאים	1	0	0	0	1
"בר" סלטים	1	0.25	0.25	0.5	0
תמחור					
ארוחה עסקית משולבת זולה יותר מרכישת פרטי מזון בודדים**	2.25	1	0.5	0.75	-
מנות קטנות זולות מהרגילות	2.25	0.75	0.75	0.75	-
סה"כ (סטיית תקן)	1.5 (0.81)	3.25 (2.63)	4.25 (2.63)	5.5 (2.08)	5

קיצורים:

NEMS-CD – Nutrition Environment Measures Survey for Campus Dining

* ללא נקודות ממכר תחת קבוצת "אחרים"

** בוצע שינוי בהגדרה

הניקוד הכולל שקיבלה כל קטגוריה ("מזון מהיר", "ארוחות קלות", "לשבת" ו"אחרים") חושב על פי החלק היחסי של מספר נקודות הממכר שקיבלו ציון חיובי מתוך סך נקודות הממכר בקטגוריה

הממכר היו המנות הקטנות זולות יותר מהמנות הרגילות; עם זאת לא היה אפשר לסווג את הרכב הארוחה למזון בריא או לא-בריא, שכן היה הבדל בסוג המזון בין נקודות הממכר. בטבלה 4 ניתן לראות את פירוט הציונים (ממוצע±סטיית תקן) על פי חלוקה לקטגוריות.

סביבה שאינה מעודדת אכילה בריאה

נמצא כי הקטגוריות "מזון מהיר" ו"לשבת" קיבלו ציון זהה וגבוה יותר משאר הקטגוריות (5±1.83 ו-5±1.41, בהתאמה), המעיד על עידוד אכילה שאינה בריאה בנקודות ממכר מזון אלו. הקטגוריה "ארוחות קלות" קיבלה ציון 4.75±2.36. נמצא כי ב-100% מנקודות הממכר מוצעים משקאות קלים וכי ב-92% מנקודות הממכר מוצעים משקאות ממותקים בממתקים מלאכותיים; שני הסוגים אינם מומלצים בידי

ביותר ניתן לקטגוריה של נקודות הממכר מסוג "לשבת" (5.5±2.08) ולאחר מכן ל"ארוחות קלות" (4.25±2.63). נקודות ממכר מסוג "מזון מהיר" (n=4) קיבלו את הציון הנמוך ביותר מבין קטגוריות הממכר (3.25±2.63). ב-61% מנקודות הממכר נמכרים סלטים בריאים כמנה עיקרית, במחצית ישנו "בר" סלטים להרכבה אישית. ב-53% מכלל הנקודות נמכרו ירקות לא-מטוגנים כתוספת. למיעוט מנקודות הממכר (כמו "קליית יבגי" ו"שיבולת השרון") נמצא אתר אינטרנט זמין, אך הוא לא הכיל מידע או הרכב תזונתי. באתר מסעדת "ג'פאניקה" נמצא תפריט מפורט, הכולל את רכיבי המזון במנות ופירוט של אלרגנים במנות, בהסתייגות כי "המוצרים אינם מיוצרים בסביבה נטולת חומרים אלרגניים". ב-75% מנקודות הממכר הוצעה ארוחה עסקית, שהייתה ארוחה זולה יותר מאשר רכישת פריטי המזון כבודדים. כמו כן, ב-75% מנקודות

טבלה 5: ציון נקודות ממכר מזון לפי קריטריונים המהווים חסמים לאכילה בריאה / לצריכת מזון בריא, אוניברסיטת אריאל, דצמבר 2022, באמצעות כלי סיקור NEMS-CD

קטגוריה	כל נקודות הממכר n=12*	"מזון מהיר" (n=4)	"ארוחות קלות" (n=4)	"לשבת" (n=4)	"אחרים" (n=1)
חסמים לאכילה בריאה					
שילוט המעודד אכילה לא-בריאה**	0.50	0.50	0.50	0.50	0.00
עידוד צריכה של מנות גדולות	0.67	1.00	0.25	0.75	0.00
שילוט המעודד אכילה יתר	0.50	0.50	0.25	0.75	0.00
שילוט שאינו מעודד בקשות מיוחדות	0.25	0.50	0.25	0.00	0.00
אכול כפי יכולתך או מילוי חוזר שאינו מוגבל	0.08	0.00	0.00	0.25	0.00
תמחור					
הקטנת גודל מנות מוצע	0.17	0.25	0.00	0.25	-
מזון בריא יקר יותר מהרגיל	0.42	0.25	0.50	0.50	-
תשלום נוסף עבור מנה ראשונה משותפת	0.00	0.00	0.00	0.00	-
משקאות					
משקאות דיאט	0.92	0.75	1.00	1.00	1.00
מיץ פירות 100% טבעי	0.42	0.25	1.00	0.00	1.00
משקאות קלים	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
סה"כ (סטיית תקן)	4.92±1.83	5.00±1.83	4.75±2.3	5.00±1.41	3.00

קיצורים:

NEMS-CD – Nutrition Environment Measures Survey for Campus Dining

הניקוד הכולל שקיבלה כל קטגוריה ("מזון מהיר", "ארוחות קלות", "לשבת" ו"אחרים") חושב על פי החלק היחסי של מספר נקודות הממכר שקיבלו ציון חיובי מתוך סך נקודות הממכר בקטגוריה

זאת היצע מוצרי החלב ותחליפים מהצומח היה דומה להיצע במרכולים. פירוט הציונים מופיע בטבלה מס' 6.

חנויות המרכולים כללו מגוון רב יותר של מוצרים לעומת חנות הנוחות, ולא היה אפשר להשוות בכל הקטגוריות. בשלוש נקודות הממכר נמצא כי שמן זית היה יקר יותר משמן סויה, ותה ירוק היה יקר יותר מתה רגיל. כמו כן, בשני המרכולים לחם פשוט מלא היה יקר יותר מלחם אחיד פרוס, ואורז מלא היה יקר יותר מאורז רגיל (מוצרים אלה אינם מוצעים בחנות הנוחות). לא נמצא הבדל בין עלויות הגבינות הלבנות (5% מול 9% שומן) בשלוש נקודות הממכר.

השוואת מחירים בין המרכולים לפי זמינות מוצרי מזון הכלולים ב"סל מזון בריא" הראתה כי בסניף "שופרסל" אותרו כל הפריטים הנכללים בסל הבריא, בעוד שב"קמפוס מרקט" היו חסרים שמונה מוצרים (נספח מס' 1). לאור זאת, השוואת הסלים כללה את המוצרים התואמים לסל המזון הבריא והקיימים במלאי של שני המרכולים. עלות סל המזון הבריא ב"שופרסל" עמדה על 668.78 ש"ח, בעוד שהעלות ב"קמפוס מרקט" עמדה על 826.04 ש"ח, פער של 157.26 ש"ח (23.5%). השוואת סלי המזון מוצגת בגרף מס' 1.

מיפוי של נקודות ממכר מזון ושל תנורי מיקרוגל באוניברסיטת אריאל מוצג במפה מס' 1. בסך הכול ישנם

משרד הבריאות (9). ב-50% מהנקודות נמצא שילוט המעודד אכילה שאינה בריאה, ו-75% מהנקודות עודדו צריכת מנות גדולות. 41% מן הנקודות דרשו מחירים גבוהים יותר עבור מזונות בריאים יותר. ממוצע הציונים לקטגוריות של נקודות ממכר מזון מופיע בטבלה מספר 5. הציונים מוצגים כממוצע ± סטיית תקן.

NEMS-S

בסך הכול מופו שלוש נקודות ממכר בקטגוריה זו: שני מרכולים ("שופרסל" ו"קמפוס-מרקט") וחנות נוחות אחת ("Yellow"). ההשוואה בין נקודות הממכר נעשתה לפי זמינות מוצרי המזון הנכללים ב"סל מזון בריא" של משרד הבריאות (9). נמצא דמיון רב בין היצע המוצרים ב"שופרסל" וב"קמפוס-מרקט" לעומת ההיצע ב"Yellow" (ניקוד 14 ו-13.5 לעומת 6.0); היצע המזון במרכולים תומך בהמלצות משרד הבריאות לסל מזון בריא וכולל פירות וירקות טריים (למעלה מ-75% מהם נמצאו ראויים למאכל), היצע רחב של דגנים מלאים, מוצרי חלב ותחליפים מהצומח, שמן זית, אגוזים, זרעים וקטניות. היצע מוצרי המזון הבריאים ב"Yellow" היה דל מאוד בהשוואה לשני המרכולים. בחנות הנוחות אין נמכרים פירות וירקות טריים, קטניות, ביצים, עופות או דגים. עם

טבלה מס' 6: השוואה של מספר חלופות מזון זמינות לפי קטגוריות כלי סיקור NEMS-S, חנויות בקרבת אוניברסיטת אריאל, דצמבר 2022

Yellow	ממוצע מרכולים	קמפוס-מרקט	שופרסל	זמינות של אפשרויות בריאות לפי סל מזון בריא
0	2	2	2	היצע של ירקות טריים
0	2	2	2	היצע של פירות טריים
1	2	2	2	היצע של דגנים מלאים
				אורז מלא ארוך 1 ק"ג
				לחם מלא 750 גרם
				לחמניות דגנים קלות מקמח מלא 6 * 54 גרם
				פיתה כפרית מקמח מלא 5 * 100 גרם
				פסטה ספגטי חיטה מלאה 500 גרם
				שיבולת שועל הולנדי 500 גרם
				קינואה 500 גרם
				קמח חיטה מלא 1 ק"ג
				גרעיני תירס מתוק בלי תוספת סוכר 550 גרם
2	2	2	2	היצע של מוצרי חלב ותחליפים מהצומח
				גבינה לבנה 5% 250 גרם
				חלב טרי בקרטון 3% 1 ליטר
				משקה סויה לא-ממותק 1 ליטר
				טופו הבית במרקם קשה 300 גרם
				יוגורט ביו 3% טבעי 200 גרם
2	2	2	2	היצע של שמן זית, אגוזים וזרעים
				אגוזי מלך קלופים 200 גרם
				טחינה גולמית משומשום מלא 500 גרם
				פקאן טבעי מקולף 200 גרם
				אגוז קשוי טבעי 200 גרם
				שמן זית כתית מעולה 750 מ"ל
				שקד טבעי 200 גרם
1	2	2	2	היצע של קטניות
				עדשים ירוקות 500 גרם
				חומס יבש 500 גרם
				שעועית לבנה יבשה 500 גרם
				אפונה עדינה קפואה 600 גרם
				גרירי חומס מבושלים קפואים 800 גרם
				פול ירוק קפוא 800 גרם
				שימורי אפונת גינה גדולה 550 גרם
0	1.5	1	2	היצע של ביצים, עופות ודגים
				ביצים רגילות גודל גדול (L) 12 יחידות
				חזה עוף טרי שלם (כשרות רגילה) 1 ק"ג
				נתחי טונה בהירה בשמן צמחי 4 * 160 גרם
				עוף שלם טרי (כשרות רגילה) 1 ק"ג
6	13.5	13	14	פילה סלמון קפוא 1 ק"ג
				סה"כ
0.90±0.86	0.19±1.93	0.38±1.86	0.00±2.00	ציון ממוצע לקטגוריות ± סטיית תקן

קיצורים:

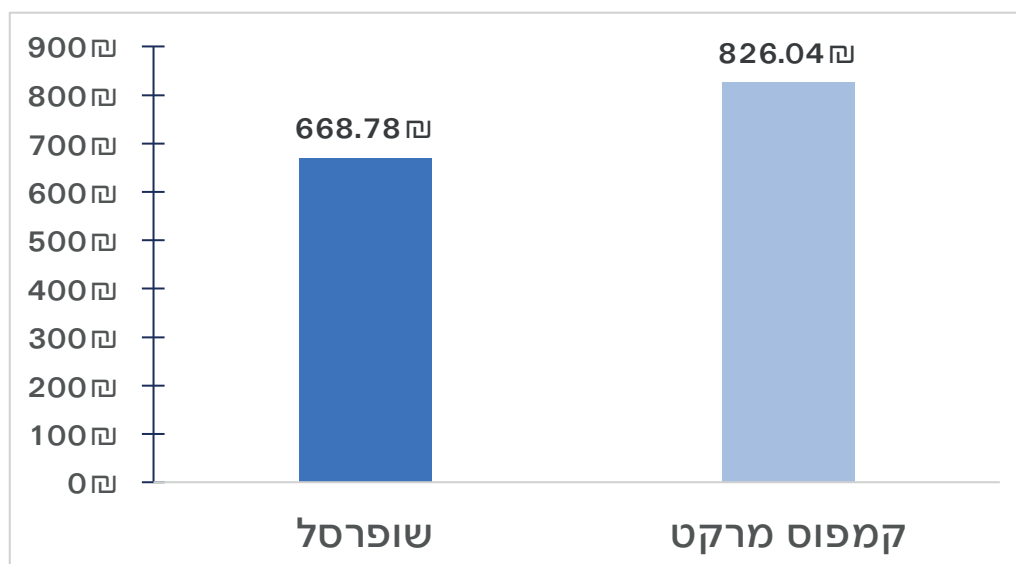
NEMS-S – Nutrition Environment Measures Survey for Supermarkets

נספח 1: השוואת עלות סל מזון בריא בין שני סניפים של רשתות מזון בעיר אריאל, דצמבר 2022

מוצרים	כמות (לפי סל מזון בריא)	שופרסל (עלות בש"ח)	קמפוס מרקט (עלות בש"ח)
מלפפון	1 ק"ג	6.9	7.8
עגבנייה	1 ק"ג	6.9	9.9
פלפל	1 ק"ג	9.9	12.9
גזר	טרי, ארוז בשקית במשקל	1.9	5.9
חסה ערבית	1 יח'	5.9	6.9
קישוא	1 ק"ג	8.9	9.9
בננה	1 ק"ג	4.9	11.1
כרוב	1 ק"ג	1.9	7.9
בטטה	1 ק"ג	9.9	11
בצל	1 ק"ג	4.9	5.9
קולורבי	1 ק"ג	9.9	11.9
בצל ירוק	1 יח'	3.9	5.9
פטירות שמפיניון סלסלה	1 יח'	15.9	10.5
סלרי אמריקאי	1 יח'	5.9	6.9
שום יבש	200 ג'	5.9	8.9
צנונית	מארוז	5	אין
תפוח עץ גרנד סמיט	1 ק"ג	10.9	14.9
תפוח אדמה לבן ארוז	1 ק"ג	3.9	5.9
סלק אדום	1 ק"ג	4.9	15.8
פטרוזיליה	1 יח'	3.9	4.9
כוסברה	1 יח'	3.9	4.9
תפוחת ברוקולי קפואה	800 ג'	16.9	24.9
שעועית עדינה שלמה קפואה	60 ג'	12.9	אין
כרובית קפואה	800 ג'	12.9	22.9
גבינה 5%	250 ג'	4.9	4.98
חלב טרי בקרטון 3%	1 ליטר	6.23	6.23
משקה סויה לא-ממותק	1 ליטר	9.9	11.9
יוגורט ביו 3% טבעי	200 ג'	3.7	2.7
טופו במרקם קשה	300 ג'	12.5	13.9
אגוזי מלך קלופים	200 ג'	14.9	23.86
טחינה גולמית משומשום מלא	500 ג'	12.9	11.9
פקאן טבעי מקולף	200 ג'	25.9	29.2
אגוז קשיו טבעי	200 ג'	17.9	אין
שמן זית כתית מעולה	750 מ"ל	35.9	29.9
שקד טבעי	200 ג'	17.9	אין
עדשים ירוקות	500 ג'	7.9	8.9
חומוס יבש	500 ג'	9.9	9.9
שעועית לבנה יבשה	500 ג'	9.45	10.9
אפונה עדינה קפואה	600 ג'	12.9	17.9
גרגרי חומוס מבושלים קפואים	800 ג'	19.7	16.9
פול ירוק קפוא	800 ג'	23.6	21.9
שימורי אפונת גינה גדולה	550 ג'	6.5	7.9
אורז מלא ארוך	1 ק"ג	13.9	12.9

מוצרים	כמות (לפי סל מזון בריא)	שופרסל (עלות בש"ח)	קמפוס מרקט (עלות בש"ח)
נספח 1: השוואת עלות סל מזון בריא בין שני סניפים של רשתות מזון בעיר אריאל, דצמבר 2022 (המשך)			
לחם פשוט מלא	750 ג'	14.9	13.9
לחמניות דגנים קלות מקמח מלא	6 יח*54 ג'	9.9	11.9
פיתה כפרית מקמח מלא	5 יח*100 ג'	17.9	18.9
פסטה ספגטי חיטה מלאה	500 ג'	7.5	6.9
שיבולת שועל הולנדית	500 ג'	9.9	16.9
קינואה	500 ג'	12.9	אין
קמח חיטה מלא	1 ק"ג	6.9	אין
גרעיני תירס מתוק ללא תוספת סוכר	550 ג'	9.9	7.9
כורכום טחון בשקית	80 ג'	6	9.9
כמון טחון בשקית	80 ג'	6	7.92
מלח ים מועשר ביוד	250 ג'	3	אין
פלפל שחור טחון בשקית	80 ג'	9.9	9.9
פפריקה מתוקה בשמן	80 ג'	5.2	9.9
רסק עגבניות ריכוז 22	4 יח*100 ג'	6	5.2
תה ירוק	125 ג'	14	24.9
תמר מג'הול	1 ק"ג	26.9	25.9
ביצים רגילות L	12 יח'	11.5	12.05
נתחי טונה בהירה בשמן צמחי	4 יח*160 ג'	21.9	24.9
עוף שלם טרי	1 ק"ג	18.9	אין
פילה סלמון קפוא	1 ק"ג	69.9	99.9
חזה עוף טרי שלם	1 ק"ג	30	49.9
סה"כ		764.18	826.04

גרף מס' 1: השוואת עלות מזון לפי הרכב "סל מזון בריא" בין סניפי "שופרסל" ו"קמפוס מרקט" בקרבת אוניברסיטת אריאל, דצמבר 2022



117 תנורי מיקרוגל אשר מפוזרים ברחבי האוניברסיטה, הן ב"קמפוס העליון" והן ב"קמפוס התחתון", כפי שמוצג במפה.

דיון ומסקנות

מחקר זה סקר בחודש דצמבר 2022 את זמינות ואת איכות המזון בקמפוס אוניברסיטאי אחד בישראל לפי אמות מידה בינלאומיות. מיפוי סביבת המזון בחלוקה גאוגרפית כלל 16 נקודות ממכר מזון מסוגים שונים. המיפוי חשף הבדלים בזמינות ובפיזור גאוגרפי ברחבי הקמפוס, ובייחוד באזור המזרחי של האוניברסיטה לעומת יתר האזורים. ציוני איכות המזון ומחיריו משקפים סביבה אובסוגנית, לרוב לצד מחירים גבוהים.

בחינת הפיזור של נקודות ממכר המזון בקמפוס מעלה כי באזור המזרחי ("קמפוס עליון") ישנו מחסור בנקודות ממכר מזון. התפלגות לא-מספקת של נקודות ממכר מזון עשויה להוביל את הסטודנטים לקושי בהזנה בזמנם הפנוי בין השיעורים ולשיבוש בהרגלי האכילה. זאת ועוד, ישנה הצטברות של נקודות ממכר "מזון מהיר" בסביבה המיידית של אזורי המחיה העיקריים של הסטודנטים, בדומה למתואר בסביבות קמפוסים אחרים בעולם (10). בהתחשב בכך שבחירות המזון של סטודנטים מושפעות בעיקר מזמינות המזון ומקרבתו, זמינות גבוהה של מזון מהיר עשויה לתרום לבחירות מזון בריאות פחות של סטודנטים ולהיות חסם בפני מי שמעוניינים לאכול בריא (11).

פיזור תנורי המיקרוגל ברחבי הקמפוסים באוניברסיטת אריאל מאפשר להרחיב את מגוון מקורות המזון עבור הסטודנטים והעובדים, כך למשל למזון שהוכן מראש במטבח ביתי. במחקר שנערך על 130 סטודנטים באוניברסיטה בקזבלנקה נמצא, כי בארוחות ביתיות היה שיעור הקלוריות שמקורן בשומן בארוחה נמוך יותר משמעותית (30%) לעומת שיעור הקלוריות שמקורן בשומן במזון הנרכש באוניברסיטה (34%), וכן כי שיעור הקלוריות מחלבון בארוחה היה גבוה יותר בארוחות הביתיות (16%) לעומת מזון הנרכש באוניברסיטה (14%) (12). כמו כן, מחקר חתך שנערך בקרב 689 סטודנטים מ-40 אוניברסיטאות בגרמניה מצא כי החסמים העיקריים לצריכת מזון בריא הם חוסר זמן, מחסור בארוחות בריאות בנקודות ממכר מזון באוניברסיטה וכן מחירים גבוהים של מזונות בריאים (13). הימצאות תנורי מיקרוגל ברחבי הקמפוס יכול לספק מענה לשלושת חסמים אלו.

בדומה לממצאים מאוניברסיטאות אחרות בעולם, סביבת המזון בקמפוס אוניברסיטת אריאל חסרה היצע ומגוון של מזונות מקדמי בריאות, והיא מציעה מגוון גדול של מזונות מעובדים, עתירי אנרגיה, שומן וסוכר במחיר נמוך יותר בהשוואה לחלופות בריאות (3,14,15). במיפוי שכלל את

נקודות ממכר המזון, שאינן מרכולים, נקודות ממכר שסווגו כ"לשבת" וכללו מסעדות ובתי קפה עם שירות מלא קיבלו את הדירוג הגבוה ביותר כסביבה המעודדת אכילה בריאה. עם זאת גם במיפוי של חסמים לאכילה בריאה קיבלו נקודות הממכר שסווגו כ"לשבת" את הציון הגבוה ביותר, יחד עם נקודות ממכר של "מזון מהיר". נקודות הממכר שסווגו כ"מזון מהיר" קיבלו לרוב את הניקוד הנמוך ביותר. ממצאים אלו הם בהלימה לממצאים מקמפוסים בעולם. כך למשל, מחקר מקליפורניה מצא כי נקודות הממכר שסווגו כמזון מהיר קיבלו לרוב את הניקוד הנמוך ביותר (7), כך גם מחקר מאוסטרליה (6). מחקר עדכני מאוניברסיטת New South Wales באוסטרליה, שסקר 52 נקודות ממכר מזון (כולל מזונות, מסעדות ומכונות), הראה כי רק כ-43.9% מהם הכילו מעל 75% מהמזונות המסומנים באוסטרליה כ"מזון בריא" (14). מחקר מניו זילנד מצא, שלאחר סקירה של 57 נקודות ממכר מזון היה הציון החציוני לאיכות המזון 79 מתוך 199 בלבד (טווח בין-רבעוני=7) (1).

המוצר הזמין ביותר לרכישה בנקודות ממכר המזון בקמפוס היה שתייה מתוקה המוצעת ב-100% מנקודות הממכר, בדומה לממצאי מחקרים מקמפוסים אחרים בעולם (7,3). צריכת משקאות עתירי אנרגיה ידועה כגורם סיכון עצמאי להשמנת יתר, לסוכרת ואף לכבד שומני לא-אלכוהולי (17,16). זמינות גבוהה של משקאות קלים נמצאה קשורה לצריכה מוגברת שלהם בידי תלמידי תיכון ואוניברסיטאות (18-20). כמו כן, נמצא כי שתייה ממותקת בממתקים מלאכותיים מוצעת ב-92% מנקודות ממכר המזון. אחד השינויים שיושמו בסקירה זו הוא ההתייחסות לשתייה מסוג זה כ"לא בריאה" במידה דומה לשתייה ממותקת בסוכר, עקב ממצאים עדכניים ממחקרים שונים אשר מעידים על קשר בין צריכת שתייה ממותקת בממתקים מלאכותיים ועודף משקל או השמנה ומחלות כרוניות כמו סוכרת ויתר לחץ דם (17). עם זאת ישנם מחקרים שלא מצאו קשר בין צריכת משקאות ממותקים בממתקים מלאכותיים לתוצאי בריאות שליליים (21), ויש להמשיך ולעקוב אחר ממצאים אלו.

בנושא של שיווק פריטי מזון או ארוחות ותמחורם נמצא כי ישנה העדפה לשיווק של פריטים ושל ארוחות לא-בריאות ולעידוד של צריכת מנות מזון גדולות, וכן גביית מחיר גבוה יותר על פריטים או על ארוחות המכילים הרכב בריא יותר. כל אלו הם חסמים משמעותיים להעדפות מקדמות בריאות (6,5). מחקרים התערבותיים בסביבת קמפוסים העלו, כי אחד מכלי ההתערבות שנמצאו יעילים לשיפור צריכת מזון בריא בקרב סטודנטים הוא העלאת מחירים של פריטי מזון שאינם בריאים, הורדת מחירים של פריטי מזון בריאים וכן קידום מכירות של פריטים אלו, ללא פגיעה ברווחיות המכירות (22,6,1).

באשר לציוני איכות המזון הנמכר, הסיקור העלה כי

בריאות. בהקשר זה נציין, כי תוצאות עבודה זו הוצגו בפני פאנל מקבלי החלטות ובכירים באוניברסיטת אריאל כצעד ראשון להעלאת המודעות לצורך בסביבת מזון מקדמת בריאות בקמפוס ובסביבתו, וממצאי מחקר זה מציעים הזדמנות לקידום סביבת המזון בקמפוס ולמיצוב האוניברסיטה כקמפוס בריא.

המלצות אפשריות לקובעי מדיניות

1. קביעת סטנדרטים אוניברסיטאיים לסביבת מזון ומנגנון בקרה, אכיפה ושיפור;
2. ביצוע סקר סטודנטים ועובדים נרחב הן מהסגל האקדמי והן מאוכלוסיות עובדים אחרות המושפעים מסביבת המזון בקמפוס לצורך בחינת עמדות והתנהגויות אכילה;
3. שילוב סגל מהמחלקה למדעי התזונה בוועדת מכרזים לספקי מזון באוניברסיטה;
4. הוספת קורס העשרה "מבוא לתזונה" כחלק מתוכנית הלימודים לסטודנטים;
5. סימון מוצרים העומדים בסטנדרט "בריא" ושיווקם במסגרת "החבילה הבריאה" במחיר שיוסכם מול הספק;
6. אספקת "תו תקן" עסק מעודד בריאות מטעם המחלקה לתזונה באוניברסיטה;
7. הפנינג יום בריאות עבור סטודנטים וזכיינים בשיתוף תעשיית המזון לטובת חשיפה למוצרי מזון בריאים הקיימים בשוק לצורך הגדלת הגיוון המוצע.

תודות: ברצוננו להודות לחברינו לצוות ביצוע המיפוי מור מרגלית, חן אורן, מורן כוכבי, חגי לוי ואורה פרידמן, על שהיו חלק אינטגרלי מהצוות וסייעו באיסוף הנתונים המשמשים בסיס למאמר זה.

מקורות

1. Roy R, Soo D, Conroy D, Wall CR, Swinburn B. Exploring university food environment and on-campus food purchasing behaviors, preferences, and opinions. J Nutr Educ Behav. 2019 Jul 1;51(7):865-75.
2. Swinburn B, Sacks G, Vandevijvere S, Kumanyika S, Lobstein T, Neal B, et al. INFORMAS (International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): overview and key principles. Obes Rev. 2013 Oct;14 Suppl 1:1-12.
3. Martinez-Perez N, Telleria-Aramburu N, Insúa P, Hernández I, Telletxea S, Ansotegui L, et al. On-campus food purchase behaviors, choice determinants, and opinions on food availability in a Spanish university community. Nutrition. 2022;103-104:111789.
4. Jiang Y, Wang J, Wu S, Li N, Wang Y, Liu J, et al. Association between take-out food consumption and obesity among Chinese

מרכולים הם נקודות עדיפות מבחינה בריאותית לעומת יתר סוגי נקודות הממכר שנסקרו (23,7). מרכולים מכילים מוצרי מזון גולמיים, ובהם פירות וירקות טריים, דגנים מלאים, אגוזים ושקדים, מוצרי חלב, ביצים, דגים ועוד, אשר עומדים בקריטריונים לסל המזון הבריא של משרד הבריאות הישראלי (9). על כן יש עדיפות להימצאות מרכולים לא רק בסביבת הקמפוס, כי אם גם בתוכו. השוואה של מחירי סל המזון הבריא במיפוי העלתה, כי יש הפרש מחירים של 23.5% בעת רכישת סל מזון בריא בין רשת המרכולים הארצית שנסקרה ("שופרסל") לסופרמרקט המיועד לשמש את אוכלוסיית הסטודנטים ("קמפוס-מרקט"), המוכר את הסל במחירים גבוהים יותר.

למחקר זה יש כמה חוזקות: המיפוי הגאוגרפי כלל הן את נקודות ממכר המזון בקמפוס והן את נקודות ממכר המזון בסביבה המיידית, ביציאה מהקמפוס משני צדדיו, ובכך הוא מייצג היטב את סביבת המזון שאליה חשופים הסטודנטים; בוצע דירוג נקודות ממכר מזון בהתאם לסל מזון בריא לשנת 2022, המשקף את ההמלצות הלאומיות באמצעות שאלון שעבר בדיקה של ארבע דיאטניות קליניות; איסוף המידע על היצע המזון במרכולים התבצע בשני מועדים שונים, ונערך ממוצע ביניהם לצורך הקטנת ההטיה הקשורה לתנודות בנתונים אלו; כלי הסיקור התייחס הן לרכיבי התזונה של האוכל והן לסביבת המזון, כך למשל למחיר, לשילוט ולנגישות; צוות המחקר כלל עשרה אנשי מקצוע מתחום המדע והבריאות, מה שהגדיל את הבקרה הפנימית בתהליכי המחקר. לצד החוזקות ישנן כמה מגבלות למחקר: במחקר נערכה בחינה של היצע המזונות בנקודות ממכר המזון, אולם לא נאסף מידע בנוגע לרכישה שלהם – כלומר, האם המזון נרכש ונצרך? באיזו כמות? ומי האוכלוסייה שצורכת, האם הסטודנטים בהכרח או תושבים או מזדמנים אחרים? כמו כן יש חוסר אחידות בין המאפיינים השונים של נקודות הממכר, מה שהקשה על ההשוואה ביניהן; כחלק מהתאמת השאלון לישראל הותאמה גם הגדרת מזון בריא להמלצות הלאומיות בישראל, ובהתאם לכך שונה גם נוסח השאלות בשאלונים, כך שלא היה אפשר להשוות את תוצאות הסקר שלנו לתוצאות ברחבי העולם; לא בוצעה סכמה של כלל המוצרים המוגדרים "בריאים" לעומת כלל המוצרים המוגדרים "לא-בריאים", בדיקה שהייתה יכולה לדייק בהתייחסות להיצע הפריטים אלה מול אלה.

סקירה של סביבת המזון בקמפוס אוניברסיטת אריאל מעלה כי מדובר בסביבה אוניברסיטתית, שאיננה מקדמת בריאות. יש ריכוז גבוה של נקודות ממכר המאופיינות במכירת מוצרי מזון המקושרים עם תוצאי בריאות שליליים, בייחוד בקרבת מעונות הסטודנטים. יש מקום לערוך חשיבה אסטרטגית לצורך שינוי ההיצע התזונתי העומד לפתחם של הסטודנטים ושל העובדים באוניברסיטה והפיכתה לאוניברסיטה מקדמת

15. Whatnall MC, Patterson AJ, Chiu S, Oldmeadow C, Hutchesson MJ. Feasibility and preliminary efficacy of the eating advice to students (EATS) brief web-based nutrition intervention for young adult university students: a pilot randomized controlled trial. *Nutrients*. 2019 Apr 23;11(4):905.
16. Zhang S, Gu Y, Bian S, Lu Z, Zhang Q, Liu L, et al. Soft drink consumption and risk of nonalcoholic fatty liver disease: results from the Tianjin Chronic Low-Grade Systemic Inflammation and Health (TCLSIH) cohort study. *Am J Clin Nutr*. 2021 May 8;113(5):1265-74.
17. Qin P, Li Q, Zhao Y, Chen Q, Sun X, Liu Y, et al. Sugar and artificially sweetened beverages and risk of obesity, type 2 diabetes mellitus, hypertension, and all-cause mortality: a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Eur J Epidemiol*. 2020 Jul;35(7):655-71.
18. Terry-McElrath YM, O'Malley PM, Johnston LD. School soft drink availability and consumption among U.S. secondary students. *Am J Prev Med*. 2013 Jun;44(6):573-82.
19. Popkin BM, Hawkes C. Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2016 Feb;4(2):174-86.
20. Bawadi H, Khataybeh T, Obeidat B, Kerkadi A, Tayyem R, Banks AD, et al. Sugar-sweetened beverages contribute significantly to college students' daily caloric intake in Jordan: soft drinks are not the major contributor. *Nutrients*. 2019 May 11;11(5):1058.
21. Tepler A, Hoffman G, Jindal S, Narula N, Shah SC. Intake of artificial sweeteners among adults is associated with reduced odds of gastrointestinal luminal cancers: a meta-analysis of cohort and case-control studies. *Nutr Res*. 2021 Sep;93: 87-98.
22. Lee KM, Dias GM, Boluk K, Scott S, Chang YS, Williams TE, et al. Toward a healthy and environmentally sustainable campus food environment: a scoping review of postsecondary food interventions. *Adv Nutr*. 2021 Oct 1;12(5):1996-2022.
23. Gamba RJ, Schuchter J, Rutt C, Seto EY. Measuring the food environment and its effects on obesity in the United States: a systematic review of methods and results. *J Community Health*. 2015 Jun;40(3):464-75.
- university students: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Mar 25;16(6):1071.
5. Hilger J, Loerbroks A, Diehl K. Eating behaviour of university students in Germany: dietary intake, barriers to healthy eating and changes in eating behaviour since the time of matriculation. *Appetite*. 2017 Feb 1;109:100-107.
6. Roy R, Hebden L, Kelly B, De Gois T, Ferrone EM, Samrout M, et al. Description, measurement and evaluation of tertiary-education food environments. *Br J Nutr*. 2016 May;115(9):1598-606.
7. Tseng M, DeGreef K, Fishler M, Gipson R, Koyano K, Neill DB. Assessment of a university campus food environment, California, 2015. *Prev Chronic Dis*. 2016 Feb 4;13:E18.
8. Glanz K, Sallis JF, Saelens BE, Frank LD. Nutrition Environment Measures Survey in stores (NEMS-S): development and evaluation. *Am J Prev Med*. 2007 Apr;32(4):282-89.
9. משרד הבריאות. סל מזון בריא [אינטרנט]. 2021 [נצפה ביום 2.5.2023]. <https://www.gov.il/he/departments/publications/reports/healthy-food-basket-presentation> נדלה מתוך:
10. Mensah DO, Yeboah G, Batame M, Lillywhite R, Oyebo O. Type, density, and healthiness of food-outlets in a university foodscape: a geographical mapping and characterisation of food resources in a Ghanaian university campus. *BMC Public Health*. 2022 Oct 13;22(1):1912.
11. Pitt E, Gallegos D, Comans T, Cameron C, Thornton L. Exploring the influence of local food environments on food behaviours: a systematic review of qualitative literature. *Public Health Nutr*. 2017 Sep;20(13):2393-405.
12. Elarbaoui M, Jafri A, Makhoulouki H, Ellahi B, Derouiche A. Supply of energy and selected nutrients in meals consumed by Moroccan students at home and on a university campus. *Rocz Panstw Zakl Hig*. 2022;73(3):285-91.
13. Hilger-Kolb J, Diehl K. "Oh God, I have to eat something, but where can I get something quickly?" – a qualitative interview study on barriers to healthy eating among university students in Germany. *Nutrients*. 2019 Oct 14;11(10):2440.
14. Coyle DH, Sanavio L, Barrett E, Huang L, Law KK, Nanayakkara P, et al. A cross-sectional evaluation of the food environment at an Australian university campus. *Nutrients*. 2023 Jan;15(7):1623.

גילנות במכוני כושר בישראל

אסתר הרצוג ואסף לב

המאמר המלא:

Hertzog, E., & Lev, A. (2023). Filthy Old People: Ageism in Israeli Gyms. *Anthropology of the Middle East*, 18(1), 56-73. Retrieved Sep 18, 2023.

תקציר

רקע: פעילות גופנית בחדר הכושר, כמו פעילויות ספורט אחרות, עונה על הצרכים השונים של המתאמנים. בהתבסס על מחקר אתנוגרפי, מאמר זה בוחן גילנות בהקשר של חדרי כושר בישראל.

מטרות: המאמר בחן את תפקיד הגילנות באינטראקציות חברתיות בחדרי כושר. נראה שחדרי כושר מעודדים תפיסה סמויה וגלויה של 'נעורים' ו'זקנה', כקטגוריות שונות והפוכות במהותן. עם זאת, נראה כי דימויים והתנהגות, הנוגעים לגיל ומשקפים גיל, מושפעים מגורמים שונים, בהם מיקומו של חדר הכושר והאוכלוסייה המשתמשת בשירותיו. כמו כן, היחסים החברתיים בחדרי הכושר מושפעים מיחסי הכוחות והריבוד הגילי בחברה הרחבה. מכיוון שמאפיינים גופניים בולטים בסביבתו החברתית של חדר הכושר, הקשר זה משמש מרחב נוח לבחינת גילנות.

שיטות: מחקר איכותני אתנוגרפי שהתבסס על תצפיות משתתפים שבוצעו בשלושה חדרי כושר, וכן על שיחות עם מאמנים ומתאמנים כאחד.

תוצאות: הממצאים חושפים כי פעילות כושר נתפסת על ידי כל משתתפי חדר הכושר כמאפשרת הפחתת שבריריות וחולשה גופנית. הממצאים מדגימים שהיחס למתאמנים מבוגרים נע מעידוד ועד לבוז ולהתעלמות. עם זאת, נמצאו הבדלים משמעותיים, בהתאם להקשרים ולמצבים ספציפיים, למידת האינטגרציה החברתית ולמאפיינים נוספים. כך למשל, למיקום, לממד הזמן (שעות הפעילות), לגיל המתאמנים, לגיל המאמנים, וכן למאפייני הבעלים והנהלה יש השלכות וחיבור לביטויי הגילנות. יתרה מכך, העובדה שהמחקר בוצע על ידי שני חוקרים בגילים שונים באופן משמעותי (ומגדרים שונים) תרמה להדגשה נוספת של השפעת הגיל על התנהגות אנשים.

מסקנות והמלצות: דרך הניתוח האתנוגרפי, ניתן להסיק כי יחסי כוח בין קבוצות גיל מוטמעים באווירה החברתית של חדר הכושר. הם משתנים ותלויים בנסיבות, במצבים ובמקומות שבהם הם מתרחשים. ההתייחסות לאנשים מבוגרים בחדר הכושר מודגשת בשל הממד הפיזיולוגי הבולט בסביבה המאוד פעילה פיזית זו. 'להזדקן' מתגלה כמאיים אך גם מאתגר. תרגילי כושר והתמדה בפעילות גופנית נתפסים על ידי מתאמנים בכל הגילים כאמצעים להתרחקות מחולשה גופנית (ומהידרדרות הגוף). לפיכך, מוצע כי "זקנה" נתפסת על ידי משתתפי חדר כושר במונחים יחסיים ומושפעת מתנאים שונים ומהסביבה החברתית. לאור זאת, נראה כי יש צורך ללמוד עוד לגבי נושא ההשתלבות החברתית מול הפרדה חברתית בהתייחס לאנשים מבוגרים בסביבות שונות.

פעילות פנאי ככלי לקידום קשרים בין סטודנטים ערבים ויהודים בישראל

דבורה הירשטיין, ג'סיקה לייטנר, מחמד סינדיאני

המאמר המלא:

Devora Hellerstein, Jessica Leitner & Mahmood Sindiani (2023) Recreational activities as a tool for enhancing relations between Arab and Jewish students in an Israeli college, *Sport in Society*, 26:1, 27-44, DOI: 10.1080/17430437.2021.1967932

תקציר

רקע: עדויות מתוכניות "ספורט למען פיתוח ושלוש" (Sport for Development and Peace - SDP) מרחבי העולם ממחישות שפעילויות ספורט ופנאי מובנות מקדמות אינטראקציה בין אנשים מרקע תרבותי שונה, אשר במשך הזמן עשויה להוביל להבנה הדדית משמעותית יותר.

מטרות: על בסיס ראיות אלו, נבחנו השפעותיה של תוכנית פעילות פנאי על התנהגותם של סטודנטים ערבים ויהודים ישראלים לתואר ראשון (גיל ממוצע 23), הלומדים במכללה לחינוך גופני בישראל.

שיטות: סטודנטים ערבים ויהודים השתתפו בקורס "פנאי, תיירות וספורט לשלום". הסטודנטים נפגשו פעם בשבוע למשך סמסטר אחד. כחלק מדרישות הקורס, הם עיצבו, ארגנו והובילו פעילויות פנאי שאותן ערכו פעם בשבוע במשך חמישה שבועות רצופים. הפעילויות התקיימו באחת מהפסקות הלימודים בקמפוס. הם התבססו על פעילויות פנאי עם מעט מאוד תחרות או ללא תחרות שמטרתה ליצור אווירה מהנה, הדורשת שיתוף פעולה ואחדות כדי להצליח במשימות השונות. בכל פעילות שבועית השתתפו בממוצע 70 סטודנטים ובאירוע השיא של ריקודי עם ישראליים השתתפו כ-200 סטודנטים. הסטודנטים מילאו שאלונים לפני ואחרי ההשתתפות בתוכנית על עמדותיהם זה כלפי זה. משוב סטודנטים בכתב על התוכנית ותצפיות בעת הפעילויות נאספו על ידי אחד החוקרים.

תוצאות: הממצאים הצביעו על שינויים חיוביים בעמדות שני הצדדים.

מסקנות והמלצות: מחקר זה תומך בטיעון שספורט מהווה כלי, שתועלתו תלויה באופן השימוש בו. הוא בעל פוטנציאל להוביל לתוצאות חיוביות כמו אינטגרציה, אך גם עלול להוביל לתוצאות שליליות כמו חתרנות. הטענה שספורט צריך להיות מובנה ומאורגן מתוך גישה "מלמטה למעלה" (bottom-up) רחבה ולא היררכית, נתמכת על ידי המחקר הנוכחי. מומלץ ליישם תוכניות מעין אלו גם במערכות נוספות, כמו בבתי ספר ובארגונים אחרים, כדי לאפשר להשפעתן להתרחב גם למעגלי ההורים, לפוליטיקאים מקומיים ולקובעי מדיניות.

ילדים במערכת החינוך האנתרופוסופית בעלי שיעורי השמנה נמוכים יותר ושיעורי התנהגות מקדמת בריאות גבוהים יותר, מילדים במערכת החינוך הרגילה

מורן בלייכפלד מגנאזי, ענת אדלסבורג גסר, יפית יצחקי, רונית אנדוולט, נעמי פליס איסקוב

המאמר המלא:

Blaychfeld Magnazi, M.; Gesser-Edelsburg, A.; Itzhaky, Y.; Endevelt, R.; Fliss Isakov, N. Children in the Anthroposophical Education System Have Lower Rates of Obesity, and Higher Rates of Health Promoting Behaviors. *Nutrients* 2023, 15, 3088. <https://doi.org/10.3390/nu15143088>

תקציר

רקע: הפילוסופיה האנתרופוסופית היא גישה הוליסטית לחינוך ולאורח החיים, הכוללים גישה ייחודית לתזונה ופעילות גופנית. קיים מידע מוגבל, אודות התנהגות מקדמת בריאות במערכת החינוך ומחוצה לה, ועל שיעורי השמנת יתר, בקרב ילדים המתחנכים במערכת החינוך והאנתרופוסופי לעומת בחינוך הרגיל בישראל.

מטרה: מחקר זה נועד להשוות את השכיחות של השמנת יתר בילדות, ותפיסות ההורים לגבי התנהגות מקדמת בריאות של ילדיהם, בין מערכות חינוך האנתרופוסופיות והרגילה.

שיטות: מחקר חתך להשוואת נתוני הערכות הגדילה, שמבוצעות במסגרת שירותי בריאות התלמיד במדינת ישראל לתלמידי כיתות א', בין כיתות מזווגות של תלמידי מערכת החינוך האנתרופוסופית והרגילה. בנוסף, נאספו נתונים אודות תפיסות הורים לילדים בשתי מערכות החינוך, אודות התנהגות מקדמת בריאות של ילדיהם במערכת החינוך ומחוצה לה.

תוצאות: שיעורי עודף משקל והשמנה היו גבוהים יותר בקרב תלמידים בבתי ספר רגילים ($n=205,500$) בהשוואה לבתי ספר אנתרופוסופיים (11.2%) ($n=2,247$) לעומת 9.6% ו-7.8% לעומת 4.8% בהתאמה; $P_v < 0.001$). שיעור גבוה יותר של הורים לילדים בחינוך האנתרופוסופי תפסו את התנהגות המורים ואת הנורמות החברתיות בקהילה כמקדמות תזונה בריאה, לעומת הורים לילדים בחינוך הרגיל. כמו כן, צריכת המזון של ילדיהם נתפסה כבריאה יותר הן בשעות בית הספר והן לאחריו, בסביבה החברתית והמשפחתית ($P_v < 0.001$).

מסקנות: לילדים בחינוך האנתרופוסופי יש שיעורי עודף משקל והשמנה נמוכים יותר, והם חשופים יותר להתנהגויות מקדמות בריאות ותזונה בריאה הן במערכת החינוך והן מחוצה לה. מחקרים נוספים נדרשים על מנת לחקור את ההשפעה של אורח החיים האנתרופוסופי על הסיכון להשמנת ילדים. מסקנותיהם איפשרו זיהוי אסטרטגיות יעילות לקידום אורח חיים בריא בקרב ילדים, בחינוך האנתרופוסופי שניתן לאמץ בחינוך הרגיל.

חסמים וגורמים מאפשרים ליישום בית נקי מעישון ורכב נקי מעישון במהלך ההיריון: מחקר איכותני בקרב אבות לעתיד ישראלים

יהודית אן-לור גורי-שרמן, יהודה נוימרק, מאיה רודנאי, יעל בר-זאב

המאמר המלא:

Anne-Laure Yehudit Guri-Scherman, MSc MPH and others, Barriers and enablers to implementing a smoke-free home and car during pregnancy: a qualitative study among expectant Israeli fathers, *Nicotine & Tobacco Research*, 2023; ntd149.

תקציר

רקע: חשיפה לעישון פסיבי במהלך ההיריון מהווה גורם משמעותי להשפעות בריאותיות שליליות. מחקר זה נועד לזהות חסמים וגורמים מאפשרים ליישום בית ורכב נקיים מעישון, בקרב אבות ישראלים לעתיד.

שיטות: 24 ראיונות טלפוניים איכותניים, מובנים למחצה, הוקלטו, תומללו ונותחו, על פי גישה נושאת [ניתוח תימתי], רפלקסיבית ושיתופית. קריטריונים להכללה היו זכר, דובר עברית, גיל 18 ומעלה, מעשן לפחות סיגריה אחת ביום וגר בבית יחד עם בת זוג הרה ושאינה מעשנת. מודל היכולת, ההזדמנות והמוטיבציה להתנהגות (COM-B) שימש כמודל תיאורטי לניתוח.

תוצאות: המשתתפים דיווחו שהם חשים אחריות חזקה לבריאות ולהרגשה טובה של בת הזוג ההרה, והצהירו שהם עושים כמיטב יכולתם כדי להפחית את החשיפה לעישון פסיבי של בת הזוג שלהם בבית וברכב (מוטיבציה). למשתתפים הייתה רמה נמוכה של ידע לגבי השלכות בריאותיות ספציפיות של עישון פסיבי בזמן ההיריון ולגבי אסטרטגיות יעילות להפחתת החשיפה לעישון הפסיבי, יחד עם תפיסות שגויות לגבי רמת החשיפה לעישון פסיבי (יכולת). לרוב, מערכות יחסים זוגיות לא הושפעו מהרגלי העישון של הבעל, והמשתתפים הביעו התחשבות והבנה הדדית (הזדמנות). המשתתפים גם הביעו עמדות חיוביות לגבי יישום בית נקי מעישון ורכב נקי מעישון, אך הדגישו שכל שינוי חייב להיות ההחלטה שלהם, ולא מתוך כפייה (מוטיבציה).

מסקנות: המחקר הנוכחי זיהה חסמים וגורמים מאפשרים עיקריים של יכולת, הזדמנויות ומוטיבציה המשפיעים על החלטת אבות ישראלים לעתיד ליישם בית נקי מעישון ורכב נקי מעישון. הממצאים יסייעו לפתח תוכנית התערבות התנהגותית דיגיטלית, המכוונת לאבות לעתיד, כדי להפחית את החשיפה לעישון פסיבי בבית וברכב לפני הלידה. חשיפה לעישון פסיבי במהלך ההיריון היא גורם משמעותי להשפעות בריאותיות שליליות.

המלצות: התערבויות בקרב אבות לעתיד, המתמקדות ביצירת בית נקי מעישון ורכב נקי מעישון, עשויות להיות אפקטיביות, מכיוון שההיריון זוהה כ"חלון הזדמנויות" המייצר מוטיבציה חזקה ויוצר תחושת דחיפות לשנות את הרגלי העישון, ומכיוון ששינוי – לבית נקי מעישון ורכב נקי מעישון – נחשבים לברי השגה יותר מאשר גמילה מעישון. התערבויות עשויות להיות אפקטיביות אם הן מתמקדות בחיזוק האחריות ההורית והרגש האבהי בקרב אבות לעתיד, ומדגישות את היתרונות של בית נקי מעישון ורכב נקי מעישון, תוך שמירה על אוטונומיה גברית והגברת הכישורים ליישום יעיל שלהן.

שימוש בגני כושר חיצוניים במרחב העירוני

אורנה בראון-אפל, איריס רן

המאמר המלא:

Orna Baron-Epel & Iris Ran (2023): Factors impacting the use of outdoor gyms, Israel as a case study, Cities & Health, DOI: 10.1080/23748834.2023.2203970

תקציר

רקע: מתקני כושר חיצוניים הם מתקנים קהילתיים לביצוע פעילות גופנית.

מטרות: למדוד את רמות השימוש במתקני כושר חיצוניים, ולזהות מאפיינים של מתקני כושר חיצוניים אלו, הקשורים לשימוש בהם.

שיטות: מחקר תצפיתי בוצע ב-18 מתקני כושר חיצוניים, בשלושה יישובים בישראל (חיפה, הרצליה ונהריה). נצפו כ-1,000 משתמשים במתקני כושר חיצוניים אלו. בנוסף, התצפיות כללו מיקום, מתקנים נוספים ומספר המשתמשים הממוצע לשעה בכל מתקן כושר חיצוני.

תוצאות: נצפו הבדלים גדולים בשימוש בין מתקני כושר חיצוניים. במתקני הכושר החיצוניים הממוקמים בפארקים ובחופים, נצפתה כמות המתאמנים הגבוהה ביותר, בהשוואה למתקני כושר חיצוניים הממוקמים באזורי מגורים. מיקומם של מתקני הכושר החיצוניים הסבירו 75% מהשונות בשימוש בהם. מספר מתקני הציוד הסביר עוד 8.4% מהשונות. נצפו יותר גברים ומבוגרים צעירים, מתאמנים על המתקנים, בהשוואה לנשים ומבוגרים יותר.

מסקנות והמלצות: יש צורך לזהות דרכים לעודד את הציבור להשתמש במתקני כושר חיצוניים באזורי מגורים, או להשקיע במתקני כושר חיצוניים בשטחים ציבוריים גדולים, בצמוד למתקני פעילות גופנית אחרים. פיתוח מתקני כושר חיצוניים, המותאמים לנשים ולמבוגרים, צריכים להיות בראש סדר העדיפויות.

הגשת מאמרים לכתב העת "קידום בריאות בישראל"

מערכת כתב העת קידום בריאות בישראל מזמינה אנשי אקדמיה, אנשי מקצוע העובדים בשדה, קובעי מדיניות וסטודנטים להגיש מאמרים לגיליונות הבאים.

קידום בריאות בישראל הוא כתב עת שהמאמרים המתפרסמים בו כפופים לבקרת עמיתים (Peer reviewed). כתב העת יוצא לאור, בשפה העברית, פעמיים בשנה, ומהווה במה לכל הפעילות והחידושים בתחום קידום הבריאות באמצעות פרסומי מחקר, הערכת תוכניות התערבות, סקירות ספרות ודיון בנושאים המעסיקים את אנשי המקצוע והאקדמיה העוסקים בו. כתב העת קיבל הערכה מדעית ויישומית רבה בקרב אנשי מקצוע רבים.

אנו מזמינות אתכם להגיש מאמרים לפרסום ב"קידום בריאות בישראל". את המאמרים יש לשלוח במייל לעורכת כתב העת, פרופ' ריקי טסלר: riki.tesler@gmail.com

הנחיות למחברים

- את קובץ המאמר, ללא פרטים מזהים, יש לשלוח במייל למערכת כתב העת, כקובץ Word מצורף בלבד. שם הקובץ המצורף יהיה שם המאמר, או עיקרו, אם השם ארוך מידי
- על מחברי המאמר לשלוח למערכת – בקובץ Word נפרד מהמאמר – מכתב בקשה לפרסום המאמר, אשר יכלול את הפרטים הבאים: שם, דרגה אקדמית, השתייכות אקדמית – או ארגון מעסיק
- למכתב הבקשה יש לצרף פרטי קשר – טלפון נייד וכתובת מייל
- יש לצרף תקציר בעברית ובאנגלית, עד 250 מילים ו-300 מילים, בהתאמה
- בתקציר יש לציין 5-6 מילות מפתח, בעברית ואנגלית
- יש לכתוב את המאמר בכתב David בעברית, ברווח של 1.5 שורות ובגודל אות 12. כותרות ייכתבו בגודל 14 מודגש
- התקציר יכלול את ראשי הפרקים הבאים: רקע מטרות, שיטות, תוצאות, דיון, מסקנות והמלצות. ראשי הפרקים יכללו גם כחלק מן הכותרות בגוף המאמר עצמו
- המקורות יצוינו בגוף הטקסט במספרים רצים בסגנון הציטוט "Vancouver"
- רשימת המקורות, אף היא בסגנון הציטוט "Vancouver", תצוין ברשימה שכותרתה "מקורות" בסוף המאמר

הגשת תקצירים בעברית לכתב העת "קידום בריאות בישראל"

מערכת כתב העת קידום בריאות בישראל אנו מזמינות אתכם להגיש תקצירים בעברית, של מאמרים שפרסמתם בכתבי עת בינלאומיים, הכפופים לבקרת עמיתים.

מטרת פרסום התקצירים בכתב העת היא להנגיש אותם לקוראיו, באקדמיה ובשדה המקצועי.

אנו מזמינות אתכם להגיש מאמרים לפרסום ב"קידום בריאות בישראל". את התקצירים יש לשלוח במייל לעורכת כתב העת, פרופ' ריקי טסלר: riki.tesler@gmail.com

ניתן לקבל עזרה בתרגום התקציר לפרסום

הנחיות למחברים

- את קובץ התקציר בעברית יש לשלוח במייל כקובץ מצורף בפורמט Word: רקע מטרות, שיטות, תוצאות, דיון, מסקנות והמלצות
- שם הקובץ המצורף יהיה שם המאמר, או עיקרו, אם השם ארוך מידי
- על מחברי התקציר לצרף בקשה לפרסום התקציר
- יש לכלול את שמות כל הכותבים וההשתתפויות הארגוניות והאקדמיות, כמקובל
- יש לצרף פרטי קשר: טלפון נייד וכתובת מייל של הכותב שיהיה איש הקשר
- יש לצרף תקציר בעברית עד 250 מילים, את המאמר המקורי ואת אופן הציטוט הנדרש
- יש לתרגם ולצרף גם את מילות המפתח
- יש לכתוב את התקציר בכתב David בעברית, ברווח של 1.5 שורות ובגודל אות 12. כותרות יכתבו בגודל 14 מודגש
- התקציר יכלול את ראשי הפרקים הבאים: רקע מטרות, שיטות, תוצאות, דיון ומסקנות



קידום הבריאות בישראל

כתב עת ישראלי לחינוך ולקידום הבריאות



חברת מס' 10, חשוון תשפ"ז, אוקטובר 2023



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

הופק ע"י משרד הבריאות

חטיבת בריאות הציבור

המחלקה לחינוך ולקידום הבריאות