

קידום בריאות בישראל

כתב עת ישראלי לחינוך וקידום בריאות

חברת מס' 6, חשון תשע"ח, אוקטובר 2017

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

מערכת קידום בריאות בישראל

עורכת מדעית: **אורנה בראון-אפל**
עורכת משנה: **לילך מלוויל**

חברי המערכת (לפי סדר הא'-ב')

איתמר גרוטו
ניבה בסודו-מנור
בעז לב
דיאן לוין-זמיר

עורכי כתב העת והמחלקה לחינוך וקידום בריאות, משרד הבריאות אינם אחראים לתוכן המאמרים. רשימת המקורות הועברו לדפוס כפי שהוכנו ע"י המחברים. להזמנת חוברות ללא תשלום, יש לפנות אל: www.health.gov.il/alonim, שירות התשלומים הממשלתי, משרד הבריאות, פרסומי שירותי בריאות הציבור, המחלקה לחינוך וקידום בריאות. ניתן להוריד גרסת PDF.

תוכן העניינים

דבר המערכת

עשור לכתב העת 'קידום בריאות בישראל'

ניבה מנור, מנהלת המחלקה לקידום בריאות (מ"מ), משרד הבריאות 3

מאמרים

מיפוי, אפיון והערכת האפקטיביות של תכנית "גדולים ולא שותים" למניעת שתיית אלכוהול בקרב תלמידים בבתי הספר היסודיים

ריקי טסלה, שרון בורד, קרן רוט איטח, יוסי הראל-פיש 6

מודל "בטרם בעיר" לקידום בטיחות ילדים ברשויות מקומיות: מחקר הערכה

שרון לוי, יובל פלדי 15

האחות כמקדמת בריאות – השוואה בין תפיסת התפקיד של אחיות בקהילה לעומת אחיות ביה"ח

אילת שור, מיכל בר יוסף 27

שימוש בתרופות ממריצות לשיפור ביצועים ללא מרשם בקרב סטודנטים

אפרת נטר, שיר מעודה ורינת עמר, מרכז אקדמי רופין 34

מדד מסת הגוף (BMI), הרגלי אכילה, פעילות גופנית ותפיסות בריאות בקרב סטודנטים באוניברסיטת אריאל: השוואה בין השנים 2009 ו-2015

בוריס קוקלינסקי, ויקטוריה זונשטיין, רוזיטה מיכאלוב, ליאת קורן 42

סקירת ספרות

היפגעות ילדים והשגחת הורים – סוגיה בבריאות הציבור

מאיה סימן-טוב, קובי פלג, אורנה בראון-אפל 51

נזקי עישון בתקופת ההיריון

אסתר רייך, מיקה פלמון, פרופ' דניאל מורן 56

תקצירים

מדיניות טבק בישראל: 1948-2014 והלאה

לאה רוזן, מאיה פלד-רז 63

פתיחות הורים לביצוע בדיקת ביומרקרים לחשיפה של עשן טבק בקרב ילדים: מחקר איכותני

רוזן ל, טילינגר א, גוטמן נ, רוזנבלט ס, צוקר ד, מיירס ו. 64

מדיניות קידום בריאות ברמת בית הספר וגורמים ברמת התלמיד המנבאים דפוסי התנהגויות סיכון לבריאות ולתחושת רווחה סובייקטיבית (Well Being) בקרב בני נוער

ריקי טסלה, אורנה בראון אפל, יוסי הראל פיש 65

הגירה כגורם חברתי המשפיע על בריאות בקרב מהגרים חסרי אשרת שהייה: ישראל כמקרה בוחן

יונינה פליישמן, נדב דבידוביץ', זוהר מור 66

ישימות ומקובלות תכנית לגמילה מעישון בעזרת תכנית הודעות טקסט לטלפון נייד בישראל

לוריין אברומס, רונית הרשקוביץ, אשלי בואל, חגי לוין 67

הכשרת רופאי משפחה ברפואת אורחות חיים – הערכת ישימות תכנית ארצית

רני פולק, מיכל שני, מיכל דקי, אדווה צוק-און, איריס דגן, לילך מלצקי 68

דיווח מכנס

רשמים מהכנס של American Society of Behavioral Medicine (SBM)

אורנה בראון-אפל ורונית אנדולט 69

דבר המערכת

עשור לכתב העת 'קידום בריאות בישראל'

ניבה מנור, מנהלת המחלקה לקידום בריאות (מ"מ), משרד הבריאות

לקראת פרישתה של פרופ' אורנה בראון-אפל, מעריכת כתב העת, מיום הקמתו ועד היום, ולקראת הכניסה של העורך/ת החדש/ה, אסכם את המתרחש בתחום כפי שהתבטא בגליונות כתב העת שלנו 'קידום בריאות בישראל'. מסקירת מאמרי 'דבר המערכת' בגליונות 'קידום בריאות בישראל' עולה כי תחום קידום הבריאות בישראל נמצא במגמת התקדמות.

הגיליון הראשון של 'קידום בריאות בישראל' יצא ב־2007. עם הקמתו, כתבו העורכות: "ייסוד כתב עת זה ... יהווה צעד חשוב בפיתוח מקצועי... שלבים נוספים כגון אקדמיזציה, יצירת מקומות עבודה ייחודיים למקדמי בריאות, פתיחת איגוד מקצועי... יהיו שלבים נוספים בפיתוח המקצוע".

באותה שנה (2007), עמדה פרופ' בראון-אפל על הצורך בהגברת המודעות לגורמים החברתיים המשפיעים על הבריאות ביניהם: הכנסה, השכלה, אפליה, סביבה פיזית ומדיניות: "יש לנסות להימנע מללכת לכיוון של האחריות האישית בצורה הקיצונית, רצוי למצוא את האמצע בין אחריות אישיות לאחריות ציבורית... ואחריות החברה לפרטים המרכיבים אותה, גם אם הם... נמצאים בתחתית המדרג החברתי... האתגר הוא למצוא את האמצע". דבריה רלוונטיים גם היום. ימים יגידו אם אנו אכן צועדים בשביל הזהב אותו תיארה.

דבר המערכת השלישי (2010) עסק במהות המקצוע 'מקדם בריאות'. במאמר שתכניו היו ונשארו שנויים במחלוקת, לילך מלוויל העלתה את היתרונות והאתגרים של הכרה בקידום בריאות כמקצוע, ביניהם "הסרת האחריות לטיפול בגורמים החורגים מההגדרה הקלאסית של בריאות מן הגורמים העוסקים בהם כיום, והחזרתם לידי משרד הבריאות הדל במשאבים ובמחויבות פוליטית", היעדר מבני קריירה הולמים, ומחסור בתקציבי מחקר בקידום בריאות. מלוויל כתבה עוד כי "מתן אקדמיזציה למקדמי בריאות הוא מהלך אפשרי ומבורך, אולם כדי להיות כזה, עליו להוות מרכיב במערכת תמיכה... הכוללת מחויבות הדרג הפוליטי לקידום הבריאות, הן בחקיקה, הן במימון והן בתנאי תעסוקה ושכר הולמים". בימים אלו, בהם יחס הדרג הפוליטי לקידום הבריאות בהיבטי חקיקה והסדרה יכול להתפשט כאמביוולנטי, יש לשקול את דבריה בכובד ראש.

גיליון מספר ארבע (2011) נפתח בכותרת "הגיע זמן קידום בריאות!" רות ויינשטיין, ממייסדות התחום בישראל, סקרה את הישגי המקצוע בסיפוק: "אחרי עבודה של 20 שנה במקצוע ... אני יכולה להגיד ש"הגענו". כלומר "הגענו לצומת חשובה בהתבגרות שלנו כפרופסיה, כתחום דעת וכעיסוק. שני עשורים נמשכה בניית התשתיות. בעשייה לקחו חלק אנשי חזון ומעשה... המאמינים בגישה של קידום בריאות. בין העושים במלאכה ... נציגות קופות החולים, משרדי ממשלה, עמותות, רשויות, האקדמיה ומוסדות להכשרה מקצועית ועוד". "ברור שזה לא מספיק" סיכמה והוסיפה: "אנחנו רוצים עוד... הגענו לשלב בו נוכל להוכיח את כישורינו ותרומתנו, ביחד". בתחום זה אנו אכן רואים שיתופי פעולה רבים יותר ורחבים יותר אשר הנצו למרות האתגרים, כפי שאכן חזתה גב' ויינשטיין.

בשנת 2014 יצא הגיליון החמישי של כתב העת. במאמר המערכת הציע פרופ' איתמר גרוטו, אז ראש שירותי בריאות הציבור וכיום המשנה למנכ"ל משרד הבריאות "לפעול בשני ממדים: לשכנע את מקבלי ההחלטות להמשיך ולהשקיע בתחום ולקדם כלים שאינם מותנים בתקציב, כגון פעולות רגולציה, מול תעשיית המזון ומול קהילות מקומיות שמוכנות להנהיג ולגרום שינוי". פרופ' גרוטו ציין כי "אנו עומדים בפתחו של עידן מורכב וקריטי להתקדמות של התוכניות הלאומיות לקידום בריאות [לכן] עלינו להירתם ולצור חזית אחידה למען קידום הנושא". בניצוחם של ראשי מערכת הבריאות בכלל, ובריאות הציבור בפרט, חלה התקדמות משמעותית בתחום אסדרת תחום התזונה, מול וביחד עם תעשיית המזון, ולתועלת הציבור.

בפתח הגיליון השישי ברצוני להצביע על התפתחויות חשובות בגזרה המקצועית: בהכשרה, בהכרה בתרומה המקצועית ובהעסקה. בגזרה היישומית, התכנית הלאומית 'אפשריבריא' מובילה אורח חיים פעיל ובריא לכל תושבי ישראל. התכנית מופעלת בחשיבה רעננה ובכוחות מחודשים. במסגרת התכנית פועלת כאמור 'הוועדה לאסדרה של תזונה בריאה' בראשות מר משה בר סימן טוב, מנכ"ל משרד הבריאות. מטרת הוועדה לגבש מדיניות בתחום הרגולציה שתקדם תזונה בריאה ותבחן אמצעים שישפיעו על הרגלי התזונה של האוכלוסייה. מטרה חשובה באותה מידה היא להביא לשינוי הרכב המזון. בנוסף, אציין את שיתופי הפעולה הנרקמים והמתחזקים עם עמותות העוסקות בתחומים בהם לא עסקנו בעבר, כגון בריאות הנפש. נציין גם כי לראשונה בישראל, הוקם באוניברסיטת חיפה מרכז מחקר להערכת תכניות בקידום בריאות, ורשת ערים בריאות הקימה קואליציה רחבה למניעת עישון.

כממלאת מקום מנהלת המחלקה, אני ממשיכה בעשייה החברתית ובמורשת העשירה שהותירו קודמי בתפקיד, מורשת הקוראת לשוויון וצדק בבריאות ובכלל. בהמשך הדרך תקוותי להצליח לקדם את התחום ביצירת שותפויות חדשות, במחקר, בהערכה ובשיתוף בידע מבוסס ראיות.

גיליון זה הוא האחרון במתכונת הנוכחית. הגליונות הבאים יראו אור במתכונת דיגיטלית ובהובלת מערכת מחודשת ועורך/ת חדש/ה. פרופ' אורנה בר-און-אפל תמשיך להיות חברת מערכת. זו הזדמנות להודות לפרופ' בר-און, ממובילות התחום באקדמיה הישראלית – על שנים של תרומה מאומצת, מקצועית ואישית לקיום כתב העת מאז הקמתו בשנת 2007.

לבריאות

ניבה בסודו-מנור

מ"מ מנהלת המחלקה לחינוך וקידום בריאות

שירותי בריאות הציבור

משרד הבריאות



האיגוד הישראלי
למקדמי ומחנכי בריאות

התערבויות פרטניות בקידום בריאות



מוקדש לזכרה של

עדה קמחי ז"ל

1923-2015

מייסדת וחלוצת קידום בריאות בישראל

אשת חזון פורצת דרך, חלוצה, מנהיגה, מדריכה ומנחת דרך, חולמת ואשת מעשה גם יחד. אבל קודם כל בת-אדם, אנושית, תומכת, מפרגנת ומעצימה.

עדה נולדה בגרמניה ב־1923 ועלתה עם הוריה ואחיה לארץ לפני פרוץ מלחמת העולם השנייה. בארץ סייעה את לימודיה כאחות מוסמכת בהדסה, ירושלים.

ב־1947 נסעה עם בעלה לארה"ב, לצורך לימודיו, ושם התוודעה לתחום החינוך לבריאות, במסגרת לימודי מקצוע "הרפואה הציבורית". עם חזרתם לארץ, הייתה ממייסדי האגודה למלחמה בסרטן ב־1952 ומראשיה, במקביל לעבודתה במלב"ן (מוסדות לטיפול בעולים נחשלים).

ב־1964 הקימה את המחלקה לחינוך לבריאות, הראשונה בישראל, בקופת חולים כללית. עדה התוותה את דרכו ואת התפתחותו של התחום החדש, נטעה את היסודות ופיתחה את התורה ואת הכלים למקצוע החינוך לבריאות, בהתאמה למדינת ישראל ולצרכיה, ובנוסף בנתה תוכניות הדרכה והכשרה לאנשי מקצוע בתחום. היא יישמה את העקרונות של יצירת שיתופי פעולה בין ארגונים שונים בארץ ובחו"ל, תוך התעדכנות מתמדת בנעשה בעולם.

עם פרישתה מהכללית, ייסדה עדה את תחום החינוך לבריאות, שהתפתח לקידום בריאות, גם בקופת חולים מכבי, וההמשך ידוע – התחום הפך לחלק בלתי נפרד מהטיפול בכל הקופות.

בנוסף לפעילותה הענפה בתחום המעשי, הייתה לעדה גם תרומה נכבדה לקידום ההוראה האקדמית והמחקר בתחום חינוך וקידום בריאות, שאת פירותיהם אנו רואים כיום. גם לאחר פרישתה מהעבודה, המשיכה להיות עם אצבע על הדופק ולהתעדכן בכל החידושים ובמה שרלוונטי בתחום.

נזכור בהוקרה את פעילותה פורצת הדרך שהובילה לתפיסה המקצועית של חינוך וקידום בריאות כתחום מקצועי הממשיך כיום להתקדם ולהתפתח בישראל.

שוש ג'וני ופרופ' דיאן לוין,

המחלקה לחינוך וקידום בריאות, שירותי בריאות כללית

מיפוי, אפיון והערכת האפקטיביות של תכנית "גדולים ולא שותים" למניעת שתיית אלכוהול בקרב תלמידים בבתי הספר היסודיים

ריקי טסלר, שירן בורד, קרן רוט איטח, יוסי הראל-פיש

תקציר

רקע: גיל ההתבגרות הוא שלב התפתחותי רגיש וייחודי, ובמהלכו ההתפתחות המוחית רגישה ביותר, ועל כן, שתיית אלכוהול בגילאים הללו עלולה להתבטא בתופעות חמורות במיוחד. למרות זאת, מחקרים מלמדים כי מרבית בני הנוער מתנסים בשתיית משקאות אלכוהוליים לפני הגעתם לגיל 18, הגיל החוקי, וכי אחוז ניכר מהם שותים בזמן קצר כמויות גדולות של אלכוהול. שתיית משקאות אלכוהוליים בקרב בני נוער היא בעיה רבת משקל בחברה המערבית. בכל המחקרים שנערכו, הן בישראל והן במדינות שונות בעולם, נתגלו שיעורים מדאיגים של שתיית משקאות אלכוהוליים בקרב בני נוער. הגיל שבו מתחילים בני הנוער לשותות משקאות אלכוהוליים יורד עם השנים, ולעומתו תדירות שתיית המשקאות האלכוהוליים הולכת וגדלה. מחקרים שבחנו את תפקידו של בית הספר בקידום התנהגויות בריאות ובמניעת התנהגויות סיכון מלמדים כי בית הספר מהווה מסגרת יעילה להעברת תכנים אלו. תכנית "גדולים ולא שותים" המועברת בבתי הספר היא תוצר של שיתוף פעולה של השירות הפסיכולוגי-ייעוצי במשרד החינוך עם הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול. התכנית מאפשרת להרחיב את השיח עם התלמידים על ההשפעה המזיקה של שתיית אלכוהול בקרב ילדים ומתבגרים, תוך התייחסות לפיתוח כישורי התמודדות מול פיתויים והשפעות חברתיות.

מטרת המחקר: להעריך את הצלחתה ואת יעילותה של תכנית ההתערבות "גדולים ולא שותים", למניעת השימוש לרעה באלכוהול בקרב תלמידי כיתות ה'-ו' בבתי הספר היסודיים.

אוכלוסיית המחקר: במסגרת המחקר נאספו נתונים בקרב תלמידי כיתות ה'-ו' מבתי ספר ממלכתיים, המשתתפים בתכנית "גדולים ולא שותים" ברחבי הארץ (קבוצת ההתערבות), והן בקרב תלמידי כיתות ה'-ו' מבתי ספר ממלכתיים שאינם משתתפים בתכנית ההתערבות (קבוצת ביקורת).

סוג המחקר: המחקר הנו מחקר חתך (Cross sectional) בשתי נקודות זמן: לפני העברת תכנית ההתערבות ובסופה, בקבוצת ההתערבות ובקבוצת הביקורת.

שיטות המחקר: תכנית המניעה "גדולים ולא שותים" היא חלק מתחום "כישורי חיים" והועברה ב־30 בתי ספר השייכים למשרד החינוך. מתוך בתי הספר שבהם הועברה התכנית נדגמו 25 בתי ספר ומתוכם נבחרו 27 כיתות ה' ו־39 כיתות ו', שבהן הועברו שאלוני המחקר לפני ואחרי ההתערבות. כמו כן, נכללו במדגם חמישה בתי ספר שבהם לא הועברה תכנית המניעה "גדולים ולא שותים", ששימשו כקבוצת ביקורת, ובהם הועברו שאלוני המחקר במקביל לקבוצת ההתערבות, אך ללא ביצוע תכנית ההתערבות עצמה. בסך הכול, הועברו שאלוני המחקר בקרב 970 תלמידים בקבוצת ההתערבות, ובקרב 152 תלמידים בקבוצת הביקורת.

ממצאי המחקר הכמותי בקרב התלמידים: ממצאי המחקר הכמותי בקרב התלמידים מלמדים כי התכנית "גדולים ולא שותים" עמדה בחלק מן המטרות שהציבה לעצמה, כך שלאחר ההשתתפות בתכנית נצפה שינוי בקרב משתתפי התכנית בחלק ממשתני המחקר התלויים: נורמות סובייקטיביות, תחושת שליטה עצמית ורמת הידע בנושא האלכוהול. ממצאי המחקר מלמדים כי השתתפות בתכנית ההתערבות "גדולים ולא שותים" הובילה לשינוי מובהק בנורמות הסובייקטיביות של התלמידים ובתפיסת השליטה העצמית

שלהם ביחס לשתיית אלכוהול. ממצא זה מלמד כי השתתפות בתכנית "גדולים ולא שותים" תורמת לעיצוב הנורמות כמונעות שתיית אלכוהול, לפיהן שתיית אלכוהול אינה מקובלת חברתית, ולעלייה בתפיסת התלמידים את עצמם כשולטים בקבלת ההחלטה האם לשתות או לא לשתות אלכוהול, ופחות נתונים ללחץ חברתי וסביבתי לשתות.

מסקנות: תכנית המניעה "גדולים ולא שותים" הוכחה כיעילה לשינוי הנורמות הסובייקטיביות, לעליית תפיסת השליטה על שתיית אלכוהול, ולעלייה בידע בנוגע לשתיית אלכוהול וסיכוינו בקרב תלמידי כיתות ה' ו'ו'. יצירת נורמות שאינן מעודדות שתיית אלכוהול ועלייה בתחושתם של התלמידים כי הם שולטים בהחלטה האם לשתות או לא, וכי הם מסוגלים להימנע משתיית אלכוהול למרות לחצים חברתיים וסביבתיים, עשויים לעצב את התנהגותם העתידית של התלמידים הן במהלך גיל ההתבגרות והן לאחר מכן. ממצאי המחקר מלמדים כי יש בהחלט מקום להעביר תכנית זו בקרב תלמידים צעירים כ"הקדמת תרופה למכה", לצורך מניעה עתידית של שתיית אלכוהול.

בגיל ההתבגרות והבגרות הצעירה ועלולים להמשיך אל תוך התמכרות בבגרות (3-5).

לשתיית אלכוהול השלכות פיזיות, קוגניטיביות נפשיות וחברתיות. כך, למשל, צריכה ממושכת של אלכוהול עלולה לגרום למחלות שונות כגון שחמת הכבד, הרעלת אלכוהול, התמכרות ועוד מחלות כרוניות שונות. כמו כן, שימוש באלכוהול בגיל ההתבגרות מקושר עם מגוון רחב של התנהגויות סיכון בעלות השלכות בריאותיות, כלכליות וחברתיות קשות. התנהגויות אלו כוללות נהיגה תחת השפעת אלכוהול, יחסי מין בלתי מוגנים, אלימות והרס רכוש ותפקוד נמוך בלימודים.

"שתיית בולמוס" (Binge drinking), מוגדרת כשתיית 4-5 מנות משקה או יותר בתוך שעות אחדות והיא מהווה את הדפוס השכיח ביותר של שתיית אלכוהול בקרב בני נוער. לילדים ובני נוער אין גישה זמינה לאספקת אלכוהול ועל כן הם נכונים יותר לשתות בבולמוס כאשר מתאפשרת להם גישה לאלכוהול. על כן, שתיית בולמוס מהווה מדד חשוב ביותר לעוצמת השימוש באלכוהול, על אף שלא מדובר בהכרח בתלות באלכוהול או בהתמכרות (8).

שתיית בולמוס מהווה בעיה של בריאות הציבור מכיוון שתחת השפעת כמות גדולה של אלכוהול נפגמות יכולת השיפוט והתגובה בצורה משמעותית וכן ישנה עלייה בהתנהגויות סיכון. שתיית בולמוס עלולה להביא לסכנות חמורות ארוכות טווח, יותר מאשר שתיית אלכוהול לא מופרזת כגון: הרעלת אלכוהול, התמכרות לשתייה ובוהן מציאות לקוי כגון לקיחת סיכונים מיותרים (יחסי מין לא מוגנים, נהיגה מסוכנת, אובדנות ועוד). כמו כן, היא משפיעה על הבריאות הפיזית – עלולה להביא להשמנת יתר, לחץ דם גבוה ולתפקוד לקוי בלימודים (8-9).

שתיית משקאות אלכוהוליים קשורה להתנהגות אלימה ולפציעות כתוצאה מאלימות. שתייה כבדה יוצרת השלכות ארוכות טווח כגון: תפקוד נוירולוגי לקוי, עלייה בהפרעות

רקע

שתיית האלכוהול ידועה כהתנהגות סיכון רווחת בגיל ההתבגרות. מאחר וגיל ההתבגרות מהווה שלב מכריע בהתפתחות הפיזיולוגית והחברתית, קיימות השלכות חמורות ביותר לשתיית אלכוהול (1). מבין התנהגויות הסיכון השונות כגון עישון או שימוש בסמים, שתיית אלכוהול היא השכיחה ביותר ומאפיינת כיום את תרבות הפנאי של בני נוער וצעירים רבים (2). השפעותיה השליליות של שתיית אלכוהול כוללות תאונות דרכים, אובדנות ואלימות, ומוכרות כיום ברחבי העולם כבעיה רצינית של בריאות הציבור (2-3). שתיית אלכוהול מתחילה לרוב בעשור השני של החיים, לעיתים במהלך גיל ההתבגרות, זאת על אף שישנם צעירים המתחילים לשתות בגילאי היסודי. בכל המחקרים שנערכו, הן בישראל והן במדינות שונות בעולם, נתגלו שיעורים מדאיגים של שתיית משקאות אלכוהוליים בקרב בני נוער. הגיל שבו מתחילים בני הנוער לשתות משקאות אלכוהוליים יורד עם השנים, ולעומתו, תדירות שתיית המשקאות האלכוהוליים הולכת וגדלה. עוד עולה מהספרות כי מרבית בני הנוער מתנסים בשתיית משקאות אלכוהוליים לפני הגעתם לגיל 18, "הגיל החוקי", ואחוז ניכר מהם שותים בזמן קצר כמויות גדולות של אלכוהול (4).

נזקי שתיית משקאות אלכוהוליים

הרוב המכריע של בני הנוער בחטיבות הביניים ובתיכונים התנסו בשתיית אלכוהול. לחלקם התנסות זו מהווה מקרה בודד של גיל הנעורים, אך לאחרים השימוש באלכוהול הוא מוגבר ושם אותם בסכנה להשלכות שליליות חמורות מיידיות כגון פציעות ותאונות, הרעלת אלכוהול ועוד. שתיית אלכוהול לעיתים מגיעה ביחד עם מגוון של התנהגויות סיכון אחרות כגון יחסי מין בלתי מוגנים. יותר מכך, בקרב חלק מבני הנוער, דפוסים של שתייה כבדה מתבססים לדפוס קבוע כבר

הנתונים הללו, עד היום לא נקבע מחקרית האם בני הנוער בעלי התנהגות סיכונית שותים משקאות אלכוהוליים, או האם שתיית אלכוהול היא זו שמובילה לעלייה בהתנהגויות סיכון בקרב בני נוער.

בית הספר כמסגרת לתוכניות מניעה

הספרות בנושא תוכניות מניעה והתערבות בקידום בריאות מצביעה על היתרונות שבשימוש במסגרת פיזית, קונספטואלית ותיאורטית כמו בית הספר, שמטרתה להשפיע על אמונות, עמדות והתנהגויות בנושאים בריאותיים (16). בית הספר מספק לתלמידיו הזדמנויות ללמידה ולפיתוח החשיבה, בצד התנסויות רגשיות, במטרה לטפח אדם בוגר שיוכל להתמודד עם מורכבות העידן הנוכחי ולקחת חלק בעיצוב פני החברה (16-17).

בית הספר כמסגרת לתוכניות מניעה והתערבות הוא מסגרת המחזקת ומלמדת התנהגות בריאותית בגילאי בית הספר, ובעיקר בגיל ההתבגרות (18). בגיל זה נקבעים ההרגלים אשר יעצבו את ההתנהגות ואת מצבם הבריאותי של הילדים בבגרותם. ההתנהגויות וההרגלים בגילים הצעירים עדיין לא הפכו לדפוס קבוע ויציב, ויש מקום להניח שהתערבות תסייע לעיצובם הרצוי (19). התשתית הבית-ספרית, מעצם מהותה, מהווה בסיס לפעילות חינוכית, סביבתית, ומבנית, כהליך מתפתח המתבטא ברצף של 12 שנים. בני נוער שוהים בבית הספר פרק ניכר מזמנם, בשנים שבהן פוטנציאל הלמידה וההתפתחות שלהם גבוה במיוחד. לפיכך, בתי הספר מהווים סביבה חשובה לפיתוח תוכניות יעילות, המאפשרות להגיע לחלק נרחב מהאוכלוסייה: ילדים ומתבגרים, צוות הוראה, משפחות וחברי קהילה – כולם שותפים פעילים (16).

תכנית "גדולים ולא שותים"

הפעילויות החינוכיות המוצעות בתכנית "גדולים ולא שותים" הן הרחבה לשיעורי "כישורי חיים במסיבה" המועברים לתלמידי כיתות ה'-ו' בתכנית כישורי חיים. הלמידה של נושא האלכוהול באמצעות "מרכז הלמידה" הכולל: ארבע תחנות-סדנאות המאפשרות למידה חווייתית המכוונת להקניית ידע וכישורים רלוונטיים שיסייעו לתלמידים בהתמודדות עם מצבי סיכון. התכנית השתמשה בכלים אסטרטגיים שונים על מנת להעביר את המסר: הנחיית עמיתים, עזרים חזותיים (כגון הקרנת סרט), תחנת משחקים, ניתוח פרסומות ועוד. התכנית מועברת במסגרת שעות מחנך על ידי יועצות חינוכיות של בתי הספר לאחר שעברו יום עיון מחוזי באחריות שפ"י. מטרת התכנית "גדולים ולא שותים" הן: לבסס ידע ברור על הקשר שבין השימוש לרעה באלכוהול ובין הנזקים הגופניים והנפשיים הנגרמים כתוצאה מכך, לעודד את התלמידים לשאת באחריות אישית להימנעות משתייה, להבין את מוקד

פסיכופתולוגיות, חוסר שינה, חוסר תיאבון, אשר בתורן מגבירות את הסיכון לאלימות ולאגרסיביות (9). כך, למשל, מתוך בני הנוער ששתו אלכוהול, 37% דיווחו כי היו מעורבים באלימות, 10.7% דיווחו כי נפצעו ו-23.8% דיווחו כי פצעו אחרים בשנה האחרונה. כמו כן, שתייה בקרב המעגל החברתי נמצאה קשורה לפציעות ולפגיעה באחרים (10). מתוך ממצאי סקר ה-HBSC (Health Behaviors in School Age Children) בישראל, נמצא כי 26.6% מבין אלו ששתו בהפרזה השתתפו בבריונות כלפי אחרים ו-18.2% היו קורבנות לבריונות (5). שתיית משקאות אלכוהוליים נמצאה קשורה גם לתפקוד אקדמי נמוך. במחקרים שנערכו בקרב תלמידים בגילאי 11-17, נמצא כי 14% מהתלמידים, שדיווחו כי שתו משקאות אלכוהוליים, הצליחו פחות מחבריהם בבית הספר (10, 11). עוד נמצא כי מבין תלמידים שנשרו מבית הספר, 21.5% דיווחו על בעיות אלכוהול או סמים כגורם שתרם לעזיבתם. כמו כן, נמצא כי שתיית בולמוס בקרב תלמידי י"ב מורידה באופן מובהק את התפקוד האקדמי, כך שכל פרק של שתיית בולמוס בחודש מורידה את הסבירות להשלמת הלימודים ב-2.45% (12).

במחקרים נוספים אשר בדקו את צריכת האלכוהול בקרב תלמידי י"ב שנשרו מבית הספר לעומת תלמידי י"ב הרשומים לבית הספר, נמצא כי שיעורי שתיית האלכוהול בקרב הנושרים היו 41.6% לעומת 35% בקרב הרשומים. כמו כן, נמצא כי הסבירות לשתיית אלכוהול בקרב הנושרים מבית הספר הייתה פי 2.5 מזו של תלמידים הלומדים בבית הספר. הסבירות לשתייה כבדה בקרב הנושרים הייתה פי 3.2 והם דיווחו על השתכרות בתכיפות גבוהה פי 3 בהשוואה לתלמידי בית ספר (12).

כאמור, השתכרות עלולה להוביל לנזק מוחי ולפיתוח בעיית שתייה עתידית בקרב בני נוער (13). במחקר שנערך בצפון פינלנד נמצא כי בהשוואה לבני נוער שלא שתו אלכוהול מעולם, אלו ששתו משקאות אלכוהוליים פעם בחודש, או יותר או השתכרו מדי פעם לפני גיל 14, היו בעלי סיכון גבוה יותר לנזק מוחי בצעירותם (14). עוד נמצא כי בני נוער ששתו כמויות גדולות של אלכוהול (מעל 14 מנות משקה בשבוע בקרב בנות ו-21 בקרב בנים) דיווחו על בעיות קוגניטיביות וטעויות רבות יותר בזיכרון לטווח קצר ולטווח ארוך (11). יותר מכך, על פי נתוני ה-CDC, כ-5000 אנשים מתחת לגיל 21 מתים מדי שנה כתוצאה מתאונות דרכים הקשורות לאלכוהול, לאובדנות, להרעלת אלכוהול ולתאונות שונות כגון נפילות, שריפות וטביעה (15).

לסיכום, שתיית משקאות אלכוהוליים עלולה להוביל לנזקים פיזיולוגיים, קוגניטיביים והתנהגותיים. להשתכרות ולשתיית בולמוס ישנן השפעות על המוח והן עלולות להוביל לבעיות נוירולוגיות, לטעויות בזיכרון ולפגיעה ביכולת השיפוט והתגובה של בני הנוער. עם זאת, על אף

כלי המחקר: שאלון אנונימי למילוי עצמי המבוסס על שאלון מתוקף ומהימן שפותח על ידי Ajzen & Fishbein (1980) ועל שאלות מתוך חוברת התכנית (22). תוקפו ומהימנותו של כלי המחקר נבדקה במחקר מקדים ונערכו בו שינויים על פי הצורך. השאלון כלל חמישה חלקים עיקריים: (א) הערכת הידע של התלמידים בנוגע לנוקי שתיית אלכוהול; (ב) הערכת תפיסות ועמדות התלמידים בנוגע להימנעות משתיית אלכוהול; (ג) הערכת תפיסת השליטה העצמית של התלמיד במצבים חברתיים; (ד) הערכת נורמות סובייקטיביות בנוגע לשתיית אלכוהול; (ה) הערכת תפיסת התלמידים את מעורבות ההורים בנוגע להתנהגויות סיכון – שתיית האלכוהול.

משתני המחקר

משתנים בלתי תלויים:

משתנים סוציו-דמוגרפיים:

- שכבת גיל – כיתות ה' ו'ר'.
- מגדר – בנים / בנות.
- מדד טיפוח של בית הספר (המדד מחולק לשלוש רמות: גבוה, בינוני ונמוך, הנגזרות מהחלוקה לעשירונים: נמוך מתייחס לעשירונים 1-3 המייצגים אוכלוסיות חזקות יותר, בינוני מתייחס לעשירונים 4-6, וגבוה המתייחס לעשירונים 7-10, המייצגים אוכלוסיות חלשות יותר.
- השתתפות בתכנית ההתערבות "גדולים ולא שותים".

משתנים תלויים:

- עמדות חברתיות בנוגע לשתיית האלכוהול: משתנה מורכב שהנו ממוצע תשובותיו של הנשאל בסולם של 1-4 לשמונה היגדים: "אצל התלמידים הבוגרים משקה אלכוהולי הוא הדרך הבטוחה למסיבה מוצלחת", "שתיית אלכוהול מהנה", "שתיית אלכוהול תעזור לי להעלות את הביטחון העצמי שלי" ועוד ($\alpha=0.75$).
- נורמות סובייקטיביות בנושא שתיית האלכוהול: משתנה מורכב שהנו ממוצע תשובותיו של הנשאל בסולם של 1-4 לארבעה היגדים: "אם אשתה אלכוהול, יהיו לי יותר חברים", "אם כל החברים שלי שותים אלכוהול במסיבה, גם אני אשתה", "אני חושב שלא לשתות במסיבה יפגע במקובלות החברתית שלי" ($\alpha=0.61$).
- שליטה עצמית במצבים חברתיים בהתייחס לשתיית האלכוהול: נבנה משתנה מורכב שהנו ממוצע תשובותיו של הנשאל בסולם של 1-4 באשר למידת השליטה העצמית: "אם חבר יציע לי משקה אלכוהולי, אסרב לו", "אני מרגיש שיש לי את הכוח לסרב לשתיית אלכוהול למרות שכולם מסביבי שותים" ($\alpha=0.81$).
- מעורבות ההורים והשפעתם בנושא האלכוהול: נבנה משתנה מורכב שהנו ממוצע תשובותיו של הנשאל בסולם

ההתנהגות המסוכנת, לעזור לתלמידים לפתח מיומנויות שיסייעו להם להימנע משימוש לרעה באלכוהול, ולפתח עמדות ביחס לפנייה לעזרה בעת מצוקה (20).

מטרת המחקר

להעריך את הצלחתה ויעילותה של תכנית המניעה "גדולים ולא שותים" למניעת שימוש לרעה באלכוהול, המועברת בקרב תלמידי והורי כיתות ה'-ו' בבתי הספר היסודיים.

שיטת המחקר

המחקר הנוכחי הוא מחקר הערכה, שבוצע באמצעות השוואת ממצאי קבוצות ההתערבות לפני ואחרי תכנית ההתערבות. כמו כן, בוצעה השוואה בין ממצאי קבוצת ההתערבות ובין ממצאי קבוצת הביקורת.

סוג המחקר: מחקר חתך (Cross sectional) בקרב קבוצת ההתערבות בשתי נקודות זמן: לפני העברת תכנית ההתערבות ובסופה, ובקרב קבוצת הביקורת.

אוכלוסיית המחקר: במחקר השתתפו סה"כ 1,122 תלמידי כיתות ה'-ו' מבתי ספר ממלכתי יהודי השייכים למשרד החינוך. מתוכם, 970 תלמידים שהשתתפו בתכנית ההתערבות במסגרת בית הספר שבו הם לומדים (קבוצת ההתערבות), ו-152 שלא השתתפו בתכנית "גדולים ולא שותים" (קבוצת הביקורת).

הליך המחקר

בתחילת ההליך התקבל אישור לשכת המדען הראשי של משרד החינוך להעברת שאלוני המחקר בכיתות ה'-ו' שבהן מועברת התכנית "גדולים ולא שותים". העברת השאלונים התבצעה על ידי עוזרי מחקר של אוניברסיטת חיפה. לאחר הסכמת מנהלי בתי הספר, נשלחו מכתבים להורי התלמידים המסבירים על המחקר, ורק לאחר אישור הורים ואישור התלמיד ניתן היה להשתתף במחקר. בעת האישור הובהר לתלמיד כי לבחירה בין השתתפות או אי השתתפות במחקר לא יהיו השלכות חינוכיות או אחרות. בנוסף הובהר לתלמיד כי הוא רשאי להפסיק את השתתפותו בכל רגע נתון. לאחר מכן הועבר הסקר בקרב 970 תלמידי כיתות ה'-ו' המשתתפים בתכנית "גדולים ולא שותים" לפני העברת התכנית בחודשים נובמבר-דצמבר 2012, ולאחר התכנית בחודשים אפריל-מאי 2013. במקביל לסקר, הועברו שאלונים בקרב 152 תלמידים מתוך אוכלוסיית קבוצת הביקורת הכוללת תלמידי כיתות ה'-ו' שבהן לא הועברה התכנית "גדולים ולא שותים". השאלונים במחקר זה בקבוצת ההתערבות והביקורת – מזווגים. שאלוני המחקר בקבוצת הביקורת הועברו לפני התכנית, במקביל לקבוצת ההתערבות וכן ארבעה חודשים לאחר סיום התכנית.

טבלה 1: תיאור אוכלוסיית המחקר

| משתנה | כלל המדגם (%) | קבוצת ההתערבות (%) | קבוצת הביקורת (%) |
|-------|---------------|--------------------|-------------------|
| בנים | 586 (52.2%) | 498 (51.3%) | 88 (57.9%) |
| בנות | 536 (47.8%) | 472 (48.7%) | 64 (42.1%) |
| סה"כ | 1,122 | 970 | 152 |

בדיקת מטרות המחקר ובחינת היעילות של תכנית "גדולים ולא שותים"

בטבלה מס' 3 מוצג סיכום ממצאי בדיקת מטרות המחקר בקרב קבוצת הביקורת. לפי מבחן t לשני מדגמים מזווגים (לפני/אחרי ההתערבות) בקבוצת הביקורת לא נמצאו הבדלים מובהקים בארבעת המשתנים – עמדות, נורמות, שליטה עצמית ומעורבות ההורים ($p\text{-value} > 0.05$).

רמת הידע של התלמידים בקרב קבוצת ההתערבות נבדקה בעזרת שאלון בעל 13 שאלות נכון (1) / לא נכון (0). חושב ממוצע התשובות. ככל שיש יותר תשובות "נכון" כך המדד גבוה יותר, וזה מעיד על ידע רב יותר. התלמידים התבקשו לענות על שאלון הידע לפני ואחרי השתתפותם בתכנית. על מנת לבחון את ההבדלים ברמת הידע של התלמידים לפני

של 1-5 באשר למידת ההשפעה של ההורים בנוגע לשתיית אלכוהול: "ההורים שלי משוחחים אתנו בבית על שתיית אלכוהול בקרב צעירים", "הייתי רוצה שהוריי ישוחחו איתי לגבי שתיית האלכוהול בקרב הצעירים" ($\alpha=0.74$).

ידע בנוגע לאלכוהול ולסכנות הטמונות בו: שאלון ידע המורכב משלושה עשר היגדים שעליהם עונה הנבדק נכון/לא נכון: "אלכוהול פוגע בריכוז, בלמידה ובשיפוט", "מתבגרים מתמכרים מהר יותר לאלכוהול ממבוגרים מכיוון שגופם עדיין בתהליך צמיחה". אחוזי התשובות הנכונות והלא נכונות נבדקו לפני תכנית ההתערבות ולאחריה, וכן אחוז התלמידים ששיפרו את אחוז התשובות הנכונות שלהם, אלו שירדו ואלו שלא הראו שינוי בתשובותיהם לפני ואחרי התכנית. המשתנה המורכב הורכב מאחוז התשובות הנכונות.

ממצאי המחקר

בטבלה מס' 1 מוצגים המאפיינים הדמוגרפים של כלל המדגם, ובחלוקה לפי קבוצת ההתערבות וקבוצת הביקורת. כפי שניתן ללמוד מן הטבלה, הן קבוצת ההתערבות והן קבוצת הביקורת כללו יותר בנים מבנות (כ-2.5% וכ-16% הפרש, בהתאמה).

טבלה 2: השוואת ערכי משתני המחקר בקבוצת הניסוי לפני ואחרי התערבות

| | עמדות | | נורמות | | שליטה עצמית | | מעורבות ההורים | |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|--------------|
| | התערבות לפני | התערבות אחרי | התערבות לפני | התערבות אחרי | התערבות לפני | התערבות אחרי | התערבות לפני | התערבות אחרי |
| ממוצע | 1.47 | 1.44 | 1.44 | 1.38 | 3.27 | 3.38 | 2.59 | 2.69 |
| ס. תקן | 0.45 | 0.44 | 0.51 | 0.49 | 0.72 | 0.65 | 0.72 | 0.72 |
| מבחן t לפני / אחרי | 2.44 | | 3.45 | | -4.77 | | -4.36 | |
| p-value | 015. | | 001. | | >0.0001 | | >0.0001 | |

טבלה 3: השוואת ערכי משתני המחקר בקבוצת הביקורת לפני ואחרי העברת תכנית ההתערבות

| | עמדות | | נורמות | | שליטה עצמית | | מעורבות ההורים | |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|-------------|
| | ביקורת לפני | ביקורת אחרי | ביקורת לפני | ביקורת אחרי | ביקורת לפני | ביקורת אחרי | ביקורת לפני | ביקורת אחרי |
| ממוצע | 1.44 | 1.47 | 1.42 | 1.46 | 3.36 | 3.32 | 2.51 | 2.61 |
| ס. תקן | 0.39 | 0.44 | 0.48 | 0.51 | 0.72 | 0.72 | 0.65 | 0.66 |
| מבחן t לפני / אחרי | 99.- | | -1.03 | | 88. | | -1.705 | |
| p-value | 0.32 | | 0.305 | | 0.376 | | 0.09 | |

טבלה 4: רמת הידע לפני ואחרי תכנית ההתערבות בקבוצת ניסוי וקבוצת הביקורת

| | ידע | | | |
|----------------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| | התערבות לפני | התערבות אחרי | ביקורת לפני | ביקורת אחרי |
| ממוצע | 0.66 | 0.71 | 0.69 | 0.69 |
| ס. תקן | 0.13 | 0.12 | 0.14 | 0.12 |
| מבחן t לפני / אחרי | -9.39 | | -0.07 | |
| p-value | <0.0001 | | p=0.995 | |

נראה שיש הבדל בין קבוצת התערבות לביקורת ובין שני הזמנים (לפני לעומת אחרי) במשתנים "נורמות סובייקטיביות" ו"תחושת השליטה העצמית".

במהלך ניתוח סטטיסטי נמצא כי קיים הבדל מובהק בין קבוצת התערבות ובין קבוצת ביקורת, לפחות באחד מארבעת המשתנים (עמדות, נורמות, שליטה עצמית ומעורבות ההורים) $F_{(4,1095)}=2.392, p=0.049, \eta^2=0.009$. השפעת תכנית ההתערבות נמצאה מובהקת במשתנה נורמות, $F_{(1,1098)}=6.022, p=0.014, \eta^2=0.005$ ובמשתנה שליטה $F_{(1,1098)}=6.211, p=0.014, \eta^2=0.006$.

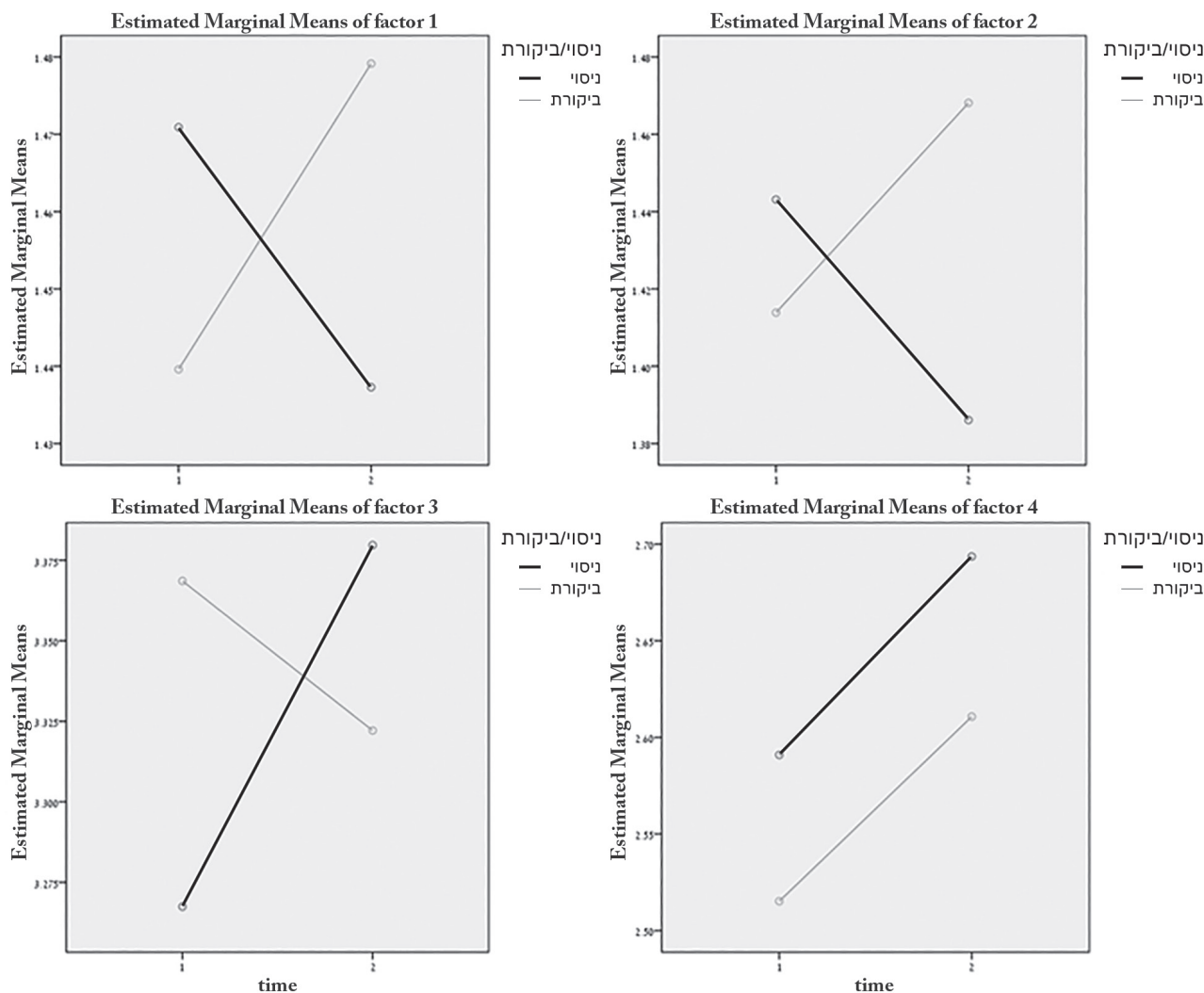
במשתנה עמדות $F_{(1,1098)}=3.706, p=0.054, \eta^2=0.003$ ומעורבות ההורים $F_{(1,1098)}=0.014, p=0.907, \eta^2=0$ לא נמצאה השפעה מובהקת של התכנית. אפקט האינטראקציה בין זמן וקבוצה בודק האם הפער בין "אחרי" ו"לפני" (הזמן) זהה בקבוצת התערבות וקבוצת ביקורת. נמצא כי אפקט

ואחרי השתתפותם בתכנית ההתערבות נערך מבחן t למדגמים מזווגים, ונמצא הבדל מובהק ($P<0.0001$). טבלה מס' 4 מראה את ההבדלים שנמצאו, כך שלפני ההתערבות ממוצע הידע של התלמידים (Mean=0.66, S.D=0.13) נמוך יותר מממוצע הידע לאחר תכנית ההתערבות (Mean=0.71, S.D=0.12). לעומת זאת, במבחן דומה לא נצפה שינוי בקבוצת הביקורת. ממוצע הידע של התלמידים דומה בקבוצת הביקורת בתקופה שלפני/אחרי התערבות שבוצעה בקבוצת המחקר בלבד.

מודל כוללני: ניתוח מדידות חוזרות בשתי נקודות זמן עם התייחסות לקבוצת מחקר וקבוצת ביקורת

על מנת לזהות השפעת התערבות בהתנהגויות בנוגע לאכילה, בוצע ניתוח מסוג Measures Manova Repeated, המאפשר לבדוק גם הבדל בין זמנים (אחרי לעומת לפני) בהתייחסות לקבוצה (התערבות/ביקורת). על-פי איורים 1-4,

איור 1: המחשת אינטראקציה בין זמן וקבוצה



סיכום הממצאים

ממצאי המחקר הכמותי מלמדים כי התכנית "גדולים ולא שותים" עמדה בחלק מהמטרות שהציבה לעצמה. ניכר כי התכנית הביאה לשינוי במשתנים "שליטה עצמית ונורמות סובייקטיביות" וכן נתגלה שיפור בידע לגבי שתיית אלכוהול בקרב המשתתפים, בנים ובנות כאחד. במודל כוללני הוכח הבדל בין הזמנים ("אחרי" לעומת "לפני") בהתייחסות לקבוצה (התערבות / ביקורת), נמצא כי השתתפות בתכנית ההתערבות "גדולים ולא שותים" הובילה לשינוי מובהק סטטיסטית בנורמות הסובייקטיביות של התלמידים ובתפיסת השליטה שלהם ביחס לשתיית אלכוהול. כך שהשתתפות בתכנית "גדולים ולא שותים" תרמה לעיצוב הנורמות כמונעות שתיית אלכוהול, לפיהן שתיית אלכוהול אינה מקובלת חברתית, ולעלייה בתפיסת התלמידים את עצמם כשולטים בקבלת ההחלטה האם לשתות או לא לשתות אלכוהול. עם זאת, לא נמצאו הבדלים מובהקים בעמדות התלמידים לגבי שתיית אלכוהול בקבוצת הניסוי לעומת קבוצת הביקורת, ולא נמצא שינוי בתפיסת המעורבות ההורית (בעיני התלמידים) ביחס לשתיית אלכוהול, כך שלאחר התכנית, התלמידים לא מצאו את הוריהם כבעלי עמדות שליליות יותר כלפי אלכוהול לעומת המדידה שנערכה לפני התכנית. לבסוף, נמצאו הבדלים בין בתי ספר בעלי רמות חברתיות-כלכליות שונות כך שמדד שליטה עצמית גבוה יותר נצפה בבתי הספר ברמה חברתית-כלכלית גבוהה (בעלי מדד טיפוח ברמה נמוכה) בהשוואה לבתי הספר ברמה חברתית-כלכלית נמוכה (בעלי מדד טיפוח ברמה גבוהה) לפני תכנית ההתערבות. בדומה לכך, רמת הידע של התלמידים נמצאה גבוהה יותר בבתי הספר ברמה חברתית-כלכלית גבוהה (בעלי מדד טיפוח ברמה נמוכה) בהשוואה לבתי הספר ברמה חברתית-כלכלית נמוכה (בעלי מדד טיפוח ברמה גבוהה), אחרי תכנית ההתערבות.

תפיסת המעורבות ההורית נמצאה גבוהה יותר בבתי הספר ברמה חברתית-כלכלית גבוהה (בעלי מדד טיפוח ברמה נמוכה) בהשוואה לבתי הספר ברמה חברתית-כלכלית נמוכה (בעלי מדד טיפוח ברמה גבוהה) או בינונית. כך שתלמידים מבתי ספר ברמה חברתית כלכלית נמוכה מרגישים כי הוריהם מעורבים יותר בפעילויות מקדמות בריאות בבית הספר, לעומת תלמידים מבתי ספר ברמה חברתית-כלכלית גבוהה.

דיון ומסקנות

הספרות מתארת מספר רב של התערבויות ותוכניות מניעה במסגרת בתי ספר, המתמייחסות אל בעיות לימודיות, חברתיות, התנהגותיות ובריאותיות (16-18). לאורך השנים, מתקיים דיון לגבי תפקידן ויעילותן של תוכניות אלו. מחקרים קודמים הראו את יעילותן של תוכניות אלו במניעה ובדחיית שימוש בחומרים ממכרים בקרב בני נוער כולל שתיית אלכוהול (16-20).

האינטראקציה הנו מובהק סטטיסטית במשתנים "נורמות ו"שליטה" ($p < 0.05$) ואינו מובהק במשתנים "עמדות ו"מעורבות ההורים" ($p > 0.05$). כלומר, במשתנים "נורמות ו"שליטה", השינוי אחרי התכנית לעומת לפני התכנית שונה בקרב קבוצת התערבות ובקרב קבוצת ביקורת. במדדים "עמדות ו"מעורבות" השינוי בין שני הזמנים זהה בקבוצת התערבות ובקבוצת הביקורת. ניתן להבין מתוך ממצאים אלו כי תכנית ההתערבות הביאה לשינוי בתחושת השליטה העצמית והנורמות הסובייקטיביות של התלמידים, אך לא השפיעה על עמדותיהם ועל תפיסתם את מעורבות הוריהם בפעילויות מקדמות בריאות בבית הספר.

מתוך פריטי העמדות שנכללו בשאלון המחקר נבנה מדד אחד הבודק את עמדות התלמידים ביחס לשתיית אלכוהול – ככל שהמדד גבוה יותר כך העמדות כלפי אלכוהול חיוביות יותר. על פי טבלה מס' 7, ניכר כי חל שינוי מובהק סטטיסטית ($P < 0.05$) בעמדות התלמידים בקבוצת ההתערבות לאחר השתתפותם בתכנית. הממצאים מראים כי לעומת הערכים שנמדדו לפני תכנית ההתערבות ($Mean = 1.47$, $S.D. = 0.45$), נמצאה ירידה בממוצע עמדות התלמידים כלפי אלכוהול ($Mean = 1.44$, $S.D. = 0.44$). ירידה זו מלמדת כי לאחר השתתפותם בתכנית, התלמידים מדווחים על עמדות שליליות יותר כלפי שתיית אלכוהול. הם פחות מאמינים כי שתיית אלכוהול גורמת להנאה, מעלה את הביטחון העצמי או את כמות החברים.

המשתנה "נורמות סובייקטיביות" בדק את רמת תפיסת התלמידים את שתיית האלכוהול כמקובלת. כך, ככל שמדד הנורמות גבוה יותר, התלמידים תופסים את שתיית האלכוהול כמקובלת יותר. מבדיקת השינוי במשתנה זה בקרב הנבדקים לפני ואחרי התכנית "גדולים ולא שותים", נמצא שינוי מובהק בנורמות הסובייקטיביות בקרב התלמידים שעברו את התכנית ($P < 0.01$). הממצאים מראים כי לעומת הערכים שנמדדו לפני תכנית ההתערבות ($Mean = 1.44$, $S.D. = 0.51$), נמצאה ירידה בממוצע נורמות התלמידים כלפי אלכוהול ($Mean = 1.38$, $S.D. = 0.49$). ירידה זו מלמדת כי לאחר השתתפותם בתכנית, התלמידים מדווחים על נורמות שליליות יותר כלפי שתיית אלכוהול. יש לציין שירידה זו אינה גדולה אך מובהקת.

המשתנה "שליטה עצמית" מודד את יכולת הנבדקים להתמודד עם לחץ חברתי. ככל שהציון במשתנה זה גבוה יותר, כך תפיסת השליטה העצמית של התלמידים גבוהה יותר. מן הממצאים ניתן ללמוד כי חל שינוי מובהק סטטיסטית בתפיסת השליטה העצמית ($P < 0.0001$). לפני תכנית ההתערבות ממוצע תחושת השליטה ($Mean = 3.27$, $S.D. = 0.72$) של התלמידים היה נמוך יותר מאשר לאחר השתתפותם בתכנית ($Mean = 3.38$, $S.D. = 0.65$). עלייה זו מלמדת כי לאחר התכנית התלמידים מרגישים יכולת גבוהה יותר להתמודד עם לחץ חברתי בנושא שתיית אלכוהול. עם זאת, עלייה זו אינה גדולה אך מובהקת.

חפיפה בין משתני המחקר השונים. אופן המדידה של הנורמות הסובייקטיביות, השליטה העצמית והעמדות של התלמידים דומה, ולכן ייתכן מאוד שמשתנה העמדות לא נמצא מובהק במודל, עקב אינטראקציה גבוהה עם אחד ממשתנים אלו.

הספרות בנושא ילדים ובני נוער מראה כי קבוצת השווים תופסת מקום רחב יותר ככל שילדים מתבגרים כך שהמשפחה אינה עוד המקום היחיד שאליו משתייך הילד (16). בני נוער לעיתים מתקשים להתמודד עם הרצון לרצות ולהתקבל על ידי החברה מחד, ועם הרצון לשמור על ערכי המשפחה ועל האינדיבידואליות שלהם מאידך (15). מתוך הנחה כי לקבוצת השווים, למשפחה ולבית הספר השפעה על ילדים ובני נוער, התכנית התבססה על שילוב של התלמידים עם ההקשר הסביבתי שלהם על מנת ליצור שינוי. התפיסה האקולוגית מדגישה את התפתחות האדם בסביבות שונות התלויות זו בזו במערכת של קשרים, תהליכים ואירועים, ושמה דגש על המעגלים הללו הכוללים את חברת השווים, הורים והצוות החינוכי בבית הספר (5-7).

יותר ויותר מחקרים שנערכים בשנים האחרונות מעידים על ההשפעה של אקלים בית-הספר על הלמידה ועל תפקידו של בית-הספר במניעת התנהגויות סיכון (17). תוכניות רבות המכוונות לעכב, למנוע או להפחית את השימוש באלכוהול בקרב בני נוער מקבלות כיום תשומת לב רבה ממחוקקים ומקובעי המדיניות (20). מאות מחקרים בנושא התערבויות בית ספריות למניעת שתיית אלכוהול בקרב בני נוער מציגים מסקנות שונות בנוגע ליעילותן של התוכניות, אילו תוכניות עובדות ובאיזו מידה הן מביאות לשינוי הרצוי לאורך זמן. הבדלים בגודל המדגם, בסוג ההתערבות, במערכי המחקר, במדדי הצלחה, בצוות בית הספר וברמת הטמעת תכנית ההתערבות – כל אלו בעלי השפעה על המסקנות הנגזרות בנוגע לאפקטיביות של התכנית (18-19).

המלצות להמשך פעילות

תכנית המניעה "גדולים ולא שותים" הוכחה כיעילה לשינוי הנורמות הסובייקטיביות, עליית תפיסת השליטה על שתיית אלכוהול, ועלייה בידע בנוגע לשתיית אלכוהול וסיכונים בקרב תלמידי כיתות ה' ו-ו'. ממצאי תכנית ההתערבות "גדולים ולא שותים" מעלים מסקנות אפשריות והמלצות לפיתוח והמשך תוכניות דומות גם בעתיד. יצירת נורמות שאינן מעודדות שתיית אלכוהול ועלייה בתחושתם של התלמידים כי הם שולטים בהחלטה האם לשתות או לא, וכי הם מסוגלים להימנע משתיית אלכוהול למרות לחצים חברתיים וסביבתיים, עשויים לעצב את התנהגותם העתידית של התלמידים הן במהלך גיל ההתבגרות והן לאחר מכן. ממצאי המחקר מלמדים כי יש בהחלט מקום להעביר תכנית זו בקרב תלמידים צעירים כ"הקדמת תרופה למכה", לצורך מניעה עתידית של שתיית אלכוהול.

התכנים שדווחו על ידי התלמידים כמועילים וכמעוררי עניין – ועל כן מומלצים לשימוש חוזר – היו קשורים במתן ידע

תכנית המניעה "גדולים ולא שותים" כוונה לילדים ולבני נוער על סף גיל ההתבגרות, בגילאי 10-12. התכנית עסקה במניעה ראשונית של שתיית אלכוהול בקרב קהל יעד זה, ומטרת העל שלה הייתה ליצור דיאלוג פתוח עם התלמידים בנושאים הקשורים לחוסן הנפשי ולכישורי ההתמודדות שלהם אל מול פיתויים ולחצים עתידיים. התכנית עסקה בארבעה נושאים עיקריים: הבנת סכנות השתייה הלא מבוקרת של אלכוהול, חיזוק האחריות האישית, קבלת החלטות יעילה, וקידום ההורים כשותפים וכסוכני שינוי מרכזיים. מטרת התכנית, כפי שהגדירו כותבי התכנית, היו: לבסס ידע ברור על הקשר שבין השימוש לרעה בשתיית אלכוהול ובין הנזקים הגופניים והנפשיים הנגרמים כתוצאה מכך, לעודד את התלמידים לשאת באחריות אישית להימנעות משתייה, לעזור לתלמידים לפתח מיומנויות שיסייעו להם להימנע משימוש לרעה באלכוהול ולהתנגד לכל סוג של עידוד או לחץ לשימוש בו, ולפתח עמדות ביחס לפנייה לעזרה בעת מצוקה.

ציריה המרכזיים של התכנית היו ציר הידע וציר המיומנות. מטרת ציר הידע הייתה הבנת התנהגות מסוכנת מההיבט התיאורטי והמעשי, ואילו בציר המיומנות המטרה הייתה הקניית כישורים לתלמיד שיאפשרו לו לפעול ביעילות במצבי סיכון. יתר על כן, התקיים בה דגש על לקיחת אחריות אישית וחברתית תוך הפעלת שיקול דעת וכינון מוקד שליטה פנימי אצל התלמיד. הממצאים בקרב תלמידים שעברו את התכנית הראו כי התכנית "גדולים ולא שותים" עמדה בחלק מן המטרות שהציבה לעצמה. תכנית זו מוסיפה לראיות ההולכות וגוברות בקרב הספרות המחקרית כי תוכניות מניעה אשר מתוכננות ומיושמות בזהירות ובהתאמה עשויות להועיל במניעת בעיות בקרב ילדים ובני נוער (16-18). ברמת הפרט, משתתפי התכנית דיווחו על עלייה בתחושת השליטה העצמית וביכולת להתמודד עם לחץ חברתי, וכן על שינוי בנורמות החברתיות שלהם כך שלאחר התכנית תפיסת האלכוהול הייתה שלילית יותר. כמו כן, נמצאה עלייה ברמת הידע לגבי שתיית אלכוהול. ממצאים חיוביים אלו עולים בקנה אחד עם ממצאי מחקרים נוספים אשר העריכו תוכניות למניעת שימוש בחומרים ממכרים בקרב ילדים ובני נוער (19).

ממצאי המחקר מלמדים כי השתתפות בתכנית "גדולים ולא שותים" תורמת לעיצוב הנורמות כמונעות שתיית אלכוהול, לפיהן שתיית אלכוהול אינה מקובלת חברתית, ולעלייה בתפיסת התלמידים את עצמם כשולטים בקבלת ההחלטה האם לשתות או לא לשתות אלכוהול ופחות נתונים ללחץ חברתי וסביבתי לשתות. עם זאת, לא נמצא שינוי מובהק בעמדות המשתתפים בנוגע לשתיית אלכוהול במודל הכוללני בהשוואה לקבוצת הביקורת. תפקידו של המודל הכוללני לבדוק אינטראקציות בין משתני המחקר השונים, או במילים אחרות, לנסות ולהצביע על משתנים שעשויה להיות קשורים זה לזה. באופן זה מציג המודל הכוללני את התמונה המלאה, ללא

6. Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, Flint KH, Kawkins J, Harris WA, Lowry R, Olsen EO, McManus T, Chyen D, Whittle L. Youth risk behavior surveillance—United States, 2013. MMWR Surveill Summ. 2014 Jun 13;63(Suppl 4):1-68.
7. בר-המבורגר, ר., אורחי, י., רויזנר, א. ונירל, ר. (2009). השימוש בחומרים פסיכו אקטיביים בקרב תושבי מדינת ישראל 2009: מחקר אפידמיולוגי. IIV. ירושלים: הרשות הלאומית למלחמה בסמים ובאלכוהול.
8. Grucza RA, Norberg KE, Bierut LJ. Binge drinking among youths and young adults in the United States: 1979-2006. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2009 Jul 31;48(7):692-702.
9. Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, Jones SE. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. Pediatrics. 2007 Jan 1;119(1):76-85.
10. Fisher LB, Miles IW, Austin SB, Camargo CA, Colditz GA. Predictors of initiation of alcohol use among US adolescents: findings from a prospective cohort study. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2007 Oct 1;161(10):959-66.
11. Heffernan T, O'Neill T, Ling J, Holroyd S, Bartholomew J, Betney G. Does excessive alcohol use in teenagers affect their everyday prospective memory?. Clinical Effectiveness in Nursing. 2006 Dec 31;9:e302-7.
12. DuPont, R. L., Caldeira, K. M., DuPont, H. S., Vincent, K. B., Shea, C. L., & Arria, A. M. (2013). America's dropout crisis: The unrecognized connection to adolescent substance use. Rockville, MD: Institute for Behavior and Health, Inc. Retrieved from: www.cls.umd.edu/docs/AmerDropoutCrisis.pdf
13. Townshend JM, Duka T. Binge drinking, cognitive performance and mood in a population of young social drinkers. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2005 Mar 1;29(3):317-25.
14. Winqvist S, Jokelainen J, Luukinen H, Hillbom M. Adolescents' drinking habits predict later occurrence of traumatic brain injury: 35-year follow-up of the northern Finland 1966 birth cohort. Journal of Adolescent Health. 2006 Aug 31;39(2):275-e1.
15. Denham BE. Adolescent perceptions of alcohol risk: variation by sex, race, student activity levels and parental communication. Journal of ethnicity in substance abuse. 2014 Oct 2;13(4):385-404.
16. Quek LH, White A, Low C, Brown J, Dalton N, Dow D, Connor JP. Good choices, great future: an applied theatre prevention program to reduce alcohol-related risky behaviors during School. Drug Alcohol Rev. 2012 Nov;31(7):897-902
17. Midford R, Cahill H, Foxcroft D, Lester L, Venning L, Ramsden R, Pose M. Drug education in Victorian schools (DEVS): The study protocol for a harm reduction focused school drug education trial. BMC Public Health. 2012 Feb;10(12):112.
18. Lammers J, Goossens F, Conrod P, Engels R, Wiers RW, Kleinjan M. Effectiveness of a selective intervention program targeting personality risk factors for alcohol misuse among young adolescents: results of a cluster randomized controlled trial. Addiction. 2015 Jul 1;110(7):1101-9.
19. Tanner-Smith EE, Lipsey MW. Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. Journal of substance abuse treatment. 2015 Apr 30;51:1-8.
20. רוט-איטש ק. (2011) מתווה למדריכי היחידה למניעת סמים, אלכוהול וטבק. שפ"י להטמעת התכנית "גדולים ולא שותים" – תכנית למניעת שתיית אלכוהול לכתות ה-ו. משרד החינוך, המנהל הפדגוגי, השרות הפסיכולוגי ייעוצי.

ומודעות בנושא אלכוהול, מרכיביו והשפעתו. כלים להתמודדות עם לחץ חברתי, סיפורים אישיים וחוויות מן השטח באמצעות הפעילויות של מרכז הלמידה. התכנים שנמצאו מפריעים ובלתי מועילים, ועל כן אינם מומלצים לשימוש בתוכניות הבאות, היו קשורים להתרעה ולהפחדה בנושא באמצעות סרטונים המתארים מצבים קיצוניים כתוצאה משתיית אלכוהול מופרזת. יש לציין כי התכנית הנוכחית הותאמה ונבדקה באוכלוסייה יהודית חילונית בלבד. על כן, יש לבחון האם התכנית כוללת בתוכה מרכיבי התאמה אישית לאוכלוסיות שונות כמו חרדים, ערבים, או החינוך המיוחד, וספק אם התכנית הקיימת פונה אליהן. עם זאת, ניכר כי אמות המידה הבסיסיות שבאו לידי ביטוי בתכנית ההתערבות ותרמו לשינוי המיוחל, ביניהן מעורבות הורים, היקף רחב ומשך זמן ארוך, מעורבות ונכונות מעבירי התכנית, מהוות בסיס לתוכניות התערבות ונמצאו תקפות בקרב אוכלוסיות שונות בארץ ובחו"ל.

המלצות המחקר לגבי אופן העברת התכנית: הממצאים שמים דגש על שלושה מאפיינים עיקריים של התכנית שנמצאו במחקר הנוכחי כגורמים תורמים להצלחתה בהבאה לשינוי ההתנהגותי והחשיבתי הרצוי בקרב אוכלוסיית המחקר:

מתמשכת – לפחות 8 מפגשים על מנת שההתערבות תהיה בעלת השפעה ותגרום לשינוי התנהגותי. כמו כן, יש לקבוע את מספר המפגשים המינימלי הנדרש לתכנית, אחרת היא תגרום לבזבוז של משאבים ולא תשיג את מטרתה.

לא ביקורתית – אינה מבקרת את התלמידים או מאשימה אותם. חשוב שמעבירי התכנית (יועצות בית הספר) ישמרו על אובייקטיביות וניטרליות בעת העברת התכנית.

מלאת עניין – כזאת היוצרת חיבור לתלמידים (בעזרת הפעילויות השונות והנחיה טובה מצד מעבירי התכנית).

רשימת מקורות

1. Fleming R. Does alcohol damage the adolescent brain? Neuroanatomical and neuropsychological consequences of adolescent drinking. Neuroscience and Neuroeconomics. 2015 Dec 9;4:51-60.
2. Lisdahl KM, Gilbert ER, Wright NE, Shollenbarger S. Dare to delay? The impacts of adolescent alcohol and marijuana use onset on cognition, brain structure, and function. Brain Reward & Stress Systems in Addiction. 2015 Mar 26:25.
3. Pedersen W, Von Soest T. Adolescent alcohol use and binge drinking: an 18-year trend study of prevalence and correlates. Alcohol and alcoholism. 2015 Mar 1;50(2):219-25.
4. Masten AS, Faden VB, Zucker RA, Spear LP. Underage drinking: A developmental framework. Pediatrics. 2008 Apr 1;121(Supplement 4):S235-51.
5. הראל-פיש י. ועמיתיו. (2011). נוער בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית, ודפוסי התנהגותיים סיכון. סיכום ממצאי המחקר הארצי השישי (2010-11), ניתוח מגמות בין השנים 1994-2011 והשוואה בינלאומית. רמת גן: אוניברסיטת בר-אילן.

מודל 'בטרם בעיר' לקידום בטיחות ילדים ברשויות מקומיות: מחקר הערכה

שרון לוי¹, יובל פלדי^{2,3}

¹ ראש תחום מחקר, ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים.

² בעלים וחוקר ראשי, מכון תובנות – הערכה, תכנון ויעוץ לשיפור ארגונים.

³ המאמר נכתב בשיתוף מלא על ידי שני המחברים

תקציר

רקע: מודל 'בטרם בעיר' פותח בשנת 2007 על-ידי ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים ושותפים נוספים, מתוך תפיסה שרשויות מקומיות הנן גורם חשוב בניהול וקידום בטיחות הילדים ובצמצום היפגעותם בתאונות. המודל עושה שימוש בשלוש דיסציפלינות יחד: קידום בריאות, ניהול סיכונים וניהול שינוי באמצעות ייעוץ ארגוני, ומופעל, נכון לשנת 2014 ב-26 רשויות מקומיות ברחבי ישראל.

מטרת המחקר: הערכת אפקטיביות מודל 'בטרם בעיר' ברשויות המקומיות שבהן הוא מופעל.

שיטת המחקר: תהליך ההערכה נמשך 3 שנים וכלל:

(1) הערכת יישום המודל ב-23 רשויות מקומיות באמצעות ארבעה כלים כמותיים: שאלון יו"ר התכנית ברשויות (היענות = 74%), שאלון מנהלי התכנית ברשויות (היענות = 91%), שאלון יועצות התכנית (היענות = 100%) ושאלון רשות מקומית (היענות = 100%).

(2) מעקב עומק בארבע רשויות מקומיות, המייצגות את כלל הרשויות אשר מיישמות את המודל, באמצעות כלי הערכה איכותני המשקף את הפערים בין היישום הרצוי של המודל ובין יישומו בפועל.

תוצאות: למרות שהמודל שעליו מבוססת התכנית בנוי היטב ומבוסס על התיאוריה ועל הפרקטיקה בתחום, יישומו בפועל ברשויות המקומיות היה חלקי וטעון שיפור. מרכיבים במודל שיושמו באופן מלא יחסית דרשו מהרשויות פחות השקעה של זמן, תקציב וידע מקצועי, בהשוואה למרכיבים שיושמו באופן חלקי, וכן היו מרכיבים שדרשו ידע ויכולות מקצועיות שלרוב אינן קיימות ברשויות המקומיות. מרכיבים במודל שנמצאו בקשר חיובי מובהק עם תפוקותיו היו: תפקוד יעיל של יו"ר ומנהלי התכנית ברשויות וביצוע הייעוץ הארגוני מטעם ארגון 'בטרם'. קיום תקציב ותקן ייעודיים לא נמצאו בקשר עם תפוקות המודל, אך נמצא כי קיומם מאפשר יותר מרחב פעולה ואיגום משאבים ועשוי להבטיח הובלה רציפה, עקבית ויוזמת של התכנית ברשות.

מסקנות: מודל 'בטרם בעיר' הוא בעל פוטנציאל להוביל לשינוי ארגוני ולהגברת פעילות הרשות המקומית בניהול וקידום בטיחות ילדים לאורך זמן, בתמיכת ייעוץ ארגוני וליווי של ארגון 'בטרם' ובהובלת מנהיגים מקומיים מתאימים. יחד עם זאת, המודל הציב לרשויות דרישות גבוהות, שבחלקן אינן ריאליות בהתחשב במשאבים הקיימים כיום.

לאור האמור לעיל, מומלץ כי המודל ימומן, ינוהל ויבוקר בעתיד על-ידי גוף לאומי מוביל. עד אז, רצוי למתן את דרישות המודל ולהסתמך בעיקר על האישיות ועל היכולות האישיות של יו"ר ומנהלי התכנית ברשויות, ליצור שיתופי פעולה פנימיים ולאגם משאבים מגופים שונים ברשות.

רקע

ארגון הבריאות העולמי הגדיר תאונות ילדים כאחת ממגפות האלף השלישי. נתוני דוח היפגעות ילדים של ארגון הבריאות העולמי ויוניצף לשנת 2008 מראים כי יותר מ-2,000 ילדים מתים בעולם בכל יום עקב פגיעות (1). בישראל פונים מדי שנה כ-190,000 ילדים לחדרי המיון (כשליש מכלל הפניות לחדרי המיון) כ-23,500 ילדים מתאשפזים בבתי החולים וכ-117 ילדים מקפחים את חייהם עקב פגיעה בתאונות. על פי הערכות, כמחצית מילדי ישראל נפגעים באופן שדורש טיפול רפואי בקהילה (2). התאונות מתרחשות במקומות שונים: בבית ובחצר, במרחב הציבורי, במוסדות החינוך ובדרכים. טרגדיות אנושיות אלה כרוכות באבדן חיי אדם, בנכות ובכאב רב, וכן בעלויות כלכליות וחברתיות הניכרות ברמת המשפחה, היישוב והמשק בכללותו.

מודלים שונים פותחו לאורך השנים על מנת לקדם בריאות ובטיחות בקהילה. מודל Safe Communities, "קהילות בטוחות", הוצג לראשונה בוועידה למניעת תאונות ופציעות שנערכה בשוודיה בשנת 1989, בתום הצלחת פרויקט פיילוט שהוריד ב-23% את שיעור הפציעות בקהילה העירונית במדינה (3). המודל מבוסס על ההנחה שהקהילה הנה, מחד, המקור לבעיות הבטיחות, ומאידך בעלת האמצעים למציאת פתרונות לבעיות אלו. המכנה המשותף לתכניות הנסמכות על מודל זה הנו שיתוף הפעולה בין מגזרים קהילתיים שונים וכן המעורבות של חברי קהילה בתכניות ובמציאת פתרונות ההולמים את הסוגיות המיוחדות בכל קהילה, תוך מתן מענה לגורמי סיכון שונים (4). נכון לשנת 2014, מודל "קהילות הבטוחות" מנוהל על ידי מרכז קרולינסקה בשוודיה, תחת חסות ארגון הבריאות העולמי ומופעל ב-336 קהילות ברחבי העולם, כולל ברשות מקומית אחת בישראל. מודל זה באופן מסורתי התייחס לכלל הקהילה, ובשנים האחרונות פותחו תבניות ייעודיות לקהילה בטוחה לילדים ולבית חולים בטוח. ארגון הבריאות העולמי מקדם משנות ה-90 רשת של Healthy Cities, "ערים בריאות", ברחבי העולם באמצעות רכזים המייצגים כל מדינה ומדינה. כיום פועלות בעולם למעלה מ-1,000 רשתות של רשת ערים בריאות אשר מייצגות אלפי ערים ויישובים ברחבי העולם, בכל אחד מהאזורים של ארגון הבריאות העולמי (5). בישראל, פועלת רשת "ערים בריאות" מאז 1990, כאשר נכון לשנת 2013 מנתה הרשת כ-40 רשויות מקומיות ושותפים בה 5 משרדי ממשלה ו-9 מוסדות וארגונים (6). על מנת שרשות מקומית תוכר כחלק מן הרשת, עליה להתחייב לאמץ את העקרונות המרכזיים, ובראשן השקעת משאבים בתכנון ובהוצאה לפועל של פעולות לצמצום רמת הסיכון בעיר (7). המודל של ערים בריאות אינו ממוקד בקבוצת גיל ספציפית אלא פונה לכלל האוכלוסייה ביישוב.

בארה"ב פותח מודל על-ידי ארגון Safe Kids Worldwide ב-1988 אשר התבסס על פיתוח קואליציות לבטיחות ילדים ברמה של מדינה, מחוז או עיר. המודל מתמקד בילדים בני 0-18 ובמניעת היפגעות בלתי מכוונות. כיום קיימות למעלה מ-500 קואליציות לבטיחות ילדים ברחבי ארה"ב (8). בכל אחת מהקואליציות ישנו ארגון מקומי כגון בית חולים, ארגון קהילתי או משרד בריאות אשר מוביל את הפעילות. הקואליציות מקדמות תכניות התערבות מוכחות על פי הצרכים בקהילה המקומית כגון: סדנאות התקנה של מושבי בטיחות, סדנאות בבתי ספר בנושא קידום בטיחות הולכי רגל, סדנאות הדרכה בנושא בטיחות בספורט למאמנים והורים, והדרכות לנשים בהריון וילדות על בטיחות בשנה הראשונה. מודל 'בטרם בעיר' פותח בשנת 2007 על-ידי ארגון 'בטרם' בשיתוף עם מרכז השלטון המקומי וחברת 'אשד - משאבי ניהול והנדסה', על מנת לתת מענה לרשויות המקומיות בישראל, יהודיות וערביות כאחת, המבקשות לפעול למען שיפור בטיחות הילדים בתחומן. נכון לשנת 2014 המודל מופעל ב-26 רשויות מקומיות ברחבי ישראל, מתוך תפיסה שרשויות מקומיות הן גורם חשוב בניהול וקידום בטיחות הילדים ובצמצום היפגעותם בתאונות. יכולתן להשפיע על בטיחות הילדים היא רבה, מכיוון שפעילותן מקיפה את מכלול תחומי החיים והן אחראיות על התשתיות, על מערכות החינוך ועל שירותים רבים נוספים (9). בישראל, הרשויות המקומיות הן בעלות אחריות ישירה על 3 מתוך 4 זירות ההיפגעות המרכזיות: המרחב הציבורי, מוסדות החינוך והדרכים. אחריות זו מחזקת את החשיבות הרבה במודל עבודה ברשות מקומית, לטובת מניעת היפגעות ילדים.

מודל 'בטרם בעיר' בולט מבין המודלים העירוניים האחרים שצוינו, בכך שהוא מותאם לקידום בטיחות ילדים באמצעות מנגנוני הניהול העירוניים הקיימים, מתוך הראייה הכוללת כי קידום בטיחות הוא חלק מקידום בריאות. המודל עושה שימוש בשלוש הדיסציפלינות הבאות יחד: קידום בריאות, ניהול סיכונים וניהול שינוי באמצעות ייעוץ ארגוני. כמו כן, המודל מדגיש את מרכיבי הניהול מתוך התפיסה כי יצירת תשתית של ניהול תחום בטיחות הילדים תאפשר השפעה ברורה קיימת.

קידום בריאות

מקובל להתייחס לקידום בריאות כאל מכלול הפעילויות וההתהליכים הננקטים על ידי אנשים פרטיים או גופים על מנת להגביר את השליטה על אירועים המשפיעים על חייהם ועל בריאותם (10). קידום בריאות משלב בתוכו שני ממדים: הראשון הנו ממד הפרט, הגורס כי תהליכי קידום בריאות, מטרתם להעניק לאנשים הפרטיים שליטה טובה יותר על חייהם ומידע מהימן אודות נושאים בריאותיים. לכן, תכניות רבות של קידום בריאות שמות את הדגש על נושא ההעצמה

שטח מהווים חלק חשוב מתהליך הערכת הסיכונים, עולה הסיכוי כי יזוהו יותר גורמים רלבנטיים, וכי גורמי שטח אלו ייקחו חלק בהובלת תהליך המניעה גם בעתיד (20).

תקן מוביל בתחום ניהול הסיכונים ברמה הארגונית הנו תקן ISO 18001. עקרונות התקן מצביעים על כך שהבטיחות בארגון הנה תחום הרלוונטי לכל דרגי הניהול והביצוע, כל אחד בהתאם לאחריותו ולסמכותו. פרט לכך יש מעגל המתחיל ממדיניות, עובר דרך תכנון, מימוש ותפעול, ומסתיים בתחקור אירועים חריגים ובקרה. הארגון קובע מדיניות ותכנון יחד עם יועציו, וכנגזרת מקדם את השלבים הבאים החל ממימוש ותפעול*.

ייעוץ ארגוני להובלת שינוי

שינוי ארגוני מתואר במרבית המקרים כתהליך מדורג הכולל מספר שלבים, כאשר שלבים אלו מתוכננים בלבד ואינם ניתנים לניבוי מדויק עם תחילת הטמעת השינוי (21): (1) אבחון המצב הנוכחי וזיהוי המצב הרצוי (2) יצירת חזון אסטרטגי (3) תכנון אסטרטגיית השינוי (4) וידוא מחויבות ומעורבות הגורמים הרלבנטיים לשינוי (5) ניהול הטמעת השינוי (6) ייצוב, אינטגרציה וגיבוש של תוצאות השינוי על מנת להבטיח ולתחזק את תוצאותיו.

בשנות התשעים צמח מושג חשוב הנוגע לתכנון וביצוע של שינוי ארגוני למטרת קידום בריאות המכונה "בניית יכולות" (Capacity Building). מונח זה צמח מתוך ההבנה כי ישנם שלושה מרכיבים הנדרשים לארגון על מנת להבטיח קידום בריאות – (1) מנדט לפעולה, (2) מסגרת תשתיתית לפעולה ו- (3) היכולת לפעול (22).

"בניית יכולות" כוללת פיתוח ארגוני, הקצאת כוח אדם, הקצאת משאבים נוספים, מנהיגות ושותפות. חשיבותה באה לידי ביטוי בכך שהיא זו שמאפשרת לכוון מחדש מערכות וגופים שונים האמונים על בריאות הציבור, על מנת שיתנו שירות משותף ואיכותי יותר. יכולת בנייה כמעריך אסטרטגי יכולה להיות מיושמת הן בתוך ארגון והן בשיתוף פעולה בין ארגונים על מנת להוביל להעצמת יכולות של אנשים, ארגונים וקהילות לכיוון של קידום בריאות.

שיטות הערכת תכניות בבריאות הציבור

הערכת יעילות של תכניות הנה דרך שיטתית לשיפור הפעילות לקידום בריאות הציבור. תפקיד ההערכה לבחון עד כמה הפעילות מובילה לתוצאות הרצויות, ורק באמצעות הערכה ניתן להבדיל בין תכניות שמקדמות בריאות ובין אלו שאינן עושות זאת. המרכז לבקרת מחלות בארה"ב (CDC) קבע מסגרת ברורה להערכת תכניות בריאות הציבור הכוללת

(Empowerment) המוגדר כאוסף פעולות המכוונות להגביר את מידת השליטה של אנשים בחייהם הפרטיים ובחיי הקהילה. ההנחה היא שתהליך זה מגביר את השליטה של אנשים בחייהם ולפיכך משמש כגורם קריטי בעריכת בחירות בריאות יותר (11).

השני הנו ממד מקרו-חברתי, שבו גורמי שלטון שונים מנסים להנחיל לציבור הרחב נורמות של בריאות הנוגעות לפעילות גופנית, למזון ולכללי אורח חיים בריא יותר (12). מחקרים מלמדים שבאופן בלתי תלוי במאפיינים הפרטיים של האנשים החיים במרחב העירוני, ישנה השפעה של הסביבה המוניציפלית שבה מתגוררים האנשים על בריאותם (13). רשויות מקומיות רבות, בעיקר ברחבי אירופה, נקטו שורה של צעדים להגברת רמת הבריאות, בין השאר על ידי קידום השכלה בתחום והעלאת המודעות, אספקת שירותים שונים על מנת לצמצם סיכונים במרחב העירוני, פילוח אזורים ואוכלוסיות אשר מועדים יותר לפגיעה, פיתוח תכניות שנתיות מסודרות לקידום נושאי בריאות, וכן פיתוח תכניות מדידה והערכה של התערבות הרשות המקומית ברמת הבריאות של התושבים (14).

ניהול סיכונים

ניהול סיכונים היא דיסציפלינה המתעסקת בזיהוי, הערכה ותעדוף של סיכונים, מתוך מטרה לשלוט ולצמצם ככל שניתן את ההסתברות להתרחשותו בפועל של גורם סיכון או אירוע בעל השלכות שליליות (15). לאחר זיהוי גורמי הסיכון האפשריים אשר עלולים לחבל בהשגת היעדים, יש לבצע הערכה מחושבת הן של חומרת ההשפעה של גורם הסיכון והן של ההסתברות להתרחשותו (16). מאחר וסיכונים שונים האחד מן השני, נהוג לנהל סיכונים על פי מידת המורכבות ומידת אי הוודאות של התרחשות הסיכון, החל מסיכון פשוט, דרך סיכון מורכב ועד סיכון לא ודאי (17).

רשויות מקומיות, כחלק משגרת יומן, באות במגע עם שורה ארוכה של סיכונים שעליהן לנהל במרחב הציבורי, בין השאר בהיבט הבטיחותי. השכיחות הגבוהה של סיכונים ותאונות הובילו את מקבלי ההחלטות במגזר הציבורי להפנות משאבים על מנת לזהות סיכונים במרחב העירוני ולתת להם מענה הולם על מנת לצמצם אותם למינימום האפשרי (18). ניהול הסיכונים במרחב המוניציפלי מתמקד בתכנון לטווח הארוך (חמש שנים ומעלה), יותר מאשר בבניית תכניות עבודה לטווח הקצר (19). עם זאת, בניית מדיניות ניהול סיכונים גם לטווח הקצר הנה חיונית משום שמרבית התאונות מתרחשות במרחב הציבורי, שלו אחראית בדרך כלל אך ורק המועצה או הרשות המקומית. לפיכך, על רשויות מקומיות להשקיע משאבים במיפוי הסיכונים על מנת לנקוט אמצעי מנע בהגברת הבטיחות של תושביהן.

מחקרים אודות "קהילות בטוחות" מראים שאם עובדי

* <https://portal.sii.org.il/heb/qualityauth/certificationtypes/safetylinks/ohsas/>

לקדם את בטיחות הילדים בתחומן, תוך שיתוף מידע והעלאת הנושא לסדר היום הלאומי.

תחום בטיחות הילדים כמכלול לא תמיד מעוגן בחוקים, בנהלים ובתקנות המחייבים של הרשות המקומית. לפיכך מציעה התכנית מודל המבוסס על הניסיון העולמי שהצטבר ומצא כי שיתוף פעולה בין הגורמים הקיימים ברשות המקומית, הפועלים בתחום בטיחות הילדים מתוקף תפקידם, ישפיע על כל הזירות ברשות המקומית שבהן עלולים ילדים להיפגע – המרחב הציבורי, מוסדות חינוך, דרכים ובית.

רשות מקומית המצטרפת ליישום המודל מחויבת למספר שלבים מרכזיים (ראה תרשים 1) כולל: מינוי יו"ר ומנהל ברשות המקומית, ביצוע מיפוי ראשוני של מצב בטיחות הילדים ברשות, קביעת מדיניות בטיחות ילדים רשותית, בניית תכנית עבודה שנתית ובניית מנגנוני ניהול ובקרה (ועדת היגוי, צוות ביצוע ועוד). במקביל, מתחילה הרשות בהפעלת אסטרטגיות מניעה שונות (בתמהיל משתנה, כל אחת בהתאמה לצרכיה), כגון: ייזום וקידום תקנות, נהלים והסדרים לשמירה על בטיחות הילדים, עידוד תשתיות וסביבות בטוחות ושימוש במוצרים בטוחים לילדים, איתור סיכונים ומפגעים וטיפול בהם, ביצוע תכניות התערבות, הנגשת מידע בנושא בטיחות ילדים לציבור הרחב, הדרכה של אנשי מקצוע בתחום בטיחות הילדים, שיווק וחשיפה של נושא בטיחות הילדים באמצעי התקשורת המקומית, גיוס מתנדבים וגיוס כספים לטיפול בנושא, איסוף נתוני היפגעות ילדים ועוד. הרשות מקבלת ליווי של יועצ/ת ארגונית מטעם ארגון 'בטרם', המתמחה בתחום בטיחות הילדים, אשר מסייע בתהליך הקמתו של מערך עירוני לניהול ולקידום בטיחות הילדים ברשות המקומית.

ההנחה העומדת בבסיס המודל היא שביצוע שיטתי ומיטבי של הפעולות שצוינו לעיל יוביל לאחר מספר שנות פעילות לעלייה בבטיחות ילדים ולירידה בהיפגעות של ילדים, ויבוא

שישה מרכיבים: שיתוף בעלי עניין; תיאור התכנית; מיקוד שיטת ההערכה; איסוף ראיות אמינות; הצדקת מסקנות ושימוש ושיתוף של הממצאים (23).

נאטבים (Nutbeam) הצביע על שלושה שלבי הערכה: בחינה ראשונית של תכנית חדשנית (innovation testing), בחינת התהליך ותוצאות של תכנית ההתערבות (intervention demonstration), ובחינת יכולת השכפול של התכנית באופן רחב יותר (24) (intervention dissemination). חלוקה נוספת בספרות הנה הערכת רשמים ראשוניים – עד כמה התכנית עובדת (impact evaluation), הערכת תוצאות התכנית – לטווח הארוך בכדי להבין האם התכנית הובילה לתוצאות הרצויות (outcome evaluation), והערכת היכולת להעתיק את התכנית (25) (transfer evaluation).

חשוב לבחור בשיטת הערכה המתאימה לשלב ולמבנה התכנית ואשר תיתן את המידע המתאים שיאפשר מענה לשאלות ההערכה שפותחו בשלב המקדים של התכנית. מבין השיטות המוכרות ישנן תכניות הערכה ניסיוניות המבוססות על מדגם רנדומלי הכולל קבוצת ניסוי וקבוצת ביקורת. לצד זה יש שיטה המדמה ניסוי, אשר כוללת השוואה לאורך זמן או בין קבוצות המשתתפות בתכנית בשלבים שונים של התהליך. בנוסף, קיימים מודלים משתפים ופחות פורמליים ומובנים (24). בהערכת תכניות יש צורך להתייחס למכלול של מדדים כולל התנהגות, ידע, סביבה, תשתיות, העצמת הקהילה, נורמות חברתיות, מדיניות ועוד; לכן נעשה שימוש במתודולוגיות שונות, כמותניות ואיכותניות, לאיסוף הנתונים. חוקרים מציינים ששילוב שיטות שונות לרוב מחזק את היעילות של תכנית ההערכה (ראה 23, 24, 25).

בהערכת תכניות קהילתיות ישנה חשיבות רבה למתן תשומת לב לשיטות השיטה וההתייחסות לסביבת ההערכה על מנת לגרום להפרעה פחותה ביותר לביצועים אשר נערכים במסגרת תכנית ההתערבות. חשוב לקחת בחשבון את הצרכים ואת העומדות של כלל השותפים בתכנית (23). רבות מהתכניות בקידום בריאות הנן תכניות מורכבות ביותר ולכן יש קושי למדוד את תוצאותיהן. ייתכן שהשינויים הרצויים בחברה יתקיימו רק לאורך זמן, ועל כן יש חשיבות לשימוש במדידה בשלבים השונים ולשילוב מדדים שונים תוך שימוש במגוון השיטות על מנת לשקף את התוצאות השונות של התכנית (25).

תיאור מודל 'בטרם בעיר'

מודל 'בטרם בעיר' מבוסס על תשתית המשלבת בתוכה תכניות התערבות וכלים ניהוליים. 'בטרם בעיר' נרקמה במטרה לצמצם תאונות והיפגעות של ילדים במרחב הרשות המקומית ולהבנות תשתית ניהול בטיחות ברת קיימא. המודל משלב בתוכו פעילות לקידום הנושא ברמה המקומית ופעילות ברמה הלאומית באמצעות ברית של רשויות מקומיות המחויבות

תרשים 1: מודל 'בטרם בעיר'



ערבית), וותק הרשות בתכנית (חדשות לעומת ותיקות**).

II. מתודה איכותנית, שבחנה את הפערים בין היישום הרצוי של המודל ובין יישומו בפועל בארבע רשויות מקומיות; באר שבע, בת-ים, נצרת ונתניה, אשר הוגדרו מבחינת מאפייניהן כמייצגות את כלל הרשויות המשתתפות בתכנית. הדבר נעשה באמצעות ראיונות עומק עם בעלי תפקידים ובאמצעות ניתוח מסמכים כגון תכניות עבודה ודוחות תקציב של התכנית ברשויות אלה בשנים 2010-2012.

המשתנים שנבדקו באמצעות כלים אלה הם: הקצאת תקציב ותקנים לתכנית, מידת המחויבות של מנהיגות הרשות המקומית כלפי התכנית, תפקוד בעלי התפקידים בתכנית, מידת השימוש במנגנוני ניהול וכלים לניהול התכנית, מידת ואיכות השימוש בתכנית עבודה שנתית ליישום התכנית, מידת השימוש במנגנוני מעקב, בקרה וניהול ידע, ומידת ואיכות השימוש באסטרטגיות למניעת היפגעות של ילדים ברשות.

ממצאים

מחקר ההערכה בדק את אפקטיביות המרכיבים המרכזיים של מודל 'בטרם בעיר', הנגזרים משלושת הדיסציפלינות שעליהן מבוסס המודל – קידום בריאות, ניהול סיכונים וייעוץ ארגוני להובלת שינוי.

בעלי תפקידים בתכנית (יו"ר, מנהל ויועצת):

יו"ר התכנית: ראיונות העומק מלמדים כי תפקיד יו"ר התכנית חשוב לקידום התכנית, בעיקר בכל הנוגע להקצאת משאבים לתכנית ולקידום שיתופי פעולה בתוך העירייה. ליו"ר יש יכולת השפעה משמעותית על מהלכים ברשות והוא מביא לתכנית ראייה אסטרטגית-מערכתית. בנוסף, ממצאי השאלונים מלמדים על מתאם חיובי מובהק בין התפקוד של יו"ר התכנית ובין משתני תפוקה מרכזיים בתכנית: שיתוף הפעולה של התכנית עם גופים שונים ברשות, מספר זירות ההיפגעות שבהן קיימות תכניות מניעה ומספר תכניות המניעה הקיימות.

מנהל התכנית: ראיונות העומק מלמדים כי מנהל התכנית נמצא כבעל תפקיד משמעותי ביותר בתכנית, אך תפקודו תלוי במידה רבה מאוד בגיבוי שהוא מקבל מהממונים עליו (יו"ר התכנית או גורם בכיר אחר בעירייה) ומהמיצוב של התכנית בעיר. ממצאי השאלונים מלמדים כי מנהלים בעלי

לידי ביטוי בשינוי במדדים שונים, כגון: עלייה בהתנהגות בטוחה של ילדים, גידול בתשתיות עירוניות בטוחות וירידה בפניות לחדר מיון, אשפוזים ותמותה של ילדים מהיישוב כתוצאה מתאונות.

מחקר ההערכה

מחקר ההערכה נערך בשנים 2010-2014 ומטרתו הייתה להעריך את האפקטיביות של מודל 'בטרם בעיר' ברשויות המקומיות המשתתפות בתכנית. המחקר נעשה בשתי מתודות עיקריות:

I. מתודה כמותית, אשר בחנה את יישום התכנית בהתאם למודל 'בטרם בעיר', בכל הרשויות המקומיות המשתתפות בה (N=23). הדבר נעשה באמצעות ארבעה שאלונים, שהועברו בחודשים יולי-ספטמבר 2013: שאלון ליו"ר התכנית – השאלון בדק מרכיבים של יישום מודל התכנית ברשות המקומית ואת ועמדות היו"ר כלפיה, כלל 35 פריטים והועבר באמצעות הטלפון (היענות = 74%).

שאלון למנהל התכנית – השאלון בדק מרכיבים של יישום מודל התכנית ברשות המקומית, כלל 73 פריטים והועבר באמצעות הטלפון (היענות = 91%). שאלון ליועצת בתכנית – השאלון בדק את עמדות יועצות 'בטרם' כלפי התכנית, כלל 27 פריטים והועבר באמצעות האינטרנט (היענות = 100%).

שאלון רשות מקומית – השאלון בדק מרכיבים של יישום מודל התכנית ברשות המקומית, כלל 55 פריטים והועבר באמצעות האינטרנט ליועצות התכנית, אשר התייחסו לרשויות שבהן הן מייצגות במסגרת התכנית. השאלון מולא עבור כל הרשויות המקומיות המשתתפות בתכנית (היענות = 100%). המשתנים שנבדקו בארבעה השאלונים יחד הם: היקף הקצאת משאבים לתכנית, מידת השימוש בכלים למיפוי ותכנון התכנית, מידת שימוש במנגנונים לניהול התכנית, איכות תפקוד בעלי התפקידים בתכנית – יו"ר, מנהל ויועצת 'בטרם', מידת שיתוף הפעולה במסגרת התכנית עם גורמים ברשות המקומית, היקף ואיכות יישום אסטרטגיות מניעה ותכניות לקידום בטיחות ילדים ברשות.

לצורך ניתוח המשתנים, נערכה השוואה בין הרשויות לפי משתני הרקע הבאים: סוג הרשות המקומית (רשויות עירוניות לעומת מועצות מקומיות*), השפה המדוברת ברשות (עברית לעומת

* לפי הגדרת משרד הפנים עירייה היא רשות גדולה יותר מבחינת מספר התושבים. רשות מקומית הופכת לעיר כאשר היא מגיעה לכ-30,000 תושבים.

** הוותק של הרשות בתכנית נקבע על-פי הוותק החציוני, שעמד על 41 חודשים – רשויות חדשות מתחת לחציון ורשויות ותיקות מעל לחציון.

המקומית. יחד עם זאת, ניכר כי תקן ייעודי הנו בעל חשיבות רבה יותר, מפני שהוא מאפשר לפתח ולקדם את התכנית, תוך מציאת המקורות התקציביים לכך מתוך התקציבים הרגילים שמשיקעה הרשות – בנושא הבטיחות בכלל ובנושא בטיחות הילדים בפרט (למשל, אחזקת מוסדות חינוך, בטיחות מוסדות חינוך, אחזקת מתקני משחק, בטיחות בדרכים, שיפור תשתיות עירוניות ועוד).

ממצאי הראיונות מלמדים כי היעדר תקן ותקציב מגבילים את יישום התכנית ומקטינים את מידת העצמאות שלה, אך מנגד הם "דוחפים" את מנהלי התכנית למצוא שיתופי פעולה ולאגם משאבים ממקורות אחרים. יחד עם זאת, ממצאי השאלונים לא הצביעו על קשר סטטיסטי מובהק בין גובה התקציב הייעודי לתכנית ובין משתני תפוקה מרכזיים בתכנית.

מנגנוני ניהול התכנית: ליבת מודל 'בטרם בעיר' הנה בנייה של תשתית המשלבת ניהול וקידום של בטיחות הילדים בתחומי העיר, תוך הובלת תהליך לשיפור מתמיד בבטיחות ילדים. ניהול הבטיחות בא לידי ביטוי ברשויות במספר מנגנונים ניהוליים מרכזיים: תכנית עבודה, מיפוי ניהולי, ועדת היגוי, צוות ביצוע ואיסוף וניטור נתוני היפגעות ברשות.

בלוח 1 ניתן לראות את מידת היישום של מנגנוני הניהול ברשויות המקומיות המיישמות את המודל על בסיס הממצאים מתוך שאלון הרשויות אשר כלל מיפוי של כלל הרשויות.

הממצאים מלמדים כי מנגנוני הניהול של המודל מיושמים רק בחלק מהרשויות, כאשר איסוף וניטור נתוני היפגעות מתקיים בפחות מ-40% מהרשויות. בנוסף, עולה כי היישום של מנגנוני הניהול הוא רב יותר בערים בהשוואה למועצות מקומיות וברשויות ותיקות בתכנית בהשוואה לרשויות חדשות בתכנית.

שיתוף פעולה עם גופים עמיתים ברשות: ממצאי הראיונות מלמדים כי שיתוף הפעולה של התכנית עם גופים שונים ברשות הנו תנאי הכרחי להצלחת התכנית מפני שהוא מאפשר לרכז מאמצים ולאגם תקציבים לטובת קידום בטיחות הילדים ברשות המקומית.

בשאלון הרשויות נבדק האם קיימים קשרי עבודה בין התכנית ובין עשרה גופים עירוניים שונים. הממצאים מלמדים כי שלושת הגופים עמם מתקיימים קשרי עבודה במספר הרב ביותר של רשויות הם המטה לבטיחות בדרכים, ממונה

תרומה נמוכה לקידום התכנית מתאפיינים במחויבות מעטה לתפקיד, בקושי ביצירת שת"פ והנעת אנשים ברשות ובהיעדר זיקה לתחום בטיחות ילדים. לעומת זאת, מנהלים אשר תורמים לקידום התכנית מתאפיינים במוטיבציה ואמביציה גבוהות וביכולת הנעה ורתימה של אנשים ברשות (ממצאי שאלון יעצות התכנית). בנוסף, נמצא מתאם חיובי מובהק בין התפקוד של מנהל התכנית ובין משתני תפוקה מרכזיים בתכנית: שיתוף הפעולה של התכנית עם גופים שונים ברשות, מספר זירות ההיפגעות שבהן קיימות תכניות מניעה ומספר תכניות המניעה הקיימות. עוד עולה מהראיונות כי יישום התכנית היה אפקטיבי יותר ברשויות שבהן הייתה למנהל התכנית זיקה אישית וארגונית לתחום הקידום והמניעה בכלל ולתחום הבטיחות בפרט.

יועצ/ת לבטיחות ילדים ('בטרם'): ממצאי הראיונות וממצאי השאלונים מלמדים כי תרומתן של היועצות לקידום התכנית נתפסה כגבוהה הן על-ידי היו"רים והן על-ידי מנהלי התכנית. היועצ/ת מהווה את מקור הידע בתחום ניהול וקידום בטיחות הילדים ברשות. יועצים/ות שנתפסו על-ידי מנהלי התכנית כבעלות תרומה רבה לתכנית מתאפיינות במקצועיות, באכפתיות, בזמינות, בדחיפה ובמכוונות לתפקיד. בנוסף, נמצא בשאלונים מתאם חיובי מובהק בין ניצול שעות הייעוץ של היועצ/ות ובין משתני תפוקה מרכזיים בתכנית: מספר זירות ההיפגעות שבהן קיימות תכניות מניעה ומספר תכניות המניעה הקיימות.

תקן ותקציב ייעודיים להנעת התכנית: ארגון 'בטרם', המוביל ומשווק את מודל 'בטרם בעיר', אינו מקצה לרשויות תקן ייעודי למנהל התכנית או תקציב לביצוע פעולות. נהפוך הוא, המודל מחייב את הרשויות החברות בתכנית בתשלום של דמי חבר שנתיים, המשתנים בין רשות לרשות בכפוף לגודלה ולמצבה הסוציו-אקונומי. בפועל, ממצאי השאלונים מלמדים כי לרשות אחת בלבד יש תקן ייעודי לניהול התכנית, במסגרת תפקיד נוסף שממלא המנהל ברשות, ולשש רשויות בלבד יש תקציב ייעודי לפעולות במסגרת התכנית (כ-26%), מעבר לתקציב דמי החבר השנתיים.

ממצאי הראיונות מלמדים כי הקצאה של תקן ותקציב ייעודיים לתכנית הם מרכיבים חשובים בקידומה בתוך הרשות

לוח 1: יישום של מנגנוני הניהול של התכנית ברשויות

| סה"כ (n=21) | ותק | | שפה | | סוג רשות | | |
|----------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------------|------------|----------------------------|
| | חדשה (n=10) | ותיקה (n=11) | ערבית (n=8) | עברית (n=13) | מועצה מקומית (n=6) | עיר (n=15) | |
| 78% | 58% | 100% | 70% | 85% | 50% | 93% | קיום תכנית עבודה |
| 62% | 40% | 82% | 62% | 61% | 34% | 73% | ביצוע מיפוי ניהולי |
| 60% | 40% | 80% | 57% | 62% | 33% | 71% | קיום ועדת היגוי |
| 62% | 50% | 73% | 62% | 62% | 50% | 67% | קיום צוות ביצוע |
| 39% | 25% | 54% | 20% | 54% | 25% | 47% | איסוף וניטור נתוני היפגעות |

(כדוגמת פרסום חומרי הסברה על בטיחות ילדים באמצעי תקשורת; עדכון אתר האינטרנט של העירייה בחומרי התכנית וחומרי 'בטרם') והעצמה ובניית יכולות (כדוגמת קיום הדרכות בנושא בטיחות ילדים לבעלי תפקידים בעירייה; גיוס מתנדבים לפעילות 'בטרם בעיר').

כפי שניתן לראות בלוח 3, הממצאים מלמדים כי פרסום חומרי הסברה וקיום הדרכות מקצועיות בנושא בטיחות ילדים לבעלי תפקידים ברשות המקומית היו שתי האסטרטגיות הנפוצות ביותר. לעומת זאת, גיוס מתנדבים לפעילות במסגרת התכנית וקיום הצהרת מדיניות בנושא בטיחות ילדים יושמו על-ידי חלק קטן יחסית מהרשויות. בנוסף עולה כי לא קיימים הבדלים בולטים ביישום של אסטרטגיות המניעה בין רשויות בעלות מאפיינים שונים, למעט גיוס מתנדבים וקיום הצהרת מדיניות שבולטים יותר ברשויות דוברות ערבית.

תכניות התערבות לקידום בטיחות ילדים: ביצוע תכניות התערבות לקידום בטיחות ילדים היא אחת מאבני היסוד של מודל 'בטרם בעיר'. שאלון הרשויות בדק שני משתנים המתייחסים לתכניות ההתערבות, בפרק זמן של שנה:

I. מספר התכניות המופעלות ברשות, ללא תלות בהיקפן ו/או בקהל היעד שלהן.

II. מספר זירות ההתערבות שבהן מופעלות התכניות בכל רשות. ארבע זירות ההיפגעות הנפוצות להיפגעות ילדים ברמה הרשותית הן: מרחב ציבורי, מוסדות חינוך, דרכים ובית.

בנוסף, נבדק משתנה שלישי על-ידי שני מומחי תוכן מארגון 'בטרם' – איכות תכניות ההתערבות בכל רשות – וניתן לו דירוג על-פי הקריטריונים הבאים:

הבטיחות העירוני / ממונה בטיחות מוסדות חינוך ומינהל החינוך. שלושת הגופים שעמם מתקיימים מעט קשרי עבודה באופן יחסי הם: החינוך הבלתי-פורמלי / מתנ"סים, מינהל ההנדסה ומחלקת תרבות ואירועים.

בכדי להעריך את היקף שיתוף הפעולה של התכנית עם גופים שונים ברשות, נבנה "מדד שיתוף פעולה רשותי" המבוסס על שאלון הרשויות. המדד מחושב על-ידי חלוקת מספר הגופים שעמם קיים שיתוף פעולה במספר הגופים הכולל שנבדק, כפול 100 (לדוגמה, רשות שבה מתקיים שיתוף פעולה עם שמונה גופים מתוך עשרה שנבדקו, תקבל ציון 80). המדד נע בין 0-100 ומשקף את היקף שיתוף הפעולה בכל רשות, בין התכנית ובין גופים שונים ברשות.

בלוח 2, ניתן לראות כי ממוצע המדד עומד על 77. בנוסף, הממצאים מלמדים כי ברשויות עירוניות מתקיים יותר שיתוף פעולה בהשוואה למועצות מקומיות (82 לעומת 68, בהתאמה) וברשויות דוברות עברית מתקיים יותר שיתוף פעולה בהשוואה לרשויות דוברות ערבית (84 לעומת 68, בהתאמה).

ממצאי הראיונות מלמדים כי ככל ששיתוף הפעולה בין הנהלת התכנית לגופים הרלוונטיים ברשות הוא רב יותר, כך עולה רמת הביצוע של התכנית. ממצאים אלו מעידים על כך שמודל 'בטרם בעיר' הנו מערכתי באופיו, והצלחתו תלויה בשיתוף פעולה ובאיגום משאבים מצד כלל הגופים הרלוונטיים לניהול וקידום בטיחות ילדים במערך הרשותי.

אסטרטגיות מניעה: שאלון הרשויות בדק את מידת היישום של שלוש אסטרטגיות מניעה באמצעות פעולות שונות, המקבלות ביטוי בולט בתכנית: מדיניות ושינויים מערכתיים (כדוגמת קיום הצהרת מדיניות), שיווק ועיצוב תודעתי

לוח 2: מדד שיתוף הפעולה של התכנית עם גופים שונים ברשות לפי דיווח היועצות

| סה"כ (n=23) | ותק | | שפה | | סוג רשות | | מדד שיתוף פעולה של התכנית עם גופים שונים ברשות |
|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|-----------|------------|--|
| | חדשה (n=11) | ותיקה (n=12) | ערבית (n=10) | עברית (n=13) | מ"מ (n=8) | עיר (n=15) | |
| 77 | 74 | 80 | 68 | 84 | 68 | 82 | |

לוח 3: יישום הפעולות ברשויות, כחלק מאסטרטגיות המניעה

| סה"כ (n=21) | ותק | | שפה | | סוג רשות | | |
|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-----------|------------|---|
| | חדשה (n=10) | ותיקה (n=11) | ערבית (n=8) | עברית (n=13) | מ"מ (n=6) | עיר (n=15) | |
| 86% | 80% | 91% | 87% | 85% | 83% | 87% | פרסום חומרי הסברה על בטיחות ילדים באמצעי תקשורת (שלטי חוצות, עיתונים, רדיו) |
| 81% | 80% | 82% | 75% | 85% | 67% | 87% | קיום הדרכות בנושא בטיחות ילדים לבעלי תפקידים בעירייה |
| 70% | 67% | 73% | 50% | 83% | 60% | 73% | עדכון אתר האינטרנט של העירייה בחומרי התכנית ובחומרי 'בטרם' |
| 57% | 60% | 55% | 87% | 38% | 67% | 53% | גיוס מתנדבים לפעילות 'בטרם בעיר' |
| 48% | 42% | 55% | 60% | 38% | 50% | 47% | קיום הצהרת מדיניות |

מספר זירות ההיפגעות – תכניות התערבות לקידום בטיחות ילדים שבהן עסקו הרשויות התייחסו בממוצע ל-2.9 זירות מתוך ה-4 האפשריות, כאשר הזירה השכיחה ביותר היא הבית ולאחר מכן מוסדות החינוך, המרחב הציבורי והדרכים. איכות תכניות ההתערבות – דירוג האיכות הממוצע של תכניות ההתערבות ברשויות עומד על 1.6 מתוך 4 – דירוג נמוך יחסית. הדירוג היה גבוה יותר ברשויות עירוניות בהשוואה למועצות מקומיות (1.9 לעומת 1.2, בהתאמה) וברשויות דוברות עברית בהשוואה לרשויות דוברות ערבית (1.9 לעומת 1.25, בהתאמה).

סיכום ומסקנות

מודל 'בטרם בעיר' נועד לסייע לרשות המקומית להוביל תהליכי ניהול וקידום בטיחות ילדים, הנתמכים במגוון תכניות וכלים מבוססי ראיות, בשותפות עם התושבים. המודל מבוסס על דיסציפלינות של קידום בריאות ובטיחות, ניהול סיכונים וניהול שינוי באמצעות ייעוץ ארגוני. ממצאי מחקר ההערכה אשר בחן את אופן יישום המודל ברשויות השותפות באופן רוחבי לאורך מספר שנים מלמדים רבות על המרכיבים השונים של המודל ועל שיטות עבודה יעילות לניהול וקידום בטיחות ילדים ברמה המוניציפאלית בישראל. לממצאים הללו קיימת השלכה על פעולות ועל תכניות נוספות בתחום קידום בריאות ברמה המקומית והלאומית. באופן כללי, ניתן לומר כי למרות שהמודל שעליו מבוססת התכנית בנוי היטב ומבוסס על התיאוריה והפרקטיקה בתחום, היישום בפועל של המודל ברשויות המקומיות היה חלקי

0. התכנית לא עונה על אף אסטרטגיה / לא ניתן להעריך את התכנית על סמך הנתונים הקיימים.

1. התכנית עומדת בסטנדרט נמוך: כלל מרכיבי התכנית ביחד מכילים רק אסטרטגיית מניעה אחת (קידום בטיחות בלבד).

2. התכנית עומדת בסטנדרט בינוני: היא אינה תכנית קידום בטיחות אלא מקדמת תשתית ניהולית בלבד.

3. התכנית עומדת בסטנדרט גבוה: כלל מרכיבי התכנית ביחד מכילים לפחות 2 אסטרטגיות פעולה (ללא מרכיבי ניהול בטיחות לצד מרכיבי קידום בטיחות).

4. התכנית עומדת בסטנדרט גבוה מאוד: כלל מרכיבי התכנית ביחד מכילים (1) לפחות 2 אסטרטגיות פעולה; (2) מרכיבים של ניהול בטיחות לצד קידום בטיחות.

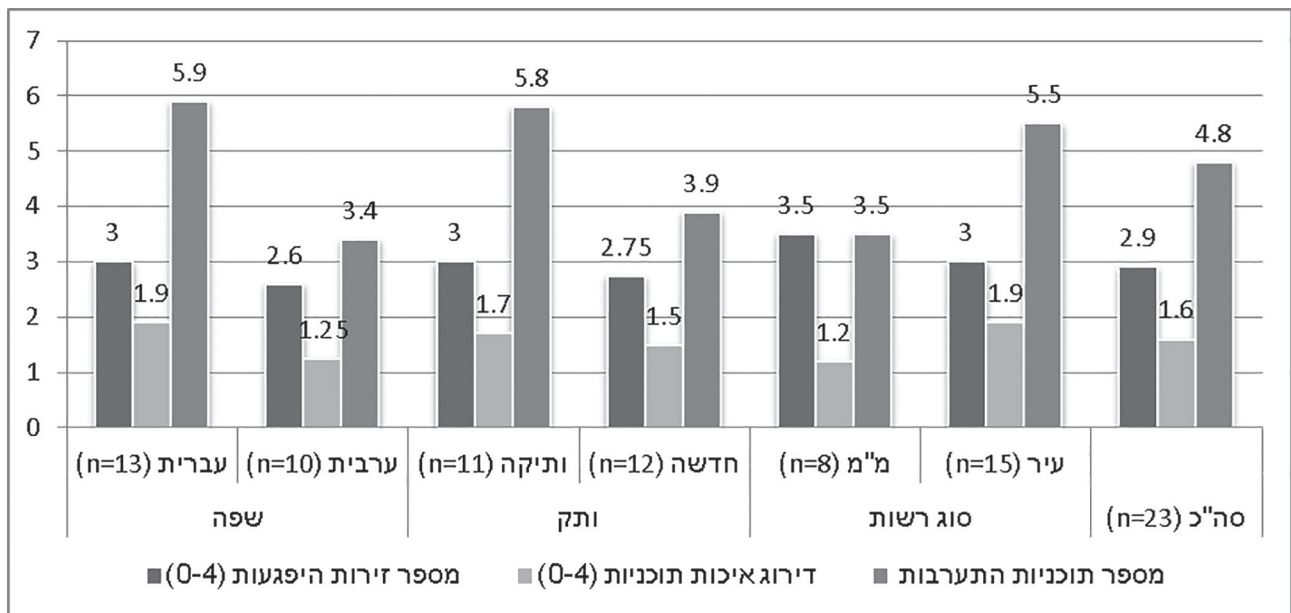
דירוג איכות התכניות הרשותי חושב באופן הבא: סכום הדירוג של כל תכניות ההתערבות ברשות חלקי מספר תכניות ההתערבות ברשות.

שלושת המשתנים הנ"ל הוגדרו בסקר כמדדי תפוקה של התכנית, המעידים על מידת הצלחתה ברשות.

ממצאי המחקר המופיעים בתרשים 1 מלמדים כי:

מספר תכניות ההתערבות – מספר תכניות ההתערבות הממוצע שהפעילו הרשויות הפועלות במודל עמד על 4.8 גדול יותר ברשויות עירוניות בהשוואה למועצות מקומיות (5.5 לעומת 3.5, בהתאמה), ברשויות דוברות עברית בהשוואה לרשויות דוברות ערבית (5.9 לעומת 3.4, בהתאמה) וברשויות ותיקות בהשוואה לרשויות חדשות בתכנית (5.8 לעומת 3.9, בהתאמה).

תרשים 1: ביצוע תכניות ההתערבות לקידום בטיחות ילדים ברשויות



ההערכה מלמדים כי קיום תקציב ותקן ייעודיים לתכנית אינם מהווים תנאי הכרחי להצלחתה. יחד עם זאת, ניתן ללמוד מממצאי מחקר ההערכה כי במידה ולא ניתן להקצות את שני המרכיבים הללו, ניכר כי יש להעדיף הקצאה של תקן ייעודי לניהול התכנית על פני תקציב. הסיבה המרכזית לכך היא שתקן ייעודי עשוי ליצור מחויבות גבוהה של מנהל התכנית והובלה רציפה שלה, בעוד שתקציבים לנושא בטיחות ילדים ניתן לאגם ממקורות תקציביים אחרים הנוגעים לתחום הבטיחות ברשות.

מנגנוני ניהול שיטתיים נמצאו כבעלי חשיבות רבה בתכניות לקידום בריאות. עצם בנייתה של תכנית עבודה מסודרת נחשבת לאחד מאבני הדרך הארגוניים החשובים ביותר להוצאה לפועל של קידום בריאות ומהווה תנאי לרמת האפקטיביות שלה (32). כתיבת התכנית מוציאה מן הכוח אל הפועל את הרעיונות, את העקרונות ואת האידיאלים של המטרות, כפי שהן באות לידי ביטוי באופי המיוחד של המרחב העירוני הספציפי. בנוסף לכך, יש לשים דגש על התשתית הקיימת לקראת השינוי הארגוני העתידי. ככל שהתשתית העירונית הקיימת חזקה יותר, הקשר בין הגורמים שוטף יותר וכל גורם יודע את תפקידו אך עם זאת גמיש לשינויים, כך גדלה הסבירות שהשינוי הארגוני ייטמע באופן אפקטיבי (33). מחקר הערכה שהתקיים בישראל וניסה להעריך את מידת האפקטיביות של תכנית חומש מולטי-דיסציפלינאריות לקידום בטיחות ולמניעת היפגעות ילדים באוכלוסיות שמשאביהן מצומצמים, שפעלה בניהול ארגון 'בטרם' ובשיתוף עמותת 'אשלים', מצא כי קיום פגישות רב גורמיות כדי לטפל בקידום בטיחות ילדים, מעורבותם של אנשים מוערכים ברמה המוניציפלית שהיו אחראים לתכניות אלו, מספר אמצעי ההתערבות לטיפול וכן מספר הימים המיוחדים שהוקדשו לנושא זה באופן קהילתי, מובילים לתוצאות ארוכות טווח (34).

בהתאם להמלצות המחקרים הללו, מודל 'בטרם בעיר', כולל מספר מנגנוני ניהול שיטתיים ומובנים, שמטרתם לקדם את הטמעת המודל ברשויות. היישום בפועל של מנגנוני הניהול בחלק מהרשויות היה חלקי ולא בהלימה לחשיבות הבנייה של תשתית ניהולית לבטיחות ילדים, המהווה אבן יסוד בתכנית. בהקשר זה, נמצא הבדל משמעותי במידת היישום של מנגנוני הניהול של המודל בין ערים (רשויות המונות מעל 30,000 תושבים) לבין מועצות מקומיות (רשויות קטנות יותר), ובין רשויות ותיקות בתכנית לבין רשויות חדשות בתכנית. משמעות הדבר היא שיש לחזק את ההטמעה של מנגנוני הניהול של התכנית ברשויות בעלות מאפיינים אלה.

תכניות התערבות לקידום בטיחות בארץ ובעולם משתמשות במגוון אסטרטגיות מניעה כדי להשיג את מטרותיהן: בעיר הארסטאד (Harstad) בנורבגיה קידמו מספר

וטעון שיפור. מרכיבים במודל שיושמו באופן מלא יחסית דרשו מהרשויות פחות השקעה של זמן, תקציב וידע מקצועי, בהשוואה למרכיבים שיושמו באופן חלקי, וכן היו מרכיבים שדרשו ידע ויכולות מקצועיות שלרוב אינם קיימים ברשויות המקומיות. הקושי ביישום מקיף של תכניות ומודלים לקידום בריאות מוכר בספרות המחקרית אשר מצביעה על החשיבות של משאבים מספקים, כולל תקצוב, כח אדם ומידע הדרושים להפעלה לאורך זמן (ראו לדוגמא 26, 27). המסקנה העיקרית הנגזרת מכך היא שמודל 'בטרם בעיר' הציב לרשויות דרישות גבוהות, שבחלקן אינן ריאליות בהתחשב במשאבים הקיימים כיום.

ממצאי ההערכה הנוכחית מאוששים שוב את החשיבות של מובילי תכניות לקידום שינוי התנהגות בקהילה. במסגרת מודל 'בטרם בעיר' נמצא קשר מובהק בין תפקוד יעיל של יו"ר התכנית ומנהל התכנית ובין משתני תפוקה מרכזיים בתכנית. הדבר עולה בקנה אחד עם ממצאי ארגון הבריאות העולמי, שלפיהם מנהיגות חזקה ומעורבות של גורמים רלבנטיים בתכנית (28) הם בין המדדים שנמצאו בעלי קורלציה לאפקטיביות של קידום הבריאות. לאור האמור לעיל, ראוי להקפיד על כך שהיו"רים והמנהלים הנבחרים לתפקיד מתאפיינים במחויבות רבה, יכולת יצירת שיתופי פעולה, הנעת שותפים, מוטיבציה ואמביציה. כמו כן, מומלץ למנות לתפקיד מנהל התכנית בעל תפקיד ברשות הנמצא בזיקה לתחום בטיחות ילדים, כגון: מנהל בטיחות עירוני, ממונה בטיחות מוסדות חינוך, ראש מטה לבטיחות בדרכים וכיו"ב. מחקרים שונים מלמדים על החשיבות של ליווי וייעוץ מקצועי להובלת שינוי ארגוני. לדוגמה, הראו כי סוכני שינוי הממוקמים בלב העשייה הארגונית וזוכים לכבוד והערכה מצד חברי הארגון נמצאו כקשורים באופן משמעותי להצלחת תכניות התערבות (29). כמו כן, נמצא כי ככל שעולה רמת שיתוף הפעולה בין השלטון המקומי ובין ארגונים התומכים בשינוי הארגוני, כך ניתן לבא הצלחת תכניות במרחב העירוני (30). בדומה למחקרים הללו, ממצאי ההערכה מלמדים על חשיבות של ייעוץ ארגוני ושל תמיכה שוטפת מטעם ארגון 'בטרם' כמנבאים של הצלחת התכנית, ובהתאם נמצא קשר מובהק בין תפקודה של היועצת למשתני תפוקה מרכזיים בתכנית. אי לכך, יש מקום לקדם ייעוץ ארגוני במסגרת תכניות דומות לקידום בריאות ושינוי התנהגות ברמה המקומית. יחד עם זאת, יש להכיר בכך כי ברשויות שבהן תפקוד היו"ר ומנהל התכנית הוא נמוך, ההשקעה של הייעוץ לא תביא בהכרח לתוצאות חיוביות.

בשונה מתכניות אחרות לקידום בריאות הכוללות תשתית ארגונית תומכת שינוי כגון צוות מוביל, מתקני עבודה מסודרים, אמצעים טכניים מתאימים ועוד (31), מודל 'בטרם בעיר' מתנהל ללא תקציב ותקן ייעודיים ומסתמך על תקנים ותקציבים הקיימים בתחום הבטיחות ברשות. ממצאי מחקר

מגבלות המחקר

במחקר ההערכה הנוכחי היו מספר מגבלות שהשפיעו על היכולת להעריך את המודל באופן מיטבי. מספר הרשויות היה מצומצם, בייחוד במעקב העומק שנערך רק בארבעה יישובים. חסם זה נבע ממספר יישובים מוגבל שאימץ את המודל ומתקציבים מוגבלים לעריכת מחקר הערכה מעמיק וארוך טווח. חשוב לציין שלמרות שמדגם היישובים הוא מצומצם, בקרב 23 היישובים אשר שימשו למעקב רוחב ישנם יישובים בעלי תכונות שונות ומגוונות כגון ערים ומועצות אזוריות ויישובים דוברי עברית ודוברי ערבית.

מגבלה נוספת היא היעדר רשויות ביקורת, זאת לאור הצורך בלמידה מעמיקה על מבנה, תכניות, פעולות ותקציבים של הרשויות המקומיות בתחום של ניהול וקידום בטיחות ילדים. ישנו קושי בקבלת מידע מסוג זה מרשות מקומית אשר איננה שותפה למודל ולתהליכי עבודה נוספים עם ארגון 'בטרם'. לאור מגבלה זו, התקיימה תכנית ההערכה לאורך מספר שנים וכללה יישובים ותיקים וחדשים ליישום המודל, על מנת לאפשר למידה לאורך זמן.

כמו כן, אחד החסמים העיקריים בעריכת מחקר ההערכה הנוכחי היה חוסר המידע על ההשפעה של התכנית על היפגעות ילדים ברשויות שבה היא פועלת. חסם זה נבע מכך שבזמן ביצוע תהליך הערכת המודל לא היו בידי ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים נתוני אשפוז ילדים עקב היפגעות ברמת רשויות מקומיות. נמצא כי השוואה על בסיס נתוני תמותה בלבד אינה מתאימה עקב המספרים הקטנים במדגם, אשר אינם מאפשרים מדידה של מגמות והבדלים ברמה המקומית. המגבלות הללו השפיעו על עיצוב השיטה להערכת מודל 'בטרם בעיר' ועל הממצאים שנלמדו במסגרת ההערכה. יחד עם זאת, לאור המידע הרב שנלמד במסגרת ההערכה, הן על המודל והפעלתו והן על האופי ועל היכולות של הרשויות המקומיות בביצוע תכניות מסוג זה, אנו רואים חשיבות בשיתוף הממצאים לצד הבנה והכרה במגבלות המחקר הנוכחי. ממצאי ההערכה הנוכחית מלמדים שלמודל של 'בטרם בעיר' יש הפוטנציאל להוביל לשינויים ארגוניים ולהגברת פעילות הרשות המקומית בניהול ובקידום בטיחות ילדים לאורך זמן, בתמיכת הייעוץ הארגוני והליווי של ארגון 'בטרם' ובהובלת מנהיגים מתאימים מתוך העיר.

מספר מסקנות והמלצות מרכזיות זוהו על מנת להביא ליישום אפקטיבי יותר של מודל 'בטרם בעיר':

- ארגון 'בטרם', המוביל כיום את התכנית מבחינה מקצועית, איננו מעורב בבחירת יו"ר ומנהל התכנית, ולכן אין ביכולתו להבטיח שלתפקידים אלה מתמנים האנשים המתאימים ביותר ברשות. בכדי להבטיח שבעלי התפקידים המובילים את יישום המודל ברשות נבחרים משיקולים מקצועיים והנם מתאימים לתפקיד, ראוי שהגוף המוביל את התכנית

תכניות יעילות לצמצום היפגעות ילדים מכוויות ולצמצום היפגעות קשישים מנפילות וצתאונות דרכים תוך התמקדות בשינויי סביבה, בניית יכולות וחינוך והסברה (35; 36; 37). בעיר פאלון (Falun) בשבדיה פותחה תכנית התערבות להגברת המודעות בקהילה למניעת היפגעות באמצעות לימוד התושבים, אימון, פיקוח של גורמים עירוניים ושינויים מתאימים בסביבה (38). בתכנית התערבות למניעת כוויות שיושמה במסצ'וסטס ארה"ב בשנות ה-80, הושם למטרה לצמצם את מספר הכוויות בקרב ילדים מתחת לגיל חמש. התכנית כללה חינוך והסברה להורים, קמפיין רחב שנערך באמצעי התקשורת, בתי ספר, ספריות, תחנות לכיבוי איש ותחנות משטרה (39). כמו כן, פותח מודל בארה"ב, תחילה בהארלם ניו יורק וכיום בלמעלה מ-40 קהילות, למניעת היפגעות ילדים ברמה העירונית והאזורית באמצעות שיתוף פעולה בין מרכזי טראומה וגופים שונים בקהילה (40; 41). התכנית Injury Free Coalition for Kids מתבססת על האסטרטגיות של איסוף וניתוח נתונים, בניית יכולות, חינוך והסברה, שינויי סביבה והתנהגות והערכה.

מודל 'בטרם בעיר' כולל בתוכו פעולות המבוססות על אסטרטגיות מניעה מגוונות לקידום וניהול בטיחות ילדים בעיר, לרבות כלים מבוססי ראיות לשימוש הרשויות. מחקר ההערכה מלמד כי היישום של הפעולות הללו לא היה אחיד. בדומה לתכניות שצוינו לעיל, פעולות של שיווק, פרסום והסברה לקהל הרחב והדרכה של קהלי יעד שונים, יושמו על-ידי רוב הרשויות. לעומת זאת, פעולות כגון: גיוס מתנדבים וגיבוש הצהרת מדיניות יושמו על-ידי מיעוט מהרשויות. כמו כן נמצא כי איכות תכניות ההתערבות ברשויות שנבדקו בסקר הרשויות הייתה נמוכה למדי ומעידה על רמה מקצועית ועל יכולת ביצוע מוגבלת של הרשויות בנושא בטיחות ילדים. לפיכך, מומלץ לצמצם את מספר זירות ההיפגעות שבהן פועלת התכנית במקביל ברשות ואת מספר תכניות ההתערבות המיושמות במקביל, ולהתמקד ביישום איכותי יותר, שסביר כי יביא לקידום המודעות ולהפחתת ההיפגעות של ילדים.

תכונה נוספת של תכניות אפקטיביות לקידום בריאות ובטיחות היא שיתוף פעולה בין גופים שונים בקהילה (ראו לדוגמא 38; 39; 41). רמת שיתוף הפעולה במסגרת הפעלת תכנית התערבות בין גופים שונים ברשות הייתה בינונית עד טובה, מה שאפשר למודל להיות מיושם בצורה תקינה ברוב הרשויות שהשתתפו בה. יחד עם זאת, יש עדיין מקום לזיהוי הקשיים העומדים בפני יצירת שיתופי הפעולה וביסוסם במסגרת יישום המודל בתוך הרשות, כמו מקום לתת דגש מרכזי בתהליכי הייעוץ ליצירת שיתופי פעולה בין מובילי התכנית ובין גופים אחרים ברשות, תוך עידוד מנגנוני שיתוף פעולה, כגון: צוות ביצוע ותכנית עבודה אינטגרטיבית המשלבת את כל הגופים הרלוונטיים ברשות.

5. http://www.who.int/healthy_settings/types/cities/en/ [internet]
6. <http://www.healthycities.co.il/> [אינטרנט].
7. Donchin, M., Shemesh, A. A., Horowitz, P., & Daoud, N. (2006). Implementation of the healthy cities' principles and strategies: An evaluation of the Israel healthy cities network. *Health Promotion International*, 21(4), 266-273.
8. <http://www.safekids.org/our-history> [internet]
9. <http://www.beterem.org/home/> [אינטרנט].
10. Laverack, G. (2006). Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 113-120.
11. Minkler, M. (1999). Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end. *Health Education & Behavior*, 26(1), 121-141.
12. Larsen, E. L., & Manderson, L. (2009). "A good spot": Health promotion discourse, healthy cities and heterogeneity in contemporary Denmark. *Health & place*, 15(2), 606-613.
13. Kaplan, G. A. (1996). People and places: contrasting perspectives on the association between social class and health. *International Journal of Health Services*, 26(3), 507-519.
14. Flynn, B. C. (1996). Healthy cities: toward worldwide health promotion. *Annual review of public health*, 17(1), 299-309.
15. Hubbard, D. W. (2009). The failure of risk management: Why it's broken and how to fix it. John Wiley and Sons.
16. Alexander, C., & Sheedy, E. (2006). *The Professional Risk Managers' Handbook: A Comprehensive Guide to Current Theory and Best Practices*.
17. Renn, O. (2005). *Risk Governance: Towards an Integrative Approach*. Geneva: International Risk Governance Council
18. Nilsen, A. S., & Olsen, O. E. (2004). Universal and contextual tools as a double strategy in emergency planning. *International Journal of Emergency Management*, 2(1), 81-97.
19. Rosenberg, T., & Göransson, A. L. (2004). *The Municipality and Its Fire & Rescue Service in Transition: Leadership and Methodology for Safety and Accident Prevention*. Swedish Rescue Services Agency.
20. Bjärås, G. (1992). Community diagnosis, participation and leadership: studies of a Swedish injury prevention program. Department of social medicine. Sundbyberg, Karolinska Institute.
21. Hamlin, B., Keep, J., & Ash, K. (Eds.). (2001). *Organizational change and development: A reflective guide for managers, trainers and developers*. Pearson Education.
22. Harris, E., Wise, M., Hawe, P., Finlay, P. and Nutbeam, D. (1995) *Working Together: Intersectoral Action for Health*. Report for the Commonwealth Department of Human Services and Health, Canberra.
23. Koplan, J. P., Milstein, R., & Wetterhall, S. (1999). Framework for program evaluation in public health. *MMWR: Recommendations and Reports*, 48, 1-40.
24. Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion—progress, problems and solutions. *Health promotion international*, 13(1), 27-44.
25. Wimbush, E., & Watson, J. (2000). An evaluation framework for health promotion: theory, quality and effectiveness. *Evaluation*, 6(3), 301-321.

יהיה מעורב בבחירת יו"ר ומנהל התכנית. בנוסף, ראוי כי לגוף המוביל את התכנית תהיה האפשרות לפעול להחלפתם של יו"ר ומנהל התכנית, במידה ואינם מתפקדים כמצופה מהם לאורך זמן.

• בנוסף, לא היה באפשרותו של ארגון 'בטרם', כגוף המוביל, לאכוף על הרשויות המשתתפות בתכנית סטנדרטים גבוהים של התנהלות מקצועית בשל העובדה שהוא לא מימן אותה, אלא גבה דמי ייעוץ מהרשויות המשתתפות בה. כך נוצר מצב שבו השתתפו בתכנית רשויות שלא קיימו כמעט בכלל את הדרישות המקצועיות של התכנית. התרבות הניהולית ברשויות רבות, בעיקר בקרב רשויות דוברות ערבית ורשויות קטנות, אינה מפותחת ואינה "מדברת" את השפה הניהולית שדוברת התכנית. זו גם אחת הסיבות המרכזיות שבגללן היישום של מרכיב ניהול הבטיחות בתכנית פיגר מאחור בהשוואה ליישום המרכיב של קידום הבטיחות בתכנית.

לאור האמור לעיל, מומלץ כי יישום מודל 'בטרם בעיר' ינוהל ויבוקר על-ידי גוף לאומי מוביל. נכון להיום, כל עוד שהמודל אינו כולל תקן ותקציב ייעודי, אשר עשויים ליצור אימפקט משמעותי, ומסתמך על דרישות גבוהות ליישום, היא צריכה למתן דרישות אלו ולהסתמך בעיקר על האישיות ועל היכולות האישיות של יו"ר ומנהל התכנית ליצור שיתופי פעולה פנימיים ולאגם משאבים מגופים שונים ברשות, המשיקים לתכנית.

מילות הכרה ותודות

ברצוננו להודות למיכל בר דורון, מנהלת אגף קהילה בארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים, אשר ליוותה את תהליך הערכת התכנית מראשית הדרך ועד לסיכום הממצאים וכתביהם. תודה רבה לשירה כסלו, סמנכ"ל מחקר ופיתוח בארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים, על סיועה בעריכת המאמר. תודה רבה לצוות ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים ולנציגי תכנית 'בטרם בעיר' ברשויות המקומיות, אשר תרמו רבות לתהליך ההערכה ואפשרו את ביצוע המחקר.

מקורות

1. Peden, M. M. (Ed.). (2008). *World report on child injury prevention*. World Health Organization.
2. איבנקובסקי מ., וייס א., כסלו ש. (2013) היפגעות ילדים בישראל: דו"ח 'בטרם' לאומי. פתח-תקווה: 'בטרם' – המרכז הלאומי לבטיחות ולבריאות ילדים, מס' פרסום 1086.
3. Spinks, A., Turner, C., Nixon, J., & McClure, R. J. (2009). The 'WHO Safe Communities' model for the prevention of injury in whole populations. *The Cochrane Library*.
4. Merzel, C., & D'afflitti, J. (2003). Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *American journal of public health*, 93(4), 557-574.

- for preventing unintentional injuries. *International journal of adolescent medicine and health*, 21(2), 187-196.
35. Ytterstad, B. (1996). The Harstad injury prevention study: community based prevention of fall-fractures in the elderly evaluated by means of a hospital based injury recording system in Norway. *Journal of epidemiology and community health*, 50(5), 551-558.
36. Ytterstad, B., Smith, G. S., & Coggan, C. A. (1998). Harstad injury prevention study: prevention of burns in young children by community based intervention. *Injury Prevention*, 4(3), 176-180.
37. Ytterstad, B. (2003). A decade of community-based traffic injury prevention with emphasis on children. Postal dissemination of local injury data can be effective. *International Journal of Circumpolar Health*, 62(1), 61-74.
38. Bjerre, B., & Schelp, L. (2000). The community safety approach in Falun, Sweden—is it possible to characterise the most effective prevention endeavours and how long-lasting are the results?. *Accident Analysis & Prevention*, 32(3), 461-470.
39. Guyer, B., Gallagher, S. S., Chang, B. H., Azzara, C. V., Cupples, L. A., & Colton, T. (1989). Prevention of childhood injuries: evaluation of the Statewide Childhood Injury Prevention Program (SCIPP). *American Journal of Public Health*, 79(11), 1521-1527.
40. Davidson, L. L., Durkin, M. S., Kuhn, L., O'Connor, P., Barlow, B., & Heagarty, M. C. (1994). The impact of the Safe Kids/Healthy Neighborhoods Injury Prevention Program in Harlem, 1988 through 1991. *American Journal of Public Health*, 84(4), 580-586.
41. Pressley, J. C., Barlow, B., Durkin, M., Jacko, S. A., Dominguez, D. R., & Johnson, L. (2005). A national program for injury prevention in children and adolescents: the injury free coalition for kids. *Journal of Urban Health*, 82(3), 389-402.
26. Task Force on Community Preventive Services. (2005). *The Guide to Community Preventive Services: What Works to Promote Health?: What Works to Promote Health?*. Oxford University Press.
27. Schell, S. F., Luke, D. A., Schooley, M. W., Elliott, M. B., Herbers, S. H., Mueller, N. B., & Bunger, A. C. (2013). Public health program capacity for sustainability: a new framework. *Implement Sci*, 8(1), 15.
28. World Health Organization. (1994). *City health profiles: how to report on health in your city*. In *City health profiles: how to report on health in your city*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
29. Kegler, M. C., & Wyatt, V. H. (2003). A multiple case study of neighborhood partnerships for positive youth development. *American Journal of Health Behavior*, 27(2), 156-169.
30. Kegler, M. C., Norton, B. L., & Aronson, R. (2008). Achieving organizational change: findings from case studies of 20 California healthy cities and communities coalitions. *Health Promotion International*, 23(2), 109-118.
31. De Leeuw, E. (1999). Healthy Cities: urban social entrepreneurship for health. *Health promotion international*, 14(3), 261-270.
32. Hutchins, C. (2003) *Watching the change: Assessing the introduction of Quality Improvement Program Planning System (QIPPS) into community health service delivery*. School of Health Sciences. Deakin University, Melbourne.
33. Heward, S. (2003) *The role of government in supporting quality health promotion practice: Examining the implementation of capacity building strategies in Victorian primary health reform 2000-2003*. School of Health Sciences. Deakin University, Melbourne.
34. Korn, L., Hemmo-Lotem, M., & Endy-Findling, L. (2009). *Safe communities for children: insight from a pilot program*

האחות כמקדמת בריאות

השוואה בין תפיסת התפקיד של אחיות בקהילה לעומת אחיות ביה"ח

אילת שור¹, מיכל בר יוסף²

¹ מכבי שרותי בריאות

² המרכז הרפואי ת"א ע"ש סוראסקי

תקציר

חינוך לבריאות מוגדר כיצירת הזדמנויות ללמידה אשר אמורות לאפשר לאדם לקבל החלטות מושכלות ולאמץ התנהגויות בריאות שישפרו את בריאותו או ישמרו אותה. נושא זה מהווה מרכיב חשוב בעבודת הסיעוד ומושפע ממדיניות הרשויות ונותני השירותים. החינוך לבריאות כחלק מהמפגש עם המטופל, מייצג תפיסה הוליסטית הרואה את כלל צרכי המטופל ומהווה דרישה לעמידה בסטנדרטיזציה בינלאומית של בתי חולים. מעבר לקווים המקצועיים המשותפים, אותן חולקות האחיות בכל מסגרת, קיים שוני במאפייני הסיעוד, לאור הבדלים באופי עבודתה של אחות הקהילה לעומת אחות בית החולים (ביה"ח). העבודה בקהילה תורמת ליצירת קשר אישי עם המטופל ומעגלי התמיכה שלו, ומחזקת את יכולתה של האחות להוות גורם יעוץ והכוונה. בית החולים, לעומת זאת, נועד לקלוט מטופלים במצב חולי אקוטי, כך שעיקר עבודתן של אחיות בית החולים בניהול המחלה הוא בהדרכה לגבי שינויים בטיפול והפנייה להמשך טיפול ומעקב.

לאור הבדלים אלה, מטרת המחקר הייתה להשוות את תפיסת התפקיד של האחיות בקהילה ובבית החולים כמחנכות לבריאות. 145 אחיות השיבו על שאלון תפיסת תפקיד ועמדות. בעוד שמרבית האחיות העידו על הכרה בחשיבות ביצוע הדרכה וחינוך לבריאות, אותרו מרכיבים שהשפיעו באופן משמעותי על תפיסת התפקיד והעמדות בנושא, ודרכן גם על היישום בשטח. למרות הסכמה גורפת על חשיבות הדרכת המטופלים עדיין קיימת אי בהירות באשר למדיניות, לתכנים ולהכשרה הנדרשת. לשם הטמעת החשיבות לעיסוק בחינוך לבריאות יש לטפל בחסמים קיימים ולהדגיש את חשיבות הנושא על ידי קובעי המדיניות ועל ידי האחיות עצמן.

מבוא

הגדרת המושג "בריאות" שעוצבה ב-1946 ע"י ארגון הבריאות העולמי מקובלת גם כיום כ"מצב של רווחה גופנית, נפשית וחברתית מושלמת ולא רק העדר מחלה"¹, כך גם הגדרת "קידום בריאות" בשנת 1986 ע"י ארגון הבריאות העולמי (WHO) World Health Organization כ"תהליך המאפשר לבני אדם להגביר את הבקרה על בריאותם ולשפרה כדי להגיע למצב מוחלט של רווחה גופנית רוחנית ונפשית". תחום רחב זה הוגדר ע"י WHO כאחד מ-5 תחומי פיתוח עיקריים לפעולה בהם ניתן לתרום משמעותית לשיפור בריאות האוכלוסייה² והוא עוסק בעיקר בניהול מחלות כרוניות (סוכרת ומחלות קרדיווסקולריות בעיקר) וקידום אורח חיים בריא – מניעת עישון, עידוד פעילות גופנית, ירידה במשקל וכו'. הצורך הגובר בעיסוק בקידום בריאות נובע בעיקר

מהזדקנות האוכלוסייה והעלייה המתמדת בתחלואה כמו גם מהתרחבות הפערים בבריאות, אשר מאלצים את ארגוני הבריאות והמבטחים הפרטיים בעולם המערבי לבחון דרכים להפחתת עלויות הטיפול בחולים הכרוניים, כפי שמתאר מאמר אמריקני מ-2006³. לא כל המרכיבים הגורמים לעליה בהוצאות ניתנים לטיפול, אך ניתן להשיג חסכון ניכר ע"י הפחתה במספר החולים הכרוניים ובחומרת מחלתם ואחד הכלים להשגת מטרת אלה הוא החינוך לבריאות ע"י אנשי המקצועות הרפואיים והפרה רפואיים.

חינוך לבריאות ושילובו במערכת הבריאות

החינוך לבריאות מוגדר כ"יצירת הזדמנויות ללמידה אשר אמורות לאפשר לאדם לקבל החלטות מושכלות ולקדם אימוץ של התנהגויות בריאות שישפרו או ישמרו את בריאותו"³.

של מקצועות הבריאות והסיעוד בתוכם, כמחנכי האוכלוסייה לבריאות. לאחרונה נערכה סקירה מחודשת על מנת לבחון את המרכיבים שמשפיעים על הביצוע בפועל של ייעוץ לבריאות ע"י אחיות⁸. במסגרת הסקירה נבחנו 32 מחקרים, רובם בבתי חולים. מהסקירה עולה תמונה של ביצוע חינוך לבריאות באופן המתקשר לתפיסת תפקיד האחות על פי המודל הרפואי בלבד, ממצא שהוביל לייעוץ טכני ולא לשינוי של התנהגויות בריאות, ומיקוד בשיפור ההיענות לטיפול התרופתי והפחתת תלות החולה במטפלים אחרים. חלק מהמחקרים שנסקרו תארו את התכנים החינוכיים העיקריים שבהם עסקו האחיות כעובדות (למשל אבחנת החולה) ומידע אדמיניסטרטיבי, כגון מסגרות טיפוליות להמשך ועוד.

חינוך לבריאות במסגרת הסיעוד בקהילה

דוגמאות אלה ממחישות את העובדה שבמסגרת הגדרות התפקיד של אחיות הקהילה, אשר מפורטות בחוזרי המנכ"ל, חסרה התייחסות המפרטת את תפקידה של האחות כמחנכת לבריאות. השטח הוא שמכתיב את אופן ביצוע הייעוץ, תוכנו והיקפו. גם משרד הבריאות הישראלי אינו מציג דרישות תפקיד הסיעוד בנושא זה, אלא מכתב מדדי בריאות אשר על קופות החולים לעמוד בהם, כגון אחוז חולי סוכרת מאוזנים, אחוז מדידות לחץ דם שנתיים באוכלוסייה הבריאה וכו'. האחיות בקהילה מתעדות את עבודתן בתיק ממוחשב המכיל את נתוני המבוטחים ומתריע כאשר יש צורך בבדיקה מסוימת לפי ההנחיות הרפואיות המתאימות. עם זאת, נדרשות מאחיות הקהילה פעולות מניעה נוספות כגון בדיקת כף רגל לסוכרתיים, הפנייה לגמילה מעישון, שמירה על משקל תקין ועוד. מתוקף תפקידה נוצר בין אחות הקהילה למטופל ולמעגלי התמיכה שלו קשר אישי, המחזק את יכולתה להוות מקור לייעוץ והכוונה לאורח חיים בריא.

חינוך לבריאות במסגרת הסיעוד בבית החולים

בית החולים, מעצם הגדרתו, נועד לקלוט מטופלים במצב אקוטי, בין אם מדובר ברגל סוכרתית, סכרת חדשה, לחץ דם גבוה או השלכותיו ועוד. אדם המאושפז במחלקות הפנימיות בביה"ח עובר התערבות רפואית, תרופתית או אחרת, שנועדה לאזן את הסימפטומים שהובילו למצבו האקוטי ולאשפוזו. במקביל מוטל על אחיות בית החולים לקיים הדרכה מתאימה בכל שלב של האשפוז: בקבלת המטופל – על סיבת האשפוז ומטרתו, במהלך האשפוז על הדרכה והסבר אודות שינויים תרופתיים ותזונתיים שמתבצעים במחלקה ולמעשה ההדרכה החשובה נעשית בשחרור – שינוי תרופתי, הפניה למרפאת סכרת או אחרת וכד'. בכל שלב של האשפוז על האחות לדווח בטפסים רלוונטיים על קיום ההדרכה ולהעריך את מידת ההבנה וההיענות של המטופל. במסגרת השיחה טרם

הגדרה זו מייחסת חשיבות לזכותו של האדם לבחירה חופשית בהתנהגויות המתאימות לו, גם אם אינן מטיבות עם בריאותו. מדובר בתהליך של העלאת מודעות, הרחבת ידע ולימוד מיומנויות אשר אמור לספק לאדם הבנה מעמיקה יותר על נסיבות חייו ועל יכולתו להשפיע עליהן. המטרה היא לשמר את הבריאות ע"י מתן מידע על הסיכון הנגרם מהתנהגויות שונות, שימור של התנהגויות חיוביות ושכנוע לאמץ אורח חיים בריא יותר. ראוי לציין כי תהליך ההדרכה מתבצע במסגרת נהלי הארגון המכתיבים את תכני ההדרכה והזמן המוקדש לנושא. למרות שבסיס החינוך לבריאות הוא מתן מידע והעשרה למטופל, יש הרואים בתהליך זה מאפיינים פטרנליסטיים אשר אינם עולים בקנה אחד עם הגישה המתקדמת והרווחת יותר של העצמת המטופל ושיתופו באחריות על בריאותו.

שילוב היכולות לעסוק בקידום בריאות בכלל ובחינוך לבריאות בפרט במקצועות המטפלים, מתרחש בשני כיוונים במקביל: הרשויות (ממשלות, ארגוני בריאות, מבטחים פרטיים) מכתיבות עיסוק בתחומים אלה ובתי חולים וקופות החולים יוזמים השקעת משאבים רבים בעידוד מקצועות הבריאות ובכללן אחיות, לביצוע ייעוץ, הכוונה ומתן כלים לאורח חיים בריא. המטרה היא לשלב את הייעוץ כחלק בלתי נפרד מהמפגש המקצועי עם החולה, כחלק מתפיסה הוליסטית של המטופל, הרואה את כלל צרכיו מעבר לסיבת האשפוז והטיפול המידתי⁹ וכהמשך ישיר לצורך לעמוד בסטנדרטיזציה בינלאומית של מערכות בריאות (אקדריטציה). בשנים האחרונות מספר בתי חולים אף מקבלים הכרה בינ"ל כבתי חולים מקדמי בריאות ובכך לוקחים על עצמם קיום תהליכים המשקפים גישה זו מול המטופלים והעובדים כאחד.

חינוך לבריאות במסגרת הסיעוד

למקצוע הסיעוד תפקיד מרכזי ומכריע בתחום זה⁵ ומדינות שונות יוצרות פורמטים מגוונים להתמודדות עם השינוי החל בשנים האחרונות בפרדיגמת תפיסת הטיפול הרפואי מהיבט המרוכז במחלות, לדגש מתגבר על מניעה וקידום בריאות⁶. למרות הסכמה גורפת על חשיבות האחיות ותפקידן כמחנכות לבריאות, קיימת בשטח אי בהירות באשר למה היא מדיניות הגופים המובילים בנושא, אילו תכנים על האחות לשלב בעבודה היומיומית ומהי ההכשרה הנדרשת לכך⁷. באופן מעשי עוסקות האחיות בעיקר בחינוך לבריאות ומחקרים שנערכו הוכיחו כי אחיות העוסקות בטיפול רפואי ואקוטי תופסות את החינוך לבריאות כחלק משמעותי של תפקידן³, אם כי במסגרות השונות קיימים הבדלים ברמות הייעוץ. סקר אמריקני מצא כי 77% מהאחיות במרפאות החוץ ורק 48% מהאחיות במרפאות הכירורגיות ייעצו בנושא בריאות מעל שעתיים במשמרת⁸. בשנות ה-80 וה-90 של המאה העשרים פורסמו מחקרים רבים שעסקו בתפקידיהם

וליישמו השפיעו על נכונות לבצע ייעוץ. ככל שהן תפסו את החולה כמשכיל יותר ומסוגל לקחת חלק פעיל בהחלטות, כך נטו לקיים ייעוץ מעמיק ומשתף יותר⁸, גישה שעשויה להתפרש כבעייתית ופטרנליסטית. במחקר אחר שכלל 2,028 רופאי משפחה מרחבי אירופה העידו גם הם על חשיבות החינוך לבריאות ומניעת מחלות אולם מרביתם לא ביצעו זאת בפועל. המחסומים העיקריים עליהם הצביעו הרופאים היו עומס עבודה, חוסר זמן והיעדרו של פיצוי הולם. כמו כן נמצא קשר בין הרגלי הבריאות של הרופאים עצמם (עישון וביצוע פעילות גופנית) על ביצוע תהליכי חינוך לבריאות עם מטופליהם¹³.

מאפיין נוסף אשר ניבא את נכונות האחיות לעסוק בחינוך לבריאות הוא רמת ההשכלה שלהן⁸ ומחקר שבחן את השפעת ההשכלה הגבוהה במקצוע הסיעוד חזק ממצא זה. במחקר נמצא כי האחיות שסיימו את התואר השני דווחו כי הוא סייע להן להבין לעומק מה משמעות מקצוע הסיעוד, תוך הדגשת הצדדים ההומאניים והחינוכיים שבו, עובדה שהגבירה את המוטיבציה שלהן לעסוק בתחום בו בחרו¹⁴.

מאחר וההסכמה על חשיבות תפקיד האחות בתחום החינוך לבריאות קיימת, למרות האתגרים שעדיין ניצבים בפני הטמעת הנושא ולאור ההבדלים בעבודת האחות בקהילה לעומת ביה"ח, ביקשנו להשוות את תפיסת התפקיד של האחות בשתי המסגרות. האם העובדה שאחיות המחלקות הפנימיות בביה"ח נתקלות בחולים האקוטיים יותר ולזמן קצר יחסית, משמעותה כי הן רואות את תפקידן פחות כמייצגות בתחום לעומת אחיות הקהילה המפתחות קשר ארוך טווח עם המטופלים שלהן?

שיטות

מחקר חתך שבוצע בקרב אחיות העובדות במחלקות הפנימיות של ביה"ח איכילוב (180 אחיות) ואחיות במרפאות ראשוניות בקהילה של מכבי שרותי בריאות במחוז השרון (170 אחיות). במסגרת המחקר הועבר שאלון בנושא תפיסת תפקיד ועמדות האחות לנושא חינוך לבריאות (בביה"ח השאלון הועבר באופן ידני ובקהילה באמצעות הדואר). השאלון שימש במחקר דומה בבריטניה¹⁵ ותורגם לעברית טרם חלוקתו לאחיות.

השאלון מורכב מארבעה חלקים ובכל היגדיו נעשה שימוש בסולם לייקרט. החלק הראשון בחן את תפיסת התפקיד של האחות (3 היגדים), החלק השני בחן את תפיסת המסוגלות של האחות כמבצעת חינוך לבריאות (2 היגדים), החלק השלישי בחן את תפיסת התועלת של ביצוע חינוך לבריאות (4 היגדים) והחלק הרביעי והאחרון שימש לאיסוף מידע אישי על האחות (נתונים דמוגרפיים, השכלה, ותק, הרגלי בריאות ומחלות רקע).

מאחר וחינוך לבריאות נכלל במסגרת הרחבה של קידום בריאות ולאור העובדה שהאחיות נוטות להתייחס למכלול

השחרור מביה"ח מופנה המטופל במידת הצורך לשירותים בקהילה כגון תכנית גמילה מעישון או דיאטנית. במקרים מסוימים, כמו לאחר אירוע לבבי מתבצעת, לתקופה מוגבלת, פעילות גופנית במסגרת בית החולים. לעיתים, ההדרכה ניתנת בעיקר לבני משפחה או למטפלים אחרים אשר נוטלים חלק באחריות לתזונה או לנטיילת התרופות. כלומר עיקר עבודתן של אחיות בית החולים בניהול המחלה הוא בהדרכה לגבי טיפול תרופתי (שינוי או התחלת טיפול) ו/או הפניה למרפאות ייעודיות לצורך ביצוע מעקב ואיזון מתמשכים.

תמונה זו אינה ייחודית לישראל. מחקר שבחן את תפיסת התפקיד של מקצועות פרה רפואיים בשוודיה ב-2010 בו מצא כי רק 45% מעובדי הבריאות בבתי החולים חשים כי יש צורך לתת עדיפות למניעת מחלות על פני טיפול בהן, לעומת 69% מעובדי הבריאות בקהילה שחשבו כך¹⁰.

תהליכי המעקב והבקרה שמקיים משרד הבריאות בבתי החולים בישראל מתרכזים בעיקר בנושאים הקשורים בעיקר לעבודה בבית החולים כמו מניעת העברת זיהומים, שמירה על בטיחות המטופל, העברת מידע, שיעורי תמותה מהסיבות השונות וכו'. עם זאת, בשנים האחרונות אחד מיעדי הפעולה של משרד הבריאות עוסק בקידום בריאות, תוספת שמחזקת את תפקיד האחות בתחום החינוך לבריאות ואף בתחום הרחב יותר של קידום בריאות. למרות שינויים אלה, מהערכות בינ"ל בשני העשורים האחרונים עולה כי בעוד שתפקיד האחות כמחנכות לבריאות אכן מתקיים במידה זו או אחרת, חלק חשוב זה של הרפואה אינו מושרש עדיין בהצלחה במערכת הבריאות¹.

עמדות ותפיסת התפקיד של אחיות כמחנכות לבריאות

מעבר להבנה וההכוונה הממסדית של חשיבות האחות כמחנכת לבריאות, מרכיב חיוני בביצוע הייעוץ בפועל הוא תפיסת התפקיד של האחות עצמן. האם רואה האחות את החינוך לבריאות כחלק בלתי נפרד מזהותה המקצועית? בשנים האחרונות נערכו מחקרים רבים על עמדות של אחיות בהקשר ליעילות ייעוץ לאורח חיים בריא. במחקר שבחן נכונותן של 152 אחיות לביצוע ייעוץ לגמילה מעישון נמצא כי הסיכוי לביצוע הייעוץ עולה ככל שהאחות מרגישות כי הייעוץ יהיה רלוונטי (מול חולות לב וסוכרת לעומת מול חולות שהגיעו לבדיקת סקר לסרטן צוואר הרחם)¹¹. גם מידת האמונה ביעילות הייעוץ העלה את הסיכוי שיתבצע. בסקוטלנד נבדקה עמדתם של רופאים ואחיות בקהילה כלפי ביצוע ייעוץ לפעילות גופנית¹². מרבית משתתפי המחקר העידו כי לדעתם חינוך בריאות הינו חלק משמעותי מעבודתם בקהילה ונמצאה מוכנות גבוהה למתן הייעוץ, למרות שרמת הידע המדויקת הייתה נמוכה יחסית. עם זאת, אחיות האמינו כי ייעוץ של רופא יהיה יעיל יותר מאשר ייעוץ ע"י אחות. גם תפיסות האחות לגבי יכולתו של המטופל לרכוש ידע

לעומת אף אחות מהקהילה. ומספר אחיות דומה דיווח על יתר לחץ דם ומחלת לב איסכמית בין שתי קבוצות המחקר. ממוצע BMI נמצא 24 בשתי הקבוצות, ללא הבדל סטטיסטי.

2. תפיסת התפקיד של האחיות

ניכר בבירור כי האחיות בשני הארגונים רואות את הייעוץ (חינוך) לבריאות כחלק בלתי נפרד מתפקידן, אם כי מרבית האחיות בקהילה (91%) דיווחו כי הן רואות את תפקידן כמחנכות לבריאות ולא רק כמטפלות במחלות לעומת אחיות ביה"ח (73.2%) ($p=0.007$). את הקושי שבהקדשת זמן לביצוע הייעוץ בפועל חשות יותר אחיות ביה"ח (40.8%) לעומת אחיות הקהילה שרובן אינן מסכימות עם אמירה זו (רק 13.5% חשו בחוסר זמן) ($p<0.001$).

3. תפיסת המסוגלות לביצוע ייעוץ והתועלת שבביצועו

בבחינת תפיסת המסוגלות לביצוע ייעוץ רק 50% מאחיות הקהילה ו-39.4% מאחיות ביה"ח חשות כי קיבלו הכשרה מספקת לביצוע ייעוץ ובכל זאת רובן חשות כי יש להן הרבה מה להציע למטופלים בעת ייעוץ לאורח חיים בריא. בהתאמה לתפיסה בנושא רמת ההכשרה, יותר אחיות בקהילה חשות שיש להן מה להציע למטופלים בתחום זה לעומת אחיות בביה"ח (81.1% לעומת 54.9% בהתאמה $p=0.003$). בקרב אחיות בקהילה כ-76% מסכים כי ייעוץ של צוות רפואי יכול להיות יעיל מאוד בהנעת מטופלים לשינוי אורח חיים לעומת 60.6% מקרב אחיות ביה"ח ($p=0.019$).

4. גורמים מנבאים לתפיסת התועלת שבביצוע חינוך לבריאות

רגרסיה לוגיסטית בוצעה לזיהוי מאפייני האחיות הקשורים לתפיסת התועלת שבביצוע ייעוץ לבריאות. קשר מובהק נמצא בין רמת ההשכלה לתפיסת התועלת שבביצוע הייעוץ. לאחיות אקדמאיות סיכוי של פי 2.45 יותר לעמדה חיובית יותר בנוגע לתועלת שבביצוע חינוך לבריאות ($p=0.048$).

דיון:

מקצוע הסייעוד מאחד תחומי עיסוק מגוונים ועובר שינויים והתאמות לצרכי האוכלוסייה ומערכת הבריאות. בשנים האחרונות מתקיימים תהליכי אקדמיזציה, מורחבות סמכויות האחות (כמו הנפקת תרופות ללא מרשם) ונוצרות התמחויות ותתי-התמחויות (לדוגמה אחות אונקולוגית שד). למרות שהדרכת המטופל על כל גווניה הינה חלק מעבודת האחות בכל תחומי עיסוקה, שינויים אלה דורשים בחינה מחודשת של תפיסות התפקיד של האחות. מחקר זה התמקד בתפיסת תפקידן של האחיות כמחנכות ויועצות לבריאות.

תפקידן כ"מקדמות בריאות" נעשה שימוש במינוח זה בשאלון המחקר.

המרכז הרפואי תל אביב ע"ש סוראסקי נבחר למחקר מאחר ומדובר במרכז רפואי מהגדולים בארץ, אשר סיים לאחרונה תהליך אקרדיטציה ומשמש כבי"ח אוניברסיטאי. בשל כך, מצופה מן האחיות לעבוד על פי הנחיות השמות דגש גם על חינוך וקידום בריאות. בנוסף לכך השדה הקליני בבי"ח שכזה מחייב תהליכי הכשרה והטמעה לקיום סטנדרטים טיפוליים אלה. מרפאות הקהילה של מכבי שרותי בריאות במחוז השרון נבחרו למחקר מאחר והוא כולל מגוון מרפאות מבחינת גודל המרפאה ופריסה גיאוגרפית רחבה (כולל יישובי פריפריה ויישובים ערביים).

145 אחיות ענו על השאלונים (41% הענות). מקרב ביה"ח ענו 71 אחיות (39% הענות) ובקהילה 74 אחיות (43%). כל הניתוחים הסטטיסטיים בוצעו באמצעות התוכנה הסטטיסטית למדעי החברה (גרסה 19.0; SPSS Inc, שיקגו, אילינוי). כל מאפיין בכל קבוצת אחיות נבדק ראשית במודל חד-משתני (χ^2) למשתנים קטגוריאליים – מין, רמת השכלה, מקום העבודה, עישון, פעילות גופנית ומחלות רקע ומבחן t למשתנים רציפים – גיל, ותק ו-BMI). בהמשך הוכנסו המשתנים שהיו מובהקים בניתוחים החד-משתניים למודל רגרסיה לוגיסטית מרובת משתנים על מנת לבחון את מידת ההשפעה של כל אחד מהמאפיינים שנבחנו, על תפיסת התועלת שבביצוע הייעוץ/הדרכה. קשר זה מוצג על ידי יחס הסיכוי (OR) ורווח בר סמך של 95%. התשובות להיגדי השאלון קובצו ל-3 קטגוריות: מסכים (1-2 בסקאלה), ניטראלי (3 בסקאלה) ולא מסכים (4-5 בסקאלה). ערך המובהקות (p value) נקבע על 0.05 עבור כל המבחנים שנערכו.

תוצאות

1. מאפייני האחיות

בבחינת ההבדלים הדמוגרפיים בין אחיות שעובדות בביה"ח לעומת אחיות שעובדות בקהילה נמצא כי הרוב המכריע של המשיבים על השאלון הן נשים, גיל (ממוצע 41), שנות תעסוקה של כ-15 שנה. בקרב צוות המועסק בקהילה נמצא אחוז גבוה יותר של בעלי תואר אקדמי לעומת ביה"ח (82.4% לעומת 51.6% בהתאמה). כמו כן, נמצא כי מרבית האחיות בקהילה (90%) החלו בעבודתן בבתי חולים בעוד רק 21.4% מאחיות בתי החולים עבדו קודם לכן בקהילה. מבחינת הרגלי בריאות של האחיות נמצא כי בקרב אחיות בקהילה הרוב אינו מעשן (91.8%) לעומת 68.6% בקהילה מקרב אחיות בביה"ח. כ-75% עוסקים בפעילות גופנית (קלה או מאומצת) וכשליש מקפידים על תזונה דלת שומן ללא הבדל בין אחיות המועסקות בביה"ח או בקהילה. חמש אחיות המועסקות בביה"ח דיווחו כי יש להן סוכרת

בבחינת ממצאי המחקר ניתן לראות כי למרות שלא היה הבדל בין שתי קבוצות האחיות בנושא הגיל והוותק, אחיות הקהילה שהן בעלות השכלה גבוהה יותר ומקפידות על אורח חיים בריא יותר, החזיקו בעמדות חיוביות יותר לגבי תפקידן כמקדמות בריאות. הקשר החזק שנמצא בין רמת השכלה לתפיסת האחות את תפקידה כמחנכת לבריאות יכול להסביר מדוע אחיות הקהילה אוזנות יותר בתפיסה זו מאשר אחיות ביה"ח. הבחירה בהרחבת ההשכלה היא אישית ואסטרטגית ומאפשרת לאחות לאמץ עמדת השפעה ומנהיגות המחזקת את הסטאטוס המקצועי של הפרט ושל הסיעוד ככלל. השכלה גבוהה יותר משפרת את תפיסת האחות לגבי מוטת השליטה בתפקיד ויכולתה לקיים דיונים מקצועיים, כולל תפיסת המסוגלות בבחינת חומר מקצועי רלוונטי והובלת תהליכים במסגרת תפקידה.

למספר מאפיינים של העונים על השאלון יש השפעה משוערת על העמדות שהוצגו, אך שיעור העונים הנמוך פוגם בתמונה המתקבלת בנושאים אלה. למשל, רק 24 גברים ענו על השאלון (16% מבין כלל המשיבים) לכן לא ניתן להסיק מסקנות בנוגע להשפעת המגדר על העמדות שבחנו, אם כי מחקרים שבוצעו¹³ הראו כי הנכונות לבצע יותר ייעוץ בנושאי בריאות ומניעת מחלות, מובהק יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים וכי גברים, רופאים בעיקר, מחזיקים בעמדות חיוביות פחות כלפי חינוך לבריאות. בדומה לכך, לא ניתן להסיק מסקנות תקפות לגבי הקשר שבין מצבן הבריאותי של האחיות (כגון מחלות כרוניות) לבין עמדותיהן באשר לחינוך לבריאות מאחר ו-18 אחיות בלבד דיווחו על מחלה כרונית (לב/סוכרת/יל"ד). עם זאת, ראוי לציין כי רובן המכריע של האחיות שדיווחו על מחלה כרונית

טבלה 2: השוואה בין תפיסת התפקיד של האחיות

בשתי הקבוצות^{2,1}

| P-value | מסכים | ניטרלי | לא מסכים | מקום העבודה | |
|---------|-------|--------|----------|----------------|---|
| 0.33 | 79.9 | 13.5 | 6.6 | קהילה n=74 | אחיות בקהילה הן המתאימות ביותר לקדם אורח חיים בריא Q1 |
| | 71.8 | 14.1 | 14.1 | בית חולים n=71 | |
| 0.007 | 91.5 | 2.7 | 5.8 | קהילה n=74 | תפקידי לא רק לטפל במחלות אלא לחנך לבריאות Q2 |
| | 73.2 | 16.9 | 9.9 | בית חולים n=71 | |
| p<0.001 | 13.5 | 20.3 | 66.2 | קהילה n=74 | אין לי זמן לעסוק במניעת מחלות Q3 |
| | 40.8 | 26.8 | 32.4 | בית חולים n=71 | |

¹ התוצאות מוצגות באחוזים

² Chi-square

מניתוח הנתונים עולה ממצא בסיסי ומשמעותי והוא כי רובן המכריע של האחיות (74%) מאמינן כי תפקידן לעסוק בחינוך לבריאות. נתון זה כשלעצמו מבטא את העובדה כי בבסיס תפיסת התפקיד של האחות מודגמת בבירור עמדה חיובית כלפי תפקידה כמחנכת לבריאות. בהתאם להשערת המחקר המקורית נמצא כי למרות שרוב האחיות, בין אם בביה"ח או במרפאות הקהילה, מאמינות שחלק חשוב בתפקידן שייך להדרכות בנושאי בריאות/אורח חיים בריא, קיים הבדל משמעותי בין האחיות שבמחלקות הפנימיות של ביה"ח לאלו שבקהילה בתפיסות ובעמדות בהן נוקטות האחיות בנוגע לביצוע היעוץ בפועל.

טבלה 1: בחינת ההבדלים במאפיינים דמוגרפיים

ותעסוקתיים והתנהגויות בריאות של אוכלוסיית המחקר^{3,2,1}

| P-value | מקום העבודה | | |
|--------------------------------|-------------|----------------|--|
| | קהילה n=74 | בית חולים n=71 | |
| 0.86 | 40.8±10.4 | 41.1±9.5 | גיל (ממוצע ± ס.תקן) |
| מגדר | | | |
| 0.07 | 10.8 | 22.9 | זכר |
| | 89.2 | 77.1 | נקבה |
| 0.56 | 16.5±10.3 | 15.5±10 | ותק מקצועי בשנים (ממוצע ± ס.תקן) |
| רמת השכלה | | | |
| p<0.001 | 17.6 | 48.4 | מעשית/מוסמכת |
| | 82.4 | 51.6 | תואר ראשון/תואר שני |
| מקום עבודה קודם (בי"ח / קהילה) | | | |
| p<0.001 | 90.4 | 21.4 | כן |
| | 9.6 | 78.4 | לא |
| עישון | | | |
| p<0.001 | 8.2 | 31.4 | כן |
| | 91.8 | 68.6 | לא |
| פעילות גופנית | | | |
| 0.4 | 54.2 | 46.5 | קלה |
| 0.35 | 24.7 | 32.8 | מאומצת |
| תזונה דלת שומן | | | |
| 0.37 | 36.1 | 28.8 | כן |
| | 63.9 | 71.2 | לא |
| היסטוריה רפואית | | | |
| 0.028 | 0 | 7.1 | סוכרת |
| 0.76 | 7 | 8.7 | יתר לחץ דם |
| 1 | 1.4 | 1.4 | מחלת לב איסכמית |
| מאפיינים פיזיקליים | | | |
| 0.5 | 24.1±3.8 | 24.6±3.7 | BMI (kg/m ²) (ממוצע ± ס.תקן) |

¹ התוצאות מוצגות באחוזים.

² Independent t-test

³ Chi-square

עובדות בביה"ח והן הדגימו עמדות מגוונות באשר לתפיסת התפקיד שלהן.

את הפער בין תפיסת התפקיד כמחנכת לבריאות והעמדות החיוביות בנושא לבין תפיסת המסוגלות המוגבלת לביצוע בפועל ניתן לקשור לתחושת חוסר הזמן אשר מהווה עבורן מחסום מהותי לביצוע ייעוץ לבריאות. כשליש מאחיות הקהילה המאמינות בקידום בריאות ורואות בייעוץ כחלק מתפקידן, מצינונות את חוסר הזמן לעיסוק בנושא, אך על פי הממצאים, עוסקות בכך כחלק משגרת עבודתן. ניתן להסביר ממצא זה בכך שמטרת הסיעוד בקהילה היא לשמור על האוכלוסייה ולמנוע, במידת האפשר, הגעה לבית החולים. העיסוק בחינוך לבריאות נתפס כמשרת מטרה זו ולכן מתבצע בשגרה למרות תחושת חוסר הזמן. אחיות בתי חולים לעומתן סבורות חד משמעית שאין להן זמן לביצוע הדרכות ופעולות של חינוך לבריאות וגם פחות מאמינות שזה תפקידן ואחריותן. למרות שרמת הידע הנתפסת שלהן זהה לזו של אחיות הקהילה, נראה שהן חשות שאין להן מה להציע למטופלים (ראה טבלה 3). עם זאת, למרות עמדות אלה, מתקיימות כאמור הדרכות רלוונטיות קצרות טווח המתמקדות בידע טיפולי וכן הפנייה לתהליכים בקהילה (כמו תהליכי ירידה במשקל, או סדנאות לגמילה מעישון) תמונה זו דומה לזו שהתקבלה במחקר השוודי¹⁰ ויתכן כי תפיסת אחיות בתי החולים נובעת בעיקר מהקשר הזמני אל המטופל שמתרכז במצב האקוטי שבגיניו הופנה לביה"ח.

על מנת לשפר את מעורבות האחיות, בכל מסגרת, בנושא החינוך לבריאות יש לגייס את מובילי הדעה ומקבלי ההחלטות להתאמת הדרישות ולאפשר הפניות למשימה זו.

טבלה 3: ההבדלים בתפיסת המסוגלות והתועלת שבביצוע הייעוץ בין שתי קבוצות האחיות^{1,2}

| | מקום העבודה | לא מסכים | נייטרלי | מסכים | P-value |
|---|----------------|----------|---------|-------|---------|
| קיבלתי הכשרה מספקת כיצד ליעוץ בנושא אורח חיים בריא Q4 | קהילה n=74 | 28.4 | 21.6 | 50 | 0.41 |
| | בית חולים n=71 | 36.7 | 23.9 | 39.4 | |
| יש לי הרבה מה להציע למטופלים בעת ייעוץ לאורח חיים בריא Q7 | קהילה n=74 | 2.7 | 16.2 | 81.1 | 0.003 |
| | בית חולים n=71 | 5.6 | 39.5 | 54.9 | |
| יעוץ של צוות רפואי יעיל מאוד בהנעת מטופלים לשנות את אורח חייהם Q6 | קהילה n=74 | 2.7 | 21.6 | 75.7 | 0.019 |
| | בית חולים n=71 | 15.5 | 23.9 | 60.6 | |

¹ התוצאות מוצגות באחוזים
² Chi-square

מחקרים לא מעטים מצאו כי למרות העיסוק השוטף בו, חינוך לבריאות לא נתפס ע"י האחיות כחלק בלתי נפרד מהטיפול. גם אחיות שהביעו התלהבות מתפקידן כמחנכות בריאות, לא תמיד ידעו כיצד לבצע זאת בפועל⁸. הטמעה אמיתית של הנושא שתגשר על פערים אלה, מצריכה שינוי בתרבות הארגונית אשר יוביל לשינוי בהתנהגות המקצועית ובשיטות העבודה^{7,8}. במצב כיום תופשת המערכת את תפקיד אחות הקהילה כמחנכת לבריאות, בעוד תפיסת תפקיד אחות בית חולים היא אחרת, והזמן העומד לרשותה כמו גם הלחצים שהיא נתונה בהם (אקוטיים, מסכני חיים) הם שונים. מעבר לכך, לאור ממצאי מחקר זה אשר הדגימו קשר חיובי וחזק בין רמת השכלת האחיות ונכונותה לעסוק בחינוך לבריאות, נדרש שינוי בהכשרת האחיות שתתמקד ברכישת הכישורים והידע הדרושים להן. על תרבות מקום העבודה לקדם זאת והדבר דורש תמיכה ארגונית שתפתח העצמה של אחיות ותאפשר להן להגשים את תפקידן כמחנכות בריאות.

מממצאי המחקר עולה כי האחיות בקהילה הן המבצעות העיקריות של טיפול לטווח ארוך הכולל בתוכו גם חינוך לאורח חיים בריא. עובדה זו מחזקת לדעת הכותבות את חשיבות חיזוק הקשר ההדדי בין אחיות ביה"ח לאלו שבקהילה. דוגמאות לקשר זה קיימות כבר כיום בדמותן של אחיות קשר של הקהילה שתפקידן להקל על שחרור המטופל מביה"ח בחזרה לקהילה, אחיות ביה"ח שיוצרות קשר עם מקבילותיהן בקהילה (אחיות סטומה למשל) והשימוש החדש יחסית במכתב שחרור סיעודי מביה"ח, במקביל למכתב השחרור הרפואי.

לסיכום, הכרה בחשיבות הדרכה וחינוך לבריאות קיימת באופן בסיסי בקרב האחיות, אך למרות שמדובר במקצוע אחד, ההבדלים שבין הסיעוד בקהילה ובביה"ח במובן של מטרות הטיפול ותפיסת התפקיד משפיעים על היישום בשטח. על מנת להטמיע את חשיבות העיסוק בחינוך לבריאות בשתי המסגרות ולטפל בחסמים שעדיין קיימים, יש צורך בהדגשת

טבלה 4: גורמים מנבאים לתפיסת התועלת שבביצוע חינוך לבריאות בקרב אחיות^{1,2}

| | מאפייני האחיות n=145 | OR (95% CI) | P-value |
|-------------|---------------------------------|------------------|---------|
| רמת השכלה | אחות מעשית | 2.45 (1.01-5.9) | 0.048 |
| | אחות מוסמכת תואר ראשון תואר שני | | |
| מקום העבודה | בית חולים קהילה | 0.52 (0.21-1.25) | 0.14 |
| עישון | כן לא | 1.2 (0.45-3.2) | 0.71 |

¹ התוצאות מוצגות באחוזים
² Logistic regression

תודות

לדר' אסנת מלמד על הסיוע באיתור השאלון ובניתוחים הסטטיסטיים. לאורלי יוס-טוב גולן, אחות מנהלת במכבי שרותי בריאות. לאחיות מחוז השרון של מכבי שרותי בריאות ולאחיות במחלקות הפנימיות של ביה"ח איכילוב על המענה לשאלונים.

ביבליוגרפיה

- Johansson H, Weinehall L, Emmelin M. "It depends on what you mean": a qualitative study of Swedish health professionals' views on health and health promotion. BMC Health Serv Res. 2009;9:191.
- Goldstein PC. Impact of disease management programs on hospital and community nursing practice. Nurs Econ. 2006;24(6):308-13, 279; quiz 314.
- Norton L. Health promotion and health education: what role should the nurse adopt in practice? J Adv Nurs. 1998;28(6):1269-75.
- Whitehead D. Health promoting hospitals: the role and function of nursing. J Clin Nurs. 2005;14(1):20-7.
- Whitehead D. The role of community-based nurses in health promotion. Br J Community Nurs. 2000;5(12):604-9.
- Wilhelmsson S, Lindberg M. Health promotion: facilitators and barriers perceived by district nurses. Int J Nurs Pract. 2009;15(3):156-63.
- Whitehead D. An international Delphi study examining health promotion and health education in nursing practice, education and policy. J Clin Nurs. 2008;17(7):891-900.
- Friberg F, Granum V, Bergh AL. Nurses' patient-education work: conditional factors - an integrative review. J Nurs Manag. 2012;20(2):170-86.
- Council GH. The national plan for quality indicators of community health care in Israel. 2014. Report No.: Contract No.
- Johansson H, Stenlund H, Lundström L, Weinehall L. Reorientation to more health promotion in health services - a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. J Multidiscip Healthc. 2010;3:213-24.
- Hall S, Marteau TM. Practice nurses' self-reported opportunistic smoking cessation advice in three contexts. Nicotine Tob Res. 2007;9(9):941-5.
- Douglas F, Torrance N, van Teijlingen E, Meloni S, Kerr A. Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity. A questionnaire survey. BMC Public Health. 2006;6:138.
- Brotos C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Prev Med. 2005;40(5):595-601.
- Watkins D. The influence of Masters education on the professional lives of British and German nurses and the further professionalization of nursing. J Adv Nurs. 2011;67(12):2605-14.
- Steptoe A, Doherty S, Kendrick T, Rink E, Hilton S. Attitudes to cardiovascular health promotion among GPs and practice nurses. Fam Pract. 1999;16(2):158-63.

חשיבות הנושא על ידי קובעי המדיניות במסגרת נהלים וחקיקה המגדירה איכות ההדרכה, מסגרת הזמן וביצוע בקרה. במקביל יש לעודד אחיות להתפתחות מקצועית והרחבת השכלתן לאור ממצאי מחקר זה.

מגבלות המחקר:

למחקר שתי מגבלות עיקריות. לא בוצע תיקוף מחודש של השאלון לאחר תרגומו לעברית. יתכן ולחלק מהמושגים המרכזיים (חינוך לבריאות, כלים להדרכה) יש משמעות מעט שונה בשתי השפות, ולכן היעדר תיקוף מחליש את חוזקו של המחקר. מעבר לכך המחקר מתאר מדגם מוגבל ממספר בחינות: אחוז המשיבים הנמוך יחסית (40%) מקשה על הסקת מסקנות מדויקות בעיקר במשתנים כמו מחלות רקע ומגדר, לא נבדקה אוכלוסיית הלא משיבים על השאלונים, היבט שיכול היה לספק תובנות נוספות לגבי שאלת המחקר ולא נכללו נתונים שידוע על קשר בינם ובין עמדות מקצועיות כגון מאפיינים תרבותיים (ארץ מוצא למשל). כמו כן, הבחירה בבי"ח בודד במרכז הארץ עשויה לצייר תמונה שאינה משקפת עמדות אחיות בבתי חולים בכלל הארץ.

המלצות למחקר עתידי:

לאור הממצאים של מחקר זה, יש מקום למספר מחקרי המשך, אשר יבחנו נושאים שנמצאו כמשמעותיים בעבודה זו. מחקרים אלה יסייעו באיתור הגורמים למיעוט השימוש בחינוך לבריאות ע"י האחיות ובעזרתם ניתן יהיה לתכנן התערבויות שיסייעו בהעמקת עיסוקן של האחיות בנושא. לאור הפער הניכר במחקר זה בין תפיסת התפקיד התומכת בחינוך לבריאות לביצוע בפועל, יש מקום לבחון את הגורמים לפער זה ובאילו דרכים ניתן לצמצמו (העמקת הידע המקצועי בנושא חינוך לבריאות? שינוי מדיניות ציבורית? ועוד). התמונה שעלתה בבחינת הרגלי הבריאות של האחיות הינה משמעותית (מעל 30% מאחיות ביה"ח מעשנות ורוב האחיות בבתי החולים ובקהילה כאחד, אינן מקפידות על תזונה בריאה). יש מקום למחקר אשר יבחן את נושא הרגלי הבריאות של האחיות, לאור מקצוען ובהקשר לעבודתן בביה"ח או בקהילה.

בנוסף, מעניין יהיה לשלב הערכה איכותנית אשר תבחן לעומק את תפיסת התפקיד של האחיות כמחנכות לבריאות, עמדותיהן ותחושת המסוגלות שלהן בתחום זה, גם בהקשר של ההבדלים בין אחיות הקהילה לאחיות בתי החולים. מחקר איכותני יוכל לסייע בגיבוש ובנייה של תכניות העשרה מתאימות.

שימוש בתרופות ממריצות לשיפור ביצועים ללא מרשם בקרב סטודנטים

אפרת נטר, שיר מעודה ורינת עמר, מרכז אקדמי רופין

תקציר

רקע: בשנים האחרונות רווחת התופעה של נטילת תרופות לשיפור ביצוע קוגניטיבי ללא מרשם, ואנשים בשלב הבגרות הצעירה – בגלל ההקשר של רכישת השכלה – פגיעים לה במיוחד. המחקר הנוכחי בחן את השיעור של נטילת תרופות ממריצות ללא מרשם רפואי בקרב סטודנטים ישראלים ואת המנבאים האישיים והסביבתיים לנטילת התרופות ללא מרשם.

שיטה: במחקר השתתפו 168 סטודנטים (82 גברים ו-86 נשים) בגילאים 21-32, אשר השיבו על שאלוני דיווח עצמי מקוונים. המשתנים המנבאים היו משתני רקע, מאפיינים אישיים של חוללות עצמית אקדמית ושל חיפוש ריגושים, משתני סביבה חברתית של שימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם על-ידי חברים ומאפייני משפחה. המשתנה התלוי היה שימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם. המערך היה סקר מתאמי רוחבי.

תוצאות: רוב המדווחים לא השתמשו אי פעם בתרופות ללא מרשם, אך 37.7%, 26.9% ו-17.3% השתמשו בתרופות ממריצות ללא מרשם אי פעם, בשנה האחרונה ובחודש האחרון, בהתאמה. בניתוח רגרסיה לינארית רב משתני, המנבאים לשימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם היו מגדר, שימוש בתרופות אלו על-ידי חברים ואחים/יות, ותגובת ההורים לשימוש בחומרים.

דיון: מחקר זה הנו ראשוני בתחום בישראל. למרות שהמדגם אינו מייצג, הנתונים מציעים ששימוש בתרופות ממריצות לשיפור ביצוע קוגניטיבי ללא מרשם הוא תופעה נפוצה בקרב סטודנטים. רצוי ששירותי ייעוץ לסטודנטים במכללות ובאוניברסיטאות ידריכו סטודנטים על שימוש נאות בתרופות ממריצות.

שימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם בהקשר של רכישת השכלה

אחד התפקידים המרכזיים בשלב הבגרות המוקדמת, לקראת כניסה לעולם העבודה, הוא רכישת השכלה. מטלה התפתחותית זו מאתגרת בעיקר עבור בעלי הפרעות קשב וריכוז. הפרעת קשב וריכוז היא הפרעה נוירית-התפתחותית המאופיינת בחוסר קשב, אימפולסיביות והיפראקטיביות, ומקשה על תפקודים במגוון תחומי חיים – חברתיים, משפחתיים, תעסוקתיים ולימודיים (1). היארעות הפרעות קשב וריכוז באוכלוסייה מוערכת בכ-5% מבני נוער, בכ-5% בקרב מבוגרים, ביחס של כ-1:3 בקרב בנים לעומת בנות (1-4). רוב המקרים בקרב מבוגרים אינם מטופלים (4).

חומרים ממריצים (stimulants) מוכרים ברפואה כאחת החלופות לטיפול בהפרעות קשב וריכוז, אך יש הנוטלים אותם ללא מרשם כאשר המטרה היא לשפר ביצועים

אקדמיים או אתלטיים (5, 6). אכן, מחקרים בקרב מבוגרים צעירים מצאו שימוש בממריצים, כאשר רוב המחקרים התבצעו בארה"ב ואחד בגרמניה. למשל, במחקר בקרב 9,161 סטודנטים לתואר ראשון באוניברסיטת מישגן דיווחו 8.1% על שימוש בחומרים ממריצים ללא מרשם. מתוכם, 30% מהמשיבים דיווחו כי הסיבה שהם נוטלים חומרים ממריצים היא העלאת רמת הריכוז, ו-40% דיווחו שהמניע שלהם הוא השגת ציונים גבוהים (6). הממצא על המניע ללקיחת ממריצים – שיפור יכולת הלימוד – חוזר בממצאים נוספים בקרב סטודנטים (7). שיעור המדווחים על שימוש בחומרים ממריצים ללא מרשם במדגמים אמריקאים נע בין כ-10% - 17 (7-9) ל-25% ו-35% (10, 11) ואפילו ל-72.8% (12). מחקר גרמני דיווח על 20% (13). קיים רק מחקר אחד על מדגם לאומי מייצג מלפני כעשור (14); המחקר מדווח על שונות גדולה בשיעור המשתמשים במוסדות להשכלה גבוהה בארה"ב, כאשר ממוצע השימוש אי פעם (life-time)

ומורכבות, בצד נכונות לקחת סיכונים פיזיים וחברתיים על מנת לספק צורך זה (26) – נמצאו כיותר משתמשים בתרופות ממריצות ללא מרשם (10, 14, 27, 28). משתמשים אשר סווגו כמחפשים אחר ריגושים נמצאו כבעלי סיכון גבוה יותר להתמכרות לתרופות ללא מרשם ולהתנהגויות מסוכנות אחרות (29). לבסוף, חוללות עצמית נבחנה כמנבא במחקר אורך שעקב במשך שישה חודשים אחר 327 משתתפים ותיעד כי חוללות עצמית גבוהה קשורה לפחות שימוש בחומרים (4).

מעבר למאפיינים האישיותיים שצינו לעיל, נחקרו גם התנהגויות כגון צריכת אלכוהול ועישון, אשר נמצאו מנבאות את התנהגות השימוש בתרופות ללא מרשם (6), ומאפיינים דמוגרפיים כגיל, כאשר גילאי ההתבגרות והבגרות הצעירה נמצאו כתקופות שבהן השימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם הוא הגבוה ביותר (18, 30).

מטרות המחקר הנוכחי הן:

1. לקבל הערכה ראשונית על שיעור שימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם (למשל, ריטלין) בקרב סטודנטים בשלב הבגרות הצעירה בישראל (בעיקר שנות ה-20).
2. לבחון תרומת מנבאים אישיים וסביבתיים ללקיחת תרופות ממריצות ללא מרשם.

א. המנבאים האישיים שנבחנו היו: חיפוש ריגושים, חוללות עצמית אקדמית ומגדר, כאשר ההשערה הייתה שלקחת התרופות ללא מרשם תהיה שכיחה יותר בקרב גברים, אנשים הנמוכים בחוללות עצמית אקדמית ואנשים גבוהים בחיפוש ריגושים.

ב. המנבאים הסביבתיים שנבחנו היו שימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם בקרב חברים, אחים; יחסים עם ההורים; עמדת ההורים (נתפסת) כלפי השימוש בחומרים.

שיטה

משתתפים

במחקר השתתפו 233 סטודנטים אשר נענו לבקשה לענות על שאלון מקוון בלחיצה על קישור, מתוכם 199 נכנסו לשאלון ו-168 מילאו את השאלון עד סופו. 22 אנשים כלל לא ענו על השאלון, ו-9 אנשים ענו על חלקים ראשונים בשאלון. המדגם כלל נשים (N=86) וגברים (N=82) בגילאי 21-32.

כלים

חוללות עצמית אקדמית – נמדדה על ידי שאלון סגור בן שישה פריטים (31). חוללות עצמית אקדמית נמצאה קשורה בקשר חיובי מתון עד גבוה למשתנים רבים בתחום הלמידה כגון שימוש בטכנולוגיית מידע וגודל רשת חברתית (31),

האחרון (prevalence) היה 6.9%, בשנה האחרונה – 4.1% ובחודש האחרון – 2.1%. לבסוף, נמצא כי לקיחת תרופות ממריצות ללא מרשם מהווה גורם סיכון לפיתוח תלות בחומרים אחרים (9) ואפילו למחשבות אובדניות, תכניות להתנהגות אובדנית וניסיונות התאבדות (15). השלכות שליליות מיידיות בעקבות שימוש בממריצים ללא מרשם כוללות חוסר תיאבון, נדודי שינה, עצבנות והערכת מסוגלות עצמית נמוכה בלימודים האקדמיים (7). התרופות ללא מרשם מושגות דרך ארבעה מקורות עיקריים: חברים, בני משפחה, מכרים ב"שוק שחור" ואנשי רפואה שרומזו (16).

מנבאים לשימוש בתרופות ללא מרשם

ניתן לשייך את המנבאים ללקיחת תרופות ללא מרשם לשתי קטגוריות: סביבה ומאפיינים אישיים. עם הגורמים הסביבתיים לשימוש בסמים נמנים בעיקר מאפייני עמיתים והמשפחה. ראשית, חוקרים מצאו כי הסיכוי ליטול תרופות ללא מרשם גבוה יותר בקרב אלו שחבריהם או בני משפחתם נוטלים תרופות מרשם (17). במקביל, נמצא כי בני נוער שחבריהם עוסקים בהתנהגות עבריינית הם בעלי סבירות גבוהה יותר להשתמש בתרופות ממריצות. לעומת זאת, אלו שחבריהם עוסקים בהתנהגות פרו-חברתית פחות סביר שיעשו שימוש לרעה בחומרים (18).

ברמת המשפחה נמצא כי מאפיינים מבניים קשורים לשימוש בתרופות ממריצות: שכיחות גבוהה יותר של שימוש נמצאה בקרב בני נוער להורים פרודים ובקרב מתבגרים ומבוגרים צעירים ממשפחות במצב סוציו-אקונומי נמוך (19). כן נמצא כי מערכות יחסים המאופיינות בבעיות בין הורים למתבגרים מנבאות באופן מובהק שימוש בתרופות ללא מרשם (20) וגורמי החוסן הם לכידות משפחתית, מעורבות המשפחה בחיי הפרט והנורמות המשפחתיות (21, 22). מנבא סביבתי נוסף הנו תחושת השייכות לקהילה, המתייחס למידה שבה הפרט תופס את עצמו כשייך לקולקטיב. תחושת השייכות לקהילה נמצאה כמחסנת בפני שימוש בחומרים ובפני התנהגויות עברייניות אחרות (23).

המנבאים האישיים שנבחנו כקשורים לשימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם כוללים תכונות אישיות ומגוון דפוסי התנהגות. נמצא קשר בין שימוש בתרופות ללא מרשם ובין דימוי עצמי נמוך (24), חוסר הסתגלות פסיכולוגי וחברתי (25), וחוסר ביטחון עצמי (24). כן נמצא קשר בין שימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם ובין מיקוד שליטה חיצוני (18). מנבאים בתחום של שליטה וריגושים גם נמצאו קשורים לשימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם: בעלי שליטה גבוהה בדחפים נמצאו כפחות משתמשים בתרופות ממריצות ללא מרשם (18, 25) ואנשים הגבוהים בחיפוש ריגושים – צורך לחוש תחושות ולהתנסות בחוויות מגוונות, חדשות

ללא מרשם", "האם האחים/יות שלך משתמשים בריטלין עם מרשם" – בפורמט תשובה של כן/לא. התשובות סוכמו לסולם שנע מ-0 עד 2. שאלות על הורים התייחסו לתגובות הורים לשימוש בחומרים וליחסים עם ההורים. השאלות על תגובות ההורים לשימוש בחומרים היו: "כיצד הורריך היו מרגישים אם היית משתמש בתרופות משפרות ביצועים (כמו ריטלין) ללא מרשם"; "כיצד הורריך היו מרגישים אם היית שותה אלכוהול לפחות פעם ביום". המשתתפים השיבו בסולם ליקרט בן חמש דרגות שנע מ-1 "כלל לא מוטרדים" ועד 5 "מוטרדים במידה רבה". המתאם בין שני פריטים אלו היה $r=0.45$, $p<0.05$ והם מוצעו. שני היגדים על יחסים עם ההורים בדקו את שביעות הרצון מהיחסים: "מהי המידה שבה אתה מרוצה ממערכת היחסים שלך עם אמך". "מהי המידה שבה אתה מרוצה ממערכת היחסים שלך עם אביך". התשובות נעו על סולם ליקרט בן 5 דרגות שנע מ-1 "כלל לא מרוצה" עד "מרוצה מאוד". המתאם בין שני פריטים אלו היה $r=0.51$, $p<0.05$ והם מוצעו.

שימוש בתרופות ממריצות – נושא המחקר הוצג למשתתפים כ"שימוש בתרופות ממריצות כגון ריטלין". הם נשאלו: "האם אי פעם השתמשת בריטלין ללא מרשם"; "האם בשנה האחרונה השתמשת בריטלין ללא מרשם"; "האם בחודש האחרון השתמשת בריטלין ללא מרשם" (18). התייחסות למרווחי זמן אלו נפוצה (15,20,38). השאלות עברו התאמה לאוכלוסיית הסטודנטים על ידי החוקרות: ספציפית, בעקבות העברת שאלון חלוץ, הנוסח שונה בפריטי השאלות מ"תרופות ממריצות (כגון ריטלין)" ל"ריטלין". השימוש בדוגמאות וב"מושגי סלנג" בהקשר של מדידת נטילת תרופות ללא מרשם נפוץ (15). המשתתפים התבקשו להגיב לסולם ליקרט בן חמש דרגות שנע מ-1 "אף פעם", "1-5 פעמים", "6-19 פעמים", "20-40 פעמים" ו-"למעלה מ-40 פעמים". השאלות נמצאו בעלות מהימנות חוזרת מספקת במחקר שהתמקד במהימנות מדידת נטילת תרופות ללא מרשם (39). שאלה נוספת שחוברה על ידי החוקרות הייתה "האם השתמשת בעבר בריטלין עם מרשם". המשתתפים התבקשו להגיב לסולם ליקרט בן חמש דרגות: "אף פעם", "לעיתים רחוקות", "רק בתקופות לחוצות (למשל, תקופת מבחנים)", "בדרך כלל", "באופן קבוע". מקדם המהימנות הפנימית של שלושת השאלות הראשונות בנוגע לשימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם במדגם זה הנו $\alpha = 0.90$.

משתני רקע – המשתתפים התבקשו לציין מין, גיל, רמת ההשכלה שלהם (תיכונית, במהלך לימודי תעודה, בעל לימודי תעודה, במהלך לימודי תואר ראשון, בעל תואר ראשון, במהלך תואר שני ומעלה) ושל הוריהם (יסודית, תיכונית, לימודי תעודה, תואר ראשון, תואר שני ומעלה), מי מבני משפחתם מתגורר עמם בבית, והאם הם סטודנטים. בנוסף, המשתתפים ציינו מצב כלכלי ומצב בריאותי נתפס.

מוטיבציה לימודית ואסטרטגיות מטה-קוגניטיביות (32), ומוקד שליטה אקדמי (33). משתתפים התבקשו לציין את מידת הסכמתם עם כל היגד שהוערך על סולם ליקרט הנע מ-1 ("לעיתים רחוקות") עד ל-5 ("כמעט תמיד"), כאשר החוקרות הוסיפו שתי דרגות לסולם התשובות של השאלון המקורי. דוגמאות לפריטים המשתייכים למשתנה זה: "אני לומד את החומר הנדרש, גם אם הוא קשה"; "אני מוצא דרך לעשות את המטלות הקשות ביותר". עבור כל משתתף חושב ציון על ידי ממוצע הפריטים בשאלון. מקדם המהימנות הפנימית של השאלון במדגם זה הנו $\alpha=0.81$.

חיפוש ריגושים – נמדד על ידי שאלון בן 19 פריטים המתארים ביטויים שונים של חיפוש ריגושים (34). הכלי נמצא בשימוש נרחב בהקשר של התנהגויות סיכון לדוגמא אלכוהול או נהיגה. מטה-אנליזות מצאו מתאם משוקלל בטווח של 0.30-0.40 בין חיפוש ריגושים ונהיגה מסוכנת (35), מתאם ממוצע משוקלל של 0.26 בין חיפוש ריגושים לבין שתיית אלכוהול (36) וגודל אפקט של $d=0.19$ בקשר עם תוקפנות (37). המשתתפים התבקשו לציין האם הם מסכימים או לא מסכימים עם כל היגד. דוגמאות לפריטים המשתייכים למשתנה זה: "לעיתים קרובות אני עושה דברים מתוך דחף רגעי"; "אני אוהב התנסויות חדשות ותחושות חדשות ומרגשות גם כאשר הן מפחידות קצת". עבור כל משתתף נספר אם הוא/היא בחרו בתשובה המבטאת חיפוש ריגושים והתשובות חוברו על רצף הנע מ-0 עד 19, כאשר 0 מציין מידה נמוכה בחיפוש ריגושים ו-19 מציין מידה גבוהה של חיפוש ריגושים.

שימוש חברים בתרופות ללא מרשם – נבדק על ידי שאלון סגור בן שלושה פריטים (20). ההיגדים שאלו על חברים ומכרים שמשתמשים בריטלין ללא מרשם: "חבריי הקרובים לוקחים ריטלין (לשיפור ביצועים) ללא מרשם"; "אני מכיר סטודנטים שלוקחים ריטלין (לשיפור ביצועים) ללא מרשם". בהיגדים אלו המשתתפים התבקשו להעריך את תשובתם על סולם ליקרט הנע מ-1 ("כלל לא") עד ל-5 ("במידה רבה ביותר"). בהיגד שלישי, שבו התבקשו להעריך את כמות החברים שלוקחים ממריצים ללא מרשם [בכמה היית מעריך את מספר חברייך הלוקחים ריטלין (לשיפור ביצועים) ללא מרשם רפואי] התשובות נעו מ-1 עד 5 ("אף אחד", "מעט", "חלק", "הרוב", "כולם"). נטילת תרופות ללא מרשם בקרב חברים נמצאה כמנבא חזק לנטילת תרופות ללא מרשם (8, 38). מקדם המהימנות הפנימית של השאלות במדגם זה הנו $\alpha=0.87$.

מאפייני משפחה בהקשר של לקיחת תרופות ללא מרשם – נבדק על ידי שבעה פריטים המתארים ביטויים שונים של התנהגות בהקשר של לקיחת תרופות ללא מרשם (20). מאפיינים אלו נכללו כמשתני רקע מנבאים נטילת תרופות ללא מרשם במחקרים אחרים בנושא (38). שתי שאלות התמקדו באחים: "האם האחים/יות שלך משתמשים/השתמשו בריטלין

טבלה 1: מאפייני המשתתפים (N=168): שכיחות (%) או ממוצע (ס"ת) וקשר לשימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם

| קשר לשימוש בתרופות ממריצות (F/r) ללא מרשם | סטטיסטי תיאורי | משתנה |
|---|----------------|--------------------------|
| | 168 (100) | סטודנטים, N (%) |
| 43.36** | | מגדר, N (%) |
| | 86 (51.2) | גברים |
| | 82 (48.8) | נשים |
| 0.13 | 24.86 (2.98) | גיל |
| -0.07 | 3.89 (0.82) | השכלה עצמית (1-6) |
| 0.09 | 3.29 (1.15) | השכלת אב (1-5) |
| 0.10 | 3.41 (1.08) | השכלת אם (1-5) |
| 0.01 | 3.29 (1.03) | הכנסה ממוצעת נתפסת (1-5) |
| -0.15* | 3.49 (0.98) | בריאות עצמית נתפסת (1-5) |

* מובהק $P<0.05$
** מובהק $P<0.001$

המשתנה המקובץ של שימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם. הקשר בין משתני הרקע ובין שימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם היה מובהק רק במקרה של מגדר ($F_{(1,165)}=43.47$, $p<0.000$) ותפיסת בריאות עצמית ($r=-0.15$, $p<0.05$). הנתונים מופיעים בטבלה מספר 1 בטור השמאלי.

הקשר בין משתני הסביבה ומאפיינים אישיים ובין שימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם היה מובהק סטטיסטית או גבולי לגבי כל המשתנים. ספציפית, הקשר בין שימוש של חברים ושל אחים/יות היה $r=0.53$ ו- $r=0.49$, בהתאמה, כאשר $p<0.05$; הקשר עם משתני ההורים היה שלילי, כך שכלל שהיחסים עם ההורים היו יותר חיוביים כך היה פחות שימוש בתרופות ללא מרשם ($r=-0.17$, $p<0.05$) וככל שתגובת ההורים הנתפסת על-ידי ילדיהם כלפי שימוש בחומרים (תרופות ללא מרשם או אלכוהול) הייתה יותר שלילית היה פחות שימוש בחומרים ($r=-0.14$, $p<0.1$). לבסוף, הקשר בין משתני מאפיינים אישיים של חוללות עצמית אקדמית וחיפוש ריגושים היה מובהק סטטיסטית, $r=0.26$ ו- $r=-0.37$ עבור חיפוש ריגושים ומסוגלות עצמית אקדמית, בהתאמה. המשתנים שהיו מובהקים בקשר חד משתני עם שימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם הוכנסו למשוואת הרגרסיה המרובה. בצעד הראשון נכללו מגדר ותפיסת בריאות עצמית. בצעד השני נכללו שימוש בתרופות על ידי חברים, שימוש בתרופות ע"י אחים/יות, יחסים עם הורים ותגובות הורים (נתפסות) לשימוש בחומרים. בצעד השלישי נכללו מסוגלות עצמית אקדמית וחיפוש ריגושים. תוצאות מוצגות בטבלה 3. הצעד הראשון של הרגרסיה הליניארית המרובה היה מובהק ($r^2=0.224$, $F_{(2,164)}=24.98$, $p<0.000$). מקדמי המתאם היו מובהקים סטטיסטית במקרה של מגדר ותפיסת בריאות

מערך ומהלך המחקר

המחקר הנו סקר מתאמי רוחבי. המשתתפים נדגמו במדגם נוחות. המשתנים הבלתי תלויים שנבדקו הם חיפוש ריגושים, מסוגלות עצמית אקדמית, התנהגות חברים, מאפייני משפחה ומאפייני רקע. המשתנה התלוי הוא לקיחת ריטלין ללא מרשם. שאלונים מקוונים הועברו למשתתפים דרך הדואר האלקטרוני ורשתות חברתיות. הוסבר למשתתפים כי השאלונים הנם אנונימיים.

עיבוד נתונים

בתחילה תוארו המשתתפים בנתוני הרקע שלהם ולאחר מכן חושבו שכיחויות וממוצעים למשתנים התלויים של שימוש בתרופות ממריצות (ללא ועם מרשם). לבסוף בוצעו ניתוחי רגרסיה ליניארית מרובה בצעדים, כאשר המשתנה התלוי היה שימוש בתרופות ללא מרשם (מקובץ) והמנבאים בשלושה צעדים היו משתני רקע, משתני סביבה ומאפיינים אישיים, בהתאמה.

תוצאות

תיאור משתתפים

כל המשתתפים במחקר היו סטודנטים, רובם במהלך התואר הראשון שלהם (82.7%). מספר הגברים והנשים היה דומה, והגיל הממוצע היה 24.86 (ס"ת=2.98). הקטגוריה השכיחה ביותר בהשכלת שני הוריהם של המשתתפים הייתה אקדמית בתואר ראשון, ורוב המשתתפים סיווגו את משפחתם בקטגוריה של הכנסה ממוצעת ומעלה. לבסוף, רוב המשתתפים בסקר תפסו את בריאותם כממוצעת ומעלה, כאשר רק 10.1% ראו את בריאותם מתחת והרבה מתחת לממוצע (טבלה 1).

שיעור שימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם

רוב המשתתפים דיווחו שלא השתמשו אי פעם בתרופות ממריצות ללא מרשם, לא השתמשו בשנה שעברה ולא בחודש האחרון. הנתונים מופיעים בטבלה מספר 2. ניתן לראות בטבלה כי ממוצע השימוש אי פעם גבוה מאשר בשנה האחרונה ובחודש האחרון, והמשתמשים הם 37.7%, 26.9% ו-17.3% אי פעם, בשנה האחרונה ובחודש האחרון, בהתאמה. לבסוף, שיעור השימוש בתרופות ממריצות עם מרשם אי פעם נמוך יותר משיעור המשתמשים בתרופות ממריצות ללא מרשם אי פעם.

ניבוי שימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם

בתחילה בוצע ניתוח חד משתני. חושב המתאם בין משתני הרקע, הסביבה והמאפיינים האישיים של המשתתפים ובין

$p < 0.1$). בצעד השלישי מסוגלות אקדמית ניבאה שימוש בממריצים ($\beta = -0.13$, $p < 0.05$) כך שככל שהמסוגלות הייתה נמוכה יותר היה יותר שימוש בתרופות ממריצות.

כאשר שונה הסדר בין הצעד השני לשלישי, כך שהצעד השני כלל מאפיינים אישיים והצעד השלישי היה משתני סביבה חברתית, נשארה זהות המשתנים המנבאים באופן מובהק סטטיסטית. השתנתה התרומה היחסית של הצעדים כך שהצעד של מאפיינים אישיים כשני בסדר תרם תוספת של 7.6% שונות מוסברת, והצעד השלישי של משתני סביבה חברתית הוסיף 18.6% לשונות המוסברת.

דיון

סיכום

המחקר הנוכחי הנו ראשוני בישראל. מטרת המחקר הייתה לבחון באופן ראשוני את השימוש בתרופות ממריצות כגון ריטלין ללא מרשם בקרב אוכלוסייה פגיעה פוטנציאלית – סטודנטים הנמצאים בלחץ לביצועים גבוהים – ולבחון אם מנבאים שנמצאו בספרות קשורים לתופעה יעלו גם במדגם הישראלי. הממצאים העלו כי קיים שימוש נרחב בתרופות ממריצות ללא מרשם; למעשה, שימוש אקראי (ולא קבוע) ללא מרשם, למשל בחודש האחרון, גבוה יותר מאשר השימוש בתרופות ממריצות עם מרשם.

עצמית, $\beta = -0.46$ ו- $\beta = -0.16$, למגדר ותפיסת בריאות עצמית, בהתאמה. הממצאים מצביעים על כך שגברים ואנשים עם תפיסת בריאות עצמית נמוכה נוטים יותר להשתמש בתרופות ממריצות ללא מרשם.

גם הצעד השני שברגסיה הליניארית המרובה היה מובהק סטטיסטית ($r^2 = 0.456$, $F_{(6,160)} = 24.22$, $p < 0.000$), כאשר התוספת בשונות המוסברת הייתה 24.2%. מגדר עדיין היה מנבא מובהק סטטיסטית ($\beta = -0.30$, $p < 0.000$), אך תפיסת בריאות עצמית כבר לא תרמה לניבוי שימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם באופן מובהק סטטיסטית ($\beta = -0.07$, $p > 0.05$). מתוך המשתנים של הצעד השני, המנבאים שתרמו באופן מובהק סטטיסטית היו שימוש בתרופות על-ידי חברים ואחים/יות ($\beta = -0.32$ ו- $\beta = 0.33$, בהתאמה). התרומה של יחסים עם ההורים הייתה לא מובהקת והתרומה של תגובת הורים הייתה מובהקת גבולית ($\beta = 0.13$, $p < 0.1$).

לבסוף, הצעד השלישי ברגסיה הליניארית המרובה היה גם מובהק סטטיסטית ($r^2 = 0.470$, $F_{(8,158)} = 19.40$, $p < 0.000$), כאשר התוספת בשונות המוסברת היה 2%. מגדר עדיין היה מנבא מובהק סטטיסטית ($\beta = -0.27$, $p < 0.000$). מתוך המשתנים של הצעד השני, תרמו באופן מובהק סטטיסטית שימוש בתרופות על-ידי חברים ואחים/יות ($\beta = -0.29$ ו- $\beta = 0.30$, בהתאמה). התרומה של תגובת הורים לניבוי שימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם נשארה מובהקת גבולית ($\beta = 0.12$).

טבלה 2: שכיחות השימוש בתרופות ממריצות ללא ועם מרשם (N=168): התפלגות, ממוצע וס"ת (טווח 5-1)

| המשתנה | שכיחות באחוזים | ממוצע (ס"ת) |
|-------------------|----------------|------------------|
| שימוש ללא מרשם | אף פעם | 40-20 |
| שימוש אי פעם | 5-1 | למעלה מ-40 פעמים |
| שימוש בשנה אחרונה | 62.3 | 1.2 |
| שימוש בחודש אחרון | 73.1 | 1.8 |
| | 12.6 | 9.6 |
| | 83.2 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2 |
| | אף פעם | לעיתים רחוקות |
| | אף פעם | בתקופות לחוצות |
| | אף פעם | בדר"כ |
| | אף פעם | באופן קבוע |
| | 76.0 | 1.2 |
| | 10.8 | 8.4 |
| | 7.2 | 7.2</ |

דמיון ושוני מהספרות

ממצאי מחקר זה משתלבים עם ממצאי מחקרים קודמים. המחקר הנוכחי מצביע על כך ששימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם לשיפור ביצועים נפוץ גם בישראל בקרב סטודנטים. במחקר הנוכחי שוחזרו הממצאים לגבי משתנים מנבאים. משתנים שנמצאו במחקרים בעבר קשורים לשימוש בממריצים ללא מרשם נמצאו קשורים גם במחקר הנוכחי: מגדר (15), מאפייני סביבה (19,20,38), ומאפיינים אישיים (29). הממצא של שכיחות גבוהה יותר של נטילת תרופות ממריצות בקרב גברים, יחסית לנשים, ניתן להסבר על רקע השכיחות הגבוהה יותר של הפרעות קשב וריכוז בקרב גברים. הממצאים על משתני סביבה משתלבים עם היישום של תיאוריית למידה חברתית בהקשר של נטילת תרופות ללא מרשם (8): נטילת תרופות ממריצות ללא מרשם היא התנהגות שנלמדת דרך קשרים קרובים עם אחרים, במקרה הנוכחי חברים או אחים הנוטלים תרופות ממריצות ללא מרשם או שברשותם (תחת מרשם) תרופות ממריצות.

שני המאפיינים האישיים שנבדקו – חיפוש ריגושים וחוללות עצמית אקדמית – מתייחסים למוטיבציות בנטילת תרופות ללא מרשם. חיפוש ריגושים לא נבא נטילת תרופות ללא מרשם, בניגוד לממצאים קודמים (10, 14, 27), בעוד שחוללות עצמית אקדמית נמוכה ניבאה זאת באופן מובהק, גם כאשר הייתה בצעד אחרון במשוואת הרגרסיה. נראה שבקרב קבוצת גיל זו של מבוגרים צעירים העוסקים בבניית עתידם, חיפוש ריגושים איננה מוטיבציה מרכזית בנטילת תרופות ללא מרשם. אכן, חלק מהממצאים על חיפוש ריגושים כמנבא לנטילת תרופות ללא מרשם היו בקרב מתבגרים וייתכן שהמאפיין פחות מנבא בקרב מבוגרים צעירים. לעומת זאת, הממצא של קשר בין מסוגלות אקדמית נמוכה לשימוש בממריצים ללא מרשם מתקשר עם מוטיבציה של שיפור ביצועים אקדמיים (8), מוטיבציה מרכזית ורלבנטית לזהות כסטודנטים.

מאפיין רקע שנבדק במעט מחקרים קודמים ונמצא קשור במחקר הנוכחי הנו תפיסת בריאות עצמית (17), אשר נמצאה קשורה שלילית לשימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם, כך שככל שמרגישים יותר בריאים יש פחות שימוש בתרופות ללא מרשם. תפיסת בריאות עצמית היא ככלל מנבא חזק לתמותה ותחלואה (40) אשר קשור למגוון התנהגויות בריאות (40, 41) והמחקר הנוכחי מרחיב את המנעד להתנהגות נוספת. ממצאי המחקר הנוכחי בדבר השימוש אי פעם, בשנה האחרונה ובחודש האחרון (37.7%, 26.9% ו-17.3% בהתאמה) גבוהים יחסית למדגמים אחרים. ייתכן שהשיעור הגבוה של משתמשים ניתן להסבר על רקע של עלייה בשימוש: מחקרים שנערכו בשנים האחרונות בדרך כלל מדווחים על שיעור גבוה יותר של משתמשים מאשר מחקרים שנעשו בהתחלת שנות

ה-2000. כללית, ההשוואה למחקרים אחרים במימד של שיעור משתמשים קשה כי גם המחקר הנוכחי וגם רובם המכריע של המחקרים הקודמים לא השתמשו במדגם מייצג; קשה להעריך במדויק את היקף התופעה של שימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם על בסיס מדגמי נוחות. עם זאת, בהשוואה למחקר היחידי שהשתמש במדגם מייצג והתפרסם ב-2005, שיעור הסטודנטים המשתמשים בתרופות ממריצות ללא מרשם גבוה במדגם הנוכחי.

מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי מספר מגבלות מהותיות. ראשית, המשתתפים במחקר לא היוו מדגם מייצג של אוכלוסיית הסטודנטים. אמנם, רק מחקר אחד בקרב סטודנטים השתמש במדגם מייצג ארצי (14), אך רצוי לקיים סקר במדגם מייצג או מספר סקרים לא מייצגים במוסדות שונים להשכלה גבוהה בישראל כדי לקבל הערכה על היקף התופעה. כמחקר ראשוני בישראל, הממצאים במחקר זה מצביעים על כך שהתופעה של שימוש בתרופות ממריצות לשיפור ביצוע בהחלט קיימת. שנית, מערך המחקר הנו מתאמי רוחבי ואינו מאפשר להסיק על כיוון הקשר בין המנבאים לשימוש בתרופות ממריצות, ובוודאי לא מאפשר הסקת סיבתיות. רק מחקרים אורכיים שעוקבים אחרי אנשים במשך שנים יאפשרו להעריך את כיוון הקשר בין מאפייני רקע, סביבה חברתית ומאפיינים אישיים ובין השימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם. מחקרים אורכים כאלו קיימים בארה"ב ובאירופה (Zuid, Holland; Oregon Youth Study; National Longitudinal Survey of Youth (USA)). שלישית, המחקר הנוכחי בדק רק חלק מהגורמים שהופיעו בספרות כמנבאים; מחקר מקיף יותר, אם יכלול מספר גדול יותר של משתתפים, יאפשר לכלול מנבאים נוספים. לבסוף, במחקר הנוכחי רוב השאלות נשאלו על ריטלין (ולא על תרופות ממריצות). ניסוח זה אומץ בעקבות תגובות של משתתפים בהצעת חלוצי: למשתתפים היו שאלות הבהרה בקשר ל"תרופות ממריצות" ובתחקור שלהם עלה שהמושג איננו ברור. בעקבות זאת שונתה ההתייחסות בשאלות לריטלין ובפתיח השאלון הופיע הסבר שהשאלות מתייחסות לתרופות ממריצות וריטלין צוין כאחת מהתרופות בקטגוריה זו.

מסקנות והמלצות לקובעי מדיניות

המחקר הנוכחי תיעד שימוש נרחב בתרופות אשר אמורות לשפר ביצועים, ללא מרשם, בקרב סטודנטים בישראל. התופעה נמצאה קשורה למנבאים מוכרים מהספרות, דבר אשר מחזק את תקפות הממצאים. רצוי לקיים מחקר נרחב עם מדגם מייצג בקרב אוכלוסיית סטודנטים או כללית בקרב קבוצת הגיל של מבוגרים צעירים (גיל 20-40 שנה). בישראל קיימים מחקרים אורכיים על קבוצת גיל הבגרות האמצעית והמאוחרת (SHARE), אך לא על קבוצת הגיל של בגרות

- <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3200/JACH.53.6.253-262>{#}. VxZXJFN-l88.mendeley
7. Rabiner DL, Anastopoulos AD, Costello EJ, Hoyle RH, McCabe SE, Swartzwelder HS. Motives and perceived consequences of nonmedical ADHD medication use by college students: are students treating themselves for attention problems? *J Atten Disord*. 2009;13(3):259-70.
 8. Ford JA, Ong J. Non-medical use of prescription stimulants for academic purposes among college students: a test of social learning theory. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2014 Nov;144:279-82. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871614010734>
 9. Reske M, Stewart JL, Flagan TM, Paulus MP. Attenuated Neural Processing of Risk in Young Adults at Risk for Stimulant Dependence. *PLoS One* [Internet]. 2015;10(6):e0127010. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4468216&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 10. Low KG, Gendaszek a. E. Illicit use of psychostimulants among college students: A preliminary study. *Psychol Heal & Med* [Internet]. 2010 Aug;7(3):283-7. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548500220139386>{#}. VxZWyzPXqpE
 11. Meisel MK, Goodie AS. Predicting prescription drug misuse in college students' social networks. *Addict Behav* [Internet]. Elsevier B.V.; 2015;45:110-2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.01.025>
 12. Brandt SA, Taverna EC, Hallock RM. A survey of nonmedical use of tranquilizers, stimulants, and pain relievers among college students: Patterns of use among users and factors related to abstinence in non-users. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2014;143(1):272-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.034>
 13. Dietz P, Striegel H, Franke AG, Lieb K, Simon P, Ulrich R. Randomized response estimates for the 12-month prevalence of cognitive-enhancing drug use in university students. *Pharmacotherapy*. 2013;33(1):44-50.
 14. McCabe SE, Knight JR, Teter CJ, Wechsler H. Non-medical use of prescription stimulants among US college students: prevalence and correlates from a national survey. *Addiction* [Internet]. 2005;100(1):96-106. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2005.00944.x/full>
 15. Zullig KJ, Divin AL, Weiler RM, Haddox JD, Pealer LN. Adolescent Nonmedical Use of Prescription Pain Relievers, Stimulants, and Depressants, and Suicide Risk. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2015;50(13):1678-89. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/10826084.2015.1027931>
 16. Vrecko S. Everyday drug diversions: A qualitative study of the illicit exchange and non-medical use of prescription stimulants on a university campus. *Soc Sci Med* [Internet]. 2015;131:297-304. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.016>
 17. Ford JA, Arrastia MC. Pill-poppers and dopers: A comparison of non-medical prescription drug use and illicit/street drug use among college students. *Addict Behav*. 2008;33:934-41.
 18. Fleary SA, Heffer RW, McKyer ELJ. Dispositional, ecological

צעירה; כן קיימים מחקרים על מיומנויות ביצוע מילוליות ומספריות (PIAAC) על כל האוכלוסייה הבוגרת, אך הם אינם כוללים שאלות על שימוש בתרופות ממריצות ללא מרשם. לאור ממצאי המחקר הנוכחי, כדאי לשקול לכלול משתנה זה במחקרים על האוכלוסייה הבוגרת, במיוחד בבגרות המוקדמת. רצוי שגורמי טיפול באוניברסיטאות ובמכללות, אשר מציעים שירותי תמיכה לסטודנטים (למשל, מוסד דיקנט הסטודנטים), יהיו ערים לממצאים. התופעה של שימוש בתרופות ממריצות ביצוע ללא מרשם מעידה על מצוקה ובלבול בקרב סטודנטים, וראוי שגורמי הטיפול יתייחסו לתופעה, יפתחו מערכי הדרכה ויספקו לסטודנטים תמיכה: במקרה של צורך אמיתי במריצים (שקיים מעבר ל-1.2% הצורכים תרופות אלו באופן קבוע), כדאי להצביע על אפשרויות לגיטימיות לשימוש, ובמקרים של היעדר צורך ראוי להציג את המחירים של התנהגות זו. בנוסף, רצוי שהצורך והבעיה יובאו לידיעת גורמי בריאות הציבור כדי שתקבע מדיניות והנושא יועלה למודעות ולדין ציבורי. מודעות בקרב מטפלים ראשוניים כרופאי משפחה חשובה, שכן הם יכולים לעלות את הנושא במסגרת מפגש עם מטופלים – לברר צרכים ובעיות ולהיענות להם במסגרת לגיטימית ומותאמת-אישית.

מקורות

1. Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, Sonuga-Barke EJS, Jensen PS, Cantwell DP. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet* [Internet]. 1998 Feb;351(9100):429-33. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673697114507/fulltext>
2. Willcutt EG. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*. 2012. p. 490-9.
3. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J R LA. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2007 Jun;164:942-8. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.2007.164.6.942>{#}. VxZYuRb-QZM.
4. Ronald C. Kessler PD, Lenard Adler MD, Russell Barkley PD, Joseph Biederman MD, C. Keith Conners PD, Olga Demler M.A. MPH, et al. The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2006 Apr;163(4):716-23. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.2006.163.4.716>{#}. VxNMNeFofj0.
5. Kroutil LA, Van Brunt DL, Herman-Stahl MA, Heller DC, Bray RM, Penne MA. Nonmedical use of prescription stimulants in the United States. *Drug Alcohol Depend*. 2006;84:135-43.
6. Teter CJ, McCabe SE, Cranford JA, Boyd CJ, Guthrie SK. Prevalence and Motives for Illicit Use of Prescription Stimulants in an Undergraduate Student Sample. *J Am Coll Heal* [Internet]. 2005 May;53(6):253-62. Available from:

30. Ford JA. Social learning theory and nonmedical prescription drug use among adolescents. *Sociol Spectr* [Internet]. 2008 Apr;28(3):299-316. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02732170801898471>{#}. VxZY5Rv7W90.
31. Shank DB, Cotten SR. Does technology empower urban youth? The relationship of technology use to self-efficacy. *Comput & Educ* [Internet]. 2014 Jan;70:184-93. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0360131513002406>
32. Aydın S. An Analysis of the Relationship between High School Students' Self-efficacy, Metacognitive Strategy Use and their Academic Motivation for Learn Biology. *J Educ Train Stud*. 2015;4(2):53-9.
33. Yeşilyurt E. Academic Locus of Control , Tendencies towards Academic Dishonesty and Test Anxiety Levels as the Predictors of Academic Self-efficacy. *Educ Sci Theory Pract*. 2014;14(5):1945-56.
34. Zuckerman M. Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking. New York, NY, US: Cambridge University Press; 1994.
35. Jonah BA. Sensation seeking and risky driving: A review and synthesis of the literature. *Accid Anal Prev*. 1997;29(5):651-65.
36. Hittner JB, Swickert R. Sensation seeking and alcohol use: A meta-analytic review. *Addict Behav*. 2006;31(8):1383-401.
37. Wilson LC, Scarpa A. The link between sensation seeking and aggression: A meta-analytic review. *Aggress Behav*. 2011;37(1):81-90.
38. Fotiou A, Kanavou E, Richardson C, Ploumpidis D, Kokkevi A. Misuse of prescription opioid analgesics among adolescents in Greece: The importance of peer use and past prescriptions. *Drugs Educ Prev Policy* [Internet]. 2014;21(5):357-69.
39. Howard MM, Weiler RM, Haddox JD. Development and reliability of items measuring the nonmedical use of prescription drugs for the Youth Risk Behavior Survey: results from an initial pilot test. *J Sch Health* [Internet]. 2009;79(11):554-60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19840233>
40. Benyamini Y. Why does self-rated health predict mortality? An update on current knowledge and a research agenda for psychologists. *Psychol Health*. 2011;26(11):1407-13.
41. Neter E, Stein N, Rennert G, Hagoel L. Self-rated health is prospectively associated with uptake of screening for the early detection of colorectal cancer , not vice versa. 2015;3-9.
19. Sung HE, Richter L, Vaughan R, Johnson PB, Thom B. Nonmedical use of prescription opioids among teenagers in the United States: Trends and correlates. *J Adolesc Heal*. 2005;37:44-51.
20. Kokkevi A, Fotiou A, Arapaki A, Richardson C. Prevalence, Patterns, and Correlates of Tranquilizer and Sedative Use Among European Adolescents. *J Adolesc Heal*. 2008;43:584-92.
21. Dillon FR, De La Rosa M, Sanchez M, Schwartz SJ. Preimmigration Family Cohesion and Drug/Alcohol Abuse Among Recent Latino Immigrants. *Fam J Alex Va* [Internet]. 2012;20(3):256-66. Available from: <http://tfj.sagepub.com/cgi/content/long/20/3/256>
22. Windle M, Wiesner M. Trajectories of marijuana use from adolescence to young adulthood: Predictors and outcomes. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2004 Dec;16(04):1007-27. Available from: http://journals.cambridge.org/abstract/_S0954579404040118
23. Van Gundy KT, Stracuzzi NF, Rebellon CJ, Tucker CJ, Cohn ES. Perceived Community Cohesion and the Stress Process in Youth. *Rural Sociol*. 2011;76(3):293-318.
24. Glass K, Flory K, Martin A, Hankin BL. ADHD and comorbid conduct problems among adolescents: Associations with self-esteem and substance use. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord*. 2011;3(1):29-39.
25. Shedler J, Block J. Adolescent drug use and psychological health. A longitudinal inquiry. *Am Psychol*. 1990;45(5):612-30.
26. Zuckerman M. The psychophysiology of sensation seeking. *J Pers*. 1990;58(1):313-45.
27. Herman-Stahl MA, Krebs CP, Krout LA, Heller DC. Risk and Protective Factors for Nonmedical Use of Prescription Stimulants and Methamphetamine among Adolescents. *J Adolesc Heal*. 2006;39:374-80.
28. Roberti JW. A review of behavioral and biological correlates of sensation seeking. *J Res Pers*. 2004;38:256-79.
29. Boyd CJ, Young A, Grey M, McCabe SE. Adolescents' Nonmedical Use of Prescription Medications and Other Problem Behaviors. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2009 Dec;45(6):543-50. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X09001402>

מדד מסת הגוף (BMI), הרגלי אכילה, פעילות גופנית ותפיסות בריאות בקרב סטודנטים באוניברסיטת אריאל: השוואה בין השנים 2009 ו-2015

בוריס קוקלינסקי, ויקטוריה זונשטיין, רוזיטה מיכאלוב, ליאת קורן

תקציר

רקע: בחינת מסת גוף (BMI) בקרב סטודנטים ממחקרים בעולם מגלה כי חלה השמנה במהלך שנות הלימוד באקדמיה. לימודים אינטנסיביים ולחץ עלולים לפגוע באורח חיים בריא, והנם בעלי השפעה על הבריאות. **מטרה:** לבחון האם חלו שינויים בין השנים 2009 ו-2015 ב-BMI מדווח, בהרגלי האכילה, בפעילות גופנית ובתפיסות הבריאות, בקרב סטודנטים לתואר ראשון באוניברסיטת אריאל, ומה טיבם. **שיטת המחקר:** סטודנטים ענו על שאלון אנונימי המבוסס על דיווח עצמי בשני מדגמים (N=980 בשנת 2009, ו-N=768 בשנת 2015). כ-75% מהנדגמים בשני המדגמים היו נשים. הגיל הממוצע בשני המדגמים היה 27 (ס.ת. 6.6 ו-6.1 בהתאמה).

תוצאות: חלה ירידה מובהקת ($P<0.01$) בקטגוריית "השמנת יתר" של BMI מדווח בקרב נשים וגברים בשנת 2015 לעומת 2009 – 7.0% מהנבדקים סבלו מהשמנת יתר בשנת 2009, לעומת 5.5% בשנת 2015. חלה עלייה בדיווח על הרגלי אכילה בריאים – 41.4% בשנת 2015 לעומת 34.1% בשנת 2009. ביצוע פעילות גופנית עלה משמעותית ($P<0.01$) – 57.1% דיווחו על ביצוע פעילות גופנית ב-2009 לעומת 65.6% ב-2015.

דיון ומסקנות: חל שיפור משמעותי בין השנים 2009 ו-2015 באורח החיים הבריא בקרב הסטודנטים באוניברסיטת אריאל – בירידה בהשמנה, בהרגלי אכילה בריאים, בביצוע פעילות גופנית ובתפיסות בריאות חיוביות. מחקרי המשך דרושים לצורך הבנת הסיבות לכך – ההיצע הבריאותי לסטודנט אל מול מגמת התפיסה המשתפרת של הבריאות באוכלוסייה הכללית.

רקע מדעי

תופעת המאסיפיקציה בהשכלה הגבוהה מביאה רבים בישראל ללימודים אקדמיים במוסדות השכלה שונים. יותר מ-300 אלף סטודנטים לומדים במוסדות של ההשכלה הגבוהה, לרבות אוניברסיטאות ומכללות (1). שינויים רבים יכולים לחול עקב המעבר לחיים של לימודים אינטנסיביים למשך תקופה ארוכה, בדרך כלל מספר שנים. תקופה זו מאופיינת בעומס ולחץ בלימודים. מאפייני תקופת הלימודים יכולים להוביל לשינוי באורח החיים המתבטא בהרגלי אכילה לא בריאים ובהקטנת העיסוק בפעילות גופנית ביחס לעבר, הרגלים שעלולים להתמיד גם לאחריה (42-). קיימת עלייה ברורה בהיארעות עודף משקל ובהשמנת יתר בקרב כלל האוכלוסייה במהלך העשורים האחרונים, והיא בולטת במיוחד

בקרב מבוגרים-צעירים (5). המוסד האקדמי מהווה מסגרת (6) שכדאי לנצל את תכונותיה החינוכיות על מנת לייצר מסגרת מקדמת בריאות, כזו שתדאג להטמעת הערכים המתאימים, תתווה מדיניות ציבורית בריאה, ותייצר סביבה תומכת ופעילויות קהילתיות מתאימות לצורך שיפור מצב הבריאות של השוהים בקרבה. מטרת המחקר הנוכחי היא לבחון את מצב אורחות החיים וה-BMI המדווח של הסטודנטים בשתי נקודות זמן בשנים האחרונות, לאמת את הקשר בניהם, ולבחון קיומן של מגמות שינוי.

תפיסה עצמית של בריאות

תפיסה עצמית של בריאות היא מדד סובייקטיבי ותלוי פקטורים רבים. יחד עם זאת, לפני עשרות שנים כבר

השמנה ובריאות – מגמות בקרב הסטודנטים

בהתבסס על המתרחש בעולם, אנו עדים לתופעה של קפיצה באחוזי עודף משקל והשמנת יתר בקרב האוכלוסייה הכללית ובמיוחד בקרב הצעירים. בחינת ערכי BMI בקרב סטודנטים בארצות שונות מגלה כי חלה השמנה במהלך שנות הלמידה באקדמיה. במחקר שבדק היארעות של תת משקל, עודף משקל והשמנת יתר בקרב 1,517 סטודנטים (985 נשים ו-532 גברים) מארבע מדינות במרכז מזרח אירופה (פולין, בלרוס, רוסיה וליטא), נמצא כי בעוד שבקרב הנשים (בעיקר מבלרוס) הייתה היארעות גבוהה יותר של תת משקל, אצל הגברים הייתה היארעות גבוהה יותר של עודף משקל והשמנת יתר (13). כך גם אצל אליאס ואח' (14) שביקשו לזהות את היארעות עודף המשקל והגורמים הקשורים בכך בקרב 344 סטודנטים בברזיל. נמצא כי 23.8% מהמשתתפים סבלו מעודף משקל. גם במחקר זה נמצא כי עודף המשקל שכיח יותר בקרב סטודנטים ממין זכר עם סיכוי של פי 3.77 לסבול מבעיה זו בהשוואה לנשים. לדברי החוקרים, נראה כי הסיבה לכך היא רצונן של הנשים להיות רזות יותר בשל סוגיות הקשורות לדימוי גוף.

מחקר אחר שבדק את הנושא מצא עלייה ב-BMI בקרב סטודנטים במהלך שנות לימודיהם, וכתוצאה מכך בעיות בריאות שונות. נראה כי במהלך שנות הלימודים האקדמיים שלהם, סטודנטים רבים מגלים נטייה לעלות במשקל, אם כי ישנם הבדלים בין המינים במגמה זו. במעקב בן ארבע שנים אחרי 131 סטודנטים בקולג', נמצא כי סטודנטים ממין זכר עלו בכמות גדולה יותר במשקל, באחוזי ה-BMI ובמסת שומן מוחלט וכן במסה ללא שומן, בהשוואה לסטודנטיות. כ-70% מהמשתתפים עלו במשקל, ובממוצע הם עלו 5.3 קילו. יש לציין כי עלייה זו במשקל היא מעבר לעלייה הצפויה במשקל בין גיל 18 ל-20 על פי עקומות הגדילה של ה-CDC (המרכזים למניעת וברקת מחלות) בארה"ב, המדברות על עלייה של כ-3.6 ק"ג לגברים ו-2.3 ק"ג לנשים בטווח גילים אלו. עוד נמצא כי אחוז המשתתפים המסווגים כסובלים מעודף משקל/השמנת יתר עלה מ-18% ל-31% (3).

היארעות גבוהה של עודף המשקל/השמנת יתר בקרב סטודנטים ממין זכר בהשוואה לאוכלוסייה הכללית בגילים המתאימים מאפיינת גם ממצאים של מחקרים נוספים. למשל, במחקר שבדק היארעות עודף משקל והשמנת יתר בקרב 220 סטודנטים (43.6% גברים ו-56.4% נשים) באוניברסיטה האמריקאית בביירות שבלבנון ב-2006, נמצא כי עודף משקל והשמנת יתר היו שכיחים יותר בקרב הגברים מאשר בקרב הנשים (37.6% ו-12.5% לעומת 13.6% ו-3.2% בהתאמה). לעומת זאת, 6.4% מהנשים לעומת 1% בלבד מהגברים סבלו מתת משקל (15). גם במדינות אחרות במזרח התיכון נמצאו שיעורים גבוהים יחסית של עודף משקל בקרב סטודנטים. במחקר שבו נבדקו 357 סטודנטים גברים בגיל 18-24 שלמדו

הוכיחו קשרים חיוביים בינה ובין התנהגויות בריאותיות (7). בחקר תחום קידום בריאות, ממצאים אלו מאפשרים לחוקרים להבין מגמות במצב הבריאות של האוכלוסייה. מחקרים מראים קשרים חיוביים חזקים בין תפיסה עצמית של בריאות ובין הרגלי אכילה ופעילות גופנית. לעומת זאת, לא נמצאו קשרים בין תפיסה עצמית של בריאות לבין מדד מסת הגוף (7, 8). האוכלוסייה בישראל תופסת את עצמה כבריאה יחסית, כך עולה מסקר מב"ת עוקב לשנת 2014 (9). 85.5% מהנבדקים בסקר זה דיווחו שהם במצב בריאותי "טוב מאוד" או "טוב". ביחס לסקרים הקודמים, היו מעט שינויים בתפיסה עם השנים – ב-2004, 87.8% מהנבדקים דיווחו על תפיסה חיובית של בריאות. במחקר "בריאות, זקנה ופרישה", שנערך בשני גלים 2005-2006 ו-2009-2010 בקרב נבדקים בני חמישים ומעלה, נמצא קשר חיובי חזק בין תפיסה עצמית של בריאות והתנהגויות בריאותיות. ממצאי המחקר אף הראו כי קיימת השפעה חיובית לפעילות גופנית על תפיסה עצמית של בריאות, עישון והשמנת יתר. לעומת זאת, עישון והשמנה הורידו את שכיחות תפיסת הבריאות הטובה (10).

השמנה ותפיסה עצמית של בריאות

רבות עסקו בקשר בין השמנת יתר ותפיסה עצמית של בריאות (לדוגמה, 1211-, 2). עדיין לא ניתן להעיד באופן מובהק על קיומו של קשר זה, אך ניתן לומר שלתפיסה עצמית של בריאות ולדימוי גוף עצמי נמוך יש השפעה על מצבים של השמנת יתר ושביעות רצון עצמית נמוכה בקרב מתבגרים. כך עולה, למשל, ממחקר שפורסם לאחרונה על ידי חוקרים מאוסטרליה (11). ממצאים דומים התגלו על ידי חוקרים ישראלים במחקר שנעשה בקרב למעלה מ-1,500 סטודנטים בישראל. נמצאו קורלציות גבוהות בין תפיסת בריאות, תזונה נכונה ודימוי עצמי ודימוי גוף חיוביים. בנוסף, סטודנטים לתזונה דיווחו על שכיחות גבוהה יותר של תפיסות בריאות חיוביות, דימוי עצמי ודימוי גוף חיוביים ועיסוק רב יותר בפעילות גופנית (2). לעומת זאת, במחקר שבדק את תפיסת המשקל של 200 תלמידות קולג' בנות 17-18 מאזור עירוני בהודו נמצא כי היארעות עודף המשקל בקרב המדגם הייתה 24%. עם זאת, 65% מהנבדקות הביעו דאגה לגבי משקל גופן. זאת למרות ש-46% מהן סבלו מתת משקל. כלומר, הסתמן הבדל משמעותי בין תפיסת המשקל הסובייקטיבית ובין המשקל האמיתי. בשל דאגתן לגבי משקלן הן פיתחו הרגלי אכילה לא בריאים, למשל 42% מהמשתתפות דילגו על ארוחת הבוקר אבל בהמשך היום צרכו ג'אנק פוד ומשקאות מוגזים ברוב ימי השבוע. נוסף לכך, נמצאו גם בעיות של תפיסות ודימוי גוף לא נכונים. יותר ממחצית הנערות תפסו את עצמן כשמנות בעוד שרק שליש מהן סבלו מעודף משקל (12).

הגופנית של האוכלוסייה. על פי נתונים של ארגון הבריאות העולמי בשנים 2007-2008 ישראל הייתה בין עשר המדינות המובילות בעליית שיעורי ההשמנה בעולם. כמו כן, מספר הסובלים מעודף משקל והשמנת יתר במדינה עלה פי שלושה ב-30 השנים האחרונות. נתוני משרד הבריאות מצביעים על כך ש-44.1% מבני 18-64 סובלים מעודף משקל והשמנת יתר (BMI גדול מ-25). בנוסף, 11.8% מבני 18-64 סובלים מהשמנת יתר (BMI גדול מ-30). מנתוני האגודה למען שירותי בריאות הציבור לשנים 2007-2009 עולה ש-22.5% מהתלמידים בכיתות א'-ט' סובלים מעודף משקל והשמנת יתר ו-8% מתוכם סובלים מהשמנת יתר (20). זאת ועוד, ממצאי סקר 22 (KAP 2011) מלמדים כי פעילות גופנית בתדירות של לפחות 3 פעמים בשבוע 30 דקות רצופות בכל פעם מבוצעים על ידי 53.3% מהאוכלוסייה באופן קבוע בשעות הפנאי, כשאוכלוסיית המבוגרים-הצעירים מועסקת בפעילות גופנית בתדירות זו בשכיחות נמוכה יותר (32.0% בקרב גברים יהודיים ו-22.1% בקרב נשים יהודיות).

סקר מב"ת מצא נתונים שונים במעט (9). אחוז בעלי BMI ≥ 25 (קטגוריית עודף משקל והשמנת יתר) היה גבוה יותר בסקר העוקב מאשר בסקר מב"ת הראשון (65.8% לעומת 60.6%). עלייה זו נמצאה גם בקרב גברים וגם בקרב נשים. עם זאת, בניתוח הסטטיסטי המזווג לא נמצא הבדל מובהק בין שתי תקופות הזמן. גם אחוז בעלי BMI ≥ 30 (קטגוריית השמנת יתר) היה גבוה יותר בסקר העוקב מאשר בסקר הראשון (23.4% לעומת 18.6%) אולם בניתוח הסטטיסטי המזווג לא נמצא הבדל מובהק בין הסקרים. בחלוקה לפי מין נמצאה עלייה מובהקת באחוז הגברים הסובלים מהשמנת יתר (מ-16.2% ל-26.9%). בקרב הנשים נמצאה ירידה קלה, אבל היא לא הייתה מובהקת. וברובד נוסף, בני נוער בישראל מפתחים הרגלי אכילה מדאיגים (9). על פי סקר הבריאות העולמי שנעשה בשנים 2005-2006 בקרב בני נוער בני 11-15, נמצא כי הם צורכים כמות קטנה יחסית של פירות וכמות גדולה של משקאות ממזיקים. כמו כן, לרוב הם מדלגים על ארוחת בוקר מסודרת. מגמות מדאגות קיימות גם בקרב מבוגרים בישראל. בסקר הבריאות הלאומי (IHIS) שנערך בשנים 2007-2008 נמצא כי יותר מ-30% מכלל המבוגרים בישראל סובלים מעודף משקל וכ-15% מכלל המבוגרים סובלים מהשמנת יתר. שיעור הגברים הסובלים מעודף משקל גבוה משיעור הנשים (39.8% לעומת 29%, בהתאמה), ואילו שיעור הגברים הסובלים מהשמנת יתר דומה לזה של הנשים (15.1% לעומת 14.9%, בהתאמה).

הרגלי אכילה בקרב סטודנטים: מגמות בשנים 2009-2015

סטודנטים שדיווחו על רמת חרדה נמוכה יותר ממבחינים דיווחו גם על הרגלי אכילה בריאים יותר (23). כך עולה ממחקר שנערך בקרב 166 סטודנטים יוונים בשנה האחרונה ללימודים

בקולג' למדעי הבריאות בערב הסעודית נמצא כי 21.8% מהסטודנטים סבלו מעודף משקל ו-15.7% סבלו מהשמנת יתר. ממצאים אלו דומים לממצאי מחקרים נוספים שנערכו בארצות במזרח התיכון ובכמה מדינות מערביות (16). חוקרים אמריקאים גילו ממצאים דומים כמו גם הבדלים הקשורים למוצא אתני. המחקר נעשה בקרב סטודנטים בגיל 18-25 באוניברסיטה גדולה בצפון קרוליינה. נמצא כי 15.2% מהסטודנטים סבלו מתת משקל, 21.3% סבלו מעודף משקל ואילו 10.8% סבלו מהשמנת יתר. BMI גבוה (25 ומעלה) היה שכיח יותר בקרב סטודנטים גברים אפרו-אמריקאים מבין שאר הקבוצות. כ-12% מהמשתתפים דיווחו על הרגלי אכילה לא בריאים, דיווח שהיה שכיח יותר בקרב גברים (כ-10%; 17). ממצאים מעט שונים לגבי ההבדלים בין המינים נמצאו במחקר נוסף שנערך בקרב 112 סטודנטים לרפואה הלומדים בקולג' באזור כפרי בדרום הודו. המחקר מצא שישנה היארעות גבוהה של עודף משקל (44%) והשמנת יתר (10%), בקרב הגברים – 35% סבלו מעודף משקל ו-11% סבלו מהשמנת יתר, בעוד שבקרב הנשים, 49% סבלו מעודף משקל ו-9% סבלו מהשמנת יתר (18). דאגה דומה עולה ממחקר נוסף שבו השתתפו 500 סטודנטים לרפואה. נמצא כי 25% מהבנים ו-40% מהבנות סבלו מעודף משקל. במקביל, אצל סך של 55.4% מהסטודנטים נמצא מצב של קדם יתר לחץ דם, אשר ככל הנראה נבע מבעיית עודף המשקל (19). סקירת ספרות זו של סטודנטים ממוסדות שונים בעולם מגוונת ומציגה ממצאים על סטודנטים מארצות שונות, שאינם בהכרח תקפים לגבי סטודנטים ישראלים, אי לכך יש לבחון את המצב בישראל.

מגמות BMI בישראל באוכלוסייה הכללית

שינויים במגמות של השמנה בישראל נבחנו בישראל במספר מחקרים (18-21). בקרב נערים מתבגרים מקבוצות מוצא שונות נותחו נתוני המתייצבים בלשכות גיוס לביצוע בדיקות רפואיות שלפני גיוס לצבא. נבדקו למעלה ממיליון יהודים ילידי ישראל בני 17 שנולדו בין השנים 1950-1986. נמצא כי שיעורי השמנת היתר עלו עם הזמן בקרב כל קבוצות המוצא של הנערים (20). מגמות דומות בהשמנת היתר נמצאו בקרב נערים בני 17 בישראל. במחקר שבוצע על ידי גרוס ואח' (21) נמצא כי שיעור השמנת היתר בקרב קבוצה זה עלה בהדרגה מ-1.2% ל-3.8% בין השנים 1967 ל-2003. עוד נמצא כי הסבירות להשמנת יתר עלתה במשך הזמן בקרב קבוצת המעמד הכלכלי-חברתי הנמוך יותר מאשר בקרב מעמדות כלכליים-חברתיים אחרים.

נתונים נוספים מדוחות מעקב של משרד הבריאות מגלים כי בעשורים האחרונים ניתן לראות עלייה בהיארעות עודף המשקל והשמנת היתר באוכלוסיית העולם וגם בישראל. הסיבות העיקריות לכך הן גדילה בשפע המזון, ירידה באיכות המזון (בעיקר מזון מהיר ומוכן) וירידה ברמת הפעילות

נטייה לאורח חיים בריא. בהקשר זה, ייתכן שהשפעה מכרעת יש לעובדה שהעיר אריאל משתייכת ל"רשת ערים בריאות", וככזו היא מכינה תשתיות בתחום אחריותה שיעודדו פעילות גופנית ומודעות לבריאות. כנגד ההסברים הסביבתיים, לא פחות חשובה היא העובדה שחלק גדול יותר מהסטודנטים מיהודה ושומרון הם נשואים והורים צעירים, כך שזמן הפנאי שלהם מצומצם יותר. ייתכן גם שהמשאבים הכלכליים מושקעים לטובת הילדים ונקבעה להם קדימות בסדר העדיפות המשפחתי על פני פעילות גופנית מוסדרת של ההורים.

המלצות לתזונה, להרגלי אכילה בריאים ולעיסוק בפעילות גופנית

משרד הבריאות (26) ממליץ כי תזונה נכונה וצריכת מזון מומלץ הם מרכיבים הכרחיים בשמירה על בריאות נאותה. תזונה בריאה מסייעת בהפחתת היווצרות מחלות כרוניות ובמניעת התדרדרות המצב הבריאותי. ההמלצות של משרד בריאות מתייחסות לתזונה בריאה ולעידוד פעילות גופנית. המחלקה לתזונה ממליצה על אכילה מגוונת שכוללת בעדיפות את המרכיבים הבאים:

- מוצרים דלי שומן, סוכר ומלח;
- מזון המכיל סיבים תזונתיים;
- שתיית מים מרובה לאורך כל היום.

במסגרת ההמלצות יש להפחית באוכל מוכן (junkfood) כיוון שהוא מכיל עודף נתרן ושומן רווי לא בריא (שומן טראנס). צריכה נאותה של שומנים – מבין המזונות המכילים שומנים, יש עדיפות לצריכת המזונות שמכילים שומנים בלתי-רוויים הנמצאים בשמני קנולה, זית, סויה, תירס, חמניות ופשתן וכן אבוקדו, גרעינים (חמניות, שומשום ודלעת), שקדים, טחינה, אגוזים וגרעיני חמניות. עדיפה צריכה של דגים, בעיקר שמנים המכילים חומצות שומן בלתי רוויות מסוג אומגה 3.

חקרים רבים מצביעים על חשיבות העיסוק בפעילות גופנית במניעת מגוון מחלות כרוניות והארכת תוחלת החיים (27). המלצות משרד בריאות הן לבצע פעילות גופנית בעוצמה בינונית במשך 150 דקות מצטברות (לפחות) בשבוע או במשך 75 דקות בשבוע בעוצמה גבוהה. ניתן לשלב בין פעילות בעוצמה בינונית וגבוהה, כך שבכל פעם הפעילות תימשך לפחות 10 דקות. בנוסף, יש לבצע פעילויות לחיזוק שרירי הגוף לפחות פעמיים בשבוע.

מטרות המחקר הנוכחי הן לבחון את השינויים בין השנים 2009-2015 במדד מסת הגוף (BMI), בתפיסה עצמית של בריאות, בהרגלי האכילה ובפעילות גופנית בקרב הסטודנטים באוניברסיטת אריאל. כמו כן, לבדוק את הקשר בין הרגלי אכילה, פעילות גופנית ותפיסה עצמית של בריאות.

ההשערה היא כי עקב מגמת ההשמנה בארץ והלחץ הקיים על סטודנטים במהלך שנות לימודיהם באוניברסיטה, ובהתאם

(78.9% מתוכם נשים). הם נטו להרגלי תזונה בריאים, אבל סטודנטים ממין זכר שסבלו מחרדת מבחנים גבוהה צרכו לעתים קרובות יותר סופגניות וממתקים – אוכל מנחם. נראה כי להתנהגות האכילה של הסטודנטים יש השפעה על משקלם. בקרב 280 סטודנטים בפורטוגל (63.2% מהם נשים) בגילאי 18-27 נבדקו לגבי הרגלי והתנהגות האכילה. נמצא כי נשים שהפגינו הרגלי אכילה בעלי מסוגלות עצמית גבוהה הראו ערכי BMI נמוכים יותר מהאחרים. תבנית האכילה שמראה על מסוגלות עצמית נמצאה כמשתנה מרכזי המשפיע על היחסים בין ממדי התנהגות אכילה אחרים ו-BMI (24). במחקר שנעשה בלבנון נמצא כי רוב הסטודנטים (61.4%) דיווחו על אכילת ארוחות בצורה סדירה, אולם הרגלי האכילה של הנשים היו בריאים יותר במונחים של אכילת ארוחת בוקר ומספר הארוחות ביום. הרגלי אכילה לא בריאים כללו צריכת מזון מטוגן (הרוב דיווחו על אכילתו 3-4 פעמים בשבוע) ואכילה מרובה של חטיפים (13). הרגלי תזונה בעייתיים אצל סטודנטים נמצאו גם במחקר שהשווה בין סטודנטים מארבע מדינות במזרח אירופה. הסטודנטים אכלו ממתקים, לחם קל, חמאה ובשר אדום לעיתים קרובות מדי ומעט מדי בשר עוף, דגים ולחם מחיטה מלאה (13).

לעומת זאת, רבים מהסטודנטים במחקר שנעשה בסעודיה לא אכלו ארוחות מסודרות או אכלו רק שתי ארוחות ביום (אחת מהן ארוחת בוקר) וצרכו לעתים קרובות חטיפים ומזון מטוגן (מינימום שלוש פעמים בשבוע ולרוב הרבה יותר). רוב הסטודנטים לא צרכו לעתים קרובות פירות וירקות, מלבד תמרים. את שאר הפירות והירקות הם צרכו, במקרה הטוב, פעמיים בשבוע. עם זאת, רוב הסטודנטים אוכלים ארוחת בוקר וחטיפים מדי יום, אוכלים עם המשפחות שלהם, מודעים לתזונה מאוזנת ולא מעשנים או שותים אלכוהול (16). מחקר שנעשה בקרב 36 נשים בגילי 17-55 בניו זילנד מצא כי BMI גבוה יותר מקושר עם חוסר שביעות רצון מדימוי הגוף וכן שיש קורלציה חיובית בין דימוי גוף ועמדות כלפי אכילה. הערכה עצמית נמוכה יותר קושרה עם הפרעה גדולה יותר בעמדות כלפי אכילה (24).

מחקר שנעשה בקרב יותר מ-1,500 סטודנטים מאוניברסיטת אריאל מצביע על כך שיתכן שיש קשר בין אזור מגורים ובין הרגלי אכילה וסגנון חיים. נמצא כי סטודנטים המתגוררים באריאל שמרו על סגנון חיים טוב יותר, שכלל תזונה בריאה ושגרה של פעילות גופנית, בהשוואה לסטודנטים מהתנחלויות הסמוכות באופן מובהק ומשמעותי (25). לממצאים אלו ניתנו מספר הסברים: ייתכן שלימודים בעיר המגורים מותירים זמן לפעילות פנאי בהיקף רחב יותר ולכן הסטודנטים שגרים בעיר לימודיהם נוטים יותר לביצוע פעילות גופנית לשמירת כושר. בד בבד, ייתכן שהנגישות לפעילות הפנאי באריאל נוחה יותר, זולה יותר ומגוונת יותר מאשר ביישובים האחרים ביהודה ושומרון, והיא זו המעודדת

יותר לתאם את הסקר – באופן דומה בשתי השנים. כלל צורך ביצוע השוואה מתאימה בין המדגמים, הממצאים תוקנו לפי מגדר, גיל ומחלקה. הגיל הממוצע וקטגוריות הגיל השונות היו דומים בשכיחותם בין שני המדגמים. כמו כן, המדגמים היו דומים בשכיחות המגדרים. כמו כן, נדגמו רק הסטודנטים מהמחלקות שחזרו על עצמן בשני המדגמים. בסה"כ נכללו במדגם הסופי 1748 סטודנטים. טבלה 1 מציגה את תיאור המדגם לפי משתנים סוציו-דמוגרפיים, ומראה כי אין הבדלים בין המדגמים לפי מין, גיל ופקולטה, אך קיימים הבדלים במצב במשפחתו, במקום ובאזור המגורים של הסטודנטים בין השנים.

תיאור המשתנים והמדדים

מכלל המשתנים במאגר הנתונים נעשה שימוש במספר משתנים בארבעה נושאים עיקריים: BMI מדווח של הסטודנטים, תפיסה עצמית של בריאות, הרגלי אכילה ופעילות גופנית כמפורט:

1. קטגוריות BMI – הסטודנטים התבקשו לכתוב מהו הגובה והמשקל שלהם. מתוך זה חושב ערך ה-BMI שלהם. חישוב ערכי קטגוריות ה-BMI נעשה על-פי מקובל בספרות (משקל בק"ג/גובה במטרים בריבוע), קטגוריות ה-BMI הוגדרו על-פי מקובל בספרות (תת משקל $BMI < 18.5$, משקל תקין טווח $BMI 18.5-25$, השמנת יתר עודף משקל טווח $BMI 25.1-30$, $BMI > 30$).
2. תפיסת חשיבות הבריאות – הוערכה באמצעות חמש שאלות: 1. "עד כמה חשוב שתרגיש שאתה בכושר טוב?" 2. "עד כמה חשוב לך להרגיש שיש לך הרבה אנרגיה?" 3. "עד כמה חשוב לך לשמור על בריאות טובה במהלך השנה כולה?" 4. "עד כמה חשוב לך לשמור על כושר גופני גם אם זה דורש מעט מאמץ נוסף?" הערכים נעו בין 1 – "לא כל כך חשוב" ל-5 – "חשוב ביותר". שאלה 5 בדקה: "בהשוואה לאנשים אחרים בגילך, איך היית מגדיר את הבריאות שלך?" הערכים נעו בין 1 – "הבריאות שלי גרועה בהרבה" ל-5 – "הבריאות שלי הרבה יותר טובה". מדד נוצר עבור תפיסות בריאות (5 פריטים; קרונבך אלפא = .79).
3. הרגלי אכילה – חמישה פריטים שעסקו במידת תשומת הלב שהנבדקים הקדישו להרגלים הבאים: 1. לכך שהדיאטה שלך היא בריאה; 2. לשמירה על כמות השומן שאתה אוכל; 3. לאכילה באופן בריא גם כאשר אוכלים בחוץ; 4. לאכילת חטיפים בריאים כמו פירות במקום סוכריות; 5. לאכילת מזונות אפויים או מאודים ולא מטוגנים. במענה לשאלות אלה, המשיבים התבקשו לשקול את הרגלי האכילה הקבועים שלהם ולסמן אותם על סולם הנע בין 1 – "כלל לא" ל-3

לעולה מהספרות שנסקרה, קטגוריות BMI של עודף משקל ($BMI = 25-30$) וכן קטגוריות השמנה ($BMI > 30$) בשנת 2015 תהיינה גבוהות יותר לעומת שנת 2009. באופן דומה, בהתאם לעולה מהספרות שנסקרה, תפיסה עצמית של בריאות, הרגלי אכילה ופעילות גופנית בקרב סטודנטים בשנת 2015 יהיו שליליים יותר לעומת שנת 2009. בנוסף, יתקיימו קשרים חיוביים בין תפיסה עצמית של בריאות, הרגלי אכילה ופעילות גופנית.

שיטת המחקר

כלי המחקר

שאלון מובנה, אנונימי המבוסס על דיווח עצמי ומבוסס ברובו על מחקרו של פרופ' ריצ'ארד ג'סור על התנהגויות סיכון ורווחה של סטודנטים בקולג' של אוניברסיטת קולורדו, בולדר, ארה"ב (28). השאלון כולל שאלות בנושאים שונים כמפורט: שאלות סוציו-דמוגרפיות שונות, תפיסות עצמיות, לחצים נפשיים, דימוי עצמי וגופני, תזונה, הרגלי אכילה ודיאטה, פעילות גופנית, הרגלי עישון סיגריות וגמילה מעישון, עישון נרגילה, שתיית אלכוהול ושימוש בסמים. בין השאר נבדקו גם סימפטומים פסיכוסומטיים; תמיכה חברתית, יחסים חברתיים, לימודים אקדמיים, דת וביטחון וחיפוש ריגושים. השאלון שנבנה למחקר זה הורכב ברובו מהשאלון האמריקאי והותאם לאוכלוסיית הסטודנטים בישראל. השאלון הופץ פעמיים בקרב סטודנטים בכיתות הלימוד במסגרת השיעורים שבהם השתתפו: במהלך החודשים אפריל-מאי 2009, וכן במהלך החודשים אפריל-מאי 2015. בסך הכול נכנסו הסוקרים ליותר מ-120 כיתות לימוד. כל הסטודנטים שישבו בכיתה קיבלו שאלון. מילוי השאלון ארך בממוצע כ-20 דקות. המחקר התנהל בהתאם לכללים של ועדת האתיקה של אוניברסיטת אריאל וזכה לאישורה בשתי השנים, וכן קיבל את אישור הוועדה המרכזת של המוסד.

האוכלוסייה והמדגם

מכלל הסטודנטים לתואר ראשון הלומדים באוניברסיטת אריאל (אוכלוסיית המחקר) בשנת 2009, השתתפו במחקר 1574 סטודנטים הלומדים בבית הספר למדעי הבריאות, בפקולטה למדעי הטבע ובפקולטה למדעי החברה והרוח. אחוז ההיענות המוערך לשאלון בשנת 2009 עמד על כ-93.5%. בשנת 2015, השתתפו במחקר 1,442 סטודנטים הלומדים בבית הספר למדעי הבריאות, בפקולטה למדעי הטבע, בפקולטה למדעי החברה והרוח, בפקולטה להנדסה ובמחלקה לארכיטקטורה. אחוז ההיענות המוערך לשאלון ב-2015 עמד על כ-89.7%. צוות הסוקרים נכנס לכיתות הלימוד במהלך החודשים אפריל-מאי באותם בתי ספר ופקולטות. הנבדקים נדגמו בדגימת נוחות – בשני המקרים החוקרים פנו קודם לכיתות ולפקולטות שבהן הייתה אפשרות קלה

טבלה 1: תיאור המדגם לפי משתנים מאפיינים סוציו-דמוגרפיים שונים

| משתנה | ערך | 2009 N=980 | 2015 N=768 | P (להבדלים בין השנים) |
|-------------|-------------------------------|---------------|---------------|-----------------------------|
| מגדר | נשים | 75.7% | 75.4% | P=0.39 |
| | גברים | 24.3% | 24.6% | |
| גיל | M (SD) | 28.2 (7.3) | 28.5 (7.2) | P=0.10 |
| מצב משפחתי | רווקים | 62.1% | 71.9% | P<0.01 |
| | נשואים | 30.0% | 26.2% | |
| | גרוש/אלמן | 6.3% | 1.9% | |
| פקולטה | מדעי הבריאות | 42.0% | 47.7% | P=0.07 |
| | מדעי החברה והרוח | 38.1% | 32.4% | |
| | מדעי הטבע | 19.1% | 19.9% | |
| מקום מגורים | מעונות/כפר סטודנטים | 18.6% | 20.1% | P<0.01 |
| | בבית עם ההורים | 30.3% | 31.5% | |
| | בבית/דירה בבעלותך | 8.6% | 15.2% | |
| | בבית/דירה בשכירות | 41.1% | 31.9% | |
| | אחר | 1.4% | 0.1% | |
| אזור מגורים | אריאל | 11.2% | 21.5% | P<0.01 |
| | יישוב אחר בשטחי יהודה ושומרון | 17.4% | 15.6% | |
| | יישוב אחר בישראל | 71.3% | 62.3% | |
| | אחר | 0.1% | 0.5% | |

פעילות גופנית ביחס לנשים, אך נשים הראו שיפור חיובי חזק יותר עם השנים. וכן נמצא כי גברים מחזיקים בתפיסות חיוביות של הבריאות בשכיחות גבוהה יותר מנשים. טבלה 4 מציגה מבחני קורלציות לבדיקת טיב הקשר בין הרגלי אכילה, פעילות גופנית ותפיסת בריאות לפי מגדר ושנים. מהטבלה עולה כי הקשרים המובהקים החזקים ביותר בין המשתנים השונים הם בין פעילות גופנית לתפיסת הבריאות בקרב גברים, בשתי השנים. ואילו בקרב נשים, הקשרים המובהקים החזקים ביותר הם בין הרגלי אכילה לתפיסת הבריאות בשתי השנים.

דיון

המחקר הנוכחי בחן האם חלו שינויים ב-BMI, בהרגלי אכילה, בפעילות גופנית ובתפיסת הבריאות בקרב סטודנטים באוניברסיטת אריאל בין השנים 2009-2015 והאם קיים קשר בין משתנים אלו. מגמת ההשמנה המסתמנת בארץ, כפי שעלה מהספרות שנסקרה, והלחץ האקדמי המוסף לסטודנטים מעבר ללחצים אחרים שחווים בני גילם, הובילו להשערה כי קטגוריות מסת BMI של עודף משקל (BMI=25-30) וכן קטגוריות השמנה (BMI>30) בשנת 2015 תהיה גבוהה יותר לעומת שנת 2009. באופן דומה ובהתאם לעולה מהספרות שנסקרה, תפיסה עצמית של בריאות, הרגלי תזונה ופעילות

– "הרבה". מדד תזונה נבנה מכל חמשת הפריטים (קרונובך אלפא = 0.85).

4. פעילות גופנית – פריט זה עסק בתדירות ביצוע פעילות גופנית (ריצה, רכיבה על אופניים או הרמת משקולות למשך 20 דקות או יותר אשר גורמת להתנשמות מהירה). הערכים נעו בין 1 – "בכלל לא" ל-6 – "מעל 15 שעות בשבוע".

ניתוח נתונים

לצורך בחינת הנתונים ולצורך ביצוע הניתוחים השונים במחקר זה נעשה שימוש בתוכנת IBM SPSS Statistics 22. טבלאות 1-4 מציגות את התפלגות השכיחויות הצולבת – Cross tabulation frequency, עם בחינת מובהקות באמצעות חי בריבוע לבדיקת אי-תלות בין משתנים ולהבדלים בין קבוצות. לצורך צמצום עומס המשתנים נבנו סקלות על פי נושאים באמצעות ניתוח גורמים, לאחר שנבדקה המהימנות בין הפריטים באמצעות אלפא קרונובך, ובדיקת השתנותה על רקע הוספת או השמטת פריטים לסקלות. לצורך בדיקת קשר בין המשתנים נעשו מבחני פירסון וספירמן עם בחינת מובהקות של המשתנים.

ממצאים

טבלה 2 מציגה את התפלגות קטגוריות ה-BMI לפי מגדר ושנים. ניתן לראות בטבלה את הממצאים באחוזים, וכן מופיעים ערכי המובהקות של חי בריבוע, לפי מגדר והן להבדלים בין השנים. מהנתונים בטבלה 2 עולים מספר ממצאים: נשים מדווחות על תת משקל בשכיחות גבוהה יותר מאשר גברים. חלה ירידה מובהקת בין השנים בקטגוריית השמנת היתר בשני המגדרים. שכיחות הגברים שדיווחו על השמנת יתר ירדה מ-8.9% ל-4.8% ירידה תלולה יותר מאשר בקרב הנשים. קטגוריית המשקל התקין עלתה בין השנים. בחינת התפלגות קטגוריית ה-BMI לפי פקולטה (לא בטבלה) מעלה כי הירידה בהיארעות קטגוריית השמנת היתר שונה באופן מובהק בין הפקולטות, כאשר הסטודנטים בבית הספר למדעי הבריאות מציגים את הירידה המשמעותית ביותר ב-BMI עם השנים בהשוואה לסטודנטים ממדעי הטבע או ממדעי החברה.

טבלה 3 מציגה את שכיחות הדיווח על אורח חיים בריא – הרגלי אכילה, פעילות גופנית ותפיסות בריאות, לפי מגדר ושנים. מהטבלה עולים ממצאים ברורים: באופן בולט, בין השנים חלה עלייה מובהקת בשמירה על הרגלי אכילה בריאים, בביצוע פעילות גופנית ובתפיסות חיוביות יותר של בריאות בקרב מדגם הסטודנטים. כמו כן ניכרים הבדלים בין המגדרים: בשתי השנים נשים מדווחות על הרגלי אכילה בריאים יותר מגברים, אך השיפור החיובי בין השנים חזק יותר בקרב גברים. כמו כן, גברים מדווחים בשכיחות גבוהה יותר על ביצוע

כאשר המצב נותר ללא שינוי משמעותי בקטגוריות עודף משקל. גם בהתייחס למשתנים שנגעו להרגלי אכילה, פעילות גופנית ותפיסת בריאות נצפתה מגמה חיובית מובהקת בשנת 2015 לעומת 2009. בנוסף, נמצאו קשרים מובהקים חזקים בין פעילות גופנית לתפיסת הבריאות בקרב גברים, ובין הרגלי אכילה לתפיסת הבריאות בשתי השנים.

השערת המחקר טענה כי תחול עלייה בקטגוריות מדד מסת הגוף BMI של עודף משקל ($BMI=25-30$) וכן בקטגוריות השמנת יתר ($BMI>30$) בשנת 2015 לעומת 2009 בקרב סטודנטים באוניברסיטת אריאל. הממצאים לימדו כי בניגוד להשערה, חל שינוי חיובי בין השנים בקטגוריות השמנת יתר בקרב שני מגדרים באופן מובהק ($P<0.01$). הנשים עם 6.4% ב-2009 לעומת 5.7% ב-2015, והגברים עם 8.9% ב-2009 לעומת 4.8% ב-2015. יחד עם זאת, לא חל שינוי משמעותי בקטגוריות עודף משקל. מצב הנשים ב-2009 היה 12.9%

גופנית בקרב סטודנטים בשנת 2015 יהיו שליליים יותר לעומת שנת 2009. בנוסף, שוער כי יקוימו קשרים חיוביים בין המשתנים שנבחנו – BMI, העיסוק בפעילות גופנית נמרצת, תזונה והרגלי אכילה בריאים ותפיסה עצמית של בריאות. המדגם כלל סטודנטים לתואר ראשון באוניברסיטת אריאל שנדגמו בשתי פעמים, בשנת 2009 ובשנת 2015 בחודשים אפריל-מאי. שתי פעימות דגימה אלו הנן ברורות השוואה זו לזו שכן היו תואמות לפי גיל וקטגוריות הגיל השונות, ומגדר, וכן, תוקננו לפי מחלקה באוניברסיטה, כלומר נדגמו שלוש פקולטות בלבד שהשתתפו בשתי השנים וביחס דומה (מדעי הבריאות, טבע וחברה). התוצאות מראות מגמה חיובית שמתרחשת בקרב הסטודנטים באוניברסיטת אריאל. הממצאים שהתקבלו הראו שיפור מובהק ($P<0.01$) במסת הגוף (BMI) בקטגוריות השמנת יתר בקרב גברים ונשים בשנת 2015 לעומת 2009, 7.0% ב-2009 לעומת 5.5% בשנת 2015,

טבלה 2: התפלגות קטגוריות BMI לפי מגדר ושנים 2009 ו-2015 (%)

| מגדר / קטגוריות BMI | 2009 N=980 | | | | P ולקטגוריות (BMI) | 2015 N=768 | | | | P ולקטגוריות (BMI) | P בין השנים |
|------------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------------------|----------------|
| | תת משקל | משקל תקין | עודף משקל | השמנת יתר | | תת משקל | משקל תקין | עודף משקל | השמנת יתר | | |
| נשים | 11.8% | 68.8% | 12.9% | 6.4% | $P<0.01$ | 10.9% | 70.0% | 13.4% | 5.7% | $P<0.01$ | $P<0.01$ |
| גברים | 1.7% | 59.9% | 29.5% | 8.9% | | 3.2% | 63.0% | 29.1% | 4.8% | | $P<0.01$ |
| סה"כ | 9.6% | 66.5% | 16.9% | 7.0% | | 9.0% | 68.2% | 17.3% | 5.5% | | $P<0.01$ |

טבלה 3: שכיחות הדיווח על אורח חיים בריא – הרגלי אכילה, פעילות גופנית ותפיסות בריאות, לפי מגדר ושנים

| P | | (N=768) 2015 | | | P | (N=980) 2009 | | | משתנים |
|---|--------|--------------|-------|-------|--------|--------------|-------|-------|---|
| בין השנים | למגדר | סה"כ | גברים | נשים | למגדר | סה"כ | גברים | נשים | |
| הרגלי אכילה. אני מקדיש הרבה תשומת לב ל: | | | | | | | | | |
| P<0.01 | P<0.01 | 41.4% | 34.7% | 43.6% | P<0.01 | 34.1% | 25.0% | 37.0% | 1. תזונה בריאה |
| P<0.01 | P<0.01 | 36.0% | 27.8% | 38.7% | P<0.01 | 27.0% | 19.1% | 29.5% | 2. שמירה על רמת שומן נמוכה באוכל |
| P<0.01 | P<0.01 | 31.9% | 24.5% | 34.3% | P<0.01 | 25.8% | 18.1% | 28.2% | 3. אכילה באופן בריא כאשר אני אוכל בחוץ |
| P<0.01 | P<0.01 | 37.6% | 29.8% | 40.1% | P<0.01 | 31.4% | 21.3% | 34.6% | 4. אכילת חטיפים בריאים כגון פירות במקום סוכריות |
| P<0.01 | P<0.01 | 36.3% | 26.3% | 39.6% | P<0.01 | 28.1% | 16.7% | 31.8% | 5. אכילת מאכלים אפויים או מאודים ולא מטוגנים |
| P<0.01 | P<0.01 | 36.6% | 28.6% | 39.3% | P<0.01 | 29.3% | 20.0% | 32.2% | ממוצע הרגלי אכילה |
| פעילות גופנית | | | | | | | | | |
| P<0.01 | P<0.01 | 34.4% | 23.5% | 37.9% | P<0.01 | 42.9% | 28.4% | 47.6% | 1. כלל לא מבצע פעילות גופנית – אפילו לא שעה בשבוע |
| | | 65.6% | 76.5% | 62.1% | | 57.1% | 71.6% | 52.4% | 2. מבצע פעילות גופנית – משעה אחת בשבוע עד מעל 15 שעות בשבוע |
| תפיסת הבריאות | | | | | | | | | |
| P<0.01 | P<0.01 | 46.0% | 55.9% | 42.7% | P<0.01 | 40.6% | 51.1% | 37.3% | 1. חשוב לי מאוד להרגיש שאני בכושר טוב |
| NS | NS | 63.0% | 64.9% | 62.4% | NS | 60.3% | 62.7% | 59.6% | 2. חשוב לי מאוד להרגיש שיש לי הרבה אנרגיה |
| NS | NS | 63.0% | 66.0% | 62.1% | NS | 59.8% | 64.1% | 58.5% | 3. חשוב לי מאוד לשמור על בריאות טובה במהלך השנה כולה |
| P<0.01 | P<0.01 | 37.0% | 49.7% | 32.9% | P<0.01 | 33.6% | 42.7% | 30.6% | 4. חשוב לי מאוד לשמור על כושר גופני גם אם זה דורש מעט מאמץ נוסף |
| P<0.01 | P<0.01 | 8.5% | 13.8% | 6.8% | P<0.01 | 10.0% | 14.9% | 8.4% | 5. בהשוואה לאנשים אחרים בגילי, בריאותי טובה בהרבה |
| P<0.05 | P<0.01 | 43.5% | 50.0% | 41.4% | P<0.01 | 40.9% | 47.1% | 38.9% | ממוצע תפיסות הבריאות |

טבלה 4: מבחני קורלציה לבדיקת הקשרים בין הרגלי אכילה, פעילות גופנית ותפיסת הבריאות לפי מגדר ושנים

| תפיסת בריאות | הרגלי אכילה | פעילות גופנית |
|--------------|-------------|---------------|
| גברים | גברים | גברים |
| נשים | נשים | נשים |
| 1 | .358** | .428** |
| 1 | .442** | .345** |
| .290** | 1 | .224** |
| .445** | 1 | .364** |
| .521** | .181* | 1 |
| .483** | .378** | 1 |

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$ שנת 2009 (N=980) ברקע אפור; שנת 2015 (N=768) ללא מילוי רקע

עם עודף משקל לעומת 13.4% ב-2015. בקרב הגברים חל שיפור בנתון זה – בשנת 2009 היו 29.5% עם עודף משקל, לעומת 29.1% ב-2015. הממצאים אינם עולים בקנה אחד עם מחקרים בעולם ובארץ (9-22). הספרות מלמדת כי עקב לחץ אקדמי (17) לסטודנטים אורח חיים פעיל פחות הגורם דווקא לעלייה במשקל בתקופת הלימודים. השיפור הניכר באורחות החיים המדווחים מיוחס לשני משפיעים אפשריים: מצד אחד, ייתכן כי שיפור ההיצע הבריאותי לסטודנט באוניברסיטת אריאל, למשל, קפיטריות בעלות היצע תזונתי בריא יותר מאשר בעבר, ואפשרויות נרחבות לביצוע פעילות גופנית יש בהם כדי להסביר את מגמת השיפור בממצאים. מצד שני, ייתכן כי למגמת התפיסה החיובית המשתפרת של הבריאות באוכלוסייה הכללית יש גם השפעה על הממצאים במחקר זה. בישראל תפיסת הבריאות באוכלוסייה הכללית משתפרת, וייתכן שהסטודנטים, ככלל הציבור, מושפעים מתכניות לקידום בריאות ומקמפיינים של קופות החולים ומשרד הבריאות לאורח חיים בריא.

בהמשך עלתה השערה נוספת, בהתאם לעולה מהספרות שנסקרה (7), כי תפיסה עצמית של בריאות, תזונה והרגלי אכילה ופעילות גופנית בקרב סטודנטים בשנת 2015 יהיו שליליים יותר לעומת שנת 2009. במחקר זה נמצא כי קיימת עלייה מתמדת בחשיבות התזונה והרגלי אכילה נכונים בקרב שני המינים ב-2015 לעומת 2009 באופן מובהק ($P < 0.01$), עם עלייה חדה יותר בקרב הגברים. בנוגע לפעילות גופנית נמרצת (משעה אחת בשבוע עד ל-15 שעות שבועיות), קיימת מגמה חיובית עם עלייה משמעותית בקרב שני המינים באופן מובהק ($P < 0.01$), עם 57.1% מהמשתתפים העוסקים בפעילות גופנית נמרצת ב-2009 לעומת 65.6% ב-2015. בקרב הנשים העלייה משמעותית יותר לעומת גברים: 52.4% מהנשים עסקו בפעילות גופנית נמרצת בשנת 2009 לעומת 62.1% ב-2015. הממצאים מראים שגם בהתייחס לתפיסה עצמית של בריאות קיימת מגמה חיובית עם עלייה באחוזים בקרב

שני המינים. ניתן לומר שהסטודנטים באוניברסיטת אריאל בשנת 2015 תופסים את עצמם בריאים יותר, שומרים על תזונה ועל הרגלי אכילה בריאים ועוסקים בפעילות גופנית בשכיחות גבוהה יותר מבעבר. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם מגמת ה-BMI המשתפרת באריאל. זאת, בניגוד להשערה ובניגוד למדווח באוכלוסייה הכללית בישראל (9-10, 21-22). בהמשך שוער קיומם של קשרים חיוביים בין הרגלי אכילה, פעילות גופנית ותפיסת בריאות (2). מתאמים חיוביים נמצאו בשני המינים גם בסקר של 2009 וגם בזה של 2015, בין תפיסה עצמית של הבריאות ותזונה והרגלי אכילה נכונים ועם פעילות גופנית נמרצת. הממצאים מראים שתלמידים פעילים היו בעלי תפיסות בריאות גבוהות, ואלה עם תפיסות בריאות גבוהות גם שמרו על הרגלי אכילה טובים יותר. הקשר בין הרגלי אכילה ופעילות גופנית היה חזק יותר בקרב נשים לעומת גברים בשתי השנים. נתון זה תואם למחקרים קודמים בתחום – נשים נותנות חשיבות רבה יותר לנושא של תזונה נכונה כאשר הן עוסקות בפעילות גופנית, וגברים, לעומתן, אינם שמים דגש מיוחד על תזונה בעיסוקם בפעילות גופנית. הממצאים גם הראו כי סטודנטים בבית הספר למדעי הבריאות מציגים את הירידה המשמעותית ביותר ב-BMI עם השנים בהשוואה לסטודנטים ממדעי הטבע או ממדעי החברה. עניין זה מרמז על השפעת הידע על ההתנהגות, כשם שמציע מודל KAB (29). במחקר שבהן נלמד ידע הרלוונטי לתחום אורח החיים כגון תזונה או פיזיותרפיה או מדעי הבריאות בכלל, נצפית גם ההתנהגות המתאימה (2). גם במחקר הנוכחי מגמה זו נשמרה בהתאם לעולה מהספרות.

לפי הממצאים נראה שקיימת מגמת שיפור מתמדת על פני השנים בקרב סטודנטים באוניברסיטת אריאל, כאשר לתפיסה עצמית של בריאות, להרגלי אכילה בריאים, לפעילות גופנית ו-BMI. כשם שעולה מגישת המסגרות (6) ובאופן שעולה בקנה אחד מהנלמד ממסגרות בתי הספר במערכת החינוך (30) המוסד האקדמי מהווה מסגרת שכדאי לנצל את תכונותיה החינוכיות על מנת לייצר מסגרת מקדמת בריאות, כזו שתדאג להטמעת הערכים המתאימים, תתווה מדיניות ציבורית בריאה, תייצר סביבה תומכת ופעילויות קהילתיות מתאימות לצורך שיפור מצב הבריאות של השוהים בקרבה. על המוסד האקדמי לחזק ולתמוך במגמה הנוכחית ולהמשיך לחקור וללמוד אותה. על פי נתוני המחקר ניכר כי סביבה אקדמית, למרות לחץ הלימודים והתנאים הנוחים פחות בקרב הסטודנטים לתואר ראשון, מאפשרת קידום של תכניות בריאות עם תוצאות טובות על פני השנים. מתוך כך, מאמר זה קורא להטמעת שינויים ומסרים בריאותיים בסביבת המוסד האקדמי. על המוסד האקדמי להשתמש במדיניות לקידום בריאות ולהגדיל את זמינותם של תפריטים בריאים, מזינים ומגוונים בקפיטריות, להציע לתלמידים פעילויות שונות המשפרות אכילה בריאה ופעילות גופנית, ולפתח תכניות

- Laskiene S. Nutritional status and food choices among first year medical students. *Central European Journal of Medicine*. 2012;7(3):396-408.
14. Elias RGM, De Faria WF, De Farias JP, Dos Santos FP, De Gonçalves AC, Silva FRMB. Factors related to overweight among university students. *Nutrire*. 2015;40(2):129-136.
15. Yahia N, Achkar A, Abdallah A, Rizk S. Eating habits and obesity among Lebanese university students. *Nutrition Journal*. 2008;7(32): DOI: 10.1186/1475-2891-7-32
16. Al-Rethaiaa AS, Fahmy AEA, Al-Shwaiyat NM. Obesity and eating habits among college students in Saudi Arabia: A cross sectional study. *Nutrition Journal*. 2010;9(39): DOI: 10.1186/1475-2891-9-39
17. Sira N, Pawlak R. Prevalence of overweight and obesity, and dieting attitudes among caucasian and african american college students in eastern north carolina: A cross-sectional survey. *Nutrition Research and Practice*. 2010;4:36-42.
18. Jayaraj PP, Nair RN, Justin S, Nishanth K, Suresh D. Prevalence of overweight and obesity among students of a medical college in South India: A pilot study. *Indian Journal Clinical Practice*. 2014;25:333-337.
19. Shetty SS, Nayak A. Prevalence of prehypertension amongst medical students in Coastal Karnataka. *Journal Evolution of Medical Dental Sciences*. 2012;1:975-980.
20. Gross R, Brammli-Greenberg S, Gordon B, Rabinowitz J, Afek A. Disparities in obesity temporal trends of israeli adolescents by ethnic origin. *International Journal of Pediatric Obesity*. 2011;6(2-2):154-161.
21. Gross R, Brammli-Greenberg S, Gordon B, Rabinowitz J, Afek A. Population-based trends in male adolescent obesity in Israel 1967-2003. *Journal Adolescent Health*. 2009;44(2):195-198.
22. משרד הבריאות. בריאות 2013. המרכז הלאומי לבקרת מחלות פרסום 354, משרד הבריאות אגף המידע, מנהל מידע ומיחשוב ירושלים, 2014.
23. Chaniotis D, Soultatou P, Artemiadis AK, Papadimitriou E, Darviri C. Health professional students' self-reported test anxiety and nutrition. *Health Science Journal*. 2013;7(2):201-208.
24. Poinhosa R, Oliveira BM, Correia F. Eating behaviour patterns and BMI in Portuguese higher education students. *Appetite*. 2013;71:314-320.
25. Korn L, Billig M. Health-risk behaviors and a healthy lifestyle among students from different environmental and cultural backgrounds. *International Journal on Disability and Human Development*. 2013;12(3):267-281.
26. <http://www.health.gov.il/Subjects/FoodAndNutrition/Nutrition/Pages/default.aspx> 2016, הורד ב-7 ליוני
27. http://www.health.gov.il/UNITOFFICE/ICDC/HEALTHANDLIFESTYLE/PHISICAL_ACTIVITY/Pages/default.aspx 2016, הורד ב-7 ליוני
28. Jessor R, Turbin MS & Costa MF. Survey of personal and social development at CU. Institute of Behavioral Sciences, University of Colorado. 2003. Retrieved from: http://www.colorado.edu/ibs/jessor/questionnaires/questionnaire_spsd2.pdf.
29. Ajzen, I., & Fishbein, M. Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 1977, 84(5), 888-918.
30. טסלר, ר., בראון-אפל, א., הראל-פיש, י., תפיסת קידום בריאות בקרב מנהלי בתי ספר בישראל. *קידום בריאות בישראל*, 2014; 5: 4-12.

לתמיכה לאלו הנמצאים בסיכון. שיעורי חינוך גופניים ותכניות להרגלי אכילה ותזונה נכונים יכולים להיות חלק מהתכנים להשלמת תואר ראשון, דבר שישימש כמנוף להמשך אורח חיים בריא בקרב אותם סטודנטים גם לאחר סיום הלימודים. מחקר זה נתון למגבלות. הוא מבוסס על דיווח עצמי של נבדקים. ערכי ה-BMI המוצגים מבוססים על דיווח אישי של הנבדקים לגבי גובהם ומשקלם. ניסיון העבר מלמד כי ייתכן שממצאים אלו סובלים מהטיה לכיוון מטה, במיוחד בקרב נשים. יחד עם זאת יש ליכור, כי בשתי השנים ה-BMI היה מדווח באותו אופן, וכן גם סקרי מב"ת נשענו על אותה מתודולוגיה. בנוסף, הממצאים לא התייחסו למגמות בנושא עישון בין השנים וייתכן שיש במשתנה זה, שמראה אף הוא ירידה עם השנים, להוות גורם משמעותי בהסברת הממצאים. מחקרי המשך צריכים לשקול לבצע מחקרי אורך (קוהורטה) על מנת לבחון שינויים לאורך זמן בקרב אותם אנשים, וכן, לבחון את הממצאים לפי שנות הלימוד במוסד האקדמי.

מקורות

1. המ"ג. מערכת ההשכלה הגבוהה בישראל 2014. המועצה להשכלה גבוהה, הוועדה לתכנון ולתקצוב, ירושלים, 2014; 63 ע'.
2. Korn L, Gonen E, Shaked Y, Golan M. Health perceptions, self and body image, physical activity and nutrition among undergraduate students in Israel. *Plos One*. 2013;8(3): DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0058543>
3. Gropper SS, Simmons KP, Connell LJ, Ulrich PV. Changes in body weight, composition, and shape: A 4-year study of college students. *Applied Physiology Nutrition and Metabolism*. 2012;37(6):1118-1123.
4. Hudson CLF. The Relationship of Body Image, Body Mass Index and Self-esteem to Eating Attitudes in a Normal Sample: A Thesis. New Zealand: University of Canterbury. 2008.
5. משרד הבריאות. מניעת השמנה: ממצאי מעקב. ירושלים: 2011; 791-838.
6. דונחין מ'. מסגרות לקידום בריאות. קידום בריאות בישראל, 2009; 2: 92-96.
7. Krause NM, Jay GM. What do global self-rated health items measure? *Medical Care*. 1994;32(9):930-942.
8. Jingru C, Tian W, Fei L, Ya X, Jianlu B, Jieyu, C. et al. Self-rated health status and subjective health complaints associated with health promoting life styles among urban chinese women: A cross-sectional study. *Plos One*. 2015;10(2): DOI:10.1371/journal.pone.0117940
9. ניצן, ל, שמעוני, ט, גולדשמיט, ר, קינן בוקר, ל ושהרבני, ס. סקר מב"ת עוקבה: סקר עוקבה לאומי על מצב הבריאות והתזונה לגילאי 35-74, 1999-2011. ירושלים: משרד הבריאות, מב"ת 2014; 9-63.
10. רביע, ח'. תפיסת בריאות עצמית בקרב בני חמישים ומעלה, סקר – SHARE. 2015; 8. פרק 197-217.
11. Kelly G, Kim Z, Joanna L, Caroline B, Gratwick-Sarll K, Carmel, H, et al. Obesity and emotional well-being in adolescents: Roles of body dissatisfaction, loss of control eating, and self-rated health. *Obesity*. 2015;24(4):837-842.
12. Augustine LF, Poojar RH. Prevalence of obesity, weight perception and weight control practices among urban college going girls. *Indian Journal of Community Medicine*. 2003;28:187-190.
13. Kolarzyk E, Shpakou A, Kleszczewska E, Klimackaya L,

סקירת ספרות

היפגעות ילדים והשגחת הורים – סוגיה בבריאות הציבור

מאיה סימן-טוב¹, קובי פלג², אורנה בראון-אפל³

¹ המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, תל-השומר, ישראל
² התכנית לניהול מצבי חירום ואסון, בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת תל-אביב, ישראל
³ בית הספר לבריאות הציבור, אוניברסיטת חיפה, ישראל

המסרים הנלמדים מהמאמר

- השגחת הורים הכוללת קרבה פיזית, קשר עין ואוזן עם הילד, מספקת רמת השגחה טובה ובכך מפחיתה את הסיכון להיפגעות ילדים.
- השגחת הורים הינה ההתערבות החשובה ביותר על מנת להגן על הילד מפני פגיעה לא מכוונת.
- השגחה "מתאימה" משתנה בהתאם להקשר חברתי, כלכלי וסביבתי שונה.
- השגחת אחים, כחלופה להשגחת הורים, יכולה להוות גורם סיכון להיפגעות ויש צורך במתן הדרכה לאחים הבוגרים להשגחה מתאימה יותר אם אין אפשרויות השגחה טובות יותר.

תקציר

היפגעות ילדים הינה בעיה משמעותית לבריאות הציבור. מדי שנה קיימים בעולם למעלה מ-250,000 מקרי מוות בילדים מגיל שנה ועד גיל תשע כתוצאה מהיפגעות. היפגעות לא מכוונת מהווה את אחת מסיבות המוות העיקריות בקרב קבוצת גיל זו. בנוסף למקרי מוות, עשרות מיליוני ילדים זקוקים לטיפול בבית חולים ובקהילה כתוצאה מפציעות שאינן קטלניות ורבים מהם נשארים עם נכות זמנית או קבועה. היפגעות ילדים הינה תוצאה של גורמי סיכון רבים, החל ממאפיינים הקשורים לילד ולהורה וכלה בגורמים הקשורים למאפיינים חברתיים וסביבתיים אחרים.

השגחת הורים זוכה להכרה רחבה כאמצעי חיוני להגנה על ילדים מפני היפגעות מעצם היות הילדים ללא יכולת שיפוט במצבים מסוכנים שעלולים להוביל להיפגעות. הורים, אשר שמם לב לילד, מסתכלים עליו, שומעים אותו ונמצאים בקרבתו, מספקים את רמת ההשגחה הטובה ביותר. ישנן דרכים רבות לאמוד את רמת ההשגחה של ההורה כלפי ילדו אך יחד עם זאת, לא נראה שקיימת הסכמה לגבי סגנון ההשגחה הטוב ביותר למניעת היפגעות ילדים. השגחת אחים בוגרים נמצאה אף היא שכיחה מאוד בעיקר בקרב משפחות עם מספר רב של ילדים. אולם מחקרים הראו כי לא זו בלבד שהשגחת אחים לא נמצאה כהשגחה שביכולתה למנוע היפגעות אלא אף מהווה גורם סיכון כשלעצמה, לפיכך, קיימת חשיבות בהדרכת האח הבוגר להשגחה מתאימה יותר. השגחת הורים הינה משתנה אחד בתוך מכלול הגורמים הרחב אשר משפיעים על היפגעות ילדים וחשוב להגדיר השגחה מתאימה בתוך ההקשר החברתי והסביבתי בהם הילד וההורה נמצאים.

היפגעות ילדים

על פי נתוני ארגון הבריאות העולמי היפגעות ילדים הינה בעיה משמעותית לבריאות הציבור. לפי הדיווחים, מידי שנה מתרחשים בעולם למעלה מ- 250,000 מקרי מוות בילדים מגיל שנה ועד גיל תשע [1]. היפגעות מוגדרת כנזק או פגיעה לגוף הגורם ללקות או הפרעה למצב הבריאותי; היפגעות בעיקר מתייחסת לכל נזק שבוצע לגוף לא בכוונה או בכוונה כתוצאה מחשיפה לאנרגיה טרמית, מכנית, חשמלית, או כימית העוברת את סף הסובלנות בגוף, או כתוצאה מהעדר חום או חמצן לגוף [2]. היפגעות לא מכוונת, מתייחסת לכל פגיעה שארעה שלא בכוונה תחילה כגון תאונות דרכים, הרעלות, נפילות, כוויות וטביעות. היפגעות זו מהווה את אחת מסיבות המוות העיקריות בקרב ילדים וצעירים. בנוסף למקרי מוות, עשרות מיליוני ילדים זקוקים לטיפול בבית חולים ובקהילה כתוצאה מפציעות שאינן קטלניות ורבים מהם נשארים עם נכות זמנית או קבועה [1]. בישראל, על פי נתוני משרד הבריאות היפגעות מדורגת במקום השלישי כסיבת מוות מובילה בקרב קבוצת גיל 0-14 [3]. בשנת 2009 שיעור התמותה כתוצאה מהיפגעות בקרב קבוצת גיל 1-4 הינו 4.5 ל 100,000 ובקבוצת גיל 5-9 הינו 2.5 ל-100,000. במוצע בכל שנה בישראל, בין השנים 2008-2010, כ-12,600 ילדים אושפזו כתוצאה מהיפגעות עם ממוצע של 44,000 ימי אושפוז לשנה [4]. תיאורטית, כל ההיפגעות ניתנות למניעה ולפיכך קיימת חשיבות באיתור גורמי הסיכון להיפגעות ותכנון מותאם של תוכניות מניעה לאוכלוסיות שנמצאות בסיכון גבוה להיפגעות [5]. בישראל, משנת 2012 החלו בתכנון ויישום תוכנית לאומית רב שנתית למניעת היפגעות ילדים בשיתוף משרדי ממשלה וגופים שונים. מטרת התוכנית לפתח ולהטמיע תוכניות ממשלתיות לקידום בטיחות ילדים ומניעת היפגעותם לאחר שאלו הוכחו כיעילות בהפחתת שיעורי היפגעות ילדים [6]. בינואר 2013 הוגשה למשרד הבריאות סקירת ביניים של תהליך תכנון התוכנית הרב-שנתית לבטיחות ילדים הכוללת מיפוי מצב היפגעות הילדים במדינת ישראל והמדיניות הקיימת בממשלה בנושא וכן גיבוש מתווה אסטרטגי. התוכנית נמצאת עתה בעיצומו של תהליך התכנון, בהשתתפות משרדי הממשלה וגופים לאומיים שונים.

גורמי סיכון להיפגעות ילדים

היפגעות ילדים הינה תוצאה של גורמי סיכון רבים, החל ממאפיינים הקשורים לילד ולהורה וכלה בגורמים הקשורים למאפיינים חברתיים וסביבתיים אחרים. לדוגמא, בקבוצות גיל שונות קיים סיכון שונה להיפגעות בכל אחת מהנסיבות: נפילה, כוויה, תאונת דרכים, אלימות ועוד. בנים בהשוואה לבנות הינם בעלי שיעור גבוה יותר של היפגעות [4]. ילדים בעלי בעיות התנהגות, פעילים יותר, עם הפרעות קשב

והיפראקטיביים נמצאים אף הם בסיכון גבוה יותר להיפגעות [7]. בקרב ילדים החיים במשפחות חד הוריות או הורים גרושים נמצא סיכון גבוה יותר להיפגעות [8]. סיכון גבוה להיפגעות נמצא גם בקרב ילדים הנמצאים במצב בריאותי פחות טוב וכאשר המשגיח הינו בעל רמת השכלה נמוכה [8]. הורים בעלי מיקוד שליטה חיצוני ותחושת פטליזם גבוהה, מרגישים כי אינם מסוגלים לשלוט בהתנהגות ילדם והנם בעלי יעילות עצמית נמוכה בכל הקשור להורות. לפיכך, הורים אלו עשויים להרגיש שאינם בעלי יכולת למנוע מילדם לבצע התנהגות סיכנית ולכן לילדם סיכוי גבוה יותר להיפגע [9]. בסקירה שיטתית נמצא שהשכונה או אזור מגורים והאקלים החברתי-כלכלי בו אנשים מתגוררים משפיעים על היפגעות ילדים בקשר הפוך – ככל שהרמה החברתית-כלכלית עולה כך שיעורי ההיפגעות יורדים [10]. הבנה ואיתור של גורמי סיכון אלו הינם צעד ראשון במניעת ההיפגעות. המודל הסוציו-אקולוגי המתואר במאמרם של Bar-On Eppel ו-Ivancovsky [11] מציג מסגרת תיאורטית בעלת פרספקטיבה רחבה לתיאור גורמי הסיכון הרבים להיפגעות. המודל מבחין בין שלושה גורמי סיכון עיקריים: התנהגותי, סביבה חברתית וסביבה פיזית, כאשר כל אחד מהם מנותח לפי ארבע רמות אקולוגיות החל מהרמה האינדיבידואלית, הרמה המשפחתית הבינאישית, רמת הקהילה/חברה ורמה מדינית. מתוך מטרה לפתח ולבחון את הקשר בין השגחת הורים להיפגעות ילדים הסקירה הנוכחית מתמקדת ברמה הבינאישית.

השגחת הורים – הגדרה ודרכי מדידה

Wills היה בין החוקרים הראשונים שהגדיר השגחה – 'האחריות של מטפל מבוגר על הילד ובעל יכולת לתקשר עם הילד בתקופת זמן מוגדרת' [12]. Saluja ועמיתיו [13] הגדירו השגחה לפי שלושה פרמטרים: (1) תשומת לב (Attention) – היקף האינטראקציה בין המבוגר לילד הכוללת התנהגויות של הקשבה וראיה. (2) מידת הקרבה הפיזית (Proximity) – המרחק בין הילד למבוגר, למשל מרחק נגיעה – מצב אשר המבוגר יכול להתערב תוך שניות (Within reach) או לא בהישג יד, לדוגמא במקום אחר בבית. (3) המשכיות/יציבות (Continuity) אשר בוחנת את מידת הרצף של ההשגחה הן מבחינת הקרבה והן מבחינת תשומת הלב. לטענתו, המבוגר האחראי, ולצורך דיון זה, הורים, אשר שמים לב לילד, מסתכלים עליו, שומעים אותו ונמצאים בקרבתו, מספקים את רמת ההשגחה הטובה ביותר. חוקרים מצאו כי הורים מציגים ספקטרום רחב של דפוסי השגחה החל מהזנחה כמעט מוחלטת ועד לערנות קיצונית, ולמרות שישנם קווי דמיון רבים בין כישורי הורות טובים ושיטות השגחה טובות, לא נראה שקיימת הסכמה לגבי סגנון ההשגחה הטוב ביותר למניעת היפגעות ילדים [14].

בבית כתוצאה מחשיפה לחומרים רעילים [20] ועוד. במחקר שבוצע בשתי מדינות בארה"ב, אשר חקר תמותת ילדים כתוצאה מהיפגעות, נמצא שהיעדר השגחת הורים או השגחה לא מתאימה דווחה ביותר מ-40% ממקרי המוות [16]. במחקר מקרה ביקורת מזווג של Morrongiello [15] נמצא שהורים לילדים שנפגעו והגיעו למיון דיווחו באופן מובהק על רמה פחותה של השגחה בהשוואה להורים שילדיהם לא נפגעו (כאשר שתי הקבוצות עסקו באותה פעילות). לטענת Morrongiello ועמיתיה [14], נמצא כי האפקטיביות של ההשגחה ההורית עולה כאשר מידת הקרבה הפיזית/סמיכות כלפי הילד עולה. ממחקר אחר עולה כי גם ההתנהגות של הילדים כגון לקיחת סיכונים וגם ההתנהגות ההורה כלפיהם מהווה גורם משמעותי לסיכון להיפגעות [21].

להרכב התא המשפחתי בו מתגורר הילד השפעה ניכרת על רמת ההשגחה והסיכון להיפגעות. לדוגמא, כאשר הילד חי עם הורה אחד קיים סיכון גבוה יותר להיפגעות לעומת מצב בו הילד מתגורר עם שני ההורים [22, 8]. במחקר אחר דווח כי מידת ההשגחה ירדה ככל שמספר הילדים במשפחה עלה [23]. השגחת אחים בוגרים נמצאה אף היא שכיחה מאוד בעיקר בקרב משפחות עם מספר רב של ילדים. נמצא כי השגחת אחים מתרחשת ב-8%-11% מהזמן שבו הילדים נמצאו בבית [24]. אולם מחקרים הראו כי לא זו בלבד שהשגחת אחים לא נמצאה כהשגחה שביכולתה למנוע היפגעות אלא אף מהווה גורם סיכון כשלעצמה [12, 24-25]. חלק מהפערים נובעים מכך שאחים בוגרים נוקטים בפחות אמצעי זהירות בזמן ההשגחה, למשל, פחות מסתכלים על הילד הקטן, וכן הם בעלי תפיסת סיכון נמוכה. יתרה מזאת, במקרה של היפגעות, ההורה אף חושב שההיפגעות ארעה מאחר והאח הקטן לא נשמע לאח הגדול, ולא בגלל שהאח הגדול אינו מספק השגחה מתאימה [24]. מאחר שבמשפחות עם מספר ילדים רב, בעיקר, לא תמיד מתאפשרת השגחה של ההורה ועל כן השגחת אחים הופכת לאלטרנטיבה, קיימת חשיבות בהדרכת האח הבוגר להשגחה מתאימה יותר. הדרכה זו הוכחה כיעילה יותר בהשוואה לאחים בוגרים שלא קיבלו הדרכה להשגחה מתאימה [24-25].

הקשר בין השגחת הורים והיפגעות ילדים תלוי סביבה חברתית ופיסית

הגדרה של 'השגחה מתאימה' אינה חד ערכית וצריכה להשתנות בהתאם להקשר החברתי והסביבתי, בין אם הילד משחק בבית או במגרש משחקים ממוגן או בין אם הוא משחק בחצר האחורית, במגרש החניה או בכל מקום אחר החשוף לסכנות סביבתיות שונות. במחקרים רבים נמצא כי אופי השגחת הורים, אשר צריכה להבטיח את בטיחותם של ילדיהם, תלוי ברמת הסיכון של הסביבה [26-27]. במאמרם של Morrongiello ועמיתים [26] אחת המסקנות הייתה כי

דו"ח של ארגון הבריאות העולמי בנושא מניעת היפגעות בילדים מציג את המרכיבים החשובים בתחום של השגחת ההורה על הילד [1]:

- גילו של הילד, מצבו ההתפתחותי וחשיפה לסכנות אפשריות
- שיקול הדעת של המשגיח, כישוריו ויכולתו להשפיע על הילד
- הקרבה הפיזית בין המטפל לילד, תוך לקיחה בחשבון את מאפייני הילד והמקום
- רמת הקשר המילולי והפיסי עם הילד
- משך הזמן שהמטפל משגיח בפועל על הילד

קיימות דרכים שונות למדידת השגחת הורים כגון שאלונים, יומנים אישיים ותיעוד על-ידי תצפיות בשטח ובתנאי מעבדה [14]. חלק מהשאלונים להערכת השגחת הורים כוללים בתוכם עולמות תוכן שונים כגון תפיסת הסיכון של ההורה את מעשי הילד, תחושת מגוננות כלפי הילד, עמדות כלפי השגחת הורים ותחושת פטליזם, קרי, האמונה כי הכול מן השמיים והגורל הוא זה שקובע האם ילדי יפגעו או לא. נמצא כי עולמות תוכן אלו, כמקשה אחת, יכולים לאמוד את עמדות ההורה כלפי השגחת ילדם. יתר על כן, עמדות אלו נמצאו בקשר וכמנבאות היפגעות ילדים בפועל. תצפיות שמבוצעות על מנת לאמוד את רמת ההשגחה של ההורה כלפי ילדו מבוצעות על ידי סוקרים הבוחנים את ההתנהגות הילד והתנהגות המשגיח באופן שמאפשר למדוד את מידת ההשגחה על פי פרמטרים שונים, לדוגמא, סמיכות ההורה ותשומת לב. שימוש ביומנים מהווה כלי נוסף למדידת רמת ההשגחה של ההורה כאשר ההורה מתבקש לתעד בכל יום או מספר ימים (בהתאם לתוכנית המחקר) את התנהגות ילדו וכיצד השגיח עליו. המסר ממחקרים שהתבססו על כלי מדידה אלו הינו כי מדידת ההשגחה ובחינת הקשר שלה להיפגעות ילדים הינה אפשרית ויכולה לחשוף סגנונות שונים של השגחה הרלוונטיים לסיכון להיפגעות ילדים. אין כלי אחד עדיף על משנהו, ויש לבחור בכלי המתאים ביותר בהתאם לתבנית ומטרת המחקר, שדה המחקר והאוכלוסייה הנחקרת [14].

השגחת הורים כגורם מגן להיפגעות ילדים

השגחת הורים זוכה להכרה רחבה כאמצעי חיוני להגנה על ילדים מפני היפגעות מעצם היות הילדים ללא יכולת שיפוט במצבים מסוכנים שעלולים להוביל להיפגעות [14-15]. הערכות הן כי 90% מפגיעות ילדים צעירים מתרחשות סביב הבית כאשר הם כביכול תחת השגחת המטפל העיקרי [5]. ישנן עדויות רבות בספרות הקושרות בין השגחה לבין הסיכון של הילד להיפגע במגוון היפגעות שונים כגון כהולכי רגל [12], בטביעה [16], בהרעלה [17], חנק כתוצאה מחלקי צעצוע קטנים [18], בעת שהיה בגן משחקים [19], היפגעויות

הורים הינה אחד המשתנים בתוך מכלול הגורמים הרחב אשר משפיעים על היפגעות ילדים וחשוב להגדיר השגחה מתאימה בתוך ההקשר החברתי והסביבתי בהם הילד וההורה נמצאים. במקומות בהם השגחת הורים אינה קיימת, ישנם לפעמים חלופות אחרות אשר אותן ניתן לבחון, כגון: השגחת אחים, שהוכח שאינה תמיד יעילה במניעת היפגעות, אלא בהדרכה מתאימה. המחברים ממליצים להשתמש במודל חברתי אקולוגי המאפשר לבחון את הקשר בין השגחת הורים להיפגעות ילדים בהקשר רחב יותר המאגד בתוכו גם את הרמה האישית של הילד, הרמה הבינאישית בין הילד להורה והרמה החברתית כלכלית פיסית.

מקורות

1. Peden M, Oyegbite K, Ozanna-Smith J & al, (EDs.) World Report on Child Injury Prevention. Geneva, Switzerland: World Health Organization, December, 2008.
2. Society for the Advancement of Violence and Injury Research and Safe States Alliance, 2005.
3. Goldberger N, Aburabeha M, Haklay, Z, Leading causes of death in Israel 2011. Israel, Jerusalem: Ministry of Health, September, 2014.
4. Ivancovsky M & Kislev S, Child Injuries in Israel: 'Beterem' National Report 2013. Petach-Tikva: Beterem - Safe Kids Israel; 2014.
5. Rimsza M, Shackner R, Bowen K & al, Can child death be prevented? The Arizona child fatality review program experience. Pediatrics, 2000; 110:1-7.
6. Resolution No. 4289 dated 02.19.2012 of the Israel Government. Planning a multi-year program to promote child safety in Israel.
7. Schwebel DC, Speltz ML, Jones K & al, Unintentional injury in preschool boys with and without early onset of disruptive behavior. J Pediatric Psychol, 2002; 27(8):727-737.
8. Kataoka E, Griffin, M, Durham J, The characteristics of, and risk factors for, child injuries in Andhra Pradesh, India: the Young Lives project. Int Health, 2015;7(6):447-54
9. Campis, LK, Lyman RD, Prebtice-Dunn, S, The parental locus of control scale: development and validation. Journal of Clinical Child Psychology, 1986; 15: 260-267.
10. Sellstrom E & Bremberg S, The significance of neighborhood context to child and adolescent health and well-being: a systematic review of multilevel studies. Scan J Public Health, 2006; 34(5):544-554.
11. Baron-Epel O, & Ivancovsky M, A socio-ecological model for unintentional injuries in minorities: a case study of Arab Israeli children. Int J Inj Contr Saf Promot. 2015; 22(1):48-56.
12. Wills K, Christoffel K, Lavigne J & al, Patterns of correlates of supervision in child pedestrian injury. Journal Of Pediatric Psychology, 1997; 22:89-104.
13. Saluja G, Brenner RA, Morrongiello BA & al, The role of supervision in child injury risk: Definition, conceptual and measurement issues. Injury Control and Safety Promotion, 2004; 11:17-22.
14. Morrongiello BA, Caregiver supervision and child-injury risk:

השגחה מתאימה משתנה בהתאם להקשר הסביבתי. לדוגמא, בבית או במגרש משחקים ישנה עדות חד משמעית לכך שתשומת לב מתמשכת וקירבה לילד מספקת את ההשגחה המתאימה ברוב המקרים. אך בסביבה שונה, קרי בכפר או מקום חקלאי, על אף שתשומת לב והמשכיות ממשיתים להיות מדדים חשובים המפחיתים את הסיכון להיפגעות, שמירה על הקירבה לא תמיד נכונה ואף יכולה להזיק, וזאת מאחר והמבוגר חושף את הילד לסכנות סביבתיות (חיות, ציוד מסוכן וכיוצב'). בשכונות ומקומות עם רמה חברתית-כלכלית נמוכה, בהן שכיחות גבוהה של סיכונים פיזיים, ההשגחה ותשומת הלב צריכה להיות קרובה יותר עם רמת קרבה גבוהה יותר לילד על מנת להבטיח את בטיחותו [28]. אף על פי כן, במחקרם של Sooru ו-Bhopal [29] נמצאה מגמה הפוכה, בה הורים לילדים הגרים באזורים מקופחים דווחו כי נתנו לילדיהם לרכוב ללא קסדה, ללכת ולחזור לבד מביה"ס, לחצות כבישים סואנים וללכת לבד למגרש המשחקים בהשוואה להורים לילדים מאזורים פחות מקופחים. יחד עם זאת, חשוב לציין כי במקומות בעלי רמה חברתית כלכלית נמוכה, המבנה המשפחתי והחברתי והגורמות החברתיות והתרבותיות שונות. יתכן ויחד עם קיומם של גורמי החשיפה השונים המעלים את הסיכון להיפגעות במקומות כאלה, קיימים גם גורמי מגן שונים, כגון: קיומה של השגחה נוספת על ידי המשפחה המורחבת. לכן, על מנת לשפר את מיומנויות ההשגחה יש להעלות את המודעות בקרב הורים אלו על ידי ההדגשה של הפעולות הבלתי מתוכננות של ילדיהם הצעירים. ישנם מחקרים בהם דווח כי ילדים יכולים לחוות היפגעות גם כאשר ההורים משגיחים באופן מלא/צמוד לעומת ילדים אחרים שלא יפגעו כלל למרות שהוריהם אינם בקרבתם [30]. כפי שצוין קודם, ניתן אם כן להניח, כי הקשר בין השגחת הורים להיפגעות ילדים אינו חד ערכי, וכי קיימים לא מעט משתנים מתערבים בקשר כגון מאפייני הילד וההורה הכוללים מאפיינים אישיים, עמדות והתנהגות, מאפיינים חברתיים סביבתיים וכלכליים. השגחת הורים אמנם ביכולתה להפחית את הסיכון להיפגעות, אך יש לבחון את הקשר הנ"ל בסביבות חברתיות ופיסיות שונות [14].

סיכום והמלצות להמשך פעולה

היפגעות ילדים הינה תוצאה של גורמי סיכון רבים – התנהגותיים, חברתיים וסביבתיים, אשר כל אחד מהם משפיע על השני. ככל שנבין את האינטראקציות בין כל הגורמים הללו נאפשר תכנון אופטימאלי של מניעת היפגעות של ילדים. השגחת הורים הינה ההתערבות החשובה ביותר, ויחד עם זאת הפשוטה ביותר, על מנת להגן על הילד מפני פגיעה לא מכוונת. הבנת החשיבות של השגחה הורים אשר מהווה גורם מגן להיפגעות הינה אחד מאבני הדרך החשובים למניעת היפגעות כחלק מאתגרי בריאות הציבור. השגחת

- and socioeconomic factors associated with traumatic dental injuries among children aged 0-17 years in the Swedish BITA study. *Dent Traumatol*, 2015; 31(5):361-7.
23. *Sinclair KA, Morrongiello BA, Dowd, DM*, Parenting behaviors and attitudes about supervision among parents of acutely poisoned children. *Ambulatory Pediatric*, 2008; 8:135-138.
 24. *Morrongiello BA, Schell SL, Keleher B*, Advancing our understanding of sibling supervision and injury risk for young children. *Social Science & Medicine*, 2013; 96:208-213.
 25. *Schell SL, Morrongiello BA, Pogrebstova E*, Training older sibling to be deter supervisors: an RCT evaluation the "Safe Sibs" program, 2015; *J Pediatric Psychol*. In Press.
 26. *Morrongiello BA, Zdzieborski D, Stewart J*, Supervision of children in agriculture setting: implications for injury risk and prevention. *Journal of Agromedicine*, 2012; 17:149-162.
 27. *Peterson L, Ewigman B, Kivlahan C*, Judgment regarding appropriate child supervision to prevent injury: the role of environment risk and child age. *Child development*, 1993; 64(3):934-950.
 28. *Munro SA, Van Niekerk A, Seedat M*, Childhood unintentional injuries: the perceived impact of the environment, lack of supervision and child characteristics. *Child Care Health Dev*, 2006; 32:269-279.
 29. *Sooru H, Bhopal RS*, Parental permission for children's independent outdoor activities: implication for injury prevention. *European Journal of Public Health*, 2002; 12:104-109.
 30. *Morrongiello BA, Ondejko L, Littlejohn A*, Understanding toddlers' in-home injuries: II. Examining parental strategies, and their efficacy, for managing child injury risk. *Journal of Pediatrics Psychology*, 2004; 29:433-446.
 - I issues in defining and measuring supervision; II. Findings and directions for future research. *Journal of Pediatrics Psychology*, 2005; 30:536-552.
 15. *Morrongiello, B.A., Walpole, B., McArtur, B.A.*, 2009. Brief report: young children's risk of unintentional injury: a comparison of mothers' and fathers' supervision beliefs and reported practices. *Journal of Pediatric Psychology* 34, 10663-1068.
 16. *Landen, M, Bauer U, Kohn M*, Inadequate supervision as a cause of injury death among young children in Alaska and Louisiana. *Pediatric*, 2003; 111:328-331.
 17. *Ozanne-Smith J, Day L, Parsons B & al*, Childhood poisoning: Access and prevention. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 2001; 37:262-265.
 18. *Pollack-Nelson C & Drago D*, Supervision of children aged two through six years. *Injury Control and Safety Promotion*, 2002; 9:121-126.
 19. *Lam KY, Sumanth Kumar G, Mahadev A*, Severity of playground-related fractures: more than just playground factors? *J Pediatr Orthop*. 2013;33(3):221-6.
 20. *Rosenberg M, Wood L, Leeds M, Wicks S*, "But they can't reach that high...": parental perceptions and knowledge relating to childhood poisoning. *Health Promot J Austr*. 2011;22(3):217-22.
 21. *Sleet DA, Trifileti LB, Gielen, AC & al*, Individual-level behavior change models: applications to injury problems. In: *Gielen, A.C., Sleet, D.A., DiClemente R.J.*, eds. *Injury and violence prevention: behavioral science theories, methods, and applications*. San Francisco: Jossey-Bass, 2006, 19-40.
 22. *Oldin A, Lundgren J, Norén JG, Robertson A*, Temperamental

נזקי עישון בתקופת ההיריון

אסתר רייך, מיקה פלמון, פרופ' דניאל מורן

הפקולטה למדעי הבריאות, המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל בשומרון

תקציר

מנתונים שפורסמו על ידי ארגון הבריאות העולמי בשנת 2015 עולה כי כ-22.5 אחוזים מכלל אוכלוסיית העולם מעשנים; 32 אחוזים מהגברים ו-7 אחוזים מהנשים. בישראל, אחוז המעשנים בקרב בני 21 שנים ומעלה הוא 19.8%. מחקרים רבים שנעשו בעולם הוכיחו את הקשר המובהק בין עישון לתחלואה ובפרט להתפתחות סרטן הריאות. במאמר זה נסקור את תופעת העישון ואת נזקי עישון בקרב נשים הרות, ונבחן את האמצעים הקיימים להפסקת עישון.

לסקירת הספרות במאמר נעשה חיפוש במאגרי המידע Google scholar, Pub-med, Summon, אתר WHO ואתר משרד הבריאות הישראלי. החיפוש נעשה לפי מילות מפתח: עישון, היריון, נזקי עישון, עישון בהיריון, הפסקת עישון, גמילה מעישון, Smoking, Smoking cessation, Pregnancy Tobacco use, Secondhand smoke. נסקרו מאמרים מעשר השנים האחרונות, החל מ-2005 ועד אפריל 2016.

נמצא כי שכירות העישון בקרב נשים בהיריון משתנה בין מדינות. הסיבה לגיוון בשכירות העישון בין מדינות קשורה לגיל האישה, להשכלתה ולמקצועה. למרות הסיכונים ולמרות הירידה באחוז המעשנות במהלך ההיריון, עדיין נשים הרות רבות מעשנות.

הנזקים שגורם העישון ניכרים בכל מערכות הגוף, שכן חומרי העשן הנשאף לגוף דרך מערכת הנשימה ישר לריאות נספגים ברירות, במערכת העיכול ובמחזור הדם. המחקרים מראים ש-7,000 כימיקלים חוצים את מחסום השליה וגורמים נזק ישיר לעובר. הכימיקלים המזיקים ביותר כוללים ניקוטין, ציאניד וזפת. עישון בהיריון קשור למשקל לידה נמוך, למוות בעריסה, לתפקודי ריאות ירודים, לתמותת תינוקות, לסיון משמעותי להיריון חוץ-רחמי, לשליית פתח, להיפרדות שליה, לפקיעת קרומים מוקדמת, לפגיעה בהתפתחות העובר וכן להפלות בשלב מוקדם של ההיריון או ללידה מוקדמת.

קיימות התערבויות שונות להפסקת עישון וביניהן תרופות ותחליפים לניקוטין וכן ייעוץ פסיכולוגי של קלינאים וייעוץ במסגרת קבוצות. נראה שהתערבויות פסיכולוגיות הן היעילות ביותר. לאור פוטנציאל הנזקים הבריאותיים הרבים שעלולים להיגרם לאם ההרה, אך בעיקר לעובר ולתינוק שיוולד, יש לשקול נקיטת כלים רגולטוריים כנגד אימהות הרות מעשנות.

היריון

ההיריון מתחלק לשלושה שלבים עיקריים: שלב קדם-עובר (Germinal stage), שלב עוברון (Embryonic stage) ושלב העובר (Fetal stage). שלב קדם-עובר נמשך כשבועיים לאחר העיבור, שלב עוברון מתחיל בשבוע השני להיריון עד חודשיים להיריון, ושלב העובר – מחודשיים לאחר הלידה עד הלידה עצמה (1). כל אחד משלבים אלו נושא סיכונים ורגיש בפני עצמו לגורמים שונים. שלב קדם-עובר הוא השלב שבו נוצרת הזיגוטה ושלב החלוקה מתחיל עד כדי 150 תאים לאחר

שבוע, ולאחר שבועיים מדובר על מסת תאים הנצמדת לקיר הרחם ושלב העוברון מתחיל (2). שלב קדם-עובר הוא השלב הרגיש ביותר מאחר ורוב המבנים הפיזיולוגיים נוצרים (1). בשלב העוברון, במהלך חודשיים, האורגניזם מתחיל לפתח איברים: עמוד השדרה, עיניים, לב, פלומה ומאפיינים של הפנים. העוברון עדיין ביותר כי האיברים הבסיסיים נוצרים. לציין, בשלב זה, מתרחשות רוב ההפלות ומתגלים רוב המומים (2). בשלב העוברי, הצמיחה מהירה כשהשרירים והעצמות מתפתחים והמערכות הפיזיולוגיות מגיעות לשלב הבגרות.

שנים ומעלה באוכלוסיית ישראל הוא 19.8%. בהשוואה לשנת 2013, על פי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שיעור המעשנים בישראל 23.1%, ואילו על-פי סקר "ידע, עמדות והתנהגות בריאותית בישראל" 2013 (KAP 2013), שנערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות (המלב"ם) והמחלקה לחינוך וקידום בריאות, אחוז המעשנים בקרב בני 21 שנים ומעלה באוכלוסיית ישראל הוא 18.7%. למרות מגמת הירידה, ממשיך העישון להיות גורם מרכזי לתחלואה ותמותה ולהוצאה כלכלית בישראל. ניתן להעריך כי בשנת 2014 נפטרו כתוצאה מנוקי עישון כ-8,000 ישראלים, והטיפול במחלות הקשורות בעישון וההוצאות הנלוות אליהן היו כרוכים בעלות של כ-3.7 מיליארד שקל. 27.3% מכלל הגברים בישראל מעשנים ו-12.6% מכלל הנשים בישראל מעשנות. שיעור העישון הוא 26.3% באוכלוסייה הערבית ו-18.4% באוכלוסייה היהודית. בקבוצות הגיל 21-64 שיעורי העישון גבוהים יותר בקרב נשים יהודיות בהשוואה לנשים ערביות (פי 1.8 בקבוצת הגיל 21-34 ופי 3.9 בקבוצת הגיל 50-64). בקבוצת הגיל של בנות 65 ומעלה השיעורים דומים בשתי הקבוצות. בקרב הנשים המעשנות, אחוז הנשים הצורכות פחות מ-10 סיגריות ליום הוא גבוה (כ-40%) ודומה בשתי האוכלוסיות. שיעור הנשים הצורכות 10-20 סיגריות ליום גבוה יותר באוכלוסייה היהודית בהשוואה לאוכלוסייה הערבית (55.6% ו-45.5% בהתאמה). (4). שיעור העישון בקרב גברים בישראל (27.3%) נמוך במעט מהממוצע (28.5%) של מדינות ה-EU (האיחוד האירופי). שיעור העישון בקרב נשים בישראל (12.6%) נמוך ביחס למדינות ה-EU (17.7%).

היקף תופעת העישון בקרב נשים הרות

למרות הסיכונים ולמרות הירידה בעישון במהלך ההיריון, עדיין נשים הרות רבות יחסית מעשנות (5). נמצא כי שכיחות העישון בקרב נשים בהיריון משתנה בין מדינות. השכיחות בסין 9.9%, באנגליה - 17%, בארה"ב - 14%, בספרד היא נעה בין 30%-35%, ובקנדה - 10.5% (5-6) באוסטרליה, מנתונים שפורסמו ב-2014 עולה כי שכיחות העישון בהיריון 14.5% ולפי אזורים גיאוגרפיים השיעור נע בטווח של 10.9-24.5% (7). הסיבה לגיוון בשכיחות העישון בין מדינות קשורה לגיל האישה, להשכלתה ולמקצוע שלה. כך עלה במחקרים שנערכו באנגליה ובארה"ב. ככל שהאישה בהיריון צעירה יותר בגילה, כך שכיחות העישון גבוהה יותר. מחקרים באנגליה מצאו ש-45% מהנשים מתחת לגיל 20 עישנו במהלך ההיריון לעומת 9% מהנשים בהיריון בגיל 35 ומעלה. הנתונים דומים בקשר להשכלה: 22% מהנשים בהיריון בעלות השכלה מתחת ל-12 שנות לימוד מעשנות, לעומת 6.5% בקרב נשים בהיריון בעלות השכלה מעל 12 שנות לימוד. ובהתאם למקצוע, נמצא כי 29% נשים שעובדות עבודות ידיים ובייצור מעשנות במהלך ההיריון, לעומת 7% מהנשים שעובדות בתפקידים ניהוליים או מקצועיים (5). יחד עם זאת, יש להתייחס לאותם נתונים

העובר מסוגל לבצע פעולות פיזיות ובהדרגה מתחיל לתפקד. העובר מגיע לחיות בשבועות 23-26 להיריון ויכול לשרוד אם ייוולד כפג. בשבוע ה-23 ההישרדות עדיין נמוכה, 10%-20, אבל החל משבוע 26 היא מגיעה ל-75%. יחד עם זאת, תינוקות שנולדים בשבועות אלו חווים בעיות נרחבות בהתפתחות (1). מערכות רגישות כוללות את מערכת העצבים עד השבוע ה-12 להיריון, הלב עד השבוע השישי, הזרועות והרגליים עד השבוע השביעי, העיניים עד השבוע השמיני, האוזניים עד השבוע ה-12 יחד עם האיברים הגניטאליים (2). במהלך שלב העוברון והשלב העוברי האורגניזם המתפתח מאוד רגיש לרעלים ולחומרים כימיים. אחד מתפקידי השליה היא הגנה מפני חומרים מזיקים על ידי סינון נוטריינטים וחמצן וחסימת רעלים וחומרים מזיקים אחרים. בגלל שגוף העובר ומערכת העצבים מתפתחים במהירות, הם מאוד רגישים להשפעות של תרופות ושל חומרים מזיקים אחרים. יחד עם זאת, וירוסים כמו נגיף האיידס, וחומרים כניקוטין, קפאין, מריחואנה והרואין חודרים את השליה ומשתלבים בזרם הדם של העובר ויכולים לפגוע בו. כל אותם חומרים שעלולים להזיק להתפתחות העובר ולגרום נזקים במוחו או מומים מסוגים תחת השם טרטוגן (teratogen) - חומר, מחלה או גורם סביבתי העלול לפגוע בהתפתחות העובר ברחם - סמים או חומר סביבתי כגון כימיקלים (2). גורם נוסף שיכול לפגוע בהתפתחות העובר קשור לבעיות גנטיות, במיוחד אם ההורים נושאים טיפוזאקס או אם האם בשנות הארבעים שלה, עובדה שמעלה את הסיכון לטריזונומיה. בנוסף לטריזונומיה קיימות יותר מ-1,000 הפרעות גנטיות (2).

שיטה

נערכה סקירה של מאגרי המידע PubMed ו-Google Scholar, אתר ארגון הבריאות העולמי (WHO) ואתר משרד הבריאות הישראלי. החיפוש נעשה לפי מילות מפתח: Smoking cessation, Smoking, Pregnancy, Tobacco use, Secondhand smoke. נסקרו מאמרים מעשר השנים האחרונות - 2005 עד אפריל 2016, ושפת המחקר לא הוגבלה. החיפוש הוגבל למחקרים המערבים בני אדם.

כצעד ראשון נערך חיפוש המכיל את מילות המפתח pregnancy ו-smoking, ולאחר הפעלת קריטריוני הכללה וסינון נוסף שבו הוצלבו שתי מילות החיפוש עם מילות המפתח הנוספות נכללו 28 מאמרים בסקירה זו.

היקף תופעת העישון בעולם ובישראל

לפי דו"ח ה-WHO לשנת 2015: כ-22.5 אחוזים מכלל אוכלוסיית העולם מעשנים, כמיליארד אנשים, 32 אחוזים מהגברים ורק 7 אחוזים מהנשים (3). בישראל, על-פי "סקר בריאות לאומי בישראל-3" (INHIS-3) שנערך על ידי המרכז הלאומי לבקרת מחלות (המלב"ם), אחוז המעשנים בקרב בני 21

מעשנים לעומת לא מעשנים. הוא עוד אחראי על מחלות לב וכלי דם, מחלות ריאה ודרכי הנשימה, אובדן מסת העצם, מחלות פריווונטיות עד אובדן שיניים, סיבוכים בניתוחים והחלמה של הפצע הניתוחי, קטרקט, מחלת כיב פפטי ואובדן שמיעה (10-11). כמו כן, עישון גורם לסיבוכים הקשורים לפריון, היריון ולידה (6).

עישון הוא גורם סיכון לתחלואה ותמותה הניתן למניעה (11). הנתון הראשון שנוהגים לציין לגבי נזקי העישון הוא מספר האנשים שמתים בכל שנה בגלל שעישנו (10). ההערכה שכ-50% מהמעשנים ימותו באנגליה כתוצאה מהתמכרותם לסיגריות (12). נתונים ודאיים יותר מהדו"ח השנתי ב-2014 של מפקד כוחות הרפואה האמריקאים מלמדים ש-480,000 אמריקאים מתים בכל שנה מעישון, ובעולם – 5.7 מיליון בני אדם מתים (10). מחקר שערכו Prabhat et al. (13) התבסס על הרציונל שההערכות של מחקרים שהתבססו על ניתוחים של אקסטרפולציה (חולשתם בחוסר הדיק שלהם מאחר והם מבוססים על צפי) בשנות ה-80 אשר הציעו שבקרוב מעשנים בני 35-69 שנים בארה"ב, 200,000 ימותו בכל שנה או רבע מכל סוגי המוות בקבוצה זו.

בשנות ה-80 הוערך שהעישון אחראי ל-25% מכל מקרי המוות בגילאי 35-69 בארה"ב. מאחר וחלה ירידה בשיעור העישון מאז שנות ה-80, הציעו Prabhat et al. (13) לבחון את הנושא בצורה מדויקת יותר. מדגם המחקר כלל 113,752 נשים ו-88,496 גברים בגילאי 25 ומעלה שהשתתפו בסקר לאומי אמריקאי בנושא בריאות בין השנים 1997-2004, ונאספו מקרי המוות שהתרחשו עד סוף שנת 2006: 8,236 מקרי מוות בקרב נשים ו-7,479 מקרי מוות בקרב הגברים. נערכה השוואה בין שיעורי מוות של אלו שעישנו מול אלו שלא עישנו. נמצא כי שיעור התמותה מכל סיבות המוות היה פי שלושה גבוה יותר בקרב המעשנים לעומת הלא מעשנים. רוב סיבות המוות היו קשורות למחלות הקשורות לעישון. האפשרות לשרוד מגיל 25 עד גיל 79 הייתה פי שניים גבוהה יותר בקרב אלו שלא עישנו. החוקרים סיכמו כי מעשנים מקצרים את תוחלת החיים שלהם בעשור בהשוואה לאלו שלא עישנו. הפסקת עישון לפני גיל 40 מורידה את הסיכון לתמותה ב-90%. מחקר אחר היה מחקרם הפרוספקטיבי של Green & Beral, Reeves, Peto, Pirie (14) שכלל 1.3 מיליון נשים שנולדו בשנות ה-40 באנגליה וגויסו בין השנים 1996-2001. נערך מעקב אחריהן לאחר שלוש ושמונה שנים עד שנת 2011, כאשר המטרה הייתה להשוות שיעורי תמותה של נשים מעשנות מול נשים לא מעשנות, כולל נשים שהפסיקו לעשן לפני גיל 55. ממצאי המחקר העלו ששני שליש מכל מקרי המוות של המעשנות בשנות ה-50, ה-60 וה-70 לחייהן נגרמו מהעישון, ובאופן דומה למחקר של Prabhat et al. (13) – תוחלת החיים שלהן קוצרה בעשור. כמו כן, גם במחקר זה, הפסקת עישון לפני גיל 40 מפחיתה מקרי מוות מעישון ב-90% ו-97% כאשר הפסקת העישון לפני גיל 30.

של שכיחות העישון במהלך ההיריון בזהירות, שכן מחקרים קליניים הראו שנשים שמעשנות או שעישנו במהלך ההיריון אינן מדווחות על כך, והוערך כי שיעור אי-דיווח נע בין 24%-28% (8). נתונים ממחקר אוסטרלי שכלל 1,922 נשים בהיריון בין השבוע השישי לשבוע ה-42 שגויסו משני בתי חולים שבהם הגיעו למעקב היריון הראו חוסר דיווח. אחת ממטרות המחקר הייתה לכמת את מספר הנשים המעשנות. בתוצאות המחקר, 125 (6.6%) דיווחו כי עישנו, 604 (31.8%) היו מעשנות לשעבר ו-1,170 (61.6%) כלל לא עישנו. כלומר, שיעור המעשנות היה חצי מהשיעור הלאומי של נשים בהיריון שמעשנות (7).

בישראל, לפי "חוק חובת הדיווח בדבר הנזקים הבריאותיים הנגרמים מעישון מוצרי טבק" משנת 2000, חלה חובה על שר הבריאות להגיש בכל שנה דו"ח על מצב העישון במדינה. במסגרת דו"ח שרת הבריאות משנת 2013, מופיעות תוצאות של הסקר הלאומי לגבי מצב הבריאות והתזונה (מב"ת) בקרב תינוקות ופעוטות בישראל שנערך על ידי מלב"ם בין ספטמבר 2009 ליוני 2012. בסקר השתתפו 1,319 נשים, 710 נשים יהודיות ו-609 ערביות. השיעור הכללי של נשים שעישנו לפני ההיריון היה 15.2% – 140 נשים יהודיות (19.7%) ו-9 נשים ערביות (1.5%). 149 נשים אלו נשאלו על עישון במהלך ההיריון. לפי הנתונים שהתקבלו, 83 נשים יהודיות – 59.3% ושתי נשים ערביות – 22.2% – הפסיקו לעשן בהיריון. לעומת זאת, 57 נשים יהודיות, כלומר 40.7% ושתי נשים ערביות – 22.2% – עישנו במהלך ההיריון. הן נשאלו אם המשיכו לעשן כמו לפני ההיריון, הפחיתו מהעישון או הגבירו את העישון. 18 נשים יהודיות (12.9%) ושתי נשים ערביות (22.2%) המשיכו לעשן כפי שעישנו לפני ההיריון, 37 נשים יהודיות (26.4%) וחמש נשים ערביות (55.6%) הפחיתו מהעישון ושתי נשים יהודיות (1.4%) עישנו יותר במהלך ההיריון. לא צוין לגבי אותן נשים שעישנו כמות הסיגריות שהן צורכות. לפי אותם נתונים, נשים בישראל מעשנות בשיעור גבוה יותר מרוב הנשים בעולם במהלך ההיריון. לגבי עישון פסיבי של נשים בהיריון בישראל, בעיקר עישון בן הזוג, לא נמצאו נתונים (9).

נזקי העישון

הנזקים שגורם העישון מצויים בכל מערכות הגוף שכן חומרי העשן הנשאף לגוף דרך מערכת הנשימה ישר לריאות נספגים ברירות ובמערכת העיכול ובמחזור הדם. במחזור הדם, עשן סיגריות גורם לירידה בויטמין A ובויטמין C, לעלייה ברמות CRP (C-reactive protein) לתגובה דלקתית סיסטמית מתונה ורמות לויקוציטים, לשינויים במנגנוני הקרישה ובתפקוד האנדותרליאל. עישון קשור למחלות סרטן היות ש-43% חומרים המצויים בסיגריות הוגדרו מסרטנים. הסיכון לחלות בסרטן הריאות, חלל הפה, הלוע, הוושט, הקיבה, הלב, לוקמיה, הכליה, האגן, כיס השתן וצוואר הרחם גבוה ב-20% בקרב

עשן. תינוקות אלו, למשל, בעלי נטייה גבוהה יותר לזיהומים מאשר תינוקות שהאימהות שלהם לא נחשפו לעשן. (17)

סיבוכים בהיריון בעקבות עישון האם

עישון גורם סיכון משמעותי להיריון חוץ-רחמי, שליית פתח (Placenta previa), היפרדות שליה (Abruptio placentae), פקיעת קרומים מוקדמת (Premature Rupture Of Membranes), פגיעה בהתפתחות העובר (IUGR Intrauterine Growth Restriction) וכן הפלות בשלב מוקדם של ההיריון או לידה מוקדמת. (18). במחקר שנערך לאחרונה נבדקה השפעת החומרים המזיקים בעשן טבק על גדילת העובר ועל צורת חבל הטבור. נבדקו 109 נשים בהיריון (31 מעשנות עם IUGR, 28 נשים לא מעשנות עם IUGR, ו-50 עם היריון תקין). נמצא כי בקבוצת הנשים המעשנות עם IUGR ריכוזי הקוטינין (תוצר של חילוף חומרים של ניקוטין בגוף), קדמיום ועופרת בדם היו גבוהים משמעותית מאשר בקבוצות המחקר (mean 55.23 ng/l; 1.52 ng/ml; 14.85 ng/ml vs 1.07; 0.34; 9.42 ng/ml; $r=-0.87$). הפוך מובהק בין ריכוזי עופרת לשינויים בצורת חבל הטבור ($r=-0.87$). במעשנות עם IUGR. אזור גלי וורטון (כלי הדם הטבוריים נמצאים בתוך מעטפת של חומר דביק שנועד להגן עליהם מכל פגע) היה מורחב ביחס לקבוצות הביקורת. יחס הפוך נמצא בין ריכוז קדמיום וקוטינין לאחוזון גדילת העובר אצל מעשנות ($r=-0.87$; $r=-0.87$). גדול יותר מאשר אצל לא מעשנות ($r=-0.78$; $r=-0.78$). חשיפה לעשן טבק שנמדדה על ידי ריכוז קוטינין, קדמיום ועופרת בדם הנה בעלת השפעה על גדילת העובר והתפתחות חבל הטבור וקשר חזק לעיכוב בגדילת העובר. (16). הסיבוכ המדווח הכי הרבה פעמים בספרות הוא משקל נמוך בלידה, הקטן מ-2500 גרם. עישון הוא הגורם המשפיע ביותר על משקל העובר בלידה במדינות מפותחות. נשים שמעשנות נמצאות בסיכון גבוה פי 2 עד 3 ללדת תינוק במשקל נמוך מאשר נשים לא מעשנות, התינוקות שלהם יהיו עם משקל קטן ב-150-300 גרם בממוצע. (19). מחקר שנערך בכרתים שביוון והשווה בין מעשנות ללא מעשנות בהיריון מצא קשר בין עישון ובין משקל נמוך בלידה ($OR=2.8$) ועיכוב גדילה בעובר ($OR=2.6$). נמצאה ירידה של כ-115 גרם במשקל היילוד, 0.53 ס"מ באורך ו-0.35 ס"מ בהיקף הראש בממוצע. אחוז לידות פגים במשקל לידה נמוך ($OR=2.8$) ועיכוב בגדילת העובר היו גבוהים בקרב המעשנות בהשוואה ללא מעשנות (20). נשים שהמשיכו לעשן בזמן ההיריון נמצאו קשורות למשקל לידה נמוך ($OR=1.75$) וללידה פג ($OR=1.36$). הקשר החזק ביותר נמצא בקרב נשים שהמשיכו לעשן גם בסוף ההיריון (21).

השפעת העישון בהיריון על היילוד בשנותיו הראשונות

מחקר שנערך בגיאורגיה בדק את השפעת עישון האם במהלך ההיריון על סיכון למוות עריסה. נמצא קשר מובהק ($OR=2.6$).

נזקי עישון בהיריון

השפעת העישון על העובר

ההשפעות המזיקות של חשיפת העובר לעשן טבק ניתנות למניעה. מדובר על גורם סיכון שכיח לתוצאות שליליות של ההיריון שניתן למנוע אותו (15). המנגנונים הביולוגיים של השפעת הטבק על התפתחות העובר נחקרו באופן נרחב במחקרים בבני אדם ובתנאי מעבדה. המחקרים מראים ש-7,000 כימיקלים חוצים את מחסום השליה וגורמים נזק ישיר לעובר (5). הכימיקלים המזיקים ביותר הם ניקוטין, ציאניד וזפת (16). עישון בהיריון קשור למשקל לידה נמוך, למוות בעריסה, לתפקודי ריאות ירודים ולתמותת תינוקות (6). מחקרים שנערכו בסוף העשור של המאה העשרים מלמדים על יחס הסיכויים ללידת מת של 1.2-1.8 (OR odds ratio) של נשים מעשנות מול נשים לא מעשנות. כמו כן, במטה-אנליזה יחס הסיכויים (OR) היה 1.36 ללדת לידת מת (15). Ahankari Coleman & Lewis, Marufu ערכו מחקר בשנת 2015 שמטרתו הייתה להעריך את הסיכון ללדת מת בקרב נשים מעשנות במהלך ההיריון, על מנת לספק נתונים עדכניים יותר. ניתוח של 34 מחקרים שנבחרו הראה שעישון במהלך ההיריון מעלה את הסיכון ללדת מת ב-47%. בהשוואה שנערכה בין שתי קבוצות לפי כמות הסיגריות שכל קבוצה עישנה – 1-9 סיגריות ליום מול 10 ויותר סיגריות ליום – נמצא שבקרב אלו שעישנו עד תשע סיגריות הסיכון ללידת מת עלה ב 9%, לעומת 52% בקרב נשים שעישנו 10 סיגריות ומעלה ליום.

ככלל, מעט מחקרים פורסמו על מומים כתוצאה אפשרית של עישון בהיריון, ייתכן כי הקשר הסיבתי ביניהם אינו ודאי. Hackshaw ועמיתים (5) מסבירים שב-50 שנים האחרונות לא נערך מחקר שבחן את הקשר במסגרת של סקירת ספרות סיסטמית, להוציא שפה שסועה. על מנת לבחון את הקשר, החוקרים התבססו על מחקרים תיאוריים שפורסמו בין השנים 1959-2010 עם יחס הסיכויים (OR) שהופיע בהם. 172 מחקרים זוהו עם סך הכול 173,687 מקרים של תינוקות שנולדו עם מום ו-11,674,332 מקרי ביקורת שנולדו ללא מום. נמצאו קשרים חיוביים מובהקים בין עישון האם לבין מומים אלו: לבביים וקרדיו-וסקולריים, מומים במערכת שריר-שלד, מומים באורך הגפיים, חוסר או עודף אצבעות, רגל קלובה (גיד אכילס קצר), קרניוסינוסטוזיס (סגירה מוקדמת של תפר אחד או יותר בגולגולת), מומים בפנים, מומים בעיניים, חיך שסוע, מומים במערכת העיכול, הרניה ומומים בפי הטבעת. שילוב של כל סוגי המומים הראה יחס סיכויים ללדת תינוק עם מום בקרב נשים מעשנות של ($OR=1.01$). עישון פסיבי הנו גורם למשקל לידה נמוך ולמחלות ריאה ביילודים. תינוקות שאמם נחשפה לעשן סיגריות במהלך ההיריון נולדים במשקל נמוך יותר. תינוקות נוטים יותר לתחלואה משום שהם נושמים

בשלושת קבוצות של שבוע הלידה שאימהותיהם עישנו במהלך ההיריון, תוצאות ממוצעות בקריאה היו נמוכות יותר בהשוואה לשלושת קבוצות לידה שאימהותיהם לא עישנו. בתחום המתמטי, ילדים "לבנים" לא היספניים הראו ממצאים דומים לממצאי הקריאה. לעומת זאת, בילדים כהי עור לא היספניים נצפו נתונים שקשה להסביר: קשיים מתמטיים גבוהים יותר בקרב ילדים שנולדו לפני שבוע 34 ומעל שבוע 37. יחד עם זאת, כשהאם שעישנה בהיריון ילדה בתום ההיריון (מעל שבוע 36), ההבדלים עם ילדים "לבנים" לא היספניים שאימהותיהם לא עישנו הצטמצמו. מגמה זו לא נצפתה בקרב ילדים כהי עור לא היספניים, ייתכן על רקע הבדלים סוציו-דמוגרפיים. החוקרים הסיקו שעישון האם משפיע על היכולות הקוגניטיביות של ילדיהן בקריאה ובמתמטיקה (23). יחד עם זאת, יש לציין שהמחקרים אינם אחידים בממצאיהם בגלל ערפלים שונים כגון משך העישון וכמות העישון. הקשר עקבי יותר במדדים הישגיים בלימודים ובעיות התנהגותיות, אבל הגיון הרחב של מדידות בשימוש במחקרים מקשים על ממצאיהם של יכולות נורו-פסיכולוגיות (24).

הפסקת עישון בהיריון

מרבית המבוגרים ובכללם נשים הרות מודעים לכך שעישון בהיריון גורם לנזק בריאותי לתינוק. קיים מידע נרחב ואמצעים זמינים לנשים הרות על מנת שיפסיקו לעשן למרות זאת מרבית הנשים ההרות המעשנות לא מפסיקות לעשן (26). נשים המפסיקות לעשן בעקבות החלטת אישית, חלקן באופן מתוכנן לקראת הכניסה להיריון כחלק מתכנון המשפחה. לרוב ההפסקה נתפסת בעיניהן כצעד המועיל להן, לעובר ולתא המשפחתי בהמשך. כאשר הפסקת העישון החלה מספר שבועות טרם הכניסה להיריון הן לעתים מאותרות על ידי הצוות הרפואי כ"לא מעשנות", ללא אבחנה שהן הפסיקו לעשן לאחרונה ואולי נתקלות בקשיים. מכיוון שהן לא מאותרות כנשים שהפסיקו לעשן לאחרונה, לא מציעים להן פעמים רבות התערבות למניעת חזרה, הכוללת הערכה של ההתמודדות עם הפסקת העישון, תמיכה ומתן פתרונות לקשיים העלולים להתעורר. חלק גדול מהנשים שהפסיקו לעשן באופן מתוכנן ממשיך בגמילה גם לאחר ההנקה. עם זאת, חלק מאלה שחזרו לעשן דיווחו על אירועי חיים מלחיצים ולא צפויים מבחינתן שהיו מכשול לתכנון המוקדם להפסקת עישון. לעומת זאת, חלק מהנשים מפסיקות באופן ספונטני ולא מתוכנן עם היוודע דבר ההיריון, לנשים אלה ההפסקה נתפסת כצעד מועיל לעובר, אך לא כצעד משמעותי עבורן או עבור התא המשפחתי. פעמים רבות הן לא מגדירות את עצמן כנגמלות מעישון אלא כנמצאות בהפסקה זמנית של העישון, חלקן מצהירות מראש על כך שיחזרו לעשן בהמשך. ואכן, כ-70% מהן חוזרות לעשן בחצי השנה הראשונה לאחר

נמצא כי כ-20.7% מכלל מקרי מוות עריסה היו נמנעים לו האם הייתה מפסיקה לעשן בזמן ההיריון. נמצא גם כי 61.3% ממקרי מוות עריסה בקרב המעשנות היו כתוצאה מהעישון. מחקר פרוספקטיבי בקרב 24,986 מקרים מצא שיעור של 0.80 מקרי מוות עריסה לאלף לידות חי (n=20). תינוקות לנשים מעשנות היו בסיכון גדול פי שלושה בהשוואה ללא מעשנות (OR = 3.5; 95% CI 1.4-8.7) והסיכון עלה ככל שעלה מספר הסיגריות שעישנו ביום (22) (p<0.05).

התפתחות קוגניטיבית והתנהגותית של ילדים נקבעת על-ידי אינטראקציה מורכבת של גורמים גנטיים, סביבתיים וחברתיים. אם התורשה אחראית על 50% מתכונות הקוגניטיביות, ההתנהגותיות והאישיות, המשמעות היא ש-50% הנוספים קשורים להשפעת הסביבה ו/או אורח החיים. טבק, כגורם סביבתי, אפילו בכמויות קטנות במהלך ההיריון מספיק כדי לעכב את ההתפתחות ולהקדים את הצורך בהתערבות מוקדמת של שירותים שונים. כאשר הילד גדל, ליקויים בתפקוד סוציו-רגשי ויכולות אינטלקטואליות גלויים יותר לעין, במיוחד בהקשר של שיפוט חברתי, מיומנויות בינאישיות, התנהגות אנטי-חברתית והישגים בלימודים (23-24).

במחקר בשם "The Generation R Study" שבוצע בהולנד, מציינים (24) et al. Polanska שלילדים שאימהותיהם עישנו, או שהיו חשופות לעישון פסיבי במהלך ההיריון, סיכון גבוה לבעיות התנהגותיות בגיל 18 חודשים, בהשוואה לילדים שאימהותיהם לא עישנו (p>0.05). במחקר קנדי בשם "Quebec Longitudinal Study of Children's Development" שבו נבדק הקשר בין יכולות קוגניטיביות של 1,544 ילדים בגיל 3.5 שנים לעישון האם בהיריון, משקל לידה ומשתנים סוציו-דמוגרפיים, עישון האם נמצא קשור למנת משקל, לאוצר מילים ולזיכרון בטווח הקצר, אלא שהם לא היוו גורם ניבוי עצמאי לאחר שהשכלת האם נבדקה. לעומת זאת, הקשר בין משקל לידה לזיכרון בטווח הקצר היה מובהק (25). במחקר נוסף שנערך בספרד בשנת 2007, נבדקו 482 ילדים בגיל ארבע שנים. האימהות ענו על שאלון בשליש האחרון להיריון ולאחר ארבע שנים, כאשר במעמד זה נבדקו היכולות הקוגניטיביות והיכולות המוטוריות של הילדים. נערכה רגרסיה רבת משתנים של שני סוגי היכולות שנבדקו בילדים עם משתנים דמוגרפיים של ההורים ושל הילדים שבה נמצא קשר חיובי בין עישון האם בהיריון לירידה ביכולות הקוגניטיביות של הילדים. לא נמצא קשר בין עישון האם בהיריון ליכולות המוטוריות של הילדים. במחקר של al. et Anthopolos (23) על בעיות קוגניטיביות, ובאופן ספציפי יכולות קריאה ויכולות מתמטיות, נבדקו בסוף כיתה ד' 65,677 ילדים "לבנים" וילדים כהי עור שאימהותיהם אינן היספניות. הילדים חולקו לשלוש קבוצות לפי שבוע הלידה שלהם (מתחת לשבוע 34, בין השבוע 34 ל-36, מעל שבוע 37) ולשתי קבוצות נוספות בהתאם לאימא שעישנה או שלא עישנה במהלך ההיריון. הממצאים הראו שלילדים

הנו היעיל ביותר. לציין, נמצא קשר ברור בין מספר פגישות הייעוץ להצלחת התכנית להפסקת עישון, כשנעשה בשילוב עם תרופות (27).

לאור ההשפעות והנזקים מעישון, הפסקת עישון בזמן היריון היא קריטית ביותר. להערכת רשויות הבריאות בארה"ב, אם כל הנשים יפסיקו לעשן במהלך ההיריון תהיה ירידה של 11% בשיעור לידת מת ו-5% בתמותת ילודים (19).

סיכום

נזקי העישון לאם ההרה, לעובר ובהמשך לתינוק הנולד הוכחו במחקרים רבים. למרות המידע המחקרי הרב, עדיין שיעור המעשנים בעולם גדול וכן שיעור הנשים המעשנות בזמן היריון. מעשנים מקצרים את תוחלת החיים שלהם בעשור בהשוואה לאלו שלא עישנו. הפסקת עישון לפני גיל 40 מורידה את הסיכון לתמותה בכ-90%.

עישון בזמן היריון הנו גורם סיכון בריאותי משמעותי לאם ולעובר. קיימות ראיות מספקות שניקוטין וכימיקלים נוספים הנמצאים בסיגריות מעלים את הסיכון לתחלואה, כולל קשר ישיר למחלות סרטן, לב וכלי דם. חשיפת העובר לניקוטין בעיקר בשלבים הראשונים של ההיריון בעלת השפעה הפוגעת בהתפתחותו ובבריאות התינוק גם לאחר היוולדו. נשים שמעשנות נמצאות בסיכון גבוה פי 2 עד 3 ללדת תינוק במשקל נמוך מאשר נשים לא מעשנות, הפסקת עישון במהלך ההיריון מורידה בכ-20% את שכיחות היילודים עם תת-משקל, מורידה בכ-17% את הלידה המוקדמת ומעלה את משקל העובר בממוצע של 28 גרם.

עישון קשור ללידת מת או למוות עריסה וניתן למנוע זאת על ידי הפסקת העישון. נמצא כי כ-20.7% מכלל מקרי מוות עריסה היו נמנעים לו האם הייתה מפסיקה לעשן בזמן ההיריון, ו-61.3% ממקרי מוות עריסה בקרב המעשנות היו כתוצאה מהעישון (28).

מסקנות

מטרת הפסקת עישון בהיריון היא להפחית למינימום את חשיפת העובר לחומרים מסוכנים ומזיקים. הזמן הטוב ביותר הוא הפסקה מוקדמת ככל שניתן, ועדיף עוד לפני תחילת ההיריון או במהלך השליש הראשון, אך תושג תועלת גם אם יופסק העישון בשלב מאוחר יותר. לכן יש לאתר את הנשים המעשנות בזמן היריון ולבצע הערכה כוללת לנשים הללו, לייעץ להן להפסיק לעשן ולהציע להן אמצעי התערבות להפסקת עישון לאורך כל ההיריון. מומלץ לערוך להן שיחה להגברת מוטיבציה להפסקת עישון תוך הערכה של העמדות השונות. השיחה והדיון ייסובו על יתרונות וחסרונות בהפסקת עישון מבחינת, והיו מלווים בתמיכה ובהכוונה להתמודדות עם הקשיים האפשריים. תפקידם של תחליפים ותרופות להפסקת עישון בזמן היריון נותר לא ברור ומצריך מחקרים נוספים.

הלידה או עד לגמר ההנקה. חלק מהנשים שחזרו לעשן למרות ההפסקה הספונטנית לא הקנו לעצמן הרגלי בריאות התומכים בגמילה מעישון ומאפיינים את אלו המעוניינים להפסיק לעשן. לכן אינן מפתחות מוטיבציה להמשיך בהפסקת העישון לאחר הלידה. התמכרות לסיגריות בשילוב מוטיבציה נמוכה ועמדות התומכות בעישון מביאות אותן, בסופו של דבר, חזרה לעישון בתום ההיריון. הסיבות לחזרה לעישון על פי הדיווח של קבוצה זו הן: לחץ וקושי בשינוי בחיים, חוסר שינה, דכדוך, בעיה בהפחתה במשקל. כמו כן, פעמים רבות לנשים אלה בן זוג מעשן שמקשה על התמדה בהפסקה. (18)

קיימות מגוון התערבויות פסיכולוגיות להפסקת עישון שנבחנו וביניהן ייעוץ אינפורמטיבי, טיפול קוגניטיבי התנהגותי ב-CBT (Cognitive Behavioral Treatment), ראיונות מעוררי מוטיבציה (19). הטיפול הסטנדרטי הוא התערבות הכוללת המלצה להפסיק לעשן ומתן חומר לקריאה עצמית או הפניה לתכנית להפסקת עישון או לייעוץ קצר. טיפול יחידני כלל גם את המרכיבים הללו אך בנוסף גם ייעוץ פסיכולוגי אינטנסיבי יותר. בחלק מהמחקרים נעשה שימוש בקבוצות להפסקת עישון ובשיחות טלפוניות לתמיכה. נמצא כי ייעוץ פסיכולוגי יותר אפקטיבי לצורך הפסקת עישון בקרב נשים הרות מאשר הייעוץ הסטנדרטי (27). ייעוץ טלפוני נמצא יעיל לפחות בטווח הקצר, אך לא הוכח כי ייעוץ טלפוני ממושך טוב יותר באופן משמעותי מייעוץ קצר מועד. ולא נמצא יעיל לעומת מפגש אישי קצר של חמש דקות, אך נמצא יעיל יותר במעשנות קלות של עד עשר סיגריות ביום. סקר בקרב נשים הרות מצא כי הייתה העדפה למפגשי ייעוץ פנים אל פנים שלהם התווספה חלוקת חומרי הדרכה והסבר. (12)

קיימים תחליפים רבים לניקוטין שמטרתם לספק תחליף לניקוטין המתקבל מסיגריות ולהפחית את החומרה של סימפטומי הגמילה מניקוטין (27). מספר מחקרים העוסקים בחשיפה קצרה למדבקות ניקוטין או מסטיק המכיל ניקוטין הראו שינויים המודינמיים קלים באם ובעובר, לרוב פחות מאלו הנראים בעישון סיגריות (27). למרות שתחליפי ניקוטין אינם חושפים את האם ואת העובר לחלק גדול מהרעלים שבסיגריות, הניקוטין עובר בקלות את השליה ויכול להימצא בריכוזים גבוהים יותר ברמות העובריות מאשר בדם האם. בניסויים על בעלי חיים נמצא כי ניקוטין יכול להשפיע על גדילת העובר. וכי לניקוטין יש אפקט טוקסי ישיר על זרימת הדם בעובר. תרופה נוספת להפסקת עישון נקראת בופרופיון (Bupropion), קיימת בבריטניה מאז שנת 2000, אך בארצות הברית מאז 1985. התרופה לא נמצאה כתרופה טרטוגנית אך נמצאה שכיחות גבוהה להפלות, לכן יש להימנע ממנה בזמן היריון עד לאיסוף נתונים נוספים. קיימות תרופות נוספות המסייעות בהפסקת עישון, אך בטיחות השימוש בהן בזמן היריון אינה ידועה ולכן אינן מומלצות לשימוש בזמן היריון (12).

השילוב של ייעוץ פסיכולוגי ותרופות להפסקת עישון

- Thun M, Anderson RN, McAfee T, Peto R. 21 st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med*. 2013; 368: 341-350.
14. Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: A prospective study of one million women in the UK. *Lancet*. 2013; 381: 133-141.
15. Marufu TC, Ahankari A, Coleman T, Lewis S. Maternal smoking and the risk of still birth: Systematic review and meta-analysis. 2015; 15: 239-254.
16. Milnerowicz-Nabzyk E, Bizon A. How does tobacco smoke influence the morphometry of the fetus and the umbilical cord? Research on pregnant women with intrauterine growth restriction exposed to tobacco smoke. *Reprod Toxicol*. 2015; 58: 79-84.
17. Rockville, MD. Surgeon General's Report. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. 2006.
18. אפק שני ד"ר ולב ישי ד"ר. מניעה וגמילה מעישון בנשים הרות. כתב העת לרפואת המשפחה, גיליון מס' 150, מדיקל מדיה. 2009.
19. Murin S, Rafii R, Bilello K. Smoking and Smoking Cessation in Pregnancy. *Clinics in Chest Medicine*. 2011; 32:75-91.
20. Vardavas C, Chatzi L, Patelarou E, Plana E, Sarri K, Kafatos A. Smoking and smoking cessation during early pregnancy and its effect on adverse pregnancy outcomes and fetal growth. *European Journal of Pediatrics*. 2010; 169: 741-748.
21. Jaddoe V, Troe E.W, Hofman A, Mackenbach J. P, Moii H. A, Steegers E. A, Witteman J. M. Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birthweight and preterm birth: the Generation R Study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2008; 22: 162-171.
22. Wisborg k, Kesmodel U, Henriksen T. B, Olsen S. F Secher N. J. A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS. *Arch Dis Child*. 2000; 83:203-206.
23. Anthopolos R, Edwards SE, Miranda ML. Effects of maternal prenatal smoking and birth outcomes extending into the normal range on academic performance in fourth grade in North Carolina, USA. *Paediatr and Perinat Epidemiol*. 2013; 27: 564-574.
24. Polanska K, Jurewicz J, Hanke W. Smoking and alcohol drinking during pregnancy as the risk factors for poor child neurodevelopment – A review of epidemiological studies. *Int J Occup Med Environ Health*. 2015; 28(3): 419-443.
25. Huijbregts SCJ, Séguin JR, Zelazo PD, Parent S, Japel C, Tremblay RE. Interrelations between maternal smoking during pregnancy, birth weight and sociodemographic factors in the prediction of early cognitive abilities. *Inf. Child Develop*. 2006; 15: 593-607.
26. Flemming K, McCaughan D, Angus K, Graham H. Qualitative systematic review: barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women in pregnancy and following childbirth. *Journal of Advanced Nursing*. 2014; 71: 1210-1226.
27. The Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update: A U.S. Public Health Service Report. *American Journal of Preventive Medicine*. 2008; 35(2), 158-176.
28. Shah T, Sullivan K, Carter J. Sudden Infant Death Syndrome and Reported Maternal Smoking During Pregnancy. *American Journal of Public Health*. 2006; 96 (10):1757-1759.

מגבלות המאמר הנן: בהיותו סקירת ספרות, מתבסס על מאמרים וסקירות שנכתבו בעבר ולא על מחקר או נתונים עכשוויים. חלק מהמאמרים נכתבו כבר לפני מספר שנים ואין נתונים עדכניים בנושא, נסקרו מאמרים מעשר השנים האחרונות שנכתבו בשפה אנגלית או עברית בלבד ולא נסקרו כל המחקרים שפורסמו בנושא. יש מקום לחקור ולבדוק את נושא העישון בהיריון כדי למצוא את השיטות הטובות ביותר לעידוד הפסקת עישון בקרב נשים. אנו רואות חשיבות גדולה להפסקת עישון בהיריון. מכיוון ששילוב של ייעוץ פסיכולוגי נמצא היעיל ביותר, המלצתנו היא להקים קבוצות תמיכה לנשים המעשנות בהיריון ומעוניינות להפסיק, וכן להכין תכנית כלל ארצית לתמיכה ולעידוד הפסקת עישון גם לנשים שהפסיקו באופן ספונטני, וכן מעקב שיימשך גם לאחר הלידה.

מקורות:

1. Weiten W. Psychology – Themes & Variations (9th Ed.). Belmont, CA: Cengage Learning. 2014.
2. Plotnik R, Kouyoumdjian H. Introduction to Psychology (9th Ed.). Belmont, CA: Cengage Learning. 2011.
3. Gowing L. R, Robert L. A, Steve A, John M, Elizabeth E. T, Robert W. John W. Global statistics on addictive behaviours; status report. *Addiction*. 2014; 110, 904-919.
4. משרד הבריאות. דו"ח שר הבריאות על העישון בישראל 2014. www.health.gov.il/publicationsfiles/smoking_2015.pdf
5. Hackshaw A, Rodeck C, Boniface S. Maternal smoking in pregnancy and birth defects: A systematic review based on 173,687 malformed cases and 11.7 million controls. *Hum Reprod Update*. 2011; 17(5): 589-604.
6. Al-Sahab B, Saqib M, Hauser G, Tamim H. Prevalence of smoking during pregnancy and associated risk factors among Canadian women: A national survey. *BMC Preg Child*. 2010; 10: 24-36.
7. Hoekzema L, Werumeus Buning A, Bonevski B, Wolke L, Wong S, Drinkwater P, Stewart K, George J. Smoking rates and smoking cessation preferences of pregnant women attending antenatal clinics of two large Australian maternity hospitals. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2014; 54: 53-58.
8. Dietz P, Homa D, England L.J, Burley K, Tong V.T, Dube S.R, Bemert J.T. Estimates of nondisclosure of cigarette smoking among pregnant and nonpregnant women of reproductive age in the United States. *Am J Epidemiol*. 2011; 173: 355-359.
9. משרד הבריאות. דו"ח שרת הבריאות על העישון בישראל 2013. 2014. http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/smoking_2013.pdf
10. סלע ב-ע. הפגיעה של עישון בבריאות המעשנים והסובבים אותם גדולה אף ממה שיערנו. האגודה למחממה בסרטן. 2015. <http://www.cancer.org.il/template/default.aspx?PageId=8911>
11. עזורי י. נזקי העישון. TheMedical: (2007) <http://www.themedical.co.il/Article.aspx?f=20&s=2&id=895>
12. Rore C, Brace V, Danelian P, Williams D. Smoking cessation in pregnancy. *Expert Opin. Drug Saf*. 2008; 7(6): 727-737.
13. Prabhat J, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B,

תקציר

מדיניות טבק בישראל: 1948-2014 והלאה

רוזן לאה, פלד-רז מאיה

המאמר המלא:

Tobacco Policy in Israel: 1948-2014 and Beyond

Rosen L., Peled-Raz M. Tobacco Policy in Israel: 1948-2014 and Beyond. Israel Journal of Health Policy Research. 2015; 4:12. DOI 10.1186/s13584-015-0007-x

תקציר

רקע: טבק הוא המוצר הצרכני המוכר היחיד ההורג כמחצית מהמשתמשים בו ומהווה גורם משמעותי למוות ולנכות בקרב לא מעשנים הנחשפים אליו. נושא זה מאתגר במיוחד במדינות דמוקרטיות מודרניות אשר מדגישות חירות אישית, אך עדיין מחויבות להגן על אזרחיהן. בישראל, על פי חישובים מספר מקרי המוות מעישון בשנת 2014 הוא כ-8,000; שיעור האנשים החשופים לעשן טבק כולל את המעשנים שהם כחמישית מהאוכלוסייה וכן מעל שני-שליש מהאוכלוסייה הלא מעשנת אך חשופה לעשן טבק.

מטרה: מאמר זה נותן סקירה כללית על מדיניות הטבק בישראל מאז קום המדינה, מציג את התפתחות התוכנית הלאומית לבקרה על טבק, וממליץ על פעולות עתידיות.

שיטות: המקורות למאמר זה כוללים את אתרי הכנסת (הפרלמנט הישראלי) ומשרד הבריאות, דו"חות שר הבריאות לכנסת על עישון וספרות מדעית.

תוצאות: לישראל הישג מרשים בנושא מדיניות בקרת הטבק, החל ממיסוי בשנת 1952, דרך חקיקה בתחום אוויר נקי מעישון ושיווק//ואיסור פרסום בתחילת שנות ה-80, העלאת המיסוי והרחבת החקיקה בשנים שלאחר מכן, ועד שנת 2010 שבה נוסף סבסוד של טכנולוגיות להפסקת עישון.

עד שנת 2011, פעולות בוצעו על-ידי כמה ארגונים ללא תיאום פורמלי ביניהם. מאז השקת התוכנית הלאומית לבקרת טבק בשנת 2011, הפך משרד הבריאות לאחראי הבלעדי לתיאום בקרת טבק, עם תוכנית פעולה שהופעלה באופן חלקי. חוקים בנושא אוויר נקי מעישון הורחבו, אך אכיפתם מצומצמת. מגבלות משמעותיות על שיווק ופרסום הושהו. הכספים הנדרשים לבקרת טבק לא התקבלו.

המלצות: בכדי למנוע מאות אלפי מקרי מוות הניתנים למניעה בעשורים הבאים, על ישראל לחזק באופן משמעותי את המדיניות בנושא בקרת הטבק ולכלול בתוכה כספים מובטחים לצורך בקרת הטבק, מגבלות משמעותיות על שיווק, קידום וחסות של מוצרי הטבק ומוצרי עישון אחרים; חינוך הציבור; אכיפה של חוקים; הגנה על ילדים מפני חשיפה לטבק; רגולציה של סיגריות אלקטרוניות ומוצרים אלטרנטיביים אחרים שבהם הנזק נמוך יותר; מחקרים בנושא בקרת הטבק; ניטור שיטתי ועדכונים תקופתיים לתוכנית הלאומית לבקרת טבק. ישראל צריכה גם להתחיל לדון על גישת 'סוף המשחק' (Endgame) ולשקול איסור טבק כחלק מההליך שמטרתו להפוך את העישון לעובדה היסטורית.

פתיחות הורים לביצוע בדיקת ביומרקרים לחשיפה של עשן טבק בקרב ילדים: מחקר איכותני

רוזן ל., טילינגר א., גוטמן נ., רוזנבלט ס., צוקר ד., מיירס ו.

המאמר המלא:

Parental receptivity to child biomarker testing for tobacco smoke exposure: A qualitative study

Rosen L, Tillinger E, Guttman N, Rosenblat S, Zucker D, Myers V.

Parental receptivity to child biomarker testing for tobacco smoke exposure: A qualitative study.

Oral presentation. Conference of Physicians and Schools of Public Health. Ramat Gan. June, 2015.

תקציר

רקע: חשיפה נרחבת של ילדים לעשן טבק מעידה כי ייתכן שהורים אינם מודעים לכך שילדיהם חשופים לעשן טבק. ביומרקרים ממחישים את החשיפה לעשן טבק ועשויים ליצור שינוי התנהגותי, אך קבלתם על-ידי ההורים לא מספיק ידועה.

שיטות: בוצעו 65 ראיונות עם הורים לילדים קטנים, במשפחות מעשנות במרכז ישראל. המידע נותח על-ידי ניתוח תמטי.

תוצאות: ההסכמה לביצוע הבדיקות קשורה לרצון לקבל אינפורמציה, להירגע או ליצור שינוי, לדאגות בנוגע למצב הבריאות בטווח הארוך, ללקיחת אחריות של ההורה על ילדו ולרמת האמון במחקר. התנגדות לבדיקות קשורה להעדפה של הימנעות ממידע, לחוסר רצון לגרום לאי-נוחות בטווח הקצר, לתחושת חוסר אונים ולחוסר אמון במחקר. רוב ההורים הסכימו לאפשר מדידה באמצעות שתן (83%), שיער (88%) או רוק (93%), אבל לא על-ידי דגימת דם (43%); ורובם האמינו שתוצאות הבדיקה עשויות ליצור שינוי התנהגותי.

מסקנות: ההורים היו פתוחים כלפי ביצוע בדיקות לא פולשניות של ביומרקרים. מידע על ביומרקרים עשוי לעזור לשכנע הורים מעשנים שילדיהם צריכים הגנה.

השלכות פרקטיות: בדיקת ביומרקרים על ילדים במשפחות מעשנות מקובלת ומהווה כלי יעיל לחינוך, לייעוץ, וליצירת מוטיבציה על מנת לעודד הורים להגן על ילדיהם מפני חשיפה לעשן טבק. בנוסף, בדיקת ביומרקרים מאפשרת הערכה אובייקטיבית של חשיפת ילדים לעשן טבק ברמה אוכלוסייתית.

מדיניות קידום בריאות ברמת בית הספר וגורמים ברמת התלמיד המנבאים דפוסי התנהגויות סיכון לבריאות ולתחושת רווחה סובייקטיבית (Well Being) בקרב בני נוער

ריקי טסלר, אורנה בראון אפל, יוסי הראל פיש

המאמר המלא:

Tesler R, Harel-Fisch Y, Baron-Epel O. (2016). School health promotion policies and adolescent risk behaviors in Israel: a multilevel analysis. Journal School Health. 86, 435-443.

תקציר

מטרת המחקר: לבחון את הקשרים בין גורמים ברמת בית הספר (מדיניות מקדמת בריאות) וגורמים ברמת התלמיד (תמיכת הורים בנושאים הקשורים לבית הספר, תפיסות בית-ספריות של התלמיד ומחבורות חברתית) לבין דפוסי התנהגויות סיכון: עישון, שתיית אלכוהול מופרזת, תחושת רווחה סובייקטיבית וסימפטומים פסיכוסומטיים בקרב בני נוער באמצעות ניתוח רב רמות.

שיטת המחקר: מחקר זה מהווה חלק ממחקר בין-לאומי של ארגון HBSC, בחסותו של ארגון הבריאות העולמי World Health Organization (WHO). תחילה נערך מחקר חתך באמצעות העברת שאלונים בקרב תלמידים מכיתות ו, ח, י וי"ב (גילים 11-17), בבתי ספר ממלכתיים שבפיקוח משרד החינוך. נדגמו 5,280 תלמידים הנחלקים לכיתות ו' – 1,267 (24.00%), כיתות ח' – 1,170 (22.16%), כיתות י'-י"ב – 2,843 (53.84%). במדגם 134 בתי ספר, מתוכם: 37 בתי ספר יסודיים, 27 חטיבות ביניים ו-70 תיכונים. מחקר חתך נוסף נערך בקרב מנהלים מבתי ספר שבהם נדגמו כיתות התלמידים שהשתתפו במחקר, כ-100 מנהלים מתוך 134 בתי הספר (76.3%); בכיתות ו' 27 מנהלים (27%), בכיתות ח' 20 מנהלים (20%) ובכיתות י'-י"ב 53 מנהלים (53.08%).

תוצאות: ממצאי המחקר הראו כי למשתנים ברמת התלמיד (תמיכה הורית בנושאים הקשורים לבית הספר ותפיסות בית ספריות של התלמיד) הייתה תרומה מהותית לניבוי התנהגויות סיכון, תחושת רווחה וסימפטומים פסיכוסומטיים בקרב בני נוער. מבין המשתנים ברמת ביה"ס המשתנה, "שיתוף הורים בפיתוח, תכנון והפעלת תוכניות קידום בריאות" נמצא כמנבא מובהק לשתייה מופרזת בקרב בני נוער, והמקדם מלמדנו כי שיתוף הורים מקטין את ההסתברות לשתייה מופרזת פי 1.3 בהשוואה להיעדר שיתוף הורים. בנוסף, שיתוף הורים "בפיתוח, תכנון והפעלת תוכניות קידום בריאות" נמצא כמשפיע גם כאן בצורה מובהקת. כך ששיתוף הורים מקטין את ההסתברות לעישון פי 1.67 בהשוואה להיעדר שיתוף הורים.

מסקנות: חשיבות קידום הבריאות בבית הספר תלויה בשילוב ההורים ובצוות בית הספר בכל הנוגע לשמירה על בריאותם של בני נוער. עיקרון זה של שיתוף פעולה מבוסס על כך שהקהילה והפרט הם שותפים מלאים בכל תהליכי קבלת ההחלטות בבית הספר הנוגעים לנושאי הבריאות. ככל שההורים שותפים ומעורבים יותר בנעשה בבית הספר, כך מדיניות מקדמת הבריאות בבית הספר אפקטיבית יותר. לפיכך חשוב כי מנהלי בתי ספר יקבעו מדיניות מקיפה המתמקדת בקידום בריאות ומשלבת כלים לבניית תכניות התערבות המתאימות לצורכי בית הספר בשיתוף קהילת בית הספר (הורים, מורים ותלמידים).

הגירה כגורם חברתי המשפיע על בריאות בקרב מהגרים חסרי אשרת שהייה: ישראל כמקרה בוחן

יונינה פליישמן, נדב דבִידוביץ', זוהר מור

Fleischman Y., Willen S.S., Davidovitch N., Mor Z. 2015. Migration as a social determinant of health for irregular migrants: Israel as case study. Soc. Sci. Med. 147, 89-97. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.046>

משוער כי בישראל מתגוררים יותר מ־150,000 מהגרים חסרי אשרת שהייה (irregular migrants), אך הנתונים לגבי השימוש שלהם בשירותי בריאות והחסמים הנתפסים שלהם – מוגבלים. המאמר מנתח את התפקיד של הגירה כגורם חברתי המשפיע על בריאות (social determinant of health) בקרב מהגרים חסרי אשרת שהייה, ובמיוחד אצל מבקשי מקלט. בהתבסס על ראיונות מובנים למחצה שנערכו עם 35 מהגרים בין ינואר לספטמבר 2012, נותחו שני סוגים של חסמים העומדים בפני מהגרים כאשר הם מנסים להשתמש בשירותי בריאות: חסמים הנובעים ישירות ממעמדם כמהגרים חסרי אשרת שהייה (migrant status), וחסמים הנפוצים בקרב בעלי הכנסה נמוכה אך מוחרפים בשל היותם מהגרים ללא אשרת. חסמים הקשורים להגירה ללא אשרת כוללים חוסר חקיקה ברורה או עקבית; איום הגירוש; חוסר יכולת להשיג אישורי עבודה וכתוצאה מכך עוני, תנאי עבודה קשים ואפליה. חסמים אשר מוחרפים בשל מעמד הגירה ללא אשרת כוללים עלויות גבוהות; ארגון כושל ומבלבל של שירותים קיימים; מחסומי שפה; תפיסה של מהגרים חסרי אשרת שהייה לגבי איכות נמוכה של שירותים קיימים ובידוד חברתי. הממצאים תומכים בטיעונים כי מעמד ההגירה עצמו מהווה גורם חברתי המשפיע על בריאות אשר עשוי להצטלב עם גורמים אחרים ולהשפיע לרעה על גישה לשירותי בריאות ועל תוצאות בריאות. לכן, כל מאמץ משמעותי לשפר את בריאות המהגרים חסרי אשרת שהייה תלוי בנכונות של אנשי טיפול, עובדי בריאות ציבור וקובעי מדיניות להתמודד עם המערך המורכב של גורמים פוליטיים וסוציו-אקונומיים המשפיעים על בריאות המהגרים – במקום להתמקד בשאלות צרות של נגישות לשירותי בריאות.

ישימות ומקובלות תכנית לגמילה מעישון בעזרת תכנית הודעות טקסט לטלפון נייד בישראל

לורין אברומס, רונית הרשקוביץ, אשלי בואל, חגי לוין

המאמר המלא:

Abroms L, Hershcovitz R, Boal A, Levine H. Feasibility and Acceptability of a Text Messaging Program for Smoking Cessation in Israel. J Health Commun. 2015 Aug;20(8):903-9. doi: 10.1080/10810730.2015.1018585. Epub 2015 May 21. PubMed PMID: 25996261.

תקציר

רקע: מחקרים קודמים הדגימו יעילות של תכניות קידום בריאות בעזרת הודעות טקסט לטלפון נייד בגמילה מעישון.

מטרות: לבחון האם תכנית הודעות טקסט לטלפון נייד, המבוססת על התכנית QuitNowTXT, ישימה בישראל ומקובלת על מעשנים ישראלים.

שיטות: המשתתפים (n=38) נרשמו לתכנית המותאמת ועברו הערכה לפני התכנית, שבועיים וחודש לאחר יום ההפסקה. התכנית כללה 2-4 הודעות ליום המכילות מסרים בשפה האנגלית המסייעים בתהליך הגמילה, עם התאמה אישית ואפשרות לאינטראקציה עם המערכת באמצעות מילות קוד.

תוצאות: בנייתו intent-to-treat 23.7% מהמשתתפים דיווחו על הפסקת עישון במעקב של 4 שבועות. המשתתפים שלחו בממוצע 12.9 הודעות למערכת ומרביתם דיווחו כי קראו את רוב או את כל ההודעות. עם זאת, 34.2% מהמשתתפים ביטלו את הרישום לתכנית בתקופת המעקב. שביעות הרצון היתה מתונה: יותר ממחצית דיווחו שימליצו על התכנית. המלצות לשיפור כללו הוספת אפשרות להתייעץ עם מומחה, תמיכה באתר אינטרנט והתאמה אישית יותר.

דיון ומסקנות: התוצאות מראות שתכנית לגמילה מעישון בעזרת הודעות טקסט על בסיס התוכן של QuitNowTXT היא ישימה ובעלת פוטנציאל להיות מקובלת על המעשנים בישראל. הניסיון בהתאמת התכנית ומחקר החלוץ ישמשו כמודל לפיתוח וליישום תכניות דומות בארצות אחרות.

ד"ר לוין מעדכן כי הושלם מחקר חלוץ בשפה העברית עם תוצאות טובות יותר, ובקרוב יתחיל גיוס משתתפים והערכה של שתי תכניות ייעודיות: האחת בשפה הערבית והשנייה עבור חיילים. התכנית ממומנת על ידי האגודה למלחמה בסרטן, משרד הבריאות וקרן משפחת מילגרם.

לפרטים נוספים: <http://www.cancer.org.il/sms2quit>

הכשרת רופאי משפחה ברפואת אורחות חיים – הערכת ישימות תכנית ארצית

פולק רני, שני מיכל, דקי מיכל, צוק-און אדווה, דגן איריס, מלצקי לילך

המאמר המלא:

Rani Polak, Michal Shani, Marie Dacey, Adva Tzuk-Onn, Iris Dagan, Lilach Malatskey. Family physicians prescribing lifestyle medicine: feasibility of a national training programme. Postgrad Med J 2016;0:1-6.
doi:10.1136/postgradmedj-2015-133586

תקציר

רקע: רפואת אורחות חיים (רא"ח) התפתחה בעשור האחרון על רקע העלייה בשכיחות המחלות הכרוניות הניתנות למניעה ולטובת ניהול טוב יותר בעזרת אימוץ אורח חיים בריא. ישנו גל של תמיכה בשנים האחרונות מרופאים, מחוקרים ומארגונים מקצועיים לשלב רא"ח בתוכניות הלימוד וכחלק מהעבודה הקלינית השוטפת. נמצא כי תוכניות הדרכה לרופאים הביאו לשילוב נושאי רא"ח ביעוץ שנתנו ובתוצאות הבריאות של מטופליהם.

מטרה: הערכת ישימות הכשרת רופאי משפחה ברא"ח בישראל ואיסוף נתונים ראשוני על יעילותה, במטרה לבדוק היתכנות לשלבה בתכנית 'ישראל בריאה 2020' – יוזמה לאומית לשיפור בריאות אוכלוסיית ישראל.

שיטות: עשרים ושישה רופאים השתתפו בקורס שנתי ברא"ח. עשרים ואחד רופאים שהשתתפו בקורס ברפואת שריר שלד שהתנהל במקביל היו קבוצת ביקורת. תכנית הלימוד כללה נושאים מתחום רפואת אורחות חיים (תזונה, פעילות גופנית, ניהול מתחים, שינה, מיניות ועוד), ביניהם סדנאות לשיפור בריאות הרופא (בישול בריא, יוגה, הליכה פעילה) ולהטמעת כלים מקצועיים (טכניקות שינוי מעולם האימון והגישה המוטיבציונית). שאלונים לפני ואחרי הקורס הועברו בשתי הקבוצות ובדקו עמדות, התנהגות בריאות אישית ותחושת מסוגלות ליעוץ בנושאי רא"ח. בנוסף הועברו שאלונים משוב באמצע ובסיום קורס רא"ח.

תוצאות: כלל הרופאים שהשתתפו בקורס הגיעו ליותר מ-80% ממפגשי הלימוד ודיווחו על תוצאות חיוביות במרבית התחומים לאחר ההתערבות לעומת נתוני הבסיס. חמישה משתנים הגיעו למובהקות סטטיסטיות: אמונה ביכולתם להניע למטופלים לבצע פעילות גופנית ($p<0.05$), ביטחון ברמת הידע ברפואת אורחות חיים ($p=0.01$) ומתן ייעוץ ($p<0.01$) בתחום, במיוחד בנושאים הקשורים לפעילות גופנית ($p=0.02$) ולגמילה מעישון ($p<0.05$). קבוצת הביקורת הראתה שינוי אחד משמעותי: היכולת להניע מטופלים לרדת במשקל ($p<0.05$).

מסקנות: תכנית לימוד ברא"ח היא בעלת פוטנציאל לשימויות בישראל ועשויה להיות בעלת השפעה חיובית על עמדות ועל ביטחון רופאי המשפחה לעסוק ברא"ח. כדאי שתכנית 'ישראל בריאה 2020' ותוכניות אחרות ברחבי העולם שמטרתן לשפר התנהגויות בריאות ולהקטין את ההשפעה של מחלות כרוניות ישקלו הכנסת תוכניות לימודי רא"ח לרופאי משפחה.

רשמים מהכנס של

American Society of Behavioral Medicine (SBM)

ושינגטון 30 למרץ - 2 לאפריל, 2016

אורנה בראון-אפל¹ ורונית אנדוולט²

¹ אוניברסיטת חיפה

² משרד הבריאות

הכנס דן בהתנהגויות בריאות ומאגד בתוכו הרבה מאוד עבודות מתחומי תוכן שונים על שינוי התנהגות בריאותית. מרבית המשתתפים הם פסיכולוגים ופסיכיאטרים, אנשי בריאות הציבור וקידום בריאות, תזונאים, רופאים ועוד. הכנס עסק ברובו בדיווח על התערבויות להורדת השמנה ולהעלאת שיעורי הפעילות הגופנית במקומות שונים בארצות הברית, שתי ההתנהגויות המרכזיות הקובעות בריאות בימינו אלו.

השימוש בטלפונים ניידים חכמים הוצג ככלי להעברת התערבויות רבות להורדה במשקל, לגמילה מעישון, לפעילות גופנית ועוד. שטח זה נקרא היום **m-health** מהמילה - mobile. שיטות אלו מפותחות עבור ילדים, בוגרים וקשישים.

ישנה השקעה רבה של חברות מסחריות בפיתוח ה-app עבור מכשירים ניידים כמו טלפונים וטבלטים. הפיתוח מבוסס על הידע הרחב שהצטבר בתחום הפסיכולוגיה, סוציולוגיה, קידום בריאות ובריאות הציבור בכדי להביא לשינוי התנהגות הפרט. הכלים שפותחו צריכים לתת מוטיבציה ומיומנויות לשינוי ההתנהגותי וגם לתמוך בהתמדה בשינוי לאורך זמן. לדוגמה, חברה בשם OMADA <https://omadahealth.com> בנתה תוכנות לציבור הרחב ולחולים כרוניים התומכים באימוץ אורח חיים בריא. המטופלים מקבלים ערכה הביתה הכוללת משקל ואקסלרומטר שמנטרים משקל ופעילות גופנית ומעבירים את המידע למרכז החברה. לכל מטופל יש מלווה מקוון אישי (תזונאי או מלווה אחר) שנפגש אתו וירטואלית דרך המחשב פעם בשבוע. בנוסף, יש ליווי קבוצתי שבו כל מטופל הוא חלק מקבוצה וירטואלית וכל מכשול עולה לקבוצה לדיון וסיוע. ניתן ליצור קשר עם המלווה המקצועי גם בין המפגשים. חברות ביטוחי הבריאות בארה"ב מממנות את העלויות של תוכניות ההתערבות האלו המבוססות על m-health. מחקריהם מראים שהמשתמשים בתוכנות אלו משנים את ההתנהגות שלהם יותר מאשר אנשים המקבלים טיפול רגיל.

הרצאות רבות נוספות דיווחו על פיתוח כלים המודדים התנהגויות דרך app בטלפונים ניידים חכמים.

דוגמאות:

א. מחקר בדק עידוד לביצוע הליכה של 3 דקות כל 30 דקות, לעומת 6 דקות כל שעה או 12 דקות כל שעתיים – בהשוואה בין הקבוצות התנהגות המוגדרת כהליכה של 3 דקות כל חצי שעה הביאה להיענות הגבוהה ביותר.

ב. מחקרים בדקו אפליקציות מסוגים שונים – אינפורמטיביות (העברת מידע), יצירת קבוצות תמיכה, ושימוש באוואטר נמצא שהאפליקציות המבוססות על יצירת קבוצת תמיכה היו היעילות ביותר.

לא כל המחקרים מראים שהתערבויות המבוססות על m-health הן מוצלחות, ויש מקום להמשיך לחקור נושא זה. כמוכן ששיטות אלו לא מתאימות לכל אוכלוסייה.

פיתוחים טכנולוגיים נוספים מאפשרים מדידה של סמנים הקשורים להתנהגויות שונות. מדידות אלו מאפשרות גם שכלול ההתערבויות ברמת הפרט. לדוגמה, ג'ון בלטייר מאוניברסיטת סן דיאגו תיאר מכשור המודד עשן סיגריות באוויר בביתם של הורים לילדים קטנים. המכשיר מצפצף כאשר רמת העשן עולה מעל ערך מסוים, וכאשר המשפחה מצליחה למנוע זיהום האוויר לאורך זמן הם מקבלים פרס שמעודד אותם לא לעשן ליד התינוק. ההנחה היא שהשילוב בין מדידה מדויקת של ההתנהגות למשוב מיידי להורים תשנה את התנהגות ההורים ואת רמות העישון בבית בעקבות הפסקת העישון.

הוצגו התערבויות אשר מבוססות על רשתות חברתיות כגון Facebook. התערבויות אלו היו בעיקר לירידה במשקל ולביצוע פעילות גופנית. תוכניות אלו מוצלחות יותר בקרב נשים ופחות בקרב גברים, גברים אינם אוהבים לשתף את קבוצת השווים להם ברשת ומעדיפים אתגרים מעשיים ותחרות. כך שהשימוש ברשתות החברתיות באינטרנט עדיין בתחילת הדרך ולא ברורה השיטה הטובה יותר להשתמש בו לשינוי התנהגות בריאותית והאם בכלל ניתן יהיה להשתמש בו בצורה חיובית ולאילו אוכלוסיות.

ככנס נערכו מספר דיונים בנושאים עכשוויים שונים. דיון אחד כזה היה בנושא הסיגריות האלקטרוניות. היום הסיגריות האלקטרוניות נקראות ENDS או ANDS (Electronic nicotine delivery systems). יש מומחים המתנגדים לשימוש במכשירים אלו בטענה שהם יובילו בעיקר את בני הנוער לעשן סיגריות ולא יביאו לירידה בכמות המעשנים. אך יש גישה שונה המתבססת על מחקרים, שלפיה השימוש בסיגריות אלקטרוניות הרבה פחות רעיל ומזיק מסיגריות רגילות (ירידה של 95% בסיכון הבריאותי). הבעירה של עלי הטבק הם הגורמים ל-95% מנזקי הסיגריות, רק 5% מהנזקים

ניתן לזקוף לניקוטין עצמו. לכן לטענת פרופסור דיויד אברמס רצוי שהמעשנים יעברו לעישון סיגריות אלקטרוניות ולא יהיה זה חכם להעביר מסרים נגד השימוש בסיגריות אלקטרוניות. הוא הדגיש שיש לדאוג לכך שלא יחזרו לעשן סיגריות בעירה (הסיגריות הרגילות) וכן שילדים לא יעברו מסיגריות אלקטרוניות לסיגריות רגילות. המתנגדים טוענים שעישון סיגריות אלקטרוניות יכול להוביל לעישון סיגריות רגילות, אך לטענות פרופ' אברמס הנתונים אינם מראים שזה המצב. יש להמשיך לעקוב אחר הנתונים, אך נראה כרגע שסיגריות אלקטרוניות יכולות להיות חשובות בהורדת נזקי העישון.

דיון נוסף התקיים על שינוי תזונתי ופעילות גופנית בקרב מתמודדים עם מחלת נפש. דווח ש-79% מהאנשים ניסו לרדת במשקל בעיקר באמצעות דיאטה, אבל רבים עשו שימוש בצום, דילוג על ארוחות והגברת עישון. מה שהכי הפריע להם לרדת במשקל היה: 72% אכילה בחוץ, 20% אוכל מכיל יותר מדי קלוריות, 29% טענו שמרגישים רעבים כל הזמן ו-51% דיווחו על לחץ ודיכאון. המחסומים לפעילות גופנית היו: 51% היעדר תמיכה, 48% לחץ ודיכאון, 14% בעיות ביטחון אישי, 12% היעדר תחבורה למקום שניתן לעשות בו פעילות ו-18% כאבי שרירים. מרבית המרואיינים היו בעלי מוטיבציה ודיווחו שמה שעוזר להם הם מטרות ריאליסטיות צנועות.

נושאים נוספים אשר הועלו בכנס:

טיפול ומניעת השמנת ילדים:

- התערבויות שבדקו את תפקיד האבות בירידה במשקל של ילדים – מחקר איכותני שהראה מה האסטרטגיות שעוזרות הכי הרבה (טכניקות מעודדות נחשבות עוזרות לעומת טכניקות מדכאות – נחשבות מכשילות).
- הוצגה סקירת ספרות מקיפה על המחקרים שנעשו על השמנת ילדים שהראתה שרוב המחקרים נעשו על אוכלוסייה לבנה מבוססת ממשפחות נורמטיביות.
- הרצאה נוספת הציגה מה הורים חושבים שמשפיע על אכילה עודפת של ילדים. דווחו הגורמים הבאים: אכילה רגשית, נורמות משפחתיות של אכילה לא בריאה, סביבה מאפשרת אוכל לא בריא, גודל מנה, היעדר בקרה הורית ורגישות יתר למזונות ולגירוי של מזון.

סקירה על מפעל ההזנה בבתי הספר – הדיאטנית הראשית של מפעל ההזנה הציגה סקירה היסטורית של מפעל ההזנה בארה"ב: המפעל החל ב-1946 במטרה שכל ילדי בתי הספר יקבלו ארוחה חמה, לאחר מכן התרחב גם לארוחות בוקר ולארוחות בחודשי הקיץ. בשנות ה-80 קיצצו בתקציב, הורידו ירקות ופירות והכניסו מכונות שתייה, מה שגרם

הנו חלק מקבלת ההחלטות הרפואיות תוך מתן שקיפות מלאה למידע ותמיכה של הצוות המטפל.

בידור חינוך דרך תכנית הטלוויזיה לילדים "רחוב סומסום" – המרצה הציגה את הדרכים שבה עורכי תכנית הכניסו מסרים של קבלת השונה, מסרים חינוכיים שונים ומסרי בריאות ותזונה בריאה, מניעת עישון, עידוד לפעילות גופנית ועוד.

שתי הרצאות שהציגו את החשיבות להעביר את כל הידע שלנו בנוגע לאופן שבו ניתן להביא לשינוי השלב הבא של **שינוי מדיניות**. המרצים קראו לכל אנשי המקצוע לפעול למען שינוי מדיניות ולא להישאר במגדל השן של האקדמיה. לטענתם, יש כיום ידע מדעי רב שאינו מיושם ואינו חשוף לציבור ויש לפעול להנגשתו לציבור.

לעלייה דרמטית בכמות הקלוריות הנאכלת ובהשמנת ילדים. מתחילת שנות ה-2000 החלו להבין את ההשפעה הרעה של מפעל ההזנה והחלו לשנות ולשפר. והיום יש סטנדרטים של תזונה בריאה בבתי הספר, מכוונות האוכל הוחלפו במכוונות עם מזון בריא יותר, התלמידים בחלק מבתי הספר לוקחים חלק בבישול ודיאטנים שותפים לחינוך התזונתי בחלק מבתי הספר. העקרונות המרכזיים הם חינוך תזונתי שכולל הכנת מזון ושינוי כל סביבת המזון בבית הספר, גודלי מנה ברורים ומוגבלים, יותר פירות וירקות מגוונים, יותר דגנים מלאים, פחות מלח, סוכר ושומן רווי. וכן מצא שמעורבות הורית בתזונה בבית הספר חשובה מאוד.

שיתוף המטופלים בטיפול – בכמה הרצאות הציגו מחקרים על חשיבות שיתוף המטופלים בטיפול להצלחת הטיפול, המטופל

הנחיות למחברים עבור כתב העת "קידום בריאות בישראל"

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

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

ספרות – רשימת הספרות תכלול לא יותר מ-30 ציטוטים בשיטת ונקובר (מספור המאמר בגוף הטקסט).
טבלאות או גרפים – המאמר יכלול עד 4 טבלאות או גרפים. במלל של התוצאות יצוין מספר הטבלה או הגרף עליו מדובר.
תודות – ניתן להוסיף תודות בסוף המאמר.

סקירה:

סקירה תהווה סיכום עדכני של ספרות על נושא מסוים. דף כותרת בדומה למתואר עבור מאמר מחקרי. תקציר של לא יותר מ-200 מילים.
גוף הסקירה יחולק לפי תתי נושאים ובסוף סיכום והמסקנות.
ניתן לצטט עד 40 מקורות.
אורך סקירה לא יעלה על 14 עמודים, או 7000 מילים לא כולל רשימת ספרות ותקציר.

הספרות:

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

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

למידע נוסף בנושא הציטוטים ניתן לפנות ל:

<http://www.library.uq.edu.au/training/citation/vancouver.pdf>
http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

כתובת למשלוח המאמרים

לילך מלוויל (M. Hlth. Prom), מנהלת תחום הכשרה בקידום בריאות, המחלקה לקידום בריאות, שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות. דוא"ל:

Lilach.melville@moh.health.gov.il
lilach.melville@gmail.com

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

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

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

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

הנחיות ספציפיות

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

מאמר המתאר מחקר או התערבות:

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