

**ניהול מערכות בריאות**

**קידום בטיחות ילדים בחברה הערבית**

**סארה מחמוד אבו סיאם**

**2018**

תוכן עניינים

[מבוא 3](#_Toc520359889)

[סקירת ספרות 4](#_Toc520359890)

[היפגעות ילדים 4](#_Toc520359891)

[היפגעות ילדים בחברה הערבית 5](#_Toc520359892)

[החברה הערבית בישראל נתונים כלליים 5](#_Toc520359893)

[תמותה לפי סיבה וגיל 6](#_Toc520359894)

[שיעור ההיפגעות כתלות בזירת ההיפגעות 8](#_Toc520359895)

[תאונות דרכים 10](#_Toc520359896)

[תאונות בית ופנאי 11](#_Toc520359897)

[תאונות במערכות חינוך 12](#_Toc520359898)

[גורמי סיכון להיפגעות ילדים 12](#_Toc520359899)

[עמדות ומודעות הורים כלפי היפגעות ילדים בחברה הערבית 12](#_Toc520359900)

[מדיניות ציבורית 14](#_Toc520359901)

[מודלים לקידום בטיחות בילדים 16](#_Toc520359902)

[קידום בטיחות בקרב ילדים בחברה הערבית 17](#_Toc520359903)

[מסקנות וסיכום 20](#_Toc520359904)

[ביבליוגרפיה 22](#_Toc520359905)

[נספחים 25](#_Toc520359906)

# מבוא

תאונות ילדים הוגדרו על ידי ארגון הבריאות העולמי כאחת ממגפות האלף השלישי. בישראל, מתפנים מדי שנה כ-190,000 ילדים לחדרי המיון, כ-23,500 מהם מתאשפזים וכ-117 ילדים בישראל מתים מדי שנה עקב תאונות (ניר, לוי וגולן, 2013). תאונות אלו יכולות להרחש במקומות שונים: בבית, בחצר, במרחב הציבורי, במוסדות החינוך ובדרכים (לוי ופלד, 2017). מבין הגורמים השונים לתמותת ילדים, היפגעות ילדים הוא הגורם המושפע ביותר מאי-שיוויון (Khan, Sengoelge, Zia, Razzak, Hasselberg & Laflamme, 2015).

בשנים האחרונות, החלה להתגבר המודעות בנושא והחלו לקום תוכניות התערבות ברמות השונות, החל מהרמה הלאומית ועד לרמה הבית ספרית לשם העלאת המודעות להיפגעות ילדים ולשם מציאת דרכים להתמודד עם הסוגיה (ניר ועמיתים, 2017). גל זה לא פסח על ישראל ובעקבות העברת החלטת הממשלה מס' 4289 בשנת 2012, נוצר שיתוף פעולה בין-משרדי של 16 משרדי ממשלה וגופים לאומיים תחת פיקוחו וליוויו של משרד הבריאות. שותפות זו פעלה במשך שנתיים לשם תכנון תוכנית פעולה לאומית לניהול ולקידום בטיחות ילדים בישראל. תוכנית זו התייחסה לגופים הלאומיים השונים ולפעולות שיש לבצע על מנת לממש אותה (ניר ועמיתים, 2017).

על אף כי שיעור הילדים הנפצעית או מתים כתוצאה מהיפגעות ברחבי הארץ הוא גבוה מאוד באופן כללי, שיעור ההיפגעות של ילדים מהאוכלוסיה הערבית הוא גבוה אף יותר. עובדה זו ידועה למקבלי ההחלטות כבר שנים רבות עם זאת, הפעולות בנושא החלו להעשות רק בשנים האחרונות. מודל הפעולה עליו מבוססות הפעולות הנודעות לבטיחות ילדים הוא מודל 'בטרם בעיר', מודל זה נמצא כיעיל ומבוסס. עם זאת, נראה כי הפוטנציאל שלו איננו ממומש במלואו כתוצאה מסיבות שונות וביניהן המודעות הנמוכה ושיתוף הפעולה הנמוך של ההורים (לוי ופלדי, 2017).

לפיכך, מטרת העבודה הנוכחית הייתה לבדוק כיצד הורים בחברה הערבית תופסים את נושא קידום בטיחות הילדים.

# סקירת ספרות

## היפגעות ילדים

תאונות ילדים הוגדרו על ידי ארגון הבריאות העולמי כאחת ממגפות האלף השלישי. על פי נתוני ארגון הבריאות העולמי, בשנת 2008 יותר מ-2000 ילדים מתו מדי יום עקב תאונות (Pedan et al., 2008). בישראל, מתפנים מדי שנה כ-190,000 ילדים לחדרי המיון, כ-23,500 מהם מתאשפזים וכ-117 ילדים בישראל מתים מדי שנה עקב תאונות. כ-50% מילדי ישראל נפגעים מדי שנה באופן הדורש טיפול בקהילה (ניר, לוי וגולן, 2013). תאונות אלו יכולות להרחש במקומות שונים: בבית, בחצר, במרחב הציבורי, במוסדות החינוך ובדרכים. תאונות אלו יכולות להיות בעלות השלכות מרחיקות לכת הן ברמת הפרט והן ברמת החברה (לוי ופלד, 2017).

מבין הגורמים השונים לתמותת ילדים, היפגעות ילדים הוא הגורם המושפע ביותר מאי-שיוויון. על אף מגמת הירידה שחלה בשנים האחרונות בתמותת ילדים עקב היפגעות ניתן לראות כי במדינות מתפתחות המגמה היא עדיין גבוה יחסית בהשוואה למדינות המפותחות (Khan, Sengoelge, Zia, Razzak, Hasselberg & Laflamme, 2015). ניתן להניח כי ההבדלים הרבים נובעים בעיקר מהגישה למשאבים הנדרשים לשמירה על בריאות ובטיחות הילדים כאשר בקבוצות מהמעמד הסוציו-אקונומי הגבוה יותר קיימת גישה רבה יותר (Laflamme, Hasselberg & Burrows, 2010). בקרב חברות מעוטות יכולת בולטים מאפיינים כגון: דלות המשאבים, סיכונים בסביבה ומחסור במנגנונים בלתי-מוחשיים למשל, השגחה והדרכה (Schwebel & Gaines, 2007). תהליכים שונים המתרחשים בעולם גם הם יכולים להשפיע על היפגעות ילדים. בין תהליכים אלה נמנים: גלובליזציה, עייור, עליה בנסועה ושינויים בסביבה (Towner & Towner, 2009).

תאונות הדרכים מהוות את הסיבה המובילה להיפגעות ילדים ברחבי העולם. בשנים האחרונות ובעיקר במדינות מפותחות, חלה מגמה של הפחתה בהיפגעות כתוצאה מסיבה זו. על פי ארגון הבריאות העולמי, מעל ל-90% ממקרי התמותה שכתוצאה מתאונות דרכים מתרחשים במדינות ברמת הכנסה נמוכה עד בינונית למרות שבמדינות אלו נמצאים רק כ-545 מלכי הרכב בעולם (WHO, 2013). ניתן לראות כי המגמה הרווחת במדינות המתפתחות היא שתאונות בית ופנאי תופסות חלק ניכר בהיפגעות ילדים. מגמה זו בולטת בעיקר בקרב קבוצות הגיל הצעירות יותר (ניר, אופיר, וייס ולוי, 2017).

בשנים האחרונות, עקב העלייה במודעות בנוגע להיפגעות ילדים והידע הרב שנצבר בנושא, החלו להישמע קולות בעולם למדינות לפעול לקידום בטיחות ילדים לשם מניעת הפגעותם. במאי 2011, קיבלה אסיפת הבריאות העולמית החלטה על פעילות מקיפה למניעת היפגעות ילדים. הברית האירופית לבטיחות ילדים אף קידמה וליוותה ייזום תוכניות לאומיות לבטיחות ילדים בין המדינות החברות בברית (ניר ועמיתים, 2017).

גם בישראל, חלה הענות לקריאה זו עם העברת החלטת הממשלה מס' 4289 בשנת 2012. החלטה זו הובילה לשיתוף פעולה בין-משרדי של 16 משרדי ממשלה וגופים לאומיים תחת פיקוחו וליוויו של משרד הבריאות. שותפות זו פעלה במשך שנתיים לשם תכנון תוכנית פעולה לאומית לניהול ולקידום בטיחות ילדים בישראל. עקב זאת, בשנת 2016, אישרה ממשלת ישראל את תוכנית זו לקידום בטיחות ילדים בתקציב המדינה (ניר ועמיתים, 2017).

בשנת 2017, פורסם דוח מקיף אשר הציג תמונה עדכנית ומקיפה של היפגעות ילדים בישראל (ניר ועמיתים, 2017). דו"ח זה כלל בחינת מגמות היפגעות ילדים בישראל ובעולם לאורך זמן והתמקדות התופעת ההפגעות לפי המשתנים המרכזיים הבאים: זירה וקבוצת אוכלוסייה. כאשר עיקר ההתמדקות היא בהיפגעות בלתי מכוונת.

בקרב ילדים בישראל, באופן כללי, חלה מגמה של ירידה בתמותה כתוצאה מהיפגעות ב15 השנים שבין 2000-2014. בנוסף, חלה ירידה במספר האשפוזים שכתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת בין השנים הללו. חשוב לציין גם כי בניתוח של קצב התמותה, קצב האשפוז וקצב הפניות למיון נמצא כי קצב הירידה בתמותה היה גבוה בהרבה מקצב הירידה באשפוז ובפניות למיון מה שמבציע על כך כי מלבד העובדה כי חל שיפור במניעת ההיפגעות חל גם שיפור בטיפול הרפואי הניתן לאחר היפגעות ( Siman-Tov, Radomislensky & Peleg, 2012). ניתן לייחס את שינוי זה גם לעובדה כי בשנים האחרונות חלו שינויים בדפוסי האשפוז וכן קמו מרכזים רבים לרפואה דחופה בקהילה כגון ט.ר.מ (ניר ועמיתים, 2017).

לאור ההבדלים הקיימים בין דפוסי ההפגעות בין מדינות מפתחות למדינות מפותחות ובין אנשים הנמצאים במצב סוציו-אקונומי גבוה לאלה הנמצאים במצב סוציו-אקונומי נמוך ניתנת התמקדות רבה, בדוחות המפורסמים בישראל על ההבדלים הקיימים בין יהודים לערבים בכל הנוגע להיפגעות ילדים (ניר ועמיתים, 2017).

## היפגעות ילדים בחברה הערבית

במסגרת הדוח המקיף שפורסם נערכה השוואה בין יהודים לערבים במגמות בתמותת ילדים שכתוצאה מהיפגעות. בין השנים 2012-2014 תמותה שכתוצאה מהיפגעות לא מכוונת היוותה כ-9% מסך התמותה הכולל של ילדים בישראל. בהשוואה לתמותת ילדים ממחלות, נמצא כי ב-15 השנים האחרונות, אחוז הירידה בשיעור תמותת ילדים שכתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת היה גבוה באופן משמעותי באחוז הירידה בשיעור תמותת ילדים שכתוצאה ממחלות. בהשוואה בין יהודים לערבים, נמצא כי היחס בתמותה בין שתי הקבוצות לא השתנה ב-15 השנים הנחקרות ועמד על כ-2.3 בממוצע. אחוז הירידה בתמותה ממחלות היה דומה מאוד בין שתי הקבוצות. עם זאת, אחוז הירידה בתמותה כשתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת היה גבוה בהרבה בקרב ילדים יהודים. בנוסף, נמצא כי הפער בין ילדים יהודים לערבים בשיעור ההיפגעות הלא מכוונת עלה מאוד בשנים הנחקרות. ממצא זה הצביע על שיפור משמעותי במניעת היפגעות ילדים בחברה היהודית, לעומת החברה הערבית (ניר ועמיתים, 2017).

## החברה הערבית בישראל נתונים כלליים

בשנת 2016, ערביי ישראל היוו 21% מכלל אוכלוסיית ישראל ומנו 1.8 מיליון נפשות. מתוכם, 85% היו מוסלמים והשאר, נוצרים, דרוזים ובני דתות אחרות. 43% מהערבים הישראלים היו בגילאים נמוכים מ-18 שנים. מגמה משמעותית אשר ניכרה בקרב ערביי ישראל בשנים האחרונות הייתה ירידה בפריון. באותה הנשימה, משקי הבית הערבים היו גדולים ממשקי הבית היהודים כאשר בכ-10% ממשקי הבית הערבים היו לפחות חמישה ילדים אשר גילם היה נמוך מ-17 (מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל, 2018).

בתחום החינוך, חלה התקדמות ניכרת ברמת ההשכלה בחברה הערבית. אך עדיין, הפערים בין היהודים לערבים היו גדולים בתחום זה. בשנת 2016, כ-10% מהערבים בגילאים המתאימים נשרו מהלימודים. בין השנים 2001-2016 חלה עלייה ניכרת במספר הערבים אשר היו זכאים לתעודת בגרות. חלה עלייה ניכרת גם בידע הערבים, במספר הנשים הערביות הפונות לקבלת השכלה במוסדות ללימודים הגבוהים. בנוסף, נמצא כי מספר הנשים הערביות אשר למדו 16 שנות לימוד ויותר היה גבוה מזה של הגברים אשר למדו 12 שנות לימוד ויותר. בנוגע לתעסוקת ערבים, בשנת 2016 רק 32% מהנים השתייכו לשוק העבודה. לעומת זאת, בקרב הגברים התעסוקה הייתה בשיעור של 77% מכלל האוכלוסייה הגברית (מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל, 2018).

הפערים בגודל המשפחה, בהשכלה ובתעסוקה הביאו ליצירת פער נרחב בין יהודים לערבים בכל הנוגע לפן הכלכלי. זה בא לידי ביטוי בכך שבשנת 2016, כ-53% מהמשפחות הערביות חיו מתחת לעוני בעוד שבקרב היהודים אחוז המשפחות אשר חיו מתחת לעוני באותה השנה עמד על כ-14%. כפועל יוצא מכך, כ-665 מהילדים הערבים חיים מתחת לקו העוני לעומת 20% מן הילדים היהודים (מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל, 2018).

מלבד הפערים בחינוך ובגודל המשפחה, קיימים פערים נרחבים בין היהודים לערבים במדינת ישראל בכל הנוגע לבריאות. מספר דוגמאות לפערים הקיימים בין יהודים לערבים בתחום הבריאות מוצגות להלן (מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל, 2018):

1. החל משנת 2000, חלה עלייה בתוחלת החיים בקרב נשים וגברים ערבים. בשנת 206, תוחלת החיים של הגברים הערבים עמדה על 77.2 ושל הנשים הערביות על 81.4.
2. שיעור תמותת התינוקות באוכלוסייה הערבית ירד בצורה חדה בשנים האחרונות. עם זאת, עדיין, שיעור זה גבה פי 3 קורבנות מאשר בקרב החברה היהודית: 6.2 לאלף בחברה הערבית לעומת 2.2 לאלף בחברה היהודית.
3. שיעור המוגבלות בקרב החברה הערבית גם הוא גבוה בהרבה מאשר בקרב החברה היהודית בייחוד כאשר מדובר במוגבלות מבוגרים: בין הגילאים 20-64, אחוז המוגבלים היהודים עמד על 13%, מתוכם 4% בעלי מוגבלות חמורה ושיעור המוגבלים הערבים עמד על 22% מתוכם 11% בעלי מוגבלות חמורה. בגילאים 64 ומעלה: סך המוגבלים בחברה היהודית עמד על 46% מתוכם 20% בעלי מוגבלות חמורה, סך המוגבלים הערבים עמד על60% מתוכם 26% בעלי מוגבלות חמורה.

כתוצאה מהפערים הקיימים בין היהודים לערבים בחברה הישראלית בתחומים שונים וביניהם בריאות ובטיחות, נוצרו דפוסי התמותה הבאים בחברה הערבית:

## תמותה לפי סיבה וגיל

בשנת 2013, פורסם מסמך אשר עסק בתמותת תינוקות וילדים בישראל , בדגש על האוכלוסיה המוסלמית בכל הארץ ובמחוז דרום. מסמך זה נכתב לבקשתו של חבר הכנסת עפו אגבאריה ועסק בנתונים שנאספו בין השנים 2000-2010. במסמך זה נידונה היקף התמותה של ילדים ותינוקות עד לגיל 14 שנים בארץ ישראל בכלל ובקרב המוסלמים בישראל בפרט. ניתן להתייחס באופן כללי אל שיעור המוסלמים כאל שיעור הערבים בחברה לשם העבודה הנוכחית וזאת משום שמוסלמים מהווים כ-845 מכלל הערבים בישראל.

מסקנותיו העיקריות של המסמך היו להלן (זעירא, 2013):

1. סיבות עיקריות לתמותה בקרב תינוקות (עד גיל שנה) מוסלמים כפי שמוצג באיור 3:

* בין השנים 2001-2010, חלה ירידה משמעותית בשיעור תמותת התינוקות הן בחברה היהודית והן בחברה הערבית. עם זאת, בהשוואה בין מוסלמים ליהודים, נמצא כי בקרב המוסלמים שיעור תמותת תינוקות היה גבוה בפי 2.2-2.8 מאשר בקרב יהודים. סיבות התמותה העיקריות בקרב תינוקות נבעו מגורמים סב-לידתיים משמע כאלה הקשורים במהלך ההריון ובמומים מולדים. בקרב תינוקות מוסלמים, סיבות סב לידתיות היו הגורם ל-355 ממקרי התמותה ומומים מולדים גרמו לכ-355 ממקרי התמותה. המומים המולדים אשר גרמו לפטירות נבעו בעיקר ממקור גנטי.
* הגורם השני לתמותת תינוקות היה מחלות, סיבה זו היוותה את הגורם לכ-13% ממקרי התמותה.
* ב12% ממקרי התמותה לא אובחנה הסיבה.
* לסיבות חיצוניות כגון, תאונות דרכים, נפילות, תאונות אחרות, תקיפה וסיבות נוספות, היה משקל קטן מאוד בתמותת תינוקות. עם זאת, מספר מקרי תמותת תינוקות שכתוצאה מהסיבות הללו היה גבוה בהרבה בקרב תינוקות מוסלמים.

1. סיבות עיקריות לתמותת ילדים בני 1-4:

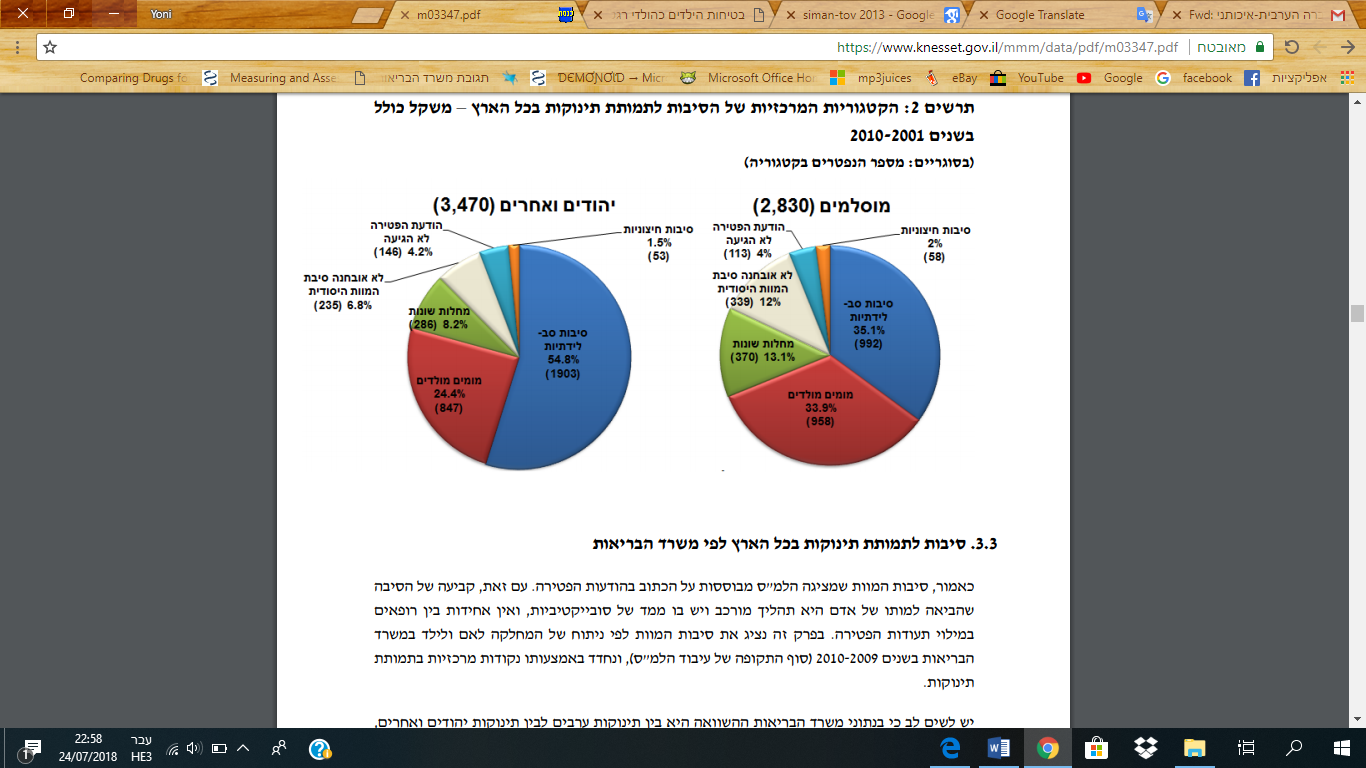
* בן השנים 2001-2010, חלה מגמה של ירידה במספר התמותות בין הגילאים 1-4. ירידה זו באה לידי ביטוי הן במגזר היהודי והן במגזר המוסלמי. עם זאת, עדיין, מספר התמותות במגזר הערבי היה גבוה בהרבה מאשר במגזר היהודי.
* שתי הסיבות העיקריות לתמותה בגילאים הללו היו: מחלות שונות וסיבות חיצוניות. מחלות שונות היוו את הסיבה ל-42% ממקרי המוות, מבין המחלות הללו מחלת הסרטן הייתה הגורם ל-14% ממקרי המוות של ילדים בכלל הארץ. בקרב ילדים מוסלמים סרטן היווה את הגורם ל-65 מהפטירות. בקרב ילדים מוסלמים, שיעור התמותות כתוצאה ממחלת הסרטן היה גבוה פי 1.8 משיעור הילדים היהודים.

סיבות חיצוניות היוו את הגורם ל- 37% מהפטירות של ילדים מוסלמים בדרום, שיעור זה היה גבוה פי שניים מהשיעור בקרב ילדים מוסלמים ברחבי הארץ וגבוה פי 12 מהשיעור בקרב ילדים יהודים בכלל הארץ. שני שליש ממקרי המוות שכתוצאה מגורמים חיצוניים נגרמו מתאונות דרכים. מרבית הילדים ההרוגים בתאונות הדרכים היו הולכי רגל, כ-70% מהם נהרגו ב"תאונות חצר".

* סיבת מוות נוספת הנפוצה בטווח הגילאים הללו היא מומים מולדים. סיבה זו היוותה את הגורם לכ-11% ממקרי המוות בקרב ילדים מוסלמים בין הגילאים 1-4 בדרום.

1. סיבות עיקריות לתמותת ילדים בני 5-14:

* הסיבות העיקריות למוות בקרב ילדים בין הגילאים 4-15 הן זהות לסיבות המוות העיקריות בקרב ילדים בין הגילאים 1-4. גם בקבוצת הגילאים הללו, שיעור תמותת הילדים המוסלמים הוא גבוה משיעור תמותתם של ילדים יהודים.
* מחלת הסרטן הייתה הסיבה ל21% מהפטריות בקבוצת גילאים זו. בסעיף זה, נמצא כי תמות ילדים יהודים בכל המחוזות היייתה בשיעור גבוה יותר מתמותת ילדים מוסלמים.
* פגיעה עצמית מכוונת (התאבדות) מהווה את אחת הסיבות העיקריות לתמותה בטווך הגילאים שבין 5-14. שיעור זה הוא גבוה יותר בקרב ילדים ערבים.



איור 3: סיבות המוות העיקריות לתינוקות.

## שיעור ההיפגעות כתלות בזירת ההיפגעות

זירת ההיפגעות מהווה משמעות רבה בכל הנוגע להיפגעות ילדים. על פי מערכת סיווג וקידוד הבינלאומית ה- ICECI (International classification of external causes of injury), קיימת התייחסות לחמש זירות היפגעות מובחנות (ניר ועמיתים, 2017).: בית או חצר הבית, דרך, מוסד חינוכי, מרחב ציבורי, מקום עבודה.

75% ו-69% ממקרי היפגעות ילדים המובילים למוות או לאישפוז מתרחשים בבית ובדרך בהתאמה. מבין מקרי האשפוז. היפגעות המתקיימת בבית ובדרך היא גם ההיפגעות אשר גורמת למקרי המוות הרבים ביותר, 36% ממקרי ההיפגעות בכל אחד מהזירות הללו מובילים למוות (ניר ועמיתים, 2017).

לפי איור 1 ניתן לראות כי קיימים שינויים באחוז השינוי בשיעור התאונות בכל אחת מהזירות. במגזר היהודי (צד ימין) ניכר כי חלה ירידה משמעותית בתאונות המתרחשות בדרך ובמרחב הציבורי. עם זאת, חלה עלייה בשיעור התאונות המתרחשות בבית או בחצר הבית. בקרב המגזר הערבי (שמאל) תמונת המצב המתקבלת היא מעט שונה כאשר ניכר כי חלה הפחתה בהיפגעות בזירת הבית וחצר הבית. לא נרשמה הפחתה במספר התאונות במרחב הציבורי בקרב ילדים מהמגזר הערבי.



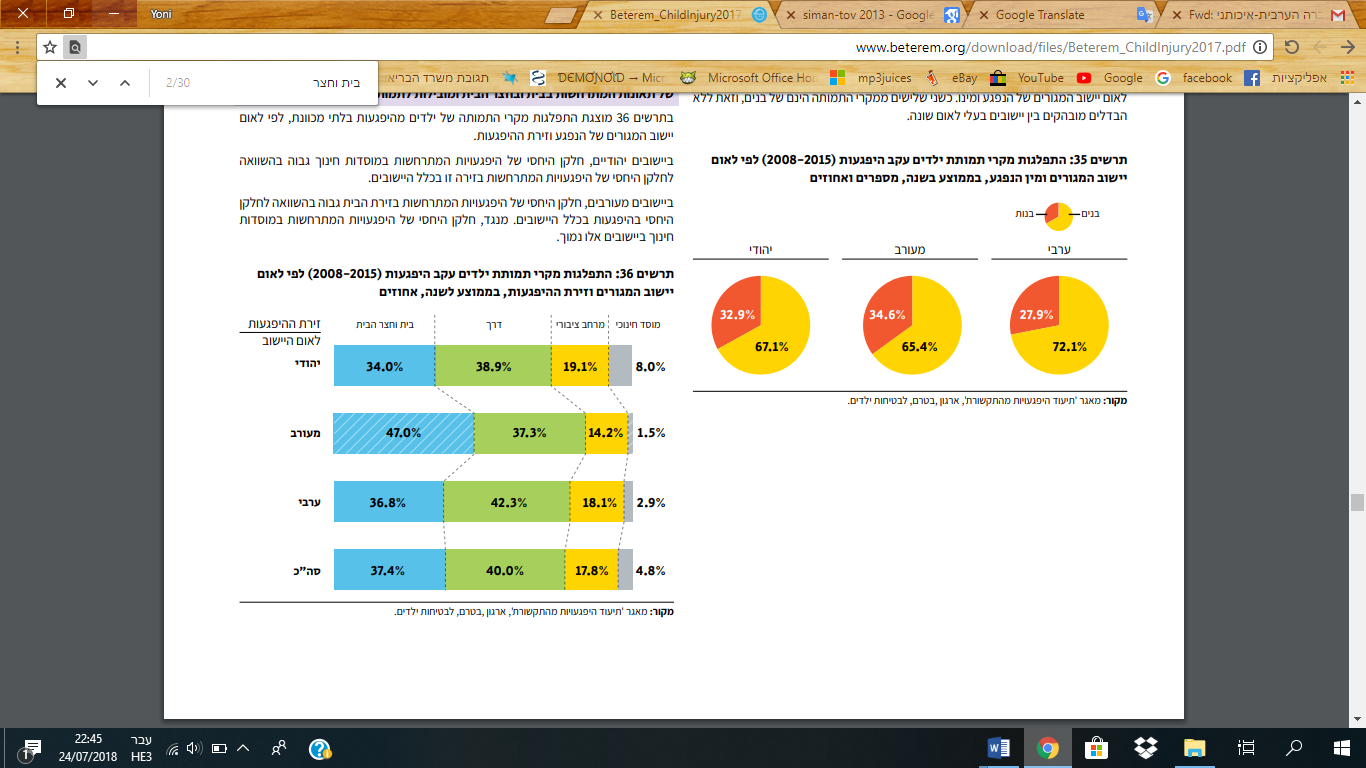
איור 1: אחוז השינוי בהיפגעות ילדים בשלוש זירות עיקריות: בית או חצר הבית, דרך ומרחב ציבורי בקרב ילדים יהודים (ימין) וערבים (שמאל).

בחלוקה של סיבות ההיפגעות לפי זירה התקבלו הממצאים הבאים:

1. בזירת הדרך, התקיימו מרבית תאונות הדרכים אשר גרמו לתמותה (80%) ולאשפוז (95%).
2. בזירת הבית, מרבית מקרי ההיפגעות אשר בוילו לתמותה ואשפוז התרחשו כתוצאה מ: כוויה או שאיפת עשן (90% ו-86%), נפילה (62% ו-51%), חתך ודקירה (57% ו-59%), חנק והרעלה (71% ו-75%9.
3. מרבית מקרי המוות שכתוצאה מטביעה התרחשו במרחב הציבורי.
4. הפגיעות השכיחות ביותר במרחב הבית ובמרחב הציבורי אשר גרמו לתמותה ואשפוז היו: מכה או חבלה (47% ו-43%), פגיעה מבעלי חיים (50% ו-30%).
5. מנגנון ההיפגעות השכיח ביותר בבית, במרחב הציבורי ובמוסד החינוכי היה נפילה. סיבה נוספת להיפגעות במוסד החינוכי הייתה חנק (245 מהמקרים).

עם העלייה בגיל, יורד אחוז ההיפגעות בזירת הבית ועולה אחוז ההיפגעות בזירות אחרות כגון, המרחב הציבורי, הדרך והמוסד הלימודי. סיבות המוות העיקריות בכלל הגילאים מסווגות לתאונות בית ופנאי (ניר ועמיתים, 2017).

שיעור ההיפגעות של ילדים ערבים הוא גבוה יותר בכל הזירות משיעור היפגעותם של ילדים יהודים מלבד זירת המוסד החינוכי (ניר ועמיתים, 2017). באיור 2 ניתן לראות את התפלגות מקרי תמותת ילדים עקב היפגעות בין השנים 2008-2015 לפי לאום, יישוב המגורים וזירת ההיפגעות.



איור 2: התפלגות מקרי תמותת ילדים עקב היפגעות בין השנים 2008-2015 לפי לאום, יישוב המגורים וזירת ההיפגעות.

## תאונות דרכים

בין השנים 2000-2014, נהרגו בישראל 969 ילדים כתוצאה מתאונות דרכים. 91% מהם נהרגו כתוצאה ממעורבת של כלי רכב ממונע, מתוכם: 49% נפגעו בתור הולכי רגל (ניר ועמיתים, 2017).

היפגעות ילדים כתוצאה מתאונות דרכים מהווה את אחת הסיבות העיקריות לתמותה ולאישפוז בקרב ילדים ובני נוער הן בארץ והן בעולם. בישראל, תאונות דרכים מהוות את סיבת התמותה העיקרית לתמותה בקרב ילדים. הולכי רגל מהווים את הקבוצה הפגיעה ביותר של משתמשי הדרך. במחקרים שנערכו בנושא נמצא כי צורת ההגעה העיקרית של ילדים לבית הספר היא ברגל, כ-60% מהילדים בישראל הולכים לבית הספר וחוזרים ממנו ברגל.

בחברה הערבית, תמונת המצב בנוגע להיפגעות ילדים שכתוצאה מתאונות דרכים היא מדאיגה אף יותר. בשנת 2013, אחוז הילדים הערבים מכלל הילדים שנהרגו בתאונות דרכים בשנה זו עמד על 61%. שיעור זה היה גבוה בהרבה מזה שנמצא בקרב ילדים יהודים.

בהשוואה בין סוגי הישובים נמצא כי: אחוז ההיפגעות כתוצאה מתאונות בדרך מסך ההיפגעות בישובים היהודים עמד על38.9% בעוד בישובים הערבים אחוז זה עמד על כ- 42.3% והיה גבוה יותר מהאחוז בישובים המעורבים שעמד על 37.3% (ניר ועמיתים, 2017).

ניתן לראות כי חלה ירידה משמעותית באחוז הילדים שנפגעו בתאונות דרכים לאורך השנים הנחקרות: 55.6% ירידה בתמותת הולכי רגל ו49.3% ירידה בתמותת נפגעים במעורבות כלי רכב ממונע (ניר ועמיתים, 2017).

הירידה הסתמנה גם בקרב ילדים מהמגזר הערבי ועמדה על 27%. הירידה באחוז התמותה בקרב ילדים ערבים הייתה נמוכה בהרבה מזו שהתקיימה בקרב ילדים יהודים (נמוכה בפי 2.7) (ניר ועמיתים, 2017).

במחקרים שנערכו בנושא נמצא כי מכלול הגורמים אשר השפיעו על שיעור ההיפגעות הגבוה בקרב ילדים הולכי-רגל בחברה הערבית היו (לוטן ועמיתים, 2017):

1. מודעות נמוכה לנושא חשיבות הבטיחות בדרכים והתנהגות לא בטיחותית: לא קיימת מודעות ולא קיימת התעסקות מצד בכירים במועצות ובקהילה בנושא, הורים אינם מודעים לנושא ואינם מהווים דוגמה לילדיהם בכל הנהוג להתנהגות בטיחותית בדרכים, נהגים אינם מצייתים לחוקי הבטיחות הנהוגים.
2. תשתיות לקויות וקיום מפגעים בדרכים: רמת התשתיות הקיימות הנה נמוכה מאוד, קיימים מפגעים בצידי הדרכים המקשים על הליכה בטוחה וגורמים להולכי הרגל ללכת על הכביש, קיים מחסור חמור במגרשי משחקים לילדים, כתוצאה מכך ילדים רבים משחקים באזורים שאינם מיועדים לכך ובין היתר בדרכים.
3. אכיפה מועטה מצד המשטרה: בא לידי ביטוי בעיקר בתוך תחומי הישובים.
4. מצב סוציו-אקונומי נמוך: בא לידי ביטוי בקיום כלי רכב ישנים אשר אינם מאפשרים שמירה על בטיחות הולכי הרגל והנהגים ונכונות נמוכה להשקיע משאבים בנושא.

במחקר שנערך במועצה ג'דיידה מכר, בשנת 2015 על ידי לוטן ועמיתיה (לוטן, פרח, שני, אלברט ורוזן, 2015) מטעם קרן רן נאור לקידום מחקר בטיחות בדרכים, נבחנו מאפייני ההיפגעות של ילדים בחברה הערבית כהולכי-רגל, נסקרו ונותחו דפוסי ואמצעי ההגעה של ילדים בחברה הערבית לבית הספר ובחזרה, נוטרו מסלולי ההגעה והחזרה של הילדים אל ומבית הספר ואותרו המפגעים הקיימים בדרכים ונבחנו, הוצעו וייושמו פתרונות להגברת בטיחות הילדים כהולכי רגל ביישובים הערביים. המחקר נערך תוך שימוש במגוון שיטות, כמותיות איכותניות ויישומיות.

לאחר בחינת תוצאות המחקר התגבשה תוכניתלפעילות מערכתית רב-תחומית. תוכנית זו כללה:

* שיפור תשתיות: סעיף זה כלל תיקון ליקויי תשתיות והסדרת חניית כלי רכב במקומות המיועדים לכך
* ליווי, עזרה ושמירה על הילדים בהליכתם לבית הספר ובחזרה ממנו: שימוש במשמרות זה"ב ופעילות בנות שירות.
* הגברת האכיפה המשטרתית.
* מלבד זאת, בוצעו פעולות רבות להעלאת המודעות ומתן הדרכה להתנהגות בטיחותית בדרכים. בסעיף זה הדגש ניתן בעיקר לאמהות ולילדים.

מחקר זה תרם רבות בהבנת דפוסי היפגעות ילדים בתאונות דרכים בתור הולכי רגל בחברה הערבית בישוב ערבי אחד מייצג. המחקר נערך לתקופה קצרה יחסית ולכן לא הושגו שינויים עמוקים בדפוסי ההתנהגות. עם זאת, מסקנות המחקר ומהלכו, מהווים מודל לאופן בו יש לפעול לשם ביצוע שינוי מהותי והורדה במספר הילדים ההרוגים כתוצאה מתאונות דרכים בחברה הערבית (לוטן ועמיתים, 2017).

## תאונות בית ופנאי

תאונות בית ופנאי כוללות בעיקר תאונות שמקורן בטביעה ובחנק. בין השנים 2000-2014, נהרדו בישראל 685 ילדים כתוצאה מתאונות בית ופנאי. בכ-255 מהמקרים לא הוגדרה סיבת ההיפגעות. תאונות שלא הוגדרה להן סיבת ההיפגעות נמצאות במגמה של ירידה בשנים האחרונות יתכן והסיבה לכך היא הירידה בתאונות הבית והפנאי. תאונות שהוגדרה להן סיבת ההיפגעות כוללות: 58% כתוצאה מטביעה או חנק (ניר ועמיתים, 2017).

אחוז ההיפגעות כתוצאה מתאונות בבית ובפנאי מסך ההיפגעות בישובים היהודים עמד על34.0% בעוד בישובים הערבים אחוז זה עמד על כ- 36.8%, בישובים מעורבים אחוז זה היה הגבוה ביותר ועמד על 47.0% (ניר ועמיתים, 2017).

מגמת הירידה הסתמנה הן בקרב ילדים יהודים והן בקרב ילדים ערבים. אחוז הירידה בתמותה שכתוצאה מתאונות בית ופנאי בחברה הערבית עמד על כ-32% (ניר ועמיתים, 2017).

## תאונות במערכות חינוך

תאונות במערכת החינוך מתקיימות בשיעור נמוך בקרב ילדים ערבים מאשר בקרב ילדים יהודים. בקרב ילדים יהודים, תאונות אלו מהוות כ-8.0% מסך ההיפגעות, בישובים ערבים תאונות אלו מהוות 2.9% מסך ההיפגעות ובישובים מעורבים, אחוז ההיפגעות במוסדות הלימודים הוא הנמוך ביותר ועומד על1.5% בלבד (ניר ועמיתים, 2017).

## גורמי סיכון להיפגעות ילדים

היפגעות ילדים נגרמת מגורמים שונים, החל מגורמים אישיים של הילד וההורה ועד לגורמים סביבתיים וחברתיים. גורמי הסיכון העיקריים להיפגעות בקרב ילדים הם (סימן-טוב, פלג ובראון-אפל, 2017).

1. גיל: אחד מגורמי הסיכון להיפגעות הוא הגיל, כפי שפורט לעיל, ניתן לראות שבגילאים השונים הסיכון להיפגע בכל אחד מסוגי ההיפגעות, נפילה, כוויה, תאונות דרכים, אלימות ועוד הוא שונה.
2. מין: בנים נמצאים בסיכון גבוה יותר להיפגעות מאשר בנות.
3. בעיות התנהגותיות: ילדים פעילים יותר, בעלי בעיות התנהגות, בעלי הפרעות קשב וריכוז והיפראקטיביים הם בסיכון גבוה יותר להיפגעות.
4. ילדים הגרים במשפחות חד הוריות או ילדים להורים גרושים נמצאים בסיכון גבוה יותר להיפגעות.
5. ילדים הנמצאים במצב בריאותי ירוד או כאלה הנמצאים בהשגחה של משגיח שרמת ההשכלה שלו היא נמוכה יותר גם הם נמצאים בסיכון גבוה יותר להיפגעות.
6. ילדים להורים בעלי מיקוד שליטה חיצוני ותחושת פטליזם גבוהה נמצאים בסיכון גבוה יותר להיפגעות.
7. ילדים המוגדרים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה נמצאים בסיכון מוגבר להיפגעות.

## עמדות ומודעות הורים כלפי היפגעות ילדים בחברה הערבית

הבנה ואיתור של גורמי הסיכון מהווה את הצעד הראשון במניעת היפגעות ילדים. בר-און אפל ועמיתיו (Baron-Epel & Ivancovsky, 2015) פיתחו מסגרת תיאורטית בעלת פרספקטיבה רחבה לתיאור גורמי הסיכון השונים להיפגעות. מודל זה הבחין בין שלושה סוגים עיקריים: התנהגותיים, סביבתיים-חברתיים וסביבתיים פיזיים. כל אחד מאלה, נותח על פי ארבע רמות אקולוגיות: רמה אינדיבידואלית, רמה משפחתית-בינאישית, רמת הקהילה\חברה ורמת המדינה.

ברמה המשפחתית-בינאישית, נמצא כי אחד הגורמים אשר השפיעו ביותר על היפגעות ילדים היה השגחה הורית. הורים אשר נמצאים בקרב ילדיהם, שמים לב אליהם, שומעים אותם ורואים אותם, מספקים את רמת ההשגחה הטובה ביותר. קיימים סוגים שונחם של השגחה הורית המשתנים בהתאם לסביבה הפיזית ולמבנה המשפחה. עם זאת, ניתן לקבוע באופן חד משמעי כי קיומה של השגחה הורית מונעת היפגעות ילדים בשיעור ניכר.

בחינת השפעת ההורים על היפגעות ילדים הוא נושא אשר נבחן רבות בספרות המחקרית. אחד המחקרים אשר עסק בנושא היה מחקרם של ואן בילן ועמיתיו (van Beelen, Beirens, den hertog, van Beeck & Raat, 2014). במטרה להעלות את מודעות ההורים לבטיחות ואת הפעולות שלהם בנושא, נערכה התערבות משולבת, אישית ואינטרנטית תוך שימוש ב E-Health4Uth. במחקר נערכה השוואה בין הורים אשר קיבלו הדרכת בטיחות קונבנציונלית במסגרת ביקורים שערכו במרפאות עם ילדיהם הרכים לבין הורים אשר הודרכו במודל ה E-Health4Uth בהולנד. סך ההורים אשר השתתפו במחקר עמד על 1292 הורים. תוצאות המחקר הראו כי התערבות אינטרנטית תרמה רבות להעלאת המודעות של ההורים בנושא היפגעות וכי בקרב ילדים אשר הוריהם השתתפו בהתערבות, מספר הפציעות היה נמוך מאשר בקרב ילדים להורים מקבוצת הביקורת.

מחקר אשר בחן עמדות הורים כלפי היפגעות ילדיהם נערך בישראל ועסק באוכלוסייה הערבית. במחקר נבחנו עמדות ההורים בנוגע לנושאים (אבו-עסבה, קראקרה-איברהים, לוי ופינדלינג, 2009):

* תפיסת הבית כמקום בטוח לילדים.
* תפיסת אמצעים הנדרשים לשם הגברת הבטיחות בבית. למשל, אמצעים למניעת נפילות מגובה, אמצעים למניעת כוויות, למניעת הרעלה מחומרי ניקוי ולמניעת חנק.
* תפיסת חשיבות ההשגחה ההורית בקרב הורים לילדים בגילאים הנמוכים מ-12.

במחקר השתתפו 500 הורים לילדים מתחת לגיל 15 מהחברה הערבית. נתוני המחקר נאספו באמצעות שאלונים.

תוצאות המחקר הראו כי בהשוואה לסקר דומה שנערך בשנת 2007, חלה ירידה בתפיסת הבית כמקום הבטוח ביותר לילדים, מחצית מההורים לא היו מודעים להסתברות היארעות התאונות בבית, חלה עלייה במודעות ההורים לכך שתאונות ביתיות יכולות לגרום לפציעה קשה, חלה ירידה משמעותית בשיעור ההורים שחשבו שיש לבצע שינויים במבנה הבית על מנת להוריד את הסיכון להיפגעות, חלה ירידה בהורים אשר חשבו שלא ניתן להשגיח על הילדים וכשתוצאה מכך מתרחשות התאונות וכן בהורים אשר חשבו כי התאונות קורות מ"השמיים" וכי לא ניתן למנוע אותן. כמו כן, נמצא כי הורים רבים היא סקפטיים לגבי תקני הבטיחות החדשים בבנייה. רוב ההורים נקטו באמצעי בטיחות למניעת תאונות בבית, מרביתם שהתייכו למעמד סוציו-אקונומי בינוני ומעלה. ממצא חשוב שעלה מן המחקר היה כי חלה בעיה חמורה בתפיסת ההשגחה ההורית בקרב הורים מהאוכלוסיה הערבית, כמעט מחצית מההורים, השאירו ילדים בגילאים 12 ומטה לבד בביתם וכן נתנו להם להגיע ולחזור מבית הספר בכוחות עצמם. נמצא כי הורים רבים לא שלחו את ילדיהם ללימודי שחייה וכי הורים רבים איחסנו חומרי ניקוי והדברה במקומות נגישים לילדים.

כפי שצויין, היפגעות ילדים מהוה את הגורם העיקרי לתמותת ילדים בישראל. לכן, בשנים האחרונות נערכו דיונים רבים ונעשו פעולות רבות במסגרת המדינית הציבורית במטרה למצוא פתרונות לסוגיה.

## מדיניות ציבורית

הועדה הבין-משרדית לבטיחות ילדים בחברה הערבית הוקמה בשנת 2008, לבקשתה של יו"ר הועדה לזכויות הילד של הכנסת דאז, ח"כ נדיה חילו. ועדה זו הוקמה כתוצאה ממספר מקרי ההיפגעות הרבים של ילדים בחברה הערבית בישראל. הועדה פעלה במסגרת המועצה הלאומית לבטיחות בית ופנאי של משרד הבריאות. תפקידי הועדה היו להלן (עאסי, 2011):

* הכנת דו"ח המלצות במטרה להכין את השטח לגיבוש תוכנית לאומית לבטיחות ילדים במדינת ישראל בדגש על ילדים בחברה הערבית. בנוסף, על חברה הועדה הוטל לנסח המלצות למשרדי הממשלה לצימצום היקף ההיפגעות, תוך התייחסות לאתרי ההיפגעות ולשיטות התמודדות מוכחות מהספרות וממדינות אחרות בעולם. המטרה הייתה לשלב את ההמלצות שיתקבלו בתוכנית הלאומית לבטיחות ילדים בהנהגתו של משרד הבריאות.
* על משרדי הממשלה והמשתתפים האחרים בועד הוטל לקבוע תחומי אחריות, יעדים, מטרות, נושאים הכרחיים לטיפול, סדרי עדיפויות לפעילויות קצרות וארוכות טווח ומשאבים הנדרשים לכך.

הועדה התכנסה בתדירות של פעם בשלושה חודשים כ-5 פעמים. לאחר כתיבת ההמלצות, נשחו ההמלצות לאנשי מקצוע בתחומים השונים לשם הערות לפני כתיבת המסמך הסופי. הועדה התמקדה סביבות העיקריות להיפגעות:

* תאונות דרכים.
* תאונות בית וחצר.
* תאונות במערכת החינוך.
* תאונות בשעות הפנאי.

הועדה פיתחה מגוון המלצות למשרדי הממשלה השונים. בעבודה הנוכחית אתייחס למספר משרדים באופן ספציפי, המלצות כלליות, המלצות למשרד החינוף, הבריאות ולרשויות המקומיות.

המלצות הועדה למשרדים השונים היו להלן:

1. המלצות לכלל משרדי הממשלה:

* שיווק ועיצוב תודעתי: פיתוח חומרי הסברה המתואמים לחברה הערבית, שימוש באמצעי התקשורת לשם העלאת המודעות המתואמים לחברה הערבית, בשפתם ובהתאם לנורמות המקובלות בקרבם, שיפור מודעות החברה הערבית לסיכונים הטמונים בדרכים.
* העצמה ובניית יכולות: העלאת המודעות בנושא בקרב אנשי מקצוע העובדים עם ילדים ועם מבוגרים בחברה הערבית או בקרב אנשים המטפלים בילדים כגון הוריהם. העלאת המודעות תעשה על ידי שילוב הנושא בכל תוכניות ההכשרה לאנשי מקצוע העובדים עם ילדים, הפעלת מתנדבים לקידום בטיחות בקרב ילדים וקיום ימי עיון וכנסים בנושא.
* מדיניות ושינויים מערכתיים: מציאת תקציב לנושא בתקציב המדינה, הטמעת נושא בטיחות ילדים כתנאי סף בכל מקום עבודה העוסק בילדים בחברה הערבית, שיתופם של אנשי מקצוע מהחברה הערבית בוועדה העוסקת בקידום בטיחות בקרב ילדים בחברה הערבית, הטמעת תוכניות ייחודיות לחברה הערבית לקידום בטיחות בילדים וקידום השקעות בפרוייקטים ייחודיים לחברה הערבית.
* סביבה ומוצר: צמצום פערים בבטיחות בין ישובים יהודים לישובים ערבים, הקצאת מקום ומשאבים לבניית מגרשי משחקים, צמצום מפגעי בטיחות הקיימים בסביבת הישובים הערביים.
* מידע, מחקר ותוכניות: איסוף נתונים בנוגע להיפגעות והפקת דו"חות, עריכת תחקירים במקרי היפגעות ועידוד ביצוע מחקרים בנושא.

1. המלצות למשרד החינוך:

בחברה הערבית, אנשי החינוך נתפסים כבעלי דבר ויתר החברה מתייחסת אליהם ברצינות ולכן, ניתן דגש להתערבות רבה בשדה הזה.

* העצמה ובניית יכולות:הכשרה, העצמה והדרכה של נשי הצוות ומנהלי בתי הספר בתחום הבטיחות וכן, יצירת מצב שבו אנשי הצוות הם הגורם העיקרי המעביר את תכני הבטיחות הן לתלמידים והן להורים, פיתוח תוכניות בית ספריות בנושא בטיחות, יישום חוזרי מנכ"ל בנוגע ללימוד שחייה בבתי ספר מהמגזר הערבי והפעלת תוכיות מחויבות אישית לתלמידים בנושא בטיחות.
* סביבה ומוצר: תיקון ליקווי בטיחות בסביבת בית הספר, הרחבת מקומות המשחק וביצוע הדרכות לאנשי הצוות בנוגע לבטיחות.

1. המלצות למשרד הבריאות:

* הכשרה של אנשי הצוותים הטיפוליים במגזר הערבי: רופאי משפחה, רופאי ילדים, אחיות ואחיות בנושא הבטיחות.
* הכשרת הורים בנושא בטיחות בטיפות החלב, הכשרת יולדות ערביות בטרם שיחרורן מבית החולים.
* הקמת ירידי בריאות וקיום הדרכות והרצאות בנושא קידום בטיחות בקהילה.

1. המלצות לשלטון מקומי (רשויות מקומיות בחברה הערבית):

* העצמה ובניית יכולות: הכשרת מנהלי אגפים שונים בנושא הבטיחות ועידוד אנשי דת להתערות בנושא.
* שיווק ועיצוב תודעתי: שימוש באמצעי תקשורת משוקמיים להעלאת המודעות.
* מדיניות ושינויים מערכתיים: עידוד הרשויות המקומיות לפעול על פי תוכנית "בטרם לניהול ולקידום בטיחות ילדים בעיר" , חיוב מהנדס הישוב להתחשב במאפייני הישוב העלולים לגרום להיפגעות ילדים בעיר, אכיפה מחמירה בנושא אכלוס לא חוקי, פיקוח על אישורי בנייה ומתן דגש על הגדרת מקומות חנייה מוסדרים מחוץ לבתים.
* סביבה ומוצר: קידום חוקי עזר עירוניים לקידום בטיחות ילדים, קידום נושא הקמת מגשרי ומתקני משחקים לילדים, עידוד מפעל הפיס לתמוך בהקמת גנים ציבוריים בישובים הערביים.
* מידע, מחקר ותוכניות: הערכה תקופתית של מצב הבטיחות בישובים הערביים.

## מודלים לקידום בטיחות בילדים

במטרה להתמודד עם התאונות הרבות והשלכותיהן, קמו בחלוף השנים מודלים שונים לקידום בריאות ובטיחות בקרב ילדים. אחד המודלים הראשונים שפותחו, Safe Communities, "קהילות בטוחות", הוצד לראשונה בשוודיה, בשנת 1989, בועידה למניעת תאונות ופציעות. לאחר ביצוע פיללוט בהתבסס על מודל זה, חלה הפחתה של 23% בכמות התאונות. מודל זה התבסס על ההנחה שלקהילה בה נמצאים הילדים קיימים שני צדדים: מצד אחד, הקהילה היא המקור לבעיות הבטיחות ומצד שני, הקהילה היא בעלת האמצעים למציאת פתרונות לבעיות הללו. כלל התוכניות אשר מתבססות על מודל ה Safe communities, הן תוכניות בהן נעשה שילוב בין מספר מגזרים קהילתיים וניתן דגש למעורבותם של חברי הקהילה בתוכניות השונות ולמציאת פתרונות ספציפיים לסוגיות המאפיינות כל קהילה, תוך מתן מענה לגורמי סיכון שונים (Merzel & D'Aaffitti, 2003). נכון לשנת 2014, מודל ה"קהילות הבטוחות" נוהל על ידי מרכז קרולינסקה בשוודיה בחסות ארגון הבריאות העולמי. מודל זה הופעל בכ-336 קהילות ברחבי העולם ובתוכן קהילה אחת בישראל. מודל ה"קהילות הבטוחות" מתייחס באופן מסורתי לכלל הקהילה. בשנים האחרונות פותחו מודלים חדשים ויעודיים הקהילה בטוחה לילדים ולבית חולים בטוח (לוי ופלד, 2017).

החל משנות ה-90 החל ארגון הבריאות העולמי לקדם רשת של Healthy cities "ערים בריאות", ברחבי העולם כאשר לכל מדינה היה רכז שייצד אותה. כיום, פועלות בעולם מעלה ל-1000 "ערים בריאות" במדינות החברות בארגון הבריאות העולמי. בישראל, קיימות מעל ל-40 רשויות מקומיות המוגדרות כ"ערים בריאות". בנוסף, שותפים בפרויקט כ-5 משרדי ממשלה וכ-9 מוסדות וארגונים (רשת ערים בריאות). על מנת להשתייך לרשימת ה"ערים הבריאות" על הרשות המקומית להתחייב ולאמץ את העקרונות המרכזיים ובראשם, השקעת משאבים רבים בתכנון ובהוצאה לפועל של פעולות שמטרתם לצמצם את רמת הסיכון בעיר (Donchin, Shemesh, Horowitz & Daoud, 2006). מודל זה הוא איננו ספציפי לשכבת גיל מסויימת אלא פונה לכלל האזרחים בישוב (לוי ופלד, 2017).

מודל נוסף אשר פותח בארצות הברית, פותח על ידי הארגון, Safe kids worldwide בשנת 1988. מודל זה התבסס על פיתוח קואליציות לבטיחות ילדים ברמת העיר, המחוז או המדינה. מודל זה מתמקד בגילאים שבין 0-18 שנים ובמניעת היפגעות לא מכוונת. כיום קיימות למעלה מ-500 קואליציות מסוג זה בארצות הברית. כל אחת מהקואליציות הללו מורכבת מארגון מקומי למשל, בית חולים, ארגון קהילתי או משרד בריאות אשר אחראי על ביצוע ומעקב אחר הפעילות. הקואליציות מקדמות תוכניות התערבות שונות בהתבסס על צרכי הקהילה הספציפיים. תוכניות התערבות כגון, סדנאת התקנת מושבי בטיחות, סדנאות במסגרת בית ספרית העוסקות בבטיחות בדרכים, סדנאות ספציפיות לעוסקים בפעילות גופנית וסדנאות ליולדות טריות אשר עוסקות בבטיחות בשנה הראשונה לאחר הלידה (לוי ופלד, 2017).

קיימים מודלים שונים אשר מווים את הבסיס לתוכניות התערבות שונות לקידום בטיחות בקרב ילדים בישראל בכלל וילדים מהמגזר הערבי בפרט. מספר תוכניות כאלו יוצגו להלן:

## קידום בטיחות בקרב ילדים בחברה הערבית

מודל "בטרם בעיר" פותח לראשונה בשנת 2007 על ידי ארגון "בטרם" בשיתוף עם מרכז השלטון המקומי ועם "אשד-משאבי ניהול והנדסה". פרויקט זה נבנה על מנת לתת לרשויות המקומיות בישראל, יהודיות וערביות, מענה לבקשותיהן לפעול למען שיפור בטיחות הילדים בתחומן. בשנת 2014, הופעל מודל זה ב-26 רשויות מקומיות ברחבי הארץ. הפעילות נבחרה להתבצע ברשויות מקומיות מתוך תפיסה כי הן מהוות גורם מרכזי ומשמעותי בניהול וקידום בטיחות ילדים ובצמצום היפגעותם בתאנות. השפעתן על בטיחות הילדים היא רבה וזאת משום שפעילותן היא כללית ומקיפה את כל תחומי החיים והן אחראיות על התשתיות, על מערכת החינוך ועל מגוון שירותים נוספים. הרשויות המקומיות בישראל אחריות ל-3 מתוך 4 זירות ההיפגעות המרכזיות: מוסדות החינוך, הדרכים והמרחב הציבורי. אחריותן של הרשויות המקומיות מחזקת את חשיבות מודל העבודה ברשויות המקומיות לטובת מניעת היפגעות ילדים (לוי ופלד, 2017).

מודל "בטרם בעיר" הוא בעל יתרונות רבים על פני מודלים אחרים משום שהוא מאפשר להשתמש בכלים ובמנגנוני ניהול עירוני קיימים, מתוך הראייה הכוללת שקידום בטיחות מהווה חלק מקידום הבריאות. במודל זה נעשה שימוש בשלושת הדיסציפלינות:

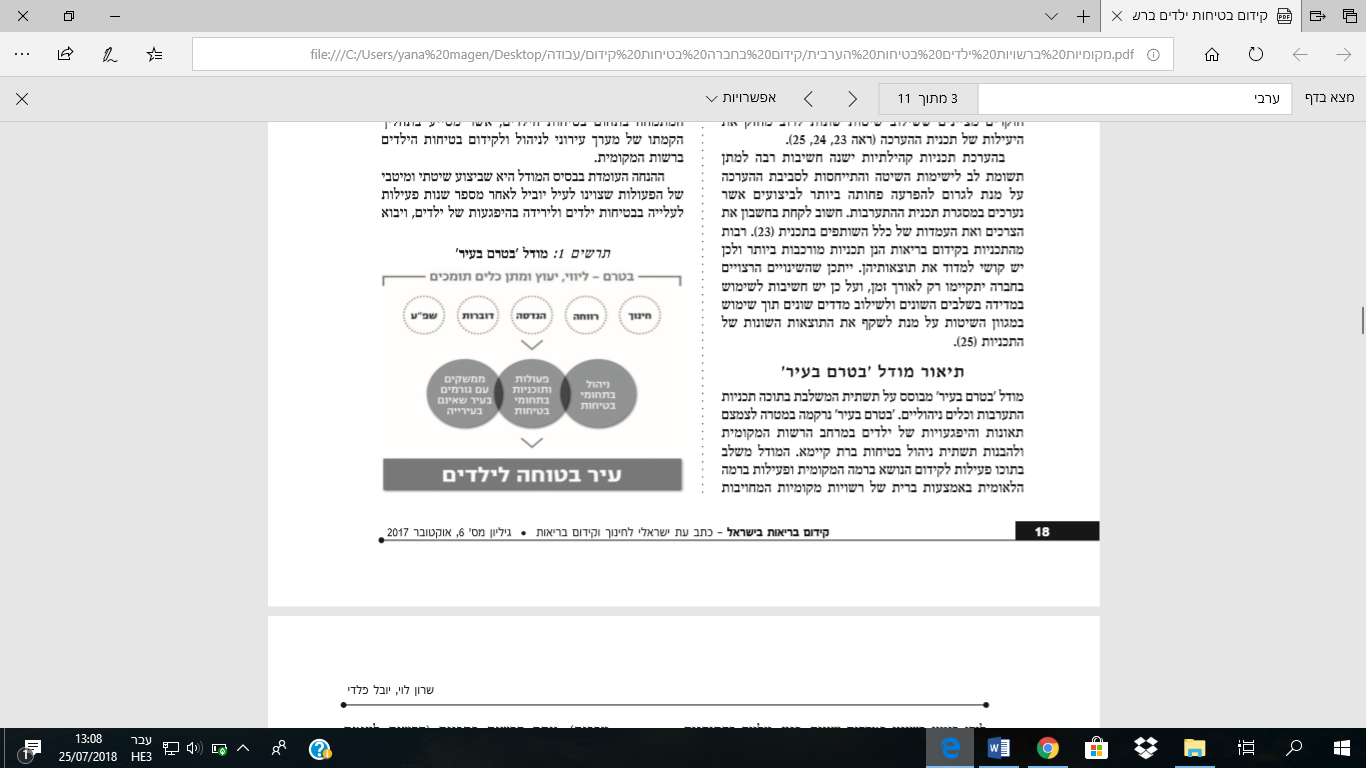
1. קידום בריאות: מכלול הפעילויות והתהליכים הנעשים על ידי אנשים פרטיים או על ידי גופים על מנת להגביר את השליטה באירועים המשפיעים על בריאותם ואף על חייהם (Laverack, 2006). קידום בריאות כולל בתוכו שני מימדים: המימד האישי, משמע העלאת המודעות האישית בנוגע לבריאות והמימד החברתי משמע, הנחלת נורמות של בריאות לציבור על ידי גורמי שלטון שונים (Larsen & Manderson, 2009).
2. ניהול סיכונים: דיסציפלינה אשר מתעסקת בזיהוי, תיעדוף והערכה של סיכונים וזאת מתוך מטרה לשלוט ולצמצם ככל האפשר את האפשרות לכך שגורם סיכון או אירוע בעל השלכות שליליות יתרחש בפועל (Hubbard, 2009). סיכונים בטיחותיים הנמצאים ברשויות המקומיות הנם רבים ומגוונים ולכן יש לטפל בכל אחד מהם באופן המתאים לו. רשויות מקומיות לרוב, בונות תוכניות ניהול סיכונים לטווך ארוך לפרק זמן של 5 שנים לפחות אם כי התכוננות כה מוקדמת היא איננה יעילה תמיד.
3. ניהול שינוי באמצעות ייעוץ אירגוני: שינויי ארגוני הוא תהליך אשר בנוי לרוב משלבים רבים. שלבים אלו הם לרוב (Hamlin, Keep & Ash, 2001):

* אבחון המצב הנוכחי וזיהוי המצב הרצוי.
* יצירת חזון אסטרטגי.
* תכנון אסטרטגיות השינוי.
* וידוא מעורבות ומחויבות הגורמים הרלוונטיים לשינוי.
* ניהול הטמעת השינוי.
* ייצוב, אינטגרציה וגיבוש של תוצאות השינוי וזאת במטרה לחזק ולהבטיח את תוצאותיו.

בנוסף, מדגיש מודל זה את חשיבות הניהול. חשיבות זו נובעת מתוך תפיסה כי יצירת תשתית של ניהול תחום הבטיחות בקרב ילדים תאפשר השפעה ברת קיימא.

מודל "בטרם בעיר" הוא מודל אשר נבנה על תשתית אשר שילבה בתוכה תוכניות התערבות וכלים ניהוליים. מודל זה נרקם במטרה למנוע ולצמצם תאונות והיפגעויות של ילדים במרחב ברשויות המקומיות. מודל זה שילב בתוכו פעילות לקידום הנושא ברמה המקומית ופעילות ברמה הלאומית בדמות ברית בין רשויות מקומיות המחויבות לקדם את בטיחות הילדים בתחומן כל זה, תוך שיתוף מידע והעלאת הנושא לסדר היום הלאומי (לוי ופלדי, 2017).

תוכנית זו התבצעה במספר שלבים כפי שניתן לראות באיור 4: בשלב הראשון מונה יו"ר ומנהל ברשות המקומית, בוצעה עבודת שטח בנוגע להערכת הסיכונים הקיימים ברשות המקומית, נקבעה מדיניות בטיחות ילדים רשותית, נבנתה תוכנית עבודה שנתית ונבנו מנגנוני ניהול ובקרה. באותו הזמן, התחילה הרשות להפעיל אסטרטגיות מניעה שונות כגון: סדרים ונהלים לשמירה על בטיחות ילדים ועידוד תשתיות בטוחות ושימוש במוצרים בטוחים לילדים. פרויקט זה נעשה בליווי ארגון "בטרם" (לוי ופלד, 2017).



איור 4: שלבי ביצוע התוכנית 'בטרם בעיר' ברשויות המקומיות

ההנחה עמדה על כך שביצוע שיטתי ומיטבי של הפעולות שהוזכרו לעיל, יוביל לעלייה בבטיחות ילדים וירידה בהפגעות ילדים.

לוי ופלדי (2017), ערכו בשנת 2017, הערכה אפקטיבית של מודל 'בטרם בעיר' בערים בהן הוא מופעל. המחקר נערך ברשויות המקומיות שהשתתפו בפרויקט בשתי מתודות עיקריות:

1. מתודה כמותית אשר בחנה את יישום התוכנית בהתאם למודל 'בטרם בעיר' ב-23 הרשויות המקומיות שהשתתפו במחקר. מתודה זו בוצעה על ידי חלוקת שאלונים לגורמי מפתח בתוכנית: מנהל, יועצת, גורמים בכירים ברשויות המקומיות ויו"ר התוכנית.
2. מתודה איכותנית: בחנה את הפער בין היישום הרצוי של המודל ליישום שלו בפועל בארבע רשויות מקומיות

במחקר ניתנה התייחסות הן לישובים היהודים והן לישובים הערבים בהם נערכה התוכנית.

בעבודה הנוכחית אתייחס לממצאי המחקר בהשוואה בין יישובים בהם השפה המדוברת היא עברית לבין ישובים בהם השפה המדוברת היא ערבית:

1. מבחינת יישום של מנגנוני הניהול של התכנית ברשויות: אחוז הביצוע של הפרמטרים הבאים: קיום תכנית עבודה, קיום ועדת היגוי ואיסוף וניטור נתוני היפגעות היה גוה יותר בישובים דוברי העברית. אחוז יישום הפרמטרים: ביצוע מיפוי ניהולי וקיום צוות ביצוע היה דומה מאוד בשני סוגי הישובים.
2. מדד שיתוף הפעולה היה גבוה יותר ברשויות דוברות העברית (84 לעומת 68).
3. מבחינת יישום הפעולות ברשויות, כחלק מאסטרטגית המניעה: אחוז יישום הפרמטרים, פרסום חומרי הסברה על בטיחות ילדים באמצעי תקשורת, גיוס מתנדבים לפעילות 'בטרם בעיר' וקיום הצהרת מדיניות היה גוה יותר בישובים דוברי ערבית. אחוז יישום הפרמטרים, קיום הדרכות בנושא בטיחות ילדים לבעלי תפקידים בעירייה ועדכון אתר האינטרנט של העירייה בחומרי 'בטרם בעיר', היה גבוה יותר בישובים דוברי העברית.

מסקנות המחקר היו כי על אף הפוטנציאל הרב הטמון בתוכנית, קיים פער רב בין הרצוי למצוי, חלקי התוכנית אשר אינם דורשים מאמץ רב מיושמים באופן טוב בעוד חלקי התוכנית אשר דורשים מאמץ ושיתוף פעולה בין גופים מיושמים באופן טוב פחות. מסקנות החוקרים היו שיש לפקח על התוכנית בצורה לאומית על ידי גוף חיצוני שיהיה מוסמך לכך.

# מסקנות וסיכום

נושא קידום בטיחות והיפגעות ילדים הוא נושא המהווה חשיבות רבה בחברה המודרנית. מספר הילדים המאושפזים והנפטרים מדי שנה שכתוצאה מתאונות והיפגעות בלתי מכוונת הוא גבוה. העיסוק הרב בנושא נובע מכך שהיפגעות בלית מכוונת היא כזאת אשר ניתנת למניעה מראש למשל, תאונות דרכים, יכולות להימנע מראש במידה וכל אחד מהצדדים נוקט בכללי הזהירות המקובלים.

נושא היפגעות ילדים הוא אחד מגורמי המוות אשר מושפע ביותר מאי שייון (Kahn et al., 2015). משמע, כי זרמים אחדים באוכלוסייה סובלים מההיפגעות בשיעור ניכר יותר מאשר זרמים אחרים למשל, ילדים המשתייכים למעמד סוציו-אקונומי נמוך וילדים לבני מיעוטים. בישראל, אי שיוויון זה בא לידי ביטוי בעיקר בכך שילדים ערבים נפגעים ואף נהרגים מתאונות אשר היו ניתנות למניעה בסביבת הבית, הדרך, המסגרת החינוכית בשיעור ניכר יותר מילדים יהודים (ניר ועמיתים, 2017).

קיימים גורמים שונים אשר עלולים להשפיע על היפגעות ילדים, גורמים סביבתיים וגורמים בינאישיים. הגורם בו בחרנו להתמקד בעבודה הנוכחית הוא המעורבות ההורית בכלל וההשגחה ההורית בפרט. מחקרים שונים הראו כי קבוצות החשופות יותר להיפגעות מאופיינות בידע חסר בנושא ההיפגעות בקרב ההורים (). בנוסף, נמצא כי לפרמטר ההשגחה ההורית קיימת השפעה משמעותית על היפגעות ילדים. הורים באוכלוסיה הערבית התקשו לעתים בהשגחה הורית על פי ממצאי מחקרים (לוי ופינדלינג, 2009).

על מנת להתמודד עם תופעת ההיפגעות ולהוריד את שיעור הילדים הפצועים וההרוגים שכתוצאה ממנה, החלו להעשות פעולות רבות ברחבי העולם והן בישראל ברמה הלאומית וברמה המקומית. קמו תוכניות התערבות שונות וחוקקו חוקים שונים אשר מטרתם הייתה בעיקר להעלות את המודעות בנושא ההיפגעות ולהשתית את הנושא בסדר היום של משרדי הממשלה השונים ושל האנשים הפרטיים. בשנת 2008, אף ניתנה התייחסות ספציפית לאוכלוסייה הערבית בישראל על ידי הועדה הבין-משרדית לבטיחות ילדים בחברה הערבית (עסאי, 2011). במסדגת הועדה, ניתנו המלצות למשרדים השונים בדגש על משרד החינוך, משרד הבריאות והנהלת הרשויות המקומיות.

יישום ההמלצות נמדד בצורה הטובה ביותר על ידי אנליזת ההשלכות של מודל 'בטרם בעיר', מודל להפחתת היפגעות בקרב ילדים אשר מייושם הן באוכלוסייה היהודית והן בערבית בישראל. מודל זה מייושם בקרב 24 רשויות מקומיות. מסקנות המחקר העיקריות היו מסקנות המחקר היו כי על אף הפוטנציאל הרב הטמון בתוכנית, קיים פער רב בין הרצוי למצוי, חלקי התוכנית אשר אינם דורשים מאמץ רב מיושמים באופן טוב בעוד חלקי התוכנית אשר דורשים מאמץ ושיתוף פעולה בין גופים מיושמים באופן טוב פחות. מסקנות החוקרים היו שיש לפקח על התוכנית בצורה לאומית על ידי גוף חיצוני שיהיה מוסמך לכך (לוי ופלדי, 2017).

בהשוואה בין יהודים וערבים, נמצא כי שיתוף הפעולה היה גבוה יותר בישובים היהודים. יישום מדדי התוכנית בפועל נעשה ברמה גבוה יחסית הן בישובים היהודים והן בישובים הערביים, כאשר בכל אחד מסוגי הישובים ניתן דגש על פרמטרים אחרים.

אסור להתעלם מכך שנושא היפגעות ילדים הוא נושא בעל פוטנציאל מניעתי גבוה יותר ולכן, יש להשקיע את כל המאמצים האפשריים למיגור התופעה תוך מתן דגש על העלאת המודעות בקרב הורים ובקרב אנשי חינוך והן בקרב הילדים עצמם.

# ביבליוגרפיה

אבו עסבה, ח', קראקרה-אבראהים, א', לוי, ש' ופינדלינג, ל'א' (2009). סיכום ממצאי מחקר: עמדות והתנהגות הורים לילדים עד גיל 15 בנושא בטיחות ילדים בבית. בטרם. http://www.beterem.org/download/files/%D7%A1%D7%99%D7%9B%D7%95%D7%9D%20%D7%9E%D7%9E%D7%A6%D7%90%D7%99%20%D7%9E%D7%97%D7%A7%D7%A8-%20%D7%A2%D7%9E%D7%93%D7%95%D7%AA%20%D7%95%D7%94%D7%AA%D7%A0%D7%94%D7%92%D7%95%D7%AA%20%D7%94%D7%95%D7%A8%D7%99%D7%9D%20%D7%9C%D7%99%D7%9C%D7%93%D7%99%D7%9D%20%D7%A2%D7%93%20%D7%92%D7%99%D7%9C%2015%20%D7%91%D7%A0%D7%95%D7%A9%D7%90%20%D7%91%D7%98%D7%99%D7%97%D7%95%D7%AA%20%D7%99%D7%9C%D7%93%D7%99%D7%9D%20%D7%91%D7%91%D7%99%D7%AA.pdf

זעירא, ג' (2013). תמותת תינוקות וילדים בישראל, בדגש על האוכלוסייה המוסלמית בכל הארץ ובמחוז דרום. הכנסת מרכז המחקר והמידע. https://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m03347.pdf

לוטן, צ', פרח, ח', שני, מ', אלברט, ג' ורוזן, ג' (2015).בטיחות הילדים כהולכי רגל בחברה הערבית.קרן רן נאור לקידום מחקר בטיחות בדרכים. http://www.infocenters.co.il/rsa/multimedia/%D7%A8%D7%9F%20%D7%A0%D7%90%D7%95%D7%A8/%D7%91%D7%98%D7%99%D7%97%D7%95%D7%AA%20%D7%94%D7%99%D7%9C%D7%93%D7%99%D7%9D%20%D7%9B%D7%94%D7%95%D7%9C%D7%93%D7%99%20%D7%A8%D7%92%D7%9C%20%D7%91%D7%97%D7%91%D7%A8%D7%94%20%D7%94%D7%A2%D7%A8%D7%91%D7%99%D7%AA.pdf

לוי, ש' ופלדי, י' (2017). מודל 'בטרם בעיר' לקידום בטיחות ילדים ברשויות מקומיות: מחקר הערכה. *קידום בריאות בישראל* 6(15-26).

מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל. (2018). האוכלוסייה הערבית בישראל: עובדות ומספרים. <http://brookdale.jdc.org.il/wp-content/uploads/2018/03/MJB_Facts_and_Figures_on_the_Arab_Population_in_Israel_2018-Hebrew.pdf>

ניר, נ., אופיר, י., וייס, א., לוי, ש.(2017). היפגעות ילדים בישראל: דו"ח 'בטרם' לאומה 2017. http://www.beterem.org/download/files/Beterem\_ChildInjury2017.pdf

ניר, נ', לוי, ש' וגולן, א' (2013). התוכנית הרב-שנתית לבטיחות ילדים. משרד הבריאות. <http://www.beterem.org/download/files/00021835_1.pdf>

עאסי, נ' (2011). דו"ח הועדה הבין משרדית לבטיחות ילדים בחברה הערבית. http://www.beterem.org/download/files/%D7%93%D7%95%D7%97%20%D7%94%D7%95%D7%95%D7%A2%D7%93%D7%94%20%D7%94%D7%91%D7%99%D7%A0%D7%9E%D7%A9%D7%A8%D7%93%D7%99%D7%AA%D7%A3%20%D7%91%D7%98%D7%99%D7%97%D7%95%D7%AA%20%D7%99%D7%9C%D7%93%D7%99%D7%9D%20%D7%91%D7%97%D7%91%D7%A8%D7%94%20%D7%94%D7%A2%D7%A8%D7%91%D7%99%D7%AA.pdf

רשת ערים בריאות. http://www.healthycities.co.il/

Baron-Epel, O., & Ivancovsky, M. (2015). A socio-ecological model for unintentional injuries in minorities: a case study of Arab Israeli children. *International journal of injury control and safety promotion*, *22*(1), 48-56.‏

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.‏

Hamlin, B., Keep, J., & Ash, K. (2001). *Organizational change and development: A reflective guide for managers, trainers and developers*. Pearson Education.‏

Hubbard, D. W. (2009). *The failure of risk management: Why it's broken and how to fix it*. John Wiley & Sons.‏

Khan, U. R., Sengoelge, M., Zia, N., Razzak, J. A., Hasselberg, M., & Laflamme, L. (2015). Country level economic disparities in child injury mortality. *Archives of disease in childhood*, *100*(Suppl 1), S29-S33.‏

Laflamme, L., Hasselberg, M., & Burrows, S. (2010). 20 years of research on socioeconomic inequality and children's—unintentional injuries understanding the cause-specific evidence at hand. *International journal of pediatrics*, *2010*.‏

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.‏

Laverack, G. (2006). Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 113-120.‏

Merzel, C., & D’Afflitti, J. (2003). Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *American journal of public health*, *93*(4), 557-574.‏

Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., Hyder, A. A., Branche, C., Rahman, A. F., ... & Bartolomeos, K. (2008). Child injuries in context.‏

Schwebel, D. C., & Gaines, J. (2007). Pediatric unintentional injury: Behavioral risk factors and implications for prevention. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *28*(3), 245-254.‏

Siman-Tov, M., Radomislensky, I., & Peleg, K. (2013). Reduction in trauma mortality in Israel during the last decade (2000–2010): the impact of changes in the trauma system. *Injury*, *44*(11), 1448-1452.‏

Towner, E., & Towner, J. (2009). Child injury in a changing world. *Global Public Health*, *4*(4), 402-413.‏

van Beelen, M. E. J., Beirens, T. M. J., den Hertog, P., van Beeck, E. F., & Raat, H. (2014). Effectiveness of web-based tailored advice on parents’ child safety behaviors: randomized controlled trial. *Journal of medical internet research*, *16*(1).‏

World Health Organization. Dept. of Violence, Injury Prevention, World Health Organization. Violence, Injury Prevention, & World Health Organization. (2009). *Global status report on road safety: time for action*. World Health Organization.‏

# נספחים

מטרת המחקר: כיצד הורים בחברה הערבית תופסים את נושא קידום בטיחות הילדים?

ראיון:

1. האם אתה מודע לסכנות הקיימות בסביבה בה מבלה ילדך, בסביבה הביתית, הבית ספרית ובסביבה בה הוא מבלה בשעות הפנאי?
2. במידה וכן, מהן הסכנות העיקריות הקיימות לדעתך?
3. האם לדעתך יש צורך בהתערבות לשם הבטחת סביבה בטוחה יותר? אם כן, למה?
4. איזה התערבות תוכל להציע?
5. האם אתה יודע מה זה קידום בטיחות? תאר את מה שידוע לך במספר מילים.
6. האם ידוע לך על תוכניות לקידום בטיחות המתבצעות בבית הספר של ילדיך או בסביבה בה הם שוהים לאחר בית הספר?
7. במידה וכן, מה דעתך על תוכניות אלו?