

**ניהול מערכות בריאות**

**קידום בריאות של ילדים ונוער בחברה הערבית**

**סארה מחמוד אבו סיאם**

**2018**

יולי 2018

# תקציר מנהלים

**רקע מדעי**

בשנת 2016, ערביי ישראל היוו 21% מכלל אוכלוסיית ישראל ומנו 1.8 מיליון נפשות. האוכוסיה הערבית בישראל מאוכלסת ברובה בפריפריה וחווה פערים רבים בתחומי חיים שונים כגון, חינוך, כלכלה ובריאות (מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל, 2018). בשנת 2014, נערך הסקר החברתי, הבריאותי והסביבתי הראשון שנערך בחברה הערבית-פלסטינית בישראל. סקר זה כלל כ-2,250 בתי אב והציג תמונה רחבה וכוללת אשר נגעה בלב הסוגיות הבריאותיות והסביבתיות של האזרחים הערבים במדינת ישראל. על פי סקר זה, הגורמים העיקריים אשר נמצאו כמשפיעים על המצב הבריאותי בחברה הערבית היו רמות נמוכות של: התנהגות בריאותית, שירותי הבריאות, נגישותם, זמינותם והתאמתם לחברה הערבית, תשתיות לקיום אורח חיים בריא ברמה המקומית והאזורית, ידע ומודעות בריאותית ומפגעים סביבתיים (אלשייך ועמיתיו, 2015). במטרה להתגבר על הפערים הללו קמו תוכניות התערבות רבות לקידום בריאות, ביניהן גם תוכניות התערבות במסגרת הבית ספרית. הבחירה להתערבות דווקא בבתי הספר נבעה מכך שנמצא כי תוכניות התערבות ארוכות טווך לקידום בריאות בבתי הספר אשר שילבו בין בית הספר, לבין ההורים, המורים והתלמידים היו היעילות ביותר (Smit, Verdurmen, Monshouwer & Smit, 2008). גם בישראל קיימות מספר תוכניות התערבות לקידום בריאות בבתי הספר אשר חלקן מופעלות גם בבתי ספר דוברי ערבית.

**מטרה**

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון את השפעתם של מאפיינים סוציו-דמוגרפיים על קידום בריאות בבתי ספר בהשוואה בין יהודים לערבים.

השערות המחקר היו להלן: 1. לאזור המגורים תהיה השפעה על קידום הבריאות בבית הספר כך שתלמידים בבתי ספר בערים יעידו על קידום בריאות ברמה גבוה יותר מתלמידי בית ספר המתגוררים בפריפריה. 2. לשכבת הגיל תהיה השפעה על קידום הבריאות בבית הספר כך שימצא קשר שלילי בין גיל המשתתפים לבין רמת קידום הבריאות. ככל שהמשתתפים יהיו מבוגרים יותר כך רמת קידום הבריאות עליה יעידו תהיה נמוכה יותר. 3. למגדר תהיה השפעה על רמת קידום הבריאות כך שבנות ידווחו על קידום בריאות ברמה גבוה יותר מאשר בנים. 4. בהשוואה בין יהודים לערבים, ילדים יהודים יעידו על רמות גבוהות יותר של קידום בריאות.

**שיטות**

מחקר זה נערך במתכונת כמותית. משתתפי המחקר נבחרו באופן אקראי.

אוכלוסיית המחקר הייתה תלמידי כיתות ח'-ט' בישראל, במחקר השתתפו כ-70 תלמידים בכיתות ח'-ט' אשר גילם נע בין 14-15, 32 מהתלמידים השתייכו למגזר היהודי ו-38 למגזר הערבי, 17 התגוררו בפריפריה ו-53 בעיר, 30 מהמשתתפים היו בנים ו-40 בנות. במחקר נעשה שימוש בשאלון אשר התבסס על שאלון בו נעשה שימוש בדו"ח המסכם אשר הוגש למשרד הבריאות בשנת 2014 ועסק ב"אורח חיים פעיל ובריא במערכת החינוך". השאלון המקורי התבסס על שאלון מתוקף ומהימן אשר פותח על ידי ארגון הבריאות העולמי (GSHS- global school health survey) (WHO, 2018).

**תוצאות**

ארבעת השערות המחקר אוששו: נמצא כי חל הבדל מובהק בקידום הבריאות בבית ספר בין עיר לפריפריה [*t*(59.907)= 11.837, *p*<.01]. ממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור נדגמים הגרים בעיר (*M*= 11.585, *S.D*.= 3.103) היה גבוה בשיעור מובהק מממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור נדגמים הגרים בפריפריה (*M*= 5.118, *S.D*.= 1.409). תוצאות דומות התקבלו גם עבור האוכלוסייה הערבית. עוד נמצא כי התקיים קשר שלילי מובהק בין המשתנים גיל וקידום הבריאות בבית ספר (*p*<.01, rp = -0.861). כלומר, ככל שהמשתתפים יהיו מבוגרים יותר כך רמת קידום הבריאות עליה יעידו תהיה נמוכה יותר. ההשערה אוששה. תוצאות דומות התקבלו גם עבור המשתתפים היהודים והערבים באופן פרטני. בנוסף נמצא כי היה הבדל מובהק בקידום הבריאות בבית ספר בין בנים לבנות [*t*(68)= 14.324, *p*<.01] ממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור הבנות (*M*= 12.950, *S.D*.= 2.050) היה גבוה בשיעור מובהק מממוצע קידום הבריאות בבית ספר אצל הבנים (*M*= 6.100, *S.D*.= 1.882). תוצאות דומות התקבלו גם עבור המשתתפים הערבים באופן פרטני. לבסוף, נמצא כי חל הבדל מובהק בקידום הבריאות בבית ספר בין יהודים לערבים [*t*(66.568)= 12.041, *p*<.01] ממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור היהודים (*M*= 13.500, *S.D*.= 1.866) היה גבוה בשיעור מובהק מממוצע קידום הבריאות בבית ספר אצל הערבים (*M*= 7.079, *S.D*.= 2.582).

**מסקנות**

מחקר זה הציג את תמונת המצב הקיימת בנושא קידום הבריאות באוכלוסיה הערבית והיהודית בישראל. כפי ששיערנו, רמת קידום הבריאות בקרב ילדים ערבים הייתה נמוכה מזו שהייתה בקרב ילדים יהודים. לפיכך, ההמלצות הן: 1. לערוך את המחקר בפעם נוספת תוך הגדלת המדגם והגדלת ההטרוגניות שלו: לדאוג לכך שמחקר ישתתפו גם בנים וגם בנות מהמגזר היהודי, לדאוג שבמחקר ישתתפו יהודים אשר מתגוררים בערים המרכזיות ובפריפריה. כל זה, על מנת לקבל תמונת מצב טובה יותר ולאפשר השוואה אינפרמטיבית יותר בין יהודים לערבים. 2. לבחון הן את נקודת המבט של הילדים והן את נקודת המבט של הוריהם בנוגע לקידום הבריאות בבית הספר. 3. להתעניין בעמדות ודעות ההורים והתלמידים בנוגע לנקודות התורפה שלדעתם קיימות בנושא קידום הבריאות בבתי הספר במטרה לקבוע כיצד ניתן להתערב בצורה הטובה ביותר על מנת לשנות את המצב. 4. לקובעי המדיניות, לפעול בצורה ממוקדת יותר באשור הפריפריה לקידום בריאות בקרב ילדים בחברה הערבית תוך הנגשת תוכניות ההתערבות הן לשפה והן לתרבות הערבית.

# תוכן עניינים

[1. מבוא 6](#_Toc522997343)

[2. סקירת ספרות 7](#_Toc522997344)

[2.1. פערים בבריאות: בריאות האוכלוסיה הערבית 7](#_Toc522997345)

[2.2. הערכה של מצב הבריאות באוכלוסיה הערבית 8](#_Toc522997346)

[2.3. גורמים המשפיעים על מצב הבריאות בחברה הערבית 9](#_Toc522997347)

[2.4. חינוך וקידום בריאות ותיאוריות בהתנהגות בריאותית ושינוי התנהגות 11](#_Toc522997348)

[2.5. אתיקה בקידום בריאות 11](#_Toc522997349)

[2.6. קידום בריאות בגיל הרך 12](#_Toc522997350)

[2.7. קידום בריאות במערכת החינוך, בילדים ובני נוער 12](#_Toc522997351)

[2.8. אוריינות בריאותית 13](#_Toc522997352)

[2.9. תוכניות התערבות והשפעתן בבתי ספר במגזר הערבי 13](#_Toc522997355)

[3. יעדי המחקר, מטרות והשערות 15](#_Toc522997356)

[3.1. מטרת המחקר 15](#_Toc522997357)

[3.2. מטרות משנה 15](#_Toc522997358)

[3.3. השערות המחקר 15](#_Toc522997359)

[4. שיטות המחקר 16](#_Toc522997360)

[4.1. סוג המחקר 16](#_Toc522997361)

[4.2. אוכלוסית המחקר 16](#_Toc522997362)

[4.3. כלי המחקר 16](#_Toc522997363)

[4.4. משתני המחקר 16](#_Toc522997364)

[4.4.1. משתנים בלתי תלויים 16](#_Toc522997365)

[4.4.2. משתנה תלוי 17](#_Toc522997366)

[4.5. הליך איסוף הנתונים 17](#_Toc522997367)

[4.6. שיטת הניתוח הסטטיסטי 17](#_Toc522997368)

[5. תוצאות המחקר 18](#_Toc522997369)

[6. דיון 23](#_Toc522997372)

[6.1.1. אזור מגורים, לאום וקידום בריאות 23](#_Toc522997373)

[6.1.2. גיל וקידום בריאות 24](#_Toc522997374)

[6.1.3. מגדר וקידום בריאות 24](#_Toc522997375)

[7. סיכום והמלצות 26](#_Toc522997376)

[8. ביבליוגרפיה 27](#_Toc522997377)

[9. נספחים 29](#_Toc522997378)

# מבוא

בשנת 2016, ערביי ישראל היוו 21% מכלל אוכלוסיית ישראל ומנו 1.8 מיליון נפשות. האוכוסיה הערבית בישראל מאוכלסת ברובה בפריפריה וחווה פערים רבים בתחומי חיים שונים כגון, חינוך, כלכלה ובריאות (מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל, 2018). בשנת 2014, נערך הסקר החברתי, הבריאותי והסביבתי הראשון שנערך בחברה הערבית-פלסטינית בישראל. סקר זה כלל כ-2,250 בתי אב והציג תמונה רחבה וכוללת אשר נגעה בלב הסוגיות הבריאותיות והסביבתיות של האזרחים הערבים במדינת ישראל. על פי סקר זה, הגורמים העיקריים אשר נמצאו כמשפיעים על המצב הבריאותי בחברה הערבית היו רמות נמוכות של: התנהגות בריאותית, שירותי הבריאות, נגישותם, זמינותם והתאמתם לחברה הערבית, תשתיות לקיום אורח חיים בריא ברמה המקומית והאזורית, ידע ומודעות בריאותית ומפגעים סביבתיים (אלשייך ועמיתיו, 2015). במטרה להתגבר על הפערים הללו קמו תוכניות התערבות רבות לקידום בריאות, ביניהן גם תוכניות התערבות במסגרת הבית ספרית. הבחירה להתערבות דווקא בבתי הספר נבעה מכך שנמצא כי תוכניות התערבות ארוכות טווך לקידום בריאות בבתי הספר אשר שילבו בין בית הספר, לבין ההורים, המורים והתלמידים היו היעילות ביותר (Smit, Verdurmen, Monshouwer & Smit, 2008). גם בישראל קיימות מספר תוכניות התערבות לקידום בריאות בבתי הספר אשר חלקן מופעלות גם בבתי ספר דוברי ערבית.

על אף כי קיימות תוכניות התערבות שונות לקידום בריאות בבתי ספר ערבים בישראל, לא קיימים מחקרים רבים אשר בוחנים את השפעת התוכניות על הילדים או את השפעת המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של הילדים על תוכניות אלו. לפיכך, מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון את השפעתם של מאפיינים סוציו-דמוגרפיים על קידום בריאות בבתי ספר בהשוואה בין יהודים לערבים.

# סקירת ספרות

## פערים בבריאות: בריאות האוכלוסיה הערבית

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 בניכרה בקרב ערביי ישראל בשנים האחרונות הייתה ירידה בפריון. עם זאת, עדיין 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.

## הערכה של מצב הבריאות באוכלוסיה הערבית

בדוח שפורסם על ידי מכון טאוב בשנת 2017, נסקר המצב הבריאותי של האוכלוסייה הערבית בישראל בהשוואה לאוכלוסיות ערביות אחרות ברחבי העולם. בריאות האוכלוסייה הערבית בדוח המוצג נבחנה על פי הפרמטרים: תוחלת החיים בלידה, תמותת תינוקות, תוחלת החיים בגיל 30, הערכה עצמית של מצב הבריאות (צ'רניחובסקי, בשאראת, בוורס, בריל ושרוני, 2017).

תוחלת החיים של ערבים ישראלים נמצאה כגבוה ביותר בהשוואה למדינות מוסלמיות שונות בעולם. תוחלת חיים זו אף נמצאה כשווה לתוחלת החיים בארצות הברית. עם זאת, תוחלת חיים זו עדיין הייתה נמוכה בהרבה מזו של היהודים בישראל ובהשוואה לממוצע תוחלת החיים של 23 המדינות החברות ב OECD. תוחלת החיים בלידה עלתה בכ-4 שנים בקרב הנשים הערביות ובכ-שנתיים בקרב הגברים הערבים בין השנים 1996-2015 (צ'רניחובסקי ועמיתיו, 2017).

תמותת תינוקות מהווה מדד בעל משקל רב בקביעת תוחלת החים בעת לידה. בשנים האחרונות חלה ירידה משמעותית בתמותת תינוקות. הממוצע בישראל עומד על 3.7 תמותות ל-1000 לידות חי. ניתן לראות כי קיימת התפלגות רבה במספר התמותות ל-1000 לידות חי הן בין יהודים לערבים והן בין הזרמים השונים המרכיבים את ערביי ישראל: בקרב ערבים נוצרים השיעור עמד על 3.01, בקרב ערבים דרוזים עמד השיעור על3.37 ובקרב ערבים מוסלמים עמד השיעור על 7.54. בקרב יהודים, עמד השיעור על 2.7 (צ'רניחובסקי ועמיתיו, 2017).

על אף ההבדלים שהתקיימו בין יהודים לערבים, עדיין בהשוואה למדינות מוסלמיות אחרות בעולם, הערבים הישראלים נמצאו במקום הרביעי אחרי בחריין, איחוד האמיריות ומלזיה במספר התמותות ל-1000 לידות חי. כמו כן, חשוב לציין כי מספר התמותות ל-1000 לידות חי ירד באופן משמעותי בקרב האוכלוסיה הערבית בשנים האחרונות מ-9.8 ל-6.1 (צ'רניחובסקי ועמיתיו, 2017).

תוחלת החיים בגיל 30. בשנים האחרונות, החלה להתגבש ההבנה כי אחד מהפרמטרים אשר יכולים להצביע על תוחלת החיים הוא ההרעה היחסית שחלה במצבם הבריאותי של גברים ערבים בהשוואה לגברים יהודים בגילאים צעירים יחסית. ניתן לראות כי חלה עלייה בתוחלת החיים הצפויה בגיל 30 הן בקרב נשים יהודיות וערביות והן בקרב גברים יהודים וערבים. אם כי בקרב הגברים העלייה הייתה נמוכה יותר ועמדה על כ-7.2 שנים עבור גברים יהודים ו-5 שנים עבור גברים ערבים (צ'רניחובסקי ועמיתיו, 2017).

בנוגע להערכה העצמית של מצב הבריאות: מחצית מהמשתתפים משתי הקבוצות, יהודים וערבים דיווחו על בריאות טובה. המצחית השנייה של שתי הקבוצות, אחוז הערבים אשר דיווחו על בריאות ירודה ועל בעיות המפריעות לתפקוד היום-יומי שלהם היה גבוה יותר. ניכר כי התקיים חוסר בהלימות בין הדיווח העצמי של משתתפי המחקר לבין המצב שהתקיים בפועל. יתכן וחוסר הלימה זו נבעה מדפוסי התחלואה ומסיבות המוות בשתי הקבוצות. יתר על כן, נמצא כי אחוז המדווחים על עבודה במשרה חלקית עקב מגבלות בריאותית בקרב הערבים הוא גבוה יותר מאשר בקרב היהודים (צ'רניחובסקי ועמיתיו, 2017).

סיבות המוות המובילות באוכלוסיה הערבית הן להלן:סוכרת (31.5%), מחלות לב איסכמיות שונות (23.7%), מחלות בקנה הנשימה, הסימפונות והריאה (22.6%), מחלות כרוניות של כלי הנשימה התחתונה (19.4%) ומחלות לב נוספות (19%).

שני פרמטרים נוספים שחשוב לציין הם נתוני המעשנים ונתוני הסובלים מהשמנת יתר בחברה הערבית:

בדוח של משרד הבריאות משנת 2015, נמצא כי כ-44% מהגברים הערבים מעשנים לעומת 22% מהגברים היהודים. לעומת זאת, חלקן של הנשים המעשנות הערביות עמד על 7% לעומת 155 בקרב הנשים היהודיות. כמו כן, נמצא כי החשיפה לעישון פסיבי היא גבוה בהרבה בחברה הערבית. באופן כללי, שיעור התחלואה שכתוצאה מחשיפה לעשן סיגריות בישראל היא נמוכה יחסית בהשוואה לשאר העולם. אך נתון זה נובע בעיקר מהשיעור הנמוך של המעשנים בקרב האוכלוסיה היהודית (בוורס וצ'רניחובסקי, 2017). בסקר שנערך בקרב האוכלוסייה הערבית נמצא כי כ-30% מהערבים בגילאי 15 ומעלה מעשנים. בנוסף, נמצא כי כ-13% מבני ה-15 ומעלה בחברה הערבית מעשנים נרגילה (אלשייך, רזק-מרג'ייה וח'טיב, 2016).

בנוגע לתזונה, השמנת יתר וסוכרת, נמצא כי אחוז חולי הסכרת בחברה הרבית הוא גבוה מאחוז חולי הסכרת בחברה היהודית בכל שכבת גיל ( צ'רניחובסקי ועמיתיו, 2017). למעשה, סוכרת מהווה את המחלה הכרונית הנפוצה ביותר בחברה הערבית (אלשייך ועמיתיו, 2016).

אם כן, ניתן לראות כי מצבם הבריאותי של הערבים בישראל הוא ירוד בהשוואה למצבם הבריאותי של היהודים בישראל. עם זאת, בהשוואה לערבים במדינות אחרות, מצבם הבריאותי של הערבים בישראל הוא בכי טוב. כעת נשאלת השאלה מהם הגורמים המשפיעים על מצבם הבריאותי של ערביי ישראל?

## גורמים המשפיעים על מצב הבריאות בחברה הערבית

בשנת 2014, נערך הסקר החברתי, הבריאותי והסביבתי הראשון שנערך בחברה הערבית-פלסטינית בישראל. סקר זה כלל כ-2,250 בתי אב והציג תמונה רחבה וכוללת אשר נגעה בלב הסוגיות הבריאותיות והסביבתיות של האזרחים הערבים במדינת ישראל. על פי סקר זה, הגורמים העיקריים אשר נמצאו כמשפיעים על המצב הבריאותי בחברה הערבית היו (אלשייך ועמיתיו, 2015):

1. התנהגות בריאותית

כפי שצוין לעיל, אחוז גבוה מהאוכלוסייה הערבית הם מעשנים בין אם מדובר בסיגריות או בנרגילה. העישון הופך להיות חלק בלתי נפרד מחייהם של ערבים רבים כבר בשלב המאוחר של גיל ההתבגרות. בנוגע לעישון הנרגילה, חלה עלייה בשנים האחרונות הן בקרב הנשים והן בקרב הגברים. כשליש מהמענשים דיווחו כי הם מעוניינים או ניסו להפסיק, כ-60% מהם לא הצליחו לעשות זאת בכוחות עצמם.

כמו כן, נמצא כי מרבית הערבים אינם מבצעים בדיקות תקופתיות. יתר על כן, הבדיקות התקופתיות אותן מבצעים באוכלוסייה הערבית הם עקב הפנייה של רופא\ת משפחה.

27.6% מהערבים באוכלוסייה מבצעים פעילות גופנית באופן קבוע, רמת ביצוע הפעילות הגופנית עולה בהתאם לעלייה במודעות בנוגע לחשיבותה. שני סוגי הפעילות הגופנית הנפוצים ביותר בקרב האוכלוסייה הערבית הם הליכה (74%) וריצה (34.5%).

1. שירותי הבריאות, נגישותם, זמינותם והתאמתם לחברה הערבית

מערכת הבריאות הישראלית סובלת ממחסורים רבים כגון: חוסר במיטות אשפוז הן בבתי חולים והן במוסדות הסיעודיים, מחסור בכוח אדם רפואי ופרא-רפואי, מחסור ביחידות לרפואת חירום ובמחלקות אשפוז בבתי החולים, בחדרי מיון קדמיים ובחדרי הדמייה מסוגים שונים. מחסורים אלו פוגעים בכלל האוכלוסיה ובפרט, באוכלוסיה המתגוררת בפריפריה, בה נמצא ריכוז הערבים הגבוה ביותר. ממצאי המחקר הראו כי כ-65.6% מהאוכלוסייה הערבית קיבלו טיפול רפואי בשנה האחרונה כאשר רובם המוחלט קבילו אותו במסגרת חברותם בקופות החולים. כ-36% מהאוכלוסייה הערבית דיווחו כי בית החולים הקרוב ביותר אליהם נמצא במרחק של בין 25-39 ק"מ ממקום מגוריהם, כ-2% דיווחו כי בית החולים הקרוב ביותר אליהם נמצא במרחק של מעל ל-40 ק"מ.

בנוגע לביטוח המשלים בקופות החולים, כמחצית מהערבים שגילם גבוה מ-18 רכשו את הביטוח המשלים. מתוכם, כשליש בלבד השתמשו בשירותים המוצעים להם במסגרתו. כ-13% מהערבים לא היו מודעים לקיומו של ביטוח זה כלל.

1. תשתיות לקיום אורח חיים בריא ברמה המקומית והאזורית

כ-12.7% בלבד מהערבים אשר העידו על עצמם כמבצעים פעילות גופנית ציינו כי ידוע להם על מסלולי הליכה הנמצאים בקרבת מקום מגורים, 5.8% בלבד העידו על הידע שלהם בנוגע לקיומם של מסלולי אופניים. לא קיימות עדויות על קיומן של גינות כושר בישובים הערביים ובכ-69.9% מהם קיימים חדרי כושר פרטיים. ב43.7% בלבד מהישובים הערביים קיימים פארקים ציבוריים ובכ-29.6% בלבד מהישובים הערביים קיימות בריכות שחייה.

1. ידע ומודעות בריאותית

הידע והמודעות הבריאותית בקרב החברה הערבית הם נמוכים מאוד. כמחצית מבני ה-18 ומעלה, דיווחו כי כמעט ואין ברשותם ידע בנוגע למחלות כרוניות. יתר על כן, כמחצית המחולים במחלות הכרוניות דיווחו כי כמעט ואין ברשותם ידע בנוגע למחלה שלהם. נתונים דומים התקבלו גם בקרב החולים במחלות תורשתיות. הידע הנמוך ביותר נרשם בקרב האוכלוסיה המבוגרת בגילאי 60 ומעלה.

כמחצית מהאוכלוסיה הבוגרת דיווחו על ידע רב בכל הנוגע לתזונה בריאה. עם זאת, 44% בלבד מבין הסובלים מהשמנת יתר דיווחו כי יש להם ידע טוב בנושא תזונה בריאה. כשני שליש מאלה שהעידו כי הם בעלי ידע בתחום התזונה ציינו כי מרבית המידע נדלה מהרשתות החברתיות, מהמדיה ומהאינטרנט.כשליש מאוכלוסיית הערבים לא היו מודעים לזכויות הרפואיות שלהם וכמעט מחצית מהערבים לא היו מודעים לזכאותם לטיפולי שיניים בחינם עד גיל 12 שבמסגרת החוק.

1. מפגעים סביבתיים

המפגים העיקריים שדווחו על ידי המשתתפים במחקר היו, מזבלות לא מוסדרות המהוות מקור לריח ולזיהום אויר וכן למשיכת בעלי חיים אשר יכולים להפיץ מחלות. כמו כן, משתתפים רבים דיווחו על מגורים בקרבת כבישים לא סלולים המהווים מקור לאפר ובקרבת אנטנות סלולריות. בנוסף, ציינו משתתפים רבים כי קיימים מפגעי רעש רבים הנובעים מתנועת משאיות ערה ומארועי שמחות שונים.

אלשייך ועמיתיו (2015) הציעו כי ניתן יהיה לפתור את הפערים הקיימים בין ערבים ליהודים בתחום הבריאות ואת מצבם הבריאותי הרעוע של ערביי ישראל על ידי אחת או כמה מהאסטרטגיות הבאות: פיתוח תשתיות ומסגרות בריאות ורפואה בישובים הערביים, תכניות לאומיות לקידום בריאות כגון "אפשרי-בריא", הרחבת התכנית הלאומית למניעת עישון והנגשתה לציבור הערבי, סיוע, שיתוף פעולה ומימון עם הארגונים הערבים הפועלים לקידום בריאות בחברה הערבית, הרחבת החיזוק וסיוע במימון לרשויות המקומיות לקידום מעורבותם בבריאות תוך מינוי בעלי תפקידים שונים בתחום, עידוד התמחויות ותת התמחויות חסרות באוכלוסיה הערבית בדגש על פסיכיאטרית ילדים, פיתוח תוכנית לאומית למניעה, טיפול ושיקום לחולים במחלות כרוניות בחברה הערבית, פעולה בתחום בריאות הנפש בחברה הערבית והקצאת משאבים לתכנון מיוחד והכשרת שטחים ברשויות הערביות למטרת בניית מסלולי הליכה, ריצה אופניים וגני שעשועים.

## חינוך וקידום בריאות ותיאוריות בהתנהגות בריאותית ושינוי התנהגות

קידום בריאות (Health promotion), הוגדר על ידי ארגון הבריאות העולמי (World Health organization, WHO) כתהליך המאפשר לאנשים לשלוט בבריאותם ובדרכים האפשרויות לשפר אותה. תהליך זה כולל פעילויות שונות המאפשרות את שיפור הבריאות ומפחיתות את הסיכון לתחלואה במחלות שונות. אחת הגישות בקידום בריאות היא גישת המסגרות. גישה זו מאפשרת נגישות לקבוצות אוכלוסייה מוגדרות שלהן מאפיינים דומים, דבר המקל על בניית תוכנית ההתערבות המותאמת באופן ייחודי למאפייני הקבוצה (WHO, 1986).

קידום הבריאות מבוסס על תאוריות ומודלים שונים כגון: מודל אמונות הבריאות, תאורית הפעולה הרציונלית והתאוריה הקוגניטיבית החברתית (Gardner, 2014).

## אתיקה בקידום בריאות

השיקולים האתיים הנוגעים לקידום הבריאות מתבססים עלשיקולים כלכליים ועל שיקולי אוטונומיה (Gardner, 2014).

שלושת הסוגיות האתיות המיוחסות ביותר לקידום הבריאות הן(Gardner, 2014):

1. מהן המטרות הסופיות של קידום הבריאות? כיצד ניתן למדוד את הצלחות התוכנית? כמה שינויים ניתן לעשות במהלך העבודה על מנת שהאמצעי ישאר ראוי?
2. כיצד יש להפיץ את התוכניות שמטרתן היא קידום בריאות? האם הדרך הנכונה היא לקדם בריאות באמצעות העלאת המודעות לחבישת כובעים בעת החשיפה לשמש למשל או לתת קנסות עקב שימוש מופרז באלכוהול?
3. באיזה אמצעים ניתן להשתמש על מנת להשיג את היעדים? כאן נשאלת השאלה, מהם כלים ראויים? באיזה אמצעים ראוי לעשות שימוש על מנת להגיע ליעדים הנדרשים? מהן האסטרטגיות הנחשבות למקדמות בריאות?

תוכניות מקדמות בריאות מעלות גם את הדילמה האתית הבאה, עד לאיזה רמה החוק יכול להתערב בעניניו של הפרט? וכן את מידת הפגיעה באוטונומיה של הפרט הנעשית עקב המגבלות הקשורות לקידום בריאות.

על אף הדילמות האתיות הרבות הכרוכות בנושא קידום הבריאות, בשנים האחרונות נעשו נסיונות רבים והטמעו תוכניות שונות בקידום בריאות הן בעולם והן בארץ. בעבודה זו נתמקד בקידום בריאות באוכלוסייה הערבית בישראל.

## קידום בריאות בגיל הרך

החל משנת תשע"ב, בישראל משרדי הבריאות, החינוך, התרבות והספורט החלו ליישם את התוכנית הלאומית "אפשריבריא" לקידום אורח חיים פעיל ובריא . תוכנית זו דגלה בכך כי למערכת החינוך יש תפקיד חשוב, משמעותי ומכריע בכל הנוגע להקניית הרגלים בריאים של אורח חיים בילדים ובנוער. אחת האוכלוסיות בהן מתמקדת התוכנית היא הגיל הרך. תוכנית ההתערבות מכונה "אפשריבריא בגיל הרך" ההתערבות בגיל הרך נעשית בקרב ילדים, הורים ואנשי מקצוע. הדגש העיקרי נעשה בהעלאת המודעות בקרב ההורים להרגלי חיים בריאים על ידי אנשי מקצוע בתחום. הורים שהשתתפו בתוכנית העידו על תרומתה הרבה לידע שלהם ולמיומנויות ההוריות שלהם (חסון, 2016).

תוכנית נוספת בישראל ועוסקות בקידום בריאות בגיל הרך היא תוכנית אשלים. תוכנית זו מתמקדת במשפחות בסיכון ומטרתה היא לאפשר למשפחות הנמצאות בסיכון לבצע בחירות בריאות בקלות רבה יותר. אשלים פועלת להעלאת המודעות ולעזרה בעשיית בחירות מושכלות בכל הנוגע לתזונה. לדוגמה, משקאות ממותקים הם אינם בריאים ומחירם הוא יקר יותר ממים (חסון, 2016).

## קידום בריאות במערכת החינוך, בילדים ובני נוער

חינוך לבריאות מוגדר ככל שילוב בין פעילויות חינוכיות שמטרתן להשפיע באופן חיובי על הרצון לאמץ התנהגות בריאותית. חינוך לבראות הנה פעולה מתוכננת אשר אמורה להביא למצב שבו הפרטמשנה את יכולתו ומצבו באופן יציב ומדיד לאורך זמן. התפתחותו העצמית והחברתית של הילד נבנית בעיקר במסגרות בהן הוא מבלה במשך הזמן הרב ביותר לאורך היממה, במסגרות החינוכיות ובחיק משפחתו. במסגרות אלו, מתחיל עיצובן של עמדות, הרגלים והתנהגויות בריאות הן לטווח הארוך והן לטווח הקצר. הדמויות המרכזיות בחייו של הילד הצעיר, הוריו ומחנכיו משפיעים על התנהגויות הבריאות שלו. כמו כן, לסביבה אליה חושף הילד קיימת השפעה נוספת על התנהגות זו (Walsh, Harel-Fisch & Fogel-Grinvald, 2010).

כחלק מתוכנית "אפשריבריא" , גובש חוזה מנכ"ל יעודי למנהלי בתי ספר שמטרתו הייתה להתמקד בתוכניות ובפעילויות ייחודיות המוקדשות לקידום הבריאות. תוכניות אלו הוכנסו אל התוכנית החינוכית של בתי הספר. בחוזר נכתב כי ההמלצה היא לאמץ את מודל "בית ספר מקדם בריאות". מודל זה מדגיש את המבנה הארגוני תוך פיתוח הפרט ושמירה על איכות חייו ובריאותו. הגדרת "בית הספר מקדם בריאות" בישראל היא זהה להגדרה הקיימת בעולם ומתבססת על מסמך הסטנדרטים לקידום בריאות של משרד החינוך (אוח-משרד החינוך, 2014).

פרמטרים המאפיינים בתי ספר מקדמי בריאות הם למשל: הצבת מתקני שתייה בבית הספר, הגשת מזון בריא במזנון בית הספר, הקמת מתקני כושר, פרסום מידענים עם מידע מקדם בריאות וכדומה (Saab & Klinger, 2010).

## אוריינות בריאותית

### דרך נוספת לקידום הבריאות בבתי הספר היא באמצעות אוריינות בריאות. אוריינות, משמע השליטה במיומנויות הקריאה והכתיבה. אוריינות בריאות כוללת את המיומנויות החברתיות והקוגניטיביות הדרושות לקביעת יכולת ומטויבצית הפרטים להשיג גישה למידע, להבין את המידע ולעשות בו שימוש בדרכים המקדמות בריאות תקינה ושומרות עליה (מהודר, 2014).

### כיום, קיימים מגוון כלים זמינים שמטרתם היא העריך את רמת אוריינות הבריאות בקרב פרטים באוכלוסייה. הנתונים מצביעים על כך שמיומנות אוריינות הבריאות בכלל הציבור היא נמוכה יחסית. במחקר שנערך בארצות הברית נמצא כי כרבע מאוכלוסיית ארצות הברית סבלו מאוריינות בריאות נמוכה. רמה נמוכה של אוריינות בריאות מהווה בעיה רציניות בתחום הבריאות. לפיכך בשנים האחרונות, נערכו תוכניות התערבות רבות לשתי מטרות (מהודר, 2014):

1. תוכניות ארוכות טווח להעלאת רמת אוריינות הבריאות באוכלוסייה.
2. התאמת המידע הרפואי הקיים לרמה האוריינות הקיימת באוכלוסיה.

קילגור ועמיתיו (Kilgour, Matthews & Shire, 2013) בחנו את תפוצת האוריינות הבריאותית באנגליה. לשם כך, נאספו נתונים מ-34 תלמידים משלושה בתי ספר. תוצאות המחקר הראו כי האוריינות הבריאותית בקרב המשתתפים והן בקרב מוריהם הייתה גבוה יחסית. כמו כן, נמצא כי רמה זו הייתה גבוה עקב חשיפתם של המשתתפים למידע בריאותי. מה שמצביע שלאוריינות בריאות קיימת השפעה רבה על הידע בתחום הבריאות.

## תוכניות התערבות והשפעתן בבתי ספר במגזר הערבי

מחקרים שונים מראים שבתי הספר, מעצם היותם המסגרות בהן שוהים ילדים במשך הזמן הרב ביותר בשלב הקריטי ביותר בו הם מפתחים את ההרגלים שלהם, מהווים את הסביבה האופטימלית ביותר להתערבות בתחום קידום הרגלים שונים למשל, קידום בריאות (Saab & Klinger, 2010). במחקרים שנערכו במדינות שונות בעולם נמצא כי תוכניות התערבות ארוכות טווך לקידום בריאות בבתי הספר אשר שילבו בין בית הספר, לבין ההורים, המורים והתלמידים היו היעילות ביותר (Smit, Verdurmen, Monshouwer & Smit, 2008).

תוכנית אחת לקידום אורח חיים בריא אשר התקיימה בבתי ספר בישראל הייתה "אורח חיים פעיל ובריא במערכת החינוך". בשנת 2014, פורסם דו"ח מסכם בנוגע לתוכנית זו. במסגרת הדוח נבחנו ההבדלים הקיימים בעמדות ובהתנהגויות הבריאות עליהם דיווחו תלמידי בבתי ספר יסודיים ממלכתייים. במסגרת הדו"ח נערכה השוואה בין סוגי בתי הספר השונים, בתי ספר מקדמי בריאות, בתי ספר שלא היו מוכרים כמקדמי בריאות אך דיווחו למשרד החינוך על קיום אורח חיים בריא ובתי ספר ללא פעילות מדווחות בנושא אורח חיים בריא למשרד החינוך, במגזרים היהודי והערבי (בראון-אפל ועמיתיה, 2014).

במחקר השתתפו 6144 תלמידים מכיתות ד', ה' ו-ו'. 19 בתי ספר השתייכו למגזר היהודי ו-9 למגזר הערבי. בנוסף, השתתפו בסקר 371 הורים. במחקר התקבלו ממצאים שונים, במסגרת העבודה הנוכחית נבחר להתמקד בהבדלים בגיל, בלאום, במגדר ובאזור המגורים. ניתן לראות כי קיימים הבדלים בין שני המגזרים בכל הנוגע למטרות ויעדי התוכנית: בבתי ספר אשר לא הוגדרו כמקדמי בריאות אך דיווחו על פעילות מסוג זה למשרד החינוך וכאלה שלא דיווחו, בקרב האוכלוסייה הערבית נמצא כי הדגש הושם על העלאת המודעות לאורח חיים בריא הן בקרב התלמידים והן בקרב הוריהם. בנוסף, נמצא כי באוכלוסייה הערבית קיים שיתוף נרחב של גורמים חיצוניים בכל הנוגע לקידום הבריאות בהשוואה לבתי ספר יהודיים בהם התוכניות הועברו על ידי צוותי בתי הספר לרוב (בראון-אפל ועמיתיה, 2014).

בבחינת השפעת הגיל על קידום הבריאות נמצא כי התקיימו הבדלים מובהקים בין ילדים בשכבות הגיל השונות.נמצא כי קידום בריאות במסגרת הבית יורד באופן מובהק עם העלייה בגיל, תלמידי כיתות ד' דיווחו על רמה גבוה יותר של קידום בריאות במסגרת הבית מאשר תלמידי כיתות ה' ו-ו'. בבחינות השפעות המגדר, נמצא כי בנות דיוחו על קידום בריאות ברמה גבוה יותר . בנוגע להשפעת המגדר, נמצא כי חלו הבדלים מובהקים בין בנים לבנות בקידום בריאות כאשר בנות, העידו על רמות גבוהות יותר של קידום בריאות (בראון-אפל ועמיתיה, 2014).

# יעדי המחקר, מטרות והשערות

## 3.1. מטרת המחקר

לבחון את השפעתם של מאפיינים סוציו-דמוגרפיים על קידום בריאות בבתי ספר בהשוואה בין יהודים לערבים.

## 3.2. מטרות משנה

1. בחינת השפעת איזור המגורים על רמת קידום הבריאות בבית הספר.
2. בחינת השפעת הגיל על רמת קידום הבריאות בבית הספר .
3. בחינת השפעת המגדר על רמת קידום הבריאות בבתי הספר.
4. בחינת השפעת הלאום על רמת קידום הבראיות בבית הספר.

## 3.3. השערות המחקר

1. לאזור המגורים תהיה השפעה על קידום הבריאות בבית הספר כך שתלמידים בבתי ספר בערים יעידו על קידום בריאות ברמה גבוה יותר מתלמידי בית ספר המתגוררים בפריפריה.
2. לשכבת הגיל תהיה השפעה על קידום הבריאות בבית הספר כך שימצא קשר שלילי בין גיל המשתתפים לבין רמת קידום הבריאות. ככל שהמשתתפים יהיו מבוגרים יותר כך רמת קידום הבריאות עליה יעידו תהיה נמוכה יותר.
3. למגדר תהיה השפעה על רמת קידום הבריאות כך שבנות ידווחו על קידום בריאות ברמה גבוה יותר מאשר בנים.
4. בהשוואה בין יהודים לערבים, ילדים יהודים יעידו על רמות גבוהות יותר של קידום בריאות.

# שיטות המחקר

## סוג המחקר

מחקר זה נערך במתכונת כמותית. משתתפי המחקר נבחרו באופן אקראי.

## אוכלוסית המחקר

אוכלוסיית המחקר הייתה תלמידי כיתות ח'-ט' בישראל.

במחקר השתתפו כ-70 תלמידים בכיתות ח'-ט':

* טווח הגילאים נע בין 14-15
* 32 מהתלמידים השתייכו למגזר היהודי ו-38 למגזר הערבי.
* 17 התגוררו בפריפריה ו-53 בעיר.
* 30 מהמשתתפים היו בנים ו-40 בנות.

## כלי המחקר

במחקר נעשה שימוש בשאלון אשר התבסס על שאלון בו נעשה שימוש בדו"ח המסכם אשר הוגש למשרד הבריאות בשנת 2014 ועסק ב"אורח חיים פעיל ובריא במערכת החינוך". השאלון המקורי התבסס על שאלון מתוקף ומהימן אשר פותח על ידי ארגון הבריאות העולמי (GSHS- global school health survey) (WHO, 2018). השאלון המקורי מכיל חמישה חלקים: הערכת רמת הידע של תלמידים בנוגע להרגלי תזונה ופעילות גופנית, הערכת תפיסות ועמדות התלמידים בנוגע לדפוסי התנהגויות בריאות (תזונה ופעילות גופנית(, הערכת תפיסת מסגרת ביה"ס ומסגרת הבית כ"מסגרת מקדמת בריאות" והערכת תפיסת התלמידים את השפעת מעורבות ההורים והמורים בנוגע לקידום בריאותם.

במחקר הנוכחי, בחרנו להתמקד בחלקו השלישי של השאלון המקורי, "הערכת תפיסת מסגרת ביה"ס ומסגרת הבית כ"מסגרת מקדמת בריאות"". להבדיל מהשאלון המקורי, בשאלון זה נעה שימוש ב-17 היגדים בלבד מתוך כלל ההיגדים אשר התייחסו למסגרת הבית ספרית ולא למסגרת הביתית. הכיל הכיל 4 שאלות דמוגרפיות

הכלי הכיל 4 שאלות דמוגרפיות בנוגע לגיל, מגזר, מגדר ואזור מגורים. בנוסף, הכיל הכיל 17 היגדים אשר עסקו בקידום בריאות במסגרת בית ספרית.

## משתני המחקר

### משתנים בלתי תלויים

גיל: פרמטר זה נבחן בשאלה מספר 1 בשאלון.

מגזר: פרמטר זה נבחן בשאלה מספר 2 בשאלון.

מגורים בפריפריה: פרמטר זה נבחן בשאלה מספר 3 בשאלון.

מגדר: פרמטר זה נבחן בשאלה מספר 4 בשאלון.

### משתנה תלוי

קידום בריאות במסגרת בית הספר: משתנה מורכב, משתנה זה נקבע באמצעות 17 היגדים כגון : "בבית הספר אני לומד למה חשוב להיות בריא", "בבית הספר או בקרבתו יש מזנון/קיוסק שמוכר ממתקים ומשקאות ממותקים ", "במזנון ניתן לקנות מזונות בריאים כמו פירות ירקות ", "במזנון ניתן לקנות סנדויץ מחיטה מלאה" ועוד אותם התבקשו המשתתפים לסמן כ"נכון" או "לא נכון". המשתנה נמדד על ידי ממוצע בין התשובות.

## הליך איסוף הנתונים

המחקר הנוכחי נערך במרפאת עאבלין כוכב הצפון, השייכת ללאומית. בטרם תחילת ביצוע המחקר תחילה התקבל אישור לביצוע המחקר ממנהל המרפאה. איסוף הנתונים נמשך כחודשיים והוא נעשה אופן ידני, פנינו לנשים במראה והגשנו להן את השאלונים למילוי. במידת הצורך תירגמנו למשתתפות שאלות מסוימות.

## שיטת הניתוח הסטטיסטי

הניתוח הסטטיסטי נעשה באמצות תוכנת SPSS תוך שימוש במבחנים הסטטיסטיים הבאים: סטטיסטיקה תיאורית, מבחן t לשני מדגמים בלתי תלויים וקורלציות.

# תוצאות המחקר

**המדגם**

במסגרת מחקר זה נערך סקר בקרב 70 תלמידי כיתות ח' ו- ט'. הדגימה היא דגימהאקראית בה מבצעי המחקר פונים לנדגמים באופן אקראי מתוך כלל האוכלוסייה.

**דמוגרפיה:**

**טבלה 1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המדגם (N=70)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| משתנה | מספר נבדקים | אחוזים | ממוצע (±סטיית תקן) | מינימום | מקסימום |
| גיל (שנים) |  |  | 14.46 (±0.50) | 14 | 15 |
| מגזר  יהודי  ערבי | 32  38 | 45.7%  54.3% |  |  |  |
| מקום מגורים  פריפריה  עיר | 17  53 | 24.3%  75.7% |  |  |  |
| מגדר  בנים  בנות | 30  40 | 42.9%  57.1% |  |  |  |

מטבלה 1 אנו רואים שממוצע הגילאים הוא 14.46 שנים וסטיית התקן היא 0.50.הנדגם הצעיר ביותר שהשתתף במדגם הוא בן 14 והבוגר בן 15. 32 יהודים (45.7%) ו- 38 ערבים (54.3%).

רב הנדגמים גרים בעיר (75.7%). 30 בנים (42.9%) ו- 40 בנות (57.1%).

**מדדי פיזור:**

השאלון קידום בריאות בבית ספר בנוי מ – 18 היגדים שאותם יכול הנדגם במחקר למדוד על פי התשובות "כן" עם הערך 1 ו- "לא" עם הערך 0. כלומר הטווח הממוצע נע בין 0 ל – 18. ככל שהמספר גבוה יותר כך הנדגם נוטה להסכים עם ההיגדים.

**טבלה 2: סטטיסטיקה תיאורית של משתנה המחקר קידום בריאות בבית ספר**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ממוצע | סטיית תקן | מינימום | מקסימום |
| קידום בריאות בבית ספר | 10.01 | 3.94 | 2 | 18 |

מטבלה 2ניתן לראות כי עבור המשתנה קידום בריאות בבית ספר הממוצע הוא ( *M* =10.01) וסטיית התקן (*S.D*.= 3.94).כלומר**,** הנדגמים נוטים להסכים עם ההיגדים של קידום הבריאות בבית ספר. הטווח נע בין 2 ל- 18.

**השערת מחקר 1: ימצאו הבדלים בין נדגמים הגרים בעיר לנדגמים הגרים בפריפריה בקידום הבריאות בבית ספר. כך שתלמידים בבתי ספר בערים יעידו על קידום בריאות ברמה גבוהה יותר מתלמידי בית ספר המתגוררים בפריפריה.**

לבדיקה אם יש הבדל בין עיר לפריפריה בקידום הבריאות בבית ספר, נערך מבחן *t* למדגמים בלתי תלויים. נבדוק השערה זו על כלל המדגם וגם בחלוקה ליהודים וערבים.

המשתנה התלוי: קידום הבריאות בבית ספר

משתנה בלתי תלוי: עיר מול פריפריה

**טבלה 3: מבחן *t* לשני מדגמים בלתי תלויים עבור קידום הבריאות בבית ספר (טווח 0-18) לפי מקום מגורים.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| כלל המדגם  (N=70) |  | עיר  N=53 | פריפריה  N=17 | *t*(59.907) |
| **ממוצע**  **סטיית תקן** | 11.585  3.103 | 5.118  1.409 | 11.837\*\* |
| ערבים  (N=38) |  | **עיר**  **N=21** | **פריפריה**  **N=17** | ***t*(34.381)** |
| **ממוצע**  **סטיית תקן** | 8.667  2.198 | 5.118  1.409 | 6.025\*\* |
| יהודים  (N=32) |  | **עיר**  **N=32** | **פריפריה**  **N=0** |  |
| **ממוצע**  **סטיית תקן** | 13.500  1.866 | --  -- |  |

\*\*p<.01

לפי טבלה 3 אנו רואים שעבור המדגם הכללי יש הבדל מובהק בקידום הבריאות בבית ספר בין עיר לפריפריה [*t*(59.907)= 11.837, *p*<.01]. ממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור נדגמים הגרים בעיר (*M*= 11.585, *S.D*.= 3.103) היה גבוה בשיעור מובהק מממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור נדגמים הגרים בפריפריה (*M*= 5.118, *S.D*.= 1.409). ההשערה אוששה. כמו כן עבור הנדגמים הערבים קיים הבדל מובהק בקידום הבריאות בבית ספר בין עיר לפריפריה [*t*(34.381)= 6.025, *p*<.01]. ממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור נדגמים הגרים בעיר

(*M*= 8.667, *S.D*.= 2.198) היה גבוה בשיעור מובהק מממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור נדגמים הגרים בפריפריה (*M*= 5.118, *S.D*.= 1.409). ההשערה אוששה. לא ניתן לעשות השוואה זו עבור היהודים כיוון שכל הנדגמים היהודים גרים בעיר.

**השערת מחקר 2: קיים קשר שלילי בין גיל לבין קידום הבריאות בבית ספר. ככל שהמשתתפים יהיו מבוגרים יותר כך רמת קידום הבריאות עליה יעידו תהיה נמוכה יותר.**

לבדיקת ההשערה שקיים קשר שלילי בין גיל לבין קידום הבריאות בבית ספר נערך מבחן למתאם פירסון. נבדוק השערה זו על כלל המדגם וגם בחלוקה ליהודים וערבים.

**טבלה 4: קורלציה בין גיל לבין קידום הבריאות בבית ספר**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | גיל | קידום הבריאות בבית ספר |
| כלל המדגם  (N=70) | **גיל** | 1 | \*\*0.861- |
| **קידום הבריאות בבית ספר** |  | 1 |
| ערבים  (N=38) | **גיל** |  | \*\*0.678- |
| **קידום הבריאות בבית ספר** |  | 1 |
| יהודים  (N=32) | **גיל** |  | \*0.440- |
| **קידום הבריאות בבית ספר** |  | 1 |

\*p<.05, \*\*p<.01

מן הממצאים (טבלה 4) עולה כי עבור כלל המדגם קיים קשר שלילי מובהק בין המשתנים גיל וקידום הבריאות בבית ספר (*p*<.01, rp = -0.861). כלומר, ככל שהמשתתפים יהיו מבוגרים יותר כך רמת קידום הבריאות עליה יעידו תהיה נמוכה יותר. ההשערה אוששה.

עבור המדגם של הערבים קיים קשר שלילי מובהק בין המשתנים גיל וקידום הבריאות בבית ספר (*p*<.01, rp = -0.678). כלומר, ככל שהמשתתפים יהיו מבוגרים יותר כך רמת קידום הבריאות עליה יעידו תהיה נמוכה יותר. ההשערה אוששה.

עבור המדגם של היהודים קיים קשר שלילי מובהק בין המשתנים גיל וקידום הבריאות בבית ספר (*p*<.05, rp = -0.440). כלומר, ככל שהמשתתפים יהיו מבוגרים יותר כך רמת קידום הבריאות עליה יעידו תהיה נמוכה יותר. ההשערה אוששה.

ניתן לראות לפי מתאם פירסון ולפי רמת המובהקות שהקשר בין המשתנים גיל וקידום הבריאות בבית ספר חזק יותר במדגם של הערבים לעומת המדגם של היהודים.

**השערת מחקר 3: ימצאו הבדלים בין בנים לבנות בקידום הבריאות בבית ספר. כך שבנות ידווחו על קידום בריאות ברמה גבוהה יותר מאשר בנים.**

לבדיקה אם יש הבדל בין בנים לבנות בקידום הבריאות בבית ספר, נערך מבחן *t* למדגמים בלתי תלויים. נבדוק השערה זו על כלל המדגם וגם בחלוקה ליהודים וערבים.

המשתנה התלוי: קידום הבריאות בבית ספר

משתנה בלתי תלוי: בנים מול בנות

**טבלה 5: מבחן *t* לשני מדגמים בלתי תלויים עבור קידום הבריאות בבית ספר (טווח 0-18) לפי מגדר.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| כלל המדגם  (N=70) |  | בנים  N=30 | בנות  N=40 | *t*(68) |
| **ממוצע**  **סטיית תקן** | 6.100  1.882 | 12.950  2.050 | 14.324\*\* |
| ערבים  (N=38) |  | **בנים**  **N=30** | **בנות**  **N=8** | ***t*(36)** |
| **ממוצע**  **סטיית תקן** | 6.100  1.882 | 10.750  1.035 | 6.679\*\* |
| יהודים  (N=32) |  | **בנים**  **N=0** | **בנות**  **N=32** |  |
| **ממוצע**  **סטיית תקן** | --  -- | 13.500  1.866 |  |

\*\*p<.01

לפי טבלה 5 אנו רואים שעבור המדגם הכללי יש הבדל מובהק בקידום הבריאות בבית ספר בין בנים לבנות [*t*(68)= 14.324, *p*<.01] ממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור הבנות

(*M*= 12.950, *S.D*.= 2.050) היה גבוה בשיעור מובהק מממוצע קידום הבריאות בבית ספר אצל הבנים (*M*= 6.100, *S.D*.= 1.882). ההשערה אוששה. כמו כן עבור הנדגמים הערבים קיים הבדל מובהק בקידום הבריאות בבית ספר בין בנים לבנות [*t*(36)= 6.679, *p*<.01]. ממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור הבנות (*M*= 10.750, *S.D*.= 1.035) היה גבוה בשיעור מובהק מממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור הבנים (*M*= 6.100, *S.D*.= 1.882). ההשערה אוששה. לא ניתן לעשות השוואה זו עבור היהודים כיוון שכל הנדגמים היהודים הן בנות.

**השערת מחקר 4: ימצאו הבדלים בין יהודים לערבים בקידום הבריאות בבית ספר. כך שילדים יהודים יעידו על רמות גבוהות יותר של קידום בריאות לעומת ילדים ערבים.**

לבדיקה אם יש הבדל בין יהודים לערבים בקידום הבריאות בבית ספר, נערך מבחן *t* למדגמים בלתי תלויים.

המשתנה התלוי: קידום הבריאות בבית ספר

משתנה בלתי תלוי: יהודים מול ערבים

**טבלה 6: מבחן *t* לשני מדגמים בלתי תלויים עבור קידום הבריאות בבית ספר (טווח 0-18) לפי מגזר.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | יהודי  N=32 | ערבי  N=38 | *t*(66.568) |
| ממוצע  סטיית תקן | 13.500  1.866 | 7.079  2.582 | 12.041\*\* |

\*\*p<.01

לפי טבלה 6 אנו רואים שיש הבדל מובהק בקידום הבריאות בבית ספר בין יהודים לערבים

[*t*(66.568)= 12.041, *p*<.01] ממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור היהודים

(*M*= 13.500, *S.D*.= 1.866) היה גבוה בשיעור מובהק מממוצע קידום הבריאות בבית ספר אצל הערבים (*M*= 7.079, *S.D*.= 2.582). ההשערה אוששה.

# דיון

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון את השפעתם של גורמים סוציו-דמוגרפיים על קידום בריאות בבתי ספר בהשוואה בין יהודים לערבים. המשתנים שנבחנו כמשפיעים על קידום הבריאות היו: אזור המגורים, גיל, מגדר ולאום.

### 6.1.1. אזור מגורים, לאום וקידום בריאות

השערת המחקר הראשונה הייתה כי ימצאו הבדלים בין נדגמים הגרים בעיר לנדגמים הגרים בפריפריה בקידום הבריאות בבית ספר. כך שתלמידים בבתי ספר בערים יעידו על קידום בריאות ברמה גבוהה יותר מתלמידי בית ספר המתגוררים בפריפריה.

תוצאות המחקר הראו שהיה הבדל מובהק בקידום הבריאות בבית ספר בין עיר לפריפריה. ממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור נדגמים הגרים בעיר היה גבוה בשיעור מובהק מממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור נדגמים הגרים בפריפריה. לכן, ההשערה אוששה. כמו כן, נמצא כי עבור הנדגמים הערבים התקיים הבדל מובהק בקידום הבריאות בבית ספר בין עיר לפריפריה. ממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור נדגמים הגרים בעיר היה גבוה בשיעור מובהק מממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור נדגמים הגרים בפריפריה, ההשערה אוששה. בנוגע ליהודים, לא ניתן היה לבצע את ההשוואה בין העיר לפריפריה מפני שכל המשתתפים התגוררו בעיר.

השערת המחקר הרביעית הייתה כי ימצאו הבדלים בין יהודים לערבים בקידום הבריאות בבית ספר. כך שילדים יהודים יעידו על רמות גבוהות יותר של קידום בריאות לעומת ילדים ערבים.

תוצאות המחקר הראו כי חל הבדל מובהק בקידום הבריאות בבית ספר בין יהודים לערבים. ממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור היהודים היה גבוה בשיעור מובהק מממוצע קידום הבריאות בבית ספר אצל הערבים. לפיכך, ההשערה אוששה.

על אף שקיימים מחקרים רבים אשר עוסקים בהשוואה בין מצב הבריאות בין האוכלוסיה היהודית לאוכלוסיה הערבית בישראל, לא קיימים מחקרים רבים אשר עוסקים בהשוואה בין קידום בריאות בעיר ובפריפריה או בין יהודים לערבים. יתכן וזה נובע משום שאין תוכניות רבות לקידום בריאות אשר מיושמות באוכלוסיה הערבית בצורה ראויה משמע, בצורה המותאמת לאוכלוסייה הערבית בין אם מדובר בהתאמה של שפה או בהתאמה תרבותית (רוזן, אלרועי, אקר ואיסמעיל, 2008). כמו כן, מרבית המאמרים והמחקרים אשר עוסקים התערבויות לקידום בריאות באוכלוסיה באופן כללי ובילדים בפרט לא מציגים את הנתונים השפעת המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים על תוצאות ההתערבות (בראון-אפל ועמיתיה, 2014).

עם זאת, ידוע כי מצב הבריאות והנגישות לבריאות בפריפריה היא נמוכה יותר מאשר במרכז. לדוגמה, במחקר שנערך על ידי מבקר המדינה בשנת 2012 במטרה להשוות בין מצב הבריאות בערים המרכזיות ובפריפריה התקבלו הממצאים הבאים: 1. נתוני הבריאות היו נמוכים יותר בפריפריה. 2. היה מחסור מובהק בתשתיות רפואיות בפריפריה. 3. לא נרשם שימוש מספיק בשרותי רפואה מרחוק. 4. המימון של בתי החולים בפריפריה היה נמוך יותר. 5. נרשם מחסור בכוח אדם בבתי החולים ובקהילה.היו בעיות בתחום העסקת רופאים (משרד הבריאות, ללא תאריך).

מרבית הערבים המתגוררים בישראל מתרכזים בישובי הפריפריה בצפון ובדרום (חדאד, יחיא ואסף, 2017). המחסור הפיזי בתשתיות לקיום בריאות תקינה בפריפריה יכול להוות את הסיבה לרמה נמוכה יותר של קידום בריאות בפריפיה בכלל ובקרב ערבים המתגוררים בפריפריה בפרט.

### 6.1.2. גיל וקידום בריאות

השערת המחקר השנייה הייתה כי קיים קשר שלילי בין גיל לבין קידום הבריאות בבית ספר. ככל שהמשתתפים יהיו מבוגרים יותר כך רמת קידום הבריאות עליה יעידו תהיה נמוכה יותר.

במחקר נמצא כי התקיים קשר שלילי מובהק בין המשתנים גיל וקידום הבריאות בבית ספר כלומר, ככל שהמשתתפים היו מבוגרים יותר כך רמת קידום הבריאות עליה העידו הייתה נמוכה יותר. לפיכך, ההשערה אוששה. ההשערה אוששה גם עבור משתתפים מהמגזר הערבי וכן עבור משתתפים מהמגזר היהודי. עם זאת, ניתן לראות לפי מתאם פירסון ולפי רמת המובהקות שהקשר בין המשתנים גיל וקידום הבריאות בבית ספר חזק יותר במדגם של הערבים לעומת המדגם של היהודים. תוצאות דומות התקבלו גם במחקרם של בראון-אפל ועמיתיה (2014), בו נמצא כי קידום בריאות במסגרת הבית ירדה באופן מובהק עם העלייה בגיל, תלמידי כיתות ד' דיווחו על רמה גבוה יותר של קידום בריאות במסגרת הבית מאשר תלמידי כיתות ה' ו-ו'.

ייתכן והעובדה כי ילדים בגילאים צעירים יותר העידו על רמות גבוהות יותר של קידום בריאות משום שהם התקשו לענות על שאלות מסויימות כגון: "...בבית הספר או בקרבתו יש מזנון/קיוסק שמוכר ממתקים ומשקאות ממותקים (אם אין מזנון/קיוסק לא לענות על השאלה(..". לחילופין, יתכן ובגילאים האלה ניתן דגש רב יותר לנושא הבריאות במסגרת הלימודית.

### 6.1.3. מגדר וקידום בריאות

השערת המחקר השלישית הייתה כי ימצאו הבדלים בין בנים לבנות בקידום הבריאות בבית ספר. כך שבנות ידווחו על קידום בריאות ברמה גבוהה יותר מאשר בנים.

ממצאי המחקר הראו כי חל הבדל מובהק בקידום הבריאות בבית ספר בין בנים לבנות. ממוצע זה היה גבוה יותר באופן מובהק, עבור בנות מאשר עבור בנים. לכן, ההשערה אוששה. כמו כן עבור הנדגמים הערבים קיים הבדל מובהק בקידום הבריאות בבית ספר בין בנים לבנות. ממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור הבנות היה גבוה בשיעור מובהק מממוצע קידום הבריאות בבית ספר עבור הבנים, ההשערה אוששה. לא ניתן לעשות השוואה זו עבור היהודים כיוון שכל הנדגמים היהודים הן בנות. גם במחקרם של בראון-אפל ועמיתיה (2014), נמצאו רמות קידום בריאות גבוהות יותר בקרב בנות.

ניתן לראות כי ארבעת ההשערות אוששו, רמות קידום הבריאות היו גבוהות יותר בערים מאשר בפרפריה, בגילאים צעירים יותר מאשר בגילאים מבוגרים יותר, בבנות מאשר בבנים וביהודים מאשר בערבים. בנוסף, נמצא כי ארבעת ההשערות אוששו גם עבור האוכלוסיה הערבית. תוצאות מחקר זה הן משמעותיות ומהוות בסיס להבנת שורש הבעיה בגינה רמת הבריאות היא נמוכה בהרבה באוכלוסיה הערבית מאשר באוכלוסיה היהודית. נראה כי בבחינת הפרמטרים הפנימיים, גיל, מגדר ואזור מגורים התוצאות היו דומות עבור שתי הקבוצות. עבור המשתנה המקיף יותר והוא הלאום, נמצא כי רמת קידום הבריאות הייתה גבוה יותר בקרב המשתתפים היהודים. חשוב לציין כי כל המשתתפים היהודים התגורו בעיר. ניתן להסביר את הפער בבריאות בין היהודים לערבים במכה דרכים:

1. מרבית הערבים מתגוררים בפריפריה וההקצאות לבריאות בפריפריה וכן משאבי הבריאות הם דלים בהרבה מאשר במרכז הארץ. לכן, באופן טבעי ההשקעה בבריאות בערבים, אשר רובם מתגוררים בפריפריה היא נמוכה יותר. הנחת המוצא שלנו הייתה כי לשני המשתנים הללו, אזור מגורים ולאום יהיה הסבר משותף זוהי הסיבה לכך שגם בחרנו להציג אותם ביחד.
2. גם בבחינת הגיל והמגדר, לא קיימים מחקרים אשר מצביעים על הקשר שבין גיל הילדים או המגדר שלהם לבין רמות הקידום עליהם הם מעידים. המחקר הנוכחי מראה כי גם לפרמטרים הללו קיימת השפעה רבה על תפיסת קידום הבריאות של המשתתפים ולכן, בבניית תוכניות הצערבות ממוקדות יש לשים דגש על האוכלוסיות המעידות על רמות נמוכות יותר של קידום בריאות במטרה להתערב בהן ברמה הכללית וברמה האישית.

שתי מגבלות המחקר העיקריות נבעו מהמדגם: בקרב היהודים כל המשתתפות היו בנות אשר כולן התגוררו בעיר. זוהי הסיבה לכך שיש לקחת בערבון מוגבל את ההשוואה בין יהודים לערבים בכל הנוגע להשפעת המין ואזור המגורים על רמות קידום הבריאות.

# סיכום והמלצות

נושא הבריאות בחברה הערבית הוא נושא אשר נחקר רבות בישראל. החברה הערבית מאופיינת בבריאות נמוכה יותר בהשוואה לחברה היהודית בישראל. עובדה זו נובעת מגורמים שונים כגון: התנהגות בריאות לקויה, נגישות לקויה של שירותי בריאות בקהילה ושל בתי חולים, מודעות נמוכה לנושא הבריאות, תנאי סביבה לקויים ותשתיות שאינן מספקות לשם קיום אורח חיים בריא. בשנים האחרונות, במטרה להתמודד עם הפערים בבריאות בין היהודים לערבים קמו תוכניות התערבות שונות ברמות שונות. אחד מכיווני ההתערבות הוא ההתערבות לקידום בריאות בקרב ילדים, במסגרת הבית ספרית. דוגמה להתערבות מסוג זה היא התוכנית, "אורח חיים פעיל ובריא במערכת החינוך" אשר יושמה בבתי ספר רבים בישראל וביניהם מספר בתי ספר מהמגזר הערבי. מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון את רמת קידום הבריאות בבתי ספר בהשוואה בין ילדים יהודים לילדים ערבים. תוצאות המחקר הראו כי המשתנים מגורים בעיר, לאום יהודי, בנות וגיל צעיר הצביעו על רמת קידום בריאות גבוה יותר. בהשוואה בין יהודים לערבים, נמצא כי יהודים דיווחו על רמות קידום בריאות גבוהות יותר בבתי הספר. כמו כן, נמצא כי גם בקרב יהודים וגם בקרב ערבים, מגורים בעיר וגיל צעיר הצביעו על רמות קידום גבוהות יותר. תוצאות דומות נרשמו גם בספרות. עם זאת, חשוב להדגיש כי מעטים הם המחקרים אשר עוסקים בגורמים המשפיעים על קידום הבריאות בין אם מדובר במחקרים שנערכו בארץ ובין אם מדובר במחקרים שנערכו בעולם בשנים האחרונות.

בהתבסס על תוצאות ומסקנות המחקר, ההמלצות הן להלן:

1. לערוך את המחקר בפעם נוספת תוך הגדלת המדגם והגדלת ההטרוגניות שלו: לדאוג לכך שמחקר ישתתפו גם בנים וגם בנות מהמגזר היהודי, לדאוג שבמחקר ישתתפו יהודים אשר מתגוררים בערים המרכזיות ובפריפריה. כל זה, על מנת לקבל תמונת מצב טובה יותר ולאפשר השוואה אינפרמטיבית יותר בין יהודים לערבים.
2. לבחון הן את נקודת המבט של הילדים והן את נקודת המבט של הוריהם בנוגע לקידום הבריאות בבית הספר.
3. להתעניין בעמדות ודעות ההורים והתלמידים בנוגע לנקודות התורפה שלדעתם קיימות בנושא קידום הבריאות בבתי הספר במטרה לקבוע כיצד ניתן להתערב בצורה הטובה ביותר על מנת לשנות את המצב.
4. לקובעי המדיניות, לפעול בצורה ממוקדת יותר באשור הפריפריה לקידום בריאות בקרב ילדים בחברה הערבית תוך הנגשת תוכניות ההתערבות הן לשפה והן לתרבות הערבית.

# ביבליוגרפיה

אוח-משרד החינוך: הפיקוח על הבריאות, מדיניות בתחום קידום בריאות, מדיניות בתחום קידום בריאות/בית ספר מקדם בריאות. http://cms.education.gov.il/EducationCMS/Units/Mazkirut\_Pedagogit/Briut

אלשייך, א', רזק-מרג'ייה, ס' וח'טיב, מ' .(2016). סקר הבריאות והסביבה באוכלוסייה הערבית בישראל 2015 ,אגודת הגליל – האגודה הערבית ארצית למחקר ושירותי בריאות וריכאז – בנק המידע על החברה הפלסטינית בישראל.

בוורס, ל' וצ'רניחובסקי, ד' .(2017). חשיבה מחודשת על סדר העדיפויות של טיפולים רפואיים בישראל, נייר מדיניות מס' 2017.02 ,מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

בראון-אפל, א', אנדוולט, ר', חטיב, מ', הראל-פיש, י', בורד, ש', סטרן, כ' וטסלר, ר' (2014). "אורח חיים פעיל ובריא במערכת החינוך". דו"ח מסכם מוגשלמשרד החינוך, לשכת המדען הראשי. <http://healthpcenter.haifa.ac.il/images/files/past-projects/orech-chaim-report.pdf>

חדאד, נ', יחיא, ח' ואסף, ר' (2017). החברה הערבית בישראל תמונת מצב חברתית כלכלית ומבט לעתיד. המכון הישראלי לדמוקרטיה. https://www.idi.org.il/media/9578/%D7%94%D7%97%D7%91%D7%A8%D7%94-%D7%94%D7%A2%D7%A8%D7%91%D7%99%D7%AA-%D7%9B%D7%A0%D7%A1.pdf

חסון, ר. (2016). על השולחן: מה בין אורח חיים בריא לתחושת שייכות אצל אוכלוסיות במצבי סיכון. *עט השדה,* 17(171-178).

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>

מהודר, ע'. (2014). אוריינות בריאות, ואוריינות בריאות מקוונת: נגישות למידע בריאותי כמפתח לשוויון הזדמנויות בחברה.*קידום בריאות בישראל*, 5(25-34).

משרד הבריאות. (ללא תאריך). שירותי הבריאות בפריפריה-בתי החולים והקהילה. http://www.mevaker.gov.il/he/Reports/Report\_114/c4fff905-d01b-4b69-a43c-ba7771f5f2b2/7950.pdf

Gardner, J. (2014). Ethical issues in public health promotion. *South African Journal of Bioethics and Law*, *7*(1), 30-33.‏

Kilgour, L., Matthews, N., Christian, P., & Shire, J. (2015). Health literacy in schools: prioritising health and well-being issues through the curriculum. *Sport, Education and Society*, *20*(4), 485-500.‏

Saab, H., & Klinger, D. (2010). School differences in adolescent health and wellbeing: Findings from the Canadian Health Behaviour in School-aged Children Study. *Social science & medicine*, *70*(6), 850-858.‏

Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., & Smit, F. (2008). Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations; a meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and alcohol dependence*, *97*(3), 195-206.‏

Walsh, S. D., Harel-Fisch, Y., & Fogel-Grinvald, H. (2010). Parents, teachers and peer relations as predictors of risk behaviors and mental well-being among immigrant and Israeli born adolescents. *Social science & medicine*, *70*(7), 976-984.‏

World Health Organization. Ottawa charter for health promotion: First International Conference on Health Promotion. 1986; Geneva.

World Health Organization. (2018). Report on Bhutan global school-based student health survey 2016.‏

# נספחים

נספח 1: שאלון המחקר

השאלון מתבסס על שאלון בו נעשה שימוש במחקר: <http://healthpcenter.haifa.ac.il/images/files/past-projects/orech-chaim-report.pdf>

שאלות דמוגרפיות

1. מהו גילך:
2. לאיזה מגזר אתה משתייך? 1.יהודי. 2.ערבי. 3. אחר.
3. היכן אתה מתגורר? 1. פריפריה.2. עיר.
4. האם את\ה: בן\בת

קידום בריאות בבית הספר

האם אתה מסכים או לא מסכים עם המשפטים הבאים? הקף את התשובה הנכונה: נכון\לא נכון

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. בבית הספר אני לומד למה חשוב להיות בריא | נכון | לא נכון |
| 1. בבית הספר או בקרבתו יש מזנון/קיוסק שמוכר ממתקים ומשקאות ממותקים (אם אין מזנון/קיוסק לא לענות על השאלה( | נכון | לא נכון |
| 1. במזנון ניתן לקנות מזונות בריאים כמו פירות ירקות (אם אין מזנון/קיוסק לא לענות על השאלה( | נכון | לא נכון |
| 1. במזנון ניתן לקנות סנדויץ מחיטה מלאה (אם אין מזנון לא לענות על השאלה( | נכון | לא נכון |
| 1. בכיתה שלי יש פינה מיוחדת המסבירה את נושא הבריאות | נכון | לא נכון |
| 1. בבית הספר שלי יש מתקני מים נוחים לשתייה | נכון | לא נכון |
| 1. מותר לי להביא חטיפים לבית הספר (במבה, ביסלי, תפוצ'יפס...) השאלה לא כוללת - חטיפי אנרגיה | נכון | לא נכון |
| 1. אני לומד על בריאות בשיעורים שונים (חשבון, מדעים, חינוך גופני ועוד( | נכון | לא נכון |
| 1. אנחנו לומדים בבית הספר על אוכל בריא, ומדוע חשוב להקפיד על ארוחת בוקר | נכון | לא נכון |
| 1. אנו לומדים בבית הספר שאני אחראי על הבריאות שלי | נכון | לא נכון |
| 1. מדברים איתנו בבית הספר על הבריאות שלנו | נכון | לא נכון |
| 1. משוחחים איתנו בבית הספר מה נכון לאכול | נכון | לא נכון |
| 1. בחצר בית הספר יש מקום מוצל (מוגן מהשמש( שבו אפשר לשחק | נכון | לא נכון |
| 1. אני חושב שהמורים בבית הספר יכולים להשפיע על הבריאות שלי | נכון | לא נכון |
| 1. אני חושב שהמורים שלי שומרים על הבריאות שלהם | נכון | לא נכון |
| 1. בבית הספר הסבירו לנו על חשיבות היגיינת הפה )שמירה על בריאות השינים( | נכון | לא נכון |
| 1. בבית הספר שלי, ההורים משתתפים בפעילויות הקשורות לבריאות | נכון | לא נכון |
| 1. בבית ספרי שאלו אותי מה מעניין אותי ללמוד בנושא בריאות | נכון | לא נכון |