**רקע מדעי**

**השפעת התנהגויות בריאות ואורח החיים על בריאות ילדים ובני נוער- תמונה מהעולם**

ילדים חיים כיום בעולם דינמי ומאתגר שבו תהליכי השינוי המתרחשים הם רבים ומהירים. התנהגויות הבריאות של הילדים מושפעות מאורח חיים זה. ניתן לראות התדרדרות במדדי הבריאות של הילדים במדינות שונות בעולם, בין אם זה בשיעור ההשמנה, בפעילות גופנית, בהיגיינה, בעישון, בשתיית אלכוהול ובהתנהגות יושבנית כגון: צפייה בטלוויזיה, ישיבה מול המחשב, שימוש בסמארטפונים ודפוסי התנהגות מסכני בריאות שונים. ביולי 2017 ארגוןOECD עדכן כי כמעט 1 מתוך 6 ילדים סובלים מעודף משקל או מהשמנת יתר במדינות ה- OECD.3 תמונה מדאיגה דומה התגלתה בסקר העולמי של HBSC (Health Behavior in School-Age Children) שבו נמצא כי תלמידים ברחבי העולם ממעטים בפעילות גופנית. פעילות גופנית היא פעילות פיזית שמבצע אדם במסגרות שונות כמו: ריצה, שחייה, הליכה וכו'. פעילות גופנית סדירה היא אחד מהדברים החשובים ביותר התורמים לבריאות האישית של הפרט, וזאת דרך שיפור בתפקוד מערכות הגוף. מומלץ לבצע 150 דקות (שעתיים וחצי) פעילות גופנית בשבוע באופן מצטבר פעילות ; כל 10 דקות רצופות של פעילות מצטרפות לסך הדקות השבועיות.94 בכל יום במהלך השבוע, למשל: בולגריה ממוקמת במקום הראשון עם (28%) בלבד, ובמקום האחרון איטליה עם (10%).3 היעדר פעילות גופנית והשמנה בקרב ילדים ובני נוער מגדילים את סיכוייהם לפתח תחלואה כגון סוכרת מסוג 2 ,טרשת עורקים, מחלות קרדיווסקולריות, הפרעות מטבוליות, בעיות אורתופדיות, השמנה ומגוון בעיות פיזיולוגיות ופסיכולוגיות, בגיל צעיר יותר.15,17,18 ולכן ילדים הסובלים מעודף משקל ומהשמנה, נוטים לסבול מהשמנה גם בחייהם הבוגרים.1

ילדים ובני נוער הם אוכלוסייה בעלת מאפייני גיל ייחודיים, אשר עלולים לתרום לפגיעותם ולהיחשפותם לסיכונים ולמחלות. סיכונים אלו כוללים עישון, שתיית אלכוהול, שימוש בסמים, היפגעות, אלימות בין אישית והרגלי אכילה ותזונה פעילות גופנית, שעתידים להשפיע על סגנון החיים כמבוגר.4

התנהגות נוספת מסכנת בריאות היא חשיפה יום יומית לאלימות ומעורבות במעשי אלימות בדרגות חומרה שונות אשר משפיעות בצורה חמורה על הבריאות הפיזית והנפשית של הילדים.3 אלימות בקרב בני נוער מאופיינת במעורבות או בהשתתפות בריבים ובמאבקים פיזיים, מיניים ורגשיים כנגד אחרים.3 מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים ותרבותיים, כמו מגדר, גיל, ומצב סוציואקונומי נמצאו קשורים להתנהגות אלימה. מדד נוסף שנמצא קשור לאלימות בבית הספר הוא זמן מסך (שימוש במשחקי מחשב, באייפד, בטלפון נייד, בטלוויזיה, במשחקי מסך). ילדים ובני נוער מזדהים עם דמויות תוקפניות במשחקי מחשב, ויכולים לתפוס את האלימות שבמשחק כמוצדקת ואת התסריטים התוקפניים כמציאותיים וכדרך לגיטימית לפתרון בעיות במציאות החיצונית.43 זיהוי הגורמים המשפיעים על בריאות הפרט עוזרת לנו בתכנון התערבויות אשר יביאו לשיפור בהתנהגויות הבריאות של הילדים.23

**חשיבות ההשפעה של סביבת בית הספר על אורח חייהם של ילדים: מודלים בעולם**

לסביבת בית הספר תפקיד חשוב בהקניית כלים ליישום אורח חיים בריא; בתי ספר הם פלטפורמה חשובה לקידום בריאות הילדים מאחר שהם מציעים חשיפה וקשר רציף ואינטנסיבי עבור כמעט 100% מהילדים במהלך השנים המעצבות את חייהם.15,19,20 מכאן צמח הבסיס הרעיוני לבתי ספר מקדמי בריאות, שטמון בגישת המסגרות Settings Approach.2 גישה זו מבוססת על מודלים אקולוגיים-התנהגותיים7 המדגישים את הקשר בין התלמיד לבין סביבתו לצורך שיפור ושינוי ההתנהגויות הבריאותיות שלו, וזאת דרך הטמעת ערכים, תפיסות ואמות מידה של בריאות בתוך המבנה הארגוני הפורמאלי. **23-25**

ארגון הבריאות העולמי33 הגדיר בית ספר מקדם בריאות כבית ספר אשר מתמיד בחיזוק יכולותיו כמסגרת בריאה שבה חיים, לומדים, ועובדים. על מנת להשיג מטרה זו, בית ספר מקדם בריאות מגייס אנשי בריאות וחינוך, מורים, תלמידים, הורים ומנהיגי קהילה למען קידום הבריאות. הוא מטפח את הבריאות ואת הלמידה בעזרת כל האמצעים שעומדים לרשותו ושואף לספק סביבות תומכות בבריאות יחד עם תוכניות ושירותים מקדמי בריאות.**33**

בשנת 1991 הקים ארגון הבריאות העולמי בשיתוף הנציבות האירופית ומועצת אירופה 14 את הרשת האירופית של בתי ספר מקדמי בריאות. עם הזמן צמחה הרשת בצורה משמעותית וכיום חברות בה מעל ל 43-מדינות המיישמות את מודל בתי ספר מקדמי הבריאות.2

**האפקטיביות של התערבויות מקדמות בריאות בבתי ספר על בריאות הילדים**

**תוכניות המתמקדות באורח חיים בריא:** Alaimo et al. (2015) בארצות הברית בנו תוכנית התערבות שבדקה את השינויים בהרגלי תזונה בקרב תלמידים (גילאי 17-8) בכמה בתי ספר באוכלוסייה ממעמד סוציו-אקונומי נמוך במדינת מישיגן. בתי הספר, שנבחרו באופן אקראי לקבוצת המחקר, יישמו תוכנית מקדמת בריאות, HSAT Healthy School Action Tools) ) באמצעות שינויים במדיניות, חינוך לתזונה, יצירת אקלים בית ספרי מתאים, עיצוב תוכנית פעולה ויישומה.73 הממצא העיקרי הראה כי בתי ספר שערכו התערבות בארוחת הצהריים באמצעות שינויים בתפריט הארוחות ובמזון הנמכר במכונות הראו שיפור משמעותי בתזונת התלמידים; כך למשל הכנסת מזונות בריאים כגון סלטים, חטיפים מפחמימה מלאה ופירות הראתה שיפור בצריכה של 12.6% יותר סיבים, 7.9% יותר סידן, 15.4% יותר ויטמין A, 18.4% יותר ויטמין 26.7% ,C יותר פירות, 14.5% יותר ירקות ו-30.5% יותר פחמימות מלאות.73 מכאן עולה כי תשתיות בית הספר, ביניהן הסביבה הפיזית, המדיניות, תוכניות הלימודים ואנשי המקצוע, הן משאבים בעלי פוטנציאל גבוה להשפעה על בריאותם של ילדים.73

שנתיים מאוחר יותר בוצעה הערכה לתוכנית ההתערבות – SNAK ( The School Nutrition Advances Kid )), בקרב 65 בתי ספר במישיגן.**37** מטרת התוכנית הייתה לעודד הרגלי תזונה בריאה בקרב תלמידים. התוכנית הציעה מגוון רחב של אסטרטגיות להשגת היעדים כגון מכירת מזונות בריאים בקפיטריה, הגברת המודעות באמצעות עלוני מידע ושלטים, הסרת פרסומים למזונות מתחרים, הוספת מידע או שינויים בתפריט, שינויים במיקום המוצרים המוגשים לילדים והכנסת מזונות בריאים לתפריט, למכונות למכירת המזון, למסיבות בית ספריות ועוד. כל זה במטרה לעודד הרגלי תזונה בריאה בקרב תלמידים. הממצאים הראו כי בתי הספר שאימצו את תוכניתSNAK צרכו כ 20% יותר פירות, כ- 5.1% יותר סיבים תזונתיים, והפחיתו בצריכת כולסטרול בערך ב - 8.4% בהשוואה לבתי ספר מקבוצת הביקורת.**37**

Vander Ploeg et al. ((2014 בדקו התנהגויות בריאות חיוביות מחוץ לבית הספר. המחקר נערך באדמונטון, אלברטה בקנדה ובחן את השינוי ברמת הפעילות הגופנית במהלך הלימודים ואחריהם אצל תלמידים שהשתתפו בהתערבות (כיתות ה'-ו'). בתום שנתיים של תקופת ההתערבות קיבלו הילדים מד צעדים ונדרשו ללכת איתו במהלך ימי הלימודים וכן במהלך סופי השבוע, לפני ההתערבות ושנתיים אחריה. הממצאים הראו כי יחסית לשנת 2009הילדים בשנת 2011 היו פעילים יותר בימי הלימודים – 1172 צעדים בממוצע ו-1450 צעדים בסופי השבוע. העלייה במספר הצעדים הממוצע הייתה גדולה יותר בבתי ספר שהופעלה בהם התערבות, מאשר בבתי ספר שבהם כלל לא הופעלו תוכניות לקידום בריאות 1221) צעדים בימי לימודים לעומת 2001 צעדים בסופי שבוע( . זאת גם לאחר תקנון למגדר ולמדדי BMI של הילדים.25

מחקר שנערך בהונג קונג37 בדק את ההבדלים בין בתי ספר שאימצו מסגרת בית ספר מקדם בריאות לבין אלו שלא, ובחן את תפיסות התלמידים, את הידע ואת התנהגויות הבריאות שלהם. המחקר37 השווה בין 789 תלמידי תיכון (מ -7 בתי ספר מקדמי בריאות) לבין 725 תלמידי תיכון (מ -7 שאינם בתי ספר מקדמי בריאות) בהונג קונג ומצא כי חלה ירידה משמעותית בצריכת צ'יפס ושוקולד אצל תלמידי בתי ספר מקדמי בריאות במהלך השבוע [9.8% ( p = 0.005) לאכילת שוקולד, ו -6% (p = 0.025) לאכילת צ'יפס]. 37

תוכניות התערבות שונות בנושא אורח חיים בריא בבתי ספר תורמות לשיפור מדדי BMI ולבריאותם הכללית )היקף מותניים ומדדים קרדיווסקולריים( של הילדים. 7 לדוגמא תוכנית התערבות של תזונה ופעילות גופנית בת5 שבועות בכיתות ז' בלוס אנג'לס, שכללה 5 בתי ספר שבהם הייתה התערבות ו- 5 בתי ספר שבהם לא הייתה התערבות(N=4022), בדקה את ההשפעה ארוכת הטווח (למשך שנתיים 2009-2011) של ההתערבות על מדדי ה- BMIשל התלמידים. בבחינת מדדי ה BMI -של התלמידים לאחר שנתיים ) כאשר היו בכיתה ט' ( נמצא כי תלמידים שהשתתפו בתוכנית ההתערבות והיו מוגדרים כבעלי השמנת יתר בתחילת המעקב הורידו 2.33 אחוזונים ממדד ה(SE,0.83 ;*P*=0.005) BMI-, בהשוואה לתלמידים שלא היו חלק מתוכנית ההתערבות) שווה ערך ל- 4.5 ק"ג ממשקל הגוף(.7

מחקר אשר ערך המרכז לבריאות קרדיווסקולרית בקרב ילדים CHIC(The Cardiovascular Health in Children ) כלל 1,140 בני נוער אמריקאים בגילאי 14-11 שנים. המחקר כלל 2 קבוצות התערבות וקבוצת ביקורת. קבוצה אחת קיבלה 30 דקות של תרגילים אירוביים 3 פעמים בשבוע במשך 8 שבועות, קבוצה שנייה קיבלה רק שיעורים חינוכיים בנושא פעילות גופנית ותזונה פעמיים בשבוע במשך 8 שבועות, וקבוצת הביקורת קיבלה חצי מההפעלות. התוצאות הראו עלייה בלחץ הדם בקבוצת הביקורת p= 0.001)) ושיפור בכושר הגופני בקבוצת האימון האירובית ללא שינוי ב- BMI, בהשוואה לשתי קבוצות המחקר האחרות (p = 0.001).12

בסקר בינלאומי מטעם המרכז לבקרת מחלות בארה"ב37 נבחנו בתי ספר מקדמי בריאות בין השנים 2000 ו-2006. בסקר נמצא כי הטמעת מדיניות מקדמת בריאות בבתי הספר קידמה את הפעילויות הבית-ספריות הבאות: מכירת מזון בריא (%‏51 בשנת ‏2000 לעומת %‏8.‏70 בשנת ‏2006), הוספת שעות פעילות גופנית מעבר לשיעורי החינוך הגופני (%‏6.‏32 בשנת ‏2000 לעומת %‏3.‏ 54 בשנת ‏2006), ביצוע תוכניות חינוך לבריאות המבוססות על תהליכי בקרה והערכה (%‏2.‏ 66 בשנת ‏2000 לעומת %‏4.‏77 בשנת ‏2006) ושימוש במדיניות כתובה, האוסרת עישון בכל סביבת בית הספר לכל קהילת בית הספר (%‏3.‏46 בשנת ‏2000 לעומת %‏6.‏63 בשנת ‏2006).40

הספרות המחקרית מספקת הוכחות רבות בנוגע לקשר שבין הפעלת תוכניות התערבות לקידום מדיניות בריאות לבין השפעתה על ילדים ובני נוער. דוגמא לכך היא מחקר41 שבחן התערבויות לקידום בריאות בשני בתי ספר תיכוניים בהולנד. המחקר הראה כי פעילויות מקדמות בריאות בבתי הספר הביאו לשיפור במדדי ‏BMI, צמצום שעות הפנאי מול מסכים (מחשב, טלוויזיה) וצמצום בצריכת אלכוהול.41

Van Sluijs et al. (2007) ערכו מחקר מטא-אנליזה שבחן את יעילותן של תוכניות התערבות לעידוד פעילות גופנית בילדים ומתבגרים. ההישג העיקרי היה שיפור בכמעט %13 במשך הזמן שבו הילד מבצע פעילות בעצימות בינונית-גבוהה, הנחשבת למקדמת בריאות.**71** עם זאת, רמות הפעילות עדין נשארו נמוכות מהמומלץ. החוקרים הסיקו שעל תוכניות ההתערבות להיות רב ממדיות (multicomponent interventions) ולנסות 'לתקוף' את בעיית היושבנות מכיוונים שונים הן במסגרת בית הספר והן באמצעות מעורבות הורים וקהילה. אסטרטגיה זו, המבוססת על שילוב בין המעגלים השונים בחייו של הילד, הולמת את המודל האקולוגי-התנהגותי, והיא נמצאה כיעילה ביותר לעידוד אורח חיים פעיל בילדים ובני נוער.**71**

Whitman & Benjamins (2010)בחנו תוכנית התערבות מקדמת בריאות בבתי הספר היהודיים בשיקאגו במשך שנתיים (בכיתות א-ח'), שבמסגרתה עיצבה הנהלת בתי הספר מדיניות מקדמת בריאות ויצרה צוות היגוי כדי לקדם בריאות בחמש רמות: חינוך לבריאות, פעילות גופנית, אקלים בית ספרי, מעורבות המשפחה ורווחה של הצוות החינוכי. על רמות אלו מבוסס המודל האקולוגי ההתנהגותי.35 בסיום התוכנית קרוב ל- 100% תלמידים ידעו לזהות את המוצרים הלא בריאים, כגון ממתקים או מאפים. חלה עליה בהבנת ההמלצות התזונתיות לגבי צריכת פירות וירקות )שיפור בשיעור 33-15 אחוזים)ולגבי צריכת מוצרי החלב (שיפור בשיעור 51-24 אחוזים) . בנוגע לפעילות גופנית דווח על עלייה משמעותית במסוגלות העצמית לבצע פעילות גופנית. כמו כן, חלה עלייה בשיעור התלמידים שביצעו פעילות גופנית על פי ההמלצות )שעה ביום( למשך ארבעה ימים או יותר בשבוע.35

**תוכניות המתמקדות במניעת אלימות בבתי הספר:** בשנת 1996 אימצה מועצת הבריאות העולמית ה-49 החלטה שהכריזה על אלימות כבעיה קשה בתחום בריאות הציבור, ועל היותה תופעה גוברת ברחבי העולם.13 בכל מדינות העולם, אלימות פוגעת באיכות חייהם ובבריאותם של הילדים באופן ישיר או עקיף.43 הנחת היסוד של דו"ח ארגון הבריאות העולמי ((WHO,1996 היא כי ניתן למגר את תופעת האלימות אם נתייחס לאלימות כבעיה של בריאות הציבור.42

בעקבות הצהרה זו, הותאמו תוכניות למניעת אלימות בקרב ילדים. אחת ההתערבויות נערכה באנגליה45 ובחנה 142 בתי ספר אשר נוקטים במדיניות נגד בריונות.45 כשנבדקו אלמנטים חשובים ביישום מדיניות נגד בריונות, נראה בעיקר הבדל באקלים של בית הספר.46 בתי ספר הפועלים נגד בריונות הצהירו על קשר רציף עם ההורים ועל קשר מיידי ברגע ההתרחשות של אלימות. במקביל, בתי ספר שלא יישמו את ההתערבות לא הזכירו את חשיבות הקשר עם ההורים, ולא את מעורבותם של גורמים חיצוניים במניעת האלימות. בנוסף לכך תועדו חוסר מעקב אחר מקרים אלימים, לקות בניהול ובשימוש ברשומות ובעיה באמצעי הרתעה הניתנים לילדים, כמו עבודה בגינה ועזרה לתלמידים אחרים.**47**,**48** Samara49 מציע כי על בתי הספר מוטלת החובה לדאוג לכל התלמידים, ולמנוע באופן ישיר בריונות בקרב ילדים ומתבגרים. לאור זאת ולאור ההשפעה ההרסנית של אלימות על בריאותם הנפשית של הילדים, מוצעים מודלים התערבותיים אקולוגיים הוליסטיים רב מערכתיים לקידום רווחתם, בריאותם ובטיחותם של ילדים ובני נוער בבתי ספר ובקהילה, וזאת על מנת לצמצם תופעות של אלימות, בריונות, והתנהגויות סיכון אחרות, תוך התייחסות רב-מגזרית בקהילה ובבית הספר שמטרתה לחולל שינוי בעזרת הורים.49

**האפקטיביות של התערבויות מקדמות בריאות בבתי ספר על בריאות ההורים והקהילה**

להורים יש תפקיד חשוב ועיקרי בהטמעת הרגלי אורח חיים בריא בילדיהם בעזרת הנחלת אמונות ועמדות הקשורות בהתנהגויות הבריאות של ילדיהם.17 אם הורים נוהגים לבצע פעילות גופנית עם הילד ולהקפיד על תזונה מאוזנת עבורו הוא יסגל הרגלים אשר יישמרו גם בבגרותו.

במחקר התערבות92  שנערך בקנדה וכלל 539 ילדים בגילאי 19-5 שלפחות אחד מהוריהם קיבל מד הליכה למשך שבוע, התבקשו הנחקרים למדוד את מספר הצעדים לאורך כל השבוע על מנת לכמת את רמת הפעילות הגופנית. מטרת המחקר הייתה לבחון האם קיים קשר בין כמות הפעילות הגופנית שמבצעים ילדים לבין זו שמבצעים הוריהם. לאחר תקנון למין וגיל ההורים והילדים נמצא שקיים קשר מובהק בין עלייה או ירידה במספר הצעדים של ההורה לבין זו של הילד – עלייה ב- 1000 צעדים יומיים של האב הביאה לעלייה ב- 329-407 צעדים ליום אצל הבנים, ועלייה ב- 273 צעדים ליום אצל הבנות. עלייה ב- 1000 צעדים ביום של האם הביאה לעלייה ב-439-263 צעדים ליום אצל הבנים ו 195--219 צעדים אצל הבת.92

במחקר שנערך בפינלנד93 בשנים 2010-2008 נבחנו שני סוגי בתי ספר, אלו שעירבו את הורי התלמידים בנושאי בריאות שונים (קבוצת ההתערבות) ואלו שלא שינו שום דבר בתוכנית הלימודים שלהם וכן לא עירבו את ההורים בנעשה בבית הספר בתחום הבריאות (קבוצת הביקורת). המחקר בדק בקבוצת הביקורת ובקבוצת ההתערבות את ידע ההורים ועמדותיהם בתחום הבריאות, ואת התמיכה שהם מספקים לילדיהם בתחום הבריאות. הורים בבתי ספר מקבוצת ההתערבות דיווחו כי הם מעורבים יותר בתחומי הבריאות, לעומת הורים בקבוצת הביקורת שהרגישו כי אין להם שום מעורבות93.

יתרה מזאת, בקבוצת הניסוי לאחר ההתערבות נמצאה עלייה משמעותית הן בידע של ההורים בתחום הבריאות והן בתמיכת בית הספר בכל הקשור לקידום בריאות הילדים. כמו כן, עלה מן המחקר כי לפני ההתערבות רוב ההורים (90%) הרגישו שחסרו להם פרטים בנוגע להיקף החינוך לבריאות שילדיהם מקבלים, ואילו לאחר ההתערבות 40% מההורים בקבוצת ההתערבות היו מודעים לאופן שבו החינוך לבריאות משתלב במערכת השעות של ילדיהם; שליש מההורים בקבוצת ההתערבות קיבלו מידע מסוג זה מבית הספר.93

מחקרים שנעשו בגילאים צעירים יותר מצביעים גם הם על היתרון הברור של תוכניות התערבות בתחום הבריאות המערבות הורים בקידום התנהגויות בריאות אצל ילדיהם. אחד המחקרים בדק היענות של הורים וילדיהם (בגילאי 8-6) 6 להעלאת מספר הדקות של הפעילות הגופנית השבועית, וכן הפחתה במספר שעות הצפייה בטלוויזיה והשימוש במחשב. נמצא שלאחר תוכנית התערבות בת 8 שבועות שכללה הרצאות להורים, הייתה ירידה משמעותית בצפייה בטלוויזיה הן בקרב ההורים והן בקרב הילדים, וכן עלייה בזמן הפעילות הגופנית בסופי שבוע ובאמצע השבוע. אחוז הילדים בקבוצת ההתערבות שנהגו לצפות בטלוויזיה מעל שעתיים בכל יום ירד בסופי שבוע מ 76%-ל-39% לאחר 8 שבועות, ואילו בקבוצת הביקורת הייתה עלייה מ- 79% ל-.86% 18

במחקר התערבות בקרב ילדים בני 6 והוריהם בשטוקהולם (N=378) חולקו הנבדקים לקבוצת התערבות וקבוצת ביקורת. ההתערבות התבצעה במהלך שישה חודשים וכללה העברת מידע בנושאי בריאות להורים, שיחות מוטיבציה להורים ושיעורים פעילים לתלמידים בכיתה. לאחר ההתערבות נראתה ירידה מובהקת בצריכת מזונות ומשקאות לא בריאים (P=0.01) בקרב קבוצת ההתערבות, וכן ילדים שהיו בעלי עודף משקל בתחילת ההתערבות נמצאו כבעלי מסת גוף תקינה 5 חודשים לאחר סיום ההתערבות.( P=0.03) 85

**האפקטיביות של התערבויות מקדמות בריאות בבתי ספר על בריאות המורים והצוות החינוכי**

מורים הם שותפים עיקריים בפיתוח מדיניות ואסטרטגיות בריאות בבית הספר. זאת לאור העובדה שתלמידים רואים באנשי הצוות החינוכי של בית הספר מחנכים ומודלים לחיקוי. הכשרת מורים כמקדמי בריאות בבית הספר קשורה באופן חיובי ליישום יעיל של תוכניות התערבות מקדמות בריאות, בהשוואה למורים שאינם מקבלים הכשרה זו. 86,87 נראה כי קידום הבריאות בתוך בית הספר משפיע בראש ובראשונה על הידע הכללי והאישי, על העמדות, על היחס ועל המסוגלות העצמית של המורים. השתקפות כל הגורמים הללו בהתנהגויות הבריאות של המורים משפיעה בסופו של דבר גם על תלמידיהם.86

עד כה בוצעו יחסית מעט מחקרים שבדקו את הקשר בין מעורבות מורים בקידום בריאות הילדים בבית הספר על ידי הוראה, הפעלות, מעקב וניטור התנהגויות הבריאות של התלמידים ועוד. 86 אך לא נסקרו מחקרים המראים את הקשר בין אימוץ התנהגויות מקדמות בריאות של המורים לבין התנהגויות מקדמות בריאות של הילדים.

**התנהגויות מסכנות בריאות ואלימות בקרב ילדים ובני נוער ערבים ויהודים בישראל**

כל 4 שנים נערך בישראל סקר לאומי במטרה לבדוק בריאות והתנהגויות סיכון בקרב ילדים ובני נוער -- HBSC (Health Behavior in School-Age Children )3. בסקר HBSC שנערך בשנים 2016-2014 נחקרו מגוון התנהגויות בריאות כגון השמנה, פעילות גופנית, עישון ואלימות. מהסקר עלה כי לאורך השנים קיימת בישראל מגמת עלייה ב BMI- הן בקרב בנים והן בקרב בנות, בכל הגילאים. תמונה דומה התקבלה בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה 16 שממנה עלה כי בשנת 2015 בקרב ילדים ערבים בכיתות ז' שיעור הסובלים מעודף משקל או מהשמנת יתר היה גבוה ביותר משיעורם בשנים קודמות, והגיע לכמעט 40%. כמו כן נצפתה עלייה בשיעור זה בין כיתה א' לבין כיתה ז' בקרב ילדים ערבים (מ-23% ל-38%, בהתאמה). שכיחות העישון בקרב בני נוער מהחברה הערבית בישראל נמצאה גבוהה (14%), לעומת המגזר היהודי (כ-11%). השוואה בין השתיים מראה כי שכיחות העישון בקרב בנים ובנות בגיל 13-12 במגזר הערבי עלתה מאז הסקר3 שנערך בשנת 2006, ואילו במגזר היהודי לא נצפה שינוי משמעותי לעומת שנת 2011. 3 יתרה מזאת,ניכר כי תלמידים בחטיבות הביניים בחברה הערבית בישראל מדווחים על שכיחות גבוהה בהרבה של עישון נרגילה (כ-31%) לעומת תלמידים מהמגזר היהודי (כ-16%). 3

בנבנשתי ושותפיו שחקרו 43,57 שהשוו בין התנהגויות אלימות של בני נוער בישראל בין בתי ספר דוברי עברית לבין בתי ספר דוברי ערבית מצאו שתלמידים בבתי ספר דוברי ערבית דיווחו על שיעור גבוה יותר של אלימות מאשר תלמידים בבתי ספר דוברי עברית. תמונה דומה התקבלה במחקר הבינלאומי HBSC (2014)3 שבו נמצא כי40.6% מהתלמידים במגזר הערבי השתתפו בקטטות לעומת 26.8% במגזר היהודי.

**מדיניות קידום בריאות בבתי ספר בישראל: בית ספר מקדם בריאות ואקלים חינוכי מיטבי**

בישראל מופעלות תוכניות התערבות רבות למען קידום בריאות הילדים במסגרת בתי ספר יסודיים ועל-יסודיים. את התוכניות ניתן לחלק לשתי גישות עיקריות: בתי ספר מקדמי בריאות ובתי ספר מקדמי אקלים חינוכי מיטבי. שתי התוכניות מתקיימות בבתי הספר כתוכניות נפרדות, אם כי מתקיימת ביניהן חפיפה גדולה כפי שאסביר להלן.

**1.בתי ספר מקדמי בריאות בישראל והאפקטיביות שלהם:** בית ספר מקדם בריאות מתמיד בחיזוק יכולותיו כמסגרת בריאה שבה חיים, לומדים, ועובדים. בית ספר מקדם בריאות הוא מהות חינוכית המאופיינת בתפיסה מיוחדת. הוא בנוי על מודל חברתי בתחום הבריאות אשר מדגיש את המבנה הארגוני של בית הספר תוך מיצוי פיתוח הפרט, איכות חייו ובריאותו, ותרומה לאורח החיים ואיכותם של כלל השייכים לקהילת בית-הספר.2 הגישה הכוללנית של בית הספר כמסגרת מקדמת בריאות החלה בארץ בשנת 1993, ועם השנים אימצו את הגישה הזו מסגרות חינוכיות רבות.51 בשנת ‏2000 מינה משרד החינוך ממונים מחוזיים לבריאות ולחינוך לבריאות, אשר עד היום הם משאב לליווי העשייה בשטח. בשנת הלימודים תשע"א החליטו משרדי החינוך והבריאות לפעול יחד, על מנת לעודד בתי ספר לפעול כמסגרות מקדמות בריאות במטרה לעודד אורח חיים פעיל ובריא באמצעות חינוך, הסברה, חקיקה והקצאת משאבים משמעותיים, וכדי לקבל מעמד רשמי והכרה.6 לצורך כך קבעו תנאי סף ויצאו בקול קורא המזמין בתי ספר להצטרף ליוזמה (לי בריאות, ‏2012) .6 מאז שני המשרדים (חינוך ובריאות) מספקים ליווי מקצועי, העשרה ועדכון שוטף במידע, בחומרי הדרכה, בכנסים ובימי עיון. בשנת הלימודים תשע"ה עמדו ‏395 בתי ספר בקריטריונים שנקבעו, ועל כך זכו בכוכב אחד לפחות.2

בישראל פותחו התערבויות למניעת התנהגויות מסכנות בריאות בבתי הספר ובגנים; לדוגמא בתוכנית תפור עליי שבה נבדקה יעילות תוכנית "תפור עליי" 52 אשר נועדה לעודד אורח חיים בריא באופן יזום ומודרך בבתי ספר ובגנים נמצא כי הסיכוי לאכילת ארוחת בוקר בריאה אצל ילדים שעברו את תוכנית "תפור עלי" בשנים 2005-2003, לעומת ילדים שלא עברו את התוכנית, הוא (CI 95% 1.41-2.98) OR=2.05 מתוקנן למין, לגיל (כיתה ד' מול ג'), לאתניות (יהודים וערבים) ולמגורים (עירוניים מול כפריים) .52 מחקר נוסף **53**שנערך בישראל במסגרת תוכנית "תפור עלי" בקרב ילדים בגילאי 6-5 (54=N) תוכנית בחן את שכיחות ההשמנה בקרב ילדים בגיל הרך, ובדק באופן פרוספקטיבי את ההשפעה של התערבות מקדמת בריאות (14 שבועות) בגני ילדים על משקל הגוף, על אחוזיBMI, על הרכב הגוף, על פעילות גופנית ועל כושר גופני בקרב ילדי גנים בישראל. ההתערבות כללה פעילויות לילדים ולהורים בנושאים תזונתיים ופעילויות גופניות (6 ימים בשבוע, 45 דקות כל יום). בתום המחקר נמצא כי שינויים חיוביים (כ-7%) נצפו בקרב ילדים מקבוצת ההתערבות עם אחוזי BMI מעל 85, לעומת ילדים עם אחוזי BMI מעל 85 מקבוצת הביקורת ללא שינוי. בנוסף על כך נצפה שיפור בכושר הגופני בקבוצת ההתערבות לעומת קבוצת הביקורת )מספר צעדים ביום בקבוצת ההתערבות=6927, לעומת מספר הצעדים ביום בקבוצת הביקורת= 5489ρ <0.003; ).53 בתוכנית התערבות נוספת54 נבחנו ההשפעות של התערבות אקראית המבוססת על תזונה ופעילויות גופניות באמצעות מעקב אחר מדדים אנתרופומטריים וכושר ילדים בגיל הגן שהם ממעמד סוציו-אקונומי נמוך. המחקר הראה כי לאחר ההתערבות הייתה ירידה במספר הילדים הסובלים מעודף משקל (0.7% מהילדים עם עודף משקל; ρ <0.003) בקבוצת ההתערבות בהשוואה לקבוצת הביקורת.54

במטרה לבדוק התנהגויות בריאות בקרב ילדים נערך מחקר השוואה בין בתי ספר מקדמי בריאות (יסודיים וחטיבות ביניים) לבין בתי ספר שאינם מקדמי בריאות (יסודיים וחטיבות ביניים) בישראל. 55המחקר בדק האם ישנם הבדלים בין העמדות וההתנהגויות הבריאות (תזונה, פעילות גופנית ועוד) עליהן מדווחים התלמידים בבתי הספר.

ממצאי המחקר הראו כי בשתי הקבוצות התקיימו פעילויות כלשהן בנושאי בריאות, ושהתכנים והנהלים השתנו בין בית ספר אחד לאחר.55 בנוגע לתפיסות מנהלי בתי הספר נראה כי אלה המקדמים בריאות מאמינים בתפקידו המרכזי של בית הספר כסוכן השינוי העיקרי בתחום קידום הבריאות, לעומת מנהלי בתי ספר שאינם מקדמי בריאות שאינם תופסים את בית הספר כסוכן השינוי המרכזי בתחום קידום הבריאות.55

**2. אקלים חינוכי מיטבי בבית הספר והאפקטיביות שלו:** אקלים חינוכי מיטבי בבתי הספר בישראל שואף לבית ספר בטוח, מקדם התנהגויות בריאות, מונע אלימות ומקדם מסגרת חינוכית העוזרת לתלמידים להתפתח וללמוד באופן מיטבי, בתוך סביבה חינוכית מיטבית.5 משרד החינוך הציע בשנות ה-90' תוכנית המשלבת את השירות הפסיכולוגי-ייעוצי במנהל הפדגוגי במשרד החינוך (שפ"י) כאחראי לקידום אקלים בית ספרי המפתח את הביטחון האישי של התלמידים, את רווחתם הנפשית ואת תחושת השייכות שלהם. בהתבסס על המשתנים: מצב סוציו אקונומי, שכונה, קהילה, משפחה, מידת חשיפת הילד לאלימות במשפחה, מאפייני המוסד החינוכי, על מנת לקבוע את רמת האלימות והבריונות במוסד החינוכי, ומשם להתאים לאוכלוסייה עם מכלול המרכיבים הללו, תוכנית טיפולית מיוחדת העונה על צרכי אותה אוכלוסייה.56 שילוב כל המשתנים שהוזכרו לעיל הביא לפיתוח התערבויות מבוססות מודל אקולוגי, הדומות לתחומי הפעולה של בתי ספר מקדמי בריאות ומכילות תת מערכות המקיפות את האדם.57,58 התפיסה האקולוגית דוגלת ביצירת סביבה המאפשרת בריאות ומונעת אלימות, בהעצמת הפרט והקהילה, בחיזוק הפעילות החברתית והקהילתית, בבניית מדיניות ציבורית בריאה, בחיזוק מיומנויות אישיות, ובראוריינטציה של שירותי הבריאות.11

מידת היישום של תוכניות אקלים חינוכי מיטבי בבתי הספר בישראל נבדקה באמצעות שני כלי ניטור: סקר מערכתי לניטור האלימות וסקר בית ספרי לניטור האקלים והסביבה הפדגוגית; שני הסקרים הועברו לתלמידים, למורים ולמנהלים. השאלונים כללו נושאים כגון יחסים בין באי בית הספר (מורים, תלמידים והורים), מסוגלות עצמית ומוטיבציה ללמידה של התלמיד, מעורבות חברתית ותרומה לקהילה, תחושת מוגנות וביטחון,  למידה פעילה ורלוונטית, מאמצי בית הספר לקידום סובלנות כלפי האחר והשונה ופעילויות פנאי של התלמידים.59 עלה כי השירות הפסיכולוגי-ייעוצי במשרד החינוך, המרכז את הטיפול בנושא, וכן המינהל למדע ולטכנולוגיה נקטו בשנים האחרונות פעולות לשיפור היערכות בתיה"ס לקידום אקלים חינוכי מיטבי ולצמצום האלימות בבתיה"ס.59 וזאת בעזרת יישום תוכנית מערכתית בנושא "קידום אקלים בטוח והתמודדות עם אירועי אלימות במוסדות החינוך", שפורטה בחוזר המנכ"ל שנכנס לתוקף בספטמבר 60.2009החוזר פירט את העקרונות, את המשימות ואת היעדים שנקבעו בתוכנית המערכתית ליצירת אקלים חינוכי מיטבי ומדדים לבדיקתו.60

ראמ"ההרשות הארצית למדידה והערכה בחינוך – השוותה בין ממצאי סקר ניטור האלימות שנעשה לפני יישומה של התוכנית המערכתית לבין ממצאי סקר שנעשה כשנה לאחר תחילת יישומה, ומצאה מגמת ירידה במרבית סוגי האלימות שנבדקו (אלימות פיזית, אלימות מילולית, בריונות, בריונות ברשת) בעיקר בקרב תלמידי בתיה"ס היסודיים וחטיבות הביניים.59 ראמ"ה השוותה בין ממצאי סקר המיצ"ב שנעשה לפני יישומה של התוכנית המערכתית לבין ממצאי סקר שנעשה כשנתיים לאחר תחילת יישומה ומצאה כי נרשמה יציבות במדדי האקלים החינוכי.59

שתי תוכניות אלו: 1. בתי ספר מקדמי בריאות ו-2. בתי ספר מקדמי אקלים חינוכי מיטבי, הפועלות לקידום בריאות הילדים במסגרת בתי ספר יסודיים ועל-יסודיים, מתאפיינות בתחומי פעולה דומים וממשקים משיקים. שתי התוכניות מתקיימות כיום בבתי הספר כתוכניות נפרדות; אף שיש ביניהן חפיפה גדולה לא מתקיימת אינטראקציה ביניהן. דבר זה פוגע ביעילות יישום התוכניות, וזאת בשל ניצול לא יעיל של המשאבים וכפילות בהתערבויות, ללא שילוב ממוקד ויעיל בין שני המודלים. מן הראוי שהתוכניות יתאחדו למודל אופטימלי לקידום הבריאות הפיזית ונפשית של הילדים.

**מדיניות משרד החינוך ומערכת החינוך בחברה הערבית בישראל**

בישראל קבוצת המיעוט הגדולה ביותר היא האוכלוסייה הערבית שמנתה בשנת 2018 כ-1.849 מיליון תושבים(20.9%) **,** מתוכם 722 אלף ילדים בכל הגילאים ובהם 541 אלף תלמידים אשר נמצאים במערכת החינוך.16 נתוני התלמידים בחינוך הערבי כוללים את התלמידים במגזר הערבי, הדרוזי, הבדואי והצ’רקסי.74 מסיבות היסטוריות מערכת החינוך הערבית מתקיימת בנפרד ממערכת החינוך במגזר היהודי. מערכת החינוך הערבית בישראל הוכרה ומומנה באופן רשמי בין 1948ל-1950. חוק חינוך ממלכתי 1953 הסדיר את מבנה החינוך הממלכתי בישראל בשני זרמים מרכזיים: חינוך ממלכתי וחינוך ממלכתי-דתי. מערכת החינוך הערבית, שהייתה קיימת לפני קום המדינה כמערכת נפרדת עבור הרוב הערבי-הפלסטיני בארץ, הוכפפה לאחר הקמת המדינה למשרד החינוך והפכה למעשה לחלק בלתי נפרד מהחינוך הממלכתי במדינה.**78** החינוך הערבי מופרד מהחינוך העברי מתוקף העובדה שרוב התלמידים הערבים לומדים באזור מגוריהם בבתי ספר נפרדים שהמורים והמנהלים בהם הם ערבים. גם חלק מתוכניות הלימוד בבתי הספר הערביים הותאמו, בהיבטים מסוימים, לתלמידים הערבים.79

מאז קום המדינה היחס המפלה כלפי האוכלוסייה הערבית בא לידי ביטוי בכל הנוגע להקצאת משאבי המדינה.81 בישראל קיימים הבדלים בהקצאת תקציבים לחינוך ופער תקציבי זה בין המגזרים מתבטא באי-שוויון חברתי-כלכלי ובאי-שוויון לפי לאום -- בעיקר בין יהודים לערבים.80 ממד נוסף של הפערים בהשקעה בחינוך מתגלה בחלוקה החריגה של כספי המימון לתוכניות מיוחדות שמשרד החינוך נותן לעמותות ולגופים לא-ממשלתיים הפועלים מחוץ למערכת החינוך, ויש לכך השפעה חשובה על רמת החינוך בבתי הספר הערביים בישראל.74 תמונה דומה מתקבלת כשמתאימים תוכניות התערבות לקידום בריאות בבתי ספר ערביים בישראל; הקצאת התקציבים לאוכלוסייה הערבית בישראל אינה מותאמת לתחלואה, להתנהגויות מסכנות בריאות ולמחלות המאפיינות את החברה הערבית המוגדרת כאוכלוסייה במצוקה. אפליה זו בהקצאת תקציבים וחלוקה לא מותאמת לאוכלוסייה עלולות להביא למדדי בריאות ירודים באוכלוסייה הערבית בכלל ובבריאות הילדים הערבים בישראל בפרט.29

**המודל המושגי של המחקר**

מחקרים רבים 18,92,89,10, מצאו קשר בין בתי ספר מקדמי בריאות לבין שינוי התנהגויות הבריאות של התלמידים,.התנהגויות אלו התבטאו באימוץ הרגלי תזונה בריאים18, בהגברת פעילות גופנית92, בהפחתת עישון89, בצמצום מקרי אלימות ובריונות10 ובמניעת שימוש בסמים.42 תכניות מקדמות בריאות בתחום בתי הספר לרוב נוגעות בשלושה תחומים עיקריים: מדיניות בית ספרית, התכנים הנלמדים בבית הספר וסביבת בית הספר -- הפיזית והחברתית. בישראל משרד החינוך מקיים מערך של בתי ספר מקדמי בריאות ותוכנית מקדמת אקלים בית ספרי חינוכי מיטבי -- אח"מ. בתי ספר מקדמי בריאות מתמקדים בעידוד אורח חיים בריא בקרב התלמידים, הצוות וההורים. ואילו אקלים חינוכי מיטבי מתמקד לרוב בסביבה המבנית והחברתית של בית הספר במטרה למנוע אלימות פיזית ורגשית בקרב התלמידים והמורים. תכניות אלה מתקיימות אחת לצד השנייה ומתקיימת רק מעט אינטראקציה ביניהן.

לאור הסקירה הזאת, עולה השאלה מה הם הרכיבים של מודל בית ספר מקדם בריאות אשר יכולים להתקיים באינטראקציה ולהשתלב עם אקלים חינוכי מיטבי על מנת לשפר את התנהגויות הבריאות של הילדים.

שאלה זו תיבדק דרך שלושה רכיבים הנחשבים כעמודי תווך של העשייה החינוכית בבית הספר:

1. מדיניות בית הספר
2. פדגוגיה והוראה
3. סביבה בית ספרית

גישה זו מספקת לנו דרך שיטתית שבעזרתה ניתן לבנות מודל אופטימלי שינבא את המעגלים הנחוצים להתערבויות המיועדות לשינוי התנהגויות מסכנות בריאות בקרב ילדים. מודל זה יכול להיות בסיס להתערבויות עתידיות מותאמות-תרבות באוכלוסיות המיעוטים בעולם.

**תרשים זרימה למודל המושגי של המחקר:**

