**רקע מדעי**

**השפעת התנהגויות בריאות ואורח החיים על בריאות הילדים ובני הנוער- תמונה מהעולם**

ילדים חיים כיום בעולם דינמי ומאתגר, בו 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, פעילות גופנית, הגיינה, עישון, שתיית אלכוהול, התנהגות 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 השמנת יתר במדינות ה- OECD.3 תמונה מדאיגה דומה מתגלה בסקר העולמי של HBSC (Health Behavior in School-Age Children) בו 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 על ידי שיפור בתפקוד מערכות הגוף. מומלץ לבצע פעילות גופנית באופן מצטבר 150 דקות פעילות בשבוע (שעתיים וחצי) 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 העדר פעילות גופנית והשמנה בקרב ילדים ובני נוער מגדילים את סיכוייהם לפתח תחלואה כגון סוכרת מסוג 2 ,טרשת עורקים, מחלות קרדיו-וסקולריות, הפרעות מטבוליות, בעיות אורתופדיות, השמנה ומגוון של 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 מהווים אוכלוסייה בעלת מאפייני גיל ייחודיים, אשר עלולים לתרום לפגיעותם והיחשפותם לסיכונים ולמחלות. סיכונים אלו כוללים עישון, שתיית אלכוהול, שימוש בסמים, היפגעות, אלימות בין אישית, הרגלי אכילה ותזונה, פעילות גופנית, שעתידים להשפיע על סגנון החיים כמבוגר.4

התנהגות נוספת מסכנת בריאות, הינה החשיפה היום יומית לאלימות ומעורבות במעשי אלימות בדרגות חומרה שונות אשר משפיעה בצורה חמורה על הבריאות הפיזית והנפשית של הילדים.3 אלימות בקרב בני נוער מאופיינת במעורבות או בהשתתפות בריבים או מאבקים פיזיים, מיניים או רגשיים מצד אחרים.3 מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים ותרבותיים נמצאו קשורים להתנהגות אלימה, כמו מגדר, גיל, ומצב סוציואקונומי. מדד נוסף שנמצא כקשור לאלימות בבית הספר הנו זמני מסך (שימוש במשחקי מחשב, אייפד, טלפון נייד, טלוויזיה, משחקי מסך). ילדים מזדהים עם דמויות תוקפניות במשחקי מחשב, ילדים ובני נוער יכולים לתפוס את האלימות אשר במשחק כמוצדקת ולתפוס את התסריטים התוקפניים אשר במשחק כמציאותיים וכדרך לגיטימית לפתרון בעיות במציאות החיצונית.43 היכרות עם הגורמים המשפיעים על בריאות הפרט עוזרת לנו בתכנון התערבויות אשר יביאו לשיפור בהתנהגויות הבריאות של הילדים.23

**חשיבות סביבת בית הספר על אורח חיים בקרב ילדים: מודלים בעולם**

לסביבת בית הספר תפקיד חשוב בהקניית כלים ליישום אורח חיים בריא, בתי ספר מהווים פלטפורמה חשובה לקידום בריאות הילדים, מאחר והם מציעים חשיפה וקשר רציף ואינטנסיבי עם כמעט 100% מהילדים במהלך השנים המעצבות את חייהם.15,19,20 ומכאן צמח הבסיס הרעיוני של בתי ספר מקדמי בריאות, אשר טמון בגישת המסגרות Setting Approach2 המבוססת על מודלים אקולוגיים-התנהגותיים7 המדגישים את הקשר בין התלמיד וסביבתו לצורך שיפור ושינויי בהתנהגויות הבריאותיות שלו, וזאת על ידי הטמעת ערכים, תפיסות ואמות מידה של בריאות בתוך המבנה הארגוני הפורמאלי. **23-25**

בית ספר מקדם בריאות הוגדר על ידי ארגון הבריאות העולמי33 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 תכניות ושירותים מקדמי בריאות.**33**

בשנת 1991 ארגון הבריאות העולמי בשיתוף הנציבות האירופית ומועצת אירופה 14הקימו 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**

**תכניות המתמקדות באורח חיים בריא:** בארצות הברית נבנתה תכנית התערבות על ידAlaimo, et al. (2015), בה נבדקו השינויים בהרגלי תזונה בקרב תלמידים (גילאי 17-8) במספר בתי ספר באוכלוסייה ממעמד סוציו- אקונומי נמוך במדינת מישיגן. בתי הספר, שנבחרו באופן אקראי לקבוצת המחקר יישמו תכנית מקדמת בריאות HSAT - Healthy School Action Tools באמצעות שינויים במדיניות, חינוך לתזונה, יצירת אקלים בית ספרי מתאים, עיצוב תכנית פעולה ויישומה.73 הממצא העיקרי הראה כי, בתי ספר בהם ערכו התערבות בארוחת הצהריים באמצעות שינויים בתפריט הארוחות והמזון הנמכר במכונות הראו שיפור משמעותי בתזונת התלמידים, כך למשל הכנסת אפשרויות בריאות כגון סלטים, חטיפים מפחמימה מלאה ופירות הראו שיפור ב: צריכה של 12.6% יותר סיבים 7.9% יותר סידן, 15.4% יותר ויטמין , 18.4% A יותר ויטמין , 26.7% C יותר פירות, 14.5% יותר ירקות, 30.5% יותר פחמימות מלאות.73 מכאן עולה כי תשתיות בית הספר, ביניהן הסביבה הפיזית, מדיניות, תכניות לימודים ואנשי מקצוע, הם משאבים בעלי פוטנציאל גדול להשפעה על בריאותם של ילדים.73

שנתיים מאוחר יותר בוצעה הערכה לתכנית התערבות SNAK (School Nutrition Advances The Kid ), בקרב 65 בתי ספר במישיגן.**37** מטרת התכנית הייתה לעודד הרגלי תזונה בריאה בקרב תלמידים. התכנית הציעה מגוון רחב של אסטרטגיות להשגת היעדים כגון: שיווק מזונות בריאים בקפיטריה, הגברת מודעות באמצעות עלוני מידע ושלטים, הסרת פרסומי מזונות מתחרים, הוספת מידע או שינויים בתפריט, שינויים במיקום המוצרים המוגשים לילדים, הכנסת מזונות בריאים לתפריט, למכונות למכירת המזון ולמסיבות בית ספריות ועוד. כל זה במטרה לעודד הרגלי תזונה בריאה בקרב תלמידים. הממצאים הראו, כי בתי הספר שאימצו את תכניתSNAK צרכו בכ- 20% יותר פירות, כ- 5.1% יותר סיבים תזונתיים, והפחיתו בצריכת כולסטרול בכ- 8.4% בהשוואה לבתי ספר מקבוצת הביקורת.**37**

Vander Ploeg, et al ((2014 בדקו התנהגויות בריאות חיוביות מחוץ לבית הספר, המחקר נערך באדמונטון, אלברטה ,קנדה והם בחנו 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 אתו במהלך ימי לימודים וכן במהלך סופי השבוע, לפני ההתערבות ושנתיים אחריה. הממצאים הראו כי יחסית לשנת 2009הילדים בשנת 2011 היו פעילים יותר בימי הלימודים וזה בא לידי ביטוי במספר הצעדים הממוצע (1172 צעדים) ובסופי שבוע 1450) צעדים( העלייה במספר הצעדים הממוצע הייתה גדולה יותר בבתי ספר שהופעלה בהם התערבות, מאשר בבתי ספר בהם לא הופעלו תכניות לקידום בריאות כלל 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 הספר שאימצו מסגרת בית ספר מקדם בריאות לבין אלו שלא, ובחן את תפיסות התלמידים, ידע והתנהגויות הבריאות שלהם. המחקר37 השווה בין 789 תלמידי תיכון (מ -7 בתי ספר מקדמי בריאות) עם 725 תלמידי תיכון (מ -7 שאינם בתי ספר מקדמי בריאות) בהונג קונג ומצא כי חלה ירידה משמעותית בצריכתם של תלמידי בתי הספר מקדמי בריאות לצ'יפס ושוקולד במהלך השבוע (-9.8% ( p = 0.005) לאכילת שוקולד, ו -6% (p = 0.025) לאכילת צ'יפס. 37

תכניות התערבות שונות בנושא אורח חיים בריא בבתי ספר תורמות לשיפור מדדי BMI ובריאותם הכללית )היקף מותן ומדדים קרדיווסקולריים( של הילדים. 7 לדוגמא, תכנית התערבות של תזונה ופעילות גופנית בת5 שבועות בכיתות ז' בלוס אנג'לס שכללה 5 בתי ספר בהם הייתה התערבות ו- 5 בתי ספר בהן לא הייתה התערבות(N=4022) נבדקה ההשפעה ארוכת הטווח (למשך שנתיים 2009-2011) של ההתערבות על מדדי ה- BMI של התלמידים. בבחינת מדדי ה BMI - של התלמידים לאחר שנתיים ) כאשר היו בכיתה ט( נמצא כי תלמידים שהשתתפו בתכנית 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 מתכנית ההתערבות) שווה ערך ל- 4.5 ק"ג ממשקל הגוף(.7

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

בסקר בינלאומי של 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 %‏8.‏70בשנת ‏2006),הוספת שעות פעילות גופנית מעבר לשיעורי החינוך הגופני (%‏6.‏32 בשנת ‏2000 לעומת %‏3.‏ 54 בשנת ‏2006),ביצוע תכניות חינוך לבריאות, המבוססות על תהליכי בקרה והערכה (%‏2.‏ 66בשנת ‏2000 לעומת %‏4.‏77בשנת ‏2006) ושימוש במדיניות כתובה, האוסרת עישון בכל סביבת בית הספר לכל קהילת בית הספר (%‏3.‏46בשנת ‏2000 לעומת %‏6.‏63בשנת ‏2006).40

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

Van Sluijs, et al. (2007) ערכו מחקר מטא-אנליזה, שבחן את יעילותן של תכניות התערבות לעידוד פעילות גופנית בילדים ומתבגרים. ההישג העיקרי היה שיפור בכ- (%13) בזמן בו הילד נמצא בפעילות בעצימות בינונית גבוהה, הנחשבת למקדמת בריאות.**71** עם זאת, רמות הפעילות עדין נשארו נמוכות מהמומלץ. הם הסיקו שעל תכניות ההתערבות להיות רב ממדיות (interventions multicomponent) ולנסות 'לתקוף' את בעיית היושבנות מכוונים שונים הן במסגרת בית הספר, והן על ידי מעורבות הורים וקהילה. אסטרטגיה זו, המבוססת על שילוב בין המעגלים השונים בחייו של הילד, באה בהלימה עם המודל האקולוגי ההתנהגותי, והיא נמצאה כיעילה ביותר לעידוד אורח חיים פעיל בילדים ובני נוער.**71**

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

**תוכניות המתמקדות במניעה אלימות בתי הספר:**  בשנת 1996 אימצה מועצת הבריאות העולמית ה-49 החלטה, שהכריזה בה על אלימות כבעיה קשה של בריאות הציבור, ועל כך שהיא 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 כי ניתן למגר את תופעת האלימות אם נתייחס לאלימות כבעיה של בריאות הציבור.42

בעקבות הצהרה זו, הותאמו תכניות 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 נגד בריונות הצהירו על קשר רציף עם ההורים, וקשר מידי ברגע התרחשות של אלימות. במקביל, בתי ספר שלא יישמו את ההתערבות, לא הזכירו חשיבות הקשר עם ההורים, ולא מעורבות של גורמים חיצוניים למניעת האלימות. בנוסף, תועד דיווח על חוסר מעקב אחר מקרים אלימים; לקות בניהול ושימוש ברשומות; בעיה באמצעי רתיעה 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 שיש לאלימות, המשפיעה 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 ילידיהם על ידי הנחלת האמונות, והעמדות הקשורות בהתנהגויות הבריאות של ילדיהם.17 כאשר ההורים נוהגים לבצע פעילות גופנית עם הילד ולהקפיד אתו על תזונה מאוזנת, הילד מקבל הרגלים אשר ממשיכים להישמר גם כהיותו בוגר.

במחקר התערבות92  שנערך בקנדה וכלל 539 ילדים בגילאי 5-19 שלפחות אחד מהוריהם קיבלו מד הליכה למשך שבוע והתבקשו למדוד את מספר הצעדים שמבצעים לאורך כל השבוע על מנת לכמת את רמת הפעילות הגופנית. מטרת המחקר הייתה לבחון, האם קיים קשר בין כמות הפעילות הגופנית שמבצעים ילדים לזו שמבצעים הוריהם. במחקר נמצא כי לאחר תקנון למין וגיל ההורים והילדים, קיים קשר מובהק בין עלייה או ירידה במספר הצעדים של ההורה לזה של הילד – עלייה ב- 1000 צעדים ביום של האבא, הביאה לעלייה של 329–407 צעדים ליום של בנים ועלייה של 273 צעדים ליום של בנות. עלייה של 1000 צעדים ביום של האימא הביאה לעלייה של 263–439 צעדים ליום של הבן ו 195-219 צעדים של הבת.92

במחקר שנערך בפינלנד93 בשנים 2008-2010 נבחנו שני סוגי בתי ספר, אלו שעירבו הורים לתלמידים בתחומי בריאות שונים(קבוצת ההתערבות) ובתי ספר מקבוצת ביקורת, שלא שינו שום דבר בתוכנית הלימודים שלהם וכן לא עירבו את ההורים בנעשה בבית הספר בתחום הבריאות. המחקר בדק בקבוצת הביקורת וקבוצת ההתערבות את הידע והעמדות של ההורים בתחום הבריאות, ואת התמיכה שההורים מספקים לילדיהם בתחום הבריאות. במחקר נמצא כי הורים בבתי ספר מקבוצת ההתערבות דווחו כי הם מעורבים יותר בתחומי הבריאות, לעומת הורים בקבוצת הביקורת שהרגישו כי אין להם שום מעורבות93.

בנוסף, בקבוצת הניסוי לאחר ההתערבות נמצאה עלייה משמעותית הן בידע של ההורים בתחום הבריאות, והן בתמיכת בית הספר בכל הקשור לקידום בריאות הילדים. נוסף עלה מן המחקר כי לפני ההתערבות, רוב ההורים (90%) מרגישים שהיה חסר להם פרטים על החינוך לבריאות שילדיהם מקבלים במערכת השעות ואילו לאחר ההתערבות (40%) מההורים בקבוצת ההתערבות ידעו להגיד כיצד חינוך לבריאות משתלב במערכת השעות של ילדם, כאשר שליש מההורים בקבוצת ההתערבות קיבלו מידע כזה מבית הספר על החינוך לבריאות.93

מחקרים שנעשו בגילאים קטנים יותר, מצביעים גם הם על היתרון הברור שיש לתכניות התערבות בתחום הבריאות המערבות הורים בקידום התנהגויות הבריאות של ילדיהם. אחד המחקרים בדק היענות של הורים וילדיהם )בגילאי (6-8 להעלאת מספר הדקות של הפעילות הגופנית השבועית, וכן הורדה של מספר שעות הצפייה בטלוויזיה ושימוש במחשב, נמצא שלאחר תכנית 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 לראות מעל שעתיים טלוויזיה כל יום בסופי שבוע ירד 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 הייתה 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 הינם שותפים עיקריים בפיתוח מדיניות ואסטרטגיות בריאות בבית הספר. זאת לאור העובדה שתלמידים רואים בצוות החינוכי של בית הספר כמחנכים ומודלים לחיקוי. הכשרת מורים כמקדמי בריאות בבית הספר קשורה באופן חיובי ליישום יעיל של תכניות התערבות מקדמות בריאות, בהשוואה למורים שאינם מקבלים הכשרה זו. 86,87 נראה כי קידום הבריאות בתוך בית הספר, משפיע בראש ובראשונה על הידע הכללי והידע אישי, העמדות, היחס, המסוגלות העצמית של המורים, המשתקף בהתנהגויות הבריאות שלהם?? ובסופו של דבר גם של תלמידיהם.86

עד כה בוצעו מעט מחקרים יחסית אשר בדקו 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**

בישראל, כל- 4 שנים נערך סקר לאומי במטרה לבדוק בריאות והתנהגויות סיכון בקרב ילדים ובני נוערHBSC (Health .behavior in School-Age Children )3 בסקר HBSC שנערך בשנת 2014-2016, נחקרו מגוון התנהגויות בריאות מהן: השמנה, פעילות גופנית, עישון ואלימות. מהסקר עולה כי בישראל לאורך השנים קיימת מגמת עלייה ב BMI- הן בקרב בנים והן בקרב בנות, בכל הגילאים. תמונה דומה התקבלה בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה 16 ממנה עולה כי בשנת 2015, בקרב ילדים ערבים בכיתות ז שיעור הסובלים מעודף משקל או מהשמנת יתר, גבוה ביותר משיעורם בשנים קודמות ומגיע לכמעט (40%). כמו כן ניכרת עלייה בשיעור זה בין כיתה א לבין כיתה ז בקרב ילדים ערבים (מ‑23% ל‑38%, בהתאמה). בבדיקת שכיחות העישון בקרב בני נוער מהחברה הערבית בישראל נמצאה כגבוהה (14%) לעומת המגזר היהודי כ-(11%). השוואה בין השנים מראה, כי ישנה עלייה מהסקר3 שנערך בשנת 2006 בשכיחות העישון בקרב בנים ובנות בגיל 12-13 במגזר הערבי, ואילו במגזר היהודי לא נצפה שינוי משמעותי לעומת שנת 2011. 3 בנוסף,ניכר כי תלמידים בחטיבות הביניים מהחברה הערבית בישראל מדווחים בשכיחות גבוהה בהרבה על עישון נרגילה כ-(31%) לעומת תלמידים מהמגזר היהודי כ-(16%). 3

בינבינשתי ושותפיו שחקרו 43,57 התנהגויות אלימות של בני נוער בישראל מצאו כי, בהשוואה בין בתי ספר דוברי עברית לבין בתי ספר דוברי ערבית, לפי מדדים שונים, תלמידים בבתי ספר דוברי ערבית מדווחים על שיעור גבוה של אלימות, בהשוואה לתלמידים בבתי הספר דוברי עברית. תמונה דומה מתקבלת במחקר הבינלאומי HBSC (2014)3 ובו נמצא כי-(40.6%) 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 תכניות התערבות רבות למען קידום בריאות הילדים במסגרת בתי ספר יסודיים ועל יסודיים, את אלה ניתן לחלק לשתי גישות עיקריות, בתי ספר מקדמי בריאות ובתי ספר מקדמי אקלים חינוכי מיטבי. שתי התכוניות מתקיימות בבתי הספר כתוכניות נפרדות אם כי מתקיימת ביניהם חפיפה גדולה כפי שאסביר בהמשך:

**1.בתי ספר מקדמי בריאות בישראל והאפקטיביות שלהם:** בית ספר מקדם בריאות הוא המתמיד 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 מהווים 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 ולקבל מעמד רשמי והכרה.6 לצורך כך קבעו תנאי סף ויצאו בקול קורא, המזמין בתי ספר להצטרף ליוזמה (לי בריאות, ‏2012) .6 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 כן זכו בכוכב אחד לפחות.2

בישראל פותחו התערבויות למניעת התנהגויות מסכנות בריאות בבתי הספר והגנים, לדוגמא תכנית תפור עליי בה נבדקה יעילות תכנית "תפור עליי" 52 אשר נועדה לעודד אורח חיים בריא באופן יזום ומודרך בבתי ספר ובגנים נמצא כי, הסיכוי לאכילת ארוחת בוקר בריאה, בהשוואה בין ילדים שעברו את תכנית "תפור עלי" בשנים 2005-2003, לעומת ילדים שלא עברו את התוכנית הוא OR=2.05 (CI 95% 1.41-2.98) מתוקנן למין, גיל (כיתה ד מול ג), אתניות (יהודים וערבים), מגורים (עירוניים מול כפריים) .52 מחקר נוסף **53**שנערך בישראל בקרב ילדים בגיל 5-6, גם מסגרת תכנית "תפור עלי" N=54, בחן את שכיחות ההשמנה בקרב ילדים בגיל הרך, ובדק באופן פרוספקטיבי את ההשפעה של התערבות מקדמת בריאות גנים (בת 14 שבועות) על משקל הגוף, אחוזיBMI, הרכב הגוף, פעילות גופנית, וכושר גופני בקרב ילדים בגני ילדים בישראל. ההתערבות כללה פעילויות לילדים בגיל 5-6 ולהורים בנושאים תזונתיים, פעילויות 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 נצפה שיפור בכושר הגופני של קבוצת ההתערבות לעומת קבוצת הביקורת )מספר צעדים ביום בקבוצת ההתערבות=6927, לעומת מספר הצעדים ביום בקבוצת הביקורת= 5489ρ <0.003; ).53 בתכנית התערבות נוספת54, נבחנו ההשפעות של התערבות אקראית המבוססת על תזונה ופעילויות גופניות, וזאת על ידי מעקב למדדים אנתרופומטריים וכושר ילדים בגיל הגן שהם ממעמד סוציו-אקונומי נמוך. המחקר מראה 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) ובתי ספר לא מקדמי בריאות (יסודיים וחטיבות ביניים) בישראל 55, בהם נבדק האם ישנם הבדלים בעמדות ובהתנהגויות הבריאות (תזונה, פעילות גופנית ועוד) עליהם מדווחים התלמידים בבתי הספר.

ממצאי המחקר עולה כי, בשתי הקבוצות מתקיימות פעילויות כלשהן בנושאי בריאות, כאשר התכנים והנהלים משתנים בין בית ספר אחד לאחר.55 בכל הנוגע לתפיסות מנהלי בתי הספר נראה, כי מנהלי בתי ספר מקדמי בריאות מאמינים בתפקידו המרכזי של בית הספר כסוכן השינוי העיקרי בתחום קידום הבריאות, לעומת בתי ספר לא מקדמי בריאות, בהן מנהלי בתי הספר אינם 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, מקדם מסגרת חינוכית העוזרת לתלמידים להתפתח וללמוד באופן מיטבי, בתוך סביבה חינוכית מיטבית.5 משרד החינוך הציע בשנות ה-90 תכנית המשלבת את העבודה של השירות הפסיכולוגי ייעוצי במנהל הפדגוגי במשרד החינוך (שפ"י) כאחראיים 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, תכנית טיפולית מיוחדת העונה על צרכי אותה אוכלוסייה.56 שילוב של כל המשתנים שהוזכרו לעיל הביאו לפיתוח התערבויות מבוססות מודל אקולוגי, הדומות לתחומי פעולה של בתי ספר מקדמי בריאות ומכילים תת מערכות המקיפות את האדם.57,58 התפיסה האקולוגית דוגלת ביצירת סביבה המאפשרת בריאות ומונעת אלימות, העצמת הפרט והקהילה וחיזוק פעילות החברתית והקהילתית, בנית מדיניות ציבורית בריאה, חיזוק מיומנויות אישיות, וראוריינטציה של שירותי הבריאות.11

כשנבדקה מידת יישום תוכניות של אקלים חינוכי מיטבי בבתי הספר בישראל, באמצעות שני כלי ניטור: סקר מערכתי לניטור האלימות וסקר בית ספרי לניטור האקלים והסביבה הפדגוגית המועברים לתלמידים, למורים ולמנהלים. השאלונים כוללים 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 תלמידים.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, לצמצום האלימות בבתיה"ס.59 וזאת על ידי יישום תכנית מערכתית בנושא "קידום אקלים בטוח והתמודדות עם אירועי אלימות במוסדות החינוך", שפורטה בחוזר המנכ"ל שנכנס לתוקף בספטמבר 60.2009החוזר פירט את העקרונות, המשימות והיעדים שנקבעו בתכנית המערכתית ליצירת אקלים חינוכי מיטבי ומדדים לבדיקתו.60

ראמ"ה**-** הרשות הארצית למדידה והערכה בחינוך השוותה בין ממצאי סקר ניטור האלימות שנעשה לפני יישומה של התכנית המערכתית ובין 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 התכנית המערכתית ובין ממצאי סקר שנעשה כשנתיים לאחר תחילת יישומה ומצאה כי נרשמה יציבות במדדי האקלים החינוכי.59

שתי תכניות 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 תחומי פעולה דומים, וממשקים משיקים. שתי התכוניות מתקיימות כיום בבתי הספר כתוכניות נפרדות, למרות שמתקיימת ביניהם חפיפה גדולה אך לא מתקיימת אינטראקציה ביניהם. דבר זה פוגע ביעילות יישום התכניות, וזאת על ידי ניצול לא יעיל של המשאבים, כפילות בהתערבויות, ללא שילוב ממוקד ויעיל בין שני המודלים, אשר מן הראוי שיתאחדו למודל אופטימלי לקידום בריאות הילדים, הפיזית ונפשית.

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

בישראל, קבוצת המיעוט הגדולה ביותר הינה האוכלוסייה הערבית, והיא מנתה בשנת 2018, כ-1.849 מיליון תושבים(20.9%) **,** מתוכם 722 אלף ילדים בכל הגילאים ומתוכם 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 היהודית. 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 בבתי ספר נפרדים באזור מגוריהם, בתי ספר 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, פער תקציבי זה בין המגזרים מתבטא באי-שוויון חברתי-כלכלי ובאי-שוויון לפי לאום, ובעיקר בין יהודים לערבים.80 ממד נוסף של פערים 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 תכניות התערבות לקידום בריאות בבתי ספר ערביים בישראל, הקצאת תקציבים לאוכלוסייה הערבית בישראל אינם מותאמים לתחלואה, התנהגויות מסכנות בריאות, ולמחלות המאפיינות את החברה הערבית המוגדרת כאוכלוסייה במצוקה. אפליה זו בהקצאת תקציבים וחלוקה לא מותאמת לאוכלוסייה עלולה להביא למדדי בריאות ירודים באוכלוסייה הערבית בכלל ובבריאות הילדים הערבים בישראל בפרט.29

**המודל המושגי של המחקר**

החברה הערבית בישראל, הינה קבוצת מיעוט מאופיינת במצב סוציואקונומי דל משאבים. מאפייני החברה הן מבחינה דמוגרפית, סביבה פיזית וחברתית, שונים מאוד משאר האוכלוסיות בישראל, אך הם חשובים בקביעת והתווית התנהגויות הבריאות של האוכלוסיה בכלל ושל הילדים בפרט.29

על פי המודל האקולוגי ההתנהגותי, בריאות הילדים מושפעת ממגוון גורמים: ברמה התוך האישית personal-intra , מדובר בגורמים כגון היבטים ביולוגיים, דמוגרפיים ופסיכולוגיים; ברמה הבינאישית personal-inter מדובר בגורמים בסביבה המידית של התלמיד, כגון משפחה, חברים ועוד; ברמה הקהילתית level community מדובר בגורמים מהסביבה הרחבה, לדוגמה: נגישות למתקני ספורט או למזונות בריאים בסביבת הילד; וברמת האוכלוסייה .population aggregate

מחקרים רבים18,92,89,10 התבססו על גורמים אלו ופיתחו מודל הנקרא בית ספר מקדם בריאות המתבסס על גישת המסגרות setting approach, ומצאו 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, במניעת שימוש בסמים.42 במדינות רבות בעולם קיימת מדיניות עידוד תוכניות קידום בריאות בתחום בתי הספר, תוכניות אלה לרוב נוגעות לשלושה תחומים עיקריים: מדיניות בית ספרית, התכנים הנלמדים בבית הספר, סביבת 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. ולו אקלים חינוכי מיטבי מתמקד לרוב בסביבה המבנית והחברתית של בית הספר במטרה למנוע אלימות פיזית ורגשית בקרב התלמידים והמורים. תוכניות אלה מתקיימות אחת ליד השניה ומתקיימת מעט אינטראקציה ביניהם. מחקר זה יינסה לענות על השאלה: מהם הרכיבים המשותפים בין שני מודלים אלו, ומה הם התכנים המאפשרים חיבור ביניהם על ידי מודל אופטימלי. אנחנו מבקשים לעשות זאת תוך שימוש במודל האקולוגי ההתנהגותי BEM.

מודל זה יבחן את ההשפעה של מודל בית ספר מקדם בריאות ובית ספר מקדם אקלים חינוכי מיטבי על: מדיניות בית הספר, התוכן הפדגוגי ושיטות ההוראה, וסביבת בית הספר הפיזית והחברתית הכוללת ילדים, מורים והורים. מודל זה ינסה לבדוק מה הם רכיבי הפעולה הדומים בין אקלים חינוכי מיטבי ובית ספר מקדם בראיות ברמת הפרט, הרמה הקהילתית והרמה החברתית-תרבותית. וזאת במטרה לבנות מסגרת תיאורטית רחבה ואחידה לכלל הגורמים המשפיעים על התנהגויות הבריאות של הילדים. גישה זו מספקת לנו דרך שיטתית בה ניתן לבנות מודל אופטימלי מותאם תרבות, המנבא את המעגלים הנחוצים להתערבויות המיועדות לשינוי התנהגויות מסכנות בריאות בקרב ילדים. מודל זה יכול להוות בסיס להתערבויות עתידיות מותאמות תרבות באוכלוסיות המיעוטים בעולם.