

---

# מדיניות מקדמת בריאות (הרגלי תזונה ופעילות גופנית) בקרב מנהלי בתי הספר בישראל

ריקי טסלר, אורנה בראון-אפל, יוסי הראל פיש ושאל אדר

## תקציר

אחד הגורמים המשמעותיים ביותר לכל המערך הבריאותי בבית הספר הוא מדיניות מקדמת בריאות (School Wellness Policy) מובנית כהלכה, אשר מתווה מנהל/ת בית הספר. מדיניות זו כוללת מיפוי צורכי בית הספר, קביעת נהלים, קביעת התנהגויות רצויות, פיתוח וקידום של תכניות מקדמות בריאות. כל זאת, כחלק מחזון בית הספר, המדגיש את קשרי הגומלין בין תלמיד לתלמיד ובין התלמיד לסביבתו. על פי מודלים מוכרים בספרות המדעית בנושא קידום וחינוך לבריאות, למנהל בית הספר תפקיד מכריע והשפעה ישירה על פיתוח ועיצוב תרבות התנהגותית-בריאותית בקרב התלמידים והמורים, וכמובן, בהצלחת השינוי הבריאותי ויישומו. מטרת מחקר זה היא לבחון את הקשר בין תפיסותיהם של מנהלים בבתי הספר את תחום "מדיניות מקדמת בריאות" לבין יישום המדיניות הלכה למעשה. במחקר השתתפו 146 מנהלי בתי ספר – 72 מנהלות ו-74 מנהלים. ממצאי המחקר מלמדים כי ישנם פערים במדיניות המנהלים בנוגע לקידום בריאות בין סוגי בתי הספר והמגזרים השונים. עוד ניתן לראות כי יישום מדיניות מקדמת בריאות אינו מוטמע באופן מלא בקרב מנהלי בתי ספר. באשר להבדלי מגדר בין מנהלות למנהלים ביישום מדיניות תזונתית, ניכר כי מנהלות מיישמות מדיניות תזונתית גבוהה יותר ממנהלים; באשר להבדלים על פי סוג בית הספר נמצא כי מנהלים בבתי ספר יסודיים מיישמים מדיניות תזונתית ומדיניות לעידוד פעילות גופנית גבוהה יותר מאשר מנהלים בבתי ספר על יסודיים.

מילות מפתח: מדיניות מקדמת בריאות, מנהלי בתי ספר, תזונה, פעילות גופנית

## מבוא

מערכת החינוך היא כלי מרכזי למינוף שינויים חברתיים-בריאותיים, שכן משתתפים רבים לוקחים חלק בתהליך החינוכי: אלפי מנהלים של בתי ספר, יותר ממאה אלף מורים ויותר ממיליון תלמידים. המערכת הבית ספרית היא מסגרת נורמטיבית אוניברסלית, שאליה משתייכים כל בני הנוער, רובם עד הגיעם לגיל 18, והיא גורם משפיע על הלומדים בה. קידום הבריאות בבית הספר בא לידי ביטוי בפעולות הנעשות כדי לשפר את בריאותו של התלמיד בקהילת בית הספר (Eldredge et al., 2016). על פי מודלים מוכרים בספרות המדעית בנושא קידום וחינוך לבריאות, למנהל בית הספר תפקיד מכריע בהצלחת השינוי הבריאותי וביישומו (Schwartz et al., 2012). תפיסותיו של מנהל בית הספר, התנהלותו והמדיניות שהוא נוקט בבית הספר, באות לידי ביטוי במגוון הפעילויות ובמידת ההצלחה של הטמעת השינויים. למנהל בית הספר השפעה ישירה אפוא על פיתוח ועל עיצוב תרבות התנהגותית-בריאותית בקרב התלמידים ואף בקרב המורים (Cox, 2011; Adamson et al., 2007).

ממצאי המחקר הנוכחי, יחד עם הנתונים המופיעים בספרות, מצביעים על כך כי מדיניות מקדמת בריאות מתייחסת למערכת של נהלים, נורמות, פעולות ותהליכים שמטרתם ליצור מנגנונים המבטיחים את בריאותם של באי בית הספר אל סביבה מוגנת ובריאה, הפועלת למתן מענה לצורכי הבריאות של כל קהילת בית הספר (Matos & Nanney, 2007; Agron et al., 2010). תחום זה בא לידי ביטוי בקביעת נהלים, בחקיקת חוקים ובאכיפתם, בפיתוח תכניות מקדמות בריאות ובפיתוח מדיניות לסביבה תומכת בריאות (Molison & Carr, 2006; Brener et al., 2011). ממצאי המחקר מעידים על כך כי רוב מנהלי בתי הספר לא ניסחו נושאים של קידום בריאות כחלק מחזונום הבית ספרי. כמו כן, ניתן לראות שלא קיים מתאם בין המדדים המייצגים את המושג "מדיניות מקדמת בריאות" לבין יישום בפועל של המדיניות והערכתה. לאור הממצאים, יישום מדיניות מקדמת בריאות אינו מוטמע באופן מלא בקרב מנהלי בתי ספר, ועולה צורך בסיוע לשם הטמעת תחום פעילות משמעותי זה.

### סקירת ספרות

מדיניות לעידוד פעילות גופנית (Physical activity Policy) במסגרת מערכת החינוך פעילות גופנית בקרב ילדים הנה בעלת חשיבות רבה בכל הנוגע להתפתחות המוטורית, הקוגניטיבית והחברתית התקינה של הילד (Hubsmith, Kallins, & Staunton, 2003). מחקרים מצביעים על כך שרמות הפעילות הגופנית יורדות עם הגיל, במיוחד במהלך שנות בית הספר היסודי המאוחרות ובבתי הספר התיכוניים, מה שהופך תקופה זו למשמעותית מאוד בהתערבויות לקידום בריאות. השינויים הדמוגרפיים הביאו לעלייה בשכיחות מחלת הסוכרת מסוג 2, בעקבות העלייה הגוברת בשכיחות של עודף המשקל וההשמנה בקרב הילדים. עודף המשקל וההשמנה יוחסו בחלקם להפחתה בפעילויות הגופניות ולעלייה בעיסוקים הכרוכים בישיבה פיזית, כמו גם להרגלי תזונה לקויים (Ekelund, Van-Sluijs, & Wareham, 2005). הפעילות הגופנית ידועה ביתרונותיה הרבים: הגדלת טווח התנועה של המפרקים ושיפור בכוח השרירים, שיפור הקואורדינציה והכושר הגופני הכללי ושיפור בהרגשת הבריאות והרווחה (being Well). היא משפרת גם את ההערכה העצמית ואת דימוי הגוף, מביאה לשיפור בכושר נשיאת החמצן בגוף, מפחיתה את קצב פעימות הלב במאמץ תת מרבי נתון, מביאה לשרפה מוגברת של קלוריות (גם במצב מנוחה) ומפחיתה את הידלדלות העצם. פעילות גופנית גם מסייעת באיזון רמת השומנים והגלוקוז בדם ובחיזוק מערכת החיסון. מכל אלה נובע כי פעילות גופנית היא, אם כן, אמצעי לשיפור מצב הבריאות באוכלוסייה ובייחוד לצמצום מחלות כרוניות דוגמת מחלות לב וכלי דם, סוכרת, אוסטאופורוזיס וכאבי גב (בראון-אפל, 2004). דבר זה מסייע לשיפור מצב הבריאות של האוכלוסייה (Andersen, Goenka, Heath, Owen, Parra, & Sarmiento, 2012). בידל, גורלי וסטנסל (2004) טוענים כי יש קשר בין פעילות גופנית בקרב ילדים ומתבגרים בכל הגילים להפחתת גורמי סיכון לבעיות לב-ריאה, בעיות בהערכה העצמית ובעיות בריאות הנפש במהלך הגדילה (Biddle, Gorely, & Stensel, 2004). כמו כן נמצא בספרות שלפעילות גופנית בגיל ההתבגרות ישנו קשר חיובי למשתנים כמו איכות היחסים עם קבוצות השווים ועם המשפחה ושיפור בהישגים הלימודיים (Hallal, Victora, Azevedo, & Wells, 2006).

למרות התמורות לטווח הקצר והארוך הצפויות מביצוע פעילות גופנית בתקופת הילדות, ילדים ובני נוער רבים אינם מבצעים פעילות גופנית מומלצת של 60 דקות בכל יום במאמץ מתון או נמרץ (Deere et al., 2007; WHO, 2016). בישראל, במחקר האחרון של HBSC (2014), תלמידים נשאלו אם עסקו בפעילות גופנית לפחות 60 דקות ברצף בשבוע האחרון. ממצאי המחקר מעידים כי כ-20% מהתלמידים מדווחים שלא עסקו בשבוע האחרון בפעילות גופנית במשך 60 דקות ברצף לפחות (הראל פיש ועמיתיו, 2014). על פי הספרות המחקרית, מסגרת בית הספר הנה מסגרת שבה הילדים שוהים רוב שעות היום, לפיכך עידוד הרגלי פעילות גופנית יכול לסייע באימוץ אורח חיים בריא לדור העתיד.

כיום בישראל, על פי חוזרי מנכ"ל, מדיניות הפעילות הגופנית בבתי הספר כוללת את "התחייבותו של מנהל בית הספר להקפיד על מתן שתי שעות שבועיות חינוך גופני לתלמיד, בהתאם לתכנית ה"ליבה". אין באפשרותו לקצץ בשעות אלה, בכל רובדי הגיל ובכל המגזרים. נוסף על כך, עליו לפעול להוספת שעה שלישית של חינוך גופני (בנוסף לשתי שעות ה"ליבה"). בנוגע לזמני ההפסקות בבתי הספר, על פי חוזר מנכ"ל, על מנהל בית הספר לדאוג כי באופן קבוע במהלך ההפסקה הגדולה תתקיים מדי יום פעילות גופנית של התלמידים, כגון "הפסקה פעילה", "הפסקה רוקדת", טורנירים בענפי ספורט שונים, פעילות משחקית מובנית/עצמאית וכדומה. יתרה מכך, על בית הספר לקיים במהלך השנה שלושה-ארבעה ימי פעילות גופנית בשיתוף ההורים והקהילה, כגון ספורט טבלאי, יום ספורט, צעדה, מרוץ עממי, ניווט, רכיבה על אופניים וכיוצא בזה. על בית הספר גם לעודד את התלמידים לביצוע פעילות גופנית בשעות הפנאי ולהשתתפות בחוגי חינוך גופני וספורט במסגרות שונות, באופן עצמאי או ב עם חברים ו/או עם ההורים (חוזר מנכ"ל, תשע"א/10).

מדיניות תזונתית (Nutrition policy) במסגרת מערכת החינוך במקביל לירידה בפעילות הגופנית בקרב האוכלוסייה הצעירה השתנו גם הרגלי התזונה. כך לדוגמה ילדים רבים מדלגים כיום על ארוחות סדירות, ואת המקום המרכזי בתזונתם תופסים המזון המהיר והמזון המוכן, המתאפיינים בכמות גדולה של שומנים, סוכר, מלח, חומרים משמרים ועוד. סקר HBSC (2014) של ארגון הבריאות העולמי (WHO World Health Organization) בקרב בני נוער בגילאי 11-15, מצא כי לבני הנוער בישראל ישנם הרגלי אכילה העלולים לפגוע בבריאותם; הם צורכים כמות קטנה של פירות (פחות ממחצית בני הנוער בישראל צורכים פירות) ומנגד כמות גדולה של משקאות ממותקים (42% מבני הנוער בישראל צורכים משקאות ממותקים לפחות פעם ביום לעומת 26% בממוצע הבינלאומי באותה קבוצת גיל). הם מדלגים לרוב על ארוחת הבוקר, הנחשבת לארוחה החשובה ביותר ביום ולמקור עיקרי לאנרגיה לכל היום (רק מחצית מהמתבגרים בגיל 11 דיווחו שהם אוכלים ארוחת בוקר לפני יציאתם לבית הספר).

חשוב לזכור כי תזונה הולמת בין גיל הילדות לגיל הבגרות, מאפשרת גדילה והתפתחות תקינות ומסייעת, כחלק מגורמים נוספים, לשמור על בריאות הילדים בהווה ובחייהם הבוגרים בעתיד. צריכה של מזון מגוון, מאוזן ובכמות נאותה, תבטיח אספקה של כל רכיבי התזונה הדרושים לילדים ותסייע בהשגת מטרה זו (משרד הבריאות, 2014). לסביבת הילדים (הבית ובית הספר)

יש השפעה מכרעת על רכישת ההרגלים שלהם. רבים הסיכויים כי ילד בעל משקל עודף יהפוך להיות מבוגר בעל משקל עודף. מכאן עולה חשיבות הקניית ערכים וחינוך לאורח חיים בריא ופעיל כבר בגילים צעירים. הקניית הרגלי תזונה נכונה תתרום לבריאותם הנפשית והגופנית של הילדים, ובכך תסייע למניעת השמנה ותחלואה (Bao, Berenson, Srinivasan, Newman, Tracy & Attigney, 1998).

גם קצוטי (2012) מחזקת טענה זו ואומרת כי מעבר לפגיעה הפיזיולוגית, ילדים ומתבגרים שמנים עלולים להיפגע גם נפשית עקב בעיות חברתיות, נידוי חברתי ודימוי עצמי נמוך, העלולים להוביל לדיכאון. נוסף על כך, במסמך רקע מתוך הוועדה לזכויות הילד (מי עמי, 2004) נמצא כי בנים אוכלים פחות פירות וירקות (43%) לעומת בנות (58%), צורכים יותר משקאות ממותקים על בסיס יומיומי (בנים = 60%, בנות = 40%) וצורכים יותר טוגנים. ממצאי סקר נוסף בישראל מראים כי ישנם הבדלים בין בנים ובנות בכל הקשור לדפוסי צריכת מזון, וכי דפוסי צריכת המזון בקרב הבנות בריאים יותר (מי עמי, 2004).

מסקירה נרחבת בנוגע למדיניות תזונתית, הכתובה בחוזרי מנכ"ל (2011) במשרד החינוך, עולה כי מנהלי בתי הספר מתבקשים לפתח תכנית שנתית העוסקת בהטמעת הרגלי תזונה נבונה ומגוונת ובהגברת המודעות לחשיבותה. עליהם לעשות זאת באמצעות שילוב תכנים ועקרונות לתזונה נבונה, הלכה למעשה, בשגרת יומו של התלמיד – על ידי הוראת תחומי דעת שונים; עידוד שתיית מים כשתייה המומלצת והימנעות משתיית משקאות ממותקים; הפחתת צריכת ממתקים וחטיפים ובהימנעות ממתן ממתקים כפרסים, אף לא כחלק מכיבוד המוגש באירועים מיוחדים המתקיימים במסגרת בית הספר ומחוצה לו; וכן על ידי היענות לאיסור לקיים "הפסקות מתוקות" בהתאם להנחיות. על מנהלי בתי הספר, שקיימים בהם מזנונים, קיוסקים ומכונות אוטומטיות למכר מזון, לנהוג בהתאם להנחיות המפרטות את היצע המזון המותר והאסור למכירה, וכן בהתאם להנחיות בנושא "הזנה וחינוך לתזונה נכונה במוסדות החינוך". כמו כן מנהלי בתי הספר מתבקשים להנחות את התלמידים ואת הוריהם בנושא הרכב המזון וכמות המזון שיש להביא לבית הספר וליציאה לפעילות כמו טיולים (חוזר מנכ"ל, תשע"א/10). לסיכום, ניתן לראות כי קיימת מדיניות כתובה לעידוד פעילות גופנית ומדיניות תזונתית במסגרת מערכת החינוך ועל פי חוזרי מנכ"ל מפורטים, עבור מנהלי בתי הספר בישראל. המחקר הנוכחי יבחן את מידת היישום של שני גורמים משמעותיים אלו – מדיניות תזונתית ומדיניות לעידוד פעילות גופנית – כתחומים שלובים, התלויים זה בזה ותומכים זה בזה.

מדיניות מקדמת בריאות (School Wellness Policy) במסגרת בית הספר המערכת הבית ספרית היא גורם משפיע עבור הלומדים בה ומהווה מסגרת אוניברסלית ונורמטיבית, שאליה משתייכים כל בני הנוער עד הגיעם לגיל 18. פרנקי ועמיתיו (2010) טוענים כי לבית הספר תפקיד חשוב גם בהקניית כלים ליישום אורח חיים בריא, משום שטמון בו הכוח לקדם את בריאות התלמידים והצוות ולהשפיע על עמדות ועל התנהגויות בריאותיות (Frankie et al., 2010). מן הספרות בנושא קידום בריאות עולה כי אחד הגורמים המשמעותיים ביותר לכלל המערך הבריאותי המתנהל בבית הספר, הוא מדיניות מקדמת בריאות (School Wellness Policy) מובנית כהלכה, אשר מתווה מנהל/ת בית הספר. מדיניות זו כוללת מיפוי צרכי בית

הספר, קביעת נהלים, קביעת התנהגויות רצויות ופיתוח וקידום של תכניות מקדמות בריאות. כל זאת כחלק מחזון בית הספר, המדגיש את קשרי הגומלין בין התלמידים לבין עצמם ובין התלמידים לסביבתם (ראה תרשים מס' 1).

על פי הספרות המחקרית, מדיניות הנה מרכיב אוניברסלי המצוי ביסודו של כל ארגון בר קיימא. היא מהווה מערך של קווים מנחים המספקים מסגרת פעולה להשגת מטרה משמעותית, והיא מרמזת על כוונה ועל דפוס פעולה. על מדיניות זו להיות מבוססת על מנת להשיג מטרה מסוימת, וללא ספק לשקף מערך של אמונות או ערכים של בית הספר ושל קהילתו (Tunison, ; Falbe et al, 20012012).

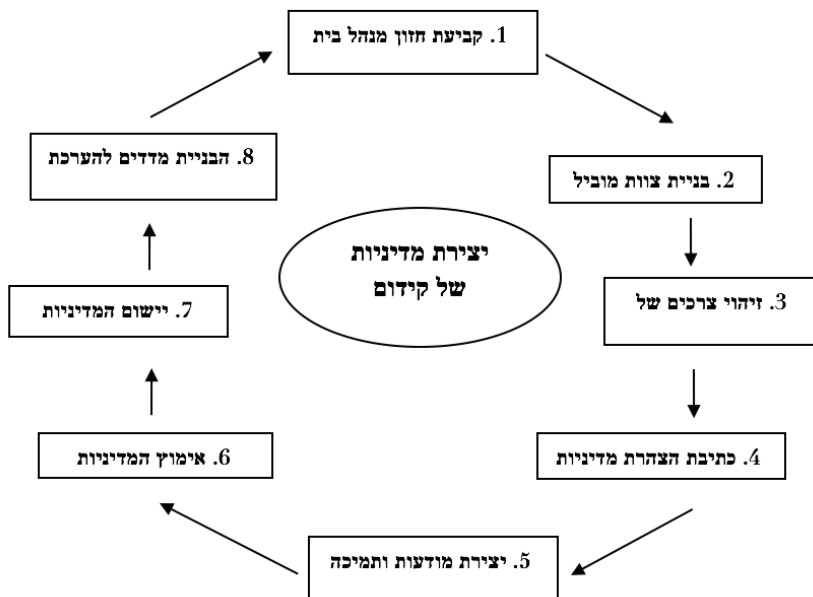
לפיכך, מדיניות ההנהלה מגדירה את ציפיותיה באופן שמפקח בעילות על פעולותיו של הצוות המקצועי כמעט בכל תחומי ההפעלה היומיומית של המערכת. בהמשך לכך, מדיניות מקדמת בריאות היא מערכת נהלים, נורמות ופעולות, שעיקרה ליצור מנגנונים שיבטיחו את בריאותם של באי בית הספר, תוך יצירת סביבה מוגנת ובריאה, אשר מהווה מענה לצורכי הבריאות של כל קהילת בית הספר (Gelius & Rutten, 2010). כל זאת, בהלימה למדיניות משרד החינוך בתחום קידום הבריאות (על פי חוזרי מנכ"ל), אשר מטרתה לאפשר קידום בריאות כדי להשיג מימוש מיטבי של יכולות לימודיות, תפקודיות וחברתיות לכלל התלמידים. מדיניות זו תושג באמצעות חשיפה לידע ולעמדות ובאמצעות הקניית מיומנויות, אשר יובילו להתנהגות קידום בריאות ולמניעת התנהגויות סיכוניות (אוח, משרד החינוך, 2012).

מכאן ניתן לומר כי תפקידו של מנהל בית ספר הוא תפקיד עמוס ומורכב, והוא כולל משימות בעלות אופי מגוון. הוא מעצב בית ספר, שנועד לשמש סביבה אנושית ואישית בטוחה ונעימה, ומעודד את צמיחתם של כלל התלמידים, צוותי ההוראה וצוותי החינוך. הוא יוזם ומעודד יוזמות פדגוגיות וחינוכיות של מורים והענקת תמיכה מקצועית לתכנון, ליישומן ולהשבחתן בכיתה, בבית הספר ובקהילה. בין מגוון תפקידיו של מנהל אפשר למנות, למשל, פיתוח ארגוני של בית הספר, ניהול תהליכי קבלת החלטות, תכנון שיטתי ומערכתי, עיצוב אקלים וסביבה בטוחים, ניהול מערך תכניות הלימודים, עיצוב מערכת השעות, פיתוח מקצועי של צוותי ההוראה והחינוך, פיקוח על תקצוב ומימון של פעולות בית הספר, ניסוח חזון חינוכי ומימושו, גיוס עובדים וניהול המשאב האנושי, ניהול קשרים עם קהילת בית הספר ועוד (Elliott, Goldring, Murphy & Porter, 2006).

תפקידיו של מנהל בית הספר משלבים היבטים ניהוליים ומנהיגותיים. מבחינה מושגית מדובר בשני ממדים שונים: היבט ניהולי, הכולל פן בולט של שימור, הסדרה ותפעול יומיומי של בית הספר; ולעומתו ההיבט המנהיגותי, הכולל ערכים, מוסר, השראה, עיצוב מטרות, התחדשות, ובעיקר הנעת אנשים אל עבר מטרה משותפת ומוסכמת (ענבר, 2000). על מנהל בית הספר לבחון כל העת את התרבות בבית ספרו ולוודא שהיא מזמנת למידה ומעודדת אותה. מנהיגות פדגוגית היא אחד ממאפייני תפקידי המנהל: מנהיגות המדגישה ומעצימה את תפקוד המורים, שמטרתה הישירה היא להשפיע על צמיחת התלמידים. מנהיגות המגדירה את ייעודו הפדגוגי של בית הספר ויוצרת אקלים בית ספרי תומך למידה. מנהיגות המכוונת ומנחה את שיפור ההוראה והלמידה, מנהיגות המעצבת חזון חינוכי-לימודי ומגשימה אותו על ידי שיתוף פעולה עם צוות בית הספר וקהילתו, ומנהיגות המבוססת על נהלים היוצרים קשרים בני-קיימא עם המעשה הכיתתי (Coldren & Spillane, 2007).

על פי מודלים מוכרים בספרות המדעית בנושא קידום וחינוך לבריאות, למנהל בית הספר תפקיד מכריע והשפעה ישירה על פיתוח ועל עיצוב תרבות התנהגותית-בריאותית בקרב התלמידים והמורים. כמובן, יש לו השפעה ישירה גם על הצלחת השינוי הבריאותי ויישומו. תפיסותיו של מנהל בית הספר, התנהלותו והמדיניות שהוא נוקט בבית הספר, באות לידי ביטוי במגוון הפעילויות ובמידת ההצלחה של הטמעת ערכים, תפיסות ואמות מידה של קידום בריאות לתוך המבנה הארגוני והפורמלי. הן מהוות תשתית לתהליך חינוכי המשלב את תחום הבריאות כחלק מהותי ואינטגרלי בהוויה הבית ספרית (Tesler, Harel-Fisch & Baron-Epel, 2016).

מודל יישומי ליצירת מדיניות מקדמת בריאות במסגרת בית הספר טיוניסון (2001) טוען כי תנאי פתיחה בסיסי ליצירת מדיניות של קידום בריאות במסגרת בית הספר, הוא מנהל בית הספר, הרואה בתחום הבריאות נושא בעל קדימות ומקנה לו סדר עדיפות גבוה. מנהל בית הספר יפעל על פי מודל עבודה שיעזור לו ולשותפיו להתנהל על פי מסגרת מסודרת, שתתאים לערכיו ותעזור לו בקידום התהליך והצלחתו (Tunison, 2001).



תרשים מס' 1

מודל אמפירי ליצירת מדיניות מקדמת בריאות בבית ספר (Tunison, 2001)

בשלב הראשון של המודל (1-3) נקבע ונכתב חזון בית הספר - המשותף לכל הגורמים בבית הספר ומבטא את העתיד שאותו שואפים ליצור בארגון. החזון הבית ספרי מאפשר מוטיבציה והשראה לפעול בכיוון מוגדר להגשמת מטרות. חזון בית ספרי יהיה יעיל ובעל השפעה אך ורק אם כל עובדי הארגון, החל מהמנהלים ועד אחרון עובדי השירות, באמת יזדהו עם האמור בו ועם הכיוון שאליו חותר הארגון. בדרך כלל, חזון שמגדיר את בית הספר כארגון מקדם בריאות, מעניק השראה לכל הצוות, שכן הוא מעניק תחושה של הימצאות במסגרת דואגת, השואפת לרווחה נפשית, פיזית וחברתית לכל הלוקחים בה חלק. ככל שחזון בית הספר נטוע בהקשרים קהילתיים נכונים, כך רבים הסיכויים שיתקבל באהדה ויתממש. הקהילה הסובבת את בית הספר עשויה לשמש מצע עשיר לחוויות למידה, לפעילויות חברתיות ולהענקת תמיכה לבית הספר. לאחר הטמעת החזון יבחר הצוות המוביל ויזוהו צורכי הארגון, ועל פיהם תיבנה ותיכתב הצהרת המדיניות.

השלב השני (4-5) - ניסוח המדיניות והצהרה בית ספרית, ברוח החזון הבית ספרי, הכוללת את הבריאות כחלק מאורח החיים הרצוי בארגון. את תוכן ההצהרה יש להפיץ לכלל קהילת בית הספר, כך שבאי בית הספר, כולם, יכירו את ההצהרה הבית ספרית ויפעלו למען יישומה. ניסוח ההצהרה מושתת על מערכת הציפיות, הצרכים והערכים הרצויים והראויים מנקודת מבטם של המנהל, של צוות בית הספר ושל הקהילה שאליה משתייך בית הספר - כפי שנוסחו בחזון בית הספר. קיום אמנה בית ספרית, הכוללת את תחום הבריאות כחלק מאורח חיים הבית ספרי לכלל קהילת בית הספר, יוביל לכך שבאי בית הספר יכירו את האמנה הבית ספרית ויפעלו ליישומה.

השלב השלישי (6) - אימוץ המדיניות. בשלב זה מתורגם החזון לתכנית עבודה: פדגוגית, ארגונית ותקציבית. כך קורמת עור וגידים המדיניות שהותוותה, ובאה לידי ביטוי בתכנון מהלכי עבודה מעשיים. בית הספר פועל על פי מדיניות משרד החינוך ובהתאם להנחיות המתפרסמות בחוזר מנכ"ל, בנוגע לתחום הבריאות.

השלב הרביעי (7) - יישום המדיניות. הוצאת המדיניות מן הכוח אל הפועל מתרחשת בארבעה מישורים: הפעלת תכנית התערבות בנושא פעילות גופנית ותזונה, תוך התמקדות בצרכים שאותרו כדורשים התערבות; יצירת סביבה מקדמת בריאות - הפיכת הסביבה הפיזית של התלמיד והאקלים הבית ספרי, לבריאים, בטוחים, נעימים ונגישים, כך שיאפשרו אימוץ התנהגויות בריאות וטיפוח; שותפויות המעגלים השונים - יצירת שותפות משולשת: תלמידים, הורים וצוות, הקמת צוות היגוי המייצג את כלל קהילת בית הספר, מינוי מוביל בריאות בית ספרי ופיתוח מנהיגות צעירה בתחום הבריאות; גיוס משאבים והקצאתם - גיוס משאבים מתאימים להטמעת תחום הבריאות, כגון משאבים כספיים, משאבי זמן ומשאבים אנושיים, והקצאתם תוך התאמה למטרות השונות שנבחרו.

השלב החמישי (8) - הערכת מדיניות. בבית הספר נהוג לקיים הערכה שיטתית של תהליכים ושל תכניות המועברים בו, ולנתח אותם בהתאם למשתנים שהוגדרו להצלחה ולא-הצלחה. זוהי למעשה, בחינה מחודשת של המדיניות שנקבעה, על פי היעדים שהוגדרו, תוך התייחסות לתכנית העבודה וליישומה בפועל (Tunison, 2001). תחילת התהליך של קביעת מדיניות מקדמת בריאות היא בקביעת החזון הבית ספרי ובהעלאת המודעות, לעתים כתוצאה מחיפוש

אחר דרכי תגובה לסיטואציות או לבעיות מחיי בית הספר. המשכו בגיבוש עמדות וערכים שלאורם יפעל בית הספר. פיתוחה של המדיניות כולל עיצוב עמוד שדרה רעיוני, ניסוח ומימוש החזון על ידי הפנמתו והפיכתו לנורמה בבית הספר (Brugha, Gilson, Murray, Schneider, Shiffman & Walt, 2008).

תכניות התערבות לעידוד מדיניות תזונתית ופעילות גופנית במסגרת בתי ספר כפי שניתן ללמוד מהכתוב לעיל, עיצוב מדיניות מקדמת בריאות הוא אמנם תהליך דינמי ומורכב, הדורש משאבים והשקעה של צוות בית הספר, אך מעיון בתוצאות מחקרים קודמים עולה כי ההשקעה נשאה פרי (Agron, Berends, Ellis & Gonzalez, 2010). במחקרים רבים, שנערכו במדינות שונות בעולם, נמצא קשר בין מדיניות מקדמת בריאות לבין שינוי התנהגותם של התלמידים, שהתבטאה באימוץ הרגלי תזונה בריאים, בהגברת הפעילות הגופנית ובהפחתת גורמי סיכון כמו עישון, אלימות ובריונות ושימוש בסמים (Brown et al., 2012). מתוך סקר בינלאומי של המרכז לבקרת מחלות בארצות הברית, אשר במהלכו נבחנו בתי ספר בשנת 2006, בהשוואה לשנת 2000, נמצא כי הטמעת מדיניות מקדמת בריאות בקרב מנהלי בתי ספר, קידמה את הפעילויות הבאות (Brener et al., 2007):

שנת 2006	שנת 2000	פעילויות
70.8%	51.0%	מכירת מזון בריא
54.3%	32.6%	הוספת שעות פעילות גופנית, מעבר לשיעורי חינוך גופני
77.4%	66.2%	ביצוע תכניות חינוך לבריאות עם תהליכי בקרה והערכה
63.6%	46.3%	מדיניות כתובה האוסרת עישון בסביבת בית הספר לכל קהילת בית הספר

ניתן לומר שפיתוח מדיניות מקדמת בריאות מסייע למנהלי בתי הספר בהטמעת אורח חיים בריא ופעיל. הספרות המחקרית מספקת הוכחות רבות בנוגע לקשר בין הפעלת תכניות התערבות לקידום מדיניות בריאות והשפעתה בקרב תלמידים. ממצא מעניין נוסף מראה שמדיניות מנהל בית הספר בנושא קידום בריאות, משפיעה על תפיסות המורים בנוגע לחינוך לבריאות בבית הספר, מעבר ללמידה ולהוראה בכיתה. לדוגמה: הזמנת הורים לפעילויות, ארוחות בית ספריות, הפסקות פעילות ועוד (Forster et al., 2002). פוגל-גריןולד ועמיתיו (Fogel-Grinvald et al., 2010) מחזקים ממצא זה, וטוענים ששילוב קהילת בית הספר – תלמידים, הורים ומורים – בתכניות לקידום בריאות, עשויה להשפיע על התנהגויות בריאות התלמידים. מערכת החינוך היא כלי מרכזי למינוף שינויים חברתיים-בריאותיים, שכן משתתפים רבים לוקחים חלק בתהליך החינוכי.

במחקרים שנערכו במדינות שונות בעולם, נמצא קשר בין מדיניות מקדמת בריאות לבין שינוי התנהגותם של התלמידים, שהתבטא באימוץ הרגלי תזונה בריאים, בהגברת פעילות גופנית, בהפחתת עישון, בצמצום מקרי אלימות ובריונות, במניעת שימוש בסמים ועוד. ניתן לומר, שפיתוח מדיניות של קידום בריאות מסייעת למנהלי בתי הספר בהטמעת אורח חיים בריא ופעיל (Brugha et al., 2008). ממצא מעניין נוסף מראה שמדיניות מנהל בית הספר בנושא



קידום בריאות, משפיעה על תפיסת המורים בנוגע לחינוך לבריאות בבית הספר, מעבר ללמידה ולהוראה בכיתה (Agron et al, 2010). אדמסון ועמיתיו (Adamson, Donegan, Mcaleavy & Shevln, 2006) מחזקים טענה זו וטוענים שחינוך לבריאות המועבר על ידי המורים, עשוי להשפיע מיידית על תלמידים ועל התנהגויות בריאות של תלמידים בבגרותם.

מילים רבות נכתבו בסקירה זו על החשיבות הרבה בקידום בריאותם של הילדים ובני נוער, אם על ידי תזונה נכונה אם על ידי פעילות גופנית, ועל האתגר העומד בפני המסגרות החינוכיות בכלל ובית הספר בפרט, על כל מרכיביו. ישנה חשיבות אמתית להבנת חשיבות זו ולהכרה בצורך באימוץ וביישום גישות קידום בריאות במסגרות חינוכיות. כן חשוב להבין את תפקידו החשוב והנכון של הממסד החינוכי ברמה הכללית, כמסגרת חינוכית ולא רק לימודית, לשמירת בריאותם הפיזית, הנפשית והחברתית של הילדים ושל הקהילה שבה הם ובית הספר נמצאים. איכות בית הספר, ובהתאם לכך מידת ההצלחה של מנהל בית הספר, נמדדות כיום בהישגים הלימודיים של התלמידים (הצלחה בבחינות, אחוז הזכאים לתעודת בגרות ועוד). קיימת הנחה מושרשת, כי בחברות בעלות מערכות חינוך מערביות, צורכים הפיזיולוגיים של הילדים נענים, וכי תפקידה של המסגרת החינוכית הוא לדאוג לדור העתיד להכשיר אותו. עם זאת, ידוע כי הקדמה הטכנולוגית הביאה עמה מחיר גבוה בכל הנוגע לאורח חיים בריא. המזון המעובד, הניכור החברתי, התחרותיות והדרישות הגבוהות של העולם המערבי המהיר, כל אלה הביאו את האדם המודרני להתבונן מחדש בצרכיו הפיזיולוגיים. על כן, ניתן להבין את הקושי של מנהלי בתי הספר ושל אנשי החינוך להטמיע את נושא הבריאות כחלק מן החינוך שמקבלים ילדים, עקב הציפייה מהם להשיג הישגים בתחום הלימודי ולהשקיע את המשאבים ב"תוצאות", כפי שהן נמדדות על ידי מערכת החינוך כיום.

בעקבות המחקרים הרבים שנסקרו בספרות המדעית, השערות המחקר יטענו כי:

1. יימצא קשר חיובי בין חזון מנהלי בתי הספר הכולל נושאים בתחום קידום בריאות, לבין יישום מדיניות תזונתית ומדיניות לעידוד פעילות גופנית בפועל;
2. יימצא קשר חיובי בין הצהרת מדיניות מקדמת בריאות לבין יישום מדיניות תזונתית ומדיניות לעידוד פעילות גופנית בפועל;
3. לא יימצא הבדל בין מנהלות למנהלים בממדד יישום מדיניות תזונתית ובמדד יישום מדיניות לעידוד פעילות גופנית;
4. לא יימצאו הבדלים ביישום מדיניות תזונתית וביישום מדיניות לעידוד פעילות גופנית על פי מגזר (ממלכת, ממ"ד, ממלכת ערבי);
5. יימצאו הבדלים ביישום מדיניות תזונתית וביישום מדיניות לעידוד פעילות גופנית על פי סוג בית הספר (יסודי, חטיבת ביניים ותיכון), כך שבבתי ספר יסודיים יישום המדיניות יהיה גבוה יותר מאשר בחטיבות ביניים ובתיכונים.

## מתודולוגיה

אוכלוסיית המחקר: אוכלוסיית המחקר כללה 146 מנהלות ומנהלי בתי ספר יסודיים, חטיבות ביניים ותיכונים, מכל המגזרים, מאזור הצפון והמרכז, בפקוח משרד החינוך, בגילים שונים וממצב סוציו-אקונומי מעורב. השאלונים הועברו בחודשים יוני-אוגוסט 2015, וענו עליהם 72 מנהלות ו-74 מנהלים. 40 מנהלות ומנהלים מבתי ספר יסודיים (27.4%), 42 מחטיבות ביניים (28.8%) ו-64 מנהלות ומנהלי של בתי ספר תיכוניים (43.8%). השאלונים כללו מידע לגבי תפיסותיהם, המדיניות שהם מנהיגים, והפעילויות הנעשות בהנחייתם בבית הספר בתחום קידום וחינוך לבריאות. מתוך 160 מנהלים אשר התבקשו למלא את השאלון, 14 שאלונים לא מולאו עקב עומס בעבודה או חוסר עניין בנושא הסקר, ולכן לא נכללו במחקר.

סוג המחקר: מחקר זה הנו מחקר חתך (Cross Sectional) כמותני, מתאמי, המבוסס על ניתוח משני של נתוני ה-HBSC בישראל לשנת 2011 (הראל פיש ועמיתיו, 2011).

כלי המחקר: כלי המחקר הנו שאלון מקוון עבור מנהלי בתי הספר (שאלון אנונימי למילוי עצמי) במתכונתו הישראלית, לניתוח ברמת המקרו, המורכב משאלות הקשורות לאפיוני בית הספר (זרם, מספר תלמידים), שאלות על מדיניות מקדמת בריאות (חזון בית ספרי, קביעת יעדים, תכניות ליישום, הערכת הישגים, הכשרת צוות, סביבת בית הספר), מעורבות תלמידים והורים בפעילויות שונות בבית הספר, מדיניות בהקשר להרגלי תזונה, פעילות גופנית, עישון ואלכוהול. השאלון הנו שאלון מתוקף של ארגון הבריאות העולמי ותורגם מאנגלית לעברית (Miller-Day, 2010), והוא הועבר למומחים מתחום החינוך על מנת לקבל את חוות דעתם. לפי פרוטוקול המחקר הבינלאומי המחייב את כל המדינות השותפות למחקר, השאלונים הישראליים, הן בעברית והן בערבית, תורגמו מאנגלית (שפת המקור הסטנדרטית) בשני שלבים: תרגום מאנגלית לעברית וערבית ואחר כך תרגום חוזר על ידי מתרגמים אחרים, מעברית ומערבית חזרה לאנגלית. התרגום החוזר נשלח למרכז המתודולוגי הבינלאומי באוניברסיטה של ברגן בנוורגיה לבדיקה, כאשר כל הבדל בין הגרסה המתורגמת למקור טופל בהחלטות משותפות של הצוותים. זוהי מתודולוגיה מקובלת בספרות המדעית לוודא תוקף של תרגום שאלונים. נוסף על כך, לפני כל העברה של סקר בארץ נערך פיילוט במטרה לבחון את התוקף והמהימנות של השאלון והמדדים, עם התמקדות בשאלות החדשות שהוכנסו באותה שנת סקר. כל המידע לגבי התוקף והמהימנות של המדדים השונים מפורסם בפרוטוקול הבינלאומי של המחקר (הראל פיש ועמיתיו, 2011; Lovato et al., 2010).

משתני המחקר:

המשתנים הבלתי תלויים

משתנים סוציו-דמוגרפיים:

א. סוג בית הספר (יסודי, חטיבת ביניים, תיכון);

ב. מגזר (ממלכתי, ממלכתי דתי, ממלכתי ערבי);

ג. מגדר – מנהלות/ מנהלים;

ד. חזון בית הספר - משתנה שבו המנהל נשאל: "האם חזון בית ספרך כולל באופן מפורש נושאי בריאות או קידום בריאות?" (ראו נספח מס' 1). הפריטים הוגדרו באופן דיכוטומי (1 = כן, 0 = לא); ה. הצהרת מדיניות תזונתית בבית הספר - משתנה המורכב מחמישה פריטים, שהנם ממוצע תשובותיו של הנשאל בסולם של 1-3. לדוגמה: "האם קיימת בבית ספרך מדיניות המגבירה צריכת מזון בריא?"; "האם קיימת בבית ספרך מדיניות המעודדת צריכת מזון בריא (למשל: פירות, ירקות, דגנים מלאים, מזונות עתירי סידן) במשך יום הלימודים?"; "האם קיימת בבית ספרך מדיניות המגבילה צריכת ממתקים, צ'יפס ומשקאות קלים בקרב התלמידים?"; "האם קיימת בבית ספרך מדיניות המאפשרת הכנסת מכוונות מכירת מזון ושתייה (מכל סוג שהוא) לבית הספר?"; "האם קיימת בבית ספרך מדיניות האוסרת הכנסת מכוונות מכירת מזון ושתייה (מכל סוג שהוא) לבית הספר?" (1 = לא; 2 = כן, מדיניות לא רשמית (הסכמה בעל פה); 3 = כן, מדיניות כתובה) ( $\alpha=0.80$ ).

המשתנים התלויים:

א. מדיניות לעידוד פעילות גופנית בבית הספר - מדד אשר הורכב מחמישה פריטים. לדוגמה: "האם אתה מעודד פעילות גופנית בבית ספרך בזמן ההפסקות?"; "האם בית ספרך מעודד באופן פעיל פעילות גופנית בזמן השיעורים מעבר לשיעורי החינוך הגופני?"; "באיזו תדירות מתקיימת הפסקה פעילה בבית הספר?" (הסקאלה למענה כללה 4 דרגות (בטווח 1-4: 1 = לא, 2 = כן, פעם פעמיים בשבוע; 3 = כן, שלוש עד ארבע פעמים בשבוע; 4 = כל יום). עקיבות פנימית לפריטים נמצאה  $\alpha = 0.66$ . המשתנה חושב מתוך ממוצע הפריטים באופן שציון גבוה יותר מייצג עידוד ברמה גבוהה יותר של פעילות גופנית;

ב. מדיניות תזונתית בבית הספר - מדד אשר הורכב מסכום של חמישה פריטים. "האם בבית ספרך תלמידים יכולים לרכוש את המצרכים הבאים: חטיפים מתוקים שוקולד, ממתקים, עוגיות, עוגות, גלידה?"; "האם בבית ספרך תלמידים יכולים לרכוש חטיפים מלוחים (חטיף צ'יפס, במבה, ביסלי)?"; "האם בבית ספרך תלמידים יכולים לרכוש מיץ טבעי, מיצים ממותקים או משקאות דיאט?"; "האם בבית ספרך קיימים השירותים הבאים או הצידוד הבא: מכונה למכירת מזון (אחת או יותר)?"; "האם בבית ספרך קיימים מכוונות למכירת שתייה (אחת או יותר)?". עקיבות פנימית לפריטים נמצאה  $\alpha = 0.86$ .

מהלך המחקר: המחקר, שנערך על ידי HBSC, מתקיים אחת לארבע שנים ביותר מ־43 מדינות באירופה ובצפון אמריקה, ומטרתו לספק מערכת ניטור של בריאות הנוער במדינות השונות ולהעמיק את הידע וההבנה הקיימים בתחום הבריאות, הרווחה הסובייקטיבית ודפוסי התנהגויות סיכון, כפי שאלה באים לידי ביטוי בקרב בני נוער. קובצי הנתונים הועברו בשנת 2015 לצוות המחקר הישראלי לאחר ניקוי ובדיקת הקלדה. התבצעה בדיקה לוגית של התאמת תשובות לשאלות שונות. הוסרו שאלונים שבהם היה חסר מין הנבדק או מספר רב של שאלות אשר נותרו ללא מענה. הנתונים של המחקר הישראלי מנותחים ומוצגים על פי סוג בית הספר ומגזר.

איסוף הנתונים: במהלך חודש ספטמבר 2015 נאספו כתובות המייל ומספרי הטלפון של 160 מנהלות ומנהלים בבתי ספר יסודיים, בחטיבות ביניים ובתיכונים, מהמחוזות צפון, חיפה ומרכז. בחודשים נובמבר-מאי 2016 נשלחו השאלונים המקוונים למנהלות ולמנהלים. כל השאלונים

שמולאו נאספו באופן ממוחשב ונעשה מעקב רציף אחר מספר המנהלים שענו. בהתחשב באורך השאלון ובעומס העבודה המוטל על מנהלי בתי הספר, שיעור ההיענות היה גבוה מאוד – 91%. שיטת הדגימה: מדגם ה-HBSC מעוצב כדגימת אשכולות, מסגרת הדגימה היא רשימת הכיתות בבתי הספר שבפיקוח משרד החינוך. הרשימה סופקה לחוקרים על ידי משרד החינוך. דגימת שכבות שונה מדגימה אקראית פשוטה של תלמידים, בכך שקרוב לוודאי שתלמידים השייכים לאותו מוסד יהיו בעלי ניסיון דומה בבית הספר. לאחר שנדגמו הכיתות בכל בית ספר אשר השתתף במחקר, הועבר שאלון לדיווח עצמי עבור מנהל בית הספר. ניתוח סטטיסטי: הנתונים הכמותיים עובדו ונותחו בעזרת תוכנת SPSS גרסה 21. עיבוד הנתונים והכנת המשתנים לניתוח כללו בדיקת ההתפלגויות של המשתנים ששימשו לבניית משתני המחקר (סטטיסטיקה תיאורית) ומבחני מהימנות פנימית (קרונבך אלפא), במטרה לאשש את מבנה המשתנים המקובצים לפני השימוש בהם בבחינת ההשערות. לכל פריט נבדקו ממוצעי התשובות, סטיית התקן, ובהמשך חושבו Alpha Cronbach לסקאלות. הבדלים בין שכבות הגיל במשתנים נבחנו בעזרת ניתוחי שונות רב משתנים (MANOVA). הקשר בין המשתנים נבחן בעזרת Pearson Correlation. העיבוד הרב משתני נערך באמצעות רגרסיות לינאריות עבור משתנים תלויים רציפים.

#### תוצאות

בחלק זה יוצגו הניתוחים הסטטיסטיים לבחינת השערות המחקר וכן ממצאי המחקר, שעסק בקשר בין חזון והצהרת מדיניות מקדמת בריאות (תזונה ופעילות גופנית) בבית הספר לבין יישומם על ידי מנהלות ומנהלי בתי הספר. ניתוח המחקר יציג התפלגויות משתני רקע, ממוצעים, סטיות תקן ואינטראקציות בין משתני המחקר השונים בנושא תזונה ופעילות גופנית.

#### תיאור משתני רקע ומדדי המחקר

טבלה מס' 1 מרוכזים משתני רקע הנחקרים במחקר הנוכחי.

שם משתנה	קטגוריות	שכיחויות	%
מגדר	גברים	74	50.7
	נשים	72	49.3
סוג בית הספר	יסודי	40	27.4
	חט"ב	42	28.8
	חט"ע	64	43.8
מגזר	ממלכתי	71	48.6
	ממלכתי דתי	29	19.9
	ערבי	46	31.5

#### טבלה מס' 1

התפלגות (שכיחויות) של משתני רקע במחקר: מגדר, סוג בית הספר ומגזר (N= 146)

כפי שעולה מטבלה מס' 1: כמחצית מהנחקרים הם גברים (50.75) וכמחצית - נשים (49.3%). מנהלים בחטיבה העליונה (43.8%), מנהלים בחטיבות הביניים (28.8%) ומנהלים בבית ספר יסודי (27.4%). 48.6% מהמנהלות והמנהלים הנם מבתי ספר במגזר הממלכתי, 31.5% במגזר הערבי ו-19.9% במגזר הממלכתי דתי. בטבלה מס' 2 מוצגת התפלגות סטטיסטית של המדדים במחקר (הצהרת מדיניות תזונתית, חזון מנהלי בתי הספר בנוגע לבריאות, יישום מדיניות תזונתית ופעילות גופנית בבית הספר).

סטית תקן	ממוצע	מקסימום	מינימום	N	
0.54	1.59	3.00	1.00	146	הצהרת מדיניות תזונתית (ממוצע) חזון (דמה)
		1.00 (48.1%)	(51.4%) 0.00	146	
1.63	2.88	5.00	0.00	146	יישום מדיניות תזונתית (סכום)
0.49	1.55	3.25	1.00	145	יישום מדיניות בתחום פעילות גופנית (ממוצע)

### טבלה מס' 2

התפלגות מדדים במחקר (ממוצע, סטית תקן, מינימום ומקסימום)

כפי שעולה מטבלה מס' 2, ממוצע גבוה יותר היה של מדד יישום מדיניות תזונתית מאשר יישום מדיניות בתחום פעילות גופנית, אבל בכל המקרים היישום אינו גבוה. בנוסף, סטיית התקן וגם ערך המקסימום של יישום מדיניות תזונתית הם הגבוהים ביותר.

	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
1. הצהרת מדיניות תזונתית	***275.	***364.	066.	089.	**230.	111.	-103.	.515	--	
2. חזון בנושאי בריאות	055.	124.-	***329.-	017.	075.-	***314.	100.	--		
3. מגזר ממ"ד	039.-	081.-	113.-	013.-	152.-	***338.-	--			
4. מגזר ממלכתי ערבי	010.-	088.-	***404.-	**253.	013.	--				
5. בית הספר יסודי	145.	***394.	101.	**390.-	--					
6. בית הספר חט"ב	014.-	057.-	052.-	--						
7. מגזר - מנהלות	017.-	*206.	--							
8. יישום מדיניות תזונתית	**235.	--								
9. יישום פעילות גופנית	--									

\* $p < 0.001$ , \*\* $p < 0.01$ ,  $p < 0.05$

### טבלה מס' 3

מטריצת מתאמים (פירסון) בין מדדים ומשתני המחקר

כפי שעולה מטבלה מס' 3:

נמצא קשר חיובי, בינוני ומובהק בין הצהרת מדיניות תזונתית של המנהלים ליישום מדיניות תזונתית בפועל בבית הספר ( $r = 0.364, p < 0.001$ ), וגם קשר חיובי, בינוני ומובהק בין הצהרת מדיניות תזונתית לבין יישום מדיניות בתחום פעילות גופנית ( $r = 0.275, p < 0.001$ ), כלומר ככל שמנהלים מצהירים על יותר מדיניות תזונתית, כך הם יותר מיישמים אותה בפועל. ממצא זה מאשש את השערת המחקר השנייה.

בנוסף, נמצא קשר חיובי, בינוני ומובהק בין סוג בית הספר לבין יישום מדיניות תזונתית ( $r = 0.394, p < 0.001$ ), את משמעות הקשר נבדוק במבחן MANOVA וברגרסיה בהמשך המחקר. נמצא קשר חיובי חלש ומובהק בין מגדר לבין יישום מדיניות תזונתית ( $r = 0.206, p < 0.05$ ), את משמעות הקשר נבדוק במבחן MANOVA וברגרסיה בהמשך המחקר.

לא נמצא קשר בין חזון המנהלים לבין יישום מדיניות תזונתית ויישום פעילות גופנית ( $p > 0.05$ ). כלומר, השערת המחקר הראשונה לא נתמכה על ידי ממצאי המחקר.

על מנת לבחון הבדלים ביישום מדיניות תזונתית ויישום פעילות גופנית על פי מגדר, סוג בית הספר ומגזר בוצע מבחן MANOVA דו גורמי. תוצאות המובהקות של המבחן מוצגות בטבלה מס' 4.

סוג בית הספר/מגדר	יסודי	חט"ב	חט"ע	סה"כ	F(2,139) סוג בית הספר	ETA מגדר	ETA סוג בית הספר
ממוצע	ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	ס"ת	0.043	0.152
גברים	3.12	1.49	2.61	1.59	2.24	1.29	2.56
נשים	4.52	1.34	2.89	1.82	2.43	1.38	3.22
סה"כ	3.93	1.56	2.74	1.68	2.33	1.33	1.74

$p < 0.001$ \*\*\*,  $p < 0.05$ \*

#### טבלה מס' 4

מטריצת מתאמים (פירסון) בין מדדים ומשתני המחקר

כפי שעולה מטבלה מס' 4:

נמצא הבדל (מגדרי) מובהק בין מנהלים למנהלות במדד יישום מדיניות תזונתית ( $F(1, 139) = 6.25, p < 0.05, \eta^2 = 0.043$ ) כך שבממוצע מנהלות מיישמות את המדיניות התזונתית ברמה גבוהה יותר ממנהלים ( $M = 3.22, Sd = 1.74$ ) לעומת מנהלים ( $M = 2.56, Sd = 1.46$ ). ממצא זה מנוגד להשערתנו השלישית, שבה שיערנו כי לא יימצאו הבדלים בין מנהלים למנהלות. עם זאת, ההשערה הרביעית אוששה ולא נמצא הבדל בין מנהלים למנהלות ביישום מדיניות לעידוד פעילות גופנית ( $p > 0.05$ ).

נמצא הבדל מובהק ביישום מדיניות תזונתית על פי סוג בית הספר ( $F(2, 139) = 12.417, p < 0.001, \eta^2$ ), מבחן המשך מסוג Scheffe הראה שההבדלים המובהקים קיימים בין כל סוגי בית

הספר. מהשוואת הממוצעים עולה כי מנהלי בתי הספר היסודיים מדווחים על יישום מדיניות תזונתית גבוהה יותר ממנהלי בתי הספר חטיבת ביניים ותיכון ( $M = 3.93, Sd = 1.56$  לעומת  $M = 2.74, Sd = 1.68$  לעומת  $M = 2.33, Sd = 1.33$  בהתאמה), אך לא נמצא הבדל ביישום מדיניות לעידוד פעילות גופנית על פי סוג בית הספר ( $p > 0.05$ ). ממצאים אלה מאששים חלקית את השערת המחקר החמישית. לבסוף, כפי ששיערנו, לא נמצא הבדל ביישום מדיניות תזונתית וביישום מדיניות לעידוד פעילות גופנית על פי המגזר (ממלכתי, ממ"ד, ממלכתי ערבי) ( $p > 0.05$ ).

על מנת לנבא את המשתנים התלויים שהתקבלו בקשרים מובהקים עם המשתנים הבלתי תלויים בוצעו שני מודלים של רגרסיה ליניארית. תוצאותיהם מוצגות בטבלה מס' 5.

משתנים תלויים	יישום מדיניות תזונתית	יישום מדיניות לעידוד פ"ג
משתני בלתי תלויים	מודל ראשון	מודל שני
הצהרת מדיניות תזונתית	***0.815 (0.23) 0.27	***0.251 (0.07) 0.27
סוג בית הספר (יסודי = 1)	***1.235 (0.3) 0.34	
סוג בית הספר (חט"ב = 1)	0.214 (0.29) 0.06	
מגדר (מנהלות = 1)	*0.51 (0.24) (0.16)	
F	***12.442	***11.718
R <sup>2</sup>	0.261	0.076
N	146	145

\* $p < 0.001$ , \*\* $p < 0.05$

#### טבלה מס' 5

תוצאות רגרסיה ליניארית לניבוי יישום מדיניות תזונתית ויישום מדיניות לעידוד פעילות גופנית על ידי המשתנים הבלתי תלויים

מטבלה מס' 5 עולה כי:

- מודל רגרסיה ראשון נמצא מובהק ( $F(4, 141) = 12.442, p < 0.001$ ) ו-26.1% מהשונות של משתנה תלוי יישום מדיניות תזונתית מוסברת על ידי משתנים בלתי תלויים: הצהרת מדיניות תזונתית, סוג בית הספר ומגדר.
- ככל שמדיניות תזונתית מוצהרת כגבוהה יותר, כך יישום המדיניות גבוה בהתאמה ב-0.81.

- יחידות, וזאת באופן מובהק ( $t = 3.55, p < 0.001$ ) ובפיקוח על שאר המשתנים: סוג בית הספר והמגדר.
- יישום מדיניות תזונתית בכיתות בתי הספר היסודיים גבוהה יותר ב־1.23 יחידות מאשר בבתי הספר העל יסודיים, וזאת באופן מובהק ( $t = 4.119, p < 0.001$ ) ובפיקוח על שאר המשתנים: הצהרת מדיניות תזונתית ומגדר. עם זאת, אין הבדל מובהק ביישום מדיניות תזונתית בין כיתות בחטיבות הביניים ובין כיתות בבתי הספר העל יסודיים ( $p > 0.05$ ).
- מנהלות מיישמות מדיניות תזונתית במידה רבה יותר, ב־0.51 יחידות מאשר מנהלים וזאת באופן מובהק ( $t = 2.153, p < 0.05$ ) ובפיקוח על שאר המשתנים: הצהרת מדיניות תזונתית וסוג בית הספר.
- מודל גרסיה שני נמצא מובהק ( $F(1, 143) = 11.718, p < 0.001$ ) ו־7.6% מהשונות של המשתנה התלוי יישום מדיניות לעידוד פעילות גופנית מוסברת על ידי משתנה בלתי תלוי: הצהרת מדיניות תזונתית.
- ככל שהצהרת המנהל למדיניות תזונתית גבוהה יותר, יישום המדיניות לעידוד פעילות גופנית גבוה בהתאמה, ב־0.25 יחידות וזאת באופן מובהק ( $t = 3.423, p < 0.001$ ).

### סיכום הממצאים

בניגוד להשערת המחקר הראשונה, לא נמצא קשר בין חזון מנהל בית הספר הכולל נושאים בתחום קידום הבריאות לבין יישום מדיניות תזונתית ועידוד מדיניות פעילות גופנית. בתמיכה להשערת המחקר השנייה, יש קשר בין הצהרת מדיניות תזונתית ופעילות גופנית לבין יישום המדיניות בפועל בתזונה ופעילות גופנית ( $t = 3.55, p < 0.001$ ). בניגוד להשערת המחקר השלישית, נמצא הבדל בין מנהלים למנהלות ביישום מדיניות תזונתית, כך שמנהלות מדיניות תזונתית גבוהה יותר ממנהלים ( $t = 2.153, p < 0.05$ ). עם זאת, לא נמצאו הבדלים בין מנהלים ומנהלות בנוגע לעידוד פעילות גופנית. בתמיכה להשערת המחקר הרביעית לא נמצאו הבדלי מגזר בין בתי ספר ממלכתיים, בהשוואה לממלכתי דתי וממלכתי ערבי, הן ביישום מדיניות תזונתית הן ביישום מדיניות לעידוד פעילות גופנית. בהשערת המחקר החמישית והאחרונה נמצאו הבדלים על פי סוג בית הספר (יסודי מול חטיבות ביניים ותיכונים ועל יסודיים) ביישום מדיניות תזונתית, כך שמנהלים מבתי הספר היסודיים מיישמים מדיניות תזונתית גבוהה יותר ממנהלים בחטיבות הביניים ובבתי הספר ותיכון העל יסודיים ( $t = 4.119, p < 0.001$ ). עם זאת, לא נמצאו הבדלים ביישום מדיניות לעידוד פעילות גופנית על פי סוג בית הספר.

### דיון ומסקנות

פרק זה יתמקד בממצאי המחקר המרכזיים ובמשמעותם בהשוואה לספרות המדעית העולמית בנושא מדיניות מקדמת בריאות בקרב מנהלי בתי ספר. בתחילת הפרק יוצג דיון במשמעותם של ממצאים אלו, תוך השוואה לממצאי מחקרים קודמים בנושא, ובסופו יוצגו מסקנות המחקר והמלצות עתידיות לאור ממצאי המחקר הנוכחי, ותוך התחשבות במגבלותיו.



דיון בממצאי המחקר העיקריים

המחקר הנוכחי מדגיש את חשיבותה של מדיניות מקדמת בריאות בהקשר לתזונה ולפעילות גופנית במסגרת בית הספר. כפי שנטען, למנהל בית הספר תפקיד מכריע והשפעה ישירה על פיתוח תרבות התנהגותית-בריאותית בקרב התלמידים והמורים ועל עיצובה, וכמובן השפעה על הצלחת השינוי הבריאותי ויישומו (Tesler et al., 2016). מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון את מידת יישומם של שני גורמים משמעותיים אלו – מדיניות תזונתית ומדיניות לעידוד פעילות גופנית, בקרב מנהלות ומנהלי בתי הספר. תחילה נבחנו התפלגויות המדדים במחקר (ממוצע, סטיית תקן, מינימום ומקסימום) של מדד יישום מדיניות תזונתית בהשוואה למדד יישום מדיניות בתחום הפעילות הגופנית. נמצא שממוצע מדד יישום המדיניות התזונתית גבוה יותר מאשר יישום המדיניות בתחום הפעילות הגופנית, אבל בכל המקרים היישום אינו גבוה. נוסף על כך, סטיית התקן וגם ערך המקסימום של יישום המדיניות התזונתית הם הגבוהים ביותר. השערת המחקר הראשונה בוחנת את מידת ההתאמה בין הצהרת מדיניות תזונתית לבין יישום מדיניות בתחום פעילות גופנית. על פי ממצאי המחקר נמצא קשר חיובי, בינוני ומובהק. ככל שהצהרת המנהל למדיניות תזונתית גבוהה יותר, יישום המדיניות לעידוד פעילות גופנית גבוה בהתאמה. באמצעות ממצא זה אוששה השערת המחקר. תוצאות אלו דומות למחקרים רבים שנערכו במדינות שונות בעולם, שבהם נמצא קשר בין מדיניות תזונתית לבין מדיניות בנוגע לפעילות גופנית ולשינוי התנהגותם של התלמידים, שהתבטאה באימוץ הרגלי תזונה בריאים, בהגברת הפעילות הגופנית ובהפחתת גורמי סיכון. (Brown et al., 2012).

בהשערת המחקר השנייה לא נמצא קשר בין חזון המנהלים לבין יישום המדיניות התזונתית ויישום פעילות גופנית, ולכן השערת המחקר לקיום קשר כזה לא נתמכה על ידי ממצאיו. החזון הבית ספרי משותף לכל הגורמים בבית הספר, ומבטא את העתיד שאותו שואפים ליצור בארגון (Tunison, 2001). מחקרים מראים כי החזון הבית ספרי מאפשר מוטיבציה והשראה לפעול בכיוון מוגדר להגשמת מטרות. חזון בית ספרי יהיה יעיל ובעל השפעה אך ורק אם כל עובדי הארגון, החל מהמנהלים ועד אחרון עובדי השירות, באמת יזדהו עם האמור בו ועם הכיוון שאליו חותר הארגון (Brugha et al., 2008).

בדרך כלל, חזון שמגדיר את בית הספר כארגון מקדם בריאות, מעניק השראה לכל הצוות, שכן הוא מעניק תחושה של הימצאות במסגרת דואגת, השואפת לרווחה נפשית, פיזית וחברתית לכל הלוקחים בה חלק (Centers for Disease Control, 2013). ככל שחזון בית הספר נטוע בהקשרים קהילתיים נכונים, כך רב יותר הסיכוי שיתקבל באהדה ויתממש. הקהילה הסובבת את בית הספר עשויה לשמש מצע עשיר לחוויות למידה, לפעילויות חברתיות ולהענקת תמיכה לבית הספר (Tunison, 2001).

השערת המחקר השלישית עסקה בקשר החיובי בין הצהרת מדיניות תזונתית של המנהלים ליישום מדיניות תזונתית בפועל. כלומר, מנהלים המצהירים על מדיניות תזונתית גם מיישמים אותה הלכה למעשה. ממצא זה מאשש את השערת המחקר, הנתמכת על ידי הספרות הענפה, אשר הראתה כי מדיניות תזונתית של מנהל בית הספר המיושמת באופן קבוע בשיתוף קהילת בית הספר (מורים, הורים ותלמידים), מסייעת בשינוי התנהגותי בנוגע להרגלי התזונה בקרב תלמידי בית הספר (CDC, 2013).

בניגוד להשערת המחקר הרביעית, כי לא ימצא הבדל בין מנהלות למנהלים ביישום מדיניות תזונתית, על פי ממצאי המחקר נמצא הבדל מובהק בין מנהלות למנהלים במדד יישום מדיניות תזונתית, כך שמנהלות מיישמות מדיניות תזונתית גבוהה יותר ממנהלים. ממצא זה מנוגד להשערת המחקר. עם זאת, חלקה השני של ההשערה אושש, ולא נמצא הבדל בין מנהלים למנהלות ביישום מדיניות לעידוד פעילות גופנית.

במאמר המקיף של וורדלה ועמיתיה (Wardle et al., 2004) נמצאו הבדלי מגדר משמעותיים בבחירת תזונתם היומיומית של גברים ונשים וכן מבחינת האמונות הבריאותיות בנוגע לחשיבות תזונה בריאה ונכונה. ממצאי המחקר מחזקים את הטענה כי בחירת תזונה בריאה יותר נמצאה בקרב נשים יותר מאשר בקרב גברים, כמו גם האמונות הבריאותיות בנוגע לחשיבות ההקפדה על תזונה נכונה. ממצאי המחקר הנוכחי, יחד עם הכתוב בספרות, מלמדים כי יש להקדיש מחשבה גם לסוגיית המגדר בקרב מנהלי בתי הספר לצורך עידוד "אורחות חיים" בקרב תלמידים בבתי הספר.

לבסוף, כפי ששיערנו בהשערה החמישית, לא נמצאו הבדלים ביישום מדיניות תזונתית וביישום מדיניות לעידוד פעילות גופנית על פי המגזר (ממלכתי, ממ"ד, ממלכתי ערבי). אך בנוגע לסוג בית הספר נמצאו הבדלים מובהקים בין מנהלים מבתי הספר היסודיים לעומת חטיבות הביניים והחטיבות העליונות. מחקרים מצביעים על כך שרמות הפעילות הגופנית יורדות עם הגיל, במיוחד במהלך שנות בית הספר היסודי המאוחרות ובבתי הספר התיכוניים, מה שהופך תקופה זו למשמעותית מאוד בהתערבויות לקידום בריאות במסגרת בתי הספר (Ekelund, Van-, Sluijs, & Wareham, 2005).

#### מגבלות המחקר

במחקר הנוכחי קיימים מספר אתגרים מתודולוגיים: המגבלה הראשונה מתייחסת לעובדה כי מחקר זה הנו מחקר חתך, המבוסס על נתוני רוחב בנקודת זמן אחת, ואינו מתחשב בהשפעת מדיניות מקדמת בריאות לאורך מספר שנים. נוסף על כך, מחקר חתך מוגבל באשר ליכולת להסקות סיבתיות באשר לממצאיו. תחום זה של חקר החינוך ידוע כתחום שבו סיבתיות היא סוגיה קשה, והשפעות דו-כיווניות של משתנים הנן תופעות שכחות. לפיכך, יש צורך בקיום מחקרי אורך, אשר יסייעו בהסקת מסקנות יישומיות בעלות תוקף גבוה יותר של סיבה ותוצאה, זאת בעקבות מדידות חוזרות ושליטת משתנים מתערבים; מגבלה שנייה – איסוף הנתונים ברמת המנהלים מבוסס על דיווח עצמי. על כן עלולה להיות הטיה בתשובות המשתתפים מסיבות שונות, למשל ריצי חברתי; המגבלה השלישית – אף על פי שהמחקר הנוכחי תורם לפיתוח אמצעי כלי מדידה חדש להערכת "מדיניות מקדמת בריאות" בית ספרית, עדיין ניתן לפתח ולהעמיק כלי זה על מנת להתאימו לשאלות העולות מן השטח באשר להטמעת מדיניות מקדמת בריאות. הרחבה והעמקה שכזו תאפשר בעתיד לבחון אם דפוסים ייחודיים, כמו טיפוח אקלים של מדיניות, תורמים בצורה טובה יותר לקידום הבריאות בבתי הספר. מחקר המשך יוכל להתבסס על הידע שאסף המחקר הנוכחי; המגבלה הרביעית – ממצאי המחקר בהקשר למנהלי בתי הספר במגזר היהודי משקפים את המצב בבתי הספר במגזר היהודי בלבד. השלכת ממצאי המחקר על שאר המגזרים (ערבי או חרדי) צריכה להיעשות בזהירות רבה, זאת בעקבות הבדלים תרבותיים.

## סיכום ומסקנות

המערכת הבית ספרית היא גורם משפיע עבור הלומדים בה והיא מהווה מסגרת אוניברסלית ונורמטיבית, שאליה משתייכים כל בני הנוער עד הגיעם לגיל 18 (Frankie et al., 2010). מדיניות מקדמת בריאות היא מערכת נהלים, נורמות ופעולות, שעיקרה ליצור מנגנונים שיבטיחו את בריאותם של באי בית הספר, תוך יצירת סביבה מוגנת ובריאה, אשר מהווה מענה לצורכי הבריאות של כל קהילת בית הספר. (Gelius & Rutten, 2010) כל זאת, בהלימה למדיניות משרד החינוך בתחום קידום הבריאות (על פי חוזרי מנכ"ל), אשר מטרתה לאפשר קידום בריאות כדי להשיג מימוש מיטבי של יכולות לימודיות, תפקודיות וחברתיות לכלל התלמידים. מדיניות זו תושג באמצעות חשיפה לידע ולעמדות, ובאמצעות הקניית מיומנויות אשר יובילו להתנהגויות של קידום בריאות ולמניעת התנהגויות סיכוניות (אוח, משרד החינוך, 2012).

מכאן ניתן לומר כי תפקידו של מנהל בית ספר הוא תפקיד עמוס ומורכב, והוא כולל משימות בעלות אופי מגוון. הוא מעצב בית ספר, שנועד לשמש סביבה אנושית ואישית בטוחה ונעימה, ומעודד את צמיחתם של כלל התלמידים, צוותי ההוראה וצוותי החינוך. הוא יוזם ומעודד יוזמות פדגוגיות וחינוכיות של מורים, והענקת תמיכה מקצועית לתכנון, יישומן והשבחתן בכיתה, בבית הספר ובקהילה (Elliott, Goldring, Murphy & Porter, 2006). קידום בריאותם, רווחתם ובריאותם של ילדים ובני נוער מהווה אתגר חשוב ומורכב הניצב בפני החברה הישראלית. ישנה חשיבות אמתית להבנה חשיבות זו ולהכרה בצורך לאמץ וליישם גישות קידום בריאות במסגרות חינוכיות. כן יש להכיר בתפקידו החשוב והאמתי של הממסד החינוכי ברמת המקרו כמסגרת חינוכית (ולא רק חינוכית-לימודית) לשמירת בריאותם הפיזית, הנפשית והחברתית של הילדים ושל הקהילה הנמצאת בו.

ממצאי מחקר זה תמכו בתפיסה המרכזית, הגורסת כי מנהלי בתי ספר המקדמים את בריאותם ואת תפקודם של התלמידים, בעזרת שיתוף ההורים בהוויה הבית ספרית, יכולים להשפיע על המידה שבה מאמץ התלמיד דפוסית התנהגות המיטיבים עמו או המסכנים אותו. אף שהמודל אושש באופן חלקי, לתפיסותיו והתנהלותו של המנהל והמדיניות שהוא מטמיע בבית הספר, הבאות לידי ביטוי במגוון הפעילויות המוטמעות בו, יש קשר ישיר על עיצוב התנהגויות בריאות של התלמידים. מודל המחקר התאורטי, המבוסס על הספרות ועל ממצאי המחקר הנוכחי, משפר את הבנת תפקידם החינוכי של מנהלות ומנהלי בתי הספר ביישום, בפועל, של מדיניות לקידום אורח חיים פעיל ובריאה בבית הספר. ממצאי המחקר יוכלו לשמש בסיס עדכני עבור אנשי חינוך בכלל ומנהלים בפרט, בקביעת מדיניות לדרכי התערבות, עידוד וקידום השתלמויות בנושא מדיניות תזונתית בבתי הספר בארץ.

## המלצות יישומיות

גישת קידום בריאות מדגישה את החשיבות של פעילות מקדמת בריאות דווקא במסגרות חינוכיות (בתי ספר, פנימיות נוער, תנועות נוער) תוך התייחסות למודלים התנהגותיים אקולוגיים המתאימים, המסייעים בהבנת החשיבות של שיתוף הקהילה: תלמידים, הורים, מורים ומדריכים בישראל. קידום בריאות בבתי הספר מוכיח כי מעבר לכותרת ולהגדרות, ישנה חשיבות רבה למעשים, והם אלו שמדברים בפני עצמם. על סמך ממצאי המחקר, מסקנותיו

ומגבלותיו, יפורטו המלצות יישומיות וקווים מנחים עבור מנהלי בתי הספר. השתלמות מנהלים וצוותי חינוך לקידום בריאות בבתי הספר – ההבדלים בין בתי הספר מצביעים על הצורך בפיתוח תכנית כוללת של השתלמויות מקדמות בריאות, אשר כוללת התייחסות לכלל היבטי חיי התלמידים, החל משלב רתימת צוות המורים, המחנכים וההורים לפעילויות בתחום הבריאות וכלה בבניית תשתית לקידום מדיניות בריאות בבית הספר. ההשתלמויות יכללו הזדמנויות ללמידה על תהליכים ועל גורמים המשפיעים על הבריאות, יסודות בקידום בריאות, מודלים ליישום תכניות התערבות, תרגול בפיתוח תכניות קידום בריאות, הפעלתן וכלים להערכתן. תכנית זו היא אחת ההמלצות המרכזיות של המחקר, זאת כדי לסייע בהעלאת מחויבותו של מנהל בית הספר והצוות החינוכי כיחידה אינטגרטיבית ומגובשת המשלבת את תחום הבריאות כחלק מהאקלים הבית ספרי. מומלץ שהתכנית תכלול גם התייחסות להיבט ה- Well Being של הצוות החינוכי כמו ימי גיבוש, סדנאות וימי עיון לקידום אורחות חיים לכלל קהילת בית הספר.

ממצאי מחקר זה, אשר הראו את החשיבות של מדיניות מקדמת בריאות לרווחתם של התלמידים, יכולים להיות מיושמים גם על ידי הצטרפות לרשת בתי ספר מקדמי בריאות, הכוללים גם בתי ספר מחטיבות הביניים ומהעל יסודיים, בדומה לרשת בתי ספר אשר קיימת בעולם ומוכרת בהצלחה לעידוד ואימוץ הרגלי בריאות בקרב תלמידים השותפים לבתי ספר אלו. יש לציין כי בכל "בית ספר מקדם בריאות" קיימת התאמת צרכים, תוך מינוי "מוביל בריאות בית ספרי", שתפקידו לנהל ולרכז את תחום הבריאות, לסייע בקידום למידה רב תחומית ולהוביל יחד עם צוות ההיגוי את תכניות התערבות. השתתפות ברשת זו, מעבר ליתרונותיה הרבים, מאפשרת גם הקצאת שעות עבור תכנון והפעלת תכניות התערבות והערכתן.

מכיוון ששיתוף הורים הנו גורם משמעותי לקידום הרגלי בריאות המשפחה, יש לציין כי שינוי אורח חיים אינו יכול להישאר רק במסגרת בית הספר. על פי "גישת המסגרות", בתחום קידום הבריאות לבית ולמשפחה, יש מרכיב חשוב לאימוץ "אורחות חיים" בריאים עבור בני הנוער. לפיכך, שיתוף הורים בפעילויות קידום בריאות הנו מרכיב משמעותי בקידום התנהגות בריאה ובשיפור הסיכוי ליצירת שינוי אמתי בחיי בני הנוער. יותר חוקרים, בתי ספר וארגונים חברתיים בעולם עושים זאת, ובכך משפרים את בריאותם ואת ההישגים הלימודיים של בני נוער. השגת שיתוף הפעולה עם ההורים יכולה להתבצע במסגרת ימים מרוכזים בנושא כגון יום לחלוקת תעודות שליש, חגים או אירועים מרכזיים בית ספריים הנקבעים מראש (במחקרים העוסקים בשאלה כיצד ניתן לעודד את שיתוף ההורים, נמצא כי אחת מהדרכים היא חתימתם של ההורים והתלמידים על אמנת בריאות כיתתית המחייבת את הגעתם למפגשים המשותפים העוסקים בתחום הבריאות). כמו כן מומלץ להקים צוות היגוי שבו ההורים והתלמידים יגבשו יחדיו מהם הנושאים הנבחרים שבהם יתרכזו הפעילויות. מיפוי ההורים המעורבים והשותפים לפעילויות מקדמות בריאות (ניתן להסתייע בהורים העוסקים בעבודתם בתחומי הבריאות, כמו רופאים, תזונאים, מדריכי כושר ועוד) יהווה חלק מניסיון גישור על הפערים הקיימים כיום בין שלושת הגורמים המשמעותיים: הורים, ילדים ובית הספר.

לסיום, אחת מאסטרטגיות הפעולה לקידום בריאות מתייחסת ליצירת סביבה תומכת התנהגויות בריאות (הרגלי תזונה ופעילות גופנית), ומיגור התנהגויות סיכון. מעבר לממצאי המחקר בנוגע

למדיניות תזונתית יש צורך להתמקד בבתי הספר בעידוד פעילויות ספורט במסגרות כמו קבוצות כושר גופני, כושר קרבי, חדר כושר, משחקי כדור ועוד. מומלץ להדגיש בפני בני הנוער את החשיבות בפעילויות אלו ואף לתת "במה" ובנוס לתלמידים השותפים למסגרות הספורט (בדגש על הכיתות העל יסודיות). כמו כן, מומלץ לשלב מתקני ספורט חיצוניים ברחבת בית הספר ולקיים אירועי ספורט ופנאי באמצעות "הפסקות פעילות" באופן קבוע. במקביל כדאי להציג דוגמה אישית בקרב צוות בית הספר כולו (מהמנהל ועד אחרון העובדים) בלקיחת חלק אמתית בתכנית, אם בתכניות ספורט לסגל או בהכרזה על בית הספר נקי מעישון. דוגמה אישית זו תוכל לסייע בהובלת שינוי לרווחתם ולבריאותם של התלמידים.

## ביבליוגרפיה

- אוח – משרד החינוך, (2012). הפיקוח על הבריאות, מדיניות בתחום קידום בריאות. נדלה מ-  
[/http://cms.education.gov.il/educationcms/units/mazkirut\\_pedagogit/briut](http://cms.education.gov.il/educationcms/units/mazkirut_pedagogit/briut)  
אוח – משרד החינוך (2012). 9.8-2 חוזר מנכ"ל לשנת "אורח חיים בריא ופעיל" במערכת  
החינוך. נדלה מ-  
<http://cms.education.gov.il/educationcms/applications/mankal/etsmedorim/3a-9-8-2.htm>  
בראון-אפל, א', פלג, ח', ויינשטיין, ר' (2002). קידום בריאות בישראל. המרכז הלאומי לבקרת  
מחלות, הוועדה לקידום בריאות לשכת המנכ"ל והמחלקה לקידום בריאות, פרסום מס' 223.  
משרד הבריאות, מדינת ישראל.  
הראל-פיש, י', וולש, ס', בוניאל 'מ', דז'אלובסקי, א', אמית, ש', טסלר, ר', חביב, ג' (2011). נוער  
בישראל: בריאות, רווחה נפשית וחברתית, ודפוסי התנהגויות סיכון. סיכום ממצאי המחקר  
הארצי השישי (2010) וניתוח מגמות בין השנים (1994-2010). רמת גן: אוניברסיטת בר-אילן,  
המחלקה לסוציולוגיה ולאנתרופולוגיה.  
הראל-פיש, י', וולש, ס', בוניאל, מ', רייז, י', שטיינמיץ, נ', לובל, ש', טסלר, ר' (2014). נוער  
בישראל: דפוסי פעילות גופנית וספורט בקרב בני נוער בישראל. סיכום ממצאי המחקר הארצי  
הראשון (2014) וניתוח מגמות בין השנים (1994-2010). רמת גן: אוניברסיטת בר-אילן, המחלקה  
לסוציולוגיה ולאנתרופולוגיה.  
מי-עמי, נ' (2004). מסמך רקע בנושא: "הרגלי אכילה של ילדים ובני נוער". הכנסת - מרכז  
מחקר ומידע.  
משרד הבריאות (2014). התכנית הלאומית לקידום אורח חיים פעיל ובריא. נדלה מ-  
<http://www.cancer.org.il/download/files/national-health-promotion-pdf>  
ענבר, ד' (2000). על מנהיגות ומנהל ומה שביניהם. בתוך ר' אלבוים-דרור (עורכת), מדיניות  
ומנהל תאוריה ויישומים (חינוך) (מקראה) (עמ' 351-357). ירושלים: מאגנס, האוניברסיטה  
העברית.  
קצוטי, א' (2012). הקשר בין שיפור הרגלי תזונה ופעילות גופנית של הורים לבין ירידת משקל  
בקרב הילדים הסובלים מהשמנת יתר במרפאות המטפלות בילדים הסובלים מעודף משקל.  
אוניברסיטת חיפה: הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, בית הספר לבריאות הציבור.  
Adamson, G., Donegan, T., Mcleavy, G. & Shevlm M. (2006). Teacher's  
perception of health education practice in Northern Ireland: reported  
differences between policy and non policy holding schools. *Health Promot  
.Int.*, 21(2), 113-120  
Agron, P., Berends, V., Ellis, K. & Gonzalez. M. (2010). School wellness  
policies: perceptions, barriers, and needs among school leaders and wellness  
.advocates. *J Sch Health*, 80(11), 35-527  
Andersen, L. B., Goenka, S., Heath, G. W., Owen, N., Parra, D. C., Sarmiento,

- O. L., & Lancet Physical Activity Series Working Group (2012). Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *The Lancet*, 380 (9838), 272-281
- Bao, W., Berenson, G. S., Srinivasan, S. R., Newman, W. P., Tracy, R. E., & Attigney, W. A. (1998). Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. The Bogalusa Heart Study. *N Engl J Med*, 338(23), 1650-1656
- Biddle, S. J., Gorely, T., & Stensel, D. J. (2004). Health-enhancing physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents. *Journal of Sports Sciences*, 22(8), 679-701
- Brener, N. D., Kyle, T. M., Kann, L., Ross, J. G., Roberts, A. M., Iachan, R., et al. (2007). Methods: School health policies and programs study. *J School Health*, 77(8), 398-407
- Brown, J., Connor, J. P., Dalton, N., Dow, D., Low, C., Quek, L. H. et al (2012). Good choices, great future: an applied theatre prevention program to reduce alcohol-related risky behaviors during school. *Drug Alcohol Rev*, 31(7), 897-902
- Brugha, R., Gilson, L., Murray, S. F., Schneider, H., Shiffman, J. & Walt, G. (2008). Doing health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy Plan*, 23(5), 308-317
- Centers for Disease Control (2013). Make a difference at your school
- Coldren, A. F., & Spillane, J. P. (2007). Making connections to teaching practice: The role of boundary practices in instructional leadership. *Educational Policy*, 21(2), 369-396
- Cox, L. (2011). Engaging school governance leaders to influence physical activity policies. *J Phys Act Health*, 8.1: S40
- Deere, K., Kirkby, J., Mattocks, C., Riddoch, C. J., Saunders, J., Tilling, K., & et al. (2007). Objective measurement of levels and patterns of physical activity. *Arch Dis Child*, 92, 963-969
- Dietz, W. H., & Gortmaker, S. L. (2016). New Strategies to Prioritize Nutrition, Physical Activity, and Obesity Interventions. *American journal of preventive medicine*
- Eldredge, L. K. B., Markham, C. M., Kok, G., Ruiter, R. A., & Parcel, G. S. (2016). *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*. John Wiley & Sons
- Elliott, S., Goldring, E., Murphy, J., & Porter, A. (2006). *Learning-centered leadership: A conceptual foundation*. Report for the Wallace Foundation

- Falbe, J., Henderson, K. E., Long, M. W., Novak, S. A., Schwartz, M. B. & Wharton, C. M., et al (2012). Strength and comprehensiveness of district school wellness policies predict policy implementation at the school level. *J Sch Health*, 82(6), 262-267
- Fogel-Grinvald, H., Harel-Fisch, Y. & Walsh, S. D. (2010). Parents, teachers and Peer relations as predictors of risk behaviors and mental well-being among 18 immigrant and Israeli born adolescents. *Soc Sci Med*, 70(7), 976-984
- Forster, J. L., Komro, K. A., Perry, C. L., Munson, K. A., Stigler, M. H., Veblen, M. S. et al. (2002). Project northland: Long-term outcomes of community action to reduce adolescent alcohol use. *Health Educ Res*, 17(1), 117-132
- Frankie, B., Halpin, P., Lovato, C. Y., Nykiforuk, I. J., Pullman, A. W. & Zeisser, C. et al. (2010). The influence of school policies on smoking in grades 5-9, Canada, 2004-2005. *Prev Chronic Dis*, 7(6), 1-13
- Gelius, P. & Rutten, A. (2010). Policy development and plementation in health romotion- from theory to practice: the ADEPT model. *Health Promot Int*, 26(3), 29-322
- Hallal, P. C., Victora, C. G., Azevedo, M. R., & Wells, J., C. (2006). Adolescent .physical activity and health: a systematic review. *Sports Med*, 36, 1019-1030
- Hubsmith, D., Kallins, W. & Staunton, C. (2003). Promoting safe walking and biking to school: the marin county success story. *American Journal of Public Health*, 93(9), 1431-1434
- Lovato, C.Y., Zeisser, C., Campbell, H.S., Watts, A.W., Halpin, P., Thompson, M., Eyles, J., et al. (2010). Adolescents smoking effect of school and .community characteristics. *Am J Prev Med*, 39(6), 14-507
- Miller-Day, M., Kam, J.A. (2010). More than just openness: developing and validating a measure of targeted parent-child communication about alcohol. *Health Commun*, 25(4), 293-302
- Wechsler, H., Devereaux, R. S., Davis, M., & Collins, J. (2000). Using the school environment to promote physical activity and healthy .eating. *Preventive Medicine*, 31(2), S121-S137
- Schwartz, M. B., Henderson, K. E., Falbe, J., Novak, S. A., Wharton, C. M., Long, M. W & Fiore, S. S. (2012). Strength and comprehensiveness of district school wellness policies predict policy implementation at the school .level. *Journal of School Health*, 82(6), 262-267
- Tesler, R., Harel-Fisch, Y., & Baron-Epel, O. (2016). School health promotion policies and adolescent risk behaviors in Israel: a multilevel analysis. *Journal of school health*, 86(6), 435-443



Tunison, S.D. (2001). Instructional supervision: the policy-practice rift. *J Educ Thought*, 35(1), 83-108

Wardle, J., Haase, A. M., Steptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K., & Bellisie, F. (2004). Gender differences in food choice: the contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2), 107-116

WHO (1986). World Health Organization. Ottawa charter for health promotion: *First international conference on health promotion*. Geneva, 12-19

WHO (2014). Mean Body Mass Index (BMI). Retrieved from: *World Health Organization*, retrieved from [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/bmi\\_text/en](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/bmi_text/en)

WHO (2016). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Retrieved from: *World Health Organization* [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_young\\_people/en](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en)