

מחקרי גבעה

שנתון המכללה האקדמית לחינוך גבעת ושינגטון תש"ף

כרך ז

עורכים:

פרופ' משה צפור
פרופ' אהרן מונדשיין
ד"ר אליסיה גרינבנק

מועצת המערכת:

פרופ' מיכאל אביעוז
פרופ' בנימין בר-תקווה
פרופ' אורציון ברתנא
הרב פרופ' שלמה זלמן הבלין
פרופ' שמיר יונה
פרופ' אהרן ממן
פרופ' אסתר עדי-יפה
פרופ' יצחק קלימי
פרופ' ישראל ריץ'
פרופ' אביגדור שנאן

עריכה לשונית

עברית: אודי לוינגר
אנגלית: יאיר האס

מזכירת המערכת: בת-שבע הרוש
עיצוב והפקה: צופית צחי

© כל הזכויות שמורות

תש"ף 2020
ISSN 2664-553X

המכללה האקדמית לחינוך גבעת ושינגטון
ד"ר אבטח 79239, טל' 08-8511900
דוא"ל givaa@washington.ac.il
אתר המכללה www.washington.ac.il

תוכן

7	דבר ראש המכללה
11	דבר המערכת
15	רשימת כותבי המאמרים

שער ראשון | יהדות

21	לדרך השימוש בפעלים המקראיים גר"ש ו-של"ח: משחק-רדיפה במגרשן של מילים סמי-נרדפות	משה צפור
31	פיוטי העקידה של ר' יוסף בכור שור ור' אפרים מרגנסבורג	בן ציון אשל
57	רעיון ה"דביקות" במשנתו של בעל "יושר דברי אמת"	יהושפט נבו

שער שני | ספרות ושירה

75	שירת התנ"ך של דודו ברק	יוסף פריאל
99	השאיפה הקמאית לפריון לאחר אוברן חיים. סיפורי "יציאת נשים לקראת" בתנ"ך ומחוצה לו: מבט אינטרדיסציפלינרי	אפרת בוכריס
127	עקבות בעקבות העקבות, מסה על הספר "עקבות ביים" מאת יורם מלצר	כרמלה סרנגה

שער שלישי | חינוך והוראה

- 161 אליסיה גרינבנק
ושיראל זריהן וקנין
שיפוט מוסרי, תקווה וקוהרנטיות בקרב מתבגרים עם לקות למידה, מתבגרים עם לקות למידה פורעי חוק, ומתבגרים ללא לקות למידה
- 177 אורית הוד שמר
תפיסתן של סטודנטיות להוראה את ערכם החינוכי של חדרי הבריחה
- 193 סאאיד בשארה
ויצחק וייס
הקשר בין עומס קוגניטיבי ורמת קשיבות ובין מסוגלות עצמית בקרב סטודנטים עם לקויות למידה וסטודנטים ללא לקויות למידה
- 215 שרה זמיר
חינוך אזרחי ופטריוטיות: הילכו שניהם יחדיו?
- 229 אפרת בנג'ז'
"מתחת ללקות מסתתר ילד עם יכולות גבוהות" - קשיים של מורים לתלמידים עם תווית כפולה - מחוננות עם לקות למידה או עם הפרעת קשב, ריכוז והיפראקטיביות (ADHD)

שער רביעי | חינוך גופני ובריאות

- 253 עופר קיס ודני מורן
אימוני התנגדות במבוגרים הסובלים ממחלות המזוהות עם הגיל המבוגר / מאמר דעה
- 273 קרן ששונקר,
רחלי מגנזי
ודני מורן
הקשר בין גמישות שרירי פושטי הירך לכאבי גב תחתון במבוגרים / מאמר דעה
- 285 לילך גלעד כהן
ודני מורן
החרדים חרדים לבריאותם? תהליכי קידום בריאות בקרב אוכלוסיית החרדים בישראל / מאמר דעה
- 307 אסתר גולדשטיין,
אלה שובל,
מיכל ארנון,
גרשון טננבאום
אומדני קשר בין פעילות גופנית מאורגנת אחרי שעות הלימודים לבין מדדי עצם וחוזק שריר של ילדים צעירים

שער רביעי | סקירת ספרות

329 אהרן מונדשיין ביקורת על ספרם של איילה משאלי ומשה צפור -
פירושו של ראב"ע ל'אסתר'

E7

תקצירים מתורגמים

מחברי המאמרים

ד"ר מיכל ארנון

היחידה לניתוח נתונים, המכללה האקדמית בווינגייט
michalar@wincol.ac.il

ד"ר אפרת בוכריס

החוג לתנ"ך והחוג לחינוך, המכללה האקדמית לחינוך גבעת וושינגטון
Efratb1967@gmail.com

ד"ר אפרת בנג'י

החוג לגיל הרך והחוג לחינוך מיוחד, המכללה האקדמית לחינוך גבעת וושינגטון והמכללה
האקדמית בית ברל
bengiog@gmail.com

בן ציון אשל

המחלקה לתלמוד, אוניברסיטת בר-אילן
benzion120@gmail.com

ד"ר סאאיד בשארה

החוג לחינוך מיוחד, המכללה האקדמית בית ברל; המחלקה לחינוך ולפסיכולוגיה,
האוניברסיטה הפתוחה
saied@beitberl.ac.il

ד"ר אסתר גולדשטיין

החוג לחינוך גופני, המכללה האקדמית לחינוך גבעת וושינגטון; בית הספר לחינוך,
המכללה האקדמית בווינגייט
Ester@wincol.ac.il

לילך גלעד כהן

דוקטורנטית בבית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל; ראש מנהל הסטודנטים,
המכללה האקדמית לחינוך גבעת וושינגטון
lilachcohen1973@gmail.com

ד"ר אליסיה גרינבנק

ראש החוג לחינוך מיוחד, המכללה האקדמית לחינוך גבעת וושינגטון
gralicia2@gmail.com

ד"ר אורית הוד שמר
 החוג לגיל הרך, המכללה האקדמית ע"ש קיי
 oritshemer@gmail.com

ד"ר יצחק וייס
 המחלקה לחינוך, אוניברסיטת בר אילן
 itzhak.weiss10@gmail.com

פרופ' שרה זמיר
 ראש היחידה לקידום ההוראה, המכללה האקדמית לחינוך גבעת וושינגטון; בית הספר
 לתארים מתקדמים, המכללה האקדמית אחווה
 sarazamir5@gmail.com

שיראל זריהן וקנין
 מורה בחינוך מיוחד, משרד החינוך
 shirel7822@gmail.com

פרופ' גרשון טננבאום
 ראש חטיבת התואר השני של פסיכולוגיית ספורט, בית הספר לפסיכולוגיה על שם ברוך
 איבצ'ר, המרכז הבינתחומי, הרצליה
 gtenenbaum@fsu.edu

פרופ' אהרן מונרשיין
 החוג לתנ"ך, המכללה האקדמית לחינוך גבעת וושינגטון והמכללה האקדמית לחינוך
 תלפיות
 ronim@talpiot.ac.il

פרופ' דניאל מורן
 המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת אריאל
 dani.moran@sheba.health.gov.il

פרופ' רחלי מגנזי
 התוכנית לניהול מערכות בריאות, המחלקה לניהול, אוניברסיטת בר אילן
 Racheli.Magnezi@biu.ac.il

ד"ר יהושפט נבו
 החוג לתנ"ך, מכללת שאנן
 yehoshafat100@gmail.com

ד"ר כרמלה סרנגה

החוג לספרות, המכללה האקדמית לחינוך גבעת וושינגטון והמכללה האקדמית אשקלון
carmelasar@hotmail.com

ד"ר יוסף פריאל

החוג לתנ"ך והחוג לגיל הרך במכללת גבעת וושינגטון, החוג לתנ"ך במכללת אורות;
תנ"ך וחקר הזמר העברי, אוניברסיטת בר אילן
priel483@gmail.com

פרופ' משה צפור

ראש החוג לתנ"ך וראש התוכנית לתואר שני בתנ"ך במכללה האקדמית לחינוך גבעת
וושינגטון; המחלקה לתנ"ך, אוניברסיטת בר אילן
moshezi1934@gmail.com

עופר קיס

דוקטורנט בבית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
oferkis58@gmail.com

ד"ר אלה שובל

החוג לחינוך גופני, המכללה האקדמית לחינוך גבעת וושינגטון והמכללה האקדמית בווינגייט
elas@wincol.ac.il

קרן ששונקר

דוקטורנטית בבית הספר למדעי הבריאות, אוניברסיטת אריאל
sassonkern@gmail.com

החרדים חרדים לבריאותם? תהליכי קידום בריאות בקרב אוכלוסיית החרדים בישראל

מאמר דעה

לילך גלעד-כהן ודניאל מורן

תקציר

מאמר זה עוסק בנקודת הממשק בין שני עולמות: החברה החרדית ואורח חיים בריא ופעיל. העמדה הרווחת אודות הקשר שבין חרדיות ובין אורח חיים בריא היא שמדובר בעולמות נפרדים, אם לא הפוכים. החרדיות דוגלת בטיפוח הלמדנות והאמונה של החברים בה, ואילו אורח חיים בריא מדגיש את הקשר שבין בריאות נפשית, בריאות חברתית וסביבתית ובריאות גופנית, הכוללת תזונה, פעילות גופנית ותרבות פנאי (בראון-אפל, גיהאיה, ולוין, 2016).

עיון בנתונים סטטיסטיים מהשנים 2016-2017 בישראל מצביעים על קשר הפוך בין ההתנהגות המקדמת בריאות ובין מידת החרדיות: ככל שאדם דתי יותר, כך התנהגותו פחות מקדמת בריאות.

המאמר חוקר את הקשר בין חרדיות ובין אורח חיים בריא. הגדרה מרחיבה של אורח חיים בריא כוללת בריאות נפשית וחברתית ויוצרת תמונת עולם מורכבת. מטרת המאמר היא לבחון ולהציג את יישום מדיניות קידום בריאות בקרב אוכלוסייה מובחנת ומובדלת, אוכלוסיית החרדים בישראל, תוך מבט אל הציר התרבותי שמדגיש את הדינמיקה הפסיכו-קהילתית הייחודית לקהילה זו.

נפתח במושגים, בעקרונות ובתחומי הפעולה לקידום בריאות ברחבי העולם. לאחר מכן נציג תהליכי קידום בריאות בישראל, מבט אל האוכלוסייה החרדית ותפיסת הספורט והעיסוק

בפעילות גופנית בעולם היהודי והחרדי, ולבסוף נדון בקידום הבריאות בקרב החרדים בישראל 2019 ובהמלצות יישומיות לטיפוח קידום בריאות במגזר החרדי.

תאריכים: קידום בריאות, חרדים בישראל

קידום הבריאות

המושג "בריאות" הוא מושג כוללני ומקיף המכיל אספקטים רבים של רווחה או שלומות well-being ומתייחס לבריאות במובנה הגופנית, הרגשית, החברתית והסביבתית, זאת בניגוד להגדרות צרות של בריאות כמצב של "אי מחלה" (WHO-World Health Organization, 1946). בריאות האוכלוסייה מושפעת ממכלול רכיבים הקשורים להיבטים ביולוגיים-פיזיים של האוכלוסייה, תנאים סביבתיים וחברתיים, מאפייני התנהגות, מערכת שירותי הבריאות ורמת הרפואה. בריאות היא זכותו הבסיסית של כל אדם, והאחריות למתן תנאים המאפשרים את קיומה מוטלת קודם כל על המדינה, תוך שותפות של מגוון סקטורים: קופות החולים, עמותות שונות, מוסדות החינוך והרשויות המקומיות (משרד הבריאות, 2019).

המושג "קידום הבריאות" – Health promotion – מוגדר על ידי ארגון הבריאות העולמי (WHO) כתהליך המאפשר לבני האדם להגביר את שליטתם על בריאותם ולשפרה ברמת הפרט והקהילה. התהליך מבוצע תוך שיתוף האנשים עצמם בדרך של העצמה, שותפות והובלת שינוי חברתי וסביבתי. כלומר, התהליך יוצר סינרגיה בין פעולות השינוי של הפרט לתהליכים פוליטיים וחברתיים תוך התכוננות על התנאים הגלובליים המשתנים (בראון-אפל, ניהאיה, לוי, 2016).

בשנת 1986 פורסמה אמנת אוטווה, שהייתה הראשונה לעסוק בבריאות הציבור והיותה אבן יסוד מרכזית במערכת היחסים, העקרונות והאסטרטגיות של תחום קידום הבריאות. בבסיס האמנה ניצבת הדרישה לצדק חברתי, שוויון וקיום דרישות מקדימות לבריאות. "קידום בריאות" על פי אמנת אוטווה הוא אמצעי להשגת איכות חיים, לרבות היבטים גופניים ונפשיים. כלומר, הבריאות אינה המטרה אלא האמצעי להגיע לאיכות חיים גבוהה. האמנה קראה לשילוב של חמישה תחומי פעולה: א. בניית מדיניות ציבורית בריאה, לרבות חקיקה ופיתוח אמצעים כלכליים; ב. יצירת סביבות תומכות (פיזית וחברתית); ג. חיזוק הפעילות הקהילתית; ד. חיזוק מיומנויות אישיות; ה. ארגון מחדש של שירותי הבריאות תוך שינוי הדגשים משירותים מרפאים לשירותים מניעתיים ומקדמי בריאות (ניהאיה, בראון-אפל, 2016). בנוסף, באמנה הוגדרו שלוש אסטרטגיות עיקריות לקידום בריאות: אפשר, תיווך וסגור. המטרה של האסטרטגיה הראשונה, אפשר (enable), היא להעניק לאדם הזדמנות לדאוג לבריאותו באמצעות הוגנות וצמצום פערים. כלומר, ליצור מערכות בריאות המאפשרות לאדם לקבל מענה לבריאותו ומידע רלוונטי ללא השפעת גורמים

מעמדיים. המטרה של האסטרטגיה השנייה, תיווך (mediate), היא לקדם שיתופי פעולה בין הגופים השונים – ממשלתיים, לא ממשלתיים והתנדבותיים. המחשבה היא כי ריכוז ושיתוף המידע בין גורמי הבריאות השונים יאפשר שינוי בבריאות. האסטרטגיה השלישית, סנגור (advocacy) – עוסקת ביכולת של קבוצות או יחידים לייצג את עצמם בכל הקשור בתחום הבריאות. הסנגור מאפשר ליחידים או קבוצות לערוך משא ומתן ביחס לגורמים המשפיעים על בריאותם (בראון-אפל, ניהאיה, לוי, 2016; Potvin & Jones, 2011).

האמנה העדכנית ביותר בתחום קידום הבריאות פורסמה בעקבות הכנס העולמי התשיעי לקידום בריאות שהתקיים בשנגחאי, סין בנובמבר 2016. האמנה התבססה על העקרונות הנזכרים באמנת אוטווה והרחיבה את עקרונות הפעולה בהלימה למציאות הגלובלית העולמית וליעדי SDGs - Sustainable Development Goals, היעדים המגדירים סדרי עדיפויות לפיתוח בר קיימא ושאיפות לשנת 2030. יעדי הקיימות קוראים לנקיטת פעולות גלובליות על ידי ממשלות, עסקים וחברות אזרחיות על מנת למגר את העוני וליצור חיים של כבוד והזדמנויות לכלל החברה בגבולות כדור הארץ. הוועדה קראה למנהיגים במגזר הממשלתי, למגזרים הפרטיים ולאזרחים, להצטרף בנחישות לקידום בריאות ולדאוג ליישומם הלכה למעשה. האמצעים לכך הם הסרת חסמים המונעים את קידום הבריאות (בעיקר בקרב נשים ונערות). המתווים המרכזיים שבהם מומלץ לפעול הם שותפות, אחריות, מחויבות פוליטית מוגברת, השקעה והענקת משאבים כלכליים, והתחייבות להאיץ את יישום ה-SDGs (World Health Organization, 2016).

ניתן להצביע על שתי גישות מרכזיות בתחום קידום הבריאות: האחת מתמקדת ביצירת מערכת של נורמות מקדמות בריאות בחברה המחייבות את הפרט להיענות להם, והאחרת מעמידה את הפרט במרכז כאחראי לבריאותו ולאיומוץ התנהגויות מקדמות בריאות בשלל האספקטים. השימוש במושג "קידום" כולל בתוכו גם את הפעולה של שינוי המצב הקיים. כלל ההגדרות של קידום בריאות לאורך ההיסטוריה, וכן האמנות השונות, מנחלות אספקטים של מודעות, חינוך, הקניית הרגלים, קהילתיות, תכנון תוכניות מדיניות ורגולציות פוליטיות, חברתיות, תרבותיות וכלכליות, במטרה להוביל לפעולה של שינוי בתודעתן ובגופן של הבריות. אמנת אוטווה נותרה נר לרגליהם של העוסקים במלאכה בכל הוועדות הבאות אחריה. העיסוק במדינות קידום בריאות ברחבי העולם והתאמה לשינויים ולאגריים החדשים הובילו לפיתוח מדיניות ומתווי פעולה רלוונטיים שאינם קופאים על שמריהם. ברמת הפרט, קידום בריאות משמעו תהליך אקטיבי, מפורש, מודע ומכוון ברמה האישית והחברתית, שבו הפרטים בחברה מקבלים על עצמם לפעול באמצעים שונים למען מטרה אחת: שיפור הבריאות במכלול התחומים: החברתי, הסביבתי והאישי (כהן וריין, 2014).

קידום אורח חיים בריא בחברה בישראל

אמנת אוטווה, האמנות האחרות, הזינוק בתחלואה במחלות כרוניות (ובעיקר מחלות לב וכלי דם, סרטן וסוכרת) והגידול בשכיחותם של גורמי הסיכון למחלות (תזונה לקויה,

מיעוט פעילות גופנית, השמנה ועישון), הובילו בשנת 1998 לקריאת הארגון הבריאות העולמי למדינות החברות בו, ובהן ישראל, להציב את קידום הבריאות במקום גבוה יותר בסדר העדיפויות הלאומי (משרד הבריאות, 2019).

מדינת ישראל הצטרפה לקריאה ובנתה תוכנית אב לאומית בשם "אפשריבריא" (משרד הבריאות, 2011). התוכנית מביעה מחויבות של שלושה משרדי ממשלה – הבריאות, התרבות והספורט והחינוך, לדאגה לבריאות הציבור ברמה הארצית והמקומית. תחת כותרת זו נכללו: סביבת חיים המאפשרת ומקדמת הרגלי אכילה בריאים תוך שילוב פעילות גופנית בחיי היום-יום, איכות חיים לצד תוחלת חיים, עם דגש על שלומות, נגישות למידע ולמשאבים. התוכנית הגדירה יעדים לקידום "אפשרי בריא ליישום יעדי בריאות 2020": העלאת שיעור האוכלים בריא, העלאת שיעורי העוסקים בפעילות גופנית, שיפור תוחלת החיים ואיכות החיים, הפחתת שיעור השמנת יתר, והפחתת תחלואה פיזית ונפשית הקשורות בהשמנה והיעדר פעילות. זירות הפעולה שנקבעו כללו מהלכי מדיניות, קביעת תבחינים והטמעה באמצעות שיתופי פעולה בין-משרדיים ורב-מגזריים, ויישמו אסטרטגיה רשתית של תכנון מדיניות משותף, ותיאום בין-תחומי ברמה התכנונית, התקציבית והיישומית בין כל הגורמים המעורבים. תוכניות לקידום בריאות החלו לפעול במרחבים החברתיים השונים: קהילה, רשויות מקומיות, מערכת החינוך ובמקומות עבודה (משרד הבריאות, 2019).

בקהילה, מפתחים שירותי הרווחה והשירותים החברתיים את תוכניות: "אפשריבריא משפחתית" – התוכנית לליוי והכשרת הורים לילדים בגיל הרך בשיתוף ג'וינט-אשלים והתוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון 360. ברשויות המקומיות מופעלת החל משנת 2016 התוכנית "אפשריבריא בעיר", המעודדת רשויות מקומיות לפעול במתווה לשיפור מדיניות התזונה, אורח החיים הפעיל, יצירת סביבות תומכות אורח חיים פעיל (הצללה), מתקני מים, תאורה, סימון ושילוט של מסלולי הליכה ופעילויות בפארקים גני משחקים), וכן פעילויות ספורט ותנועה, עריכת סדנאות חווייתיות בנושא תזונה בריאה מותאמות לגיל ולאוכלוסייה, פרסום והפצה של מסרים בנושא תזונה בריאה ופעילות גופנית במדיה דיגיטלית, וקיום אירועי שיא במרחב. בתנאי הסף לתוכנית עמדו 30 יישובים, ערביים ויהודיים, ערים גדולות וקטנות יותר, ממגוון אשכולות סוציו-אקונומיים (אפשריבריא, 2019).

במוסדות החינוך בישראל החל יישום ראשוני בתחילת שנת הלימודים התשע"א באמצעות קול קורא לבתי הספר להצטרף לתוכנית "בתי ספר מקדמי בריאות". בהגדרתו זהו מודל חברתי, המדגיש את המבנה הארגוני של בית הספר כאמצעי להטמעת קידום בריאות. כאשר התהליך החינוכי כולל את תחום הבריאות כחלק מהותי בהוויה הבית ספרית, תוך התבוננות על הלומדים, העובדים, צוות בית הספר וההורים. למעשה קיימת חתירה עקבית להתנהגות המובילה לבריאות מיטבית, תוך שילובה ב"אני מאמין" הבית ספרי ובתהליכי הלמידה הפורמלית והבלתי פורמלית. נקבעו תבחינים לסטנדרטים אחידים בקרב בתי הספר מקדמי בריאות, הכוללים מינוי מוביל ועדת בריאות וכתבי תוכנית עבודה בית ספרית רב-שנתית המשלבת נושאים שונים מתחום הבריאות על פי צורכי בית הספר. בשנה זו הוכרו כ-85 בתי ספר כמקדמי בריאות. בתי ספר אלו זכו במענק כספי ובליווי צוות ההדרכה המחוזי. כמו כן מובילי הבריאות הבית ספריים השתתפו בהשתלמויות.

שנת הלימודים תשע"ב הוכרזה כשנת "אורח חיים בריא ופעיל" במערכת החינוך. המטרה הייתה לעצב התנהגות בריאה ולקדם את בריאות התלמידים. בשנה זו פורסם חוזר מנכ"ל ראשון בנושא ובו המטרות המרכזיות שהועלו בתוכנית העבודה בשנה זו: הקניית ידע ופיתוח הבנה בנושא אורח חיים בריא ופעיל, טיפוח אחריות לבריאות ברמת הפרט והחברה – התלמיד, הצוות החינוכי, ההורה והקהילה, הטמעת נושא הבריאות כחלק מתרבות החיים במוסד החינוכי, תוך אפשרות לתלמידים לאמץ התנהגויות מקדמות בריאות. לשם יישום המטרות והיעדים הופעלו מגוון תוכניות, חלקן חדשות וחלקן כתוכניות המשך, כגון הרחבת פעילות בתי ספר מקדמי בריאות, התוכנית "אורח חיים בריא ומניעת השמנה", במטרה להקנות ולשמר הרגלי חיים בריאים תוך הרגשת החשיבות של תזונה נכונה ופעילות גופנית כאורח חיים. לרשות בתי הספר והגנים עמדה התוכנית "תפור עליי", שהופעלה בפילוט כבר בשנת תשע"א. בבתי הספר העל-יסודיים הופעלה תוכנית "בריא בריבוע" שעסקה בעידוד שינוי תפריטי המזנונים לתפריטים מאוזנים ובריאים. כמו כן פעלה תוכנית לשמירה על בריאות השן בגני חובה ובכיתות א-ט. בנוסף הופעל פילוט "בתי ספר נקיים מעישון" בבתי הספר היסודיים, חטיבות הביניים והחטיבות העליונות. בהיבט הרווחה הובלו התוכניות על ידי שפ"י במסגרת שיעורי כישורי חיים, וכן הופעלה תוכנית מערכתית לקידום אקלים בטוח ולמניעת אלימות לכלל תלמידי מוסדות החינוך, מהקדם יסודי ועד כיתה י"ב (משרד החינוך, 2012).

בשנת תשע"ה (2014) פורסם קול קורא לגני ילדים לקבל הכרה כגן מקדם בריאות. בדומה לבית ספר מקדם בריאות, גם גן מקדם בריאות בנוי על מודל חברתי תוך תשומת לב לפרט ובריאותו, ותורם לאורח החיים ואיכות החיים של כלל השייכים לקהילת הגן. גן מקדם בריאות פועל בארבעה היבטים מרכזיים: חינוך לתזונה בריאה, שגרה פעילה, היגיינה אישית וסביבתית, רווחה רגשית ומניעת סיכונים. תוכנית זו התבססה על חוברת "בריאות מהתחלה" – אוגדן מנחה להטמעת תחום הבריאות בגן הילדים של משרד החינוך (משרד החינוך, 2014).

בתשע"ז (2016) הוציא משרד החינוך מכתב למנהלי מחוזות, מפקחים כוללים, מנהלי מוסדות חינוך ומפקחות גני ילדים, ובו מוגדר יעד בין-משרדי לשנת 2020 במסגרת התוכנית הלאומית "אפשריבריא". המשמעות היא כי קידום בריאות במוסדות החינוך יהיה נושא בעל קדימות עליונה, ועד שנת 2020 (שנה"ל תש"ף) כל מוסדות החינוך בארץ, גנים ובתי ספר יוגדרו גן או בית ספר מקדם בריאות. מסגרות החינוך ימקדו את השיח בתחום קידום הבריאות בשלושה מעגלים: שיפור התנהגות תזונתית מאוזנת, העלאת היקף ביצוע הפעילות הגופנית, ושיפור אופי פעילות הפנאי (משרד החינוך, 2016).

בממד הפדגוגי פורסמו מסמכים לפיתוח מדיניות בית ספרית מקדמת בריאות, כגון "לי בריאות", "בריאות מהתחלה", מדריך לפיתוח מדיניות בית ספרית בנושא הרגלי תזונה ופעילות גופנית, טבלאות לכתובת תוכניות בית ספריות לקידום בריאות, והשתלמויות והדרכות לצוותים החינוכיים. בתחום המדידה והערכה פורסמו שאלונים ואמצעי הערכה (אתר הפיקוח על הבריאות, או"ח). בשנת תשע"ח פורסמו המדריכים הבאים: "הולכים על זה" – תוספת של 90 דקות פעילות גופנית שבועית בשגרת היום, "אוכלים את זה" –

טיפוח ויישום התזונה הבריאה בבתי הספר, ו"קונים את זה" – הטמעת חוק פיקוח על המזון במוסדות החינוך (משרד החינוך, 2017).

בממד המינהלי חוקתי ניכר תהליך התפתחות קידום בריאות באמצעות פרסומי מדיניות של הפיקוח על הבריאות במשרד החינוך. בשנת 1998 הופעלו עדיין תוכניות לקידום בריאות על ידי יזמים חיצוניים, והמנהלים הודרכו לברוק את מהות התוכנית טרם שילובה בבית הספר (משרד החינוך, 1998). בשנת תשע"ב גובש חוזר מנכ"ל משרד החינוך ובו הנחיות למנהלים ולמורים לממש את המדיניות "אורח חיים בריא ופעיל" הלכה למעשה, העברת מרכז הכובד למנהלי בתי הספר ולעוסקים במלאכת החינוך ולא לגורמים חיצוניים. במסגרת החוזר פורסמו תוכניות ופעילויות ייחודיות נוספות לתוכניות הפדגוגיות הרגילות. בשנת 2013 פורסם חוזר מנכ"ל שעסק בחינוך לתזונה במוסדות החינוך. בשנת 2016 התעדכן חוזר המנכ"ל בנושא המזון בעקבות "החוק לפיקוח על איכות המזון ותזונה נכונה במוסדות חינוך, התשע"ד-2014" שנכנס לתוקף ב-1 בספטמבר 2015. חוזר המנכ"ל פירט את סוגי המזונות והמשקאות המותרים ומומלצים למכירה במוסדות החינוך.

שיתוף הפעולה בין משרדי הממשלה: הבריאות, החינוך והתרבות והספורט בתוכנית "אפשרי בריא", והתוכניות השונות בממדים השונים, מעידים על פעילות רחבת היקף בישראל לשם הטמעת מדיניות מקדמת בריאות במדינת ישראל בעשור האחרון. מאחר שישראל היא חברה הטרוגנית המורכבת מקבוצות חברתיות שונות, עולה השאלה האם תוכניות אלה מתקבלות ומופעלות בקרב הקבוצות החברתיות השונות המנהלות אורח חיים שונה. כאמור, במרכזו של מאמר זה עומדת האוכלוסייה החרדית ושאלת יישום מדיניות מקדמת בריאות בחברה זו. הפרק הבא יוקדש לעיון בסוגיה זו.

האוכלוסייה החרדית בישראל

החרדים הם קבוצת מיעוט בתוך החברה הישראלית המורכבת מקבוצות ופלגים שונים (קלעג'י, 2007). החרדים הם חברה הטרוגנית המחולקת לשלושה זרמים עיקריים: ליטאים, חסידים וספרדים, כאשר לכל זרם יש "מועצת גדולים" משלה (גל, 2015). בשנת 2017 מנתה האוכלוסייה החרדית בישראל 1,079,000 נפש לעומת 750,000 בשנת 2009 והיוותה כ-12% מכלל אוכלוסיית המדינה. מעקב אחר הגידול באוכלוסיית החרדים על פני כמה עשורים מצביע על שיעור גידול שנע בין ארבעה לשבעה אחוזים בשנה. על פי תחזית הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שיעור האוכלוסייה החרדית יגדל ל-15% בשנת 2027 והיא תמנה כ-2.3 מיליון נפש בשנת 2037. נתונים דמוגרפים אלה מדגישים את החשיבות של המאפיינים הדמוגרפיים, הכלכליים והחברתיים השונים של החרדים לעומת מאפייני האוכלוסייה הכללית בישראל. האוכלוסייה החרדית צעירה בהרבה מן האוכלוסייה היהודית הלא חרדית, שיעור הצעירים בגילים 0-19 באוכלוסייה החרדית הוא 58%, לעומת 30% באוכלוסייה היהודית הכללית (מלאך וכהנר, 2018). שיעור המשפחות באוכלוסייה החרדית מתחת לקו העוני הוא 45.1%, גבוה מאוד משיעורן בכלל האוכלוסייה (18.5%).

ומשיעורן באוכלוסייה היהודית הלא חרדית (13.2%) (המוסד לביטוח לאומי, 2018). על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בישראל משנת 2018 חרדים נמצאים בסיכון לעוני פי שישה יותר מחילונים (הלמ"ס, 2018).

מבחינה תרבותית, החברה החרדית נוהגת לשמור על אורח חיים קהילתי ומשמרת את הגבולות בין הזרמים השונים. לכל זרם יש מוסדות חינוך, ציבור והנהגה רבנית משלו (גל, 2015). בראון (2017) מגדיר את הזרם החרדי כזרם חברתי הכולל את כל מי שמקבל עליו את עול מנהיגותם של גדולי התורה ואדמו"ריה, אמונה בהידרדרות האנושות המובנית בשל "ירידת הדורות", שמרנות הלכתית ואומנותית, שלילת המודרנה והחילון, התבדלות והעמדת לימוד התורה ובניית עולם התורה כאבני יסוד חברתיים מובילים. בראון מוסיף כי במגזר החרדי יש שני קריטריונים מובילים בבחינת מידת החרדיות של האדם: עד כמה הוא רואה בהלכות הדתיות נתון אלוהי ומהי גישתו לחברה החרדית. שפיגל (2013) מציע מסגרת הגדרתית חדשה לאוכלוסיית החרדים – "קהילת פרשנות", קהילה שמרכז עיסוקה בפענוח טקסטים מארון הספרים היהודי ויצירת זיקה בין התכנים המשתמעים לאורח החיים היומיומי ובכך יוצרת מציאות חיים מובחנת וייחודית. הגדרה זו שופכת אור חדש המבדיר את היותה חברת לומדים בעלת מובלעת תרבותית המחויבת לפרשנויות הטקסט הדתי.

רוב האוכלוסייה החרדית מטפחת סגירות מבחינה השקפתית כאמצעי להתמודדות עם מציאות החיים המודרנית. במסגרת השמירה על גבולות קשוחים קיימת התבדלות מהחברה והקמת שירותים מגוונים המשרתים את צרכיה של החברה בנושאים כגון דיור, רפואה, חינוך, טיפול בקשישים, כלכלה, תרבות ובריאות הנפש (קפלן, 2003). מציאות זו מאפשרת שמירה קפדנית של ערכים ללא פשרות. כמו כן חלק מהאוכלוסייה החרדית מתקשה בקבלת ערכיה של מדינת ישראל ונמנעת מהשתתפות בחיי התרבות הישראלית (קלעג'י, 2007; קפלן ושטרדלר, 2009).

החברה החרדית בישראל מורכבת מתתי קבוצות שניתן למקם אותן על ציר. בצידו האחד של הציר החרדים הקיצוניים, ובצידו האחר החרדים המודרניים. אלה הקבוצות המשפיעות ביותר כיום על הלך הרוח במגזר. הקבוצה הראשונה, החרדים הקיצוניים – קבוצת מיעוט שמונה כמה אלפי משפחות בלבד. זו הקבוצה שהכי מעוררת עניין ומשפיעה על דעת הקהל הישראלי (אלמוג, 2012). הקבוצה השנייה, החרדים המודרניים, מבטאת באורחות חייה את הרוחות החדשות המנשבות כיום במגזר החרדי (כהנר, 2017). חרדיות זו דומה לחרדיות הנהוגה בארה"ב, בקנדה ובמערב אירופה, והיא מורכבת ממעמד ביניים. אוכלוסייתה מורכבת מבוגרי ישיבות חרדיות הלוקחים חלק בעולם התעסוקה ומשתכרים היטב ביחס לחברה החרדית (ולעיתים אף ביחס לכלל החברה), רובם בעלי השכלה אקדמית או מקצועית (זיכרמן וכהנר, 2012). מאפייניה של קבוצה זו כוללים שני אספקטים מרכזיים: אספקט כלכלי – גברים ונשים בעלי השכלה שעובדים (בדרך כלל שני בני הזוג) ומגודרים כמעמד ביניים ולעיתים אף מעמד ביניים גבוה; והאספקט התרבותי – בניגוד לקבוצה החרדית הקיצונית, חברי הקבוצה הזאת אינם ממדרים עצמם מהתרבות החילונית ואינם חוששים מהתערות בחברה הישראלית העכשווית. גברים רבים מקבוצה זו משרתים בצה"ל

במסלולים ייחודיים המתאימים לבוגרי הישיבות החרדיות (זיכרון וכהנר, 2012). כמו כן, בקרב הקבוצה המודרנית התחוללו שינויים במעמד האישה. שיעור הילודה ירד, נשים לומדות לימודים אקדמיים, מפתחות קריירה משגשגת, והמודעות לטיפוח עצמי גדלה. כל אלה הם חלק ממהפכה תפיסתית של שכבה גדולה בציבור החרדי, המתרחשת תוך שמירה על כללי צניעות והפרדה מגדרית (זיכרון וכהנר, 2012).

מלבד שתי תתי הקבוצות שמתוארות לעיל (הקיצוניים והמודרניים), רוחות חדשות מנשבות בקהילה החרדית ביחס להשכלה, לתעסוקה ולשימוש באינטרנט. ניכרת עלייה במספר הצעירים החרדים שמתגייסים למסלולים צבאיים מותאמים ובמספר הסטודנטים החרדים הלומדים באוניברסיטאות ומכללות (מלאך וכהנר, 2018). ההסבר לשינויים טמון במספר גורמים: מות המר"נים (המורים הרוחניים, מנהיגי הדור שעל פיהם יישק דבר), יציאת נשים לעבודה, עלייה של חרדים אמריקאים לארץ, והשינוי החשוב ביותר – רשת האינטרנט, שעל אף מלחמת החורמה שניסו הרבנים לנהל נגדה – הצליחה לחדור את חומות החברה החרדית. התפתחה תעשייה של טכנולוגיות ומדיות כשרות המאפשרות שימוש בכלים הטכנולוגיים תוך שמירה על הוראות המורים הרוחניים. כך נפתח צוהר חדש לאוכלוסייה החרדית: למידה ועבודה מרחוק תוך שמירה על בידול מגדרי. שינויים אלה מובילים את המגזר החרדי לשינוי גישה כלפי החברה הכללית, לעיצוב מחדש של החברה וליציאה מהמסגרות המסורתיות הקיימות (גל, 2015).

תפיסת הגוף והעיסוק בפעילות גופנית בעולם היהודי והחרדי

בבחינת העיסוק בפעילות גופנית כחלק מתרבות קידום בריאות בקרב האוכלוסייה החרדית, ראוי להציג בתחילה את ההיבטים הערכיים, התרבותיים והפילוסופיים של תפיסת הגוף והעיסוק בפעילות גופנית, על מנת ליצור תמונה רחבה ומעמיקה למפגש בין ערכי קידום הבריאות לערכים ולאמונות של היהדות החרדית. עמדתם של חכמי ישראל ביחס לעיסוק בפעילות גופנית נעה לאורך ההיסטוריה סביב מספר צירים עיקריים. האחד הוא התנגדות להלניזם ולתפיסת הגוף בתרבות יוון העתיקה, התרבות שהעמידה במרכז את פיתוח הגוף, השלמות והאסתטיקה. גישה זו נתפסה בעיני חכמי ישראל כעיסוק בטפל, ב"שחוק", "הבל" (שוויד, 1995). הציר הנוסף שתרם להתנגדות לעיסוק בספורט הופיע בעקבות קידוש מעמד לימוד התורה. החל מחורבן בית שני, לימוד התורה קיבל מעמד מרכזי וכמעט בלעדי בהוויית האדם הדתי. היבט נוסף הוא גורם הזמן: העיסוק בספורט ובפעילות גופנית כתכלית נתפס כביטול זמן (ארנד, 2006).

תרבות חז"ל מציגה תמונת מצב מורכבת מתוקף היותה פועלת במרחב ההלניסטי, הכרה בתרבות של גוף ונפש, אך דרישה לאחדות בכל הקשור לסוגיות אתיות. טיפוח הגוף והעיסוק בספורט נתפסים כשליליים בעיני חז"ל בשל הצורך לבודד את היהדות מהזר והכובש שמציב את תרבות הגוף במרכז השקפתו (מאיר ורוזן, 2012). חז"ל התנגדו לספורט אבל דיברו בשבח הפעילות הגופנית (אהרן, 1996).

בויארין, פילוסוף והיסטוריון יהודי אמריקאי-ישראלי, טען כי בימי הביניים ריסון הגוף נתפס כתנאי לשגשוג בלימודי התורה והגמרא ובעולם הרוח. תרבות בית המדרש החז"לית מעוצבת במכוון כמעין טרנספורמציה של הגבריות הפיזית ההלניסטיות, והלימוד בבית המדרש נתפס אצל חז"ל כקרב, מאבק בין לוחמים, והשליטה בחוכמה היא תחליף לכוח הפיזי. "כך מתעצבת דמות היהודי הגלותי בעל התודעה הדתית המסורתית והגוף החלש והנשי" (בויארין, 1999). זהות זו הפוכה לזהות ההלניסטית המטפחת את הגוף. לדברי בויארין, העוינות לטיפוח הגוף ההלניסטי היא יותר מרחייה של תרבות כובשת – מדובר בעימות בין תפיסות זהות שונות באופן עמוק, המונע מהניסיון המכוון של חז"ל לעצב אדם לא-גברי (בויארין, 1999).

לעומת גישות אלה, הרמב"ם, מגדולי הוגי הרעות הדתיים, החזיק בעמדה המצדדת בפעילות גופנית. בתפיסתו הפילוסופית עמד העיקרון האריסטוטלי שראה את האינדיבידואל כיחידה פסיכופיזית אחת, כלומר שילוב מוחלט של גוף ונפש שאינם ניתנים להפרדה. קביעה זו של אחדות הנפש שוללת בהכרח את הדואליזם, המניח את קיומם של גוף ונפש נפרדים. לדעת הרמב"ם, אחדותה של הנפש מחייבת להגיע להרמוניה של כל חלקיה, הואיל ורק במצב זה יכול האדם להגיע לשלמות רוחנית. על פי השקפתו של הרמב"ם, בריאות היא צורך קיומי ותכליתי הצרכים הביולוגיים, ולכן הפעילות הגופנית ותזונה הן פעולות ראויות מכל היבט (שוויד, 1995). לפיכך מובנת התייחסות הרבה של הרמב"ם בכל כתביו, ההלכתיים, ההגותיים, וכמובן גם הרפואיים, לכל הקשור בהדרגת האדם לשמירה על בריאותו הפיזיולוגית והנפשית כאחד, בכחינת "נפש בריאה בגוף בריא" – מצווה לשמור על בריאותו וכן לבצע פעילות גופנית לשם הנאה (אביעד, 2005). "במורה נבוכים" (ג', כ"ה) מבחין הרמב"ם בין "אנשים סכלים", אלו שהספורט הוא עבורם פעולת שחוק, לבין החכמים המשחקים המקיימים פעולה שנעשית לתכלית חיובית. כלומר, אפשר לפתח את הגוף למטרה נעלית אך לא ראוי לפתח את הגוף לשמו, רק עבור פיתוח הגוף בלבד (ארנד, 2006). הרמב"ם בכתביו מרחיב בנושא פעילות גופנית באספקטים של תדירות, הדרגתיות, מזג האוויר בעת ההתעמלות, ואף מנחה את האדם בהדרגלי אכילה מאוזנים וראויים. כל אלה נועדו לשמור על גוף בריא כאמצעי לעבוד את ה' (הלכות דעות, ד', א').

החל משנת 1500 לספירה והלאה, חכמי ישראל כגון רבי יוסף קארו (בעל השולחן ערוך) והיעב"ץ (רבי יעקב ישראל בן צבי עמרין) עסקו בסוגיית הפעילות הגופנית. גם הם ראו בחשיבות הפעילות הגופנית לצורך שמירה על הגוף, כלומר הדגישו את העיסוק בפעילות גופנית כדרך לשמירה על שלמות הגוף ואמצעי להשגת שלמות המידות (שחק, 2018).

הרב קוק הלך בדרכו של הרמב"ם, וראה בעיסוק בפעילות הגופנית עניין מרכזי כאמצעי לעבודת ה'. בכתביו הדגיש את פיתוח נפש בריאה בגוף בריא כתנאי הכרחי למיצוי הפוטנציאל הרוחני של האדם בעת לימוד תורה וקיום מצוות. לדבריו, קיום המצוות אפשרי בגוף בריא ובשמחה, מאחר שפעילות גופנית גורמת לגוף בריא ותורמת להרגשה טובה ולעבודת ה' הראויה (שפיר, 1996). הרב קוק פעל בתחילת המאה ה-20, בעת שהעם היהודי מתחיל לחשוב על ציונות וחזרה למולדתו בארץ ישראל, ולכן גישתו הושפעה

מתהליכים לאומיים-היסטוריים. הוא הדגיש את טיפוח הגבורה הפיזית, אנטיזתזה לחולשה שיוצגה בדמותו של היהודי הגלותי. הגבורה הגופנית כחלק מתחיית האומה, אינה ערך בפני עצמה והיא רצויה כאשר היא ספוגה בלימוד הקודש, ביראת ה' ובקיום מצוות. הפעילות הגופנית נתפסה על ידי הרב קוק כדבר נעלה הנעשה למען הפרט והכלל. הרב קוק סייג את הפעילות הגופנית לימי החול ולכן התנגד לקיום משחקי ספורט בשבת (שפיר, 1996).

בתקופת ההשכלה חלה עלייה בעיסוק בפעילות גופנית כחלק מההתעוררות הלאומית (ארנד, 2006). הזרם הניאו-אורתודוקסי דגל גם בלימוד שפות אירופיות, מדעים והתעמלות בנוסף על לימודי הקודש. בעקבות כך בכית "תלמוד תורה ריאלי" בהמבורג הורחב אולם ההתעמלות ואף למדו בו שיעורי שחייה. במקום היה אפשר לראות ספורטאים יהודים מקצועיים עוסקים בספורט תחרותי ולא בלימוד תורה (שחף, 2018). הזרם הציוני בראשות נורדאו תמך בחיזוק הפעילות הגופנית כאמצעי להתמודדות עם קשיי היהודים בגולה. "יהדות שרירים" שמתבטאת בדמות היהודי החזק והלוחם, שורשי וקשור לאדמה, מנוגדת בתכלית לדמות היהודי הגלותי. נורדאו שאף כי תדמית היהודים תהיה "גברים חזקים, בריאים ואמיצים" ולא רק "הוגים, פילוסופים ומבקרים". הספורט היווה נשק פסיכולוגי ושבירת הסטראוטיפים האנטישמיים (שורק, 2002; Kaufman, 2005). בעקבות כך אגודות ההתעמלות היהודיות החלו לקום בגרמניה כתרגום של רעיון "יהדות השרירים" וזכו לעידוד ולהתייחסות בקונגרסים הציוניים.

התגובות לתופעה נחלקו לשניים: מצד אחד היו רבנים שעודדו את העיסוק בפעילות גופנית, ובהם הראי"ה (הרב אברהם יצחק הכהן קוק) שטען כי הספורט הוא אמצעי להרכות את האור האלוקי. מצד אחר היו רבנים שראו בפעילות הגופנית דבר פסול שיש להילחם בו (שחף, 2018). חרדים רבים סברו כי יש לשמור על הגוף, אך לא על ידי התעמלות. הדרך לשמור עליו היא ללמוד תורה ולהשתמש בגוף למטרות קדושות. ההתעמלות נתפסה כביטול זמן וכביטול תורה, אך גם לפן הציוני הייתה משמעות להתנגדות החרדים להשקפתיו של הרב קוק.

בשנות העשרים של המאה ה-20 התחזקה ההבחנה בין ספורט לפעילות גופנית, ואף נוצרה תת הבחנה: פעילות גופנית לצורך בריאות לעומת פעילות גופנית מתוך משחק והנאה. הרב שקופ, מגדולי ראשי הישיבות בליטא, התנגד למשחק ולפעילות גופנית, אך נמצאו תומכים בכך, ובהם הרב אהרן פפויפר – ראש ישיבת מהרש"א ביוהנסבורג, הרב שלמה זלמן אויערבך – ראש ישיבת "קול התורה" בירושלים, והרב יעקוב קמינצקי – ראש ישיבת "תורה ודעת" ומגדולי התורה בארה"ב. הללו תמכו בפעילות גופנית (ובכללם המשחק) למען שמירה על הגוף והנפש (ארנד, 2006).

רבנים נוספים במאה ה-21 הציגו עמדה שמצדדת בפעילות גופנית, ובהם הרב עובדיה יוסף והרב שלמה גורן שהיו הרבנים הראשיים לישראל, וכן הרב שלמה כהן דוראס. הם תמכו בפעילות גופנית כאמצעי לשמירה על הגוף והבריאות, שכן כך ניתן להיטיב את הייעוד בלימוד התורה ושמירת מצוות (זוכמן, 2003). הרב שלמה אבינר תמך בגישת הרמב"ם

לפעילות גופנית כאמצעי לשמירת הבריאות. הוא הוסיף ואמר שאין מדובר בביטול תורה אלא עצם ביצוע הפעילות הגופנית כשמירה על הגוף היא קיום תורה (אבינר, 2003; אבינר 2000).

בניתוח עמדות ותפיסות ביחס לספורט ולפעילות גופנית אנו עדים לשתי מגמות בולטות: התנגדות לספורט על רקע התבדלות מתרבויות זרות, לעומת תמיכה ועידוד פעילות גופנית אך לא כתכלית אלא כאמצעי לשלמות הגוף והנפש במטרה למצות את הפוטנציאל הרוחני.

חרדים ואורח חיים בריא: רפואה מונעת, תזונה ופעילות גופנית

אורחות החיים בחברה החרדית נמצאים בשינוי מתמיד, ומגמת ההשתלבות של החברה החרדית בחברה הכללית מתחזקת (מלאך וכהנר, 2018). בפרק זה נעמוד על המגמות בתחום קידום הבריאות בחברה החרדית ביחס ליעדי הבריאות של התוכנית הלאומית: תפיסה סובייקטיבית של מצב הבריאות, רפואה מונעת, מסת גוף ושיעור ההשמנה, פעילות גופנית ותזונה נבונה.

הערכה עצמית של בריאות היא מדד נפוץ ומקובל בסקרי אוכלוסייה לצורך הערכת מצב בריאותו של הפרט. המצב הבריאותי של המגזר היהודי החרדי, על פי תפיסתם, טוב מהמצב הבריאותי של שאר האוכלוסייה היהודית במדינה. 73% מהיהודים החרדים מצהירים כי מצבם הבריאותי טוב יותר לעומת 51% מהיהודים הלא חרדים. בנוגע לצורך בטיפול רפואי, 39% מהחרדים העידו על צורך כזה, לעומת 60% בקרב היהודים הלא חרדים. גם בתחום בריאות הנפש הדיווח על מצב רוח חיובי גבוה יותר בקרב האוכלוסייה החרדית – 80% מהם לא חוו כלל מצב רוח ירוד כשבועיים לפני ביצוע הסקר, לעומת 66% בקרב האוכלוסייה היהודית הלא חרדית (מלאך וכהנר, 2018). נתונים אלה עולים בקנה אחד עם ממצאי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2018), על פיהם אחוז המדווחים על בריאות טובה בקרב חרדים הוא גבוה לעומת כלל האוכלוסייה (דתיים ולא דתיים). הנתון הזה תקף בכל קבוצות הגיל. כלומר, החרדים מרוצים מחייהם וממצבם הכלכלי בשיעור גבוה יותר משאר האוכלוסייה היהודית הלא חרדית. החרדים גם אופטימיים יותר משאר האוכלוסייה היהודית לגבי הציפיות לשיפור בחייהם ובמצבם הכלכלי. שיעור החרדים המרגישים לחץ או מצוקה נמוך בהרבה בהשוואה ליתר האוכלוסייה (הלמ"ס, 2018). על פי עדותם, החרדים אינם נאלצים לוותר על טיפול רפואי (92%), תרופות (95%), ארוחה חמה (95%) (מלאך וכהנר, 2018).

בתחום הרפואה המונעת (חיסונים, בדיקות לגילוי מוקדם של מחלות), יש פער ניכר בין האוכלוסייה החרדית לאוכלוסייה היהודית הלא חרדית. בתחום החיסונים השגרתיים דווקא ניכר דמיון בין החרדים לכלל האוכלוסייה: שיעור החרדים המחסנים את ילדיהם בחיסונים שגרתיים גבוה מאוד, בשיעור דומה לזה שבאוכלוסייה היהודית הלא חרדית. 93% מההורים החרדים מחסנים את ילדיהם עד גיל 17 לעומת 91% מההורים היהודים בישראל (משרד הבריאות, 2018).

אך בבדיקות רפואיות לגילוי מוקדם של מחלות ממאירות העשויות להציל חיים ולמנוע תחלואה, מידת שיתוף הפעולה והביצוע נמוכה בקרב האוכלוסייה החרדית. בדיקת דם סמוי בצואה לגילוי סרטן במעי הגס והחלחולת – 37% מהחרדים ביצעו את הבדיקה לעומת 51% מהחילונים. בדיקת קולונוסקופיה לגילוי סרטן במעי הגס והחלחולת – 12% מהחרדים עברו את הבדיקה בחמש השנים האחרונות לעומת 33% מהחילונים. בקרב נשים ניכרת תמונה דומה: רק 49% מהנשים החרדיות מגיל 40 ומעלה עשו אי פעם בדיקת ממוגרפיה לעומת 79% מהנשים הלא חרדיות. בבדיקת משטח צוואר הרחם לגילוי סרטן בצוואר הרחם – 76% אחוזים מהלא חרדיות ביצעו את הבדיקה לעומת 42% מהחרדיות (משרד הבריאות, 2018). בין השנים 2010 ל-2017 חלה ירידה של כ-22% בשיעור הנבדקות והנבדקים החרדים בתחום הבדיקות המונעות, כגון ממוגרפיה, בדיקת צוואר הרחם וקולונוסקופיה (מלאך וכהנר, 2018).

לעומת ממצאי סקר הערכה עצמית בריאותית נמצא שבמדדים אובייקטיביים תמונת המצב שונה. במבט על הרובד הגופני (משקל, דיאטה, תזונה והרגלי אכילה) נבחן מדד ה-BMI (Body Mass Index), פרמטר המודד את מסת הגוף ונותן ביטוי לעודף משקל, להשמנת יתר או לתת משקל. על פי הגדרות ארגון הבריאות העולמי, אנשים בעלי BMI שביין 25 ל-30 נחשבים בעלי עודף משקל, ואנשים בעלי BMI מעל 30 נכללים בקטגוריה של השמנת יתר. על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה משנת 2018, במדינת ישראל בקרב יהודים, אין הבדלים מובהקים באחוז בעלי משקל עודף או השמנה על פי דתיות (52.1% מהלא דתיים, חילונים ו-51.0% מהחרדים). עם זאת, בתחום השמנת היתר נמצאו הבדלים על רקע מידת הדתיות: בקרב דתיים הממוצע הוא 19.9%, בקרב חרדים הממוצע 17%. ממוצעים אלה גבוהים ביחס לממוצע הכללי בישראל שהוא 16.6% (הלמ"ס, 2018). במקרים מסוימים השמנה היא מחלה בפני עצמה, ולעיתים היא גורם סיכון משמעותי להרבה מחלות אחרות ובהן סוכרת. 18% מהחרדים בישראל סובלים מסוכרת סוג 2 לעומת 16% מכלל האוכלוסייה היהודית (טמיר, 2018).

במידת נתוני עודף משקל והשמנת יתר בקרב ילדים בבתי הספר, מתבססים על מדד ה-BMI המותאם לעקומות ייחוס. כלומר, BMI מעל אחוזון 85 ועד אחוזון 96 מוגדר עודף משקל, ואילו BMI באחוזון 97 ומעלה מוגדר השמנת יתר. החל משנת 2011 עקומות הייחוס שנעשה בהן שימוש בישראל הן עקומות הייחוס של ארגון הבריאות העולמי (WHO). עיון בנתוני אוכלוסיית הילדים בשנת הלימודים 2016-2017 העלה מגמה הפוכה בתחום ההשמנה: שיעור הילדים בעלי עודף משקל או השמנת יתר בכיתות א' עמד על 14% בקרב ילדים חרדים לעומת 21% בכלל האוכלוסייה היהודית. בכיתות ז', 24% מהתלמידים במגזר החרדי סובלים מעודף משקל לעומת 30% מכלל תלמידי כיתה ז' באוכלוסייה היהודית (הלמ"ס, 2016).

פעילות גופנית סדירה היא אחד מאמצעי השמירה המובהקים על אורח חיים בריא. התוכנית הלאומית אפשריבריא נסמכת על ההמלצות הכלליות לאוכלוסייה הבוגרת. לפי ארגון הבריאות העולמי, יש לעסוק בפעילות גופנית מתונה לפחות 150 דקות בשבוע, או

לעסוק בפעילות גופנית מאומצת לפחות 75 דקות בשבוע, או לשלב ביניהן. משרד הבריאות מדווח כי בקרב האוכלוסייה היהודית בישראל, שיעור החרדים העוסקים בפעילות גופנית כעשר דקות ברצף לפחות פעם בשבוע עומד על 46.8%, לעומת 58% בקרב היהודים הלא חרדים (הלמ"ס 2018; מלאך וכהנר, 2018). עוד נמצא כי 33% מבני 20 ומעלה עסקו בשנת 2017 בפעילות גופנית – 29% מהחרדים לעומת 36% חילונים. בפעילות גופנית מאומצת עוסקים 25% מכלל האוכלוסייה היהודית – 16% מהחרדים לעומת 31% מהחילונים. 13% מאוכלוסיית היהודים בני 20 ומעלה בישראל עוסקים בפעילות גופנית מאומצת פעם עד פעמיים בשבוע – 25% מהחילונים לעומת 10% מחרדים. 18% מבני 20 ומעלה באוכלוסייה היהודית עוסקים בפעילות גופנית לחיזוק השרירים – 24% חילונים לעומת 9% מהחרדים (הלמ"ס, 2018).

בהשוואה בתחומי עיסוק הפעילות הגופנית השונים, נמצא כי 34.6% מהחרדים עוסקים בהליכה לעומת 31.1% יהודים שאינם חרדים. בשאר סוגי הפעילויות הגופניות נמצא ששיעור ביצוע הפעילות הגופנית באוכלוסייה החרדית נמוך לעומת האוכלוסייה היהודית בישראל: 11.5% חרדים עוסקים בעיצוב הגוף (התעמלות, יוגה, פילאטיס, פלדנקרייז, עיצוב הגוף) לעומת 15.5% באוכלוסייה היהודית, 4% מתאמנים תוך שימוש במכשירי כושר (אופני כושר, אליפטיקל, מולטי טריינר, משקולות) לעומת 14% באוכלוסיית היהודים שאינם חרדים, 5.9% מהחרדים מתאמנים בריצה לעומת 13.3% ביהודים שאינם חרדים. בפעילויות מסוגים שונים (משחקי כדור, שחייה, אופניים, טניס, ריקוד, אומנויות לחימה, ספורט ימי) עסקו 13.2% מהחרדים לעומת 20% מהיהודים שאינם חרדים (הלמ"ס, 2018). 30% מהאוכלוסייה החרדית מעדיפה להתאמן ברחוב או בפארק לעומת 20% מהחילונים, ורק 8% מעדיפים להתאמן במקום ייעודי סגור לעומת 24% מהחילונים (משרד הבריאות 2018). השוואת נתוני הסקר החברתי 2010 של הלמ"ס לנתוני הסקר החברתי 2017 מלמדת על ירידה בדיווח של חרדים על אורח חיים בריא. כאשר לפעילות גופנית חלה ירידה מ-53% ל-47%, ובאשר לשמירה על משקל תקין חלה ירידה מ-51% ל-46% (מלאך וכהנר, 2018).

במבט על אזורי המחיה של הקהילות החרדיות: ירושלים, בני ברק, בית שמש, אלעד, קריית ספר, אשדוד, אפשר לראות שיש פערים בתכנון ופיתוח של סביבה מקדמת בריאות בין השכונות הוותיקות לשכונות החדשות. השכונות החרדיות הוותיקות מאופיינות בצפיפות, במחסור במרחבים פתוחים, ובמחסור מתקני ספורט ושעשוע. השכונות הוותיקות לא צפו את הצרכים החברתיים במרחבי המחיה לאוכלוסייה החרדית בהלימה לגידול הדמוגרפי הגבוה. עם זאת, בשנים האחרונות נבנות ערים ושכונות חרדיות חדשות, ובהן חל שינוי בתפיסת הפיתוח העירוני. בשכונות החדשות מוקצים מראש שטחים המאפשרים מרחבים פתוחים לקהילה המקדמים פעילות גופנית.

בתחום התזונה נמצא כי 21.9% מהמשפחות החרדיות חיות באי ביטחון תזונתי לעומת 17.8% מהמשפחות היהודיות בישראל. משפחות חרדיות אלה נעזרות בארגוני הסיוע ובמשפחה יותר ממשפחות יהודיות שאינן חרדיות (ביטוח לאומי, 2018). בבחינת הרגלי התזונה של האוכלוסייה בישראל נמצא ש-23% צורכים 4 ירקות ומעלה, כאשר חרדים

צורכים פחות (20%) מלא חרדים (27%). 38% מהאוכלוסייה בישראל צורכים 2-3 פירות ביום כמומלץ, כאשר גם כאן קיימים פערים: 35% בקרב החרדים לעומת 38% שאינם חרדים. למרות מאמצי ההסברה בעניין שתיית משקאות ממותקים, 27% מהאוכלוסייה שותים 2-3 משקאות ביום: 30% חרדים לעומת 26% לא חרדים (מלאך וכהנר, 2018).

נמצא כי בחסידות גור וחב"ד קיים מתח בין תפיסת האימהות כאחראיות לתזונה ולבישול ביתי לבין צריכה מופרזת של חטיפים וממתקים. סוכריות ודברי מתיקה ניתנים לילדים כדי לקרבם לתורה וכן בהשתתפות באירועים חברתיים וטקסים רבים שבהם מוגש מזון שאינו בריא. ראוי לציין כי גם משפחות השומרות על אורח חיים בריא מתקשות לשמור על חלופות תזונה בריאות לחגיגות וטקסים למיניהם (Peles, Rudolf, Weingarten & Bentwich, 2018).

הנתונים הסטטיסטיים מצביעים על קשר הפוך בין רמת הדתיות ובין אורח חיים בריא. ככל שרמת הדתיות עולה בקרב הקהילות החרדיות, כך ניכרת ירידה בשמירה על אורח חיים בריא. שיעור ההתחסנות והשימוש בכדיקות מאתרות למחלות שונות נמוך ביחס לאוכלוסייה הכללית, ונמצא קשר הפוך בין מידת הדתיות לביצוע פעילות גופנית: ככל שמידת הדתיות עולה, כך מבצעים פחות פעילות גופנית. החרדים סובלים מהשמנת יתר יותר מחילונים, ושומרים פחות על תזונה בריאה על פי המלצות לתזונה ים תיכונית.

במחקר שנערך בקרב עשרים מובילי דעה בחברה החרדית בחסידות גור וחב"ד (Peles et al, 2018), נמצא כי יכולת קידום הבריאות והרפואה מתקשה להתקיים בסביבה החרדית לאור תנאים סביבתיים ואובייקטיביים: הורות מוקדמת ומשפחות גדולות אינן מאפשרות זאת. בנוסף, חסידים עשויים להיות פחות משכילים בנושאי בריאות ומניעת מחלות מאשר האוכלוסייה הרחבה בשל בידוד חברתי ותרבותי, חוסר אמון וחוסר גישה לערוצי מידע (Coleman-Bruckheimer & Dein, 2011). דוגמה לכך אפשר למצוא בתחום המיניות. בחסידות "תולדות אהרון", הפלג הקיצוני ביותר בחברה החרדית, ניכרת חוסר ידיעה בקרב נערות מתבגרות בנושא המחזור החודשי. אימהות הן מקור המידע העיקרי עבור הבנות, והמידע הוא טכני בלבד או תגובות חיוביות הנוגעות ליכולתה העתידית של הנערה להוליד ילדים. יש להן גם מקורות מידע אחרים, בעיקר קבוצת השווים שלהן, בצנעה. הנשים החרדיות בחסידות "תולדות אהרון" רואות במחזור החודשי טאבו שיש לשמור עליו בפרטיות. גישה זו משקפת את ההשגחה המחמירה של הקבוצה החרדית בכל הנוגע לנושאים הקשורים בגוף האדם, במיניות ובפוריות ואת הידע המוגבל בנושאים הללו הנשמרים ב"קשר של שתיקה" (זלצברג, 2010).

בסוגיית השימוש בשירותי בריאות. החרדים החסידים משלבים בדרכי הטיפול בבריאות פרקטיות מיסטיות, כגון קריאת תפילה וטקסים דתיים, ומאמינים כי הרב יכול לרפא אותם ממחלות (Shaked & Bilu, 2006). מאחר שמחלת האדם וחווית האדם במחלה אינן מנותקות מההקשר התרבותי, החרדים רואים בעצת הרב כמשפיעה ומובילה בדרך הטיפול. בהתנגשות בין חוות דעת רפואית לדעת הרב נטתה הכף לטובת עצת הרב. שיתופי פעולה

בין רבנים, רופאים ומטופלים נמצאו יעילים ומובילים לביצוע הטיפול. התפיסה שפעולה רפואית תואמת את רצון האל וההלכה מגבירה את שיתוף הפעולה עם רופאים, וההחלטה לשאת את הרב יוצרת רציפות דתית וחברתית. רופאים שאינם מכירים את הדרכים שבהן קהילות חסידיות פועלות בעת קבלת החלטות והתמודדות עם חולי, עשויים למצוא עצמם מערימים קשיים על התהליך הטיפולי (Coleman-Bruckheimer & Dein, 2011).

קידום בריאות במערכת החינוך החרדי

בתחום קידום בריאות במסגרות החינוך חרדי בישראל בחנו את הנושא במחוז החרדי במשרד החינוך. המחוז הממלכתי-חרדי פועל בהלימה למטרות ולתוכני המשרד בהקבלה למחוז הממלכתי-דתי. בתי הספר החרדיים נחלקים לשלושה זרמים: בתי ספר פטורים, שאינם מתוקצבים על ידי המדינה ולא פועלים על פי הנחיות הפיקוח; בתי ספר מוכרים המתוקצבים 75% ומשתמשים בשירותי הפיקוח; ובתי ספר ממלכתיים חרדיים המתוקצבים באופן מלא ומחויבים לתוכניות והנחיית הפיקוח. משרד החינוך פונה לבתי הספר החרדיים להצטרף לתהליך של "בתי ספר מקדם בריאות" ושל "גן מקדם בריאות", ולהפעיל מדיניות מקדמת בריאות כגנים ובבתי הספר. התמונה מעידה על פערים רבים בין בתי הספר הממלכתיים לבתי הספר החרדיים: 1% בלבד מכלל בתי הספר החרדיים מוגדרים כבתי ספר מקדמי בריאות על פי הסטנדרטים המקובלים. במהלך קיום התוכנית קיימת מגמה להרחבת הידע: שילוב מאמרים בנושא בשיעורי אנגלית ומדעים, עיסוק תיאורטי בשיעורי חינוך גופני במסגרות שבהן יש מורים לחינוך גופני ומתקיימים שיעורים, וכן הרצאות חיצוניות לתלמידים. בהיבט הקהילתי מקיימים בבתי הספר מפגשים בנושא תזונה בריאה.

פעילות גופנית מתקיימת בבתי הספר החרדיים במסגרת שיעורי חינוך גופני, למרות מחסור באולמות ובתקציב לרכישת ציוד רלוונטי. לשיעורים הוקצתה שעה אחת בהסכמים שנחתמו בעת הקמת המחוז (בהשוואה לשעתיים בחינוך הממלכתי-דתי). הכשרת המורות בסמינרים החרדיים כמורות ל"תנועה בריאותית" תרמו להטמעת "התנועה הבריאות" בבתי הספר לבנות. 95% מבתי הספר היסודיים לבנות מקיימים שיעורי חינוך גופני ופועלים על פי התוכנית "תנועה בריאותית". התוכנית כוללת פחות משחקי כדור מפאת ענייני צניעות, ויותר שכלול מיומנויות יסוד, מחול, אתלטיקה קלה וידע תיאורטי. התלמידות אינן משתתפות בתחרויות ספורט, ומטרת התוכנית היא לשפר את המיומנויות המוטוריות ככלי לחיי המשפחה בעתיד. בבתי הספר לבנים התמונה עגומה יותר: בישיבות ובתלמודי תורה קיים מחסור במורים לחינוך גופני ולא מתקיימים שיעורים לעידוד פעילות גופנית במערכת השעות. לרוב אין בכלל שיעורי חינוך גופני על רקע מחסור במורים (אף שגם מדריכים מאושרים ללמד חינוך גופני) ובשל מחסור בתוכניות להכשרת מורים מהמגזר לתפקיד. בהיבט הפדגוגי מפרסם משרד החינוך חוברות הסברה למגזר החרדי בשם "לי בריאות" ו"בריאות מהתחלה". מטרת החוברות היא הטמעת תחום הבריאות בבתי הספר החרדיים בהתאמה לתפיסה החינוכית ולאורח החיים החרדי. החוברות כוללות רקע הלכתי-תורני תיאורטי, דפי עבודה והערכה, הצעות לפעילות, ודרכים מעשיות לשילוב נושאי

בריאות שונים בחיי בתי הספר בשיתוף הבית והקהילה. בין הנושאים הנדונים: תזונה, התנהגות, שגרת היום-יום, קרינה, תרופות וחומרים מסוכנים, היגיינה אישית ובריאות השן. כמו כן מוצעים קורסים לחינוך לבריאות על פי מקורות היהדות. נמצא קושי ליישם תוכניות הקשורות בתזונה נכונה במגזר החרדי בשל נורמות קיימות כגון חיזוקים חיוביים בצורת ממתקים.

דיון

מטרת המאמר הייתה לבחון ולהציג את יישום מדיניות קידום בריאות בקרב אוכלוסייה מובחנת ומובדלת, אוכלוסיית החרדים בישראל, תוך מבט אל הציר התרבותי שמדגיש את הדינמיקה הפסיכו-קהילתית הייחודית לקהילה זו. כפי שתואר, האוכלוסייה החרדית מעריכה את בריאותה הגופנית והנפשית כטובה ביחס לכלל האוכלוסייה בישראל. עם זאת, האוכלוסייה החרדית מצויה בתחולת העוני (לאחר תשלומי העברה) של כ-45% מהאוכלוסייה לעומת 11% מכלל האוכלוסייה במדינת ישראל. הערכת הבריאות של האוכלוסייה החרדית עומדת בסתירה עם הקשר החיובי שנמצא בין רמת ההכנסה לרמת הערכה העצמית של הבריאות בקרב האוכלוסייה הכללית (הלמ"ס, 2018). התפיסה הסובייקטיבית של האוכלוסייה החרדית ניתנת להסבר על ידי מספר גורמים: ראשית, ההון החברתי הגבוה של אוכלוסיית החרדים. ההון החברתי כולל מעגלים חברתיים ותחושת שייכות, תפילות ותפיסת חיים אמונית. כל אלה מובילים לתפיסת בריאות טובה ולתחושה אופטימית ולפחות תחושת דחק (צ'רניחובסקי ושרוני, 2015). בנוסף, חיי הקהילה בשכונות החרדיות יוצרים מרקם חברתי ואורח חיים המתאפיינים באקלים חברתי רגוע ותומך שאינו יוצר מתחים ביחס לאורח החיים של כלל האוכלוסייה. המובחנות יוצרת מעין "קבוצת שווים" שהחברים בה חיים בנוחות ובשביעות רצון.

מספר רב של גורמים בעלי יחסי גומלין מורכבים אחראים לקידום הבריאות בקרב האוכלוסייה החרדית. גורמים אלה מקיפים את תחומי החיים השונים בהיבטים מדיניים, תרבותיים-דתיים, ערכיים וחינוכיים. לכן נטען כי קידום הבריאות צריך להתקיים באופן שונה בחברת החרדים מתוקף היותה חברת לומדים בעלת מובלעת תרבותית המחויבת לפרשנויות הטקסט הדתי. המחויבות לקיום מצוות התורה בין היתר שמירת הגוף והבריאות נמצאים בקונפליקט מתמיד בין סגנון החיים ואופי החיים החרדי מאחר והפעילות הגופנית הנתפסת בעיני הציבור החרדי כתרבות זרה, תרבות יוון, נשללת על ידי התפיסה החרדית לדורותיה. הספורט נתפס כמעשי חול ויוצר קונפליקט עם עולם המושגים היהודי, החל מקדושת השבת ועד לערכים כגון צניעות והפרדה מגדרית המהווים ערכים מרכזיים בחברה החרדית.

לדעתנו, המענה לקידום בריאות באוכלוסייה החרדית בישראל יוכל להתקיים רק באמצעות דיאלוג ושותפות של מעצבי המדיניות במשרד הבריאות, משרד התרבות והספורט, משרד החינוך, המורים הרוחניים (מנהיגי הדור החדשים), המנהיגים המקומיים ברשויות המקומיות, ואנשי הבריאות והחינוך בקהילה. עבודה בין-ארגונית ליצירת שותפויות עם גורמים שונים

ויצירת תפיסת עולם משותפת הכוללת עולם ערכים משותף ושפה משותפת, יוכלו ליצור מערכת הוליסטית שתוביל להטמעת תחום קידום הבריאות. תוכניות ההתערבות צריכות להתבסס על שינוי ברמת המדיניות, שיוביל לשינוי ברמת הקהילה ומכאן לשינוי ברמת הפרט. הפתרון בהנגשת קידום הבריאות מצוי בשינוי הגישה: לא ניתן להחיל את התוכניות הכלליות לציבור זה, מאחר שהדת היא סכמה קוגניטיבית המספקת ייצוגים להבנת חוויית החיים. נדרש שימוש בדת כאמצעי לקידום בריאות תוך שילוב עולם הערכים הדתי. כך ניצור זיקה, ניתן תוקף, נפחית חסמים וניצור הקשר תרבותי משותף.

לפיכך, רצוי שתהיה הפרדה בין מושגים הן ברמה התודעתית והן ברמת חיי היום-יום שתוביל לשינוי בקרב האוכלוסייה החרדית. לדוגמה: להימנע מהמושגים ספורט, הישגיות, ותחרות הנתפסים כחלק מתרבות זרה הנשללת על פי התפיסה החרדית, ולהשתמש במושג "פעילות גופנית" המשלב סוגים שונים של פעילויות התורמות לשמירה על בריאות, על תזונה נכונה ועל אורח חיים בריא. התשתית ההלכתית של הרמב"ם ב"הלכות דעות" מבססת את העיסוק בפעילות גופנית כאמצעי לבריאות טובה המובילה לגוף בריא ולקיום המצוות ועבודת ה'. מכאן הקשר הישיר בין קידום בריאות למשימת חייו של היהודי – קיום תורה ומצוותיה. רצוי כי מעצבי המדיניות יאמצו גישה זו, היוצרת זיקה גבוהה וחיונית בין עיסוק בפעילות גופנית לבין שמירה על הבריאות כחלק מהעולם היהודי, וישלבו את הפעילות הגופנית בתוך סדר היום במעגל החיים מגן הילדים ועד הגיל השלישי.

לשם יצירת סביבות מקדמות בריאות, הרשויות המקומיות וגורמי הפיתוח נדרשים לבחינה מחדש של התשתיות הקהילתיות בכל הקשור למרחבים פעילים ולהקצאת משאבים כאפליה מתקנת. המטרה היא לשנות את פני השטח בסביבת המגורים של הקהילות החרדיות ולפתח סביבה בריאה שתהפוך את הבחירה הבריאה לבחירה הקלה.

בתחום החינוך נדרשת תוכנית כלל ארצית שתיכתב באגף לחינוך חרדי, ובה מיפוי הצרכים בתחום הפיזי (אולמות ספורט, מגרשים וציוד נלווה) ובתחום ההון האנושי של החינוך הגופני, ומכאן תוכנית-אב רב שנתית שבה שיתופי פעולה של משרד החינוך והרשויות המקומיות לשם הקצאת משאבים לבנייה ויצירת תשתיות פיזיות ואנושיות המספקות את צורכי השטח.

ביחס להון האנושי המעודד ומוביל התנהגות מקדמת בריאות במוסדות החינוך, נדרש שינוי בתחום הוראה והכשרת מורים גברים ל"תנועה בריאותית". המדינה צריכה לעודד הקמת מודל הדומה למודל הקיים בקרב הסמינרים לבנות מזה עשור והוכח כהצלחה (95% קיום שיעורי תנועה בריאותית בבתי הספר לבנות). מסגרות ההכשרה מחויבות להפרדה מגדרית. זוהי אינה שאלה אלא כורח של ההבנה התרבותית כאמצעי ליצירת סוכני שינוי שיובילו לקידום בריאות בקהילת החרדים.

המגמה של גידול בהשכלה האקדמית בקרב האוכלוסייה החרדית מופיעה גם בתחום הפעילות גופנית. מורות רבות בוגרות תוכניות "תנועה בריאותית" מתעניינות בהרחבת ההסמכה שלהן לתואר אקדמי מוכר ולקבלת תעודת הוראה בחינוך גופני שתאפשר להן

ללמד בכל מסגרות החינוך בישראל ללא הגבלה מגזרית. בשנים האחרונות נפתחו תוכניות ייחודיות להרחבת התעודה מ"תנועה בריאותית" לתואר ראשון. הסטודנטיות המשתתפות בתוכנית מוצאות עצמן במגוון אתגרים בהיבטים כלכליים ומשפחתיים. משרד החינוך, משרד הבריאות וחשבי השכר צריכים לעודד תוכניות קיימות וכן לעודד פתיחת תוכניות כאלה בקרב גברים. נוסף על כך, מומלץ ליווי מחקרי אמפירי לבחינת מידת ההשפעה של תוכניות הכשרה אלו על פרחי ההוראה בתחום קידום הבריאות, שכן הללו ינחילו עולם ערכים מקדם בריאות בעולם החרדי.

בהיבט הארגוני רצוי לשמר כל תהליך שהחל ביחס להצטרפות לתוכנית "בית ספר מקדם בריאות", ולעודד התמדה בתוכנית תוך שיתוף מנהלי בתי הספר. נמצא ששותפות מנהלים בתהליך מנבאת הצלחה בקידום תהליכי בריאות בבית הספר (בק, טסלר, מורן, קולובוב, הראל ופיש, 2018). כדי להרחיב את המעגל כדאי לחשוף מנהלים נוספים דרך עמיתיהם שמשתתפים בתוכנית. פיתוח תוכניות התערבות לקידום בריאות והכשרת סגלי הוראה בתחום, יחד עם הטמעת שיעורי חובה בחינוך הגופני בהיקף של שעתיים בשבוע לפחות, יתרמו לשינוי חינוכי שיתחיל בגיל הצעיר ויוביל להטמעת חשיבות הבריאות בקרב הילדים. התוכניות יכללו שותפות הורית, והילדים יהיו גורם מתווך בין האוכלוסייה הצעירה – קהילת הלוומדים – לבין אוכלוסיית ההורים – הקהילה הבוגרת. כך יורחב מעגל הפעילות וקידום הבריאות בתחומי תזונה נבונה, בריאות השן, פעילות גופנית והייגיינה. לשם הרחבת השותפות כדאי לשלב השתלמויות בנושאי בריאות למורים השונים כחלק מההשתלמות הבית ספרית, תוך התאמה לעולם התרבותי-חרדי.

בתחום הבריאות בקהילה בנושא הרפואה המונעת, נדרש גשר לשיתופי פעולה בין רבנים, רופאים ומטופלים. שיתופי פעולה אלה נמצאו יעילים כאשר ההחלטה לשתף את הרב יוצרת רציפות דתית וחברתית (Coleman-Bruckheimer & Dein, 2011). לכן עלינו לפעול בתוכניות קהילתיות לקידום בריאות בהסכמת הסמכות הרוחנית בשלושת הזרמים העיקריים במגזר החרדי. במסגרת תוכניות אלה גורמים רפואיים, בשילוב המלצת הרבנים, יעודדו וינגישו חיסונים מניעתיים וביצוע בדיקות מונעות שמצילות חיים.

ברמת הפרט, לרכישת ידע ומיומנויות יש תפקיד חיוני בהבניית תפיסה מקדמת בריאות. לכן עלינו כחברה להגביר את המודעות ואת הנגשת הידע בדרכים שאינן פוגעות בעולם הערכים החרדי השומר על הפרדה מגדרית וכללי צניעות מפורטים. סנוניות ראשונות נצפו בקופת חולים מאוחדת במשרד במחוז צפון של משרד הבריאות: לחרדים בעלי מוגבלות שמיעה, ניתן היתר להשתמש בטלפון חכם כדי לקבל מסרונים ייעודיים. כמו כן נפתחה קבוצה בשם "תראו אותי", קבוצת שווים לנשים חרדיות בגיל המעבר (משרד הבריאות, 2018).

גם עידוד הפרט לביצוע פעילות גופנית בשעות הפנאי מצריך התייחסות תרבותית בשל הצורך בהפרדה מגדרית. לכן המתקנים השונים בלב השכונות החרדיות צריכים לכלול חדרי כושר, חוגים ובריכות הפועלות בשעות נפרדות לגברים ולנשים. גם פתרונות

תעסוקה לילדים הצעירים במתחמי הכושר בשעות הפעילות לנשים יהיו אמצעי לעידוד ביצוע פעילות גופנית.

השקעת משאבים בשילוב משרדי הממשלה השונים: החינוך, בריאות, תרבות וספורט, תוך הסתכלות תרבותית מותאמת לאוכלוסייה מובחנת, מעוררים תקווה ליצירת שוויון בתחום קידום הבריאות בין האוכלוסייה החרדית לכלל החברה היהודית בישראל.

ביבליוגרפיה

- אבינר, ש' (2000). **הרוח הספורטיבית בישראל**, באהבה ובאמונה, מכון מאיר, ב' בתמוז תשס"א.
- אבינר, ש' (2003). **לך להתעמל**, באהבה ובאמונה, מכון מאיר, תשס"ד.
- אביעד, א' (2005). **מורה נבוכי הנפש, היבטים חינוכיים להיגיינה של הנפש במשנת הרמב"ם**, מחלקת הפרסומים, משרד החינוך והתרבות, ירושלים.
- אהרון, א' (1996 התשנ"ז). **ספורט ופעילות גופנית בעיני חז"ל**, דף לתרבות יהודית. משרד החינוך. 36-35, 272.
- אלמוג, ע' (2012). **חרדים בישראל: תמונת מצב**, אנשים ישראל.
- אנדבלד, מ', גוטליב, ד', הלר, א', כראדי, ל' (2018). **ממדי העוני והפערים החברתיים 2017-דוח שנתי**, מנהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי.
- אנדבלד, מ', הלר, א', ברקלי, נ', גוטליב, ד' (2018). **סקר ביטחון תזונתי 2016 ממצאים סוציו כלכליים עיקריים**, המוסד לביטוח לאומי מנהל המחקר והתכנון.
- ארנד, א' (2006). **תרבות הגוף בעימות עם ההלכה** בתוך: תרבות יהודית, על תרבות הגוף ביהדות, האגף לתרבות תורנית, משרד החינוך, תשס"ז.
- אפשרי בריא (2019). **התכנית הלאומית לחיים פעילים ובריאים**. נדלה מתוך: <https://www.efsharibari.gov.il/initiatives-and-projects-2/efshari-national-project/efsharibari-national-project>
- בויראין, ד' (1999). **הבשר שברוח: שיח המיניות בתלמוד**, תרגם עדי אופיר, הוצאת עם עובד.
- בק, ה', טסלר, ר', מורן, ד', קולובוב, ט', הראל פיש, י' (2018). **מודל רב-רמות להבנת הגורמים המנבאים התנהגויות בריאות: הרגלי פעילות גופנית ותזונה בריאה בקרב תלמידים בישראל, בתנועה**, כרך י"א, חוברת מספר 4.

- בראון, ב' (2017). **מדריך לחברה החרדית: אמונות חרמים**, הוצאת עם עובד והמכון הישראלי לדמוקרטיה.
- בראון-אפל, א', דאוד, נ', וליון-זמיר, ד' עורכות (2016). **קידום בריאות - מתיאוריה למעשה**, תל אביב: דיונון.
- גל, ר' (2015). **החרדים בחברה הישראלית**, מוסד שמואל נאמן למחקר מדיניות לאומית, טכניון.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2016). **פני החברה בישראל, דור העתיד של ישראל ילדים וצעירים עד גיל 24**, דוח מספר 8, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2018). **פני החברה בישראל, דת והגדרה עצמית של מידת הדתיות**, דוח מספר 10, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
- זוכמן, א' (2003). ריצה בשבת תענוג. **פנים**, גיליון 25, עמ' 103-106.
- זיכרמן, ח', כהנר, ל' (2012). **חרדיות מודרנית: מעמד ביניים חרדי בישראל**. המכון הישראלי לדמוקרטיה.
- זלצברג, ס' (2010). המחזור החודשי, מיניות ומה שביניהם: ערוצי הידע בנושא בקרב בנות מתבגרות בקבוצה חרדית קיצונית, **פסיפס גופנפש: בריאות נשים בישראל**, באר שבע: אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, 25-5.
- טמיר, א' (2017). **תמונת מצב בישראל השמנה, סוכרת והרגלי בריאות**, המועצה הלאומית לסוכרת, מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות קרן די-קיור ומיזם עוצמה.
- כהנר, ל' (2017). מרחב, חברה וקהילה המבנה המרחבי של האוכלוסייה החרדית בישראל בעידן של שינויים, **תרבות דמוקרטית תשע"ז** כרך 17, ע"מ 159.
- כהן, ר' ודוין, ט' (2014). קהל שבוי? אתגרים בקידום וחינוך לבריאות מתבגרים במסגרת קהילתית, **קידום בריאות בישראל**, חוברת מס' 5, 24-20.
- מאיר, מ', רוזן, צ' (2012). היהודים, הגוף והספורט, דברים אחדים, **תרבות יהודית מעת לעת**, גיליון 19, ספטמבר 2012, אלול תשע"ב.
- מלאך, ג', כהנר, ל' (2018). **שנתון החברה החרדית בישראל 2018**. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה ומכון ירושלים לחקר ישראל.
- משרד הבריאות (2018). **אי השוויון בבריאות וההתמודדות עמו**, משרד הבריאות.
- משרד הבריאות, (2019). **עקרונות מנחים בקידום בריאות**, אוחר מתוך: health.gov.il/UnitsOffice/HD/PH/HealthEducation/Pages/guidelines.aspx
- משרד החינוך (1998). **חוזרי מנכ"ל - משרד החינוך והתרבות חוזר מנכ"ל נח/ 9 (א), אורחות חיים במסדות החינוך**.
<http://cms.education.gov.il/EducationCMS/Applications/Mankal/EtsMedorim/2/2-1/HoraotKeva/K-2015-8-2-2-1-15.htm>
- משרד החינוך (2012). **חוזר מנכ"ל "אורח חיים בריא ופעיל"**, במערכת החינוך תשע"ב 9.8-2
<http://cms.education.gov.il/EducationCMS/Applications/Mankal/EtsMedorim/9/9-8/HodaotVmeyda/H-2011-3a-9-8-2.htm>

משרד החינוך (א2012). **פיקוח על הבריאות, מדיניות בתחום בקידום בריאות**
<http://cms.education.gov.il/NR/rdonlyres/A6F8C55C-F80E-4AE9-849B-240E53CDBB1C/159403/LiBriut1.pdf>

משרד החינוך (2012). **לי בריאות: אוגדן מנחה להטמעת תחום הבריאות בבתי הספר במגזר החרדי**, ירושלים: משרד החינוך - אגף מוכר שאינו רשמי, 2012.
http://meyda.education.gov.il/files/chinuchmukar/LiBriut_haredim.pdf

משרד החינוך (2013). **חוזר מנכ"ל - אורחות חיים במוסדות החינוך מרץ 2013**
<http://cms.education.gov.il/EducationCMS/Applications/Mankal/EtsMedorim/2/2-2/HoraotKeva/K-2013-7a-2-2-82.htm>

משרד החינוך (2014). **קול קורא לקבלת הכרה כגן ילדים מקדם בריאות, לקראת שנת הלימודים תשע"ה**, משרד החינוך, המזכירות הפדגוגית המינהל הפדגוגי, הפיקוח על הבריאות אגף א' לחינוך קדם יסודי, מדינת ישראל 2014
http://cms.education.gov.il/EducationCMS/Units/Mazkirut_Pedagogit/Briut/mediniyut/ganBriut/Gan.htm

משרד החינוך (2016). **חוזר מנכ"ל - הזנה וחינוך לתזונה במוסדות החינוך אפריל 2016**
<http://cms.education.gov.il/EducationCMS/Applications/Mankal/EtsMedorim/2/2-2/HoraotKeva/K-2013-7a-2-2-82.htm>

משרד החינוך (2016). **מוסדות החינוך כמקדמי בריאות יעד 2020** משרד החינוך, המינהל הפדגוגי, סמנכ"ל בכיר ומנהל המינהל הפדגוגי, מדינת ישראל 2016
<http://www.orianit.edu-negev.gov.il/briout/cp/homepage/regFiles/%D7%9E%D7%95%D7%A1%D7%93%D7%95%D7%AA%20%D7%94%D7%97%D7%99%D7%A0%D7%95%D7%9A%20%D7%9B%D7%9E%D7%A7%D7%93%D7%9E%D7%99%20%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%95%D7%AA%20%D7%99%D7%A2%D7%93%202020.pdf>

משרד החינוך (2017). **מדיניות בתחום קידום בריאות**
s.education.gov.il/EducationCMS/Units/Mazkirut_Pedagogit/Briut/mediniyut/schoolBriut/wolkingon.htm

משרד החינוך (2019). **אוח - משרד החינוך: הפיקוח על הבריאות, מדיניות בתחום קידום בריאות, מדיניות בתחום קידום בריאות/בית ספר מקדם**
http://cms.education.gov.il/educationcms/units/mazkirut_pedagogit/briut/

ניהאיה, ד', בראון-אפל, א' (2016). הפיתוח הרעיוני של קידום בריאות: אמונות והצהרות בינלאומיות. בתוך: בראון-אפל, א., דאוד, נ., לוי-זמיר, ד. (עורכות), **קידום בריאות - מתיאוריה למעשה** (עמ' 63-51), תל אביב: דיונון.

צ'רניחובסקי, ד' ושרוני, ח' (2015). "הקשר בין הון חברתי לבריאות בקרב חרדים", בתוך: וייס, א' וצ'רניחובסקי, ד', **"דוח מצב המדינה חברה, כלכלה ומדיניות"** (עמ' 383-399), מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

קלעג'י, ת' (2007). **שמרנות ופתיחות בחברה פונדמנטליסטית מתבדלת - המאבקים סביב תהליכי אקדמיזציה במגזר החרדי בישראל בראשית המאה העשרים ואחת: הקמת המכללה החרדית ירושלים**. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן.

- קפלן, ק' (2003). חקר החברה החרדית בישראל: מאפיינים, הישגים ואתגרים. בתוך: ע. סיון וק. קפלן (עורכים). **חרדים ישראלים: השתלבות בלא טמיעה?**, ירושלים: מכון ון-ליר, הוצאת הקיבוץ המאוחד.
- קפלן, ק' ושטדלר, נ' (2009). **מנהיגות וסמכות בחברה החרדית בישראל: אתגרים וחלופות**, ירושלים: מכון ון-ליר, הוצאת הקיבוץ המאוחד.
- שוויד, ש' (1995). הפעילות הגופנית במשנתו של הרמב"ם. **בתנועה**, ג'1(1), 7-22.
- שורק, י' (2002). תרבות הגוף במשנתם של אבות התנועה הציונית. בתוך: ח' קאופמן וח' חריף, **תרבות הגוף והספורט בישראל במאה העשרים**. הוצאת יד בן צבי. עמ' 9-24.
- שחף מ' (2018). גישות ביהדות לפעילות גופנית ולספורט: הבדלים על רקע פילוח דתי. **רוח הספורט**, גיליון 4, 9-24.
- שפיגל, א' (2013). "לגופם של השקפות והלכי רוח": החברה החרדית בתור 'קהילת פרשנות'. **סוגיות חברתיות בישראל**, 16, עמ' 7-40.
- שפיר א' (1996). הרב קוק ויחסו לפעילות הגופנית והספורט, **היגיי גבעה ד' תשנ"ו**, עמודים 147-157.
- Coleman-Bruckheimer, K. & Dein, S. (2011). Health Care Behaviors and Beliefs in Hasidic Jewish Populations: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Religion and Health*, 50(2):422-36.
- Kahan, D. (2004). Relationships Among Religiosity, Physical Activity, and Sedentary Behavior in Jewish Adolescents. *Pediatric Exercise Science*, 16, 54-63.
- Kaufman, H. (2005). Jewish Sports in the Diaspora, Yishuv, and Israel: Between Nationalism and Politics. *Israel Studies*, 10(2), 147-167.
- Peles, C., Rudolf, M., Weingarten, M. & Bentwich, M. E. (2018). *What Can Be Learned from Health-Related Tensions and Disparities in Ultra-Orthodox Jewish Families?* Springer Science+ Business Media.
- Potvin, L., & Jones, C. M. (2011). Twenty-five years after the ottawa charter: The critical role of health promotion for public health. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne De Sante'e Publique*, 102(4), 244-248.
- Shaked, M., & Bilu, Y. (2006). Grappling with affliction: Autism in the ultraorthodox community in Israel. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30, 1-27.

פרסומים איגוד הבריאות העולמי

- World Health Organization. (1946). **Constitution of the World Health Organization**, Geneva.
- World Health Organization (2016). **9th Global Conference on Health Promotion**, Shanghai.