



אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה: מידע על המגפה והדאגה מפניה

נורה עבדל-רחמן¹ מיכל לרון¹
אורנה בראון-אפל² דיאן לוין-זמיר^{2,3}

¹ מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

² אוניברסיטת חיפה

³ שירותי בריאות כללית

עריכת לשון: יונת הורן
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

המחקר מומן בסיוע משרד הבריאות

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | טבת תשפ"ד | דצמבר 2023

תקציר

רקע

מגפת הקורונה המחישה כיצד התפשטות מהירה של תחלואה (פנדמיה) ושל מידע שחלקו נכון וחלקו שגוי (אינפודמיה) מעוררת בלבול וחוסר ודאות בנוגע לשאלה מהי התנהגות הבריאות המתאימה. במצב כזה גוברים מידת החשיבות של האוריינות הבריאותית והצורך לשפר אותה באוכלוסייה הכללית, ובייחוד באוכלוסיות המצויות בסיכון כדי להכין אותן למצבי חירום שעלולים להתרחש בעתיד. אוריינות זו פירושה כלל הידע והכישורים האישיים המאפשרים לפרט למצוא מידע, להבין אותו, להעריך אותו ולהשתמש בו ובשירותי בריאות כדי לשפר את הבריאות והרווחה האישית של הפרט ושל סביבתו ולשמור עליהן.

מטרות

1. לאמוד את התפלגות ארבעת הממדים של האוריינות הבריאותית בנוגע למגפת הקורונה – למצוא מידע, להבין אותו, להעריך את אמינותו ולבסס החלטות על פיו
2. לבחון את הקשר בין מאפייני רקע סוציו-דמוגרפיים ובריאותיים לאוריינות בריאותית בנוגע לקורונה
3. לבחון את הקשר בין מאפייני רקע סוציו-דמוגרפיים ובריאותיים לדאגה מפני המגפה

שיטה

מחקר זה הוא חלק ממחקר אירופי בין-לאומי, ואיסוף הנתונים עבורו התנהל במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל במחצית השנייה של דצמבר 2020. לצורך המחקר נערך סקר שהשתתפו בו 1,315 יהודים וערבים. ליהודים נשלח שאלון אינטרנטי למילוי עצמי בעברית, ולערבים נערכו ראיונות טלפוניים בערבית. בתום איסוף הנתונים שוקלל המדגם כדי להתאים אותו לאוכלוסייה לפי ההתפלגות הצולבת בין-המשתנים מגדר, גיל, דת, מחוז היישוב שהם מתגוררים בו ומידת הפריפריאליות של יישוב זה, על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. המשתנה 'השכלה' לא שוקלל במדגם זה בשל שיקולים סטטיסטיים, לכן נמצא תת ייצוג של מבוגרים בעלי השכלה נמוכה. הקשר הדו-משתני נבדק באמצעות מבחן χ^2 והקשר הרב-משתני נבדק באמצעות רגרסיה לוגיסטית.

ממצאים

ממצאי המחקר עולה כי אחד מכל שלושה מן המשתתפים דיווח על קושי להעריך את אמינות המידע על דרכי ההתגוננות מפני נגיף הקורונה, כלומר שיעור משתתפי המחקר שדיווחו על הקושי שצוין לעיל עומד על 35%. זהו השיעור הגבוה ביותר שנמצא בארבעת הממדים של האוריינות הבריאותית שנבדקו. רק 9% ממשתתפי המחקר דיווחו על קושי למצוא מידע כיצד להגן על עצמם מפני הידבקות בנגיף, 10% דיווחו על קושי להבין את המידע הזה ו-24% דיווחו על קושי לקבל החלטות על פיו.

עוד נמצא במחקר שהסיכוי לדווח על רמה נמוכה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה היה גבוה יותר בקרב האוכלוסיות האלה:

- יהודים לא חרדים (OR=2.0) לעומת ערבים
- אנשים ממעמד כלכלי נמוך (OR=1.7) לעומת אנשים ממעמד כלכלי בינוני-גבוה
- אלו שהעריכו את מעמדם החברתי כנמוך-בינוני (דירוג 1-5) (OR=2.0) או כגבוה (דירוג 6-7) (OR=1.5) לעומת אלו שהעריכו את מעמדם החברתי כגבוה מאוד (דירוג 8-10)

נוסף על כך נמצא במחקר שהסיכוי לדווח על דאגה מפני המגפה גבוה יותר בקרב האוכלוסיות האלה:

- אלו שדיווחו על רמה נמוכה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה (OR=1.5) לעומת אלו שדיווחו על רמה בינונית-גבוהה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה
- נשים (OR=1.4) לעומת גברים
- מבוגרים בני 45+ (OR=1.3) לעומת צעירים מהם
- יהודים לא חרדים (OR=3.3) לעומת ערבים וחרדים
- אנשים ממעמד כלכלי נמוך (OR=1.6) לעומת אנשים ממעמד כלכלי בינוני-גבוה

סיכום והמלצות

הלמידה על ההבדלים ברמות האוריינות הבריאותית לפי מאפייני רקע בזמן מגפות, כגון מגפת הקורונה, תאפשר היערכות מקדימה לאתגרים עתידיים דומים, והתמקדות בקבוצות אוכלוסייה הזקוקות לתיווך בגישה למידע, בהבנתו, בהערכת אמינותו, ובשימוש בו. לשם כך מומלץ שמקבלי החלטות ינקטו בצעדים האלה:

- הגברת היכולת של הציבור להבדיל בין מידע אמין למידע כזב
- התאמת התוכן וההמלצות שמפרסמים הגופים הרשמיים לאוכלוסיות בסיכון – כמו אנשים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך – וייתכן שצריך להשקיע משאבים נוספים שמתאמים לאוכלוסיות אלו כדי להקל עליהן ליישם את ההנחיות
- עריכת מחקרים בעתיד שיאששו את הממצא על אודות ההבדלים בין יהודים לערבים בכל הנוגע לרמת האוריינות הבריאותית. לשם כך יש להוסיף שאלות ידע שבוחנות את היכולת של שתי קבוצות האוכלוסייה הללו לברור מידע ולבסס החלטות לפיו כדי להגן על עצמן ועל הסובבים אותן מפני הידבקות במגפה

תוכן עניינים

1	1. מבוא
2	2. מטרת המחקר
3	3. שיטת המחקר
3	3.1 אוכלוסיית המחקר
3	3.2 כלי המחקר
4	3.3 ניתוח הנתונים
5	3.4 אתיקה
5	4. ממצאים
5	4.1 המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של משתתפי המחקר ומצב בריאותם
8	4.2 ארבעת הממדים של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה
8	4.3 הקשר בין משתני רקע ומשתנים סוציו-דמוגרפיים ובריאותיים ובין אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה
11	4.4 הקשר בין משתני רקע ואוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה ולדאגה מפניה
14	5. מגבלות המחקר
15	6. סיכום, דיון והמלצות
15	6.1 סיכום
16	6.2 דיון
18	6.3 המלצות
20	עוד פרסומים של המכון בנושא
21	מקורות
24	נספח

רשימת לוחות

6	לוח 1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המשיבים
7	לוח 2: מאפייני בריאות של משתתפי המחקר והתנהגויות בריאות
10	לוח 3: הקשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים לרמה נמוכה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה, רגרסיה לוגיסטית
13	לוח 4: הקשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים ואוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה לדאגה מפני המגפה, רגרסיה לוגיסטית

רשימת לוחות בנספח

- 24 לוח א-1: שאלות בנוגע למגפת הקורונה בשאלון הסקר
- 25 לוח א-2: הקשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים והקושי להעריך אם המידע על אודות מגפת הקורונה אמין
- 26 לוח א-3: בדיקת רגישות לקשר בין אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה לדאגה מפניה והקשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים לרמה נמוכה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה, רגרסיה לוגיסטית

רשימת תרשימים

- 2 תרשים 1: מטרות והשערות המחקר
- 4 תרשים 2: ארבעת הממדים של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה
- 8 תרשים 3: התפלגות ארבעת הממדים של האוריינות הבריאותית בנוגע למגפת הקורונה
- 9 תרשים 4: הקשר בין משתנים דמוגרפיים לאוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה
- 10 תרשים 5: הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי לאוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה
- 12 תרשים 6: הקשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים ואוריינות בנוגע למגפת הקורונה לדאגה מפני המגפה
- 12 תרשים 7: הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי לדאגה מפני המגפה
- 13 תרשים 8: הקשר בין מצב הבריאות ושימוש בשירותי בריאות לדאגה מפני המגפה
- 16 תרשים 9: סיכום הקשרים בין משתני המחקר

1. מבוא

משבר בריאותי בקנה מידה שהעולם חווה עם התפרצות מגפת הקורונה, בשנת 2020, איננו אירוע תדיר והוא מאתגר הן את מערכת הבריאות הן את האוכלוסייה. באירועים מסוג זה גוברים צורכי הבריאות של האוכלוסייה, ובעקבותיהם נוצרים עומסים במערכות הבריאות. בד בבד, מנהיגים, קובעי מדיניות וראשי מערכת הבריאות צריכים לקבל החלטות בתנאים של אי-ודאות. אומנם בזמן התפרצות המגפה הושקעו מאמצים רבים כדי להתאים את המדיניות למציאות המשתנה ולתווך אותה לתושבים בבהירות ובדרך שתעודד אותם לשתף פעולה ולהיענות להנחיות, אלא שאי-הודאות שאפיינה תקופה זו הייתה מלווה במה שזכה לכינוי "אינפודמיה" – מגפת המידע. זהו מונח המתאר התפשטות מהירה של מידע רב שחלקו נכון וחלקו שגוי (WHO, 2020; Zarocostas, 2020). ברמת הפרט, האינפודמיה יוצרת בלבול ומאתגרת בנוגע לשאלה מהי התנהגות הבריאות המתאימה למצב שהוא נמצא בו (Abel & McQueen, 2020). במצבים של מגפה בריאותית ומגפת מידע מוטלת על הפרט האחריות להגן על עצמו מהידבקות או מתחלואה ובולטת החשיבות של יכולותיו להתמודד עם המידע המופץ באמצעי התקשורת וברשתות החברתיות.

אוריינות בריאותית (health literacy) היא סך כל המיומנויות הקוגניטיביות והחברתיות המשפיעות על המוטיבציה ועל היכולת של הפרט לגשת למידע, להבין אותו ולהשתמש בו כדי לשמר ואף לשפר את מצבו הבריאותי (Nutbeam, 1998). בהגדרתה המעודכנת אוריינות בריאותית פירושה הידע והכישורים האישיים המצטברים במהלך פעילויות יום-יומיות, אינטראקציות חברתיות ולאורך הדורות. ידע וכישורים אלו מאפשרים **נגישות למידע, הבנה של המידע, הערכת אמיתות ושימוש** בו ובשירותים השונים בדרכים המשפרות את הבריאות והרווחה האישית של הפרט ושל סביבתו ושומרות עליהן (Nutbeam & Muscat, 2021; WHO, 2021). כמו כן אוריינות בריאותית נאותה מאפשרת לפרט לקבל החלטות מיטביות הנוגעות לבריאות וליישמן, ובכך מאפשרת שיפור של מצבו הבריאותי. אוריינות בריאותית היא גם אחד הגורמים המרכזיים המנבאים פערים בבריאות לצד משתנים סוציו-דמוגרפיים (Stormacq et al., 2019). במחקרים שעסקו באוריינות זו נמצא קשר בינה ובין מגוון מצבי בריאות – כמו מצב הבריאות הכללי, שיעורי אשפוז, דיכאון וסוכרת (DeWalt & Hink, 2009; Schillinger et al., 2002).

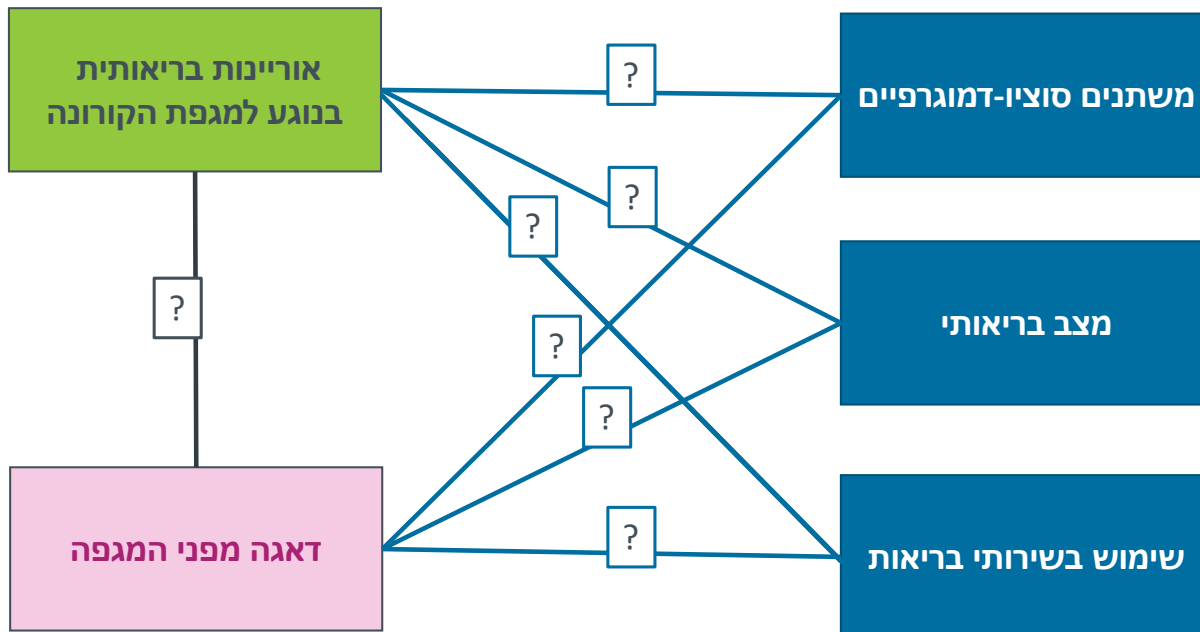
אוריינות בריאותית רלוונטית וחשובה במיוחד במקרים שנדרשת בהם תגובה מהירה בהתאם להנחיות ולהמלצות משתנות, כפי שהיה בתקופת מגפת הקורונה. במקרים כאלו אוריינות בריאותית נאותה תסייע לאנשים להבין את הסיבות להמלצות השונות שניתנו להם ולשקף עבורם את ההשפעות ואת התוצאות של פעולות שבאפשרותם לנקוט (Paakkari & Okan, 2020). בהמשך לכך, במחקר שנערך באיטליה נמצא קשר בין מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של הפרט לרמת האוריינות הבריאותית שלו בנוגע למגפת הקורונה, ולפיו מבוגרים בעלי השכלה נמוכה וממעמד כלכלי נמוך הביעו קושי להתמודד עם המידע על המגפה יותר מקבוצות אוכלוסייה אחרות שהשתתפו במחקר (Rosano et al., 2022). במגפת הקורונה הודגש ביתר שאת הצורך לשפר את האוריינות הבריאותית של האוכלוסייה הכללית ובמיוחד של אוכלוסיות המצויות בסיכון כדי להכין אותן למצבי חירום שעלולים להתרחש בעתיד. כמו כן מהניסיון של מדינות שונות בהתמודדות עם המגפה הופק שהאוריינות הבריאותית חשובה להשגת שינוי חיובי בהתנהגויות הבריאות של התושבים ולצמצום התפשטות המגפה (Levin-Zamir et al., 2021). לנוכח ההבדלים בין מדינות בכל הנוגע למערכות הבריאות ולדרכי התמודדותן עם מגפת הקורונה, וכן כדי לזהות את האוכלוסיות שנמצאות בסיכון לאוריינות בריאותית נמוכה בישראל, עולה החשיבות לעריכת מחקר שיאמוד את רמת האוריינות הבריאותית של התושבים בישראל בנוגע למגפת הקורונה ושיבחן את הקשר בין רמה זו ובין מאפייני הרקע הסוציו-דמוגרפיים והבריאותיים של התושבים.

2. מטרות המחקר

מטרת העל של מחקר זה הייתה לאמוד את האוריינות הבריאותית בישראל בנוגע למגפת הקורונה (COVID-19). מטרה זו התפלגה למטרות הספציפיות האלה (תרשים 1):

1. לאמוד את התפלגות ארבעת הממדים של האוריינות הבריאותית בנוגע למגפת הקורונה
2. לבחון את הקשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים לאוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה
3. לבחון את הקשר בין מצב בריאותי ושימוש בשירותי בריאות לאוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה
4. לבחון את הקשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים ואוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה לרמת הדאגה מפני המגפה
5. לבחון את הקשר בין המצב הבריאותי ושימוש בשירותי הבריאות לדאגה מפני המגפה

תרשים 1: מטרות והשערות המחקר



3. שיטת המחקר

המחקר הוא מחקר לאומי שנערך בישראל (ליון-זמיר ואח', 2023) וחלק ממחקר HLS19 (The Health Literacy Survey) שנוהל במיזם M-POHL (European Measuring Population and Organizational Health Literacy) (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021) שהשתתפו בו 17 מדינות ברחבי אירופה. בכל מדינה נערך סקר להערכת האוריינות הבריאותית של האוכלוסייה. איסוף הנתונים בישראל נהל במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל במחצית השנייה של חודש דצמבר 2020 לפי פרוטוקול המחקר של ה-M-POHL. לצורך המחקר נערך סקר בקרב יהודים וערבים. ליהודים נשלח שאלון אינטרנטי למילוי עצמי בעברית, ולערבים נערכו ראיונות טלפוניים בערבית. המשיבים לשאלון האינטרנטי קיבלו תגמול סמלי עבור המילוי.

3.1 אוכלוסיית המחקר

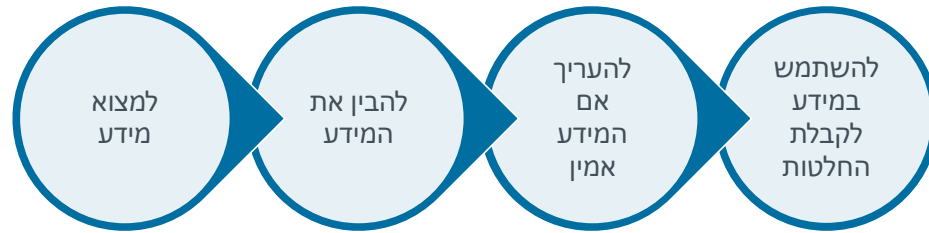
המחקר כלל 1,315 משתתפים הרשומים בחברת הפאנל שערכה את הסקר האינטרנטי או שנדגמו בחברת הסקרים שערכה את הסקר הטלפוני (בערבית). הקריטריונים להיכלל במחקר היו: תושבות קבע בישראל, מגורים במשק בית פרטי (להבדיל ממסגרת חוץ-ביתית) וגיל 18 ויותר. הם נדגמו לפי מכסות בהתאם למשתני הרקע האלה: מגדר, גיל, דת, מחוז היישוב שהם מתגוררים בו ומידת הפריפריאליות של יישוב זה. לאחר שהנתונים נאספו שוקלל המדגם כדי ליצור מדגם מייצג למשתנים אלו בהתאם להתפלגותם באוכלוסייה לפי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. המשתנה "השכלה" לא שוקלל במדגם זה בשל שיקולים סטטיסטיים, לכן הייצוג של מבוגרים בעלי השכלה נמוכה היה חסר בו, בדומה למדגמי שאר המדינות שהשתתפו במחקר.

3.2 כלי המחקר

שאלון המחקר הוא גרסה של שאלון המחקר HLS19 שנערך באירופה לאחר שעבר התאמה להקשר הישראלי ותרגום לעברית ולערבית. המחלקה לחינוך וקידום בריאות של שירותי בריאות כללית סייעה בתיקוף התרגום. השאלות בשאלון התמקדו בנושאים האלה: אוריינות בריאותית כללית ודיגיטלית, אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה, דאגה מפני המגפה, תמיכה חברתית, מצב בריאותי, התנהגויות בריאות, שימוש בשירותי בריאות וכן שאלות על הרקע הסוציו-דמוגרפי של משתתפי המחקר. השאלות בנוגע למגפת הקורונה, שמחקר זה מתמקד בהן, מוצגות בלוח א-1 בנספח (עבור ממצאי המחקר בנושאים האחרים שנכללו בסקר ראו: ליון-זמיר ואח', 2023).

כאמור, נכללו בשאלון ארבע שאלות לאמידת ארבעת הממדים של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה (תרשים 2). המשיבים נשאלו עד כמה קל או קשה להם למצוא ולהבין את המידע, להעריך את אמינותו ולקבל החלטות כשהם מתבססים עליו. התשובות נוסחו בארבע דרגות על פי סולם ליקרט (1-4): קל מאוד, קל, קשה וקשה מאוד.

תרשים 2: ארבעת הממדים של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה



השאלה החמישית התייחסה למידה שבה המרואיין דאג באופן אישי בגלל מגפת הקורונה, וגם התשובות עליה היו בארבע דרגות על פי סולם ליקרט: מודאג/ת מאוד, מודאג/ת, לא כל כך מודאג/ת, כלל לא מודאג/ת.

3.3 ניתוח הנתונים

תחילה נבדקו ההתפלגויות של כל משתני המחקר. לאחר מכן נבדקה מידת המהימנות הפנימית של ארבע השאלות שעסקו באוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה. בניתוח נמצאה מהימנות טובה ($\alpha=0.85$), לכן חושב מדד מסכם לארבעת הממדים באמצעות סכימת התשובות של ארבע השאלות לפי הניקוד שלהלן: קשה מאוד=1, קשה=2, קל=3, קל מאוד=4. בהתאם לכך כל משתתף קיבל ציון על פי התשובות שענה. ערכים אלו עברו נרמול (הציון הוכפל כדי שיהיה מתוך 100), ולאחר מכן נוצר משתנה דיכוטומי למדד המסכם את רמת האוריינות הבריאותית בנוגע למגפת הקורונה (רבעון תחתון הוגדר כרמה נמוכה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה, ואילו השאר הוגדרו כרמה בינונית-גבוהה של אוריינות בריאותית).

כמו כן נבחן בניתוח הנתונים הקשר בין אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה ובין המשתנים הסוציו-דמוגרפיים האלה: מגדר (אישה/גבר), גיל לפי יום ההולדת האחרון (כמשתנה דיכוטומי: בני 18–44 ובני ≥ 45 , בהתאם להתפלגות המשתנה במדגם), קבוצה באוכלוסייה (ערבי, יהודי חרדי ויהודי לא חרדי), השכלה (תיכונית או פחות, על תיכונית לא אקדמית ועל תיכונית אקדמית). נוסף על כך נבחן המעמד הכלכלי של משתתפי המחקר לפי התשובות לשאלה "כמה קל לך או קשה לך בדרך כלל לשלם את כל החשבונות שלך בסוף החודש? למשל: חשמל, מים, שכר דירה וכדומה"; אלו שהשיבו "קשה מאוד" או "קשה" הוגדרו כבעלי מעמד כלכלי נמוך, ואלו שהשיבו "קל מאוד" או "קל" הוגדרו כבעלי מעמד כלכלי בינוני-גבוה. המעמד החברתי נבחן בהתאם לדירוג העצמי של משתתפי המחקר בסולם 1-10, ולפיו הדירוג 10 מציין את המצב הטוב ביותר מבחינת כסף, השכלה, כבוד בחברה וכבוד בעבודה. בעיבוד הנתונים חולק המעמד החברתי לקבוצות לפי הציון: 1–3 מעמד חברתי נמוך, 4–5 מעמד חברתי בינוני, 6–7 מעמד חברתי גבוה ו-8–10 מעמד חברתי גבוה מאוד. מידת הפריפריאליות של יישוב המגורים הוגדרה לפי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על פי המרחק של היישוב מאפשרויות (כגון שווקים, מקומות תעסוקה ושירותי בריאות), מפעילויות (כגון עבודה, לימודים, קניות ופנאי) או מנכסים הקיימים בכל האזורים, כולל באזור עצמו (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2020). בתהליך עיבוד הנתונים חולק המשתנה הזה ליישוב מרכזי, יישוב בינוני ויישוב פריפריאלי.

נוסף על כך נאספו בסקר מאפייני בריאות של המשיבים (הערכה עצמית של מצב הבריאות, נוכחות מחלה כרונית, השמנה) ונתונים על שימוש בשירותי בריאות בשנת 2020, השנה שבה נערך הסקר (שימוש בשירותי חירום, ביקור אצל רופא משפחה ואשפוז בבית חולים). מלבד זאת, נכללו בסקר שאלות בנוגע להתנהגויות בריאות (עישון, עיסוק בפעילות גופנית), אך הן לא נותחו במסגרת מחקר זה.

כדי לבחון את הקשר הדו-משתני נערך מבחן χ^2 . נוסף על כך נערך ניתוח רב-משתני באמצעות רגרסיה לוגיסטית לבחינת הקשר בין משתני הרקע לאוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה ולדאגה מפניה תוך כדי תקנון למשתנים מתערבים. ניתוח הנתונים בוצע בעזרת תוכנת SPSS ו-0.05 p נחשב למובהק סטטיסטית.

3.4 אתיקה

המחקר קיבל את אישורה של ועדת האתיקה של מכון מאיר-סג"וינט-ברוקדייל. כמו כן בדברי הפתיחה של השאלון הוסברו למשתתפים מטרות המחקר והובטחה להם שמירה על אנונימיות. לשם כך לא נשמרו בקובץ הנתונים של המחקר פרטים מזהים שלהם – כמו שם, מספר תעודת זהות או פרטי קשר.

4. ממצאים

4.1 המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של משתתפי המחקר ומצב בריאותם

52% מ-1,315 משתתפי המחקר הם נשים; 54% ממשתתפי המחקר בני 18-44; 74% יהודים לא חרדים ו-17% ערבים (ר' **לוח 1**). רוב משתתפי המחקר (67%) הגדירו את מצבם הבריאותי כטוב או טוב מאוד; 41% דיווחו שיש להם מחלה כרונית ו-12% דיווחו שאושפזו ב-2020, השנה שבה נערך המחקר (ר' **לוח 2**).

לוח 1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המשיבים, N=1,315 (במספרים ובאחוזים)

מאפיין	n	%
מגדר		
נשים	684	52
גברים	631	48
גיל		
44-18	606	54
45≤	709	46
קבוצה באוכלוסייה		
יהודים לא חרדים	971	74
יהודים חרדים	123	9
ערבים	221	17
השכלה		
תיכונית או פחות	439	33
על תיכונית לא אקדמית	371	28
אקדמית	506	39
מעמד כלכלי[^]		
נמוך	494	38
בינוני-גבוה	757	58
מידע חסר	64	4
מעמד חברתי^{^^}		
נמוך (1-3)	72	5
בינוני (4-5)	325	25
גבוה (6-7)	563	43
גבוה מאוד (8-10)	286	22
מידע חסר	69	5
מחוז מגורים		
צפון וחיפה	369	28
מרכז ותל אביב	537	41
ירושלים ויהודה ושומרון	228	17
דרום	181	14
פריפריאליות		
ישוב מרכזי	787	60
ישוב ביניים	271	20
ישוב פריפריאלי	257	20

[^]על פי התשובות לשאלה: כמה קל לך או קשה לך בדרך כלל לשלם את כל החשבונות שלך בסוף החודש? (למשל חשמל, מים, שכר דירה).
^{^^}הערכה עצמית בסולם 1-10, ולפיו המספר 10 מסמן את המצב הטוב ביותר, אלו שיש להם הכי הרבה כסף, השכלה, כבוד בחברה וכבוד בעבודה.

לוח 2: מאפייני בריאות של משתתפי המחקר והתנהגויות בריאות, N=1,315 (במספרים ובאחוזים)

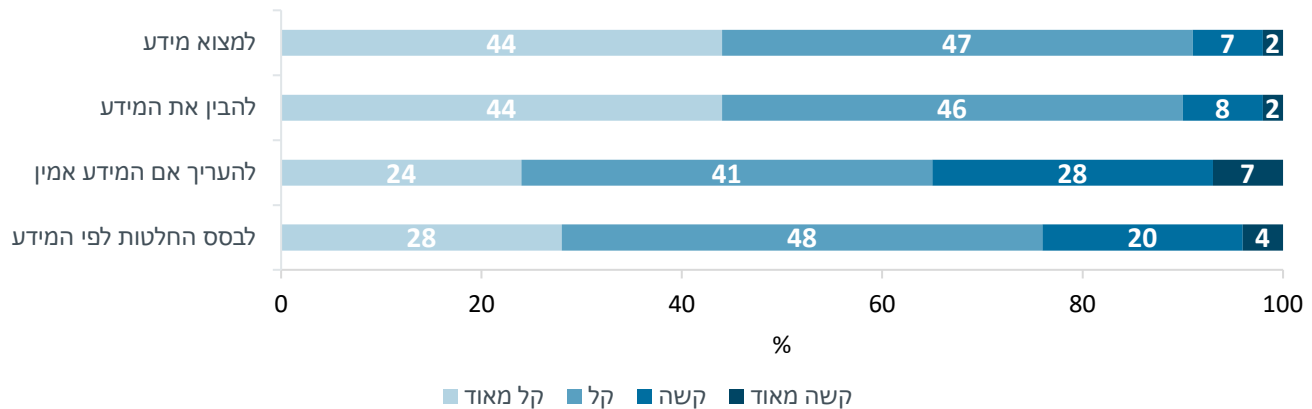
מאפיין	n	%
המצב הבריאותי[^]		
טוב/ טוב מאוד	883	67
בסדר/ גרוע/ גרוע מאוד	432	33
השמנה[^]		
כן	273	21
לא	972	74
מידע חסר	70	5
מעשן		
כן	315	24
לא	1,000	76
עיסוק בפעילות גופנית		
כן	968	74
לא	347	26
מחלה כרונית		
כן	540	41
לא	776	59
שימוש בשירותי חירום בשנת הסקר (2020)		
כן	349	26
לא	966	74
ביקור אצל רופא כללי או רופא משפחה בשנת הסקר (2020)		
כן	1130	86
לא	185	14
אשפוז בבית החולים בשנת הסקר (2020)		
כן	167	12
לא	1148	88

[^]השמנה: BMI הגבוה מ-30 ק"ג/מ"ר.

4.2 ארבעת הממדים של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה

9% ממשתתפי המחקר דיווחו כי היה להם קשה או קשה מאוד למצוא מידע כיצד להגן על עצמם מפני הידבקות בנגיף, ו-10% דיווחו שהיה להם קשה או קשה מאוד להבין את המידע הזה. עם זאת, 35% דיווחו שהיה להם קשה או קשה מאוד להעריך אם המידע על דרכי ההתגוננות מפני הנגיף אמין. 24% דיווחו שהיה להם קשה או קשה מאוד לקבל החלטות על בסיס המידע בנושא הנדון (**תרשים 3**).

תרשים 3: התפלגות ארבעת הממדים של האוריינות הבריאותית בנוגע למגפת הקורונה (באחוזים) N=1,315



4.3 הקשר בין משתני רקע ומשתנים סוציו-דמוגרפיים ובריאותיים ובין אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה

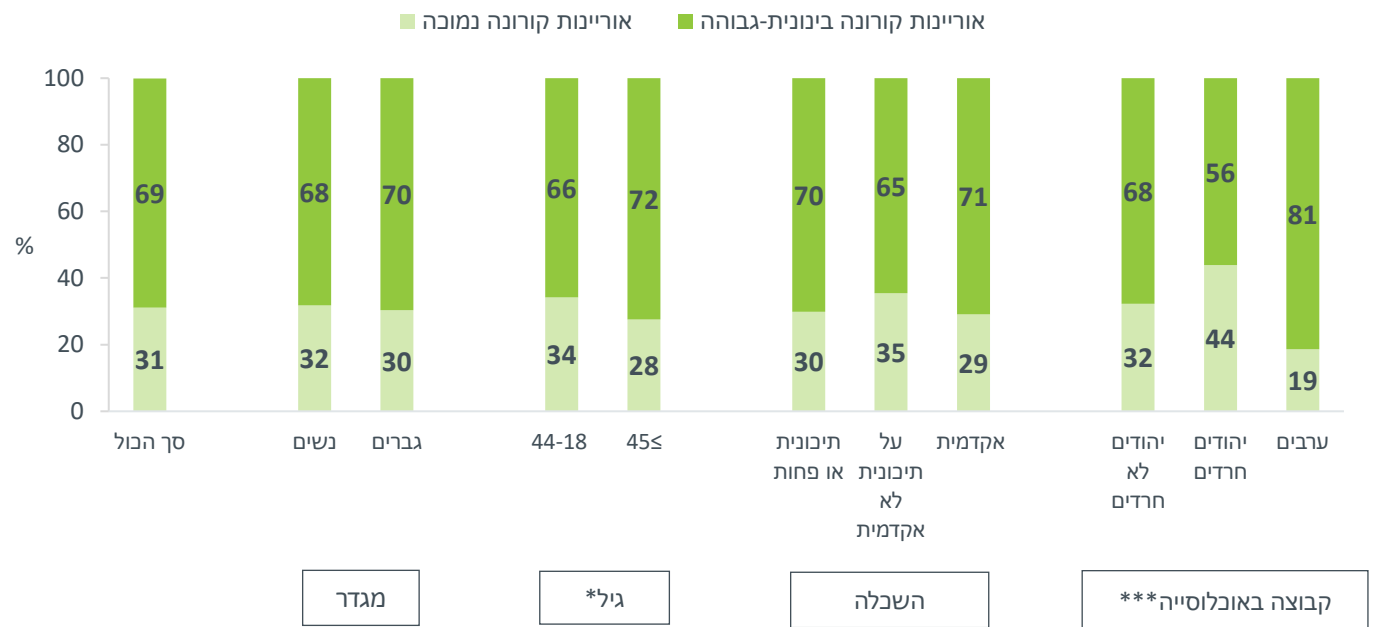
כאמור, המדד המסכם לרמת האוריינות הבריאותית בנוגע למגפת הקורונה הוגדר לפי ציון שחולק לרבעונים. משתתפי המחקר שקיבלו ציון ברבעון התחתון סווגו כבעלי רמה נמוכה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה, ואילו השאר הוגדרו כבעלי רמה בינונית-גבוהה של אוריינות זו.

בניתוח הנתונים הדו-משתני נמצא קשר מובהק בין אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה ובין המשתנים גיל, קבוצה באוכלוסייה (**ר' תרשים 4**), מעמד כלכלי ומעמד חברתי (**ר' תרשים 5**). בניתוח הרב-משתני (מתוקנן לגיל ולמין) נמצא שהסיכוי לדווח על רמה נמוכה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה בקרב ערבים היה נמוך יותר מן הסיכוי בקרב יהודים ($OR=0.5$) בקרב ערבים לעומת יהודים). עוד נמצא כי סיכוי זה בקרב אנשים ממעמד כלכלי נמוך היה גבוה יותר מהסיכוי בקרב אנשים ממעמד כלכלי בינוני-גבוה ($OR=1.7$) בקרב אנשים ממעמד כלכלי נמוך לעומת אנשים ממעמד כלכלי בינוני-גבוה). נוסף על כך נמצא כי הסיכוי לדווח על רמה נמוכה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה בקרב אלו שהעריכו את מעמדם החברתי כנמוך (דירוג

3-1) או כבינוני (דירוג 4-5) היה גבוה יותר מאשר בקרב אלו שהעריכו את מעמדם החברתי כגבוה (OR=2.0 לעומת הערכה של מעמד חברתי גבוה – 8-10) (ר' לוח 3). בניתוח הרב-משתני לא נמצא קשר מובהק בין אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה למגדר או גיל. גם לא נמצא קשר מובהק בין אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה למצב הבריאות (הערכה עצמית של מצב הבריאות, נוכחות מחלה כרונית או נוכחות מוגבלות) ולא נמצא קשר בין האוריינות הבריאותית לשימוש בשירותי הבריאות בשנת 2020 (שימוש בשירותי חירום, אשפוז בבית חולים או ביקור אצל רופא משפחה).

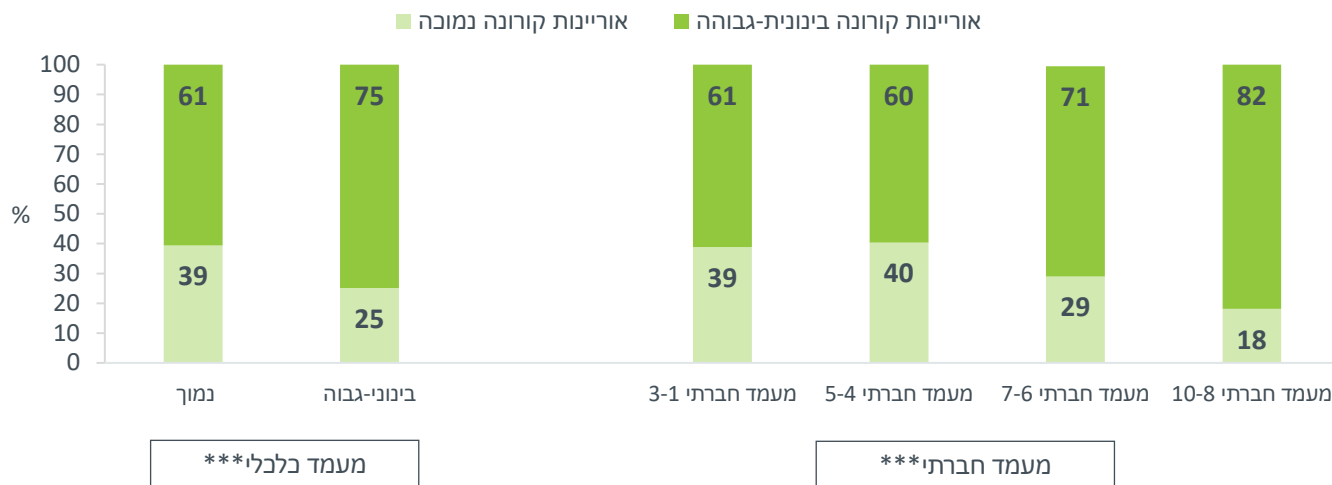
נוסף על כך נבחן במחקר הקשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים ובין ההערכה אם המידע על מגפת הקורונה אמין, וזאת מפני שנמצא שזהו הממד ששיעור המתקשים בו היה הגבוה ביותר. עוד נמצאו במחקר קשרים דומים לאלו שנמצאו בין משתנים סוציו-דמוגרפיים ובין הממד המסכם לאוריינות בריאותית. על פי הקשרים האלה הסיכוי לחוות קושי בהערכת האמינות של המידע על מגפת הקורונה גדל בקרב יהודים, אנשים ממעמד כלכלי נמוך ואלו שהעריכו את מעמדם החברתי כנמוך (דירוג 1-3) או כבינוני (דירוג 4-5). אך להבדיל מן הממד המסכם לרמת האוריינות הבריאותית בנוגע לקורונה, נמצא קשר מובהק בין הקושי להעריך את אמינות המידע על מגפת הקורונה לגיל, ולפיו הסיכוי לחוות קושי בהערכת האמינות של המידע גדל בקרב מבוגרים בני 45+ (OR=1.3, לעומת צעירים מהם) (ר' לוח א-2 בנספח).

תרשים 4: הקשר בין משתנים דמוגרפיים לאוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה (באחוזים) N=1,315



$p < .05^{***}$ $p < .001^{***}$

תרשים 5: הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי לאוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה, N=1,315 (באחוזים)



$p < .001$ ***

לוח 3: הקשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים לרמה נמוכה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה, רגרסיה לוגיסטית, N=1,202

משתנה	יחס צולב Odds ratio	רווח בר-סמך (95%)	מובהקות (p)
קבוצה באוכלוסייה			
ערבי	0.5	0.71–0.31	< .001
חרדי	1.3	2.00–0.84	0.24
יהודי לא חרדי	1		
מעמד כלכלי			
נמוך	1.7	2.30–1.32	< .001
בינוני-גבוה	1		
מעמד חברתי			
3–1 (נמוך)	2.0	3.61–1.09	0.02
5–4	2.0	3.06–1.33	< .001
7–6	1.5	2.17–1.03	0.03
10–8 (גבוה)	1		

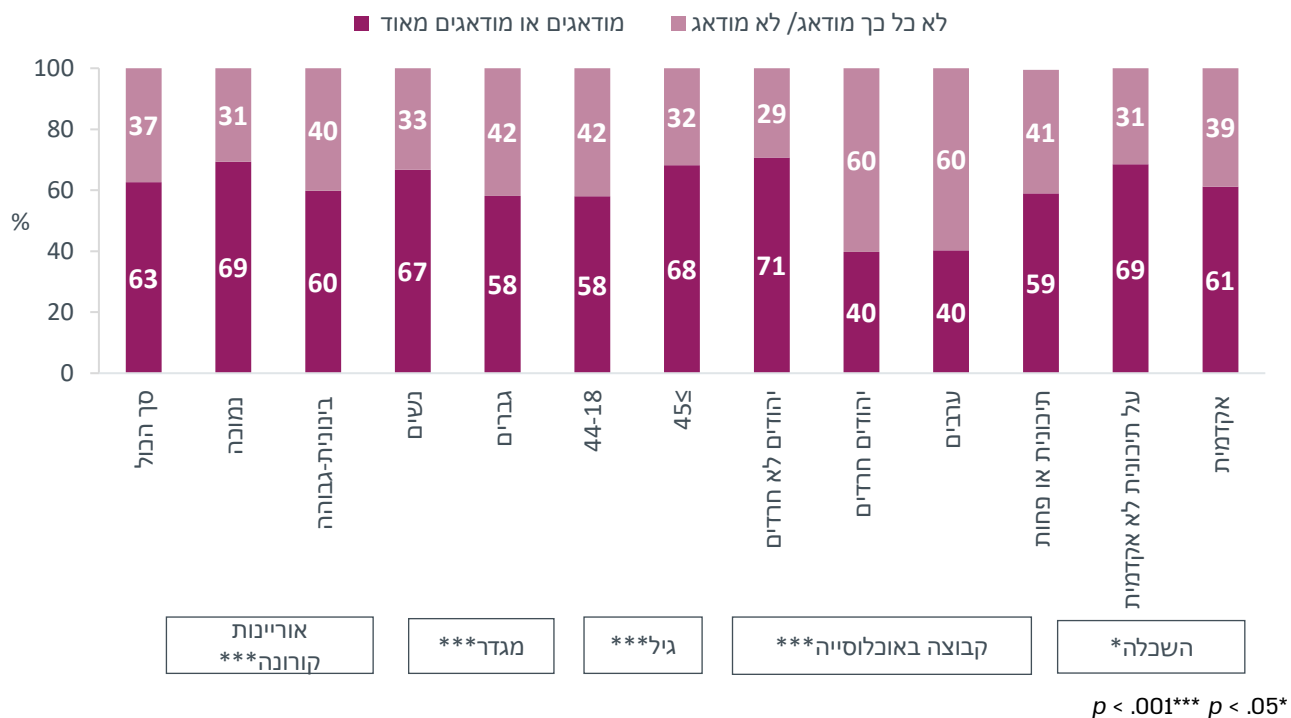
^ מתוקנת לגיל ומין. המשתנה התלוי: אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה (קבוצת הייחוס; רמה בינונית-גבוהה).

4.4 הקשר בין משתני רקע ואוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה ולדאגה מפניה

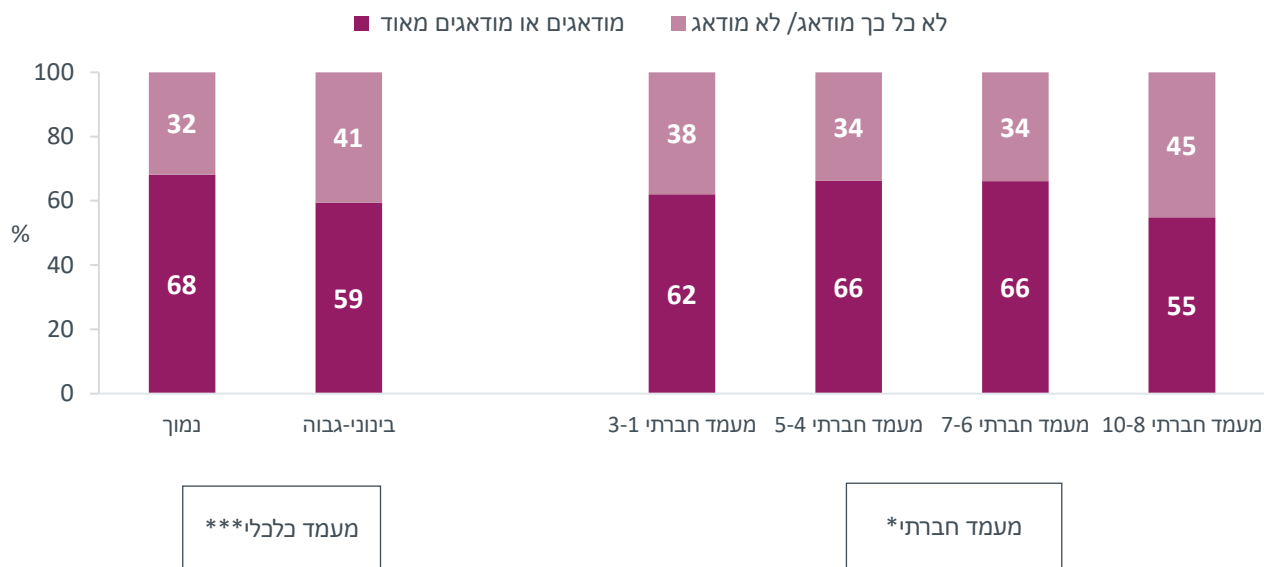
63% ממשתתפי המחקר דיווחו שהם מודאג או מודאג מאוד בגלל מגפת הקורונה. בניתוח הנתונים הדו-משתני נמצא קשר מובהק בין דאגה מפני המגפה לאוריינות בריאותית בנוגע למגפה ולמשתנים: מגדר, גיל, קבוצה באוכלוסייה והשכלה (ר' **תרשים 6**). כמו כן נמצא קשר מובהק בין דאגה מפני המגפה למעמד כלכלי ולמעמד חברתי (ר' **תרשים 7**). מלבד זאת, נמצא קשר מובהק בין דאגה מפני המגפה למשתנים מצב הבריאות לפי הערכה עצמית, נוכחות מחלה כרונית וביקור אצל רופא (ר' **תרשים 8**). בניתוח הרב-משתני נמצא שהסיכוי לדאגה מפני המגפה היה גבוה יותר בקרב הקבוצות האלה: בעלי רמה בינונית-גבוהה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה ($OR=1.5$) לעומת אלו שדיווחו על רמה בינונית-גבוהה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה; נשים ($OR=1.4$) לעומת גברים; מבוגרים בני ≤ 45 ($OR=1.3$) לעומת צעירים מהם; ואנשים ממעמד כלכלי נמוך ($OR=1.6$) לעומת אנשים ממעמד כלכלי בינוני-גבוה. עוד נמצא כי הסיכוי של ערבים ויהודים חרדים להיות מודאגים מקורונה קטן יותר מסיכוי זה בקרב יהודים לא חרדים ($OR=0.3$), ולא נמצא הבדל מובהק בין ערבים ליהודים חרדים בנוגע לדאגה מפני המגפה (ר' **לוח 4**). הקשרים בין דאגה מפני המגפה למעמד חברתי וכן הקשרים בין דאגה מפני המגפה למצב הבריאות לפי הערכה עצמית, נוכחות מחלה כרונית וביקור אצל רופא נהיו לא מובהקים לאחר התקנון למשתני רקע.

זאת ועוד, במחקר נערכה בדיקת רגישות לבחינת הקשר בין האוריינות הבריאותית בנוגע לקורונה ובין הדאגה מפני המגפה באמצעות רגרסיה הפוכה – המשתנה 'אוריינות בריאותית בנוגע לקורונה' הוגדר כמשתנה תלוי והמשתנה 'דאגה מפני המגפה' הוכנס לרגרסיה כמשתנה בלתי תלוי. הממצאים שעלו מבדיקה זו היו דומים לאלו המתוארים בלוח 4 לעיל. עולה מהם שהסיכוי של אלו שדיווחו על רמה גבוהה של דאגה מפני המגפה להיות ברמה נמוכה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה היה פי 1.6 מהסיכוי של אלו שדיווחו על רמה נמוכה של דאגה מפני המגפה (ר' נספח לוח א-3) והקשרים עם משתני הרקע עולים בקנה אחד עם אלו שתוארו בלוח 3.

תרשים 6: הקשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים ואוריינות בנוגע למגפת הקורונה לדאגה מפני המגפה, N=1,315 (באחוזים)

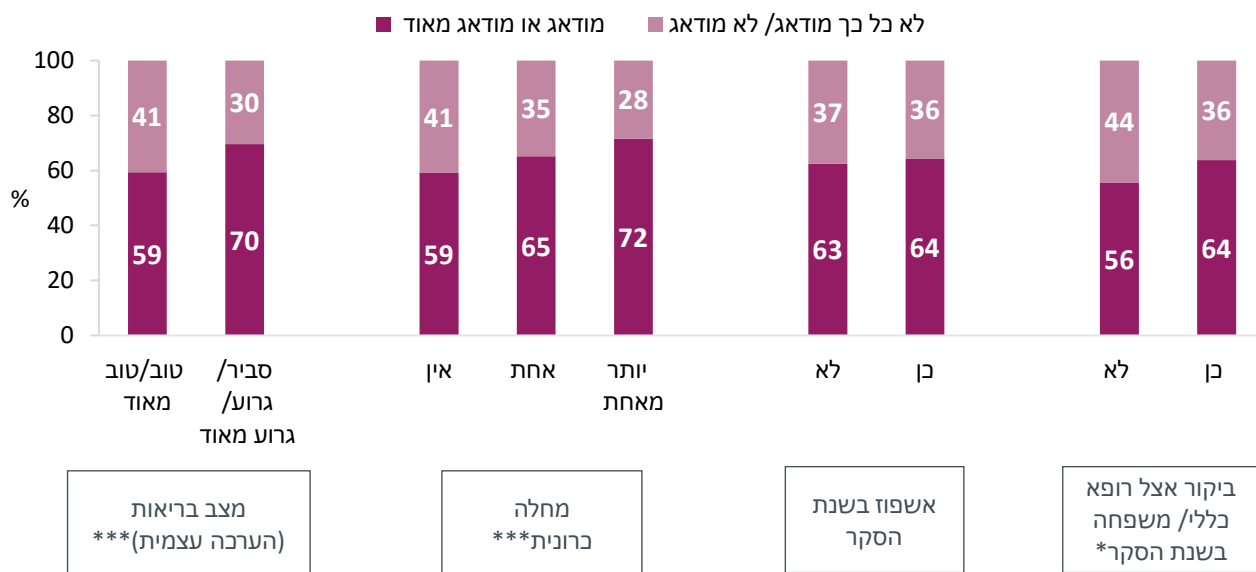


תרשים 7: הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי לדאגה מפני המגפה, N=1,315 (באחוזים)



$p < .001$ *** $p < .05$ *

תרשים 8: הקשר בין מצב הבריאות ושימוש בשירותי בריאות לדאגה מפני המגפה, N=1,315 (באחוזים)



$p < .001^{***}$ $p < .05^*$

לוח 4: הקשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים ואוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה לדאגה מפני המגפה, רגרסיה לוגיסטית, N=1,253

משתנה	יחס צולב Odds ratio	רווח בר-סמך (95%)	מובהקות (p)
אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה			
רמה נמוכה	1.5	1.91–1.17	.001
רמה בינונית-גבוהה	1		
מגדר			
נשים	1.4	1.81–1.11	.005
גברים	1		
גיל			
44-18	1.3	1.68–1.02	.033
45≤	1		
קבוצה באוכלוסייה			
ערבי	0.3	0.38–0.20	< .001
חרדי	0.3	0.41–0.18	< .001
יהודי לא חרדי	1		
מעמד כלכלי			
נמוך	1.6	2.1–1.3	< .001
בינוני-גבוה	1		

המשתנה התלוי: דאגה מפני המגפה (קבוצת הייחוס; לא כל כך מודאג או כלל לא מודאג).

5. מגבלות המחקר

מחקר זה מבוסס על סקר אינטרנטי למילוי עצמי שנערך בעברית (סקר פאנל) ועל ראיונות טלפוניים שנערכו בערבית. ההחלטה להשלים את הסקר האינטרנטי בראיונות טלפוניים נבעה מן העובדה שלא היה במחקר ייצוג מספק של האוכלוסייה הערבית. עם זאת, ייתכן שההבדל בין שיטות איסוף הנתונים הוביל להטיות בתשובות.

שנית, רמת האוריינות בנוגע למגפת הקורונה נמדדה על סמך תחושה סובייקטיבית של המשיבים כלפי הקלות או הקושי שהם חוו כשניסו למצוא מידע בריאותי בנוגע לנגיף, להבין אותו, להעריך את אמינותו ולקבל החלטות על פיו. מחקר זה לא בחן אוריינות בריאותית פונקציונלית בנוגע למגפה, כלומר לא נשאלו במחקר שאלות שבחנו את היכולת של המשיבים ליישם כישורי אוריינות בנוגע למגפה או לכללי ההתנהגות הדרושים כדי להתגונן מפניה.

נוסף על כך המחקר נערך לפני תקופת החיסונים נגד הנגיף, לכן לא נבדקה האוריינות הבריאותית בנוגע לחיסונים. בנוגע לרמת הדאגה מן המגפה, ייתכן שהיא קשורה לקבלת החיסונים ולירידה בתחלואה עם הזמן, קשר שלא נבדק במחקר זה.

לבסוף, אף על פי שהמדגם שוקלל בהתאם לכמה משתני רקע, היה באוכלוסיית המחקר ייצוג יתר של הקבוצות האלה: בעלי השכלה על תיכונית שאינה אקדמית (28% במחקר לעומת 15% באוכלוסיית ישראל), אנשים ממעמד כלכלי נמוך (40% במחקר דיווחו על קושי בתשלום חשבונות לעומת 26% באוכלוסיית ישראל), כאלה שהמצב הבריאותי שלהם לא טוב (33% במחקר לעומת 16% באוכלוסיית ישראל) וחולים כרוניים (41% במחקר לעומת 30% באוכלוסייה) (לפי הסקר החברתי של הלמ"ס 2021, [מחולל לוחות של למ"ס](#)).

6. סיכום, דיון והמלצות

6.1 סיכום

מחקר זה אמד את התפלגות ארבעת הממדים של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה. נמצא שכ-90% ממשותפי המחקר דיווחו כי קל להם או קל להם מאוד למצוא מידע כיצד להגן על עצמם מפני ההידבקות בניגף ולהבין את המידע הזה. עם זאת, 35% מהמשתתפים דיווחו שהם מתקשים להעריך אם המידע הזה אמין, ו-24% מהמשתתפים דיווחו שהם מתקשים לבסס החלטות לפי המידע.

נוסף על כך נבחנו במחקר הקשרים האפשריים בין משתנים סוציו-דמוגרפיים, מצב בריאותי ושימוש בשירותי בריאות ובין אוריינות בריאותית בנוגע לקורונה וכן הקשר של כל המשתנים האלה לרמת הדאגה מפני מגפת הקורונה. סיכום הקשרים שנמצאו מופיע **בתרשים 9** להלן.

נמצא שהסיכוי לרמה נמוכה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה גבוה יותר בקרב האוכלוסיות האלה:

- יהודים (OR=2.0) לעומת ערבים
- אנשים ממעמד כלכלי נמוך (OR=1.7) לעומת אנשים ממעמד כלכלי בינוני-גבוה
- אלו שהעריכו את מעמדם החברתי כנמוך-בינוני (דירוג 1-5) (OR=2.0) לעומת אלו שהעריכו את מעמדם החברתי כגבוה (דירוג 8-10)

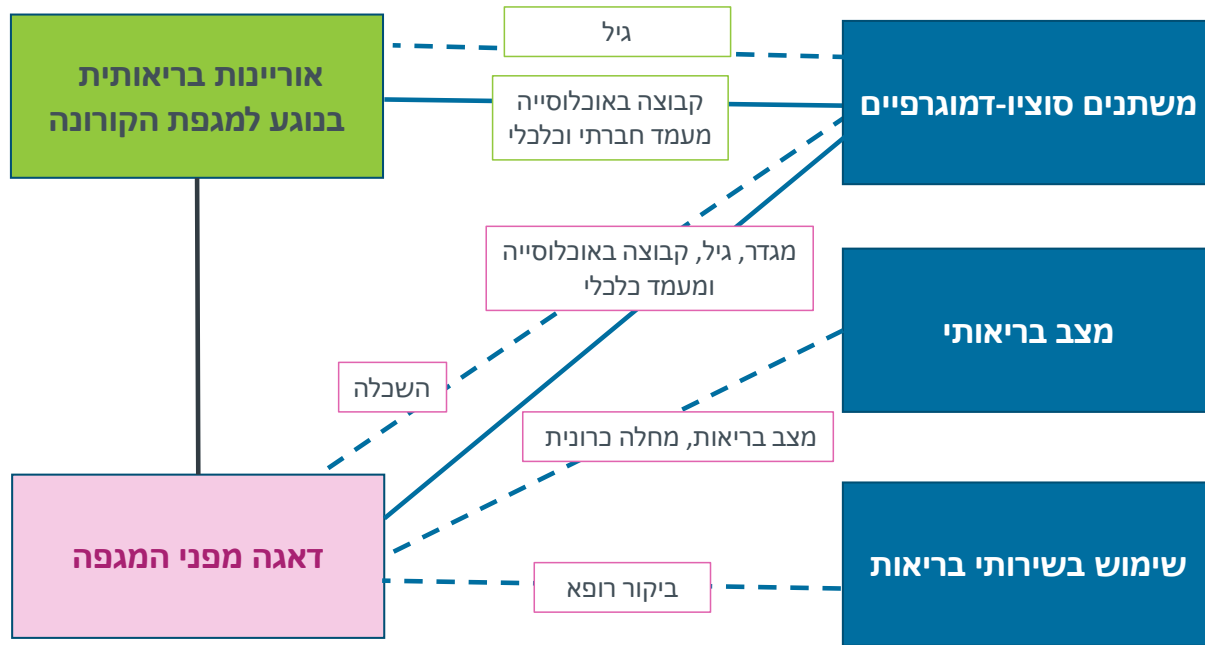
לא נמצא במחקר קשר בין המשתנים מגדר, השכלה, מצב הבריאות והשימוש בשירותי בריאות ובין רמת האוריינות הבריאותית בנוגע לקורונה.

גיל נמצא קשור בקשר דו-משתני לרמת האוריינות הבריאותית בנוגע לקורונה, אך קשר זה נעלם לאחר פיקוח על משתנים כמו קבוצה באוכלוסייה.

עוד נמצא שהסיכוי להיות מודאג מהמגפה גבוה יותר בקרב הקבוצות האלה:

- אלה שדיווחו על רמה נמוכה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה (OR=1.5) לעומת אלה שדיווחו על רמה בינונית-גבוהה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה
- נשים (OR=1.4) לעומת גברים
- מבוגרים בני 45+ (OR=1.3) לעומת צעירים מהם
- אנשים ממעמד כלכלי נמוך (OR=1.6) לעומת אנשים ממעמד כלכלי בינוני-גבוה
- יהודים לא חרדים (OR=3.3) לעומת ערבים וחרדים

נוסף על כך נמצא קשר בין השכלה לדאגה מפני המגפה, אך קשר זה נעלם לאחר פיקוח על משתנים כמו מעמד כלכלי וכך גם הקשרים בין המצב הבריאותי והשימוש בשירותי בריאות לדאגה מפני המגפה.



הערה: קו מקווקו מסמן קשר מובהק בניתוח דו-משתני שהפך ללא מובהק לאחר התקנון למשתני רקע, וקו רציף מצייין קשר שנשאר מובהק גם לאחר התקנון למשתנים מתערבים.

6.2 דיון

המחקר נערך במסגרת מאמץ רחב ורב שנים לבחון ולהעריך את רמת האוריינות הבריאותית של הציבור ואת הקשר בינה ובין מגוון מאפיינים אחרים – כגון משתני הרקע של הפרט, מצב הבריאות שלו, הרשת החברתית שלו, דפוסי הצריכה של שירותי הבריאות והתנהגויות הבריאות שלו. ספציפית, מחקר זה הוא חלק ממחקר לאומי שנערך בישראל, והוא חלק מהמחקר הבין-לאומי (HLS19) שנוהל במיזם M-POHL. במחקר הנדון הושם דגש על האוריינות הבריאותית בנוגע למגפת הקורונה בשל החשיבות של אוריינות זו בתקופות של מגפה או של משבר בריאותי אחר. בתקופות כאלה יש עניין ציבורי מיוחד בנוגע להתנהגויות הבריאות של האנשים ובנוגע למידת ההבנה שלהם את מדיניות הבריאות ואת ההנחיות שניתנות להם, שכן יש בכוחם להשפיע על שיעורי ההדבקה ועל שיעור המתחסנים נגדה (Paakkari & Okan, 2020). לצד החיסונים הביו-רפואיים, גם חיסון חברתי (כגון עטיית מסיכות ושמירה על מרחק חברתי) מסייע במניעת התפשטות המגפה. האוריינות הבריאותית ככלי לחיסון חברתי מאפשרת ליחידים ולקהילות להבין מידע שניתן באמצעות הממשלה ורשויות הבריאות וליישם אותו, ובכך לצמצם את התפשטות הנגיף (Okan et al., 2023). כמו כן בתקופה הנדונה של משבר בריאות עולמי הרשויות השקיעו מאמצים רבים בהסברה, אך היה גם מידע

רב לא אמין שהופץ בעיקר ברשתות החברתיות (Zarocostas, 2020). בהקשר זה עניין את צוות המחקר לבחון את ההערכה העצמית של יכולת הציבור לברור מידע ולהעריך אותו כדי להגן על עצמו ועל הסובבים אותו מפני הידיבקות במגפה, ובייחוד את הקשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים ומאפייני בריאות לאוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה ולדאגה מפניה.

מצב חברתי-כלכלי, אוריינות בנוגע למגפת הקורונה והדאגה מפניה

במחקר זה נמצא שבקרב אנשים שמעריכים את מעמדם החברתי והכלכלי כבינוני-נמוך הסיכוי לרמה נמוכה יחסית של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה גבוה מסיכוי זה בקרב אלו שמעריכים את מעמדם החברתי והכלכלי כגבוה. הממצאים הללו עולים בקנה אחד עם ממצאי מחקרים שהתמקדו באוריינות בריאותית כללית (לויין-זמיר ואח', 2023) ועם ממצאי מחקרים שפורסמו בספרות הבין-לאומית. במחקרים הללו נמצא כי רמת האוריינות הבריאותית בנוגע למגפת הקורונה בקרב אוכלוסיות ממעמד חברתי-כלכלי נמוך הייתה נמוכה יותר מרמה זו בקרב אוכלוסיות אחרות (Choukou et al., 2022); (Okan et al., 2020). ייתכן שהפערים בין האוכלוסיות בכל הנוגע לאוריינות פונקציונלית כללית, כלומר פערים במיומנות הקריאה והבנת הנקרא ובכושר מילולי הובילו לפערים גם בנוגע לאוריינות הבריאותית (Feinberg, 2021). כמו כן ייתכן שלאנשים שמדרגים את עצמם במעמד חברתי-כלכלי נמוך (מבחינת כסף, השכלה, כבוד בחברה וכבוד בעבודה) יש תפיסת מסוגלות עצמית נמוכה, והיא משפיעה גם על תחושת היכולת שלהם להתמודד עם המידע, במיוחד בתקופה של אינפודמיה.

אשר לדאגה מפני המגפה, נמצא קשר בינה ובין מעמד כלכלי הן בביתו הן בשנתו רב משתני (שפיקח על מאפייני רקע אחרים). ייתכן שהסיבה לכך היא שלאנשים ממעמד כלכלי נמוך היו אפשרויות פחותות להמשך עבודה מהבית, ואילו צי הפרנסה הצריכו יציאה מהבית. לכן הם היו חשופים להידיבקות במגפה יותר מאחרים. ייתכן גם שהקשר בין מעמד כלכלי נמוך לדאגה מפני המגפה נבע מביטחון תעסוקתי נמוך ומדאגה מפני השפעות המגפה הן על הבריאות הן על המצב הכלכלי (Kimhi et al., 2021).

הקשר בין קבוצה באוכלוסייה לרמת האוריינות הבריאותית בנוגע למגפת קורונה והדאגה מפניה

במחקר זה נמצא שהסיכוי לדווח על רמה נמוכה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה בקרב יהודים גבוה יותר מסיכוי זה בקרב ערבים, וזאת בדומה לממצאי המחקר הלאומי שלפיו גם הסיכוי לדווח על רמה נמוכה של אוריינות בריאותית כללית בקרב יהודים גבוה יותר מסיכוי זה בקרב ערבים (לויין-זמיר ואח', 2023). בספרות העוסקת באוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה בקרב קבוצות מיעוט נמצאו מסקנות לא אחידות. בחלק מן המחקרים נמצא שרמת האוריינות הבריאותית בנוגע למגפה בקרב קבוצות מיעוט הייתה דומה לרמה זו באוכלוסייה הכללית (Ruedin et al., 2022). לעומת זאת, במחקרים אחרים נמצא שרמת האוריינות הבריאותית בנוגע למגפה בקרב קבוצות מיעוט הייתה נמוכה יותר מרמתה באוכלוסייה הכללית (McCaffery et al., 2020); (Worku et al., 2023). נוסף על כך בסקירת הספרות של וורקו ואח' (Worku et al., 2023) נמצא שבקרב אפרו-אמריקנים בארצות הברית רמת הידע בנוגע למגפת הקורונה הייתה נמוכה יותר מרמה זו בקרב לבנים, ושאוכלוסיית האפרו-אמריקנים חששה יותר וחוותה חוסר אמון גבוה יותר מאוכלוסיית הלבנים כלפי הממשלה בנוגע למגפה. עם זאת, מסקירת הספרות הזו עולה כי רמת הידע שצוינה לעיל לא הייתה קשורה להתנהגויות כגון עטיית מסכה ושמירה על ריחוק חברתי, ומידת השמירה על התנהגויות אלו הייתה זהה בכל הקבוצות שנסקרו (Worku et al., 2023).

אשר לדיווח על רמת אוריינות בריאותית גבוהה בנוגע למגפת הקורונה בקרב ערבים, עשויות להיות לכך מגוון סיבות. ראשית, ייתכן שתחושה זו נבעה מאמון שחשה האוכלוסייה הערבית כלפי מערכת הבריאות בישראל ומשביעות רצון גבוהה ממנה. בהתאם לכך, בסקר שבוצע במכון ברוקדייל נמצא שהסיכוי של ערבים להיות שבעי רצון ממערכת הבריאות בישראל גבוה מן הסיכוי הזה בקרב יהודים לא חרדים (פי 3.3). עוד נמצא בסקר הזה כי הסיכוי של ערבים להיות בטוחים בקבלת טיפול רפואי טוב ומועיל גבוה מסיכוי זה בקרב יהודים לא חרדים (פי 3.3) (לרון ואח', 2022). במחקר אחר נבחנה היענות הורים לילדים בבית ספר יסודי למתווה "נבדקים ולומדים", שיושם בתקופת הקורונה, ונמצא כי שיעור האמון הגבוה ביותר שהביעו הורים במדיניות הממשלה להתמודדות עם מגפת הקורונה היה בקרב הערבים (63% לעומת 55% בקרב יהודים שאינם חרדים) (מעוז ברויאר ואח', 2022). אם כן, ייתכן שהאוכלוסייה הערבית נתנה אמון במידע שנמסר מטעם משרד הבריאות וקופות החולים בערוצים הרשמיים והושפעה פחות מן האוכלוסייה היהודית מן האינפורמיה שהייתה בעיקר ברשתות החברתיות. שנית, בישראל הושקעו מאמצים ממוקדים להנגיש לאוכלוסייה הערבית מסרים ומידע בנוגע להתמודדות עם מגפת הקורונה וכנראה מאמצים אלו נשאו פרי (Levin-Zamir et al., 2021). לבסוף, מאחר שמדובר במדד סובייקטיבי, ייתכן שהשכיחות להטיה של רציה חברתית בקרב משתתפי המחקר הערבים הייתה גבוהה משכיחות זו בקרב משתתפי המחקר היהודים (Baron-Epel et al., 2010).

זאת ועוד, במחקר זה נמצא שהסיכוי של יהודים לא חרדים לדווח על רמה גבוהה של דאגה מפני המגפה גבוה יותר מסיכוי זה בקרב יהודים חרדים וערבים. ייתכן שההסבר לממצא זה הוא אמונה דתית שבעקבותיה האחרונים שמים מבטחם באל. אישוש לממצא זה נמצא במחקר שנערך בישראל במטרה לבחון חוסן נפשי בתקופת מגפת הקורונה, ונמצא בו קשר הפוך בין רמת הדתיות ובין חרדה ודיכאון (Kimhi et al., 2021).

הקשר בין רמת האוריינות הבריאותית בנוגע למגפת הקורונה לדאגה מפניה

במחקר זה נמצא קשר בין רמה נמוכה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה ובין דאגה מפניה. ככל הנראה אוריינות בריאותית נמוכה בנוגע למגפת הקורונה כרוכה בתחושות של חוסר ודאות בנוגע למצב ובחוסר ידיעה בנוגע לפעולות שעשויות להגן על הפרט מפני הידבקות בנגיף. ממצא זה עולה בקנה אחד עם הממצאים מן המחקר שערכו מקפרי ואח' (McCaffery et al., 2020) ולפיו ככל שרמת האוריינות הבריאותית הכללית הלכה ופחתה, הלכה ופחתה גם היכולת לפענח מסרים בנוגע למגפת הקורונה, ואילו מידת החרדה במהלך המגפה הלכה וגדלה. לפיכך אפשר להסיק כי אוריינות בריאות קשורה לא רק למצב הבריאותי של הפרט אלא גם לרווחתו הנפשית (Haruyama et al., 2022).

6.3 המלצות

הלמידה על ההבדלים בין קבוצות שונות באוכלוסייה בנוגע לרמת האוריינות הבריאותית בזמן מגפות כגון מגפת הקורונה תאפשר היערכות מקדימה לקראת אתגרים דומים בעתיד והתמקדות בקבוצות הזקוקות לתיווך בגישה למידע, בהבנתו, בהערכת אמינותו ובשימוש בו. במחקר נמצא כי הממד שנמצא בו שיעור המתקשים הגבוה ביותר היה להעריך את אמינות המידע על דרכי ההתגוננות מפני המגפה. לכן מומלץ שמקבלי ההחלטות ינקטו פעולות לשיפור האוריינות הבריאותית הביקורתית כדי להגביר את היכולת של הציבור להבדיל בין מידע אמין למידע שגוי וגם לנסות להעצים את אמון הציבור במידע שנמסר מטעם משרד

הבריאות וקופות החולים. עוד נמצא במחקר כי אנשים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך דיווחו על רמה נמוכה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה. ממצא זה מדגיש את החשיבות שיש לייחס להתאמת התוכן וההמלצות שמפרסמים הגופים הרשמיים לאוכלוסיות בסיכון כמו אנשים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך, וייתכן שצריך להשקיע משאבים נוספים שמותאמים לאוכלוסיות אלו כדי להקל עליהם ליישם את ההנחיות (כגון הנגשת בדיקות אבחון קורונה). כמו כן נמצא שיהודים דיווחו על רמה נמוכה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה לעומת ערבים. יש צורך לערוך מחקרים נוספים בעתיד כדי לאשש ממצא זה ולבחון אם מדובר בתחושה סובייקטיבית או לא. לשם כך יש להוסיף שאלות ידע שבוחנות את היכולת של שתי קבוצות האוכלוסייה, לברור מידע ולבסס החלטות לפיו כדי להגן על עצמן ועל הסובבים אותן מפני הידבקות.

עוד פרסומים של המכון בנושא

לרון, מ., מעוז ברויאר, ר. ופיאלקו, ש. (2022). סקר דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל תפקודה 2021-2022. מ-22-215.

מעוז ברויאר, ר., ניג'ם-אכטילאת, פ. ולרון, מ. (2022). מתווה "נבדקים ולומדים" להתמודדות עם מגפת הקורונה: בדיקת ההיכרות עם המתווה ומידת ההיענות של ההורים להנחיות. דמ-908-22.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

מקורות

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2020). הודעה לתקשורת מדד הפריפריאליות של יישובים ושל רשויות מקומיות: מדד הפריפריאליות של יישובים ושל רשויות מקומיות, 2020 (cbs.gov.il)
- חוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994, https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Bituah_01.pdf
- לוינ-זמיר, ד., לרון, מ., הרטום, ת. ובראון-אפל, א. (2023). אוריינות בריאותית, נתוני ישראל - סקר לאומי 2019-2021.
- לרון, מ., מעוז ברויאר, ר. ופיאלקו, ש. (2022). סקר דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל תפקודה 2021-2022. מ-2015-22. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. https://brookdale.jdc.org.il/publication/public-opinion-level-service-performance-healthcare-system_2021-22
- מעוז ברויאר, ר., ניג'ם-אכטילאת, פ. ולרון, מ. (2022). מתווה "נבדקים ולומדים" להתמודדות עם מגפת הקורונה: בדיקת ההיכרות עם המתווה ומידת היענות של ההורים להנחיות. דמ-908-22. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/the-testing-and-learning-framework-for-coping-with-the-covid-19-pandemic-in-elementary-schools>
- Abel, T., & McQueen, D. (2020). Critical health literacy and the COVID-19 crisis. *Health Promotion International*, 35(6), 1612–1613. <https://doi.org/10.1093/heapro/daa040>
- Baron-Epel, O., Kaplan, G., Weinstein, R., & Green, M. S. (2010). Extreme and acquiescence bias in a bi-ethnic population. *European Journal of Public Health*, 20(5), 543–548. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq052>
- Choukou, M., Sanchez-Ramirez, D. C., Pol, M., Uddin, M., Monnin, C., & Syed-Abdul, S. (2022). COVID-19 infodemic and digital health literacy in vulnerable populations: A scoping review. *Digital Health*, 8. doi:10.1177/20552076221076927
- DeWalt, D. A., & Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: A systematic review of the literature. *Pediatrics*, 124(3), S265–S274. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162B>
- Feinberg, I. (2021). Building a Culture of Health Literacy during COVID-19. *New Horizons in Adult Education and Human Resource Development*, 33(2), 60–64. <https://doi.org/10.1002/nha3.20316>
- Haruyama, Y., Miyagi, E., Kobashi, G., Obata, S., Umazume, T., Yoshimi, A., Hishimoto, A., Kurasawa, K., Suzuki, Y., Ikeda, T., Kimura, T., & Yamada, H. (2022). Impact of health literacy on anxiety and depressive symptoms in pregnant women in Japan during the COVID-19 pandemic. *Scientific Reports*, 12(1), 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-18405-3>

- HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. (2021). *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL*. Austrian National Public Health Institute, Vienna.
- Kimhi, S., Eshel, Y., Marciano, H., Adini, B., & Bonanno, G. A. (2021). Trajectories of depression and anxiety during COVID-19 associations with religion, income, and economic difficulties. *Journal of Psychiatric Research*, *144*, 389-396. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.10.043>
- Levin-Zamir, D., Sorensen, K., Su, T. T., Sentell, T., Rowlands, G., Messer, M., ... & Okan, O. (2021). Health promotion preparedness for health crises—a 'must' or 'nice to have'? Case studies and global lessons learned from the COVID-19 Pandemic. *Global Health Promotion*, *28*(2) 27-37. <https://doi.org/10.1177/1757975921998639>
- McCaffery, K., Dodd, R., Cvejic, E., Ayre, J., Batcup, C., Isautier, J., Copp, T., Bonner, C., Pickles, K., Nickel, B., Dakin, T., Cornell, S., & Wolf, M. (2020). Health literacy and disparities in COVID-19–related knowledge, attitudes, beliefs and behaviours in Australia. *Public Health Research & Practice*, *30*(4). <https://apo.org.au/node/309961>
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, *13*(4), 349-364. <http://www.jstor.org/stable/45152457>
- Nutbeam, D., & Muscat, D. M. (2021). Health Promotion Glossary 2021. *Health Promotion International*, *36*(6), 1578–1598. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa157>
- Okan, O., Bollweg, T. M., Berens, E., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Schaeffer, D. (2020). Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(15), 5503. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155503>
- Okan, O., Messer, M., Levin-Zamir, D., Paakkari, L., & Sørensen, K. (2023). Health literacy as a social vaccine in the COVID-19 pandemic. *Health Promotion International*, *38*(4), daab197. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab197>
- Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *The Lancet Public Health*, *5*(5), e249–e250. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4)
- Rosano, A., Lorini, C., Unim, B., Griebler, R., Cadeddu, C., Regazzi, L., Galeone, D., & Palmieri, L. (2022). Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study during the COVID-19 Pandemic in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(7), 3807. <https://doi.org/10.3390/ijerph19073807>
- Ruedin, D., Probst, J., Wanner, P., Efionayi-Mäder, D., & Bodenmann, P. (2022). COVID-19-Related Health Literacy of Socioeconomically Vulnerable Migrant Groups. *International Journal of Public Health*, *67*, 1604664. doi: 10.3389/ijph.2022.1604664.

- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Sullivan, G. D., & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama*, *288*(4), 475–482. doi:10.1001/jama.288.4.475
- Stormacq, C., Van den Broucke, S., & Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International*, *34*(5), e1-e17. <https://doi.org/10.1093/heapro/day062>
- World Health Organization (WHO). (2020). *Novel Coronavirus (2019-nCoV)—Situation Report 13*. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf>
- Worku, F., Bennett, F., Wheeler, S., Siddiqi, A., & Papadakos, J. (2023). Exploring the COVID-19 knowledge, attitudes, and practices (KAPs) in the black community: A scoping review. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 1–27. <https://doi.org/10.1007/s40615-023-01518-4>
- Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic. *THE Lancet (London, England)*, *395*(10225), 676. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X)

לוח א-1: שאלות בנוגע למפגת הקורונה בשאלון הסקר

חלק שלישי:

השאלות הבאות עוסקות במפגת COVID-19 (הקורונה)

COVID-1

באיזו מידה את/ה מודאג/ת באופן אישי בגלל מגפת הקורונה?

מודאג/ת מאוד

מודאג/ת

לא כל כך מודאג/ת

כלל לא מודאג/ת

בסולם מ"קל מאוד" ל"קשה מאוד" עד כמה קל או קשה:

קל מאוד	קל	קשה	קשה מאוד	
4	3	2	1	
4	3	2	1	COVID-2 למצוא מידע על איך להגן על עצמך מפני הידבקות בקורונה?
4	3	2	1	COVID-3 להבין מידע על איך להגן על עצמך מפני הידבקות בקורונה?
4	3	2	1	COVID-4 להעריך האם מידע על איך להגן על עצמך מפני הידבקות בקורונה הוא אמין?
4	3	2	1	COVID-5 לבסס את ההחלטות שלך על מידע לגבי איך להגן על עצמך מהידבקות בקורונה?

לוח א-2: הקשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים והקושי להעריך האם המידע על מגפת הקורונה אמין (רגרסיה לוגיסטית[^], N=1,314)

משתנה	יחס צולב Odds ratio	רווח בר-סמך (95%)	מובהקות (p)
גיל			
44-18	1.3	1.70-1.03	0.03
45≤	1		
קבוצה באוכלוסייה			
ערבי	0.3	0.50-0.22	< .001
חרדי	1.3	1.93-0.83	0.28
יהודי לא חרדי	1		
מצב חברתי-כלכלי			
נמוך	1.5	1.91-1.11	0.007
בינוני-גבוה	1		
מצב חברתי			
3-1	2.0	3.53-1.11	0.02
5-4	1.5	2.21-1.01	0.04
7-6	1.1	1.61-0.81	0.46
10-8	1		

[^] מתוקנת למגדר.

לוח א-3: בדיקת רגישות לקשר בין אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה לדאגה מפניה והקשר בין משתנים סוציו-דמוגרפיים לרמה נמוכה של אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה, רגרסיה לוגיסטית[^], N=1,202

משתנה	יחס צולב Odds ratio	רווח בר-סמך (95%)	מובהקות (p)
דאגה מפני מגפת הקורונה			
מודאג/מודאג מאוד	1.6	2.20–1.23	< .001
לא כל כך מודאג/ בכלל לא	1		
קבוצה באוכלוסייה			
ערבי	0.5	0.83–0.36	.004
חרדי	1.5	2.26–0.93	0.10
יהודי לא חרדי	1		
מצב חברתי כלכלי			
נמוך	1.6	1.82–1.24	< .001
בינוני-גבוה	1		
מצב חברתי			
3–1 (נמוך)	2.0	3.69–1.10	0.02
5–4	2.0	3.08–1.34	< .001
7–6	1.5	2.15–1.01	0.04
10–8 (גבוה)	1		

[^] מתוקנת לגיל ומין. המשתנה התלוי: אוריינות בריאותית בנוגע למגפת הקורונה (קבוצת הייחוס; רמה בינונית-גבוהה).