

דוח אוריינות בריאותית נתוני ישראל - סקר לאומי

דיאן לזין, מיכל לרון, תמר הרטום, אורנה בראון-אפל

2023



הסקר נערך במסגרת:

WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL)

M-POHL

Action Network on Measuring Population
and Organizational Health Literacy
of WHO-Europe

דוח אוריינות בריאותית – נתוני ישראל

תקציר מנהלים

רקע

חשיבותה של אוריינות בריאותית כללית למדדי בריאות ולאיכות החיים הוכחה במחקרים רבים שנערכו בעולם. בשלב הראשון, במחקרים שנערכו בארה"ב ואשר התמקדו בקשר שבין אוריינות בריאותית לבין טיפול במחלות ומצבי בריאות שונים. בהמשך, באמצעות מחקרים שנערכו באירופה, אוריינות בריאותית הוכחה כחשובה ורלוונטית לא רק לתחום הטיפול במחלות, אלא גם למניעת מחלות ולכלל התחום של קידום בריאות, כלומר, בהתייחס אל האוכלוסייה הכללית ולא רק לחולים. המחקר האירופאי של אוריינות בריאותית (HLS-EU) (Pelikan et al, 2019), שהתקיים בין השנים 2009-2012, הציע מודל של תפיסה אינטגרטיבית גנרית והגדרה מקיפה של אוריינות בריאותית כללית, עם כלי מדידה מבוסס תיאוריה. הממצאים אשרו את הרלוונטיות של אוריינות בריאותית לבריאות הציבור ולמדיניות בתחום הבריאות. על בסיס מחקר זה, הוקם על ידי ארגון הבריאות העולמי (WHO) רשת בשם WHO Action Network for Measuring Population and Organizational Health Literacy (MPOHL) במסגרתו נערך סקר לאומי HLS₁₉ ב- 17 מדינות באירופה, וישראל בתוכן, שממצאיו מוצגים בדוח זה. (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M- (POHL, 2021)

מטרות

מטרות המחקר היו: 1. לבחון את כלי המחקר והתאמתם לאוכלוסייה בישראל. 2. למדוד את רמת האוריינות הבריאותית הכללית והדיגיטלית בקרב מדגם של האוכלוסייה בישראל במסגרת סקר כלל אירופי. 3. לאמוד את משתני הרקע הקשורים לרמת אוריינות בריאותית כללית ודיגיטלית, וכן את מידת השימוש במשאבים דיגיטליים עבור הבריאות; 4. לאתר אוכלוסיות פגיעות בשל רמת אוריינות בריאותית כללית ודיגיטלית נמוכות; 5. לאור הממצאים, להמליץ לקובעי מדיניות בתחום הבריאות על התחומים והצרכים הדורשים טיפול בנושא אוריינות בריאותית בישראל.

שיטות

המחקר הנוכחי התבסס על נתונים שנאספו בישראל על בסיס פרוטוקול מחקר כלל אירופי. איסוף הנתונים נעשה באמצעות שאלון שתורגם והותאם מאנגלית לעברית ולערבית. הכלי שבחן את האוריינות הבריאותית הכללית כלל 12 שאלות, שהתייחסו לקושי או לקלות באיתור מידע בריאותי, הבנתו, הערכתו ויישומו, בתחומים של: (1) טיפול במצבי בריאות, (2) התנהגות בריאותית למניעת מחלות ו (3) גורמים המשפיעים על הבריאות. בישראל וב-13 מדינות נוספות, נבחנו עוד כלים שניתנו לבחירת המדינות המשתתפות במחקר, ובהם גם אוריינות

בריאותית דיגיטלית (8 שאלות). באמצעות השאלון נאספו גם נתונים דמוגרפיים, חברתיים-כלכליים ובריאותיים (32 שאלות), שנמצאו קשורים לאוריינות הבריאותית במחקרים קודמים.

משתתפי הסקר נדגמו מתוך מסגרת דגימה של כלל אוכלוסיית התושבים בישראל, על פי פרמטרים שנקבעו על ידי הרשת MPOHL. המדגם בישראל כלל 1,315 נשאלים שמשקפים את החלוקה הקיימת באוכלוסייה בישראל לפי מגדר וגיל. לגבי לאום (יהודים-ערבים) היתה דגימת יתר ביחס לחברה הערבית.

איסוף הנתונים לאוכלוסייה הכללית נערך באמצעות פאנל אינטרנטי, ובאוכלוסייה הערבית נערכו ראיונות טלפוניים. איסוף הנתונים נערך בין ה- 15.12.20 ועד ה- 10.1.21.

ניתוח הנתונים נעשה באמצעות שימוש בכלים סטטיסטיים שונים לבחינה ולעיבוד הנתונים הכלליים: מבחני Cronbach alpha לבדיקת מהימנות פנימית של משתני האוריינות הבריאותית, מבחני חי ברבוע לבחינת הבדלים בין קבוצות, מבחני Spearman לבדיקת מתאמים בין משתני המחקר וברגרסיה ליניארית רב משתנית, לבחינת היכולת של משתני רקע לנבא את רמת האוריינות הבריאותית הכללית והדיגיטלית, וכן את מידת הקשר בין רמת האוריינות הבריאותית והדיגיטלית לבין התנהגות בריאותית, תוצאות בריאות והשימוש בשירותי בריאות.

הממצאים המחקר העיקריים בישראל

הממצאים מצביעים על רמה בלתי מספקת של אוריינות בריאותית כללית בקרב כ-50% מהאוכלוסייה בישראל. הכוונה בעיקר לקשיים ביכולת לשפוט מידע, בקבלת החלטה לגבי מידת הרלוונטיות שלו ומהימנותו, וכן ביישומו של המידע להתנהגות בריאותית. מתוך המדד של אוריינות בריאותית, הקושי במציאת מידע בריאותי או בהבנתו התגלה בקרב כ-15%-21% מהמדגם, והוא מתייחס באופן בולט במיוחד בנושא מחלות נפש. בהבחנה בין הנושאים של מניעת מחלות, טיפול במחלות וגורמים המשפיעים על הבריאות, הנושא שקיבל את ציון האוריינות הבריאותית הנמוך ביותר הוא מניעת מחלות.

קבוצות אוכלוסייה בהן נמצאה רמת אוריינות כללית נמוכה יותר מהממוצע בכלל המדגם בישראל: 1. קבוצת הצעירים בגילאי 18-25, שסביר שמצבם הבריאותי טוב יותר משל קבוצות מבוגרות ממנה. 2. שתי קבוצות אוכלוסייה נוספות, שיש ביניהן מידה לא מעטה של חפיפה, והן: פלח האוכלוסייה המגדיר עצמו כבעל מעמד חברתי נמוך, ואלה החווים מצוקה כלכלית או קושי לשלם חשבונות. רמת האוריינות הבריאותית הנמוכה בקבוצות אלה, יחד עם הקושי לממש את ההמלצות הרפואיות המקבלות מגורמים מקצועיים ולהשתמש בשירותים הרפואיים, מהווים גורמי סיכון בריאותיים. לא נמצאו הבדלים בין גברים לנשים, כמו בשאר המדינות שהשתתפו בסקר, ולא נמצא מתאם בין רמת ההשכלה לרמת האוריינות הבריאותית הכללית. באשר לאוריינות בריאותית בהקשר לקורונה, נמצא כי כ-63% מהמדגם הביעו דאגה ממגפת הקורונה וכי קיים קושי בהערכת מהימנות המידע וביישומו.

מדד האוריינות הבריאותית הדיגיטלית נמצא במתאם גבוה מאד עם מדד האוריינות הבריאותית הכללית. רמת האוריינות הדיגיטלית נמצאה כבלתי מספקת ואף נמוכה בקרב 62.5% מהמדגם. שני משתני הרקע החברתיים-כלכליים שנמצאו ברגרסיה ליניארית קשורים

לאוריינות הבריאותית הדיגיטלית כמשתנה תלוי היו: המעמד החברתי הנתפס ומדד המצוקה הכלכלית. במבחן הרגרסיה הליניארית, ובנטרול נתוני רקע, נמצא גם כי האוריינות הבריאותית הדיגיטלית קשורה להערכה עצמית של הבריאות ובעיקר להתנהגויות בריאותיות. בנוסף, נבדקה תדירות השימוש באמצעים הדיגיטליים השונים להשגת מידע בריאותי. כ- 95% עושים שימוש בתדירות כזו או אחרת באינטרנט, וכ- 80% ציינו כי הם עושים שימוש ברשתות החברתיות למטרות אלה. למעלה מ-60% אינם עושים שימוש באפליקציות במכשיר הסלולארי, או במכשירים דיגיטליים מיוחדים. 88% אינם מקיימים תקשורת דיגיטלית עם נותני השירות במערכת הבריאות. כצפוי, נמצא מתאם בין תדירות השימוש לבין האוריינות הבריאותית הדיגיטלית, כך שככל שאוריינות הבריאותית הדיגיטלית יותר גבוהה כך גם השימוש במקורות ובמשאבים דיגיטליים למה הבריאות.

מסקנות

באופן כללי, ניתן להסיק שהמחקר השיג את מטרותיו. הכלי נמצא מתאים למדידת האוריינות הבריאותית והדיגיטלית בישראל, כמו גם במדינות אחרות שהשתתפו בסקר האירופאי. התקבלה תמונה של רמת האוריינות הבריאותית הכללית והדיגיטלית בישראל, כולל איתור גורמים הקשורים באוריינות בריאותית כללית ודיגיטלית. אותרו גם קבוצות באוכלוסייה שיש להקדיש להן תשומת לב מיוחדת, בשל רמת אוריינות בריאותית כללית ודיגיטלית נמוכה יותר בהשוואה לאוכלוסייה הכללית.

ממצאי המחקר יכולים להוות בסיס אמפירי לקידום מדיניות שתתייחס לאוכלוסיות הפגיעות יותר לשם צמצום פערים בבריאות בישראל. במחקר נמצא שהאוכלוסייה הצעירה מאופיינת באוריינות בריאותית כללית נמוכה יחסית, וכיוון שהאוריינות הבריאותית הכללית קשורה לפי מבחן של רגרסיה ליניארית לרוב ההתנהגויות הבריאותיות, כמו פעילות גופנית, או תזונה הכוללת ירקות ופירות, וכיוון שהרגלי בריאות נקבעים לעיתים קרובות בגיל הצעיר, זהו ממצא הדורש התייחסות. בנוסף, העובדה שאוריינות בריאותית כללית נמצאה כקשורה לפי מבחן רגרסיה ליניארית להערכה העצמית של מצב הבריאות, וכן להתנהגות הבריאותית של המשתתפים, מחייבת התייחסות לצורך בפיתוח ובהקניית כלים להשגת אוריינות בריאותית מספקת. בנוגע לאוריינות בריאותית בתקופת הקורונה, יתכן שזמינותו של המידע שהמגיע גם ממקורות תקשורת לא ממשלתיים יצר קושי בהערכת מהימנות המידע, ומכאן גם הקושי ביישומו. לבסוף, יש צורך בעריכת מחקרי המשך, הן לבחינת אוריינות בריאותית שלא בתקופת מגפה, והן לשם הרחבת אוכלוסיית המחקר. חשוב יהיה לערוך את הסקר באופן תקופתי כדי לאמוד את המגמות באוכלוסייה לאורך זמן, ולעקוב ולהעריך את הפעילויות שיתוכננו ויישמו בעקבות המחקר הנוכחי.

תוכן עניינים

2	תקציר מנהלים
6	רקע/מבוא
8	מטרות המחקר
9	שיטות המחקר
12	ממצאים
49	מסקנות
51	המלצות
55	מקורות
56	נספחים
66	English Executive Summary
69	תודות

1. רקע/מבוא

מדידת האוריינות הבריאותית בקרב האוכלוסייה הכללית הבוגרת ומחקרים קודמים

אוריינות בריאותית מוגדרת במחקר זה כידע, מוטיבציה וכישורים להשיג מידע בנושאי בריאות וחולי, להבין אותו, להעריכו ולהשתמש בו. כל זאת, כדי לשפוט ולהחליט מה לעשות בנושאים של טיפול במצבי בריאות, מניעת מחלות וקידום בריאות. נושאים אלה נועדו לשפר את הבריאות איכות החיים במהלך החיים (Sorensen et al, 2012).

אוריינות בריאותית חשובה לציבור הרחב ולמשתמשים בשירותי בריאות כדי לקדם ולשמור על הבריאות עצמה, והיא הוכחה לראשונה במחקרים שנערכו בארה"ב (Parikh et al., 1996). ממצאי המחקרים עודדו קובעי מדיניות לפתח תוכנית פעולה לאומית, שמטרתה לשפר את האוריינות הבריאותית, בעיקר של קהל המטופלים. התוכנית עודדה אנשי מקצוע וחוקרים לפתח את התפיסה של ארגוני בריאות המקדמים אוריינות בריאותית כדי לאפשר להם התמודדות טובה יותר עם לקוחות בעלי אוריינות בריאותית נמוכה. מאוחר יותר, בעיקר בעשור האחרון, אוריינות בריאותית הוכחה כחשובה ורלוונטית לא רק לחולים, אלא גם לאוכלוסייה הכללית ולתחום בריאות הציבור, כלומר, למניעת מחלות ולקידום בריאות.

באירופה, מדידת אוריינות בריאותית נערכה בכמה מדינות שהשתתפו במחקר החלוץ האמריקאי, תוך שימוש בכלי המדידה HALS – חקר פעילויות של אוריינות בריאותית, וכן בשוויץ, בה השתמשו בכלי מדידה אחר, שפותח על בסיס הניסיון שנצבר במדינה זו. המחקר האירופאי של אוריינות בריאותית (HLS-EU) (Pelikan, 2019), שנערך בין השנים 2009-2012 הציע מודל של תפיסה אינטגרטיבית גנרית והגדרה מקיפה של אוריינות בריאותית כללית, באמצעות כלי מדידה מבוסס תיאוריה. תחילה, נעשה איסוף וניתוח נתונים בשמונה מדינות מהאיחוד האירופאי, ולאחר מכן נוספו מחקרים ייחודיים במדינות נוספות, ביניהן ישראל, ומדינות אחרות באירופה וקבוצת מדינות באסיה. תוצאות מחקרים אלה הוכיחו את הרלוונטיות של האוריינות הבריאותית לבריאות הציבור ולמדיניות בתחום הבריאות. סקר זה גם נערך בישראל בתמיכה של המכון הלאומי לחקר מדיניות ושירותי בריאות. (Levin-Zamir et al. 2016; Baron-Epel et al. 2017).

ארגון הבריאות העולמי (WHO) פרסם בשנת 2013 דוח בשם "העובדות המוצקות" (Kickbusch et al. 2013) שעסק באוריינות בריאותית, המסכם עובדות חשובות בנושא ומצביע על אוריינות בריאותית כגורם מפתח להטמעת האסטרטגיה של ארגון הבריאות העולמי האירופאי לשנת 2020. זאת בשל היכולת הטמונה באוריינות בריאותית לקדם העצמה ושותפות בקהילות ואת הדאגה לבריאות. דו"ח זה ממליץ על מדידה תקפה וקבועה של אוריינות בריאותית בקרב האוכלוסייה הכללית, וכן את בחינת מידת ההיענות של ארגוני שירותי בריאות וארגונים אחרים לקידום אוריינות בריאותית. בשנת 2018, ארגון הבריאות העולמי (WHO) בפעילות שמשלבת מחקרים על אוריינות בריאותית של האוכלוסייה ושל אוריינות בריאותית מוסדית, הקים את רשת M-POHL Measuring Population and Organizational Health Literacy – האוריינות הבריאותית – 2019-2021 (HLS₁₉) (The HLS19 Consortium of the WHO Action) (Network M-POHL, 2021).

מסמכי מדיניות לאומיים ובינלאומיים, שפורסמו במדינות המשתתפות, הצביעו גם הם על הרלוונטיות של אוריינות בריאותית ושל ההמלצות למדידה ושיפור של האוריינות הבריאותית בפועל. הדבר נעשה הן על-ידי השקעה במחקר, והן באמצעות הטמעת מדיניות לקידום האוריינות הבריאותית. מנהיגים בינלאומיים רבים בתחום בריאות הציבור מקדישים ביתר שאת תשומת לב לאוריינות הבריאותית ולאפשרויות הטמונות בה (ref?). בשנת 2009, המועצה הכלכלית-חברתית של האו"ם הכירה במושג האוריינות הבריאותית כ"גורם חשוב שמבטיח תוצאות בריאותיות משמעותיות", וקראה ליצירת תוכנית פעולה לקידום הנושא.

בכנס קידום בריאות העולמי התשיעי, שהתקיים בשנתיים ב - 2016, האוריינות הבריאות נדונה והומלצה באופן נרחב. התוצאה היתה שבהצהרת שנתיים אודות קידום בריאות לשנת 2030, שהנושא שלה היה פיתוח בר-קיימא, הוכרז כי אוריינות בריאותית היא גורם חיוני וקריטי לבריאות. ההצהרה יצרה את הקשר שבין אוריינות בריאותית לבין המטרות הגלובליות של פיתוח בר קיימא (Sustainable Development Goals - SDGs) (WHO, 2015). מסמך זה קרא לפיתוח, הטמעה ובדיקה של אסטרטגיות בין-תחומיות ברמה המקומית או המדינתית לחיזוק האוריינות הבריאותית בכל האוכלוסיות.

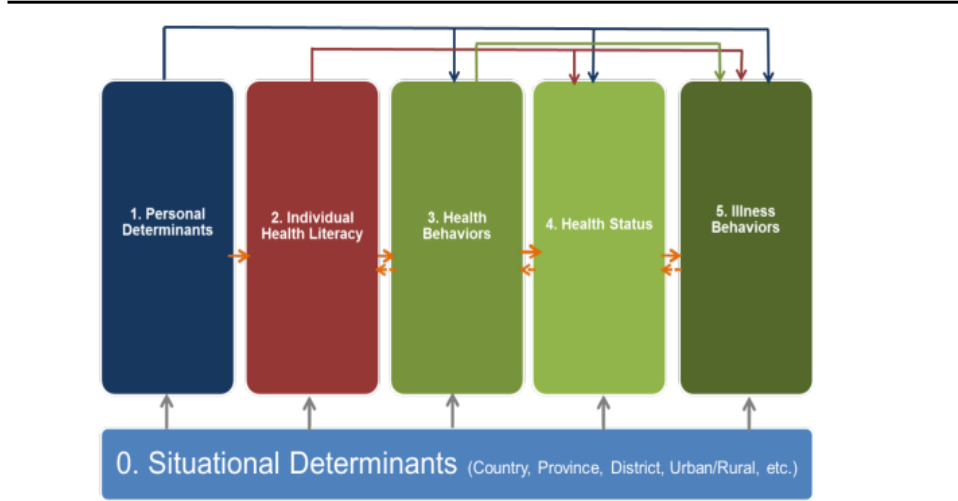
הארגון לשיתוף פעולה כלכלי ולפיתוח (OECD), שעוסק אף הוא באוריינות בריאותית, פירסם נייר עמדה בשנת 2018, ועניינו הוא האופן שבו מתייחסים לאוריינות בריאותית במדינות המשתייכות לארגון. בשנת 2018, הוועד המנהל של האיחוד הבינלאומי לקידום וחינוך בריאות (IUHPE) אשרר הצהרת עמדה (Levin-Zamir et al, 2018), שעסקה בהיבט המעשי של אוריינות בריאותית, ותמכה במדיניות, ביישום ובמחקר של האוריינות הבריאותית ברמה הגלובאלית. תשומת לב מיוחדת ניתנה ליכולת של אוריינות בריאותית להפחית את תפוצתן והשפעתן של מחלות שאינן מדבקות, (NCDs), שבהתאם למפת הדרכים של מונטווידאו 2018-2030, הן בעלות קדימות לפיתוח בר קיימא. במהלך המפגש ה-67 של המועצה האירופאית של ארגון הבריאות העולמי, שהתקיימה בבודפשט בספטמבר 2017, המנהלת הקודמת של האזור האירופאי, סוזאנה יעקב Zsuzanna Jakab, הגדירה את האוריינות הבריאותית כאחד הגורמים המאפשרים את מטרות הפיתוח המתמיד. בשנת 2019, האזור האירופאי של ארגון הבריאות העולמי השיק הצעת פתרון "לקראת הטמעה של יוזמות אוריינות בריאותית במהלך החיים" (EUR/RC69/R9) שחייבה "קידום של אוריינות בריאותית, תוך התמקדות בהפחתה של אי שוויון בריאותי וחיזוק מדידות ופעולות של אוריינות בריאותית". כמו כן, הנושא של אוריינות בריאותית דיגיטלית (Digital Health Literacy) עלה בשנים האחרונות כגורם משמעותי מבין הגורמים שקשורים למיומנויות של התמודדות עם ניהול עצמי בבריאות, ותפס מקום מאוד משמעותי בשיח על אוריינות בריאותית, במיוחד מתחילת מגפת הקורונה, שבמהלכה מקורות מידע וכלים דיגיטאליים היו מרכזיים בניהול המשבר (Levin-Zamir, 2023).

המודל הווינאי של אוריינות בריאותית, המוצג להלן בגרף מספר 1, מגדיר את העקרונות, הגורמים המשפיעים והתוצאות של אוריינות בריאותית. מודל זה משמש גם כבסיס התאורטי למחקר הנוכחי.

גרף 1: המודל הוינאי של האוריינות הבריאותית

Figure 1.2:

The Vienna Model of Health Literacy defining the principal determinants and consequences of HL



Source: HLS-Consortium

במודל הוינאי ישנם שישה משתנים עיקריים המגדירים את האוריינות הבריאותית, ואשר קיימת ביניהם השפעה הדדית: 1. גורמים משפיעים אישיים 2. אוריינות בריאותית אישית. 3. התנהגויות בריאותיות. 4. מצב בריאותי 5. התנהגויות בחולי 6. גורמים מצביים המשפיעים על כולם (מדינה, אזור עירוני מול כפרי וכדומה). המודל מציע שהתנהגויות האדם בזמן חולי מושפעות מכל הגורמים גם יחד.

המושג של אוריינות בריאותית דיגיטאלית במחקר זה מבוסס, כאמור, על המושג של אוריינות בריאותית כללית, אך הוא מותאם לידע המחקרי הקיים בתחום ועל השונות של האמצעים הבריאותיים הדיגיטאליים. (Levin-Zamir, 2023).

2. מטרת המחקר בישראל:

1. פיתוח ותיקוף הכלי שיהווה מודל למדידת אוריינות בריאותית בישראל.
2. איסוף נתונים על אוריינות בריאותית בישראל ובמדינות ובאוכלוסיות השונות באירופה.
3. איתור הצרכים לחיזוק האוריינות הבריאותית, בהתבסס על השוואות בין מדינות ובין אוכלוסיות שונות בכל מדינה.
4. קידום התוויית מדיניות ברמה הכלל-אירופאית וברמת המדינה על הבסיס המעשי של איתור הצרכים לאוכלוסיות ייחודיות ובנושאים ספציפיים.

3. מטרת/שאלות המחקר:

שאלות הסקר הבין לאומי

שאלת המחקר הכללית היתה כיצד מתפלגים הנתונים שמתקבלים מכלי המחקר, ובאיזו מידה הם קשורים בגורמים רלוונטיים ובתוצאות בריאותיות, במדינות המשתתפות במחקר. משאלה זו נגזרו השאלות הבאות:

* עד כמה כלי המחקר מתאימים למדינות השונות, והאם יש צורך בפיתוחים נוספים?

* עד כמה מתפלגים המדדים, ועד כמה ההתפלגות שונה ממדינה למדינה?

מטרות/שאלות של הסקר בישראל

* איזו משימות מאלה הקשורות באוריינות בריאותית הן הבעייתיות ביותר?

* אילו תת אוכלוסיות פגיעות לאוריינות בריאותית נמוכה, כפי שמסתמן מנתוני הסקר, והאם יש איפיונים חברתיים לאוכלוסיות אלה?

* עד כמה קשורה אוריינות בריאותית לגורמים סוציו-דמוגרפיים-כלכליים ולגורמים נבחרים נוספים?

* מהן התוצאות האפשריות של רמת האוריינות הבריאותית? איך היא משפיעה על התנהגות בריאותית, על אורח החיים, על המצב הבריאותי ועל השימוש בשירותי בריאות?

* באיזו מידה לאוריינות הבריאותית יש השלכות על איכות חיים הקשורה בבריאות ועל היעדרויות מהעבודה כתוצאה מבעיות בריאות?

* אילו המלצות למדיניות שמטרתה שיפור האוריינות הבריאותית ניתן להסיק מממצאי המחקר?

4. שיטות המחקר

4.1 תוכנית המחקר הכללית

מחקר ה-HLS₁₉ (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021), הוא סקר רב נושאי ורב-מוקדי המבוסס על סקר שנערך ב-17 מדינות באזור האירופאי של ארגון הבריאות העולמי. אוכלוסיית המחקר הוגדרה ככלל התושבים הקבועים של המדינות המשתתפות, בגיל 18 ומעלה, המתגוררים במשק בית פרטי. במחקר הכלל-אירופאי השתתפו 42,445 משיבים, מתוכם 1,315 בישראל. בכל המדינות, כולל בישראל, השתמשו בדגימה אקראית רב-שלבית או דגימת מכסות או מנות. רוב המדינות יצרו מדגם מרובד תוך התחשבות במגדר, קבוצת גיל, צפיפות האוכלוסייה והאזור או היחידה הגאוגרפית. איסוף הנתונים נעשה בשיטות שונות במדינות השונות. גודל המדגם המינימאלי נקבע ל-1000 משיבים למדינה. לגבי המדגם בישראל נקבעה מראש קבוצת אפיונים (גיל, מגדר ואזור מגורים) שחלקם בכל אחת משתי קבוצות האוכלוסייה, הערבית והיהודית, שיקפה את נתוני האוכלוסייה הכללית בישראל.

4.2 הכלים של HLS₁₉ בישראל

במחקר הנוכחי שנערך בישראל נעשה שימוש בכלי מקוצר למדידת אוריינות בריאותית כללית, המבוסס על הכלים של HLS-EU (Pelikan, 2019) שממנו פותח ה-HLS₁₉-Q47. השאלון המקוצר, שכלל 12 שאלות חובה, היה הכלי העיקרי ששימש את צוות המחקר הכלל-אירופאי לצורך ניתוח הנתונים וההשוואות. שאלות אלו כיסו את ההיבטים השונים הכלולים בהגדרת המדד.

בישראל הוספו ל-שאלות החובה 10 שאלות שצוות המחקר המקומי בחר להוסיף מתוך הכלי הרחב יותר, שכלל 47 שאלות. בנוסף לשימוש בכלי זה, פותחו במסגרת המחקר הכלל-אירופאי כלים חדשים למדידת אוריינות בריאותית בנושאים ספציפיים, מתוכם נעשה שימוש במחקר בישראל במדד אוריינות בריאותית דיגיטאלית, שכלל שמונה שאלות (HLS₁₉-DIGI-HI). במסגרת השאלון, קודם להצגת השאלות על אוריינות דיגיטאלית, נשאלו המשתתפים על מידת השימוש באמצעים דיגיטאליים להשגת מידע בריאותי. נושא זה כלל שש שאלות. כמו כן, נמדדה התקשורת הדיגיטאלית האינטראקטיבית בעזרת שתי שאלות HL-DIGI-INT. לאור העובדה שאיסוף הנתונים התבצע בעת מגפת הקורונה, נעשה בארץ גם שימוש בכלי לבדיקת אוריינות בריאותית בנושא קורונה (ארבע שאלות), וכן בשאלה בנוגע למידת הדאגה מהמגפה.

בנוסף לשאלות שמדדו אוריינות בריאותית לסוגיה, נכללו בשאלון הישראלי 32 שאלות רקע מרכזיות. אלה היו 31 שאלות חובה, שמייצגות גורמים משפיעים ומושפעים מאוריינות בריאותית על סמך מחקרים קודמים, כולל שאלה שהבחינה בין האוכלוסייה היהודית לזו הערבית. מלבד משתנים דמוגרפיים-חברתיים-כלכליים, עסקו שאלות אלו בהערכת מצב הבריאות של המרואיין, בהתנהגות בריאותית, ובשימוש בשירותי בריאות. לגבי המדד של אוריינות בריאותית, על כל שאלה שנכללה באחד המדדים של אוריינות בריאותית ניתנו בשאלון ארבע אפשרויות תשובה לגבי ביצוע המשימה שהוגדרה בשאלה: קל מאד, קל, קשה, קשה מאד.

בנוסף למדדי האוריינות הבריאותית, נוצרו מדדים נוספים למשתנים החברתיים-כלכליים לאחר שגם לגביהם בוצעו מבחני מהימנות פנימית כנ"ל. מדדים אלה היו:

מדד מצוקה כלכלית וקשיי תשלום - נבנה על בסיס שלוש שאלות שעסקו במידת הקושי או מידת הקלות של המשיב לשלם עבור תרופות שדרושות לו, לשלם עבור בדיקות רפואיות וטיפולים רפואיים נדרשים ולשלם את חשבונותיו בסוף כל חודש. לצורך העיבוד, חוברו התשובות קשה וקשה מאד (סולם הממד נקבע על-פי אחוז השאלות בהן הביע הנשאל קשיי תשלום: אין מצוקה = 0 שאלות 1. מצוקה מסוימת = 33% (שאלה אחת מתוך השלוש) 2. מצוקה רצינית – 66% (שתיים משלוש שאלות) 3. מצוקה חמורה = בכל השאלות צוין שמתקשה לשלם.

מדד תמיכה חברתית: נכללו במדד שלוש שאלות שהתייחסו ליכולת לפנות לקרובים עם בעיות אישיות רציניות, המידה בה אנשים מגלים דאגה ועניין במעשיו, והיכולת לקבל עזרה מעשית משכנים, במידת הצורך. שלוש שאלות אלה הרכיבו את מדד התמיכה החברתית, שקודד באופן הבא: 1. תמיכה דלה 2. תמיכה בינונית 3. תמיכה חזקה.

4.3 איסוף הנתונים

HLS₁₉ נכתב במקור באנגלית ותורגם לשפה הלאומית של כל מדינה על-ידי 16 מתוך 17 המדינות שהשתתפו. אירלנד השתמשה בשאלון בשפת המקור. בישראל השאלון תורגם ותוקף לעברית לערבית ולרוסית. השיטות לאיסוף הנתונים השתנו ממדינה למדינה וכללו: ראיונות פנים-אל-פנים באמצעות נייר ועיפרון (PAPI), ראיונות פנים-אל-פנים ממוחשבים (CAPI), ראיונות טלפוניים ממוחשבים (CATI), ראיונות אינטרנטיים ממוחשבים (CAWI), וכן איסוף תוך שימוש בשיטות

מעורבות. בשל מגפת הקורונה, מסגרת הזמן הראשונית לאיסוף הנתונים הורחבה, ואיסוף הנתונים בכלל המדינות שהשתתפו בסקר הכלל-אירופאי נמשך מנובמבר 2019 עד יוני 2021. כל המדינות המשתתפות הבטיחו היענות בהתאם להנחיות אתיות והנחיות להגנת המידע, והושגה הסכמה מודעת מהנשאלים להשתתפות במחקר, לפני כל ראיון. בשל ההבדלים במתודולוגיה של איסוף הנתונים וזמני איסוף הנתונים, וההשפעה האפשרית של הקורונה - ההבדלים בתוצאות בין המדינות, וכל השוואה ביניהן, חייבים להתפרש בזהירות.

השאלונים שנחשבו כשאלונים שלמים ונכללו בניתוח היו רק אותם שאלונים שבהם היה מענה על לפחות 80% משאלות החובה שהתייחסו לנושאים העיקריים, כלומר 80% מ-12 שאלות החובה, שמדדו אוריינות בריאותית כללית, ו-80% מ-32 שאלות הרקע. בישראל,

איסוף הנתונים באוכלוסייה הכללית נעשה באמצעות פאנל אינטרנטי, ואילו האוכלוסייה הערבית רואיינה בטלפון. בישראל נאספו הנתונים בין ה-15.12.20 ועד ה-10.1.21.

4.4 ניתוח הנתונים

ערכי המדד של אוריינות בריאותית כללית מופיעים במחקר בשתי צורות: 1. סולם שנע בין 0% ל-100%, 2. סולם קטגורי של 4 רמות של אוריינות בריאותית.

הסולם ARPR (0% - 100%) התבסס על אחוז השאלות של המדד שבהן ענה כל מרואיין את התשובה קל מאד או קל, מכלל השאלות עליהן ענה. ככל שציון אחוז התשובות קל וקל מאד גבוה יותר, כך רמת האוריינות הבריאותית גבוהה יותר.

בסולם הקטגורי, סווגה רמת האוריינות לארבע קטגוריות בחישוב המתחשב באחוז התשובות שניתנו לכל אחת מאפשרויות התשובה. להלן אופן חישוב הקטגוריות של האוריינות הבריאותית הכללית:

אוריינות טובה: לפחות 50% מהתשובות שנתנו היו "קל מאד", ולא יותר מ-8.33% (שאלה אחת מה-12) מהתשובות היו קשה או קשה מאד (כ-92% של התשובות הן קל מאד וקל).

אוריינות מספקת: אחוז התשובות קל מאד וקל עולה על 83.33%

אוריינות לא כל כך מספקת: כל מי שלא נכלל בשלוש הקטגוריות האחרות.

אוריינות לא מספקת: אחוז התשובות קשה וקשה מאד הוא מעל 50%, ואילו אחוז התשובות קל מאד הוא עד 8.33%.

כאשר העיבודים התייחסו אל חלק מהשאלות של מדד האוריינות הבריאותית הכללית, כמו בחלוקה לארבעה סוגי מיומנויות – השגת מידע, הבנתו, הערכתו ויישומו, או לשלושת תחומי הפעילות – מניעת מחלות, טיפול בבעיות בריאות וגורמים המשפיעים על הבריאות - הסולם חושב באופן דומה לסולם הראשון והתייחס לאחוז של השאלות שבהן נתנו התשובות קל מאד + קל, המתייחסות לאותו סוג או נושא פעולה. הסולם שנוצר עבור כל אחד מארבעת סוגי הפעילות (לכל סוג שלוש שאלות מתוך ה-12) בנוי על ארבע רמות: 0 – לא נתנה התשובה קל מאד או קל, 33% - ענה על אחת מתוך שלוש השאלות, 66% - ענה על שתיים מתוך השלוש ו-100% - ענה על שלוש

מתוך השלוש. באופן דומה עבור שלושת נושאי הפעילות, כשכל אחד מהם מבטא ב- 4 שאלות, הסולם כלל 5 ציונים, שאף הם התייחסו לאחוז השאלות שבהן התשובות היו קל מאוד +קל והסולם היה בנוי מ-5 קטגוריות. בין 0% ל- 100% ישנן הקטגוריות הבאות: 25% (אחת מארבע), 50% (שתיים מארבע) ו- 75% (שלוש מארבע).

לכל מדד חושב מקדם מהימנות אלפא של קרונבך (Cronbach alpha coefficient), בוצע ניתוח גורמים עם משתנה סמוי אחד ומבחן Rasch. זאת כדי להבטיח את העקביות והמהימנות הפנימית ואת חד הממדיות של הסולם. עבור חלק מהמדדים של אוריינות בריאותית ספציפית, הבדיקות הושלמו על-ידי מודלים שלשני משתנים סמויים, כלומר שני ממדים. אלפא של קרונבך למדד אוריינות בריאותית כללית בישראל היה 0.80.

מחקרים קודמים (Pelikan, 2019; Schillinger, 2021) עסקו בבחינת הקשרים שבין אוריינות בריאותית ומשתנים דמוגרפיים-סוציו-כלכליים, וכן בינה לבין משתנים העוסקים במצבי בריאות והתנהגויות מקדמות בריאות, העלו שיש גורמים היכולים לנבא את רמת האוריינות הבריאותית במידה זו או אחרת, ושרמת האוריינות הבריאותית הכללית יכולה לנבא משתני התנהגויות הקשורות בבריאות. לפיכך נבחנו במסגרת המחקר מודלים שונים של רגרסיה ליניארית רב משתנית, שאמורים לתת תמונה מובחנת יותר על הקשרים שבין אוריינות בריאותית כללית והמשתנים האחרים שנאספו במחקר.

מתאמים בין אוריינות בריאותית וסדרה של גורמים קשורים אפשריים שהוגדרו מראש, נבדקו באמצעות מתאם ספירמן (Spearman correlation coefficients) ומודלים של רגרסיה ליניארית רב משתנית. המשתנים הבאים נותחו כגורמים דמוגרפיים- חברתיים-כלכליים קשורים אפשריים: מגדר, גיל, השכלה, תפיסה עצמית של מעמד חברתי, מצוקה כלכלית וקשיי תשלום, מחלות או בעיות בריאות ממושכות, התפיסה העצמית של מצב הבריאות, השימוש בשירותי בריאות שונים והתנהגויות שונות מקדמות בריאות. בעיבודים המתייחסים למגדר נעשה שימוש גם במבחן חי ברבוע.

בחלק מהמשתנים אוחדו קטגוריות תשובה סמוכות, על מנת להבטיח התפלגות נורמאלית. כך למשל אוחדו תשע קטגוריות התשובה לשאלת ההשכלה לחמש 5 קטגוריות, גיל (כל 5 שנים וכל 10 שנים), או היעדרות מהעבודה בשל בעיות בריאות שנעה בין 0 ל-365 יום, שקובצה ל- 4 קטגוריות.

נעשה שקלול מגדר, גיל, דת, מחוז יישוב ומידת הפריפריאליות של יישוב המגורים

5. ממצאים

5.1. תיאור המדגם

5.1.1 – מאפיינים דמוגרפיים מרכזיים

השתתפה ישראל עם מדגם שכלל, כאמור, 1315 משיבים ($n=1315$). 1094 משיבים היו יהודים (83%) ו- 221 ערבים (17%) - האחוזים לאחר שקלול.

48% מהמשיבים היו גברים ו- 52% נשים.

הגיל הממוצע היה 46 שנים והחציוני 44.

השכלתם של 38.4% מהמשתתפים הייתה השכלה אקדמית, וחלקם של בעלי השכלה על תיכונית היה 28.2%. חלקם של אלה שלמדו עד סיום היסודי מגיע ל- 2.7%. לשאר (30.7%) השכלה תיכונית חלקית או פחות.

52% מהמשיבים הם ילידי ישראל. 19% נולדו במזרח אירופה, כ- 10% נולדו באסיה, כ- 10% באפריקה, והשאר נולדו בצפון אמריקה או במרכז ודרום אמריקה.

כ- 60% מהמשיבים מתגוררים ביישובים מרכזיים, 20% בפריפריה וכ- 20% באזורי ביניים.

פירוט הנתונים הדמוגרפיים בנספח מס' 1

5.1.2 . משתנים חברתיים כלכליים ובריאותיים

23% מהמשתתפים רואים עצמם שייכים למעמד די גבוה וגבוה (דרוג 8-10 בסולם של 1-10), ואילו 32% מדרגים עצמם במעמד הנמוך או הנמוך למדי (דרוג 1-5 באותו סולם). השאר בדרוג ביניים.

לכ- 48% מהמדגם אין מצוקה כלכלית כלל ולעומת זאת ל- 31% יש מצוקה כלכלית רצינית או חמורה. השאר מצויים במצוקה מסוימת.

לגבי תמיכה חברתית מדווחת, 21% דיווחו שהם נהנים מתמיכה חברתית גבוהה, ל- 53% יש תמיכה חברתית בינונית ול- 26% תמיכה חברתית דלה.

ל- 13% ממשותתפי המחקר יש הכשרה בתחום הבריאות.

לגבי הערכה עצמית של הבריאות, 67% מהמדגם מעריכים את מצבם הבריאותי כטוב או טוב מאד, כ- 6% כרע או רע מאד, השאר כ- 27% חשים לא טוב ולא רע. ל- 59% אין מחלות כרוניות, אך ל- 18% יש יותר ממחלה אחת. 63% לא מוגבלים בפעילותם בשל בעיות בריאות, בעוד ש- 11% מוגבלים מאד, והשאר מוגבלים במידה מסוימת.

פירוט הנתונים הסוציו-כלכליים, ובריאותיים - בנספח מס' 2

5.2. אוריינות בריאותית כללית

5.2.1. שאלות המדד

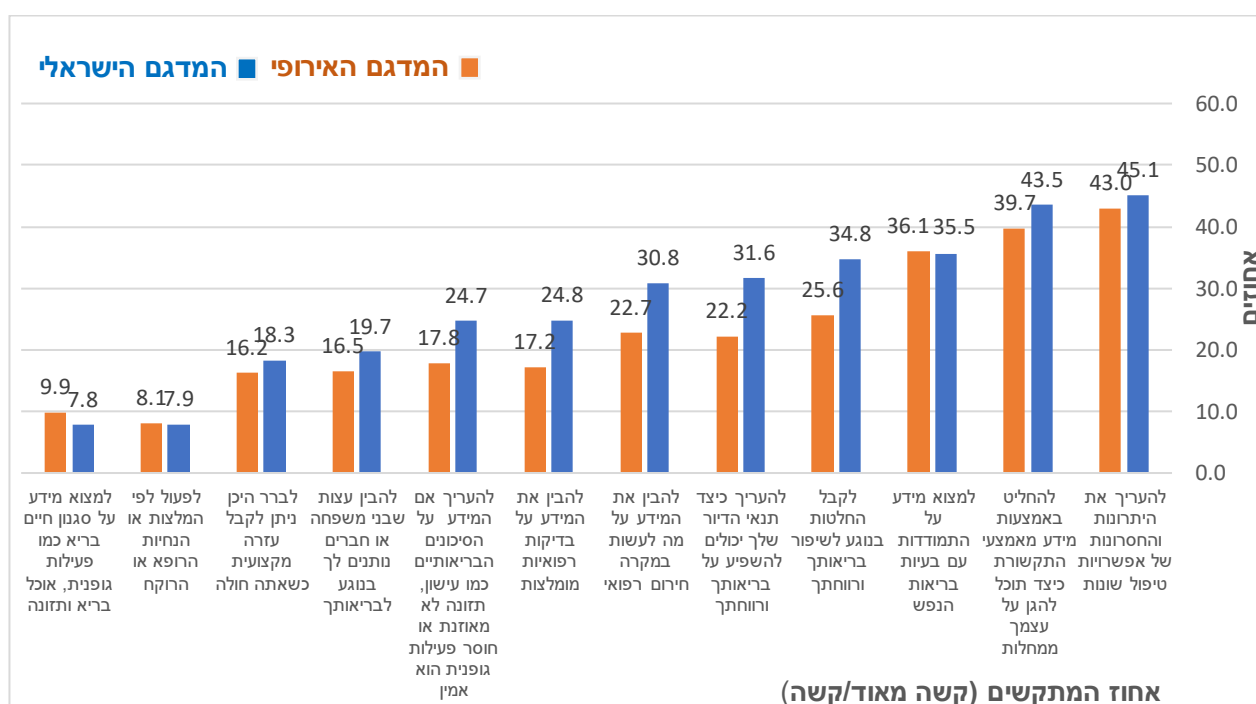
טבלה מס' 1: התפלגות מרכיבי האוריינות הבריאותית בקרב המדגם בישראל והשוואה למדגם האירופאי (באחוזים)

אחוז המתקשים במדגם הכלל אירופאי	אחוז המתקשים בישראל (קשה מאד + קשה)	סה"כ	קל מאד	קל	קשה	קשה מאד	השאלות/התפלגות התשובות
43.0%	45.1%	100.0	12.0%	42.9%	39.9%	5.1%	להעריך את היתרונות והחסרונות של אפשרויות טיפול שונות
39.7%	43.5%	100.0	13.7%	42.8%	35.7%	7.8%	להחליט באמצעות מידע מאמצעי התקשורת כיצד תוכל להגן על עצמך ממחלות
36.1%	35.5%	100.0	17.4%	47.2%	29.1%	6.3%	למצוא מידע על התמודדות עם בעיות בריאות הנפש
25.6%	34.8%	100.0	21.6%	43.5%	29.1%	5.7%	לקבל החלטות בנוגע לשיפור בריאותך ורווחתך
22.2%	31.6%	100.0	19.4%	49.0%	25.7%	5.9%	להעריך כיצד תנאי הדיור שלך יכולים להשפיע על בריאותך ורווחתך
22.7%	30.8%	100.0	17.9%	51.3%	28.4%	2.4%	להבין את המידע על מה לעשות במקרה חירום רפואי
17.2%	24.8%	100.0	23.1%	52.1%	21.1%	3.7%	להבין את המידע על בדיקות רפואיות מומלצות
17.8%	24.7%	100.0	24.0%	51.3%	20.3%	4.4%	להעריך אם המידע על הסיכונים הבריאותיים, כמו עישון, תזונה לא מאוזנת או חוסר פעילות גופנית הוא אמין
16.2%	18.3%	100.0	26.9%	54.8%	16.2%	2.1%	לברר היכן ניתן לקבל עזרה מקצועית כשאתה חולה
8.1%	7.9%	100.0	34.3%	57.8%	7.4%	0.5%	לפעול לפי המלצות או הנחיות הרופא או הרוקח
9.9%	7.8%	100.0	40.3%	51.9%	7.2%	0.6%	למצוא מידע על סגנון חיים בריא כמו פעילות גופנית, אוכל בריא ותזונה

כפי שניתן לראות בטבלה מס' 1, הקשיים הרבים ביותר התגלו בארבעת הנושאים הבאים: 1. הערכת היתרונות והחסרונות של אפשרויות הטיפול; 2. החלטה כיצד להתגונן מפני מחלות בהתבסס על מידע מאמצעי התקשורת 3. מציאת מידע על התמודדות עם בעיות נפשיות; 4. קבלת החלטות בנוגע לשיפור הבריאות והרווחה. בנושאים אלה, אחוז המתקשים בישראל נע בין כ-35% ל-45%. נושאים אלה נמצאו גם בקרב המדגם הכלל-אירופאי כנושאים שבהם חווים המשתתפים קושי במידה הרבה ביותר.

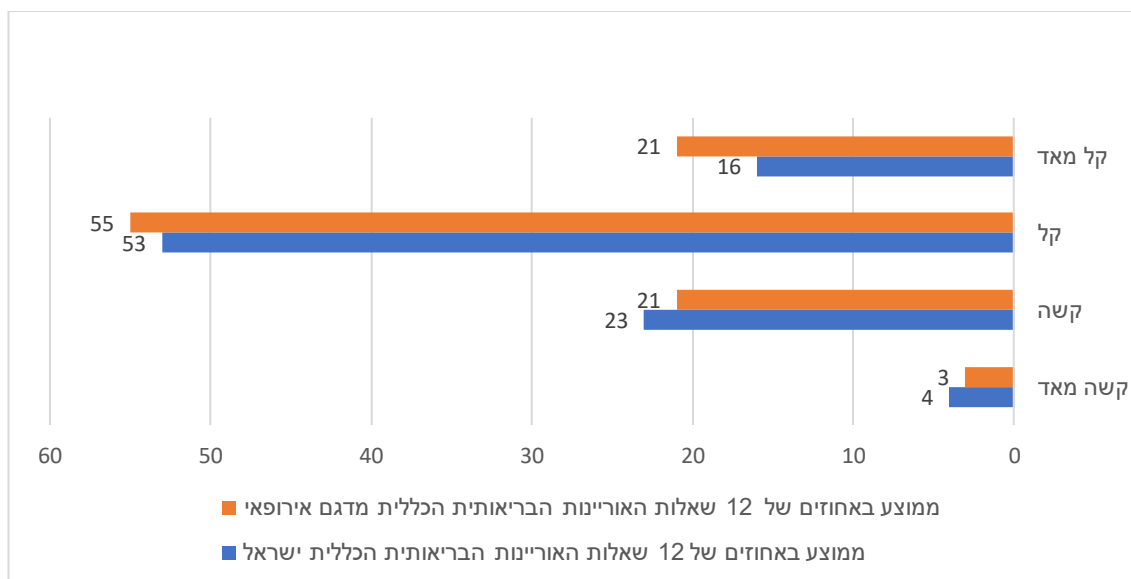
תרשים מספר 1 להלן מציג את ההשוואה בחוויות הקושי בין המשיבים מישראל לבין המשיבים בכלל המדגם האירופאי, לכל אחד ממרכיבי האוריינות הבריאותית הכללית.

תרשים מס' 1: אחוז המתקשים והמתקשים מאוד בביצוע משימות בתחום האוריינות הבריאותית הכללית, בישראל ובכלל המדגם האירופאי (באחוזים)



כפי שעולה מתרשים 1, ברוב הנושאים שיעור המשיבים המתקשים והמתקשים מאוד גבוה יותר במדגם הישראלי לעומת המדגם הכלל-אירופאי, למעט במציאת מידע על סגנון חיים בריא ובפעולה לפי המלצות או הנחיות רופא או רוקח. למשל, בעוד ש-26% מהמשתתפים בכלל המדגם האירופאי דיווחו שהם מתקשים ומתקשים מאוד לקבל החלטות בנוגע לשיפור הבריאות והרווחה שלהם, שיעור העונים כך בקרב המשתתפים בישראל עמד על 31%.

תרשים מס' 2: השוואת האחוז הממוצע של התפלגות התשובות ל-12 השאלות של אוריינות בריאותית כללית שהתקבל בישראל לעומת זה שהתקבל במדגם הכלל-אירופאי

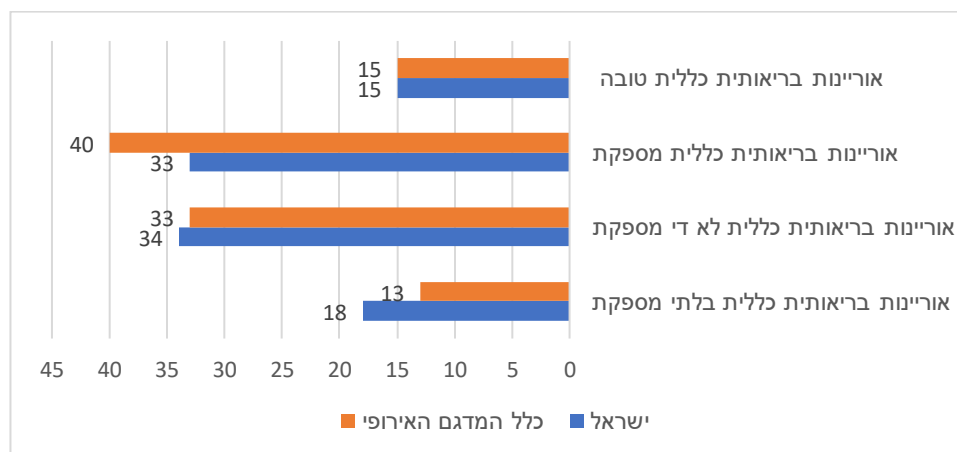


כפי שעולה מתרשים 2, האחוז הממוצע של המשיבים מישראל שמתקשה בביצוע המשימות הכלולות במדד הוא 27%, והוא מעט גבוה מהאחוז הממוצע בין כלל המשיבים במדגם הכלל-אירופאי. אחוז המשתתפים מישראל שצינו שכל המשימות קלות מאד עבורם עמד על 16%, שיעור נמוך משיעור זה בקרב המדגם הכלל אירופאי, שעמד על 21%.

5.2.2 מדד האוריינות הבריאותית הכללית

ציוני המדד הקטגוריאלי נעים כאמור בסולם של 4 קטגוריות בין אוריינות טובה לאוריינות בלתי מספקת.

תרשים מס' 3: התפלגות ציוני מדד אוריינות בריאותית- השוואה בין ישראל למדגם הכלל אירופאי



רק 15% מבין המשיבים מישראל דיווחו על אוריינות בריאותית כללית טובה מאד, משמע אין להם קושי לבצע את כל או רוב הפעולות המשקפות אוריינות בריאותית כללית. לעומת זאת, 52% הוגדרו בקטגוריית אוריינות בריאותית כללית לא די מספקת או אף בלתי מספקת. כלומר, הם חווים קשיים לא מבוטלים בביצוע פעולות רבות שנכללו במדד.

כפי שניתן לראות, אין הבדל בין חלקם של הישראלים שיש להם אוריינות בריאותית כללית טובה מאד לבין חלקם של אלה במדגם הכללי האירופאי. עם זאת, חלקם באוריינות הבריאותית הבלתי מספקת והלא די מספקת גדול במידת מה מזה שנמצא במדגם האירופאי.

5.2.3. אוריינות בריאותית כללית – מחיפוש מידע ועד ליישום

אוריינות בריאותית מורכבת כאמור, ממספר פעילויות הקשורות זו בזו בקשר מתפתח, תהליכי: תחילת המעשה היא במציאת מידע בריאותי, המהווה את הבסיס להבנת המידע. הבנת המידע נדרשת בדרכי להערכת המידע כרלוונטי ומהימן, וזו יכולה להוביל ליישום המידע בפעילות היום יומית. להלן הנתונים המתייחסים לרמת הקושי או הקלות במיומנויות אלה של המרואיינים.

טבלה מס' 3: מידת הקושי או הקלות בביצוע פעולות שמרכיבות את האוריינות הבריאותית

יישום המידע הבריאותי	הערכת המידע הבריאותי	הבנת המידע הבריאותי	מציאת מידע בריאותי	אחוז השאלות שעליהן ניתנו התשובות קל וקל מאד
3.6%	9.9%	5.5%	2.6%	0%
23.0%	21.2%	16.2%	12.7%	33%
29.5%	29.3%	26.5%	28.3%	66%
43.9%	39.6%	51.9%	56.4%	100%
100.0	100.0	100.0	100.0	סך הכל

בעוד שמציאת המידע הבריאותי עבור כ- 56% היא קלה או קלה מאד, הרי הערכת המידע הבריאותי ויישומו הן משימות שקלות או קלות מאד רק לכ- 40%-44%. העובדה שעל פניו קל יותר במידת מה ליישם את המידע הבריאותי מאשר להעריך אותו, אולי נובעת מכך, שמידע בנושאי בריאות מופץ ברשתות ובתקשורת בהיקפים ובנושאים רבים גם על-ידי מי שאינם מקצועיים בנושא, והדבר מביא לכך שאנשים מיישמים או מנסים ליישם מידע, גם אם הם פחות בטוחים באשר למהימנותו.

5.2.4 השוואת רמת מדד האוריינות הבריאותית לפי התחומים אליהם הוא מתייחס

השאלון עסק בשלושה תחומים הקשורים בבריאות וגם קשורים זה בזה: 1. הטיפול במחלות ובעיות בריאות 2. מניעת מחלות/גילוי מוקדם 3. גורמים המשפיעים על הבריאות ("קידום הבריאות"). להלן התפלגות רמת מדד האוריינות הבריאותית לכל אחד מהנושאים שצוינו:

טבלה מס' 4 : התפלגות הציונים של מדד האוריינות הבריאותית בסולם מדד מס' 1 (הציונים מבטאים את אחוז המשיבים שציינו קל + קל מאד)

גורמים המשפיעים על הבריאות	מניעת מחלות	טיפול בבעיות בריאות	רמת האוריינות הבריאותית, ב-% שציינו קל או קל מאוד.
2.4	8.0	2.4	0
7.3	11.5	8.9	25
17.3	19.1	18.6	50
27.8	23.8	28.6	75
45.2	37.5	41.4	100
100.0	100.0	100.0	סה"כ

בחינה של טבלאות 3 ו-4 שהוצגו לעיל, שמבוססות על חיבור המענה קל מאד וקל, מצביעה על קיומו של "אפקט התיקרה", כאשר רמת המדד הגבוהה מרכזת בתוכה את האחוז הגדול ביותר של משיבים, ושתי הרמות הגבוהות מרכזות פי 2 או 3 מ-2 הרמות הנמוכות. מה שמעיד שהמדד רגיש פחות להבחנות בין רמות שונות של אוריינות בריאותית כללית ברמות הגבוהות.

5.3. גורמים דמוגרפיים הקשורים לאוריינות בריאותית כללית בישראל

5.3.1 גיל

גיל המשיבים נמדד בשנים וקודד לקבוצות גיל. משיבי הסקר מישראל היו, כאמור, בממוצע הצעירים ביותר מבין המשיבים בכל המדינות. ממוצע המדגם בישראל היה 45.6 והחציון 44

טבלה מס' 5: ממוצעי מדד האוריינות הבריאותית לכל קבוצת גיל בישראל

ממוצע מדד אוריינות בריאות כללית קטגוריאל (1-4)	ממוצע מדד אוריינות בריאות כללית (0-100)	קבוצות הגיל
2.49	68.03	18-25
2.56	69.57	26-35
2.79	74.61	36-45
2.79	74.41	46-55
2.75	72.71	56-65
2.87	76.60	66-75
3.37	86.68	75+

($P < 0.001$, $p = 0.14$)

במבחן קורלציה של Spearman, נמצא קשר מובהק של האוריינות הבריאותית עם גיל. ניתן לראות כי בקבוצות הגיל הצעירות יותר (18 – 35) רמת המדד היא הנמוכה ביותר. רמת המדד במגמת עליה עד גיל 55, יורדת בקבוצת הגיל 56-65 ושוב עולה בשתי קבוצות הגיל המבוגרות יותר מ-65. יש להניח שבגילאים הצעירים יותר יש פחות עניין בנושאי הבריאות, אך לא מובנת הירידה המסויימת שמתחילה למעשה כבר בגיל 46 ונמשכת עד גיל 65.

יש לציין, שדפוס הקשר בין גיל לציון המדד שונה ממדינה למדינה. בחלקן, המדד יורד עם הגיל, בחלקן הוא כמעט לא משתנה בין קבוצות הגיל ובחלקן, כמו בישראל, הוא עולה בגילאים המבוגרים יותר.

5.3.2. מגדר: במבחן חי ברבוע לא נמצאו בישראל הבדלים מובהקים בין גברים לנשים ברמת האוריינות הבריאותית הכללית שלהם.

5.3.3 לאום

טבלה מס' 5: הבדלים בין יהודים וערבים בישראל ברמת האוריינות הבריאותית הכללית – התפלגות וממוצעים.

ממוצע באחוזים	ממוצע קטגורי	סה"כ	טובה	מספקת	לא כ"כ מספקת	לא מספקת	רמת אוריינות בריאותית כללית/לאום יהודי
72.5%	2.34	100.0%	30.5%	24.6%	19.2%	25.7%	יהודי
85.0%	2.98	100.0%	58.2%	25.5%	8.2%	8.2%	ערבי

(P<0.001)

ההבדלים בין היהודים לערבים ברמת האוריינות הבריאותית, שנבדקו במבחן חי ברבוע מובהקים. כפי שניתן לראות בטבלה, חלקם של הערבים שהאוריינות שלהם טובה מגיע ל-58%, לעומת כ-30% בקרב היהודים. מהצד השני, חלקם של היהודים שרמת האוריינות שלהם לא מספקת או בעייתית מגיע לכ-45% לעומת כ-16% בקרב הערבים. קשה להסביר מימצא זה כשלעצמו.

5.4 אוריינות בריאותית כללית וגורמים סוציו-כלכליים: המעמד החברתי, השכלה ומחסור כספי.

5.4.1 מעמד חברתי נתפס.

בטבלה הבאה – טבלה מס' 6 - מופיעים נתוני רמת האוריינות הבריאותית הכללית של המשיבים מישראל בהתייחס לכל אחת מקבוצות המעמד. המעמד החברתי הוערך על-ידי המשתתפים בסולם של 1 – 10, כשהמעמד החברתי הגבוה ביותר צויין בספרה 10 והנמוך ביותר בספרה 1. ממוצע המעמד החברתי הנתפס של משיבי המדגם בישראל היה 6.3, גבוה מזה שנמצא במדגם הכלל-אירופאי בכללותו – 5.9.

טבלה מס' 6: התפלגות מדד האוריינות הבריאותית הכללית לפי מעמד חברתי נתפס וממוצעיו.

מדד האוריינות הבריאותית הכללית							
ממוצע מדד באחוזים	ממוצע מדד קטגורי	סה"כ	אוריינות בריאותית כללית טובה	אוריינות בריאותית כללית מספקת	אוריינות בריאותית כללית לא כ"כ מספקת	אוריינות בריאותית כללית בלתי מספקת	מעמד חברתי נתפס
75.4%	2.94	100.0%	14.3%	50.0%	28.6%	7.1%	המעמד הנמוך ביותר 1
67.5%	2.64	100.0%	21.7%	13.0%	39.1%	26.1%	2
61.4%	2.20	100.0%	6.1%	18.2%	48.5%	27.3%	3
62.1%	2.26	100.0%	10.3%	17.5%	44.3%	27.8%	4
69.9%	2.57	100.0%	13.7%	30.4%	34.4%	21.6%	5
72.2%	2.66	100.0%	12.1%	35.2%	32.4%	20.2%	6
74.2%	2.77	100.0%	15.5%	34.8%	31.3%	18.4%	7
74.2%	2.97	100.0%	20.5%	33.5%	35.1%	10.8%	8
78.7%	3.19	100.0%	12.8%	57.4%	19.1%	10.6%	9
82.1%	3.39	100.0%	36.4%	36.4%	21.8%	5.5%	המעמד הגבוה ביותר 10

($P < 0.001$, $p = 20.0$).

הקשר הליניארי שנמצא בין שני המשתנים מעמד חברתי נתפס ואוריינות בריאותית כללית מובהק. אם לרגע מתעלמים מ-15 המשיבים שדרגו עצמם במעמד הנמוך ביותר- 1, הרי ניתן לראות באופן כללי, מידה של עקביות בעלייה ברמת האוריינות הבריאותית הכללית עם העליה בדרוג החברתי הנתפס. אלה שדרגו עצמם ב- 2 המעמדות הגבוהים ביותר הם בעלי אוריינות בריאותית מספקת או טובה, במידה רבה יותר מהאחרים (כ- 70% +) ואילו בין אלה שדרגו עצמם בדירוג 2 – 4 לרובם אוריינות בריאותית לא כ"כ מספקת או בלתי מספקת, ורק בין 24% ל-35% הם בעלי אוריינות בריאות כללית מספקת או טובה. ביניהם בדירוג 5 – 8 עולה חלקם של בעלי האוריינות הבריאותית המספקת או טובה מ-44% ל-56% בהתאמה.

הקשר שבין מעמד חברתי לאוריינות בכלל נמצא במחקרים קודמים, וכאן יש עדות על הקשר הספציפי שנמצא בין מעמד חברתי לאוריינות בריאותית כללית.

5.4.2 השכלה

התשובות שנתנו לשאלה על ההשכלה קודדו מחדש ל- 5 קטגוריות ובישראל ל-4 רמות השכלה. בישראל היה מספר המשיבים שציינו שאין להם כל השכלה פורמאלית פחות מאחוז מהמדגם, ולכן קטגוריה זו אוחדה עם הקטגוריה שאחריה. להלן התפלגות האוריינות הבריאותית הכללית לפי השכלה.

טבלה מס' 7 : התפלגות מדד האוריינות הבריאותית הכללית לפי רמת ההשכלה

אוריינות בריאותית כללית				
השכלה	לא מספקת	לא כ"כ מספקת	מספקת	טובה מאד
תיכונית חלקית או פחות מזה	19.7%	11.8%	23.7%	44.7%
תיכונית מלאה	20.7%	16.0%	25.6%	37.7%
מעל תיכונית, לא אקדמאית	25.3%	17.3%	23.5%	34.0%
אקדמאית	22.8%	19.0%	25.3%	32.9%

($P = 0.006$, $p - 0.074$)

המתאם שבין השכלה לאוריינות בריאותית מובהק, אך שלילי ונמוך. לפי נתוני הטבלה, לאקדמאים יש אוריינות מספקת או טובה במידה נמוכה מזו שיש לבעלי השכלה תיכונית ומטה, ואילו לבעלי ההשכלה היסודית או התיכונית חלקית יש את האוריינות המספקת או הטובה הגבוהה ביותר.

5.4.3. מצוקה כלכלית

תחושת המצוקה הכלכלית המתבססת על קשיי תשלום נבנתה כאמור, כרצף של 4 דרגות: 1. אין תחושת מצוקה כלכלית 2. יש תחושת מצוקה כלכלית מסויימת 3. יש מצוקה כלכלית רצינית 4. יש מצוקה כלכלית חמורה.

בטבלה הבאה ניתן לראות את התפלגות המשיבים לפי רמת מדד האוריינות הבריאותית הכללית בכל רמה של מחסור כספי.

טבלה מס' 8: התפלגות מדד האוריינות הבריאותית הכללית לפי מידת המצוקה הכלכלית (קשיי תשלום)

מדד רמת האוריינות הבריאותית הכללית					
מידת הכלכלית (קשיי תשלום)	אוריינות בריאותית לא מספקת	אוריינות בריאותית כללית בעייתית	אוריינות בריאותית כללית מספקת	אוריינות בריאותית כללית גבוהה	סה"כ
אין מצוקה כלכלית	16.0%	13.4%	26.4%	44.3%	100.0%
מצוקה כלכלית מסוימת	22.9%	20.5%	23.3%	33.3%	100.0%
מצוקה כלכלית רצינית	27.3%	17.7%	26.8%	28.2%	100.0%
מצוקה כלכלית חמורה	36.8%	26.5%	18.1%	18.7%	100.0%
סה"כ	22.2%	17.4%	24.7%	35.7%	100.0%

($P < 0.001$, $p = -253$)

בישראל, כמו ברוב המדינות שהשתתפו בסקר, נמצא קשר ליניארי שלילי בין תחושת המצוקה הכלכלית לבין רמת מדד האוריינות הבריאותית הכללית. לכ- 70% מהמשתתפים בישראל, שלא חווים כל מצוקה כלכלית, יש אוריינות בריאותית כללית מספקת או טובה, ואילו לאלה שמצוקתם חמורה - רק לכ- 37% יש אוריינות בריאותית כללית מספקת או טובה. ביניהם, ברמות הביניים של המצוקה הכלכלית, גם המדד הוא ברמות ביניים – 55%-57% עם אוריינות בריאותית כללית מספקת או טובה. נראה שמצוקה כלכלית משמעה לא פעם הוא גם חוסר יכולת לממש בפועל ידע והמלצות רפואיות, מה שהופך את חיפוש המידע והשימוש בו לפחות אטרקטיבי.

5.4.4 רמת התמיכה החברתית

רמת התמיכה החברתית נבחנה במסגרת המחקר כמדד בעל 3 קטגוריות: מתמיכה דלה ועד תמיכה חזקה.

טבלה מס' 9: התפלגות מדד האוריינות הבריאותית לפי מידת התמיכה החברתית

סה"כ	אוריינות בריאותית כללית				תמיכה חברתית
	טובה מאד	מספקת	לא מספקת	לא מספקת	
100.0%	28.0%	21.3%	22.4%	28.3%	דלה
100.0%	32.9%	25.9%	17.3%	23.9%	בינונית
100.0%	48.9%	26.6%	11.2%	13.3%	חזקה

($P < 0.001$ $p = 0.174$)

קשר מובהק נמצא גם בין רמת התמיכה החברתית לאוריינות בריאותית, כאשר אלה שהם חסרי ומיעוטי תמיכה חברתית מגלים אוריינות בריאותית ברמה פחותה מזו של אלה שלהם תמיכה חברתית חזקה.

5.4.5 רמת הפריפריאליות

לא נמצא קשר מובהק בין האוריינות הבריאותית למידת הפריפריאליות של מקום מגורי המרואיין.

5.4.6 הכשרה מקצועית בתחום הטיפול הבריאותי

זהו משתנה דיכוטומי כשרק 13% (172) מהמשיבים ציינו כי קבלו הכשרה כזו.

טבלה מס' 10: רמת מדד האוריינות הבריאותית הכללית לפי הכשרה מקצועית בטיפול בריאות

סה"כ	אוריינות בריאותית כללית				הכשרה מקצועית בטיפול בריאותי
	טובה מאד	מספקת	לא מספקת כ"כ	לא מספקת	
100.0%	33.7%	25.0%	17.9%	23.4%	אין
100.0%	45.3%	22.7%	13.4%	18.6%	יש

($P < 0.001$)

נמצא, שלמי שהוכשר למקצועות הבריאות יש רמת אוריינות בריאותית גבוהה יותר מאשר למי שלא קבל הכשרה בתחום הטיפול. ההבדל בין מי שהוכשר למקצועות הבריאות למי שאין לו הכשרה כזו - מובהק במבחן חי ברבוע.

5.4.7 אוריינות בריאותית כללית ומדדי בריאות

כאמור, נבחנו במסגרת המחקר גם משתנים המתייחסים למדדי בריאות שונים ולהתנהגויות בריאותיות שונות. מעבר להערכה העצמית של מצב הבריאות, נשאלו המשתתפים על קיומה של בעיה בריאותית כרונית ועל המידה שבה מצב הבריאות מגביל אותם. כמו כן, נאסף מידע על הרגלי עישון, אכילת פירות וירקות, צריכת אלכוהול, פעילות גופנית, וכן גובה ומשקל לחישוב ה-BMI. גם מידע לגבי השימוש בשירותי הרפואה השונים נבחן בשאלון.

5.4.7.1 אוריינות בריאותית כללית והערכה עצמית של מצב הבריאות

טבלה מס' 12: התפלגות אוריינות בריאותית כללית לפי הערכה עצמית של מצב הבריאות

סה"כ	מדד אוריינות בריאותית כללית				הערכה עצמית של מצב הבריאות
	טובה	מספקת	לא כ"כ מספקת	לא מספקת	
100.0%	26.0%	32.3%	31.8%	9.9%	טובה מאד
100.0%	11.5%	33.7%	32.8%	22.0%	טובה
100.0%	12.4%	31.8%	34.4%	21.4%	בסדר (לא טוב ולא גרוע)
100.0%	4.2%	29.6%	43.7%	22.5%	גרוע
100.0%		50.0%	50.0%		גרוע מאד
100.0%	15.3%	32.6%	33.6%	18.5%	סה"כ

($P < 0.001$ $p = -0.139$)

נמצא קשר שלילי בין ההערכה העצמית של מצב הבריאות לבין מדד האוריינות הבריאותית הכללית, כלומר, לאנשים עם אוריינות בריאותית טובה יותר, יש גם נטייה להערכה טובה יותר של מצב בריאותם מזו של אנשים עם אוריינות נמוכה יותר. בקרב אלה המעריכים את בריאותם כטובה מאד, לכרבע אוריינות בריאותית טובה, לעומת אלה שמצב בריאותם להערכתם טוב פחות (אחוז המשתתפים עם הערכת אוריינות טובה הולך ופוחת ככל שהערכת הבריאות העצמית פוחתת).

5.4.7.2 אוריינות בריאותית כללית ומחלות כרוניות: לא נמצא מתאם מובהק בין רמת האוריינות

הכללית וקיומן של מחלות כרוניות. $P = 0.119$

5.4.7.3 אוריינות בריאותית כללית והגבלת פעילות בשל מצב בריאותי: לא נמצא מתאם מובהק

בין רמת האוריינות הכללית וקיומן של הגבלות פעילות בשל מצב בריאותי. $P = 0.195$

5.4.7.4: אוריינות בריאותית כללית והעדרות מהעבודה בשל בעיות בריאות

ימי ההעדרות מהעבודה בשנה שקדמה לראיון בשל בעיות בריאות נעו בין 0 ימי העדרות ל-365 ימים. הם קובצו ל-4 קטגוריות.

טבלה מס' 13: התפלגות מדד אוריינות בריאותית כללית לפי רמות היעדרות מהעבודה בשל בעיות

בריאות

מדד אוריינות בריאותית כללית					
סה"כ	טובה	מספקת	לא כ"כ מספקת	לא מספקת	מס' ימי היעדרות מהעבודה בשל בעיות בריאות
100.0%	38.7%	24.7%	16.7%	19.9%	אף יום
100.0%	31.1%	25.1%	17.4%	26.3%	יום יומיים
100.0%	25.9%	27.1%	18.1%	28.9%	שלושה-חמישה
100.0%	33.1%	23.0%	18.7%	25.3%	ששה ויותר

($P < 0.001$ $p = - 0.0930$)

המתאם שנמצא מעיד על קשר שלילי מסויים בין אוריינות בריאותית כללית והיעדרות מהעבודה בשל בעיות בריאות. משמעותו הינה שבקרב אלה שלהם אוריינות בריאות גבוהה יותר, מס' ימי היעדרות מהעבודה נוטה להיות נמוך יותר. הנתונים מהטבלה מצביעים על קשר כזה בעיקר בהתייחס לאלה שלא נעדרו כלל מהעבודה, בהשוואה לשאר הקטגוריות.

5.4.8: אוריינות בריאותית כללית והרגלי בריאות.

ניתן היה להניח שיהיה קשר בין רמת האוריינות הבריאותית הכללית לבין הרגלי בריאות, כמו עישון, צריכת אלכוהול, תזונה נכונה ופעילות גופנית, ושבין אלה שרמת האוריינות הבריאותית שלהם גבוהה יותר יהיה שיעור גדול יותר של אנשים המקפידים על אורח חיים בריא. להלן הנתונים המתייחסים לבדיקת הנושא:

5.4.8.1: אוריינות בריאותית כללית ועישון: לא נמצא מתאם מובהק בין רמת האוריינות הכללית

ותדירות העישון. $p = 0.563$. כיוון שעישון כרוך בהתמכרות, נראה שעצם המידע הבריאותי אודותיו, הבנתו ואפילו הערכתו כרלוונטי, אינו מספיק על מנת ליישם התנהגות של הפסקת עישון.

5.4.8.2 אוריינות בריאותית כללית וצריכת אלכוהול שבועית:

טבלה מס' 14: התפלגות מדד אוריינות בריאותית כללית ורמת צריכת אלכוהול שבועית

צריכת אלכוהול מכל סוג אף פעם	מדד אוריינות בריאותית כללית			
	טובה	מספקת	לא מספקת כ"כ	לא מספקת
100.0%	17.1%	36.7%	31.2%	15.0%
פחות מפעם בשבוע	13.2%	29.8%	36.3%	20.8%
יום בשבוע	14.6%	26.5%	34.4%	24.5%
יומיים בשבוע	14.5%	22.4%	35.5%	27.6%
שלושה	10.5%	26.3%	42.1%	21.1%
ארבעה	5.6%	22.2%	61.1%	11.1%
חמישה	14.3%	28.6%	50.0%	7.1%
שישה	14.3%	57.1%		28.6%
שבעה	19.0%	42.9%	9.5%	28.6%

($P < 0.001$ $p = -0.140$)

קיים מתאם שלילי בין אוריינות בריאותית כללית לבין צריכת אלכוהול שבועית, שמשמעו שככל שרמת האוריינות הבריאותית הכללית גבוהה יותר, כך קיימת נטייה לצרוך אלכוהול בתדירות נמוכה יותר. גם בצריכת אלכוהול בתדירות גבוהה יכול להיות ממד של התמכרות.

5.4.8.3 אוריינות בריאותית כללית ופעילות גופנית שבועית

טבלה מס' 15: רמת האוריינות הבריאותית לפי תדירות פעילות גופנית אירובית במהלך שבוע

פעילות אירובית לפחות 30 דק' אף פעם	מדד אוריינות בריאותית כללית			
	טובה	מספקת	לא מספקת כ"כ	לא מספקת
100.0%	31.5%	24.6%	20.5%	23.4%
פחות מפעם בשבוע	24.4%	29.5%	21.0%	25.0%
יום בשבוע	36.0%	22.8%	18.4%	22.8%
יומיים בשבוע	34.3%	22.4%	14.0%	29.4%
שלושה	37.6%	18.5%	19.1%	24.7%
ארבעה	34.0%	22.3%	11.7%	31.9%
חמישה	30.6%	35.7%	16.3%	17.3%
שישה	50.0%	29.5%	11.4%	9.1%
שבעה	59.2%	23.3%	9.7%	7.8%

($P < 0.001$ $p = 0.128$)

המתאם שנמצא בין האוריינות הבריאותית הכללית לבין הפעילות הגופנית הוא חיובי ומצביע על כך, שמי שיש לו אוריינות בריאותית גבוהה יותר, נוטה במידה מסויימת לעסוק בפעילות גופנית מומלצת לעיתים תכופות יותר במהלך השבוע. הדבר בולט במיוחד כשמשווים את קבוצות הקצה – אלה העוסקים בפעילות בכל ימות השבוע (6-7 ימים), לעומת אלה שאינם עוסקים בכך, או עוסקים בכך פחות מפעם בשבוע.

5.4.8.4: אכילת ירקות ופירות שבועית

טבלה מס' 16: אוריינות בריאותית כללית ואכילת פירות וירקות שבועית

	טובה	מספקת	לא מספקת כ"כ	לא מספקת	אכילת פירות וירקות שבועית
100.0%	26.9%	38.5%	7.7%	26.9%	אף פעם
100.0%	31.9%	27.8%	12.5%	27.8%	פחות מפעם בשבוע
100.0%	29.6%	26.8%	14.1%	29.6%	יום בשבוע
100.0%	17.6%	20.2%	29.4%	32.8%	יומיים בשבוע
100.0%	36.5%	22.6%	14.6%	26.3%	שלושה
100.0%	30.3%	22.7%	16.0%	31.1%	ארבעה
100.0%	28.5%	18.2%	27.7%	25.5%	חמישה
100.0%	31.9%	27.6%	19.8%	20.7%	שישה
100.0%	44.5%	26.2%	13.7%	15.6%	שבעה

($P < 0.001$ $p = 0.188$)

המתאם החיובי, שנמצא בין רמת האוריינות הבריאותית הכללית לבין תדירות אכילת פירות וירקות שבועית, מצביע על כך שבקרב אלה שלהם אוריינות בריאותית גבוהה יותר, יש נטייה לאכילת פירות וירקות בתדירות גבוהה יותר. הדבר בולט בעיקר בהערכות הקצה, כשאלה האוכלים פירות וירקות בכל יום, להם האוריינות הטובה הרבה ביותר והאוריינות הבלתי מספקת הפחותה ביותר.

5.4.8.5: אוריינות בריאותית כללית ומדד ה-B.M.I - לא נמצא מתאם מובהק בין שני משתנים

אלה. ($P = 0.384$)

5.4.8.6: אוריינות בריאותית כללית והשימוש בשירותי בריאות

לפני שנציג את הקשרים שנמצאו בין אוריינות בריאותית כללית לבין השימוש בשירותי הבריאות, נציג את תדירות השימוש בכל אחד מהשירותים הנ"ל.

טבלה מס' 17: תדירות הפניה לשירותי בריאות שונים

תדירות הפניה/השימוש בשנה האחרונה	לרופא משפחה	חדר מיון/רפואת חרום (ב-24 חודשים)	לרופא מקצועי	אישפוזים בבית"ח	אישפוזי יום
כלל לא	14.1	73.5	37.6	87.6	81.1
פעמים 1-2	39.7	21.9	38.2	10.8	14.5
פעמים 3 - 5	29.0	3.6	17.6	1.2	2.3
6 פעמים ויותר	17.2	0.8	6.6	0.3	2.1
סך משיבים	100.0	100	100.0	100.0	100.0
ממוצע שנתי	3.91	0.53	1.910	0.20	0.62

רובם הגדול של המשתתפים במחקר בישראל לא אושפזו בבית"ח בשנה שקדמה לראיון, גם לא לאישפוז יום, וגם לא פנו לחדר מיון / לרפואת חרום בשנתיים שקדמו לראיון. התדירות הממוצעת של פניה לרופא המשפחה היא כ- 4 פעמים בשנה ולרופא המקצועי כפעמיים בשנה.

להלן המתאמים שנמצאו בין הפניה לכל אחד מהשירותים לבין אוריינות בריאותית:

טבלה מס' 18: מתאמים בין אוריינות בריאותית כללית לבין תדירות פניה לשירותי בריאות שונים

פניה לשירותי חירום	פניה לרופא המשפחה	פניה לרופא מקצועי	אישפוז בבית חולים	אישפוז יום	
-0.099	0.001	-0.060*	-0.031	0.004	p (Spearman)
0.000	0.982	0.026	0.250	0.883	מובהקות P

כפי שניתן לראות בטבלה, רק שני משתנים של פניה לשירותי בריאות – פניה לשירותי חירום ופניה לרופא מקצועי - נמצאו בקשר מובהק עם אוריינות בריאותית. שניהם שליליים ודי נמוכים. משמעותם היא שככל שהאוריינות הבריאותית הכללית גבוהה יותר יש נטייה מסויימת לתדירות ביקורים נמוכה יותר בשני שירותים אלה.

5.4.9. אוריינות בריאותית כללית והמשתנים האחרים כגורמים מסבירים שונות

5.4.9.1 משתנים דמוגרפיים וסוציו-כלכליים כגורמים המסבירים שונות באוריינות בריאותית

כללית

מעבר לבחינת המתאמים שהוצגה, הופעל מודל של רגרסיה ליניארית רב משתנית, שכלל את המגדר, הגיל, ההשכלה, מידת המצוקה הכלכלית, ואת התפיסה העצמית של המעמד החברתי. למודל זה נעשו בדיקות נוספות שנועדו לבחון את יכולתם של גורמים מסבירים אחרים: המודל השני בחן את היסטוריית ההגירה והמודל השלישי בחן את קיומן של בעיות בריאות כרוניות. בטבלה הבאה יופיע ערכי β ו- R^2 עבור כל אחד מהמשתנים שבמודל עבור ישראל ועבור המדגם הכלל-אירופאי.

טבלה מס' 19: נתוני תוצאות מבחן רגרסיה ליניארית רב משתנים של משתנים דמוגרפיים לבדיקת

הקשר עם אוריינות בריאותית כללית כמשתנה תלוי (β and R^2) (standardized coefficients)

מודל 3: הוספת בעיות בריאות כרוניות		מודל 2: הוספת הסטוריית הגירה		מודל 1: 5 משתנים דמוגרפיים		
מדינת אירופא	ישראל	מדינת אירופא	ישראל	מדינת אירופא	ישראל	
0.04	0.07	0.04	0.08	0.04	0.07	מגדר (נשים)
-0.01	0.11	-0.04	0.12	-0.04	0.09	גיל בשנים
-0.04	-0.09	-0.04	-0.08	-0.04	-0.09	השכלה
0.09	0.13	0.11	0.13	0.1	0.14	מעמד חברתי נתפס
-0.19	-0.2	-0.21	-0.21	-0.21	-0.21	מצוקה כלכלית
		0.03	-0.06			הסטוריית הגירה
-0.1	-0.05					בעיות כרוניות
0.08	0.1	0.07	0.1	0.07	0.1	R^2
	1155		1154		1156	סך משיבים
	1315		1315		1315	סך מדגם

כפי שניתן לראות מערכי ה- β , של מודל 1 - המשתנה הקשור במידה הרבה ביותר מבין משתני המודל הבסיסי לאוריינות הבריאותית הכללית הוא המצוקה הכלכלית, ואחריו המעמד החברתי הנתפס. שני אלה הם גם המשתנים המסבירים במידה הרבה ביותר את האוריינות הבריאותית במדגם הכלל אירופאי. אחריהם, מבחינת ערכי ה- β , מופיעים גיל עם ערך חיובי והשכלה עם ערך שלילי. כמו במדינות רבות שנכללו במדגם הכלל-אירופאי, גם בישראל היתה לנשים עדיפות בקשר עם רמת האוריינות הכללית, והשפעתן על קו הרגרסיה גדולה מזו שבמדגם הכלל-אירופאי. בסך

הכל, יכול מודל זה להסביר 10% (R^2) מהשונות של האוריינות הבריאותית הכללית בישראל, וזהו אחוז גבוה מזה שנמצא בכלל המדגם האירופאי.

כשלמודל זה הוסיפו כמשתנה מסביר נוסף את היסטוריית ההגירה (מודל 2), לא השתנה R^2 וגם בערכי ה- β לא חל שינוי גדול. משתנה ההגירה הוא הכי פחות קשור לאוריינות בריאותית במודל 2. במודל 3 נבדקה היכולת של מחלות כרוניות להשפיע על קו הרגרסיה של האוריינות הבריאותית הכללית, במקום היסטוריית ההגירה. הדבר לא שינה את אחוז הקשר הכללי של המודל הראשוני, ואף לא את היכולת להסביר את הקשר היחסי של המשתנים המשתתפים. במודל זה, קיומן של מחלות כרוניות הוא המשתנה החלש ביותר מבחינת יכולת הסבר השונות של האוריינות הבריאותית.

5.4.9.2: הקשר בין אוריינות בריאותית לבין משתנים מקדמי בריאות.

על מנת לבחון את המידה בה אוריינות בריאותית כללית מסבירה את ההתנהגויות הבריאותיות, הופעל מודל של רגרסיה ליניארית רב משתנית, כשמשותנים משפיעים אחרים על הערכה זו מפוקחים. להלן תוצאות הניתוח עבור ישראל:

טבלה מס' 20: תוצאות מודל הרגרסיה הליניארית הרב משתנית R^2 and β לבחינת יכולת הסבר השונות של האוריינות הבריאותית הכללית ומשתנים נוספים של ההתנהגויות מקדמות הבריאות.

אכילת פירות וירקות		פעילות גופנית		אלכוהול		עישון		
המדגם הכלל-אירופאי	ישראל	המדגם הכלל-אירופאי	ישראל	המדגם הכלל-אירופאי	ישראל	המדגם הכלל-אירופאי	ישראל	
0.09	0.06	0.11	0.04	-0.05	-0.13	0	0.04	אוריינות בריאותית כללית
0.11	0.03	-0.03	-0.01	-0.22	-0.16	-0.1	-0.09	מגדר-נשים
0.08	0.16	-0.02	0.04	0.1	0	-0.12	-0.16	גיל בשנים
0.06	0	0.06	-0.01	0.1	0.12	-0.08	-0.18	השכלה
0.06	0.09	0.05	0.13	0.03	-0.03	-0.03	0.02	מעמד חברתי נתפס
-0.06	-0.06	-0.05	-0.1	-0.07	-0.06	0.06	0.05	מצוקה כלכלית
0.04	0.06	0.03	0.04	0.08	0.06	0.04	0.07	R^2
	1156		1155		1155		1155	מס' משיבים
	1315		1315		1315		1315	סה"כ המדגם

ממצאי טבלה 20 מצביעים על כך, שבישראל המודל הרב משתני, הכולל את האוריינות הבריאותית הכללית ומשתנים דמוגרפיים אחרים, מסביר רק – 4% מהשונות בפעילות גופנית, 6% מהשונות של אכילת פירות וירקות ותדירות צריכת אלכוהול ו- 7% מהשונות של תדירות העישון. להוציא בנושא של הקשר בין צריכת האלכוהול, ערכי ה- R^2 בישראל קטנים מאלה שנמצאו במדגם הכלל-אירופאי.

בישראל, ערכי ה- β של האוריינות הבריאותית עם רוב ההרגלים מקדמי הבריאות שנבחנו אינם גבוהים, להוציא צריכת אלכוהול. במודל הבוחן את העישון, האוריינות הבריאותית הכללית נמצאת במקום החמישי מ-6 המשתנים, כשהראשונים הם השכלה גיל ומגדר. במודל המתייחס לצריכת אלכוהול, מהווה האוריינות הבריאותית הכללית את הגורם השני בחוזקו, לאחר מגדר – נשים ולפני השכלה. במודל הרגרסיה הבוחן את הפעילות הגופנית, האוריינות חולקת את המקום השלישי, יחד עם משתנה נוסף, כשקודמים לה מעמד חברתי נתפס ומצוקה כלכלית. גם במודל של אכילת פירות וירקות, האוריינות הבריאותית תופסת את המקום השלישי עם משתנה נוסף, לאחר גיל ומעמד חברתי נתפס.

יש לציין, שהפעלת המודל להסברת הקשר בין B.M.I, לבין אותם משתנים, העלתה ערכי R^2 נמוכים (בישראל - 0.01, ובמדגם הכלל-אירופאי - 0.06) וערכי β (נמוכים) (בישראל בין 0.01 – לאוריינות בריאותית כללית ל- 0.08 לגיל). מסיבה זו לא הובאו הנתונים המתייחסים למדד זה בטבלה.

מעבר לבחינת הקשר עם האוריינות הבריאותית, מאפשר המודל להבחין במאפייני האוכלוסייה שהתנהגותם הבריאותית רצויה פחות. לגבי עישון – צעירים, ובעלי השכלה נמוכה, לגבי אלכוהול – גברים, משכילים ובעלי אוריינות בריאותית נמוכה.

5.4.9.3. הקשר בין אוריינות בריאותית כללית למצבי בריאות ולשימוש בשירותי בריאות

5.4.9.3.1 הקשר בין אוריינות בריאות כללית למצבי בריאות בבדיקת רגרסיה ליניארית

על מנת לבחון את המידה בה קיים קשר בין אוריינות בריאותית כללית, כמשתנה בלתי תלוי, להערכה העצמית של מצב הבריאות, של בעיות בריאות כרוניות ושל מגבלות בשל בריאות כמשתנים תלויים, הופעל מודל של רגרסיה ליניארית רב משתנית, כשמשתנים בלתי תלויים אחרים על הערכה זו מפוקחים. להלן תוצאות הניתוח עבור ישראל ועבור המדגם הכלל-אירופאי 3232:

טבלה מס' 21: מודל הרגרסיה הליניארית הרב משתנית R^2 and β לבחינת הקשר של האוריינות

הבריאותית הכללית ומשתנים נוספים עם מצבי בריאות

בריאות	מחלות/בעיות כרוניות		הערכה עצמית של מצב הבריאות		
	מדגם כלל אירופאי	ישראל	מדגם כלל אירופאי	ישראל	
אוריינות בריאותית כללית	-0.09	-0.05	-0.15	-0.13	
מגדר (נשים)	0.04	0.02	0.01	-0.01	
גיל בשנים	0.31	0.36	0.26	0.31	
השכלה	-0.01	-0.03	-0.05	0.01	
מעמד חברתי נתפס	-0.07	-0.09	-0.15	-0.16	
מצוקה כלכלית	0.11	0.1	0.16	0.12	
	0.15	0.16	0.21	0.17	R^2
סך משיבים		1155		1154	
סך מדגם		1315		1315	

תוצאות הניתוח הראו כי בישראל, כמו בכלל המדגם הכלל-אירופי, המשתנה הבלתי תלוי הקשור ביותר להערכה העצמית של המצב הבריאותי כמשתנה תלוי הוא גיל. אחריו בישראל, שלא כמו במדגם הכללי – המעמד החברתי הנתפס. במקום השלישי בחוזקו כמו במדגם הכללי הוא האוריינות הבריאותית הכללית. במובן זה, אפשר לומר כי אוריינות בריאותית כללית רלוונטית ומשמעותית בהערכה העצמית של מצב הבריאות. המצוקה הכלכלית היא במקום הרביעי בישראל (והשלישי במדגם הכלל-אירופאי). המודל בכללותו מסביר בישראל 17% מהשונות.

אשר לקיומן של בעיות/מחלות כרוניות, גם כאן נמצא כי הגיל הוא המשתנה הקשור ביותר $(\beta) = 0.36$ ובהפרש גדול ממנו - מצוקה כלכלית $(\beta) = 0.10$ והמעמד החברתי הנתפס - כמשתנה השלישי בחשיבותו $(\beta) = 0.09$. האוריינות הבריאותית נמצאת כגורם במקום הרביעי במודל. שאר המשתנים מגיעים עם ערכי (β) קטנים יחסית. המודל מסביר 16% מהשונות.

הפעלת המודל על מגבלות בשל בעיות בריאות אינו מוצג בשל ערכים נמוכים מאד של R^2 ו (β) בישראל, שהצביע על קשר בין המודל לגבי המגבלות של 3% בלבד מהשונות המוסברת. מעניין לציין, שהאוריינות הבריאותית הכללית בישראל אינה תורמת כלל להסבר של המודל לעומת 0.14 $(\beta) =$ במדגם הכלל אירופאי.

5.4.9.3.2. הקשר בין אוריינות בריאותית כללית לבין שימוש בשירותי בריאות כמשתנה תלוי

בעקבות מחקרים (Berens, 2018) שהצביעו על קשרים בין אוריינות בריאותית כללית לשימוש בשירותי בריאות, נבחנה במסגרת מחקר זה, מידת היכולת של האוריינות הבריאותית הכללית להסביר את השונות בשימוש בשירותי בריאות באמצעות מודל רגרסיה ליניארית רב משתנית. להלן תוצאות מבחן הרגרסיה:

טבלה מס' 22: תוצאות מודל הרגרסיה הליניארית הרב משתנית R^2 and β) לבחינת הקשר בין

האוריינות הבריאותית הכללית ומשתנים נוספים לבין שימוש בשירותי בריאות

השירות הבריאותי		שירותי חירום/חדרי מיון		רופא משפחה		רופא מקצועי		אישפוז יום		אישפוז	
מדינת ישראל	מדינת אירופא	מדינת ישראל	מדינת אירופא	מדינת ישראל	מדינת אירופא	מדינת ישראל	מדינת אירופא	מדינת ישראל	מדינת אירופא	מדינת ישראל	מדינת אירופא
אוריינות בריאותית כללית	-0.08	-0.06	0	-0.09	-0.07	-0.05	-0.05	-0.05	-0.04	0	-0.04
מגדר (נשים)	0.05	0.03	0.08	0.08	0.09	0.09	0.04	0.01	0	0.01	
גיל בשנים	-0.05	-0.02	0.04	0.18	0.21	0.12	0.02	0.09	0.05	0.08	
השכלה	0.04	-0.03	-0.08	-0.02	0.09	0.03	-0.05	-0.04	-0.1	0.02	
מעמד חברתי נתפס	-0.05	-0.03	0.02	-0.01	-0.03	-0.01	-0.01	-0.01	0.01	-0.01	
מצוקה כלכלית	0.05	0.07	0.14	0.05	0.08	0.07	0.02	0.06	0.02	0.01	
R^2	0.02	0.02	0.04	0.06	0.08	0.03	0.01	0.02	0.01	0.01	
סך משיבים	1150		1156		1155		1147		1152		
סך מדגם	1315		1315		1315		1315		1315		

ערכי R^2 מצביעים על יכולת נמוכה למדי של המודל להסביר את השונות בשימוש ברוב שירותי הבריאות, הן בישראל והן במדגם הכלל-אירופאי. בישראל ערך ה- R^2 גבוה מעט יותר באשר למידת הקשר שבין הפניה לרופא המקצועי, והוא גבוה מזה שנמצא במדגם הכלל אירופאי.

האוריינות הבריאותית הכללית בישראל אינה קשורה כלל לקו הרגרסיה של הפניה לרופא המשפחה ושל האישפוז. כלומר, היא אינה קשורה לפניה לשירות עם התדירות הגבוהה ביותר, ושל פניה לשירות שתדירות הפניה אליו היא הנמוכה ביותר. לגבי שאר סוגי הפניות, האוריינות הבריאותית מסבירה טוב יותר לגבי פניות לשירותי חירום ולרופא מקצועי, מאשר לגבי פניות לאישפוז יום.

עם זאת, האוריינות הבריאותית הכללית היא הגורם הראשון בהשפעתו על קו הרגרסיה של הפניות לשירותי החירום, בהשוואה לשאר המשתנים שנבחנו, ואילו לגבי הפניה לרופא מקצועי - האוריינות היא הגורם החמישי מהשישה בחוזקו, כאשר גיל, מגדר, השכלה ומצוקה כלכלית, קודמים בהשפעתם על קו הרגרסיה. רק למעמד החברתי הנתפס יש השפעה קטנה יותר. באשר לאישפוז יום, כאן שוב נמצאת האוריינות הבריאותית הכללית במקום ראשון, והיא המסבירה טוב יותר את השונות בתדירות הפניות יחד עם גורם ההשכלה.

5.5

אוריינות בריאותית דיגיטאלית

5.5.1 רלוונטיות. הזמינות והשימוש הגוברים באמצעים דיגיטליים ואלקטרוניים בנושאי בריאות, כמו רשומות רפואיות אלקטרוניות, יוזמות טלפוניות, אפליקציות דיגיטאליות בנושאי בריאות, ואפשרויות לתקשורת אינטראקטיבית עם ספקי בריאות, מציבות דרישות טכנולוגיות הולכות וגדלות בפני האוכלוסייה. לנושא השימוש והזמינות של אמצעים דיגיטליים ומתן מענה לדרישות הטכנולוגיות, חשיבות רבה. על החוקרים, בעלי המקצוע בתחום הטיפול הרפואי ועל מעצבי מדיניות להבין ולהכיר בחשיבותו של תחום זה. הדבר מחייב לשפר את מיומנות האוכלוסייה בשימוש באמצעים הדיגיטליים על מנת שיוכלו לנהל את מחלותיהם, או לקדם את הבריאות שלהם. הבסיס האמפירי למצב הקיים ולשיפור הנדרש הוא מדידת אוריינות בריאותית דיגיטאלית.

5.5.2. הקשר בין אוריינות בריאותית כללית לבין אוריינות בריאותית דיגיטלית. המתאם בין שני המדדים - הממד הכללי לממד הדיגיטאלי הוא גבוה ומובהק $p = 0.636$, $P < 0.001$, והוא מעיד הן על תאימות, והן על מובחנות.

אוריינות בריאותית דיגיטאלית כוללת את היכולת לחפש, להשיג גישה, להבין, להעריך, לתקף ורגשות ולהשתמש במידע בריאותי שמקורו ברשת, כמו גם לנסח ולבטא שאלות דעות ומחשבות. מדד זה קשור בחוזקה לתדירות השימוש של (ref) בעת השימוש באמצעים הדיגיטליים) האנשים באמצעים הדיגיטליים הקשורים במידע בריאותי, שנועדו לקדם בריאות, כמו התייעצויות מקוונות בוידאו, רשומות רפואיות דיגיטאליות אישיות, המדיה החברתית ויישומי בריאות קשורים אחרים.

לפיכך, כפי שצויין בפרק השיטות, קדמו למדידת האוריינות הדיגיטאלית שאלות לגבי מידת השימוש בכלים דיגיטליים, והמדד של אוריינות בריאותית דיגיטאלית התבסס על מידת הקושי או הקלות לבצע את הפעולות הנכללות בנושא, ועל אחוז התשובות בהן היה המענה קל או קל מאד.

5.5.3 מידת השימוש בכלים דיגיטאליים

בטבלה הבאה מופיעים הנתונים המתייחסים למידת השימוש בכלים דיגיטאליים בנושאים הקשורים לבריאות.

טבלה מס' 23: תדירות השימוש בכלים דיגיטאליים מסוגים שונים למציאת מידע בריאותי/רפואי

התפלגות באחוזים של מידת השימוש באמצעים דיגיטאליים לקבלת מידע רפואי	פחות מפעם בשבוע	מספר פעמים בשבוע אך לא בכל יום	פעם ביום או יותר	אחוז משיבים מהמדגם
אתרי אינטרנט	38.5	34.1	27.3	95.1
רשתות חברתיות (כולל פורומים אינטרנטיים כמו פייסבוק)	33.8	22.0	24.8	80.7
מכשיר דיגיטלי הקשור לבריאות: למשל, מד צעדים או מכשיר כושר אחר	44.5	29.6	25.9	65.0
אפליקציית בריאות המותקנת על מכשיר הסמארטפון שלך	47.0	37.9	22.3	63.3
תקשורת דיגיטלית עם מי שנותן לך שירותי בריאות (למשל, קביעת תור באתר, גישה למידע אישי באתר או באפליקציית הקופה, פנייה דיגיטלית לרופא וכו')	65.3	26.6	8.1	88.2

כפי שניתן לראות, אחוז ניכר של המדגם לא השיב על השאלה על מידת השימוש במכשיר דיגיטאלי הקשור לבריאות, וגם לא על השאלה לגבי השימוש באפליקציית בריאות בסלולרי. מבין המשיבים לשאלות, השכיחות הנמוכה ביותר נמצאה בשימוש בתקשורת דיגיטאלית הקשורה בשירות או בנותן השירות, והשימוש הרב יותר נעשה באתרי האינטרנט וברשתות החברתיות.

אם לוקחים בחשבון את אחוז המרואיינים שלא השיבו על השאלה המסוימת, ואת אחוז המרואיינים שמשתמשים באמצעי פחות מפעם בשבוע, נראה שהמכשירים הדיגיטאליים הקשורים לבריאות מחד גיסא, ואפליקציות הבריאות המותקנות בטלפונים הסלולריים מאידך גיסא, הם אלה המשמשים במידה המועטה ביותר לקבלת מידע בנושאי בריאות. יתכן, שהנתונים מושפעים מאפקט הריצפה, כאשר הקטגוריה הראשונה היא פחות מפעם בשבוע, מה שבהחלט הגיוני למשל, לתקשורת דיגיטאלית עם נותני שירותי בריאות, ואינו מעיד על שימוש לא מספק.

ממוצע השימוש בישראל בכלל האמצעים הדיגיטאליים להשגת מידע בנושאי בריאות עומד על 1.8 (בסולם של 5 דרגות, כאשר 1 מציין את המידה המועטה ביותר של שימוש). הדבר מעיד על שימוש לא רב באמצעים אלה. הממוצע של המדגם הישראלי גבוה יותר מזה של המדגם הכללי האירופאי (1.4)

לא נמצא מתאם מובהק בין ממוצע השימוש באמצעים דיגיטאליים לבין אוריינות בריאותית כללית. עם זאת, בין תדירות השימוש בחלק מהאמצעים הדיגיטאליים לבין אוריינות בריאותית כללית נמצא מתאם מובהק. תדירות השימוש באינטרנט וברשתות החברתיות להשגת מידע בריאותי נמצאה קשורה באוריינות בריאותית כללית. המתאם בין תדירות השימוש ברשתות החברתיות הוא $p=0.127$, $P<0.001$, ומשמעותו היא שעלייה בציוני כל אחד מהמשתתפים האלה, באה לידי ביטוי גם בעליה במשתנה השני, עליה בשימוש ברשתות החברתיות להשגת המידע מתבטאת גם בעליה בציוני מדד האוריינות הבריאותית הכללית. נמצא מתאם מובהק גם עם השימוש באינטרנט באופן כללי ($p=0.100$, $P>0.001$). המשתמשים באינטרנט לקבלת מידע בריאותי במידה רבה יותר גם מגלים אוריינות בריאותית גבוהה יותר.

5.5.3.1. גורמים דמוגרפיים, סוציו-כלכליים ובריאותיים שנמצאו קשורים למידת השימוש באמצעים דיגיטאליים למציאת מידע בנושאי בריאות.

לא נמצאו הבדלים במידת השימוש הממוצעת באמצעים דיגיטאליים למציאת מידע בריאותי בין גברים לנשים, כמו כן לא נמצאו הבדלים בין המשתתפים הנ"ל לבין השכלה. המתאם בין גיל למידת השימוש שלילי ונמוך, אך מובהק $p=-0.057$, $P=0.033$, ומשמעותו שבגילאים הצעירים השימוש רב יותר. לא נמצא קשר מובהק בין מידת השימוש באמצעים דיגיטאליים לבין רמת המצוקה הכלכלית, או מידת התמיכה החברתית.

נמצא קשר מובהק בין הערכת המצב הבריאותי לבין השימוש באמצעים דיגיטאליים להשגת מידע בריאותי ($p=-0.100$, $P<0.001$). הערכת בריאות יותר טובה, מופיעה עם שימוש גדול יותר באמצעים דיגיטאליים להשגת מידע בנושאי בריאות. קשר נוסף נמצא בין קיום מחלות כרוניות לבין מידת השימוש באמצעים הדיגיטאליים. ככל שיש יותר מחלות כרוניות, גדל השימוש באמצעים דיגיטאליים. ($p=0.067$, $P=0.013$)

גם התנהגויות בריאותיות נמצאו במתאם עם מידת השימוש באמצעים דיגיטאליים. המתאם הגדול ביותר נמצא עם פעילות גופנית. התדירות של שני המשתתפים עולה במקביל ($p=0.205$, $P<0.001$). המתאם עם אכילת פירות הוא קטן למדי, אך מובהק ($p=-0.063$, $P=0.013$). גם כאן מעיד המתאם החיובי על עליה/ירידה מקבילה בתדירות בין שני המשתתפים, ואילו לגבי צריכת אלכוהול ($p=0.056$ - $P=0.038$, $p=$), מדובר במתאם שלילי שמשמעותו - כאשר תדירות אחד מהמשתתפים עולה, תדירות המשתתף השני יורדת.

5.5.4 מדד האוריינות הבריאותית הדיגיטאלית

5.5.4.1 . מידת הקושי/הקלות בביצוע פעילויות הנכללות במדד האוריינות הבריאותית הדיגיטאלית (8 שאלות)

טבלה מס' 24: התפלגות האחוזים של המשיבים למידת הקושי/הקלות בביצוע הפעילויות הנכללות במדד הבריאות הדיגיטאלית.

סך הכל	קל מאד	קל	קשה	קשה מאד	בעת חיפוש באינטרנט של מידע על בריאות, כמה קל או קשה ...
100.0%	30.8%	51.1%	15.7%	2.3%	להשתמש במילים הנכונות או בשאלות חיפוש כדי למצוא את המידע שאת/ה מחפש/ת?
100.0%	19.2%	49.1%	27.1%	4.5%	למצוא את המידע המדויק שאת/ה מחפש/ת?
100.0%	18.2%	52.0%	26.5%	3.4%	להבין את המידע?
100.0%	11.1%	30.3%	47.2%	11.4%	להעריך האם המידע אמין?
100.0%	11.9%	29.7%	42.3%	16.1%	להעריך האם לכותב המידע המוצע יש אינטרסים מסחריים?
100.0%	18.6%	58.4%	19.2%	3.7%	לבקר באתרים שונים כדי לבדוק אם הם מספקים מידע שונה?
100.0%	16.3%	50.8%	29.3%	3.6%	להעריך האם המידע רלוונטי עבורך?
100.0%	14.0%	39.8%	37.7%	8.6%	להשתמש במידע כדי לפתור בעיה בריאותית?

שני הנושאים בהם עולה הקושי הרב ביותר הם: הערכת אמינות המידע הבריאותי, וגילוי אינטרסים מסחריים החבויים במידע. כ- 58% מהנשאלים ציינו כי הם מתקשים בכך. הפעולה הקלה ביותר היא שימוש במילים נכונות/בשאלות חיפוש לאיתור המידע המבוקש. רק 18% מהמשיבים מתקשים בכך.

בטבלה הבאה יוצגו אחוזי המרואיינים שמתקשים, או מתקשים מאד, במדגם הישראלי ובמדגם הכלל אירופאי.

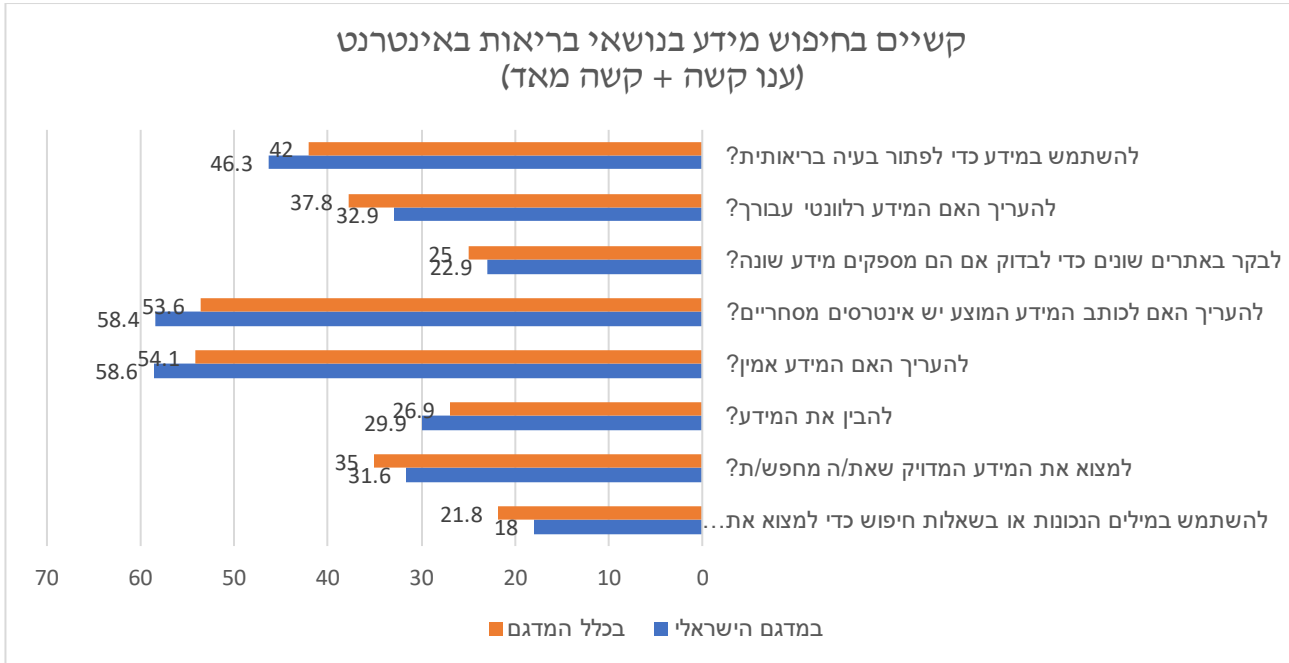
טבלה מס' 25: אחוז המשיבים המתקשים בכל סוג פעולה בהשוואה בין המדגם הישראלי למדגם הכלל-אירופאי

המדגם בכלל	המדגם הישראלי	בעת חיפוש באינטרנט של מידע על בריאות, קשה או קשה מאד באחוזים
21.8%	18.0%	להשתמש במילים הנכונות או בשאלות חיפוש כדי למצוא את המידע שאת/ה מחפש/ת?
35.0%	31.6%	למצוא את המידע המדויק שאת/ה מחפש/ת?
26.9%	29.9%	להבין את המידע?
54.1%	58.6%	להעריך האם המידע אמין?
53.6%	58.4%	להעריך האם לכותב המידע המוצע יש אינטרסים מסחריים?
25.0%	22.9%	לבקר באתרים שונים כדי לבדוק אם הם מספקים מידע שונה?
37.8%	32.9%	להעריך האם המידע רלוונטי עבורך?
42.0%	46.3%	להשתמש במידע כדי לפתור בעיה בריאותית?

כפי שניתן לראות, גם במדגם הכלל אירופאי עולה שהקושי הגדול ביותר במשימות האוריינות הדיגיטאלית הוא הערכת מהימנות המידע וגילוי האינטרסים המסחריים הסמויים הטמונים בו. אחוז המתקשים בו, הן בישראל והן במדגם הכלל-אירופאי, מקיף יותר ממחצית המרואינים, אם כי בישראל באחוזים מעט גבוהים יותר. הערכת טיב המידע היתה אחד הנושאים שעלו כקשים יותר גם באוריינות הבריאותית הכללית.

תרשים מס' 4: קשיים בחיפוש מידע בנושאי בריאות באינטרנט, השוואה בין ישראל לבין המדגם

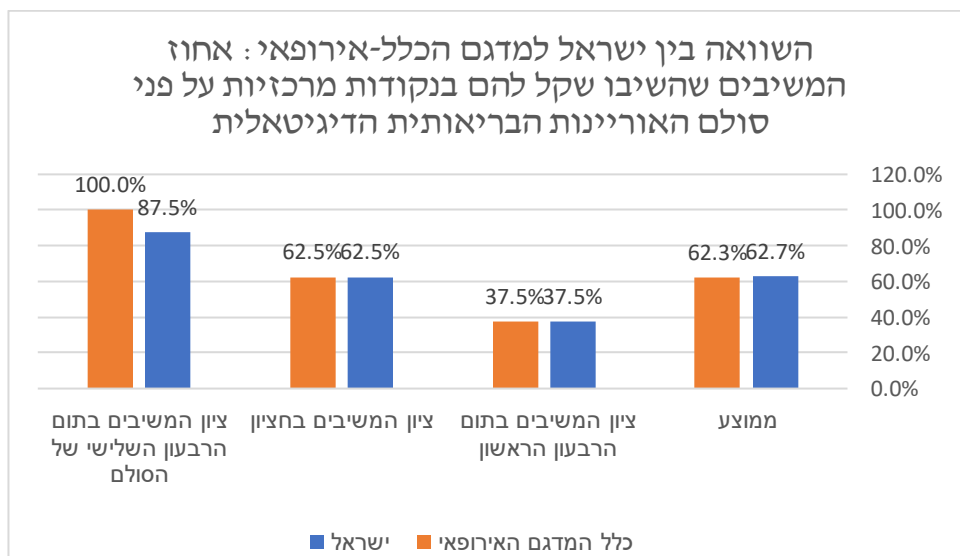
הכלל אירופאי



שמונה השאלות הני"ל הרכיבו את מדד האוריינות הדיגיטאלית. ממוצע המדד בישראל עומד על 62.7, המשמעות היא שבממוצע בכ- 62% מהשאלות, התשובה היתה קל או קל מאד למצוא את המידע. הממוצע של המדגם הכלל אירופאי דומה ועמד על 62.3.

תרשים מס' 5: ציוני מדד האוריינות הבריאותית הדיגיטאלית בהשוואה בין ישראל לבין המדגם

הכלל-אירופאי



בהשוואה בין נתוני ישראל לבין נתוני המדגם הכלל אירופאי, ניתן לראות, שממוצע הציון בישראל ובמדגם הכלל אירופאי דומה ושאוהו המשיבים שציונם עד 25% ועד-50% מהסולם - זהה. כלומר, אחוז הישראלים שקבלו את הציון המשקף אוריינות בריאותית דיגיטאלית לא מספקת, או לא כל כך מספקת, זהה לזה שנמצא במדגם הכלל-אירופאי. הדבר מעיד על כך שליותר מ-60% מהמרואינים אין אוריינות בריאותית דיגיטאלית מספקת. אך בעוד שבמדגם הכלל אירופאי לכל שאר המרואינים (37.5%) יש אוריינות דיגיטאלית מספקת, ואין לאף אחד מהם אוריינות בריאותית דיגיטאלית טובה, הרי בישראל לאחוזים מסויימים במדגם - 12.5% - יש אוריינות טובה.

5.5.4.2. גורמים דמוגרפיים וחברתיים הקשורים באוריינות הבריאותית הדיגיטאלית.

לא נמצאו הבדלים בין גברים לנשים ברמת האוריינות הבריאותית הדיגיטאלית, וגם השכלה וגיל לא נמצאו במתאמים מובהקים עם רמת האוריינות הבריאותית הדיגיטאלית. נמצא הבדל בין אלה שקבלו הכשרה במקצועות הטיפול הבריאותי לאלה שלא קבלו הכשרה כזו. הציון הממוצע של אלה שקבלו הכשרה הוא 71% לעומת 61% של אלה שלא קבלו הכשרה.

טבלה מס' 27: תוצאות מודלים של רגרסיה ליניארית רב משתנית R^2 and β לבחינת יכולת הסבר השונות של רמת האוריינות הדיגיטאלית על-ידי משתנים דמוגרפיים 2. בתוספת של מידת השימוש באמצעים דיגיטאליים להשגת מידע בריאותי

המדגם הכלל-אירופאי	ישראל	המדגם הכלל-אירופאי	ישראל	
0.11	0.16			שימוש בכלים דיגיטאליים להשגת מידע בריאותי
0.02	0.04	0.03	0.04	מגדר-נשים
-0.12	-0.02	-0.13	-0.04	גיל בשנים
0.02	0	0.03	0.01	השכלה
0.08	0.11	0.08	0.13	מעמד חברתי נתפס
-0.14	-0.15	-0.15	-0.14	מצוקה כלכלית
0.07	0.07	0.06	0.05	R^2

המודל הראשון הימני מתייחס לחמישה משתנים דמוגרפיים, והוא מסביר בישראל 5% של השונות האוריינות הבריאותית הדיגיטאלית. בישראל, המשתנים הבלתי תלויים הקשורים ביותר למודל זה הם מצוקה כלכלית ותפיסת המעמד החברתי. שאר המשתנים, השפעתם קטנה

במידה רבה יותר. גם במדגם הכלל אירופאי המשתנה הראשון הוא מצוקה כלכלית, אך השני בחשיבותו אחרי המצוקה הוא הגיל, ורק השלישי הוא מעמד חברתי נתפס. המודל השני, שבו הופעלו בנוסף למשתנים הדמוגרפיים גם המשתנה של מידת השימוש בכלים דיגיטאליים להשגת מידע בריאותי, מסביר 7% מהשונויות המוסברות של רמת האוריינות הבריאותית הדיגיטאלית. המשתנה של שימוש באמצעים דיגיטאליים להשגת מידע בריאותי הוא המשתנה הקשור ביותר למודל שמסביר את האוריינות הדיגיטאלית $\beta_1 = 0.16$ לפני מצוקה כלכלית ומעמד חברתי נתפס. לעומת זאת, במדגם הכלל אירופאי הוא הגורם הקשור במקום השלישי בחשיבותו אחרי מצוקה כלכלית וגיל.

5.5.4.3 הקשר בין אוריינות בריאותית דיגיטאלית כמשתנה בלתי תלוי לבין מדדי בריאות והתנהגות בריאותית

מודל רגרסיה ליניארית רב משתנית בחן את מידת הקשר שבין ההערכה העצמית של המצב הבריאותי, תוך שימוש באוריינות הבריאותית הדיגיטאלית ומשתנים דמוגרפיים אחרים כגורמים מסבירים.

טבלה מס' 28: תוצאות מודל של רגרסיה ליניארית רב משתנית R^2 and β לבחינת הקשר שבין ההערכה העצמית של הבריאות כמשתנה תלוי לבין רמת האוריינות הדיגיטאלית ומשתנים דמוגרפיים

מדגם כלל-אירופאי	ישראל	
-0.1	-0.1	אוריינות בריאותית דיגיטאלית
-0.01	-0.02	מגדר (נשים)
0.24	0.29	גיל בשנים
-0.03	0.02	השכלה
-0.17	-0.17	מעמד חברתי נתפס
0.14	0.13	מצוקה כלכלית
0.15	0.16	R^2
	1147	סך משיבים
	1315	סך מדגם

גיל, מעמד חברתי נתפס ומצוקה כלכלית הם המשתנים הקשורים החזקים ביותר במודל, היכול לנבא 16% מהשונויות המוסברות, של משתנה ההערכה העצמית של הבריאות. האוריינות הדיגיטאלית היא המשתנה האחרון בתרומתו לקשר. נתונים אלה דומים לאלה שנמצאו בבדיקת המודל במדגם הכלל-אירופאי.

בדיקת מודל הרגרסיה עם אותם משתנים לגבי הערכת תדירות הביקורים אצל רופא משפחה העלה קשר קטן למודל. המודל מסביר רק 4% של השונויות המוסברות, כשהמשתנים העיקריים הקשורים לתדירות הביקורים אצל רופא המשפחה הם מצוקה כלכלית, מגדר-נשים והשכלה, כגורמים מסבירים עם ערך שלילי. גם לאוריינות בריאותית דיגיטאלית, שהיא הרביעית לתרומת הקשר, יש ערך שלילי. משמעות הערכים השליליים הם שבעוד מצוקה כלכלית קשורה ליותר ביקורים אצל רופא המשפחה, מה שמרמז אולי על תפקידו הפסיכולוגי של רופא המשפחה כמטפל במצוקות, הרי שהשכלה ואוריינות דיגיטאלית בריאותית מפחיתים ביקורים אלה. המתאמים עם שאר שירותי הבריאות לא היו גבוהים מספיק על מנת להיכנס למודל הרגרסיה.

5.5.5: תקשורת דיגיטאלית אינטראקטיבית

שתי השאלות האחרות נשאלו רק בקרב אלה שציינו שהם עושים שימוש אינטראקטיבי באמצעים הדיגיטאליים (פרסמו הודעה, שאלה או תגובה במדיה החברתית או באופן דיגיטאלי אחר). שאלות אלה היו: עד כמה קל או קשה לך 1. לנסח בביור את ההודעה הכתובה שלך בעת ההתקשרות עם שירותי בריאות שונים (כלומר שאלה או הצהרה, הוספת מידע אישי)? 2. להביע את דעתך, מחשבותיך או רגשותיך, לשאול שאלה בכתב במדיה החברתית? רק 350 איש השיבו על שתי השאלות.

טבלה מס' 29: מידת הקושי/הקלות לנסח הודעה כתובה בתקשורת עם שירותי הבריאות

רמת הקושי לנסח בבהירות הודעה כתובה בתקשורת עם שירותי בריאות	מס' משיבים	באחוזים מהמדגם	באחוזים ממשיבים	אחוזים מצטברים
קשה מאוד	15	1.1%	4.1%	4.1%
קשה	78	5.9%	22.2%	26.3%
קל	165	12.5%	46.9%	73.3%
קל מאוד	94	7.1%	26.7%	100.0%
סך משיבים	350	26.7%	100.0%	
לא השיבו	965	73.3%		
סך הכל	1315	100.0%		

מהטבלה נראה כי לכ- 26% מהמשיבים יש קושי לנסח בבהירות הודעה כתובה בהתקשרות דיגיטאלית עם שירותי הבריאות. לשאר קל או קל מאד.

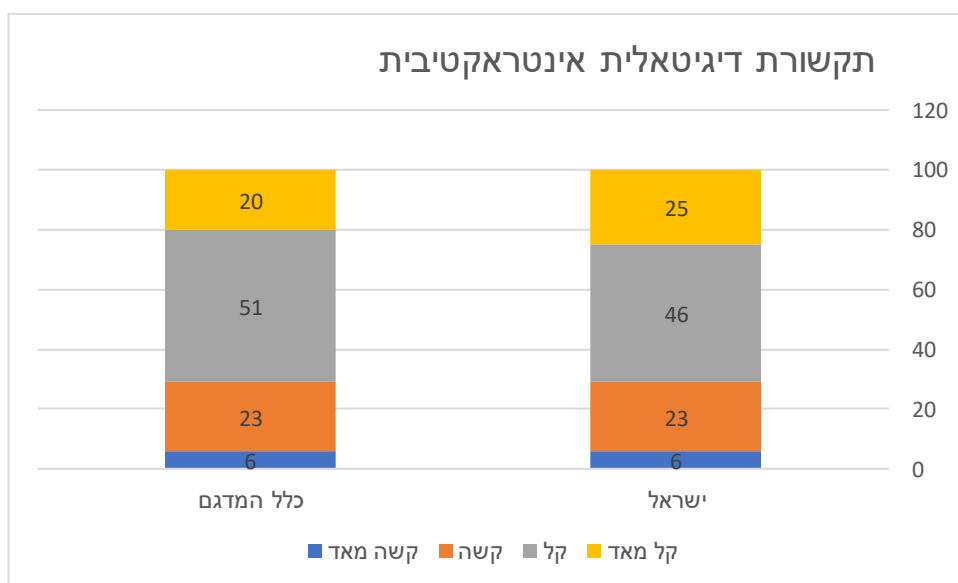
טבלה מס' 30: מידת הקושי/הקלות לבטא דעות ורעיונות, לשאול ולכתוב במדיה החברתית ובפורומים

מס' משיבים	באחוזים מהמדגם	באחוזים ממשיבים	אחוזים מצטברים	רמת הקושי לבטא דעות, רעיונות, לשאול, לכתוב במדיה החברתית ובפורומים
28	2.1%	8.0%	8.0%	קשה מאד
84	6.4%	23.9%	31.9%	קשה
156	11.9%	44.5%	76.3%	קל
83	6.3%	23.7%	100.0	קל מאד
350	26.7%	100.0%		סך משיבים
965	73.3%			לא השיבו
1315	100.0%			סה"כ

לכ- 32% מהמשיבים קשה במידה זו או אחרת לבטא את דעותיהם או רעיונותיהם, לשאול שאלות ולכתוב במדיה החברתית ובפורומים.

מ- 2 השאלות נבנה אינדקס של שימוש אינטראקטיבי באמצעים הדיגיטאליים, ובהיסטוגרמה הבא יוצגו ההבדלים בין הנתונים שהתקבלו במדינת ישראל לבין אלה שהתקבלו במדגם הכללי.

תרשים מס' 6: השוואה בין ישראל למדגם הכלל-אירופאי לגבי דרגות הקושי בביצוע תקשורת דיגיטאלית אינטראקטיבית



כפי שניתן לראות, ההבדלים בין ישראל לבין המדגם הכללי האירופאי אינם גדולים והם מתמקדים בשתי תת הקבוצות שקל להם לפעול אינטראקטיבית, בעוד שאחוז המתקשים לפעול אינטראקטיבית ברשת זהה בשני המדגמים (29%). בישראל גדול מעט אחוז המרואיינים שהשיבו שקל להם מאד לפעול ברשת בצורה אינטראקטיבית, ואילו במדגם הכללי גדול מעט יותר אחוז אלה שרק קל להם לפעול ברשת.

בדיקת המתאמים בין האוריינות הבריאותית הדיגיטאלית האינטראקטיבית לבין המשתנים הדמוגרפיים, העלתה מתאם מובהק אחד והוא עם משתנה הגיל $p = 0.0162$, $P = 0.002$. לצעירים יותר קל יותר לפעול באופן אינטראקטיבי ברשת. עם כל שאר המשתנים לא נמצא קשר מובהק.

5.6. אוריינות בריאותית בנושא קורונה

המחקר איפשר לכל אחת מהמדינות המשתתפות להוסיף שאלות על אוריינות בנושא ספציפי כלשהו על סדר היום הבריאותי שלה. כיוון שהראיון התקיים בזמן שמגפת הקורונה נכחה בארץ בעוצמה, הוחלט בישראל לצרף לשאלון מספר שאלות בנושא הקורונה. המטרה היתה לבחון את רמת הדאגה של המשתתפים, ואת ההשלכות של אוריינות בריאותית בנושא זה על מידת הדאגה שלהם. הדו"ח המתייחס למדגם הכלל-אירופאי אינו כולל נתונים על נושא זה, ולפיכך לא תופענה השוואות בין ישראל למדגם הכלל-אירופאי.

5.6.1 דאגה בנושא קורונה

השאלה הראשונה שנשאלה בנושא היתה: **באיזו מידה את/ה מודאג/ת באופן אישי בגלל מגפת הקורונה?**

טבלה מס' 31: מידת הדאגה האישית ממגפת הקורונה

רמת הדאגה מקורונה	מס' משיבים	באחוזים	אחוז ממשיבים	אחוז מצטבר
מאד מודאג	247	18.8	18.8	18.8
מודאג	577	43.9	43.9	62.7
לא כ"כ מודאג	368	28.0	28.0	90.6
לא מודאג כלל	123	9.4	9.4	100.0
Total	1315	100.0	100.0	

כ- 63% מהמרואיינים מודאגים במידה זו או אחרת בשל מגפת הקורונה, וקרוב ל- 20% אף מודאגים מאד. נמצאו הבדלים מובהקים, כמו גם מתאמים מובהקים, בין רמת הדאגה לבין משתנים דמוגרפיים, חברתיים ובריאותיים. כל ההבדלים והמתאמים עם מידת הדאגה לקורונה, שמצויינים כמובהקים - רמת מובהקותם היא של $P < 0.001$. נשים מודאגות יותר מגברים (68% לעומת 58%), ונמצא מתאם גם עם גיל ($p = -0.095$). צעירים מודאגים פחות מהמבוגרים יותר. לא

נמצא מתאם עם השכלה ולא עם רמת התמיכה החברתית. נמצא מתאם בין מצוקה כלכלית לרמת הדאגה, כשאלה שבמצוקה דואגים יותר מאלה שאינם במצוקה ($p = 0.121$), ואלה שתופסים עצמם במעמד חברתי גבוה יותר, גם נוטים לדאוג פחות מאלה שרואים עצמם במעמד חברתי נמוך יותר ($p = 0.093$). באופן טבעי, עלתה גם הדאגה בקרב אלה החולים ביותר ממחלה כרונית אחת, והדאגה היא הפחותה ביותר בקרב אלה שאינם חולים במחלה כרונית ($p = 0.120$). אלה המעריכים את מצבם הבריאותי כטוב יותר, נוטים לבטא פחות דאגה מאלה שמעריכים את מצבם הבריאותי כרע מאד. ($p = 0.188$).

המתאם בין האוריינות הבריאותית הכללית הוא חיובי ($p = 0.102$). אלה שלהם אוריינות בריאותית גבוהה יותר נוטים לדאוג פחות מאלה שרמת האוריינות שלהם נמוכה יותר.

מודל רגרסיה ליניארית רב משתנית שבקש לבחון מהם המשתנים הבלתי תלויים הקשורים לרמת הדאגה מהקורונה, כפי שנמדדה בתקופת המגפה, וכלל את כל המשתנים שהוצגו לעיל, העלה רק שלושה משתנים הקשורים באופן מובהק: המשתנה הראשון במעלה הוא מגדר-נשים $(\beta) = 0.14$, השני - ההערכה העצמית של הבריאות $(\beta) = 0.12$ והשלישי - אוריינות בריאותית כללית $0.1 = (\beta)$. אחוז השונות המוסברת שקשור למודל בכללותו היא $R^2 = 0.08$, כלומר 8%.

5.6.2: אוריינות בנושא הקורונה

להלן מרכיבי האוריינות הבריאותית המתייחסים לקורונה, כאשר לגבי כל מרכיב נשאלו המרואיינים על מידת הקושי או הקלות לבצעו.

טבלה מס' 32: מידת הקושי/הקלות לבצע פעולות הנכללות באוריינות בריאותית בנושא קורונה.

מידת הקושי/ הקלות	קשה מאד	קשה	קל	מאד קל	סך הכל
למצוא מידע איך להגן על עצמך מקורונה	1.8%	6.7%	47.4%	44.1%	100.0
להבין את המידע איך להגן על עצמך מקורונה	2.0%	7.9%	46.1%	44.0%	100.0
להעריך את המידע על הדרך להגן על עצמך מקורונה	7.4%	28.2%	40.5%	24.0%	100.0
לקבל החלטות על בסיס המידע המתייחס להגנה מקורונה	4.4%	19.8%	47.9%	28.0%	100.0

כפי שניתן לראות בטבלה, לפחות מ- 10% קשה למצוא מידע איך להגן על עצמם מקורונה או להבין מידע זה. הקושי הגדול יותר הוא בהערכת המידע על דרך ההגנה מקורונה: כ- 36% חווים קושי בכך, וכ- 24% מתקשים לקבל החלטות על בסיס המידע לגבי ההגנה מקורונה.

בהשוואה בין האוריינות הבריאותית בנושא הקורונה לאוריינות הבריאותית הכללית ולאוריינות הבריאותית הדיגיטאלית נמצא, שאם לגבי הערכת המידע, מצאנו שבנושא הקורונה כ- 36% מתקשים להעריך את המידע שהם מקבלים (כנראה לנוכח הפצת מידע גם על-ידי אנשים לא מקצועיים), האחוז המקביל שהביעו קושי להעריך את המידע במדד האוריינות הבריאותית הכללית היה 45%, והגיע לכ-59% באוריינות הבריאותית הדיגיטאלית. בהמשך לכך, בעוד שכ-44% מהמרואינים, שהתייחסו לשאלות האוריינות הבריאותית הכללית, הביעו קושי לקבל החלטות על בסיס המידע כיצד להילחם במחלות כשאלה כללית וכ-56% התקשו בכך, כשמדובר באוריינות בריאותית דיגיטאלית, הרי שבהתייחס לקורונה, כ-24% הביעו קושי וקושי רב לקבל החלטות על בסיס המידע.

בין ארבעת מרכיבי האוריינות בנושא קורונה, נמצאו מתאמים מובהקים וחזקים (בין $p = 0.435$ ועד $p = 0.741$) כולם ברמת מובהקות של $P < 0.001$. מדד אלפא של קרוונך $= 0.84$, איפשר יצירת מדד מארבעת השאלות. ממוצע שאלות האוריינות הבריאותית בנושא הקורונה עמד על 3.11 בסולם של 1 – 4.

הקשר החזק ביותר בין ממוצע מדד האוריינות בנושא הקורונה נמצא עם אוריינות בריאותית כללית $p = 0.434$, לעומת זאת, לא נמצא קשר בין אוריינות הקורונה לאוריינות הבריאותית הדיגיטאלית. נראה שהפצת המידע הרב בטלויזיה, ברדיו ובעתונות לא יצרה מחסום לקבלת מידע מאלה שהאוריינות הדיגיטאלית שלהם נמוכה. המשתנים הדמוגרפיים והחברתיים שנמצאו במתאמים מובהקים עם האוריינות בנושא הקורונה היו מצוקה כלכלית ($p = 0.215$, $P < 0.011$), המעמד החברתי ($p = 0.166$, $P < 0.001$) ורמת התמיכה החברתית ($p = 0.144$, $P < 0.001$). משמעות המתאמים היא שככל שהמצב הכלכלי טוב יותר, המעמד החברתי הנתפס טוב יותר ורמת התמיכה החברתית חזקה יותר, כך גם נמצא אוריינות בריאותית בנושא הקורונה ברמה טובה יותר. גיל המשיבים נמצא במתאם חיובי עם אוריינות הקורונה, כאשר המבוגרים יותר גם נוטים במידת מה לגלות רמת אוריינות גבוהה יותר ($p = 0.069$, $P < 0.010$). במבחן חי ברבוע, לא נמצאו הבדלים בין גברים לנשים ברמת האוריינות הבריאותית בנושא קורונה.

הערכת המצב הבריאותי נמצאה אף היא קשורה באוריינות בנושא הקורונה ($p = -0.143$, $P < 0.001$), כאשר אלה המעריכים את מצב בריאותם כפחות טוב הם גם אלה הנוטים לגלות פחות אוריינות בריאותית בנושא הקורונה.

כל אחת מהשאלות שנכללו בבחינת האוריינות הבריאותית הנוגעת לקורונה נמצאה במתאמים חיוביים מובהקים עם המקבילות בסוג הפעילות באוריינות הבריאותית (חיפוש מידע בקורונה מול חיפוש מידע באוריינות הבריאותית הכללית וכו'). המתאמים אף הם מובהקים ברמה של $P < 0.001$ נעו בין $p = 0.390$ לחיפוש מידע ועד ל- $p = 0.372$ להערכת המידע.

6. סיכום, דיון ומסקנות ראשוניות.

ממצאי המחקר המתייחסים לאוריינות הבריאותית הכללית, חזקו את הידיעה שלאוריינות בריאותית יש השלכה על המצב הבריאותי ועל ההתנהגויות המקדמות בריאות, לרבות השימוש בשירותי הבריאות. מצד שני עלו גם כמה ממצאים, הדורשים התייחסות.

הממצא הראשון הוא שלכ- 50% מהמרואיינים הישראלים אין רמת אוריינות בריאותית מספקת, או שזו הקיימת לא כל כך מספקת. זהו אחוז ניכר, לא בהשוואה לממצאים שנמצאו במדגם הכלל ארופאי, אלא בהתייחס לחשיבות שיש לאוריינות בריאותית והשלכותיה על מצבי בריאות. הבעייתיות הגדולה יותר בתהליך עיבוד המידע, יחסית למציאת המידע ולהבנתו, קשורה בהערכת המידע ויישומו. הערכת המידע ומהימנותו בתקופה זו של הפצת מידע בריאותי ברשתות החברתיות ובתקשורת הכתובה או המשודרת, על-ידי גורמים לא מקצועיים, בין אם מסחריים ובין אם לא, בעייתית ביותר כי יישום מידע לא אמין עלול לגרום נזק לא מבוטל.

באשר למציאת המידע, עולה כי אחד הקשיים הבולטים בנושא הוא מציאת מידע המתייחס לאפשרויות הטיפול בבריאות הנפש. במדינת ישראל, שבה חשופים האזרחים לגורמי מתח רבים, ולא רק בעת מגפת הקורונה, נראה שיש לתת את הדעת למחסור במידע זמין בנושא בריאות הנפש.

רמת האוריינות הבריאותית הכללית הפחותה ביותר נמצאה בנושא מניעת מחלות. (יחסית לטיפול בבעיות בריאות, ולגורמים המשפיעים על הבריאות). יתכן, כי קיים קושי רב יותר במציאת מידע בנושא זה, כאשר המידע על הטיפול בבעיות בריאות זמין מהצוותים המטפלים בשירותי הבריאות השונים והמידע על קידום הבריאות מופץ בנוסף גם על-ידי גורמים פרטיים (מכוני ומדריכי כושר, תוכניות הרזייה שונות, וכדומה) במחשבה ראשונית אפשר אולי לשער, כי האוריינות הנמוכה יחסית אולי נובעת מעניין פחות במניעת מחלות, דבר הקשור אולי בידע הפופולארי המופץ על מקומה של הגנטיקה בהתפרצותן של מחלות, מה שיתכן מפחית את החשיבות המיוחסת להתנהגות הבריאותית המכוונת למניעה.

לגבי הנושא של גילאים, עצם זה שכל שהגיל של המרואיינים צעיר יותר, רמת האוריינות הבריאותית נמוכה יותר מעלה (אולי כי אלה הגילאים שבהם פחות עסוקים בבעיות הבריאות של הילדים, והמבוגרים מרביתם עסוקים בעבודה ובעיות הבריאות האישיות פחות מציקות) העובדה, שהגילאים המבוגרים יותר- 66 ומעלה - מגלים אוריינות בריאותית כללית טובה יותר מהאחרים, קשורה כנראה לגידול בבעיות הבריאות הקשורות בעליה בגיל, מה שמביא למוטיבציה ולעניין במידע הקשור בבריאות.

בהקשר זה של אוריינות בריאותית פחותה בנושא מניעת מחלות אפשר לקשור גם את העובדה שלא נמצא קשר בין רמת האוריינות הבריאותית הכללית לנושא העישון, שלא כמו לגבי התנהגויות בריאותיות אחרות. ההסברה להפסקת עישון מתמקדת לא מעט ובאופן מוצדק בנושא מניעת מחלות, כאשר נראה שיש להרחיב את הפעילות להיבטים של גורמים המשפיעים על הבריאות.

ממצאים אחרים שעלו בישראל (ולא באופן יוצא דופן מהמדגם הכלל -אירופאי), וראויים להתייחסות, קשורים בקבוצות האוכלוסייה שאצלן האוריינות הבריאותית אף נמוכה יותר מזו של כלל המרואיינים. אחת הקבוצות שחשוב להתייחס אליה היא הקבוצה של הצעירים. נראה

שבשל העובדה שמצבם הבריאותי טוב יותר הם פחות מתעניינים בבריאות והאוריינות הבריאותית שלהם נמוכה יחסית. כיוון שבגילים הצעירים מתגבשים לא פעם הרגלי החיים וסגנון החיים, יש חשיבות להתייחס לקבוצה זו. שתי הקבוצות הבעייתיות האחרות הן אלה התופסים עצמם במעמד חברתי נמוך ואלה המבטאים קיומה של מצוקה כלכלית. בשתי קבוצות אלה רמת האוריינות הבריאותית הכללית נמוכה מהמוצע. כדאי לתת את הדעת, שאם המעמד החברתי שהוגדר בשאלון נקבע על ידי השכלה, כסף ומקצוע מכובד, הקשור בעצמו להשכלה, ואם לא נמצא קשר בין השכלה לאוריינות בריאותית כללית, נובע מכך שהבעיה של אוריינות בריאותית לא מספקת במידה זו או אחרת קשורה בעיקר במצוקה כלכלית. משמע, שמעבר לכך שלאנשים במצוקה כלכלית אין אפשרות לנצל את כל שירותי הרפואה או לממש את כל המלצות אנשי השירות, הם חסרים את הכלים שיכולים לסייע להם לעזור לעצמם לקדם את בריאותם, בשל אוריינות בריאותית נמוכה. זו קבוצה שחשוב לציידה בכלים נדרשים לקניית אוריינות בריאותית טובה יותר. כאן המקום להעיר, שחוסר המתאם בין השכלה לאוריינות בריאותית, שנמצא לא רק בישראל אלא גם בארצות נוספות שהשתתפו במחקר הכלל אירופאי, מצריך בחינה של הגדרת המשתנה ומדידתו, כיוון שמחקרים קודמים הן בארץ והן בעולם מצאו שקיים קשר בין אלה, ושככל שההשכלה עולה, גם האוריינות הבריאותית עולה.

מעבר למדד של אוריינות בריאותית כללית נעשה כאמור שימוש במדד חדש הכולל 8 שאלות ובוחן את האוריינות הבריאותית הדיגיטאלית מבוססת התנסות. המדד פותח במשותף ותוקף. לאחר מכן, נעשה בו שימוש לחקירה של האוריינות הבריאותית הדיגיטאלית בשלוש עשרה מדינות, כולל ישראל. המדד נמצא במתאם גבוה מאד עם המדד של אוריינות בריאותית כללית. וגם לו יש השלכות על תפיסת מצב הבריאות ובעיקר על התנהגויות בריאותיות. מעבר לכך נמצא בישראל, כי רמת המדד של אוריינות בריאותית דיגיטאלית, נמוך מזה של האוריינות הבריאותית הכללית ובקרב 62.5% נמצאה רמה לא מספקת או לא כ"כ מספקת (למעלה ממחציתם לא מספקת). בדומה לממצא במדגם האירופאי הכללי. לגורמים החברתיים של מעמד חברתי נתפס, של מצוקה כלכלית ורמת התמיכה החברתית יש קשר לרמת האוריינות הבריאותית הדיגיטאלית. המחקר גם זיהה מטלות ספציפיות המתייחסות לאוריינות הבריאותית הדיגיטאלית, שקשות במיוחד כמו הערכת המידע והשימוש במידע לפתרון בעיה. ממצא זה דומה למה שנמצא ביחס לאוריינות הבריאותית הכללית. איתור הקבוצות החלשות יותר ברמת האוריינות הבריאותית על שני סוגיה, נותן כיוון לתפירת אסטרטגיות לשיפור האוריינות הבריאותית הדיגיטאלית באמצעות מדיניות בריאות ו/או התאמת הנעשה על ידי אירגוני בריאות כדי להתאים את עצמם לרמות השונות של אוריינות בריאותית כללית ודיגיטלית. (Brach, 2017) (Organizational health literacy).

נושא ייחודי לישראל שנכלל במחקר היתה בחינת האוריינות הבריאותית בנושא של הקורונה בסדרה הספציפית של השאלות שהתווספו לשאלון הלאומי. הממצאים הצביעו על רמה טובה יותר של אוריינות מזו הכללית והדיגיטאלית, כנראה כתולדה מההפצה הנרחבת של מידע והמלצות להתנהגות במדיה על סוגיה השונים. נזכיר שהסקר נערך לפני שהחל מבצע החיסונים נגד קורונה, כך שיתכן שמדידה חוזרת בעידן הנוכחי היתה מעלה ממצאים חדשים בנושא.

הפער שמצאנו בין היהודים לערבים יכול לנבוע מהבדלים בשיטת הראיון בין שתי הקבוצות ואולי גם מהנטייה של האוכלוסייה הערבית, הידועה ממחקרים אחרים בישראל, להשיב בתשובות חיוביות יותר מאלה של האוכלוסייה היהודית. זאת כנראה בשל נטייה לרצייה חברתית.. נראה,

שתוקף התשובות שונה בכל קבוצה לכן יש לשקול את ההשוואה ביניהן בזהירות ולהימנע מהסקת מסקנות. לאור מימצא זה הוחלט שלא להציג השוואות נוספות בין שתי קבוצות אלה.

6.1 מגבלות המחקר בישראל:

יש לקחת בחשבון שבמחקר בישראל הדרך לאיסוף הנתונים היתה שונה בהתייחס ל-2 האוכלוסיות העיקריות שהרכיבו את המדגם: היהודית והערבית. בעוד שהשאלונים למדגם של האוכלוסיה היהודית הופצו ונאספו באופן דיגיטאלי הרי לאיסוף המידע ממדגם מהאוכלוסיה הערבית השתמשו בשיטה של ראיון טלפוני. מצד אחד, העובדה שהאוכלוסיה היהודית נענתה באופן דיגיטאלי הביאה להטיה לגבי האוריינות הבריאותית הדיגיטאלית המסתמכת על שימוש באמצעים אלה. מצד שני העובדה שהאוכלוסייה הערבית רואינה באמצעות הטלפון יכלה ליצור הטיות, הנובעות מהרציה חברתית הפועלת באופן שונה בשתי שיטות איסוף הנתונים, ובשתי קבוצות האוכלוסייה. כמו-כן יש לזכור כי המחקר הישראלי כמו זה הכלל-אירופאי התבצע בתקופת מגפת הקורונה עוד בטרם הונגשו החיסונים. תקופה זו היתה תקופה של מצוקה וחששות בנושאי בריאות שיכול להיות שהשפיעו באופן מסויים על הגברת העניין בנושאי בריאות כמו גם על האוריינות הבריאותית הכללית והדיגיטאלית, וגרמו אולי להטיה מסויימת בנתונים שהתקבלו. יש גם לשים לב, שגודלו של המדגם, שנותן בסיס של תוקף לנתונים שנאספו, מביא לכך שגם מתאמים נמוכים ביותר שמסמנים השפעה מועטה הם מובהקים מאד, והדבר מצריך לתת את הדעת לא רק למידת המובהקות אלא גם לגודלי המתאם ולמשמעותם.

6.2 המלצות

המטרה העיקרית של המחקר HLS₁₉ היתה לאסוף מידע לשם עדכון מדיניות לקידום בריאות האוכלוסיה על פי צרכיה. הנתונים אפשרו להבחין באותם תחומים של אוריינות בריאותית והגורמים הקשורים להם הדורשים תשומת לב רבה יותר מאחרים, בקבוצות אוכלוסייה שונות, ולזהות את אלה הנמצאים בקצה התחתון של המדרון החברתי הזקוקים ליותר תמיכה בכל הנוגע לאוריינות הבריאותית שלהם. הנתונים לא ספקו מידע על התערבויות ספציפיות וקונקרטיות שיש להפעיל בתחומים השונים ודורשים שיפור. מסיבה זו הקבוצה המנהלת את HLS₁₉ הסכימה על מערך המלצות כדלקמן:

6.2.1. המלצות המתייחסות לאוריינות בריאותית כללית

מדיניות ויישום

- ההתערבויות צריכות להיות מכוונות באופן מיוחד לקבוצות עם אוריינות בריאותית נמוכה, על מנת להפחית את הפערים הבריאותיים בין הקבוצות.
- התערבויות לשיפור האוריינות הבריאותית צריכות להתמקד בכל ארבעת ההיבטים של עיבוד המידע הבריאותי (השגת המידע, הבנתו, הערכתו ויישומו בפועל) בכל תחומי ההתנהגות בריאותית החל משמירה על אורח חיים בריא, וכלה בגילוי מוקדם של בעיות בריאות וטיפול עצמי כולל שימוש בשירותי בריאות

- יש לתת עדיפות להתערבויות המתייחסות לאותן מטלות/פעילויות ספציפיות של אוריינות בריאותית, שנחווות כקשות יותר ובמיוחד היכולת לשפוט ולהעריך את המהימנות של מידע בריאותי, נושא שבא לידי ביטוי גם במדד של אוריינות בריאותית כללית וגם במדד של אוריינות בריאותית דיגיטלית.
- יש לשפר את איכות המידע הבריאותי והתאמתו המופץ באמצעי התקשורת ההמונית.
- יש לתת עדיפות להתערבויות לקידום האוריינות הבריאותית המתייחסות לבריאות הנפש, התערבויות שייתמכו במחקרים יעודיים.
- מדיניות בריאותית צריכה לכלול השקעה במחקרים ארוכי טווח, מדידה וניטור קבועים של אוריינות בריאותית בקרב אוכלוסיות, והיא צריכה להטמיע באופן שיטתי התערבויות שיקדמו את האוריינות הבריאותית.

מחקר בנושא אוריינות בריאותית כללית

- האוריינות הבריאותית של האוכלוסייה הבוגרת בישראל צריכה להימדד באופן קבוע בדומה לסקרים בריאותיים אחרים שנערכים כמו HBSK ואחרים.
- המדידה הבאה הבין-לאומית מתוכננת לאיסוף נתונים ב- 2024 2025. לצורך הכנת גל זה של מדידה, יש לתקצב מחקרים יחודיים יותר לשם ניתוח הנתונים הקיימים לעומק, כמו גם לשנות, להרחיב וליישם כלי מדידה של אוריינות בריאותית וגורמים קשורים.
- יש לבחון בנוסף היבטים או נושאים נוספים יחודיים של אוריינות בריאותית כללית, לבחור מהם ולחקור אותם, כדי שיכללו בגל המדידה הבאה. לרבות אוריינות בריאותית ניווטית, תקשורתית, וזו הקשורה לחיסונים
- נדרש ניתוח מפורט יותר של העלות של אוריינות בריאותית נמוכה למערכת הבריאות ולחברה.
- אם יש עדיפות להשוואה בין מדינות אזי יש להפעיל את ה MPOHL- HLS הבא, תוך שימוש באותן שיטות איסוף נתונים בכל המדינות. המלצה זו מתייחסת גם למחקרים עתידיים בנושא אוריינות בריאותית דיגיטלית

6.2.2 המלצות המתייחסות לאוריינות בריאותית דיגיטלית

מדיניות ויישום

- חיזוק האוריינות הבריאותית הדיגיטלית של כולם, ובעדיפות בקרב אוכלוסיות עם מצוקה כלכלית, ובדגש על האוכלוסייה הזקנה.
- מאמצי ההתערבות והמדיניות לקידום אוריינות בריאותית דיגיטלית צריכים להתמקד במיומנויות **הביקורתיות** של אוריינות בריאותית דיגיטלית.
- יש להגביר מאמצים לקדם נגישות דיגיטלית ותקשורת דיגיטלית עם **מערכת שירותי הבריאות**.
- יש להרחיב את המידע הבריאותי האיכותי באינטרנט ובמדיה החברתית עבור האוכלוסייה, מעצבי דעת קהל ועיתונאים על-ידי מתן "חותמת אישור" רשמית.

- יש לפתח אסטרטגיות של תקשורת על מנת להגיע לקבוצות אוכלוסייה מיוחדות, רצוי באמצעות המדיה הדיגיטאלית.

מחקר

- להכיר בחוסר של מחקרים העוסקים באוריינות בריאותית דיגיטאלית ולהפנות עבורם משאבים רבים יותר
- להרחיב את המחקר על אוריינות בריאותית דיגיטאלית לילדים ובני נוער
- לשתף קובעי מדיניות ומנהלים במערכת הבריאות בתוצאות המחקר.

משרד הבריאות, דו"ח שר הבריאות על עישון בישראל, 2021

- Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). Health literacy: the solid facts. *Copenhagen: World Health Organization*, 3-26.
- Baron-Epel, O., Levin-Zamir, D., Elchayany, A. (2017) Internal locus of control as a mediator of the association between health literacy and self-reported health, a cross cultural perspective. *Health Promotion International* 34(2), 248-257. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax078>
- Berens, E. M., Vogt, D., Ganahl, K., Weishaar, H., Pelikan, J., & Schaeffer, D. (2018). Health literacy and health service use in Germany. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 2(2), e115-e122.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155(2), 97-107.
- Brach, C. (2017). The journey to become a health literate organization: a snapshot of health system improvement. *Studies in health technology and informatics*, 240, 203.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. (2013). Health Literacy: The Solid Facts—World Health Organisation.
- Levin-Zamir, D., Baron-Epel, O., Elhayany, A. (2016) The association of health literacy with health behavior, socio-economic indicators and self-assessed health from a national adult survey in Israel. *Journal of Health Communication*. 21:sup2, 61-68.
- Levin-Zamir, D., Nutbeam, D., Sorensen, K., Rowlands, G., Van den Broucke, S., Pelikan, J., & World Health Organization. (2019). Brief report on the International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) position statement on health literacy: a practical vision for a health literate world. *Public health panorama*, 5(2-3), 206-209.
- Levin-Zamir, D. (2023). Digital health literacy and health technology in health systems and beyond: The importance of measurement, planned action, and policy for readiness and sustainability. *Information Services & Use*, 43(2), 143-150.
- The 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*.
- Parikh, N. S., Parker, R. M., Nurss, J. R., Baker, D. W., & Williams, M. V. (1996). Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient education and counseling*, 27(1), 33-39.
- Pelikan, J. M., Ganahl, K., Van den Broucke, S., & Sørensen, K. (2019). Measuring health literacy in Europe: introducing the European health literacy survey questionnaire (HLS-EU-Q). In *International handbook of health literacy* (pp. 115-138). Policy Press.
- Schillinger, D. (2021). Social determinants, health literacy, and disparities: intersections and controversies. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 5(3), e234-e243.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 1-13.
- World Health Organization. (2015). Health in 2015: from MDGs, millennium development goals to SDGs, sustainable development goals.

8.1 נספח מס' 1: נתונים דמוגרפיים-חברתיים-כלכליים של המדגם**טבלה מס' 33. התפלגות הגילים של משתתפי המחקר**

גיל	מס' משיבים	באחוזים
18-25	178	13.5%
26-35	265	20.1%
36-45	266	20.2%
46-55	196	14.9%
56-65	197	15.0%
66-75	180	13.7%
75+	34	2.6%
סה"כ	1315	100.0%

הגיל הממוצע של המשיבים- 46 שנים, והגיל החציוני שלהם – 44 שנים. לא נמצאו הבדלים משמעותיים בהתפלגות הגילים לפי מין או לאומיות

טבלה מס' 34: התפלגות ההשכלה של משתתפי המחקר

רמת ההשכלה	מס' משיבים	באחוזים
ללא השכלה פורמאלית או ללא השכלה יסודית מלאה	12	0.9%
השכלה יסודית	23	1.8%
השכלה תיכונית חלקית	39	3.0%
השכלה תיכונית מלאה	364	27.7%
השכלה על-תיכונית לא אקדמית	371	28.2%
תואר ב.א או מקביל לו	350	26.6%
תואר מ.א או מקביל לו	139	10.6%
דוקטורט או מקביל לו	16	1.2%
סה"כ	1315	100.0%

לכ- 6% מהמשיבים אין השכלה תיכונית מלאה, ומהצד השני לכ- 38% מהמשיבים יש השכלה אקדמית.

לא נמצאו במדגם הבדלים מובהקים (חי ברבוע) בין מגדר להשכלה.

8.2 נספח מס' 2: נתוני המשתתפים החברתיים והבריאותיים של המשתתפים**מידת המצוקה הכלכלית של המשיבים**

המצב הכלכלי של המשיבים נחקר באמצעות מספר שאלות שעסקו במידת הקושי או מידת הקלות של המשיב לשלם עבור תרופות שנדרשות לו, לשלם עבור בדיקות רפואיות וטיפולים רפואיים נדרשים ולשלם את חשבונותיו בסוף כל חודש. לצורך העיבוד, חוברו התשובות קשה וקשה מאד ובהתייחס למדד שנבנה מ-3 השאלות הנ"ל, התקבלה התמונה הבאה לגבי המחסור הכספי

טבלה מס' 35. התפלגות המשיבים לפי מידת המצוקה הכלכלית

מידת הכלכלית	המצוקה	מס' משיבים	באחוזים	אחוז ממשיבים	אחוז מצטבר
אין מצוקה		569	43	48	48
מצוקה מסוימת		250	19	21	69
מצוקה רצינית		220	17	18	87
מצוקה חמורה		155	12	13	100
סך משיבים		1193	91	100	
לא ענו		122	9		
סך נשאלים		1315	100		

לכ- 48% מהמשיבים אין קושי כלכלי ממשי. לכ- 21% מהמשיבים קושי כלכלי מסוים ל- 18% יש קושי רציני ולכ- 13% מצוקה כלכלית חמורה.

נמצאו הבדלים מובהקים בין גברים ונשים במידת המצוקה הכלכלית (חי ברבוע - $P = 0.008$), כשחלקם של הגברים שאינם חווים קושי כלכלי גדול במידת מה מזה של הנשים (52% מהגברים לעומת 43% מהנשים ואילו חלקן של הנשים החוות קושי רציני וחמור גדול במידה מסוימת מזה של הגברים (35% מהנשים לעומת 27% מהגברים) רמת המצוקה הכלכלית נמצאה קשורה גם בגיל ($P = 0.020$, $p = -0.066$) המתאם השלילי משקף את העובדה שהמצוקה הכלכלית היא נחלת הצעירים יותר מקרב המשיבים. המצוקה הכלכלית נמצאה בקשר גם עם ההשכלה ($p = -0.164$, $P < 0.001$), כשבעלי ההשכלה הגבוהה יותר סובלים פחות ממצוקה כלכלית. אחוז אלה שאינם סובלים ממצוקה כלכלית עולה עם העליה ברמת ההשכלה מ-כ- 18% בקרב אלה שלא השלימו השכלה יסודית לכ- 59% מקרב אלה שהם בעלי השכלה אקדמית.

תפיסה עצמית של מעמד חברתי

המשתתפים התבקשו לדרג עצמם על סולם חברתי בן 10 דרגות, כשהספרה 10 מציינת את המעמד הגבוה ביותר שבו נכללים האנשים עם הכי הרבה כסף, השכלה, כבוד בחברה וכבוד בעבודה. בתחתית הסולם, הספרה 1 מציינת את המעמד הנמוך ביותר שבו נכללים האנשים שדרגו עצמם עם הכי פחות כסף, השכלה וכבוד בחברה ובעבודה. ובין אלה שאר הספרות מציינות את מידת הקרבה של מעמד האדם לאחד הקצוות, על פי תפיסתו העצמית.

התפלגות המשיבים, לפי המעמד החברתי הנתפס שלהם, מוצגת בטבלה הבאה

טבלה מס' 36: התפלגות המדגם לפי המעמד החברתי הנתפס

מעמד נתפס	מס' משיבים	באחוזים	אחוז ממשיבים
המעמד החברתי הנמוך ביותר = 1	15	1.1%	1.2%
2	24	1.8%	1.9%
3	33	2.5%	2.7%
4	97	7.4%	7.8%
5	228	17.4%	18.3%
6	247	18.8%	19.8%
7	316	24.0%	25.4%
8	185	14.1%	14.8%
9	47	3.6%	3.8%
המעמד הגבוה ביותר = 10	54	4.1%	4.4%
סך משיבים	1246	94.7%	100.0%
לא השיבו	69	5.3%	
סך משתתפים	1315	100.0%	

כ-32% דרגו עצמם במעמד חברתי נמוך או נמוך יחסית (1 – 5) כ-45% דרגו עצמם במעמד חברתי בינוני לא גבוה (6-7) וכ-23% דרגו עצמם במעמד חברתי די גבוה וגבוה (8 – 10) לא נמצאו הבדלים מובהקים בהערכת המעמד החברתי הנתפס בין גברים לנשים.

יש לציין, שהערכת המשתתפים מישראל את מעמדם החברתי טובה מזו של ההערכה הממוצעת של כלל המשתתפים במדגם הכלל אירופאי. בישראל, 48% רואים עצמם משוייכים לארבעת המעמדות הגבוהים במדינה (מתוך סולם של 10 מעמדות) ורק 14% משייכים עצמם לארבעת המעמדות הנמוכים. (לעומת 36% ו-17% בממוצע המדגם הכלל אירופאי בהתאמה).

הכשרה במקצועות הבריאות

טבלה מס' 37: התפלגות המשיבים לפי הכשרתם במקצועות הבריאות

הכשרה במקצועות הבריאות	מס' משיבים	באחוזים
כן	173	13.1%
לא	1142	86.9%
סה"כ	1315	100.0%

רוב המשיבים לא קבלו הכשרה באחד ממקצועות הבריאות. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין גברים לנשים. לא נמצאו הבדלים גם בין קבוצות הגיל, ההשכלה או מידת המצוקה הכלכלית.

תמיכה חברתית

משתנה התמיכה החברתית הורכב מהשאלות שנשאלו המרואיינים לגבי: 1. היכולת לבקש עזרה מאנשים קרובים בעת הצורך. 2. מידת הדאגה והתעניינות שלהם הוא זוכה. 3. הקלות/הקושי לקבל עזרה משכנים.

טבלה מס' 38: התפלגות מדד התמיכה החברתית

מזכיר	משיבים	מס' משיבים	אחוז	מזכיר
26	26.	343	26	תמיכה דלה
79	53	687	52	תמיכה מתונה
	21	278	21	תמיכה גבוהה
	100.0	1308	99	סך משיבים
		7	0.5	לא השיבו
		1315	100	סך הכל

לא נמצאו הבדלים מובהקים בין גברים לנשים במידת התמיכה החברתית שיש להם. מבין הגורמים הדמוגרפיים הנוספים, לא נמצא מתאם בין השכלה לרמת תמיכה, ואף לא בין גיל לרמת תמיכה. נמצא מתאם מובהק בין תמיכה חברתית לבין מצוקה כלכלית, כאשר אלה שלהם מצוקה כלכלית חמורה ומשמעותית זוכים לתמיכה חברתית נמוכה יותר מאלה שאין להם מצוקה ($p = -0.246$), וכן בין תמיכה חברתית למעמד חברתי נתפס, כאשר אלה במעמד הנמוך יותר זוכים לתמיכה פחות חזקה מאלה שבמעמד הגבוה יותר ($P < 0.001$ $p = 0.215$).

עד כה הצגנו את הגורמים האישיים-דמוגרפיים שנאספו במחקר ויכולים להשפיע בתורם, הן על מצב הבריאות, והן על ההתנהגויות הבריאותיות של המרואיינים. בפרק הבא יסקרו מדדים המשקפים את מצב הבריאות של משתתפי הסקר, וכן את אורח החיים שלהם בהתייחס לגורמים המקדמים בריאות.

טבלה מס' 39: הערכה עצמית של מצב הבריאות

התפלגות הערכת מצב הבריאות	מס' משיבים	באחוזים	אחוז ממשיבים
טוב מאד + טוב	884	67	67
בסדר	355	27	27
רע + רע מאד	75	6	6
סה"כ	1314	100	100
אין תשובה	1	0.1	
סה"כ	1315	100	

כ- 67% מהמשיבים מעריכים את מצבם הבריאותי כטוב, ואף טוב מאד, ורק אחוזים בודדים העריכו את מצבם כרע או רע מאד. מנתוני הלמ"ס בשנתון 2022 עולה, שכ- 84% מהמדגם של בני 20 ומעלה העריכו את מצבם הבריאותי כטוב או טוב מאד.

טבלה מס' 40: קיומה של מחלה כרונית

מחלות כרוניות יותר ממחלה כרונית אחת	מס' משיבים	באחוזים	אחוז ממשיבים	אחוז מצטבר
מחלה אחת	304	23	23	18
אין מחלות כרוניות	775	59	59	100
סך משיבים	1314	100	100	
לא השיבו	1	0		
סך הכל	1315	100		

כ- 41% ממשיבי המדגם בארץ סובלים ממחלה כרונית, מתוכם כ- 18% סובלים מיותר ממחלה אחת.

טבלה מס' 41: הגבלת פעילות בשל בעיות בריאות

אחוז מצטבר	אחוז ממשיבים	באחוזים	מס' משיבים	הגבלת פעילות בשל בעיות בריאות ב-1/2 השנה האחרונה
11	11	11	141	הגבילו מאד
36	26	26	335	הגבילו
100.0	64	63	834	לא הגבילו כלל
	100.0	99.7	1311	סך משיבים
		0.3	4	לא השיבו
		100.0	1315	סך הכל

כ-36% מהמשיבים מציינים כי בעיית בריאות הגבילה את פעילותם בחצי השנה האחרונה לפני שרואיינו, מתוכם כ-11% ציינו כי בעיות הבריאות הגבילו אותם מאד.

לא נמצאו מתאמים מובהקים בין השכלה להערכה עצמית של הבריאות, למחלות כרוניות ולהגבלת פעילות, ולא נמצאו הבדלים מובהקים בין גברים לנשים בנושאים אלה. עם זאת, נמצא כצפוי מתאם מובהק בין גיל להערכת מצב הבריאות ($p = -0.265$, $P < 0.001$) ובין גיל למחלות כרוניות ($p = -0.325$, $P = 0.001$), כשלמבוגרים יותר יש יותר מחלות כרוניות, והם מעריכים את מצב בריאותם כפחות טוב. כמו-כן, נמצא מתאם מובהק בין הערכת מצב הבריאות וקיומן של מחלות כרוניות עם הערכת המעמד החברתי ($p = -0.213$, $P < 0.001$, $p = 0.111$, $P < 0.001$ בהתאמה). אלה המשייכים עצמם למעמד הנמוך יותר, גם סובלים יותר מבעיות כרוניות, וגם מעריכים את מצב בריאותם כפחות טוב (חי בריבוע $P < 0.001$). מתאמים פחות חזקים, אך מובהקים, נמצאו בין הערכת הבריאות, קיומן של מחלות כרוניות והגבלת פעילות בשל בעיות בריאות לבין מצוקה כלכלית ($p = -0.190$, $P < 0.001$, $p = -0.134$, $P < 0.001$, $p = -0.127$, $P < 0.001$). שוב רואים כי אלה המצויים במצוקה כלכלית רבה יותר, גם מעריכים את בריאותם כפחות טובה מאלה שאינם מצויים במצוקה כזו.

טבלה מס' 42: תדירות שנתית של ההיעדרות מהעבודה בשל בעיות בריאות

אחוז ממשיבים	באחוזים	מס' משיבים	
39.6	39.5	313	כלל לא
17.8	17.8	141	ימים 1-2
18.0	18.0	142	ימים 3 - 5
24.6	24.5	194	6 ימים ויותר
100.0	99.8	789	סך משיבים
	0.2	2	לא השיבו
	100.0	791	סך הכל

כיוון שכ- 40% אינם מועסקים, הרי התייחסנו בהתפלגות זו רק לאלה שהם מועסקים כשכירים או כעצמאיים. כ- 40% מאלה לא נעדרו מהעבודה בשל בעיות בריאות, ומצד שני, כרבע נעדרו מהעבודה לפחות 6 ימים בשנה האחרונה. בין אלה לאלה, כ- 18% נעדרו יום או יומיים ואחוז דומה נעדר בין 3 ל- 5 ימים בשנה זו. כדאי להזכיר שוב, שמדובר בתקופת מגפת הקורונה, שיתכן שהגבירה שהות בבית בשל המחלה, או חשיפה למחלה ובידודים.

נמצאו הבדלים בין גברים לנשים בימי היעדרות שנתיים מהעבודה בשל בעיות בריאות. בקרב הנשים - 35% לא נעדרו כלל, לעומת 44% מהגברים; 29% מנשים נעדרו לפחות 6 ימים, לעומת 20% מהגברים. בקרב המועסקים, נמצא מתאם קטן, אך מובהק, בין ימי היעדרות מהעבודה בשל בעיות בריאות לבין מצוקה כלכלית ($P=0.001$, $p = 0.126$). כפי שראינו, אלה הסובלים יותר ממצוקה כלכלית גם סובלים יותר מבעיות בריאות, ולפיכך נראה גם נעדרים יותר בשל בעיות בריאות.

שימוש בשירותי בריאות

אחד הסמנים למצב בריאותי אובייקטיבי וסובייקטיבי יכול להיות השימוש בשירותי בריאות. הנושא נבדק באמצעות התייחסות למספר הביקורים השנתי אצל רופא המשפחה, אצל רופא מקצועי מומחה, במלר"ד, וכן מספר אישפוזי יום או אישפוז ממושך יותר.

טבלה מס' 43: התפלגות התשובות למידת השימוש בשירותי רפואה כשהן מקודדות לקבוצות של מידת תדירות

תדירות הפניה/השימוש כלל לא	לרופא משפחה	חדר מיון/רפואת חרום	לרופא מומחה	אישפוזים בביה"ח	אישפוזי יום
14.1	73.5	37.6	87.6	81.1	
פעמים 1-2	39.7	21.9	38.2	10.8	14.5
פעמים 3 - 5	29.0	3.6	17.6	1.2	2.3
6 פעמים ויותר	17.2	0.8	6.6	0.3	2.1
סך משיבים	100.0	100	100.0	100.0	100.0

כפי שניתן לראות, כ- 86% מהמשיבים פנו אל רופא המשפחה במהלך השנה שקדמה לסקר. כ- 40% פנו לרופא בין פעם לפעמיים בשנה, קרוב ל- 30% בין 3 ל- 5 פעמים בשנה ו- 17% פנו לפחות 6 פעמים בשנה.

קרוב לשלושת רבעי מהמשיבים לא השתמשו בחדר מיון/שירותי חירום בשנה שקדמה לראיון. כ- 22% השתמשו פעם-פעמיים, וכ- 4% יותר מ-3 פעמים בשנה.

כ- 62% מהמשיבים פנו לרופא מומחה בשנה שקדמה לראיון וכ- 38% פנו למומחה רק פעם או פעמיים בשנה זו. 24% פנו יותר מ- 3 פעמים, מתוכם רק כ- 7% יותר מ- 6 פעמים.

רובם הגדול של המשיבים (כ- 88%) לא אושפזו כלל בבתי-חולים בשנה שקדמה לראיון. מאלה שאושפזו, רובם אושפזו בתדירות של 1-2 פעמים בשנה. רק 1.5% אושפזו יותר מ- 3 פעמים.

רובם הגדול של המשיבים לא שהו כמאושפזי יום בבית חולים במהלך השנה שקדמה לראיון. 20% אכן אושפזו אישפוז יום, אך רובם כ-3/4 אושפזו פעם או פעמיים.

4.2 הבדלים בתדירות השימוש/הפניה לשירותים רפואיים לפי משתנים דמוגרפיים

1. תדירות הפניות לרופא משפחה: א. נמצאו הבדלים מובהקים בתדירות הפניות לרופא המשפחה על פי מגדר, כשהנשים נוטות לבקר בתדירות גבוהה יותר אצל רופא המשפחה. 50% מהנשים - יותר מ- 3 פעמים, לעומת 32% בקרב הגברים ($P < 0.001$). ב. תדירות הפניות לרופא המשפחה נמצאה במתאם מובהק עם מצוקה כלכלית ($r = 0.156, P < 0.001$), דבר היכול להעיד על תפקידו של רופא המשפחה בטיפול במצוקות החיים של מטופליו. לא נמצאו מתאמים עם השכלה, ואף לא עם גיל. לא נמצאו מתאמים עם תמיכה חברתית או מעמד חברתי נתפס.

2. תדירות הפניות לשירותי חירום: לא נמצאו הבדלים מובהקים לפי מגדר, וגם לא נמצאו מתאמים משמעותיים ומובהקים בין הפנייה לשירותי חירום לבין גיל, השכלה, מצוקה כלכלית, תמיכה חברתית, או מעמד חברתי נתפס.

3. תדירות הפניות לרופא יועץ: א. נמצאו הבדלים מובהקים בתדירות הפניות לרופאים יועצים לפי מגדר, כשהגברים פונים לרופאים מקצועיים במידה פחותה במידת מה מהנשים. יותר גברים לא פנו לרופא מקצועי כלל בהשוואה לנשים (43% לעומת 33%), ויותר נשים מגברים פנו למעלה מ- 3 פעמים בשנה (28% לעומת 20%), מובהקות על פי חי ברבוע – $P < 0.001$. ב. מתאם מובהק נמצא עם גיל ($p = 0.194, P < 0.001$). מגיל 60, עולה חלקם של אלה שפנו לרופא מקצועי יותר מ- 3 פעמים בשנה ויורד חלקם של אלה שלא פנו כלל. ג. לא נמצאו מתאמים משמעותיים עם מצוקה כלכלית או השכלה, גם לא עם מעמד חברתי נתפס או תמיכה חברתית.

4. תדירות האישפוזים בבתי-חולים: א. נמצאו הבדלים מובהקים ($P = 0.003$) בתדירות האישפוזים בבתי-חולים לפי מגדר. אמנם, אין הבדל באחוז הנשים והגברים שלא התאשפזו, אך הנשים, במידת מה, יותר מהגברים נוטות להתאשפז בתדירות גבוהה יותר - 36% לעומת 19% בהתאמה, בתדירות של 3 אישפוזים ומעלה (אולי בשל הריון ולידה). ב. לא נמצאו מתאמים בין תדירות האישפוזים לבין גיל, השכלה, מצוקה כלכלית, מעמד חברתי, או תמיכה חברתית.

5. תדירות אישפוזי יום: לא נמצאו הבדלים בתדירות אישפוזי היום לפי מגדר, ואף לא מתאמים עם שאר המשתנים הדמוגרפיים או החברתיים.

יתכן ששימוש היתר של נשים בשירותי הבריאות נובע בחלקו מחלוקת התפקידים המשפחתית, שבה לאשה יש אחריות כביכול לדאוג לבריאותם של בני המשפחה, והיא זו שפונה עבורם ואיתם לשירותי הבריאות השונים, כמו גם נעדרת מהעבודה בגין מצב הבריאות של ילדיה.

4.3 התנהגויות מקדמות בריאות

סביר לשער כי אוריינות בריאותית יכולה להשפיע על התנהגויות מקדמות בריאות, כמו דאגה למשקל תקין, תזונה נכונה, פעילות גופנית, צריכת אלכוהול מושכלת וכדומה, ואלה בתורן משפיעות על מצב הבריאות. מסיבה זו ועל מנת לתקף את השפעתה של האוריינות הבריאותית על התנהגויות אלה, נשאלו המרואיינים מספר שאלות הנוגעות לאורח חייהם והן רלוונטיות לבריאות. בטבלה הבאה רוכזו הנתונים:

טבלה מס' 44: התפלגות התשובות המתייחסות להתנהגות בריאותית כשהן מקודדות לקבוצות של מידת תדירות

צורה ירקות ופירות	פעיל גופנית	צורה אלכוהול	מעשן	כמה ימים בשבוע
2.0	26.4	49.3	76.1	אף פעם
5.4	13.4	26.1	3.2	פחות מפעם בשבוע
5.4	10.3	11.5	1.3	פעם
9.0	10.8	5.7	1.4	פעמיים
10.4	13.5	2.9	1.3	3 פעמים
9.1	7.1	1.3	0.9	4 פעמים
10.4	7.4	1.1	1.2	5 פעמים
8.8	3.3	0.5	2.5	שש פעמים
39.5	7.8	1.6	12.2	כל יום
100.0	100.0	100.0	100.0	סך הכל

כ-3/4 מהמרואיינים בישראל, ציינו כי אינם מעשנים כלל. מקרב המעשנים, רובם מעשנים כל ימי השבוע או להוציא יום אחד. לפי דו"ח שר הבריאות בנושא עישון (משרד הבריאות 2021) הנתונים הכלליים בישראל מצביעים על כ-80% שאינם מעשנים בגילאי 21+. כמחצית מהמרואיינים אינם צורכים אלכוהול. כרבע נוסף מהמרואיינים צורכים אלכוהול פחות מפעם בשבוע. מהצד השני, למעלה מרבע מהמרואיינים אינם עוסקים בפעילות גופנית מקדמת בריאות, ועוד כשליש עוסקים בפעילות כזו פחות מ-3 פעמים בשבוע. קרוב ל-60% אוכלים פירות וירקות לפחות חמישה ימים בשבוע, בעוד שכ-22% אוכלים פירות וירקות רק עד פעמיים בשבוע.

הבדלים בהרגלי הבריאות לפי משתנים דמוגרפיים

1. עישון: א. נמצאו הבדלים מובהקים ($P < 0.00$) על-פי מגדר. שיעור הגברים המעשנים גבוה מזה של הנשים והגברים גם מעשנים בתדירות גבוהה יותר. ב. נמצא מתאם בין עישון לגיל ($r = -0.139$), $P < 0.001$, כאשר שיעור הלא מעשנים גדל בעקביות עם הגיל ושיעור המעשנים בכל ימי השבוע קטן עם הגיל. ג. נמצא מתאם עם השכלה ($r = -0.173$, $P < 0.001$), כאשר אם מתעלמים לרגע מקבוצת המרוויינים שהם חסרי השכלה, הרי שיעור הלא מעשנים עולה עם ההשכלה, ושיעור המעשנים הכבדים – כל ימות השבוע – יורד עם ההשכלה. ד. לא נמצא מתאם בין מצוקה כלכלית לעישון, גם לא עם מעמד חברתי או תמיכה חברתית.

2. צריכת אלכוהול: א. נמצאו הבדלים מובהקים ($P < 0.001$) בין גברים לנשים, כשהראשונים נוטים לשתות אלכוהול יותר מהנשים. 58% מהנשים אינן שותות כלל, לעומת 39% מהגברים. ב. נמצא מתאם מובהק בין השכלה לצריכת אלכוהול ($r = 0.106$, $P < 0.001$). עם העלייה במדד ההשכלה, אחוז הנוטים שלא לצרוך אלכוהול קטן, וחלקם של אלה השותים בכל ימות השבוע אף הוא עולה. ג. לא נמצאו מתאמים מובהקים עם גיל או עם מצוקה כלכלית, מעמד חברתי, או תמיכה חברתית.

3. פעילות גופנית: א. לא נמצאו הבדלים בין גברים לנשים. ב. נמצא מתאם מובהק ($r = 0.168$), $P < 0.001$ בין מצוקה כלכלית לפעילות גופנית, כשאלה הנמצאים במצוקה רבה יותר אינם פעילים כלל במידה רבה יותר מאלה שאינם במצוקה. כמו-כן, תדירות הפעילות שהם עושים נמוכה מזו שאינם סובלים ממצוקה כלכלית. ג. לא נמצאו מתאמים עם גיל ועם השכלה. ד. נמצא קשר מסויים בין פעילות גופנית לתמיכה חברתית ($r = 0.103$, $P < 0.001$), כאשר אלה עם תמיכה חברתית חזקה יותר גם נוטים לאינטנסיביות רבה יותר בפעילותם הגופנית, ואחוז אלה שאינם עוסקים בכך כלל גדול יותר עם הירידה בתמיכה החברתית. ה. נמצא גם מתאם עם המעמד החברתי הנתפס ($r = 0.164$), $P < 0.001$, כשבעלי המעמד החברתי הנתפס הגבוה יותר נוטים יותר לעסוק בפעילות גופנית מאשר אלה שבמעמד החברתי הנמוך. 24% מאלה שהגדירו עצמם ב-2 המעמדות הגבוהים ביותר אינם עוסקים בפעילות גופנית, לעומת 46% בקרב המרוויינים שהגדירו עצמם ב-2 המעמדות הנמוכים ביותר.

4. אכילת פירות וירקות: לא נמצאו הבדלים לפי מגדר בתדירות אכילת פירות וירקות. ב. נמצאו מתאמים בין גיל לאכילת פירות וירקות ($r = 1.61$, $P < 0.001$), כאשר המבוגרים יותר נוטים לאכול פירות וירקות בכל ימות השבוע במידה רבה יותר מהצעירים יותר. ג. גם עם מצוקה כלכלית נמצא הבדל מובהק בתדירות אכילת פירות וירקות ($r = -0.152$, $P < 0.001$). ככל שגדולה המצוקה הכלכלית, כך פוחתת התדירות השבועית של אכילת פירות וירקות. 45% מאלה שאינם במצוקה כלכלית אוכלים פירות וירקות כל יום, ואילו האחוז המקביל בין אלה שהם במצוקה כלכלית חמורה מגיע לכ-24% בלבד. ד. לא נמצא הבדל מובהק בין צריכת פירות וירקות לבין השכלה. ה. לתמיכה החברתית נמצא קשר עם אכילת ירקות ופירות. אלה הנהנים מתמיכה חברתית אוכלים כל השבוע פירות וירקות בשיעור גבוה יותר מאלה שאינם זוכים לתמיכה כזו (54% מאלה עם תמיכה חברתית חזקה, לעומת כ-35% מאלה עם תמיכה מועטה או בינונית) ($r = 0.146$, $P < 0.001$). ו. באופן דומה, נמצא קשר בין תפיסת המעמד החברתי לבין אכילת פירות וירקות, כשאלה במעמדות הגבוהים אוכלים פחות ירקות ופירות מאלה שבמעמדות הנמוכים ($r = 0.165$, $P < 0.001$).

BMI

המדד משקף את משקל הגוף יחסית לגובה. נהוג לחשוב שכשערך המדד נמוך מ- 18.5 מדובר בתת משקל, מ-25 – 30 נחשב משקל תקין, מ-31 – 35 מדובר בהשמנה, מ-36 – 40 מדובר בהשמנה חמורה, ואילו מעל 40 מדובר בהשמנה חמורה מאוד. המרואיינים התבקשו לציין את משקלם וגובהם, ועל פי הנתונים שנתנו חושב לכל אחד מהם ערך ה-BMI שלו.

טבלה מס' 45: התפלגות מידת תקינות המשקל לפי חישוב ה-BMI

תקינות המשקל לפי BMI	מס' משיבים	באחוזים	אחוז ממשיבים
תת משקל	32	3	3
משקל תקין	523	40	42
משקל עודף	418	32	34
השמנה	169	13	14
השמנה חמורה	66	5	5
השמנה חמורה מאד	38	3	3
סך משיבים	1245	95	100.0
לא השיבו	70	5	
	1315	100.0	

כפי שניתן לראות, רק ל- 40% מהמרואיינים משקל תקין, 3% סובלים מתת משקל, כ- 32% הם בעלי משקל עודף והשאר – 21% סובלים מהשמנה במידה זו או אחרת.

1. לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין גברים לנשים. 2. נמצאו מתאמים בין תקינות המשקל לגיל ($r = 0.196, P < 0.001$). לצעירים יותר, יש משקל תקין בשיעור גבוה מזה של המבוגרים יותר, ואילו מגיל 36 ומעלה גדל שיעור המרואיינים שנמצאו כסובלים מהשמנה חמורה. 3. גם למצוקה הכלכלית השפעה על תקינות ה-BMI. אמנם המתאם מאד קטן, אך בולטת העובדה שבין אלה שנמצאים במצוקה כלכלית קשה, רק ל- 26% משקל תקין, לעומת 43% ו- 47% שלהם אין מצוקה כלכלית, או שמצוקתם מסויימת בלבד, בהתאמה. 4. לא נמצא קשר בין השכלה לתקינות המשקל.
5. לא נמצאו מתאמים בין תקינות המשקל למעמד חברתי או לתמיכה חברתית.

Executive Summary

Background

The importance of general health literacy to health indicators and quality of life has been demonstrated in numerous studies conducted worldwide. In the initial stage, research in the United States focused on the relationship between health literacy and the treatment of diseases and various health conditions. Subsequently, through studies conducted in Europe, health literacy was shown to be significant and relevant not only to the treatment of diseases but also to disease prevention and the broader field of health promotion, referring to the general population and not just patients. The European Health Literacy Survey (HLS-EU), conducted between 2009 and 2012, presented a model of a comprehensive understanding and definition of general health literacy, along with a theory-based measurement tool. The findings affirmed the relevance of health literacy to public health and health policy.

Based on this research, the World Health Organization (WHO) established the WHO Action Network for Measuring Population and Organizational Health Literacy (MPOHL). Within this framework, a national survey, HLS19, was conducted in 17 European countries, including Israel, and the results are presented in this report (The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021).

Objectives:

1. To examine the research tools and adapt them to the population in Israel.
2. To measure the levels of general and digital health literacy among a sample of the population in Israel within the framework of a European-wide survey.
3. To study background variables related to general and digital health literacy, as well as the use of digital resources for health.
4. To identify populations at risk due to low levels of general and digital health literacy.
5. Based on the findings, to recommend to policymakers in the health sector areas and needs that require attention in the context of health literacy in Israel.

Methods: The current research was based on data collected in Israel using a European-wide research protocol. Data collection was conducted through a questionnaire translated and adapted from English to Hebrew and Arabic. The tool assessing general health literacy consisted of 12 questions that addressed the difficulty or ease of finding, understanding, evaluating, and applying health information in the areas of (1) treatment of health conditions, (2) health behavior for disease prevention, and (3) factors influencing health. In Israel and 13 other countries, additional tools, including digital health literacy (8 questions), were available for selection by participating countries, as part of the research.

The questionnaire also collected demographic, socio-economic, and health-related data (32 questions), which were found to be linked to health literacy in previous studies.

Survey participants were sampled from the overall population of residents in Israel, based on parameters determined by the MPOHL network. The Israeli sample included 1,315 respondents reflecting the existing distribution in the population by gender and age. Regarding ethnicity (Jewish-Arab), there was an oversampling in the Arab society.

Data collection for the general population was conducted through an online panel, and for the Arab population, telephone interviews were conducted. Data collection took place between December 15, 2020, and January 10, 2021.

Data analysis utilized various statistical tools for examination and processing, including Cronbach's alpha for assessing the internal reliability of health literacy variables, chi-square tests for detecting differences between groups, Spearman's rank correlation for assessing associations between study variables, and multiple linear regression to examine the ability of background variables to predict general and digital health literacy levels, as well as the relationship between health literacy levels and health behavior, health outcomes, and the use of health services.

Findings in Israel: The findings indicate an insufficient level of general health literacy among approximately 50% of the population in Israel. This primarily refers to difficulties in judging information, making decisions about its relevance and reliability, and applying it to health behavior. Within the health literacy measure, difficulty in finding or understanding health information was identified in approximately 15%-21% of the sample, particularly prominent in the context of mental health. When distinguishing between topics related to disease prevention, treatment of diseases, and factors influencing health, disease prevention received the lowest health literacy score.

Population groups with lower general health literacy than the overall sample average in Israel include:

1. Young adults aged 18-25, who perceive their health status as better than older age groups.
2. Two other population groups, characterized by a considerable degree of vulnerability, are those defining themselves as having low social status and those experiencing economic hardship or difficulty paying bills. Low health literacy in these groups, combined with difficulty implementing medical recommendations and utilizing medical services, constitutes health risk factors. No differences were found between males and females, as in other participating countries, and there was no correlation between education level and overall health literacy. Regarding health literacy in the context of COVID-19, approximately 63% of the sample expressed concern about the pandemic, and there was difficulty in assessing the reliability of information and applying it.

The digital health literacy measure showed a very high correlation with the general health literacy measure. However, digital health literacy was found to be insufficient or low among 62.5% of the sample. Two socio-economic background variables that were found in linear regression to be correlated with digital health literacy as a dependent variable were perceived social status and economic hardship. In the linear regression test, with background data controlled, it was also found that digital health literacy is associated with self-assessment of health and, especially, health behaviors. In addition, the frequency of using various digital means to obtain health information was

examined. About 95% use the internet for this purpose, and approximately 80% indicated using social networks for these purposes. Over 60% do not use mobile applications or specialized digital devices, and 88% do not maintain digital communication with healthcare service providers. As expected, a correlation was found between the frequency of use and digital health literacy, meaning that the higher the digital health literacy, the greater the use of digital health resources.

Conclusions: In general, it can be concluded that the research achieved its objectives. The tool proves suitable for measuring both general and digital health literacy in Israel, as well as in other countries that participated in the European survey. The study provides a comprehensive picture of the levels of general and digital health literacy in Israel, including the identification of factors related to overall and digital health literacy. Specific population groups requiring special attention due to lower levels of general and digital health literacy compared to the general population were identified.

The research findings can serve as an empirical basis for promoting policies addressing populations more vulnerable to health disparities in Israel. The study indicates that the young population exhibits relatively low general health literacy, and given that general health literacy is often related, through linear regression, to health behaviors such as physical activity or a diet including fruits and vegetables, intervention is warranted. Additionally, the linkage of general health literacy to self-assessment of health status and participant health behaviors emphasizes the need for developing tools to enhance health literacy. Concerning health literacy during the COVID-19 pandemic, the availability of information from non-governmental sources may have created difficulties in assessing the information's reliability and implementing it.

Finally, there is a need for follow-up research, both examining health literacy outside of pandemic periods and expanding the research population. Periodic surveys will be important to study trends in the population over time and monitor and evaluate activities planned and implemented as a result of the current research.

תודות

תודתנו ניתנה לחנה מיבר ולשוש גן-נוי על זרתן בכתובת ובעריכת הדוח.