

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית

כותרת מלאה של המחקר

היערכות לקראת רפורמת סימון של מוצרי מזון בישראל: ידע ועמדות אנשי מקצועות הבריאות ומובילי דעה בתחום הבריאות בקהילה

חוקרים: שם מלא ושיוך מוסדי

ד"ר שרון פורמן-אסף, המרכז לחקר וקידום מדיניות בסוכרת, המרכז הרפואי שיבא תל השומר

מילות מפתח

תזונה, מקצועות בריאות, רפורמה לסימון מוצרי מזון, ידע, בריאות הציבור

תקציר

תקציר שאורכו עד **200 מילים**, אשר יכלול כותרים אלה: (1) רקע (2) מטרות (3) שיטה (4) ממצאים עיקריים (5) מסקנות (6) המלצות / השלכות לקובעי המדיניות

רקע: בינואר 2020 החל משרד הבריאות ברפורמה לסימון מוצרי מזון. לגישה של אנשי מקצועות הבריאות כלפי רפורמות בתחום בריאות הציבור עשויה להיות השפעה נרחבת שכן הם מהווים מקור לסמכות ולידע עבור הציבור. **מטרות:** להעריך את הידע והעמדות של אנשי מקצועות הבריאות לגבי רפורמת סימון מוצרי מזון ומטרותיה, ולזהות פערים על מנת להבין באילו תחומים יש להתמקד כדי לשפר את בריאות האוכלוסייה באמצעות תזונה נכונה.

שיטה: מחקר חתך תיאורי באמצעות סקר מקוון שכלל 456 משתתפים (118 רופאים/ות, 207 אחים/ות ו-131 תזונאים/ות).

ממצאים עיקריים: רוב המשיבים סברו שמתפקידם לדבר על נושאים הקשורים לתזונה בריאה עם מטופליהם (91.8% מהאחים/ות, 94.9% מהרופאים/ות ו-100% מהתזונאים/ות), אבל רק כמחציתם (47.5% מהרופאים/ות ו-57.0% מהאחים/ות) דווחו שיש להם מספיק ידע בתחום זה וביחס לייצוג הסימונים. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין מקצועות הבריאות לגבי שלושת אמצעים אלה. רק חלק מהמשיבים חש שהוא מסוגל להשפיע על הרגלי המטופלים. רוב המשתתפים סבורים שיש להשתמש גם באמצעים רגולטוריים נוספים כדי לקדם תזונה בריאה. **מסקנות:** אנשי מקצועות הבריאות סבורים שעליהם להעביר למטופליהם ידע לגבי תזונה בריאה אך חלקם אינו חושב שיש לו ידע מספיק בתחום זה או יכולת להשפיע על הרגלי המטופלים.

המלצות / השלכות לקובעי המדיניות: לקיים הסברה מעמיקה ויישומית בקרב אנשי מקצועות הבריאות בנוגע לתזונה ולסימון המוצרים, ובפרט לגבי מוצרי מזון מעוררי מחלוקת.

חלק ג': תקציר ומילות מפתח - אנגלית

Full title of research project

Readiness for labelling of food products in Israel: Knowledge and attitudes of health professionals and opinion leaders in the field of community health

Investigators: full name and affiliations

Sharon Furman-Assaf, Israeli Center for Diabetes Research and Policy, The Gertner Institute for Epidemiology and Health Policy Research

Key Words

Nutrition, health professionals, food labelling reform, knowledge, public health

Abstract

An abstract of up to **300 words** should include these headings: (1) Scientific Background (2) Objectives (3) Methodology (4) Findings (5) Conclusions (6) Policy Implications / recommendations

Scientific background: In January 2020, the Ministry of Health initiated a reform for nutritional food products labeling. The attitude of health professionals towards public health reforms may have a far-reaching impact on public health as they are a source of authority and knowledge for the public.

Objectives: To assess the knowledge and attitudes of health professionals regarding food product labeling reform and its objectives, and to identify gaps in order to define focus areas for improvement of nutrition habits of the public.

Method: Descriptive cross-sectional study using an online survey among 456 participants (118 physicians, 207 nurses and 131 nutritionists).

Main Findings: Most respondents believe they should discuss issues related to healthy eating with their patients (91.8% of nurses, 94.9% of physicians and 100% of nutritionists), but only about half of them (47.5% of physicians and 57.0% of nurses) reported that they have sufficient knowledge in this field in general, and particularly on food labelling. No statistically significant differences were found between health professions regarding these three measures. Only some of the respondents felt that they can influence the nutrition habits of their patients. Most participants believe that additional regulatory measures should also be used to promote a healthy nutrition.

Conclusions: Health professionals believe that they should provide knowledge about healthy eating to their patients but some do not think they have sufficient knowledge in this area or the ability to influence patients' habits.

Recommendations/policy implications: To provide health professionals with information, knowledge and tools on nutrition and food labelling, particularly regarding food products whose labelling are considered controversial.

חלק ה': Executive Summary- English

Scientific background: In recent years, there has been an increase in overweight and obesity rates in Israel. Leading causes of obesity include dietary habits, such as consumption of sugar-rich foods and other processed and ultra-processed foods. This situation has led the Israeli Ministry of Health to initiate and promote a pioneering reform, in which food products containing high amounts of sugar, sodium and/or saturated fat will be marked with red labels, while healthy foods are labelled with a green label. The reform was implemented in two stages: the first beginning in January 2020 and the second beginning in January 2021. A uniform food product labeling system is aimed at helping consumers make healthier choices.¹

According to the Diffusion of Innovations theory, opinion leaders who adopt a new technology (early adopters) accelerate and expand its application in the general society. Health professionals are a source of authority and knowledge for the general public; therefore their approach to public health reforms, and in particular in the areas of promoting a healthy diet and healthy lifestyle, may have a far-reaching impact on the general public.² Although the general public regards health professionals in general and physicians in particular as a very reliable source of information in the field of healthy nutrition,² studies have found significant knowledge gaps among physicians, interns and nurses in understanding nutrition and food labelling.^{3,4} Such knowledge gaps on issues related to healthy eating and awareness of food labeling policies among health professionals may mean that the goals of the reform in terms of promoting and improving the health of the population will not be achieved. We therefore set out to examine the knowledge and attitudes of Israeli health professionals with regards to healthy nutrition and the food labelling reform.

Objectives: 1. To evaluate the knowledge and attitudes of health professionals and opinion leaders, regarding the Israeli food labelling reform and its goals.

2. To define focus areas to improve the knowledge and attitudes of health professionals regarding improving and promoting population health through healthy nutrition.

Methodology: A cross-sectional study. A questionnaire comprising 18 questions on participant demographics, knowledge on was constructed. The questionnaire was disseminated by clicking on a link sent to participants via email, WhatsApp groups or Facebook. The questionnaires were anonymous. The questionnaire included respondent demographics (age, sex, profession, seniority in the profession, workplace), knowledge regarding sugar, saturated fat, and sodium consumption in Israel, knowledge about the food labeling reform and its goals, the degree of support of the reform, degree of its impact on food consumption habits, attitudes regarding regulatory intervention to improve the public's nutrition, disseminating knowledge to patients about the reform, and healthcare professionals' perception of the ability to do so.

Findings: A total of 456 health professionals completed the questionnaires: 118 physicians, 207 nurses and 131 nutritionists. Most respondents were women (89.9%). About a third (33.8%) reported working in hospitals and 42.5% in health funds. The rest reported working in the Ministry of Health, private clinics, mother

and child clinics (Tipat Halav) and the Israel Defense Force. The majority had over 10 years of work seniority.

Knowledge on sugar and sodium consumption in Israel was very high among all respondents: 95.4% of nutritionists, 91.5% of physicians and 96.6% of nurses stated that sugar consumption among the Israeli public in Israel is higher than the recommendations. In addition, 97.7% of nutritionists, 93.2% of physicians and 90.3% of nurses responded that sodium consumption is higher than the recommendations. However, only a small proportion of the respondents estimated that the consumption of saturated fat among Israeli adults is in accordance with the recommendations (7.6% of nutritionists, 9.3% of physicians and 8.2% of nurses).

The vast majority of health professionals believed they should discuss healthy nutrition with their patients (91.8% of nurses, 94.9% of physicians and 100% of nutritionists), but only about half (47.5% of physicians and 57.0% of nurses) reported that they have enough knowledge in this field. About two-thirds of nutritionists (64.1%) and about one-third of physicians (35.5%) and nurses (29.4%) thought that most patients would try to change their lifestyles if they recommended it.

All nutritionists, 96.6% of physicians and 94.7% of nurses were aware of the food labelling reform and most of them (88.9% of nurses, 76.3% of physicians and 75.6% of nutritionists) claimed that they support the reform.

Despite this general support for the reform, participants' understanding of the food product labeling were not consistent. There was no consensus among the various professions regarding the representation of the red and green labels: 6.9% of nutritionists, 15.3% of physicians and 23.7% of nurses indicated that all the products marked in red are unhealthy, while 39.7% of nutritionists, 39% of physicians and 25.6% of nurses believed that only some of the red-labelled foods were unhealthy. Regarding the green labeling, about a third (35.9%) of the nutritionists and a quarter of the physicians (24.6%) and nurses (25.6%) responded that all products labelled green are healthy. In addition, 22.1% of nutritionists, 34.7% of physicians and 35.3% of nurses responded that only some of the green-labelled foods are healthy.

A significant difference was found among the various professions regarding changes in food buying habits following the reform. Close to a third of physicians (29.7%), half of nurses (52.7%) and a fifth of nutritionists reported changing their buying habits to a large or very large extent following the reform. When asked if in their opinion the general public changed their food buying habits following the reform, 47.3% of nutritionists compared to 21.2% of physicians and 31.4% of nurses thought that public's food buying habits had changed to a great or very great extent.

When asked about the measures the Israeli authorities should take to improve public health in the context of nutrition, most respondents (88.2%) answers that healthy food products should be subsidized, 84.9% responded that the public should be educated about healthy eating, and 72.4% thought that the sale of unhealthy products should be restricted. No significant differences were found between the health professions regarding these three measures.

Conclusions: This survey was conducted about six months after the implementation of the Israeli food labeling reform. The results show that health professionals are aware of the reform, and most of them have a positive attitude towards it and most of them think that the Israeli public consumes sugar, sodium and saturated fat beyond the recommended amounts. While the vast majority of respondents indicated that it is their responsibility to talk to their patients about issues related to healthy nutrition, less than two-thirds felt they were able to influence their patients' habits and only half (excluding nutritionists) indicated sufficient knowledge in the field. Only a third of the respondents correctly answered what the red and green labels represent.

Regarding the achievements of the reform, on a personal level, close to a third of doctors and about half of the nurses reported changing habits as a result of the reform to a large or very large extent, among nutritionists the impact was lower, probably due to extensive knowledge and better nutritional habits. It is clear that the achievements of the reform in relation to the general public were perceived as more modest among doctors and nurses - only 21.2% of doctors and 31.4% of nurses reported that they thought there was a change in the public's food buying habits, while 47.3% of nutritionists thought there was a change in the public's food buying habits.

The prevailing position was that it was important to implement additional regulatory tools, including subsidizing healthy food products, restricting the sale of unhealthy products, preventing advertising and more education and publicity in order to improve public health and dietary choices.

Policy implications/recommendations

1. Health professionals from the three sectors examined (physicians, nurses and nutritionists) as well as additional sectors (e.g., pharmacists and physiotherapists) should be provided with information, knowledge and tools on nutrition and food labelling, particularly regarding food products whose labelling are considered controversial. Possible frameworks for dissemination of this information include professional training, courses, seminars, staff meetings, etc. Along with informing professionals, various patient information materials such as brochures, presentations and posters should be prepared and distributed in clinics and health funds.
2. The use of additional regulatory tools should be considered in order to encourage healthy nutrition. For example: subsidizing healthy food products and restricting the sale of unhealthy products, preventing advertising and taxation of unhealthy foods.

References

1. Jewell J. What is the Evidence on the Policy Specifications Development Processes and Effectiveness of Existing Front-of-pack Food Labelling Policies in the WHO European Region. World Health Organization; 2019 Jan 4.
2. Parker WA, Steyn NP, Levitt NS, Lombard CJ. They think they know but do they? Misalignment of perceptions of lifestyle modification knowledge among health professionals. Public health nutrition. 2011 Aug;14(8):1429-38.

3. Wang F, DiAngelo CL, Pasut L, Marsden SL. Discrepancies Between Health Professionals' Understanding and the Evidence for Sugar Related Nutrition Issues in Canada. The FASEB Journal. 2016 Apr;30(1_supplement):681-8.
4. Vetter ML, Herring SJ, Sood M, Shah NR, Kalet AL. What do resident physicians know about nutrition? An evaluation of attitudes, self-perceived proficiency and knowledge. Journal of the American College of Nutrition. 2008 Apr 1;27(2):287-98.

חלק ה': דוח מדעי מפורט רקע מדעי

בשנים אחרונות חלה עליה בשיעורי עודף משקל והשמנת יתר בישראל והם עומדים כיום על 12.5% מהילדים,¹ 30.2% מבני הנוער² ו- 58% מהמבוגרים.³ מחקרים רבים מציגים קשר חזק בין השמנה לתחלואה כרונית כגון: מחלות לב וכלי דם, כבד, כליות סוכרת וסוגי סרטן שונים.⁴⁻⁶ מתוך כך, ניכר כי להשמנה יש השלכות שליליות על הבריאות, החברה והכלכלה.⁷ בשנת 2013 הכיר ארגון הרפואה האמריקני בהשמנה כמחלה⁸ ובשנת 2018, גם ההסתדרות הרפואית בישראל.⁹ בין הגורמים המובילים להשמנה ניתן למנות הרגלי תזונה שכוללים צריכת מזונות עתירי סוכר (למשל, משקאות ממותקים, חטיפים וממתקים) ומזונות מעובדים ואולטרה-מעובדים אחרים. הבנת המצב הנוכחי בתחום התזונה בישראל הובילה את משרד הבריאות ליזום ולקדם רפורמה חלוצית, שלפיה מוצרי מזון המכילים כמויות גבוהות של סוכר, נתרן ו/או שומן רווי יסומנו בסימולים אדומים. נקבע שהרפורמה תצא לפועל בשתי פעימות, כאשר הראשונה החלה בינואר 2020 והשנייה החלה בינואר 2021.¹⁰

ישראל היא המדינה השנייה בעולם שמנהיגה רפורמה שיפוטית מחייבת זו. רפורמה דומה נכנסה לראשונה לתוקף בשנת 2016 בצ'ילה.¹¹ כיום כ-40 מדינות בעולם עושות זאת חלקן רגולטוריות וחלקן וולונטריות רק באזור אירופה. במחקר שבדק את ההשפעה של סימון המוצרים החדש על התנהגות הקנייה בצ'ילה, נמצא שבעקבות הרפורמה פחתה באופן מובהק רכישת דגני בוקר ממותקים ב-11% ורכישת מיצים ומשקאות קלים פחתה ב-23.8%.¹² עם זאת, רכישת ממתקים, מוצרי שוקולד ועוגיות לא פחתה באופן מובהק. בנוסף לירידה ברכישה, נמצא כי לאחר היישום הראשוני של החוק הצ'יליאני של תיוג ופרסום מזון, חלה ירידה משמעותית בכמות הסוכרים והנתרן בכמה קבוצות של מזון ומשקאות ארוזים.¹³ כתוצאה מכך, מספר המוצרים עתירי סוכר (משקאות ממותקים, חלב ומשקאות על בסיס חלב, דגני בוקר, מוצרים אפויים מתוקים וממרחים מתוקים) ירד מ-80% ל-60% ומספר המוצרים "עתירי נתרן" (בממרחים מלוחים, גבינות, ארוחות מוכנות לאכילה, מרקים ונקניקיות) ירדו מ-74% ל-27%.¹³ חשוב לציין כי בצ'ילה מעבר לסימון מוצרי מזון עבר חוק של מיסוי על שתיה מתוקה וכן יש שני חוקים של מניעת פרסום מזון מזיק לילדים כולל איסור פירסום על האריזה. כמו כן עשו מהלך מול המטפלים השונים להגברת מודעות וכן הפעילו תכנית בבתי ספר להגברת מודעות של הילדים כסוכני שינוי.

נוסף על כך, החוקרים מצאו הבדלים בשינויים בצריכה לאחר הרפורמה בין משקי הבית העשירים למשקי הבית העניים. הירידה בצריכת מוצרים לא בריאים הייתה גדולה יותר בקרב בעלי הכנסה גבוהה בהשוואה לבעלי הכנסה נמוכה.¹² הסבר אפשרי, לדעת המחקרים, טמון ברמת השכלה גבוהה יותר בקרב בעלי הכנסה גבוהה, דבר שקשור לרמת מודעות גבוהה יותר לאורח חיים בריא.¹²

לרמת המודעות יש חשיבות מכרעת כאשר מדובר בנושאים הקשורים לשינוי ההרגלים. בניתוח-על שבדק קשר בין חשיפה לפרסום לאורח חיים בריא ובין שינוי התנהגות לאחר מסע הפרסום, נמצא קשר חיובי חזק ($r=0.47$) בין השניים.¹⁴ ככל שרמת החשיפה הייתה גבוהה יותר, כך יותר משיבים דיווחו על שינוי בהתנהגות שלהם בהתאם לתוכן הפרסומי. האחוז המינימלי של הציבור שנדרש היה להיחשף למסע הפרסום על מנת שזה האחרון ישפיע לחיוב היה 40%.¹⁴

נתונים מישראל ביחס לציבור נאספו ועובדו על-ידי המרכז הישראלי לחקר וקידום מדיניות בסוכרת בשני סקרים נפרדים: לפני ואחרי כניסת הרפורמה לתוקף (אוקטובר 2017, מרץ 2020). הסקרים בוצעו בקרב מדגם מייצג ארצי של הציבור היהודי הבוגר (טמיר וחב', בתהליך פרסום). בסקר הראשון 52% מהציבור ציינו ששמעו על הרפורמה, לעומת 91% חודשיים לאחר תחילתה. בנוסף, בשני המועדים, שיעור התומכים ברפורמה עמד על 80%, וזאת כאשר שיעור 'התומכים מאוד' עלה מ-50% לפני החלתה, ל-62% חודשיים אחרי שהחלה. בשני מועדי הסקר, מבין אלו שתמכו ברפורמה, מחצית ציינו את השמירה על הבריאות בתור הסיבה העיקרית לתמיכתם בה. לגבי השפעתה של הרפורמה, בסקר השני כשליש (32%) מהמשיבים דיווחו שהם משתדלים להמעיט בקניית מוצרי מזון עם מדבקה אדומה, ורבע מהם דיווחו כי הם קונים יותר מוצרים המסומנים בירוק, לעומת 28% משיבים שדיווחו שאינם מושפעים מהרפורמה. עוד נמצא כי עבור מרבית הציבור (81%), הערך התזונתי של המזון שהם צורכים חשוב להם במידה רבה עד 'רבה מאוד' ושיעור דומה (83%) ציין כי מתפקידה של המדינה לנקוט באמצעים או לחייב בפעולות כדי לשפר את בריאות הציבור.

על פי תיאוריית פיזור החדשנות (Diffusion of Innovations Theory),¹⁵⁻¹⁷ מובילי דעה שמאמצים טכנולוגיה חדשה (early adopters) מזרזים ומרחיבים את יישומה בחברה הכללית. אנשי מקצועות הבריאות מהווים מקור של סמכות וידע עבור הציבור הרחב. לכן לגישה שלהם כלפי רפורמות בתחום בריאות הציבור, ובפרט בתחומים של קידום תזונה בריאה ואורח חיים בריא, עשויה להיות השפעה נרחבת על הציבור כולו.¹⁸

הדעה הרווחת בקרב המטופלים (61% מהנבדקים) היא שאנשי מקצועות הבריאות בכלל והרופאים בפרט מהווים מקור מידע מהימן מאוד בתחום התזונה הבריאה,¹⁹ בניגוד לכך מחקרים בתחום מצאו פערי ידע משמעותיים אצל רופאים, רופאים מתמחים ואחיות בתחום הבנת התזונה בכלל והסימון התזונתי בפרט.²⁰⁻²² כך לדוגמה, בסקר של רופאים מתמחים ברפואה פנימית בארצות הברית, נמצא שהציון הממוצע בידע בתחום התזונה היה רק 66 מתוך 100. נוסף על כך, רק 33% מהמשיבים היו בטוחים שהם מסוגלים לנתח נכון את המידע שמסומן על מוצרי מזון בסופרמרקט ורק 14% הרגישו שהם מוכנים לייעץ למטופלים בנושא תזונה בריאה.²⁰ במחקר דרום אפריקאי שבדק ידע בנושאי תזונה ואורח חיים בריא בקרב רופאים, אחיות, מקדמי בריאות וסטודנטים לרפואה התגלו פערים בידע ורק 48% מהנבדקים קיבלו ציון "טוב" או "טוב מאוד".²²

במחקר שנערך בקרב תזונאים בקנדה נמצא שרק 12% מהם היו מודעים למצב האמיתי של צריכת סוכר במדינה.²¹

פערי ידע בנושאים הקשורים לתזונה בריאה ומודעות לגבי מדיניות בתחום סימון תזונתי של מוצרי מזון בקרב אנשי מקצועות הבריאות עלולים להביא לכך שמטרות הרפורמה מבחינת קידום ושיפור בריאות האוכלוסייה לא ימוצו. לפיכך יש חשיבות רבה להבנת הידע והעמדות של אנשי מקצועות הבריאות ושל בעלי עניין מובילים בבריאות בקהילה.

מטרות המחקר

- א. להעריך את הידע והעמדות של אנשי מקצועות הבריאות ומובילי הדעה בתחום הבריאות, בנושא רפורמת סימון מוצרי מזון בישראל ומטרותיה.
- ב. להגדיר את התחומים שבהם יש להתמקד על מנת לשפר את הידע והעמדות של אנשי מקצועות הבריאות לגבי שיפור וקידום בריאות האוכלוסייה באמצעות תזונה נכונה.

השערות המחקר

בחינת הנושא תחשוף פערי ידע, אם ישנם כאלה, ומגבלות בקרב אנשי מקצועות הבריאות ובעלי הדעה בתחום אשר עלולים להשפיע על מיצוי פוטנציאל הרפורמה.

שיטות העבודה

סוג המחקר: המחקר הוא מחקר חתך תיאורי.

מהלך המחקר: המחקר כלל שישה שלבים:

שלב 1: סקירת ספרות מקיפה ובניית כלי המחקר (שאלון). השאלון במחקר זה התבסס על שאלון הסקר שבוצע בנובמבר 2017 בקרב האוכלוסייה היהודית הבוגרת בישראל (טמיר ואחרים, 2018) וכן על סקרים, דוחות ומחקרים שבוצעו בנושא, לרבות במדינות שמנהיגות סימון של מוצרי מזון.

שלב 2: כדי לתקף את השאלון בוצע סבב מקדים בקרב חמישה אנשי מקצוע מקהל היעד למחקר. סבב זה נתן אפשרות לדייק את ניסוח השאלות ולבדוק את המהימנות הפנימית של הפריטים.

שלב 3: הפצת השאלון באופן דיגיטלי בעזרת טכנולוגיית Google Forms לרופאים, אנשי סיעוד ותזונה, העובדים במרפאות לרפואה ראשונית בקהילה, בבתי חולים ובמשרד הבריאות. לצורך הגעה למשיבים הרלוונטיים, פנינו לאיגודים מקצועיים וקבוצות ייעודיות של אנשי מקצוע: עמותת הדיאטנית והתזונאים בישראל 'עמיד', מנהלות סיעוד ארציות של קופות החולים, אגף הסיעוד של משרד הבריאות וקבוצות רלוונטיות בפייסבוק ובוואטסאפ.

שלב 4: עיבוד מידע ונתונים מתוך התשובות לשאלון ויצירת מסמך שמתאר את הממצאים העיקריים של המחקר.

שלב 5: הצגת הממצאים העיקריים בפני ראשי מקצועות הבריאות במשרד הבריאות ובקופות החולים וכן בפני קובעי מדיניות במשרד הבריאות במטרה לקיים דיון לגבי הפעולות הנדרשות למקסום פוטנציאל רפורמת הסימון.

שלב 6: סיכום הממצאים והמסקנות וכתובת דוח מסכם.

אוכלוסיית המחקר: אוכלוסיית המחקר כללה שלוש קבוצות מקצועיות: רופאים ורופאות, אחים ואחיות ותזונאים ותזונאיות.

תיאור כלי המחקר: במחקר זה המידע נאסף בעזרת שאלון למילוי עצמי. מילוי השאלון היה אנונימי דרך לחיצה על קישור שנשלח למשתתפים באמצעות דואר אלקטרוני, קבוצות WhatsApp או Facebook. השאלות כללו: רקע לגבי המשיב (גיל, מין, מקצוע, ותק במקצוע, מקום עבודה), ידע ביחס לצריכת סוכר, שומן רווי, נתן בישראל, ידע לגבי רפורמת סימון המוצרים ומטרותיה, מידת התמיכה ברפורמה, מידת השפעתה על הרגלי צריכת מוצרי מזון, עמדות ביחס להתערבות רגולטורית לשיפור התזונה בקרב הציבור, הדרכת מטופלים בנוגע לרפורמה ותפיסת יכולת המטפל לעשות זאת (ראה נספח 1).

שיטת הדגימה וגודל המדגם: השתמשנו בשיטת דגימה של מדגם שכבות. לפי התכנון, גודל המדגם הכולל לפי רמת ביטחון של 95% וטעות דגימה של 5% היה חייב להיות שווה או גדול מ-383 נבדקים. בגלל הקושי הצפוי לגייס אנשי מקצועות בריאות להשתתפות בסקר, ובהתבסס על שיעורי היענות בסקרים קודמים²³, הנחנו שבמחקר הנוכחי שיעור ההיענות לא יהיה גבוה, ולכן קבענו יעד שמרני לגודל המדגם של כ-400 נבדקים. השכבות למדגם נבחרו לפי שלושה מקצועות שהינם רלוונטיים במיוחד לשיח על הנושא מול מטופלים: רופאים ורופאות, אחים ואחיות ותזונאים ותזונאיות. על בסיס היחס בין אנשי המקצוע בארץ ותוך ביצוע תיקון שיאפשר התייחסות סטטיסטית, הגדלנו את מספר התזונאים והתזונאיות במדגם והקטנו את מספר הנכללים בשתי השכבות האחרות. המדגם הסופי כלל: 100 רופאים ורופאות, 200 אחים ואחיות ו-100 תזונאים ותזונאיות. בפועל, הצלחנו לדגום 456 משתתפים, אשר מתוכם 118 רופאים ורופאות, 207 אחים ואחיות ו-131 תזונאים ותזונאיות.

אופן איסוף הנתונים והקידוד: השאלון נבנה בעזרת כלים דיגיטליים ומילוי התבצע באמצעות הטלפון הנייד או המחשב של המשיבים. איסוף הנתונים נערך במהלך יולי-אוגוסט 2020. כל הנתונים נאספו בקובץ ממוחשב אחד לצורך עיבוד הנתונים.

פירוט השיטות הסטטיסטיות לניתוח הנתונים:

לצורך תיאור הנתונים ובדיקת השערות המחקר השתמשנו בשיטות הבאות:

- א. מדדי סטטיסטיקה תיאורית: התפלגויות של משתני המחקר הקטגוריאליים, ממוצעים וסטיות תקן של המשתנים הכמותיים וגם טבלאות חתך לפי משתנים שונים.
- ב. מתאמי פירסון (Pearson) בין משתני המחקר לבדיקת קשרים אפשריים ביניהם.
- ג. מבחן חי בריבוע (χ^2) וניתוח שונות (ANOVA) לבדיקת הבדלים בין קטגוריות של משתני המחקר.
- ד. בדיקת ההבדלים בין המקצועות השונים בעזרת מבחן חי בריבוע (χ^2) וניתוח שונות (ANOVA) בהתאם לסוג המשתנה.

ה. ניתוח טקסט לצורך הצגת המידע התיאורי.

ממצאים

חלק א' - תוצאות מתוך הסקר בקרב מקצועות הבריאות

המדגם כלל 456 משתתפים משלושה מקצועות בריאות: 118 רופאים ורופאות, 207 אחים ואחיות ו-131 תזונאים ותזונאיות. המאפיינים הדמוגרפיים של המשיבים מוצגים בטבלה 1. מרבית המשיבים (89.9%) הם נשים. כ-20% מהמשיבים היו בני 34 ומטה, 55.9% היו בני 35-54 ו-23.4% בני 55 ומעלה. כשליש מהמשתתפים (33.8%) דיווחו שמקום עבודתם העיקרי הוא בית חולים, 42.5% עובדים בעיקר בקופת חולים והשאר ציינו שהם עובדים במשרד הבריאות, מרפאה פרטית, טיפת חלב וצה"ל. כשני שלישי (65.2%) מהנשאלים דיווחו שהוותק שלהם במקצוע הוא מעל 10 שנים, ול-36% היה וותק גבוה מ-20 שנה.

טבלה 1. מאפייני אוכלוסיית המדגם

אחוז		
25.9%	רפואה	מקצוע
45.4%	סיעוד	
28.7%	תזונה	
10.1%	גברים	מגדר
89.9%	נשים	
20.0%	18-34	גיל
55.9%	35-54	
23.4%	+55	
33.8%	בית חולים	מקום עבודה עיקרי
42.5%	קופת חולים	
23.7%	אחר	
1.5%	פחות מ-10 שנים	וותק
62.5%	10-20	
36.0%	+20	
456		N

בטבלה 2 ניתן לראות את מודעות המשיבים לגבי צריכת סוכר, נתן ושומן רווי של כלל הציבור בישראל. הנתונים מציגים את שיעור התשובות הנכונות המשוות את רמת הצריכה להמלצות של ארגון הבריאות העולמי. לגבי מידת העמידה בהמלצות, 95.4% מהתזונאים/ות, 91.5% מהרופאים/ות ו-96.6% מהאחים/ות ציינו שצריכת הסוכר בקרב הציבור בישראל גבוהה לדעתם מההמלצות. בנוסף, 97.7% מהתזונאים/ות, 93.2% מהרופאים/ות ו-90.3% מהאחים/ות השיבו שצריכת הנתרן בקרב הציבור בישראל גבוהה מההמלצות. הבדל בין אנשי סיעוד לתזונאים/ות היה מובהק ($\chi^2=20.7$, $p<0.01$). חשוב לציין, שרק חלק קטן מהמשיבים העריכו כי צריכת שומן רווי בקרב המבוגרים בישראל היא בהתאם להמלצות: 7.6% מהתזונאים/ות, 9.3% מהרופאים/ות ו-8.2% מהאחים/ות.

טבלה 2. מודעות לגבי הרגלי תזונה של כלל הציבור בישראל בהשוואה להמלצות של

ארגון הבריאות העולמי לפי מקצוע (התשובות הנכונות בלבד)

χ^2	תזונה	רפואה	סיעוד	
10.6	95.4%	91.5%	96.6%	צריכת הסוכר בקרב כלל האוכלוסייה בישראל היא גבוהה מההמלצות
20.7**a	97.7%	93.2%	90.3%	צריכת הנתרן בקרב כלל האוכלוסייה בישראל היא גבוהה מההמלצות
5.3	7.6%	9.3%	8.2%	צריכת השומן הרווי בקרב כלל האוכלוסייה בישראל היא בהתאם להמלצות

* $p < 0.05$, ** $p < 0.05$

a הבדל מובהק בין סיעוד לתזונה

בטבלה 3.1 מוצגת התייחסות של בעלי מקצועות בריאות שונים למקום של תזונה בריאה במהלך העבודה השגרתית שלהם. הרוב המוחלט של בעלי מקצועות הבריאות סבר שמתפקידם לדבר על נושאים הקשורים לתזונה בריאה עם מטופליהם (91.8% מהאחים/ות, 94.9% מהרופאים/ות ו-100% מהתזונאים/ות), אבל רק כמחציתם (47.5% מהרופאים/ות ו-57.0% מהאחים/ות) דווחו שיש להם מספיק ידע בתחום זה. כשני-שלישים מהתזונאים/ות (64.1%) ורק כשליש מהרופאים/ות (35.5%) והאחים/ות (29.4%) סברו שמרבית המטופלים ינסו לשנות את אורחות חייהם אם הם ימליצו להם על כך. הבדלים מובהקים נמצאו בין אנשי תזונה ושאר המקצועות.

טבלה 3.1. התייחסות לנושאים של תזונה בריאה לפי מקצוע

χ^2	תזונה	רפואה	סיעוד	
11.3** a	100%	94.9%	91.8%	האם זה מתוקף תפקידך להעלות נושאים של תזונה בריאה בפני מטופליך?
90.8** a	99.2%	47.5%	57.0%	האם את/ה חושב/ת שיש לך מספיק ידע על מנת להנחות את המטופלים שלך בנושאים של תזונה בריאה?

* $p < 0.05$, ** $p < 0.05$

a הבדל מובהק בין תזונה וכל השאר

שיעור אנשי המקצוע שמרגישים שהם לא מספיק בקיאים בנושאי התזונה למרות רצונם לעלות נושאים אלה בפני מטופליהם, מוצג בטבלה 3.2. השיעור הגבוה ביותר היה בקרב רופאים (50.0%) והשיעור הנמוך ביותר נמצא בקרב תזונאים/ות (0.8%). נמצאו הבדלים מובהקים בין שלושת המקצועות ($\chi^2=42.3$, $p < 0.01$).

טבלה 3.2. פערי ידע בנושאים של תזונה בריאה בקרב המשיבים שמעוניינים להנחות את מטופליהם לפי מקצוע

χ^2	תזונה	רפואה	סיעוד	
42.3** a	0.8%	50.0%	38.4%	מתוקף תפקידי להעלות נושאים של תזונה בריאה בפני המטופלים שלי, אך אין לי מספיק ידע לכך

* $p < 0.05$, ** $p < 0.05$

a הבדל מובהק בין כל המקצועות

במחקר נמצא שרפורמת הסימון של מוצרי מזון של משרד הבריאות מוכרת היטב לבעלי מקצועות הבריאות (ראה טבלה 4). כל התזונאים/ות, 96.6% מהרופאים/ות ו-94.7% מהאחים/ות דיווחו שנחשפו לרפורמה, כאשר נמצא הבדל מובהק בין אנשי התזונה לשאר המקצועות ($\chi^2=7.1$, $p < 0.05$).

($p < 0.05$). רוב הנבדקים (88.9% מהאחים/ות, 76.3% מהרופאים/ות ו-75.6% מהתזונאים/ות) טענו שהם תומכים ברפורמה במידה רבה או רבה מאוד. רמת התמיכה של אנשי תזונה הייתה הנמוכה ביותר בין כל המקצועות וזה באופן מובהק ($\chi^2 = 20.8$, $p < 0.01$).

טבלה 4. חשיפה ותמיכה ברפורמת סימון המוצרים של משרד הבריאות לפי מקצוע

χ^2	תזונה	רפואה	סיעוד	נחשפתי
7.1* ^a	100%	96.6%	94.7%	
20.8** ^a	75.6%	86.3%	88.9%	תמיכה במידה רבה+במידה רבה מאוד

$p < 0.05^*$, $p < 0.05^{**}$

^a הבדל מובהק בין תזונה וכל השאר

למרות התמיכה הכללית ברפורמת סימון מוצרי מזון, התפיסה של המשתתפים לגבי משמעות סימון מוצרי המזון לא הייתה אחידה. כפי שניתן לראות בטבלאות 5 ו-6, אין תמימות דעים בין המקצועות השונים ביחס לייצוג של הסימונים - האדום והירוק. לגבי הסימון האדום: 6.9% מהתזונאים/ות, 15.3% מהרופאים/ות ו-23.7% מהאחים/ות ציינו כי כל המוצרים המסומנים באדום הם לא בריאים ו-39.7% מהתזונאים/ות, 39% מהרופאים/ות ו-25.6% מהאחים/ות סברו שרק חלק מהמזונות המסומנים באדום הם לא בריאים (טבלה 4), כאשר התשובות של התזונאים/ות היו שונות באופן מובהק משאר בעלי מקצוע ($\chi^2 = 26.5$, $p < 0.01$). לגבי הסימון הירוק: כשליש (35.9%) מהתזונאים/ות ורבע מהרופאים/ות (24.6%) והאחים/ות (25.6%) ענו שלדעתם כל המוצרים המסומנים בירוק בריאים. בנוסף, 22.1% מהתזונאים/ות, 34.7% מהרופאים/ות ו-35.3% מהאחים/ות סברו שרק חלק מהמזונות המסומנים בירוק בריאים (טבלה 5). גם בשאלה זאת, התשובות של אנשי תזונה היו שונות באופן מובהק מתשובותיהם של בעלי מקצועות אחרים ($\chi^2 = 16.7$, $p < 0.01$).

טבלה 5. התייחסות לסימון האדום לפי מקצוע

χ^2	תזונה	רפואה	סיעוד	
26.5** ^a	6.9%	15.3%	23.7%	כל המזונות המסומנים באדום אינם בריאים
	53.4%	42.4%	49.3%	רוב המזונות המסומנים באדום אינם בריאים
	39.7%	39.0%	25.6%	חלק המזונות המסומנים באדום אינם בריאים
	0.0%	3.4%	1.4%	לא ידוע לי

$p < 0.05^*$, $p < 0.05^{**}$

^a הבדל מובהק בין תזונה וכל השאר

טבלה 6. התייחסות לסימון הירוק לפי מקצוע

χ^2	תזונה	רפואה	סיעוד	
16.7** ^a	35.9%	24.6%	25.6%	כל המזונות המסומנים בירוק הם בריאים
	41.2%	33.9%	36.2%	רוב המזונות המסומנים בירוק הם בריאים
	22.1%	34.7%	35.3%	חלק המזונות המסומנים בירוק הם בריאים
	0.8%	6.8%	2.9%	לא ידוע לי

$p < 0.05^*$, $p < 0.05^{**}$

^a הבדל מובהק בין תזונה וכל השאר

ניתן לראות את השינויים בהרגלי צריכת מזון שחלו אצל הנשאלים בעקבות הרפורמה בטבלה 7. מבין הרופאים/ות, קרוב לשליש (29.7%) דיווחו על שינוי הרגלים כתוצאה מהרפורמה במידה רבה או רבה מאוד, מבין אנשי הסיעוד כמחצית (52.7%) ומבין אנשי התזונה, כחמישית. כאשר נשאלו אם לדעתם חל שינוי בהרגלי הקניה של הציבור הכללי, 47.3% מהתזונאים/ות סברו שהרגלי קניית המזון של הציבור השתנו במידה רבה או רבה מאוד לעומת 21.2% מהרופאים/ות ו-31.4% והאחיות. ההבדל המובהק היה בין תשובותיהם של התזונאים/ות ובעלי שאר המקצועות.

טבלה 7. מידת השפעת רפורמת סימון המוצרים על הרגלי צריכת מזון לפי מקצוע

χ^2	תזונה	רפואה	סיעוד	
51.8** a	18.3%	29.7%	52.7%	הושפעת בצורה רבה+רבה מאוד
26.3** a	47.3%	21.2%	31.4%	הציבור הכללי הושפע בצורה רבה+רבה מאוד

$p<0.05^*$, $p<0.05^{**}$

^a הבדל מובהק בין תזונה וכל השאר

התשובה לשאלה לגבי האמצעים שבהם על המדינה לנקוט כדי לשפר את בריאות הציבור בהקשר של תזונה מוצגת בטבלה 8. ההמלצות הבולטות שעלו הן: סבסוד של מוצרי מזון בריאים (88.2%), חינוך לאכילה בריאה (84.9%) והגבלה של מכירת מוצרים לא בריאים (72.4%). לא נמצאו הבדלים מובהקים בין מקצועות הבריאות לגבי שלושת אמצעים אלה.

טבלה 8. השיטות שהמדינה צריכה להשתמש כדי לשפר את בריאות הציבור בדגש על

תזונה לפי מקצוע

תזונה	רפואה	סיעוד	
90.8%	88.1%	86.5%	סבסוד מוצרי מזון בריאים
84.7%	85.6%	84.5%	חינוך לאכילה בריאה
79.4%	70.3%	69.1%	הגבלה של מכירת מוצרים לא בריאים
0.0%	0.0%	3.9%	הגבלה של פרסום מוצרים לא בריאים
0.8%	1.7%	1.9%	הטלת מס ליצרנים על ייצור של מוצרים לא בריאים
1.5%	1.7%	1.0%	הטלת מס לצרכן על מוצרים לא בריאים
2.3%	0.8%	1.0%	סבסוד עלויות של חדר כושר
0.0%	1.7%	1.4%	המדינה לא צריכה להתערב

בטבלה 9 מוצג האופן שדווח על ידי בעלי מקצועות הבריאות שונים ביחס להדרכת מטופליהם בהקשר לרפורמת סימון מוצרי מזון. ניכר ההבדל בין תזונאים/ות ומקצועות אחרים ($\chi^2=50.5$, $p<0.01$). כ-60.3% מאנשי תזונה דיווחו שהם מדריכים את המטופלים לשנות את צריכת מוצרי מזון בהתאם לסימון, בהשוואה ל-40.1% בקרב אחים/ות ו-34.7% בקרב רופאים. בקרב 11.5% מהתזונאים/ות, 8.5% מהרופאים ו-4.3% מאנשי סיעוד טענו שהם לא מדריכים את המטופלים לגבי הסימון בגלל שהסמלים לדעתם אינם מדויקים. נוסף על כך, קרוב לחצי מהרופאים (48.3%) ואחיות (45.4%) וגם 14.5% מהתזונאים/ות דיווחו כי זה לא מתפקידם לתת הסברים לגבי סימון המוצרים.

טבלה 9. הדרכת המטופלים לשינוי הצריכה בהתאם לרפורמה לפי מקצוע

χ^2	תזונה	רפואה	סיעוד	
50.5** a	60.3%	34.7%	40.1%	אני מדריך/ה את את מטופליי לשנות צריכה בהתאם לסימון
	4.6%	5.1%	7.2%	אני מדריך/ה את את מטופליי לשנות צריכה בהתאם לסימון האדום בלבד
	9.2%	3.4%	2.9%	אני מדריך/ה את את מטופליי לשנות צריכה בהתאם לסימון הירוק בלבד
	11.5%	8.5%	4.3%	אני לא מדריך/ה את מטופליי לגבי הסימון, אני מבהיר/ה להם שהסמלים אינם מדויקים
	14.5%	48.3%	45.4%	אני לא מדריך/ה את מטופליי לגבי הסימון, זה לא מתפקידי

* $p < 0.05$, ** $p < 0.05$

a הבדל מובהק בין תזונה וכל השאר

בטבלה 10 מוצגות עמדותיהם של בעלי מקצועות בריאות בנושא מסוגלות להשפיע על הרגלי צריכת מזון של המטופלים. כשליש מהרופאים (35.6%) ואחיות/ים (29.5%) מסכימים או מסכימים מאוד שרוב המטופלים שלהם ישנו את אורחות חייהם כתוצאה מההמלצה המקצועית. בקרב התזונאים/ות השיעור גבוהה פי שניים – 64.1%. בנוסף, 50.2% מאנשי סיעוד, 61.9% מהרופאים ו-84.7% מאנשי תזונה סבורים שהמאמצים שלהם בהסברה למטופלים מגבירים את ההיענות שלהם לשינוי.

טבלה 10. יכולת השפעה על הרגלי צריכת מזון של המטופלים לפי מקצוע

χ^2	תזונה	רפואה	סיעוד	
61.7** a	64.1%	35.6%	29.5%	מרבית המטופלים ינסו לשנות את אורחות חייהם אם אמליץ להם על כך (מסכים/ה+מסכים/ה מאוד)
52.0** a	84.7%	61.9%	50.2%	המאמצים שלי לחינוך המטופלים לאמץ אורחות חיים בריאים יותר מגבירים את ההיענות שלהם לשינוי (מסכים/ה+מסכים/ה מאוד)

* $p < 0.05$, ** $p < 0.05$

a הבדל מובהק בין תזונה וכל השאר

חלק ב' - תוצאות ניתוח התגובות של ראשי מקצועות הבריאות וקובעי מדיניות במשרד הבריאות**ובקופות החולים**

לאחר קבלת הממצאים מהסקר, ניהלנו שיחות עם בעלי דרג גבוה בקופות החולים ובמשרד הבריאות. המשתתפים התייחסו לקידום רפורמת סימון המוצרים באופן כללי וגם לתוצאות הסקר שקיבלו לעיון מקדים. המשיבים ציינו לטובה שממצאי הסקר מראים תמיכה רחבה ברפורמת סימון המוצרים בקרב כל שלושת המקצועות שנבדקו במחקר: אנשי רפואה, סיעוד ותזונה. עוד הודגשה נכונותם של בעלי מקצועות הבריאות לקחת חלק בקידום הרפורמה בקרב המטופלים.

מהשיחות עלה כי בקרב אנשי מקצועות הבריאות, לרבות תזונאים/יות, יש עדיין חוסר בהירות לגבי היבטים ספציפיים של הרפורמה. כך לדוגמה, המשתתפים הדגישו צורך לקבל הבהרות בנוגע לנושאים הבאים:

1. איך להתייחס למוצרים עם סימון אדום? האם כדאי לא לצרוך אותם בכלל, או להקטין את הצריכה? (לדוגמה: גבינות קשות וכו')
 2. איך מתייחסים למזונות שלא קיבלו סימון כלשהו? האם זה בהכרח אומר שהם לא מזיקים לבריאות? מדובר על "מזונות מתחמקים" שהרכיבים שלהם לא עוברים את סף הקריטריונים לסימון, אך הם מיוצרים כמוצרים "סופר מעובדים".
 3. איך להתייחס לשילוב של המוצרים, כאשר כל אחד מהם לא מסומן באדום, אבל ביחד הם "עוברים" את הערכים המוסכמים של הסוכר או נתרן או שמן רווי?
- בנוסף, עלו מהשיחות מספר דרכים נוספות להטמעת הרפורמה בקרב הציבור:
1. חשוב להדגיש יותר את הפן החיובי של הסימון הקדמי (הסימון הירוק) ולמשל ליצור "מסלול ירוק" במקומות קנייה של מוצרי מזון. המצב של "הכל אדום" בעיני הצרכן גורם להתעלמות מהסימון האדום כלל.
 2. לדאוג לכך שהסימון יהיה ברור גם במוצרים הנמכרים באופן מקוון.
 3. להעביר הדרכה בנושא הרפורמה בקרב ילדים ובני נוער כסוכני שינוי בבית.
 4. להעביר הדרכות "חיות" במקומות הקנייה.
- המשתתפים דיברו על כך שחייבים לחשוב על כלים רגולטורים נוספים לשיפור התזונה של הציבור בנוסף לסימון המוצרים במדבקות האדומות והירוקות. לדוגמה:
1. "סבסוד בריא" - סבסוד/הוזלה של מזון בריא יותר בהשוואה למזונות פחות בריאים ובכך לאפשר לכל האוכלוסיות להגיע לבחירה טובה יותר.
 2. הגבלת הפרסום/מכירה של מוצרים לא בריאים.
- בנוגע לחשיבות אנשי מקצועות הבריאות כסוכני שינוי בקידום הרפורמה בקרב ציבור המטופלים, המשתתפים הדגישו כי קיים צורך בהסברה ובהדרכה של הצוותים לגבי הרפורמה בפרט ותזונה בריאה בכלל. בשיחות עלו מספר ערוצי העברת מידע אפשריים:

1. קבוצות הדרכה
2. קורסים
3. ימי עיון
4. ישיבות צוות
5. וובינרים
6. סרטונים
7. קבוצות פייסבוק מקצועיות
8. עיתונים מקוונים

9. ניוזלטרם

בנוסף, המשתתפים ציינו שיש צורך בפיתוח והפצה של כלים ייחודיים היכולים לשמש את המטפלים בהסברה ובקידום הרפורמה. סוגי כלי עזר אפשריים שהוצעו:

1. איגרת

2. מצגת

3. פוסטר

4. סרטון

חלק ג' – דיון ומסקנות

ארגון הבריאות העולמי פרסם בשנת 2019 דוח בנושא תווית בחזית מוצרי המזון ובו הוצגו הצעדים הכרוכים בקביעת מדיניות לפיתוח תוויות אלו וכן המלצות לשינוי המדיניות בנושא.²³ מטרת העל היא יצירת מערכת סימון מוצרי מזון אחידה שתפקידה לסייע לצרכנים לבחור בריא יותר. בהמלצות צוין שסימון בחזית יותר אפקטיבי לסייע לצרכנים לבחור מוצרים מועדפים מבחינה תזונתית בהשוואה למידע שנמצא בגב האריזה. בנוסף, הודגש כי המדינות יתבקשו לשים לב להשפעות הרפורמה על עליית מחירי המוצרים עם הסימונים הבריאים וההשלכות על אוכלוסיות במצב סוציאקונומי נמוך. כמו כן, ארגון הבריאות העולמי מדגיש כי על מנת לקדם את הטמעת הרפורמה בקרב הציבור יש לנקוט במספר דרכים, בראשן: פיתוח קווים מנחים עבור התעשייה ועבור הציבור באמצעות חינוך והסברה שיעלו את הדרישה הצרכנית למוצרים עם התווית בחזית. עוד המליץ הארגון, ליצור פיקוח פורמלי למדיניות הרפורמה ולהערכת התכניות לבחינת הטמעתה והשפעתה (תוצאים כמו ידע, גישות והתנהגות, שינויים בצריכה ורכישה והשפעה פוטנציאלית על הבריאות). למרות שהדוח מציג היבטים רבים וחשובים, לא ניתנה התייחסות להשפעה של אנשי מקצועות הבריאות כסוכני שינוי ותרומתם האפשרית לקידום הרפורמה, וזאת למרות שאנשי מקצועות הבריאות מהווים מקור של סמכות וידע עבור הציבור הרחב. לכן לגישה שלהם כלפי רפורמות בתחום בריאות הציבור, ובפרט בתחומים של קידום אורח חיים בריא, עשויה להיות השפעה נרחבת על חינוך הציבור לצורך מוצרי מזון בריאים בעזרת שימוש בסימון האדום והירוק.

מטרת המחקר שלנו הייתה לבדוק את הידע והעמדות של אנשי מקצועות הבריאות בנוגע לרפורמת סימון צורי המזון שהחלה בישראל בינואר 2020. איסוף הנתונים בוצע כחצי שנה לאחר תחילת יישומה של הרפורמה לסימון מוצרי מזון בישראל. מהתוצאות עולה כי אנשי מקצועות הבריאות נחשפו לרפורמה ומרביתם תומכים בה. ממצאים אלו דומים לאלו שהתקבלו ביחס לציבור הרחב כחודשיים לאחר החלת הרפורמה.

מרבית המשיבים חושבים שהציבור בישראל צורך מעבר להמלצות סוכר, שומן רווי ונתרן. בהתאם לכך, הרוב המוחלט של המשיבים בסקר העיד כי מתפקידו לשוחח עם מטופליו על נושאים הקשורים לתזונה נכונה, אך רק חלקם חש שהוא מסוגל להשפיע על הרגלי המטופלים ורק מחצית (לא כולל אנשי תזונה) העיד כי יש לו ידע מספק בתחום וביחס לייצוג הסימונים. פער הידע של אנשי

המקצוע מתחدد בעת ששליש מהמשיבים ציינו כי רק חלק מהמזונות המסומנים באדום אינם בריאים ושליש ציינו כי רק חלק מהמזונות המסומנים בירוק בריאים. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם ממצאים מן הספרות, אשר מציגים פערי ידע משמעותיים בקרב רופאים ואחיות בתחום הבנת התזונה בכלל והסימון התזונתי בפרט.²⁰⁻²²

לגבי הישגי הרפורמה, עם עדות של כשליש מהרופאים וכמחצית מאנשי הסיעוד כי שינו הרגלים במידה רבה או רבה מאוד בעקבות הרפורמה, ניכר שהיא השפיעה באופן חלקי, אך לא ניתן לדעת את כיוון ההשפעה; יתכן שחלק מהרופאים ואנשי הסיעוד מלכתחילה היו בעלי הרגלים בריאים ולא שינו את ההרגלים שלהם, או לחילופין ייתכן שחלקם היו בעלי הרגלים לא בריאים והרפורמה השפיעה עליהם בצורה כזאת שהם שיפרו את ההרגלים.

בקרב התזונאים/יות ההשפעה הייתה נמוכה יותר, ככל הנראה עקב ידע נרחב והרגלים תזונתיים טובים יותר מראש. אשר להישגי הרפורמה ביחס לכלל הציבור, זו נתפסה כצנועה יחסית על-ידי רופאים ואחיות, (עם חמישית מאנשי הרפואה ושליש מאנשי הסיעוד) שלדעתם חל שינוי בהרגלי הקנייה של הציבור. מבין אנשי התזונה, קרוב למחצית העריכו שחל שינוי לטובה בהרגלי הציבור, ככל הנראה בשל היכרות יותר מעמיקה עם מטופלים בתחום זה. בהקשר לכך נציין כי לפי ממצאים שעלו בסקר שערכנו בקרב הציבור נמצא כי כשליש (32%) מהמשיבים דיווחו שהם משתדלים להמעיט במוצרי מזון עם מדבקה אדומה, רבע מהם דיווחו כי הם קונים יותר מוצרים המסומנים בירוק ורבע (28%) דיווחו שאינם מושפעים מהרפורמה.

העמדה הרווחת בקרב המשיבים הייתה שיש חשיבות ביישום כלים רגולטוריים נוספים, לרבות סבסוד מוצרי מזון בריאים, הגבלת מכירה של מוצרים לא בריאים וחינוך לאכילה בריאה. עמדות דומות נמצאו בקרב הציבור.

מתוך שיחות עם בעלי דרגים מקצועיים וניהוליים בכירים בקופות החולים ובמשרד הבריאות עולה נכונות רבה לפעול בנוגע לקידום ההסברה לגבי הרפורמה בקרב המטופלים, כמו גם בקרב צוותי אנשי הרפואה עצמם – על מנת שאלה יוכלו להעביר את המידע הלאה למטופלים וכן כדי שיוכלו לשנות את הרגלי הצריכה האישיים שלהם. חשוב לציין שההסברה בקרב צוותי רפואה שאינם תזונאים/יות אינה מיועדת להחליף את תפקיד התזונאים/יות אלא לסייע להעלות את המודעות לרפורמה בקרב הציבור, לסייע להעביר מידע מדויק יותר בנוגע לרפורמה.

לסיכום, המחקר הנוכחי מדגיש את החשיבות של אנשי מקצועות הבריאות כסוכני שינוי מול הציבור בהיבטים של תזונה בריאה בכלל וכמסייעים ליישום הרפורמה לסימון מוצרי מזון בפרט.

מגבלות המחקר – במחקר הנוכחי רצינו שיהיה ייצוג מיטבי של אנשי מקצועות בריאות, אך מכיוון שזהו מדגם נוחות ייתכן שהייתה פגיעה בייצוג הדמוגרפי של אוכלוסיות המחקר. בנוסף, יתכן שבשל אופן איסוף הנתונים (שאלון מקוון) הייתה הטייה של היענות יתר מצד משיבים שמתעניינים בתזונה בריאה. בשל מגבלת אורך השאלון לא היה ניתן לשאול באופן מממוקד לגבי כל אחד מהסימונים וסוגי המוצרים שמסומנים. ייתכן שמענה לשאלות אלו היה מאפשר להבין יותר לעומק

היכן היבטים מסוימים של פערי ידע אצל משתתפי המחקר. עד לסיום כתיבת הדוח לא קיבלנו תגובות מרופאים בכירים על ממצאי הדוח, ייתכן שתגובותיהם היו תורמות להבנת הממצאים ולכתיבת ההמלצות.

המלצות לגיבוש מדיניות ולמקבלי ההחלטות

1. יש לקיים הסברה מעמיקה ויישומית בנוגע לסימון המוצרים באופן כללי ובפרט מוצרי מזון מעוררי מחלוקת בקרב אנשי מקצועות הבריאות. התערבות זו נדרשת אצל שלושת הסקטורים שנבדקו: אנשי רפואה, סיעוד ותזונה. יש לשקול לקיים הסברה זאת גם בקרב אנשי מקצועות בריאות נוספים, כמו: רוקחים, פיזיותרפיסטים ועוד. מסגרות אפשריות לצורך הסברה הן: השתלמויות מקצועיות, קורסים, ימי עיון, ישיבות צוות וכדומה. לצד ההסברה לאנשי המקצוע, יש לפתח חומרי הדרכה מגוונים עבור המטופלים, למשל: עלוני מידע לחלוקה במהלך פגישה, מצגות, פוסטרים וכדומה.
2. יש לשקול שימוש בכלים רגולטוריים נוספים, למשל: סבסוד מוצרי מזון בריאים והגבלת מכירה של מוצרים לא בריאים, מניעת פרסום מזון זיק ומיסוי על מזונות מזיקים.

רשימת מקורות

5. משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות. סקר רב מב"ת לילד: סקר לאומי ראשון בנושא מצב הבריאות והתזונה בבני 2-11 בשנים 2015-2016. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, מכון גרטנר, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר; נובמבר 2019. נשלף ב-1 לאוקטובר 2020.
אוחזר מתוך:
https://www.health.gov.il/publicationsfiles/mabat_kids2_11_2015-2016_full.pdf
6. משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות. סקר מב"ת צעיר: סקר מצב בריאות ותזונה לאומי שני לתלמידי כיתות ז'-יב' 2015-2016. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, מכון גרטנר, המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר; 2017. נשלף ב-1 לאוקטובר 2020.
אוחזר מתוך:
https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mabat_youth_2015_2016_Full.pdf
7. משרד הבריאות, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל ומועצת הבריאות. התכנית הלאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה בישראל, דו"ח לשנים 2016-2018. המרכז הרפואי ע"ש שיבא, תל השומר; נובמבר 2019. נשלף ב-1 לאוקטובר 2020.
זמין ב:
<https://israelhpr.org.il/quality-measures-program/>
8. Field AE, Coakley EH, Must A, Spadano JL, Laird N, Dietz WH, Rimm E, Colditz GA. Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period. Archives of internal medicine. 2001 Jul 9;161(13):1581-6.
9. Kearns K, Dee A, Fitzgerald AP, Doherty E, Perry IJ. Chronic disease burden associated with overweight and obesity in Ireland: the effects of a small BMI reduction at population level. BMC Public Health. 2014 Dec;14(1):143.
10. Hall ME, do Carmo JM, da Silva AA, Juncos LA, Wang Z, Hall JE. Obesity, hypertension, and chronic kidney disease. International journal of nephrology and renovascular disease. 2014;7:75.

11. Popkin BM, Kim S, Rusev ER, Du S, Zizza C. Measuring the full economic costs of diet, physical activity and obesity-related chronic diseases. Obesity reviews. 2006 Aug;7(3):271-93.

12. Kyle TK, Dhurandhar EJ, Allison DB. Regarding obesity as a disease: evolving policies and their implications. Endocrinology and Metabolism Clinics. 2016 Sep 1;45(3):511-20.

13. האגודה הישראלית לסוכרת, הרי: השמנה היא ממחלה כרונית וממי שסובלים ממנה

זקוקים לייעוץ ולטיפול רפואי, 17.5.2018.

זמין ב:

<https://sukeret.mednet.co.il/2018/05/122938/>

14. תקנות הגנה על בריאות הציבור (מזון) (סימון תזונתי), 2017, מדינת ישראל, משרד הבריאות.

זמין ב:

<https://www.health.gov.il/newsandevents/spokemanmessegas/documents/030420>

[17_3.pdf](#)

15. Martínez-González MA. Benefits of the Mediterranean diet beyond the Mediterranean Sea and beyond food patterns. BMC medicine. 2016 Dec;14(1):157.

16. Boza Martínez S, Guerrero M, Barreda R, Espinoza M. Recent changes in food labelling regulations in Latin America: The cases of Chile and Peru. SECO/WTI Academic Cooperation Project Working Paper Series. 2017 Mar;4.

17. Reyes M, Smith Taillie L, Popkin B, Kanter R, Vandevijvere S, Corvalán C. Changes in the amount of nutrient of packaged foods and beverages after the initial implementation of the Chilean Law of Food Labelling and Advertising: A nonexperimental prospective study. PLoS medicine. 2020 Jul 28;17(7):e1003220.

18. Parker WA, Steyn NP, Levitt NS, Lombard CJ. They think they know but do they? Misalignment of perceptions of lifestyle modification knowledge among health professionals. Public health nutrition. 2011 Aug;14(8):1429-38.

19. Wang F, DiAngelo CL, Pasut L, Marsden SL. Discrepancies Between Health Professionals' Understanding and the Evidence For Sugars Related

- Nutrition Issues in Canada. The FASEB Journal. 2016 Apr;30(1_supplement):681-8.
20. Rogers, EM. Diffusion of Innovations. New York: Free Press. 1995.
 21. Ferlie E, Gabbay J, Fitzgerald L, Locock L, Dopson S. Organisational behaviour and organisational studies in health care: reflections on the future. Evidence-based medicine and organisational change: an overview of some recent qualitative research. Basingstoke: Palgrave. 2001.
 22. Glanz K, Bishop DB. The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. Annual review of public health. 2010 Apr 21;31:399-418.
 23. Gesser-Edelsburg A, Endevelt R, Tirosh-Kamienchick Y. Nutrition labelling and the choices logo in Israel: positions and perceptions of leading health policy makers. Journal of human nutrition and dietetics. 2014 Feb;27(1):58-68.
 24. American Dietetic Association. Nutrition and you: trends 2008. Available at: <http://www.eatright.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?>
 25. Vetter ML, Herring SJ, Sood M, Shah NR, Kalet AL. What do resident physicians know about nutrition? An evaluation of attitudes, self-perceived proficiency and knowledge. Journal of the American College of Nutrition. 2008 Apr 1;27(2):287-98.
 26. Araya S, Elberg A, Noton C, Schwartz D. Identifying Food Labeling Effects on Consumer Behavior. 2019 Nov 16.
 27. Jewell J. What is the Evidence on the Policy Specifications Development Processes and Effectiveness of Existing Front-of-pack Food Labelling Policies in the WHO European Region. World Health Organization; 2019 Jan 4.
https://books.google.co.il/books?hl=iw&lr=&id=ZHSyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR4&dq=food+labelling&ots=zUrvOdstuY&sig=sXxcy07O9ufKEC-gOjehsC7wsCA&redir_esc=y#v=onepage&q=food%20labelling&f=false

נספחים**נספח 1: שאלון המחקר**

שלום לך,

במסגרת הפעילות המחקרית של המרכז הישראלי לחקר וקידום מדיניות בסוכרת ובתמיכת המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות, אנו עורכים סקר בנושא ידע ועמדות של אנשי מקצועות הבריאות בתחום התזונה. באמצעות הסקר אנו מקווים להאיר את העמדות השונות בנושא.

השאלון הוא אנונימי.

נודה לך על מילוי כל השאלון.

1. **מגדר:** אישה/ גבר/ אחר
2. **גיל:** 24-18 / 34-25 / 35-44 / 54-45 / 64-55 / 65+
3. **מקצוע:** רופא/ה / רופא/ת ילדים / אח/ות / תזונאית/ת / פיזיותרפיסט/ית אחר
4. **מקום עבודה עיקרי:** בית חולים / קופת חולים / פרטי
5. **ותק במקצוע:** עד שנה / 2-5 שנים / 6-10 שנים / 11-20 שנים / 21+ שנים
6. **אופי התפקיד העיקרי:** טיפול קליני / ניהול / מחקר / קידום בריאות/ הנחיית קבוצות / חינוך - הדרכה/ אחר _____
7. **ארגון הבריאות העולמי ממליץ להגביל את צריכת הסוכר המוסף ממזונות ומשקאות עד ל-10-5% מהסך הקלורי היומי. צריכת הסוכר בקרב כלל האוכלוסייה בישראל היא:**
 - א. גבוהה מההמלצות ב. נמוכה מההמלצות ג. בהתאם להמלצות ד. אינני יודע
8. **ההמלצות בישראל לצריכת נתרן למבוגר הן כ- 1,500 מ"ג נתרן ליממה. הצריכה המרבית המומלצת היא 2,000-2,400 מ"ג ליממה, כמות שהיא שוות ערך לכ-5-6 גרם מלח (ככפית) ערך זה נקבע כיעד לצריכת הנתרן באוכלוסייה זה על ידי ארגון הבריאות העולמי. צריכת הנתרן בקרב כלל האוכלוסייה בישראל היא:**
 - א. גבוהה מההמלצות ב. נמוכה מההמלצות ג. בהתאם להמלצות ד. אינני יודע
9. **ארגון הבריאות העולמי פרסם המלצות בשנת 2017 לצמצם את צריכת השומן הרווי לעד 10% מהסך הקלורי היומי לשם מניעת מחלות ואף המליץ על הפחתת צריכה עד ל-7% מהסך הקלורי היומי בקרב הסובלים מתחלואת לב. צריכת השומן הרווי בקרב מבוגרים בישראל?**
 - א. גבוהה מההמלצות ב. נמוכה מההמלצות ג. בהתאם להמלצות ד. אינני יודע
10. **האם לדעתך מתוקף תפקידך להעלות נושאים של תזונה בריאה בפני מטופליך? כן / לא**

11. האם את/ה חושב/ת שיש לך מספיק ידע על מנת להנחות את המטופלים שלך בנושאים של תזונה בריאה? כן / לא

12. החל מינואר 2020 מוצרי מזון מסומנים בסימון אדום וירוק. האם נחשפת לתכנית זו של משרד הבריאות לסימון אריזות של מוצרי המזון? כן/ לא

13. הסימון האדום מופיע על אריזות של מזון שיש בו כמויות גבוהות של נתרן, או סוכר, או שומן רווי כמו למשל חטיפים, משקאות קלים, ממתקים, או גבינות שמנות. האם לדעתך כל המזונות המסומנים באדום הם לא בריאים?

א. כל המזונות המסומנים באדום אינם בריאים

ב. רוב המזונות המסומנים באדום אינם בריאים

ג. חלק המזונות המסומנים באדום אינם בריאים

ד. אינני יודע/ת

14. הסימון הירוק כולל מוצרי מזון שהם חלק מהמלצות התזונה הלאומיות כמו ירקות, פירות, שמן זית, גבינות רכות עם תכולה של עד 5%, ביצים, עוף טרי ודגנים מלאים. האם לדעתך כל המזונות המסומנים בירוק הם בריאים?

א. כל המזונות המסומנים בירוק בריאים

ב. חלק המזונות המסומנים בירוק בריאים

ג. רוב המזונות המסומנים בירוק בריאים

ד. אינני יודע/ת

15. עד כמה את/ה תומכת ברפורמה?

א. במידה רבה מאוד ב. במידה רבה ג. במידה מועטה ד. בכלל לא

16. עד כמה לדעתך את/ה מושפעת מהסימון כך שחל אצלך שינוי בהרגלי צריכת המזון?

א. במידה רבה מאוד ב. במידה רבה ג. במידה מועטה ד. בכלל לא

17. עד כמה לדעתך הציבור הרחב בארץ מושפע מסימון אריזות המוצרים כך שהחל שינוי בהרגליו בצריכת המזון?

א. במידה רבה מאוד ב. במידה רבה ג. במידה מועטה ד. בכלל לא

18. באילו שיטות המדינה צריכה להשתמש כדי לשפר את בריאות הציבור בדגש על תזונה? ניתן לסמן כמה אפשרויות

א. סיבסוד מוצרי מזון בריאים

ב. הגבלה של פרסום מוצרים לא בריאים

ג. הגבלה של מכירת מוצרים לא בריאים (למשל בקפיטריות בבתי ספר)

ד. הטלת מס ליצרים על ייצור של מוצרים לא בריאים

ה. הטלת מס לצרכן על מוצרים לא בריאים

ו. סיבסוד עלויות של חדר כושר

ז. חינוך לאכילה בריאה

ח. המדינה לא צריכה להתערב

19. האם את/ה מדריך/ה את המטופלים שלך לשנות צריכה בהתאם לסימון?

א. אני מדריך/ה את את מטופליי לשנות צריכה בהתאם לסימון

ב. אני מדריך/ה את את מטופליי לשנות צריכה בהתאם לסימון האדום בלבד

ג. אני מדריך/ה את את מטופליי לשנות צריכה בהתאם לסימון הירוק בלבד

ד. אני לא מדריך/ה את מטופליי לגבי הסימון, זה לא מתפקידי

ה. אני לא מדריך/ה את מטופליי לגבי הסימון, אני מבהיר/ה להם שהסמלים אינם יעילים/אמינים

20. עד כמה את/ה מסכים/ה עם ההיגד הבא: "מרבית המטופלים ינסו לשנות את אורחות חייהם אם אמליץ להם על כך"?

א. כלל לא מסכים/ה ב. לא מסכים/ה ג. לא בטוח/ה ד. מסכים/ה ה. מסכים/ה לחלוטין

21. עד כמה את/ה מסכים/ה עם ההיגד הבא: "המאמצים שלי לחינוך המטופלים לאמץ אורחות חיים בריאים יותר מגבירים את ההיענות שלהם לשינויי"?

א. כלל לא מסכים/ה ב. לא מסכים/ה ג. לא בטוח/ה ד. מסכים/ה ה. מסכים/ה לחלוטין

-אם יש לך הערה / הצעה בהקשר לרפורמה – נשמע לשמוע (נשאר מקום לכתיבה)".

אנו מודים לך על מילוי השאלון!

(שליחה)