

אוריינות בריאות: גישה למידע, הבנתו ושימוש בו בדרכים המקדמות בריאות

עפרה מהודר

שלושה מסרים נלמדים

1. בטיפול, וגם בחיי היום יום, מטופלים נדרשים להתמודד עם מידע רב בנושאי בריאות: ההסברים של הצוות הרפואי, עלונים של תרופות, תוויות ערך תזונתי וכתבות בנושאי בריאות בעיתונים ובמרשתת. חלק מהמידע נמסר בידי אנשי מקצוע בתחום הבריאות, וחלק אחר בידי חברים, בני משפחה ובעלי עסקים שונים.
2. **אוריינות בריאות (Health Literacy)** - היא כלל המיומנויות הקובעות את המוטיבציה ואת היכולת של אנשים להשיג גישה למידע, להבין אותו ולהשתמש בו בדרכים שמקדמות את השגתה של בריאות תקינה ושמירה עליה. **אוריינות בריאות מקוונת (eHealth Literacy)** היא היכולת לחפש, למצוא ולהבין מידע בנושאי בריאות ממקורות אלקטרוניים, להעריך את איכותו של המידע וליישם אותו כדי לקדם את פתרונה של בעיית בריאות נתונה.
3. מהגרים, קשישים, בני מיעוטים ואנשים בעלי רמות השכלה נמוכות מאופיינים פעמים רבות באוריינות בריאות נמוכה. מצב זה מקשה עליהם לטפל בעצמם ואף לקבל טיפול מיטבי מאנשי המקצוע. במאמר זה נלמד כיצד ניתן להתמודד עם קשיים אלה.

תקציר

אוריינות פירושה ידיעת קרוא וכתוב. אוריינות בריאות (להלן א"ב) כוללת את "המיומנויות הקוגניטיביות והחברתיות, הקובעות את המוטיבציה והיכולת של אנשים להשיג גישה למידע, להבין אותו ולהשתמש בו, בדרכים שמקדמות בריאות תקינה ושומרות עליה" (Peerson and Saunders 2009). חלקים ניכרים באוכלוסייה סובלים מא"ב נמוכה. א"ב נמוכה קשורה באורח חיים לא בריא, בתחלואה גבוהה ובשימוש לקוי בשירותי בריאות. על כן א"ב נמוכה היא אתגר ממשי במערכות בריאות. ניתן להתמודד עם אתגר זה בשני אופנים עיקריים: בטווח הקצר - התאמת ההסברים (בעל פה ובכתב) לרמת האוריינות הקיימת של המטופלים. בטווח הארוך - תוכניות בין-מערכתיות להעלאת רמת האוריינות

באוכלוסייה. בשנים האחרונות נוסף היבט חדש – eHealth (בריאות מקוונת), שפירושו שימוש בטכנולוגיות מידע חדישות, בעיקר במרשתת, לצורך שיפור הבריאות והשימוש בשירותי הבריאות. בעקבות התפתחות זו נוסף עוד מונח – אוריינות בריאות מקוונת (eHealth Literacy), ופירושה היכולת לחפש, למצוא ולהבין מידע בנושאי בריאות ממקורות אלקטרוניים, להעריך את איכותו של המידע וליישם אותו כדי להתייחס לבעיית בריאות נתונה או לפתור אותה. א"ב מקוונת (להלן אב"מ) משלבת היבטים של כמה סוגי אוריינות ומיישמת אותם בתחום קידום הבריאות בעולם המקוון. גם אב"מ מתפלגת באוכלוסייה באופן שאוכלוסיות בעלות אב"מ נמוכה הן אוכלוסיות חולות וחלשות יותר, ולהפך. במאמר זה אציג גישות שונות להתמודדות עם אתגרים אלה.

מבוא

כשהייתה מהא דלאשה בשבוע ה-41 להריונה היא הגיעה לבדיקה בבית חולים בליווי בעלה סלים. מהא נבדקה, ונאמר לה שהבדיקה תקינה. הרופאים אמרו לה כי היא יכולה לחזור לביתה, לספור תנועות עובר שלוש פעמים ביום, ורק אם תהיה ירידה בתנועות העובר עליה לחזור לבית החולים. כשחזרו מהא וסלים לבית החולים בשבוע ה-42 נמצא שהעובר מת. מהא וסלים תבעו את בית החולים על רשלנות רפואית. בבית המשפט התברר שהרופאים בבית החולים דיברו עברית. סלים יודע עברית ברמה סבירה, אבל מהא בקושי יודעת עברית. היא לא הבינה את הוראות הרופאים, וממילא לא ידעה לספור תנועות עובר. השופט קבע כי הרופאים התרשלו בכך שלא סיפקו למהא הסברים בשפתה, ערבית, וגם בכך שלא וידאו כי מהא הבינה את ההסבר.¹ כמה שנים לאחר המקרה הזה הוקם מוקד המתורגמות של משרד הבריאות – "רפואה בשפה שלך" (ראו איור 1 להלן). המוקד פועל בשפות ערבית, אמהרית, רוסית וצרפתית. כאשר אדם מגיע לטיפול והמטפל אינו דובר את שפתו, המטפל מתקשר למוקד התרגום. השיחה מתנהלת באמצעות מכשיר טלפון בעל שתי שפופרות – אחת למטפל ואחת למטופל. במוקד יושב מתורגמן ומתרגם סימולטנית את דברי המטפל לאדם המטופל ולהפך.² תהליך זה נקרא הנגשה לשונית. תקדים דלאשה הוא מקרה קיצוני של קושי בהעברת המידע ממטפלים למטופלים, שנגמר במוות והתגלגל עד בית המשפט. קשיים כמו זה בתקשורת בין מטפל למטופל הם דבר נפוץ, וגם אם לרוב הם אינם מסתיימים במוות, יש להם השלכות של ממש על הבריאות ועל האתיקה.

1 ת"א (ירושלים) 2564/05, מהא דלאשה ואח' נ' מדינת ישראל, 8.1.2007.

2 ראו באתר משרד הבריאות, <https://tinyurl.com/y7z7prhs>

איור 1: מודעה של מוקד המתורגמות הטלפוני של משרד הבריאות

רפואה בשפה שלך

כאן פועל שירות מתורגמות חדש של משרד הבריאות
מוקד טלפוני לתרגום ישיר ע"י מתורגמן בשפות:
רוסית, ערבית, אמהרית בכל טיפול, בדיקה או ייעוץ ללא תשלום
שעות פעילות א'-ה' 08:00-19:00, יום ו' 08:00-13:00

אף טלפון חינולי
02-5081000
08:00-19:00
יום ו' 08:00-13:00

Медицина на вашем родном языке
Телефонный центр переводческих услуг - перевод всех видов медицинских консультаций на русский, арабский и аамарский языки
Услуги предоставляются бесплатно с воскресенья по четверг с 08:00 до 19:00, в пятницу с 08:00 до 13:00.

خدمة طبية بلغتك
خدمة هاتفية لترجمة الممارسة من قبل مترجم إلى اللغة العربية في كل معالجة، فحص أو استشارة
أهم الأوقات - الخميس من الساعة 08:00 - 19:00 أيام الجمعة من الساعة 08:00 - 13:00
العدد

Des soins médicaux dans votre langue maternelle
Ici, nous utilisons le nouveau service de interprètes téléphoniques du Ministère de la Santé. Un centre téléphonique d'interprétation en direct par des interprètes français pour tout type de soins médicaux, examen ou conseil.
Service gratuit
Dimanche à jeudi : de 8h à 19h, Vendredi : de 8h à 13h.
N'hésitez pas à contacter notre équipe, ce service est là pour vous !

**אל תהססו פנו לאנשי הצוות לקבלת השירות, מגיע לכם!
لا تترددوا واتوجهوا لأعضاء الطاقم لتلقي الخدمة، ستحظون بذلك!**
Не смущайтесь, у вас есть полное право обратиться к нашему персоналу для получения этой услуги.
02-5081000

מקור: https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/translation_center.pdf

אוריינות

מילולית, אוריינות פירושה ידיעת קרוא וכתוב, ואדם אורין הוא "אדם שמסוגל לקרוא, לכתוב ולהבין קטע קצר בנוגע לחיי היום-יום שלו" (Peerson and Saunders 2009). בתקנת האוריינות הלאומית של ארצות הברית (National Literacy act 1991) ניתנת הגדרה רחבה יותר של אוריינות: "היכולת לקרוא ולכתוב, לחשב חישובים (numeracy) ולפתור בעיות, ברמת המיומנות הנדרשת כדי לתפקד בעבודה ובחברה, להשיג מטרות אישיות ולפתח את הידע והפוטנציאל האישי (National Institute for Literacy 1991). כיום התרחב המונח "אוריינות" עוד יותר, ומשתמשים בו כדי לתאר את המיומנות של אדם בשימוש במידע בתחום מסוים. מדברים לדוגמה על "אוריינות תזונתית", "אוריינות פיננסית", "אוריינות מחשב", "אוריינות מדעית" ו"אוריינות מדיה".

אוריינות בריאות

המונח אוריינות בריאות משמש כבר יותר משלושים שנה לתיאור שטח ההשקה בין תחום האוריינות לתחום הבריאות. במשך השנים קיבל מונח זה הגדרות שונות. ארגון הבריאות העולמי משתמש בהגדרה הזאת: "אוריינות בריאות כוללת את המיומנויות הקוגניטיביות והחברתיות, הקובעות את המוטיבציה ואת היכולת של אנשים להשיג גישה למידע, להבין אותו ולהשתמש בו בדרכים שמקדמות בריאות טובה ושומרות עליה"³. לפי הגדרה אחרת, א"ב תפקודית מתבטאת ביכולת ליישם כישורי אוריינות על חומרים מתחום הבריאות, כגון מרשמים, תוויות של תרופות והוראות לטיפול בבית (Parker et al. 1995). במחקרים שהתבססו על ההגדרה הזאת נמצא שא"ב תפקודית לקויה מציבה חסם של ממש בפני חינוך לבריאות של חולים במחלות כרוניות (Williams et al. 1998) ושהיא מטילה על מערכת הבריאות הוצאות כבדות, למשל עקב שימוש לא נכון או לא מותאם בתרופות.⁴ לדעתו של נאטֶבִים (Nutbeam 2000), הגדרה זו של א"ב הייתה צרה מדי, והחמיצה חלק גדול מהמשמעות העמוקה של אוריינות בחיי היום-יום. על כן הוא הרחיב את ההגדרה לשלוש רמות של א"ב, לפי המשמעות שלהן בהקשר של קידום הבריאות:

1. א"ב תפקודית – היכולת להבין מידע עובדתי על סיכונים לבריאות ועל אופן השימוש בשירותי הבריאות. לדוגמה: היכולת להבין עלונים בנושאי בריאות. יכולת זו חשובה בעיקר ברמת הפרט.
2. א"ב אינטראקטיבית – היכולת לפתח מיומנויות אישיות לצורך פעילות בתוך מערך התמיכה הבריאותי, כלומר באינטראקציה עם אנשי מקצועות הבריאות. המיומנויות הנדרשות כדי לנהל את הבריאות מתוך שותפות עם אנשי המקצוע (Peerson and Saunders 2009). לדוגמה: ההבנה מתי לפנות לרופא, מתי לפנות לחדר מיון ואיך לנהל את התקשורת איתם וביניהם.
3. א"ב ביקורתית – הבנת מידע על גורמים חברתיים ופוליטיים המשפיעים על הבריאות לצורך העצמה אישית וקהילתית, ואפשרות להשגת שינויים בארגון או במדיניות.⁵ היכולת לנתח מידע בענייני בריאות באופן ביקורתי, להעלות מודעות ולהשתתף בפעילויות להסרת חסמים להשגת הבריאות (שם). אוריינות זו חשובה לא רק ברמת הפרט אלא גם ברמת האוכלוסייה. דוגמה לשימוש בא"ב ביקורתית בישראל: מאבקם הממושך של הנכים להגדלת קצבת הנכות (ראו איור 2 להלן).

3 ראו באתר ארגון הבריאות העולמי, <https://tinyurl.com/y9qhjwsu>

4 ראו באתר המכון למדיניות בריאות של אוניברסיטת ג'ורג'טאון בושינגטון,

<https://tinyurl.com/y87xhvfj>

5 שם.

איור 2: א"ב ביקורתית – מפגינים למען העלאת קצבת הנכות



מקור: ויקיפדיה. צילום: אלחנן אהרון, CC-BY-SA-3.0, ירושלים, מרץ 2016.

פירסון וסונדרס מבחינות בין אוריינות בריאות ובין אוריינות רפואית. אוריינות רפואית מתמקדת לדעתן במיומנויות מקדמות בריאות בתוך מערכת הבריאות. א"ב לעומת זאת כוללת מיומנויות של קבלת החלטות בעלות השפעה על הבריאות גם מחוץ למערכת הבריאות – לדוגמה במקום העבודה (אם לעלות במדרגות או במעלית), בסופרמרקט (אם לקנות ירקות או חטיפים), בפעילויות פנאי, במשפחה ובשכונה. לדעתן, הגדרה נאותה של א"ב צריכה להתייחס ל"רמת הידע, המיומנויות והיכולות האישיות המאפשרות העצמה אישית, מעודדות קבלת החלטות מושכלת, ומאפשרות לאדם להבין ולהשתמש במידע כדי לקדם בריאות טובה ולשמור עליה" (Person and Saunders 2009). כל אלו הן גישות שפותחו בארצות הברית.

באירופה נערך בשנת 2012 קונסורציום בנושא א"ב (Sørensen *et al.* 2012). החוקרים שהשתתפו בו ערכו סקירה שיטתית של ההגדרות השונות לא"ב וניסו לשלב ביניהן. הם יצרו מטריצה ובה ארבעה ממדים של א"ב, אשר מיושמים על שלושה תחומי בריאות. על פי המאגד האירופי, ארבעת הממדים של א"ב הם: (1) גישה למידע בריאותי רלוונטי או השגתו; (2) הבנה של המידע הבריאותי; (3) עיבוד ואמידה של ערך המידע הבריאותי; (4) יישום המידע הבריאותי או שימוש בו. האוריינות הרפואית מיושמת על פי גישה זו, בשלושה תחומי בריאות: טיפול רפואי, מניעת מחלות, וקידום בריאות (שם). להלן לוח המתאר את המטריצה הזאת.

לוח 1: מטריצת ארבעת הממדים ויישומם בשלושה תחומי בריאות

תחום בריאות	השגת מידע בריאותי רלוונטי	הבנת מידע בריאותי רלוונטי	הערכת מידע בריאותי רלוונטי ועיבודו	שימוש במידע בריאותי רלוונטי ויישומו
טיפול רפואי	יכולת להשיג מידע בנושאים רפואיים או קליניים	יכולת להבין מידע רפואי ולהסיק ממנו מסקנות	יכולת לאמוד את ערכו של המידע שהושג ולפרש אותו	יכולת להחליט החלטות מושכלות בנושאים רפואיים
מניעת מחלות	יכולת להשיג מידע על גורמי סיכון בריאותיים	יכולת להבין מידע על גורמי סיכון ולהסיק מכך מסקנות	יכולת לאמוד את ערכו של מידע על גורמי סיכון בריאותיים ולפרש אותו	יכולת להחליט החלטות מושכלות בנוגע לגורמי סיכון בריאותיים
קידום בריאות	יכולת להתעדכן בנוגע לגורמים אשר משפיעים על הבריאות בסביבה הפיזית והחברתית	יכולת להבין מידע בנוגע לגורמים אשר משפיעים על הבריאות בסביבה הפיזית והחברתית	יכולת לאמוד את ערכו של מידע בנוגע לגורמים אשר משפיעים על הבריאות בסביבה הפיזית והחברתית ולפרש אותו	יכולת להחליט החלטות מושכלות בנוגע לגורמים אשר משפיעים על הבריאות בסביבה הפיזית והחברתית

מקור: Sørensen et al. 2012.

הערכת א"ב

כיום קיים מגוון כלים להערכה של רמת א"ב של נבדקים, ועדיין רובם מתמקדים בא"ב פונקציונלית. הכלי הנפוץ ביותר להערכת א"ב באנגלית הוא שאלון TOFHLA – Test of Functional Health Literacy in Adults (Parker et al. 1995) ובגרסתו המקוצרת – STOFHLA (Baker et al. 1999). השאלון מאפשר הערכה של אוריינות חשבונית, וכן של יכולת קריאה והבנה של קטעי טקסט מחיי היום-יום. שאלון זה תורגם לעברית, תוקף על מדגם של חולים ישראלים בידי בראון-אפל ועמיתיו וקיבל את השם HHLT – Hebrew Health Literacy Test (Braon-Epel et al. 2007). בשאלון זה קטעי הטקסט מוצגים על כרטיסיות, והשאלות נשאלות בעל פה. לדוגמה, בכרטיסייה כתוב "יש לקחת כדור אחד כל 6 שעות". המראיין שואל בעל פה את הנבדק: "לקחת כדור בשעה 7 בבוקר. מתי עליך לקחת את הכדור הבא?" בשאלות לבחינת הקריאה וההבנה מוצגות לנבדק כרטיסיות עם טקסט של הזמנה לבדיקה או לרופא, והוא נשאל בעל פה שאלות של הבנת הנקרא.

א"ב נמוכה כאתגר בבריאות הציבור

אפשר להעריך את רמת הא"ב באמצעות שאלונים שונים, וכך לערוך מחקרים בנושא. בסקר לאומי שנעשה בארצות הברית נמצא כי כתשעים מיליון אמריקנים (כרבע מהאוכלוסייה) סבלו מרמת א"ב נמוכה (Kutner et al. 2005). א"ב נמוכה אופיינית בעיקר למבוגרים חסרי

השכלה תיכונית, אשר סובלים ממגבלות בריאות, שיש להם גישה מוגבלת למשאבים, שהם משתייכים לקבוצות מיעוט באוכלוסייה או שהם מהגרים (Rudd 2007). התפלגות רמת הא"ב באוכלוסייה דומה להתפלגות האוריינות בכלל. בעיה זו כמובן חמורה יותר במדינות מתפתחות ובקבוצות מוחלשות כמו נשים (WHO 2011). האם הבריאות הלקויה היא הגורם לרמת הא"ב הנמוכה או התוצאה שלה? גם וגם, כנראה.

מטופלים בעלי א"ב נמוכה מהווים אתגר למערכת בריאות הציבור. בשנת 2004 פרסמו דיוואלט ועמיתיו סקירה שיטתית בנושא תוצאי הבריאות של א"ב נמוכה (Dewalt *et al.* 2004). בסקירה נכללו 44 מחקרים. נבדקים בעלי רמת א"ב נמוכה התאפיינו בתוצאי בריאות גרועים יותר: פחות ידע, יותר סמני מחלה, מדדי תחלואה גרועים יותר, מצב בריאות כללי ירוד יותר ושימוש מופחת במשאבים בריאותיים. בהכללה, חולים בעלי א"ב נמוכה היו בסיכון גבוה פי 1.5 עד 3 לסבול מתוצאי בריאות נמוכים, יחסית לבעלי א"ב גבוהה יותר. בלוח 2 להלן מובאות כמה דוגמאות לתוצאי בריאות של בעלי א"ב נמוכה.

לוח 2: דוגמאות לתוצאים של א"ב נמוכה

קטגוריית תוצא	תוצא	קשר עם א"ב נמוכה
ידע	ידע בנושא עישון	פחות ידע
	ידע בנושא יתר לחץ דם, ידע בנושא סוכרת	פחות ידע
	הבנת הוראות במכתב שחרור מחדר מיון	פחות ידע
בדיקות סיקור ורפואה מונעת	לא חוסנו מעולם בחיסון נגד שפעת לא נבדקו בדיקת ממוגרפיה בשנתיים האחרונות	OR = 1.4 OR = 1.5
	לא עברו מעולם משטח PAP	OR = 1.7
סמנים ביוכימיים	שליטה גרועה בסוכרת סוג 2	OR = 2.3
תחלואה	הימצאות דיכאון	OR = 1.2
	אבחון סרטן ערמונית בשלב מאוחר	OR = 1.6
אשפוזים	אשפוז	RR = 1.69
מצב בריאות כללי	מצב בריאות כללי ירוד (דיווח עצמי)	OR = 1.7-2.2

מקור: Dewalt *et al.* 2004.

בשנת 2011 פורסמה עוד סקירה שיטתית באותו נושא. בסקירה זו זוהו 96 מחקרים באיכות סבירה ומעלה. בנייתוח המחקרים נמצא קשר עקבי בין א"ב נמוכה לשיעור גבוה של אשפוזים, שימוש מוגבר ברפואת חירום, שיעור נמוך של בדיקות ממוגרפיה וחיסונים נגד שפעת, יכולת מופחתת לשימוש נאות בתרופות, יכולת מופחתת של הבנת מסרים בסוגיות של בריאות, ובקרב קשישים – מצב בריאות כללי ירוד ושיעורי תמותה גבוהים. לדעת החוקרים, פערים ברמת הא"ב מסבירים גם פערים בתוצאים מסוימים בין בני אדם ממוצא שונה (Berkman *et al.* 2011).

בשנת 2013 נערך בישראל סקר לאומי ראשון של אוריינות בריאותית, באמצעות שאלון שנבנה על בסיס המודל האירופי. באמצעות השאלון נערכו 600 ראיונות פנים אל פנים

בבית, בקרב מדגם מייצג ארצי (יהודים ותיקים, עולים מברית המועצות וערבים). רק 69 אחוזים מהמשתתפים נמצאו כבעלי רמת א"ב הנחשבת מספקת בסטנדרטים בין-לאומיים. זוהי התפלגות דומה לממוצע האירופי. רמת הא"ב של העולים מברית המועצות הייתה נמוכה מזו של יהודים ותיקים בארץ וגבוהה מזו של הערבים. נמצא קשר בין רמת א"ב לפי מדד זה ובין מצב תעסוקה, הכנסה, השכלה, פעילות גופנית, BMI, שכיחות מחלות כרוניות ושימוש בשירותי בריאות שונים (לוי־זמיר ואחרים 2013).

בשנת 2014 פורסם "דוח הוועדה למלחמה בעוני". ועדת המשנה שלו לענייני בריאות קבעה:

אי מיצוי הזכויות והשירותים המגיעים לאנשים החיים בעוני נובע במקרים רבים מאי חשיפה למידע, קושי בהבנת המידע בשל הדרך שהוא מוצג או קושי בהשגת מידע על שירותי בריאות קיימים. [...] כמו כן, קיימים מספר חסמים במילוי טפסים, הנובעים מקשיים אורייניים, כמו פערי שפה, תרבות וחוסר יכולת להתמודד עם מידע הכתוב בנוסח משפטי ומצריך הבנה של מושגים מקצועיים (דוח ועדת אלאוף 2014. ההדגשה שלי).

בדוח מוזכר גם חוזר מנכ"ל משרד הבריאות משנת 2011, שנקבעו בו כללים אשר מחייבים נגישות תרבותית ולשונית לשירותי בריאות בארגוני בריאות.

הקשר בין א"ב לבריאות מורכב ורב-כיווני. קיים כנראה "מעגל קסמים", ובו דווקא האנשים החולים, אשר זקוקים ביותר למידע הבריאותי, יודעים פחות להגיע למידע הזה ולהשתמש בו – וכך הם נעשים חולים יותר. תופעה זו נקראת "חוק היחס ההפוך למידע" של אייזנבך; שעל פיו בקרב האנשים שהצורך שלהם במידע גדול יותר – הנגישות למידע היא הנמוכה ביותר (Eysenbach 2007). לפי ממצאים אלה ודומים להם, אחת המטרות שהציב לעצמו ארגון הבריאות העולמי לקראת המאה העשרים ואחת היא להעלות את רמת הא"ב בעולם.⁷ השגתה של מטרה זו דורשת צעדים מורכבים, כגון שיתוף פעולה עם מגזרים שונים (בעיקר מערכות החינוך) ועבודה ברמה אזורית, ארצית ועולמית.

יישומים ותוכניות בנושא א"ב

דוגמה למעורבות של מערכת הבריאות בפיתוח אורינות היא המיזם ROR – Reach Out and Read. במיזם זה מחולקים ספרי ילדים במרפאות של רופאי ילדים. כל ילד בן שישה חודשים עד חמש שנים שמגיע לבדיקה שגרתית מקבל ספר מתאים לגילו, והוריו מקבלים הסבר על החשיבות שבהקראת ספרים לילד. בעשרים שנה של פעילות נערכה התערבות זו בחמישים מדינות בארצות הברית, והגיעה ליותר משלושה מיליון ילדים ממשפחות מעוטות יכולת. בהשראת תוכנית זו פותחה באחת מקופות החולים בישראל התוכנית

6 חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מס' 7/11, התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות, 3.2.2011.

7 ראו באתר ארגון הבריאות העולמי, <https://tinyurl.com/ybn57yjev>

"קריאה לקריאה", שסיסמתה ספרים הם חלק מבריאות ילדינו. המטרה של תוכניות כמו זו היא שילדים אלה יגדלו להיות מבוגרים אורייניים ובריאים יותר (Zuckerman 2009). אך כיצד מתמודדים בינתיים עם המטופלים המבוגרים בעלי רמת הא"ב הנמוכה? בישראל קיים ניסיון עשיר בהתמודדות עם א"ב נמוכה בדרכים שונות, בין השאר עקב קליטת גלי עלייה גדולים ממדינות רבות, מקצתן לא מערביות. דוגמה לכך היא התוכנית "רפואה שלמה" של משרד הבריאות ואחת מקופות החולים לקידום הבריאות בקרב אוכלוסיית העולים מאתיופיה. בישראל חיים כ־120 אלף אנשים שעלו מאתיופיה. רובם מבוססים בקופת חולים אחת. עקב פערי שפה ותרבות קיימת בעיית תקשורת עם יוצאי העדה, וזו פוגמת ביכולת לתת להם שירותי בריאות כפי שהחוק מחייב. הבעיה חמורה במיוחד בשל שכיחות גבוהה של מקרי אסתמה וסוכרת שהתגלו בעדה זו בארץ. התוכנית פועלת בארץ יותר מעשור, ומטרתה העל שלה היא לקדם את בריאות הקהילה האתיופית באמצעות שיפור התקשורת, פיתוח א"ב וסנגור. ההתערבות כוללת הכשרת מטפלים בקופת חולים בתקשורת שמבוססת על רגישות לתרבות והעסקת מגשרים מתוך העדה, המשמשים מתווכי תרבות בין החולים לצוות הרפואי. שירות זה מכונה סנגור רפואי (מלשון סנגור – אדם שמייצג אדם אחר מול מערכת מסוימת). אפשר לראות בכך התערבות לקידום א"ב אינטראקטיבית. כן מופעלות בקבוצות שונות מתוך העדה תוכניות של חינוך לבריאות, לפי צורכיהן הייחודיים (Levin-Zamir et al. 2011). ומה בנוגע למידע כתוב בענייני בריאות?

צ"ל: שבהתחשב ברמת הא"ב הקיימת

התאמת חומרים כתובים לרמת א"ב

מערכת הבריאות עושה שימוש נרחב בחומרים כתובים: עלונים של תרופות (איור 3 להלן), מכתבי שחרור, הפניות לבדיקות ועוד. מאות מחקרים מצביעים על כך שלפי רמת הא"ב הקיימת, רוב המידע הבריאותי כתוב ברמה גבוהה מזו שביכולתו של רוב הציבור להבין (Kreps and Neuhauser 2010). עד שתושג המטרה של העלאת רמת האוריינות, ניתן להתמודד עם המצב בדרך של התאמת החומרים בבריאות הציבור (עלונים וכו') לרמת האוריינות הקיימת בציבור. קיים מגוון דרכים להתאמת חומרים בנושאי בריאות לרמת אוריינות נמוכה. בחומר כתוב ניתן למשל להשתמש בשפה פשוטה יותר ולהעשיר את המידע הכתוב באמצעות איורים (אינפוגרפיה ופיקטוגרפיה).

איך להסביר? המלצות לתקשורת עם מטופלים בעלי א"ב נמוכה

לפי חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996, "לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת". כמו כן, "המטפל ימסור למטופל את המידע הרפואי [...] באופן שיאפשר למטופל מידה מרבית של הבנת המידע". איך עושים זאת כאשר מדובר במטופל בעל רמת א"ב נמוכה? המלצות אלו חוברו לצורך מתן הסברים בכתב, אך כמה מהן רלוונטיות גם לתקשורת בעל פה.

איור 3: א"ב תפקודית – דוגמה לעלון לצרכן של תרופה נפוצה

עלון לצרכן לפי תקנת הרוקחים (תכשירים) התשמ"ו-1986

התרופה משווקת ללא מרשם רופא

אקמול[®] טבליות
אקמול[®] קפליות

הרכב
כל טבלית/קפליה מכילה:
פראצטמול (Paracetamol) 500 מ"ג

לחשימת החומרים הבלתי פעילים בתכשיר ראה טעיף 6 - "מידע נוסף".

קרא בעיון את העלון עד סופו בטרום שתתמש בתרופה. עלון זה מכיל מידע המצטיי על התרופה. אם יש לך שאלות נוספות, פנה אל הרופא או אל הרוקח.

תרופה זו ניתנת ללא צורך במרשם רופא והיא מיועדת למבוגרים וילדים מגיל 6 שנים ומעלה. עלִיך לטוֹל התרופה בצורה נכונה. היועץ ברוקח אם הינך זקוק למידע נוסף.
יש לפנות לרופא אם החום נמשך יותר מ-3 ימים או אם התסמינים אינם חולפים תוך 5 ימים למרות השימוש בתרופה.

1. למה מיועדת התרופה?
התרופה מיועדת לטיפול כאבים ולהורדת חום.

קבוצה תרפויטית:
מטכך כאבים ומוריד חום.

2. לפני השימוש בתרופה

אין להשתמש בתרופה זו:

• אם ידועה רגישות לפראצטמול או לאחד ממרכיבי האחרים של התרופה.

אזהרות מיוחדות הנוגעות לשימוש בתרופה

- אם פיתחת בעבר תופעות לוואי **עוריות** כגומא מנטילת תכשירים המכילים פראצטמול, אין לטוֹל תכשירים המכילים פראצטמול, כדי שלא יגרמו שוב תופעות עוריות חמורות.
- התכשיר מכול פראצטמול העלול לגרום לזקק כבד כאשר:
 - ניתן במינון גבוה מהמומלץ או לתקופה ממושכת.
 - כאשר בזמן הטיפול שתיים מסקאות אלכוהוליים.
 - כשטסלים תרופות מספות המשפיעות על פעילות הכבד.
- אין להשתמש בתרופה זו **לעיתים קרובות** בלי להיועץ ברופא.
- אין לטוֹל תרופות מספות ולהורדת חום וסיכך כאבים או תרופות להצטננות ללא התייעצות עם רופא או רוקח למניעת מינון יתר או הרגלה של פראצטמול.
- אין לטוֹל תרופות מספות מ-**משפחת אקמול** ואו תכשירים מספים המכילים פראצטמול.
- יש להימנע מלקחת מינון גבוה (בגבול המומלץ) של תרופה זו בזמן צום.
- אם אתה רגיש למזון כלשהו או לתרופה כלשהי, עלִיך להודיע על כך לרופא לפני נטילת התרופה.

Acamol tablets and caplets OTC 21-10-2013

באיור זה מובא עלון לצרכן של אקמול – תרופה נפוצה לשיכוך כאבים ולהורדת חום המשווקת ללא מרשם רופא. שימוש יתר בתרופה עלול לגרום נזק לכבד. אנשים בעלי רמת א"ב נמוכה מאוד נוטים לעבור על המינון המומלץ יותר מאנשים בעלי רמת א"ב סבירה (Kaufman et al. 2016). האם הניסוח הסטנדרטי של העלון, כפי שאושר על ידי משרד הבריאות, כתוב בצורה שאדם בעל רמת א"ב ממוצעת יוכל להבין מה כתוב בו? מהן למשל "קפליות" ומה ההבדל בינן ובין "טבליות"? מהם "חומרים בלתי פעילים"? מהן "תופעות עוריות"? כמה זה "לעיתים קרובות"? האם התרופה נורופן, שגם היא משמשת לשיכוך כאבים ולהורדת חום, שייכת ל"משפחת אקמול"?

המלצות כלליות

- א. להציג את המידע החשוב יותר בהתחלה.
- ב. להשתמש במשפטים קצרים.
- ג. בכל משפט להתרכז במסר אחד.
- ד. להשתמש במילים מופרות ולהשתמש בהן בעקביות.
- ה. להשתמש בהיקשים מופרים מחיי היום-יום ולפי מאפייני התרבות של המאזין, כגון דת.
- ו. להימנע ככל האפשר משפה רפואית (ז'רגון).

הנחיות להצגת מידע מספרי וכמותי

- א. רצוי להציג את המידע בגרפים פשוטים או כאיורים, ולא כרשימות של מספרים (ראו דוגמה באיור 4 להלן) (Arcia *et al.* 2016).
 - ב. ככל האפשר, כדאי להציג מספרים באופן שהמספר הגבוה ביותר הוא ה"טוב" יותר.
 - ג. כאשר זה אפשרי, רצוי להשתמש במילים כמו "חצי" או "שליש" במקום "50 אחוזים" או "33.3 אחוזים".
 - ד. כאשר משווים שיעורים, מוטב להציג את כל השיעורים עם אותו מכנה (ולא: פעם שיעור מתוך 10,000 ופעם אחוזים מתוך 100 למשל) (McCaffery *et al.* 2013).
- דווקא השיטה של "לדבר לאט" לא הוכחה כמקדמת הבנה. להפך, נראה כי מטופלים מבינים טוב יותר כאשר המטפל מדבר בקצב רגיל של שיחה (Griffey *et al.* 2015).

איור 4: שימוש בגרפיקה להדגמת המשמעות של ערכים מספריים



מקור: <https://www.maxpixel.net/Meter-Cuff-Reading-Blood-Pressure-Diastolic-3546828>

איור זה מדגים כיצד ניתן להשתמש בצבעי הרמזור (אדום, צהוב וירוק), שמשמעותם מוכרת לכול, כדימוי חזותי להמחשת הגבולות הרצויים של ערכי לחץ דם.

במקרה של פער לשוני (למשל כאשר המטפל מדבר עברית, אבל המטופל לא), חשוב להיעזר במתורגמן רפואי מקצועי, כפי שמשרד הבריאות מספק. תרגום לא מקצועי (בידי בן משפחה או אדם מזדמן) עלול להחמיר את בעיית התקשורת ולגרום טעויות בטיפול.⁸ אם קיים גם פער תרבותי, רצוי להיעזר במגשר שמגיע מתוך אותה תרבות (למשל מוסלמי דתי או עולה מאתיופיה).

איך לוודא שהמטופל הבין את ההסבר?

לרוב, מטפלים נוהגים להסביר למטופל את המלצותיהם, וכשהם מסיימים להסביר הם שואלים "האם זה היה ברור?" "האם הבנת?" או משהו מעין זה. למרבה הצער, דיווח עצמי על הבנה איננו מעיד בהכרח שהמטופל הבין, בעיקר בקרב מטופלים בעלי רמת א"ב נמוכה. מטופלים מאוכלוסיות מוחלשות נוטים לעיתים לענות "כן" גם כשלא הבינו משום שהם מרגישים אי-נוחות "לבזבז את זמנו" של הרופא, לערער על סמכותו או על כבודו. משום כך מטפלים נוקטים מדי פעם בפעם שיטות תקשורת מתוחכמות יותר לוודא הבנה, ובכלל זה שיטת Teach-Back ושיטת Show-Me-How.

בשיטת Teach-Back המטפל מסביר למטופל, ולאחר מכן מבקש מהמטופל להסביר לו בחזרה מה סיכמו. דוגמה: רופא סוכרת מסביר למטופל שהוא ממליץ לו להפסיק שימוש בתרופה אחת ולעבור לאחרת. כשהוא מסיים להסביר הוא אומר: "אז בוא נסכם - **אני** תרופות אמרנו שנחליף?" המטופל עונה במילים שלו אילו תרופות, והרופא נותן לו משוב אם אכן אלו התרופות הרלוונטיות. זו "סגירה של לולאת התקשורת". בניסוי שנעשה בחדר מיון, מטופלים בעלי רמת א"ב נמוכה שקיבלו את ההסברים בשיטת Teach-Back הדגימו בבחינה בכתב הבנה טובה של הוראות הטיפול התרופתי, המעקב והטיפול העצמי לאחר השחרור יותר ממטופלים שקיבלו את הוראות השחרור באופן הרגיל (Schillinger et al., 2003). במאמר שפורסם בכתב עת לרפואת משפחה הוגדרה שיטת Teach-Back "טכניקה פשוטה לקידום ההבנה של המטופלים" (Bodenheimer 2018). בשיטת Show-Me-How ("הראה לי כיצד"), המטפל מבקש מהמטופל להדגים לו בקליניקה כיצד הוא מבצע את הפעולה שהמטופל אמור לעשות לאחר השחרור בבית. במקרה של מהא דלאשה שהוזכר בתחילת המאמר, **לדעת** השופט הרופאים בבית החולים לא היו צריכים להסתפק בהסבר "עליך לספור תנועות עובר שלוש פעמים ביום", אלא רצוי היה להסביר למה בערבית בדיוק איך מבצעים את הספירה, ואז לבקש ממנה להדגים איך היא סופרת תנועות עובר. זה היה מעיד על הבנה אמיתית והיה עשוי למנוע את הסוף המר. שיטת "הראה לי איך" נפוצה בשימוש של פיזיותרפיסטים, שנותנים למטופליהם תרגילים לביצוע בבית ובודקים לפני כן בקליניקה אם המטופל מבצע את התרגיל נכון. אפשר למצוא במרשתת מגוון סרטונים שמדגימים את הטכניקות הללו.

צ"ל: אילו

צ"ל: לדעתו של השופט, הרופאים...

8 ראו באתר משרד הבריאות של ארצות הברית, <https://tinyurl.com/ycqhu354>

9 מהא דלאשה ואח' נ' מדינת ישראל (הערה 1 לעיל).

טכניקות שאחים ואחיות משתמשים בהן בטיפול בחולים בעלי רמת א"ב נמוכה

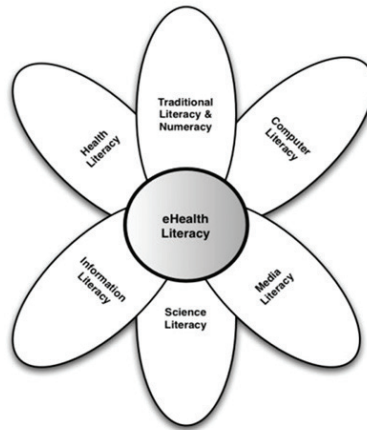
- לשאול את המטופל אם הוא מעוניין לשתף בדיון קרוב משפחה או חבר (לא בתפקיד מתורגמן).
- שימוש בעזרי המחשה: סרטונים, דגמים (כגון בובת שלד) וצילומי רנטגן.
- הגשת חומר מודפס וסימון נקודות עיקריות עליו.
- קריאת הוראות (כגון הוראות שחרור) בעל פה.
- שימוש בשיחות טלפון לצורך מעקב אחר הבנת ההוראות וביצוען בבית.
- הפניית מטופלים למקורות מידע אמינים במרשתת (Koo et al. 2016).

אוריינות בריאות מקוונת (eHealth literacy)

אתרי אינטרנט בנושאי בריאות שייכים לתחום שנקרא כיום ehealth (בריאות מקוונת). גם למונח זה יש הגדרות שונות. לפי אחת ההגדרות המקובלות, "eHealth פירושה שימוש בטכנולוגיות מידע חדישות, ובעיקר במרשתת, לצורך שיפור הבריאות והשימוש בשיירות בריאות" (Eng 2001). בעקבות ההתפתחויות בתחום הבריאות המקוונת הוגדר מונח חדש: אוריינות בריאות מקוונת (eHealth Literacy) – היכולת לחפש, למצוא ולהבין מידע בנושאי בריאות ממקורות אלקטרוניים, להעריך את איכותו וליישם אותו כדי להתייחס לבעיית בריאות נתונה או לפתור אותה (Norman and Skinner 2006). א"ב מקוונת (להלן אב"מ) משלבת היבטים של כמה סוגים שונים של אוריינות ומיישמת אותם בתחום של קידום הבריאות בעולם המקוון. לפי מודל השושנה (Lily Model, איור 5 להלן), שפיתחו נורמן וסקינר (שם), אב"מ כוללת שישה מרכיבים:

1. **אוריינות בסיסית** – היכולת לקרוא טקסט, להבין קטעים כתובים, לדבר ולכתוב שפה באופן קוהרנטי.
2. **אוריינות בריאות** – לפי ההגדרות שזכרו לעיל: א"ב תפקודית, אינטראקטיבית, ביקורתית.
3. **אוריינות מידע** – ההבנה כיצד מידע מאורגן, איך למצוא מידע ואיך להשתמש במידע באופן שגם אחרים יוכלו להשתמש בו. לדעת באילו מקורות להשתמש כדי למצוא מידע בנושא מסוים, לפתח אסטרטגיות חיפוש מתאימות ולסנן את תוצאות החיפוש לצורך מיצוי המידע הרלוונטי. מיומנות זו כוללת אסטרטגיות חיפוש, למשל שימוש במנועי חיפוש.
4. **אוריינות מדיה** – חשיבה ביקורתית על תכנים אשר מגיעים מאמצעי התקשורת. אוריינות מדיה היא שילוב של תהליכים קוגניטיביים ומיומנויות של חשיבה ביקורתית, המיושמים על תכנים המתפרסמים באמצעי התקשורת.
5. **אוריינות מחשב** – היכולת להשתמש במחשב לצורך פתרון בעיות, ובכלל זה הידע כיצד להשתמש בתוכנות ובחומרות השונות והמשתנות.
6. **אוריינות מדעית** – הבנת טבעו של תהליך יצירת ידע שיטתי, מטרותיו, שיטותיו, יישומיו, מגבלותיו והפוליטיקה המעורבת בו.

איור 5: אוריינות בריאות מקוונת – מודל השושנה של נורמן וסקינר



מקור: Norman and Skinner 2006.

אב"מ הוא תחום מחקר צעיר שמתפתח במהירות. ב־2011 כתב נורמן, אשר טבע את המונח "אב"מ", כי נראה שהגיע הזמן לעדכן את המונח כך שהוא יעריך גם מיומנויות שימוש ברשתות חברתיות ובמכשירים ניידים והציעו במקומו את המונח eHealth 2.0 (Norman and Skinner 2011). עם הזמן נערכו מחקרים שבדקו אב"מ של קבוצות אוכלוסייה שונות, והשתמשו בשיטות שונות להערכת אב"מ. ב־2011 פורסם מאמר שכותרתו "מבחן ביצוע למיומנויות אינטרנט: האם אנשים מוכנים לקראת ehealth"? במחקר השתתפו 88 אמריקנים שנדגמו באקראי מתוך ספר טלפונים. הם הורכבו משכבות שונות של גיל, מין ורמת השכלה. במסגרת המחקר, שבחן ביצוע, חולקו המשימות לארבעה סוגים: (1) מיומנויות אינטרנט בסיסיות; (2) ניווט והתמצאות במרשתת; (3) איתור מידע; (4) שימוש במידע למטרות אישיות. שיעור ההצלחה הממוצע ירד לפי רמת המורכבות. במשימות מהסוג הראשון הצליחו הנבדקים למלא 73 אחוזים מהמשימות בממוצע. במשימות מהסוג האחרון הצליחו הנבדקים למלא בהצלחה רק 35 אחוזים מהמשימות, בממוצע (van Deursen and van Dijk 2011). במחקר שנערך בהולנד בשנת 2013 נעשתה הערכת אב"מ לפי ביצוע משימות במרשתת בפועל. במחקר השתתפו 31 חולים במחלות ראומטיות, בגילים 24-74. כמעט כל הנבדקים סיפרו בתחילת המחקר שחיפשו בעבר במרשתת חומר על מחלתם; כמעט כולם התקשו בכך. הקשיים השכיחים ביותר התבטאו בבחירת אסטרטגיות חיפוש ובהערכת הרלוונטיות והאמינות של המידע (van der Vaart et al. 2013).

ומה בישראל? בשנת 2009 נערך במימון המכון הלאומי לחקר מדיניות הבריאות סקר שנועד למפות שימוש במשאבים רפואיים אלקטרוניים של משתמשים ישראלים ולבחון פערים בין זמינותם ותוכנם של משאבים רפואיים אלקטרוניים ובין המיומנויות והצרכים של הלקוחות (בריינג'ן ונטר 2015). בסקר נמצא כי מחצית מהאוכלוסייה בישראל משתמשת במרשתת וכי שליש מהאוכלוסייה משתמשת במרשתת לצורכי בריאות. החוקרות מצאו גם

כי אוכלוסיות בעלות תחלואה כרונית גבוהה השתמשו במרשתת פחות, וכאשר השתמשו, עשו זאת באופן מושכל פחות והפיקו מכך פחות תועלת מאנשים צעירים ובריאים יותר, כלומר דווקא האנשים שנוקו למידע במידה הרבה ביותר התקשו יותר להשתמש במרשתת. החוקרות הסיקו שהאתרים הישראליים אינם מותאמים לרמת האב"מ של הגולשים. לדעתן, אתרי האינטרנט הישראליים מגדילים כך את הפערים בין קבוצות באוכלוסייה. תופעה זו נקראת "הפער הדיגיטלי" (Neter and Brainin 2012). סקר המשך של אותן חוקרות שנעשה כמה שנים אחר כך, הראה ששיעור המשתמשים במרשתת לצורכי בריאות עלה באותן שנים מכ-30 אחוזים לכ-50 אחוזים מהאוכלוסייה. הפער בין נשים לגברים נסגר, גם הפער בין יהודים לערבים לא היה גדול, אך בכל זאת האוכלוסייה המתבגרת (גיל 50 ומעלה) ואוכלוסיית החולים במחלות כרוניות התקשו להשתמש במרשתת למטרה זו (בריינין ונטר 2015).

איור 6: אוריינות בריאות מקוונת – טיפים לחיפוש במרשתת מטעם קופת חולים

חיפוש בריא: 5 כללי הזהב לחיפוש מידע רפואי ברשת

השפע העצום של מידע רפואי באינטרנט וברשתות החברתיות נותן למטופלים הדרכה וכלים להתמודדות, אך עלול גם לגרום לחרדה מיותרת או להטעה חמורה. איך מוודאים שהמידע מוסמך ועדכני? כלית מציגה: 5 כללי הזהב לחיפוש מידע אחראי ועיל ברשת

פורסם בראשונה: 10.07.2014
עדכון אחרון: 10.07.2014

צוות אתר כלית 



בקיצור

<p>1. כשאתם מחפשים מידע רפואי שימו לב: האם הוא מגיע מגורם מוסמך ואמין, והאם יש תן תקן שמעיד על כך.</p>	<p>2. בדקו מתי התוכן פורסם. אם הוא מלפני יותר מכמה חודשים הוא עלול להיות לא עדכני.</p>	<p>3. חפשו יותר ממקור מידע אחד, בדקו שאין סתירות בין המקורות, והתייעצו גם עם הרופאה או הרופא שלכם.</p>
---	---	---

מקור: http://www.clalit.co.il/he/medical/medical_checkups/Pages/safe_search.aspx

אוכלוסיית הקשישים מתאפיינת בא"ב ובאוריינות מחשב מצומצמות, והדבר מקשה עליה לתפקד בעידן ה־eHealth. במחקר שנערך בארצות הברית (Xie 2011) השתתפו 146 נבדקים בגילים 56-91. הם קיבלו הכשרה של שבועיים בשימוש באתר SeniorHealth.gov (דומה ל"מוטקה" הישראלית) לצורך איתור מידע אמין בנושאי בריאות. ההתערבות נערכה בספריות ציבוריות. נמצא כי הידע, המיומנויות והאב"מ של המשתתפים השתפרו מאוד לאחר ההכשרה. הנבדקים הציגו עמדות חיוביות ביותר כלפי ההתערבות ודיווחו כי בעקבות ההתערבות הם נעשו מעורבים יותר בטיפול הרפואי של עצמם. בישראל פועלת מאז שנת 2001 תוכנית להב"ה (לצמצום הפער הדיגיטלי בחברה הישראלית), ובה ניתנת הדרכה חינם בשימוש בטכנולוגיה מטעם משרד המדע.¹⁰ קופות החולים מדריכות פעם **צ"ל: מדי פעם בכמה חודשים** את מטופליהן בנוגע לחיפוש מידע בריאותי במרשתת (איור 6 לעיל).

סיכום ופתרונות אפשריים

מידע בנושאי בריאות יכול להיות מועבר במגוון אופנים. ההתמודדות עם המידע דורשת מהמטופל מיומנויות שונות: מיומנויות שפה, חישוב והסקת מסקנות, וכן תקשורת בין-אישית, שימוש בטכנולוגיה ועוד. נראה שקיים פער בין האופן שצוותים רפואיים נוהגים למסור מידע בריאותי ובין האופן שהמטופלים מבינים אותו ומשתמשים בו. כדי לגשר על הפער קיימות כמה גישות:

- בטווח הקרוב: להתאים את ההסברים (בעל פה, בכתב ובמרשתת) לרמת האוריינות הקיימת של קהל היעד, כלומר המטופלים.
- בטווח הבינוני: להכשיר את המטופלים בקצרה להעלאת הא"ב בתחומים מסוימים שרלוונטיים לחייהם, כגון סדנאות שימוש במרשתת למטרות בריאות לקשישים.
- בטווח הרחוק: להעלות את רמת האוריינות (ובכלל זה אוריינות דיגיטלית) של האוכלוסייה כולה.

רשימת המקורות

בריינין, א', וא' נטר, 2015. "מי משתמש במידע בריאותי מקוון בישראל של שנת 2014? האם הצטמצם הפער בהשוואה לשנת 2008?" כנס האיגוד הישראלי למערכות מידע ברפואה, תל אביב, יוני 2015.

דוח ועדת אלאוף, 2014. דוח הוועדה למלחמה בעוני בישראל, ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

לוינ-זמיר, ד', א' בראון-אפל וא' אלחיאני, 2013. "אוריינות בריאותית בישראל: מדידה, איפיונה והקשר בינה לבין מצב בריאות מדווחים, התנהגות בריאותית, שימוש/ניווט בשרותי בריאות

ומקורות של מידע בריאותי מדווחים: דוח מחקר", הוגש למכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות בישראל.

- Arcia A., *et al.*, 2016. "Sometimes More Is More: Iterative Participatory Design of Infographics for Engagement of Community Members with Varying Levels of Health Literacy," *JAMA* 23, pp. 174-183.
- Baker, D. W., *et al.*, 1999. "Development of a Brief Test to Measure Functional Health Literacy," *Patient Education and Counseling* 38, pp. 33-42.
- Baron-Epel, O., L. Balin, Z. Daniely, and S. Eidelman, 2007. "Validation of a Hebrew Health Literacy Test," *Patient Education and Counseling* 67, pp. 235-239.
- Berkman, N. D., S. L. Sheridan, K. E. Donahue, D. J. Halpern, and K. Crotty, 2011. "Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review," *Annals of Internal Medicine* 155, pp. 97-107.
- Bodenheimer T., 2018. "Teach-Back: A Simple Technique to Enhance Patients' Understanding," *Family Practice Management* 25, pp. 20-22.
- Dewalt, D. A., N. D. Berkman, S. Sheridan, K. N. Lohr, and M. P. Pignone, 2004. "Literacy and Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature," *Journal of General Internal Medicine* 19, pp. 1228-1239.
- Eng, T. R., 2001. *The e-Health Landscape: A Terrain Map of Emerging Information and Communication Technologies in Health and Health Care*, Princeton, NJ: The Robert Wood Johnson Foundation.
- Eysenbach, G., 2007. "Poverty, Human Development, and the Role of eHealth," *Journal of Medical Internet Research* 9(4), e34.
- Griffey, R. T., *et al.*, 2015. "The Impact of Teach-Back on Comprehension of Discharge Instructions and Satisfaction among Emergency Patients with Limited Health Literacy: A Randomized, Controlled Study," *Journal of Communication in Healthcare* 8, pp. 10-21.
- Kaufman, D. W., J. P. Kelly, D. R. Battista, *et al.*, 2016. "Relation of Health Literacy to Exceeding the Labeled Maximum Daily Dose of Acetaminophen," *American Journal of Preventive Medicine* 50, e183-190.
- Koo, L. W., *et al.*, 2016. "Nurse Practitioners' Use of Communication Techniques: Results of a Maryland Oral Health Literacy Survey," *PLoS One* 11, e0146545.
- Kreps A., and L. Neuhauser, 2010. "New Directions in eHealth Communication: Opportunities and Challenges," *Patient Education and Counseling* 78, pp. 329-336.
- Kutner, M., E. Greenberg, and J. Baer, 2005. *National Assessment of Adult Literacy (NAAL)*, Washington DC: US Department of Education.
- Levin-Zamir, D., S. Keret, O. Yaakovson, B. Lev, C. Kay, G. Verber, and N. Lieberman, 2011. "Refuah Shlema: A Cross-Cultural Programme for Promoting Communication and Health among Ethiopian Immigrants in the Primary Health Care Setting in Israel. Evidence and Lessons Learned from over a Decade of Implementation," *Global Health Promotion* 18, pp. 51-54.

- McCaffery, K. J., *et al.*, 2013. "Addressing Health Literacy in Patient Decision Aids," *BMC Medical Informatics and Decision Making* 13 (suppl. 1), S10, pp. 1-14.
- National Institute for Literacy, 1991. *National literacy Act 1991*.
- Neter, E., and E. Brainin, 2012. "eHealth Literacy: Extending the Digital Divide to the Realm of Health Information," *Journal of Medical Internet Research* 14(1), e19.
- Norman, C., 2011. "eHealth Literacy 2.0: Problems and Opportunities with an Evolving Concept," *Journal of Medical Internet Research* 13, e125.
- Norman, C. D., and H. A. Skinner, 2006. "eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World," *Journal of Medical Internet Research* 8, e9.
- Nutbeam D., 2000. "Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century," *Health Promotion International* 15, pp. 259-267.
- Parker, R. M., *et al.*, 1995. "The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patient's Health Literacy Skills," *Journal of General Internal Medicine* 10, pp. 537-541.
- Peerson, A., and M. Saunders, 2009. "Health Literacy Revisited: What Do We Mean and why Does It Matter?" *Health Promotion International* 24(3), pp. 285-296.
- Rudd, R. E., 2007. "Health Literacy Skills of U.S. Adults," *American Journal of Health Behavior* 31(suppl. 1), pp. S8-18.
- Schillinger, D., *et al.*, 2003. "Closing the Loop: Physician Communication with Diabetic Patients who Have Low Health Literacy," *Archives of Internal Medicine* 163, pp. 83-90.
- Sørensen, K., *et al.*, 2012. "Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models," *BMC Public Health* 12(1), pp. 1-13.
- van der Vaart, R., C. H. Drossaert, M. de Heus, E. Taal, M. A. van de Laar, 2013. "Measuring Actual eHealth Literacy among Patients with Rheumatic Diseases," *Journal of Medical Internet Research* 15(2), e27.
- van Deursen, A. J., and J. A. van Dijk, 2011. "Internet Skills Performance Tests: Are People Ready for eHealth?" *Journal of Medical Internet Research* 29, e35.
- Williams, M. V., *et al.*, 1998. "Relationship of Functional Health Literacy to Patient's Knowledge of Their Chronic Disease: A Study of Patients with Hypertension and Diabetes," *Archives of Internal Medicine* 158, pp. 166-172.
- Xie, B., 2011. "Effects of an eHealth Literacy Intervention for Older Adults," *Journal of Medical Internet Research* 13, e90.
- Zuckerman, B., 2009. "Promoting Early Literacy in Pediatric Practice: Twenty Years of Reach Out and Read," *Pediatrics* 124, pp. 1660-1665.