

# אתגרי העתיד של החינוך הרפואי

יוחנן בן בסט

המרכז לחקר מדיניות בריאות על שם סמוקלר, מכון מייסרס-ברוקדייל, ירושלים

על מצפוניות (conscientiousness) – אחריות, חתירה להישגים ומשמעת עצמית), אינטליגנציה רגשית (מעקב אחר רגשותיו של עצמי והאחר), ואמפתיה (הבנה והיענות לדאגותיו של אדם אחר). היתרונות של חיפוש כישורים לא אקדמיים במיון מועמדים נובעים בראש ובראשונה מכך שחיפוש זה עונה על הציפיות של חברי הפקולטה והחברה בכלל. שנית, בחינת תכונות לא אקדמיות מעידה על חזונה של הפקולטה. כיום, מספר גדול והולך של פקולטות לרפואה מסתייעות ב-SJT, ב-MMI וב-SCc במיון מועמדים. אפילו הולנד נטשה את מדיניות הקבלה המסורתית שלה המבוססת על הגרלה בין מועמדים, ואימצה קבלה ללימודי רפואה על בסיס ההערכות שנקבעו ב-SCs. בישראל, הפקולטה לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון מעריכה כישורים לא אקדמיים במהלך ראיון, ואילו יתר ארבע הפקולטות לרפואה עושות זאת באמצעות MMIs. מאידך, למאמץ לזהות כישורים לא אקדמיים מספר מגבלות. ראשית, כישורים לא אקדמיים קשים להגדרה, לזיהוי ולמדדה. גם לו היה ניתן להגדיר ולמדוד אותם, קיימים כ-80 כישורים כגון אלה [5]; אי אפשר לבדוק את כולם, והתמקדות על חלקם בלבד אינו ניתן להצדקה. גם לו ניתן היה לצמצם את מספר הכישורים, ספק אם הם קבועים או תלויי מצב [6]. גם לו היו קבועים, ספק אם משתני התוצאים הנמדדים במחקרי תיקוף (שיעורי נשירה, ציונים בקורסים למקצועיות, מיומנויות תקשורת, הערכות עמיתים ומדריכים קליניים) אכן משקפים את דמות הרופא הרצוי [7]. גם אם התוצאים האלה אכן משקפים את דמות הרופא הרצוי, המתאמים ביניהם לבין ההערכות של כישורים לא אקדמיים הם סביב 0.30 [8], כלומר, מנבאים פחות מ-10%–20% מהשונות בתוצאים, ומותירים מקום לשיעורים ניכרים של תוצאות חיוביות

במאמר זה מובאים שלושה אתגרים שלדעתי ימקדו את עניינם של מחנכים רפואיים בעתיד. אתגרים אלה הם שיטות המיון של המועמדים לפקולטות לרפואה (האם ניתן לזהות כישורים "לא אקדמיים" כגון חמלה ואוריינטציה חברתית?), סביבת הלמידה הקלינית (האם ההכשרה "ליד מיטת החולה" היא מיטבית גם היום?) ומשך ההכשרה הרפואית (האם היא ניתנת לקיצור?). אני מנסה לנמק את השערותיי כי במשך העשורים הבאים, ההערכה של כישורים "לא אקדמיים" במיון מועמדים לפקולטות לרפואה תהיה נתונה לבחינה ביקורתית חוזרת, ואולי גם תבוטל; כי המגבלות של סביבת הלמידה בבתי חולים יובילו להעברת ההכשרה הקלינית למרפאות בקהילה; וכי יעשה מאמץ לקצר את משך ההכשרה הרפואית על ידי פיצול תכנית הלימודים למסלולי קריירה נפרדים, כגון רפואה ראשונית בקהילה, מחקר ביו-רפואי ואבחון באמצעות בדיקות עזר, רפואה קלינית שניונית ושלישונית, ואפידמיולוגיה ובריאות הציבור.

סמך הישגים אקדמיים בעבר. בחלק מהפקולטות לרפואה, מנסה מדיניות הקבלה ליישב בין ערכים מתחרים, כגון בחירה על פי הישגים בלבד, או גם על פי מוצאם האתני ומעמדם החברתי-כלכלי של המועמדים, כדי לקדם גיוון ברקע התלמידים. רוב הפקולטות לרפואה גם מנסות לזהות ולבחור מועמדים בעלי כישורים שאינם אקדמיים, כגון חמלה ואוריינטציה חברתית. לאיתור מועמדים כאלה, מקיימות הפקולטות לרפואה ראיונות. עם זאת, סקירה שיטתית של הספרות משנת 2016 העלתה כי לראיונות אין את המהימנות והתוקף הנדרשים למיון קובע גורלות [4]. לעומת זאת, ראיונות קצרים (Multiple Mini-interviews, MMI), מבחני שיפוט מצביים (SJT), ומרכזי מיון (Selection Centers), היו יעילים יותר מראיונות וממכתבי המלצה, בעוד שהערך המנבא של תכונות אישיות (personality traits) לגבי ביצועי התלמידים במשך הכשרתם בפקולטות לרפואה לא היה אחיד [4]. ה-MMI הם סבבים הכוללים 10–12 תחנות, שבמהלכן מועמדים מבצעים מטלות קצרות, כגון שיחה עם חולה מדומה. ה-SJT הם תרחישים רפואיים היפותטיים שעליהם על המועמד להגיב. ה-SCs משלבים מבחנים בכתב, ראיונות ומטלות קצרות. מבחני אישיות מתמקדים

## הקדמה

העלייה בידע ובביטחנות טכנולוגיה בעשורים האחרונים גרמו, ועוד יגרמו, לשינויים בתוכניות ההוראה בפקולטות לרפואה. שלא כבעבר, היום מדגישות תוכניות אלה את היכולת לתקשר עם חולים ומשפחותיהם; לחפש מידע בזמן אמת; להשתמש במערכות תומכות החלטה; לגשר בין מחקר רפואי לבין קבלת החלטות שקולות מבחינה קלינית, כלכלית ואתית, ולהתמודד עם טעויות תוך השלמה שהן בלתי נמנעות, אם כי ניתנות לצמצום על ידי שיפור מערכת. במאמרים קודמים מניתי מספר סוגיות שנויות במחלוקת בחינוך הרפואי הנוגעות במיון המועמדים לפקולטות לרפואה, סביבת הלמידה הקלינית ומשך ההכשרה הקלינית [1–3]. במאמר זה אני מביא שלושה אתגרים שלדעתי ימקדו את עניינם של מחנכים רפואיים בעתיד: האם ניתן לזהות כישורים "לא אקדמיים"? האם ההכשרה "ליד מיטת החולה" היא מיטבית גם היום? והאם ניתן לקצר את ההכשרה הקלינית?

**מילות מפתח:** חינוך רפואי; מיון מועמדים לפקולטות לרפואה; מקצועיות רפואית; סביבת למידה; סבבים קליניים.

**Key words:** Medical education; Admissions to medical schools; Medical professionalism; Clinical clerkship rotations; learning environment.

## מיון מועמדים לפקולטות לרפואה

הפקולטות לרפואה בוחרות את הסטודנטים שלהן מבין מועמדים על

יש ראיות לכך שסטודנטים לרפואה אינם מתקדמים בהתפתחותם האפיסטמולוגית, בסובלנותם לאי ודאות, ובשיפוט המוסרי [13–15]. לעומתם, סטודנטים בתחומים לא רפואיים (מדעי החברה/אמנות/מדעי הרוח הנדסה ועסקים) מראים עלייה ברמתם האפיסטמולוגית במהלך לימודיהם, ורמת השיפוט המוסרי עולה במהלך הלימודים במכללות, במהלך ההכשרה לסייעוד, פיזיותרפיה ורוקחות [16–21]. הסבר אפשרי (שטרם הוכח כנכון) הוא סביבת הלמידה הקדחתנית של בתי החולים. בסביבה זו, התלמידים עשויים לסגת לנוחות שמספק קוד המבוסס על דיכוטומיה נכון/לא נכון, היררכיות, קונפורמיזם וחיקוי לא ביקורתי של מודלים להתנהגות.

המגבלות של הלמידה בבתי חולים הובילו כמה פקולטות לרפואה להציע סבבים קליניים בני 6–12 חודשים במרפאות בקהילה. במחקרים השוואתיים נמצאו תוצאים דומים של שני סוגי הסבבים, ולסטודנטים במרפאות מיומנויות תקשורת, הבנת ההיבטים הפסיכו-סוציאליים של המחלה וכושר התמודדות עם דילמות אתיות טובים יותר מאשר תלמידים בסבבים המסורתיים בבתי החולים [22,23]. ההוראה בקהילה חושפת את התלמידים לנושאים קליניים מגוונים. ההמשכיות ביחסי סטודנטים-מטופלים מסייעת לאמפתיה יותר מהיחסים קצרי הטווח עם מטופלים מאושפזים. יחסי סטודנטים-סגל במרפאות מאפשרים המשכיות חינוכית, היענות לצרכי למידה, מתן משוב והדרכה בחשיבה הקלינית [24]. יש לקוות כי סביבת הלמידה הפחות קדחתנית במרפאות תספק את המקור החשוב ביותר לתמיכה לתלמידים, והוא ההכרה כי הם אינם לבד בספקותיהם, שמדריכיהם חולקים את ספקותיהם, ושאי-ודאות היא חלק מהעשייה הקלינית, ואינה מעידה על חוסר יכולת. ואחרון, אם יחסי התלמיד – מורה אכן מעצבים את יחסיו העתידיים של התלמיד לחוליו [25,26], הרי שסביר להניח שלסביבת הלמידה במרפאות יש יתרון נוסף על זו בבתי החולים: המרפאות בקהילה מספקות סביבה קלינית שבה התלמיד מתקבל כעמית מהימן, ובה מחלוקות מיושבות על ידי דיון וכבוד הדדי, ולא על ידי התנצחות.

של פרט, לבין אדישות מוחלטת לאופן שבו הוא נתפס על ידי אחרים.

## סביבת הלמידה הקלינית

הכשרתם הקלינית של סטודנטים לרפואה חושפת אותם בעיקר לחולים מאושפזים. היום, בשונה מהעבר, לסביבת הלמידה בבית החולים שתי מגבלות. ראשית, רוב המאושפזים מאובחנים בקהילה או בחדר המיון, ולכן תלמידים מתמודדים רק לעיתים רחוקות בלבד עם אבחון. שנית, רוב המאושפזים זקוקים לטיפול דחוף (crisis intervention), וסטודנט לרפואה עשוי להשלים את הכשרתו מבלי להיחשף לחולים במחלות השכיחות בקהילה. יתרה מכך, יש ראיות לכך שסביבת הלמידה קשורה למצוקת הסטודנטים, ושהתפתחות כישוריהם המקצועיים (professionalism) נעצרת במהלך הכשרתם בפקולטות לרפואה [2,1].

מבין הכישורים המקצועיים שזוהו בעשורים האחרונים, התמקד המחקר על התפתחותם של הרפלקטיביות, הרמה האפיסטמולוגית, הסובלנות לאי-ודאות והשיפוט המוסרי במהלך ההכשרה הרפואית. "רפלקטיביות" היא היכולת לבחון את ההשפעה של התיאוריה על העשייה, ואת השפעת המשוב מהעשייה על התיאוריה [12]. "רמה אפיסטמולוגית" היא האופן שבו אדם מבין ומפרש ידע על הרצף מ"דואליות" (אמונה באמת אבסולוטית וחשיבה במונחים של נכון ושגוי), ל"רלטיביזם" (הכרה בהיעדרה של אמת מוחלטת ובאי-ודאות) ו"מחויבות ברלטיביזם" (אי-הוודאות משולבת בבחירה לאחר שקילת האלטרנטיבות תוך מודעות כי הבחירה עלולה להסתבר כשגויה בעתיד) [13]. "אי-הסבילות לאי-ודאות" היא נטייה לפרש מצבים מעורפלים כמקור לאיום [14]. "שיפוט מוסרי" נמדד על פי תגובת נבחנים לתרחישים לגבי מה הם חושבים המעשה הראוי ומדוע. המבחן מבדיל בין שלוש רמות התפתחות. הרמה הקדם-קונבנציונלית מתבטאת בדאגה לעצמי ובהימנעות מעונש. הרמה הקונבנציונלית מאופיינת בקונפורמיזם עם נורמות חברתיות. הרמה הפוסט-קונבנציונלית מאופיינת באימוץ עקרונות וערכים הנחשבים תקפים מעבר לנורמות חברתיות [13].

ושליליות שגויות. בנוסף, לכישורים לא אקדמיים רצויים יש "צד אפל" [6]. כך לדוגמה, קיים מיתאם שלילי בין מצפוניות לבין חדשנות ויצירתיות [9]; ואמפתיה מוגזמת קשורה לרגשות אשמה ודיכאון [10].

שנית, סביר להניח כי מועמדים שנדחו בגלל הישגים אקדמיים לא מספיקים יבינו את הסיבה לכישלונם. לא כך מועמדים שנדחו לאחר שכשלו לכאורה במבחנים לתכונות לא אקדמיות. התנסות כזאת עלולה להשפיע על ההערכה העצמית, במיוחד בהיעדר משוב. אינני מרגיש בנוח מכך שהמקצוע שאני עוסק בו, המונחה על ידי העיקרון "לא להזיק", אינו מתחשב בנזק שבנקיטת אמצעי קבלה שמטרתם לבחור מועמדים ראויים לכאורה.

שלישית, על תהליך הקבלה להיות בר-הגנה משפטית. למרות תמיכתה בכישורים הלא אקדמיים של הרופאים, ספק אם החברה תקבל את היעדרם של כישורים כאלה כסיבה לשלול ממועמד ספציפי את האפשרות להפוך לרופא. זאת, מפני הטיעון העיקרי נגד שימוש בתכונות לא אקדמיות במיון המועמדים לפקולטות לרפואה: החברה זקוקה לא רק לרופאים-קלינאים, אלא גם לרופאים העוסקים במחקר, מינהל, רפואה מונעת, בריאות הציבור ורפואה אבחונית. מסלולי קריירה שונים דורשים תכונות שונות. לדוגמה, חמלה חשובה לקלינאים, אבל פחות לרופאים עם התמחויות בעלות אוריינטציה טכנולוגית.

כיצד, אם כן, יכול החינוך הרפואי לקדם כישורים לא אקדמיים, שמעבר לתרומתם לכשירות המקצועית, חיוניים לכל בן תרבות ולרווחת החברה? קרוב לוודאי זה ייעשה פחות ופחות על ידי ברירה (סלקציה) בקבלה לפקולטות לרפואה, ויותר על ידי הערכה וייעוץ במהלך הכשרה רפואית. היועצים ידגישו עם ענווה ראויה את ערך הניבוי המוגבל של MMIs, SJTs, SCs ומבחני האישיות. הם יתייחסו גם ל"צדדים האפלים" של תכונות רצויות במטרה לזהות את המידה המיטבית של תכונות אלה המנבאות הן הצלחה מקצועית והן רווחה אישית. לדוגמה, אמפתיה מיטבית נמצאת בין חוסר מוחלט של רגשות למטופלים לבין מעורבות רגשית ללא גבולות; המודעות העצמית המיטבית היא בין עיסוק כפייתי במחשבותיו, מראהו וכישוריו

## לסיכום

ניסיתי לנמק את התחזית כי בעתיד, ההערכה של כישורים "לא אקדמיים" במיון מועמדים לפקולטות לרפואה תהיה נתונה לבחינה ביקורתית ואולי גם תבוטל; כי המגבלות של סביבת הלמידה בבתי חולים יובילו להעברת ההכשרה הקלינית למרפאות בקהילה; וכי ייעשה מאמץ לקצר את משך ההכשרה הקלינית על ידי פיצול תכנית הלימודים למסלולי קריירה נפרדים, כגון רפואה ראשונית, אבחון ומחקר רפואי, רפואה קלינית שניונית ושלשונית, ואפידמיולוגיה ובריאות הציבור. עם זאת, סיכוייהן של תחזיות אלה להתממש בעתיד הנראה לעין נמוכים. ראשית, הן מותירות שאלות רבות שלא נפתרו לגבי תכניות ההכשרה המדויקות של המסלולים השונים. שנית, הן סוטות בצורה קיצונית ממסורת בת 400 שנה של חינוך רפואי "ליד מיטת החולה".

### מחבר מכותב: יוחנן בן בסט

מרכז סמוקלר

לחקר מדיניות הבריאות

מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

ירושלים

טלפון: 02-6435332

דוא"ל: benbasat@jdc.org.il

מדעי ההתנהגות ולוונטיים לרופאי משפחה, אולם לא לפתולוגים.

מכאן הצורך בבחינה חוזרת של ההוראה בבתי הספר לרפואה במגמה להחליפה בתוכניות ממוקדות המיועדות להכשרה במקצועות ספציפיים. מסלולי הכשרה נפרדים קיימים כבר עתה במקצועות רפואיים כגון רפואת שיניים, רוקחות וסיעוד. כבר נטען כי "התמחויות כגון רפואת עיניים וקרדילוגיה ניתנות לגישה חינוכית שונה, כגון קורסים של שש שנים לאחר הבגרות", וכי "תוכניות משולבות (כגון MD-MBA ו-MD-MPH) עשויות לענות לצורך הגובר של מנהלים-רופאים" [29,28].

קיצור משך ההכשרה הרפואית יחייב את המועמדים לבחור באחד ממספר מסלולי קריירה. מסלול ה"רפואה קלינית שניונית ושלשונית" יכין את בוגריו להתמחויות בבתי החולים ומרפאות הייעוץ. המסלול "טיפול המשכי בחולה" יכין את בוגריו לרפואת משפחה, רפואת ילדים, רפואה פנימית כללית ופסיכיאטריה. מסלול ה"רפואת מעבדה, אבחון ומחקר ביר-רפואי" ישיב לצורך ברופאים במעבדות אבחון, כגון פתולוגיה, ביוכימיה או בקטרילוגיה/ וירולוגיה, או לקריירה של מחקר. מסלול ה"אפידמיולוגיה ובריאות הציבור" יכין את בוגריו לרמות ה-MPH או ה-MBA, לקראת קריירה באפידמיולוגיה, מנהל, בריאות הציבור ורפואה מונעת.

בעיקר: הסביבה הלימודית במרפאה רוגעת יותר מהסביבה של בית החולים ומותירה יותר זמן להרהור וחשיבה.

מחקרים בעתיד עשויים לבחון את ההשערה שסביבת בית החולים מונעת רכישת מקצועיות, על ידי השוואת ההתפתחות של השיפוט המוסרי וסובלנות של אי-ודאות בקרב סטודנטים שעברו את סבבים קליניים בבתי חולים לעומת סטודנטים שעברו סבבים כאלה במרפאות. עד כה, מחקר האורך היחיד שאני מכיר על התפתחותם של סטודנטים במרפאות בקהילה העלה עלייה בסובלנות לאי-ודאות [27].

## משך ההכשרה הקלינית

ההכשרה הקלינית ארוכה, איננה נענית לצורכי כוח האדם של החברה ומבוססת על הנחה שגויה. בצפון אמריקה ובאירופה, משך הלימודים בפקולטה לרפואה מסיום התיכון הוא כשבע שנים. בוגרי הפקולטות לרפואה אינם יכולים לטפל בחולה ללא השגחה וללא הכשרה של עד שבע שנות התמחות נוספת. מאז שנות החמישים יש מחסור ברופאי משפחה, ולאחרונה גם ברופאים בהתמחויות אחרות. נוסף לכל אלה, תוכניות הלימודים בפקולטות לרפואה מבוססות על ההנחה כי הן ולוונטיות לכל התמחות הרפואית בעתיד. הנחה זו שגויה. אנטומיה חשובה לרדיולוגים, אולם לא לאפידמיולוגים;

## ביבליוגרפיה

1. Benbassat J & Bauml R, Uncertainties in the selection of applicants for medical school. *Adv Hlt Sci Educ*, 2007; 12: 509-521.
2. Benbassat J, Hypothesis: the hospital learning environment impedes students' acquisition of reflectivity and medical professionalism. *Adv Hlt Sci Educ*, 2018; <https://doi.org/10.1007/s10459-018-9818-1>.
3. Benbassat J & Bauml R, Expected benefits of streamlining undergraduate medical education by early commitment to specific medical specialties. *Adv Hlt Sci Educ*, 2012; 17:145-155.
4. Patterson F, Knight A, Dowell J & al, How effective are selection methods in medical education? A systematic review. *Med Educ*, 2016; 50: 36-60.
5. Koenig TW, Parrish SK, Terregino CA & al, Core Personal Competencies Important to Entering Students' Success in Medical School: What Are They and How Could They Be Assessed Early in the Admission Process? *Acad Med*, 2013; 88: 603-613.
6. Ferguson E & Lievens F, Future directions in personality, occupational and medical selection: Myths, misunderstandings, measurement, and suggestions. *Adv Hlt Sci Educ*, 2017; 22: 387-399.
7. Patterson F, Cleland J & Cousans F, Selection methods in healthcare professions: where are we now and where next? *Adv Hlt Sci Educ*, 2017; 22: 229-242.
8. Hojat M, Assessments of empathy in medical school admissions: what additional evidence is needed? *Intern J Med Educ*, 2014; 5: 7-10.
9. Patterson F & Zibarras LD, Selecting for creativity and innovation potential: Implications for practice in healthcare education. *Adv Hlt Sci Educ*, 2017; 22: 417-428.
10. Tone EB & Tully EC, Empathy as a "risky strength": a multilevel examination of empathy

- and risk for internalizing disorders. *Dev Psychopathol* 2014; 26: 1547-1565.
11. Tackett S, Wright S, Lubin R & al, International study of medical school learning environments and their relationship with student well-being and empathy. *Med Educ*, 2017; 51: 280-289.
  12. Schon D, *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass (1987).
  13. Chalmers P, Dunngalvin A & Shorten G, Reflective ability and moral reasoning in final year medical students: A semi-qualitative cohort study. *Medical Teacher*, 2011; 33, e281-e289.
  14. Hancock J, Roberts ML, Monrouxe L & Mattick K, Medical student and junior doctors' tolerance of ambiguity: development of a new scale. *Adv Hlt Sci Educ*, 2015; 20: 113-130.
  15. Murrell VS, The failure of medical education to develop moral reasoning in medical students. *Intern J Med Educ*, 2014; 5: 219-225.
  16. Jehng JC, Johnson SD & Anderson RC, Schooling and Students Epistemological Beliefs about Learning. *Contemp Educ Psychology*, 1993; 18: 23-35.
  17. Wise JC, Lee SH, Litzinger T & al, A Report on a Four-Year Longitudinal Study of Intellectual Development of Engineering Undergraduates. *Journal of Adult Development*, 2004; 11: 103-110.
  18. King PM & Mayhew MJ, Moral judgement development in higher education: Insights from the defining issues test. *Journal of Moral Education*, 2002; 31: 247-270.
  19. Duckett L, Rowan M, Ryden M & al, Progress in the moral reasoning of baccalaureate nursing students between program entry and exit. *Nursing Research*, 1997; 46: 222-229.
  20. Geddes EL, Salvatori P & Eva KW, Does moral judgement improve in occupational therapy and physiotherapy students over the course of their pre-licensure training? *Learning in Health and Social Care*, 2009; 8: 92-102.
  21. Gallagher CT, Assessment of levels of moral reasoning in pharmacy students at different stages of the undergraduate curriculum. *International Journal of Pharmacy Practice*, 2011; 19: 374-380.
  22. Walters L, Greenhil J, Richards J & al, Outcomes of longitudinal integrated clinical placements for students, clinicians and society. *Med Educ*, 2012; 46: 1028-1041.
  23. Teherani A, Irby DM & Loeser H, Outcomes of Different Clerkship Models: Longitudinal Integrated, Hybrid, and Block. *Acad Med*, 2013; 88: 35-43.
  24. Snow SC, Gong J & Adams JE, Faculty experience and engagement in a longitudinal integrated clerkship. *Medical Teacher*, 2017; 39: 527-534.
  25. Donetto S, Medical students' views of power in doctor-patient interactions: the value of teacher-learner relationships. *Med Educ*, 2010; 44: 187-196.
  26. Meirovich A, Ber R, Moore M & Rotschild A, Student-centered tutoring as a model for patient-centeredness and empathy. *Adv Med Educ Practice*, 2016; 7: 423-428.
  27. Han PK, Schupack D, Daggett S & al, Temporal changes in tolerance of uncertainty among medical students: insights from an exploratory study. *Medical Education Online*, 2015; 20: 282-285.
  28. Van Niekerk JP, In favor of shorter medical training. *S Afr Med J*. 2009; 99: 69.
  29. Coulehan J & Williams PC, Vanquishing virtue: the impact of medical education. *Acad Med* 2001; 76: 598-605.

כרוניקה

## צריכת יוד ממוצרי חלב בישראל- נתונים מתוך סקר מצב בריאות ותזונה לאומי



בהתבסס על נתונים אלה מתוך סקר מב"ת, הוערכה ההתפלגות של צריכת יוד מחלב ומוצריו באוכלוסייה הבוגרת בישראל. תוצאות המחקר העלו, כי החלב בישראל עשיר ביוד (ריכוז ממוצע של 22 מק"ג ל-100 ג' מוצרי חלב). עם זאת, צריכת חלב ומוצריו נמוכה בקרב מבוגרים בישראל, ועל כן צריכת היוד הממוצעת ממקור של מוצרי חלב עומדת על 34 מק"ג ליום בלבד (צריכה חציונית של 23 מק"ג ליום), ומהווה 22% בלבד מהצריכה היומית המומלצת על פי ה-RDA (Recommended Daily Allowance). צריכת היוד הממוצעת ממקור חלבי הייתה אף נמוכה יותר בקרב אנשים ממעמד כלכלי נמוך, בגברים לעומת נשים ובערבים. החוקרים מסכמים כי מוצרי חלב בישראל עשירים ביוד, ובעלי פוטנציאל למניעת חסר ביוד באוכלוסייה בישראל אם ייצרכו בכמויות גדולות יותר. (Ovadia et al. Thyroid. 2018 Jun 1. doi: 10.1089/thy.2017.0654)

שרית עטיה

חלב הוא מקור תזונתי עיקרי ליוד. מאחר שתכולת היוד בחלב ומוצריו ומידת צריכתם של מוצרי החלב על ידי האוכלוסייה, עשויות להשתנות באופן משמעותי לאורך זמן, חשוב להעריך באופן סדיר. ההערכה הסדירה חשובה לשם קבלת אומדן נכון באשר לתרומה של מוצרי החלב לצריכת היוד, ולשם קביעת המלצות תזונתיות למניעת חסר ביוד באוכלוסייה. מתוך נתוני סקר מב"ת האחרון נמצא כי בקרב האוכלוסייה בישראל קיים חסר מתון ביוד. אחת ההשערות הייתה כי חסר זה עשוי לנבוע משינויים בתכולת היוד במוצרי החלב בישראל.

לנוכח זאת, מטרת המחקר הייתה לקבוע את תכולת היוד במוצרי חלב ישראלים ולהעריך את צריכת היוד ממקור של מוצרי חלב בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל. נבחרו 33 מוצרי חלב (אשר מהווים 89% ממוצרי החלב הנצרכים על ידי האוכלוסייה בישראל על פי נתוני סקר מב"ת) ונבדקה בהם תכולת היוד.