



עם השדה

כתב עת בנושא ילדים, נוער וצעירים
במצבי סיכון ובני משפחותיהם

100
שנים

ג'וינט ישראל אשלים | מרכז העשייה | JDC | 

גיליון 13 | מאי 2014

עם השדה

כתב עת בנושא ילדים, נוער וצעירים
במצבי סיכון ובני משפחותיהם

Mayda Peer Learning Programs and educational activities are being provided by a generous gift of the **Ken and Erika Witover Family**
Oyster Bay Cove, New York

עם השדה

כתב העת של אשלים
מרכז ידע ולמידה אשלים
גיליון מס' 13, מרץ 2013

הועדה להוצאה לאור, אשלים
איציק זהבי
טוביה מנדלסון
ד"ר ענת פסטה-שוברט
אושרית שבת

עורכת ראשית
עריכה לשונית
עיצוב גרפי והפקה
מזכירת המערכת
מנהל הוצאה לאור
כתובת המערכת
דוא"ל

ד"ר ענת פסטה-שוברט
גילת עירון בהר
דפוס איילון
אושרית שבת
טוביה מנדלסון
אשלים גבעת ג'וינט ת"ד 3489
ירושלים 91034
oshritg@jdc.org.il



מרכז ידע ולמידה אשלים

© כל הזכויות שמורות

www.ashalim.org.il

תהליך הגשת מאמרים לעט השדה

"עט השדה" הוא כתב עת בהוצאת אשלים-ג'וינט בנושא ילדים ונוער במצבי סיכון ובני משפחותיהם. כתב העת יוצא לאור פעמיים בשנה ומפורסמים בו מאמרים עיוניים ומחקרים במגוון נושאים ותחומים מקצועיים הנוגעים לפיתוח, ללמידה ולמחקר על מצבי סיכון והדרה שונים. המערכת מקבלת מאמרים מחוקרים, מאנשי מקצוע ומכותבים ממגוון תחומים ושדות מקצועיים. אנחנו נותנים במה גם למאמרים מתורגמים לעברית של כותבים ישראליים ובינלאומיים שפורסמו במרחב מקוון או בכתבי עת בחוץ לארץ וטרם קיבלו חשיפה בישראל. המאמרים המוגשים אלינו עוברים תהליך של הערכה ובחינה על ידי הצוות המקצועי ממרכז ידע אשלים. תהליך זה עשוי להימשך חודשים מספר. בסופו של התהליך אנחנו מודיעים על החלטתנו בדבר פרסום התוכן ב"עט השדה".

כללי ההגשה של טיוטת המאמר

- ♦ המאמר יכיל 15 עמודים מודפסים לכל היותר ויוגש למערכת בקובץ word.
 - ♦ המאמר מודפס בגופן דוד 12 בעברית ובגופן arial 12 באנגלית.
 - ♦ רווח בין השורות שורה וחצי, טקסט מיושר לשני צדדים ומרווח בין הפסקאות 6 (לפני ואחרי).
 - ♦ המאמר יועבר אלינו באמצעות כתובת הדואר האלקטרוני lemida@jdc.org.il חמישה חודשים לפני פרסום כתב העת (בתחילת החודשים אפריל ואוקטובר בהתאמה).
 - ♦ יצוינו בעמוד נפרד שם המחבר, תפקידו, מקום עבודתו ופרטי התקשרות (מס' טלפון ודוא"ל).
 - ♦ שמות מחברים לועזיים הנזכרים בגוף המאמר ייכתבו בתעתיק לעברית, ובסוגריים ייכתבו השמות בלועזית ושנת הפרסום.
 - ♦ כל ההפניות במאמר יסודרו לפי א"ב של שמות המחברים - תחילה בעברית ואחר כך בלועזית. כמו כן תצוין רשימת מקורות מלאה בסוף הטיוטה המוגשת (רשימה זו תתפרסם בעותק האלקטרוני של כתב העת, באתר האינטרנט של אשלים).
 - ♦ כשיש שני מחברים לפריט, שניהם יוזכרו בכל ההפניות. ארבעה או חמישה מחברים מוזכרים כולם בהפניה ראשונה, ומן ההפניה השנייה ואילך ייכתב שם המחבר הראשון בתוספת "ועמיתים" (et al). כבר בהפניה ראשונה.
- הערה חשובה: מרכז ידע ולמידה אשלים שומר לעצמו את הזכות להכניס תיקוני עריכה וסגנון. מאמר שלא יעמוד בכללים יוחזר למחבר והוא יתבקש להתאימו אליהם. כמו כן, כותבי מאמרים מקבלים תדפיסים אלקטרוניים של מאמריהם לאישור הסופי.

אופן רישום המקורות

ספר:

שם משפחה, שם פרטי, ושם משפחה, שם פרטי. (שנה). שם הספר. מקום הוצאה: שם ההוצאה לאור.

כתב עת:

שם משפחה, שם פרטי. (שנה). שם המאמר. שם כתב-העת מספר כרך (מספר החוברת), עמודים.

פרק בתוך ספר ערוך: שם משפחה, שם פרטי, ו-שם משפחה, שם פרטי. (שנה). שם הפרק. בתוך: שם העורך (עורך הסדרה) ו-שם העורך (עורך הכרך), שם הסדרה: מספר הכרך. שם הכרך בסדרה. (מהד', עמ'). מקום ההוצאה: שם ההוצאה לאור.

מקור ממרחב מקוון:

שם משפחה, שם פרטי, (שנה), כותרת, [גרסה אלקטרונית], שם אתר האינטרנט, תאריך, קישור.

תוכן עניינים

על הכותבים

הקדמה

11. איציק זהבי, מ"מ מנכ"ל אשלים

מבוא

12. שיח עמיתים: אתגרים במרחבי הפיתוח והעשייה בעולם החברתי
ד"ר ענת פסטה-שוברט

שיח עמיתים

15. השפעה קולקטיבית וחינוך בגיל הרך
גרג לנדסמן, מליסה מק'קוי ולי טאמי

27. קידום בריאות האם והילד - לאן פנינו?
ד"ר ורד קאופמן-שריקי, ד"ר ענת פסטה-שוברט

34. אופטימיזציה של הבריאות בגיל הרך
ד"ר מיץ' בלייר

51. המעבר להורות כגורם דחק משמעותי בקרב מבוגרים פגיעים: הצורך בעבודה
משותפת של פסיכיאטר ילדים ופסיכיאטר מבוגרים
ד"ר מירי קרן, פרופ' אנטוני גואדניי, פרופ' שמואל טיאנו

יומן שדה

58. על הורות, אורח חיים בריא ומה שביניהם - ריאיון עם פרופ' מרי רודולף
נועה בן-דוד

67. חינוך טרום-לידה - השקעה ששווה חיים!
מירב שרייבר

76. "ילד חכם יותר" - למה הוא רלוונטי גם אחרי 30 שנה: המלצה על ספרה של פנינה קליין,
"ילד חכם יותר: הגמשה שכלית בגיל הרך", אוניברסיטת בר-אילן, 1985

76. רבקה ארידן

79. תינוקות על זמן שאול - סיכוי וסיכון במערכות היחסים בין הורה לילדו
ד"ר חנה קמינר

על הכותבים

ענת פסטה-שוברט:

מנהלת את מרכז הידע והלמידה של אשלים - בית מקצועי בין-תחומי עבור כלל אנשי המקצוע מתחומי דעת שונים העוסקים בשדה העשייה של ילדים, נוער וצעירים במצבי סיכון ובני משפחותיהם. לפני עבודתה בג'וינט עסקה בהוראה באוניברסיטאות ובמכללות ופרסמה מאמרים בכתבי עת אקדמיים. בעלת תואר דוקטור בסוציולוגיה של החינוך מהאוניברסיטה העברית בירושלים, השתלמה ב-Leslie College in Boston, Massachusetts, והשלימה את הפוסט-דוקטורט שלה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

גרג לנדסמן:

מנכ"ל Strive Partnership בארצות הברית, קבוצת ארגונים חינוכיים של ספקים ומממנים מקומיים הפועלת לשיפור הישגים אקדמיים בכל טווח הרצף החינוכי. הקבוצה פועלת לשיפור המוכנות לגני ילדים, להערכת הישגים, להגדלת שיעור הנרשמים ללימודים במוסדות להשכלה גבוהה במקומות שונים באוהיו ולהגדלת שיעור הבוגרים.

ורד קאופמן-שריקי:

דיאטנית קלינית ואפידמיולוגית (Ph.D., M.Sc., R.D). בתכנית פוסט-דוקטורט במרכז לחקר בריאות בקרב אוכלוסיות בסיכון ואי-שוויון בבריאות בטורונטו שבקנדה. עבודת המחקר שלה מתמקדת בבריאות האם והילד, באוכלוסיות בסיכון תזונתי ובהערכת תכניות התערבות לקידום בריאות אוכלוסיות במצבי סיכון.

מיץ בלייר:

יועץ, רופא ילדים ומומחה לבריאות הילד בבית החולים "נורת'וויק פארק" בהארו, בריטניה. בעל רקע בחינוך רפואי ובאפידמיולוגיה וחוקר בתחום שירותי הבריאות - תכניות מניעה ורפואה משלימה בקרב ילדים. מנהל קבוצה רב-תחומית המפתחת אמצעי למידה אלקטרוניים עבור משרד הבריאות הבריטי.

מירי קרן:

פסיכיאטרית ילדים ונוער, מנהלת היחידה לגיל הינקות במרכז לבריאות הנפש גהה; ליוותה את הקמתן של שבע היחידות לגיל הינקות בארץ. מרצה בפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר באוניברסיטת תל-אביב; ראש הקורס לפסיכיאטריה של הגיל הרך; נשיאת האיגוד העולמי לבריאות הנפש של התינוק (WAIMH). הקימה את הסניף הישראלי של האיגוד.

אנטוני גואדניי:

פסיכיאטר ילדים ונוער, פרופסור לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר באוניברסיטת דניס דידרו פריז, בבית החולים בישא-קלוד ברנארד, לשעבר נשיא WAIMH.

שמואל טיאנו:

פרופסור אמריטוס בפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר באוניברסיטת תל-אביב. לשעבר יו"ר איגוד הפסיכיאטרים העולמי ויו"ר עמותת TAMAR לתינוקות במצוקה רגשית, ועמד בראש התכנית הלאומית של הקמת היחידות לבריאות הנפש של התינוק.

נועה בן-דוד:

ראש היחידה לגיל הרך בג'וינט אשלים. עובדת סוציאלית במקצועה ומנחת קבוצות. החלה את דרכה בג'וינט כמנהלת הדרכה להכשרת כוח אדם מוביל בשירותים החברתיים באלכ"א. בשנת 2000 הקימה את תכנית PACT ברמלה וברחובות, ובשנת 2007 התמנתה למנהלת "התחלה טובה" בתכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון 360° , שם ריכזה את הוועדה לפיתוח המודל הבין-משרדי למרכזי גיל רך. כראש היחידה מובילה עם הצוות פיתוח תכניות מרכזיות עבור מסגרות חינוך בחברה החרדית והערבית, תכניות בנושא הורים והורות בגיל הרך וקידום תפיסה יישובית לעבודה מערכתית בגיל הרך. עובדת סוציאלית במקצועה.

מירב שרייבר:

תרפיסטית מוסמכת בהבעה וביצירה, בעלת 15 שנות ניסיון בהדרכה ובהנחה קבוצתית ופרטנית של ילדים, בני נוער, מבוגרים ומשפחות; טיפול בבעיות התנהגותיות, חברתיות, מוטוריות ורגשיות. בעלת B.A. בקולנוע מטעם אוניברסיטת תל-אביב. בוגרת לימודי תעודה בתרפיה בתנועה ובאמנות במכללת בית-ברל. מנחת Family Constellations על פי שיטתו של ברט הלינגר. מדריכת הורים מוסמכת בחינוך טרום-לידה מטעם ANPEP, העמותה האיטלקית לפסיכולוגיה וחינוך פרה-נטאל. כיום לומדת בארצות הברית בבית הספר Ridhwan לפסיכולוגיה טרנס-פרסונלית וקשיבות (מיינדרפולנס). באיטליה הייתה מעורבת בהקמת עמותת "שלמא" שמטרתה פיתוח וארגון של קורסים למודעות עצמית במערכות יחסים - מיחסי העובר עם אמו ועד ליחסים בין דתות, ושימשה סגנית העמותה.

רבקה ארידן:

ראש תחום גיל הינקות, עולים וחרדים ביחידה לגיל הרך בג'וינט-אשלים. החלה את עבודתה בג'וינט ב-1998 כרכזת תכנית PACT - Parents And Children Together. במסגרת התפקיד פיתחה תפיסת מעורבות בגיל הרך בגישה רב-תרבותית המותאמת למשפחות בקרב עולים יוצא אתיופיה בבאר שבע. התכנית התפתחה ליישובים נוספים בדרום ואחר כך הופצה בארץ בכלל. מפתחת תכניות חדשניות, מותאמות תרבות לאוכלוסיות עולים, מגזר חרדי, עוסקת בפיתוח תפיסה מערכתית, שירותים ותכניות לגילאי לידה עד שלוש.

חנה קמינר:

פסיכולוגית קלינית והתפתחותית בכירה וחינוכית מומחית. מנהלת התחנה לטיפול פסיכולוגי התפתחותי בתחנה לטיפול בגיל הרך; שותפה בהקמת מרכז מילמן לילדים על רצף האוטיות ובניהולו; מדריכה בבית ספר לפסיכותרפיה במסלול ילד ונוער; מרצה ומדריכה בתחום הטיפול הדיאדי. בעבר עסקה בניהול העמותה לבריאות הנפש של התינוק והייתה שותפה בהקמת האגודה לטיפול הורה-ילד ובניהולה.

הקדמה

איציק זהבי, מ"מ מנכ"ל אשלים

ג'וינט-אשלים, העוסקת בתכנון ובפיתוח שירותים למען ילדים, בני נוער וצעירים במצבי סיכון, מבינה את הצורך להעלות לסדר היום את חשיבות העיסוק בגילאי לידה עד שלוש - גיל הינקות. גיליון זה של "עט השדה", המוקדש כולו לגיל הינקות, מחבר בין הפרקטיקה לבין התיאוריה ומציג עושר של נושאים רלוונטיים, כגון הצורך בתכנון התערבות על הרצף שבין מניעה לטיפול, חשיבות עבודה עם הורים, הצורך בהכשרת אנשי מקצוע במסגרות לגיל הרך ובניית מדיניות כוללת לעבודה בגילאים אלו.

הקריאה של אנשי מחקר, חינוך וקובעי מדיניות להסתכלות רחבה על גיל הינקות, כבר מתקופת ההיריון, מצביעה על הצורך בפעולה בנושאים כמו איתור מוקדם של מצבי סיכון, הקפדה על אורח חיים בריא, השתייכות לקהילה ועוד. לפיכך, אשלים מייחסת חשיבות רבה ללמידה, לליווי ולהערכה של תכניות בפיתוח המכוונים לזיהוי צרכים וכן להצעת מודלים חדשניים, הכשרות והדרכות לאנשי מקצוע מקהילות תרבותיות וגיאוגרפיות שונות.

תודתנו נתונה לשותפים בממשלה, ברשויות המקומיות, באוניברסיטאות השונות, בארגוני הנשים; לאנשי המקצוע בשדה ולאנשי המקצוע ביחידת הגיל הרך - על החזון, על העשייה ועל קידום העיסוק בגיל הינקות. תודה מיוחדת לצוות מרכז ידע ולמידה אשלים על הפקת גיליון מיוחד זה.

שיח עמיתים: אתגרים במרחבי הפיתוח והעשייה בעולם החברתי

ד"ר ענת פסטה-שוברט

עמותת אשלים רואה חשיבות רבה בקידום שיח מקצועי כחלק מהדיון הכולל בדרכים לפיתוח אפיקי למידה בקרב אנשי מקצוע העובדים עם ילדים, בני נוער וצעירים במצבי סיכון ועם בני משפחותיהם. הגיליון הנוכחי מתמקד בשיח מקצועי בנושא הגיל הרך בכלל ובגיל הינקות בפרט ונותן במה ללמידה מקרוב וללמידה מרחוק: למידה מקרוב במובן של הקשבה לאמירות מקצועיות של מומחים מהארץ על חשיבות העיסוק בגיל הינקות ובטרום-לידה, ולמידה מרחוק בהקשר של למידת מודלים ודרכי פעולה מהעולם לקידום עבודה מיטבית עם פעוטות, הוריהם ואנשי מקצוע.

רבות נכתב על חשיבות ההשקעה בגיל הרך - על הזכות להתחלה מיטבית ועל חשיבות ההשקעה בשנות הילדות המוקדמות כמפתח ליציאה ממעגל העוני, וכשער להזדמנות ללמידה והתפתחות תקינה. זאת נוסף על תועלות חברתיות וכלכליות לפרט, למשפחה ולחברה. אתגרים אלו מחייבים עבודה מערכתית, בניית שותפויות וראייה אינטגרטיבית והוליסטית כפלטפורמה לקידום שינוי בקרב ילדים בגיל הרך החיים במצבי סיכון מורכבים, הוריהם ואנשי מקצוע העובדים איתם. יש לכך כמה הנחות מוצא. ראשית, במקרים אלו לא די בהתערבות ממוקדת בפעולה אחת עבור הילדים לבד, אלא יש צורך לעבוד עם הוריהם כבר בשלבים הטרום-הריוניים; שנית, נדרשת התערבות גם בהכשרה של אנשי מקצוע רלוונטיים לגילאים הרכים ובקידום התפתחותם המקצועית; חיוק מעונות יום ושמירה על רמת איכות מקצועית גבוהה; וככלל, קידום מגוון התערבויות מסונכרנות כדי לחולל שינוי משמעותי, ארוך טווח ומעמיק. על כל אלה ועוד ירחב בגיליון הנוכחי.

בחלק הראשון, שיח עמיתים, נפרוס בפניכם ידע מכמה מומחים בתחום של עבודה בגיל הרך בכלל וגילאי לידה-שלוש בפרט. בחלק זה של הגיליון נענות שאלות מרכזיות תוך חיבור בין התיאוריה לפרקטיקה: איך ומדוע נכון לקדם שינוי משמעותי בקרב ילדים בגיל הרך - המקרה של ארצות הברית; ומה צריך לעשות כדי לקדם שינוי משמעותי בתחום הבריאות בקרב ילדים בגיל הינקות - המקרה של אנגליה. חשיבותן של שאלות אלו באה לידי ביטוי בשני מאמרים נוספים: אתגרי ההורות מנקודת מבט ישראלית של בריאות הנפש, וסקירה קצרה של חשיבות המבט האינטגרטיבי לקידום בריאות האם והילד בצפון אמריקה ובקנדה.

הגיליון נפתח במאמרו של גרג לנדסמן, מנכ"ל שותפות סטרייב (Strive Partnership) בסניסנט, אהיו שבארצות הברית, המשקף את הגישה החדשנית ביותר בקידום שינוי חברתי בקהילות במצבי סיכון ברחבי העולם. לדבריו, מבט על העשייה החינוכית בקהילות ברחבי העולם חושף רמות שונות של הצלחה מקצועית בלתי רגילה, כיסים של בינוניות, וכמובן גם הדים לכישלונות. לנדסמן טוען כי במשך עשורים רבים היו אלו בעיקר תוצאות בינוניות וחוויות של כישלון שהדירו שינה מעיניהם של מעצבי מדיניות בתחום החינוך, מנהיגים מקומיים, הורים ובעלי עניין נוספים. הוא מוסיף וטוען כי אף שאין תרופת פלא למיגור תוצאות בינוניות או כושלות בחינוך, מודל ההשפעה הקולקטיבית מצליח לקדם שינוי משמעותי בקרב קהילות רבות ולהגיע לתוצאות טובות יותר בנקודות שבהן אחרים ממשיכים להיכשל. במאמר זה עומד המודל למבחן בהקשר של חשיבות עבודה מערכתית בגיל הרך בכלל ובגיל הינקות בפרט.

במאמר השני מתוארות בקצרה החשיבות והחדשנות של קידום בריאות האם והילד בצפון אמריקה. ד"ר ורד קאופמן-שריקי וד"ר ענת פסטה-שוברט סוקרות בקצרה את המגמות החדשניות בתחום התיאוריה, המדיניות והפרקטיקה באמצעות שתי פריזמות מרכזיות - זו ההתפתחותית וזו המערכתית. הראשונה מתמקדת בבריאות האם עוד בתקופת הטרם-הריון, ואילו השנייה מדגישה את הצורך לעבור מהשפעה בתחום פעולה בודד להשפעה קולקטיבית. זאת תוך למידה והכשרה מקצועית מתמדת לצד הובלה ומנהיגות של תכניות התערבות מערכתיות במצבים מורכבים. מאמר זה מחזק את הגישה של השפעה קולקטיבית כפי שהיא נדונה בהרחבה במאמר הראשון.

המאמר השלישי, של פרופ' מיץ' בלייר מלונדון באנגליה, רופא ילדים ומומחה בתחום בריאות ילדים, לוקח את הקוראים צעד נוסף בדיון ומתמקד בחשיבות הראייה המערכתית והראייה המשותפת בכל הנוגע לקביעת מדיניות בכלל ובתחום מערכות הבריאות בגיל הרך בפרט. בלייר מצביע על ההכרח ביצירת רצף של מדיניות והסתכלות מערכתית בין-ארגונית ובין-משרדית. במאמרו הוא סוקר את השינויים שחלו בקידום בריאות בגיל הרך באנגליה, תוך שהוא מדגיש את חשיבות ההשקעה במניעה ובריאות כוללת כדי לקדם שינוי משמעותי באיכות חייהם של הילדים בגילאים הרכים.

המאמר הרביעי, שכתבו ד"ר מירי קרן, מנהלת היחידה לגיל הינקות במרכז לבריאות הנפש גהה ונשיאת האיגוד העולמי לבריאות הנפש של התינוק (WAIMH), פרופ' אנטוני גואדאניי ופרופ' שמואל טיאנו, מעביר את הקוראים מראייה כוללת לעיסוק בנושא חשוב לכשעצמו - המעבר להורות. עוד קודם לעיסוק באתגרי תפקיד ההורים בגידול ילדיהם, מתמקדים הכותבים באתגרים עת המעבר לתפקיד זה. זאת ועוד, החוקרים מציפים את החיבור בין בריאותם הנפשית של ההורים לבין מצבם ההתפתחותי של ילדיהם בגיל הרך ושל תינוקות בפרט. הדיון בסוגיה זו חושף בפני הקוראים את האתגרים המורכבים של הולדה והורות מצד אחד, ואת הצורך במודעות וברגישות גבוהה של אנשי מקצוע מצד אחר - לא רק מתן מענה לבריאות הנפש של האם, אלא גם מתן תשומת לב מקצועית לדפוסי ההתקשרות אם-תינוק.

בחלקו השני של הגיליון, יומן שדה, מובאים רשמים של אנשי מקצוע. בחלק זה ארבעה מאמרים מנקודות מבט אישיות ומקצועיות של אנשי מקצוע - חינוך טרום-לידה; הורות ואורח חיים בריא; סיכוי וסיכון ביחסי הורה-ילד; ושאלת מיליון הדולר - האם אהבה מספיקה.

במאמר הראשון מוצגים דברים שאמרה פרופ' מירי רודולף, ראש בריאות הציבור, הפקולטה לרפואה בגליל של אוניברסיטת בר-אילן, בריאיון שערכה נועה בן-דוד, ראש היחידה לגיל הרך בג'וינט-אשלים.

במאמר השני מוצגת המגמה הרווחת היום בכל הקשור לפדגוגיה החדשנית של חינוך טרום-לידה. במאמר זה סוקרת מירב שרייבר את החשיבות בהיכרות עם מגמה חדשנית של מתן דגש לחיי העובר טרם לידתו, של הכנה האישית להורות ושל הקשר בין השניים על התפתחות מיטבית של היילוד. בחיבור בין התיאוריה לפרקטיקה מאפשרת לנו הכותבת הצצה לחוויותיה האישיות עת השתתפה בהכשרה למנחי קורס "חינוך טרום-לידה".

המאמר השלישי מזמין אותנו להבין את ה"אי-התיישנות" החלה על כתיבה ומחקר בתחום של גידול ילדים בכלל, ושל הורה-ילד בפרט. כפי שעולה מדבריה של רבקה ארידן, ראש תחום ינקות בגיל הרך בג'וינט-ישראל, נושא זה רלוונטי היום כפי שהיה גם ב-1985, עת התפרסם לראשונה הספר שהיא ממליצה עליו. אף שריקי הייתה יכולה לבחור ספר עדכני וחדש, היא ראתה לנכון להדגיש דווקא את חשיבות העיסוק על ידי בחירה בספר משנות השמונים. גידול ילדים, הורות וקשר הורה-ילד אינם דבר של מה בכך; הם דורשים הכנה, הבנת מורכבות התפקיד ההורי, אהבה, כלים מעשיים ועוד.

במאמר הרביעי חנה קמינר מתמקדת בחשיבות הקשר הורה-ילד ומרכזיות היחסים כגורם מפתח המארגן ומעצב את הפרספקטיבה ההתפתחותית, הקוגניטיבית והרגשית-חברתית של הילד ואת המשפחה כמספקת יחסים. לפיכך במוקד הדיון האופן בו חסכים בגיל הרך וקשיי התקשרות משמעותיים גורמים להיווצרות דפוסי התקשרות פתולוגיים המשפיעים בצורה משמעותית על ההתפתחות התקינה בכל תחומי התפקוד, לאורך מעגל החיים.

ובנימה אישית - כאם לארבע בנות, הכנת הגיליון המיוחד הציפה אותי בלא-מעט שאלות: מה למדנו מאז ועד היום על גידול ילדים; כיצד התכוננתי לתפקיד ההורות - זה שלא נגמר לעולם; מהי אהבה ללא תנאי; מה צריכות בנותיי לקידום איכות חייהן; מה נתתי להן בילדותן ומה עוד לי לתת; ולסיום, האם יש בשאלות אלו ואחרות כדי ללמד את בנותינו ואת בנינו להיות הורים - בין שכמונו ובין שאחרים.

שיח עמיתים

השפעה קולקטיבית וחינוך בגיל הרך

גרג לנדסמן, מליסה מק'קוי ולי טאמי

שיפורים דרמטיים בתחום החינוך ובתחום כוח העבודה יחייבו גישה חדשה של השפעה קולקטיבית המבוססת על מנהיגות, תשתיות חדשות, קבלת החלטות מעוגנת-נתונים ונהלים של שיפור מתמיד. נוסף על כך, התאמה של העבודה והמשאבים לנהלים מיטביים מבוססי-ראיות, כמו גם למטרות ולתוצאות משותפות, חיונית ליישומה של שיטת שינוי זו. מבין כל התחומים, נודעת לכל אלו חשיבות מיוחדת בגיל הרך, אותן שנות ינקות ראשונות שבהן מתרחשים עיקר השינויים ההתפתחותיים במוח. במאמר זה נעסוק בגישת ההשפעה הקולקטיבית על החינוך בגיל הרך. טענתנו המרכזית היא שלמחויבות ולהשקעה משמעותיים בגילאים אלו יש השפעה מכרעת ושעל קהילות לפעול בנחישות באמצעות גישה זו כדי לעלות על הדרך הנכונה ולהתחיל להשפיע באופן ממש.

כולנו יכולים לזהות בחינוך של ימינו כיסים של הצלחות כבירות לצד בינוניות מדככת וכישלונות שקשה להתעלם מהם. במהלך העשורים האחרונים, ועוד קודם לכן, אותם בינוניות וכישלונות צורבים עוררו שאלות בקרב מנהיגים, קובעי מדיניות בחינוך והורים מעורבים. אף על פי שאין תשובה אחת ויחידה או תרופת פלא לבינוניות ולכישלונות במערכת החינוך, גישת ההשפעה הקולקטיבית ממוקדת-התוצאות מסייעת לקהילות רבות, בעוד קהילות אחרות ממשיכות לדשדש במקום.

אנחנו מיישמים גישה זו בסינסינטי, אוהיו, באמצעות ארגון StrivePartnership, ומסייעים לקהילות אחרות ליישמה באמצעות ארגון StriveTogether הארצי. שני הארגונים משתפים פעולה כדי לתמוך במאמצייהם הקולקטיביים של מנהיגים ממגזרים שונים לשיפור הישגיהם של ילדים ותלמידים מינקות ועד לבגרות, באמצעות גישה ייחודית מעוגנת-נתונים שמטרתה לשנות מערכות, נהלים ודפוסי התנהגות. אנו גורסים שבהיעדר גישה זו ימשיכו קהילות להניב תוצאות דומות, גם אם מימון חדש או תכניות חדשות יתרמו באופן זמני לשיפורים זניחים בהישגים.

אף על פי שדרך ארוכה עוד לפנינו, אפשר לראות ש-89% מהאמצעים השיתופיים שנוקט הארגון כבר מובילים לכיוון הנכון, וזאת בהשוואה ל-81% אשתקד ול-58% לפני ארבע שנים. לאור ההתקדמות אנו דבקים בהחלטתנו להמשיך עד להצלחתו של כל ילד בכל גיל שהוא.

כדי להגיע להשפעה טרנספורמטיבית בת-קיימא על הישגים כמו מוכנות לבית הספר, ציונים בקריאה ובמתמטיקה והגדלת שיעור בוגרי המכללות, על מנהיגים מכל המגזרים

להתאחד סביב סדרה של יעדים משותפים מדידים במטרה לשנות את המערכות שבתוכן הם פועלים. כדי לעשות זאת כהלכה, עלינו להיות מוכנים לבצע הערכה מחודשת של הנהלים והשיטות, לשנות שיטות עבודה שהתגלו כבלתי יעילות, ולהמיר דפוסי התנהגות ששימרו מערכות פגומות והניבו הישגים בינוניים ואף כישלונות של ממש ומנעו את התקדמותם של ילדים ותלמידים רבים בדפוסים חדשים.

בשנת 2014 נשען ארגון StrivePartnership על המאמצים המתמשכים והמוצלחים של SB6 (United Way of Greater Cincinnati), יוזמה של סינסינטי רבתי, שהשיקה את התכנית "הצלחה עד גיל שש". כמו כן, אנו ממשיכים לחזק את המערך המתעדף הקצאה של משאבים ושל כוח אדם לגיל הרך כדי לספק את הבסיס שילדינו זקוקים לו כדי להצליח בבית הספר בפרט ובהמשך חייהם בכלל. אנחנו נחושים "ללכת עד הסוף" עם המטרה שהצבנו לעצמנו: יישום של נהלים מיטביים שיספקו את התמיכה הטובה ביותר לילדינו במהלך אלף הימים הראשונים לחייהם, והרחבה משמעותית של הנגישות לגני טרום-חובה איכותיים בשנתיים הראשונות שלפני תחילת הלימודים בבית הספר היסודי. לשם כך השיק הארגון קרן סיכון חדשה שתתמקד ביעדים אלה, בתקווה שסינסינטי תהפוך לעיר הראשונה בארצות הברית שתציע חינוך איכותי לכל בני השלוש והארבע, תהא הכנסת הוריהם אשר תהא.

הנתונים התומכים בהקצאה מחדש של כספי ציבור לטובת חינוך בגיל הרך הם חד-משמעיים. תשעים אחוזים מההתפתחות המוחית של הילד מתרחשת לפני גיל חמש, בעוד ש-90% מההוצאה הציבורית מושקעת לאחר גיל שש. עשרות שנות מחקר של כלכלנים - כולל מחקריו של חתן פרס נובל לכלכלה ג'יימס הקמן - של מחנכים לגיל הרך, של מדעני מוח ושל קובעי מדיניות, מורים על כך ששירותים איכותיים בגיל הרך, כולל ביקורי בית, טיפול טרום-לידה נאות, פעוטונים ומעונות איכותיים וחינוך איכותי בגילאי טרום-חובה, מסייעים לילדים להגיע מוכנים לבית הספר. למעשה, התערבויות איכותיות אלו בילדות המוקדמת מניבות תשואה גבוהה יותר על ההשקעה הציבורית מאשר התערבויות חינוכיות בכל גיל אחר.

חינוך איכותי בגיל הרך מהווה השקעה אסטרטגית המועילה לילדים, למשפחות, לבתי הספר ולחברה בכללותה בכך שהוא משפר את הישגי הילדים בלימודים ובחיים, יוצר כוח עבודה מקומי מהימן ומיומן, ומקטין את ההוצאה הציבורית על ילדים שנשארו כיתה, ילדים שנוקקים למסגרות של חינוך מיוחד וילדים שהידרדרו לפשע. מחקרים הוכיחו כי חינוך איכותי בגיל הרך מצמצם בעיות התנהגות, תורם לתפקודיות, ועוזר לילדים לפתח מיומנויות לא-קוגניטיביות קריטיות התורמות להצלחה ארוכת טווח בחיים, בקריירה ובמערכות יחסים, כמו התמדה, שליטה עצמית וויסות רגשי.

האופן שבו הדבר נעשה חשוב לא פחות מעצם ההחלטה לתעדף את ההשקעה בגילאים אלו.

פעולה שיתופית לעומת השפעה קולקטיבית

StrivePartnership ו-StriveTogether השקיעו מחשבה רבה כדי להבחין בין פעולה שיתופית להשפעה קולקטיבית. מנכ"ל StriveTogether, ג'ף אדמונסון, נתן הסבר מקיף להבדלים בין השניים בבלוג שכתב לאחרונה בנושא. אדמונסון ניתח לעומק את ההבדלים בין השפעה קולקטיבית לשיתוף פעולה והצליח לקדם את הדיון מהרמה התיאורטית לרמה יישומית.

| שיתוף פעולה | | השפעה קולקטיבית |
|--|---|---|
| התלכדות סביב תכנית או יוזמה | ← | עבודה משותפת לצורך השגת תוצאות |
| שימוש בנתונים כדי להוכיח | ← | שימוש בנתונים כדי לשפר |
| העבודה על התכנית או על היוזמה באה נוסף על עבודות ותכניות אחרות של המשתתפים | ← | העבודה על התכנית או על היוזמה היא מרכז העשייה של השותפים בתכנית |
| קידום רעיונות כאלו או אחרים | ← | קידום הרעיונות שעובדים |

האבחנה החשובה הראשונה של אדמונסון היא ששיתוף פעולה הוא התלכדות לצורך יישום של תכנית או של יוזמה חדשות, בדרך כלל לשם קבלת מענק או בשלב שלאחר קבלתו. השפעה קולקטיבית, לעומת זאת, היא התלכדות של מנהיגים ואנשי מקצוע בקהילה במטרה לשפר הישגים בעקיבות ולאורך זמן. ההישגים משמשים מצפן והשותפים ליוזמה מקדישים את מיטב מאמציהם לשם גילוי הדרכים הטובות ביותר כדי להגיע לאותם הישגים בהתמדה ולאורך זמן.

מכאן אנו מגיעים להבדל השני: שימוש בנתונים כדי לשפר ולא כדי להוכיח. בשיתוף פעולה משמשים הנתונים לא פעם כדי לבחור את ההתערבות המוצלחת ביותר או להוכיח ששיטה כזו או אחרת עובדת. בהשפעה קולקטיבית, לעומת זאת, הנתונים משמשים לצורך שיפור מתמיד. ודאי שאנחנו רוצים לדעת מה עובד, אבל, כפי שאדמונסון מדגיש, המשתתפים בהשפעה קולקטיבית שמים דגש על שימוש בנתונים במטרה להפיץ נהלים מיטביים בין תכניות ומערכות שונות ולא רק כדי לקדם אג'נדה כזו או אחרת.

שלישית, בשיתוף פעולה מדובר לא פעם בעיסוק נוסף על שאר העיסוקים של המשתתפים, מצב שבו אנשים נפגשים בבתי קפה או במרכזים קהילתיים כדי לחשוב יחד כיצד לבצע משימה משותפת. מבחינתו של אדמונסון, השפעה קולקטיבית חייבת להפוך לחלק ממה שהשותפים בתכנית עושים מדי יום; מדובר בשימוש בנתונים על בסיס יומיומי - בתוך הארגון ובקרב כל השותפים בקהילה - כדי לפתח נהלים המניבים תוצאות בשטח.

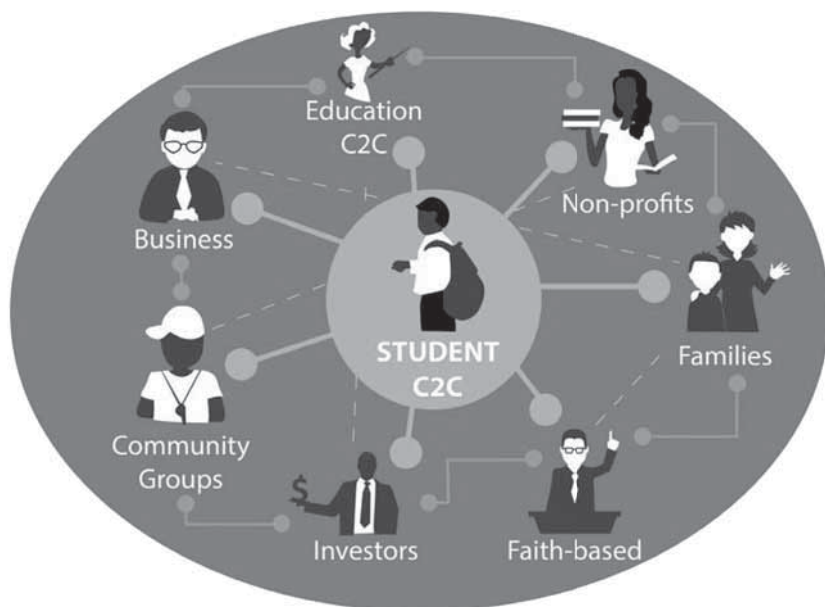
ורביעית, שיתוף פעולה כרוך לא פעם בהתאהבות ברעיון כזה או אחר. מישהו ביקר איפשהו, ראה איזושהי תכנית, התאהב בה ואחר כך פעל ליישמה אצלו בבית. הנחת היסוד בגישה זו היא שאפשר לתרגם אוטומטית הצלחה במקום אחד להצלחה במקום

אחר. הגישה של אדמונסון להשפעה קולקטיבית - אותה אימצנו באזור סינסינטי ואשר לה שותפות כל הקהילות ברשת StriveTogether, היא שעליך לקדם את השיטות והנהלים המניבים את התוצאות הטובות ביותר אצלך בבית. קולם של השותפים בקהילה ממונף כדי לקדם את הנהלים והשיטות הטובים ביותר כאן ועכשיו, ולא נהלים ושיטות שאולי יניבו תוצאות אי-שם בהמשך הדרך.

השאלה הרווחת ביותר היא האם השפעה קולקטיבית עדיפה על פני שיתוף פעולה או מנוגדת לו. על כך עונה אדמונסון בלאו מהדהד. יש זמן ומקום לשתי הגישות. למעשה אף ראוי לבחון אם יש צורך במעין רצף השפעה המשתרע בין ההשפעה המבודדת, שיתוף הפעולה וההשפעה הקולקטיבית.

יש זמן ומקום לכל נקודה ברצף. ייתכן שעל ארגון לפעול באופן פרטני כדי לפתור סוגיה דוחקת כזו או אחרת לטובת הקהילה בכללותה או לטובת אוכלוסייה מסוימת. בדומה, יש זמן ומקום שבהם על קהילות להשתמש בשיתוף פעולה כדי להתלכד סביב מטרה משותפת ו/או כדי לקדם חילופי מידע. בנסיבות אחרות, לעומת זאת, תתאים גישה תכליתית ויזומה יותר לשם השגת שיפור מתמשך באמצעות השפעה קולקטיבית. יש להניח שכל השלוש מתקיימות בו-זמנית בכל קהילה נתונה.

הנקודה האחרונה שמן הראוי להוסיף היא שגם הגישה של שיתוף הפעולה וגם הגישה של השפעה קולקטיבית לא יניבו שינוי מערכת ללא ההבנה הבסיסית שמערכת החינוך והגורמים התומכים בה חייבים להיות ממוקדים בתלמיד.



אם ההבנה הבסיסית שהמוקד צריך להיות התלמיד ולא בית הספר אינה מתקיימת, ממצאו את עצמן אותן קהילות מחדשות בבוץ בירוקרטי עכור.

אנו מאמינים בכל לבנו שגישה זו יכולה להניב את ההישגים המשמעותיים ביותר לאורך זמן בתחום החינוך לגיל הרך. StriveTogether שואפת להדריך קהילות צעד-אחר-צעד כדי לאפשר לכל אחת מהן למצוא את השיטות והנהלים המשרתים אותן בצורה הטובה ביותר.

שיטת העבודה של StriveTogether

יותר מ-80 קהילות ברחבי ארצות הברית החלו לבנות את התשתית האזרחית הנדרשת לשם השגת השפעה קולקטיבית מתמשכת מהינקות ועד לבגרות. StriveTogether תמכה במאמצייהן של יותר מ-30 מבין אותן קהילות. על סמך התנסות ישירה זו, שלושה דברים ברורים לנו מעל לכל ספק: ראשית, יש סדר מסוים להתנהלות של עבודה מסוג זה. שנית, העבודה חייבת להיות סתגלנית ולהביא בחשבון את ההקשר המקומי והקהילתי. שלישית, טבעה הקפדני של גישה זו מחייב הגדרת קריטריונים בני-השוואה ומדידים של הערכת איכות כדי להשיג השפעה מתמשכת.

על סמך ידע זה הגדירה StriveTogether רצף של קריטריונים מדידים ובני-השוואה, הנקראת "תיאוריה של פעולה", הנחוצים להקמת תשתית אזרחית ולישורה. לאורך הרצף נמצאים ארבעה "שערים" מרכזיים המעידים על כך ששותפות מסוימת מתקדמת בכיוון הנכון. המעבר דרך כל שער מגדיל את הסבירות שהתכנית אכן מניבה את הפירות הרצויים ושכוחה להשפיע ולתרום לשיפור מתמשך לאורך זמן. כמה מהמדידים הקריטיים ביותר להצלחה בכל שער כוללים:

| גישוש | התהוות | שימור | שינוי מערכת | נקודת הוכחה |
|--|--|--|---|---|
| בניית התשתית ההתחלתית: | גיבוש היכולת לעשות שימוש בנתונים: | פעולה המבוססת על הנתונים: | שינוי המערכת: | השפעה על התוצאות: |
| <ul style="list-style-type: none"> ◆ מבנה ◆ הישגים ◆ גישה ◆ יציבות | <ul style="list-style-type: none"> ◆ מדדים להערכה ◆ נתונים התחלתיים ◆ קביעת סדר עדיפויות ◆ כוח אדם | <ul style="list-style-type: none"> ◆ שיפור מתמשך ◆ מסד נתונים ◆ קידום התכנית ◆ גיוס הקהילה | <ul style="list-style-type: none"> ◆ אחריותיות משותפת ◆ נתונים עדכניים ◆ שיטות ונהלים שמניבים תוצאות ◆ מימון מותאם ◆ שינוי מדיניות | <ul style="list-style-type: none"> ◆ השפעה מתמשכת על ההישגים |

מדדי איכות אלו חיוניים כדי להבטיח שהקהילה תשנה מן היסוד את הדרך שבה היא נותנת שירותים לילדים. מעל לכול, קהילות משיגות השפעה ברמת האוכלוסייה

כשמדדי התלמידים שהגדירו השותפים כאוכלוסיית היעד משתפרים בעקיבות. ככל שקהילות רבות יותר יעמדו בהצלחה במדדי איכות אלו, כך נהיה קרובים יותר להשגת היעד הסופי של תמיכה בכל ילד, בכל שלב בדרכו, מינקות ועד לבגרות.

StriveTogether פועלת בשיטת עבודה זו. ברשת חברות קהילות המתחייבות לעמוד במדדים אלו וקהילות המשתתפות באופן פעיל ברשת לימוד המבוססת על יצירת מידע ועל שיתוף במידע שנצבר. הקהילות החברות ברשת מחויבות לאמץ את גישת ההשפעה הקולקטיבית כדי לתמוך בכל ילד בכל שלב בדרכו. אחד הדברים המהותיים לגישה הוא מחויבות עמוקה לא רק לקבלת החלטות מעוגנת-נתונים, אלא גם לשיפור מתמשך ובר-מדידה בהישגים.

חשיבותו של שיפור מתמשך

התמזל מזלנו בסינסינטי רבתי לעבוד עם אחד הארגונים המובילים בארצות הברית בתחום השיפור המתמיד, שסייע לנו ליצור רשת מקומית לשיפור מערכת החינוך. לפני יותר מעשור פתח המרכז לרפואת ילדים בסינסינטי (CCHMC) במסע לשיפור המערכת הטיפולית שלו. בעיצומו של התהליך נוכח בית החולים לדעת כי כדי להשיג את מטרתו עליו לגבש יכולת לשיפור מערכות לאורך זמן.

מודל השיפור המתמיד של CCHMC פותח על יסוד כמה עקרונות שאומצו על ידי StrivePartnership. ראשית, כדי לגבש יכולת שיפור יש לעבור משלב רכישת הידע או המיומנויות לשלב שיפור מונחה-פעולה, מניב-הישגים ומאיץ שינוי. שנית, יש להתמקד בשיתופם של אנשי צוות או מאמנים אישיים ובהכשרתם כמנהיגי שינוי שיכולים לעבוד צמוד לאנשי הצוות המטפלים ישירות בחולים בשיטות קפדניות הלקוחות ממחקרי שיפור איכות. הדבר החשוב ביותר מנקודת המבט של פעולה שיתופית הוא הפנמה וקבלת אחריות מלמעלה למטה: כל עובד בארגון או בקבוצת עבודה חייב ליישם מיומנויות שיפור אלו כחלק בלתי נפרד מעבודתו היומיומית, והדבר נכון עוד יותר כשמדובר בהנהגה.

בית החולים מדורג מדי שנה כאחד משלושת המוסדות המובילים ברפואת ילדים בארצות הברית, והוא איתן באמונתו כי איכות זו הושגה לא בזכות חזון החתירה למצוינות, אלא בזכות חזון החתירה לשיפור מתמיד.

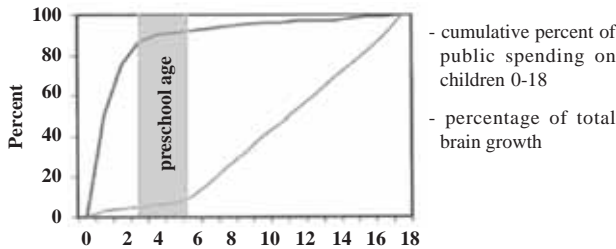
חינוך בגיל הרך

אנו מאמינים שחינוך הוא הציווי המוסרי והכלכלי של תקופתנו. בתוך הקהילה שלנו הולכת גוברת ההכרה בכך שהתפתחות כלכלית-בת-קיימא מבוססת על שיפור ההישגים בחינוך מינקות ועד בגרות, וכי עלינו להתחיל בכך שניתן לכל ילד נקודת זינוק שתכשיר אותו להצלחה כבר בשנים הראשונות לחייו.

לא נוכל להמשיך להתעלם מהנתונים המרמים המצביעים כך על שההוצאה על חינוך ממלכתי בארצות הברית פועלת על פי מודלים שאבד עליהם הכלח. עלינו לשנות

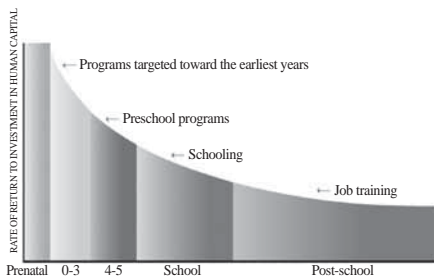
את מערכת החינוך שלנו מן הקצה אל הקצה ולהתאימה למידע העדכני שבידינו על התפתחות המוח.

בחסות "הדרך המאוחדת של סינסינטי רבתי" (UWGC) אנו משקיעים בנהלים מיטביים של ביקורי בית ובהנגשה של חינוך טרום-חובה איכותי. בסיוע גורמים נוספים, כמו SB6 ו-UWGC, אנו מיישמים תכנית נועזת שתבטיח נגישות לגני טרום-חובה לכל בני השלוש והארבע בעירנו. מאמץ זה, המכונה גם "הבטחת טרום-חובה" (Promise Preschool), מעוגן במה שידוע לנו על היחס בין התפתחות המוח להוצאה הציבורית, כמו גם על היתרונות הציבוריים הברורים שאפשר להפיק מהשקעה מוקדמת זו.



Source: 'Starting Early, Starting Now'
Education Commission of the States, 2001

Returns to a Unit Dollar Invested



Heckman, James J. (2008). "Schools, Skills and Synapses," *Economic Inquiry*, 46(3): 289-324

אין השקעות ציבוריות רבות המניבות את אותה תועלת חברתית וכלכלית כמו נגישות של כלל האוכלוסייה לגנים איכותיים לגיל הרך. גני טרום-חובה איכותיים מועילים לילדים, למשפחות ולחברה בכלל בכך שהם משפרים את הישגי הילדים לכל אורך חייהם, יוצרים כוח עבודה מהימן, מקטינים את ההוצאה הציבורית על תכניות סוציאליות ומצמצמים במובהק את רמות הפשיעה, צריכת הסמים והתלות בתשלומי רווחה.

ילדים שלומדים בגני טרום-חובה איכותיים מפיקים מכך יתרונות קוגניטיביים ולא-קוגניטיביים עצומים. ילדים שהייתה להם גישה לחינוך איכותי בגיל הרך מקבלים ציונים גבוהים יותר במבחני הישגים, נוטים פחות להזדקק לשירותי החינוך המיוחד או להישאר

כיתה, ונוטים יותר לסיים את התיכון במועד. יתרה על כך, אותם ילדים מפיקים יתרונות חברתיים ורגשיים גם בטווח הארוך. אף על פי שתכונות לא-קוגניטיביות, כמו יכולת התמדה, שליטה עצמית, ויסות רגשי וצמצום בעיות התנהגות, אינן ניתנות למדידה באמצעות ציונים או הישגים במבחנים, ילדים שמפתחים כישורים אלו בגיל הרך נוטים להפוך למבוגרים מצליחים בחיים, בקריירה ובמערכות יחסים.

משפחות עם ילדים בגני טרום-חובה איכותיים מתאפיינות ברמות נמוכות יותר של התעללות והזנחה ובשיעור נמוך משמעותית של פשיעה והתמכרות לסמים ולאכזריות. הורים לילדים הלומדים במסגרות חינוכיות לגיל הרך מתאפיינים לא רק בשיעורי אבטלה נמוכים יותר (נתון משמעותי במיוחד במקרה של אימהות יחידיניות), אלא גם בשיעור גבוה יותר של תעסוקה בעבודות משתלמות. הורים אלה גם נוטים להיות מעורבים יותר בחינוך ילדיהם; הם מקריאים יותר לילדיהם, משתתפים יותר באירועים תרבותיים בקהילה, מבלים יותר זמן איכות עם ילדיהם, ובכך משפרים את סיכוייהם להצליח בלימודים ובחברה גם בבגרותם.

גני טרום-חובה איכותיים מניבים תשואה כלכלית גבוהה מאוד, הן לילדים הלומדים בהם והן לחברה בכללותה. ילדים שנהנים מחינוך ציבורי איכותי בגיל הרך יזדקקו ככלל להשקעה נמוכה יותר בהתערבויות יקרות בהמשך חייהם, יתאפיינו בשיעורי אבטלה נמוכים יותר, ישתכרו יותר ויגדילו את סיכוייהם בבוא היום לרכוש מכוניות ובתים וליהנות מתכניות חיסכון.

יתרונות אלה מיתרגמים לחיסכון משמעותי לחברה כולה. כהשקעה חברתית, גני טרום-חובה איכותיים מקטינים את ההוצאה הממשלתית על תכניות רווחה, מצמצמים את עלויות העתק של הפשיעה, ומגדילים את הכנסות הממשלה (בעיקר ממסים על הכנסה). התוצאות החיוביות מבחינת כל ילד מיתרגמות לכוח עבודה מהימן ומיומן יותר בעל כושר השתכרות גבוה יותר: כלכלנים מעריכים כי השקעה בחינוך איכותי בגיל הרך עשויה להגדיל באופן משמעותי את התוצר המקומי הגולמי של ארצות הברית ב-20 השנים הקרובות.

מנהיגות מקומית: שותפות סינסינטי רבתי למען חינוך לגיל הרך

SB6 הייתה יוזמת הדגל המקומית להעלאת המודעות לחשיבות של מוכנות לגן חובה, לתיאום בין גורמי חינוך ובעלי עניין מרכזיים אחרים באזורנו כדי לתמוך בנהלים מיטביים, אלו שעובדים באמת! התכניות שנכללות במסגרת היוזמה תומכות בשתי דרכי פעולה מרכזיות שיעילותן הוכחה מחקרית: (1) ביקורי בית; (2) נגישות לפעוטונים ולמעונות איכותיים לגיל הרך. אלו נתמכות בדרכי פעולה השמות דגש על שיפור החינוך הציבורי, על הגברת המעורבות הציבורית ועל שימוש בנתונים לשם הערכת המוכנות לגן חובה.

שלוש התכניות השותפות ב-SB6 מקיימות ביקורי בית כדי להגיע לילדים בסיכון של הורים מעוטי הכנסה כבר בהיריון או בחודשים הראשונים לחיי התינוק. תכנית כל ילד מצליח (Every Child Succeeds - ECS) מגיעה לילדים ראשונים (בני 0-3)

לאימהות יחידניות בעלות הכנסה נמוכה שרק מתחילות ללמוד את תפקידן ההורי. התכנית מתמקדת בחמישה מדדים מרכזיים בהתפתחות הילד הקשורים למוכנות לבית הספר: (1) משקל לידה תקין וגיל היריון (כלומר, אם הילד פג); (2) אוריינות בהתהוותה ויצירת סביבה עתירת שפה; (3) התפתחות חברתית-רגשית; (4) סגור על ידי הורים, כולל אבל לא מוגבל למעבר מתכנית "כל ילד מצליח" לחוויה חיובית בגן טרום-חובה; (5) רמת ההשכלה של האם.

לאחרונה הרחיבה ECS את מאמציה באמצעות תכנית חדשה בשם **ECS Transition**, שמטרתה להבטיח שמשפחות נתמכות סעד ייהנו מגישה לפעוטונים איכותיים. יוזמה זו עולה בקנה אחד עם עבודת השטח המצוינת שמבצעים ארגונים נוספים העוסקים בביקורי בית באזור סינסינטי.

תכנית הוראה ביתית להורים לילדים בגיל הרך (**HIPPY**) מלמדת הורים לשלב בין לימוד למשחק באמצעות תכנית לימוד מובנית ותואמת-התפתחות לגילאי שלוש עד חמש. התכנית מבוססת על נוהל מיטבי בינלאומי של ביקורי בית שפיתח "מרכז ברייטון" בצפון קנטקי.

נוסף על כך הפעלנו תכנית תמיכה בשותפויות למען ילדים בטוחים ומוכנים (**SPARK**) הפועלת עם משפחות ובתי ספר כדי לתמוך במוכנות לבית הספר ובהשתלבות המוצלחת של הילדים במערכת החינוך.

מעבר לתמיכה בסביבה הביתית, יש חשיבות מכרעת לכך שילדים ישתתפו בתכניות חינוך איכותיות לגיל הרך. תכנית **4C for Children** היא המשאב המוביל באזור לקידום השתלבות איכותית במסגרות טיפוליות וחינוכיות לגיל הרך. התכנית מסייעת להורים לאתר מסגרות כאלו באמצעות מתן הדרכה צרכנית חינם והפניה מתוך רשימה מקיפה של פעוטונים ומעונות מורשים, גני טרום-חובה, מסגרות לטיפול בילד בבית, תחנות **Head Start** של משרד הבריאות ומסגרות נוספות לטיפול בילדים בגילאי בית ספר. היא גם משמשת רשת לימוד מקצועית לגננות ומטפלות המייצרת מסגרת המאפשרת לעוסקים בתחום להחליף מידע על נהלים מיטביים. מאמצים אלה הניבו שיפור של 148% (245% בדרום-מזרח אהיו ו-100% בצפון קנטקי) במספר תכניות הטיפול והחינוך בגיל הרך באזורנו שזכו לדירוג של כוכב ומעלה.

4C for Children גם מהווה חלק מארגון גדול יותר, ההתאחדות למען חוסן בגיל הרך (**CRYC**) - התארגנות משותפת של רשויות לבריאות הנפש ומרכזים לטיפול בגיל הרך המקדמת את המודעות להתפתחות החברתית והרגשית של ילדים ולרווחה הנפשית של ילדים בגיל הרך, מחזקת את כישוריהם של כל המבוגרים המטפלים בהם, ופועלת למען תיאום בין-מערכתי. השותפים ב-**CRYC** חולקים ביניהם ידע, מומחיות ולקחים שהופקו במסגרת פעילותיהם השונות במטרה ליצור שירותים איכותיים לילדים, למשפחות ולבעלי מקצוע. הגישה הבסיסית של השותפים בארגון היא פיתוח שירותים חדשניים מעוגני-נתונים תוך ביקורת עצמית מתמדת.

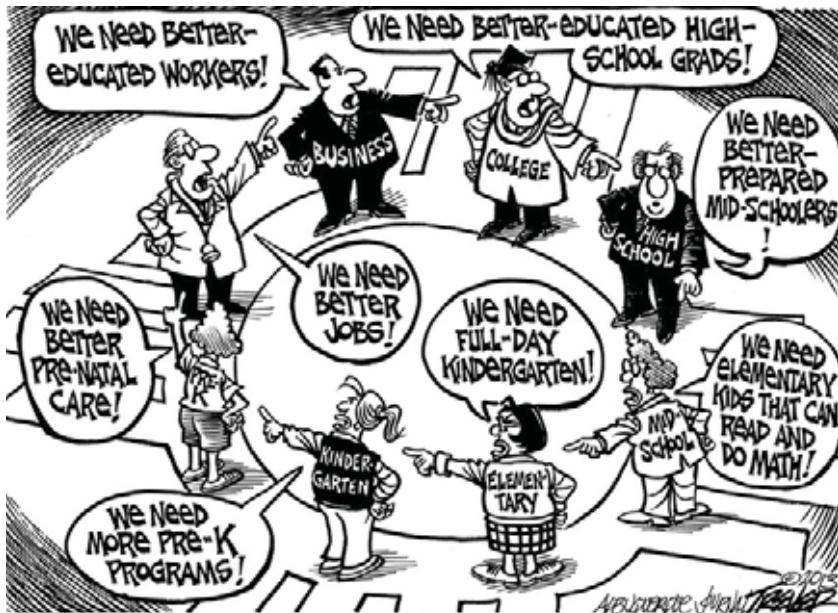
- במהלך עשר השנים האחרונות הניבה העבודה של SB6 ושל שותפיה שלל נתונים מקומיים המעידים על השפעתן המיטיבה של אסטרטגיות אלו. בין היתר ידוע לנו כי:
- ◆ שיעור המוכנות לבית הספר בגני החובה ממלכתיים בסינסינטי עמד על 57.2% ב-2012 - עלייה של 13 נקודות או כ-30% מאז 2006.
 - ◆ על פי נתונים של "שותפות סינסינטי רבתי למען חינוך לגיל הרך", 67.2% מהילדים שלמדו במסגרות טרום-חובה מאז 2006 עברו מבדקי מוכנות לגן חובה.
 - ◆ ציוניהם של 83.0% מהילדים בחינוך הטרום-חובה בסינסינטי נמנו עם שני השלישונים העליונים ב"הערכת המוכנות האוריינית לגני חובה" (KRA-L) של אוהיו.
 - ◆ כמו כן, בקרב האמהות שמקבלות ביקורי בית בנוהל מיטבי בסינסינטי:
 - ◆ שיעור תמותת התינוקות נמוך במובהק (4.9 לכל אלף לידות חיות) בהשוואה לכלל האוכלוסייה בעיר (15.1 לאלף).
 - ◆ 90% מהתינוקות נולדים במשקל תקין.
 - ◆ 97%-98% מהילדים מתאפיינים במסלול התפתחותי תקין מהלידה עד גיל שלוש.
- לכל קהילה יש מערך של נהלים מיטביים משלה. זיהוי נהלים אלו ושיפורם המתמיד מחייבים מעורבות של גורמים רבים בחברה האזרחית. סינרגיה כלל-מערכתית כזו מהווה את היסוד שעליו מושתתת גישת ההשפעה הקולקטיבית.

יוצאים לדרך: איך בונים תשתית אזרחית

אין מתכון או דרך אחת ויחידה לבניית תשתית אזרחית. אחד הלקחים המרכזיים שהפקנו במסגרת StriveTogether היא שקהילה אחת אינה יכולה לשחזר את ההצלחה של קהילה אחרת, כיוון שמשאביהן המקומיים אינם זהים. קהילות יכולות להשתמש במסגרת StriveTogether כהשראה ולנהל בעזרתה תהליך המבוסס על המשאבים, כוח האדם והכוחות הקיימים בקהילותיהן.

המסגרת מושתתת על ארבעה נדבכים: חזון קהילתי משותף, קבלת החלטות מעוגנת-נתונים, פעולה שיתופית, וכן השקעה וקיימות.

הנדבך הראשון, חזון משותף, מחייב מעורבות עקיבה של מנהלים בכירים מחמישה מגזרים לפחות - חינוך, עסקים, החברה האזרחית, עמותות וארגוני צדקה - לשם קידומו של חזון משותף. מספיק ודי להפנות אצבע מאשימה. הגיע הזמן לעבוד יחד!



שנית, כדי להבטיח שההחלטות יהיו מעוגנות-נתונים, עלינו לקבוע מספר מצומצם של תוצאות מקוות מצד אחד ושל נהלים לדיווח על התוצאות באופן שקוף וסדיר מצד אחר. לשם כך, עלינו להקים מערכות מקיפות לניהול נתונים שתפקידן לעקוב אחר המגמות ברמת האוכלוסייה והפרט כדי לוודא שכל תלמיד מפיק את המיטב ממערך שירותי התמיכה העומד לרשותו.

הגדבך השלישי, פעולה שיתופית, הגדון בהרחבה עד לנקודה זו, מחייב שילוב מנצח של שותפים לדרך. עם זאת, אין ספק שהחשוב מבין חלקי התצרף הוא המחויבות לשיפור מתמיד ומעוגן-נתונים. לבסוף, מן הראוי לציין שדבר מכל אלה אינו אפשרי ללא גרעין של אנשי צוות המוביל את המהלך וגורמים מממנים מעורבים המסורים למינוף ולהרחבה של הנהלים המיטיביים, כלומר, אלו שעובדים באמת!

במשק של ימינו מגבלות המשאבים רק הולכות ומחריפות. מדובר במגמה שלא ניכר בה סימן לשינוי בעתיד הנראה לעין. לפיכך מחובתנו להשקיע את הכספים העומדים לרשותנו באופן היעיל ביותר. השפעה קולקטיבית מניחה את היסודות המושגיים לתשואה חברתית על השקעותינו, אך רק בכוחה של תשתית אזורית איתנה להפוך רעיון זה למציאות.

סיכום

כדי להצליח במלאכה דרושות מנטליות של "כולנו בסירה אחת" ותרבות של "אחד בשביל כולם וכולם בשביל אחד". על אלו יש להוסיף את מציאת השותפים הנכונים, מחויבות לערכים משותפים, ותשוקה עזה לוודא שכל ילד מקבל את מה שהוא זקוק לו,

ושמה שהוא מקבל באמת עובד. לשם כך נדרשת גישה השמה דגש על הילד ומחויבות אמיתית לגישה מעוגנת-נתונים במטרה לשפר את השירותים הניתנים לילדים בכלל, ואת שירותי החינוך לגיל הרך בפרט.

ביבליוגרפיה

Cascio, E. U. & Whitmore Schanzenbach, D. (2013). The Impacts of Expanding Access to High-Quality Preschool Education. National Bureau of Economic Research.

Edmonson, J. The Difference between Collaboration and Collective Impact. Available at: <http://www.strivetogether.org/blog/2012/11/the-difference-between-collaboration-and-collective-impact/>, November 12, 2012

Edmonson, J. (2013). The Impact Continuum: Recognizing the Value of Collaboration and Collective Impact. Available at: <http://www.strivetogether.org/blog/2013/10/the-impact-continuum-recognizing-the-value-of-collaboration-and-collective-impact/>, October 21.

Edmonson, J. & Zimpher, N. L. (2012). The New Civic Infrastructure: The “How To” of Collective Impact and Getting a Better Social Return on Investment, Community Investments, 24 (2).

Grunewald, R. (2013) Early Childhood Education: “Fade Out” in Context. (February 8).

Interactive StriveTogether Theory of Action. Available at: <http://www.strivenetwork.org/theory-of-action/exploring>,

Kaminski, G. M., Schoettker, P. J., Alessandrini, E. A., Luzader, C. & Kotagal, U. (2014). Comprehensive Model to Build Improvement Capability in a Pediatric Academic Medical Center. Academic Pediatrics, 14 (1), January-February.

Lynch, R. (2004). Exceptional Returns: Economic, fiscal and social benefits of investment in early childhood development. Washington, DC: Economic Policy.

StriveTogether: Every Child, Cradle to Career. Available at: <http://www.strivetogether.org/>

2012–2013 StriveTogether Partnership Report. Available at: <http://www.strivepartnership.org/sites/default/files/wp-content/2012-13%20Partnership%20Report.pdf>

קידום בריאות האם והילד - לאן פנינו?

ד"ר ורד קאופמן-שריקי, ד"ר ענת פסטה-שוברט

בחינת מגמות עתידיות בתאוריה, במדיניות ובפרקטיקה של בריאות האם והילד נעשית כיום בשלושה הקשרים לאור הפרספקטיבה ההתפתחותית כי בריאות האדם מתחילה עוד בתקופת טרום-ההיריון ונמצאת בהתפתחות תמידית במעגל החיים. ההקשר הראשון הוא הפרספקטיבה המחקרית, הקוראת לנוע מתיאור הגורמים לבריאות ולחולי אל בחינת השפעתן של תכניות התערבות, תוך התמקדות בתחומי מחקר שבהם פערי הידע עדיין גדולים, כגון: התחום הגנטי והשפעת הסביבה התוך-רחמית והטרומ-הריונית על תוצאות ההיריון והבריאות; ההקשר השני הוא הפרספקטיבה המדינית, הרואה את חשיבות ההשקעה בבניית יכולת ובהכשרת צוותים להבדיל מהשקעה בטכנולוגיות רפואיות; ההקשר השלישי הוא הפרספקטיבה הפרקטית, המבקשת לקדם שינוי משמעותי בתחום קידום בריאות על ידי מעבר מהתערבות בתחומי פעולה מבודדים ומוגדרים להשפעה קולקטיבית (Collective Impact - CI).

במאמר זה נרחיב את ההקשרים הללו בהתייחס למגמות שפורסמו בגיליון מיוחד של הירחון "בריאות האם והילד" (Maternal and Child Health Journal), שיצא בחודש פברואר 2014, ומוקדש לחידושים המשתקפים בקידום בריאות בתחום זה בצפון אמריקה. במאמר המערכת של הירחון (Lu, 2014) נסקרות ההתפתחויות האחרונות בנושא, תוך הדגשת ההתפתחות המשמעותית בתאוריית מעגל החיים (life-course theory) (Kotelchuck, 2003; Kotelchuck, 2010; Lu et al., 2010).

שלושה ממדים מרכזיים מובילים כיום בפיתוח מודלים של התערבות לקידום בריאות האם והילד. הראשון הוא ממד הזמן: ההתערבות מתבצעת מוקדם ככל האפשר, תוך דגש על התערבות בחלונות הזמן המוקדמים באופן משמעותי מאלה שנבחנו בעבר. כך, לדוגמה, נמצא כי תכניות למניעת השמנת ילדים על ידי שיפור תזונה או מניעת תוצאות לידה גרועות מתרחשות כיום בקרב אימהות טרום ההיריון (Herman et al., 2014). השני הוא הממד ההוליסטי: נבחנות פעולות ברמות התערבות שונות (פרט-משפחה - קהילה - רשות מוניציפלית - חברה) שהן בין-מגזריות ומטרתן להתערב בגורמים המשפיעים ביותר. פעמים רבות אין מדובר בהתערבות בגורם בריאותי, אלא בגורמים החברתיים העומדים ביסוד האי-שוויון בבריאות וקשורים בכיורור לפערים בתוצאות בריאות (Allen, Feinberg, & Mitchell, 2014; Marmot, Pellegrini Filho, Vega, Solar, & Fortune, 2013). פין ועמיתיו (Fine, 2010) קוראים להטמעת גישת מערכות המתייחסת ל"אדם השלם", המשפחה השלמה והקהילה השלמה" בעת התערבות בגורמים העומדים ביסודו של האי-שוויון בבריאות, כגון חינוך, דיור ועוני. מייקל מרמוט (Marmot), העומד בראש ועדת ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization - WHO) לקשר בין גורמים חברתיים לגורמי בריאות, הראה במחקרים שנערכו באזורים רבים בעולם, את

ההשפעה המכרעת שיש למעמד החברתי על תוצאות בריאות גם לאחר שהובאו בחשבון גורמים גנטיים, היסטוריה משפחתית והתנהגויות בריאות של הפרט, כגון עישון ותזונה.

יתרה מכך, מעבר לגורמים אישיים והתנהגויות הפרט, הכנסה נמוכה ועוני בין-דורי, כמו גם השכלה נמוכה, הם המנבאים החזקים ביותר של תוצאות בריאות גרועות (Fransson et al., 2012; Marmot et al., 2012). לאור מחקרים אלו יוזמות רבות בעולם מנסות לפעול במישורים של שינוי מדיניות והקטנת פערי הכנסה והשכלה כדי לצמצם את האי-שוויון בבריאות האם והילד.

הממד השלישי הוא רב-ממדיות: הצורך לפעול ולהתערב ברמות שונות ובשלבים שונים לאורך חיי האדם דורש לא רק תאום בין-מגזרי (בין-סקטוריאלי) אלא גם מיזוג מערכות. במאמרים רבים (Brady & Johnson, 2014; Rohan et al., 2014) נסקרות רמות מיזוג שונות - הרמה האופקית, האנכית והאורכית. ברמה האופקית מדובר על פעולה בין-מגזרית, תיאום שירותים בין-מגזרי לשם השגת תוצאות מיטביות בין רשויות החינוך, החברה, הבריאות ועוד. ברמה האנכית מדובר על איגום משאבים אוזריים כדי לספק רמה הולמת של טיפול ומניעה (כגון בחירת הרמה הגאוגרפית - כפר, עיר או מחוז) לשם התערבות. ברמה האורכית מדובר על המשכיות הטיפול והמניעה על ציר הזמן, תוך תיאום בין-מגזרי וחוצה גבולות גאוגרפיים, בייחוד בעת נקודות מעבר קריטיות, כגון מעבר מהטיפול בגיל הרך לגיל בית הספר ולגיל הנעורים, שבו האחריות על בריאות המתבגר היא בידי רשויות הבריאות לגיל הצבא, ומעברים מהותיים נוספים בחיי האדם.

בארץ ובעולם מתמודדים ארגונים חברתיים וממשלות עם אתגרים חברתיים מורכבים - מהצורך בקידום ובשיפור של מערכות החינוך, דרך התמודדות עם בעיות עוני ותעסוקה, קידום בריאות והמשך בבניית מענים לילדים, נוער וצעירים במצבי סיכון. אתגרים אלו מחייבים עבודה מערכתית, בניית שותפויות וראייה אינטגרטיבית והוליסטית כפלטפורמה לקידום שינוי בקרב קהילות החיות במצבי סיכון מורכבים. כפי שהסברנו בתחילת המאמר, מצבי העוני השונים הם מקדמי חולי ולכן יש כאן התמודדות עם מצבים מורכבים. לפיכך נדרשת עבודה מערכתית בין-ארגונית ובין-משרדית לקידום אורח חיים בריא.

מגמה חדשנית בעולם היא עבודה על פי מודל ההשפעה הקולקטיבית, תפיסה חדשנית ומובילה המהווה מענה טבעי למורכבות הטיפול בבריאות האם והילד. אף שאין תרופת פלא למיגור בעיות בריאות שונות - מהשמנה, בריאות היילוד ובריאות האישה ההרה, מצליח מודל ההשפעה קולקטיבית לקדם שינוי משמעותי במגוון נושאים בקרב קהילות רבות ולהגיע לתוצאות טובות יותר בנקודות שבהן אחרים ממשיכים להיכשל (Kania & Kramer, 2011).

השפעה קולקטיבית מוגדרת כמחויבות של קבוצת שחקנים מרכזיים ממגזרים שונים לסדר יום משותף לצורך התמודדות עם בעיה מורכבת. בהשוואה למודלים אחרים של שיתופי פעולה, הרי שהשפעה קולקטיבית היא מודל עבודה מוקפד ומובנה המכוון הסכמות מערכתיות רחבות לשם קידום תוצאות, ולא כדי לייצר מענים נוספים. השפעה

קולקטיבית, כפי שניסחו קניה וקרמר (שם), מושתתת על חמישה תנאים בסיסיים שאת יישומם אנו מציעות לבחון בהקשר של קידום בריאות האם והילד:

גיבוש סדר יום משותף - מבוסס על הסכמה לגבי מהות הבעיה החברתית ועל בניית שותפות סביב קידום תוצאות ולא סביב בניית מענים. בהשפעה קולקטיבית כל בעלי העניין חולקים חזון חברתי משותף השואף לשנות את תמונת המצב הקיימת. בבסיסו של חזון זה יש הסכמה לגבי הבעיה המרכזית שאיתה מתמודדים, וכן על הגישה למציאת פתרון באמצעות למידה ועשייה משותפות.

בהקשרים של עבודה בשדה החברתי מעלה סוגיה זו שאלות של רתימת כלל השותפים מהמגזרים השונים תוך יצירת מערכת הסכמות; שאלות בנוגע להגדרות התפקידים בתהליך השותפות ברמות השונות, בתחומי האחריות ובהובלה ומנהיגות למען מטרה משותפת.

מערך מדידה משותף ואחיד - בניית סדר יום משותף והגדרה משותפת של הבעיה החברתית חייבים להישען על הסכמה של כל בעלי העניין לגבי האופן שבו יימדדו ההצלחה, דרכי המדידה והדיווח. מרכיב זה של השפעה קולקטיבית מאפשר לכל בעלי העניין ללמוד יחד את ההתקדמות הכוללת, לזהות את הנקודות הדורשות תשומת לב ולגבש תחושת אחריות הדדית תוך התקדמות לתוצאות מוגדרות ומסוכמות על ידי כלל השותפים.

בהקשרים של בניית מענים בשדה החברתי, מערך זה מעלה סוגיות המתייחסות למינוף הנתונים הקיימים במקומות שונים ושימוש מושכל ונכון בהם; ממיומנות ותהליכי הלמידה והעבודה הנדרשים להבנת התמונה המשתקפת מהם, דרך הפעולות הנדרשות ועד מתן מענים מתאימים לתוצאות המצופות.

תקשורת פתוחה ורציפה בין השותפים - תהליכי למידה משותפים כרוכים בתקשורת פתוחה ומתמשכת בין כל בעלי העניין הנחוצה לשם בניית אמון הדדי, ליבון יעדים משותפים, הגדרת מדדי הצלחה ויצירת תחושת דחיפות והנעה לפעולה.

אתגר זה ניצב בפני כל השותפים. כל שותף נדרש לפתח ולתחזק מנגנוני תקשורת פורמליים וא-פורמליים עם מכלול השותפים, ולבנות מערכות יחסים מבוססות אמון ושותפות במשימה. נדרש לתת את הדעת על המיומנויות שיש לפתח בקרב בעלי התפקידים השונים, כמו גם על הכלים והמנגנונים הארגוניים והעבודה הא-פורמלית הנדרשים לשם כך.

פעולות ארגונים עצמאיות המחזקות זו את זו - בתהליך מורכב כגון זה חשוב שכל ארגון שותף ימשיך לפעול עצמאית, בהתאם לערך המוסף היחסי שלו לשותפות, ובהתאם ליכולות ולחוזקות הייחודיות שלו. עם זאת, כל הפעולות העצמאיות הללו חייבות להיות מסונכרנות היטב מראש, ומנוהלות מתוך ראייה כוללת ובהתאם לתכנית עבודה משותפת.

השתייכות בעלי התפקידים לארגונים השונים מצריכה איתור והבנה של הערך המוסף הייחודי של כל אחד מהשותפים למהלך, מצד אחד, ובניית תכנית פעולה המביאה

לידי ביטוי ערכים מוספים ייחודיים, תוך סנכרון והשלמה, מצד אחר. זהו אתגר מורכב המצריך הובלה ומנהיגות גמישה אך חזקה המאפשרת ביטוי לנבדלות ולשיתוף בין בעלי התפקידים השונים.

ארגון שדרה המאפשר ניהול התהליך והובלתו - תכנון, יצירה והתנעה של השפעה קולקטיבית רבת משתתפים מחייבת קיומו של ארגון נפרד, בעל ידע ויכולות מתאימות, המשמש עמוד שדרה למהלך המשותף כולו. ארגון השדרה מהווה גורם המוביל את היוזמה ואחראי לתכלול סך הפעולות של בעלי העניין במסגרת השותפות.

תפקידיו של ארגון השדרה מכוונים ליצירת פעולה מתואמת ומסונכרנת של כל הגופים על ידי גיבוש חזון וסדר יום משותף, תמיכה בפעולות מתואמות, הקצאת משאבים, ביסוס מערכת מדידה משותפת, קידום מדיניות ובניית מעורבות ציבורית.

המקרה שמביאים שרימלי ועמיתיו (Shrimali, Luginbuhl, Malin, Flournoy, & Siegel, 2014) מהווה דוגמה. הם מתארים את המהלכים של גורמי בריאות הציבור במחוז אלמדה (Alameda) שבקליפורניה, ארצות הברית, לצירוף שותפים בקהילה וברשות לשיפור תנאי המחיה בשכונות המחוז ביוזמה BBC (Building Blocks Collaborative). היוזמה כללה יצירת חזון, מטרת משותפת והצהרת כוונות לקבוצת העבודה המבטאת את המטרות השונות של השותפים: השקת אתר אינטרנט לשם למידה משותפת והפעלת תכניות כגון מזון למשפחה המקדמת שוויון בבריאות מתוך הסתכלות על בריאות הילד (Frey, Farrell, Cotton, Lathen, & Marks, 2014). הצעדים הבאים שעליהם מדברת הקבוצה הם התחברות לארגון שדרה קיים שיגיע פעילויות קולקטיביות ויתמוך בהן. יוזמות בולטות נוספות המטמיעות מודל השפעה קולקטיבית לשם קידום בריאות האם והילד הן Healthy Start in Housing (HSiH) (Allen et al., 2014), שותפות חדשנית בין המחלקה לבריאות הציבור בבוסטון ומחלקה לדיור, לשם צמצום הפערים בבריאות האם והילד. דוגמה נוספת היא יוזמת "שייפ אפ סמרוויל" - Shape Up - Somerville - קמפיין עירוני רחב היקף של השפעה קולקטיבית שמטרתו לצמצם משמעותית את בעיית ההשמנה בעיר בכלל ובקרב צעירים בפרט. זאת על ידי גיוס המערכות השונות - חינוך, הרשות המקומית, ארגונים ועמותות הפועלות בקהילה, הקהילה, עסקים הפועלים בעיר ועוד. יוזמה מקיפה זו קידמה שינוי משמעותי רחב על ידי בניית תכניות מקיפות, יצירת תשתיות פיזיות משופרות לרווחת התושבים, התמודדות במערכת החינוך וכדומה.¹

1 להרחבה ראו:

http://www.fsg.org/Portals/0/Uploads/Documents/PDF/CI_Case_Study_Shape_Up_Somerville.pdf?cpgn=WP%20DL%20-%20CI%20Case%20Study%20Shape%20Up%20Somerville

לסיכום, מורכבות האתגרים בבריאות האם והילד וההבנה שכדי להשפיע על מצב הבריאות יש לצאת מעבודה התחומה במגזר הבריאות בלבד ולפעול מתוך הסתכלות מערכתית, באופן בין-מגזרי, לאורך זמן ותוך ניטור נקודות מעבר וממשקים בין-מגזריים בתיאום עם ציר הזמן ההתפתחותי ביולוגי, מחייבות מסגרות פעולה שונות מהמוכר. כדי שתוכר התרומה הייחודית של המגזרים השונים, יש צורך במערכות שיכירו בחשיבותם של שיתופי הפעולה וגם יידעו להעריך את ההשקעה התקציבית ואת התרומה של המגזרים השונים לקידום בריאות לאורך זמן. אין ספק שמעבר לעבודה במודל של השפעה קולקטיבית הוא בחירה במודל עבודה מועדף גם בפרספקטיבת מעגל החיים לקידום בריאות האם והילד.

Allen, D., Feinberg, E., & Mitchell, H. (2014). Bringing life course home: A pilot to reduce pregnancy risk through housing access and family support. *Maternal and Child Health Journal*, 18(2), 405–412. doi: 10.1007/s10995-013-1327-5; 10.1007/s10995-013-1327-5.

Brady, C., & Johnson, F. (2014). Integrating the life course into MCH service delivery: From theory to practice. *Maternal and Child Health Journal*, 18(2), 380–388. doi: 10.1007/s10995-013-1242-9; 10.1007/s10995-013-1242-9.

Fine, A., Kotelchuck, M., Rethinking, MCH. (2010). The life course model as an organizing framework. Rockville, MD: Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Health Bureau. <http://mchb.hrsa.gov/lifecourse/rethinkingmchlifecourse.pdf>. Last accessed 7 May 2013.

Fransson, E. I., Heikkila, K., Nyberg, S. T., Zins, M., Westerlund, H., Westerholm, P., & Kivimaki, M. (2012). Job strain as a risk factor for leisure-time physical inactivity: An individual-participant meta-analysis of up to 170,000 men and women: The IPD-work consortium. *American Journal of Epidemiology*, 176(12), 1078–1089. doi: 10.1093/aje/kws336; 10.1093/aje/kws336.

Frey, C. A., Farrell, P. M., Cotton, Q. D., Lathen, L. S., & Marks, K. (2014). Wisconsin's lifecourse initiative for healthy families: Application of the maternal and child health life course perspective through a regional funding initiative. *Maternal and Child Health Journal*, 18(2), 413–422. doi: 10.1007/s10995-013-1271-4; 10.1007/s10995-013-1271-4.

Herman, D. R., Taylor Baer, M., Adams, E., Cunningham-Sabo, L., Duran, N., Johnson, D. B., & Yakes, E. (2014). Life course perspective: Evidence for the role of nutrition. *Maternal and Child Health Journal*, 18(2), 450–461. doi: 10.1007/s10995-013-1280-3; 10.1007/s10995-013-1280-3.

Kania, J., & Kramer, M. (2001). Collective Impact. *Stanford Social Innovation Review*.

Kotelchuck, M. (2003). Building on a life-course perspective in maternal and child health. *Maternal and Child Health Journal*, 7(1), 5–11.

Kotelchuck, M. (2010). Evaluating the healthy start program: A life course perspective. *Maternal and Child Health Journal*, 14(5), 649–653. doi: 10.1007/s10995-010-0629-0; 10.1007/s10995-010-0629-0.

Lu, M. C. (2014). Improving maternal and child health across the life course: Where do we go from here? *Maternal and Child Health Journal*, 18(2), 339–343. doi: 10.1007/s10995-013-1400-0; 10.1007/s10995-013-1400-0.

Lu, M. C., Kotelchuck, M., Hogan, V., Jones, L., Wright, K., & Halfon, N. (2010). Closing the black-white gap in birth outcomes: A life-course approach. *Ethnicity & Disease*, 20 (1 Suppl 2), S2-62-76.

Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P., & Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*, 380(9846), 1011–1029. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61228-8; 10.1016/S0140-6736(12)61228-8.

Marmot, M., Pellegrini Filho, A., Vega, J., Solar, O., & Fortune, K. (2013). Action on social determinants of health in the americas. [Accion con respecto a los determinantes sociales de la salud en las Americas] *Revista Panamericana De Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, 34(6), 382–384.

Rohan, A. M., Onheiber, P. M., Hale, L. J., Kruse, T. L., Jones, M. J., Gillespie, K. H., & Katcher, M. L. (2014). Turning the ship: Making the shift to a life-course framework. *Maternal and Child Health Journal*, 18(2), 423–430. doi: 10.1007/s10995-013-1225-x; 10.1007/s10995-013-1225-x.

Shrimali, B. P., Luginbuhl, J., Malin, C., Flournoy, R., & Siegel, A. (2014). The building blocks collaborative: Advancing a life course approach to health equity through multi-sector collaboration. *Maternal and Child Health Journal*, 18(2), 373–379. doi: 10.1007/s10995-013-1278-x; 10.1007/s10995-013-1278-x.

http://www.fsg.org/Portals/0/Uploads/Documents/PDF/CI_Case_Study_Shape_Up_Somerville.pdf?cpgn=WP%20DL%20-%20CI%20Case%20Study%20Shape%20Up%20Somerville

אופטימיזציה של הבריאות בגיל הרך

ד"ר מיץ בלייר

סדרה של קווי מדיניות שגובשו, הן ברמה הלאומית והן ברמה הבינלאומית, בנושא התפתחות הילד ובריאות בגיל הרך, מצביעה על הצורך החיוני בשיתוף פעולה הדוק בין מגזרים שונים. עמיתים מתחומי הבריאות, החינוך והרווחה, כמו גם מהמגזר השלישי, צריכים לנצל את ההזדמנות כדי לשפר את בריאות הילד. במאמר שלפנינו נתאר את ההקשר ואת האופי המשתנים של בריאות הילד בבריטניה, נביא טיעונים בזכות מיקוד ההשקעה בשנות החיים הראשונות (גילאים 0-8), נציג מסגרת הוליסטית לתיאור הגורמים המשפיעים על בריאות הילד ועל רווחתו, ונבהיר כיצד החלה של גישות ושיטת עבודה מתחום בריאות הציבור על תחום הטיפול בילדים יכולה לתרום להשגת יעדים אלה. המאמר נועד לעורר דיון בתוך המסגרות הטיפוליות השונות ובכך להאיר היבטים שונים של בריאות הילד.

1. רקע והקשר

במהלך 150 השנים האחרונות נרשמה ירידה ניכרת בתמותת ילדים בבריטניה. בשנת 1858 עמדו סיכוייו של ילד בן חמש לשרוד עד גיל מבוגר על 40%. שישה מתוך עשרה תינוקות שנולדו באותה עת לא שרדו עד גיל שנה ובמקרים רבים מתו מזיהומים קשים או מתת-תזונה. בימינו 99.5% מהילודים שורדים עד גיל שנה, והרוב המכריע של הילדים יזכו להגיע לבגרות. עם העלייה בשיעור ההישרדות, התמקדו העוסקים בתחום יותר ויותר בנושא התחלואה. מחלות רבות נמנעו בזכות שיפור בתזונה, בתברואה, בחיסונים ובחינוך, ומחלות רבות אחרות ניתנות כיום לריפוי בזכות ההתקדמות המרשימה בטכנולוגיות הבריאות. ככלל, סוגיות של איכות חיים, רווחה רגשית וסגנון חיים הפכו למרכזיות בדיון על בריאות הילד.

במהלך המאות ה-18 וה-19, ילדים ומגויסים לשירות צבאי בלטו יותר ויותר לעין כתוצאה מכך שכונסו בתוך מרחבים מוגדרים, פיזיים (בתי ספר) או ארגוניים (צבא), שם התברר עד מהרה למורה או לרס"ר שרבים מהיושבים או מהעומדים מולם אינם כשירים ללימודים או לאימונים.² הסוגיות העכשוויות המשפיעות על ילדים מובאות לתשומת לבנו לאחר "ש"ראינו" ו"האזנו" להם באמצעות סקרים (כמו TellUs או WHO HBSC) או מחקרים (כמו Good Childhood Enquiry).

זה מכבר ידוע לנו שילדים בריאים הם גם תלמידים בריאים הגדלים להיות מבוגרים בריאים והורים בריאים (ופרטים יצרניים מבחינה כלכלית). אף-על-פי-כן, בריאותם

2 Foucault, M. (1973). The Birth of the clinic: An Archeology of Medical Perception. (A. M. Sheridan-Smith trans). London: Tavistock, 1970.

של ילדים ככלל טובה יותר מזו של מבוגרים, ומכאן שהמוטבים העיקריים של תקציב הבריאות הממלכתי בבריטניה (96% מסך התקציב) הם מבוגרים וקשישים. בהשוואה, הסכום המוקצה לשיפור בריאותם של ילדים ושל צעירים הוא מזערי.

אין זה פשוט להילחם את מלחמתם של אלו שמתוקף גילם אינם יכולים להצביע או להשפיע על מדיניות שתפתח שירותי בריאות שהם יהיו מוטביה המובהקים. מכאן החשיבות שיחידים וארגונים העובדים עם ילדים (כמו "המועצה הממלכתית לשלום הילד" וארגונים דומים) ישמיעו את קולם למען הילדים בדור הנוכחי ובדורות הבאים. בחלק הבא של המאמר נבחן מדוע עלינו להתמקד בילדים בגיל הרך.

2. מדוע עלינו להתמקד בגיל הרך?

2.1 עלות מול תועלת

על פי ההערכה, כל דולר המושקע בשנות חייו הראשונות של הילד מניב תשואה של שבעה דולרים בחלוף שמונה שנים.³ במילים אחרות, התשואה על השקעה בגיל הרך גבוהה מאוד. שאלות המפתח הן כמה אנחנו מוציאים על שירותים לילד ועל מה בדיוק אנחנו מוציאים את הכסף?

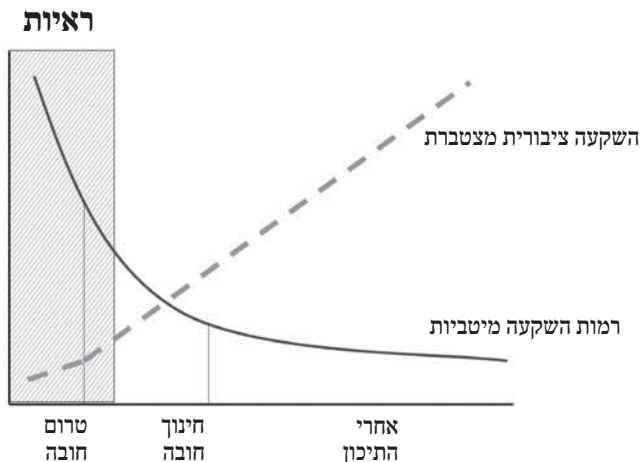
בטבלה שלהלן מוצגת ההוצאה הממלכתית על ילדים במערכות הבריאות, הרווחה והמשפט באנגליה.⁴

| ההוצאה לילד (בליש"ט) | |
|-------------------------------|--|
| 43 | שירותי בריאות כלליים |
| 38 | שירותים פרטניים |
| 112 | בתי חולים |
| 5000 | שירותים סוציאליים |
| 301,860 | שירותים משפטיים |
| ההוצאה על כלל הילדים (בליש"ט) | |
| 246 מיליון | שירותים משפטיים |
| 1.26 מיליארד | טיפול ראשוני בילדים בני 0-15 (בעיקר רפואת משפחה) |

3 Heckman, J. J., & Masterov, D. V. (2004). The Productivity Argument for investing in Young Children. Invest in Kids Working Group, working Paper No. 5, September. Washington, DC: Committee on Economic Development. http://www.ced.org/docs/report/report_ivk_heckman_2004.pdf.

4 Modelling the Future – A consultation paper on the future of child health services. Royal College of Paediatrics and Child Health, September 2007.

בגרף שלהלן - "אי-התאמה בין השקעה להזדמנות" - מומחשים היתרונות הכלכליים הגלומים בהתערבות בגיל הרך.



השכלה היא אחד מחזאי הבריאות המובהקים ביותר. מחקר שנערך לאחרונה בארצות הברית מורה שאילו רמת ההשכלה של כל תושבי ארצות הברית הייתה זהה, כלומר, אילו לכולם הייתה השכלה ברמה ממוצעת, היה אפשר לחסוך את חייהם של 1,369,335 אנשים. זאת בהשוואה לחיסכון בחייהם של 178,193 אנשים שנבע מהתקדמות הרפואה בתקופת המחקר (1995-2002). אנשי מקצוע העובדים עם ילדים בגיל הרך יכולים לתרום תרומה כבירה למאמצים אלו באמצעות תמיכה בהורים, במטרה לשבור את מעגל הקסמים של הקיפוח שראשיתו במקרים רבים דורות רבים לפני כן.⁵

2.2 זכויות הילד

השקעה בגיל הרך אינה רק אמצעי להשגת מטרה (במקרה זה, אורח יצרני מבחינה כלכלית), אלא היא גם חיונית להערכת ילדים בכל שלבי התפתחותם. ואכן, הדבר מעוגן באמנה לזכויות הילד של יוניסף (UNICEF). כמה סעיפים באמנה רלוונטיים לענייננו, בראש ובראשונה סעיף 24, שמחייב אותנו לפעול להשגת רמת הבריאות הגבוהה ביותר האפשרית עבור כל ילד. על פי סעיף 17 באמנה, לילדים יש זכות לקבל מידע מהימן מאמצעי התקשורת: הטלוויזיה, הרדיו והעיתונים צריכים לספק מידע שילדים יכולים להבין, ונאסר עליהם לקדם מכירות של מוצרים שעלולים להזיק לילדים.

על פי סעיף 18, שני ההורים חולקים באחריות לגידול הילד וטובת הילד צריכה לעמוד תמיד בראש מעייניהם. על הממשלה לעזור להם באמצעות אספקת שירותי תמיכה,

5 Blaxter, M. (1981). The Health of the Children: A Review of Research on the Place of Health in Cycles of Disadvantage, Great Britain, Heinemann Educational

במיוחד אם שניהם עובדים. סעיף 23 קובע כי ילדים עם מוגבלות מכל סוג שהוא זכאים לטיפול מיוחד ולתמיכה מיוחדת כדי לאפשר להם לנהל חיים מלאים ועצמאיים. מימוש דרישה זו מחייב זיהוי מוקדם, הפניה מוקדמת וטיפול מוקדם. סעיף 31 מקנה לכל ילד את הזכות למנוחה, למשחק ולהשתלבות במגוון רחב של פעילויות. לבסוף, סעיף 36 מחייב להגן על ילדים מפני כל פעילות שעלולה לפגוע בהתפתחותם.

2.3 חלון הזדמנות נירר-ביולוגי

גוף הולך וגדל של ממצאים מורה על כך שלחודשי ההיריון ולשלוש השנים הראשונות בחיי הילד יש חשיבות מכרעת על בריאותו הגופנית והרגשית בעתיד.⁶ קצב ההתפתחות של המוח בגיל הרך מהיר במיוחד ואפשר "לעצבו" באופן הממשי ביותר באותם גילאים באמצעות השפעה על הסביבה הגופנית והרגשית של הילד. שינויים ביוכימיים אלו יוצרים מסלולים וצמתים עצביים (סינפסות) במוח, הנותנים בתורם את ה"טון" הרגשי להתפתחותו העתידית של הילד ומשפיעים על המערכות ההורמונליות בגופו מילדות עד בגרות. מחקרים שעקבו אחר קבוצות ילדים לאורך שנים, ממחישים את יחסי הגומלין האלו בצורה הברורה ביותר, ומורים בבירור על כך שעלינו להתערב בשלב מוקדם ככל האפשר אם ברצוננו להבטיח את בריאותו המיטבית של הילד. מסגרות לגיל הרך מקנות הזדמנות מושלמת לשפר את בריאותו של הילד, לעקוב אחר התקדמותו לאורך זמן ולאחר חריגות ממסלול ההתפתחות התקין. הסיכוי שמסגרות אלו אכן יממשו את ייעודן גדל במידה משמעותית כמובן ככל שכוח האדם הפועל במסגרתן מסור ומיומן יותר. תכניות כמו "התכנית הלאומית לבריאות הילד" ("תכנית הילד הבריאה"),⁷ חוק ביטוח הבריאות הממלכתי, או היוזמה החדשה לאיסוף נתונים מכלל המסגרות המעניקות שירותי בריאות לילד ולמתבגר במאגר אחד,⁸ מהוות מנופים חינויים לשינוי.

3. ראייה ביולוגית, פסיכולוגית וחברתית משולבת

יש לבחון את הסוגיות הקשורות לבריאות הילד ולהתפתחותו מתוך ראייה הוליסטית, הכוללת גורמים כלכליים, חברתיים ופסיכולוגיים המשפיעים על בריאות הילד ועל רווחתו. גורמים אלו כוללים סכנות בריאותיות עקב תת-תזונה, זיהומים ומחלות, המצב הכלכלי והחברתי של הוריו ושל החברה הסובבת אותם, וכן רמת האלימות בחברה שבה הוא גדל. מדובר במרווח עצום של אפשרויות תמיכה בילד ובבני משפחתו שנועדו לסייע להם לפתח חסינות בפני איומים אלה.

6 Shonkoff, J. & Phillips, D. (2000). From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood. New York: National Academies Press.

7 Healthy Child Programme DH (2009). <https://www.gov.uk/government/publications/healthy-child-programme-pregnancy-and-the-first-5-years-of-life>.

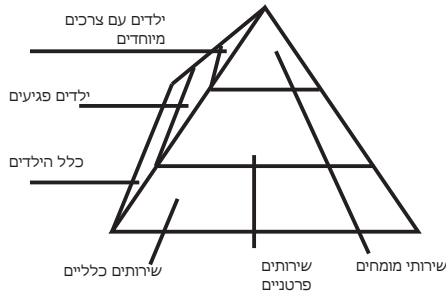
8 Children and Young Persons Health Outcomes Framework.

הילד וההורים/האפוטרופוסים מהווים יחידה אחת. שלמות היחידה הזאת נתונה כל העת לאיומים על הישרדותה ועל התפתחותה התקינה. במהלך מיליוני שנים פיתחנו דרכים כדי לשפר את חסינותנו בפני איומי מסוגים שונים על שלמות יחידה זו. שירותים שונים פועלים כדי לתמוך במבוגרים המשמעותיים בחיי הילד ולהבטיח לו בריאות ורווחה מיטביים בהווה ובעתיד. כל אותם כוחות מגוננים פועלים כדי להדוף את הגורמים המאיימים לפגוע בשלמות המשפחה. אם הכוחות המגוננים שווים לאלו המאיימים על שלמות המשפחה או חזקים מהם, יוכלו הילד ובני משפחתו להתפתח באופן בריא.⁹¹⁰ תנאים מגוננים: תנאים הוריים לבריאות והתפתחות חיובית של הילד, מעון יום, שירותים סוציאליים, מערכת בריאות, תרבות מותאמת לילד, תמיכה כספית במשפחות, חיי חברה, בית ספר.

תנאים מאיימים: היעדר מעון, היעדר השפעה והשתתפות, כוחות שוק שליליים, מחלות ופציעות, תקשורת שלילית, התפתחות חברתית שלילית, עתיד מעורפל, עוני, חיים בשולי החברה, אבטלה, ליקויים בחוק, סביבה מזיקה.

מסגרת תיאורטית מועילה נוספת שמן הראוי להתייחס אליה היא "פירמידת הצרכים", המשמשת מסגרות בריאותיות רבות, ביניהן תחנות טיפת חלב, התכנית הלאומית לקידום בריאות הילד, שירותי בריאות הנפש לילד, אגף קלינאות התקשורת, משרד הרווחה ומסגרות חינוכיות נוספות. פירמידת הצרכים מאפשרת לנו לבחון את רמות הטיפול והתמיכה שלהן עשויה להזדקק משפחה מסוימת. שירותי הבריאות והרווחה בימינו מתמקדים ללא ספק בקצה העליון של הפירמידה, במקום שבו נדרשת ההתערבות האינטנסיבית והמיומנת ביותר. עם זאת, אם שירותי הבריאות והרווחה האוניברסליים מקיפים דיים, אפשר למנוע ממשפחות ומילדים רבים להגיע מלכתחילה לקצה הפירמידה או לשהות שם פרק זמן ממושך. מכאן שמסגרת אידיאלית תהיה כזו שתשלב בהצלחה בין שירותים ייעודיים לשירותים אוניברסליים.^{12 11}

-
- 9 Rigby, M., Kohler, L., Blair, M., & Mechtler, R. (2003). Child health indicators for Europe: A priority for a caring society. *The European Journal of Public Health*, 13(3), 38–46.
 - 10 Association of Public Health Observatories Report on Child Health in the English Regions. <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=39371>.
 - 11 Starfield, B., Hyde, J., Gervas, J., & Heath, I. (2008). The concept of prevention: A good idea gone astray? *Journal Epidemiology Community Health*, 62(7), 580–583.
 - 12 Rose, G. (1994). *Strategies for Prevention*. Oxford University Press.



4. גישה של בריאות הציבור

תחום בריאות הציבור בהקשר של ילדים מוגדר כדלקמן: "המדע והאמנות של מניעת מחלות, הגנה מפני מחלות ושיפור בריאותם של ילדים ושל מתבגרים באמצעות מאמציה המאורגנים של כלל החברה"¹³. מכאן ששיפור הבריאות, הגנה על הבריאות ומניעה של מחלות ושל בריאות לקויה הן הפעילויות המרכזיות שסייעו לנו להוריד את הילדים מפסגת הפירמידה לרמות הבריאות והרווחה המשופרות יותר שבתחתיתה. מעצם טבעה מסתמכת גישה זו על הקשרים בין אנשי מקצוע היוצרים רשת סינרגית הפועלת במתואם כדי לשפר את יעילותה של ההתערבות. מסגרות לגיל הרך מהוות "מרחבים" מתאימים במיוחד למפגש בין אנשי מקצוע לשם לימוד משותף באופן שיאפשר להם לרתום את מיומנויותיהם ולקדם חזון משותף של בריאות ורווחה מיטביים לילד המונחה על ידי גישה הוליסטית של בריאות הציבור.

5. מהם סדרי העדיפויות לבריאות הילד בגיל הרך ומה אפשר לעשות?

סדרי עדיפויות משתנים ללא הרף ואינם זהים בהכרח בכל מסגרת. להלן רשימה של כמה סדרי עדיפויות המקובלים על הכול, וסקירה קצרה של הדרכים לקידום סדרי עדיפויות אלו במסגרת התיאורטית של שיפור הבריאות, הגנה על הבריאות ומניעת מחלות שתוארה בסעיף הקודם:

- ◆ בעיות נפשיות
- ◆ הפרעות התפתחותיות
- ◆ תאונות והסביבה הפיזית
- ◆ חיסונים
- ◆ תת-תזונה ורמות נמוכות של פעילות גופנית

¹³ Blair, M., Crowther, R., Waterston, T., & Stewart Brown, S. (2003). Child Public Health. Oxford University Press.

5.1 בעיות נפשיות

אלו כוללות בעיות רגשיות והתנהגותיות, הפרעת התנהגות, הפרעת התנגדות, היפראקטיביות, הפרעת התקשורת והתפתחות מוסרית לקויה.

על פי האומדן, אחד מכל עשרה ילדים סובל מהפרעה נפשית כלשהי, ושיעור זה הולך וגדל בקצב מסחרר, עם ייצוג דיספרופורציוני ברוב הקהילות המוחלשות. בדוח רווחת הילד של יוניצף דורגה בריטניה באחד המקומות הנמוכים ביותר. כמה מהילדים הסובלים מקשיים משמעותיים ינשרו מהלימודים, יהפכו לעבריינים ויטופלו במערכת האכיפה באופן שיגבה מחיר גבוה מאוד מהקהילה ומהמדינה. מחקרים נזירו-פיזיולוגיים מהעת האחרונה מצביעים על כך שאפשר לזהות דפוסי הפרעות אלו בגיל צעיר מאוד, וכי התערבות וטיפול מוקדם יעילים במיוחד בגילאים אלו.^{14 15}

שיפור הבריאות

- ◆ לפני הלידה: יש עדויות לכך שמפגשים עם אימהות בסיכון תורמים לשיפור בריאות הילד.
- ◆ לאחר הלידה: מידע על תהליך הלידה, שיטת "עור לעור"; שימוש בשאלון ההתנהגותי לילודים של ברזלטון [Brazleton Neonatal Behavioral Scale]; שימוש במנשאים רכים, עיסויים לתינוקות, הפצת מידע להורים באמצעי התקשורת, התערבות טיפולית קצרת מועד והתערבות אחד-על-אחד למען הורים עם קשיי למידה - כל אלה הוכחו כיעילים בשיפור הבריאות והרווחה של הילד ושל בני משפחתו. מסגרות והתערבויות טיפוליות בגיל הרך לטובת אימהות מוחלשות הניבו שיפור באינטראקציה בין האם לילד, באווירה בתוך המשפחה, בתפקוד הקוגניטיבי של הילד ובמידע העומד לרשות האם בנוגע לתפקידה האימהי.

בימים אלו הושקה יוזמה חלוצית באנגליה בשם The Family Nurse Partnership programme, כמודל לתכנית מורחבת. במסגרת היוזמה מבקרות אחיות מוסמכות בביתן של משפחות בסיכון גבוה.¹⁶

הגנה על הבריאות

- ◆ שיפור הנסיבות החברתיות של ההורים.
- ◆ זיהוי מוקדם של אלימות במשפחה, הפרעות נפשיות והתמכרות של ההורים לסמים.
- ◆ יצירת מעגלי תמיכה פנים-קהילתיים.
- ◆ פיתוח היכולת של אנשי מקצוע לסייע להורים לשפר את בריאות ילדיהם.

14 Sunderland, M., & Kingersley, D. (2008). The Science of Parenting.;

15 From Neurons to Neighbourhoods, ibid.

16 <http://www.everychildmatters.gov.uk/parents/healthledsupport>.

- ◆ שימוש ב"מסגרת ההערכה המשותפת" (CAF)¹⁷ כדי לסייע בזיהוי מוקדם של פרטים פגיעים שיוכלו להפיק תועלת מגישה אינטגרטיבית משולבת.

מניעה

- ◆ זיהוי וטיפול מוקדם בדיכאון לפני לידה ואחריה ובהפרעות נפשיות אחרות במהלך ההיריון.
- ◆ זיהוי וטיפול מוקדם בבעיות רווחות כמו הפרעות שינה, הפרעות אכילה, בעיות בגמילה מחיתולים והתנהגות מרדנית.
- ◆ הענקת תשומת לב לתזונה ולמיקרו-מינרלים לפני הלידה, בינקות ובשנות הילדות המוקדמות.

5.2 הפרעות התפתחותיות: התפתחות לקויה של דיבור,

שפה וליקויי למידה

כחמישית מכלל הילדים סובלים מהפרעות התפתחותיות. ברוב המקרים מדובר בעיכוב במהלך ההתפתחות התקין, לעתים עקב תזונה לקויה, הגורם להתפתחות תת-מיטבית של המוח. במקרים אחרים מדובר בנזקים ישירים יותר למוח הנגרמים מזיהומים, מתת-תזונה ומפציעות.¹⁸

שיפור הבריאות

- ◆ יש עדויות כי תכניות "דיבור מוקדם" (Early Talk) הניתנות במסגרות שונות לגיל הרך, תורמות להתפתחות הדיבור והשפה.
- ◆ תכניות כמו Reach out and Read ו-Bookstart, המעודדות אוריינות בגיל הרך וקריאה בקול לילדים, עיסוי לתינוקות¹⁹ ופעילויות משחקיות - הוכחו כיעילות.

הגנה על הבריאות

תמיכה בקבוצות בסיכון הגבוה ביותר, כמו הורים קטינים והורים הסובלים מקשיי למידה. ספריות ניידות ומניעה של צפייה מופרזת בטלוויזיה.²⁰

17 <http://www.everychildmatters.gov.uk/deliveringservices/caf>.

18 Elliman, D., & Hall, D.M.B. (2006). Health for All Children. Oxford University Press.

19 Glover, V. et al. (2006). Benefits of Infant Massage for Mothers with Postnatal Depression.

20 Children, adolescents and advertising. Pediatrics, 118(6), 2563–2569.

הנהגה של שיטות אפקטיביות לזיהוי מוקדם. שיטה אחת כזו היא שאלוני הערכה להורים לשם זיהוי בעיות התפתחותיות ורגשיות (PEDS). מממצאים שנאספו בקנדה, בארצות הברית, באוסטרליה ובבריטניה עולה החשיבות של העלאת המודעות בקרב הורים ואפטרופוסים לרמת ההתפתחות של הילד, והתועלת שאפשר להפיק משאלונים אלו לשם שיפור תהליך האבחון והטיפול בילד.²¹

- ◆ תזונה טובה, ובפרט צריכת ברזל, וצמצום צריכה עודפת של חלב ומוצריו.
- ◆ צמצום השימוש בבקבוקים ובמוצצים לאחר השנה הראשונה ועידוד הנקה טבעית.
- ◆ זיהוי מוקדם של תינוקות בסיכון גבוה שנולדו פגים או כאלו שנוקקו לטיפול מיוחד²² או לתמיכה נשימתית ממושכת לאחר הלידה.
- ◆ זיהוי ילדים הסובלים מאובדן שמיעה עקב דלקת באוזן התיכונה וילדים הזקוקים למכשירי שמיעה.
- ◆ זיהוי מוקדם של ליקויי ראייה.

5.3 חיסון חלקי

אוכלוסיית הילדים בימינו לוקה בחיסון חלקי. כדי להגדיל את היקף ההתחסנות באוכלוסייה ולמנוע התפרצות מחלות עלינו להגיע לרמת התחסנות של 90% לפחות.^{23, 24}

שיפור הבריאות

- ◆ עידוד לאוריינות בריאותית בבתי ספר ובמרכזים לילד, המיידעים את ההורים על הנזקים החמורים העלולים להיגרם מאי-התחסנות והחשיבות שבמניעתן של מחלות מדבקות, זאת בעיקר על רקע הפרסומים השליליים, השגויים על פי רוב, על נזקי החיסונים.
- ◆ ביקורי בית של רופאי משפחה, רופאי ילדים, אחיות ואנשי מקצוע אחרים במטרה לעדכן הורים ואפטרופוסים בהיצע החיסונים ולהציג בפניהם מידע מדויק ומוסמך.

21 Glascoe, F. P. (2003). Parents' evaluation of developmental status: how well do parents' concerns identify children with behavioral and emotional problems? *Clinical Pediatrics (Phila)*, 42 (2), 133–138.

22 Health for All Children *ibid*.

23 Pearce, A., Law, C., Elliman, D., Cole, T. J., & Bedford, H. (2008). Millennium Cohort Study Child Health Group. Factors associated with uptake of measles, mumps, and rubella vaccine (MMR) and use of single antigen vaccines in a contemporary UK cohort: prospective cohort study. *BMJ Journal*, 336 (7647), 754–757.

24 <http://www.immunisation.nhs.uk>.

הגנה על הבריאות

- ◆ קביעה של מדיניות חיסונים מקומית ויישומה בתחנות טיפת חלב ובמסגרות אחרות במטרה להבטיח גישה עקיבה ומתמשכת.
- ◆ יידוע שוטף של העובדים בתחנות טיפת חלב, במרפאות לבריאות הילד ובמסגרות אחרות על מחלות מדבקות, תהליך הדגירה של מחלות מדבקות ומדיניות הבידוד הנהוגה באזורם. חיוני כמוכן שכל העובדים יהיו מחוסנים בעצמם.

מניעה

- ◆ מפגשים יזומים עם משפחות כדי לעודד אותן לחסן את ילדיהן.
- ◆ הרחבת החיסונים המתבצעים על ידי אחיות ועובדים פרא-רפואיים העורכים ביקורי בית, כנהוג באזורים מסוימים בבריטניה זה 25 שנה.²⁵
- ◆ העלאת שיעור החיסונים המזדמנים בחדרי מיון בעקבות תאונות ואשפוזים, כמו גם במחלקות האשפוז של בתי חולים,²⁶ היא גישה שהוכיחה את יעילותה.
- ◆ שימת דגש על נטילת ידיים מועילה של ילדים ועובדים כדי לצמצם את שיעור המחלות המדבקות בגיל הרך.

5.4 תאונות ופציעות

אלו כוללות בעיקר נפילות, הרעלות וכוויות בקרב ילדים עד גיל חמש.

שיפור הבריאות

- ◆ תאונות ופציעות בבית נמנות עם הגורמים העיקריים לתחלואה ולמקרי מוות הניתנים למניעה בקרב ילדים עד גיל חמש. חינוך ממוקד של ההורים ומסרים מונעים הניתנים במהלך ביקורי בית שגרתיים חשובים בהקשר זה, כמו גם מסרים של חינוך לבריאות המתמקדים בפגיעות ובסיכונים ספציפיים. הדבר חשוב במיוחד לאוכלוסייה של ילדים עד גיל חמש.
- ◆ לעובדות סוציאליות, לעובדים קהילתיים ולגורמים מטפלים אחרים יש היכולת לזהות סיכונים בבית במהלך ביקוריהם. כמה פרויקטים ספציפיים המחישו כי אנשי מקצוע המבקרים בבתים מיומנים מאוד באבחון מפגעים ובעידוד לשימוש בציוד בטיחותי בבית.^{27, 28}

25 Jefferson, N., Sleight, G., & Macfarlane, A. (1987). Immunization of children by a nurse without a doctor present. *Br Med Journal*, 294 (6569), 423–424.

26 Vaccination services: Reducing inequalities in uptake. March 2005 DH.

27 <http://www.rospe.com/index.htm>.

28 Kendrick, D., Mulvaney, C., & Watson, M. (2008). Does targeting injury prevention towards families in disadvantaged areas reduce inequalities in safety practices? *Health Education Research Journal*.

הגנה על הבריאות

- ♦ הקמה של אזורי משחק בטוחים במרכזים המיועדים לילדים ובפארקים מקומיים, הערכת סיכונים והקפדה על תחזוקה שוטפת במסגרות לטיפול בילדים כגון מעונות וגני ילדים, שימוש במכסים לשקעים והקפדה על תקנות בטיחות, בעיקר במטבחים.
- ♦ הקפדה על שימוש במושבים בטיחותיים לילדים ברכב. מחקר שנערך לאחרונה מצביע על ירידה מובהקת בשימוש בחגורות בטיחות לילדים במושב האחורי של הרכב. נוהג זה נפוץ במיוחד בשכונות טעונות טיפוח.²⁹ מדיניות השאלה של מושבים בטיחותיים באזורים מסוימים הובילה לשימוש מוגבר בקרב משפחות בסיכון. תכניות "חנה ולך" בבתי ספר הוכחו גם הן כיעילות בהפצת השימוש במושבים בטיחותיים.

מניעה

עידוד לשימוש בציוד בטיחותי, כגון שערי בטיחות, מנעולי דלתות, מנעולי חלונות, מגני פינות, זכוכית רבודה (זכוכית רב-שכבתית), כבלים מאריכים לקומקום וקסדות אופניים.

5.5 תת-תזונה ומחסור בפעילות גופנית

מחסור ברכיבים תזונתיים, כמו ברזל וויטמין די, עדיין רווח הרבה מכפי שמקובל לחשוב, בפרט בקרב ילדים ממשפחות מוחלשות, ילדים שחורים וילדים מקרב מיעוטים אחרים. אנו נתונים כיום בעיצומה של מגפת השמנה: אפילו ילדים מתחת לגיל חמש מתאפיינים ברמות גבוהות של משקל עודף. על פי האומדן, לפחות חמישית מהילדים בגילאי טרום-חובה סובלים מעודף משקל ומהשמנת יתר חולנית.³⁰

שיפור הבריאות

- ♦ שיפור מיומנויות ההורים והאפוטרופוסים באמצעות פרויקטים לעידוד הבישול הביתי והגדלת הזמינות המקומית של קואופרטיבים למזון - עשויים לצמצם את הצורך להסתמך על מזון מוכן מעובד או מזון הנרכש בדוכני מזון מהיר.
- ♦ תכניות לקידום הנקה ותכניות לשיפור בריאות השן, כמו גם התכנית "מבבוק לכוס" (שבמסגרתה מחליפים בקבוקים בכוסות פלסטיק בתחנות טיפת החלב) הוכיחו את יעילותן בצמצום התלות בשימוש בבבוק ובהפחתה של מקרי העששת הנגרמים כתוצאה מכך.

29 Raykundalia, A. (2008). Should we tailor car safety education according to actual observation? RCPCCH Assembly, York.

30 Foresight report Tackling Obesities: Future Choices – Modeling Future Trends in Obesity & Their Impact on Health, 2nd Edition, Government Office for Science 2007. <http://www.foresight.gov.uk/Obesity/14.pdf>.

- ◆ קידום הפעילות הגופנית. שיתוף פעולה עם מתנ"סים כדי לעודד משפחות להשתתף בפעילויות פנאי בריאות.

הגנה על הבריאות

- ◆ הרחבה של תכניות דוגמת "התחלה בריאה" (Healthy Start), המספקת שוברים לחלב, פירות, ירקות, ויטמינים ומוצרי מזון בריאים אחרים למשפחות בסיכון ולמשפחות מעוטות הכנסה.
- ◆ עידוד לפעילות גופנית במסגרת מערך השיעורים בפעוטונים ובגני ילדים ועידוד המשחק מחוץ לבית.
- ◆ עידוד של קואופרטיבים למזון במטרה להוריד את העלויות של קניית מוצרים בריאים.
- ◆ הקפדה על כך שהמכונות לממכר מזון בבתי ספר, בתחנות טיפות החלב ובמתנ"סים יציעו גם אפשרויות בריאות. סקוטלנד, לדוגמה, כבר אסרה לחלוטין את הצבתן של מכונות מזון בבתי הספר.

מניעה

חשוב למנוע השמנת יתר של ילדים באמצעות עידוד להנקה, הגבלת צריכה של חטיפים והקפדה על כללי אכילה נכונים ועל צריכת ויטמינים קבועה בחמש השנים הראשונות לחיי הילד.

6. אי-שוויון בבריאות

התחומים שפורטו לעיל ורבים אחרים מושפעים מאוד מהחלשה חברתית ומעוני. אין זה סוד ששכונות עוני מתאפיינות בשיעורים גבוהים יותר של תוצאות בריאותיות נמוכות. במקרים מסוימים ההבדל בתמותת תינוקות עשוי להגיע לפי ארבעה בין אזורי רישום שונים באותו מחוז.^{31 32} קיימת אפוא זיקה מובהקת בין אי-שוויון חברתי לאי-שוויון בריאותי.

גישה מעניינת שאפשר ללמוד ממנה הרבה היא האופן שבו אימצה ויילס את האמנה לזכויות הילד והאמנה של יוניצף. התפיסה שאי-שוויון בבריאות הוא סוגיה של זכויות אדם מעודדת אותנו למצוא את הפתרון לצמצום הפערים בהקשר של צדק חברתי. במילים אחרות, אין זה הוגן שילד מאזור מסוים יהיה חשוף פי חמישה למוות בתאונה מילד באזור אחר. תגובתנו למצב זה היא לבחון את הדרכים שבאמצעותן יכולה החברה לצמצם פערים אלו - חקיקה, חלוקה מחדש של משאבים, או כל דרך אחרת.

31 Choosing health. Born equal? A report on inequalities in infant mortality in London. A technical report. July 2007 DH. <http://www.lho.org.uk/viewResource.aspx?id=12375>.

32 Implementation plan for reducing health inequalities in infant mortality: a good practice guide Dec 2007 DH.

שיפור הבריאות

הכשרה של עובדים סוציאליים ומעניקי שירות אחרים. לעובדים סוציאליים, אחיות, מיילדות ועובדים פרא-רפואיים הנוהגים לערוך ביקורים למטרות בריאותיות בבתיהן של משפחות בסיכון ומשפחות בשכונות מוחלשות, יכולים למלא תפקיד מרכזי בצמצום אי-השוויון ובקידום "אוריינות בריאותית".

הגנה על הבריאות

- ◆ עידוד לניצול מרבי של הטבות ממשלתיות.
- ◆ שיפור התשתית השכונתית ומדיניות הדיור במטרה לדאוג לקיומן של יחידות חברתיות עם תמהיל אוכלוסייה נאות - קרי, הימנעות מריכוזים גבוהים של מבוגרים בסיכון הסובלים מהפרעות נפשיות והתמכרות לסמים ולא לכוהול באזורים שבהם מתגוררים זוגות צעירים.
- ◆ הכללת "יעדי שוויון" בהסכמים בין רשויות מקומיות לשלטון המרכזי.³³

מניעה

- ◆ חתירה להישגים מיטביים בחינוך בכלל ולנערות בפרט תשפיע על ההתמודדות עם פערי הבריאות יותר מכל אמצעי אחר.³⁴
- ◆ שימוש במתורגמנים ובמתווכים כדי לשבור מחסומי שפה ותרבות יניב צריכה גבוהה יותר של שירותים קיימים.
- ◆ עידוד הורים ואפוטרופוסים לרכוש בקיאות בשפת הרוב, ועידוד של אנשי מקצוע במערכת הבריאות לבקיאות בהיבטים שונים הנוגעים לבריאות מהגרים.^{35 36}
- ◆ זיהוי מוקדם והקמה של מערך תמיכה להורים הסובלים מבעיות נפשיות.

7. הערכה: כיצד מודדים הצלחה?

כיצד נדע שהצלחנו לשפר את בריאות הילד ואת התפתחותו לאורך זמן? קלייד הרצמן ועמיתיו בקנדה פיתחו כלי להערכה של ההתפתחות בגיל הרך (Early Development Instrument) להערכת המצב הבריאותי והשינויים שחלו בו לאורך זמן. מדובר במדד

33 <http://www.everychildmatters.gov.uk/strategy/laas>.

34 UNICEF Report State of the World's Children 2004. <http://www.unicef.org/sowc04>.

35 Flores, G. (2006). Language Barriers to Health Care in the United States. NEJM, 355, 229–231.

36 Koehn, P. H. (2006). Globalization, migration, health, and educational preparation for transnational medical encounters. Globalization and Health, 2, 2

קהילתי להתפתחות בגיל הרך המבוסס על שאלון למורים (EDI Checklist). השאלון כולל למעלה ממאה שאלות ובוחרן חמישה תחומים בהתפתחות הילד:

- ◆ מיומנויות לשוניות וקוגניטיביות
- ◆ בשלות רגשית
- ◆ בריאות ורווחה גופנית
- ◆ מיומנויות תקשורת וידע כללי
- ◆ כישורים חברתיים

התוצאות מקנדה מורות על כך שבמקומות שבהם יושומו תכניות שונות לעידוד ההתפתחות בגיל הרך, הצליחו המאמצים הקהילתיים לצמצם את הפערים הסוציו-אקונומיים ואת הסיכונים הנובעים מהם. EDI פועל למעשה כמדד חלופי הבוחן את איכות החיים שמספקת הקהילה לילדיה, והוכח כי השימוש בו מעודד התגייסות בתוך הקהילה ושיתוף פעולה בין הרשויות.

8. סיכום

מרכזים לילד, כולל מעונות, פעוטונים, תחנות לבריאות המשפחה, שירותים משפטיים המיידעים הורים על זכויותיהם והתארגנויות פנים-קהילתיות, משמשים מוקד פעילות חשוב למען מייטוב בריאותם של ילדים. יש לעשות זאת מתוך היכרות מלאה עם התערבויות שתועלתן הוכחה מחקרית כדי להבטיח ניצול משאבים יעיל. יש צורך ברור לספק לכוה העבודה הקיים הכשרה נוספת כדי שיוכל למלא את תפקידו בהצלחה. מסגרות דוגמת ארגון Skills for Health בבריטניה, המספק הכשרה לעובדים, קורסים של מיומנויות אימון לבריאות, ייעוץ בנוגע לניהול נכון של משאבי אנוש ומבחני הערכה, עשויות להועיל מאוד בהשגת שיפור מתמשך.³⁷

חיזוק הקשרים בין מבקרי בית לבין מרכזים לבריאות הילד, לצד שימוש בצוותים מעורבים מיומנים, יהיה מן הסתם גם הוא צעד נכון לשם יישומה האפקטיבי של תכניות הבריאות לגיל הרך. הקצאת משאבים נאותה, הכשרה של עובדים קיימים ועובדים חדשים ויצירה של תחומי התמחות חדשים, יסייעו כמובן להצלחת התכנית. נכון לעכשיו רמתם המקצועית של הצוותים המטפלים ושל העוסקים במקצועות הפרא-רפואיים במסגרת תכנית ביקורי הבית בבריטניה היא הנמוכה זה 14 שנה.

בריתות ושותפויות פוליטיות מקומיות צריכות לשמש כלי מרכזי לשם קידום בריאות הילד והכללתו במסגרת שירות הבריאות הציבורי באופן שיבטיח אחריות נאותה של כלל החברה לחבריה הצעירים והבוגרים כאחד.

<http://www.skillsforhealth.org.uk/page/career-frameworks/public-health-skills-and-career-framework> 37

Association of Public Health Observatories Report on Child Health in the English Regions. <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=39371>.

Blair, M., Crowther, R., Waterston, T., & Stewart Brown, S. (2003). *Child Public Health*. Oxford University Press.

Blaxter, M. (1981). *The Health of the Children: A Review of Research on the Place of Health in Cycles of Disadvantage*. Great Britain, Heinemann Educational.

Children, adolescents and advertising. *Pediatrics*, 118(6), 2563–2569.

Choosing health. Born equal? A report on inequalities in infant mortality in London. A technical report. July 2007 DH. <http://www.lho.org.uk/viewResource.aspx?id=12375>.

Elliman, D., & Hall, D. M. B. (2006). *Health for All Children*. Oxford University Press.

Glascoc, F. P. (2003). Parents' evaluation of developmental status: how well do parents' concerns identify children with behavioral and emotional problems? *Clinical Pediatrics (Phila)*, 42 (2), 133–138.

Glover, V. et al. (2006). *Benefits of Infant Massage for Mothers with Postnatal Depression*.

Healthy Child Programme DH (2009). <https://www.gov.uk/government/publications/healthy-child-programme-pregnancy-and-the-first-5-years-of-life>.

Heckman, J. J., & Masterov, D. V. (2004). *The Productivity Argument for investing in Young Children*. Invest in Kids Working Group, working Paper No. 5, September. Washington, DC: Committee on Economic Development. http://www.ced.org/docs/report/report_ivk_heckman_2004.pdf.

Flores, G. (2006). Language Barriers to Health Care in the United States. *NEJM*, 355, 229–231.

Foresight report *Tackling Obesities: Future Choices – Modeling Future Trends in Obesity & Their Impact on Health*, 2nd Edition, Government Office for Science 2007. <http://www.foresight.gov.uk/Obesity/14.pdf>.

Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. (A. M. Sheridan-Smith trans). London: Tavistock.

Jefferson, N., Sleight, G., & Macfarlane, A. (1987). Immunization of children by a nurse without a doctor present. *Br Med Journal*, 294 (6569), 423–424.

Kendrick, D., Mulvaney, C., & Watson, M. (2008). Does targeting injury prevention towards families in disadvantaged areas reduce inequalities in safety practices? *Health Education Research Journal*.

Koehn, P. H. (2006). Globalization, migration, health, and educational preparation for transnational medical encounters. *Globalization and Health*, 2, 2

Modelling the Future – A consultation paper on the future of child health services. Royal College of Paediatrics and Child Health, September 2007.

Pearce, A., Law, C., Elliman, D., Cole, T. J., & Bedford, H. (2008). Millennium Cohort Study Child Health Group. Factors associated with uptake of measles, mumps, and rubella vaccine (MMR) and use of single antigen vaccines in a contemporary UK cohort: prospective cohort study. *BMJ Journal*, 336 (7647), 754–757.

Implementation plan for reducing health inequalities in infant mortality: a good practice guide Dec 2007 DH.

Raykundalia, A. (2008). Should we tailor car safety education according to actual observation? RCPCH Assembly, York.

Rigby, M., Kohler, L., Blair, M., & Mechtler, R. (2003). Child health indicators for Europe: a priority for a caring society. *The European Journal of Public Health*, 13(3), 38–46.

Rose, G. (1994). *Strategies for Prevention*. Oxford University Press.

Shonkoff, J. & Phillips, D. (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood*. New York: National Academies Press.

Starfield, B., Hyde, J., Gérvas, J., & Heath, I. (2008). The concept of prevention: A good idea gone astray? *Journal Epidemiology Community Health*, 62(7), 580–583.

Sunderland, M., & Kingersley, D. (2008). *The Science of Parenting*.

Vaccination services: Reducing inequalities in uptake. March 2005 DH.

UNICEF Report State of the World's Children 2004. <http://www.unicef.org/sowc04>.

<http://www.everychildmatters.gov.uk>.

<http://www.immunisation.nhs.uk>.

<http://www.rosipa.com/index.htm>.

<http://www.skillsforhealth.org.uk/page/career-frameworks/public-health-skills-and-career-framework>.

המעבר להורות כגורם דחק משמעותי בקרב מבוגרים פגיעים: הצורך בעבודה משותפת של פסיכיאטר ילדים ופסיכיאטר מבוגרים

ד"ר מירי קרן, פרופ' אנטוני גואדניי,
פרופ' שמואל טיאנו

מבוא

המעבר להורות מהווה אירוע חיים מעורר דחק בחייהם של צעירים (Guedeney & Tereno, 2010). מעצם הווייתו, הורות היא תחום שבו בריאות הנפש של המבוגר ובריאותו הנפשית והגופנית של התינוק מתלכדות במשחק גומלין מורכב ודינמי. ואכן, להיות הורה "טוב דיו" מהווה אתגר אוניברסלי, לא כל שכן לפגיעים נפשית. הדבר כרוך ביכולת ההורה לספק את ילדו, כמו גם לדחות את סיפוקיו, באופן מאוזן ותואם גיל, וחשוב מכול, לתקן אי-התאמות בלתי נמנעות באינטראקציה עם התינוק כדי להגיע לרמת תיאום טובה דיה. ככל שתינוקות רכים יותר בשנים, כך קל להם יותר להיקלע לחוסר ארגון בעקבות הפרת התיאום במערכת היחסים בינם לבין הוריהם (Tronick et al., 1978).

הבאת ילדים לעולם מחריפה לא פעם מחלה נפשית קיימת, וכפועל יוצא מכך, מובילה להורות לא-סתגלנית הפוגמת בקשר המוקדם הורה-תינוק, בהתפתחות החברתית-רגשית של התינוק ובתפקודו בשלב מאוחר יותר. ההיריון והשנה שלאחר הלידה מהווים תקופה שבה נתונה האם לסיכון הרב ביותר לסימפטומטולוגיה נפשית מוגברת, בין שבעקבות עירור פגיעות לטנטית ובין שבעקבות החרפה של פסיכופתולוגיה קיימת (Munk-Olsen et al., 2006, 2009). כמו כן יש מחקרים, שנערכו על בעלי חיים וגם על בני אדם, המבססים את הטענה שדחק בהיריון משפיע על העובר, על התינוק ועל הילד (Keren, 2010).

היכולת ההורית למנטליזציה כמושג מקשר בין פסיכיאטריה של המבוגר ושל התינוק

מנטליזציה מוגדרת כתהליך של מתן פירוש להתנהגות העצמי והזולת במונחים של מצבים מנטליים ורגשיים (Fonagy et al., 2002). לקשרי התקשרות דיספונקציונליים וטראומטיים עקב הזנחה, התעללות ודפוסים דיסוציאטיביים פולשניים במיוחד ובלתי צפויים קיצונית של תגובות ההורים, נודעות השפעות מזיקות ומשבשות לאורך זמן על יכולתו של הילד להשתמש בגיל מאוחר יותר בכישוריו המולדים למנטליזציה ולהתמודדות

נאותה עם האתגרים שמזמנות מערכות יחסים אינטימיות וחבריות (Bateman et al., 2000, 2003, 2007). איכות הסביבה המשפחתית ממלאת תפקיד מרכזי בהתפתחות המנטליזציה: התגלו מתאמים בין שכיחות חילופי הפרספקטיבות באינטראקציות המילוליות עם הילד (Hughes & de Rosnay, 2006), היקף משחקי התפקידים במשפחה והמידה שבה ניתן במשפחה ביטוי מילולי לרגשות סותרים (Cutting & Dunn, 1999) לבין כושר המנטליזציה של הורים ושל ילדיהם.

כשאדם הופך להורה, יכולות המנטליזציה שלו, קרי, נכונותו להבין את התנהגויות תינוקו במונחים של מצבים מנטליים, יכשירו את הקרקע להתפתחות המנטליזציה של הילד הרך. מחקר שהשווה בין 30 ילדים בני 4-7 לאימהות עם הפרעת אישיות גבולית (BPD) לבין 30 דיאדות נורמטיביות, הצביע על ייצוגים שונים במובהק של יחסי אם-ילד ושל העצמי, כמשתקף במטלת השלמת סיפורים (MacFie et al., 2009). ילדים של אימהות גבוליות סיפרו סיפורים שהתאפיינו ביותר היפוכי תפקידים בין הורה לילד, פחד מנטישה, ציפיות שליליות מהקשר בין אם ואב לילד, ייצוגים מביכים של העצמי, ויסות רגשי לקוי וגבולות מטושטשים בין דמיון למציאות מצד אחד ובפחות קוהרנטיות נרטיבית מצד אחר. שיבוש זהותי ופגיעה עצמית של האם היו החוזאים החזקים ביותר לייצוגים לא-סתגלניים של העצמי ושל הקשר אם-ילד בקרב ילדים של אימהות גבוליות.

השפעת פסיכופתולוגיות של ההורה על התינוק

ללא כל קשר לאבחנה הפסיכיאטרית הספציפית, פסיכופתולוגיה של ההורה משליכה על ההתפתחות החברתית-רגשית של הילד באמצעות ההשפעה של התנהגויות הוריות לקויות (Rutter & Quinton, 1984). לא האבחנה כי אם התנהגויות ההורה הן שמפריעות בשלב מוקדם ובמישרין למטלות ולצרכים ההתפתחותיים של הילד, כגון ויסות ההתנהגות והאפקט, תחושת ביטחון בסיסית, איוון בין אוטונומיה לתלות וההתפתחות של תפיסה חיובית של העצמי ושל הזולת. אשפוז חוזר של ההורה קשה במיוחד לילדים בני חצי שנה עד חמש. דיקטטיין גילתה שהתפקוד המשפחתי הוא הגורם המשמעותי ביותר המתווך בהשפעה של מחלה נפשית של ההורה על הילד (Dickstein, 1998). נוסף על כך, מספר גורמי הסיכון של התינוק, ההורה וסביבתם - ולא טבעם - הוא זה שמנבא פסיכופתולוגיה של הצאצא (Sameroff, 2000). לדוגמה, התנהגויות הוריות כגון עוינות מזיקות בכל גיל, אך עצבות בעייתית במיוחד לילדים בגיל הרך (Field, 1995). אימהות עם נטיות דיכאוניות נוגעות בתינוקותיהן בצורה שלילית יותר ומדברות אליהם באופן המותאם פחות לצרכיהם ההתפתחותיים (Murray & Cooper, 1997). זהו שלושה דפוסים שונים של אינטראקציה בין אימהות דיכאוניות לתינוקן לפי סדר יורד של התנהגות התינוק; מנותק ואדיש; מעורב אך כעוס ופולשני; מעורב וחיובי (Cohn et al., 1986). העקיבות והשכיחות של המסרים, מעבר להקשרים המשולבים של מערכת היחסים המשפחתית, ההתנהגויות הספציפיות של האם הקשורות לדיכאונה ומאפייני האינטראקציה שלה עם הילד, הם שמגבירים את פגיעותו. מחקר שארך 15 שנה (Radke-Yarrow, 1985) הראה כי אין תוצאה אוניברסלית של חשיפה מוקדמת

לדיכאון אימהי, מאחר שכל מקרה הוא תוצאה של משחק גומלין בין גורמי הפגיעות והחוסן בילד ובהורים, וכי באופן כללי ילד שגדל במחיצת הורה דיכאוני משלם על כך מחיר: לרבים מילדים אלה אבחנות חמורות ומרובות, שדיכאון הוא רק אחד מהן.

כפי שממחיש התיאור הקצר הבא, לא די לטפל בסימפטומטולוגיה הדיכאונית של האם; עלינו גם להתמודד מוקדם ככל האפשר עם דפוסי האינטראקציה הלא-סתגלניים שלה, עם הגישות ה"דיכאוניות" הספציפיות שלה כלפי הילד, עם תפקודו של ההורה השני ועם מערכת התמיכה בסביבה הקרובה.

ה', בת 32, הופנתה עם תינוקה, בן שלושה חודשים, ליחידה לגיל הינקות שלנו (מ"ק) בחשד לדיכאון לאחר לידה. הלידה לוותה בסיבוכן - דלקת דימומית של המעי [hemorrhagic enterocolitis] - שחייב אשפוז של חודשיים. בבית החולים יוחסה עצבות האם למצבו של התינוק, לפיכך לא הפנה אותה הצוות הרפואי לייעוץ פסיכיאטרי והיא טופלה על ידי רופא המשפחה, שרשם לה נוגדי דיכאון. למרות זאת, בעלה היה מודאג מאוד וביקש מהאחות בטיפת חלב להפנותם לפסיכיאטר של הילד. למעשה, הוא קיווה להימנע מהטעות שעשו בני הזוג חמש שנים קודם לכן, כשהאם פיתחה דיכאון בעקבות הולדת בתם הבכורה ולא פנתה לטיפול. הבת הפכה לילדה תלותית מאוד הסובלת מיחסים לקויים ביותר עם בני גילה, ובני הזוג היו מודעים לקשר בין קשיי הבת לבין הדיכאון המתמשך של האם. ואכן, כשראינו אותם בשלישייה לא נצפו כל אינטראקציות שהן בין האם לתינוק והאב היה האחראי העיקרי על הטיפול. יתרה מזו, ניכר שכבר בשלב זה למד התינוק להימנע מקשר עין עם אמו. האם הודתה בדחפים תוקפניים כלפי התינוק, שכתוצאה מהם היא חוששת להישאר לבד במחיצתו. אמה היתה באה ונשארת אתה במהלך שעות העבודה של בעלה. מצד אחד, הסדר זה היה בטוח יותר לתינוק. מצד שני, הוא חיזק את דפוסי ההימנעות של האם והחריף את מערכת היחסים האמביוולנטית של המטופלת עם אמה הדומיננטית והפולשנית. קבענו תכנית טיפול שכללה פסיכותרפיה אב-אב-תינוק ופסיכותרפיה פרטנית לאם, נוסף על טיפול תרופתי, והשגנו שיפור משמעותי באינטראקציה בין האם לתינוק תוך ארבעה חודשים. המפגשים בשלישייה נמשכו שנה וחצי. הטיפול הפרטני עודנו נמשך.

משימת ההורות המאתגרת, המחייבת יצירת סביבה בטוחה עבור התינוק, מתן תשומת לב לצרכיו הגופניים, יצירת גירויים מותאמים לגילו ובניית קשר מכוונן ובטוח, עלולה להיות מושפעת באופן משמעותי מפסיכוכוזה חדשה שמופיעה לאחר הלידה, כמו גם ממחלות מתמשכות כמו סכיזופרניה, הפרעה דו-קוטבית והתמכרות לסמים. אם פסיכוכוזה שתופסת את תינוקה כיצור מסוכן וזדוני עלולה לסכן את שלומו או לסגת ממטלות הטיפול בו. במצבים אלה האתגר הטיפולי העיקרי הוא לדאוג לביטחונו הגופני והרגשי של התינוק ובמקביל לנסות לשמר רצף מסוים של מגע בינו לבין האם, כדי שאם וכאשר תרגיש טוב יותר ותחזור הביתה, הם לא יהיו זרים זה לזה.

למרבה ההפתעה, רק תשומת לב מחקרית מועטה הוקדשה עד כה להשפעה של הפרעה טורדנית-כפייתית (OCD) על איכות ההורות. אף-על-פי שמחקר בקרב 302 אימהות

הראה ש-4% מהן פיתחו את ההפרעה לאחר לידה (PPOCD) כשהתינוק היה בן שישה שבועות (Uguz et al., 2007; Zambaldi et al., 2009), הספרות על ההתפתחות הנפשית-חברתית של אימהות עם PPOCD דלה להחריד. למיטב ניסיונו הקליני במרפאה קהילתית לבריאות הנפש של התינוק, המעבר להורות מחריף לא פעם הפרעת OCD קיימת עד לנקודה של עירור רגשות תוקפניים כלפי התינוק, שנתפס כגורם המונע מהאם לבצע את טקסיה הכפייתיים. במהלך חמש השנים האחרונות טיפלנו בכ-15 מקרים של תינוקות שנולדו לאימהות עם OCD. אף לא אחד מהם פיתח OCD של גיל הילדות, לפחות לא בארבע השנים הראשונות לחייהם, אך ככולם ניכרו דפוסים של התנהגות מרדנית משולבים במאפייני חרדה.

פעוטה בת שנתיים הופנתה אלינו על-ידי רופא הילדים שלה בגלל בעיות שינה ואכילת-יתר שלא נמצא להן מקור גופני. היא בתם הבכורה של זוג בשנות השלושים לחייהם. האם סבלה מ-OCD מאז שנות העשרים המוקדמות לחייה אך מעולם לא טופלה, אך קיבלה טיפול נפשי שהתמקד בקושי שלה ביצירת קשרים אינטימיים עם גברים. כשנכנסה להריון נתקפה האישה ספקנות אובססיבית ביכולתה לאהוב את בתה לעתיד; מיד לאחר הלידה היא הרגישה שהיא לא אוהבת אותה "מספיק".

נסיים בתיאור מקרה קליני הממחיש את ההשפעה המשולבת של דיכאון אימהי והפרעת אישיות עם אובדן בלתי פתור מהעבר על הורות של תינוק בעל מזג של "התחממות איטית":

ס' בת השנתיים ואמה א' הופנו ליחידה לגיל הילדות שלנו בידי אחות בקהילה בחשד לדיכאון לאחר לידה. "אפילו הנקה לא מרגיעה אותה. אני באמת גרועה בזה והיא יודעת את זה". שאלות רגילות על מהלך ההיריון והלידה הובילו את האם לספר על התאבלות הפתולוגית על מותה של אחותה היחידה בתאונת דרכים עשר שנים קודם לכן. לאחר שחלמה על אחותה ז"ל, הרגישה א' שהיא צריכה להיכנס להריון וללדת בת דומה לאחותה, וזאת על אף תחושתה הפנימית שאינה מוכנה לאימהות. שם התינוקת היה זהה, מלבד אות אחת, לשמה של ה"דודה" הקטנה. א' קישרה את חוסר מוכנותה לאימהות לשנות ילדותה במחיצת אם מכורה לסמים ומופקרת מינית ואב חורג מתעלל מינית. במהלך המפגשים עם האם ועם התינוקת זיהינו השלכות פתולוגיות של האם על התינוקת: ס' נולדה כדי להמשיך את קיומה של אחותה של א' ("ילדת תחליף"), והבכי שלה הזכיר לא' את התנהגותה התלותית של האחות שמתה. כתוצאה מכך, פיתחה א' תגובה לא-סתגלנית לבכי הנורמטיבי של ס': היא היתה מרצה אותה מיד או מתנהגת בצורה נוקשה ומרחיקה. ס' הגיבה בעצבנות יתר או בהתנהגות צייתנית מופרזת, וזאת על חשבון התנהגות חקרנית.

בהדרגה התברר כיצד פוגעות ההשלכות של א' על בתה ביכולתה לשמש לה דמות מגוננת עקיבה. בעקבות מפגש שבו דיברה האם על התאונה ועל תחושות האשם שלה לגביה, אירעה לס' כמעט תאונה מפחידה: א' "שכחה" לקשור אותה בעגלה. גם יכולתה להציב גבולות לתינוקת הייתה לקויה מאוד, מפני שכל פעם שהיא אמרה לה "לא" זה הזכיר לה שאמרה "לא" לאחותה ממש לפני התאונה. התנהגות הורית מעוותת נוספת הייתה קשורה להרגלי שינה: ס' ישנה עם האם מפני שזו חשה כי

”מפחיד לישון לבד בלילה“ (א’ תפסה באופן בלתי מודע את בעלה כאיום פוטנציאלי עליה ועל בתה).

לאביה של ס’ היה עבר דרמטי פחות בילדות, אך חוויות ההתקשרות שלו היו שליליות מאוד וכללו התעללות גופנית מצד אמו ואב חסר אונים. תפקודו הנפשי התאפיין בהפרעת אישיות נרקיסיסטית, ובניגוד לאשתו, הוא לא היה מודע כלל לבעייתיות שבהתנהגויות ההוריות שלו. הקשר הזוגי נהיה מתוח מאוד והסתיים בפרידה.

המקרה הקליני הזה ממחיש כיצד חוויות התקשרות טראומטיות בגיל מוקדם מאוד מובילות לחוסר אמון בסיסי וגורף ולחוסר יציבות במערכות יחסים קרובות (האופייניות למבוגרים הסובלים מהפרעת אישיות גבולית) המועברות מדור לדור, וכיצד המעבר להורות מעורר השלכות מעוותות על התינוק, שהופך כתוצאה מכך לתינוק בעל תפקוד לקוי (Conroy et al., 2010).

סיכום

זיהוי מוקדם של משפחות בסיכון גבוה חיוני למניעת התפתחותן של הפרעות אישיות מהילדות אל הבגרות. האחריות לכך מונחת על כתפי הפסיכיאטרים של המבוגר ושל הילד כאחד. למרות הצורך הברור הזה, הפיצול בין התחומים עדיין רווח מאוד: פסיכיאטרים של המבוגר נותנים טיפול פרטני, ללא התמקדות ספציפית בעצמי ההורי. במאמר זה אנו מציעים מודל משולב להערכה ולטיפול בהורה החולה ובתינוק גם יחד.

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2000). Psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 117, 138–143.
- Bateman A. W., & Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67 (3), 187–211.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16 (1), 83–101.
- Cohn, J. F., Campbell, S. A., Matias, R., & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, 26, 15–23.
- [PubMed]Conroy, S, Marks, M. N., & Schacht, R. et al. (2010). The impact of maternal depression and personality disorder on early infant care. *Journal Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45 (3), 285–292.
- Cutting, A. L. & Dunn, J. (1999). Theory of Mind, Emotion Understanding, Language, and Family Background: Individual Differences and Interrelations. *Child Development*, 70 (4), 853–865.
- Dickstein, S.[PubMed], Hayden, L. C., Schiller, M., Seifer, R., Sameroff, A. J., Keitner, G., Miller, I., Rasmussen, S., & Matzko, M. (1998). Levels of family assessment II: Family functioning and parental psychopathology. *Journal of Family Psychology*, 12, 23–40.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1–13.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., et al. (2002). *Affect Regulation, Metallization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Guedeney, A. & Tereno, S. (2010). Transition to parenthood. In S. Tyano, M. Keren, H. Herrman, & J. Cox (Eds.), *Parenthood and Mental Health: A Bridge between Infant and Adult Psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell, pp.171–180.
- Hughes, C., de Rosnay, M. (2006). The role of conversations in children's social, emotional and cognitive development. *British Journal of Developmental Psychology*, 24 (1).
- Keren, M. (2010). The impact of stress in pregnancy on the fetus, the

infant, and the child. In S. Tyano, M. Keren, H. Herrman, & J. Cox (Eds.), *Parenthood and mental health: A bridge between infant and adult psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell, pp.51–58.

Macfie, J., & Swan, S. A. (2009). Representations of the caregiver–child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21 (Special Issue 03), 993–1011.

Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Mendelson, T., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2009). Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB*.

J Arch Gen Psychiatry, 66(2), 189–195.

Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2006). New parents and mental disorders: A population-based register study. *JAMA*, 6, 296 (21), 2582–2589.

Murray, L., & Cooper, P. (1997). *Post partum depression and child development*. New York: Guilford Press.

Radke-Yarrow, M, Cummings, M, Kuczynski L., & Chapman, M. (1985). Patterns of attachment in two and three years olds in normal families and in families with parental depression. *Child Development*, 56, 884–893.

Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853–880.

Sameroff, A. J. & Fiese, B. (2000). Models of development and developmental risk. In *Handbook of Infant Mental Health*, CH Zeanah Jr. (Ed.). New York: The Guilford Press, pp. 3–19.

[Google Scholar]Tronick, E., Als, H, Adamson, L. et al. (1978): The infants' response to entrapment between contradictory messages in face to face interactions. *J Am Acad Child Psychiat*, 17, 1–13.

Uguz, F., Akman, C., Kaya, N., & Cilli, A. S. (2007). Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: Incidence, clinical features, and related factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (1), 132–138.

Zambaldi, C. F., Cantilino, A., Montenegro, A. C. et al. (2009). Postpartum Obsessive Compulsive Disorder: Prevalence and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 503–509.

על הורות, אורח חיים בריא ומה שביניהם ריאיון עם פרופ' מרי רודולף

נועה בן-דוד

מי מאיתנו אינו מוטרד מהשאלות מה אנו אוכלים, כמה אנו אוכלים ואיך אנו נראים? מקובל לחשוב כי דאגה זו היא בעיקר נחלתם של אנשים מבוגרים או של מתבגרים. בריאיון שלפניכם נחשוף את הקשר בין אורח חיים בריא, השמנה והורות, וכיצד התעניינות מקצועית, פיתוח תכניות חדשות, מחקרים ומפגש בין אנשי מקצוע מתחומי ידע שונים משיבים על השאלה "מתי כל זה מתחיל?"

אני יושבת עם פרופ' מרי רודולף, מנהלת המחלקה לבריאות הציבור בפקולטה לרפואה בצפת. מרי מספרת את סיפורה בנוגע להתעניינותה בהשמנה של ילדים ועל תכנית ייחודית שפותחה באנגליה. סיפורה המיוחד, המתחיל באנגליה, עובר דרך ארצות הברית ומגיע לישראל, ממחיש את החשיבות של פיתוח תפיסה ותכניות התערבות בין-מקצועית לטיפול בבעיה חברתית, את מקומם של אנשי מקצוע בעשייה למען שינוי חברתי ובהובלת השינוי ואת מקומם של ההורים בתהליך.

מרי, רופאת ילדים במקצועה, נולדה וגדלה בלונדון, סיימה שם את לימודיה בבית הספר לרפואה, והתמחתה ברפואת ילדים באוניברסיטת יל בארצות הברית. את מרי הכרתי בשנת 2012, כשעמיתי ממשרד הבריאות (שירותי בריאות הציבור) נחשפו לתכנית HENRY (Health Exercise and Nutrition for the Really Young) וראו ערך בהבאתה לארץ. מרי הציגה בפנינו את נושאי התכנית ואת עיקריה. התכנית עוסקת בקידום הורות מיטיבה, קשובה וסמכותית באמצעות הרגלי אכילה במשפחה, עידוד צריכת מזון בריא, שילוב פעילות אקטיבית בבית ובחוץ ושיפור השיח והבריאות הרגשית במשפחה.

ההתעניינות בתכנית גברה על רקע אישור התכנית לקידום אורח חיים פעיל ובריא, בתכלול ובהובלה של משרד הבריאות, ובמסגרת המאמץ לקדם את מצבם התזונתי של תינוקות ופעוטות בתכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון 360° . התכנית אושרה לפיתוח ולהתאמה בארץ בהובלה משותפת עם ג'וינט-אשלים.

השיחה עם מרי מרתקת. במהלכה עולים עקרונות ודרכי פעולה לפיתוח תכניות חדשות מתוך המודעות המתפתחת לחשיבותן של שנות הילדות המוקדמת ולהשפעתן על מהלך החיים של ילדים ומשפחותיהם. "כרופאת ילדים", מרי מספרת, "תמיד התעניינתי בנושאים המעסיקים ילדים וקשורים להתפתחות ולגדילה. גישת הרפואה דוגלת ב'טיפול בילדים

עם בעיות', וכשהייתי עדה לתופעה גוברת של השמנה, רציתי לטפל בכך. בשנת 1993 פגשתי עמיתה שהיא דיאטנית במקצועה ושוחחנו על הנושא. העלינו את האפשרות לפתח תכנית שתשפיע על מצבם של הילדים בבית הספר. הצענו לשירות הבריאות הלאומי (National Health Service - NHS) תכנית בשם 'תפוחים' ('Apples') שתופעל למשך שלוש שנים, עם אפשרות לעריכת מחקר מלווה. התמקדנו בילדים בני 8-11 והתחלנו לעבוד בחמישה בתי ספר בעיר לידס בשיתוף עם מומחים לקידום בריאות. המצב היה שילדים שלמדו יום לימודים ארוך (עד 15:00, 16:00) יכלו לקנות במהלך היום רק עוגיות ושתייה. לא היו תפוחים למשל", היא מציינת, ואז אני מבינה את מקור שמיה של התכנית, "רצינו להקנות למורים וילדים התייחסות להרגלי האכילה של הילדים ולחשיבותה של פעילות גופנית בחצר".

האם הנחתם כי מורים יכולים להשפיע על בעיית ההשמנה?

"בוודאי, לכן התחלנו את התכנית עם שני ימי הכשרה למורים. הצגנו את הקשר בין תזונה לפעילות גופנית מתוך הנחה כי חשוב שלמורים שנמצאים בקשר יומיומי עם הילדים תהיה בעלות על התכנית. לאחר ההכשרה ביקשנו מהמורים להציע תכניות שיפועלו במהלך יום הלימודים. רצינו שהרעיונות יגיעו מהם, ולא לכפות עליהם תכניות מבחוץ".

אילו תכניות הוצעו?

"הוצעו תכניות יפות. נושא האוכל הבריא לא נכלל כנושא במערכת השעות. מורים יצרו שעות חינוך ולימדו מהו אוכל בריא, קיימו פעילות בחוץ, ואפילו ערכו יריד של אוכל בריא והזמינו את ההורים".

ומה עלה במחקר?

"החלטנו למדוד משקל ביחס לגובה של הילדים ולהשתמש באינדקס של ה-BMI (Body Mass Index). שקלנו את הילדים שלוש פעמים והשווינו בין קבוצת המחקר (חמשת בתי הספר) לקבוצת ביקורת (חמישה בתי ספר אחרים). בתום השנה הראשונה לא נמצא כל הבדל בין שתי הקבוצות והחלטנו לכלול בתכנית גם את קבוצת הביקורת. לאחר שלוש שנים גילינו לתדהמתנו כי לא זו בלבד שלא היה שיפור ב-BMI, אלא שהייתה בו עלייה ובגיל 11 לשליש מהילדים היה עודף משקל ביחס לגובה, יותר מהצפוי לפי עקומת הגדילה באנגליה.

"היינו בין הראשונים שדיווחנו, בכנסים מקצועיים ובפרסום מאמרים, על בעיית ההשמנה. משרד הבריאות הקים קבוצת מומחים לחשיבה ולייעוץ כיצד להתמודד עם הבעיה, ובכל העולם החלו מחקרים ודיווחים על בעיית השמנה. החלטנו לעקוב אחר הילדים בתכנית לזמן ארוך יותר והילדים התפזרו מעשרה בתי ספר יסודיים ל-32 בתי ספר תיכוניים. גם מעקב זה הראה עלייה במשקל הילדים ביחס לגובהם לאורך השנים. בעניין זה הייתה נקודה מעניינת: באנגליה כל הילדים לובשים תלבושת אחידה וקונים מדי בית ספר בחנויות מסוימות. העיתונאים פנו לחנויות אלה והמוכרים דיווחו כי בשנים של הפעלת

התכנית והמחקר המלווה נמכרו הרבה יותר בגדים של תלבושת אחידה במידה גדולה (large) ופחות במידה בינונית וקטנה (small או medium) בהשוואה לשנים עברו.

“התנסות אחרת הייתה במרפאות החוץ של בית החולים שבו עבדתי כרופאת ילדים (Leads General Infirmary). ניסיתי לאפשר טיפול בילדים עם בעיית השמנה ושפתי לבנות צוות רב-מקצועי שייתן מענה לבעיה. מפניות של ילדים והורים שהגיעו אליי הבנתי כי ילדים חווים את ההשמנה יותר כבעיה חברתית ופסיכולוגית במהותה ופחות כבעיה בריאותית. לצערי לא היו משאבים לכך ולא היה בכך משום אינטרס של ההנהלה”.

מדוע לדעתך?

“משום שבית החולים לא ראה בהשמנה בעיה רפואית אלא בעיה קוסמטית. כמו כן, היה עליו להוסיף שעות לכל איש מקצוע. לכן לצערי לא הצלחתי לבנות צוות כזה, ועד יום עזיבתי את בית החולים עבדתי לבד ונאלצתי להפנות את הילדים והוריהם לאנשי מקצוע שונים.

“במרפאת החוץ של בית החולים הבעיות מורכבות וזמן רופא עבור ילד הוא קצר: כשבע דקות לכל ביקור. שם הבנתי שרופא אינו יכול לתת למשפחה את התמיכה שהיא זקוקה לה כדי לטפל בילדים. התבהר לי שאם יש ילד שמן במשפחה, מוקד הטיפול והשינוי לא יכול להיות אצל הילד; כדי להשיג שינוי הגישה צריכה להיות משפחתית. ומדוע? משום שאי-אפשר לצפות מילד לשנות הרגלים אם אין שינוי באורח החיים המשפחתי. הבנתי גם כי עיקר הבעיה אצל הילדים הוא הקושי להשתלב בחברה”.

נחישותה של מרי ורצונה העמוק לחולל שינוי הביאו אותה בסופו של דבר להקים צוות שבו חברים אחות אנדוקרינולוגית, פסיכולוג ודיאטנית. הצוות קיבל מלגה להקמת תכנית ייעוץ בבעיית השמנה של ילדים במרכז קהילתי בלידס. “המרכז הקהילתי היווה מקום מפגש לפעילות גופנית בכלל וחשבנו שהוא יכול להיות מקום בטוח לילדים עם בעיות השמנה שבו יוכלו לעסוק בפעילות פשוטה של משחקי כדור או קפיצות, פעילות שבמקרים רבים מאתגרת עבורם”.

מתי עלה הצורך בהתייחסות להורי הילדים? האם הנחיצות בהקמת צוות רב-מקצועי קשורה לכך?

“כשמצב הילדים שהשתתפו במחקר מבחינת קשר בין משקל לגובה לא השתנה ואף החמיר, התברר שהתערבות בבית הספר כשלעצמה אינה יעילה כשההורים אינם שותפים בה. כמו כן, הנחנו אז שאפשר לחולל שינוי בגילאי 8-11, והיום אנו חושבים שגיל זה מאוחר מדי. לפני 20 שנה אנשים חשבו שהשמנה היא בעיקר תוצאה של אכילה יתרה וכי האשמה מוטלת על האנשים השמנים. הדבר הטריד אותי עד ששמעתי הרצאה של הפסיכולוגית דברה כריסטי, שתיארה איך אנשי מקצוע יכולים לעורר מוטיבציה לחיים בריאים ופעילים, מתוך הבנה שקשה מאוד לחולל שינוי בהתנהגות. הצעתי לדברה לחשוב יחד על תכנית לילדים עם בעיות השמנה והיא “קפצה” על הצעתי. רופא המשפחה בקהילה אמר לנו שאין לו זמן להיפגש עם ילדים כאלה ודברה אמרה:

‘אין צורך באיש מקצוע עם שנות הכשרה כדי לעזור לילדים עם בעיות השמנה; יש צורך באדם הרגיש והנכון’.

‘רצינו לפתח תכנית שאינה דורשת משאבים רבים. תכנית ‘WATCH IT’ הייתה חדשנית. נקודת המוצא שלה הייתה התייחסות להורים בגישה שנועדה לעזור להם לעודד את ילדיהם לשינוי באורח חיים. התכנית הדגישה את מקומה של המשפחה, את כישורי ההורים ואת החוזקות שלהם. נוסף על כך, התכנית דגלה באימון ובסיוע, ולא בטיפול. הגדרה זו כיוונה לבחירת ‘מאמנים מהקהילה’ שאינם בעלי הכשרה טיפולית או השכלה אקדמית, שנבחרו בשל איכויות אישיות של רגישות, הקשבה ואמפתיה.

‘התכנית פעלה במרכזים הקהילתיים ובמרכזי הספורט ויועדה לילדים בגילאי 8-18. תחילה הוכשרו המאמנים על ידי צוות רב-מקצועי של רופאה, פסיכולוגית ודיאטנית. הם קיבלו הדרכה, שעיקרה היה העלאת מוטיבציה: איך לעודד משפחות לבנות חיים בריאים, לאכול נכון ולעשות פעילות גופנית. כל ילד והוריו זכו לפגישה שבועית עם מאמן המשפחה, וכל הילדים בתכנית השתתפו בפעילות גופנית. המאמנים קיבלו מדי שבוע תמיכה וייעוץ פרטני וקבוצתי. כשהתעורר מצב מדאיג במיוחד של אחד הילדים או ההורים, ניתן ייעוץ משולב מהצוות הרב-מקצועי, אך בדרך כלל לא היה צורך בכך. אחת המאמנות המוצלחות הייתה מזכירה באחד המתנ”סים. בהיותה אם חד-הורית לארבעה ילדים הדגישה כי חוותה את הנושא עם ילדיה שלה, ולכן העידוד, העזרה והתמיכה שנתנה למשפחה שאימנה באו לידי ביטוי באופן טבעי. הילדים ומשפחותיהם הרגישו קרוב אליה וקיבלו את התמיכה ברצון. בתכניות אחרות באנגליה לא הייתה אפשרות לתמיכה מעין זו.

‘מה שהיה חשוב בתכנית זו היה לעבוד על שינוי אורח חיים. רוב הילדים, אף שהיו שמנים, היו בריאים מבחינה פיזית, לכן היה חשוב להתמקד באורח חיים בריא ובכישורים חברתיים, שהיו עיקר הבעיה. המון ילדים הגיעו אלינו משום שסבלו מבחינה חברתית, רגשית או התנהגותית’.

הרצינו של התכנית ומהלכה מרתקים אותי ואני סקרנית לשמוע על תוצאותיה. מרי מספרת כי הילדים שהשתתפו בתכנית היו שמחים יותר ובטוחים יותר בעצמם, אך לא היה שינוי במשקלם. ‘התחלתי להיות מיואשת ואז קרה משהו ששינה הכול. היה זה בשנת 2005, כשהוזמנתי לארצות הברית ל-American Academy of Pediatrics למפגש חשיבה משותפת של אנשי מקצוע מתחומים שונים, בנוגע לקשר בין השמנה לגילאי הילדות המוקדמת. נסעתי עם שני עמיתים: פרופ’ דייוויד הול, רופא ונשיא The Royal College of Pediatrics and Child Health באנגליה, ופרופ’ טים קול, מומחה בינלאומי לעקומות גדילה. נפגשנו עם פסיכולוגים, אנתרופולוגים ורופאי ילדים. עד אז היו אנשי מקצוע מודאגים מתת-משקל של תינוקות, אך לא דיברו על קשר בין גיל הינקות להשמנה וייחסו את ההשמנה לגילאים מאוחרים יותר. אני הגעתי לקבוצה מתוסכלת מההבנה שאיני יכולה לעזור לילדים עם בעיות השמנה בגיל בית ספר. עשיתי ‘אחורה פנה’ והבנתי שמניעה בבית ספר היא קצת מאוחרת. במקביל התחזקה בי הידיעה שמה שקורה בגיל הינקות ובגילאי גן הילדים משפיע על מה שיקרה

בעתיד בחיי הילדים. באותה תקופה התפרסם מאמר שבדק את הקשר בין עליית יתר במשקל בקרב תינוקות לבין היכולת לנבא השמנה בגיל מבוגר יותר. ישבנו יחד במשך שלושה ימים ודנו בסוגיות: מה אהבנו לאכול כילדים צעירים, האם פעילות גופנית של הורים משפיעה על פעילות גופנית אצל ילדיהם, וכיצד אנו אוכלים. גילינו ממחקרים כי כשהאם עוסקת בפעילות גופנית, הדבר ישפיע לחיוב על פעילות ספורט של בתה. כל אחד מחברי הקבוצה עבד בתחומו אך אף לא אחד מהם חשב על הקשר בין קבוצת גיל זו לבין השמנה. היה קסם בכך שהתכנסנו כצוות רב-מקצועי וכל אחד ערך מחקר על הגיל הרך. הייתה זו חשיבה פורצת דרך: לפתע ידע וניסיון החלו להתחבר לתובנות מרגשות. גילינו שיש קשר בין אורח חיים בריא להרגלים של אכילה במשפחה כבר מהגיל הרך, בעצם ממש מגיל לידה, וכיום יודעים שיש השפעה אף לאורח החיים בזמן ההיריון. לא ייאמן עד כמה הרגלים פשוטים משפיעים על חיי ילדינו”.

מהו למעשה אורח חיים בריא של משפחה?

“אנו מתייחסים להרגלי ההתכנסות של המשפחה לשבת ולאכול יחד. כשמקיימים הרגל זה כמה פעמים בשבוע, יש לכך השפעה על התפתחות הדיבור אצל ילדים קטנים, על התנהגותם ועל מוכנותם לבית הספר. יש אף סימוכין רבים בספרות המחקרית לכך שהרגלי אכילה משותפים משפיעים על גיל ההתבגרות: על הצלחה בהשתלבות במסגרת ובלמודים, על מניעת עבריינות נוער ועל נטייה לשימוש בסמים. גילינו גם שבאמצעות ארוחות משפחתיות גוברת יכולת ההורה להיות הורה מיטיב לטווח ארוך. שיה המומחים הוליד גם ספר משותף: Eating Behaviors of the Young Child - Prenatal and Post-Natal Influences on Healthy Eating התמקדו במדד המתייחס לתגובתיות (responsiveness): עד כמה ההורה מגיב אל הילד ומפגין חום כלפיו, עד כמה הוא מבין את צרכיו הרגשיים ועד כמה יש לו שליטה במה שקורה במשפחה, האם הוא מסוגל להציב גבולות לילד ועד כמה הוא מתפקד כהורה לילד ולא כחבר שלו. התברר שמדד התגובה המשפיע ביותר הוא זה של הורה המבין את הצרכים והרצונות של הילד ומגיב להם אך במקביל יודע להציב גבולות. עם ידע זה היה לי ברור שאנו צריכים לעבוד קודם כול עם הורים לתינוקות ולפעוטות, כדי לעזור להם להעניק לילד שלהם “התחלה בריאה”. אחת התובנות המרכזיות הייתה שאין טעם להתמקד בילד אחד עם בעיות השמנה במשפחה, אלא יש לסייע למשפחה לאמץ אורח חיים בריא - נפשי וגופני, בעזרת מתן כלים או שיפור כלים הקיימים אצל הורים כדי שיהפכו להורים מיטיבים. הבנו גם שלא באנו כמומחים שמורים להורה להיות ‘הורה טוב יותר’. יצאנו מתוך הנחה כי רוב ההורים רוצים להיות הורים טובים לילדיהם, וכי הקשיים שלהם קשורים לנסיבות חייהם, למשל הורה שמגיע עייף מיום העבודה וצופה בטלוויזיה כדי לנוח. לגבי סוגי המזון, התייחסנו לכך שכל הורה רוצה שילדיו יאכלו פירות וירקות, אך כשילד מסרב לאכול מזון זה הורים מגיבים בצורה שונה. כשילד לא אוכל או חולה, הורים מביעים את דאגתם ואת אהבתם על ידי מתן כמות גדולה יותר של אוכל או ממתקים, מנהג שאולי דומיננטי יותר בקרב תרבויות שונות פה בארץ”.

כשמרי שבה מארצות הברית ב-2005, היא הוזמנה ל-Royal College of Pediatrics and Child Health, הגוף המקצועי של רופאי הילדים באנגליה, שרצה אז לעודד מחקר לגבי מניעת השמנה. "שאלו אותי מה הכי כדאי לעשות כדי למנוע השמנה. אמרתי שלשם כך צריך לעבוד עם הורים לתינוקות ולפעוטות. סברתי כי לרופאי ילדים יש כל כך הרבה ידע ושכדאי לכתוב ספר הדרכה לאנשי מקצוע כיצד לסייע להורים למנוע השמנה. הייתי עסוקה בכתיבה, ובתוך כך פגשתי אישה בשם קנדידה הנט, שהקימה עמותה להכשרת אנשי מקצוע לעבוד עם קבוצות הורים. לרוב ההורים שהגיעו לקבוצות אלו היו ילדים עם בעיות התנהגות שהופנו על ידי עובדים סוציאליים. קנדידה בנתה תכנית שתסייע להורים להתמודד עם בעיות ההתנהגות של ילדיהם. כיוון שגם עבדה בהוצאה לאור ביקשתי ממנה עזרה בפרסום הידע שנכתב, וכך התחילה בינינו חברות ושותפות: קנדידה הביאה ניסיון וידע בעבודה עם הורים, ואני הבאתי את הידע שלי לגבי הורות והשמנה. שוב מצאתי את עצמי בפיתוח תכנית חדשה. הנושא המרכזי היה הורות, והשאלה המרכזית הייתה איך הורות קשורה להשמנה ומה הורים יכולים לעשות. כך פיתחנו את הספר Tackling Child Obesity with Henry, שיצא לאור על ידי הארגון המקצועי של אחיות תחנות 'טיפת חלב' באנגליה" ושימש בסיס לתכנית 'הנרי'.

מדוע דווקא שם?

"זהו גוף מקצועי של האחיות באנגליה, של עשרות אלפי אחיות, שגם מוציא לאור פרסומים. אחות טיפת חלב היא דמות מרכזית בקהילה, שתפקידה לעזור להורים לדאוג לבריאות ילדיהן ולפתח משפחה בריאה. ידעתי שנושא זה דורש סיוע ועד אז לא ניתן מענה הולם לצרכים של משפחות. לרופאים אין זמן לעשות זאת. האחיות ממילא נותנות הנחיה על תזונה ובריאות של משפחות. הן הכתובת הראשונה באנגליה. כיום אנו יודעים כי אנשי מקצוע לגיל הרך בקהילה הנמצאים בקשר עם המשפחה, כמו מטפלות במעון או עובדים במרכזי גיל רך או עובדים סוציאליים, יכולים להשתתף במשימה זו. כשסיימנו לכתוב את ספר ההדרכה קנדידה אמרה לי: 'ספר לא משפיע על אף אחד. אם אנו מדברים על אנשי מקצוע צריכה להיות הכשרה 'פנים אל פנים'. לא לומדים מיומנויות וכישורים לעבודה עם הורים מספר'. על כן התחלנו את ההכשרה עם מלגה קטנה מעמותת Child Health Foundation, המייעצת למשפחות לגבי גדילה והתפתחות של ילדים. בפברואר 2006 ערכנו ביורקשייר שני ימי הכשרה ל-20 אחיות טיפת חלב, דיאטנים, תזונאים ועובד סוציאלי אחד. במפגש בין אנשי המקצוע קרה משהו קסום וכך התחלנו לכתוב מדריך לאנשי המקצוע ולקיים עוד ועוד קבוצות".

האם פעילות זו הייתה בתמיכת משרד הבריאות?

"בתקופה ההיא לאחיות הייתה אפשרות לבחור אצל איזה גוף לקבל הכשרה. כיום האחריות לאחיות טיפת חלב ולרופאי משפחה עברה לרשויות המקומיות. ההכרה בהכשרה ובחשיבותה נתקבלה מנשיא ה-Royal College of Pediatrics, מהדיאטנית הראשית של משרד הבריאות (Department of Health) וממשרד החינוך, שהיה אז (2006/7) המשרד לענייני ילדים ומשפחות (Department of Children, Schools and Families - DCSF) וברבות הימים הפך למשרד החינוך (Department of Education).

עבדנו ברשויות ובקהילות חלשות יותר ולא דווקא עם ילדים שעברו התעללות והזנחה. הסיכון הוגדר גם במשפחה וגם בקהילה. מדוע? משום שאנשי מקצוע נוטים לחשוב כי הגורמים להשמנה טמונים בבעיות או בחולשות של האדם עצמו, אך אם לאדם נטייה להשמנה, יותר קשה לטפל בבעיה זו אם הוא מתגורר בקהילה שבה קשה להשיג אוכל בריא, כלומר פירות וירקות טריים, או בקהילה שאין בה תנאים מתאימים או מקום לעסוק בפעילות גופנית. נוסיף לכך את מצוקות החיים היומיומיות, ואנו מקבלים קהילה בסיכון. כך התחלנו לעבוד בתוך מרכזי 'התחלה בטוחה' (sure start centers), מרכזים למשפחות לילדים בגיל הרך, שבהם מושם דגש על שירות למשפחה כולה. במרכז כזה פועלים מגוון שירותים, כמו מעון ובו שומרים מקומות גם לילדים ממשפחות במצבי סיכון, חוגים למשפחה, ייעוץ להורים, ואף עובדות סוציאליות שעושות חלק מעבודתן מחוץ למרכז, בקהילה. המקום נתפס כמשאב לקהילה. אני מעדיפה את המונח 'משאב', המבטא הדדיות, על פני המונח 'שירות'.

"בקורס הבסיסי של תכנית 'הנרי' (core training) השתתפו כ-7,000 אנשי מקצוע ברחבי אנגליה, ודי מהר פיתחנו קורס נוסף של מנחים לעבודה עם קבוצות הורים. סך הכול השתתפו בקבוצות אלה כ-5,000 הורים. ההתעניינות של אנשי המקצוע סביב הנושא והקורס הייתה רבה. הייתה דרישה גדולה מאוד לקורסים והיו אזורים ומחוזות שביקשו שכל האחיות והדיאטנים יעברו קורסים אלה. הקורס היה חווייתי ומהנה מאוד והמסרים היו פשוטים וחשובים. בעקבות ההצלחה פתחנו גם קורס אינטרנטי (e-learning), ואף יצא ספר לעבודה עם הורים. הקורס האינטרנטי הוא קורס נלווה משום שאי-אפשר לרכוש מימונויות לעבודה עם הורים באמצעות קריאת ספר או עבודה במחשב. משרד הבריאות ביקש לגבש צוות מנחים משלו שיעביר את הקורסים לאנשי מקצוע. זה הדאיג אותנו משום שהיה חשוב לנו מי יהיו המנחים של הקבוצות הללו. גילינו שאנשי מקצוע, כמו אחיות טיפות חלב ודיאטניות, אמנם נחשבות ופועלות כמומחיות ומתקף כן אומרות להורים מה חשוב לעשות, אך לא מתנהל איתן דו-שיח אמיתי. במחקר שערכנו לגבי גישת עבודתם גילינו שהיא מאוד מרגיזה את ההורים כי אינה נותנת להם כבוד והרגשה שהם אלה שיודעים הכי טוב מה טוב לילדיהם. ואכן, בידי ההורים מצוי המידע הרב ביותר לגבי ילדיהם, הרגליהם וסדר יומם; לכן יש לכבד הורים ולקבל מהם מידע כדי לעזור להם להבין טוב יותר את מצב הילד. רופאי ילדים, למשל, חושבים שילד משמין כי ההורה אינו יודע מהן כמויות האוכל הנכונות עבורו. הרצאה להורים על מה הם צריכים לעשות עם ילדיהם היא פשוט לא אפקטיבית. לאנשי מקצוע שעובדים עם הורים ומנחים קבוצות הורים צריכים להיות גם כישורים ואיכויות של הנחיה".

האם מימונויות אלה הן אישיות וטבעות באישיות או נרכשות?

"זו שאלה טובה. אני לא חושבת שכולם יכולים לרכוש מימונויות אלה, ולא תמיד יש זמן לכך. פעמים רבות קורס הכשרת המנחים קצר מדי וגם הזמן לעבודה עם קבוצה אינו מספיק. בעיית הזמן בעבודה עם הורים ומשפחות ניכרת גם בעבודה במרפאות ובבתי חולים שבהם ניתנים שירותים להתפתחות הילד".

כרופאת ילדים הקדישה מרי חלק משנות עבודתה בבית חולים לטיפול בתינוקות ובילדים בנושאים של קשיים ועיכובים בהתפתחות. "ניסינו לטפל בקשת של בעיות, מאיחור התפתחותי קל, חוסר עלייה במשקל ועליית יתר במשקל ועד לשיתוק מוחין ותסמונות קשות אחרות הפוגעות בילד באופן גופני, נפשי ורגשי ובתפקוד ההורים והמשפחה. הזמן המוקדש לעבודה עם משפחה בבית החולים משתנה: לרופא הילדים מוקצה זמן של שבע דקות לילד, ואילו לצוות הפארא-רפואי מוקדש פרק זמן ארוך יותר. אם צוות זה עובד עם הרופא בסינרגיה, אפשר לגבש גישה טיפולית אחידה לעבודה עם המשפחה, במיוחד עבור משפחות עם בעיות מורכבות. גם אם בצוות יש חילוקי דעות הדיון מתקיים יחד עם המשפחה ומתגבשת תכנית עבודה אחת. עבודה בצוות מונעת מצב שלמשפחה תהייה כמה תכניות טיפול נפרדות עבור הילד: תכנית של רופא הילדים, תכנית טיפול של הפסיכולוג, תכנית טיפול של הפיזיותרפיסטית ועוד. כשאין עבודת צוות וכל איש מקצוע מטפל בתחום התמחותו ומעביר את הילד ואת הוריו למטפל 'הבא בתור', הורים נתונים פעמים רבות לבלבול וצריכים להחליט בעצמם מהי הגישה הנכונה ביותר עבור ילדם, זאת, משלל הגישות והטיפולים המוצעים. לעומת זאת, אם ילד והוריו מקבלים טיפול וייעוץ מצוות הפועל באופן סינרגטי, להורים יש תחושה של ביטחון רב יותר ואמון בטיפול. במצב זה אנשי המקצוע השונים יכולים להביא לדיון את הקשיים של ההורים, של הילד ושלהם כמטפלים. כך גם ההבנה של מכלול הבעיה בקרב כל אחד מחברי הצוות עמוקה יותר.

"חשוב להבין את מקומן של אחיות טיפות חלב בהקשר הטיפול בבעיות התפתחותיות באנגליה. כשמתגלה בעיה התפתחותית אחת טיפת חלב או מטפל מהתחום הפארא-רפואי מבקר בבית הילד והטיפול ניתן בבית עד גיל שלוש או חמש. אם המשפחה נמצאת במצב סיכון או אינה מגיעה לטיפול חלב, האחיות תמשיך לבקר בבית. כך הליווי והטיפול ניתנים בהקשר של חיי המשפחה. אם יש צורך באיסוף נתונים, תעשה זאת האחיות במסגרת ביקורי הבית. כך, אחות שעובדת בצוות רב-מקצועי מקלה מאוד על קבלת טיפול במשפחות עם ילדים שלהם בעיות מורכבות. המשפחה אינה צריכה לחזור על תיאור הבעיה שוב ושוב עם כל איש מקצוע בנפרד. כשמשפחה חווה עבודה בצוות רב-מקצועי מסייע, קל לה יותר לפתח אמון ולקבל את הטיפול המתאים. לעתים להורים קל יותר לתקשר עם אחד מאנשי הצוות והוא הופך להיות איש המפתח עבור המשפחה, מכלל הצוות. תפקיד זה הוא לא תמיד תפקיד רשמי, כמו 'מנהל טיפול' (case manager), אך הוא מקדם את תפקוד המשפחה ואת ההבנה של תפקוד זה בהקשר לתחומים שונים של התפתחות הילד."

השיחה שלי עם מרי מבהירה את נחיצותה של תכנית "הנרי" בקידום טיפול הורי בילדים ובפעוטות בשלבים המוקדמים ובשיפור הקשר באמצעות הזנה והאכלה. התכנית נמצאת בשלבי התאמה לתרבות בארץ, על מגוון האוכלוסיות בה.

לקראת הפעלת פיילוט התכנית בישראל, מה לדעתך ייחודי לארץ ומה משותף להולאנגליה?

"הורות היא נושא אוניברסלי ובוודאי בישראל ובאנגליה. כל ההורים חפצים כי לילדיהם תהיה התחלה בריאה בגיל הינקות. השאלה היא כיצד מממשים תקווה זו. לכן, ליווי

הורים במטרה לפתח מיומנויות הוריות מיטיבות ולחזק את כישוריהם, הוא רכיב הליבה של התכנית בשתי המדינות. עם זאת, למבנה המשפחה ולתפקודה יש השפעה. בישראל קשרי המשפחה הם חזקים. בקהילות של תרבויות שונות בארץ תפקיד משפחה המורחבת עדיין משמעותי. לכך יש יתרון ויש חיסרון. היתרון הוא בכך שהילדים זוכים לעוד תשומת לב ואהבה, גם מבני המשפחה המורחבת העוזרים בגידול הילד. החיסרון הוא בכך שלסבים וסבתות יש נטייה לפנק את הנכדים, בין היתר בממתקים. הדבר אינו מסייע להורים המעוניינים להשקיע מאמץ ביצירת סביבה בריאה ולהנהיג הרגלי אכילה נכונים במשפחה. לכן אנו מעודדים את אנשי המקצוע ואת המנחים של תכנית 'הנרי' להתייחס בהנחה גם למשפחה המורחבת, ולא רק להורי הילדים.

מרי מונה כמה הבדלים תרבותיים בין אנגליה לישראל: ראשית, אוכל הוא נושא מרכזי באוכלוסייה הישראלית - הן היהודית והן הערבית - יותר מאשר באנגליה. הגשת אוכל היא אצלן דרך מרכזית להביע אהבה, לכן קשה יותר לשנות סוגי מזון שהם בבחינת מזון מפנק; שנית, בישראל, לעומת אנגליה, שלטת תרבות של "הילד במרכז", לכן להורים בישראל קשה יותר לשים גבולות בנוגע להתנהגות ילדיהם, בין היתר בנושא המזון; שלישית, בישראל תקשורת סלולרית ואינטרנטית נפוצה יותר, ויש לכך השלכות על מידת האקטיביות של הילדים; נוסף על כך, אין ספק כי בארץ, יותר מאשר באנגליה, קיים לחץ גדול יותר בחיי היומיום, הנובע מגורמים כלכליים, פוליטיים ותרבותיים. תכנית 'הנרי' מדגישה את הרווחה הרגשית של ההורים ומעודדת כי הורים יקדישו גם זמן לעצמם לפיתוח ממד זה.

מרי ואני יכולנו לשבת ולשוחח עוד זמן רב. תכנית 'הנרי' לקידום הורות ובריאות בגיל הרך ובמיוחד בגיל הינקות, נוגעת בתחומי חיים מרכזיים של הילד ומשפחתו, כמו גם באמונות, בדעות ובדרכי עבודה של אנשי מקצוע עם הורים. התכנית מכוונת לשינוי השיח בתוך המשפחה ובין אנשי מקצוע, במתן שירות ובהדדיות בין אנשי המקצוע וההורים. תשומת הלב בתכנית ניתנת גם למה שנתפס כמובן מאליו בנוגע למה שאנו אוכלים, לאופן שבו אנו מקשיבים ומשוחחים, ולמקום שהורים נותנים לעצמם ולילדיהם. כל אלה הם מפתחות לאורח חיים בריא. גם היכולת ליהנות ממשחק בחוץ חשובה מאוד לילדים, אך חשוב במקביל להחזיר את ההתנסות, את היצירתיות ואת הפעילות במרחב גם לחייהם של המבוגרים. לאנשי המקצוע המשתתפים בהכשרות התכנית נפתחת ההזדמנות להתנסויות ולחוויות מעשירות. אנו מביעים תקווה משותפת כי תכנית 'הנרי' להורות ובריאות בגיל הרך תצליח גם בגרסתה הישראלית.

חינוך טרום-לידה השקעה ששווה חיים!

מירב שרייבר

במאמר זה אסקור את הרקע להתפתחות הפדגוגיה החדשנית הקרויה "חינוך טרום-לידה", ואציג את ניסיוני האישי כמי שחווה קורס זה בתקופת טרום לידתה של בתי וכיום מנחה קורסים אלו.

את ד"ר ג'ינו סולדרה פגשתי בשנת 2010 על הכביש המהיר בדרך ממילאנו לוונציה. נכחתי בקורס נשימה מודעת שהנחה בסוף השבוע, ונפגשנו שוב בטרמפ הביתה, לטרוויזו. היו לרשותנו כארבע שעות לשוחח, וכשסיפרתי לו כבדרך אגב שבעלי ואני רוצים להרות ולהביא ילד לעולם, סיפר לי ד"ר סולדרה על "חינוך טרום-לידה". "חינוך שמתחיל עוד לפני ההתעברות", הוסיף ואמר. "זה בדיוק הזמן הנכון להתכונן לבואו של הילד שלכם. אתם מכינים את הבית ל'אורח'. ככל שביתכם יהיה מוכן יותר, נעים יותר, עם אורח חיים בריא, ללא מתחים והרגלים מזיקים, כך ישפיע הדבר על יחסכם לילדכם בהמשך החיים". התרגשתי לשמע דבריו, וקבענו להיפגש.

הפגישה התקיימה במשרד הצנוע של העמותה האיטלקית הלאומית לפסיכולוגיה וחינוך טרום-לידה שד"ר סולדרה עומד בראשה. מטרת העמותה להעלות את המודעות לחשיבות תשעת חודשי ההיריון על חייו של האדם, פיתוח קורסים ל"חינוך טרום-לידה", כתיבת מחקרים ומאמרים בנושא, יחסי ציבור לפסיכולוגיה הפרהנטאלית בקרב מוסדות, ארגונים, גינקולוגים, מיילדות ועוד, למען הדורות הבאים. בפגישות טרום-התעברות עם ד"ר סולדרה התבקשנו בעלי ואני להתכונן במערכת היחסים שלנו, בהיסטוריה האישית שכל אחד מביא איתו ובדרך שבה אפשר להתכונן לאירוע החשוב של הבאת ילד לעולם. לאחר כחודש הרינו ונרשמנו לקורס "חינוך טרום-לידה", ובהמשכו אף לקורס מנחים של הקורס.

מסתבר שלאורך ההיסטוריה ובתרבויות שונות יש אזכורים רבים לחשיבותם של תשעת חודשי ההיריון. בתרבות ההודית העתיקה התבקשה האישה מהיום הראשון להתעברותה לשמור על סביבת חיים רגועה ושלווה, להימנע ממחשבות שליליות, ליהנות מתחביבים רגועים ולעסוק בטקסים המחברים אותה לשושלת משפחתה. הפילוסוף היווני אפלטון הדגיש כי הכרחי לדאוג שנשים בהיריון תחינה בסביבה רגועה, נטולת דאגה. ביוון העתיקה נהוג היה להקצות גנים יפים ובתים מלאים בחפצי אמנות לשימושן של נשים בהיריון.

לפני כמה עשרות שנים באירלנד היה נהוג להתייחס בסבלנות ובעדינות לנשים הרות. הנשים ההרות התחייבו לשתות ולאכול באופן מפוקח כדי לשמור על העובר. הסופר והפילוסוף סר תומאס בראון כתב כי כולנו טועים בחישוב גילנו, כולנו מבוגרים יותר, מכיוון שכבר היינו, חוונו וספגנו את ההשפעות סביבנו בעודנו ברחם. זיגמונד פרויד ציין שהוא רואה המשכיות רבה, יותר ממה שנדמה לנו, בין חיי העובר לבין השנה הראשונה בחייו, אף שנדמה כי הלידה מפרידה ביניהם.

לאורך 50 השנים האחרונות, מדענים, פסיכולוגים ופסיכיאטרים רבים השפיעו על הפסיכולוגיה הפרהנטאלית (מרגע היווצרות העובר ועד תחילת הציירים) והפרי-נטאלית (מתחילת תהליך הלידה ועד שהתינוק יוצא אל העולם). המחקרים צברו תאוצה רבה במגזרים השונים, מתחום האפיגנטיקה, הפסיכולוגיה, החינוך ועד לרפואה ולמדעי המוח. אם עד אז חשבו שהעובר חי בסביבה מנותקת ומוגנת בבטן אמו, יודעים כיום בוודאות שאין זה נכון. העובר הוא בן אדם שלם, יחידה מלאה החווה את התנסויותיו באופן אינטראקטיבי ודינמי עם העולם החיצון (Verny, 2002).

ילד מושפע ממורשת גנטית המתקבלת בירושה מההורים ומהפוטנציאל הייחודי הקיים בו עצמו (Soldera, 2004). כשהעובר נמצא באינטראקציה מתמדת עם הסביבה, יש לכך השפעה על החוויה הרגשית, המנטלית, הפיזית והקיומית שלו (Caprara, 1998). חוקרים נוטים להגדיר את האפשרות שהילד ברחם אמו הוא בן אדם, גם כשהוא מופיע בצורה של זיגוט, בלסטוציסט או עובר (van der Wal, 2007).

מכיוון שלעובר יש כל היסודות הנחוצים לחיות את חייו כאדם בוגר, עלינו ההורים מוטל דבר אחד: להעניק לעובר את התנאים המיטביים של כבוד, אהבה, קבלה ונתינה כדי לאפשר את התפתחות הפוטנציאל הטובע בו מלכתחילה. כשההורים מודעים לעובדה כי העובר הוא אדם לכל דבר, מתפתחת ביניהם לבין מערכת יחסים אינטראקטיבית, פעילה, של נתינה וקבלה, שתימשך לאורך התפתחותו כילד וכאדם בוגר. דו-שיח זה יבסס את הקשר שירקם ביניהם שנים רבות לאחר הלידה (Milani Comparetti, 1992).

להלן טעימה ממכמה מחקרים בנוגע לתגליות של האינטליגנציה המפותחת של העובר. הפסיכולוג דייוויד צ'מברליין מונה שבע אינטליגנציות הקיימות באדם כבר בהיותו עובר בבטן אמו (1): (Chamberlain, 2007; Gardner, 1987) (2): התמצאות במרחב ובמגע עם חלקי גופו (Van Dongen & Goudie, 1980); (3): אינטליגנציה פיזית-קינסטטית - ריקוד ומשחק בבטן (Liley, 1972); (4): אינטליגנציה תוך אישית - יצירת קשר עם אחים תאומים (Piontelli, 1992); (5): אינטליגנציה שפתית - בשבוע ה-28 בכיו של העובר דומה לזה של אמו (Truby, 1975); (6): אינטליגנציה מוזיקלית - העובר נרגע לשמע מוזיקה של ויוולדי ומוצארט, בועט לשמע מוזיקה של בטהובן ומוזיקת רוק (7): (Clements, 1977); (8): אינטליגנציה לוגית-מתמטית - משחק או בועט באופן מדויק (Van de Carr & Leher, 1996).

במילים אחרות, לעובר יש יכולת לחוש ולהרגיש דרך השליה כל דבר שהאם חשה ומרגישה. הוא חווה את כל ההתנסויות שחווה המשפחה שלו במהלך ההתעברות ותשעת חודשי ההיריון (Bertin, 1994). האם למעשה מווסתת, מעבירה ומשדרת לעובר את העולם החיצון. העובר מכין את המערכות השונות של גופו כדי להתמודד עם העולם שמתארת לו אמו דרך חמשת חושיה, תזונתה, מחשבותיה, רגשותיה ויחסיה עם עצמה ועם סביבתה. ההתנסויות שאנו עוברים משלב טרום-התעברות ועד שנה לאחר הלידה מעצבות את ההחלמה הגנומית של דפוסי ההתקשרות שלנו לאורך כל חייו. חשוב

לבחון את החיים האנושיים כרצף שבו כל שלב התפתחות קשור זה לזה ובלתי נפרד ממנו (Freybergh, 2006).

"כל מה שהאם חווה, העובר חווה איתה", אומר המוטו של העמותה האיטלקית לפסיכולוגיה וחינוך פרהנטאלי. עד כה נאסף ידע רב המוכיח כי השבועות שאנו מבלים בבטן אמנו קובעים את עתידנו הבריאותי. תנאי ההתפתחות ברחם האם משפיעים באופן משמעותי על דפוסי התקשרות רגשיים של הילד עם עצמו ועם סביבתו (Tajani, 2005), על יכולת התמודדותו עם מצבי מתח וחרדה (Soldera & Da Re, 2004), על התפתחות המערכות הפיזיולוגיות, כגון ויסות הסוכר בגוף, המערכת החיסונית, מערכת הלב וכלי הדם, מערכת הנשימה והתפתחות המוח. כל אלו מושפעים מתנאי המחיה של העובר ברחם אמנו ו"יחתימו" אותו להמשך חייו, לחיים של שגשוג או לחיים של מחלות ולקויות (Lipton, 2004). כך גם ישפיעו ויעברו גנטית לדורות הבאים.

לדוגמה: אם שחוותה מצבי מתח במהלך ההיריון מעבירה לעובר הורמוני סטרס דרך השליה ואלו ישפיעו על מערכת העצבים שלו ועל האופן שבו יהיה מכוון וערני לאופני הישרדות שונים (Soldera & Da Re, 2004). גם אם ייוולד לתוך תקופה רגועה, הוא יהיה ערני מעבר לצורך והדבר יכול לבוא לידי ביטוי בהיפראקטיביות, בהפרעות קשב וריכוז ובלקנות בוויסות חושי ורגשי. ד"ר לוין (Levine), כירורג ורופא שיניים אנגלי, מצא סימני טראומה שחוותה האם במבנה הטרומ-לידתי של שיני החלב של העובר, והאירידולוגית ד"ר Di Spazio מצאה אבחונים טראומטיים שחווה העובר בתקופת ההיריון בקשתית עינו. הפסיכיאטרית Federica Mormando זיהתה קשר מובהק בין הצורה של טביעת כף היד הימנית (דרמטוגליפיקה) לבין תחושת דחיה אינטנסיבית של האם כלפי בנה לאורך תקופת ההיריון. במחקר שערכו אוטביאנו ואחרים (Ottaviano et al., 2003) הוכח כיצד מצבי מתח וחרדה במהלך ההיריון השפיעו על התפתחות הפרעות נוירולוגיות אצל הילד, ובמקביל, כיצד התערבות חינוכית טרום-לידה יכולה לתמוך בשיפור לקויות אלו ובוויסותן.

לפיכך, יש חשיבות רבה לשיפור התנאים הסביבתיים של העובר ולמניעת העברה בין-דורית של מתח וחולי. כשבוחנים מה קורה לעוברים החשים כי הוריהם מגיבים אל קיומם ברגישות ובתשומת לב, אפשר לראות שהם נולדים בתחושה שהעולם סביבם בטוח, מכיוון שכבר חוו זאת. הם פנויים או לגדילה, לחקירה, ללמידה ולהתנסויות השונות הדרושות בשלבי ההתפתחות הבאים. כלומר, הורים המקדישים זמן ליחסים עם העובר, מגבירים אינטגרציה בחלקים השונים של מוחו ובמערכת העצבים. בכך הם מעצבים את אישיותו של הילד, את בריאותו ואת הפוטנציאל שלו להשתמש במערכות מנטליות גבוהות, כגון מודעות עצמית, בהמשך חייו.

הנוירוביולוגיה גילתה שהמוח בונה את עצמו בהסתמך על ההתנסויות והאינטראקציות עם הסביבה. חוויות אלו נצרכות במוח ויוצרות תבנית ייחודית של רשתות עצביות, המבוססת על השילוב בין המטען הגנטי של האדם לבין חוויות החיים שלו. עובדה זו מאשרת את החשיבות שההורים יספקו לעובר סביבת חיים משגשגת - כדי להקנות לילדם גישה למערכות ויסות מתקדמות יותר הקיימות במוח, כמו מערכת התקשרות

רגשית בטוחה, ליכולת אמפתית, אינטואיטיבית ומוסרית, לגמישות תגובה ולהצלחה בוויסות מתחים.

כל המתואר עד כה פותח בפנינו אופקים חדשים בהבנת החשיבות בחיי העובר בתקופת ההיריון. במהלך חייו התוך-רחמיים, העובר אינו עוד פרט לא-מובדל, לא-מסוגל ולא-מובחן, אלא בן אדם רגיש, כשיר ונבון שיש לו יכולת למקסם את הפוטנציאל שבו בעזרת הכלים הנכונים. חוקרים מכל העולם מאפשרים לנו כיום להבין את היתרונות שאפשר להפיק מגירויים המועברים לעובר בתקופת ההיריון. בהתבסס על מחקרים אלו נוצר בתחילת שנות השמונים בצרפת המושג "חינוך טרום-לידה", במסגרת הצורך להעניק להורים באופן מאורגן ומודע את כל הידע שנאסף מהתגליות והמחקרים על חיי העובר.

שמו של הקורס באיטלקית הוא "לחנך מבראשית". כששאלתי לראשונה את ד"ר סולדרה על משמעות המילה "חינוך" קיבלתי תשובה שהפתיעה אותי. עד אז ידעתי כי חינוך הוא תהליך למידה שבו האדם רוכש ידע, מיומנויות וערכים. ראיתי בחינוך מצבור של פעולות מכוונות המשפיעות על התנהגות האדם ועל עיצוב אישיותו. אך המשמעות האטימולוגית של המילה "חינוך" מגיעה מהמילה *educare*, כלומר להוציא את הפוטנציאל ואת המשאבים הנמצאים כבר באדם. "חינוך אינו בורא חדשות, אלא מוציא לפועל ממה שכבר טמון באדם" (הרב קוק, מאמרי הראי"ה, עמ' ק). לכן חינוך שמתחיל כבר בתקופת הטרומ-לידה, משמעו להוציא את הפוטנציאל הקיים בילד, כבר מרגע ההתעברות, כבר מהרגע שבו הילד הוא מחשבה במוחם של הוריו ובלבם (Soldera & Beghi, 2005).

אל הקורס "חינוך טרום-לידה" הגענו בחודש השני להיריון. הייתה זו הזדמנות מרגשת לחוות את הקורס לא רק כמנחים לעתיד אלא גם כהורים. היה זה ההיריון הראשון שלנו ותוך כדי הקורס נבנתה תפיסתנו לגבי אופן הלידה. בחרנו בלידת בית אף שמעולם לא נחשפנו לכך. היה לנו ברור שהחלטה מגיעה מתוך הדדיות בינינו לבין העובר. ניכר היה שהקורס בונה בתוכנו תשתית רחבה של שיתוף פעולה כזוג הבא מתרבויות ומדתות שונות (איטלקי וישראלית). התבקשנו בפעם הראשונה להתמודד עם תפיסת ההורות שלנו, שגם היא מושפעת ממקורות שונים של הורות שחוונו כילדים.

בטרימסטר הראשון חקרנו את הערכים החשובים לנו ואת מקורות החוזק והקושי של כל אחד מאיתנו, העזרה ההדדית, התמיכה שאנו זקוקים לה זה מזה וגם מהסביבה. להפתעתנו ולשמחתנו גילינו מחלוקות שעלו מעצם הפיכתנו להורים. למדנו מהי דרכנו לגדל ילד משותף. וכפי שמסכם זאת ד"ר סולדרה: הורים מאוחדים, המחזקים את הקשר בינם לבין העובר, מגדירים באופן ברור יותר את תפקידם כהורים, מצמצמים את מידת הפחד והחרדה וזמינים יותר לשנות את סגנון החיים שלהם לטובת הילד. כל זאת מקל על התפתחותו של הילד, הצמיחה שלו, רכישת מיומנויות חושיות וחברתיות והרחבת המודעות האישית שלו. הילד מרגיש מוגן, שקט ובטוח, עם יכולת טבעית להיצמד לשד בהנקה, לקשור קשר אמיץ עם בני משפחתו, ולהסתגל בקלות יתרה לסביבה שאליה נולד.

בטרימסטר השני התפנינו לתקשורת עם העובר. החלטנו לא לבקש לדעת את מין היילוד, למרות זאת ידענו בכירור שזוהי בת ולרגעים הייתה אפשרות גם לראות אותה בעיני רוחנו ולזהות למי היא דומה. תנועותיה הנמרצות היו הוכחה ברורה לכך שיש לה רצונות ואינדיבידואליות משלה ולמדנו בעזרת תרגולים של כתיבה רפלקטיבית, דמיון מודרך, מגע, מוזיקה וצבעים - ליצור עמה קשר. בעיקר למדתי כיצד להביא אותה בחשבון כשאני מחליטה מה לאכול ומה לא, כשאני מחליטה לאילו אירועים והתנסויות אני חושפת אותה ולאילו לא. הדו-שיח בינינו הלך והתעצם והעוברית סימנה לי בכירור מתי אני עומדת קרוב מדי למקור רעש שלא נעים לה, מתי אני חשופה לריחות וטעמים שהיא אוהבת או לא. ניכר היה שהחוש השמיעתי שלה מפותח ורגיש מאוד. בלילות הקראתי לה ספרים ובימים טיילתי איתה בשדות הירוקים של צפון איטליה כשאני מתארת לה בקול רם את יופיו של העולם. למרות הנטייה הטבעית ההפוכה שלי, גיליתי בתקופת ההיריון כי אני נמשכת לטיולים בטבע, למוזיקה קצבית של תופים, ומתעניינת יותר מהרגיל בפוליטיקה בעולם של אותה תקופה. נתתי לזה מקום. ד"ר סולדרה מדגיש בהרצאותיו כי תכנית החיים הסובייקטיבית של העובר משפיעה על נטיותיו, בחירותיו והכיוון העתידי של חוויותיו, כמו על תחומי ההתעניינות של האם בתקופת ההיריון, וכי לכל פעולה מנוגדת לכך מצד ההורים תהיה השפעה הרסנית על הילד והאדם בטווח הארוך.

התיאולוג והסופר השווייצרי לאבאטר (J. K. Lavater, 1741-1801) טען שאילו האם הייתה יכולה לתאר בתקופת ההיריון, בפירוט רב, את כל השינויים שהיא חווה בתקופה זו, היה אפשר לחזות את המאפיינים הערכיים, הפילוסופיים, האינטלקטואליים והפיזיים של הילד.

הטרימסטר השלישי בקורס "חינוך טרום-לידה" ליווה אותנו אל הלידה עצמה. התרגשנו לנוכח המפגש הקרב עם בתנו. ביצענו תרגולים ולמדנו מיומנויות של אמון הדדי, דו-שיח, תמיכה ותנועה להעצמת שיתוף הפעולה בלידה בין שלושתנו. הכנו את בתנו למפגש איתנו ועם העולם החיצון דרך משחק ודו-שיח מילולי ותנועתי. התמקדנו בערכים שברצוננו להעביר לה כהורים, והתחושה שבתנו היא ישות נפרדת מאיתנו ולה מזג ורצונות משל עצמה הלכה והתעצמה.

אגתה נולדה בשבוע הארבעים בלידת בית אינטימית ועדינה. היא ינקה מיד והתפתחה לילדה רגישה לזולת, בעלת יכולת שמיעה, קצב ותנועה מפותחות לגילה. אגתה היא ילדה בריאה, בעלת כוח רצון ואהבה ללא תנאי לטבע ולחיות. אגתה מתעניינת מאד ביחסי אנוש שסביבה, קשובה להתנהגות ולשיחות של בני אדם. אנו ההורים משתפים פעולה ומשתתפים באופן שווה בגידול בתנו, בחינוכה ובטיפול בה. אנו מוצאים לנכון להתיעץ זה עם זה בקשיים שעולים בגידולה ובהתבוננות מעמיקה בדברים שאנו מציעים לבתנו המאפשרים לה להמשיך ולשגשג.

לסיכום המאמר, ברצוני לחזור ולהדגיש את היתרונות של קורס "חינוך טרום-לידה". הגישה בקורס היא ייחודית, מושתתת על ידע וניסיון בינלאומיים, ותומכת בכל תקופת ההיריון. היא נתמכת על המחקרים העדכניים ביותר בנושאי פסיכולוגיית פרהנטאל ומדעי

המות. פרויקט זה הוא מודל שיכול לשמש בסיס להעצמת הרווחה הסוציאלית ולשינוי מדיניות בנוגע להיריון. מבין מטרות הקורס אציין את מיקוד הפוטנציאל הטמון באדם, חיזוק המשאבים הקיימים בהורים, צמצום הסיכוי להפרעות פסיכולוגיות ונוירולוגיות בעובר, עידוד פיתוח מיומנויות ויכולות חדשות, העצמת תחושת מימוש עצמי בהקמת משפחה והפחתת השימוש בתרופות, בטיפולים ובהתערבויות רפואיות.

ההשתתפות בקורס היא השקעה לטווח רחוק ויש לה יתרונות רבים: בממד הפיזי, ההורים יולדים ילדים בריאים כתוצאה מהרחבת מודעותם והבנת החשיבות של סגנון חיים בריא לרווחת ילדם. בממד הפסיכולוגי, נולדים ילדים מאוזנים חברתית ופתוחים לחיים, בעלי יכולת הסתגלות טובה, בזכות מערכת היחסים שחוו עם הוריהם בתקופת ההיריון המבוססת על אמון, כבוד ואהבה. בממד האנושי הקיומי, התכנית מעודדת התפתחות טבעית של הפוטנציאל הטבוע באדם. בממד האנתרופולוגי, חל שיפור באיכות החיים של הפרט ושל בני הזוג, של המשפחה ושל כלל האנושות. דרך חוויה פרהנטיאלית נכונה רוכשים ההורים מיומנויות הורות ומתקשרים בקלות רבה יותר עם ילדם. בממד הבריאותי-מניעתי, עדיף להרות ילד בריא מאשר לרפא אדם חולה. הקורס מסייע גם במניעה של התערבויות חינוכיות שליליות שעשויות לגרום להתפתחות של הפרעות אישיות. בממד הכלכלי, בזכות צעדי המנע שמטרתן שיפור רמת הרווחה הכללית של האדם יש ירידה בשיעור היחידים תשושי נפש, ובעקבות כך צמצום וחיסכון במשאבים של טיפול וסיוע.

לסיכומו של דבר, אנו יכולים לדמיין יחד לרגע מה היה קורה אילו הידע של חינוך פרהנטיאלי היה ידוע לכל הנשים, לכל הגברים ולכל אנשי המקצוע. ד"ר סולדרה ורבים אחרים מאמינים כי המדע החדש הזה יקר ערך וכי יש בו כדי לעורר את המצפון של האדם, להפיח בו רגשות חדשים ואכפתיות, ולהעלות את המודעות להיווצרות אנושות חדשה בעלת תרבות של כבוד ואהבה.

"רק שלום ששורשיו נטועים בתוכנו יכול להתרחב אל העולם. מקור היכולת ליצור שלום בתוכנו וסביבתנו, בסיסו בתקופת הפרהנטיאל והפרינטיאל" (דבריהם של ד"ר מייקל אודנט [Dr. Michel Odent] ופרופ' ג'ין פייר רליאר [Prpf. Jean-Pierre Relier] בקונגרס החמישי של הארגון העולמי לעמותות חינוך-טרום-לידה בדלפי, אתונה, 2004).

- Bertin, A. (1994). Possibilità, obiettivi e fini dell'educazione prenatale. In: Dalla Preparazione al Parto all'Educazione Prenatale. Convegno Nazionale dell'ANEP-Italia tenutosi a Parma il 19.11.1994, Cocquio, T. (Ed.), p. 28.
- Caprara, G. V. (1998). Dai geni alla personalità. In: Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria, 58, 467–480.
- Chamberlain, D. (2007). Ricettività e vita prenatale. In: Il Giornale Italiano di Psicologia e di Educazione Prenatale, 12, 22–43.
- Clements, M. (1977). Observations on Certain Aspects of Neonatal Behavior in Response to Auditory Stimuli. Relazione presentata al 5° Congresso Internazionale di Ostetrica e Ginecologia Psicosomatica di Roma.
- Di Spazio, V. (1997). Agegate. Frasnelli e Keitsh (Eds.). Bolzano.
- Fedor Freybergh, P. (2006). Prenatale e perinatale: Psicologia, medicina e discipline associate. In: "La Relazione Prima" a Cura di Gimpaolo Mazzara, Anep, pp. 93–106.
- Gardner, H. (1987). *Formae Mentis*. Saggio Sulla Pluralità delle Intelligenze. Feltrinelli (Ed.), Milano.
- Liley, A. W. (1972). The foetus as a personality. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 6 (2), 99–105.
- Lipton, B. H. (2004). La natura, la nutrice e la forza dell'amore. In: Il Giornale Italiano di Psicologia e di Educazione Prenatale, 6, 9–15.
- Milani Comparetti, A. (1992). Interpretazione funzionale dei movimenti fetali. In: Età Evolutiva, 10, 88–92.
- Ottaviano, S., Ottaviano, P., & Ottaviano, C. (2003). Stress materno-fetale nel terzo trimestre di gravidanza. Sindromi norocompotamentali neonatali e PEP (Programmi Educativi Prenatali). (A cura di) Astrei, G. & Bevere, A. In: Vita Prenatale. Cantagalli Siena (Ed.), pp. 225–236.
- Piontelli, A. (1992). *From Fetus to Child: An Observational and Psychoanalytic Study*. New York: Tavistock/Routledge.
- Roffwarg, H. P., Muzio, J. N. & Dement, W. C. (1966). Ontogenetic

- development of the human sleep-dream cycle. In: *Science*, 152, 604–619.
- Soldera G. (1995). *Conoscere il Carattere del Bambino Prima che Nasca*, Bonomi, Pavia (Ed.), pp. 49–62.
- Soldera, G. (2000). *Le Emozioni Della Vita Prenatale*. Macro Edizioni, Diegaro.
- Soldera, G. (2004). The individual life project: A new way of discovering the unborn child's and potentialities. In: *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology & Health*, 16 (4), 361–376.
- Soldera, G., & Beghi, A. (2005). *Educare Prima*. Anpep, Rep. di S. Marino (Ed).
- Soldera, G. & Da Re, S. (2004). Stress e prenatalità: Fattori di rischio e necessità di prevenzione. In: *Il Giornale Italiano di Psicologia e di Educazione Prenatale*, 6, 16–26.
- Tajani, E. (2005). Fattori di rischio in gravidanza. In: *Il Giornale Italiano di Psicologia e di Educazione Prenatale*, 9, 9–16.
- Van de Carr, F. R. (1995). L'intervento prenatale nella pratica ostetrica quotidiana. In: *Educazione Prenatale*, 4.
- Van der Wal, J. (2007). *La Parola All'embrione*. Corso Tenuto a Ciuffenna (AR), dal 15–17 Giugno.
- Van de Carr, F. R., & Leher, M. (1996). *While you are Expecting: Your Own Prenatal Classroom*. Humanics Trade, Atlanta.
- Van Dongen, L. G. R., & Goudie, E. G. (1980). Fetal movement patterns in the first trimester of pregnancy. In: *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 87, 191–193.
- Verny, T., & Weintraub, P. (2002). *Bambini si Nasce*. Bonomi Editore, Pavia.

לקריאה נוספת:

- AA.VV. (2002). The Vienna resolution 2001. In: The Significance of the Earliest Phases of Childhood for Later Life and for Society (a cura di) Ludwig Janus (Ed.) ISSPM, Heidelberg, pp. 1–3.
- Blum, T. (1993). Prenatal Perception, Learning and Bonding. Leonardo Publishers (Ed.), Berlin.
- Chamberlain, D. (1994). How pre- and perinatal psychology can transform the world. In: Pre and Perinatal Psychology Journal, 8 (3), 188.
- DeCasper, A. & Spencer, M. (1982). Prenatal maternal speech influences human newborns' perception speech sounds. In: Infant Behaviour & Development, 9, 133–150.
- Duttaroy, A. (2006). Evolution, Epigenetics and Maternal Nutrition. Published on Darwin Day, February 12, 2006.
- Fiscon, D. (1993). Musica e gravidanza: Il respiro, la voce, il canto. In: Istar, 8, 38–42.
- Hepper, P. G. (1991). An examination of fetal learning before and after birth. Irish Journal Psychology, 12, 95–107.
- Jirtle, R. L., & Skinner, M. K. (2007). Environmental epigenetics and disease susceptibility. In: *Nature Reviews Genetics*, 8, 253–262.
- Lafuente, M. J., Grifol, R., Segarra, J., Soriano, J., Gorba, M. A., & Montesinos, A. (1997). Effects of the firstat method of prenatal stimulation on psychomotor development. The first six months. In: Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 11 (2), 151–162.
- Panthuraamphorn, C. (1993). Prenatal infant stimulation. In: Prenatal Perception Learning and Bonding (pp. 187–220) di Blum, T., Leonardo Publishers, Berlin.
- Piontelli, A. (1992). From a Fetus to Child. Routledge, Londra.
- Stott, D. (1977). Children in the womb: The effects of stress. In: Now Society, 19, 329.

"ילד חכם יותר" למה הוא רלוונטי גם אחרי 30 שנה: המלצה על ספרה של פנינה קליין, "ילד חכם יותר: הגמשה שכלית בגיל הרך", אוניברסיטת בר-אילן, 1985

רבקה ארידן



"כל הורה רוצה שילדו, עם היוולדו, יהיה חכם, מוצלח, רופא או עורך דין, הייטקיסט או מדען...". את הספר "ילד חכם יותר" פגשתי לראשונה במדף הספרים כשבני בכורי היה רק בן ארבעה חודשים, כאם צעירה שהכמיהה להורות הייתה בשיאה והצימאון לידע בעיצומו.

הספר חשף בפניי עולם ומלואו, גישה שהייתה בחיתוליה בשנת הוצאתו לאור. אף שכמעט 30 שנה עברו מאז, היום הוא רלוונטי מתמיד.

ההנחה העומדת בבסיס הדברים המוצגים בספר, היא כי אהבה בלבד אינה מספיקה כדי לפתח אינטליגנציה אצל ילדים. אין להבין מכך שאין הילד זקוק לתחושה שהוא בטוח, מקובל ואהוב כדי להבטיח את התפתחותו האינטלקטואלית התקינה; ההפך הוא הנכון: כדי שיוכל לפנות להזנת סקרנותו, לבדיקת סביבתו וליצירת קשר עם אנשים אחרים, הילד זקוק לתחושה של ביטחון, לקשר חם ויציב עם אדם אחד לפחות (בדרך כלל האם).

בדברי המבוא לספר מצהירה הכותבת, פרופ' פנינה ש' קליין, שבכתיבתו עמדה לפניה המטרה להציג בפני הקוראים - אנשי מקצוע, סטודנטים והורים - מידע שיעזור להם להבין ולחולל שינויים בתחום הקשר בין התינוק או הילד בגיל הרך לבין המבוגרים המטפלים בו. שינויים אלה עשויים לקדם את אפשרויות ההתפתחות של הילד בשלושה תחומים: בתחום הידע, בתחום הרגשי ובתחום המעשי - ההערכה והכלים.

בתחום הידע מוצג בספר מידע עדכני המכוון לא רק להעשיר את הידע הקיים על תהליכי ההתפתחות השכלית של ילדים בגיל הרך, על צורכיהם בעת גדילתם ועל הגורמים המאפיינים את הקשר בינם לבין ההורים, אלא גם לארגן אותו במסגרת תיאורטית. בספר נחשפים עקרונות כלליים בהתנהגות ההורים שמהווים את המרכיבים הפעילים ביותר בהתפתחות השכלית והרגשית של ילדיהם, עקרונות המתאימים לילדים במסגרות משפחתיות שונות, המלמדים להכשיר ילדים ללמוד כיצד ללמוד.

בתחום הרגש, נועד הספר להגביר אצל הקורא את הפליאה הקשורה ביכולתו המפתיעה של התינוק לקלוט את הגירויים החזותיים, השמיעתיים והאחרים בעולם הסובב אותו. בספר מודגשות גמישותו ופתיחותו של התינוק האנושי להשתנות אינטלקטואלית דווקא בגיל הרך.

בתחום המעשי - ההערכה והכלים - מוצגות בספר דוגמאות להערכה של סביבה המתאימה להתפתחות אינטלקטואלית ותצפיות על למידה מתווכת. המטרה בתחום זה היא לקדם את יכולתם של העוסקים בחינוך ילדים בגיל הרך להתמודד בהצלחה ולהעריך את שלל התכונות החינוכיות, החומרים, החפצים והצעצועים המוצעים כיום ככלים האמורים לשפר את ההתפתחות השכלית של תינוקות. הכרת העקרונות המתוארים בספר עשויה לקדם יצירת תנאים מתאימים להתפתחות זו.

הכותבת מציעה בספרה נקודת מבט אחרת על שאלת חשיבותה של התקופה הראשונה בחיי הילד. קבוצת חוקרים טוענים כי ילדים החיים בסביבה שאינה מספקת להם הזדמנויות ללמוד קשר סיבתי בין התנהגות לתוצאותיה הם בעלי סיכון גבוה לקשיי התפתחות. לטענתם קשר כזה נוצר כנראה בתקופת הינקות, וכבר בשנה השנייה לחיים חסרונו יכול להיות לפחות אחת הסיבות לכך שילדים משכבות מצוקה מתחילים לפעול ברמה נמוכה יותר מאלה הבאים ממשפחות מבוססות (ריימי והסקין, 1981; ריימי ופינקלשטיין, 1978; ריימי, פרן וקמפל, 1979). על סמך עבודות שונות בנושא תכניות התערבות חינוכיות בגיל הרך אפשר להסיק, כי ככל שתכנית ההתערבות מתחילה מוקדם יותר, כך היא מביאה לשיפור גדול יותר בהתנהגות הילדים, וכי שיפור זה נמשך זמן רב בהשוואה לזה שחל בעקבות תכניות המתחילות בגיל מאוחר יותר (ברונפנברג, 1974).

לפי הכותבת, חשיבות מיוחדת נודעת לתקופה ראשונה זו של קשר בין הורה לילדו. הידע על כשריו של התינוק עשוי בהחלט להשפיע על דפוסי ההתנהגות של ההורה אל הילד ועל דפוסי ההתנהגות של הילד אל ההורה וחוזר חלילה.

הכותבת סוקרת בספרה את הגורמים הפעילים בפיתוח האינטליגנציה אצל התינוקות על סמך מחקרים רבים שנערכו בתחום, ומסכמת כי מכלול המשתנים המנבאים הטובים ביותר של התפתחות הילד קשורים לקשר שבין האם לתינוק. ליתר דיוק, תינוקות מפותחים היטב היו אלו שאימהותיהם השקיעו יותר זמן בעידוד פעילותם הכללית ובגירויים לפעילות אינטלקטואלית.

מה פירוש המילים "אינטראקציה עם מבוגר"? מה משמעות המילים "ללמד תינוק"?
מה מאפיין פעילות המהווה אתגר אינטלקטואלי ותרומה להתפתחות הילד? על שאלות
אלה ורבות אחרות הספר מביא דוגמאות ממחקרים רבים שנערכו לאורך זמן.

עקרונות הגישה שפיתחה פרופ' פנינה ש' קליין המוצגים בספרה מבוססים על המסגרת
התיאורטית של ראובן פוירשטיין ביחס להשתנות הקוגניטיבית. לפי פוירשטיין,
אינטליגנציה מוגדרת כיכולת של האורגניזם להשתנות, להשתמש בעקרונות שנלמדו
בעבר, בחוויות מהעבר, ביכולות ובאסטרטגיות (תבניות התנהגות) לשם הסתגלות
למצבים חדשים. במידה מסוימת יכולת זו דומה ליכולת ללמוד, ויותר מכך - ליכולת
של הפרט ללמוד כיצד ללמוד.

במרכז הגישה של הכותבת, עומד אדם המשמש בתפקיד פעיל ומודע של מתווך בין
הסביבה ובין הילד. דרך תהליכי הלמידה המתווכת זוכה הילד ליהנות מניסיונותיהם של
אלה המתווכים לו. לילד הזוכה לכמות רבה של תיווך תהיה יכולת טובה יותר ללמוד
מהתנסויות חדשות ולהשתנות כתוצאה מלמידה זו. למידה מתווכת מפתחת אצל הילד
את הצורך לקבל תיווך נוסף, לצפות לכך שיש משמעות לאירועים ולעצמים, משמעות
שמעבר למידע הנקלט בחושים. למידה מתווכת היא אחת משתי דרכי למידה המאפשרות
לילד לפתח את יכולתו השכלית. תהליכי הלמידה המתווכת הם אוניברסליים ורב-
תרבותיים, ומכינים את הילד ללמוד מהתנסויותיו בעתיד.

פרופ' ש' קליין, שזכתה בפרס ישראל על פועלה, מציגה בספר בפשטות את חשיבות
התקשורת בין הילד להוריו מיום היוולדו. אני שאבתי מהספר השראה לתפיסת עולם
לפיתוח גישה קשובה ורגישה, מקדמת ומפתחת, ונעזרתי בכלים המוצעים בו כדי
להרחיב את הידע שלי כיצד לגדל את ילדיי.

לימים שימש אותי ספר זה כלי להכשרת מחנכות-מטפלות לגיל הרך בבית הספר
המרכזי לשירותים חברתיים של משרד העבודה והרווחה. אני ממליצה בחום לאנשי
מקצוע, הורים, סבים וסבתות ולכל מי שיש לו מגע עם ילדים בגיל הינקות, להיעזר
בספר, להרחיב את הדעת ולרכוש כלים לטיפוח דור העתיד של החברה הישראלית.

כפי שטוען ארתור גורדון, הורה אינו אל אלא אדם, וככל שמידת ההנאה שלו מתפקידו
תגדל - כך יבצע את תפקידו טוב יותר.

תינוקות על זמן שאול סיכוי וסיכון במערכות היחסים בין הורה לילדו

ד"ר חנה קמינר

| | |
|---------------------------------|------------------------------|
| אימא למטה בוכה | להצמיח עליהם לעץ המת הזה? |
| בוכה | בייסורי |
| בוכה | כבול לקורת עץ שאין לה חפץ בי |
| כך ידעתי אותה | לשנאת המסמר האכזרית |
| פעם בעודי שוכב בחיקה | לכוח משיכה עריץ וקשה-לב - |
| כמו עכשיו על עץ מת | איך תצמא נפשי |
| למדתי לגרום לה לחייך | אלי, אלי, למה שבקתני? |
| לבלום את דמעותיה | אני הוא המת |
| לשחרר את אשמתה | אני המת |
| לרפא את המוות הפנימי שבה | אני מת |
| להחיות אותה, אלה היו חיי | אני |
| וכי הוטל עלי להפריח אותם קוצים? | ("העץ", בתוך ויניקוט, 1996) |

מפגש עם תינוק מעורר בדרך כלל חוויה של התרגשות נוכח התמימות והשמחה שהוא מביא עמו. בעבר התקשו להאמין, ואף כיום יש המתקשים בכך, כי תינוקות חשים רגשות כמו עצב, אבל ואובדן. כיום ברור כי תינוקות מוצפים לעתים ברגשות חשים עקב נסיבות פנימיות וחיצוניות, גם בתקופה שבה אינם יכולים לבטא זאת. בשירו של ויניקוט, פסיכואנליטיקאי ורופא ילדים שטיפל בעשרות אלפי ילדים ובהוריהם, מתוארת התמוטטות נפשית של תינוק עקב היעדר תמיכה סביבתית (אם הנעדרת פיזית או נפשית). בשיר מובעות תחושות של ייאוש ויגון, ייסורים, כמיהה וכאב עקב נטישה.

בתמונות ובפרסומות של אימהות ותינוקות נראים בדרך כלל תינוקות עגלגלים, רגועים ושלווים בחיקה של אם נינוחה ומחייכת - מחזה נעים שלעתים קרובות מנוגד לחוויית האם ותינוקה. מה קורה כשתחושותיה של האם כלפי התינוק וכלפי עצמה בלתי נסבלות ומעוררות ביעותים וחרדות? כיצד אם דיכאונית וחסרת אונים תצליח להיות קשובה ולהתמודד עם חוסר האונים של תינוקה? אמנם בתקופה הפר-ורבלית תינוקות אינם יכולים לדבר את מצוקתם, אבל היא נחרטת בזיכרונם. הגוף זוכר!

תחום הידע בגיל הרך, ובמיוחד תחום בריאות הנפש של התינוק, התפתח באופן ניכר מתוך תצפיות שיטתיות בתינוקות, מחקרים והתערבויות קליניות. בארבעים השנים האחרונות חל מהפך גדול בהבנת הקשר הורה-ילד. הודות לעבודותיהם של חלוצים כמו

ויניקוט, בולבי, אינסוורת', שטרן ואחרים, אנו מתייחסים לחוויית הילדות המוקדמת כאל חוויה שמתרחשת בתוך מטריצת יחסים - ההקשר שבו הילד גדל - מהרגעים הראשונים של חייו. כפי שויניקוט כתב: "אין תינוק ללא זוג עיניים שמתבוננות בו" (Winnicott, 1971).

בספרות המחקר שצמחה על רקע תיאוריית ההתקשרות (Bowlby, 1969), הודגשו חשיבות הקשר הורה-ילד ומרכזיות היחסים כגורם מפתח המארגן ומעצב את הפרספקטיבה ההתפתחותית, הקוגניטיבית והרגשית-חברתית של הילד ואת המשפחה כמספקת יחסים. לטענת בולבי (שם), הצורך בקרבה לבני אדם אחרים הוא צורך אנושי ראשוני מולד. השגת הקרבה בין התינוק למבוגר המטפל בו, החיונית להישרדות התינוק, תלויה ביכולתו של התינוק לאותת כשהוא זקוק לטיפול וליכולת המשלימה של המבוגר לקלוט את האותות ולהגיב בדרך שתענה על צרכיו. בהיקשרות הנורמלית התינוק מפתח תחושה של ביטחון בסיסי ואמון כלפי המבוגר המטפל בו. דפוסים שונים של התינוק לאותת לצורך בקרבה, ודפוסים של המבוגר לקלוט את האותות ולהגיב בהתאם, יוצרים הבדלים בין-אישיים בדפוסי ההיקשרות (Attachment) של התינוק עם ההורה.

ביבי, ג'פה ולחמן (Beebe, Jaffe & Lachman, 1992) מראים במחקריהם כי כבר מהימים הראשונים של החיים, הורים ותינוקות משתתפים ביחסים רגשיים-חברתיים מורכבים. שטרן טוען כי התינוק, מגיל צעיר מאוד, מבין רמזים חברתיים, מסמן צרכים ורצונות, מסתגל לסגנון המיוחד של ההורה וגורם להורה להסתגל לתכונותיו המיוחדות (Stern, 1995). טרוניק (Tronick, 1989), במחקר שכונה "Still Face", הראה כי ברגע שהאם, על פי דרישת החוקר, מעמידה "פנים מאובנות" במהלך אינטראקציה עם תינוקה, בתוך זמן קצר ביותר התינוק נכנס ללחץ קיצוני, מאבד ויסות רגשי וגופני, מתחיל לרייר, לדמוע ולבכות, ורמת החרדה שלו נוסקת. אם זו תגובתו של הילד לניסוי של דקה, מה תהייה תגובתו למצב מתמשך שבו האם דיכאונית, מתקשה להתבונן בפניו של התינוק ולהגיב אליו פיזית ורגשית? איך יתמודד תינוק כשהקשיים של האם (מסיבות אישיות, נפשיות, כלכליות וכו') גורמים לכך שהיא מתקשה באופן כרוני להיענות לצרכים של ילדה?

מחקרי מוח שערכו בעשורים האחרונים צוותים אינטרדיסציפלינריים (מתחומי נוירולוגיה, פסיכולוגיה, רפואת ילדים ופסיכיאטריה) הראו כי תקופת הגיל הרך מהווה "תקופה קריטית" בהתפתחות תפקודי מוח שונים המושפעים מחסכים, מהזנחה ומקשיים בהתקשרות. נמצא כי מצוקה רגשית מוקדמת משפיעה על התפתחות מערכת העצבים המרכזית עד גיל שנתיים, והיא עלולה לתת את ביטויה בתקופות מאוחרות יותר בליקויי למידה, קשיים בתפקודים גיהוליים, קשיים בקריאת קודים חברתיים, הפרעות ויסות וקשיים רגשיים (Schore, 2007).

מכאן, כאמור, חסכים בגיל הרך וקשיי התקשרות משמעותיים גורמים להיווצרות דפוסי התקשרות פתולוגיים המשפיעים בצורה משמעותית על ההתפתחות התקינה בכל תחומי התפקוד, לאורך מעגל החיים.

כשמדובר על הגיל הרך ביותר (עד שנה), רפרטואר ההתנהגויות של התינוק לבטא מצוקה לפני שיש לו שפה הוא מצומצם למדי, ולכן הביטויים יהיו בעיקרם פיזיולוגיים. בשנה הראשונה יהיו הסימפטומים בעיקר קשיי אכילה (סירוב לאכול, סירוב לאכול אוכל מוצק, אכילה מתוך שינה בלבד), בעיות שינה (קשיים להירדם, בכי במהלך הלילה, שינה במיטת ההורים), בכי ותגובות אפאטיות. אלו הן כמעט הדרכים היחידות שבהן התינוק יכול להצביע על מצוקה נפשית קשה. במקרים קשים יותר אנו רואים תינוקות מדוכאים ו/או שאינם משגשגים.

מגיל שנה ומעלה נראה גם תוקפנות של הילד כלפי עצמו וכלפי הקרובים לו. למשל, ילדים שדופקים את הראש ברצפה או נושכים את עצמם, את ההורים ואת הילדים בגן. בשנה השנייה והשלישית הילדים כבר יוצאים מהבית למעונות ולפעוטונים ואז יתבטאו הקשיים בעיקר סביב בעיות חברתיות (ילדים מבודדים, קשיי פרידה, לא משחקים, תוקפניים). מאבקי כוח רבים מתגלים סביב חינוך לניקיון, גבולות ובעיות משמעת. במקרים כאלה ההורה נוטה לומר: "הוא עושה מה בראש שלו".

חלק מהסימפטומים מבטאים קשיים מקומיים זמניים או קשיי הסתגלות עקב שינויים סביבתיים ואלה לא נחשבים פתולוגיים (למשל, גזים חולפים, החלפת הדמות המטפלת ושינויים בסביבה הטבעית של הילד, כמו מעבר דירה או מעבר גן). אולם כשהשותפים האנושיים נכשלים בפונקציה ההגנתית שלהם, התינוק נחשף לחוויות חוזרות ונשנות של חוסר אונים. כיצד הוא יכול להרגיע את עצמו? אילו אמצעים יש לו כדי להתמודד עם חוויה מכאיבה? ואם חוויה זו קשורה באם עצמה בתנאים חוזרים ונשנים יומיומיים, כיצד הוא יכול להרחיק את האדם שבו הוא תלוי באופן מוחלט, ואשר קשור בכאב ובאכזבה?

סלמה פרייברג חקרה תינוקות שחוו הזנחה קיצונית, עם חשד להתעללות, ולאימהות בדיכאון חמור. במעקב אחר המשפחות היא גילתה דפוסים אופייניים של מצוקה שאותם מראה התינוק עקב הטראומה המתמשכת. היא בדקה משפחות עם תינוקות עד גיל 18 חודש - תקופה סנסורמוטורית שבה התינוקות בשלב הפרה-ורבלי שלהם (Fraiberg, 1982). בעבודתה זו זיהתה פרייברג קבוצה של הגנות פתולוגיות שנצפתה בתינוקות וכללו "הימנעות", "לחימה" או "קפיאה" (Fight, Flight or Freeze). למשל, כבר בגיל שלושה חודשים צפו המטפלים בדפוס הימנעות שבא לידי ביטוי בנסיגה מכל ציפייה לאינטראקציה חברתית נורמלית עם דמות האם. במקרה שתיאר פרייברג, שבו האם הדיכאונית נמנעה מליצור קשר עין עם התינוק, נצפה כי התינוק לא חיך כלל, לא חיפש את מבט האם ולא השמיע קולות בקשר עמה. גם כשהיה במצוקה לא פנה אליה. היה ברור כי הימנעות זו קשורה בפה ובכאב בקשר עם האם. במצבים של מצוקה ממשית, כמו רעב ורעש פתאומי, התגובה הייתה חוסר ארגון וחוסר אונים שלוו בצעקות ובבכי ושיאם היה בקריסה לאפיסת כוחות. פרייברג מתארת זאת כ"צרחת בישיון" מאחר שבמצב זה אין נחמה ואין חיפוש אחריה. אימהות מדווחות לעתים שצווחות כאלה נפסקות לפתע, ומפרשות את התינוק כאילו הוא "עושה את עצמו". מובן שלא כך הדבר. במצבים בלתי נסבלים פועל מנגנון עצירה (Cutoff) שתפקידו למחוק את החוויה המכאיבה.

ויניקוט (2009) מתאר חוויה של התמוטטות נפשית - במצב שבו ההגנות כושלות בנסיבות שבהן אין החזקה אימהית. התלות המוחלטת של התינוק באמו יוצרת מצב טראומתי בהעדר האם (הפיזית או הנפשית), בהעדר ההכלה, וכתוצאה מכך קיים איום על נפשו של התינוק. לפי ויניקוט יש שלושה מצבי נפש המתפתחים עקב הפחד מההתמוטטות: פחד מוות, חוויית ריקנות ותחושת אי-קיום (שם).

אנדרה גרין (2007) דיבר על תסמונת "האם המתה" ועל השלכותיה על התפתחותו הרגשית של הילד לאורך טווח החיים. גרין אינו מדבר על אובדן פיזי של האובייקט (הדמות המשמעותית), אלא על מצבים שבהם האובייקט נעלם רגשית, עקב היותו שקוע באבל של עצמו. העצב שבו נתונה האם והפחתת העניין באופן פתאומי בילד, נסיגתה הרגשית ממנו - הם אלו העומדים בקדמת הבמה (למשל כשהאם עוברת הפלה ומתכנסת בעצמה). מותה הנפשי של האם מאיים בכאב שקשה לשאתו. תוצאותיו, לפי גרין, הן "דיכאון לִבְן", המאופיין בריקנות המלווה את התינוק, את הילד ואת הבוגר.

ביחסים בין התינוק להוריו יש שלושה שותפים עיקריים, שכל אחד מהם מביא את המאפיינים היחודיים שלו, שתורמים ליחסים או מסכנים אותם. השותפים הם ההורה, התינוק והאינטראקציה שביניהם. בתוך יחסים אלה קיימים גורמי סיכון (risk factors, vulnerability) וגורמי עמידות (protective factors, resiliency) הפועלים לאורך זמן, ומשפיעים כבר מתקופת הילדות המוקדמת ולעתים באופן בלתי הפיך, כשהסימפטומים שלהם מופיעים רק מאוחר יותר בחיים.

גורמי הסיכון במערכות יחסים שקשורים בהיבטים שבהורה כוללים את המצב הסוציו-אקונומי שבו חי ההורה; הורה עם היסטוריה של חסך, עזובה או התעללות מסוג כלשהו; הורה מתבגר; הורה חולה פיזית או חולה נפש; הורה שחווה טראומות בעברו, שבעצמו לא הוזן כהלכה; משברים נסיבתיים (כמו גירושין) - כל אלה ועוד עלולים להוות מכשול לקיומה של יכולת הורית אינטואיטיבית ומותאמת. למשל, מחקר שנערך בארץ מראה כי שיעור הנשים הסובלות ממשבר דיכאוני לאחר הלידה מתקרב ל-20% בדרגות חומרה משתנות.

גורמי הסיכון במערכות יחסים הקשורים בהיבטים שבילד עשויים לכלול קשיים פיזיים שלו, כמו: פגות, נכות, בעיות ויסות ועיכובים התפתחותיים שונים המקשים על ההורה להבין את הסימנים והרמזים של הילד וגורמים להתנהגות שאינה מותאמת לצרכיו. אך גם מראה, או טמפרמנט כמו תינוק סוער במיוחד, יכולים להוות גורמי סיכון. ילדים עם הפרעות התפתחותיות ו/או נכויות נמצאו בסיכון גבוה יותר להתפתחות של התעללות והזנחה. כבר מתחילת הדרך ביחסי הורה-ילד, מדובר על אינטראקציה - השפעת האם מצד אחד והשפעת התינוק מהצד השני. טרוניק מדבר על דו-שיח רגשי בין הילד לאם המוביל לוויסות הרגשי של הילד, "ריקוד משותף" הבונה ציפיות הדדיות ואמון. מה קורה כשהריקוד המשותף נקטע או משתבש עקב תחושות דיכאוניות של האם וחוסר התאמתה לצרכים של הילד? חשוב להדגיש כי גורם זה הוא גורם סיכון ראשון במעלה להתפתחות של התעללות בילד.

נשאלת שאלה לגבי מהות היחסים המרמזים על כך שהתינוק בסכנה עקב אינטראקציה בסיכון, או במילים אחרות, מה גורם להפרעה ביחסים? אציין כאן ארבע סיבות (שבחלקן חופפות) המאפשרות לארגן סוגים שונים של הפרעות ביחסים (הראל, 2010):

הסיבה הראשונה להפרעה ביחסים, שהיא הנפוצה מכולן, היא הפרעה שנגרמת עקב השינוי ההתפתחותי שחל בילד. בשש השנים הראשונות לחיי הילד חלים שינויים התפתחותיים מהירים ביותר היוצרים חוסר איזון במערכות היחסים. שינויים אלה מחייבים הורות דינמית וגמישה. הצרכים ההתפתחותיים המשתנים של הילד דורשים שההורה יענה עליהם בצורה טובה דיה. חוסר התאמה בהתנהגות ההורה והעדר גמישות לצורך ולשלב ההתפתחותי של הילד עשויים לגרום לקשיים ביחסים.

למשל, "אם טובה דיה" תהיה אם שמתסכלת את תינוקה בטווח היכולת שלו בהקשר סביר (Winnicott, 1971). אולם, אם האם מתעלמת מיכולתו של הילד לספוג תסכול ומגיבה לכל דרישה מיידית, אזי הילד עלול להפוך לאישיות עריצה או לאדם חרד ולא מסתגל. במצב אחר, סביב גיל שנתיים, בתהליך האינדיבידואליזציה והנפרדות, הילד מחפש התנסות בעולם הסובב, ומתרחק כדי לפתח את האוטונומיה שלו. זהו תהליך התפתחות טבעי שרוב ההורים נהנים ממנו, אבל חלקם נבהלים ממנו. אם שאינה יכולה לעמוד בנפרדות, יכולה להיעלב, להיפגע, לכעוס. אם שמתקשה להיעזב, מתרגמת התרחקות כדחייה: "אתה כבר לא אוהב אותי". שלב זה רגיש במיוחד אצל תינוקות הגדלים בצל אימהות גבוליות, המרגישות מאוימות מנפרדות התינוק. התרחקותו של התינוק מהאם, מתוך סקרנות, חקירה וכמיהה להתנסות במרחב סביבו, עשויה להיחוות על ידי אם כזו כהתנהגות של נטישה, ותגובתה תהיה כעס ודחייה. הופקינס (Hopkins, 1996) כתבה ש"אם טובה מדי" היא אם שמנסה לעשות תיקון לאימהות שהייתה לה, בכך שתהיה אם מושלמת; שתספק לילד את כל צרכיו עוד בטרם יביע את מבוקשו. אם טוטלית כזו, שאינה מאפשרת לתינוק ללמוד את קיומו של מרחב בין המשאלה ובין הזולת, גורמת לכך שילדה יהיה חרד, חסר ביטחון ומתקשה בהתמודדות בחברה.

הסיבה השנייה להפרעה ביחסים נעוצה בהשלכות הוריות המעוותות את תפיסת תינוקם. בתהליך זה שני שותפים: ההורה - המשליך את עולמו הפנימי, והתינוק - עם מאפייניו הייחודיים, שאליו ההורה מגיב. ההורה והילד - שני שחקנים - מופעלים על ידי דרמה (קונפליקט) בלתי פתורה מעברו של ההורה. על הילד נכפה בעל כורחו תפקיד של אובייקט משמעותי מחיי ההורה, שכלל אינו שייך לו. ההורה, באמצעות ההשלכות, משאיר את הילד כלוא בתפקיד, ואינו רואה בו סובייקט בעל צרכים משלו ובעל עולם פנימי ייחודי. למשל, אם בהיריון מתקדם שהגיעה לביקורת אצל אחות טיפת חלב ואמרה לה בעצב: "תראי כמה הילד הזה שונא אותי כבר עכשיו, הוא לא מפסיק לבעוט בי מבפנים", עוררה מיד את ההנחה שהאינטראקציה עם הרך הנולד היא בסיכון עקב ההשלכות המופעלות עליו.

האם מתייחסת לא רק להתנהגות האובייקטיבית של התינוק, אלא נותנת משמעות סובייקטיבית לכל קול ומחווה שעושה התינוק. למעשה, היא "מזריקה" לתינוק משמעות שאליה היא מגיבה. זה הבסיס להתקשרות חיובית, אך גם מקור לצרות. כשמדובר

בהתקשרות חיובית, האם יכולה לראות, למשל, בתינוק משהו שדומה לאביה שאותו אוהבת ומעריכה, ואז נוצר בסיס להתקשרות חיובית, אולם אם אותו אב היה דמות מתעללת כלפי אם התינוק, והתינוק דומה לו, אזי בקלות האם יכולה לייחס לו תכונות דומות לאלה של אביה ("יש לו מבט רע", "אני מרגישה שהוא כל הזמן מאשים אותי"). סלמה פריברג (1975) כינתה זאת "רוחות רפאים" שבחדר הילדים. התינוק מבחינתו מפנים את תפיסת אמו, מפתח את תפיסת ה'עצמי' שלו בהתאם ומתנהג בהתאם. במקרה אחד הגיעה אם עקב FTT של בתה ואמרה: "היא נולדה עקשנית, ומכאן נובעים המאבקים על האוכל", אך בשיחה הסתבר שהאם עצמה סובלת מהפרעות אכילה.

כאמור, ההשלכה היא בבסיס כל קשר תקין של הורה-תינוק. אולם הסיכון רב, בעיקר במצבים שבהם האם משליכה חלקים דחויים שלה עצמה, כמו במצב שבו ההשלכות בעלות אופי תוקפני, והתינוק עלול להיתפס כדמות רודפנית שהאם מאוימת ממנה. קרמר (1990) מתאר מקרה שבו האם הגיעה לרופא ואמרה: "תראה את הילדה שלי כמה היא אלימה כלפיי, אני לא מצליחה להשתלט עליה". הרופא, שראה מולו ילדה בת שנתיים, קטנה וחלשה, נדהם מהתיאור. הפער בין החוויה של האם את בתה לתפיסת הרופא העיד על השלכה המעמידה בסיכון את ההתפתחות התקינה של היחסים בין האם לתינוקת (בירור נוסף עם האם הביא להבנה כי האם עצמה תפסה את יחסיה עם אמה כיחסים אלימים, שעליה להיענש עליהם, והעונש הזה יגיע מבתה).

יש מקרים שבהם הילד נאבק בתפקיד שמוטל עליו. הוא רוצה להביע את צרכיו, להפוך אוטונומי, אך לא תמיד מצליח. במצבים אלה ייחשב הילד לרוב כילד עם הפרעת התנהגות מתנגדת. יש מצבים שבהם הילד נכנע ומפתח מועקה ואיטיות של מצוקה. למשל, ילד שאביו היה מפקד בכיר בצבא וצפה מבנו "להיות גבר כמוהו". הבן שנולד היה חלש פיזית, גמלוני, עם נטייה לחלום. הפער בין ההשלכה של האב לצרכים הממשיים של הילד הוביל להתפתחות פתולוגית אצל הילד, שלא הצליח לעמוד בציפיות שתלו בו וחווה כל חייו אכזבה ודחייה מצד האב.

הסיבה השלישית להפרעה ביחסים היא העדר יכולת רפלקטיבית ביחסים שבין ההורה לילד. הפונקציה הרפלקטיבית משמעה להתייחס אל עצמך ואל האחר במושגים מנטליים; לראות את האחר כנפרד, כבעל תודעה (MIND) משלו, כסובייקט בעל רגשות, כוונות, משאלות, עמדות, אמונות וכיו"ב. הפונקציה הרפלקטיבית היא הדרך להשיג "מנטליזציה", מושג תיאורטי שהפך מוביל במאה הנוכחית. מצב שבו הפונקציה הרפלקטיבית מעוכבת, משמעו שההורה אינו חושב על עצמו או על ילדו, ואז נעדרת המשמעות שבבסיס ההתנהגות (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). למשל, ילד שחלה אצלו נסיגה (רגרסיה) עקב לידת אח, וההורה אינו סובלני כלפיו ומצפה ממנו להיות בוגר, עצמאי ומתחשב, ומתקשה לקרוא את קשייו הנובעים מאובדן מקומו במשפחה ו/או קנאתו באח.

פונגי (Fonagy & Target, 1996) הגדיר "מנטליזציה" כאחד הכישורים הנרכשים בהתפתחות בחמש השנים הראשונות של החיים ובהדרגה משתכללים במהלך מעגל החיים הפסיכולוגי. הילד מפתח בהדרגה, בתהליך אינטרסובייקטיבי, דרך טרנסקציות

יומיומיות בינו לבין הוריו, את ההבנה שלהתנהגותו יש משמעות, פשר והסבר. המצבים המנטליים שלו משתקפים בתודעה של האחר המבוגר. למשל, כשילד חוזר נסער מטיול, מתפרץ וזורק דברים סביבו, ויקבל תגובה נזפת ומוכיחה מצד האם על התנהגות לא נאותה וכפוית טובה - הדבר ייתן לו תחושה של היותו לא מובן ולא אהוב ויחמיר את התנהגותו. לעומת זאת, אם רפלקטיבית שתחשוב על המניע שמעבר להתנהגות, עשויה לומר: "היה לך היום יום מאוד מרגש, ונראה כי אתה נסער ועייף, כך שקשה לך להתאפק". עבור ילד זה ההתנסות הרפלקטיבית תהיה מקור למידע משמעותי לגבי מצבו הפנימי, וחוויותיו יקבלו משמעות.

הסיבה הרביעית להפרעה ביחסים היא הפרעות בהתקשרות ביחסים לא בטוחים. ילדים אלה מופנים לטיפול מסיבות שונות, כמו פחדים, קשיי פרידה וקשיים חברתיים, אך לא פעם מתגלה הפרעה בהתקשרות ברקע של קשיים אלה. הפרעה בהתקשרות יכולה לנבוע מטראומה, מרמת חרדה גבוהה או ממצב שבו המסרים ההוריים מצויים בפער מהחוויה של הילד, דבר העשוי לגרום להתקשרות לא מאורגנת (Crittenden, 1992).

ברזלטון וקרמר (Brazelton & Cramer, 1990) טוענים כי להורים נולדים שלושה תינוקות בו-זמנית: הראשון הוא התינוק הדמוני, הפנטזמטי - יליד החלומות והפנטזיות של ההורה (האם יהיה זה בת/בן, עורך דין, רופא וכיו"ב), השני הוא העובר הבלתי-נראה אך האמיתי והמורגש בקצב המסוים שלו כפי שחווה אותו האם (פעיל, בועט, רגוע וכיו"ב), והשלישי הוא התינוק החדש, הממשי, שהאם מחזיקה בידה, שאפשר לראותו ולשמוע אותו. ההתקשרות לתינוק בנויה על היחסים הקודמים עם התינוק הדמיוני ועם העובר, שהיו חלק מעולמם של ההורים במשך תשעה חודשים. הסיכון מתחיל במקום שבו נוצר פער בין התינוק הדמיוני והעובר לתינוק הממשי. ככל שגדל הפער ביניהם, כן גדל הסיכון במערכת היחסים שבין התינוק להורה. לכן, כשנוצר פער, חשוב לעזור להורים לקבל את הילד המסוים שנולד להם, אף ש"לא לילד הזה פיללנו". לאורך הדרך נעשים תיקונים והתאמות בין הפנטזיה לממשות כדי לצמצם את הפער וליצור התקשרות ממשית.

שטרן (Stern, 2004) טוען כי בכל תקופה בהיסטוריה התפתחו שיטות טיפול בהתאם לאוכלוסייה שזוהתה כפתולוגית. במאה הנוכחית אוכלוסיית הורים ותינוקות היא האוכלוסייה המזוהה ולכן התפתחו תכניות התערבות שהמוקד שלהן הוא יחסים (Relationship). שיטות אלה יעילות וקצרות מועד, אך דורשות הכשרה מעמיקה לאנשי המקצוע. שטרן מציג טכניקות שונות של התערבויות טיפוליות הקיימות בשדה. הוא טוען כי בכל "נמל כניסה" (Port of entry) שייבחר כדרך של התערבות, שינוי באחד היסודות של האינטראקציה, למשל, ברמת ההתנהגות הגלויה של האם או בייצוגיה המושלכים על תינוקה, יחולל שינוי בשאר המרכיבים של הדיאדה (שם).

כברת דרך משמעותית נעשתה בחיפה, במהלך שהובילו הפסיכולוגית מרים בן אהרון ושותפותיה (1997), שגיבשו עמדה טיפולית בניסיון להתמודד עם ההיבטים המשמעותיים בהתפתחות הילד בגיל הרך כפי שהועלו בחלק התיאורטי לעיל. בגישה מדובר על טיפול דיאדי, ומוצע מודל דינמי אנליטי לטיפול בהפרעות ביחסים. במודל זה המטפל פוגש

את הדיאדות אם-ילד ואב-ילד לסירוגין אחת לשבוע ולצד זה מקיים פגישות קבועות עם ההורים. במרכז המודל עומדת האינטראקציה בין ההורה לתינוק, ועל כן הפציינט המרכזי בחדר הוא הקשר. המטרה הטיפולית היא לקדם שינויים חווייתיים של כל אחד מהשותפים בדיאדה, שיובילו לקידום המנטליזציה ולשינוי ביחסים בתוכה (הראל, 2010).

המסגרת הטיפולית מאפשרת תצפית ביחסי הגומלין בין המשתתפים, ובכך מתאפשר למטפל להבין מהר יחסית ובאופן אמפתי את הקשיים ולשקול דרכים שיגייסו ביתר יעילות את השתתפותם של ההורים בעזרה לילד, כדי לחדש ולחזק את הזרימה ההתפתחותית שלו. ההורה הוא שותף חשוב והכרחי בטיפול זה, ומשמש בתפקיד כפול של מקבל עזרה ומעניק עזרה.

לסיכום, במאמר זה הועלו "נגיעות מזעריות" מתוך תחום מורכב של גורמי סיכון להתפתחות הילד בתוך ההקשר והיחסים שבהם הוא גדל. הפרעות קלות יחסית עשויות לתת את אותותיהן לאורך החיים, והפרעות קשות ביחסים עשויות לגרום נזק ממש להתפתחות מערכת העצבים המרכזית ולהשפיע על תחומי החיים השונים. נוכח זאת יש להדגיש את החשיבות הרבה של תכניות התערבות בגיל הרך. מעבר לחיסכון הכלכלי של ההתערבות המוקדמת - הפגיעות והמצוקה שהתינוק חווה מועצמות פי כמה כשאין לו מילים לזעוק את מצוקתו. אנו עדים לכך כי ככל שההתערבות נעשית בגיל צעיר יותר, כבר מלידה, כן גדל הסיכוי כי בתקופת זמן קצרה יחסית תהיה אפשרות להקל על הקשיים שנובעים ממערכת היחסים שנוצרת בין המטפל המשמעותי לתינוק.

ביבליוגרפיה

בן-אהרן, מ'; אבימאיר-פת, ר'; הראל, י'; קפלן, ח'; גלט, ד'; וינר, מ'; וסרמן, א'; רוז, ע' (1997). מדריך טיפול דיאדי: אם-ילד ואב-ילד: גישה דינמית לטיפול בהפרעות יחסים בילדות. חיפה: אוניברסיטת חיפה, החוג לפסיכולוגיה.

גרין, א' (2007). האם המתה. תרגמה: אורית חזן. תל אביב: תולעת ספרים.

הראל, י'; קפלן, ח'; ואבימאיר-פת, ר' (2010). הטיפול הדיאדי - מפגש בין המעשה הטיפולי והתיאוריה. חיפה: אוניברסיטת חיפה, החוג לפסיכולוגיה.

ויניקוט, ד' (1996). משחק ומציאות. תרגם: יוסי מילוא. תל אביב: עם עובד.

ויניקוט, ד' (2009). עצמי אמיתי, עצמי כוזב. סדרת פסיכואנליזה, תל אביב: עם עובד (תרגום של קובץ מאמרים שנכתבו בשנים 1935-1963).

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, M. W. (2008). *Mentelizing in Clinical Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publisher.

Beebe, B., Jaffe, J., & Lachmann, F. (1992). A Dyadic Systems View of Communication. In Skolnick, N. Y. & Warszew, S. C. (Eds.), *Relational Perspectives in Psychoanalysis*. Hillsdale, New Jersey: Analytic Press.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss* (Vol. 1). London: Hogarth Press.
- Brazelton, T. B. & Cramer, B. G. (1990). *The Earliest Relationship: Parents, Infants and the Drama of Early Attachment*. Reading MA: Addison-Wesley.
- Crittenden, P. (1992). Treatment of Anxious Attachment in Infancy and Early Childhood. *Development and Psychopathology*, 4, 575–602.
- Fonagy, P. & Target, M., (1996). A Contemporary Psychoanalytic Perspective: Psychodynamic Development Therapy. In: E. Hibbs & P. Jensen (Eds.), *Psychosocial Treatments for child and Adolescent Disorders* (Ch. 26). Washington: APA.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the Nursery: Psychoanalytic Approach to the Problems of Impaired Infant-Mother Relationship. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387–421.
- Fraiberg, S. (1982). Pathological Defenses in Infancy. *Psychoanalytic Quarterly*, 51, 612–635.
- Hopkins, J. (1996) *The Dangers and Deprivations of Too Good Mothering*. *Journal of Child Psychotherapy*, 22, 407–422.
- Lyon-Ruth, K. (1998). Implicit Relational Knowing: Its role in Development and Psychoanalytic Treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19 (3), 282–289
- Schore, A. (2007). *Psychoanalytic Research: Progress and Process. Developmental Affective Neuroscience and Clinical Practice*. *Psychologist Psychoanalyst*, XXVII, 6–15.
- Stern, D. (1995). Therapeutic Approaches of Early Relational Problems (pp. 29–42). In: *The Motherhood Constellation*. New York: Basic Books.
- Stern, D. (2004). Child–Parent Psychotherapy. In: A. J. Sameroff, S. C. McDonough, & K. L. Rosenblum (Eds.), *Motherhood Constellation* (Ch. 2). New York: The Guilford Press.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotion and Emotional Communication in Infants. *American Psychologist*, 44(2), February, 112–119.
- Winnicott, D. (1971). *Playing and Reality*. London: Karnac.

Uguz, F., Akman, C., Kaya, N., & Cilli, A. S. (2007). Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: Incidence, clinical features, and related factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (1), 132–138.

Zambaldi, C. F., Cantilino, A., Montenegro, A. C. et al. (2009). Postpartum Obsessive Compulsive Disorder: Prevalence and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 503–509.

Hughes, C., de Rosnay, M. (2006). The role of conversations in children's social, emotional and cognitive development. *British Journal of Developmental Psychology*, 24 (1).

Keren, M. (2010). The impact of stress in pregnancy on the fetus, the infant, and the child. In S. Tyano, M. Keren, H. Herrman, & J. Cox (Eds.), *Parenthood and mental health: A bridge between infant and adult psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell, pp.51–58.

Macfie, J., & Swan, S. A. (2009). Representations of the caregiver–child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21 (Special Issue 03), 993–1011.

Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Mendelson, T., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2009). Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *J Arch Gen Psychiatry*, 66(2), 189–195.

Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2006). New parents and mental disorders: A population-based register study. *JAMA*, 296 (21), 2582–2589.

Murray, L., & Cooper, P. (1997). *Post partum depression and child development*. New York: Guilford Press.

Radke-Yarrow, M., Cummings, M., Kuczynski L., & Chapman, M. (1985). Patterns of attachment in two and three years olds in normal families and in families with parental depression. *Child Development*, 56, 884–893.

Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853–880.

Sameroff, A. J. & Fiese, B. (2000). Models of development and developmental risk. In *Handbook of Infant Mental Health*, CH Zeanah Jr. (Ed.). New York: The Guilford Press, pp. 3–19.

Tronick, E., Als, H, Adamson, L. et al. (1978): The infants' response to entrapment between contradictory messages in face to face interactions. *J Am Acad Child Psychiat*, 17, 1–13.

Bibliography

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2000). Psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 117, 138–143..

Bateman A. W., & Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67 (3), 187–211.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16 (1), 83–101.

Cohn, J. F., Campbell, S. A., Matias, R., & Hopkins, J. (1990). Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 months. *Developmental Psychology*, 26, 15–23.

Conroy, S, Marks, M. N., & Schacht, R. et al. (2010). The impact of maternal depression and personality disorder on early infant care. *Journal Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45 (3), 285–292.

Cutting, A. L. & Dunn, J. (1999). Theory of Mind, Emotion Understanding, Language, and Family Background: Individual Differences and Interrelations. *Child Development*, 70 (4), 853–865.

Dickstein, S., Hayden, L. C., Schiller, M., Seifer, R., Sameroff, A. J., Keitner, G., Miller, I., Rasmussen, S., & Matzko, M. (1998). Levels of family assessment II: Family functioning and parental psychopathology. *Journal of Family Psychology*, 12, 23–40.

Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1–13.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., et al. (2002). *Affect Regulation, Metallization and the Development of the Self*. New York: Other Press.

Guedeney, A. & Tereno, S. (2010). Transition to parenthood. In S. Tyano, M. Keren, H. Herrman, & J. Cox (Eds.), *Parenthood and Mental Health: A Bridge between Infant and Adult Psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell, pp.171–180.

accident. An additional distorted parenting behavior was around sleep habits: S. slept with mother because, in A.'s perception, "nights are dangerous to sleep alone" (A. unconsciously perceived her husband as potential harmful to her and to her child). S's father had a less dramatic childhood history, but his attachment experiences were very negative with a history of physical abuse by his mother and a helpless father. His psychological functioning was of the one of a narcissistic personality disorder, and, unlike his wife, he had absolutely no insight about his own problematic parenting behaviors. The marital relationship became very tense, and ended-up with separation.

This clinical case illustrates how very early traumatic attachment experiences lead to a basic and pervasive lack of trust and unstable close relationships (so characteristic of adults with borderline personality disorders), are transmitted from one generation to another; how entry into parenthood triggers distorted projections on the infant, who then, becomes a dysfunctional infant (Conroy et al, 2010).

Conclusion

Early detection of these high risk families is crucial, if one tries to prevent the development of personality disorder from childhood into adulthood, and should be achieved by adult as well as child psychiatrists. In spite of this, fragmentation of the disciplines is still very common: adult psychiatrists treat individuals, with no specific focus on the parental self. In this paper, we aim at proposing an integrated model for joint assessment and treatment of the ill parent and the infant.

obsessed with the doubt of being able to love her future baby. Right after birth, she felt she did not love her “enough”.

We will end with a clinical vignette that illustrates the combined impact of maternal depression and personality disorder, with unresolved past loss, on the parenting of a slow-to-warm-up temperament infant.

S., a two-month old baby girl and her mother, A., were referred to our Infant Mental Health unit by a community nurse for a suspected post partum depression. “Even breast-feeding does not calm her, I’m really bad at it, she knows it”. Standard questions about the course of the pregnancy

and delivery triggered the mother to tell about her pathological grief over her only sister’s killing in a car accident 10 years before. Having dreamt about her late sister, A. felt she had to “get pregnant and have a girl like her sister”, in spite of her inner feeling she was not ready for motherhood. Baby’s name was identical to her late “little aunt’s”, except for one letter. A. linked her lack of readiness for motherhood to her own history of growing up with a drug-addicted and sexually promiscuous mother, and sexual abuse by her stepfather. During the mother-baby sessions, maternal pathological projections on the infant were identified: S. was born in order to continue A.’s late sister’s existence (a “replacement” child), and her cry reminded A. of her sister’s clingy behavior. As a result, A. had an inadaptive reaction to S.’s normative cry: she would either gratify the child at once, or she would become harsh and rejecting. S. reacted by either becoming very irritable, or by an over compliant behavior, at the price of her exploratory behavior.

It became evident how A.’s projections on S. impinged on her ability to be a consistent protective figure

for child. Following a session where she talked about the car accident and her guilt feelings, a frightening “missed” accident happened to S.: A. “forgot” to tie the baby in her stroller. Her ability to put limits to the infant was also very poor, because saying “no” reminded her saying “no” to the sister just before the crash

The challenging task of parenting, that involves the provision of a safe environment for the infant, attendance to physical needs, appropriate age-related stimulation, and the establishment of an attuned and secure relationship, can be very much affected by a new-onset postnatal psychosis, as well as by long-standing illness, such as schizophrenia, bipolar illness, and substance abuse. A psychotic mother who perceives her baby as a dangerous, ill-intentioned creature, may become dangerous to him/her, or may withdraw from caregiving tasks. In these situations, the main therapeutic challenge is to ensure the baby's physical and emotional safety, and in parallel, to try to keep some continuity of contact between the mother and the baby, so that if and when she feels better and comes back home, both she and the infant will not be strangers one to the other.

Surprisingly, little attention has been given to the impact of parental OCD on the quality of parenting. An incidence of 4% among 302 women who developed post-partum OCD (PPOCD) at 6 weeks has been reported (Uguz et al, 2007; Zambaldi et al., 2009). Still, the literature about the psycho-social development of these mothers with postpartum OCD is practically inexistent. In our clinical experience at a community infant mental health unit, we have come to know that the entry into parenthood, often exacerbates an already existing OCD, and parenting make it worse, up to the point of evoking aggressive feelings towards the baby who is perceived as preventing the mother to perform her rituals. We have had in the last 5 years some 15 cases of infants born to mothers with OCD. None of them have developed childhood OCD, at least in their first 4 years of life, but all of them have oppositional behavioural traits, mixed with anxious features.

S., two years old, was referred to us by her paediatrician because of sleep problems and overeating, with no organic cause. She was the first child of a couple in their thirties. Mother suffered from OCD since her early twenties but was never treated. She did have psychotherapy for her difficulty to engage into intimate relationships with men. When she was pregnant, she became

As will be illustrated in the following vignette, it is not enough to treat the mother's depressive symptomatology. We must also address, **as early as possible**, the maladaptive mother-infant **interactive** patterns, the specific mother's "depressive" **attitudes** conveyed to child, the **other parent's** functioning, and the proximal **support system**.

H., 32 years old, and her 3 months-old baby boy, was referred to our (MK) Infant Mental Health Unit with suspected postpartum depression. Baby's birth was complicated with hemorrhagic enterocolitis from unknown origin, which had necessitated a two-month hospitalization. At the hospital, mother's sadness was thought to be secondary to her baby's condition; therefore the medical staff did not send her for a psychiatric consultation. She was seen by her general practitioner, who prescribed her an antidepressant. Still, her husband was very concerned, and asked the Well Baby Community Nurse to refer them to a child psychiatrist. He was actually hoping to avoid the error they made 5 years before, when she developed postpartum depression following their first child's birth, and did not ask for treatment. Their daughter developed into a very dependent child, with poor peer-relationships, and they were both aware of the link between their daughter's difficulties and her long lasting depression. When we saw them as a triad, she indeed had no interaction with the infant, and father was the main caregiver. Baby already exhibited gaze avoidance towards his mother. She admitted having aggressive impulses towards the baby, and therefore was afraid of staying alone with him. Her mother came and stayed with her, while her husband was at work. On one hand, this arrangement was safer for the baby, on the other hand, it reinforced her avoidance towards him, and worsened her ambivalent relationship with her dominant and intrusive own mother. We installed a treatment plan that included mother-father-baby psychotherapy, individual psychotherapy for the mother, in addition to the medication, and a significant improvement in the mother-infant interaction was achieved within 4 months. The triadic sessions went on for a year and half, but individual psychotherapy is still ongoing.

The impact of parental psychopathologies on the infant

Parental psychopathology, regardless of the specific diagnosis, impinges on the child's socio-emotional development through the impact of impaired parenting behaviors, regardless of the specific parental psychiatric diagnosis (Rutter & Quinton, 1984). Not the diagnosis but the parent's behaviors that interfere early and directly with the child's developmental tasks and needs such as regulation of behaviors and affects, basic sense of security, balanced autonomy and dependency, and the development of a positive view of self and others. Repeated parent's hospitalization is especially difficult for offspring's between 6 months and 5 years. Dickstein (1998) emphasized the role of family functioning, as she found it to be the most powerful mediator of parental mental illness impact on child. In addition, it is the number of risk factors in the infant, the parent, and their environment, that is more predictive of offspring's psychopathology, rather than the nature of the risk factors (Sameroff, 2000). For instance, some parenting behaviors such as hostility are detrimental for all ages, but sadness is especially problematic for young children (Field, 1995). Mothers with depressed mood touch their infants more negatively and talk to them in a way that is less well adjusted to their infant's developmental needs (Murray & Cooper, 1997). Three different patterns of depressed mothers' interactions with their infant, with decreasing order of impact on the infant have been identified (Cohn et al., 1986): Disengaged and apathetic, Engaged, but angry and intrusive, and Engaged and positive. It is the consistency and pervasiveness of messages across interrelated contexts of the family relationship, the maternal specific behaviors related to her depression, and the characteristics of her interaction with the child, that increase the child's vulnerability. Radke-Yarrow's 15 year longitudinal study (1985) has shown that there is no universal outcome of children early exposed to maternal depression, each case is the result of the interplay between vulnerability and resilience factors in child and parents, and overall growing up as a child of a depressed parent is costly: many have serious and multiple diagnoses, not only depression.

The parental capacity for mentalization as a bridging concept between adult and infant psychiatry

Mentalization is defined as the process of interpreting oneself's and the others' behaviours in terms of mental and emotional states (Fonagy et al., 2002). Dysfunctional and traumatic early attachment relationships due to neglect, abuse, dissociative, highly intrusive, grossly unpredictable patterns of parental responses, have long term detrimental and disruptive effects on the one's later capacity to use his/her innate competence for metallization, and to adequately deal with the challenges embedded in intimate and affiliative relationships (Bateman et al, 2000, 2003, 2007). The quality of the family environment has a major role in the development of metallization: the frequency of perspective taking in caregiver-child verbal interactions (Hugues & de Rosnay, 2006), the amount of role play in the family, and the degree of family verbalization of conflicting emotions (Cutting & Dunn, 1999), have been found as correlates of metallization capacity in parents as well as in the child.

When the individual becomes a parent, his/her own capacities for metallization, i.e. the readiness to understand his/her baby's behaviours in terms of mental states, will set the stage for the development of metallization in the young child. Macfie et al. (2009) showed among 30 children aged 4-7 whose mothers have BPD, as compared with 30 normative dyads, significantly different representations of caregiver-child relationship and of the self, as reflected in story-stem completion task. The offsprings of borderline personality mothers told stories with more parent-child role reversal, more fear of abandonment, and more negative mother-child and father-child relationship expectations, more shameful representations of the self, poorer emotion regulation with confused boundaries between fantasy and reality and less narrative coherence. Maternal identity disturbance and self-harm were the most potent predictors of these maladaptive self and caregiver-child relationship representations among the children of BPD mothers.

Becoming a parent is a major stressful event for vulnerable adults: The need for an integrated management of parent and infant mental health

M. Keren, A. Guedeney, S. Tyano

Introduction

Transition to parenthood is a major stressful life-event in the young adult's life (Guedeney & Tereno, 2010). Parenting is, in its essence, the domain where adult mental health and infant's mental and physical health meet in a complex and dynamic interplay. Being a 'good-enough' parent is indeed a universal challenge, and is even more so for mentally vulnerable individuals. This involves the parent's capacity to gratify as well as to frustrate one's child in an age-appropriate balanced way, and most importantly to repair inevitable mismatches in the interaction with the infant, thus reaching a good enough level of synchronisation. Indeed, the younger the infant, the easier he or she may be disorganized with a violation of synchrony within the parent-infant relationships (Tronick et al, 1978).

Becoming a parent often exacerbates an existing mental illness, and in turn, maladaptive parenting impinges on the early parent-infant relationship, on the infant's socio-emotional development and later functioning. Pregnancy and the year after giving birth are a time where a woman is most at risk of increased mental symptomatology by either triggering a latent vulnerability or exacerbating an existing psychopathology (Munk-Olsen et al, 2006; 2009). In turn, the impact of stress in pregnancy on the fetus, the infant, and the child has been well shown in animal as well as in human studies (Keren, 2010).

Shonkoff, J. & Phillips, D. (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood*. New York: National Academies Press.

Starfield, B., Hyde, J., Gérvas, J., & Heath, I. (2008). The concept of prevention: A good idea gone astray? *Journal Epidemiology Community Health*, 62(7), 580–583.

Sunderland, M., & Kingersley, D. (2008). *The Science of Parenting*.

Vaccination services: Reducing inequalities in uptake. March 2005 DH.

UNICEF Report State of the World's Children 2004. <http://www.unicef.org/sowc04>.

<http://www.everychildmatters.gov.uk>.

<http://www.immunisation.nhs.uk>.

<http://www.rospa.com/index.htm>.

<http://www.skillsforhealth.org.uk/page/career-frameworks/public-health-skills-and-career-framework>.

Foresight report Tackling Obesity: Future Choices – Modeling Future Trends in Obesity & Their Impact on Health, 2nd Edition, Government Office for Science 2007. <http://www.foresight.gov.uk/Obesity/14.pdf>.

Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*. (A. M. Sheridan-Smith trans). London: Tavistock.

Jefferson, N., Sleight, G., & Macfarlane, A. (1987). Immunization of children by a nurse without a doctor present. *Br Med Journal*, 294 (6569), 423–424.

Kendrick, D., Mulvaney, C., & Watson, M. (2008). Does targeting injury prevention towards families in disadvantaged areas reduce inequalities in safety practices? *Health Education Research Journal*.

Koehn, P. H. (2006). Globalization, migration, health, and educational preparation for transnational medical encounters. *Globalization and Health*, 2, 2

Modelling the Future – A consultation paper on the future of child health services. Royal College of Pediatrics and Child Health, September 2007.

Pearce, A., Law, C., Elliman, D., Cole, T. J., & Bedford, H. (2008). Millennium Cohort Study Child Health Group. Factors associated with uptake of measles, mumps, and rubella vaccine (MMR) and use of single antigen vaccines in a contemporary UK cohort: prospective cohort study. *BMJ Journal*, 336 (7647), 754–757.

Implementation plan for reducing health inequalities in infant mortality: a good practice guide Dec 2007 DH.

Raykundalia, A. (2008). Should we tailor car safety education according to actual observation? RCPCCH Assembly, York.

Rigby, M., Kohler, L., Blair, M., & Mechtler, R. (2003). Child health indicators for Europe: a priority for a caring society. *The European Journal of Public Health*, 13(3), 38–46.

Rose, G. (1994). *Strategies for Prevention*. Oxford University Press.

Bibliography

Association of Public Health Observatories Report on Child Health in the English Regions. <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=39371>.

Blair, M., Crowther, R., Waterston, T., & Stewart Brown, S. (2003). *Child Public Health*. Oxford University Press.

Blaxter, M. (1981). *The Health of the Children: A Review of Research on the Place of Health in Cycles of Disadvantage*. Great Britain, Heinemann Educational.

Children, adolescents and advertising. *Pediatrics*, 118(6), 2563–2569.

Choosing health. Born equal? A report on inequalities in infant mortality in London. A technical report. July 2007 DH. <http://www.lho.org.uk/viewResource.aspx?id=12375>.

Elliman, D., & Hall, D. M. B. (2006). *Health for All Children*. Oxford University Press.

Glascoc, F. P. (2003). Parents' evaluation of developmental status: how well do parents' concerns identify children with behavioral and emotional problems? *Clinical Pediatrics (Phila)*, 42 (2), 133–138.

Glover, V. et al. (2006). *Benefits of Infant Massage for Mothers with Postnatal Depression*.

Healthy Child Programme DH (2009). <https://www.gov.uk/government/publications/healthy-child-programme-pregnancy-and-the-first-5-years-of-life>.

Heckman, J. J., & Masterov, D. V. (2004). *The Productivity Argument for investing in Young Children*. Invest in Kids Working Group, working Paper No. 5, September. Washington, DC: Committee on Economic Development. http://www.ced.org/docs/report/report_ivk_heckman_2004.pdf.

Flores, G. (2006). Language Barriers to Health Care in the United States. *NEJM*, 355, 229–231.

map of EDI scores for the domain of emotional maturity as used in Western Australia.

8. Conclusion

Children's Centre areas provide an important focus for activity to optimize health in young children. This should be done with full knowledge of evidence-based interventions to ensure efficient use of resources. There is a clear need to scale up the workforce in child public health competences; the Skills for Health framework would be a very suitable tool to help develop and monitor progress in this area.³⁶

Strengthening the relationships between health visitors and children centers with the use of skill mixed teams is likely to be beneficial, particularly in ensuring the delivery of the Healthy Child Program and is more likely to be delivered effectively with appropriate resourcing and skilling up of existing and trainee members of the workforce, and creating new types of skilled workers. Currently the levels of health visiting are at their lowest for 14 years.

Developing an appropriate political alliance and partnership for children and young people at local level must become the vehicle to promote child public health activity and ensure appropriate accountability.

36 <http://www.skillsforhealth.org.uk/page/career-frameworks/public-health-skills-and-career-framework>

- ◆ Encouragement of parents and carers to learn and become proficient in the majority language and for health carers to become proficient in migrant health.^{34, 35}
- ◆ Early identification and support of parents with mental health issues.

7. Measuring success

How would we know that we have succeeded in optimizing child health and development over time? Clyde Hertzman and colleagues in Canada has developed the Early Development Instrument (EDI) system as a method of measuring the status and changes to that status over time. The EDI is a community measure of young children's development, based on the scores from a teacher-completed checklist (EDI Checklist)

The EDI Checklist consists of over 100 questions and measures five areas of child development:

- ◆ Language and cognitive skills
- ◆ Emotional maturity
- ◆ Physical health and wellbeing
- ◆ Communication skills and general knowledge and
- ◆ Social Competence

Results from Canada indicate that where appropriate and accessible early child development and parenting programs have been implemented, community efforts appear to ameliorate socio-economic risks. The EDI acts as a surrogate measure of how well a community is performing in raising their children and has shown to act as a catalyst for community mobilization and inter-agency collaboration. The figure below gives an example of a geographical

34 Flores G Language Barriers to Health Care in the United States NEJM 2006, 355:229-231

35 Globalization, migration health, and educational preparation for transnational medical encounters
Peter H Koehn Globalization and Health 2006, 2:2

justice system. In other words it is simply not fair for a child in one part of the country to have a 5 times risk of death from injury than if he had lived in a different area. Our response to this is to look at ways in which society can alter to address these injustices whether through legislation, resource redistribution or other means.

Health Promotion

Targeted education by appropriately trained outreach workers and others. Health visitors have a major leadership role and many years of experience to contribute to efforts to reduce health inequalities and promote “health literacy”

Protection

- ◆ Maximizing the uptake of state benefits.
- ◆ Improving the neighborhood infrastructure and housing policy to ensure that there are appropriately mixed social units i.e. avoiding concentration of high risk individuals with mental health or drug and alcohol addictions in areas where young families reside.
- ◆ Including equity targets in Local Area Agreements.³²

Prevention

- ◆ Optimizing educational attainment, for all, but in particular, girls will have a disproportionately greater effect on addressing health inequalities than virtually any other measure³³.
- ◆ The use of interpreters and advocates to break down language and cultural barriers aids take up of services.

32 <http://www.everychildmatters.gov.uk/strategy/laas/>

33 UNICEF Report State of the World’s Children 2004 <http://www.unicef.org/sowc04/>

Health Protection

- ◆ Healthy Start program and ensuring uptake of this in pregnancy and early years settings.
- ◆ Encouraging physical exercise as part of lesson planning and outdoor play policy.
- ◆ Encouraging the development of food co-operatives, in order to drive down the cost of healthy options.
- ◆ Ensuring that vending machines in schools, children centers and leisure centres have healthy options. Scotland has banned the use of vending machines in schools.

Prevention

Important to prevent infants and children from becoming obese through promotion of breast-feeding, judicious snack policies in settings, normalization of eating behavior and regular taking of vitamins in the first five years.

6. Health inequalities

The areas above as well as many others are very sensitive to conditions of social disadvantage and poverty with higher prevalence rates of key health outcomes in poorer communities. For example, infant mortality may vary four fold within a single Borough with significant differences between electoral wards.^{30, 31} There is a strong relationship between the degree of social inequality and the effect that this relative value has on health outcomes.

A useful framework to consider here is that of Children's Rights and the UNICEF Charter which has been used very successfully in Wales. By considering health inequalities as a Rights issue we are encouraged to look at tackling these in the context of a social

30 Choosing health. Born equal? A report on inequalities in infant mortality in London. A technical report. July 2007 DH <http://www.lho.org.uk/viewResource.aspx?id=12375>

31 Implementation plan for reducing health inequalities in infant mortality: a good practice guide Dec 2007 DH

Prevention

Encourage the uptake of safety equipment such as safety gates, door locks, window locks, corner covers, use of safety glass in windows, and kettle flexes. Use of cycle helmets.

d) Malnutrition and low levels of physical activity

Micronutrient deficiencies such as iron deficiency and vitamin D deficiency are still a lot commoner than the general public are aware and tend to be more common in children from socially disadvantaged and black and ethnic minority backgrounds.

We are in the grips of an obesity epidemic where even the under five have increased levels of overweight and obesity. It is estimated that there are at least 20% of the preschool population are overweight and /or obese²⁹

Health Promotion

- ◆ The skilling up parents and carers with cook and eat projects, and increasing the availability of food cooperatives at local level can help reverse the reliance on pre-prepared, processed foods or more costly corner shop pricing.
- ◆ Promotion of breast feeding, dental health promotion schemes and “Bottle to cup” schemes (where bottles are exchanged for cups in children’s centres) have been very successful in reducing the dependence on bottle use and consequent dental caries.
- ◆ Promoting exercise and joining forces with local leisure centres to encourage family participations in leisure activities.

29 Foresight report Tackling Obesities:Future Choices – Modelling Future Trends in Obesity &Their Impact on Health
2nd Edition
Government Office for Science 2007 <http://www.foresight.gov.uk/Obesity/14.pdf>

- ◆ **Injuries** especially falls, accidental poisoning, burns from scalds in under fives

Health Promotion

- ◆ Accidents/unintentional injury in the home is one of the major causes of avoidable morbidity and death to the under 5's. Focused parent education and injury prevention messages given during routine visits to the home are important as are health education messages which focus on specific injuries and risks to the under five in particular.
- ◆ Community practitioners are able to see the risks in the home at first hand and a number of specific projects have demonstrated that health visitors are very able at hazard surveillance and in encouraging the use of home safety equipment.^{26, 27}

Protection

- ◆ The provision of safe play areas in children's centers and local parks, injury risk assessment of children settings and adherence to health and safety legislation, particularly in kitchen areas and the use of plug socket covers.
- ◆ Increased vigilance of car seat usage by the local population.
- ◆ A recent study, demonstrated a considerable reduction in seatbelt usage by children in the rear seats of cars, particularly in deprived areas²⁸. Car seat loan schemes in some areas have led to increased use in at risk families. Schools are increasing their use of "park and walk" schemes.

26 <http://www.rospace.com/index.htm>

27 Kendrick D, Mulvaney C, Watson M. Does targeting injury prevention towards families in disadvantaged areas reduce inequalities in safety practices? Health Educ Res. 2008 Jan 17

28 Raykundalia A Should we tailor car safety education according to actual observation?
RCPCH ASM York April 2008

Health Promotion

- ◆ education in schools and children's canthers, using a health literacy approach, about the seriousness of disease and the importance of infectious disease eradication, especially in the context of adverse and usually erroneous publicity about vaccine safety.
- ◆ regular updates for Health visitors, GPs, pediatricians and practice nurses as they continue to be important and influential sources of authoritative information about immunizations.

Health protection

- ◆ Agree a clear immunizations policy and its translation in children's centers and other settings to ensure a consistent and sustained approach locally.
- ◆ ensure that staff in children centers are knowledgeable about infectious disease and the incubation and isolation policy. Ensuring all staff are appropriately immunized.

Prevention

- ◆ Employ outreach workers to supported families and encourage families with immunization.
- ◆ Include domiciliary immunization by health visitors a valued practice for over 25 years in some parts of the country²⁴.
- ◆ Improve opportunistic immunization in accident and emergency and also in ward and hospital settings²⁵ which has been shown to be beneficial.
- ◆ Improve effective hand washing in both children and staff will minimise of cross infection in early years setting.

24 Jefferson N, Sleight G, Macfarlane A. Immunizations of children by a nurse without a doctor present. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987 Feb 14;294(6569):423-4.

25 Vaccination services: reducing inequalities in uptake March 2005 DH

- ♦ provision of mobile libraries and reduction of excessive TV viewing.¹⁹

Prevention

establish effective methods of early identification: promising work from Canada, USA, Australia and the UK, using the Parental Evaluation of Developmental Status (PEDS) has demonstrated the value of raising carer awareness about child development and using this to enhance diagnostic assessment.²⁰

ensure good nutrition, especially iron intake, reducing excess milk intake, reducing the use of bottles and teats after first year of life and promote breast feeding,

early identification of high risk infants who were premature, in special care²¹ or requiring prolonged respiratory support

identify those with hearing loss due to glue ear or in need of hearing aids optimise visual acuity by early identification of impairment.

c) Suboptimal uptake of immunizations

Currently the child population has a less than optimal uptake of immunization. To increase the herd immunity of the population and avoid disease outbreaks, we need to reach an uptake of at least 90%^{22, 23}

19 Children, Adolescents and Advertising PEDIATRICS Vol. 118 No. 6 December 2006, pp. 2563-2569

20 Glascoe FP Parents' evaluation of developmental status: how well do parents' concerns identify children with behavioral and emotional problems? Clin Pediatr (Phila). 2003 Mar;42(2):133-8.

21 Health for All Children *ibid*.

22 Pearce A, Law C, Elliman D, Cole TJ, Bedford H; Millennium Cohort Study Child Health Group. Factors associated with uptake of measles, mumps, and rubella vaccine (MMR) and use of single antigen vaccines in a contemporary UK cohort: prospective cohort study. BMJ. 2008 Apr 5;336(7647):754-7. Epub 2008 Feb 28.

23 <http://www.immunisation.nhs.uk/>

Prevention

- ◆ early identification and management of antenatal and postnatal depression and other mental health disorders during pregnancy;
- ◆ early identification and treatment of common issues such as sleep, eating and toileting difficulties and oppositional behavior;
- ◆ attention to antenatal, infant and childhood nutrition and micronutrients.

b) Developmental delays and disorders: impaired speech and language development, learning impairments

These affect approximately 20% of the child population. Most impairments are delays in normal developmental trajectories which may be linked with poor nurturing and result in suboptimal brain development. In other cases there are more obvious insults to the developing brain such as infection, poor nutrition or injury.¹⁷

Health promotion

- ◆ Early Talk programmes in early years settings - there is good evidence that speech and language development can be enhanced by these programs.
- ◆ introduce other programs such as the Reach out and Read, Bookstart, baby massage¹⁸ and play activities, for which there is some evidence of effectiveness
- ◆ Health Protection
- ◆ supporting the groups at highest risk – e.g. teenage parents and parents with learning difficulties.

17 Health for All Children D.M.B. Hall, David Elliman 2006 OUP

18 Glover V et al Benefits of infant massage for mothers with postnatal depression.

Semin Neonatol. 2002 Dec;7(6):495-500.

Health Promotion

Antenatal:- There is evidence of effectiveness with antenatal parenting preparation using promotional interviewing techniques with high risk women

Postnatal:- debriefing of birth, skin to skin bonding, use of Brazleton Neonatal behavioral Scale, use of soft infant carriers and infant massage, parenting programs using media and brief therapist intervention and one to one intervention for parents with learning difficulties have all been shown to be effective. Early years settings based interventions designed for disadvantaged mothers have shown increased mother infant interaction, improvements in the home environment, child cognitive function and maternal knowledge and attitudes about childrearing.

The Family Nurse Partnership program is being extensively piloted in England as an example of an enhanced health visitor program for especially vulnerable families.¹⁵

Health Protection

- ◆ improving parental social circumstances,
- ◆ early identification for the prevention of domestic violence, parental mental health disorders and substance abuse,
- ◆ supportive peer relationships
- ◆ development of parenting promotion competencies in child care professionals.
- ◆ use of the Common Assessment Framework CAF ¹⁶to aid early identification of vulnerable cases where a joint interagency case management approach is likely to benefit.

15 <http://www.everychildmatters.gov.uk/parents/healthledsupport/>

16 <http://www.everychildmatters.gov.uk/deliveringservices/caf/>

5. What are the priorities for children's health in the early years and what can be done?

Priorities are constantly changing and will not necessarily be given the same weighting in different settings. Below are listed a number of widely agreed priorities and a brief overview of how they might be tackled using the previously discussed framework of health promotion, health protection and prevention of illness

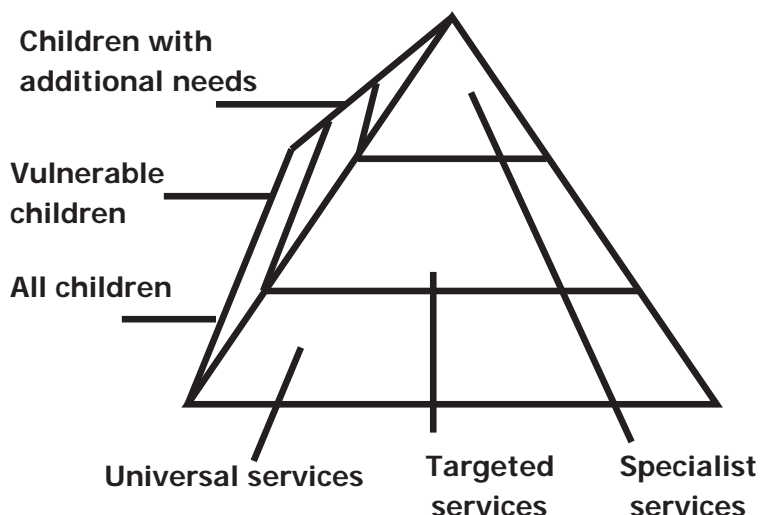
- ◆ **Child mental health issues**
- ◆ **Developmental disorders**
- ◆ **Injury and the physical environment**
- ◆ **Immunisation**
- ◆ **Malnutrition and low levels of physical activity**

a) Child mental health issues ; emotional and behavioral disturbance, conduct disorder, oppositional defiance, hyperactivity, attachment disorder and moral development.

It is estimated that one in 10 children have a mental health disorder and that the rates are increasing over time with a disproportionately high rates in the most disadvantaged communities. In a UNICEF report on the wellbeing of children, the UK was rated as one of the worst countries. A number of children with significant difficulties go on to be truants and young offenders and enter the criminal justice system at a great cost to the community and State as a whole. Recent neurophysiological research (brain chemicals) has shown that patterns of these conditions can be established at a very young age and that early identification and treatment can be very effective.^{13, 14}

13 The Science of Parenting by Margot Sunderland Dorland Kingersley 2008

14 From Neurons to Neighbourhoods ibid



4. A child public health approach

Child public health is defined as the “the science and art of preventing disease, protecting and promoting the health of the population of children and young people through the organized efforts of society”.¹² Thus, **health promotion, health protection and prevention of disease and ill-health are the key activities** which will help us to move children from the higher layers of the pyramid of poor health and wellbeing to the healthier levels below. This approach by its very nature relies on the development of relationships between “practitioners” who can work in synergy to enhance the effectiveness of these activities. Early years settings are opportune “spaces” for those practitioners to come together so they can learn about and from each other. The opportunity is created to use their collective skills to support a shared vision of optimizing child health and wellbeing informed by a holistic child public health framework.

¹² Child Public Health

Blair M, Crowther R Waterston T, Stewart Brown S, Oxford University Press, 2003

more resilient against these threats. The diagram below represents a child and parents/carers in the center of a circle. The integrity of this unit is constantly under threat for its survival and development. Over millions of years we have evolved ways of improving our resilience to any threat to that integrity. Services are put into place to help support the main carers of the child and to optimize that child's health and wellbeing now and in the future. These opposing forces meet at the boundary circle which surrounds the family. If the protective forces are equal or greater to those which threaten the integrity of the unit then the child and family can develop healthily.^{8,9}

Breadth of Determinants

Another useful framework to consider is the “pyramid approach of need”. This is used in many circumstances such as the child health promotion program, child mental health services, tiered levels of service, speech and language therapy, social services and education, e.g. action plus, statement of special educational needs etc. This is a useful framework for considering the levels of care and support that a particular family may need. There is no doubt that current health services and social services are primarily focused on the top of the pyramid which requires the most intense and skilled interventions. However, if the universal services are strong and supportive, then the individual child and family are protected from rising too high or staying too long at these higher tiers. Most services need to have a balanced combination of universal and targeted services.^{10, 11}

8 Child health indicators for Europe: a priority for a caring society. Rigby M, Kohler L, Blair M, Mechtler R
Eur J Public Health. 2003 Sep;13(3 Suppl):38-46

9 Association of Public Health Observatories Report on child health in the English Regions <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=39371>

10 Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I.
The concept of prevention: a good idea gone astray?
J Epidemiol Community Health. 2008 Jul;62(7):580-3.

11 Rose G Strategies for Prevention 1994, OUP

c) Neurobiological window of opportunity

There is a growing body of evidence showing that pregnancy and the first three years of life are critical in terms of later public health outcomes and emotional health.⁵ The brain is a rapidly developing organ, which can be literally “shaped” considerably by the physical and emotional environment. These biochemical changes lead to new neurological branches (synapses) and connections and these in turn can set the child’s emotional “thermometer” for the future as well as effect the hormone systems in the body throughout childhood and into adult life. Research following groups of children over many years (longitudinal cohort studies) have demonstrated these interactions very clearly and it has become evident that we need to intervene at an early stage if we are to optimize health. ⁵ Early years settings provide an ideal opportunity to improve health and give an opportunity to monitor progress over time. There is the scope to detect deviations from the expected pathway. This is much more likely with a highly motivated and appropriately qualified workforce. The National Child Health Program (The Healthy Child Program⁶), National Service Framework and the Children and Young Persons Health Outcomes Framework⁷ are key policies that provide essential levers for change.

3 A holistic Bio-psycho-social framework

Children’s health and development should be considered within a holistic framework, which includes economic, social and psychological determinants of health and well-being. This includes threats to that status through malnutrition, infection, and other illnesses. But there are just as real threats from economic and societal forces e.g. recession or increased levels of violence. There is immense scope for supporting children and families to become

5 Shonkoff, J. & Phillips, D. (2000). From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood - New York: National Academies Press.

6 Healthy Child Programme DH 2009 ;<https://www.gov.uk/government/publications/healthy-child-programme-pregnancy-and-the-first-5-years-of-life>

7 Children and Young Persons Health Outcomes Framework

Education is one of the most important predictors of health. A recent study in the USA, demonstrated that if everyone had a comparable standard of education i.e. all had mean levels, 1,369,335 lives could be saved. This compares with 178,193 lives saved by medical advances over the same time period. (1996-2002). Those working with young children can be highly instrumental in supporting parents to break cycles of disadvantage, which might have occurred for many generations before.⁴

b) Childrens Rights

Investment in early years is not a means to an end (in this case an economically productive member of society) in itself. It is essential for us to value children at all stages of their development. Indeed this is enshrined in the UNICEF Rights of the Child. Several articles are relevant in this context but especially Article 24 which lays down the imperative to strive for the highest achievable levels of health for all children. Article 17 Children have the right to reliable information from the mass media. Television, radio, and newspapers should provide information that children can understand, and should not promote materials that could harm children.

Article 18 Both parents share responsibility for bringing up their children, and should always consider what is best for each child. Governments should help parents by providing services to support them, especially if both parents work. Article 23 Children who have any kind of disability should have special care and support, so that they can lead full and independent lives. It follows that this requires early identification, referral and treatment. Article 31 All children have a right to relax and play, and to join in a wide range of activities. Article 36 Children should be protected from any activities that could harm their development.

4 The Health of the Children: A Review of Research on the Place of Health in Cycles of Disadvantage
M Blaxter, Great Britain- 1981 - Heinemann Educational

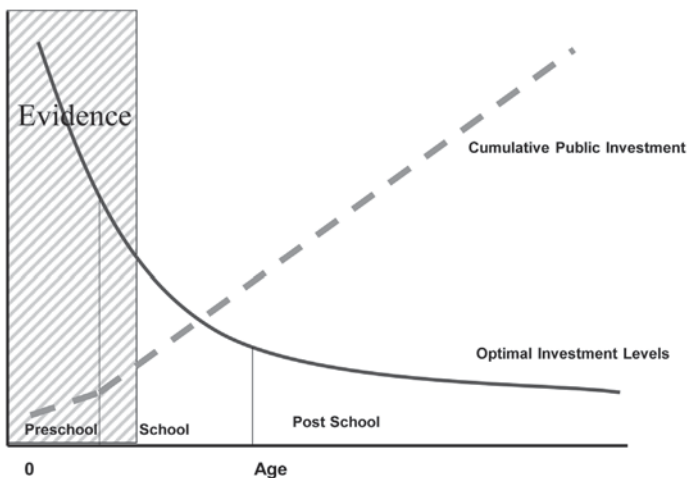
The table below indicates national spending on children in England in the health, social and justice systems compared³

| | Spend £ per child |
|---------------------------|-------------------|
| Universal health services | 43 |
| Targeted | 38 |
| Hospital | 112 |
| Social Services | 5000 |
| Criminal justice | 301,860 |

The total spend on criminal justice services for children is £246m) £1.26 billion is spent on primary care (mainly GP services) in England for 0-15 year old children.

The graph below represents the economic benefits of early years intervention.

Mismatch between Investment and Opportunity



Source: Carneiro & Heckman, Human Social

3 Modelling the Future – A consultation paper on the future of child health services Royal College of Paediatrics and Child Health, September 2007.

this came a realization that those sitting or standing in front of the teacher or sergeant were in no fit state to be taught or to be molded into a fighting force.¹ The current issues affecting children have been brought to our attention yet again “seeing” and listening more closely to what is troubling them through surveys (e.g. TellUS or WHO HBSC) and enquiries (e.g. Good Childhood Enquiry)

It has been long known that healthy children make healthy learners and subsequently healthy (and economically productive) adults and parents. However children’s health is good relative to adults, so the vast majority of NHS funding (96%) is spent on the adult and elderly population. Comparatively inadequate amounts are allocated to promote and sustain health in children and young people.

It is sometimes difficult to fight the corner for a group who do not by virtue of their age, have a vote or political voice in the development of the health services which would be most beneficial for them. Thus it is important for organisations and individuals (such as the Children’s Ombudsmen) who work with children, to speak out and highlight the issues of importance for both this and future generations.

The next section of this paper goes on to describe why we should focus especially on children in their early years.

2. Why focus on early years?

a) Cost Benefit

It is estimated that one dollar spent on the early years repays seven dollars eight years later.² In other words, there are big returns, with early investment. The key questions are: how much is spent of children’s services and what do we spend it on?

1 Foucault, M. (1973). *The Birth of the clinic: An Archeology of Medical Perception*. (A. M. Sheridan-Smith trans). London: Tavistock, 1970.

2 Heckman, J. J. & Masterov, D. V. (2004). *The Productivity Argument for investing in Young Children*. Invest in Kids Working Group, working Paper No. 5, September, 2004. Washington, DC: Committee on Economic Development. http://www.ced.org/docs/report/report_ivk_heckman_2004.pdf.

Optimizing Health in the Early Years

Prof. Mitch Blair

Successive policies nationally and internationally around early years development and health are creating an imperative for different sectors to work closely together. Colleagues in health, education and social care as well as the voluntary sector need to grasp this opportunity to enhance and optimize children's health in these settings. This paper describes the changing context and nature of child health in the UK, the rationale for focusing on investment in the early years (0-8 years), a holistic framework to describe the determinants of child health and wellbeing, and how a child public health orientation and way of working can support the achievement of these goals. Its aim is to stimulate discussion and debate in early years settings with a view to strengthening the focus on children's health issues.

1. Background and Context

There have been substantial reductions in child mortality in the UK over the last 150 years. An average 5 year old child in 1858 would have had a 40% chance of surviving until adult age. 6 out of 10 infants born at this time didn't survive their first year of life and often died of severe infections and malnutrition. Now 99.5% survive their first year of life and the vast majority of young children reach adulthood. As survival has increased, there has been a relative increase in focus on ameliorating children's morbidity (illness). Many physical illnesses have been prevented through improved nutrition, sanitation, immunization and education; many are curable because of the considerable advances in health technology. Quality-of-life, emotional well-being and lifestyle issues have generally become the predominant issues when considering children's health.

In the 18th and 19th centuries, children and army recruits became increasingly visible by being brought together within a specific physical (schools) or organizational space (armed forces) and with

Bibliography

Cascio, E. U. & Whitmore Schanzenbach, D. (2013). The Impacts of Expanding Access to High-Quality Preschool Education. National Bureau of Economic Research.

Edmonson, J. The Difference between Collaboration and Collective Impact. Available at: <http://www.strivetogether.org/blog/2012/11/the-difference-between-collaboration-and-collective-impact/>, November 12, 2012

Edmonson, J. (2013). The Impact Continuum: Recognizing the Value of Collaboration and Collective Impact. Available at: <http://www.strivetogether.org/blog/2013/10/the-impact-continuum-recognizing-the-value-of-collaboration-and-collective-impact/>, October 21.

Edmonson, J. & Zimpher, N. L. (2012). The New Civic Infrastructure: The “How To” of Collective Impact and Getting a Better Social Return on Investment, *Community Investments*, 24 (2).

Grunewald, R. (2013) Early Childhood Education: “Fade Out” in Context. (February 8).

Interactive StriveTogether Theory of Action here. Available at: <http://www.strivenetwork.org/theory-of-action/exploring>,

Kaminski, G. M., Schoettker, P. J., Alessandrini, E. A., Luzader, C. & Kotagal, U. (2014). Comprehensive Model to Build Improvement Capability in a Pediatric Academic Medical Center. *Academic Pediatrics*, 14 (1), January-February.

Lynch, R. (2004). Exceptional Returns: Economic, fiscal and social benefits of investment in early childhood development. Washington, DC: Economic Policy.

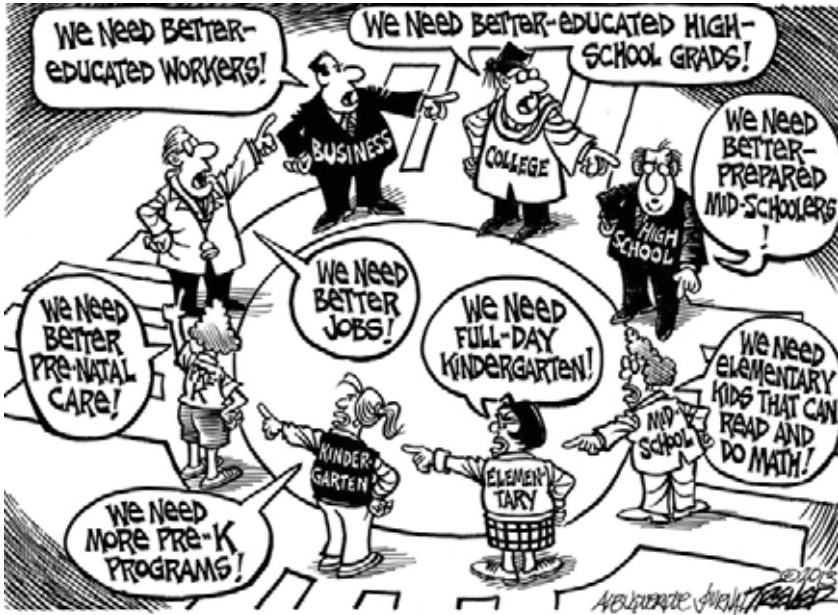
StriveTogether: Every Child, Cradle to Career. Available at: <http://www.strivetogether.org/>

2012–2013 StriveTogether Partnership Report. Available at: <http://www.strivepartnership.org/sites/default/files/wp-content/2012-13%20Partnership%20Report.pdf>

that we invest efficiently and effectively. Collective impact provides the conceptual underpinnings for increasing outsocial return on our investments, but it is a sound civic infrastructure that turns concept into reality.

Conclusion

To be successful in this work, it takes a, “we are all in this together” mentality – a “we have you your back” culture. That, plus the right people at the table, committed to the most important shared outcomes, and a deep desire to ensure every child is getting what they need – and that what they are getting is working. It takes a child-centered, outcome-based focus – and a real commitment to use data to get better at serving children – especially in the area of early learning.



Secondly, in order to ensure decisions are evidence-based, we must adopt a limited and manageable number of student outcomes that are reported transparently and regularly. To that end, comprehensive data-management systems must be in place to monitor population-level trends and track how individual students benefit from an array of support services.

The third pillar, collaborative action, which has been discussed extensively to this point, requires what some would call a “perfect storm.” However, of all the key pieces that must be in place to achieve successful collaborative action, the most important is arguably the utilization of a continuous improvement process focused on using data to get better over time.

Lastly, none of this is possible without core staffing to shepherd the work forward and actively engaged funders dedicated to leveraging and scaling what works.

Today’s economy is one in which resource limitations become more pronounced year after year. It is a trend that shows no signs of changing in the foreseeable future, and therefore it is imperative

- ◆ 83.0% of Cincinnati children with preschool score in the top 2 tertiles (or bands) of the Ohio Kindergarten Readiness Assessment in Literacy (KRA-L).
- ◆ 85.8% of all children who test as en Readiness Assessment in Literacy (KRA-L).(KRA-L).o United Way of Greater Cincinnati grade, compared to only 58.6% of children who were not ready for school;
- ◆ And, among mothers who receive best practice home visiting in Cincinnati:
 - ◆ There is a significantly lower infant mortality rate (4.9/1,000 live births) versus the general population in the City of Cincinnati (15.1/1,000 live births);
 - ◆ 90% of babies are born at a healthy birth weight; and
 - ◆ 97-98% of children are on track developmentally from birth to age 3.

Every community has a set of best practices. This data is how we got to ours. Identifying and scaling them requires the civic infrastructure that is foundational to our approach for collective impact.

Getting Started: How to Build Civic Infrastructure

There is no prescription or one size fits all approach for building civic infrastructure. The StriveTogether Framework was developed with that key learning as the foundation. One community cannot replicate what another community did because their local assets are not the same. Using the StriveTogether Framework as a guide, communities are able to intentionally walk through a rigorous process to build on existing strengths and assets to fill in gaps.

The Framework consists of four pillars including; shared community vision, evidence-based decision making, collaborative action, and investment and sustainability.

The first, shared vision, requires consistent engagement of top-level executives across at least five sectors- education, business, civic, non-profit, and philanthropic around a common end goal. No more pointing fingers at one another. Now it is time to work together.

Outside the home environment, it is critically important that children are enrolled in quality rated early childhood education programs. 4C for Children is the region's leading resource for promoting quality early childhood care and education. 4C helps parents locate quality early care and education by providing free consumer education and referrals using a comprehensive listing of licensed centers and preschool programs, family childcare homes, Head Start programs, and school-age childcare options. It also creates professional learning communities for early childhood education teachers and childcare directors to share best practices and move rated childcare centers up in quality from one star rating to three or four. These efforts have yielded a 148% increase (245% increase in Southwest Ohio and 100% increase in Northern Kentucky) in the number of star quality rated early childhood care and education programs in our region.

4C for Children is also part of a larger organization, The Consortium for Resilient Young Children (CRYC), which is a collaborative of mental health and early childhood agencies that promotes the social and emotional development and well-being of young children, strengthens the capacity of all adults who care for them, and advocates for coordinated, aligned systems. Members Agencies of CRYC share knowledge, expertise and learnings with one another to create high quality services for children, families and professionals. A core philosophy all members share is the motivation to develop innovative services based in data-driven and reflective practices.

Over the last ten years, the work of Success By 6[®] and its partners has produced extensive local data that show these strategies are making an impact. Highlights of that data include:

- ◆ Kindergarten readiness rates in Cincinnati Public Schools were at 57.2% in 2012, an increase of 13 points, or about 30%, since 2006;
- ◆ 67.2% of children who attended preschool tested as ready for kindergarten, according to United Way of Greater Cincinnati since 2006; reflective practices. owledge, expertise and learnings with one

in high quality preschool could significantly boost the U.S. gross domestic product over the next 20 years.

Leading Locally: The Greater Cincinnati Partnership for Early Education

SB6 has been the flagship initiative locally for raising awareness of the importance of kindergarten readiness, and aligning the work of providers and other key stakeholders in our region around what works. Programs that fall under their umbrella support two key evidence-based strategies: 1) best practice home visitation and 2) access to quality early care and education. These are supported by strategies to improve public education and engagement and use data to assess kindergarten readiness.

Three SB6 partners conduct home visitations to reach children of low-income, at-risk parents beginning as early as pregnancy or the first few months of life. Every Child Succeeds (ECS) reaches children (age 0-3) of single, low-income, first time mothers who are just learning the parental role. It targets five key indicators in child development related to school readiness: 1) Healthy birth weight and gestational age; 2) Emerging literacy and the creation of a language-rich environment; 3) Social/emotional development; 4) Advocacy by parents, including but not limited to, transition from ECS to a good preschool experience; and 5) Maternal education.

Recently, ECS expanded its efforts by creating a new program, ECS Transition, which will help ensure supported families access quality childcare. This effort dovetails with the high-quality work being led by other home visitation organizations in the region.

Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPY) teaches parents to mingle learning and play through developmentally appropriate, structured curriculum for children age 3-5. It is an international best practice home visitation model provided by the Brighton Center in Northern Kentucky. Similarly, Supporting Partnerships to Assure Ready Kids (SPARK) works with families and schools to support school readiness and the successful transition of children into the education system.

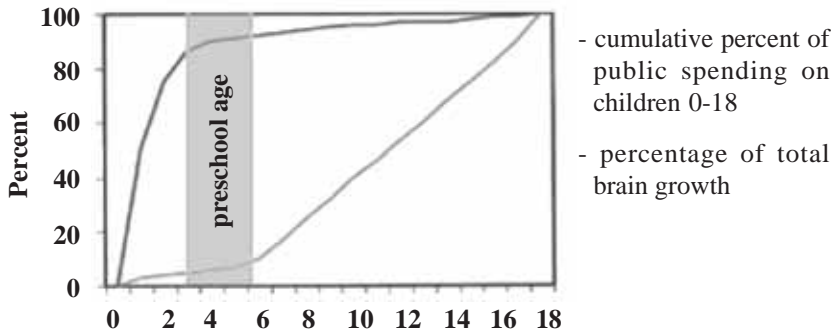
with access to quality early childhood education score higher on achievement tests, are less likely to need special education, are less likely to repeat a grade, are more likely to graduate from high school on time. More significantly, these children demonstrate significant long-term, social and emotional benefits. While non-cognitive traits like persistence, self-control, emotional regulation, decreased behavioral problems, and increased executive functioning are not measurable via grades or achievement test scores, children who develop these skills during early childhood demonstrate long-term life, career, and relational success into adulthood.

Families with children enrolled in high quality preschool experience lower rates of child abuse, neglect, crime, and drug or alcohol abuse. Preschool parents are not only more likely to be employed (especially significant for single mothers), but also occupy higher-paying jobs with better benefits. Parents of preschoolers are also more likely to be involved in their children's learning. By reading to their children more, attending more community cultural events, and spending more overall quality time with their kids, these parents increase their children's chances of succeeding academically and socially throughout their lives.

High quality preschool yields a very high economic return, both for individual preschoolers and society at large. Children enrolled in high quality preschool are less likely to need more expensive interventions later, have higher rates of employment, earn higher wages, and are more likely have savings accounts and own their own homes and cars.

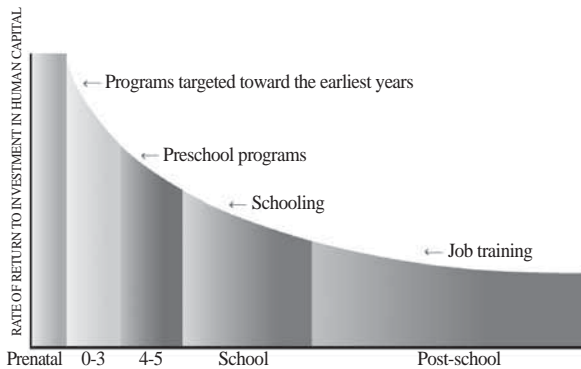
These benefits translate as measurable savings to society. As a social investment, expanding access to high quality preschool reduces government on welfare and social programs, decreases the high costs of criminality, and increases government revenue (primarily from tax associated with income). Positive outcomes for individual children translate into a more robust, skilled workforce with increased earning capacity: economists estimate that investing

The two graphs below illustrate these points.



Source: Starting Early, Starting Now'
Education Commission of the States, 2001

Returns to a Unit Dollar Invested



Heckman, James J. (2008). "Schools, Skills ans Synapses," *Economic Inquiry*, 46(3): 289-324

There are few public investments that yield the same social and economic benefits as universal access to high quality preschool. High quality preschool benefits children, families, and society at large by improving children’s overall life outcomes, creating a robust workforce, decreasing public spending on social programs, and significantly reducing rates of crime, drug use, and welfare dependence.

Children enrolled in high quality preschool reap major benefits in the form of both cognitive and non-cognitive skills. Children

action standpoint, is top-down buy-in. Every individual within an organization or working group has to implement these improvement skills into their everyday work – especially leadership.

Each year Cincinnati Children's is consistently ranked among the top three children's hospitals in the country. CCHMC firmly believes that is a result not of a mission to be the best, but of a mission to be the best at getting better.

Early Childhood Education

We believe that education is the moral and economic imperative of our time. Within our community, there is growing recognition that sustainable economic development will rest on improving educational outcomes, cradle to career, and that we must start with getting every child off to a great start and ultimately prepared to be successful when they begin kindergarten.

We cannot continue to ignore the glaring factual support that public education spending in the United States is upside-down, backwards and living in the past. We have to transform our education system to one that follows brain development.

Led by the United Way of Greater Cincinnati (UWGC), we are investing in best practice home visitation and greater access to quality childcare and preschool. Joining forces with others, including UWGC and SB6, we are pursuing a bold plan to ensure access to quality preschool for every 3 and 4 year old in our city. This effort, or the Preschool Promise, is grounded in what we know to be true about brain development vs. public spending – and the strong public benefits associated with these early investments.

These quality benchmarks are critical for ensuring a community transforms how they serve children. Most importantly, communities achieve population-level impact when the student indicators that were set by the partnership consistently trend in the right direction. As more communities successfully meet these quality benchmarks, we will collectively progress toward achieving the ultimate goal of supporting every child, every step of the way, cradle to career.

The StriveTogether Cradle to Career Network is guided by this Theory of Action. Members of the Network are communities that a) commit to work toward achieving these quality benchmarks, and b) actively participate in a community of learning and practice with their peers in which knowledge is shared and created. Together members of this Network will build shared value to advance the field of cradle to career collective impact.

At the heart of this approach is a deep commitment to not just data-driven decision-making, but continuous improvement. This cannot be overlooked.

The Importance of Continuous Improvement

In the Cincinnati region, we are incredibly fortunate to have to one of the nation's foremost leaders in continuous improvement working with us to build our local capacity for improvement in our education system. More than 10 years ago, The Cincinnati Children's Hospital Medical Center (CCHMC) began the journey to improve its care delivery system. Through that process, the hospital realized it needed to build improvement capability for changing systems of care.

The CCHMC improvement model was developed following a few key principals, which StrivePartnership has adopted. First, building improvement capability must go beyond acquisition of knowledge and skills to action-oriented improvement that achieves critical results and accelerates transformation. Second, there must be a focus on engaging and developing faculty or coaches as improvement leaders who can partner with front-line staff through rigorous methods of quality improvement research. Most importantly, from a collaborative

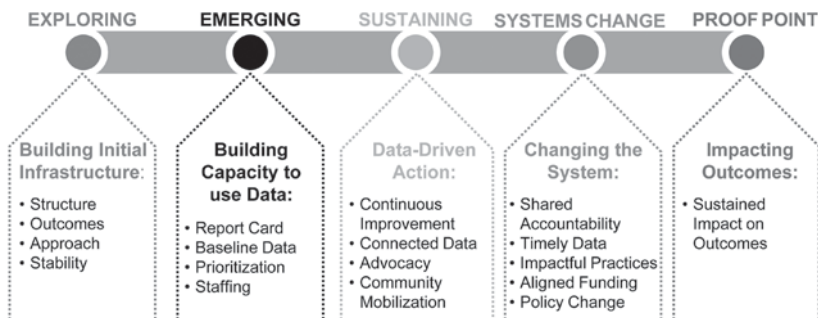
Without an understanding that collaborative action and collective impact must focus on the student, not the school, communities will find themselves in a futile bureaucratic stalemate.

When tackling the area of early learning and development, we believe this approach will yield the greatest, most sustainable results. The StriveTogether Theory of Action helps to walk communities through this approach, and in a way that works best for them.

StriveTogether Theory of Action

More than 80 communities across the country have begun to build the cradle to career civic infrastructure needed to achieve sustained collective impact. StriveTogether has supported the development of this infrastructure in over 30 of these communities. Based on what they have learned from this first-hand experience, three things have become clear. First, there is a basic sequence for how the work unfolds. Second, work must be adaptive and take into account the local context of a community. And third, the rigorous nature of this approach requires the establishment of quality benchmarks in order to achieve sustained impact.

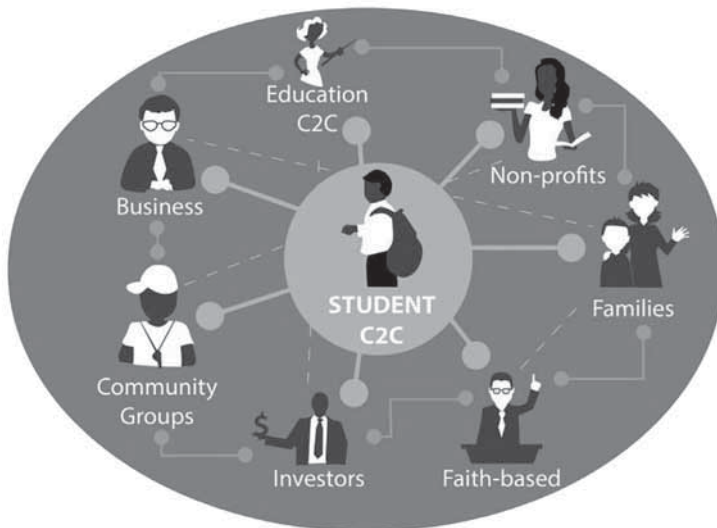
Based on this knowledge, StriveTogether has established a continuum of quality benchmarks called the Theory of Action for building and sustaining civic infrastructure. Across the continuum, there are four fundamental “Gateways” that signal a partnership’s progression toward becoming a Proof Point. By crossing through each Gateway, there is a greater likelihood for sustained impact and improvement over time. Some of the quality benchmarks most critical for success within each Gateway include:



The most common question is around whether collective impact is somehow superior or even counter to collaboration. To this, Edmondson would respond with a resounding, “No!” There is a time and place for both. In fact, we could even consider that there needs to be something along the lines of an “Impact Continuum” that runs from Isolated Impact – our traditional method of operating in silos – to collaboration and on to collective impact.

There really is a time and place for each point on the continuum. It could be that an organization needs to act individually on a specific pressing issue for the betterment of the community as a whole or a specific population. Similarly, there is a time for communities to use collaboration to rally the around a common cause and/or to promote the exchange of information broadly to inform practice on the ground. In other circumstances a more purposeful and deliberate approach to achieve sustained improvements through collective impact is in order. In the end, one is not better than the other, and all three are likely happening at the same time in any given community.

The last point to be added is that no amount of collaboration or collective impact is going to result in systemic change without the fundamental understanding that the education system and its supports must be student-centric.



The first important distinction for Edmondson is that in collaboration, we have historically come together to implement a new program or initiative. This is most often the case when we wanted to apply for or have been awarded a grant. When it comes to collective impact, community leaders and practitioners come together around their desire to improve outcomes consistently over time. The outcome serves as the “true north” and the partners can uncover the right practices to move the outcome over time.

This brings us to the second difference: using data to improve, not just prove. In collaboration, data is often used to pick a winner or prove something works. In collective impact, data is used for the purpose of continuous improvement. We certainly want to find what works, but Edmondson would argue that partners must be focused on using the data to spread the practices across programs and systems not simply scale an individual program.

Third, collaboration is often one more thing you do on top of everything else. People meet in coffee shops or church basements to figure out how to do a specific task together. For Edmondson, collective impact must become part of what you do every day – and it is truly about using data on a daily basis – in an organization and across community partners – to integrate practices that get results into your everyday contribution to the field.

And fourth, collaboration is often about falling in love with an idea. Somebody may have visited a program somewhere and seen something they liked so they advocated to bring it to town. The core assumption in their efforts is that success elsewhere will be consistent with success right here. The Edmondson approach to collective impact, which we have adopted in the Cincinnati region – as have communities across the StriveTogether network, is about advocating for those practices you know get results in your own backyard.

The voice of community partners is leveraged to protect and spread the best of what exists right here and now instead of what one hopes could get results down the line.

neuroscientists, and policymakers demonstrate that high-quality early childhood education, including best practice home visitation, good prenatal care, quality infant and toddler childcare and quality preschool education help children get prepared for school. In fact, these quality early childhood interventions produce a greater return on investment than education interventions at any other time in a person’s life.

Quality early childhood education is a strategic investment that benefits children, families, schools, and society at large by improving children’s academic and life outcomes, creating a more robust and skilled local workforce, and decreasing public spending on special education, grade retention, and criminal justice costs. Research has also proven that quality early childhood education helps children develop critical non-cognitive skills that lead to long-term life, career, and relational success, such as persistence, self-control, emotional regulation, fewer behavioral problems, and increased executive functioning.

How we approach this work is equally as important as the fact that we have prioritized it.

Collaborative Action vs. Collective Impact

StrivePartnership and StriveTogether have spent a lot of thought and effort distinguishing between collaborative action and collective impact. Jeff Edmonson, Managing Director of StriveTogether, provided a thorough explanation of the differences between the two in a recent blog post focused on the subject. In his discussion, Edmonson dissects the variations between collaborative action and collaboration and brings it down to a level that goes beyond philosophy, to an actionable level.

| Collaboratin | | Collective Impact |
|------------------------------------|---|--------------------------------|
| Convene around Programs/Intiatives | → | Work Together to Move Outcomes |
| Use Data to Prove | → | Use Data to Improve |
| Addition to What You Do | → | Is What You Do |
| Advocate for Ideas | → | Advocate for What Works |

improve outcomes for children and students, cradle to career, by taking on a very unique and data-informed approach to changing systems, practices, and behaviors. Without taking this on, we would argue that communities will continue to see similar results - even if new money or new programming might help improve outcomes marginally and temporarily.

While we have a long way to go, 89 percent of StrivePartnership's shared measures are trending in the right direction. That's up from 81 percent the previous year, and 68 percent four years ago. Progress is being made, but the partnership will continue its collective efforts until every child is succeeding, every step of the way, cradle to career.

To have transformative and sustainable impact on outcomes such as school readiness, reading and math scores, and college graduation rates, leaders must come together, across sectors, to rally around a set of shared and measurable goals - and then be willing to use good data to change the systems in which they operate. That includes revisiting and altering the practices that are not working, and the behaviors that have maintained the broken systems which have led to mediocre results and failures holding children and students back.

In 2014, StrivePartnership is building on the ongoing and successful efforts of United Way of Greater Cincinnati's Success By 6® (SB6) initiative and further prioritizing the alignment of efforts and resources toward early education and the foundational development we know our kids need to succeed in school and in life. We're going "all in" on expanding best practices that support children during the first 1,000 days of their lives - as well as dramatically expanding access to two years of quality preschool. In fact, our partnership has launched a new venture fund focused on these goals, and hopes make Cincinnati the first city in the county to offer universal quality preschool for all 3 and 4 year olds - irrespective of income.

The data supporting a reallocation of public spending toward early education is unambiguous. Ninety percent of a child's brain develops before the age of 5, yet 90% of public spending occurs after the age of 6. Decades of research from economists, including Nobel Laureate Economist James Heckman, early childhood educators,

Professional Discourse

Collective Impact and Early Education

Greg Landsman, Melissa McCoy, Leigh Tami

Dramatic improvements in the areas of education and workforce will require a new collective impact approach, one based on new leadership infrastructure, a commitment to data-driven decision-making and the practice of continuous improvement. Additionally, aligning work and resources to evidenced-based best practices and shared goals and outcomes is central to this method of change. In no area is this more important than in early education, or the first few years of a child's life – when the vast majority of brain development occurs. This paper takes on subject of collective impact and early education, and argues that a significant commitment to and investment in early education is critical – as is the collective impact approach communities must take to get this right and have the greatest level of impact.

Collective Impact and Early Education

In education today, at all levels, and in every corner of every country, we can all point to pockets of great successes, seemingly intractable mediocrity, and undeniable failures. It's the mediocrity and failures that have most puzzled education policy-makers and other concerned leaders and engaged parents for decades, if not longer. While there is no single answer or silver bullet to tackle education mediocrity and failures, the approach of outcomes-focused, collective impact is helping many communities make progress where others continue to struggle.

We are pursuing this approach in the Cincinnati, Ohio region through StrivePartnership while helping other communities do similar work through StriveTogether. These two entities work together to support the collective efforts of cross-sector leaders to

clinical psychologist, shares with us her professional knowledge and experience of the implications of parent-child relationship on the development of the child. She elaborates on the various emotional deficits growing from a lack of appropriate parent child attachment patterns.

On a personal note, as a mother of four girls, preparing this issue evoked many questions regarding what we have learned so far about childrearing. How had I prepared myself for my parental role – a role that is a boundless one? What is unconditional love, what do my girls require for the promotion of the quality of their own lives, what did I give them in their childhood and what do I still need to give? And finally – do these and other questions encapsulate what it takes to teach our own children how to be parents – parents like us or perhaps of a different type.

parenting on the one hand, and the need for heightened awareness and sensitivity of professionals on the other – not only as a response to maternal mental health needs but also as professional scrutiny of the maternal-infant bond.

The issue's second section, Field Journal, presents professionals' own impressions. This section comprises three articles by female professionals, written from a personal and professional perspective on the topics of prenatal education, parenting as part of a healthy lifestyle, and the million dollar question – is love enough?

The first article presents the views of Professor Mary Rudolf, head of Public Health, the Faculty of Medicine in the Galilee, Bar-Ilan University, from an interview that she gave to Noa Ben-David, director of JDC-Ashalim's Early Childhood Division.

The second article presents the prevalent contemporary trend regarding innovative pedagogy in prenatal education. In this article, Meirav Schreiber surveys the importance of familiarization with the innovative trend of emphasizing embryonic prenatal life, and of personal preparation for parenthood, and of the connection between the two for optimal newborn development. By connecting theory with practice, the author affords readers a glimpse into her own personal experience as a participant in a facilitators training course in the sphere of "prenatal education."

The third article invites us to understand the "timelessness" of writing and research in the area of child rearing in general, and particularly of the parent-child bond. As suggested by Rivka Aridan, head of the Infancy programs area in JDC-Ashalim's Early Childhood Division, this topic is as relevant today as it was in 1985, the year the book was first published. Though Rivka could have chosen a new and innovative book, she saw fit to emphasize the importance of this preoccupation by choosing a book from the 1980s. Childrearing, parenting and the parent-child bond are weighty topics. They require preparation, understanding of the role's complex character, love, practical skills, and more.

The fourth article, written by Hanna Kaminer, focuses on the risks and opportunities in the parent-child relationship. Kaminer, a

article examines the collective impact model within the context of the importance of systemic work during early childhood in general, and particularly during infancy.

The second article briefly discusses the importance and innovativeness of promoting mother and child health in North America. Dr. Vered Kaufman-Shriqui and Dr. Anat Pessate-Schubert provide a concise overview of innovative trends in the sphere of theory, policy and practice through two main prisms: developmental and systemic. The first touches on the focus on maternal health during the pre-pregnancy stage, while the second stresses the need to transition from influence in one isolated area of action to collective impact. This obtains amidst a process of continuous learning and professional training, alongside leading and conducting systemic intervention programs in complex situations. This article strengthens the collective impact approach that is discussed extensively in the first article.

The third article, by Professor Mitch Blair of London, England, a pediatrician and expert on children's health, takes readers one step further and focuses on the importance of the systemic perspective and the collaborative viewpoint concerning policymaking in general, and particularly in the area of early childhood health. Blair indicates the necessity to create a policy continuum and to take an inter-organizational and inter-ministerial systemic view. In his article, Prof. Blair reviews the changes that have occurred in the promotion of early childhood health in England. He emphasizes the importance of investing in prevention, and of a holistic and inclusive perspective in order to promote significant change in the quality of life of very young children.

The fourth article, by Dr. Keren and Professors Guedeney and Tiano, abandons the inclusive perspective and beckons readers to engage in a topic that is important in its own right – the transition to parenthood. Before elaborating on the challenges of the parental role in childrearing, the writers focus on the challenges inherent in the transition to this role. Moreover, the writers raise the issue of parental mental health and its correlation with the developmental situation of children, especially that of infants. The discussion of this topic exposes readers to the complex challenges of procreation and

a one-time focused intervention on behalf of the children alone does not suffice; rather there is a need to work with the parents already during the prenatal stages. Second, intervention is necessary in training and promoting the professional development of relevant professionals at this stage of the child's life, in strengthening day care facilities and maintaining a high professional standard, and overall in the promotion of a variety of synchronized interventions to generate meaningful, long-term and profound change. The current issue will expand on this and other topics.

The first part of this issue, Professional Discourse, brings knowledge from an array of experts in the area of work with young children in general and particularly with those from newborn to three years of age. This section of the issue responds to three main questions that combine theory and practice: How it is correct to promote significant change in the area of early childhood wellbeing (the case of the United States), and why? What needs to be done to promote significant change in the area of infant health (the case of the United Kingdom)? The importance of these questions is articulated by two additional articles: the challenges of parenting from the Israeli mental health perspective, and a short review of the importance of the integrative perspective for promoting mother and child wellbeing in the United States and Canada.

The issue opens with an article by Greg Landsman, executive director of The Strive Partnership in Cincinnati, Ohio, USA. This article reflects the most innovative approach in the promotion of social change in communities at risk throughout the world. He contends that a survey of the educational undertakings in communities worldwide reveals varying levels of success – exceptional professional success, pockets of mediocrity, and of course the reverberations of failure. Landsman asserts that for many decades mediocre results and the experience of failure were the main factors that troubled education policymakers, local leaders, parents, and other interested parties. He adds that while no magic pill exists that will eliminate mediocre results or educational failures, the collective impact model succeeds in promoting significant change among many communities and in garnering better outcomes, where others continue to fail. The

Introduction

Professional Discourse: Challenges in the Developmental and Practical Areas in the Social World

Dr. Anat Pessate-Schubert

Ashalim attaches great importance to promoting a professional discourse as part of the overall discussion of ways to develop avenues of learning among professionals who work with children, youth and young adults at risk, and their families.

The present issue provides a platform for both up close and distance learning: up close learning, in the sense of listening to the professional statements of Israeli experts regarding the importance of addressing the infancy and prenatal stages; and distance learning, in the context of studying models and modes of action from all over the world for the advancement of optimized work with infants, their parents, and professionals.

Much has been written about the importance of investing in early childhood – on the right to an optimal beginning in life and on the importance of investing in the early childhood years as key to facilitating extrication from the cycle of poverty and as the gate to opportunities for learning and proper development. In addition, an investment in early childhood brings social and economic benefits on the individual, social and family levels.

In order to address the challenges of early intervention, work must take place on the systemic level. Building partnerships and an integrative and holistic perspective can serve as a platform for promoting change among very young children in complicated at-risk situations, and among their parents and the professionals who work with them. This rests on a number of underlying assumptions. First,

Foreword

Itzik Zehavy, Acting Director – JDC-Ashalim

As an organization that engages in the planning and development of services for children, youth and young adults at risk, JDC-Ashalim understands the need to place the stage of infancy – birth to age three – on the public agenda. This issue of Et Hasadeh is devoted entirely to infancy, and brings practice and theory together. This issue presents a wealth of relevant topics, such as the need to plan interventions on the continuum between prevention and treatment, the importance of working with parents, the need to train professionals in early childhood frameworks, and the construction of an overall policy for working with very young children from birth to three years of age.

Researchers, policymakers and educators have called to take a wide view of infancy, already from the early stage of pregnancy. Their call indicates the need for action with relation to issues such as early identification of risk situations, attention to a healthy lifestyle, and community affiliation. Thus, JDC-Ashalim attributes great significance to the study, accompaniment, and evaluation of programs being developed that are designed to identify needs within this age group and to propose innovative models, guidance and training for professionals from diverse cultural and geographic communities.

We are grateful to our partners – in government, local authorities, various universities, women's organizations, professionals in the field – as well as to the professionals in the Early Childhood Division for the vision, the undertakings and the advancement of work in the sphere of infancy. Special thanks go to the staff of JDC-Ashalim's Knowledge and Learning Center, for producing this special issue.

Noa Ben-David

Director of the Early Childhood Division at JDC-Ashalim. As director of the Early Childhood Division, Noa and her team spearhead the development of key programs for social and educational settings in the ultra-Orthodox and Arab sectors, programs dealing with the issue of parents and parenting during early childhood, and programs promoting a community-based approach to system-wide work in early childhood.

Meirav Shreiber

A certified therapist in creative and expressive modes, Meirav holds a BA in cinema from Tel Aviv University and a certificate from Beit Berl College in art and movement therapy. She facilitates Family Constellations using the Bert Hellinger method. She is a counselor of parents in prenatal education, certified by ANPEP, the Italian Association for Psychology and Prenatal Education.

Rivka Aridan

Head of Infancy, Immigrant and ultra-Orthodox programs within JDC-Ashalim's Early Childhood Division. She develops innovative programs that are culturally-customized for immigrant populations and the ultra-Orthodox sector, and she develops systemic perspectives, services and programs for children from birth to 3 years of age.

Hanna Kaminer

A Senior Clinical and Developmental Psychologist. She is the director of the Psychological and Developmental Clinic in Haifa, which is an early childhood treatment center. Dr. Kaminer was the founder of the "Milman Center – for children with Pervasive Developmental Disorders" (Autism) in Haifa and is on the management team of the Milman Center. She also teaches in the Department of Psychology, Haifa University, Israel, in the field of dyadic treatment.

Mitch Blair

Consultant, pediatrician and specialist in child public health working out of the Northwick Park Hospital in Harrow. His primary research interests are in preventive child health programs, child health indicators, and complementary medicine usage in children. With a background in medical education, epidemiology and health services research, Dr. Blair currently directs a multi-professional group developing e-learning for the UK's Department of Health.

Miri Keren

Child and adolescent psychiatrist, director of the Infant Mental Health Unit at Geha Mental Health Center, lecturer at Tel Aviv University, and head of the Early Childhood Psychiatry Course. She founded the Israeli branch of the Infant Mental Health Association and assisted in establishing seven infant mental health units in Israel. Currently, she is president of the World Association for Infant Mental Health (WAIMH).

Antoine Guedeney, MD

Child psychiatrist, and psychoanalyst at the Hôpital Bichat Claude Bernard in Paris, and Professor of Child & Adolescent Psychiatry at University Denis Diderot in Paris. Dr. Guedeney is a member of the Société Psychanalytique de Paris (SPP) and of the International Psychoanalytical Association (IPA), and is Past President of the World Association for Infant Mental Health (WAIMH).

Shmuel Tiano

Professor Emeritus at Tel Aviv University, Sackler School of Medicine. He is former chairman of the World Union/Association of Psychiatrists, Chairman of the Association for Infants in Emotional Distress (TAMAR), headed the national program for the founding of infant mental health units, and is the former WPA treasurer.

About the Authors

Anat Pessate-Schubert

Has directed JDC-Ashalim's Knowledge and Learning Center (Mayda) since 2011. Mayda is a multidisciplinary, professional, accessible and relevant informational source for professionals active in the field in the sphere of children, youth and young adults at risk and their families. Anat Shubert holds a Ph.D. in the sociology of education from the Hebrew University of Jerusalem, and holds a masters' degree in counseling psychology from Leslie College in Boston, MA. She completed her post-doctoral studies at Ben-Gurion University of the Negev.

Greg Landsman

Executive Director of The Strive Partnership, an education consortium of local providers and funders working together to improve academic achievement along the education continuum. The Partnership works to improve kindergarten readiness, proficiency scores, graduation rates, and postsecondary enrollment and completion rates in various locations in Ohio.

Vered Kaufman-Shriqui

Clinical and epidemiological dietician (Ph.D., M.Sc., R.D.) at the post-doctoral program at the Centre for Research on Inner City Health in Toronto, Canada, which is dedicated to reducing health inequities through innovative research that supports social change. Her research focuses on mother and child health, populations at nutritional risk, and on evaluating intervention programs for promoting health among at-risk populations.

Contents

| | |
|--------------------------------|---|
| About the Authors | 6 |
|--------------------------------|---|

| | |
|-----------------------|---|
| Foreword | 9 |
|-----------------------|---|

Mr. Itzik Zehavy, Acting Director JDC-Ashalim

Introduction

Professional Discourse: Challenges in the Developmental and Practical Areas in the Social World

| | |
|--------------------------------|----|
| Dr. Anat Pessate-Schubert..... | 10 |
|--------------------------------|----|

Professional Discourse

Collective Impact and Early Childhood Education

| | |
|--|----|
| Greg Landsman, Melissa McCoy, and Lee Taamy..... | 15 |
|--|----|

Promoting the Health of Mothers and Children

Dr. Vered Kaufman-Shriqui and Dr. Anat Pessate-Schubert

Health Optimization in Early Childhood

| | |
|----------------------|----|
| Dr. Mitch Blair..... | 31 |
|----------------------|----|

The Transition to Parenting as a Source of Significant Distress for Vulnerable Adults: The Need for Joint Work by Child and Adult Psychiatrists

| | |
|---|----|
| Dr. Miri Keren, Professor Antoine Guedeney, and Professor Shmuel Tiano..... | 52 |
|---|----|

Field Journal

On Parenting and a Healthy Lifestyle: A Discussion with Professor Mary Rudolf

Noa Ben-David

Prenatal Education: An Investment in a New Life

Meirav Schreiber

Recommended Reading: “The More Intelligent Child” – Still Relevant After 30 Years.

“The More Intelligent Child: Realization of Intelligence in Early Childhood” by Prof.

Pinna S. Klein

Rivka Aridan

Babies on Borrowed Time: Risk and Opportunity in the Parent-Child Relationship

Dr. Hanna Kaminer

Mayda Peer Learning Programs and educational activities are being provided by a generous gift of the **Ken and Erika Witover Family**
Oyster Bay Cove, New York

ET HASADEH

Published by Ashalim - The Association for Planning
& Development of Services for Children,
Youth and Young Adults at Risk & their Families
The Ashalim Knowledge and Learning Center - Mayda
Issue No. 10, March 2013

**The Publication
Committee, Ashalim**

Itzik Zehavi
Tuvia Mendelson
Dr. Anat Pessate-Schubert
Oshrit Shabat

Editor-in-Chief
Language Editor
Graphic Design and Production
Editorial Secretary
Publication Manager

Dr. Anat Pessate-Schubert
Gilat Iron-Behar
Ayalon Print
Oshrit Shabat
Tuvia Mendelson

Ashalim, JDC Hill, P.O. Box 3489
Jerusalem 91034
oshritg@jdc.org.il



The Ashalim Knowledge and Learning Center

© All rights reserved

www.ashalim.org.il

ET HASADEH

Ashalim Journal of Children, Youth and
Young Adults at Risk and Their Families