

השפעת הרקע האתנו-תרבותי של אימהות ואמונותיהן בנוגע לבריאות על התנהגות מתן חיסונים לפעוטות¹

אורלי שריד,² יאנה שרגא,² ג'ולי צוויקל,² אביהו פרג² וחיים ראובני³

שירותי רפואה מונעת לפעוטות בישראל ניתנים לכלל האוכלוסייה וכוללים בין השאר מתן חיסונים. אחד האתגרים הניצבים אפוא לפני שירותים אלה הוא להציע מענה המותאם לצורכי קבוצות אתנו-תרבותיות שונות. ואולם עד כה לא נחקרה בהרחבה השפעתו של הגורם האתנו-תרבותי על מתן חיסונים לפעוטות בקרב אימהות בישראל. במחקר הנוכחי ביקשנו לבחון את אמונותיהן בנוגע לבריאות ואת התנהלותן בהקשר זה של אימהות מארבע קבוצות אתנו-תרבותיות: ילידות הארץ יהודיות, ילידות הארץ בדואיות, עולות מברית המועצות לשעבר ועולות מאתיופיה. בדקנו את השפעתן של אמונות בנוגע לבריאות על התנהגות מתן חיסונים, ואמדנו את הקשר בין התנהגות מוקדמת של מתן חיסונים להתנהגות מאוחרת של מתן חיסונים.

נמצא שלאימהות מרקע אתנו-תרבותי שונה אמונות והתנהגויות בריאות שונות כלפי מתן חיסונים לחינוקן. יותר אימהות בדואיות בהשוואה לאימהות מקבוצות אחרות מקפידות על מתן חיסונים מסודר לילדיהן. אימהות עולות מחסנות פחות את חינוקן. עוד נמצא שהתנהגות האימהות מתעצבת בחדשים הראשונים של חי התינוק, והיא המנבא המרכזי בהתנהגותן כלפי מתן חיסונים בגילאי חצי שנה, שנה ולאחר גיל שנה.

מילות מפתח: רקע אתנו-תרבותי, אמונות בריאות, התנהגות מתן חיסונים, אימהות לפעוטות

- 1 המחקר נערך במימון מענק מחקר של המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- 2 המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
- 3 המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

ביטחון סוציאלי, שבט תשע"ה, פברואר 2015, מס' 96 : 87-112
נשלח לפרסום ב-23.3.14, התקבל ב-26.10.14

מבוא

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, קובע את מחויבותה החברתית של מדינת ישראל לבריאות אזרחיה, ומזכה כל אזרח בביטוח בריאות ממלכתי ובסל שירותי בריאות בסיסי שהרכבו נקבע בידי משרד הבריאות. על פי חוק זה ניתנים שירותי רפואה מונעת לכלל אוכלוסיית הפעוטות בישראל. תחום הרפואה המונעת עוסק במניעת מחלות ובגילוי המוקדם, ותכליתו למנוע תחלואה ולצמצמה ככל האפשר (פלטי, 2006). השירותים המיועדים לאוכלוסיית הפעוטות מתמקדים במתן חיסונים מלידה עד גיל שש, בהערכת התפתחות ובמתן תוספי מזון, כמו ויטמין D וברזל (משרד הבריאות, 2004).

המחלות שהמדינה מציעה חיסון נגדן הן אסכרה, קרמת (דיפטריה), צפדת (טטנוס), שעלת, שיתוק ילדים (פוליו), המופילוס אינפלואנזה (Hib) b, חצבת, חזרת, אדמת, דלקת כבד נגיפית A, דלקת כבד נגיפית B, אבעבועות רוח, זיהומים פנוימוקוקיים ונגיף הרוטה (משרד הבריאות, 2010). בעבר הובילו מחלות אלה לתמותה גבוהה של תינוקות ולהתפשטות של מגפות באוכלוסייה (PrabhuDas et al., 2011). החיסונים נגדן נחשבים פריצת דרך בתחום הרפואה המונעת, משום שהם מגינים על בריאות התינוק ומונעים הדבקה (משרד הבריאות, 2010).

נושא מתן חיסונים לפעוטות נבדק בהקשרים שונים. מחקרים שבחנו את השפעתם של מדדים דמוגרפיים, כמו מעמד חברתי כלכלי, מצאו שככל שהמעמד החברתי-הכלכלי גבוה יותר, כך עולה שיעור חיסון הפעוטות (Gust et al., 2004; Moore, Fenlon, & Hepworth, 1996). מחקרים שבחנו את הקשר בין גיל האם לשיעור החיסון מצאו שככל שגיל האם עולה, כך עולה שיעור ההתחסנות (Moore, et al., 1996). במחקרים שונים שבחנו את השפעת השכלת ההורים נמצאו נתונים סותרים: היו כאלה שמצאו קשר בין רמת השכלה נמוכה לשיעור התחסנות נמוך (Anand & Barnighausen, 2007); והיו כאלה שמצאו שאימהות בעלות השכלה גבוהה נוטות פחות לחסן את תינוקן (Gust et al., 2004; Maayan-Metzger, Kedem-Friedrich, & Kuint, 2005). מחקרים שבחנו את השפעת רמת הדתיות על שיעור החיסון מצאו בדרך כלל, שככל שההורים מצהירים שהם דתיים יותר, כך הם נוטים פחות לחסן את תינוקם (Nath et al., 2007). ואולם ממצאי מחקר שנערך לאחרונה בקרב אימהות חרדיות בישראל מצביעים דווקא על שיעור גבוה של חיסון תינוקות בקבוצה זו (Simhi, Shraga, & Sarid, 2013).

גם ההקשר האתנו-תרבותי נבדק (Chu, Barker, & Smith, 2004; Moore, et al., 1996). מחקרים שנערכו בארצות הברית והשוו בין שיעור חיסונם של פעוטות מקבוצות אתניות שונות מצאו ש-89% מההורים הלבנים לעומת 76% מהאפרו-אמריקנים ו-74%

מההיספנים נטו לחסן את ילדיהם (Chu et al., 2004; Szilagyi et al., 2002). גם מחקרים אחרים שנערכו בקרב פעוטות של מהגרים מצאו שהם נוטים פחות לחסן את ילדיהם בהשוואה לקבוצת הרוב (Cassell, Leach, Fairhead, Small, & Mercer, 2006; Paxton, Rice, Davie, Carapetis, & Skull, 2011; Skull, Ngeow, Hogg, & Biggs, 2008). בישראל, העלו ממצאי סקר מקיף ששיעור החיסון של פעוטות לאימהות ערביות-מוסלמיות גבוה משיעור חיסונם של פעוטות לאימהות יהודיות (רוזן, אלרואי וניראל, 2007). ממצאים אלה נתמכים במחקר אחר שנערך בארץ, ובו נמצא שהורים ערבים צידדו במתן חיסונים לילדים יותר מאשר הורים יהודים (Velan et al., 2012). עם זאת לא נערכו, למיטב ידיעתנו, מחקרים שהשוו בין התנהגותם של הורים עולים (מחבר העמים ומאתיופיה) והורים ילדי הארץ (יהודים וערבים) בנושא מתן חיסונים. בנושא זה עוסק מאמרנו.

סקירת ספרות

מדינת ישראל מאופיינת במגוון אוכלוסיות מרקע אתני, תרבותי ודתי שונה (לשם ורואר-סטריאר, 2003). ניתן להבחין במספר קבוצות בעלות מאפיינים ייחודיים, כמו ילידי הארץ יהודים, ילידי הארץ מוסלמים, עולים מחבר העמים ועולים מאתיופיה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2014). להלן נסקור אפיונים דמוגרפיים חברתיים של נשים מקהילות אלה בהשוואה לנשים יהודיות ילידות הארץ. כמו כן נתייחס להתנהגויות בריאות של אימהות מקבוצות אתנו-תרבותיות שונות.

קהילת העולים מחבר העמים: משנת 1989 עד היום הגיעו לישראל כמיליון עולים ממדינות שונות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2014). בולטת ביניהם קבוצת יוצאי חבר העמים המהווים 83% ויותר מכלל העולים (לשם ורואר-סטריאר, 2003). המאפיינים הדמוגרפיים של העולים מחבר העמים שונים מאלה של ילידי הארץ: גיל הנישואין שלהם נמוך בממוצע עד שלוש שנים מגיל ילידי הארץ היהודים; הנשים העולות נוטות ללדת בגיל צעיר יותר מילידות הארץ (לשם ורואר-סטריאר, 2003); שיעורי הפרייה בקרבם נמוכים מאלה של נשים יהודיות ילידות הארץ – 1.7 לעומת 3.05 ילדים בממוצע (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2014; קוך-דוידוביץ, 2011). ממצאי מחקרים קודמים הראו שהורות העולים ממדינות חבר העמים מתאפיינת בדאגה רבה לשלום הילד ולמצבו הבריאותי (רואר-סטריאר, 1996; שרגה, 2008). בהקשר זה חשוב לציין שממצאי מחקרים אחרים שנערכו בקרב עולים הנמצאים בארץ תקופות ארוכות, כולל דור שני שנולד בישראל, לימדו שערכים ונורמות בנוגע לחינוך ולגידול ילדים נשמרים לאורך שנים

ונוטים להשתנות באיטיות בהשוואה לערכים אחרים (רואר-סטריאר ורוזנטל, 2001; Sarid & Shraga, 2009). לדוגמה: במחקר שבדק תפקוד חברתי, לימודי, התנהגותי, פסיכולוגי ומשפחתי של מתבגרים עולים, שעלו מחבר העמים בתחילת שנות ה-90 של המאה הקודמת, בהשוואה למתבגרים ילידי הארץ, שהוריהם עלו לישראל מברית המועצות לשעבר בשנות ה-60 וה-70, לא נמצאו ברוב תחומי התפקוד הבדלים מובהקים סטטיסטית בין המתבגרים. יתר על כן, שתי הקבוצות הפגינו רמה גבוהה של תסמיני דחק בהשוואה לילידי הארץ שאינם בני התרבות הרוסית-הסובייטית (Slonim-Nevo & Sharaga, 2000). מכאן ניתן ללמוד שהשפעתם של גורמים תרבותיים נשמרת לאורך זמן ומשתקפת בתפקודם של ילדי עולים.

קהילת יוצאי אתיופיה בישראל מונה כיום כ-124,000 נפש, כ-80,000 מהם הגיעו לארץ בשנות ה-90 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2014). בחלקה הדרומי של הארץ מרוכזים כ-25% מסך כל עולי אתיופיה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2014). המבנה התרבותי-החברתי באתיופיה הוא מבנה מסורתי ופטריארכלי, ולגבר תפקיד מרכזי בניהול ובקבלת החלטות במשפחה. נשים בקהילה זו נוטות להינשא בגיל צעיר. שיעור הפריון שלהן דומה לזה של כלל הנשים היהודיות (הורנשטיין ואלמוג, 2006). האם היא המטפלת העיקרית בילדים ונשענת על עזרת הנשים במשפחה המורחבת. המחקרים שבחנו את הסתגלותם של העולים מאתיופיה הראו פער תרבותי בין דור המהגרים לבין בני הדור השני שנוולדו בישראל. בשונה מהממצאים על תפקודם של העולים בני חבר העמים השומרים על תרבות המוצא בתחום חינוך וגידול הילדים, הצביעו ממצאי מחקר שנערך בקרב אימהות ובנות מהקהילה האתיופית על מגמות של שינוי בתפיסות ובעמדות כלפי חינוך ילדים (Bitton & David, 2014), אם כי ההשפעה של תרבות המוצא נשמרת גם בקרב בנות הדור השני.

הקהילה הבדואית: לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2014), האוכלוסייה הבדואית באזור הדרום ונפת באר שבע מונה 200,000 נפש ויותר. כמחציתם מתגוררים ביישובים מוכרים, והיתר ביישובים לא מוכרים. בשנת 2000 היוותה אוכלוסיית הפעוטות עד גיל ארבע רבע מכלל האוכלוסייה המוסלמית בנפת באר שבע לעומת 10.3% באוכלוסייה בישראל. הנשים הבדואיות נישאות בגיל צעיר, ושיעור הילודה אצל הבדואיות באזור הנגב הוא הגבוה ביותר בין הנשים בישראל בכלל, ועומד על 7.25 ילדים בממוצע (משרד הבריאות, 2008). מעמדן החברתי מבוסס על נישואין ועל גידול ילדים. האם היא המטפלת העיקרית בילדיה (Mass & Al-Krenawi, 1994; Pessate- Schubert, 2005).

אם כן, מהכתוב לעיל עולה שלאמהות מקבוצות אתנו-תרבותיות שונות בישראל יש אפיונים משותפים ואפיונים ייחודיים. כך, למשל, אימהות בדואיות, עולות מחבר העמים ועולות מאתיופיה נישאות ויולדות ילד ראשון בגיל צעיר יותר מאשר אימהות יהודיות ילידות הארץ. באשר לפריון, ניתן לראות שיעורי פריון גבוהים במיוחד אצל נשים

בדואיות בנגב, שיעורי פרוץ דומים אצל נשים יהודיות ילידות הארץ ונשים עולות מאתיופיה ושיעורי פרוץ נמוכים יחסית אצל אימהות עולות מחבר העמים.

היבטים תיאורטיים של התנהגות בריאות: מתן חיסונים

מתן חיסונים לפעוטות הוא אחד ההיבטים של התנהגות בריאות מניעתית של הורים (Cassell et al., 2006; Mojinyinola, Olaleye, Olaleye, & Waite, 1987). בספרות המחקרית מוצעים מספר מודלים תיאורטיים המסבירים התנהגות בריאות (Weinstein, 1993). אחד המודלים הוא מודל אמונות בריאות, המתייחס למספר מרכיבים שבאמצעותם ניתן להסביר התמדה בהתנהגות בריאות או הימנעות ממנה בסוגיות כמו מתן חיסונים (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1994).

הנחת היסוד של מודל אמונות בריאות היא שאנשים נוטים לאמץ התנהגות המונעת מחלות, כלומר לקבל חיסונים, מהטעמים האלה: (א) הם מניחים שיש סבירות להידבקות במחלה; (ב) המחלה נחשבת מסוכנת; (ג) הם גורסים שהחיסון יעיל וימנע הידבקות במחלה; (ד) בשל נגישותן וזמינותן של המרפאות יש אך מעט מכשולים בדרך לקבלת החיסונים; (ה) הסביבה מספקת ידע התומך בקידום התנהגות בריאות זו (Nexøe, Kragstrup, & Sogaard, 1999).

לפי מודל זה נמצא שאמונות בריאות של ההורים משפיעות על החלטתם לתת חיסונים לילדים או להימנע מכך. במספר מחקרים המסתמכים על המודל נמצא קשר חיובי בין אמונות בריאות המקדמות מתן חיסונים לשמירה על שגרת חיסונים (Chen et al., 2011; Gust et al., 2004). ממצאי מחקרים אחרים הצביעו על זיקה רופפת בין אמונות בריאות לבין מתן חיסונים לפעוטות (Hughart et al., 1999; Strobino et al., 1996). במחקר איכותני שערכו בונד ועמיתים (Bond, Nolan, Pattison, & Carlin, 1998) הוסברה אי ההלימה המתוארת לעיל ברגשות מעורבים של האימהות: אמונה בתרומת החיסונים למניעת מחלות לצד החשש מפגיעה בתפקוד הטבעי של מערכת החיסון של ילדיהן.

מודל אחר מתמקד בגורמים דמוגרפיים, חברתיים ואישיים, המסבירים התנהגות בריאות לאורך זמן (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1980). מודל זה מראה שהתנהגות בריאות ראשונית, כמו למשל מתן חיסון בפעם הראשונה, מתווה המשכיות של אותה התנהגות. כלומר: התנהגות מוקדמת נוטה לחזור על עצמה; כך היא משתמרת לאורך זמן והופכת דפוס התנהגותי (Aarts, Paulussen, & Schaalma, 1997). ממצאי מחקרים קודמים תמכו בטענה זו והראו שחזרה על התנהגות מוקדמת בתחום אחד היא מרכיב משמעותי בחיזוק התנהגות בריאות בתחומים שונים (Holland, Aarts, & Langendam, 2006; Montano, 1986; Montano & Taplin, 1991). עם זאת לא

נבדק, למיטב ידיעתנו, הקשר בין התנהגות מוקדמת להתנהגות מאוחרת בהקשר של מתן חיסונים לפעוטות. בהמשך למודלים שהוצגו לעיל בחן המחקר הנוכחי אמונות של אימהות ממוצא אתנו-תרבותי שונה בנוגע למתן חיסונים לפעוטות והתנהגויות הנובעות מאמונות אלה.

מטרות המחקר

1. לבחון אמונות בריאות של אימהות מארבע קבוצות אתנו-תרבותיות שונות בנוגע למתן חיסונים לתינוקותיהן;
2. לבחון איך אותן אימהות מארבע קבוצות אתנו-תרבותיות שונות נוהגות כאשר למתן חיסונים לתינוקותיהן;
3. לבחון את השפעתן של אמונות בריאות על מתן חיסונים;
4. לבחון את הקשר בין מתן חיסונים בפעם הראשונה למתן חיסונים בהמשך.

שיטה

בשנים 2010-2012 נערך בערים וביישובים בנגב מחקר חתך השוואתי בקהילה. נלקחה דגימת מכסות שכללה בסך הכול 400 אימהות: 100 אימהות יהודיות ילידות הארץ, 100 אימהות בדואיות ילידות הארץ, 100 אימהות עולות מאתיופיה ו-100 אימהות עולות מחבר העמים. הקריטריונים להשתתפות במחקר היו גיל האימהות (18-35), מספר הילדים (ילד אחד עד שניים) וגיל הילד הצעיר (18-24 חודשים). העולות הוגדרו לפי ארץ הלידה (אתיופיה וארצות חבר העמים לשעבר), והיו דוברות עברית.

איתרנו אזורים מגורים שבהם מתגוררות ארבע קבוצות האתנו-תרבותיות. באזור הנגב יש פערים בין שירותי הבריאות המניעתיים הניתנים לאוכלוסייה הבדואית המתגוררת בכפרים הלא מוכרים לבין אלה הניתנים למתגוררים ביישובי קבע מוכרים (משרד הבריאות, 2008; Gottlieb, Belmaker, Bilenko, & Davidovitch, 2010). בשל המורכבות באיסוף המידע מאימהות המתגוררות בכפרים הלא מוכרים בחרנו להתמקד במחקר זה באימהות המתגוררות ביישובים העירוניים רהט, לקיה, כסיפה ותל שבע. בחירה זו מקבלת משנה תוקף במחקרה של אחות בריאות הציבור אלפיומי-זיאדנה (2010), שבחנה ביקורים של

נשים בדואיות לאחר לידה שהגיעו לטיפות חלב ולמרפאות קופת חולים ביישובים עירוניים בנגב. אימהות מקהילת עולי אתיופיה גויסו משכונות ד', ו' וי"א בבאר שבע. בשכונות אלה מתגוררות משפחות רבות מהקהילה האתיופית (אתר עיריית באר שבע, 2011). עוד גויסו אימהות מהקהילה האתיופית, המתגוררות בערים אופקים ונתיבות. אימהות מחבר העמים גויסו משכונת נחל בקע, נחל עשן ונווה זאב בבאר שבע, שבהן מתגוררות משפחות של עולים (אתר עיריית באר שבע, 2011), ומהערים אופקים וירוחם. אימהות יהודיות ילידות הארץ אותרו בערים אופקים, נתיבות ובאר שבע.

הליך המחקר

בערים ובשכונות שנבחרו אותרו תחנות טיפת חלב. בשעות קבלת קהל בתחנות אלה פנו מראיינות באקראי לאימהות היוצאות מהתחנות ושאלו אם יסכימו להשתתף במחקר. כשהביעה האם נכונות, היא הוחתמה על טופס הסכמה מדעת להשתתף במחקר. עם כל אם נקבע מועד ריאיון בשעות ובזמנים הנוחים לה. האם רואיינה באמצעות הטלפון או פנים אל פנים לפי רצונה. ראינו 400 אימהות (100 אימהות מכל קבוצה).

השאלון תורגם לערבית בידי שני שופטים מומחים ותורגם שנית לעברית. אימהות בדואיות רואיינו בערבית בידי מראיינות דוברות ערבית. אימהות שעלו מחבר העמים או מאתיופיה שלטו היטב בשפה העברית ורואיינו בעברית.

המדגם

מלוח 1, משתנים דמוגרפיים-חברתיים של אימהות מארבע קבוצות אתנו-תרבותיות, של בני זוגן ושל התינוקות, עולה שאימהות מארבע הקבוצות האתנו-תרבותיות נבדלו בגילן באופן מובהק סטטיסטי. בהשוואה לאימהות משלוש הקבוצות האחרות האימהות הבדואיות הן הצעירות ביותר. רוב האימהות במדגם היו נשואות. עם זאת נמצאו בין הקבוצות הבדלים סטטיסטיים מובהקים: השיעור הגבוה ביותר של האימהות הנשואות נמצא בקרב ילידות הארץ. בקרב המהגרות, יוצאות חבר העמים ואתיופיה, 11% ו-12% (בהתאמה) מהאימהות הן חד הוריות. מבחינת רמת ההשכלה נמצאו בין הקבוצות האתנו-תרבותיות הבדלים סטטיסטיים מובהקים: רמת ההשכלה הגבוהה ביותר נמצאה בקרב ילידות הארץ היהודיות והעולות מחבר העמים. במישור התעסוקתי רוב ילידות הארץ היהודיות והעולות מחבר העמים עובדות מחוץ לבית ופחות ממחצית האימהות הבדואיות. ארבע קבוצות האימהות נבדלות באופן מובהק בהגדרת זיקתן הדתית: כך מגדירות את עצמן כחילוניות רוב האימהות מחבר העמים (78%), פחות ממחצית האימהות היהודיות ילידות הארץ, 14% מהאימהות העולות מאתיופיה ואחוז אחד בלבד

של אימהות בדואיות. גם במצבן הכלכלי של האימהות יש הבדלים סטטיסטיים: כשתי חמישיות מהעולות מאתיופיה מדווחות על מצב כלכלי מתחת לממוצע. שליש מהאימהות הבדואיות וכרבע מקרב העולות מחבר העמים ומקרב ילדות הארץ היהודיות מדווחות על מצב כלכלי דומה. רובן המוחלט של האימהות מכלל הקבוצות מתגוררות בערים.

לוח 1

משתנים דמוגרפיים-חברתיים של אימהות מארבע קבוצות אתנו-תרבותיות,

של בני זוגן ושל התינוקות

ממוצעים (סטיות תקן), מבחני שונות, אחוזים ומבחני חי בריבוע

	ילדות ארץ בדואיות	עולות מאתיופיה	עולות מחבר העמים	ילדות הארץ יהודיות	
F (3, 396) =27.33***	26.01 (4.20)	30.49 (3.96)	29.99 (4.28)	30.45 (3.70)	גיל האם
NS	(2.0) 21	(4.0) 20	(4.0) 20	(5.0) 20	גיל הפעוט (חודשים)
NS	46%	55%	47%	53%	מין הפעוט (בנות)
$\chi^2=21.30$ (df=3)*	96%	89%	88%	95%	מצב משפחתי (נשואות)
					השכלת האם
$\chi^2=75.96$ (df=2)***	63%	41%	23%	17%	יסודי
	13%	22%	30%	16%	מקצועי
	24%	37%	47%	67%	אקדמאי
					תעסוקת האם
$\chi^2=52.9$ (df=1)***	42%	67%	80%	84%	עובדת
	58%	33%	20%	16%	לא עובדת
					מידת דתיות
$\chi^2=36.82$ (df=2)***	50%	29%	3%	24%	דתיה
	49%	57%	19%	34%	מסורחית
	1%	14%	78%	42%	חילונית
					מצב כלכלי
$\chi^2=14.8$ (df=2)*	22.0%	11.1%	29.6%	20.4%	מעל לממוצע
	43.0%	48.5%	43.9%	56.1%	ממוצע
	35%	40.4%	26.5%	23.5%	מתחת לממוצע

p≤0.05 *

p≤0.01 **

p≤0.001 ***

כלי המחקר

הנתונים נאספו באמצעות ארבעה שאלונים למילוי עצמי וכרטיס חיסונים של הפעוט שהיה ברשות האם (אם מילוי השאלון נעשה באמצעות שיחת טלפון, מסרה האם נתונים על החיסונים מתוך כרטיס טיפת החלב של ילדה):

1. שאלון אמונות בריאות בנוגע למתן חיסונים: שאלון זה פותח בידי נקסה ועמיתיו (Nexø et al., 1999). במחקר הנוכחי תורגם שאלון זה מאנגלית לעברית, ולאחר מכן תורגם בידי שני שופטים מומחים מעברית לערבית ותורגם שוב לאנגלית. לאחר מכן נערכו התאמות. בשלב השני ניתן השאלון לארבע אחיות טיפת חלב ולארבעה רופאי ילדים, לשם תיקוף תוכן מומחים. בעקבות המלצותיהם ערכנו בו שינויים: לאור ביטול ההשתתפות העצמית בהוראת משרד הבריאות משנת 2010, השמטנו שאלות הנוגעות לעלות ההשתתפות בחיסונים (חורב וקידר, 2010).

השאלון כולל חמישה מרכיבים:

א. רגישות נתפסת – התפיסה הסובייקטיבית של האם כלפי הסיכון של תינוקה לחלות – נבדקה באמצעות ארבעה היגדים, כמו "לתינוקי יש יותר סיכון לחלות במחלות", "תינוקי רגיש יותר למחלות מאשר תינוקות אחרים". כל היגד דורג על פני סולם ליקרט בן חמש דרגות (1 = לא מסכימה כלל, 5 = מסכימה בהחלט). טווח התשובות היה 4-20. ערך גבוה מצביע על רמת רגישות גבוהה יותר כלפי החיסונים. העקבות הפנימית (0.77) נמדדה באמצעות אלפא של קרונבך.

ב. חומרת המצב הבריאותי נבדקה באמצעות חמישה היגדים בדבר מתן חיסונים, כמו "החיסונים יכולים לגרם לבעיות בריאות קשות", "אני חוששת שהחיסונים יגרמו לתינוקי לחלות". כל היגד ניתן דורג על פני סולם ליקרט בן חמש דרגות (1 = לא מסכימה כלל, 5 = מסכימה בהחלט). טווח התשובות היה 5-25. ערך גבוה מצביע על רמת חומרה גבוהה יותר. העקבות הפנימית (0.79) נמדדה באמצעות אלפא של קרונבך.

ג. האמונות בדבר יעילותן של דרכי ההתמודדות שהאם נוקטת, כדי להפחית את איום התחלואה על תינוקה בזכות מתן החיסונים, נבדקו באמצעות היגד אחד: "החיסונים המומלצים על ידי משרד בריאות יעילים כנגד המחלות שהם מיועדים להן." היגד זה דורג על פני סולם ליקרט בן חמש דרגות (1 = לא מסכימה כלל, 5 = מסכימה בהחלט).

ד. חסמים להתנהגות בריאות, הנובעים מאמונות באשר למחיר הפסיכולוגי, הרגשי, התרבותי, החברתי והכספי הכרוך מתן חיסונים, נבדקו באמצעות חמישה היגדים, כמו "לחיסונים יש תופעות לוואי לא נעימות", "אינני רוצה שתינוקי יחוסן", "באופן כללי אני מתנגדת לחיסונים". ההיגדים דורגו על פני סולם ליקרט בן חמש דרגות (1 = לא מסכימה

כלל, 5 = מסכימה בהחלט). טווח התשובות היה 5-25. ערך גבוה מצביע על רמת חסמים גבוהה יותר. העקיבות הפנימית (0.87) נמדדה באמצעות אלפא של קרונבך.

ה. רמזים סביבתיים (פרסום באמצעי התקשורת, ספרים וחברות) העשויים להניע את האם לנקוט פעולה ולחסן את תינוקה נבדקו באמצעות שישה היגדים, שבחנו את הערוצים שדרכם האם מעדיפה לקבל מידע על מתן חיסונים. האם התבקשה לסמן את ההיגדים הרלוונטיים מבחינתה.

2. התנהגות האם בנושא מתן חיסונים נבדקה באמצעות רישום החיסונים בכרטיס החיסונים של הפעוט. רישום החיסונים בכרטיס משקף את התנהלות האם בהקשר זה בשנתיים הראשונות לחיי הפעוט. הרישום נעשה בידי האחיות המחסנות במרפאה. בכרטיס החיסונים, הניתנים לפי הנחיות משרד הבריאות, נבדקו החיסונים האלה: חיסון נגד נגיף הפטטיס B (HBV); חיסון נגד נגיף הפוליו (IPV); חיסון נגד דיפתריה, טטנוס ושעלת (DTaP); חיסון נגד שפעת מסוג b (Hib); חיסון נגד חיידק הפנוימוקוק (PCV13); חיסון נגד חצבת, אדמת וחזרת (MMR); חיסון נגד נגיף הווריסלה, (VAR); חיסון נגד הפטטיס A (Hav). החיסון נגד נגיף הרוטה לא נכלל בניתוח שערכנו, משום שהוכנס למצבת החיסונים לאחר תחילת איסוף הנתונים למחקר הנוכחי.

בלוח 2 מוצגים החיסונים שהפעוט מקבל במהלך השנתיים הראשונות לחייו, כפי שמופיעים בכרטיס החיסונים שלו.

לוח 2

פירוט החיסונים הניתנים לתינוק במהלך השנתיים ראשונות לחייו

החיסונים המומלצים	
2XHBV ,IPV ,DTaP ,Hib ,PCV13	עד גיל חודשיים (שישה חיסונים)
IPV ,DTaP ,,Hib PCV13	ארבעה חודשים (ארבעה חיסונים)
HBV ,IPV ,DTaP ,Hib	שישה חודשים (ארבעה חיסונים)
IPV ,,DTaP Hib ,PCV13	12 חודשים (ארבעה חיסונים)
MMR ,Var , Hav	לאחר גיל שנה-עד שנתיים (שלושה חיסונים)

מפתח:
 HBV – חיסון נגד נגיף הפטטיס B;
 IPV – חיסון נגד נגיף הפוליו;
 DTaP – חיסון נגד דיפתריה, טטנוס ושעלת;
 Hib – חיסון נגד שפעת מסוג b;
 PCV13 – חיסון נגד חיידק הפנוימוקוק;
 MMR – חיסון נגד חצבת, אדמת וחזרת;
 VAR – חיסון נגד נגיף הווריסלה;
 Hav – חיסון נגד הפטטיס A.

3. זמינות טיפות החלב נבדקה באמצעות שאלה בדבר מספר ימי העבודה ושעות העבודה של המרפאה. המידע נמסר מהאימהות. יש לציין שכל המרפאות היו ממוקמות בשכונות המגורים של האימהות.

4. לבסוף הוצגו שאלות דמוגרפיות-חברתיות, ובהן המוצא האתנו-תרבותי של האם, גילה, מצבה המשפחתי, מצבה הכלכלי, השכלתה, מצבה התעסוקתי, השתייכותה הדתית, מידת דתיותה, גיל התינוק ומינו.

ניתוח הממצאים

חישבנו את זמינות המרפאות או טיפות החלב באמצעות הכפלת שעות העבודה בכל מרפאה במספר ימי העבודה.

משתנים דמוגרפיים רציפים, כמו גיל האם והפעוט, הושוו בין ארבע הקבוצות ונתחו באמצעות מבחני שונות (One way ANOVA). המשתנים הדמוגרפיים, הנומינליים והסודרים הושוו גם הם בין ארבע קבוצות האימהות באמצעות מבחני חי בריבוע.

אמונותיהן של האימהות מארבע הקבוצות בדבר חיסונים לפעוט נותחו באמצעות ממוצעים וסטיות תקן, מבחני One way ANOVA ומבחני Tukey HSD post hoc.

בהסתמך על המודל של אייזן ופישיבין (Ajzen & Fishbein, 1980), בחנו את שאלת החזרתיות בהתנהגות מתן חיסונים. התנהגות האימהות נבדקה באמצעות מדד חיסונים המבוסס על סכימת החיסונים המומלצים בכל נקודת זמן בידי משרד הבריאות (ראו לוח 2). כל חיסון שהאם התייצבה אליו קיבל את הערך 1. למשל: אם התייצבה האם ארבע פעמים, היא קיבלה את הערך 4. חושבו ממוצעים וסטיות התקן של החיסונים בכל נקודת זמן. בדקנו אם בנקודות הזמן השונות יש הבדלים בהתנהגות מתן חיסונים לפי המשתנה האתנו-תרבותי. בדקנו את הקשרים בין אמונות בריאות לבין מדדי החיסונים באמצעות מתאמי פירסון. בשלב האחרון, כדי לאתר גורמים המשפיעים על התנהגות מתן החיסונים וכדי לבחון את השפעת ההתנהגות המוקדמת של מתן חיסונים על ההתנהגות המאוחרת של מתן חיסונים, הכנסנו את כל המשתנים שנמצאו קשורים להתנהגות מתן חיסונים למודל רב משתני של משוואות מבניות (SEM). שימוש דומה במודל של משוואות מבניות נעשה במחקר קודם שבחן התנהגות חיסונים בקרב אימהות חרדיות (Simhi et al., 2013).

ממצאים

מבחינת זמינות המרפאות דיווחו 394 אימהות מתוך ה-400 שהשתתפו במחקר, שהמרפאות היו פתוחות חמישה ימים בשבוע. גם בדיווח על שעות העבודה השבועיות של המרפאות לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין קבוצות האימהות. כל קבוצה דיווחה על כ-25 שעות שבועיות שבהן היו המרפאות פתוחות ($F(3, 396) 0.41, NS$). בהמשך למטרת המחקר הראשונה מוצגת בלוח 3 להלן ההשוואה בין אמונות בריאות של האימהות מארבע הקבוצות באשר למתן חיסונים לפעוטות.

לוח 3

מרכיבי מודל אמונות בריאות של אימהות מארבע קבוצות אתנו-תרבותיות: חסמים נתפסים, יתרונות נתפסים, רגישות נתפסת וחומרת המצב הנתפסת ממוצעים, סטיות תקן, **One way ANOVA**, מבחן **Tukey HSD**

	ילידות הארץ בדואיות (4)	עולות מאתיופיה (3)	עולות מחבר העמים (2)	ילידות הארץ יהודיות (1)	
F=1.20 NS	8.64 (2.82)	9.16 (2.87)	8.91 (2.66)	9.41 (3.60)	חסמים
F=6.60 *** Tukey:1-4; 2-4	3.43 (1.27)	3.78 (1.11)	4.03 (0.92)	4.00 (1.0)	יתרונות
F=7.98 *** Tukey:1-4; 2-4;3-4	5.34 (1.72)	6.56 (2.49)	6.79 (2.28)	6.6 (2.40)	רגישות
F=1.82 NS	17.24 (3.75)	17.34 (3.67)	17.52 (3.01)	16.44 (3.63)	חומרה

p≤0.05 *

p≤0.01 **

p≤0.001 ***

לוח 3 מלמד שאין הבדלים מובהקים סטטיסטית בין קבוצות האימהות במרכיבי החסמים להתנהגות בריאות וחומרת המצב הבריאותי. הבדלים מובהקים סטטיסטית בין הקבוצות נמצאו בנושא יתרונות החיסונים, כפי שהוגדרו בשאלון: ממוצעי הערכים של האימהות הבדואיות הם הנמוכים ביותר בהשוואה לקבוצות אחרות. גם במרכיב הרגישות הנתפסת נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין הקבוצות, כשהממוצע בקרב האימהות הבדואיות הוא הנמוך ביותר.

לא נמצאו בין קבוצות האימהות הבדלים מובהקים סטטיסטית מבחינת הרמזים הסביבתיים (לא מופיע בלוח). האימהות בכל הקבוצות (75% אימהות ילידות הארץ, 83% עולות מאתיופיה) דיווחו שהן מעדיפות לקבל מידע על החיסונים מרופא או מאחות במרפאה.

בהמשך למטרת המחקר השנייה מוצגים בלוח 4 להלן ערכי מדד החיסונים, המבטא את התנהגות האימהות בנושא מתן החיסונים בנקודות הזמן השונות. הסבר מפורט לחישוב ערכי מדד החיסונים מופיע בפרק ניתוח הממצאים לעיל.

לוח 4

השוואת התנהגות מתן חיסונים של האימהות מארבע הקבוצות האתנו-תרבותיות (ממוצעים, סטיות תקן, One way ANOVA, מבחן Tukey HSD)

F(3, 396)	ילידות הארץ בדואיות (4)	עולות מאתיופיה (3)	עולות מחבר העמים (2)	ילידות הארץ יהודיות (1)	מדדי חיסונים
F=1.23 NS	3.49 (1.38)	3.72 (1.75)	3.54 (1.99)	3.91 (1.68)	עד גיל חודשיים
F=3.16* Tukey:2-4; 3-4	3.33 (1.02)	2.75 (1.65)	2.73 (1.70)	3.00 (1.51)	גיל ארבעה חודשים
F=5.39*** Tukey:1-4; 2-4; 3-4	3.48 (0.93)	2.84 (1.60)	2.70 (1.70)	2.86 (1.60)	גיל שישה חודשים
F=5.58*** Tukey:2-4; 3-4	3.09 (1.26)	2.40 (1.71)	2.25 (1.81)	2.79 (1.61)	גיל שנה
F=2.95* Tukey:2-4; 3-4	2.39 (0.88)	1.97 (1.16)	2.01 (1.23)	2.15 (1.09)	גיל שנה עד שנתיים

p≤0.05 *

p≤0.01 **

p≤0.001 ***

מלוח 4 עולה שלמעט מתן החיסונים בנקודת הזמן המוקדמת, עד גיל חודשיים, האימהות מארבע הקבוצות נבדלות באופן מובהק סטטיסטי בהתנהלותן בנוגע למתן חיסונים בכל נקודות הזמן שמשרד הבריאות ממליץ עליהן. בכל נקודות הזמן של מתן החיסונים לאחר גיל חודשיים ממוצע מדד החיסונים של האימהות הבדואיות הוא הגבוה ביותר, וממוצעי מדדי החיסונים של אימהות עולות (מחבר העמים ומאתיופיה) נמוכים.

כדי לענות על מטרת המחקר השלישית, בדקנו באמצעות מתאמי פירסון את הקשרים בין אמונות בריאות של אימהות לבין התנהגותן במתן החיסונים. קשרים שליליים, נמוכים ומובהקים סטטיסטית נמצאו בין התנהגות מתן חיסונים לאחר גיל שנה עד שנתיים לבין חסמים ($r = -.13, p \leq 0.05$) ולבין רגישות נתפסת ($r = -.12, p \leq 0.05$).

בהתאם למטרת המחקר הרביעית בחנו את הקשר בין התנהגות מוקדמת של מתן חיסונים להתנהגות מאוחרת של מתן חיסונים. כדי לגלות אם התנהגות מתן חיסונים לאחר גיל חודשיים קשורה עם התנהגות מתן חיסונים עד גיל חודשיים, בדקנו את הקשרים בין מדדי החיסונים השונים באמצעות מתאמי פירסון. מהממצאים עולה שהתנהגות מתן חיסונים בגיל חודשיים קשורה באופן חיובי ומובהק סטטיסטית עם התנהגות מתן החיסונים בגיל ארבעה חודשים ($r = .77, p \leq 0.001$), בגיל שישה חודשים ($r = .71, p \leq 0.001$) ובגיל שנה ($r = .54, p \leq 0.001$) ועם התנהגות מתן החיסונים לאחר גיל שנה עד שנתיים ($r = .41, p \leq 0.001$).

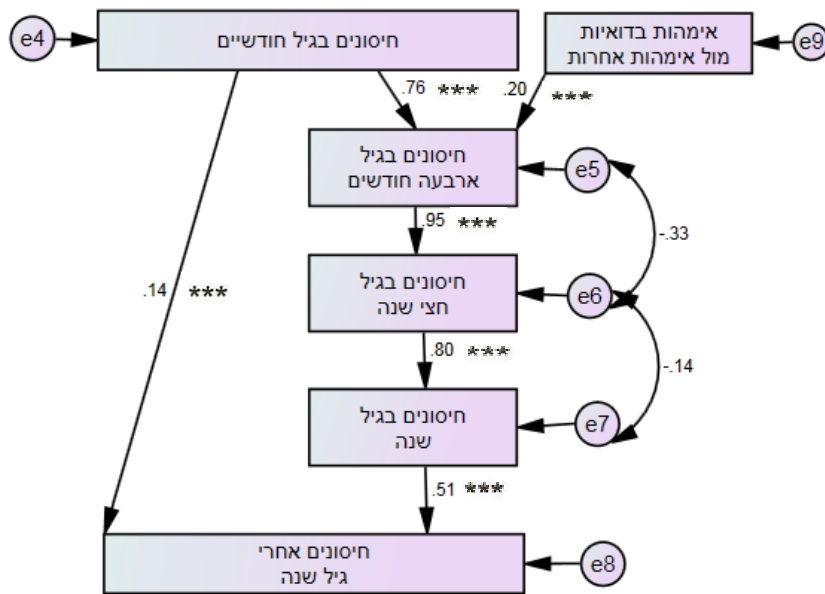
התנהגות מתן חיסונים בגיל ארבעה חודשים קשורה באופן חיובי ומובהק סטטיסטית עם התנהגות מתן חיסונים בגיל שישה חודשים ($r = .82, p \leq 0.001$) ובגיל שנה ($r = .67, p \leq 0.001$) ועם התנהגות מתן חיסונים לאחר גיל שנה עד שנתיים ($r = .44, p \leq 0.001$).

התנהגות מתן חיסונים בגיל שישה חודשים קשורה באופן חיובי ומובהק סטטיסטית עם התנהגות מתן חיסונים בגיל שנה ($r = .74, p \leq 0.001$) ועם התנהגות מתן חיסונים לאחר גיל שנה עד שנתיים ($r = .46, p \leq 0.001$).

התנהגות מתן חיסונים בגיל שנה קשורה באופן מובהק סטטיסטית עם התנהגות מתן חיסונים לאחר גיל שנה עד שנתיים ($r = .61, p \leq 0.001$).

לסיכום, נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית באמונות הבריאות ובהתנהגות מתן החיסונים של אימהות לפי השתייכותן האתנו-תרבותית. התנהגות מתן החיסונים בנקודת זמן מסוימת אף היא נמצאה קשורה באופן מובהק סטטיסטית עם התנהגות מתן חיסונים בשלב מאוחר יותר. כל המשתנים הללו הוכנסו למודל של משוואות מבניות (SEM) (ראו תרשים 1 להלן). ניתוח זה תורם למטרת המחקר הרביעית – בחינת הקשר בין התנהגות מוקדמת של מתן חיסונים להתנהגות מאוחרת של מתן חיסונים.

תרשים 1
 מודל התנהגות מתן חיסונים של אימהות
 במהלך השנתיים הראשונות לחיי התינוק
 מודל מתן חיסונים



Chi = 11.434 df = 7 p = .121
 RMSEA = .040 NFI = .992

p<0.001 ***

המודל המופיע בתרשים 1 לא נמצא שונה במובהקות הסטטיסטית שלו מהמודל האופטימלי ($\chi^2=11.434$ p=0.121). כלומר: המודל הנוכחי תואם את המודל האופטימלי. טיב ההתאמה של מודל זה גבוה (NFI = 0.992). ניתן לראות שהמשתנה האתנו-תרבותי מנבא את דפוס מתן החיסונים רק בגיל ארבעה חודשים (b=0.20, p<0.001), כשהאימהות הבדואיות נבדלות מהקבוצות האתניות האחרות בשיעור היענותן הגבוה להנחיות משרד הבריאות בדבר מתן חיסונים. מהמודל עולה שהתנהגות

מתן החיסונים בגיל חודשיים ניבאה את התנהגות מתן החיסונים בגיל ארבעה חודשים, אותה התנהגות בגיל ארבעה חודשים ניבאה את התנהגות מתן החיסונים בגיל שישה חודשים וכן הלאה; זו של גיל שישה חודשים ניבאה את ההתנהגות בגיל שנה, וזו של גיל שנה ניבאה את התנהגות מתן החיסונים אחרי גיל שנה עד שנתיים ($b=0.76$, $b=0.95$, $b=0.80$, $b=0.51$; $p<0.001$ בהתאמה). כלומר: שלב מוקדם של מתן חיסונים ניבא את השלב הבא אחריו. זאת ועוד, התנהגות מתן החיסונים בגיל חודשיים מאפשרת לנבא את התנהגות מתן החיסונים לאחר גיל שנה ($b=0.14$ $p<0.001$).

דיון

במחקר הנוכחי בדקנו אמונות והתנהגויות של אימהות מרקע אתנו-תרבותי שונה בנושא מתן חיסונים לפעוטות.

במחקר השתתפו 400 אימהות לפעוטות עד גיל שנתיים, המתגוררות באזור הנגב, ונמנות עם ארבע קבוצות אתנו-תרבותיות שונות: אימהות ילידות הארץ יהודיות, אימהות ילידות הארץ בדואיות, אימהות עולות מחבר העמים ואימהות עולות מאתיופיה. ניתוח המדגם הראה הבדלים מובהקים סטטיסטית בין גילאי האימהות מארבע הקבוצות. האימהות הבדואיות היו הצעירות ביותר. ממצאים אלה תואמים ממצאי מחקרים קודמים ולפיהם נשים בקהילה הבדואית נישאות והופכות אימהות בגיל צעיר (Mass & Al Krenawi, 1994; Pessate-Schubert, 2005). רוב האימהות שהשתתפו במחקר היו נשואות. עם זאת נמצאו בין קבוצות האימהות הבדלים מובהקים סטטיסטית בהקשר זה: בקרב אימהות עולות, יוצאות חבר העמים ואתיופיה, נמצא שיעור גבוה של אימהות חד הוריות. ממצא זה תואם ממצאי מחקרים קודמים ולפיהם בקרב אוכלוסיית המהגרים שיעור המשפחות החד הוריות גבוה מזה שבקרב ילידי הארץ (Offer, 2004; Soskolne, 2001).

הבדלים מובהקים סטטיסטית בין הקבוצות נמצאו גם ברמת ההשכלה של האימהות. רמת ההשכלה הגבוהה ביותר נמצאה בקרב ילידות הארץ היהודיות והעולות מחבר העמים. גם מצבן הכלכלי של האימהות מארבע הקבוצות חשף הבדלים מובהקים סטטיסטית: רק כרבע מילידות הארץ היהודיות והעולות מחבר העמים דיווחו על מצב כלכלי מתחת לממוצע, לעומת כשליש מהאימהות הבדואיות וכ-40% מקרב העולות מאתיופיה. ממצאים אלה נמצאים בהלימה עם ממצאי מחקרים קודמים. כך לדוגמה הראו מחקריה של עופר, שנערכו בקרב מספר קבוצות אתנו-תרבותיות בישראל, שהמצב הכלכלי-

החברתי של העולים מאתיופיה הוא הקשה ביותר בהשוואה לקבוצות אחרות (Offer, 2004, 2007).

בנושא אמונות בריאות לא הצביעו ממצאי המחקר הנוכחי על הבדלים מובהקים סטטיסטית בין קבוצות האימהות במרכיבי החסמים הנתפסים והחומרה הנתפסת. כלומר: אין בין קבוצות האימהות הבדלי אמונות באשר למחיר הפסיכולוגי, הרגשי, התרבותי, החברתי והכספי הכרוך במתן חיסונים. בנושא יתרונות החיסונים נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות: ממוצעי הערכים של האימהות הבדואיות הם הנמוכים ביותר בהשוואה לקבוצות אחרות. כלומר: האימהות הבדואיות סבורות שלחיסונים יתרון נמוך. במרכיב הרגישות הנתפסת – התפיסה הסובייקטיבית של האם את הסיכון של תינוקה לחלות – ממוצע הדירוג של האימהות הבדואיות נמוך באופן מובהק בהשוואה לממוצע הדירוג של האימהות מהקבוצות האתנו-תרבותיות האחרות. קבוצת האימהות הבדואיות במחקר זה היתה הצעירה ביותר. ייתכן שיש קשר בין גילן הצעיר לאמונות בריאות מגובשות פחות. ממצאי מחקר קודם הראו שעם העלייה בגיל, נרכשים ידע ותוכן התורמים ליכולתו של האדם לעצב אמונות, כולל אמונות בריאות (Diehl & Wahl, 2010).

באשר להתנהגות מתן חיסונים לפעוטות נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין האימהות מארבע הקבוצות. נמצא שמהחודש הרביעי ואילך, בכל נקודות הזמן המומלצות בידי משרד הבריאות, אימהות בדואיות מחסנות את ילדיהן יותר מאשר האימהות משלוש הקבוצות האחרות. הסבר אפשרי לממצאים אלה הוא ההערכה הרבה שאימהות מוסלמיות רוחשות כלפי רופאים ואנשי מקצועות הבריאות (רוזן, אלרועי וניראל, 2007), הנתפסים בחברה הבדואית כגורמי סמכות מקצועית (רוזן, אלרועי וניראל, 2007; Haj-Yahia, 2002). עם זאת חשוב לציין את אי ההלימה בין האמונה הרופפת של האימהות הבדואיות ביתרונות החיסונים לבין מתן החיסונים בפועל הרווח מאוד בקבוצה זו.

הסבר אפשרי לאי הלימה זו בין אמונתן לבין התנהגות מתן החיסונים שלהן עשוי להיות מעמד האישה בחברה הבדואית המסורתית, שבה האישה מצויה תחת סמכות הוריה ובעלה. ממצאי מחקר קודם הראו שאף שתפקידי האם המסורתיים הם לגדל את הילדים ולדאוג לרווחתם, הרי הבעל הוא המחליט בנושאי בריאות, ומתן חיסונים נכלל בהם (Glatman-Freedman & Nichols, 2012).

עוד נמצא במחקרנו שאימהות עולות מחבר העמים ומאתיופיה מחסנות פחות בהשוואה לילידות הארץ, אימהות בדואיות ויהודיות. הסבר אפשרי לכך הוא שאימהות עולות מצויות בתהליך הסתגלות לתרבות חדשה. בתהליך זה משתנות חלק מהנורמות וההתנהגויות שנלמדו בארץ המוצא, בעוד שאחרות נשמרות (רואר-סטריאר, 1996; שרגה ושריד, 2010). ממצא זה מקבל ממצא זה מקבל משנה תוקף ממחקרים קודמים שבהם

נמצא שהורים מהגרים נוטים לחסן את ילדיהם פחות מהורים ילידי המקום (Glatman-) ומחבר העמים מבטאות דפוס דומה של התנהגות מתן חיסונים, ההסברים לדפוס התנהגות זה שונים לדעתנו. אימהות עולות מחבר העמים מגיעות מחברה שבה מערכת בריאות סמכותית ומתן החיסונים לתינוק נשמר בקפידה בידי הממסד הרפואי. ייתכן שעם הגיען לישראל, לחברה שבה החלטות בנושא בריאות התינוק נתונות בידי המשפחה, ללא כפייה מוסדית, אימהות עולות מחבר העמים מבטאות התנהגות אינדיבידואליסטית, כולל החלטה בדבר מתן חיסונים לתינוקן או הימנעות מכך (ברגר, 1999; Belousova, 2011). ההיענות הנמוכה יחסית של אימהות מהקהילה האתיופית למתן חיסונים, שנמצאה במחקרנו, הולמת ממצאי מחקרים קודמים שנערכו בקרב מהגרים מאפריקה החיים במדינות מערביות. כך, למשל, הראו ממצאי מחקר שנערך באוסטרליה בקרב קבוצות מהגרים מאפריקה, וביניהם מהגרים מאתיופיה, שידע מועט בתחום החינוך לבריאות ומודעות נמוכה באשר להקפדה על משטר חיסונים היו בין הגורמים שהסבירו את שיעור ההתחסנות הדל בקרב ילדי מהגרים מאפריקה (Paxton, et al., 2011). אין זה מן הנמנע שגורמים דומים מסבירים את ההיענות הנמוכה למתן חיסונים בקרב אימהות מהקהילה האתיופית שהשתתפו במחקרנו.

ממצא אחר שעלה במחקר מלמד שהמשתנה האתנו-תרבותי משפיע ישירות על מתן החיסונים רק בחיסוני החודש הרביעי. מכאן ואילך ניתן לראות שהמשתנה העיקרי המשפיע על התנהגות מתן חיסונים בכל נקודות הזמן הבאות הוא התנהגות מתן החיסונים בשלב הקודם. כך, למשל, ניבאה התנהגות מתן חיסונים בגיל ארבעה חודשים התנהגות מתן חיסונים בגיל שישה חודשים, והתנהגות מתן החיסונים בגיל חצי שנה ניבאה את התנהגות מתן החיסונים בגיל שנה. במלים אחרות: התנהגות מתן החיסונים בשלב נתון הושפעה מהתנהגות מתן החיסונים לפני כן. תיאוריית ההתנהגות המתוכננת שהציעו אייזן ופישביין עשויה להסביר את דפוס התנהגות מתן החיסונים (Ajzen, 1991. Ajzen & Fishbein, 1980). בהמשך להנחות התיאורטיות של אייזן ופישביין נמצא שהתנהגות בריאות ראשונית מושפעת ממשתנים דמוגרפיים וחברתיים כמו מוצא אתנו-תרבותי. אולם לאורך זמן התנהגויות בריאות חוזרות על עצמן, מתייצבות והופכות לדפוס העיקרי המנבא התנהגות בריאות (Aarts et al., 1997).

מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי מספר מגבלות שיש לתת עליהן את הדעת:

1. האימהות המשתתפות גויסו מדרום הארץ בלבד, ולכן ייתכנו הבדלים באמונות ובהתנהגויות של אימהות המתגוררות שלא באזורי פריפריה. אזור הנגב מתאפיין

באוכלוסייה מרקע חברתי-כלכלי נמוך בהשוואה למרכז הארץ (Chernichovsky, 2010). ייתכן שגורם זה וגורמים אחרים עשויים להשפיע, הן על עיצוב אמונות בריאות והן על התנהגות בריאות. יש מקום לערוך עוד מחקרים ולהשוות אמונות והתנהגויות בריאות הנוגעות למתן חיסונים של אימהות המתגוררות באזורים שונים בארץ.

2. האימהות הבדואיות גויסו מערים ולא מכפרים בלתי מוכרים. ייתכן שאימהות בכפרים הלא מוכרים מחזיקות אמונות בריאות אחרות והתנהגות שונה בנוגע למתן חיסונים לפעוטות. על כן יש מקום למחקרי המשך בנושא השוואת התנהגות מתן חיסונים של האימהות הבדואיות באותם כפרים להתנהגות מתן החיסונים של האימהות הבדואיות המתגוררות באזורים עירוניים.

3. לעתים הרישום בפנקס החיסונים של התינוק עלול להטעות, כי ייתכן שחיסון מסוים ניתן לא במועדו. במחקרי המשך ניתן לבחון כרטיסי חיסון של ילדים שגילם שלוש ומעלה, וסביר להניח שניתנו להם כל החיסונים, גם אם לא במועדם.

4. כלי המחקר בחן אמונות בריאות הנגזרות ממודל אחד, מודל אמונות בריאות. במחקרי המשך מן הראוי לכלול משתני אמונות בריאות הנגזרים גם ממודלים אחרים. כמו כן ניתן להרחיב את מגוון המשתנים החברתיים-הדמוגרפיים ולכלול במדגם גם את בני הזוג. זאת כדי לבחון את אמונותיהם של בני הזוג ואת השפעתן על קבלת ההחלטה לתת חיסונים בכל אחת מהקבוצות האתנו-תרבותיות שבדקנו.

במחקרי המשך מן הראוי לכלול משתני אמונות בריאות הנגזרים ממודלים אחרים. כמו כן ניתן להרחיב את מגוון המשתנים החברתיים-הדמוגרפיים ולכלול במדגם גם את בני הזוג, כדי לבחון את אמונותיהם ואת השפעתן על קבלת החלטות בדבר מתן חיסונים בכל אחת מהקבוצות האתנו-תרבותיות שבדקנו.

השלכות למדיניות והמלצות למקבל ההחלטות

לאור חשיבותם של החיסונים במניעת מחלות זיהומיות ולאור תרומתם להפחתה של תמותת תינוקות והתפשטות מגפות, חשוב לבחון אמונות של אימהות כלפי מתן חיסונים לתינוקות ואת התנהגויותיהן בהקשר זה. ממצאי המחקר הנוכחי מלמדים, שהתנהגות מתן חיסונים של אימהות מתעצבת כבר בשלבים מוקדמים לחיי התינוק. על כן חשוב לפתח תוכניות הסברה המספקות ידע על חשיבותם של חיסונים כבר בעת ההיריון או מיד לאחר הלידה.

זאת ועוד, הבנת אמונות והתנהגויות בריאות, הנוגעות למתן חיסונים לפעוטות, בהקשר אתנו-תרבותי עשויה לסייע לאנשי מערכת הבריאות להציע שירות רגיש תרבות, המבוסס

על ידע, על מודעות ועל מיומנויות תרבותיות (Campinha-Bacote, 2002). למשל: מומלץ לבנות למען אימהות עולות, הנוטות פחות לחסן את ילדיהן, תוכניות התערבות המדגישות את חשיבותם של חיסונים. במקביל יש להכין את הצוותים במרפאות לעבודה עם אוכלוסיות אלה, ובהמשך לבצע הערכת התערבויות שמטרתה להגביר מתן חיסונים בקרב אוכלוסיות של עולים.

מקורות

אלפיומי-זיאדנה, ס' (2010). הקשר בין מאפיינים משפחתיים וסוציו-דמוגרפיים לבין דיכאון לאחר לידה בקרב נשים בדואיות בנגב. חיבור לשם קבל תואר מוסמך בכריאות הציבור. באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

אתר עיריית באר שבע, משאבי הקהילה, אוחזר באוגוסט 2011, <http://www.kehila.beersheva.biz/>

ברגר, ר' (1999). עולים מחבר העמים: אפיונים, צרכים ועקרונות התערבות. בתוך ק' רבין (עורכת), להיות שונה בישראל (עמ' 97-121). תל אביב: רמות, אוניברסיטת תל אביב.

דאוד, נ', שהם-ורדי, א' ובלמקר, א' (2007). גורמים תרבותיים, מצב חברתי-כלכלי ואמונות בריאות כגורמים מעצבים את דפוסי הטיפול בתינוק ושימוש בשירותי בריאות בקרב אימהות בדויות בנגב: דוח מסכם. תל השומר: המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות.

הורנשטיין, ש' ואלמוג, ע' (2006). שיקוף מצבה של קהילת יוצאי אתיופיה בישראל. חיפה: מוסד שמואל נאמן למחקר מדיניות לאומית. אוחזר מאתר אנשים, ישראל: המדריך לחברה ישראלית

www.peopleil.org

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2014). שנתון סטטיסטי לישראל, 65. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

חורב, ט' וקידר, נ' (2010). אור וצל בהתפתחותו ויישומו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי. ירושלים: משרד הבריאות, פרסומי האגף לכלכלה וביטוח בריאות.

לשם, א' ורואר-סטריאר, ד' (2003). שונות תרבותית כאתגר לשירותי אנוש. ירושלים: הוצאת מאגנס, האוניברסיטה העברית.

משרד הבריאות. (2004). נוהל לטיפול מונע בתינוק ובפעוט בתחנות טיפת חלב, שירותי בריאות הציבור המחלקה לאם, לילד ולמתבגר, 3.

משרד הבריאות (2008). מצב הבריאות של תינוקות וילדים בדואים עד גיל 6 שנים ביישובי קבע ובכפרים הבלתי מוכרים בנגב. מחוז דרום המרכז הלאומי לבקרת מחלות, 314.

משרד הבריאות. (2010). חיסונים בגיל הילדות. ירושלים: שירות הבריאות הציבורי. אוחזר מ-

<http://www.old.health.gov.il/download/pages/alonhisunim260709.pdf>

פלטי, ח' (2006). רפואה מונעת לנשים הרות ולילדים על פרשת דרכים. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

קוך-דוידוביץ, פ' (2011). נתונים דמוגרפיים על האוכלוסייה בישראל: סקירת מחקרים. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.

רואר-סטריאר, ד' (1996). סגנונות הורות של מהגרים והצעות להתערבות מונעת ולטיפול משפחתי. חברה ורווחה, 16 (4), 481-467.

רוזן, ב', אלרועי, א' ונירל, י' (2007). ממצאים עיקריים מסקר אימהות ארצי בנושא שירותי מניעה לילדים במסגרת טיפת חלב. ירושלים: מכון ברוקדייל, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות.

שרגה, י' (2008). עבודה טיפולית עם ילדים עולים ומשפחותיהם: מרכיבי התערבות. בתוך ג' וייל (עורך), פסיכולוגיה חינוכית בחברה רב-תרבותית (עמ' 149-163). ירושלים: משרד החינוך.

שרגה, י' ושריד, א' (2010). תפיסות ועמדות של אימהות עולות ואימהות ילידות הארץ כלפי בריאותו הפיסית של התינוק ודרכי הטיפול בו. בתוך א' שריד, ד' סגל-אנגלצ'ין וג' צוויקל (עורכות), פסיפס גופנפש: בריאות נשים בישראל (198-215). באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

Aarts, H., Paulussen, T., & Schaalma, H. (1997). Physical exercise habit: on the conceptualization and formation of habitual health behaviors. *Health Education Research*, 12 (3), 363-374.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Anand, S. & Bärnighausen, T. (2007). Health workers and vaccination coverage in developing countries: an econometric analysis. *The Lancet*, 369 (9569), 1277-1285.
- Belousova, M. (2011). The Russian diaspora in the US. *Russian Analytical Digest*, 107, 2-9.
- Bitton, M. S. & David, S. B. (2014). Intergenerational differences in parenting styles of mother-daughter dyads among immigrants and native born Israelis. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 0022022114542283.
- Bond, L., Nolan, T., Pattison, P., & Carlin, J. (1998). Vaccine preventable diseases and immunisations: A qualitative study of mothers? Perceptions of severity, susceptibility, benefits and barriers. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22 (4), 441-446.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13 (3), 181-184.
- Cassell, J. A., Leach, M., Fairhead, J. R., Small, M., & Mercer, C. H. (2006). The social shaping of childhood vaccination practice in rural and urban Gambia. *Health Policy & Planning*, 21 (5), 373-391.
- Chen, M. F., Wang, R. H., Schneider, J. K., Tsai, C. T., Jiang, D. D. S., Hung, M. N., & Lin, L. J. (2011). Using the health belief model to understand caregiver factors influencing childhood influenza vaccinations. *Journal of Community Health Nursing*, 28 (1), 29-40.
- Chernichovsky, D. (2010). *The healthcare system*. Policy paper 2010.08. Jerusalem, Israel: Taub Center for Social Policy Studies.
- Chu, S. Y., Barker, L. E., & Smith, P. J. (2004). Racial/ethnic disparities in preschool immunizations: United States, 1996-2001. *American Journal of Public Health*, 94 (6), 973.

- Colle, A. D. & Grossman, M. (1978). Determinants of pediatric care utilization. *The Journal of Human Resources*, XIII, 15-158.
- Diehl, M. K. & Wahl, H. W. (2010). Awareness of age-related change: Examination of a (mostly) unexplored concept. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65 (3), 340-350.
- Glatman-Freedman, A. & Nichols, K. (2012). The effect of social determinants on immunization programs. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 8 (3), 293-301.
- Gottlieb, N., Belmakerm I., Bilenko. N., & Davidovitch, N. (2010). Bedouin-Arab women's access to antenatal care at the interface of physical and structural barriers: A pilot study. *Global Public Health*, 2, 1-14.
- Gust, D. A., Strine, T. W., Maurice, E., Smith, P., Yusuf, H., Wilkinson, M., & Schwartz, B. (2004). Underimmunization among children: effects of vaccine safety concerns on immunization status. *Pediatrics*, 114 (1), e16-e22.
- Haj-Yahia, M. M. (2002). Beliefs of Jordanian women about wife-beating. *Psychology of Women Quarterly*, 26 (4), 282-291.
- Holland, R. W., Aarts, H., & Langendam, D. (2006). Breaking and creating habits on the working floor: A field-experiment on the power of implementation intentions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42 (6), 776-783.
- Hughart, N., Strobino, D., Holt, E., Guyer, B., Hou, W., Huq, A., & Ross, A. (1999). The relation of parent and provider characteristics to vaccination status of children in private practices and managed care organizations in Maryland. *Medical Care*, 37 (1), 44-55.
- Maayan-Metzger, A., Kedem-Friedrich, P., & Kuint, J. (2005). To vaccinate or not to vaccinate – that is the question: why are some mothers opposed to giving their infants hepatitis B vaccine? *Vaccine*, 23 (16), 1941-1948.

- Mass, M. & Al-Krenawi, A. (1994). When a man encounters a woman Satan is also present: Clinical relationships in Bedouin society. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 357-367.
- Montano, D. E. (1986). Predicting and understanding influenza vaccination behavior: Alternative to the Health Belief Model. *Medical Care*, 24, 438-445.
- Montano, D. E. & Taplin, S. H. (1991). A test of an expanded theory of reasoned action to predict mammography participation. *Social Science & Medicine*, 32 (6), 733-741.
- Mojoyinola, J. K., Olaleye, B. A., Olaleye, B. A., & Waite, G. (1987). Physical and psychological factors influencing maternal non-compliance with immunization schedule. *Continental Journal of Nursing Science*, 24, 197-208.
- Moore, P., Fenlon, N., & Hepworth, J. T. (1996). Indicators of differences in immunization rates of Mexican American and white non-Hispanic Infants in a medicaid managed care system. *Public Health Nursing*, 13 (1), 21-30.
- Nath, B., Singh, J. V., Awasthi, S., Bhushan, V., Kumar, V., & Singh, S. K. (2007). A study on determinants of immunization coverage among 12-23 months old children in urban slums of Lucknow district, India. *Indian Journal of Medical Sciences*, 61 (11), 598.
- Nexøe, J., Kragstrup, J., & Sjøgaard, J. (1999). Decision on influenza vaccination among the elderly: A questionnaire study based on the Health Belief Model and the Multidimensional Locus of Control Theory. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 17 (2), 105-110.
- Offer, S. (2004). The socio-economic integration of the Ethiopian community in Israel. *International Migration*, 42 (3), 29-55.
- Offer, S. (2007). The Ethiopian community in Israel: Segregation and the creation of a racial cleavage. *Ethnic & Racial Studies*, 30 (3), 461-480.

- Paxton, G. A., Rice, J., Davie, G., Carapetis, J. R., & Skull, S. A. (2011). East African immigrant children in Australia have poor immunisation coverage. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 47 (12), 888-892.
- Pessate-Schubert, A. (2005). Retelling her-story: to be a female Bedouin teacher differently. *Comparative Education*, 3, 247-266.
- PrabhuDas, M., Adkins, B., Gans, H., King, C., Levy, O., Ramilo, O., & Siegrist, C. A. (2011). Challenges in infant immunity: Implications for responses to infection and vaccines. *Nature Immunology*, 12 (3), 189-195.
- Rosenstock, I., Strecher, V., & Becker, M. (1994). The Health Belief Model and HIV risk behavior change. In R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 5-24). New York: Plenum Press.
- Sarid, O. & Shraga, Y. (2009). Perceptions and Attitudes towards infant's physical health and caring: Immigrants and native born mothers. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 55, 216-221.
- Shuaib, F., Kimbrough, D., Roofe, M., McGwin Jr, G., & Jolly, P. (2010). Factors associated with incomplete childhood immunization among residents of St. Mary parish of Jamaica. *The West Indian Medical Journal*, 59 (5), 549-554.
- Simhi, M., Shraga, Y., & Sarid, O. (2013). Vaccination of infants and health beliefs of ultra-orthodox mothers. *Journal of Vaccines & Vaccination*, 5 (213), 2-8.
- Soskolne, V. (2001) Single parenthood, occupational drift and psychological distress among immigrant women from the former Soviet Union in Israel. *Women & Health*, 33 (3-4), 75-93,
- Skull, S. A., Ngeow, J. Y., Hogg, G., & Biggs, B. A. (2008). Incomplete immunity and missed vaccination opportunities in East African immigrants settling in Australia. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10 (3), 263-268.

- Slonim-Nevo, V. & Sharaga, Y. (2000). Psychological and social adjustment of Russian-born and Israeli-born Jewish adolescents. *Child and Social Work Journal*, 17 (6), 455-475.
- Strobino, D., Keane, V., Holt, E., Hughart, N., & Guyer, B. (1996). Parental attitudes do not explain under immunization. *Pediatrics*, 98 (6), 1076-1083.
- Szilagyi, P. G., Schaffer, S., Shone, L., Barth, R., Humiston, S. G., Sandler, M., & Rodewald, L. E. (2002). Reducing geographic, racial, and ethnic disparities in childhood immunization rates by using reminder/recall interventions in urban primary care practices. *Pediatrics*, 110 (5), e58-e58.
- Velan, B., Boyko, V., Lerner-Geva, L., Ziv, A., Yagar, Y., & Kaplan, G. (2012). Individualism, acceptance and differentiation as attitude traits in the public's response to vaccination. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 8 (9), 1272-1282.
- Weinstein, D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, 12 (4), 324-333.