

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
הפקולטה למדעי הרוח והחברה
המחלקה לעבודה סוציאלית

**אמונות בריאות, כלפי שימוש בשרותי רפואה מונעת
מקובלים לתינוק בקרב נשים חרדיות.**

חיבור זה מהווה חלק מהדרישות לקבלת התואר "מוסמך למדעי הרוח והחברה" (M.A.)

מאת : מיטל סימחי
בהנחיית : דר' אורלי שריד

אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
הפקולטה למדעי הרוח והחברה
המחלקה לעבודה סוציאלית

**אמונות בריאות, כלפי שימוש בשרותי רפואה מונעת
מקובלים לתינוק בקרב נשים חרדיות.**

חיבור זה מהווה חלק מהדרישות לקבלת התואר "מוסמך למדעי הרוח והחברה" (M.A)

מאת: מיטל סימחי

בהנחיית: דר' אורלי שריד

חתימת הסטודנטית: _____ תאריך: _____
חתימת המנחה: _____ תאריך: _____
חתימת יו"ר הועדה המחלקתית: _____ תאריך: _____

טבת תשע"ג

הכרת תודה

תודה מיוחדת מעומק הלב נתונה לד"ר אורלי שריד, מנחת המחקר ומורת דרך.

תודה רבה על המומחיות, הליווי, התמיכה, ההכוונה והסבלנות.

תודה רבה לכל נשות הקשר המקסימות שהשקיעו מזמנן ומכוחן. בלעדיכן מחקר זה לא היה יוצא לפועל.

תודה לכל אותן האימהות היקרות שהשתתפו במחקר, שהסכימו להקדיש מזמנן, לשתף בחייהן ובאמונותיהן.

תודה מכל הלב למשפחתי: לאימי רחל, לאחותי פרח ולאחיי, ישראל, יוסי, חן ותומר, על התמיכה והאמונה התמידית.

ובאופן מיוחד ובאהבה רבה לאורן, בעלי היקר ולילדיי המתוקים, דביר- אליה, לביא ונהוראי, על השותפות, הסבלנות החום והאהבה שהענקתם לי לאורך כל הדרך.

עבודה זו מוקדשת לזכרו של אבי, אליהו אוסעדון, ז"ל.

תקציר

בישראל, פעוטות ותינוקות מצויים במעקב בריאותי מיום לידתם בדגש על התפתחותם וגדילתם במטרה לאתר בעיות בריאות למען טיפול או שיקום מוקדמים ככל האפשר. שרותי הרפואה המונעת ניתנים במסגרות טיפת חלב. תחום הרפואה המונעת עוסק בתחומים כמו מניעת מחלות באמצעות מתן חיסונים, גילוי המוקדם באמצעות מעקב התפתחותי ומתן ויטמינים וברזל. באמצעות המפגשים עם הפעוט ניתנת הדרכה ויעוץ הולמים לצורכי הילדים.

שירותי הרפואה המונעת, ניתנים עם דגש מועט יחסית נוכח הרקע התרבותי או הדתי השונה של הלקוחות. מחקרים קודמים הצביעו על השפעה של גורמים חברתיים ותרבותיים על עיצוב של אמונות והתנהגויות הקשורות בבריאות. המחקר הנוכחי ביקש לבדוק ממה מונעת התנהגות הבריאות של אימהות מהחברה החרדית.

במחקרים קודמים נמצא כי אוכלוסיית ההורים החרדיים שונה בצורה משמעותית משאר הקבוצות הדתיות. מדובר, באנשים צעירים שמצבם הכלכלי ירוד ושעורי העוני גבוהים. אוכלוסייה זו שומרת על סגנון חיים ייחודי. הדבר מתבטא בלבוש המייחד את חבריה, באופן ההתנהלות של החברה, של מוסדותיה, במערכת החינוך שלה ובתפיסתה את החיים היהודיים האידיאליים. אוכלוסייה זו נבדלת משאר הקבוצות באוכלוסייה הישראלית היהודית במאפיינים דמוגרפיים כגון גודל המשפחה ודפוסי פריון, בסגנון חיים ובהתנהגות בריאותית. מחקרים קודמים הצביעו על מאפיינים ייחודיים של אוכלוסייה זו בשימוש בשירותי הבריאות. לדוגמא, נשים חרדיות מדווחות יותר על הימצאות סוכרת, השמנה ואנמיה והן מאופיינות בשיעור נמוך יותר של ביצוע בדיקות ממוגרפיה ובדיקות מניעה אחרות בהשוואה לנשים אחרות. עם זאת מעיון בספרות המחקרית, עולה כי עד כה לא נערכו מחקרים בקרב החברה החרדית הבוחנים את אמונות האימהות והתנהגותן בפועל כלפי שימוש בשירותי רפואה מונעת לתינוק כמו עריכת בדיקות התפתחותיות מתן חיסונים ומתן ויטמינים וברזל.

המחקר הנוכחי הינו מחקר חלוץ המבקש לבדוק מהם הגורמים המשפיעים על התנהגות הבריאות של האימהות החרדיות כלפי שימוש בשירותי רפואה מונעת לתינוק, תוך התייחסות למשתנים דמוגרפיים, אמונות בריאות, תחושת לכידות ומוקדי שליטה. במחקר זה נעשה שימוש במודל אמונות בריאות (Health Belief Model). על פי מודל זה ניתן לבחון אמונות בריאות באמצעות

חמישה תחומים עיקריים: רגישות נתפסת, חומרת המצב הבריאותי, יתרונות, חסמים להתנהגות בריאות ורמזים סביבתיים. מטרת המחקר היו לבחון את הקשרים בין משתנים דמוגרפים של האם, אמונות בריאות, תחושת לכידות ומוקדי שליטה לבין התנהגויות בפועל כלפי שימוש בשרותי רפואה מונעת, לבחון את הקשרים בין אמונות בריאות של האימהות לבין מוקד שליטה ותחושת לכידות, לבחון את הקשרים בין משתנים דמוגרפים של האם והתינוק לבין אמונות בריאות, תחושת לכידות ומוקדי שליטה ולבחון את הקשרים בין המשתנים הדמוגרפיים של האם והתינוק ובין התנהגות בריאות באמצעות המשתנים המתווכים: אמונות בריאות, מוקד שליטה ותחושת הלכידות של האימהות.

מתכונתו של המחקר הינה מחקר חתך, בו השתתפו 85 אימהות חרדיות אשר מתגוררות בדרום הארץ ובמרכזה. גיוס הנחקרות נעשה באמצעות נשות מפתח מהקהילה החרדית. השאלונים הועברו לנחקרות באופן אישי על ידי החוקרת או על ידי נשות קשר מהקהילה החרדית. מחקרים נוספים שנערכו בקרב אוכלוסייה חרדית בישראל נעזרו באנשי המפתח, להם יש נגישות לאנשים נוספים מאותה קבוצה, הם מתבקשים למסור מידע על מכריהם ולהרחיב את המדגם. הנחקרות השיבו על שאלון למילוי עצמי, אשר כלל מספר שאלונים: שאלון אמונות בריאות, התנהגויות בריאות, שאלון מוקד שליטה, שאלון תחושת לכידות, שאלון אמונות דתיות, שאלון דמוגרפי.

מן המחקר עולים מספר ממצאים עיקריים; הממצא הראשון הינו כי המשתנים הסוציו-דמוגרפיים כגון: גיל האם, רמת השכלה ומוצא אתנו תרבותי לא נמצאו קשורים עם התנהגויות בריאות בתחום בדיקות התפתחות, מתן חיסונים, ומתן ויטמינים וברזל. הממצא השני, העולה ממחקר זה הינו כי תחושת לכידות קשורה בקשר הפוך למוקד שליטה הממוקד בגורל. כלומר ככל שתחושת הלכידות של הנבדקת גבוהה יותר, כך היא מאמינה פחות בגורל. הממצא השלישי, התומך בממצאים לעיל מצביע על כך כי קיימים הבדלים מובהקים סטטיסטית בין נשים בעלות רמות השכלה שונות בממוצעי הערכים של מוקד שליטה הממוקד בגורל ותחושת לכידות. נשים בעלות השכלה תיכונית ועל תיכונית האמינו בממוצע יותר בגורל, לעומת זאת נשים בעלות השכלה אקדמית נטו פחות להאמין בגורל והן בממוצע בעלות תחושת לכידות גבוהה יותר מאשר נשים בעלות השכלה תיכונית ועל תיכונית. ממצא רביעי, מצביע על חשיבותם של משאבים ואמונות בניבוי של התנהגויות בריאות בתחום בדיקות התפתחות, מתן חיסונים, ומתן ויטמינים וברזל עולה במחקר הנוכחי בהקשר לתחושת הלכידות של האימהות ובהקשר למוקד שליטה בגורל. ממצא זה מצביע על כך כי לא ניתן להתייחס להתנהגות בריאות כאל מקשה אחת וכי התנהגות

בריאות הינה שונה מתחום לתחום ומושפעת מגורמים שונים. גם בתוך אותו התחום נראה כי הגורמים לאותה התנהגות אינם אחידים. ניתן לראות כי בתחום מתן חיסונים מוקד השליטה בגורל ומוקד שליטה חיצוני גורמים לאם להקפיד יותר על התנהגות בריאות של מתן חיסונים ואילו בתחום בדיקות התפתחות ומתן ויטמינים וברזל האמונה בגורל, גרמו לאם להקפיד פחות על התנהגות בריאות בתחומים אלו. עוד עולה מהמחקר הנוכחי ומתווסף לממצאים ממחקרים קודמים הוא, כי ככל שגיל התינוק עולה ישנה ירידה בהקפדה על התנהגות בריאות של האם הקשורה במתן חיסונים לתינוק.

ברמה התאורטית, ממצאי המחקר הנוכחי תורמים לגיבוש גוף ידע על הקשר שבין אמונות בריאות של אימהות חרדיות לבין התנהגות בריאות בפועל. ברמה המעשית, ממצאי המחקר עשויים להגביר את המודעות בקרב הצוותים הרפואיים לחשיבות מתן שרות רגיש תרבות ודת. כמו כן ממצאי המחקר, עשויים לסייע בגיבוש תכניות שתקדמנה התנהגויות בריאות של אימהות חרדיות תוך שמירה על דפוסי טפול בתינוק המקובלים בחברה החרדית. שיפור השירותים יתבצע על ידי התכווננות לצרכיהם הייחודיים של הנשים החרדיות.

מחקרי המשך בקרב האוכלוסייה החרדית רצוי שיתמקדו באוכלוסיית האבות בקהילה החרדית, בחוגים שונים בקהילה החרדית ויבחנו את אמונות האימהות והתנהגותן בפועל כלפי שימוש בשירותי רפואה מונעת לתינוק במדגמים גדולים. כמו כן מחקרי המשך נדרשים לצורך הרחבת הידע על עמדות ושביעות רצון של אימהות חרדיות מהיחס ומהטיפול שניתן במסגרת טיפת חלב והרחבת הידע על השפעת הסמכות הרבנית בהקשר של שימוש בשירותי רפואה מונעת והתנהגות בריאות בקרב האוכלוסייה החרדית.

תוכן עניינים

רשימת לוחות

1. תקציר.....

1. מבוא.....

סקירת ספרות:

1. שירותי רפואה מונעת לתינוק.....4

1.1. בדיקות התפתחות.....5

1.2. מתן חיסונים.....6

1.3. מתן ויטמינים וברזל.....10

2. החברה החרדית

2.1. מאפיינים עיקריים של החברה החרדית.....12

2.2. זרמים בחברה החרדית.....13

2.3. האישה בחברה החרדית.....14

2.4. חברה חרדית ובריאות.....16

3. מודל אמונות בריאות.....18

4. מאפיינים דמוגרפיים, אמונות והתנהגות בריאות.....21

5. משאבי אישיות, אמונות והתנהגות בריאות

5.1. תחושת לכידות.....24

5.2. מוקד שליטה.....27

מטרות שאלות והשערות המחקר.....29

שיטה :

- 1.1 תיאור המדגם..... 31
- 1.2 הליך איסוף הנתונים..... 35
- 1.3 משתני המחקר..... 37
- 1.4 כלי המחקר..... 37
- 1.5 ניתוח הנתונים..... 41

תוצאות :

- 1.1 תיאור המשתנים המתווכים..... 42
- 1.2 תיאור משתני התנהגויות בריאות..... 49
- 1.3 קשרים בין משתני המחקר..... 55
- 1.4 מודל הרגרסיה..... 68

דיון :

1. קשרים בין משתנים דמוגרפים של האם והתינוק ובין המשתנים מוקד שליטה תחושת לכידות ואמונות בריאות של האם..... 71
2. קשרים בין אמונות בריאות ובין המשתנים מוקד שליטה ותחושת לכידות..... 77
3. קשרים בין משתנים דמוגרפים, אמונות בריאות, תחושת לכידות, מוקד שליטה ובין התנהגות בריאות..... 79
- מגבלות המחקר..... 86
- סיכום ומסקנות..... 88
- רשימת מקורות..... 92
- נספחים : נספח א' - טופס הסכמה מדעת ושאלון המחקר..... 110

רשימת לוחות

- לוח 1: מאפיינים דמוגרפיים של משתתפות המחקר (מספרים ואחוזים).....31
- לוח 1.1: משתנה דתיות של הנבדקות (מספרים ואחוזים).....32
- לוח 2: מאפיינים דמוגרפיים של האבות (מספרים ואחוזים).....34
- לוח 3: מאפיינים דמוגרפיים של התינוק (מספרים ואחוזים).....34
- לוח 4: משתני מוקד שליטה ותחושת לכידות של הנבדקות (ממוצעים וסטיות תקן).....42
- לוחות 5-7: אמונות בריאות של האימהות בתחום בדיקות התפתחות, מתן חיסונים ומתן ויטמינים וברזל.....43
- לוח 8: התנהגות בריאות בתחום בדיקות התפתחות, מתן חיסונים ומתן ויטמינים וברזל.....49
- לוח 9: התנהגות בריאות של הנבדקות (מספרים ואחוזים).....52
- לוח 10: תוצאות מבחן t בו המשתנה הבלתי תלוי הינו מוצא אתני והמשתנה התלוי הינו אמונות בריאות.....56
- לוח 11: ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוחי שונות של אמונות בריאות על פי רמת ההשכלה של האם.....58
- לוח 12: תוצאות מבחן t בו המשתנה הבלתי תלוי הינו מוצא אתני והמשתנה התלוי הינו מוקד שליטה ותחושת לכידות של הנבדקות.....60
- לוח 13: ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוחי שונות של מוקד שליטה ותחושת לכידות של הנבדקות על פי רמת ההשכלה של האם.....61
- לוח 14: מתאמי פירסון בין אמונות בריאות ובין מוקד שליטה ותחושת לכידות של הנבדקות.....62
- לוח 15: מתאמי פירסון בין אמונות בריאות, מוקד שליטה ותחושת לכידות של הנבדקות ובין התנהגות בריאות בתחום בדיקות התפתחות.....64
- לוח 15.1: ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוחי שונות בתחום מתן חיסונים על פי מוקד שליטה, תחושת לכידות ואמונות בריאות של הנבדקות.....66
- לוח 16: מקדמי הרגרסיה לניבוי התנהגות בריאות בתחום בדיקות התפתחות על פי גיל האם, מוצא אתני תרבותי, יתרונות נתפסים, רגישות נתפסת, חסמים, לכידות ומוקד שליטה ממוקד בגורל.....68
- לוח 17: מקדמי הרגרסיה לניבוי התנהגות בריאות בתחום מתן חיסונים על פי גיל האם, מוצא אתני תרבותי, רגישות נתפסת, חומרת המצב הבריאותי ומוקד שליטה ממוקד בגורל.....69
- לוח 18: מקדמי הרגרסיה לניבוי התנהגות בריאות בתחום מתן ויטמינים וברזל על פי רגישות נתפסת, תחושת לכידות ומוקד שליטה בגורל.....70

מבוא

אוכלוסיית הפעוטות בני 0-4 שנים מהווה כ-10% מאוכלוסיית ישראל (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2007). בשנים 2007-2009 נמצאה רמת פריון גבוהה במיוחד באוכלוסייה החרדית, 6.53 לידות בממוצע לאישה, בהשוואה ל 2.96 בקרב סך כל האוכלוסייה היהודית (חליחל, 2011). בישראל, פעוטות ותינוקות מצויים במעקב בריאותי מיום לידתם בדגש על התפתחותם וגדילתם במטרה לאתר בעיות בריאות למען טיפול או שיקום מוקדמים ככל האפשר. שרותי הרפואה המונעת ניתנים במסגרות טיפת חלב. מטרות השירות הינן קידום ושמירת בריאותם הגופנית, שכלית, רגשית וחברתית של הילדים במשפחותיהם (משרד הבריאות, 2004). תחום הרפואה המונעת עוסק בתחומים כמו מניעת מחלות באמצעות מתן חיסונים, גילוי המוקדם באמצעות מעקב התפתחותי ומתן ויטמינים וברזל. באמצעות המפגשים עם הפעוט ניתנת הדרכה ויעוץ הולמים לצורכי הילדים (פלטי, 2006). שרותי הרפואה המונעת הנם אוניברסליים, אולם מחקרים הצביעו על כך כי למרות שהשרות מוצע לכל הפעוטות בפועל קיימים פערים. הכיסוי החיסוני בישראל הוא גבוה, וברוב המחלות הוא יותר מ 90%. יחד עם זאת, מנתוני משרד הבריאות בשנים 2004-1995, 5%-10% מהתינוקות אינם מקבלים שירות בתחנות טיפת-חלב (וייסבלאי, 2008). כמו כן, לפי נתוני לשכת הבריאות המחוזית, בין השנים 1995 ו-2002 שיעור כיסוי החיסונים במגזר הבדואי היה נמוך ב-5% מזה שבמגזר היהודי (פלד, 2005).

המחקר הנוכחי ביקש לבדוק ממה מונעת התנהגות הבריאות של אימהות מהחברה החרדית. מחקרים קודמים הצביעו על השפעה של גורמים חברתיים ותרבותיים על עיצוב של אמונות והתנהגויות הקשורות בבריאות (אברבוך, קידר, וחורב, 2010). בעולם, ניתן למצוא הבדלים בין קבוצות אתנו תרבותיות שונות באשר להיענות בקבלת שירותי רפואה מונעת (Colle & Grossman, 1978; Khalesi & Rakhshani, 2008). כך למשל, ממצאי מחקר שבחן התנהגות בריאות בקרב מספר קבוצות אתנו תרבותיות בויטנאם, הראה כי הן שונות בתדירות הפניה לגורמי טיפול רפואיים בעקבות מחלת הפעוט. הורים מקבוצות מיעוט אף דיווחו על פניה מועטה יותר לשירותי הבריאות בעת מחלת הילד (Teerawichitchainan & Phillips, 2008). בישראל, נעשו מחקרים מועטים שהשוו אמונות והתנהגויות בריאות של הורים מקבוצות אתנו תרבותיות שונות. למשל, במחקר שבחן את דרכי הטפול בתינוקות על ידי אימהות ילידות הארץ ואימהות עולות מבריה"מ לשעבר נמצא כי אימהות משתי הקבוצות התרבותיות שונות בהתייחסותן למחלה

שביטוייה עלית חום גופו של התינוק. מרבית האימהות העולות פנו לרופא בטרם עלה חום גופו של התינוק ל- 38° C. בעוד שרק מעוט מהאימהות ילידות הארץ נהגו כך (Sarid & Shraga, 2009).

במחקרים קודמים נמצא כי אוכלוסיית ההורים החרדיים שונה בצורה משמעותית משאר הקבוצות הדתיות. מדובר, באנשים צעירים שמצבם הכלכלי ירוד ושעורי העוני גבוהים. אוכלוסייה זו שומרת על וסגנון חיים מיוחד ונבדלת משאר הקבוצות באוכלוסייה הישראלית היהודית במאפיינים דמוגרפיים כגון גודל המשפחה ודפוסי פריון, בסגנון חיים, בהתנהגות בריאותית (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2009). לדוגמא נמצא כי נשים חרדיות מדווחות יותר על הימצאות סוכרת, השמנה ואנמיה והן מאופיינות בשיעור נמוך יותר של ביצוע בדיקות ממוגרפיה ובדיקות מניעה אחרות בהשוואה לנשים אחרות. מעניין לציין כי בתחום הפעילות הגופנית, נשים חרדיות דיווחו על שיעורים דומים לאלה של נשים חילוניות. לעומת זאת, נשים המגדירות את עצמן כדתיות דיווחו על שיעור נמוך של פעילות גופנית בהשוואה לקבוצות אחרות. גברים חרדים ודתיים מדווחים פחות מגברים מסורתיים וחילוניים על פעילות גופנית (אברבוך, קידר, וחורב, 2010). אם כך נראה כי קיימים הבדלים בהתנהגויות בריאות בקרב המבוגרים החרדים בכלל ובקרב נשים חרדיות בפרט ביחס לקבוצות אחרות באוכלוסייה.

התנהגויות בריאות של הורים חרדים כלפי ילדיהם בתחום רפואה מונעת לתינוקות ופעוטות לא נמדדו בעבר. עם זאת ניתן ללמוד על לקויות בישום טפול מניעתי כמו מתן חיסונים לילדים בקרב אוכלוסיית המבוגרים. כך למשל דווח בשנת 2007, על התפרצות מגפת חצבת בקרב חרדים שלא חוסנו בילדותם. הירידה בשיעור החיסונים אצל ילדים לא הוסברה (וייסבלאי, 2008). למרות שאמונות הבריאות של האוכלוסייה החרדית אינן שונות במהותן מאמונות הבריאות של קבוצות אחרות באוכלוסייה נשאלת השאלה מדוע קיימים פערים בהתנהגויות בריאות בקרב החרדים.

מודל אמונות בריאות (Health Belief Model) הנו המסגרת התאורטית בה נעשה שימוש במחקר זה. על פי מודל זה ניתן לבחון אמונות בריאות באמצעות חמישה תחומים עיקריים: רגישות נתפסת (לדוגמא, "אני חושבת שלתינוקי יש סיכוי לחלות בגלל הבדיקות"), חומרת המצב הבריאותי (לדוגמא, "אם תינוקי לא יקבל את החיסון ויחלה, יהיה לו קשה לתפקד"), יתרונות (לדוגמא, "הבדיקות ההתפתחותיות המומלצות על ידי משרד הבריאות נחשבות יעילות לזיהוי בעיות התפתחות"), חסמים להתנהגות בריאות (לדוגמא, "לויטמינים וברזל יש תופעות לוואי לא נעימות") ורמזים סביבתיים (לדוגמא, "מהי הדרך היעילה בשבילך לקבל מידע על ויטמינים וברזל/ בדיקות התפתחות/ חיסונים?") (Rosenstock, 1974). במחקרים קודמים נמצא כי אפשר

באמצעות הבנת רכיבי המודל ניתן היה להסביר התנהגותיות בריאות למשל, בתחומים כמו קבלת
חיסונים (דאוד ועמיתיה, 2007; המכון הלאומי, 2007; Nexøe, Kragstrup, & Montano, 1986;
Søgaard, 1999; Shillitoe & Christie, 1989 ; O'Reilly, Cran & Stevens, 2005 ;Blue &
Valley, 2002), הענות לטיפול בסכרת (עוסמאן, בארי, אדלר, דאוד, 2007) שימוש בכיסאות
בטיחות לפעוטות (עומרי, 2008) וביצוע בדיקות לגילוי מוקדם של סרטן צוואר הרחם (Byrd,
Peterson, Rafaelita & Heckert, 2004)

מעיון בספרות, עולה כי עד כה לא נערכו מחקרים בקרב החברה החרדית הבוחנים את אמונות
האימהות והתנהגותן בפועל כלפי שימוש בשירותי רפואה מונעת לתינוק כמו עריכת בדיקות
התפתחותיות מתן חיסונים ומתן ויטמינים וברזל.

המחקר הנוכחי הינו מחקר חלוץ המבקש לבדוק מהם הגורמים המשפיעים על התנהגות הבריאות
של האימהות החרדיות כלפי שימוש בשירותי רפואה מונעת לתינוק, תוך התייחסות למשתנים
דמוגרפיים, אמונות בריאות, משתנה לכידות ומוקדי שליטה.

סקירת ספרות

1. שירותי רפואה מונעת מקובלים לתינוק: בדיקות התפתחותיות, מתן חיסונים

ומתן ויטמינים וברזל.

תחום הרפואה המונעת (preventive medicine) מתמקד במניעת מחלות ובגילויין המוקדם. בעוד שהרפואה הטיפולית עוסקת בריפוי מחלות קיימות, בתחום הרפואה המונעת המטרה היא לצמצם תחלואה או למנוע תחלואה, ובכך להפחית סבל, נכות ואף מוות בטרם עת בקרב האוכלוסייה. מרכיב מרכזי בתחום הרפואה המונעת הנו שירותי רפואה מונעת, המיועדים לנשים הרות, ולתינוקות החל מהלידה ועד היותם פעוטות בני שש שנים (משרד הבריאות, 2004).

הגוף האחראי על מתן שירותי רפואה מונעת בישראל הן תחנות טיפת חלב של משרד הבריאות, מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994. כיום, תחנות טיפת-חלב בישראל מופעלות על ידי מספר גורמים: משרד הבריאות, עיריית ירושלים, עיריית תל-אביב, ארבע קופות-החולים ועמותות במזרח ירושלים. בשנת 2007 פעלו בישראל 1,065 תחנות טיפת-חלב (לוי, 2008). שירותי רפואה מונעת המיועדים לאוכלוסיית התינוקות והפעוטות הנם אוניברסאליים ומתמקדים בבדיקות התפתחות, מתן חיסונים ומתן מזון ויטמינים וברזל. בישראל ניתנים שירותים אלה במסגרת תחנות טיפת-חלב. כיום תחנות אלו נקראות גם תחנות לאם ולילד או תחנות לבריאות המשפחה.

בסקר טלפוני ארצי שנערך בחסות מכון ברוקדייל בקרב אימהות דווח כי שיעור גבוה מאוד שלפעוטות מקבלים את השירותים המרכזיים כמו חיסונים ובדיקות התפתחות. בחלק מהנושאים שנבדקו בסקר כגון הדרכות בנושאי בטיחות, טיפול בבכי ומניעת מחלות מדבקות זכו אימהות מעוטות ההכנסה והקבוצה של אימהות ערביות ליותר שירותים מאשר האוכלוסייה המבוססת יותר, כנראה כמענה יזום ומכוון לצרכים הגדולים יותר של אוכלוסייה זו בנושאים אלו. יחד עם זאת, למרות היותם של השירותים אוניברסאליים, לקויות בהנגשת השירות היו בשל מצב כלכלי של הלקוחות. כך עלה כי, נמצאו מספר נושאים כגון קיום הדרכות בנוגע להשכבה על הגב והשתתפות בהדרכות קבוצתיות, שבהם האוכלוסיות החלשות מקבלות שירות פחות טוב מהאוכלוסייה הכללית (רוזן, אלרועי, וניראל, 2007).

1.1 בדיקות התפתחות

מתוך השקפת עולם הרואה בבריאות הילד נושא מרכזי המלצות משרד הבריאות הן לבצע מעקב אחר אוכלוסיית התינוקות והפעוטות החל מלידתם עד גיל שש. במדינת ישראל במסגרת טיפת חלב מתבצע מעקב התפתחותי לכל אוכלוסיית התינוקות הכולל: הערכת התפתחות, הערכת גדילה, בדיקת רופא, בדיקת סינון לשמיעה, ובדיקת תקשורת. ההנחה הנה כי איתור מוקדם מאפשר גילוי של מחלות וטיפול מידי או ראשוני במטרה לצמצם תחלואה או למנוע תחלואה (משרד הבריאות, 2004).

הערכת התפתחות בתחום מוטוריקה גסה, מוטוריקה עדינה והתפתחות השפה וחברה מתבצעת שבע פעמים בשנה הראשונה, פעמיים בשנה השנייה ופעם אחת בכל שנה עד לסיום הטיפול בטיפת חלב. מטרת הבדיקה לבחון תפקודי מוטוריקה גסה ועדינה כגון: שליטת התינוק על ראשו, שליטה על הרמת הראש ובית החזה והשענות על הידיים, התהפכות מהבטן לגב ולהפך, התארגנות תנועת 2 הידיים מול ציר האמצע לשם אחיזת חפץ ושחרורו. ולבחון התפתחות בתחום השפה והחברה כגון: יצירת קשר עין ועניין, שילוב של הפקות קוליות והתפתחות תקשורת, הפקות קוליות של התינוק ו"משחק קולי", לבחון קיום חיוך חברתי בתגובה לגירוי חברתי ולבחון תגובת צחוק כהבנה וכתגובה למצבים חברתיים. כל זאת במטרה לאתר עיכובים התפתחותיים מוקדם ככל האפשר, על מנת לאפשר טיפול, הדרכה או הפניה למומחה בהתאם לממצאי הבדיקה.

הערכת גדילה מתבצעת באמצעות שקילה, גובה ומדידה של היקף ראש. הערכה זו מתקיימת שבע פעמים בשנה הראשונה, פעמיים בשנה השנייה ופעם אחת בכל שנה עד לסיום הטיפול בטיפת חלב. מטרת הבדיקה להעריך אם התינוקת או התינוק גדלים באופן תקין בהשוואה לטבלאות הגדילה הסטנדרטיות (משרד הבריאות, 2007).

בדיקת רופא מתבצעת פעמיים בשנה הראשונה ופעם בשנה השנייה. כל בדיקה רפואית כוללת: קבלת אנמנזה, בדיקה גופנית כללית ובדיקה נוירולוגית- התפתחותית להערכת מצבו ההתפתחותי של הילד. בדיקות רופא נוספות, נקבעות על ידי הצוות הבריאותי על סמך ממצאי בדיקה ועל סמך שיקול דעת מקצועי.

בדיקת סינון לשמיעה מתבצעת בגיל 7-9 חודשים לכלל התינוקות. מטרת הבדיקה, לבחון תגובה לצלילים חזקים, לבחון תפקודי שמיעה, רגישות לקולות בעוצמה בינונית. תינוקות בקבוצות סיכון מופנים לאבחון תכף עם קבלתם לתחנה. מצבים אלה כוללים בעיקר: פגים, תינוקות עם מומים, תינוקות בסיכון לחרשות.

בנוסף נערכת בדיקת תקשורת בגיל שנתיים עד שנתיים וחצי לכל הילדים דוברי עברית וערבית. מטרת הבדיקה לאתר הפרעות בתקשורת בתחום: שפה, דיבור ושמיעה (משרד הבריאות, 2004).

1.2 מתן חיסונים

חיסונים הם אמצעי מקובל למניעת התפשטות של מחלות מידבקות. יעילותם מותנית בחיסון המוני לרוב האוכלוסייה. ואכן, החיסונים המקובלים למחלות ילדות הפחיתו את התחלואה ואת התמותה בקרב ילדים בעולם ומנעו התפרצות של מגפות (וייסבלאי, 2008; לוי, 2008; מי-עמי, 2004; משרד הבריאות, 2010). עם זאת, נמצא שבמקרים מעטים החיסון עלול לפגוע בבריאות (סהר, 2007; שלו, 2003; מי-עמי, 2004). משרד הבריאות ממשיך להמליץ על מתן חיסונים לכל הילדים, שכן תועלתם רבה הרבה יותר מנזקם. עם זאת, בשנים האחרונות ארגונים שונים בקרו את מדיניות החיסון של כלל האוכלוסייה בגיל צעיר ממספר סיבות: מתן חיסונים מונע לדבריהם את התפתחותה הטבעית של המערכת החיסונית. הסבר נוסף הינו כי מחלות אלו נעלמות בד בבד עם העלייה ברמת החיים והשיפור ברמת ההיגיינה, התזונה ועוד. לטענתם, החיסונים מכילים חומרים המסוכנים לגוף האדם וגורמים לתופעות לוואי רבות וקשות, ולעיתים לליקויים ולמחלות כגון אוטיזם, סרטן וסוכרת. מתן מספר רב של חיסונים בשנתו הראשונה של התינוק מסכן אותו ופוגע בבריאותו (ארגון חסון, 2012). לטענת משרד הבריאות המידע שעליו מבוססים החששות הוא שגוי לחלוטין וחסר בסיס עובדתי. לרוב, ההתנגדות לחיסונים הינה על בסיס אמונות אישיות, עמדות וערכים של ההורים. ההורים חשופים למידע אודות החיסונים בעיקר דרך אמצעי התקשורת ההמוניים: כתבות טלוויזיה, עיתונות פופולארית, ספרים ואתרי אינטרנט. חלק מהמידע הוא על בסיס שמועות, חוויות אישיות של הורים ועצות של משפחה וחברים. הסבר אפשרי לאמונות הוא שלאור הצלחת החיסונים במיגור המחלות הזיהומיות בעולם המערבי, ההורים אינם נחשפים לשיעורי התחלואה והתמותה הגבוהים הקשורים במחלות. החשש מהמחלות שינה פניו והפך לחשש מפני החיסונים עצמם, מתופעות הלוואי ומהסכנות הקשורות לכאורה מעצם מתן החיסון (עמית-אהרון, 2011). חששות אלו נבדקו במספר מחקרים ונמצא

שאיננו מבוסס מבחינה מדעית. נמצא כי מערכת החיסון של התינוק מסוגלת להתמודד היטב עם מספר רב של אנטיגנים ולהגיב היטב לשילוב של חיסונים. כמו כן לא הוכח קשר סיבתי בין חיסון MMR לאוטיזם, להפרעות במערכת העיכול או למחלות כרוניות עתידיות (שולט, ברונשטיין, Offit, Quarles, Gerber, Hackett, Marcus, Kollman,; Gellin & Landry , 2005 ; 2010)

בישראל שגרת החיסונים מופעלת מן השנים הראשונות לקיומה של מדינת ישראל לפעוטות מלידה עד גיל שש בעקבות התפתחויות בתחום הרפואה וכן היעלמותן של מחלות מסוימות, חלו במהלך השנים שינויים גדולים בשגרת החיסונים. כך למשל, בשנת 1979 הופסק מתן החיסון נגד אבעבועות שחורות. חיסון נגד שחפת שניתן לילודים מאז שנת 1955 בוטל ב 1982 וכיום נעשה תבחין לקבוצות נבחרות בסיכון גבוה לתחלואה בשחפת. בשנות ה-80 וה-90 הוכנסו לשגרת החיסונים מספר חיסונים חדשים. כך למשל בשנת 1988 נוסף חיסון משולב נגד חצבת, חזרת ואדמת. בשנת 1992 נוסף חיסון דלקת כבד B, בשנת 1994 אינפלואנצה b ובשנת 1999 החלו לחסן כנגד דלקת כבד A (מי-עמי, 2004). בשנים האחרונות נוספו בהדרגה שלושה חיסונים : בשנת 2008 חיסון אבעבועות רוח, בשנת 2009, חיסון פנומיקוק, שמטרתו למנוע דלקת קרום המוח, זיהום הדם, דלקת ריאות ודלקות אוזניים ובשנת 2010 נוסף חיסון נגד נגיף הרוטה הגורם לשלשול קשה בילדים מתחת לגיל חמש שנים (משרד הבריאות, 2012). מבחינת תשלום עבור החיסונים, בעבר, חיסונים נגד אבעבועות רוח, חיידק הפנומיקוק ונגיף הרוטה, נרכשו על ידי ההורים באופן פרטי (וייסבלאי, 2008).

כיום, המחלות נגדן מוצע חיסון לכל הילדים בארץ הן : אסכרה (קרמת/דיפטריה), צפדת (טטנוס), שעלת, שיתוק ילדים (פוליו), המופילוס אינפלואנזה b (Hib), חצבת, חזרת, אדמת, דלקת כבד נגיפית A, דלקת כבד נגיפית B, זיהומים פנומיקוקיים, נגיף הרוטה ואבעבועות רוח (משרד הבריאות, 2010)

HBV (דלקת כבד נגיפית B), ניתן בזריקה לתוך השריר. החיסון מורכב מנגיפים מומתים וניתן 3 פעמים במהלך החצי שנה הראשונה : בבי"ח, בגיל חודש ובגיל חצי שנה (משרד הבריאות, 2010).

לא נצפו תופעות לוואי מיוחדות (משרד הבריאות 2010). ישנן עמדות ואמונות בקרב חלק מהאוכלוסייה כי החיסון גורם ללקויות התנהגות ואוטיזם (ארגון חסון, 2012)

IPV (שיתוק ילדים - פוליו), ניתן בזריקה לתוך השריר. החיסון מורכב מנגיפים מומתים וניתן 4 פעמים במהלך השנה הראשונה : בגיל חודשיים, ארבעה חודשים, חצי שנה, ושנה.

DTaP (אסכרה, צפדת, שעלת), ניתן בזריקה לתוך השריר. החיסון מורכב מחיידקים מומתים וניתן 4 פעמים במהלך השנה הראשונה : בגיל חודשיים, ארבעה חודשים, חצי שנה, ושנה) משרד הבריאות, 2010). בעבר התרכיב היה מבוסס על חיידק שעלת שלם ומומת. משנת 2002 נכנס לשגרת החיסונים בישראל תרכיב חיסון חדש, חיסון נטול-תאים (acellular), המבוסס על חלקי תא החיידק המעוררים את המערכת החיסונית של הגוף לייצר חיסון (משרד הבריאות, 2010).

מאז שנות ה-70 הועלו באנגליה טענות מצד הורים כי חיסון זה נגד שעלת, גרם לילדיהם אנצפלופתיה וממנה נזק מוחי חמור וצמית. בשנת 1974 לדוגמה, התפרסם כי החיסון נגד שעלת גרם לנזק מוחי. טענה זו התבססה בעיקר על סמיכות הזמנים בין מתן החיסון ובין סימני המחלה הניורולוגית. אך כשהטיעון נבדק, התברר כי לא היה קשר סטטיסטי בין החיסון לנזק שהיה מיוחס אליו. המסע נגד שעלת גרם להפחתה בשיעור המחוסנים ל 70%, בעקבות כך נגרמה התפרצות מגיפת שעלת בבריטניה (אמיתי, לבנטל וסלייטר, 2004). התשובה האנגלית לטענת קשר סיבתי בין החיסון ובין פגיעה צמיתה ונכות, ניתנה בחקיקה סוציאלית "חוק פיצוי לנפגעי חיסון" אשר נכנסה לתוקף בשנת 1979. בישראל, בשנת 1989 חוקקה הכנסת את חוק ביטוח נפגעי חיסון. החוק אמור לפצות נפגעי חיסון ללא צורך בהוכחת אשם (סהר, 2007). מחקר מדעי שפורסם בשנת 2006, הוכיח כי באותם תינוקות בהם אובחן תהליך שלנזק מוחי לאחר מתן חיסון השעלת קיימת מוטציה גנטית המאפשרת פגיעה בתאי מוח. החוקרים מעריכים יש יסוד סביר כי באותם מקרים בהם יש עליית חום בגוף התינוק לאחר מתן חיסון. החום ולא החיסון או אחד ממרכיביו הוא הגורם המפעיל את המנגנון המביא את הנזק המוחי (Berkovic, Harkin, McMahon,) (Pelekanos, Zuberi, Wirrell, Gill, Iona, Mulley & Ingrid, 2006).

Hib (המופילוס אינפלואנזה b), ניתן בזריקה לתוך השריר. החיסון מורכב מחיידקים מומתים וניתן 4 פעמים במהלך השנה הראשונה : בגיל חודשיים, ארבעה חודשים, חצי שנה, ושנה) משרד הבריאות, 2010).

בגיל הינקות, מקבלים התינוקות בזריקה אחת חיסון נגד שעלת-קרמת-טטנוס עם חיסון נגד שיתוק ילדים והמופילוס אינפלואנזה מסוג b. לגבי החיסונים אלו נמצאו תופעות לוואי מקומיות, כלליות ולעיתים נדירות נירולוגיות. למשל, אודם, נפיחות וכאבים באזור ההזרקה, נפיחות לאורך הגפה, בחילה, הקאה, חוסר תיאבון, סחרחורת, בכי וצרחות, שלשול, אי שקט, ישנוניות, כאבי

ראש, עצבנות, עליית חום מתונה. ישנן תופעות שהופיעו לעיתים רחוקות ביותר וחלפו ללא השארת נזק בריאותי קבוע. למשל, רפיון (collapse), פרכוס תוך 3-2 ימים לאחר החיסון. תופעות מסוג אנפילקטי היא נדירה ביותר (משרד הבריאות, 2010).

PCV13 (זיהומים מפנוימוקוקים), ניתן בזריקה לתוך השריר. החיסון מורכב מחיידקים מומתים וניתן 3 פעמים במהלך השנה הראשונה: בגיל חודשיים, ארבעה חודשים וגיל שנה. תופעות הלוואי הן: אודם, נפיחות, כאבים במקום ההזרקה, הגבלה בתנועות הגפה. הגדלת בלוטות לימפה הממוקמות סמוך למקום הזרקה, עליית חום 38°C או יותר, ירידה בתיאבון, הקאה, שלשול, אי-שקט, הפרעות בשינה ותופעות נדירות כגון, פרכוסים, לרבות פרכוסי חום, רפיון, פריחה אלרגית, הלם אנפילקטי הוא נדיר ביותר.

MMR (חצבת, חזרת, אדמת), ניתן בזריקה מתחת לעור. החיסון מורכב מנגיפים חיים- מוחלשים וניתן פעם אחת בגיל שנה.

Var (אבעבועות רוח), ניתן בזריקה מתחת לעור החיסון מורכב מנגיפים חיים- מוחלשים ניתן פעם אחת בגיל שנה (משרד הבריאות, 2010).

בגיל שנה ניתן תרכיב משולב נגד חצבת, חזרת, אדמת ואבעבועות רוח. לגבי חיסונים אלו, תופעות הלוואי קורות בחלק קטן ממקבלי החיסון. למשל, אודם, כאב ונפיחות באזור ההזרקה, 42 ימים ראשונים לאחר מתן התרכיב, עליית חום 5-12 ימים לאחר מתן התרכיב ופריחה עד 42 ימים לאחר מתן התרכיב. נדירות תופעות הלוואי הבאות: דלקת בדרכי נשימה עליונות, נזלת, הגדלת בלוטות הלימפה והגדלת בלוטת הרוק, חוסר תיאבון, שלשול, הקאה ישנוניות, עייפות, חולשה, בכי, חוסר שינה, עצבנות, דלקת אשכים והתכווצויות חום (משרד הבריאות 2010). קיימות אמונות בקרב האוכלוסייה כי החיסון המשולב עלול להיות הגורם לאוטיזם ומחלת קרון. לטענתם, ריבוי החיסונים הניתנים לפעוט בגיל חודשיים כאשר המערכת החיסונית שלו טרם בשלה, עלול לתרום להתפרצות אוטיזם. כמו כן, האלומיניום והחשיפה לכספית שמקורם בחיסונים עשויים להיות הסיבה להפרעות על הספקטרום האוטיסטי (ארגון חסון, 2012).

Hav (דלקת כבד נגיפית A), ניתן בזריקה לתוך השריר. החיסון מורכב מנגיפים מומתים, ניתן פעמיים במהלך השנה השנייה: בגיל שנה וחצי ושנתיים (משרד הבריאות, 2010). לא נצפו תופעות לוואי מיוחדות (משרד הבריאות 2010).

1.3 מתן ויטמינים וברזל

ויטמין D3 וברזל הנם חלק מהמלצות משרד הבריאות. ויטמין D3 מווסת את ספיגת הסיידן ואת המינרליזציה של העצם. חסר בוויטמין זה גורם לפגיעה באיכות העצם ולסיכון מוגבר לשברים. חסר מובהק גורם לרככת בילדים. קבוצות אוכלוסייה מסוימות בישראל אינן חושפות את עורן לשמש, למשל נשים חרדיות ונשים בדואיות. ולכן בקרב קבוצות אלה עלול להיות מחסור בוויטמין D בגוף. כתוצאה מכך יושפעו גם רמות הוויטמין אצל התינוקות. מאחר ולא ניתן לזהות את כל התינוקות הנמצאים בסיכון למחסור בוויטמין זה, ומאחר ואין סיכון בהוספתו ברמה המומלצת, שירותי בריאות הציבור ממליצים לתת לכל תינוק ויטמין D3 במינון של 400 יחידות בינלאומיות ללא התייחסות לסוג המזון שהם מקבלים, החל מאחר הלידה ועד לתום השנה הראשונה (משרד הבריאות, 2008).

הרציונל למתן ברזל מגיל ארבעה חודשים ועד גיל שנה הנו בשל חשיבות ההמוגלובין בדם. לברזל יש חשיבות ביצירת ההמוגלובין בדם, אשר תפקידו להוביל את החמצן למוח ולאיברים שונים בגוף. לתינוקות מאגר ברזל המספיק להם לחודשים הראשונים לחייהם בלבד. לכן, מגיל ארבעה חודשים חשוב להוסיף ברזל לתזונתם. מחסור בברזל נקרא אנמיה, ואנמיה ממושכת בתקופה קריטית להתפתחותם הגופנית והשכלית של תינוקות, עלולה לעכב את התפתחותם. שירותי בריאות הציבור ממליצים לתת לכל תינוק ברזל תכשיר ברזל מתום החודש הרביעי לחייו ועד גיל שנה המינון המומלץ הוא 7 מ"ג ברזל ליממה עד גיל 6 חודשים ו-15 מ"ג ליממה מתחילת החודש השביעי ועד גיל שנה (משרד הבריאות, 2004).

בשנת 2007, נערך סקר טלפוני ארצי בקרב תושבות ישראל, בנושא שירותי מניעה לילדים במסגרת טיפת חלב. מהסקר עולה לפי דיווח האימהות לאחר שהתבקשו לעיין בפנקס החיסונים, כ 95% מהתינוקות קיבלו את כל שלוש המנות המומלצות של החיסונים נגד דלקת כבד, פוליו, דלקת קרום המוח ו DPT שיעור דומה של התינוקות (95%) עברו בדיקת התפתחות על-ידי רופא, כ 90% עברו בדיקת שמיעה ובסדרה של סוגיות הקשורות להתפתחות התקיימו שיחות או בדיקות בשיעורים גבוהים 85%-98%. כ 75% מהאימהות דיווחו על מתן ויטמינים וברזל לתינוקות (רוזן, אלרועי, וניראל, 2007).

שיעור המחוסנים באוכלוסיית הילדים בישראל עומד כיום על 97%-92%. במגזר החרדי שיעור המחוסנים נמוך במידה ניכרת מהמגזר הכללי. באזורים שבהם יש ריכוז גדול של אוכלוסייה חרדית, כמו בירושלים ובבני-ברק, שיעור המחוסנים מגיע רק ל-70%-60%. יש שחוששים מחיסונים מסיבות שונות, ויש שמתקשים להתחסן מסיבות טכניות, כגון קושי של משפחות מרובות ילדים לבוא תכופות עם ילדיהם לתחנות טיפת-חלב. בשנים האחרונות יש מגמה של ירידה בשיעור המתחסנים באוכלוסייה. מספר הסברים ניתנו בספרות המחקרית למגמות הירידה או להימנעות מחיסון. הסבר ראשון, רמה חברתית כלכלית של ההורים. במספר מחקרים נמצא כי מעמד חברתי- כלכלי נמוך, קשור לשיעור ביצוע חיסונים חלקי או נמוך (Freed, Clark,) (Smith, Chu & Barker, 2004; Butchart, Sunger & Davis, 2010). הסבר שני, חוסר אמון וחשש מבטיחות החיסונים בעשרים השנים האחרונות ניכרת מגמה של שינוי בחששות ההורים בעקבות העלמות המחלות נגדן מחסנים במסגרת התוכנית השגרתית. החשש מהמחלות הזיהומיות עצמן הוחלף בחשש מבטיחות החיסונים ומתופעות הלוואי לטווח הקצר ולטווח הארוך (עמית- אהרון, 2011)

הסבר נוסף, מקורו בתפיסת העולם של ההורים. לתפיסתם, מתן חיסונים מונע את התפתחותה הטבעית של המערכת החיסונית. הורים הדוגלים בהתפתחות טבעית של ילדם כלומר אינם רוצים לחשוף את ילדיהם לסיכון מיותר, בוחרים בחלופות כמו חיסונים הומיאופתיים (מי-עמי, 2004). בשנת 2007 בוצע סקר בעיר תל אביב יפו במטרה לאמוד את היקף תופעת ההימנעות מחיסון. ממצאי הסקר מצביעים על הבדלים מובהקים סטטיסטית על רקע מצב חברתי כלכלי בסיבות להימנעות מחיסונים. נמצא כי בקרב ילדים מהמעמד החברתי כלכלי בינוני גבוה, קרוב ל 3% מכלל החיסונים אינם מבוצעים על רקע סיבות אידיאולוגיות ופילוסופיות של ההורים, בעוד שבקרב ילדים מהמעמד החברתי כלכלי בינוני-נמוך, רק 0.5% מכלל החיסונים אינם מבוצעים על רקע סיבות אלו. הסיבה המובילה לאי ביצוע או לביצוע חלקי של חיסונים בקרב הורים לילדים ממעמד חברתי כלכלי בינוני-נמוך, הן סיבות המשקפות קשיים בהתנהלות: שכחה, חוסר מודעות ואי הבנת חשיבות החיסון (Amit-Aharon & Nehama, 2009)

הירידה בשיעור המחוסנים הביאה להתפרצות של מחלות זיהומיות בארץ ובעולם, שנגדן ניתן חיסון דרך שגרה. למשל, באחד המחוזות בגרמניה חלו בחצבת כ-1,000 איש, רובם ילדים. שיעור המחוסנים באזור היה נמוך כ 65%. בישראל, בשנת 2007 התגלו בישראל 429 מקרים של חצבת, לעומת 11 מקרים בשנת 2006 ומקרה אחד בשנת 2005. התפרצות מחלת החצבת הייתה בעיקר

בקרב אוכלוסייה חרדית לא מחוסנת בירושלים וביריכוזי אוכלוסייה חרדית בסביבתה, כגון מודיעין-עילית ובית-שמש. למשל, בשכונה חרדית בירושלים נדבקו במחלת החצבת כ-60 ילדים בתוך שבועיים. ההתפרצות נבעה מירידה בשיעור החיסונים ומהדבקה מילד חולה חצבת שהגיע לבקור בישראל והדביק את הסובבים אותו. כמו כן בשנה זו, נתגלו 2616 מקרים של שעלת, לאחר שמאז שנות ה-70 ירדה התחלואה במחלה למאות מקרים בכל שנה בלבד. מחלת השעלת פוגעת גם במבוגרים שחוסנו כנגד המחלה, שכן ההגנה שהחיסון נותן מוגבלת בזמן. העלייה בתחלואה במחלה זו מוסברת הן בגידול בחשיפה למחלה והן בשיפור האבחון שלה. פגיעת המחלה בתינוקות בשנת חייהם הראשונה קשה במיוחד, והעלייה הכללית בתחלואה עלולה לסכן תינוקות שלא חוסנו. כראייה לכך, חמישה ממקרי השעלת הסתיימו בפטירה של תינוקות. (וייסבלאי, 2008).

2. החברה החרדית

2.1 מאפיינים עיקריים של החברה החרדית

המושג "חרדי", מבטא מציאות דתית-פסיכולוגית שבה שולטת חרדה למילוי מצוות האל, כפי שהיא באה לידי ביטוי בהלכה, באופן המפורט והמדוקדק ביותר (פרידמן, 1991). "שמעו דבר ה' החרדים אל דברו" (ישעיה ס"ו, 5). הגדרה זו, המבוססת על תפיסתו של הפרט מציבה קשיים בניסיון לזהות ולהבחין פרט או משק בית חרדי משאר החברה הישראלית. כדי להתמודד עם סוגיה זו יש לחפש התנהגות נגלית של משקי הבית והפרטים אשר יכולה להעיד על תפיסתם ואמונתם הסובייקטיבית. הדרך הישירה ביותר לזיהוי שכזה היא הדרך המתבצעת בסקר החברתי, בה הנדגם נשאל באופן ישיר האם הוא מזהה עצמו כשייך לציבור החרדי (לוי, 2009).

ייחודה של החברה החרדית אינו רק באופי המבני שלה ובהופעתה החיצונית אלא בבסיס מהותה. כל הנהגותיה, אורח החיים שלה ושל היחיד מושתתים על האמונה הדתית היהודית האורתודוקסית. זוהי מערכת ערכים רחבה מאוד הכוללת בתוכה עקרונות בסיסיים של הכרה בקיומו של בורא עולם; בתורה משמיים; בהשגחה פרטית; בנצחיות הנשמה; בערך ובמשמעות החיים ועוד. מדובר בדרך חיים המתקיימת על פי התורה והמצוות שמדריכה את האדם בכל רגע ורגע ומשפיעה על כל תחומי חייו: ביחס שבין אדם למקום; בין אדם לחברו ובין האדם לעצמו.

ערכים של שיתוף, עזרה הדדית ונשיאה בעול ומושגים של "ואהבת לרעך כמוך" ו"ישראל ערבין זה לזה" הם חלק בלתי נפרד מהדת היהודית (לויפר, 1988). בחברה החרדית מושם דגש על ערכים

קולקטיביסטים, לעומת ערכים המשרתים אינטרסים אינדיבידואליסטים המאפיינים יותר את החברה החילונית (גומבו ושוורץ, 1989).

החברה החרדית היא קבוצת מיעוט בחברה הישראלית ובחברה היהודית בישראל ובתפוצות. באידיאולוגיה שלה ובאורח חייה היא מעמידה עצמה כתרבות נגד, לחברה הסובבת אותה. הדבר מתבטא בלבוש המייחד את חבריה, באופן ההתנהלות של החברה, של מוסדותיה, במערכת החינוך שלה, ובתפיסתה את החיים היהודיים האידיאליים (קפלן, 2003). מצד אחד מדובר בקהילה דתית מאוד, המתנגדת לשינויים ולקדמה, מסתגרת ומתבדלת מרצון, ומצויה בתחושה של איום קיומי ורוחני מתמיד מצד החברה החילונית (קפלן, 2001; גרילק 2002; Simon, 1978). מצד שני, כתוצאה משילוב של סיבות כלכליות, חברתיות, פוליטיות ופסיכולוגיות, החרדים לוקחים חלק פעיל בתהליכי קבלת החלטות במוסדות הפוליטיים והכלכליים המרכזיים בישראל (גרילק, 2002, קפלן, 2003; Sharot, 1996).

מעקב מתמשך אחר המתרחש במרחב החרדי מלמד על תמורות רבות שחלו ביחסה של החברה החרדית לעולם הסובב אותה. השינויים נובעים בעיקר ממצבה הכלכלי וממצבה הדמוגרפי של חברה זו. בשל הגידול התמידי במספר הילדים, נוצר צורך למצוא לה פתרונות דיור גם בערים ובאזורים שהיו בהם פחות ריכוזי אוכלוסייה חרדיים. הקהילה החרדית, שהסתמכה במשך שנים רבות רק על מוסדותיה הכלכליים החלה בעשורים האחרונים לשתף פעולה גם עם גורמים כלכליים מחוצה לה (קפלן, 2003). בעקבות תהליכים אלו יש היום בקרב חוגים בציבור החרדי נכונות הולכת וגוברת, להשתתפות פעילה בחיים האזרחיים והחברתיים בישראל. כך למשל, חלים שינויים בהשתלבות בכלכלה, בשוק התעסוקה והפוליטיקה הישראלית, בתנאי שאלה אינם סותרים את תפיסת העולם החרדית (מלחי, 2008).

2.2 זרמים בחברה החרדית

החברה החרדית הנו מושג כללי המורכב ממספר רב של זרמים וחצרות, המייצגים הבדלים בסמכות הרבנית ולעיתים גם הבדלים שיכולים להיות משמעותיים בתרבות ובאורחות החיים. ניתן לאפיין את הזרמים העיקריים מהם מורכבת חברה זו באמצעות מאפיינים ערכיים: הנהגה, חינוך, התייחסות לעבודה. ומאפיינים חיצוניים כמו: סממני לבוש, מקום מגורים וכדומה. הניסיון לאמוד את גודלם היחסי של הזרמים השונים הינו קשה ומורכב (לוין, 2009). יחד עם זאת

מוערך כי הזרמים המרכזיים במגזר החרדי מתפלגים באופן הבא: זרם ליטאי 29% זרם ספרדי 21%, זרם חסידי 33%, זרם חרדי לאומי 7%, בלתי מזוהים 10% (כנען, 2006). החברה החרדית בישראל איננה עשויה מקשה אחת, היא מורכבת משתי קבוצות-על מרכזיות, חרדים-ספרדים וחרדים-אשכנזים, ובכל אחת מהן מגוון של קבוצות משנה (קפלן ושטדלר, 2009).

החרדים-ספרדים מקורם בארצות המזרח וצפון אפריקה, שם התפתחה היהדות המזרחית שהייתה בעיקרה דתית - מסורתית, ובכך הוא שונה בהיבטים רבים מהיהדות החרדית שהתהוותה באשכנז. מטבע הדברים, ביהדות המזרחית אין מחייבות למסורת המזרח-אירופית והדתיות המזרחית האוטנטית נעדרת סממני הטראומה ההיסטורית של התמודדות עם המודרנה, החילון והרפורמה שחוותה היהדות האשכנזית. אולי משום כך אופייה מתון יותר (דשן, 1994). בתחילת שנות השמונים התפתחה תשתית פוליטית על רקע תחושת אפליה פנים-חרדית כדוגמת הקצאת "מכסות" לתלמידים ספרדים במוסדות חינוך חרדים אשכנזיים. כך החלה להתפתח התנועה החרדית הפוליטית ש"ס ובתוכה המסגרת החינוכית החרדית הנפרדת "אל המעיין".

חרדים-אשכנזים הכוללים מספר קבוצות משנה ותתי קבוצות: קבוצה אחת, הליטאים, מייצגים את אורח החיים שהתגבש בפולין-ליטא בסוף המאה ה-19. הודגשו בה חומרת המצוות ולימוד תורה כערך עליון. השפעת ההנהגה הרוחנית של הזרם הליטאי משמעותית מאוד ויש לה תרומה מכרעת בעיצוב הלך הרוח בקרב הציבור הליטאי. הגברים אינם עובדים כיוון שהם רואים בלימוד התורה מטרה נעלה. קבוצה שנייה, התנועה החסידית, שראשיתה בפעילותו של הבעל שם טוב באמצע המאה ה-18. התנועה החלה בדרום פולין, והתפשטה בכל רחבי יהדות מזרח אירופה. האידאולוגיה החסידית דוגלת בקידוש חיי המעשה כחלק חשוב בצד קידוש חיי הרוח. בקהילות החסידיות יש מנהיג- "אדמו"ר", אשר מחליט על כל פרט בחצר החסידות. החסידות הגדולה ביותר היא חסידות גור, הידועה במשטר הקפדני הנוהג בה, בחומרות מופלגות בתחומי האישות, ובמעורבות פוליטית וחברתית גבוהה. חסידויות נוספות: חב"ד, בעלז, ויז'ניץ, סאטמר ואחרות. (אטקס, 1998; אטקס, 2004; לוי, 1988; פרידמן, 1991).

בנוסף, בתוך הציבור החרדי על כל זרמיו, קיימת תופעה חדשה אשר מובחנת גם בקרב הציבור החרדי עצמו והיא "בעלי תשובה", העוברים מאורח חיים חילוני לאורח חיים דתי. קבוצה זו מביאה תרבות משלה ופתיחות ל"עולם חיצוני", שאינן תמיד מוכרות או מקובלות בקהילה החרדית אליה הם משתייכים (טאובמן – בן-ארי, 2009).

2.3. האישה בחברה החרדית:

לנשים חרדיות מאפיינים ייחודיים מתוקף השתייכותן לחברה החרדית לגווניה. כאשר אנחנו מדברים על האישה החרדית עולה מושג הצניעות כמאפיין מרכזי. בפועל הצניעות באה לידי ביטוי בכיסוי חלקי גוף, בהימנעות מהתרועעות שאינה לגיטימית במקומות ציבוריים ובהקפדה מחמירה מאוד באינטראקציה עם גברים. בעוד שמקור המושג "צניעות" הוא אידיאולוגי ורוחני ומכוון להתבוננות פנימית וצנועה אל מול הישות האלוהית, הביטוי ההלכתי: "כל כבודה בת מלך פנימה" (תהילים מה, יד), מפורש בדרכים רבות ביניהן הימנעות מסביבת הפרהסיה וצניעות האישה כסמל לכבודה.

מאפיין נוסף הוא גיל הנישואין. גיל הממוצע בנישואין הינו נמוך בהרבה מאשר בקרב כלל האוכלוסייה היהודית. הגיל הממוצע של הגברים באוכלוסייה החרדית בשנת 2000 היה 21.3 שנית, זאת בהשוואה ל 27.2 שנים בקרב כלל היהודים. גם בקרב הנשים החרדיות התמונה דומה. הגיל הממוצע של הנשים החרדיות הינו 19.9 שנים, בהשוואה ל 24.8 שנים בקרב כלל היהודיות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2004). מוסד הנישואין תופס מקום מרכזי בחברה החרדית ההסבר לכך הנו חברתי כפי הנראה, הקהילה המעוניינת לפקח על ההתנהגות של חבריה עושה זאת באמצעות מוסד הנישואין המעניק עליה במדרג החברתי מחד וכולל, סנקציות חברתיות כנגד גרושים ופרודים מאידך (סאינה, 2000).

מאפיין נוסף, הוא יעודה של האישה עם נישואיה להביא ילדים לעולם. על פי ההלכה, סגולותיה אינן עומדות בפני עצמן, אלא תלויות בדבר תרומתה להרחבת המשפחה וביסוסה. לעומת המאפיינים של סגירות כלפי העולם החיצוני מצד החברה החרדית, תחומי ההשפעה החינוכיים של האישה החרדית נרחבים למדי. כיוון שאחד מעקרונותיה של היהדות החרדית היא מחויבות ללימודי תורה, אשר מהווה את תחום הלימודים הלגיטימי היחיד עבור הגברים (פרידמן, 1991), הפכו הנשים החרדיות במקרים רבים למפרנסות המשפחה יחידות, זאת בנוסף למילוי התפקידים הנשיים המסורתיים בקהילה זו: הקמת המשפחה, גידול וחינוך הילדים ותחזוקת הבית. למרות שאימהות חרדיות נושאת בפועל במגוון רחב של תפקידים, האב הוא בעל הסמכות ביחסיו עם אשתו וצאצאיו (פרידמן, 1995; Shai, 2002). עיקר תפקידי האישה מתמקדים בתחום החינוכי. היא אמונה על הכשרת הבנות שלה והכנתן לחיי משפחה התואמים את הקוד החברתי עליו מושתתת החברה החרדית. בנוסף, רבה השפעתה של האם על חינוך הבנים בביתה, אך זאת רק עד לגיל בר המצווה, לאחר גיל זה, ההשפעה של האב גוברת (חנני, 2008; שלהב, 2006). מבחינת תעסוקה, מן המחקרים עולה כי רוב הנשים החרדיות עובדות כמורות. הרשקוביץ ואובל (1998)

מדווחים שתחומי העיסוק השכיחים ביותר בקרב נשים חרדיות בירושלים הם הוראה 43% , שירותים ציבוריים 23% , ועבודות משרד 14% .

2.4. חברה חרדית ובריאות :

בתחום שירותי הסיוע והטיפול, החברה החרדית מסתפקת לרוב במשאביה הפנימיים, היא מטפחת את אידיאל העזרה ההדדית, "גמילות חסדים". המפגשים של החברה החרדית עם החברה החילונית מתרחשים בעיקר בתחומים שבהם חסרים החרדים משאבים פנימיים. הבולטים בהם הם: תחום הבריאות הפיזית ותחום בריאות הנפש (ויצטום וגודמן, 1998). בחברה החרדית יש חשדנות כלפי הממסד, וחוסר ידע ממקורות מידע המקובלים בציבור הכללי, כגון עיתונים, רדיו וטלוויזיה (אריאלי, 1999 ; ויצטום, 1999). במחקר שנעשה בקרב החברה החרדית עולה כי מקורות מידע לא מקצועיים מהווים מקור ידע מרכזי בנושאי בריאות בכלל, ותאונות בית בפרט. אימהות חרדיות שואבות את הידע שלהן בנושאי בריאות ממקורות מידע בתוך הקהילה, חלקם מקורות מידע מקצועיים ומוסמכים וחלקם מקורות מידע לא מוסמכים כגון קרובי משפחה או ידע שעובר בקהילה (שפירא, 2009). ממצא דומה נמצא במחקר אחר בקרב האוכלוסייה החרדית אשר בחן גורמים המשפיעים על הפנייה לעזרה נפשית מקצועית. המחקר גילה, כי בקהילה החרדית המשפחה משמשת מקור סיוע חשוב ביותר ולאחריה הסמכות הרבנית, כאשר גורמים מקצועיים וידידים נמצאים בעדיפות נמוכה. כמו כן נמצא, כי הגורם העיקרי המפנה לטיפול נפשי בקהילה החרדית הוא הסמכות הרבנית ושהמטופלים מעדיפים לקבל שירות מקצועי מאיש מקצוע בעל השקפה דתית זהה (פירר, 2001). עמדת המקורות היהודיים הקלאסיים כלפי עולם הרפואה הייתה אמביוולנטית שנים רבות. הניגוד המהותי בין האידיאל של אמונה בלא גבול בכוחו המרפא של האל לבין הצורך להיעזר ברופאים בשר ודם, שמקור הסמכות שלהם הוא יכולתם המקצועית ולא דבקותם הדתית יוצר מתח בלתי נמנע (בילו וויצטום, 1994). בחברה החרדית הרב הוא הסמכות הקובעת, לא רק בענייני דת, אלא בכל תחום ותחום בחיים, כולל בריאות, חינוך ילדים ויחסים בתוך המשפחה. במחקר נוסף, שנערך על סמכות רבנית מול סמכות רפואית ביחס לטיפול בילדים אוטיסטים בחברה החרדית עולה מסקנה כי ההורים נשמעים לסמכות הרבנית יותר מהסמכות הרפואית גם בעניינים רפואיים גרידא. לכן על המטפל לעבוד בתיאום עם רבני הקהילה ולקבל הסכמה מהם (שקד, 2009) במחקר אחר, נמצא כי בציבור החרדי יש מקום בשיתוף עם רבנים מנהיגי ציבור להנהיג שיעורים וחוגים בנושאי בריאות ובטיחות ולמצוא את הדרך לליבו של

הציבור החרדי על ידי קביעה שזוהי מצווה מן התורה: "ונשמרתם מאוד לנפשותיכם" (שפירא, 2009). ביסוס לכך ניתן לראות בעקבות התפרצות מגפת החצבת בירושלים. במקרה זה, חוסנו נגד חצבת אלפי ילדים חרדים במבצע משותף של משרד הבריאות ושל עיריית ירושלים ובברכת הרבנים (וייסבלאי, 2008). היום, נראה שרובם המכריע נעזרים בה ואף נוטים לקבל את ההסבר הרפואי למחלה או לבעיה (קפלן, 2004). במקרים רבים מקבל הרופא מעמד של "שליח אל" (בילו וויצטום, 1994).

מחקר שבחן שימוש בשירותי בריאות בקרב נשים חרדיות הצביע על מאפיינים ייחודיים של הנשים האלה בשימוש בשירותי הבריאות ועל נטייה מסוימת שלא להשתמש בשירותים האלה בתחומים השונים. בין היתר נמצא, שפחות נשים חרדיות מטופלות על ידי רופא או עובד בריאות ראשוני אחד קבוע, יותר נשים חרדיות דיווחו שלא השיגו עזרה רפואית דרושה בשנה האחרונה ושקיים הבדל מובהק בתרופות מרשם, כאשר יותר נשים חרדיות לא רכשו תרופה עקב עלותה. כמו כן עלה כי קיימת עדיפות גבוהה מבחינתן לקבל שירות גינקולוגי מרופאה. מהממצאים עלו מספר סוגיות: החוקרים מצאו כי בעלי הכנסה נמוכה מוותרים יותר על טיפולים רפואיים, ערכי הדת והתרבות מכתיבים את בחירת המטפל וכי השימוש בשירותי בריאות מושפע מהבדלים תרבותיים, מעמד חברתי-כלכלי ומאזור המגורים של המבוטחים (Schwartzbaum, Rier, 2004).

בסקר שנערך בתחום בדיקות לאבחון טרום לידתי אצל נשים הרות, נמצא הבדל מובהק בין נשים חילוניות לחרדיות בביצוע תבחין משולש (94% לעומת 7% בהתאמה). בנוגע לבדיקת מי שפיר, המומלצת כבדיקת חובה לנשים בנות 35 ומעלה, הסתבר כי נשים חרדיות לא מבצעות כלל בדיקה זו לעומת 94% בקרב נשים חילוניות (רומנו-זליכה, שר ושוחט, 2002). במחקר אחר שבדק התנהגות בריאות בקרב נשים חרדיות ולא חרדיות חולות בסרטן שד הסתבר, כי 80% מהנשים הלא חרדיות ביצעו בדיקת ממוגרפיה לפחות פעם אחת בחייהן לפני שאובחן סרטן השד לעומת 60% מהנשים החרדיות. כמו כן התברר כי שיעור גבוה מאוד בקרב נשים חרדיות (38%) אובחנו בשלב השלישי והמתקדם של סרטן השד לעומת, 38% של נשים לא חרדיות שאובחנו בשלב הראשון. מהממצאים עלה כי המודעות לבדיקות שד בקרב האוכלוסייה החרדית נמוכה. החוקרים העלו את החשיבות בהגברת ההסברה מותאמת תרבות בקרב נשים חרדיות (סדצקי, פפא, קטן, איזק וקפלן, 2008). ההתאמה התרבותית של שירותי הבריאות עשויה להיות חיונית גם לקיום תקשורת יעילה בין איש מקצוע למטופל, וגם להתאמה של אותם חומרי מידע

המופצים על ידי ארגוני בריאות בקרב המטופלים. במחקר שנערך לא מכבר ציינו החוקרים כי הימצאות עלוני מידע בריאותי עם מסרים או תמונות, שלא הולמים את תפיסתם התרבותית ואת הנורמות ההתנהגויות של קבוצות דת ותרבות שונות, אינה מסייעת בהעברת מידע, אלא פוגעת במתן הידע ובהעלאת מודעות בקרב מטופלים חרדיים, היות והם נמנעים מלהביט בעלונים אלו (אברבוך, קידר, וחורב, 2010). במחקר הנוכחי נבחנו באופן ממוקד בכל אחד מהנושאים מתן חיסונים, בדיקות התפתחותיות, ומתן ויטמינים וברזל מה הדרך בה מעדיפות האימהות לתינוקות לקבל מידע רפואי, מהן אמונותיהן והתנהגותן בפועל של אימהות לפעוטות בנושאים כמו יתרונות הרפואה המונעת, אמונותיהן כלפי הסיכון של תינוקותיהם לחלות במידה ולא ישתמשו בשירותי הרפואה המונעת, עד כמה האם תופסת את שהמחלה רצינית ותוצאותיה חמורות וחסמים ואמונות האם נוכח הסיכון של התינוק לחלות בעקבות קבלת החיסון. למיטב ידיעתי, עד כה לא נערכו מחקרים הבוחנים את אמונותיהן והתנהגותן של אימהות חרדיות לפעוטות בתחומים אלו.

3. מודל אמונות בריאות (Health Belief Model)

המודל התיאורטי עליו התבסס המחקר הנוכחי, הנו מודל אמונות בריאות (Rosenstock, 1974; Strecher & Becker, 1994). אשר פותח על ידי רוזנסטוק (Rosenstock, 1974) מודל זה הינו מודל פסיכולוגי המנסה להסביר ולנבא התנהגויות בריאותיות על ידי התמקדות בעמדות ובאמונות של הפרט. מחקרים קודמים בקרב קבוצות שונות של לקוחות הראו כי באמצעות מודל זה ניתן היה להסביר ולנבא התנהגויות בריאות (דאוד ועמיתיה, 2007; Blue & Valley, 2002; ; Shillitoe & Christie, 1989; Montano, 1986; Nexøe, Kragstrup, & Sogaard, 1999). המחקרים הראו כי בהשוואה לפרטים אשר לא קיבלו את החיסון, פרטים אשר התחסנו הם בעלי אמונה חזקה יותר כי שפעת היא מחלה חמורה וכי קבלת החיסון תעניק להם יתרונות בריאותיים בנוסף, בין מחוסנים ללא מחוסנים נמצאו הבדלים מובהקים ברמת הידע אודות מחלת השפעת והחיסון נגדה. מודל אמונות בריאות כולל מספר עולמות תוכן: רגישות נתפסת, חומרת המצב הבריאותי, יתרונות, חסמים להתנהגות בריאות ורמזים סביבתיים. רגישות נתפסת (Perceived susceptibility) פירושו תפיסת האפשרות ללקות במחלה. על פי קטגוריה זו כל פרט מחזיק בתפישה משלו הנוגעת לסבירות שיחלה. נחקרים המעריכים כי

הסבירות לכך שיחלו היא נמוכה מכחישים את האפשרות שיחלו בה ואילו נחקרים שמידת רגישותם גבוהה מעריכים כי הם מצויים בסכנה ממשית לחלות. קיים שוני בהגדרת הרגישות הנתפסת במחקר הנוכחי לעומת הספרות הקיימת. במחקר הנוכחי, הרגישות הנתפסת פירושה הסבירות שהפרט מעריך כי הוא מצוי בסכנה לחלות במידה ויתחסן או יבצע את הבדיקות. ככל שהרגישות נתפסת גבוהה יותר כך קטנה הסבירות שהאם תפנה לשירותי רפואה מונעת. לעומת זאת, בספרות המחקרית הרגישות הנתפסת פירושה הסבירות שהפרט מעריך שיחלה במידה ולא יתחסן. ככול שהרגישות גבוהה יותר כך גדל הסבירות שהפרט יתחסן. לדוגמא, במחקרים שנערכו בקרב אחיות בבריטניה ובארץ. מחקרים אלו הראו כי אחיות אשר התחסנו בעבר מחזיקות בממוצע תפישות גבוה יותר כי השפעת הינה מחלה רצינית מאלו אשר מעולם לא התחסנו. כלומר הן מעריכות כי הן מצויים בסכנה ממשית לחלות בשפעת ולכן מתחסנות (המכון הלאומי, 2007 ; O'Reilly, Cran & Stevens, 2005). במחקר אחר בנושא התנהגותם של ההורים בהקשר לחגירת ילדיהם במושבי בטיחות ברכב נסיעה נבדקה הרגישות הנתפסת על ידי בדיקת דעת ההורים לגבי סיכוייהם להיות מעורבים בתאונה וסיכויי הילד הלא חגור להיפגע בעת תאונה. כלומר שיעור שכל שהרגישות הנתפסת גבוהה יותר כך גובר הסיכוי שההורה יחגור את ילדו. ממצאי המחקר הראו שמבחינת תפיסת הרגישות הבריאותית, לא נמצא קשר סטטיסטי בין חגירת ילדים ברכב לבין תפיסת הרגישות של הנהג, אך נמצא הבדל מובהק סטטיסטי באמונות של הורים שחגרו את הילדים לבין אלו שלא (עומרי, 2008).

חומרת המצב הבריאותי (Perceived severity) קטגוריה זו משקפת את אמונותיו של הפרט באשר לקשיים שמחלה עלולה ליצור כגון: כאבים, חוסר נוחות ונטל כלכלי. במחקר שבחן דפוסי התנהגות מונעת התחסנות כנגד שפעת בקרב אחיות בישראל, נמצא כי מידת תפישתן של אחיות שחוסנו בעבר את חומרת המחלה הייתה גבוהה יותר מאלה שלא חוסנו (המכון הלאומי, 2007).

יתרונות נתפסים (Perceived benefits) פירושו תפיסת היתרונות והתועלת של ההתנהגות הבריאותית המומלצת במניעת המחלה או צמצום השפעותיה. למשל, אמונותיו של הפרט בדבר התועלת שתביא לו ההתחסנות. סביר להניח כי קבלת החיסון תמנע את ההידבקות במחלה. במחקרים קודמים נמצא כי אחיות מחוסנות תופשות את החיסון כיעיל יותר (המכון הלאומי, O'Reilly, Cran & Stevens, 2005 ; 2007). במחקר אחר שנערך בשמונה יישובים ערביים במחוז הצפון נבדק הקשר בין אמונות בריאותיות של הורים לבין התנהגותם של ההורים בנושא חגירת ילדיהם במושבי בטיחות ברכב בזמן נסיעה. ממצאי המחקר הראו שיש קשר מובהק בין תפיסת

היתרונות והיעילות של מושבי הבטיחות בהגנה על הילד לבין התנהגות בריאות של חגירת הילדים. הרוב המכריע של הנהגים (96.6%) מסכימים במידה רבה עד רבה מאוד שהדרך הבטוחה ביותר להסעת ילדים קטנים היא לחגור אותם במושבי בטיחות. יחד עם זאת, כמחצית מנהגים אלה לא חגרו אף ילד ברכבם. יתרה מזו, לא נמצא הבדל בתפיסת היתרונות בין שתי קבוצות ההורים, אלו שחגרו את הילדים ואלו שלא חגרו אף ילד. במילים אחרות, קיים פער בין אמונות להתנהגות בריאות. למרות שחלק מהנהגים תופסים את יעילות המושבים בצמצום נזק ופגיעה בילד בזמן תאונה, הם לא חגרו את הילדים (עומרי, 2008).

חסמים להתנהגות בריאות (Perceived barriers) פירושו העלויות או המחסומים לביצוע ההתנהגות. כולל עלויות מוחשיות (למשל זמן, הוצאות, זמינות, מיומנות) כמו גם עלות פסיכולוגית המקושרת לביצוע ההתנהגות, כאב, הרגשת חרדה, פסימיות, איום, מבוכה. למשל, אי הנעימות וחוסר הנוחות הכרוכים בקבלת החיסון. במחקר שנערך בקרב אחיות נמצא כי אין להן חסמים רבים המונעים מהן התחסנות בהשוואה לעמיתותיהן אשר לא התחסנו (המכון הלאומי, 2007). במחקר אחר, קיומם של חסמים להתנהגות בריאות היו המנבא החזק ביותר של חגירת ילדים ברכב. כלומר, הורים שתפסו את המחסומים המוחשיים (עלות, זמן ומיומנות טכנית) כפחות משמעותיים, והביעו אי הסכמה עם הבלתי מוחשיים, פטליזם וחרדה חגרו יותר את ילדיהם ברכב (עומרי, 2008). ממצאי מחקר, שבדק את הקשר בין אמונות בריאות ובין רמת ההיענות לטיפול עצמי בסכרת, הצביעו על קשר חזק בין תפיסת מחסומים לבין רמת ההיענות לטיפול עצמי בסכרת. כלומר, רמת היענות לטיפול עצמי הייתה גבוהה יותר בקרב חולים בעלי תפיסת מחסומים נמוכה (עוסמאן, בארי, אדלר, דאוד, 2007).

רמזים סביבתיים נבדקו באמצעות שלוש שאלות סגורות הבוחנות את מקור ואופן קבלת המידע בכל תחום. לדוגמא "מהי הדרך היעילה בשבילך לקבל מידע על ויטמינים וברזל/ בדיקות התפתחות/ חיסונים?". במחקר שבחן דפוסי התנהגות מונעת התחסנות כנגד שפעת בקרב אחיות בישראל, נמצא כי שבקרב סטודנטיות לסיעוד החסרות את הניסיון המקצועי הגורם המשפיע ביותר על ההתחסנות היה מניעים לפעולה כלומר, מידע אודות המחלה או החיסון העולה מהמדיה או המלצות רפואיות המעודדות התחסנות. הסבר אפשרי הוא שסטודנטים חסרי ניסיון מבססים את החלטתם על המלצותיהם של אנשים כמו רופאים, בני משפחה ועוד. החוקרים ממליצים לפעול להפצת הידע הנוגע להשלכות המחלה ולתועלות הצומחות מהחיסון לאחיות עצמן ולמטופליהן לשם הגדלת שיעור המתחסנים (המכון הלאומי, 2007).

הנחת המודל היא שאדם נוקט בפעולה כאשר הוא תופס את עצמו כרגיש לאיום בריאותי, וכדי לקבל החלטה הוא מעמיד את היתרונות מול המחסומים. ככל שתפיסת היתרונות מהתנהגות זו גבוהה יותר, לעומת המחסומים, סיכויי גדולים לבצע אותה התנהגות (Champion, 1993). במחקר הנוכחי, נעשה שימוש בארבעה עולמות תוכן: רגישות נתפסת, יתרונות, חסמים להתנהגות בריאות ורמזים סביבתיים בכל אחד מתחומי הרפואה המונעת: בדיקות התפתחות, חיסונים ומתן ויטמינים וברזל. בנוסף, בתחום חיסונים נעשה שימוש בעולם התוכן, חומרת המצב הבריאותי.

בהתבסס על עקרונות המודל, ניבויי המחקר הנוכחי הנם כי תפיסה חזקה יותר של יתרונות בדיקות התפתחות, חיסונים ומתן ויטמינים וברזל, תפיסה חזקה של הסיכון שילדיהם יחלו או יפגעו במידה ולא יקפידו על שירותי רפואה מונעת, תפיסה את המחלה כרצינית ותוצאותיה חמורות ותפיסת מחסומים נמוכה יותר בקרב האימהות יביאו אותם להקפיד על התנהגות מונעת. בנוסף, מתן מידע ופרסום שימשו רמזים מגבירי הנעה לאימהות במתן חיסונים, מתן ויטמינים וברזל ובדיקות התפתחות לילדיהן.

4. מאפיינים דמוגרפיים, אמונות והתנהגות בריאות

בנוסף לאמונות הבריאות, בחן המחקר מאפיינים דמוגרפיים של האם והתינוק, שעשויים להסביר את אמונות והתנהגות הבריאות של אימהות חרדיות בתחום הרפואה המונעת. הספרות המחקרית הצביעה על כי משתנים כמו מצב כלכלי, מוצא האתנו-תרבותי של האם, גילה רמת השכלתה, גיל התינוק, סדר לידה ומינו עשויים להשפיע ולעצב את אמונות הבריאות של האם. המשפחה החרדית היא בדרך כלל משפחה מרובת ילדים. על פי חלוקת התפקידים בחברה החרדית, האב הוא ראש המשפחה ובן תורה, והאם היא מפרנסת, עקרת בית וולדנית (סאינה, 2000). בגלל לימודיו של הבעל, ומספר הילדים הגבוה, המשפחה החרדית הממוצעת חיה בעוני ובצפיפות (אלאור, 1992) הגישה הרווחת בקהילה החרדית היא כי העבודה החומרית היא נחותה לעומת עבודת האל. גישה זו מובילה לכך שרוב חבריה מעדיפים להתמסר לחיי ישיבה במקום להשתלב בשוק העבודה. העדר השתלבות בחברה מבחינת תעסוקה מוביל את הקהילה החרדית לתלות בתקציבי המדינה ושיעור גבוה של עוני. נמצא כי, מקורות ההכנסה של משפחות חרדיות הן בעיקר קצבאות. קצבאות הילדים מהוות בממוצע 27% מסך הכנסתם המדווחת וקצבאות אחרות תורמות 31% נוספים מסך ההכנסה (שטדלר, 2003).

מחקרים קודמים הצביעו על כך כי התנהגות בריאות מושפעת מהבדלים תרבותיים ומעמד חברתי-כלכלי. קבוצות בעלי שיעורי שימוש נמוכים יותר בשירותי הבריאות הן למשל עולים חדשים, נשים חרדיות ונשים ערביות (אברבוך, קידר, וחורב, 2010)

מחקרים קודמים הצביעו על הקשר בין הבדלים ברמות סוציו אקונומיות להבדלים במצב הבריאות (Mackenbach, Kunst & Cavelaars, 1997). נמצא כי אנשים עם רמת הכנסה גבוהה, מאמצים לעצמם התנהגות בריאות יותר מאשר אנשים דלי אמצעים כלכליים. עניים רוכשים פחות השכלה, ולכן קשה להם יותר למצוא עבודה, בעיקר כזו שמתגמלת בשכר ראוי. אנשים אלה מרוויחים פחות, ואז נופלים למדרג נמוך. מה שמביא אותם לאמץ התנהגויות פחות בריאותיות (Laaksone, Prattata, Helasoja, Uutala & Lahelma, 2003). אנשים המדרגים עצמם ממעמד סוציואקונומי נמוך מתקשים להתמודד עם סביבתם הפיזית והחברתית הן בשל העוני בו הם שרויים כלומר מחסור במשאבים פיסיים (Freeman, 1989). השפעתו של מצב חברתי כלכלי על התנהגויות בריאות נמצא בתרבויות וחברות שונות בעולם. למשל ההתנהגות הבטיחותית של ההורים באוכלוסייה הערבית בהקשר של חגירת ילדים ברכב, נמצאה דומה לזאת של הורים ממוצא אינדיאני ממעמד סוציו אקונומי נמוך, בצפון מערב ארצות הברית (עומרי, 2008); (Lapidus, Smith, Ebel, Romero, 2005). עומרי מצאה כי ככל שהמצב הכלכלי של המשפחה נמוך יותר כי ישנה נטייה שלא לחגור ילדים בחגורת בטיחות (עומרי, 2008). במחקר אחר נמצא כי קיימים הבדלים ניכרים בשמירת בריאות השיניים לפי רמת ההכנסה. מיעוטי הכנסה משתמשים פחות בשירותי רפואת שיניים ועל כן סובלים יותר מתחלואה דנטאלית. בעלי הכנסה נמוכה וחולים כרוניים מוותרים יותר על טיפולים רפואיים. כמו כן נמצא כי בתחום התחלואה, בעלי השכלה נמוכה מדווחים יותר על הימצאות של סוכרת ועל שכיחות גבוהה יותר של הפרעות נפשיות (משרד הבריאות, 2010). כלומר מעוטי ההכנסה משתמשים פחות בשירותים אותם יש לממן.

במחקרים קודמים, הקשר בין בריאות והשכלה מוכרים כגורמים משמעותיים ביותר בקביעת מצבם הבריאותי של היחידים (Jaffe & Manor, 2009). כך למשל, מחקרים שבחנו את השפעתה של רמת ההשכלה ושמירה על התנהגות בריאות מצאו כי, עם העלייה בשנות לימוד עולה בהתמדה שיעור העוסקים בפעילות גופנית ויורד שיעור המעשנים. בתחום הרפואה מונעת נמצא

תת-שימוש בשירותי מניעה בקרב נשים בעלות השכלה נמוכה (משרד הבריאות, 2010). במחקר אחר הצביעו על קשר בין רמת ההשכלה של ההורים לבין חגירת ילדים ברכב. ככל שרמת ההשכלה נמוכה יותר כך נטו ההורים שלא להקפיד על חגירת הילד (עומרי, 2008). ישנן מספר השערות אפשריות לגבי השפעתה של ההשכלה על הבריאות, אפשרות אחת היא שההשכלה משפיעה על הרחבת הידע הכללי ועשויה לסייע להם לאמץ התנהגות יותר מקדמת וכך עולה המודעות לאורח חיים בריא. אפשרות נוספת היא שההשכלה מביאה לשיפור בבריאות דרך שיפור המעמד הסוציו-אקונומי והעלייה בהכנסה (Jaffe, Neumark, Eisenbach & Manor, 2008).

התנהגות בריאות נמצאה קשורה בגיל ההורה. מחקרים הצביעו על כך שלגיל מבוגר יותר יש השפעה חיובית על ההחלטה להתחסן (המכון הלאומי, 2007 ; Shahrabani & Benzion, 2006). במחקר אחר, למשל נמצאו קשרים בין התנהגות בריאות בתחום הנהיגה לבין גיל הנהג. ממצאי המחקר הראו כי ישנה ירידה קבועה במהירות הנהיגה עם הגיל וכי ככל שעולה הגיל, הנהיגה הופכת רגועה יותר. עוד נמצא כי עם העלייה בגיל מתרחש יותר תכנון נהיגה וישנה עלייה בריכוז בזמן הנהיגה. במימד הסטייה מהחוקים, נמצא כי ישנה ירידה משמעותית עם הגיל (French, West, Elander & Wilding, 1993; Jonah & Dawson, 1987). הסבר אפשרי הוא שהתנהגות הצעירים קשורה לחוסר ניסיון וללקיחת סיכונים ואילו המבוגרים יותר, מתייחסים להשלכות מעשיהם בזמן נתון לגבי העתיד, דבר הבא לידי ביטוי גם בהתנהגות הקשורה לנהיגה (אירס, 1996 ; טאובמן - בן-ארי, 2005) ממצא דומה עלה במחקר שבדק התנהגות בטיחותית בהקשר של חגירת ילדים. ככל שהנהג היה מבוגר יותר, הוא חגר יותר את הילדים. ייתכן והורים מבוגרים יותר חשים אחריות יותר בזמן הסעת הילדים מאשר הורים צעירים (בן בסט, 2009 ; עומרי, 2008).

מין הפעוט נמצא כמנבא התנהגות בריאות. כך עלה ממחקר בתחום התנהגות בטיחותית בהקשר של שימוש במושבי בטיחות לילדים, נמצא שלבנות ישנו סיכוי גבוה יותר באופן משמעותי להיות חגורות כהלכה ברכב לעומת בנים. קיימות מספר אפשרויות הסבר. אפשרות אחת היא שבנות ממושמות ומצייתות יותר להוריהם ולכן חגורות יותר. אפשרות שנייה, ההורים מסיבה כלשהי מקפידים יותר על הגנה על הבנות לעומת הבנים (בן בסט, 2009).

התנהגות בריאות של ההורה נמצאה קשורה בגיל הפעוט. כך לדוגמה במחקר, אשר השווה בין תפיסות של אימהות ילידות הארץ ואימהות עולות מבריה"מ לשעבר לגבי דפוסי טיפול בתינוק

ושמירה על הרגלי ניקיון נמצא כי עם העלייה בגיל הילד פוחתת התנהגות הניקיון של האימהות כלפי הילד בנושא רחיצת ידיים לפני הטפול בתינוק ושטיפת מוצץ שנפל במים רותחים. באשר לסדרי האכלה והשכבה של התינוק בחודשי חייו הראשונים ניתן לראות דמיון בהתנהגותן של אימהות משתי הקבוצות התרבותיות. אך עם העלייה בגיל התינוק נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין האימהות. האימהות העולות נטו לשמור על סדרי האכלה והשכבה קבועים בהשוואה לאימהות ילידות הארץ (Sarid & Shraga, 2012). דוגמא נוספת ניתן לראות, בממצאי מחקר שנערך בנפת אשקלון בו נמצא כי עם העלייה בגיל התינוק פחת מספר הביקורים בטיפת חלב וירד מספר התינוקות המתחסנים (ליפט-קזוקרו, 2002). במחקר אחר בנושא שימוש במושבי בטיחות נראה, שהורים שמרו יותר על התינוקות הקטנים מאשר פעוטות וילדים. 64% מהתינוקות עד גיל שנה היו חגורים במושבי בטיחות, לעומת 54% בקרב פעוטות בני שנה עד שלוש. יתכן והירידה עם הגיל קשורה בעובדה שבטיפות חלב, ההדרכה אודות חשיבות השימוש במושבי בטיחות מתרחשת לרוב סביב הלידה ובמעקב התכוף יותר עד גיל שנה לעומת פעוטות בני שנה ומעלה שבתקופה זו הביקורים פוחתים (עומרי, 2008; Bracchitta, 2006).

5. משאבי אישיות, אמונות והתנהגות בריאות

מהספרות המחקרית עולה כי אמונות בריאות מושפעות ממשתנים או משאבים אישיותיים כמו תחושת לכידות ומוקדי שליטה.

5.1 תחושת לכידות

בין המודלים התאורטיים החשובים אשר פותחו להבנת תגובות ההתמודדות של הפרט עם תופעות הקשורות לבריאות וחולי הינו המודל של אנטונובסקי, שבמרכזו ניצבת תחושת הלכידות. משאב פנימי המסייע לפרט לעמוד במצבי דחק ועם אירועי חיים שליליים (Antonovsky, 1987). מחקרים רבים מצאו שתחושת לכידות קשורה במגוון משתנים הקשורים בבריאות נפשית ופיזית. כך תחושת לכידות נמוכה נמצאה קשורה לדיכאון, חרדה, רגש שלילי, סימפטומים גופניים שליליים ולעומת זאת תחושת לכידות גבוהה נמצאה קשורה למשתנים חיוביים כגון יכולת התמודדות, בריאות פיזית ורווחה נפשית (Pallant & Lae, 2002; Jorgensen, Frankowski & Carey, 1999; Kalimo, Pahkin & Mutanen, 2002).

תחושת הלכידות היא אוריינטציה גלובלית, המבטאת את עוצמת תחושת הביטחון שיש לפרט, שהגירויים שהוא פוגש במהלך חייו ניתנים להבניה, לניבוי ולהסבר. שיש באפשרותו לגייס את המשאבים כדי להתמודד עם הדרישות שמציבים גירויים אלה, ושהדרישות הן בבחינת אתגר, שראוי להשקיע בו (Antonovsky, 1987). שלושת המרכיבים של תחושת הלכידות מייצגים יסודות קוגניטיביים, התנהגותיים ורגשיים, הכוללים: הבנה, נהילות ומשמעות:

הבנה (comprehensible) היא מרכיב קוגניטיבי, המבטא את נטית הפרט לראות את העולם כמערכת מובנית, שיש בה סדר וארגון שיטתיים, ושהאירועים בה ניתנים לחיזוי ולהסבר. נהילות (manageable) היא מרכיב התנהגותי, המתייחס ליכולת שליטה וביצוע, ולנטיית הפרט לתפוש את הדרישות המופנות כלפיו כניתנות לטיפול ולניהול באמצעות משאביו. מרכיב זה מבטא תחושה סובייקטיבית של הפרט לגבי המקורות העומדים לרשותו (מקורות פנימיים, כמו השכלה ומקורות חיצוניים, כמו תמיכה חברתית).

משמעות (meaningful) היא מרכיב מוטיבציוני, המבטא את תפישת הפרט ביחס לחיים כבעלי משמעות רגשית, המידה, שבה העולם נתפש כהגיוני, הנכונות לקבל אתגרים, והנכונות להתחייב לדברים בחיים. ציון גבוה במרכיב המשמעות פירושו, שלפרט יש משמעות חיים חיובית.

ההשערה שאנטונובסקי (1987) מעלה היא שלתפיסתו של אדם בעל דרגת לכידות גבוהה העולם ניתן להבנה, נתון בשליטתו ובעל משמעות. אדם בעל תחושת לכידות גבוהה ירגיש שברצונו להתמודד, יהיה חדור מוטיבציה ויראה בהתמודדות אתגר. יהיה לו הבסיס לממש את המשאבים הפוטנציאליים העומדים לרשותו. לעומתו, אדם בעל תחושת לכידות נמוכה יגלה קשיים תפקודיים ורגשיים, ובהם תחושה של חוסר מובנות, אי-סדר, אקראיות, יכולת שליטה נמוכה ופגיעה בתחושת האכפתיות והטעם שבחיים.

הנחת המחקר היא כי קיים קשר בין תחושת קוהרנטיות ובין התנהגות בריאות. אנשים בעלי תחושת לכידות גבוהה תופסים מצבים בחייהם כפחות מאיימים ומאמינים ביכולתם להתמודד עימם תוך בחירת דרכי התמודדות שיביאו לשליטה במצב ותוצאות בריאותיות טובות יותר. הנחה זו אוששה במחקרים שונים. למשל, במחקר שנערך בקרב חולי סכרת, נמצא קשר חיובי בין תחושת לכידות גבוהה ובין היענות רבה יותר לטיפול וקשר שלילי בין תחושת לכידות ובין מצוקה נפשית (Cohen & Kanter, 2004) במחקר אחר בקרב חולי זאבת בישראל נמצא שתחושת קוהרנטיות תרמה למידת ההיענות בטיפול. כמו כן, ממצאי המחקר מדגישים את חשיבות הקשר שבין תחושת לכידות חזקה ובין מצוקה פחותה (מינסקר-ואלצר, 2008).

אנטונובסקי סבר כי עוצמתה של תחושת הלכידות נקבעת על ידי שלושה סוגים של חוויות במהלך החיים: עקיבות (consistency): הבסיס למרכיב ההבנה. ככל שההתנסות עקיבה יותר, האדם תופס את העתיד כצפוי יותר. איזון בין עומס חסר לבין עומס יתר (under load-overload balance): הבסיס למרכיב השליטה. מתייחס לשאלה של מידת ההתאמה בין תביעות המופנות כלפי הפרט לבין משאבי ההתמודדות שלו (Sagy & Antonovsky, 1996). מצב של יתר-עומס פירושו ריבוי דרישות המופנות כלפי הפרט. מצב של עומס חסר פירושו העדר תביעות ומבטא תחושה של ריקנות ושעמום. שותפות בהחלטות בעלות ערך חברתי (participation in socially valued decision making) זהו הבסיס למרכיב המשמעות המבטא את תחושת השותפות של הפרט בתהליך קבלת ההחלטות, במשפחה ובחברה (אנטונובסקי, 1992). תחושת הלכידות מתעצבת ממכלול החוויות וההתנסויות של הפרט מינקות ועד בגרות ומתייצבת בסביבות גיל ההתבגרות. עם זאת משאב זה ממשיך להיות מושפע מאירועי חיים (Antonovsky, 1983; Wolf; Ratner, 1999; sarid, anson, yaari, margalith, 2004). במחקר שבדק את ההבדלים בתחושת הקוהרנטיות בין משפחות חרדיות לבין משפחות חילוניות המגדלות ילדים עם פיגור שכלי נמצאו הבדלים מובהקים בין הורים חרדים להורים חילוניים. הורים חרדים דיווחו על תחושת קוהרנטיות גבוהה יותר מהורים חילוניים. הסבר אפשרי הוא, כי אדם המאמין באלוקים יחוש שהמציאות של ילד עם נכות מוכתבת מאלוקים (מובנות). מציאות זו אכן תגרום לו לכאב רגש, אך מבחינה קוגניטיבית הוא יבין שהיא נגזרה עליו ואיתה הוא צריך להתמודד (טוביאס, 2006). לשיטתו של אנטונובסקי, תחושת הקוהרנטיות מושפעת ממשתנים כגון מעמד חברתי, חינוך וערכים הנגזרים מתרבות. לטענתו, משתני רקע מסוימים תורמים להתפתחות תחושת הקוהרנטיות כשם שערכים יציבים ועמוקים הקשורים לדת, מסורת או אידיאולוגיה חברתית פוליטית, יכולים להעניק תחושת קוהרנטיות (אנטונובסקי, 1987). כבר במחקרים קודמים נמצא שהדת היוותה מקור שליטה חיצוני לאדם וסייעה לו בהתמודדות בפני איום (Spilka, Hood & Gorsuch, 1985). בהתייחס למשפחות החרדיות לויפר (1988) מציינת, כי דת ישראל הינה דרך חיים קיומית על פי התורה והמצוות ומדריכה את האדם בכל רגע בחייו. האמונה באלוקים והבחירה בחיים על ברכי התורה מובילות ליעדים ולמטרות בחיים לפיכך, הציפיות מהחיים האישיים של האדם הן לחיים מלאי משמעות. האדם הדתי מאמין כי לכאב יש תכלית ותפקידו למצוא לו משמעות.

5.2. מוקד שליטה:

המושג מוקד מציין את המידה שבה האדם חש שהוא שולט בהתנהגותו. הינו משתנה זה נמדד על גבי רצף אשר בקצהו האחד נמצא האדם בעל מוקד (locus) שליטה פנימי, ובקצהו השני של הרצף נמצא אדם בעל מוקד שליטה חיצוני. מוקד שליטה פנימי (Internal locus of control) מתייחס לאמונה של האדם כי יש לו אפשרות להשפיע ולהיות אחראי על מגוון מצבים, וקיומם של מצבים שונים קשור קשר הכרחי להתנהגותו. לעומת זאת, מוקד שליטה חיצוני (External locus of control) מתייחס לאמונה של האדם כי גורמים שאינם תלויים בהתנהגותו אחראיים לתוצאות מסוימות כגון, פעילותם של אנשים אחרים ואילו מוקד שליטה ממוקד בגורל (locus of control chance) מתייחס לאמונה כי אירועים הפוקדים אותם הם תוצאה של כוחות חיצוניים: מזל, גורל או השגחה עליונה (Rotter, 1966 ; Nexøe et al, 1999). ההשלכות של אמונות אלו על הבריאות הן משמעותיות. מחקרים הצביעו על מוקד שליטה בגורל (פטליזם) כמחסום המעכב לא רק התנהגויות המכוונות למניעת מחלות, אלא גם כמעכב היענות לגילויי מוקדם (Niederdeppe, & Gurmankin, 2007) כמו כן, נמצא שרמות גבוהות של אמונה בגורל מעכבות היענות לקבלת ידע ומידע בהקשר של התפתחויות בנושאים בריאותיים (Miles, Voorwinden, Chapman & Wardle, 2008). כך לדוגמא, נמצא כי ההתנהגות של ההורים בהקשר של חגירת ילדיהם הושפעה מאמונה בגורל. אמונה זו מונעת מהאנשים לנקוט אמצעי זהירות. הם רואים חגירה ואי חגירה כשתי התנהגויות שוות מול הגורל. וכך הסיכוי לאמץ התנהגות הינו נמוך נוכח העובדה שהגורל מכתוב את המתרחש. רוב המשתתפים המוסלמים שהביעו אמונות פטליסטיות ואמונה בגורל הכתוב מראש, חגרו פחות את הילדים מאשר משתתפים נוצרים. כמו כן, נמצא שאמונות פטליסטיות, המהוות מחסום להתנהגות בריאותית, נמוכות יותר בקרב משכילים, באופן, מאשר בקרב אלו שאינם משכילים (עומרי, 2008).

במחקר איכותני שבחן את המאפיינים הייחודיים להיפגעות ילדים ממשפחות חרדיות בתאונות בית וחר, נמצא כי כשהאימהות האמינו בהעברת האחריות אל מוקד שליטה חיצוני וגורל כמו אמונה בכוח עליון, אמונה שהכול נקבע מראש (דטרמיניזם דתי), אמונה ברבנים, נמצאה עליה במספר תאונות אצל הילדים. גם תלות בבן הזוג היא אופן העברת האחריות לגורם חיצוני, אנושי

והיא נשענת על תפיסות מסורתיות של מבנה המשפחה ומעמד האישה . ניתן לשער, שכיוון בחברה החרדית בה יש משקל רב לסמכות הרבנית ולבעל דבריהם יעצבו את אמונות האישה ואת התנהגותה בפועל. (שפירא, 2009).

מוקד שליטה בגורל, כמחסום, נמצא קשור לעוני ומצב סוציו אקונומי נמוך ורמת השכלה נמוכה. עבודות הראו כי השוני במוקד שליטה בקרב קבוצות אתניות נובע מהבדלים במעמד הסוציו אקונומי. מחקר אשר בדק עמדות והתנהגויות בטיחותיות בקרב הורים לילדים, יהודים וערבים בישראל, מצא שבקרב האוכלוסייה הערבית מיקוד השליטה החיצוני גבוה יותר ומיקוד השליטה הפנימי נמוך יותר באופן מובהק מאשר בקרב האוכלוסייה היהודית (זאבי זאבי, קליין, עאסי , אנדי-פילדינג וחמו-לוטס, 2007). חברות מסורתיות מאופיינות ברמת דתיות גבוהה, חוסר השכלה, מספר גבוה של ילדים וחלוקה מסורתית של תפקידים במשפחה. הממצאים מראים מאפיינים ייחודיים לאוכלוסיות מסורתיות אשר באים לידי ביטוי באוכלוסייה החרדית . מיקוד שליטה חיצוני ובגורל, חוסר מודעות בתחום התנהגות בריאות, הם גורמים שאופייניים לחברות מסורתיות כפי שהראו המחקרים בחברה הערבית ובקהילת האמיש בארצות הברית. (אלעטאונה, 1996; בראון - אפל, הורן ועאסי, 2006; זאבי ועמיתיו, 2007; Vitale, Rzucidlo, Shaffer, 2006)

(Ceneviva & Thomas, 2006)

מטרות ושאלות המחקר

1.1 מטרות המחקר:

1. לבחון את הקשרים בין משתנים דמוגרפים של האם (מוצא אתנו תרבותי, גיל האם ורמת השכלה) לבין התנהגויות בפועל כלפי שימוש בשרותי רפואה מונעת.
2. לבחון את הקשרים בין משתנים דמוגרפים של האם (מוצא אתנו תרבותי, גיל האם ורמת השכלה) והמשתנים של התינוק (גיל, סדר לידה ומין) לבין אמונות בריאות, תחושת לכידות ומוקדי שליטה.
3. לבחון את הקשרים בין אמונות בריאות, תחושת לכידות ומוקדי שליטה ובין התנהגות האימהות ביחס לשימוש בשרותי רפואה מונעת.
4. לבחון את הקשרים בין המשתנים הדמוגרפיים של האם והתינוק ובין התנהגות בריאות באמצעות המשתנים המתווכים: אמונות בריאות, מוקד שליטה ותחושת הלכידות של האימהות.
5. לבחון את הקשרים בין אמונות בריאות של האימהות לבין מוקד שליטה ותחושת לכידות.

1.2 שאלות המחקר

- א. האם משתנים דמוגרפים של האם משפיעים על התנהגותן בפועל כלפי שימוש בשרותי רפואה מונעת?
- ב. האם משתנים דמוגרפים של האם והתינוק משפיעים על אמונות הבריאות, תחושת לכידות ומוקדי שליטה של האם?
- ג. האם אמונות בריאות, תחושת לכידות ומוקדי שליטה משפיעים על התנהגות האימהות ביחס לשימוש בשרותי רפואה מונעת?
- ד. האם המשתנים הדמוגרפיים של האם והתינוק משפיעים על התנהגות בריאות של האימהות באמצעות המשתנים המתווכים: אמונות בריאות, מוקד שליטה ותחושת הלכידות של האימהות?
- ה. האם אמונות בריאות של האימהות משפיעות על מוקד שליטה ותחושת לכידות?

השערות המחקר :

1. ימצא קשר בין משתנים דמוגרפים של האם (מוצא אתנו תרבותי, גיל האם ורמת השכלה) לבין התנהגויות בפועל כלפי שימוש בשרותי רפואה מונעת.
2. ימצא קשר ישיר בין משתנים דמוגרפים של האם (מוצא אתנו תרבותי, גיל האם ורמת השכלה) והמשתנים דמוגרפים של התינוק (גיל, סדר לידה ומין) לבין אמונות בריאות, תחושת לכידות ומוקדי שליטה.
3. ימצא קשר ישיר בין אמונות בריאות, תחושת לכידות ומוקדי שליטה ובין התנהגות האימהות ביחס לשימוש בשרותי רפואה מונעת.
4. ימצא קשר לא ישיר בין המשתנים הדמוגרפיים של האם והתינוק ובין התנהגות בריאות באמצעות המשתנים המתווכים : אמונות בריאות, מוקד שליטה ותחושת הלכידות של האימהות.
5. ימצא קשר הדדי בין אמונות בריאות ובין מוקד שליטה ותחושת קוהרנטיות.

שיטת המחקר

המחקר הנוכחי הינו מחקר חתך שנערך בין החודשים פברואר 2011 למאי 2012, בקרב אימהות חרדיות. קריטריוני הכללה היו אימהות שלהן עד שלושה ילדים וגיל ילדן הפעוט נע בין 12-24 חדשים.

1.1. תיאור המדגם:

המדגם כלל 85 אימהות חרדיות אשר מתגוררות בדרום הארץ ובמרכז. בלוח 1.1 מוצגת התפלגות המאפיינים הדמוגרפיים של הנבדקות על פי המשתנים השמים והמשתנים הסדורים. בלוח 1.2 מוצגת התפלגות משתנה רמת דתיות של הנבדקות.

לוח 1.1: מאפיינים דמוגרפיים של הנבדקות (מספרים ואחוזים)

(n=85)

משתנים	ערכים	n (%)
ארץ מוצא	ישראל	76 (89.4)
	אסיה ואפריקה	6 (7.1)
	אירופה	3 (3.5)
שייכות אתנו תרבותית	ספרדייה	59 (69.4)
	אשכנזייה	26 (30.6)
ארץ מוצא של אם הנחקרת	ישראל	47 (57.6)
	אסיה ואפריקה	29 (34.2)
	אירופה	7 (8.2)
ארץ מוצא של אב הנחקרת	ישראל	43 (50.6)
	אסיה ואפריקה	35 (41.2)
	אירופה	7 (8.2)
מצב משפחתי	רווקה	0 (0)

(97.6) 83	נשואה	
(1.2) 1	גרופה	
(1.2) 1	אלמנה	
(37.6) 32	כן	הריון בזמן נוכחי
(62.4) 53	לא	
(0) 0	יסודית	רמת השכלה
(20)17	תיכונית	
(46) 39	על תיכונית	
(34) 29	אקדמאית	
(18.8) 16	עקרות בית	תחום תעסוקה
(60) 51	חינוך	
(21.2) 18	פקידות ומכירה	
(3.6) 3	מעל הממוצע	מצב כלכלי
(48.2) 41	כמו הממוצע	
(48.2) 41	מתחת לממוצע	
(94.1) 80	עיר	ישוב
(5.9) 5	מושב	

לוח 1.2: משתנה דתיות של הנבדקות (מספרים ואחוזים)

(n =85)

n (%)	ערכים	משתנה
(100) 85	חרדית	רמת דתיות
(0) 0	דתייה	
(0) 0	דיי דתייה	
(0) 0	לא כל כך דתייה	
(0) 0	לא דתייה	
(0) 0	מאוד לא דתייה	

בעלות תשובה	כן	לא
	27 (32)	58 (68)
חוג	56 (65.9)	58 (68)
	10 (11.8)	58 (68)
	5 (5.9)	58 (68)
	14 (16.5)	58 (68)

מלוח 1.1 ניתן לראות כי גילן הממוצע של המשתתפות הינו 26.74 (SD=2.07). רובן המוחלט נשואות

(97.6%), כאשר נבדקת אחת (1.2%) הינה גרושה ונבדקת אחרת (1.2%) אלמנה. מרבית הנחקרות ילידות הארץ (89.4%), 3 נחקרות (3.5%) עלו מצרפת ו 6 נחקרות (7.1%) עלו מאתיופיה ומתימן. כאשר לאם הנבדקת, יותר ממחציתן ילידות הארץ (57.6%), כשליש מארצות אסיה ואפריקה (34.2%) והשאר מארצות אירופה. כאשר לאב הנבדקת, מחציתם ילידי הארץ, יותר משליש ילידי אסיה ואפריקה (41.2%) והשאר ילידי אירופה. בעת איסוף הנתונים כשליש מהנשים היו בהריון (37.6%). מבחינת השכלתן, 20% מהנשים בעלות השכלה תיכונית, 46% בעלות השכלה על תיכונית ו 34% בעלות השכלה אקדמית. 81.2% מהנשים עובדות מחוץ לבית והשאר עקרות בית. בקרב הנשים שעובדות 60% עובדות בתחום החינוך ו 21.2% עובדות במקצועות של פקידות ומכירה. מבחינת מצב כלכלי, 3.6% מהנבדקות הגדירו את מצבן הכלכלי מעל הממוצע, 48.2% כממוצע ו 48.9% מתחת לממוצע. רובן המוחלט של הנבדקות מתגורר בעיר (94.1%) והשאר במושב.

בלוח 1.2 מתוארת התפלגות משתנה הדתיות. כל המשתתפות הגדירו עצמן כחרדיות. 32% הגדירו עצמן כבעלות תשובה ו 68% חרדיות מבית. מבחינת חלוקה לזרמים, 65.9% משתייכות לחוג הספרדי, 11.8% חסידות גור, 5.9% חסידות חב"ד, 16.5% חוג ליטאי. מבחינת אמונה דתית אין שונות בדיווח הנחקרות. כל הנחקרות השיבו כי הן מאמינות בקיום האל, במתן תורה, בהשגחה פרטית, בכך שהאל מכווין את ההיסטוריה ובביאת המשיח. מבחינת סולם קיום מצוות, הממוצע הוא 25.24 עם סטיית תקן של 5.03. מספר המצוות המינימאלי הינו 19 ומספר המצוות המקסימאלי הוא 38. ככל שהציון נמוך יותר, הדבר מעיד על דבקות גבוהה יותר בקיום מצוות.

בלוח 2 מוצגת התפלגות המאפיינים הדמוגרפיים של האבות על פי המשתתפים השמים והמשתתפים הסדורים.

לוח 2: מאפיינים דמוגרפיים של האבות (מספרים ואחוזים)

(n=85)

משתנים	ערכים	n (%)
ארץ מוצא	ישראל	77 (91)
	אסיה ואפריקה	8 (9)
	אירופה	0
השכלה	יסודית	9 (10.6)
	תיכונית	25 (29.4)
	על תיכונית	46 (54)
	אקדמאית	5 (6)
תעסוקה	עובד	32 (37.6)
	לא עובד	53 (62.4)

מלוח 2 ניתן לראות כי רוב הגברים הינם ילידי הארץ (91%) והשאר ילידי אסיה ואפריקה. כמחצית מהגברים הנם בעלי השכלה על תיכונית (54%), כשליש (29.4%) בעלי השכלה תיכונית ומיעוטם בעלי השכלה יסודית (10.6%) ובעלי השכלה אקדמית (6%). מבחינת תעסוקה, מעל שליש מהגברים עובדים (37%) בעוד יתר הברים הנם תלמידי ישיבה. בלוח 3 מוצגת התפלגות המאפיינים הדמוגרפיים של התינוק על פי המשתנים השמים והמשתנים הסדורים.

לוח 3: מאפיינים דמוגרפיים של התינוק (מספרים ואחוזים)

(n=85)

משתנים	ערכים	n (%)
מין התינוק	זכר	48 (56.5)
	נקבה	37 (43.5)

סדר לידת התינוק	ראשון	42 (49.4)
	שני	26 (36.6)
	שלישי	17 (20)
מחלות רקע	כן	9 (10.6)
	לא	76 (89.7)

מלוח 3 ניתן לראות כי יותר ממחצית הפעוטות הם זכרים (56.5%). גילם הממוצע של הפעוטות הנו שמונה עשר חודשים וסטית תקן של חמישה חדשים. כמעט מחצית מהפעוטות הינם ראשונים בסדר הלידה (49.4%), יותר משליש ילדים שניים (36.6%) והשאר מספר שלוש בסדר הלידה. מרבית האימהות ציינו כי אין לפעוט מחלות רקע (89.7%). מיעוטם סובלים ממחלות כגון הסתבכות מעיים, אלרגיה, אסתמה, רגישות לפניצילין, חך ושפה שסועה.

1.2. הליך איסוף הנתונים:

הליך המחקר כלל מספר שלבים. בשלב הראשון מספר נערכה פניה לארבע נשות מפתח, רבניות או נשים חרדיות המקיימות שיעורי תורה לנשים בקהילה החרדית. נשים אלו אותרו מתוך הכרות אישית או דרך מכרות משותפות. התקיימה פגישה או שיחה טלפונית עם כל אחת מנשות המפתח והוסברו מטרות המחקר. במקביל נעשתה פנייה לתשע נשות קשר נוספות, קרובות משפחה או חברות המעורות בקהילה החרדית, על מנת שתסייענה באיתור נשים העונות על קטריוני ההכללה. היות והקהילה החרדית הינה קהילה סגורה וקבלת ההחלטות מתבצעת על ידי ההנהגה והסמכות הרוחנית של הקהילה נעשה שימוש בשיטת הדגימה הנוכחית (לוי, 1988). מחקרים נוספים שנערכו בקרב אוכלוסייה חרדית בישראל נעזרו באנשי המפתח, להם יש נגישות לאנשים נוספים מאותה קבוצה, הם מתבקשים למסור מידע על מכריהם ולהרחיב את המדגם (Panacek & Thompson, 2007). שיטה זו מקובלת ונמצאה יעילה במחקרים קודמים בקרב הקהילה החרדית. כך למשל, במחקר המתאר את חוויתן הסובייקטיבית של אימהות חילוניות וחרדיות בישראל לאחר הולדת ילדן הראשון, נעשתה פנייה תחילה לאנשי קשר המשתייכים לעדה החרדית או מקרובים אליה, אשר הפנו את החוקרת לאימהות נוספות (לוק-שמר, 2009). בהמשך לכך, במחקר אשר בדק עמדות, תפיסות והתנהגויות בקרב משתמשי דרך, נהגים והולכי רגל, בציבור החרדי. במחקר זה החוקרת פנתה למספר רב של אנשים מקרב האוכלוסייה החרדית ונעזרה בהם

על מנת לגייס אנשים מהקהילה (טאובמן - בן-ארי, 2009). בדומה לכך בעקבות, קבלת הסכמה של רבנים נערך סקר בקרב נשים חרדיות ישראליות לגבי הרגלי בריאות, נגישות וזמינות המרפאות ורמזים סביבתיים (Rier, Schwartzbaum & Heller, 2008). בשלב השני של המחקר, הועברו שמות של 23 נשים העונות על קריטריוני ההכללה על ידי הרבניות. 19 נשים נוספות גויסו באמצעות נשות הקשר. נעשתה פניה אל נשים אלו והוסברו מטרות המחקר.

בשלב השלישי, אימהות נוספות גויסו באמצעות טכניקה של "כדור שלג" (Snowball sampling) כשהמשתתפות במחקר מפנות מועמדות אפשריות נוספות. שיטה זו פועלת על עיקרון הפצת המידע אודות המחקר ממקור ראשון אשר התנסה בתהליך ונמצאה יעילה באיתור נחקרים בקרב אוכלוסיות סגורות (Mendes-Luck, Trejo, Miranda, Jimenez, Quiter & Mangione, 2011). היתרון בשיטה זו הוא באפשרות ליצור קשר עם קבוצת אוכלוסייה שאינה נגישה בדרך אחרת. למשל אוכלוסיות שאינן רוצות להיחשף בגלוי (Faugier & Sargeant, 1997) או איתור של קבוצות מיעוט (Hedges, 1979). מספר מחקרים קודמים שנערכו בקרב קבוצות אוכלוסייה שאינן נגישות עשו שימוש בשיטה זו.

כך למשל, במחקר שבדק את מאפייני הקשרים הזוגיים ויחסי הורה – ילד ואת השינויים שחלו במאפיינים אלו במשך שלושה דורות בקרב המשפחה ערבית בישראל (יחיא-אבו אחמד, 2006). במחקר אחר, העוסק ביזמות עסקית בחברה הבדואית, החוקר מציין כי כל ניסיון להגיע למדגם יזמים אקראי היה נדון לכישלון לנוכח החשדנות הרבה בקרב החברה הבדווית כלפי חוקרים חיצוניים ואף פנימיים. לכן היזמים בסקר נאספו בשיטת "כדור השלג" (מאיר ובסקינד, 2006). במחקר אחר, המביא את סיפור חייהם של ישראלים ממוצא אתיופי שעלו בילדותם, דרך סודאן לארץ ישראל, נבחרה דגימת כדור שלג (אינגדאו, 2010). כך גם במחקר, בו נבחנו תפיסות התנהגויות של אימהות עולות מבריה"מ לשעבר ואימהות ילידות הארץ בנושא דרכי טפול בתינוק ודפוסי פניה לרופא (Sarid & Shraga, 2010).

מחקר זה קיבל את אישורה של ועדת האתיקה של אוניברסיטת בן גוריון בנגב. מטרת המחקר הוסברה לכלל האימהות והן התבקשו לתת את הסכמתן להשתתף במחקר. הובהר לאימהות כי השאלון הנו אנונימי וכי הן רשאיות לפרוש מהשתתפותן במחקר בכל שלב. משך הראיון נע בין ארבעים דקות לשעה. בסך הכול פניתי ל- 127 אימהות חרדיות, מתוכן 85 אימהות (66.9%) הביעו את הסכמתם להשתתף במחקר והשיבו על השאלון, 3 אימהות (2.4%) פרשו במהלך מילוי

השאלונים וכ- 39 אימהות (30.7%) סירבו להשתתף במחקר. ממצא זה תואם את המתואר

בספרות לגבי היענות של נחקרים חרדים שגויסו בטכניקה דומה בישראל (Rier,

(Schwartzbaum& Heller, 2008).

כל המשתתפות אשר הביעו הסכמתן להשתתף במחקר הוחתמו על טופס הסכמה מדעת.

1.3. משתני המחקר:

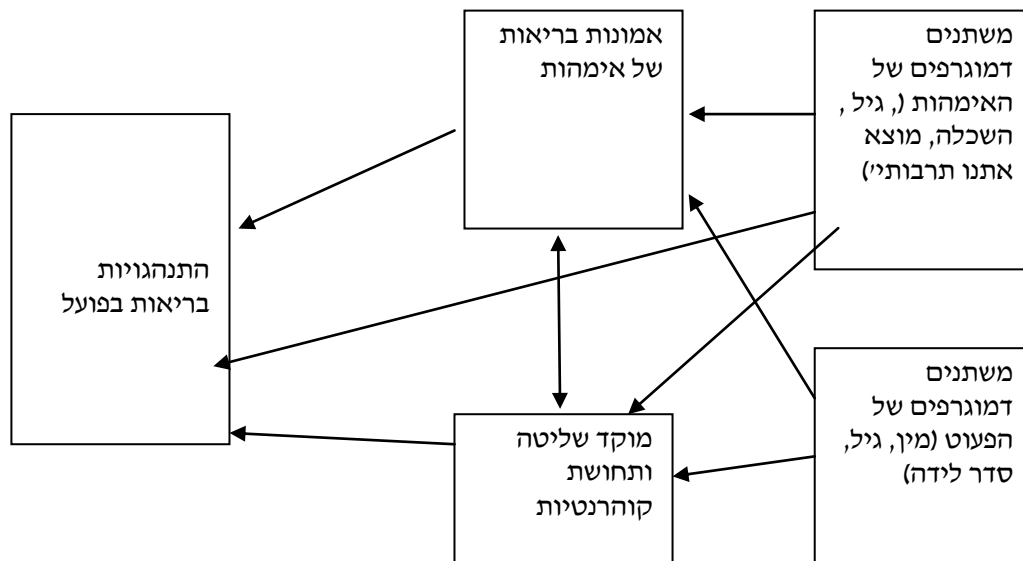
משתנים תלויים: התנהגויות בריאות בפועל כלפי שימוש בשרותי רפואה מונעת: בדיקות

התפתחות, חיסונים וויטמינים וברזל.

משתנה בלתי תלויים: משתנים דמוגרפיים של האימהות והפעוט ומידת דתיות

משתנים מתווכים: אמונות בריאות, מוקד שליטה ותחושת קוהרנטיות.

מודל המחקר:



1.4. כלי המחקר

במחקר הנוכחי נעשה שימוש בשאלון למילוי עצמי, אשר כלל:

1. שאלון אמונות בריאות: מבוסס על שאלון קיים אשר בדק אמונות בריאות בנושא קבלת

חיסונים ונמצא תקף ומהימן במחקר קודם (Nexøe et al, 1999). שאלון אמונות בריאות כולל

מספר עולמות תוכן: רגישות נתפסת, חמרת המצב הבריאותי, יתרונות, חסמים להתנהגות

בריאות ורמזים סביבתיים. הנחקרות התבקשו לדרג את ההגידים בכל תתי הסולמות על פני סולם

ליקרט בין 5 דרגות (1=לחלוטין לא מסכימה, 5= מסכימה בהחלט) את המידה בה כל היגד מתאים להן.

א. **רגישות נתפסת** נבדקה באמצעות שני היגדים בנושא בדיקות התפתחות ("אני חושבת שלתינוקי יש סיכוי לחלות בגלל הבדיקות", "תינוקי רגיש יותר מתינוקות אחרים"), מהימנות פנימית במחקר הנוכחי $Cronbach\ a = 0.78$. 3 היגדים בנושא מתן חיסונים ("אני חושבת שלתינוקי יש סיכוי לחלות בגלל החיסון", "אני מודאגת מהסיכון שתינוקי יחלה עקב החיסון במחלה קשה", "תינוקי רגיש יותר מתינוקות אחרים"), מהימנות פנימית במחקר הנוכחי $Cronbach\ a = 0.7$. 31 היגדים בנושא ויטמינים וברזל ("אני חושבת שלתינוקי יש סיכוי לחלות בגלל תוספי המזון", "אני מודאגת מהסיכון שתינוקי יחלה עקב ויטמינים וברזל במחלה קשה"). "תינוקי רגיש יותר מתינוקות אחרים"). מהימנות פנימית במחקר הנוכחי $Cronbach\ a = 0.7$.

ב. **חומרת המצב הבריאותי** נבדקה באמצעות שישה היגדים בנושא מתן חיסונים (דוגמא- "אם תינוקי לא יקבל את החיסון ויחלה, יהיה לו קשה לתפקד"). מהימנות פנימית במחקר הנוכחי $Cronbach\ a = 0.7$

ג. **יתרונות נתפסים** נבדקו באמצעות היגד אחד בנושא בדיקות התפתחות ("הבדיקות ההתפתחותיות המומלצות על ידי משרד הבריאות נחשבות יעילות לזיהוי בעיות התפתחות"). היגד אחד בנושא מתן חיסונים ("החיסונים המומלצים על ידי משרד הבריאות יעילים כנגד המחלות להם מיועדים) והיגד אחד בנושא ויטמינים וברזל (תוספי המזון המומלצים על ידי משרד הבריאות יעילים לתינוק).

ד. **חסמים להתנהגות בריאות** נבדקו באמצעות חמישה היגדים בכל תחום. (לדוגמא- "לבדיקות התפתחות/ לחיסוני טיפת חלב/ לויטמינים וברזל יש תופעות לוואי לא נעימות"). מהימנות פנימית במחקר הנוכחי לגבי בדיקות התפתחות $Cronbach\ a = 0.8$, לגבי חיסונים $Cronbach\ a = 0.7$ לגבי ויטמינים וברזל $Cronbach\ a = 0.75$. שאלה אחת בכל תחום הבודקת את השיקולים עבור אי לקיחת הפעוט לבדיקות חיסונים ואי מתן ויטמינים וברזל, בחנה חסמים נוספים הקשורים לאמונות האם: ("כשלא לקחתי את התינוק לבדיקות התפתחותיות/ חיסונים/ נתתי ויטמינים וברזל. מה היו השיקולים לכך?") מספר תשובות אפשריות נתנו לשאלה זו כמו למשל: מחלת תינוק, קרובות

משפחה שלי (אמא, סבתא, אחותי) אמרו שנראה שהתינוק מתפתח טוב, קשה לי להגיע למרפאה בגלל המרחק.

ה. **רמזים סביבתיים** נבדקו באמצעות שלוש שאלות סגורות הבוחנות את מקור ואופן קבלת המידע בכל תחום. (לדוגמא- " מהי הדרך היעילה בשבילך לקבל מידע על ויטמינים וברזל/ בדיקות התפתחות/ חיסונים?").

בנוסף, אמונות הבריאות של הנבדקות, נבדקו באמצעות שאלות נוספות לגבי כל תחום. בתחום בדיקות התפתחות ובדיקות כלליות, אמונות הבריאות נבדקו באמצעות שאלה אחת הבוחנת את דעת האם לגבי חשיבות בדיקות התפתחות(לדוגמא- האם לפי דעתך חשוב ללכת עם תינוק לבדיקות התפתחותיות למשל בדיקת שמיעה?") ושאלה אחת הבוחנת את הדעה של האם לגבי הזמן בו צריך לפנות לטיפת חלב, לאחר הלידה (לדוגמא- " לפי דעתך מתי רצוי לפנות בפעם הראשונה לאחר הלידה עם תינוק לאחות או לרופא?"). בתחום מתן חיסונים, אמונות הבריאות נבדקו באמצעות שאלה אחת הבודקת את הדעה של האם לגבי הצורך בחיסונים (" האם לפי דעתך כדאי לחסן את תינוקך בחיסונים הבאים לדוגמא- חיסון נגד שיתוק ילדים?"). בתחום מתן ויטמינים וברזל, אמונות הבריאות נבדקו באמצעות שאלה הבודקת האם הנבדקת חושבת כי רצוי לתת ויטמינים וברזל לתינוקה ("האם לדעתך בנוסף להזנה השגרתית היומיומית רצוי לתת ויטמינים וברזל לתינוקך?").

2. התנהגויות בריאות : נבדקו באמצעות שאלה אחת הבודקת את עיתוי יצירת הקשר הראשוני עם אחות או רופא לאחר לידת התינוק (" מתי יצרת קשר ראשון עם אחות טיפת חלב או רופא הילדים?") שאלה הבוחנת תדירות בקורים עבור בדיקות התפתחותיות (לדוגמא- " מהי התדירות בה את לוקחת את תינוקך לבדיקת שמיעה. אנא צייני את מספר הפעמים?"). שאלה אחת הבוחנת את תדירות הביקור במרפאה או בטיפת חלב ("באיזו תדירות את מבקרת במרפאה או בטיפת חלב לשם מעקב אחר תינוקך?"). שתי שאלות בנושא מדידת חום (לדוגמא- " ביזה מקום בגוף התינוק את מודדת חום במדחום?"). שאלה אחת בנושא רחיצת ידיים לפני שלוקחים את התינוק בידיים (לדוגמא- " לפי דעתך לפני שלוקחים את התינוק בידיים חשוב לרחוץ ידיים בששת החדשים הראשונים לאחר לידת התינוק?"). שתי שאלות לגבי הנקה ("האם הנקת את תינוקך?" "הגיל בו הפסקת להניק?"). בנוסף, נבדקו התנהגויות בריאות בנושא מתן חיסונים בפועל כפי שמופיע בכרטיס טיפת חלב או על פי דיווח של האם.

3. שאלון מוקד שליטה : בוחן מוקד שליטה הקשור לקבלת חיסונים ונמצא תקף ומהימן

במחקרים קודמים (Nexøe et al, 1999; Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978).

במחקר הנוכחי בחנו באמצעות מדד סטנדרטי זה מוקדי שליטה הקשורים לשימוש בשרותי רפואה מונעת לתינוק. השאלון תורגם לעברית על ידי שני שופטים מומחים ותורגם שנית לאנגלית. בוצעו התאמות מזעריות. המושג מוקד שליטה מציין את המידה שבה האדם חש שהוא שולט בהתנהגותו. המשתנה "מוקד שליטה" הינו רצף אשר בקצהו האחד נמצא האדם בעל מוקד שליטה פנימי, התופס אירועים חיוביים ושלייליים בחייו כפונקציה לשליטתו. ובקצהו השני של הרצף נמצא אדם בעל מוקד שליטה חיצונית, הנוטה יותר לתפוס אירועים חיוביים ושלייליים כבלתי תלויים בפעולותיו וכישוריו, ולכן מצויים מעבר לתחום שליטתו ואחריותו (Rotter, 1966) מוקד שליטה ייבדק באמצעות 18 היגדים. הנחקרות התבקשו לדרג על פני סולם ליקרט בין 5 דרגות (1=לחלוטין לא מסכימה, 5= מסכימה בהחלט) את המידה בה כל היגד מתאים להן. מוקד שליטה פנימי נבדק באמצעות 6 היגדים (לדוגמא- "אם תינוקי חולה אני מאמינה שישי לי את היכולת לעזור להחלמתו"), מהימנות פנימית במחקר הנוכחי הייתה $Cronbach\ a = 0.59$. בשל המהימנות הנמוכה תת שאלון זה לא נכלל בניתוחים הסטטיסטיים.

מוקד שליטה חיצוני נבחן באמצעות 6 היגדים (לדוגמא- "הדרך היחידה לשמור על בריאות תינוקי היא התייעצות עם נציגי מערכת הבריאות"), מהימנות פנימית במחקר הנוכחי $Cronbach\ a = 0.7$.

מוקד שליטה הממוקד בגורל נבחן באמצעות-6 היגדים (לדוגמא- " נראה לי שבריאות תינוקי תלויה במזל בלבד"). מהימנות במחקר הנוכחי $Cronbach\ a = 0.81$.

4. שאלון תחושת לכידות: השאלון כולל 13 היגדים המודרגים על פני סולם ליקרט בן 7 רמות (1=לעיתים רחוקות או אף פעם, ו-7= לעיתים קרובות). הנחקרות התבקשו לדרג את המידה בה כל היגד מתאים להן (לדוגמא" האם יש לך הרגשה שלא אכפת לך מה הולך מסביבך?"). השאלון פותח על ידי אנטונובסקי (Antonovsky, 1987) ונועד לבחון את המידה בה תופס האדם את העולם כמובנה, בר ניהול ובעל משמעות. השאלון ונמצא תקף ומהימן במחקרים שונים (לדוגמא, אמנון, 2006; Sarid, Ansom, Yaari, & Berger et al, 2009 ; Margalith, 2004). ככל שהציון גבוה יותר, תחושת הקוהרנטיות גבוהה יותר. מהימנות הפנימית במחקר הנוכחי $Cronbach\ a = 0.72$.

5. שאלון אמונות דתיות: (בן-מאיר וקדם, 1979; ברלב, 1989) השאלון מורכב משלושה סולמות הכוללים הגדרה עצמית, אמונה דתית וקיום מצוות. הוא בודק אמונה דתית ונמצא תקף ומהימן במחקרים קודם (לדוגמא, פישרמן, 1992). השאלון המקורי שיועד לאוכלוסייה גברית, נוסח במחקר זה בגוף נקבה והתווספה האפשרות "פטורה" עבור שאלות העוסקות במצוות שאינן מיועדות לנשים. תחומי התוכן הנם:

ההגדרה של מידת דתיות, כוללת סולם בן 6 פריטים הנע בן "חרדית" ל"מאוד לא דתייה".

סולם האמונה הדתית, הכולל 6 היגדים אותם ניתן לדרג על פני סולם ליקרט, בן 5 רמות (1= מאמינה בלב שלם, ו-5= כלל לא מאמינה). הנחקרות התבקשו לדרג את המידה בה כל היגד מתאים להן (לדוגמא- "יש השגחה פרטית")

סולם קיום המצוות, הכולל 19 היגדים אותם ניתן לדרג על פני סולם ליקרט בן 4 רמות (1=כן מקיימת, ו-4=פטורה). הנחקרות התבקשו לדרג את המידה בה כל היגד מתאים להן (לדוגמא- "צמה ביום כיפור", מתפללת תפילת שחרית ביום חולי). מהימנות פנימית במחקר הנוכחי $Cronbach\ a = 0.74$.

6. שאלון דמוגרפי- השאלון כולל גיל, מוצא אתנו תרבותי של האימהות, בן זוגן והוריהן, מצב כלכלי, השכלה, תעסוקה, גיל התינוק, סדר לידתו, מין התינוק וישוב.

1.5. ניתוח נתונים:

משתנים תיאוריים הוצגו בשכיחויות ואחוזים בעוד שמשתנים רציפים הוצגו במוצעים וסטיות תקן. הקשרים בין המשתנים נבדקו באמצעות מבחני קורלציות ונבחן הקשר בין משתנים דמוגרפים של האם לבין התנהגותה בפועל כלפי שימוש בשרותי רפואה מונעת. כמו כן נבדק הקשר בין משתנים דמוגרפים של האם והתינוק לבין אמונות בריאות, תחושת לכידות ומוקדי שליטה. בנוסף, נבדק הקשר בין אמונות בריאות, תחושת לכידות ומוקדי שליטה ובין התנהגות האימהות ביחס לשימוש בשרותי רפואה מונעת. בנוסף נבדק הקשר בין אמונות בריאות של האימהות לבין מוקד שליטה ותחושת לכידות. לבסוף, נבדק הקשר בין המשתנים הדמוגרפיים של האם והתינוק ובין התנהגות בריאות באמצעות המשתנים המתווכים: אמונות בריאות, מוקד שליטה ותחושת הלכידות של האימהות.

תוצאות

1.1 תיאור המשתנים המתווכים:

המודל המחקרי הציג מספר משתנים מתווכים שהם, מוקד שליטה, תחושת הלכידות ואמונות בריאות.

לוח 4: משתני מוקד שליטה ותחושת לכידות של הנבדקות (ממוצעים וסטיות תקן)

(n=85)

משתנים	ממוצע (סטיית תקן)	מינימום-מקסימום
תחושת לכידות	68.55 (9.23)	49-91
מוקד שליטה חיצוני	17.75 (3.32)	8-25
מוקד שליטה ממוקד בגורל	13.58 (4.91)	6-29

מלוח 4 ניתן לראות כי הערך הממוצע של תחושת הלכידות בקרב הנבדקות הינו 68.55 עם סטיית תקן של 9.23. הערך הממוצע של מוקד שליטה חיצוני הינו 17.75 עם סטיית תקן של 3.32 והערך הממוצע של מוקד שליטה ממוקד בגורל הינו 13.58 עם סטיית תקן של 4.91.

בלוחות 5-7, יוצגו אמונות בריאות של האימהות בשלושה תחומים: בדיקות התפתחות, מתן חיסונים ומתן ויטמינים וברזל.

א. בדיקות התפתחות:

בלוח 5-5.2 מוצגות אמונות הבריאות בתחום בדיקות התפתחות לפי עולמות התוכן לפי מודל אמונות בריאות (HBM): חסמים להתנהגות בריאות, יתרונות נתפסים, רגישות נתפסת ורמזים סביבתיים. בנוסף, יוצגו אמונות הנבדקות באמצעות משתנים נוספים כגון: חשיבות בדיקות התפתחות, המועד הראשון בו כדאי לפנות לטיפת חלב לאחר הלידה והשיקולים עבור אי לקיחה לבדיקות התפתחות.

לוח 5: משתנה אמונות בריאות של הנבדקות בתחום בדיקות התפתחות (ממוצעים וסטיית תקן)

(n=85)

מיון ממוצע (סטיית תקן)	מינימום-מקסימום	עולם תוכן
7.76 (3.37)	5-20	חסמים להתנהגות בריאות
4.15 (0.95)	1-5	יתרונות נתפסים
3.42 (1.51)	2-8	רגישות נתפסת

לוח 5.1: אמונות בריאות בנושא רמזים סביבתיים בתחום בדיקות התפתחות (מספרים ואחוזים)

(n=85)

משתנה	ערכים	n (%)
קבלת מידע	כן	77 (91)
	לא	8 (9.4)
אופן קבלת המידע	דפי הסבר	33 (38.8)
	הסבר בעל פה	52 (61.2)
מקור המידע	קרובי משפחה	12 (14.2)
	רופא או אחות	73 (85.8)

מלוח 5-5.1, ניתן לראות כי הערך הממוצע של חסמים להתנהגות בריאות הוא 7.76 עם סטיית תקן של 3.37. הערך הממוצע של יתרונות נתפסים הנו גבוה (4.15) עם סטיית תקן של 0.95. לעומת זאת, הערך הממוצע של רגישות נתפסת יחסית נמוך (3.42) עם סטיית תקן של 1.51. במילים אחרות,

האימהות מאמינות כי לבדיקות התפתחותיות יש יתרון גבוה בעוד שהן אינן מעוררות רגישות גבוהה. מבחינת רמזים סביבתיים, מרבית האימהות (91%) דיווחו כי קיבלו הסבר בטיפת חלב לגבי בדיקות התפתחות, בעוד היתר ציינו כי לא קיבלו הסבר. מרבית האימהות (85.8) ציינו כי הדרך הנוחה או הטובה ביותר לקבל מידע לגבי בדיקות התפתחות היא ההסבר הניתן על ידי רופא או אחות. יתר האימהות ציינו כי הדרך הנוחה עבורן לקבל הסבר הנה באמצעות קרובי משפחה כגון סבתא, אמא ואחות. כמעט שני שלישים מהאימהות (61.2%) קיבלו הסבר בעל פה והשאר קיבלו דפי הסבר.

לוח 5.2 : אמונות בריאות בתחום בדיקות התפתחות ובדיקות כלליות (מספרים ואחוזים)

(n=85)

משתנה	ערכים	n (%)
פנייה בפעם הראשונה לרופא או אחות	כשהתינוק בן שבוע	41 (48.2)
	כשהתינוק בן שבועיים	19 (22.4)
	כשהתינוק בן חודש	25 (29.4)
חשיבות בדיקת שמיעה	כן	84 (98.8)
	לא	1 (1.4)
חשיבות בדיקות התפתחות בתחומי מוטוריקה גסה ועדינה, שפה	כן	71 (97.3)
	לא	2 (2.7)
חשיבות ביצוע הערכת גדילה באמצעות מדידה שקילה, גובה והיקף ראש	כן	83 (97.6)
	לא	2 (2.7)
חשיבות בדיקה בידי רופא ילדים	כן	85 (100)
	לא	0 (0)
שיקולים לאי לקיחה לבדיקות	מחלת תינוק	13 (15.3)

7 (8.2)	קרובות משפחה (סבתא/ אמא)	התפתחות
	אמרו שהילד מתפתח טוב	
4 (4.7)	מרחק	

מלוח 5.2, ניתן לראות כי כמעט מחצית מהאימהות (48.2%) מאמינות כי רצוי לפנות בפעם הראשונה לאחר הלידה עם התינוק לאחות או לרופא כשהתינוק בן שבוע, 22.4% מאמינות כי יש לפנות כשהתינוק בן שבועיים והיתר כשהתינוק בן חודש. מבחינת אמונות לגבי חשיבות בדיקות התפתחות, 98.8% מאמינו כי חשוב ללכת לבדיקות שמיעה, 97.3% מאמינות כי חשוב לבצע בדיקות התפתחות בתחומי המוטוריקה העדינה, גסה ושפה, 97.6% מאמינות כי חשוב לבצע הערכת גדילה באמצעות מדידת שקילה, גובה והיקף ראש, 100% מהאימהות מאמינות כי חשוב לבצע בדיקות בידי רופא ילדים. מתוך כלל האימהות, השיקולים לאי לקיחת התינוק לבדיקות התפתחות היו: מחלת ילד (15.3%), קרובות משפחתן (אימא, סבתא, אחות) אמרו שנראה שהתינוק מתפתח טוב (8.2) ושל המרחק של טיפת החלב מביתן (4.7).

ב. חיסונים

בלוח 6-6.1 יוצגו אמונות הבריאות בתחום חיסונים לפי מודל אמונות בריאות. עולמות התוכן של המודל כוללים: חסמים להתנהגות בריאות, יתרונות נתפסים, רגישות נתפסת, חומרת המצב הבריאותי ורמזים סביבתיים. בנוסף, יוצגו אמונות הנבדקות באמצעות משתנה אמונות הבריאות של האם בנושא הצורך בכל אחד מהחיסונים.

לוח 6: משתנה אמונות בריאות של הנבדקות בתחום חיסונים (ממוצעים וסטיות תקן)

(n=85)

עולם תוכן	ממוצע (סטיות תקן)	מינימום-מקסימום
חסמים להתנהגות בריאות	9.11 (2.94)	5-18
יתרונות נתפסים	4.11 (0.93)	1-5
רגישות נתפסת	6.04 (2.47)	3-13

7-24

(3.30) 16.27

חומרת המצב הבריאותי

לוח 6.1: אמונות בריאות בנושא רמזים סביבתיים בתחום חיסונים (מספרים ואחוזים)

(n=85)

משתנה	ערכים	n (%)
קבלת מידע	כן	81 (95.3)
	לא	4 (4.7)
אופן קבלת המידע	דפי הסבר	36 (42.3)
	הסבר בעל פה	49 (57.7)
מקור המידע	קרובי משפחה	4 (4.8)
	רופא או אחות	81 (95.2)

מלוח 6-6.1, ניתן לראות כי הערך הממוצע של חסמים להתנהגות בריאות הוא 9.11 עם סטיית תקן של 2.94. הערך הממוצע של יתרונות נתפסים הוא גבוה (4.11) עם סטיית תקן של 0.93. הערך הממוצע של רגישות נתפסת הוא 6.04 עם סטיית תקן של 2.47. הערך הממוצע של חומרת המצב הבריאותי הוא 16.27 עם סטיית תקן של 3.30. מהממצאים עולה כי האימהות מאמינות כי חומרת המצב הבריאותי ללא חיסונים הנו גבוה. החיסונים יעניקו לילדים יתרון בריאותי גבוה משום שאינם מעוררים רגישות גבוהה ולהם מספר מועט של חסמים למשל תופעות לוואי לא נעימות, החיסונים יחלישו את מערכת החיסון של תינוקי וכדומה. מבחינת רמזים סביבתיים, מרבית האימהות (95.3%) קיבלו הסבר בעל פה מהצוות הרפואי בטיפת חלב לגבי חיסונים, יתר האמהות לא קיבלו הסבר בעל פה. מרבית האימהות (95.2%) ציינו כי הדרך הנוחה או הטובה ביותר לקבל מידע לגבי חיסונים היא ההסבר על ידי רופא או אחות, השאר ציינו קרובי משפחה

כגון סבתא, אימא ואחות. יותר ממחצית מהאימהות (57.7%) קיבלו הסבר בעל פה על מתן החיסונים והיתר קיבלו דפי הסבר.

לוח 6.2: משתנה אמונות בריאות של הנבדקות בתחום חיסונים (מספרים ואחוזים)

(n=85)

משתנה	ערכים	n (%)
דלקת כבד	רצוי	83 (97.6)
	לא רצוי	2 (2.4)
שיתוק ילדים	רצוי	84 (98.8)
	לא רצוי	1 (1.2)
אסכרה- פלצת- שעלת	רצוי	83 (97.6)
	לא רצוי	2 (2.4)
אינפלואנצה B	רצוי	79 (92.9)
	לא רצוי	6 (7.1)
פנוימוקוק/ פרבנר	רצוי	80 (94.1)
	לא רצוי	5 (5.9)
חצבת- חזרת- אדמת	רצוי	84 (98.8)
	לא רצוי	1 (1.2)
אבעבועות רוח	רצוי	83 (97.6)
	לא רצוי	2 (2.4)
דלקת כבד A	רצוי	82 (96.5)
	לא רצוי	3 (3.5)

מלוח 6.2 ניתן לראות שמעל 92% מהאימהות, ציינו לגבי כל חיסון כי הן מאמינות שרצוי לבצעו.

ג. מתן ויטמינים וברזל:

בלוח 7-7.2 מוצגות אמונות הבריאות בנושא מתן ויטמינים וברזל לפי עולמות התוכן הבאים: חסמים להתנהגות בריאות, יתרונות נתפסים, רגישות נתפסת ורמזים סביבתיים. בנוסף, יוצגו

אמונות הנבדקות בנושא הצורך לגבי מתן ויטמינים וברזל לתינוק, והגיל בו כדאי להתחיל ושיקולים לקיחה כשלא נתנו ויטמינים וברזל.

לוח 7: משתנה אמונות בריאות של הנבדקות בתחום ויטמינים וברזל (ממוצעים וסטיות תקן)

(n=85)

מנימום-מקסימום	ממוצע (סטיית תקן)	עולם תוכן
5-18	8.80 (3.44)	חסמים להתנהגות בריאות
1-5	4.08 (0.83)	יתרונות נתפסים
3-10	4.75 (1.95)	רגישות נתפסת

לוח 7.1: אמונות בריאות בנושא רמזים סביבתיים בתחום ויטמינים וברזל (מספרים ואחוזים)

(n=85)

n (%)	ערכים	משתנה
(85.9)73	כן	קבלת מידע
(14.1)12	לא	
(22.4)19	דפי הסבר	אופן קבלת המידע
(77.6)66	הסבר בעל פה	
(17.7) 15	קרובי משפחה	מקור המידע
(82.3) 70	רופא או אחות	

מלוח 7-7.1, ניתן לראות כי הערך הממוצע של חסמים להתנהגות בריאות של מתן ויטמינים וברזל הוא 8.80 עם סטיית תקן של 3.44. הערך הממוצע של יתרונות נתפסים הוא יחסית גבוה (4.08) עם

סטיית תקן של 0.83. הערך הממוצע של רגישות נתפסת הוא יחסית נמוך (4.75) עם סטיית תקן של 1.95. במילים אחרות, האימהות מאמינות כי ויטמינים וברזל יעניקו להן יתרון בריאותי גבוה בעוד שהם אינם מעוררים רגישות גבוהה וכי הן בעלות מספר מועט של חסמים שעלולים למנוע מהן מתן ויטמינים וברזל מבחינת רמזים סביבתיים, 85.9% מהאימהות קיבלו הסבר בטיפת חלב לגבי ויטמינים וברזל, השאר לא קיבלו הסבר. מרבית האימהות (82.3%) ציינו כי הדרך הנוחה או הטובה ביותר לקבל מידע לגבי ויטמינים וברזל היא ההסבר על ידי רופא או אחות, פחות מחמישית מהאימהות ציינו כי הדרך הטובה ביותר לקבלת מידע עבורן הנה באמצעות קרובי משפחה כגון סבתא, ואם. יותר משני שליש מהאימהות (77.6%) ציינו כי קיבלו הסבר בעל פה בעוד שהיתר קיבלו דפי הסבר.

לוח 7.2: משתנה אמונות בריאות של הנבדקות בתחום מתן ויטמינים וברזל (מספרים ואחוזים)

(n=85)

משתנה	ערכים	n (%)
האם רצוי לתת ויטמינים לתינוק	כן	82 (96.5)
	לא	3 (3.5)
האם רצוי לתת ברזל לתינוק	כן	83 (97.6)
	לא	2 (2.4)

מלוח 7.2, ניתן לראות כי מרבית הנשים מאמינות כי רצוי לתת ויטמינים (96.5%) וברזל (97.6%) לתינוק. האימהות שלא נתנו ויטמינים וברזל ציינו, כי השיקול לאי נתינת ויטמינים וברזל היה שכחה (24.7%).

1.2 תיאור משתני התנהגויות בריאות:

בלוחות 8-9, יוצגו התנהגויות בריאות של האימהות כלפי שימוש בשירותי רפואה מונעת.

לוח 8: התנהגויות בריאות של הנבדקות בתחום בדיקות התפתחות, מתן חיסונים ומתן ויטמינים

וברזל

לוח 8.1: התנהגויות בתחום בדיקות התפתחות (ממוצעים וסטיות תקן)

(n=85)

משתנה	ממוצע (סטיית תקן)
בדיקת שמיעה בשנה הראשונה	1.47 (0.9)
בדיקת שמיעה בשנה השנייה	0.5 (0.85)
בדיקות התפתחות בשנה הראשונה	2.24 (1.66)
בדיקות התפתחות בשנה השנייה	1.01 (1.12)
הערכת גדילה בשנה הראשונה	5.48 (2.50)
הערכת גדילה בשנה השנייה	1.70 (1.5)
בדיקה בידי רופא ילדים בשנה הראשונה	6.5 (4.51)
בדיקה בידי רופא ילדים בשנה השנייה	3.5 (3.8)

מלוח 8.1, ניתן לראות כי בשנה הראשונה לוקחות האימהות את תינוקן לבדיקת שמיעה, 1.47 פעמים בממוצע עם סטיית תקן של 0.9 ואילו בשנה השנייה 0.5 בממוצע עם סטיית תקן של 0.85. מבחינת בדיקות התפתחות, בשנה הראשונה הן לוקחות את הפעוט 2.24 פעמים בממוצע עם סטיית תקן של 1.66 ואילו בשנה השנייה פעם אחת בממוצע עם סטיית תקן של 1.12. מבחינת הערכת גדילה, בשנה הראשונה הן לוקחות את הפעוט 5.48 פעמים בממוצע עם סטיית תקן של 2.50 ואילו בשנה השנייה 1.70 פעמים בממוצע עם סטיית תקן של 1.5. מבחינת בדיקה בידי רופא ילדים, האימהות לוקחות את תינוקן בממוצע 6.5 פעמים עם סטיית תקן של 4.51 ואילו בשנה השנייה 3.5 פעמים בממוצע עם סטיית תקן של 3.8. לסיכום, עם העלייה בגיל הפעוט פוחתים מספר הביקורים לצורך בדיקות התפתחותיות.

לוח 8.2: התנהגויות בתחום מתן חיסונים

(מספרים ואחוזים)

סוגי חיסונים	מבצעות את החיסון	מבצעות באופן חלקי	כלל לא מבצעות
HBV (דלקת כבד B)	(97)78	1 (1.3)	0
IPV (שיתוק ילדים- פוליו)	(89.9) 71	8 (10.2)	0
DTaP (אסכרה- פלצת- שעלת)	(89.9) 71	8 (10.2)	0
Hib (אינפלואנצה B)	(89.9) 71	8 (10.2)	0
PCV13 (פנוימוקוק)	(87.3) 69	10 (12.7)	0
MMR (חצבת- חזרת- אדמת)	(88.6) 70		9 (11.4)
Var (אבעבועות רוח)	(88.6) 70		9 (11.4)
Hav (דלקת כבד A)	(35.7) 10	13 (46.4)	5 (17.9)

לוח זה כולל נתונים לגבי מתן חיסונים בפועל לתינוק על פי דיווח אישי או כרטיס טיפת חלב. שש מהנבדקות לא השיבו על שאלות אלה.

מלוח 9.2 ניתן לראות כי מרבית הנשים (97%) מהנשים מחסנות את תינוקן בחיסון נגד דלקת כבד

B. חיסון זה מתבצע שלוש פעמים, בבי"ח, בגיל חודש ובגיל חצי שנה. רוב הנבדקות (89.9%)

מחסנות נגד IPV, DTaP ו Hib. חיסונים אלו מתבצעים בגיל חודשיים, ארבעה חודשים, חצי

שנה ושנה. רוב הנבדקות (87%) מחסנות נגד PCV13, MMR ו Var. יחד עם זאת, ניתן לראות

כי קיימת ירידה קלה במתן חיסונים ככל שגיל התינוק עולה. לגבי חיסונים הניתנים בגיל שנה כמו MMR, PCV13 ו Var. פחות אימהות לוקחות את ילדיהן לקבלת חיסונים בגיל זה.

לגבי חיסון דלקת כבד A הניתן מגיל 18 חודשים נאספו נתונים מ-29 נבדקות בלבד. ניתן לראות ירידה במספר הנבדקות שדיווחו על מתן חיסון דלקת כבד A. 35.7% חיסנו לעומת 46.4% שחיסנו באופן חלקי ו 17.9% שלא חיסנו כלל. חשוב לציין כי גילם הממוצע של הפעוטות הנו שמונה עשר חודשים וסטית תקן של חמישה חדשים.

לוח 8.3: התנהגויות בריאות בתחום ויטמינים וברזל (מספרים ואחוזים)

(n =85)

לא נותנות בששת החודשים הראשונים לחיי התינוק	נותנות בששת החודשים הראשונים לחיי התינוק	
18 (21.2)	67 (78.8)	ויטמינים
25 (29.29)	60 (70.6)	ברזל

מלוח 8.3 ניתן לראות כי יותר משני שליש מהנשים דיווחו כי הן נותנות ויטמינים וברזל לתינוקן (78.8%, 70.6% בהתאמה) כמומלץ על ידי משרד הבריאות. יתר האימהות נותנות ויטמינים וברזל כגון כשגילו של הפעוט הנו מעל חצי שנה או שנה.

לוח 9: התנהגויות בריאות של הנבדקות (מספרים ואחוזים)

(n =85)

משתנה	ערכים	n (%)
פנייה בפעם הראשונה לרופא או אחות	כשהתינוק בן שבוע	40 (47.1)
	כשהתינוק בן שבועיים	15 (17.6)
	כשהתינוק בן חודש	30 (35.3)
תדירות ביקור במרפאה בששת	פעם בשבוע	7 (8.2)
		63 (74.1)

	פעם בחודש	החודשים הראשונים לחיי התינוק
(17.6)15		
	פעם בחודשיים	
(0)		
	אחר	
(0)	פעם בשבוע	תדירות ביקור בגיל שבין 6-12 חודשים
(22.4) 19	פעם בחודש	
(62.4) 53	פעם בחודשיים	
(15.3) 13	אחר(שלושה חודשים)	
(0)	פעם בשבוע	תדירות ביקור בגיל שבין 1-2
(7) 6	פעם בחודש	
(30.6) 26	פעם בחודשיים	
(62.4) 53	אחר	
(88.2) 75	כן	הנקה
(11.8) 10	לא	
(3.5) 3	מתחת לבית השחי	מקום בגוף התינוק למדידת חום
(3.5) 3	בפה	
(93) 79	בטוסיק	
(0)	37.5	חום גוף שמצריך פנייה לרופא
(24.8) 21	38	
(75.3) 64	מעל 38	

מלוח 9 ניתן לראות כי כמעט מחצית מהאימהות (47.1%) פונות בפעם הראשונה לאחר הלידה עם התינוק לאחות או לרופא כשהתינוק בן שבוע, 17.6% פונות כשהתינוק בן שבועיים ו-35.3% פונות כשהתינוק בן חודש. מבחינת תדירות ביקור במרפאה בששת החודשים הראשונים לחיי התינוק,

8.2% פונות פעם בשבוע, 74.1% פונות פעם בחודש והשאר פעם בחודשיים. מבחינת תדירות ביקור במרפאה בגיל שבין חצי שנה לשנה, 22.4% פונות פעם בחודש, 62.4% פונות פעם בחודשיים והשאר פעם בשלושה חודשים. אף לא אחת מהאימהות פונה אחת לשבוע. מבחינת תדירות ביקור במרפאה בגיל שבין שנה לשנתיים, 7% פונות אחת לחודש, 30.6% פונות פעם בחודשיים, 62.4% פונות אחת לחצי שנה. אף לא אחת מהאימהות פונה אחת לשבוע.

מבחינת הנקה, 88.2% מנשים ציינו שהן מניקות. ממוצע גיל התינוק בסיום ההנקה הינו 8.43 חודשים עם סטיית תקן של 6.02.

מבחינת מדידת חום, רוב האימהות מודדות חום בפי הטבעת (93%). כשלושת רבעי מהאימהות פונות לרופא פונות כאשר חום הגוף של הפעוט הוא מעל 38°C ורבע מהאימהות פונות לרופא כאשר חום הגוף הוא 38°C .

לוח 9.1: התנהגות ניקיון כלפי הילד בנושא רחיצת ידיים (מספרים ואחוזים)

משתנה	ערכים	n (%)
רחיצת ידיים בששת החודשים הראשונים לאחר לידת התינוק	חשוב	(90.6)
	לא חשוב	(9.4)
רחיצת ידיים בגיל שבין ששה חודשים לשנה	חשוב	(44.7)
	לא חשוב	(55.3)
רחיצת ידיים בגיל שבין שנה לשנתיים	חשוב	(20)
	לא חשוב	(80)

מלוח 9.3 ניתן לראות כי בששת החודשים הראשונים לאחר לידת התינוק, מרבית האימהות (90%) מאמינות כי חשוב להקפיד על רחיצת ידיהן לפני הטיפול בתינוק. כמחצית מהן (44.7%) מאמינות כי בגיל שבין חצי שנה לשנה, חשוב להקפיד על רחיצת ידיהן לפני הטיפול בתינוק. ואילו רק 20% מאמינות כי חשוב להקפיד על רחיצת ידיים בגיל שבין שנה לשנתיים. ניתן לראות כי ככל שגיל

התינוק עולה, האם הקפידה פחות על התנהגות הניקיון כלפי הילד בנושא רחיצת ידיים לפני הטיפול בו.

1.3 קשרים בין משתני המחקר

מטרות המחקר לבחון את הקשר בין משתנים דמוגרפים של האם לבין התנהגויות בפועל כלפי שימוש בשרותי רפואה מונעת. הבנת הקשרים בין משתנים דמוגרפים של האם והמשתנים דמוגרפים של התינוק לבין אמונות בריאות, תחושת לכידות ומוקדי שליטה. הבנת הקשרים בין אמונות בריאות, תחושת לכידות ומוקדי שליטה ובין התנהגות האימהות ביחס לשימוש בשרותי רפואה מונעת והבנת הקשרים בין המשתנים הדמוגרפיים של האם והתינוק ובין התנהגות בריאות באמצעות המשתנים המתווכים: אמונות בריאות, מוקד שליטה ותחושת הלכידות של האימהות.

בהתאם למודל המחקרי המוצע בשלב הראשון נבדקו באמצעות קורלציות הקשרים בין גיל האימהות ואמונות בריאות. לאחר מכן, נערכו מבחני t על מנת לבחון האם יש הבדלים מובהקים סטטיסטית בין אמונות בריאות של נשים ממוצא אתנו תרבותי שונה לפי חלוקה לספרדייה ואשכנזייה. לבסוף באמצעות ניתוחי שונות נבחנו הבדלים בין אמונות בריאות לרמת ההשכלה של האם.

א. משתנים דמוגרפים של האם ואמונות בריאות

הקשר בין גיל האם ומשתני אמונות בריאות:

חושבו מתאמי פירסון בכדי לבחון את הקשר בין גיל ומשתני אמונות בריאות של האימהות בשלושה תחומים: בדיקות התפתחות, בדיקות חיסונים וויטמינים וברזל. שלושת התחומים יוצגו לפי עולמות התוכן הבאים: חסמים להתנהגות בריאות, יתרונות נתפסים, רגישות נתפסת. בתחום חיסונים יוצג בנוסף, עולם התוכן של חומרת המצב הבריאותי. בעולם התוכן, רמזים סביבתיים יבוצע ניתוחי שונות.

הממצאים מצביעים על כך כי משתנה הגיל קשור בקשר חלש יחסית לאמונות בריאות בתחום בדיקות התפתחות בהתייחס לעולם התוכן של רגישות נתפסת ($r = 0.26, p < 0.05$). כלומר ככל שהנבדקת מבוגרת יותר כך היא מאמינה יותר ברגישות הצפויה לתינוק בשל בדיקות

התפתחותיות. לגבי מתן חיסונים ככל שהגיל עולה הנבדקות יותר מאמינות בחומרת המצב הבריאותי למשל יאמינו שזיהום עקב החיסון יכול להיות מסוכן או שאם התינוק לא יקבל את החיסון הוא יחלה מאוד וכדומה. לא נמצאו קשרים מובהקים סטטיסטית בין גיל האם לבין חסמים להתנהגות בריאות ויתרונות נתפסים. לא נמצאו קשרים מובהקים סטטיסטית בין גיל האם ומתן חיסונים וויטמינים וברזל. בעולם התוכן, רמזים סביבתיים בוצעו ניתוחי שונות, לא נמצאו קשרים מובהקים סטטיסטית בין גיל האם ורמזים סביבתיים.

מוצא אתנו תרבותי ומשתנה אמונות בריאות

על מנת לבחון האם קיימים הבדלים מובהקים סטטיסטית באמונות הבריאות של הנבדקות ממוצא אתנו תרבותי שונה לפי חלוקה לעדה ספרדית ואשכנזית, בוצע מבחן t, בו המשתנה הבלתי תלוי הוא מוצא אתנו תרבותי והמשתנים התלויים הם אמונות בריאות של האימהות בשלושה תחומים: בדיקות התפתחות, בדיקות חיסונים וויטמינים וברזל. שלושת התחומים יוצגו לפי עולמות התוכן הבאים: חסמים להתנהגות בריאות, יתרונות נתפסים, רגישות נתפסת. בתחום חיסונים יוצג בנוסף, עולם התוכן של חומרת המצב הבריאותי. בעולם התוכן, רמזים סביבתיים יבוצע מבחן חי בריבוע.

לוח 10: אמונות בריאות על פי מוצא אתנו תרבותי

(ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוחי מבחן t)

t (df=83)	אשכנז		ספרד	בדיקות התפתחות:
	ממוצע (סטיות תקן)	ממוצע (סטיות תקן)	ממוצע (סטיות תקן)	
1.39	(2.38) 7.00	(3.70) 8.10		חסמים להתנהגות בריאות
**2.27	(0.58) 4.5	(1.05) 4.00		יתרונות נתפסים
* 2.06	(1.09) 2.92	(1.62) 3.64		רגישות נתפסת
חיסונים:				
0.09	(2.83) 9.15	(3.01) 9.08		חסמים להתנהגות בריאות
0.015	(1.14) 4.11	(0.83) 4.11		יתרונות נתפסים
** 2.26	(1.71) 5.15	(2.66) 6.44		רגישות נתפסת

0.43	(2.99) 16.5	(3.44) 16.19	חומרת המצב הבריאותי
מתן ויטמינים וברזל:			
0.52	(3.60) 8.84	(3.40) 8.77	חסמים להתנהגות בריאות
0.08	(0.88) 4.15	(0.81) 4.05	יתרונות נתפסים
0.78	(1.90) 4.50	(1.98) 4.86	רגישות נתפסת

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.001$

מלוח 10 ניתן לראות כי בתחום בדיקות התפתחות נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין נשים ממוצא אתנו תרבותי שונה בהקשר יתרונות נתפסים ($t = 2.27, p \leq 0.001$) ורגישות נתפסת ($t = 2.06, p \leq 0.05$). כלומר נשים מהעדה האשכנזית מאמינות יותר כי לבדיקות התפתחותיות יש יתרון גבוה ואילו נשים מהעדה הספרדית מאמינות יותר ברגישות הצפויה לתינוק בשל בדיקות התפתחותיות. לא נמצאו קשרים מובהקים סטטיסטית בין חסמים להתנהגות בריאות בתחום זה ובין מוצא אתנו תרבותי. בתחום חיסונים נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין נשים ממוצא אתנו תרבותי שונה בהקשר של רגישות נתפסת ($t = 2.26, p \leq 0.001$). כלומר נשים מהעדה הספרדית מאמינות יותר ברגישות הצפויה לתינוק בשל מתן חיסונים. לא נמצאו קשרים מובהקים סטטיסטית בין ובין מוצא אתנו תרבותי לחסמים להתנהגות בריאות, יתרונות נתפסים וחומרת המצב הבריאותי בתחום מתן חיסונים.

לא נמצאו תוצאות מובהקות סטטיסטית בין מוצא אתנו תרבותי ומתן ויטמינים וברזל. אמונות אימהות ממוצא אתנו תרבותי שונה נבחנו גם בקשר לרמזים סביבתיים בתחום בדיקות התפתחות. מעל לשלוש רבעי מהאימהות מהעדה הספרדית (78%) לעומת כמחצית מהאימהות מעדת אשכנזי (46.2%) סברו כי הדרך הטובה ביותר עבורם לקבל מידע הנה באמצעות שיחה עם רופא או אחות. כמחצית מהאימהות האשכנזיות מאמינות כי הדרך הטובה עבורן לקבל מידע הנה באמצעות קרובות משפחה כמו אם או סבתא (46.2%) לעומת מיעוט של האימהות ממוצא ספרדי

(11.9%). ($\chi^2=16.21, p=0.05$). בתחום מתן חיסונים ומתן ויטמינים וברזל לא נמצאו ההבדלים מובהקים סטטיסטית בין מוצא אתנו תרבות ורמזים סביבתיים.

רמות השכלה ומשתנה אמונות בריאות

על מנת לבחון האם קיימים הבדלים מובהקים סטטיסטית באמונות הבריאות של הנבדקות בעלות רמת השכלה שונה, בוצע מבחן ANOVA, בו המשתנה הבלתי תלוי הוא רמת ההשכלה של האם לפי חלוקה להשכלה תיכונית, על תיכונית ואקדמאית והמשתנים התלויים הם אמונות בריאות של האימהות בשלושה תחומים: בדיקות התפתחות, בדיקות חיסונים וויטמינים וברזל.

לוח 11: אמונות בריאות על פי רמת השכלה של האם

(ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוחי מבחן שונות)

F(2,82)	השכלה	השכלה על	השכלה	בדיקות התפתחות:
	אקדמאית	תיכונית	תיכונית	
	(SD) M	(SD) M	(SD)M	
				חסמים להתנהגות בריאות
2.41	(2.87) 6.68	(3.15) 8.46	(4.33) 8.00	
				יתרונות נתפסים
0.02	(1.19) 4.17	(0.89) 4.12	(0.63) 4.17	
				רגישות נתפסת
0.25	(1.42) 3.37	(1.65) 3.35	(1.39) 3.23	
				חיסונים:
				חסמים להתנהגות בריאות
0.63	(3.06) 8.96	(2.61) 8.89	(3.48) 9.82	
				יתרונות נתפסים
0.85	(0.95)4.24	(0.98) 3.97	(0.75) 4.23	
				רגישות נתפסת
0.04	(2.41) 5.93	(2.56) 6.10	(2.49) 6.11	
				חומרת המצב הבריאותי
2.27	(3.81)15.24	(3.17)16.69	(2.22) 17.05	

מתן ויטמינים				
וברזל:				
0.9	(3.00) 8.10	(3.62) 9.28	(3.72) 8.88	חסמים להתנהגות
				בריאות
1.04	(0.68) 4.24	(0.97) 3.94	(0.69) 4.11	יתרונות נתפסים
0.10	(2.02) 4.62	(1.91) 4.84	(2.04) 4.76	רגישות נתפסת

* $p \leq 0.05$

מלוח 11 ניתן לראות כי לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין נשים בעלות רמת השכלה שונה לבין אמונות בריאות. גם בתחום רמזים סביבתיים לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית.

ב. משתנים דמוגרפים של התינוק, גיל, סדר לידה ומין ואמונות בריאות

של האם

מבחינת מין התינוק נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין רגישות נתפסת בתחום ויטמינים וברזל ובין מין תינוק. ($t = -2.06, df = 83, p < 0.05$), ב 0.05 . בממוצע, הנבדקות מאמינות כי בנות רגישות יותר (5.24 עם סטיית תקן 2.22) מבנים (4.37 עם סטיית תקן 1.64). בשאר התחומים ועולמות התוכן, לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית. מבחינת גיל התינוק, משתנה הגיל נמצא קשור בקשר חלש לאמונות בריאות בתחום מתן חיסונים בהתייחס לעולם התוכן של חסמים ($r = 0.23, p \leq 0.05$). כלומר ככל שהתינוק גדול יותר כך האם מאמינה יותר בחסמים הקשורים לחיסונים. בשאר התחומים ועולמות התוכן, לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית. לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית באמונות הבריאות של האם לפי סדר לידת תינוק.

ג. קשרים בין משתנים דמוגרפים של האם, גיל, מוצא אתנו תרבותי ורמת

השכלה ובין המשתנים מוקד שליטה ותחושת לכידות

בשלב הראשון נבדקו באמצעות קורלציות הקשרים בין גיל האימהות ובין מוקד שליטה ותחושת לכידות.

הממצאים מעידים כי משתנה הגיל קשור בקשר חלש יחסית למוקד שליטה הממוקד בגורל ($r = 0.28, p \leq 0.001$). כלומר ככל שהנבדקת מבוגרת יותר כך היא מאמינה יותר בגורל. כמו כן

נמצא כי תחושת לכידות קשורה בקשר הפוך למוקד שליטה הממוקד בגורל ($r = -0.24, p \leq 0.05$) כלומר ככל שתחושת הלכידות של הנבדקת נמוכה יותר, כך היא מאמינה יותר

בגורל. לא נמצאו קשרים מובהקים סטטיסטית בין גיל האם ומוקד שליטה חיצוני.

בשלב השני, על מנת לבחון האם קיימים הבדלים מובהקים סטטיסטית בין תחושת לכידות ומוקדי שליטה של נבדקות ממוצא אתנו תרבותי שונה, בוצע מבחן t , בו המשתנה הבלתי תלוי הוא מוצא אתנו תרבותי לפי חלוקה לספרדייה ואשכנזייה והמשתנים התלויים הם תחושת לכידות ומוקדי שליטה.

לוח 12: תחושת לכידות ומוקדי שליטה על פי מוצא אתנו תרבותי

(ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוחי מבחן t)

T (df= 83)	אשכנזייה (SD) M	ספרדייה (SD) M	
-1.79	(8.40) 71.23	(9.40) 67.37	תחושת קוהרנטיות
0.74	(3.67) 17.34	(3.17) 17.93	מוקד שליטה חיצוני
1.76	(3.99) 12.19	(5.17) 14.20	מוקד שליטה ממוקד בגורל

ניתן לראות מלוח 12 כי לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בתחושת הלכידות בין נשים ממוצא אתני שונה.

בשלב השלישי, על מנת לבחון האם קיימים הבדלים מובהקים סטטיסטית בין מוקד שליטה ותחושת לכידות של הנבדקות בעלות רמת השכלה שונה, בוצע מבחן ANOVA, בו המשתנה

הבלתי תלוי הוא רמת ההשכלה של האם לפי חלוקה תיכונית, על תיכונית ואקדמאית והמשתנים התלויים הם מוקד שליטה ותחושת לכידות. הממצאים מוצגים בלוח 13.

לוח 13: תחושת לכידות ומוקדי שליטה על פי רמת השכלה של האם

(ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוחי מבחן שונות)

F (2, 82)	השכלה אקדמית (SD)M	השכלה על תיכונית (SD)M	השכלה תיכונית (SD)M	
*3.78	(9.28) 72.24	(8.80) 66.8	(8.62) 66.11	תחושת קוהרנטית
0.37	(3.27) 17.89	(3.69) 17.43	(2.48) 18.23	מוקד שליטה חיצוני
*3.71	(4.55) 11.72	(4.87) 14.89	(4.82) 13.76	מוקד שליטה ממוקד בגורל

* $p \leq 0.05$

ניתן לראות מלוח 13 כי נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בתחושת הלכידות בין נשים בעלות רמות שונות של השכלה ($F= 3.78, df=(2,82), p \leq 0.05$). אין כמעט הבדל בממוצעים שבין נבדקות בעלות השכלה תיכונית לעל תיכונית (66.8, 66.11 בהתאמה). לעומת זאת נשים בעלות השכלה אקדמית הן בממוצע בעלות תחושת קוהרנטית גבוהה יותר (72.24) עם סטיית תקן של 9.28. כמו כן נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית במוקד שליטה הממוקד בגורל בנשים בעלות רמות שונות של השכלה ($F= 3.71, df=(2,82), p \leq 0.05$). נשים בעלות רמת השכלה תיכונית ועל תיכונית מאמינות בממוצע יותר בגורל (13.76, 14.89 בהתאמה). לעומת זאת נשים בעלות השכלה אקדמית פחות נוטות להאמין בגורל (11.72) עם סטיית תקן של 4.55. עם זאת, כאשר ביצענו ניתוח אנקובה ופיקחנו על משתנה הגיל ומשתנה ההשכלה, נמצא כי הגיל הופך למשתנה לא מובהק סטטיסטית ואילו משתנה ההשכלה הוא המשתנה המובהק ($F= 4.57, \eta^2= 0.06, df=(1), p \leq 0.05$).

לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית במוקד שליטה החיצוני של נשים ברמות והשכלה שונות.

ד. הבדלים בין מוקד שליטה ותחושת לכידות של האם לפי משתנים

דמוגרפים של התינוק: גיל, סדר לידה ומין

על מנת לבחון האם קיימים הבדלים מובהקים סטטיסטית במוקד שליטה ותחושת לכידות של הנבדקות לפי סדר לידת תינוק, בוצע מבחן ANOVA, בו המשתנה הבלתי תלוי הוא סדר לידת תינוק לפי חלוקה ראשון, שני שלישי והמשתנים התלויים הם מוקד שליטה ותחושת לכידות. שנית, על מנת לבחון האם קיימים הבדלים מובהקים סטטיסטית במוקד שליטה ותחושת לכידות של הנבדקות לפי מין תינוק, בוצע מבחן t, בו המשתנה הבלתי תלוי הוא מין תינוק לפי חלוקה זכר ונקבה והמשתנים התלויים הם מוקד שליטה ותחושת לכידות. לבסוף, על מנת לבחון את הקשרים הסטטיסטים בין גיל תינוק ובין מוקד שליטה ותחושת לכידות חושבו מתאמי פירסון. על פי הניתוחים, נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית במוקד שליטה ממוקד בגורל לפי מין ($t = 2.63, df = 83$) ברמת מובהקות של 0.01. ממוצע מוקד השליטה הממוקד בגורל לפי זכר הינו 12.39 עם סטיית תקן של 4.48, לעומת זאת לפי נקבה הממוצע הוא 15.13 עם סטיית תקן של 5.06. אין הבדלים סטטיסטים במשתנה תחושת לכידות ובמוקד שליטה חיצוני. כמו כן, אין הבדלים סטטיסטים בין גיל התינוק וסדר לידה לתחושת לכידות ומוקדי שליטה של האם.

ה. קשרים בין אמונות בריאות ובין המשתנים מוקד שליטה ותחושת לכידות.

בהתאם למודל המחקרי המוצע, נבדקו הקשרים בין מוקד שליטה ותחושת לכידות לבין אמונות בריאות בתחום בדיקות התפתחות, מתן חיסונים ומתן ויטמינים וברזל.

לוח 14: מוקדי שליטה ותחושת לכידות על פי אמונות בריאות

(מתאמי r של פירסון)

תחושת לכידות	מוקד שליטה חיצוני	מוקד שליטה ממוקד בגורל
בדיקות התפתחות: חסמים להתנהגות בריאות יתרונות נתפסים	** -0.49	** 0.34

					רגישות נתפסת	*-0.23	** 0.31
					חיסונים: חסמים להתנהגות בריאות	*-0.21	
					יתרונות נתפסים רגישות נתפסת חומרת המצב הבריאותי	*-0.25	*0.22 **0.33
					מתן ויטמינים וברזל: חסמים להתנהגות בריאות	** -0.38	*0.26
					יתרונות נתפסים רגישות נתפסת	** -0.28	*0.25
* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$							

מלוח 14, ניתן לראות כי בתחום בדיקות התפתחות, קיים קשר שלילי ומובהק סטטיסטי בין תחושת לכידות לחסמים להתנהגות בריאות ($r = -0.49, p \leq 0.01$), ולרגישות נתפסת ($r = -0.23, p \leq 0.05$). כלומר, ככל שתחושת הלכידות של הנבדקת גבוהה יותר כך יהיו לה פחות חסמים כלפי בדיקות התפתחות. וכן הבדיקות נתפסו על ידי האימהות כמעוררות פחות רגישות. כמו כן נמצא כי קיים קשר חיובי ומובהק סטטיסטי בין מוקד שליטה ממוקד בגורל לבין חסמים להתנהגות בריאות ($r = 0.34, p \leq 0.01$) ורגישות נתפסת ($r = 0.31, p \leq 0.01$). ככל שהאמונה בגורל של הנבדקת גבוהה יותר כך היו לה יותר חסמים כלפי בדיקות התפתחות והבדיקות נתפסו על ידי האימהות כמעוררות יותר רגישות.

לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטיים לבין מוקד שליטה חיצוני של האימהות לבין אמונות לגבי הצורך בבדיקות התפתחות. כמו כן לא נמצאו הבדלים מובהקים בין תחושת לכידות ומוקדי שליטה לבין יתרונות נתפסים בתחום בדיקות התפתחות.

בתחום מתן חיסונים, קיים קשר שלילי ומובהק סטטיסטי בין תחושת לכידות ובין חסמים להתנהגות בריאות ($r = 0.21, p \leq 0.05$) ורגישות נתפסת ($r = -0.23, p \leq 0.05$). כלומר ככל שתחושת הלכידות של הנבדקת גבוהה יותר כך יהיו פחות חסמים כלפי מתן חיסונים. וכן האימהות יתפסו את החיסונים כמעוררים פחות רגישות. בנוסף, קיים קשר חיובי ומובהק סטטיסטי בין מוקד שליטה חיצוני וחומרת המצב הבריאותי ($r = 0.26, p \leq 0.05$). וקשר חיובי ומובהק סטטיסטי בין מוקד שליטה ממוקד בגורל ובין רגישות נתפסת ($r = 0.22, p \leq 0.05$).

וחומרת המצב הבריאותי ($r = 0.33, p \leq 0.01$). בתחום החיסונים, לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין חסמים בתחום החיסונים ובין מוקד שליטה חיצוני וגורל, בין יתרונות נתפסים ובין תחושת לכידות ומוקדי השליטה, בין רגישות נתפסת ומוקד שליטה חיצוני וכן בין תחושת לכידות וחומרת המצב הבריאותי.

בתחום מתן תוספי המזון, קיים קשר שלילי בין תחושת לכידות ובין חסמים להתנהגות בריאות ($r = -0.38, p \leq 0.001$). ורגישות נתפסת ($r = -0.28, p \leq 0.01$). כמו כן נמצא כי קיים קשר בין מוקד שליטה ממוקד בגורל ובין חסמים להתנהגות בריאות ($r = 0.26, p \leq 0.05$) ורגישות נתפסת ($r = 0.25, p \leq 0.05$). לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין יתרונות נתפסים ובין תחושת לכידות ומוקדי השליטה וכן בין מוקד שליטה חיצוני ובין האמונות בריאות בתחום זה. בנוסף במבחן שונות שנערך בין המשתנים המתווכים לבין הרמזים הסביבתיים בכל אחד מהתחומים: בדיקות התפתחותיות, מתן חיסונים ומתן ויטמינים וברזל לא נמצאו ההבדלים מובהקים סטטיסטית. כלומר אין הבדל בין אופן קבלת מידע ומקור המידע בשלושת התחומים ובין מוקדי שליטה ותחושת לכידות.

1. קשרים בין משתנים דמוגרפיים, אמונות בריאות, תחושת לכידות ומוקד

שליטה ובין התנהגויות בריאות.

בהתאם למודל המחקרי המוצע, נבדקו באמצעות קורלציות הקשרים בין משתנים דמוגרפיים של האם, מוקד שליטה, תחושת לכידות ואמונות בריאות ובין התנהגויות בריאות בתחום **בדיקות התפתחותיות**.

לוח 15 : הקשרים בין תחושת לכידות, מוקדי שליטה ואמונות בריאות ובדיקות התפתחות

(מתאמי r של פירסון)

בדיקה ביד רופא	הערכת גדילה	בדיקת	בדיקת שמיעה
ילדים		התפתחות	
		(מוטוריקה)	
** -0.28		* -0.25	חסמים
			להתנהגות

בריאות

*0.26

יתרונות נתפסים

רגישות נתפסת

תחושת לכידות

מוקד שליטה

חיצוני

*-0.24

מוקד שליטה

ממוקד בגורל

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

נמצא קשר הפוך בין תחושת לכידות למזל ($r = -0.24, p \leq 0.05$). במילים אחרות ככל שהנבדקת הייתה בעלת תחושת לכידות גבוהה יותר כך היא פחות האמינה בגורל.

מלוח 15 ניתן לראות כי קיים קשר שלילי בין ביצוע בדיקות התפתחות בתחומי המוטוריקה הגסה והעדינה ובין חסמים להתנהגות בריאות ($r = -0.25, p \leq 0.05$) ומוקד שליטה ממוקד בגורל ($r = -0.24, p \leq 0.05$). מכאן ככל שהיו פחות חסמים ופחות אמונה בגורל, כך הנבדקת תבצע יותר את בדיקות התפתחות המומלצות. לא נמצאה קורלציה בין בדיקות התפתחות (מוטוריקה גסה ועדינה) ובין יתרונות נתפסים, תחושת לכידות ומוקד שליטה חיצוני. נמצא קשר חיובי ומובהק סטטיסטי בין יתרונות נתפסים ובין ביצוע מעקב אחר הערכת גדילה ($r = 0.26, p \leq 0.05$). ככל שהנבדקת האמינה ביתרונות הקיימים במעקב אחר גדילת התינוק כך גדל הסיכוי שתבצע את המעקב. לא נמצאה קורלציה בין הערכת גדילה ובין חסמים להתנהגות בריאות, מוקד שליטה בגורל, תחושת לכידות ומוקד שליטה חיצוני.

קיים קשר שלילי ומובהק סטטיסטי בין הליכה לבדיקות שעורך רופא ילדים ובין חסמים ($r = -0.28, p \leq 0.01$). ככל שהאימהות סברו כי הבדיקות מלוות בחסמים כגון תופעות לוואי לא נעימות או שהבדיקות יחלישו את בריאות התינוק וכדומה כן הלכו פחות עם ילדיהן לבדיקות אצל רופא הילדים. לא נמצאה קורלציה בין בדיקה בידי רופא ילדים ובין יתרונות נתפסים, מוקד שליטה בגורל, תחושת לכידות ומוקד שליטה חיצוני. בנוסף, לא נמצאה קורלציה בין בדיקת השמיעה ובין

המשתנים המתווכים, אמונות בריאות, תחושת לכידות ומוקדי שליטה. במבחן שונות שנערך בתחום רמזים סביבתיים לא נמצאו ההבדלים מובהקים סטטיסטית בבדיקות התפתחות השונות. מבחינת המשתנים הדמוגרפים לא נמצאה קורלציה בין גיל האם, רמת השכלה ומוצא אתנו-תרבותי ובין התנהגויות בריאות בתחום בדיקות התפתחות. בהתאם למודל המחקרי המוצע, נבדקו באמצעות מבחן ANOVA הקשרים בין המשתנים הדמוגרפים של האם, מוקד שליטה, תחושת לכידות ואמונות בריאות ובין התנהגויות בריאות בתחום מתן חיסונים.

לוח 15.1 : מתן חיסונים על פי תחושת לכידות, מוקדי שליטה ואמונות בריאות

(ממוצעים, סטיות תקן ותוצאות ניתוחי מבחן שונות)

F (df)	לא עושות (SD)M	חיסון חלקי (SD)M	חיסון מלא (SD)M	
HBV				
1.20 (1,77)		(0) 20.00	(3.40) 16.24	חומרת המצב הבריאותי
0.02 (1,77)		(0) 13.00	(5.00) 13.70	מוקד שליטה גורל
IPV				
*6.39 (1,77)		(2.61) 13.50	(3.35) 16.60	חומרת המצב הבריאותי
*5.18 (1,77)		(5.09) 10.00	(4.81) 14.11	מוקד שליטה גורל
DTaP				
*3.17 (2,76)		(2.82) 13.42	(3.35) 16.60	חומרת המצב הבריאותי
*4.27 (2,76)		(4.25) 8.85	(4.81) 14.11	מוקד שליטה בגורל
Hib				
*3.17 (2,76)		(2.82) 13.42	(3.35) 16.60	חומרת המצב הבריאותי
*4.27 (2,76)		(4.25) 8.85	(4.81) 14.11	מוקד שליטה גורל
PCV13				
*3.41 (3,75)		(2.61) 13.50	(3.33) 16.49	חומרת המצב הבריאותי

0.71	(5.50) 11.50	(4.94) 13.91	מוקד שליטה גורל
(3,75)			
			MMR
**9.10	(2.58) 13.22	(3.30) 16.68	חומרת המצב הבריאותי
(1,77)			
2.81	(5.27) 11.11	(4.86) 14.02	מוקד שליטה גורל
(1,77)			
			Var
**9.10	(2.58) 13.22	(3.30) 16.68	חומרת המצב הבריאותי
(1,77)			
2.81	(5.27) 11.11	(4.86) 14.02	מוקד שליטה גורל
(1,77)			
			Hav
1.12	(2.04) 14.80	(3.64) 17.15	חומרת המצב הבריאותי
(2,25)			
*3.85	(4.03) 9.60	(4.71) 16.38	מוקד שליטה גורל
(2,25)			

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

מלוח 15.1 עולה כי ישנה הלימה בין אמונות האימהות לגבי מתן חיסונים ובין התנהגותן בפועל. יחד עם זאת, אחת מהאמונות שנמצאה מובהקת סטטיסטית היא חומרת המצב הבריאותי. כך נמצא בשש מהחיסונים מתוך שמונה: IPV, DTaP, Hib, PCV13, MMR, Var. ממוצעי הנבדקות שעושות את כל החיסונים גבוה יותר מאלו שעושות חיסונים באופן חלקי או לא עושות כלל. כלומר ככל שהנבדקת מאמינה יותר בחומרת המצב הבריאותי (למשל, אם תינוקי לא יקבל את החיסון ויחלה, יהיה לו קשה לתפקד) כך גובר הסיכוי שהיא תחסנו. כמו כן, ניתן לראות כי מוקד השליטה בגורל של האימהות נמצא משתנה המבחין בין אימהות המקפידות על מתן חיסונים מלא לבין אלה שמחסנות באופן חלקי. כך נמצא לגבי החיסונים: Hib, DTaP, ו-Hav. מוקד שליטה זה גבוה יותר בקרב אימהות שעושות את כל החיסונים מאשר אלו שמחסנות באופן חלקי או לא מחסנות כלל. כלומר ככל שהנבדקת תאמין יותר בגורל, כך עולה הסיכוי שהיא תחסן את תינוקה. בכל יתר המשתנים לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין מתן מערך חיסונים מלא לחלקי. מבחינת המשתנים הדמוגרפים לא נמצאה קורלציה בין גיל האם, רמת השכלה ומוצא אתנו-תרבותי ובין התנהגויות בריאות בתחום מתן חיסונים.

בהתאם למודל המחקרי המוצע, נבדקו באמצעות מבחן T הקשרים בין מוקד שליטה, תחושת לכידות ואמונות בריאות ובין התנהגויות בריאות בתחום מתן ויטמינים וברזל. נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין מתן ברזל ובין רגישות נתפסת ($T = -2.10$, $df = 83$) ברמת מובהקות של 0.01. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין מתן ברזל ובין תחושת לכידות, מוקדי שליטה ושאר אמונות הבריאות. לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין מתן ויטמינים ובין תחושת לכידות, מוקדי שליטה ואמונות בריאות. בנוסף, במבחן שונות שנערך בתחום רמזים סביבתיים לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית. מבחינת המשתנים הדמוגרפים לא נמצאה קורלציה בין גיל האם, רמת השכלה ומוצא אתנו-תרבותי ובין התנהגויות בריאות בתחום מתן ויטמינים וברזל.

1.4. מודל הרגרסיה לניבוי התנהגויות בריאות בתחום בדיקות התפתחות,

חיסונים ומתן ויטמינים וברזל

מתוך הניתוחים שבוצעו נמצאו המשתנים הבאים קשורים עם התנהגויות בריאות בתחום הבצוע של בדיקות התפתחותיות: גיל האם, מוצא אתנו-תרבותי, יתרונות נתפסים, רגישות נתפסת, חסמים, תחושת לכידות ומוקד שליטה ממוקד בגורל.

א. מודל הרגרסיה לניבוי התנהגויות בריאות בתחום בדיקות התפתחות.

לוח 16: מקדמי הרגרסיה לניבוי התנהגויות בריאות בתחום בדיקות התפתחות על פי גיל האם, מוצא אתנו-תרבותי, יתרונות נתפסים, רגישות נתפסת, חסמים, לכידות, מוקד שליטה ממוקד בגורל:

(B, בתא, טעות תקן ו R בריבוע)

R Square	Beta	Std. Error	B	בדיקות התפתחות
*0.07	-0.22	0.03	-0.07	מוקד שליטה בגורל

הערכת גדילה:

יתרונות נתפסים	0.80	0.28	0.31	**0.09
בדיקה בידי רופא ילדים				
חסמים	-0.42	0.14	-0.31	**0.13

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

מלוח 16 עולה כי למשתנה מוקד שליטה ממוקד בגורל ישנה תרומה חיובית מובהקת סטטיסטית של 7% בהסבר השונות בבדיקות התפתחות בתחום המוטוריקה הגסה והעדינה. למשתנה יתרונות נתפסים ישנה תרומה חיובית מובהקת סטטיסטית של 9% בהסבר השונות בבדיקות הערכת גדילה. למשתנה חסמים ישנה תרומה חיובית מובהקת סטטיסטית של 13% בהסבר השונות בבדיקות על ידי רופא ילדים.

לסיכום, למרות שמדובר בבדיקות התפתחותיות, שונות המודל תורם להבנה ולניבוי של בין 7 ל 13 אחוז בהסבר השונות בהתנהגויות בריאות בתחום בדיקות התפתחות.

ב. מודל הרגרסיה לניבוי התנהגויות בריאות בתחום מתן חיסונים.

מתוך הניתוחים שבוצעו נמצאו המשתנים הבאים קשורים עם מתן חיסונים: גיל האם, מוצא אתנו תרבותי, רגישות נתפסת, חומרת המצב הבריאותי ומוקד שליטה ממוקד בגורל.

לוח 17: מקדמי הרגרסיה לניבוי התנהגויות בריאות בתחום מתן חיסונים על פי גיל האם,

מוצא אתנו תרבותי, רגישות נתפסת, חומרת המצב הבריאותי ומוקד שליטה ממוקד בגורל:

חומרת המצב הבריאותי	B	Std. Error	Beta	R Square
MMR	0.02	0.01	0.28	**0.13
Var	0.02	0.01	0.28	**0.13

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

מלוח 17 עולה כי, למשתנה חומרת המצב הבריאותי ישנה תרומה חיובית מובהקת סטטיסטית של 13% בהסבר השונות במתן שני חיסונים מסוג MMR ו Var. משתנה זה אינו תורם לניבוי לגבי שאר החיסונים.

ג. מודל הרגרסיה לניבוי התנהגויות בריאות בתחום מתן ויטמינים וברזל

מתוך הניתוחים שבוצעו נמצאו המשתנים הבאים קשורים עם מתן ויטמינים וברזל: רגישות נתפסת, תחושת לכידות ומוקד שליטה ממוקד בגורל.

לוח 18: מקדמי הרגרסיה לניבוי התנהגויות בריאות בתחום מתן ויטמינים וברזל על פי רגישות נתפסת, תחושת לכידות ומוקד שליטה ממוקד בגורל:

רגישות נתפסת	B	Std. Error	Exp (B)	R Square
ברזל	0.36	0.15	1.44	**0.07

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

תחושת לכידות ומוקד שליטה בגורל אינם תורמים בהסבר השונות.

מלוח 18

עולה כי למשתנה רגישות נתפסת ישנה תרומה חיובית מובהקת סטטיסטית של 7% בהסבר השונות במתן ויטמינים וברזל מסוג ברזל.

דיון

המחקר הנוכחי בחן את התנהגות הבריאות של אימהות מהחברה החרדית בהקשר לשימוש בשירותי רפואה מונעת עבור תינוקן במחקר השתתפו 85 נשים מהמגזר החרדי, אשר מתגוררות בדרום הארץ ובמרכזה. גילן הממוצע של המשתתפות הינו 26.74. רובן המוחלט נשואות (97.6%), מרביתן ילידות הארץ (89.4%). מבחינת השכלתן, לחמישית מהנשים השכלה תיכונית, כמחציתן בעלות השכלה על תיכונית וכשליש בעלות השכלה אקדמית.

המודל התיאורטי עליו התבסס המחקר הנוכחי, הנו מודל אמונות בריאות, המנסה להסביר ולנבא התנהגויות בריאות על ידי התמקדות בעמדות ובאמונות של הפרט. מודל אמונות בריאות מורכב ממספר היבטים והוא בוחן עמדות נוכח רגישות נתפסת, עמדות נוכח חומרת המצב הבריאותי, יתרונות וחסמים להתנהגות בריאות. בנוסף המודל לוקח בחשבון כי התנהגות בריאות מושפעת מרמזים סביבתיים כמו מקור ואופן קבלת המידע (Rosenstock, Strecher & Becker, 1994).

במחקר זה נבחנו אמונות הבריאות של האימהות החרדיות ביחס למתן חיסונים, בדיקות התפתחותיות, ומתן תוספי מזון. בנוסף לאמונות הבריאות, בחן המחקר מאפיינים דמוגרפיים של האם והתינוק, ומשתנים אישיותיים כמו מוקד שליטה ותחושת קוהרנטיות, העשויים להסביר את אמונות והתנהגות הבריאות של האימהות.

למחקר מספר מטרות עיקריות. האחת, לבחון את הקשרים בין המשתנים הדמוגרפיים של האם והמשתנים הדמוגרפיים של התינוק לבין אמונות בריאות, תחושת לכידות ומוקד שליטה של האם. השנייה, לבחון את הקשרים בין משתנים של מוקד שליטה ותחושת לכידות לבין אמונות בריאות של האימהות. השלישית, לבחון את הקשרים בין אמונות בריאות ובין התנהגות האימהות ביחס לשימוש בשירותי רפואה מונעת, לבחון את הקשרים בין משתנים דמוגרפיים של האם לבין התנהגותה בפועל כלפי שימוש בשירותי רפואה מונעת ולבחון את הקשרים בין המשתנים הדמוגרפיים של האם והתינוק ובין התנהגות בריאות באמצעות המשתנים המתווכים: אמונות בריאות, מוקד שליטה ותחושת הלכידות של האימהות. כל אחת מהמטרות תדון בנפרד.

1. קשרים בין המשתנים הדמוגרפיים של האם והתינוק לבין אמונות בריאות, תחושת לכידות

ומוקד שליטה של האם.

1.1 קשרים בין משתנים דמוגרפיים של האם ואמונות בריאות

במחקר הנוכחי נמצא קשר חיובי, מובהק סטטיסטית בין משתנה גיל האם ובין אמונות בריאות בנושא בדיקות התפתחות בהתייחס לעולם התוכן של רגישות נתפסת. משמעות הממצא הנה ככל שהאם מבוגרת יותר כך היא מאמינה יותר ברגישות הצפויה לתינוק בשל בדיקות התפתחותיות. יש לציין כי במחקר הנוכחי, הרגישות הנתפסת פירושה הסבירות שהאם מעריכה כי תינוקה מצוי בסכנה לחלות במידה ויתחסן או יבצע את הבדיקות. ככל שהאמונה לגבי רגישות נתפסת גבוהה יותר כך קטנה הסבירות שהאם תעשה שימוש בשירותי רפואה מונעת. ממצא זה אינו תואם את הספרות המחקרית וכמה סיבות אפשריות לכך. האחת הנה כי השימוש שנעשה בתת שאלון רגישות הנתפסת הנו בדרך כל עבור הפרט עצמו. כלומר עמדותיו של הפרט נבנות ביחס לתפיסה הנוגעת לסבירות שיחלה במחלה. לדוגמא, במחקרים שנערכו בקרב אחיות בבריטניה ובארץ נמצא כי לאחיות אשר התחסנו בעבר נגד שפעת תפישות כי השפעת הינה מחלה רצינית וזאת בהשוואה לתפישות של אחיות אשר מעולם לא התחסנו והן סוברות כי שפעת אינה מחלה רצינית. ההנחה היא כי כשאדם סבור שהוא מצויים בסכנה ממשית לחלות בשפעת הוא יטה להתחסן (המכון הלאומי, 2007 ; O'Reilly, Cran & Stevens, 2005).

ממצא נוסף במחקר זה הנו בתחום מתן חיסונים עבור התינוק. נמצא קשר חיובי בין גיל האם ובין אמונותיה בנושא מתן חיסונים בהתייחס לעולם התוכן חומרת המצב הבריאותי. משמעות הממצא הינו ככל שהאם מבוגרת יותר כך היא מאמינה יותר בחומרת המצב הבריאותי שצפוי לתינוק אם לא יקבל את החיסון. ממצא זה נתמך על ידי מחקרים קודמים שהצביעו על כך שלגיל מבוגר יותר יש השפעה חיובית על ההחלטה להתחסן (המכון הלאומי, 2007 ; Habib, Rishpon ; 2000 & Rubin, 2006 ; Shahrabani & Benzion, 2006). ועל ההחלטה לחסן אחרים. כך למשל במחקר שנערך בפילדלפיה בקרב 54,429 תינוקות, נמצא כי ככל שהאם צעירה יותר כך עולה הסיכון לאי מתן חיסונים (Feemster, Spain, Eberhart, Pati, & Watson, 2009). ממצאים דומים עלו ממחקרים שבדקו התנהגות בטיחותית בהקשר של חגירת ילדים. נמצא כי ככל שהנהג היה מבוגר יותר, הוא נטה להקפיד על חגירת ילדיו. בנוסף לכך, נמצא כי קיים קשר בין התנהגות בריאות של ההורה ובין התנהגות בריאות הקשורה לילדיו. כך נמצא כי חגירה של חגורת בטיחות על ידי הנהג הינה מנבא חזק לחגירת הילדים ברכב. כאשר הנהג חגור ישנו סיכוי גבוה ומובהק לכך שהילד היושב ברכבו יהיה חגור אף הוא (בן בסט, 2009 ; עומרי, 2008). הסבר אפשרי להתנהגות זו הוא כי ככל שעולה הגיל, אנשים מתייחסים יותר להשלכות מעשיהם לגבי העתיד, דבר הבא לידי ביטוי גם באמונות וגם בהתנהגות בריאות (אירס, 1996 ; טאובמן - בן-ארי, 2005).

משתנה דמוגרפי נוסף שנמצא קשור לעמדות בריאות הנו המוצא האתנו תרבותי של האימהות. האימהות במחקר נמנו על העדה האשכנזית והעדה הספרדית. מהממצאים עלה כי אימהות מהעדה האשכנזית מאמינות יותר כי לבדיקות התפתחותיות יש יתרון גבוה ואילו נשים מהעדה הספרדית מאמינות יותר ברגישות הצפויה לתינוק בשל בדיקות התפתחותיות ובשל מתן חיסונים. הסבר אפשרי להבדלים באמנות האימהות הקשור למוצאן האתנו תרבותי, טמון כנראה ברמזים הסביבתיים. מעל לשלושת רבעי מהאימהות מהעדה הספרדית לעומת כמחצית מהאימהות מעדת אשכנז, סברו כי הדרך הטובה ביותר עבורם לקבל מידע אודות בדיקות התפתחות הנה באמצעות שיחה עם רופא או אחות. כמחצית מהאימהות מעדת אשכנז מאמינות כי הדרך הטובה עבורן לקבל מידע הנה באמצעות קרובות משפחה כמו אם או סבתא (46.2%) לעומת מיעוט של האימהות ממוצא ספרדי (11.9%). ($\chi^2=16.21, p=0.05$). ממצא זה נתמך בממצאי מחקר אחר שנעשה בקרב אימהות אשכנזיות מהחברה החרדית. במחקר איכותני שבחן את המאפיינים הייחודיים להיפגעות ילדים ממשפחות חרדיות בתאונות בית וחצר, נמצא כי מקורות מידע לא מקצועיים כגון קרובי משפחה, שכנות, עיתונות חרדית וידע שעובר בקהילה מהווים את מקור הידע המרכזי בנושאי בריאות בכלל, ותאונות בית בפרט. עוד נמצא כי מקורות ידע אלה, עלולים להביא, לטעויות בשיקול דעת ולהגברת חוסר האמון בממסד הרפואי. אימהות חרדיות מהעדה האשכנזית שואבות את הידע שלהן בנושאי בריאות ממקורות מידע בתוך הקהילה, חלקם מקורות מידע לא מוסמכים כגון קרובי משפחה וחלקם מקורות מידע מקצועיים ומוסמכים כגון תחנות לאם ולילד. בתחנות אלה מקבלות האימהות הדרכה גם בנוגע לתאונות בית ובטיחות, אולם קיימת הסתייגות של האימהות מהתחנות לאם ולילד על רקע השינויים בהדרכה הנוגעת לטיפול בתינוק. הדבר מוביל ככל הנראה לחוסר אמון של האימהות בכל מה שאחיות התחנה מציגות (שפירא, 2009). יתכן והשוני באמונות בין העדות נובע מהמרקם התרבותי חברתי המבדיל בין הקבוצות. החרדים-ספרדים מקורם בארצות המזרח וצפון אפריקה, שם התפתחה היהדות המזרחית שהייתה בעיקרה דתית - מסורתית, ובכך הוא שונה בהיבטים רבים מהיהדות החרדית שהתהוותה באשכנז. מטבע הדברים, ביהדות המזרחית אין מחייבות למסורת המזרח-אירופית והדתיות המזרחית האוטנטית נעדרת קונפליקט ישיר בהתמודדותה עם המודרנה, החילון והרפורמה שחוותה היהדות האשכנזית. אולי משום כך אופייה מתון יותר (דשן, 1994). המחקר הקיים על הבדלי פסיקה בין מזרח למערב מאשש השערה זו ומוצא שרבני המזרח מתונים יחסית (דשן, 2006) וגישתם לאתגרי הזמן החדש מתאפיינת בסובלנות ובפתיחות, זאת לעומת הרבנים האשכנזים הנוטים לפסוק לחומרה בשאלות הנוגעות לאתגרי הזמן החדש (בראון, 2006). הסבר

זה מתיישב עם התנהגותן של נשים מהעדה הספרדית הנוטות יותר לפנות לרפואה המודרנית בהשוואה לנשים מעדת אשכנז, אשר נוטות לפנות לקהילה. במחקרים שונים, ניתן למצוא הבדלים בין העדה הספרדית לעדה האשכנזית ביחס לעולם הסובב אותן. למשל, במחקר שנערך בנושא סוגיות של נהיגה ובטיחות בדרכים בקרב נשים חרדיות, נבחנו תפיסותיהן של נשים חרדיות בישראל בהיבטים הקשורים בבטיחות בדרכים ובנהיגה כגון, רישיון נהיגה, פעולת הנהיגה וחוויית הנהיגה. במחקר נמצא כי בעוד שבקרב החסידיות למיניהן, האיסור על נהיגת נשים קיים באופן מוחלט, הרי שבקרב מגזרים אחרים כגון ספרדים ובעלות תשובה יש נשים הנוהגות, לאחר קבלת היתר רבני, לאור צורך ספציפי שהן העלו (גוגנהיים, 2010). ממצאים דומים עולים במחקר אחר העוסק בלימוד משפטים ועיסוק בעריכת-דין בקרב נשים חרדיות. במחקר נבחנו היבטים שונים הנוגעים לחייהן, לתקופת לימודיהן ולעבודתן המקצועית. מן הממצאים עולה כי קיים שוני בין העדה הספרדית לעדה האשכנזית באווירת הפתיחות היחסית לחינוך והשכלה בבית ההורים. בעוד נשים ספרדיות פנו ללמוד משפטים לפני נישואיהן, נשים אשכנזיות פנו ללמוד משפטים לאחר נישואיהן ובהסכמת הבעל. ממצא זה עשוי להעיד על כך שבציבור החרדי-מזרחי ההתנגדות האידאולוגית ללימודים "חילוניים" איננה כה מושרשת כמו בציבור החרדי-האשכנזי (חורי, 2010).

1.2. משתנים דמוגרפים של האם והמשתנים מוקד שליטה ותחושת לכידות

מבחינת רמת השכלה, נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית במוקד שליטה הממוקד בגורל. נשים בעלות השכלה תיכונית ועל תיכונית האמינו בממוצע יותר בגורל, לעומת זאת נשים בעלות השכלה אקדמית נטו פחות להאמין בגורל ($F=3.71, (df=2,82), p\leq 0.05$). ממצאים אלו נתמכים על ידי מחקרים אחרים בהם עלה כי אמונות פטליסטיות, המהוות מחסום להתנהגות בריאותית, נמוכות יותר בקרב משכילים, מאשר בקרב אלו שאינם משכילים. כך לדוגמא, נמצא כי ההתנהגות של ההורים בהקשר של חגירת ילדיהם הושפעה מאמונה בגורל ומרמת ההשכלה. האמונה בגורל מונעת מהאנשים לנקוט אמצעי זהירות וכך הסיכוי לאמץ התנהגות מקדמת בריאות נמוך נוכח העובדה שהגורל מכתוב את המתרחש. רוב המשתתפים שהביעו אמונות פטליסטיות והיו בעלי השכלה נמוכה, חגרו פחות את הילדים מאשר משתתפים בעלי השכלה גבוהה (עומרי, 2008; עוביד-דלה, 2012). כמו כן נמצא כי מוקד שליטה בגורל, מהווה חסם להתנהגות בריאות, וקשור ל מצב סוציו אקונומי נמוך ורמת השכלה נמוכה. במחקר שבחן את המחסומים לשימוש במושבי

בטיחות בקרב ילדים ממוצא היספני נמצא כי קיים קשר, בין שימוש במושבי הבטיחות לבין פטליזם, מצב סוציו אקונומי נמוך, השכלה נמוכה וחוסר ידע אודות חוקי התעבורה (Davis, Bennink, Kaups, & Parks, 2002). במחקר אחר, אשר בדק עמדות והתנהגויות בטיחותיות בקרב הורים לילדים, יהודים וערבים בישראל, מצא שבקרב האוכלוסייה הערבית מיקוד השליטה החיצוני גבוה יותר ומיקוד השליטה הפנימי נמוך יותר באופן מובהק מאשר בקרב האוכלוסייה היהודית (זאבי, קליין, עאסי, אנדי-פילדינג וחמו-לוטס, 2007). מחקר אחר הצביע על מוקד שליטה בגורל (פטליזם) כמחסום המעכב לא רק התנהגויות המכוונות למניעת מחלות, אלא גם כמעכב היענות לפרוצדורות רפואיות הקשורות בגילויי מוקדם של סרטן (Niederdeppe, & Gurmankin, 2007). עוד נמצא, כי אחד הגורמים שמאפיינים אנשים עם מיקוד שליטה חיצוני ומיקוד שליטה ממוקד בגורל הוא רמת השכלה נמוכה (Forjough & Li, 1996). הסבר אפשרי לגבי השפעתה של ההשכלה על מוקד השליטה ועל התנהגות בריאות, הוא שההשכלה תורמת להרחבת הידע, לתחושת שליטה וביטחון עצמי. ההשכלה גורמת לאימהות להאמין כי יש להן אפשרות להשפיע ולהיות אחראיות על מגוון מצבים, דבר שעשוי לסייע להן לאמץ התנהגות המקדמת בריאות.

המחקר מצביע על הבדלים מובהקים סטטיסטית בין נשים בעלות רמות שונות של השכלה בתחושת הלכידות. נשים בעלות השכלה אקדמית הן בממוצע בעלות תחושת לכידות גבוהה יותר מאשר נשים בעלות השכלה תיכונית ועל תיכונית ($F=3.78, df=(2,82), p\leq 0.05$). ממצאים אלו תואמים את תפיסתו של אנטונובסקי אשר סבר כי רמת השכלה עשויה לתרום לחיזוק תחושת לכידות (Antonovsky, 1987). ממצאי מחקרים רבים אוששו זאת. כך למשל, נמצא קשר חיובי בין תחושת קוהרנטיות גבוהה לבין רמת השכלה גבוהה בקרב אנשים שלקו באוטם בשריר הלב. לאחר האוטם, אנשים בעלי תחושת לכידות גבוהה חשו ביטחון רב יותר ביכולתם האישית לחזור לתפקוד רגיל בתחומי החיים השונים והיו מסוגלים לעמוד בהצלחה בשינויים הנדרשים באורח חייהם (דרורי ופלוריאן, 1998; דרורי פלוריאן וקרביץ, 1991). במחקר אחר שנערך בקרב אבות ואימהות לילדים עם פיגור שכלי, נמצא כי הורים שדיווחו על תחושת קוהרנטיות גבוהה יותר, העריכו את המשאבים העומדים לרשותם כמתאימים להתמודד עם לחצים יומיומיים, כמו נוכחות ילד עם פיגור שכלי והאמינו כי לחיים יש משמעות ויעוד (טוביאס, 2006). הסבר אפשרי הוא שאדם בעל השכלה גבוהה ידע לבחור כיצד להתמודד ולהגיב במצבי דחק. הוא ידע לבחון

בעת משבר באסטרטגיות שונות ולבחור את האסטרטגיה הנראית מתאימה ביותר להתמודדות עם הדחק. לפיכך, מגוון רחב של אסטרטגיות התמודדות והשכלה עשויים לתרום ליכולת הגנה ולתחושת לכידות של היחיד (מרגלית, 1998, Margalit, 1998).

1.3. קשרים בין משתנים דמוגרפים של התינוק והמשתנים מוקד שליטה, תחושת לכידות

ואמונות בריאות של האם

מבחינת מין התינוק נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית במוקד שליטה ממוקד בגורל. ממוצע מוקד השליטה הממוקד בגורל לפי תינוקות זכרים נמוך לעומת מוקד שליטה כלפי בנות נקבות ($t = 2.63, df = 83, p < .01$). כמו כן נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין אמונות האימהות לגבי רגישות נתפסת, עקב מתן ויטמינים וברזל. האימהות מאמינות כי בנות רגישות יותר למתן ויטמינים וברזל ($T = -2.06, p < .05$). מין התינוק נמצא משפיע על תפיסות האימהות בנוגע למוקד שליטה בגורל ועל עמדות בתחום הרגישות הנתפסת. במחקרים אחרים שעסקו בהתנהגות בריאות של אימהות כמו התנהגות בטיחותית ושימוש במושבי בטיחות לילדים, נמצא כי ההתנהגות של ההורים בהקשר של חגירת ילדיהם הושפעה ממין התינוק ומאמונה בגורל. האמונה בגורל מונעת מהאנשים לנקוט אמצעי זהירות. הם רואים חגירה ואי חגירה כשתי התנהגויות שוות מול הגורל. וכך עולה הסיכוי לאמץ התנהגות שאינה זהירה נוכח העובדה שהגורל מכתוב את המתרחש (עומרי, 2008; עוביד-דלה, 2012). במחקר אחר, נמצא כי הרגישות הנתפסת של ההורים גבוהה יותר כלפי בנות ולכן יש סיכוי גבוה יותר באופן משמעותי כי תינוקות ממין נקבה תהינה חגורות כהלכה ברכב לעומת בנים. הסבר אפשרי לכך הנו כי ההורים תופסים את הבנות כפגיעות יותר ולפיכך מגוננים עליהן יותר (בן בסט, 2009). במחקר הנוכחי, העוסק באמונות בריאות של אימהות חרדיות כלפי שימוש בשירותי רפואה מונעת, רגישות נתפסת גבוהה נמצאה קשורה עם התנהגות המנוגדת לכאורה למתואר בספרות. ככל שהאמונה לגבי רגישות נתפסת גבוהה יותר כך קטנה הסבירות שהאם תיתן לתינוקה ויטמינים וברזל. תפיסת האם כי ויטמינים וברזל עלולים לפגוע בתינוק באים לידי ביטוי בעליה ברגישות הנתפסת של האם. האם נוטה להגן יותר על תינוקה ולהימנע ממתן ויטמינים וברזל מחשש שיפגע.

מבחינת גיל התינוק, משתנה הגיל נמצא קשור בקשר חיובי לאמונות בריאות בנושא חסמים כלפי מתן חיסונים. ככל שגיל התינוק עולה כך האם מאמינה יותר בחסמים הקשורים לחיסונים ותחסן פחות את תינוקה. חסמים פירושים העלויות או המחסומים לביצוע ההתנהגות. כולל עלויות

מוחשיות כמו זמן, הוצאות, זמינות, מיומנות. גם עלות פסיכולוגית מקושרת לביצוע ההתנהגות, כמו כאב, הרגשת חרדה, פסימיות, איום, ומבוכה (Rosenstock, Strecher & Becker, 1994).

ממצא מעניין נוסף שעלה מהמחקר הוא, ככל שגיל התינוק עולה, האם הקפידה פחות על התנהגות הניקיון כלפי הילד בנושא רחיצת ידיים לפני הטיפול בו. ממצאים אלו תואמים מחקרים קודמים. כך לדוגמא במחקר, אשר השווה בין תפיסות של אימהות ילידות הארץ ואימהות עולות מבריה"מ לשעבר לגבי דפוסי טיפול בתינוק ושמירה על הרגלי ניקיון נמצא כי עם העלייה בגיל הילד פוחתת התנהגות הניקיון של האימהות כלפי הילד. האימהות נטו פחות לשטוף את ידיהן לפני הטיפול בתינוק או לשטוף מוצץ שנפל (Sarid & Shraga, 2012). דוגמא נוספת ניתן לראות, בממצאי מחקר שנערך בנפת אשקלון בו נמצא כי עם העלייה בגיל התינוק פחת מספר הביקורים בטיפת חלב וירד מספר התינוקות המתחסנים (ליפט-קזוקרו, 2002). מחקרים נוספים הצביעו על כך, כי הורים הקפידו יותר בהתנהגות הבריאות כלפי תינוקות קטנים מאשר ילדים שגילם גבוה מעל שנה. כך נמצא כי הקפדת ההורים על חגירת חגורת בטיחות פוחתת עם העלייה בגילו של הילד. במחקר אחר דווח כי קיים קשר הפוך בין גיל הילד לבין השימוש במושב מגביה. ככל שהילד גדול יותר כך הסיכוי לשימוש במושב מגביה יורד, גם כאשר הילד נמצא עדיין בטווח הגיל בו עליו לשבת במושב מגביה (בן-בסט, 2009; עומרי, 2008; Bracchitta, 2006). יתכן והירידה בשמירה על התנהגות בריאות ככל שעולה גיל הילד, קשורה בעובדה שבטיפות חלב ההדרכה מתרחשת לרוב סביב הלידה ובמעקב התכוף יותר עד גיל שנה. עד גיל שנה נדרשות האימהות להגיע שבע פעמים למעקב התפתחותי וארבע פעמים למתן חיסונים. בעוד שלגבי פעוטות בני שנה ומעלה תכיפות הביקורים יורדת. הסבר נוסף, יתכן גם כי ככל שגיל הילד עולה האימהות תופסות אותו כפחות רגיש ומחוסן יותר ולכן פחות מקפידות על התנהגות בריאות.

2. קשרים בין אמונות בריאות ובין המשתנים מוקד שליטה ותחושת לכידות.

בתחום בדיקות התפתחות, בתחום מתן תוספי מזון ובתחום מתן חיסונים, קיים קשר שלילי ומובהק סטטיסטית בין תחושת לכידות לחסמים להתנהגות בריאות ולרגישות נתפסת. כלומר, ככל שתחושת הלכידות של הנבדקת גבוהה יותר כך היו לה פחות חסמים כלפי בדיקות התפתחות, כלפי מתן ויטמינים וברזל וכלפי מתן חיסונים וכן הבדיקות, התוספים והחיסונים נתפסו על ידי האימהות כמערורות פחות רגישות. לפי אנטונובסקי (1987) אדם בעל דרגת לכידות גבוהה תופס את העולם כניתן להבנה, נתון בשליטתו ובעל משמעות. אדם בעל תחושת לכידות גבוהה ירגיש שברצונו להתמודד עם חסמים למיניהם, יהיה חדור מוטיבציה ויראה בהתמודדות אתגר. יהיה לו

הבסיס לממש את המשאבים הפוטנציאליים העומדים לרשותו. הנחה זו אוששה במחקרים שונים. למשל, במחקר שנערך בקרב חולי סכרת, נמצא קשר חיובי בין תחושת לכידות גבוהה ובין היענות רבה יותר לטיפול (Cohen & Kanter, 2004). כך גם במחקר אחר בקרב חולי זאבת בישראל נמצא שתחושת קוהרנטיות תרמה למידת ההיענות בטיפול (מינסקר-ואלצר, 2008). משמע תחושת הלכידות סייעה להם להתגבר על החסמים ותרמה להתנהגות מקדמת בריאות.

הממצאים בתחום בדיקות התפתחות ובתחום מתן ויטמינים וברזל אף מראים כי קיים קשר חיובי ומובהק סטטיסטי בין מוקד שליטה ממוקד בגורל לבין חסמים להתנהגות בריאות ורגישות נתפסת. ככל שהנבדקת מאמינה יותר בגורל כך היו לה יותר חסמים כלפי בדיקות התפתחות ומתן תוספים. הבדיקות התוספים נתפסו על ידי האימהות שאמונתן בגורל גבוהה כמעוררות יותר רגישות. ממצאים אלו נתמכים על ידי מחקרים שהצביעו כי מוקד שליטה בגורל (פטליזם) הנו מחסום המעכב לא רק התנהגויות המכוונות למניעת מחלות, אלא גם מעכב היענות לגילוי מוקדם (Niederdeppe, & Gurmankin, 2007) ומעכב היענות לקבלת ידע ומידע בנושאים בריאותיים (Miles, Voorwinden, Chapman & Wardle, 2008). למשל, במחקר איכותני שבחן את המאפיינים הייחודיים להיפגעות של ילדים ממשפחות חרדיות בתאונות בית וחצר, נמצא כי כשהאימהות האמינו בהעברת האחריות אל מוקד שליטה חיצוני וגורל כמו אמונה בכוח עליון, אמונה שהכול נקבע מראש (דטרמיניזם דתי), ואמונה ברבנים, הייתה עליה במספר התאונות אצל הילדים. גם תלות בבן הזוג היא אופן העברת האחריות לגורם חיצוני-אנושי והיא נשענת על תפיסות מסורתיות של מבנה המשפחה ומעמד האישה. ניתן לשער, שבחברה החרדית בה יש משקל רב לסמכות הרבנית ולבעל, דבריהם יעצבו את אמונות האישה ואת התנהגותה בפועל (שפירא, 2009). עוד נמצא במחקר קודם כי אמונה בגורל הקבוע מראש היא המחסום המשמעותי לשימוש במושב בטיחות לילדים. הסבר אפשרי לכך הוא שאנשים אלו האמינו שאין האדם יכול להימלט ממזלו וממה שנגזר עליו. ההסבר המוצע לכל ההתנהגויות הנסקרות לעיל הוא שאמונה בגורל סותרת את עיקרון הבחירה החופשית וכך מונעת מהאנשים לנקוט אמצעי זהירות (עומרי, 2008). יחד עם זאת ביהדות קיימת האמונה בגורל, יחד עם חופש הבחירה למעשים. "הכול צפוי והרשת נתונה" (פרקי אבות, ג') הסבר אפשרי להתנהגות האמהות אם כך, הוא שתחושת הגורל הינה ככל הנראה תחושה אנושית שלעיתים מסייעת לאדם להתמודד עם אתגרי החיים ולעיתים הנה בעוכריו. הדת מהווה מקור שליטה חיצוני עבור בני האדם ומסייעת בחיזוק הדימוי העצמי של האדם בעומדו בפני איום (Spilka, Hood & Gorsuch, 1985).

בתחום מתן חיסונים נמצא קשר חיובי ומובהק סטטיסטי בין מוקד שליטה חיצוני וחומרת המצב הבריאותי וקשר חיובי ומובהק סטטיסטי בין מוקד שליטה ממוקד בגורל ובין רגישות נתפסת וחומרת המצב הבריאותי. כלומר ככל שמוקד השליטה החיצוני או המוקד בגורל גבוהים יותר כך האם תאמין יותר בחומרת המצב הבריאותי (למשל, אם תינוקי לא יקבל את החיסון ויחלה, יהיה לו קשה לתפקד) ועולה הסיכוי שהיא תחסנו. ממצא זה מעניין מאוד, כיוון שהוא מצביע על כך כי לא ניתן להתייחס להתנהגות בריאות כאל מקשה אחת וכי התנהגות בריאות הינה שונה מתחום לתחום ומושפעת מגורמים שונים. ניתן לראות כי בתחום מתן חיסונים מוקד השליטה בגורל ומוקד שליטה חיצוני גורמים לאם להקפיד יותר על התנהגות בריאות, בניגוד לתחום בדיקות התפתחות ומתן ויטמינים וברזל. כפי הנראה ההבדל טמון בשוני המהותי הקיים בין בדיקות התפתחות, מתן ויטמינים ובין מתן חיסונים, באופן הביצוע, ובסכנה היחסית הנגזרת מאי ביצוע הבדיקה או החיסון.

3. קשרים בין משתנים דמוגרפיים, אמונות בריאות, תחושת לכידות ומוקד שליטה ובין

התנהגויות בריאות.

במחקר הנוכחי בדקנו התנהגות בפועל של אימהות חרדיות כלפי שימוש בשירותי רפואה מונעת לתינוק כמו עריכת בדיקות התפתחותיות מתן חיסונים, ומתן ויטמינים וברזל. המחקר ביקש לבדוק מהם הגורמים המשפיעים על התנהגות הבריאות של האימהות החרדיות כלפי שימוש בשירותי רפואה מונעת לתינוק, תוך התייחסות למשתנים דמוגרפיים, אמונות בריאות, משתנה לכידות ומוקדי שליטה.

בהתאם למודל המחקרי, נבדקו הקשרים בין משתנים דמוגרפיים של האם ובין התנהגות בריאות. מבחינת המשתנים הדמוגרפיים לא נמצאה קורלציה בין גיל האם, רמת השכלה ומוצא אתנו-תרבותי ובין התנהגויות בריאות בתחום בדיקות התפתחות, מתן חיסונים, ומתן ויטמינים וברזל. כלומר לא נמצא קשר ישיר בין משתנים דמוגרפיים ובין התנהגות בריאות בתחומים אלו. ממצא זה תומך בהנחת מודל אמונות בריאות, כי התנהגות בריאות אינה דבר פשוט והיא מושפעת ומתווכת על ידי תפיסות ואמונות (Rosenstock, Strecher & Becker, 1994). כך למשל במחקר אחר נמצא כי משתנה ההשכלה לא ניבא התנהגות בריאותית בתחום חגירת ילדים במושבי בטיחות אלא תווד והושפע מאמונות פטליסטיות ומחסומים שונים בהם החזיק הפרט. כמו כן נמצא כי אמונות פטליסטיות, שהן מחסום משמעותי להתנהגות בריאותית, נמוכות יותר בקרב המשכילים. משמע, לתפיסות ואמונות פטליסטיות השפעה חזקה יותר על ההתנהגות הבריאותית

מאשר ההשכלה (עומרי, 2008). מחקרים קודמים בקרב קבוצות שונות של לקוחות הראו כי באמצעות מודל זה ניתן היה להסביר ולנבא התנהגויות בריאות (דאוד ועמיתיה, 2007; Blue & Valley, 2002; Montano, 1986; Nexø, Kragstrup, & Sjøgaard, 1999; Shillitoe & Christie, 1989).

עוד נמצא כי תחושת לכידות קשורה בקשר הפוך למוקד שליטה הממוקד בגורל. כלומר ככל שתחושת הלכידות של הנבדקת גבוהה יותר, כך היא מאמינה פחות בגורל. תחושת הלכידות מבטאת את עוצמת תחושת הביטחון שיש לפרט, שהגירויים אותם חווה במהלך חייו ניתנים להבניה, לניבוי ולהסבר וכי באפשרותו לגייס את המשאבים כדי להתמודד עם הדרישות שמציבים גירויים אלה (Antonovsky, 1987). מוקד שליטה ממוקד בגורל, מתייחס לאמונה כי אירועים הפוקדים אותם הם תוצאה של כוחות חיצוניים: מזל, גורל או השגחה עליונה (Nexø et al, 1999; Rotter, 1966). מחקרים מראים כי תחושת לכידות מהווה מקור תמיכה פנימי העשוי לנבא התמודדות והסתגלות של הפרט למצבי לחץ (Coffman, Levitt & Guacci, 1995). כן למשל במחקר שנערך בקרב אימהות לילד נכה נמצא כי אימהות עם מוקד שליטה פנימי מודעות יותר לאופן השימוש במערכות תמיכה, הן בעלות יכולת טובה לגייס משאבים לפי הצרכים שלהן וכך גוברת תחושת הביטחון שלהן ביכולת הטיפול בילד הנכה (Hobfoll & Lerman, 1989; Blacher, 1948). עוד נמצא כי היותו של אדם בעל מיקוד שליטה פנימי, יניע אותו לחפש מידע ויקדם אותו להשגת מטרות אישיות. משמע יהיה פעיל ומעורב (Lefcourt, 1976). לעומת זאת, במחקר אחר נמצא כי אימהות חרדיות אשר האמינו בהעברת האחריות אל מוקד שליטה חיצוני וגורל כמו אמונה בכוח עליון, אמונה שהכול נקבע מראש (דטרמיניזם דתי), או אמונה ברבנים, נמצאה עליה במספר תאונות אצל הילדים (שפירא, 2009). במחקר הנוכחי נמצא כי בתחום בדיקות התפתחות ובתחום מתן תוספי מזון, קיים קשר שלילי ומובהק סטטיסטית בין תחושת לכידות לחסמים להתנהגות בריאות ולרגישות נתפסת וקשר חיובי ומובהק סטטיסטי בין מוקד שליטה ממוקד בגורל לבין חסמים להתנהגות בריאות ורגישות נתפסת. כלומר ככל שתחושת הלכידות גבוהה יותר ומוקד שליטה בגורל נמוך יותר כך היו לאם פחות חסמים כלפי בדיקות התפתחות ומתן תוספים והבדיקות התוספים נתפסו על ידי האימהות כמעוררות פחות רגישות. יתכן וההסבר לכך טמון ברמת ההשכלה של האם. ככל שהאם רכשה

השכלה גבוהה יותר כך גובר הסיכוי שהדבר יגביר על תחושת הלכידות שלה ויפחית את אמונתה במוקד שליטה בגורל.

בנוסף, נבדקו הקשרים בין משתנים מוקד שליטה, תחושת לכידות ואמונות בריאות ובין התנהגויות בריאות בתחום בדיקות התפתחות, מתן חיסונים ומתן ויטמינים וברזל.

3.1. בדיקות התפתחות

בתחום בדיקות התפתחות נמצא קשר שלילי ומובהק סטטיסטי בין ביצוע בדיקות התפתחות בתחומי המוטוריקה הגסה והעדינה ובין חסמים להתנהגות בריאות ומוקד שליטה ממוקד בגורל. כן נמצא קשר שלילי ומובהק סטטיסטי בין הליכה לבדיקות שעורך רופא ילדים ובין החסמים. ככל שהאימהות סברו כי הבדיקות מלוות בחסמים כגון תופעות לוואי לא נעימות או שהבדיקות יחלישו את בריאות התינוק וכדומה כן הלכו פחות עם ילדיהן לבדיקות אצל רופא הילדים. מכאן ככל שהיו יותר חסמים ויותר אמונה בגורל, כך הנבדקת בצעה פחות את בדיקות התפתחות המומלצות. ממצאים אלו תואמים את הספרות הקיימת (המכון הלאומי, 2007; & Niederdeppe, 2008; Gurmankin, Miles, 2007; Voorwinden, Chapman & Wardle, 2008). ממצאים אלה נתמכים על ידי ממצאים קודמים בהם נמצא כי קיומם של חסמים להתנהגות בריאות היו המנבא החזק ביותר של חגירת ילדים ברכב. כלומר, הורים שתפסו את המחסומים המוחשיים (עלות, זמן ומיומנות טכנית) כפחות משמעותיים, והביעו אי הסכמה עם הבלתי מוחשיים, פטליזם וחרדה חגרו יותר את ילדיהם ברכב (עומרי, 2008).

כמו כן, נמצא קשר חיובי ומובהק סטטיסטי בין יתרונות נתפסים ובין ביצוע מעקב אחר הערכת גדילה. ככל שהנבדקת האמינה ביתרונות הקיימים במעקב אחר גדילת התינוק כך גדל הסיכוי שתבצע את המעקב. ממצא זה נתמך על ידי מחקרים שהצביעו על כך שהאמונה לגבי התועלת שבבדיקה מסבירה התנהגות בריאות (בר יוסף, חג'בי, שור, 2011; המכון הלאומי, 2007; קושניר, 2003; O'Reilly, Cran & Stevens, 2005).

על מנת לבדוק את התרומה של משתני המחקר להסבר השונות של התנהגות בריאות בתחום הבצוע של בדיקות התפתחותיות, משתנים שנמצאו בעלי קשר מובהק סטטיסטית להתנהגות בריאות הוכנסו למודל הרגרסיה. נמצא כי למשתנה מוקד שליטה ממוקד בגורל ישנה תרומה חיובית מובהקת סטטיסטית של 7% בהסבר השונות בעריכת בדיקות התפתחות בתחום המוטוריקה הגסה והעדינה. למשתנה יתרונות נתפסים ישנה תרומה חיובית מובהקת

סטטיסטית של 9% בהסבר השונות בבדיקות הערכת גדילה. למשתנה חסמים הכולל עלויות מוחשיות (למשל זמן, הוצאות, זמינות, מיומנות) כמו גם עלות פסיכולוגית המקושרת לביצוע ההתנהגות, כאב, הרגשת חרדה, פסימיות, איום, מבוכה (Rosenstock, Strecher & Becker, 1994), ישנה תרומה חיובית מובהקת סטטיסטית של 13% בהסבר השונות בבדיקות על ידי רופא ילדים. ניתן לראות כי גם באותו התחום, התנהגויות בריאות שונות מושפעות מגורמים שונים. לסיכום, נמצא כי המודל תורם להבנה ולניבוי של 29% בהסבר השונות בהתנהגויות בריאות בתחום בדיקות התפתחות, כאשר למשתנה חסמים ישנה התרומה הגבוהה ביותר לניבוי השונות. ממצאים אלו נתמכים על ידי מחקרים קודמים שהראו כי רמת היענות לטיפול עצמי הייתה גבוהה יותר בקרב בעלי תפיסת מחסומים נמוכה (עומרי, 2008 ; עוסמאן, בארי, אדלר, דאוד, 2007).

3.2. מתן חיסונים

בישראל שגרת החיסונים מופעלת מן השנים הראשונות לקיומה של מדינת ישראל לפעוטות מלידה עד גיל שש. כיום, המחלות נגדן מוצע חיסון לכל הילדים בארץ הן : אסכרה (קרמת/דיפטריה), צפדת (טטנוס), שעלת, שיתוק ילדים (פוליו), המופילוס אינפלואנזה b (Hib), חצבת, חזרת, אדמת, דלקת כבד נגיפית A, דלקת כבד נגיפית B, זיהומים פנוימוקוקיים, נגיף הרוטה ואבעבועות רוח (משרד הבריאות, 2010) בספרות המחקרית מצוין שיעור המחוסנים באוכלוסיית הילדים בישראל עומד כיום על -92% 97%. במגזר החרדי שיעור המחוסנים נמוך במידה ניכרת מהמגזר הכללי. באזורים שבהם יש ריכוז גדול של אוכלוסייה חרדית, כמו בירושלים ובבני-ברק, שיעור המחוסנים מגיע רק ל--60% 70% (מי- עמי, 2004). כך למשל, בישראל, בשנת 2007 התגלו בישראל 429 מקרים של חצבת, לעומת 11 מקרים בשנת 2006 ומקרה אחד בשנת 2005. התפרצות מחלת החצבת הייתה בעיקר בקרב אוכלוסייה חרדית לא מחוסנת בירושלים ובריכוזי אוכלוסייה חרדית בסביבתה, כגון מודיעין-עילית ובית-שמש. למשל, בשכונה חרדית בירושלים נדבקו במחלת החצבת כ-60 ילדים בתוך שבועיים. ההתפרצות נבעה מירידה בשיעור החיסונים ומהדבקה מילד חולה חצבת שהגיע לביקור בישראל והדביק את הסובבים אותו. לירידה בשיעור החיסונים אצל ילדים לא הוצע הסבר (וייסבלאי, 2008). יחד עם זאת, מספר הסברים ניתנו בספרות המחקרית למגמות הירידה או להימנעות מחיסון. הסבר ראשון, יש שמתקשים להתחסן מסיבות טכניות, כגון קושי של משפחות

מרבובת ילדים לבוא תכופות עם ילדיהם לתחנות טיפת-חלב. הסבר שני, מתייחס לרמה החברתית כלכלית של ההורים. במספר מחקרים נמצא כי מעמד חברתי- כלכלי נמוך, קשור לשיעור ביצוע חיסונים חלקי או נמוך (Smith, Chu & Freed, Clark, Butchart, Sunger & Davis, 2010 ; Barker, 2004). עם זאת, יש לציין כי בישראל מערך החיסונים אינו כרוך בהשתתפות כספית של האוכלוסייה. הסבר נוסף הנו, חוסר אמון וחשש מבטיחות החיסונים (עמית- אהרון, 2011).

הסבר אפשרי נוסף, שעולה מתוך ממצאי המחקר הנוכחי קשור בגיל התינוק. מחקרים קודמים הראו כי ככל שגיל התינוק עולה, האימהות פחות מקפידות על התנהגות בריאות הקשורה בהיבטים שונים של טיפול בתינוק (בן בסט, 2009 ; ליפט-קזוקרו, 2002 ; עומרי, 2008 ; Sarid & Shraga, 2012; Bracchitta, 2006). ממצאי המחקר הנוכחי מחזקים ממצאים ממחקרים קודמים. במחקר זה נמצא כי ככל שגיל התינוק עולה ישנה ירידה בהתנהגות בריאות של האם הקשורה במתן חיסונים לתינוק ובהתנהגות ניקיון כלפי הילד בנושא רחיצת ידיים לפני הטיפול בו. מרבית הנשים במחקר הנוכחי (97%) חיסנו את תינוקן בחיסון נגד דלקת כבד B אשר ניתן 3 פעמים במהלך חצי השנה הראשונה : בבי"ח, בגיל חודש ובגיל חצי שנה. רוב הנבדקות (89.9%) חיסנו נגד IPV, DTaP, Hib אשר ניתנים בזריקה אחת ארבע פעמים במהלך השנה הראשונה : בגיל חודשיים, ארבעה חודשים, חצי שנה, ושנה. רוב הנבדקות (87%) אף חיסנו נגד PCV13 (זיהומים פנוימוקוקיים), MMR (חצבת, חזרת, אדמת) ו Var (אבעבועות רוח). עם זאת השינוי בהתנהגות, ניכר לגבי חיסונים הניתנים בגיל שנה כמו PCV13 (זיהומים פנוימוקוקיים), MMR (חצבת, חזרת, אדמת) ו Var (אבעבועות רוח). פחות אימהות לקחו את ילדיהן לקבלת חיסונים בגיל זה. לגבי חיסון דלקת כבד A הניתן מגיל 18 חודשים נאספו נתונים מ- 29 נבדקות בלבד. אך ניתן לראות ירידה במספר הנבדקות שדיווחו על מתן חיסון נגד דלקת כבד מסוג A : 35.7% מהאמהות לקחו את ילדיהם לחיסון זה בגיל שנה וחצי ושנתיים לעומת 46.4% שחיסנו באופן חלקי בגיל שנה וחצי בלבד ו 17.9% שלא חיסנו כלל. יחד עם זאת ניתן לראות כי אחוז האימהות שמקפידות על מתן חיסונים בקרב האימהות במחקר הנוכחי הינו יחסית גבוה למדווח בספרות הקיימת. במחקר הנוכחי אחוז ההיענות לחיסונים עד גיל שנה נע בין 87- 97 אחוז ואילו בספרות מדווח כי שיעור המחוסנים בקרב האוכלוסייה החרדית מגיע רק ל-70-60 אחוז (מי- עמי, 2004).

עוד עולה מהמחקר כי ישנה הלימה בין אמונות האימהות לגבי מתן חיסונים ובין התנהגותן בפועל. אחת מהאמונות שנמצאה מובהקת סטטיסטית היא חומרת המצב הבריאותי. כך נמצא כי בששה מהחיסונים (מתוך שמונה): IPV (שיתוק ילדים- פוליו), DTaP (אסכרה- פלצת- שעלת), Hib (אינפלואנצה B), אשר ניתנים 4 פעמים בזריקה אחת במהלך השנה הראשונה. PCV13 (פנוימוקוק), אשר ניתן 3 פעמים במהלך השנה הראשונה. MMR, (חצבת- חזרת- אדמת) ו-Var (אבעבועות רוח) אשר ניתנים בגיל שנה. אימהות שעושות את כל החיסונים סבורות כי חומרת המצב הבריאותי של תינוקן יפגע יותר מאלו שעושות חיסונים באופן חלקי או לא עושות כלל. כלומר ככל שהנבדקת מאמינה יותר בחומרת המצב הבריאותי, וכפי שמשתקף בתשובות גבוהות לגבי ההגידים "אם תינוקי לא יקבל את החיסון ויחלה יהיה לו קשה לתפקד", "אני מאד דואגת שללא החיסון תינוקי ידבק במחלות", הדבר יגרום לה להקפיד יותר על מתן חיסונים. ממצאים אלו נתמכים על ידי מחקרים קודמים שהראו כי ככל שהאמונה בחומרת המצב הבריאותי גבוהה, כך גובר הסיכוי לביצוע התנהגות בריאות בתחום מתן חיסונים (המכון הלאומי, 2007 ; Habib, Rishpon & Rubin, 2000).

כמו כן, נמצא כי מוקד השליטה בגורל של האימהות הינו משתנה המבחין בין אימהות המקפידות על מתן חיסונים מלא לבין אלה שמחסנות באופן חלקי. כך נמצא לגבי החיסונים : IPV (שיתוק ילדים- פוליו), DTaP (אסכרה- פלצת- שעלת), Hib (אינפלואנצה B), אשר ניתנים 4 פעמים בזריקה אחת במהלך השנה הראשונה ו-Hav (דלקת כבד A) אשר ניתן פעמיים במהלך השנה השנייה. מוקד שליטה גבוה בגורל נמצא בקרב אימהות שעושות את כל החיסונים מאשר אלו שמחסנות באופן חלקי או לא מחסנות כלל. כלומר ככל שהנבדקת האמינה יותר בגורל, כך עלה הסיכוי שהיא חסנה את תינוקה בחיסונים אלו. ממצא זה אינו תואם את הספרות המחקרית. אולם ניתן לשער כי האמונה בגורל מתווכת על ידי משתנים אחרים למשל רמות חרדה. במחקר אחר שנערך בתורכיה בקרב אימהות ותינוקות אשר פנו למרפאת חוץ למעקב טיפת חלב, נמצא כי מחסומים בלתי מוחשיים כגון רמות גבוהות של חרדה אימהית, הובילו לחוסר בהשלמת מערך החיסונים (Ozkaya, Eker, Aycan & Samanci, 2010)

יתכן ולאימהות במחקר הייתה רמת חרדה נמוכה שהשפיעה על נכונותן לחסן. אמנם לא בדקנו את רמות החרדה במחקר זה, אולם ממחקרים קודמים עלה כי תחושת קוהרנטיות גבוהה נמצאת בקשר חיובי עם רמות חרדה נמוכות (מינסקר- ואלצר, 2008 ; Sarid, Anson, Yaari & ;

(Margalith, 2004). יתכן אם כך שלאימהות במחקר זה בעלות רמות הקוהרנטיות הגבוהות היו רמות חרדה נמוכות יותר.

על מנת לבדוק את התרומה של משתני המחקר להסבר השונות של התנהגות בריאות בתחום ביצוע חיסונים, משתנים שנמצאו בעלי קשר מובהק סטטיסטית להתנהגות בריאות הוכנסו למודל הרגרסיה. מתוך הניתוחים שבוצעו נמצא כי למשתנה חומרת המצב הבריאותי ישנה תרומה חיובית מובהקת סטטיסטית של 13% בהסבר השונות במתן שני חיסונים מסוג MMR (חצבת-אדמת-חזרת) ו Var (אבעבועות רוח), אשר ניתנים בגיל שנה. סך כל השונות שהוסברה נמוכה, יתכן והדבר נובע מגודל המדגם ויתכן ומשתנים אחרים שלא הוכנסו למודל כמו רמות חרדה של האם משפיעות על התנהגות הבריאות של האימהות בתחום מתן החיסונים.

3.3. מתן ויטמינים וברזל

בתחום מתן ויטמינים וברזל, נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין מתן ברזל ובין רגישות נתפסת. ככל שהאם האמינה שהתינוק רגיש יותר כך פחת הסיכוי שנתנה לתינוקה ויטמינים וברזל. במחקר הנוכחי, הרגישות הנתפסת פירושה הסבירות שהאם העריכה כי תינוקה מצוי בסכנה לחלות במידה ותיתן לו ויטמינים וברזל. ככל שהאמונה לגבי רגישות נתפסת גבוהה יותר כך קטנה הסבירות שהאם תיתן לתינוקה את הויטמינים והברזל המומלצים על ידי משרד הבריאות. ממצא זה אינו תואם את הספרות המחקרית (המכון הלאומי, 2007; בן בסט, 2009). אחת הסיבות האפשריות לכך היא כי השימוש שנעשה בתת שאלון רגישות הנתפסת הנו בדרך כל עבור הפרט עצמו ואילו במחקר הנוכחי אנו בודקים את הרגישות הנתפסת של האם כלפי תינוקה.

על מנת לבדוק את התרומה של משתני המחקר להסבר השונות של התנהגות בריאות בתחום ביצוע מתן ויטמינים וברזל, משתנים שנמצאו בעלי קשר מובהק סטטיסטית להתנהגות בריאות הוכנסו למודל הרגרסיה. מתוך הניתוחים שבוצעו נמצא כי למשתנה רגישות נתפסת ישנה תרומה חיובית מובהקת סטטיסטית של 7% בהסבר השונות במתן ויטמינים וברזל מסוג ברזל. משמע אימהות נזהרות לתת ויטמינים וברזל כיוון שהן תופסות אותם כתורמים לרגישות. לסיכום, מממצאי המחקר הנוכחי עולה כי התנהגויות בתחום הרפואה המניעתית ניתן להסביר על ידי אמונות בריאות של האימהות, משאבים אישיותיים של האימהות ומשתנים דמוגרפיים. עם

זאת חשוב לציין כי ההסבר אינו אחיד לגבי כל התנהגות בריאות ונראה כי למשתנים הקשורים לסוג הבדיקה ומידת השפעתה הישירה על התינוק, השפעה דיפרנציאלית על התנהגות האם.

מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי מספר מגבלות, מגבלה אחת קשורה בכך שהמחקר הינו מחקר חתך בו הועברו שאלונים לאימהות חרדיות בנקודת זמן יחידה, ועל כן הנתונים שנאספו מייצגים את דיווחן של האימהות בנקודת זמן זו. יתכן כי העברת השאלונים במספר נקודות זמן הייתה מניבה ממצאים אחרים

מגבלה שניה, קשורה לאופי הדגימה. במחקר הנוכחי לא נעשתה דגימה הסתברותית אקראית ומייצגת. האימהות גויסו באמצעות טכניקה של "כדור שלג" (Snowball sampling) כשהמשתתפות במחקר מפנות מועמדות אפשריות נוספות. הפנייה למילוי השאלונים נעשתה לנבדקות אשר היו זמינות לצורך המחקר. מסיבה זו, ממצאי המחקר אינם מייצגים ולא ניתן להכלילם לגבי כלל אוכלוסיית הנשים החרדיות. עם זאת, חשוב להדגיש כי בקרב הקהילה החרדית לא ניתן לבצע דגימה אקראית בשל סגירותה. כיוון שמדובר בקהילה סגורה שאינה נגישה לעריכת מחקרים בדרך אחרת שיטת כדור השלג אפשרה איתור וגיוס של מועמדות (Faugier & Sargeant, 1997; Hedges, 1979; Mendes-Luck, Trejo, Miranda, Jimenez, Quiter & Mangione, 2011). מספר מחקרים קודמים שנערכו בקרב קבוצות אוכלוסייה שאינן נגישות עשו שימוש בשיטה זו (אינגדאו, 2010; יחיא-אבו אחמד, 2006; מאיר ובסקינד, 2006; Sarid & Shraga, 2010).

מגבלה שלישית, קשורה לאחוז ההיענות הנמוך יחסית. מכלל האימהות החרדיות אליהן פניתי, הסכימו להשתתף רק 66.9%. 2.4% פרשו במהלך מילוי השאלונים ו-30.7% סירבו להשתתף במחקר. לפיכך הממצאים עשויים להיות מוטים. עם זאת אחוזי ההיענות תואמים את המתואר בספרות לגבי היענות של נחקרים חרדים שגויסו בטכניקה דומה בישראל (Rier, Schwartzbaum & Heller, 2008). יתכן וההיענות הנמוכה הייתה קשורה לחשדנות סביב מטרת המחקר. אחת הדרכים להתמודד עם החשדנות של האימהות הייתה לפנות לנשות מפתח, רבניות או נשים חרדיות המקיימות שיעורי תורה לנשים בקהילה החרדית, להסביר להן את מטרת

המחקר ודרכן לאתר אימהות העונות על קרטיוני ההכללה. היות והקהילה החרדית הינה קהילה בה קבלת ההחלטות מתבצעת על ידי ההנהגה והסמכות הרוחנית של הקהילה, נעשה שימוש בשיטת זו (לוי, 1988). מחקרים נוספים שנערכו בקרב אוכלוסייה חרדית בישראל נעזרו באנשי המפתח, להם יש נגישות לאנשים נוספים מאותה קבוצה, הם התבקשו למסור מידע על מכריהם וכך להרחיב את המדגם (Panacek & Thompson, 2007). שיטה זו מקובלת ונמצאה יעילה במחקרים קודמים בקרב הקהילה החרדית (לוק-שמר, 2009; טאובמן - בן-ארי, 2009; Rier, 2009; Schwartzbaum & Heller, 2008).

מגבלה רביעית, קשורה להתפלגות מבחינת חוגים בקהילה החרדית. מספר המרואיינות במחקר זה הינו קטן ואינו מייצג את כלל הזרמים הקיימים בקהילה החרדית. כפי שתואר בחלק השיטות יותר משני שלישי השתייכו לחוג הספרדי, 11.8% חסידות גור, 5.9% חסידות חב"ד, 16.5% חוג ליטאי. האימהות שהסכימו להתראיין היו שייכות ברובן המכריע לחוג הספרדי, התגוררו בשכונות חרדיות בערים מעורבות באזור הדרום כגון נתביבות, ב"ש, אשקלון, קריית גת וכדומה. לעומת החוג החסידי והליטאי אשר התגוררו באזור המרכז בערים חרדיות כגון אריאל ובני ברק והיה קושי להגיע אליהן. כמו כן, נשים הנמנות על זרמים קיצוניים בחברה החרדית, כגון נטורי קרתא והעדה החרדית לא השתתפו במחקר.

מגבלה חמישית, במחקר הנוכחי לא נבדקו עמדות כלפי טיפת חלב והשירות שניתן בתחנות השונות. יתכן והתנהגות הבריאות מושפעת משביעות או אי שביעות רצון מהיחס ומהטיפול שניתן במסגרת טיפת חלב.

סיכום והמלצות

המחקר הנוכחי הינו מחקר חלוץ. מעיון בספרות עולה כי עד כה לא נערכו מחקרים בקרב החברה החרדית הבוחנים את אמונות האימהות והתנהגותן בפועל כלפי שימוש בשירותי רפואה מונעת לתינוק.

במחקר זה נבחנו אמונות הבריאות של האימהות החרדיות ביחס לשלושה תחומים ברפואה מונעת: בדיקות התפתחותיות, מתן חיסונים, ומתן תוספי מזון. בנוסף לאמונות הבריאות, בחן המחקר מאפיינים דמוגרפים של האם והתינוק, ומשתנים אישיותיים כמו מוקד שליטה ותחושת קוהרנטיות, העשויים לתווך בין אמונות והתנהגות הבריאות של האימהות.

מן המחקר עולים מספר ממצאים עיקריים. ראשית, המשתנים הדמוגרפים כגון: גיל האם, רמת השכלה ומוצא אתנו-תרבותי לא נמצאו קשורים עם התנהגויות בריאות בתחום בדיקות התפתחות, מתן חיסונים, ומתן ויטמינים וברזל. ממצא זה מקבל תימוכין ממודל אמונות בריאות, לפיו התנהגות בריאות אינה דבר פשטני והיא מושפעת ומתווכת על ידי משאבים אישיותיים ואמונות בריאות (Rosenstock, Strecher & Becker, 1994).

הממצא השני, העולה ממחקר זה הינו כי תחושת לכידות קשורה בקשר הפוך למוקד שליטה הממוקד בגורל. כלומר ככל שתחושת הלכידות של הנבדקת גבוהה יותר, כך היא מאמינה פחות בגורל. תחושת הלכידות המבטאת את עוצמת תחושת הביטחון שיש לפרט, ויכולתו להבנות ולנבות את עתידו קשורים בקשר הפוך עם האמונה בגורל (Antonovsky, 1987). מוקד שליטה ממוקד בגורל, מתייחס לאמונה כי אירועים הפוקדים אותם הם תוצאה של כוחות חיצוניים: מזל, גורל או השגחה עליונה (Rotter, 1966; Nexø et al, 1999). קשר זה הנו תואם מחקרים רבים בספרות המצביעים על תחושת לכידות כמשאב אישיותי בו הפרט חש שליטה בגורלו(דרורי ופלוריאן, 1998; דרורי פלוריאן וקרביץ, 1991; טוביאס, 2006). בעוד שאדם בעל אמונה כי הגורל שולט בחייו סבור כי מידת יכולו לשלוט באירועים הסובבים אותו הנה מוגבלת (עומרי, 2008; עוביד-דלה, 2012; שפירא, 2009; 2007; 2009; Miles, Voorwinden, ; Niederdeppe, & Gurmankin, 2008; 2009; 2008; Chapman & Wardle, 2008).

הממצא השלישי, התומך בממצאים לעיל מצביע על כך כי קיימים הבדלים מובהקים סטטיסטית במוקד שליטה הממוקד בגורל מבחינת רמת השכלה ותחושת לכידות. נשים בעלות השכלה תיכונית ועל תיכונית האמינו בממוצע יותר בגורל, לעומת זאת נשים בעלות השכלה אקדמית נטו פחות להאמין בגורל והן בממוצע בעלות תחושת לכידות גבוהה יותר מאשר נשים בעלות השכלה תיכונית ועל תיכונית.

חשיבותם של משאבים ואמונות בניבוי של התנהגויות בריאות בתחום בדיקות התפתחות, מתן חיסונים, ומתן ויטמינים וברזל עולה במחקר הנוכחי בהקשר לתחושת הלכידות של האימהות. נמצא קשר שלילי ומובהק סטטיסטית בין תחושת לכידות לחסמים להתנהגות בריאות ולרגישות נתפסת. כלומר, ככל שתחושת הלכידות של הנבדקת גבוהה יותר כך היו לה פחות חסמים כלפי בדיקות התפתחות, כלפי מתן ויטמינים וברזל וכלפי מתן חיסונים. כמו כן, הבדיקות, התוספים והחיסונים נתפסו על ידי האימהות כמעוררות פחות רגישות. ממצאים דומים דווחו בספרות המחקרית בקרב חולי סכרת וחולי זאבת בישראל (מינסקר-ואלצר, 2008, Cohen & Kanter, ; 2004).

בנוסף, משתנה מוקד שליטה בגורל הסביר את התנהגות האימהות בתחום בדיקות התפתחות, מתן חיסונים, ומתן ויטמינים וברזל. מוקד שליטה הממוקד בגורל נמצא קשור בקשר חיובי ומובהק סטטיסטי עם אמונות האם בנושא חסמים להתנהגות בריאות ורגישות נתפסת בתחום בדיקות התפתחות ובתחום מתן ויטמינים וברזל. כן נמצא קשר שלילי ומובהק סטטיסטי בין מוקד שליטה ממוקד בגורל, אמונות האם לגבי חסמים להתנהגות בריאות ובצוע של בדיקות ההתפתחותיות ומתן תוספי מזון. ככל שהנבדקת האמינה יותר בגורל כך היו לה יותר חסמים ורגישות כלפי בצוע בדיקות התפתחות ומתן תוספי מזון. ככל שהאימהות סברו כי הבדיקות ההתפתחותיות מלוות בחסמים כגון תופעות לוואי לא נעימות או שהבדיקות עלולות להחליש את בריאות התינוק כן הן דיווחו על שכיחות פחותה בבצוע בדיקות אצל רופא הילדים. מכאן ככל שהיו יותר חסמים ויותר אמונה בגורל, כך הנבדקת בצעה פחות את בדיקות התפתחות המומלצות. ממצאים דומים דווחו בספרות המחקרית בקשר להתנהגות בריאות כמו שימוש בכיסאות בטיחות לפעוטות, תאונות בית וחצר בקרב משפחות חרדיות ובהקשר להיענות לגילויי מוקדם והיענות לקבלת ידע ומידע בנושא מחלת הסרטן (עומרי, 2008; שפירא,

Niederdeppe, & Gurmankin, 2007; Miles, Voorwinden, Chapman & Wardle, ; 2009

(2008). בתחום מתן חיסונים נמצא קשר חיובי ומובהק סטטיסטי בין מוקד שליטה ממוקד בגורל

ובין רגישות נתפסת וחומרת המצב הבריאותי. כלומר ככל שמוקד השליטה היה חיצוני או ממוקד בגורל כן האמינה האם יותר בחומרת המצב הבריאותי. כך למשל, אם סברה האם כי במידה ותינוקה לא יקבל את החיסון הוא יחלה, או יהיה לו קשה לתפקד עלה הסיכוי שהיא תחסנו. כמו כן, נמצא כי מוקד השליטה בגורל של האימהות הינו משתנה המבחין בין אימהות המקפידות על מתן חיסונים מלא לבין אלה שמחסנות באופן חלקי. כך נמצא לגבי החיסונים מסוג IPV (שיתוק ילדים- פוליו), DTaP (אסכרה- פלצת- שעלת), Hib (אינפלואנצה B), אשר ניתנים 4 פעמים בזריקה אחת במהלך השנה הראשונה ו- Hav (דלקת כבד A) אשר ניתן פעמיים במהלך השנה השנייה. אימהות להן מוקד שליטה גבוה בגורל נטו לעשות לילדיהם את כל החיסונים בהשוואה לאימהות להן מוקד שליטה נמוך בגורל אשר נטו לחסן באופן חלקי או לא לחסן את ילדיהם. כלומר ככל שהנבדקת האמינה יותר בגורל, כך עלה הסיכוי שהיא חסנה את תינוקה בחיסונים אלו.

ממצא זה מצביע על כך כי לא ניתן להתייחס להתנהגות בריאות כאל מקשה אחת וכי התנהגות בריאות הינה שונה מתחום לתחום ומושפעת מגורמים שונים. גם בתוך אותו התחום נראה כי הגורמים לאותה התנהגות אינם אחידים. ניתן לראות כי בתחום מתן חיסונים מוקד השליטה בגורל ומוקד שליטה חיצוני גורמים לאם להקפיד יותר על התנהגות בריאות של מתן חיסונים בקשר למספר חיסונים בלבד ואילו בתחום בדיקות התפתחות ומתן ויטמינים וברזל האמונה בגורל, גרמו לאם להקפיד פחות על התנהגות בריאות בתחומים אלו. כפי הנראה ההבדל בהתנהגויות בין התחומים טמון בשוני המהותי הקיים בין בדיקות התפתחות, מתן ויטמינים ובין מתן חיסונים, באופן הביצוע, ובסכנה היחסית הנגזרת מאי ביצוע הבדיקה או החיסון.

ממצא אחר, העולה מהמחקר הנוכחי ומחזק ממצאים ממחקרים קודמים הוא, כי ככל שגיל התינוק עולה ישנה ירידה בהקפדה על התנהגות בריאות של האם הקשורה במתן חיסונים לתינוק. משתנה הגיל נמצא קשור בקשר חיובי לאמונות בריאות בנושא חסמים כלפי מתן חיסונים. ככל שגיל התינוק עולה כך האם מאמינה יותר בחסמים הקשורים לחיסונים ותחסן פחות את תינוקה. חסמים פירושם העלויות או המחסומים לביצוע ההתנהגות. כולל עלויות מוחשיות כמו זמן, הוצאות, זמינות, מיומנות. גם עלות פסיכולוגית מקושרת לביצוע ההתנהגות, כמו כאב, הרגשת חרדה, פסימיות, איום, ומבוכה (Rosenstock, Strecher & Becker, 1994). ממצא מעניין נוסף שעלה מהמחקר הוא, ככל שגיל התינוק עולה, האם הקפידה פחות על התנהגות הניקיון כלפי הילד בנושא רחיצת ידיים לפני הטיפול בו. יתכן והירידה בשמירה על התנהגות בריאות ככל שעולה גיל

הילד, קשורה בעובדה שבטיפות חלב ההדרכה מתרחשת לרוב סביב הלידה ובמעקב התכוף יותר עד גיל שנה. עד גיל שנה נדרשות האימהות להגיע שבע פעמים למעקב התפתחותי וארבע פעמים למתן חיסונים. בעוד שלגבי פעוטות בני שנה ומעלה תכיפות הביקורים יורדת. הסבר נוסף, יתכן גם כי ככל שגיל הילד עולה האימהות תופסות אותו כפחות רגיש ומחוסן יותר ולכן מקפידות פחות על התנהגות בריאות. ממצא זה מתווסף למחקרים קודמים אשר הראו כי ככל שגיל התינוק עולה, האימהות פחות מקפידות על התנהגות בריאות הקשורה בהיבטים שונים של טיפול בתינוק (בן בסט, 2009; ליפט-קזוקרו, 2002; עומרי, 2008; Bracchitta, 2006; Sarid & Shraga, 2012).

ברמה התאורטית, ממצאי המחקר הנוכחי תורמים לגיבוש גוף ידע על הקשר שבין אמונות בריאות של אימהות חרדיות לבין התנהגות בריאות בפועל. הממצאים מאפשרים להבין יותר לעומק את עמדותיהן ואמונותיהן של אימהות חרדיות כלפי צריכת שירותי הרפואה המונעת לתינוק, אילו אמונות ומשתנים מהווים חסמים ואילו אמונות ומשתנים מקדמים את השימוש בשירותים אלה.

ברמה המעשית, ממצאי המחקר עשויים להגביר את המודעות בקרב הצוותים הרפואיים לחשיבות מתן שרות רגיש תרבות ודת. כמו כן ממצאי המחקר, עשויים לסייע בגיבוש תכניות שתקדמנה התנהגויות בריאות של אימהות חרדיות תוך שמירה על דפוסי טפול בתינוק המקובלים בחברה החרדית. שיפור השירותים יתבצע על ידי התכווננות לצרכיהם הייחודיים של הנשים החרדיות.

מחקרי המשך בקרב האוכלוסייה החרדית רצוי שיתמקדו בחוגים שונים בקהילה החרדית ויבחנו את אמונות האימהות והתנהגותן בפועל כלפי שימוש בשירותי רפואה מונעת לתינוק במדגמים גדולים. אוכלוסיית האבות בקהילה החרדית הנה אוכלוסייה שכמעט ולא נחקרה בספרות המחקרית ויש מקום לעריכת מחקרים דומים בקרב אבות. כמו כן מחקרי המשך נדרשים לצורך הרחבת הידע על עמדות ושביעות רצון של אימהות חרדיות מהיחס ומהטיפול שניתן במסגרת טיפת חלב והרחבת הידע על השפעת הסמכות הרבנית בהקשר של שימוש בשירותי רפואה מונעת והתנהגות בריאות בקרב האוכלוסייה החרדית.

רשימת מקורות:

אברבוך, א., חורב, ט. וקידר, נ. (2010). אי שיווין בבריאות והתמודדות עמו. משרד הבריאות האגף

לכלכלה וביטוח בריאות, ירושלים. נדלה בתאריך ה- 8 בספטמבר, 2011, מתוך

http://www.old.health.gov.il/Download/pages/briut_sofi.pdf

אטקס, ע. (1998). תנועת החסידות בראשיתה. תל-אביב: משרד הביטחון.

אטקס, ע. (2004). מחברה מסורתית לאורתודוקסיה: פולין, פרקים בתולדות יהודי מזרח אירופה

ותרבותם. תל-אביב: האוניברסיטה הפתוחה.

אינגדאן, ש. (2010). להיות יהודי שחור בארץ ישראל: סיפור חייהם של ישראלים ממוצא אתיופי

שעלו בילדותם במסע רגלי מהכפרים באזור גונדר, דרך סודאן לארץ ישראל. עבודת גמר

לקבלת התואר "מוסמך", בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית, האוניברסיטה

העברית בירושלים.

אירם, ע. (1996). הקשר בין בטיחות, אחריות, היחס לחיים ולמוות ולנהיגה בצה"ל. מחלקת נפגעים

ובטיחות בדרכים-בצה"ל, מדור מחקר.

אלאור, ת. (1992). משכילות ובורות: מעולמן של נשים חרדיות. תל אביב: עם עובד.

אלעטאוה, י. (1996). תאונות בית במגזר הבדואי בנגב: פרויקט שנעשה תחת חסות גוינט ישראל

תחום ילדים בסיכון, ירושלים: גוינט ישראל.

אמיתי, י., לבנטל, א, וסלייטר, פ. (2004). חיסוני ילדים במאה ה-21: יעילות, בטיחות והטענות

שכנגד, המחלקות לאם לילד ולמתבגר ואפידמיולוגיה, שרותי בריאות הציבור, משרד

הבריאות.

אמנון, מ. (2006). התלות השיתופית: השפעת משפחת מוצא מכורה ונישואין למכור על התלות

השיתופית בקרב בני זוג. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטורט לפילוסופיה", אוניברסיטת

חיפה.

אנטונובסקי, א. (1992). המודל הסלוטוגני כתיאוריה מכוונת בקידום הבריאות. *מגמות, לט*, 170-181.

אריאלי, ר. (1999). מפגש עם השונה: אתגר בעבודה טיפולית עם אוכלוסייה חרדית. בתוך נ. אילן (עורך), *עין טובה: דו שיח ופולמוס בתרבות ישראל* (עמ' 403-388). תל אביב: הקיבוץ המאוחד.

בן מאיר, י. וקדם, פ. (1979). מדד דתיות עבור האוכלוסייה היהודית בישראל. *מגמות, כ"ד (3)*, 353-362.

בילו, י. וויצטום, א. (1994). רגישות תרבותית בטיפול: קווי הנחיה לעבודה עם מטופלים חרדיים- חלק א'. *שיחות, ח"ג (2)*, 114-119.

בן בסט, ת. (2009). *פיתוח שיטות להגברת שיעור השימוש במושב מגביה (בוסטר) ברכב כאמצעי להפחתת חומרת הפגיעה של ילדים בתאונות דרכים*. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

בראון - אפל, א., הורן, מ. ועאסי, נ. (2006). *סקר ידע, עמדות והתנהגות בנושא מניעת היפגעויות ילדים במגזר היהודי והערבי*. חיפה: אוניברסיטת חיפה.

בר יוסף, מ., חג'בי, ו. ושור, א. (2011). תוכנית התערבות להגברת השימוש באמצעי מיגון בזמן מתן טיפול כימותרפי בקרב אחיות אונקולוגיות. *ביטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל, כ (1)*, 6-13.

בר-לב, מ. וקדם, פ. (1989). *חניכי עליית הנוער בישיבות ובאולפנות*. דו"ח מחקר שהוגש לעליית הנוער. רמת-גן: אוניברסיטת בר-אילן.

גומבו, ר. ושוורץ, ש. (1989). מערכת הערכים של צעירות דתיות חרדיות בפרספקטיבה השוואתית. *מגמות, ל"ב*, 360-332.

גרילק, מ. (2002). *החרדים: מי אנחנו באמת? מסמך אישי מתועד על עימות שנראה חסר פתרון*. ירושלים: כתר.

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 בדוויות בנגב. דוח מסכם, המכון הלאומי לחקר שרותי בריאות.

דרורי, י. ופלוריאן, ו. (1998). תחושת קוהרנטיות ופרופיל הבריאות הנפשית בקרב אנשים שלקו באוטם ראשון בשריר הלב. מגמות, לט, 116-127.

דרורי, י., ופלוריאן, ו. וקרביץ, ש. (1991) תחושת קוהרנטיות: אפיונים סוציו-דמוגרפיים ותפיסת בריאות נפשית וגופנית. פסיכולוגיה, ב, 19-125.

דשן, ש. (1994). הדתיות של המזרחים: ציבור, רבנים ואמונה. אלפיים, 9, 44-58.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2004). שנתון סטטיסטי לישראל, 5.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2007). שנתון סטטיסטי לישראל, 58.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2009), שנתון סטטיסטי לישראל, 1433.

המרכז הלאומי לבקרת מחלות (2003), מב"ת סקר מצב בריאות ותזונה לאומי ראשון, 1999-2001. פרסום מספר 225.

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות (2007). הגורמים המשפיעים על החלטת אחיות בישראל להתחסן נגד שפעת. ד, 21-28. המכללה האקדמית עמק יזרעאל. נדלה בתאריך ה-12 ביולי, 2012, מתוך

http://www.yvc.ac.il/res/general_files/Reserches_in_the_Emek.pdf

הרשקוביץ, ש. ואובל, מ. (1998). האוכלוסייה החרדית בירושלים: מאפיינים וצרכים. ירושלים: החטיבה לתכנון אסטרטגי ומחקר.

ויצטום, א. וגודמן, י. (1998). ביטויי מצוקה נפשית אצל חרדים: הבניה נרטיבית והתערבות נרטיבית רגישת תרבות. חברה ורווחה, י"ח (1), 97-12.

וייסבלאי, א. (2008). מערך החיסונים בישראל. מרכז המחקר והמידע של הכנסת. נדלה בתאריך ה-12

ליוולי, 2012, מתוך <http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m01975.pdf>

זאבי, נ., קליין, מ., עאסי, נ., אנדי-פילדינג, ל. וחמו-לוטס, מ. (2007). דו"ח "בטרם" על היפגעות ילדים בחברה הערבית בישראל. פרסום מס' 16.

חורי, ר. (2010). כבר לא חרדות למקצוע: עורכות דין חרדיות בישראל. עבודת גמר לקבלת התואר "מוסמך", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר אילן.

חליחל, א. (2011). פרוין של נשים יהודיות ומוסלמיות בישראל לפי מידת הדתיות שלהן בשנים 1979-2009, נייר עבודה מס' 60. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

חנני, ה. (2008). תרבות הדיור והמגורים בחברה החרדית האשכנזית בישראל. חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת חיפה.

חסון, עמותה למתן מידע על חיסונים. (2012). נדלה בתאריך ה-27 ביוני, 2012,

<http://www.hisunim.com/index.php> מתוך

טאובמן-בן-ארי, א. (2009). משתמשי דרך בציבור החרדי: עמדות, תפיסות והתנהגויות. דוח מסכם. הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים.

טוביאס, א. (2006). תחושת צמיחה בקרב אבות ואימהות לילדים עם פיגור שכלי: השוואה בין משפחות חרדיות ללא חרדיות. עבודת גמר לקבלת התואר "מוסמך", בית ספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר אילן.

יחיא אבו אחמד, נ. (2006). זוגיות והורות במשפחה הערבית בישראל: תהליכי שינוי ושימור בשלושה דורות. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת חיפה.

כנען, ש. (2006). צרכי הדיור של המגזר החרדי: דוח מסכם. משרד הבינוי והשיכון.

לוי, א. (1988). החרדים. ירושלים: כתר.

לוי, ש. (2008). תחנות טיפת-חלב בישראל: 1997–2007. מרכז המחקר והמידע של הכנסת. נדלה בתאריך ה-12 ליולי, 2012 מתוך

<http://www.patients-rights.org/uploadimages/teepot-halav-beisrael1997-2007.pdf>

לוי, ח. (2009). המגזר החרדי בישראל, העצמה תוך שילוב בתעסוקה. המועצה הלאומית לכלכלה, משרד ראש הממשלה: ירושלים.

לויפר, ג. (1988). למהותה ולרוחה של הנחיית הורים חרדית. מתוך ר. ברגר (עורכת), הנחיית קבוצות הורים: מקראה (עמ' 166-180). תל אביב: אוניברסיטת תל-אביב.

לפיט-קזוקרו, ר. (2002). השפעת מדיניות משרד הבריאות על רמת השימוש בשרותי טיפת חלב שבנפת אשקלון. חבור לשם קבלת תואר "מוסמך", בית ספר לניהול, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

מאיר, א. ובסקינד, א. (2006). יזמות עסקית בקרב הבדווים המתעיירים בנגב: היבטים מבניים, אתניים וקרקעיים. מרכז הנגב לפיתוח אזורי, באר שבע: אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

מינסקר-ואלצר, ע. (2008). הקשר בין תחושת קוהרנטיות, מצוקה נפשית, היענות לטיפול ומצב בריאות בקרב חולי זאבת בישראל. עבודת גמר לקבלת התואר "מוסמך", בית-הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה

מלחי, א. (2008). מיפוי מעסיקים וענפי תעסוקה של עובדים חרדים במגזר העסקי. מנהל מחקר וכלכלה, משרד התמי"ת.

מי עמי, נ. (2004). חיסונים לילדים. מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 10-1. נדלה בתאריך ה-12 ליולי, 2012, מתוך <http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m00844.pdf>

מרגלית, מ. (1983). הקוהרנטיות וחוסר הישע בסינדרום לקות למידה. עיונים בחינוך, 37-38. 153-158.

משרד הבריאות. (2000). שכירות, משך ואופי ההנקה במדינת ישראל, שירותי המזון והתזונה והמחלקה לאם, לילד ולמתבגר, פרסום מספר 2001.

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

משרד הבריאות (2007). *תדריך לביצוע הערכת התפתחות הילד בטיפת חלב*. שירותי בריאות הציבור

המחלקה לאם, לילד ולמתבגר. נדלה בתאריך ה-12 ליולי, 2012, מתוך

<http://www.old.health.gov.il/download/TP/Itpathut-2007.pdf>

משרד הבריאות (2008). *תדריך למתן תוסף ויטמין D לתינוקות במדינת ישראל*. שירותי בריאות

הציבור, המחלקה לאם, לילד ולמתבגר וסיעוד בבריאות הציבור. נדלה בתאריך ה-3 ליולי,

2012, מתוך http://www.old.health.gov.il/download/forms/a3211_D3_0808.pdf

משרד הבריאות (2010). *חיסונים בגיל הילדות*. שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות. ירושלים.

נדלה בתאריך ה-3 ליולי, 2012, מתוך

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

סאינה, ש. (2000). *החרדים במדינת ישראל מי הם? -שיקוף חברתי*. בית הספר לעבודה סוציאלית,

עבודת גמר לקבלת התואר "מוסמך", אוניברסיטת בן גוריון, באר שבע.

סדצקי, ס., פפא, מ., קטן, ר., איזק, ד. וקפלן ג. (2008). *בחינת גורמים המשפיעים על אופן השימוש*

בשירותי הבריאות, בקרב חולות סרטן שד חרדיות. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות

ומדיניות בריאות.

סהר, א. (2007). *לא עכברא גנב, על אמונות, מדע, וחוק ביטוח נפגעי חיסון התשי"ן. פואה ומשפט, 36,*

105-117.

עוביד-דלה, ס. (2012). *הקשר בין מרכיבי ההון החברתי לבין תאונות דרכים*. חיבור לשם קבלת

התואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת חיפה.

עומרי, ח. (2008). *הקשר בין אמונות בריאותיות של הורים לבין חגירת ילדים במושבי בטיחות*

באוכלוסייה הערבית במדינת ישראל. עבודת גמר לקבלת התואר "מוסמך", בית הספר

לבריאות הציבור אוניברסיטת חיפה.

עוסמאן, א., בארי, א., אדלר, ב. ודאוד, נ. (2007). *הענות לטיפול עצמי בסכרת לפי מודל האמונות*

בריאות בקרב חולי סכרת סוג 2 באוכלוסייה הערבית. המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות

ומדיניות בריאות. דוח מחקרים שנתי, 55-56.

- עמי, א. (2011). החלטות הורים שלא לחסן את ילדם: עבר והווה, אפיון התופעה וסיבותיה. *כתב עת ישראלי לחינוך וקידום בריאות, 4*, 32-40.
- פרוש, י. ל. (1994). הקשר בין המגזר החרדי ועובדי בריאות הנפש. *כתב עת ישראלי לפסיכולוגיה, 3* (31), 239-240.
- פירר, מ. (2001). *פנייה לעזרה נפשית מקצועית באוכלוסייה החרדית*. עבודת גמר לקראת תואר מוסמך בעבודה סוציאלית. בית-הספר לעבודה סוציאלית. רמת-גן, אוניברסיטת בר-אילן.
- פלד, ר. (2005). *מערכת הבריאות בנגב: תיאור המצב הקיים והצרכים בעת פתוח האזור*. התכנית הלאומית לפיתוח הנגב, אוניברסיטת בן גוריון.
- פלטי, חווה. (2006). *רפואה מונעת לנשים הרות ולילדים, על פרשת דרכים*. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל: ירושלים.
- פרידמן, מ. (1991). *החברה החרדית-מקורות, מגמות ותהליכים*, ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.
- פרידמן, מ. (1995). *האישה החרדית*. בתוך י. עצמון (עורכת), *אשנב לחייהן של נשים בחברות יהודיות: קובץ מחקרים בין-תחומי (עמ' 273-290)*. ירושלים: מרכז זלמן שזר לתולדות ישראל.
- צוויקל, ג., וסגל-אנגלצ'ין, ד. (2005). *בריאות נפשית של נשים בנגב מנקודת מבט רב-תרבותית*. בתוך ר. לב-ויזל, ג. צוויקל, ונ. ברק (עורכות), *שמרי נפשך – בריאות נפשית בקרב נשים בישראל (עמ' 391-412)*. באר שבע: אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, בשיתוף עם מאירס – גוינט – מכון ברוקדייל.
- קושניר, ת. (2003). *ההיענות בקרב אחיות לחובת השימוש בכפפות: גורמים אישיים, פסיכו-חברתיים וארגוניים*. המכון הארצי לבריאות תעסוקתית וסביבתית, משרד העבודה והרווחה.
- קפלן, ק. (2001). *כלי התקשורת בחברה החרדית בישראל*. קשר, 30, 18-30.
- קפלן, ק. (2003). *חקר החברה החרדית בישראל: מאפיינים, הישגים ואתגרים*. בתוך: ע. סיון וק. קפלן (עורכים), *חרדים ישראלים: השתלבות בלא טמיעה?* (עמ' 224-277). ירושלים: מכון ון ליר.

- קפלן, ק., ושטדלר, נ. (2009). מבוא: תמורות במנהיגות החרדית בישראל והמקורות סמכותה. בתוך: קפלן, ק., ושטדלר, נ. (עורכים). *מנהיגות וסמכות בחברה החרדית בישראל* (עמ' 7-28). ירושלים: מכון ון ליר.
- רואר-סטריאר, ד. (1999). חשיבות הקשר התרבותי בהערכת איכותן של מסגרות הטיפול בילדים. *חברה ורווחה, יט' (1)*, 53-67.
- רוזן, ב., אלרועי, א. וניראל, י. (2007). *ממצאים עיקריים מסקר אמהות ארצי בנושא שירותי מניעה לילדים במסגרת "טיפת חלב"*. ירושלים: מכון ברוקדייל, מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות.
- רוזנטל, מ., ודיין, י. (1998). תוכניות התערבות בגיל הרך: שאלות ודילמות. בתוך א. בן-ארי. וי. *ציונית (עורכים), ילדים בישראל על סף האלף הבא* (עמ' 181-202). ירושלים: אשלים.
- רומנו-זליכה, א., שר, ק. ושוחט, ט. (2002). *שימוש בבדיקות גנטיות לאבחון טרום לידתי על ידי נשים הרות בישראל*. מלב"ם ובית חולים אסף הרופא.
- שולט ע. ובורנשטיין, י. (2010). חיסונים ואוטזים מהומה רבה על לא מאומה. *הרפואה*, 4 (149), 251-255.
- שטדלר, נ. (2003). להתפרנס או לחכות לנס: המלכוד החרדי והשתקפותו ביחסי תורה ועבודה. בתוך ע. סיון וק. קפלן (עורכים), *חרדים ישראלים: השתלבות בלא טמיעה?* (עמ' 32-55). ת"א וירושלים: הקיבוץ המאוחד ומכון ון-ליר בירושלים.
- שמר-לוק, נ. (2009). *חווית האימהות והקשר הזוגי לאחר הולדת ילד ראשון בקרב נשים חילוניות וחרדיות*. עבודת גמר לקבלת התואר "מוסמך", בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית, האוניברסיטה העברית בירושלים.
- שלהב, י. (2006). נשים חרדיות בין שני העולמות. בתוך א. סיון, ו ט. פנסטר (עורכות), איזה מין מרחב? תכנון מרחבי מנקודת מבט מגדרית, (עמ' 96-103), ירושלים: מכון ון ליר.
- שלו, כ. (2003). *בריאות, משפט וזכויות האדם*. תל אביב: רמות, אוניברסיטת תל-אביב.
- שפירא, ת. (2009). *תאונות בית אצל ילדים במגזר החרדי*. עבודת גמר לקבלת התואר "מוסמך", בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית, האוניברסיטה העברית בירושלים.

מהמקורות: ישעיה ס"ו, ה.

פרקי אבות, ג, ט"ו

תהילים מ"ה, י"ד

Amit-Aharon, A. Nehama, H.(2009). *Analyzed Reasons to Uncompleted Routine Vaccinations in Well Baby Clinic ("Tipat Chalav") of Tel-Aviv-Yafo Municipality.* Israel: International Jerusalem Conference On Health Policy, Improving Health & Healthcare.

Antonovsky, A. (1983). *The sense of coherence: Development of a Research instrument: News- Letter and research report.* Tel- Aviv: University Research Center of Behavioral Medicine.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health.* San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky , A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well.* San Francisco: Jossey- Bass.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale.

Social Science and Medicine, 36(6), 725-733.

Berkovic, S. F., Harkin, L., McMahon, J. M., Pelekanos, J. T., Zuberi, S. M., Wirrell, E. C.,

Gill, D. S., Iona, X., Mulley, J. C., & Ingrid, E. (2006). De-novo mutations of the sodium channel gene SCN1A in alleged vaccine encephalopathy: a retrospective study. *The Lancet neurology*, 5 (6), 488-492.

Blacher, J. (1984). Sequential stages of parental adjustment to the birth of a child with handicaps. *American Journal of Epidemiology*, 115, 684-694.

- Blacher, J. & Meyers, C. E. (1987). Parents perceptions of schooling for severely handicapped children: Home and family variables. *Exceptional Children*, 53(5),441-449.
- Blue, C. L. & Valley, J. M. (2002). Predictors of influenza vaccine: Acceptance among healthy adult workers. *AAOHN Journal, Thorofare*, 50(5), 227-235.
- Bracchitta, K. M. (2006). Factors Influencing Parental Use of Booster Seats for Their Children. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13(3), 273-284.
- Byrd, T.L., Peterson. S.K., Chavez, R., & Heckert, A. (2004). Cervical cancer screening beliefs among young Hispanic women. *Preventive Medicine*, 38, 192-197.
- 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.
- Champion, V.L. (1993). Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research*, 42, 138-143.
- Cohen, M. & Kanter, Y. (2004). Relation between sense of coherence and glycemic control in type 1 and type 2 Diabetes. *Behavioral Medicine*, 29(4), 175-183.
- Colle, A.D., & Grossman, M. (1978). Determinants of pediatric care utilization. *The Journal of Human Resources*, XIII(S), 115-158.
- Davis, W.J., Bennink, L., Kaups, K.L., & Parks, S.N. (2002). Motor vehicle restraints: Primary versus secondary enforcement and ethnicity. *The Journal of Trauma Injury,Infection and Critical Care*, 52, 225-228.

- Faugier, J., & Sargeant, M. (1997). Sampling hard to reach population. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 790–797.
- Feemster, K.A., Spain, C.V., Eberhart, M., Pati, S., & Watson, B (2009). Identifying infants at increased risk for late initiation of immunizations: maternal and provider characteristics. *Public Health Rep*, 124 (1), 42–53.
- Forjuoh, S. N., & Li, G. (1996). A review of successful transport and home injury interventions to guide developing countries. *Social Science & Medicine*, 43(11), 1551-1560.
- Freed, G.L., Clark, S. J., Butchart, A. T., Sunger, D.C., & Davis, M.M. (2009) Parental Vaccine Safety Concerns. *Pediatrics* 2010, 125, 654-659.
- French, D. J., West, R. J., Elander, J., & Wilding, J. M. (1993). Decision-making style, driving style, and self-reported involvement in road traffic accidents. *Ergonomics*, 36, 627–644.
- Gonzalez Mena, J. (1997). *Multicultural Issues in Child Care*, Napa Vally College, Mayfield Publishing Company, Mountain View, California, 7-101.
- Habib, S., Rishpon, S., & Rubin, L. (2000). Influenza vaccination among healthcare workers. *IMAJ*, 2, 899-901.
- Hedges, B. (1979). Sampling minority population. In M. J. Wilson (ED). *Science and educational research in action: A book of reading* (pp. 244-261). London: Longman / The Open University Press.
- Hobfoll, S. E. , & Lerman, M. (1989). Prediction receipt of social support: A longitudinal study of parent’s reaction to their child’s illness. *Health Psychology*, 8, 61-77.

- Kalimo, R., Pahkin, K. & Mutanen, P. (2002). Work and personal resources as long term predictors of well being. *Stress and Health, 18*, 227-234.
- Khalesi, N. & Rakhshani, F. (2008). Knowledge, attitude and behaviour of mothers on neonatal jaundice. *Journal of Pakistan Medical Association. 58(12)*, 671-674.
- Jaffe, H. D. & Manor, O. (2009). Assessing changes in mortality inequalities in Israel using a period-specific measure of socio-economic position, 1983–92 and 1995–2004. *European Journal of Public Health, 19(2)*, 175-177.
- Jaffe, H. D., Neumark, Y, D., Eisenbach,, Z., & Manor, O. (2008). Educational Inequalities in Mortality among Israeli Jews: Changes Over Time in a Dynamic Population. *Health & Place, 14*, 287–298.
- Jonah, B. A., & Dawson, N. E. (1987). Youth and risk: Age differences in risky driving, risk perception and risk utility. *Alcohol, Drugs and Driving, 3*, 13–29.
- Jorgensen, R.S., Frankowski, J.J., & Carey, M.P. (1999). Sense of coherence, negative life events and appraisal of physical health among university students. *Personality and Individual Differences, 27*, 1079-1089.
- Laaksonen M., Prattata R., Helasoja V., U., & Lahelma, E. (2003). Income and health behaviors: Evidence from monitoring surveys among finish adults. *J.Epidemiol. Community Health , 57*, 711-717.
- Lapidus, J.A., Smith, N.H., Ebel, B. E. & Romero, F.C. (2005). Restraint use among northwest American Indian children traveling in motor vehicles. *Jornal of Public Health, 95*, 1982-1988.

- Lefcourt, H.M. (1976). *Locus of control: Current trends in theory and research*. Hillside, N.J.: Erlbaum.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E. (1997). Socio-economic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe, *Lancet*, 349,1655-9.
- Margalit , M. (1998) Loneliness and coherence among preschool children with learning disabilities, *Journal of learning disabilities*, 31(2), 173-179.
- Mendez- Luck, C., Trejo, L., Miranda, J., Jimenez, E., Quiter, E., & Mangione, C. (2011). Recruitment strategies and costs associated with community- based research in a Mexican- origin population. *The Gerontological society of America*,. 51(1), 94-105.
- Miles, A., Voorwinden, S., Chapman, S. & Wardle, J. (2008). Psychologic predictors of cancer information avoidance among older adults: The role of cancer fear and fatalism. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 17, 1872-1879.
- Montano, D. E. (1986). Predicting and understanding influenza vaccination behavior: Alternative to the Health Belief Model. *Medical Care*, 24, 438-45.
- Nexøe, J., Kragstrup, J & Søgaaard, 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.
- Niederdeppe, J., & Gurmankin, A. (2007). Fatalistic beliefs about cancer prevention and three prevention behaviors. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 16, 998-1003.

- Offit P. A., Quarles J., Gerber, M. A., Hackett, C. J., Marcus, E. K., Kollman. T. R., Gellin, B. G., & Landry, S.(2005) Addressing Patents'Concerns : Do Multiple Vaccines Overwhelm or Weaken the Infant's Immune System?. *Pediatrics*, 109(1), 124-9.
- O'Reilly, F.W., Cran, G. W., & Stevens, A.B. (2005). Factors affecting influenza vaccine uptake among health care workers. *Occupational Medicine*, 55(6), 474-479.
- Panacek, E.A., & Thompson, C.B. (2007). Sampling methods: Selecting your subjects. *Air Medical Journal*, 26 (2): 75–78.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd Ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pallant, J.F, & Lae, L. (2002). Sense of coherence, well being, coping and personality factors: Further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*, 33, 39-49.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive behavior. *Health Education Monograph* 2, 27-59.
- 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.
- Rosental, M. (1999) Out of Home Child Care Research: A Cultural perspective, *International Journal of Behavioral Development*, 23 (2), 477-518.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80 (1), 1-28.

- Sagy, S., & Antonovsky, H. (1996). Structural sources of the sense of coherence. two life stories of holocaust survivors in Israel. *Israel Journal of Medical Science*, 32 , 200-205.
- Sarid, O., Ansom, O., Yaari, A., & Margalith, M. (2004). Coping styles and changes in humoral reaction during academic stress. *Psychology, Health & Medicine*, 9, 85–98.
- 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.
- Schwartzbaum A., Rier D., Goldsmith R., Heller C.(2004). *Health and health service utilization amongst Haredi women in Israel*. Report to the Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research.
- Schwartzbaum A., Rier D., & Heller C. (2008). Methodological issues in studying an Insular, traditional population: A Women's health survey among Israeli Haredi (ultra-orthodox) jews. *Journal of Women & Health*, 48(4), 363-381.
- Shahrabani, S., & Benzion, U. (2006). The Effects of socio-economic factors on the decision to be vaccinated: The case of flu-shot vaccination. *IMAJ*, 8, 630-634.
- Shai, D. (2002). Working women / cloistered men: A family development approach to marriage arrangements among ultra-orthodox Jews. *Journal of Comparative Family Studies*, 33, 97-115.

- Sharot, S. (1996). Traditional, modern or postmodern? Recent religious developments among Jews in Israel. In K. Flanagan & P.C. Jupp (eds.), *Postmodernity sociology and religion* (pp. 118-133). New York: St. Martin's Press
- Shillitoe, R.W., & Christie, M. J. (1989). Determinants of self-care: the Health Belief Model. *Journal of Inter-professional Care* , 4 (1), 3-17.
- Simon, R.J. (1978). *Continuity and change: A study of two ethnic communities in Israel*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Smith, P.J., Chu, S.Y., & Barker, L.E. (2004). Children who have received no vaccines: Who are they and where do they live?. *Pediatrics*, 114 (1), 187-195.
- Spilka, B., Hood, R. W., Jr., & Gorsuch, R. L. (1985). *The psychology of religion*. NJ :Prentice Hall.
- Teerawichitchainan, B., & Phillips, J, F. (2008). Ethnic differentials in parental health seeking for childhood illness in Vietnam. *Social Science & Medicine*. 66 (5), 1118-1130.
- Tessler, H., Gorodischer, R., Press, J., Bilenko, N. (2008). Unrealistic concerns about fever in children: the influence of cultural-ethnic and socio-demographic factors. *The Israel Medical Association Journal*, 10 (5), 346-349.
- Vitale, M. A., Rzucidlo, S., Shaffer, M. L., Ceneviva, G.D. & Thomas, N. J. (2006). The impact of pediatric trauma in the Amish community. *Journal of Pediatrics*. 148 (3), 359-365.

Wallston, K.A., Wallston, B.S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6,160–170.

Wolf, A. C & Ratner, P..A. (1999). Stress, social support and sense of coherence. *Western Journal of Nursing Research*, 21, 182-198.

נספח א' - טופס הסכמה מדעת ושאלון המחקר

שלום רב,

משתתפת יקרה,

שמי מיטל שמחי אני סטודנטית במחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן גוריון בנגב.

אנו מבקשים הסכמתך להשתתף במחקר המתבצע במחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן גוריון בנגב. המחקר המיועד לבדוק את נושא הטפול בתינוק על ידי אמהות. אנו מקווים שמחקר זה יתרום לשירותי בריאות לאם ולתינוק.

המחקר מבוצע בהנחיית ד"ר אורלי שריד טל: 08 6472337 מהמחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן גוריון בנגב.

המחקר מאושר על ידי ועדה אתית.

מילוי השאלון אורך כ-40 דקות. בעת מילוי השאלון אשאר לצידיך ובמידה ותרצי אשמח לעזור לך במילוי השאלון ו/או לענות על כל שאלה שתעלה. השאלונים ישמרו בארון נעול בחדרה הפרטי של דר"ר אורלי שריד במחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן גוריון בנגב.

השאלון הנו אנונימי ושמך לא יופיע עליו אלא על טופס ההסכמה בלבד שנשמר בנפרד מהשאלון ורק לחוקרת הראשית תהא אפשרות תגישה אליו.

מילוי השאלון מהווה את הסכמתך להשתתף במחקר.

את חופשייה לא להשתתף במחקר או להפסיק את השתתפותך בכל עת מכל סיבה שהיא מבלי שהדבר יפגע בך. מובטחת סודיות באשר לזהותך ונכונות לענות על כל שאלה על ידי צוות המחקר. במידה ויהיה צורך אשמח לעזור לך במילוי השאלון.

בשם צוות המחקר אנו מודות לך על השתתפותך ותרומתך במחקר.

אני מסכימה להשתתף במחקר:

ת.ז. _____

חתימה _____

משתתפת יקרה,

אנו דר" שריד וגב' מיטל שמחי מהמחלקה לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן גוריון בנגב מעוניינות לבחון את נושא הטפול בתינוק ושימוש בשרותי רפואה מונעת בקהילה. על ידי אימהות. היענותך להשתתף במחקר ותשובותיך יעזרו לנו להבין טוב יותר את הנושא מנקודת מבטן של אמהות. אנו מקוות כי בהמשך נוכל להציג בפני נציגי משרד הבריאות את ממצאי המחקר במטרה לקדם מערך שרותי רפואה מונעת עבור תינוקות. בשאלות שלפניך אין תשובות נכונות או לא נכונות, כל תשובה נכונה. בכל שאלה אנא מלאי את התשובה שנראית לך מתאימה ביותר. השאלון הנו אנונימי. את רשאיית לפרוש מההשתתפות במחקר בכל שלב שתרצי, מכל סיבה שהיא. השאלונים ישמרו מעולים בחדרה של דר" אורלי שריד וישמשו רק לצרכי המחקר הנוכחי. תודה רבה לך על שתוף הפעולה.

1. לפי דעתך, מתי רצוי לפנות בפעם הראשונה לאחר הלידה עם תינוקך לאחות או לרופא?

א. כשתינוקך בן שבוע. ב. כשתינוקך בן שבועיים. ג. כשתינוקך כבן חודש. ד. אחר, _____.

2. מתי יצרת קשר ראשון עם אחות טיפת חלב או רופא הילדים?

א. כשתינוקך בן שבוע. ב. כשתינוקך בן שבועיים. ג. כשתינוקך כבן חודש. ד. אחר, _____.

3. לפניך מספר שאלות שקשורות לבריאות התינוק

בשאלות שלפניך אין תשובות נכונות או לא נכונות, כל תשובה נכונה. בכל שאלה אנא סמני את התשובה המתאימה לך ביותר

מסכימה בהחלט (5)	מסכימה (4)	לא כל כך מסכימה (3)	לא מסכימה (2)	לחלוטין לא מסכימה (1)	
					א. אם תינוקי חולה אני מאמינה שיש לי היכולת לעזור להחלמתו/ה
					ב. אני אחראית על בריאות תינוקי
					ג. אם תינוקי מרגיש לא טוב, אני חושבת שזה באשמתי
					ד. בריאותו של תינוקי קשורה באופן הטפול שלי בו

					ה. כשתינוקי חולה אני חושבת שהדבר קשור בכך שלא טפלתי בו היטב
					ו. תינוקי ירגיש טוב כל עוד אטפל בו היטב
					א. אם אני מבקרת באופן סדיר אצל רופא הילדים, פוחת הסיכון לבעיות בריאות אצל תינוקי
					ב. הדרך היחידה לשמור על בריאות תינוקי היא התייעצות עם נציגי מערכת הבריאות
					ג. לאנשים קרובים אלי השפעה רבה על מצב בריאותו של תינוקי
מסכימה בהחלט (5)	מסכימה (4)	לא כל כך מסכימה (3)	לא מסכימה (2)	לחלוטין לא מסכימה (1)	ד. מערכת הבריאות שומרת על בריאותו של תינוקי
					ה. הטפול בתינוקי על ידי אנשים הקרובים אלי משפיע על החלמתו ממחלות
					ו. הדרך הטובה ביותר לשמור על בריאות תינוקי הנה למלא אחר הוראות הרופא

					א. לעיתים קרובות אני חשה שאם תינוקי יחלה לא חשוב מה אעשה, כי כך נגזר מראש
					ב. נראה לי שבריאיות תינוקי תלויה במזל בלבד.
					ג. כשתינוקי חולה אני מאמינה כי צריך לתת לטבע לעשות את שלו
					ד. אם תינוקי בריא זה משום שיש לו מזל
					ה. למרות שאני מטפלת היטב בתינוקי הוא בקלות מפתח מחלות.
					ו. כשתינוקי חולה זה עניין של גורל

4. לפניך מספר שאלות בנושא בדיקות התפתחותיות של תינוקך

מסכימה בהחלט (5)	מסכימה (4)	לא כל כך מסכימה (3)	לא מסכימה (2)	לחלוטין לא מסכימה (1)	
					א. אני לא רוצה לקחת את תינוקי לבדיקות התפתחותיות
					ב. לבדיקות התפתחותיות יש תופעות לוואי לא נעימות
					ג. באופן כללי אני מתנגדת לבדיקות התפתחותיות
					ד. זו טרחה רבה מדי עבורי להגיע לטיפת חלב לבדיקות התפתחותיות

				ה. הבדיקות ההתפתחותיות יחלישו את בריאות תינוקי
				א. הבדיקות ההתפתחותיות המומלצות על ידי משרד הבריאות חשובות יעילים לזיהוי בעיות התפתחות
				ב. אני חושבת שלתינוקי יש סיכון לחלות בגלל הבדיקות
				ד. תינוקי רגיש יותר מתינוקות אחרים

5. באיזו תדירות את מבקרת במרפאה או בטיפת חלב לשם מעקב אחר תינוקך?

בשנת החדשים הראשונים לחיי תינוק	בגיל שבין 6-12 חדשים	בגיל שבין 1-2 שנים	
			א. פעם בשבוע.
			ב. פעם בחודש
			ג. פעם בחודשים
			ד. אחר ____

6. מהי הדרך הנוחה או הטובה יותר בשבילך לקבל מידע על בדיקות התפתחותיות?

א. ספרים או עיתונים. ב. אינטרנט, טלוויזיה, רדיו. ג. חברות. ד. קרובי משפחה למשל, סבתא, אימא, אחותך. ה. רופא או אחות בטיפת החלב או קופת חולים ו. אחר, אנא פרטי ____

7. האם קבלת הסבר בקופת החולים או בטיפת החלב על החיסונים? כן/לא ____

8. במידה וקבלת הסבר על החיסונים אצל גורם מטפל כמו רופא או אחות כיצד ניתן ההסבר? סמני את כל התשובות המתאימות

א. דפי הסבר, ב. הסבר בעל פה, ג. תוך כדי שיחה על התינוק, ד. הפניה לאתר באינטרנט (של משרד הבריאות, הורים ילדים וכו.)

9. אם הציעו לך דפי הסבר וסירבת לקבלם, פרטי מדוע: _____

10. האם לפי דעתך חשוב ללכת עם תינוקך לבדיקות התפתחותיות כמו

לא	כן	
		א. בדיקת שמיעה
		ב. בדיקת התפתחות בתחומי מוטוריקה גסה ועדינה, שפה
		ג. הערכת גדילה, באמצעות מדידת

		שקילה, גובה והיקף ראש
		ד. בדיקה בידי רופא ילדים

11. מה התדירות בה את לוקחת את תינוקך לבדיקות הבאות- אנא צייני את מספר הפעמים (מ-0 והלאה)

מספר פעמים במהלך שנה שנייה	מספר פעמים בשנה ראשונה לחייו של התינוק	
		א. בדיקת שמיעה
		ב. בדיקת התפתחות בתחומי מוטוריקה גסה ועדינה, שפה
		ג. הערכת גדילה, באמצעות מדידת שקילה, גובה והיקף ראש
		ד. בדיקה בידי רופא ילדים

12. כשלא לקחתי את התינוק לבדיקות התפתחותיות. מה היו השיקולים לכך?

- א. אינני סומכת על ההמלצות של הצוות הרפואי (רופא או אחות).
- ב. לפי האמונות שלי רצוי לא להתערב בתהליך הטבעי של גידול הילד.
- ג. קרובות משפחה שלי (אימא, סבתא, אחותי) אמרו שנראה שהתינוק מתפתח טוב.
- ד. אני חושבת שלא כדאי ללכת לבדיקות כי במקום יש הרבה ילדים וקיימת סכנת הדבקות מילדים חולים אחרים.
- ה. אני מאמינה יותר ברפואה עממית למשל אנשים בקהילה שלי שמבינים בהתפתחות ילדים.
- ו. אני חוששת שהביקור בטיפת חלב יביא לי"עין רעה".
- ז. קשה לי להגיע למרפאה בגלל המרחק.
- ח. אחר _____

13. וכעת מספר שאלות בנושא החיסונים של תינוקך

מסכימה בהחלט (5)	מסכימה (4)	לא כל כך מסכימה (3)	לא מסכימה (2)	לא לחלוטין מסכימה (1)	
					א. אני לא רוצה לחסן את התינוק שלי
					ב. לחיסוני טיפת חלב יש תופעות לוואי לא נעימות
					ג. באופן כללי אני מתנגדת לחיסונים
					ד. זו טרחה רבה מדי עבורי

					להגיע לטיפת חלב לקבל חיסונים
					ה. החיסונים יחלישו את מערכת החיסון של תינוקי
					א. החיסונים המומלצים על ידי משרד הבריאות יעילים כנגד המחלות להם מיועדים
					ב. אני חושבת שלתינוקי יש סיכון לחלות בגלל החיסון
					ג. אני מודאגת מהסיכון שתינוקי יחלה עקב החיסון במחלה קשה
					ד. תינוקי רגיש יותר מתינוקות אחרים
					א. זיהום עקב החיסון יכול להיות מסוכן
					ב. אם תינוקי לא יקבל את החיסון ויחלה, יהיה לו קשה לתפקד
					ג. אני חוששת שללא החיסון תינוקי יחלה מאד
					ד. אני מאד דואגת שלא החיסון תינוקי ידבק במחלות
					ה. בכל פעם שתינוקי חולה זו מחלה רצינית
					ו. תינוקי לא יכול לקבל חיסון בגלל בריאותו הכללית

14. מהי הדרך היעילה בשבילך לקבל מידע על חיסונים?

א. ספרים או עיתונים. ב. אינטרנט, טלוויזיה, רדיו. ג. חברות. ד. קרובי משפחה למשל, סבתא, אימא, אחותך. ה. רופא או אחות בטיפת החלב או קופת החולים. ו. אחר, אנא פרטי _____

15. האם קבלת הסבר בקופת החולים או בטיפת החלב על החיסונים? כן/לא _____

16. במידה וקבלת הסבר אצל גורם מטפל כמו רופא או אחות כיצד ניתן ההסבר? א. דפי הסבר, ב. הסבר בעל פה, ג. תוך כדי שיחה על התינוק, ד. הפניה לאתר באינטרנט (של משרד הבריאות, הורים ילדים וכו').

17. אם הציעו לך דפי הסבר וסירבת לקבלם, פרטי מדוע: _____

18. האם לפי דעתך כדאי לחסן את תינוקך בחיסונים הבאים. אנא סמני את התשובה המתאימה לך ביותר.

לא רצוי	רצוי	
		א. דלקת כבד B
		ב. שיתוק ילדים
		ג. אסכרה-פלצת-שעלת
		ד. אינפלואנצה B
		ה. פנוימוקוק/ פרבנר
		ו. חצבת-חזרת-אדמת
		ז. אבעבועות רוח
		ח. דלקת כבד A

19. כשלא חיסנתי את התינוק מה היו השיקולים שלך?

- אינני סומכת על ההמלצות של הצוות הרפואי (רופא או אחות).
- לפי האמונות שלי רצוי לא להתערב בתהליך הטבעי של גידול הילד.
- קרובי משפחה שלי מתנגדים לחיסון התינוק
- אני לא בטוחה בבטיחות החומרים בחיסון וחוששת שמגרימת נזק לתינוק.
- אני מאמינה יותר ברפואה עממית (רפואת סבתא), מוצרים טבעיים.
- אני חושבת שלא כדאי ללכת לקבל חיסונים כי במקום יש הרבה ילדים וקיימת סכנת הדבקות מילדים חולים אחרים.
- אני מעדיפה שהילד יחלה ויפתח לבד נוגדנים.
- קשה לי להגיע למרפאה בגלל המרחק.
- אחר _____

20. האם הנקת את תינוקך? כן/לא

21. אם הנקת את תינוקך, מה היה גיל התינוק כשסיימת להניקו? _____

22. וכעת מספר שאלות בנושא תוספים בנוסף להזנה השגרתית היומיומית (ויטמין D, ברזל)?

מסכימה בהחלט (5)	מסכימה (4)	לא כל כך מסכימה (3)	לא מסכימה (2)	לחלוטין לא מסכימה (1)	
					א. אני לא רוצה לתת תוספי מזון לתינוקי
					ב. לתוספי מזון יש תופעות לוואי לא נעימות

					ג. באופן כללי אני מתנגדת למתן תוספי מזון בנוסף להזנה השגרתית
					ד. זו טרחה רבה מדי עבורי ללכת לקנות תוספי מזון
					ה. ההשתתפות בתשלום עבור התוספים יקרה מדי עבורי
					א. תוספי המזון המומלצים על ידי משרד הבריאות יעילים לתינוקי
					ב. אני חושבת שלתינוקי יש סיכון לחלות בגלל תוספי המזון
					ג. אני מודאגת מהסיכון שתינוקי יחלה עקב תוספי המזון במחלה הקשה
					ד. תינוקי רגיש יותר מתינוקות אחרים

23. מהי הדרך היעילה בשבילך לקבל מידע על תוספים בנוסף להזנה השגרתית היומיומית (ויטמינים, ברזל)?

א. ספרים או עיתונים. ב. אינטרנט, טלוויזיה, רדיו. ג. חברות. ד. קרובי משפחה למשל, סבתא, אימא, אחותך. ה. רופא או אחות בטיפת חלב או קופת חולים. ו. אחר, אנא פרטי _____

24. האם קבלת הסבר בקופת החולים או בטיפת החלב על תוספים בנוסף להזנה השגרתית (ויטמינים, ברזל) ? כן/לא _____

25. במידה וקבלת הסבר אצל גורם מטפל כמו רופא או אחות כיצד ניתן ההסבר? א. דפי הסבר, ב. הסבר בעל פה, ג. תוך כדי שיחה על התינוק, ד. הפניה לאתר באינטרנט (של משרד הבריאות הורים ילדים וכו').

26. אם הציעו לך דפי הסבר וסירבת לקבלם, פרטי מדוע: _____

27. האם לדעתך בנוסף להזנה השגרתית היומיומית רצוי לתת ויטמינים לתינוקך? כן/לא _____

28. האם לדעתך בנוסף להזנה השגרתית היומיומית רצוי לתת ברזל לתינוקך? כן/לא _____

29. אם את חושבת כי יש לתת בנוסף להזנה השגרתית היומיומית ויטמינים, וברזל לתינוק, באיזה גיל כדאי להתחיל?

בששת החדשים	בגיל שבין ששה	בגיל שבין שנה
הראשונים לאחר לידת התינוק	חדשים לשניים	לשנתיים לאחר
עשר חדשים לאחר	עשר חדשים לאחר	הולדת התינוק

	הולדת התינוק		
			ויטמינים
			ברזל

30. כשלא נתתי בנוסף להזנה השגרתית היומיומית וויטמינים וברזל לתינוק מה היו השיקולים שלך?

- לפי האמונות שלי רצוי לא להתערב בתהליך הטבעי של גידול הילד.
- אני לא בטוחה בהרכב תוספי המזון וחוששת שמגרימת נזק לתינוק.
- קרובי משפחה שלי מתנגדים למתן תוספי מזון לתינוק
- אני מאמינה יותר ברפואה עממית (רפואת סבתא), מוצרים טבעיים.
- תשלום כלכלי. זה יקר עבורי לקנות תוספי מזון.
- אחר, _____, אנה פרטי.

31. באיזה מקום בגוף התינוק/ת את מודדת חום במדחום?

- מתחת לבית השחי.
- בפה.
- בטוסיק.
- אחר _____

32. מה לדעתך הוא חום גופו של הילד שמצריך פניה לרופא?

- 37°C .
- 37.5°C .
- 38°C .
- מעל 38°C .
- אחר _____

33. לפי דעתך לפני שלוקחים את התינוק בידיים

בשנת החדשים הראשונים לידת התינוק	בגיל שבין ששה חדשים לשניים עשר חדשים לאחר הולדת התינוק	בגיל שבין שנה לשנתיים לאחר הולדת התינוק	
א. חשוב לרחוץ ידיים כי			
ב. לא כל כך חשוב לרחוץ ידיים כי			

34. להלן מספר שאלות המתייחסות להרגשתך ולעמדותיך באופן כללי

1. האם יש לך הרגשה שלא אכפת לך מה הולך מסביבך?

לעיתים רחוקות או אף פעם							לעיתים קרובות
1	2	3	4	5	6	7	

2. האם קרה לך שהופתעת מהתנהגות של אנשים שחשבת שאת/ה מכיר/ה היטב?

לעיתים רחוקות או אף פעם							לעיתים קרובות
1	2	3	4	5	6	7	

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. האם קרה לך שאנשים שסמכת עליהם אכזבו אותך?

לעיתים רחוקות או אף פעם			לפעמים			לעיתים קרובות
1	2	3	4	5	6	7

4. האם עד עכשיו היו לך בחיים מטרות ויעדים?

לעיתים רחוקות או אף פעם			לפעמים			לעיתים קרובות
1	2	3	4	5	6	7

5. האם קרה שיש לך הרגשה שמתייחסים אליך בצורה לא הוגנת?

לעיתים קרובות			לפעמים			לעיתים רחוקות או אף פעם
1	2	3	4	5	6	7

6. האם קורה שיש לך הרגשה שאתה במצב לא מוכר ולא יודעת/מה לעשות

לעיתים קרובות			לפעמים			לעיתים רחוקות או אף פעם
1	2	3	4	5	6	7

7. האם הדברים שאתה עושה בתפקידך היום יומי

גורמים הנאה וסיפוק			לפעמים			גורמים כאב ושעמום
1	2	3	4	5	6	7

8. כל כמה זמן יש לך בראש מחשבות ורעיונות מבולבלים?

לעיתים קרובות			לפעמים			לעיתים רחוקות או אף פעם
1	2	3	4	5	6	7

9. האם קורה לך שיש לך הרגשות שהיית מעדיפה לא להרגיש אותם?

לעיתים קרובות או אף פעם			לפעמים				לעיתים קרובות
7	6	5	4	3	2	1	

10. אנשים רבים אפילו בעלי אופי חזק מרגישים עצמם לפעמים כמו "מסכך" האם הרגשת כך בעבר?

לעיתים קרובות או אף פעם			לפעמים				לעיתים קרובות או אף פעם
7	6	5	4	3	2	1	

11. האם לך שקרו דברים התברר לך בדרך כלל ש-

ראיתי את הדברים ביחס נכון			לפעמים				הגזמתי או הפחתי בחשיבות העניינים
7	6	5	4	3	2	1	

12. יש לך הרגשה שאין הרבה משמעות לדברים בהם את/ה מעורב/ת בחיי היום יום?

לעיתים קרובות או אף פעם			לפעמים				לעיתים קרובות
7	6	5	4	3	2	1	

13. האם קורה שיש לך הרגשות שאת/ה לא בטוחה שתוכלי לשלוט בהם?

לעיתים קרובות או אף פעם			לפעמים				לעיתים קרובות
7	6	5	4	3	2	1	

35. כיצד היית מגדירה את עצמך מבחינה דתית? הקיפי בעיגול את ההגדרה המתאימה לך ביותר.

חרדית / דתייה/ די דתייה / לא כל כך דתייה / לא דתייה / מאוד לא דתייה.

36. האם את מאמינה בדברים הבאים? סמני את המספר המתאר את הרגשתך לגבי המשפטים

הבאים:

לא כלל מאמינה	מפקפקת לרוב, אך לפעמים מאמינה	לא יודעת	מאמינה, אך לעיתים מפקפקת	מאמינה בלב שלם	
					1. יש אלוקים
					2. אלוקים נתן את התורה למשה בהר סיני
					3. יש השגחה פרטית (שכר ועונש)
					4. אלוקים מכוון את ההיסטוריה של העם היהודי
					5. העם היהודי הוא הנבחר מכל העמים
					6. אמונה בביאת המשיח

37. האם את מקיימת את המצוות הבאות?

פטורה	בכלל לא מקיימת	מקיימת באופן חלקי או לפעמים	כן מקיימת	
4	3	2	1	1. צמה ביום כיפור
4	3	2	1	2. מתפללת ביום כיפור
4	3	2	1	3. מתפללת בראש השנה
4	3	2	1	4. מדליקה נרות חנוכה

4	3	2	1	5. אוכלת מצות בפסח
4	3	2	1	6. אוכלת אוכל כשר במקום ציבורי (במקום שניתן לו הכשר ממוסד רבני)
4	3	2	1	7. שומרת מרחק זמן הלכתי בין מאכלי בשר לחלב
4	3	2	1	8. מתפללת תפילת ערבית בשבת
4	3	2	1	9. מתפללת תפילת שחרית ומוסף בשבת
4	3	2	1	10. מתפללת תפילת מנחה בשבת
4	3	2	1	11. מתפללת תפילת שחרית ביום חול
4	3	2	1	12. מתפללת תפילת מנחה ביום חול
4	3	2	1	13. מתפללת תפילת ערבית ביום חול
4	3	2	1	14. צמה בצום גדליה
4	3	2	1	15. מתרחצת רחצה נפרדת בחוף הים או בבריכה
4	3	2	1	16. לא נוסעת בשבת
4	3	2	1	17. לא מדליקה

				חשמל בשבת
4	3	2	1	18. נוטלת ידיים לפני ארוחה
4	3	2	1	19. מברכת ברכת המזון

וכמה שאלות על עצמך

38. מהו תאריך לידתך? _____
39. מה מצבך המשפחתי? א. רווקה ב. נשואה ג. חיה עם בן זוג ד. אלמנה ה. חיה בנפרד ו. גרושה
40. באיזו ארץ נולדת? א. ישראל ב. ארץ אחרת, פרטי _____
41. אם נולדת בארץ אחרת, באיזו שנה עלית ארצה? _____
- באיזו ארץ נולד בן זוגך? א. ישראל ב. ארץ אחרת, פרטי _____
42. באיזו ארץ נולדה אמך? _____
43. באיזו ארץ נולד אביך? _____
44. מין התינוק הנוכחי? _____
45. מה סדר הלידה של תינוקך? (ראשון, שני, שלישי) _____
46. מה תאריך לידת התינוק הנוכחי? _____
47. האם לתינוק יש מחלות רקע? _____
48. מה השכלתך? _____
- א. יסודית ב. תיכונית ג. על תיכונית ד. אקדמאית
49. מה השכלת בן זוגך? _____
- א. יסודית ב. תיכונית ג. על תיכונית ד. אקדמאית
50. האם את עובדת מחוץ לבית? כן / לא _____
51. אם הנך עובדת מחוץ לבית מהו מקום עבודתך _____
52. האם בן זוגך עובד? כן / לא _____
53. אם בן זוגך עובד, מהו מקום עבודתו _____
54. האם להערכתך הכנסת המשפחה שלך _____
- א. הרבה מעל הממוצע. ב. מעל הממוצע. ג. כמו הממוצע. ד. מתחת לממוצע. ה. הרבה מתחת לממוצע.
55. באיזה ישוב את גרה? אנא כתבי את שם הישוב: _____

תודה רבה על שיתוף הפעולה,

צוות המחקר

מראיין/ת בלבד :

ציין את הימים ושעות העבודה של מרפאת טיפת חלב: _____
 נא למלא את הנתונים הבאים בהתאמה לרישום בכרטיס טיפת חלב. אנא סמני את מספר החיסונים וצייני באיזה גיל ניתן כל חיסון.

	חיסון בגיל 6 חדשים	חיסון בגיל 1 חדש	חיסון בבי"ח	לא חיסנתי בכלל	
					א. דלקת כבד B
חיסון בגיל 12 חדשים	חיסון בגיל 6 חדשים	חיסון בגיל 4 חדשים	חיסון בגיל 2 חדשים	לא חיסנתי בכלל	
					ב. שיתוק ילדים
חיסון בגיל 12 חדשים	חיסון בגיל 6 חדשים	חיסון בגיל 4 חדשים	חיסון בגיל 2 חדשים	לא חיסנתי בכלל	
					ג. אסכרה-פלצת-שעלת
חיסון בגיל 12 חדשים	חיסון בגיל 6 חדשים	חיסון בגיל 4 חדשים	חיסון בגיל 2 חדשים	לא חיסנתי בכלל	
					ד. אינפלואנצה B
חיסון בגיל 12 חדשים		חיסון בגיל 4 חדשים	חיסון בגיל 2 חדשים	לא חיסנתי בכלל	
					ה. פנוימוקוק/ פרבנר
חיסון בגיל 12 חדשים				לא חיסנתי בכלל	
					ו. חצבת-חזרת-אדמת
חיסון בגיל 12 חדשים				לא חיסנתי בכלל	
					ז. אבעבועות רוח
חיסון בגיל 24 חדשים	חיסון בגיל 18 חדשים			לא חיסנתי בכלל	
					ח. דלקת כבד A

TABLE OF CONTENTS

SUBJECT	PAGE
Abstract	i
Introduction	1
Literature Review:	
1. Preventive medicine services for infants	4
1.1. Developmental checkups	5
1.2. Vaccine administering	6
1.3. Additive administering	10
2. The ultra-orthodox community	
2.1. Key characteristics of the ultra-orthodox community	12
2.2. Denominations in the ultra-orthodox community	13
2.3. Women in the ultra-orthodox community	14
2.4. The ultra-orthodox community and health	16
3. The health belief model	18
4. Demographic characteristics, health beliefs and behaviors	21
5. Personality resources, health beliefs and behaviors	
5.1. Sense of coherence	24
5.2. Locus of control	27
Study objectives, questions and hypotheses	29
Method:	

1.1 Sample description	31
1.2 Data collecting procedure	35
1.3 The study variables	37
1.4 Research tools	37
1.5 Data analysis	41
Results	
1.1 Description of mediating variables	42
1.2 Description of health behavior variables	49
1.3 Research variables relations	55
1.4 Regression model	68
Discussion:	
1. Links between mother and infant demographic variables, and the variables: locus of control, sense of coherence, and mother's health beliefs	71
2. Links between health beliefs and the variables: locus of control and sense of coherence	77
3. Links between demographic variables, health beliefs, sense of coherence and locus of control, and health behaviors	79
Research limits	86
Summary and conclusions	88
Bibliography	92
Index A: Informed consent & Questionnaire	110

ABSTRACT

The health of babies and infants in Israel is monitored from the day they are born, with an emphasis on their development and growth, in an attempt to identify health issues and treats or restore them as early as possible. Preventive medicine services are rendered in health clinics of *Tipat Halav*. The field of preventive medicine engages in areas such as disease prevention through vaccine administering, the early detection of diseases through developmental monitoring, and the administering of vitamins and iron. Through interactions with the infant, proper counseling and guidance is given to suit the children's needs.

Preventive medicine services are rendered with relatively little emphasis on the different cultural or religious background of the clients. Previous research has demonstrated the effect of social and cultural factors on informing health-associated beliefs and behaviors. The current study sought to examine what triggers the health behaviors of mothers in the ultra-orthodox community.

Previous research has shown that the ultra-orthodox parent population is significantly different than other religious groups. These are young people with low income and high poverty rates. This population maintains a unique lifestyle, manifested in unique dress, conduct, institutions, education system and perception of the ideal Jewish life. It differs from the rest of the Jewish Israeli population in its demographic attributes such as family sizes, fertility patterns, lifestyle and health conduct. Previous research has indicated the unique characteristics of this population's use of health services. For instance, ultra-orthodox women report suffering from diabetes, obesity and anemia more, while taking less mammography and other preventive tests compared to other women. However, literature tells us that no studies have been conducted to date

among the ultra-orthodox community to examine mothers' beliefs and practices vis à vis using pediatric preventive medicine services such as taking their babies to developmental checkups, getting them vaccinated and giving them vitamins and iron.

The current study is a trailblazer attempting to ascertain the factors affecting ultra-orthodox mothers' health behaviors when using pediatric preventive medicine services, while addressing demographic variables, health beliefs, sense of coherence and loci of control. This study uses the Health Belief Model, whereby health beliefs may be examined in five key areas: perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers for healthy behavior and environmental cues for action. The study aimed to examine: the links between mothers' demographic variables, health beliefs, sense of coherence and loci of control, and their behaviors in practice when using preventive medicine services; the links between mothers' health beliefs and locus of control and sense of coherence; the links between mother and infant's demographic variables and health beliefs, sense of coherence and loci of control; and the links between mother and infant's demographic variables and health behaviors through the following mediating variables – mothers' health beliefs, locus of control and sense of coherence.

This study was conducted in the form of a cross-sectional study in which 85 ultra-orthodox women residing in the southern and central parts of Israel had participated. The interviewees were recruited with the help of key female figures in the ultra-orthodox community. Questionnaires were personally given to the interviewees by the interviewer or points of contact in the ultra-orthodox community. Other studies conducted among the ultra-orthodox community in Israel were also assisted by key figures, who have access to other people in the same group, are required to give information about their acquaintances and thereby to broaden the sample. The

interviewees answered a self-report questionnaire, which consisted of several questionnaires: health belief, health behavior, locus of control, sense of coherence, religious beliefs and demographic.

Several key findings emerge from the study: first, socio-demographic variables such as mothers' age, level of education, and ethno-cultural origin were found to be unrelated to health behaviors in the area of developmental checkups, vaccine administering and vitamin and iron administering; second, sense of coherence was found to be negatively correlated with a locus of control that centers on fate. In other words, the higher the interviewee's sense of coherence is, the less she believes in fate; third, the study indicates, in support of the aforementioned findings, that there are significant statistical differences between the average values of loci of control centering on fate and sense of coherence among women with varying levels of education. Women with a high-school or vocational school education believed in fate more on average, compared with women with an academic education, who tended to believe in fate less and, on average, had a higher sense of coherence than the women with a high-school or vocational school level of education; fourth, resources and beliefs were found to be of importance in predicting health behaviors in the areas of developmental checkups, vaccine administering and the administering of vitamins and iron. This finding emerges from the present study in relation with mothers' sense of coherence and with regard to a locus of control that centers on fate. This finding indicates that health behavior must not be treated as one, for it varies between areas and is affected by different factors. Even within the same area, it would appear that the factors leading to the same conduct are not uniform. For instance, in vaccine administering, a locus of control centering on fate and an external locus of control make mothers more meticulous about the vaccine administering health behavior,

whereas in developments checkups and the administering of vitamins and iron, belief in fate leads mothers to be less strict in their health behavior in these areas. Also emerging from the present study and joining the findings of previous research is a negative correlation between the age of the baby and the meticulousness characterizing mothers' health behavior with regard to vaccinating their infants.

On the theoretical level, the findings that emerge from the present study contribute to the accumulation of a body of knowledge on the relationship between ultra-orthodox mothers and their health behavior in practice. On the practical level, the findings of this study may enhance medical staff awareness of the importance of rendering a culture- and religion-sensitive service. The study findings may also help to set up programs promoting ultra-orthodox mothers' health behaviors while maintaining the childcare patterns common in their segment of society. Improvement can be achieved through fine-tuning the services to cater to the ultra-orthodox women's unique needs.

Follow-up studies in the ultra-orthodox community should focus on the father population and on the different circles within the community, and examine mothers' beliefs and practices towards using pediatric preventive medicine services on larger samples. Follow-up studies are also needed to broaden the knowledge on the effect of the rabbinical authority in the context of using preventive medicine services and health behaviors among the ultra-orthodox population

BEN- GURION UNIVERSITY OF THE NEGEV
THE FACULTY OF HUMINITIES AND SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

**HEALTH BELIEFS OF ORTHODOX MOTHERS
TOWARDS THE USE OF PREVENTIVE
MEDICAL- CARE OF INFANTS**

THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE
REQUIREMENTS FOR THE MASTER OF HUMANITIES AND SOCIAL
SCIENCES

MEITAL SIMHI

UNDER THE SUPERVISION OF: Dr. ORLY SARID

Signature of student: _____

Date: _____

Signature of supervisors: _____

Date: _____

Signature of chairperson

of the committee for graduate studies _____

Date: _____

February, 2013

BEN- GURION UNIVERSITY OF THE NEGEV
THE FACULTY OF HUMINITIES AND SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

**HEALTH BELIEFS OF ORTHODOX MOTHERS
TOWARDS THE USE OF PREVENTIVE
MEDICAL- CARE OF INFANTS**

THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE
REQUIREMENTS FOR THE MASTER OF HUMANITIES AND SOCIAL
SCIENCES

MEITAL SIMHI

UNDER THE SUPERVISION OF: Dr. ORLY SARID

February, 2013