

ביקורי מעקב בנושאי גדילה והתפתחות של פעוטות: השוואה בין תרבותית

תקציר:

רקע: פנייה לביקורי מעקב עם פעוטות נמצאה קשורה במחקרים קודמים עם שמירה על בריאות התינוק, ירידה בפניות לחדר מיון ואשפוזים בבתי חולים.

המטרות במחקר: (1) לבחון ביקורי מעקב של אימהות מארבע קבוצות אתנו-תרבותיות: ילידות ישראל יהודיות וערביות בדואיות, עולות ממדינות חבר העמים לשעבר ומאתיופיה; (2) לבחון את הקשר בין פנייה לביקורי מעקב במהלך השנה הראשונה לחיי הפעוט לבין פנייה לביקורי מעקב בשנה השנייה; (3) לאמוד את השפעתם של משתנים דמוגרפיים-חברתיים על פנייה לביקורי המעקב.

שיטות מחקר: מחקר בוצע באזור נפת באר שבע, בקהילה במהלך השנים 2010–2012. נלקח מדגם מכסות שבו הוכללו 400 אימהות לפעוטות עד גיל שנתיים: 100 מכל קבוצה אתנו-תרבותית. קריטריונים להכללה: גיל האם (18–35 שנים), מספר הילדים (ילד אחד עד שניים) וגיל הילד הצעיר (18–24 חודשים). עולות הוגדרו לפי ארץ הלידה (אתיופיה ומדינות חבר העמים) ושהותן בארץ מעל עשר שנים. פנייה לביקורי המעקב נבדקה באמצעות רישום מספר הביקורים המופיעים בכרטיס בריאות הפעוט המצוי בידי האם.

תוצאות: אימהות מכל הקבוצות הגיעו לפחות ביקורים מהמומלץ. באימהות עולות מחבר העמים היה המספר הגבוה ביותר של ביקורי מעקב, בעוד שבאימהות בדואיות היה מספר זה הנמוך ביותר ($p \leq 0.001$). מצב כלכלי גבוה נמצא נוסף לפנייה לביקורי מעקב ($b=0.38$, $p < 0.001$). מספר ביקורי המעקב בשנה השנייה הושפע ממספר ביקורי המעקב בשנה הראשונה בלבד ($b=0.51$, $p < 0.001$).

דיון וסיכום: צוותים רפואיים העוסקים בטיפול בפעוטות, מן הראוי שיתנו דעתם על הרקע האתנו-תרבותי והכלכלי המשפיע על פנייה לביקורי מעקב. יש מקום לתת מידע לאימהות על חשיבות הפנייה לרפואה מונעת לפעוטות בשלב מוקדם לחיי הילד, ולעודד את כלל האימהות, ובמיוחד אימהות בדואיות, להקפיד על שגרת ביקורי מעקב.

ינה שרגה¹
אורלי שריד¹
ג'ולי צוויקל¹
חיים ראובני²

¹המחלקה לעבודה סוציאלית, ²המחלקה לניהול מערכות בריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, באר שבע

*המחקר נערך במימון המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

מילות מפתח:

רפואה מונעת; ביקורי מעקב; אימהות; פעוטות; רקע אתנו-תרבותי.
Preventive medicine; Well-child visits; Mothers; Infants ethno-cultural background

:KEY WORDS

הקדמה

יותר [7]. באשר לרקע אתנו-תרבותי של ההורים ופנייה לביקורי המעקב, עלו מימצאים סותרים; בארה"ב לדוגמה, אימהות מרקע אפרו-אמריקאי והיספאני פנו לפחות ביקורי מעקב לעומת אימהות לבנות [9,6]. יחד עם זאת, מימצאי מחקר אחר לא הצביעו על הבדלים בין אימהות מרקע אתנו-תרבותי שונה [5]. בישראל, טרם נערכו מחקרים שנבחנו בהם פנייה לביקורי מעקב בקרב אימהות מרקע אתנו-תרבותי שונה: ילידות הארץ יהודיות ומוסלמיות, ועולות. המטרות המחקר הנוכחי הן: (1) לבחון פנייה לביקורי מעקב של אימהות מארבע קבוצות אתנו-תרבותיות: אימהות ילידות ישראל יהודיות וערביות בדואיות, אימהות עולות ממדינות חבר העמים לשעבר ואימהות מאתיופיה; (2) לבחון את הקשר בין ביקורי מעקב במהלך השנה הראשונה לחיי הפעוט לביקורי מעקב בשנה השנייה; (3) לבחון את השפעתם של משתנים דמוגרפיים חברתיים על פנייה לביקורי מעקב.

שיטה

נערך מחקר חתך השוואתי נערך בקהילה בערים וביישובים בנגב בין החודשים נובמבר 2010 עד פברואר 2012. הוכללו במדגם

שירותי רפואה מונעת לתינוקות כוללים מעקב אחר גדילה, התפתחות ומצב בריאותו של הפעוט. בהתאם להוראות משרד הבריאות, מעקב גדילה והתפתחות מתבצעים שמונה פעמים בשנה הראשונה ופעמיים בשנה השנייה לחיי הפעוט. בשנה הראשונה, מועדי הביקורים המומלצים הם בשבועיים הראשונים לאחר הלידה, בגיל חודש, חודשיים, בין 2–3 חודשים, ארבעה חודשים, שישה חודשים, תשעה חודשים, ובגיל שנה. כך לדוגמה, בגיל חודשיים כולל מעקב הגדילה מדידת גובה, משקל והיקף ראש ובדיקת התפתחות [2,1]. פנייה לביקורי מעקב עם הפעוט משקפת למעשה התנהגות של בריאות מונעת מצד ההורים, שמוקדה זיהוי מוקדם של בעיות גדילה והתפתחות ומתן טיפול רפואי ופארא-רפואי [3–5]. מימצאי מחקר קודם שנערך בארה"ב העלו, כי שמירה על שגרת ביקורי מעקב מומלצים הייתה קשורה עם הפחתה בפניות לחדר מיון ובאשפוזים בבתי חולים [5].

נתוני מחקרים קודמים הצביעו על הבדלים בפנייה לביקורי מעקב לפי משתנים סוציו-דמוגרפיים של ההורים. כך לדוגמה, פנייה לביקורי מעקב נמצאה קשורה במיתאם חיובי עם גיל מבוגר של ההורים [6], השכלה גבוהה של האם [8,7] ומצב כלכלי טוב

טבלה 1:

משתנים דמוגרפיים-חברתיים של אימהות מארבע קבוצות אתנותרבותיות ושל התינוקות: ממוצעים (סטיות תקן), תבחיני שונות, אחוזים ותבחיני חי בריבוע

	ילידות הארץ - בדואיות	עולות מאתיופיה	עולות מחבר העמים	ילידות הארץ - יהודיות	
גיל	30.45 (3.70)	30.49 (3.96)	29.99 (4.28)	30.45 (3.70)	***F [3, 396] = 27.33
גיל פעוט בחודשים	20 (5.0)	20 (4.0)	20 (4.0)	20 (5.0)	NS
מין פעוט (בנות)	53%	55%	47%	53%	NS
מצב משפחתי (נשואות)	95%	89%	88%	95%	* $\chi^2=21.30$ (df=3)
השכלת אם					
יסודי	17%	41%	23%	17%	*** $\chi^2=75.96$ (df=2)
תיכוני	16%	22%	30%	16%	
אקדמי	67%	37%	47%	67%	
אם עובדת	84%	67%	80%	84%	*** $\chi^2=52.9$ (df=1)
מצב כלכלי					
מעל הממוצע	20.4%	11.1%	29.6%	20.4%	$\chi^2=14.8$ (df=2)
ממוצע	56.1%	48.5%	43.9%	56.1%	
נמוך מממוצע	23.5%	40.4%	26.5%	23.5%	

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

השתייכות דתית, מידת דתיות, גיל הפעוט ומינו. משתנים אלו היוו משתנים בלתי תלויים.

ניתוח הנתונים

הניתוחים בוצעו באמצעות תוכנת SPSS (19.0). תבחיני חי בריבוע ותבחיני שונות (One way ANOVA) נערכו לשם השוואה בין ארבע קבוצות האימהות על פי משתנים דמוגרפיים וחברתיים. זמינות המירפאות ו/או טיפות החלב חושבו באמצעות הכפלת שעות העבודה בכל מירפאה במספר ימי העבודה. לשם השוואת מספר ביקורי מעקב לפי רקע אתנותרבותי של האם, נערכו תבחיני שונות בין ארבע קבוצות האימהות. לבחינת הקשר בין ביקורי המעקב במהלך השנה הראשונה לשנה השנייה לחיי התינוק, נעשה שימוש בתבחיני פירסון. כדי לזהות את המשתנים המשפיעים על הפנייה לביקורי המעקב נעשה שימוש במודל רב משתנים של משוואות מבניות (SEM).

מימצאים

מטבלה 1 עולה, כי האימהות הבדואיות הן הצעירות ביותר ($p \leq 0.001$). רמת ההשכלה הגבוהה ביותר נמצאה בקרב ילידות הארץ היהודיות והעולות מחבר העמים ($p \leq 0.001$). רוב ילידות הארץ היהודיות והעולות מחבר העמים עבדו מחוץ לבית, בעוד שפחות ממחצית האימהות הבדואיות דיווחו כי הן עובדות מחוץ לבית ($p \leq 0.001$). בהשוואה לאימהות מקבוצות האחרות, יותר אימהות ממוצא אתיופיה דיווחו על מצב כלכלי מתחת לממוצע ($p \leq 0.001$). מבחינת זמינות המירפאות, רוב האימהות (394) דיווחו על כ-25 שעות שבועיות שבהן היו המירפאות פתוחות [$F=0.41$, df (3, 396)]. מטבלה 2 עולה כי בשנה הראשונה, אימהות מכל הקבוצות פנו לפחות ביקורים מהמומלץ (שמונה ביקורים מומלצים). אימהות עולות מחבר העמים פנו למספר הגבוה ביותר של ביקורי מעקב, בעוד שאימהות בדואיות פנו למספר הביקורים הנמוך ביותר ($p \leq 0.001$). כדי לענות על מטרת המחקר השנייה, נבחן הקשר בין ביקורי מעקב בשנה הראשונה לחיי התינוק לביקורי מעקב בשנה השנייה.

400 אימהות: 100 אימהות יהודיות ילידות הארץ, 100 אימהות בדואיות ילידות הארץ, 100 אימהות עולות מאתיופיה ו-100 אימהות עולות מחבר העמים. קריטריוני הכללה היו גיל האם (18–35 שנים), מספר הילדים (ילד אחד עד שניים) וגיל הילד הצעיר (18–24 חודשים). עולות הוגדרו לפי ארץ הלידה (אתיופיה ומדינות חבר העמים) אשר שהותן בישראל אינה פחותה מעשר שנים – עובדה המאפשרת שליטה בשפה.

אותרו אזורי מגורים שבהם מתגוררות אימהות מארבע הקבוצות האתנותרבותיות. בשל המורכבות באיסוף המידע מאימהות בדואיות המתגוררות בכפרים הלא מוכרים, התמקדנו באימהות המתגוררות ביישובים העירוניים רהט, לקיה, כסיפה ותל שבע. בערים ובשכונות שנבחרו אותרו תחנות טיפת חלב. בשעות קבלת קהל בתחנות אלה פנו מראיינות באופן חופשי לאימהות היוצאות מהתחנות ושאלו אם תסכמנה להיכלל במחקר. כשהביעה האם נכונות, היא הוחתמה על טופס הסכמה מדעת. עם כל אם נקבע מועד ריאיון בשעות ובזמנים הנוחים לה, נשים בדואיות רואיינו בערבית וכל יתר הקבוצות בעברית. המראיינות כולן היו עובדות סוציאליות וסטודנטיות לעבודה סוציאלית בשנתן האחרונה לתואר. כל המראיינות השתתפו בסדנת הכנה בטרם ביצעו הראיונות בפועל. המחקר קיבל את אישור ועדת האתיקה של אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

כלי מחקר

- **פנייה לביקורי מעקב:** נבדקה באמצעות רישום מספר הביקורים המופיעים בכרטיס בריאות הפעוט המצוי בידי האם. הרישום נעשה על ידי האחיות במירפאה. משתנה זה היווה את המשתנה התלוי במחקר.
- **זמינות טיפות החלב:** נבדקה באמצעות שאלה בדבר מספר ימי העבודה ושעות העבודה של המירפאה. המידע נמסר על ידי האם. יתרה מכך, כל המירפאות היו ממוקמות בשכונות המגורים של האימהות. משתנה זה היווה משתנה מתווך.
- **שאלות דמוגרפיות-חברתיות:** מוצא אתנותרבותי של האם, גיל, מצב משפחתי, מצב כלכלי, השכלה, מצב תעסוקתי,

טבלה 2:

פנייה לביקורי מעקב עם פעוטות ממוצעים, סטיות תקן, One way ANOVA

ילידות הארץ יהודיות	עולות חבר עמים	עולות אתיופיה	ילידות הארץ בדואיות	(3,352) F, df
ביקורי מעקב שנה ראשונה	7.02 (4.24)	4.42 (3.04)	3.36 (2.17)	***F=21.58
ביקורי מעקב שנה שנייה	2.0 (1.90)	1.27 (1.20)	1.83 (1.54)	F=2.09 NS

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$

העמים. אימהות אלה הגיעו מחברה שבה שירותי הרפואה המונעת לתינוקות הם מפותחים, ומערכת הבריאות כיוונה בקפידה הורים לפעוטות לבצע התנהגויות בריאות מונעות, כולל ביקורי מעקב [11], במחקרים קודמים הודגם, כי בנושאי התפתחות וקידום בריאות הפעוט, אימהות עולות מחבר העמים שמרו על עמדות והתנהגויות מארץ המוצא גם שנים רבות לאחר עלייתן לישראל [13, 14]. באשר למספר הנמוך מהמומלץ של ביקורי המעקב בקרב אימהות בדואיות, מימצא זה תואם את הפרסומים בספרות הרפואית, אשר לפיהם שיעור התינוקות ממשפחות ערביות, שעברו בדיקות התפתחות ובדיקות באשר למצב בריאותם, היה נמוך בהשוואה לפעוטות ממשפחות יהודיות [3]. מימצא נוסף במחקרנו הראה, כי המצב הכלכלי של האם אף הוא משפיע באופן חיובי על פנייה לביקורי מעקב. מימצא זה תואם למימצאי מחקרים קודמים [8, 7].

פנייה לביקורי מעקב בשנה הראשונה ניבאה את שיעורם בשנה השנייה. במודלים לניבוי התנהגות בריאות שפותחו על ידי Aisen [15] ו-Triandis [16] גרסו החוקרים, כי התנהגות בריאות מוקדמת מהווה רכיב משמעותי בעיצוב וחיזוק התנהגות בריאות בעתיד. תימוכין לכך נמצאו במחקרים קודמים שבהם עלה, כי התנהגות בריאות ראשונית לדוגמא בתחום מתן חיסונים [17], פעילות גופנית [19] ושימוש באמצעי מניעה [20], עיצבה התנהגות תומכת בריאות בעתיד.

לסיכום

ממחקר זה עולה, כי משתנים דמוגרפיים כמו מוצא ומצב כלכלי השפיעו על פנייה לביקורי מעקב בשנה הראשונה לחיי הפעוט, וכי פנייה לביקורי מעקב בשנה השנייה הושפעה מביקורי מעקב בשנה הראשונה. למחקר זה מספר מגבלות: המחקר בוצע בצפון הנגב, ובמחקרי עתיד יש מקום לבחון את נושא ביקורי המעקב באזורים אחרים בישראל. מגבלה נוספת היא איסוף הנתונים מאימהות בדואיות המתגוררות ביישובים מוכרים. מן הראוי כי במחקרי העתיד תיבחן התנהגותן של אימהות מיישובים שאינם מוכרים.

השלכות יישומיות של המחקר: צוותים רפואיים העוסקים בטפול בפעוטות, מן הראוי שיתנו דעתם לרכיב האתנו-תרבותי ולמצב הכלכלי של צרכני השירות. יש מקום לתת מידע לאימהות על חשיבות הרפואה המונעת לתינוקות בשלב מוקדם לחיי הפעוט, ולעודד את כלל האימהות ובמיוחד אימהות בדואיות להקפיד על שגרת ביקורי מעקב. ●

מחברת מכותבת: אורלי שריד

המחלקה לעבודה סוציאלית

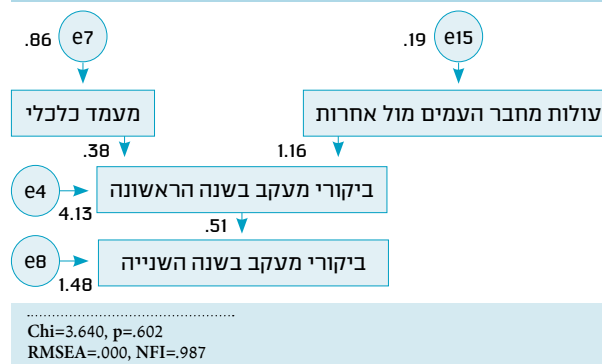
אוניברסיטת בן גוריון בנגב, 84105, באר שבע

טלפון: 08-6472337, פקס: 08-6472933

דוא"ל: orlysa@bgu.ac.il

תרשים 1:

מודל פנייה לביקורי מעקב של אימהות לפעוטות



נמצא מיתאם חיובי, גבוה ומובהק בין ביקורי המעקב בשתי השנים ($r = 0.66, p = 0.01$). המטרה במחקר השלישי הייתה לבחון את השפעתם של משתנים דמוגרפיים חברתיים על פנייה לביקורי המעקב. לשם כך, הוכנסו המשתנים שנמצאו קשורים לפנייה לביקורי מעקב למודל רב משתנים של משוואות מבניות (SEM). המודל המובא בתרשים 1 לא נמצא שונה במובהקות סטטיסטית מהמודל המיטבי (האופטימאלי) ($\chi^2 = 3.64, p = 0.602$). לפיכך, המודל הנוכחי תואם את המודל המיטבי. טיב ההתאמה גבוה ($NFI = 0.987$). ניתן לראות כי משתנה המוצא ניבא את הפנייה לביקורי מעקב בשנה הראשונה בלבד ($b = 1.16, p < 0.001$). אימהות עולות מחבר העמים נבדלו מהקבוצות האחרות במספר ביקורי המעקב הגבוה ביותר שלהם. מצב כלכלי הוא מנבא נוסף לפנייה לביקורי מעקב ($b = 0.38, p < 0.001$). פנייה לביקורי המעקב בשנה השנייה הושפעה ממספר ביקורי המעקב בשנה הראשונה בלבד ($b = 0.51, p < 0.001$).

דיון

במחקרנו הנוכחי, התמקדנו בביקורי מעקב של פעוטות עד גיל שנתיים לאימהות מרקע אתנו-תרבותי שונה. הוכללו במחקר 400 אימהות לפעוטות עד גיל שנתיים, המתגוררות בדרום הארץ: אימהות ילידות הארץ יהודיות ובדואיות, אימהות עולות מחבר העמים ומאתיופיה. ממימצאנו עולה, כי אימהות מכל הקבוצות פנו לפחות ביקורים מהמומלץ. מימצא זה תואם מימצאי מחקרים קודמים, אשר לפיהם הורים אינם מקפידים על שגרת ביקורי מעקב ונוטים לפנות לפחות ביקורי מעקב מהמומלץ [10, 5]. עוד עולה, כי פנייה לביקורי מעקב בשנה ראשונה לחיי הפעוט נבדלה לפי הרקע האתנו-תרבותי של האם. אימהות עולות מחבר העמים פנו למספר הגבוה ביותר של ביקורי מעקב בהשוואה לאימהות מקבוצות אתנו-תרבותיות אחרות. הסבר אפשרי למימצא זה קשור לתהליך החיברות הראשוני של האימהות העולות מחבר

ביבליוגרפיה

1. משרד הבריאות, תדריך לביצוע הערכת התפתחות, 2007
2. משרד הבריאות, תדריך לביצוע הערכת התפתחות לתינוקות ולפעוטות עד גיל שש שנים, 2015
3. פלטי ח', רפואה מונעת לנשים הרות ולילדים על פרשת דרכים. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, 2006
4. Darrah, J, Hodge M, Magill-Evans J & al, Stability of serial assessments of motor and communication abilities in typically developing infants - implications for screening. *Early Hum Dev*, 2003; 72:97-110.
5. Hakim RB & Bye BV, Effectiveness of compliance with pediatric preventive care guidelines among Medicaid beneficiaries. *Pediatrics*, 2001;108:90-97.
6. Ronsaville D & Hakim R, Well Child Care in the United States: Racial Differences in Compliance With Guidelines. *Am J Public Health*, 2000; 90:1436-1443.
7. Selden TM, Compliance with well-Child Visit Recommendations: Evidence from the Medical Expenditure Panel Survey, 2000-2002. *Pediatrics*, 2006;118:e1766-e1778.
8. Freed GL, & Clark SJ, Pathman DE & Schechtman R, Influences on the receipt of well-child visits in the first two years of life. *Pediatrics*, 1999;103:864-869.
9. Newacheck P, Haghes D & Stoddard J, Children's access to primary care: differences by race, income and insurance status. *Pediatrics*, 1996; 97: 26-32.
10. Jhanjee I, Saxeena D, Arora J & al, Parents' health and demographic characteristics predict noncompliance with well-child visits. *J Am Board Fam Pract*, 2004;17:324-331.
11. ברגר ר', עולים מחבר – העמים: אפיונים, צרכים ועקרונות התערבות. מתוך: רבין, ק. (עורכת), להיות שונה בישראל, רמות, אוניברסיטת תל-אביב, 149-174 ;1999
12. מרטינוב ס', היי בריא, ילד. אקטירנבורג: ארפקטוריה, 2006 (רוסית)
13. רוארסטריאר ר' ורחנטל מ', תרבות במעבר: הבדלים בתחומי גידול ילדים. השלכות לתחומי החינוך ורווחה. מתוך: ליסק מ' ורלשם א' (עורכים), מרוסיה לישראל: זהות ותרבות במעבר, קיבוץ המאוחדת, 2001; 149-174
14. שרגה י' ושריד א' (2010). תפיסות ועמדות של אימהות עולות ואימהות ילדות הארץ כלפי בריאותו הפיסית של התינוק ודרכי הטיפול בו. בתוך: שריד, א', סגלי-אנגלצ'ין, ד', צוויקל, ג' (עורכות), 2010, פסיפס גופנפש: בריאות נשים בישראל, באר שבע: אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, 198-215;2010
15. Ajzen I, The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1991; 50: 179-211.
16. Triandis HC, Values, attitudes and interpersonal behavior. In: HE Howe Jr & MM Page (Eds.) *Nebraska symposium on motivation*, 1979. Lincoln, NE: University of Nebraska Press, 1980:195-259.
17. שריד א', שרגה י', צוויקל ג' וחב', השפעת הרקע האתנר-תרבותי שלאימהות ואמונותיהן בנוגע לבריאות על התנהגות מתן חיסונים לפעוטות, ביטחון סוציאלי, 2015, 90: 87-112
18. Simhi M, Shraga Y & Sarid O, Vaccination of infants and health beliefs of ultra-orthodox mothers. *J Vaccines Vaccin*, 2013; 5:2-8.
19. Aarts H, Paulussen T & Schaalma H, Physical exercise habit: on the conceptualization and formation of habitual health behaviors. *Health Educ Res*, 1997; 12: 363-374.
20. Sheeran P & Abraham C, Mediator of moderators: Temporal stability of intention and the intention-behavior relationship. *Personality and Soc Psychol Bull*, 2003; 29: 205-215.