

סבתות, אימהות ותחלואת תינוקות: חקר לידות ראשונות לנשים ערביות בישראל

נוהא סלימאן, עפרה אנסון, ג'ולי צוויקלי ויונתן אנסון⁴

על פי הגישה האבולוציונית, נשים מאריכות חיים מעבר לשנותיהן הפוריות מאחר שבגיל מבוגר הן תורמות להשרדות נכדיהן ולגדילתם, בעיקר ילדי בנותיהן. בחנו הרחבה לטענה זו, היינו, שאף בתנאי תמותה נמוכה, השכלה גבוהה וזמינות של שירותי בריאות, קשר הדוק בין אם לאימה, ואף לחמותה, יפחית תחלואה ויקטין את הסיכון לאשפוז של יילודים בשנתם הראשונה. ראינו 388 נשים פלסטיניות-ערביות אשר ילדו את לידתן הראשונה בבית החולים הצרפתי בנצרת שנה אחרי הלידה, תיעדנו את מחלות ילדיהן בחודש האחרון לפני הריאיון ואת מספר אשפוזיהם במהלך השנה, ואלה ממצאינו: (1) הקשרים בין אימהות לתינוקות שלא חלו בשנה האחרונה ושלא אושפזו בשנה האחרונה לבין אימהותיהן וחמותיהן היו טובים במובהק מהקשרים של אימהות שילדיהן היו חולים או מאושפזים עם אימהותיהן וחמותיהן; (2) ניתוח רב-משתני הראה שהיו פחות מחלות אצל ילדים שסבתם מצד האם עדיין היתה בחיים; ילדים אשר ינקו שישה חודשים או יותר, וילדים שלאמהותיהם היתה תעודת בגרות או השכלה יותר גבוהה. ילדים שינקו לפחות שישה חודשים; שעברו היריון שלא הוגדר בסיכון, ושאמהותיהן חילוניות אושפזו פחות. אנו מסיקים שגם בימינו, בתנאים של שירותי בריאות בני השגה ועלייה בהשכלתן של נשים, לעצם הנוכחות של הסבתא מצד האם יכולה להיות תרומה מובהקת לבריאות הנכד.

מילות מפתח: חברה ערבית, קשר אם-בת, תפקיד הסבתא, בריאות הילד בשנת חייו הראשונה

- 1 דוקטור, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, והתוכנית הלאומית לילדים ובני נוער בסיכון
- 2 פרופסור, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
- 3 פרופסור, המחלקה לעבודה סוציאלית והמרכז לבריאות האישה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
- 4 פרופסור, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

מבוא ורקע תאורטי

יחסית לבעלי חיים אחרים, כולל קופי אדם (primates), תקופת ההבשלה של המין האנושי, מיום היוולדו ועד הגיעו לבגרות מינית, ארוכה. תקופת חיי הנקבה האנושית לאחר תום תקופת הפוריות ארוכה גם היא (Perich-Alvarez, 2000). לעומת זאת, הישרדות גברים לאחר הזדקנותם קצרה בהרבה, כמו בעולם החי. מבחינה אבולוציונית, חיים לאחר תקופת הפוריות אינם תורמים לכאורה להישרדות המין, והם אף עלולים להוות בזבוז של משאבים נדירים.

אחת ההשערות שהועלתה בניסיון להסביר את התופעה היא שלנשים לאחר הבלות יש תפקיד חיוני להישרדות הפיזית של החברה, משום שהן מספקות תמיכה וטיפול הן לחברים החדשים (הילדים) הן לנשים היולדות. הוולד האנושי זקוק להשקעת משאבים ניכרים קודם שהוא מסוגל לדאוג לעצמו ולו ברמה מינימלית. הטיפול בתינוק והתמיכה בו הם מעמסה לא מבוטלת על המטפל העיקרי, לרוב האם היולדת, שהיא מהבודדים היכולים לספק לוולד את צרכיו – היינו, להניקו – בשלבים הראשונים לאחר הלידה. אולם היולדת עצמה זקוקה לתקופת החלמה לאחר הלידה, שהיא טראומטית בשל גודלו היחסי של ראש העובר האנושי (Shanley & Kirkwood, 2001).

כבעלות ניסיון בטיפול, הן במבוגרים הן בילדים, הנשים המבוגרות יכולות לתרום מהידע שצברו לדור הבא, בעיקר לבנותיהן, וללמד אותן איך לפתור בעיות, להתמודד עם משברים, להתפרנס וגם להתכונן למקרי חירום (Brent et al., 2015). תמיכה נוספת של הסבתות בבנותיהן באה לידי ביטוי בטיפול בנכדים ובהגנה שהן מעניקות להם כשההורים נמצאים בעבודה (Uematsu et al., 2010; Uematsu et al., 2013). ואכן, נמצא כי בנות ואימהות מתקרבות זו לזו בתקופות של נישואין, היריון, לידה ואימהות (Creese & Blackledge, 2017). נמצאו גם ראיות לכך שזמינות של בנות משפחה שאינן מטופלות בעצמן בילדים קטנים, ובמיוחד סבתות, מגדילה את סיכויי ההישרדות של יילודים (Sear & Mace, 2008).

החברה הערבית בישראל עוברת תהליכי שינוי ומודרניזציה, חלקם מואצים. אולם השינויים החברתיים והכלכליים, במיוחד העלייה ברמת ההשכלה ובשיעור ההשתתפות בכוח העבודה בקרב נשים, לא ערערו את הדפוסים המסורתיים. במיוחד נשתמרו חשיבות המשפחה וחלוקת העבודה והתפקידים בין המינים, לצד המנהגים והמבנים המסורתיים (דווארי, 1997; Mar'i & Mar'i, 1993; Sabbah-Karkaby & Stier, 2017).

בחברה הישראלית בכלל, ובחברה הערבית בישראל בפרט, הסבתות ממלאות תפקיד מרכזי בסיוע לבנותיהן, בעיקר לאחר הלידה (אלהוזייל, 2013). בתקופה זו האם היולדת זקוקה לתמיכה, הן רגשית הן מעשית, למשל במטלות במשק הבית, בטיפול פיזי בתינוק, ובייעוץ בהנקה (Aubel, 2020). עזרה זו עשויה לתרום לבריאות התינוק במישרין ובעקיפין. הסבתא יכולה לעודד את האם להניק ולהדריכה עד שהתינוק והאם יצליחו בתהליך ההנקה, וההנקה, בתורה, יכולה למנוע או לצמצם מחלות בקרב תינוקות, מחלות שעלולות לפגוע בהתפתחותם

ולסכן את חייהם (Scelza & Hinde, 2019). זאת ועוד, אימהות בעלות מיומנויות או השכלה מתאימה יכולות למנוע מחלות כאלה באמצעות שימוש בשירותי בריאות בקהילה (Mathad et al., 2021).

החברה הישראלית נחשבת חברה משפחתית. למרות השינויים המהירים שהיא עוברת לעבר האינדיבידואליזציה, נשמרים בה הקשרים המשפחתיים והדגש על ערכו של המבוגר, במיוחד בנושא ההורות והאימהות (חאגי' יחיא-אבו אחמד, 2006; Berkovitch & Manor, 2019). סבתות מעניקות תמיכה אינטנסיבית עד שהבת שילדה יכולה לחזור לעבודתה (Scelza & Hinde, 2019). אולם אימהות מרגישות קרבה רבה יותר לאימהותיהן מאשר לחמיותיהן, ולכן נעזרות בראשונות יותר. יש לשער אפוא שהקשר בין האימא לבין הסבתא (שהיא אימה) הוא חזק מהקשר שלה עם החמות, ועל כן הוא תורם יותר להתפתחותם של הילדים ולמצב בריאותם (אלהוזייל, 2013).

תחלואת תינוקות

בעיות הבריאות הנפוצות ביותר בקרב פעוטות עד גיל שנה, ודורשות התייחסות וטיפול, הן שלשולים, כאבי בטן ומחלות דרכי הנשימה (Varni et al., 2011). מצבים אלו הופכים לעיתים למחלות כרוניות (Fotso et al., 2012), ולעיתים אף גורמים לתמותת תינוקות וילדים מתחת לגיל חמש (Hatt & Waters, 2006). נוסף על גורמים תורשתיים, בריאות היילוד קשורה בגורמים סביבתיים: המאפיינים החברתיים-כלכליים של המשפחה, האירועים שהתרחשו במהלך ההיריון, וכמובן, לאחר הלידה (משרד הבריאות, 2018; Barker & Osmond, 1986; Best et al., 2017; Mahalanabis et al., 2002). מעמד חברתי-כלכלי נמוך קשור באופן עקבי עם בריאות לקויה, ומהווה גורם סיכון הן להתפתחות העובר הן להתפתחות הילד (Hatt & Waters, 2006).

תת-תזונה מחלישה את המערכת החיסונית, ועקב כך גורמת לתופעות חולי שונות דוגמת שלשולים ודלקת ריאות. תת-תזונה פוגעת גם ביכולת הלמידה של ילדים ובהתפתחותם הקוגניטיבית. יתרה מזו, לבנות הסובלות מתת-תזונה סיכויים גבוהים יותר ללדת ילדים במשקל נמוך, ותמותת התינוקות שלהן גבוהה יותר (Fotso et al., 2009). גם השכלת האם קשורה למצב התזונה והבריאות של הילד. לאימהות משכילות גישה רבה יותר לשירותים מאשר לאימהות שהשכלתן נמוכה, ולכן, למשל, שיעור המחוסנים בקרב ילדיהן גבוה יותר (Arif & Naheed, 2012; Lawrence et al., 2020).

נוסף על הגורמים שזכרו, גם הנקה יכולה לצמצם תחלואה בקרב תינוקות עד גיל שנה, כיוון שהיא הדרך הטבעית והמותאמת מבחינה ביולוגית להזנת תינוקות. להנקה השפעות חשובות רבות על בריאות התינוק לטווח הקצר והארוך, ויש לה השפעות כלכליות מהותיות על המשפחה. מעבר ליתרונות המוכחים של ההזנה בחלב אם, יש עוד גורמים הקשורים בקשר חיובי למשך ההנקה: רמת הידע של האימהות בנושא ההנקה, אמונות האם ומשפחתה,

הגישה לסוגיית ההנקה וזמינות התמיכה המקצועית והחברתית בנשים מיניקות (משרד הבריאות, 2014).

להשכלת האישה יש תפקיד מרכזי בהחלטה באשר למידת מעורבותה של הסבתא. באופן כללי, נשים משכילות פונות אל שירותים מקצועיים יותר מאשר נשים משכילות פחות; פנייתן נעשית מוקדם יותר, וילדיהן נוטים להיות בריאים יותר (Lawrence et al., 2020). במחקר שנערך בבית חולים הדסה נמצא שאימהות משכילות הן מיומנויות יותר, מוקדי הרפואה נגישים להן יותר והן פונות אליהם יותר, והיכולת שלהן להשתמש בשירותים שסייעו להן במניעת מחלות בקרב תינוקות, במיוחד בגיל 0 עד 6 חודשים, גדולה יותר (Mathad et al., 2021).

שינויים חברתיים וכלכליים בחברה הערבית

בסוף 2022 האוכלוסייה הערבית (כולל מזרח ירושלים) מנתה כ-2 מיליון איש, רובם תושבי הגליל, הנגב והמשולש, בשוליים המזרחיים של מחוז המרכז. זאת לעומת קרוב ל-50% מהאוכלוסייה היהודית, הגרים בתל-אביב ובסביבתה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2024, לוח 2.16). אולם הבידול אינו רק מרחבי. האוכלוסייה הערבית, רובה ככולה, גרה ביישובים הומוגניים ערביים או בשכונות הומוגניות ביישובים המעורבים (חיפה, יפו, ירושלים, לוד, מעלות תרשיחא, נוף הגליל, עכו ורמלה). שיעור נמוך מאוד מקרבה מתגורר ביישובים יהודיים, בעיקר בערים הגדולות (מרקוביץקי ואנסון, 2023). האוכלוסייה הערבית באזור הצפון ובערים המעורבות היא הטרוגנית מבחינה אתנית ודתית – מוסלמים, נוצרים, דרוזים וצ'רקסים – ואילו האוכלוסייה הערבית באזור המשולש ובנגב היא מוסלמית הומוגנית. בכל היישובים הערביים האוכלוסייה גדלה והולכת, גידול המציב אתגר במיוחד בשל משאבי הקרקע המוגבלים (גונן וחמאיסי, 1993).

החברה הערבית בישראל היא חברה במעבר. מחד גיסא זו חברה בעלת מאפיינים של קבוצה תרבותית מובחנת, מסורתית, עם לכידות פנימית וזהות קולקטיבית מגובשת. מאידך גיסא חלים בה הרבה תמורות ושינויים: כלכליים, גיאוגרפיים, חברתיים ופוליטיים, תולדה של תהליכי מעבר ושל חשיפה לנורמות ולערכים מערביים. אולם למרות השינויים העוברים על החברה הישראלית בכללותה, ועל החברה הערבית בפרט, היא עדיין חברה משפחתית המחזיקה בתפיסות שיתופיות, וכוחו של מוסד המשפחה, חוקית ואידאולוגית כאחד, רב בה בהשוואה לחברות באירופה המערבית ובארצות הברית (Dwairy, 2004; Haj-Yahiya et al., 2018).

בחברה הערבית המשפחה מרכזית במיוחד. השינויים שחלו בה לא נגעו כמעט במבנים וביחסים המסורתיים (דואירי, 1997; Mar'i & Mar'i, 1993). סבא-כרכבי ושטייר (Sabbah-Karkaby & Stier, 2017) הדגישו במחקרם כי על אף העלייה בהשכלה ובשיעורי

התעסוקה בקרב הנשים, הדפוסים המסורתיים נשמרים, במיוחד אלה הקשורים לחלוקת התפקידים בין המינים ולחשיבות המשפחה. המשפחה המורחבת לא הוחלפה במבנה משפחה גרעיני עצמאי, ונשמרת רציפות היחידה המשפחתית בראשות האב (Haj-Yahia, 2019; Magadley, 2021). מגורים פטרילוקליים נתפסים בקרב בנות ובני החברה הערבית בישראל כמנהג תרבותי טבעי, שעל פי רוב אין מערערים עליו, דבר אשר מחזק את הקשרים המשפחתיים שמאפיינים את החברה הערבית. אילוצים חברתיים, כלכליים ופוליטיים תורמים גם הם לשימור דפוס המגורים הפטרילוקלי (אבו-טביך, 2009). דפוס מגורים זה מעניק למשפחה המורחבת מעמד מרכזי ומעודד קשר יום-יומי ותמידי בין בני המשפחה, פיקוח של ההורים על חיי ילדיהם, ועזרה הדדית של הורים וילדים בעת הצורך (Haj-Yahia, 2019; Joseph, 1999). הכבוד למבוגרים ולניסיונם והתלות בהם עדיין רווחים בין חברי המשפחה (וייל, 1989; Haj-Yahia, 1995).

לצד דפוס המגורים, קיימים חסמים מבניים נוספים המעודדים תלות הדדית בין בני המשפחה המורחבת. למשל, היעדר מעונות יום ביישובים הערביים תורם לשימור הדפוסים התרבותיים של הישענות על תמיכה משפחתית (Meler, 2020), ובמיוחד על הסבים והסבתות (Brodsky, 1998).

מעמד הנשים הערביות בישראל מושפע הן מהחברות הערביות במזרח התיכון, הן מהמגע עם הרוב היהודי בישראל (Herbst-Debby, 2020; Ashqar-Sharary & Abu-Rabia-Quedar, 2020; et al., 2020; Sabbah-Karkaby, 2017). כך, הנשים הערביות בישראל מאמצות גורמים מחוללי שינוי דוגמת השכלה, עבודה בשכר והשתתפות פוליטית (Abu-Baker & Dwairy, 2003; Meler, 2017), אך הן גם משתמשות במסורת ובדת האסלאם בדרך המשרתת את צרכיהן ואת עתידן. במילים אחרות, הן שומרות על השייכות הקולקטיבית-משפחתית המגינה עליהן, תומכת בהן כלכלית ורגשית ומאפשרת להן לממש את עצמן. המשפחה ממלאת משימות חיוניות בחיי האישה הערבייה, והיא יסוד חשוב בתחושות הזהות והשייכות שלה ואף משמשת מקור לתמיכה רגשית ומעשית בעת משבר (Haj-Yahia, 2019). יש גם נשים הבוחרות להינשא כדי לעבור עם בן זוגן לעיר מעורבת, שם יוכלו לחיות חיים עצמאיים ומנותקים מהפיקוח המשפחתי והחברתי. בבחירה שלא לגור ליד משפחתו של בן הזוג יש משום קריאת תיגר על הסדר המשפחתי המסורתי, אך היא גם מאפשרת חלוקת תפקידים שוויונית יותר בין בני הזוג, והפיכת הבית הפרטי למקור של העצמה (Ashqar- & Sharary & Abu-Rabia-Quedar, 2020).

המחקר

שאלת המחקר

לאור האמור לעיל, שאלת המחקר היא זו: האם היחסים בין אישה אחרי לידה ראשונה לבין הנשים המבוגרות במשפחתה ומעורבות הסבתות בטיפול ביילוד קשורים לבריאות היילוד בשנה הראשונה לחייו? אנו מצפים כי ככל שהקשר בין היולדת לאימה ולחמותה חזק יותר כך התינוק יהיה בריא יותר בשנת חייו הראשונה, גם לאחר שיובאו בחשבון המאפיינים החברתיים-כלכליים של האם ונתוני הלידה של התינוק. את בריאות התינוק נמדוד באמצעות מספרן של אפיזודות החולי שלו שאירעו בחודש שלפני הריאיון, ובאמצעות מספר האשפוזים שלו בשנת חייו הראשונה.

שיטה

המחקר נערך בשנים 2016–2017. אוכלוסיית המחקר כללה את כל האימהות בגיל 20–40 שילדו את ילדן הראשון בבית החולים הצרפתי בנצרת. מתוך 388 הלידות הראשונות, 12 ילדו תאומים. מווגות התאומים נבחר אחד התינוקות באופן אקראי, כך שנדגמו 388 תינוקות. המידע נאסף כשנה אחרי הלידה, כשהילדים היו בגיל 11–13 חודשים (הגיל הממוצע היה 11.79 חודשים).

בבית החולים שנבחר יש כ-2,000 לידות בשנה, מהן כ-400 לידות ראשונות. חשוב לציין שעל פי Statcalc, גודל המדגם הדרוש למחקר כדי לאפשר חתכים עם 95% מובהקות ו-80% עוצמה סטטיסטית הוא 314.⁵ נתקבל אישור מוועדת האתיקה של בית החולים לצפות בתיק הרפואי של היולדת במערכת הממוחשבת במחלקת היולדות (נספח 1).

כלי המחקר

הנתונים למחקר נאספו משני מקורות:

- מתוך התיק הרפואי של היולדת בבית החולים הצרפתי בנצרת נאספו נתונים אלה:
 - נתונים סוציו-דמוגרפיים של האם: גיל, מקום מגורים, השכלה, השתתפות בשוק העבודה;
 - נתוני האב: עבודה, השכלה;
 - הליך הלידה (אם ההיריון היה בסיכון);

(ד) נתוני היילוד: מין, משקל בלידה, ציון אפגר בדקה הראשונה וכעבור 5 דקות, מספר ימי האשפוז לאחר הלידה.

2. ראיונות בטלפון: החוקרת הראשית (ני"ס) יצרה קשר עם הנחקרות וראיינה אותן בשיחת טלפון. הראיון התקיים בשפה הערבית ונועד להשלים את הנתונים הדרושים למחקר (רקע אישי, קשרי משפחה ובריאות היילוד). בתחילת הראיון הבהירה החוקרת למשתתפות את מטרת המחקר. היא הדגישה שהנתונים נאספים למטרת מחקר בלבד ויישארו חסויים, וקיבלה את הסכמתן מדעת להשתתף במחקר. החוקרת ציינה שלאישה יש הזכות להפסיק בכל שלב את השתתפותה במחקר.

הראיונות הטלפוניים התבססו על כמה שאלונים קיימים שעברו שינויים והתאמה למחקר זה, וכן נוספו חלקים שנכתבו במיוחד לצורך מחקר זה. הראיון כלל:

שאלון משתנים דמוגרפיים

שאלות על אודות המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של האימהות, בעליהן ומהלך ההיריון והלידה. המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים שנמדדו הם גיל (בשנים), מצב משפחתי (רווקה, נשואה, אלמנה), בעיה רפואית (האם היא סובלת מבעיה רפואית או לא), דת (מוסלמית, נוצרית, דרוזית), רמת דתיות (חילונית, מסורתית, דתית), ארץ לידה (ישראל, מחוץ לישראל), מקום מגורים (נצרת, ערים וכפרים קרובים אליה, ערים וכפרים מרוחקים ממנה), מספר האחאים במשפחת האם (0-3, 4-7, 8 ומעלה), רמת השכלה (תיכונית ללא בגרות, תיכונית עם בגרות, על-תיכונית, אקדמית, תואר מתקדם), מצב תעסוקה (עובדת, שכירה, עצמאית, אחר), שעות עבודה שבועיות (בשעות), מצב בריאותה של האם (יש או אין בעיות רפואיות), הפלות טבעיות קודמות (לא היו הפלות, הפלה אחת, 2 הפלות או יותר), האם ההיריון היה בסיכון (כן, לא). עוד נשאלו האימהות אם אימן בחיים (כן, לא) ואם חמותן בחיים (כן, לא).

אשר לבעל, נמדדו המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים הללו: קרבה משפחתית בין האם לבין האב (אין קרבה כלל, בני דודים מצד האב, בני דודים מצד האם, קרובי משפחה מדרגה אחרת), רמת השכלה (תיכונית ללא בגרות, תיכונית עם בגרות, על-תיכונית, אקדמית, תואר מתקדם), מצב תעסוקה (עובד, שכיר, עצמאי, אחר), שעות עבודה שבועיות (בשעות), רמת ההכנסה של המשפחה (נמוכה בהרבה מהממוצע, נמוכה מהממוצע, ממוצעת, מעט מעל הממוצע, הרבה מעל הממוצע).

ידוע לנו שראיון בטלפון עשוי להיות בעייתי, אך הוא הועבר כך מכמה סיבות: (א) הוא מאפשר אימות של הפרטים שהתקבלו מרישומי בית החולים; (ב) היעדר משאבים למראיינות שדה; (ג) היענות גבוהה (בפועל לא היו סירובים).

שאלון תחלואת תינוקות (PedsQL) של וארני ואח' (Varni et al., 2011)

השאלון המלא בוחן את תחלואת התינוקות במהלך השנה הראשונה לחייהם, ומתייחס לבריאות, לתחלואה ולאיכות חיים כללית של תינוקות ופעוטות בני חודש עד 24 חודשים. השאלון כולל 36 פריטים לגיל 1–12 חודשים, ו-45 פריטים לגיל 13–24 חודשים. כל הפריטים בשאלון הם בעלי אותה חשיבות. בסולם PedsQL נמדדים התפקוד הפיזי, מספר הסימפטומים הפיזיים, התפקוד הרגשי, התפקוד החברתי והתפקוד הקוגניטיבי (Varni et al., 2011). במחקר זה השתמשנו ב-8 פריטים מסולם התחלואה לגיל 1–12 חודשים. בחירת הפריטים נעשתה בעקבות שיחות עם רופאי ילדים ומומחים בתחלואת תינוקות, שצינו את הבעיות השכיחות ביותר בקרב תינוקות עד גיל שנה: בעיות נשימה; כאבים בפליטה או בבליעה; שלשולים; חרחורים; הקאות; בכי ממושך; כאבי בטן; עצירות. השאלון תורגם לערבית ותורגם בחזרה למקור כדי לבדוק את איכות התרגום. ההורים התבקשו לדרג כל מחלה על פי סולם בטוח מ-0 = לא היתה כלל, עד 4 = היתה באופן כרוני. ציון תחלואת התינוקות חושב לפי ממוצע התשובות לשמונת הסימפטומים. נוכח התפלגות התשובות, המשתנה קודד כמשתנה דיכוטומי: האם היילוד היה חולה או לא חולה במהלך החודש האחרון.

מדד אשפוזי תינוקות

3 שאלות התייחסו לאשפוזים של הילד במהלך שנתו הראשונה: האם אושפז? לכמה ימים? ומאיזו סיבה? לאור התפלגות התשובות למדד זה, המשתנה קודד כמשתנה דיכוטומי: האם היילוד היה מאושפז פעם אחת לפחות במהלך שנתו הראשונה, או שלא אושפז כלל.

שאלון קשר היולדת עם אימה ועם חמותה (MAD) של ראסטוגי (Rastogi, 2002)

שאלון זה בוחן כיצד היולדת תופסת את הקשר בינה לבין אימה ובינה לבין חמותה. כלי מחקר מעטים בלבד התייחסו לקשר אם-בת וחמות-כלה, במיוחד בהקשר תרבותי, ולכן השתמשו בהם בקרב חברות שונות בעולם, דוגמת החברה האמריקנית הילידית והאסייתית. השאלון כולל 25 פריטים. במחקר הנוכחי המהימנות הפנימית (אלפא) של שאלון MAD על הקשר עם החמות הוא 0.95, והקשר עם האם הוא 0.89 – מהימנות דומה לזו שנמצאה במחקרים קודמים (Rastogi, 2002). משאלוני הקשר עם האם והחמות נבנה סולם אחד עבור הקשר יולדת-אם וסולם אחד עבור הקשר יולדת-חמות. הציון של כל אחד מהשאלונים חושב באמצעות ממוצע של תשובות האימהות.

הליך המחקר

לאחר שהתקבל אישור מוועדת הלסינקי השאלון תורגם על ידי מתורגמן מומחה (אנגלית-עברית-ערבית), ותורגם שוב לאנגלית על ידי מתורגמן אחר כדי לבדוק את איכות התרגום. כמחקר מקדים פנינו ל-10 נשים במטרה לבדוק את הזמן הממוצע למילוי השאלון, את בהירות הניסוח ואת השונות בתשובות. בתחילה נאספו הפרטיים האישיים מהתיקים הרפואיים של נשים אלה, שכאמור ילדו בשנה האחרונה בבית החולים הצרפתי, ובהמשך נערכה שיחת טלפון להשלמת הנתונים ולמענה על שאלות בדבר הקשר עם האם/החמות. האימהות התעניינו בשאלות, שיתפו פעולה וענו בהתאם. הריאיון נמשך כ-20 דקות בממוצע.

ממצאים

התפלגות המשתנים תוצג להלן, בחמישה חלקים: (1) נתוני האם; (2) נתוני התינוק; (3) נתונים דמוגרפיים של משפחת האם (בן הזוג, האחים, אימה וחמותה של המשתתפת במחקר); (4) בריאות היילוד; (5) איכות הקשר של האם עם עימה ועם חמותה.

נתוני האם

גילן הממוצע של האימהות שהשתתפו במחקר היה 27.11 שנה (סטיית תקן=4.53 שנים). לפי נתוני בית החולים, גילן הממוצע של האימהות בלידה הראשונה בשנתיים שקדמו למחקר היה 24.7 שנים. למעט משתתפת אחת, שהיתה אלמנה, ושתי משתתפות שלא השיבו לשאלה, כל הנשים האחרות הנשים היו נשואות (N=385, 99.2%). רוב משתתפות המחקר היו מוסלמיות (83.8%), והאחרות היו נוצריות, פרט לאישה דרוזית אחת. רמת הדתיות השכיחה ביותר היתה "מסורתית" (69.8%), 85 נשים הגדירו את עצמן דתיות (22.0%), ומיעוטן הגדירו עצמן חילונית (8.2%). כמעט כל הנחקרות נולדו בישראל, כשליש התגוררו בעיר נצרת (31.2%), והאחרות התגוררו בכפרים וביישובים סמוכים לה. יותר ממחצית מהמשתתפות היו בעלות השכלה על-תיכונית לפחות. ל-163 מהן היה תואר אקדמי ראשון לפחות (42%), וכמחציתן (46.6%) השתתפו בשוק העבודה כשכירות או כעצמאיות.

לוח 1: סטטיסטיקה תיאורית של האימהות (N=388)

נתונים להשוואה	במספרים (N)	באחוזים (%)	ממוצע	סטיית תקן
גיל			27.11	4.53
מצב משפחתי				
נשואה	385	99.2		
אלמנה	1	0.3		
לא השיבה	2	0.5		
דת				
מוסלמית	325	83.8		
נוצרייה	62	16		
דרוזית	1	0.3		
רמת דתיות				
חילונית	32	8.2		
מסורתית	271	69.8		
דתייה	85	22.0		
ארץ לידה				
ישראל	384	99		
אחר	4	1		
יישוב מגורים				
נצרת	121	31.2		
ערים וכפרים סמוכים	85	21.9		
ערים וכפרים מרוחקים	182	46.9		
מספר אחים במשפחת האם				
3-0	52	13.5		
7-4	242	62.4		
8 ומעלה	49	19		
רמת ההשכלה				
תיכונית, ללא בגרות	27	7		
תיכונית, עם בגרות	74	19.1		

נתונים להשוואה	במספרים (N)	באחוזים (%)	ממוצע	סטיית תקן
על-תיכונית	124	32	28.06	11.02
אקדמית	138	35.6		
תואר מתקדם	25	6.4		
תעסוקה מחוץ לבית				
לא עובדת	207	53.4		
כן עובדת	181	46.6		
שעות עבודה שבועיות				
הפלות טבעיות קודמות				
לא היו	319	82.2		
הפלה אחת	54	13.9		
שתי הפלות או יותר	15	3.9		
בעיה רפואית				
לא	370	95.4		
כן	18	4.6		
היריון בסיכון				
לא	316	81.4		
כן	72	18.6		

נתוני התינוק

הגיל הממוצע של התינוקות בעת המעקב היה 11.79 חודשים (157 בני 11 חודשים, 156 בני 12 חודשים, 75 בני 13 חודשים). 201 מהתינוקות היו ממין נקבה (51.8%) ו-187 תינוקות היו ממין זכר (48.2%). אף שמספרן של הבנות היה גבוה יותר, יחס זה אינו שונה באופן מובהק מהממוצע הארצי, העומד על 51.5% בנים ($\chi^2_{(1)}=1.67$, ns; משרד הבריאות, 2016). משקלם הממוצע של היילודים היה 3.151 ק"ג ($SD=545.25$ גרם). 9.8% ($N=38$) היו בעלי משקל נמוך, דהיינו פחות מ-2.5 ק"ג. נתונים אלו נמוכים מנתוני משקל הלידה הארציים שמפרסם משרד הבריאות (משרד הבריאות, 2016; נעאמנה ואח', 2010), ולפיהם משקל הלידה הממוצע הוא 3,400 ק"ג, ורק 5% מכלל התינוקות נולדים במשקל נמוך.

ציון האפגר הממוצע של התינוקות היה 9.42 נקודות ($SD=0.38$ נקודות). מטרתו של ציון אפגר היא להעריך את מצב בריאותם של התינוקות מייד לאחר הלידה. למעשה, זהו המבחן

הראשון שהתינוק עובר בחייו. ככלל, ציון 7 ומעלה מעיד על מצב תקין של היילוד לאחר הלידה. ציון 3 ומטה דורש התערבות רפואית מיידי (משרד הבריאות, 2014).

לאור שאלת המחקר, בחנו את זהות המטפלת/הנוסף/ת. כצפוי, רוב האימהות נעזרו בבני משפחה (כ-80%). הסבתא מצד האם היתה מקור העזרה השכיח (43%), ולאחריה הסבתא מצד האב (25%). דמויות מטפלות נוספות היו מטפלות במעון (21.5%), ובשכיחות נמוכה יותר דודה מצד האם (5.7%) ודודה מצד האב או האב עצמו (2.3% כל אחד). לפיכך הוחלט לבחון את ההבדל בין מטפל מתוך המשפחה לבין מטפל מחוץ למשפחה (פעוטון).

לבסוף, שאלנו את האימהות על משך תקופת ההנקה. כמחצית מהנשים (46.4%) הניקו פחות מחצי שנה, כשליש (31.2%) הניקו חצי שנה עד שנה, וכעשירית (13.2%) לא הניקו כלל. ניתן היה לשער כי אימהות השולחות את ילדיהן לטיפול בפעוטון יניקו תקופה קצרה יותר מאימהות אשר משאירות את הטיפול במשפחה, אולם נמצא כי אין קשר בין משך תקופת ההנקה (עד חצי שנה או יותר מחצי שנה) לבין הגורם המטפל בתינוק (משפחה או פעוטון) ($\chi^2_{(1)}=0.37, p=.54$).

לוח 2: סטטיסטיקה תיאורית של היילודים (N=388)

נתונים להשוואה	במספרים	באחוזים	ממוצע	סטיית תקן
גיל התינוק			11.79	0.75
מין				
זכר	187			
נקבה	201			
משקל הלידה			3.151	545.25
תינוקות עם משקל נמוך (עד 2.5 ק"ג)	38	9.8%		
ציון APGAR בעת הלידה			9.42	0.38

נתונים להשוואה	במספרים	באחוזים	ממוצע	סטיית תקן
זהות מטפל/ת נוסף/ת				
סבתא מצד האם	167	43%		
סבתא מצד האב	97	25%		
מעון				
דודה מצד האם	83	21.5%		
דודה מצד האב	22	5.7%		
האב	9	2.3%		
קרוב/ת משפחה אחר/ת	9	2.3%		
	1	0.3%		
אשפוז בשנה האחרונה				
לא היו אשפוזים	298	76.8%		
לפחות אשפוז אחד בשנה האחרונה	90	23.2%		
משך האשפוז (ימים)				
משך תקופת ההנקה				
לא הניקה, לא היה חלב	46	11.9%		
לא הניקה, לא רצתה	5	1.3%		
פחות מחצי שנה	180	46.4%		
חצי שנה עד שנה	121	31.2%		
יותר משנה	36	9.3%		
			3.34	2.59

נתונים דמוגרפיים של משפחת האם

רוב רובן של האימהות דיווחו כי אימן (96%) וחמותן (92%) בחיים. מרבית ההורים במדגם לא היו קרובי משפחה (86.3%). נתון זה משקף את מגמת הירידה בנישואי קרובים בקרב ערביי ישראל, כפי שדיווחו נעאמנה ואחי (2010). משתתפות המחקר התבקשו לדווח על מצב התעסוקה של הבעל ועל השכלתו. אשר לרמת השכלה, לכ-40% מבני הזוג היתה השכלה תיכונית עם בגרות, ולכ-25% מהם היתה השכלה אקדמית. רוב בני הזוג עבדו כשכירים, כרבע עבדו כעצמאים, ומעטים לא עבדו כלל. כמחצית מהנשים דיווחו על רמת הכנסה גבוהה מהממוצע, 38.4% דיווחו כי הכנסת המשפחה מעל הממוצע, ומיעוט מהנשים (15.7%) דיווחו על רמת הכנסה נמוכה מהממוצע.

מהממצאים עולה כי המדגם יוצא דופן מעט, מכיוון שהוא מאופיין ברמת השכלה גבוהה יותר, בגיל נישואים ממוצע גבוה יותר, ובמצב חברתי-כלכלי טוב יותר יחסית לאוכלוסייה הערבית בישראל. עם זאת, היולדות עדיין נעזרות באימהותיהן.

לוח 3: סטטיסטיקה תיאורית של המשפחה (N=388)

נתונים להשוואה	במספרים	באחוזים	ממוצע	סטיית תקן
האם בחיים				
כן	372	95.9		
לא	16	4.1		
החמות בחיים				
כן	357	92%		
לא	30	7.7%		
קרבת משפחה בין האם לבין האב				
אין קרבה משפחתית כלל	335	86.3%		
בני דודים מצד האב	14	3.6%		
בני דודים מצד האם	20	5.2%		
קרובי משפחה מדרגה אחרת	19	4.9%		
רמת ההשכלה של הבעל				
תיכונית, ללא בגרות	79	20.4%		
תיכונית, עם בגרות	156	40.2%		
על-תיכונית	49	12.6%		
אקדמית	86	22.2%		
תואר מתקדם	17	4.4%		
מצב תעסוקה של הבעל				
אינו עובד	8	2.1%		
עובד כשכיר	284	73.2%		
עובד כעצמאי	95	24.5%		
תשובה אחרת	1	0.3%		
שעות עבודה שבועיות של הבעל			50.78	12.73

נתונים להשוואה	במספרים	באחוזים	ממוצע	סטיית תקן
רמת ההכנסה במשפחה				
נמוכה בהרבה מהממוצע	9	2.3%		
נמוכה מהממוצע	52	13.4%		
ממוצעת	178	45.9%		
מעט מעל הממוצע	105	27.1%		
הרבה מעל הממוצע	44	11.3%		

בריאות היילוד

נבחנו שני משתנים תלויים: מספר האשפוזים בשנת החיים הראשונה, ומספר המחלות בחודש שקדם למחקר. רוב היילודים (76.8%) לא היו מאושפזים במהלך שנת חייהם הראשונה, ורק 8 אושפזו פעמיים או יותר בתקופה זו. כ-43% מהילדים חלו במהלך החודש שקדם לריאיון, וכפי שכבר ציינו, רובם חלו רק פעם אחת, והיתה חפיפה מובהקת בין התחלואה לאשפוז. בהלימה עם ממצאי מחקרים קודמים, בריאות היילוד קשורה בתנאים החברתיים-כלכליים של משפחתו. ככל שהשכלת ההורים והכנסת המשפחה גבוהות יותר כך קטנים סיכוייו של היילוד לחלות ולהזדקק לאשפוז. ילודים שנולדו לאחר היריון בסיכון גבוה או לאם עם בעיות רפואיות נתונים בסיכון גבוה יותר לחלות ולהתאשפז. כמו כן, כשהסתא מצד האם בחיים קטנים סיכויי היילוד לחלות ($X^2_{(1)}=4.34, p<0.05$).

לנוכחות הסבתא מצד האב לא היה קשר סטטיסטי מובהק לבריאות היילוד.

לוח 4: קשר בין אשפוזים לבין מחלות בשנת החיים הראשונה

אשפוזים	ללא מחלות (%)	עם מחלות (%)	סה"כ
ללא אשפוזים	84.3	67.1	76.8 (N=295)
עם אשפוזים	15.7	32.9	22.9 (N=89)
סה"כ	100 (N=217)	100 (N=167)	100 (N=384)
			$X^2_{(1)}=14.8^{***}$

*** p<.001

הערה: 4 משתתפות לא השתתפו בניתוח בגלל נתונים חסרים

איכות הקשר של האם עם אימה ועם חמותה

השערה 1: קשר חזק וחיובי בין היולדת לאימה מפחית את הסיכון שהתינוק יחלה.

השערה 2: קשר חזק בין היולדת לחמותה מקטין את הסיכון שהתינוק יחלה.

הממצאים מורים כי בין שתי הקבוצות, תינוקות שחלו ותינוקות שלא חלו, יש הבדלים מובהקים במדד איכות הקשר בין היולדת לבין אימה. בקרב אימהות שילדיהן לא חלו במהלך השנה הראשונה, מדד איכות הקשר היה גבוה יותר מאשר בקבוצת האימהות שילדיהן חלו במהלך השנה הראשונה לחייהם. כלומר, כפי ששוער, איכות הקשר בין היולדת לאימה קשורה לסיכוי של הילד לחלות במהלך השנה הראשונה לחייו. אולם לא נמצא קשר בין איכות הקשר בין היולדת לאימה לבין הסיכון לאשפוז היילוד. מנגד, בין אימהות לילדים שלא חלו לבין אימהות לילדים שכן חלו לא היה הבדל מובהק בקשר עם החמות. אולם הקשר עם החמות חזק יותר בקרב אימהות לילדים שכן אושפזו מאשר בקרב אימהות לילדים שלא אושפזו.

לוח 5: איכות הקשר של היולדת עם אימה ובריאות היילוד

יולדת-חמות				יולדת-אימה				
Df	t	S.D.	M	Df	t	S.D.	M	
354	1.19	0.77	3.66	368	1.76*	0.49	4.47	מחלות
		0.81	3.55			0.66	4.33	לא (N=213) כן (N=157)
358	1.88*	0.51	4.33	372	1.56	0.47	4.42	אשפוזים
		0.86	3.47			0.76	3.65	לא (N=287) כן (N=87)

* p<.05

הערה: מובהקות ההבדלים בין ממוצעי הקבוצות חושבו באמצעות מבחן t חד-צדדי למדגמים בלתי תלויים

ניתוח רב-משתני

כדי לבדוק את המנבאים לתחלואה ולאשפוז חושבו רגרסיות לוגיסטיות בשיטת גריעה (Backward), בשני מודלים: האחד בודק את סיכויי היילוד לחלות (לוח 6), והאחר בודק את סיכויי היילוד להתאשפז (לוח 7).

נמצא כי 3 ממשתני המחקר מקטינים את הסיכון של יילודים לחלות: השכלה גבוהה של האם, הנקה מעבר לחצי השנה הראשונה בחיי היילוד, והיות הסבתא מצד האם בחיים.

לעומת זאת, לילודים שנולדו לאחר היריון בסיכון גבוה, למשפחה עם הכנסה נמוכה, למשפחה לא חילונית, ולא ינקו יותר מ-6 חודשים היה סיכוי גבוה יותר להתאשפז. מעבר לעצם היות אם היולדת בחיים, ההשערה שאיכות הקשר עם דור הסבתות משפעה על בריאות היילוד לא אוששה בניתוח הרב-משתני. לעומת זאת, נראה כי למעמד חברתי-כלכלי, לבריאות ההיריון ולמשך ההנקה היה תפקיד מרכזי בתרומה לבריאות התינוק.

טוח 6: ניבוי הסיכוי של הילד להיות חולה: מודל לוגיסטי

מנבא	OR	Z	p
קבוע (Intercept)	0.819		
הנקה			
פחות מ-6 חודשים	1		
6 חודשים ויותר	0.56	2.68	.004
השכלת האם			
ללא בגרות	1		
בגרות ומעלה	0.30	2.74	.003
אם היולדת בחיים			
לא	1		
כן	0.35	1.88	.030
Residual	Null=525.8	Model=505.4	Gain=20.4
Df	383	380	3
Pseudo-R ²	3.88	p<0.001	p<0.001

הערה: $OR = \exp(bi)$; for Intercept = $\text{inv.logit}(bo)$

לוח 7: הסיכוי של הילד להיות מאושפז: מודל לוגיסטי

מנבא	OR	Z	p
קבוע (Intercept)	0.0548		
היריון בסיכון			
לא	1		
כן	2.14	2.59	.005
הנקה			
6 חודשים ויותר	1		
פחות מ-6 חודשים	2.20	2.86	.002
מידת דתיות			
(חילוני)	1		
דתי	1.39	0.52	.30
מסורתי	2.67	1.74	.04
הכנסה			
מעל לממוצע	1		
מתחת לממוצע	2.82	3.26	.001
Residual	Null=420.3	Model=390.4	Gain=30.0
Df	387	382	5
Pseudo-R ²	p=0.117	P=0.373	P<0.001
	7.13		

דיון

יצאנו למחקר זה מתוך הפרדוקס שבהישרדות נשים הרבה מעבר לגיל הפרייון. לכאורה, יש בכך בזבוז משאבים, הנדירים תדיר. תופעה זו ייחודית לבני אדם, ונשאלת השאלה מה היתרון האבולוציוני הטמון בה. אחת ההשערות שהועלתה היא שלנשים אלו תפקיד חיוני בהגדלת סיכויי ההישרדות של הדור השלישי. אכן, בסקירת הספרות המחקרית נמצא כי נוכחות סבתא מצד האם מגדילה את סיכויי נכדיה לשרוד (Kramer, 2010; Sear & Mace, 2008). על פי ממצאים אלה, הסבתא מספקת לבתה היולדת תמיכה פיזית ורגשית, ומעניקה לה מהידע המצטבר על אופן הטיפול המיטבי ביילוד, הן בחיי היום-יום הן בעת משבר בריאותי.

אולם רוב המחקרים עסקו בחברות שבהן הפריין תמותת התינוקות והילדים גבוהים, ולעומת זאת שירותי הבריאות הפורמליים נדירים ואינם נגישים דיים בשל מרחק גיאוגרפי ומחיר. בתנאים אלה, ניסיון של נשים מבוגרות לא יסולא בפז, מה גם שהן אינן מטופלות בילדים משלהן ופנויות לתמוך בצעירות. עלתה אפוא השאלה אם גם בחברות מפותחות, שבהן השכלתן של רבות מהבנות עולה על זו של אימותיהן ושירותי הבריאות נגישים, נוכחות הסבתא תשפר את סיכויי היילוד לחיים בריאים.

בחרנו לבחון שאלה זו בבית חולים בצפון הארץ, בקרב נשים ערביות, שכן החברה הערבית נמצאת בתהליכי מודרניזציה מהירים. נבחרו נשים שזו לידתן הראשונה, כלומר נשים ללא ניסיון קודם בגידול תינוקות, וששירותים פורמליים זמינים להן. מאחר שתמותת התינוקות והילדים בישראל נמוכה מאוד, בדקנו תחלואה "רגילה" ותחלואה חמורה יותר הדורשת אשפוז.

הרוב המכריע של היילודים היו בריאים, ורק אחדים מהם אושפזו. אף על פי כן, בניתוח הדו-משטני נמצא קשר בין קשרים טובים עם דור הסבתות לבין תחלואה פחותה בקרב הנכדים. עוד נמצא בניתוח הרב-משטני, כמו במחקרים קודמים, כי היות הסבתא מצד האם בחיים, בלי קשר לאיכות הקשר עימה, קשורה לפחות תחלואה בקרב היילודים – וזאת למרות מיעוט אירועי התחלואה והאשפוז.

ממצא זה מקבל משנה תוקף, שכן כל הקשרים שנצפו במחקר הם בכיוון הצפוי. כך, תינוקות שנולדו להורים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה בריאים יותר מהאחרים, ויילודים שנולדו מהיריון בסיכון גבוה נוטים יותר לחלות. יש לציין כי הנשים שהשתתפו במחקר משכילות יחסית לבנות גילן בישראל. ועם כל זאת, זמינותה של תמיכת הסבתא מצד האם מנבאת בריאות אצל נכדיה.

למחקר הנוכחי יש השלכות מעשיות משמעותיות. המחקר בוחן את הקשר בין היולדת לבין אימה וחמותה ומצביע על התרומה של קשר זה לבריאות התינוק. לאור השינויים שהחברה הערבית עוברת (ולא רק היא), ייתכן שאובד חלק חשוב בחיים המשפחתיים והקהילתיים – הקשר והתמיכה של הסבתא באימא הצעירה ובנכד. תוצאותינו מצביעות על הצורך ביצירת מנגנון חלופי דוגמת קו חם או רשת אימהות להתייעצויות בשעות משבר. לאחר לידתן הראשונה, נשים זקוקות לתמיכה ולעזרה מנשים אחרות, ואנו ממליצים על פיתוח מערך קהילתי שיקנה תמיכה זו. מערך זה ישמש לא רק מקור מידע בכל הנוגע לאופן גידול ילדים, אלא גם יעלה את מודעותן של אימהות לתזונה ולתברואה, יעודד הנקה ממושכת, ויקנה ידע בסיסי במניעת מחלות ובהתמודדות איתן כדי למנוע הידרדרות למצב המחייב אשפוז (משרד הבריאות, 2014).

מקורות

- אבו-טביד, לי (2009). על זכויות לאומיות קולקטיביות, שוויון אזרחי וזכויות נשים: נשים פלסטיניות בישראל ושלילת זכותן לבחור את מקום מגוריהן. **תאוריה וביקורת**, 34, 70–43.
- אלהוזייל, נ"א (2013). המשמעות הכפולה של ההגנה בחיי שלושה דורות של נשים בדואיות. **סוגיות חברתיות בישראל**, 20, 86–58.
- גונן, ע' וחמאיסי, ר' (1993). **לקראת מדיניות של מוקדי עיור לאוכלוסייה הערבית בישראל**. מחקרי פלורסהיימר.
- דוואירי, מ' (1997). **אישיות, תרבות והחברה הערבית**. אלנור אלחדית'ה.
- וייל, ח' (1989). משפחה ומשקי בית של קשישים ערבים כפריים בישראל. **מגמות**, לב(3), 331–318.
- חאג'י-יחיא-אבו אחמד, נ' (2006). **זוגיות והורות במשפחה הערבית בישראל: תהליכי שינוי ושימור בשלושה דורות**. חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת חיפה.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2024). **השנתון הסטטיסטי לישראל, 2023, מספר 74**.
- מרקוביצקי, מ' ואנסון, י' (2023). ערבים בישראל: הקשר שבין צורת ההתיישבות, סוגי ההון וההדרה לבין הסיכון לתמותה. **ביטחון סוציאלי**, 121, 61–35.
- משרד הבריאות. (2014, אוגוסט). **תדריך להערכת גדילה ומצב תזונתי מהלידה עד גיל 6 שנים**. חוזר ראש שירותי בריאות הציבור משרד הבריאות מס' 16/2014.
- משרד הבריאות. (2016). **דיווח מצטבר על פעילות נגיף קדחת מערב הנילוס 2016 – דוח קמ"ה**. אתר משרד הבריאות.
- משרד הבריאות. (2018). **עדכון מצב קדחת מערב הנילוס (קמ"ה) 2018**. אתר משרד הבריאות.
- נעאמנה, ו', רומנו זליכה, א', כבהא, א' ושוחט, ת' (2010). **סקר נישואי קרובים באוכלוסייה הערבית בישראל**. המרכז הלאומי לבקרת מחלות, פרסום מס' 2011340.
- Abu-Baker, K., & Dwairy, M. (2003). Cultural norms versus state law in treating incest: A suggested model for Arab families. *Child Abuse & Neglect*, 27, 109–123. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00505-7](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00505-7)
- Arif, A., & Naheed, R. (2012). Socio-economic determinants of diarrhea morbidity in Pakistan. *Academic Research International*, 2(1), 490–518.
- Ashqar-Sharary, N., & Abu-Rabia-Queder, S. (2020). The colonial–religious institutional contract: Muslim women activists in Israel. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 29(1), 333–354. <https://doi.org/10.1093/sp/jxaa002>

- Aubel, J. (2020, July 11). *A neglected family resource for saving newborn lives-grandmothers*. OSF Preprints.
- Barker, D. J., & Osmond, C. (1986). Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. *The Lancet*, 327(8489), 1077–1081. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(86\)91340-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(86)91340-1)
- Berkovitch, N., & Manor, S. (2019). Narratives of Israeli women in retirement: Rewriting the gender contract. *Sex Roles*, 80, 200–217. <https://doi.org/10.1007/s11199-018-0918-4>
- Best, K. E., Tennant, P. W., & Rankin, J. (2017). Survival, by birth weight and gestational age, in individuals with congenital heart disease: A population-based study. *Journal of the American Heart Association*, 6(7), e005213. <https://doi.org/10.1161/JAHA.116.005213>
- Brent, L. J. N., Franks, D. W., Foster, M. E., Balcomb, K. C., Cant, M. A., & Croft, D. P. (2015). Ecological knowledge, leadership, and the evolution of menopause in killer whales. *Current Biology*, 25(6), 746–750. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2015.01.037>
- Brodsky, J. (1998). The elderly in Israel. In G. Friedman & J. Brodsky (Eds.), *Aging in the Mediterranean and the Middle East* (pp. 67–80). JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Human Development.
- Creese, A., & Blackledge, A. (2017). The “other woman” in a mother and daughter relationship: The case of Mami Ji. *Language in Society*, 46(2), 185–206. <https://doi.org/10.1017/S0047404516000993>
- Dwairy, M. (2004). Individuation among Bedouin versus urban Arab adolescents: Ethnic and gender differences. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 10, 340–350. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.10.4.340>
- Fotso, J. C., Madise, N., Baschieri, A., Cleland, J., Zulu, E.K. Mutua, M., & Essendi, H. (2012). Child growth in urban deprived settings: Does household poverty status matter? At which stage of child development? *Health & Place*, 18(2), 375–384. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.12.003>
- Haj-Yahia, M. M. (1995). Toward culturally sensitive intervention with Arab families in Israel. *Contemporary Family Therapy*, 17, 429–447. <https://doi.org/10.1007/BF02249355>
- Haj-Yahia, M. M. (2019). The Palestinian family in Israel. In M. M. Haj-Yahia, O. Nakash, & I. Levav (Eds.), *Mental health and Palestinian citizens in Israel* (pp. 97–120). Indiana University Press.

- Haj-Yahia, N. H., Schnell, I., & Khattab, N. (2018). The exclusion of young Arab women from work, education and training in Israel. *Quality & Quantity*, 52(1), 157–173. <https://doi.org/10.1007/s11135-016-0456-5>
- Hatt, L. E., & Waters, H. R. (2006). Determinants of child morbidity in Latin America: A pooled analysis of interactions between parental education and economic status. *Social science & medicine*, 62(2), 375–386. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.007>
- Herbst-Debby, A., Sabbah-Karkabi, M., & Meler, T. (2020). Palestinian mothers in Israel: Can a welfare-to-work program enhance their social capital? *Current Sociology*, 70(1), 42–60. <https://doi.org/10.1177/0011392120927745>
- Joseph, S. (1999). *Intimate selving in Arab families: Gender, self, and identity*. Syracuse University.
- Kramer, K. L. (2010). Cooperative breeding and its significance to the demographic success of humans. *Annual Review of Anthropology*, 39(1), 417–436. <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.012809.105954>
- Lawrence, E. M., Rogers, R. G., & Hummer, R. A. (2020). Maternal educational attainment and child health in the United States. *American Journal of Health Promotion*, 34(3), 303–306. <https://doi.org/10.1177/0890117119890799>
- Mahalanabis, D., Gupta, S., Paul, D., Gupta, A., Lahiri, M., & Khaled, M. A. (2002). Risk factors for pneumonia in infants and young children and the role of solid fuel for cooking: A case-control study. *Epidemiology and Infection*, 129(1), 65–71. <https://doi.org/10.1017/S0950268802006817>
- Mar'i, M., & Mar'i, S. (1993). The role of women as change agents in Arab society in Israel. In B. Swirski & M. Safir (Eds.), *Calling the equality bluff: Women in Israel* (pp. 213–221). Teachers College Press.
- Mathad, V., Naik, V., & Mahantashetti, N. S. (2021). Sociodemographic, biological and cultural factors affecting morbidities among infants: A longitudinal study in rural Karnataka. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 10, 100704. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2021.100704>
- Meler, T. (2017). The Palestinian family in Israel: simultaneous trends. *Marriage & Family Review*, 53(8), 781–810. <https://doi.org/10.1080/01494929.2017.1359810>
- Meler, T. (2020). Money, power, and inequality within marriage among Palestinian families in Israel. *The Sociological Review*, 68(3), 623–640. <https://doi.org/10.1177/0038026119881093>

- Perich-Alvarez, H. (2000). Grandmother hypothesis and primate life histories. *American Journal of Physical Anthropology*, 113, 435–450. [https://doi.org/10.1002/1096-8644\(200011\)113:3%3C435::AID-AJPA11%3E3.O.CO:2-O](https://doi.org/10.1002/1096-8644(200011)113:3%3C435::AID-AJPA11%3E3.O.CO:2-O)
- Rastogi, M. (2002). The mother-adult daughter questionnaire (MAD): Developing a culturally sensitive instrument. *The Family Journal*, 10(2), 145–155. <https://doi.org/10.1177/1066480702102004>
- Sabbah-Karkaby, M. (2017). *Couples education and gender roles in Palestinian society in Israel: Change versus conservation*. Annual Conference of Gender Studies Programs, Tel Aviv University (1 March).
- Sabbah-Karkaby, M., & Stier, H. (2017). Links between education and age at marriage among Palestinian women in Israel: Changes over time. *Studies in Family Planning*, 48(1), 23–38. <https://doi.org/10.1111/sifp.12015>
- Scelza, B. A., & Hinde, K. (2019). Crucial contributions: A biocultural study of grandmothering during the perinatal period. *Human Nature*, 30(4), 371–397. <https://doi.org/10.1007/s12110-019-09356-2>
- Sear, R., & Mace, R. (2008). Who keeps children alive? A review of the effects of kin on child survival. *Evolution & Human Behavior*, 29(1), 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2007.10.001>
- Shanley, D. P., & Kirkwood, T. B. L. (2001). Evolution of the human menopause. *BioEssays*, 23, 282–287. [https://doi.org/10.1002/1521-1878\(200103\)23:3%3C282::AID-BIES1038%3E3.O.CO:2-Q](https://doi.org/10.1002/1521-1878(200103)23:3%3C282::AID-BIES1038%3E3.O.CO:2-Q)
- Uematsu, K., Kutsukake, M., Fukatsu, T., Shimada, M., & Shibao, H. (2010). Altruistic colony defense by menopausal female insects. *Current Biology*, 20(13), 1182–1186. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2010.04.057>
- Uematsu, K., Shimada, M., & Shibao, H. (2013). Juveniles and the elderly defend, the middle-aged escape: Division of labour in a social aphid. *Biology Letter*, 9(2), 22–37. <https://doi.org/10.1098/rsbl.2012.1053>
- Varni, J. W., Limbers, C. A., Neighbors, K., Schulz, K., Lieu, J. E., Heffer, R. W., & Alonso, E. M. (2011). The PedsQL™ Infant Scales: Feasibility, internal consistency reliability, and validity in healthy and ill infants. *Quality of Life Research*, 20(1), 45–55. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9730-5>

נספח 1: אישור ועדת הלסינקי



ADMINISTRATION
Saint Vincent de Paul French Hospital, Nazareth 16102
Technion Israel Institute of Technology Rappaport Faculty of Medicine

30 אפריל 2015

לכבוד:
ד"ר איאד ג'השאן
פרופ' ד"ר נבד/ה,

הנדון: אישור לביצוע ניסוי רפואי בבני-אדם

בהתאם לבקשתך מיום: 11/9/2014 ניתן בזה אישור מספר: 2/2015 לביצוע הניסוי הרפואי לפי פרוטוקול הניסוי שצורף לבקשה.

מספר הבקשה 2/2014	מספר הבקשה במשרד הבריאות:	מספר הרישום באתר ה-NIH:
נושא הניסוי הרפואי: השפעת המבנה המשפחתי על הישרדות ותחלואת ילדים בשנתם הראשונה		
שם מוצר המחקר:		שם היצרן:
מספר הפרוטוקול: 1	גרסה:	תאריך: 11/9/2014
טופס הסכמה: גרסה:	תאריך:	תאריך:
חוברת לחוקר (אם יש): גרסה:	תאריך:	תאריך:
שם החוקר הראשי: ד"ר איאד ג'השאן	מחלקה:	שם נציגו בארץ וכתובתו:
שם היזם וכתובתו:	שם נציגו בארץ וכתובתו:	

בתוקף ההסמכה שקיבלתי מהמנהל הכללי של משרד הבריאות, לתת אישור כ"מנהל" לעשיית ניסוי רפואי בבני-אדם, במוסד הרפואי בית חולים צרפתי, ע"ש סנט וינסנט לאחר שהבקשה אושרה על-ידי ועדת הלסינקי המוסדית בתאריך: 23/3/2015. לאחר ששוכנעתי כי הניסוי הרפואי הנזכר בהתאם לעקרונות של הגזרת הלסינקי ותקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני-אדם) תשמ"א-1980, וכי חזקה ההתקשרות בין היזם, החוקר הראשי והמוסד הרפואי עומד בדרישות הנהל לניסויים רפואיים בבני אדם, הנני מאשר את ביצוע הניסוי בכפוף לתנאים הבאים:

Phon: 972-4-6509069/37 Fax: 972-4-6574747