



משרד הבריאות
מדינת ישראל

**מצב הבריאות של תינוקות וילדים בדואים
עד גיל 6 שנים ביישובי קבע ובכפרים הבלתי
מוכרים בנגב**

המרכז הלאומי לבקרת מחלות
פרסום מספר 314



לשכת הבריאות - מחוז הדרום
דצמבר 2008

רשימת מחברים

לשכת הבריאות מחוז הדרום

ד"ר אילנה בלמקר – רופאת המחוז, מחוז הדרום, ראש הצוות ומחברת ראשית
ד"ר מיכאל לנדרס – סגן רופאת המחוז
ד"ר פרחאן אלסאנע – רופא לשכה, אחראי על קידום הבריאות של האוכלוסייה הבדואית בנגב
ד"ר נטליה בילנקו – רופאת לשכה, אחראית על אפידמיולוגיה של מחלות לא מדבקות
ד"ר לריסה דוחן – רופאת לשכה, אחראית על אפידמיולוגיה של מחלות מדבקות
מר מרדכי (מוטי) סבג – ממונה מנהל בריאות מחוזי - מחוז הדרום
ד"ר מרינה פוליאקוב – רופאת לשכה
ד"ר גרטה בריל – רופאה אחראית אם וילד, מחוז הדרום
גבי ליאורה שחר -רוטברג – אחות מפקחת מחוזית, מחוז הדרום

המרכז הלאומי לבקרת מחלות

גבי ח'יתאם מוחסן – ראש תחום בריאות האוכלוסייה הערבית
פרופ' מנפרד גרין – ראש המרכז הלאומי לבקרת מחלות
פרופ' תמי שוחט – מ"מ ראש המרכז הלאומי לבקרת מחלות
ד"ר ליטל קינן בוקר – סגנית ראש המרכז הלאומי לבקרת מחלות
ד"ר אחמד כבהא – רופא מומחה בבריאות הציבור
גבי אניקה יפרח – ראש יחידת פרסומים

עיצוב גרפי

גבי סיגל שהרבני – המרכז הלאומי לבקרת מחלות

עריכת לשון

גבי שרון בלאו – המרכז הלאומי לבקרת מחלות

הפקה

גבי רחל הופר – מנהלת פרויקטים, המרכז הלאומי לבקרת מחלות

- **לשכת הבריאות המחוזית - מחוז דרום:**

- צוותי המחלקה לאם וילד, מחלקת הסיעוד והמחלקה לאפידמיולוגיה על תרומתם לאורך השנים למתן שירות לילדים הבדואים בנגב בתנאים קשים, תוך תחושת שליחות למען בריאות הציבור.
- צוותים של רופאי אם וילד ואחיות בריאות הציבור, העובדים ללא לאות למען ציבור המטופלים בתחנות טיפת חלב ברחבי הנגב.

- **הנהלת משרד הבריאות.**

- **חברי הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב על תרומתם לאורך השנים ועבודה משותפת עם לשכת הבריאות-מחוז דרום, על פרויקטים לקידום בריאותם של הילדים הבדואים בנגב.**

- **המרכז הלאומי לבקרת מחלות.**

תוכן עניינים

עמוד	נושא
4	דבר מנכ"ל משרד הבריאות
5	דבר ראש שירותי בריאות הציבור
6	דבר מ"מ ראש המרכז הלאומי לבקרת מחלות
7	דבר רופאת מחוז הדרום
8	פרק 1: שיטות, הגדרות ומקורות מידע
11	פרק 2: האוכלוסייה הבדואית בנגב
11	2.1 גודל האוכלוסייה והתפלגותה לפי ישוב
12	2.2 גודל אוכלוסיית הילדים הבדואים בנגב
14	פרק 3: מאפיינים דמוגרפיים
14	3.1 פריון
14	3.2 שיעור ילודה גולמי
15	3.3 מספר ילודים בדואים במחוז הדרום
16	3.4 ילודים בדואים בנגב לפי סוג הישוב
17	3.5 גיל האם בעת הלידה
18	3.6 השכלת הורים
21	3.7 עיסוק האם
22	פרק 4: שירותי רפואה ראשונית לאוכלוסייה הבדואית בנגב
22	4.1 שירותי רפואה מונעת
24	4.2 מרפאות קהילתיות של קופות החולים
26	פרק 5: מצב הבריאות של ילדים בדואים
26	5.1 משקל לידה
31	5.2 תמותת תינוקות
34	5.3 כיסוי חיסונים
37	5.4 הנקה, גדילה ומצב תזונתי
42	5.5 מחלות זיהומיות מחייבות הודעה
48	פרק 6: דיון
53	רשימת מקורות
56	תודות
58	נספחים

דבר מנכ"ל משרד הבריאות

מטרתו של פרסום זה היא להציג מידע על מצב בריאותם של ילדים בדואים בנגב. האוכלוסייה הבדואית בנגב הינה אוכלוסייה ייחודית מבחינת אורח החיים שהיא מנהלת. המידע המוצג בפרסום זה חיוני לתכנון שירותים שמטרתם לענות על צרכיהם המיוחדים של הילדים האלה. תוכניות מניעה ראשונית ושניונית מכוונות לאוכלוסייה זאת עשויות לשפר מצב בריאותם.

משרד הבריאות וגופים אחרים במערכת הבריאות משקיעים בתוכניות קידום בריאות במגוון תחומים כדוגמת מניעת מומים מולדים, צמצום תמותת תינוקות והגברת כיסוי חיסוני השגרה באוכלוסייה הבדואית. ממצאי הפרסום הנוכחי מצביעים על הצלחתן של תוכניות אלה ועל הצורך בהמשך פעילויות מסוג זה.

השקעה בתחום הבריאות בלבד אינה מספקת כדי לשפר את מצב בריאותם של הילדים באוכלוסייה הבדואית ולצידה נדרשת השקעה בתחומי החינוך ורווחה, פיתוח המשאב האנושי והתשתיות הבסיסיות ביישובים הבדואים.

בברכה,

פרופ' אבי ישראלי
מנכ"ל

דצמבר 2008

דבר ראש שירותי בריאות הציבור

התינוקות והילדים הבדואים בנגב הינם דוגמה לאוכלוסייה ייחודית הזקוקה לדגש מיוחד בתחום בריאות הציבור. רובה המכריע של האוכלוסייה נמצא במעמד סוציו-אקונומי נמוך, ובנוסף אוכלוסייה זו סובלת מבעיות נוספות כגון קושי בנגישות לשירותי בריאות ותשתית סביבתית לקויה.

ניטור מצב הבריאות של האוכלוסייה הינו אחד מהתפקידים המרכזיים של מערכת בריאות הציבור, במיוחד לצורך זיהוי של אוכלוסיות בסיכון וצמצום פערים בתחום הבריאות. חשיבותו הרבה של דוח זה באה לידי ביטוי בכך שהוא יכול לשמש ככלי לתיאור תמונת המצב וכבסיס להתערבות, שיביאו לשיפור במצב הבריאות של אוכלוסייה ייחודית זו.

הפעילות הנעשית בהקשר של טיפול באוכלוסיית הבדואים בנגב בכלל וטיפול באוכלוסיית התינוקות והילדים הבדואים בפרט, הינה דוגמה מצוינת לשיתוף פעולה פורה בתחום בריאות הציבור: שיתוף פעולה בין לשכת הבריאות מחוז הדרום, גורמי רפואה בקהילה ובבתי החולים ואנשי מקצוע מהאקדמיה בשילוב עם אנשי הקהילה. כולי תקווה כי נוכל ללמוד וליישם שיתופי פעולה דומים גם באזורים אחרים.

דוח זה הינו פרי עבודה של צוות גדול מלשכת הבריאות מחוז הדרום ומהמרכז הלאומי לבקרת מחלות. תודתי לכל אחד ואחת מהעובדים שעמלו על הפקת פרסום זה. בנוסף, ברצוני להודות לעובדי לשכת הבריאות מחוז הדרום, ובראשם לד"ר אילנה בלמקר, רופאת המחוז, על פעילותם לקידום הבריאות של האוכלוסייה הבדואית בנגב.

יישר כוח!

בברכה,

ד"ר איתמר גרוטו

ראש שירותי בריאות הציבור

דצמבר 2008

דבר מ"מ ראש המרכז הלאומי לבקרת מחלות

פרסום זה נועד לסכם ולהציג את המידע הקיים על מצב הבריאות של ילדים מתחת לגיל 6 שנים באוכלוסייה הבדואית בנגב. בפרקים השונים נעשתה השוואה בין מדדי הבריאות של ילדים הגרים ביישובי קבע לבין אלו שגרים בכפרים הבלתי מוכרים. המידע בספר מציג בעיות בריאות מרכזיות באוכלוסייה זאת, כולל שיעורים גבוהים של תמותת תינוקות, חסרים תזונתיים, ומומים מולדים, והוא מצביע על הצורך בחיזוק תוכניות מניעה וקידום בריאות ייחודיות. השקעה בתחום הבריאות נחוצה לצד פיתוח תחומי החינוך וההשכלה, פיתוח המשאבים האנושיים והתשתיות הבסיסיות ביישובים הבדואים.

הפרסום הינו פרי שיתוף פעולה בין לשכת הבריאות מחוז דרום והמרכז הלאומי לבקרת מחלות.

כולי תקווה שהממצאים בפרסום זה יהוו בסיס לתכנון שירותי בריאות ותכניות לקידום בריאות ביישובים הבדואים בנגב.

בברכה,

פרופ' תמי שוחט

מ"מ ראש המרכז הלאומי לבקרת מחלות

דצמבר 2008

דבר רופאת מחוז הדרום

כידוע, כ-40% מהאוכלוסייה הבדואית בנגב עדיין גרה בכפרים בלתי מוכרים שאינם נהנים משירותים מוניציפאליים תומכי בריאות, כגון: אספקת מים וחשמל סדירים, דרכים סלולות, סילוק שפכים, פינוי אשפה וחיבור לרשת טלפונים. ילדים הינם אוכלוסייה רגישה במיוחד וניתן להניח שהיעדר שירותים אלה יפגע בראש ובראשונה בבריאותם.

לפי החלטת הממשלה, הוקמה מועצה אזורית חדשה (אבו בסמה) שתפקידה לקדם פיתוח של ישובי קבע נוספים במגזר הבדואי, כיעד לספק לכל התושבים הבדואים בנגב את השירותים המוניציפאליים הנדרשים על מנת לקדם את רווחתם ובריאותם.

תכנון וניהול נכון של ישובי הקבע של האוכלוסייה הבדואית בנגב יתרמו רבות לשיפור מצב בריאותה ורווחתה של כלל אוכלוסיית הבדואים בנגב ושל אוכלוסיית הילדים הבדואים בנגב בפרט, ומכאן חשיבותו הרבה של דוח זה.

מטרת הדוח הנוכחי הינה לסכם מידע שנאסף על ידי עובדי לשכת הבריאות המחוזית, מחוז דרום של משרד הבריאות אודות מצב בריאותה של אוכלוסיית הילדים הבדואים בנגב. מידע זה יכול להצביע על שוני בין בריאותם של ילדים בדואים הגרים ביישובי קבע לבין מצב בריאותם של ילדים בדואים הגרים בכפרים בלתי מוכרים. באמצעות מידע חשוב זה ניתן יהיה לתכנן שירותים ותוכניות התערבות לקידום בריאות אוכלוסיית הילדים הבדואים בנגב.

ד"ר אילנה בלמקר

רופאת מחוז הדרום, באר-שבע

מחברת ראשית

דצמבר 2008

פרק 1: שיטות, הגדרות ומקורות מידע

השנה האחרונה עברה קיימים נתונים מלאים.

ג. קובץ לידות של משרד הפנים:

זהו קובץ שנשלח ממשרד הפנים ללשכת הבריאות. הקובץ מכיל נתונים על תאריך הלידה, מין, כתובת מגורים ומשקל הלידה של כל תינוק שנולד במחוז דרום.

2. דוח משרד הפנים על האוכלוסייה הבדואית במחוז דרום מ-30 באפריל 2005, משרד הפנים, מחוז הדרום.

3. מאגר מחלות זיהומיות מחייבות הודעה: זהו מאגר נתונים שכולל דיווח ללשכת הבריאות המחוזית - מחוז הדרום על מחלות מדבקות מחייבות הודעה. על פי תקנות בריאות העם, רופאים ומעבדות מחויבים לדווח על מקרים של מחלות מדבקות מחייבות הודעה על פי רשימה שמופיעה בתקנות.

4. דוחות תמותת תינוקות של לשכת הבריאות המחוזית - מחוז דרום בשנים 2006-1990: דוחות לשכת הבריאות המחוזית - מחוז הדרום מבוססים על הודעות פטירה, רשומה בריאותית וחקירות סיבות המוות של התינוקות שנפטרו.

5. דוחות לאומיים על מומים מולדים ומחלות תורשתיות בישראל בשנים 2005-2001, המחלקה לאם לילד ולמתבגר, שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות.

מטרתו של פרסום זה היא לספק מידע על מצב בריאותם של הילדים הבדואים המתגוררים בנגב. מידע זה מבוסס על נתונים עדכניים ממספר מקורות מידע. להלן פירוט המקורות.

1. מאגר מידע ממוחשב של לשכת הבריאות - מחוז דרום:

מאגר מידע זה הוקם בלשכת הבריאות - מחוז דרום בשנת 1995, והוא כולל מידע שנאסף ממקורות המידע הבאים:

א. קובץ ראיונות עם יולדות:

קובץ זה מכיל נתונים שנאספו באמצעות ראיונות אישיים של יולדות בדואיות במרכז הרפואי סורוקה סמוך ללידה. הראיונות בוצעו על ידי מראיינת דוברת השפה הערבית. הנתונים כוללים מידע על גיל, שנות לימוד, תעסוקה של ההורים ותיאור מדויק של מקום המגורים. התיאור המדויק של מקום המגורים חשוב במיוחד עבור המשפחות הגרות בכפרים הבלתי מוכרים.

ב. מידע מהתחנות לבריאות המשפחה (טיפות חלב):

למאגר המידע הממוחשב של לשכת הבריאות במחוז הדרום מגיעים דיווחים מהתחנות לבריאות המשפחה (טיפות חלב) במחוז. המידע כולל דיווח על כל מנת חיסון שניתנה לכל תינוק בדואי בקבוצת הגיל 0-5 שנים. בפרסום זה נעשה שימוש בנתונים על ילידי השנים 1995 עד 2004,

כיסוי חיסונים

כיסוי חיסונים הוגדר בשני אופנים:

1. כיסוי של חיסון אחד מכלל החיסונים המופיעים בלוח החיסונים השגרתיים בגיל הילדות של משרד הבריאות - אחוז הילדים שקיבלו כל המנות המומלצות של אותו סוג החיסון בהתאם לגיל ושנתון לידה (נספחים א' - ג').
2. כיסוי חיסונים מלא - אחוז הילדים שקיבלו כל המנות המומלצות של כל החיסונים המומלצים על ידי משרד הבריאות בהתאם לגיל ולשנתון לידה (נספחים א' - ג').

הפרעות גדילה

הפרעות גדילה הוגדרו על פי מדדי הגדילה (משקל וגובה) שנערכו לילדים. עבור כל ילד נעשה חישוב של התפלגות סטנדרטית (Z-scores) של מדדי הגדילה ביחס לאוכלוסיית הייחוס (1). נעשה חישוב של Z-scores עבור גובה לפי גיל ועבור ומשקל לפי גובה לכל מין לחוד. לתינוקות מתחת לגיל שנתיים הגובה נמדד על ידי אורך התינוק בשכיבה. עבור תלמידי כיתות א' ו-ב' נעשה חישוב של אחוזון אינדקס מסת גוף (BMI) לפי גיל ומין. החישובים נעשו ביחס להתפלגות סטנדרטית של אוכלוסיית הייחוס (1).

6. סקרי גדילה וחסרים תזונתיים: מקורות

המידע על נתוני גדילה וחסרים תזונתיים הם מחקרים שבוצעו על ידי חוקרי אוניברסיטת בן גוריון בשיתוף פעולה עם צוות לשכת הבריאות המחוזית - מחוז הדרום.

7. סקר הנקה מחוזי: הסקר בוצע בשנת

2006 במחוז דרום בקרב אימהות של תינוקות הרשומים בתחנות לבריאות המשפחה המנוהלות על ידי לשכת הבריאות מחוז דרום.

8. שנתונים סטטיסטיים לישראל בשנים

2007-2001, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

הגדרות

גודל האוכלוסייה הבדואית

מספר המוסלמים שגרים במחוז הדרום, כפי שמופיע בשנתונים הסטטיסטיים לישראל, שימש כמדד לגודל האוכלוסייה הבדואית בנגב היות ואין ישובים מוסלמים באזור הדרום מלבד היישובים הבדואים.

סוג היישוב

הגדרת סוג היישוב (ישובי קבע וכפרים בלתי מוכרים) נעשתה לפי מאגר המידע הממוחשב של לשכת הבריאות המחוזית - מחוז הדרום.

תמותת תינוקות

תמותת תינוקות הוגדרה כמספר הפטירות של תינוקות בדואים עד גיל שנה ל- 1,000 לידות חי באותה שנה. יש לציין כי בפרסום זה מוצגים שיעורי תמותת תינוקות שנתיים ולא תלת שנתיים כפי שפורסם בשנתון הסטטיסטי לישראל.

בקרב ילדים עד גיל 5 שנים הפרעות גדילה
הוגדרו כדלקמן:

1. גובה נמוך לגיל (stunting):

ערכי Z-scores של גובה לפי גיל נמוכים
בשתי סטיות תקן מהממוצע של אוכלוסיית
הייחוס.

2. משקל נמוך לגובה (wasting):

ערכי Z-scores של משקל לפי גובה
נמוכים בשתי סטיות תקן מהממוצע של
אוכלוסיית הייחוס.

בקרב תלמידי כיתות א' ו-ב' הפרעות גדילה
הוגדרו כדלקמן:

1. משקל נמוך - מתחת לאחוזון החמישי של
BMI לפי גיל ומין בהשוואה לאוכלוסיית
הייחוס.

2. משקל יתר - מעל האחוזון ה-95 של BMI
לפי גיל ומין בהשוואה לאוכלוסיית הייחוס.

3. חוסר גובה (stunting)- גובה נמוך לגיל:
ערכי Z-scores של גובה לפי גיל נמוכים
בשתי סטיות תקן מהממוצע של אוכלוסיית
הייחוס.

פרק 2: האוכלוסייה הבדואית בנגב

2.1 גודל האוכלוסייה והתפלגותה לפי ישוב

ביישובי קבע (כ-61% מכלל האוכלוסייה הבדואית בנגב) (טבלה 1). מספרים אלה מהווים אומדן בלבד, זאת לאור היעדר כתובת רשמית עבור אלה שגרים בכפרים הבלתי מוכרים ועקב קושי בהשגת מידע מדויק על מקום המגורים בפועל, שכן חלק מהתושבים הבדואים שגרים בכפרים הבלתי המוכרים מדווחים כי הם מתגוררים באחד מיישובי הקבע ולהפך.

הנגב משתרע על פני 21,000 קמ"ר ומהווה כ-60% משטחה של מדינת ישראל. לפי דוח של משרד הפנים על האוכלוסייה במחוז הדרום (2), נכון ל-30 באפריל 2005 התגוררו בנגב 155,592 תושבים בדואים שהיוו כ-25% מכלל אוכלוסיית הנגב. מקרב הבדואים המתגוררים בנגב - 60,250 תושבים גרים בכפרים בלתי מוכרים (כ-39% מכלל האוכלוסייה הבדואית בנגב) ו-95,342 גרים

טבלה 1: התפלגות האוכלוסייה הבדואית בנגב לפי ישוב, אפריל 2005

ישוב	שנת קבלת המעמד כמועצה מקומית (3)	מספר תושבים (2)
העיר רהט	1980 (קיבלה מעמד עירייה בשנת 1994)	40,258
מועצות מקומיות:		
חורה	1996	8,086
כסייפה	1996	10,367
לקייה	1996	7,844
ערערה בנגב	1996	10,306
שגב שלום	1996	5,794
תל שבע	1984	12,687
כפרים בלתי מוכרים		60,250
סה"כ תושבים בדואים בנגב		155,592

הוקם בשנת 1968. ישוב זה קיבל מעמד של מועצה מקומית בשנת 1984. מאז נוספו 6 ישובים: רהט, לקייה, חורה, כסייפה, שגב שלום וערערה בנגב. היישוב רהט קיבל מעמד של עירייה בשנת 1994.

האוכלוסייה הבדואית בנגב נמצאת במעבר מאורח חיים של נוודות למחצה לחיים ביישובי קבע בעלי אורח חיים עירוני. על פי נתונים של השנתון הסטטיסטי לבדואים בנגב (3), היישוב הבדואי הראשון שנוסד הוא תל שבע, אשר

נעשה תוך שימוש בתנורים של גז ו/או מדורות פתוחות. התברואה הסביבתית ירודה, ללא סילוק שפכים מרכזי, ללא בורות ספיגה וללא פינוי אשפה סדיר. אין דרכים סלולות ואין חיבורים לרשת טלפונים קוויים.

2.2 גודל אוכלוסיית הילדים הבדואים

בנגב

בסוף שנת 2005 נמצא כי אחוז הילדים עד גיל 17 שנים הוא 60.5% מכלל האוכלוסייה הבדואית בנגב. 60% מאוכלוסיית ישובי הקבע ו-61% מאוכלוסיית הכפרים הבלתי מוכרים הינם ילדים עד גיל 17 שנה. אחוז הילדים עד גיל 9 שנים ביישובי קבע הוא 39.3% ובכפרים הבלתי מוכרים- 41.2% (4). בטבלה 2 מוצג פירוט של קבוצות הגיל השונות עד גיל 17 שנים ביישובים הבדואים במחוז הדרום, נכון לסוף שנת 2005 עבור ישובי הקבע ונכון וליוני 2006 עבור הכפרים הבלתי מוכרים. אחוז הילדים עד גיל 17 שנים בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב גבוה בהרבה מהאחוז המקביל בכלל האוכלוסייה בישראל (33.3%) ובהשוואה לאוכלוסייה המוסלמית בישראל (48.8%) (4).

בשנים האחרונות גובשה תוכנית ממשלתית להקמת ישובי קבע נוספים לאוכלוסייה הבדואית בנגב. כחלק מיישום תוכנית זו, הוקמה בשנת 2004 המועצה האזורית אבו-בסמה ליישובי הבדואים החדשים בנגב. המועצה האזורית החדשה כוללת תשעה ישובים: אבו קרינאת, אום בטין, אל-סייד, ביר הדאג', דריג'את, מולדה, מכחול, קסר א-סר ותראבין אל-סאנע. ישובים אלה נמצאים בשלבי הקמה שונים.

האוכלוסייה בכפרים הבלתי מוכרים מתגוררת במבנים טרומיים, צריפים ו/או אוהלים, ללא אספקה סדירה של מים או של חשמל. מקור מי השתייה בכפרים הבלתי מוכרים הוא מנקודות האספקה של חברת "מקורות". אספקת מי השתייה עד הבית מתבצעת באמצעות צינור פלסטיק המחובר לקו מי שתייה של חברת מקורות ו/או על ידי הובלה במיכלים. חלק ממשקי הבית אינם מחוברים כלל לחשמל וחלקם האחר משתמש בגנרטורים שלעיתים מופעלים רק מספר שעות ביממה. חימום הבית בחורף מתבצע בעיקר באמצעות שימוש במדורות פתוחות. הבישול

טבלה 2: מספר הילדים הבדואים לפי קבוצות גיל וחלקם בתוך כלל האוכלוסייה ביישובים

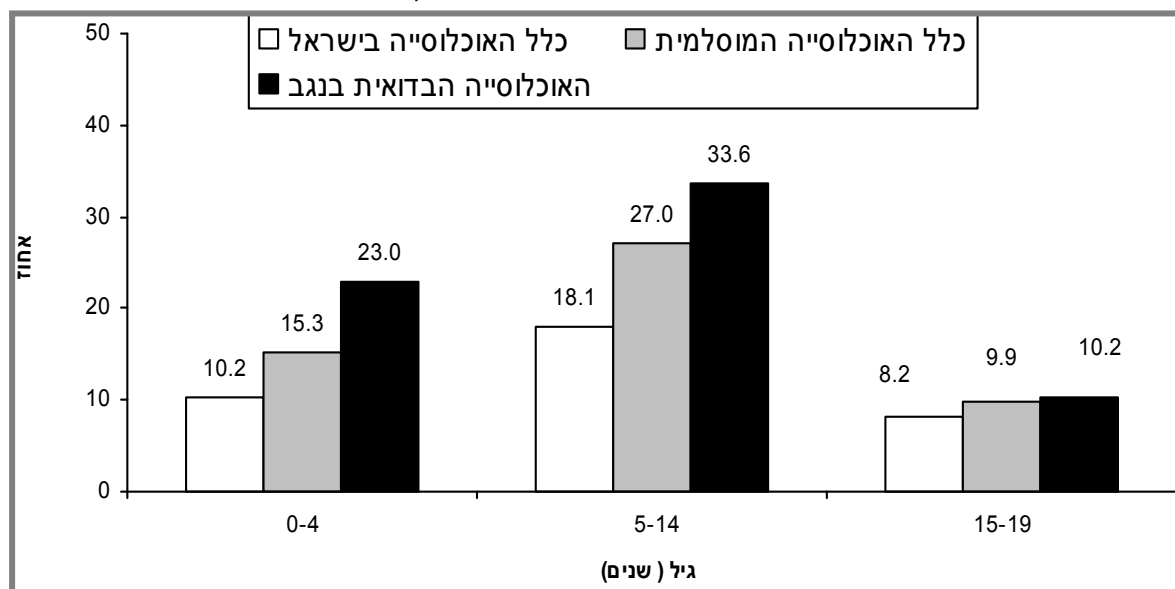
הבדואים השונים, סוף 2005

אחוז הילדים בני 0-17 שנים מכלל האוכלוסייה ביישוב	קבוצות גיל בשנים				ישוב
	17-15	14-10	9-5	4-0	
61.4	2,600	5,600	7,400	8,300	העיר רהט
57.6	600	1,200	1,600	2,000	חורה
60.0	600	1,400	1,800	2,200	כסייפה
53.7	500	900	1,200	1,700	לקייה
59.8	900	2,000	2,000	2,300	ערערה בנגב
59.7	400	900	1,100	1,300	שגב שלום
62.2	900	1,800	2,400	3,000	תל שבע
61.0	5,215	12,287	16,707	19,712	כפרים בלתי מוכרים

בתרשים 1 מוצגת התפלגות האוכלוסייה הבדואית לפי קבוצות גיל בהשוואה לכלל האוכלוסייה בישראל ולכלל האוכלוסייה המוסלמית בישראל בשנת 2006. חציון הגיל המוסלמית בישראל הוא 12.7 שנים לעומת 18.7 שנים בכלל האוכלוסייה המוסלמית בישראל ו-28.6 שנים בכלל האוכלוסייה בישראל (5).

תרשים 1: התפלגות האוכלוסייה הבדואית לפי קבוצות גיל בהשוואה לכלל האוכלוסייה בישראל

ולכלל האוכלוסייה המוסלמית בישראל, 2006



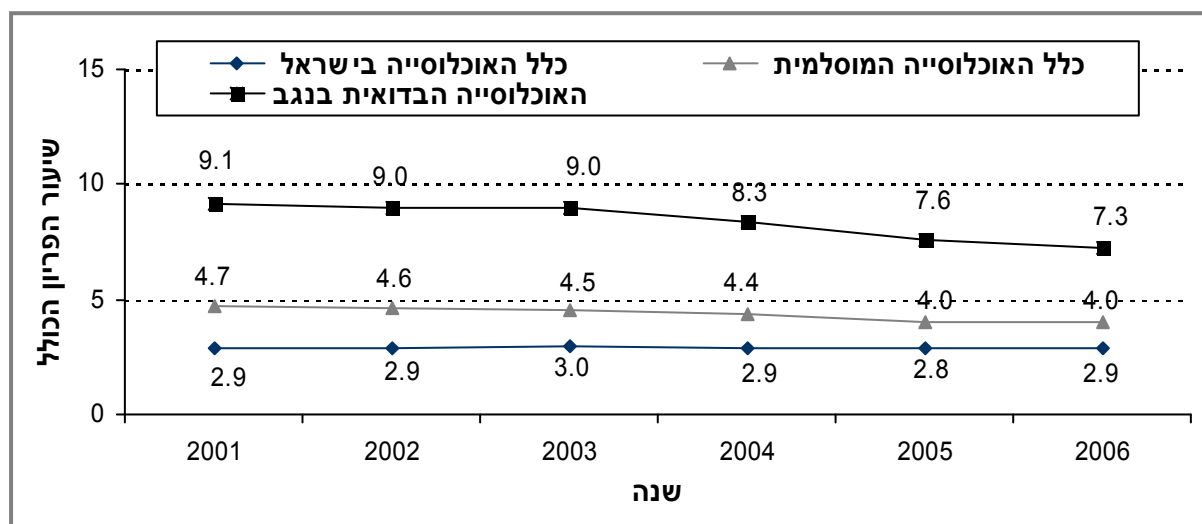
פרק 3: מאפיינים דמוגרפיים

3.1 פריון

בישראל, בהתאמה. בשנים 2006-2001 נצפתה מגמת ירידה בשיעור הפריון הכולל באוכלוסייה הבדואית בנגב. מגמה דומה נצפתה בקרב כלל האוכלוסייה המוסלמית בישראל (5-10) (תרשים 2).

על פי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנת 2006 שיעור הפריון הכולל (שמוגדר כמספר הילדים הממוצע הצפוי שאישה תלד בימי חייה) בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב היה 7.3 בהשוואה ל-4.0 ול-2.9 בכלל האוכלוסייה המוסלמית בישראל ובכלל האוכלוסייה

תרשים 2: שיעור הפריון הכולל בכלל האוכלוסייה, באוכלוסייה המוסלמית בישראל ובאוכלוסייה הבדואית בנגב, 2006-2001

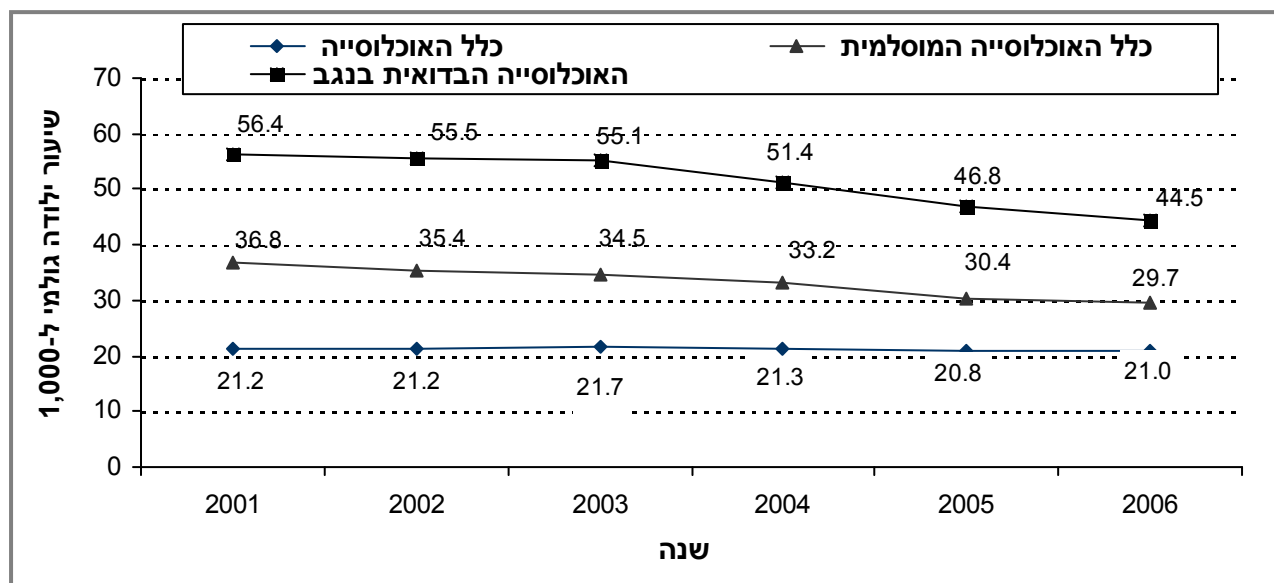


3.2 שיעור ילודה גולמי

איש בשנת 2001 ל-44.5 ל-1,000 איש בשנת 2006. באותה תקופה נצפתה ירידה גם בשיעור הילודה הגולמי בכלל האוכלוסייה המוסלמית בישראל מ-36.8 ל-29.7 ל-1,000 איש. בכלל באוכלוסייה בישראל השיעורים היו יציבים (תרשים 3).

שיעור ילודה גולמי מוגדר כסך לידות חי חלקי גודל האוכלוסייה הקבועה הממוצעת באותה שנה. לפי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (5-10), בשנים 2006-2001 נצפתה מגמת ירידה בשיעור הילודה הגולמי בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב מ-56.4 ל-1,000

תרשים 3: שיעור ילודה גולמי בכלל האוכלוסייה בישראל, בכלל האוכלוסייה המוסלמית בישראל ובאוכלוסייה הבדואית בנגב, 2006-2001

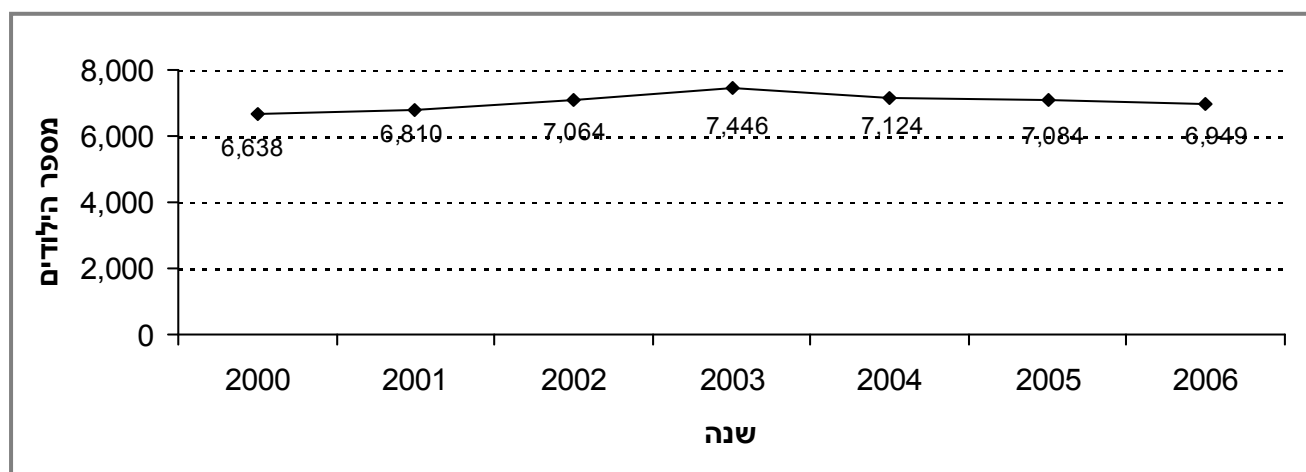


3.3 מספר הילודים הבדואים במחוז הדרום

ירידה קלה, כך שבשנת 2006 נולדו 6,949 ילודים בדואים בדרום (11) (תרשים 4).

בשנים 2003-2000 נצפתה מגמת עלייה מתמשכת במספר הילודים הבדואים במחוז הדרום מ-6,638 ל-7,446. משנת 2003 חלה

תרשים 4: מספר הילודים הבדואים במחוז הדרום, 2006-2000



3.4 ילודים בדואים בנגב לפי סוג היישוב

בשנת 2004 נולדו במחוז הדרום 7,124 ילודים בדואים, מתוכם 52% זכרים ו-48% נקבות. 3,821 (53.6%) ילודים נולדו להורים מיישובי קבע ו-3,303 (46.4%) נולדו להורים מהכפרים הבלתי מוכרים (11) (טבלה 3).

טבלה 3: התפלגות הילודים הבדואים בנגב לפי סוג היישוב, 2004

סוג היישוב	מספר הילודים (%)
ישובי קבע	3,821 (53.6)
כפרים בלתי מוכרים	3,303 (46.4)
סה"כ ילודים בדואים	7,124 (100)

עד שנת 2002, מספר הילודים בכפרים הבלתי מוכרים עלה על מספר הילודים ביישובי הקבע. משנת 2003 עלה לראשונה מספר הילודים הבדואים ביישובי הקבע על מספר הילודים בכפרים הבלתי מוכרים (11) (תרשים 5).

תרשים 5: מגמות בהתפלגות הילודים הבדואים במחוז הדרום לפי סוג היישוב, 2000-2005



3.5 גיל האם בעת הלידה

גיל האם הממוצע של הילודים הבדואים בנגב, ילידי שנת 2004, היה 27.8 שנה ($5.9 \pm$). ממוצע גיל האם היה דומה בין הילודים הבדואים הגרים ביישובי הקבע לזה של ילודים הגרים בכפרים הבלתי מוכרים: 27.7 שנה ($5.9 \pm$) ו-27.9 שנה ($5.9 \pm$), בהתאמה (11). מקרב הילודים הבדואים שנולדו במחוז הדרום, 5.0% נולדו לאימהות מתחת לגיל 20 שנים. אחוז זה גבוה בהשוואה לאחוז המקביל בכלל האוכלוסייה בישראל (2.9%) ונמוך בהשוואה לכלל האוכלוסייה המוסלמית בישראל (7.5%) (9) (טבלה 4). 91.4% מהילודים הבדואים ב-2004 נולדו לאימהות בנות 20-39 שנים ו-3.6% נולדו לאימהות בנות 40 שנה ומעלה (11). אחוז האימהות שילדו בגיל 40 שנים ומעלה באוכלוסייה הבדואית בנגב היה גבוה מהאחוז הנצפה בכלל האוכלוסייה בישראל (3.4%) וגבוה בהשוואה לכלל האוכלוסייה המוסלמית בישראל (2.2%) (9) (טבלה 4).

טבלה 4: אחוז היוולדות הצעירות והמבוגרות באוכלוסייה הבדואית בנגב בהשוואה לכלל האוכלוסייה ולכלל האוכלוסייה המוסלמית בישראל, 2004

לידות חי בקרב אימהות בגיל +40 שנה בלידה		לידות חי בקרב אימהות מתחת לגיל 20 בלידה		לידות חי*	
% מסך הילודים	מספר	% מסך הילודים	מספר		
3.4	4969	2.9	4,248	145,207	כלל האוכלוסייה בישראל
2.2	801	7.5	2,710	36,238	כלל האוכלוסייה המוסלמית בישראל
3.6	252	5.0	359	7,095	האוכלוסייה הבדואית בנגב

* לידות חי שיש לגביהן רישום של גיל האם

3.5.1 גיל האם לפי סוג היישוב

אחוז הילודים הבדואים שנולדו לאימהות מתחת לגיל 20 שנה בלידה היה גבוה ביישובי קבע לעומת הכפרים הבלתי מוכרים: 5.6% ו-4.4%, בהתאמה (11). הבדל זה היה מובהק סטטיסטית ($p=0.044$) (טבלה 5). לא נמצא הבדל בין יישובי הקבע והכפרים הבלתי מוכרים באחוז הילודים שנולדו לאימהות צעיר מאוד (מתחת לגיל 18 שנה). לא נמצא הבדל באחוז לידות החי בקרב יולדות בנות 40 שנה ומעלה בין יישובי הקבע והכפרים הבלתי מוכרים: 3.5% ו-3.6%, בהתאמה (11) (טבלה 5).

טבלה 5: גיל האם לפי סוג היישוב, ילידי שנת 2004

סוג היישוב	סה"כ ילודים	גיל האם בלידה (בשנים)	מספר הילודים	% מסך הילודים
ישובי קבע	3,804	20 >	212	5.6
		39-20	3,457	90.9
		40 ≤	135	3.5
כפרים בלתי מוכרים	3,291	20 >	147	4.4
		39-20	3,027	92.0
		40 ≤	79	3.6
סה"כ	7,095	20 >	359	5.0
		39-20	6,484	91.4
		40 ≤	252	3.6

3.6 השכלת הורים

3.6.1 השכלת האם

44.7% מהאימהות היו בעלות השכלה יסודית או לא למדו כלל (6-0 שנים), 50.3% סיימו 12-7 שנות לימוד ורק 5% היו בעלות השכלה על-תיכונית (11) (טבלה 6).

טבלה 6: השכלת האם של ילודים בדואים, שנת 2004

השכלה	מספר	אחוז
השכלה יסודית או ללא כל השכלה (6-0 שנות לימוד)	3,188	44.7
חטיבת ביניים ותיכון (12-7 שנות לימוד)	3,585	50.3
לימודים על תיכוניים (מעל 12 שנים)	351	5.0
סה"כ	7,124	100

השכלת האם לפי סוג היישוב

כשליש מהילודים הבדואים ביישובי קבע נולדו לאימהות בעלות השכלה יסודית או כאלה שלא למדו כלל (0-6 שנות לימוד), זאת לעומת מעל מחצית מהילודים מהכפרים הבלתי מוכרים. הבדל זה היה מובהק סטטיסטית ($p < 0.001$). 7.3% מהילודים הבדואים מיישובי הקבע ו-2.2% מהכפרים הבלתי מוכרים נולדו לאימהות בעלות השכלה על תיכונית (11) (טבלה 7).

טבלה 7: השכלת האם בקרב ילידי שנת 2004, לפי סוג היישוב

סוג היישוב	סה"כ ילודים	רמות השכלה	מספר הילודים	% הילודים
ישובי קבע	3,821	השכלה יסודית או ללא כל השכלה (0-6 שנים)	1,287	33.7
		חטיבת ביניים ותיכון (7-12 שנים)	2,257	59.0
		השכלה על תיכונית (>12 שנים)	277	7.3
כפרים בלתי מוכרים	3,303	השכלה יסודית או ללא כל השכלה (0-6 שנים)	1,901	57.6
		חטיבת ביניים ותיכון (7-12 שנים)	1,328	40.2
		לימודים על תיכוניים (>12 שנים)	74	2.2

3.6.2 השכלת האב

כשליש (34.1%) מהאבות לילודים הבדואים הם בעלי השכלה של 0-6 שנות לימוד, 60.5% הינם בעלי השכלה של 7-12 שנות לימוד ו-5.4% מהאבות הם בעלי השכלה על-תיכונית (11) (טבלה 8).

טבלה 8: השכלת האב של ילודים בדואים ילידי שנת 2004

השכלה	מספר הילודים	% הילודים
השכלה יסודית או ללא כל השכלה (0-6 שנים)	2,429	34.1
חטיבת ביניים ותיכון (7-12 שנים)	4,310	60.5
השכלה על-תיכונית (<12 שנים)	385	5.4
סה"כ	7,124	100

השכלת האב לפי סוג היישוב

אחוז האבות של ילודים בדואים ילידי שנת 2004, בעלי 0-6 שנות לימוד, גבוה יותר בכפרים הבלתי מוכרים מאשר ביישובי הקבע. כמו כן, אחוז האבות בעלי השכלה על תיכונית גבוה כמעט פי שניים ביישובי הקבע לעומת הכפרים הבלתי מוכרים. הבדל זה מובהק סטטיסטית (11) (טבלה 9).

טבלה 9: השכלת האב של ילודים בדואים ילידי שנת 2004, לפי סוג היישוב

סוג היישוב	סה"כ ילודים	רמות השכלה	מספר הילודים	% הילודים
ישובי קבע	3,821	השכלה יסודית או ללא כל השכלה (0-6 שנים)	1,182	30.9*
		חטיבת ביניים ותיכון (7-12 שנים)	2,379	62.3
		השכלה על-תיכונית (<12 שנים)	260	6.8*
כפרים בלתי מוכרים	3,303	השכלה יסודית או ללא כל השכלה (0-6 שנים)	1,247	37.7*
		חטיבת ביניים ותיכון (7-12 שנים)	1,931	58.5
		השכלה על-תיכונית (<12 שנים)	125	3.8*

* p<0.001

3.7 עיסוק האם

כ-94% מהאימהות לילודים הבדואים שנולדו בשנת 2004 אינן עובדות מחוץ לבית (עקרות בית). אחוז האימהות העובדות מחוץ לבית היה גבוה בקרב תושבי ישובי הקבע (8.4%) בהשוואה לתושבי הכפרים הבלתי מוכרים (2.4%).

הבדל זה מובהק סטטיסטית ($p < 0.001$) (11) (טבלה 10).

אחוז האימהות העובדות מחוץ לבית עדיין נמוך, הן בקרב נשים מיישובי הקבע והן בקרב נשים מהכפרים הבלתי מוכרים; 8.4% ו-2.4%, בהתאמה (טבלה 10).

טבלה 10: עיסוק האם של ילודים בדואים ילידי 2004 לפי סוג ישוב

סוג היישוב	סה"כ ילודים (7,124)	מספר אימהות עובדות (%)	P
כפרים בלתי מוכרים	3,303	79 (2.4)	<0.001
ישובי קבע	3,821	322 (8.4)	

פרק 4: שירותי רפואה ראשונית לאוכלוסייה הבדואית בנגב

4.1 שירותי רפואה מונעת

טיפת חלב (מט"ח) המשמשת כתחנה לבריאות המשפחה נידת המורכבת על משאית 4x4. בערים באר שבע, דימונה, ירוחם, מצפה רמון וערד נמצאות תחנות לבריאות המשפחה שמספקות שירות לתושבי הכפרים הבלתי מוכרים הסמוכים (טבלה 11). חשוב לציין כי "מכבי שירותי בריאות" מספקת לחלק ממבטחיה מהאוכלוסייה הבדואית גם שירותי רפואה מונעת בתחנות טיפות חלב של הקופה.

נכון לשנת 2007 לשכת הבריאות המחוזית מספקת שירותי רפואה מונעת אישית לנשים בהיריון ולתינוקות וילדים עד גיל 6 שנים. שירותים אלה ניתנים לאוכלוסייה הבדואית בנגב באמצעות 27 תחנות לבריאות המשפחה (תחנות טיפות חלב) המופעלות על ידי משרד הבריאות. 13 תחנות ממוקמות ביישובי קבע ו-8 תחנות ממוקמות בכפרים הבלתי מוכרים. התחנות לבריאות המשפחה ביישובי הקבע משרתות גם את תושבי הכפרים הבלתי מוכרים הסמוכים. בנוסף, פועלת משאית

טבלה 11: פריסת תחנות לבריאות המשפחה המופעלות על ידי משרד הבריאות ומספקות

שירות לאוכלוסייה הבדואית בנגב, 2007

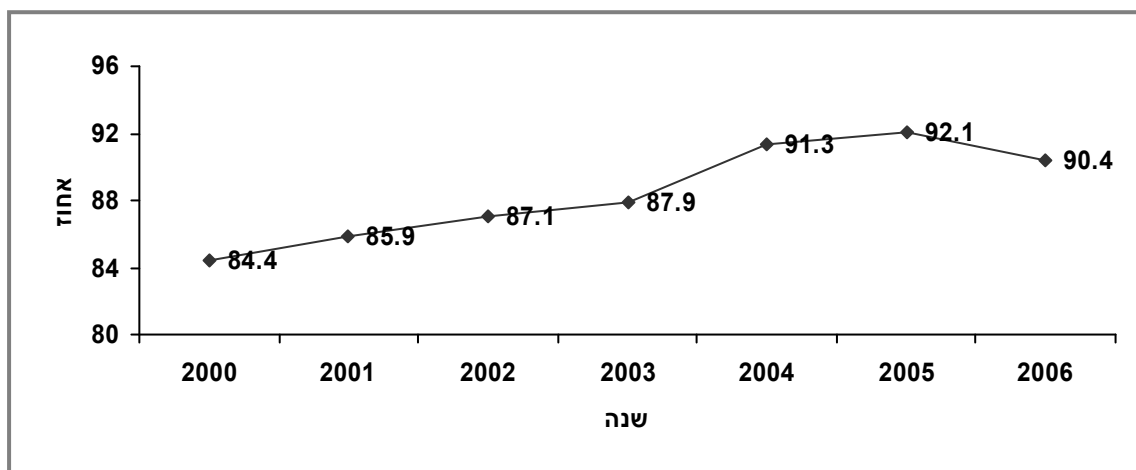
מספר תחנות	שם היישוב	סוג היישוב
4	רהט*	יישובי קבע
2	חורה	
1	כסייפה	
2	לקייה	
2	ערערה	
1	שגב שלום	
1	תל שבע*	
1	אבו קרינאת	כפרים בלתי מוכרים
1	אום בטין	
1	אלעסאם	
1	ביר- הדאג'	
1	דריג'את	
1	ואדי אלנעם	
1	מולדה	
1	קסר א-סר	
1	ניידת מט"ח	
1	באר שבע (אבו רביע)	תחנות נוספות בערי הנגב
1	דימונה א'	
1	ירוחם	
1	מצפה רימון	
1	ערד	
27	סה"כ תחנות במגזר הבדואי בנגב	
* תחנה נוספת בתהליך הקמה		

* תחנה נוספת בתהליך הקמה

מטופלים בתחנות לבריאות המשפחה

נכון לדצמבר 2006, מספר המטופלים הבדואים בתחנות לבריאות המשפחה במחוז הדרום מנה 19,887 משפחות בדואיות, 6,279 תינוקות עד גיל שנה, 32,923 פעוטות (בני 1-5 שנים) ו-3,397 נשים הרות. יש לציין כי 90.4% מהתינוקות הבדואים מטופלים בתחנות לבריאות המשפחה שמופעלות על ידי משרד הבריאות (תרשים 6).

תרשים 6: אחוז התינוקות הבדואים מתחת לגיל שנה המטופלים בתחנות לבריאות המשפחה של משרד הבריאות במחוז הדרום, 2006-2000



מגמות במספר המטופלים בתחנות לבריאות המשפחה

השינוי באחוז המטופלים חושב לפי מספר המטופלים ב-2006 חלקי מספר המטופלים בשנת 2000. מספר התינוקות הבדואים המקבלים שירות בתחנות לבריאות המשפחה המשרתות את האוכלוסייה הבדואית עלה ב-12.1% משנת 2000 עד לשנת 2006. כמו כן, באותה תקופה עלה מספר הפעוטות הרשומים בתחנות לבריאות המשפחה ב-28.6%. נציפת מגמה הפוכה לגבי מספר נשים הרות בדואיות הרשומות בתחנות טיפת חלב המופעלות על ידי משרד הבריאות: מספר הנשים ההרות ירד ב-1.6% משנת 2000 עד לשנת 2006 (טבלה 12).

טבלה 12: מספר המטופלים הבדואים בתחנות לבריאות המשפחה של משרד הבריאות במחוז

הדרום, 2006-2000

מטופלים	שנה	מספר המטופלים	השינוי במספר המטופלים (%)
תינוקות	2000	5,603	12.1%
	2006	6,279	
פעוטות	2000	25,600	28.6%
	2006	32,923	
נשים הרות	2000	3,451	- 1.6%
	2006	3,397	

4.2 מרפאות קהילתיות של קופות החולים

כל ילד בדואי שנולד בארץ נהנה מביטוח בריאות ממלכתי בהתאם לחוק. לרשות הילדים הבדואים, כמו לכל תושבי הארץ, עומד מגוון רב של שירותי בריאות כולל שירותי אשפוז, מכונים, מרפאות מייעצות ומרפאות קהילתיות.

נכון למארכ 2008, האוכלוסייה הבדואית ביישובי הקבע ו/או בכפרים הבלתי מוכרים מקבלת שירות באמצעות המרפאות

הקהילתיות של שירותי בריאות כללית, מכבי וקופת חולים לאומית (טבלה 13). כמו כן, קיימת אפשרות לקבל שירות במרפאות הקופות שאינן נמצאות ביישובי הקבע ו/או בכפרים הבלתי מוכרים (באר-שבע, דימונה, מצפה רמון, ערד, עומר וכדומה). בנוסף, שירותי בריאות כללית מפעילה ניידת 4x4 לצרכי מתן שירות לחולים הבדואים בעלי צרכים מיוחדים.

טבלה 13: פריסת מרפאות קופות חולים ביישובי קבע ובכפרים הבלתי מוכרים בנגב,

מארס 2008*

קופות חולים							
סוג הישוב	ישוב	שירותי בריאות כללית		מכבי שירותי בריאות		לאומית	מאוחדת
		מרפאות	רופאים עצמאיים	מרפאות	רופאים עצמאיים		
עיר רהט	5	4	1	1	3	-	14
חורה	3	1	-	-	2	-	6
כסייפה	1	2	1	1	1	-	5
לקייה	1	-	1	1	1	-	3
ערערה	2	1	1	1	1	-	5
בנגב	1	-	-	-	-	-	1
שגב שלום	1	2	-	-	-	-	3
תל שבע	1	10	4	1	8	0	37
סה"כ ישובי קבע							
אבו קווידר	1	-	-	-	-	-	1
אבו קרינאת	1	-	-	-	-	-	1
אום בטין	1	-	-	-	-	-	1
אל-אמל	1	-	-	-	-	-	1
אל-סייד	1	-	-	-	1	-	2
אל-עסם	1	-	-	-	-	-	1
ביר הדאג'	1	-	-	-	-	-	1
דריג'את	1	-	-	-	-	-	1
כפרים	1	-	-	-	-	-	1
ואדי אל-נעם	1	-	-	-	-	-	1
בלתי מוכרים	1	-	-	-	-	-	1
מולדה	1	-	-	-	-	-	1
עבדה	1	-	-	-	-	-	1
קסר א-סר	1	-	-	-	-	-	1
תראבין אל-סאנע	1	-	-	-	-	-	1
סה"כ כפרים בלתי מוכרים							
סה"כ כללי	27	10	4	1	9	0	51

* קיימת אפשרות לקבל שירות במרפאות הקופות שאינן נמצאות ביישובי הקבע ו/או בכפרים הבלתי מוכרים (באר-שבע, דימונה, מצפה רמון, ערד, עומר וכדומה).

פרק 5: מצב הבריאות של הילדים הבדואים

5.1 משקל לידה

בפרק זה נעשה שימוש בנתונים ממאגר המידע של לשכת הבריאות - מחוז הדרום (12,11). נעשה שימוש בנתונים של ילידי שנת 2004, השנה האחרונה שלגביה קיימים נתונים מלאים ומדויקים. ב-2004 נולדו 7,121 ילודים בדואים, משקלם הממוצע בלידה היה 3,150.8 (± 560.5 גרם). משקל הלידה הממוצע של ילודים בדואים ממין זכר היה 3,203 גרם (± 578 גרם) ושל ילודים ממין נקבה היה 3,098 גרם (± 536 גרם).

הבדל זה מובהק סטטיסטית ($p < 0.001$).
משקל הלידה של ילודים בדואים בנגב לפי סוג היישוב
 נמצא כי ממוצע משקל הלידה של הילודים מיישובי הקבע גבוה מממוצע משקל הלידה של ילודים מהכפרים הבלתי מוכרים. הבדל זה עומד על כ-50 גרם והוא מובהק סטטיסטית (טבלה 14).

טבלה 14: משקל הלידה (בגרמים) של ילודים בדואים ילידי שנת 2004, לפי סוג היישוב

סוג היישוב	מספר הילודים	משקל ממוצע בלידה (בגרמים)	סטטית תקן	P
ישובי קבע	3,820	3,175.8	566.2	0.0002
כפרים בלתי מוכרים	3,301	3,125.7	552.7	

ההבדל במשקל הלידה של הילודים מיישובי הקבע לעומת הילודים מהכפרים הבלתי מוכרים נמצא בבנים ובבנות כאחד. ממוצע משקל הלידה של הילודים הבדואים ממין זכר מיישובי הקבע גבוה ב-42.8 גרם מאשר ממוצע משקל הלידה של הילודים ממין זכר מהכפרים הבלתי מוכרים.

ממוצע משקל הלידה של הילודים ממין נקבה מיישובי הקבע גבוה ב-60.5 גרם בהשוואה לילודים ממין נקבה מהכפרים הבלתי מוכרים. הבדלים אלה מובהקים סטטיסטית בשני המינים (טבלה 15).

טבלה 15: משקל לידה (בגרמים) של ילודים בדואים בנגב ילידי שנת 2004, לפי מין וסוג היישוב

משקל ממוצע בלידה (בגרמים)							
סוג היישוב	בנים			בנות			P
	מספר	ממוצע	סטיית תקן	מספר	ממוצע	סטיית תקן	
ישובי קבע	1,969	3,223.0	584.8	1,851	3,125.7	541.5	0.001
כפרים בלתי מוכרים	1,735	3,180.2	568.9	1,566	3,065.2	527.9	
			0.024				

ילודים במשקל לידה נמוך (משקל לידה נמוך מ-2,500 גרם)

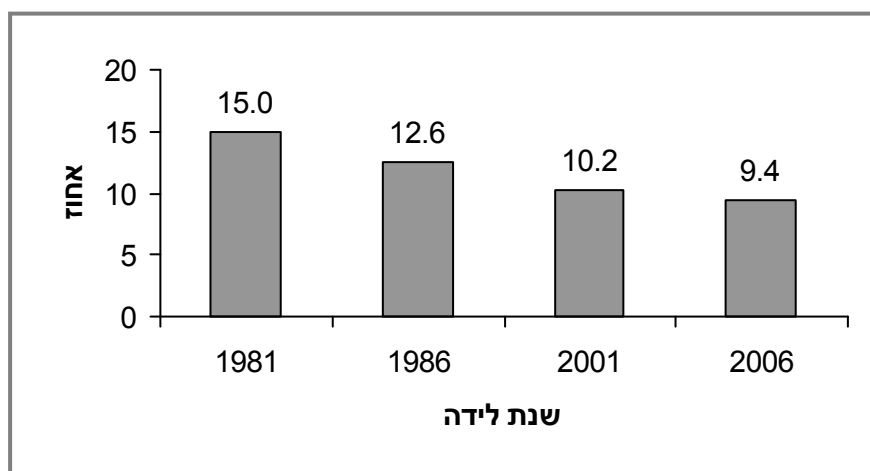
נמצא הבדל מובהק סטטיסטית באחוז הילודים שנולדו בשנת 2004 במשקל לידה נמוך (מתחת ל-2,500 גרם) בקרב הילודים הבדואים בהשוואה לילודי כלל אוכלוסיית ישראל (13,9) (טבלה 16). לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין אחוז הילודים שנולדו במשקל לידה נמוך לפי צורת היישוב (ישובי קבע וכפרים בלתי מוכרים).

טבלה 16: אחוז הילודים שנולדו במשקל לידה נמוך, לפי קבוצת אוכלוסייה, 2004

P	משקל לידה נמוך (פחות מ-2,500 גרם)		מספר הילודים	
	אחוז	מספר		
0.0001	8.2	11,907	145,207	כלל האוכלוסייה בישראל
	9.5	679	7,121	אוכלוסיית הבדואים בנגב

ממחקרים שנערכו במחוז הדרום עולה כי הילודים הבדואים הנולדים במשקל לידה נמוך מתחילת שנות השמונים נרשמה ירידה באחוז מ-2,500 גרם (14,12,11) (תרשים 7).

תרשים 7: אחוז הילודים הבדואים שנולדו במשקל נמוך מ-2,500 גרם לפי שנת לידה



ילודים במשקל לידה נמוך מאוד (פחות מ-1,500 גרם)

נמצא הבדל מובהק סטטיסטית באחוז
הילודים שנולדו בשנת 2004 במשקל לידה
נמוך מאוד (פחות מ-1,500 גרם) בין ילודים
בדואים במחוז דרום לבין ילודים מכלל
אוכלוסיית ישראל (טבלה 17).

טבלה 17: אחוז הילודים שנולדו במשקל לידה נמוך מאוד לפי קבוצת אוכלוסייה, 2004

P	משקל לידה נמוך מאוד (פחות מ- 1,500 גרם)		מספר הילודים	
	אחוז	מספר		
0.01	1.1	1,597	145,207	כלל האוכלוסייה בישראל
	1.4	99	7,121	אוכלוסיית הבדואים בנגב

ילודים במשקל לידה גבוה (מעל 4,000 גרם)

נמצא הבדל מובהק סטטיסטית באחוז
הילודים שנולדו בשנת 2004 במשקל לידה
מעל 4,000 גרם בין ילודים בדואים בנגב לבין
כלל הילודים בישראל (טבלה 18).

טבלה 18: אחוז הילודים שנולדו במשקל לידה גבוה (מעל 4,000 גרם) לפי קבוצת אוכלוסייה, 2004

P	משקל לידה מעל 4,000 גרם		מספר הילודים	סוג היישוב
	אחוז	מספר		
0.0002	5.2	7,598	145,207	כלל האוכלוסייה בישראל
	4.3	303	7,121	אוכלוסיית הבדואים בנגב

השוואת קטגוריות משקל לידה לפי סוג היישוב בקרב ילודים בדואים בנגב

לא נמצא הבדל באחוז הילודים במשקל לידה
נמוך (פחות מ-2,500 גרם) בין ילודים בדואים
מיישובי הקבע לעומת הילודים מהכפרים
הבלתי מוכרים. כמו כן, לא נמצא הבדל באחוז
הילודים במשקל לידה נמוך מאוד (פחות
מ-1,500 גרם) בין שתי הקבוצות. לעומת
זאת, אחוז גבוה יותר של תינוקות במשקל
לידה גבוה (מעל 4,000 גרם) נמצא בקרב
ילודים בדואים תושבי ישובי הקבע (טבלאות
19-21).

טבלה 19: ילודים בדואים במשקל לידה נמוך (פחות מ-2,500 גרם) לפי סוג היישוב, 2004

P	משקל לידה נמוך מ-2,500 גרם		מספר הילודים	סוג היישוב
	אחוז	מספר		
NS*	9.2	350	3,820	ישובי קבע
	10.0	329	3,301	כפרים בלתי מוכרים

* NS- Non Significant

טבלה 20: ילודים בדואים במשקל לידה נמוך מאוד (פחות מ-1,500 גרם) לפי סוג היישוב, 2004

P	משקל לידה נמוך מאוד (נמוך מ-1,500 גרם)		מספר הילודים	סוג היישוב
	אחוז	מספר		
NS*	1.4	52	3,820	ישובי קבע
	1.4	47	3,301	כפרים בלתי מוכרים

* NS- Non Significant

טבלה 21: ילודים בדואים במשקל לידה גבוה (מעל 4,000 גרם) לפי סוג היישוב, 2004

P	משקל לידה גבוה מ-4,000 גרם		מספר הילודים	סוג היישוב
	אחוז	מספר		
0.003	4.9	188	3,820	ישובי קבע
	3.5	115	3,301	כפרים בלתי מוכרים

סיכום הפרק בנושא משקל לידה

1. משקל הלידה הממוצע של הילודים הבדואים מיישובי הקבע גבוה בכ-50 גרם בהשוואה למשקל הלידה של הילודים הבדואים מהכפרים הבלתי מוכרים (3,175.8 לעומת 3,125.7 גרם בממוצע, בהתאמה).
2. אחוז הילודים הבדואים בנגב שנולדו בשנת 2004 במשקל לידה נמוך (פחות מ-2,500 גרם) גבוה יותר בהשוואה לכלל האוכלוסייה בישראל (9.5% לעומת 8.2%, בהתאמה).
3. לא נמצא הבדל מובהק באחוז הילודים שנולדו במשקל לידה נמוך לפי צורת היישוב (יישובי הקבע והכפרים הבלתי מוכרים).
4. לאורך השנים נצפתה ירידה באחוז הילודים הבדואים שנולדו במשקל לידה נמוך: מ-15% בשנות השמונים ל-9.4% ב-2006.
5. אחוז הילודים שנולדו בשנת 2004 במשקל לידה נמוך מאוד (פחות מ-1,500 גרם) גבוה יותר באוכלוסייה הבדואית בנגב בהשוואה לכלל האוכלוסייה בישראל (1.4% לעומת 1.1%, בהתאמה).
6. לא נמצא הבדל מובהק באחוז הילודים שנולדו במשקל לידה נמוך מאוד לפי צורת היישוב (יישובי הקבע והכפרים הבלתי מוכרים).
7. אחוז הילודים הבדואים שנולדו בשנת 2004 במשקל לידה גבוה (מעל 4,000 גרם) נמוך בהשוואה לכלל האוכלוסייה בישראל: 4.3%-ו-5.2%, בהתאמה.
8. אחוז הילודים שנולדו במשקל לידה גבוה בקרב תושבי יישובי הקבע (4.9%) גבוה מזה של תושבי הכפרים הבלתי מוכרים (3.5%).

5.2 תמותת תינוקות

שיעור תמותת תינוקות מחושב כמספר הפטירות שאירעו בקרב תינוקות עד גיל שנה ל-1,000 לידות חי. בתרשים 8 מוצגים נתונים על המגמות בשיעור תמותת תינוקות בדואים בנגב בין השנים 2001 - 2007.

תמותת תינוקות מהווה את אחד ממדדי הבריאות החשובים ביותר להערכת מצב הבריאות של אוכלוסייה, להשוואת מצב בריאות בין תתי קבוצות באותה אוכלוסייה ולהשוואות בין-לאומיות.

תרשים 8: תמותת תינוקות בדואים במחוז הדרום בשנים 2001-2007

(שיעור ל-1,000 לידות חי)



היה גבוה פי 1.5 בהשוואה לכלל האוכלוסייה המוסלמית בישראל ופי 2.8 בהשוואה לכלל האוכלוסייה בישראל (15). בשנת 2007 שיעור תמותת תינוקות ירד במקצת בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב (11.5 ל-1,000 לידות חי).

בשנת 2006 שיעור תמותת התינוקות הבדואים בנגב היה 11.9 ל-1,000 לידות חי לעומת 8.0 בכלל האוכלוסייה המוסלמית בישראל ו-4.3 בכלל האוכלוסייה בישראל (תרשים 9). בשנת 2006 שיעור תמותת תינוקות בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב

תרשים 9: תמותת תינוקות בכלל האוכלוסייה בישראל, בכלל האוכלוסייה המוסלמית בישראל ובאוכלוסייה הבדואית בנגב, 2001-2006 (שיעור ל-1,000 לידות חי)



תמותת תינוקות בקרב הבדואים בנגב לפי סוג היישוב

לא נמצא הבדל עקבי לאורך השנים מ-2001 עד 2005 בשיעורי תמותת תינוקות בדואים לפי סוג היישוב (ישובי הקבע לעומת הכפרים הבלתי מוכרים) (תרשים 10) (16).

תרשים 10: תמותת תינוקות ל-1,000 לידות חי בקרב בדואים במחוז הדרום לפי סוג היישוב, 2001-2005

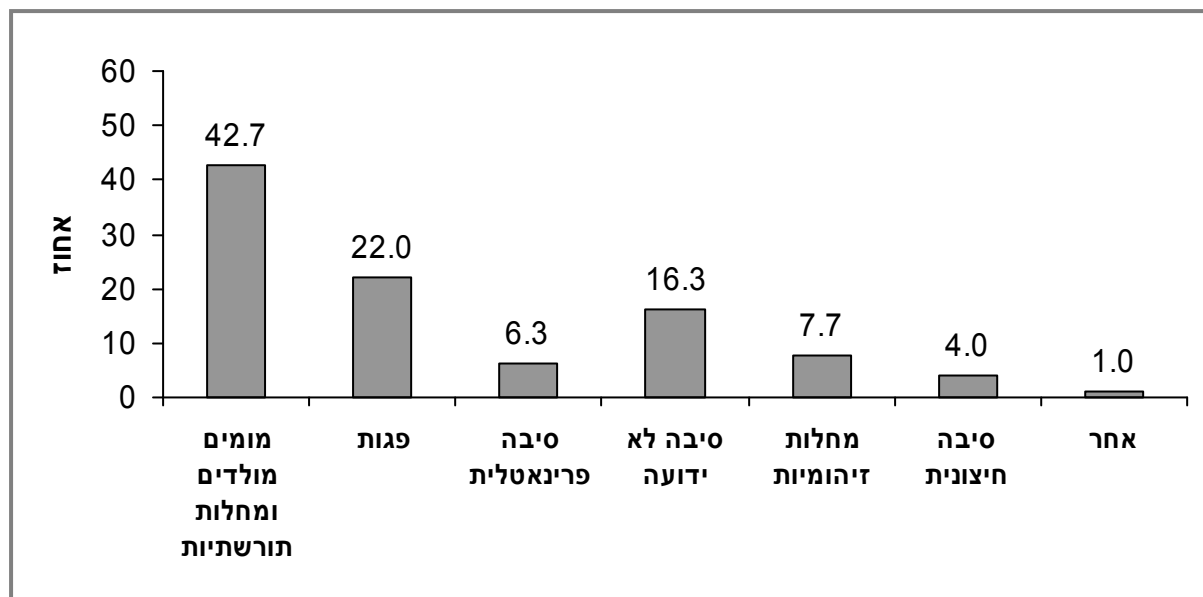


סיבות המוות בקרב תינוקות בדואים

מהפטריות בקרב התינוקות הבדואים נגרמו עקב מומים מולדים ומחלות תורשתיות ו-22.0% עקב פגות (תרשים 11).

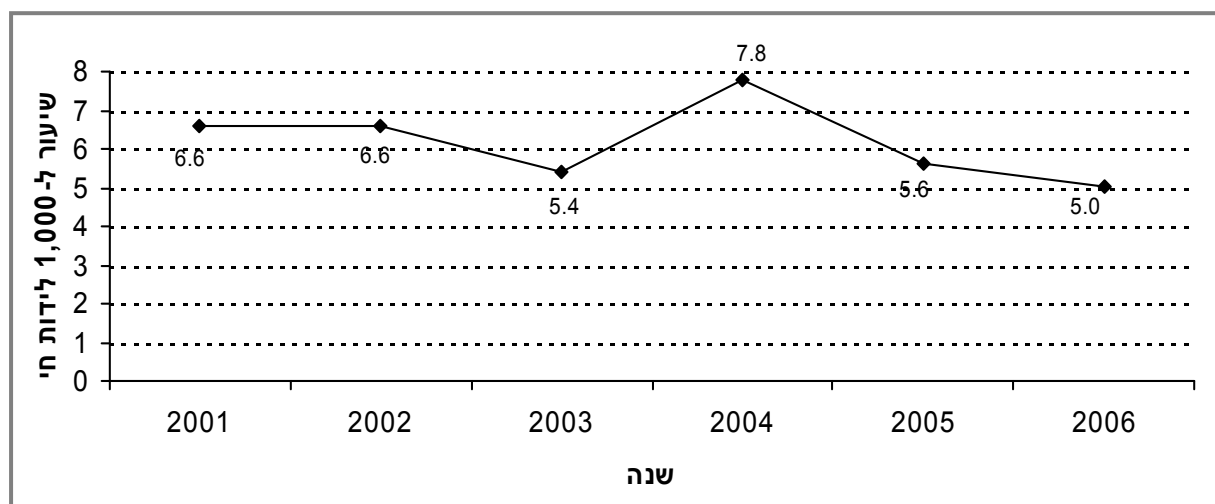
סיבת המוות העיקרית בקרב התינוקות הבדואים בנגב היא מומים מולדים ומחלות תורשתיות. סיבת המוות השנייה בשכיחותה היא פגות (16). בשנים 2004-2006, 42.7%

תרשים 11: סיבות המוות העיקריות בקרב תינוקות בדואים, ממוצע השנים 2004-2006 (אחוזים)



בתרשים 12 מוצגות מגמות בשיעור תמותת התינוקות הבדואים בנגב ממומים מולדים (16). וממחלות תורשתיות בין השנים 2001-2006.

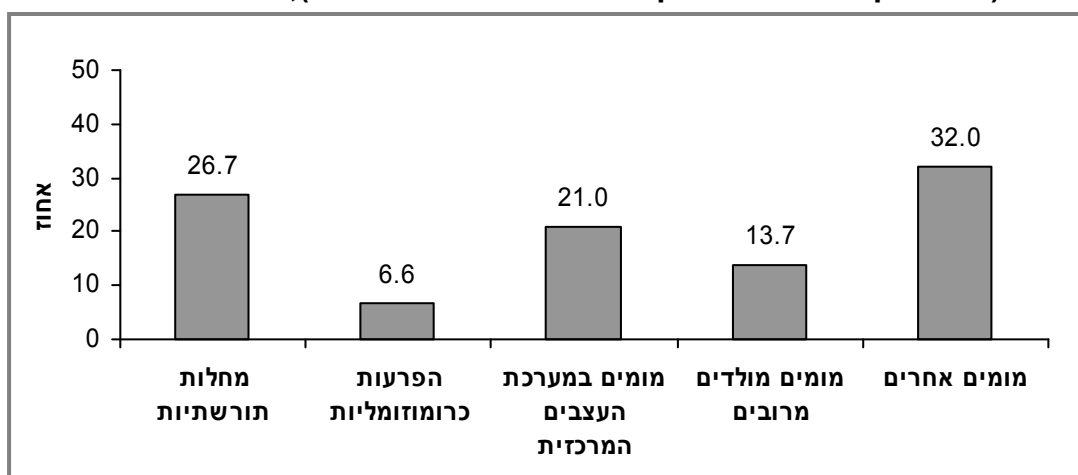
תרשים 12: שיעור תמותת התינוקות הבדואים עקב מומים מולדים ומחלות תורשתיות, 2001-2006 (שיעורים ל-1,000 לידות חי)



מחלות תורשתיות, 21.0% עקב מומים במערכת העצבים המרכזית, 13.7% עקב מומים מולדים מרובים, 6.6% עקב הפרעות כרומוזמליות וכ-32% עקב מומים אחרים.

בתרשים 13 מוצגות קבוצות של מומים מולדים ומחלות תורשתיות שגרמו לפטירת תינוקות בדואים בשנים 2004-2006. בתקופה זו 26.7% מהפטירות אירעו עקב

תרשים 13: קבוצות המומים המולדים שגרמו לפטירת תינוקות בדואים בנגב, (אחוז מסך כל הפטירות עקב מומים ומחלות תורשתיות), 2006-2004



סיכום הפרק בנושא תמותת תינוקות

- סיבת המוות העיקרית בקרב תינוקות בדואים היא מומים מולדים ומחלות תורשתיות.
- משנת 2004 נצפתה מגמת ירידה בשיעורי תמותת התינוקות הבדואים עקב מומים מולדים ומחלות תורשתיות.

- שיעור תמותת התינוקות בקרב הבדואים בנגב גבוה מכל קבוצת אוכלוסייה אחרת בישראל ובשנת 2006 היה 11.9 ל-1,000 לידות חי.
- לא נמצא הבדל עקבי בשיעורי תמותת תינוקות בין ישובי הקבע והכפרים הבלתי מוכרים.

5.3 כיסוי חיסונים

שנים ניתנים החיסונים בבתי הספר היסודיים ובחטיבות הביניים באמצעות שירותי בריאות התלמיד. בפרק זה נעשה שימוש בנתונים ממאגר המידע של לשכת הבריאות מחוז הדרום וקובץ ילודים של משרד הפנים (12,11). בנספחים א' עד ג' מופיעים לוחות של החיסונים השגרתיים הניתנים בגיל הילדות בישראל לפי השנים.

חיסונים הם אמצעי חשוב למניעת היארעות והתפשטות מחלות זיהומיות. תוכנית חיסוני השגרה לתינוקות בישראל נקבעת על ידי משרד הבריאות ומעודכנת מעת לעת. ההמלצות של משרד הבריאות הן להתחיל במתן חיסוני השגרה בסמוך ללידה, בבית החולים בו נולד התינוק. על פי התוכנית, מתן חיסוני השגרה נמשך לכל אורך שנות הגיל הרך בתחנות לבריאות המשפחה. מגיל 6

כיסוי חיסונים עד גיל שנתיים

כיסוי חיסון הוגדר כקבלת כל מנות החיסון המומלצות על ידי משרד הבריאות בהתאם לגיל. נמצא אחוז כיסוי חיסונים גבוה יותר בקרב ילדים מיישובי קבע לעומת ילדים מהכפרים הבלתי מוכרים (טבלה 22).

אחוז כיסוי החיסונים בקרב ילדים בדואים בהגיעם לגיל שנתיים נע בין 95% (חיסון נגד צהבת B) עד 82% (חיסון נגד צהבת A).

טבלה 22: אחוז כיסוי חיסוני השגרה בקרב ילדים בדואים ילידי שנת 2000 בהגיעם לגיל שנתיים, לפי סוג החיסון וסוג היישוב

P	כפרים בלתי מוכרים N=3,150 n (%)	ישובי קבע N=3,489 n (%)	סה"כ N=6,639 n (%)	סוג החיסון (מספר מנות)
< 0.001	2,909 (92)	3,370 (97)	6,279 (95)	(3) HBV
< 0.001	2,525 (80)	3,212 (92)	5,737 (86)	(3) OPV
< 0.001	2,542 (81)	3,196 (92)	5,738 (86)	(3) IPV
< 0.001	2,507 (80)	3,192 (91)	5,699 (86)	(4) DTP
< 0.001	2,511 (80)	3,214 (92)	5,725 (86)	(4) Hib
< 0.001	2,844 (90)	3,340 (96)	6,184 (93)	(1) MMR
< 0.001	2,402 (76)	3,029 (87)	5,431 (82)	(1) HAV

כיסוי חיסונים עד גיל 5 שנים

החיסונים גבוה יותר בקרב ילדי ישובי הקבע לעומת ילדי הכפרים הבלתי מוכרים, וזאת למרות שאחוז כיסוי החיסונים היה גבוה, הן בקרב ילדי ישובי הקבע והן בקרב ילדי הכפרים הבלתי מוכרים (טבלאות 23 ו-24).

בבדיקת אחוז כיסוי חיסונים בקרב כל אוכלוסיית הילדים הבדואים ילידי 1996 בהגיעם לגיל 5 שנים (17) נמצא כי 90.4% מכלל הילדים הבדואים קיבלו את כל המנות של כל סוגי חיסוני השגרה המומלצים על ידי משרד הבריאות. נמצא כי אחוז כיסוי

טבלה 23: אחוז כיסוי חיסוני השגרה בקרב ילדים בדואים ילידי שנת 1996 בהגיעם לגיל 5 שנים, לפי סוג החיסון וסוג היישוב

חיסון מלא (מספר מנות)	סה"כ N=5,390 n (%)	ישובי קבע N=2,793 n (%)	כפרים בלתי מוכרים N=2,597 n (%)	P
HBV (3)	5,221 (96.8)	2,725 (97.6)	2,496 (96.1)	0.001
OPV (3)	5,104 (94.7)	2,693 (96.4)	2,411 (92.8)	< 0.001
IPV (3)	5,097 (94.5)	2,692 (96.4)	2,405 (92.6)	< 0.001
DTP (4)	5,065 (93.9)	2,673 (95.7)	2,392 (92.1)	< 0.001
Hib (3)	4,972 (92.2)	2,650 (94.9)	2,322 (89.4)	< 0.001
MMR (1)	5,206 (96.6)	2,720 (97.4)	2,486 (95.7)	0.001

אחוז כיסוי החיסונים בכל סוגי חיסוני השגרה ובכל מנות החיסון נמצא גבוה יותר ביישובי הקבע לעומת הכפרים הבלתי מוכרים (93.7% לעומת 87%, בהתאמה).
הבדל זה מובהק סטטיסטית (טבלה 24).

טבלה 24: אחוז הילדים הבדואים ילידי שנת 1996 שחוסנו באופן מלא עד גיל 5 שנים

סה"כ N=5,390 n (%)	ישובי קבע N=2,793 n (%)	כפרים בלתי מוכרים N=2,597 n (%)	P
4876 (90.4)	2,617 (93.7)	2259 (87.0)	< 0.001

סיכום הפרק כיסוי חיסונים

1. אחוז כיסוי החיסונים בקרב ילדים בדואים ילידי שנת 2000, בהגיעם לגיל שנתיים, נע בין 82% עד 95%, לפי סוג החיסון.
2. אחוז כיסוי החיסונים בקרב ילידי 1996 באוכלוסייה הבדואית, בהגיעם לגיל 5 שנים, נע בין 92%-97%, לפי סוג החיסון.
3. אחוז כיסוי החיסונים בקרב ילדים בדואים מהכפרים הבלתי מוכרים נמוך לעומת ילדים מיישובי הקבע, עבור כל סוג חיסון ובכל קבוצות הגיל.
4. 90.4% מכלל הילדים הבדואים ילידי 1996 חוסנו באופן מלא עד גיל 5 שנים.
5. 93.2% מכלל הילדים הבדואים ביישובי הקבע ילידי 1996 חוסנו באופן מלא עד גיל 5 שנים, לעומת 87% מכלל ילדי הכפרים הבלתי מוכרים.

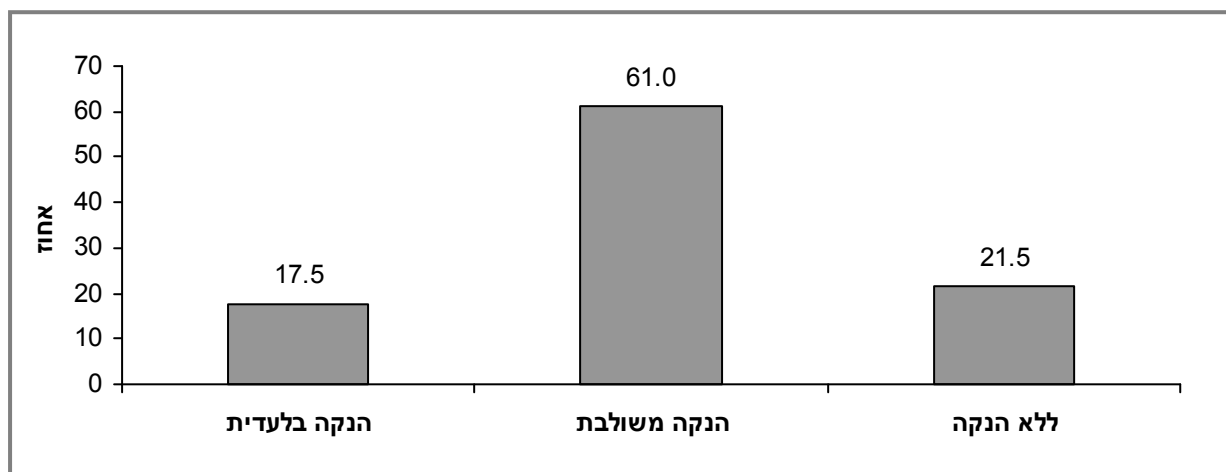
5.4 הנקה, גדילה ומצב תזונתי

5.4.1 הנקה

חלב אם הוא המזון המיטבי לתינוק בשל תרומתו להתפתחות ולגדילה, למניעת מחלות זיהומיות ולקשר אם-תינוק. בהתאם להמלצות ארגון הבריאות העולמי, משרד הבריאות בישראל מעודד הנקה כהזנה בלעדית במשך ששת החודשים הראשונים לחיים והמשך הנקה עם תוספות מזון לאחר מכן. בשנת 2006, בוצע סקר בנושא הנקה במחוז הדרום בקרב האוכלוסייה הבדואית, באמצעות

ריאיון אישי בקרב 2,193 אימהות לתינוקות בתחנות לבריאות המשפחה. ממצאי הסקר מראים כי שיעור ההנקה בגיל 6 חודשים היה 78.5%. כ-17.5% מהאימהות דיווחו על מתן הנקה בלעדית ו-61.4% דיווחו על הנקה משולבת עם תוספות לתינוק (תרשים 14). באותו סקר נמצא כי משך ההנקה הבלעדית היה בממוצע 3.1 חודשים (סטיית תקן 2.7 חודשים).

תרשים 14: אחוזי ההנקה בקרב תינוקות בדואים בני 6 חודשים, סקר הנקה לשכת הבריאות- מחוז הדרום, 2006



5.4.2 גדילה בקרב ילדים בדואים בנגב

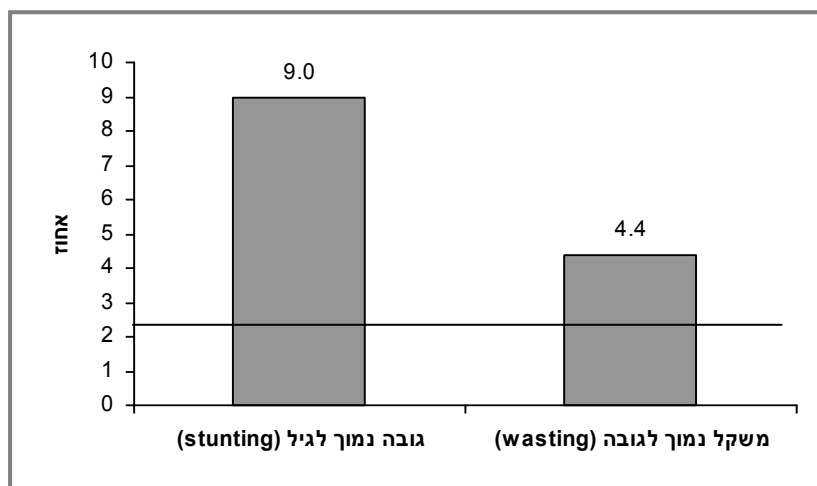
מדדים אנתרופומטריים נמצאים בשימוש נרחב להערכת המצב התזונתי של האוכלוסייה. עיכוב בגדילה מעיד ברוב המקרים על חריגה מתנאי חיים התומכים בגדילה ובהתפתחות תקינים. במסגרת המעקב השגרתי בתחנות לבריאות המשפחה, נבדקת הגדילה של ילדים באמצעות מדדים אנתרופומטריים: אורך/גובה ומשקל. מדדים אלה מושווים לעקומות הגדילה של אוכלוסיית

הייחוס המומלצים לשימוש על ידי המרכזים האמריקניים לבקרת מחלות בשנת 2000. מקובל להשתמש במדדים של אורך/גובה לפי גיל ומשקל לפי אורך/גובה. מדידה שנמצאת כשתי סטיות תקן מתחת לממוצע של אוכלוסיית הייחוס נחשבת להפרעה בגדילה. בין השנים 2001-2002 נערך במחוז הדרום סקר בקרב מדגם שכלל 534 ילדים בדואים מתחת לגיל 5 שנים, הגרים בכפרים הבלתי

ומשקל נמוך לגובה (wasting), ראה פרק שיטות והגדרות. ממצאי הסקר מצביעים על כך ש-9% מהילדים הבדואים סבלו מחוסר גדילה (stunting) ו-4.4% סבלו ממשקל נמוך לגובה (wasting) (תרשים 15) (18).

מוכרים (הגיל הממוצע היה שנה וחצי), שהיו מטופלים בתחנה לבריאות המשפחה של משרד הבריאות (18). במסגרת הסקר נאספו נתונים דמוגרפיים ומדדי גדילה ונלקחו מהילדים דגימות דם. להגדרות מדדי הגדילה: גובה נמוך לגיל (חוסר גדילה - stunting)

תרשים 15: שיעור הפרעות בגדילה בקרב ילדים בדואים מתחת לגיל 5 שנים, 2002-2001



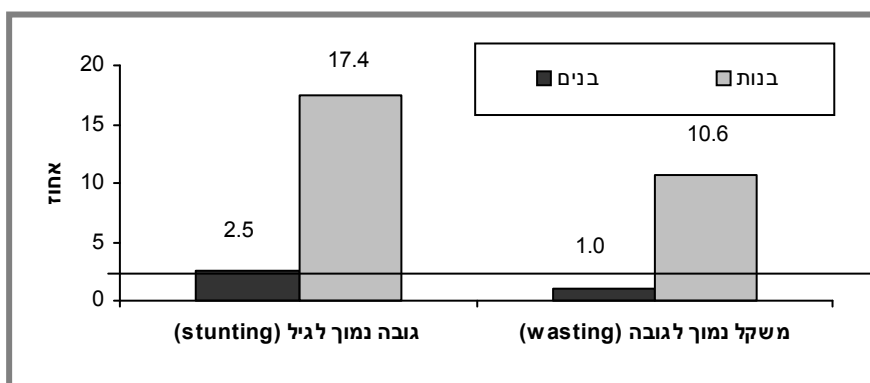
ערך צפוי באוכלוסיית הייחוס - 2.3%

הפרעות בגדילה לפי מין

הבלתי מוכרים. הבדלים אלו היו מובהקים סטטיסטית (תרשים 16) (18). בהקשר זה מן הראוי לציין כי הפרעות בגדילה קיימות רק בקרב בנות ובשיעורים גבוהים למדי.

נמצאה שכיחות גבוהה יותר של חוסר גדילה (stunting) ומשקל נמוך לגובה (wasting) בקרב בנות לעומת בנים מתחת לגיל 5 שנים באוכלוסייה הבדואית בנגב הגרה בכפרים

תרשים 16: הימצאות הפרעות בגדילה לפי מין בקרב ילדים בדואים בנגב מתחת לגיל 5 שנים, 2002-2001



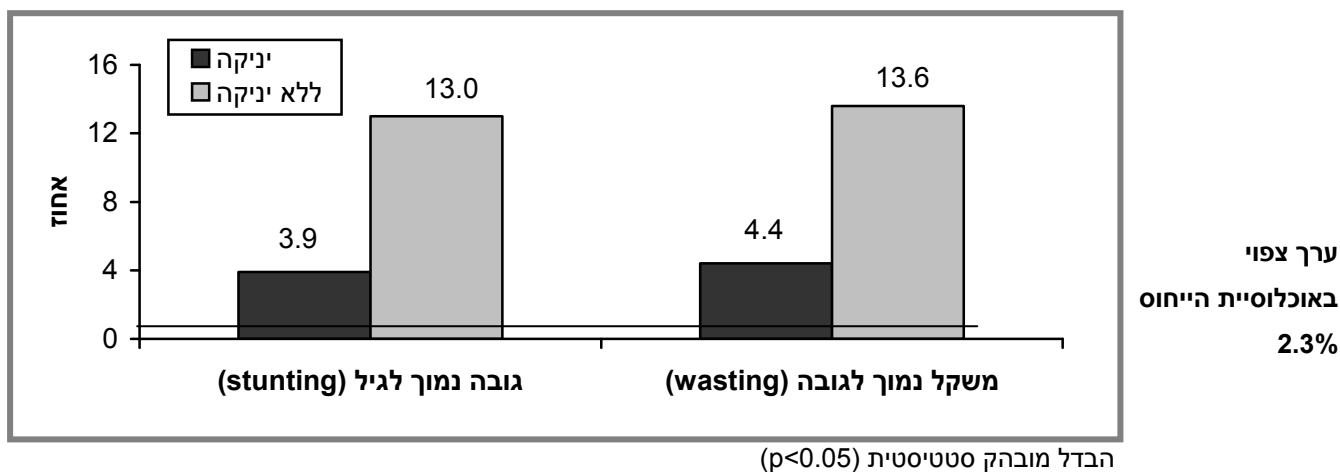
ערך צפוי באוכלוסיית הייחוס - 2.3%

הבדל מובהק סטטיסטית ($p < 0.05$)

הקשר בין יניקה ומצב גדילה

ממצאי המחקר מראים כי יניקה אי פעם במהלך החיים קשורה לשכיחות נמוכה יותר של הפרעות בגדילה (תרשים 17).

תרשים 17: שיעורי הפרעות בגדילה לפי דפוסי יניקה בקרב ילדים בדואים בנגב מתחת לגיל 5 שנים, 2002-2001

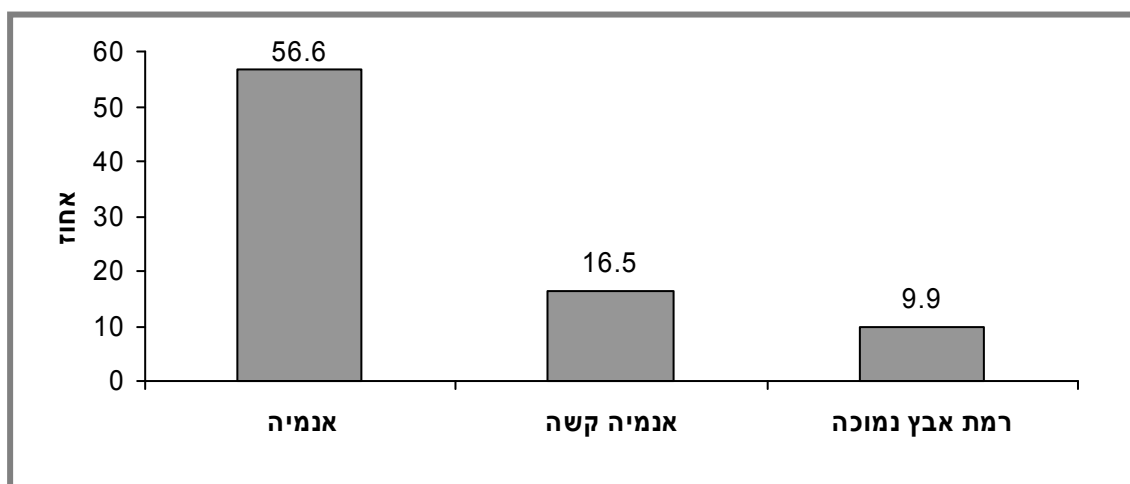


אנמיה וחסרים תזונתיים

(שהוגדרה כרמת המוגלובין נמוכה מ-11.0 g/dL), ו-16.5% סבלו מאנמיה קשה (רמת המוגלובין נמוכה מ-10.0 g/dL). בנוסף, כ-9.9% מקרב התינוקות סבלו מרמות אבץ נמוכות (תרשים 18).

במחקר נוסף נבדקו שיעורי ההימצאות של אנמיה וחסרים תזונתיים בקרב ילדים בדואים בגיל 6 חודשים שגרים ביישובי קבע (19). ממחקר זה עולה כי 56.6% מהתינוקות הבדואים בני 6 חודשים סובלים מאנמיה

תרשים 18: שיעורי ההימצאות של אנמיה ורמת אבץ נמוכה בדם בקרב תינוקות בדואים בני 6 חודשים במחוז דרום



במחקר שבדק את הקשר בין חסרים תזונתיים ודלקת ריאות בקרב 534 ילדים בדואים מכפרים בלתי מוכרים (הגיל החציוני היה שנה וחצי), שמבקרים בתחנות לבריאות המשפחה נבדקו שיעורי אנמיה, מחסור בוויטמין A, מחסור בוויטמין E ומחסור באבץ. החסרים התזונתיים במחקר זה (18) הוגדרו כדלקמן:

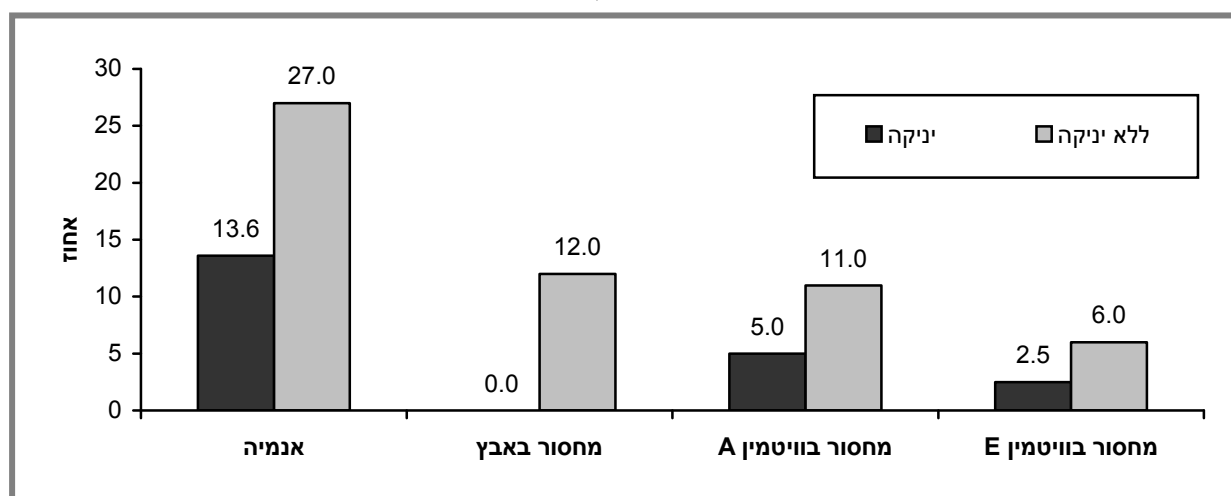
אנמיה: המוגלובין נמוך מ-11.0 g/dL, אנמיה קשה: המוגלובין נמוך מ-10.0 g/dL.

מחסור בוויטמין A: רמת ויטמין A נמוכה מ-20 µg/dL

מחסור בוויטמין E: רמת ויטמין E נמוכה מ-5 µg/dL

מחסור באבץ: רמת אבץ נמוכה מ-60 µg/dL. במחקר זה ההימצאות של אנמיה הייתה 27%, כאשר 7.4% מהילדים סבלו מאנמיה קשה. ההימצאות של מחסור באבץ, מחסור בוויטמין A ומחסור בוויטמין E בקרב הילדים הבדואים הייתה 11.5%, 5.0% ו-3.0% בהתאמה. נמצאה שכיחות נמוכה בצורה משמעותית של אנמיה, מחסור באבץ, מחסור בוויטמין A ומחסור בוויטמין E בקרב ילדים שניזונו מהנקה לעומת ילדים שלא ניזונו מהנקה (תרשים 19).

תרשים 19: הקשר בין הימצאות חסרים תזונתיים וניקה אי פעם בקרב ילדים בדואים בנגב מתחת לגיל 5 שנים, 2001-2002



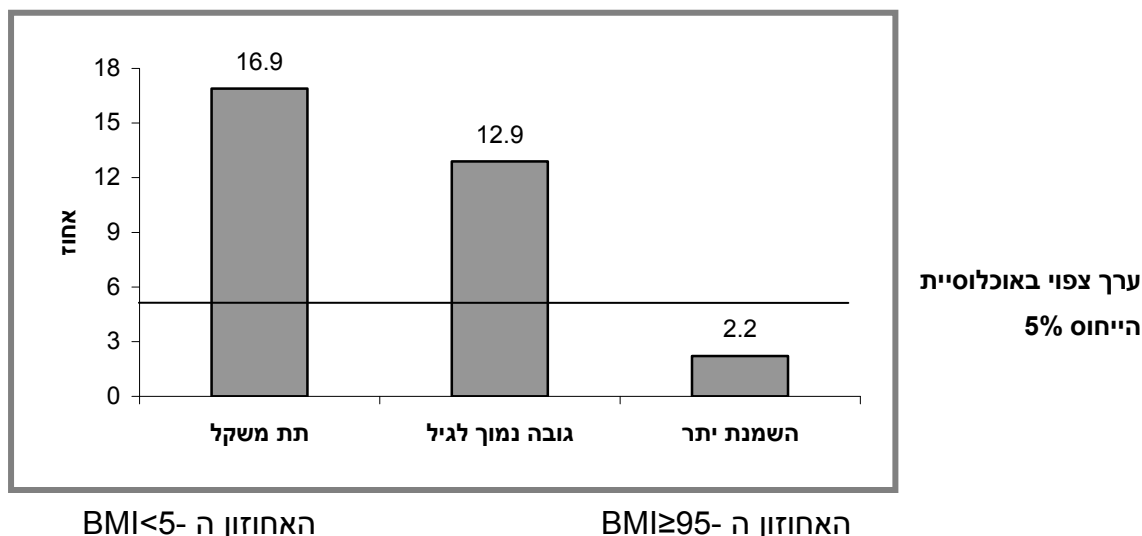
5.4.3 מצב הגדילה בקרב ילדים בדואים בבית הספר היסודי

בחודשים אוגוסט-דצמבר 2004 בוצע סקר בתמיכת המרכז הבין-לאומי לבריאות ותזונה של אוניברסיטת בן גוריון בנגב. הסקר כלל 480 תלמידים בכיתות א' ו-ב' מ-5 ישובים בדואים בנגב, במדגם מרובד לפי מצב חברתי-כלכלי (20).

הימצאות תת משקל (BMI -underweight) לגיל מתחת לאחוזון 5) בקרב הילדים הבדואים הייתה 16.9% ואילו ההימצאות של השמנת יתר (BMI- overweight) לגיל מעל או שווה לאחוזון 95) הייתה 2.2%. שיעור ההימצאות של גובה נמוך לגיל היה 12.9% (תרשים 20).

תרשים 20: הימצאות הפרעות בגדילה בקרב ילדים בדואים בכיתות א' ו-ב'

מחוז הדרום, 2004



השמנת יתר הייתה גבוהה פי 3.6 בקרב הילדים הבדואים הגרים ביישובי הקבע לעומת אלו שגרים בכפרים הבלתי מוכרים ($p=0.007$).

נבדק הקשר בין תת משקל והשמנת יתר בקרב ילדים בדואים לבין סוג היישוב. נמצא כי השכיחות של תת משקל גבוהה פי 2.4 בקרב ילדים מהכפרים הבלתי מוכרים לעומת ילדים תושבי ישובי הקבע ($p=0.02$). ההימצאות של

סיכום הפרק בנושא הנקה, גדילה ומצב תזונתי

נמוך-לגובה גבוה בהשוואה לאחוז בקרב הבנים הבדואים (10.6% לעומת 1%, בהתאמה).

- שיעור האנמיה בקרב ילדים בדואים עד גיל שנתיים שמעולם לא ינקו גבוה פי 2 בהשוואה לילדים שינקו אי פעם. שיעורי חוסר גדילה ושיעורי משקל נמוך-לגובה גבוהים פי 3 בקרב ילדים בדואים עד גיל 5 שנים שמעולם לא ינקו בהשוואה לילדים שינקו.

- 16.9% מילדי כיתות א' ו-ב' סבלו ממשקל נמוך לגובה ו-12.9% מגובה נמוך לגיל.

- שיעור ההימצאות של משקל נמוך גבוה פי 2.4 בקרב ילדים בכיתות א' ו-ב' תושבי

- שיעור ההנקה הבלעדית בקרב תינוקות בדואים בגיל 6 חודשים הינו 17.5% ואחוז ההנקה החלקית הינו 61%.

- 56.6% מהילדים הבדואים בגיל 6 חודשים סובלים מאנמיה.

- קיימים שיעורים גבוהים מהצפוי של משקל נמוך לגובה (4.4%) וחוסר גדילה (9%) בקרב ילדים בדואים עד גיל 5 שנים. אחוז הבנות הבדואיות מתחת לגיל 5 שנים הסובלות מחוסר בגדילה גבוה לעומת האחוז הנצפה בקרב בנים בדואים באותה קבוצת גיל (27.4% לעומת 2.5%, בהתאמה). בנוסף, אחוז הבנות הבדואיות מתחת לגיל 5 שנים, שהן בעלות משקל

- הכפרים הבלתי מוכרים בהשוואה לילדים תושבי ישובי הקבע.
- שיעור ההימצאות של השמנת יתר גבוה פי 3.6 בקרב ילדים בדואים בכתות א' ו-ב' מיישובי הקבע לעומת אלה מהכפרים הבלתי מוכרים.

5.5 מחלות זיהומיות מחייבות הודעה

פרק זה מציג נתונים על תחלואה במחלות זיהומיות נבחרות באוכלוסיית ילדים בדואים בני 0-4 שנים במחוז הדרום. מקור הנתונים הינו הודעות פרטניות שהתקבלו בלשכת הבריאות מרופאים בקהילה, מבתי חולים או ממעבדות של קופות החולים (21). הדיווח על

מחלה זיהומית מחייבת הודעה הוא חובה על פי פקודת בריאות העם 1940, סעיף 11א. שיעורי היארעות דו שנתיים של מחלות זיהומיות חושבו ל-100,000 ילדים בדואים מתחת לגיל 5 במחוז הדרום (נספח 2).

5.5.1 מחלות זיהומיות הניתנות למניעה על ידי חיסונים

משרד הבריאות מיישם תוכנית ארצית למתן חיסוני שגרה לילדים בארץ. בטבלה 25 מוצגים שיעורי היארעות של מחלות זיהומיות

הניתנות למניעה על ידי חיסונים בשנים 1999-2006.

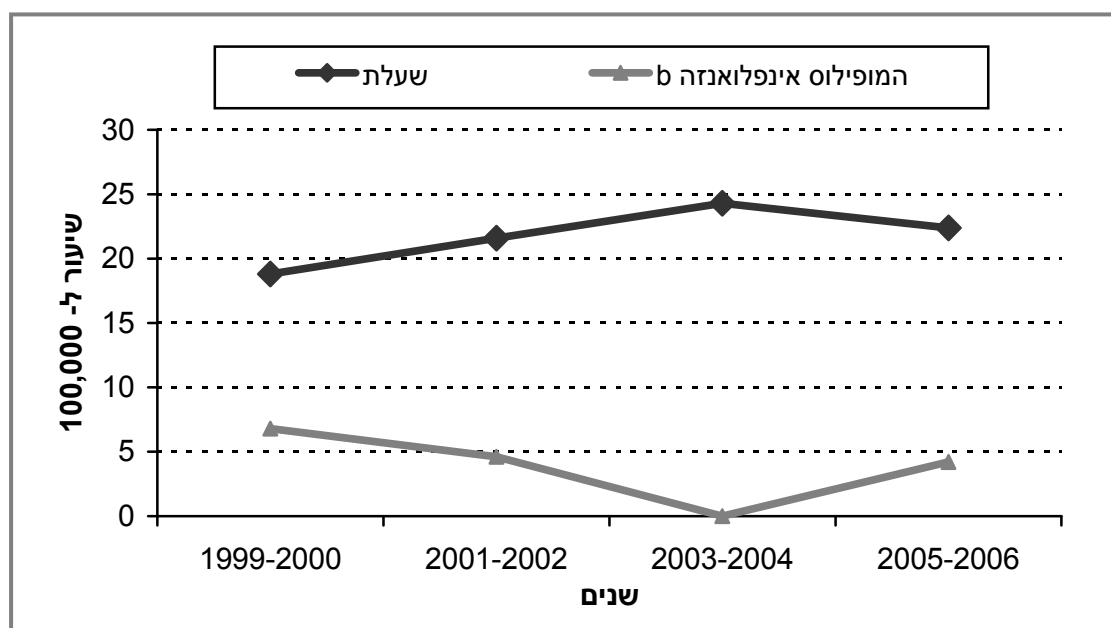
טבלה 25: שיעורי היארעות דו- שנתיים של מחלות זיהומיות הניתנות למניעה על ידי חיסונים ל-100,000 ילדים בדואים מתחת לגיל 5 שנים, מחוז הדרום, 1999-2006

מחלה	1999-2000	2001-2002	2003-2004	2005-2006
אסכרה	0	0	0	0
פלצת	0	0	0	0
אדמת	0	0	0	0
חזרת	0	0	0	0
חצבת	0	0	0	0
שיתוק ילדים	0	0	0	0
דלקת כבד נגיפית B	0	0	0	0
שעלת	18.8	21.6	24.3	22.4
זיהומים פולשניים הנגרמים על ידי המופילוס אינפלואנזה b	6.8	4.6	0	4.2
דלקת כבד נגיפית A	204.4	3.1	1.4	5.6

השנים היו מקרים ספורים של שעלת וזיהומים פולשניים שנגרמים על ידי המופילוס אינפלואנזה b (תרשים 21).

בשנים 1999-2006 לא דווח על מקרי תחלואה באסכרה, פלצת, אדמת, חזרת, חצבת, שיתוק ילדים ודלקת כבד נגיפית B בקרב ילדים בדואים בני 0-4 שנים. לאורך

תרשים 21: מגמות בהיארעות שעלת וזיהומים פולשניים שנגרמים על ידי המופילוס אינפלואנזה b (Hib) בקרב ילדים בדואים מתחת לגיל 5 שנים, מחוז הדרום, 1999-2006 (שיעורים דו-שנתיים ל-100,000)



שניתן בשתי מנות: בגיל 18 חודשים ובגיל שנתיים. שנה לאחר הכנסת החיסון נגד דלקת כבד נגיפית A, חלה ירידה חדה בשיעורי ההיארעות של המחלה בקרב ילדים בני 0-4 שנים בכל הארץ וכן בקרב הילדים הבדואים בנגב (תרשים 22). בנוסף, משנת 2002 לא דווח כלל על התפרצויות של דלקת כבד נגיפית מסוג A במסגרות חינוכיות בנגב (27).

יש לציין כי כל מקרי התחלואה שנגרמה על ידי המופילוס אינפלואנזה b ו-76.5% ממקרי התחלואה בשעלת בקרב ילדים בדואים היו בקרב ילדים עד גיל שנה, כלומר, לפני שהשלימו את קבלת כל החיסונים לפי התוכנית המומלצת. בשנת 1999 הוכנס לתוכנית החיסונים השגרית חיסון נגד דלקת כבד נגיפית A,

תרשים 22: שיעורי היארעות של דלקת כבד נגיפית A בקרב ילדים מתחת לגיל 5 שנים בכלל האוכלוסייה המוסלמית בישראל והאוכלוסייה הבדואית בנגב, 2004-1999 (שיעורים דו-שנתיים ל-100,000)

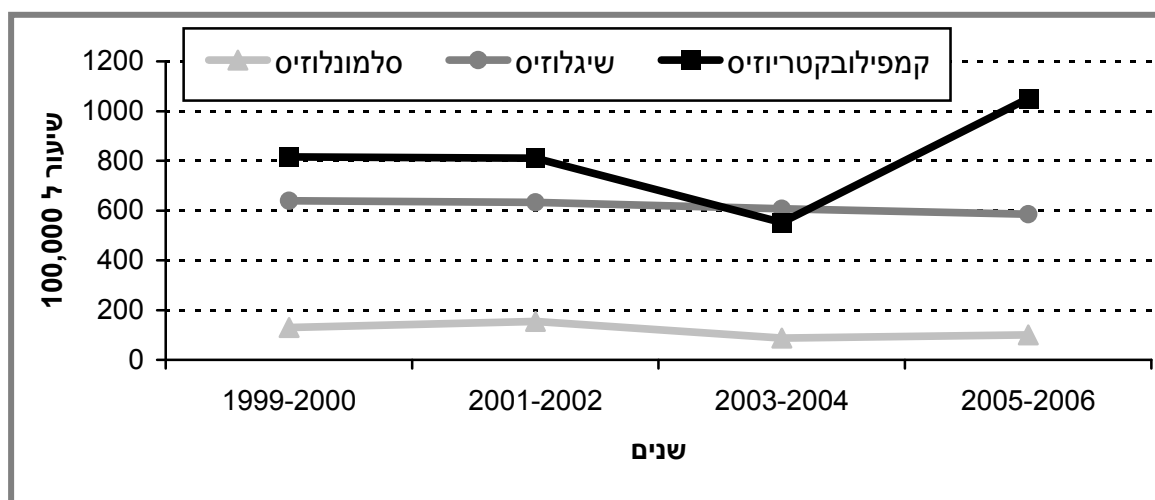


5.5.2 מחלות המועברות באמצעות מערכת העיכול

בנוסף לדלקת כבד נגיפית A שמועברת באמצעות מערכת העיכול, קיימת קבוצה נוספת של מחלות מחייבות הודעה שגורמת לתחלואה משמעותית בגיל הרך:

סלמונלוזיס, קמפילובקטריוזיס ושיגלוזיס, שנגרמות על ידי החיידקים סלמונלה, קמפילובקטר ושיגלה, בהתאמה, המועברים על ידי מערכת העיכול (תרשים 23).

תרשים 23: שיעורי היארעות של שיגלוזיס, סלמונלוזיס וקמפילובקטריוזיס בקרב ילדים בדואים מתחת לגיל 5 שנים במחוז דרום, 2006-1999 (שיעורים דו-שנתיים ל-100,000)

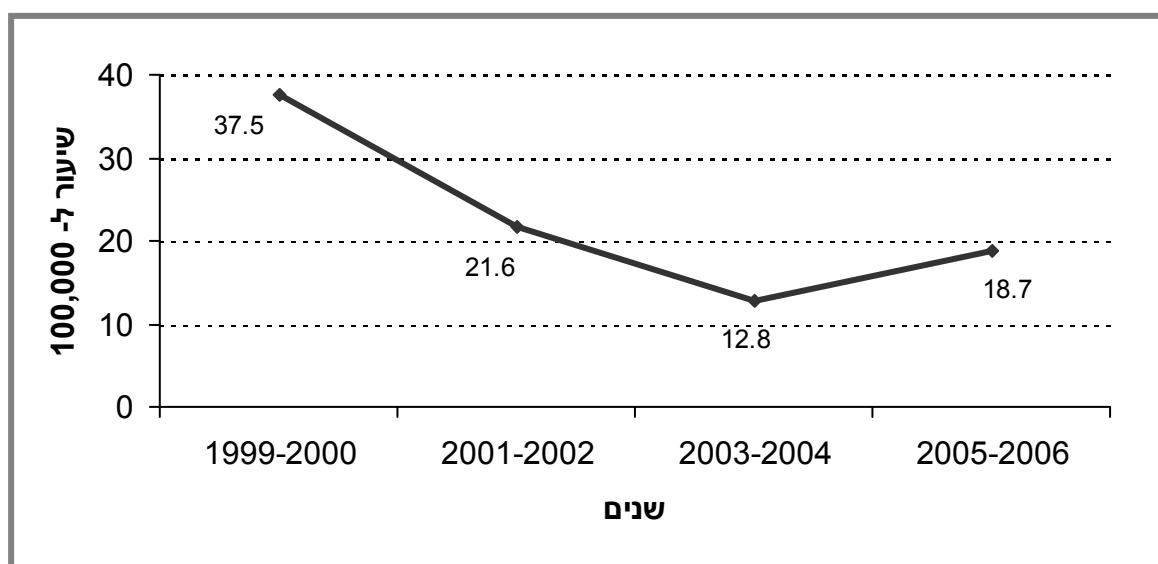


5.5.3 מחלות זואונוטיות (המועברות מבעלי חיים לבני אדם)

מפוסטר ו/או צריכת מוצריו. מקור החיידק הינו בעדרי צאן נגועים במחלה ו/או ברכישה מוצרי חלב לא מפוסטר בשווקים. נצפתה ירידה בשיעורי ההיארעות של ברצלוזיס בשנים 2000-1999 עד 2003-2004, ואילו בין השנים 2005-2006 חלה עלייה קלה בשיעורים אלה (תרשים 24).

המחלות הזואונוטיות העיקריות, שהן בעלות משמעות בתחלואת ילדים בדואים בנגב הן קדחת מלטה (ברצלוזיס) ומחלות ריקטסיאליות (Rickettsial diseases).
קדחת מלטה (ברצלוזיס)
ברצלוזיס נגרמת על ידי חיידק שמועבר מבעל חיים לילד על ידי שתיית חלב לא

תרשים 24: שיעורי היארעות של ברצלוזיס בקרב ילדים בדואים מתחת לגיל 5 שנים בנגב, בשנים 1999-2006 (שיעורים דו-שנתיים ל-100,000)

**מחלות ריקטסיאליות**

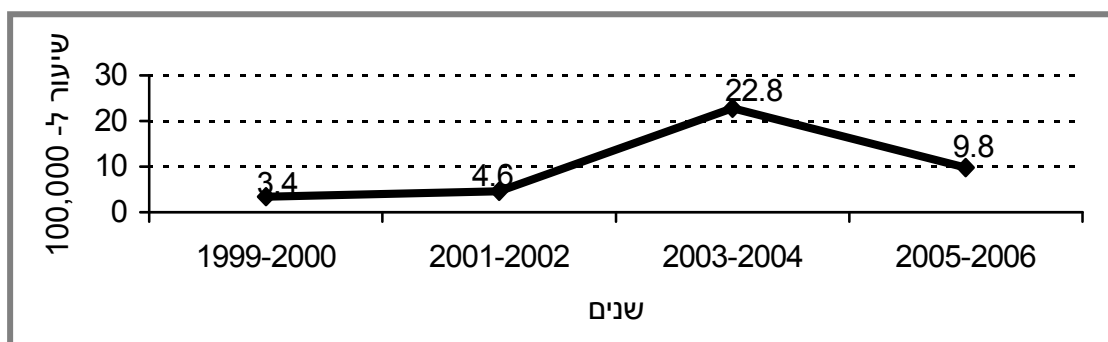
מרבית התחלואה במחלות ריקטסיאליות בקרב ילדים בדואים בנגב נגרמת על ידי שני סוגי ריקטסיות: ריקטסיה טיפי (*R. typhi*) שגורמת לקדחת טיפוס אנדמית (מורני), המועברת על ידי עקיצת פרעושי חולדות וריקטסיה קונורי (*R. conorii*) שגורמת לקדחת כתמים ים-תיכונית המועברת על ידי עקיצת קרציות.

מחלות ריקטסיאליות שייכות לקבוצת מחלות הנגרמות על ידי סוגים שונים של ריקטסיות ומועברות מבעלי חיים לבני אדם על ידי וקטור (מעביר מחלה) כגון קרציה או פרעוש. התחלואה במחלות אלה קשורה להחזקת בעלי חיים מביתיים: צאן וכלבי שמירה, יחד עם הימצאות מכרסמים בסביבתם.

שסבלו מחום ללא סיבה ברורה. יתכן שהחיפוש הפעיל אחר מקרי תחלואה במחלות ריקטסיאליות תרם לעלייה בשיעורי התחלואה בשנים אלו.

בתרשים 25 מוצגים שיעורי תחלואה במחלות ריקטסיאליות בקרב ילדים בדואים בנגב. בשנים 2003-2005 נערך סקר שבמהלכו נעשו בדיקות סרולוגיות בקרב ילדים בדואים

תרשים 25: שיעורי היארעות של מחלות ריקטסיאליות בקרב ילדים בדואים מתחת לגיל 5 שנים בנגב, 2006-1999 (שיעורים דו שנתיים ל-100,000)



5.5.4 שחפת

בשנים 2006-1999 דווח על 3 מקרי שחפת בלבד בקרב ילדים בדואים בנגב מתחת לגיל 5 שנים.

סיכום הפרק בנושא מחלות זיהומיות נבחרות המחייבות הודעה

בדואים עם שיעור היארעות שנע בין 4.2-6.8 ל-100,000 בשנים 2006-1999.

- במהלך השנים 2006-1999 אובחנו מדי שנה מספר מועט של מקרי תחלואה ספורדיים בשעלת.

- כל התחלואה שנגרמה על ידי המופילוס אינפלואנזה b ו-76.5% מהתחלואה בשעלת בקרב הילדים הבדואים הינה עד גיל שנה, כלומר טרם סיום חיסוני השגרה.

- שיעורי ההיארעות של מחלות שמועברות באמצעות מערכת העיכול: בין השנים 2006-1999 לא חל שינוי בשיעורי ההיארעות של שיגלזיס וסלמונלזיס, אך בין השנים 2006-2005 נצפתה עלייה בשיעור ההיארעות של קמפילובקטריזיס.

- במהלך השנים 2006-1999 לא דווח על מקרי תחלואה באסכרה, פלצת, אדמת, חזרת, חצבת, שיתוק ילדים ודלקת כבד נגיפית B בקרב ילדים בדואים מתחת לגיל 5 שנים בנגב.

- מאז הכנסת החיסון נגד דלקת כבד נגיפית A ב-1999, נרשמה ירידה משמעותית בשיעורי ההיארעות של המחלה. השיעורים בקרב ילדים בדואים ירדו מ-204.7 ל-5.6 בשנים 2000-1999 ל-100,000 בשנים 2006-2005.

- במהלך השנים 2006-1999 דווח על מקרים בודדים של זיהומים פולשניים שנגרמו על ידי המופילוס אינפלואנזה b בקרב ילדים

- בין השנים 1999-2006 אובחנו מקרי תחלואה במחלות זואונוטיות בקרב ילדים בדואים בנגב, אך מדובר במקרים ספורים עם שיעור היארעות של 9.8 ל-100,000 עבור מחלות ריקטסיאליות ושל 18.7 ל-100,000 עבור ברוצלוזיס.
- מחלת השחפת הינה מחלה נדירה בילדים בדואים ובין השנים 1999-2006 דווח על שלושה מקרים בלבד בקרב ילדים בדואים מתחת לגיל 5 שנים.

פרק 6: דיון

הקבע (58% ו-34% בהתאמה). יש לציין כי השכלת האם מהווה את אחד הגורמים העיקריים שמשפיעים על בריאות, גדילה והתפתחות של ילדים (23). רמת ההשכלה הנמוכה של הורים בדואים מהווה גורם סיכון משמעותי לבריאותם של תינוקות וילדים בדואים.

אחד המדדים העיקריים של בריאות הילד הינו משקל לידה. משקל לידה מושפע בעיקר ממצב הבריאות של האם, תזונתה ומעקב היריון טרום לידתי (24). משקל הלידה של ילודים בדואים שגרים בכפרים הבלתי מוכרים נמוך במקצת (בכ-50 גרם) ממשקל הלידה של ילודים שנולדו להורים שגרים ביישובי הקבע. יש לציין שמשקל לידה ממוצע של ילודים בדואים שגרים ביישובי הקבע אינו שונה ממשקל לידה ממוצע של ילודים יהודים בנגב. אחוז הילודים שנולדים במשקל לידה נמוך (פחות מ-2,500 גרם) גבוה יותר באוכלוסייה הבדואית בנגב (9.5%) בהשוואה לכלל האוכלוסייה בישראל (8.2%). כ-10% מהילודים בכפרים הבלתי מוכרים נולדים במשקל לידה נמוך לעומת 9.2% מהילודים ביישובי הקבע. חשוב לציין שחלה ירידה עקבית לאורך השנים באחוז הילודים הבדואים שנולדים במשקל לידה נמוך מ-15% בשנת 1981 ל-9.4% בשנת 2006.

דוח זה מציג מידע המתאר את מצב בריאותם של הילדים הבדואים בנגב, והשוואה בין ילדי ישובי הקבע וילדי הכפרים הבלתי מוכרים, במדדי בריאות שונים. מידע זה יכול להוות בסיס לתכנון שירותים ולבניית תוכניות התערבות לקידום בריאותם של הילדים הבדואים בנגב.

האוכלוסייה הבדואית בנגב הינה אוכלוסייה צעירה: כ-60% מאוכלוסייה זו הינם מתחת לגיל 17 שנים ו-22% מתחת לגיל 5 שנים. מדי שנה נולדים בנגב כ-7,000 תינוקות בדואים. על פי נתוני שנת 2004, 53.6% מהם נולדו להורים מיישובי הקבע ו-46.4% נולדו להורים מהכפרים הבלתי מוכרים. שיעור הפרייון הכולל גבוה באוכלוסייה הבדואית בנגב (7.3) בהשוואה לכלל האוכלוסייה (2.9) ולאוכלוסייה המוסלמית בישראל (4.0). אוכלוסייה בעלת שיעור פרייון גבוה הינה אוכלוסייה בעלת צרכים מוגברים לשירותי בריאות וחינוך.

שיעור חסרי השכלה או בעלי השכלה יסודית בלבד היה 45% בקרב האימהות הבדואיות ו-34% בקרב האבות הבדואים בשנת 2004. אחוז בעלי השכלה על-תיכונית היה 5.0% בלבד בקרב הורים בדואים. אחוז האימהות בעלות השכלה נמוכה היה גבוה בכפרים הבלתי מוכרים בהשוואה לאימהות מיישובי

מדד חשוב נוסף לאפיון מצב בריאות באוכלוסייה הינו שיעור תמותת תינוקות. שיעור תמותת תינוקות בקרב הבדואים בנגב בשנת 2006 היה 11.9 ל-1,000 לידות חי, שיעור הגבוה פי שלושה בהשוואה לכלל האוכלוסייה בישראל. לא נמצא הבדל עקבי בשיעור תמותת תינוקות בין ישובי הקבע והכפרים הבלתי מוכרים. הגורם העיקרי לתמותת תינוקות באוכלוסייה הבדואית הינו מומים מולדים ומחלות תורשתיות, שגרמו ל-43% ממקרי התמותה בשנים 2004-2006. אחד הגורמים לשיעור הגבוה של תמותה ממומים מולדים ומחלות תורשתיות הינו המנהג המושרש במגזר הבדואי של נישואי קרובים. כ-40% מהבדואים נשואים לבני דודים מדרגה ראשונה וכ-20% נשואים לבני דודים מדרגת קרבה רחוקה יותר (25). בנוסף, 22% ממקרי תמותת התינוקות באותן השנים נגרמו עקב פגות וסיבוכיה.

משרד הבריאות מקצה תקציב שנתי לפרויקט מיוחד להפחתת תמותת תינוקות באוכלוסייה הבדואית בנגב. הפרויקט הינו רב מוסדי ורב מקצועי ונערך בשיתוף בין משרד הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה ושירותי בריאות כללית ובשיתוף עם מנהיגים מקומיים, נציגי הקהילה הבדואית וארגונים ללא מטרת רווח. משנת 2004 נצפית מגמת ירידה בשיעורי תמותת תינוקות בקרב הבדואים בנגב ובשנת 2006 שיעור זה היה 11.9 ל-1,000 לידות חי. יחד עם זאת, עדיין קיים פער משמעותי בשיעור תמותת התינוקות בין האוכלוסייה הבדואית לבין אוכלוסיות אחרות בארץ ולאור חשיבותו

הרבה של הנושא, מן הראוי להמשיך בפרויקט זה ואף להרחיבו.

הודות להפעלת פרויקט מיוחד לשיפור כיסוי החיסונים במגזר הבדואי, הושגו הישגים מרשימים בתחום כיסוי החיסונים ומניעת מחלות זיהומיות הניתנות למניעה על ידי חיסון (26) (נספח 3). משנת 1999 עד 2006 לא התקבלו דיווחים על מקרי תחלואה בחצבת, חזרת, אדמת, קרמת (אסכרה), טטנוס (פלצת), פוליו (שיתוק ילדים) ודלקת כבד B בקרב ילדים בדואים מתחת לגיל 5 שנים. משנת 2001 התקבלו דיווחים על מקרים ספורים של מחלות פולשניות שנגרמו על ידי המופילוס אינפלואנזה b (כגון: דלקת קרום המוח ואלח דם) ואובחנו מקרים בודדים של דלקת כבד נגיפית A מאז הכנסת החיסון נגד המחלה. מדי פעם מאובחנים מספר מקרים של שעלת בקרב ילדים בדואים.

קיים פער משמעותי באחוז כיסוי החיסונים של ילדי הכפרים הבלתי מוכרים לעומת ילדי ישובי הקבע. בגיל שנתיים, כיסוי החיסונים של ילדי הכפרים הבלתי מוכרים שנולדו בשנת 2000 היה כ-80% עבור חיסונים נגד שיתוק ילדים (פוליו), DTP, והמופילוס אינפלואנזה b ואף נמוך מזה עבור המנה הראשונה של חיסון נגד דלקת כבד A לעומת כיסוי חיסון של כ-92% עבור אותם החיסונים בקרב ילדי ישובי הקבע (למעט חיסון נגד דלקת כבד A בו כיסוי החיסון היה 87%). יחד עם זאת, כ-90.4% מהילדים הבדואים בנגב משיגים כיסוי חיסונים מלא עד גיל 5 שנים, כאשר כיסוי חיסונים מלא מוגדר כקבלת כל המנות של כל החיסונים השגרתיים המומלצים על ידי משרד הבריאות בתוכנית חיסוני השגרה בילדות המוקדמת.

כ-94% מהילדים שגרים ביישובי הקבע ו-87% מהילדים שגרים בכפרים הבלתי מוכרים מגיעים לכיסוי חיסונים מלא עד גיל 5 שנים (17). יצוין כי כיסוי חיסונים נגד מחלת החצבת הינו גבוה הן בגיל שנתיים (93%) והן בגיל 5 שנים (97%), דבר שמסביר מדוע לא נצפתה התפרצות של מחלת החצבת בקרב ילדים בדואים בעשור האחרון.

לעומת ההצלחה במניעת מחלות זיהומיות הניתנות למניעה על ידי חיסון, לא נצפה שינוי משמעותי לאורך השנים בשיעור ההיארעות של מחלות אנטריות (מחלות זיהומיות במערכת העיכול), שהגורם העיקרי להן הינו היגיינה סביבתית ואישית לקויה. לא ניתן היה לבדוק את ההבדל בשיעורי תחלואה של מחלות זיהומיות בין תושבי הכפרים הבלתי מוכרים ותושבי ישובי הקבע. יש לציין כי שיעורי האשפוז עבור מחלות זיהומיות הינם גבוהים בקרב ילדים בדואים לעומת ילדים יהודים בנגב עבור מחלות זיהומיות בדרכי העיכול ודלקת ריאות (27), מחלות שמושפעות על-ידי תנאי מגורים. בהקשר זה מן הראוי לציין את הקושי של תושבי הכפרים הבלתי מוכרים לשמור על חימום וקירור מתאים של בתיהם, בהיעדר חיבור בתיהם למערכת חשמל מרכזית, וכן הקושי לשמור על היגיינה סביבתית ואישית, בהיעדר גישה למים זורמים ולמערכות לסילוק שפכים ופינוי אשפה. אספקת תשתיות תומכות בריאות עבור האוכלוסייה הבדואית הגרה בכפרים הבלתי מוכרים הינה צד הכרחי לקידום בריאותם.

עוד נציין כי עדיין קיימות מחלות זואונוטיות בקרב ילדים בדואים. התחלואה במחלות אלה

(ברוצלוזיס ומחלות ריקטסיליות) קשורה לאורח החיים של אוכלוסייה הבדואית, לכללי התנהגות ולמנהגים שמאפיינים את האוכלוסייה. אי לכך, למען הפחתת התחלואה במחלות זואונוטיות יש צורך בהפעלת תוכניות לקידום בריאות לאורך שנים.

אחת הבעיות המרכזיות של הילדים הבדואים בנגב הינה הפרעות גדילה וחסרים תזונתיים. כ-9% מהילדים הבדואים מתחת לגיל 5 שנים סובלים מחוסר גדילה (גובה נמוך לגיל) ו-4.4% סובלים מתת-משקל, זאת לעומת הערך הצפוי של 2.3% באוכלוסיית הייחוס. הנקה נמצאה קשורה בקשר הפוך עם הפרעות בגדילה: ילדים שינקו בילדותם סובלים פחות מגובה נמוך לגיל ומתת-משקל בהשוואה לילדים שלא ינקו בילדותם (18). כמו כן, נמצא הבדל במדדי גדילה בין בנים ובנות מקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב: כ-17.4% מהבנות הבדואיות מתחת לגיל 5 שנים סובלות מגובה נמוך לגיל ו-10.6% מתת-משקל, זאת לעומת 2.5% ו-1.0% בקרב בנים בדואים, בהתאמה. יש לערוך בירור הסיבות להבדל זה לצורך בניית תוכנית התערבות בהתאם.

הפרעות בגדילה נמצאו גם בקרב ילדים בדואים בגיל בית ספר: כ-16.9% מקרב התלמידים הבדואים בכיתות א' ו-ב' סובלים מתת-משקל, כאשר נמצא כי ההימצאות של תת-משקל גבוהה פי 2.4 בקרב ילדים בדואים שגרים בכפרים הבלתי מוכרים לעומת ישובי הקבע.

שיעור השמנת יתר גבוה פי 3.6 בקרב תלמידי כיתות א' ו-ב' מיישובי הקבע לעומת תלמידים מהכפרים הבלתי מוכרים (20).

מאחר שלפי הספרות המקצועית גדילת הילד הינה לעתים תוצאה של חוסר של מיקרו-נוטריינטים (ברזל, אבץ וויטמינים) (28), נבדקו אותם מרכיבי תזונה בקרב ילדים בדואים בנגב. בקרב הילדים הבדואים בנגב עד גיל 5 שנים נמצאו מספר חסרים תזונתיים וביניהם אנמיה (כמדד עקיף לחוסר ברזל), מחסור באבץ ומחסור בוויטמינים A ו-E. בהקשר זה יש לציין כי הנקה נמצאה קשורה בקשר הפוך לחסרים תזונתיים אלה. בחלוקה לקבוצות גיל, נמצא כי 56.6% מהתינוקות הבדואים בני 6 חודשים סובלים מאנמיה ו-9.9% ממחסור באבץ (19). במחקר אחר נמצא כי 27% סובלים מאנמיה, 11.5% ממחסור באבץ, 5.0% ממחסור בוויטמין A ו-3.0% ממחסור בוויטמין E (18).

בעיות תזונתיות יכולות לגרום להפרעות גדילה והתפתחות, אשר בתורן יכולות להוביל לסיבוכים בריאותיים אצל הילד וכן להפרעות גדילה עם השלכות קצרות וארוכות טווח. תת-תזונה קשורה לסיכון גבוה יותר לתחלואה במחלות זיהומיות (29) ותת תזונה בגיל צעיר יכולה לפגוע בהתפתחות התקינה של הילד (30, 31). קשה להעריך את החשיבות של חוסר בוויטמין E ברמות שנמדדו בגלל בעייתיות בשיטות המדידה של ויטמין E. חסרים בוויטמין A ובאבץ קשורים לעלייה בסיכון לתחלואה במחלות זיהומיות ולחומרתן (32, 33). אנמיה מחוסר ברזל בגיל 6 עד 24 חודשים מעלה את הסיכון להפרעות בהתפתחות פיזית, מוטורית וקוגניטיבית (34).

לאור הקשר בין היעדר הנקה לבין חסרים תזונתיים, גובה נמוך לגיל ותת-משקל, נערך

סקר הנקה בשנת 2006. בסקר זה נמצא כי 17.5% מהתינוקות הבדואים בני 6 חודשים יונקים באופן מלא, 61% יונקים באופן חלקי ורק 21.5% אינם יונקים. ממצאים אלה דומים לשיעורי ההנקה שנמצאו במחקרם של פורמן ושותפיו בשנות השמונים (14). ממצא מעודד הוא ששיעורי ההנקה בקרב התינוקות הבדואים לא ירד עם המעבר של כ-60% מהאוכלוסייה הבדואית בנגב ממגורים בכפרים הבלתי מוכרים למגורים ביישובי קבע וחשיפתם לתהליך העיור. יחד עם זאת, מן הראוי לציין כי דפוסי ההנקה אלה אינם עומדים בהמלצת משרד הבריאות להנקה מלאה עד גיל 6 חודשים וממצא זה מדגיש את החשיבות של עידוד הנקה גם בקרב האוכלוסייה הבדואית המתגוררת ביישובי הקבע.

לאור כל האמור לעיל, עולה צורך חיוני בבניית והפעלת תוכניות לעידוד תזונה נכונה של ילדים בכלל ושל ותינוקות בפרט, תוך מתן דגש מיוחד על עידוד הנקה, שימוש נכון בתוספי תזונה ושיקול העשרת קמח בתוספי תזונה. קיימות מספר תוכניות לקידום הרגלי תזונה נכונים שמופעלות בקרב ילדים בדואים בנגב עם תוצאות מעודדות. אנו ממליצים על חיזוק והרחבה של תוכניות אלה. המקום הטבעי לחיזוק הרגלי תזונה נכונים, כולל עידוד הנקה ושימוש בתוספי תזונה, הינו תחנות לבריאות המשפחה (תחנות טיפת חלב), בשיתוף עם הקהילה ועם ספקי שירותי בריאות אחרים. לתחנות לבריאות המשפחה, מהיותן ספק השירות המונע לנשים הרות, תינוקות וילדים, יש מקום מרכזי במניעת מומים מולדים, מחלות תורשתיות, השגת

כיסוי חיסונים גבוה ומניעת תמותת תינוקות. חיזוק השירות המונע לאם ולילד העומד לרשות האוכלוסייה הבדואית בנגב והתאמתו למאפיינים התרבותיים והחברתיים הייחודיים של החברה הבדואית חיוניים לשיפור מצב בריאותם של אוכלוסיית הילדים הבדואים בנגב.

בתקופה זו השירות המונע לאם ולילד נמצא במשבר קשה בנגב בשל מחסור בכוח אדם רפואי-סיעודי. מסיבה זו תיתכן עלייה באחוז נשים הרות בדואיות שאינן נענות לשירותי תחנות לבריאות המשפחה ולמעקב טרום לידתי וירידה באחוז התינוקות הבדואים שרשומים בתחנות לבריאות המשפחה. שיפור מצבת כוח האדם המקצועי בתחנות הינו הכרחי לצורך בניית שירות שעונה על צרכי האוכלוסייה.

לפי מספר מדדי בריאות, ילדים בדואים שגרים בכפרים הבלתי מוכרים סובלים ממצב בריאות פחות טוב מזה של ילדים בדואים שגרים

בכפרים המוכרים. אחוז גבוה מקרב הילדים הבדואים שגרים בכפרים הבלתי מוכרים נולדים במשקל לידה נמוך, כיסוי החיסונים בקרבם נמוך יותר ושיעור גבוה יותר מקרבם סובל מתת-משקל בכיתות א' ו-ב'. מספר גורמים שתורמים לממצאים אלה: השכלת הורים נמוכה, עוני ומחסור בתשתיות תומכות בריאות. גורמים אלה מושפעים ממדיניות ממשלתית ארוכת טווח וממאפיינים תרבותיים וחברתיים של האוכלוסייה. בהתאם לכך, יש לבנות וליישם תוכנית כוללת מקיפה אשר תתייחס לכל הגורמים הנ"ל ובראש ובראשונה, עבור תושבי הכפרים הבלתי מוכרים.

כולנו תקווה שהמידע המופיע בדוח זה יסייע בבניית תוכניות התערבות לקידום מצב בריאותם של הילדים הבדואים בנגב ולצמצום פערים במדדי בריאות למיניהם.

רשימת מקורות

1. <http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/growthcharts/datafiles.htm>
2. דוח משרד הפנים על האוכלוסייה במחוז הדרום, 30 באפריל 2005.
3. שנתון סטטיסטי לבדואים בנגב, 2004.
4. ילדים בישראל. שנתון סטטיסטי 2006. המועצה הלאומית לשלום הילד. המרכז למחקר ופיתוח.
5. שנתון סטטיסטי לישראל 2007 מספר 58. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
6. שנתון סטטיסטי לישראל 2002 מספר 53. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
7. שנתון סטטיסטי לישראל 2003 מספר 54. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
8. שנתון סטטיסטי לישראל 2004 מספר 55. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
9. שנתון סטטיסטי לישראל 2005 מספר 56. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
10. שנתון סטטיסטי לישראל 2006 מספר 57. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
11. מאגר מידע של לשכת הבריאות מחוז הדרום.
12. קובץ לידות של משרד הפנים.
13. ילדים בישראל, שנתון סטטיסטי, 2005. המועצה הלאומית לשלום הילד, המרכז למחקר ופיתוח.
14. Forman MR, Guptill KS, Chang DN et al. Under-nutrition among Bedouin Arab infants: the Bedouin Infant Feeding Study. Am J Clin Nutr 1990;51:343-349
15. דוח נתונים לאומיים בנושא תמותת תינוקות בישראל לשנת 2005. המחלקה לאם לילד ולמתבגר, משרד הבריאות. דצמבר 2006.
16. מאגר תמותת תינוקות של לשכת הבריאות המחוזית, מחוז הדרום.
17. Polyakov M, Sabbag M, Kesler R, et al. Comparison of vaccination coverage between Bedouin children living inside and outside established settlements among 5390 Bedouin infants, born in 1996 in southern district of Israel. Annual Conference of Public Health physician Association, Haifa, Israel, January 5-7, 2006.
18. Bilenko N, Dagan R, Fraser D, et al. Association between anemia, Vitamin A, Vitamin E and Zn- deficiency, and growth in young Bedouin children. Israel Association of Public Health physicians Scientific Conference, 21.10-23.10.2004, Zichron- Yakov, Israel.
19. Bilenko N, Belmaker I, Fraser D. Cluster randomized controlled intervention trial to assess the efficacy of multiple micronutrient supplementations

- Sprinkles) on improving nutritional and health indicators in infants in southern Israel: baseline characteristics. 10th European Nutrition Conference 10-13 July 2007, Paris.
20. Bilenko N, Belmaker I, Segev L, et al. Obesity in primary school children in the Negev desert area in southern Israel. Conference on Child Nutrition in Israel and Palestine – Seeking Joint Initiatives, BGU- AL- Quds University – TUFTS University, Freidman School of Nutrition Science and Policy, in Associations with The Environmental Protection and Research Institute, Gaza, The Spitzer Department of Social Work, BGU. 7th- 9th February 2005, Beer-Sheva.
 21. מאגר דיווח על מחלות מחייבות הודעה ללשכת הבריאות המחוזית- מחוז הדרום.
 22. Belmaker I, Dukhan L, Yosef Y, et al. Elimination of hepatitis a infection outbreaks in day care and school settings in southern Israel after introduction of the national universal toddler hepatitis a immunization program. *Pediatr Infect Dis J* 2007; 26:36-40.
 23. Som S, Pal M, Bharati P. Role of individual and household level factors on stunting: A comparative study in three Indian states. *Ann Hum Biol* 2007;34:632-646.
 24. Ashdown-Lambert JR. A review of low birth weight: predictors, precursors and morbidity outcomes. *J R Soc Health* 2005;125:76-83.
 25. Raz AE, Atar M. Cousin marriage and premarital carrier matching in a Bedouin community in Israel: attitudes, service development and educational intervention. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004; 30:49-51.
 26. Belmaker I, Dukhan L, Elgrici M, et al. Reduction of vaccine-preventable communicable diseases in a Bedouin population: summary of a community-based intervention programme. *Lancet* 2006 25; 367(9515):987-991.
 27. Levy A, Fraser D, Vardi H, Dagan R. Hospitalizations for infectious diseases in Jewish and Bedouin children in southern Israel. *Eur J Epidemiol* 1998 14:179-186.
 28. Emery PW. Metabolic changes in malnutrition. *Eye* 2005 ;19:1029-1034
 29. Scrimshaw NS. Historical concepts of interactions, synergism and antagonism between nutrition and infection. *J Nutr* 2003; 133:316S-321S.
 30. Cornelio-Nieto JO. The effects of protein-energy malnutrition on the central nervous system in children. *Rev Neurol* 2007; 44 Suppl 2:S71-S4.

31. Tanner EM, Finn-Stevenson M. Nutrition and brain development: social policy implications. Am J Orthopsychiatry 2002;72:182-193.
32. Black MM. Micronutrient deficiencies and cognitive functioning. J Nutr 2003; 133(11 Suppl 2):3927S-3931S.
33. Aggarwal R, Sentz J, Miller MA. Role of zinc administration in prevention of childhood diarrhea and respiratory illnesses: a meta-analysis. Pediatrics 2007; 119:1120-1130.
34. Lozoff B. Iron deficiency and child development. Food Nutr Bull 2007 28(4 Suppl):S560-S571.

תודות

צוות לשכת הבריאות המחוזית - מחוז דרום

כל צוותי המחלקה לאם וילד, למחלקת הסיעוד והמחלקה לאפידמיולוגיה על תרומתם לאורך השנים למתן שירות לילדים הבדואים בנגב בתנאים קשים, תוך תחושת שליחות למען בריאות הציבור.

ד"ר אנה ויינר	רופאה אחראית על סידור עבודה של רופאי אם וילד בתחנות לבריאות המשפחה
ד"ר יבגניה גלפר	מנהלת המרכז המחוזי לאבחון וטיפול בשחפת
ד"ר חנן אלקרינאוי	רופא מתמחה בבריאות הציבור
גב' עינת ביטרן	סגנית אחות מפקחת מחוזית
גב' יוכי יוסף	אחות מרכזת תחום סיעודי אפידמיולוגיה
גב' מרסל אלגריסי-סדובסקי	אחות מרכזת תחום בכירה אבטחת איכות הטיפול
גב' ליליה קופילוב	אחות מרכזת תחום סיעודי שרותי בריאות לתלמיד
גב' צביה ירדן	אחות מפקחת אזורית
גב' מור כנען	אחות מפקחת אזורית
גב' אורלי קרוב	אחות מפקחת אזורית
גב' בת שבע שמואל	אחות מפקחת אזורית
גב' עירית ליאור צדקה	אחות אחראית במרכז המחוזי לאבחון וטיפול בשחפת
גב' יעל עינבר-ברנדווין	תזונאית קהילתית
מר צבי קסלר	מקדם ומחנך בריאות מחוזי
גב' מירי בשארים	מתכנתת – תודה מיוחדת על פיתוח התוכנה ותחזוקתה השוטפת לאורך השנים של מאגר המידע על הילדים הבדואים בנגב שמאפשר להבחין בהבדלים בין ילדים המתגוררים בכפרים הבלתי מוכרים לבין ילדים המתגוררים ביישובי הקבע
גב' חנה טורג'מן	מרכזת לשכת רופאת המחוז
גב' יוליה גרוס	רכזת בכירה אם וילד
גב' חנה כהן	רכזת בכירה אפידמיולוגיה
גב' דורית טורלי	רכזת נושא רישיונות קבורה
גב' חלי רוטשטיין	רכזת נושא אם וילד
גב' בלה אזואלוס	רכזת נושא אם וילד
גב' מזי עלון	מזכירה – אפידמיולוגיה
גב' תהאני ווקילי	מראינת – על ביצוע ראיונות בקרב יולדות בדואיות לאורך השנים שאפשר לקבל מידע מדויק על הילדים הבדואים המתגוררים בכפרים הבלתי מוכרים לעומת הילדים המתגוררים ביישובי הקבע
גב' רחל קסלר	סטודנטית במסלול MPH באוניברסיטת בן גוריון

תודה מיוחדת לצוותים של רופאי אם וילד ואחיות בריאות הציבור, העובדים ללא לאות למען ציבור המטופלים בתחנות טיפת חלב ברחבי הנגב

הנהלת משרד הבריאות

פרופ' אבי ישראלי	מנכ"ל משרד הבריאות
ד"ר בועז לב	משנה למנכ"ל משרד הבריאות
ד"ר אלכס לבנטל	ראש שירותי בריאות הציבור (בין השנים 1992-2007), משרד הבריאות
ד"ר איתמר גרוטו	ראש שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות
פרופ' יונה אמיתי	לשעבר מנהל המחלקה לאם לילד ולמתבגר, שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות (בין השנים 1999 עד פברואר 2008)
ד"ר ליזה רובין	מנהלת המחלקה לאם לילד ולמתבגר (בפועל), שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות
גב' מירה חונוביץ	אחות מפקחת ארצית בבריאות הציבור, שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות

חברי הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב

פרופ' רבקה כרמי	נשיאת אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
פרופ' שאול סופר	דיקן הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב
פרופ' אילנה שוהם ורדי	ראש המחלקה לאפידמיולוגיה, הפקולטה למדעי הבריאות
פרופ' רון דגן	מנהל היחידה למחלות זיהומיות ילדים במרכז רפואי אוניברסיטאי סורוקה וחבר סגל בכיר בחטיבה לרפואת ילדים
פרופ' דרורה פרייזר	חברת סגל בכיר במחלקה לאפידמיולוגיה והערכת שירותי בריאות ומנהלת המרכז ע"ש דניאל אברהם לבריאות ולתזונה

המרכז הלאומי לבקרת מחלות

מר וואסף נעמנה	היחידה לבריאות האוכלוסייה הערבית
----------------	----------------------------------

נספחים

נספח 1א'

לוחות 5

משרד הבריאות
המחלקה לאפידמיולוגיה, ירושלים

לוח החיסונים השיגרתיים בגיל הילדות, ישראל, 1999/2000

ג י ל											ה ח י ס ו ן
בית - ספר			שנה שלישית	שנה שניה		שנה ראשונה					
13 שנים (כתה ח')	7 שנים (כתה ב')	6 שנים (כתה א')	24-30 חודשים	18 חודשים	12 חודשים	6 חודשים	4 חודשים	2 חודשים	1 חודש	בלידה (בב"ח)	
						HBV3			HBV2	HBV1	דלקת כבד B
OPV5		OPV4		IPV3 OPV3		OPV2	IPV2 OPV1	IPV1			שיתוק ילדים
Td	Td			DTP4		DTP3	DTP2	DTP1			אסכרה-פלצת/שעלת
				Hib4		Hib3	Hib2	Hib1			ה. אינפלואנצה ב
		MMR2			MMR1						חצבת-חזרת-אדמת
			HAV2	HAV1							דלקת כבד A

הערה - התרכיבים Hib, DTP, IPV ניתנים בשילובים שונים הזמינים באותה עת בארץ; כעת ניתן תרכיב משולב Hib-DTP.

בדיקה לשחפת: בכיתה ז' (גיל 12 שנים) מבוצע תבחין טוברקולין לכל הילדים; פעולות הבירור בהתאם לתוצאות התבחין.

Hepatitis B Vaccine (recombinant)	HBV - תרכיב דלקת כבד B
Inactivated Polio Vaccine (enhanced)	IPV - תרכיב מומת משופר נגד שיתוק ילדים
Oral Polio Vaccine (live attenuated)	OPV - תרכיב חי-מוחלש דרך הפה נגד שיתוק ילדים
Diphtheria - Tetanus - Pertussis Vaccine	DTP - תרכיב משולש אסכרה-פלצת-שעלת
Haemophilus influenzae b Vaccine (conjugate)	Hib - תרכיב המופילוס אינפלואנצה ב
Diphtheria - Tetanus Toxoids for Pediatric use	DT - תרכיב כפול אסכרה-פלצת, רגיל
Diphtheria - Tetanus Toxoids for Adult use (low dose)	Td - תרכיב כפול אסכרה-פלצת, למבוגר
Measles - Mumps - Rubella Vaccine	MMR - תרכיב חצבת-חזרת-אדמת
Hepatitis A Vaccine	HAV - תרכיב דלקת כבד A

הערה - סימון התרכיב IPV - שווה ל-IPV בתדריך הקודם
 " " " - OPV
 " " " - Hib

נספח 1ב'

לוחות 8

משרד הבריאות
המחלקה האפידמיולוגית, ירושלים

לוחות החיסונים השנתיים בגיל הילדות, ישראל

החיסון	שנה ראשונה								
	שנה שנייה				שנה שלישית				
	אדרי לידה (בב"ח)	1 חודש	2 חודשים	4 חודשים	6 חודשים	12 חודשים	6 שנים (כזה א')	8 שנים (כזה ג')	11 שנים (כזה ו')
דלקת כבד B	HBV				HBV				
שיתוק ילדים			eIPV	TOPV, eIPV	TOPV	TOPV, eIPV	TOPV		
אסכרה-פלגז-שעלה			DTP	DTP	DTP	DTP			
ה. אינפלוואצה ב			RbCV	RbCV		RbCV			
אסכרה-פלגז								Td	
חבת-חורח-אדמה							MM		
אדמה									אדמה
חמש									11

(*) שני הערכים, DTP ו-eIPV, ניתנים בוריקה אחת של הרכיב פוליו.

(**) תבנית פורמולרין מוכנע בכל היחידים.
החיסון (BCG) ניתן רק בקבוצות נבחרות בסיכון גבוה, כאשר תבנית פורמולרין הינו בעל גודל לא מסמכותי.

HBV - הרכיב נגד דלקת כבד נגיפית B
Recombinant Hepatitis B Vaccine

eIPV - הרכיב מומת ממופר נגד שיתוק ילדים.
Inactivated Polio Vaccine, enhanced

TOPV - הרכיב חי-מוחש דרך הפה נגד שיתוק ילדים
Trivalent Oral Polio Vaccine

DTP - הרכיב מורכב, אסכרה-פלגז-שעלה
Diphtheria - Tetanus - Pertussis Vaccine

RbCV - הרכיב מוצמד נגד המופילוס אינפלוואצה ב
Haemophilus b Conjugate Vaccine

DT - הרכיב כפול אסכרה-פלגז, רגיל
Diphtheria - Tetanus Toxoids for Pediatric use

Td - הרכיב כפול אסכרה-פלגז, למבוגר
Diphtheria - Tetanus Toxoids for Adult use

MM - הרכיב נגד חבת-חורח-אדמה.
Measles - Mumps - Rubella Vaccine

1995

נספח 1 ג'

לוחות 1

משרד הבריאות
המחלקה לאפידמיולוגיה

לוח החיסונים השיגרתיים בגיל הילדות, ישראל, ספטמבר 2005

ג י ל											ה ח י ס ו ן
בית - ספר			שנה שלישית	שנה שניה		שנה ראשונה					
13 שנים (כתה ח')	7 שנים (כתה ב')	6 שנים (כתה א')	24-30 חודשים	18 חודשים	12 חודשים	6 חודשים	4 חודשים	2 חודשים	1 חודש	בלידה (בב"ח)	
						HBV3			HBV2	HBV1	דלקת כבד B
	IPV5			IPV4		IPV3	IPV2	IPV1			שיתוק ילדים
Td	dT _a p5			DTaP4		DTaP3	DTaP2	DTaP1			אסכרה-פלצת/שעלת
				Hib4		Hib3	Hib2	Hib1			ה. אינפלואנצה ב
		MMR2			MMR1						חצבת-חזרת-אדמת
			HAV2	HAV1							דלקת כבד A

הערה: התרכיבים IPV, dTaP, Hib ניתנים בשילובים שונים הזמינים באותה עת בישראל.

Hepatitis B Vaccine

HBV - תרכיב נגד דלקת כבד B

Inactivated Polio Vaccine

IPV - תרכיב מומת נגד שיתוק ילדים

Diphtheria - Tetanus - Acellular Pertussis Vaccine

DTaP - תרכיב נגד אסכרה-פלצת-שעלת אסלולרי לילד

Diphtheria - Tetanus - Acellular Pertussis Vaccine for use as booster dose in children & adults

dTaP - תרכיב נגד אסכרה-פלצת-שעלת אסלולרי לילד ולמבוגר, לשימוש כמנת דחף

Diphtheria - Tetanus Toxoids for Adult use

Td - תרכיב נגד אסכרה-פלצת, למבוגר

Haemophilus influenzae b Vaccine

Hib - תרכיב נגד המופילוס אינפלואנצה ב

Measles - Mumps - Rubella Vaccine

MMR - תרכיב נגד חצבת-חזרת-אדמת

Hepatitis A Vaccine

HAV - תרכיב נגד דלקת כבד A

נספח 2

תחלואה במחלות מחייבות הודעה של ילדים בדואים בני 0-4 שנים במחוז דרום.

מונה: מספר מקרי תחלואה בקרב ילדים בדואים במחלות מחייבות הודעה שדווחו ללשכת הבריאות - מחוז הדרום בשנים 1999-2004 (סה"כ 6 שנים).

מכנה: מספר הילודים הבדואים לפי הנתונים במערכת הממוחשבת של לשכת הבריאות המחוזית - מחוז דרום (מקור הנתונים במערכת מבוסס על ריאיון אישי של היולדת בכותלי ביי"ח סורוקה ומוצלב עם קובץ יולדות שמתקבל ממשרד הפנים) כדלקמן:

שנה	מספר הילודים ביישובי קבע	מספר הילודים בכפרים הבלתי מוכרים	סה"כ הילודים בדואים
1995	2,611	2,530	5,141
1996	2,828	2,578	5,406
1997	2,879	2,633	5,512
1998	3,238	2,927	6,165
1999	3,305	3,028	6,333
2000	3,518	3,140	6,656
2001	3,616	3,290	6,906
2002	3,773	3,396	7,169
2003	4,045	3,524	7,569
2004	3,871	3,263	7,134
2005	3,784	3,189	6,973 (נפטרו באותה שנה 105)
2006	-	-	6,949 (נפטרו באותה שנה 83)

הערה: תינוקות בדואים שנפטרו או עזבו את המחוז לא נכללו במכנה.

להלן שיטת החישוב:

קבוצת גיל	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1-0	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
2-1	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
3-2	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
4-3	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
5-4	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
סה"כ ילודים בדואים בני 4-0 שנים	28,557	30,072	31,572	33,229	34,633	35,434	35,764	35,702

נספח 3

Figure1: Percent of Bedouin Infants who have received three injections of DTP/DT by the age of 1 year (1985 – 2001)

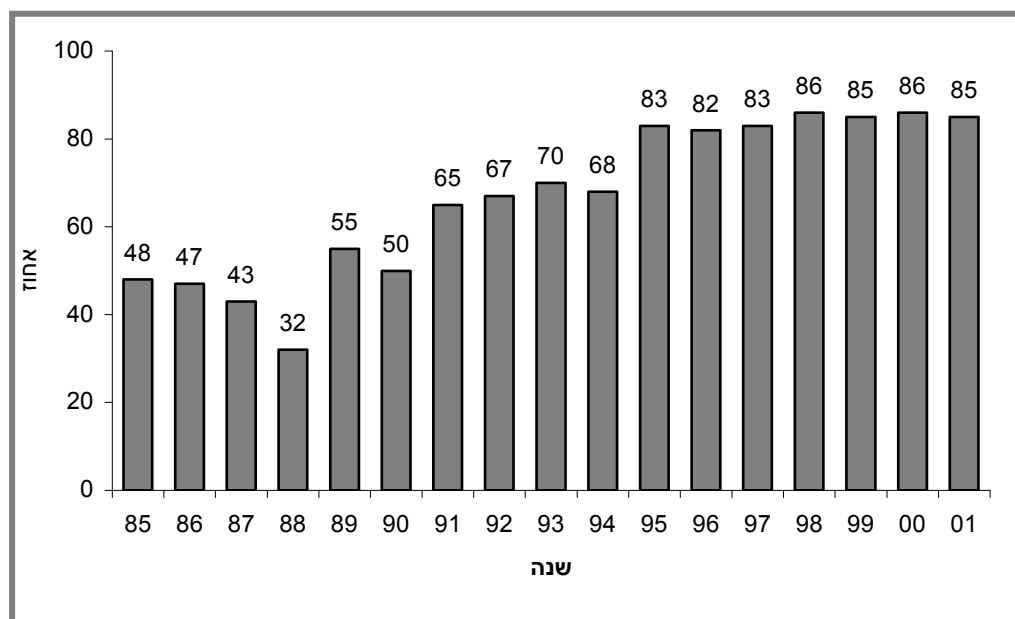
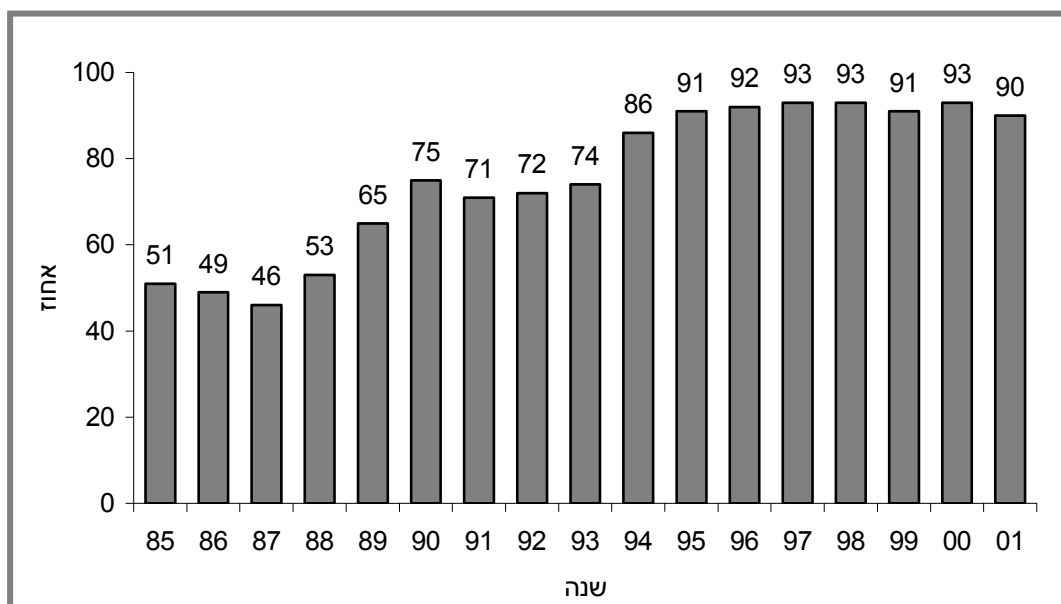


Figure 2: Percent of Bedouin Infants who have received first injection of MMR by the age of 2 years (1985 – 2001)



DTP – Diphtheria-Tetanus-Pertussis Vaccine – תרכיב משולש אסכרה-פלצת-שעלת

DT – Diphtheria-Tetanus Vaccine – תרכיב כפול אסכרה-פלצת

MMR – Measles-Mumps-Rubella – תרכיב חצבת-חזרת-אדמת

Belmaker I, et al. Reduction of vaccine-preventable communicable diseases in a Bedouin population: summary of a community-based intervention programme. Lancet. 2006 25;367(9515):987-91.