

תקציר

רקע

גורמים בריאותיים, כלכליים וחברתיים הציבו את האוכלוסייה הערבית בישראל בסיכון גבוה יותר לתחלואה ותמותה מהקורונה. שיעורים גבוהים של תחלואה כרונית, עישון, השמנה, ומצב כלכלי ירוד הפכו את ההתמודדות של אוכלוסייה זו ומוסדותיה עם המגפה לאתגר עצום.

מטרות

בדיקת השפעת הקורונה על האוכלוסייה הערבית ובחינת אסטרטגיות ההתמודדות עם המגפה והגורמים המשפיעים עליה.

שיטות

מחקר חתך טלפוני בקרב 1533 משתתפים בני 18 ומעלה, בתקופת הגל השני. השאלון כלל מידע אישי, מצב בריאותי, ידע ותפיסות לגבי הקורונה ומקורות המידע.

ממצאים

מגפת הקורונה גרמה נזק כלכלי שהתבטא בירידה בהכנסה, צמצום היקף התעסוקה ואבטלה, הדרדרות במצב הבריאות הכללית והנפשית. ההיענות להנחיות השתפרה בתקופת הגל השני לעומת הראשון בהתייחס לריחוק חברתי, עטית מסכות והיגיינה אישית אך לא לגבי הימנעות מביקורי חברים וקרובים ויציאה לקניות. רמת הפגיעות הנתפסת של הפרט הנה אחד הגורמים המרכזיים המשפיע על ההיענות להנחיות. נמצאו שינויים בדפוסי האכילה והפעילות הגופנית אך לא בשיעורי העישון וצריכת אלכוהול.

מסקנות

המגפה הביאה להעמקת המצוקה הכלכלית והבריאותית. ההיענות להנחיות השתפרה עם התקדמות המגפה. משרד הבריאות, הרשויות המקומיות ורופאי המשפחה מהווים מקורות המידע מרכזיים.

המלצות

לחזק את מערך ההסברה תוך התמקדות בסיכוני ההדבקה ובקבוצות אוכלוסייה ספציפיות. כמו כן, להנגיש טכנולוגיות ללמידה ועבודה מרחוק ולפתח מערך ההתערבויות לקידום אורח חיים בריא.

מילות מפתח: קורונה; ערבים בישראל; היענות; הנחיות רשמיות; בריאות נפשית

Abstract

Background: Health, economic and social factors have placed the Arab population in Israel at a higher risk of morbidity and mortality from Covid-19. High rates of chronic diseases, smoking, obesity, and poor economic condition have made the coping of this population and its institutions with the pandemic a huge challenge.

Aims: To examine the impact of the Corona on the Arab population and the strategies used by the public for coping with the pandemic and the factors that affect it.

Methods: A telephone cross-sectional study was conducted with 1533 participants aged 18 and over during the Second Wave of the pandemic. A structured questionnaire that included personal information, health status, knowledge and perceptions about Covid-19 and sources of information was used.

Results: Covid-19 caused great economic damage that has been reflected in declining incomes, declining employment and unemployment and deterioration in general and mental health. Compliance with the recommendations has improved in the Second Wave compared to the first, with regard to social distancing, wearing masks and personal hygiene but not to avoiding visiting friends and relatives and going shopping. The perceived level of individual susceptibility is one of the main factor influencing compliance with the guidelines, together with having a family member with COVID-19. Changes in eating patterns and exercise were found but not in smoking rates and alcohol consumption.

Conclusions: Covid-19 pandemic has exacerbated the economic and health distress. Compliance with the guidelines improved as the pandemic progressed. The Ministry of Health, local authorities and family physicians are key sources of information.

Recommendations: The information system needs strengthening, while focusing on the risks of infection among specific population groups. Technologies need to be accessible for remote learning and working, in addition to developing interventions to promote a healthy lifestyle.

Key words: Covid-19; Arabs in Israel; Compliance; Official recommendations; Mental health

דו"ח תוצאות מפורט

הקדמה: המקרים הראשונים של הקורונה בישראל התגלו בחודש פברואר 2020. באמצע חודש מרץ באותה השנה, מספר המאובחנים הגיע ל 200 עם ממוצע יומי של 40-60 מאומתים חדשים. זו הייתה תחילתו של הגל הראשון בו הוכרז על סגר ראשון, סגירת מערכת החינוך וחובת עטית מסכות ובו אובחנו כ- 10,000 מקרים פעילים ו- 500-700 מקרים חדשים מדי יום. בעקבות הפעולות שננקטו חלה דעיכה של הגל שנמשכה עד המחצית השנייה של חודש מאי. עם החזרה "המהירה" לשגרה וביטול ההגבלות החלה עליה מהירה בתחלואה והתפרצות של המגפה מחדש שסימנה את תחילתו של הגל השני שנמשך על חודש אוקטובר 2020 בסיומו מספר המאובחנים החיוביים המצטבר בישראל הגיע ל- 302,770 ובחברה הערבית ל- 40,644 (מרכז המידע, משרד הבריאות, 2020).

מגפת הקורונה הגיעה לחברה הערבית בישראל באיחור מסוים. המקרים הראשונים בחברה זו התגלו באמצע חודש מרץ 2020, ובאמצע חודש מאי נרשמו בחברה הערבית 1050 מקרים של קורונה. בתקופה זו ציינה האוכלוסייה הערבית הנוצרית את חג הפסחא והמוסלמית את חודש הרמדאן וחג אל פטר תחת מגבלות וסגר. בעקבות כך ויחד עם הפעולות וההגבלות האחרות התחלואה ידה משמעותית כאשר הממוצע השבועי הגיע ל- 8 מאומתים שציין את סיומו של הגל הראשון של המגפה. גם בחברה הערבית ועם החזרה לשגרה חלה עליה והתפרצות מחודשת של המגפה שנמשכה עד חודש אוקטובר והסתיימה עם כ- 32,000 מקרים וממוצע שבועי של כ- 4,000 מקרים.

בתחילת התפרצות המגפה ובהעדר הסברה מסודרת ומותאמת לחברה הערבית מטעם משרד הבריאות וקופות החולים, שרר בלבול גדול כאשר המידע היה מועט, לא מותאם מבחינת שפה והתבסס על מקורות מידע לא מהימנים. העדר ההסברה הרשמית המתאימה הגביר את תחושת האפליה וחוסר האמון של הציבור הערבי במדינה וזרועותיה במיוחד בצל הבעיות הרבות שהתגלו במערך בדיקות האבחון והטיפול בנדבקים. כעבור זמן ולאחר התגייסות והתארגנות פנימית של הארגונים בתוך החברה הערבית (רשויות מקומיות, ארגוני החברה האזרחית, ועדת המעקב העליונה, ועד ראשי הרשויות, בתי החולים בנצרת) ובשיתוף פעולה עם משרד הבריאות וקופות החולים, מערך ההסברה, האבחון והטיפול השתפר, דבר שסייע להוריד את קצב ושיעורי התחלואה למינימום בסוף הגל הראשון.

האוכלוסייה הערבית בישראל מהווה כ- 17.3% מכלל האוכלוסייה. גודל המשפחה הממוצע הנו 4.8 נפשות לעומת 3.12 בחברה היהודית. כ- 50% מהאוכלוסייה הערבית מתגוררת במחוז הצפון, 17.7% במחוז חיפה, 17.5% במחוז הדרום ו- 14.1% במחוז המרכז.

האוכלוסייה הערבית בישראל נכנסה למגפת הקורונה גם במצב של חולשה שהוא תוצר של הזנחה ארוכת שנים. הנתונים מראים כי האוכלוסייה הזו סובלת משיעורים גבוהים של עוני. 44.2% מהמשפחות הערביות נמצאות מתחת לקו העוני בהשוואה ל- 14% מהמשפחות היהודיות. רוב האוכלוסייה הערבית מתגוררת ביישובים נפרדים ומסווגים בתחתית הסולם החברתי-כלכלי (3-1 מתוך 10). ההשקעה לנפש שהרשויות המקומיות הערביות משקיעות הנה 500 ₪ לעומת 1,750 ₪ ברשויות היהודיות. רמת

ההשכלה בכלל הנה יותר נמוכה מזו של כלל החברה הישראלית והזדמנויות התעסוקה הן מעטות ומצומצמות. במישור הבריאותי, עדיין ישנם פערים במדדי הבריאות השונים. תוחלת החיים של הגברים הערבים היא 78.1 שנים לעומת 81.7 של הגברים היהודים ושל הנשים הערביות 81.9 שנים לעומת 85.1 אצל הנשים היהודיות. שיעורי תמותת התינוקות עדיין גבוהים בהשוואה לחברה היהודית (5.4 לעומת 2.3 ל-1000 לידות חי) (משרד הבריאות, 2020).

רקע מדעי: מחקר זה בא לבחון את האסטרטגיות אשר שימשו את הציבור הערבי בישראל בהתמודדות שלו עם מגפת הקורונה כאשר ההיענות להנחיות ולהמלצות של הרשויות המוסמכות היוו מדד מרכזי להתמודדות זו. בעיקרון, קיימים דפוסי התנהגות אישית שבאופן אוניברסאלי הן מקובלות כאמצעי הגנה כנגד התחלואה בקורונה וזאת בנוסף לחיסון. התנהגויות אלה כוללות ריחוק חברתי, עטית מסכות, היגיינה אישית, הימנעות מהתקהלויות וביקורים והימנעות מנוכחות במקומות הומי אדם. מדינות רבות בעולם הנחו ואף חייבו את אזרחיהן לפעול ע"פ ההנחיות האלה למרות שהן השתנו מעת לעת ולפעמים ללא הסברים משכנעים (Tom, et al., 2020). שינויים אלה יצרו מצב של אי ודאות וחוסר אמון בקרב הציבור ובעקבות כך גם חוסר היענות להנחיות ולהמלצות.

אין ספק שההיענות להנחיות לריחוק חברתי וגם להנחיות האחרות גובה מהפרט מחיר לא קטן ולכן מידת ההצלחה בכך קשורה במידת האמון של הציבור במערכת האמונה על הנחיות אלה (Van Bavel et al., 2020). רמת האמון הנה קריטית כיוון שלא ניתן לשמר ולהטמיע את ההנחיות וישומן רק ע"י חיוב ואכיפה אלא גם, ובעיקר, ע"י יצירת היענות מרצון המבוססת על אמון ושקיפות. אמון זה מתחיל בכך שהציבור צריך להיות בטוח כי אנשי המקצוע ומקבלי ההחלטות מכירים ומבינים מה הם הצרכים והמגבלות של הציבור ועל כך הם בונים את ההנחיות וההמלצות שלהם (Bennet, 2020). המתח הקיים בין האינטרסים והערכים שמייצגת המערכת ואלה של הסקטורים השונים בחברה, בא לידי ביטוי בחוסר ההיענות של ציבורים מסוימים כמו הקהילה החרדית והערבית במיוחד בהקשר של הנחיות כמו ריחוק חברתי, הימנעות מהתקהלויות ובעקבות כך, היינו עדים להמשך האירועים החברתיים כמו החתונות, הלוויות, והמסיבות שמהווים נורמות חברתיות המשמרות את הסולידריות החברתית שהיא ערך מרכזי בחברות אלה. קרני ווילסטייד (Cairney & Wellstead, 2021) טוענים כי קובעי המדיניות ומקבלי ההחלטות מחויבים לתת אמון באנשי המקצוע והמומחים כדי שאלה יבינו את הבעייתיות הכרוכה בקבלת החלטות וגם לתת אמון בציבור כדי שיפעל ע"פ ההמלצות וההנחיות. כאשר אמון זה לק מתקיים, הציבור לא יקיים את ההנחיות מתוך רצון. הם גם טענו כי האמון מתפתח כאשר מתקיימת תקשורת חיובית ישירה, שיתוף, הבנה לאינטרסים השונים, שיתוף פעולה, כבוד ואמינות. תקשורת זו יכולה להיות ישירה דרך נציגים מהקהילה עצמה או אמצעי התקשורת הלאומיים.

הקשר בין ההיענות להנחיות ולהמלצות של הגופים המוסמכים והאמון בגופים האלה איננו ברור ויכול להיות שונה ומושפע מגורמים שונים כמו חשיפה אישית או משפחתית לתחלואה בקורונה (Devine, Gaskell, Jennings & Stoker, 2021). כאשר מדובר בבחינת הגורמים המנבאים עמדות והתנהגויות,

בנוסף לאמון ניתן למנות עוד גורמים כמו תפיסת האיום של המחלה, הרווח הכלכלי, החסמים להתנהגות והניסיון האישי של הפרט עם המחלה. מודל האמונה הבריאותי (Health Belief Model, HBM) של בייקר (Baker, 1974) מסביר ומנבא מעורבות הפרט בפעולות בריאותיות מניעתיות. המודל משמש במחקרים העוסקים בחקירת ההיענות להמלצות רפואיות וטיפוליות. המודל המקורי כולל 3 מרכיבים: א) דרגת האיום הנתפסת של הפרט שהיא תלויה במת הפגיעות הנתפסת ודרגת החומרה הנתפסת של המחלה ב) האמונה של הפרט בפוטנציאל של השינוי להפחית את האיום (התועלת הצפויה מהשינוי) ו-ג) הערכת "המחיר" הגופני, הנפשי, הכלכלי ועוד (החסמים הנתפסים). לי וחבריו (Li, et al., 2020) מצאו שתפיסת וירוס הקורונה כחמור ומסוכן הייתה קשורה לתוצאות נפשיות שליליות. וויס וחבריו (Wise, et al., 2020) מצאו שלהרגיש באופן אישי בסיכון להידבקות ניבה סיכוי גבוה יותר להיענות להמלצה לריחוק חברתי. הארפר ואחרים (Harper, Satchell, Fido & Latzman, 2020) בדקו אם תפיסה אישית של הסיכון להדבקה בקורונה, הפחד מהווירוס, מצב הרוח והאוריינטציה הפוליטית מנבאים התנהגות מניעתית כנגד ההידבקות בקורונה ומצאו שרק פחד מהווירוס ניבא שינוי חיובי בהתנהגות. במחקר על תפיסת הסיכון שבוצע ב-10 מדינות באירופה, אמריקה ואסיה מצאו שניסיון אישי עם הווירוס, השלכות חברתיות של השינוי ביחסים עם החברים והמשפחה, אמון בממשלה היו מנבאים של תפיסת הסיכון שנמצאה קשורה עם אימוץ התנהגות בריאותית חיובית למניעת תחלואה (Dryhurst, Schneider, Kerr, Freeman, et al., 2020).

במחקר שנעשה בספרד נמצא שאנשים שנדבקו בקורונה בעצמם או אחרים הקרובים אליהם דיווחו על רמות יותר נמוכות של אמון בפוליטיקאים לרוב כתוצאה מחוסר שביעות רצון מניהול המשבר והתגובה של הממשלה להתפתחויות (Devine et al., 2020). קורויו וחבריו (Coroiu et al., 2020) מצאו שההיענות להמלצות לריחוק חברתי הייתה שונה בהתאם לאופי ההמלצה ובכל אופן לא נצפתה היענות מלאה להמלצות כלשהן. הגורמים החזקים שאובחנו היו הרצון להגנה עצמית, תחושת האחריות להגנה על הקהילה והיכולת לעבוד וללמוד מרחוק. המחסומים החזקים שנמצאו כללו הימצאותם של חברים או קרובים שזקוקים לעזרה בסידורים ובקשר החברתי למניעת תחושת בדידות.

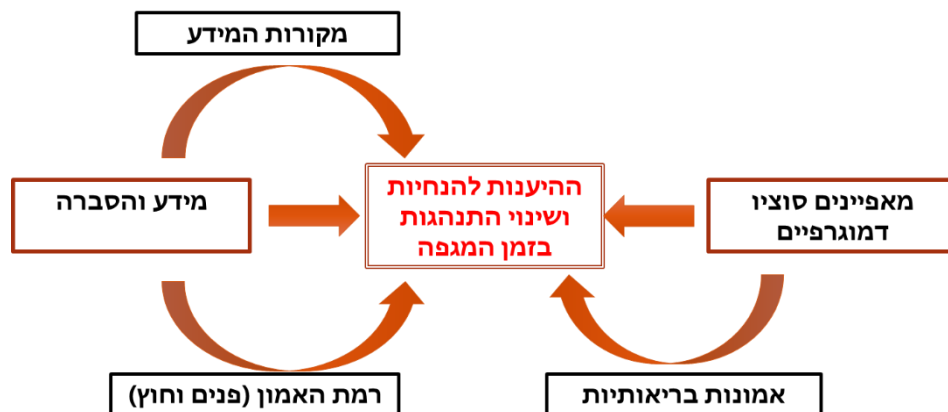
נושא המחקר: האסטרטגיות להתמודדות עם התפרצות מגפת הקורונה בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל והגורמים שהשפיעו עליהן.

מטרות המחקר

- לבדוק את תפיסות הציבור בחברה הערבית לגבי הסיכון להידבק בקורונה, חומרת הסיכון, התועלת בשינוי ההתנהגות, החסמים לשינוי ההתנהגות, תחושת המסוגלות העצמית, המניעים להיענות עם ההנחיות במהלך המחלה (ע"פ מודל האמונה הבריאותית HBM) והדרכים להתמודדות אתה, לפי גיל, מגדר, השכלה ואזור מגורים.

- לבדוק את מידת השפעתה של מגפת הקורונה במישור הכלכלי, התעסוקתי והבריאותי בקרב האוכל הערבית.
- לבדוק את מידת היענות של האוכלוסייה הערבית עם ההנחיות הרשמיות לפי המשתנים הסוציו-דמוגרפיים;
- לבדוק את הקשר בין האמונות הבריאותיות, מקורות והבנת ההסברה ותפיסת שיפור במעמד האוכלוסייה לבין ההיענות של הקבוצות השונות עם ההנחיות של משרד הבריאות.
- לבדוק את מקורות, איכות והבנת ההסברה הרשמית המיועדת לאוכלוסייה הערבית, בדגש על הצרכים הדיפרנציאליים של האוכלוסייה באזורים שונים.

תרשים המודל התיאורטי למערך המחקר



שיטות

מחקר זה הנו מחקר חתך טלפוני Cross-sectional study. אוכלוסיית המקור היא כלל האזרחים הערבים בישראל המתגוררים ביישובים המוגדרים ישובים ערבים, ישובים מעורבים או ישובים בלתי מוכרים בנגב.

נעשתה חלוקה גיאוגרפית לפי המתווה של משרד הפנים, המורכבת ממחוז הצפון, מחוז חיפה, מחוז המרכז (שכולל גם את מחוז תל אביב ואת שלושת הישובים הערבים במחוז ירושלים) ומחוז הדרום. המדגם חולק ל-4 האזורים באופן שווה, עם דגש לייצוג שווה של גברים ונשים. חישוב גודל המדגם שמופיע למטה, נעשה כדי שנוכל להשוות בין המחוזות ובין נשים וגברים, כדלקמן:

$$n = z^2pq/(E^2) + z^2pq$$

$$n = 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5 / (0.05^2) + 1.96^2 \cdot (0.5 \cdot 0.5) = 384$$

$$N = 384 \times 4 = 1536$$

כאמור, איסוף הנתונים נעשה באמצעות ראיון טלפוני אשר נערך עם 1533 נשים וגברים בני 18 ומעלה, המשתייכים לאוכלוסייה הערבית בישראל. מספרי הטלפון התקבלו מחברת פאזל תקשורת בע"מ, שמתמחה בניהול תקשורת סלולרית ופתרונות אינטרנט. 85 יישובים השתתפו במדגם. כל היישובים קובצו לקטגוריות לפי מחוז גיאוגרפי ולפי סטטוס היישוב (יישוב מוכר או לא מוכר).

כלי המחקר:

כלי המחקר הנו שאלון מובנה שהוכן לצורך המחקר וכלל 5 חלקים (58 שאלות)

- א) שאלון סוציו דמוגרפי שכלל 24 שאלות: גיל, מגדר, דת, מקום מגורים, השכלה, מקצוע, מצב משפחתי, מס' ילדים, מספר מחשבים וכלים טכנולוגיים אחרים, תעסוקה לפני ואחרי מגפת הקורונה, מצב כלכלי (לפני ואחרי המגפה).
- ב) שאלון שכלל 5 שאלות לגבי ההיענות להנחיות הרשמיות של משרד הבריאות (ריחוק חברתי, עטית מסכה, שטיפת ידיים, הימנעות מביקורים, הימנעות מיציאה לצורך קניות)
- ג) שאלון מצב בריאותי והתנהגות בריאותית שכלל 19 שאלות לגבי הערכה של הבריאות הגופנית והנפשית האישית, עישון, צריכת אלכוהול, דפוסי אוכל, ישיבה ממושכת מול הטלוויזיה, קיום מחלות כרוניות, מצוקה נפשית, פניה לעזרה נפשית ורגשית.
- ד) שאלון האמונות הבריאותיות (Health Belief Model) שכלל 11 שאלות לגבי תחושת הסיכון האישי להידבק בקורונה, תפיסת חומרת הסיכון, התועלת הנתפסת בשינוי ההתנהגות, החסמים לשינוי ההתנהגות, והגורמים המעודדים שינוי התנהגות.
- ה) שאלון שכלל 6 שאלות: 4 שאלות לגבי הערכת הידע האישי על קורונה, מקורות המידע של הנחקר, דרגת האמון במקורות המידע על הקורונה, ו-2 שאלות פתוחות להערות והצעות של הנחקר.

איסוף הנתונים

שלב איסוף הנתונים נמשך כשלושה חודשים (מתחילת חודש ספטמבר עד סוף חודש נובמבר 2020), במחקר זה נערכו 1533 ראיונות טלפונים שבוצעו במשרדי אגודת הגליל על ידי צוות שמורכב משלושה מראיינים מנוסים אשר עברו הכשרה ועבדו במשך חודשיים וחצי כ-25 שעות שבועיות, המראיינים מלאו שאלון המחקר בזמן ביצוע הראיון הטלפוני. על מנת להבטיח איכות נתונים במשך שלב זה המראיינים קיבלו הדרכה וביצעו סימולציות בתחילת העבודה, ובמהלך שלב איסוף הנתונים נעשה פיקוח צמוד ע"י צוות המחקר על העבודה ומעקב אחרי מילוי השאלונים, הקשבה למראיינים במשך התקופה ובמיוחד בימים הראשונים לעבודה על מנת ללמוד על הדיווחים המתקבלים מהם ומתן הנחיות בהתאם. במהלך שלב זה ביצעה רכזת המחקר שיחות אישיות עם המראיינים והעבירה הערות למילוי השאלונים, בנוסף

המראיינים עברו סדנה קצרה להתמודדות עם סירובים בה שיתפו מקרים מניסיונם וניתנו הנחיות להתמודדות עם סירובים במטרה להעלות אחוז היענות.

ניתוח הנתונים:

הנתונים הוקלדו ועובדו באמצעות תוכנת SPSS-25. לניתוח הנתונים השתמשנו בסטטיסטיקה תיאורית, מבחן כי בריבוע לבחינת קורלציות בין משתנים שונים, וניתוח שונות regression analysis

הממצאים

1. אוכלוסיית המחקר ומאפייניה

1533 אנשים השתתפו במחקר כאשר 54.9% מהם גברים ו-45.1% נשים. התפלגות זאת הייתה שונה בתוך המחוזות כאשר במחוז המרכז 69.1% מהמשיבים היו נשים ובמחוז דרום 72.2% היו גברים ($p < .001$).

גיל המשיבים נע בין 18 ל-90 שנים. הגיל הממוצע היה 43.4 שנים (גברים 45.68 (ס.ת. 13.2) ונשים 40.64 (ס.ת. 11.4) ($F = 62.525$, $p < .001$). במחוז הצפון ובמחוז חיפה ממוצע הגיל היה קצת יותר גבוהה (43.8 ו-44.8, בהתאמה) ובמחוזות המרכז והדרום המשיבים היו יותר צעירים (42.8 ו-41.2, בהתאמה) ($F = 4.173$, $p < .01$). ממוצע הגיל של הנחקרים מהישובים הלא מוכרים נמוך מהנחקרים מהישובים המוכרים (36.9 לעומת 43.9) ($F = 28.989$, $p < .001$).

טבלה מס' 1 מתארת את התפלגות קבוצת המחקר בארבעת המחוזות לפי מאפיינים שונים. 88.2% מהנשאלים היו מוסלמים, 5.8% דרוזים ו-6.0% נוצרים, כאשר הדרוזים והנוצרים מתגוררים רק במחוזות צפון וחיפה ובמחוז הדרום מתגוררים מוסלמים בלבד. באופן כללי 5.4% מהנשאלים סיימו רק בית ספר יסודי, 13.3% סיימו חטיבת ביניים, 21.8% למדו בתיכון אבל לא קיבלו תעודת בגרות, 24.1% קיבלו תעודת בגרות ול-35.4% היו לימודים על תיכונים ואקדמאים. נמצאו הבדלים ברמת ההשכלה לפי מחוז ($p < .001$) אך לא היו הבדלים מובהקים ברמת ההשכלה בהשוואה בין סוגי הישובים השונים. 8.3% מהמשתתפים הם רווקים, 88.6% נשואים ו-1.2% גרושים ללא הבדלים בין המחוזות.

טבלה מס' 1: מאפיינים נבחרים של אוכלוסיית המחקר לפי מחוז (באחוזים)

משתנה	מחוז				
	צפון 785=N 51.2%	חיפה 261=N 17.0%	מרכז 233=N 15.2%	דרום 254=N 16.6%	סה"כ 1533=N 100%
מגדר					
זכר	57.5	50.6	30.9	72.2	54.9
נקבה	42.5	49.4	69.1	26.8	45.1
$\chi^2 = 92.681$; $df=3$; $p < .001$					
דת					
מוסלמית	81.7	86.5	98.7	100.0	88.2
דרוזית	8.9	7.7	-	-	5.8
נוצרית	9.4	5.8	1.3	-	6.0
$\chi^2 = 91.831$; $df=6$; $p < .001$					
השכלה					

5.4	9.0	4.7	7.0	4.4	יסודית
13.3	17.1	12.4	10.9	13.2	חטיבת ביניים
21.8	18.4	27.9	20.9	21.3	תיכון ללא ת. בגרות
24.1	21.6	22.3	24.0	25.4	בגרות עם ת. בגרות
35.4	33.9	33.9	37.2	36.1	מכללה/אוניברסיטה
$\chi^2 = 21.815; df=12; p < .05$					
					מצב משפחתי
8.3	11.8	4.3	7.3	8.6	רווק/ה
0.7	1.6	0	0.4	0.8	ארוס/ה
88.6	84.6	91.8	89.6	88.6	נשוי/נשואה
1.2	0.8	1.7	1.5	1.0	גרשה/ה
0.9	0.8	1.3	0.4	1.0	אלמן/ה
0.3	0.4	0.9	0.8	0	פרוד/ה
$\chi^2 = 22.847; df=15; p < .01$					

2. השפעות הקורונה בחברה הערבית

2.1 השפעות כלכליות ותעסוקתיות

ההשפעות הכלכליות של המגפה נבחנו לפי השינוי בהכנסה ובתעסוקה. בכלל, לפני המגיפה ההכנסה של כ-7.5% הייתה מתחת לשכר המינימום¹ לעומת 11.8% שהוא קרוב לשכר המינימום, 21.3% מעל שכר המינימום, 3.3% מעל שכר המינימום אבל מתחת לממוצע במשק², 15.3% קרוב לממוצע ו-40.8% הכנסתם הייתה מעל הממוצע. נמצא שבמשך המגיפה הייתה עליה באחוז המשתכרים מתחת לשכר המינימום או סביבו (מ-19.3% ל-26.8%) וירידה באחוז המשתכרים מעל הממוצע במשק (מ-40.8% ל-32%). במחוז המרכז היה אחוז המשתכרים הגדול מתחת לממוצע והקטן בין אלה שהרוויחו מעל הממוצע. ההבדלים לפי מחוז היו מובהקים מבחינה סטטיסטית ($p < .001$) (טבלה מס' 2)

ההידרדרות ברמת ההכנסה בלטה במיוחד בישובים הלא מוכרים בנגב כאשר הייתה עליה באחוז המועסקים שמשתכרים בשכר מינימום או סביבו ומתחת לממוצע השכר במשק (טבלה מס' 3). מצד שני הייתה ירידה משמעותית באחוז המשתכרים בשכר מעל הממוצע במשק (מ-38.8% - 21.1%) ($p < 0.05$).

מהנתונים גם עולה כי בישובים הלא מוכרים היו יותר אנשים שהרוויחו קרוב למינימום מאשר בישובים המוכרים ($p < .05$) והשינוי הבולט בעקבות המגיפה הוא העלייה המשמעותית באחוז המועסקים המשתכרים מתחת לשכר המינימום (מ-11.8% ל-23.2%) ($p < .05$).

ממצאי המחקר מצביעים על ירידה בתעסוקה בתקופת מגפת הקורונה. בכלל, לפני פרוץ המגפה 23.1% מהגברים הערבים ו-46.4% מהנשים הערביות מעל גיל 18 לא עבדו. בעת ביצוע המחקר (חודשים ספטמבר עד נובמבר) 41.7% מהגברים ו-62.5% מהנשים היו מובטלים. בכל קבוצות הגיל נצפתה עליה באחוז הגברים המובטלים אך באופן בולט בקבוצת הגיל 18-24 כאשר 50% מהם הפסיקו לעבוד. מגמה

¹ שכר המינימום ע"פ המוסד לביטוח לאומי הוא 5,300 ₪ לחודש.

² השכר הממוצע במשק ע"פ המוסד לביטוח לאומי הוא 9,000 ₪ לחודש.

דומה של עליה באבטלה נצפתה גם בקרב הנשים כאשר העלייה באחוז המובטלות היה בכל קבוצות הגיל (תרשים מס' 1)

מהממצאים עולה כי 55.6% ממשתתפי המחקר דיווחו על נזק כלכלי שנגרם להם בעקבות המגפה כאשר 51.6% מהם ציינו שהנזק היה בדרגה גבוהה לעומת 37.3% בדרגה בינונית ו- 11.1% בדרגה נמוכה.

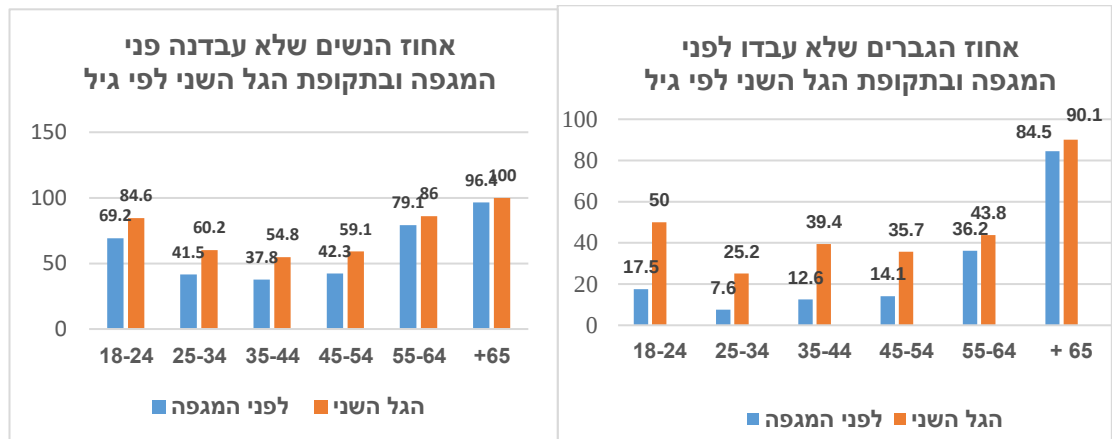
טבלה מס' 2: התפלגות האוכלוסייה לפי ההכנסה ומחוז לפני ובמשך מגפת הקורונה

משתנה	מחוז				
	צפון 785=N 51.2%	חיפה 261=N 17.0%	מרכז 233=N 15.2%	דרום 254=N 16.6%	סה"כ 1533=N 100%
הכנסה לפני המגיפה					
מתחת למינימום	4.1	5.9	20.0	7.3	7.5
קרוב למינימום	10.2	11.2	14.4	14.7	11.8
מעל המינימום	21.7	23.1	13.8	25.4	21.3
מעל המינימום ומתחת לממוצע	4.7	3.0	2.5	0.6	3.3
קרוב לממוצע	17.6	16.0	15.6	7.9	15.3
מעל הממוצע	41.8	40.8	33.8	44.1	40.8
$\chi^2 = 69.245; df=15; p<.001$					
הכנסה בזמן הריאיון (במשך המגיפה)					
מתחת למינימום	9.5	8.9	23.2	13.6	12.3
קרוב למינימום	12.9	20.7	12.3	15.6	14.5
מעל המינימום	20.8	20.0	15.2	24.7	20.5
מעל המינימום אבל מתחת לממוצע	11.8	5.9	5.8	5.2	8.7
קרוב לממוצע	11.3	14.8	16.7	7.1	12.0
מעל הממוצע	33.7	29.6	26.8	33.8	32.0
$\chi^2 = 43.690; df=15; p<.001$					

טבלה מס' 3: התפלגות האוכלוסייה לפי רמת ההכנסה וסוג הישוב לפני ובמשך מגפת הקורונה

משתנים	סטטוס הישוב		
	מוכר 1432=N 93.4%	לא מוכר 101=N 6.6%	סה"כ 1533 =N 100%
הכנסה לפני המגיפה			
מתחת למינימום	7.1	11.8	7.5
קרוב למינימום	10.9	21.2	11.8
מעל המינימום	21.4	20.0	21.3
מעל המינימום ומתחת לממוצע	3.6	0	3.3
קרוב לממוצע	16.0	8.2	15.3
מעל הממוצע	40.9	38.8	40.8
$\chi^2 = 15.531; df=5; p < .01$			
הכנסה בזמן הריאיון			
מתחת למינימום	11.4	23.2	12.3
קרוב למינימום	14.3	17.4	14.5
מעל המינימום	20.5	20.3	20.5
מעל המינימום ומתחת לממוצע	9.2	2.9	8.7
קרוב לממוצע	12.1	10.1	12.0
מעל הממוצע	32.5	26.1	32.0
$\chi^2 = 11.544; df=5; p<.05$			

תרשים מס' 1: התפלגות האוכלוסייה לפי תעסוקה וגיל לפני המגפה ובתקופת הגל השני



2.2 השפעות בריאותיות

2.2.1 הערכת מצב הבריאות הכללית והנפשית

השפעת הקורונה במישור הבריאותי נבדקה גם ע"י הערכת הפרט את מצבו הבריאותי הכללי והנפשי. משתתפי המחקר התבקשו לדרג את מצבם בסולם מ 1-4 כאשר 1 = מצוין, 2 = טוב, 3 = לא טוב ו-4 = רע. הערכה סובייקטיבית זו נבחנה לפי התפלגות מגדרית, אזור המגורים, רמת ההשכלה, תעסוקה ותחלואה במחלות כרוניות. הממצאים הראו שאין הבדלים בהערכת מצב הבריאות הכללית האישית בין גברים ונשים ובין המחוזות השונים. יחד עם זאת, נמצא קשר בין הערכת מצב הבריאות לבין רמת ההשכלה. 9.8% מבעלי ההשכלה היסודית ציינו שמצבם הבריאותי לא טוב/רע לעומת 2.2% מבעלי ההשכלה האקדמית ($p < .001$). בנוסף אנשים שעובדים ואנשים שאינם סובלים ממחלות כרוניות הצהירו יותר על מצב בריאות כללי מצוין לעומת האנשים המובטלים והסובלים ממחלה כרונית כלשהיא ($p < .001$). גם לגבי הערכת מצב הבריאות הנפשית, לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין גברים ונשים. בהשוואה ע"פ רמת ההשכלה, אומנם נצפו הבדלים מובהקים אך לא ניתן לציין מגמה מסוימת של ההבדלים האלה. מצד שני, בהשוואה לפי תעסוקה נמצאו הבדלים מובהקים בין האנשים שעובדים לעומת המובטלים. 59.6% מהאנשים שאינם עובדים דיווחו על מצב בריאותי נפשי מצוין לעומת 70.2% מהאנשים העובדים ($p < .001$). 48.4% מהאנשים שסובלים ממחלות כרוניות דיווחו על מצב בריאות נפשי טוב מאוד ו- 13.3% דיווחו על מצב לא טוב/רע לעומת 70.2% ו- 4.9% מהאנשים הבריאים בהתאם (לא נמצא בטבלאות).

2.2.2 לחץ, חרדה, בדידות ודיכאון

משתתפי המחקר התבקשו לדרג את רמת הלחץ, החרדה והבדידות שהם חוו/חווים בתקופת הקורונה. ארבעת הדרגות היו בדרגה גבוהה, בדרגה בינונית, בדרגה נמוכה ובכלל לא. 32.8% מהמשיבים דיווחו על תחושה של לחץ נפשי וחרדה בדרגה גבוהה לעומת 12.1% ברמה בינונית ו- 17.5% בדרגה נמוכה. בתוך כך נמצא שבקרב האנשים שסבלו מלחץ נפשי וחרדה בדרגה גבוהה היו

יותר נשים לעומת גברים (39.1% לעומת 27.6%). כמו כן יותר אנשים בקבוצת הגיל 35-44, עם השכלה גבוהה והסובלים ממחלות כרוניות ($p < .001$) (טבלה מס' 4).

בקרב האנשים שדיווחו על דרגה גבוהה של לחץ וחרדה, נמצא שאחוז הנשים גבוה יותר מהגברים (39.1% לעומת 27.6%) ויותר אנשים בקבוצת הגיל 35-44, כמו כן בקרב בעלי השכלה גבוהה והחולים במחלות כרוניות (44.4% לעומת 30.5%).

23.8% מכלל משתתפי המחקר ציינו שהם חוו תחושת דיכאון בדרגה כלשהיא (נמוכה ועד גבוהה מאוד). בהשוואה בין גברים ונשים נמצא כי 15.7% מהגברים חוו תחושה זו בדרגה כלשהיא לעומת 33.6% מהנשים. כמו כן נמצאו אחוזים יותר גבוהים של אנשים שחוו תחושת דכאון בדרגה גבוהה בקרב אנשים מובטלים לעומת עובדים (29.1% לעומת 18.31%).

טבלה מס' 4: דרגת הלחץ הנפשי והחרדה המדווחת לפי מין, גיל, מחוז, רמת השכלה, תעסוקה ותחלואה כרונית

המשתנה	דרגת הלחץ הנפשי והחרדה המדווחת				
	בדרגה גבוהה % (n) 32.8 (500)	בדרגה בינונית % (n) 12.1 (184)	בדרגה נמוכה % (n) 17.5 (267)	בכלל לא % (n) 37.7 (575)	סה"כ % N 1526 (100)
מגדר					
גברים	27.6 (231)	11.5 (96)	15.8 (132)	45.2 (379)	100 (838)
נשים	39.1 (269)	12.8 (88)	19.6 (135)	28.5 (196)	100 (688)
$\chi^2 = 47.223$ df = 3; $p \leq .001$					
גיל					
18-24	17.4 (15)	12.8 (11)	12.8 (11)	57.0 (49)	100 (86)
25-34	34.7 (100)	9.7 (28)	17.7 (51)	37.8 (109)	100 (288)
35-44	38.3 (175)	14.9 (68)	15.5 (71)	31.3 (143)	100 (457)
45-54	32.0 (141)	13.9 (61)	20.0 (88)	34.1 (150)	100 (440)
55-64	30.9 (46)	6.7 (10)	18.8 (28)	43.6 (65)	100 (149)
65+	22.5 (23)	5.9 (6)	15.7 (16)	55.9 (57)	100 (102)
$\chi^2 = 55.843$; df = 15; $p \leq .001$					
מחוז					
צפון	36.2 (283)	13.4 (105)	16.8 (131)	33.5 (262)	100 (781)
חיפה	32.7 (85)	11.2 (29)	20.8 (54)	35.4 (92)	100 (260)
מרכז	35.9 (83)	14.7 (34)	16.9 (39)	32.5 (75)	100 (231)
דרום	19.3 (49)	6.3 (16)	16.9 (43)	57.5 (146)	100 (254)
$\chi^2 = 61.334$; df = 9; $p \leq .001$					
רמת ההשכלה					
יסודית	19.5 (16)	3.7 (3)	13.4 (9)	63.4 (52)	100 (82)
חט"ב	30.7 (61)	10.6 (21)	14.6 (29)	44.2 (88)	100 (199)
תיכון ללא ת. בגרות	26.0 (85)	14.1 (46)	23.2 (76)	36.7 (120)	100 (327)
תיכון עם ת. בגרות	34.2 (124)	14.0 (51)	14.0 (51)	37.7 (137)	100 (363)
מכללה/אוניברסיטה	39.4 (209)	11.5 (61)	18.6 (99)	30.5 (162)	100 (531)
$\chi^2 = 58.790$; df = 12; $p \leq .001$					
עבודה בעת ביצוע הריאיון					
לא עובד	31.4 (244)	12.2 (95)	18.6 (145)	30.6 (76)	100 (778)
עובד	34.3 (254)	11.9 (88)	16.5 (122)	39.1 (499)	100 (740)
$\chi^2 = 2.068$; df = 3; $p = .558$					
תחלואה (במחלה כרונית)					
כן	44.4 (110)	10.5 (26)	14.5 (36)	30.6 (76)	100 (248)
לא	30.5 (390)	12.3 (157)	18.1 (231)	39.1 (499)	100 (1277)
$\chi^2 = 18.084$; df = 3; $p \leq .001$					

טבלה מס' 5: דרגת הדיכאון המדווח לפי מין, גיל, מחוז, רמת השכלה, תעסוקה ותחלואה כרונית

המשתנה	דרגת הדיכאון המדווחת
--------	----------------------

	בדרגה גבוהה % (n) 2.0 (31)	בדרגה בינונית % (n) 5.8 (88)	בדרגה נמוכה % (n) 16.0 (245)	בכלל לא % (n) 76.2 (1166)	סה"כ % N 100 (1530)
מגדר					
גברים	1.0 (8)	3.8 (32)	11.0 (92)	84.3 (708)	100 (840)
נשים	3.3 (23)	8.1 (56)	22.2 (153)	66.4 (458)	100 (690)
	$\chi^2 = 68.546$; $df = 3$; $p \leq .001$				
גיל					
18-24	1.2 (1)	7.0 (6)	12.8 (11)	79.1 (68)	100 (86)
25-34	2.1 (6)	4.5 (13)	15.2 (4)	78.2 (226)	100 (289)
35-44	2.4 (11)	7.2 (33)	16.6 (76)	73.9 (339)	100 (459)
45-54	2.0 (9)	6.3 (28)	18.6 (82)	73.0 (322)	100 (441)
55-64	1.3 (2)	1.3 (2)	14.1 (21)	83.2 (124)	100 (149)
65+	2.0 (2)	5.9 (6)	9.8 (10)	82.4 (84)	100 (102)
	$\chi^2 = 16.958$; $df = 15$; $p = .321$				
מחוז					
צפון	1.9 (15)	6.8 (53)	14.7 (115)	76.7 (601)	100 (784)
חיפה	1.9 (5)	5.8 (15)	19.2 (50)	73.1 (190)	100 (260)
מרכז	3.9 (9)	6.0 (14)	21.6 (50)	68.5 (159)	100 (232)
דרום	0.8 (2)	2.4 (6)	11.8 (930)	85.0 (216)	100 (254)
	$\chi^2 = 18.069$; $df = 6$; $p = .006$				
רמת ההשכלה					
יסודית	4.9 (4)	6.1 (5)	9.8 (8)	79.3 (65)	100 (82)
חט"ב	1.0 (2)	6.0 (12)	13.9 (28)	79.1 (159)	100 (201)
תיכון ללא ת.	1.2 (4)	5.2 (17)	21.0 (69)	72.6 (238)	100 (328)
תיכון עם ת.	2.5 (9)	7.4 (27)	13.8 (50)	76.3 (277)	100 (363)
מכללה/אוניברסיטה	2.1 (11)	4.3 (23)	16.7 (89)	76.9 (409)	100 (532)
	$\chi^2 = 19.615$; $df = 12$; $p = .075$				
עבודה בעת ביצוע הריאיון					
לא עובד	2.7 (21)	7.8 (61)	18.6 (145)	70.9 (552)	100 (779)
עובד	1.3 (10)	3.5 (26)	13.5 (100)	81.7 (607)	100 (743)
	$\chi^2 = 28.023$; $df = 3$; $p \leq .001$				
תחלואה (במחלה כרונית)					
כן	3.6 (9)	7.3 (18)	17.3 (43)	71.8 (178)	100 (248)
לא	1.7 (22)	5.5 (70)	15.8 (202)	77.0 (987)	100 (1281)
	$\chi^2 = 5.985$; $df = 3$; $p = .112$				

לגבי תחושת הבדידות בדומה לדיכאון, באופן כללי 21.9% מהמשיבים ציינו שהם חוו תחושת בדידות ובהשוואה בין גברים ונשים נמצא כי 14.4% מהגברים לעומת 31% מהנשים חוו תחושה כזו ($p < .001$).
טבלה מס' 6: דרגת הבדידות המדווחת לפי מין, גיל, מחוז, רמת השכלה, תעסוקה ותחלואה כרונית

המשתנה	דרגת הבדידות המדווחת				
	בדרגה גבוהה % (n)	בדרגה בינונית % (n)	בדרגה נמוכה % (n)	בכלל לא % (n)	סה"כ % N
	2.0 (30)	4.5 (69)	15.4 (230)	78.1 (1194)	100 (1529)
מגדר					
גברים	1.1 (9)	3.0 (25)	10.4 (87)	85.6 (718)	100 (839)
נשים	3.0 (21)	6.4 (44)	21.6 (149)	69.0 (476)	100 (690)
	$\chi^2 = 61.432$; $df = 3$; $p \leq .001$				
גיל					
18-24	1.2 (1)	5.8 (5)	15.1 (13)	77.9 (67)	100 (86)
25-34	2.1 (6)	4.5 (13)	13.5 (39)	79.9 (231)	100 (289)
35-44	2.2 (10)	5.0 (23)	17.0 (78)	75.8 (348)	100 (459)
45-54	2.0 (9)	4.8 (21)	16.8 (74)	76.4 (336)	100 (440)
55-64	1.3 (2)	0.7 (1)	12.8 (19)	85.2 (127)	100 (149)
65+	2.0 (2)	5.9 (6)	11.8 (12)	80.4 (82)	100 (102)
	$\chi^2 = 11.845$; $df = 15$; $p = .691$				

מחוז					
צפון	2.0 (16)	5.2 (41)	13.8 (108)	79.0 (619)	100 (784)
חיפה	1.9 (5)	3.9 (10)	19.7 (51)	64.5 (19.3)	100 (259)
מרכז	3.0 (7)	5.2 (12)	20.7 (48)	71.1 (165)	100 (232)
דרום	0.8 (2)	2.4 (60)	11.4 (29)	85.4 (217)	100 (254)
$\chi^2=22.032$; df= 9; p=.009					
רמת השכלה					
יסודית	4.9 (4)	4.9 (4)	11.0 (9)	79.3 (65)	100 (82)
חט"ב	2.5 (5)	3.5 (7)	11.9 (24)	82.1 (165)	100 (201)
תיכון ללא ת. בגרות	0.9 (3)	4.0 (13)	20.2 (66)	74.9 (245)	100 (327)
תיכון עם ת. בגרות	1.9 (7)	7.2 (26)	14.3 (52)	76.6 (278)	100 (363)
מכללה/אוניברסיטה	1.9 (10)	3.0 (16)	15.6 (83)	79.5 (423)	100 (532)
$\chi^2= 23.744$; df = 12; p=.022					
עבודה בעת ביצוע הריאיון					
לא עובד	2.8 (22)	6.3 (49)	17.6 (137)	73.3 (571)	100 (779)
עובד	1.1 (8)	2.6 (19)	13.3 (99)	83.0 (616)	100 (742)
$\chi^2= 26.709$; df = 3; p ≤.001					
תחלואה (במחלה כרונית)					
כן	3.2 (8)	5.6 (14)	15.7 (39)	75.4 (187)	100 (248)
לא	1.7 (22)	4.3 (55)	15.4 (197)	78.6 (1006)	100 (1280)
$\chi^2= 3.526$; df = 3; p=.317					

3. התמודדות הציבור הערבי עם הקורונה

ההתמודדות עם מגפת הקורונה בחברה הערבית ובכלל באה לידי ביטוי בד"כ באסטרטגיות ופעולות שאנשים עושים כדי לעבור את תקופת המגפה באופן האידיאלי ביותר ללא כל נזק במישור הבריאותי, הנפשי, הכלכלי והחברתי או לפחות עם פגיעה מינימלית ככל האפשר. התמודדות זו בחברה הערבית באה לידי ביטוי בשינויי התנהגות כולל היענות להנחיות למניעת הדבקה ולטיפול, שינוי התנהגויות והרגלים, אימוץ דפוסי עבודה חדשים כמו למידה ועבודה מרחוק, פניה לסייע וקבלת עזרה כלכלית ונפשית וחיפוש מידע ושימוש בו.

3.1 היענות הציבור להנחיות למניעת התפשטות הקורונה

ממצאי המחקר מצביעים על כך שיותר אנשים דיווחו שהם פועלים לפי ההנחיות למניעת הידבקות והדבקה בנגיף הקורונה בעת ביצוע הריאיון (חודשים ספטמבר– נובמבר) לעומת תקופת ההתחלה של מגפת הקורונה. עטית מסכה, ריחוק חברתי ושיטת ידיים הן הפעולות שאנשים ביצעו יותר מאשר הימנעות מביקורי חברים וקרובים ויציאה לקניות במרכזי קניות. ההבדלים בהיענות בין שתי נקודות הזמן נמצאו כמובהקים לגבי כל הפעולות שהציבור נדרש להם (טבלה מס' 7)

טבלה מס' 7: היענות הציבור להנחיות הרשמיות למניעת התפשטות הקורונה לפי תקופות (תחילת המגפה לעומת תקופת הגל השני)

ההנחיה	במידה רבה n %	במידה בינונית n %	במידה מעטה או בכלל לא N %	סה"כ N %
עטית מסכה				
בתחילת המגפה	78.4 (1199)	14.1 (216)	7.5 (115)	100 (1530)
הגל השני	85.4 (1306)	11.2 (171)	3.4 (52)	100 (1529)
$\chi^2= 1191.875$; df = 4; p ≤.001				
ריחוק חברתי				
בתחילת המגפה	76.4 (1168)	15.0 (230)	8.6 (131)	100 (1529)
הגל השני	82.5 (1263)	13.1 (200)	4.4 (67)	100 (1530)
$\chi^2= 1133.957$; df = 4; p ≤.001				

שטיפת ידיים בתחילת המגפה הגל השני	76.1 (1164)	15.0 (229)	9.0 (137)	100 (1530)
	82.5 (1262)	12.8 (195)	4.7 (72)	100 (1529)
	$\chi^2 = 1299.560$; $df = 4$; $p \leq .001$			
הימנעות מביקורים בתחילת המגפה הגל השני	51.3 (786)	28.2 (432)	20.4 (313)	100 (1531)
	45.8 (701)	34.2 (524)	17.1 (261)	100 (1530)
	$\chi^2 = 1657.682$; $df = 4$; $p \leq .001$			
הימנעות מיציאה לקניות בתחילת המגפה הגל השני	41.8 (639)	34.6 (530)	23.6 (361)	100 (1530)
	45.8 (701)	34.2 (524)	19.9 (305)	100 (1530)
	$\chi^2 = 1893.509$; $df = 4$; $p \leq .001$			

3.1.1 עטית מסכות

הממצאים הראו כי קיימים הבדלים משמעותיים בהיענות להנחיה של עטית מסכות בין המחוזות השונים ובעיקר בין מחוז הדרום לבין שאר המחוזות כך שבמחוז הדרום שיעור האנשים שנענו להנחיה היה נמוך בשתי התקופות (הגל הראשון והגל השני). 59.1% מהמשיבים במחוז הדרום אמרו שהם עטו מסכות (נענו במידה רבה) בתחילת המגפה לעומת 80-83% בשאר המחוזות ($p < .001$). אחוזים אלה עלו בגל השני אך עדיין ההבדל המשמעות נשמר כך שבאזור הדרום 71.3% מהציבור נענה במידה רבה להנחיה לעומת 85-89% בשאר המחוזות ($p < .001$).

3.1.2 ריחוק חברתי

נמצא קשר מובהק בין מידת ההיענות להנחיה של הריחוק החברתי לבין אזור המגורים בשתי נקודות הזמן. במחוז הצפון ומחוז חיפה, רמת ההיענות להנחיה הייתה גבוהה יותר מאשר במחוזות המרכז והדרום. חשוב לציין כי במחוז הדרום נצפתה רמת ההיענות הנמוכה ביותר. גם לגבי הנחיה זו נמצאו הבדלים משמעותיים לפי רמת ההשכלה בשתי התקופות. אנשים בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמאית נענו יותר להנחיה לריחוק חברתי לעומת אנשים בעלי השכלה תיכונית חלקית ומטה. חשוב לציין כי בגל השני אנשים בעלי השכלה יסודית נענו יותר להנחיה לעומת בעלי השכלה על יסודית (חט"ב) ותיכונית חלקית.

3.1.3 שטיפת ידיים

נמצא קשר מובהק בין ההיענות להנחיה לשטיפת ידיים למניעת הידבקות בקורונה לבין אזור המגורים כך שבמחוזות הצפון וחיפה נצפתה רמת ההיענות הגבוהה ביותר לעומת מחוז הדרום (78.9-80.6%) לעומת 55.5% בתחילת המגפה; 82.3-86.4% לעומת 66.9% בגל השני ($p < .001$). נמצא גם קשר מובהק עם רמת ההשכלה כך שההיענות בקרב אנשים בעל השכלה יסודית וגם בעלי השכלה על תיכונית ואקדמאית נמצאה כגבוהה ביותר לעומת בעלי השכלה על יסודית (חט"ב) או תיכונית.

3.1.4 הימנעות מביקורים ומיציאה לקניות במרכזי קניות

באופן כללי, ההיענות להנחיה להימנע מביקורים (חברים או בני משפחה) ויציאה לקניות הייתה נמוכה יותר מההיענות לשאר ההנחיות (עטית מסכות, ריחוק חברתי ושטיפת ידיים). במחוז חיפה נצפתה ההיענות הגבוהה ביותר ובמחוז הדרום ההיענות הנמוכה ביותר לשתי ההנחיות בשתי התקופות. בתחילת המגפה 53.4% מהאנשים במחוז חיפה נענו במידה רבה להנחיה להימנע מביקורים לעומת 35.8% במחוז הדרום ובגל השני 58.6% נענו במידה רבה במחוז חיפה לעומת 45.3% במחוז הדרום ($p < .001$).

נמצא קשר מובהק בין ההיענות לשתי ההנחיות הנ"ל ובעיקר לגבי ההימנעות מביקורי חברים ובני משפחה, לבין רמת ההשכלה בתקופה הראשונה (תחילת המגפה). בתחילת המגפה 57% מבעלי השכלה על תיכונית או אקדמאית נענו במידה רבה להנחיה להימנע מביקורים לעומת 48.8% מבעלי השכלה יסודית ($p < .05$). לעומת זאת, בתקופה השנייה (הגל השני) 61.3% מבעלי השכלה על תיכונית או אקדמאית ו- 54.9% מבעלי השכלה יסודית נענו במידה רבה להנחיה אך הבדל זה לא נמצא כמובהק ($p = .226$).

לגבי ההימנעות מיציאה לקניות נמצא קשר בין ההיענות להנחיה זו לבין רמת ההשכלה בתקופה הראשונה (תחילת המגפה) אך בתקופה של הגל השני קשר זה נחלש. בכל אופן, נמצא כי אנשים בעלי השכלה על תיכונית או אקדמאית נענו להנחיה הרבה יותר מאשר אנשים בעלי השכלה יותר נמוכה (לא מוצג בטבלאות).

הגורמים המשפיעים על היענות הציבור להנחיות

תפיסות לגבי הקורונה: כדי לבחון מה הם הגורמים שמשפיעים על מידת ההיענות והמוכנות של הציבור הבריאותית (HBM- Health Belief Model) לפיו שינוי ההתנהגות של הפרט תלויה במספר גורמים: רמת הפגיעות הנתפסת של הפרט מהמחלה, רמת החומרה הנתפסת של המחלה (שני המרכיבים האלה ביחד יוצרים את תחושת האיום שיכולה להניע את הפרט לשנות את התנהגותו), המחסומים הנתפסים לאימוץ השינוי, התועלת הנתפסת שהפרט מפיק מהשינוי, ונוכחותם של גורמים המעודדים את ההתנהגות. המשתתפים נשאלו על כל אחד מהמרכיבים האלה תוך שהם מדרגים מידת הסכמתם למקבץ של היגדים בסולם 1-7 כאשר 1 משמעו "לא מסכים בכלל" ו- 7 משמעו "מסכים מאוד". נעשה חישוב ממוצעים לכל מרכיב שערכיו נקבעו לפי מספר ההיגדים המתייחסים לכל מרכיב. חשוב לציין כי נעשה ניתוח גורמים (Factor Analysis) שהראה 3 פקטורים מרכזיים שהם רמת הפגיעות הנתפסת של הפרט מקורונה, המחסומים הקיימים ורמת החומרה הנתפסת של הקורונה.

מן הממצאים עולה כי הגורם המרכזי שמשפיע על ההיענות להנחיות וביצוען הא רמת הפגיעות הנתפסת של הפרט. ככל שהפרט חש ותופס את עצמו נתון להדבקה ופגיע בפני הקורונה, מת ההיענות שלו להנחיות הנה גבוהה יותר. בקרב האנשים שקיימו כל אחת מחמשת ההנחיות, מוצע ציון הפגיעות היה גבוה יותר ($p < .001$). לדוגמא, בקרב האנשים שהקיפידו על עטית מסכות במידה רבה, ממוצע ציון

הפגיעות היה 14.6 (הממוצע נע בין 3-21) לעומת 12.5 בקרב אלה שהקפידו על עטית מסכות רק במידה מעטה או בכלל לא עטו מסכות בכלל (טבלה מס' 8).

לגבי השפעת תפיסת התועלת שבהיענות מול המחיר שהמחלה עלולה לגבות, נמצא שככל שהפרט האמין שההדבקה תגבה ממנו מחיר גבוה יותר, כך הוא נענה יותר לשלושת ההנחיות של ריחוק חברתי, עטית מסכה ושטיפת ידיים ($p < .001$). לעומת זאת, לא נמצא קשר בין המרכיב הזה (המחיר של ההדבקה) לבין ההיענות להנחיות של איסור קיום ביקורים אצל חברים וקרובים והימנעות מיציאה לקניות במרכזי קניות.

בהתייחס לתפיסת החומרה של התחלואה בקורונה, לא נמצא קשר בין תפיסה זו לבין ההיענות לשלושת ההנחיות של ריחוק חברתי, עטית מסכה ושטיפת ידיים. לעומת זאת, נצפתה מגמה הפוכה באשר לקשר בין החומרה הנתפסת לבין ההיענות לשתי ההנחיות הנוספות (הימנעות מביקורים ומיציאה לקניות). בקרב האנשים שנמנעו מביקורי חברים ובני משפחה במידה רבה וגם אלה שנמנעו מיציאה לקניות, ממוצע ציון החומרה הנתפסת היה נמוך מהממוצע בקרב אלה שקיימו את ההנחיות הנ"ל במידה מעטה או שלא קיימו אותן בכלל.

טבלה מס' 8: מידת ההיענות להנחיות השונות לפי ממוצע דרגת הפגיעות הנתפסת, המחיר הצפוי והחומרה הנתפסת של התחלואה בקורונה

מידת ההיענות להנחיות	תפיסות לגבי מידת הפגיעות האישית מקורונה, המחיר הגבוה לתחלואה וחומרת המחלה					
	פגיעות		מחיר גבוה		חומרת המחלה	
	n	(ת.ו) ממוצע	n	(ת.ו) ממוצע	n	(ת.ו) ממוצע
שמירה על ריחוק חברתי במידה רבה במידה מסוימת או בכלל לא F p	1218 252	(4.6) (4.4) 14.6 12.5 F=45.828 p≤.001	1233 251	(4.4) (4.3) 13.5 12.2 F=19.155 p<.001	1250 252	(3.9) (3.4) 11.6 11.6 F=.007 p=.934
עטית מסכות במידה רבה במידה מסוימת או בכלל לא F p	1261 212	(4.6) (4.42) 14.7 11.7 F=74.926 p≤.001	1283 214	(4.5) (3.8) 13.6 11.5 F=42.388 p<.001	1291 214	(3.8) (3.4) 11.6 11.6 F=0.083 p=.773
שטיפת ידיים במידה רבה במידה מסוימת או בכלל לא F p	1219 251	(4.5) (4.5) 14.7 12.0 F=73.130 p≤.001	1240 254	(4.5) (4.2) 13.6 12.1 F=24.897 p<.001	1247 255	(3.9) (3.4) 11.6 11.6 F=0.021 p=.884
הימנעו מביקורים ואירועים חברתיים במידה רבה במידה מסוימת או בכלל לא F p	834 602	(4.6) (4.7) 14.7 13.6 F=21.042 p≤.001	844 617	(4.5) (4.3) 13.4 13.2 F=0.904 p=.342	852 617	(4.0) (3.5) 11.4 12.0 F=11.388 p=.001
הימנעות מיציאה לקניות במידה רבה במידה מסוימת או בכלל לא F p	680 753	(4.6) (4.6) 14.6 13.9 F=9.052 p=.003	686 771	(4.4) (4.5) 13.4 13.3 F=0.026 p=.873	695 771	(3.9) (3.6) 11.1 12.0 F=19.420 p≤.001

הידע על הקורונה: בדיקת הידע של הציבור לגבי הקורונה נבחן באמצעות השאלה "כיצד אתה מעריך את הידע שיש לך על הקורונה?" כאשר התשובות נעו בין "אני יודע הכל" ועד "לא יודע". 43.9%

מהמשיבים הצהירו שהידע שלהם על הקורונה הוא טוב מאוד (יודעים הכל) או שהידע שלהם מפסיק (42.6%) לעומת 13.4% שהצהירו שהידע שלהם הוא מועט או בכלל לא קיים.

מן הממצאים עולה כי קיים קשר בין רמת הידע של הפרט לבין ההיענות שלו להנחיות. ככל שרמת הידע גבוהה יותר, האנשים נענו יותר בדרגה גבוהה להנחיות של עטית מסכות, ריחוק חברתי ושטיפת ידיים ($p < .001$). אך לגבי ההימנעות מביקורי חברים וקרובים ויציאה לקניות נמצא כי האנשים שהעריכו את הידע שהם כטוב מאוד נענו פחות מאלה שהעריכו את הידע שלהם כמספיק, כלומר הידע של האנשים בהתייחס לשתי ההנחיות הנ"ל לא השפיע חיובית על ההתנהגות שלהם ($p < .001$).

3.2 שינויי התנהגות כאסטרטגיית התמודדות

במחקר זה נבחנו רמות הלחץ הנפשי, החרדה, הדיכאון והבדידות מול הרגלים והתנהגויות של האנשים כדי להבין כיצד הם ניסו להתמודד עם ההגבלות שכפתה עליהם מגפת הקורונה בחיי היומיום שלהם. המשתתפים נשאלו לגבי הרגלים מסוימים לפני פרוץ המגפה ובמשך התרחשותה (נקודת זמן קבלת המידע/ תקופת הגל השני). ממצאי המחקר מראים כי לא היו שינויים בשיעורי העישון (סיגריות או נרגילה) וצריכת האלכוהול של הציבור הערבי בעקבות המגפה בהשוואה בין שתי התקופות. יחד עם זאת נצפתה עליה משמעותית במספר השעות שאנשים צפו בהן בטלוויזיה. 16.6% מהמשיבים דיווחו על כך שבילו יותר משעתיים ביום בצפייה בטלוויזיה לפני המגפה לעומת 21.8% בזמן המגפה (בעת ביצוע הריאיון למחקר) ($\chi^2 = 1026.710$; $df = 1$; $p < .001$).

המשתתפים נשאלו גם לגבי שינויים בהרגלי האכילה והפעילות הגופנית שלהם. נמצא כי 17% ציינו שהם אכלו יותר בתקופת הקורונה לעומת לפנייה. במקביל 5% דיווחו על כך שבעת הקורונה הם אכלו פחות. לגבי הפעילות הגופנית, 5.1% ציינו שהם עושים יותר פעילות גופנית בתקופת הקורונה בהשוואה לתקופה שלפני הקורונה ו-10.3% דיווחו על פחות פעילות גופנית בהשוואה לתקופה שלפני הקורונה. בכדי להבין אם שינויי ההתנהגות היוו מנגנוני התמודדות עם הלחץ הנפשי, תחושות החרדה, הבדידות או הדיכאון בעקבות משבר הקורונה והשלכותיו, נבדק הקשר בין התנהגויות אלה ומצב הבריאות הנפשית.

טבלה מס' 9 מראה שבקרב האנשים שדיווחו על תחושה של לחץ וחרדה בדרגה גבוהה או בינונית, 20.8% ו-23.4%, בהתאמה, דיווחו על יותר אכילה מהרגיל. 9% מהאנשים שדיווחו על דרגה גבוהה ו-16.3% שדיווחו על רמה בינונית של לחץ וחרדה, דיווחו גם על כך שהם עושים פחות פעילות גופנית מהרגיל ($p < .001$). באשר לתחושות של בדידות, בקרב אלה שדיווחו על דרגה גבוהה 30% הצהירו על כך שהם אוכלים יותר מהרגיל לעומת 26.7% שציינו שהם עושים פחות פעילות גופנית ($p < .001$).

טבלה מס' 9: הרגלי אכילה ופעילות גופנית לפי הדרגות המדווחות של לחץ נפשי, חרדה, דיכאון ובדידות

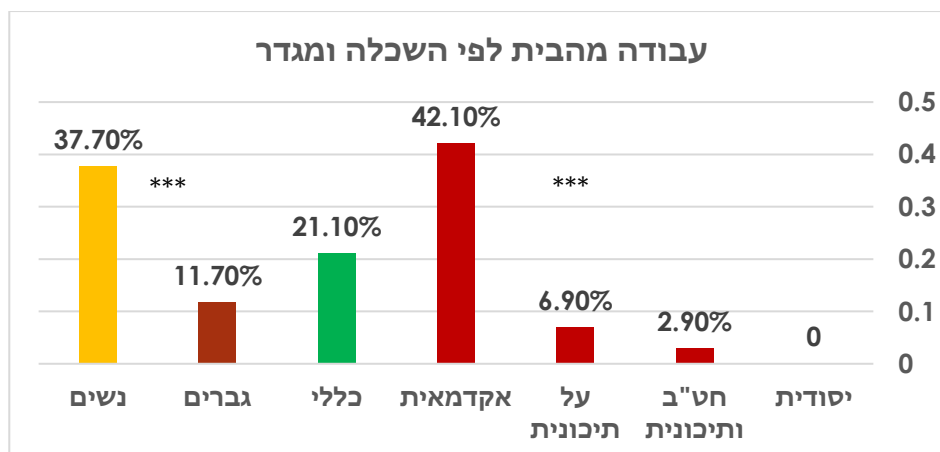
הרגלים	דרגת הלחץ הנפשי והחרדה המדווחת				
	בדרגה גבוהה % (n)	בדרגה בינונית % (n)	בדרגה נמוכה % (n)	בכלל לא % (n)	סה"כ % N
	100 (499)	100 (184)	100 (267)	100 (573)	100 (1523)

אכילה כמו תמיד (כרגיל) יותר מהרגיל פחות מהרגיל	71.3 (356) 20.8 (104) 7.8 (39)	69.6 (128) 23.4 (43) 7.1 (13)	76.4 (204) 20.6 (55) 3.0 (8)	87.1 (499) 10.1 (58) 2.8 (16)	77.9 (1187) 17.1 (260) 5.0 (76)
$\chi^2 = 54.503$; $df = 6$; $p \leq .001$					
פעילות גופנית כמו תמיד (כרגיל) יותר מהרגיל פחות מהרגיל	86.0 (429) 5.0 (25) 9.0 (45)	79.3 (146) 4.3 (8) 16.3 (30)	81.6 (218) 2.2 (6) 16.1 (43)	86.6 (497) 6.6 (38) 6.8 (39)	84.6 (1290) 5.1 (77) 10.3 (157)
$\chi^2 = 31.202$; $df = 4$; $p \leq .001$					
דרגת הדיכאון המדווחת					
	בדרגה גבוהה % (n) 100 (31)	בדרגה בינונית % (n) 100 (88)	בדרגה נמוכה % (n) 100 (244)	בכלל לא % (n) 100 (164)	סה"כ % N 100 (1527)
אכילה כמו תמיד (כרגיל) יותר מהרגיל פחות מהרגיל	61.3 (19) 32.3 (10) 6.5 (31)	62.5 (55) 22.7 (20) 14.8 (13)	74.6 (182) 19.7 (48) 5.7 (14)	80.3 (935) 15.6 (182) 4.0 (47)	78.0 (1191) 17.0 (260) 5.0 (76)
$\chi^2 = 32.669$; $df = 6$; $p \leq .001$					
פעילות גופנית כמו תמיד (כרגיל) יותר מהרגיל פחות מהרגיל	71.0 (22) 6.5 (2) 22.6 (7)	79.5 (70) 4.5 (4) 15.9 (14)	79.5 (194) 4.1 (10) 16.4 (40)	86.5 (1008) 5.2 (61) 8.2 (96)	84.7 (1294) 5.0 (77) 10.3 (157)
$\chi^2 = 23.755$; $df = 6$; $p = .001$					
דרגת הבידוד המדווחת					
	בדרגה גבוהה % (n) 3.0 (30)	בדרגה בינונית % (n) 4.5 (69)	בדרגה נמוכה % (n) 15.4 (235)	בכלל לא % (n) 78.1 (1192)	סה"כ % N 100 (1526)
אכילה כמו תמיד (כרגיל) יותר מהרגיל פחות מהרגיל	56.7 (17) 30.0 (9) 13.3 (4)	66.7 (46) 21.7 (15) 11.6 (8)	71.9 (169) 20.4 (48) 7.7 (18)	80.4 (458) 15.8 (188) 3.9 (46)	78.0 (1190) 17.0 (260) 5.0 (76)
$\chi^2 = 28.078$; $df = 6$; $p \leq .001$					
פעילות גופנית כמו תמיד (כרגיל) יותר מהרגיל פחות מהרגיל	70.0 (21) 3.3 (1) 26.7 (8)	66.7 (57) 5.8 (4) 11.6 (8)	71.9 (184) 4.3 (10) 17.4 (41)	80.4 (1031) 5.2 (62) 8.4 (100)	84.7 (1293) 5.0 (77) 10.3 (157)
$\chi^2 = 26.882$; $df = 6$; $p \leq .001$					

3.3 אימוץ דפוסי עבודה ולמידה חדשים

3.3.1 עבודה מרחוק: אימוץ דפוסי עבודה חדשים כמו למידה ועבודה מרחוק היוותה גם היא אסטרטגיה להתמודדות עם המצב החדש שיצרה מגפת הקורונה וההגבלות שנכפו על הציבור. הממצאים מראים כי 21.1% מהציבור הערבי בכלל ניהל את עבודתו מהבית (עבודה מחוק) כאשר נשים עשו זאת יותר מגברים (37.7% לעומת 11.7%) ובעלי השכלה אקדמאית יותר מבעלי השכלה על תיכונית ובעלי השכלה על יסודית או תיכונית (42.1% לעומת 6.9% ו-2.9% בהתאמה) ($p < .001$) (תרשים מס' 2)

תרשים מס' 2: אחוז העובדים מהבית לפי מין והשכלה



3.3.2 למידה מרחוק: יותר מ- 95% מהילדים תלמידי בתי הספר בכל האזורים (המחוזות) למדו מרחוק (און-ליין) פרט למחוז הדרום בו ל- 13% מהתלמידים לא הייתה גישה לטכנולוגיה הנדרשת ללמידה מרחוק ולכן הם גם לא למדו (טבלה מס' 10).

טבלה מס' 10: התפלגות הילדים תלמידי בתי הספר לפי למידה מרחוק ואזור המגורים

למידה מרחוק	מחוז				
	מחוז הצפון N=785 51.2%	מחוז חיפה N=261 17.0%	מחוז המרכז N=233 15.2%	מחוז הדרום N=254 16.6%	סה"כ N=1533 100.0%
כן	97.7 (504)	96.0 (168)	95.9 (186)	87.1 (135)	95.5 (993)
לא	2.3 (12)	4.0 (7)	4.1 (8)	12.9 (20)	4.5 (47)
סה"כ	100 (516)	100 (175)	100 (194)	100 (155)	100 (1040)
$\chi^2=31.184$; df= 3; $p \leq .001$					

בכלל, ל-14.5% מהמשפחות לא היו מחשבים בבית, כאשר ל- 78.2% היה מחשב אחד או שני מחשבים בבית, ול-7.3% היו שלושה מחשבים או יותר בבית. במחוז הדרום ל-37.9% מהנשאלים לא היו מחשבים בבית, לעומת 9.1% במחוז הצפון, 8.9% במחוז חיפה ו-17.8% במחוז המרכז ($P < .001$). כאשר בודקים את הנשאלים לפי סטטוס הישוב, אנו רואים של-68% מאלה שחיים בישובים הלא מוכרים אין בכלל מחשב בבית ($P < .001$).

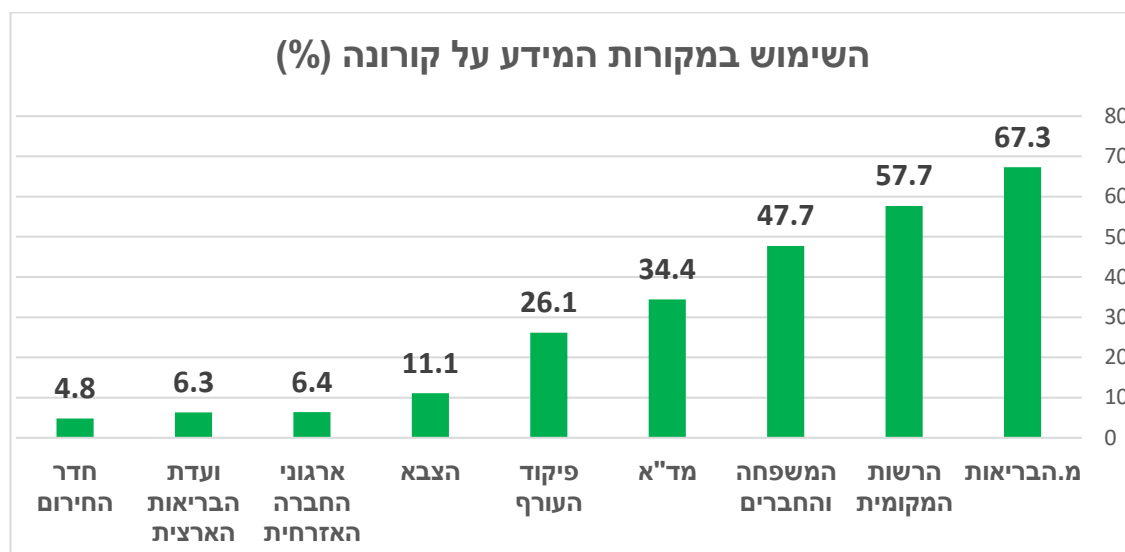
נמצא שבישובים היותר מבוססים יש יותר מחשבים בבית לעומת הישובים הפחות מבוססים. נמצא גם שקיים קשר בין מספר המחשבים שנמצאים בבית לבין רמת ההכנסה של המשפחה לפני מגפת הקורונה. בקרב המשפחות שיש להן הכנסה מתחת לשכר המינימום במשק, 24.1% אין להם אף מחשב אחד בבית ול-3.4% יש 3 מחשבים או יותר. לעומת זאת

4. מקורות המידע: השימוש ורמת האמון בהם

במחקר זה נבדקו גם מקורות המידע בהם הציבור השתמש ורמת האמון שלו במקורות אלה. המשתתפים נשאלו באיזה מקורות בד"כ הם משתמשים ובתקופת מגפת הקורונה באון ספציפי. כמו כן הם נשאלו באיזה מידה הם מאמינים למקורות המידע השונים?

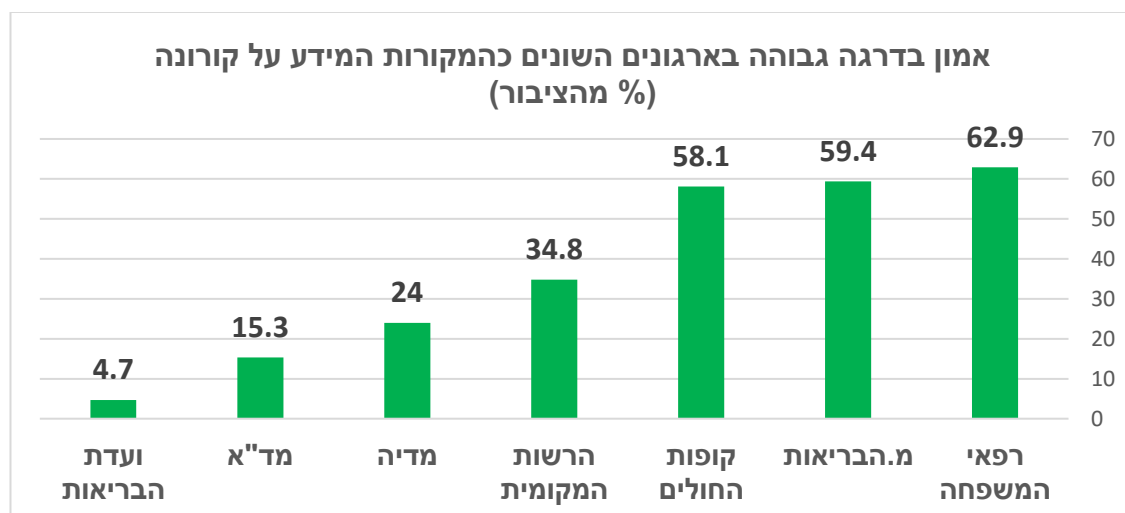
משרד הבריאות היווה מקור מידע מרכזי עבור 67.3% מהציבור לעומת הרשות המקומית שהיוותה מקור כזה ל- 57.7% מהציבור ורופא המשפחה ל- 47.7%. תרשים מס' 3 מציג את התפלגות מקורות המידע על הקורונה לפי היקף המשתמשים.

תרשים מס' 3: אחוזי השימוש במקורות המידע השונים



לגבי רמת האמון של הציבור במקורות המידע השונים, עולה כי לכ- 63% מהציבור יש אמון בדרגה גבוהה ברופא המשפחה כמקור מידע ולכ- 60% קיים אמון בדרגה גבוהה במשרד הבריאות וכ- 58% בקופות החולים. לעומת זאת פחות אנשים רוכשים אמון בדרגה גבוהה לרשויות המקומיות (34.8%) ולתקשורת ההמונית (24%) (תרשים מס' 4)

תרשים מס' 4: אחוז האנשים המעניקים אמון בדרגה גבוהה לספקי המידע השונים



דיון

ממצאי המחקר מראים כי למגפת הקורונה היו השלכות כלכליות קשות שבאו לידי ביטוי בירידה בהכנסות למשפחה וירידה בהיקף התעסוקה והחמרה בשיעורי האבטלה. אנשים רבים איבדו את עבודתם ומקור פרנסתם. חשוב לזכור כי האוכלוסייה הערבית בישראל סובלת ממצב כלכלי קשה. ממוצע גודל המשפחה הערבייה הוא 4.8 נפשות וממוצע ההכנסה החודשית (נטו) של משק בית ערבי הוא 12,000 ש"ח לחודש (לעומת 18,000 ₪ ליהודי) וכתוצאה מכך כ- 45% ממשקי הבית הערבים הם מתחת לקו העוני (הלמ"ס, 2018). ע"פ הסקר החברתי כלכלי של אגודת הגליל (אגודת הגליל, 2018), 47.8% מהמשפחות הערביות אינן מצליחות לכסות ולמלא את צרכיהן החודשיים. במילים אחרות, מצבה הכלכלי של האוכלוסייה הערבית הנו קשה מלכתחילה וטרם מגפת הקורונה. ההכנסה הנמוכה אכן מקשה על המשפחה הערבית לחסוך לתקופות קשות של משברים. ע"כ, גם במישור הזה נכנסה המשפחה הערבית למשבר במצב התחלתי קשה. ע"פ נתוני הלמ"ס (הלמ"ס, 2018) כ-56% מהעובדים הערבים בשנת 2016 דיווחו על העסקה ללא חוזה או העסקה בחברת כוח אדם ו- 9% באותה שנה דיווחו על קבלת שכר יומי כלומר מעבודות זמניות ומשתנות שלא מאפשרות תכנון ויציבות כלכליים והן ניתנות לצמצום ולביטול בעתות משבר כמו משבר הקורונה. כמו כן, למרות התמיכה והסיוע שניתן ע"י המדינה, מועסקים רבים אינם זכאים לקבלת הסיוע הזה עקב תנאי העסקתם.

ממצאים דומים עלו מסקר החוסן האזרחי כאשר 54% מהערבים דיווחו במהלך השנה על החמרה במצבם הכלכלי (לעומת 42% מהיהודים) ו- 17% ציינו שההחמרה הייתה גבוהה מאוד (הלמ"ס, 2020).

ממצאי המחקר הראו שהמשבר גרם גם לצמצום היקף התעסוקה בקרב המועסקים. ממצאים דומים עלו בסקר מצב הציבור בשוק העבודה בתקופת הקורונה שנערך ב 2020 בו נמצא שבקרב הערבים ירד מספר שעות העבודה השבועיות ב 5% כמו כן, 43% מהשכירים דיווחו על צמצום שכרם (לעומת 33% מהשכירים היהודים) ושיעור הפגיעה הממוצע היה 33% (אבירם וקידר, 2020).

השפעותיה של מגפת הקורונה באו לידי ביטוי גם במישור הבריאותי ובעיקר הבריאות הנפשית. אנשים שסובלים ממחלות כרוניות העריכו את מצבם הבריאותי כקשה יותר מאשר אנשים שאינם סובלים ממחלות כאלה כמו כן, אנשים שהמשיכו לעבוד ובעלי השכלה גבוהה גם הם העריכו את מצב בריאותם כטוב יותר מהאחרים. נתוני הקורונה מראים כי למרות שהמגפה הגיעה לאוכלוסייה הערבית מאוחר יותר מהאוכלוסייה היהודית, שיעורי התחלואה היו גבוהים ובהמשך גם שיעורי התמותה (משרד הבריאות, 2020). העובדה שרוב האוכלוסייה הערבית נמצאת במדרג 1-3 של המדד החברתי- כלכלי כמו כן, הימצאותה בעיקר באזורי הפריפריה השפיעו על ממדי התחלואה והתמותה מהקורונה.

במישור הבריאות הנפשית ממצאי המחקר הראו שכ- 60% מהציבור בחברה הערבית דיווח על לחץ נפשי בדרגה כלשהיא ובהשוואה מגדרית, נשים סבלו מלחץ נפשי יותר מהגברים במיוחד בקבוצת הגיל 35-44. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרים שונים שמראים כי מצב הבריאות של הנשים הערביות קשה יותר מכל שאר הקבוצות בחברה הישראלית וכי הן סובלות יותר ממצוקות נפשיות עוד בטרם

התפרצות מגפת הקורונה. כמו כן, אנשים שסובלים ממחלות רקע כרוניות סבלו יותר מלחץ נפשי בעקבות הקורונה. כל זה בצל השיבוש בשירותי הבריאות בכלל ובריאות הנפש בפרט בעקבות המגפה והגבלותיה. סקר ארגון הבריאות העולמי משנת 2020 גם הוא הראה כי שירותי בריאות הנפש בכלל שובשו ברוב מדינות העולם בעת שהביקוש והצורך בשירותים אלה רק התגברו ונהיו חיוניים ונחוצים יותר. גם מחקרים שונים אחרים העלו כי הקורונה החמירה את התסמינים הפסיכיאטריים ואלה שחלו בקורונה נמצאים בסיכון גבוה יותר לדיכאון, לחץ נפשי, חרדות ותופעות פסיכיאטריות. מצד שני, אנשים שלא חלו בקורונה אך עברו חוויה של בידוד או אשפוז של אנשים קרובים גם הם סבלו מקשיי התמודדות עם הקורונה (Brown et al. 2020; Holmes et al. 2020; Qiu et al., 2020; Rajkumar, 2020).

אין ספק גם שפעולות המניעה כמו הריחוק החברתי, הסגרים, הימנעות מביקורי קרובים החמירו את הלחץ הנפשי של האנשים. סקר שנערך ע"י האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות הראה עליה משמעותית בפניות למרפאות על רקע תחלואה נפשית והחמרה במצבים קיימים (בודובסקי, 2020, ואמסטר).

המחקר גם ניסה לבחון את מידת ההיענות של הציבור בחברה הערבית להנחיות לצמצום ומניעת הדבקה בקורונה. חשוב לציין כי ההיענות נבדקה ע"י שאלה למשתתפים על התנהגותם בהקשר זה בדיעבד. ממצאי המחקר הראו כי בתקופת הגל השני הציבור נענה יותר טוב להנחיות. ניתן להסביר שינוי זה ע"י כך שהציבור חווה יותר תחלואה קשה בקורונה ועליה משמעותית בתמותה מהמחלה. כמו כן, מאמצי ההסברה והמידע השתפרו עם הזמן והגיעו לציבור רחב יותר.

הממצאים מראים כי ניתן לחלק את ההנחיות שניתנו לשני סוגים. הראשון, אימוץ התנהגות אישית "חדשה" כמו עטית מסכה, שטיפת ידיים וריחוק חברתי. השני, הוא ויתור על התנהגויות שמהוות נורמות חברתיות חשובות כמו הימנעות מביקורי קרובים או חברים והימנעות מהתקהלות ומאירועים חברתיים. תוצאות המחקר מראות שלציבור היה קל יותר לאמץ התנהגות אישית חדשה מאשר לוותר על נורמות חברתיות, שבא לידי ביטוי ביותר היענות להנחיות של ריחוק חברתי, עטית מסכה והיגיינה אישית, לעומת הימנעות מביקורי קרובים שמהווה נורמה תרבותית שמשקפת גם ערך מרכזי וחשוב בתרבות הערבית של "שמירה על קשר הרחם" שאף מהווה מצווה דתית חשובה. נראה שגם מודעות גבוהה לסיכוני ההדבקה והתחלואה לא מסייעת הרבה כאשר מדובר בשינוי חברתי ותרבותי שקשור לערכים מרכזיים בחברה זו.

ע"פ ממצאי המחקר, רמת השכלה גבוהה של הפרט נמצאה כקשורה להיענות להנחיות של ריחוק חברתי, עטית מסכה והיגיינה אישית אך לא להימנעות מביקורים ומפגשים חברתיים. מעבר למודעות ולידע שברשות הפרט לגבי הקורונה כגורמים שיכולים להשפיע חיובית על ההיענות להנחיות, תחושת הפגיעות האישית (תפיסת הסיכוי האישי להידבק בקורונה) הנה הגורם המרכזי שהניע את האנשים לאמץ התנהגויות שמגינות על בריאותם כמו ריחוק חברתי, עטית מסכה והיגיינה אישית. גם במחקרים אחרים שנעשו לגבי העינות לטיפולים וביצוע בדיקות הראו ממצאים דומים לפיהם הפגיעות הנתפסות של הפרט

מהווה גורם מרכזי להתנהגות (Karimy, Azarpira & Araban, 2017). נראה שתחושת הפגיעות האישית בקרב הציבור גברה עם התקדמות המגפה לאור העלייה המשמעותית בשיעורי התחלואה והתמותה בכל קבוצות האוכלוסייה ובאזורים השונים ולכן, נצפתה עלייה בשיעורי ההיענות להנחיות בתקופת הגל השני לש המגפה.

ההגבלות שנכפו על הציבור בתקופת המגפה הביאו לכך שאנשים יבלו יותר זמן בבית (סגר, בידוד, צמצום מגע, ביטול אירועים וריחוק חברתי) ובעקבות כך גם צמצום השימוש במשאבים לפעילות גופנית שבא לידי ביטוי בכך שחלק מהציבור עסק פחות בפעילות גופנית בהשוואה לתקופה שקדמה למגפה וחלק אחר עסק יותר בפעילות גופנית כנראה כאסטרטגיה להתמודדות עם הלחץ הנפשי שהמגפה יצרה מצד אחד ועודף הזמן הפנוי מצד שני. אותן מגמות שינוי נצפו גם לגבי דפוסי האכילה כאשר חלק מהציבור ציין בעיקר עלייה בכמות האוכל הנצרך לעומת חלק קטן יותר שדיווח על פחות צריכה של אוכל. מכל מקום, נראה שאכילה ופעילות גופנית היוו דרכים נוספות להתמודדות עם המגפה והשלכותיה הבריאותיות והנפשיות.

מגפת הקורונה יצרה את הצורך בניהול שונה של העבודה והלימודים שהתקיימו בעיקר באופן מקוון. העבודה "מרחוק" היוותה דרך זמינה ואפשרית רק לחלק מהציבור הערבי ובעיקר בעלי השכלה גבוהה והמועסקים המשתמשות במערכות ממוחשבות ושניתן לנהל אותן באופן מקוון כמו האקדמיה, ההייטק ועוד, בהן מועסקים רק חלק קטן מהציבור הערבי. במילים אחרות, אפשרות ניהול והמשך העבודה מרחוק איננה זמינה ונגישה לרוב הציבור בחברה הערבית וע"כ ציבור זה סבל יותר מחוסר תעסוקה ובעקבות כך מצוקה כלכלית ונפשית בתקופת הקורונה. מצד שני, רוב הילדים הערבים למדו "מרחוק" למעט הילדים באזור הדרום ובעיקר בכפרים הלא מוכרים הסובלים מהעדר תשתיות הנדרשות לסוג זה של למידה.

ממצאי המחקר הראו כי למות תחושת אי האמון שקיימת בקרב הציבור בכלל והציבור הערבי בפרט כלפי המוסדות שמובילים ומנהלים את משבר הקורונה ובעיקר הממשלה, משרד הבריאות, הרשויות המקומיות והמערכת הפוליטית, עדיין משרד הבריאות מהווה מקור המידע המרכזי אליו פונה הציבור לקבלת מידע על הקורונה. כמו כן, הרשויות המקומיות שקיבלו מנדט ואחריות לטפל במשבר הקורונה ברמה המקומית יחד עם קופות החולים. מקורות אלה הם הזמינים והנגישים ביותר ונמצאים במגע ישיר עם הציבור דרך מוסדותיהם בקהילה ודרך התקשורת. בשאלת האמון של הציבור במוסדות השונים, רופאי המשפחה מהווים מקור האמון המרכזי לעניין קבלת מידע וייעוץ. ממצא זה עולה בקני אחד עם הרבה מחקרים בישראל שהראו שגם בנושאי בריאות אחרים כמו תזונה, מחלות כרוניות, ביצוע בדיקות ועוד, רופאי המשפחה מהווים מקור המידע המהימן ביותר עבור הציבור (אגודת הגליל, 2016)

לסיכום, מגפת הקורונה לא פסחה על החברה הערבית בישראל כאשר חברה זו סובלת ממצב כלכלי קשה ושיעורי אבטלה גבוהים. השפעותיה המרכזיות באו לידי ביטוי במישור הכלכלי והבריאותי ובמיוחד במישור הבריאות הנפשית. הציבור הערבי התמודד עם המגפה תוך שימוש במגוון אסטרטגיות (היענות

להנחיות הרשמיות, שינויי התנהגות בריאותית, ניהול עבודה ולימודים מקוונים, חיפוש ארי מידע רלוונטי ומהימן) אך באופן שונה בין תת קבוצות שונות של ציבור זה. העדר הסברה מותאמת בתחילת המגפה הביאה לחוסר מידע וסטיגמטיזציה של המחלה ובצל אי האמון ברשויות שניהלו את המשבר יחד עם בעיות הנגישות והזמינות של בדיקות האבחון ומסגרות הטיפול ועוד גורמים תרבותיים וחברתיים הביאו לחוסר היענות להנחיות ולהוראות הרשמיות. ההנחיות וההמלצות נחלקו לשני סוגים, האחד דפוסי התנהגות חדשים שהציבור נדרש לאמץ (ריחוק חברתי, עטית מסכות והיגיינה אישית) והשני דפוסי התנהגות שהציבור נהג לעשות כחלק מהנורמות החברתיות ונדרש להימנע מהם (הימנעות מהתקהלויות וביקורי קרובים וחברים). החברה הערבית חברה קולקטיבית התקשתה לאמץ ולפעול לפי הנחיות "שפגעו" בנורמות חברתיות וערכי בסיס בחברה זו. ברמה האישית, מידת הפגיעות האישית הנתפסת עלתה כגורם המרכזי שהשפיע על רמת ההיענות להנחיות ולהמלצות. יחד עם זאת חוסר האמון של הציבור הערבי במערכות שניהלו את המשבר החמיר את אי ההיענות להנחיות ולמרות זאת עדיין ציבור זה רואה במערכות אלה כמקור המידע המרכזי שניתן להיעזר בו.

מסקנות והמלצות:

מגפת הקורונה שינתה את מהלך החיים של כולנו ונראה שכולנו נצטרך לחיות בצל הקורונה לזמן ארוך. השפעותיה הן בכלל תחומי החיים; כלכלה, חינוך, בריאות, חברה ופוליטיקה ועוד. האוכלוסייה הערבית סבלה באופן מיוחד על רקע מצבה הכלכלי, הבריאותי והפוליטי בישראל. יחד עם זאת, אוכלוסייה זו התמודדה עם המגפה תוך שימוש במגוון אסטרטגיות ברמת הכלל והפרט, אך גורמים שונים הפכו התמודדות זו לאתגר עצום ובכלל זאת האופי והמבנה החברתי תרבותי, תנאי החיים, מצב הבריאות ועוד.

בראיה עתידית, ובהנחה סבירה שנמשיך להתמודד כמדינה וכחברה עם הקורונה, אך גם כחלק מהיערכות אפשרית למגפות דומות אחרות, ובהסתמך על ממצאי מחקר זה ואחרים, המלצותינו לקובעי המדיניות ומקבלי ההחלטות ברמות השונות הן כדלקמן:

- לחזק את מערך ההסברה המותאמת מבחינה שפתית ותרבותית והקמת צוות מומחים לנושא ההתאמה התרבותית מתוך החברה הערבית.
- חיזוק האמון של הציבור הערבי במערכות המנהלות את המשבר באמצעות חיזוק השותפות, שיתוף הפעולה והשקיפות.
- שילוב אנשי מקצוע מתחומים שונים במערך קבלת ההחלטות וניהול המשבר והגברת שיתוף הפעולה עם ארגונים ייצוגיים (מקצועיים ופוליטיים) בתוך החברה הערבית.
- פיתוח מערך תכניות קידום בריאות (תכניות מגירה) שמאפשרות ומקדמות ניהול אורח חיים בריא ופעיל גם בעת משברים דוגמת משבר הקורונה.
- חיזוק מערך שירותי בריאות הנפש למתן סיוע נפשי לאוכלוסייה הנזקקת תוך התמקדות בקבוצות ספציפיות כמו נשים, חולים ומובטלים.

- חיזוק הרפואה הקהילתית ע"י העצמת צוותי הבריאות ובעיקר רופאי המשפחה ואחיות בריאות הציבור כמקורות מידע, תמיכה וטיפול במגע הישר עם כלל הציבור.
- פיתוח מודל פעולה משותף עם הרשויות המקומיות כגוף מוסמך לניהול המשבר ברמה המקומית והמבוסס על הניסיון הנצבר עד כה דוגמת מודל הפעולה של ועד החירום בחברה הערבית (חדר החירום).

מקורות

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס) (2018) סקר הוצאות משק הבית.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס) (2020) החוסן האזרחי בתקופת משבר הקורונה – ממצאים מהגל השלישי של הסקר.
- בודבסקי, ד., ססר, א., ואמסטר, י. (2020) פעילות מרפאות בריאות הנפש בגלי הקורונה – ממצאי סקר מנהלים, האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות.
- משרד הבריאות, האגף לתכנון אסטרטגי וכלכלי (2020) אי השוויון בבריאות וההתמודדות עמו.
- משרד הבריאות, מרכז המידע (2020).
- שיח' מוחמד, א., רזק-מרג'ייה, ס. ח'טיב, מ. (2016) סקר הבריאות והסביבה, 2015. שפרעם, ישראל.
- שיח' מוחמד, א., ח'טיב, מ., רזק-מרג'ייה, ס. (2018) הפלסטינים בישראל- הסקר החברתי כלכלי החמישי, אגודת הגליל, שפרעם, ישראל.

Becker, MH. (1974) The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2:324–508.

Bennett, M. (2020). Should I do as I'm told? Trust, Experts, and COVID-19. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 30(3), 243-263.

Brown, E., Gray, R., Monaco, S. L., O'Donoghue, B., Nelson, B., Thompson, A., & McGorry, P. (2020). The potential impact of COVID-19 on psychosis: a rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. *Schizophrenia research*, 222, 79-87

Cairney, P., Wellstead, A. (2021) COVID-19: Effective policymaking depends on trust in experts, politicians, and the public. *Policy Design and Practice* 4, 1-14.
<https://doi.org/10.1080/25741292.2020.1837466>

Coroiu, A., Moran, C., Campbell, T., & Geller, A. C. (2020). Barriers and facilitators of adherence to social distancing recommendations during COVID-19 among a large international sample of adults. *PloS one*, 15(10), e0239795.. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239795>

Devine D., Gaskell, Jennings, W. & Stoker, G. (2021) Trust and the coronavirus pandemic: What are the consequences of and for trust? An early review of the literature. *Political Studies Review*, 19; 274-285.

- Dryhurst, Schneider, Kerr, Freeman et al., (2020). Risk perception of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research*, 23; 994-1006.
<https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193>
- Harper, CA., Satchell, LP., Fido, D., Latzman, RD. (2020). Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00281-5>
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., ... & Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560.
- Li, JB., Yang, A., Dou, K. & Cheung, R. (2020). Self-control moderates the association between perceived severity of the coronavirus disease (COVID_19) and mental health problems among the Chinese public. *PSYARXiv Preprints*. <http://doi.org/10.31234/osf.io/2xadq>
- Karimy, M., Azarpira, H. & Araban, M. (2017) Using health belief model constructs to examine differences in adherence to Pap test recommendations among Iranian women. *Asian Pacific Journal of cancer Prevention*, 18:1989-1394.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2).
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 52, 102066.
- Tom, L. et al. (2020) Mask or no mask for COVID-19: A public health and market study. *PloS one*, 15.8: e0237691.
- Van-Bavel JJ, Baicker K, Boggio PS et al., (2020) Using social and behavioral science to support COVID-19 Pandemic response. *Nature Human Behaviour* 4:460-471.
- Wise, T., Zbozinek, T., Michelini, G., Hagan, CC. & Mobbs, D. (2020). Changes in risk perception and protective behavior during the first week of the COVID-19 pandemic in the United States. *PsyARXiv Preprints*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/dz428>