

אי-שוויון בבריאות בין ערבים ליהודים בישראל

נביל חטאב, שלומית קאגיה

רוב אנשי מדעי החברה, העוסקים בחקר האי-שוויון בין ערבים ליהודים בישראל, מתייחסים בדרך כלל לחינוך ותעסוקה. מעט מאוד מחקרים הוקדשו לנושאים אחרים ובהם הבריאות. מסמך זה מבקש לבחון את מצב המחקר בתחום האי-שוויון בין ערבים ליהודים בבריאות, ולזהות את הפערים בידע המחקרי, במטרה לבנות מערך מחקרי כולל שיתרום להבנת הגורמים לאי-שוויון. הבנת הרקע לפערים בתחום הבריאות תאפשר לנו ללמוד ממחקרים שנעשו בעולם ולהציע דרכים לצמצום הפערים. המסמך מחולק לארבעה פרקים. בפרק 1 יינתן רקע ויוגדר האי-שוויון בבריאות, וכן יתוארו גורמים והסברים לאי-שוויון זה באופן כללי; בפרקים 2–3 נתייחס לאי-שוויון בבריאות בישראל – יינתן רקע היסטורי ויובאו נתונים עדכניים והסברים שנמצאו בספרות בנוגע לאי-שוויון; לבסוף, בפרק 4 נציג את הצעת המחקר הנסמכת על הספרות הקיימת והעתידה להשלים את החסר בתחום חקר האי-שוויון בבריאות בין יהודים לערבים בישראל.

1. אי-שוויון בבריאות – רקע

מהו אי-שוויון בבריאות?

לאור המודעות ההולכת וגוברת בעולם לבריאות ולאורח חיים בריא, מתחדדת חשיבותם של הפערים ושל האי-שוויון בבריאות בין המדינות השונות ובתוך כל מדינה. יש טעם להתעכב תחילה על הגדרת האי-שוויון בבריאות, ולהבין מהו הביטוי התאורטי והאמפירי של תופעה זו. לפי אפשטיין יש להבחין בין "אי-שוויון" לבין "אי-צדק/אי-יושר" בבריאות. ב"אי-שוויון" (Inequality) הכוונה להבדלים (שאינם בהכרח ניתנים לשינוי) במצב הבריאות בין אנשים או בין קבוצות באוכלוסייה. לדוגמה, הבדלים בין צעירים לקשישים או מחלות האופייניות למגדר אחד בלבד. לעומת זאת ב"אי-צדק/אי-יושר" (Inequity) הכוונה היא למשמעות שמעבר להבדל הכמותי שנמדד. למרות הניסיון שנעשה בספרות להבחין בין שני המושגים בהקשר הבריאות, מקובל להתייחס לשניהם כאל אי-שוויון, במשמעות של אי-צדק (אפשטיין, 2009). הגדרה מדויקת של האי-שוויון בבריאות תורמת לבחינה אמפירית של התופעה, וזו מסייעת לגיבושה של מדיניות מתאימה. מודעות למאפייני הקבוצות המוחלשות באוכלוסייה – נשים, עניים, בעלי השכלה נמוכה, מיעוטים אתניים ולאומיים וכולי – מאפשרת לאמוד את ההבדלים ברמת הבריאות (אי-שוויון) כפונקציה של מאפיינים אלה (אי-צדק), ובעקבות זה לגבש תכנית פעולה מתאימה (Braveman & Gruskin, 2003).

ישנן כמה דרכים למדוד בריאות ואי-שוויון בבריאות. ברמת המקרו, יש המסיקים את האי-שוויון מאומדן הפערים בתוחלת החיים ובתמותת תינוקות (אפשטיין, 2009), ויש הבוחנים את הפערים בין האוכלוסיות על ידי שיעורי התמותה, לפי סיבות המוות והתחלואה (Nazroo, 2010). לקבוצת המדדים ה"אובייקטיביים" ברמת המיקרו יש לשייך את ניתוחי ההישרדות,¹ שבהם עוקבים אחרי פרט מסוים במשך כמה שנים כדי לראות אם הוא נשאר בחיים, ומה הם הגורמים ש"מעכבים" או "מזרזים" את מותו

¹ 5 year mortality risk, follow up, survival probability

(Manor et al., 1999). לקבוצת המדדים הסובייקטיביים יש לשייך את מדד הבריאות המדווחת ואת הדיווח על הגבלות ממושכות בתפקוד עקב בריאות ירודה, ראו Baron-Epel et al., 2001; Daoud et al., 2009a; Daoud et al., 2009b).

מהם הגורמים או ההסברים לאי-שוויון בבריאות, מלבד הפער האמפירי בין המדינות או בין הקבוצות השונות? ההסבר הפופולרי ביותר הוא עוני או רמת חיים ירודה, הגורמים לפערים בבריאות. אולם עוני אינו "הסבר קסם" ויש להבין גם את הסיבות לסיבות (causes of the causes), כהגדרתו של מרמונט (Marmot, 2005). לדוגמה, יש מדינות שבהן תוחלת החיים גבוהה בעוד שהתלייג נמוך יחסית ולהפך. על כן חשוב להבין מהם הגורמים המתווכים בין עוני או רמת חיים נמוכה לבין בריאות ירודה. מרמוט מציג במאמרו את מגדירי הבריאות (social determinants of health) – דוגמת השתתפות בקהילה, תמיכה חברתית, מתחים, מזון, תעסוקה, תחבורה ועוד – המהווים הקשר חברתי להתפתחותם של פערים בבריאות בין המדינות ובתוכן. לטענתו חשוב להגדיר ולהבין את הגורמים, כולל הגורמים המתווכים לאי-שוויון בבריאות, וכן את טיב הקשרים בין הגורמים לבין עצמם.

גורמים והסברים לאי-שוויון בבריאות

הטענה שקיים קשר בין רמת האי-שוויון בהכנסות לבין הבריאות נבדקה לא אחת בין המדינות ובתוכן (Rodgers, 1979; Wilkinson & Pickett, 2009). אף על פי שלא תמיד יש הסכמה לגבי אופן המדידה וצורתה (Lynch et al., 2005; Wagstaff & Doorslaer, 2000), לרוב ישנה הסכמה שאי-שוויון בהכנסות מסביר את הפערים בבריאות בין המדינות (Wilkinson & Pickett, 2009).

רודג'רס (Rodgers, 1979) היה הראשון שטען שאי-שוויון בבריאות בין מדינות מוסבר על ידי אי-שוויון בהכנסות – במדינות שבהן ההכנסה מתפזרת באופן שוויוני יותר,² שיעורי התמותה נמוכים יותר. וילקינסון (Wilkinson & Pickett, 2009) בדק טענה זו והראה שאכן קיים קשר בין מדד האי-שוויון לבעיות בריאות. לטענתו, הקשר בין הכנסות לבין בריאות מתווך על ידי גורמים נפשיים-חברתיים. בחברות שבהן יש פערים גדולים בהכנסה, רמת האמון בין האנשים ורמת התמיכה החברתית נמוכות, ואילו התסכול והפשיעה גבוהים. וילקינסון ניסה לאמוד את משתנה ההכנסה (האבסולוטית או יחסית) בהקשר של הבריאות, והראה שמדד האי-שוויון מסביר טוב יותר את הפערים בין המדינות, בעת שההכנסה האבסולוטית מסבירה טוב יותר את הפערים בין האזורים השונים בתוך אותה מדינה. לטענתו, השוויון הוא המפתח לרווחת האוכלוסייה כולה. לדוגמה, נמצא שבכל רמות ההשכלה באנגליה, לעומת ארצות הברית, שיעורי התמותה נמוכים יותר.³ זאת אומרת שבמדינות פחות שוויוניות גם קבוצות חזקות "סובלות" מאי-שוויון. בהקשר של תעסוקה, בהשוואה בין שוודיה לאנגליה⁴ נמצא שאף שבשתי המדינות שיעורי תמותה עולים ככל שירד המעמד התעסוקתי, בשוודיה שיעורי התמותה נמוכים יותר בכל רמות התעסוקה, והפער בין שתי המדינות הולך ומתרחב עם הירידה במעמד התעסוקתי. בדיקה נוספת כללה השוואה בין 25 מדינות שוויוניות יותר לבין 25 מדינות שוויוניות פחות. כאן נבחן הקשר בין שיעורי התמותה לבין ההכנסה הממוצעת עבור כל משק הבית. הממצאים הראו (ראו תרשים 1 להלן) שבקרוב

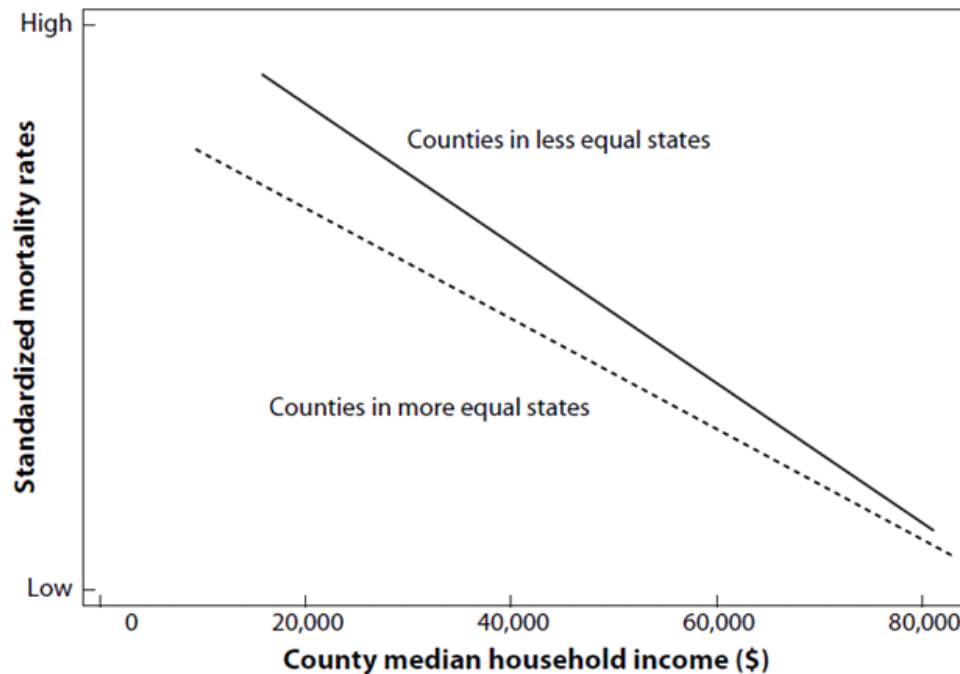
² על פי מדד ג'יני לאי-שוויון.

³ לפי מדד האי-שוויון, אנגליה היא מדינה שוויונית יותר מארצות הברית.

⁴ לפי מדד האי-שוויון, שוודיה היא מדינה שוויונית יותר מאנגליה.

המדינות השוויוניות שיעורי תמותה נמוכים יותר בכל רמות ההכנסה, אך הפער בשיעורי התמותה מתרחב ככל שיורדת ההכנסה הממוצעת למשק בית (Wilkinson & Pickett, 2009).

תרשים 1: מוות מכל סיבה שהיא בקרב גברים ונשים בגיל העבודה



מקור: Wilkinson & Pickett, 2008

הרחבת המודל של השפעת האי-שוויון על הבריאות, מוסיפה את **המשטר** בתור גורם ראשוני המשפיע על האי-שוויון. המחקר שנעשה בתחום זה הראה שבמדינות נאו-ליברליות, לעומת מדינות סוציאל-דמוקרטיות, רווחת האוכלוסייה המצומצמת ומנגנון השוק הלא מבוקר משפיעים לכיוון אי-שוויון בהכנסות, שגורם בתורו לעלייה ברמת העוני ולירידה בלכידות החברתית. שני הגורמים הללו משפיעים זה על זה הדדית, וביחד הם משפיעים לרעה על בריאות הציבור ורווחתו (Coburn, 2004).

גורם חשוב נוסף, שלעתים מוצג כמשתנה שמתווך בין אי-שוויון בהכנסות לבין אי-שוויון בבריאות, הוא **הון חברתי** (Wilkinson & Pickett, 2009; Kawachi et al., 1997). הון חברתי הוא פונקציה של התארגנות חברתית, השתתפות אזרחית (פעילות פוליטית או התנדבותית), תמיכה ואמון, המשפיעים על שיתוף הפעולה בחברה למען השגת רווח הדדי (Kawachi et al., 1997). יש הרואים בהון החברתי משתנה "מיקרו" הנמדד על ידי הרשת החברתית של האדם, אך יש חוקרים הטוענים שהתרומה של ההון החברתי לבריאות האוכלוסייה צריכה להיבחן דווקא בהקשר המקרו-חברתי (Kawachi et al., 1997; Pearce & Smith, 2003). יש הטוענים שחוסר התחשבות בהקשר המקרו-חברתי ובקבוצות המיעוט בתוך

האוכלוסייה עלול להיות מסוכן לקבוצות המוחלשות (Cambell & McLean, 2002; Pearce & Smith, 2003). לדוגמה, במחקרם על המיעוט האפרו-קריבי באנגליה, גילו קמפבל ומקלין (Campbell & McLean, 2002) שהפעילות והמעורבות הנמוכות של מיעוט זה נובעות מרצון להשתלב ברמה המקומית, אגב ויתור על זהותם הקבוצתית. חברי קבוצת המיעוט תופסים את השתתפותם החברתית או את המגורים באזור אחד כאקט של חיזוק הזהות האפרו-קריבית, דבר שלדעתם גורם להדרה רבה יותר מהחברה הכללית. במקרה הזה להון חברתי (בהקשר הקהילתי) יש דווקא השלכות שליליות בעיני בני המיעוטים.⁵

בניגוד לטענות שללא הקשר מקרו-חברתי לא ניתן להבין את הדינמיקה שבין הכנסה לבין בריאות (Pearce & Smith, 2003; Kawachi et al., 1997), ממצאי מטה-ניתוח של הקשר בין אי-שוויון לבין הכנסות ובריאות הראו שבחינה ברמת המיקרו – על ידי אומדן הפערים בהכנסה האבסולוטית – היא מהימנה ביותר (Wagstaff & Doorslaer, 2000). מחקר זה לא התייחס באופן מיוחד להון החברתי כמתווך של הקשר, אף שצוין בו שבבחינת המיקרו מתאפשר פיקוח טוב יותר על המאפיינים השונים של הפרט, וכך גם דיוק רב יותר של ההסבר.

בניתוחים ברמת המיקרו נוהגים לשלב בין כמה נתונים של הפרט וליצור משתנה שנקרא "מעמד סוציו-אקונומי", המורכב בדרך כלל מגורמים כגון הכנסה, השכלה, תעסוקה, בעלות על דירה/ מכונית וכולי (Cooper, 2002; Jaffe & Manor, 2009; Daoud et al., 2009a; Soskolne & Manor, 2010; Kaplan et al., 2009). מחקרים מראים שהכנסה או רווחת הפרט (צפיפות, בעלות על דירה או רכב) נחשבות לגורם מסביר עיקרי של האי-שוויון בבריאות (Manor et al., 1999; Jaffe et al., 2008). אולם לעתים דווקא להשכלה יכולת הסבר גבוהה יותר (Kaplan et al., 2009; Manor et al., 2004). קופר מציינת במאמרה את היתרון היחסי של **ההשכלה** כמדד המסביר אי-שוויון בבריאות, לעומת הכנסה או תעסוקה. לדידה במשתנה התעסוקה קיימת שונות גבוהה,⁶ וכתוצאה מכך מדידת ההכנסות מעבודה אפשרית עבור אנשים עובדים בלבד. לעומת זאת משתנה השכלה מאפשר ניתוח עבור כלל האוכלוסייה, כולל מובטלים ואלו שנמצאים מחוץ לכוח העבודה (Cooper, 2002). לגבי השפעתה של ההשכלה על הבריאות, קיימות כמה אפשרויות הסבר. אפשרות אחת היא שההשכלה משפיעה על חשיפה והרחבת הידע הכללי, וכך עולה המודעות לאורח חיים בריא. אפשרות נוספת היא שההשכלה מביאה לשיפור בבריאות דרך שיפור המעמד הסוציו-אקונומי והעלייה בהכנסה (Jaffe et al., 2008).

כמה מחקרים בחנו את הקשר שבין השכלה, הכנסה ואי-שוויון בבריאות (Daoud et al., 2009b; Jaffe et al., 2008). מהמחקר של דאוד ואחרים, שבדק אי-שוויון בבריאות בקרב ערבים בישראל בהתאם לפערים בהשכלה, עולה שבריאות ירודה אפיינית בקרב בעלי השכלה נמוכה (פחות מ-8 שנות לימוד), לעומת בעלי השכלה גבוהה (יותר מ-13 שנות לימוד). אי-שוויון זה מוסבר בעיקרו על ידי תנאים כלכליים,⁷ והוא מוריד כ-43% מהאי-שוויון בבריאות לאחר פיקוח על מקבץ הגורמים הכלכליים (Daoud et al.,

⁵ מזה נובע שלתכניות העצמה ומעורבות עבור המיעוטים יש לעתים תוצאות לא רצויות, בניגוד לדעה הרווחת שהגדלת ההון החברתי בהכרח תשפר את איכות החיים ועמה את בריאות האוכלוסייה.

⁶ תעסוקה במשרה מלאה או חלקית, מובטלים המחפשים עבודה או נמצאים מחוץ לכוח העבודה.

⁷ הכנסה מהבטחת הכנסה או מעבודה, הכנסה יחסית בהשוואה למשפחות ערביות אחרות.

(2009b). יפה ואחרים (Jaffe et al., 2008) בדקו שינויים בתמותה ממחלות לב וכלי דם לאורך זמן⁸ ביחס לפערי השכלה. ממחקרם עולה ששיעורי התמותה ממחלות לב וכלי דם בקרב יהודים בישראל יורדים עם הזמן ורמת ההשכלה הממוצעת עולה, ועם זה הפערים בתמותה על בסיס השכלה הולכים וגדלים. לדוגמה, בקרב נשים בנות 45–64 בעלות השכלה נמוכה, הסיכויים למות ממחלות לב וכלי דם גבוהים פי שניים וחצי לעומת נשים משכילות באותה קבוצת גיל (Jaffe et al., 2008).

גורם מרכזי נוסף להסבר האי-שוויון בבריאות הוא **תעסוקה**. נמצא שקיים קשר בין תעסוקה לבריאות (Manor et al., 1999; Manor et al., 2000; Cooper, 2002; Karlsen & Nazroo, 2002). בעניין סוג ההעסקה,⁹ קופר (Cooper, 2002) מוצאת שלתעסוקה יש קשר חזק עם הבריאות. לדוגמה, בריאות ירודה ביותר נמצאה בקרב אנשים שנמצאים מחוץ לכוח העבודה (אך עבדו בעבר). נמצא שהסיכוי לדווח על בריאות ירודה גדול כמעט פי 6 עבור קבוצה זו, לעומת המועסקים במשרה מלאה.¹⁰ אצל מובטלים ומועסקים חלקית, הסיכויים לבריאות ירודה גדולים יותר ב-48% וב-13% בהתאמה, לעומת עובדים במשרה מלאה. קופר מראה שגם למעמד התעסוקתי יש השפעה על הבריאות – אצל עובדי כפיים הסיכויים לבריאות ירודה גדולים יותר ב-42%, לעומת העובדים בכל סוגי עבודות הצווארון הלבן (Cooper, 2002).

במחקרי פאנל שבוצעו בישראל על ידי מנור ואחרים (Manor et al., 1999; Manor et al., 2000), נמצא שתעסוקה בתחילת התקופה (1983) מעלה את הסיכויים לשרוד במשך התקופה (1983–1992), הן עבור נשים והן עבור גברים בשתי קבוצות הגיל שנחקרו (45–69 ו-70–89). במחקר שנעשה על גברים בלבד, נמצא הבדל מובהק בתמותת הגברים על פי המעמד התעסוקתי – אצל בעלי מעמד תעסוקתי נמוך¹¹ הסיכויים למות גבוהים יותר ב-20%, לעומת בעלי מעמד תעסוקתי גבוה (Manor et al., 1999).

אף שלא נמצאו עדויות עקביות לקשר בין **מגדר** לבריאות (Manor et al., 2004, 458), יש לציין כמה מאמרים שדנים באי-שוויון מגדרי בבריאות בהקשר של מיעוטים (Kaplan et al., 2009; Cooper, 2002). קופר בחנה את האי-שוויון בבריאות באנגליה, לפי דיווח עצמי, והשוותה בין גברים ונשים בגילאי העבודה בקבוצת הלבנים ובקבוצת המיעוטים האתניים. תוצאות הניתוח מצביעות על בריאות ירודה יותר באופן משמעותי בקרב כל המיעוטים, בהשוואה ללבנים בגילאי העבודה. אף שלא נמצא אי-שוויון מגדרי בבריאות בקרב הלבנים, כמעט בכל קבוצות המיעוטים התחלואה גבוהה יותר בקרב נשים לעומת גברים באותה קבוצה אתנית. קפלן ואחרים (Kaplan et al., 2009) בדקו את שכיחות הדיכאון בקרב יהודים וערבים-מוסלמים בישראל. נמצא באופן כללי שאצל הערבים יש שכיחות גבוהה יותר של דיכאון, אם כי הדפוסים שונים בשתי הקבוצות על פי קבוצות הגיל והמגדר. בקרב יהודים נצפה הדפוס הרווח,¹² ואילו אצל ערבים, החל בגילאי העמידה שיעורי הדיכאון – במקום לרדת – מזנקים בצורה חדה. בהקשר המגדרי נמצא שדווקא בקרב הנשים הערביות יש עלייה חדה בשיעורי הדיכאון, לעומת הגברים הערבים. בתרשים 2

⁸ במחקר זה נעשתה השוואת פערים בין השנים 1983–1992 לבין השנים 1995–2004.

⁹ משרה מלאה או חלקית; מובטל או מטפל בבית; לעולם לא עבד או מחוץ לכוח העבודה.

¹⁰ משרה מלאה – 30 ויותר שעות שבועיות.

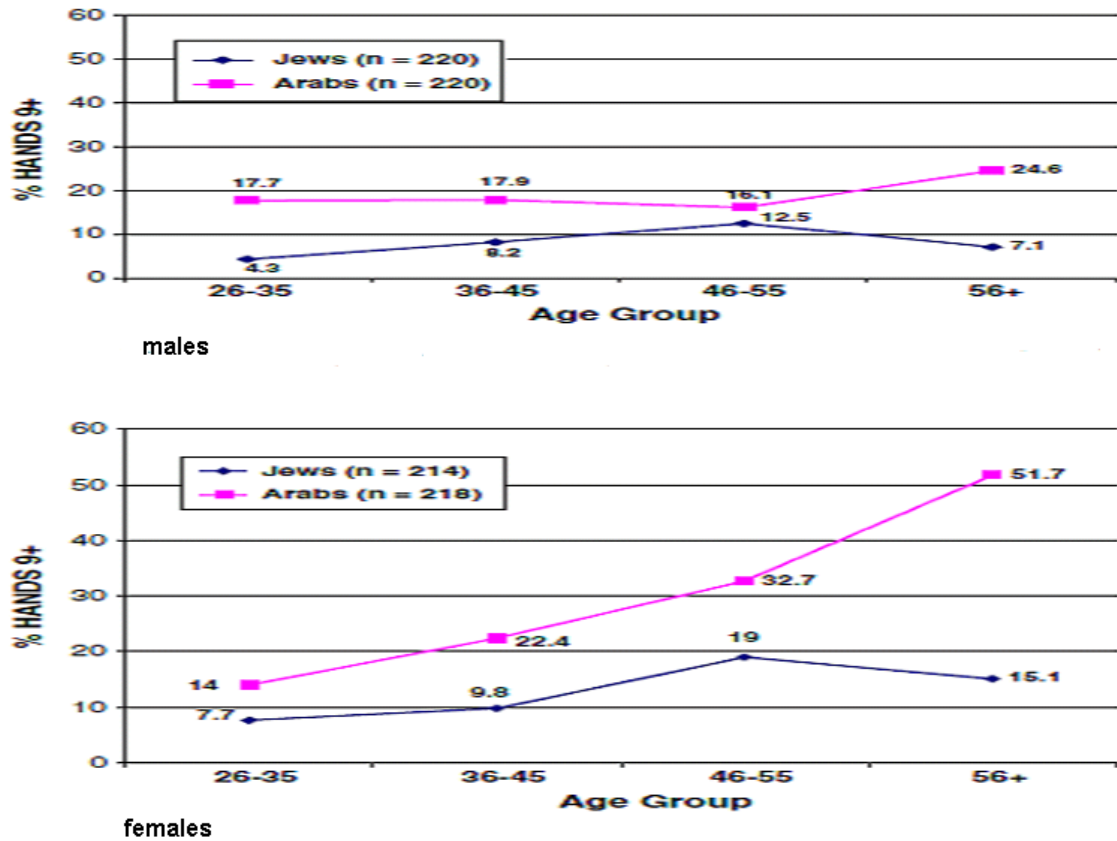
¹¹ מעמד תעסוקתי נמוך – עובדי כפיים מקצועיים ושאינם מקצועיים, ועובדי חקלאות; מעמד תעסוקתי

בינוני – עובדי פקידות, מכירות ועובדי שירותים; מעמד תעסוקתי גבוה – מקצועות החופשיים וטכנולוגיים, מנהלים.

¹² הצורה הרווחת של דפוס הדיכאון היא עלייה בשכיחות החל בגילאים הצעירים (+20) עד לגילאי העמידה (46–55), ולאחר מכן ירידה בשיעורי הדיכאון.

להלן ניתן לראות שהקבוצה שסובלת ביותר מדיכאון, במיוחד בגילאים המבוגרים, היא זו של נשים ערביות. החל בגיל 56 כמחציתן של הנשים הערביות סובלות מדיכאון.

תרשים 2: דיכאון לפי גיל, קבוצת אוכלוסייה ומגדר



מקור: Kaplan et al., 2009

אי-שוויון מגדרי בבריאות בכלל, ועל בסיס אתני בפרט, הוא נושא שדורש מחקר נוסף (Manor et al., 2000). אי-שוויון בבריאות על בסיס אתני הוא אחד הנושאים החשובים שיש לעסוק בהם במחקר העכשווי (Nazroo, 2010). כפי שראינו לעיל בכמה דוגמאות, מיעוטים אתניים סובלים מבריאות ירודה ביחס לשאר האוכלוסייה באותו אזור מגורים (Cooper, 2002; Kaplan et al., 2009).

כמה מחקרים מסבירים את הקשר שבין אתניות לאי-שוויון בבריאות (Cooper, 2002; Manor et al., 1999; Manor et al., 2000; Nazroo, 1998; Nazroo, 2003b; Karlsen & Nazroo, 2002; Nazroo, 2010). קופר בחנה את האי-שוויון בבריאות באנגליה, לפי דיווח עצמי, והשוותה בין קבוצת הלבנים לבין המיעוטים האתניים. היא מצאה שאי-שוויון סוציו-אקונומי, הנמדד על ידי השכלה, תעסוקה, מעמד חברתי-תעסוקתי ומספר ילדים, מסביר את האי-שוויון בבריאות בין הקבוצות. לדוגמה, בקרב קבוצות מיעוט ממעמד סוציו-אקונומי נמוך (פקיסטנים ובלגנדים) נמצאה בריאות ירודה. ניתוחי רגרסיה לוגיסטית הראו שאי-שוויון חברתי-כלכלי יכול להסביר שיעור ניכר של פערי הבריאות בין לבנים לבין

מיעוטים אתניים. אולם גם אחרי פיקוח על המרכיבים של המעמד הסוציו-אקונומי, הפערים בין כמה קבוצות אתניות לבין הלבנים נשארו מובהקים (Cooper, 2002). לעומת קופר, מנור וחבריה (Manor et al., 1999) מדווחים על תוצאות שונות בנוגע לקשר שבין אתניות, בריאות ומצב סוציו-אקונומי. מחקרים בחן תמותה של גברים יהודים ישראלים על פי מוצא אתני, מצב משפחתי ומעמד חברתי. אף שגם כאן ממצאי המחקר מעידים על תמותה גבוהה יותר בקרב קבוצה אתנית הנחשבת בישראל למופלת לרעה (יוצאי צפון אפריקה), לאחר שהוספו למודל המשתנים של המעמד הסוציו-אקונומי,¹³ נעלם הקשר בין מוצא אתני לתמותה. דפוס ההסבר שיחזר את עצמו במחקר אחר בקרב נשים, אף שלהשכלה הייתה השפעה ניכרת יותר בהסבר הקשר שבין אתניות לבריאות, לעומת השפעת המצב הסוציו-אקונומי (Manor et al., 2000).

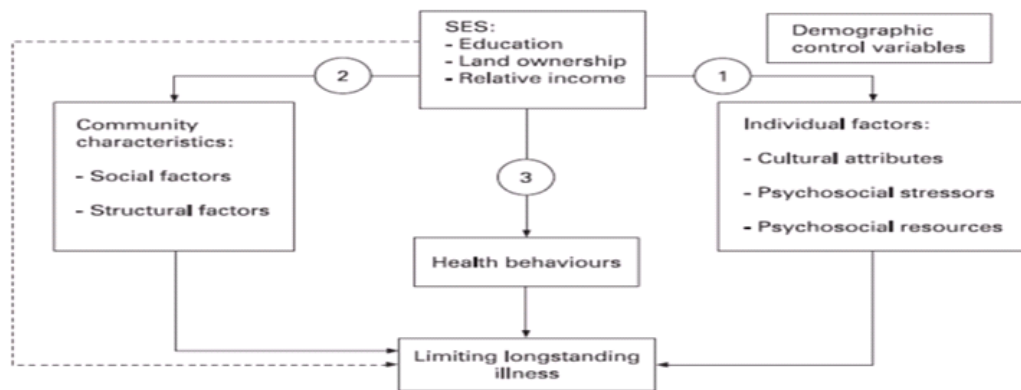
דיון בשאלה אם פערים חברתיים-כלכליים מסבירים את הקשר בין אתניות לבין המצב הבריאותי, במלואו או בחלקו, הוא חשוב בעיקר משום שאם גורמים אלו אינם מסבירים את הקשר, ישנם מן הסתם הסברים נוספים שלא הובאו בחשבון. לפי נאזרו (Nazroo, 2003b), עיקר המחלוקת סביב הקשר בין אתניות לבריאות מרוכזת בשאלה, אם ההסברים הם בעיקרם גנטיים-תרבותיים או חברתיים-כלכליים. נאזרו, בדומה לקופר (Cooper, 2002), עסק בפערי בריאות בין קבוצות מיעוטים באנגליה לבין הרוב הלבן. נתרכז בנקודות המרכזיות שהוא מעלה: ראשית, נאזרו ביקורתי כלפי חוקרים הרואים את האתניות כשוות ערך למעמד סוציו-אקונומי (כלומר ממעטים בחשיבות האתניות כהסבר לפערים בבריאות), או המסבירים את הפערים בבריאות בין מיעוטים לבין הרוב על ידי שימוש בגנטיקה או בגורמים תרבותיים. כל אלה מבוססים לדעתו על דעות קדומות וסטריאוטיפים של אותם חוקרים (Nazroo, 2010). שנית, הוא מראה שאף על פי שכמה מחקרים בעבר לא מצאו שמעמד סוציו-אקונומי מסביר את הקשר בין אתניות לבין אי-שוויון בבריאות, מחקרים עכשוויים מראים שקיים קשר כזה (Nazroo, 1998; Nazroo, 2003a). חלק מהביקורת שלו, הן כלפי אותם מחקרים בעבר הן כלפי הנתונים הקיימים היום, היא מתודולוגית. לטענתו יש מגבלות רציניות למחקר מבחינת איכות הנתונים ומדידתם (בעיקר בנוגע למעמד הסוציו-אקונומי ולאתניות, וכן חסרים נתונים על חווית הגזענות). למרות כל זה הוא מוכיח במאמרו, שחלק ניכר מפערי הבריאות בין המיעוטים לבין הרוב מוסבר על ידי פערים סוציו-אקונומיים (Nazroo, 2003a). אחת התרומות המרכזיות של נאזרו לתחום, היא פיתוח קונספט של השפעת החוויה הגזענית ותפיסת האפליה על בריאותם של מיעוטים. מחקר שחקר את הקשר בין גזענות, מעמד חברתי (תעסוקתי) ובריאותם של המיעוטים האתניים באנגליה-ויילס, מצא קשר ישיר בין דיווח של חווית הגזענות או תפיסת האפליה לבין בריאותם של המיעוטים (כמו כן נמצא קשר בין מעמד חברתי, על בסיס תעסוקה, לבין הבריאות). נמצא שבקרב רוב המיעוטים האתניים, בריאות מדווחת ירודה הייתה קשורה לחוויה של אלימות מילולית או פיזית על בסיס גזע. עבור כלל המיעוטים, חוויה של אלימות מילולית על בסיס גזע העלתה את הסיכויים לדיווח של בריאות ירודה ב-54%. חוויה של אלימות פיזית העלתה את הסיכויים ב-107%. תפיסה של אפליה מוסדית באנגליה (לפי הסכמה לטענה "רוב המעסיקים הם גזעניים"), העלתה את הסיכויים לדיווח בריאות ירודה בקרב כלל המיעוטים ב-39%, לעומת אלו שבעיניהם פחות ממחצית המעסיקים הם גזעניים (Karlsen & Nazroo, 2002).

מחקרים עדכניים מציעים מודלים מורכבים המשלבים כמה נתיבי השפעה על הבריאות, ביניהם גורמים פסיכולוגיים, קהילתיים, תרבותיים והתנהגויות סיכון (Soskolne & Manor, 2010; Daoud et al., 2010).

¹³ תעסוקה, בעלות על מכונית, מספר חדרים בדירה, עזרה בבית בתשלום.

(al., 2009a; Daoud et al., 2009b). הנחה של מחקרים מסוג זה היא שהקשר בין אי-שוויון סוציו-אקונומי לבין בריאות מתווך על ידי כמה גורמים ברמת הקהילה והפרט (ראו תרשים 3).

**תרשים 3: מודל תאורטי: השפעת
הגורמים ברמת הפרט והקהילה על אי-שוויון בבריאות**



מקור: Daoud et al., 2009

גורמים ברמת הפרט כוללים מאפיינים תרבותיים, משברים¹⁴ ומשאבים פסיכולוגיים.¹⁵ לפי דאוד ואחרים (Daoud et al., 2009a), באוכלוסייה הערבית בישראל חשוב לבדוק את ההשפעות התרבותיות על הבריאות.¹⁶ **גורמי קהילה** מורכבים מגורמים חברתיים (השתתפות חברתית, השתתפות אזרחית, הון חברתי) וגורמים מבניים (גישה לשירותים רפואיים, בעיות בשכונה). אינדקס של **התנהגויות סיכון**, שהוכן במחקר של דאוד ואחרים, כלל שאלות על תזונה, עישון, מניעת קרינה ופעילות ספורטיבית (Daoud et al., 2009a). ממחקר זה עולה, שלגורמים פסיכולוגיים יש יכולת גבוהה ביותר (לעומת שאר המרכיבים) להסביר את הקשר שבין מצב סוציו-אקונומי לבין התחלואה באוכלוסייה הערבית בישראל. השפעה קטנה יותר יש לגורמי קהילה ולהתנהגויות סיכון, וגורמים תרבותיים אינם מסבירים את הקשר שבין מעמד סוציו-אקונומי ותחלואה בקרב ערביי ישראל. בקרב יהודים התבצע מחקר דומה, ונמצא שבשונה

¹⁴ גורמי לחץ פסיכולוגיים נבדקים על ידי שאלות הנוגעות לחשיפה למצבי לחץ היום (מצב כלכלי, חברתי, משפחתי או בעיות בעבודה) ולאירועים טראומטיים בעבר.

¹⁵ משאבים פסיכולוגיים נבדקים על ידי מדידה של תמיכה חברתית, רשת חברתית, תחושת שליטה בחיים ויכולת התמודדות.

¹⁶ לדוגמה: את הנישואין בתוך המשפחה (השלכות גנטיות) ואת הדבקות במסורת, המשפיעה על ההחלטה להינשא ועל המחויבות לטיפול בבני המשפחה במסגרת הביתית.

מהאוכלוסייה הערבית, מקבץ של גורמים קהילתיים הוא המשפיע ביותר על הפערים בבריאות (Soskolne & Manor, 2010).

למרות הבחינה של מודלים מורכבים במחקרים אלו, נראה שכמעט אין מחקר ששילב בחינה של כמה נתיבי השפעה עם תובנותיו של נאזרו. במודלים מן הסוג הזה, גם אם קיימת מודעות לאתניות (Daoud et al., 2009a; Soskolne & Manor, 2010), במקום לבצע מחקר השוואתי בין הרוב למיעוט מחלקים את האוכלוסייה לתתי-קבוצות. וכך מחקר אחד בדק את ההסברים לאי-שוויון בבריאות בקרב ערבים בישראל (Daoud et al., 2009a), ומחקר אחר בדק בשיטה דומה את אוכלוסיית היהודים בישראל (Soskolne & Manor, 2010). ההפרדה בין אוכלוסיות המחקר (שייתכן שנבעה מההנחה שהשפעת המצב הסוציו-אקונומי על הבריאות זהה להשפעתה של האתניות)¹⁷ גורמת לאתניות להיות "שקופה", והיא אינה מובאת בחשבון כגורם ייחודי. במחקרים המציעים אינטגרציה של כמה גורמים, היה רצוי להתחשב גם בהשפעת האתניות, אם כמחזקת את ההשלכות של הגורמים הפסיכולוגיים ואם כמשפיעה וקובעת את מצבו הסוציו-אקונומי של הפרט.

2. אי-שוויון בבריאות בישראל

חוק ביטוח בריאות חובה

עקרונות היסוד הכלולים בחוק ביטוח בריאות חובה, שנכנס לתוקפו בשנת 1995, ביטאו תפיסה שלפיה שירותי הבריאות הם משאב שיש להבטיחו לכל פרט באוכלוסייה בהתאם לצרכיו הרפואיים, ללא קשר ליכולתו הכספית לשלם עבור השימוש בו. שלושת העקרונות הנחוצים למימוש הזכות לבריאות הם: הוגנות, נגישות ומצב בריאות (בן נון, 2009, 27):

- **הוגנות (Equity):** התשלום עבור שירות בריאות יתבצע לפי יכולת (הכנסה) ולא לפי עלות השימוש.
- **נגישות:** צורכי הבריאות של האוכלוסייה מנחים את קבלת השירותים: אספקת סל שירותים רחב אינה תלויה בתשלום, ומאפשרת גישה שוויונית למשאבי המערכת (פיזור גאוגרפי שווה של כוח אדם ומיטות אשפוז; התחשבות בזמן, בקלות ההגעה למקום השירותים ובהמתנה במקום).
- **מצב בריאות (Equality):** פיתוח תכניות התערבות נקודתיות לצמצום הפערים במצבי בריאות הניתנים למניעה (שיעורי תמותה ותחלואה) בקרב קבוצות שונות באוכלוסייה.

על פי החוק חלה חובת ביטוח בריאות על כל תושבי המדינה, וכל תושב זכאי לסל שירותים מוגדר. החוק הבטיח את זכות המבוטח לבחירה ולמעבר בין קופות החולים, ושינה את מנגנוני הקצאת המקורות הציבוריים לקופות באופן שהחליש את תמריצי הקופות לסינון מבוטחים כדאיים. שילובם המצטבר של עקרונות אלה הבטיח את אופייה הציבורי והסולידרי של מערכת הבריאות, ולא במקרה נתפס החוק כאחת מההפכות החברתיות החשובות שעברו על חברה ישראלית. אולם תרומתו של החוק הלכה ונשחקה לאורך השנים בשל תיקוני חקיקה שונים שנערכו בו. השינויים שנעשו בחוק החל בשנת 1998, ושנועדו לכאורה

¹⁷ הנחה זו אומרת שהמיעוטים עניים יותר, ולא האתניות משפיעה על בריאותם אלא מצבם הסוציו-אקונומי הרעוע.

"להגברת הגמישות, הסמכות והאחריות של קופות החולים", הגדילו את תלותן של הקופות בתקציב המדינה (בין השאר כתוצאה מביטול המס המקביל)¹⁸ ויצרו תמריצים לגיוס מקורות מימון ישירות מציבור החולים (ביטוח משלים). נוסף על מגמת ההפרטה של מקורות המימון של מערכת הבריאות, החלה מגמת ההפרטה גם במערך אספקת שירותי הבריאות (רפואה פרטית). שילובם של שני אלה פגע באופייה הציבורי של מערכת הבריאות והחליש את מעמדה של הזכות לבריאות כזכות חברתית בישראל (בן נון, 2009).

המגמות בישראל וגורמי רקע לאי-שוויון

אפשטיין (2009) מציג במאמרו את המגמות הכלליות בישראל, ומדגים כיצד אי-שוויון בבריאות בא לידי ביטוי בתוחלת החיים, בתמותה כללית ובתמותת תינוקות, בתחלואה ובהתנהגויות מסכנות בריאות. לדוגמה, הפערים בתוחלת חיים ובתמותת תינוקות באוכלוסייה הערבית בישראל נשמרים לאורך זמן, ואפילו נצפית מגמה של גידול הפערים. הפיזור והשכיחות של מחלות שונות, וכן שיעורי התמותה, תלויים באזור גאוגרפי,¹⁹ בהשכלה, במעמד חברתי, בהכנסה ובאתניות. כגורמי רקע לאי-שוויון בבריאות בישראל מונה אפשרויות הבדלים בתשתיות מערכת הבריאות (המשפיעים על נגישות), התפתחויות ושינויים במימון המערכת (המשפיעים על יכולת כלכלית של האזרחים לממן בריאות), וכן חוסר התאמה תרבותית של המערכת לאוכלוסיות השונות החיות בישראל.

- **פערים בתשתיות מערכת הבריאות:** נוסף על ההבדלים בממדי הבריאות השונים, ישנו תיעוד העוסק בהבדלים הבאים לידי ביטוי גם בשירותי הבריאות העומדים לרשות האוכלוסיות השונות. לדוגמה, מספר המיטות הכלליות בבתי החולים ל-1,000 נפש במחוז דרום (1.5) ובמחוז צפון (1.58) הוא נמוך משמעותית לעומת מספר המיטות בתל אביב (2.66) ובחיפה (2.7). אותה מגמה קיימת במיטות לטיפול נמרץ ילדים, במספר העמדות לדיאליזה, בעמדות לניתוח ובעמדות לרפואה דחופה. נוסף על כך קיימים פערים גם בשירותי האשפוז הסיעודי.
- לפי אפשרויות, יש לבחון את המצב שבו לא ניתן להסיק על סיבתיות בין תמותה ותחלואה לבין התשתיות במערכת, משום שלא קיים בישראל מפתח כלשהו של שירותי בריאות להם זקוקה אוכלוסייה מוגדרת ושאותן היא זכאית לקבל. מפתח כזה צריך להתבסס לא רק על גודל יחידת האוכלוסייה אלא גם על הרכבה הדמוגרפית והבריאותית, כלומר הוא צריך להיות מותאם לצורכי האוכלוסייה.
- **התפתחות ושינויים במימון מערכת הבריאות:** ישנה ירידה מתמדת בהיקף המימון הממשלתי להוצאות הבריאות, ועליה מתמדת בהיקף התשלומים שמשלם הציבור. המשמעות הגדולה והחמורה של מגמה זו

¹⁸ במהלך השנים היו ההכנסות מהמס המקביל לאחד המקורות המרכזיים למימון הוצאות קופות החולים. בינואר 1997, במסגרת חוק ההסדרים לשנת 1997, שונתה חובת המעסיקים לתשלום דמי ביטוח בריאות לעובדיהם והומרה בתשלום כללי של דמי ביטוח לאומי. ביטולו של המס המקביל והחלפתו במימון מתקציבי המדינה, הוצגו כצעד טכני בלבד שאינו פוגע בסך כל מקורות החוק. אולם בחינה מעמיקה של המהלך מלמדת שביטול המס המקביל הנציח את תלותם של מקורות החוק במימון מתקציב המדינה. למעשה, על ידי מהלך זה הוסב מקור ייעודי המסומן לבריאות, צמוד לקצב הצמיחה של המשק, עם רמת ודאות גובהה ולטווח ארוך. צעד זה הפך את מדינת ישראל למדינה היחידה בעולם המערבי שבה יש מערכי ביטוח רפואי שבהם תשלום דמי ביטוח אינו מתחלק בין העובד למעביד.

¹⁹ תוחלת החיים במחוז הצפון, ובחיפה ובדרום, נמוכה משמעותית לעומת שאר המחוזות בארץ.

באה לביטוי בעיקר בקרב הקבוצות החלשות. לדוגמה, בעבודה של מכון ברוקדייל משנת 2005 נמצא, שכמעט רבע מהמשפחות הממוקמות בחמישון התחתון של ההכנסה ויתרו על תרופות מרשם.

- **חוסר התאמה תרבותית:** משום שיש בישראל מגוון תרבותי עשיר והטרוגניות גבוהה בין הקבוצות השונות של האוכלוסייה, יש משמעות לאופן שבו מותאמים שירותי הבריאות לשונות התרבותית של אוכלוסיות היעד מבחינת מתן המידע,²⁰ התקשורת²¹ והכשירות התרבותית של אנשי המקצוע. לפי אפשטיין, שלושת האספקטים של ההתאמה הבריאותית אינם מפותחים דיים בישראל.

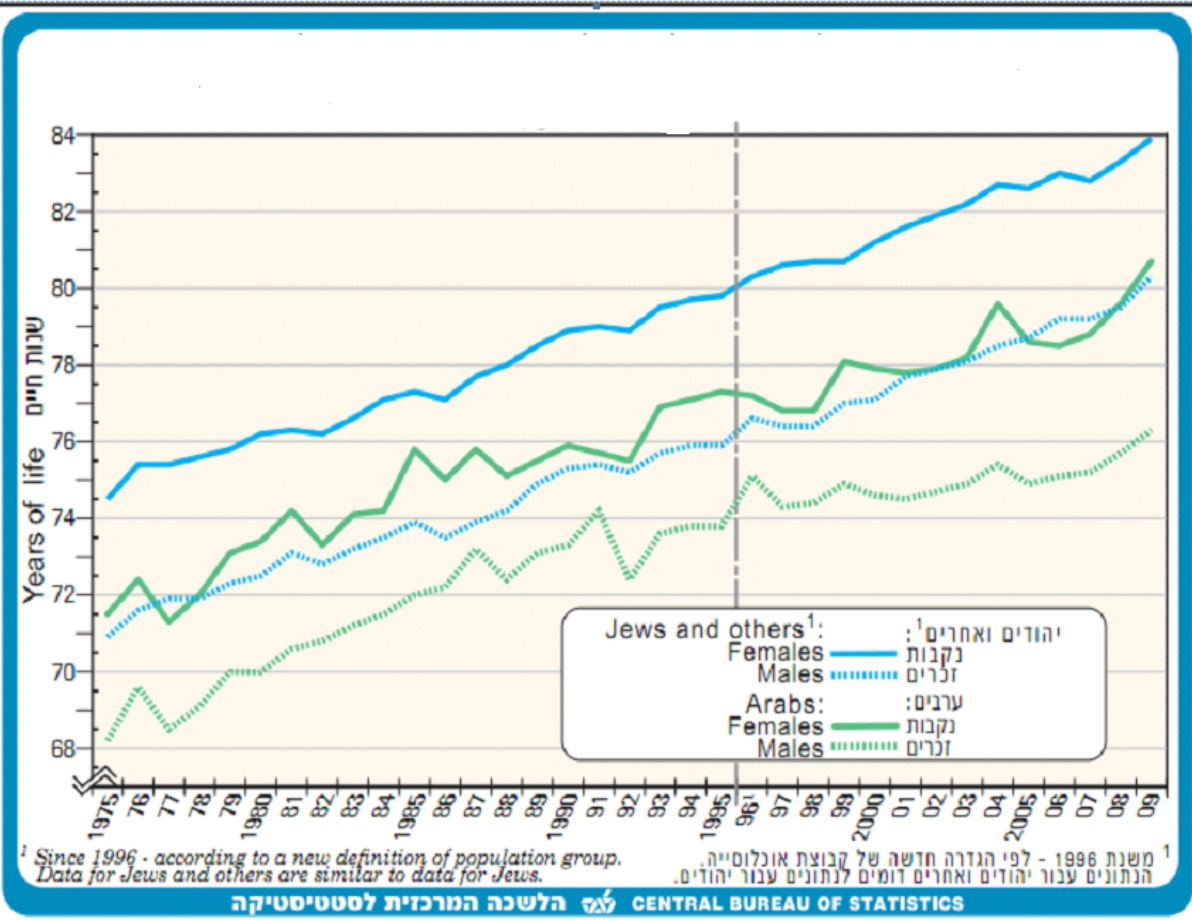
3. אי-שוויון בבריאות בין יהודים לערבים בישראל

בישראל קיימים פערים במצב הבריאות בין יהודים לערבים. פערים אלו נמדדים בתוחלת החיים, בתמותה כללית, בתמותת תינוקות ובשיעורי תחלואה (אפשטיין, 2009; השנתון הסטטיסטי לישראל, 2006). עם השנים חלה עלייה בתוחלת החיים של כלל האוכלוסייה בישראל – נכון לשנת 2006 תוחלת החיים בגיל 0 אצל נשים וגברים עמדה על 82.2 ו-78.5 שנים בהתאמה. אולם הפער בין תוחלת החיים של יהודים ושל ערבים נשמר ואף מתרחב ככל שעוברות השנים. לפי אפשטיין, בשנת 1996 עמד ההפרש בקרב גברים על כ-1.5 שנים לטובת הגברים היהודים. בשנת 2006 גדל ההפרש פי שלושה ועמד על 4.6 שנים. גם בין נשים יהודיות לערביות היה פער דומה בשנת 2006 (אפשטיין, 2009, 74–75). נתונים עדכניים מעידים שהפער בתוחלת חיים בין יהודים לערבים נותר יציב מאז שנת 2006 (ראו תרשים 4).

תרשים 4: תוחלת חיים בלידה, לפי מין וקבוצת אוכלוסייה, 1975-2009

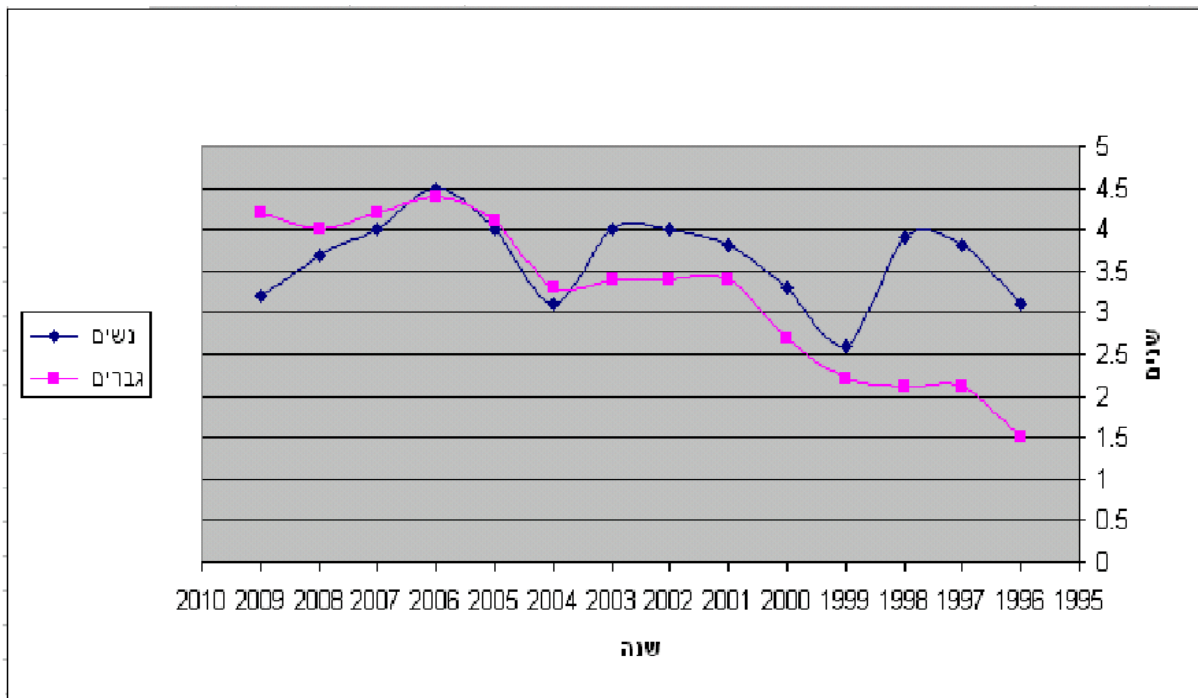
²⁰ תרגום עלונים וחומרי הסברה לשפת האם של מטופלים.

²¹ קשר עם הרופא בשפת האם של המטופלים, או תרגום מקצועי בחדר הטיפולים.



מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

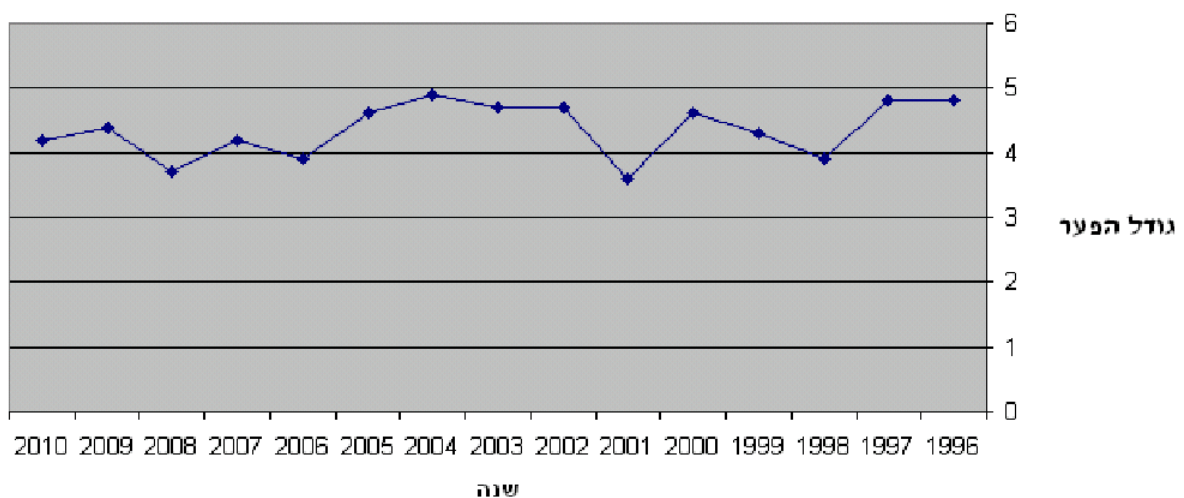
תרשים 5: פערים בתוחלת החיים בין יהודים לערבים בישראל



מקור: נתוני השנתון הסטטיסטי לישראל, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

נראה שקיימים פערים בתמותה הכללית: תמותה של ערבים (לאחר התקנון לגיל) גבוהה יותר מזו של יהודים. נכון לשנת 2008, שיעורי התמותה ל-1,000 נפש בקרב יהודים ואחרים עמדו על 4.6 לעומת 6.4 בקרב כלל האוכלוסייה הערבית בישראל. הפער גדול יותר אם משווים בין האוכלוסייה היהודית לבין האוכלוסייה הערבית-המוסלמית בישראל. פער זה עומד על 4.5 לעומת 6.9 בהתאמה. למרות העלייה ברמת החיים באוכלוסייה הכללית בישראל, הפער בתמותת תינוקות בין ערבים ליהודים לא הצטמצם במשך השנים (ראו תרשים 6).

תרשים 6: פערים בין יהודים לערבים בשיעור תמותת תינוקות בישראל



מקור: נתונים של השנתון הסטטיסטי לישראל, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

נוסף על הפערים לפי המדדים הבסיסיים ה"אובייקטיביים" של בריאות, יש עדות לפערים לפי דיווח עצמי המתייחס להערכה של מצב הבריאות, התחלואה הגופנית והנפשית, השימוש בשירותי בריאות וההתנהגויות הקשורות לבריאות (השנתון הסטטיסטי לישראל, 2006). נתוני הדוח של "סקר הבריאות הלאומי 2003–2004" מצביעים על כך שההערכה העצמית של הבריאות נמוכה יותר בקרב ערבים בהשוואה ליהודים.

הבריאות הפיזית דווחה כירודה יותר בקרב הערבים בהשוואה ליהודים בקבוצות הגיל 45–64, **והבריאות הנפשית** דווחה כירודה יותר בקרב הערבים בהשוואה ליהודים בכל קבוצות הגיל. כמו כן נמצא שבקטגוריית התחלואה הגופנית, השיעורים המדווחים של חולי סכרת (החל בגיל 45) ודלקות פרקים גבוהים גם הם בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל. בנוסף, נמצא פער גם בשיעורי המוגבלות הגופנית בין הקבוצות. על בעיה גופנית עקב מחלה, שנמשכה שישה חודשים או יותר וגרמה קושי בתפקוד היום-יומי, דיווחו 9.3% יהודים ו-15.2% ערבים.

בנוגע ל**בריאות הנפשית**, הן ביחס לדיווח על סימפטומים בשנים עשר החודשים שקדמו לראיון הן ביחס להפרעות נפשיות אי-פעם, השיעורים בקרב האוכלוסייה הערבית גבוהים לעומת האוכלוסייה היהודית. למרות זאת, שימוש בשירותי בריאות בתחום בריאות הנפש ("ביקרו אצל איש מקצוע או אצל מטפלים מסורתיים כדי לדבר על בעיות נפשיות או רגשיות") נמוך יותר בקרב ערבים (7.1%) בהשוואה ליהודים (21.7%). בהקשר של **שימוש בשירותי בריאות**, מחקר אחר מצא שערבים נוטים יותר מיהודים לבקר אצל רופאי משפחה, ואילו יהודים מבקרים יותר מערבים אצל רופאים מומחים (Baron-Epel et al., 2006). תחת הקטגוריה "התנהגות הקשורה לבריאות" (השנתון הסטטיסטי לישראל, 2006), נראה שהשמנת יתר ועישון שכיחים בקרב גברים ערבים יותר מאשר בקרב גברים יהודים. שיעור הפעילות הגופנית נמוך פי שניים בקרב הערבים (14.7%) לעומת היהודים (30.3%). מיפוי המחקרים על אי-שוויון בבריאות בין יהודים לערבים בישראל, מראה שרוב מכריע של המחקרים עוסקים באומדן הפערים בבריאות בין שתי הקבוצות. הנושאים השכיחים שנחקרו בתחום הם **עישון וסרטן ריאות** (Baron-Epel et al., 2001; Baron-Epel et al., 2004a; Baron-Epel et al., 2004b); **סרטן השד** וביצוע בדיקות **ממוגרפיה** (Baron-Epel et al., 2009a; Baron-Epel et al., 2009b; Baron-Epel et al., 2004c; Baron-Epel et al., 2010b; Tarabeiaa et al., 2007); **השמנת יתר** (Kalter-Leibovici et al., 2007; Niskar et al., 2009); **מחלות לב וכלי דם** (פינק וקרק, 2010; גולדמן וקרק, 2010; דוד וליבוביץ, 2010), **ודיכאן** (Kaplan et al., 2009).

עישון וסרטן ריאות

מחקרים מלמדים על קשר אפשרי בין דפוסי העישון לבין שכיחות התחלואה בסרטן הריאה (Baron-Epel et al., 2001). במחקר שנעשה בתקופה שבין 1981 ל-1995 נצפתה תחילתה של מגמה, שלפיה שיעורי התחלואה עולים בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל, בעוד שבקרב יהודים נמצאו ירידות (טרם מובהקות) בשיעורי המחלה. השינויים שנמצאו באוכלוסייה היהודית דומים לאלה שנמצאו במדינות מערביות אחרות – גידול בכמות האירועים מסוג AC וירידה בכמות האירועים מסוג SQCC. זאת בניגוד למגמות בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל, שבה כמות האירועים מסוג SQCC עולה באופן מובהק. החוקרים קושרים הבדלים אלו בשיעורי העישון הגבוהים במיוחד בקרב ערביי ישראל (Baron-Epel et al., 2001).

מחקר מאוחר יותר (Tarabeia et al., 2008) מצביע על המשך מגמה זו. ממצאיו מראים שבמהלך 1980–2004 חלה בקרב גברים ערבים בישראל עלייה בשכיחות מקרי סרטן הריאות, במיוחד בשנים 1990–2004 שבהן עלתה השכיחות ב-17.8%, בעת שבקרב גברים יהודים ירדה שכיחות המחלה ב-5.2%. גם במחקר זה ניסו החוקרים לעמוד על הקשר שבין עישון לסיכוי לחלות בסרטן הריאה, והם מצביעים על פרדוקס לכאורה – בהתחשב בשיעורי העישון הגבוהים בעבר בישראל, מקרי סרטן הריאות היו מעטים יחסית וקטנים מהמצופה. בעשורים האחרונים חלה עלייה ניכרת בשכיחות המחלה בקרב ערבים, אף שלפי אומדן החוקרים שיעורי העישון לא עלו. העלייה הניכרת בשכיחות סרטן הריאות בקרב גברים ערבים בישראל בעשור האחרון, ללא עדות ברורה לעלייה בשכיחות העישון, עלולה לשקף ירידה הדרגתית בחיסון נגד המחלה אצל בני המיעוטים. הסברים אפשריים שמציע המאמר לתופעה זאת הם שינויים באורח החיים, ובעיקר בהרגלי התזונה (Tarabeia et al., 2008). יש לציין בהקשר זה, שלחוקרים היה קושי לאמוד את שיעורי העישון בקרב הערבים בתקופות המוקדמות, ולאחרונה יש עדות לעלייה בשיעורי העישון בקרב ערבים בישראל וירידה בקרב יהודים (Baron-Epel et al., 2010a).

המחקר של בראון-אפל ועמיתותיה (2010a) בדק שינויים בדפוסי העישון בתקופה שבין 2001–2008 (בין היתר כתגובה לניסיון להורדת השיעורים הללו בישראל). שיעורי העישון בתקופה זו נמצאו בירידה בקרב יהודים, אך לא בקרב גברים ערבים: בקרב יהודים בני 21–44 חלה ירידה של 3.5%, ואילו שיעור המעשנים הערבים עלה ב-6.5%. להשכלה גבוהה יש השפעה על העישון בקרב יהודים, והירידה הגדולה ביותר בשיעורי העישון נמצאה בקרב אקדמאים יהודים. אולם אצל הערבים הישראלים השכלה גבוהה אינה גורמת לירידה בשיעורי העישון. המחברות הסיקו אפוא שמאחר שלעישון יש קשר עם סרטן הריאה ומחלות לב וכלי דם, צפוי בעתיד אי-שוויון בבריאות בין קבוצות בעלות מעמד סוציו-אקונומי נמוך לבין קבוצות בעלות מעמד סוציו-כלכלי גבוה, ובין ערבים ליהודים. הגורמים המסבירים את הדפוסים השונים בעישון, לצד האתניות, הם לפי בראון-אפל ועמיתיה גיל, מגדר, השכלה ורמת הדתיות (Baron-Epel et al., 2004a). מהמחקר – שנעשה על שלוש קבוצות אתניות בישראל: יהודים, ערבים ומהגרים מברית המועצות לשעבר – עולה שבקרב ערבים ומהגרים שיעורי העישון גבוהים יותר לעומת יהודים ילדי הארץ. השכלה גבוהה, רמת דתיות גבוהה וגיל מבוגר מפחיתים את העישון. באופן כללי נשים מעשנות פחות מגברים, אך בקרב נשים בלבד למצב משפחתי (לא נשואה) הייתה השפעה חיובית על העישון. אחרי הפיקוח על שאר המשתנים, נמצא שאצל ערבים הסיכויים לעשן גבוהים יותר ב-87% בהשוואה ליהודים ילדי הארץ. רמת דתיות גבוהה (דתיים ואורתודוקסים) מורידה את הסיכוי לעשן ב-47% בהשוואה לרמת דתיות נמוכה (מסורתיים וחילוניים). השכלה גבוהה מורידה את הסיכוי לעשן ב-40%. אולם כאמור, ההשכלה הגבוהה לא השפיעה אצל הערבים על מגמת העישון על פני הזמן, ולא גרמה לירידה בעישון כמו בקרב היהודים. בראון-אפל ועמיתיה מספקים לכך הסבר תרבותי: לדידם הדבר קשור לנורמות העישון החזקות בקרב ערביי ישראל (כ-50% מאוכלוסייה זו מעשנים), שם הרצון לשינוי התנהגות משועתק על יד הסביבה החברתית המעודדת עישון. יתרה מזאת, החברה הערבית, שהיא קולקטיביסטית ומסורתית, מקשה עוד יותר על שינוי התנהגות המנוגד לנורמה המקובלת (Baron-Epel et al., 2010a).

מחקר אחר בדק את הקשר שבין אתניות לבין גיל התחלת העישון (Baron-Epel et al., 2004b). התחלה בגיל מוקדם עשויה להשפיע על משך הזמן של העישון, וכך להגביר את הניזק העתידי לבריאות. בסקר טלפוני נבדקו בישראל שלוש אוכלוסיות בעלות רקע תרבותי שונה: יהודים, ערבים ועולים חדשים מברית המועצות לשעבר. נמצא שלעומת היהודים ילדי ישראל, המהגרים מתחילים לעשן בגיל צעיר יותר והערבים בגיל מאוחר יותר. בשלוש הקבוצות נמצא שעם השנים קיימת מגמה של ירידה בגיל התחלת

העישון, ובשלוש הקבוצות יש ירידה בעישון עם העלייה בגיל. שיעורי המעשנים בקבוצות הגיל המבוגרות נמוכים יחסית בשלוש הקבוצות. בקבוצת כלל היהודים (ילידים ומהגרים) נמצא קשר מובהק בין התחלה מוקדמת של העישון ובין העובדה שהאב מעשן – אב מעשן מגביר את הסיכויים שהבן יתחיל לעשן בגיל צעיר. גם בקרב הערבים נמצא קשר כזה, אך לא מובהק סטטיסטית. לפיכך מסקנת החוקרים היא שגיל תחילת העישון אכן קשור לאתניות. אולם המגמות הכלליות דומות בשלוש הקבוצות, ולפיהן גיל התחלת העישון נעשה צעיר יותר עם השנים, ושיעורי העישון יורדים עם העלייה בגיל (Baron-Epel et al., 2004b).

מחלות לב וכלי דם

מחקר שבדק היארעות מקרי אוטם חריף בשריר הלב ומקרי מוות ממחלות כליליות באוכלוסייה הערבית בירושלים, מלמד על ריבוי מקרי אוטם חריף בשריר הלב בקרב האוכלוסייה הערבית לעומת האוכלוסייה היהודית. מדובר בממצא מובהק סטטיסטית, המשתקף ביחס סיכון ערבים-יהודים 1.6 בגברים ו-2.0 בנשים. ממצא סטטיסטי מובהק נוסף, הוא שמקרי המוות עד שנה לאחר האירוע רבים יותר בקרב האוכלוסייה הערבית, בהשוואה לאוכלוסייה היהודית. רוב התמותה העודפת אצל ערבים לעומת יהודים מתייחסת למקרים שאירעו מחוץ לבית החולים: פי 2.5 אצל גברים ערבים לעומת יהודים, ופי 1.8 אצל ערביות לעומת יהודיות (פינק וקרק, 2010).

מחקר אחר השווה את התפקוד ואת הטיפול הרפואי בקרב ערבים ובקרב יהודים תושבי ירושלים, שנתיים עד שלוש שנים לאחר אוטם חריף בשריר הלב. ממצאי המחקר עולה שהערבים דיווחו יותר על כאב בחזה במאמץ, מוגבלות בתפקוד היום-יומי, שיבה פחותה או מאוחרת לעבודה ואשפוזים עקב מחלת לב כלילית. כמו כן נמצא שערבים הופנו פחות והשתתפו פחות בתכניות לשיקום לב, ומשך השתתפותם היה קצר יותר מזה שנמצא בקרב יהודים. גם מחקר זה מלמד על שיעורי עישון גבוהים יותר בקרב הערבים, על פחות המלצות בקרבם לפעילות גופנית וביצועה, ועל מודעות נמוכה יותר לתזונה נכונה (גולדמן וקרק, 2010).

מאחר שההשתתפות בתכניות השיקום לאחר אירועי לב היא חשובה ומאריכה חיים, מחקר אחר הציב לעצמו שתי למטרות עיקריות: 1. לאפיין חולים שלא השתתפו בתכניות לשיקום לב לעומת חולים שכן השתתפו – לפי משתנים סוציו-דמוגרפיים,²² השתייכות לקופת חולים, השכלה, מצב כלכלי, איכות חיים ומצב נפשי; 2. להשוות בין חולים שהשתתפו בשיקום לבין חולים שלא השתתפו בשיקום על פי הרגלי בריאות (עישון, פעילות גופנית, הקפדה על תרופות מצילות חיים). כל זה חצי שנה מעת האשפוז. ראשית נמצא שאחוז הלא-משתתפים בתכניות לשיקום הלב היה גבוה בעיקר בקרב חולים כרוניים (91.7%), מבוגרים (69.5%), ערבים (93.8%), בעלי מצב כלכלי לא-טוב (76.9%), בעלי השכלה נמוכה (66.7%), איכות חיים פיזית ירודה ומצב נפשי ירוד. לגבי הרגלי הבריאות, המחקר מצביע על כך שחולים שהשתתפו בשיקום הפסיקו לעשן בשיעור של פי 1.37 יותר מאלה שלא השתתפו, דיווחו בשיעור של פי 2.27 יותר על עלייה במידת הפעילות הגופנית, ונטלו יותר תרופות מצילות חיים (דוד וליבוביץ', 2010).

סרטן השד וממוגרפיה

סרטן השד הוא אחת המחלות הממאירות השכיחות בקרב נשים בישראל, וישנם פערים בשיעורי המחלה בתתי-קבוצות באוכלוסייה. מחקר שמטרתו הייתה לאמוד את שיעורי המחלה והתמותה ממנה בקרב יהודיות וערביות בישראל, מצא שאכן קיימים הבדלים בין שתי הקבוצות בשיעורי שכיחות המחלה, בשלב שבו המחלה מאובחנת ובשיעור מקרי המוות. נמצא שבקרב נשים ערביות, שיעורי השכיחות לפי גיל גדלו

²² גיל, מין, מוצא, מצב משפחתי, מקום מגורים, דת ואוריינטציה דתית.

ב-202.1% : מ-14.1 ל-100,000 נשים בשנים 1979–1981, ל-42.6 ל-100,000 נשים בשנים 2000–2002. בקרב נשים יהודיות גדלו שיעורי השכיחות רק ב-45.7% : מ-71.1 ל-100,000 נשים בשנים 1979–1981, ל-103.6 ל-100,000 נשים בשנים 2000–2002. שיעורי שכיחות המחלה גדלו אמנם בשתי הקבוצות, אך בקרב הערביות הגידול היה רב יותר, במיוחד בקבוצות הגיל הצעירות. אף ששכיחות המחלה עדיין נמוכה יותר בקרב הערביות (לעומת היהודיות),²³ בכל קבוצות הגיל היתה לנשים הערביות סבירות גבוהה יותר להימצא בשלבים מתקדמים של המחלה בעת האבחון. כמו כן, מספר מקרי המוות מן המחלה לאחר גילוייה גבוהים יותר בקרב הערביות. עובדה זו יכולה להיות מוסברת על ידי האבחון המאוחר, בשלבים שבהם הסיכויים לשרוד כבר קטנים (Tarabeia et al., 2007).

מחקרים רבים עוסקים בחקר ביצועי הממוגרפיה (Keinan-Boker et al., 2007; Baron-Epel et al., 2009b; Baron-Epel et al., 2009a). מחקרים אלו מדווחים שאחוזי ההיענות לבדיקת ממוגרפיה נמוכים בכלל האוכלוסייה בישראל: בשנת 2003 דיווחו על ביצוע הבדיקה בשנה שעברה 43% נשים הנמנות בקבוצת הסיכון, ו-24.7% בשאר האוכלוסייה. בקרב ערביות בישראל ההיענות נמוכה עוד פחות – הסיכויים שאישה נבדקה במשך שלוש השנים האחרונות נמוכים יותר ב-90% בקרב ערביות לעומת יהודיות בקבוצת הגיל 40–49, ונמוכים יותר ב-59% החל בגיל חמישים (Keinan-Boker et al., 2007). מחקר אחר בדק את יעילותן של תכניות התערבות, שנועדו להעלות את שכיחות בדיקת הממוגרפיה בישראל (Baron-Epel et al., 2009b). המחקר נעשה בתקופה שבין 2002–2007, בעקבות הפעלת התכנית, ונמצא בו שהפערים שנצפו ב-2002 בין הקבוצות השונות (יהודים ילידי ישראל, מהגרים, ערבים) הצטמצמו משמעותית במהלך תקופה זו. אולם הפער בין יהודיות לערביות לא נעלם, ובמקרה זה למצב הסוציו-אקונומי של הנבדקות לא היה קשר לביצוע הבדיקה. כמה מחקרים מסבירים את הפער הזה בגורמים תרבותיים וחברתיים – כלומר בתפיסת המחלה ובאמונות ביחס אליה (Baron-Epel et al., 2009a; Baron-Epel et al., 2004c; Baron-Epel et al., 2009b). במחקר איכותני (Baron-Epel et al., 2004c) נבדקו שש קבוצות מיקוד של ערביות ישראליות, במטרה לבדוק את ההיענות הנמוכה לבדיקת ממוגרפיה באוכלוסייה זו (אחרי גיל חמישים זכאיות כל הנשים בישראל לעבור את הבדיקה ללא תשלום). מהמחקר עולה שהבדיקה לגילוי מוקדם של סרטן השד נתפסת כמסכנת את מעמדה של האישה בחברה הערבית בישראל, משום שגילוי המחלה עלול לפגוע בה ולערער על נשיותה ועל תפקידה המרכזי והחשוב כרעיה וכאם המשפחה. כך יכולה להיות מוסברת הימנעותן של נשים ערביות מלבצע ממוגרפיה לשם גילוי מוקדם של סרטן השד, ויש להביא זאת בחשבון בעת פיתוח תכניות התערבות להעלאת אחוזי ההיענות לבדיקה. מחקר אחר בדק את האמונות והתפיסות לגבי סרטן השד באוכלוסייה הרב-תרבותית בישראל, ואת הקשר שבין תפיסות אלו לבין ביצוע הממוגרפיה (Baron-Epel et al., 2009b). הנורמות הסובייקטיביות – פחד מהמחלה, תפיסות פטליסטיות ותפיסת יעילות הטיפול – נמצאו קשורות לביצוע הבדיקה; אך בכל תת-קבוצה באוכלוסייה נמצא מנגנון ייחודי של השפעת המרכיבים על ביצועי הבדיקה ושל דפוסי הקשר בין המרכיבים. אף שלכל ארבע תת-הקבוצות (יהודים ילידי ישראל, חרדים, ערבים ומהגרים) יש מחסומים בפני הבדיקה, קיים שוני בסוגי המחסומים. לדוגמה, רק קבוצת הערביות ציינה את מחסום הנגישות אל

²³ אוכלוסיית ערביי ישראל היא צעירה יותר מהאוכלוסייה היהודית. ומכיוון שידוע שמחלות ממאירות מאפיינות בדרך כלל אוכלוסיות מבוגרות יותר, הסיכוי לחלות במחלה ממאירה קטן אצל הערבים, מאחר שהסיכויים למות ממחלות אחרות גבוהים יותר ככל הנראה, וכך קטנים הסיכויים לשרוד עד גיל מבוגר ולחלות במחלה ממאירה.

קופות החולים לשם בדיקת הממוגרפיה, ובמיוחד ציינו את המחסום הזה ערביות המתגוררות באזורים הכפריים. הדבר היה מקושר לתחושה שיש אפליה בישראל כלפי קבוצות מיעוטים. כמו כן, אמונות פטליסטיות נמצאו רק בקרב ערביות ומהגרות, ולא נמצאו בקרב יהודיות ילידות הארץ. לדידם של החוקרים קיימת אינטראקציה בין אמונות פטליסטיות לבין עוני ואתניות. מאחר ששתי תת-הקבוצות (ערביות ומהגרות) שייכות למעמד סוציו-אקונומי נמוך, הממצא הזה אינו מפתיע. מסקנת החוקרים היא שקשה להכליל ולהתייחס לכל האוכלוסייה בישראל כאחת, ולכן תכניות ההתערבות צריכות להיות ממוקדות בתתי-הקבוצות ולהביא בחשבון את המרכיבים המשפיעים על כל קבוצה וקבוצה (Baron-Epel et al., 2009b).

חשוב להביא בחשבון גם דיווחים כוזבים על ביצוע הבדיקה. פרידמן ולרנאו בדקו התאמה בין הדיווח העצמי בנוגע לבדיקות ממוגרפיה לבין ביצוע שלהן בפועל.²⁴ ממחקרם עולה שבקרב כלל האוכלוסייה קיימת אי-התאמה של 17.4% בין הדיווח העצמי על ביצוע הבדיקה לבין הבדיקה בפועל. נשים חרדיות נוטות להמעיט בדיווח על הבדיקה, ונשים ערביות נוטות לדווח יתר על המידה על ביצוע הבדיקה (Friedman & Lernau, 2008).

השמנה

אצל ערביי ישראל, שיעורי התחלואה והתמותה מסוכרת ומחלות לב וכלי דם גבוהים יותר משיעורים אצל היהודים, והשמנת היתר מעלה את הסיכון עבור מחלות אלו (Katler-Leibovici et al., 2007). 58.9% מהנשים בישראל בגילאי 25 עד 64 הן בעלות משקל עודף או סובלות מהשמנת יתר (Niskar et al., 2009). מחקר שבדק את השמנת היתר בקרב יהודים וערבים כפונקציה של ידיעותיהם על הבעייתיות שבהשמנה ושל התנהגותם היום-יומית (Katler-Leibovici et al., 2007), מצא שאף שמדד מסת הגוף (BMI) היה דומה בעבר (בגיל שמונה עשרה) בקרב יהודים וערבים, אחוזי ההשמנה כיום גבוהים יותר בקרב הערבים. הפערים ניכרים עוד יותר בקרב נשים – 52% מהנשים הערביות סובלות מהשמנה לעומת 31% מיהודיות. לא נמצאו הבדלים בידע על נזקי ההשמנה בשתי הקבוצות, אף שנשים ערביות קיבלו פחות המלצות מאנשי מקצוע על נחיצותה של פעילות ספורטיבית, וניכר מן המחקר שנשים ערביות הקפידו פחות על אורח חיים בריא ועל פעילות ספורטיבית. במודל מורכב – לאחר פיקוח על גיל, מסת הגוף בגיל שמונה עשרה, פעילות פיזית ועישון – הקשר בין אתניות לבין השמנה נעלם.

מחקר שבדק בהקשר הזה את תפיסת המשקל של שתי האוכלוסיות – נשים ערביות ויהודיות – מדווח על הבדלי תפיסה של אותו משקל. לדוגמה, כ-40% מהנשים היהודיות הביעו חוסר שביעות רצון ממשקלן, ורק 30% מהערביות בישראל לא היו שבעות רצון ממשקלן (Niskar et al., 2009), אף שלמעשה נשים ערביות סובלות יותר מהשמנה (Katler-Leibovici et al., 2007). מבחינת תפיסת המשקל, נמצא אפוא שיותר ערביות (לעומת היהודיות), במיוחד בגילאים המבוגרים, שבעות רצון ממשקלן. מחברי המאמר (Niskar et al., 2009) סבורים ששביעות רצון זו, לעומת חוסר שביעות הרצון אצל היהודיות, נובעת מהבדלי תרבות בין שתי האוכלוסיות.

²⁴ לפי הרשומות בקופות החולים.

דיכאון

קפלן וחבריו (Kaplan et al., 2009) בדקו את שכיחות הדיכאון בקרב יהודים וערבים-מוסלמים בישראל, ומצאו שבאופן כללי שכיחות הדיכאון גבוהה יותר אצל הערבים, אף שהדפוסים על פי קבוצות גיל ומגדר שונים בשתי הקבוצות. לאחר פיקוח על כמה גורמים – מצב משפחתי,²⁵ צפיפות בבית, שנות השכלה, יוקרה תעסוקתית, מעמד תעסוקתי (מועסק, לא מועסק), רמת דתיות²⁶ וכמה מחלות כרוניות – הקשר בין אתניות ודיכאון נעלם. המשתנה המשמעותי המתווך את הקשר הוא השכלה – אחרי שמשנתנה זה הוכנס למודל, הקשר נעלם. הדפוס השכיח של הדיכאון הוא עלייה עם הגיל (בין הגילים 20–55), ואחר כך ירידה. בהקשר הישראלי נמצא שבקרב היהודיים מתקיים הדפוס השכיח, אך בקרב הערבים דווקא בגילאים מבוגרים יש עלייה חדה בשיעורי הדיכאון. הנשים בישראל סובלות מדיכאון יותר מהגברים, אך בתוך קבוצת הנשים, הנשים הערביות הן הקבוצה שסובלת יותר מכל הקבוצות האחרות מדיכאון (Kaplan et al., 2009).

הסברים בספרות לאי-שוויון בבריאות בין ערבים ליהודים בישראל

חלק מהמחקרים, המנסים להסביר את האי-שוויון בבריאות בין יהודים לערבים בישראל, מנמקים את הפערים בהבדלי תרבות – תפיסה שונה של חולי ומחלות (Baron-Epel et al., 2010c; Baron-Epel et al., 2009b; Niskar et al., 2009; al., 2005; Baron-Epel et al., 2009c). הסברים אחרים מתמקדים בהון חברתי (Baron-Epel et al., 2008), בתמיכה חברתית (Baron-Epel et al., 2009c) ובמצב סוציו-אקונומי (Endevelt et al., 2009; Baron-Epel et al., 2005). מקבץ נוסף של מחקרים דן בדפוס השימוש בשירותי הבריאות (פרפל, גרינשטיין וגולדווג, 2003; דוד וליבוביץ, 2010; Baron-Epel et al., 2001; ; 2006; Baron-Epel et al., 2006), אך נראה שיחסית מעט מחקר נעשה בנושא הנגישות (פרפל ויובל, 1998) ואיכות השירותים (היימן ואחרים, 2006). כמו כן מעט מחקר משלב כמה גורמים ובוחר את הסיבות לאי-שוויון על ידי מודלים מורכבים (Jaffe et al., 2008; Daoud et al., 2009b; Soskolne & Manor, 2010). כאשר נבחנים כמה גורמי השפעה על ידי מודלים מורכבים, לרוב כל קבוצה נבחנת בפני עצמה. כמו כן במחקרים מן הסוג הזה, מרכיבי האפליה או חווית הגזענות – כפי שהציגם נאזרו בעבודותיו (Karlsen & Nazroo, 2002; Nazroo, 2003a; Nazroo, 2003b) – אינם נבחנים. למיטב ידיעתנו קיימת עד כה רק עבודה אחת שבדקה את מרכיבי האפליה בהקשר הבריאותי במחקר השוואתי בין ערבים ליהודים בישראל (Baron-Epel et al., 2010c). במחקר זה מעלים החוקרים את שאלת הקשר בין תחושת האפליה לבין הבריאות, ומשווים בין כמה קבוצות בחברה הישראלית: יהודים ילידי ישראל, יהודים-מהגרים וערבים. מהמחקר עולה שאכן קבוצות המיעוט בחברה הישראלית – ערבים ויהודים-מהגרים – מרגישות מופלות לרעה בתחומים כמו השכלה ותעסוקה, אך רק בקרב הקבוצה היהודית יש לדבר השלכות בריאותיות, ותחושת האפליה מקושרת באופן מובהק לבריאות פיזית ירודה. לטענת החוקרים, אחד ההסברים לחוסר הקשר בין תחושת האפליה לבריאות בקרב הערבים הוא חוסר המגע בין קבוצת הרוב היהודית לבין קבוצת המיעוט הערבית. מגע יום-יומי אינטנסיבי מגביר את תחושות של האפליה ומזיק לבריאות, ולכן עבור קבוצת המהגרים אכן נמצא קשר בין תחושת האפליה לבין הבריאות – קבוצת המהגרים חשופה יותר לקשר עם האוכלוסייה היהודית המקומית, וחבריה מרגישים את הגזענות הבין-אישית לעתים תכופות יותר. לטענת החוקרים, הסגירות של הקבוצה הערבית "שומרת" על הקבוצה

²⁵ הנשואים סובלים פחות מדיכאון.

²⁶ בקרב ערבים דתיים יש יותר דיכאון, ובקרב יהודים דתיים מאוד יש פחות דיכאון.

ומונעת את הנזק הבריאותי שעלול היה להיגרם כתוצאה מתחושת האפליה (האישית ולא המוסדית). אולם המחקרים קוראים לבדיקה נוספת של הנושא, שכן אפשר שהמדידה או גיבוש הקונספט המחקרי אינם מדויקים (Baron-Epel et al., 2010c). הצורך במחקר נוסף בהקשר הזה מוצדק גם לאור המחקרים המצביעים על שוני בהערכות סובייקטיביות של הבריאות אצל יהודים ואצל ערבים בישראל. לדוגמה, באחד המחקרים נמצא שהפער בין בריאות מוערכת סובייקטיבית לבין בריאות שניתן למדוד אותה על ידי רמות התחלואה והתמותה גדול יותר בקרב הערבים בהשוואה ליהודים (Baron-Epel et al., 2005).

4. סיכום, המלצות וכיווני מחקר עתידיים

במסמך זה הוגדר מושג האי-שוויון בבריאות והוצגו הגורמים המשפיעים עליו, כמו אי-שוויון בהכנסות, משטר, הון חברי, מרכיבים שונים של המצב הסוציו-אקונומי ואתניות; וכן גורמים ברמת הקהילה והפרט, ביניהם גורמים סוציולוגיים ופסיכולוגיים. לאחר מכן הוצג המקרה הישראלי, כולל הרקע ההיסטורי והעכשווי המשמש תשתית לאי-שוויון בבריאות בישראל בכלל, ובין יהודים לערבים בפרט. כמו כן נסקר חוק ביטוח בריאות חובה והוצגו שלושת עקרונותיו – שוויון, נגישות ומצב בריאות – שהלכו ונשחקו עם הזמן. בנוסף נידונו גורמי רקע לאי-שוויון בבריאות בישראל – הבדלים בתשתיות מערכת הבריאות (המשפיעים על הנגישות), התפתחויות ושינויים במימון המערכת (המשפיעים על יכולתם הכלכלית של האזרחים לממן בריאות), וחוסר התאמה תרבותית של המערכת לאוכלוסיות השונות החיות בישראל. לבסוף התמקד המסמך בהצגת הנתונים והמחקרים העוסקים באי-שוויון בבריאות בין ערבים ליהודים, ונמצא שאכן קיימים פערים בין שני המגזרים, הן בתמותה הן בתחלואה. נמצא שהערבים בישראל מתים יותר מהיהודים ממחלות לב וכלי דם, מסרטן ריאות ומסרטן השד. כן נמצא ששיעור הגברים הערבים המעשנים גבוה משיעור הגברים היהודים המעשנים, ונשים ערביות בישראל סובלות מהשמנת יתר ומדיכאון יותר מאשר נשים יהודיות. הובאו הסברים שונים לאי-שוויון זה בישראל: מצב סוציו-אקונומי, הבדלי תרבות, הון חברתי, תמיכה חברתית ודפוסי השימוש בשירותי הבריאות. בפרט הודגשו חוויות הגזענות ותפיסת האפליה, כפי שהציגו נאזרו בעבודותיו. מתברר שלא קיים מספיק מחקר הבודק את הקשר בין תחושת האפליה לבין אי-שוויון בבריאות בישראל.

לאור הסקירה לעיל, ובמיוחד בהקשר הישראלי, מתבקשות כמה המלצות מדיניות הנוגעות לסדרי העדיפויות ולפעולה הנדרשת של המדינה לקידום מצב הבריאות בקרב האזרחים הערבים, כדי להביאו לרמה המקובלת במדינה מתקדמת, דמוקרטית ושוויונית.

1. נדרשת פעילות נמרצת, הסברתית וחינוכית, מצד הגורמים הרלוונטיים בממשלה (משרד הבריאות ושירותי הבריאות השונים, כולל קופות החולים) בכל אחד מהתחומים הבאים: נזקי העישון, הבדיקות המקדימות לגילוי סרטן השד בקרב נשים, ההתעמלות כחלק מאורח חיים תקין ובריאותי, תזונה נכונה והסכנות הטמונות בהשמנת יתר.
2. נדרשת אכיפה יעילה יותר של חוקי בריאות, כולל חוק איסור העישון במקומות ציבוריים, בתוך היישובים הערביים. פעילות זו דורשת שיתוף פעולה בין גופים שונים ברמת המדינה וברמת השלטון המקומי.
3. משרד החינוך, בשיתוף משרדים אחרים ובמיוחד משרד הבריאות ואיכות הסביבה, נדרש להרחבה ולהעמקה של פעילות ההסברה והחינוך בנושאים כגון נזקי העישון, תזונה נכונה וחשיבות ההתעמלות בקרב בני הנוער ותלמידי בתי הספר. חשוב לכוון את מיטב המאמצים והמשאבים לגילאים אלו:

- ראשית, קל יחסית להגיע למספר גדול של בני נוער דרך בתי הספר. חלק מהתנהגויות הסיכון, כולל עישון, שימוש בסמים ותזונה לא בריאה, מתחיל בגיל מוקדם שבו בני הנוער עדיין נמצאים בבתי הספר. מיקוד המאמצים בגילאים אלו עשוי להיות בעל אפקט מניעתי – במיוחד אם יושגו הצלחות בשכנוע התלמידים בחוסר הכדאיות של העישון, בנזק ההרסני של השימוש בסמים, ובנזקים הקשים שתזונה לא בריאה עלולה לגרום; ואם אפשר יהיה לעודד בני נוער, שזה עתה החלו לצרוך סמים או לעשן, לחדול מהתנהגות זו בטרם יהיה מאוחר מדי.
4. כדי שפעילויות אלו ישיגו תוצאות חיוביות, יש לשתף בהן את כל הגורמים המעורבים בחינוך, כולל הורים, שירותי רווחה מקומיים, מרכזי נוער, מרכזים קהילתיים ומרכזי ספורט, וכן את השלטון המקומי והמרכזי. שיתוף פעולה והשגת סנכרון מלא בפעילות כל הגורמים האלו, יביאו ללא ספק לתוצאות משמעותיות.
5. נדרשת פעילות מחקרית מתמשכת, הכוללת מעקב מתמיד אחרי המגמות שהוצגו לעיל, כדי לזהות כיוונים לא רצויים ולטפל בהם בהקדם, או כדי לבחון את השפעת ההתערבות ופעילויות ההסברה והחינוך במהלך ההתערבות ואחריה.
6. חשוב מאוד להנגיש את השירותים השונים לאוכלוסייה, אם אכן מעוניינים לשפר את מצב הבריאות. למשל, בעניין היענותן של נשים ערביות לבדיקת ממוגרפיה, לא מספיק להגביר את המודעות של אותן נשים לחשיבות הבדיקה ולגילוי המוקדם של המחלה, אם כי זהו תנאי הכרחי; נוסף על כך הכרחי להפוך את הבדיקה לזמינה, ביישוב שבו מתגוררת האישה או ביישוב סמוך, בלי לאלצה לנסוע למרחקים גדולים.

השלב הבא של הפרויקט יכלול ניתוח נתונים חדשים יחסית, שבהם גם דיווח עצמי סובייקטיבי על מצב הבריאות בקרב ערבים ויהודים בישראל. לדוגמה, ינתחו נתונים של שני הגלים האחרונים של מחקר SHARE שישראל השתתפה בו, המכיל מדגם מייצג של האוכלוסייה הערבית והיהודית מגיל חמישים ומעלה. בנוסף ינתחו נתונים מהסקר החברתי ומסקרי בריאות שבוצעו על ידי גופים שונים בארץ, כולל הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

עם זאת חשוב לציין, שהנתונים שישנם היום בישראל אינם מאפשרים לבחון נושאים שעשויים להיות רלוונטיים לבחינת הפערים בבריאות בין יהודים לערבים, כגון אתניות וחוויות של מיעוטים – כלומר חוויות של גזענות מילולית או פיזית, או תחושת אפליה כלפי המיעוט במישור הציבורי. הנתונים שישנם גם אינם מאפשרים לפתח מודלים קיימים, בדומה למודל של מנור וסוסקולני (Daoud et. al., 2009b), ולהוסיף להם ממדים חדשים שעוסקים בתחושת האפליה הבאה לביטוי בחוויית הגזענות ובחוויית האפליה המוסדית. לפיכך השלב השלישי של הפרויקט יכלול מחקר השוואתי בין שתי האוכלוסיות – הערבית והיהודית – ובחינת פערי הבריאות ביניהן במטרה לבחון מודל מורכב שמביא בחשבון את שלל הגורמים המשפיעים על אי-שוויון בבריאות: הכנסה, תעסוקה, השכלה, הון חברתי, תמיכה חברתית (לפי המודל של מנור וסוסקולני), וכאמור חוויות הגזענות ותחושת האפליה. כל זאת אגב פיקוח על מאפיינים דמוגרפים נוספים של הפרט: גיל, מגדר ומקום מגורים. לצורך הבדיקה ייבנה שאלון ויבוצע סקר טלפוני בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הערבית והיהודית בישראל. תוצאות הסקר יעובדו בתוכנות ניתוח סטטיסטיות כמו spss ו-stata.

רשימת מקורות

- אפשטיין, ליאון, 2009. "אי-שוויון בבריאות בישראל: הבעיה, הסיבות והפעילות הדרושה לצמצומו", בתוך: חיים דורון (עורך), **מערכת הבריאות לאן? מחוק בריאות שוויוני לאי-שוויון בבריאות**, באר שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, עמ' 73–99.
- בן נון, גבי, 2009. "מחוק ביטוח בריאות ממלכתי ועד עידן הזהב והפלינוס", בתוך: חיים דורון (עורך), **מערכת הבריאות לאן? מחוק בריאות שוויוני לאי-שוויון בבריאות**, באר שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, עמ' 7–49.
- גולדמן, סילבי, וג'רמי קרק, 2010. **מעקב בקהילה אחר חולי אוטם חריף בשריר הלב: טיפול רפואי ותפקוד החולה, השוואה בין האוכלוסייה הערבית והאוכלוסייה היהודית בירושלים**, דוח בהוצאת המכון הלאומי לחקר הבריאות.
- דוד, דניאל, ומורטון ליבוביץ, 2010. **הקשר בין אי-שוויון בשימוש בשירותי שיקום למחלות לב לבין מצב הבריאות, המצב הסוציו-אקונומי, הלאום, המוצא האתני, ההשכלה וההשתייכות לקופת חולים**, דוח בהוצאת המכון הלאומי לחקר הבריאות.
- היימן, אנטוני, דוד חניניץ, גבריאל חודיק, פרנסיס ווד, ורדה שלו, לינזי בן עמי, אייזיק הוך, יהודית צמיר, תומס קרפטי, וליאורה ולינסקי, 2006. **הערכת ההבדלים בתפוקות ובאיכות הטיפול בין מומחים ברפואה פנימית, רפואת משפחה ורפואה כללית במערך הרפואה הראשונית במכבי שירותי בריאות**, דוח בהוצאת המכון הלאומי לחקר הבריאות.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, **השנתון הסטטיסטי לישראל**, שנים שונות
- פינק, ריטה, וג'רמי קרק, 2010. **היארעות אוטם חריף בשריר הלב ומוות ממחלות כליליות באוכלוסייה הערבית לעומת האוכלוסייה היהודית בירושלים**, דוח בהוצאת המכון הלאומי לחקר הבריאות.
- פרפל, מרק, ודן יובל. 1998. **תפיסת מערכת הבריאות והשימוש בה בקרב ערבים ויהודים, שנתיים וחצי לאחר הפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי**, דוח בהוצאת המכון הלאומי לחקר הבריאות.
- פרפל, מרק, מרים גרינשטיין, ורחל גולדווג, 2003. **מגמות בשימוש בשירותי בריאות בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל לאור החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי**, דוח בהוצאת מכון ברוקדיל (גוינט ישראל).
- Anson, Jon, 2010. "Beyond Material Explanations: Family Solidarity and Mortality, a Small Area-level Analysis," *Population and Development Review* 3, 6, 1: 27–45.
- Baron-Epel, Orna, Helen Andreev, Micha Barhana, & Manfred S. Green, 2001. "Differences in Trends of Lung Carcinoma by Histology Type in Israeli Jews and Arabs, 1981–1995," *European Journal of Epidemiology* 17: 11–18.
- Baron-Epel, Orna, Amalia Haviv-Mesika, Dov Tamir, Dorit Nitzan Kaluski, & Manfred S. Green, 2004a. "Multiethnic Differences in Smoking in Israel", *European Journal of Public Health* 14: 384–389.
- Baron-Epel, Orna, & Amalia Haviv-Messika, 2004b. "Factors Associated With Age of Smoking Initiation in Adult Populations from Different Ethnic Backgrounds," *European Journal of Public Health* 14: 301–305.

- Baron-Epel, Orna, Michal Granot, Siham Badarna, & Shirley Avrami, 2004c. "Perceptions of Breast Cancer among Arab Israeli Women," *Women & Health* 40, 2: 101–116.
- Baron-Epel, Orna, Giora Kaplan, Amalia Haviv-Messika, Jalal Tarabeia, Manfred S. Green, & Dorit Nitzan Kaluski, 2005. "Self-Reported Health as a Cultural Health Determinant in Arab and Jewish Israelis: MABAT: National Health and Nutrition Survey 1999–2001," *Social Science & Medicine* 61: 1256–1266.
- Baron-Epel, Orna, Noga Garty, & Manfred S. Green, 2006. "Inequalities in Use of Health Services among Jews and Arabs in Israel," *Health Research and Educational Trust*: 1008–1019.
- Baron-Epel, Orna, Ruth Weinstein, Amalia Haviv-Mesika, Noga Garty-Sandalon, & Manfred S. Green, 2008. "Individual Level Analysis of Social Capital and Health: A Comparison of Arab and Jewish Israelis," *Social Science & Medicine* 66: 900–910.
- Baron-Epel, Orna, Nurit Friedman, & Omri Lernau. 2009a. "Fatalism and Mammography in a Multicultural Population," *Oncology Nursing Forum* 36, 3: 353–361.
- Baron-Epel, Orna, Nurit Friedman, & Omri Lernau, 2009b. "Reducing Disparities in Mammography-use in a Multicultural Population in Israel," *International Journal for Equity in Health* 8, 19, <http://www.equityhealthj.com/content/8/1/19>.
- Baron-Epel, Orna, 2009c. "Differences in the Association between Social Support and Mental Health in a Multi-Cultural Population in Israel," *International Journal of Mental Health Promotion* 4, 11: 4–13.
- Baron-Epel, Orna, & Giora Kaplan, 2009d. "Can Subjective and Objective Socioeconomic Status Explain Minority Health Disparities in Israel?," *Social Science & Medicine* 69: 1460–1467.
- Baron-Epel, Orna, Lital Keinan-Boker, Ruth Weinstein, & Tamy Shohat, 2010a. "Persistent High Rates of Smoking among Israeli Arab Males with Concomitant Decrease among Jews," *Israel Medical Association Journal* 12: 732–737.
- Baron-Epel, Orna, 2010b. "Attitudes and Beliefs Associated With Mammography in a Multiethnic Population in Israel," *Health Education & Behavior* 37, 2: 227–242.
- Baron-Epel, Orna, Giora Kaplan, & Mika Moran, 2010c. "Perceived Discrimination and Health-Related Quality of Life among Arabs and Jews in Israel: A Population-Based Survey Research Article," *BMC Public Health* 10, 282: 1–9.
- Braveman, Paula, & Sofia Gruskin. 2003. "Defining Equity in Health," *Epidemiology Community Health* 57: 254–258.

- Campbell, Catherine, & Carl McLean, 2002. "Ethnic Identities, Social Capital and Health Inequalities: Factors Shaping African-Caribbean Participation in Local Community Networks in the UK," *Social Science & Medicine* 55: 643–657.
- Coburn, David, 2004. "Beyond the Income Inequality Hypothesis: Class, Neo-Liberalism, and Health Inequalities," *Social Science & Medicine* 58: 41–56.
- Cooper, Helen, 2002. "Investigating Socio-Economic Explanations for Gender and Ethnic Inequalities in Health," *Social Science & Medicine* 54: 693–706.
- Daoud, Nihaya, Varda Soskolne, & Orly Manor, 2009a. "Educational Inequalities in Self-rated Health within the Arab Minority in Israel: Explanatory Factors," *European Journal of Public Health* 19, 5: 477–483.
- Daoud, Nihaya, Varda Soskolne, & Orly Manor, 2009b. "Examining Cultural, Psychosocial, Community and Behavioural Factors in Relationship to Socioeconomic Inequalities in Limiting Longstanding Illness among the Arab Minority in Israel," *Journal of Epidemiologic Community Health* 63: 351–358.
- Endevelt, Ronit, Orna Baron-Epel, Tomas Karpati, & Anthony David Heymann, 2009. "Does Low Socioeconomic Status Affect Use of Nutritional Services by Pre-Diabetes Patients?," *International Journal of Health Care Quality Assurance* 22, 2: 157–167.
- Friedman, Nurit, & Omri Lernau, 2008. "Validity of Self-Reported Mammography in a Multicultural Population in Israel," *Preventive Medicine* 46: 489–491.
- Jaffe, Dena, H. Yehuda, D. Neumark, Zvi Eisenbach, & Orly Manor, 2008. "Educational Inequalities in Mortality among Israeli Jews: Changes Over Time in a Dynamic Population," *Health & Place* 14: 287–298.
- Jaffe, Dena. H., & Orly Manor, 2009. "Assessing Changes in Mortality Inequalities in Israel Using a Period-Specific Measure of Socio-Economic Position, 1983–1992 and 1995–2004," *European Journal of Public Health* 19, 2: 175–177.
- Kalter-Leibovici, Ofra, Ahmed Atamna, Flora Lubin, Gershon Alpert, Michal Gillon Keren, Havi Murad, Angela Chetrit, Daphna Goffer, Sigal Eilat-Adar, & Uri Goldbourt, 2007. "Obesity among Arabs and Jews in Israel: A Population-Based Study," *Israel Medical Association Journal* 9: 525–530.
- Kaplan, Giora, Saralee Glasser, Havi Murad, Ahmed Atamna, Gershon Alpert, Uri Goldbourt, & Ofra Kalter-Leibovici, 2009. "Depression among Arabs and Jews in Israel: a Population-Based Study," *Social Psychiatry Epidemiology* 24 (Published online).
- Karlsen, Saffron, & James Y. Nazroo, 2002. "Relation between Racial Discrimination, Social Class, and Health among Ethnic Minority Groups," *American Journal of Public Health* 92, 4: 624–631.

- Kawachi, Ichiro, Bruce Kennedy, Kimberly Lochner, & Deborah Prothrow-Stith, 1997. "Social Capital, Income Inequality and Mortality," *American Journal of Public Health* 87, 9: 1491–1498.
- Keinan-Boker, Lital, Orna Baron-Epela, Noga Gartya, & Manfred S. Greena, 2007. "Family History of Breast Cancer and Compliance with Mammography in Israel: Findings of the National Health Survey 2003–2004 (EUROHIS)," *European Journal of Cancer Prevention* 16: 43–49.
- Lynch, John, Sam Harper, George A. Kaplan, & George Davey Smith, 2005. "Associations between Income Inequality and Mortality among US States: The Importance of Time Period and Source of Income Data," *American Journal of Public Health* 95, 8: 1424–1430.
- Manor, Orly, Zvi Eisenbach, Eric Peritz, & Yechiel Friedlander, 1999. "Mortality Differentials among Israeli Men," *American Journal of Public Health* 89: 1807–1813.
- Manor, Orly, Zvi Eisenbach, Avi Israeli, & Yechiel Friedlander, 2000. "Mortality Differentials among Women: The Israel Longitudinal Mortality Study," *Social Science & Medicine* 51: 1175–1188.
- Manor, Orly, Zvi Eisenbach, Avi Israeli, Yechiel Friedlander, & Jermy D. Kark, 2004. "Educational Differentials in Mortality from Cardiovascular Disease among Men and Women: The Israel Longitudinal Mortality Study," *Annual Epidemiology* 14: 453–460.
- Marmot, Michael, 2005. "Social Determinants of Health Inequalities," *Lancet* 365: 1099–104.
- Nazroo, James Y., 1998. "Genetic, Cultural or Socio-Economic Vulnerability? Explaining Ethnic Inequalities in Health," *Sociology of Health & Illness* 20, 5: 710–730.
- Nazroo, James Y., 2003a. "The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism," *American Journal of Public Health* 93, 2: 277–284.
- Nazroo, James Y., 2003b. "Patterns of Explanations for Ethnic Inequalities for Inequalities in Health," *American Journal of Public Health* 93, 2: 277–284.
- Nazroo, James Y., 2010. "Heath and Health Care," in A. Bloch & J. Solomos (eds.), *Race and Ethnicity in the 21st Century*, Basingstoke: Palgrave Macmillian: 112–137.
- Niskar, Amanda, Orna Baron-Epel, Noga Garty-Sandalon, & Lital Keinan-Boker, 2009. "Body Weight Dissatisfaction among Israeli Jewish and Arab Women with Normal or Overweight-Obese Body Mass Index, Israeli INHIS-1, 2003–2004," *Preventing Chronic Disease* 6, 2: 1–8.
- Pearce, Neil, & George Davey Smith, 2003. "Is Social Capital the Key to Inequalities in Health?," *American Journal of Public Health* 93, 1: 122–128.

- Rodgers, Gerry B., 1979. "Income Inequality, Poverty, and Population Health: Evidence from Recent Data for United States," *Social Science Medicine* 61: 2568–2576.
- Soskolne, Varda, & Orly Manor, 2010. "Health Inequalities in Israel: Explanatory Factors of Socio-Economic Inequalities in Self-rated Health and Limiting Longstanding Illness," *Health & Place* 16: 242–251.
- Tarabeiaa, Jalal, Orna Baron-Epela, Micha Barchanaa, Irena Liphshitzd, Anneke Ifraha, Yehudit Fishlera, & Manfred S. Greena, 2007. "A Comparison of Trends in Incidence and Mortality Rates of Breast Cancer, Incidence to Mortality Ratio and Stage at Diagnosis between Arab and Jewish Women in Israel, 1979–2002," *European Journal of Cancer Prevention* 16: 36–42.
- Tarabeiaa, Jalal, Manfred S. Greena, Micha Barchana, Orna Baron-Epel, Anneke Ifrah, Yehudit Fishler, & Dorit Nitzan-Kaluskia, 2008. "Increasing Lung Cancer Incidence among Israeli Arab Men Reflects a Change in the Earlier Paradox of Low Incidence and High Smoking Prevalence," *European Journal of Cancer Prevention* 17: 291–296.
- Wagstaff, Adam, & Eddy van Doorslaer, 2000. "Income Inequality and Health: What Does the Literature Tell Us," *Annual Review of Public Health* 21: 543–67.
- Wilkinson, Richard G., & Kate E. Pickett, 2008. "Income Inequality and Socioeconomic Gradients in Mortality," *Annual Journal of Public Health* 98: 699–704.
- Wilkinson, Richard G., & Kate E. Pickett, 2009. "Income Inequality and Social Dysfunction," *Annual Review Sociology* 35: 493–511.