

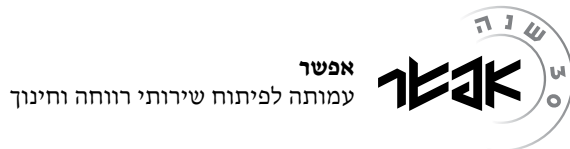
מכגש

לעבודה חינוכית-סוציאלית

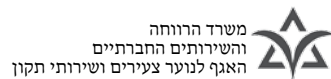
כרך כ"ג • גיליון 41

תמוז תשע"ה – יוני 2015

יוצא לאור על ידי:



בשיתוף עם:



אי-שוויון בבריאות בעיני חברי קבוצות מיעוט: המקרה של הבדווים בנגב

עדי מאנע

תקציר

מטרת המחקר הייתה להציע זווית חדשה לחקר עמדות של חברי קבוצות מיעוט בנוגע לשירותים הניתנים במסגרת המגזר הציבורי. הוצע מודל אינטגרטיבי הבוחן את הקשר בין תפיסת איכות השירותים, מידת שוויוניותם ותפיסת היחסים בין קבוצת המיעוט לרוב. המודל נבדק בקרב האוכלוסייה הבדווית בנגב, תוך השוואה בין תושבי יישובי הקבע (600 נבדקים, מתוכם 372 נשים) לתושבי היישובים הבלתי מוכרים (200 נבדקים, מתוכם 118 נשים) גילאי 18 ומעלה. נדגמו עשרה יישובים בדווים בנגב (מתוכם ארבעה כפרים לא-מוכרים). לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית במצב הסוציו-אקונומי וברמת ההשכלה, שהיו נמוכים בשתי קבוצות המחקר. כלי המחקר כללו שאלונים לבדיקת שביעות רצון משירותי בריאות, הערכת היענות מערכת הבריאות, תחושת קיפוח כללית ושאלון סוציו-דמוגרפי. ממצאי המחקר עולה כי בהתאם למשוער, תושבי היישובים הבלתי מוכרים דיווחו על איכות נמוכה יותר של שירותים הניתנים להם ועל חוסר שביעות רצון רבה יותר מאשר תושבי יישובי הקבע. בקרב שתי הקבוצות נמצאו רמות גבוהות של תפיסת חוסר שוויוניות בין ערבים ויהודים בנגב ותחושת קיפוח כללית. ממצאי ניתוחי רגרסיה תמכו במודל האינטגרטיבי שהוצע בקרב הנבדקים תושבי היישובים הבלתי מוכרים בלבד. תחושת קיפוח וחוסר שוויוניות תרמו, נוסף על מדד איכות השירותים, לניבוי שביעות הרצון משירותי הבריאות. במסגרת הדיון נבחנת תרומתו של המודל להבנת האופן שבו חברי קבוצות מיעוט תופסים את שירותי המגזר הציבורי.

מילות מפתח: בריאות, שוויוניות, זהות, שביעות רצון, היענות, יחסים בין קבוצות, בדווים בנגב

מבוא

שירותי ציבורי כלכלי ויעיל, אך גם איכותי, חברתי ושוויוני, מהווה תנאי הכרחי לקיומה של תרבות פוליטית דמוקרטית ולתפקודה התקין (King, Feltey & Susel, 2001; Mishler & Rose, 1998). חשיבותה המרכזית של מערכת השירות הציבורי והשפעתה על חייהם של ציבור נרחב ושל אוכלוסיות מגוונות מחייבות הערכה

* המחקר מומן על ידי המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ונערך יחד עם פרופ' עליאן אלקרינאווי וד"ר זאיד עפאווי באוניברסיטת בן-גוריון בנגב. תודה מקרב לב לחוקרים ממאיי-רס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, פרופ' רויטל גרוס ושולי ברמלי-גרינברג, על שהעבירו לידינו את שאלון הערכת שירותי בריאות בעברית ובערבית, ופרופ' רחל גולדווג וד"ר ברוך רוזן, שמסרו לנו את שאלון תפיסת אי-שוויוניות שירותי הבריאות בעברית ובאנגלית.

מעמיקה ורב ממדית של שירות זה, בפרט בקרב קבוצות המיעוט המצויות בשולי החברה. במחקר הנוכחי הצענו מודל אינטגרטיבי להערכת השירות הציבורי בקרב קבוצות מיעוט, המשלב בין אסכולת ההערכה המרכזית, המתמקדת בתחושותיהם של אזרחים כלפי רמת השירות הציבורי ומידת שוויוניותו והתאמתו לצרכיהם, ובין תפיסתם של חברי קבוצת המיעוט את היחסים בינם לבין קבוצת הרוב. המודל נבחן בהקשר ספציפי של האופן שבו שירותי הבריאות הציבורית בישראל נתפסים על ידי האוכלוסייה הבדווית בנגב.

האוכלוסייה הבדווית בנגב היא קבוצת מיעוט בתוך קבוצת המיעוט הערבית, והיא שונה מהאוכלוסייה היהודית ואף מכלל האוכלוסייה הערבית בישראל במשתנים רבים, כגון: תרבות, נורמות חברתיות ומצב סוציו-אקונומי (סופר, 2007). בשנת 2008, הוערך מספרם של הבדווים בנגב בדו"ח ועדת גולדברג בעניין הסדרת התיישבות הבדווים בנגב, בכ-172,169 נפש¹. כמחציתם התגוררו בשבע העיירות הבדוויות שהוקמו לאחר כינונו של הממשל הצבאי, ואילו המחצית השנייה התגוררה בכפרים ויישובים לא-עירוניים, שלא זכו להכרה מצד המדינה ולא הוסדרו תכנונית או מוניציפלית. דו"ח ועדת גולדברג תיאר את התשתית הפיזית ביישובי הפזורה: "בהיותם בלתי מוכרים, אין הכפרים מקבלים תקציבים מוניציפליים, אין בהם מערכת שלטון מקומי, ואין התושבים משלמים מסים וארנונה. בהיעדר תכנית מתאר אסורה בהם כל בנייה, לא ניתן לקבל היתרי בנייה, וכל בנייה היא בלתי חוקית. האוכלוסייה בכפרים אלה אינה מקבלת שירותים ממשלתיים מסודרים, ואין בהם מרבית התשתיות הבסיסיות (מים, חשמל, ביוב, דרכים וכיוצא באלה)" (ממשלת ישראל, 2008, עמ' 26).

הנתונים הקיימים מצביעים בבירור על מיקומה הנמוך של האוכלוסייה הבדווית בנגב בהיררכייה החברתית בישראל ועל אי-שוויון הקיים בינה ובין קבוצות אחרות בממדים שונים. לדוגמה, כל שבע העיירות הבדוויות מצויות ברבע התחתון של טבלת השכר היישובי הממוצע, וכל השבע נמנות עם היישובים בעלי השיעורים הגבוהים בישראל של דורשי עבודה. בעיר רהט למשל, שיעור המובטלים עומד על 31.6%, ורק 3.3% לומדים לתואר ראשון (סבירסקי וקונור-אטיאס, 2012); בדווים בנגב הם בעלי השיעור הנמוך ביותר בישראל של זכאות לתעודת בגרות (26.6% זכאים לבגרות, בהשוואה לשיעור ארצי של 44.9% בשנת 2005). יישובי הקבע מאופיינים בצפיפות רבה מאוד, למשל בעיר רהט הצפיפות היא 3.77 נפשות לדונם, וביישוב תל שבע הצפיפות היא 2.26 נפשות לדונם. בעיה זו הולכת ומחמירה, שכן אחוז הריבוי הטבעי של בדווים בנגב הוא מהגבוהים בעולם (5.5%) (סבירסקי וחסון, 2005).

בשנים האחרונות הוצעו מספר תכניות לפיתוח הנגב ולשיפור מצבה של האוכלוסייה הבדווית (כגון: תכנית מתאר ארצית – תמ"א 35, תכנית מתאר אזורית – תכנית

1 נתונים אלה אינם מדויקים, מאחר שאין בנמצא נתון רשמי ומקובל באשר לגודל האוכלוסייה הבדווית בנגב. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה הודתה בשנתון סטטיסטי לישראל לשנת 2008 כי "יש קושי לאמוד את חלקה ובעיקר את תכונותיה של האוכלוסייה הבדואית ביישובים וכן את תכונותיהם של הבדווים הנמצאים עדיין מחוץ ליישובים" (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2008, עמ' 82).

מטרופולין באר שבע, תכנית "לאומית אסטרטגית" לפיתוח הנגב, המלצות דו"ח ועדת גולדברג והחלטות ממשלתיות להקצאות תקציבים למימון יישום ההחלטות). אולם למרות התכניות והקצאת התקציבים ליישומן, סוגיית הקרקעות ומעמדם של הכפרים הבלתי מוכרים טרם נפתרה, וניכר כי הפער בין הצדדים עמוק וקשה לגישור (בן דוד, 2004; יפתחאל, 2013; יפתחאל, קדם ואמארה, 2012; סבירסקי, 2007). דו"ח ועדת גולדברג צוין כי הסדרת התיישבות הבדווים בנגב הוא "נושא לאומי מהמעלה הראשונה [...] גורם הזמן אינו ניטרלי, הוא דוחק, ויש לו משמעות קריטית. ככל שחולף הזמן כך קשה הפתרון" (ממשלת ישראל, 2008). ואכן, בשלושת העשורים האחרונים ניתן להבחין בתמורות תרבותיות, חברתיות, כלכליות ופוליטיות המטלטלות את האוכלוסייה הבדווית בנגב: מחד גיסא, ניכרת התפוררות הדרגתית של חלק מהמוסכמות החברתיות, הערכים ודפוסי החשיבה המסורתיים, תוך גיבוש זהות משתלבת, דו-תרבותית ודו-לשונית (בו דוד, 2004; סמוחה, 2005); מאידך גיסא, הולכת וגוברת בקרבם תחושה של אפליה וקיפוח, המביאה לניכור ועוינות כלפי מדינת ישראל, לשימור דפוסי מסורתיים והתחזקות הזהות החברתית והזהות הדתית (בן דוד, 2004; יפתחאל, 2013; יפתחאל ועמיתים, 2012; סבירסקי וחסון, 2005).

שירותי בריאות ובדווים בנגב

האוכלוסייה הבדווית בנגב מאופיינת בריבוי תחלואה ומחלות נדירות, אשר תוארו בעשרות מחקרים מדעיים (למשל, Ashdown-Lambert, 2005; Landau, Mishori-Dery, 2003; Hershkovitz, Narkis & Carmi, 2003). בדו"ח משרד הבריאות בשנת 2008, צוינו מספר גורמים התורמים לריבוי התחלואה, ובהם גורמים חברתיים-תרבותיים, כגון ריבוי נישואי קרובים, התורם לריבוי מחלות תורשתיות, וגורמים סביבתיים, כגון: השכלת הורים נמוכה, מצב סוציו-אקונומי נמוך ומחסור בתשתיות תומכות ומקדמות בריאות (בפרט בכפרים הבלתי מוכרים). עוד נקבע בדו"ח כי "גורמים אלה מושפעים ממדיניות ממשלתית ארוכת טווח וממאפיינים תרבותיים וחברתיים של האוכלוסייה. בהתאם לכך, יש לבנות וליישם תוכנית כוללת מקיפה אשר תתייחס לכל הגורמים הנ"ל, ובראש וראשונה עבור תושבי הכפרים הבלתי מוכרים" (משרד הבריאות, 2008).

התאמת מערכת הבריאות לצורכי האוכלוסייה הבדווית בנגב הציבה מאז ומתמיד אתגר מורכב בפני מדינת ישראל. שוורץ, בורקן, מורד ושרף תיארו את המורכבות של מתן שירותי בריאות לאוכלוסייה הבדווית בנגב בשני העשורים הראשונים של מדינת ישראל ואת הקשיים שעמם התמודדה המדינה בטיפול בבעיות הבריאות הייחודיות לאוכלוסייה זו. הקשיים נבעו בעיקר מהתנגשות העולמות שבין רפואה ציבורית מתקדמת לבין רפואה מסורתית, ומצורך בהתמודדות אתית ומעשית של מערכת הבריאות הישראלית עם אספקת שירותי בריאות לאוכלוסייה המצויה תחת ממשל צבאי. שינוי מהותי במתן שירותי הבריאות לאוכלוסייה הבדווית בנגב חל

בראשית שנות השישים, עם כניסתה של קופת חולים כללית, בהסכמה עם המדינה, כגורם בלעדי לאספקת שירותי בריאות ראשוניים ביישובים הבדווים בנגב. שינוי זה הוביל למעבר הדרגתי מרפואה מסורתית לרפואה מערבית ולשינוי בצריכת שירותי בריאות בקרב הבדווים (Shvarts et al., 2003). חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנחקק בינואר 1995 (משרד הבריאות, 1995), וקביעת התגמול לקופות החולים לפי שיטת הקפיטציה הביאו לצמצום אי-השוויון בין שירותי הבריאות הניתנים לאוכלוסייה היהודית לבין אלו הניתנים לאוכלוסייה הערבית (כ-12% מהאוכלוסייה הערבית לא היו מבוטחים לפני כן). בעקבות החוק, האוכלוסייה הבדווית בנגב הפכה לאטרקטיבית עבור הקופות, מה שהביא לשיפור משמעותי ברמת השירותים הניתנים לה. עם זאת, מדו"חות משרד הבריאות (אברבוך, חורב וקידר, 2010; משרד הבריאות, 2008) עולה כי עדיין קיים אי-שוויון ניכר בשירותי בריאות הניתנים לקבוצות חברתיות שונות בחברה הישראלית, והפער בין קבוצות המיעוט לבין הרוב (יהודים דוברי עברית תושבי המרכז) הולך וגדל.

הבדווים תושבי הכפרים הלא-מוכרים בנגב הם אחת הקבוצות החברתיות המקבלות, כחלק ממדיניות ממשלתית, שירותי בריאות ציבוריים ברמה נמוכה משמעותית מזו שלה זוכות קבוצות חברתיות אחרות. עד שנת 1995 לא הייתה בכפרים הבלתי מוכרים ולו מרפאה אחת. המצב שונה מעט לאחר עתירות לבג"ץ, והוקמו מרפאות ב-11 יישובים (מתוך 46 יישובים) ושמונה תחנות לבריאות המשפחה (ממשלת ישראל, 2008). דו"ח ארגון רופאים לזכויות אדם הצביע על אי-שוויון בולט בשירותי הבריאות הניתנים לתושבי הכפרים הלא-מוכרים בנגב ומתח ביקורת על זמינותם ואיכותם של שירותים אלו: 34 מתוך 46 הכפרים הבלתי מוכרים נמצאו ללא שירותי רפואה כלל (רופאים לזכויות אדם, 2008). לפי המפתח הנהוג כיום בישראל, ישנו רופא משפחה לכל 1,400 תושבים בקהילה. לעומת זאת, לפי הדו"ח, בכפרים הבלתי מוכרים בנגב ישנו רופא משפחה לכל 3,117 תושבים. המרפאות הקיימות בכפרים הלא-מוכרים סובלות מבעיות הקשורות לזמינות, נגישות, שעות עבודה וימי עבודה, מכשולי שפה ותקשורת והיעדרם של חלק ניכר מהתרופות החיוניות ושל רופאים מומחים. מאחר שחלק מהמרפאות ממוקמות מחוץ למרכזי האוכלוסייה, ובהיעדר תחבורה ציבורית, החולים נאלצים ללכת ברגל מרחקים גדולים. התקשורת בין הרופא למטופלים בעייתית, מאחר שרוב הרופאים אינם דוברי ערבית, וחלק גדול מהאוכלוסייה הבדווית ביישובים אלה (בפרט הנשים) אינו דובר עברית.

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבחון, כיצד חברי קבוצת המיעוט הבדווית בנגב, שחלקם (תושבי יישובי הקבע) זוכה לשירותי בריאות בסיסיים באזור מגוריהם, וחלקם (תושבי הכפרים הלא-מוכרים) אינם זוכים לשירותים כאלה, מעריכים את שירותי הבריאות הציבורית הניתנים להם. במחקר הוצע מודל אינטגרטיבי שלפיו תפיסת השירות הציבורי קשורה לאיכות השירות, למידת התאמתו לצורכי האוכלוסייה ולתפיסת היחסים בין קבוצת המיעוט לקבוצת הרוב.

מודל אינטגרטיבי לחקר תפיסת שירותי הבריאות

עם הפיכתם של שירותי הבריאות למסחריים, התפתח מחקר ענף הבוחן את האופן שבו שירותי הבריאות נתפסים על ידי צרכניהם, והוצעו מספר מודלים לחקר תפיסת שירותי הבריאות, שנבדקו בעיקר בהקשר של מערכת הבריאות האמריקנית (למשל Babakus & Boller, 1992). מודלים אלו התבססו על הממצא שהעלה כי תפיסת שירותי הבריאות מושפעת ממשתנים חברתיים ותרבותיים, ולפיכך ישנה חשיבות רבה להתאמת המודלים לאוכלוסיות צרכנים שונות (Choi, Cho, Lee, Lee & Choi, 2004).

בסקירה מקיפה של מחקרים שבחנו את המכשולים העומדים בפני קבוצות מיעוט, בפרט אוכלוסיות מהגרים, בצריכת שירותי בריאות (Scheppers, van Dongen, Dekker, Geertzen & Dekker, 2006), הצביעו שפרס ועמיתיו על שלוש קטגוריות מרכזיות של גורמים הקשורים לאי-שביעות הרצון של חברי קבוצת מיעוט משירותי הבריאות: הקטגוריה הראשונה מתמקדת ברמת הפרט וכוללת משתנים, כגון: גיל, מגדר, מצב משפחתי, מצב סוציו-אקונומי, קושי להשתמש בשפה, רמת ההשכלה ותנאי חיים; הקטגוריה השנייה מתמקדת ברמת נותני השירות, כגון: סטראוטיפים שמחזיקים נותני השירות על קבוצת המיעוט, ויכולתם לתקשר עם חברי הקבוצה, להסביר להם על הפרוצדורה הרפואית והנהלים ולהבין את עולמם התרבותי והרוחני; הקטגוריה השלישית מתמקדת ברמה המערכתית וכוללת משתנים, כגון זמינות השירותים ונגישותם ומבנה מערכת שירותי הבריאות.

במודל שהוצע במחקר זה התבססנו על הקטגוריות הראשונה והשלישית, ובחנו את הקשר בין תפיסת שירותי הבריאות של חברי קבוצת המיעוט הבדווית בנגב (שביעות רצון ותפיסת איכות השירות הניתן לאוכלוסייה) ובין משתנים ברמת הפרט (השכלה, מצב סוציו-אקונומי, שליטה בשפה העברית ומצב בריאות) וברמה המערכתית (זמינות השירותים הניתנים לאוכלוסייה ונגישותם). בקטגוריה הנוספת התמקדנו בתפיסותיהם של חברי קבוצות המיעוט (ולא בתפיסות של חברי קבוצת הרוב, כפי שהציעו שפרס ועמיתיו), ובחנו, כיצד הבדווים בנגב תופסים את מערכת היחסים בינם לבין קבוצת הרוב, את מידת השוויוניות, ואת מידת הרגישות ומידת ההיענות של מערכת הבריאות לצרכיהם וכן את תחושת הקיפוח הכללית שהם חווים כקבוצת מיעוט בתוך קבוצת הרוב היהודית.

שביעות רצון ואיכות שירותי הבריאות

שביעות הרצון משירותי בריאות תוארה במודלים שונים כקשורה קשר הדוק לאיכות שירותי הבריאות הניתנים לפרט (כגון: Taylor, 1993; Oliver, 1993; Cronin & Taylor, 1992). מחקרים שבחנו שביעות רצון משירותי בריאות בישראל התמקדו במשתנים, כגון תפיסת זמינות השירות ונגישותו ואיכות הטיפול. השוואת המגמות בשביעות הרצון בקרב מבוטחים בקופות החולים השונות בקרב מדגם מייצג של

כלל האוכלוסייה הבוגרת בישראל הצביעה על עלייה עקיבה בשביעות הרצון של המבוטחים, מאיכות שירותי הבריאות הציבורית, בעיקר של אלו מהמגזר הערבי. עם זאת, חלה עלייה באחוז המוותרים על טיפול רפואי בשל קשיי נגישות ותשלום, בעיקר בקרב בעלי ההכנסות הנמוכות (גרוס, ברמלי-גרינברג, יאיר ועקיבא, 2011). לעומת זאת, ויגודה-גדות ומזרחי (2012) ציינו כי בשנים האחרונות חלה ירידה קלה ברמת שביעות הרצון של אזרחי ישראל ממגוון השירותים הציבוריים, בכללם שירותי הבריאות, בהשוואה לשנים עברו. למיטב ידיעתנו, המחקרים שבדקו מגמות של שביעות רצון משירותי בריאות לא בחנו מדגם רחב של האוכלוסייה הבדווית בנגב, וההבדל בין תושבי היישובים המוכרים והלא-מוכרים טרם נבדק. במחקר הנוכחי נבחן לראשונה האופן שבו תופסים חברי קבוצה זו את שירותי הבריאות הציבורית, תוך התייחסות להיבטים של איכות השירותים, מצב כלכלי, מצב בריאותי, הבנת השפה העברית והשכלה. נוסף על כך, נבחן הקשר בין שביעות הרצון משירותי הבריאות לבין הדרך שבה תופסת קבוצת המיעוט של הבדווים בנגב את יחסיה עם קבוצת הרוב היהודית.

השכלה, מצב סוציו-אקונומי ושליטה בשפה העברית

מחקרים שבחנו היבטים של אי-שוויון בתחום הבריאות הציגו ממצאים עקיבים על אודות הקשר בין מצב הבריאות ופרופיל חברתי-כלכלי. נמצא כי אנשים שמשתכרים יותר, בעלי השכלה גבוהה יותר ואשר חיים ברמת חיים גבוהה יותר, נוטים להיות בריאים יותר (למשל Marmot & Davey Smith, 1997; Wilkinson, 1999). חברי קבוצות מיעוט נוטים לדווח על מצב בריאותי ירוד, בהשוואה לחברי קבוצת הרוב (Baron Epel & Ifrach, 1999; Remmenick, 1999). בדומה, גם בישראל, מחקרים אשר בדקו את הקשרים בין מצב הבריאות ופרופיל חברתי-כלכלי בקרב האוכלוסייה הערבית והיהודית, הצביעו על הקשר החיובי בין מצב סוציו-אקונומי והשכלה לבין המצב הבריאותי (לדוגמה אברבוך ועמיתים, 2010; אדר, 1993; משרד הבריאות, 2008; צ'רניחובסקי, אלקנה, אנסון ושמשי, 2003; שובל ואנסון, 2000; שמואלי וגרוס, 2001).

הקשר בין מחסומי שפה ובין שימוש בשירותי הבריאות נבדק בקרב אוכלוסיות מיעוטים לשוניים בישראל וברחבי העולם, ונמצא קשר בין שליטת חבר קבוצת המיעוט בשפתם של חברי קבוצת הרוב ובין איכות הטיפול הרפואי (שובל ואנסון, Lindholm, Fredlund & Wamala, 2008; Lopez-Quintero, Berry & Neumark, 2000). ההסבר שהוצע לממצאים העקיבים בנוגע לקשר בין המצב הסוציו-אקונומי, ההשכלה וידיעת השפה לבין המצב הבריאותי, מבוסס על הקשיים האובייקטיביים העומדים בפני חברי קבוצות מיעוט, בעיקר בקרב אלו שרמתם הסוציו-אקונומית נמוכה, בצריכת שירותי בריאות (לדוגמה: מחסומי שפה המגבילים את יכולתם לדווח על קשייהם, למלא טפסים ולהבין את ההנחיות הניתנות להם, נגישות נמוכה לשירותים וויתור על שירותים בשל עלות כספית).

תחושת שוויוניות ותחושת קיפוח כללית

במחקר הנוכחי הצענו לבחון את האופן שבו חברי קבוצת מיעוט תופסים את שירותי הבריאות הניתנים להם מזוויות ראייה נוספות – ההשתייכות החברתית ותחושת הקיפוח. כבר בתחילת שנות החמישים של המאה הקודמת הצביע דורקהיים (2002) על הקשר שבין שיעורי ההתאבדות לבין השתייכות לקבוצות חברתיות. רדלי ובילינג הרחיבו בתחום זה והוסיפו כי תפיסות בריאות וחולי משתנות בהתאם להקשר החברתי, משום שהן מהוות ביטוי של האופן שבו האדם חווה ומבנה את עולמו ומעצב אותו ואת מחויבותו כלפי עצמו וכלפי אחרים. לפיכך, תפיסות אלה הן חלק מזהותו החברתית של הפרט וכוללות בד בבד ממד אישי וממד קולקטיבי (Radley & Billing, 1996).

מחקרים המתמקדים בקשר בין הבדלים תרבותיים וחברתיים ושימוש בשירותי בריאות מניחים כי מערכות רפואיות משקפות את יחסי הכוחות בחברה, המעצבים את חוויית המחלה ואופן הטיפול בה (לסקירה, ראו Wilkinson, 1999). חברי קבוצת המיעוט עשויים לחוש חוסר שוויוניות ואי-אמון באיכות השירות שמספקת מערכת הבריאות הממשלתית וביעילותו, משום שהיא מייצגת בעיניהם את התרבות הדומיננטית (Hines & Franklin, 1982) ואת תלותם בה (Al-Krenawi & Graham, 2005). תפיסת שירותי הבריאות עשויה להיקשר לאופן שבו תופסים חברי קבוצת המיעוט את מעמדם למול קבוצת הרוב, ולתחושות עוינות, קיפוח וחוסר שוויוניות בתחומי החיים השונים (Mishler & Rose, 2001).

רגישות והיענות (responsiveness) של מערכת הבריאות לצורכי הפרט בכלל ולצורכי קבוצת המיעוט בפרט הם מושגים חדשים יחסית, שפותחו על ידי ארגון הבריאות העולמי (WHO) כמדדי מפתח לבדיקת יעדי מערכות בריאות וביצועיהן (Murray & Evans, 2003). מושגים אלו מתמקדים בהיבטים בין-אישיים בשירות שאותו מקבל הפרט ממערכת הבריאות וכוללים שני רכיבים מרכזיים: כבוד אישי (טיפול תוך מתן כבוד, פרטיות ושמירה על חסיון המידע הרפואי, תקשורת בין הרופא לחולה ואוטונומיה אישית) ומכוננות ללקוח (התייחסות תוך פרק זמן הולם, גישה לתמיכה חברתית, איכות בסיסית של נוחות ובחירת הספק) (Goldwag & Rosen, 2007). בסקר מקיף שערך ארגון הבריאות העולמי ביותר מ-70 מדינות (Murray & Evans, 2003), בכללן גם בקרב ערבים ויהודים בישראל (Goldwag & Rosen, 2007), פותח כלי מחקר המורכב מתיאורים קצרים (anchoring vignettes) על שירותים בתחומים שונים וברמות היענות שונות, הניתנים למטופלים היפותטיים. הנבדק מתבקש להעריך בשאלון סגור את איכות השירות הניתן למטופל שבתיאור, וכך ניתן לעמוד על הערכתו וציפיותו בנוגע להיענות מערכת הבריאות. במחקר הנוכחי הרחבנו את כלי המחקר הנ"ל, ובחנו, כיצד הבדווים בנגב מעריכים את היענותה של מערכת הבריאות לצורכי קבוצתם, תוך השוואה לתפיסתם את היענותה של מערכת הבריאות לצורכי קבוצת הרוב היהודית בנגב.

השערות המחקר

הבדלים בין הבדווים תושבי יישובי הקבע ותושבי היישובים הבלתי מוכרים

על בסיס המאפיינים הייחודיים לאוכלוסייה הבדווית ביישובי הקבע וביישובים הבלתי מוכרים וההבדל באיכות ובכמות של שירותי הבריאות הניתנים להם בפרט והשירותים הממשלתיים בכלל, ציפינו למצוא הבדלים מובהקים סטטיסטית בין שתי קבוצות המחקר. השערותינו היו:

- א. תושבי יישובי הקבע ידווחו על איכות, נגישות וזמינות גבוהות יותר של שירותי הבריאות הניתנים להם מאשר תושבי היישובים הבלתי מוכרים.
- ב. תושבי יישובי הקבע יפגינו שליטה גבוהה יותר בשפה העברית מאשר תושבי היישובים הבלתי מוכרים.
- ג. תחושת הקיפוח בקרב תושבי היישובים הבלתי מוכרים תהיה גבוהה יותר מזו של תושבי יישובי הקבע.
- ד. תושבי היישובים הבלתי מוכרים יעריכו שמערכת שירותי הבריאות נענית לצורכי בדווים בנגב במידה פחותה מאשר תושבי יישובי הקבע, ויעריכו במידה רבה יותר מהם כי קיים פער בין מידת ההיענות של מערכת הבריאות לצורכי הבדווים בנגב ובין מידת היענותה לצורכי שכניהם היהודים.

השערות הנגזרות מהמודל האינטגרטיבי

- א. בקרב שתי קבוצות המחקר, שליטה בשפה העברית, השכלה ומצב סוציו-אקונומי יהיו קשורים לרמה גבוהה יותר של שביעות רצון משירותי הבריאות.
- ב. בקרב הנבדקים משתי הקבוצות, תפיסת חוסר שוויוניות תהיה קשורה לשביעות רצון נמוכה יותר משירותי הבריאות.
- ג. בקרב הנבדקים משתי הקבוצות, תפיסת קיפוח וחוסר שוויוניות תהיה קשורה לשביעות רצון נמוכה יותר משירותי הבריאות.

שיטה

אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר כללה מדגם של 600 מבוטחי כל קופות החולים במגזר הבדווי בנגב ותושבי יישובי הקבע (מתוכם 372 נשים) ו-200 בדווים תושבי כפרים לא-מוכרים (מתוכם 118 נשים), גילאי 18 ומעלה (גיל ממוצע ביישובי הקבע – 35, סטיית תקן – 14.8, וגיל ממוצע בכפרים הבלתי מוכרים – 37, סטיית תקן – 15.4).

נדגמו עשרה יישובים בדווים בנגב (מתוכם ארבעה כפרים לא-מוכרים). בתוך היישובים שנדגמו נבחרו מספר שכונות מגורים לפי מצב סוציו-אקונומי ומאפייני תושבים (שכונות מבוססות ומבוססות פחות ושכונות שבהן מתגוררות משפחות משבטים שונים), זאת לפי נתונים פנימיים של המועצות המקומיות והעיריות ותושבי המקום. לאחר קביעת מסגרת הדגימה, התבצעה דגימת מכסה של נבדקים מבוגרים מעל גיל 18 באמצעות ראיונות מבית לבית, תוך דאגה לייצוג הולם של שכבות גיל, מין וסטטוס חברתי-כלכלי.

כלי המחקר

כלי המחקר כללו שאלונים למילוי עצמי שבדקו את שביעות הרצון משירותי בריאות, תפיסת שוויוניות במידת ההיענות לצורכי יהודים ובדווים בנגב, תחושת קיפוח ומשתנים סוציו-דמוגרפיים (השכלה, מצב כלכלי, שליטה בשפה העברית ומצב בריאותי).² השאלונים תורגמו לערבית על ידי מתורגמנים מקצועיים מאוכלוסיית המחקר ונבדקו בתרגום חוזר לעברית. כל אחת מגרסאות המחקר הופיעה בשני סדרים שונים של פריטים, זאת על מנת לצמצם הטיה של אפקט סדר הפריטים. תוקף נראה של השאלון נבדק במחקר מקדים בקרב 58 משתתפים שנדגמו בשיטת "כדור שלג", ואשר התבקשו להשיב על השאלון ולחוות דעתם.

שאלון הערכת שירותי בריאות (גרס, ברמלי-גרינברג ומצליח, 2005)

במסגרת מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל פותחה סדרת מדדים קבועים הנוגעים לשביעות הרצון משירותי קופות החולים, מידת נגישותם, איכות השירותים והנטל הכספי על המבוטחים. המדדים תוקפו מאז 1995 בסקרים דו-שנתיים בקרב מדגמים מייצגים של האוכלוסייה הבוגרת בישראל. במחקר הנוכחי נעשה שימוש במדדים הבאים:

מדד שביעות הרצון משירותי בריאות. נבדקו שביעות רצון כללית ממערכת הבריאות ושביעות רצון כללית מקופת החולים (1=מרוצה מאוד, 4=מאוד לא מרוצה).

שביעות רצון מאיכות שירותי הבריאות. נבדקו שעות עבודת הצוות הרפואי – ארבעה פריטים (1=שביעות רצון גבוהה, 5=שביעות רצון נמוכה). חושבה מהימנות בין הפריטים (תושבי יישובי קבע – $\alpha=.88$, תושבי כפרים בלתי מוכרים – $\alpha=.96$); נבדקה שביעות רצון משירותים שונים – 11 פריטים, שכללו התייחסות לרמה מקצועית, יחס נותני השירות, ניקיון, מבחר תרופות וקלות קבלת שירות (1=שביעות רצון גבוהה, 5=שביעות רצון נמוכה). חושבה מהימנות בין הפריטים (תושבי יישובי קבע – $\alpha=.86$, תושבי כפרים בלתי מוכרים – $\alpha=.95$). על בסיס המהימנויות הגבוהות חושב מדד שביעות רצון מאיכות שירותי הבריאות לכל נבדק, ממוצע 15 הפריטים.

מידת הנגישות לשירותי בריאות. נבדקו המרחק מקופת החולים וזמן המתנה לרופא משפחה ולרופא מומחה בביקור האחרון. שלושה פריטים על גבי סולם שמי.

נטל כספי. נבדקו מידת הנטל הכספי על המבוטחים וויתורים על טיפול, תרופות או שירות. ארבעה פריטים, סולם שמי.

תפיסת אי-שוויוניות שירותי הבריאות (Goldwag & Rosen, 2007)

השתמשנו בשאלון מתוך סקר בין-לאומי של ארגון הבריאות העולמי, אשר תורגם לעברית ולערבית ותוקף בקרב יהודים וערבים בישראל במחקרם של גולדווג ורוזן (Goldwag & Rosen, 2007). לצורך המחקר הנוכחי נבחרו מתוך השאלון 13 סיפורים קצרים המתארים התנסויות של גברים ונשים עם נותני שירותי בריאות, בתחומים הבאים: התייחסות בכבוד ותשומת לב מידית, תקשורת ואיכות השירותים הבסיסיים, סודיות ובחירה, תמיכה חברתית בחולה ואוטונומיה. הסיפורים תיארו התנסויות חיוביות ושליליות, והנבדק התבקש להעריך את טיב השירות. דוגמאות לסיפורים: "ילד אחד היה חולה מאוד. אביו הזעיק אמבולנס, שהגיע אחרי 10 דקות, ותוך 5 דקות הם היו בבית חולים, והרופאים טיפלו בילד". הנבדק התבקש להעריך את משך הזמן שהילד חיכה עד לקבלת הטיפול על גבי סולם בן חמש דרגות (1=רע מאוד, 5=טוב מאוד); "אדם שבר את היד. הוא הלך ברגל כמה שעות מהמקום שבו הוא גר עד למרפאה הקרובה, כי לא הייתה תחבורה". הנבדק התבקש להעריך את משך הזמן שאדם זה חיכה עד שקיבל את הטיפול. נמצאה מהימנות אלפא קרוונבך גבוהה בין הפריטים בשני המדגמים (תושבי יישובי קבע – $\alpha=.70$, תושבי כפרים בלתי מוכרים – $\alpha=.74$). על מנת לבחון את תפיסת השוויוניות בהיענות מערכת הבריאות לבדווים בנגב ולשכניהם היהודים, הוספה לשאלון המקורי ההנחיה הבאה: "שער מה הסיכוי שהאירוע המתואר יקרה לאדם מהאוכלוסייה הבדווית בנגב (כולל אלה הגרים בערים ויישובים מוכרים ולא-מוכרים), ומה הסיכוי שהאירוע המתואר יקרה לאדם מהאוכלוסייה היהודית בנגב (כולל אלה הגרים בערים, מושבים, קיבוצים ועיירות פיתוח)" (1=סיכוי נמוך מאוד, 5=סיכוי גבוה מאוד). בדיקות מהימנות אלפא קרוונבך חושבו בין הפריטים בקרב הנבדקים תושבי יישובי הקבע ותושבי הכפרים הבלתי מוכרים (סיכוי שיקרה לבדווי – $\alpha=.68$, $\alpha=.70$; סיכוי שיקרה ליהודי – $\alpha=.73$, $\alpha=.70$). [בהתאמה].

תחושת קיפוח כללית

השתמשנו בחלק משאלון הבודק אסטרטגיות זהות של קבוצות מיעוט, אשר תורגם לעברית ולערבית ותוקף בקרב מתבגרים בדווים בנגב במחקר קודם (מאנע, 2011). לצורך המחקר הנוכחי נבחרו שלושה היגדים המתארים תחושת דחייה, אפליה וקיפוח שחשים בדווים בנגב. הנבדקים התבקשו להקיף את המספר המשקף בצורה הטובה ביותר את הרגשתם (1=מאוד לא נכון, 6=נכון מאוד). ההיגדים היו: "אני חושב שהיהודים מזלזלים במנהגים ובמסורת שלנו"; "כשבדווית לובשת כיסוי ראש היהודים מסתכלים עליה בצורה שלילית"; "בדווים בנגב מרגישים שהם אינם מקבלים את כל הזכויות כאזרחים שווים ושישנה אפליה בינם לבין היהודים". על בסיס מהימנות אלפא קרוונבך סבירה בין הפריטים ($\alpha=.59$, $\alpha=.62$) חושב ממוצע ביניהם.

משתנים סוציו-דמוגרפיים

השתמשנו בשתי שאלות הבודקות מצב סוציו-אקונומי, מתוך הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה: (א) "ההכנסה החודשית הממוצעת למשק בית היא 8500 ₪ נטו. האם ההכנסות של משפחתך (הכוונה להכנסה המשותפת של כל מי שמפרנס את המשפחה) היא (1=הרבה מתחת לממוצע, 5=הרבה מעל הממוצע)"; (ב) כיצד אתה מגדיר את מצבה הכלכלי של משפחתך (1=גרוע, 6=מצוין)". על בסיס מהימנות סבירה בין הפריטים ($\alpha=.50, \alpha=.55$ [בהתאמה]) חושב ממוצע ביניהם.

מידת השליטה בשפה העברית: קריאה, כתיבה ודיבור (1=מצוין, 7=לא יודע כלל). על בסיס מהימנות גבוהה בין הפריטים (בקרב תושבי יישובי קבע – $\alpha=.97$, בקרב תושבי יישובים לא-מוכרים – $\alpha=.98$), חושב ממוצע ביניהם.

מצב בריאותי: נבדק מצב בריאותו של הנבדק (1=טוב מאוד, 5=רע מאוד) וכן נבדק באיזו תדירות הוא נזקק לשירותי בריאות (1=לעיתים רחוקות מאוד, 5=לעיתים קרובות מאוד). חושב ממוצע בין הפריטים על בסיס מהימנות גבוהה ביניהם (בקרב תושבי יישובי הקבע – $\alpha=.77$, בקרב תושבי יישובים לא-מוכרים – $\alpha=.88$).

כמו כן הנבדק התבקש לציין את גילו, מינו, מספר ילדיו ומספר שנות ההשכלה שלו ואת מצבו המשפחתי.

הליך

הנתונים נאספו בחודשים ינואר 2008 עד אפריל 2009, לאחר קבלת אישור מוועדת האתיקה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב. הוקדשה תשומת לב רבה להתאמת הליך איסוף הנתונים לקודים חברתיים-תרבותיים של אוכלוסיית המחקר. לפיכך, ביישובים הבדווים בנגב נאספו הנתונים על ידי סוקרים בדווים תושבי הנגב (שלא היו תושבי היישוב הנסקר). לנבדקים הובהר כי אין חובת השתתפות במחקר, וכי איסוף המידע הוא אנונימי. הסוקר הונחה להציע לנבדק עזרה בהקראת השאלות (זאת בהנחה שחלק מהנבדקים לא שולטים בשפה במידה שמאפשרת להשיב על השאלון). נבדק שהיה מעוניין בכך הוזמן למלא את השאלון בפרטיות ולמסרו לסוקר במועד שנקבע מראש. אחוז ההיענות היה נמוך יחסית ועמד על 4.5%. הסירוב להשתתף, כפי שהוסבר לסוקרים, נבע בעיקר מחוסר פניות.

ממצאים

הבדלים ברמת שביעות הרצון משירותי הבריאות

א. שביעות רצון כללית ממערכת הבריאות ומקופת החולים נבדקה באמצעות מבחן t למדגמים בלתי תלויים (1=שביעות רצון גבוהה, 5=שביעות רצון נמוכה). נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בשביעות הרצון בין הקבוצות ($t(288.4)=-4.8, p<.001$). בהתאם למשוער, הנבדקים תושבי יישובי הקבע דיווחו על שביעות רצון גבוהה

יותר ממערכת הבריאות ומקופת החולים ($X=2.04$, $SD=0.77$) מאשר תושבי היישובים הלא-מוכרים ($X=2.41$, $SD=0.97$).

ב. בדיקת מידת שביעות הרצון מאיכות שירותי הבריאות (זמינות השירותים, יחס הצוות הרפואי, קלות קבלת תרופות ותורים, רמת מקצועיות הצוות, ניקיון ותחזוקה) נערכה באמצעות מבחן t למדגמים בלתי תלויים ($n=1$ שביעות רצון גבוהה, $n=5$ שביעות רצון נמוכה). נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בשביעות הרצון בין הקבוצות ($t(285)=-3.66$, $p<.05$). בהתאם למשוער, הנבדקים תושבי יישובי הקבע דיווחו על שביעות רצון גבוהה יותר מאיכות שירותי הבריאות ($X=1.89$, $SD=0.56$) מאשר תושבי היישובים הלא-מוכרים ($X=2.09$, $SD=0.62$).

ג. ההשערה כי תושבי יישובי הקבע דיווחו על זמינות רבה יותר לשירותי בריאות הניתנים להם מאשר תושבי היישובים הבלתי מוכרים, ועל קשיי נגישות ותשלום פחותים משלהם לשירותים אלו, נבדקה באמצעות בדיקה של שכיחות התשובות (סולם שמי). כפי שניתן לראות בלוח 1, השערה זו אוששה.

לוח 1: הבדלים בין תושבי יישובים לא-מוכרים ומוכרים במידת הנגישות והזמינות של שירותי בריאות וביכולת לעמוד בתשלומים עבורם (אחוז הנבדקים שציינו כי האירוע המתואר אירע לאחרונה)

יישובים לא-מוכרים	יישובים מוכרים	
13.5	8.32	המתנה לרופא למעלה משעה
15.5	4.62	המתנה בתור לרופא מומחה למעלה מחודש
21.4	5.5	זמן הגעה של למעלה משעה לסניף קופת חולים
33	18	ויתור על שירות רפואי בשל מרחק
20	15	ויתור על טיפול רפואי בגלל תשלום
31.5	20	ויתור על תרופות בגלל תשלום
17.6	6	התשלומים עבור שירותי בריאות מכבידים במידה רבה

הבדלים במצב סוציו-אקונומי, שליטה בעברית, השכלה ומצב הבריאות

ההבדלים בין הקבוצות במצב סוציו-אקונומי, שליטה בעברית, השכלה ומצב הבריאות נבדקו באמצעות מבחני t למדגמים בלתי תלויים. בהתאם למשוער, נמצא הבדל מובהק סטטיסטית ביכולת השליטה בשפה העברית בשתי הקבוצות ($t(312.71)=-4.91$, $p<.001$). תושבי יישובי הקבע דיווחו על שליטה גבוהה יותר בשפה העברית ($X=3.02$, $SD=2.07$) מאשר תושבי היישובים הבלתי מוכרים ($X=3.93$, $SD=2.31$) ($n=1$ שליטה מצוינת, $n=7$ לא שולט כלל). לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית במצב סוציו-אקונומי (יישובי הקבע – $X=2.09$, $SD=.95$; יישובים לא-מוכרים – $X=1.81$, $SD=1.0$) ובשנות השכלה (יישובי קבע – $X=7.00$, $SD=2.00$; יישובים לא-מוכרים – $X=6.50$, $SD=2.03$), והנבדקים משתי הקבוצות דיווחו על מצב כלכלי קשה ומספר נמוך של שנות השכלה. תושבי יישובי

הקבע דיווחו על כך שמצבם הבריאותי טוב פחות מזה של תושבי היישובים הבלתי מוכרים ($t(295.49) = -2.55, p < .001$) (יישובי הקבע – $X = 1.89, SD = 0.92$, יישובים בלתי מוכרים – $X = 1.1, SD = 1.1$) ($X = 1.1, SD = 1.1$) (טוב מאוד, $n = 5$ רע מאוד).

הבדלים בתחושות אי-שוויוניות וקיפוח

ההבדלים בין שתי הקבוצות בתחושת אי-שוויוניות בשירותי הבריאות הניתנים לבדווים בנגב, לעומת אלו הניתנים לשכניהם היהודים, וכן ההבדל בתחושת קיפוח כללית נבדקו באמצעות ניתוחי שונות One Way ANOVA נפרדים לכל משתנה, בקרב כל אחת מקבוצות המחקר. בניגוד למשוער, לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית. הנבדקים תושבי יישובי הקבע והיישובים הבלתי מוכרים דיווחו על רמה גבוהה של תחושת קיפוח (יישובי הקבע – $X = 4.42, SD = 1.14$; יישובים בלתי מוכרים – $X = 4.57, SD = 1.10$) כמו כן, דיווחו על תחושה של חוסר שוויוניות וקיפוח בשירותים הניתנים לבדווים וליהודים בנגב (יישובי קבע – $X = 1.79, SD = 1.78$; יישובים בלתי מוכרים – $X = 1.60, SD = 1.86$).

לסיכום, בהתאם למשוער, נמצא כי תושבי היישובים הבדווים הבלתי מוכרים בנגב דיווחו על מידה רבה יותר של חוסר שביעות רצון משירותי הבריאות הניתנים להם מאשר תושבי היישובים הבדווים המוכרים. הם דיווחו על זמינות נמוכה יותר של שירותי בריאות ועל קשיי נגישות גבוהים יותר וכן על קושי גדול יותר בעמידה בתשלומים והיו בעלי יכולת שליטה נמוכה יותר בשפה העברית. עם זאת, תושבי היישובים הבלתי מוכרים דיווחו על מצב בריאותי טוב יותר מאשר תושבי היישובים המוכרים. לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות במצב סוציו-אקונומי ושנות השכלה, שהיו נמוכים בקרב שתי הקבוצות, ובתפיסת חוסר השוויוניות בין בדווים ויהודים בנגב ובתחושת הקיפוח הכללית, שנמצאו גבוהות בשתי הקבוצות.

השערות הנגזרות מהמודל האינטגרטיבי

בדיקת ההשערות בנוגע למודל האינטגרטיבי לחקר שירותי בריאות בוצעה באמצעות ניתוחי רגרסיה (Enter) שנערכו בקרב כל קבוצה בנפרד. המשתנים השונים (יכולת עמידה בתשלומים עבור שירותי בריאות, מצב כלכלי, מצב בריאותי, שליטה בעברית, השכלה, תחושת קיפוח כללית וחוסר שוויוניות) הוכנסו כמנבאים את שביעות הרצון משירותי הבריאות. הממצאים המוצגים בלוח 2 תומכים במודל המוצע הן בקרב הנבדקים תושבי יישובי הקבע ($R^2 = .21, F(9,325) = 9.72, p < .01$) והן בקרב תושבי היישובים הלא-מוכרים ($R^2 = .38, F(9,101) = 6.85, p < .01$). בקרב שתי הקבוצות, איכות שירותי הבריאות נמצאה המנבאת הטובה ביותר של שביעות הרצון משירותי הבריאות ($\beta = .43, \beta = .38, p < .01$). אולם בעוד שבקרב תושבי יישובי הקבע רק תרומתה של איכות השירותים לניבוי שביעות הרצון נמצאה מובהקת, בקרב תושבי היישובים הבלתי מוכרים נמצא כי גם שליטה בעברית ($\beta = .40, p < .05$), תחושת קיפוח כללית ($\beta = .19, p < .05$) ותפיסת חוסר שוויוניות בשירותי הבריאות הניתנים לאוכלוסייה הבדווית

בנגב ולאוכלוסייה היהודית ($\beta=.20, p<.05$) תרמו באופן מובהק לניבוי שביעות הרצון משירותי הבריאות.

לוח 2: ניתוח רגרסיה של שביעות רצון משירותי בריאות ומשתנים סוציו-דמוגרפיים, איכות השירות ותפיסת יחסי מיעוט-רוב

סוג יישוב	המשתנים הנבדקים	סטיית תקן	β	רמת מובהקות
יישובי קבע				
	איכות השירות	0.07	.43	.00
	מצב סוציו-אקונומי	0.04	.01	.81
	תחושת קיפוח כללית	0.04	.07	.21
	תפיסת שוויוניות	0.02	.02	.78
	שליטה בעברית	0.04	.09	.40
	גיל	0.00	.07	.44
	מספר ילדים	0.01	.04	.65
	השכלה	0.04	.09	.37
	מצב בריאות	0.03	.08	.11
יישובים בלתי מוכרים				
	איכות השירות	0.17	.38	.00
	מצב סוציו-אקונומי	0.08	.14	.14
	תחושת קיפוח כללית	0.10	.19	.05
	תפיסת שוויוניות	0.08	.20	.05
	שליטה בעברית	0.07	.40	.02
	גיל	0.01	.14	.32
	מספר ילדים	0.03	.05	.72
	השכלה	0.10	.24	.19
	מצב בריאות	0.06	.13	.13

דין

בדווים בנגב תושבי יישובי הקבע והכפרים הלא-מוכרים חיים במציאות בלתי שוויונית. שתי הקבוצות האלו הן קבוצות מיעוט נחשלות בתוך קבוצת המיעוט הערבי בישראל. השוואה בין בדווים בנגב לקבוצת הרוב היהודית לפי ממדים מקובלים, כגון: השכלה, מצב סוציו-אקונומי ומצב בריאותי, מצביעה על פערים ניכרים לטובת האוכלוסייה היהודית (ממשלת ישראל, 2008; סבירסקי וקונור-אטיאס, 2012) עם זאת, בעוד תושבי יישובי הקבע זוכים להכרה מצד המדינה, ויישוביהם מוסדרים תכנונית ומוניציפלית, תושבי הכפרים הבלתי מוכרים תוארו כ"אזרחים שקופים" (סבירסקי

וחסון, 2005), היות ותושביהם אינם מקבלים שירותים ממשלתיים מסודרים, כגון: תקציבים מוניציפליים, שירותי מים, חשמל וביוב ושירותי חינוך, רווחה ובריאות (מבקר המדינה, 2004; ממשלת ישראל, 2008), וניתן להגדירם כמיעוט בתוך מיעוט בתוך מיעוט. במסגרת חוק הבריאות (משרד הבריאות, 1995), נעשה ניסיון לצמצם את חוסר השוויוניות הקיים בתחום הבריאות בין קבוצות שונות בחברה הישראלית, בכללן החברה הבדווית. ואכן, במחקרים שעקבו אחר מגמות שביעות הרצון של מבוטחים לפני יישום חוק הבריאות ואחריו (גרוס ועמיתים, 2005, 2011), נמצא כי שביעות הרצון משירותי הבריאות בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל עלתה באופן משמעותי. עם זאת, מחקרים אלו לא בדקו מדגם מייצג של האוכלוסייה הבדווית בנגב, וההבחנה בין תושבי יישובי הקבע ותושבי הכפרים הבלתי מוכרים לא נבדקה. המחקר הנוכחי התמקד במקרה של הבדווים בנגב ובהשוואה בין תושבי יישובי הקבע והיישובים הבלתי מוכרים, במטרה להרחיב את הבנתנו על האופן שבו חברי קבוצות מיעוט תופסים שירותים ציבוריים בכלל ואת שירותי הבריאות בפרט. המקרה של הבדווים בנגב מתאים במיוחד לחקר סוגיה זו, מאחר ששתי קבוצות המיעוט נבדלות ביניהם באיכות השירותים שאותם הן מקבלות, מה שמחדד את ההבחנה בין הפן ה"אובייקטיבי" – של איכות השירותים שלה זוכה הקבוצה, לבין הפן ה"סובייקטיבי" – של תפיסת היחסים בין קבוצת המיעוט לרוב, תחושת הקיפוח וחוסר השוויונות.

ממצאי המחקר מצביעים על הבדלים בתפיסת שירותי הבריאות בין תושבי יישובי הקבע ותושבי הכפרים הבלתי מוכרים. הנבדקים תושבי היישובים הבלתי מוכרים דיווחו על מידה רבה יותר של חוסר שביעות רצון משירותי הבריאות הניתנים להם מאשר תושבי היישובים הבדווים המוכרים. הם דיווחו גם על זמינות נמוכה של שירותי בריאות וקשיי נגישות. הבדלים אלו משקפים נאמנה את ההבדלים הקיימים בין רמת השירותים שמקבלים תושבי היישובים המוכרים ובין זו שמקבלים תושבי הבלתי מוכרים (מבקר המדינה, 2004; ממשלת ישראל, 2008).

כמו כן, תושבי היישובים הבלתי מוכרים דיווחו על קושי רב יותר בעמידה בתשלומים מאשר תושבי יישובי הקבע, זאת אף שלא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין שתי הקבוצות במצבן הסוציו-אקונומי, שהיה נמוך. כמו כן, תושבי היישובים הבלתי מוכרים דיווחו על שליטה נמוכה בשפה העברית, בהשוואה לתושבי היישובים המוכרים, זאת אף שלא נמצאו הבדלים בין הקבוצות במספר שנות השכלה, שהיו נמוכות בקרב שתיהן. מעניין כי למרות המצב הסוציו-אקונומי הקשה ורמת ההשכלה הנמוכה, חברי שתי הקבוצות העריכו שמצב בריאותם טוב, ותושבי היישובים הבלתי מוכרים אף דיווחו על מצב בריאותי טוב יותר מתושבי יישובי הקבע. ממצא זה סותר ממצאי מחקרים קודמים, שקשרו בין תפיסת המצב הבריאותי לדיווח על מצב סוציו-אקונומי והשכלה (למשל Marmot et al., 1995; Wilkinson, 1999), בפרט בקרב חברי קבוצות מיעוט (Baron Epel & Ifrach, 1999; Remmenick, 1999). ייתכן כי לממצא זה ישנו הסבר תרבותי הקשור לחוסר לגיטימציה להתלונן על המצב הבריאותי, ובמחקר נוסף יש לשאול שאלות קונקרטריות על המצב הבריאותי, ולא להסתפק בהערכה סובייקטיבית של הנבדק. עם זאת, הסבר תרבותי עשוי להיות חלקי, ולא להתייחס להבדל המעניין

שנמצא בין המצב הבריאותי של הנבדקים תושבי יישובי הקבע לבין זה של תושבי היישובים הבלתי מוכרים. ייתכן כי הסיבה לכך קשורה לאורח החיים של הנבדקים תושבי היישובים הבלתי מוכרים, הקרוב יותר לאורח החיים הבדווי הטיפוסי, ולכן גם קשור למצב בריאותי טוב יותר. לא מצאנו מחקרים התומכים בהשערה זו, ויש לבחון אותה במחקר המשך.

בניגוד למשוער, לא נמצאו הבדלים בתפיסת חוסר השוויוניות ובתחושת הקיפוח הכללית שחוו הנבדקים תושבי יישובי הקבע ותושבי היישובים הבלתי מוכרים. הנבדקים משתי הקבוצות דיווחו על רמות גבוהות של חוסר שוויוניות ותחושת קיפוח. בהתחשב בעובדה שתושבי היישובים הבדוויים הבלתי מוכרים זוכים באופן מכוון ומגמתי לשירותים ציבוריים מעטים יותר מתושבי יישובי הקבע הבדוויים (סבירסקי, 2007), היעדר ההבדלים הוא תמוה. ניתן להציע לממצא הסבר המבוסס על תאוריית הזהות החברתית (Tajfel & Turner, 1986). לפי תאוריה זו ניתן להגדיר את חברי שתי הקבוצות כחולקים זהות חברתית שלילית ותחושת שייכות לקבוצה משותפת (we-group) המאופיינת בתחושות קיפוח, נחיתות ויחס לא שוויוני בהשוואה לאוכלוסייה היהודית (מאנע, 2011). נראה כי המדיניות הממשלתית המפלה, ההופכת כמחצית מאוכלוסיית בדוויים בנגב ל"אזרחים שקופים", צובעת את תחושת האוכלוסייה כולה כמודרת וכמקופחת. ממצאי המחקר מחזקים הערכות קודמות כי סוגיית הסדרת הקרקעות ומעמדן של היישובים הבדוויים הלא-מוכרים אינה יכולה להישאר "מחוץ לתחום", תוך התמקדות בשיפור מצבם של תושבי יישובי הקבע בלבד; זאת מאחר שמצבם של תושבי היישובים הבלתי מוכרים והיחס שלו הם זוכים משליכים על הזהות החברתית המשותפת של האוכלוסייה הבדוויית בנגב כולה ועל האופן שבו הם תופסים את היחסים בינם לבין החברה היהודית (יפתחאל, 2013; יפתחאל ועמיתים, 2012; סבירסקי, 2007).

כזכור, מטרתו המרכזית של המחקר הנוכחי הייתה לבחון מודל אינטגרטיבי חדש שיבדוק את האופן שבו חברי קבוצות מיעוט תופסים את השירות הציבורי בכלל ואת שירותי הבריאות בפרט. המקרה הייחודי של אוכלוסיית הבדוויים בנגב, הממוקמת בתחתית ההיררכיה החברתית בישראל, ואשר כוללת תושבים המקבלים שירותים ציבוריים באזור מגוריהם ותושבים שאינם מקבלים שירותים כאלה, מאפשר לבחון באופן רב ממדי את תפיסת השירות הציבורי כקשורה למשתנים אינדיווידואליים, לאיכות השירות ולתפיסת היחסים בין קבוצת המיעוט לרוב. מחקרים קודמים הצביעו על כך ששירותים ציבוריים עשויים להיתפס בעיני קבוצת המיעוט כמייצגים את קבוצת הרוב ומוסדותיה ולהיקשר לתחושות עוינות, קיפוח וחוסר שוויונות בתחומי החיים השונים (Al-Krenawi & Graham, 2005; Hines & Franklin, 1982; Mishler & Rose, 2001; Wilkinson, 1999), ובקרב קבוצות חברתיות שונות נמצאו קשרים חיוביים בין מיקום בהיררכיה החברתית ומצב בריאותי (Collins & Simon, 1996; Scheppers et al., 2006). עם זאת, בעוד הקשר בין שביעות רצון מהשירות הציבורי ובין איכות השירות והבדלים אינדיווידואליים נבדקו במחקרים רבים (לדוגמה גרוס ועמיתים,

2005, 2011), ככל הידוע לנו, תפיסת היחסים בין קבוצת המיעוט לרוב כגורם המנבא שביעות הרצון של חברי קבוצות מיעוט משירותי הבריאות טרם נבדקה.

ממצאי המחקר תמכו במודל האינטגרטיבי המוצע. בקרב שתי הקבוצות, הערכת איכות שירותי הבריאות תרמה בעיקר לשביעות הרצון הכללית. הוספת המדד של תפיסת היחסים בין קבוצת המיעוט לרוב (תחושת הקיפוח ותפיסת חוסר שוויוניות בשירותי הבריאות שניתנים לאוכלוסייה הבדווית בנגב, לעומת אלו הניתנים לשכניהם היהודים) וכן השליטה בעברית תרמו באופן מובהק לניבוי שביעות הרצון משירותי הבריאות בקרב הנבדקים תושבי היישובים הבלתי מוכרים בלבד. ההבדלים שנמצאו בין שתי הקבוצות עשויים להרחיב את הבנתנו בנוגע למקומה של תפיסת היחסים בין קבוצת המיעוט והרוב בעיצוב תפיסת שירותי הבריאות. נראה כי אף ששתי הקבוצות דיווחו על רמות גבוהות של תחושת חוסר שוויוניות וקיפוח כללי, בהשוואה לאוכלוסייה היהודית בנגב, תושבי היישובים הבלתי מוכרים, החווים באופן אובייקטיבי חוסר שוויונות בולט בשירותים הציבוריים הניתנים להם, הן בהשוואה לאוכלוסייה היהודית והן בהשוואה לתושבי יישובי הקבע, קושרים בצורה חזקה יותר בין שביעות רצון משירותי הבריאות לבין תחושות כלליות של קיפוח וחוסר שוויוניות. כמו כן ניכר כי מבחינתם, שירותי הבריאות קשורים לתפיסת היחסים המורכבים בין הבדווים והיהודים והחיים במציאות יום-יומית של אי-שוויון, קיפוח וסכסוך מתמשכים.

למחקר הנוכחי היו מספר מגבלות: ראשית, כפי שצוין קודם, בדיקת המשתנה של מצב הבריאות, שבו נמצא הבדל מעניין בין שתי הקבוצות, לא הייתה מספקת, והיה צריך לשלב בה מדדים שהיו מאפשרים הערכה אובייקטיבית של מצב הבריאות, ולא רק הערכה סובייקטיבית; שנית, אחוז ההיענות היה נמוך יחסית ועמד על 4.5%, למרות הניסיונות להתאים את שיטת איסוף המידע לאוכלוסייה. ייתכן כי הסיבות להיענות הנמוכה הן חשש מפני מתן מידע לגורמים חיצוניים, חוסר רצון לחשוף את הקושי בקריאה או בהבנת השאלות בפני הסוקר או חוסר פניות.

ניתן לגזור ממצאי המחקר כמה המלצות יישומיות עבור נותני השירות וקובעי המדיניות: ראשית, ממצאי המחקר מלמדים על החשיבות של הבנת ההקשר החברתי בניתוח מגמות של שביעות רצון משירותים ממשלתיים, בצד המדדים של איכות השירותים; נוסף על כך, ממצאי המחקר מצביעים על חשיבות הבנת השפה העברית לשביעות הרצון משירותי הבריאות; נראה כי ממצא זה ניתן ליישום גם בכיוון השני – הבנת השפה הערבית או שימוש במתורגמנים במסגרות שירותי בריאות עשויים לתרום לעלייה בשביעות הרצון של המטופלים מהמגזר הבדווי, בפרט של תושבי הכפרים הבלתי מוכרים.

לסיכום, ממצאי המחקר מצביעים על כך שניתוח מגמות שביעות רצון ושוויוניות מנקודת מבט חברתית רחבה הוא מעניין הן מבחינה תאורטית והן מבחינה יישומית, ומפגיש עולמות ידע מתחומים שונים. הכללת משתנים חברתיים כגון אלו שנבדקו במחקר הנוכחי, נוסף על משתנים המוכרים היטב לחוקרים מתחום הבריאות, עשויה להעשיר הן את המודלים בתחום מדעי החברה והן את אלו בתחום מדעי הבריאות.

מקורות

- אברבוק, א', חורב, ט' וקידר, נ' (2010). **אי שוויון בבריאות והתמודדות עמו**. ירושלים: משרד הבריאות. אדר, צ' (1993). **יעילות ושוויוניות במערכת הבריאות: נייר עמדה** (סדרת ניירות דיון מס' 1). תל השומר: מכון גרטנר לאפידימולוגיה וחקר מדיניות הבריאות.
- בן דוד, י' (2004). **יהודים ובדווים בנגב – עבר והווה**. בתוך ח' שלמה וח' אבו-עסבה (עורכים), **יהודים ובדווים בנגב בישראל במציאות משתנה** (עמ' 226–243). ירושלים: מכון פלורסהיימר למחקרי מדיניות.
- גרוס, ר', ברמלי-גריןברג, ש', יאיר, י' ועקיבא, א' (2011). **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות ב-2009 והשוואה לשנים קודמות**. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- גרוס, ר', ברמלי-גריןברג, ש' ומצליח, ר' (2005). **דעת הציבור על רמת השירות ותפקיד מערכת הבריאות בשנת 2003 והשוואה לשנים קודמות**. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- דורקהיים, א' (2002). **ההתאבדות**. תל אביב: נמרוד.
- ויגודה-גדות, ע' ומזרחי, ש' (2012). **ביצועי המגזר הציבורי בישראל: ניתוח עמדות אזרחים והערכת מצב לאומית** (נייר עבודה מס' 12). חיפה: אוניברסיטת חיפה.
- יפתחאל, א' (2013). **המרחב הבדוי "הלא מוכר": התפתחותה של סוגיה אסטרטגית**. בתוך ר' פדהצור (עורך), **הבדווים בנגב – אתגר אסטרטגי לישראל** (עמ' 8–18). ירושלים: מרכז אברהם דניאל לדיאלוג אסטרטגי.
- יפתחאל, א', קדר, ס' ואמארה, א' (2012). **עיון מחודש בהלכת "הנגב המת". משפט וממשל, יד, 41–1**.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2008). **השנתון הסטטיסטי לישראל**. ירושלים: הלמ"ס.
- מאנע, ע' (2011). **הבניית זהות ותחושות איום במפגש לימודי של מתבגרים יהודים וערבים-בדווים בנגב**. **מגמות, מז, 415–451**.
- מבקר המדינה (2004). **דו"ח שנתי 54/ב לשנת 2003**. זמין באתר www.mevaker.gov.il
- ממשלת ישראל (2008). **דו"ח ועדת גולדברג**. זמין באתר http://www.moch.gov.il/SiteCollectionDocuments/odot/doch_goldberg/Doch_Vaada_Shofet_Goldberg.pdf
- משרד הבריאות (1995). **תקנות חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ה-1995**. ירושלים: משרד הבריאות.
- משרד הבריאות (2008). **מצב הבריאות של תינוקות וילדים בדווים עד גיל 6 שנים ביישובי קבע ובכפרים הבלתי מוכרים בנגב**. ירושלים: משרד הבריאות.
- סבירסקי, ש' (2007). **מבט ביקורתי על תוכניות לפיתוח הנגב**. תל אביב: מרכז אדוה.
- סבירסקי, ש' וחסון, י' (2005). **אזרחים שקופים: מדיניות הממשלה כלפי הבדווים בנגב**. **מידע על שוויון וצדק חברתי, 14, 2** מין באתר <http://www.adva.org/uploaded/bedouimreport.pdf>
- סבירסקי ש' וקונוור-אטיאס, א' (2012). **תמונת מצב חברתית**. תל אביב: מרכז אדוה.
- סופר, א' (2007). **הבדואים בישראל – היבטים גיאוגרפיים**. **אופקים בגיאוגרפיה, 68–69, 224–236**.
- סמוחה, ס' (2005). **מדד יחסי יהודים-בדווים בנגב 2004**. חיפה: אוניברסיטת חיפה.
- צ'רניחובסקי, ד', אלקנה, י', אנסון, י' ושמש, ע' (2003). **שוויוניות ומערכת הבריאות בישראל: עוני יחסי כגורם סיכון לבריאות**. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- רופאים לזכויות אדם (2008). **דו"ח ארגון רופאים לזכויות אדם**. זמין באתר <http://www.phr.org.il>
- שוכל, י' ואנסון, ע' (2000). **העיקר הבריאות: מבנה חברתי ובריאות בישראל**. ירושלים: מאגנס.
- שמואלי, ע' וגרוס, ר' (2001). **אי-השוויון בבריאות הקשור בהכנסה בישראל של שנות ה-90**. **ביטחון סוציאלי, 59, 64–75**.

- Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. (2005). Mental health practice for Muslim Arab peoples in Israel. In C. Rabin (Ed.), *Understanding gender, culture and ethnicity in the helping process* (pp. 68–83). [n.p.] CA: Thomson Wadsworth Press.
- Ashdown-Lambert, J. R. (2005). A review of low birth weight: Predictors, precursors and morbidity outcomes. *Journal of the royal society for the promotion of Health*, 125, 76–83.
- Babakus, E., & Boller, G. W. (1992). An empirical assessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Business Research*, 24, 253–268.
- Baron Epel, O., & Ifrach, A. (1999). *Health status in Israel*. Tel Hshomer: Ministry of Health.
- Choi, K. S., Cho, W. H., Lee, S., Lee, H., & Choi, K. (2004). The relationship among quality, value, satisfaction and behavioral intentions in health care provider choice: A South Korean study. *Journal of Business Research*, 57, 913–921 .
- Collins, K. S., & Simon, L. J. (1996). Women's health and managed care: Promises and challenges. *Women's Health Issues*, 6, 39–44.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: A re-examination and extension. *Journal of Marketing*, 56, 55–68.
- Goldwag, R., & Rosen, B. (2007). *Responsiveness of the health care system: Finding from the Israeli component of the World Health Survey*. Jerusalem: Myers-JDS-Brookdale Institute.
- Hines, A., & Franklin, B. (1982). Black American families. In M. McGoldrick, J. Pearce & J. Giordano (Eds.), *Ethnicity and family therapy* (pp. 84–100). New York: The Guilford Press.
- King, C. S., Feltey, K. M., & Susel, B. O. (1998). The question of participation: Toward authentic public participation in public administration. *Public Administration Review*, 58, 317–326.
- Landau, D., Mishori-Dery, A., Hershkovitz, R., Narkis, G., & Carmi, R. (2003). A new autosomal recessive congenital contractural syndrome in an Israeli Bedouin kindred. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 117(1), 37–40.
- Lindholm, C., Fredlund, P., & Wamala, S. (2008). Income distribution and mortality in Sweden. *Italian Journal of Public Health*, 5, 304–309.
- Marmot, M. G., & Davey Smith, G. (1997). Socioeconomic differences in health: The contribution of the Whitehall studies. *Journal of Health Psychology*, 2(3), 283–296..
- Mishler, W., & Rose, R. (2001). What are the origins of political trust? Testing institutional and cultural theories in post-Communist societies. *Comparative Political Studies*, 34, 30–62.
- Murray, C. J. L., & Evans, D. (2003). *Health system performance assessment: Debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization.
- Oliver R. L. (1993). A conceptual model of service quality and service satisfaction. In T. A, Swartz, D. E. Bowen & S. W Brown (Eds), *Advances in services marketing and management: Research and practice* (pp. 65–85). Greenwich, CT: JAI Press.
- Radley, A., & Billing, A. M. (1996). Accounts of health and illness: dilemmas and representations. *Sociology of Health and Illness*, 18(2), 220–240.

- Remmenick, L. I. (1999). Preventive behavior among recent immigrants: Russian speaking women and cancer screening in Israel. *Social Science and Medicine*, 48, 1669–1684.
- Scheppers, E., van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: A review. *family Practice*, 23, 325–348.
- Shvarts, S., Borkan, J., Morad, M., & Sherf, M. (2003). The government of Israel and the health care of the Negev Bedouin under military government, 1948–1966. *Medical History*, 47, 47–66.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of inter-group behavior. In S. Worchel & L. W. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (pp. 7–24). Chicago: Nelson-Hall.
- Taylor, S. A., & Baker, T. L. (1994). An assessment of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of consumers' purchase intentions. *Journal of Retailing*, 70, 163–178.
- Wilkinson, R. G. (1999). Social relations, hierarchy, and health. In A. Tarlov & R. F. Peter (Eds.), *The society and population health reader* (pp. 211–236). New York: The New Press.