לא יחיד בודד ולא חברה מנוכרת – האתגר האתי והאנליטי ל-post covid-19 public health/ ד"ר חגי בועז ופרופ' נדב דוידוביץ'

נכון לסוף מרץ 2022 הביא נגיף הקורונה למותם של למעלה משישה מיליונים ברחבי העולם, כאשר ככל הנראה מדובר בהערכת חסר משמעותית. שיעור התמותה בארצות הברית לבדה מתקרב למיליון נפש וחמישה גלים היכו את העולם כולו מאז פרוץ המגפה בסוף 2019 ועד לכתיבת שורות אלה במרץ 2022.[[1]](#footnote-1) בעיקר, מגפת הקורונה חשפה את העובדה כי בריאות אינה רק שאלה של אחריות אישית, אלא תלויה במערך מסועף של הקשרים מבניים, חלקם מוסדיים וחלקם נורמטיביים, אך כולם מדגישים את הממד הציבורי והקולקטיבי של בריאות. אנחנו יודעים כבר היום, עוד בטרם הצלחנו לגבור לחלוטין על הנגיף כי מעבר לנגיף הקורונה עצמו ולשחיקה של צוותי הבריאות, ההסתכלות הצרה מדי רק על התחלואה והתמותה מקורונה – יכולה להביא לפגיעה ישירה בבריאות כתוצאה מנזקי תקופת הסגר, דוגמת השמנה, היעדר פעילות גופנית, עליה בשיעורי העישון, בדידות, דיכאון, פגיעה בהון החברתי, עוני ועוד. (Addressing the long shadows of the COVID-19 pandemic’s unjust, unequal, deep, widespread and enduring impacts over the next decade**.** [Second ASPHER Statement on the Pandemic Impacts on Health Inequalities in Disadvantaged Vulnerable Populations in the European Region](https://www.aspher.org/download/1037/aspher-covid-19-task-force-2nd-statement-on-inequalities.pdf)) הסתכלות רחבה על בריאות הציבור חייבת לכלול גם את המשתנים החברתיים, כלכליים, סביבתיים ופוליטיים המשפיעים על הבריאות. בקצרה בריאות היא שאלה חברתית, פוליטית ונורמטיבית לא פחות מאשר היא עניין פרטי. [[2]](#footnote-2)

קו השבר של מגפת הקורונה הדגיש את חשיבות הדיסציפלינה של בריאות הציבור. דיסצפלינה שנדחקה לשוליים במערכת הבריאות לטובת שדות טיפול קליניים במטופלים ולא באוכלוסייה. עד כדי כך הופעתה המהירה של דיסצפלינת בריאות הציבור ושל מומחים בבריאות הציבור היתה שונה ממה שרוב הציבור הבין כ"בריאות", עד כדי כך שנוצר משבר אמון מתמשך בין הציבור ובין המומחים וקברניטי בריאות הציבור. זאת ועוד, אף על פי שהמדיניות הכוללת להתמודדות עם המגפה במדינות השונות לא היתה חדשנית במיוחד וכללה צעדים מסורתיים כמו בידוד, מרחק חברתי, סגרים ומשלב מסוים גם חיסונים, מגפת הקורונה נתפסה כמשבר ייחודי כ-covid ' exceptionalism, כ"נורמליות חדשה" שצריך "לחיות איתה".[[3]](#footnote-3) למעשה, השינוי המרכזי היה בתפיסה שהיא אמנם ותיקה אך לא ממומשת מספיק כי בריאות היא מתקיימת בהקשר חברתי ופוליטי; היא מתקיימת במישור חברתי וההתמודדות איתה מחייבת כלים ומושגים ממדעי החברה.[[4]](#footnote-4)

הדגש המחודש בהבנת בריאות כמושג חברתי מקפל בתוכו משמעויות נורמטיביות מרכזיות גם ביחס להתמודדות עם מגפת הקורונה ומגפות נוספות וגם ביחס למשברים עולמיים נוספים ובראשם משבר האקלים.[[5]](#footnote-5) אנחנו מבקשים לטעון כי לחשוב על הסוציולוגיה של בריאות מחייב אותנו להבנה ניואנסית של הקשר בין יחיד וחברה ולניסוח ביואתיקה חדשה הממוקדת במושג סולידריות כערך מרכזי בבריאות הציבור.

לקראת ביואתיקה חדשה

עד תחילת המגפה הקשר בין חברה ובריאות נתפס על פי רוב במונחים אינדיבידואליים, של היחס בין הרופא והחולה והחובות והזכויות המתלוות לקשר זה. אחד האדנים המרכזים של היחס הזה הוא גישת זכויות החולה שקיבלה ביטויים חוקיים במדינות רבות.[[6]](#footnote-6) תפיסת הזכויות הגדירה את המותר והאסור בין הרופאים והחולים, חיזקה את מעמד החולה והאוטונומיה שלו להחליט על הטיפול הרפואי ושירטטה את גבולות הגזרה הנורמטיביים של הקשר בין הממסד הרפואי והמטופלים.[[7]](#footnote-7) הביואתיקה שהתלוותה לפרדגימה זו היא ביואתיקה ליברלית כיון שהיא עוקבת אחרי המסורת הפוליטית הליברלית בהדגישה את המקום של היחיד, רצונו, הבנתו, החלטותיו וזכויותיו.[[8]](#footnote-8) יותר מכך, זו תפיסה ליברלית כיון שבבסיסה היא משעתקת תפיסה של חירות שלילית, כלומר חירות של היחיד מכוחם הכופה של גופים חיצוניים, במקרה זה הממסד הרפואי ומקדישה מאמצים רבים ליצירתו של מתחם מוגן לשמירת פרטיות החלטותיו של היחיד.[[9]](#footnote-9) גם חוק ביטוח בריאות ממלכתי מתייחס בעיקר לטיפול הרפואי אותו מקבלים חולים כבודדים.

כיום, ואולי בעתיד הקרוב, המערכת הנורמטיבית הזו עשויה להשתנות. בעידן המגפה, המטופל אינו רק המטופל הבודד שעל זכויותיו יש לשמור, אלא האוכלוסייה שעליה יש להגן. בעידן המגפה, רופאי בריאות הציבור, המטפלים ברמת האוכלוסייה ולוקחים בחשבון את הממדים החברתיים, כלכליים ופוליטיים של המגיפה, הם העומדים בחזית. בעידן המגפה, הקשר בין בריאות וחברה מוגדר על פי מטרות של מניעה והכלה, כמו גם על החוסן הקהילתי בכל הרמות, כולל הנפשית והחברתית, ולא רק הטיפול הרפואי.[[10]](#footnote-10)

הביו-אתיקה הליברלית נולדה במחצית השנייה של המאה שעברה ובהקשר שונה לחלוטין מזה בו נולדה רפואת בריאות הציבור. רפואת בריאות הציבור היא פרי המאה ה-19 ותולדה ישירה של מדעי החברה ועלייתה של מדינת הלאום, כמו גם מדינת הרווחה, במאה העשרים. יחידת הניתוח של רפואה זו היא האוכלוסייה, מושג מובהק של המאה ה-19, ועולם הערכים הביו-אתי המבוסס על אינדיבידואליות וזכויות הפרט היה זר לה בתחילת דרכה.[[11]](#footnote-11)

תחת הנחות המוצא הליברליות, אנו נוטים לבלבל בין הביו-אתיקה לבין אתיקה רפואית. סוגיות כמו הסכמה מדעת, אוטונומיה, סודיות רפואית ועוד קשורות ליחסים הנרקמים בין רופא וחולה וההיבט האתי שלהם מבוסס על אתוס רפואי פרופסיונלי, שראשיתו עוד בשבועת היפוקרטס. אך אם נתייחס למושג הביו-אתיקה באופן רחב יותר וביחס לבריאות הציבור נגלה פוטנציאל למערכת ערכים וכללים הנובעת ממקום אחר. זו מערכת ערכים וכללים שלא בהכרח באה להחליף את תפיסת הפרט אלא להוסיף לו שכבה נוספת, כזו שמתייחס לחברה, לכלל. שרואה את טובת הפרט כנגזרת של טובת הכלל ולא ההפך.

למעשה, הוראתה הלשונית של התיבה "ביו-אתיקה" הינה הנורמות הקשורות בניהול ה"ביוס" (bios), דהיינו החיים. במונחי הביו-אתיקה הליברלית, המיקוד היה בשאלות נורמטיביות הקשורות בעיקר לשני תחומים: האוטונומיה של מטופלים ומטופלות ביחס לסיכונים בריאותיים הקשורים לטיפולים רפואיים או השתתפות בניסויים. התחום השני היה קביעת נורמות חברתיות ביחס לשימוש בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות, כמו למשל בשאלות הקשורות בשימוש במידע גנטי והשלכותיו.[[12]](#footnote-12) הביו-אתיקה הליברלית נשענת על הגיון מחשבה של פילוסופיה אנליטית ומשפט המיושמים לתחומי הבריאות והרפואה. התוצאה המובהקת של הגיון זה בא לידי ביטוי ב"עקרונות ג'ורג'טאון", המדגישים את האוטונומיה של הפרט ואת נחיצות ההסכמה כנגד מחויבות הממסד הרפואי לטיפול מיטיב.[[13]](#footnote-13)

הרבה זכויות יש לביו-אתיקה הליברלית, בעיקר מול היסטוריה עגומה של ניצול, כפיה ודיכוי המטופלים. כנגד ההיסטוריה שחטאה באי כיבוד האוטונומיה של המטופלים, קודמה תפיסת עולם שמדגישה את הפרט כשחקן שהאוטונומיה שלו מקודשת. התנאים החברתיים בהם פועל שחקן זה הוסגו לרקע הדיונים, אם בכלל נדונו. הרעיון הוא שאין זה משנה אם מדובר במטופל או מטופלת, ממעמד כזה או אחר, יליד או מהגר, הניהול הביו-אתי הנכון הוא בדבר האוטונומיה שיש להבטיח למטופל. עקרון האוטונומיה והשימוש בהסכמה מדעת נתפסו כתרופה יעילה נגד הרעות החולות של ניצול וכפיה.[[14]](#footnote-14)

שלל ביקורות יצאו נגד תפיסה זו של אוטונומיה. חלקן הדגישו את עד כמה בלתי אפשרי להשיג הסכמה מדעת שלמה, חלקן ערערו על עצם מושג האוטונומיה.[[15]](#footnote-15) חלק מהביקורות הדגישו את התנאים החברתיים שבהם פועלים גם אנשי מערכות הבריאות וגם מטופלים ומטופלות. כללו של דבר, אף על פי שההסכמה מדעת ועקרון האוטונומיה עדיין עומדים כנר לרגליהם של ועדות ביו-אתיקה במוסדות בריאות רבים, הרי שהביקורת הרבה שהוטחה בהם מעמידה את עצם היתכנותם בסימן שאלה גדול.[[16]](#footnote-16)

לעומת הביו-אתיקה הליברלית, אתיקה של בריאות הציבור מדגישה את ההקשרים החברתיים, הכלכליים והפוליטיים של בריאות ושל מערך הכוחות החברתיים והפוליטיים שמעצבים את תהליך קבלת ההחלטות החברתיות.[[17]](#footnote-17) הנגישות של אוכלוסיות לטיפול רפואי, לסניטציה, מים, חשמל והפערים בנגישות לתנאים בסיסיים אלו, הינם קריטיים לאופני פעולתה.[[18]](#footnote-18) חיסונים היא דוגמה מוכרת וידועה למתח שבין בריאות הציבור ובין ביו-אתיקה ליברלית. הרופא המטפל רואה לנגד עיניו את טובת החולה, את זכויותיו ובעיקר את זכותו להחליט על טיפול רפואי כולל חיסון. לעומת זאת, בריאות הציבור רואה את זכות הכלל לסביבה בריאה חשובה יותר למען הרוב המכריע שמאמין שחיסונים הם הטיפול המניעתי הראוי. הביו-אתיקה הליברלית מדגישה את חירות היחיד, חירותו לשמור על הבחירות האישיות, ואילו הביו-אתיקה של בריאות הציבור מדגישה ערכים קולקטיביים יותר, כמו טובת הכלל.[[19]](#footnote-19)

עידן הקורונה הדגיש את המתח שבין הביו-אתיקה הליברלית לבין תפיסות חדשות של ביו-אתיקה ובין הבסיסים הערכיים של הביואתיקה הליברלית ובין אלה של בריאות הציבור. המתח הזה בא לידי ביטוי בראש ובראש במעבר מהיר ותזזיתי מדי בין עקרונות ליברליים של שמירה על זכויות אדם ופרטיות לבין עקרונות קולקטיביים של בריאות הציבור ומדיניות חברתית שכללה פגיעה בזכויות התנועה, בסגרים כוללים שהובילו למשברים כלכליים, בחדירה לפרטיות במעקב אחרי מבודדים ועוד. כך, בהינתן גלים חוזרים של המגפה ובנטל כפול של מגפה מתמשכת ומחלות עונתיות, ההנחיה הנורמטיבית הפכה להיות כיצד "לחיות עם הקורונה". יותר ויותר קולות ברחבי העולם קראו להסתגל למצב של מגפה כרונית שמלווה את שגרת היום יום.[[20]](#footnote-20) כפי שמחלות כרוניות החליפו את המחלות הזיהומיות – כתו ההיכר של חולי בעולם המערבי, כך תפיסה כרונית של "לחיות עם" הופכת להיות תו ההיכר גם של בריאות הציבור.

המעבר לתפיסה כרונית של בריאות, כלומר של חיים עם מצב מתמשך שאינו "בריא" ואינו "חולה", מערער למעשה את התפיסה הקלינית של בריאות וחולי. תפיסה זו מקבלת משמעות מיוחדת כאשר לא מדובר על מצב כרוני של יחידים אלא על מצב כרוני של בריאות הציבור. ראשית, מושג הבריאות עצמו משתנה. תפנית תפיסתית זו מעלה שאלות רבות, כמו: מהי אוכלוסייה בריאה? האם זו אוכלוסייה שבה מספר הפרטים החולים נמוך או שזו אוכלוסייה שמצליחה להתמודד עם מצב כרוני של סיכונים בריאותיים שלא ניתן למגרם. בהקשר זה, משבר הקורונה הוא רק מבשר של שינוי בתפיסת הבריאות שלנו. כך למשל, ניתן לחשוב גם על השלכות השינוי האקלימי כמצב כרוני שמחייב שינו בהגדרות של בריאות וחולי ודורש התמודדות במסגרת של "לחיות עם". (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33444865/) יתכן אפילו שההשלכות של השינוי האקלימי, למשל על עליית הטמפרטורות ויצירת מרחבי מחיה חדשים לחיידקים, יהיו בעלי ממדים רחבים יותר מהמשבר הנוכחי. החוסן, אם כן, צריך להיות לא רק ברמת הפרט אלא גם ברמת הקהילה. (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048969720340857?casa\_token=lpQpmnXHuegAAAAA:PUe0rA9eBTzIMI9mOYd4PWNA4BEhKt8PudIgO5WVsmFKhyuInI-o6D7jplRGWOMZdOiHqw)

כיצד אנחנו ממסגרים את תפיסת בריאות הציבור אל מול האתגרים האלה והתפיסה הכרונית של בריאות? השינוי בהבנת מושג הבריאות כמצב כרוני, שבו אין הבחנה ברורה בין בריאות ובין חולי, גורר גם משמעות חדשה למושג החיים - ה"ביוס" שבסיס התיבה "ביו-אתיקה". השאלה העולה היא האם יש לבריאות הציבור ולתפיסה הקולקטיבית שבבסיסה ארגז כלים מעשי ותיאורטי, שמסוגל להתמודד עם השינוי הפרדיגמטי הזה. באיזה אופן בריאות הציבור מוסיפה להבנה ולהתמודדות של הביו-אתיקה הליברלית עם מצבים כרוניים מעין אלה.

אפשרות אחת היא הרחבת התפיסה הביו-אתית, מֵעֶבֵר ליחסים הפורמליים שבין רופא וחולה או לשימוש בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות, לטובת שאלות אודות הגורמים החברתיים שמעצבים את מושגי הבריאות והחולי. גורמים אלה כוללים לא רק ניתוח המבנה הכלכלי, התרבותי ואפילו ההיסטורי של בריאות וחולי, אלא גם פוליטיזציה של מושגים אלה. ביטוי להרחבה הזו בהקשר מגפת הקורונה הוא בעיית פערי החיסון בתוך מדינות ובין מדינות. נציע גישה ביואתית חדשה לשאלת פערי החיסון שמעלה חלופה לדיכוטומיה יחיד-חברה ושבמרכזה מושג הסולידריות.

הססנות חיסונים ופערי חיסון

חשוב לציין כי חיסוני הקורונה – כמו למעשה כל חיסון אחר – הם רק חלק מפתרון. מיגור מגפות או לפחות הקטנת שיעורן תלוי במכלול רחב יותר של גורמים שבעיקרם הוא חיזוק התשתית של מערכות בריאות הציבור והרפואה הציבורית כמו גם משתנים סביבתיים וחברתיים המשפיעים על הבריאות. לגבי חיסוני הקורונה עצמם כפתרון של מניעת המחלה ואפשרות של חזרה לשגרה לאחר הגעה לשעורי התחסנות גבוהים מספיק, הם מעלים חשש בקרב רבים בשל חדשנותם, בשל השיטה מבוססת mRNA של חיסוני פייזר ומודרנה, החיסונים אשר אמנם בינתיים אושרו על ידי ה – FDA ובמדינות רבות באישור חירום, חיסונים אשר נבדקו באופן קפדני לגבי נושאים של בטיחות ויעילות, אך היעדר ממצאים ארוכי טווח להשפעות החיסון עדיין קיים ומהווה מכשול בבניית אמון הציבור בבטיחות החיסון.

כך נוצרו מאז תחילת החיסון סדרה של פערי חיסון. בין המדינות פערי החיסון עוקבים אחרי קווי החלוקה בין הצפון והמערב העשירים לבין שאר העולם. המירוץ לחיסונים התנהל על ידי מדינות ולא על ידי גופים בינלאומיים במה שכונה vaccine nationalism בה כל מדינה גייסה את כוחה לטובת רכישת חיסונים לאזרחיה בלבד.( https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8284863/) מצב זה יצר פערי חיסון גלובליים שהובילו בסופו של דבר ליצירת מוטציות, גלי מגפה חדשים לאורך 2021, התארכות משך המגפה ועלייה בקורבנות. (https://www.science.org/doi/full/10.1126/science.abj7364). בתוך מדינות פערי החיסון נובעים בין השאר מנגישות לא שווה למידע ולמשאבי בריאות בכללם מרפאות מקומיות ומוקדי התחסנות. אך היא קשורה גם לגורמים חברתיים, תרבותיים ופוליטיים שמעלים את החשש מחיסונים ומובילים למה שמכונה "הססנות חיסונים".

הססנות חיסונים היא תופעה ידועה ומוכרת. הססנות חיסונים היא קטגוריית אמצע בין אלה המוכנים לקבל חיסונים ובין סרבני חיסונים מוחלטים.[[21]](#footnote-21) קטגוריית אמצע זו היא בעלת חשיבות מכרעת בכל מערכה לחיסון, וודאי כאשר מדובר בחיסון חדש. פנייה לקבוצה זו, על פי צוות עבודה שאורגן על ידי ארגון הבריאות העולמי מ-2014, צריכה להתבצע בשלוש רמות כלליות: הקשרי, אישי וקבוצתי (Contextual, Individual and Group) וברמה ספציפית לסוג החיסון (vaccination specific-influences).[[22]](#footnote-22) מחקרים אחרים מציעים כי הגורמים להססנות חיסונים קשים לקטלוג כיוון שהם משתנים ביחס לסוג החיסון, מקום, אוכלוסייה וזמן.[[23]](#footnote-23)

הגברת אמון בבטיחות חיסונים הוא צעד חשוב בהתמודדות עם הססנות חיסונים. האמון נוגע בעיקר בשקיפות התהליך, בכנות מטרות החיסון, בהנגשת המידע באופן מותאם לאוכלוסיות שונות ובידע מקיף ביחס לתופעות הלוואי. [[24]](#footnote-24) בחיסוני הקורונה, למשל, אמון אמור להתמודד עם חששות מחיסון חדש שתוצאותיו ארוכות הטווח אינן ידועות עדיין. חששות מחיסונים מגובות לא פעם גם בהפצה של תיאוריות קשר, אם כי אלו קשורות באופן מובהק יותר למתנגדים אידיאולוגיים לחיסונים מאשר למהססי חיסונים.[[25]](#footnote-25) מחקר מקדים שנעשה בישראל, עוד טרם פרסמו חברות התרופות את ממצאיהן ביחס לחיסוני הקורונה, הראה ששאלת הסיכון שבחיסון הוא גורם משפיע גם על ההחלטה להתחסן בקרב צוותים רפואיים.[[26]](#footnote-26) כחלק מהמאמץ להגביר את האמון והשקיפות בבטיחות חיסוני הקורונה החלו בדצמבר 2020 דמויות מובילות בציבוריות הישראלית להתחסן.

אמון מהווה תנאי בסיסי להיענות הציבור להחלטות קובעי המדיניות, בתחום בריאות הציבור ככלל ובתחום החיסונים בפרט.[[27]](#footnote-27) הסברה מקדמת אמון מצריכה התייחסות לסוגיות המטרידות את הציבור ולאו דווקא לסוגיות מדעיות אשר לדעתם של המומחים ראוי לפרט ולהסביר. הציבור מהסס אם להתחסן לאו דווקא בשל חוסר ידע, אלא לא פעם בשל מידע רחב, ממקורות שונים אשר לעיתים יכולים להיות גם סותרים ומתוך ניסיון להתמודד עם קונפליקטים המשתנים מחיסון אחד לאחר כגון יעילות ובטיחות החיסון מול סיכוני המחלה, האינטרס האישי מול התרומה הקהילתית הכרוכה בחיסון ובמקרה הקורונה – התרומה הגלובלית לסיום המגיפה.[[28]](#footnote-28) החשש מפני חיסון חדש צריך להיענות בקמפיין הסברתי שאינו מתעלם מהחששות, באופן שלאו דווקא מבטל אותן. דרושה התייחסות גם לשאלות שאין להן מענה עדיין, למשל בחיסוני הקורונה כעת השאלה אם החיסונים, בנוסף לכך שהם יעילים בהפחתת תחלואה ומוות, גם מונעים הדבקה, מהו משך החסינות, ובאיזו מידה ומהירות הנגיף עובר מוטציות. (https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.abn1755?casa\_token=0DEBdjAJrtgAAAAA:Ti8mO32hHCZ\_hmrJMvR7o7lPYHhbUPOX\_gMTq-SVHA7Fw0NooPwEZts6WRaQANco2vHSs0jticI)

אך מעבר לשאלת האמון, אנחנו רוצים להתייחס להיבט הסוציולוגי של הססנות חיסונים ולהציע כיוון לפתרון. לכיסוי חיסוני יש מאפיינים סוציולוגיים. כך למשל בישראל, אוכלוסייה חרדית נמצאה כהססנית ביחס לחיסוני ילדות כמו גם לחיסונים תקופתיים[[29]](#footnote-29), אוכלוסייה ערבית נמצאה כבעלת כיסוי חיסוני גבוה יחסית בחיסוני ילדות וכיסוי חיסוני נמוך יותר בחיסונים תקופתיים, לא פעם דווקא בשל בעיות בהנגשה בשל פערים בזמינות שירותים.[[30]](#footnote-30) הססנות חיסונים נמצאה יותר בקרב האוכלוסייה היהודית מאשר הערבית ובנוסף מתנגדי חיסונים מגיעים לא פעם משכבות מבוססות, משכילות בעלות חשד מבני כלפי הרפואה הקונבנציונלית. מעבר לכך המבנה המיוחד של קופות החולים בארץ, פריסתן ותפקידן המרכזי ברפואה ראשונית מגביר את הנגישות לחיסונים.[[31]](#footnote-31)

להתנתק ממושגי היחיד והחברה.

מהמחקרים שצוטטו לעיל, ניתן לקבוע כי הססנות חיסונים היא פעולה חברתית לא פחות מאשר פעולה אישית, קרי היא באה לידי ביטוי ואפילו מתגברת בהקשר חברתי כולל יותר של קהילה. מכאן אנחנו מבקשים ליצור נתק ראשון מהדיכוטומיה יחיד-חברה ולטעון כי הססנות החיסון של פרט כזה או אחר היא גם תוצאה של מיקום חברתי ושייכות לקהילה. נובע מכך, שעקרון האוטונומיה אינו עומד לבד – כמחשבה עצמאית של היחיד – אלא נובע מנורמות קיימות בקהילה מסוימת בנוגע לחיסון.

אם אחד המקורות להססנות חיסונים היא הקהילה, אנחנו מציעים אותה גם כפתרון. זהו הנתק השני שאנחנו מציעים. החברה היא מושג מופשט, רחב ומנותק מהוויה החברתית האישית. לעומת זאת, קהילה היא מושג מיידי יותר בעל גבולות ברורים ומוחשיות שחסרה במונח של חברה וכיצד היא נתפסת בעיני הציבור. מחשבה קהילתית היא מחשבה על קבלה ונתינה בעלי אופי אינטימי יותר, שבו הפרט נותן ומקבל בדרך כלל לחברים אליהם הוא חש זהות ושייכות. שינוי הפרדיגמה מהדילמה של יחיד-חברה להבנה של מדיניות חיסונים במונחי קהילה מפגיש כך את שני הקצוות. הססנות חיסונים איננה עוד עניין של פרט מבודד מצד אחד או עניין של אוכלוסייה רחבה, חברה או עם מצד שני.

קהילה היא מושג בעל משמעויות שונות. "קהילתנות" היא מסורת מחשבה במדעי המדינה שמקדמת תפיסה של קהילה כאוסף של יחידים בעלי זכויות המתאגדים סביב זהות, עניין או מטרה משותפת. תפיסה אחרת של קהילה באה ממסורת רפובליקנית יותר שרואה קהילה כתנאי בסיסי לחיים חברתיים ופוליטיים, כאלה שקודמים להתאגדות סביב עניין מסוים. במובן הזה, קהילה דומה יותר למשפחה והיחסים בין חברי הקהילה מבוססים על שותפות גורל וערבות הדדית.

אנחנו מבקשים לטעון לטובת המובן השני של קהילה במדיניות חיסונים. המסגרת הנורמטיבית להפגת חששות חיסונים היא של סולידריות. איננו מבטלים את החששות או את הפחדים מפני חיסונים, או את התפקיד החשוב של אמון בהפגתם. אנחנו סבורים שסולידריות, שעיקרה לקיחת סיכון לטובת הכלל, יעילה יותר כאשר אותו קולקטיב הוא קהילה אינטימית שהפרט מרגיש אליה הזדהות ברמה עמוקה.

בחברה הישראלית, תפיסת המשפחה דומיננטית, עד כי סוציולוגים רואים בחברה הישראלית כחברה משפחתית. [[32]](#footnote-32) בחברה מפולגת על פי דת, מוצא אתני ושייכות לאומית, נמצא כי מושג המשפחה כערך מרכזי משותף לרוב הישראלים. במחקר שערכנו על מערך ההסברה לחיסון הפוליו (OPV) שנעשה ב-2013, מצאנו כי משרד הבריאות ביקש לעודד התחסנות על ידי פניה לערך המשפחה ("טיפה אחת והמשפחה מוגנת").[[33]](#footnote-33) בצורה זו, ביקשו במשרד הבריאות להתגבר על העובדה כי המתחסנים עצמם אינם זקוקים למעשה לחיסון ממש, וההגנה הנוספת מיועדת לשמור על אוכלוסיות בסיכון. מחקר נוסף מצא כי במסגרת הקמפיין ב-2013, מניעים פרו-חברתיים שיחקו תפקיד מרכזי בעידוד התחסנות. [[34]](#footnote-34)

בהתאם לכך, עדיף למשל לאמץ את המינוח של "חסינות קהילתית" במקום "חסינות עדר". המונח חסינות עדר מקורו מהעולם הוטריני של ראשית המאה ה – 20, משם נדד לשימוש בהקשר של בני אדם, וכיום יש קולות להחליף מונח זה למונח השם דגש על הקהילה ועל האוכלוסייה. בניגוד למושג של עדר שמעלה הקשרים של אובדן זהות ותועלתנות אשר אף יכולה למחוק את הפרט, למקום הפרט בקהילה יש הקשר אחר. ניתן אם כך לתכנן אסטרטגיית הסברת לחיסונים שהיא מותאמת קהילה (שפה, מנהיגים קהילתיים, ובעיקר ההגנה על השכנים, המשפחה). במסגרת ההבנה כי החיסון הוא הרחבת ההגנה האישית להגנה רחבה יותר על הקרובים לך, ממד המחויבות ההדדית שקיים במשפחה ובקהילה מתגבר. ההתחסנות עצמה צריכה להיות מוצגת כאקט קהילתי ומפגן של סולידריות. אנחנו סבורים כי באמצעות מסגור ההתחסנות כאקט שבו מודגשת הערבות ההדדית, שותפות הגורל שלנו כבני אדם פגיעים למחלות, מצד אחד, אך מעגלים אינטימיים יותר של קרבה כמו שכנים, משפחה, רחוב, בית כנסת וכו... מצד שני, מאפשרים חלון הזדמנויות לסולידריות חיסונים. בתקווה שההתחסנות תובן כאקט קהילתי, נקווה שגם תיווצר נורמה חברתית של התחסנות גם כצעד נכון בריאותי ברמת הפרט וגם ברמת הכלל.

גם החלטות מדיניות בריאות בהן תיעדוף אוכלוסיות שונות במתן חיסונים – החלטות שעלולות להיתפס בחשדנות – יכולות לקבל משמעות של סולידריות חברתית כאשר הן מובנות במסגרת הקהילה, המשפחה או השכונה. במובן זה, כל מתחסן מכיר את האדם או האישה שנמצאים באוכלוסיות סיכון, התחסנות היא אקט הזדהות עם אותן אוכלוסיות ולמענן. בדומה לשינוי המונח "ריחוק חברתי" ל"ריחוק פיזי" שכן איננו מעוניינים בשעת משבר בריחוק חברתי, ההפך הוא הנכון, הבה נאמץ את המונח "חסינות קהילתית" על פני המונח הישן "חסינות עדר".

סולידריות וחיסונים – ביואתיקה המבוססת על תפיסה של חירות חיובית

על מנת לבסס את הנכונות להתחסן, יש לתת דגש מיוחד למושג הסולידריות כערך מרכזי בביואתיקה. כאמור בחלק הראשון של המאמר, זהו מעבר מתפיסה ליברלית של ביואתיקה לתפיסה קולקטיבית של ביואתיקה. אך מושג הסולידריות הוא רב פנים והגדרתו נעה לעתים ממישור תיאורי למישור נורמטיבי וחסרה את הממד האנליטי.[[35]](#footnote-35) מחויבות לסולידריות, יש להבהיר, אינה ביטול היחיד לטובת הקרבה לטובת הכלל. תפיסה כזו מבינה את היחיד והחברה כמונחים מנוגדים שמוציאים זה את זה. סולידריות היא בעיקרה פעולה לטובת הקבוצה החברתית אליה אני חש הזדהות ושייכות.[[36]](#footnote-36) רוב חוקרי הסולידריות מבחינים בין סוגים שונים של סולידריות וברמות שונות של פעולה סולידרית, אך המשותף להבחנות הללו הוא שסולידריות פועלת בשלוש רמות: הרמה הבינאישית, הרמה הקבוצתית והרמה המוסדית.[[37]](#footnote-37) הרמות נבדלות במוסדות החברתיים המעורבים ומתווכים את הפעולה הסולידרית: הרמה הבינאישית היא עזרה לא פורמלית לאדם שאנחנו מכירים, הרמה הקבוצתית היא פעולה לטובת האחר השייך לאותה קבוצה זהות אליה אנחנו משתייכים והרמה המוסדית היא הפעולה הסולידרית הכרוכה באחריות קולקטיבית לציבור, בדרך כלל האזרחי, של המדינה אליה אנחנו משתייכים. יש כאלה המדברים גם על סולידריות עם קבוצות רחוקות מגבולות האזרחות, במה שמכונה סולידריות גלובלית או קוסמופוליטית[[38]](#footnote-38).

לסולידריות כערך בביואתיקה יש מגבלות. הבולטת בהן כי באותה מידה שבה סולידריות מובילה להכלה חברתית היא מסמנת בהגדרה גם גבולות של הדרה חברתית. ויכוחים אתיים נסובים על גבולות הסולידריות והאם היא מועילה למחשבה ביואתית.[[39]](#footnote-39) אנחנו רוצים לסיכום להציע כי למרות מגבלותיה לסולידריות יש ערך מרכזי בביואתיקה במיוחד לאור המגפה והמשבר הסביבתי. מבחינה אנליטית, השימוש במושג הסולידריות מדגיש את החירות החיובית של היחיד על פני החירות השלילית. אם חירות שלילית משמעה תיחום מרחב מוגן סביב היחיד מכוחה הכפייתי של החברה, הרי שמשמעותה של חירות חיובית – במסורת הפוליטית הנעה מרוסו ועד לרפובליקניזם העכשווי – היא היכולת של היחיד לממש את יכולותיו, כישוריו, הפוטנציאל שלו במסגרת החברתית.[[40]](#footnote-40) לפי גישה זו, סולידריות היא אחד הביטויים המרכזיים שבה היחיד יכול לממש את חירות הפעולה שלו למען האחרים. Prainsack and Buyx מדגישות כי סולידריות אינה הבעת הזדהות בלבד, אלא פעולה (practice) שנושאת עימה מחירים שהיחיד משלם עבור האחר. פעולה שיש בה מידה מסוימת של הקרבה היא ההגדרה הפרגמטית של סולידריות.

סולידריות מניחה דומות (similarity) בין היחיד לבין הקבוצה אליה הוא חש סולידריות ומזדהה. מכאן החשיבות של פעולה במסגרות זהות קהילתיות, כאלו היוצרות תחושה של היכרות ושייכות. בחזרה לשאלת החיסונים, טיפוח תפיסת הסולידריות – לא כמנוגדת ליחיד אלא דווקא כמאפשרת ביטוי ליחיד לממש את תחושת הזהות הקיבוצית שלו, את החירות החיובית שלו – עשויה למתן את המתח בין יחיד וחברה. מכאן החשיבות של מונחים כמו חסינות קהילתית המחליפה את חסינות העדר ואת ההתאמה והתפירה של מערכות הסברה למונחים מקומיים ולשפה תרבותית סקטוריאלית.

המעבר לסולידריות קהילתית, אינה מבטלת את הצורך בסולידריות אזרחית מדינתית ובמקרים של מגפה עולמית או של התמודדות עם משבר האקלים גם את הצורך בסולידריות חוצת גבולות. למעשה, היא עשויה להשלים אותה. השלמה כזו מחייבת כי הבסיס הערכי של הסולידריות הקהילתית יהיה מכיל ולא מדיר, כלומר מבוסס על הנחת הדומות ושותפות הגורל עם אלה הנמצאים קרוב אליי ולא על בסיס שרטוט הגבולות מי אינו שייך לקבוצה. מול משברים כתוצאה מכוחות עליונים, הפוטנציאל לסולידריות על בסיס האנושי הרחב המתאגדים על מנת להתמודד עם שרירותיות אסונות טבע, הוא רחב. עלינו להתאמץ לבסס את ערך הסולידריות כמרכזי בביואתיקה של הנורמליות החדשה.

* ד"ר חגי בועז הוא מרצה בכיר נלווה במחלקה לפוליטיקה וממשל באוניברסיטת בן גוריון ועומד בראש יחידת מדע טכנולוגיה וחברה במכון ון ליר בירושלים.
* פרופ' נדב דוידוביץ הוא ראש בית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטת בן גוריון בנגב ועמית מחקר בכיר במרכז להומניזם בריאות וחברה באוניברסיטת בן גוריון בנגב.

1. <https://covid19.who.int/ac> (accessed 24th March 2022). [↑](#footnote-ref-1)
2. Porter, D. (2020). The history of public health and the modern state. Brill.‏ Rosen, G. (2015). A history of public health. Jhon Hopkins University Press.‏ [↑](#footnote-ref-2)
3. Galea, S. (2021, December). Reckoning With COVID-19 Exceptionalism. In JAMA Health Forum (Vol. 2, No. 12, pp. e214854-e214854). American Medical Association.‏ Jamaludin, S., Azmir, N. A., Ayob, A. F. M., & Zainal, N. (2020). COVID-19 exit strategy: Transitioning towards a new normal. Annals of Medicine and Surgery, 59, 165-170.‏ [↑](#footnote-ref-3)
4. Hahn, R. A., & Schoch-Spana, M. (2021). Anthropological foundations of public health; the case of COVID 19. Preventive Medicine Reports, 22, 101331.‏ [↑](#footnote-ref-4)
5. Zang, S. M., Benjenk, I., Breakey, S., Pusey‐Reid, E., & Nicholas, P. K. (2021). The intersection of climate change with the era of COVID‐19. Public Health Nursing, 38(2), 321-335.‏ [↑](#footnote-ref-5)
6. Shea, M. (2020, July). Forty years of the four principles: Enduring themes from Beauchamp and Childress. In The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine (Vol. 45, No. 4-5, pp. 387-395). US: Oxford University Press.‏ [↑](#footnote-ref-6)
7. Evans, J. H. (2012). The history and future of bioethics: A sociological view. Oxford University Press. [↑](#footnote-ref-7)
8. Jennings, B. (1990). Bioethics and democracy. The Centennial Review, 34(2), 207-225.‏ [↑](#footnote-ref-8)
9. Berlin, I., 1969, ‘Two Concepts of Liberty’, in I. Berlin, Four Essays on Liberty, London: Oxford University Press: 118–72. New ed. in Berlin 2002: 166–217. [↑](#footnote-ref-9)
10. Heymann, D. L., & Shindo, N. (2020). COVID-19: what is next for public health?. The lancet, 395(10224), 542-545.‏ [↑](#footnote-ref-10)
11. Porter, D. (2020). The history of public health and the modern state. Brill.‏ Rosen, G. (2015). A history of public health. Jhon Hopkins University Press.‏ [↑](#footnote-ref-11)
12. Vaughn, L. (2010). Bioethics: Principles, issues, and cases (Vol. 58). New York: Oxford University Press.‏ [↑](#footnote-ref-12)
13. Evans, J. H. (2000). A sociological account of the growth of principlism. Hastings Center Report, 30(5), 31-39.‏ [↑](#footnote-ref-13)
14. Beauchamp, T. L. (2011). Informed consent: its history, meaning, and present challenges. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 20(4), 515-523.‏ [↑](#footnote-ref-14)
15. Manson, N. C., & O'Neill, O. (2007). Rethinking informed consent in bioethics. Cambridge University Press.‏ O'neill, O. (2002). Autonomy and trust in bioethics. Cambridge University Press.‏ O’Neill, O. (2017). Some limits of informed consent. In The Elderly (pp. 103-106). Routledge.‏ [↑](#footnote-ref-15)
16. Bishop, J. P., & Jotterand, F. (2006). Bioethics as biopolitics. Journal of medicine and philosophy, 31(3), 205-212.‏ Hedgecoe, A. M. (2004). Critical bioethics: beyond the social science critique of applied ethics. Bioethics, 18(2), 120-143.‏ Turner, L. (2009). Anthropological and sociological critiques of bioethics. Journal of Bioethical Inquiry, 6(1), 83-98.‏ [↑](#footnote-ref-16)
17. Bayer, R., & Fairchild, A. L. (2004). The genesis of public health ethics. Bioethics, 18(6), 473-492.‏ [↑](#footnote-ref-17)
18. Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: coming of age. Annual review of public health, 32, 381-398.‏ [↑](#footnote-ref-18)
19. Dawson, A. (2005). The Determination of 'best interests' in relation to childhood vaccinations. Bioethics, 19(2), 187-205.‏ [↑](#footnote-ref-19)
20. Corpuz, J. C. G. (2021). Adapting to the culture of ‘new normal’: an emerging response to COVID-19. Journal of Public Health, 43(2), e344-e345.‏ Cordero Jr, D. A. (2021). To stop or not to stop ‘culture’: determining the essential behavior of the government, church and public in fighting against COVID-19. Journal of Public Health, 43(2), e309-e310.‏ [↑](#footnote-ref-20)
21. MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161-4164.‏ [↑](#footnote-ref-21)
22. Ibid. [↑](#footnote-ref-22)
23. H.J. Larson, C. Jarrett, E. Eckersberger, D.M. Smith, P. Paterson. (2014) "Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007–2012" *Vaccine*, 32, pp. 2150-2159.; E. Dube, D. Gagnon, E. Nickels, S. Jeram, M. Schuster. (2014). "Mapping vaccine hesitancy-country-specific characteristics of a global phenomenon" *Vaccine*, 32, pp. 6649-6654. [↑](#footnote-ref-23)
24. Omer, SB, Amin, AB, Limaye, R (2017) "Communicating about vaccines in a fact-resistant world". JAMA Pediatrics 171(10): 929–930 [↑](#footnote-ref-24)
25. Jolley, D., & Douglas, K. M. (2014). "The effects of anti-vaccine conspiracy theories on vaccination intentions". *PloS one*, 9(2), e89177.‏ [↑](#footnote-ref-25)
26. Dror, A. A., Eisenbach, N., Taiber, S., Morozov, N. et al. (2020). Vaccine hesitancy: the next challenge in the fight against COVID-19. *European journal of epidemiology*, 35(8), 775-779.‏ [↑](#footnote-ref-26)
27. Gilles I, Bangerter A, Clémence A, Green EG, Krings F, Staerklé C, et al. Trust in medical organizations predicts pandemic (H1N1) 2009 vaccination behavior and perceived efficacy of protection measures in the Swiss public. European Journal of Epidemiology. 2011;26(3):203–210. [↑](#footnote-ref-27)
28. Velan B. Vaccine hesitancy as self-determination: an Israeli perspective. Israel Journal of Health Policy Research. 2016;5(1):13. [↑](#footnote-ref-28)
29. Muhsen, K., El-Hai, R. A., Amit-Aharon, A., Nehama, et al. (2012). "Risk factors of underutilization of childhood immunizations in ultraorthodox Jewish communities in Israel despite high access to health care services". *Vaccine*, 30(12), 2109-2115.‏ [↑](#footnote-ref-29)
30. Abed Elhadi Shahbari, N., Gesser-Edelsburg, A., Mesch, G.S. (2020). " Perceived trust in the health system among mothers and nurses and its relationship to the issue of vaccinations among the Arab population of Israel: A qualitative research study". Vaccine, 38(1), 29-38 [↑](#footnote-ref-30)
31. Gesser-Edelsburg, A., Walter, N., Shir-Raz, Y., Bar-Lev, O. S., & Rosenblat, S. (2017). The behind-the-scenes activity of parental decision-making discourse regarding childhood vaccination*. American Journal of Infection Control*, 45(3), 267-271.‏ [↑](#footnote-ref-31)
32. Fogiel‐Bijaoui, Sylvie. 1999. “Families in Israel: Between Familialism and Post Modernity,” in Dafna Izraeli et al. (eds.), Gender, Sex, Politics: pp. 107–166. Tel Aviv: Am Oved [↑](#footnote-ref-32)
33. Boas, H., Rosenthal, A., & Davidovitch, N. (2016). "Between individualism and social solidarity in vaccination policy: the case of the 2013 OPV campaign in Israel". *Israel journal of health policy research*, 5(1), 64.‏ [↑](#footnote-ref-33)
34. Wells, C. R., Huppert, A., Fitzpatrick, M. C., Pandey, A., Velan, B., Singer, B. H., ... & Galvani, A. P. (2020). Prosocial polio vaccination in Israel. Proceedings of the National Academy of Sciences, 117(23), 13138-13144.‏ [↑](#footnote-ref-34)
35. Dawson, A., & Verweij, M. (2012). Solidarity: a moral concept in need of clarification. Public health ethics, 5(1), 1-5.‏ [↑](#footnote-ref-35)
36. Prainsack, B., & Buyx, A. (2011). Solidarity: reflections on an emerging concept in bioethics (p. 63). London: Nuffield Council on Bioethics.‏ [↑](#footnote-ref-36)
37. Prainsack, B., & Buyx, A. (2017). Solidarity in biomedicine and beyond (Vol. 33). Cambridge University Press.‏ Mason, A. (2000). Community, solidarity and belonging: Levels of community and their normative significance. Cambridge University Press.‏ Scholz, S. J. (2008). Political solidarity. Penn State University Press. Bayertz, K. (Ed.). (1999). Solidarity (Vol. 5). Springer Science & Business Media. [↑](#footnote-ref-37)
38. Schwartz, J. M. (2007). From domestic to global solidarity: The dialectic of the particular and universal in the building of social solidarity. Journal of Social Philosophy, 38(1), 131-147.‏ [↑](#footnote-ref-38)
39. Heyd, D. (2015). Solidarity: A local, partial and reflective emotion. Diametros, (43), 55-64.‏ [↑](#footnote-ref-39)
40. Esposito, R. (2010). Communitas: the origin and destiny of community. Stanford: Stanford University Press. [↑](#footnote-ref-40)