International journal for equity in health  לכתב העת-

**The growth of local health leadership in the Bedouin society in Israel as a strategy to reduce health disparities: An exploratory study among Bedouin physicians**

**רקע**

נכון למאי 2020​ חיו בנגב 272,578 בדואים. הבדואים הם ערבים-מוסלמים, ומהווים אחת מהאוכלוסיות החלשות ביותר בישראל. קצב הגידול שלהם מהיר מאוד ביחס ליהודים ואף ביחס לחברה הערבית בישראל (רשות ההגירה והאוכלוסין, 2020). התשתיות ביישובים הבדואים מתוחזקות ברמה נמוכה ומצב הבריאות של אוכלוסייה זו ע"פ כל המדדים (תוחלת חיים בלידה, תמותת תינוקות, מומים מולדים, הערכה עצמית של מצב הבריאות, התנהגות בריאותית) נמוכים ביחס לאוכלוסייה היהודית והערבית בישראל.

בעוד שבשוק התעסוקה הישראלי קשה לערבים להשתלב ולהתקדם, במערכת הבריאות השילוב של ערבים (כולל בדואים) הוא רחב היקף. נכון לשנת 2020 רופאים ערבים מהווים כ-16% מכלל הרופאים בישראל, 34% מכלל רופאי השיניים ו- 48% מכלל הרוקחים בישראל. הגורמים לביקוש הגבוה למקצועות הבריאות בחברה הערבית הם פרנסה יציבה ובטוחה, מעמד ויוקרה חברתית בקרב האוכלוסייה הערבית (חקלאי ועמיתיה, 2021). גם בקרב האוכלוסייה הבדואית ישנה עלייה משמעותית בשיעור כניסתם למקצועות הבריאות.

ההחלטה ללמוד רפואה נובעת ממגוון גורמים, כאשר השתייכות לקבוצת מיעוט אתני משפיעה גם על בחירת מקצוע. Popper-Giveon (2015) מצא מספר מניעים עיקריים שהיו משמעותיים בבחירת מקצוע בקרב רופאים ערביים: (1) תפיסה של קריירה רפואית כמסלול להצטיינות. (2) רצון לתרום ולצמצם את הפער בין אוכלוסיית מיעוט לאוכלוסיית הרוב ולהגביר מודעות לתחום הבריאות ברקב האוכלוסייה הערבית בישראל. (3) ניידות סוציו כלכלית, מוביליות חברתית, מעמד ויוקרה הן בחברה הערבית והן בחברה היהודית. (4) הכלה בתוך החברה הישראלית ושאיפה לאינטגרציה. (5) השפעת המשפחה- הבחירה ברפואה לא כחלום אישי אלא משפחתי. Dopelt et al (2021) בחנו את עמדותיהם של רופאים בתפקידי ניהול בכירים באשר למאפיינים והתפקידים הייחודיים של מנהיגים במערכת הבריאות הישראלית. מהמחקר עולה כי המרואיינים ראו ברופאים מנהיגים ויוצרי שינוי, ומרביתם הסכימו כי על רופאים לפעול כמנהיגים חברתיים ולקדם את בריאות הציבור ושוויון בתחום הבריאות, מעבר לפרקטיקה הקלינית.

מנהיגות קהילתית חשובה מאוד כאשר מדברים על מנהיגות בקבוצות מיעוט. המנהיגים פועלים למען קהילתם ועומדים בחזית העשייה המבוססת על פעילות התנדבותית בקהילה (Brower, 2005). המעבר בין אדם חסר אונים, מוחלש בעל תנאי חיים ירודים לאדם בעל דמות של מנהיג מוביל, מהווה סוגיה עיקרית איתה מתמודדים מנהיגים ופעילים קהילתיים (סדן, 2009). אחת מדרכי ההתערבות השכיחות לצמצום פערים היא פיתוח מנהיגות מקומית, מתוך הנחה שפיתוח תחושת מסוגלות וכישורי מנהיגות אצל נציגי הקהילה יוביל לתהליך של שינוי בתוך הקהילה (Rothman, 2007). היכולת של המנהיג הקהילתי להשפיע באה לידי ביטוי ב"התעוררות" של הפעיל ורצונו ליצור שינוי בקהילה ואף להובילו. פה נכללים היבטים הקשורים למוטיבציה, יכולת ומנהיגות (Zimmerman & Zahniser, 1991). כמו כן ישנה חשיבות לעבודה משותפת של אנשי מקצוע מהקהילה, לזהות אינטרסים משותפים, להגדיר יעדים לשינוי במטרה לקדם את הקהילה, לצמצם פערים ולפתור בעיות (Ytzhaky & York, 2001).

האוכלוסייה הערבית-בדואית בישראל חווה שינויים מרחיקי לכת במאה השנים האחרונות. בשנות השבעים החלו הבדואים בנגב לעבור עיור ומצורת התיישבות של כפרים קטנים במדבר הפכו לעיירות גדולות, שינוי זה הוליד צורות חדשות של מנהיגות מקומית, ממנהיגות שבטית אותנטית למודרנית (Nasasra, 2017). קיים מתח ברור בין שתי צורות הנהגה אלו. השייח', נחשב למנהיג המסורתי האותנטי של השבט, תפקידו עובר בירושה והוא על בסיס השתייכות משפחתית ומתכתב עם הגדרת מנהיגות מסורתית. בשונה מההנהגה המסורתית שהובילה את האוכלוסייה בעשורים הראשונים של המדינה, קמה הנהגה צעירה ומשכילה המודעת יותר לצרכי הקהילה. הנהגה זו יודעת להתנסח, לדאוג לצרכי ​​החברה שממנה היא באה, ולייצג את האינטרסים של האוכלוסייה (Campbell, 2013).

טרם נעשו מחקרים הדנים בנושא המנהיגות בבריאות בחברה הבדואית בנגב. מטרת המחקר הנוכחי היא לנתח את החסמים ואת הגורמים המוטיבציוניים של רופאים בדואים לפעול למען קידום בריאות הקהילה הבדואית המתגוררת בדרום ישראל.

# שיטת המחקר

**המשתתפים**

המשתתפים הם 15 רופאים מהמגזר הבדואי בנגב (4 נשים ו- 11 גברים) בטווח הגילאים 30-76 (ממוצע 42.4). שני מרואיינים היו רווקים (13.3%), ו- 13 נשואים+ ילדים (86.67%). כל המרואיינים נולדו בנגב מלבד אחת, 6 מתוכם עברו לגור בישובים יהודיים או בחו"ל, 9 מתגוררים בישובים בדואים בנגב. 12 מרואיינים למדו רפואה בחו"ל ו-3 למדו בישראל, את ההתמחות כולם עשו בארץ, בנוסף, 2 מרואיינים עשו תת התמחות בחו"ל. כיום 8 מהם עובדים בבתי חולים, 6 בקהילה ואחד במשרד הבריאות.

**גיוס מרואיינים**

לאחר קבלת אישור מוועדת אתיקה של הפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב (מספר אישור), יצרנו קשר עם 5 רופאים אשר הגענו אליהם דרך מכרים מהפקולטה. בשיטת "כדור שלג" ביקשנו בסיום הריאיון מספרי טלפון של רופאים נוספים, וכך גייסנו את שאר המרואיינים. סה"כ יצרנו קשר עם 31 רופאים, מתוכם 2 סרבו להשתתף במחקר, 14 לא מצאו זמן לביצוע הריאיון או לא ענו ו- 15 ביצעו ראיון מלא. כל המרואיינים שיתפו פעולה וענו בהרחבה על השאלות.

**כלי המחקר והליך**

ראיונות עומק מובנים למחצה (semi-structured interviews) שאפשרו גמישות והעלאת שאלות בנוסף לאלו שנוסחו מראש. הראיונות התקיימו בזום בשפה העברית במועד שהיה נוח למרואיינים במהלך חודשים אוגוסט- נובמבר 2021. את הראיונות ערכה EK, בעלת תואר ראשון בבריאות הציבור ותואר שני בניהול מערכות בריאות. ה-guide נכתב על ידי המחברים בהתאם למטרות המחקר והוא תוקף באמצעות שני רוקחים בדואים, שנערכו עימם גם שני ראיונות פיילוט לצורך תיקוף ותרגול. אורך הראיונות נע בין 17-80 דקות (ממוצע 44.8 דקות, סטיית תקן 17.75). בתחילת הריאיון הוסבר למרואיינים על מהות המחקר ומטרותיו, והם התבקשו לחתום על טופס הסכמה לביצוע הריאיון ולהקלטתו. הראיונות הוקלטו ולאחר מכן תומללו. חלקו הראשון של הריאיון עסק בפרטים כלליים, דמוגרפים ומקצועיים של המרואיינים, חלקו השני של הריאיון עסק בפועלו של המרואיין למען קהילתו, מה היו הגורמים המניעים לפעילות זו מתוך תחושותיו וחוויותיו הסובייקטיביות, חלקו השלישי של הריאיון עסק בתפיסת המונח מנהיגות על ידי המרואיין והתכונות שלדעתו חשובות אצל מנהיג וחלקו הרביעי של הריאיון עסק באתגרים, חסמים או גורמים מעודדים בדרך לשינוי כפי שזכרו במסגרת החוויה האישית שלהם (מדריך הריאיון בנספח מס' 1).

 **ניתוח הנתונים**

הראיונות נותחו בשיטת Thematic Analysis במספר שלבים לפי שיטתו של שקדי (2003): בתחילה, התמקדות בהיכרות מעמיקה ומקיפה של הנתונים באמצעות קריאה רוחבית של כל הראיונות ע"י המחברים. בשלב הבא זיהוי רעיונות, קטגוריות ותמות שקשורים לשאלות המחקר. לאחר שהתמות תוקפו בין המחברים, בשלב השלישי נידונו האפיונים והרעיונות תוך קריאה חוזרת ונשנית של התמלולים עד לניסוח התמות הסופיות. התמות מוינו על פי המודל הסוציו-אקולוגי בהתאם למטרות המחקר. המודל מסייע במיפוי של הגורמים אשר משפיעים על בריאותו של הפרט ומציע אסטרטגיות לשיפור הבריאות. הנחת היסוד, שהבריאות מושפעת באופן הדדי מגורמים סביבתיים, ארגוניים ואישיים (2006, Bronfenbrenner & Morris). על פי הגישה הסוציו אקולוגית בריאות הפרט מושפעת ממגוון גורמים ברמות שונות: ברמת המיקרו האישית (intra- personal) מדובר בגורמים כגון: היבטים דמוגרפים, פסיכולוגים, תפיסות, עמדות ועוד. ברמה המיקרו בין-אישית (inter-personal) אלו הגורמים בסביבה המיידית של הפרט ואינטראקציה שלו עם הסביבה הקרובה כגון: משפחה, חברים, עבודה ועוד. ברמה המזו הקהילתית-תרבותית community level)) מדובר בגורמים המשפיעים מהסביבה הרחבה בה הפרט חי. כמו כן, מדובר גם על התרבות והנורמות בחברה זו כגון: נגישות, שייכות לקהילה, תרבות, מגדר, פערים בבריאות ועוד. ברמת המאקרו (aggregate population) מדובר בגורמים שהם ברמת המדינה. כגון: חקיקה, מדיניות ציבורית, תשתיות, תקציבים, אי שוויון ועוד (Stokols, 1992).

# ממצאים

בטבלאות 1-3 מוצגת כל תמה בניתוח על פי רמות המודל הסוציו אקולוגי.

**תמה 1: צמיחתה של מנהיגות בבריאות**

ניסינו להבין האם המרואיינים תופסים את עצמם כמנהיגים בתחום הבריאות, ואם כן, מהן הנסיבות לצמיחתה של אותה מנהיגות.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **רמה** | **תת תמה** | **הסבר** | **ציטוטים** |
| **מיקרו (אישי)** | **תפיסה עצמית/דימוי עצמי כמנהיגים**  | שמונה מרואיינים רואים בעצמם כמנהיגים (53%). והשאר לא ענו בצורה חד משמעית. חלקם תיארו את המנהיגות כנדבך ההולך יד ביד עם מקצוע הרפואה. אך ישנם מרואיינים שהצטנעו וענו בשלילה, אך תיארו פעולות מנהיגותיות ועשייה רבה למען הקהילה. | *"אני מגדיר את עצמי כמנהיג. אני מגדיר את עצמי כבן אדם שיש לו השפעה ויש לו אחריות באותו קונטקסט. אבל מנהיג זה לא רק מה שאתה חושב – אלא מה שאחרים חושבים עליך" (13)* *"אני חושבת שזה הולך ביחד, אי-אפשר לעסוק ברפואה בלי לעסוק במנהיגות"* (4)*"[צוחק] שאלה קשה. אני לא אוהב להחמיא לעצמי. אולי האחרים יגידו לי מי אני. אני מנסה לעשות שינוי. כמה מנהיג? אני לא יודע. אבל אני משתדל ואני מנסה ואני עושה מאמץ באמת לעשות שינוי ולשפר ולקדם. ללכת לפי האמונה שלי לחברה יותר בריאה. אבל איך אני נתפס? אני לא יודע". (5)* |
| **מיקרו (בין אישי)** | **"האני במראה"**  | התפיסה של החברה את הרפואה כמקצוע יוקרתי משליכה על הדימוי העצמי שלהם. לרופא יכולת להשפיע מתוקף הכבוד שהחברה רוכשת לו | *"כשאתה רופא, זה מוסיף לערך הפרסונלי שלך ולערך התפיסה של החברה כלפיך ואיך החברה מסתכלת עליך. זה יתרון גדול להיות רופא קודם כל. יתרון שיכול גם לתרום לך כמנהיג*" (5)*.* *"יש לרופא את הכבוד שלו ואת המילה שלו בקהילה ואת היכולת שלו לשכנע ולהביא לשינוי. לא צריך להקל ראש בקטע הזה". (13)* |
| **הגורמים לצמיחת המנהיגות**  | החינוך והערכים שקיבלו מהבית, והרצון להחזיר ולתת לקהילה  | *"יש לא מעט רופאים שמצאו לנכון לתת מעצמם כדי לשפר את האוכלוסייה.* ***אני חושב שאם המנהיגות לא תצמח מתוך החברה, היא לא תבוא מבחוץ****. גם ברמת החינוך שלי כילד, קיבלתי המון ערכים שמטרתם קודם כל תחשוב ותשאל את עצמך מה אני יכול לתת לפני שאתה אומר מה מגיע לי ומה אני מקבל. אני אדם אופטימי, אבל ייקח לנו המון-המון-המון זמן עד שאנחנו נצמיח מנהיג בעל שיעור קומה באוכלוסייה הבדואית שיסחף את הדור לעשות את השינוי המיוחל בחברה הזאת. כואב אבל זאת המציאות". (3)**"גדלתי בבית שההורים שלי כל הזמן אמרו לנו, שאסור לנו לשכוח מאיפה באנו ותמיד המשפחה זה הדבר שהוא צריך להיות בראש סדר העדיפויות. ההורים שלי היו כאלה. הם הלכו, למדו וחזרו להעניק לחברה שלהם" (4).*  |
| **מזו** | **היציאה מהכפר לעומת הישארות** | כל המרואיינים נדרשו לעזוב את הכפר בתקופת לימודי הרפואה, בין אם בישראל ובין אם בחו"ל, מתוך 15 מרואיינים- 9 בחרו לחזור למקום הולדתם (60%) ו- 6 עברו לגור בישובים יהודיים או בחו"ל (40%). בראיונות עלה הדיסוננס בין הרצון להוביל שינוי בקהילה מבחוץ לבין הרצון להיות חלק ממנה. הרופאים שעזבו את הכפרים הבדואים הרגישו צורך "להתנצל" על כך ולהסביר מדוע עשו זאת. מצד שני אלו אשר בחרו לחזור לכפר אחרי הלימודים התגאו בכך וציינו כמה היה להם חשוב להישאר במקום בו נולדו.  | *היציאה מהכפר:**"כששואלים מאיפה אני, אני לא אומרת באר שבע כי אני מרגישה שאני מלקיה. אני גרה קרוב לבית חולים בתקוה שאוכל לחזור לכפר. היום זה נפוץ שהרבה משכילים יוצאים וגרים ביישובים היהודים בסביבה. יש על זה ביקורת. המשכילים מתקדמים ובמקום להישאר ביישובים ולקדם אותם, בורחים ליישובים היהודיים. אני יכולה להבין את הביקורת". (1)**"הייתי באירופה, ת"א, באר שבע, אמריקה ומשם ללהבים. זו בעיה לגור אחרי כל המקומות האלה בפזורה. אם אתה נשאר מחובר למקור שלך, אז אנשים יכבדו אותך ויקבלו אותך איך שאתה [...] אני בא בגישה של אני אחד מכם ואני שומר על קשר, אני גם כל סוף שבוע הולך להורים שלי. ההורים שלי אנשים מאוד פשוטים, אני יודע בדיוק מאיפה אני בא ולאן אני הולך. בשלב מסוים בחיים אתה אומר די! כמה אתה יכול לסבול? ויש לך את האפשרות הכלכלית לעבור. יש רופאים שגרים בפזורה וטוב להם. לי אישית זה קשה". (10)* *הישארות בכפר:**"נתנו לי לעבוד בקרית-גת. אמרתי להם: אני באתי בשביל לעבוד עם האוכלוסייה הבדואית. מתוך היכרות עם התרבות, עם השפה, עם המסורת, יש לי יכולת לתרום יותר מאשר רופא שבא מאזור אחר ולא מכיר את המרכיבים האלה ואת האתגרים. אני לא רוצה לברוח, אני רוצה לשנות את המציאות". (3)* *"אי-אפשר לקדם אוכלוסייה אם כל האקדמאים או אנשים שמצליחים בורחים ממנה. יותר קל לרופא היום לגור ביישוב יהודי. זה הרבה יותר נוח. אבל האם זה נוח לאוכלוסייה שלך? לדעתי זה לא.* ***זה חשוב לחזור, להיות כמו נר בתוך האוכלוסייה שלך שהיא מלאה דברים שחורים ואתה צריך ממש לעקור אותם ולהאיר אותם****. אני אישית חושב שצריך להיות עם מחויבות לחברה ואי-אפשר להפנות גב לחברה שגידלה אותך וגדלת בתוכה..* *הרבה קולגות שלי ממש התרחקו בישובים יהודיים. ואז יש להם ולילדים שלהם קונפליקט רציני. הילדים שלי גרו תקופה בבאר שבע, אבל הם דוברי ערבית מצוין, אני דואג שבבית ידברו רק ערבית. הם מכירים את הדת שלהם כי אני דואג שמורה יבוא וילמד אותם. הם יודעים את המסורת מצוין. אני לא מרגיש את הקונפליקט הזה, כי אני מקפיד שהוא לא ייווצר." (7)* |

**תמה 2: גורמים מניעים/ מעודדים לפעילות למען הקהילה**

תמה זו כוללת מניעים פנימיים-אישיים הקשורים ברופא עצמו. ומניעים חיצוניים- הקשורים בקהילה ובסביבת הרופא.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **רמה** | **תת תמה** | **הסבר** | **ציטוטים** |
| **מיקרו (אישי)** | **תפיסת תפקיד הרופא והאתיקה המקצועית**  | היותם רופאים מהווה גורם מניע לקידום בריאות הקהילה הבדואית | *"התפיסה שלי את המקצוע, גם אם הרבה קולגות לא מסכימים איתי, זה שעצם הבחירה במקצוע הרפואה זה בחירה להיות מנהיג. התפקיד שלנו הוא לעזור לאנשים לחיות חיים טובים יותר, אז מצפים מאיתנו להיות אנשי ציבור. הקורונה שיקפה את זה בצורה הכי ברורה שיש. שציפו מרופאים שיגידו מה דעתם בנוגע למדיניות הציבורית ואם זה הסגרים או החיסונים". (4)**"איך אמר חליל ג'ובראן הסופר הלבנוני- עת תיתן מרכושך לא תיתן כלום, אך עת תיתן מעצמך זאת נתינת אמת. במהלך החינוך הרפואי שלך וההתמחות אתה לומד לתת. לומד להתחבר לחוליה הכי חלשה בחברה. ואז אתה גם לומד לתת להעניק להקשיב. בשביל החלשים, בשביל הנזקקים". (3)* |
| **רצון לחולל שינוי ותחושת שליחות** | כל המרואיינים הביעו רצון להוביל שינוי כגורם מניע לפעילותם, מחציתם הביעו תחושת סיפוק ושליחות | *"התחלנו לתמוך באימהות ובנערות צעירות, בתקוה שבבוא היום נוכל להגיד שעשינו את שלנו אפילו קצת שינינו מהדור הבא. כי גם אם תשתול את הצמח הכי יפה במדבר, הוא לא יצמח. צריך טיפול. השקיה. אני יודע שזה טיפה בים, אבל זה מה שנקרא לעשות. לא רק לקוות. אני רוצה לעשות שינוי. אני בקשר כמעט יום-יומי עם ראשי המועצות ועם אנשי הדת ביישובים הבדואים, כי אני חושב ששיתוף פעולה עם המנהיגות המקומית הוא המפתח לשינוי". (3)**"במקום שכל הזמן נבכה ונגיד שלא עושים לנו, לא מקדמים אותנו, אז בוא נקום ונעשה. לדוגמה: הבעיות גנטיות שהן משניות לכל הנישואי קרובים. הבדואים יודעים שזה קיים, ועדין ממשיכים להתחתן בתוך המשפחה. אז אתה אומר ריבונו של עולם, אפשר למנוע את זה, אז למה אנחנו לא מונעים?" (9)* |
| **מיקרו (אישי ובין אישי)** | **חוויות אישיות ומקצועיות**  |  | *"גדלתי בכסייפה, שם לא היה רופא ילדים זמין, היה איזה רופא שהיה מגיע מדי פעם אבל זה לא היה קבוע והיה מאוד קשה להגיע אליו. אני ראיתי את הקושי ואת חוסר המודעות בקהילה, ראיתי את זה שיש חוסר מודעות בנוגע לדרכי הטיפול, לדוגמא, אמא יהודייה כשיש לילד חום היא יודעת מה הקווים האדומים בהם צריך לפנות לרופא ולבצע התערבות רפואית, אמא בדואית לא יודעת וברגע שיש לילד חום היא חושבת שצריך לתת אנטיביוטיקה**. במהלך ההתמחות ברפואת ילדים, אתה רואה המון מקרים של מחלות מולדות, שהיו יכולות להימנע. ואתה אומר לעצמך איך אני אשנה את זה. זה אוסף של דברים וחוויות שגורמים לך לעשות את הדברים שאתה עושה". (9)**"כשהייתי בסטאז' הגיעה אלינו בחורה בת 19 בדואית מהפזורה, עם כאבים בחזה. היה ברור שיש שם אלמנט חרדתי נפשי. עשינו את כל הבירור וביקשנו מהפסיכיאטר שיבוא לבדוק אותה. היא לא דיברה עברית אז הוא ביקש שאתרגם. הוצאנו את ההורים מהחדר. ואז היא התחילה לבכות ואמרה שהחלום שלה זה ללמוד רפואה ואבא שלה לא מרשה לה, עד כדי כך שהיו לה אפילו מחשבות אובדניות. זה נשאר איתי הסיפור הזה. כי כשיצאנו החוצה מהחדר, הפסיכיאטר שאל, איך זה היה אצלך? מה ההורים שלך אמרו על זה שהלכת ללמוד רפואה? אמרתי שהם רקדו משמחה. פתאום הבנתי כמה זה לא מובן מאליו. היא הייתה מראה מבחינתי לחיים אלטרנטיביים. זאת החוויה שחוויתי. יכולתי להיות היא בקלות... באותו רגע הרגשתי שאת המזל שיש לי בחיים אני צריכה לתעל את עצמי למקום שעוזר לאנשים אחרים שיש להם פחות מזל ממני". (4)* |
| **מזו** | **אחריות, מחויבות ושייכות לקהילה**  |  | *"אני חושב שכל בן אדם שגדל בחברה מסוימת, אם הוא לא חוזר לתת באותה חברה, יש לי אישית בעיה אתו. הוא גדל לקחת ולא לתת". (7)**"יצאת מהקהילה הזאת, הקהילה נתנה לך הכול בשביל להצליח. נולדת שם. עכשיו אתה צריך להחזיר טיפה ממה שקיבלת". (8)* |
| **הבנה תרבותית**  | יש יתרון למי שבא מתוך הקהילה בהבנה התרבותית והשפתית כמעודדת היענות לטיפול ושיתוף פעולה של הקהילה. ישנה הבנה של תנאי החיים והסביבה בה הם חיים (social determinants).  | "*"בישראל יש רצון לעזור לאוכלוסייה הבדואית ויש צורך אצל האוכלוסייה הבדואית, מה שחסר זה מה שמגשר. יש הרבה אנשי מקצוע שרוצים לעזור ואנשים סופר מקצועיים, אבל אנשים שהם כמוני זה אנשים שיש להם יתרון, זה העובדה שאנו באים מתוך האוכלוסייה והקהילה ומבינים אותה, ולא רק ברמה המקצועית אלא גם תרבותית" (1).**"אני מבין את המנטליות, התרבות... ואז אני רואה שעצם הימצאותי במשרד הבריאות, נותן למשרד הבריאות יותר אמון מבחינת האוכלוסייה. אם אתה הולך להיות מנהיג בבריאות, אתה צריך להבין את האוכלוסייה, את הצרכים שלה, את החסמים. כשאתה מהמגזר זה נותן לך עוד כלים. זה ערך מוסף מעבר למקצוע הרפואה עצמו. בקורונה כשהתחילו להרים את הקמפיין והכניסו רופאים ערבים, לדעתי זה עשה שינוי ואנשים התחסנו*". (5)*"יש מנהגים שונים - כמו מקרים רגישים של נשים רווקות שנכנסו להיריון, ואם המשפחה תדע הם יהרגו אותה. כבדואי אני מחויב לשמור על הכבוד הבדואי, אך כרופא רציתי לעזור להן. דוגמה נוספת- היינו נותנים הרצאות על סכרת, בגלל שהנשים היו באות יותר מוקדם הן ישבו מקדימה והגברים מאחורה. קם אחד השיחים ואמר איך אתה מסכים שגברים ישבו מאחורי הנשים? זה לא מכובד. למדתי מזה ובפעם הבאה עשיתי 4 שורות לגברים ו-4 לנשים שהם אחד ליד השני וכך קיבלתי שיתוף פעולה משום שהתחשבתי בתרבות. התאמנו את עצמנו למנהיגים ולמסורת, לא קל לעשות את זה. היום חולה בדואי מעדיף רופא בדואי משום שהוא מבין את המנטליות והוא מתנהג מול החולה לפי הדברים החשובים לו במסורת" (15).* |
| **פערים בבריאות** |  | *"אנחנו רואים הזנחה לאורך הרבה שנים בהרבה תחומים. הכול בסופו של דבר מתכנס לקונטקסט של מודעות. למנף את המודעות במגזר הבדואי. לטיפולים חדשים, למחלות, לזכויות* " (13). |

**תמה 3: חסמים / אתגרים בהובלת פרויקטים בקהילה**

רצון המרואיינים לקדם את הקהילה הבדואית בנגב בא כאשר ברקע נמצאת חברה זו בעיצומו של מעבר, המביא עמו קונפליקטים רבים: *"כל המעבר של החברה עצמה לחיים מודרניים, זה גורם להרבה קונפליקטים. זה מעבר מטורף שאין הרבה חברות שעוברות את זה מחיים שהם מאוד פרימיטיביים של לגור באוהל ולהביא מים מהבאר, לעבור ליישוב, עם מים וחשמל, וכל המשתמע מזה. המבנה השבטי מתפרק ויש את החוקים של המדינה ותמיד העולמות האלה מתנגשים אחד עם השני"* (מרואיין 2)*.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **רמה** | **תת תמה** | **הסבר** | **ציטוטים** |
| **מיקרו (אישי)** | **חוסר זמן ועומס** | מפאת חוסר הזמן המרואיינים אינם תורמים כפי שהיו רוצים | *"זה שם אותנו באחריות מאוד גדולה שאני לא מתלהב ממנה. כי זה מצד אחד זה אחריות, מצד שני אנחנו מתנדבים וממש אין לנו זמן. זה כל-כך הרבה התעסקות. גם אני וגם האחרים מאוד עסוקים ולחוצים ובכל זאת יש לנו זמן מוגבל והרבה משימות". (6)* |
| **מזו** | **חסמים הקשורים בתרבות הבדואית** | התרבות, המסורת והאמונה בחברה הבדואית מכתיבות את המהלכים של האוכלוסייה, ומהוות גורם מכריע בהחלטות בריאותיות.  | *"ישנם קשיים מול הקהילה. אם זה בגלל המאפיינים החברתיים-תרבותיים והיותי אישה, וגם אם זה בגלל איפה שהחברה שלי נמצאת והקושי באמת להגיע לאנשים האלה. ההערכה היא שבין 30-25% מהנשים, אצל גברים קצת פחות, הן אנאלפביתיות. לא קוראות ולא כותבות. אז אם כל המידע מגיע בכתב, מה עשינו בזה".* *"כל הנושא של נישואי קרובים, הם יודעים שעצם זה שהם מתחתנים יכול לגרום לתחלואה. ועדין עושים את זה בגלל המנהג והמסורת. אני מכיר מנהל בית ספר, איש משכיל ויש לו בנות עם תסמונת נדירה. הוא לא רוצה להיות במעקבים ולטפל. בתפיסה שלו הוא רוצה להגן על הבנות שלו שלא יהיה להן שם רע... כל הנושא של בריאות האישה והמשמעויות, יש הרבה השפעה של המסורת על זה". (2)* *"יש רפואה מסורתית שהבדואים מאמינים בה. היה מקרה טראגי של בחורה בדואית שהלכה לעשות טיפול מסורתי והיא מתה. הרוב ילך לרפואה קונבנציונלית ויחפש רופאים וטוב שכך. אבל חלק עדיין הולכים לכל מיני אנשי דת ורוח". (10)**"כשהיו מצבים רפואיים שניתן היה לטפל לפעמים היו מסרבים לקבלת טיפול בטענה שאללה יקבע מתי הוא ימות ולא משנה אם יקבל טיפול הוא ימות ביום הזה". (15)* |
| **חסמים חברתיים/ קהילתיים** | בתת תמה זו נכללים חוסר האמון במערכת הבריאות, היעדר השכלה ומודעות, השפעת השבטיות ומצב סוציו אקונומי | חוסר אמון במערכת הבריאות הישראלית: *"אני חושב שיש בעיית אמון בכלל בכל המוסדות של המדינה, חלק מזה זה במערכת הבריאות. אני לא מצליח להבין אותה. אתה מגיע לבית חולים סורוקה, ואתה מהמגזר, לא חושב שאתה מקבל רפואה פחות טובה מהאוכלוסייה היהודית. לא חושב שמתייחסים אליך אחרת. חושב שנותנים לך את המקסימום של המקסימום וזה המקום היחידי בארץ בעיניי, שאתה מקבל את אותו יחס לא משנה מאיפה אתה*" (10)מצב סוציו אקונומי: *"מדובר באוכלוסייה במצב סוציו-אקונומי נמוך מאוד, חיים הרבה מתחת לקו העוני בפחונים, בהעדר תשתיות, בהעדר שירות. אז הילד מגיע הביתה אחרי בית הספר, מגיע בהליכה של ארבעה קילומטר, מגיע מותש. אין לו חשמל בבית, אין לו מקרר, אין לו מים קרים, המים לא כל-כך זורמים. איזה בגרות הוא יעשה. לאן הוא ילך. הוא יצמח או בתחום הפשיעה והעבריינות או עבודת כפיים. רמת הכנסה נמוכה, הוא לא יכול לתמוך בילדיו, ואז עוד דור של עניים. צריך לשבור את מעגל הקסמים הזה. אתה צריך להיות שבע על מנת לחפש ערכים" (3)*היעדר השכלה וחוסר מודעות: *"החינוך הלקוי והקלוקל שבו אנשים אדישים ולא לוקחים יוזמה ולא לוקחים אחריות על הגורל שלהם. וזה בדיוק אחת הנקודות שבהן אנחנו מתמודדים היום. למשל- חיסון קורונה, בחברה הבדואית אנשים לא באים להתחסן, לא בגלל שלא זמין ולא נגיש. ולא בגלל שמתנגדים אקטיבית לחיסון. יש סוג של אדישות... אחת מהנקודות המאוד מקשות על מנהיגות בחברה הבדואית, היא מערכת החינוך המאוד-מאוד-מאוד כושלת. מערכת חינוך מוצלחת תצמיח מנהיגים, תצמיח חברה מוצלחת. החברה הבדואית היא חברה בשלבי מעבר. אני זוכר בתור ילד קטן, כשהשייח אומר משהו, כולם מקשיבים. לא הייתה פשיעה, לא הייתה עבריינות לא היו קטטות לא הייתה אלימות כי היה מנהיג שהיה לו SAY". (3)*השפעת השבטיות: *"החלק הזה שיש שבטיות וחמולות ובעיות בין משפחות ואז אתה לא יכול כל-כך לקדם את מה שאתה רוצה אצל כולם. אתה יכול לקדם את זה באופן מצומצם את המשפחה שלך או אצל משפחות שיכולות או שהן מקובלות על המשפחה שלך. וזו בעיה שייקח המון זמן עד שתתמוסס" (9).* *"אי שאפשר להאשים רק את המדינה. אני חושב שלמנהיגים הערבים לא כל-כך אכפת מהבדואים. נראה לי שאכפת להם יותר מעצמם. וגם אנחנו בתור אוכלוסייה מאוד קשים. מתעסקים בשבטיות, האלימות חוגגת. תסתכלי מה הולך במגזר הערבי. זה אסון" (10)*. |
| **חסמים תרבותיים-מגדריים** | מעמדן הנחות של הנשים בחברה הבדואית מהווה חסם משמעותי לקידום הבריאות בקהילה. הנשים הבדואיות, לרוב אינן משכילות וכפופות לכללים נוקשים המגבילים את יכולת התנועה שלהן. הנושא המגדרי עלה גם בהקשר לימודי רפואה. במחקר רואיינו ארבע רופאות אשר הצליחו לשבור את החסמים התרבותיים והמגדריים, ולמדו רפואה. בראיונות צפו הקשיים שליוו ומלווים אותן מההחלטה ללמוד רפואה וגם היום בפרקטיקה. | *"האימהות לא יודעות קרוא וכתוב לא יודעות להאכיל ילדים, יש תאונות בית, בעיות תזונה, הזנחה. מי שמגדל את הילדים ומחנך אותם זאת האמא. וכשהאמא חסרת השכלה, חסרת אמצעים, חסרת כוח, לא נוכל לגדל דור שיכול לקום מהאפר". (3)**"היום כל אישה בדואית שניה מעל גיל 55 יש לה סכרת והשמנת יתר. לעיתים לאישה הבדואית היה קשה לבטא מה יש לה, לדוגמה בגלל מחזור, יחסים עם הבעל וכדומה ולא רצו לספר לרופא גבר בדואי". (15)**"יש מעט נשים שמגיעות לרפואה. החברה שלנו היא חברה מסורתית שלא מאפשרת לאישה לצאת החוצה, לעבוד באופן חופשי ללכת לגור במקום אחר אפילו בארץ. רק משפחות בודדות יכולות לעשות את זה, לא כל אחד מסכים שהבת שלו תלך ללמוד, זה נושא מורכב. יש הגבלה לגבי נשים" (5).* *"בהתחלה כשיצאתי מהכפר שלנו לא היו בנות שהלכו לאירופה. זה היה המחסום הכי גדול, כולם התנגדו לזה. בזמנו היה מותר לשלוש-ארבע בנות ללכת לירדן. ואני הבת הראשונה הולכת לאירופה לבד. היה קשה לקבל את זה. לפעמים רופאים בדואים היו שואלים אותי בתורנות מה את עושה פה בשעה כזאת?" (8)* *"זאת אוכלוסייה סופר מאתגרת, גם לבוא בתור אישה ולדבר, בחברה שהיא פטריארכלית, זה לא פשוט. גם אם אני מדברת בצורה המקצועית, הרבה פעמים גברים יראו את זה כמשהו מאיים מי זאת האישה שבאה להטיף לנו, וגם העובדה שאני בלי כיסוי ראש" (1).*  |
| **מאקרו** | **פערים בבריאות ואי שוויון** | רוב המרואיינים (n=11 , 73.3%) הזכירו את אי השוויון והפערים בבריאות כחסם. בנוסף, הם תיארו את חוסר הנגישות כאתגר גדול בקידום בריאות החברה הבדואית. | *"יש חוסר נגישות וחוסר התאמה תרבותית של השירותים הניתנים לאוכלוסייה הבדואית. יש את היישובים הבלתי מוכרים בדרום. מדברים על כמעט מחצית מהבדואים שיש בדרום, והאנשים האלה נמצאים ביישובים שאמנם אנחנו לא נדבר על העניין הזה שאין מים נקיים וחשמל, שגם אלה קובעי מדדי בריאות, אבל גם ברמה של נגישות למרפאות ואת היכולת שלהם לראות רופא כשצריך ואין להם גם תחבורה ציבורית על מנת להגיע לרופא. זה גם מבחינת הנגשת השירותים ולהבין מה מגיע לאוכלוסייה מבחינת הזכויות. אז יש שימוש מאוד מעט בשירותים שגם מגיעים להם". (1)* |
| **מדיניות** | המרואיינים מחו על קיצוץ בתקציבים ועל אפליה | *"מערכת הבריאות זה כמו להזיז ספינה. נורא-נורא קשה לשנות קיבעון של אנשים שעובדים באותו מקצוע ארבעים שנה. בפעם האחרונה שהיה תקציב, אישרו תוכנית רצינית לשיפור שירותי הבריאות לחברה הערבית בישראל, כולל לחברה הבדואית. כמובן שכשהיה צריך לקצץ, זה הדבר הראשון שירד. זה עניין של מדיניות" (4)**"אני רוצה לשנות ברמת המדיניות. כל המצב שהבדואים הגיעו אליו, זה מגיע בגלל גזענות מובנית בתוך הממשל ואיך שהם רואים את הבדואים וההתייחסות אליהם וליישובים הבלתי מוכרים. השפה עצמה שמשתמשים בה כשמדברים על הבדואים לא משתנה. עדיין מדברים על הפזורה ועל החוסר היענות " (1).* |

**דיון**

כאשר מביטים על תופעת **הצמיחה של המנהיגות** בבריאות בחברה הבדואית בנגב, ברמת המיקרו ניתן לראות כי רוב המרואיינים רואים עצמם כמנהיגים שתפקידם לפעול להעלאת רמת הבריאות בחברה הבדואית בנגב. ברמה הבינאישית המרואיינים סיפרו על הצורך במנהיגות בבריאות באוכלוסייה הבדואית בנגב מעצם היותה חברה מוחלשת, ותיארו את הרצון להוביל שינוי בקהילה מבפנים.

ברמת המזו, כל המרואיינים עזבו את הכפר בתקופת לימודי הרפואה, והודו כי התרגלו לצורת חיים אחרת ולרמת חיים גבוהה יותר, ולכן התקשו לחזור. במחקרים שונים נידונה תופעת ההגירה של רופאים צעירים מעצם המעבר ממדינות מתפתחות למדינות מפותחות בהן השכר גבוה יותר, האפשרויות המקצועיות רחבות יותר ((Mullan, 2006 ורמת החיים גבוהה יותר Nandakumar, 2004)). תהליך דומה חווים הרופאים הבדואים הצעירים, ששואפים לרמת חיים ולאיכות חיים גבוהות יותר. מהמחקר עלה דיסוננס עמוק ודילמה בין הרצון להישאר מחובר למקורות לבין הרצון לחיות ברמת חיים גבוהה יותר ולהעניק חינוך טוב יותר לילדים. עם זאת, מקום המגורים לא היווה פקטור בהחלטה האם לפעול למען קידום בריאות הקהילה הבדואית. ייתכן כי אף היווה זרז לפעול למען הקהילה כדי לצמצם את עוצמת הדיסוננס שהם חשים וכדי לא להיחשב "בוגדים" בעיני הקהילה שלהם.

**בניתוח הגורמים המעודדים פעילות למען הקהילה בקרב הרופאים** ציינומרואיינים את הצורך שלהם כרופאים לשפר את מצב בריאות האוכלוסייה והקהילה. במחקר של Dopelt et al. (2022) נמצא כי רופאים תופסים את הפעילות לצמצום פערים בבריאות כחלק מתפקידם והתכונה החשובה ביותר אצל "הרופא הטוב" לדעתם קשורה בפן ההומני והדאגה לחולה. במחקר אחר של Dopelt et al. (2014) צוין כי כאשר הרופא מחזיק בעמדה שעליו לפעול למען צמצום פערים כחלק מתפקידו הסיכוי שיהיה מעורב חברתית גדול פי 2.5. תחושה זו מתחזקת כאשר הרופא עצמו מגיע מקהילה מוחלשת ומנסה לדאוג לרווחתה.

כל המרואיינים הביעו תחושת שייכות ומחויבות לקהילתם אשר מהווה גורם משמעותי המעודד אותם לפעול למענה. לפי Snyder & Omoto (2008) התנדבות בונה ומחזקת קשרים בין המתנדבים לבני הקהילה הסובבת אותם, ומקדמת לכידות חברתית וחיבור בין אנשים. ואכן המרואיינים מספרים כי העשייה למען הקהילה מובילה לתחושת מימוש עצמי וסיפוק. התחושה מתעצמת כאשר הפעילות שלהם מביאה תועלת רבה לקהילה ומשפרת את תוצאי הבריאות שלה.

ההיבט התרבותי בחברה הבדואית בנגב נמצא הן כחסם והן כגורם מעודד לקידום בריאות בקהילה. כאשר רוצים להניע תהליכים כאלה יש לבצע הנגשה תרבותית ושפתית ולבצע התאמות ייחודיות על מנת לעודד שיתוף פעולה ולהגדיל את סיכויי ההצלחה (Baron-Eppel et al., 2007 ; אלסאנע ועמיתיו, 2020). מחקרים רבים מעידים על החשיבות הרבה באשר לשיתוף פעולה עם אנשי הקהילה ומנהיגיהם על מנת להוביל שינוי ולעודד את שיתוף הפעולה של אוכלוסיית היעד (De Freitas & Martin, 2015 ; Marmot, 2010 ; Hutchins et al., 2009).

לאמון הציבור או העדר אמון במערכת הבריאות יש השפעה גדולה על היענות למסרים בריאותיים (Annas et al., 2008 ; Charania & Tsuji, 2012 ; Hutchins et al., 2009). על כן, יש צורך באנשים מתוך הקהילה הנתפסים כמתווך אמין בין הרשויות לקהילה. מחקרים הראו כי ככל שהמגוון האתני של הצוות הרפואי גדל כך ניתן לצמצם את הפערים בבריאות ולהגדיל את תחושת האמון של המטופלים (Smedley et al., 2001) על ידי מתן טיפול מותאם תרבותית ולשונית ובכך להגדיל את ההבנה ושיתוף הפעולה (Cervantes et al., 2014 ; Saha et al., 2003). יתרה מזו, כאשר המטופל והרופא חולקים שפה ומנהגים משותפים היחס הבינאישי במפגש הטיפולי משתפר ומגדיל את הסיכוי שהמטופל יגיע למעקב (Grumbach et al., 2008). ההיבט הדתי בתרבות הבדואית מאוד דומיננטי וישנה חשיבות גדולה לדת ולאנשי הדת בחיי היום יום באוכלוסייה הבדואית בנגב, דבר המכתיב את הנורמות בשבטים ומהווה אבן דרך משמעותית בהבנת הזהות, קבלת ההחלטות, ושיתוף הפעולה של הבדואים בנגב עם תהליכים המובלים על ידי המדינה (יהל ואבו עג'אג', 2021).

בראיונות נמצא כי הפערים בבריאות בנגב מהווים הן כחסם והן כגורם מעודד. *כגורם מניע*- תיארו המרואיינים את מצב בריאותה הקשה של האוכלוסייה ואת פועלם כתוצאה מכך ואת הרצון להוביל את השינוי בקהילה. *כחסם*- מצב הבריאות והנגישות לשירותים מהווים אתגר שהרי תוכניות לקידום בריאות ייכשלו אם לא יילקחו מאפיינים אלו בחשבון.

**בניתוח החסמים/אתגרים בקידום בריאות הקהילה** ברמת המיקרו האישית היעדר זמן מהווה חסם משמעותי. מרואיינים רבים תיארו מצב דומה בו הם היו רוצים להתנדב יותר אך אין להם זמן, כתוצאה מהעומס והאינטנסיביות של העבודה והצורך להשקיע גם במשפחה. ברמת המזו נחלקו החסמים לארבע נושאים עיקריים: חוסר אמון במערכת הבריאות, היעדר השכלה וחוסר מודעות, השפעת השבטיות ומצב סוציו אקונומי. *חוסר האמון במערכת הבריאות* עלה רבות בראיונות. אוכלוסיות מיעוט הסובלות בדרך כלל מהדרה פוליטית ועוני, מציגות מצב של חוסר אמון בין אוכלוסיות אלו למערכת הבריאות. במחקר של Satran ושותפיה (2021) נבחנו רמות סטרס בקרב המיעוט הערבי (בדואים, מוסלמים, נוצרים) בישראל במהלך הגל הראשון של התפרצות הקורונה. במחקר נמצא כי האוכלוסייה הבדואית דיווחה על רמות סטרס גבוהות משמעותית בהשוואה לקבוצות מיעוט אחרות. כמו כן, דיווחו על רמה בינונית עד גבוהה של אפליה, רמה בינונית של אמון במערכת הבריאות ורמה נמוכה יחסית של עמידה בהנחיות. לפי Bachner ועמיתיו (2005) הבדלים תרבותיים עלולים ליצור חיכוך בין נותני השירות למטופלים. חיכוכים אלו יכולים להסביר את הנטייה של הבדואים לפנות למטפלים מסורתיים. כמו כן, רמת האמון של הורים בדואים במטפל נמוכה באופן משמעותי מהורים יהודיים. מכאן החשיבות הגדולה של התאמה תרבותית וטיפוח רופאים מתוך הקהילה במטרה לחזק את האמון במערכת הבריאות בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב.

מבחינת *המצב הסוציו אקונומי*, כל יישובי הבדואיים בנגב שייכים לאשכול החברתי כלכלי הנמוך ביותר. המרואיינים הזכירו כיצד המצב הכלכלי משפיע על בריאות האוכלוסייה הן מבחינת תשתיות, צורה ורמת החיים. והן מבחינת הפניות להתעסקות בבריאות מאחר ודאגותיהם מופנות למצב הכלכלי ולפרנסת המשפחה. הספרות תומכת בממצא זה היות ומצב סוציו אקונומי נמוך קשור לעיתים קרובות לעודף תחלואה ותמותה מוקדמת, לפערים אלו מחיר כלכלי גבוהה הן מצד האוכלוסייה והן מצד החברה (Politzer at al., 2019).

*היעדר השכלה וחוסר מודעות* מאפיינים את החברה הבדואית. שיעור הנשירה ממערכת החינוך במגזר הערבי הינו מהגבוהים במדינה ומגיע לכדי 25%, כאשר באזור הדרום השיעור גדול עוד יותר. במחקר של Frimit, Goldberger & Haklai (2021) נמצאה השפעה משמעותית של רמת החינוך על גורמי תמותה כגון: מחלות בדרכי הנשימה, סוכרת, מחלות זיהומיות ואף רצח. אורח החיים של משכילים בריא יותר ויש להם פחות גורמי סיכון, ככל הנראה בשל ידע טוב יותר ויכולות כלכליות לפעול בהתאם. הם עישנו פחות אכלו בריא, שתו פחות משקאות מתוקים ועשו יותר פעילות גופנית וזה בא לידי ביטוי במחלות אשר ניתן למנוע כמו סוכרת, מחלות לב וכלי דם וכדומה. בנוסף נמצא כי לרמת ההשכלה יש השלכות כלכליות מאחר והשכלה גבוהה נותנת הזדמנות תעסוקתית גבוהה יותר וכך גם הכנסה, דיור וגישה לשירותי בריאות (Frimit, Goldberger & Haklai, 2021).

השפעת השבטיות על בריאות האוכלוסייה ניכרת בעיקר דרך אורח החיים, צורת קבלת ההחלטות והמחויבות לשבט. כאשר הכללים בשבט כוללים בתוכם אוסף של דפוסי התנהגות ומנהגים אשר הוטמעו במשך שנים רבות. הם מכתיבים את מה שמותר ואסור במסגרת השבטית כגון: יחסים במשפחה ובין משפחות, מנהגי קבלת אורחים, חתונות, לוויות וכדומה (Salzman, 2004; Stewart, 2012) ומכאן הקושי ביצירת שינוי או הנעת תהליכים אשר יכולים להיות מנוגדים אפילו במעט לכללי השבט, על אחת כמה וכמה באם הם מנוגדים לדת ולתרבות הבדואית. מדברי המרואיינים השבטיות באה לידי ביטוי ביחסי כוחות בין משפחות, הקשבה למנהיגים ואנשי דת בכל תחומי החיים וחוסר מעש מצד המנהיגים של השבטים. השחקנים המרכזיים בשבט הם השיחים, האימאמים, ראשי השבטים ובכירים במערכת המשפט בשבט (Alon, 2016). התנגדות של אנשי מפתח אלו עלולים להשפיע רבות על שיתוף הפעולה של החברה הבדואית, מאידך שיתופם וגיוסם לעבודה משותפת, כפי שקרה בתקופת הקורונה יכולה לסייע רבות.

*החסמים המגדריים*נובעים ממעמדה הנחות של האישה במגזר הבדואי אשר משפיע על בריאות האישה והצאצאים. רוב הנשים במגזר הבדואי אינן משכילות ולעיתים אנאלפביתיות, הן כפופות לחוקים נוקשים ומוגבלות בתנועה, לעיתים הן חסרות מעמד על כן נמנע מהן או מקשה עליהן להגיע לקבלת טיפול רפואי. ממצא זה עולה בקנה אחד עם הספרות אשר גרסה כי הפרדה מגדרית בחברה הבדואית מונעת מנשים מלהגיע להסברה והדרכות ואף מלקבל טיפול רפואי (אלסאנע ועמיתיו, 2020).

חסמים מגדריים עלו בהקשר לקושי של הנשים בלימודי הרפואה ועבודה מול אנשי הקהילה הן המטופלים והן הקולגות. ממצא זה עולה בקנה אחד עם Abu-Rabia-Queder (2006) המתארת את האתגרים (בתוך הבית ומחוצה לו) איתם נשים בדואיות מתמודדות כאשר הן יוצאות מהבית לרכוש השכלה. לפי רודניצקי (2011) השכלת נשים בחברה הבדואית זוכה לעדיפות גבוהה בקרב גופים ממסדיים וחברתיים אזרחיים. מספר הנשים המסיימות לימודים בהשכלה גבוהה עולה עם השנים (12 בשנת 1995 לעומת 303 בשנת 2010). עם זאת, עדיין ישנה אי הסכמה מצד שבטים שלמים לשלב נשים בשוק העבודה או לאפשר להן ללמוד מחוץ לתחומי השבט. למעשה, קיים קונפליקט בין הרצון לשמר את תפקידן המסורתי של נשים בשמירה על המשפחה לבין ההכרה בפוטנציאל החזק לשפר את איכות חיי היום יום של נשים במרחב הציבורי המקומי ולפעול כסוכנות שינוי ((Abu Rabia-Queder, 2006. שינוי תפיסתי זה בא לידי ביטוי בשיעור הגדל של בדואיות הרוכשות השכלה, יוצאות לשוק העבודה, מכהנות בתפקידי מפתח ונהנות מדפוסי ניידות על אף החשש מתוצאות בלתי רצויות ופגיעה במסורת ובתרבות. יחד עם זאת, עדיין קיים פיקוח רב ואלמנטים של שליטה פטריארכלית (פוליגמיה, כבוד המשפחה וכדומה) אשר תמיד נוכחת מגבילה ומווסתת והגברים הם המחלטים האם האישה יכולה לצאת ללמוד (Nasasra 2017 ; Yazbak and Kozma 2017; Harel- Shalev, 2017 ; Harel-Shalev et al, 2019). נשים אקדמאיות בוחרות לעבור עם משפחתן לערים מעורבות על מנת להתרחק מהחוקים הנוקשים ומאפשרות לעצמן יותר מרחב וחופשיות (Harel-Shalev et al, 2019).

ברמת המאקרו, למדינה תפקיד משמעותי בכל הקשור למדיניות מקדמת בריאות, משאבים ותקציבים, תשתיות וצמצום פערים בחברה הבדואית בנגב. המרואיינים טענו כי המדינה מתחמקת מלקיחת אחריות על מצבה של החברה הבדואית בנגב. לדוגמה, קיצוץ התקציבים ותקצוב חסר, התעלמות, חוסר יחס לבדואים ולישובים הבלתי מוכרים וחוסר השקעה בחינוך ובצעירים. יחד עם זאת, נמצאו מאמרים המעידים על שאיפותיה וניסיונותיה של המדינה לשפר את מצב האוכלוסייה הערבית בכלל והאוכלוסייה הבדואית בנגב בפרט בכל תחומי החיים ביניהם גם בתחום הבריאות (רודניצקי, 2011). גם בתקופת הקורונה נעשו מאמצים רבים על ידי המדינה וגופים אחרים לבצע פעולות הסברה מותאמות שפה ותרבות בכלי התקשורת, ברשתות החברתיות ואף בשלטי חוצות תוך שימוש באנשי דת ומובילי דעה בקהילה הבדואית בנגב.

**מגבלות**

המדגם יחסית מצומצם וכלל 15 רופאים מהאוכלוסייה הבדואית בנגב בלבד. ייתכן וישנם הבדלים בין רופאים מאוכלוסיות מיעוט שונות ומאזורים גאוגרפים שונים בארץ. כמו כן, רואיינו במחקר רק רופאים ולא לקחו בו חלק נציגים ממקצועות הבריאות האחרים.

**מסקנות**

המחקר מציג נקודת מבט ייחודית על מנהיגות מקומית בקרב רופאים מהאוכלוסייה הבדואית בנגב כאחת האסטרטגיות לצמצום פערי בריאות בחברה הבדואית. מקצוע הרפואה נתפס כיוקרתי בקהילה הבדואית ועל כן מהווה מושא להעלאת הדימוי העצמי של הרופאים כמנהיגים ומגביר את שיתוף הפעולה וההיענות של הציבור.

חוויות במישור האישי והמקצועי המשאירות חותם ברופא הבדואי, אי השוויון והפערים בבריאות מעלים את המוטיבציה להובלת תוכניות לקידום בריאות בקהילה ואת הרצון להוביל שינוי ולשפר את תוצאי הבריאות. הבנה תרבותית, הכרת המאפיינים הייחודיים לקהילה והשפה מהווים יתרון לרופא המעוניין להנהיג תוכניות לקידום בריאות בקהילתו.

אחד החסמים המשמעותיים בפעילות לקידום בריאות הוא היעדר זמן. חינוך השכלה וחוסר המודעות של הקהילה מהווים חסם בעל השפעה ניכרת על בריאות האוכלוסייה. לשבטיות יש תפקיד מכריע בדפוסי התנהגות ודרך קבלת ההחלטות. בנוסף, קיימים חסמים מגדריים כתוצאה ממעמדה הנחות של האישה הן מבחינת בריאות האישה והילוד והן מבחינת התפתחות אישית והשכלה. על אף מאמציה הרבים של המדינה להוביל שינוי, עדיין נדרשת הקצאת תקציבים ומשאבים לקידום הבדואים בנגב.

לאור הממצאים ניתן להמליץ על תוכניות הכשרה לרופאים הבדואים בנושאי מנהיגות וקידום בריאות כחלק מההתמחות והן בלימודי המשך. רופאים אלה יוכלו להשמיע את קולה של החברה הבדואית ולשים את בעיותיה על סדר היום הפוליטי. במקביל יש לפעול להגברת המודעות לבריאות, חינוך והסברה בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב. יש לתמרץ את הרופאים הבדואים ולהקצות חלק ממשרתם לעידוד אורח חיים בריא ורכישת השכלה בקרב הבדואים. יש להרחיב את המחקר למקצועות בריאות נוספים כגון: סיעוד, רוקחות וכדומה. ניתן לבצע מחקר הבוחן כיצד האוכלוסייה תופסת את מנהיגי הבריאות ומהם החסמים/ הזרזים המשפיעים על שיתוף הפעולה שלהם.

**מדריך הריאיון**

1. אשמח אם תספר לי על עצמך: מה גילך? מתי סיימת ללמוד רפואה? תחום התמחות, היכן נולדת וגדלת, היכן אתה גר היום?
2. למה בחרת ללמוד דווקא רפואה?
3. מה דעתך על הרפואה בנגב?
4. כיצד הסביבה תופסת אותך בקהילה שלך ובקהילת הרופאים?
5. האם אתה מעורב בתוכניות לקידום האוכלוסייה הבדואית בנגב?
6. למי שעבר לגור בישובים יהודיים- איך אתה נתפס בקהילה לאחר שעברת לגור בישוב שאינו בדואי?
7. "אחד הגורמים המשפיעים על צמיחתו של מנהיג הוא קיומן של נסיבות המצריכות מנהיגות"- האם היית מגדיר את עצמך כמנהיג ואלו נסיבות עשו ממך מנהיג?
8. האם לדעתך יש משמעות להיותך רופא שבא מחברת מיעוט? האם אתה חושב שזה הקשה עלייך לאורך הדרך או להפך (דווקא הווה ייתרון)
	* האם אתה חש סטיגמה (הן מצד הקולגות והן מצד המטופלים) באשר להיותך רופא מקבוצת מיעוט?
9. האם תוכל לפרט את החסמים אשר נתקלת בהם בדרך לשינוי שרצית להוביל?
	* אם מדובר באישה- האם הרגשת שהיו חסמים בשל היותך אישה?
10. האם לדעתך ישנה התנגשות או שילוב בין היותך חלק מהחברה הישראלית לבין היותך חלק מקהילה שהיא בעלת קודים מסורתיים?

#

# 5. ביבליוגרפיה

אלסאנע, פ. אזברגה, ר. אבו עייש, א. אלשייך, מ. (2020). נייר עמדה: התמודדות עם אתגרי הבריאות בחברה הערבית- בדואית בנגב. קול מהשטח, ניירות עמדה בנושאים: חינוך, בריאות וצעירים החברה הערבית- בדואית בנגב. מרכז מנדל למנהיגות בנגב. יולי 2020, עמ' 23-35.

יהל, ח. ואבו עג'אג', ע. (2021). שבטיות, דת ומדינה בחברה הבדואית בנגב: בין שימור לשינוי. עדכן אסטרטגי - כתב עת רב תחומי לביטחון לאומי. כרך 24, גיליון 2, עמ' 44-56.

סדן, א. (2009). עבודה קהילתית, שיטות לשינוי חברתי. הוצאת הקיבוץ המאוחד.

רשות ההגירה והאוכלוסין, (2020). נתוני הרשות לאוכלוסין והגירה מאי 2020.

<https://in.bgu.ac.il/humsos/negevSus/SYBSN/DocLib/%D7%90%D7%95%D7%9B%D7%9C%D7%95%D7%A1%D7%99%D7%99%D7%AA%20%D7%94%D7%91%D7%93%D7%95%D7%90%D7%99%D7%9D%20%D7%91%D7%A0%D7%92%D7%91%20%D7%A8%D7%A9%D7%95%D7%AA%20%D7%94%D7%90%D7%95%D7%9B%D7%9C%D7%95%D7%A1%D7%99%D7%9F%20%D7%95%D7%94%D7%94%D7%92%D7%99%D7%A8%D7%94%20%D7%9E%D7%90%D7%99%202020.pdf>

שקדי, א. (2003). מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני - תיאוריה ויישום. אוניברסיטת תל אביב, הוצאת רמות.

Abu Rabia-Queder, S. (2006). Between Tradition and Modernization: Understanding the Problem of Female Bedouin Dropouts. British Journal of Sociology of Education 27(1), 3–17.

Alon, Y. (2016). The Shaykh of Shaykhs: Mithqal al-Fayiz and tribal leadership in modern Jordan. Stanford University Press.

Annas, G. Mariner, W. and Parmet, W. (2008). "Pandemic preparedness: The need for a public health, not law enforcement/national security". The American Civil Liberties Union.

Bachner, Y.G. Carmel, S. Lubetzky, H. Heiman, N. Galil, A. (2005). Therapists’ Communication Styles and Parents’ Global Trust in the Therapists: A Comparison Between Jewish and Bedouin Parents. Pediatric Physical Therapy, 17 (3), 173-179.

Baron-Epel, O. Garty, N. and Manfred Green, S. (2007). Inequalities in use of Health Services Among Jews and Arabs in Israel. Health Services Research, 42 (3pt1), pp. 1008-1019.

Bronfenbrenner, U. and Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. New York: John Wiley & Sons.

Brower, S. (2005). Community – generating neighborhoods. In B. Martens and A.G. Kuel (Eds), Designing social innovation: planning, building, evaluating (pp. 273-280). Gottingen, Switzerland: Hogrefe.

Campbell, K.A. (2013). letter to the editor: Underrepresented minority faculty in academic medical centers. Journal Healthcare for Poor and Underserved. 24,611-9.

Cervantes, L. Chu, E. Nogar, C. Burden, M. Fischer, S. Valtierra, C. and Albert, R. K. (2014). A hospitalist mentoring program to sustain interest in healthcare careers in under-represented minority undergraduates. Journal of Hospital Medicine DOI: 10.1002/jhm.2218.

Charania, N.A. and Tsuji, L.J. (2012). A community-based participatory approach and engagement process creates culturally appropriate and community informed pandemic plans after the 2009 H1N1 influenza pandemic: remote and isolated First Nations communities of sub-arctic Ontario, Canada. BMC Public Health, 12(268).

De Freitas, C and Martin, G. (2015). Inclusive public participation in health: Policy, practice and theoretical contributions to promote the involvement of marginalised groups in healthcare. Social Science &Medicine.135,31-9.

Dopelt, K., Bachner, Y., Urkin, J., Yahav, Z., Davidovitch, N., & Barach, P. (2022). Perceptions of practicing physicians and members of the public on the attributes of a "good doctor". Healhcare, 10(1), 73-86. https://doi.org/10.3390/healthcare10010073

Dopelt, K., Davidovitch, N., Yahav, Z., Urkin, J., & Bachner, Y. G. (2014). Reducing health disparities: The social role of medical schools. Medical Teacher, 36(6), 511-517. https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.891006

Dopelt, K. Levi, B. and Davidovitch, N. (2021). Identifying distinctive traits of healthcare leaders in Israel: in-depth interviews with senior physicians – an exploratory study. Leadership in Health Services, Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print. <https://doi.org/10.1108/LHS-08-2020-0059>.

Frimit Goldberger, N. and Haklai, Z. (2021). Educational level, ethnicity and mortality rates in Israel: national data linkage study. Israel Journal of Health Policy Research 10, 47.

Grumbach, K. Odom, K. Moreno, G. Chen, E. Vercammen-Grandjean, C. and Mertz, E. (2008). California physician diversity: New findings from the California medical board survey. San Francisco, CA: UCSF Center for California Health Workforce Studies

Harel-Shalev, A. (2017). Gendering Conflict Analysis. Ethnic and Racial Studies 40 (12): 2115–2134.

Harel-Shalev, A. Kook, R. and Yuval, F. (2019) Gender relations in Bedouin communities in Israel: local government as a site of ambivalent modernity, Gender, Place & Culture, 26(1), 30-51.

Hutchins, S. Fiscella, K. Levine, R. Ompad, D. McDonald, M. (2009). Protection of Racial/Ethnic Minority Populations During an Influenza Pandemic. American journal of public health.

Itzhaky, H. and York, A.S. (2001). What makes up community leadership competence?. Journal op Social Work Research and Evaluation, 2, 83-94.

Khaklai, Z. (2021). Personnel in the health professions 2020. The information department, Israeli Ministry of Health.

Marmot, M. (2010). Fair Society, Health Lives, Final Report. Institute of Health Equity. At <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

Mullan, F. (2006). Doctors For The World: Indian Physician Emigration. Health affairs, Project HOPE - The People-to-People Health Foundation, Inc. 25 (2), 380-93.

Nandakumar, S. (2004). What’s Up Doc?. New Delhi: Parity Paperbacks.

Nasasra, M. (2017). The Naqab Bedouins: A Century of Politics and Resistance. New York, Columbia University Press.

Politzer, E. Shmueli, A. & Avni, S. (2019). The economic burden of health disparities related to socioeconomic status in Israel. Israel Journal of Health Policy Research 8, 46.

Popper-Giveon, A. and Keshet, Y. (2015). It’s Every Family’s Dream”: Choice of a medical career among the Arab minority in Israel. Journal of Immigrant and Minority Health, 1-11.

Rothman, J. (2007). Multi modes of intervention at the macro level. Journal of community Practice, 15, 11-40.

Saha, S. Arbelaez, J. J. and Cooper, L. A. (2003). Patient-physician relationships and racial disparities in the quality of health care. American Journal of Public Health, 93, 1713-1719.

Salzman, P.C. (2004). Pastoralism: Equality, hierarchy, and the state. Westview Press.

Satran, C. Ali-Saleh, O. Mashiach-Eizenberg, M. and Bord, S. (2021). Stress and perceived discrimination among the Arab population in Israel: the mediation role of the perceived COVID-19 threat and trust in the healthcare system. Ethnicity & Health.

Smedley, D. B. Stith, A. Y. Colburn, L. and Evan, C. H. . (2001) The right thing to do, the smart thing to do: Enhancing diversity in the health professions – Summary of the Symposium on Diversity in Health Professions in Honor of Herbert W. Nickens. Washington, DC: National Academy Press.

Snyder, M. and Omoto, A.M. (2008). Volunteerism: Social Issues Perspectives and Social Policy Implications. Social Issues and Policy Review, 2(1), 1-36.

Stewart, F.H. (2012). The structure of Bedouin society in the Negev: Emanuel Marx's Bedouin of the Negev revisited. In H. Hazan, & E. Herzog (Eds.). Serendipity in anthropological research: The nomadic turn, 257-289.

Stokols, D. (1992). Establishing and Maintaining Healthy Environments - toward a Social Ecology of Health Promotion. American Psychologist, 47(1), 6-22.

Yazbak, H. and Kozma, L. (2017). Personal Status and Gender: Palestinian Women in Israel. Haifa: Pardes. Hebrew.

Zimmerman, M.A. and Zahniser, J.H. (1991).Refinements of sphere-specific measures of perceived control: Development pf a sociopolitical control scale. Journal of Community Psychology, 19, 189-204.