

ערבים במקצועות הבריאות והרווחה בישראל: מבט אתני ומגדרי על ייצוג ותעסוקה

אריאלה פופר-גבעון,¹ יעל קשת² ועדו ליברמן²

מיעוטים אתניים במדינות שונות סובלים מייצוג חסר במקצועות הבריאות. גיוון אתני של אנשי מקצוע בתחום הטיפול בבריאות מעלה את הסיכוי לטיפול כשיר תרבותית, שנמצא תורם לצמצום פערי בריאות. בישראל יש פערי בריאות בין אוכלוסיית הרוב היהודי לאוכלוסיית המיעוט הערבי. יחד עם זאת נראה שערכים משכילים רבים פונים למקצועות הבריאות והרווחה. בהקשר זה ביקשנו לבחון היבטים אתניים ומגדריים של ייצוג ותעסוקה של ערכים בישראל במקצועות הבריאות והרווחה בכלל, ובמקצוע הרפואה בפרט, וללמוד על משמעותם. שילבנו במחקרנו שיטות מחקר כמותיות ואיכותניות. בחנו את שיעורי הערכים העוסקים במקצועות בריאות ורווחה מתוך נתוני הסקר החברתי (2011) ואת שיעורי העוסקים ברפואה מתוך סקר כוח אדם (2011). כדי ללמוד את תפיסותיהם ואת חוויותיהם של רופאים בני המיעוט הערבי, ערכנו עשרה ראיונות עומק חצי מובנים עם רופאים ערבים המועסקים בבתי חולים ציבוריים בערים מעורבות בישראל (חיפה וירושלים). הממצאים מעלים שאף שמקצועות הבריאות והרווחה הם נתיב תעסוקה מועדף באוכלוסייה הערבית בישראל, בכל זאת היא סובלת מייצוג חסר ברפואה. ייצוג חסר זה נובע מייצוג חסר חריף של נשים ערביות, הן לעומת נשים יהודיות והן לעומת גברים ערבים, המיוצגים היטב ברפואה. בראיונות עם הרופאים הערבים עלו מניעי הבחירה שלהם בקריירה של רפואה. אף שנשים רבות עוסקות במקצועות הבריאות והרווחה, לייצוג החסר של נשים ערביות במקצוע הרפואה יש השלכות בריאותיות, כלכליות וחברתיות מרחיקות לכת.

מלות מפתח: אתניות, מגדר, מקצועות בריאות ורווחה, ערכים, רפואה

1 המכללה האקדמית דוד ילין, ירושלים.

2 המכללה האקדמית גליל מערבי.

מבוא

במאמר זה מוצג מחקר שבחן היבטים אתניים ומגדריים הנוגעים לתעסוקת ערבים בשירותי הבריאות והרווחה בישראל בכלל, ובמקצוע הרפואה בפרט, דרך שתי סוגיות כבדות משקל, המהוות שני צדדים של אותו המטבע: ייצוג חסר ותעסוקה. הצלבה בין ההיבטים האתניים והמגדריים, כמו גם בחינת תפיסותיהם וחוויותיהם של רופאים בני המיעוט הערבי המועסקים בבתי חולים ציבוריים בישראל, מאפשרות ללמוד על משמעות הממצאים ולהסבירם.

ייצוג חסר ברפואה

במרכזים עירוניים גדולים בעולם המערבי ניתן טיפול רפואי לאוכלוסייה מגוונת מבחינה אתנית (Kai, Beavan, Faull, Dodson, Gill, & Beighton, 2007). ואולם יש פערים באיכות הטיפול שמקבלים בני קבוצות אתניות שונות. סוגיה זו מעסיקה בשנים האחרונות חוקרים מדיסציפלינות שונות, אנשי צוותים רפואיים ומעצבי מדיניות. טיפול רפואי הוא תלוי תרבות, שכן הוא יונק מתפיסות מקובלות אודות גוף האדם, חולי ורווחה. גורמים תרבותיים הם מהותיים לאבחון נכון ולטיפול מוצלח, והם מעצבים את האמונות ואת דרכי ההתנהגות של החולה (Kleinman & Benson, 2006). לכן יש משמעות מבחינת איכות הטיפול לסוגיות תרבותיות, שהן מעבר להיבטי השפה גרידא. טיפול מותאם תרבות יכול להינתן בידי צוות רפואי המכיר מנהגים ותפיסות של מגוון התרבויות המיוצגות באוכלוסייה ומוכשר בתקשורת עמן, וטוב מכך בידי צוות רפואי השייך בעצמו לקבוצת המיעוט שהוא משרת (McGee & Fraher, 2012). רופאים מקבוצות מיעוט אתניות נוטים יותר להתמחות בטיפול בקהילות חלשות עם אוכלוסיות מיעוט. היכרותם הקרובה עמן מגבירה את שביעות הרצון של המטופלים, משפרת את איכות הטיפול ואת תוצאותיו ותורמת לצמצום פערי בריאות (Cervantes et al., 2014).

ואולם קבוצות מיעוט סובלות לעתים קרובות מייצוג חסר במקצועות הבריאות והרפואה. המושג "ייצוג חסר ברפואה" (underrepresented in medicine) מתייחס לאוכלוסיות מיעוט אתניות שאינן מיוצגות במקצוע הרפואה בשיעור ההולם את שיעורן בכלל האוכלוסייה (Association of American Medical Colleges, 2012). מכיוון שאוכלוסיות מיעוט נוטות לסבול מייצוג חסר במקצועות הבריאות והרפואה בכלל (Cervantes et al., 2014), הספרות הבינלאומית קוראת להרחיב את המגוון האתני

בקרב העוסקים במקצועות אלה, הרחבה שיכולה לתרום לטיפול איכותי, נגיש, שוויוני ומותאם תרבותית לאוכלוסיות שונות (McGee & Fraher, 2012).

הרחבת המגוון האתני של העוסקים בטיפול רפואי מקובלת כאמצעי יעיל לספק לאוכלוסיות מיעוט טיפול טוב יותר – כשיר תרבותית ומותאם לשונית – ולצמצם פערים בבריאות (Smedley, Stith, Colburn, & Evan, 2001). רופאים בני קבוצות מיעוט מטמיעים במערכת הבריאות נורמות ומנהגים שונים, המזוהים עם תרבותם, ובכך יוצרים אווירה מגוונת וסובלנית מבחינה אתנית ותרבותית. זאת ועוד, ההסתברות שפונים בני קבוצות מיעוט יקבלו טיפול מרופא שבא מהרקע התרבותי שלהם גדלה, ככל שהמגוון האתני של הצוותים הרפואיים רחב יותר (U.S. Department of Health and Human Services, 2006). טיפול רפואי מותאם תרבות יכול להגדיל את ההבנה ואת שיתוף הפעולה בין הרופא לפונה, להרחיב את מגוון שירותי הבריאות וההתערבויות הטיפוליות ולהעמיק אצל הפונה את תחושות האמון והסיפוק (Saha, Arbelaez, & Cooper, 2003), כך שיושגו תוצאות טיפול טובות יותר (Cervantes et al., 2014; Saha et al., 2003). כשהרופא והפונה חולקים שפה ומנהגים, היחס הבין אישי משתפר, הפונה מבין יותר את המידע הרפואי הנמסר לו, וגדל הסיכוי שיגיע לפגישות מעקב. רופאים בני קבוצות מיעוט נוטים יותר מאשר עמיתיהם לטפל בפונים בני מיעוטים אתניים, פונים עניים ופונים שאינם מבוטחים בביטוח רפואי (Grumbach et al., 2008; Ko, Heslin, 2007). כך הם תורמים להנגשת הטיפול הרפואי לאוכלוסיות מוחלשות (Brotherton, Stoddard, & Tang, 2000) ולצמצום פערי בריאות בין קבוצות אתניות שונות. גם התאמה מגדרית בין הרופא למטופל מסייעת בשיפור התקשורת ותורמת לבריאות המטופל (Bertakis & Azari, 2012).

בריאות ערכים בישראל

ערכים הם קבוצת המיעוט האתנית הגדולה בישראל, וגם הם, בדומה למיעוטים אתניים במקומות אחרים, סובלים מפערים בבריאות. נכון לשנת 2013 היו שיעורי תמותת התינוקות בקרבם גבוהים מאלה שבקרב האוכלוסייה היהודית: 6.1 לכל 1,000 לידות לעומת 2.2 לכל 1,000 לידות (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2013). גם תוחלת החיים של ערכים בישראל נמוכה מזו של היהודים: 78 שנים לעומת 81 אצל הגברים, ו-80.9 שנים לעומת 84.3 אצל הנשים (הלמ"ס, 2013א). 29% מדוברי הערבית כשפת אם נתקלים

בקשיים הנובעים ממגבלות שפה, כשהם זקוקים לשירותי מערכת הבריאות (אברבוך, קידר וחורב, 2010).

למרות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, שחוקק כדי לספק כיסוי בריאות הולם לכל אזרחי ישראל, האזרחים הערבים נתקלים בקשיים בקבלת שירותי בריאות: משאבי בריאות אינם מוקצים באורח שוויוני, חסרות מרפאות, וניכר מחסור בכוח אדם בפריפריה, שם מתגוררים רוב ערביי ישראל. אין הצוותים הרפואיים רגישים לצרכים הייחודיים של האוכלוסייה הערבית, ואין הם מודעים למאפיינים התרבותיים של אוכלוסייה זו (Borkan, Morad, & Shvarts, 2000). יתרה מזאת, ערבים בישראל נוטים פחות לפנות לרופאים מומחים (Baron-Epel, Garty, & Green, 2007), היושבים על פי רוב בערים הגדולות במרכז הארץ, הרחק מריכוזי האוכלוסייה הערבית (Luvetzky, Friger, & Washarwsky-Livne, & Shvarts, 2011).

פעוטות ערבים סובלים משיעורים גבוהים של אנמיה (Meyerovitch et al., 2006), מספר הילדים הערבים הנפגעים בתאונות בית גבוה ממספר הילדים היהודים הנפגעים בתאונות כאלה (Gofin, Avitzor, Haklai, & Jellin, 2002), ושיעורי התמותה של צעירים ערבים (בני 10-24) גבוהים משיעורי התמותה של צעירים יהודים בגילאים אלה (Wilf-Miron, Nathan, Sikron, & Barell, 2001). מאז שנות ה-70 של המאה ה-20 חל בקרב ערבים בישראל גידול גם בשכיחות החולים במחלות כרוניות (סוכרת למשל) (אדלבי, ברחנא, מלמן וכראל, 2012).

למצב הבריאות של הערבים בישראל יש גם זווית מגדרית: נשים ערביות סובלות משוליות כפולה: כנשים בחברה הערבית הפטריארכלית וכבנות המיעוט הערבי במדינת ישראל היהודית (Herzog, 2004). מחלות כרוניות מסוימות שכיחות אצל נשים ערביות יותר מאשר אצל נשים יהודיות. נשים ערביות סובלות יותר מסוכרת, ושיעור ההחלמה שלהן מסרטן נמוך יחסית (אדלבי ועמיתים, 2012). הן מאמצות פחות התנהגויות בריאות ומצייתות פחות להנחיות הרופאים (המרכז הישראלי לבקרת מחלות, 2005). המעבר מהרגלי תזונה מסורתיים למודרניים הביא לעלייה במספר הערבים בישראל הסובלים מהשמנת יתר, בעיקר בקרב נשים מבוגרות. כ-70% מהנשים הערביות בגילאי 55-64 סובלות מהשמנת יתר, בהשוואה ל-36.4% מהנשים היהודיות בגילאים אלה (אדלבי ועמיתים, 2012).

דאוד (Daoud, 2008) זיהתה שישה גורמים עיקריים המעיבים על בריאותן של נשים ערביות בישראל: אורח חיים לא בריא, ציות לנורמות פטריארכליות, תמורות מהירות באורח החיים, מצב פוליטי קונפליקטואלי, מעמד סוציו-אקונומי נמוך ומגבלות תרבותיות.

גם רמת הייצוג של ערכים במקצועות הבריאות בישראל משפיעה על מצבה הבריאותי של אוכלוסייה זו, שכן טיפול כשיר תרבותית יכול לשפר את מצב הבריאות (Smedley et al., 2001), בפרט בקרב אוכלוסיות מיעוט. בשני העשורים האחרונים חל גידול בשיעורי הערכים בישראל הפונים ללימודי מקצועות הבריאות והרפואה והמועסקים במקצועות אלה (בירנבאום-כרמלי, 2010), ואולם לא נערך מחקר מקיף, הכולל היבטים מגדריים, על שיעורי התעסוקה של ערכים במקצועות אלה ועל רמת הייצוג שלהם בהם.

אם כן, מטרת מאמר זה היא לבחון היבטים שונים – אתניים ומגדריים – של ייצוג ותעסוקה של ערכים בישראל במקצועות הבריאות והרווחה וללמוד את השלכותיהם. במסגרת המאמר נתמקד אפוא בשני נושאים: ייצוג חסר ותעסוקה. נבחן את שיעורי הנשים והגברים העוסקים במקצועות הבריאות והרווחה בכלל, וברפואה בפרט, הן בתוך כלל האוכלוסייה והן בתוך כלל המועסקים הערבים, בהשוואה לשיעורים המקבילים בקרב האוכלוסייה היהודית בישראל. ננסה ללמוד את משמעות הנתונים ולהסבירם. כמו כן נציג את תפיסותיהם ואת חוויותיהם של רופאים בני המיעוט הערבי, המועסקים בבתי חולים ציבוריים בישראל.

שיטות מחקר

במחקר זה שילבנו שיטות מחקר כמותיות ואיכותניות, שילוב הנפוץ בקרב חוקרים מתחום בריאות הציבור (Abusabha & Woefel, 2003). אף שלעתים שילוב שתי השיטות מקוטע ולא שיטתי, עדיין ביכולתו לספק תמונה מלאה יותר, השואבת ממקורות שונים ומשלימים.

במחקר הנוכחי שילבנו מידע משלושה מקורות: סקר חברתי, סקר כוח אדם וראיונות עומק איכותניים. תחילה ניתחנו נתונים מתוך הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2011א), שנערך בשנת 2011 בקרב האוכלוסייה הקבועה בישראל, בגיל 21 ומעלה. הראיונות נערכו פנים-אל-פנים, בעברית, ברוסית או בערבית. השתתפו בסקר 7,064 איש, מתוכם 1,104 ערבים (15.63%), שהתפלגו כך: 81.3% מוסלמים, 10.2% דרוזים ו-8.5% נוצרים. בין היתר בחן הסקר את שיעורי היהודים והערבים במקצועות שונים, ובהם גם מקצועות הבריאות והרווחה. מקצועות אלה כלולים בסקר בשני ענפים: ענף שירותי הבריאות וענף שירותי רווחה וסעד. ענף שירותי הבריאות כולל בתי חולים, מרפאות ומוסדות רפואיים, רפואת שיניים, וטרנינג, שירותים רפואיים ופארא-רפואיים. ענף שירותי רווחה וסעד כולל שירותים

חברתיים ושירותי סעד, דיור ציבורי ושירותי טיפול ביתי (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 1993). הניתוח הסטטיסטי נעשה באמצעות ניתוח z-test להשוואת פרופורציות.

בעוד הסקר החברתי הציג נתונים כלליים על העיסוק במקצועות הבריאות והרווחה, אפשר לנו סקר כוח האדם (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2011ב), הרחב והמפורט יותר, לבחון גם נתונים על העוסקים ברפואה באופן ספציפי. הסקר בוחן מגמות בשוק התעסוקה הישראלי, את ממדיו ואת מאפייניו. הסקר, שנערך ב-2011, הקיף כ-101,838 נשאלים ב-24,000 משקי בית שונים בקירוב. בכל משק בית מילא אחד מבני הבית שאלון עבור עצמו ועבור בני הבית האחרים שגילם מעל 15. בניתוח הסטטיסטי השתמשנו ב-z-test וב-Chi-square test כדי להשוות פרופורציות.

כדי להרחיב עוד את בסיס הנתונים, ולתקפם דרך הצלבה של שיטות מחקר (Creswell & Clark, 2010), ערכנו גם מחקר איכותני. רוב המחקרים האיכותניים על כשירות תרבותית של העוסקים בבריאות נערכו בקרב רופאים בני קבוצת הרוב, המספקים שירותים לבני קבוצת מיעוט (ראו Klein, Schubiner, Gadon, & Wynia, 2008). כדי לבחון את תפיסותיהם ואת חוויותיהם של רופאים בני המיעוט הערבי, ערכנו עשרה ראיונות עומק חצי מובנים עם רופאים ערבים. כדי להעמיק ולהבין את שילוב ההיבטים האתני והמגדרי, בחרנו להתמקד ברופאים המועסקים בבתי חולים ציבוריים בערים מעורבות בישראל (חיפה וירושלים). קריירה של רופאים בבתי חולים היא קריירה תובענית (וטובענית), ואצלם הפער המגדרי גדול מזה שבקרב רופאי קהילה. לצד הנתונים הכמותיים שנאספו על כלל הרופאים (בקהילה וגם בבתי החולים), הבנה מעמיקה של הפער המגדרי מתאפשרת דווקא בבתי חולים, שכן בהם הוא מתבטא במלוא עוזו. שאלנו את הרופאים הערבים מה הביא אותם לבחור בנתיב זה, כיצד נתפס העיסוק ברפואה בקרב משפחתם ובחברה הערבית בכלל, מה חשו בשנות לימודיהם וכיצד הם מתארים את עבודתם בסביבה מעורבת, יהודית-ערבית.

למעט שניים, שנערכו בבתי הרופאים עצמם, נערכו הראיונות בשנת 2013 בבתי החולים. כל אחד מהם ארך בין שעה לשעה וחצי. המחקר הקיף תשעה רופאים גברים ורופאה אחת (יחס המשקף את מיעוט הרופאות ערביות, שאליו נחזור בהמשך). גיל הרופאים נע בין 25 ל-57 (הגיל הממוצע 42). שבעה מהמראיינים מוסלמים, שניים נוצרים ואחד דרוזי. שבעה מהרופאים הם רופאים מומחים: אנדוקרינולוגיה (1), הרדמה (1), רפואה פנימית (1), רפואת ילדים (2) ורפואת חירום (2). שלושה היו בשלבי התמחות שונים, ברפואת ילדים (1) וברפואה פנימית (2). הראיונות הוקלטו, תומללו ונותחו ניתוח תוכן (Hsieh & Shannon, 2005), כדי לדלות מתוכם תמות מרכזיות.

ממצאים

ממצאי מחקר זה יוצגו בשני פרקי משנה. בראשון יוצגו הממצאים הכמותיים באשר לייצוג החסר ולמאפייני התעסוקה של ערבים במקצועות הבריאות והרווחה בישראל. הממצאים מעלים שהאוכלוסייה הערבית בישראל סובלת מייצוג חסר ברפואה, אף שמקצועות הבריאות והרווחה מהווים נתיב תעסוקה מועדף באוכלוסייה זו. את הסיבה לייצוג החסר מצאנו בניחותה ההיבט המגדרי של הנתונים. בחינה מגדרית העלתה שנשים ערביות משתלבות ברמות תעסוקה נמוכות של מקצועות הבריאות והרווחה בעוד נשים ערביות אקדמאיות מעדיפות את מקצוע ההוראה, ולכן סובלות מייצוג חסר ברפואה. מכאן, וזהו הממצא המרכזי שמאמר זה מצביע עליו, שייצוג החסר של האוכלוסייה הערבית ברפואה נובע מייצוג חסר חריף של נשים ערביות, הן ביחס לנשים יהודיות והן ביחס לגברים ערבים, המיוצגים היטב ברפואה. בפרק המשנה השני יפורטו התובנות שעלו מהראיונות עם הרופאים הערבים המועסקים במערכת הבריאות הישראלית, תובנות המאפשרות להסביר את דפוס ייצוג החסר במקצועות הבריאות והרווחה בקרב האוכלוסייה הערבית, בהקשרו התרבותי-החברתי. מהראיונות עולה שגברים ערבים רואים במקצוע הרפואה נתיב לתיעול מצוינות אקדמית ואפיק להשתלבות בחברה הישראלית. תמונה זו מדגישה את העיסוק של גברים ערבים דווקא במקצוע הרפואה ומבליטה את הצורך בהגדלת מספרן של רופאות ערביות במערכת הבריאות הציבורית בישראל.

ממצאים כמותיים

ייצוג חסר של ערבים במקצועות הבריאות והרווחה בישראל

ניתוח הנתונים הכמותיים מעלה שהמיעוט הערבי בישראל סובל מייצוג חסר במקצועות הבריאות והרווחה. נתוני הסקר החברתי (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2011א) מלמדים ששיעור הייצוג של הערבים במקצועות הבריאות והרווחה נמוך בהשוואה לשיעור הייצוג של היהודים, בעיקר ככל שעולה רמת ההשכלה. שיעור הערבים המועסקים במקצועות הבריאות והרווחה מתוך כלל האוכלוסייה הערבית בישראל נמוך משיעור היהודים המועסקים במקצועות אלה מתוך כלל האוכלוסייה היהודית. רק 5.53% מהאוכלוסייה הערבית (הנתונים נכונים לאוכלוסייה מגיל 21 ומעלה), בהשוואה ל-7.53% מהאוכלוסייה היהודית, מועסקים במקצועות הבריאות והרווחה ($P < .001$). ניכר גם הבדל בולט בשיעורם של בעלי המקצוע האקדמאים המועסקים בתחומים אלה. רק 1.9% מהאוכלוסייה הערבית, בהשוואה ל-3.39% מהאוכלוסייה היהודית, הם אקדמאים המועסקים במקצועות הבריאות והרווחה ($P < .001$). אולם, כפי שניתן לראות בלוח 1,

בחינה מגדרית מעלה שייצוג החסר של ערבים במקצועות הבריאות והרווחה נובע מייצוג חסר חריף של נשים ערביות בלבד, ושגברים ערבים מיוצגים באופן מלא.

לוח 1

ייצוג חסר בשירותי בריאות ורווחה

מבחן Z	ערבים			יהודים			התופעה
	מספר אהוז	מספר הערבים בתופעה	מספר כולל של ערבים	מספר אהוז	מספר היהודים בתופעה	מספר כולל של יהודים	
							מועסקים בשירותי בריאות ורווחה
*** 2.62	5.53	61	1,104	7.53	449	5,960	סה"כ
-1.59	4.46	25	560	2.99	85	2,844	גברים
*** -1.52	6.62	36	544	11.68	364	3,116	נשים
							אקדמאים מועסקים בשירותי בריאות ורווחה
*** 3.14	1.90	21	1,104	3.39	202	5,960	סה"כ
-0.69	2.14	12	560	1.69	48	2,844	גברים
*** 4.90	1.65	9	544	4.94	154	3,116	נשים

*** $p < .001$

גם נתוני סקר כוח אדם (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2011ב) מעלים שהמיעוט הערבי בישראל סובל מייצוג חסר במקצוע הרפואה. שיעור הייצוג של ערבים ברפואה נמוך משיעור הייצוג של יהודים. כלומר: שיעור הרופאים הערבים בכלל האוכלוסייה הערבית בישראל נמוך בהשוואה לשיעור הרופאים היהודים בכלל האוכלוסייה היהודית – 0.34% לעומת 0.51% ($P < .01$) (בסקר זה הנתונים מתייחסים רק לאוכלוסייה מגיל 15 ומעלה).

כפי שניתן לראות בלוח 2, אין ייצוג החסר של ערבים במקצוע הרפואה חל על כלל האוכלוסייה הערבית בישראל, אלא על הנשים הערביות דווקא. רופאים יהודים מהווים 0.54% מאוכלוסיית הגברים היהודים; רופאות יהודיות מהוות 0.49% מאוכלוסיית הנשים היהודיות; רופאים ערבים מהווים 0.52% מאוכלוסיית הגברים הערבים; אבל רק 0.14% מכלל אוכלוסיית הנשים הערביות הן רופאות ($P < .001$) (ראו לוח 2).

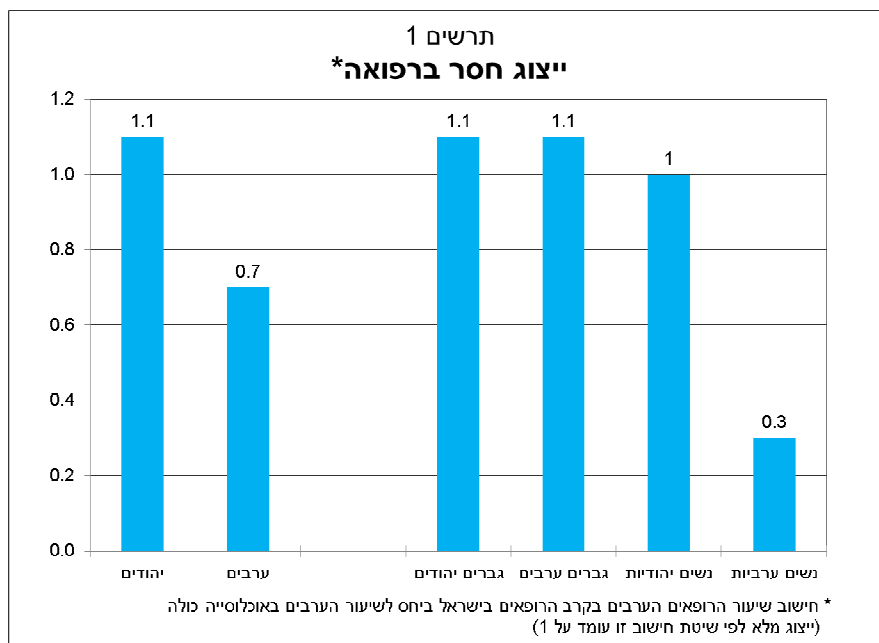
לוח 2

ייצוג חסר ברפואה

השוואה		אחרים (N=101348)		רופאים (N=490)		
χ^2	ד"ח	%	מספר	%	מספר	
*** 10.425	1	99.49	82,328	0.51	426	יהודים
		99.66	19,020	0.34	64	ערבים
*** 25.90	3					גברים
		99.46	40,220	0.54	219	יהודים
		99.49	9,767	0.52	51	ערבים
						נשים
		99.51	42,108	0.49	207	יהודיות
		99.86	9,253	0.14	13	ערביות

*** p < .001

דרך אחרת לבטא את ייצוג החסר של נשים ערביות ברפואה היא חישוב שיעור הרופאים הערבים בקרב הרופאים בישראל ביחס לשיעור הערבים באוכלוסייה כולה. ייצוג מלא לפי שיטת חישוב זו עומד על 1. מצאנו ששיעור הרופאים הערבים באוכלוסיית הרופאים כולה, בהשוואה למשקלם באוכלוסייה בכלל, עומד על 0.7, בהשוואה ל 1.1 בקרב רופאים יהודים. ייצוג החסר של רופאים ערבים בישראל, העולה מנתונים אלה, נובע מייצוג החסר של רופאות ערביות. שיעור הרופאות הערביות מקרב כלל הרופאים בישראל עומד על 0.3 לעומת 1.1 רופאים ערבים ורופאים יהודים ו-1.0 רופאות יהודיות (ראו תרשים 1).



תעסוקה של ערבים במקצועות הבריאות והרווחה בישראל

ייצוג החסר של נשים ערביות בשירותי הבריאות והרווחה בכלל, וברפואה בפרט, עומד בסתירה כביכול לראיית תחום עיסוק זה כתחום "נשי". ככלל רוב העובדים בשירותי הבריאות והרווחה הם נשים, והתחום נתפס כתחום נשי (Adams, 2010). כך גם בישראל. מניתוח נתוני הסקר החברתי (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2011א) עולה ש-78.43% מהמועסקים בתחומים אלה הם נשים. שיעור הנשים הערביות המועסקות בשירותי הבריאות והרווחה מתוך כלל הערביות המועסקות הוא גבוה (20.57%); שני רק לשיעור הנשים הערביות המועסקות בהוראה (34.86%). שיעור זה דומה לדפוסי התעסוקה בקרב נשים יהודיות: 18.53% מהן מועסקות בשירותי הבריאות והרווחה, ו-20.52% מועסקות בהוראה. ואולם אף ששירותי הבריאות והרווחה הם נתיב תעסוקה מקובל אצל נשים ערביות בישראל, ככל שעולות דרישות ההשכלה, שיעור המועסקות במקצועות אלה הולך ופוחת. בקרב האקדמאיות הערביות, שיעור הנשים המועסקות בהוראה גבוה בהרבה משיעור הנשים המועסקות בשירותי הבריאות והרווחה (68.18% לעומת 13.64%; $P < .001$ $Z = 7.66$). לא נמצא הבדל דומה בקרב נשים אקדמאיות יהודיות (28.17% לעומת 19.9%; $P < .01$ $Z = 3.83$).

11 ערבים במקצועות הבריאות והרווחה בישראל : מבט אתני ומגדרי על ייצוג ותעסוקה

לעומת זאת, ואף שרוב העובדים בשירותי הבריאות והרווחה הן נשים, נמצא שתחומי עיסוק אלה רווחים בקרב גברים ערבים בישראל. שיעור הגברים המועסקים בשירותי הבריאות והרווחה מקרב כלל המועסקים והמועסקות (גברים ונשים) גבוה באוכלוסייה הערבית בהשוואה לזו היהודית. 40.98% מכלל הערבים המועסקים בשירותי הבריאות והרווחה הם גברים לעומת 18.93% בלבד בקרב יהודים ($P < .001$) (ראו לוח 3).

לוח 3

תעסוקה בשירותי בריאות ורווחה

מבחן Z	ערבים			יהודים			התופעה
	מספר ערבים בתופעה	מספר ערבים מועסקים	כולל ערבים מועסקים	מספר יהודים בתופעה	מספר יהודים מועסקים	כולל יהודים מועסקים	
ערך	אחוז			אחוז			
							מועסקים בשירותי בריאות ורווחה
0.67	10.55	61	578	11.47	449	3,915	סה"כ
-1.43	6.20	25	403	4.36	85	1,951	גברים
-0.64	20.57	36	175	18.53	364	1,964	נשים
							אקדמאים מועסקים בשירותי בריאות ורווחה
-0.76	17.07	21	123	14.39	202	1,404	סה"כ
*** -2.44	21.05	12	57	7.62	48	630	גברים
1.40	13.64	9	66	19.90	154	774	נשים
*** -3.36	40.98	25	61	18.93	85	449	גברים מועסקים מתוך כלל מועסקים (נשים וגברים) בשירותי בריאות ורווחה
*** -2.98	57.14	12	21	23.76	48	202	גברים אקדמאים מועסקים מתוך כלל מועסקים אקדמאים (נשים וגברים) בשירותי בריאות ורווחה

*** $p < .001$

זאת ועוד, שיעור הגברים המועסקים בתחומים אלה, מתוך כלל הגברים הערבים האקדמאים המועסקים, גבוה יחסית (21.05%); שני רק לשיעור הגברים הערבים האקדמאים המועסקים בהוראה (24.56%). להבדיל, הגברים היהודים האקדמאים המועסקים בשירותי הבריאות והרווחה הם רק במקום החמישי (7.62%) מכלל הגברים היהודים האקדמאים המועסקים, אחרי העוסקים בנכסי דלא נידי, פעילויות השכרה ושירותים עסקיים, תעשייה, חינוך, מסחר סיטוני וקמעוני ותיקונים. שיעור הגברים הערבים האקדמאים המועסקים בשירותי הבריאות והרווחה גבוה אפוא כמעט פי שלושה משיעור הגברים היהודים האקדמאים המועסקים בתחומים אלה (21.05% לעומת 7.62%; $p < .001$) (ראו לעיל לוח 3).

מכלל מקצועות הבריאות והרווחה בולט אפוא מקצוע הרפואה כנתיב תעסוקה לגברים ערבים בישראל. שיעור הרופאים הערבים מתוך כלל הגברים הערבים האקדמאים הוא 8.1% – גבוה בהרבה משיעורם של הרופאים היהודים מתוך כלל הגברים היהודים האקדמאים (3.3%), משיעורן של הרופאות היהודיות מתוך כלל הנשים היהודיות האקדמאיות (2.5%) ומשיעורן של רופאות ערביות מתוך כלל הנשים הערביות האקדמאיות (2.2%) ($P < .0001$). נתון זה מלמד ששיעור הרופאים הערבים (נשים וגברים) בקרב הערבים האקדמאים גבוה משיעור הרופאים היהודים בקרב היהודים האקדמאים (3.9% לעומת 2.2%; $p < .001$) (ראו לוח 4).

לוח 4

תעסוקה ברפואה

השוואה		אקדמאים עם משלה יד אחר (N=20297)		רופאים (N=478)		
χ^2	ד"ח	%	מספר	%	מספר	
*** 20.180	1	97.8	18,750	2.2	415	יהודים
		96.1	1,547	3.9	63	ערבים
*** 64.255	3	96.7	6,215	3.3	213	גברים יהודים
		91.9	571	8.1	50	ערבים נשים
		97.5	7,635	2.5	194	יהודיות
		97.8	571	2.2	13	ערביות

*** $p < .001$

אם כן, אף ששירותי הבריאות והרווחה הם תחום עיסוק נפוץ יחסית אצל נשים בישראל, ובכלל זה גם נשים ערביות, סובלות אלה האחרונות, בהשוואה לגברים ערבים, מייצוג חסר ברפואה. זאת ועוד, אין שיעור הנשים הערביות המועסקות כרופאות, מתוך כלל הנשים הערביות האקדמאיות המועסקות, נמוך מזה של נשים יהודיות אקדמאיות המועסקות בשוק העבודה. אם כן, למה אין נשים ערביות בישראל משתלבות בשירותי הבריאות כרופאות?

התשובה לשאלה זו נעוצה בשילוב מספר גורמי תעסוקה והשכלה, הייחודי לנשים ערביות בישראל. שיעור המועסקות בקרב נשים ערביות נמוך בהשוואה לשיעור המועסקים באוכלוסייה כולה. למרות העלייה ההדרגתית בשיעור השתתפותן של נשים ערביות בישראל בכוח העבודה, מאז שנות ה-70 של המאה הקודמת, ולמרות העלייה המשמעותית בהשכלתן, עדיין שיעור השתתפותן נמוך בהשוואה לשיעורן של נשים עובדות בעולם המערבי ולשיעור הנשים היהודיות העובדות בישראל (ישיב, 2012; ישיב וקסיר, 2010). בעוד ש-51.6% מהגברים היהודים, 50.6% מהנשים היהודיות ו-49.1% מהגברים הערבים מועסקים, רק 17.5% מהנשים הערביות מועסקות ($P < .001$) (ראו לוח 5).

לוח 5

מועסקים לעומת לא מועסקים: הצלבה של מגדר ואתניות

השוואה	χ^2	בלתי מועסקים (N=53126)		מועסקים (N=48712)			
		ד"ח	%	מספר	%		מספר
גברים	*** 3,772.58	3	48.4	19,590	51.6	20,849	יהודים
			50.9	4,993	49.1	4,825	ערבים
			49.4	20,901	50.6	2,1414	נשים
			82.5	7,642	17.5	1,624	יהודיות
							ערביות

*** $p < .001$

גם דפוסי השכלה משפיעים על ייצוג החסר ברפואה של נשים ערביות בישראל. שיעור האקדמאיות בקרב נשים ערביות הוא אמנם נמוך משיעור האקדמאים בקרב יהודים (גברים ונשים), אבל גבוה משיעור האקדמאים בקרב גברים ערבים (11.69% לעומת 27.22%, 22.56% ו-9.79%, בהתאמה; $\chi^2=1719.57$, $p < .001$). אבל רק מעטות מתוך הנשים הערביות האקדמאיות מחזיקות בתואר שלישי (Ph.D.) 0.7%. לעומת 6.2%

מהגברים היהודים האקדמאים, 2.7% מהנשים היהודיות האקדמאיות ו-5.6% מהגברים הערבים האקדמאים ($P < .001$, $\chi^2 = 170.78$). כך בעוד נשים ערביות מועסקות בשיעורים גבוהים בתחום הבריאות והרווחה, ותחום עיסוק זה רווח אצלן, הרי שמיעוט בעלות תואר שלישי בקרבן מנתב אותן לרמות התעסוקה הנמוכות של שירותי הבריאות ומהווה גורם נוסף לייצוג חסר של נשים ערביות ברפואה.

הנתונים הכמותיים חושפים אפוא את ייצוג החסר של נשים ערביות בשירותי הבריאות והרווחה בכלל, וברפואה בפרט. לעומתן, גברים ערבים בישראל מרבים לפנות למקצועות הבריאות והרווחה, ורבים מתוכם בוחרים לממש עצמם כרופאים. הראיונות האיכותניים שערכנו עם רופאים ערבים המועסקים במערכת הבריאות הציבורית מלמדים שגברים ערבים רואים את מקצוע הרפואה כאפיק לתיעול מצוינות וכנתיב להשתלבות בחברה הישראלית.

ממצאים איכותניים: עיסוק ברפואה כנתיב לתיעול מצוינות אקדמית ולהשתלבות גברים ערבים בחברה הישראלית

הראיונות עם הרופאים הערבים המועסקים במערכת הבריאות הציבורית בישראל מעלים שני ממצאים עיקריים: הממצא הראשון, הנוגע למניעי בחירתם במקצוע הרפואה, מבלית את ההיבט הפרקטי (ולא האלטרואיסטי דווקא) שביסוד הבחירה. השני, הנוגע לסביבת העבודה היהודית-הערבית המעורבת, מלמד שהם שואפים להשתלב, כפרטים, בחברה הישראלית המתאפיינת בדומיננטיות יהודית, ולא רק רואים את עצמם כמייצגי הפונים הערבים במערכת הבריאות הציבורית.

מה מניע ערבים בישראל לעסוק ברפואה?

הראיונות עם הרופאים מלמדים, שהבחירה של בני המיעוט הערבי במקצוע הרפואה מושפעת מגורמים מספר. הם רואים במקצוע דרך לתרום לצמצום פערי הבריאות בין אוכלוסיית הרוב היהודית לאוכלוסיית המיעוט הערבית, מסלול ניעות סוציו-אקונומי, נתיב אפשרי להשתלבות בחברה הישראלית ובעיקר אפיק לתיעול מצוינות אישית. צעירים ערבים רבים שציוני הבגרות והפסיכומטרי שלהם גבוהים בוחרים לצעוד בנתיב מקצועי זה, גם אם אין זה בהכרח חלומם האישי.

במגזר הערבי בזמנו היה ברור שהטובים הולכים לרפואה. זאת אומרת, לא היה על זה ויכוח. היום יש אופציות אחרות. אז מי שהחשיב את עצמו טוב בלימודים, הבחירה שלו היתה ברורה (נעים).

המרוויינים מספרים שהמסר שהועבר להם בבית הספר היה להצטיין ולשאוף להשכלה גבוהה. בהעדר אפשרויות אחרות הפתוחות לפני תלמידים ערבים מצטיינים לממש את עצמם מבחינה אקדמית וחברתית, מקצוע הרפואה נתפס כנתיב לתעל אליו מצוינות. אמנם גם הוראה היא בחירה נפוצה, אפילו מתבקשת, אצל תלמידים ערבים מצטיינים, אבל היא מקבעת וכולאת את העוסקים בה בגבולות המגזר. גם אופק הקידום בתפקידי פיקוח או ניהול מוגבל יותר בהוראה. המיועדים להוראה חוזרים מהאקדמיה לכפר, אפשרויות ההשתכרות שלהם מצומצמות, ויוקרתם פחותה. לאור חסרונות העיסוק בהוראה, ובשונה מצעירים יהודים, הנהנים מאפשרויות תעסוקה מגוונות, הישגים אקדמיים גבוהים בתיכון מובילים צעירים בני המיעוט הערבי לבחור בלימודי רפואה:

במחזור שלנו חמישה או שישה הלכו לרפואה. [...] פשוט היו בחורים מוכשרים עם ציונים גבוהים, וזה מה שמעודד אנשים ללכת לרפואה במגזר שלנו. יכול להיות שבמגזר אחר היו הולכים לביוטכנולוגיה, לתעשייה צבאית, אבל אצלנו זה הדבר הראשון שאתה חושב עליו, כשאתה מקבל ציונים טובים (אליאס).

למעט הוראה, מנעד אפשרויות התעסוקה הפתוח לפני תלמידים ערבים מצטיינים מצומצם מאוד. מקצועות רבים חסומים בפועל לפני בני המיעוט הערבי (ג'אברין, 2010), שנתפס כנאמן ומחויב לפלסטינים המצויים בעימות מתמשך עם מדינת ישראל.

הייטק לא יכול לעבוד. [...] מהנדס חשמל הוא צריך להיות גאון יותר מרופא, ובסוף הוא לא יתקבל לעבודה באף מקום. אז רפואה זה מקצוע שהוא יכול לעבוד בו בלי בעיה. אני יכול לעבוד אפילו בצבא בתור רופא; מקום שאולי אסור לי להיכנס אליו, אבל אני יכול לעבוד בו, כי צריכים אותי. [...] כי יש ביקוש. יש מחסור ברופאים בארץ, אז תמיד תהיה עבודה. [...] זה מקצוע סולידי, מקצוע שהוא לא צריך את הממסד כדי שיעסיק אותו, רק שייתן לו את הרישיון. אז הוא יכול לעבוד פרטי. [...] יש גם ביקוש בבתי חולים. הוא יכול לנסוע לחו"ל; זה אותו מקצוע בכל מקום בעולם. זה מקצוע שהוא יכול להתקדם, אם הוא רוצה להגיע רחוק (מוסה).

תלמידים ערבים בישראל, המסיימים את מבחני הבגרות והמבחן הפסיכומטרי בציונים מצוינים, מרגישים שאפשרויות הלימודים והתעסוקה שלהם מוגבלות מאוד. בשל המצב הביטחוני הלא יציב באזור ובשל העמדות השליליות כלפי אוכלוסיית המיעוט הערבי בישראל, תעשיות ההייטק, התעשיות הכימיות והביולוגיות והתעשיות הביטחוניות חסומות לפנייהם כמעט לגמרי. על אף המדיניות המוצהרת של שוויון תעסוקתי, ערבים מופלים בשוק העבודה בישראל (Sharabi, 2014). רפואה ומקצועות הבריאות בכלל נתפסים אפוא גם כיום כנתיבי התעסוקה האפשריים היחידים לערבים משכילים בישראל.

הרופאים הערבים שרואיינו רואים בעיסוק ברפואה לא רק אפיק לתיעול מצוינות, אלא גם מסלול ניעות סוציו-אקונומי. המרואיינים מציינים שעל רקע הביקוש הגבוה תמיד ניתן למצוא עבודה ברפואה: "זה נותן לך מעמד כלכלי וחברתי גבוה. [...] באמת זה נותן ביטחון כלכלי להיות רופא" (אליאס). מכיוון שתמיד יש עבודה בתחום, העיסוק ברפואה נתפס כמתאים במיוחד למיעוטים הסובלים מקיפוח כלכלי:

[רפואה] זה מקצוע טוב למיעוטים. [...] אני יכול להגיד לך בוודאות. זו אחת הסיבות שבני מיעוטים עדיין מתלהבים ללמוד רפואה. הם עדיין מסתכלים על זה, יותר מהיהודים, כמקצוע יוקרתי. [...] זה מקצוע יותר סולידי. יש עבודה – עובדים (מוסה).

מעבר להיבט הכלכלי, ואולי אף יותר ממנו, רואים המרואיינים ברפואה עיסוק המעניק לעוסקים בו מעמד גבוה, קידום חברתי ויוקרה.

רפואה תמיד נחשבה כמקצוע שיש בו עתיד, גם כלכלי וגם מבחינת סטטוס בחברה הערבית. היום אולי זה קצת משתנה, אבל פעם נחשב הטופ שבטופ, ולכן היה השאיפה של רוב האנשים (נעים).

הרופא הערבי זוכה לכבוד לא רק בחברה הערבית, אלא גם בחברה היהודית, מה שמעלה את יוקרתו עוד יותר.

[להיות רופא] נותן לי יחס טוב, נותנים לי כבוד מסוים. אפילו כשאני רואה אנשים שאני לא מכיר, הם אומרים לי "שלום רופא, מה שלומך?" גם מהצד היהודי וגם מהצד הערבי. [...] כשאני רואה אנשים שהחלימו מהמחלות שלהם, אני מרגיש טוב. גם בשוק יש לי שם טוב (מוחמד).

הבחירה לעסוק ברפואה משקפת את שאיפתם של המרואיינים להשתלב בחברת הרוב היהודית. המרואיינים מציינים שרפואה היא תחום עיסוק המאפשר להם להשתלב בחברה הישראלית, שילוב שמתחיל כבר בתקופת הלימודים:

ההסתגלות היתה קשה בחודשיים-שלושה הראשונים. אתה בא ממקום עם חברה ערבית טהורה ואתה נכנס לחברה שהיא יותר יהודית, עם כל הבעייתיות שאנחנו מכירים. יש לך מסביבך גם ערבים שלומדים איתך וגם חבר'ה יהודים שאתה מתחיל להתחבר אליהם (נעים).

גם בהמשך, עם ההשתלבות בשוק העבודה, רואים המרואיינים ברפואה עיסוק המאפשר למוסס הבדלים אתניים ופוליטיים. אף שניתן להניח, שמתחת לפני השטח מערכות היחסים בין יהודים לערבים בארגוני הבריאות מורכבות וסבוכות יותר, הרי שהמרואיינים גורסים שמבחינת בני המיעוט הערבי בישראל, המבקשים להשתלב בחברת הרוב היהודית, העיסוק ברפואה מאפשר זאת יותר מתחומי עיסוק אחרים:

אני אף פעם לא חשבתי לעשות אפליה בין יהודי וערבי. אין אצלי במחשבה, במעשים, שזה ערבי, זה יהודי, זה שחור, זה לבן. זה בן אדם סובל. [...] בתור רופא אני חייב לעזור לו. [...] מה השבועה של הרופא? שכל חולה שבא אליך הוא בן אדם, וצריך לעזור לו בכל דבר – בגוף, בנפש, בנשמה; לא לעשות הבדל של מין, גזע, דת (איברהים).

המרוויינים רואים בבית החולים במיוחד זירה שבה מצטמצמים הפערים ומיטשטשים ההבדלים האתניים בין ערבים ליהודים:

יש שילוב מאוד יפה בבית החולים הזה. גם בבתי חולים אחרים רופאים ערבים משולבים יפה, מגיעים למעמד מאוד בכיר. [...] לא הרגשתי שיש איזה מחסום בגלל שאני ערבי, בכלל במחלקה הזאת, בבית החולים הזה (נעים).

אנחנו עובדים כצוות ולא מסתכלים על המקור של כל אדם. הדבר היחיד שמולנו זאת המחלה, והתפקיד שלנו זה לטפל בה. אם החולה הוא ערבי או יהודי, זה לא כל כך משנה. מבחינתי הכי חשוב לעזור לילד שנמצא מולי ולטפל בו הכי טוב שאפשר (אחמד).

התפיסות האוניברסליות וההומניות המזוהות עם רפואה משמעותיות בעיקר במחלקות ילדים, טיפול נמרץ וטראומה.

במחלקה אין פוליטיקה בכלל. [...] בטיפול נמרץ, ילד לא משנה מאיפה הוא. [...] הטיפול מקצועי לגמרי, ואף אחד לא מסתכל על שמות (סאלח).

אם כן, בזירות אלה, שהמוות והחיים נוכחים בהן בעת ובעונה אחת, ההבדלים בין הקבוצות האתניות מצטמצמים, והשתלבותם של רופאים ערבים מתאפשרת יותר מאשר בזירות אחרות בחברה הישראלית (Popper-Giveon, Liberman, & Keshet, 2014).

רופאים ערבים בישראל –

שגרירי המיעוט או חלק מחברת הרוב ההגמונית?

הרופאים הערבים שראינו, רובם המכריע גברים כאמור, רואים את עצמם לא רק כמייצגי הפונים הערבים במערכת הבריאות הציבורית; אלא הם שואפים להשתלב בעצמם, כפרטים, בחברה הישראלית. אמנם בהיותם בני בית בשפה ובתרבות הערבית, הם מכירים בכך שבידם לתת לפונים הערבים למערכת הבריאות הציבורית מענה טוב יותר, אבל את העניין בטיפול כשיר תרבות הם מייחסים דווקא לפונים הערבים.

הרבה פעמים אני יושב עם משפחות להסביר להן על טיפול ולהחליט החלטות גדולות, כמו תינוק שאין לו סיכוי או תינוק עם סיבוכים. [...] היה לנו מקרה כזה

אתמול, ילד שאין לו סיכוי, עם מומים בראש. המשפחות פשוטות. אין לנו פה בארץ את האפשרות להגיד "אני לא רוצה להגביל טיפול". אבל אם את מדברת למשפחה פשוט, אומרת להם "בואו, אני רוצה שתחליטו אם אתם לא רוצים להמשיך טיפול", הם יגידו לך שמבחינת הדת זה אסור. אבל אם תבואי בדרך אחרת, "תשמעו, הילד יש לו מומים. תלכו תתייעצו עם אנשי דת אצלכם, תגידו להם המצב ככה וככה ואני חושב ככה", באמת הם יקבלו את זה הרבה יותר קל. [...] המטרה לעזור למשפחות, שיבינו, שידעו מה אנחנו מבינים, מה אנחנו מדברים (סמיר).

הפונים הערבים הם המבקשים שיטפלו בהם רופאים ערבים, גם כשבקשה זו מעמידה את מערכת הבריאות, חסרת הפניות והשוויונית לכאורה, במצבים מביכים:

רופא ערבי יכול לתת מענה לאוכלוסייה הערבית: להבין אותם, להסביר להם. באוכלוסייה הערבית מרגישים נוח, כשרואים רופא ערבי, מרגישים יותר חופשי להגיד דברים. אולי הם גם חושבים שאני אדאג להם יותר מהרופא היהודי, כן? למרות שאני לא אדאג להם יותר (מוסה).

הרופאים הערבים שרואיינו מציינים אפוא את תרומתם לצמצום פערי הבריאות המעיבים על ערבים בישראל. לדבריהם, הם יכולים לתקשר ביתר קלות עם פונים ערבים, ולכן גם לתת להם אבחנה וטיפול מדויקים יותר. ואולם בעוד הצורך בצמצום פערי הבריאות ממצב אותם כרופאי נישה הנותנים מענה בעיקר לאוכלוסייה הערבית, מתברר שרצונם האמיתי הוא לפרוץ את גבולות המגזר הערבי ולהשתלב בחברה הישראלית. הפונים הערבים, כפי שהם מצטיירים מדברי הרופאים, רואים עצמם כחלק מהמגזר הערבי, כחלק מהמיעוט, ומחפשים תמיכה במערכת אצל אלה הדומים להם. בשונה מהם, הרופאים הערבים, כפרטים, מבקשים להשתלב, להיטמע בחברה היהודית-הישראלית, לתרום לה ולהיתרם ממנה. כך אף שברורה לרופאים המרואיינים תרומת הטיפול כשיר התרבות שהם יכולים להעניק לחולים ערבים, אין הם מעוניינים לטפל דווקא בחולים אלה ואין הם רואים את עצמם כמייצגי המיעוט הערבי בתוך מערכת הבריאות הישראלית. נהפוך הוא, הם רואים את עצמם כיחידים סגולה, שהצליחו לפרוץ את תקרת הזכוכית של שוק התעסוקה הישראלי ולהשתחרר ממגבלות המגזר. דברי הרופאים המרואיינים מבטאים חזון של חברה משלבת ומשולבת, המטשטש את ההבדלים המבחינים בין הקבוצות והמגזרים השונים, העומד בסתירה לחזון הייצוג השווה במערכות הבריאות והמבליט דווקא את תרומתן היחסית של הקבוצות האתניות השונות בחברה.

בראיונות מביעים הרופאים הערבים את שאיפתם להשתלב בחברה הישראלית, דרך השתלבות במערכת הבריאות, הנתפסת כמובנים רבים כמערכת מאפשרת ושוויונית למדי.

רופאים ערכים משתלבים יפה בכתי חולים, תורמים הרבה, מגיעים למעמד, ואני אחד מהם. [...] חלק מהרופאים האלה הם טובים ומוצלחים, ואני חושב שטוב לחברה וטוב לרפואה בארץ שישתלבו בה רופאים ערכים (נעים).

השילוב מתחולל לא בכפר, בקהילה הערבית, אלא בעיר המעורבת או בריכוזי האוכלוסייה היהודית. שם הרופאים הערכים יכולים לממש את עצמם, להתקדם ולהתפתח מקצועית ואישית. בהקשר הזה ניתן להבחין בכירור בין שתי קבוצות בקרב רופאים ערכים אזרחי ישראל: רופאי הקבוצה הראשונה, שרובם לא עברו התמחות, משמשים בעיקר במרפאות קהילה במגזר. רופאי הקבוצה השנייה, שממנה נבחרו המרואיינים במחקר זה, עובדים בכתי חולים מחוץ לריכוזי האוכלוסייה הערבית. הראיונות עמם מלמדים שרופאים אלה בוחרים במודע לפרוץ את גבולות המגזר ולהתקדם אישית ומקצועית. מתוך מקומם במערכת הבריאות הציבורית הם חותרים ליצור הזדמנויות למפגש בין העמים. הם רואים בזירה הרפואית, הנייטרלית, הא-פוליטית וההומניסטית קרקע מתאימה למוסס את העוינות שבין החברה היהודית לחברה הערבית בישראל. אף שפעמים רבות המציאות מורכבת בהרבה, בחרו המרואיינים שלנו ברוב המקרים להיצמד לאמירות רווחות, אפילו אידיוליות, מעין אלה.

אם כן, הרופאים הערכים הגברים רואים בעיסוק ברפואה נתיב לתיעול מצוינות אקדמית ואפיק לשילוב משמעותי בחברה הישראלית. הם מדגישים את עקרונות השוויון, את היסודות האוניברסליים ואת הרוח האלטרואיסטית, כפי שאלה באים לידי ביטוי בין כותלי בית החולים. ואולם בה בעת הם נדחקים לעסוק ברפואה בשל מיעוט אפשרויות אחרות וריבוי גילויי דחייה, גזענות ועוינות בשוק העבודה וברחוב הישראלי. תפיסות אלה מובילות לייצוג מלא של גברים ערכים במקצועות הבריאות, בעיקר באלה כמו רפואה שנדרשת בהם רמת השכלה גבוהה. אולם לא אלה הם פני הדברים בכל הנוגע לנשים. רק מעט נשים ערביות פונות ללימודי רפואה, וניתן לזהות ייצוג חסר של נשים ערביות בתחום זה. שאלנו אפוא את הרופאים הערכים המועסקים בכתי חולים ציבוריים על חשיבותן של רופאות ערביות. בתשובתם הם הדגישו את חשיבותן של רופאות ערביות גניקולוגיות, אבל לא הרחיבו הרבה מעבר לכך. לעומתם התייחסה בסמה, הרופאה הערבייה היחידה שראיינו במסגרת המחקר, להיבטים רחבים יותר של חשיבות ההתאמה האתנית והמגדרית בטיפול. היא הצביעה על פערי הבריאות המעיבים על נשים ערביות בישראל, המקבלות, לדבריה, טיפול טוב פחות:

גם לפני שהתחלתי ללמוד רפואה, תמיד הפריע לי שנשים מסביבי, בשכונה או במשפחה המורחבת, מתפספסות מבחינה טיפולית. הן לא כל כך משכילות ולא אקדמאיות, אז הן לא מקבלות את הטיפול הנכון. הן מתגלות עם סרטן אחרי כמה שנים, כי הן לא מתלוננות. אני חושבת שבחברה אחרת זה לא היה קורה.

מדבריה של בסמה עולה המשמעות של העדר כשירות תרבותית, הפוגע בטיפול שמקבלות פונות ערביות בישראל:

הרבה נשים פשוט לא מקבלות טיפול נכון, כי הן לא יודעות עברית. [...] רופאת הנשים היא יהודייה, אז היא לא מדברת ערבית. הן הולכות אליה, אבל לא מקפידות על מעקב. [...] אנשים שלא מדברים עברית לא מבינים נכון את התלונות שלהם ולא מסבירים להם נכון את הטיפול. [...] רק שפה, מכשול כזה קטנטן שאפשר להתגבר עליו בקלות, זה מה שחסר.

אך מעבר לכשירות התרבותית מצביעה בסמה גם על חשיבות ההתאמה המגדרית בין הרופאה לפונה בחברה הערבית:

נשים ערביות לא יכולות להתחבר לגבר ערבי. הן לא יכולות להתחבר לגבר יהודי. יותר מתחברות אולי לאישה יהודייה, אבל אז יש את מכשול השפה. [...] אז אישה ערבייה שהיא רופאה זה האופטימלי. [...] בגניקולוגיה זה קריטי, אבל גם בתחומים אחרים זה יכול לעזור. [...] זה הגיוני שאישה תתחבר למישהי כמוה.

בסמה מטעימה שהתקשורת בין רופאה-אישה לפונה-אישה מאותה התרבות משמעותית במיוחד ותורמת לטיפול מיטבי.

אני מכירה בחורה משפרעם שהיא סוכרתית מגיל צעיר והיא בדיכאון. היא היתה פה במחלקה במצב קשה מאוד בגלל שלא הקפידה על הטיפול. [...] אז טיפולתי בה כמה ימים, וכל פעם שאני רואה אחת מהאחיות שלה, אז אני תמיד מוסרת לה ד"ש ותשמרי על עצמך (בסמה).

בהקשר של הקפדה על טיפול נכון (בסוכרת למשל), כאשר הרופאה והפונה משתייכות לאותה קבוצה אתנית, כלומר מדברות אותה שפה, הטיפול שהפונה מקבלת טוב יותר, גם בשל ההתאמה האתנית וגם בשל ההתאמה המגדרית. מטופלות ערביות זקוקות לרופאה המבינה את התרבות ואת הקודים החברתיים והמדברת איתן בגובה העיניים. רופאה כזו יכולה להיות מעין דמות מופת, שהפונות מסוגלות לשמוע בקולה ולסמוך עליה גם כשיש לנקוט מהלכים רפואיים כבדי משקל וארוכי טווח.

דיון

המיעוט הערבי בישראל סובל מייצוג חסר במקצועות הבריאות והרווחה. ייצוג החסר בולט ברמות הגבוהות של התעסוקה, בקרב בעלי כישורים אקדמיים, ובעיקר הוא

משמעותי ברפואה. אף שבמאמר זה עסקנו בכלל המועסקים בשירותי הבריאות והרווחה, וברופאים בפרט, מקצוע מעניין אחר הוא הסיעוד. מקצוע הסיעוד תופס נפח גדול במערכת הבריאות, והוא מקור פרנסתם של גברים ונשים רבים מהמגזר הערבי. ניתוח נתוני סקר כוח אדם משנת 2013 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2013ב) מראה שבמקצוע זה אין הערבים סובלים מייצוג חסר. הערבים מהווים 18.3% מכלל האוכלוסייה (כל הנתונים מעל גיל 15), 12.7% מהמועסקים, 13.3% מהמועסקים בשירותי בריאות ו-19.8% מהאחים ומהאחיות המועסקים בשירותי הבריאות בישראל. מקצוע הסיעוד נחשב מתאים לנשים ערביות, אבל גם גברים ערבים מרבים לעסוק בו. שיעור האחים הערבים בקרב כלל המועסקים בסיעוד (גברים ונשים גם יחד) בשירותי הבריאות בישראל – 44.9% – גבוה בהרבה מזה שבקרב יהודים ואחרים – 8.6%. דפוסי התעסוקה הייחודיים של ערבים בסיעוד ראויים למחקר כשלעצמם.

מהראיונות עם הרופאים למדנו, שמקצועות הבריאות בכלל, ומקצוע הרפואה בפרט, נתפסים כנתיב תעסוקה מועדף ונחשק בחברה הערבית בישראל, בחירה שנתפסת כדרך לצמצום פערי הבריאות בין אוכלוסיית הרוב היהודית לאוכלוסיית המיעוט הערבית, כמסלול ניעות סוציו-אקונומי, כנתיב אפשרי להשתלבות בחברה הישראלית ובעיקר כאפיק לתיעול מצוינות אישית. הנתונים הכמותיים חשפו את ייצוג החסר של אוכלוסיית מיעוט זו. ואולם בחינה עמוקה יותר של נתונים אלה מלמדת שייצוג החסר מאפיין את הנשים הערביות בישראל, שכן הגברים הערבים מיוצגים בשיעור דומה לגברים יהודים ולנשים יהודיות. על כן נשים ערביות, המעדיפות רופאה ערבייה בעלת התמחות מסוימת, על פי רוב יתקשו למצוא כזו.

בחברה היהודית, כמו גם בחברה הערבית בישראל, רפואה נתפסת כמקצוע אליטיסטי, הטומן בחובו תגמולים כלכליים וחברתיים נכבדים. ואמנם ערבים בישראל הצליחו להשתלב בו, אבל הצלבת ההיבט המגדרי עם ההיבט האתני של הנתונים (גישת ההצלבה) חושפת את התמונה המורכבת יותר: דווקא במקצוע אליטיסטי זה המושך נשים, ובשנים האחרונות ניכרת בו עלייה מתמדת בשיעורי הרופאות היהודיות (Haklai, Applbaum, Tal, Aburbeh, & Goldberger, 2013), בולט ייצוג החסר של נשים ערביות. ודווקא משום שמדובר במקצוע אליטיסטי, לייצוג חסר זה יש השלכות כלכליות וחברתיות מרחיקות לכת.

גישת ההצלבה (intersectionality), שצמחה מעבודותיהן של הוגות פמיניסטיות אפרו-אמריקניות (Collins, 1990), בחנה ביטויים שונים של שוליות חברתית (שוליות גזעית, אתנית, כלכלית או מגדרית). על פי גישה זו אין לראות ביטויי שוליות אלה כל אחד כשלעצמו (Weber, 2001) וגם לא כמכלול השפעתם המצטברת של מיקומים וכוחות חברתיים שונים (Hancock, 2007), אלא כהכנה חברתית מורכבת, המצליבה את

השפעתם של היבטים שונים של שוליות, אפליה וקיפוח (Crenshaw, 1989; Hankivsky, 2012).

גישת ההצלבה, הלוקחת בחשבון היבטים של אתניות ומגדר, מאפשרת לחקור סוגיות הנוגעות לזהות, למיקום חברתי, למדיניות ולתהליכי דיכוי והעצמה (Bauer, 2014). ספרות המחקר השתמשה בה כדי להבין סוגיות שונות של אי שוויון בכריאות (Hankivsky, 2012; Veenstra, 2013). הצלבת היבטים של אתניות ומגדר לצורך מיפוי ייצוג החסר של ערבים במקצועות הבריאות, במחקר הנוכחי, יכולה לתרום להבנת תמונת הייצוג במקצועות אלה ומתוך כך להביא גם להרחבת השירותים הרפואיים לנשים ערביות בישראל ולהנגשתם.

כאשר מתבוננים בו דרך העדשה של גישת ההצלבה, ניתן להסביר את ייצוג החסר ברפואה של נשים ערביות בישראל דרך המושג מודרניות סלקטיבית (Keshet, Liberman, & Popper-Giveon, Submitted) – מיעוט אתני, המאופיין כחברה מסורתית, מאמץ ומטמיע חלק מהערכים המודרניים של אוכלוסיית הרוב ובה בעת משמר חלק מהערכים ומהנורמות של מסורתו. כך החברה המסורתית פועלת לשמור על איזון בין השפעות ודפוסים תרבותיים מחוצה לה ובתוכה, בין אלמנטים ישנים לחדשים (Magnússon, 2011; Robertson, 1995). המכניזם של מודרניות סלקטיבית יכול להסביר אי שוויון, מגבלות ופערים על הצירים השונים של אתניות ומגדר, שכן הגברים הם בעיקר אלה המאמצים את הערכים הזרים, בעוד הנשים ממשיכות לשאת בעולן של מגבלות מסורתיות רבות (Read & Oselin, 2008).

המודרניות הסלקטיבית מאפיינת את החברה הערבית בישראל, העוברת תהליכים עמוקים של התמערבות ומודרניזציה. אבל אלה המאמצים את הערכים החדשים הם בעיקר הגברים הערבים, ובעיקר בערים המערובות, כמו יפו וחיפה. מהנשים הערביות, לעומת זאת, מצפים לשמור על המסורת. חסמים רבים, שמציבות מולן תרבותן שלהן ותרבות הרוב השלטת כאחת, מעכבים את השתלבותן בעולם העבודה בכלל. אף שעוד ועוד נשים ערביות לומדות לימודים גבוהים ואפילו נוטלות חלק בשוק העבודה, על פי רוב חסומה לפניהן הדרך לתפקידי ניהול והובלה, המאפשרים לחולל מהפכה בסדר החברתי. אין הרחבת מנעד ההזדמנויות של נשים ערביות מתורגמת בהכרח לשוויון חברתי. כך מצפים גם מנשים שלמדו לימודים אקדמיים לחזור עם תום הלימודים לכפריהן ולהשתלב בהוראה במגזר הערבי (Weiner-Levy, 2006). הוראה נתפסת כמקצוע ראוי לנשים ערביות: ניתן לשלבה בקלות עם גידול ילדים ודאגה למשק הבית, והיא כרוכה במגע מועט בלבד עם גברים, ערבים ויהודים. היא מספקת עבודה יציבה וקבועה בתחומי המגזר, הרחק מריכוזי האוכלוסייה היהודית.

כמו הוראה, גם מקצועות הבריאות והרווחה הם נתיב תעסוקה מקובל אצל נשים ערביות בישראל. ואולם כפי שמחקר זה מעלה, ייצוגן של נשים ערביות במערכת הבריאות דל יותר, ככל שהדרישות האקדמיות גבוהות יותר. כלומר: רובן ממלאות תפקידים בדרג הנמוך של שירותי הבריאות, ורק מעטות לומדות ומשתלבות כרופאות במערכת זו.

העיסוק ברפואה דורש שנות לימוד והכשרה ממושכות, אותן שנים שבהן נשים ערביות אמורות להינשא, ללדת ולהקדיש את עצמן לתא המשפחתי. גם היום עדיין מצפים מנשים ערביות להגשים את עצמן בתפקידי המגדר המסורתיים, כרעיות וכאימהות (Sa'ar, 2006), לשמור על הנורמות המסורתיות ולציית לערכים התרבותיים המגבילים נשים. ובדרך כלל אין דורשים מהן לשאת בעול פרנסת המשפחה. בשל כך אין רואים בעיסוק ברפואה, הכרוך בשנות הכשרה ארוכות ובשעות עבודה ממושכות מחוץ לבית, עיסוק הולם עבורן.

בתי הספר לרפואה נמצאים בערים מעורבות במרכז ישראל או אפילו בערים גדולות בחו"ל, הרחק מעינם הפקוחה של בני המשפחה. במחקר הנוכחי, למשל, למדו שבעה מתוך עשרת המרואיינים בחו"ל (שניים ברומניה, שניים באיטליה, אחד בתורכיה, אחד במצרים ואחד בסלובקיה). לימודים כאלה כרוכים בעלויות גבוהות מאוד, המונחות על פי רוב על כתפי המשפחה, וזו יכולה לממן לימוד ילדי או שניים לכל היותר, גברים בדרך כלל. הלימודים והשהות הממושכת בחו"ל כרוכים גם ברכישת שפה זרה ובחשיפה לערכים אחרים, הנתפסים מאיימים פי כמה כשמדובר בנשים צעירות. לימודי הרפואה, כפי שלמדנו מדברי הרופאים הגברים, תורמים לשילובם בחברה הישראלית ולהיווצרותם של יחסים קרובים עם עמיתים לעבודה, יחסים שאינם נתפסים הולמים נשים ערביות. כך סוללות את דרכן כרופאות במערכת הבריאות הציבורית רק קומץ נשים ערביות, הנתפסות בעיני עצמן ובעיני סביבתן כפורצות דרך.

בשל כל אלה קטנים סיכוייה של אישה ערבייה לקבל טיפול מרפואה ערבייה במערכת הרפואה הציבורית בישראל, למרות חשיבות ההתאמה האתנית והמגדרית בטיפול הרפואי; ויש לכך, כאמור, השפעה על איכות הטיפול שפונות ערביות מקבלות. במלים אחרות, ייצוג החסר של נשים ערביות ברפואה משפיע בעיקר על נשים ערביות. מכאן שלא רק המגוון התרבותי של חברי הצוות הרפואי משפיע על איכות הטיפול הרפואי שבני מיעוטים זוכים לו (כפי שראינו במבוא), אלא גם מין הרופא המטפל. התאמה מגדרית בין הרופא למטופל מסייעת בשיפור התקשורת ותורמת לבריאות המטופל (Bertakis & Azari, 2012). סקירת הספרות בנוגע להשפעת ההתאמה המגדרית בין רופא ומטופל על איכות התקשורת ביניהם (Sandhua, Singletona, Clark-Carterb, & Kidida, 2009) מזהה ארבעה צירופי מגדר אפשריים במפגש בין מטפל למטופל. צירופים אלה נבדלים ביניהם בנושאי השיח, בסגנון השיח, בביטויי כוח ומעמד ובמשך ההתייעצות. הצירופים רופא גבר/פונה גבר ורופאה אישה/פונה אישה מתאפיינים בנינוחות גדולה יותר ובקשר

שווינוי יותר בין רופא למטופל מאשר הצירופים שבהם המפגש הטיפולי הוא בין בני מינים שונים (Hall, Irish, Roter, Ehrlich, & Miller, 1994).

במפגשים טיפוליים בין רופאה אישה לפונה אישה השיח רגשי יותר ועובר מידע רפואי עשיר יותר בהשוואה לשאר הצמדים. צירוף זה מאופיין בסגנון תקשורת מעודד, מילולי (הצהרות חיוביות למשל) ולא מילולי (הנהונים). צירופים של רופאה אישה/פונה אישה מאופיינים בטון דיבור רגוע, באינטראקציה קלה וזורמת ובמפגשים ממושכים יחסית, שבהם השיחה קולחת יותר (Sandhua et al., 2009). צירופים מותאמים מגדרית גם נוטים לטיפול הממוקד יותר בפונה (patient-centered) (Bertakis & Azari, 2012). רופאות נשים, הנותנות מענה לפונות נשים, זוכות בציון הגבוה ביותר על התמקדות בפונה (Law & Britten, 1995).

התאמה מגדרית בין רופאה אישה לפונה אישה משמעותית בעיקר בגניקולוגיה. סקירת ספרות אודות נשים הנזקקות לטיפול גניקולוגי או מיילדותי מצביעה על החשיבות שהפונה מייחסת למין הרופא ועל הבדלים בסגנון התקשורת ובתחושת הסיפוק של הפונה (Janssen & Lagro-Janssen, 2012). רוב הפונות מעדיפות רופאה גניקולוגית-מיילדת על פני רופא גניקולוג-מיילד, אולי משום שרופאות ממוקדות בהן יותר.

כדי לצמצם את הפערים בבריאות וכדי לתת מענה לבעיות הבריאות הייחודיות של נשים ערביות בישראל, יש לפעול אפוא להגדלת מספרן של רופאות ערביות במערכת הבריאות. לשם כך יש ללמוד איך מסירים את החסמים שנמצאו בולמים בני מיעוטים בתהליך ההכשרה למקצוע הרפואה: מגבלות פיננסיות (Carr, Palepu, Szalcha, Caswell, & Inui, 2007), פערים בלימודים שנצברו בעבר, העדר עידוד מהמשפחה הגרעינית, חשיפת חסר למקצוע הרפואה כקריירה אפשרית, מחסור בדמויות מופת לחיקוי ולחץ שלילי של חברי קבוצת השווים (Rao & Flores, 2007).

ספרות המחקר מצביעה על תרומתן להסרת חסמים אלה של תוכניות העשרה לתלמידי מיעוטים (Hollow, Patterson, & Laura-Maebaldwin, 2006; MacLachlan, 2012). מטרתן להקנות לבני המיעוטים ידע על תהליך הקבלה ללימודי רפואה ולהגדיל את הביטחון העצמי שלהם במהלך הבחירה המקצועית. תוכניות העשרה משמשות כ"צינורות" לתיעול של בני מיעוטים למסלולי ההכשרה לרפואה.

בארץ כדאי לתעל ללימודי רפואה את בני המיעוט הערבי, ובפרט בנות ערביות מצטיינות, כבר מתקופת התיכון. מכיוון שלימודי הרפואה בישראל מרוכזים בערים מעורבות או יהודיות, מנועות מהם בנות ערביות רבות, בעיקר ממשפחות מסורתיות, שאינן מורשות לישון מחוץ לביתן. יש אפוא לבחון מחדש את אפשרויות לימודי הרפואה, כך שיתאימו גם לבנות ממשפחות מסורתיות במגזר. יש להבין גם את התפקיד המרכזי שממלאים אבות ערבים בעידוד בנותיהן לצאת ללימודים גבוהים (Weiner-Levy, 2011), ובכלל זה גם

לימודי רפואה. יש לפעול בקרבם ולהפוך אותם לסוכנים משמעותיים, המעודדים את בנותיהם ללמוד ולעסוק ברפואה.

כאשר ככלל המוטיבציה ללמוד רפואה היא בעיקר אלטרואיסטית (Kusurkar, Tencate, 2004; Van Aspern, & Croiset, 2011; Rolfe, Ringland, & Pearson, 2004), הרי שאצל סטודנטים ערבים לרפואה בישראל המוטיבציה המרכזית נובעת מהדחיפה ומהעידוד של המשפחה הגרעינית (Popper-Giveon & Keshet, Submitted). הבנת המניעים הייחודיים לבני מיעוטים הבוחרים ללמוד רפואה תוכל לתרום להגדלת מספר הרופאים מקרבם, גברים כנשים, תהליך שיתרום לצמצום פערי הבריאות בישראל.

מקורות

אברבוך, א', קידר, נ' וחורב, ט' (2010). אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו. משרד הבריאות האגף לכלכלה וביטוח בריאות.

אדלבי, נ', ברחנא, מ', מלמן, ע' וכראל, ר' (2012). סוכרת וסרטן: ביטויים שונים בקרב ערבים ויהודים בישראל. הרפואה, 151, 626-628.

בירנבאום-כרמלי, ד' (2010). לא בבית ספרנו. מטעם, 23, 39-47.

ג'בארין, י' (2010). תעסוקת ערבים בישראל: האתגר של הכלכלה הישראלית. המכון הישראלי לדמוקרטיה: פורום קיסריה.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1993). הסיווג האחיד של ענפי הכלכלה, 1993. אוחזר ב-1.7.13 מ-

http://www.cbs.gov.il/reader/sivug_eb/sivug_eb_sdarim_anafim.html

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2011א). הסקר החברתי, 2011. אוחזר ב-12.5.13 מ-
http://www.cbs.gov.il/reader/?MIval=cw_usr_view_SHTML&ID=930

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2011ב). סקר כוח אדם, 2011. אוחזר ב-28.5.14 מ-
http://www.cbs.gov.il/webpub/pub/text_page_eng.html?publ=68&CYear=2011&CMonth=1

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2013). לידות חי, פטירות, ריבוי טבעי, פטירות תינוקות ולידות מת, לפי קבוצת אוכלוסייה. אוחזר ב-1.10.14 מ-

http://www.cbs.gov.il/shnaton65/st03_02.pdf

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2013א). תוחלת היים לפי מין, דת וקבוצת אוכלוסייה. אוחזר ב-1.10.14 מ-
http://www.cbs.gov.il/shnaton65/st03_24.pdf
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2013ב). סקר כוח אדם, 2013. נתונים שהתקבלו באופן אישי ב-18.1.15.
- המרכז הישראלי לבקרת מחלות (2005). מצב בריאות האוכלוסייה הערבית בישראל 2004. דוח 226. משרד הבריאות: ירושלים.
- ישיב, ע' (2012). הערבים בשוק העבודה בישראל. מכון ון ליר: ירושלים.
- ישיב, ע' וקסיר (קלינר), נ' (2010). שוק העבודה של ערביי ישראל. החוג למדיניות ציבורית: אוניברסיטת תל אביב.
- Abusabha, R. & Woelfel, M. L. (2003). Qualitative vs. quantitative methods: Two opposites that make a perfect match. *Journal of the American Dietetic Association*, 103, 566-569.
- Adams, T. L. (2010). Gender and feminization in health care professions. *Sociology Compass*, 4, 454-465.
- Association of American Medical Colleges (AAMC). (2012). *Underrepresented in medicine – definition*. <https://www.aamc.org/initiatives/urm/> (retrieved 8 July 2013).
- Baron-Epel, O., Garty, N., & Green, M. S. (2007). Inequalities in use of health services among Jews and Arabs in Israel. *Health Services Research*, 42, 1008-1019.
- Bauer, G. R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*, 110, 10-17.
- Bertakis, K. D. & Azari, R. (2012). Patient-centered care: The influence of patient and resident physician gender and gender concordance in primary care. *Journal of Women's Health*, 21, 326-333.
- Borkan, J. M., Morad, M., & Shvarts, S. (2000). Universal health care? The views of Negev Bedouin Arabs on health services. *Health Policy and Planning*, 15, 207-216.

- Brotherton, S. E., Stoddard, J. J., & Tang, S. S. (2000). Minority and nonminority pediatricians' care of minority and poor children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 154*, 912-917.
- Carr, P. L., Palepu, A., Szalcha, L., Caswell, C., & Inui, T. (2007). "Flying below the radar": A qualitative study of minority experience and management of discrimination in academic medicine. *Medical Education, 4*, 601-609.
- Cervantes, L., Chu, E., Nogar, C., Burden, M., Fischer, S., Valtierra, C., & 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.
- Collins, P. H. (1990). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness and the politics of empowerment*. Boston: Unwin Hyman.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum, 139*, 139-167.
- Daoud, N. (2008). Challenges facing minority women in achieving good health: Voices of Arab women in Israel. *Women & Health, 48*, 145-166.
- Gofin, R., Avitzor, M., Haklai, Z., & Jellin, N. (2002). Injury inequalities: Morbidity and mortality of 0-17 year olds in Israel. *International Journal of Epidemiology, 31*, 593-599.
- Creswell, J. W. & Clark, V. L. P. (2010). *Designing and conducting mixed methods research*. California: Sage Publication.
- Grumbach, K., Odom, K., Moreno, G., Chen, E., Vercammen-Grandjean, C., & Mertz, E. (2008). *California physician diversity: New findings from the California medical board survey*. San Francisco, CA: UCSF Center for California Health Workforce Studies.

- Haklai, Z., Applbaum, Y., Tal, T., Aburbeh, M., & Goldberger, N. F. (2013). Female physicians: Trends and likely impacts on healthcare in Israel. *Israel Journal of Health Policy Research*, 2, 1-9.
- Hall, J. A., Irish, J. T., Roter, D. L., Ehrlich, C. M., & Miller, L. H. (1994). Gender in medical encounters: An analysis of physician and patient communication in primary care setting. *Health Psychology*, 13, 384-392.
- Hancock, A. (2007). When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on Politics*, 5, 63-79.
- Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science & Medicine*, 74, 1712-1720.
- Herzog, H. (2004). Both an Arab and a woman: Gendered, racialised experiences of female Palestinian citizens of Israel. *Social identities*, 10, 53-82.
- Hollow, D., Patterson, G., & Laura-Maebaldwin, O. (2006). American Indians and Alaska Natives: How do they find their path to medical school? *Journal of the Association of American Medical Colleges*, 81, S65-S69.
- Hsieh, H. F. & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.
- Janssen, S. M. & Lagro-Janssen, A. L. M. (2012). Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: A systematic review. *Patient Education & Counseling*, 89, 221-226.
- Kai, J., Beavan, J., Faull, C., Dodson, L., Gill, P., & Beighton, A. (2007). Professional uncertainty and disempowerment responding to ethnic diversity in health care: A qualitative study. *PLOS Medicine*, 4 (11).
<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0040323>

- Keshet, Y., Liberman, I., & Popper-Giveon, A. (submitted for publication). Selective modernization and intersection of ethnicity and gender: Health professions as a pathway to employment for Arabs in Israel.
- Klein, J. W., Schubiner, L. O., Gadon, M., & Wynia, M. K. (2008). Physicians' experiences and opinions regarding strategies to improve care for minority patients. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 2, 5.
- Kleinman, A. & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*, 3, 1673-1676.
- Ko, M., Heslin, K. C., Edelstein, R. A., & Grumbach, K. (2007). The role of medical education in reducing healthcare disparities: The first ten years of the UCLA/Drew Medical Education Program. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 625-631.
- Kusurkar, R. A., Tencate, J., Van Aspern, M., & Croiset, G. (2011). Motivation as an independent and a dependent variable in medical education: A review of the literature. *Medical Teacher*, 33, 242-262.
- Law, S. A. & Britten, N. (1995). Factors that influence the patient centredness of a consultation. *British Journal of General Practice*, 45, 520-524.
- Luvetzky, H., Friger, M., Washarwsky-Livne, L., & Shvarts, S. (2011). Distance and socio-economic status as a health service predictor on the periphery of the southern region in Israel. *Health Policy*, 100, 310-326.
- MacLachlan, A. J. (2012). Minority undergraduate programs intended to increase participation in biomedical careers. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 79, 769-781.
- Magnússon, S. G. (2011). The life of working-class women: Selective modernization and microhistory in early 20th-century Iceland. *Scandinavian Journal of History*, 36, 186-205.

- McGee, V. & Fraher, E. (2012). The state of racial/ethnic diversity in North Carolina's health workforce. *North Carolina Medical Journal*, 73, 337-345.
- Meyerovitch, J., Sherf, M., Antebi, F., Barhoum-Noufi, M., Horev, Z., Jaber, L., Weiss, D., et al. (2006). The incidence of anemia in an Israeli population: A population analysis for anemia in 34,512 Israeli infants Aged 18-9 months. *Pediatrics*, 118, 1055-1060.
- Popper-Giveon, A., Liberman, I., & Keshet, Y. (forthcoming). Workforce ethnic diversity and culturally competent health care: The case of Arab physicians in Israel. *Ethnicity & Health*, 19 (6), 645-658.
- Popper-Giveon, A. & 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* (Epub ahead of print).
- Read, J. & Oselin, S. (2008). Gender and the education-employment paradox in ethnic and religious contexts: The case of Arab Americans. *American Sociological Review*, 73, 296-313.
- Rao, V. & Flores, G. (2007). Why aren't there more African-American physicians? A qualitative study and exploratory inquiry of African-American students' perspectives on careers in medicine. *Journal of National Medical Association*, 99, 986-993.
- Robertson, R. (1995). Theory, specificity, change: Emulation, selective incorporation and modernization. In B. Grancelli (Ed.), *Social change and modernization: Lessons from Eastern Europe* (pp. 213-233). Berlin: Walter de Gruyter.
- Rolfe, I. E., Ringland, C., & Pearson, S. A. (2004). Graduate entry to medical school? Testing some assumptions. *Medical Education*, 38, 778-786.
- Sa'ar, A. (2006). Feminine strength: Reflections on power and gender in Israeli-Palestinian culture. *Anthropological Quarterly*, 79, 397-430.

- Saha, S., Arbelaez, J. J., & Cooper, L. A. (2003). Patient-physician relationships and racial disparities in the quality of health care. *American Journal of Public Health, 93*, 1713-1719.
- Sandhua, A. A., Singletona, L., Clark-Carterb, D., & Kidida, J. (2009). The impact of gender dyads on doctor-patient communication: A systematic review. *Patient Education & Counseling, 76*, 348-355.
- Sharabi, M. (2014). The relative centrality of life domains among Jews and Arabs in Israel: The effect of culture, ethnicity, and demographic variables. *Community, Work & Family, 17*, 219-236.
- Smedley, D. B., Stith, A. Y., Colburn, L., & Evan, C. H. (Eds.). (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.
- U.S. Department of Health and Human Services (2006). *The rationale for diversity in the health professions: A review of the evidence*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions.
<http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/diversityreviewevidence.pdf> (accessed September 6, 2012).
- Veenstra, G. (2013). Race, gender, class, sexuality (RGCS) and hypertension. *Social Science & Medicine, 89*, 16-24.
- Weber, L. (2001). *Understanding race, class, gender, and sexuality: A conceptual framework*. Boston: McGraw-Hill.
- Weiner-Levy, N. (2006). The flagbearers: Israeli Druze women challenge traditional gender roles. *Anthropology & Education Quarterly, 37*, 217-235.
- Weiner-Levy, N. (2011). Patriarchs or feminists? Relations between fathers and trailblazing daughters in Druze society. *Journal of Family Communication, 11*, 126-147.

Wilf-Miron, R., Nathan, K., Sikron, F., & Barell, V. (2001). Trends in youth mortality in Israel, 1984-1995. *Israel Medical Association Journal*, 3, 610-614.