

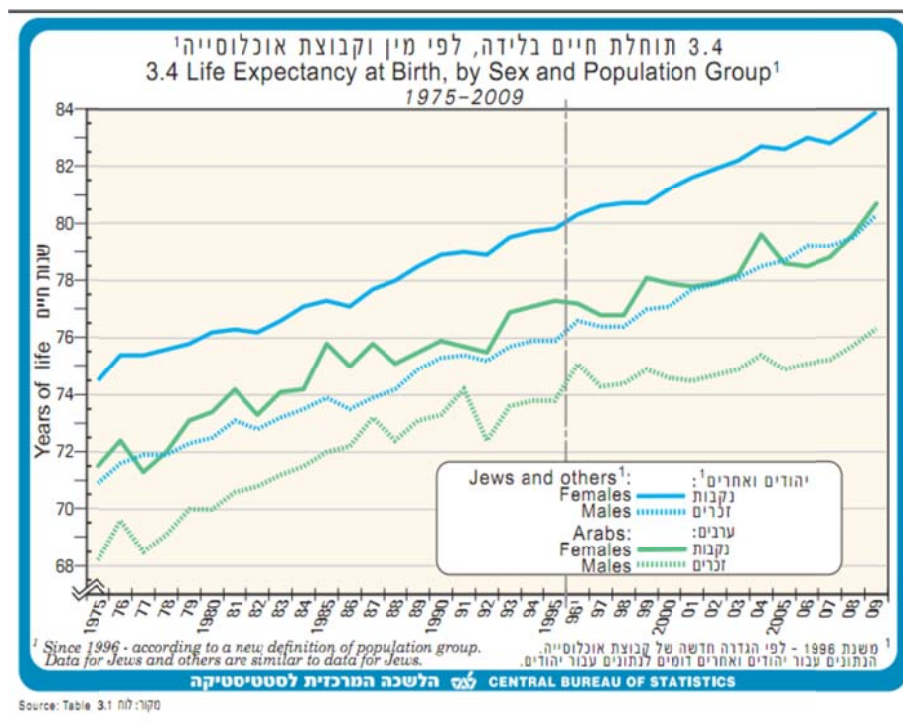
פערי בריאות בין מזדקנים ערבים למזדקנים יהודים בישראל

שלומית קגיה
בהנחיית נביל חטאב

מבוא

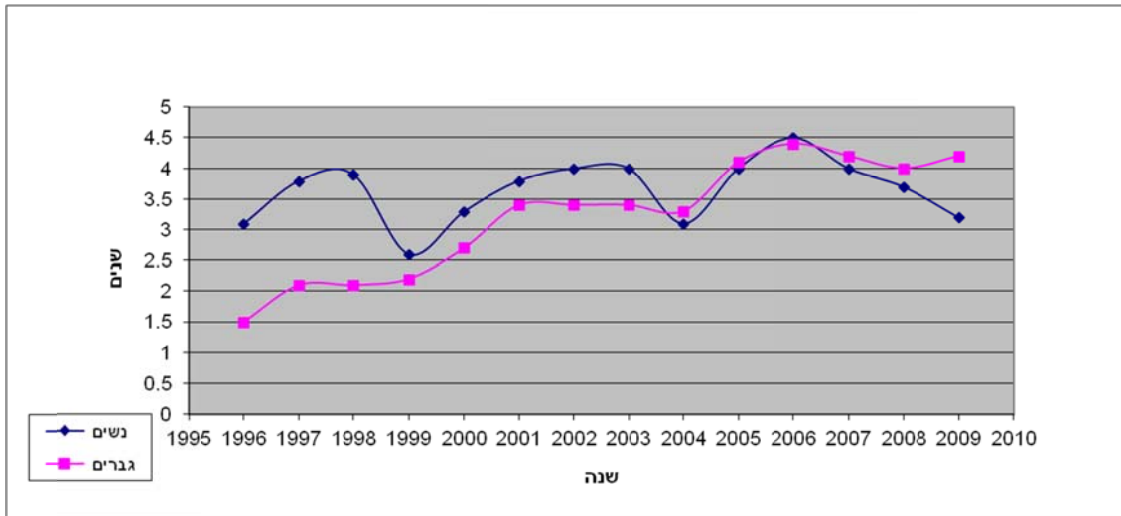
הפערים במצב הבריאות בין יהודים לערבים בישראל נמדדים בתוחלת חיים, בתמותה כללית, בתמותת תינוקות וכן בשיעורי תחלואה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2006; אפשטיין, 2010). עם השנים חלה עלייה בתוחלת החיים בכלל האוכלוסייה בישראל (תרשים 1) – נכון לשנת 2006 עמדה תוחלת החיים (בלידה) של נשים וגברים על 82.2 ו-78.5 שנים, בהתאמה. אולם הפער בתוחלת החיים בין יהודים לערבים נשמר ואפילו מתרחב ככל שעוברות השנים: בשנת 1996 עמד ההפרש בקרב גברים על כ-1.5 שנים, ובשנת 2006 היה ההפרש גדול פי שלושה ועמד על 4.6 שנים. גם בקרב נשים היה פער דומה בשנת 2006 (אפשטיין, 2010: 74-75). נתונים עדכניים יותר מעידים שלאחר שנת 2006 הפער בתוחלת החיים בין יהודים לערבים בקרב גברים נשאר יציב (תרשים 2).

תרשים 1 תוחלת החיים (בלידה), לפי מין וקבוצת אוכלוסייה



מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל 2010.

תרשים 2 פערים בתוחלת החיים בין יהודים לערבים בישראל

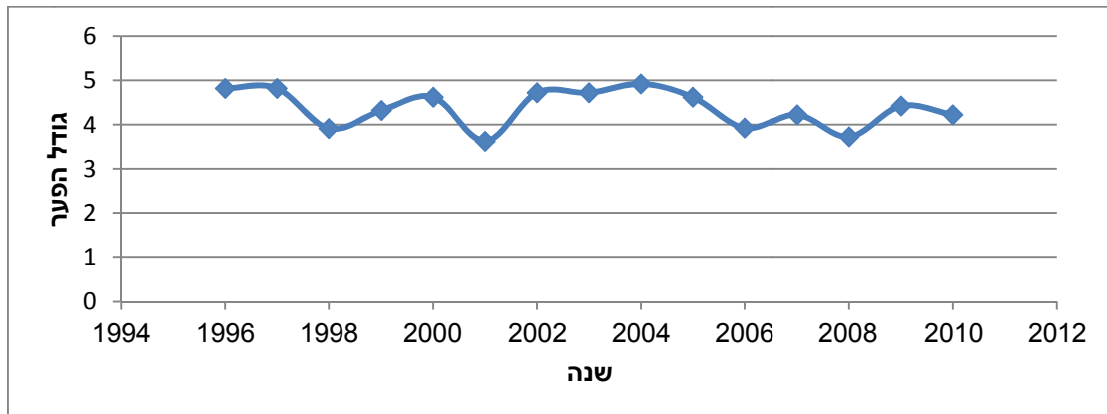


מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל, שנים שונות.

אשר לתמותה: לאחר התקנון לגיל מתברר כי התמותה הכללית בקרב ערבים גבוהה מהתמותה הכללית בקרב יהודים. נכון לשנת 2008 עמד שיעור התמותה בקרב יהודים ואחרים (אזרחי ישראל לא יהודים, שאינם ערבים) על 4.6 מיתות ל-1,000 איש לעומת 6.4 בכלל האוכלוסייה הערבית בישראל. הפער גדול יותר אם משווים בין האוכלוסייה היהודית לבין האוכלוסייה הערבית המוסלמית: 4.5 ו-6.9 מיתות ל-1,000 איש, בהתאמה.

למרות העלייה ברמת החיים באוכלוסייה הכללית בישראל הפער בתמותת תינוקות בין ערבים ליהודים לא הצטמצם במשך השנים (תרשים 3).

תרשים 3 פערים בשיעור תמותת תינוקות בין יהודים לערבים בישראל, תמותה ל-1,000 לידות



מקור: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי לישראל, שנים שונות.

מיפוי עבודות המחקר בנושא אי-השוויון במצב הבריאות בין יהודים לערבים בישראל מראה שהרוב המכריע של המחקרים עוסק בעיקר באומדן הפערים בבריאות בין שתי הקבוצות. הנושאים השכיחים שנחקרים בתחום הם **עישון וסרטן ריאות** (Baron-Epel et al., 2001, 2004b, 2010; Baron-Epel, and Haviv-Mesika, 2004; Tarabeiaa et al., 2008; Baron-Epel et al., 2004a; Tarabeiaa et al., 2007; Baron-Epel, Friedman, and Lernau,) **השמנת יתר** (Kalter-Leibovici et al., 2007; Niskar et al.,) (2009a, 2009b; Baron-Epel, 2010), **מחלות לב וכלי דם** (גולדמן וקרק, 2010; דוד וליבוויץ, 2010; פינק וקרק, 2010) **ודיכאון** (Kaplan et al., 2009).

מחקרים שמנסים להסביר את אי-השוויון בבריאות בין יהודים לערבים בישראל מנמקים את הפערים באמצעות **מצב חברתי-כלכלי** (Baron-Epel et al., 2005; Endevelt et al., 2009) **הון חברתי** (Baron-Epel et al., 2008) **ותמיכה חברתית** (Baron-Epel, 2009). מקבץ נוסף של מחקרים דן **בדפוסי השימוש בשירותי הבריאות** (פרפל ויובל, 1998; דוד וליבוויץ, 2010; Baron-Epel et al., 2006; Baron-Epel, Garty, and Green, 2001). נראה כי היקף קטן יחסית של מחקר עוסק **בנגישות לשירותי בריאות** (פרפל ויובל, 1998) **ובאיכות השירותים** (היימן ואח', 2007) כהסברים לפערים. חלק קטן יחסית של המחקר משלב כמה גורמים ובוחר יחד את הסיבות האפשריות לאי-השוויון באמצעות מודלים מורכבים (Jaffe et al., 2008; Daoud, Soskolne, and Manor, 2009a, 2009b; Soskolne, and Manor, 2010).¹ הסבר ראשוני יותר לפערים בבריאות בין יהודים לערבים בישראל הוא **ההסבר התרבותי**, דהיינו תפיסה שונה של חולי או מחלות (Baron-Epel et al., 2005; Baron-Epel, Friedman, and Lernau, 2009b; Niskar et al., 2009; Baron-Epel, Kaplan, and Moran, 2010).

אולם הרעיון אינו רק לטעון לשוני בתפיסה, אלא גם לבחון אותה על כל רכיביה. להלן נבחן ונסביר את תפיסת הבריאות של יהודים וערבים ונבדוק את הבריאות האובייקטיבית של שתי האוכלוסיות, הבאה לידי ביטוי במוגבלות ממושכת. האם אותם גורמים ישפיעו על שני האספקטים – בריאות אובייקטיבית ותפיסת בריאות סובייקטיבית – בקרב שתי הקבוצות? כמו כן נבחן כיצד אספקטים של בריאות וגורמים נוספים משפיעים על שביעות הרצון של האוכלוסייה הערבית והיהודית המבוגרת בישראל.

¹ גם במחקרים שבוחנים כמה גורמי השפעה באמצעות מודלים מורכבים, לרוב כל קבוצת אוכלוסייה נבחנת בפני עצמה ולא בהשוואה לקבוצה השנייה.

רקע והשערות

תפיסת הבריאות

תפיסת הבריאות או ההערכה העצמית של הבריאות היא מדד שביכולתו לנבא את מצב הבריאות האובייקטיבי. היא משמשת במחקרים רבים לניבוי מצב הבריאות העתידי של האדם מבחינת תחלואה, שימוש בשירותי בריאות, אשפוזים ושימוש בתרופות. הערכה עצמית נמוכה של הבריאות מקושרת לרמות גבוהות של דיכאון, ולדיכאון השפעה שלילית על תפיסת הבריאות (אברבוך, קידר וחורב, 2010; Baron-Epel et al., 2005).

אולם יכולת הניבוי של המדד תלויה בתרבות, דהיינו הוא אינו מסוגל לנבא באותה מידה של הצלחה את מצב הבריאות העתידי של קבוצות בעלות רקע תרבותי שונה (שם; שם). כך, לדוגמה, בכמה מחקרים שבהם נבדקה תפיסת הבריאות של קבוצת הרוב היהודית התגלה כי המדד אכן מסוגל לנבא את הבריאות העתידי, אך מחקרים שבחנו את תפיסת הבריאות של המיעוט הערבי מטילים ספק ביכולת הניבוי של המדד ובהסתמכות עליו באומדן מצב הבריאות האובייקטיבי הנוכחי או העתידי של קבוצה זו (Baron-Epel et al., 2005).

הסקרים והמחקרים הבוחנים הערכה עצמית של בריאות בקרב ערבים ויהודים בישראל מציגים ממצאים סותרים. על פי ממצאי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ערבים מעריכים את בריאותם כפחות טובה בהשוואה ליהודים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2006, 2009). ממצאי מחקר שהתבסס על נתוני סקר הבריאות הלאומי מראים כי תפיסת הבריאות הפיזית של ערבים הייתה ירודה מזו של יהודים בגילים 45-64, ותפיסת הבריאות הנפשית של ערבים הייתה ירודה לעומת יהודים בכל קבוצות הגיל (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2006).

אולם ממצא זה אינו חוזר בכל עבודות המחקר. כך, לדוגמה, בראון-אפל ואחרים (Baron-Epel et al., 2005) ביקשו לבחון את ההבדלים בתפיסת הבריאות בין יהודים לערבים בישראל ואת הגורמים המשפיעים על תפיסת הבריאות בקרב שתי הקבוצות. ממצאי המחקר מעידים כי הגורמים המשפיעים על תפיסת הבריאות של ערבים ויהודים אינם זהים בהכרח. כמו כן נמצא כי ערבים מעריכים את בריאותם כטובה יותר בהשוואה ליהודים אף על פי שהמדדים האובייקטיביים, כמו תחלואה, תמותה ותוחלת חיים, טובים פחות באוכלוסייה זו. נמצא גם כי ההשפעה השלילית של תחלואה (ידע על נוכחות של מחלה אחת לפחות) על תפיסת הבריאות של ערבים גדולה מהשפעתה על תפיסת הבריאות של יהודים.

החוקרים מציעים כמה הסברים לממצאי מחקרם. הסבר אחד הוא שיתכן ששתי הקבוצות נבדלות זו מזו בנורמות הדיווח על המצב הבריאותי.² הסבר נוסף קשור להבדלים בין התרבויות השונות

² לדוגמה, באחת הקבוצות יכולות להיות נורמות חברתיות שמונעות מחברי הקבוצה להתלונן יתר על המידה על בעיות בריאות. אמונה ב"עין הרע", למשל, לא תעודד התרברבות בבריאות טובה; לחלופין, התפיסה ש"אחרים לא צריכים לדעת את כל הצרות שלי" דווקא תעודד ביטוי חיובי יותר באשר למצב הבריאות.

במידת ההשפעה על תפיסת הבריאות של גורמים כמו עייפות, הרגשה כללית, כאב וקושי בביצוע פעולות מסוימות. עוד הסבר נוגע לקבוצת הייחוס: יכול להיות שאדם מעריך את בריאותו יחסית לאוכלוסייה הסובבת אותו. אם אכן קבוצות הייחוס של שתי האוכלוסיות שונות זו מזו, כך שיהודים משווים את עצמם ליהודים וערבים משווים את עצמם לערבים מהסביבה הקרובה, אזי הערכות הבריאות העצמיות לא יתאימו למצב האובייקטיבי של כל אחת מהקבוצות. אפילו אם באופן כללי ערבים חולים יותר מיהודים, הרי שתפיסת הבריאות של ערבי שאינו חולה או שאינו יודע על מחלתו תהיה חיובית יחסית מאחר שהוא משווה את עצמו לקבוצה מהסביבה הקרובה,³ שבה נפוצים החולי והתמותה. גורם התחלואה (ידיעה על מחלה קיימת) הוא למעשה הגורם שהצליח להסביר חלק מן הפער בהערכות הבריאות בין יהודים לערבים, ואילו גורמים חברתיים-כלכליים לא הצליחו להסביר את ההבדל.

החוקרים מציעים כמה הסברים לכך שהשפעת התחלואה על הערכות הבריאות של ערבים גדולה מהשפעתה על אלו של יהודים: (1) בקרב האוכלוסייה הערבית מחלות מתגלות בשלבים מאוחרים יחסית, ולכן לא עצם הידיעה על מחלה אלא השפעתה הפיזית, שכבר הפכה ניכרת ומורגשת יותר, היא המשפיעה על תפיסת הבריאות; (2) תפיסה שונה של השפעת המחלות על הבריאות: לדוגמה, לפי החוקרים לחץ דם גבוה נתפס בעיני ערבים כבעיה חמורה יותר משהוא נתפס בעיני יהודים, כיוון שהתמותה משבץ מוחי בקרב ערבים גבוהה מהתמותה ממנו בקרב יהודים. השמנה, לעומת זאת, נתפסת כפחות בעייתית (ויותר נורמטיבית) בקרב ערבים, ולכן אינה משפיעה מאוד על תפיסת הבריאות.

גורמים נוספים אשר משפיעים על ההערכות העצמיות של הבריאות הם מצב משפחתי, תעסוקה, הכנסה והשכלה.

ממחקרם של בראון-אפל ואחרים (Baron-Epel et al., 2005) עולה כי **מצב משפחתי** משפיע על הערכות בריאות של גברים ערבים בלבד, ונשואים מעריכים את בריאותם כטובה יותר בהשוואה ללא נשואים. ממחקר שערך לאחרונה משרד הבריאות נראה שאלמנים (גם לאחר התקנון לגיל) נוטים לדווח על בריאות לא טובה (אברבוך, קידר וחורב, 2010).

כמו כן נמצא באותו מחקר כי **לתעסוקה** יש השפעה חיובית על הערכות הבריאות – מועסקים מדווחים בדרך כלל על בריאות טובה יותר ממי שאינם מועסקים. עם זאת, אפשר שהקשר הפוך והממצא נובע מכך ששיעור המועסקים מקרב האנשים הבריאים גבוה משיעורו בקרב חולים. ייתכן גם שגורם התעסוקה משפיע על הערכת הבריאות דרך משתנים פסיכולוגיים, כלומר ייתכן שמי שאינו עובד חש מדוכא ומצבו הנפשי הוא שמשפיע על הערכת הבריאות שלו, ולא בריאותו הפיזית. כמו כן נמצא שלא רק עצם ההעסקה משפיע על הערכות הבריאות אלא גם המעמד התעסוקתי – אנשי הצווארון הלבן תופסים את עצמם כבריאים יותר בהשוואה לעובדי כפיים.

במחקרם של בראון-אפל ועמיתיה נמצא גם קשר חיובי בין רמת ההשכלה לתפיסת הבריאות וכן בין רמת ההכנסה לתפיסת הבריאות. כך עולה גם ממחקר שבדק – בקרב ערבים בלבד – את הקשר בין

³ יש להניח כי ערבים משווים את עצמם לערבים אחרים בשל ההפרדה הפיזית בין יהודים לערבים ברוב חלקי הארץ.

רמת השכלה לבין הערכת הבריאות העצמית: בעלי השכלה נמוכה (פחות מ-8 שנות לימוד) דיווחו על מצב בריאות ירוד יחסית לבעלי תעודת בגרות. הגורם שתיווך את הקשר בין השניים באופן המובהק ביותר הוא תנאים כלכליים הנמדדים **בהכנסה יחסית**. שאר הגורמים – גורמים פסיכולוגיים, גורמי קהילה⁴ והתנהגות מקדמת בריאות – אמנם השפיעו על תפיסת הבריאות, אך השפעתם הייתה קטנה מהשפעתה של ההכנסה היחסית. כל הגורמים יחד הצליחו לבטל את הקשר שבין רמת השכלה לתפיסת הבריאות (Daoud, Soskolne, and Manor, 2009a).

תמונה שונה מעט מצטיירת ממחקר אחר, שבחן עד כמה **מצב חברתי-כלכלי אובייקטיבי** (הנקבע לפי רמת ההשכלה ורמת ההכנסה) ו**מצב חברתי-כלכלי סובייקטיבי** (תפיסת הפרט את מצבו החברתי-כלכלי יחסית לסביבה) מסבירים פערים בתפיסת הבריאות בין יהודים לערבים (Baron-Epel and Kaplan, 2009). במחקר זה נמצא כי המצב החברתי-כלכלי האובייקטיבי מסביר רק בחלקו את ההבדלים בין יהודים לערבים (פערים בבריאות פיזית מדווחת אצל הגברים ופערים בבריאות נפשית מדווחת אצל נשים). המצב החברתי-כלכלי הסובייקטיבי אינו מצליח להסביר את ההבדלים בין יהודים לערבים, אבל כן מצליח להסביר את ההבדל בין מהגרים מברית המועצות לשעבר לבין ילידי ישראל היהודים. החוקרים מציעים שני הסברים לממצאיהם: (1) פערים ממשיים במשאבים חברתיים-כלכליים בין האוכלוסייה היהודית לאוכלוסייה הערבית בישראל יכולים להשפיע על ההוצאות על צורכי בריאות ועל הטיפול בבעיות בריאות; (2) למצב החברתי-כלכלי הסובייקטיבי השפעה לא גדולה על ההבדלים בין יהודים לערבים עקב ההפרדה בין האוכלוסיות: ערבים משווים את עצמם לסביבה שהיא עצמה ענייה יחסית, ולכן אינם ממקמים את עצמם נמוך מאוד בסולם זה. בכך טמון גם ההסבר להשפעה של המצב הסובייקטיבי על תפיסת הבריאות של המהגרים – המגע היום-יומי עם האוכלוסייה היהודית הוותיקה הדוק יותר וההפרדה בין שתי האוכלוסיות נמוכה בהשוואה להפרדה בין יהודים לערבים. קבוצת ההתייחסות של המהגרים כוללת ככל הנראה גם יהודים ילידי הארץ.

מעבר לגורמים אלו מסתבר שגם ניסוח השאלה עצמה משפיע על הערכות הבריאות המדווחות. מחקרם של בראון-אפל וקפלן (Baron-Epel and Kaplan, 2001) בחן אם תפיסת הבריאות הסובייקטיבית מושפעת מניסוח השאלה – שאלה כללית או שאלה השוואתית, ביחס לאחרים בני אותו גיל. נמצא כי ההתאמה בין התשובות לשני הניסוחים של השאלה הייתה נמוכה יותר בקרב מי שאינם משכילים (פחות מ-12 שנות לימוד). אי-אבחון של לפחות מחלה אחת גרע במיוחד מההתאמה בין התשובות לשאלה בשני הניסוחים השונים.

אפשר אפוא לומר שהערכת הבריאות של האדם מושפעת מנטייתו להשוות את עצמו לאחרים, ויש אנשים שאצלם נטייה זו חזקה יותר. כך, למשל, אנו מניחים כי מי שאין לו מספיק מידע על מצבו הבריאותי נוטה להשוות את עצמו לאחרים. הנחה נוספת היא שככל שבסביבה יש יותר מקרי תמותה או שידוע על יותר מקרים של בריאות ירודה, כך תפיסת הבריאות העצמית של הפרט

⁴ גורמי קהילה מורכבים מגורמים חברתיים (השתתפות חברתית, השתתפות אזרחית, הון חברתי) ומגורמים מבניים (גישה לשירותים רפואיים ובעיות בשכונת המגורים).

(במיוחד כאשר חסר לו מידע על מצבו הבריאותי) תהיה חיובית יותר. במצב כזה לתחלואה יש השפעה שלילית יותר על תפיסת הבריאות (משום שבסביבה כזאת הפרט מבין בצורה יותר "מוחשית" את המצב – יש דוגמאות "אמיתיות" של מה שעלול לקרות לו בעתיד). מסיבות אלה גורם הסביבה הוא ככל הנראה גורם חשוב בתפיסת הבריאות בכלל ובמקרה של מחקרנו בפרט: בישראל יש רמה גבוהה של הפרדה בין יהודים לערבים, ורובה המכריע של האוכלוסייה הערבית מרוכז באזורים פריפריאליים. ההפרדה בין האוכלוסיות יכולה לגרום להערכות עצמיות חיוביות יותר של הבריאות, גם אם מצב הבריאות האובייקטיבי ירוד יותר בקרב הערבים, במיוחד אם אוכלוסייה זו מאופיינת בנטייה "השוואתית" חזקה יותר ובחוסר ידיעה בדבר תחלואה עצמית.

במחקר זה נבחנו תפיסות הבריאות בקרב האוכלוסייה היהודית והערבית המבוגרת בישראל (מעל גיל 50) כדי לדעת אם אכן יש הבדל בין הקבוצות בהערכות הבריאות העצמיות. ציפינו למצוא פער בהערכות, אך לנוכח המחקרים שנסקרו לעיל אי-אפשר לחזות בביטחון את כיוונו של הפער. אם הגורמים חברתיים-כלכליים יהיו הגורמים העיקריים שאחראים על הפער בהערכות, אזי ההשערה תהיה שערבים יעריכו את בריאותם כפחות טובה לעומת יהודים. אם הגורמים הקשורים להטיות האפשריות בתפיסה (כמו סביבת מגורים הקשורה לקבוצת הייחוס או ידיעה על מחלות מאובחנות) הם האחראים לפער, אזי הציפייה תהיה שדווקא בקבוצה הערבית ההערכות תהיינה חיוביות יותר. במקרה זה אפשר יהיה לשער כי הערכות הבריאות של ערבים המתגוררים בעיר גדולה או בסביבתה תהיינה שליליות מאלה של ערבים המתגוררים באזורי פריפריה.

מוגבלות ממושכת

מחקר שערך לאחרונה משרד הבריאות מצביע על שכיחות גבוהה של מוגבלות בקהילה בישראל (אברבוך, קידר וחורב, 2010). מהמחקר עולה כי 35.8% מהנבדקים ציינו כי הם מתמודדים עם בעיה גופנית במשך חצי שנה או יותר.

כמה גורמים מקושרים למוגבלות ממושכת: מגדר, דת, מוצא, השכלה והכנסה. לפי ממצאי המחקר של משרד הבריאות נשים סובלות ממוגבלות יותר מגברים, וערבים סובלים ממנה יותר מיהודים: שיעור המוגבלים בקרב גברים יהודים הוא 15%, בהשוואה ל-20% בקרב גברים ערבים. בקרב הנשים השיעורים הם 19% ו-28%, בהתאמה.

שכיחות המוגבלות משתנה בהתאם לרמת ההשכלה: בקרב בעלי השכלה נמוכה (פחות מ-9 שנות לימוד) שיעור המוגבלים מגיע ל-40%, לעומת 18% בקרב בעלי השכלה תיכונית (10-12 שנות לימוד) ו-12% בקרב בעלי השכלה גבוהה (13 שנים ויותר). ראו **שם**).

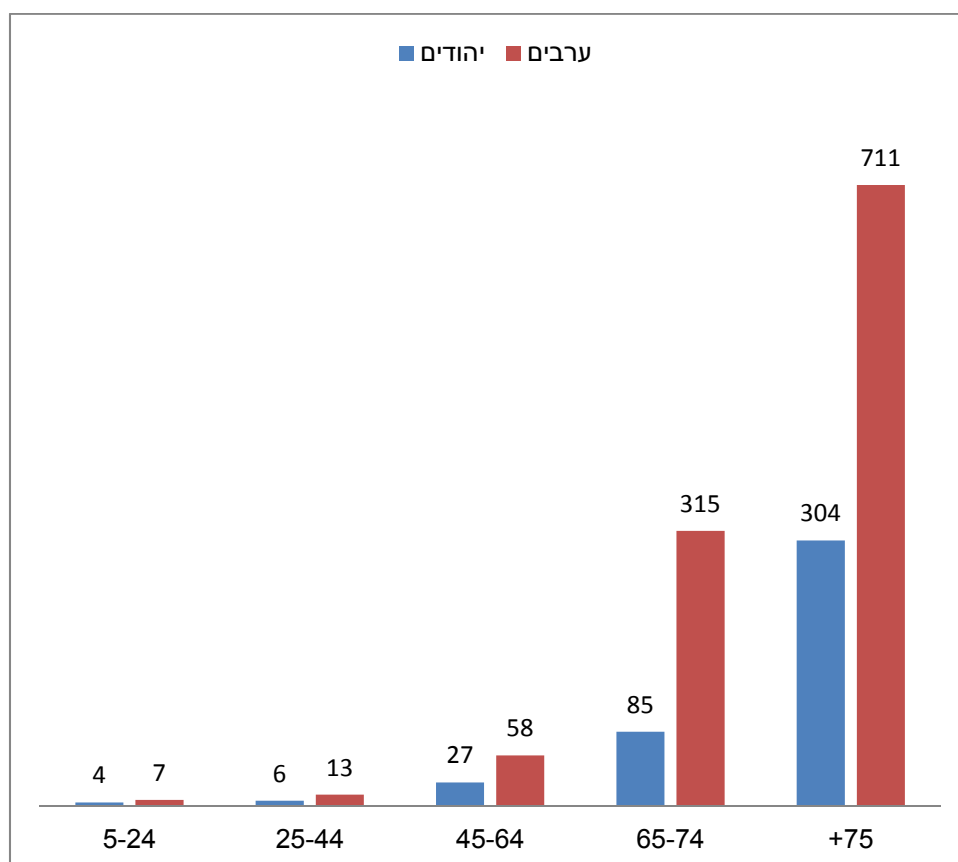
נוסף על כך נמצא קשר בין מוגבלות לבין רמת ההכנסה, שאינו נעלם גם ביישובים מבוססים. כך, לדוגמה, מכלל המוגבלים ביישובים בעלי רמה חברתית-כלכלית גבוהה, 63% משתכרים לא יותר מ-3,000 ש"ח ברוטו לחודש, לעומת לא מוגבלים באותם יישובים שמתוכם רק 41% משתכרים ברמה דומה (**שם**).

דוח מחקר של מכון ברוקדייל בנושא המוגבלויות בישראל מעלה כמה היבטים חשובים נוספים (נאון, 2009). לפי המצוין בדוח, אוכלוסיית המוגבלים נתונה יותר ללחץ פסיכולוגי וחברתי. כמו כן, אנשים עם מוגבלויות מרוצים פחות מחייהם, מרגישים בודדים יותר ואינם אופטימיים בנוגע לעתידם.

בדוח יש התייחסות מיוחדת לכמה קבוצות מקרב כלל המוגבלים אשר להן יש להקדיש את מלוא תשומת הלב. אחת הקבוצות היא מוגבלים בני המגזר הערבי. לקבוצה זו צרכים ובעיות מיוחדות בתחום המוגבלות. כך, לדוגמה, ערבים מבוגרים בעלי מוגבלות סובלים ממוגבלות קשה פי שלושה מקבוצת הרוב. בעלי מוגבלות בקרב הערבים מתמודדים עם בעיות נגישות בסביבת המגורים וכן עם בעיות של נגישות לשירותים חברתיים על רקע מיקום השירות ושפת השירות. לפי הדוח, אוכלוסייה זו זקוקה יותר לטיפולים רפואיים ופרה-רפואיים, לשירותי עבודה סוציאלית ולעזרה בביצוע מטלות הבית (שם).

תפקוד יום-יומי תקין ויכולת להתנהל באופן עצמאי הם מאפיינים חשובים של איכות חיים בגיל מבוגר. לפי דוח של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (מצוטט אצל אברבוך, קידר וחורב), שיעורם של המוגבלים בתפקוד היום-יומי גבוה יותר בקרב ערבים בכל קבוצות הגיל. יתרה מזו, הפער הולך ומתרחב ככל שהאוכלוסייה מבוגרת יותר (תרשים 4).

תרשים 4 שיעור המוגבלים בתפקוד היום-יומי מתוך 1,000 איש, לפי קבוצת אוכלוסייה וגיל, 2009



מקור: אברבוך, קידר וחורב, 2010.

ענייננו במחקר זה אינו רק לבחון את הפער במוגבלות ממושכת בתפקוד בין יהודים לערבים אלא גם את סיבותיו במודל מורכב. המטרה היא להבין אילו גורמים הם האחראים העיקריים לפער.

בהמשך לספרות המחקרית שנסקרה אנו משערים כי ימצא פער במוגבלות ממושכת בתפקוד היום-יומי וכי ערבים מוגבלים יותר מיהודים. הבחינה תיעשה בעזרת מודל של רגרסיה לוגיסטית שנכללים בו שלל הגורמים החברתיים, הדמוגרפיים והכלכליים. ההשערה היא שיימצא קשר בין גורמים חברתיים-כלכליים לבין הדיווח על מוגבלות ושגורמים אלו יהיו אחראים חלקית לפער בין שתי הקבוצות. גם בחלק זה תיבחן השפעתו של אזור המגורים, ובהמשך לספרות המחקרית נראה כי המסקנה תהיה שתושבי אזורים פריפריאליים מוגבלים בתפקוד היום-יומי יותר מתושבי הערים.

שביעות רצון מהחיים

אושר או שביעות רצון מן החיים נחשבים למטרות חשובות ומרכזיות בחייו של אדם. עד כמה מצב בריאות שפיר וגורמים אחרים תורמים לאושר ולשביעות הרצון מהחיים של אוכלוסיית ישראל? האם יש הבדלים בין יהודים לערבים במישור זה?

גורמים המשפיעים על שביעות הרצון מן החיים ועל אושרם של בני אדם שבדרך כלל מוזכרים בספרות המחקרית הם גורמים חברתיים-דמוגרפיים (גיל, מגדר, מצב משפחתי, לאום, השכלה), גורמים כלכליים (הכנסה ותעסוקה), וכן מצב הבריאות, שנחשב אחד הגורמים המשפיעים ביותר על שביעות הרצון מהחיים.

נתאר כאן בקצרה את העדויות המחקריות מישראל ומחוצה לה הקשורות לאושר ולשביעות רצון מן החיים.

מחקרים בעולם מראים כי **הכנסה** משפיעה על שביעות רצון מן החיים. לפי מחקרים אלו, אנשים עשירים יותר מדווחים בממוצע על רווחה סובייקטיבית גבוהה יותר (Frey and Stutzer, 2002: 409). ואולם התרומה היחסית של ההכנסה לרווחה הסובייקטיבית פוחתת עם העלייה ברמת ההכנסה. אחת הסיבות לכך היא שהסיפוק מצריכה דועך עם הזמן בשל תהליך ההסתגלות ואנשים שואפים ליותר. כמו כן הפער בין המצוי והרצוי מתרחב, ועקב כך שביעות הרצון מהחיים קטנה (Easterlin, 1974). לפי הספרות, ברמת הכנסה נתונה פרטים בעלי נטייה חזקה יחסית לערכים חומריים ופרטים המונעים על ידי סיפוקים חיצוניים מאושרים פחות ממי שמונעים על ידי סיפוקים פנימיים. לפי איסטרלין (Easterlin, 1995), התרומה של ההכנסה לאושר אינה אוניברסלית: אמנם אנשים עשירים מאושרים יותר, אך רמת האושר במדינות השונות אינה גדלה באותה מידה עם העלייה ברמת העושר. יתר על כן, עלייה ברמת האושר לא תמיד קשורה להתפתחות הכלכלית של

המדינה. מחקרים אחדים מוצאים שאף על פי שההכנסה לנפש עלתה בעשורים האחרונים בחדות במדינות כמו ארצות הברית, אנגליה, בלגיה ויפן, רמת האושר הממוצעת במדינות אלה לא השתנתה ואפילו ירדה (Easterlin, 1974, 1995; Lane, 1998; Kenny, 1999; Blanchflower and Oswald, 2000; Diener and Oishi, 2000; Myers, 2000).

אולם האושר של פרטים תלוי לא רק בהכנסתם המוחלטת אלא גם בהכנסתם היחסית בהשוואה לפרטים אחרים. ליתר דיוק, האושר תלוי בפער בין רמת ההכנסה המצופה לבין ההכנסה בפועל, וככל שהפער גדול יותר, שביעות הרצון מהחיים נמוכה יותר. הציפיות מושפעות מרמת ההכנסה הממוצעת בסביבה של הפרט, וככל שסביבתו עשירה יותר, כך גם ציפיותיו בנוגע להכנסה גבוהות יותר (Stutzer, 2004).

במחקר של בנק ישראל בחנו זוסמן ורומנוב (2005) את השפעתה של ההכנסה על שביעות הרצון מהחיים. ממצאי המחקר מעידים כי עלייה בסולם ההכנסות של משקי הבית מגדילה את הסתברותם של ישראלים להיות שבעי רצון מהחיים. אצל יהודים השפעת ההכנסה המשפחתית המוחלטת על האושר הופכת לשלילית עם הוספת משתנה ההכנסה היחסית, בעוד שאצל ערבים לשני המשתנים השפעה חיובית ומובהקת.

למאפיינים תעסוקתיים שונים – כמו היותו של אדם עצמאי או שכיר, היקף שעות עבודתו, משלח ידו והביטחון התעסוקתי שלו – יש השפעה לא מבוטלת על שביעות הרצון מהחיים (זוסמן ורומנוב, 2005). אנדרסון (Andersson, 2008) בחנה אם שביעות הרצון מהחיים של עצמאים גבוהה מזו של שכירים. היא מצאה שאכן העסקה עצמאית גורמת לאדם להיות מאושר יותר, אך רק בתנאי שהוא אינו עובד שעות מרובות ומשכורתו הולמת. עם זאת, בישראל נמצא כי דווקא שכירים שבעי רצון מן החיים יותר מעצמאים. אחד ההסברים האפשריים שהחוקרים מציעים הוא שהנתונים נלקחו מהסקר החברתי שנערך ב-2002 – שנת מיתון חריף, שפגע בהכנסות העצמאים יותר משפגע בשכרם של השכירים (זוסמן ורומנוב, 2005).

באותו מחקר נמצא גם כי שביעות הרצון של נשים מעבודתן גבוהה משביעות הרצון של גברים בכל היקפי המשרה (ממצא המחזק את ההשערה כי התמחות האישה היא עדיין בעבודת הבית לעומת התמחות הגבר – עבודה בחוץ). באופן כללי, לפי ממצאי המחקר, הישראלים המרוצים ביותר מחייהם הם העובדים במשרה מלאה. העובדים שעות מרובות העולות על משרה מלאה מרגישים פחות שבעי רצון מחייהם לעומת העובדים במשרה מלאה בלבד, אך העובדים שעות מרובות מרגישים יותר שבעי רצון בהשוואה לעובדים במשרה חלקית (עד 35 שעות).

מחקרים מהעולם מלמדים כי חוסר תעסוקה או אי-ביטחון תעסוקתי מפחיתים משמעותית את רמת הרווחה הסובייקטיבית של הפרט, גם לאחר פיקוח על הכנסות (Clark and Oswald, 1994; Korpi, 1997; Winkelmann and Winkelmann, 1998; Di Tella, MacCulloch, and Oswald, 2001).

גם בישראל יש לאבטלה השפעה ניכרת על שביעות הרצון מן החיים. הפגיעה באה לידי ביטוי בין השאר בדימוי העצמי, במעמד החברתי ובאובדן מגע אנושי עם עמיתים לעבודה (זוסמן ורומנוב, 2005). ההשפעה של משך האבטלה על שביעות הרצון אינה ליניארית (Lucas et al., 2000). על פי זוסמן ורומנוב, מצד אחד ייתכן כי אבטלה ממושכת תגרום לתחושת ייאוש הולכת ומתגברת, אך מצד אחר יש לשער שהציפיות יורדות עם הזמן ולכן בטווח הארוך הירידה בשביעות הרצון תתמתן. בישראל נמצא כי מובטלים שלא היו מועסקים ב-12 החודשים שקדמו למועד עריכת הסקר נפגעו פחות מאבטלתם לעומת מובטלים "טריים" (זוסמן ורומנוב, 2005).

הספרות המחקרית מייחסת חשיבות גם לגיל המובטלים. במרבית המחקרים בעולם נמצא כי אפשר לתאר את הקשר בין גיל המובטל לשביעות הרצון שלו מהחיים באמצעות עקומה בצורת האות U – צעירים ומבוגרים מוטרדים פחות מאבטלה. בישראל נמצא כי שביעות הרצון הנמוכה ביותר מהחיים נרשמת אצל מובטלים סביב גיל 45 וכי מובטלים משכילים נפגעים יותר מאחרים. כמו כן נמצא כי הירידה בשביעות הרצון של מובטלים ערבים קטנה יחסית, במיוחד בגילים מבוגרים. ההסבר שמספק המחקר לתופעה זו הוא שכיחות גבוהה של חוסר תעסוקה אצל ערבים מבוגרים (שם).

בהקשר המגדרי יש מחקרים שמעידים על שוני בין גברים לנשים מבחינת רמת האושר ושביעות הרצון המדווחת מן החיים (Hartog and Oosterbeek, 1998; Kahneman, Diener, and Schwartz, 1999; Khattab and Fenton, 2009). כך, לדוגמה, חטאב ופנטון (שם) מצאו כי הגורמים המשפיעים על שביעות הרצון של גברים ונשים מן החיים הם לא בהכרח זהים. ממחקרם עולה כי לצד גורם התעסוקה, שלו השפעה רבה על שביעות הרצון של גברים ונשים צעירים מחייהם, יש גורמים נוספים שהשפעתם חשובה לא פחות. כך, עבור גברים צעירים לאלמנט המגורים המשותפים עם בת זוג הייתה השפעה ישירה ומובהקת על שביעות הרצון מן החיים. עבור נשים – תחושת שליטה בחיים ושביעות רצון מהמשפחה ומהבית הסתברו כגורמים רלוונטיים המשפיעים על שביעות רצון מן החיים.

באופן כללי המחקרים מוצאים כי שביעות הרצון של נשים מהחיים גבוהה מזו של גברים (Kahneman, Diener, and Schwartz, 1999). בישראל, נכון לדיווח של הלמ"ס משנת 2010, היה הבדל זעיר לטובת הגברים דווקא (88.8% מהגברים שבעי רצון מהחיים לעומת 88.3% מהנשים) (למ"ס, 2010). אולם במודל המורכב שהציגו זוסמן ורומנוב (2005) נמצא כי יש הבדל מובהק בין גברים לנשים בשביעות הרצון מהחיים – נשים מרוצות יותר מחייהן.

שביעות הרצון של אנשים מהחיים מושפעת רבות גם מהמשטרים הפוליטיים במדינות מגוריהם. כך, לדוגמה, דוהרטי וקלי (Doherty and Kelly, 2009) בדקו מגוון גורמים חברתיים ופסיכולוגיים אשר עשויים להשפיע על שביעות הרצון מהחיים. הם מצאו כי פרט להשפעה של הכנסה, תעסוקה, הון חברתי (רמת האמון בחברה), בריאות ואמונות דתיות על שביעות הרצון, יש קשר מובהק בין שביעות הרצון מן החיים לבין שביעות רצונם של אנשים מרמת הדמוקרטיה במדינה שבה הם חיים. תושבי מדינות סקנדינביות (דנמרק, פינלנד, נורווגיה ושוודיה) התגלו במחקרם כמאושרים ביותר,

בעוד תושבי מדינות מזרח אירופיות כמו בולגריה, סלובקיה ואסטוניה נמצאו בתחתית דירוג האושר. הדבר יכול להיות קשור להסדרים פוליטיים, לנסיבות כלכליות או למבנים חברתיים של אותם אזורים.

משטרים פוליטיים שפועלים למיגור אי-השוויון בחברה גורמים ככל הנראה, בעקיפין, לשיפור מצב הבריאות של כלל האוכלוסייה וכן לעלייה כללית בשביעות הרצון מן החיים. מחקרם של אושו וקוביאשי (Oshio and Kobayashi, 2010) בחן כיצד אי-שוויון אזורי משפיע על תפיסת הבריאות ועל האושר של אנשים ביפן. ממצאי המחקר מעידים כי באזורים שבהם רמת אי-השוויון הייתה גבוהה הנבדקים נטו יותר להגדיר את עצמם כלא בריאים וכלא מאושרים, לאחר פיקוח על מאפיינים אישיים ואזוריים. ההשפעה הרבה ביותר של אי-שוויון אזורי על הבריאות והאושר המדווחים נרשמה בקרב בעלי תעסוקה לא יציבה. הממצאים תומכים בהשפעה השלילית של אי-שוויון על הבריאות ועל רמת האושר. כמו כן נמצא במחקר כי גורמים חברתיים-כלכליים משפיעים על בריאות ועל אושר באותו כיוון: אנשים צעירים בעלי הכנסה גבוהה ורמה גבוהה של הון אנושי מרגישים יותר בריאים ויותר מאושרים. על כן יש לצפות לקשר חזק בין תפיסת הבריאות העצמית לבין מידת האושר ושביעות הרצון של אנשים מהחיים.

מחקרים מראים שבדרך כלל יש קשר חיובי בין שביעות רצון מן החיים לבין מצב בריאות שפיר (Helliwell, 2003; Graham, 2008; Khattab and Fenton, 2009). במחקר שנעשה באנגליה נמצא כי תפיסת בריאות סובייקטיבית חיובית הוסיפה לשביעות רצונם של נבדקים מחייהם, אולם להימצאות מחלות כרוניות לא הייתה השפעה על שביעות הרצון מן החיים (שם). זוסמן ורומנוב (2005) מצאו קשר חזק בין מצב הבריאות של ישראלים לבין שביעות רצונם מן החיים. הקשר זוהה הן באוכלוסייה היהודית והן באוכלוסייה הערבית, אם כי באוכלוסייה היהודית הוא מעט חזק יותר. לפי אותו מחקר, תחום הבריאות הוא אחד הגורמים המשפיעים ביותר על שביעות הרצון מן החיים בישראל – ההשפעה השולית של שביעות רצונו של אדם בישראל ממצב בריאותו היא הגבוהה ביותר מכל הגורמים שנבדקו. תחומים נוספים שיש להם תרומה גבוהה לאושר הם (בסדר חשיבות יורד): תנאי מגורים, הוויה חרדית, קשרים הדוקים עם חברים, שביעות רצון מעבודה, סביבת המגורים וקשרי משפחה. ההשפעה השולית של כל אחד מן הגורמים על שביעות הרצון מהחיים עולה על זו של ההכנסה המשפחתית החודשית הממוצעת.

לצד מחקרים קודמים שבחנו את שביעות הרצון מן החיים בישראל ואת שלל הגורמים המשפיעים עליה, יש חשיבות רבה למחקר בקרב האוכלוסייה היהודית והערבית המבוגרת המבחין בין השפעת הבריאות האובייקטיבית והסובייקטיבית על שביעות רצון מן החיים. במחקרנו בחנו אם – בדומה לדיווחים ממחקרים אחרים – ערבים מבוגרים מרוצים מחייהם יותר מיהודים מבוגרים, ואם אכן כך – מה יכול להסביר את הפער בין שתי האוכלוסיות. שיערנו כי למצב הבריאות (ובמיוחד לתפיסת הבריאות) יש השפעה רבה על שביעות הרצון מן החיים, וכך גם לגורמים חברתיים-כלכליים למיניהם.

נתונים ומתודולוגיה

במחקר זה נותחו נתונים מפרויקט Share (SHARE Project: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)⁵. פרויקט Share שם לעצמו למטרה לבחון לעומקו את תהליך ההזדקנות של האוכלוסייה ביותר מ-20 ארצות, בעיקר באירופה. בסקר נדגמת אוכלוסיית המבוגרים בני 50 ומעלה ובני זוגם, ונבחנות בו שאלות הנוגעות לכלכלה, לבריאות ולגורמים חברתיים תוך ביצוע מעקב לאורך זמן אחר אותה אוכלוסייה. עד כה בוצעו ארבעה "גלים" של הסקר (לא בכל הארצות). במחקר שלפנינו נבחנו נתוני הגל הראשון בישראל, שנאספו בשנים 2004-2005. הקובץ ההתחלתי כלל 2,598 מקרים. מסיבות מתודולוגיות הורדו מהמדגם דוברי רוסית (201 מקרים), מקרים שבהם היה חסר משתנה "משקל" (132 weight; מקרים), ומקרים שבהם הנדגמים היו צעירים מ-50 (ככל הנראה בני זוגם של נדגמים מבוגרים יותר) או מקרים שבהם שנת הלידה הייתה חסרה (3 מקרים). גודל המדגם הסופי עמד אפוא על 2,262 מקרים, מתוכם 1,938 יהודים ו-324 ערבים.

שיטת הסקר בפרויקט היא ראיונות פנים אל פנים וכן שאלון נייר שחולק לנבדקים ובו הופיעו שאלות אישיות יותר. הנבדקים התבקשו למלא את השאלון ולשלוח אותו בדואר אולם ההיענות לא הייתה מלאה, כך שלמעשה בשאלות הנוגעות לשביעות רצון מן החיים ובשאלות אישיות אחרות כלל המדגם ההתחלתי בישראל 1,637 מקרים והמדגם הסופי – 1,546 מקרים.⁶

אוכלוסיית המחקר והמשתנים

אוכלוסיית המחקר היא מבוגרים בני 50 ומעלה, יהודים וערבים, המתגוררים בישראל. האוכלוסייה הערבית במדגם צעירה בממוצע מהאוכלוסייה היהודית: הגיל הממוצע של הערבים במדגם הוא 62.3 ושל היהודים – 65.1. במדגם היהודי, שלא כמו במדגם הערבי, יש יותר נשים מגברים (54.4% ו-47.4% בהתאמה), ושיעור היהודים הנמצאים בקשר זוגי נמוך בהשוואה לערבים (71.5% מהיהודים לעומת 88.7% מהערבים). מבחינת המצב הכלכלי-חברתי, יהודים מבוגרים משכילים יותר בצורה ניכרת (ל-70% מהיהודים יש תעודת בגרות, לעומת 21.4% בלבד מהערבים), שיעור היהודים הנמצאים בשוק העבודה גבוה יותר (40% מהיהודים ורק 20.9% מהערבים) והכנסתם של

⁵ בישראל תמכו בפיתוח הפרויקט ובאיסוף הנתונים של הגל הראשון המכון הלאומי לזקנה של מכוני הבריאות הלאומיים של ארצות הברית (NIH; מענק מחקר R21-AG2516901), המוסד לביטוח לאומי והקרן הגרמנית-ישראלית למחקר ולפיתוח (GIF). הנתונים נאספו על ידי מרכז הידע לחקר הזדקנות האוכלוסייה בישראל המופעל מהאוניברסיטה העברית בירושלים, אשר הוקם בסיוע מענק ממשרד המדע ונתמך מאז 2008 על ידי המשרד לענייני הגמלאים.

⁶ כדי לעבד את הנתונים נבנה מסד נתונים אחד בתוכנת spss ובו קובצו שלל הנושאים והשאלות הרלוונטיים. בשלב טרום המחקר (שלב הבדיקה וההיכרות עם הנתונים) ובמחקר עצמו נעשה שימוש בשיטות של סטטיסטיקה תיאורית (מבחני שכיחות, crosstabs). מובהקות ההבדלים נבחנה באמצעות מבחנים כמו חי בריבוע ו-t-test. בבדיקות המורכבות בשלב של בניית המודלים וניתוחם נעשה שימוש ברגרסיה לוגיסטית.

יהודים מבוגרים גבוהה מהכנסתם של ערבים מבוגרים. הרוב המכריע של האוכלוסייה הערבית במדגם מתגורר בעיירות ובכפרים (83.1%), בעוד האוכלוסייה היהודית ברובה מתגוררת בערים גדולות ובסביבותיהן (73.5%). בלוח 1 מוצגים בפירוט מאפייני אוכלוסיית המחקר.

לוח 1 תיאור המדגם

ערבים	יהודים		
52.60% (171)	45.60% (880)	גבר	מגדר
47.40% (153)	54.40% (1058)	אישה	
11.30% (18)	28.50% (463)	ללא בן/בת זוג	מצב משפחתי
88.70% (306)	71.50% (1472)	עם בן/בת זוג	
20% (77)	42.60% (803)	פנסיה	מצב תעסוקתי
20.90% (59)	40% (770)	פעיל כלכלית	
59.10% (186)	17.40% (332)	לא פעיל כלכלית	
78.60% (208)	30% (548)	אין תעודת בגרות	השכלה
21.40% (54)	70% (1290)	יש תעודת בגרות	
83.10% (252)	26.50% (514)	עיירות וכפרים	אזור מגורים
16.90% (57)	73.50% (1360)	עיר גדולה וסביבתה	
4.70% (15)	27.30% (513)	גבוהה	הכנסה
17.90% (49)	23.80% (475)	בינונית	
77.40% (260)	49% (950)	נמוכה	
28.10% (74)	38.30% (440)	קונפליקט גבוה	קונפליקט עם ילדים
71.90% (195)	61.70% (699)	קונפליקט נמוך	
20.70% (61)	15.70% (193)	אין מספיק מקום בבית	תפיסת הצפיפות במקום המגורים
79.30% (211)	84.30% (1045)	יש מספיק מקום בבית	
23.60% (74)	32.10% (381)	רמה גבוהה של יש פשיעה וונדליזם	תפיסת הפשיעה בסביבת המגורים
76.40% (198)	67.90% (857)	רמה נמוכה של פשיעה וונדליזם	

- האחוזים מתוקננים לפי משקל.
- המספרים המופיעים בסוגריים מציינים את מספר המקרים המוחלט בכל קטגוריה.

משתנים רציפים נוספים שנכללו במחקר הם רמת הדיכאון ומספר המחלות הידועות. בדיקות t-test הראו כי יש הבדל מובהק בידע על מחלות – ערבים דיווחו בממוצע על פחות מחלות ידועות מיהודים (1.54 ו-1.97 מחלות ידועות, בהתאמה). בנוגע לרמת הדיכאון, בדיקה ראשונית מראה כי בממוצע רמת הדיכאון בקרב ערבים נמוכה יותר מאשר בקרב יהודים (2.86 ו-2.93 בסולם שקבעו עורכי הסקר), אם כי הבדל זה אינו מובהק.

משתני המחקר

להלן יפורטו כל משתני המחקר, בחירתם למודל, כיצד נבדקו והטרנספורמציות שנעשו בהם.

משתנים תלויים הנבחנים במודלים

תפיסת הבריאות (Self-perceived health European version)

ניסוח השאלה בשאלון: "כיצד היית מגדיר את מצב בריאותך?". השאלה נשאלה אקראית במחצית המקרים בתחילת המודול ובשאר המקרים בסופה כדי לנסות להימנע מהטיה בשל מיקום השאלה.

עורכי הסקר קיבצו את שלוש אפשרויות התשובה הראשונות לשאלה (מצוין, טוב מאוד, טוב) לקטגוריה "בריאות טובה", ואת שתי האחרונות (סביר, לקוי) לקטגוריה "בריאות פחות טובה".

מוגבלות ממושכת בחיי היום-יום (GALI)

ניסוח השאלה בשאלון: "בששת החודשים האחרונים לפחות, באיזו מידה היית מוגבל בשל בעיית בריאות בפעילויות שאנשים נוהגים לעשות?".

במקור היו לשאלה זו שלוש אפשרויות תשובה (מוגבל מאוד, מוגבל אך לא מאוד, לא מוגבל), אבל במדינות שהשתתפו בסקר לא היו מקרים רבים של מוגבלות קשה, ולכן הסוקרים החליטו לאחד את שתי קטגוריות המוגבלות. למשתנה החדש שני ערכים: מוגבל ולא מוגבל.

שביעות רצון מן החיים

שביעות הרצון נבחנה על ידי שאלה מ"שאלון הנייר" (שאלון למילוי עצמי):

"באיזו מידה אתה מרוצה מחייך באופן כללי?". לצורך המחקר המוצג כאן הוחלט לאחד את שני ערכי המשתנה הראשונים – מרוצה ודי מרוצה – לקטגוריה "שבע רצון מן החיים", ואת שני הערכים האחרונים – לא כל כך מרוצה ולא מרוצה – לקטגוריה "לא שבע רצון מן החיים".

משתנים מסבירים

שפה (יהודי / ערבי)

זהו אחד המשתנים החשובים במחקר המוצג כאן, מאחר שהוא מתמקד בשאלת הפערים בין שתי האוכלוסיות בישראל – האוכלוסייה הערבית והאוכלוסייה היהודית.

הסוקרים שעשו את הראיונות לא שאלו את הנבדקים על הלאום שלהם או על זהותם, ולכן שפת השאלון הייתה הדרך היחידה להבחין בין נבדקים יהודים לערבים. משתנה השפה במחקר הנוכחי הוא אפוא משתנה המעיד אם הנבדק הוא ערבי או יהודי. ההנחה הייתה שגם אם יש מקרים שבהם ערבים התראיינו בעברית ויהודים התראיינו בערבית, אלה מקרים שוליים ומעטים.

נציין כי במקור התבצעו הראיונות במחקר בשלוש שפות (עברית, ערבית ורוסית). לצורך ניתוח הנתונים לא נכללו במדגם דוברי הרוסית אף על פי שחלקם יהודים, כיוון שיש בספרות עדויות כי אוכלוסייה זו שונה ברמת הבריאות שלה מן האוכלוסייה המקומית (בדרך כלל מאופיינת בבריאות פחות טובה). ראינו לנכון שלא להכניס קבוצה זו למחקר על מנת שלא ייווצרו הטיות.

מגדר

משתנה זה קיבל שני ערכים – גבר או אישה. הכנסתו למודלים חשובה לשם פיקוח ונטרול הבדלים אפשריים בין גברים לנשים באוכלוסייה. נזכיר כי באוכלוסייה היהודית המבוגרת שיעור הנשים עולה על שיעור הגברים, בניגוד לאוכלוסייה הערבית (לוח 1).

מצב משפחתי

משתנה זה חולק לשתי קטגוריות: האחת – "עם בן/בת זוג", המאחדת בתוכה את הנשואים אשר מתגוררים עם בני זוגם ואת הידועים בציבור; והאחרת – "ללא בן/בת זוג", המאחדת בתוכה פרודים, גרושים, אלמנים ורווקים.

גיל

משתנה רציף (טווח 50-95). למדגם נכנסו בני 50 ומעלה. מרואיינים מתחת לגיל 50 ואנשים שבהם נתון הגיל היה חסר הוצאו מן המדגם (סך הכול: 89 מקרים).

מצב תעסוקתי

משתנה זה קודד על ידי עורכי המחקר הנוכחי לשלוש קטגוריות: פעיל כלכלית (כל העובדים ומחפשי העבודה נכון ליום איסוף הנתונים), פנסיה (כלל הגמלאים במדגם), לא פעיל כלכלית (כל מי שנמצא מחוץ לשוק העבודה – מובטלים שאינם מחפשים עבודה, מוגבלים זמנית, נכים, עקרי בית). מקרים תחת קטגוריית "אחר" כתשובה לשאלת הסקר לא נכנסו למדגם (סך הכול: 26 מקרים).

השכלה

עקב מחסור במקרים של השכלה גבוהה בקרב הערבים הוחלט לבנות שתי קטגוריות למשתנה זה: (1) בעלי תעודת בגרות (בעלי השכלה תיכונית מלאה, בוגרי לימודי סיעוד, הנדסאים ובעלי השכלה אקדמית); (2) ללא תעודת בגרות (השכלה יסודית והשכלה תיכונית חלקית). כ-20 מקרים של השכלה המוגדרת כ"אחר" לא נכללו במדגם.

הכנסה

לצורך חלוקה לקטגוריות השתמשנו במשתנה שבו נעשו קירובים להכנסה (מאחר שבמספר מקרים לא מבוטל לא התקבלה תשובה ישירה לשאלת ההכנסה, החוקרים ערכי הסקר אמדו את ההכנסות של הנבדקים בהתבסס על שאלות מכוונות). במחקר שלנו בנינו שלוש קטגוריות: הכנסה נמוכה, הכנסה בינונית והכנסה גבוהה.

נכון לשנת הסקר (2004-2005) עמדה ההכנסה הממוצעת במשק על 4,034 ש"ח לחודש (כשמביאים בחשבון גמלאים ואחרים שאינם עובדים), ומי שהכנסתו הייתה נמוכה מזו נכלל בקטגוריה של הכנסה נמוכה. בקטגוריית ההכנסה הבינונית נכללו מי שהכנסתם בין 4,034 ש"ח לחודש ל-8,000 ש"ח, והכנסה גבוהה הוגדרה במחקר הנוכחי הכנסה של כמעט 8,000 ש"ח לחודש. קבוצת ההתייחסות במקרה הזה הייתה בעלי ההכנסה הנמוכה, מאחר שזוהי קטגוריה עם מספר מקרים גדול יחסית.

אזור מגורים

משתנה זה קודד לשתי קטגוריות: (1) עיר גדולה וסביבתה; (2) עיירות וכפרים (כלל העיירות, הן הקטנות והן הגדולות). הנבדקים הם שהחליטו כיצד להגדיר את מקום מגוריהם.

רמת דיכאון

מדד זה נבנה על ידי עורכי הסקר. מדובר במשתנה רציף, בטווח 1-12, המתקבל משקלול התשובות ל-12 שאלות המשקפות את מצבו הנפשי של האדם, כל אחת במישור אחר (לדוגמה: "חשתי שכל מה שאני עושה דורש מאמץ", "שנתי הייתה חסרת מנוחה", "חשתי עצב" וכו').

מספר מחלות ידועות

משתנה זה קודד כרציף, ומשקף את הידיעה על קיומן של 14 מחלות פוטנציאליות שעליהן שאלו המראיינים. כל מחלה שהנבדק ידע על קיומה שקולה לנקודה אחת, וערך המשתנה הוא הסכום המצטבר. בפועל המשתנה התפלג באופן רצוף מ-0 עד 10.

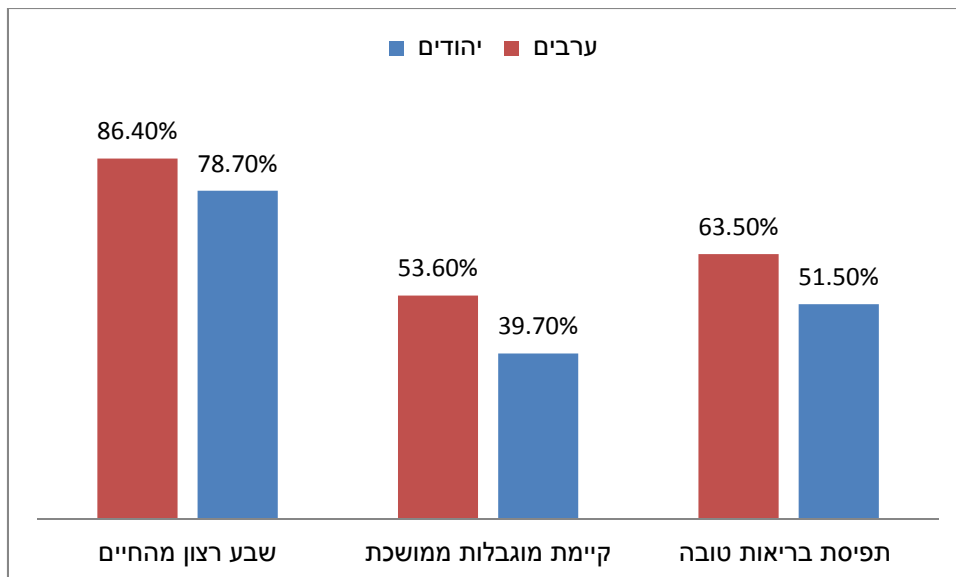
תחושת שליטה בחיים

משתנה זה קודד כרציף וערכו הוא סכום הנקודות שנתנו הנבדקים לשבעה פריטים הנוגעים לתחושת השליטה בחיים. לדוגמה: "אני מרגיש שמה שקורה לי בחיים מחוץ לשליטתי", "אני יכול לעשות דברים שאני רוצה", "מחסור בכסף מונע ממני לעשות דברים שאני רוצה", וכן הלאה. הניקוד של השאלות המקוריות התפלג מ-1 עד 4 (1 – נכון מאוד, 4 – לא נכון בהחלט). לאחר מכן סוכמו הנקודות שניתנו לכלל הפריטים, כך שהציון הנמוך ביותר הוא 1 (תחושת השליטה הנמוכה ביותר) והציון הגבוה ביותר הוא 28 (תחושת השליטה הגבוהה ביותר). כדי לסכום את הפריטים בוצע ניתוח גורמים (Cronbach's Alpha=0.683).

ממצאים ומסקנות

אחד הממצאים התיאוריים המעניינים הוא ממצא פרדוקסלי: אף על פי שתפיסת הבריאות טובה יותר בקרב האוכלוסייה הערבית, ערבים חשים מוגבלים יותר בפעילות היום-יומית השגרתית. כך, ל-63.50% מהערבים תפיסה חיובית של בריאותם בהשוואה ל-51.5% מהיהודים (מבחן חי בריבוע מובהק). אולם כשמדובר במוגבלות ממושכת, 53.6% מהערבים ורק 39.7% מהיהודים מדווחים על מוגבלות ממושכת בחיי היום-יום (מבחן חי בריבוע מצביע על הבדלים מובהקים בין שתי הקבוצות) (תרשים 5).

תרשים 5 תפיסת בריאות, מוגבלות ממושכת ושביעות רצון מהחיים בקרב מבוגרים יהודים וערבים בישראל



מקור: נתוני פרויקט Share גל ראשון (2004-2005), ישראל.

בהתאם להשערה, במדד שביעות הרצון מן החיים נמצא הבדל מובהק לטובת האוכלוסייה הערבית המבוגרת – 86.4% מאוכלוסייה זו דיווחו על שביעות רצון גבוהה, בהשוואה ל-78.7% מהאוכלוסייה היהודית המבוגרת (תרשים 5).

כעת נעבור לתיאור המודלים המורכבים שנבנו באופן הדרגתי ונבחנו בעזרת הרגרסיה הלוגיסטית. בלוחות 2 ו-3 מוצגים הממצאים הנוגעים לתפיסת הבריאות, בלוח 4 – מוגבלות ממושכת, ובלוח 5 – שביעות רצון מן החיים.

לוח 2 מקדמי הרגרסיה הלוגיסטית Exp(B), מודל השוואתי המתאר את הסיכויים לדווח על בריאות לא טובה בקרב ערבים ויהודים בישראל

שלב 5		שלב 4		שלב 3		שלב 2		שלב 1		סיכויים לדווח על בריאות לא טובה	
בסיס + אזור + מוגבלות + דיכאון + מספר מחלות ידועות		בסיס + אזור + מוגבלות + דיכאון		בסיס + אזור + מוגבלות		בסיס + אזור מגורים		מודל בסיס			
ערבים	יהודים	ערבים	יהודים	ערבים	יהודים	ערבים	יהודים	ערבים	יהודים		
Exp(B) (Wald)	Exp(B) (Wald)	Exp(B) (Wald)	Exp(B) (Wald)	Exp(B) (Wald)	Exp(B) (Wald)	Exp(B) (Wald)	Exp(B) (Wald)	Exp(B) (Wald)	Exp(B) (Wald)		
1.30 (0.34)	1.44** (8.03)	1.340 (0.42)	1.43** (7.92)	1.57 (1.18)	1.26* (3.54)	2.11* (3.60)	1.45*** (11.54)	2.62** (6.45)	1.45*** (11.90)	גבר	מגדר
										אישה	
2.58 (1.15)	0.89 (0.57)	3.230 (1.85)	0.94 (0.20)	7.86** (7.04)	1.020 (0.01)	7.08** (7.95)	1.116 (0.72)	7.38** (8.27)	1.161 (1.35)	ללא בן/בת זוג	מצב משפחתי
										עם בן/בת זוג	
1.02 (0.35)	1.01 (1.13)	1.030 (0.76)	1.02** (8.51)	1.01 (0.28)	1.02** (8.32)	1.030 (1.75)	1.03*** (22.55)	1.031 (1.62)	1.03*** (20.06)	גיל (רציף)	
0.31* (3.64)	0.85 (0.66)	0.34* (3.10)	0.85 (0.67)	0.40* (2.85)	0.68** (4.24)	0.27** (7.17)	0.47*** (20.52)	0.25** (8.50)	0.49*** (19.4)	פנסיה	מצב תעסוקתי
0.34 (2.44)	0.59** (7.16)	0.28* (3.36)	0.53*** (10.53)	0.16** (7.42)	0.43*** (20.9)	0.11*** (12.78)	0.43*** (75.58)	0.09*** (15.11)	0.24*** (77.66)	פעיל כלכלית	
										לא פעיל כלכלית	
0.94 (0.1)	1.44** (6.83)	.710 (0.3)	1.40** (6.22)	0.89 (0.04)	1.70*** (16.93)	1.70 (1.14)	2.04*** (37.41)	1.547 (0.8)	2.07*** (40.57)	ללא תעודת בגרות	השכלה
										בעל תעודת בגרות	
0.54 (1.5)	1.28* (3.13)	0.46* (2.7)	1.14 (0.99)	0.50* (2.77)	1.090 (0.45)	0.34** (7.54)	1.206 (2.58)			עיירות וכפרים	אזור מגורים
										עיר גדולה וסביבתה	
0.27** (7.30)	0.23*** (110.16)	0.18*** (13.93)	0.17*** (172.77)	0.09*** (31.54)	0.13*** (267.93)					לא מוגבל	מוגבלות ממושכת בפעילות יום-יומית
										מוגבל	
1.39** (14.58)	1.26*** (56.41)	1.48*** (23.26)	1.29*** (72.17)							רמת דיכאון (רציף)	
1.59** (6.02)	1.50*** (73.95)									מספר מחלות ידועות (רציף)	
0.56	0.45	0.44	0.41	0.42	0.37	0.24	0.19	0.21	0.19	pseudo R-square	

P<0.1 * ,P<0.05 ** , P<0.01 ***

שלושת הגורמים בעלי ההשפעה הגבוהה ביותר במודל, לפי מבחן wald, נצבעו באדום, סגול וכחול, לפי חוזק השפעה יורד.

לוח 2 מתאר את הסיכויים לדווח על בריאות לא טובה בקרב ערבים ויהודים בישראל. המודל מורכב מחמישה שלבים, ולשלב הבסיס נוספים בהדרגה גורמים רלוונטיים העשויים להשפיע על תפיסת הבריאות. מן הלוח נוכל ללמוד מהם הגורמים המשפיעים על תפיסת הבריאות בקרב שתי הקבוצות, לבחון את עוצמת ההשפעה של כל גורם וגורם ולהשוות בין עוצמות אלו בקרב שתי הקבוצות.

בניתוח הנתונים נראה כי יש גורמים שהשפעתם חזקה ואוניברסלית בשתי הקבוצות, לצד גורמים המשפיעים על תפיסת הבריאות באוכלוסייה אחת בלבד. לדוגמה, רמת השכלה נמוכה (שמעלה את הסיכויים לדווח על בריאות ירודה) משפיעה על תפיסת הבריאות בקרב יהודים בלבד, ומצב משפחתי (הממצא שלפיו סיכוייהם של אנשים החיים ללא בן/בת זוג לדווח על בריאות ירודה גבוהים יותר בהשוואה לאלו שיש להם בן/בת זוג) משפיע רק על תפיסת הבריאות של ערבים בשלושת השלבים הראשונים של המודל.

גורם אוניברסלי יותר, אשר השפעתו ניכרת בקרב שתי הקבוצות כמעט בכל שלבי המודל, הוא המצב התעסוקתי – לפעילים כלכלית סיכויים נמוכים יותר לדווח על בריאות ירודה בהשוואה ללא פעילים כלכלית; לנמצאים בפנסיה אמנם סיכויים גבוהים יותר לדווח על בריאות ירודה בהשוואה לפעילים כלכלית, אך עדיין סיכוייהם לתפוס את בריאותם כלא טובה נמוכים מאלה של הנמצאים מחוץ לכוח העבודה. למעשה ניכר כי בשני השלבים הראשונים של המודל לתעסוקה יש השפעה חזקה ביותר בקרב שתי הקבוצות (לפי מקדמי wald), אולם האפקט עצמו גדול יותר בקרב ערבים: לערבי פעיל כלכלית יש סיכוי נמוך בכ-91% לדווח על בריאות ירודה בהשוואה לערבי שאינו פעיל כלכלית, ואילו ליהודי פעיל כלכלית הסיכוי לדווח על בריאות ירודה נמוך ב-76% מזה של יהודי שאינו פעיל כלכלית.

מעניינת השפעתו של המשתנה "אזור מגורים". עם הוספתו של משתנה זה למודל הוא הופך בקרב ערבים לאחד משלושת הגורמים המשפיעים ביותר על תפיסת הבריאות. בקרב יהודים גורם זה אינו משפיע במובהק בשלב הזה, וכיוון ההשפעה שלו הפוך מכיוונו בקרב ערבים: בעוד שבקרב ערבים המתגוררים בעיירות ובכפרים הסיכויים לתפוס את בריאותם כלא טובה קטנים ב-66% בהשוואה לערבים המתגוררים בערים גדולות, אצל יהודים הכיוון הוא הפוך, אם כי אינו מובהק – דווקא המתגוררים בפריפריה תופסים את בריאותם כפחות טובה.

בשלב השלישי אנו רואים שמוגבלות ממושכת בחיי היום-יום, לאחר הוספתה למודל, היא למעשה בעלת ההשפעה החזקה ביותר על תפיסת הבריאות הן אצל הערבים והן אצל היהודים.

השוואה בין גודל האפקט בקרב שתי האוכלוסיות מלמדת כי למוגבלות ממושכת יש השפעה כמעט שווה בקרב שתי הקבוצות: העדר מוגבלות ממושכת מוריד את הסיכויים לדווח על בריאות לא טובה ב-87% וב-91% בקרב יהודים וערבים, בהתאמה. אולם כאשר בשלב השלישי נוסף למודל את מדד הדיכאון נראה היפוך מעניין: כעת הגורם המשפיע ביותר בקרב הערבים הוא רמת הדיכאון, ואילו מוגבלות ממושכת נדחקה למקום השני מבחינת עוצמת הקשר. בקרב היהודים גם בשלב הרביעי (הוספה של מדד הדיכאון) מוגבלות ממושכת נשארת במקום הראשון מבחינת ההשפעה על תפיסת הבריאות, ודיכאון תופס אצלם את המקום השני. ההשפעה של גורם הדיכאון גבוהה יותר אצל הערבים – כל עלייה של יחידה במדד הדיכאון מעלה את הסיכויים לדווח על בריאות לא טובה ב-48% בקרב ערבים וב-29% בקרב יהודים.

בשלב החמישי נוסף למודל גורם המודעות לתחלואה, שנמדד כאן במספר המחלות הידועות. הוספת גורם זה משנה כמה דברים במודל. ראשית, ההשפעה של אזור המגורים בקרב ערבים הופכת ללא מובהקת סטטיסטית, ולהפך בקרב יהודים – לראשונה ההשפעה של גורם זה מובהקת. זאת אומרת שכשמביאים בחשבון את המודעות למחלות הקיימות אצל האדם, אזור המגורים מבחינת הערבים אינו משמעותי לתפיסת הבריאות שלהם. אצל היהודים, כאמור, המצב הפוך: דווקא כשמביאים בחשבון את מספר המחלות הידועות לאדם, יש לאזור המגורים משמעות מבחינת תפיסת הבריאות, והסיכויים של יהודים החיים בפריפריה לדווח על בריאות ירודה גבוהים ב-28% מאלה של יהודים המתגוררים בערים גדולות. שנית, עם הכנסתו של גורם התחלואה למודל הוא הופך לאחד משלושת הגורמים המשפיעים ביותר על תפיסת הבריאות בקרב שתי האוכלוסיות, אם כי בקרב הערבים גורם זה נמצא במקום השלישי בחשיבותו בהשוואה למקום השני אצל היהודים.

בשלב האחרון של המודל ניכר שאותם שלושה גורמים הם המשפיעים ביותר על תפיסת הבריאות הן בקרב יהודים והן בקרב ערבים, אך חשיבותם שונה בשתי הקבוצות: מוגבלות ממושכת היא הגורם המשפיע ביותר בקרב יהודים, ואילו בקרב ערבים רמת הדיכאון תופסת את המקום הראשון. מספר המחלות הידועות הוא הגורם השני בהשפעתו בקרב יהודים, ודיכאון הוא השלישי. באוכלוסייה הערבית במקום השני בהשפעתו נמצאת מוגבלות ממושכת ובמקום השלישי – מספר המחלות הידועות.

ממצא מעניין נוסף בהקשר של תפיסת הבריאות הוא שבקרב ערבים בשום שלב של המודל אין קשר בין רמת ההשכלה לבין תפיסת הבריאות, בהשוואה ליהודים שאצלם לחסרי תעודת בגרות יש סיכויים גבוהים יותר לדווח על בריאות ירודה. ייתכן שהסיבה לכך היא שונות נמוכה מאוד של רמת השכלה בקרב ערבים (לוח 1).

גם השפעתו של משתנה הגיל מובהקת בקרב יהודים בלבד (אף על פי שגודל האפקט לעתים זהה בשתי הקבוצות). אצל יהודים גורם הגיל הופך ללא מובהק סטטיסטית ברגע שמפקחים על מספר המחלות הידועות.

נוסף על מודלים נפרדים ליהודים ולערבים בהקשר של תפיסת הבריאות בנינו מודל משותף שבו כמה אינטראקציות רלוונטיות (לוח 3). המודל המשותף מאפשר מעקב אחר השינוי בהשפעתו של מקדם השפה עם ההוספה ההדרגתית של משתנים וכן בדיקה של הגורמים המתווכים את הקשר בין שפה לבין תפיסת הבריאות. האינטראקציות יוכלו להעיד על מובהקותו של הפער בין שתי הקבוצות על בסיס גורמים שונים.

בשלב הראשון של המודל ניכר כי הסיכויים של יהודים לדווח על בריאות לא טובה גבוהים פי 5.64 מסיכוייהם של ערבים. גורמים כמו מוגבלות ממושכת או מספר המחלות הידועות רק מחדדים ומחזקים את הקשר בין שפה לתפיסת הבריאות (שלב 2 ושלב 4, בהתאמה).

הגורם שמתווך את הקשר בין תפיסת הבריאות לבין השפה הוא רמת הדיכאון (שלב 5). רמת הדיכאון של ערבים במדגם הנוכחי נמוכה יותר, מה שמצליח להסביר את תפיסת הבריאות החיובית יותר שלהם. הכנסת גורם הדיכאון למודל מצליחה להחליש את הקשר בין תפיסה לשפה ב-66%.

לוח 3 מקדמי הרגרסיה הלוגיסטית (Exp(B), מודל משולב המתאר סיכויים לדווח על בריאות לא טובה

8 שלב	7 שלב	6 שלב	5 שלב	4 שלב	3 שלב	2 שלב	1 שלב	סיכויים לדווח על בריאות לא טובה	
אינטראקציה: שפה * מספר מחלות ידועות	אינטראקציה: שפה * אזור	אינטראקציה: שפה * מוגבלות	בסיס + מוגבלות + אזור מספר מחלות ידועות + דיכאון	בסיס + מוגבלות + אזור מספר מחלות ידועות	בסיס + מוגבלות + אזור	בסיס + מוגבלות	בסיס		
Exp (B) (Wald)	Exp (B) (Wald)	Exp (B) (Wald)	Exp (B) (Wald)	Exp (B) (Wald)	Exp (B) (Wald)	Exp (B) (Wald)	Exp (B) (Wald)	Exp (B) (Wald)	Exp (B) (Wald)
13.45*** (44.63)	4.21*** (15.18)	6.39*** (60.94)	6.82*** (63.86)	7.48*** (79.18)	7.22*** (84.41)	7.07*** (93.62)	5.64*** (92.36)	עברית (יהודי)	שפה (לאום)
								ערבית (ערבי)	
1.28** (4.18)	1.26** (4.01)	1.27** (4.45)	1.43*** (8.27)	1.28** (4.23)	1.27** (4.15)	1.28** (4.48)	1.5*** (15.44)	גבר	מגדר
								אישה	
0.99 (0.0)	1.09 (0.4)	1.14 (0.85)	0.92 (0.31)	0.99 (0.0)	1.09 (0.38)	1.14 (0.85)	1.24* (2.97)	ללא בן/בת זוג	מצב משפחתי
								עם בן/בת זוג	
1.01 (0.75)	1.02*** (8.16)	1.02*** (6.69)	1.01 (1.02)	1.01 (0.61)	1.02*** (7.85)	1.02*** (6.71)	1.03*** (21.23)	גיל (רציף)	
0.64** (6.12)	0.64*** (6.75)	0.65*** (6.24)	0.77 (1.86)	0.64** (5.85)	0.65*** (6.31)	0.65*** (6.35)	0.46*** (26.85)	פנסיה	מצב תעסוקתי
0.45*** (19.47)	0.39*** (28.63)	0.4*** (29.56)	0.54*** (11.03)	0.45*** (19.25)	0.4*** (28.3)	0.4*** (29.52)	0.23*** (97.01)	פעיל כלכלית	
								לא פעיל כלכלית	
1.69*** (16.05)	1.66*** (16.18)	1.69*** (18.12)	1.40** (6.14)	1.67*** (15.45)	1.65*** (15.66)	1.69*** (18.09)	2.04*** (41.33)	בעל תעודת בגרות	השכלה
								ללא תעודת בגרות	
0.18*** (183.39)	0.12*** (300.63)	0.09*** (40.15)	0.24*** (118.76)	0.18*** (187.08)	0.12*** (305.28)	0.12*** (324.87)		לא מוגבל	מוגבלות ממושכת בפעילות יום-יומית
								מוגבל	
1.19 (1.87)	0.52* (2.77)		1.22 (2.21)	1.18 (1.66)	1.01 (0.01)			עיירות וכפרים	אזור מגורים
								עיר גדולה וסביבתה	
2.04*** (22.89)			1.52*** (83.1)	1.56*** (104.72)				מספר מחלות ידועות (רציף)	
			1.28*** (72.14)					רמת הדיכאון (רציף)	
		1.38 (0.63)						יהודי * לא מוגבל	אינטראקציה: שפה*מוגבלות
	2.11* (3.18)							יהודי * אזור כפרי	אינטראקציה: שפה*אזור מגורים
0.74* (3.66)								יהודי * מספר מחלות	אינטראקציה: שפה*מספר מחלות ידועות
0.45	0.39	0.39	0.47	0.44	0.39	0.39	0.21	pseudo R-square	

P<0.1 * ,P<0.05 ** , P<0.01 ***

בהמשך לנתונים המוצגים בלוח 2 רצינו לבדוק אם ההשפעה של גורמים כמו מוגבלות, אזור מגורים ומספר מחלות ידועות שונה ומובהקת בשתי הקבוצות. כלומר, היו שלוש אינטראקציות רלוונטיות לבדיקה.

האינטראקציה בין שפה ומוגבלות אינה מובהקת, אך כיוון הקשר מלמד כי ליהודים שאין להם מוגבלות סיכויים גבוהים יותר לדווח על בריאות ירודה בהשוואה לערבים שאין להם מוגבלות. מאחר שהאינטראקציה לא מובהקת, נטען כי מוגבלות ממושכת אינה משפיעה בצורה שונה בקרב שתי הקבוצות.

האינטראקציה בין שפה לאזור מגורים הוכנסה למודל בשלב 7. מתברר כי הכנסת משתנה אזור המגורים למודל (שלב 3) לא שינתה משמעותית את מקדם השפה, וגם הוא עצמו לא היה מובהק. לעומת זאת הכנסת האינטראקציה למודל מחדדת את השפעת אזור המגורים ועוזרת להבין כמה דברים.

האינטראקציה מלמדת אותנו שלאזור המגורים יש השפעה בכיוונים שונים בקרב ערבים ויהודים: בקרב היהודים המתגוררים בפריפריה מגדיל אזור המגורים את הסיכוי לדווח על בריאות לא טובה, ואילו בקרב הערבים המתגוררים בפריפריה גורם זה מקטין את הסיכויים לדווח על בריאות ירודה. ליהודי שמתגורר באזור פריפריה יש סיכוי גדול פי 2.11 לדווח על בריאות ירודה בהשוואה לערבי שגר בפריפריה.

האינטראקציה השלישית היא זו שבין שפה לבין מספר המחלות הידועות. ממנה אנו למדים כי ידיעה על מחלות משפיעה על תפיסת הבריאות של יהודים פחות משהיא משפיעה על תפיסת הבריאות של ערבים. וכך, ידיעה על כל מחלה נוספת בקרב יהודים מורידה את הסיכוי לדווח על בריאות ירודה ב-26% בהשוואה לערבים. כלומר, לידיעה על מחלות בקרב ערבים יש תרומה גבוהה יותר לתפיסת בריאות שלילית.

מסקנות

1. בהערכת מצב הבריאות **יש חשיבות לקבוצת הייחוס** בקרב שתי האוכלוסיות, אם כי יש להציע לכך הסברים שונים:

א. ערבים: בשל הסגרגציה הגבוהה של האוכלוסייה הערבית, קבוצת הייחוס היא ככל הנראה מקומית יותר באזורים הפריפריאליים. על כן אנו מוצאים כי הערבים החיים בפריפריה מעריכים את בריאותם כטובה יותר בהשוואה לערבים המתגוררים בערים גדולות, שם קבוצת הייחוס כוללת גם את קבוצת הרוב היהודית. אולם הבדל זה נעלם בעת הפיקוח על מחלות מאובחנות. הדבר יכול להצביע על גילוי מחלות בשלבים מאוחרים יותר בקרב ערבים בפריפריה (בשלבים אלו החולים חווים את תסמיני המחלה בעוצמה רבה). לחלופין, עצם הידיעה על המחלה ואולי גם היכרות עם חולים במחלה מהסביבה הקרובה גורמים לתפיסה שלילית יותר דווקא לאחר אבחון המחלה בקרב ערבים המתגוררים בפריפריה.

ב. יהודים: אצל היהודים לא נמצא הבדל מובהק על בסיס אזור המגורים עד השלב שבו פיקחנו על המודעות למחלות. כאמור, יהודים שחיים בפריפריה תופסים את בריאותם כפחות טובה בהשוואה ליהודים המתגוררים במרכז יכול להיות שהסיבה לכך היא מחסור באמצעים לטיפול בבעיות בריאות בפריפריה. העובדה שלא נמצא הבדל מובהק טרם הפיקוח על אבחון המחלות יכולה להצביע על כך שאולי בקרב היהודים מנגנון הערכת הבריאות הוא פחות השוואתי או שההשוואה היא לכלל הקבוצה היהודית ולא לקהילה מקומית ספציפית.

2. **השפעת התחלואה:** באופן כללי, אבחון של מחלות משפיע על תפיסת הבריאות של ערבים יותר משהוא משפיע על תפיסת הבריאות של יהודים. הדבר יכול להיות מוסבר, כפי שגם הוצע בספרות, בכך שאצל ערבים המחלות מאובחנות בשלבים מאוחרים יותר.

ממצאים אלו מעלים לא רק שאלות תרבותיות בנוגע לתפיסת בריאות או מחלות, אלא גם שאלות מבניות הקשורות בהפרדה המרחבית בין שתי האוכלוסיות ובהשפעתה על בריאות האוכלוסייה. יש להוכיח, כמובן, כי יש קשר בין תפיסת הבריאות לדפוסי הטיפול בה. אולם העובדה שערבים מבוגרים בפריפריה תופסים את בריאותם כטובה יותר, גם אם המצב האובייקטיבי יכול להיות הפוך, מרמזת כי ייתכן שההפרדה בין האוכלוסיות פוגעת באופן כלשהו בבריאותה של האוכלוסייה הערבית, אפילו טרם הדיון בנגישות של שירותי הבריאות בפריפריה. דהיינו, מדובר בהשפעה ראשונית יותר המשעתקת את הסדר הקיים. המודעת לבריאות בקרב האוכלוסייה הערבית חייבת להיות גבוהה יותר, אך רמת הסגרציה הגבוהה אינה מסייעת בכך.

לוח 4 מתאר את הסיכויים לדווח על מוגבלות ממושכת בקרב יהודים וערבים, במודל משותף לשתי האוכלוסיות. גם כאן העניין הוא לבחון אילו גורמים מתווכים את הקשר שבין השפה לבין מוגבלות ממושכת. מהנתונים נראה תחילה כי סיכוייהם של יהודים לדווח על מוגבלות ממושכת נמוכים ב-52% מאלה של ערבים. לגורמים דמוגרפיים שהוכנסו למודל הבסיס יש השפעה לאורך כל שלביו. לדוגמה, לגברים מבוגרים יותר ולכאלה החיים ללא בן/בת זוג יש סיכויים גבוהים יותר לדווח על מוגבלות.

לוח 4 מקדמי הרגרסיה הלוגיסטית $Exp(B)$, מודל משולב המתאר סיכויים לדווח על מוגבלות ממושכת

7 שלב	6 שלב	5 שלב	4 שלב	3 שלב	2 שלב	1 שלב	סיכויים לדווח על מוגבלות ממושכת בפעילות יום-יומית	
שפה * אינטראקציה: שפה * אזור	שפה * השכלה: אינטראקציה:	שפה * הכנסה: אינטראקציה:	בסיס + הכנסה + השכלה + אזור	בסיס + הכנסה + השכלה	בסיס + הכנסה	בסיס	Exp (B) (Wald)	Exp (B) (Wald)
0.44*** (6.4)	1.49 (1.35)	1.29 (1.79)	1.13 (0.53)	1.05 (0.11)	0.58*** (17.68)	0.48*** (32.95)	עברית (יהודי)	שפה (לאום)
							ערבית (ערבי)	
1.3*** (6.44)	1.32*** (7.16)	1.32*** (7.14)	1.31*** (6.92)	1.32*** (7.57)	1.23** (4.56)	1.07 (0.56)	גבר	מגדר
							אישה	
1.24* (2.94)	1.24* (2.96)	1.23* (2.75)	1.24* (2.93)	1.25* (3.38)	1.33*** (6.0)	1.32** (5.68)	ללא בן/ בת זוג	מצב משפחתי
							עם בן/ בת זוג	
1.05*** (77.84)	1.05*** (77.75)	1.05*** (76.85)	1.05*** (77.56)	1.05*** (76.91)	1.06*** (123.7)	1.06*** (130.76)	גיל (רציף)	
0.57*** (18.59)	0.56*** (19.63)	0.11** (4.43)	0.56*** (19.73)	0.56*** (19.71)	0.49*** (32.91)		הכנסה גבוהה	הכנסה
0.92 (0.42)	0.93 (0.39)	2.19** (4.7)	0.92 (0.44)	0.92 (0.44)	0.79** (4.43)		הכנסה בינונית	
							הכנסה נמוכה	
2.29*** (59.02)	3.11*** (9.67)	2.26*** (59.91)	2.24*** (56.64)	2.21*** (56.42)			ללא תעודת בגרות	השכלה
							בעל תעודת בגרות	
0.38*** (7.75)	1.16 (1.88)	1.18 (2.2)	1.17 (1.98)				עיריות וכפרים	אזור מגורים
							עיר גדולה וסביבתה	
		5.26 (2.42)					יהודי * הכנסה גבוהה	אינטראקציה: שפה*הכנסה
		0.3*** (6.41)					יהודי * הכנסה בינונית	
	0.70 (0.89)						יהודי * ללא תעודת בגרות	אינטראקציה: שפה*השכלה
3.49*** (11.71)							יהודי * פריפריה	אינטראקציה: שפה*אזור מגורים
0.15	0.15	0.15	0.15	0.14	0.13	0.11	pseudo R-square	

P<0.1 * ,P<0.05 ** ,P<0.01 ***

בנוגע לקשר בין הכנסה למוגבלות ממושכת אפשר לומר כי באופן כללי הכנסה גבוהה מורידה את הסיכויים של הפרט לדווח על מוגבלות. משתנה ההכנסה (שלב 2) מחליש את הקשר בין שפה למוגבלות אך אינו מבטל אותו – הפער בין יהודים לערבים אמנם מצטמצם (כעת הוא 42%), אך עדיין מובהק. זאת אומרת שהכנסה מתווכת במידת מה את הקשר בין שפה למוגבלות: לערבים יש הכנסות נמוכות יותר, והכנסות נמוכות יותר מעלות את הסיכויים להיות מוגבל.

הגורם שמצליח לבטל את הקשר בין שפה למוגבלות הוא השכלה (שלב 3). השפעתו של גורם זה חזקה יותר מהשפעתו של גורם ההכנסה (לפי מקדמי Wald). לחסרי תעודת בגרות סיכויים גבוהים פי 2.11 לדווח על מוגבלות ממושכת מאשר לבעלי התעודה. מכיוון שהאוכלוסייה הערבית בישראל בכלל והאוכלוסייה הערבית המבוגרת בפרט משכילה פחות מהאוכלוסייה היהודית, הרי שממצא זה מעיד שלמעשה הפקטור המשמעותי הקובע אם אדם חש מוגבל בפעילות היום-יומית הוא השכלה (שמשפיעה על רמת ההכנסה, על התעסוקה ועל המודעות).

הכנסנו למודל כמה אינטראקציות כדי לבחון אם לשילוב הגורמים יש ערך מוסף להסבר הקשר. האינטראקציה בין שפה להכנסה (שלב 5) מובהקת רק במקרים של הכנסה בינונית (ייתכן שבגלל מספר מקרים קטן בקטגוריית הכנסה גבוהה בקרב ערבים). הכנסה בינונית, בהשוואה לנמוכה, מקטינה את תחושת המוגבלות של יהודים יותר משהיא מקטינה את תחושת המוגבלות של ערבים. כלומר, הסיכוי של יהודי עם הכנסות ברמה בינונית לדווח על מוגבלות ממושכת קטן ב-70% מזה של ערבי עם אותה רמת ההכנסה. הכנסת אינטראקציה זו למודל מותירה את גורם השפה לא מובהק.

בדקנו גם אם השכלה מקטינה את הסיכויים לדווח על מוגבלות באחת הקבוצות לעומת הקבוצה השנייה. מצאנו שככל הנראה השכלה משפיעה באותה במידה בשתי הקבוצות – האינטראקציה בין שפה לבין השכלה (שלב 6) אינה מובהקת.

כפי שניכר בלוחות הקודמים, גורם אזור המגורים הוא אחד הממצאים המעניינים במחקר שלנו. תחילה נראה כי גורם זה לכשעצמו אינו משפיע על מוגבלות ממושכת (שלב 4). אולם האינטראקציה בין שפה לאזור (שלב 7) מלמדת כי כנראה גם כאן אזור המגורים משפיע בכיוונים הפוכים על שתי האוכלוסיות: בעוד שמגורים באזורי פריפריה מעלים את הסיכוי לדווח על מוגבלות בקרב יהודים, אצל ערבים מגורים באזורי פריפריה דווקא מורידים את הסיכוי לדווח על מוגבלות. הסיכוי של יהודי בפריפריה לדווח על מוגבלות ממושכת גדול פי 3.49 מזה של ערבי המתגורר באזור פריפריאלי, והסיכויים של יהודים באזורים עירוניים לדווח על מוגבלות נמוכים ב-56% מאלה של ערבים עירוניים. בשלב זה של המודל אפקט הלאום⁷ שוב הופך למובהק, וברגע שמביאים בחשבון את ההבדלים בהשפעת האזור על שתי האוכלוסיות, הקשר בין שפה למוגבלות מתבהר. נציין שגם בשלב הזה ההשכלה נותרת הגורם השני בגודלו (אחרי גיל) המשפיע על מוגבלות.

3. מאחר שלגורמים חברתיים-כלכליים, ובמיוחד להשכלה, יש השפעה ניכרת על היותו של אדם מוגבל בפעילות היום-יומית, יש לייחס לכך חשיבות מרבית, במיוחד במישור המדיני.

⁷ כרגע זהו main effect, וההשוואה היא בין יהודים בעיר לבין ערבים בעיר.

המחקר שלפנינו אינו המחקר הראשון המצביע על קשר בין גורמים חברתיים-כלכליים ובריאות, אך כאן ראינו כי השכלה גבוהה יחסית (אפילו לא השכלה אקדמית אלא תעודת בגרות בלבד, בהשוואה לחסרי תעודה) מבטלת את הקשר שבין לאום לבין המוגבלות. באשר לאופן ההשפעה של השכלה על בריאות, יש כמה אפשרויות להסבר הקשר. אפשרות אחת היא שהשכלה משפיעה על חשיפה למידע ועל הרחבת הידע הכללי, וכך עולה המודעות לאורח חיים בריא. אפשרות נוספת מקשרת את ההשכלה לשיפור במעמד חברתי-כלכלי ולעלייה בהכנסה. נראה ששתי האפשרויות יכולות להתקיים בעת ובעונה אחת, אם כי ההסבר הראשון חזק יותר – הכנסה היא גורם מתווך בין לאום למוגבלות, ואילו השכלה מבטלת את הקשר ביניהם.

כיום יש פערים בהשכלה בין יהודים לערבים בישראל, ולכן כדי להגיע לשוויון בתחום הבריאות אין מנוס מלשפר את מערכת החינוך ולהפכה גם כן לשוויונית יותר.

4. אזור מגורים באינטראקציה עם לאום מתגלה כמשתנה קריטי במודל. מאחר שהשפעתו הפוכה בשתי האוכלוסיות, ייתכן שתחושת המוגבלות מושפעת לא רק מגורמים אובייקטיביים לכאורה, אלא גם מעזרה ומתמיכה של משפחה או קהילה בחיי היום-יום.

אף על פי שמדד הבריאות מבוסס על שאלות הנוגעות לפעילויות ספציפיות (לעומת שאלת תפיסת הבריאות, שמבוססת על תחושה או הרגשה כללית של המרואיינין), יש גם כאן מקום לפרשנות ולתפיסה (או היעדר תפיסה) של מוגבלות בחיי היום-יום. מסיבה זו אין לטעון שמדד הבריאות הוא אובייקטיבי לחלוטין. ראינו ששכיחות הדיווח על מוגבלות ממושכת בקרב ערבים אשר מתגוררים באזורים פריפריאליים נמוכה מהשכיחות המדווחת בקרב ערבים המתגוררים בערים גדולות, אך אצל היהודים התמונה הפוכה – יהודים בפריפריה מדווחים על שכיחות גבוהה יותר של מוגבלות מיהודים המתגוררים באזורים מרכזיים יותר. לכך יש אולי קשר לתמיכה ולעזרה מרובה של בני משפחה במגזר הערבי, במיוחד באזורים שבהם נהוג להתגורר יחד עם המשפחה המורחבת. כך, התחושה הסובייקטיבית של מוגבלות בפעילות היום-יומית של מקבלי התמיכה המתגוררים באזורי פריפריה נמוכה מתחושת המוגבלות של חסרי תמיכה כזו בערים גדולות. מאחר שאצל יהודים מבוגרים פחות מקובל להתגורר עם בני המשפחה, יש להניח שדווקא מגורים באזורי הפריפריה הנגישים פחות ישפיעו לרעה על דיווח על מוגבלות.

גם כאן ראינו את חשיבותו של הגורם הגאוגרפי – בעוד שבאופן כללי הערבים בישראל חשים מוגבלים יותר בפעילות היום-יומית, הרי שבאזורים פריפריאליים, שבהם בדרך כלל נדרשת השקעה רבה יותר בתשתיות של מערכת הבריאות ובריאותה של האוכלוסייה כולה, ערבים בישראל חשים מוגבלים פחות מערבים באזורים אחרים.

לכאורה אפשר לומר שההפרדה בין האוכלוסייה היהודית לאוכלוסייה הערבית, וכן עצם המגורים של רוב האוכלוסייה הערבית באזורי פריפריה, מיטיבים עם האוכלוסייה הערבית כיוון שערבים בפריפריה תופסים את בריאותם כטובה יותר (בתנאי שטרם אובחנו מחלות, גם אם קיימות) וגם מדווחים פחות על מוגבלות ממושכת. אולם לנוכח נתוני התחלואה והתמותה בקרב אוכלוסייה זו אין להסיק מסקנה שכזאת. נהפוך הוא: הסגרגציה וה"נוחות" שמאפיינת לכאורה את המגורים

בכפר פוגעות ככל הנראה במודעות של האוכלוסייה הערבית לבריאותה, וכן הופכות את תחום הבריאות לשקוף יותר ולכזה שאינו עומד בראש סדר העדיפויות. מצב זה נשמר כפי שהוא גם על ידי הממסד והממשלה, ולכן הבעיה אינה מצטיירת כחמורה ונדמה לכולם שאין צורך למצוא לה פתרון בדחיפות.

בלוח 5 מופיעים הגורמים המשפיעים על שביעות רצון מהחיים בקרב ערבים ויהודים בישראל. ניכר כי יהודים מבוגרים הם פחות שבעי רצון מהחיים – סיכוייהם לדווח על שביעות רצון נמוכים ב-75% מעמיתיהם הערבים.

בהקשר של בריאות נראה כי חוסר מוגבלות ממושכת וכן תפיסת בריאות חיובית מעלים את הסיכויים לשביעות רצון מהחיים, ורמת דיכאון גבוהה משפיעה בכיוון שלילי על שביעות הרצון מהחיים.

מבחינת מצב חברתי-כלכלי נמצא קשר בין השכלה והכנסה לבין שביעות רצון מהחיים. סיכוייו של אדם שאינו בעל תעודת בגרות להיות שבע רצון מהחיים קטנים ב-37% מסיכוייו של בעל תעודת בגרות. כמו כן נמצא הבדל מובהק בין בעלי הכנסות גבוהות לבין נמוכות – לבעלי הכנסה גבוהה סיכויים גבוהים פי 2.41 להיות שבעי רצון מהחיים בהשוואה לבעלי הכנסה נמוכה. במחקר שלנו לא נמצא הבדל מובהק בין בעלי הכנסות בינוניות ונמוכות. כן נמצא שלגורם התעסוקה אין השפעה על שביעות הרצון מהחיים.

בחינת ההשפעה של קשרים חברתיים מראה כי למצב המשפחתי אין קשר לשביעות רצון מהחיים, אך לא כך בנוגע לקיומו של קונפליקט חזק בין הורים לבין ילדים: גורם זה הוא אחד הגורמים המשפיעים ביותר על שביעות רצון מהחיים במודל הנוכחי. הסיכויים לדווח על שביעות רצון מהחיים של המרואיינים שנמצאים בקונפליקט עם ילדיהם נמוכים ב-43% מסיכוייהם של אלו שאינם נמצאים בקונפליקט.

תנאי סביבת המגורים נמצאו תחילה כמשפיעים גם הם על שביעות הרצון מהחיים – צפיפות גבוהה במקום המגורים מורידה את הסיכויים להיות שבע רצון מהחיים ב-38%, ותפיסה של סביבת המגורים כסביבה לא בטוחה שבה נפוצים הפשיעה והוונדליזם מפחיתה סיכויים אלו ב-35%.

לוח 5 מקדמי הרגרסיה הלוגיסטית $Exp(B)$, מודל משולב המתאר סיכויים לדווח על שביעות רצון גבוהה מן החיים

שלב 4	שלב 3	שלב 2	שלב 1	סיכויים לדווח על שביעות רצון גבוהה מהחיים	
בסיס + אינטראקציה: שפה * תחושת שליטה בחיים	בסיס + אינטראקציה: שפה * קונפליקט עם ילדים	בסיס + תחושת שליטה בחיים	בסיס		
Exp (B) (Wald)	Exp (B) (Wald)	Exp (B) (Wald)	Exp (B) (Wald)		
0.03** (4.44)	0.09*** (21.97)	0.15*** (25.75)	0.25*** (15.39)	עברית (יהודי)	שפה (לאום)
				ערבית (ערבי)	
1.07 (0.1)	1.04 (0.4)	1.07 (0.09)	0.88 (0.4)	גבר	מגדר
				אישה	
1.00 (0.03)	1.00 (0.08)	1.00 (0.03)	1.00 (0.05)	גיל (רצף)	
1.36 (1.68)	1.37 (1.77)	1.36 (1.70)	1.43* (2.65)	לא מוגבל	מוגבלות ממושכת בחיי היום-יום
				מוגבל	
1.53* (3.24)	1.53* (3.28)	1.52* (3.22)	1.8* (7.07)	תפיסת בריאות טובה	תפיסת בריאות
				תפיסת בריאות לא טובה	
0.78*** (31.09)	0.78*** (31.13)	0.79*** (31.01)	0.71*** (71.08)	דיכאון (רצף)	
0.85 (0.43)	0.85 (0.41)	0.86 (0.4)	0.81 (0.92)	ללא בן/בת זוג	מצב משפחתי
				עם בן/בת זוג	
0.64** (4.59)	0.23** (5.18)	0.64** (4.63)	0.57*** (8.55)	קונפליקט גבוה	קונפליקט עם ילדים
				קונפליקט נמוך	
0.62** (4.81)	0.62** (4.69)	0.61** (4.88)	0.63** (5.13)	ללא תעודת בגרות	השכלה
				בעל תעודת בגרות	
0.62* (2.75)	0.61* (2.98)	0.63 (2.55)	0.86 (0.33)	פנסיה	מצב תעסוקתי
0.55* (3.68)	0.54** (3.96)	0.56* (3.5)	0.75 (1.07)	פעיל כלכלית	
				לא פעיל כלכלית	
2.15** (7.44)	2.2** (7.86)	2.17** (7.61)	2.38*** (10.56)	הכנסה גבוהה	הכנסה
0.81 (0.83)	0.83 (0.68)	0.82 (0.73)	0.92 (0.14)	הכנסה בינונית	
				נמוכה	
0.73 (1.64)	0.74 (1.49)	0.73 (1.62)	0.62** (4.19)	אין מספיק מקום בבית	צפיפות במקום המגורים
				יש מספיק מקום בבית	
0.77 (1.61)	0.76 (1.82)	0.77 (1.7)	0.65** (5.37)	רמה גבוהה של פשיעה וונדליזם	תפיסת פשיעה בסביבת המגורים
				רמה נמוכה של פשיעה וונדליזם	

לוח 5 מקדמי הרגרסיה הלוגיסטית $Exp(B)$, מודל משולב המתאר סיכויים לדווח על שביעות רצון גבוהה מן החיים (המשך)

שלב 4	שלב 3	שלב 2	שלב 1	סיכויים לדווח על שביעות רצון גבוהה מהחיים	
בסיס + אינטראקציה: שפה * תחושת שליטה בחיים	בסיס + אינטראקציה: שפה * קונפליקט עם ילדים	בסיס + תחושת שליטה בחיים	בסיס		
Exp (B) (Wald)	Exp (B) (Wald)	Exp (B) (Wald)	Exp (B) (Wald)		
1.15 (1.83)	1.27*** (56.58)	1.27*** (56.07)		תחושת השליטה בחיים (רציף)	
	3.07* (2.79)			יהודי * קונפליקט גבוה עם ילדים	אינטראקציה: שפה * קונפליקט עם ילדים
1.11 (1.06)				יהודי * תחושת שליטה	אינטראקציה: שפה * תחושת שליטה בחיים
0.42	0.42	0.41	0.34	pseudo R-square	

P<0.1 * ,P<0.05 ** ,P<0.01 ***

אחד הגורמים המשמעותיים בקביעת שביעות הרצון מן החיים הוא תחושת השליטה בחיים. גורם זה לא רק מתוודך בין גורמים שונים לבין שביעות הרצון מהחיים, אלא שגם הערך שלו, כשלעצמו, הוא גבוה מאוד במודל – לאחר הוספת המשתנה למודל (שלב 2) גדל ההסבר של המודל בכ-7% (לפיו pseudo R square). על כן בדקנו את האינטראקציה בין גורם זה לבין השפה (שלב 3). מטרתנו הייתה לבחון אם יש הבדל בין שתי הקבוצות בהשפעת המשתנה. מהמודל ניכר כי לא האינטראקציה עצמה ולא האפקט העיקרי של שליטה בחיים הם מובהקים. ככל הנראה משמעות הדבר היא שאצל ערבים אין לגורם של תחושת השליטה בחיים השפעה מובהקת על שביעות הרצון מן החיים. מבחינת כיווני השפעה בלבד עולה מהכנסת האינטראקציה למודל כי אצל יהודים תחושת השליטה משמעותית יותר ותורמת יותר לשביעות הרצון מן החיים מאשר אצל ערבים.

אחת האינטראקציות המעניינות שבדקנו במודל היא האינטראקציה בין שפה לבין הקונפליקט עם הילדים (שלב 4). נראה כי קונפליקט עם ילדים הוא פחות משמעותי כגורם המשפיע על שביעות רצון מהחיים בקרב יהודים בהשוואה לערבים. בהינתן קונפליקט גבוה עם ילדים, הסיכויים של יהודים להיות שבעי רצון מהחיים גבוהים פי 2.52 מסיכויי ערבים עם אותה רמת קונפליקט. יתר האינטראקציות אינן מובהקות ועל כן לא מדווחות בלוח.

מכאן שבדומה לממצאים של מחקרים אחרים, תפיסת הבריאות הסתברתה כמשפיעה על שביעות הרצון מן החיים יותר ממוגבלות ממושכת בחיי היום-יום, אף כי מדד זה נראה אובייקטיבי יותר. תחושת השליטה בחיים התבררה כחשובה מאוד באוכלוסייה היהודית, אך כנראה לא באוכלוסייה הערבית. גורם תחושת השליטה בחיים תיוודך את הקשר בין שביעות רצון מן החיים לבין המוגבלות הממושכת. ככל הנראה, בקרב יהודים המוגבלות הממושכת פוגעת קשות בתחושת השליטה בחיים,

אשר פוגעת בשביעות הרצון מן החיים. בקרב ערבים, למרות הסיכוי לסבול ממוגבלות ממושכת, תחושת השליטה בחיים אינה מתווכת את הקשר בין המוגבלות לבין שביעות הרצון.

מעניינת מאוד השפעתו של קונפליקט עם ילדים בקרב שתי האוכלוסיות. בקרב ערבים לקונפליקט שכזה יש השפעה ניכרת על שביעות הרצון מן החיים, והיא גדולה מהשפעתו של גורם זה בקרב יהודים. ייתכן שהסיבה לכך היא שמגורים משותפים עם הילדים, גם אחרי שהם עצמם מקימים משפחה, הוא דפוס שכיח יותר בקרב הערבים בישראל, ועל כן המגע היום-יומי במקרה של קונפליקט יכול להיות מתסכל יותר. ייתכן גם כי ילדים במגזר הערבי – יותר מבמגזר היהודי – נתפסים כמשענת לעת זקנה, ועל כן קונפליקט חזק עמם יכול להיות מטריד במיוחד.

באופן כללי, כדי לשפר את שביעות רצונם מהחיים של המבוגרים בישראל, יהודים וערבים כאחד, יש להשקיע בתחומים כמו בריאות, השכלה ותעסוקה. אצל היהודים רמה גבוהה של שליטה בחיים תשפר את שביעות רצונם מן החיים; אצל הערבים יהיה זה פן הנוגע לקשרים עם המשפחה, ובאופן ספציפי יותר – היעדר קונפליקט עם הילדים.

המלצות למדיניות

לנוכח ממצאי המחקר ומסקנותיו אנו ממליצים על נקיטת המדיניות שלהלן:

1. יש לפעול לאינטגרציה של האוכלוסייה הערבית בתוך כלל האוכלוסייה הישראלית. ההפרדה בין האוכלוסיות אינה מיטיבה עם המצב הבריאותי של ערביי ישראל.
2. יש לפעול לקידום ההסברה והחינוך לבריאות מגיל צעיר באמצעות החינוך הפורמלי והבלתי פורמלי.
3. יש להתאים את התשתיות של מערכת הבריאות לצורכיהם של תושבי הפריפריה כדי להנגיש את השירותים הדרושים להם. יש לעשות זאת לצד העלאת המודעות לבריאות בכלל ולחשיבותם של אבחונים מוקדמים של מחלות בפרט.
4. יש לקדם את השכלה, ובמיוחד ההשכלה הגבוהה, בקרב הערבים בישראל. כפי שראינו, השכלה היא גורם קריטי כשמדובר במוגבלות ממושכת בחיי היום-יום והוא מפחית משמעותית את הסיכויים לדווח על מוגבלות כזאת. נכון להיום יש פערים בין יהודים לערבים גם ברמת ההשכלה, וצמצומם יביא לשיפור מצב הבריאות בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל.
5. כדי לשפר את שביעות רצונם מהחיים של המבוגרים בישראל, יהודים וערבים כאחד, יש להשקיע בתחומים כמו בריאות, השכלה ותעסוקה.

סיכום

מטרת מחקרנו הייתה לבחון את איכות החיים של האוכלוסייה הערבית והיהודית המבוגרת בישראל ואת הפערים בין הקבוצות בהקשר של מצב הבריאות – תפיסתו של מצב זה, ביטוי בפועל והשפעתו על שביעות הרצון מן החיים לנוכח הפערים במצב הבריאות בין יהודים לערבים בישראל המתוארים בכמה מאמרים ודוחות.

תחילה בחנו אילו גורמים משפיעים על תפיסת הבריאות בקרב שתי הקבוצות וכן את ההשערות בדבר השפעת הסביבה והשפעת המודעות לתחלואה. שיערנו שאם אכן נכונה ההיפותזה על התפיסה היחסית וההשוואתית של מצב הבריאות המדווח הרי שדווקא בסביבות פריפריאליות, שבהן בדרך כלל מצב הבריאות של כלל התושבים ירוד יותר, תפיסת הבריאות תהיה באופן פרדוקסלי טובה יותר בגלל אלמנט ההשוואה לאחרים, במיוחד כאשר אין ידע על תחלואה עצמית אצל הנבדקים. יתרה מזו, שיערנו שעקב רמת ההפרדה הגבוהה בין שתי האוכלוסיות,⁸ היהודית והערבית, ולאור התרבות ה"קולקטיביסטית" יותר⁹ של האוכלוסייה הערבית נמצא שהגורם הסביבתי רלוונטי במיוחד להסבר הפערים בתפיסת הבריאות בין יהודים לערבים בישראל.

ואכן נוכחנו לדעת כי יותר ערבים מיהודים תופסים את בריאותם כטובה או כטובה מאוד. הגורמים המשפיעים על תפיסת הבריאות בקרב שתי האוכלוסיות הם לא בהכרח זהים,¹⁰ וגודל האפקט ועוצמתו הם לא תמיד דומים. לדוגמה, חיים עם בן/בת זוג מפחיתים את הסיכויים לדווח על בריאות ירודה בקרב ערבים בלבד, ואילו רמת השכלה (יש או אין תעודת בגרות) משפיעה על תפיסת הבריאות רק בקרב יהודים. ראינו כי בסופו של דבר יש לאותם שלושה גורמים המשפיעה הגדולה ביותר על תפיסת הבריאות בשתי הקבוצות: **רמת דיכאון, מוגבלות ממושכת בחיי היום-יום ותחלואה (מספר מחלות מאובחנות הידועות לנבדק)**. אולם המדרג של עוצמת האפקט שונה בשתי הקבוצות: בעוד שבקרב ערבים המשפעה הגדולה ביותר מיוחסת לרמת הדיכאון, אצל יהודים הגורם המשפיע ביותר על הערכות הבריאות הוא מוגבלות ממושכת.

ראינו גם שבקרב יהודים בפריפריה אזור המגורים מגדיל את הסיכויים לדיווח על בריאות לא טובה, ואילו בקרב ערבים בפריפריה גורם זה מקטין את הסיכויים לדיווח על בריאות ירודה. ממצא נוסף הוא שידע על מחלות משפיע על תפיסת הבריאות של יהודים פחות משהוא משפיע על תפיסת הבריאות של ערבים. מכאן כי היפותזת הסביבה והאלמנט ההשוואתי בהערכת הבריאות התבררו כרלוונטיים.

רכיב ההפרדה בין האוכלוסיות הוא קריטי להבנת המנגנון ההשוואתי – ככל הנראה קבוצת הייחוס של ערבים בפריפריה היא מקומית, ואילו ליהודים בפריפריה קבוצת הייחוס היא כלל-ארצית. מכאן הסקנו כי סגרגציה גבוהה בין ערבים ויהודים בישראל פוגעת בבריאותה של האוכלוסייה הערבית,

⁸ רוב ערביי ישראל, במיוחד האוכלוסייה המבוגרת, מרוכזים באזורי פריפריה ומבודדים מן האוכלוסייה היהודית.

⁹ דהיינו יש יותר שיתוף וידע לגבי הקהילה הסובבת.

¹⁰ לפחות לא בכל שלבי המודל.

במיוחד זו המתגוררת בפריפריה. תפיסת הבריאות החיובית יחסית יכולה לעכב גילוי מוקדם של מחלות, טרם הדיון בנגישות שירותי הבריאות לתושבי הפריפריה.

בנוגע למוגבלות הממושכת: ענייננו במחקר הזה היה לבחון לא רק את הפער במוגבלות ממושכת בתפקוד בין יהודים לערבים, אלא גם את סיבותיו במודל מורכב כדי להבין אילו גורמים הם האחראים העיקריים לפער. בהמשך לספרות המחקרית שיערנו כי נמצא פער במוגבלות ממושכת בתפקוד היום-יומי וכי ערבים מוגבלים יותר מהיהודים. בחנו במודל של רגרסיה לוגיסטית את שלל הגורמים החברתיים, הדמוגרפיים והכלכליים. שיערנו כי יימצא קשר בין גורמים חברתיים-כלכליים לבין הדיווח על מוגבלות, וכי גורמים אלו יהיו אחראים חלקית לפער בין שתי הקבוצות. גם בחלק הזה נבחנה השפעתו של אזור המגורים. שיערנו כי תושבי אזורים פריפריאליים מוגבלים יותר בתפקוד היום-יומי לעומת תושבי אזורים אחרים.

ואכן מצאנו – בהתאם להשערה – כי יותר ערבים (53.6%) מיהודים (39.7%) סובלים ממוגבלות ממושכת בפעילות היום-יומית. לגברים מבוגרים יותר וכאלה החיים ללא בן/בת זוג סיכויים גבוהים יותר לדווח על מוגבלות.¹¹ כמו כן, בהתאם להשערה, לגורמים חברתיים-כלכליים יש השפעה ניכרת על מוגבלות ממושכת: בעוד רכיב ההכנסה מתווך את הקשר בין שפה למוגבלות, השכלה מצליחה לבטל קשר זה. מכיוון שהאוכלוסייה הערבית בישראל בכלל והאוכלוסייה הערבית המבוגרת בפרט משכילה פחות מהאוכלוסייה היהודית, הרי שממצא זה מעיד על כך שהגורם המשמעותי הקובע אם אדם חש מוגבל בפעילות היום-יומית הוא למעשה רמת ההשכלה שלו (שמשפיעה על רמת ההכנסה, על התעסוקה ועל המודעות לבריאות).

השפעתו של אזור המגורים התגלתה כמורכבת מן המשוער. האינטראקציה בין שפה לאזור המגורים הצביעה על כך שגם כאן אזור המגורים משפיע בכיוונים הפוכים על שתי האוכלוסיות – בעוד שמגורים באזורי פריפריה מעלים אצל יהודים את הסיכוי לדיווח על מוגבלות, אצל ערבים מגורים באזורים פריפריה דווקא מורידים את הסיכוי לדיווח על מוגבלות. מכאן שאזור מגורים באינטראקציה עם לאום הוא משתנה קריטי במודל. מאחר שהשפעתו הפוכה אצל שתי האוכלוסיות, ייתכן שתחושת המוגבלות מושפעת לא רק מגורמים אובייקטיביים לכאורה אלא גם מעזרה ותמיכה של משפחה או קהילה בחיי היום-יום של הנבדק.

אשר לשיעור הרצון מן החיים: בדקנו אם בדומה לדיווחים ממחקרים אחרים שביעות הרצון מהחיים של ערבים מבוגרים גבוהה מזו של יהודים מבוגרים, ואם כן – מה יכול להסביר את הפער בין שתי האוכלוסיות. שיערנו כי למצב הבריאות (ובמיוחד לתפיסת הבריאות) יש השפעה רבה על שביעות הרצון מן החיים, וכך גם לגורמים חברתיים-כלכליים שונים. ובכן, בהתאם להשערת המחקר, נמצא כי יהודים מבוגרים הם פחות שבעי רצון מהחיים מערבים מבוגרים. בדומה לממצאים של מחקרים אחרים גם כאן התברר שהשפעתה של תפיסת הבריאות על שביעות הרצון מן החיים גדולה מהשפעתו של מדד שנראה אובייקטיבי יותר – מוגבלות ממושכת בחיי היום-יום. כמו

¹¹ בהקשר המגדרי ממצאי המחקר הנוכחי אינם תואמים את ממצאי המחקרים האחרים, אשר מדווחים כי נשים בישראל מוגבלות בפעילות היום-יומית יותר מגברים.

כן נמצא כי לגורמים חברתיים-כלכליים וכן לתנאי מגורים יש השפעה על שביעות הרצון מן החיים. תחושת השליטה בחיים התבררה כחשובה מאוד לאוכלוסייה היהודית, אך כנראה לא לזו הערבית. לקבוצה הערבית הגורם המשמעותי ביותר המשפיע על שביעות הרצון מן החיים הוא היחסים עם הילדים – קונפליקט עמם מפחית מאוד את הסיכויים לשביעות רצון מהחיים, הרבה יותר ממה שקורה אצל יהודים. באופן כללי מתברר שכדי לשפר את שביעות רצונם מהחיים של המבוגרים בישראל, יהודים וערבים כאחד, יש להשקיע בתחומים כמו בריאות, השכלה ותעסוקה. אצל היהודים רמה גבוהה של שליטה בחיים משפרת את שביעות רצונם מן החיים, ואצל הערבים זהו הפן הנוגע לקשרים עם המשפחה, ובאופן ספציפי יותר – העדר קונפליקט עם הילדים.

לסיום – להלן המלצותינו למדיניות. יישומן יכול להביא לצמצום הפערים בין יהודים לערבים במצב הבריאות:

(א) אינטגרציה של ערביי ישראל באוכלוסייה הכללית.

(ב) חינוך לבריאות מגיל צעיר.

(ג) שיפור התשתיות והנגשת השירותים לפריפריה בצד העלאת המודעות לאבחון מוקדם של מחלות בקרב הערבים.

(ד) השקעה בקידום ההשכלה של האוכלוסייה הערבית כדי לשפר את מצב בריאותה וכדי להקטין את מספר הסובלים ממוגבלויות בחי היום-יום באוכלוסייה זו.

(ה) השקעה בבריאות, בתעסוקה ובהשכלה כדי לשפר את שביעות רצונם של כלל הישראלים מן החיים.

מקורות

- אברבוך, אמה, ניר קידר, וטוביה חורב, 2010. **אי-שוויון בבריאות והתמודדות עמו**, משרד הבריאות, האגף לכלכלה וביטוח בריאות:
- www.old.health.gov.il/download/pages/briut_sofi.pdf (אוחזר ב-1 ביולי 2012).
- אפשטיין, ליאון, 2010. "אי-שוויון בבריאות בישראל: הבעיה, הסיבות והפעילות הדרושה לצמצומו", בתוך: חיים דורון (עורך), **מערכת הבריאות לאן? מחוק בריאות שווינוני לאי-שוויון בבריאות**, באר שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, עמ' 73-99.
- גולדמן, סילבי, וגירמי קרק, 2010. **מעקב בקהילה אחר חולי אוטם חריף בשריר הלב: טיפול רפואי ותפקוד החולה, השוואה בין האוכלוסייה הערבית והאוכלוסייה היהודית בירושלים**, תל השומר: המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- דוד, דניאל, ומורטון ליבוביץ, 2010. **הקשר בין אי-שוויון בשימוש בשירותי שיקום למחלות לב לבין מצב הבריאות, המצב הסוציו-אקונומי, הלאום, המוצא האתני, ההשכלה וההשתייכות לקופת חולים**, תל השומר: המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- היימן, אנטוני, דוד חניץ, גבריאל חודיק, פרנסיס ווד, ורדה שלו, לינוי בן עמי, אייזיק הוך, יהודית צמיר, תומס קרפטי, וליאורה ולינסקי, 2007. **הערכת ההבדלים בתפוקות ובאיכות הטיפול בין מומחים ברפואה פנימית, רפואת משפחה ורפואה כללית במערך הרפואה הראשונית במכבי שירותי בריאות**, תל השומר: המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2006. **סקר בריאות לאומי 2004-2003, ממצאים נבחרים**. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, **השנתון הסטטיסטי לישראל**, שנים שונות.
- זוסמן, נעם, ודמיטרי רומנוב, 2005. "אושר העממים: שביעות רצונם של ישראלים מחייהם", **סקר בנק ישראל** 77: 105-138.
- נאון, דני, 2009. **מבוגרים בעלי מוגבלות בישראל**, ירושלים: מאירס – גיונט – מכון ברוקדייל.
- פינק, ריטה, וגירמי קרק, 2010. **היארעות אוטם חריף בשריר הלב ומוות ממחלות כליליות באוכלוסייה הערבית לעומת האוכלוסייה היהודית בירושלים**, תל השומר: המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות.
- פרפל, מרק, ודן יובל, 1998. **תפיסת מערכת הבריאות והשימוש בה בקרב ערבים ויהודים, שנתיים וחצי לאחר הפעלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי**, תל השומר: המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומערכת הבריאות.
- Andersson, Pernilla, 2008. "Happiness and Health: Well-Being among the Self-Employed," *Journal of Socio-Economics* 37 (1): 213-236.
- Baron-Epel, Orna, 2009. "Differences in the Association between Social Support and Mental Health in a Multi-Cultural Population in Israel," *International Journal of Mental Health Promotion* 4 (11): 4-13.
- , 2010. "Attitudes and Beliefs Associated with Mammography in a Multiethnic Population in Israel," *Health Education & Behavior* 37 (2): 227-242.
- Baron-Epel, Orna, Helen Andreev, Micha Barhana, and Manfred S. Green, 2001. "Differences in Trends of Lung Carcinoma by Histology Type in Israeli Jews and Arabs, 1981-1995," *European Journal of Epidemiology* 17: 11-18.
- Baron-Epel, Orna, Nurit Friedman, and Omri Lernau, 2009a. "Fatalism and Mammography in a Multicultural Population," *Oncology Nursing Forum* 36 (3): 353-361.

- , 2009b. “Reducing Disparities in Mammography-Use in a Multicultural Population in Israel,” *International Journal for Equity in Health* 8 (19): 8-19.
- Baron-Epel, Orna, Noga Garty, and Manfred S. Green, 2006. “Inequalities in Use of Health Services among Jews and Arabs in Israel,” *Health Research and Educational Trust* 42: 1008-1019.
- Baron-Epel, Orna, Michal Granot, Siham Badarna, and Shirley Avrami, 2004a. “Perceptions of Breast Cancer among Arab Israeli Women,” *Women & Health* 40 (2): 101-116.
- Baron-Epel, Orna, and Amalia Haviv-Messika, 2004. “Factors Associated with Age of Smoking Initiation in Adult Populations from Different Ethnic Backgrounds,” *European Journal of Public Health* 14: 301–305.
- Baron-Epel, Orna, Amalia Haviv-Mesika, Dov Tamir, Dorit Nitzan Kaluski, and Manfred S. Green, 2004b. “Multiethnic Differences in Smoking in Israel,” *European Journal of Public Health* 14: 384–389.
- Baron-Epel, Orna, and Giora Kaplan, 2001. “General Subjective Health Status or Age-Related Subjective Health Status: Does It Make a Difference?,” *Social Science & Medicine* 53: 1373–1381.
- , 2009. “Can Subjective and Objective Socioeconomic Status Explain Minority Health Disparities in Israel?” *Social Science & Medicine* 69: 1460–1467.
- Baron-Epel, Orna, Giora Kaplan, Amalia Haviv-Messika, Jalal Tarabeia, Manfred S. Green, and Dorit Nitzan Kaluski, 2005. “Self-Reported Health as a Cultural Health Determinant in Arab and Jewish Israelis: MABAT— National Health and Nutrition Survey 1999–2001,” *Social Science & Medicine* 61: 1256–1266.
- Baron-Epel, Orna, Giora Kaplan, and Mika Moran, 2010. “Perceived Discrimination and Health-Related Quality of Life among Arabs and Jews in Israel: A Population-Based Survey Research Article,” *BMC Public Health* 10 (282): 1-9.
- Baron-Epel, Orna, Lital Keinan-Boker, Ruth Weinstein, and Tamy Shohat, 2010. “Persistent High Rates of Smoking among Israeli Arab Males with Concomitant Decrease among Jews,” *Israel Medical Association Journal* 12: 732-737.
- Baron-Epel, Orna, Ruth Weinstein, Amalia Haviv-Mesika, Noga Garty-Sandalon, and Manfred S. Green, 2008. “Individual Level Analysis of Social Capital and Health: A Comparison of Arab and Jewish Israelis,” *Social Science & Medicine* 66: 900-910.
- Blanchflower, David G., and Andrew J. Oswald, 2000. “Well-Being over Time in Britain and the USA,” *Journal of Public Economics* 88 (7-8): 1359-1386.
- Clark, Andrew E. and Andrew J. Oswald, 1994. “Unhappiness and Unemployment,” *Economic Journal* 104 (424): 648-659.
- Daoud, Nihaya, Varda Soskolne, and Orly Manor, 2009a. “Educational Inequalities in Self-rated Health Within the Arab Minority in Israel: Explanatory Factors,” *European Journal of Public Health* 19 (5): 477–483.
- , 2009b. “Examining Cultural, Psychosocial, Community and Behavioural Factors in Relationship to Socioeconomic Inequalities in Limiting Longstanding Illness among the Arab Minority in Israel,” *Journal of Epidemiologic Community Health* 63: 351–358.

- Diener, Ed, and Shigehiro Oishi, 2000. "Money and Happiness: Income and Subjective Well-Being across Nations," in: Ed Diener and Eunkook M. Suh (eds.), *Subjective Well-Being across Cultures*, Cambridge, MA: MIT Press, pp. 185-219.
- Di Tella, Rafael, Robert J. MacCulloch, and Andrew J. Oswald, 2001. "Preferences over Inflation and Unemployment: Evidence from Surveys of Happiness," *American Economic Review* 91 (1): 335-341.
- Doherty, Anne M., and Brendan D. Kelly, 2009. "Social and Psychological Correlates of Happiness in 17 European Countries," *Irish Journal of Psychological Medicine* 27 (3): 130-134.
- Easterlin, Richard A., 1974. "Does Economic Growth Improve the Human Lot? Some Empirical Evidence," in: Paul A. David, and Melvin W. Reder (eds.), *Nations and Households in Economic Growth: Essays in Honour of Moses Abramowitz*, New York and London: Academic Press, pp. 89-125.
- , 1995. "Will Raising the Incomes of All Increase the Happiness of All?," *Journal of Economic Behavior and Organization* 27 (1): 35-48.
- Endevelt, Ronit, Orna Baron-Epel, Tomas Karpati, and Anthony David Heymann, 2009. "Does Low Socioeconomic Status Affect Use of Nutritional Services by Pre-Diabetes Patients?," *International Journal of Health Care Quality Assurance* 22 (2): 157-167.
- Frey, Bruno S., and Alois Stutzer, 2002. "What Can Economists Learn from Happiness Research?," *Journal of Economic Literature* 40 (2): 402-435.
- Graham, Carol, 2008. "Happiness and Health: Lessons – And Questions – For Public Policy," *Health Economics* 27 (1): 72-87.
- Hartog, Joop, and Hessel Oosterbeek, 1998. "Health, Wealth and Happiness: Why Pursue a Higher Education?," *Economics of Education Review* 17 (3): 245-256.
- Helliwell, John F., 2003. "How's Life? Combining Individual and National Variables to Explain Subjective Well-Being," *Economic Modeling* 20 (2): 331-360.
- Jaffe, Dena H., Yehuda D. Neumark, Zvi Eisenbach, and Orly Manor, 2008. "Educational Inequalities in Mortality among Israeli Jews: Changes over time in a Dynamic Population," *Health & Place* 14: 287-298.
- Kahneman, Daniel, Ed Diener, and Norbert Schwarz, 1999. *Well-Being: The Foundation of Hedonic Psychology*, New York: Russell Sage Foundation.
- Kalter-Leibovici, Ofra, Ahmed Atamna, Flora Lubin, Gershon Alpert, Michal Gillon Keren, Havi Murad, Angela Chetrit, Daphna Goffer, Sigal Eilat-Adar, and Uri Goldbourt, 2007. "Obesity among Arabs and Jews in Israel: A Population-Based Study," *Israel Medical Association Journal* 9: 525-530.
- Kaplan, Giora, Saralee Glasser, Havi Murad, Ahmed Atamna, Gershon Alpert, Uri Goldbourt, and Ofra Kalter-Leibovici, 2010. "Depression Among Arabs and Jews in Israel: A Population-Based Study," *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45 (10): 931-939.
- Kenny, Charles, 1999. "Does Growth Cause Happiness or Does Happiness Cause Growth?," *Kyklos* 52: 3-26.

- Khattab, Nabil, and Steve Fenton, 2009. "What Makes Young Adults Happy? Employment and Non-Work as Determinants of Life Satisfaction," *Sociology* 43 (1): 11-26.
- Korpi, Tomas, 1997. "Is Well-Being Related to Employment Status? Unemployment, Labor Market Policies and Subjective Well-Being among Swedish Youth," *Labour Economics* 4: 125-148.
- Lane, Robert E., 1998. "The Joyless Market Economy," in: Avner Ben-Ner and Louis G. Putterman (eds.), *Economics, Values, and Organization*, Cambridge, MA: Cambridge University Press, pp. 461-488.
- Lucas, Richard E., Andrew E. Clark, Yanis Georgellis, and Ed Diener, 2000. *Unemployment Alters the Set-Point for Life Satisfaction*, CNRS, DELTA, Working Paper No. 2002-17.
- Myers, David G., 2000. "The Funds, Friends, and Faith of Happy People," *American Psychologist* 55: 56-67.
- Niskar, Amanda, Orna Baron-Epel, Noga Garty-Sandalon, and Lital Keinan-Boker, 2009. "Body Weight Dissatisfaction among Israeli Jewish and Arab Women with Normal or Overweight-Obese Body Mass Index, Israeli INHIS-1, 2003-2004," *Preventing Chronic Disease* 6 (2): 1-8.
- Oshio, Takashi, and Miki Kobayashi, 2010. "Income Inequality, Perceived Happiness, and Self-Rated Health: Evidence from Nationwide Surveys in Japan," *Social Science & Medicine* 70 (9): 1358-1366.
- Soskolne, Varda, and Orly Manor, 2010. "Health Inequalities in Israel: Explanatory Factors of Socio-Economic Inequalities in Self-Rated Health and Limiting Longstanding Illness," *Health & Place* 16: 242-251.
- Tarabeiaa, Jalal, Orna Baron-Epel, Micha Barchanaa, Irena Liphshitzd, Anneke Ifraha, Yehudit Fishlera, and Manfred S. Green, 2007. "A Comparison of Trends in Incidence and Mortality Rates of Breast Cancer, Incidence to Mortality Ratio and Stage at Diagnosis between Arab and Jewish Women in Israel, 1979-2002," *European Journal of Cancer Prevention* 16: 36-42.
- Tarabeiaa, Jalal, Manfred S. Green, Micha Barchana, Orna Baron-Epel, Anneke Ifrah, Yehudit Fishler, and Dorit Nitzan-Kaluska, 2008. "Increasing Lung Cancer Incidence among Israeli Arab Men Reflects a Change in the Earlier Paradox of Low Incidence and High smoking Prevalence," *European Journal of Cancer Prevention* 17: 291-296.
- Stutzer, Alois, 2004. "The Role of Income Aspirations in Individual Happiness," *Journal of Economic Behavior & Organization* 54 (1): 89-109.
- Winkelmann, Liliana, and Rainer Winkelmann, 1998. "Why Are the Unemployed So Unhappy? Evidence from Panel Data," *Economical* 65 (257): 1-15.