

אי־שוויון מעמדי בבריאות ובתמותה בישראל: סקירה תאורטית ואמפירית

יצחק ששון, עתליה רגב*

תקציר. כמו במדינות אחרות, גם בישראל קיים קשר הדוק בין מעמד חברתי־כלכלי ובין בריאות, והוא הלך והתחזק בעשורים האחרונים. בעלי רמות גבוהות של השכלה והכנסה נהנים מבריאות פיזית וקוגניטיבית טובה יותר, משיעורי תחלואה נמוכים יותר ומתוחלת חיים גבוהה יותר. על אף חשיבותם של הפערים המעמדיים בבריאות ולמרות היותם זירה מרכזית של אי־שוויון חברתי, הנושא זכה לתשומת לב מועטה במחקר הסוציולוגי בישראל. על רקע זה בולט במיוחד היעדרן של תובנות סוציולוגיות חשובות לגבי אי־שוויון בבריאות, מקורותיו ודרכי ההתמודדות עימו מהשיח הציבורי והאקדמי. במאמר זה מוצגת סקירת הספרות התאורטית העוסקת בפערים המעמדיים בבריאות, ומודגשות שלוש גישות: תאוריית אורח החיים הבריא, תאוריית מהלך החיים ופרדיגמת הדחק הכרוני. לאחר מכן משורטטת תמונת מצב אמפירית של הפערים המעמדיים בבריאות ובתמותה בישראל, ומתוארות המגמות בפערים אלו בעשורים האחרונים. לבסוף, מתוך החיבור של שני אלה, מתוארים דפוסים ותהליכים ייחודיים לחברה הישראלית בהשוואה למתרחש בעולם, ומוצעים כיווני מחקר שיש בהם פוטנציאל רב למחקר המקומי על אי־שוויון בבריאות.

מילות מפתח: סוציולוגיה של הבריאות, אי־שוויון בבריאות ובתמותה, ריבוד חברתי, מעמד חברתי־כלכלי

מבוא

תוחלת החיים הגלובלית עלתה במידה ניכרת מאז המהפכה התעשייתית, תחילה במדינות המערב העשירות ולאחר מכן במדינות העניות, במיוחד בתקופה שלאחר מלחמת העולם השנייה. במדינות רבות, ובהן ישראל, תוחלת החיים בלידה אף חצתה זה מכבר את רף 80 השנים לנשים ולגברים גם יחד (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2018). עם זאת, על אף השיפור המתמיד בבריאות האוכלוסייה, בעשורים האחרונים נצפית במדינות רבות מגמת התרחבות של הפערים החברתיים בבריאות ובתמותה. המעמד החברתי־כלכלי הפך למנבא בולט של אריכות ימים ושל בריאות. בעלי השכלה גבוהה, הכנסה גבוהה ומשלח

* פרופ' יצחק ששון, החוג לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה ומכון להקרן הזקנה, אוניברסיטת תל אביב
עתליה רגב, החוג לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, אוניברסיטת תל אביב

יד יוקרתי נהנים מתוחלת חיים גבוהה יותר, משיעורי תחלואה נמוכים יותר ומבריאות פיזית וקוגניטיבית טובה יותר בממוצע מבעלי מעמד חברתי-כלכלי נמוך (Crimmins et al., 2018; Hummer & Hernandez, 2013; Mackenbach et al., 2008; Martikainen et al., 2014). יתרה מזו, הקשר בין המעמד החברתי-כלכלי ובין בריאות ותמותה הולך ומתחזק במדינות רבות זה כמה עשורים (Mackenbach et al., 2015; Meara et al., 2008; Sasson, 2016). מגמה זו לא פסחה על ישראל והיא נצפית גם במדינות השוויוניות ביותר במערב הגלובלי, לרבות מדינות הרווחה הנורדיות (Mackenbach, 2012).

אחת התובנות החשובות ביותר בסוציולוגיה של הבריאות בעשורים האחרונים היא כי התרחבות הפערים המעמדיים בבריאות אינה מתרחשת על אף השיפור המתמיד בבריאות האוכלוסייה, אלא היא תוצר ישיר שלו. ככל שהשתפרה היכולת האנושית למנוע תחלואה ולטפל בה, כך התחזק הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי ובין בריאות (Link & Phelan, 1995). הסיבה לכך היא שיכולת זו לעולם מתווכת על ידי סבך של קשרים חברתיים, כלכליים ופוליטיים שנוטים להיטיב עם אלו הנהנים מסטטוס חברתי גבוה ומגישה למשאבים חומריים, שמאפשרים סביבת מחיה בריאה יותר, ולמשאבים לא-חומריים – לרבות הון חברתי – שמקנים גישה למידע רפואי ולטכנולוגיות קליניות חדשות (Link et al., 2008). אף שפערים מעמדיים בבריאות אינם תופעה סוציולוגית חדשה, בעשורים האחרונים הם הלכו והתעצמו עקב שינויים באופי התחלואה מחד גיסא ועקב שינויים במדיניות בריאות הציבור מאידך גיסא. פרופיל התחלואה באוכלוסייה השתנה במרוצת השנים, ומחלות מידבקות ואקוטיות התחלפו בהדרגה במחלות כרוניות שאינן מידבקות (Omran, 1971). בארצות הברית, למשל, מחלות לב וסרטן גורמות לכמחצית ממקרי המוות כיום, לעומת פחות מחמישית ממקרי המוות בשנת 1900 (McCracken & Phillips, 2017). לעומת זאת, מחלות מידבקות וטפיליות, שגרמו לכשליש ממקרי המוות בראשית המאה ה-20, גורמות לפחות מ-5% מהם כיום. שינוי זה באופי התחלואה, המכונה "התמורה האפידמיולוגית" (epidemiological transition), גרר שינוי פרדיגמטי באופן ההתמודדות עם מחלות, והתפיסה שלפיה מטרתה העיקרית של הרפואה היא ריפוי המחלה התחלפה בתפיסה שיש לנהל את המחלה לאורך החיים (Frenk et al., 1991). למחלות כרוניות יש קשר הדוק לאורח החיים ולחשיפה ארוכת טווח לגורמי סיכון, ואלה העמיקו את הפערים בין מי שיכולים לבחור באורח חיים בריא ולעצב לעצמם סביבת מחיה בריאה ובין מי שאינם יכולים לעשות זאת.

לצד השינויים באופי התחלואה חלו שינויים נרחבים במדיניות בריאות הציבור. המאה ה-19 וראשיתה של המאה ה-20 אופיינו ביוזמות לשיפור התברואה ובריאות הציבור שהיטיבו עם כלל האוכלוסייה. לעומת זאת, משנות השמונים של המאה ה-20 ואילך המפנה הניאורליברלי במדיניות הבריאות נטה להדגיש את אחריות הפרט לבריאותו (Ayo, 2012). כתוצאה מכך, יוזמות ריכוזיות, כגון שיפור איכות מי השתייה ומבצעי חיסונים, פינו את מקומן לקמפיינים הסברתיים העוסקים בחשיבותם של פעילות גופנית, הקפדה על בדיקות רפואיות לאיתור מוקדם של מחלות, ותזונה נכונה. המשותף ליוזמות מהסוג האחרון, למשל סימון מוצרים על פי ערכם התזונתי, הוא שהן מותירות את הבחירה לפתחו של הפרט אך מתעלמות מיכולתם הדיפרנציאלית של יחידים וקבוצות לבחור באפשרות הבריאה גם אם ירצו בכך. לסיכומו של דבר, השינויים בדפוסיים אפידמיולוגיים ובמדיניות בריאות הציבור,

והתמורות שחלו ברפואה הקלינית, תרמו יחדיו להתעצמות הפערים החברתיים בבריאות ודווקא בעידן שבו חל שיפור חסר תקדים בבריאות האוכלוסייה (Navarro, 2009). בניגוד לתפיסה הרווחת בציבור ואף במקצועות הרפואה, אשר נוטה לטרמיניזם טכנולוגי ורואה בטכנולוגיה פְּנֵצָאָה לתחלואה ביולוגית ואף לבעיות חברתיות (Timmermans & Berg, 2003), המחקר הסוציולוגי מראה כי הפערים החברתיים-כלכליים בבריאות ילכו ויתעצמו ככל שתגבר שליטתנו בבריאות ובחולי (Link & Phelan, 2002). לכן חשוב להבין מניין נובעים פערים אלו וכיצד הם מתבטאים בישראל, שבה המחקר הסוציולוגי על אי־שוויון בבריאות מועט יחסית. מטרתו של מאמר זה היא לשרטט מפת דרכים להבנת הפערים החברתיים בבריאות בישראל, ובמיוחד פערים מבוססי מעמד חברתי-כלכלי! ראשית נדון באופיו של הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי ובין בריאות ותמותה, ונסקור את הגישות התאורטיות העיקריות המסבירות פערים מעמדיים בבריאות. לאחר מכן נציג סקירה אמפירית של אי־שוויון בבריאות ובתמותה בישראל על בסיס מעמד חברתי (לרבות מאפיינים של השכלה, הכנסה ומקום מגורים). לבסוף, בפרק הדיון, נקשור את תופעת אי־שוויון בבריאות בישראל הן לתהליכי הריבוד הייחודיים לחברה הישראלית הן למגמות במדינות אחרות, נצביע על הלקונה במחקר בנושא זה בסוציולוגיה הישראלית, ונציע כיוונים למחקר עתידי.

הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי לבריאות ולתמותה

כבר מראשיתה עסקה הסוציולוגיה בשאלת הפערים החברתיים בבריאות ובתמותה, אך עד למחצית השנייה של המאה ה־20 התרכזו מאמצים אלו בעיקר בתיאורים סטטיסטיים של התופעה, למשל תיעוד שיעורי התמותה בקרב המעמדות החברתיים השונים (Antonovsky, 2000; Whitehead, 1967). רק במחצית השנייה של המאה ה־20, וביתר שאת משנות השישים ואילך, התגבשו גישות תאורטיות כגון אפידמיולוגיה חברתית וכלכלה פוליטית של בריאות, אשר אתגרו את המודל הביורפואי לתחלואה והציעו תחתיו מודל חלופי, שראה בתנאים החברתיים גורם ישיר לתחלואה וכתוצאה מכך גם לאי־שוויון בבריאות (Krieger, 2001). ממצא בולט במחקר האמפירי מתקופה זו, שהתמקד בסוגיה המעמדית, הראה כי הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי ובין בריאות ותמותה אינו דיכוטומי (עשירים לעומת עניים) אלא רציף. כלומר, ככל שעולים בסולם החברתי-כלכלי כך חל שיפור במצב הבריאות, או לחלופין כך יורד שיעור התמותה. מחקרים פורץ הדרך של אוולין קיטגאווה ופיליפ האוזר בארצות הברית מצא כי ב־1960 התקיים, אצל גברים ונשים כאחד, קשר רציף בתמותה על פי רמת השכלה, שלפיו הסיכון לתמותה יורד ככל שרמת ההשכלה עולה (Kitagawa & Hauser, 1968). מחקרים עדכניים מהשנים האחרונות הראו כי קשר זה אף התחזק בשלהי המאה ה־20 ובתחילת המאה ה־21 (Hayward et al., 2015).

1 על אף חשיבותם של מאפיינים חברתיים אחרים להבנת אי־שוויון בבריאות, כגון מגדר, גזע, אתניות או סטטוס אזרחי, מאמר זה אינו עוסק בהם. יש לציין כי מאפיינים אלו עשויים להצטלב עם מעמד חברתי-כלכלי וליצור "נטל כפול".

כמיטב המסורת, בשעה שהמחקר הסוציולוגי בארצות הברית השתמש בהשכלה בתור המאפיין העיקרי של המעמד החברתי, המחקר הבריטי השתמש לשם כך במשלחי יד. סדרת מחקרי Whitehall, שנערכו מסוף שנות השישים ואילך, עקבה אחר גברים בשירות הציבורי הבריטי והראתה כי סיכון התמותה ממחלת לב נטה לרדת בעקביות ככל שעולים בסולם הדרגות המקצועי (Marmot et al., 1978). חשיבותו של מחקר זה בכך שהתמקד במעמד הביניים הבריטי (קרי, ללא זנבות ההתפלגות המעמדית), ובכל זאת מצא פערים גדולים בין בעלי תפקידים בסטטוס שונה. כך למשל, הסיכון למות ממחלת לב כלילית היה גבוה פי ארבעה בדרגה הנמוכה ביותר בסולם התפקידים לעומת הסיכון בדרגה הגבוהה ביותר. רק חלק קטן מהפער הזה הוסבר על ידי הבדלים מעמדיים בגורמי סיכון ידועים כגון כולסטרול, עישון ויתר לחץ דם. ממצאים אלו שוחזרו מאז במדינות רבות נוספות (Elo, 2009), לרבות ישראל (Goldbourt et al., 2007), הן ביחס לממדים נוספים של מעמד חברתי-כלכלי הן ביחס למגוון היבטים של בריאות.

מחקרים אלו היו יריית הפתיחה לפרוגרמה מחקרית ענפה שהתפרשה על פני חמשת העשורים הבאים. במרכז הפרוגרמה ניצבו שלוש שאלות בסיסיות: מתי החל להיווצר הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי לבריאות, והאם השתנה לאורך זמן? האם הקשר סיבתי? ואם הוא אכן סיבתי, מהם המכניזמים העומדים מאחוריו? קצרה היריעה מכדי לסקור את ספרות המחקר הנוגעת לכל אחת מהשאלות האלה, ולכן הפרק הבא יתמקד בשאלה השלישית לבדה. ובכל זאת נציין כי קשר זה אכן השתנה במרוצת השנים, לצידם של שינויים מקרו-חברתיים רבים, וכאמור הוא במגמת התחזקות במדינות רבות. מחקר שנערך בעת האחרונה בשוודיה אף הראה כי הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי לתמותה לא התקיים במדינה זו כלל לפני 1950, וכי הוא נוצר רק לאחר מכן (Bengtsson et al., 2020).

סוגיית הסיבתיות מורכבת יותר ועדיין שנויה במחלוקת. להסבר הסיבתי יש כמה חלופות (Goldman, 2001). ראשית, המתאם בין מעמד לבריאות עשוי לנבוע מסיבתיות הפוכה (reverse causation) – כלומר, אנשים שבריאותם לקויה נוטים לרדת בסולם המעמדי, או שהניעות המעמדית שלהם מוגבלת מכיוון שמצבם הבריאותי מקשה עליהם לרכוש השכלה או משלח יד, ולכן גם הכנסתם נמוכה. שנית, הקשר בין מעמד לבריאות עשוי לנבוע מגורם שלישי שיש לו מתאם לשניהם (spurious correlation). למשל, תכונות אישיותיות כגון אינטליגנציה ויכולת דחיית סיפוקים עשויות להסביר הן הישגים אקדמיים או הצלחה מקצועית, הן אורח חיים בריא. מחקרים רבים ניסו לענות על שאלת הסיבתיות באסטרטגיות שונות. לדוגמה, מחקר אורך שנערך בבריטניה מצא קשר חיובי בין הכנסה קבועה ובין בריאות גם לאחר פיקוח על מצב בריאותי קודם (Benzeval & Judge, 2001), ובכך שלל את טענת הסיבתיות הפוכה כגורם יחיד לקשר. מחקר אחר השתמש בניסוי טבעי (natural experiment) ובחן כיצד השינוי בחוק חינוך חובה במדינות שונות בארצות הברית השפיע על שיעור התמותה בקרב שנתוני לידה סמוכים, לפני ואחרי כניסת החוק לתוקף (Lleras-Muney, 2005). מחקר זה מצא אישור להסבר הסיבתי והראה כי קיימת השפעה ניכרת של ההשכלה על תוחלת החיים – עלייה של שנת השכלה אחת תרמה לעלייה של 1.7 שנים בתוחלת החיים בגיל 35. עם זאת, מדובר היה ברמות השכלה נמוכות יחסית והקשר אינו בהכרח ליניארי, כך ששנות השכלה נוספות כגון השכלה אקדמית עשויות שלא להיתרגם לעלייה דומה בתוחלת החיים. אסטרטגיה שלישית עשתה שימוש

במחקר תאומים. מחקר שנערך בדנמרק בקרב כ-5,000 תאומים זהים דווקא לא מצא קשר בין השכלה ובין סיכון לאשפוז או תמותה (Behrman et al., 2011), אך השונות בשנות ההשכלה בין התאומים הזחים הייתה קטנה יחסית (מעל מחציתם היו בעלי מספר זהה של שנות השכלה, והפער הממוצע עמד על כשנה וחצי בלבד). בסיכום מחקרים אלו ואחרים עולה כי סביר שהקשר בין מעמד לבריאות סיבתי לפחות בחלקו. הפרק הבא סוקר את המכניזמים העיקריים להסבר הקשר הסיבתי.

גישות סוציולוגיות להסבר פערים חברתיים בבריאות

הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי ובין בריאות ותמותה הוא למעשה רב-סיבתי, מכיוון שהוא מונע ממגוון הבדלים מעמדיים הן בנסיבות החיים הן באורח החיים. הבדלים אלו מעצבים את החשיפה לגורמי סיכון בריאותיים הנפרשת על פני שנים רבות, ותוצאותיה מתבטאות לעיתים רק בשלב מאוחר של החיים ואף לעת זקנה. כלומר, אי-שוויון בבריאות בהווה אינו נעוץ בהכרח בפערים החברתיים כיום, אלא הוא תוצר של תהליכים ארוכי טווח (Ben-Shlomo & Kuh, 2002). נוסף על כך, אנו נדרשים להסביר כיצד אותם תהליכים חברתיים "חודרים תחת העור" ובאים לידי ביטוי פיזיולוגי (McEwen, 2012). מגוון גישות תאורטיות מבקשות להסביר את הפערים החברתיים בבריאות, ומתוכן נעסוק כאן בשלוש גישות המתמקדות במכניזמים שקושרים בין ריבוד חברתי ובין תחלואה ותמותה:

1. תאוריית אורח החיים הבריא (health lifestyle theory), העוסקת במתח שבין מבנה חברתי ובין סוכנות שינוי חברתי (structure vs. agency) בעיצוב התנהגויות מקדמות בריאות;
2. תאוריית מהלך החיים (life course theory), המדגישה את החשיבות של פרספקטיבת הזמן ותהליכי יתרון וחיסרון מצטבר בחשיפה לגורמי סיכון בריאותיים, פיזיים או חברתיים;
3. פרדיגמת הדחק הכרוני (chronic stress paradigm), העוסקת בנתיבים הפסיכו-חברתיים שדרכם החברתי מחלחל לפיזיולוגי.

חשוב לציין כי שלוש הגישות אינן מנוגדות זו לזו אלא משלימות זו את זו.

תאוריית אורח החיים הבריא

התמורה האפידמיולוגית, המאופיינת בהתארכות תוחלת החיים לצד עלייה בשכיחות המחלות הכרוניות, העלתה את חשיבותו של אורח החיים לשמירה על הבריאות (Rogers & Hackenberg, 1987). מחלות כרוניות, בניגוד לרבות מן המחלות המידבקות, משקפות פעמים רבות חשיפה מצטברת וארוכת טווח לגורמי סיכון שונים. מכיוון שגורמי הסיכון אף הם תלויים בסגנון החיים, שיש לו קשר הדוק למעמד החברתי, התחזק הקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי ובין בריאות. בשלהי המאה ה-20 הקפדה על אורח חיים בריא אף הפכה לצייווי מוסרי בקרב החברה המערבית, ובפרט בקרב המעמד הבינוני-גבוה, שיש לו הפנאי והמשאבים הדרושים לכך (Conrad, 1994; Leichter, 2003). כל אלה גם יחד תרמו

להיווצרות הבדלים מעמדיים בולטים בהתנהגויות מקדמות בריאות (health behaviors), לרבות הימנעות מעישון ומצריכה מופרזת של אלכוהול, פעילות גופנית, תזונה בריאה, הימנעות מסיכונים והקפדה על בדיקות רפואיות מניעתיות (Pampel et al., 2010), שבתורם תרמו לפערים מעמדיים בבריאות ובתמותה.

שאלות סוציולוגיות חשובות הן מדוע מעמדות חברתיים נבדלים זה מזה בהתנהגויות מקדמות בריאות, והאם דפוסי התנהגות אלו מתקבצים לכדי "סגנון חיים" קוהרנטי. מחקרים רבים הראו כי קיים מתאם חיובי בין מעמד ובין התנהגויות מקדמות בריאות, קרי, ככל ששורדים בסולם המעמדי כך ההתנהגויות הלא בריאות נעשות שכיחות יותר. אך בשנים האחרונות נמצא גם שהתנהגויות לא בריאות (כגון עישון, צריכת אלכוהול מופרזת או אורח חיים יושבני) נוטות להתקבץ יחדיו בקרב המעמד הנמוך (Skalamera & Hummer, 2016). לעיתים נהוג לתלות דפוסי התנהגות אלו בחוסר מודעות של בני המעמד הנמוך להשלכות הבריאותיות של סגנון חייהם. אך הפתרון אינו נעוץ רק בקמפיינים הציבוריים להעלאת המודעות. לדוגמה, סקרים שנערכו בארצות הברית בסוף המאה ה-20 הראו כי יותר מ-90% מהאמריקנים מסכימים עם הטענה שעישון סיגריות גורם לסרטן ריאות, ובכלל זה כ-87% מקרב מי שאינם בוגרי תיכון, ובכל זאת שיעור המעשנים בקרב האחרונים עמד על כ-32%, לעומת 15% בלבד בקרב בעלי השכלה אקדמית (Link, 2008). לכן את ההבדלים המעמדיים בהתנהגות אי-אפשר לתלות בהיעדר מודעות לנזקי העישון בלבד. מדוע אפוא יש הבדלים מעמדיים באורח החיים הבריאי?

בניסיון לענות על שאלה זו הציע הסוציולוג ויליאם קוקרהאם תאוריה מקיפה של אורח החיים הבריאי (Cockerham, 2005). כמו מקס ובר ופייר בורדייה, גם קוקרהאם רואה בהבדלים מעמדיים באורח החיים, ובפרט בהקשר של התנהגויות מקדמות בריאות, תוצר של דיפרנציאציה בין קבוצות סטטוס. על כן התנהגות כזו או אחרת אינה תוצר של בחירה אישית בלבד אלא היא גם תוצר של נסיבות החיים (ובהן מיקום מעמדי), של תהליכי סוציאליזציה, ושל ההביטוס שנרכש כתוצאה מכל אלה גם יחד. עם זאת, המודל של קוקרהאם מכיר ביכולתו של הפרט לפעול באופן רפלקטיבי וביקורתי המנוגד למבנה החברתי ולהביטוס. עבור קוקרהאם, פעולה זו אינה רציונלית ביסודה כי אם פרשנית. כך למשל, נשים קנדיות בעלות הכנסה נמוכה הסבירו את חוסר יכולתן להפסיק לעשן – אף שהיו מודעות לסיכונים הבריאותיים הכרוכים בכך – בטענה שהעישון מהווה עבורן אמצעי להפגת מתחים בעבודה ובמשפחה, ומשמש זרז להתערות בסביבתן החברתית (Stewart et al., 2011). כלומר, אימוץ התנהגות מזיקה לבריאות הוא תוצר של נסיבות החיים בשילוב תסריט חברתי מקובל במעגל החברתי. ובכל זאת, לא כל הנשים הנתונות בנסיבות דומות יאמצו את אותה התנהגות. התאוריה של קוקרהאם גם מסייעת להבין מדוע אין לבחון כל התנהגות בפני עצמה בלבד, אלא לבחון סט של התנהגויות מקדמות בריאות כמכלול המהווה סגנון חיים. מכיוון שסגנונות חיים הם תוצר של כורח ונסיבות, נוסף על בחירה אישית, הם ייטו להיות דומים, אך לא זהים, בקרב מעמדות וקבוצות אוכלוסייה.

הבדלים באורח החיים הם חלק חשוב מהסבר אי-השוויון המעמדי בבריאות, אך הם אינם מספקים הסבר שלם לתופעה. למעשה, הבדלים בדפוסי התנהגות מסבירים כרבע עד 40% בלבד מהפערים המעמדיים בתמותה בארצות הברית ובאירופה (Mehta et al., 2015; Petrovic et al., 2018), וכוח ההסבר שלהם קטן משמעותית עם הגיל (Shaw et al., 2014).

לכן נדרשת מסגרת תאורטית מקיפה שאינה תולה פערים אלו בהבדלים התנהגותיים בלבד.

גישת מהלך החיים ותהליכי יתרון וחסרון מצטבר

גישת מהלך החיים מדגישה את חשיבותם המצטברת של מנגנונים ביולוגיים, התנהגותיים ופסיכו-חברתיים לאורך החיים ואת השלכותיהם על בריאות הפרט (Ben-Shlomo & Kuh, 2002). ההתמקדות בציר הזמן קושרת בין התפתחותן של מערכות פיזיולוגיות וביולוגיות ובין האטיולוגיה של מחלות, לרבות גורמי סיכון חברתיים והתנהגותיים, ומתוך כך היא מקנה הבנה טובה יותר של מנגנוני ההיווצרות של אי-השוויון בבריאות. גישה זו עוסקת בפרט באופן שבו חשיפה לגורמי סיכון בתקופה קריטית או רגישה, למשל בפרק זמן מוגבל של התפתחות מואצת (הגיל הרך, גיל ההתבגרות), עלולה לגרום להשפעה שלילית מתמשכת על המבנה או התפקוד של רקמות ומערכות בגוף. חשיפה כזאת במהלך תקופה קריטית טוביל לנזק בלתי הפיך ולפגיעות נוספת לגורמי סיכון עתידיים, ואילו חשיפה דומה בתקופה רגישה ניתנת לתיקון אף מחוץ לחלון זמן זה. לדוגמה, תינוקות שנולדו בהולנד בסמוך לכיבוש הנאצי סבלו ממשקל לידה נמוך עקב הרעב הקיצוני ששרר באותה תקופה, וכתוצאה מחסך התפתחותי זה הראו שיעורים גבוהים של מחלות לב ואי-סבילות לגלוקוז בעשור השישי של חייהם (Roseboom et al., 2006). באופן דומה, מחקרים בארצות הברית הראו קשר שלילי בין המעמד החברתי-כלכלי ותנאי החיים בילדות ובין שיעורי התמותה בגיל מבוגר (Hayward & Gorman, 2004; Preston et al., 1998), גם כאשר מפקחים על המעמד החברתי-כלכלי בבגרות (Montez & Hayward, 2014). כלומר, נמצא כי לתנאים החברתיים-כלכליים בשנות החיים המוקדמות יש השפעה ארוכת טווח על הבריאות.

חשיבותה של גישה זו בכך שהיא אינה תולה את הפערים החברתיים בבריאות באי-שוויון חברתי-כלכלי בהווה, אלא מפנה את מבטנו לנסיבות החיים המשתנות לאורך שנים ואף עשורים, וכן לתזמון התרחשותם של אירועי חיים משמעותיים. לדוגמה, מות בן או בת הזוג הוא אירוע טראומטי בכל עת בחיים ויש לו השפעה שלילית על הבריאות הפיזית והנפשית (Liu & Umberson, 2008). אך בניגוד לאובדן בן או בת זוג בגיל מבוגר, המלווה בתקופת הסתגלות ושיבה למצב הבריאות הנפשית הקודם בתוך שנים אחדות, לחוויית אובדן דומה בגיל צעיר יש השפעה ארוכת טווח (Sasson & Umberson, 2014). מכיוון שהשכיחות והתזמון של משברים מסוג זה ואחרים במהלך החיים נבדלים בין המעמדות החברתיים, וכמוהם גם החשיפה המצטברת לעוני ולמחסור מילדות, הם תורמים לאי-השוויון בבריאות.

גישת מהלך החיים אף משתלבת היטב עם תאוריות סוציולוגיות מוקדמות של תהליכי היווצרות אי-שוויון לאורך זמן. תאוריית היתרון המצטבר של רוברט מרטון, אף שעסקה במקורה בתהליכי ריבוד בקריירה של מדענים, משמשת זה מכבר להסבר תהליכי ריבוד שונים (DiPrete & Eirich, 2006). התובנה הבסיסית של מרטון הייתה כי יתרון שמושג בשלב מוקדם יחסית בקריירה או בחיים, אף אם הוא מקרי, מגדיל את סיכויי ההצלחה העתידיים (Merton, 1968). כך למשל, זכייה במלגה או בפרס יוקרתי בשלב מוקדם בקריירה המדעית "מסמנת" את החוקרת ומקלה על זכיית בפרסים ובמענקי מחקר נוספים בהמשך הקריירה,

על מציאת משרה קבועה המקנה תנאים אופטימליים למחקר, וכך הלאה. כל אלה מגדילים עוד יותר את סיכויי ההצלחה העתידית. כלומר, באופן דומה למנגנון ריבית דריבית, הנושא תשואה הן על הקרן הן על הריבית המצטברת, כך מנגנוני יתרון מצטבר יוצרים פער שהולך וגדל אקספוננציאלית עם הזמן.² לכן זכייה באותו פרס יוקרתי בשלב מאוחר של הקריירה תגרור תשואה מצטברת נמוכה במידה ניכרת. בשינוי קל, אפשר להחיל היגיון זה גם על תהליכי ריבוד ואישוויון בבריאות (Dannefer, 2003). בניגוד לטובין כמו כסף או יוקרה, הנוטים לגדול עם הזמן, הבריאות נוטה (בממוצע) לפחות וסיכון התמותה נוטה לעלות ככל שמזדקנים. על כן, נוח יותר לבחון את היווצרות אישוויון בבריאות כתהליך של חיסרון מצטבר, שבו קצב הפגיעה בבריאות הפיזית או הקוגניטיבית מואץ בקרב אוכלוסיות מסוימות.

גם כאן אפשר לנסח מנגנונים שונים (ולעיתים חופפים) של חיסרון מצטבר (Hatch, 2005). מנגנון אחד הוא חשיפה מתמשכת לגורם סיכון, לרבות גורמים חברתיים והתנהגותיים כגון עוני או עישון, שיש להם השפעה שלילית על הבריאות. ככל שמשך החשיפה לגורם הסיכון מתארך, כך יגדל הפער בבריאות בין מי שחשופים לגורם הסיכון ובין מי שאינם חשופים לו. מנגנון שני הוא התרחשות של אירועי חיים משמעותיים שעלולים להסיט את החיים ממסלולם ולגרור פגיעה מתמשכת בבריאות – למשל פגיעה או מחלה בגיל צעיר, המותירים פגיעה מתמשכת בתפקוד או בבריאות ומגדילים סיכונים בריאותיים נוספים. לעיתים ייתכנו כמה אירועים שאינם תלויים זה בזה, כגון יציאה כפויה ממעגל העבודה במקביל לאובדן הורה, שאף שהם אינם קשורים זה לזה במישורן הם מצויים בשכיחות גבוהה יותר בקרב המעמד הנמוך.

המשותף לגישת מהלך החיים ולתאוריית החיסרון המצטבר הוא שתאוריות אלו תולדות את הפערים חברתיים בבריאות, וכן את המגמות בפערים אלו, בתהליכים ארוכי טווח שראשיתם בעבר. גישה זו מנוגדת לתפיסה הרווחת בציבור, ולעיתים אף בשיח הפוליטי, התולה את אישוויון בבריאות בבעיות בהקצאת משאבים למערכת הבריאות בהווה (Bambra et al., 2005; Marmot et al., 2008). אף שהרפואה הקלינית ונגישותה חשובות לטיפול בבעיות בריאותיות לאחר שאלה נוצרו, הפערים חברתיים בבריאות מונעים ברובם מהבדלים מעמדיים בפרופיל התחלואה (אילו מחלות שכיחות יותר) ובסיכון לפי גיל (מתי הן מתפרצות). הגישות הסוציולוגיות גם אינן חופפות לחלוטין לתחומי בריאות הציבור מכיוון שהן אינן עוסקות ברפואה מונעת בלבד. נוסף על חשיבותם של גורמי הסיכון המידיים הן מדגישות גם את חשיבותם של מבנים חברתיים ופוליטיים להבנת אישוויון בבריאות.³ כך למשל, רפואה מונעת תשים לעצמה למטרה להפחית את שיעור המעשנים בחברה, והיא עשויה אף להכיר בכך ששיעור המעשנים גבוה יותר בקרב אוכלוסיות חלשות ולהתאים להן תוכניות התערבות ייחודיות. גישת מהלך החיים, לעומת

2 יש לציין כי מאז מרטון הוצעו ניסוחים מתמטיים שונים לתהליכי יתרון מצטבר, אך בניסוחם המחמיר נשמר העיקרון שקצב הגידול במשתנה התלוי הוא פונקציה של המשתנה התלוי עצמו, ושיתרון או חיסרון קטן בשלב מוקדם הופך ליתרון או חיסרון גדול בהמשך (DiPrete & Eirich, 2006).

3 על ההבחנה בין אפידמיולוגיה חברתית לסוציולוגיה אפידמיולוגית ראו Link, 2008.

זאת, תראה בחשיפה ממושכת לעוני ולמצוקה כלכלית גורם בסיסי לאי-השוויון בבריאות, המתווך בין היתר על ידי שיעורי עישון גבוהים יותר באוכלוסייה זו. עם זאת, יש לציין כי מבקרי גישת מהלך החיים טענו כי היא מדגישה יתר על המידה את מידת חשיבותם של מאפייני הפרט בהסבר של אי-השוויון בבריאות, לעיתים על חשבון הסברים מבניים הנוגעים למאפיינים של משטרי רווחה ולמדיניות חברתית (Corna, 2013).

הבדלים התנהגותיים מספקים כאמור הסבר חלקי לאי-השוויון בבריאות, גם כאשר צופים בהם מפרספקטיבת הזמן. נדבך חשוב נוסף בפאזל, שמספקת התאוריה השלישית, עונה על נקודה זו בדיוק – כיצד תהליכים חברתיים מיתרגמים במישרין להבדלים פיזיולוגיים ובריאותיים בין פרטים וקבוצות חברתיות.

פרדיגמת הדחק הכרוני

פרדיגמת הדחק הכרוני החלה להתגבש בשנות החמישים של המאה ה-20, תחילה בניסויים על חיות מעבדה ואחר כך במחקר תצפיתי באוכלוסיות אנושיות. פרדיגמה זו קושרת בין חשיפה למצבי דחק ובין בריאות (Thoits, 2010). דחק הוא תגובה של עוררות פיזיולוגית ורגשית למצבים סביבתיים וחברתיים מזיקים או מסוכנים, המחייבים את הפרט להתמודד עימם ולהתאים אליהם את התנהגותו. כאשר החשיפה לדחק אקוטית או מתמשכת, ההתמודדות מכלה משאבים נפשיים ופיזיים ומתוך כך היא מגדילה את הסיכון למחלה, לפגיעה או למצוקה נפשית. בקרב חיות מעבדה נבחנה ההשפעה של גורמי דחק בסיסיים כגון חשיפה לטמפרטורות קיצון, חסך במים ובמזון, שהות ממושכת בתנאי שבי או בידוד, חוסר שינה, חשיפה לרעש ועוד. באוכלוסיות אנושיות, לעומת זאת, התמקד המחקר התצפיתי בגורמי דחק מורכבים יותר כגון חשיפה ממושכת לעוני ולמחסור, למערכת יחסים מתוחות ולאירועי חיים שליליים או טראומטיים. השאלה המרכזית שעזמה נדרשה הפרדיגמה להתמודד הייתה כיצד הסביבה החברתית "חודרת תחת העור", קרי כיצד קונפליקטים ומתחים בחיי היומיום מתורגמים למצבים מנטליים שבתורם משפיעים על הפיזיולוגיה ועל תפקוד הגוף.

מחקרים רבים עסקו בזיהוי המנגנונים הפסיכו-חברתיים שדרכם אפקט זה מתבטא, ובפרט בתהליך האֶלוֹסְטָזִיס, שתפקידו לווסת את התפקוד הפיזיולוגי בתנאי סביבה משתנים, לרבות מצבי דחק (McEwen, 1998). בתהליך זה מעורבות מערכת העצבים האוטונומית, המערכת האנדוקרינית-מטבולית, מערכת החיסון והמערכת הרגשית, הפועלות יחדיו כדי להגן על הגוף מפני שינויים חיצוניים ופנימיים במטרה להביאו לכדי יציבות. מחיר ההתמודדות עם דחק כרוני עשוי להיות אפוא עומס אלוסטטי – שחיקה ובליה גופנית הנובעות מפעילות יתר או מפעילות חסר כרונית של המערכות שתוארו לעיל. מצב זה עלול לגרום לפגיעה במערכת החיסונית, להפרשה מוגברת של קורטיזול ואדרנלין ולעלייה ברמות האינסולין והכולסטרול בגוף, וכתוצאה מכך הוא עלול להגביר את הסיכון למחלות לב, לסוכרת, לירידה בצפיפות העצם ולתהליכים דלקתיים (Guidi et al., 2021).

פרדיגמת הדחק הכרוני אינה רק החוליה המקשרת בין הסביבה החברתית ובין מצבים בריאותיים, אלא היא גם עשויה להסביר חלק מהפערים החברתיים בבריאות (Szanton et al., 2005). קבוצות שוליות בחברה, לרבות המעמד החברתי-כלכלי הנמוך, חשופות

למצבי דחק בשכיחות גבוהה יותר, ואלה בתורם מגבירים את קצב ההזדקנות הביולוגית ומזיקים לבריאות. מחקר המבוסס על סקר באוכלוסייה הכללית בארצות הברית מצא כי העומס האלוסטטי גבוה יותר בקרב עניים בהשוואה לאוכלוסייה הלא ענייה, וכי פער זה – שאינו קיים כמעט בנעורים – הולך וגדל עד גיל 60 כתוצאה מחשיפה לנסיבות חיים שונות (Geronimus et al., 2006). מדידת העומס האלוסטטי במחקר זה ובאחרים נעשת באמצעות ביו-מרקרים שונים – מדדים פיזיולוגיים כגון לחץ דם, כולסטרול, המוגלובין מסוכרר, אדרנלין, קורטיזול, חלבון מגיב C ועוד – המצביעים על השחיקה והבליה של הגוף ברמות תת-קליניות, אף לפני הופעתן של בעיות בריאות או של מחלות כרוניות. מחקרים נוספים בארצות הברית ובאירופה מצאו קשר בין עומס אלוסטטי ובין סטטוס תעסוקתי, תנאי ההעסקה, מידת האוטונומיה בעבודה ותפיסות סובייקטיביות של מיקום בהיררכיה החברתית. נוסף על הבדלים מעמדיים בחשיפה לגורמי דחק, קיימים גם הבדלים ביכולת ההתמודדות עימם ובטווח האפשרויות העומד בפני קבוצות חברתיות שונות. כל אלה עשויים להסביר את הקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי ובין דחק כרוני, ומתוך כך הם עשויים להסביר גם פערים מעמדיים בבריאות (Baum et al., 1999).

חשוב לציין כי פרדיגמת הדחק הכרוני זכתה גם לביקורת. על אף העדויות האמפיריות הברורות לכך שמצבי דחק משפיעים על הבריאות, נטען כי מודל זה מתקשה להסביר את התרחבות אי-השוויון החברתי בבריאות (Mackenbach, 2012). עם זאת, ייתכן כי התרחבות אי-השוויון הכלכלי הגבירה את חשיפתם של המעמדות הנמוכים בחברה למצבי דחק או החלישה את יכולתם להתמודד עם מצבים אלו. למשל, לצד השחיקה בשכר הריאלי של מעמד הביניים במדינות רבות בעשורים האחרונים, שינויים בעולם העבודה השפיעו לרעה על היציבות התעסוקתית של עובדים ללא השכלה אקדמית. מגמות אלו יחד הגבירו את המצוקה הכלכלית ואת אי-הוודאות בקרב חלקים נרחבים באוכלוסייה, ומתוך כך ייתכן שתרמו להתרחבות הפערים בבריאות.

גישה אינטגרטיבית להבנת הפערים החברתיים בבריאות

כאמור, הגישות שסקרנו ואחרות אינן מתחרות זו בזו אלא מספקות יחדיו הסבר כולל לקשר שבין המעמד החברתי-כלכלי ובין בריאות ותמותה.⁴ סביר להניח כי תרומתם היחסית של המנגנונים הסיבתיים, וגם של מנגנונים לא סיבתיים, השתנתה במרוצת הזמן ובהתאם להקשר החברתי וההיסטורי הרחב יותר (Goldman, 2001). למשל, הקשר בין רמת ההשכלה ובין תמותה התחזק בעשורים האחרונים, הן כתוצאה מהתרחבות מערכת ההשכלה הגבוהה ושינויים בתהליכי הסלקציה אליה (Bound et al., 2015), הן כתוצאה מתמורות טכנולוגיות וכלכליות בשוק העבודה שהפכו את ההשכלה הגבוהה לתנאי הכרחי כמעט להשתלבות במעמד הביניים (Hayward et al., 2015). כמו כן, השינוי בסביבה האפידמיולוגית הגדיל את חשיבותם של משאבים חומריים ולא חומריים לקיום אורח חיים בריא, לחשיפה מופחתת לגורמי סיכון ולשמירה על הבריאות (Link & Phelan, 1995). יתרה מזו, ייתכן כי חשיבות הגורמים הלא חומריים – כגון הון חברתי ותרבותי, חשיפה

לגורמי דחק, וגישה למידע ולטכנולוגיה רפואית – אף גדלה ביחס לחשיבות המשאבים החומריים, והדבר עשוי להסביר מדוע אי-השוויון המעמדי בבריאות גדל גם במדינות העשירות ביותר, לרבות מדינות הרווחה הנורדיות (Mackenbach, 2012). אך על אף הדמיון בין מדינות המערב העשירות, המגמות בהן אינן זהות. הפרק הבא סוקר את אי-השוויון המעמדי בבריאות בישראל בעשורים האחרונים.

תמונת מצב בישראל: פערים מעמדיים בבריאות ובתמותה

מגמות אי-השוויון בבריאות בישראל בעשורים האחרונים נושאות קווי דמיון רבים לאלה שבמדינות המערב העשירות. לצד השיפור בבריאות האוכלוסייה והעלייה בתוחלת החיים בלידה, שבישראל היא מהגבוהות בעולם, הפערים המעמדיים בבריאות התרחבו במידה ניכרת בעשורים האחרונים. מגמה זו אינה מפתיעה, לנוכח הגידול באי-השוויון הכלכלי בתקופה זו. לצד המעבר מכלכלה קורפורטיסטית לכלכלה ניאוליברלית, אי-השוויון הכלכלי בישראל גדל מאמצע שנות השמונים של המאה ה-20 ועד לסוף העשור הראשון של שנות האלפיים, אז התהפכה המגמה ואי-השוויון פחת מעט (המוסד לביטוח לאומי, 2019; קריסטל, 2014).⁵ נוסף על הרמה הגבוהה יחסית של אי-שוויון כלכלי בהשוואה למדינות ה-OECD, תחולת העוני בישראל גבוהה במיוחד וכיום היא עולה על 20% בקרב משפחות יחידים כאחד (אנדבלד ואחרים, 2021). כלומר, בישראל יש פערים כלכליים ניכרים הצפויים להתבטא גם בפערים בבריאות ובתמותה.

מלבד ההיבט הכלכלי, יש לישראל גם כמה מאפיינים דמוגרפיים ייחודיים. בהיותה מדינת הגירה, אוכלוסייתה הטרוגנית למדי. אך בניגוד למדינות הגירה עשירות אחרות, ההגירה לישראל אינה סלקטיבית על בסיס מעמד חברתי-כלכלי אלא על בסיס אתני-דתי. לכן מהגרים בישראל נטו להיות בריאים פחות מהאוכלוסייה הכללית, באופן העולה בקנה אחד עם מעמדם החברתי-כלכלי הנמוך יחסית במדינות המוצא ועם התנאים ששררו בהן (Baron-Epel & Kaplan, 2001). תופעה זו מנוגדת למתרחש במדינות אחרות כגון ארצות הברית, קנדה, בריטניה ואוסטרליה, שבהן ההגירה היא סלקטיבית על בסיס הון אנושי, מצב בריאותי ומאפיינים אישיותיים. משום כך, מהגרים למדינות אלו נהנים משיעורי תמותה נמוכים יותר ולעיתים גם מבריאות טובה יותר בממוצע מהאוכלוסייה הקולטת, תופעה שזכתה לכינוי "אפקט המהגר הבריא" (Kennedy et al., 2015). ההטרוגניות של האוכלוסייה בישראל מתבטאת גם בהרכבה האתני והדתי, לרבות הבדלים ברמת הדתיות, ולשניהם קשר הדוק הן למעמד החברתי-כלכלי הן לבריאות (שובל ואנסון, 2000). פערים בהשכלה, במשלח יד, בהכנסה ובעושר תועדו זה מכבר בין יהודים לערבים, בין אשכנזים למזרחים, ובין ילידי ישראל לילידי ברית המועצות לשעבר (כהן, 1998; Khattab & Míaari, 2011; Semyonov & Lewin-Epstein, 2013). אף שההבדלים בבריאות ובתמותה בין קבוצות אלו אינם מיוחסים לפערים מעמדיים בלבד, הפערים האלה מסבירים חלקית את ההבדלים בבריאות.

על אף כל אלה, ישראל מתאפיינת במערכת בריאות שוויונית יחסית ששירותי הבריאות בה, ובפרט רפואה ראשונית, נגישים במידה רבה לכלל קבוצות האוכלוסייה (Clarfield et al., 2017). נגישות זו נובעת בחלקה מחוק ביטוח בריאות ממלכתי, שנחקק ב־1994 והבטיח שירותי בריאות בסיסיים לכלל אזרחי המדינה ותושביה; אך גם טרם חקיקתו הגיע שיעור המבוטחים בקופות החולים ל־95% בקרב כלל האוכלוסייה, ול־88% בקרב האוכלוסייה הערבית (שובל ואנסון, 2000). בשנים שלאחר כניסת החוק לתוקף גדלו השוויון בנגישותם של שירותי הבריאות וגם בשימוש בשירותים אלו בפועל, אך השפעת החוק על אי־השוויון בבריאות הייתה מוגבלת (Shmueli & Gross, 2004).

בפרק זה נסקור את הפערים המעמדיים בבריאות ובתמותה בישראל. תחילה נתייחס לפערים בבריאות ובתחלואה. אחר כך נתייחס לפערים בתמותה ובתוחלת החיים. על אף הנטייה לראות במעמד חברתי־כלכלי מאפיין של הפרט (קרי, רמת השכלה, משלח יד והכנסה), נדון גם בפערים מעמדיים בהתייחס לרמת המקרו (שכונת מגורים, אזור מגורים וכן הלאה). לבסוף נתייחס להבדלים מעמדיים באורח החיים ובהתנהגויות מקדמות בריאות.

פערים מעמדיים בבריאות ובתחלואה

הפערים המעמדיים בישראל מתבטאים הן בפרופיל התחלואה הן במדדי בריאות שונים. אומדן בריאות האוכלוסייה באמצעות סקרים נעשה בשתי גישות עיקריות. האחת מתמקדת בהערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות הכללי של הפרט בהווה ("מה מצב בריאותך בדרך כלל?") או בהשוואה על ציר הזמן ("באופן כללי, בהשוואה למצב בריאותך לפני שנה, איך היית מתאר/ת את מצב בריאותך כיום?"). אף שהשאלות הוליסטיות, מחקרים רבים הראו כי להערכה הסובייקטיבית יש תוקף חיצוני בלתי מבוטל. מי שמדרגים את בריאותם נמוך אכן נוטים לסבול ממחלות, מתפקוד נמוך יותר ומשיעורי תמותה גבוהים יותר. הגישה השנייה, שאף היא מבוססת על דיווח עצמי, מתמקדת בתחלואה ספציפית ("האם הרופא אבחן אצלך אי פעם את המצבים הבאים?") כגון אסתמה, יתר לחץ דם, מחלת לב, שבץ וכן הלאה.

ככלל, בעלי רמות נמוכות של השכלה והכנסה נוטים לדווח בממוצע הן על בריאות כללית ירודה יותר, הן על שיעור גבוה יותר של מחלות כרוניות. מחקר שחיבר בין נתוני הכנסה ובין סקר הבריאות הלאומי בישראל מצא (לאחר תקנון לגיל) קשר שלילי בין הכנסה ובין היארעות של יתר לחץ דם, מחלות לב, סוכרת, מחלות נשימתיות ומגבלות תפקודיות (Shmueli, 2014). קשר זה תוּך בחלקו על ידי הבדלים באורח החיים, הקפדה על המלצות רפואיות או על טיפול רפואי, ושימוש בשירותי רפואה מונעת. באופן דומה, דוח חטיבת המחקר של בנק ישראל (2017) מצא פערים ניכרים בדיווח סובייקטיבי על מצב הבריאות הכולל בקרב עובדים על בסיס רמת ההשכלה. למשל, הסיכוי של עובד בעל השכלה על־תיכונית לדרג את בריאותו כ"טובה מאוד" היה גבוה ב־72% מזה של עובד בעל השכלה נמוכה, לאחר פיקוח על מגדר וגיל. עוד נמצא כי הקשר השלילי בין רמת ההשכלה להערכת הבריאות הסובייקטיבית נותר גם לאחר פיקוח על רמת ההכנסה של משק הבית.

פערים מעמדיים בתמותה ובתוחלת החיים

לא יפליא אפוא לגלות כי הקשר החזק בין מעמד חברתי-כלכלי ובין בריאות ותחלואה מתורגם לפערים בתמותה ובתוחלת החיים, שהיא מספר השנים הממוצע שאדם צפוי לחיות אם שיעורי התמותה הסגוליים לגיל יישארו קבועים לאורך חייו. ואכן, בישראל יש קשר חיובי בין תוחלת החיים ובין רמת ההשכלה. בשנת 2017 תוחלת החיים בגיל 30 של נשים וגברים כאחד – קרי, שנות החיים הנתרות לאחר שרוב רוכשי ההשכלה האקדמית סיימו את לימודיהם – עמדה על 56.9 שנים בקרב בעלי השכלה על-תיכונית לעומת 50.8 שנים בלבד בקרב בעלי 11 שנות השכלה ומטה (OECD, 2019). פער זה היה גדול יותר בקרב גברים (7.0 שנים) בהשוואה לנשים (5.1). כמו במדינות אחרות, גם בישראל אי-השוויון בתוחלת החיים על בסיס השכלה נמצא במגמת עלייה בעשורים האחרונים: בשנת 2000, אותו הפער בין קבוצת ההשכלה הגבוהה לנמוכה עמד על 4.3 שנים בלבד בקרב גברים ונשים גם יחד.

מחקרים נוספים איששו ממצאים אלו גם בהתייחסות לשינויים בהרכב האוכלוסייה, לרבות גלי ההגירה והתרחבות ההשכלה הגבוהה על פני זמן. למשל, נמצא כי בין שנות השמונים ובין ראשית שנות האלפיים התרחבו הפערים בתמותה כוללת לפי השכלה, ובפרט בתמותה ממחלות לב (Jaffe et al., 2008). מחקר נוסף מצא מגמות דומות בהתייחס למדדים נוספים של מעמד חברתי-כלכלי (Jaffe & Manor, 2009), ואילו דוח מחקר של המוסד לביטוח לאומי (2017) הראה קשר שלילי בין חמישוני הכנסה ובין תמותה, בפיקוח על מאפיינים דמוגרפיים נוספים.

עד כה התייחסנו לקשר שבין מעמד חברתי-כלכלי ברמת הפרט ובין תמותה ותוחלת חיים, אך מחקרים נוספים בחנו קשר זה ברמת היישוב. מנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה עולה כי קיים קשר חיובי בין האשכול החברתי-כלכלי ובין תוחלת החיים ביישוב. לדוגמה, מבין הערים בישראל המונות מעל 50,000 תושבים, תוחלת החיים הנמוכה ביותר נצפתה באום אל-פחם (79 שנים). תוחלת החיים בהוד השרון, מהמובילות בדירוג, היתה גבוהה ממנה ב-7.0 שנים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2019ב). ניכר גם כי מראשית שנות האלפיים חלה עלייה של כ-9% בשוונות בתוחלת החיים בין יישובים, המוסברת על ידי הממד החברתי-כלכלי (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות, 2006). עם זאת, יש יישובים אחדים יוצאים מן הכלל שבהם תוחלת החיים גבוהה על אף הרמה החברתית-כלכלית הנמוכה, כגון מודיעין עילית, בני ברק, ביתר עילית, בית שמש וירושלים.⁶ חשוב לציין כי הקשר השלילי בין שיעור התמותה המתוקנן לגיל ובין אשכול חברתי-כלכלי הוא רציף וחל גם על יישובים המשתייכים לאשכול חזק יחסית; ירידה של 1.35 נקודות בממד החברתי-כלכלי מקושרת לעלייה ממוצעת של פטירה אחת לכל אלף תושבים ביישוב (בנק ישראל, 2017). מחקר אקולוגי נוסף מצא קשר שלילי בין רמת ההשכלה הממוצעת בנפה ובין תמותה כללית ותמותה מסיבות מוות ספציפיות (סרטן וסוכרת) לאחר תקנון לגיל ולמאפיינים דמוגרפיים נוספים (Gordon et al., 2017).

6 מחקר של מרכז טאוב (צ'רניחובסקי ושרוני, 2015) ייחס יתרון זה להון החברתי הרב בקהילה החרדית, המתאפיין בקשרי משפחה חזקים ובמעורבות גבוהה בקהילה ובמסגרות התנדבותיות.

עם זאת, מחקרים אקולוגיים מוגבלים ביכולתם להבחין בין השפעת מאפייני הפרט על הבריאות ובין ההשפעה הישירה של סביבת המגורים. כדי לענות על שאלה זו השתמשו מחקרים אחדים במודלים רב-רמתיים, המשלבים את מאפייני הפרט ואת מאפייני סביבת המגורים במודל יחיד (Jaffe et al., 2005; Soskolne & Manor, 2010). נמצא כי יש קשר בין סביבת המגורים ובין הערכת הבריאות הסובייקטיבית ושיעור התמותה גם כאשר מפקחים על המעמד החברתי-כלכלי של הפרט, אך ייתכן כי קשר זה נעוץ יותר בהון החברתי וברמת המעורבות של תושבים בקהילה מאשר בתנאי המחיה הפיזיים בשכונת המגורים.

הבדלים מעמדיים באורח החיים ובהתנהגויות מקדמות בריאות

בישראל מתקיים קשר הדוק בין מעמד חברתי-כלכלי ובין אורח חיים ודפוסי התנהגות בריאותית, המסבירים באופן חלקי את הפערים בבריאות ובתמותה. הבדלים אלו ניכרים בין היתר בהרגלי תזונה, פעילות גופנית, עישון, גישה למידע רפואי ושימוש בשירותי רפואה מונעת. דוח של משרד הבריאות בנושא אישויון בבריאות וההתמודדות עימו (משרד הבריאות, 2019), המתבסס על נתוני הסקר החברתי משנת 2017, מראה פערים משמעותיים בהרגלי התזונה על פי רמת ההכנסה של משק הבית. למשל, במשקי בית שבהם ההכנסה החודשית לנפש נמוכה מ-2,000 שקלים, רק 29.6% צורכים שלוש או יותר מנות ירק ביום, לעומת 44.4% בקרב משקי בית שהכנסתם גבוהה מרף זה. פער דומה נמצא בצריכת שתי מנות פרי ביום (38.6% ו-47.6%, בהתאמה), ופער הפוך בצריכת שלוש כוסות משקה ממותק או יותר ביום (49.2% ו-35.5%, בהתאמה).⁷ פערים אלו מיוחסים בחלקם לויתורים מודעים שבעלי הכנסה נמוכה מבצעים בהרגלי התזונה מדי יום. מנתוני הסקר החברתי של 2017, שהתמקד בנושא הבריאות ואורח החיים, עולה כי שיעור לא מבוטל של ישראלים מוותר על מזון (8%) או צורך פחות מזון מהרצוי (7%) בשל קשיים כלכליים – מרביתם בקרב משקי בית בקבוצת ההכנסה הנמוכה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2019א).

פערים דומים על בסיס השכלה והכנסה ניכרים אף בדפוסי פעילות גופנית, עישון וצריכת אלכוהול. למשל, 33% מבעלי ההשכלה האקדמית עוסקים בפעילות גופנית מאומצת (מעל 10 דקות רצופות לפחות פעם בשבוע), לעומת 15% בלבד בקרב חסרי תעודת בגרות. כמו כן, בקבוצת ההשכלה הנמוכה שיעור המעשנים כפול מזה שבקבוצת ההשכלה הגבוהה (27% לעומת 13%), ומתוך כך קיימים גם הבדלים בחשיפה לעישון פסיבי (77% לעומת 60% בהתאמה). דפוסים דומים, הן באשר לפעילות גופנית הן באשר לעישון, נצפו על פי רמת ההכנסה של משק הבית.

בעלי השכלה אקדמית נוטים גם לחפש מידע רפואי באופן אקטיבי ולעקוב אחר המלצות רפואיות. מנתוני הסקר החברתי עולה כי בשלושת החודשים הקודמים לסקר, 67% מקרב קבוצה זו חיפשו מידע באינטרנט הקשור לבריאות, לעומת 25% בלבד בקרב חסרי תעודת בגרות. בעלי השכלה אקדמית אף עושים שימוש תכוף יותר במידע רפואי

7 משרד הבריאות ממליץ לצרוך חמש מנות ירק ושתיים או שלוש מנות פרי ביום, ולהמעט בצריכת משקאות המכילים סוכר.

ונוטים לאמץ המלצות בריאותיות. לדוגמה, 54% מתוכם בודקים את רישום המרכיבים או הסימון התזונתי על אריזות מזון, לעומת 42% בקרב בעלי תעודת בגרות ו-29% ללא תעודת בגרות. באופן דומה, בעלי השכלה והכנסה גבוהות נוטים להתחסן בחיסונים שגרתיים ולערוך בדיקות רפואיות מקדימות לגילוי מחלות ממאירות (קולונסקופיה, ממוגרפיה) על פי המלצות משרד הבריאות.

דיון

כמו במדינות אחרות, גם בישראל מתקיים קשר הדוק בין מעמד חברתי-כלכלי ובין בריאות, תחלואה ותמותה, וניכר כי קשר זה נמצא במגמת התחזקות. לנוכח השינויים שהתרחשו בחברה הישראלית בעשורים האחרונים, מגמה זו של התרחבות הפערים המעמדיים בבריאות ובתמותה אינה מפתיעה. המעבר מכלכלה קורפורטיסטית לכלכלה ניאוליברלית, שהחל באמצע שנות השמונים של המאה ה-20, אופיין בגידול חד באי-השוויון בהכנסות (קריסטל, 2014). אי-השוויון הכלכלי בתורו תרם להתרחבות הפערים המעמדיים ברכישת השכלה גבוהה, על אף התרחבותה הניכרת של מערכת ההשכלה הגבוהה בתקופה זו (בר-חיים ושביט, 2018). לא מן הנמנע שאי-השוויון הכלכלי הגבוה בישראל, הגם שגידולו נבלם ואף הצטמצם מעט בעשור האחרון (אנדבלד ואחרים, 2019), יתורגם לאי-שוויון בבריאות – מגמה שככל הנראה תעמיק בשנים הבאות, מכיוון שאי-השוויון בבריאות הוא כאמור תוצר של שינויים חברתיים ארוכי טווח. יש לציין כי לצד נסיגת מדיניות הרווחה בישראל בעשורים האחרונים, במערכת הבריאות התרחשו דווקא שינויים הפוכים שהעמיקו את שירותי הבריאות הבסיסיים ומיסדו את עקרון האוניברסליות (כהן ומזרחי, 2011). בשל כך נתפסת מערכת הבריאות הישראלית, בצדק, כנגישה וכשוויונית יחסית למדינות אחרות בעולם (Clarfield et al., 2017). אך גישת מהלך החיים מלמדת כי נגישות של שירותי בריאות אין בכוחה להעלים פערים חברתיים בבריאות, שהם תוצר של אי-שוויון חברתי וכלכלי מתמשך.

על אף חשיבותו של נושא אי-השוויון המעמדי בבריאות ובתמותה, שיש לו מסורת ארוכת שנים הן בסוציולוגיה הבריטית הן בזו האמריקנית, הנושא בולט בהיעדרו במחקר הסוציולוגי בישראל.⁸ משום כך הידע שלנו בנושא נובע, רובו ככולו, מסטטיסטיקה רשמית כגון סקרים ודוחות מחקר של משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, וממחקר שמקורו במדעי הרפואה (אפידמיולוגיה, בריאות הציבור) ובתחומים משיקים (עבודה סוציאלית, גרונטולוגיה). אף שאלה וגם אלה אימצו זה מכבר תובנות סוציולוגיות בסיסיות

8 בישראל קיימת מסורת ארוכה של עיסוק בסוציולוגיה רפואית, אך אנו מבדילים בין זו ובין הסוציולוגיה של הבריאות, ובפרט הסוציולוגיה של אי-השוויון המעמדי בבריאות. כמו כן, ראוי לציין כאן את מחקרן המקיף של יהודית שובל ועפרה אנסון (2000) על השתקפות הריבוד החברתי בישראל בבריאות האוכלוסייה; אך המחקר הוקדש ברובו להבדלים התנהגותיים ולמאפיינים של שירותי הבריאות, שכאמור מספקים הסבר חלקי בלבד לפערים המעמדיים בבריאות. ראו גם את הביקורת של דני פילק (2007) על מסחור מערכת הבריאות בישראל, אף שניתוחו נותר ברמה המוסדית ואינו קושר את העניין במישרין לפערים החברתיים בבריאות.

על חשיבותם של גורמים חברתיים לבריאות, מרביתם עושים זאת בפרשנות צרה המתמקדת בהבדלים בין יחידים, ובכך הם תורמים לדה-פוליטיזציה של אי-השוויון בבריאות (Bambra et al., 2005). כך למשל, דוח ההסתדרות הרפואית בישראל (אפשטיין, 2008) תולה את אי-השוויון בבריאות בפערים בתקצוב שירותי בריאות בין המרכז לפרפריה, בהוצאה הפרטית הגדלה על שירותי בריאות ובהיעדר "כשירות תרבותית" של עובדי מערכת הבריאות. הדוח מציין אמנם כי אי-השוויון בבריאות טמון גם ב"תכונות חברתיות ותרבותיות", אך ממנהר לסייג כי אין זה תפקידה של מערכת הבריאות לטפל באלה.

מאמר זה נועד לקרוא תיגר על התפיסה הזאת ולהצביע על גישות תאורטיות חלופיות להסבר הפערים החברתיים, והמעמדיים בפרט, בבריאות ובתמותה. תאוריות אלו קושרות בין מבנה חברתי וסיכויי החיים ובין האטיולוגיה של מחלות, בין החברתי לפיזיולוגי. עולה מהן כי מדיניות חברתית מהווה גם מדיניות בריאות, מכיוון שצמצום אי-השוויון החברתי כלכלי יכול לצמצם גם את אי-השוויון בבריאות (Mechanic, 2002). לעומת זאת, מדיניות בריאות המבוססת על פעולה וולונטרית עלולה לתרום דווקא להגדלת אי-השוויון בבריאות. בשנים האחרונות נראה כי ישראל בחרה דווקא בדרך השנייה כשנקטה פעולות כגון סימון הערך התזונתי על מוצרי מזון, מדיניות שסביר שהשפעתה על הרגלי התזונה באוכלוסייה תהיה דיפרנציאלית על פי מעמד חברתי-כלכלי? אך מלבד תובנות סוציולוגיות כלליות שאפשר להסיק מתוכן גם על המקרה הישראלי, יש צורך במחקר סוציולוגי מקומי שירחיק אל מעבר לתיעוד הפערים בבריאות ויבחן את המנגנונים המייצרים אותם, החל בגורמים מבניים וכלה בנתיבים הפסיכו-חברתיים שדרכם הם חודרים אל מתחת לעור. נסיים אפוא בשתי הצעות למחקר בתחום זה בישראל.

ראשית, מחקרים המכוונים להבנת מנגנונים סיבתיים מציבים דרישות גבוהות מאוד, הן מבחינת הנתונים הנחוצים הן מבחינת שיטות המחקר. בישראל חסרים סקרי אורך באוכלוסייה הכללית, ובפרט כאלה המכסים את מהלך החיים במלואו.⁹ במדינות אחרות, ובפרט בארצות הברית ובבריטניה, יש סקרי אוכלוסייה הכוללים גם מדידת ביו-מרקרים וכך מאפשרים בחינה ישירה של מנגנונים פסיכו-חברתיים ושל השפעתם על הבריאות. עם זאת, בישראל יש כמה מקורות מידע ייחודיים כגון נתוני מרשם האוכלוסין, הניתנים להצלבה עם נתוני הביטוח הלאומי על הכנסות מעבודה ותשלומי העברה, וכן מידע רפואי דיגיטלי של מבוטחי קופות החולים. לכל אלה פוטנציאל רב ובלתי מנוצל לחשיפת המכניזמים שדרכם מתבטא הקשר בין מעמד חברתי-כלכלי ובין בריאות. את הפוטנציאל הזה אפשר לנצל בכמה מישורים: (1) מחקרי אורך פרוספקטיביים שיעקבו במקביל הן אחר שינויים בבריאות, הן אחר שינויים בתנאים החברתיים-כלכליים במהלך החיים; (2) שילוב מדידים פיזיולוגיים במחקר הסוציולוגי; (3) בחינת ההקשר המעמדי-סיבתי, כגון מאפייני

9 יש לציין כי בינואר 2022 נכנס לתוקפו צו המיסוי על משקאות ממותקים, הצפוי לצמצם את צריכתם בעיקר בקרב המעמד הנמוך, שרגיש יותר לעליית המחירים. אך גם צעד זה אינו חורג מקווי המדיניות הניאו-ליברלית, החותרת לשינוי התנהגות צרכנים באמצעות תמריצים כלכליים. אפשר להנגיד מדיניות זו לניסיון של עיריית ניו יורק לפני שנים אחדות, שלא צלח, להגביל את גודל מנות המשקאות הממותקים הנמכרים במסעדות וברשתות מזון מהיר.

10 סקר SHARE בישראל בולט לחיוב בהקשר זה, אך אוכלוסיית היעד שלו היא מעל גיל 50.

סביבת המגורים והקהילה, והשפעתו על הבריאות מעבר למאפיינים המעמדיים של הפרט או באינטראקציה איתם; (4) שימוש בנתוני אוכלוסייה מלאים, ולא רק במדגם קטן מתוכם, על מנת לבחון דפוסים ומגמות בבריאות בקרב קבוצות מיעוט או באזורים גאוגרפיים קטנים.

שנית, על אף הדמיון למדינות המערב במגמות אי-השוויון בבריאות ובתמותה, ישראל גם נבדלת מהן בכמה אופנים ולכן היא מהווה זירת מחקר מעניינת גם בהשוואה בינלאומית. הדפוסים והמגמות הייחודיים לישראל טרם נחקרו דיים. לדוגמה, בישראל הפערים בתוחלת החיים על בסיס השכלה קטנים בהשוואה למדינות ה-OECD (Murtin et al., 2017), וכך גם הפער המגדרי, שנותר יציב לאורך עשורים ומשקף בחלקו דפוסי התנהגות בריאים יותר בקרב גברים ישראלים לעומת מדינות המערב (Staetsky & Hinde, 2009). לעומת זאת, הפער בתוחלת החיים בלידה בין יהודים לערבים נמצא במגמת עלייה מאז ראשית שנות האלפיים (Saabneh, 2016). כלומר, בניגוד למדינות אחרות, בישראל אי-השוויון בבריאות גדל הן ביחס למעמד חברתי-כלכלי הן ביחס לאתניות. מגמות אלו מלמדות אותנו על שינויים ארוכי טווח במערכת הריבוד החברתי בישראל ועל סיכויי החיים של קבוצות שונות בה, ובכלל זה הצטלבויות של מעמד, אתניות ומגדר, שמקבלים ביטוי גם בבריאות ובתוחלת החיים. לדוגמה, בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל ההחזר הכלכלי על השכלה נמוך יותר מאשר באוכלוסייה היהודית (Khattab & Miaari, 2013), וייתכן שכך הדבר גם ביחס להחזר הבריאותי על השכלה (Issaq, 2020). ביאור המנגנונים הסיבתיים ברמת הפרט, קישור לשינויים ארוכי טווח של מערכת הריבוד החברתי, והבנת ההקשר המוסדי שבו התרחשו – כל אלה חיוניים להבנת אי-השוויון החברתי בבריאות בישראל, והם מהווים כר פורה למחקר עתידי.

רשימת מקורות

- אנדבלד, מירי, דניאל גוטליב, אורן הלר ולהב כראדי. (2019). ממדי העוני והפערים החברתיים: דוח שנתי, 2018. המוסד לביטוח לאומי.
- אנדבלד, מירי, להב כראדי, רינה פינס וניצה קלינר קסיר. (2021). ממדי העוני והאי-שוויון בהכנסות: 2020 (לפי נתונים מנהליים). הביטוח הלאומי.
- אפשטיין, ליאון. (2008). אי-שוויון בבריאות בישראל. ההסתדרות הרפואית בישראל.
- בנק ישראל. (2017). הסקירה הפיסקלית התקופתית ולקט ניתוחים מחקריים 142. חטיבת המחקר.
- בר-חיים, אייל, ויוסי שביט. (2018). התרחבות ההשכלה הגבוהה, שוויון כלכלי ושוויון הזדמנויות. מגמות, נג(1), 101-124.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2018). תוחלת חיים ותמותת תינוקות – השוואות בין-לאומיות (טבלה 3.33).
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2019א). הסקר החברתי 2017: בריאות ואורח חיים (פרסום מס' 1761).
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2019ב). פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל, 2011-2017 (370/2019).

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות. (2006). פרופיל בריאותי-חברתי של היישובים בישראל 2002-1998. המוסד לביטוח לאומי. (2019). לוחות עוני ואישוויון (דוח שנתי). המוסד לביטוח לאומי והמכון הישראלי לדמוקרטיה. (2017). הקשר בין רמת ההכנסה ותוחלת החיים: המקרה הישראלי. כהן, ינון. (1998). פערים סוציו-אקונומיים בין מזרחים ואשכנזים, 1975-1995. סוציולוגיה ישראלית, א(1), 115-134.
- כהן, ניסים, ושלמה מזרחי. (2011). חמש-עשרה שנות מדיניות בריאות בישראל בראי החקיקה: ניתוח ניאורמוסדי של חוק ביטוח בריאות ממלכתי והשינויים שחלו בו (2009-1994). ביטחון סוציאלי, 87, 65-103.
- משרד הבריאות. (2019). אישויון בבריאות וההתמודדות עמו 2018. מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי. פילק, דני. (2007). מסחורה של מערכת הבריאות - תהליך ראוי או שגוי? משפט ועסקים, 6, 277-293.
- צ'רניחובסקי, דב, וחן שרוני. (2015). הקשר בין הון חברתי לבריאות בקרב חרדים. בתוך אבי וייס ודב צ'רניחובסקי (עורכים), דוח מצב המדינה: חברה, כלכלה ומדיניות 2015 (עמ' 383-409). מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- קריסטל, טלי. (2014). הכלכלה הפוליטית של ישראל והגידול באישוויון בהכנסות, 1970-2010. סוציולוגיה ישראלית, טו(2), 282-311.
- שובל, יהודית ט', ועפרה אנסון. (2000). העיקר הבריאות: מבנה חברתי ובריאות בישראל. מאגנס.
- Antonovsky, Aaron. (1967). Social class, life expectancy and overall mortality. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 45(2), 31-73.
- Ayo, Nike. (2012). Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Critical Public Health*, 22(1), 99-105.
- Bambra, Clare, Debbie Fox, & Alex Scott-Samuel. (2005). Towards a politics of health. *Health Promotion International*, 20(2), 187-193.
- Baron-Epel, Orna, & Giora Kaplan. (2001). Self-reported health status of immigrants from the former Soviet Union in Israel. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*, 3(12), 940-946.
- Baum, Andrew, J. P. Garofalo, & Ann Marie Yali. (1999). Socioeconomic status and chronic stress: Does stress account for SES effects on health? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 131-144.
- Behrman, Jere R., Hans-Peter Kohler, Vibeke Myrup Jensen, Dorthe Pedersen, Inge Petersen, Paul Bingley, & Kaare Christensen. (2011). Does more schooling reduce hospitalization and delay mortality? New evidence based on Danish twins. *Demography*, 48(4), 1347-1375.
- Bengtsson, Tommy, Martin Dribe, & Jonas Helgertz. (2020). When did the health gradient emerge? Social class and adult mortality in southern Sweden, 1813-2015. *Demography*, 57(3), 953-977.

- Ben-Shlomo, Yoav, & Diana Kuh. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2), 285–293.
- Benzeval, Michaela, & Ken Judge. (2001). Income and health: The time dimension. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1371–1390.
- Bound, John, Arline T. Geronimus, Javier M. Rodriguez, & Timothy A. Waidmann. (2015). Measuring recent apparent declines in longevity: The role of increasing educational attainment. *Health Affairs (Project Hope)*, 34(12), 2167–2173.
- Clarfield, Mark A., Orly Manor, Gabi Bin Nun, Shifra Shvarts, Zaher S. Azzam, Arnon Afek, Fuad Basis, & Avi Israeli. (2017). Health and health care in Israel: An introduction. *The Lancet*, 389(10088), 2503–2513.
- Cockerham, William C. (2005). Health Lifestyle Theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51–67.
- Conrad, Peter. (1994). Wellness as virtue: Morality and the pursuit of health. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 18(3), 385–401.
- Corna, Laurie M. (2013). A life course perspective on socioeconomic inequalities in health: A critical review of conceptual frameworks. *Advances in Life Course Research*, 18(2), 150–159.
- Crimmins, Eileen M., Yasuhiko Saito, Jung Ki Kim, Yuan S. Zhang, Isaac Sasson, & Mark D. Hayward. (2018). Educational Differences in the prevalence of dementia and life expectancy with dementia: Changes from 2000 to 2010. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(suppl_1), S20–S28.
- Dannefer, Dale. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-Fertilizing age and social science theory. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(6), S327–S337.
- DiPrete, Thoma A., & Gregory M. Eirich. (2006). Cumulative advantage as a mechanism for inequality: A review of theoretical and empirical developments. *Annual Review of Sociology*, 32(1), 271–297.
- Elo, Irma T. (2009). Social class differentials in health and mortality: Patterns and explanations in comparative perspective. *Annual Review of Sociology*, 35(1), 553–572.
- Frenk, Julio, José Luis Bobadilla, Claudio Stern, Tomas Frejka, & Rafael Lozano. (1991). Elements for a theory of the health transition. *Health Transition Review*, 1(1), 21–38.
- Geronimus, Arline T., Margaret Hicken, Danya Keene, & John Bound. (2006). “Weathering” and age patterns of allostatic load scores among blacks and whites in the United States. *American Journal of Public Health*, 96(5), 826–833.

- Goldbourt, Uri, Michal Schnaider-Beeri, & Michael Davidson. (2007). Socioeconomic status in relationship to death of vascular disease and late-life dementia. *Journal of the Neurological Sciences*, 257(1–2), 177–181.
- Goldman, Noreen. (2001). Social inequalities in health disentangling the underlying mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 954, 118–139.
- Gordon, Ethel-Sherry, Ziona Haklai, Jill Meron, Miriam Aburbeh, Inbal Weiss Salz, Yael Applbaum, & Nehama F. Goldberger. (2017). Regional variations in mortality and causes of death in Israel, 2009–2013. *Israel Journal of Health Policy Research*, 6(1), Article 39.
- Guidi, Jenny, Marcella Lucente, Nicoletta Sonino, & Giovanni A. Fava. (2021). Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(1), 11–27.
- Hatch, Stephani L. (2005). Conceptualizing and identifying cumulative adversity and protective resources: Implications for understanding health inequalities. *The Journals of Gerontology: Series B*, 60(special issue 2), S130–S134.
- Hayward, Mark D., & Bridget K. Gorman. (2004). The long arm of childhood: The influence of early-life social conditions on men's mortality. *Demography*, 41(1), 87–107.
- Hayward, Mark D., Robert A. Hummer, & Isaac Sasson. (2015). Trends and group differences in the association between educational attainment and U.S. adult mortality: Implications for understanding education's causal influence. *Social Science & Medicine*, 127, 8–18.
- Hummer, Robert A., & Elaine M. Hernandez. (2013). The effect of educational attainment on adult mortality in the United States. *Population Bulletin*, 68(1), 1–16.
- Issaq, Liana. (2020). *The association between educational attainment and health behaviors among Jews and Arabs in Israel* [Master's Thesis, Tel Aviv University].
- Jaffe, Dena H., Zvi Eisenbach, Yehuda D. Neumark, & Orly Manor. (2005). Individual, household and neighborhood socioeconomic status and mortality: A study of absolute and relative deprivation. *Social Science & Medicine*, 60(5), 989–997.
- Jaffe, Dena H., & Orly Manor. (2009). Assessing changes in mortality inequalities in Israel using a period-specific measure of socio-economic position, 1983–92 and 1995–2004. *The European Journal of Public Health*, 19(2), 175–177.
- Jaffe, Dena H., Yehuda D. Neumark, Zvi Eisenbach, & Orly Manor. (2008). Educational inequalities in mortality among Israeli Jews: Changes over time in a dynamic population. *Health & Place*, 14(2), 287–298.

- Kennedy, Steven, Michael P. Kidd, James Ted McDonald, & Nicholas Biddle. (2015). The healthy immigrant effect: Patterns and evidence from four countries. *Journal of International Migration and Integration*, 16(2), 317–332.
- Khattab, Nabil, & Sami Miaari. (2013). The occupational mismatch amongst Palestinians and Jews in Israel: A new evidence from the LFS 2000–2010. *Research in Social Stratification and Mobility*, 34, 1–13.
- Kitagawa, Evelyn M., & Philip M. Hauser. (1968). Education differentials in mortality by cause of death: United States, 1960. *Demography*, 5(1), 318–353.
- Krieger, Nancy. (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: An ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30(4), 668–677.
- Leichter, Howard M. (2003). “Evil habits” and “personal choices”: Assigning responsibility for health in the 20th century. *The Milbank Quarterly*, 81(4), 603–626.
- Link, Bruce G. (2008). Epidemiological sociology and the social shaping of population health. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(4), 367–384.
- Link, Bruce G., & Jo Phelan. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior; Extra Issue (Forty Years of Medical Sociology)*, 80–94.
- Link, Bruce G., & Jo C. Phelan. (2002). McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. *American Journal of Public Health*, 92(5), 730–732.
- Link, Bruce G., Jo Phelan, Richard Miech, & Emily Leckman Westin. (2008). The resources that matter: Fundamental social causes of health disparities and the challenge of intelligence. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(1), 72–91.
- Liu, Hui, & Debra J. Umberson. (2008). The times they are a changin’: marital status and health differentials from 1972 to 2003. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(3), 239–253.
- Lleras-Muney, Adriana. (2005). The relationship between education and adult mortality in the United States. *Review of Economic Studies*, 72(1), 189–221.
- Mackenbach, Johan P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75(4), 761–769.
- Mackenbach, Johan P., Ivana Kulhánová, Gwenn Menvielle, Matthias Bopp, Carme Borrell, Giuseppe Costa, Patrick Deboosere, Santiago Esnaola, Ramune Kalediene, Katalin Kovacs, Mall Leinsalu, Pekka Martikainen, Enrique Regidor, Maica Rodriguez-Sanz, Bjørn Heine Strand, Rasmus Hoffmann, Terje A Eikemo, Olof Östergren, & Olle Lundberg. (2015).

- Trends in inequalities in premature mortality: A study of 3.2 million deaths in 13 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(3), 207–217.
- Mackenbach, Johan P., Irina Stirbu, Albert-Jan R. Roskam, Maartje M. Schaap, Gwenn Menvielle, Mall Leinsalu, & Anton E. Kunst. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468–2481.
- Marmot, Michael, Sharon Friel, Ruth Bell, Tanja A. J. Houweling, Sebastian Taylor, & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372(9650), 1661–1669.
- Marmot, Michael G., Geoffrey Rose, Martin Shipley, & Peter J. Hamilton. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 32(4), 244–249.
- Martikainen, Pekka, Pia Mäkelä, Riina Peltonen, & Mikko Myrskylä. (2014). Income differences in life expectancy: The changing contribution of harmful consumption of alcohol and smoking. *Epidemiology*, 25(2), 182–190.
- McCracken, Kevin, & David Phillips. (2017). *Global Health: An Introduction to Current and Future Trends* (2nd ed.). Routledge.
- McEwen, Bruce S. (1998). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840(1), 33–44.
- McEwen, Bruce S. (2012). Brain on stress: How the social environment gets under the skin. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(supplement_2), 17180–17185.
- Meara, Ellen R., Seth Richards, & David M. Cutler. (2008). The gap gets bigger: Changes in mortality and life expectancy, by education, 1981–2000. *Health Affairs*, 27(2), 350–360.
- Mechanic, David. (2002). Disadvantage, inequality, and social policy. *Health Affairs (Project Hope)*, 21(2), 48–59.
- Mehta, Neil K., James S. House, & Michael R. Elliott. (2015). Dynamics of health behaviours and socioeconomic differences in mortality in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(5), 416–422.
- Merton, Robert K. (1968). The Matthew effect in science: The reward and communication systems of science are considered. *Science*, 159(3810), 56–63.
- Montez, Jennifer K., & Mark D. Hayward. (2014). Cumulative childhood adversity, educational attainment, and active life expectancy among U.S. adults. *Demography*, 51(2), 413–435.

- Murtin, Fabrice, Johan Mackenbach, Domantas Jasilionis, & Marco Mira d'Ercole. (2017). *Inequalities in longevity by education in OECD countries: Insights from new OECD estimates* (OECD Statistics Working Papers No. 2017/02).
- Navarro, Vicente. (2009). What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services*, 39(3), 423–441.
- OECD. (2019). *Health at a glance 2019: OECD indicators*.
- Omran, Abdel R. (1971). The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509–538.
- Pampel, Fred C., Patrick M. Krueger, & Justin T. Denney. (2010). Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual Review of Sociology*, 36(1), 349–370.
- Petrovic, Dusan, Carlos de Mestral, Murielle Bochud, Mel Bartley, Mika Kivimäki, Paolo Vineis, Johan Mackenbach, & Silvia Stringhini. (2018). The contribution of health behaviors to socioeconomic inequalities in health: A systematic review. *Preventive Medicine*, 113, 15–31
- Preston, Samuel H., Mark E. Hill, & Greg L. Drevenstedt. (1998). Childhood conditions that predict survival to advanced ages among African-Americans. *Social Science & Medicine*, 47(9), 1231–1246.
- Rogers, Richard G., & Robert Hackenberg. (1987). Extending epidemiologic transition theory: A new stage. *Social Biology*, 34(3–4), 234–243.
- Roseboom, Tessa, Susanne de Rooij, & Rebecca Painter. (2006). The Dutch famine and its long-term consequences for adult health. *Early Human Development*, 82(8), 485–491.
- Saabneh, Ameen M. (2016). Arab-Jewish gap in life expectancy in Israel. *The European Journal of Public Health*, 26(3), 433–438.
- Sasson, Isaac. (2016). Trends in life expectancy and lifespan variation by educational attainment: United States, 1990–2010. *Demography*, 53(2), 269–293.
- Sasson, Isaac, & Debra J. Umberson. (2014). Widowhood and depression: New light on gender differences, selection, and psychological adjustment. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69B(1), 135–145.
- Semyonov, Moshe, & Noa Lewin-Epstein. (2011). Wealth inequality: Ethnic disparities in Israeli society. *Social Forces*, 89(3), 935–959.
- Shaw, Benjamin A., Kelly McGeever, Elisabeth Vasquez, Neda Agahi, & Stefan Fors. (2014). Socioeconomic inequalities in health after age 50: Are health risk behaviors to blame? *Social Science & Medicine*, 101, 52–60.
- Shmueli, Amir. (2014). Income-related inequalities in health and health services use in Israel. *Israel Journal of Health Policy Research*, 3(1), Article 37.

- Shmueli, Amir, & Revital Gross. (2004). Health inequality in Israel during the 1990s. *Social Security*, 7, 139–152.
- Skalamera, Julie, & Robert A. Hummer. (2016). Educational attainment and the clustering of health-related behavior among U.S. young adults. *Preventive Medicine*, 84, 83–89.
- Soskolne, Varda, & Orly Manor. (2010). Health inequalities in Israel: Explanatory factors of socio-economic inequalities in self-rated health and limiting longstanding illness. *Health & Place*, 16(2), 242–251.
- Staetsky, L. Daniel, & Andrew Hinde. (2009). Unusually small sex differentials in mortality of Israeli Jews: What does the structure of causes of death tell us? *Demographic Research*, 20, 209–252.
- Stewart, Miriam J., Lorraine Greaves, Kaysi Eastlick Kushner, Nicole L. Letourneau, Denise L. Spitzer, & Madeline Boscoe. (2011). Where there is smoke, there is stress: Low-Income women identify support needs and preferences for smoking reduction. *Health Care for Women International*, 32(5), 359–383.
- Szanton, Sarah L., Jessica M. Gill, & Jerylin K. Allen. (2005). Allostatic load: A mechanism of socioeconomic health disparities? *Biological Research For Nursing*, 7(1), 7–15.
- Thoits, Peggy A. (2010). Stress and health: Major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S41–S53.
- Timmermans, Stefan, & Marc Berg. (2003). The practice of medical technology. *Sociology of Health & Illness*, 25(3), 97–114.
- Whitehead, Margaret. (2000). William Farr's legacy to the study of inequalities in health. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1), 86–87.