

# פרדיגמה לניתוח מערכת: השימוש במחקר האנתרופולוגי יהודית שובל

המאמר מציג מודל לניתוח מערכתי של ממצאים אתנוגרפיים שמטרתם לשרת משימות יישומיות. המודל כולל שני חלקים: מיון של הנושאים שהוא מבקש לבדוק וזיהוי השחקנים הרלוונטיים. כדי להמחיש את השימוש במודל מוצג מחקר של דפוסי ביקורים של עולים מארצות שונות במרפאות של קופת חולים. נמצא ששיעורי הביקורים בארץ גבוהים מן המקובל ועולים על שיעור הביקורים בארצות אחרות, שיש בהן מערכות בריאות דומות לשלנו. לאור זאת נבדקה האפשרות שהמרפאות מספקות פונקציות נוספות, מעבר לתפקידיהן הגלויים בתחום הטיפול במחלות. סיפוק הפונקציות האלה על-ידי אנשים שאינם רופאים, עשוי לצמצם את שכיחות הביקורים, וכך יוכלו הרופאים לתפקד בצורה יעילה יותר בתחומם. הגישה המערכתית המוצעת במאמר מכוונת אפוא את החוקרים להתייחסות כוללנית לכל חלקיה של המערכת החברתית ולשחקנים הרלוונטיים.

מילות מפתח: פונקציות גלויות, פונקציות סמויות, מרפאות קופת חולים, שיעורי ביקורים, מחקר יישומי, מכשולים ליישום, מקבלי החלטות, גישה מערכתית

\* פרופ' יהודית שובל, המחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה, האוניברסיטה העברית בירושלים.  
דואר אלקטרוני: [judith.shuval@mail.huji.ac.il](mailto:judith.shuval@mail.huji.ac.il)

## רקע ביוגרפי

במשך למעלה משנתיים הייתי זרה בינכם. אי־אפשר לומר שלא קיבלתם אותי יפה, אבל לא הייתי ממש אחת מכם. הוגדרתי כסוציולוגית, מה שהיה נכון, ולכן לא הייתי שייכת למשפחה. קיבלו אותי בנימוס והאזינו לדבריי בעניין רב, ככל הנראה בשל גילי הנכבד, רשימת פרסומי (בתחום אחר) ומעמדי האקדמי הבכיר. ה"זרות" הזאת היא שהעניקה לי מעמד מעניין ומועיל: התאמתי לדמות האיקונית של האנתרופולוג שבא מבחוץ, מי שעדיין אינו מכיר את ההנחות ואת האקסיומות הבסיסיות של הקבוצה ואף רואה בהן דבר־מה מובן מאליו. כך יכולתי להתבונן בקבוצה של אנתרופולוגים הדנים בעבודתם ובהשלכותיה מנקודת מבטו של אדם חיצוני.

הרושם הראשון, ואולי גם המתמשך ביותר שגיבשתי מעצם היותי "זרה", היה הערפול וחוסר הביטחון של חברי הקבוצה בנוגע למעמדם המקצועי כאנתרופולוגים, למהות תפקידם או לשאלה מה הוא צריך להיות. ואכן, זמן רב הוקדש לניסיון להבהיר את הסוגיות הרבות הקשורות בהגדרות אלו. הופתעתי לשמוע התייחסויות רבות מאוד למעמדה החלש יחסית של האנתרופולוגיה לעומת הסוציולוגיה: באוניברסיטה שבאתי ממנה, וגם באוניברסיטאות אחרות, שמה של המחלקה (סוציולוגיה ואנתרופולוגיה) נתפס כשם המשקף את מעמדה המשני.

הייתי מודעת לדימוי הציבורי שלי כ"זרה" בקבוצה, אבל אני עצמי לא הרגשתי זרה כל כך. למעשה, רציתי להצטרף לקבוצה כי האמנתי שאני שייכת אליה ואולי אף יכולה לתרום לדיוניה – לא פחות מאשר האנתרופולוגים עצמם. התחושה הזאת נבעה ממקורות אחדים. הגורם הראשון ואולי המשפיע ביותר הוא ההתחמה הראשונית שהתרחשה במסגרת הכשרתי המקצועית המוקדמת במחלקה ליחסים חברתיים באוניברסיטת הרווארד (Harvard). למזלי הטוב למדתי במחלקה הזאת בתקופת השיא של ראשית קיומה, כשהאידיאל של איחוד מדעי החברה לתכנית משולבת לתואר שני היה בשיאו. בשנות ה־50 המוקדמות של המאה ה־20 כמעט לא נודעה הגישה שיש לבצע "אינטגרציה" בין תחומי דעת אקדמיים וכמעט לא הופעלה באוניברסיטאות, וכולנו – סגל וסטודנטים גם יחד – היינו חדורים התלהבות תלוצית מיוחדת. הפרוי־סמינריון הבין־תחומי היה קורס חובה לכל תלמיד שהחל את לימודי התואר השני, ואנו היינו שקועים בקריאת חומרים בשלושת תחומי הדעת שהרכיבו את המחלקה החדשה ליחסים חברתיים: סוציולוגיה, אנתרופולוגיה חברתית ופסיכולוגיה. במחלקה עבדו דמויות אגדיות (כיום), כמו טלקוט פרסונס, ג'רום ברונר, קלייד ופלורנס קלקהון, גורדון אולפורט, ג'וזף וביאטריס וויטינג, איבון ז' ווגט, רוג'ר בראון, אלכס אינקלס, אלינור מקובי והנרי מורי. הסטודנטים פגשו תערוכת של תחומי דעת במספר רב של קורסים ותכניות מחקר. בשנת 1951 פרסמו פרסונס ושיילס את רעיונותיהם בדבר תאוריה משותפת שתאחד את מדעי החברה, בתקווה שרעיונות אלו ישמשו קווים מנחים לחשיבתה של המחלקה (Parsons & Shils, 1951).

כסטודנטית לתואר שלישי נסחפתי אחר הרעיונות האלה והשתכנעתי בחשיבות הגישה האינטגרטיבית למחקר החברתי, שתיטול מתחומי הדעת המשולבים את המושגים התאורטיים הטובים ביותר ואת שיטות המחקר הטובות והמתאימות ביותר. אף שהתמחתי הייתה סוציולוגיה, הדבר לא הפחית מהערכתי לתחומים האחרים ולא החליש את נחישותי להשתמש בהם באופן פעיל בעבודתי המקצועית בעתיד. אף שחלפו שנים רבות מאז התקופה שבה התרחשה ההחתמה המרגשת הזאת בהרווארד, ניסיתי תמיד ללכת לאורו של אידאל זה.

במשך הזמן, בתהליך של התמחות הולכת וגוברת, התפצלה המחלקה ליחסים חברתיים לתחומי הדעת השונים שהרכיבו אותה. במהלך הקריירה המקצועית שלי בישראל מצאתי את עצמי בסביבות מופרדות של תחומי דעת, ובכל זאת השתדלתי לשמור במחקרים שערכתי על גישה רבת-תחומית. למזלי, סביבות העבודה שפעלתי בהן אפשרו מידה גדולה של אוטונומיה, גם לחוקר במדעי החברה שהיה צעיר מאוד וחסר ניסיון. ואכן הייתי עצמאית למדי בקביעת הגישה התאורטית, המתודולוגית והאנליטית של כל המחקרים שעסקתי בהם גם בשלבים המוקדמים ביותר של הקריירה שלי: תחילה במכון למחקר חברתי שימושי, שמנהלו, פרופ' לואי גוטמן, שמח לתת לי לפעול בדרכי (כי הוא התעניין בסוגיות מדעיות אחרות), ולאחר מכן באוניברסיטה העברית בירושלים, שעבדתי בה בשתי מחלקות: בית הספר לכריאות הציבור, ששימשתי בו בתפקיד המדען החברתי הראשי ואיש לא התערב במשימות המקצועיות שקיבלתי עליי, ובמחלקה לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה – שכל מחקריי נערכו בה בעזרת מענקי מחקר חיצוניים שאני הייתי החוקרת הראשית בהם ומי שהחליטה את כל ההחלטות החשובות באשר להיבטים התאורטיים, המתודולוגיים והאנליטיים של מחקריי. תמיד התקיימה כמובן הערכת עמיתים, אך מעולם לא הייתה התנגדות מוסדית לניסיונותי לשלב בין תחומי הדעת.

לסיכום, במשך כל שנות חיי המקצועיים כסוציולוגית חוקרת עשיתי כל מאמץ לנקוט גישה רבת-תחומית ולכלול בעבודתי רכיבים משמעותיים מן האנתרופולוגיה ומן הפסיכולוגיה בכל הנוגע לתאוריה, לשיטות המחקר ולדרכי הניתוח. אם כך, אני רואה את עצמי כקרובת משפחה – אם לא כבת משפחה ממש – של אותם אנשי מקצוע החוקרים את סוגי הנושאים המעניינים את הקהילה האנתרופולוגית. בלי להתכחש בשום דרך לייחודה של האנתרופולוגיה ולשיטותיה כתחום דעת נפרד, אני נוטה לחשוב שכאשר רוצים להבין את הבעיות המרכזיות שקבוצת המחקר עסקה בהן, יש להכיר בכך שהסוגיות שעמדו בפניה אינן ייחודיות לאנתרופולוגיה. סוציולוגים ופסיכולוגים העוסקים במחקר איכותני עומדים גם הם בפני רבות מאותן סוגיות. לעומת רבים מחברי הקבוצה, אני נוטה להפחית מחשיבות ייחודה של האנתרופולוגיה כתחום דעת נפרד בכל הנוגע לסוגיות העומדות בפניה ובכל הנוגע לשימושים וליישומים של ממצאי מחקרה.

## גישה מערכתית

במאמר זה אתמקד במטרה העיקרית שהוצבה בפני קבוצת המחקר, כפי שנוסחה במכתב שנשלח לכל המשתתפים ב־14 בדצמבר 2009: לבחון את הרלוונטיות של הידע האנתרופולוגי ואת סוגי השימוש שנעשה בו בהקשר של החברה הישראלית. אף שבמהלך שנתיים של דיונים הועלו נושאים רבים אחרים, במאמר זה אני מעדיפה לחזור לסוגיה הבסיסית ולבחון אותה במונחי הניסיון שצברתי במהלך השנים ולאור הדיונים שהתקיימו בקבוצה.

נקודת המבט שאנקוט תיראה אולי צרה במבט ראשון, אך למעשה היא מתמקדת במה שהוא ככל הנראה סוג הסוגיות התכופות ביותר שנתקלים בהן בפועל: השימוש בממצאים אנתרופולוגיים להבנת ההקשרים החברתיים בניסיון להתמודד עם מגוון של בעיות חברתיות ולפתור אותן. ברור שאין אלו השימושים היחידים שניתן לעשות במחקר האנתרופולוגי, אך לפי ניסיוני, הם השימושים המגיעים במידה רבה את קובעי המדיניות ואת אנשי המקצוע השונים, המקווים להשתמש בחלק מן הממצאים. על מנת לטפל בסוגיות הכרוכות בשימוש בממצאי המחקר האנתרופולוגי, אני מציעה ניתוח מערכתי, שעל־פי שמו הוא הוליסטי: הוא מבקש להתבונן בזירה מוגדרת – בדרך כלל מוסד, ארגון או קבוצה – בהקשרה התרבותי המלא בניסיון לזהות את מערכת הערכים, העמדות, המטרות והמנהגים המשותפים המאפיינים אותה. ניתן להשיג זאת בייעילות הרבה ביותר כאשר מגדירים מראש מסגרת מושגית רופפת, שתבנה את התצפיות ואת איסוף הנתונים. המונח "רופפת" מכוון, ומטרתו להדגיש את הפתיחות שבניתוח מערכתי, שאיננו נוקשה אלא מאפשר שינויים והתאמות ברכיביו במסגרת עבודה מתמשכת בשדה.

בהתחשב בגמישות ובפתיחות, שהן תכונות אינהרנטיות לניתוח המערכתי, אני מציעה להתבונן את המחקר האנתרופולוגי (המחקר שרוצים להשתמש בו) סביב שלושה צירים מרכזיים: ההקשר המצבי והתרבותי הכולל, המשתתפים ומקבלי ההחלטות. הערכת ההקשר המצבי והתרבותי הכולל מספקת את הרקע ההכרחי לניתוח מערכתי. היא דורשת לתאר את הנושא במדויק ולהגדיר את סוגי הממצאים המבוקשים. אלו יכולים לנוע מממצאים כלליים מאוד (למשל, הבנה טובה יותר של התרבות המקומית כדי לשפר את התקשורת עם נושאי משרה ציבורית חשובים) ועד פתרון בעיות מוגדרות (למשל, שיפור היחסים בין משפחות או בין הורים לבין ילדים). היא כוללת הגדרה של סביבת המחקר, למשל קהילה, רשות מקומית, משרד ממשלתי, עמותה, מוסד חינוכי, הקשר צבאי, קיבוץ, קבוצה אתנית מסוימת, קבוצת מיעוט, ולמעשה כל מסגרת חברתית שנבחרה לצורך המחקר. חשוב להבהיר מי יזם את המחקר ומי מקדם את ביצועו: אנתרופולוגים, הנחקרים עצמם, קבוצת עניין חיצונית, רשות ממשלתית או מקומית, עמותה לזכויות אדם או כל קבוצת עניין אחרת. במהלך המחקר יש להתייחס לציר הזמן: האם נושא המחקר דורש פעולה דחופה או שמא המחקר הוא משימה ארוכת טווח שתתפרס על פני זמן ותאפשר בדיקה מעמיקה של פתרונות חלופיים? האם המחקר

הוא משימה קצרת מועד או שמא מדובר בפרויקט ארוך טווח רב־שלבי? כמה זמן צפוי הפרויקט להימשך?

הרכיב השני של הניתוח המערכתי מתייחס למשתתפים בהקשר החברתי הנדון. משתתפים אלו כוללים את האנתרופולוגים וחוקרים אחרים מתחום מדעי החברה המעורבים במחקר, וגם את הנחקרים (יחידים וקבוצות) המרכיבים את זירת המחקר. כל אחד מן המשתתפים הללו מביא אל ההקשר את יכולותיו ואת ניסיונו. התברור של האנתרופולוגים מתרחש בדרך כלל בסביבות אקדמיות המדגישות את התאוריה, והמחקר היישומי זוכה בהן לעדיפות נמוכה ואף לזלזול. מוסדות אקדמיים רבים מתגמלים ומקדמים מחקר המכוון לתאוריה, ולא מחקר המכוון לבעיות יישומיות. הדבר נכון ברובו גם בנוגע להכשרתם של חוקרים במדעי החברה האחרים השותפים לעבודתם. לפיכך המטרות והמוטיבציות של המשתתפים הללו אינן אחידות, וסדרי העדיפויות שלהם שונים אלו מאלו במידה רבה: חלקם בעלי מוטיבציה גבוהה להבין את הבעיות המקומיות ולחשוב על פתרונות, ואילו אחרים מעוניינים בעיקר בהשגת נתונים לצורך ניתוח תאורטי ופרסום בכתבי עת אקדמיים; יש המתעניינים בעיקר בביסוס מוניטין מקצועי, ואילו אחרים רואים באנתרופולוגיה קודם כול עבודה לפרנסתם.

ההכשרה הפרופסיונלית של חוקרים במדעי החברה, לרבות אנתרופולוגים, מדגישה בדרך כלל פיתוח של מיומנויות תקשורת עם חוקרים אחרים במדעי החברה, וכמעט אין מלמדים אותם טכניקות של תקשורת מקצועית עם אנשים אחרים. בשל החסר הזה רבים מהם מתקשים בשלב מאוחר יותר של הקריירה להעביר את ממצאי המחקר בשפה ובסגנון מובנים למי שאינם אנתרופולוגים. המוטיבציה של המשתתפים הפרופסיונליים מושפעת גם ממקורות התמיכה שלהם. בעבור מי הם עובדים? האקדמאי החף מאינטרסים הוא כנראה דמות מיתולוגית. גם אם הוא ממומן על־ידי קרן או מענק ציבורי, החוקר אינו יכול או אינו רוצה בדרך כלל להיות "ניטרלי" כלפי סוגיה חברתית-פוליטית משמעותית. קשה להישאר מחוץ לגבולות של קבוצות העניין המעורבות במחקר, ואכן אנתרופולוגים רבים הם בעלי עניין גלוי בקידום אינטרס או נקודת השקפה.

משתתפים מסוג אחר הם הנחקרים: אלו הם אנשים וקבוצות שונות, המרכיבים את זירת המחקר שהם בודקים. יש לסווגם במונחים של תפקידיהם במערך, ובפרט במונחים של יחסם אל הבעיות הנחקרות. יש לסווגם במונחים של מקומם במבנה הכוח ושל השפעתם הפוטנציאלית על מקבלי ההחלטות. אם כך, חשוב להבהיר את מבנה הקשרים המשפחתיים ואת התפקידים המגדריים, וגם את השפעת הגיל, המגדר, המיקום המשפחתי, ההשכלה, המיומנויות התעסוקתיות ותכונות אישיות נוספות הנוגעות למקומם של היחיד ושל הקבוצה במבנה החברתי הכולל. רגשותיהם ועמדותיהם של הנחקרים כלפי פרויקט המחקר וכלפי הגורמים התומכים בביצועו רלוונטיים ביותר. יש מי שיקבלו בברכה את החוקרים ויתמכו בפרויקט, ואילו אחרים עלולים לגלות עוינות או אף לחבל בעבודתם. לעומתם, סביר שרבים יהיו חסרי עניין, אדישים או כלל לא יהיו מודעים לקיומו של המחקר. עמדות מעורבות מעין אלו ממלאות תפקיד

בשימוש שיעשה בסופו של דבר בממצאי המחקר. ייתכן שרבים מן הנחקרים כבר גיבשו עמדה בנוגע לתוכן המחקר או בנוגע לפתרונות ולמדיניות. עם הנחקרים האלה נמנים אקטיביסטים המבקשים לקדם את תפיסת עולמם, וגם אנשים פסיביים בעלי מחויבות פחותה. ייתכן שהיו אנשים שיעדיפו את הסטטוס קוו ויתנגדו לשינוי, ולצדם יהיו מי שיחפשו דרכים לדחות את הפתרונות או להכשילם.

הקטגוריה השלישית של הניתוח המערכתי מתמקדת במקבלי ההחלטות, שהם המשתמשים העיקריים – אך לא היחידים – בממצאי המחקר. כפי שכבר ציינו, יש מקרים שבהם משתתפים מסוימים עשויים להיות גם מקבלי החלטות. לעתים קרובות יותר מקבלי החלטות נמצאים מחוץ לזירת המחקר או בשוליה, במקום מרוחק או בלתי נגיש.

חשוב לזהות את מקבלי ההחלטות הרלוונטיים לסוגיות הנחקרות. תהליך הזיהוי הוא תהליך מורכב מאוד, כי סוגיות חברתיות יכולות להידון במספר רב של רמות. ריבוי מקבלי ההחלטות מתברר מתוך ההטרוגניות שלהם: הם עשויים לכלול משתתפים מקומיים, אנשי מקצוע מסוגים שונים, נושאי משרות ציבוריות ודמויות פוליטיות ברמה המקומית, ברמות הביניים וברמה הארצית, וחשוב להבהיר את רמת הסמכות שלהם. לאחר זיהויים של מקבלי ההחלטות הרלוונטיים חשוב להעריך את עמדתם כלפי משימת המחקר. גם אם הם עצמם היו בין הגורמים שיזמו את פרויקט המחקר או מימנו אותו, הניסיון מלמד שאין ערובה שהם יקבלו בסופו של דבר את הממצאים וישתמשו בהם. מי שלא היה להם קשר עם החוקרים או לא היו מעורבים באופן ישיר בהגדרת מטרות המחקר, סביר להניח שלא יכירו את המחקר האנתרופולוגי ואת השימושים האפשריים בו. העמדות כלפי מחקר חברתי בכלל, וכלפי אנתרופולוגים בפרט, נעות בין כבוד והערצה לבין בורות ואדישות, אך יש גם ספקנות ואף איבה.

סדר היום החבוי המשמש בסיס לשימוש או לאי־השימוש בממצאי המחקר חשוב אף יותר. הוא נובע ממטרותיהם ומצורכיהם של מקבלי ההחלטות עצמם. בצד אחד ניצבים מקבלי החלטות המבינים ומעריכים את ממצאי המחקר ומבקשים לטפל בסוגיות שנחקרו באמצעות שימוש בממצאים. בצד האחר מצויות מגוון סיבות המסבירות את אי־השימוש בממצאי המחקר האנתרופולוגי: לא כל האנתרופולוגים הוכשרו ורכשו מיומנות בהצגת ממצאיהם בפני אנשים שאינם אנתרופולוגים, כך שהם יובנו כהלכה ואפשר יהיה להשתמש בהם. הדבר הרלוונטי ביותר הוא הדימוי הציבורי שמקבלי ההחלטות מבקשים להציג והעדיפות שהם נותנים לחלקים אחרים בעבודתם המתמשכת. יש מקרים שבהם מקבלי ההחלטות הם שיזמו את המחקר, לרוב בעלות גבוהה ובלא כל כוונה להשתמש בממצאים העתידיים. במקרים אלו הוא נועד להשיג מטרות אחרות, למשל לדחות החלטות, להטות את תשומת הלב הציבורית לכיוון אחר, להכחיש את קיומה של בעיה כלשהי, להתחמק מאחריות, להעביר את האחריות לאדם אחר או לקבוצה אחרת או ליצור דימוי ציבורי המציג דאגה כנה. אינטרסים פוליטיים שונים ומטרות אישיות ממלאים תפקיד בקביעת התנהגותם.

ראוי לציין שלעתים קרובות אפשר למצוא הטיה פוזיטיביסטית בקרב מקבלי ההחלטות. מחקר ממותני, ככל שיהיה מורכב ובלתי מובן מבחינה טכנית, עוטה הילה של איתנות מדעית המקלה על מקבלי ההחלטות לקבלו ולהשתמש בו. מחקר איכותני, מן הסוג שהאנתרופולוגים, הסוציולוגים האיכותניים והפסיכולוגים מבצעים, אינו מופך לרבים. גם אדם אחד בעל אוריינטציה פוזיטיביסטית, המעורר ספקנות וציניות בקרב מקבלי ההחלטות, עלול להפחית את נכונותה של קבוצה להשתמש בממצאים האנתרופולוגיים.

### מחשבות במבט לאחור: המחקר שלי לאור הפרדיגמה שתוארה

כמה מן המחקרים שביצעתי סיפקו לאורך השנים ממצאים שהצביעו על פתרונות אפשריים למגוון של בעיות חברתיות. למרות הביטחון שחשתי בנוגע לאמינות המחקר, אני מודעת לכך שבמקרים רבים לא השתמשו בממצאים כפי שקיוויתי. בחקר המקרה שלפנינו אתייחס לפרדיגמה שתוארה למעלה בניסיון לשפוך אור על התהליכים הללו.

#### הפונקציות החברתיות של הפרקטיקה הרפואית

בשנות ה־60 המאוחרות של המאה ה־20 התחלתי להתעניין בסוציולוגיה של הבריאות. במהלך תקופה זו הגיעו לישראל מהגרים רבים שנוקקו מאוד לטיפול רפואי: ניצולי שואה ועולים ממדינות מפותחות פחות, שרפואה מערבית הייתה מצויה או נגישה בהן פחות. החלטתי שהדבר הראשון שיש לעשות הוא להשיג מידע רב ככל האפשר על מערכת הבריאות ועל שירותי הרפואה בישראל, שהיו שונים מאוד ממה שהכרתי בילדותי בארצות הברית. למטרה זו ביקרתי במספר רב מאוד של מרפאות והקדשתי זמן להתבוננות בהקשר החברתי שהתקיים שם. דיברתי ארוכות עם אנשי מקצוע המעורבים ישירות בעבודה הקלינית (רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים רפואיים וכד'), צפיתי בחולים שונים שישבו בחדרי ההמתנה ושוחחתי אתם ועם אנשי המנהל בקופות החולים ובמשרד הבריאות. מיד הבנתי ששירותי הרפואה בקהילה שונים לגמרי מן השירותים בבתי החולים והחלטתי להתמקד במרפאות שבקהילה – סוגיה שהשפיעה על רוב האנשים רוב הזמן והציבה שאלות תאורטיות ומעשיות מרתקות.

עד מהרה התוודעתי לעומס הרב המוטל על המרפאות הראשוניות. בבדיקת הספרות הרלוונטית מצאתי שמספר הביקורים במרפאה בישראל הוא הגבוה בעולם: 12–15 ביקורים לאדם בשנה. במדינות שקיימות בהן מערכות דומות של מרפאות ראשוניות, מספר הביקורים הממוצע עמד באותה תקופה על 6 ביקורים לאדם בשנה.

במהלך ביקוריי במרפאות בקהילה דיברו הרופאים בלא הפסק על המספר העצום של חולים שעליהם לבדוק בכל יום ועל הקושי לספק בתנאים אלו טיפול באיכות גבוהה. חלקם תיארו את עבודתם כרפואה בסרט נע. הרופאים היו מודעים היטב לכך שאוכלוסיית המטופלים כוללת עולים רבים בעלי צרכים מיוחדים. משפט חריף שאמר

אחד הרופאים המם אותי: "30 אחוז מן החולים לא ממש חולים ואינם צריכים לבקר במרפאה בכלל...". המטופלים התלוננו על תורים ארוכים בחדרי המתנה צפופים, על רופאים חסרי סבלנות ועל טיפול שטחי. אנשי מנהל דיברו על הצאות מיותרות על טיפול רפואי, כי מערכת הביטוח הרפואי אפשרה ביקורים כה רבים במרפאות. בשנות ה־60 של המאה ה־20 הייתה התאוריה הפונקציונליסטית מקובלת בחוגים רחבים של מדעי החברה. כתלמידה לשעבר של אחד הפונקציונליסטים המובילים, טלקוט פרסונס, התרשמתי מאוד בזמנו מספרו *The social system* (Parsons, 1951), ובייחוד מן הפרק שעסק במקצוע הרפואה ובו הוא פיתח לראשונה את רעיונותיו בדבר התפקידים המשלימים של רופא וחולה. הטקסט הזה היה ציון דרך מוקדם בתחום הסוציולוגיה של הרפואה, שהחל להתפתח באותו זמן. עוד הוקסמתי מן הרלוונטיות של רעיונותיו של רוברט מרטון (Merton, 1949) בנוגע לפונקציות הסמויות של מוסדות חברתיים והחלטתי לחבר בין התאוריות של שני התאורטיקנים הללו במסגרת מחקר אתנוגרפי של יחסי רופא וחולה במרפאות הראשוניות. הניחוש האינטואיטיבי שלי היה ששיעורי הניצול הגבוהים קשורים באופן כלשהו לטיב היחסים הללו.<sup>1</sup> שתי מטרות עמדו לנגד עיניי במחקר: לנצל את ההקשר האמפירי כדי לבחון את התועלת של התאוריות הללו, ולספק הבנה מעמיקה של תופעה שהטרידה רופאים, חולים ואנשי מנהל והפריעה לתפקודה של מערכת הבריאות. המטרה הראשונה הייתה לבחון באופן ביקורתי כמה מושגים תאורטיים, ואילו השנייה הייתה מכוונת בעיקר למצוא פתרונות מעשיים ל"בעיה" של ניצול יתר.

הזמנתי את אהרן אנטונובסקי ואת מיכאל דיוויס להצטרף אליי למחקר של הפונקציות הסמויות של הפרקטיקה הרפואית והשלכותיהן על הטיפול הרפואי. אנטונובסקי היה סוציולוג, ואילו דיוויס סיפק את הניסיון ואת נקודת המבט של רופא מנוסה. יחד הקדשנו ימים ארוכים לדיונים בסוגיות הנוגעות לעניין והחלטנו להתמקד בצרכים שהחולים ביקשו לספק בביקורם אצל הרופא במרפאה ראשונית. הרעיון הכללי שפיתחנו היה שהמרפאות סיפקו באופן כלשהו צרכים שלא היו קשורים ישירות לבריאותו של המטופל. במובן זה חשדנו שהמרפאות בקהילה מילאו כמה פונקציות סמויות על־פי הקווים שהתוו פרסונס (Parsons, 1951) ומרטון (Merton, 1949).

כתבתי הצעה למענק מחקר המבוססת על הגישות התאורטיות של פרסונס ומרטון, והדגשתי את ההשלכות המעשיות של המחקר בכל הנוגע לקשיים הנגרמים מניצול יתר של מערכת המרפאות הראשוניות. הצלחתי להשיג מענק תמיכה לפרויקט מקרן פורד. בשלב זה, כשהמחקר קיבל מימון והיינו מוכנים להתחיל בו, פניתי למשרד הראשי של קופת החולים ופגשתי את ד"ר טובה ברמן, מנכ"לית קופת חולים כללית. הצגתי בפניה תיאור מלא של המחקר המוצע ומטרותיו והדגשתי את המטרות הפרקטיות, ולא את

1 בשנים מאוחרות יותר נשמעה ביקורת על רעיונותיו של פרסונס וסוציולוגים רבים דחו אותם, אך בשנות ה־60 התייחסו אליהם בהערכה רבה.



המטרות התאורטיות. היא התרשמה מאוד ונתנה לנו אישור פורמלי לבקר במרפאות הקהילה, לצפות בעבודתן השוטפת, לדון עם הצוות הרפואי בסוגיות רלוונטיות ולשוחח עם מטופלים. בזכות אישורה הרשמי יכולתי להיכנס לכל המרפאות הראשוניות. חשוב לציין שביקשתי מקופת חולים רק רשות לחקור את מערכת המרפאות הראשוניות ולא תמיכה כספית, כי הייתי בטוחה שבשל תקציבם העמוס הם לא ייתנו עדיפות גבוהה או מימון לפרויקט מחקר. כפי שנראה מיד, האסטרטגיה הזאת הייתה אולי שגויה.

עמיתי ואני התחלנו בעבודתנו האתנוגרפית שהייתה הרחבה של מחקר הגישוש המוקדם שלי. החלטנו לבחור מרפאות ראשוניות המשרתות מגוון רחב של אוכלוסיות עולים מרקע תרבותי שונה, בהנחה שלהתנהגות בתחום הבריאות יש דפוסים תרבותיים. לא ניסינו לקבל גישה ישירה למפגש של רופא וחולה בשל הפרטיות הכרוכה בו, אך ניהלנו תצפיות נרחבות ודיוני עומק עם מטופלים בחדרי ההמתנה ועם רופאים, אחיות וחברי סגל נוספים במערכת הרפואה הראשונית.

ממצאי מחקר השדה הראו שהמטופלים מבקרים במרפאות הראשוניות מסיבות רבות. אמנם כמעט כולם ציינו סיבה רפואית, אך בדיונים עלה מגוון רחב של סיבות נוספות, לא כולן רפואיות במהותן. מלבד הסיבות הרפואיות הגלויות שצינו, הסיבות העיקריות לביקור במרפאות הראשוניות היו אלו: הצורך בקשרים חברתיים ובאינטראקציה חברתית; הצורך בתמיכה ובהבנה; הצורך במתן לגיטימציה לכישלון; הצורך בהזדהות עם החברה הישראלית באמצעות יצירת קשר עם אחד המוסדות המרכזיים המייצגים אותה.

כשניתחנו את הממצאים, יכולנו לייחס אותם לעבודתם של פרסונס ומרטון. מרטון הגדיר את הפונקציות הגלויות של מוסד כ"תוצאות... שהמשתתפים במערכת מכוונים אליהן ומצהירים עליהן". במקרה של המרפאות הראשוניות, הפונקציות הגלויות הן הפרקטיקה של רפואה מטפלת ורפואה מונעת. הפונקציות הסמויות הן התוצאות "שלא מתכוונים אליהן ולא מצהירים עליהן" (Merton, 1949, p. 51). כשהמטופלים חשים שהפונקציות הסמויות האלה רצויות, תהיה להם אולי מוטיבציה להשתמש במתקני המוסד בניסיון "ליהנות" הן מן הפונקציות הגלויות והן מן הפונקציות הסמויות. העובדה שהמטופלים מצדיקים את הגעתם למרפאה במונחי הזדקקותם לטיפול רפואי אין פירושה שאין להם מטרות אחרות (Rosenstock, 1966). היות ששיעורי התחלואה עצמם לא היו גבוהים עד כדי כך שיסבירו את שיעורי הניצול הגבוהים של המרפאות בישראל, אני סברתי שאפשר להסביר אותם, באופן חלקי לפחות, ברצונם של המטופלים "ליהנות" מן הפונקציות הסמויות של המרפאות הראשוניות, נוסף על הפונקציות הגלויות שלהן. ההתבוננות הזאת בשיעורי הניצול הגבוהים מחברת בין גישותיהם התאורטיות של פרסונס ומרטון על-ידי התמקדות בציפיות של המטופלים ובתפקידו המשלים של הרופא: המטופלים מחפשים סיפוק של צורך באמצעות אחת הפונקציות הסמויות של המוסד, ואילו הרופאים – מסיבות כלשהן – אינם מספקים את הצורך הזה. התוצאה עשויה אפוא להיות דפוס טקסי של הגעה חוזרת ונשנית אל המרפאה, משום שהמטופלים

ממשיכים לצפות מן הרופאים שיתנהגו בדרך שמכתיבים להם. לעומת זאת, אם הרופאים אכן מספקים את הצורך, למטופלים תהיה מוטיבציה "ליהנות" מן הפונקציה הסמויה שוב ושוב. בשני המקרים התוצאה היא שיעורים גבוהים של ניצול.<sup>2</sup>

הפונקציות הסמויות של המרפאות הראשוניות קשורות למאפיינים מבניים מסוימים שלהן. החשוב שבהם הוא העובדה שהחברים בקופת החולים היו מבוטחים באופן מלא ולא שילמו ישירות תמורת ביקורים במרפאה, כי באותו זמן לא נהגו תשלומים כאלה. כפי שאמר אחד המטופלים: "... אם אתה עובר על יד מזרקה ביום חם, למה לא תעצור ותשתה...?".

התבוננותו של פרסונס בתפקיד החולה ויחסו לתפקידו המקצועי של הרופא מספקים מסגרת מועילה להבנת ההקשר החברתי הנבדק (Parsons, 1951). פרסונס הדגיש את התלות האינהרנטית המתקיימת בתפקיד החולה ואת הפטור שיש למטופל מן החובה למלא את תפקידיו הרגילים. לפי הבנתו, המטופל נוטה לקבל הוראות, תרופות וטיפול מידי צוות מקצועי או מידי בני משפחה המיועדים לכך, ותפקיד החולה משחרר אותו למעשה מחובותיו הרגילות ומאפשר לו לנוח על מנת להבריא. מצוקת ההגירה וקשיי ההתמודדות עם הבעיות המתישות הכרוכות בהסתגלות לדרישות שההקשר החברתי החדש מציב בראשית הדרך, הופכים את הפסיביות לחלופה מושכת בעיני העולים החדשים, והם משיגים זאת באמצעות אסטרטגיות מודעות ולא מודעות של כניסה לתפקיד החולה.

תפקיד החולה עוזר לאנשים להתמודד עם אי-יכולתם לבצע חובות מסוימות הקשורות לתפקידם. ברלה (Berle, 1958, p. 206) טען ש"מחלה היא לעתים היבט של חוסר הצלחה, ולפיכך היא עשויה להפוך לאמצעי להצדקת הכישלון... כישלון הוא כמעט בלתי נמנע כשאין הלימה בין שאיפותיו של היחיד לבין האפשרויות המוגבלות הפתוחות בפניו...". במילים אחרות, לתפקיד החולה יש פוטנציאל לתגמל אנשים שאינם מסוגלים להשיג את המטרות שהם מציבים לעצמם (Moses & Hoek, 1961).

באשר לתפקיד הרופא, פרסונס ציין שבחברות המערביות הרופא הוא האדם היחיד המאשר את קיומה של מחלה. לא די שהאדם יצהיר שהוא חולה; לפני שהוא נכנס לתפקיד החולה, יש לקבל הכרה "רשמית" בכך שהוא אכן חולה. פרסונס האמין שהתגמולים הסמויים של תפקיד החולה, והצורך של החברה לקיים פיקוח חברתי כדי למנוע סטייה רחבת היקף של התחמקות מחובות חברתיות, הובילו לצורך בלגיטימציה "אובייקטיבית" ומקצועית של מומחה כדי להיכנס לתפקיד החולה. הסמכות להעניק לגיטימציה זו נתונה באופן בלעדי בידי הרופא.

במצב הרצוי, האוריינטציה של הרופא היא מתירנית ותומכת. הרופאים כפופים לנורמות פרופסיונליות, והם זהירים כאשר מטופלים מצביעים על תסמינים מעורפלים

2 גישה זו להבנת הניצול של המרפאה ננקטה גם בבריטניה במהלך שנות ה-60 של המאה ה-20 (Browne & Freeling, 1965; Simon, 1966).

ולא חד־משמעיים, גם כאשר תוצאות הבדיקות אינן מסבירות את התסמינים האלה. התעלמות מכך עלולה להסתיים באבחנה שגויה, ולכן מטופלים הרוצים להיכנס לתפקיד החולה מפתחים אסטרטגיות לשימוש בנתיב הזה לצורך מתן גיטימציה למחלתם. לאחר שסיכמנו את הממצאים, שלחתי אותם להנהלה הראשית של קופת החולים. עד מהרה הוזמנתי עם עמיתי להרצות בפני חברי ההנהלה ולדון אתם בממצאים. הם הביעו עניין רב ושאלו שאלות ענייניות. כשנשאלתי אילו הצעות מעשיות ניתן לגזור מן הממצאים, אמרתי שרבים מן הצרכים המאפיינים את המטופלים אינם מתייחסים ישירות לטיפול הרפואי, אף שהם עשויים להתבטא בתסמינים גופניים. ציינתי שיש צורך בתוספת צוות בעל מיומנויות בפסיכולוגיה ובתמיכה חברתית, כגון עובדים סוציאליים ופסיכולוגים, ובצוות תמיכה נוסף. התייחסתי לשונות התרבותית של אוכלוסיית המטופלים ולמחסור בצוות המסוגל לתקשר עם מטופלים כאלה. במילים אחרות, עלה צורך בצוות מקצועי היודע את לשונותיהם ומכיר את תרבותיהם של העולים כדי להבין היטב את הרקע שבאו ממנו. אם אנשי מקצוע כאלה יוכלו לסנן חלק מן המטופלים שצורכיהם אינם רפואיים, אלא חברתיים ופסיכולוגיים, אפשר יהיה להוריד את שיעורי הביקור הגבוהים במרפאות. צעד זה ייעל את שירותי הרפואה ויפחית את כמות המטלות הנדרשות מן הרופאים, והם יוכלו לתפקד באווירה לחוצה פחות.

כמה מן הרעיונות האלה נשמעו מוזרים למדי באוזני הרופאים שישבו בהנהלה המרכזית של קופת החולים בשנות ה־60 של המאה ה־20. הם השיבו שהתקציב כבר מתוח דיו, מעבר לגבולות, ואין סיכוי שיוכלו להוסיף צוות מכל סוג שהוא. הם התמאיו לנו על המחקר המעניין, ונפרדנו כשבפיהם תודות רבות.<sup>3</sup> רק בחלוף שנים רבות שילבו קופות החולים את צוותי התמיכה שהמלצנו עליהם בתוך המרפאות הראשוניות. בניסיון לרסן את שיעורי ההגעה למרפאות הן הטילו תשלום נמוך בגין ביקורים אצל רופא מומחה. ואולם, צעד זה ננקט לאחר דיונים אידאולוגיים ארוכים ומייגעים הנוגעים לשירותי בריאות אוניברסליים לכול בלא קשר להכנסה. דיונים סוערים בסוגיות אלו נערכו גם בנוגע להחלטה להטיל תשלום על תרופות מרשם.

### השימוש בממצאי המחקר

איך תורמת גישת המערכת, שהוצגה בפרדיגמה שלמעלה, להבנת השימוש שנעשה בממצאים האלה? הפרדיגמה מבהירה את המקור העיקרי לכישלון השימוש בממצאי המחקר שתואר: הוא נעוץ ביחסים שבין מקבלי ההחלטות ברמה הארצית והמקומית לבין צוות המחקר (Shuval et al., 1970). הרעיון לביצוע המחקר בא מצד החוקרים. מקבלי

3 כמה שנים לאחר מכן פרסמנו את ספרנו *Social functions of medical practice* (Shuval, Antonovsky, & Davies, 1970), שהציג בפירוט רב את המחקר המתואר.

ההחלטות, הן ברמה המקומית והן ברמה הארצית, הוכנסו לעניין רק באופן שולי – כדי שיספקו מידע וגישה לזירת המחקר בתחילת הפרויקט וכדי שיקבלו את הממצאים עם השלמתו. אף על פי שמקבלי ההחלטות היו מודעים לבעיות הנגרמות מניצול יתר של מערכת המרפאות הראשוניות ואף פי שהם תמכו בפרויקט, הם לא היו מעורבים באופן פעיל בתכנונו ובמימונו. יש לזכור שהשגתי מימון מקרן פורד ולא חשבתי לבקש מקופת החולים להשתתף בו בדרך כלשהי, מעבר להסכמתה לעבודת השדה שלנו במרפאות בקהילה. גם השתתפות כספית סמלית הייתה מעוררת, ככל הנראה, מחויבות גבוהה יותר למחקר ועניין בממצאיו. איש ממקבלי ההחלטות גם לא שותף בתהליך הניתוח של הממצאים, כי ראינו בזה שטח מקצועי שלנו. האמנו באמת ובתמים שמעמדנו כאנשים חיצוניים ו"זרים" מעניק לנו סמכות ותובנות מיוחדות. ביקשנו לקבל את התשומות של מקבלי ההחלטות רק לאחר שניסחנו את מסקנותינו, אך היינו מעוניינים מאוד לשמוע את תגובותיהם ואת דברי הביקורת שלהם.

בהתחשב במטרותיהם של מקבלי ההחלטות, המקומיים והארציים כאחד, הצעתנו להוסיף צוות בעל מיומנויות תמיכה פסיכולוגיות ותברתיות, כגון עובדים סוציאליים, יועצים ופסיכולוגים, עלולה הייתה להיתפס כמאיימת. המומחים הללו עדיין לא היו ידועים ומקובלים בישראל בשנות ה-60 של המאה ה-20, ורוב הצוותים שהיו בנמצא לא קיבלו הכשרה אקדמית. אנו האמנו שהעברת חלק ממשיותיהם של הרופאים אל בעלי מקצוע אחרים תשפר את יכולתם לבצע את תפקידם המקצועי ביתר יעילות ובאופן משביע רצון יותר. ואולם, חלק ממקבלי ההחלטות, שרובם היו רופאים בעצמם, ראו בהצעה הזאת ניסיון להגביל את הטריטוריה המקצועית שלהם. זאת ועוד, הדבר איים עליהם בגלל העברת המשאבים המוגבלים המיועדים למשרות רופאים, לסוגים אחרים של אנשי מקצוע.

ייתכן שהערכנו יתר על המידה את החשיבות שמקבלי ההחלטות ייחסו לבעיית ניצול היתר. הדיונים הלא פורמליים שלנו והתצפיות שערכנו הובילו אותנו לראות בזה בעיה חשובה ביותר, שפתרונה יתרום, לדעתנו, תרומה מכרעת לשיפור באיכות הטיפול הרפואי הראשוני וגם לשביעות רצון רבה יותר בקרב הרופאים והחולים. הגם שמקבלי ההחלטות הסכימו באופן כללי עם גישה זו, לרבים מהם היו כנראה רעיונות אחרים בנוגע לסדרי עדיפויות לשיפור הטיפול הרפואי הראשוני.

אף שמקבלי ההחלטות לא מיהרו ליישם את המלצותינו, רבות מהן יושמו למעשה עם הזמן, מובן שלא רק בעקבות מחקרנו. באנלוגיה למודל הזרימה הרב-שלבית של תקשורת שהציעו כץ ולזרספלד (Katz & Lazarsfeld, 1955), אפשר לומר שהמידע עובר באופן עקיף ולא פורמלי דרך ההשפעה האישית של מובילי דעה. כך שולבו לאורך השנים עוד ועוד מומחים במקצועות העזר, כמו עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה ומיומנויות תקשורת, בתוך מערכת המרפאות הראשוניות. יש מודעות הולכת וגדלה לחשיבות ההבדלים התרבותיים בין העולים ולשימוש במומחי שפה כדי לשפר את התקשורת. בניסיון להפחית את שיעורי הניצול הגבוהים הוחלט עם הזמן לקבוע תשלום

סמלי לביקורים אצל רופאים מומחים, שקודם לכן היו מכוסים באופן מלא במערכת הביטוח הרפואי האוניברסלית. בתחילה סופקו תרופות מרשם בלא תשלום, ובשנות ה-70 הוטל עליהן תשלום סמלי.

## דיון

בפרק הזמן המדובר הייתי צעירה מאוד וחסרת ניסיון. הייתי אידאליסטית וקיוויתי לתרום לתהליך בניית האומה באמצעות המיומנויות בעריכת מחקר חברתי שזה עתה רכשתי. בהתמקדותי בפלח המרפאות הראשוניות של מערכת הבריאות הייתי בטוחה שהארתי בעיה מרכזית: ניצול יתר והשפעותיו השליליות. הייתי משוכנעת שמחקרנו היה מתוכנן ומבוצע היטב, שהמתודולוגיה הייתה מבוססת, והחשוב מכול – שהניתוח, נוסף על העניין התאורטי שהיה בו, הצביע על כמה פתרונות ברורים. יתר על כן, האמנתי שתפקידי כחוקרת היה לנתח את הבעיה טוב ככל יכולתי ולהציג למקבלי ההחלטות את הממצאים ואת השלכותיהם. באותו זמן לא חשתי שעליי לעסוק באופן ישיר ביישום הממצאים.

במבט לאחור אני מופתעת מתמימותי. כמו רוב החוקרים במדעי החברה, דבר בהכשרתי הפורמלית לא הכין אותי לשימוש מעשי בתוצאות מחקרי, ולא היה כל דיון באסטרטגיות היחסים עם האנשים המממנים את המחקר החברתי. מטרתי העיקרית הייתה לתרום לגוף הידע התאורטי של תחום הדעת. העניין המוקדם שהיה לי בשימוש בממצאי המחקר נבע ממחויבותי העמוקה לבניית האומה ומרצוני לתרום תרומה מעשית למאמץ הזה, ולא מהיבט כלשהו של הכשרתי הפורמלית.

## מקורות

- Berle, B. B. (1958). *Eighty Puerto Rican families in New York City*. New York, NY: Columbia University Press.
- Browne, K., & Freeling, P. (1965). A basic misunderstanding. *Lancet*, 285(7389), 803-805.
- Katz, T., & Lazarsfeld, P. F. (1955). *Personal influence: The part played by people in the flow of mass communication*. Glencoe, IL: Free Press.
- Merton, R. K. (1949). *Social theory and social structure*. New York, NY: Free Press.
- Moses, R., & Hoek, A. (1961). Uses and abuses of medical certificates. *Israel Medical Journal*, 20(3-4), 95-102.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York, NY: Free Press.

- Parsons, T., & Shils, E. A. (1951). *Toward a general theory of action*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 94-124.
- Shuval, J. T., Antonovsky, A., & Davies, A. M. (1970). *Social functions of medical practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.