

Quality and quantity of health care services' utilization by Ethiopian versus non-Ethiopian diabetic patients.

Jaffe Anat, Givon Shmuel Yoel Toledano, Seffefe Ayecheh, Guttman Nurit,

Purpose

1. To examine the quality of medical care and follow-up of Ethiopian Immigrant (EI) patients with diabetes in primary-care clinics, according to clinical guidelines of Diabetes Mellitus and how it is conceived by EI patients and their health care providers [HCP].
2. To identify obstacles for effective health service utilization by EI patients regarding diabetes & cardiovascular risk factors

Method

The study compared use of health services and metabolic balance in EI patients with diabetes to that of patients who are not EI (control group) in 5 primary Clalit Health Service clinics in the Netanya area. Interviews focused on: laboratory tests, metabolic balance, communication with the HCP, dietician follow-up and counseling, eye doctor follow-up and use of technological equipment for self-monitoring and self-care.

Participants: 76 EI patients with diabetes were randomly selected from five primary care clinics of Clalit Health Services (CHS) in Natanya. For the purpose of control, each EI patient was matched with 2 same-age non-Ethiopian patients from the same clinic.

Data collection

(a) **Personal file data:** Data were obtained from the computerized medical files of the patients from 12 months prior to the interview. The indexes for assessing the quality of medical follow-up and metabolic parameters were based on the Clinical Guidelines for treatment of diabetes mellitus in the community, published by Clalit Health Services [April 2000].

(b) **Personal patient interviews:** Each patient was personally interviewed, in their mother tongue. The interview consisted of questions concerning the level of knowledge about diabetes, treatment methods, communication with the

HCP (doctor, nurse, dietician, pharmacist), beliefs and attitudes regarding diabetes and sociodemographics.

(c) Personal interviews with HCP: Semi-structured interviews were carried out with clinic HCP after the completion of the interviews with the patients and the analysis of the file data. The purpose was to identify challenges the primary care staff face in the treatment and follow-up of EI patients with diabetes.

Data analysis: Statistical analysis was performed by the center of data analysis at Tel Aviv University. Data were analyzed by the SPSSWIN version-12. Categorical variables were compared by chi-square or Fisher's exact test. Continuous variables were analyzed with repeated measures and paired two-tailed t-test. A p value of 0.05 defined the statistical significance of differences between groups. Open-ended questions were analyzed according to issues raised in the interviews.

Principal findings

General: A significant difference was found in the quality of treatment and follow-up and in the metabolic parameters between the EI group and the control group.

Patients: Sex and age of EI and control groups were similar, 60 ± 16 vs. 63 ± 11 years, $p=ns$ and the ratio of women to men was 47/29 vs. 78/69, respectively $p=ns$.

Computerized medical records: (a) Follow-up examinations: The following rate of the follow-up examinations and variable scaling in EI's was lower than in non-EI, despite the same number of recorded doctors' visits (performance percentage in EI's vs. control):

at least one blood-pressure recording during the course of one year 43% vs. 64%, $p=0.003$. BMI 21% vs. 33%, $p=ns$. Feet examination 28% vs. 37%, $p=ns$. HbA1C value was higher in EI's vs. control group $9.5\%\pm 2$ vs. $8.1\%\pm 2$ respectively, $p=0.02$.

(b) Laboratory reports: laboratory report rate was lower in EI's vs. the control group: HbA1C 40% vs. 57%, $p=0.02$, full lipid profile 43% vs. 71%, $p<0.001$,

Serum Creatinine 34% vs. 60%, $p=0.002$. Microalbumine secretion in urine 13% vs. 18% $p=ns$.

Interview findings

- (a) EI patients reported having a shorter disease duration compared to the control group, 5.5 ± 4.2 vs. 10.0 ± 8.5 years, respectively ($p<0.001$).
- (b) Evaluation of the quality of communication with HCP: EI patients tended to rate lower their ability to comprehend their doctor's explanation than those in the control group (48% vs. 92%, $p<0.001$), the frequency of discussing diabetes with the nurse (26.5% vs. 46.6%, $p<0.001$), and their comprehension the pharmacist's directions (18.1% vs. 79.2%, $p<0.001$).
- (c) Follow-up: Less EI's reported having high blood pressure (45.9% vs. 56.5% in control group, $p=0.019$) and high lipid level (22.4% vs. 48.3% respectively, $p<0.001$). Reporting having had a foot examination by doctor or nurse during the prior 6 months was 27.4% in EI's vs. 61.0% in control group, $p<0.001$, eye examination 54.9% vs. 72.2% respectively $p<0.001$. Referral to the dietician 59% vs. 83%, $p<0.001$.
- (d) Use of new technologies for self monitoring and treatment: The use rate of insulin injection aids in EIs was overall low. A large number of EIs used insulin syringes pre-prepared weekly by clinic nurses. Nurses' reasons for opting for syringe use included their conceptions of the inability of older EI's to learn how to operate new equipment, lack of the skill to read numbers and preference to depend upon the system. The percent of EIs who purchased and used glucometers was low: 17% vs. 65% in control group $p<0.001$. HCPs felt that EI's were "afraid to use devices" and did not comprehend the need to adopt self-treatment skills. These, according to the HCPs accounted for the minimal use of glucometers among EIs.
- (e) Economic limitations: Limitations related to cost of the equipment, lack of supplementary insurance that covers part of the expense, the need to travel to professional consultants, cost of healthy food, medication, etc.

- (f) Challenges in providing medical care to EI: Staff members felt the severity of lack of a common language and of the culture of EIs, especially older patients, particularly regarding factors that effect control of diabetes, such as nutrition habits. Paradoxically, the staff felt that on one hand they were highly respected by EIs, but on the other hand they believed EI realized they did not in fact understand their culture and thus they did not adopt their recommendations.

Summary of findings: Main obstacles to access: lack of common language with HCP, lack of EIs understanding of diabetes, and it being a-symptomatic chronic disease, lack of funds to finance medication and glucometers and distant doctors and clinics.

Policy recommendations and study projections on implementing governmental health insurance law:

1. In order to reach equity in the use of healthcare services provided by the National Health Insurance Law, there is a need to improve EIs access to them since currently they do not receive the same medical care others do with the same condition. .

2. In order to allow the system to provide equal services for EIs, it is important to develop tools for both the health teams and for monitoring implementation.

Following are specific recommendations:

- Improving access to medical care: EI's, with limited financial ability should be able to receive medication and medical technologies with minimal cost and it should be considered to define them as chronic patients who are exempt of payment.
- Improving verbal communication: Need to find ways to overcome cultural gaps between patients and caregivers. Possible ways are to utilize Ethiopian volunteers, with formal training, National Service, should be considered as well as the development of a hotline for Amharic / Tigrith / Hebrew translators trained in field of medicine.
- Improving cultural understanding of health teams: To develop an intervention program for the health teams, which will provide them with tools and an understanding of EI culture for the purpose of improving communication between the team and the patients.

- Culturally adapted information for EI population: To develop and improving culturally appropriate interventions
- Performance evaluation: To develop tools and measures to evaluate the quality of medical care provide to EIs.
- Information resources: To develop various information resources and materials for the EI population, using channels of communications that are accessible to them.

Achieving these goals demands organization and pooling of abilities and capacities from the various health-related resources in and outside the EI population.

ניצול שירותי בריאות ואיכות הטיפול בחולי סוכרת יוצאי אתיופיה בהשוואה למטופלים חולי סוכרת שאינם יוצאי אתיופיה

ענת יפה¹, שמואל גבעון², יואל טולדנו¹, איצק ספפה¹, נורית גוטמן³
¹אנדוקרינולוגיה וסוכרת, טנא בריאות, מרכז רפואי הלל יפה; ²שירותי בריאות כללית מחוז שרון-שומרון, ³תקשורת אוניברסיטת תל-אביב

תקציר

מטרות:

א. לבדוק את איכות הטיפול ומדדים מטבוליים בקרב חולי סוכרת עולי אתיופיה (ע"א) בהשוואה לחולי סוכרת שאינם ע"א.

ב. לאתר מכשולים לשימוש יעיל של ע"א חולים בסוכרת בשירותי הבריאות.

שיטות:

76 מטופלים בוגרים ע"א, נבחרו באקראי מתוך רשימת חולי סוכרת, המטופלים בחמש מרפאות ראשוניות של שירותי בריאות כללית באזור נתניה. לכל אחד הותאמו בגיל ומין שני נבדקים חולי סוכרת, שאינם ע"א. כל המטופלים רואיינו בשפת-האם. הראיון כלל שאלות על איכות הקשר עם הצוות המטפל, וניצול שירותי בריאות. במקביל נבדקו הנתונים בתיקים הרפואיים של המטופלים בשנה שלפני תחילת המחקר.

מדדים:

נמצא הבדל מובהק באיכות המעקב והאיזון של מטופלים ע"א לעומת קבוצת הביקורת. הגיל הממוצע ויחס נשים לגברים בקבוצת המחקר והביקורת לא היו שונים מבחינה סטטיסטית.

לפי התיקים הרפואיים; שיעור ביצוע המדידות של המשתנים הבאים היה נמוך באופן מובהק בקבוצת ע"א: לחץ-דם, בדיקות המעקב במעבדה: HBA1C, קריאטינין בדם ופרופיל שומנים מלא. **ע"פ הראיונות;** שיעור המשתנים הבאים היה נמוך בהרבה בע"א מאשר בקבוצת ביקורת: הבנת הסברי הרופא, שיחה עם האחיות על הסוכרת, הבנת הוראות הרוקח, הפניה לדיאטנית והבנת הסבריה. הצורך בעזרה בתרגום בשיחה עם הרופא היה רב יותר בקבוצת ע"א. מספר קטן יותר של ע"א דיווחו על כך שעברו מדידת לחץ-דם, בדיקת כפות-רגליים ובדיקת קרקעית-העיניים. בע"א נמצאה רמה ממוצעת של HBA1C $9.5\% \pm 2$ בהשוואה ל- $8.1\% \pm 2$ בע"א בקבוצת הביקורת $p=0.02$.

מסקנות:

על מנת להגיע לשוויון בניצול שירותי בריאות, יש להתגבר על מחסומים המעכבים שימוש דומה של ע"א בשירותי הבריאות ולשפר את הנגישות התרבותית והכלכלית של שירותי בריאות לע"א.

מטרות המחקר

המטרה העיקרית של המחקר הייתה ללמוד על איכות הטיפול וניצול שירותי בריאות של חולי סוכרת ע"א. מסקנות המחקר יאפשרו לשפר מתן שירותי בריאות ע"י התאמתם לצרכים המיוחדים של אוכלוסייה זו.

להלן פירוט המטרות הספציפיות:

I. לבחון את איכות הטיפול והמעקב בחולי סוכרת ע"א כפי שמתבצע במרפאות ראשוניות לפי הנחיות הקופה.

II. לבדוק את המשתנים המטבוליים של אותם מטופלים.

III. להעריך ידע, אמונות וגישות לגבי מחלת הסוכרת בקרב מטופלים עולי אתיופיה.

IV. לאתר מכשולים בניצול יעיל של שירותי הבריאות על-ידי עולי אתיופיה, לגבי מחלת הסוכרת ולגבי גורמי-סיכון קרדיו-וסקולריים.

V. ללמוד מהם האתגרים, הקשיים והצרכים, מנקודת ראותם של הצוותים המטפלים בע"א במרפאות הראשוניות, הקשורים בטיפול ובמעקב של מטופלים חולי סוכרת עולי אתיופיה.

מטרות-משנה:

I. לאסוף נתונים שיאפשרו לפתח תוכנית התערבות המיועדת לצוותים במרפאות ראשוניות בכדי לשפר את הטיפול והמעקב במטופלים עולי אתיופיה

II. לפתח מודל ראשוני של הערכה של איכות טיפול ומעקב בסוכרת במרפאה ראשונית של שירותי בריאות כללית.

השערות

I. איכות הטיפול והאיזון המטבולי של חולי סוכרת ע"א הם ירודים בהשוואה לאיכות הטיפול והאיזון המטבולי של חולי סוכרת הניתן לישראלים שאינם ע"א.

II. ניצול שירותי בריאות של חולי סוכרת עולי אתיופיה אינו יעיל בהשוואה לישראלים, שאינם עולי אתיופיה. קרי פניה ליעוץ רופאים מומחים, הדרכה ע"י אנשי מקצוע פרא-רפואיים, רכישת מכשור עזר וכו'.

שיטה

המחקר השווה ניצול שירותי בריאות ואיזון מטבולי של חולי סוכרת ע"א, מול חולי סוכרת שאינם ע"א תוך שימוש ברישום בתיקי המטופלים וראיונות אישיים עם צוות המרפאות והמטופלים עצמם. הראיונות התבססו על שאלונים בהם שאלות סגורות ופתוחות.

אוכלוסיית המחקר

המחקר בוצע בחמש מרפאות של שירותי בריאות כללית בנתניה אשר משרתות ריכוזי אוכלוסייה גדולים של ע"א. 76 משתתפים ע"א נבחרו באופן עוקב מתוך רשימה של חולי סוכרת מאובחנים מהמרפאות הנ"ל. לכל נבדק ע"א הותאמו בגיל ובמין 2 חולי סוכרת שאינם ע"א מאותן המרפאות.

איסוף נתונים והגדרות

(א) ראיונות אישיים עם החולים: כל חולי הסוכרת רואינו בראיון אישי, בשפת האם שלהם. עברית, אמהרית ורוסית. הראיון כלל שאלות לגבי רמת הידע על סוכרת וגורמי סיכון טרשתיים, דרכי הטיפול וביצוע מעקב, תקשורת עם הצוות המטפל (רופא, אחות, דיאטנית, רוקח), אמונות ועמדות לגבי המחלה, התמודדות עם מחלת הסוכרת, איכות חיים ומצב סוציו-אקונומי.

(ב) נתונים מהתיק האישי: הנתונים נלקחו מהתיקים הרפואיים הממוחשבים של חולי הסוכרת [תיק רפואי ייעודי לטיפול ומעקב בסוכרת- ראה נספח]. הנתונים התייחסו לתקופה של 12 חודשים לפני ביצוע המחקר. המדדים לבחינת איכות המעקב הרפואי והאיזון המטבולי התבססו על ספר ההנחיות הקליניות לטיפול בסוכרת בקהילה של שירותי בריאות כללית [אפריל 2000]. נבדקו המדדים הבאים:

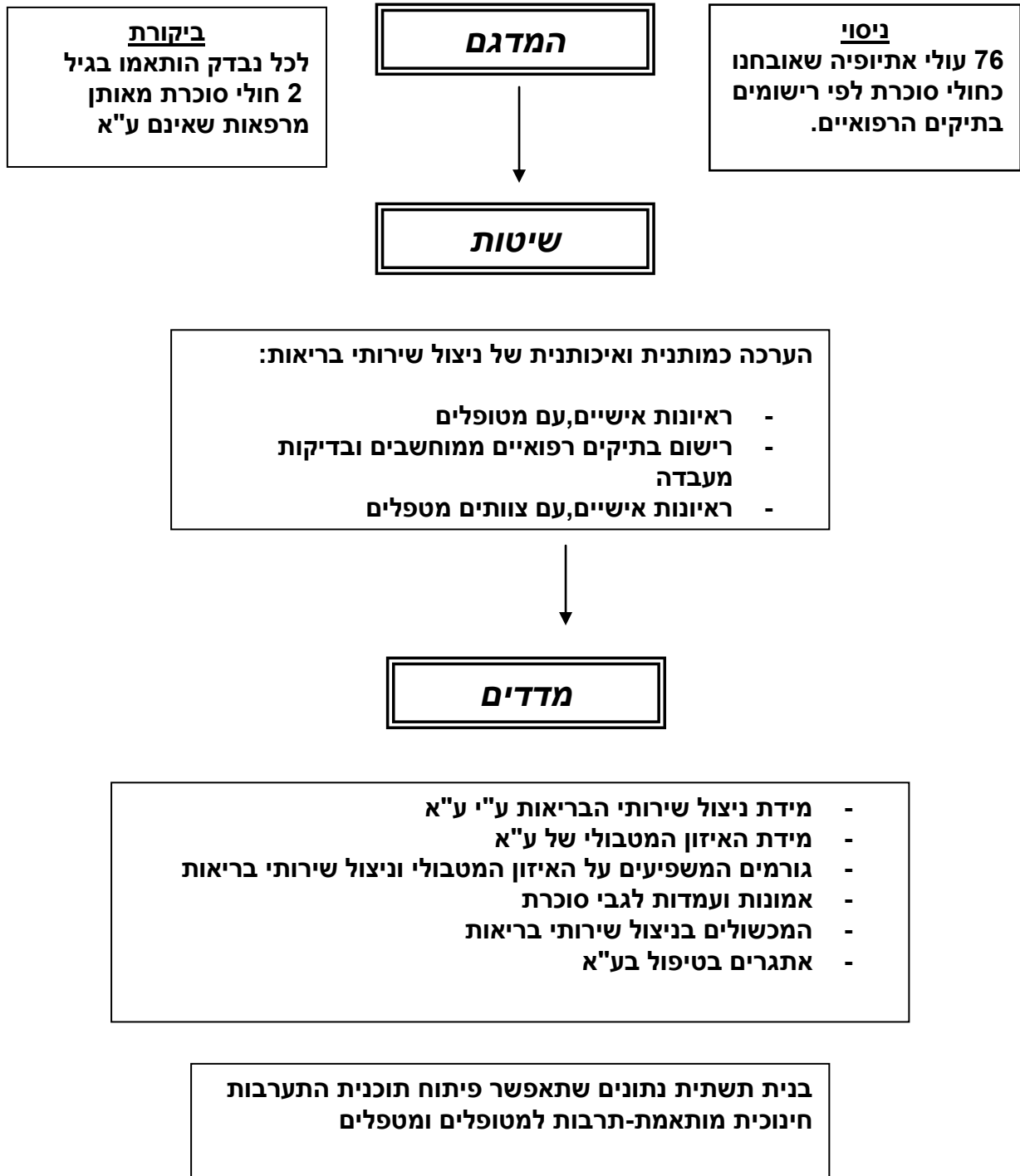
- א. הדרכה של חולה הסוכרת על-ידי האחות, הדיאטנית והרופא.
- ב. מספר ביקורי אחות ומספר ביקורי רופא.
- ג. בדיקה גופנית: משקל, גובה, BMI, לחץ-דם בישיבה ובדיקת כפות רגליים כולל בדיקת העור, תחושה סנסורית, דפקים דורזליס וטיביאליס.
- ד. תוצאות בדיקות המעבדה: רמות גלוקוזה בדם קפילרי בצום ושעתיים לאחר האוכל, גלוקוזה, פרופיל שומני הדם, קריאטינין, מיקרואלבומין בשתן (איסוף או דגימת שתן), רמת HBA1C, ו-TSH.
- ה. הפניות לבדיקת קרקעיות עיניים.
- ו. הפניות לדיאטנית.
- ז. סוג הטיפול- פומי או אינסולין.

(ג) ראיונות אישיים עם סגל המרפאות: ראיונות חצי-מובנים נערכו עם צוות המרפאות לאחר סיום הראיונות עם המטופלים וסקירת התיקים. מטרת הראיונות הייתה ללמוד כיצד סגל המרפאות מתמודד עם האתגר של טיפול ומעקב של סוכרת בקרב ע"א.

ניתוח הנתונים: ניתוח סטטיסטי בוצע על-ידי המרכז לניתוח נתונים באוניברסיטת תל-אביב. הנתונים עובדו ונתחו לפי התוכנה הסטטיסטית SPSSWIN גרסה 12. במשתנים קטגוריים בוצע מבחן חי בריבוע או מבחן פישר. במשתנים רציפים בוצעה אנליזה של משתנים עם מדידות חוזרות

ומבחן t מזווג דו זנבי. שונות בעלת משמעות סטטיסטית בהשוואה בין הקבוצות הוגדרה כאשר $p < 0.05$. השאלות הפתוחות נותחו לפי נושאים שעלו בראיון וחלקן קודדו (Carey, 1992)

להלן מתאר כללי של המחקר:



ממצאים

א. הנבדקים

נבדקו 76 ע"א בגיל 16.5 ± 60 ו-147 חולי סוכרת שאינם ע"א בגיל 62.7 ± 11.5 (5 תיקים חסרים לניתוח סטטיסטי עקב בעיה מנהלית) $p=0.26$. יחס גברים/נשים 47/29 בע"א ו-78/69 בקבוצת הביקורת $p=0.21$ (טבלא 1).
 אין התאמה מלאה ביחס גברים/נשים בין ע"א לקבוצת הביקורת [לא ע"א] עקב קשיים בראיון של מטופלים ע"א. היו ראיונות שנקבעו מראש לע"א ולא התקיימו עקב נסיבות שונות [היעדרות מהבית למרות תאום ראיון מראש, סירוב לקיים ראיון מלא שהביא לפסילת הראיון] בעוד שבקבוצת הביקורת לא היו ביטולים.

טבלא מספר 1: נתונים כלליים של הנבדקים

משתנה	כל הנבדקים		עולי אתיופיה		ביקורת		מובהקות
	מספר	%	מספר	%	מספר	%	
מספר	223	100	76	34	147	66	
זכר	125	56	29	38	69	45	0.25
נקבה	98	44	47	62	78	53	
	ממוצע	SD	ממוצע	SD	ממוצע	SD	
גיל- שנים	62.0	13.3	60.2	16.5	62.7	11.5	0.26
משך סוכרת מדווח -שנים	8.8	7.8	5.6	4.3	10.2	8.5	<0.001

ראיונות אישיים של מטופלים

משך מחלת הסוכרת

קבוצת עולי אתיופיה דווחה על משך מחלה קצר יותר מאשר בקבוצת הביקורת, 5.5 ± 4.2 לעומת 10.0 ± 8.5 שנים, בהתאמה $p < 0.001$ (טבלא 1).

אינטראקציה עם הצוות המטפל

כללית, ע"א דיווחו על קשיים בתקשורת עם הצוות המטפל. לשאלה האם הבנת את רוב הסברי הרופא ענו בחיוב 48% ע"א לעומת 92% מקבוצת הביקורת, $p < 0.001$ (טבלא 2). הצורך בעזרה בתרגום בכניסה לרופא היה גבוה יותר בקבוצת עולי אתיופיה 31.1% לעומת 15.3%, $p < 0.001$. גם קשר מילולי קבוע ורצוף עם האחיות ושיחה על מחלת הסוכרת ברוב

הביקורים היה נדיר יותר 26.5% ע"א לעומת 46.6% מקבוצת הביקורת, עם זאת הם הרגישו שמצד האחות היו יחסית יותר ניסיונות לקיים עמם שיחה, $p < 0.001$. הקושי הגדול ביותר בתקשורת דווח לגבי המפגש עם הרוקח: רק 18.1% מע"א לעומת 79.2% מקבוצת הביקורת דיווחו שהם הבינו רוב הוראות הרוקח $p < 0.001$. פחות מטופלים ע"א יחסית ללא ע"א דווחו שהם הופנו ע"י הרופא או האחות לדיאטנית, 59% לעומת 83% בהתאם; $p < 0.001$. ובדומה פחות ע"א, 38% דווחו שהם נפגשו מספר פעמים עם הדיאטנית לעומת מטופלים מקבוצת הביקורת 56%. כמו כן, פחות חולי סוכרת ע"א היו בייעוץ בודד ללא המשך מעקב $p < 0.01$ (טבלא 2). מטופלים שקבלו ייעוץ מדיאטנית, נשאלו האם הם חושבים שהדיאטנית מכירה את המאכלים המסורתיים שלהם. ע"א התרשמו שלדיאטניות יש הכרות, אך מוגבלת עם המזונות שלהם $p < 0.01$. כמו כן פחות ע"א מסרו שהבינו את הדרכת הדיאטנית, 45% מע"א הבינו את רוב ההסברים לעומת 98% בקבוצת הביקורת $p < 0.001$

טבלא 2: התפלגות התשובות [באחוזים] לגבי הקשר עם צוות המרפאה: השוואה בין חולי סוכרת עולי אתיופיה לקבוצת ביקורת

השאלות	עולי אתיופיה	ביקורת
האם את/ה מרגיש/ה שאת/ה מבין/נה מה שהרופא מסביר? **		
הכל/הרוב	48	92
חלק	21	3.5
כלל לא	13	1.4
רק אם מישהו עוזר	18	2.8
האם האחות שוחחה אתך על מחלת הסוכרת? **		
לעיתים קרובות	26.6	46.6
לפעמים כן, לפעמים לא	44.1	9.3
לעיתים רחוקות	29.4	44.1
האם ההוראות של הרוקח היו מובנות? **		
הרוב	18.1	79.2
חלק קטן	68.1	14.4
לא	13.9	6.4
האם נפגשת עם הדיאטנית? *		
מספר פעמים	38	56
פעם אחת	16	24
אף פעם	32	20
לא יודעת/ לא זוכרת	14	0
האם את/ה חושבת/ת שהדיאטנית מכירה את המאכלים המסורתיים שלך? *		
מכירה היטב	27	56
מכירה מעט	50	8
לא	19	26
לא יודעת/ לא זוכרת	4	10
עד כמה הבנת את מה שהדיאטנית הסבירה לך? **		
הרוב	45	98
חלק קטן	27.5	2
לא	27.5	0

* השוואה בין ע"א לביקורת $p < 0.01$, ** השוואה בין ע"א לביקורת $p < 0.001$

גורמי-סיכון קרדיו-וסקולריים

מספר קטן יותר של חולי סוכרת בקבוצת עולי אתיופיה דווחו על כך שיש להם לחץ-דם גבוה 45.9% לעומת 56.5% בביקורת $p=0.01$, ושלחץ הדם שלהם נבדק בששת החודשים האחרונים 66.2% לעומת 91.7%, $p < 0.001$. כמו כן, פחות ע"א ציינו שיש להם רמה גבוהה של שומנים בדם 22.4% לעומת 48.3%, ו- 27.6% מע"א מסרו שהם לא יודעים האם יש להם רמה גבוהה של שומנים בדם מול 4.8% בקבוצת הביקורת $p < 0.01$. עישון- ע"א בוגרים אינם מעשנים ולא אימצו מנהג זה בארץ. 98% מע"א לא עישנו מעולם, ובכך הם שונים מאד מקבוצת הביקורת $p < 0.001$ (טבלא 3).

טבלא 3: התפלגות תשובות [באחוזים] לגבי גורמי סיכון למחלת לב וכלי דם: השוואה בין חולי סוכרת עולי אתיופיה לקבוצת ביקורת

השאלות	עולי אתיופיה	ביקורת
האם יש לך לחץ דם גבוה? *		
כן	45.9	56.5
לא	47.3	42.9
לא זוכר/ לא יודע	6.8	0.7
האם מדדו לך (או מדדת לבד) לחץ דם ב- 6 החודשים האחרונים? **		
כן	66.2	91.7
לא	18.9	5.5
לא זוכר/ לא יודע	14.9	2.8
האם ידוע לך שיש לך רמה גבוהה של שומנים בדם? *		
כן	22.4	48.3
לא	50.0	46.9
לא זוכר/ לא יודע	27.6	4.8
האם את/ה מעשנת? **		
כן	2	23
עישנתי בעבר	0	26
מעולם לא עישנתי	98	51
האם ידוע על מחלת לב במשפחה שלך? **		
כן	3.0	49.0
לא	89.0	61.0
לא זוכר/ לא יודע	8.0	0

* השוואה בין ע"א לביקורת $p < 0.01$, ** השוואה בין ע"א לביקורת $p < 0.001$

איברי מטרה של סוכרת

בדיקת כפות רגליים ובדיקת רופא עיניים צריכות להתבצע, על פי ההנחיות של שירותי בריאות כללית, לפחות פעם בשנה. מספר קטן יותר של חולי סוכרת ע"א דווחו על כך שכפות רגליים נבדקו על-ידי הרופא או האחיות 27.4% לעומת 61.0%, $p < 0.001$ ועל כך שפנו לבדיקת עיניים 54.9% לעומת 72.2%, $p < 0.001$ (טבלא 4).

טבלא 4: התפלגות התשובות [באחוזים] לגבי מעקב אחר נזקים לאברי מטרה:

השוואה בין חולי סוכרת עולי אתיופיה לקבוצת ביקורת

השאלות	עולי אתיופיה	ביקורת
האם ב- 6 החודשים האחרונים הרופא או האחות בדקו את כפות הרגליים שלך? **		
כן	27.4	51.0
לא	63.0	48.3
לא זוכר	9.6	0.7
האם ב- 12 החודשים האחרונים עשית בדיקת עיניים בגלל הסוכרת שלך? **		
כן	54.9	72.2
לא	25.4	25.0
לא זוכר	19.7	2.8

** * השוואה בין ע"א לביקורת $p < 0.001$

מעקב עצמי אחר רמות גלוקוזה

אחוז ע"א אשר רכשו מד סוכר נמוך במידה ניכרת, 17% לעומת המטופלים בקבוצת הביקורת, $p < 0.00165$. הסיבה השכיחה ביותר לאי רכישת מד סוכר לבדיקה עצמית שצוינה הן על ידי המרואיינים עולי אתיופיה והן בקבוצת הביקורת הייתה שדבר זה לא הומלץ על ידי הרופא המטפל. לעומת זאת, הבדל משמעותי נמצא לגבי עלות המכשיר. בקרב עולי אתיופיה זו הייתה סיבה די שכיחה 34%, אך לא הוזכרה כמעט בקבוצת הביקורת. הסיבות אשר נתנו המטופלים שאין ברשותם מכשיר מד סוכר בתשובה לשאלה פתוחה "מדוע אין לך מד סוכר" קודדו ומוצגות בטבלא 5.

טבלא 5: התפלגות התשובות לבי הסיבות בגללן אין למטופל/ת מד סוכר:

השוואה בין חולי סוכרת עולי אתיופיה לקבוצת ביקורת

סיבה	עולי אתיופיה	קבוצת הביקורת
"לא הומלץ ע"י רופא מטפל"	44%	50%
"אין לי מספיק כסף"	34%	2%
"מודד/ת בקופה"	8%	15%
"לא יודע/ת איך להשתמש במכשיר"	8%	2%
"לא רוצה לקנות"	6%	2%
"מפחד/ת למדוד לבד"	0%	19%
"עדין לא קנית"	0%	10%

ב. תיקים רפואיים ממוחשבים

בתיקים הרפואיים נבדקו מדדים שכללו- בדיקה גופנית; מדידת לחץ-דם, משקל, גובה, אינדקס מסת-הגוף (BMI), בדיקת כפות רגליים, בדיקת קרקעיות עיניים, מעקב של סוכר בדם במרפאה על ידי מד סוכר, ביצוע בדיקות מעבדה, ביצוע בדיקת א.ק.ג. ותוצאות מדדים מטבולים בבדיקות הדם.

בדיקה גופנית

שיעור רישום בתיק ממוחשב של המדידות משקל, גובה, BMI, ביצוע בדיקות רגליים ובדיקת קרקעית עיניים להלן בחולי סוכרת ע"א היה נמוך יותר מאשר בחולי סוכרת, בקבוצת הביקורת, למרות שמספר הביקורים אצל אחות הרשומים בתיקים, היה דומה 6.1 ± 12 בע"א לשל 5.7 ± 8 בקבוצת הביקורת. השיעורים בע"א מיוצגים כיחס מביצוע המדידות בחולי סוכרת בקבוצת הביקורת (טבלא 6).

טבלא מספר 6: מדדי בדיקה גופנית של חולי סוכרת אשר נרשמו בתיק ממוחשב:

יחס בין עולי אתיופיה לקבוצת הביקורת

משתנה	יחס בין ע"א לקבוצת הביקורת	p
מדידת לחץ-דם	0.67	0.003
משקל	0.68	0.100
גובה	0.72	0.190
אינדקס מסת-הגוף (BMI)	0.72	0.220
בדיקת כפות רגליים	0.8	0.300
בדיקת קרקעיות עיניים	0.85	0.200

מעקב של סוכר בדם במרפאה על ידי מד סוכר

רישום בתיק של ביצוע בדיקות גלוקוזה קפילרי היה נמוך ככלל ולא נמצא הבדל משמעותי במדידות בין שתי הקבוצות. בצום יחס ביצוע הבדיקות בע"א היה 1.14 כלומר, גבוה יותר בע"א מאשר בקבוצת הביקורת. יחס ביצוע הבדיקות של גלוקוזה קפילרי שעתיים לאחר ארוחה נמצא נמוך יותר אצל ע"א, 0.58

ביצוע בדיקות מעבדה

שיעור ביצוע בדיקות הדם של המשתנים הבאים בע"א היה נמוך יותר מאשר בקבוצת הביקורת (טבלא מספר 7). על מנת לנסות להבין מה הייתה הסיבה לכך בררנו מהו נוהל ההפניה לבדיקה. בדיקות מעבדה מתבצעות בהתאם לרישום בטופס הפניה למעבדה שנתן ע"י הרופא. מספר הביקורים אצל הרופא היה דומה בשתי הקבוצות, 12.5 ± 7 בע"א לעומת 12 ± 8.9 בקבוצת ביקורת. בדקנו האם תדירות הוצאת טופסי הפניה לבדיקות ע"י הרופאים הייתה דומה בין ע"א ובין קבוצת הביקורת. במחקר נבדקה הפניה כללית לבדיקות ללא התייחסות לבדיקה מסוימת ולא נמצא הבדל במספר בדיקות דם

באופן כללי בין הקבוצות. כלומר, מספר הפניות לבדיקות מעבדה שהוצאו בפועל דומה בין ע"א וקבוצת הביקורת. לאחר ביצוע בדיקת הדם ע"י המעבדה התוצאות מועברות באופן אוטומטי לתיק הממוחשב.

טבלא מספר 7: שיעור ביצוע בדיקות מעבדה: יחס בין עולי אתיופיה לקבוצת הביקורת

p	יחס בין ע"א לקבוצת ביקורת	בדיקת מעבדה/ בדיקת עזר
0.020	0.69	HbA1C
0.200	0.68	MICROALBUMIN/CREATININE (urine)
0.002	0.62	CREATININE (blood)
>0.001	0.60	LIPID PROFILE
0.380	0.57	TSH

ביצוע בדיקות עזר

לפי הנחיות הקופה בדיקות מעקב לאיתור נזקים מוקדמים או סמויים באברי מטרה יש לבצע לפחות פעם בשנה במידה ואין עדות לנזק. בדקנו את מספר הפניות לביצוע בדיקות העזר ואת שיעור הביצוע. להלן עיקרי הממצאים: מטופלים ע"א הופנו יחסית פחות ממטופלים שאינם ע"א, לביצוע בדיקה של אלקטרורדיוגרם (א.ק.ג.): יחס $p=0.017$, 0.64 . לעומת זאת, אחוז דומה מאלו שהופנו ביצע את הבדיקה: 55% בע"א לעומת 61% מקבוצת הביקורת. בדיקת כפות רגליים בוצעה במספר קטן של חולים ולא היה הבדל בין הקבוצות. מספר ההפניות לבדיקת קרקעית עיניים, שהודפסו באמצעות תוכנת התיק הממוחשב, ע"י הרופא המטפל היה נמוך מאד: ב-21% מע"א

וב-29% מקבוצת הביקורת. לפיכך, בדקנו את ביצוע בדיקות העיניים [מכל סיבה] לפי רישומים שהועברו ע"י רופאי העיניים לצורך תשלום. רישום זה כלל גם בדיקות שבוצעות מסיבות אחרות שאינן קשורות בהכרח לסוכרת. לפי נתונים אלו אחוז דומה (כמחצית) בקרב מע"א (47%) ובקרב קבוצת הביקורת (55.7%) נבדקו ע"י רופא עיניים (טבלא 8).

טבלא מספר 8: שיעור ביצוע בדיקות עזר: יחס בין ע"א לקבוצת הביקורת

p	יחס בין ע"א לקבוצת ביקורת	בדיקת עזר
0.017	0.64	ELECTROCARDIOGRAM
0.300	0.80	בדיקת כפות רגליים
0.260	0.72	הפניה לבדיקת קרקעית עיניים בתיק ממוחשב אישי
0.240	0.85	ביצוע בדיקת עיניים על פי רישום רופאי עיניים

נתונים אנטרופומטרים

משקל מטופלים ע"א נמוך מזה של ביקורת 66 ± 19 ו- 80 ± 18 , $p=0.01$, אינדקס מסת גוף BMI 26.5 ± 4 ו- 30.2 ± 6 בהתאמה, $p=0.027$. בטבלא 9 מוצגים הנתונים על פי חלוקה לעדה ומין. בקרב ע"א לא היו מטופלים עם השמנה קשה $BMI > 35$ והיו 19% מטופלים כאלו בקבוצת הביקורת. בערכי לחץ דם דיאסטולי וסיסטולי ממוצעים אין הבדל בין הקבוצות.

טבלא מספר 9: נתונים אנטרופומטרים פילוח לפי עדה ומין:

מדד	עולי אתיופיה			ביקורת		
	נשים	גברים	כללי	נשים	גברים	כללי
משקל	68±8	71±12	* 66±19	76±21	84±14	80±18
גובה	158±10	161±10	160±10	150±32	167±6	161±7
BMI	25.4±4	28±3	*26.5±4	30±7	30.5±5	30.2±6
לחץ דם דיאסטולי	75±9	74±7	75±9	79±9	75±11	78±10
לחץ דם סיסטולי	135±23	139±22	136±22	139±18	139±20	139±19

* השוואה בין ע"א לביקורת $p < 0.05$.

תוצאות בדיקות דם

פרופיל שומנים מלא וקריאטנין אינם שונים באופן מובהק זה מזה. נמצא שהמוגלובין מסוכרר-HbA1C גבוה יותר בקרב ע"א $p=0.02$. פרוט התוצאות בטבלא 10.

טבלא מספר 10: תוצאות מדדים מטבולים: השוואה בין עולי אתיופיה לקבוצת הביקורת

מדד	עולי אתיופיה	ביקורת
Cholesterol	200±50	201±47
HDL Cholesterol	47±10	47±13
LDL Cholesterol	115±39	126±35
Triglyceride	194±114	180±100
HbA1C	* 9.5±2	8.1±2
Creatinine blood	0.7±0.3	1±0.4

* השוואה בין ע"א לביקורת $p < 0.05$.

ג. ראיונות עם צוות המרפאות

הצוותים הסייעודיים והרפואיים במרפאות במדגם הביעו תחושה קשה של חוסר שפה משותפת עם מטופלים עולי אתיופיה, בעיקר עם מטופלים מבוגרים. הם ציינו שלמטופלים

אלו יש חוסר ידע לגבי מחלת הסוכרת ושאורח החיים היומיומי של ע"א, כגון הרגלי התזונה שלהם, משפיע לרעה על איזון הסוכרת. המרואיינים הן מהצוותים המנהליים והן מהצוותים הרפואיים, ספרו שהם מנסים לתת מענה לצרכים הייחודיים של עולי אתיופיה, אבל קיימים לדעתם הבדלים תרבותיים וקשיים כלכליים שיכולים למנוע ממתופלים ע"א לבצע את הדברים הנדרשים לטיפול במחלתם בצד הטוב ביותר ומצוות המרפאה לתקשר איתם למטרה זו. אחד הממצאים הבולטים הוא שבקרב כמה מאנשי הצוות יש תחושה של פרדוקס: מצד אחד הם מרגישים שעולי אתיופיה מכבדים אותם מאד ומעריכים את מעמדם כאנשי מקצוע, אך מצד שני הם מרגישים שע"א בפועל, אינם מאמצים את המלצותיהם כי הם חושבים שהצוות הרפואי לא מבין את התרבות שלהם. להלן עיקרי הממצאים מתוך הראיונות שנערכו עם סגל המרפאות: רופאים, אחיות, רוקחים ואנשי מנהלה.

אתגרים בטיפול ובמעקב

- **תקשורת מילולית:** השפה מהווה מכשול מרכזי בתקשורת עם מתופלים יוצאי אתיופיה. כל המרואיינים ציינו שנוכחות מתורגמן, רצוי מגשר [מתורגמן שעבר הכשרה בתחום הבריאות] חיונית, ואין הם ממליצים על שימוש בבן משפחה למטרה זו. החשיבות של מתורגמנים נתפסת כהכרחית לקיום המעקב: "לא תמיד יש מגשרת למרפאה, אז אין טעם למעקב עם אין תקשורת". המרואיינים הצביעו על השלכות של קשיים בתקשורת לתפקוד המרפאה: לביקור של מתופל ע"א לפעמים מוקדש זמן כמעט כפול. עם זאת התחושה היא שכאשר המתופל ע"א, רק בחלק מהמקרים יש מספיק זמן לשיחה משמעותית.
- **תקשורת בין-תרבותית:** הבדלים בין-תרבותיים גורמים לכך ש הסברים הניתנים למתופלים ע"א לגבי הסוכרת והטיפול בה, מתקבלים על ידיהם באופן השונה מהמצופה. למשל, מרואיינים מהצוותים המטפלים חשים שיש מתופלים שמגיבים כאילו הם מקבלים את ההמלצה הטיפולית, אבל בפועל היא לא מובנת או לא מקובלת עליהם. אנשי הצוות מאמינים שזה נובע מהבדלים תרבותיים: "הנימוס שלהם מחייב להגיד כן על כל דבר..". "הם עושים עם הראש (ובסוף לא מבינים)", "הם כועסים עלינו שאנחנו מודיעים להם על מחלה, [כאילו] מה אני מבינה..", "יש מי שיתרגם, הבעיה היא בקליטה, אתה יכול להסביר להם עשר פעמים והם לא מבינים מה מדובר".
- **היכרות עם תרבות עולי אתיופיה:** "הם לא מבינים מה צריך לאכול, אין לי מושג מה הם אוכלים", "אני מדריכה שאסור הרבה אינג'רה... אבל אף [פעם] לא ראיתי ולא טעמתי ואני לא יודעת כל כך מה זה", "אני באופן אישי לא מכירה את החיים וההרגלים, אולי אני מדריכה לא נכון ואחר כך מסתכלים עלי את יודעת... מסורת, למסורת יש

חשיבות-שיפור אמון, כך הוא יעשה מה שאגיד לו"; "בעיה..לא במונח של שפה אלא תרבות, אורח חיים, הבדלים בתזונה שאני לא ער להם".

- **תפיסות שונות של המחלה:** הצוות ציין שאחד האתגרים החשובים שיש להתמודד עמו הוא שלדעתם למטופלים עולי אתיופיה יש חוסר הבנה ומודעות למחלה וסיבוכיה. אחד הרופאים שהתראיינו למחקר הסביר: " הם לא מבינים למה הם צריכים לעשות מה שאני אומר להם, גם כאשר זה בשפה שלהם עם תרגום... יש קושי במושגים שונים בעיקר הקשורים לתחלואה כרונית, [לדוגמה] אי ספיקת כליות"
- **הסתגלות לנהלי עבודה:** הצוות במדגם הצביע על כך שרבים מע"א המטופלים במרפאה לא הסתגלו לצורת העבודה של המרפאה, למשל: "יש בעיה קשה בזימון, הם יגידו כן ואחר כך לא יבואו, כי זה לא התאים להם, הם מחר באשדוד", "יש בעיה של זמן, יום, תאריך מושג שלא מצליחים להטמיע... אני מנסה להתאים למועד, חג או אירוע. היא תגיד לי בירח מלא היה לי...."
- **גורמים כלכליים:** צוות המרפאה הצביע על העלות הכספית של שירותים שונים כגורם שמשפיע על אופן הטיפול והמעקב בהם. למשל: "עם יוצאי אתיופיה יש לפעמים בעיות כספיות שאינם יכולים לקנות תרופות... אני משתדלת להסביר [מה לקנות ומה אפשר לא לקנות], אבל כאן בד"כ מצב כלכלי מאד משפיע והם לא יקנו עם זה יקר, פה זה שונה מאלו שלא יוצאי אתיופיה".

עמידה בביצוע הנחיות בטיפול בסוכרת:

התשובות לשאלה שהופנתה לסגל הרפואי ובה הם התבקשו לדרג עד כמה הם הצליחו לבצע סדרת פעולות הקשורות לטיפול ולמעקב של חולי סוכרת הצביעו על כך שההערכה של הסגל הרפואי במרפאות הראשוניות הוא שהם לא מתמודדים בכל המטלות יחסית למטופלים שלהם שאינם ע"א. כל הפעולות הבאות דורגו כפעולות שהצוות הרפואי הרגיש שהוא מבצע אותם "פחות" או "הרבה פחות" לגבי ע"א מאשר לגבי מטופלים אחרים:

- הפניה לדיאטנית
- לשאול על היפו/היפרגליקמיה
- להמליץ על פעילות גופנית
- הפניה לבדיקות עיניים
- הפניה לא.ק.ג
- שאלות על סיבוכי מחלת סוכרת
- לשאול לגבי תפקוד מיני

שימוש בעזרים

- שימוש בעטי אינסולין: נמצא שבקרב מטופלים ע"א יש שימוש רב יותר במזרקים הממולאים מדי תקופה ע"י האחות מאשר בעטי אינסולין. לפי הצוות ההסברים לכך היו שיש קושי טכני לאפס את העט עבור מטופלים ע"א, ש"ככה התחילו במרפאת הסוכרת" או "הם רוצים להיות תלויים".
- שימוש עצמי במד סוכר: , דווח שמד סוכר נרכש ע"י חולי סוכרת ע"א בודדים. הסבר אחד שניתן לשימוש המוגבל בקרב ע"א לפי הצוות הוא, חוסר הביטחון של המטופלים: "לגבי גלוקומטר אני נותן המלצה לכולם... הם [ע"א מבוגרים] קונים פחות ועושים פחות..אין להם ביטחון עצמי בשימוש במכשיר, בלי לעשות סטיגמה אני חושב שהם מעדיפים להיות תלתיים"; "יש קושי להבין מה צריך לעשות, איך להפעיל את המכשיר... פחד מטכניקה.. הם מוכנים לבוא פעמיים ביום מאשר להסתדר עם מכשיר". הסבר אחר מתייחס לגורם הכלכלי: "יש מדיניות רישום גלוקומטר לכולם. יש הנחה בביטוח מושלם.. [אבל] לע"א הרבה פעמים אין ביטוח מושלם".

שימוש בשירותי מרפאה

התשובות לשאלה שהופנתה לסגל הרפואי ובה הם התבקשו לדרג עד כמה ע"א עושים שימוש בשירותי המרפאה המפורטים להלן, יחסית למטופלים שאינם ע"א. לגבי כל שירותי הבריאות הבאים הצוות הרפואי הרגיש שע"א צורכים "אותו דבר", "יותר" או "הרבה יותר" מאשר לגבי מטופלים אחרים:

- ביקורים אצל רופא משפחה
- שירותי אחות
- בית מרקחת

לגבי כל שירותי הבריאות הבאים הצוות הרפואי הרגיש שע"א עשו שימוש "אותו דבר" או "פחות בהרבה":

- ביקורים אצל רופאים אחרים
- מנהלה ומשרד

דיון

הדיון מתייחס לשלושה נושאים עיקריים: (1) השימוש של ע"א בשרותי בריאות הקשורים לסוכרת בהשוואה למטופלים שאינם ע"א, (2) אתגרים באיזון הסוכרת ועליה בגורמי סיכון למחלות לב וכלי דם בקרב המטופלים ע"א, (3) בדיקת איכות המעקב בקרב חולי סוכרת במסגרת המרפאה הראשונית. הממצא המרכזי במחקר זה הוא שנמצא הבדל מובהק בניצול שירותי הבריאות של מטופלים ע"א חולי סוכרת לעומת קבוצת הביקורת. ממצא זה מקבל משנה תוקף בתחושה של הצוות המטפל, שמרגיש שאין הוא מצליח לבצע בצורה אופטימלית הדרכה ומעקב של סוכרת בקרב מטופלים ע"א עקב קשיים בתקשורת מבחינת השפה והתרבות.

שימוש בשרותי בריאות הקשורים לסוכרת: הממצא המרכזי במחקר זה הוא שנמצא הבדל מובהק בניצול שירותי הבריאות של מטופלים ע"א חולי סוכרת לעומת קבוצת הביקורת לפי נתונים מהתיקים הרפואיים. במקביל, נמצא שהצוות הרפואי במרפאות והמטופלים ע"א עצמם העריכו שהשימוש של ע"א בשרותי בריאות הקשורים בטיפול ומעקב של סוכרת הוא נמוך יחסית. לדוגמה, בבדיקה של התיקים הרפואיים נמצא ששיעור ביצוע מדידות של לחץ-דם ובדיקות המעקב במעבדה כגון HbA1c היה נמוך יותר בקרב מטופלים ע"א. כמו כן נמצא שמספר קטן יותר של ע"א דיווחו על כך שעברו מדידת לחץ-דם, בדיקת כפות-רגליים ובדיקת קרקעית-העיניים. מתוך הראיונות עם המטופלים והצוות המטפל נמצא שבקרב ע"א יחסית לקבוצת הביקורת: יש פחות הבנה של הסברים והנחיות של הצוות הרפואי והרוקחים, פחות הפניות לדיאטנית וקבלת הדרכה ממנה, פחות מפגשים עם האחיות בהקשר לסוכרת. הצורך בעזרה בתרגום בעת כניסה לרופא היה גדול יותר בקבוצת ע"א. בראיונות עם הצוותים הרפואיים נמצא שהם חשים שהם אינם מצליחים לנתב את המטופלים עולי אתיופיה באותה מידה שהם עושים זאת לגבי מטופלים שאינם ע"א לשירותים הקשורים לטיפול ומעקב בסוכרת, כולל בדיקות א.ק.ג. ולהתייעצות בנושאים כגון ערכי גלוקוזה חריגים, פעילות גופנית, תזונה ותפקוד מיני.

עם זאת, נמצא שהמטופלים ע"א במחקר הגיעו למרפאה הראשונית לביקור אצל אחיות, רופאים ובית מרקחת בתדירות שלא נפלה ממטופלים אחרים. כלומר, נראה שמצד אחד עולי אתיופיה הסתגלו להשתמש ברפואה ראשונית מבחינת ביקורים אצל רופאים ראשוניים בשכיחות דומה לשל האחרים. אולם, מצד שני, נראה שחלק ניכר מהם לא הסתגל לעשות שימוש בשירותים חשובים המיועדים לקדם את המעקב והטיפול במחלת הסוכרת והם, לפי עדות המטופלים, אינם מקבלים הפניות, הדרכה וייעוץ בנושאים הקשורים לטיפול ובמעקב בסוכרת, באותו האופן שבו מקבלים אלו שאינם ע"א.

הבדלים בשימוש בשירותי בריאות ובמצב הבריאות של קבוצות מיעוט מיוחסים לבעיות נגישות; הכנסה נמוכה, חוסר השכלה והעדר ביטוח רפואי. לכאורה, לכל תושב ישראלי מובטחת נגישות דומה למערכת הבריאות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי. למרות זאת ממצאי המחקר מצביעים על שימוש נמוך יותר בשירותי בריאות של קבוצת אוכלוסייה ששעורי התחלואה הכרונית שלה גדלים. גם בעבודות נוספות אשר בחנו קבוצות מיעוטים--אפרו-אמריקאים ולטינו-אמריקאים--מול לבנים בתנאי חומרת מחלה זהה, אמצעי אבחנה וטיפול דומים, נמצא הבדל בשימוש בשירותים הדורשים הפניית רופא [פרוצדורות חודרניות, אשפוז, ניתוח],

(Ashton, 2003). אשטון בעבודתה מתארת שלוש סיבות מרכזיות לפער בשימוש בשירותי בריאות ע"י חולים בני מיעוטים שתקפות גם למחקר זה:

א. הטיה בתפיסות של הצוות המטפל: הטיה או דעה קודמת של הצוות המטפל לגבי מצבו של המטופל יכולה לצמצם מתן הפניות וטיפולים מסוימים. לדוגמה, במחקר נמצאו פחות הפניות של ע"א לביצוע א.ק.ג. הסבר אפשרי הוא שהרופאים המטפלים פעלו מתוך הנחה שבקרב ע"א שכיחות נמוכה ביותר של מחלות לב כלילית¹.

ב. עמדות והתנהגות של המטופלים ע"א: בקרב ע"א יכולות להיות עמדות והתנהגויות הקשורות למסורת או אורח חיים אשר מגבילות את השימוש האופטימלי בשירותי בריאות. לדוגמה, בקרב ע"א יכולה להיות התייחסות אחרת לזמן שתשפיע על הגעת המטופלים לבדיקות רפואיות אשר נקבע עבורן תור והן דורשות זמן המתנה.

ג. בעיות בתקשורת מטופל ע"א – מטפל: באופן גורף הצוות המטפל ראה קשיים בשפה מכשול מרכזי בתקשורת עם מטופלים (מבוגרים) ע"א. כל המרואיינים ציינו שנוכחות מתורגמן, רצוי מגשר [מתורגמן שעבר הכשרה בתחום הבריאות] חיונית, ואין הם ממליצים על שימוש בבן משפחה למטרה זו. ממצאים אלו תואמים מחקרים אחרים המצביעים על חשיבות תפקיד המגשר ממוצא אתיופי במרפאות הראשוניות (Nirel, 2000). העדר שפה משותפת, גם במובנה התרבותי, מונע אינטראקציה טיפולית יעילה, המטופלים לא מצליחים להסביר את הבעיות, הקשיים, והפחדים שלהם והמטפלים לא מצליחים להתייחס אליהם בהתאם. מכאן נובע שיש חשיבות מרובה לבניית תוכנית הדרכה לשיפור תקשורת עם ע"א המתאימה לצוות המטפל (Reiff, 1999; Bental, 1993; Nudelman, 1994) בכדי שיוכלו לעמוד באתגרים של טיפול ומעקב במחלת הסוכרת במטופלים ע"א ובכדי שיוכלו להעניק להם יחס שוויוני והולם. מאידך, חשוב גם לבנות תוכנית הדרכה מותאמת לצרכים הייחודיים של ע"א כדי שיוכלו לנצל בצורה הולמת את השירותים להם הם זכאים.

¹ הטיה דומה תועדה לגבי הפניה מופחתת לברור לבבי של נשים

איזון הסוכרת ועליה בגורמי סיכון למחלות לב וכלי דם: במחקר זה נמצא שאיכות איזון הסוכרת בחולי סוכרת ע"א נופל באופן מובהק מזו של קבוצת הביקורת. ממצא זה מתבסס על נתוני המוגלובין מסוכרר ודיווחי הצוות המטפל. הסבר אפשרי לקושי באיזון הסוכרת בקרב ע"א הוא שלמרבית ע"א הסוכרת היא "מחלה חדשה" שלא הייתה ידועה להם באתיופיה

(Rubinstein 1993,1991) ואין להם מסורת של טיפול ומעקב של מחלות כרוניות "מערביות" בכלל (Hodes, 1996), או של התאמה של אורח החיים להמלצות הטיפוליות במחלת הסוכרת. לדוגמה, במחקר זה נמצא, שכמחצית מקבוצת הביקורת השיבו שיש למשהו מבני משפחתם מחלת לב, זאת לעומת 3% שהשיבו בחיוב בקרב ע"א. כלומר, סוג מחלות אלו הוא חדש עבורם, ואין הם מכירים כיצד לטפל בהן ומדוע.

לצוותים במרפאות הראשוניות האתגר הוא משולש, והם מביעים קושי ותסכול בהתמודדות בו:

(א) קשה להם לתקשר עם עולי אתיופיה, בגלל הבדלים בשפת הדיבור, (ב) קשה להם לתקשר עם עולי אתיופיה בגלל הבדלים תרבותיים הקשורים לתפיסת החולי (כאמור, מחלת הסוכרת היא תופעה חדשה למרבית עולי אתיופיה), (ג) קשה להם לתקשר עם עולי אתיופיה בגלל חוסר היכרות ומודעות לגבי אורח החיים והתרבות שלהם.

גורמי סיכון למחלה טרשתית מופיעים בשיעור הולך ועולה בקרב ע"א ובמקביל מאובחנים בצורה מוגבלת יותר באוכלוסייה זו. במחקר נמצא שגורמי סיכון למחלת כלי דם ולב אשר לא היו שכיחים בקרב ע"א בזמן עלייתם ארצה הופכים להיות שכיחים יחסית, למעט עישון. נמצא שמשך מחלת סוכרת בע"א קצר יותר מאשר אצל קבוצת הביקורת, ניתן להסביר ממצא זה בתקופת שהות קצרה יחסית של ע"א בישראל. בנוסף, קיימת האפשרות שמקבלת חיזוק מממצאי מחקר זה, שע"א פנו לבדיקות רפואיות בשלבים מאוחרים יחסית ואובחנו כחולי סוכרת בשלב מאוחר יותר עקב מודעות נמוכה למחלת הסוכרת.

יתר לחץ דם היא מחלה שהופכת שכיחה בקרב ע"א. במחקר בו נערך מעקב למשך שנתיים אחר צעירים בבית ספר חקלאי תועדה עלייה של 21% בשכיחות יתר לחץ דם (Bursztyn 1993). תיעוד נוסף לתופעה של התפתחות יתר לחץ דם בתקופה קצרה לאחר ההגירה לישראל נמצא בעבודתם של רוזנטל וגרין (Green 1991, Rosenthal 1989, 1990). במחקר של יפה (Jaffe unpublished data) בו נבדק לחץ דם במדגם של ע"א בני 15 שנים ומעלה, נמצא יתר לחץ דם ב-79% מחולי סוכרת ע"א. נתונים אלו נמוכים משיעור של 46% של יתר לחץ דם שדווח ע"י ע"א במחקר זה. הסבר אפשרי הוא שמדידת לחץ דם בחולי סוכרת ע"א אינה תדירה ולכן יתר לחץ דם אינו מאובחן. סיבה אפשרית נוספת שנובעת

ממצאי מחקר זה היא שמטופלים ע"א, יחסית לקבוצת הביקורת, אינם מיודעים היטב למצבם הרפואי בהקשר למחלות לב וכלי דם.

שכיחות נמוכה של היפרליפידמיה נמצאה בקרב ע"א בזמן העלייה לישראל. גם במחקר זה השיעור המדווח של היפרליפידמיה היה נמוך יחסית. זהו נתון שאינו צריך להתקבל כפשוטו משום ששינוי לרעה בפרופיל שומנים צפוי, בהתאם לדוגמא של עליית יהודי תימן (Cohen, 1961, 1979, 1993) וגם על סמך הממצא במחקר זה שהראה דמיון בפרופיל שומנים בין ע"א וקבוצת הביקורת. מכאן ניתן להסיק שחשוב להסב את תשומת לב הרופאים המטפלים בע"א לשיעור הנמוך של ביצוע בדיקות שומני הדם ע"י ע"א ולמצוא דרכים לקדם היענות לביצוע בדיקות הדם באוכלוסייה זאת.

הסיבה שסיבוכים מאוחרים של סוכרת קרי, תחלואת כלי דם ולב, עדין לא תדירים בקרב ע"א, היא שע"א לא שוהים בארץ תקופה שאורכה מספיק לפתח תחלואה זו בהיקף הצפוי לאור גורמי הסיכון הרבים שאינם נמצאים תחת איזון מטבולי מספק. במידה ופער זה לא יטופל נראה בעתיד עלייה בתחלואת כלי דם ולב ופרוגנוזה קשה כפי שמודגם בקבוצות מיעוטים אחרות

(Karter, 2000; Lavery, 1999; Ashry, 1998; Rigdom, 1998). לגבי עישון, גורם סיכון זה קטן יחסית כיוון שהעישון כהרגל לא היה קיים באתיופיה והמעבר לישראל לא הביא לשינוי משמעותי בקבוצת גיל זו. מכאן שחשוב למנוע אימוץ העישון בקרב צעירים ע"א.

בדיקת איכות המעקב: במחקר נאספו נתונים משלושה מקורות; מטופלים, מטפלים ותיקים רפואיים ממוחשבים. באופן כללי נמצאה התאמה במידע שהתקבל משלושת המקורות. אולם ההשוואה ביניהם גם מצביעה על כך שמידע המצריך עדכון שוטף בתיקים ממוחשבים אינו תמיד מלא. לדוגמה, היו פערים בדיווח לגבי מדידת לחץ דם; בדיווח בראיונות 66.2% מע"א מסרו שנמדד להם לחץ דם בעוד שבתקופה בה דובר רק ב-43% מהתיקים הממוחשבים שלהם נמצאו נתוני בדיקת לחץ דם. בדומה, 91.7% מחולי סוכרת בקבוצת הביקורת דיווחו על מדידת לחץ דם בעוד שבתקופה בה דובר רק ב-64% מהתיקים הממוחשבים נמצאו נתוני בדיקת לחץ דם. ממצא זה מדגיש את החשיבות של בדיקה של איכות המעקב של סוכרת על ידי מקורות שונים כדי לבדוק את מהימנות הנתונים.

ההתאמה היחסית בין המידע שהתקבל מהמטופלים והמטפלים ובין המידע מהתיקים הממוחשבים מצביעה על כך שניתן להסתמך על נתונים שמתקבלים ממטופלים, גם כאשר מדובר בתקופת זמן של כמה חודשים. בנוסף, ממצאי המחקר מצביעים על החשיבות של הבדיקה של התפיסות והעמדות של צוותי המרפאה, כולל הרוקחים ואנשי המנהלה, שיכולים להצביע על חסמים ואתגרים הקשורים לניצול שירותים של אוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים.

המלצות מדיניות:

1. על מנת להגיע לשוויון בניצול שירותי בריאות שהם זכאים לו מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, יש להשקיע יותר בשיפור הנגישות של שירותי הבריאות לעולי אתיופיה, כיוון שכיום הטיפול והמעקב שהם מקבלים אינו שווה לטיפול שאחרים מקבלים במצב דומה באותן המרפאות.

2. על מנת שהמערכת תוכל לספק שירותים שוויוניים לעולי אתיופיה חשוב לפתח כלי הדרכה עבור המערכת המטפלת מחד, ולבקר את הביצוע בשטח מאידך. להלן הצעות ספציפיות:

- שיפור נגישות לאמצעי טיפול: יש לאפשר לחולי סוכרת ע"א בעלי אמצעים כלכליים מוגבלים, לקבל תרופות וציוד רפואי בעלות מינימלית ולשקול להגדירם כחולים כרוניים הפטורים מתשלום.
- שיפור תקשורת מילולית: יש לחזק את מערך המגשרים אשר יושבים בקופות. ניתן לשקול להיעזר במתנדבים בוגרים בני הקהילה אשר יעברו הכשרה מסודרת ויקבלו מערכת משוב וליווי ממושכים, ניצול מאגר בנות השרות הלאומי, פיתוח שרות של "קו חם" של מתורגמנים באמהרית/ טיגרית/ עברית אשר הוכשרו בתחום בריאות ויתנו מענה למרפאות קטנות באמצעות הטלפון.
- שיפור הבנה תרבותית של הצוות המטפל: מומלץ לפתח תוכנית התערבות בקרב חברי הצוות המטפל, שמטרתה לתת לצוות כלים והבנה בתרבות ע"א על מנת לשפר את התקשורת בין המטופלים למטפלים.
- הסברה מותאמת תרבותית לאוכלוסיית עולי אתיופיה: לפתח ולשפר התערבות ייחודית בקרב חולי סוכרת ע"א לצורך הטמעת מושג חולי כרוני בכלל וסוכרת בפרט.
- הערכת ביצוע: לפתח כלים בכדי שהצוותים הרפואיים יכלו להעריך את איכות הטיפול שהם נותנים לעולי אתיופיה.
- פתוח חומרי הסברה: לפתח משאבים וחומרים להסברה בקרב עולי אתיופיה תוך שימוש באמצעי תקשורת הנגישים לאוכלוסייה זו.

השגת מטרות אלו מצריכה התארגנות ואיגום יכולות ומשאבים של הגורמים השונים המטפלים באוכלוסיית עולי אתיופיה, בין אם אלו גורמים מחוץ לקהילה או מתוך הקהילה עצמה.

רשימת מקורות:

1. Ashton CM MD, MPH, Haidet P MD, MPH, et al. Racial and Ethnic Disparities in the Use of Health Services. Bias, Preferences, or Poor Communication? *Journal of General Internal Medicine* 2003 18:2 p. 146
2. Bental, T. Gersten, R., & Alkan, M. Health education for the Ethiopian community in the Negev. *Israel Journal of Medical Sciences*, 1993; 29, 429-437.
3. Bursztyrn M, Raz I. Blood pressure and insulin in Ethiopian immigrants: longitudinal study. *J. Hum Hypertens*. 1995 9 (4): 245-248
4. Bursztyrn M, Raz I. Blood pressure, glucose, insulin and lipids of young Ethiopian recent immigrants to Israel and in those resident for 2 years. *J. Hypertens*. 1993 11(4):455-459
5. Bursztyrn M, Raz I. Prediction of hypertension by the insulinogenic index in young Ethiopian immigrants. *J. Hypertens*. 1995 13 (1):57-61
6. Carey, J. W. Linking qualitative and quantitative methods: Integrating cultural factors into public health. In Morse J. (Ed.). *Qualitative Health Research*. Newbury Park, Calif: Sage, 1992: 298-318.
7. Cohen AM, Fidel J, Cohen B, Yodfat Y, Eisenberg S. Late onset diabetes in Israel. *Isr J Med Sci* 1979; 15:1003-1008
8. Cohen AM, Marom L. Diabetes and accompanying obesity, hypertension and ECG abnormalities in Yemenite Jews 40 years after immigration to Israel. *Diabetes Res* 1993; 23(2): 65-74
9. Cohen AM. Prevalence of diabetes among different ethnic Jewish groups in Israel. *Metabolism* 1961;10; 50-58
10. Cohen MP, Stern E, Rusecki Y, Zeidler A. High prevalence of diabetes mellitus in young adult Ethiopian immigrants to Israel. *Diabetes* 1988;37:824-827
11. Goldfracht M, Porath A. Nationwide program for improving the care of diabetic patients in Israeli primary care centers. *Diabetes Care*. 2000 Apr;23(4):495-9.
12. Green MS, Etzion T, Jucha E. Differences in the prevalence of hypertension by ethnic origin and age at immigration in a cohort of 5,146 Israelis. *Am J Epidemiol Community Health* . 1991 45(4)281-286

13. Green MS, Peled I. Blood pressure and serum cholesterol among male Ethiopian immigrants compared to other Israelis. *J. Epidemiol Community Health* 1991 45(4):281-286
14. Herman JB, Mount FM, Meedalie JH. Diabetes prevalence and serum uric acid: observation among 10,000 men in survey of ischemic heart disease in Israel. *Diabetes* 1967; 16:858-868
15. Hodes, R., Teferedgne, B., Yodfat, Y. Traditional beliefs and disease practices of Ethiopian Jews. *Israel Journal of Medical Science*, 1996: 32, 561-567.
16. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and glucose tolerance as risk factors for cardiovascular disease: The Framingham study. *Diabetes Care* 1979; 2; 120-126
17. Karter AJ, Ferrara A, Darbinian JA, Ackerson LM, Selby JV. Self-monitoring of blood glucose: language and financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes Care*. 2000 Apr;23(4):477-83.
18. Lavery LA, Van Houtum WH, Ashry HR, Armstrong DG, Pugh JA. Diabetes-related lower-extremity amputations disproportionately affect Blacks and Mexican Americans. *South Med J*. 1999 Jun;92(6):593-9.
19. Nirel N, Rosen B, Ismail S. "Refuah Shlemah"-An intervention program for Ethiopian immigrants in primary care clinics: results of an evaluation study. JDC- Brookdale Institute, Research report: RR-357-00
20. Nirel N, Togin M, Ismail S. JDC- Brookdale Institute [in work]
איכות החיים עם מחלה כרונית – הערכת תוכנית ההתערבות "רפואה שלמה – שלב ב
21. Nudelman, A. Health services to immigrant and refugee populations: Patient and provider cross-cultural perspectives. *Coll. Anthropology*, 1994 18(2), 189-194.
22. Petes WH. A study on the prevalence of diabetes mellitus in northern Ethiopia (Gondar survey). *Dtsch Gesundheitsw* 1983;38: 1283-1288
23. Raz I, Chigier E, Rosenblit H, et al. Comparison of glucose tolerance, lipids and blood pressure in young Ethiopians from two different immigrations , 1989 and 1991. *Isr J Med Sci* 1993;29:351-354
24. Raz I, Levinger S, Maravi Y, Spigelman N, Shanas M, Bursztyn M. Prevalence of glucose intolerance in young male Ethiopian immigrants. . *Isr J Med Sci* 1993;29:347-350
25. Reiff, M., Zkut, H., Weingarten. M. A. Illness and treatment perceptions of Ethiopian immigrants and their doctors in Israel. *American Journal of Public Health* 1999, 89(12), 1814-1818.
26. Rigdom EE. Racial and gender differences in outcome after carotid endarterectomy. *Am Surg*. 1998 Jun;64(6):527-30; discussion 530-2.
27. Rosenbloom AL, Joe JR, Young RS, Winter WE. Emerging epidemic of type 2 diabetes in youth. *Diabetes Care* 1999 22 (2):345-354

28. Rosenthal T, Grossman E, Knecht A, Goldbrou U. Blood pressure in Ethiopian immigrants in Israel: comparison with resident Israelis. *J. Hypertens Supp* 1989 7(1):S53-5
29. Rosenthal T, Grossman E, Knecht A, Goldbrou U. Levels and correlates of blood pressure in recent and earlier Ethiopian immigrants to Israel. *J. Hum Hypertens* 1990 4:425-430
30. Rubinstein A, Graf E and Villa Y. Prevalence of diabetes mellitus in Ethiopian immigrants: Comparison of Moses and Solomon immigrations. *Isr J Med Sci* 1993;29:344-346
31. Rubinstein A, Graf E, Landau E et al. Prevalence of diabetes mellitus in Ethiopian immigrants. *Isr J Med Sci* 1991: 27; 252-254
32. Stern E, Raz I, Weitzman S. Prevalence of diabetes mellitus among workers in Israel: a nation-wide study. *Acta Diabetol.* 1999 Dec;36(4):169-72.
33. Tanne D, Yaari S, Goldbrou U. Risk profile and prediction of long-term ischemic stroke mortality: a 21 year follow-up in the Israelli Ischemic Heart Disease (IIHD) Project. *Circulation* 1998 6;98 (14):1365-1371
34. Tordjman K, Turkot S Ilan Z et al. Diabetes in Ethiopian immigrants is not due to insulin resistance: A minimal model study. *Isr J Med Sci* 1997: 33;1 supp 1 (abstract)
35. Trostler N. Health risks of immigration: the Yemenite and Ethiopian cases in Israel. *Biomed Pharmacother.* 1997;51(8):352-9.
36. Zimmet P, Faainso S, Ainuu J et al. The prevalence of diabetes in the rural and urban Polynesian population of Western Samoa. *Diabetes* 1986;30:45-51