



ג'וינט - מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה
והתפתחות אדם וחברה



המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון והאגף לפיתוח שירותים

השפעת תכנית ההתערבות "רפואה שלמה" למען יוצאי אתיופיה על הטיפול ומצב הבריאות בקרב חולי אסתמה וחולי סוכרת

מאת:

נורית ניראל¹
שורוק איסמעיל¹
מרק טרגין²

1. ג'וינט-מכון ברוקדייל
2. בעבר ג'וינט-מכון ברוקדייל: כיום רופא עצמאי בשירותי בריאות כללית, Chief Medical Officer,
Clinical Discovery, Inc.

ירושלים, אב התשס"ב, יולי 2002

פתח דבר

אנו שמחים להגיש לעיונכם מחקר הערכה על השלב השני של התכנית "רפואה שלמה" - תכנית לקידום בריאות של יוצאי אתיופיה במרפאות בקהילה. את התכנית יזמו ג'וינט-ישראל בשיתוף עם שירותי בריאות כללית. במימון התכנית שותפים קרן גרצמן, מר אל אנגלברג, המוסד לביטוח לאומי, והפדרציות היהודיות האמריקניות של דטרויט, וושינגטון הבירה, ופאלם ביץ'. שותפים נוספים לתכנית הם משרד הבריאות, המשרד לקליטת העלייה, מכבי שירותי בריאות וקופת-חולים לאומית.

התכנית נועדה לענות על בעיות ייחודיות של אוכלוסיית יוצאי אתיופיה במפגש עם הרפואה המערבית הקונבנציונלית, ועם נותני השירות הרפואי במרפאות הראשוניות. עיקרי התכנית הם: העסקת מגשרים יוצאי אתיופיה לצורך גישור בין-תרבותי בין החולה לצוות הרפואי, הדרכה לחברי הצוות במרפאות במטרה לשנות עמדות, ופעולות חינוך לבריאות בקרב הקהילה.

המוסד לביטוח לאומי, באמצעות הקרן למפעלים מיוחדים, הצטרף ליוזמה בשלב השני, שהיה שלב של פיתוח והרחבת התכנית. איגום המשאבים בין השנים 2000 ל-2001 מכל הגורמים המעורבים, כולל מכבי שירותי בריאות וקופת-חולים לאומית, שהצטרפו לשלב זה של ביצוע התכנית, אפשר את הפעלת התכנית ב-16 מרפאות. מרפאות אלה נותנות שירות לאוכלוסייה המונה למעלה מ-19,000 נפש מיוצאי אתיופיה. עם סיום שלב פיתוח התכנית, וביסוסה, משרד הבריאות לקח על עצמו את האחריות על התכנית ועל הפעלתה השוטפת.

הגב' ניבי דיין, מנהלת תכניות בריאות ליוצאי אתיופיה בג'וינט-ישראל, הייתה אחראית על הפיתוח המקצועי של התכנית, ועל הטמעתה במרפאות השונות, יחד עם הגב' גלילית לני, רכזת התכנית. הגב' דיאן לוין, מנהלת המחלקה לחינוך ולקידום בריאות בשירותי בריאות כללית הייתה שותפה בכירה לתכנון התכנית וליישומה במרפאות.

ברצוננו להודות לזמרים, למגשרים בכל המרפאות, ולכל השותפים בוועדת ההגוי המורחבת, שתרמו מניסיונם המקצועי והאישי לקידום ולביצוע התכנית.

במימון מחקר ההערכה נטלו חלק המוסד לביטוח לאומי ופדרציית פאלם ביץ', ועל כך יבואו על התודה. תודתנו נתונה במיוחד למר אל אנגלברג שעודד את הפרויקט מראשיתו, שהיה אחד מממניו הראשונים, ומי שהדגיש בפני הגורמים המעורבים בו את החשיבות שבהערכת הפרויקט, ובמיוחד את הערכת השפעתו על מצב הבריאות של המטופלים יוצאי אתיופיה.

מחקר ההערכה על השלב הראשון שבוצע על-ידי ג'וינט-מכון ברוקדייל, בחן את השפעת התכנית על כלל אוכלוסיית המטופלים יוצאי אתיופיה. מחקר ההערכה הנוכחי התמקד בבחינת השפעת תכנית ההתערבות על חולי סוכרת ואסתמה בקרב הקהילה.

בהכנת המחקר, במהלך עריכתו, ובהכנת דוח זה, הסתייענו באנשים רבים ותודתנו נתונה להם. אנו מודים לחברי ועדת ההיגוי שליוו את מחקר ההערכה ונתנו את הערותיהם על שאלון המחקר ועל הטיוטות של דוח המחקר. כמו-כן, אנו מודים למנהלי המרפאות, ולמנהלות שירותי הסיעוד בהן, על עזרתם בביצוע הסקרים ועל נכונותם להתראיין, כמו גם על הערותיהם המועילות על ממצאי המחקר. תודה גם למגשרים בכל המרפאות אשר בפגישותינו עמם קיבלנו משוב לממצאים בשלבי המחקר השונים. תודה לגב' מאיה רודנאי וגב' דבורה אורבוך, מן המחלקה לחינוך ולקידום בריאות בשירותי בריאות כללית, על עזרתן בקשר עם המרפאות.

עוד אנו מבקשים להודות לד"ר ענת יפה מן המרכז הרפואי הלל יפה, לד"ר עפרה קלטר-ליבוביץ ממכון גרטנר לאפידמיולוגיה ומחקר במדיניות בריאות, ולפרופ' אליעזר קיטאי מן החוג לרפואת המשפחה באוניברסיטת תל אביב, על עזרתם והערותיהם המועילות בנוגע לשאלון המחקר ולטיוטות הממצאים בשלבים שונים של המחקר.

אנו מודים גם ליועצינו במחקר: לעמיתנו פרופ' יוחנן בן בסט אשר עזר לנו רבות בחשיבה ובניסוח הצעת המחקר ואף בפירוש הממצאים, ולמר ממויה זרה אשר עזר לנו להתאים את שאלון המחקר למרואיינים שהם חולים כרוניים יוצאי אתיופיה.

ולבסוף נתונה תודתנו לפרופ' ג'ק חביב ולד"ר ברוך רוזן, ולכל שאר חברי המכון שקראו את העבודה והעירו הערות מועילות. תודה לגב' בלהה אלון שערכה את דוח המחקר.

אנו מקווים שהדוח יסייע להטמעת התכנית במסגרת שירותי הרפואה הראשונית.

נורית ניראל
חוקרת בכירה
ג'וינט-מכון ברוקדייל

שרית בייץ-מוראי
מנהלת תחום מפעלים מיוחדים
המוסד לביטוח לאומי

חברי ועדת ההיגוי לתכנית ההתערבות ולמחקר:

שרית בייץ-אמוראי, מנהלת המחלקה למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי
כרמלה קורש-אבלגון, סגנית מנהלת המחלקה למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי
יחיאל ערן, ראש תחום שילוב יהודי אתיופיה, ג'וינט ישראל
ניבי דיין, מנהלת תכניות בריאות ליוצאי אתיופיה, ג'וינט-ישראל
גלילית לני, רכזת תכנית "רפואה שלמה", ג'וינט-ישראל
דיאן לוי, מנהלת המחלקה לחינוך וקידום בריאות, שירותי בריאות כללית
ד"ר יאיר עמית, סגן הרופאה המחוזית, מכבי שירותי בריאות, מחוז ירושלים
ברקו סמואל, מגשר בריאות, מכבי שירותי בריאות, מרכז הקליטה, מבשרת ירושלים
מוריה ששון, עובדת סוציאלית, קופת-חולים לאומית, סניף רחובות
חנה פלג, רכזת קידום בריאות, משרד הבריאות
רבקה ויסברג, משרד העבודה והרווחה
שרה כהן, מנהלת גף רווחה, המשרד לקליטת העלייה
ד"ר ברוך רוזן, ראש תחום מחקר במדיניות בריאות, ג'וינט-מכון ברוקדייל

יועצים למחקר:

פרופ' יוחנן בן בסט, התכנית לחקר מדיניות בריאות, ג'וינט-מכון ברוקדייל
ממויה זרה, עובד סוציאלי, בית-חולים שניידר, פתח תקווה

תקציר

מחקר זה הוא שלב שני של הערכת "רפואה שלמה" - תכנית התערבות ליוצאי אתיופיה במרפאות ראשוניות. לתכנית אותה יזמו ג'וינט-ישראל ושירותי בריאות כללית, שותפים גם המוסד לביטוח לאומי, פדרציות וקרנות יהודיות בארצות-הברית, משרד הבריאות והמשרד לקליטת העלייה, מכבי שירותי בריאות וקופת-חולים לאומית. מטרת התכנית הן שיפור התקשורת בין החולים יוצאי עדה זו לבין הצוות הרפואי, שיפור הטיפול בחולים ואף קידום בריאותם. כל זאת, באמצעות (1) העסקת מגשרים יוצאי אתיופיה שהוכשרו לעבודה כמקדמי בריאות לצורך גישור בין-תרבותי בין החולה לרופא; (2) הדרכת הצוות במרפאה במטרה לשנות עמדות, לגשר על פערים בין-תרבותיים ולהוסיף ידע על תפיסת בריאות בקרב מטופלים יוצאי אתיופיה; ו-(3) פעולות חינוך לבריאות בקרב קבוצות מיוצאי אתיופיה על-ידי המגשרים וצוות המרפאה.

מחקר הערכה קודם, אשר בחן את השפעת תכנית ההתערבות "רפואה שלמה" על אוכלוסייה רגילה של מטופלים יוצאי אתיופיה במרפאות ראשוניות (ניראל, רוזן ואיסמעיל, 2000), מצא כי התכנית הייתה אפקטיבית בכל הנוגע לשיפור הקשר הבין-אישי בין הרופא לחולה. בנושא זה, כמו גם בנושאים האחרים שנבדקו, כגון זמינות ונגישות השירות הרפואי והתמצאות בקבלתו, היה למרפאות הניסוי יתרון על פני מרפאת הביקורת. כל זאת, מבלי שהתכנית הביאה לעלייה ניכרת בהוצאה על מטופלים יוצאי אתיופיה.

מטרות המחקר בשלב השני של הערכת תכנית ההתערבות היו: א. לבחון את השפעת תכנית ההתערבות על הטיפול במחלה בקרב חולי סוכרת ואסתמה יוצאי אתיופיה; ב. לבחון את השפעת תכנית ההתערבות על מצב בריאותם; ג. לבחון את השפעת תכנית ההתערבות על הקשר בינם לבין נותני הטיפול.

מערך המחקר כלל בדיקה של שתי מרפאות ניסוי (בהן מופעלת תכנית ההתערבות) ושתי מרפאות ביקורת (בהן התכנית אינה מופעלת). ארבעתן הן מרפאות של "שירותי בריאות כללית" בדרום הארץ, שנבדקו בשתי נקודות זמן: א. סקר שנערך ב-2000 בקרב חולי אסתמה וסוכרת לפני הפעלת התכנית (סקר א'); ב. סקר שני, בקרב אותם חולים, שנערך שנה אחרי הפעלת תכנית ההתערבות (סקר ב'). שלוש מאות ותשעים מתוך 4,364 יוצאי אתיופיה בארבע המרפאות, זוהו כחולי סוכרת או אסתמה לפי התרופות שקיבלו. בסקר הראשון בוצעו 196 ראיונות מלאים שהם 50% מאוכלוסיית המחקר כפי שנקבעה לפי הקריטריון של סוג תרופה, ו-60% מאוכלוסיית המחקר שעמדה הן בקריטריון של סוג התרופה והן בקריטריון של זיהוי עצמי כחולים במחלה. בסקר השני רואיינו 78% ממי שרואיינו בסקר הראשון. ההשוואה בין שני סוגי המרפאות נוגעת למי שהשתתפו בשני הסקרים – 153 חולים (109 חולי אסתמה ו-44 חולי סוכרת).

מצב הבריאות טרם הפעלת התכנית

התמונה שעולה מממצאי הסקר הראשון, טרם הפעלת תכנית ההתערבות, היא כי בכל הקשור לתפיסת מצב הבריאות, מדובר במטופלים אשר מרביתם רואים עצמם כאנשים חולים מאוד, שהמחלה משפיעה רבות על איכות חייהם ועל אורח חייהם, במיוחד חולי האסתמה שבהם.

השפעת תכנית ההתערבות על הטיפול במחלה

בנוגע לטיפול במחלה בקרב **חולי האסתמה** מצאנו כי במרפאות הניסוי לא היה שינוי מובהק בין שני הסקרים בסוג התרופות שהחולים דיווחו שהם מקבלים. במרפאות הביקורת מצאנו ירידה מובהקת בין שני הסקרים בשיעור המדווחים על קבלת זריקות סטרואידים, מ-46% בסקר הראשון ל-34% בעת הסקר השני. אולם גם שיעור זה עדיין גבוה יותר משיעור המדווחים על כך בעת הסקר השני במרפאות הניסוי (12%). יש לציין שאף שלזריקות הסטרואידים יש השפעה מיידית של הקלה, בטווח הארוך הן מזיקות.

השינוי הבולט בנוגע לטיפול במחלה הוא העובדה כי שנה לאחר הפעלת התכנית, חלה ירידה בשיעורי האשפוז בשל המחלה במרפאות הניסוי. לא רק זאת, אלא שבניתוח רב-משתני בו נלקח בחשבון מצב האשפוז בסקר א' עלה, כי הסיכוי שחולה אסתמה ממרפאות הניסוי ידווח שנה לאחר הפעלת התכנית כי לא אושפז במהלך שנה זו בשל המחלה הוא פי כ-4 מן הסיכוי לכך אצל חולה אסתמה במרפאות הביקורת. ממצא זה יכול להעיד על ירידה בחומרת ההתקפים במרפאות הניסוי ועמה ירידה בצורך באשפוז. לעומת זאת, שנה לאחר הפעלת התכנית, למרפאות הניסוי לא היה יתרון על מרפאות הביקורת בנוגע להיבטים אחרים של הטיפול במחלה, כגון האם היה התקף בחודש האחרון, טיפול עצמי בעת התקף, ידע מתי מתחיל התקף, ידע בנוגע לעיתוי השימוש במשאף ובתרופות או קבלת זריקות נגד שפעת.

בבחינת הטיפול במחלה בקרב **חולי הסוכרת** עלה, כי הן במרפאות הניסוי והן במרפאות הביקורת, מרבית החולים נמצאים במעקב אחר המחלה לאורך כל התקופה הנבדקת. קרי, שיעור גבוה מהם דיווחו עוד בסקר הראשון על ביצוע של בדיקות עיניים (85%-ו-94% בהתאמה), בדיקת לחץ-דם (89%-ו-100% בהתאמה), ביקורי מעקב אצל הרופא (67%-ו-75% בהתאמה), ובדיקת רמת סוכר בדם לפי הצורך, ולא חלו שינויים מובהקים בכל אלה בין הסקר הראשון לשני בשני סוגי המרפאות. ממצא זה משקף במידה רבה את המציאות לפיה בארבע המרפאות יש תכנית מעקב לחולי סוכרת (לכלל האוכלוסייה). ולכן, למרפאות הניסוי לא היה יתרון על פני מרפאות הביקורת בכל הנוגע למעקב אחר המחלה. בנוסף, שיעור האשפוזים בשל הסוכרת נשאר דומה בין שני הסקרים, בשני סוגי המרפאות. אולם, נמצאה מגמה של שיפור לאורך זמן במרפאות בהן מופעלת "רפואה שלמה" בנושאים של תזונה ושמירה על המשקל הרצוי ופעילות גופנית. בנושאים אחרים נמצאה מגמה של שיפור דווקא במרפאות הביקורת (למשל בנוגע לטיפול ברגליים). מדובר רק במגמות, שכן בניתוח הרב-משתני לא נמצאה השפעה עצמאית מובהקת של מרפאות הניסוי או של מרפאות הביקורת ברוב המכריע של המשתנים הנוגעים לדיווח על הטיפול במחלה (ייתכן שגם בשל המספר המועט של חולי הסוכרת במחקר, 44 חולים).

השפעת תכנית ההתערבות על מצב הבריאות

השינוי במצב הבריאות בין הסקר הראשון לשני נבדק באמצעות מספר מדדים: (1) בקרב חולי הסוכרת בדקנו את השינוי באיכות החיים עם מחלת הסוכרת, (2) בקרב חולי האסתמה בדקנו את השינוי במצב הבריאות במחלה (Asthma Health Status) לפי סדרת סימפטומים האופייניים למחלה, ו-(3) בקרב כלל הנחקרים (חולי הסוכרת וחולי האסתמה) בדקנו את השינוי במצב הבריאות הכללי. ההשפעה העצמאית של תכנית ההתערבות על מצב הבריאות כפי שהוא נתפס על-ידי הנחקרים נבחנה באמצעות ניתוחים רב-משתניים בהם נלקחו בחשבון גם מאפיינים אישיים ומצב בריאותו של הנחקר בעת הסקר הראשון.

בקרוב **חולי האסתמה** מצאנו כי בעוד שבמרפאות הניסוי הירידה בין שני הסקרים במספר הסימפטומים השליליים של המחלה שדווחו על-ידי הנחקרים הייתה קטנה ולא מובהקת, הרי במרפאות הביקורת הייתה גדולה יותר ומובהקת. על אף זאת, לפי ממוצע התשובות בנוגע למספר הסימפטומים השליליים, גם בעת הסקר השני חולי האסתמה במרפאות הביקורת מרגישים יותר חולים מאלו שבמרפאות הניסוי. בניתוח הרב-משתני לא מצאנו כי להשתתפות בתכנית ההתערבות הייתה השפעה על מצב הבריאות במחלה. כך, שבין הסקר הראשון לשני לא חל שיפור באופן בו חולי האסתמה ממרפאות הניסוי תפסו את מצבם בהשוואה לחולים במרפאות הביקורת.

בקרוב **חולי הסוכרת** מצאנו כי בשני סוגי המרפאות לא נמצא הבדל מובהק בין שני הסקרים בציון הממוצע שהנחקרים קיבלו במדד הכולל ובתת-המדדים אשר בדקו את איכות החיים עם מחלת הסוכרת. כשבחנו את ההשפעה העצמאית של תכנית ההתערבות על משתנה זה מצאנו כי בהיבט של שביעות הרצון מן החיים עם המחלה (אחד מתת-המדדים) הייתה לתכנית ההתערבות השפעה חיובית ומובהקת – שנה לאחר הפעלת התכנית היה לחולי הסוכרת במרפאות הניסוי יתרון בהיבט זה בהשוואה לחולים במרפאות הביקורת. אולם, לתכנית ההתערבות לא הייתה השפעה מובהקת על היבטים אחרים של איכות החיים עם סוכרת – השפעת המחלה ודאגות עקב המחלה. כלומר, בעת הסקר השני, שנה לאחר הפעלת התכנית, לא מצאנו שיפור בקרב חולי הסוכרת במרפאות הניסוי בהיבטים אלה של איכות החיים עם סוכרת, בהשוואה לחולים במרפאות הביקורת.

כאמור, בחנו גם את השינוי בתפיסת **מצב הבריאות הכללי**. מצאנו, כי החולים במרפאות הניסוי תופסים את מצב הבריאות שלהם קצת יותר טוב מן החולים במרפאות הביקורת בשתי נקודות הזמן שבדקנו. עם זאת, בין שני הסקרים חלה במרפאות הניסוי ירידה מובהקת במצב רוחם של המטופלים. בניתוח הרב-משתני נמצא כי לסוג המרפאה לא הייתה השפעה מובהקת על מצב הבריאות הכללי בקרב כלל הנחקרים (חולי הסוכרת וחולי האסתמה), קרי, לא חל שיפור באופן בו הנחקרים במרפאות הניסוי ראו את מצב בריאותם הכללי שנה לאחר הפעלת התכנית.

השפעת תכנית ההתערבות על הקשר בין החולה לרופא

לב ליבה של תכנית "רפואה שלמה" הוא שיפור התקשורת בין כלל הצוות המטפל לבין החולים; והסרת מכשולים תרבותיים בין יוצאי אתיופיה, לבין הצוות הרפואי במרפאה הראשונית.

ההנחה הייתה ששיפור התקשורת באמצעות תכנית ההתערבות על מרכיביה השונים יביא לשיפור בטיפול במחלה ובמצב הבריאות, ועל כן היה חשוב לבחון האם ובאיזו מידה אכן חל שיפור בתקשורת.

מצאנו, כי שיעור הנעזרים במגשר בעת הביקור אצל הרופא, בין אם בכל פגישה עמו ובין אם רק בחלק מן הפגישות הוא 64%. זהו שיעור גבוה הרבה יותר משיעור ההיעזרות במגשר אשר מצאנו במחקר הראשון אשר נערך בקרב כלל יוצאי אתיופיה המטופלים במרפאות (שהיה 30%). שיעור זה אף יותר גבוה מאחוז הנעזרים במגשר בקרב הסובלים ממחלה קשה, או ממחלה כרונית, שבמחקר ההערכה הראשון הגיע ל-44% (ניראל, רוזן ואיסמעיל, 2000), כפי שאכן היה צפוי בקרב חולים קשים. שיעור הנעזרים גבוה במיוחד בקרב מי שמצב בריאותם הכללי אינו טוב (82% מהם), המבוגרים יותר (81%) ונשים (74%). עוד עלה מן הנתונים, כי באופן כללי הקשר עם הרופא והאחות היה טוב הן במרפאות הניסוי והן במרפאות הביקורת, כבר לפני הפעלת תכנית ההתערבות. עוד נמצא כי בעוד שבמרפאות הניסוי לא חל בין שני הסקרים שינוי מובהק בטיב הקשר עם הרופא (ואף יש מגמה של ירידה קלה בציון הממוצע במדד זה), הרי שבמרפאות הביקורת חלה עלייה מובהקת בין שני הסקרים בציון הממוצע במדד זה, דהיינו חל שיפור.

מן הניתוחים הסטטיסטיים הרב-משתניים עלה, כי לתכנית ההתערבות לא הייתה השפעה עצמאית מובהקת על האופן בו החולים תפסו את טיב הקשר שלהם עם הרופא הראשוני במרפאה בעת הסקר השני. שנה לאחר הפעלת התכנית לא חל שיפור באופן בו החולים במרפאות הניסוי תפסו קשר זה, ודווקא למרפאות הביקורת יש יתרון בשיפור היחסים בין חולים לרופאים. עוד מצאנו, לפי אותם ניתוחים רב-משתניים, כי התפיסה שהקשר עם הרופא הוא טוב מוסברת, בין השאר, בהרגשה שמצב הבריאות בכללותו, או מצב הבריאות במחלה הספציפית הוא טוב, או שחל שיפור במצב הבריאות בין שני הסקרים. מכאן אנו למדים, כי העובדה שהחולים מרגישים "חולים מאוד" קובעת מאוד בכל הנוגע לקשר עם הרופאים. מי שמרגיש טוב יותר, או שמרגיש שמצבו משתפר, רואה את הקשר בינו לבין נותני הטיפול כטוב יותר. ייתכן גם שהשפעת המגשר על תפיסת הקשר עם הרופא אינה כה משמעותית אם מראש הקשר הוא טוב.

יתרה מכך, מן הממצאים במרפאות הניסוי עולה כעין פרדוקס, ככל שאינטנסיביות הקשר עם המגשר גדולה, כך הקשר עם הרופא פחות טוב. ייתכן שממצא זה קשור למאפייני החולים שהם הנעזרים העיקריים במגשר. מן הראיונות במרפאות אנו יודעים כי חולים אלו הם החלשים שבין העולים: במקרים רבים, מי שיותר זקנים, מי שאינם דוברי עברית, הם גם החולים הקשים יותר, ויש גם להניח שהם מי שנקלטו פחות טוב בארץ ומצבם הכלכלי פחות טוב מאחרים. באופן טבעי, הם פחות מרוצים ממצבם, בכלל, ומן הרופא, בפרט. ייתכן גם שמי שאינטנסיביות הקשר שלו עם המגשר רבה יותר, קרי מי שנעזר בו באופן קבוע, הוא מי שמראש מרגיש פחות נוח עם הרופא. בנוסף, ייתכן גם שכאשר רופא מקבל לטיפול חולה שהתקשורת עמו קשה, וכתוצאה מכך המגשר מעורב מאוד בתקשורת עם החולה, הרופא מעביר למעשה למגשר חלק מן האחריות להסברים ולטיפול. לפיכך, החולה מרגיש פחות קשור לרופא.

מצאנו, כי למרפאות הביקורת היה יתרון על פני מרפאות הניסוי בתפיסת הקשר עם הרופא כטוב, וזאת על אף שורת הממצאים הבאים: במרפאות הניסוי נמצא שיעור היעזרות גבוה

במגשר; הסיכוי שלא להתאשפז לאחר הפעלת התכנית קרוב לפי 4 בקרב חולי האסתמה במרפאות הניסוי, מאשר בקרב החולים במרפאות הביקורת; מצבם הבריאותי של החולים במרפאות הניסוי טוב יותר במידת-מה, מן החולים במרפאות הביקורת; במרפאות הניסוי נמצא שיפור בשביעות הרצון מהחיים עם מחלת הסוכרת; כמו-כן, בקרב חולי הסוכרת במרפאות הניסוי נמצא שיפור מה בדיווח על היבטים של תזונה ושמירה על משקל תקין בטיפול במחלה.

לגבי חולי האסתמה, שהם מרבית הנחקרים, אחד ההסברים לממצאים לעיל עשוי להיות קשור בעובדה שטיפול "נכון" יותר במחלה [דגש על טיפול מונע, שימוש נכון במשאפים והימנעות ממתן זריקות של סטרואידים וכדורי פרדניזון (כדורי סטרואידים) בצורה גורפת, טיפול אשר יביא לתוצאות טובות יותר בטווח הארוך], עשוי לנגוד את ציפיות החולים לקבל תרופות שיתנו מענה מידי למחלה הכרונית (כגון זריקות או כדורי סטרואידים), שבטווח הקצר ישפרו את הרגשתו של החולה (אך אינן מומלצות לשימוש לאורך זמן בשל השפעות הלוואי שלהן). מצאנו, שבמרפאות הביקורת שכיח יותר הטיפול באמצעות זריקות סטרואידים. ייתכן שההטבה המיידית שמרגישים החולים במרפאות אלו עם קבלת הטיפול האקטיבי יותר (אשר ניתן שוב ושוב), משליכה על תחושתם שמצב בריאותם הוטב ושהקשר עם הרופא הוטב אף הוא.

יתרה מכך, אם החולה מצפה לקבל טיפול שיביא הטבה מיידית, למשל, זריקות סטרואידים, ואילו הרופא מספק טיפול אחר שאינו לפי ציפיותיו (גם אם טיפול זה "נכון יותר" מבחינה רפואית), הרי שהחולה יהיה מאוכזב ויראה את הקשר עם הרופא כפחות טוב, בהשוואה לעמיתו שקיבל את הטיפול לו ציפה. גם אם הרופאים במרפאות הניסוי נעזרים במגשר על מנת להסביר את הטיפול שהם נותנים, ייתכן שהמפגש הקצר במרפאה בין החולה לרופא (בדרך כלל פחות מ-10 דקות לחולה), גם אם המגשר משתתף בו, אינו מספיק על מנת להסביר לחולה את יתרון הטיפול המוצע. פיתרון אפשרי עשוי להיות ביצוע פעולות הדרכה מיוחדות על-ידי הצוות הרפואי, בעזרת המגשר, במטרה לגשר על הפער בציפיות בין החולים לרופאים לגבי אופן הטיפול הרצוי במחלה.

הסבר אפשרי נוסף הוא שלפי התפיסה המערבית, ככל שיש לחולה מידע רב יותר על המחלה, וככל שהוא השולט בעוצמת הטיפול ועיתוי מתן התרופות לצורך איזונה, יש לו שליטה רבה יותר על החיים עמה. נקודת המוצא לגישה זו היא שהעצמת החולה והורדת תלותו ברופא עשויות לשפר את אופן הטיפול העצמי, את הרגשתו של החולה, ואת מצב בריאותו.

אולם, משיחות עם רופאים ואחיות במרפאות ועם המגשרים עלה, שייתכן שיוצאי אתיופיה תופסים באופן שונה מאחרים את הסטטוס של "להיות חולה". לפי תפיסתם, מאדם חולה לא נדרש דבר, הוא אינו צריך לעבוד ואינו צריך לעשות דבר למען עצמו. משפחתו, חבריו, הרופא או האחות, הם שצריכים לעזור לו ולטפל בו. לפיכך, החולים רוצים שיטפלו בהם; עצם המעקב ותשומת הלב של הרופא והאחות חשובים להם. יש בממצאים רמז לכך כי חולי הסוכרת אשר אחריהם מתקיים מעקב במרפאה חיים טוב יותר עם המחלה, בהשוואה לחולי האסתמה. מן הראוי לבדוק הסבר זה באופן מעמיק יותר במחקר עתידי, אולי בדרך של מחקר עומק המשלב ראיונות פתוחים עם חולים יוצאי אתיופיה, על מנת לרדת לשורש העניין. בכל מקרה, אם הסבר זה נכון, הגישה המערבית הדוגלת בהעצמה, שמטרתה הורדת התלות ברופא והישענות על טיפול

עצמי, אינה מתאימה לחולים אלה. ייתכן שבדומה למעקב אחר חולי הסוכרת חשוב לבצע תכנית מעקב גם לחולי אסתמה. תכנית מעקב כזו, אשר תכלול הזמנה לביקורת במועדים קבועים, ותעניק לחולים תחושה שיש מי שעוקב אחר הטיפול בהם ודואג להם, עשויה להוביל להסתגלות טובה יותר לחיים עם המחלה ואף לטיפול טוב יותר בה.

תפקיד המגשרים

תוצאות המחקר מעלות לדיון את הציפיות מעבודת המגשרים ואת גבולות תפקידם. יש לזכור שהמחקר בחן את עבודת המגשרים במרפאות הניסוי לאחר זמן קצר יחסית – שנה בלבד מאז שהתחילו בתפקידם. מן המחקר הקודם (ניראל, רוזן ואיסמעיל, 2000) עלה כי, בתחילת עבודתם של המגשרים הם טיפלו באופן אקלקטי במגוון רב של בעיות בריאות שעולות במהלך יום העבודה (בהתאם לצורכי המטופלים והמטפלים), ובעזרה בהתמצאות בקבלת שירותי בריאות בקרב כלל המטופלים יוצאי אתיופיה. מכך עולה שעזרתם לחולי האסתמה והסוכרת הייתה רק חלק מעיסוקם כמגשרים. בשנה הראשונה, אם כן, על המגשרים להתמודד עם מצבים אקוטיים ולא ניתן לצפות שהם יתמודדו עם משימות מסובכות יותר כמו הטיפול בחולים הכרוניים. משיחות עם מנהלי התכנית עלה כי לוותק של המגשר יש משקל, וכי יש הבדל בין מגשרים חדשים לבין מגשרים בעלי ניסיון במידה בה הצוות הרפואי מערב אותם בטיפול ובמעקב אחר החולים. מדבריהם אף עלה כי יש מרפאות בהן פועלים מגשרים (אשר לא נכללו במחקר זה), שבהן קביעת סדר עדיפויות המאפשרת למגשר להתמקד בטיפול באנשים עם בעיות בריאות ספציפיות, נשאה פרי מבחינת טיפוח הרגלי טיפול עצמי ושימוש מתאים בשירותי הבריאות. ייתכן כי ראוי לבחון את תרומת המגשר במרפאות אלו.

עם זאת, עמוד התווך של תפקיד המגשר היה, ועדיין הינו, שיפור התקשורת והגישור הבין-תרבותי במגעים בין הצוות במרפאה לבין החולים יוצאי אתיופיה. שני מחקרי ההערכה שביצענו בדקו את השפעת התכנית שנה לאחר הפעלתה. ממצאי שני המחקרים מראים כי גישור בעת הפגישה עם הרופא או האחיות עוזר לכלל יוצאי אתיופיה המבקרים במרפאה, אולם, אינו מספיק כאשר מדובר בטיפול בחולים כרוניים יוצאי אתיופיה, ובשיפור הרגשתם בנוגע למצב בריאותם.

ממצא זה מבליט את גבולות תפקידו של המגשר. ייתכן שהציפיות מתוצאות עבודתו בכל הנוגע לחולים כרוניים היו מוגזמות בחלקן. ייתכן גם שסדרי העדיפויות בהעסקת מגשרים נטו לכיוון של כלל החולים ולא-דווקא לכיוונם של החולים הכרוניים. יתר על כן, הסוגיות הכרוכות בטיפול בחולי סוכרת ובחולי אסתמה, ובמעקב אחריהם, הן מורכבות גם בקרב חולים אחרים שאינם יוצאי אתיופיה. קופות-החולים מתמודדות עם סוגיות אלו באמצעות הפעלה של תכניות מעקב מיוחדות לכלל החולים במחלות אלו. ייתכן שניתן, אם כן, לנצל את עבודת המגשר באופן יעיל יותר על-ידי שילובו במערך הטיפול הקיים בחולים הכרוניים. פירושו של דבר הוא שינוי סדר העדיפויות בתפקיד המגשר לצורך שילובו בהדרכה, בטיפול ובמעקב אחר חולים כרוניים יוצאי אתיופיה. שילוב המגשרים בחלק זה של מתן השירות הרפואי מחייב הקצאת זמן לכך במסגרת עבודתם במרפאה, והקניית כלים מתאימים בעת ההדרכה הניתנת להם.

החלטה כזו גם מחייבת את מנהלי התכנית להחליט על סדרי עדיפויות בעבודת המגשרים. קרי, יש לשקול האם מוקד התפקיד הוא גישור בעת הטיפול בכלל המטופלים יוצאי אתיופיה המגיעים לטיפול במרפאה, או, שמא, יש לייחד את עבודתו של המגשר לעבודה הממוקדת בקבוצות ספציפיות, למשל, בחולים הכרוניים. בנוסף, לא מן הנמנע שתפקיד המגשר יתפתח באופן שונה במרפאות, וזאת בהתאם למידה בה צוותי המרפאות ירצו לייחד את עבודת המגשר לקבוצות חולים מסוימות, או לנושאי בריאות ספציפיים.

לסיכום: בעוד שבמחקר ההערכה הראשון לתכנית נמצא כי בקרב האוכלוסייה הכללית של מטופלים יוצאי אתיופיה עזרה תכנית ההתערבות "רפואה שלמה" הן לקשר בין החולים לרופאים והן להתמצאות בקבלת השירותים בקופה, הרי שבמחקר זה שבחן את השפעות התכנית על הטיפול במחלה ועל מצב הבריאות, כמו גם על הקשר עם הרופא בקרב חולים כרוניים יוצאי אתיופיה, הממצאים מורכבים יותר. יש ממצאים המעידים על שיפור מה בטיפול במחלה בעקבות הפעלת התכנית במרפאות הניסוי - ירידה בשיעור האשפוזים בקרב חולי האסתמה ומגמה של שיפור בנושאים הנוגעים לשמירה על המשקל ופעילות גופנית בקרב חולי הסוכרת, ואף שיפור בהיבט אחד של איכות החיים עם המחלה בקרב חולי הסוכרת. אולם, לא מצאנו שיפור בשאר ההיבטים של איכות החיים עם מחלת הסוכרת, ואף לא במצב הבריאות באסתמה ובמצב הבריאות הכללי. בנוסף, במרפאות הניסוי לא נמצא שיפור בקשר עם הרופא. יחד עם זאת, לאור המגבלות של מדגם קטן, מספר מוגבל של מרפאות שלקחו חלק במחקר, וכן תקופת בדיקה קצרה יחסית (שנה בלבד), יש להתייחס לממצאים במידה של זהירות. בנוסף, יש להדגיש כי אין בממצאים האלה בכדי לערער את התועלת והתרומה של העסקת המגשרים (כפי שהודגמו במחקר הקודם), אלא הם מעידים על כך שתכנית התערבות כמו "רפואה שלמה" שאינה התערבות המכוונת ספציפית לטיפול במחלה, אינה מספיקה על מנת להביא שינוי באופן בו החולים רואים את מצב בריאותם לפי המדדים השונים שבדקנו. יש בממצאים עדות לכך כי כשמדובר על חולים כרוניים, במיוחד כאלו אשר רואים עצמם כמי שהמחלה משפיעה מאוד על איכות חייהם ואורח חייהם, עשוי להיות יתרון לשילוב עבודת המגשר בהדרכה, בטיפול ובמעקב אחר החולים, במסגרת תכניות ייעודיות שנבנו בקופה לטיפול במחלה. שילוב מעין זה עשוי להביא להתאמת הציפיות לסוג הטיפול הניתן, לשיפור הטיפול במחלה ולהקלה על ההסתגלות לחיים עמה.

הצגת הממצאים בוועדת ההיגוי ובפורומים נוספים, הביאה לכך שמארגני התכנית ומפעיליה דנו בשאלות הכרוכות בסוגיה של סדרי העדיפויות בהגדרת תפקיד המגשר: התמקדות בטיפול בחולים כרוניים למול טיפול במגוון רחב של בעיות ועזרה בהתמצאות קבלת שירותי הבריאות בקרב כלל המטופלים יוצאי אתיופיה, וכן החלו להתמודד עם שאלות אלה. כמו-כן התקיים דיון במהות התמיכה המקצועית והמשאבים הדרושים אם אכן רוצים שהמגשרים יהיו שותפים לטיפול בחולה הכרוני.

תוכן העניינים

1	מבוא
3	מטרות המחקר
4	הערכת השפעת תכנית ההתערבות על החולים : מסגרת מושגית
7	מערך המחקר ושיטת המחקר
7	שיטת המחקר
8	השאלון
8	המשתתפים במחקר
13	עיבודים סטטיסטיים
14	אוכלוסיית המחקר : הגדרה, מאפייני רקע והשוואת המרואיינים לנפל
17	אוכלוסיית המחקר : מצב הבריאות לפני הפעלת תכנית ההתערבות
22	השפעת תכנית ההתערבות על הטיפול במחלה
22	חולי אסתמה
25	חולי סוכרת
29	השפעת תכנית ההתערבות על מצב הבריאות
29	תפיסת מצב הבריאות באסתמה (Asthma health status)
30	תפיסת איכות החיים עם מחלת הסוכרת
32	תפיסת מצב הבריאות הכללי (כל החולים במחקר)
35	השפעת תכנית ההתערבות על הקשר עם נותני הטיפול
41	סיכום ודיון
49	ביבליוגרפיה
53	נספחים

רשימת נספחים

55	נספח א': פירוט השאלות ובדיקת המהימנות של המדדים במחקר
55	המדד לבדיקת איכות החיים בסוכרת
56	המדד לבדיקת מצב בריאות באסתמה (Asthma Health Status)
57	המדד לבדיקת תפיסת מצב הבריאות הכללי
58	מדד הקשר עם הרופא והאחות

60	נספח ב': ניתוח מאפייני מקרי הנפל בסקר הראשון (סקר א') והשוואה בינם לבין המרואיינים בסקר
----	---

62	נספח ג': ניתוח מאפייני מקרי הנפל בסקר השני (סקר ב') והשוואה בינם לבין המרואיינים בשני הסקרים
----	--

65	נספח ד': השפעת תכנית ההתערבות על השינוי בתפיסת מצב הבריאות
----	--

67	נספח ה': השפעת התכנית על השינוי בטיב הקשר עם הרופא
----	--

70	נספח ו': שאלון סקר חולים במרפאה
----	---------------------------------

רשימת לוחות

6	מודל: השפעת תכנית ההתערבות "רפואה שלמה" על הטיפול במחלה ועל מצב הבריאות
---	---

15	לוח 1: מאפייני רקע של המרואיינים - סקר א'
----	---

16	לוח 2: מאפייני רקע של המרואיינים בסקר ב'
----	--

17	לוח 3: מצב הבריאות באסתמה בסקר א'
----	-----------------------------------

19	לוח 4: איכות החיים עם סוכרת בסקר א'
----	-------------------------------------

21	לוח 5: תפיסת מצב הבריאות בסקר א'
----	----------------------------------

22	לוח 6: דיווח על טיפול עצמי באסתמה
----	-----------------------------------

24	לוח 7: יחסים צולבים של הדיווח על הטיפול במחלה בקרב חולי האסתמה ממרפאות הניסוי לעומת מרפאות הביקורת, מתוך רגרסיות לוגיסטיות
----	--

26	לוח 8: דיווח על הטיפול בסוכרת
----	-------------------------------

27	לוח 9: תזונה ופעילות גופנית
----	-----------------------------

28	לוח 10: יחסים צולבים של הדיווח על הטיפול במחלה בקרב חולי הסוכרת ממרפאות הניסוי לעומת מרפאות הביקורת, מתוך רגרסיות לוגיסטיות
----	---

- 29 לוח 11 : תפיסת מצב הבריאות באסתמה לפי סוג מרפאה ומועד סקר
(הציון הממוצע במדד)
- 30 לוח 12 : המשתנים המשפיעים על תפיסת מצב הבריאות באסתמה בסקר ב' -
תוצאות רגרסיה ליניארית (מקדמי b)
- 31 לוח 13 : איכות החיים עם סוכרת לפי סוג מרפאה ומועד סקר
(הציון הממוצע במדד)
- 32 לוח 14 : המשתנים המשפיעים על תפיסת איכות החיים עם סוכרת בסקר ב' -
תוצאות רגרסיה ליניארית (מקדמי b)
- 33 לוח 15 : תפיסת מצב הבריאות, לפי סוג מרפאה ומועד סקר (הציון הממוצע)
- 33 לוח 16 : המשתנים המשפיעים על תפיסת מצב הבריאות בסקר ב' -
תוצאות רגרסיה ליניארית (מקדמי b)
- 35 לוח 17 : טיב הקשר עם הרופא ועם האחות
- 37 לוח 18 : המשתנים המשפיעים על תפיסת טיב הקשר עם הרופא בסקר ב'
(תוצאות רגרסיה ליניארית)
- 38 לוח 19 : המשתנים המשפיעים על טיב הקשר עם הרופא בסקר ב' בקרב
חולי הסוכרת
- 39 לוח 20 : המשתנים המשפיעים על טיב הקשר עם הרופא בסקר ב' בקרב
חולי האסתמה (תוצאות רגרסיה ליניארית)
- 40 לוח 21 : המשתנים המסבירים את טיב הקשר עם הרופא במרפאות
הניסוי בסקר ב' - תוצאות רגרסיה ליניארית (מקדמי b)

רשימת לוחות בנספחים

- 55 לוח א1 : קיבוץ למדדים של שאלות על איכות חיים בסוכרת
- 56 לוח א2 : מדד מצב בריאות באסתמה (Asthma Health Status)
- 57 לוח א3 : מדדי תפיסת מצב הבריאות הכללי
- 58 לוח א4 : מדד הקשר עם הרופא והאחות
- 61 לוח ב1 : משתני רקע בקרב המרוויינים בסקר א' והנפל

- 62 לוח ג1 : משתני רקע בקרב המרואיינים והנפל
- 63 לוח ג2 : מצב בריאות כללי בסקר הראשון בקרב המרואיינים והנפל
- 64 לוח ג3 : דיווח על מצב בריאות באסתמה (בשנת 2000)
בקרב המרואיינים והנפל
- 64 לוח ג4 : איכות חיים ומצב בריאות בסוכרת (בשנת 2000)
בקרב המרואיינים והנפל
- 65 לוח ד1 : המשתנים המשפיעים על השינוי בתפיסת מצב הבריאות באסתמה -
תוצאות רגרסיה ליניארית (ערכי b)
- 65 לוח ד2 : המשתנים המשפיעים על השינוי בתפיסת איכות החיים עם סוכרת -
תוצאות רגרסיה ליניארית (ערכי b)
- 66 לוח ד3 : המשתנים המשפיעים על השינוי בתפיסת מצב הבריאות -
תוצאות רגרסיה ליניארית (ערכי b)
- 67 לוח ה1 : המשתנים המשפיעים על השינוי בטיב הקשר עם הרופא
(תוצאות רגרסיה ליניארית - ערכי b)
- 68 לוח ה2 : המשתנים המשפיעים על השינוי בטיב הקשר עם הרופא בקרב
חולי הסוכרת (תוצאות רגרסיות ליניאריות, ערכי b)
- 69 לוח ה3 : המשתנים המשפיעים על השינוי בטיב הקשר עם הרופא בקרב
חולי האסתמה (תוצאות רגרסיה ליניארית, ערכי b)

מבוא

המפגש בין נותני השירות הרפואי לבין יוצאי אתיופיה כרוך בקושי בסיסי במתן ובקבלת שירותי בריאות על רקע קשיים בתקשורת בשל אי-ידיעת השפה ובשל פערים ומחסומים בין-תרבותיים בין הצוותים הרפואיים לבין החולים יוצאי אתיופיה. הדבר בולט במיוחד במרפאות ראשוניות בקהילה שהן גם המקום בו קיים הקשר האינטנסיבי ביותר בין העולים לבין נותני השירות הרפואי. הקשיים בתקשורת בין הצוות הרפואי לבין המטופלים מתבטאים, בין השאר, בהתנהגות חולי שאינה מובנת לרופאים; בקושי של המטופלים לזהות מצוקות נפשיות של המטופלים, בשל ייחוס בעיות רגשיות לסימפטומים פיזיים (סומטיזציה); בתלונות רבות ולא ממוקדות של המטופלים, המקשות על אבחון הבעיה הרפואית; בתחושות קיפוח, אפליה וחוסר שביעות רצון בקרב המטופלים; בחשדנות המטופלים כלפי הטיפול, בחוסר היענות לטיפול (תרופות או בדיקות), ובחוסר ידע כיצד להשתמש בשירותי בריאות מערביים (Reiff et al 1999, Reiff, 1997); יונגמן ואחרים, 1995; נודלמן, 1995).

מחסומים אלו בתקשורת, והמודעות לקיומם, העלו את הצורך בשימוש בכלים המאפשרים גישור על פני הפערים ויצירת אינטראקציה שעשויה לשפר את המפגש בין נותני השירות הרפואי ויוצאי אתיופיה, להתאימו לצרכים המיוחדים של בני העדה, ולקדם את הבריאות בקרבם. לשם כך, בשנת 1998, יזמו ג'וינט-ישראל ושירותי בריאות כללית תכנית התערבות למען יוצאי אתיופיה במרפאות ראשוניות – תכנית "רפואה שלמה". בתכנית ההתערבות שלושה מרכיבים:

1. העסקת מגשרים יוצאי אתיופיה שהוכשרו לעבודה כמקדמי בריאות לצורך גישור בין-תרבותי בין החולה לרופא;
2. הדרכה לצוות הרפואי במרפאה במטרה לשנות עמדות, לגשר על פערים בין-תרבותיים ולהוסיף ידע על תפיסת הבריאות בקרב מטופלים יוצאי אתיופיה;
3. פעולות לחינוך לבריאות בקרב קבוצות מטופלים יוצאי אתיופיה על-ידי המגשרים שהוכשרו לכך.

ביצוע שלב א' של תכנית "רפואה שלמה" (הפעלה ב-6 מרפאות) לוהה במחקר הערכה שבוצע על-ידי ג'וינט-מכון ברוקדייל בשנים 1998-1999. מן המחקר עלה, כי תכנית ההתערבות הוכחה כאפקטיבית: המגשרים שולבו בעבודת צוות המרפאה, הצוות נעזר בהם בעת הפגישה עם החולה לצורך תרגום, הסבר והבנה לעומק של בעיותיו, למעקב אחר נטילת תרופות ולקשר עם משפחות החולים. פעילות המגשרים באה לידי ביטוי הן בגישור בין-תרבותי בעת המפגש בין הרופא לחולה, והן בסיוע אישי למטופלים יוצאי אתיופיה. בנוסף, למרפאות בהן הופעלה התכנית היה יתרון ברור על מרפאת הביקורת, בעיקר בכל הנוגע לשיפור הקשר הבין-אישי בין הרופא לחולה ולתפיסת תוצאות הטיפול. ההתערבות נמצאה אפקטיבית במיוחד בקרב מבוגרים בני 50-60, ובקרב מטופלים שדיווחו שיש להם בעיה רפואית המצריכה טיפול ארוך, או מחלה שהם סובלים ממנה זמן רב, קבוצות שנמצאו גם כמי שנעזרות יותר בשירותיו של המגשר. גם בנושאים אחרים שנבדקו, כגון זמינות ונגישות השירותים וההתמצאות בקבלתם, היה למרפאות

עם מגשרים יתרון על פני מרפאות ללא מגשרים, כל זאת, כנראה, מבלי שהתכנית הביאה לעלייה בהוצאה על מטופלים יוצאי אתיופיה. המסקנה שעלתה מהערכת התכנית הייתה שכאשר ניתנת עזרה באמצעות העסקת מגשרים, או על-ידי הדרכה מתאימה לצוות הרפואי, חולים יוצאי אתיופיה והצוות המטפל בהם מרגישים טוב יותר בנוגע לקבלת הטיפול הרפואי ולמתן הטיפול (ניראל, רוזן ואיסמעיל, 2000).

בשנת 2000 התכנית הורחבה בתמיכת המוסד לביטוח לאומי וגופים נוספים, והצטרפו אליה 10 מרפאות נוספות שבהן שיעור גבוה של יוצאי אתיופיה, כולל מרפאות משירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות וקופת-חולים לאומית. לפיכך, התכנית נותנת כיום שירות לאוכלוסייה של כ-20,000 יוצאי אתיופיה ב-16 מרפאות ראשוניות.

הרחבת תכנית ההתערבות למרפאות נוספות לוותה אף היא במחקר הערכה, שבו עוסק הדוח הנוכחי. הפעם התמקד המחקר בבחינה של השפעת עבודת המגשרים והדרכת הצוות הרפואי על דיווח עצמי על טיפול במחלה ועל הערכה עצמית של מצב הבריאות בקרב חולים כרוניים בסוכרת או באסתמה. ההחלטה להתמקד בהערכת תוצאות הפעלת התכנית בקרב החולים הכרוניים במחלות אלה נבעה מכמה סיבות: ראשית, מאז העלייה לישראל חלה בקרב יוצאי אתיופיה עלייה משמעותית בשיעור החולים במחלות כרוניות, ובהן אסתמה וסוכרת (Raz et al. 1993a, 1993b; Rosenberg et al. 1999; Bursztyn & Raz, 1993). מחלות כרוניות אלו כמעט שלא היו מוכרות באתיופיה, ומעטים מן העולים היו חולים בהן בעודם שם. כך, שהמושג מחלה כרונית, שהטיפול בה ארוך ומורכב, ואף אינו מביא לריפוי מלא של המחלה, אינו מוכר לחולה יוצא אתיופיה. עליו להסתגל לתפיסה של מחלה שאין לה ריפוי מלא, ושעל מנת להתמודד עמה עליו לשנות את אורח חייו ולהסתגל לאורח חיים שונה מן המוכר לו, בתחומים כגון תזונה, פעילות גופנית, שימוש בתרופות, סביבה פיזית, וטיפול עצמי. כמו-כן, הניסיון במרפאות הראשוניות העלה כי לעתים קרובות ההיענות של החולים לטיפול היא נמוכה, שכן בהיעדר סימפטומים ניכרים לעין, המטופלים מגלים חוסר אמון בתוצאות הבדיקות המצביעות על איתור המחלה, ולעתים הם מכחישים את קיומה. הפנייה לרופא מתרחשת פעמים רבות עקב אירוע אקוטי ולא על בסיס טיפול שוטף. בנוסף, מטופלים רבים שמתחילים להשתמש בתרופות ומגיעים באמצעותן לאיזון במחלה, מפסיקים לאחר תקופה קצרה את השימוש בהן, ומתקשים לקבל כי עליהם להמשיך ולקבל את התרופות באופן קבוע על מנת לשמור על איזון, תופעה המוכרת גם בקרב חולים כרוניים שאינם יוצאי אתיופיה. ולבסוף, הקשיים הנובעים מן השוני התרבותי ומאי-ידיעת השפה, מקשים על החולים הכרוניים יוצאי אתיופיה להיעזר במערך ההסברה והטיפול לגבי מחלות כרוניות המשרת את האוכלוסייה הוותיקה. לכן, תפקיד המגשר עשוי להיות חשוב במיוחד בשיפור הקשר עם חולים אלו ובטיפול בהם.

שנית, לפי ממצאי מחקר ההערכה הראשון, שיעור גבוה מן המרואיינים שדיווחו על עצמם כמי שיש להם בעיה רפואית שמצריכה טיפול ארוך, או מחלה שסובלים ממנה זמן רב (למשל סוכרת, לחץ-דם או אסתמה), אכן פונים לעזרת המגשר; וכי בכל הנוגע לקשר עם הרופא הראשוני, עבודת המגשר עוזרת במיוחד לחולים אלו. לא רק זאת, מן הראיונות

עם המגשרים ותייעוד עבודתם בשלב אי של הערכת התכנית, עלה כי הם מטפלים במגוון נושאים ובהם גם כאלה שעשויים להיות להם השלכות ישירות על דפוסי ההתנהגות של החולים הקשורים לשמירה על הבריאות ועל תוצאים בריאותיים. למשל: תזונה נכונה, פנייה מוקדמת לטיפול, היענות לטיפול וכו'. מכיוון שכך, יש טעם לבחון אם למעורבותם של המגשרים בעבודת הרופאים בחלק זה של הטיפול יש אכן השלכות על הטיפול במחלה ועל מצב הבריאות של החולים.

שלישית, בשלב זה של הערכת התכנית רצינו לבחון האם התכנית משפיעה על הטיפול במחלה (הטיפול העצמי והטיפול שהחולה מקבל מן הצוות במרפאה), ועל מצב הבריאות, דבר שקשה מאוד לבחון בקרב האוכלוסייה הכללית, לכן בחרנו לבדוק זאת באוכלוסייה חולה. הן סוכרת והן אסתמה הן מחלות כרוניות שניתן לחיות איתן אם החולים יודעים ומבינים מה עליהם לעשות כדי לאזן את מצבם במחלה. זאת ועוד, לטיפול בשתי המחלות ישנן הנחיות קליניות שהרופאים והאחיות מצופים לעבוד לפיהן במהלך הטיפול במרפאה, ובסוכרת יש לשירותי בריאות כללית תכנית מעקב מסודרת לכלל האוכלוסייה של החולים במחלה, המופעלת במרפאות הראשוניות. לאור כל האמור לעיל, חשבנו כי לצורך בחינת השפעת ההתערבות על מצב הבריאות של מטופלים יוצאי אתיופיה, יהיה נכון להתמקד בקבוצת מטופלים זו – החולים הכרוניים שנוזקים יותר למגשר, ואשר לעבודתו צפויות להיות השלכות על היענותם לטיפול, ואף על האופן שבו הם תופסים את איכות חייהם עם המחלה ואת מצב בריאותם.

מטרות המחקר

- ♦ לבחון את השפעת תכנית ההתערבות על הטיפול במחלה בקרב יוצאי אתיופיה, החולים בסוכרת או באסתמה.
- ♦ לבחון את השפעת תכנית ההתערבות על מצב הבריאות בקרב חולים בסוכרת או באסתמה.
- ♦ לבחון את השפעת תכנית ההתערבות על הקשר בין נותני הטיפול לבין מטופלים יוצאי אתיופיה שהם חולים בסוכרת או באסתמה.

הערכת השפעת תכנית ההתערבות על החולים: מסגרת מושגית

המפגש בין קבוצת מהגרים מחברה מסורתית שמצב הבריאות והחולי נתפס בה כנובע ממקורות חיצוניים: טבעיים (אקלים, אוכל, מים), חברתיים (אנשים אחרים בעלי כוונות רעות), או גורמים על-טבעיים (רוחות וחוסר מזל); לבין נותני שירותים במערכת רפואה מערבית, ביו-מדיקלית ביסודה, המתמקדת בריפוי מחלות הנגרמות בשל גורמים אנטומיים ופיזיולוגיים בגופו של האדם, טומן בחובו קשיים רבים. ניתן לזהות קשיים אלה במפגש בין עולים יוצאי אתיופיה ומערכת הבריאות בישראל (Nudelman 1988); בדומה למה שנמצא במפגש בין קבוצות מהגרים מחברות מסורתיות דומות לבין מערכות בריאות מערביות אחרות בעולם (Ell & Colledge & Svensson, 1986; Hull, 1979; Casteneda, 1998).

בתכנית ההתערבות למען יוצאי אתיופיה, שהשלכותיה הוערכו במחקר זה, יש מן המשותף עם תכניות התערבות רבות בעולם בהן יש שימוש במנגנוני תיווך ועזרה בין נותני השירות למטופלים הבאים מקרב קבוצות מהגרים. תכניות אלו מנסות לגשר בין התרבות המערבית שבה נקלטו המהגרים לבין התרבות שהמהגרים הביאו עמם (Riddick, 1999; Shepherd, 1999; Nuttal & Flores, 1997; Moreno et al. 1997; Baker et al. 1996; Jackson, 1998). התפיסה המונחת בבסיס תכניות התערבות כאלה היא ששיפור המפגש בין נותני השירות הרפואי או הסיעודי, לבין המהגרים, באמצעות גורמים מתווכים, יעניק למטופלים תחושת ביטחון בטיפול, ישפר את יחס הרופאים, יגביר את ההבנה והאמון של המטופל לגבי הטיפול ולגבי ההליכים שיש לעשות על מנת לבצעו, יסייע להתנהגות בריאותית מתאימה של החולים, ובסופו של דבר יקל על הצוות הרפואי במתן טיפול רפואי הולם (Schindler & Brawley, 1987; Schindler, 1996; Cooper, 1996; Nuttal & Flores, 1997). יותר מכך, שיפור הקשר בין נותני הטיפול לחולים עשוי להביא גם לשיפור איכות הטיפול הרפואי במטופלים, בעיקר בנוגע ליחסים הבין-אישיים (תקשורת, כבוד וסבלנות) בין המטפל לחולה, ולתפיסת תוצאות הטיפול (שביעות רצון החולה ופתרון בעיות וסימפטומים). אותם ממדים שהם חלק מתהליך הטיפול ותוצאותיו בהתאם לממדים לאיכות הטיפול ברפואה הראשונית שגרוס ואחרים (1992) הציגו ומיינו לפי מבנה, תהליך, ותוצאה בעקבות Donabedian (1980).

ממצאי מחקרים העלו כי במקרים רבים קיים שיעור גבוה של אי-היענות בקרב חולים לגבי נטילת תרופות ואף לגבי ביצוע בדיקות וביקורים במרפאה. זאת, כתוצאה משכחה, או כתוצאה מסירוב מכוון מצד החולה או בשל אי-הבנה של הסברי הרופא או המלצות של מכרים, בני משפחה או מקורות אחרים (Donovan, 1995; Dowse & Futter, 1991). הדבר נכון לגבי חולים בכלל האוכלוסייה, ואף יותר מכך לגבי חולים מהגרים מקבוצות אתניות שאינן שייכות לתרבות המערבית המרכזית. במקרים רבים קבוצות אלה הן אף בעלות סטטוס חברתי-כלכלי נמוך אשר נמצא כמשפיע לרעה על היכולת לנהל את הטיפול

העצמי במחלה ולתפקד בחיים עם מחלה כרונית (Kington 1997; Anderson et al. 1991).
(.& Smith,

שיפור התקשורת בין החולים לצוות הרפואי עשוי להשפיע על היענות לטיפול ועל הטיפול העצמי במחלה, קרי, על המידה בה החולה מגיע לפגישות המתוכננות עם הרופאים, לוקח תרופות בהתאם למרשם הרופא, או מבצע את הבדיקות המומלצות על-ידי הרופא. מחקרים רבים הראו כי שיפור התקשורת בין הרופא לחולה, והמידה בה הוא מרגיש מעורב בטיפול, קשורים לא רק לשביעות הרצון של החולים, אלא גם לתוצאות בריאות טובות יותר. Roter et al. (1998) סקרו 153 מחקרים שפורסמו בשנים 1977-1994 אשר העריכו את יעילותן של התערבויות שונות לשיפור היענות של חולים לטיפול, ובהן, התערבויות חינוכיות, התנהגותיות ורגשיות. מן המאמר עלה כי בעקבות הפעלת שיטות שונות לשיפור ההיענות נמצא שיפור במצב הבריאות עקב היענות רבה יותר לטיפול, וכי החולים הכרוניים הם מי שנעזרו במיוחד מהתערבויות בנושא. מן האמור לעיל עולה, כי ייתכן ששיפור התקשורת בין הרופא לחולה הבא מתרבות שונה, באמצעות תכנית התערבות המתמקדת בסילוק מכשולים בין-תרבותיים בין רופאים לחולים, חשוב לא רק להעלות שביעות רצון החולים והאמון שהם נותנים בטיפול, אלא, שהשיפור בתקשורת עשוי גם להשפיע על מצב הבריאות כפי שהוא נתפס על ידם (self perceived health).

באמצעות המודל המוצג בעמוד הבא בחנו האם הפעלת תכנית ההתערבות "רפואה שלמה" אשר אמורה הייתה לסלק מכשולים בין-תרבותיים בין יוצאי אתיופיה לבין הצוות הרפואי במרפאה הראשונית, אכן השפיעה על שיפור תפיסת מצב הבריאות והדיווח העצמי על טיפול במחלה בקרב מי שהם חולים כרוניים באסתמה או בסוכרת.

מערך המחקר ושיטת המחקר

שיטת המחקר

במחקר השווינו בין שתי מרפאות בהן מופעלת תכנית ההתערבות, כלומר, יש במרפאה מגשר והצוות הרפואי עבר הדרכה מיוחדת (להלן: מרפאות הניסוי), לבין שתי מרפאות בהן התכנית אינה מופעלת (להלן: מרפאות הביקורת), בשתי נקודות זמן: לפני הפעלת תכנית ההתערבות וכעבור שנה ממועד הפעלת התכנית.

מערך המחקר אפשר מעקב לאורך זמן אחר הפעלת התכנית, והערכת השינוי בין שתי נקודות הזמן שנבדקו. בנוסף, מערך המחקר מאפשר השוואה בין מרפאות הניסוי בהן מבוצעת ההתערבות, לבין מרפאות הביקורת. מערך כזה חשוב גם לשם נטרול אפקט הלמידה (בקרב נותני השירות) מעצם המגע עם חולים כרוניים יוצאי אתיופיה במשך תקופת המחקר. כמו-כן, מערך זה מאפשר בקרה על שינויים שחלו בתקופת המחקר במתן השירותים לכלל המטופלים הכרוניים בשירותי בריאות כללית, קופת-החולים לה משתייכות ארבע המרפאות.

המרפאות לא נבחרו למחקר באופן מקרי. מרפאות הניסוי נבחרו לפי מספר יוצאי אתיופיה במרפאה ולפי התאמת המרפאות להעסקת המגשר. בשתי המרפאות הגיע מספרם של יוצאי אתיופיה ללמעלה מאלף איש (1,400 באחת מהן ובשנייה כ-1,100 איש), ושיעור יוצאי אתיופיה במרפאות היה 11.5% וכ-9%. לשתי מרפאות אלו הותאמו שתי מרפאות הדומות להן מבחינת מספר יוצאי אתיופיה במרפאה (כ-1,000 באחת מהן וכ-900 בשנייה) ומבחינת שיעורם במרפאה (למעלה מ-12% בשתי המרפאות). המרפאות הותאמו גם מבחינת גודלן ואופיין (3 מהן מרפאות ראשוניות ומקצועיות, והאחת מרפאה ראשונית גדולה). מספר רופאי המשפחה בכל מרפאה נע בין 5-10, ובמרפאות המוגדרות גם כמרפאות מקצועיות נוספים להם עוד 3 עד 10 רופאים מקצועיים שעובדים באופן חלקי במרפאה. שתי מרפאות הניסוי ומרפאת ביקורת אחת שייכות למחוז הנגב של הקופה, מרפאת ביקורת נוספת שייכת למחוז המרכז, אולם מבחינה גיאוגרפית כל 4 המרפאות ממוקמות בדרום הארץ. יצוין כי על אף שמטעמי נוחיות בחרנו להשתמש במונח "מרפאות ביקורת" הרי שנכון יותר להתייחס אליהן כמרפאות השוואה מאחר שמרפאות הביקורת מתאימות בכל מאפייניהן למרפאות הניסוי רק במידה מוגבלת.

הנתונים במחקר נאספו באמצעות שני סקרים שנערכו בקרב חולים כרוניים בסוכרת ובאסתמה שהם יוצאי אתיופיה. הסקר הראשון נערך בין אפריל ליוני 2000 עם התחלת עבודת המגשרים¹, במרפאות. מניסיוננו, מן השלב הראשון של הערכת הפרויקט אנו יודעים שבתחילת העבודה במרפאה המגשרים עוסקים בעיקר בנושאים הקשורים בהתמצאות בבירוקרטיה של הקופה, וכי לוקח זמן עד שהמגשרים מתחילים לעבוד עם החולים הכרוניים בנושאים, כגון מתן הסברים על שימוש בתרופות ובמעקב אחרי

¹ למרות שבמרפאות הניסוי שהשתתפו במחקר היו רק מגשרות, אנו משתמשים במונח מגשרים באופן כללי.

הטיפול בהם. לכן, לא ציפינו שהחולים הכרוניים יושפעו בתשובותיהם מעבודת המגשר כבר בשלב זה. הסקר השני נערך בין אמצע מארס לראשית מאי 2001, שנה לאחר שהתכנית הופעלה במרפאה.

החולים רואיינו פנים-אל-פנים, באמצעות שאלון סגור בשפה האמהרית. מראיינים יוצאי אתיופיה, דוברי אמהרית, הוכשרו במיוחד לאיסוף הנתונים. הריאיון היה אישי והוא נערך בחדר מיוחד שהוקצה לכך במרפאה. המרואיינים הוזמנו טלפונית, בשם האחות, על-ידי מראיין דובר אמהרית לבוא למרפאה במסגרת המעקב אחריהם. במהלך הסקר הראשון התברר כי מספר הטלפון של חלק מהחולים הכלולים במחקר אינו עדכני או שהוא מנותק. לפיכך מי שלא היה להם טלפון רואיינו בביתם הן בסקר הראשון והן בסקר השני.

הסקרים לוו בראיונות עם הרופאים מנהלי המרפאות, מנהלות הסיעוד והמגשרות, לשם מעקב אחר תהליכים שהתרחשו במרפאות ואחר השתלבות המגשרות בעבודה במרפאות.

השאלון

שאלון המחקר היה דומה בשני מועדי הסקר. השאלון, שהיה שאלון סגור, כלל מספר מדדים למצב בריאות ולאיכות חיים עם המחלה שנעשה בהם שימוש בקרב האוכלוסייה הכללית, בעולם ובישראל, ואף בקרב קבוצות אתניות וקבוצות מיעוטים, במיוחד בארצות-הברית. השימוש במדדים מסוג זה מחייב התאמה תרבותית שלהם לאוכלוסייה הנבדקת, הן בשל מציאות חיים שונה והן בשל תפיסה שונה של סימפטומים ושל בריאות וחולי (ראה דיון רחב בנושא אצל Amick Xinhua & (1998). לצורך התאמה תרבותית של השאלון לאוכלוסיית המחקר נעזרנו ביועצים יוצאי אתיופיה וברופאים שיש להם ניסיון בטיפול ביוצאי אתיופיה. השאלון תורגם לאמהרית, נבחן על-ידי מתרגם נוסף דובר אמהרית, ונבדק בפרה-טסט שבו רואיינו כעשרה חולים בסוכרת או באסתמה, שהם יוצאי אתיופיה ממרפאה של הקופה באזור המרכז.

המשתנים במחקר

המשתנים התלויים במחקר: כאמור, המחקר בחן אם הפעלת תכנית ההתערבות "רפואה שלמה" השפיעה על מספר נושאים (משתנים): הדיווח על טיפול במחלה, תפיסת מצב הבריאות וטיב הקשר בין הצוות הרפואי לחולים יוצאי אתיופיה. משתנים אלו נבדקו בשאלון באמצעות מספר מדדים:

א. תזונה ופעילות גופנית בקרב חולי סוכרת: השאלות נגעו לסוג האוכל, עמידה בהוראות הדיאטה ושמירה על משקל ופעילות גופנית. לניסוח שאלות אלו נעזרנו

בחברות הסברה לחולים בסוכרת שמופקות על-ידי המחלקה לחינוך וקידום בריאות בשירותי בריאות כללית ומופצות במרפאות הקופה. בנוסף, נעזרנו לניסוחן בהנחיות רפואיות בנושא סוכרת מסוג II (הרמן ואחרים, 1995).

ב. איכות חיים בסוכרת: בחינתו של משתנה זה נסמכה על מדד לבדיקת איכות חיים בסוכרת (DQOL) שפותח על-ידי קבוצת המחקר של DCCT - Diabetes Control & Complications Trail (Jacobson et al. 1988). המדד כלל סדרת שאלות הבוחנות את איכות החיים מן ההיבטים של שביעות רצון מאספקטים שונים של החיים עם סוכרת, השפעת המחלה (impact), ודאגות בקשר לסוכרת. לא נכללו היבטים של פנאי, עבודה, וחיים חברתיים שלא התאימו למציאות החיים של יוצאי אתיופיה בישראל (לפירוט השאלות ובדיקת מהימנות המדד ראו נספח א').

ג. היענות לטיפול וטיפול במחלת הסוכרת: השאלות נגעו לדיווח עצמי של החולים על ביצוע בדיקות, בדיקה עצמית של סוכר בדם, מהו הטיפול שהם מקבלים לסוכרת, רמת הסוכר ואשפוזים. השאלות מבוססות על הנחיות רפואיות בנושא סוכרת מסוג II (הרמן ואחרים, 1995).

ד. התנהגות בריאותית במחלת האסתמה: השאלות שנגעו להימנעות מגורמים אלרגניים כמו אבק בבית וחיות מחמד, הימנעות ממאמץ גופני חזק מדי והתרחקות מסיכונים של עשן וריחות חריפים, מבוססות על הוראות התנהגות לחולים מתוך הנחיות רפואיות בנושא מחלת האסתמה (הוועדה המקצועית לכתיבת הנחיות לטיפול באסתמה, 1998), על חוברות הסברה לחולים בשירותי בריאות כללית, ועל מידע מתוך אתר האינטרנט "אוויר לנשימה".

ה. מצב בריאות באסתמה (Asthma Health Status): סדרת השאלות על מצב הבריאות באסתמה, מבוססת על מדד AQ20 שהוא מדד בן 20 שאלות שפותח ותוקף על-ידי קבוצת חוקרים ב-St. George's Hospital Medical School (Barley et al. 1998). מלבד התאמת השאלות לניסוח שיהיה מובן ומקובל על יוצאי אתיופיה הורדנו ממדד זה 3 פריטים שלא התאימו למציאות החיים שלהם בארץ - שתי שאלות הקשורות להרגשה בעבודה (שכן מרביתם אינם עובדים), ושאלה הקשורה למידת היכולת ליהנות מחיים מלאים. מכאן שהמדד במחקר זה כולל 17 פריטים. הציון שאדם קיבל במדד הוא סיכום התשובות החיוביות שענה, כך שציון גבוה יותר, מתוך מקסימום של 17 נקודות, מראה על מצב בריאות באסתמה ירוד יותר (ראה את פירוט השאלות ובדיקת מהימנות המדד בנספח א').

ו. הטיפול באסתמה: השאלות שבדקו זאת בחנו דיווח עצמי בנוגע לתרופות שהחולים לוקחים, חיסונים, האם הם יודעים מה לעשות בעת התקף, אשפוזים, מספר התקפים, וביקור אצל רופא. שאלות אלו מבוססות על ההנחיות הקליניות לטיפול

בחולי אסתמה (הוועדה המקצועית לכתיבת הנחיות לטיפול באסתמה, 1998) ועל שיחות עם רופאים בקופה.

ז. תפיסת מצב הבריאות הכללי נבחנה באמצעות סדרת שאלות שהתבססה על מדד SF-12 (Ware et al. 1996), שתורגם בעבר לעברית ואף נעשה בו שימוש במחקרים בישראל. SF-12 הוא מדד מקוצר של מדד SF-36 שנבדק ותוקף במחקרים רבים בעולם ואף בישראל (בנטור ואפשטיין, 2001). המדד כולל שאלות הנוגעות לבריאות הפיזית ולבריאות הנפשית: דירוג מצב הבריאות, קושי בתפקוד ובביצוע פעולות בגלל מצב הבריאות, הגבלת פעילויות, כאבים גופניים, בעיות רגשיות ונפשיות ומגבלות על פעילויות חברתיות, והרגשה כללית בתקופה האחרונה. השאלות הותאמו תרבותית למציאות החיים של יוצאי אתיופיה בישראל. למשל, בשאלה המודדת תפקוד פיזי בפעילויות בדרגת קושי בינוני, החלפנו שאלה על שימוש בשואב אבק בשאלה על הגבלה בטאטוא רצפה, זאת, מאחר שלרובם אין שואב אבק בבית. בדומה, שאלנו על הגבלה בהליכה רגילה במקום שאלה על הגבלה בשחייה מכיוון שלמרובית יוצאי אתיופיה אין יכולת לשלם בעבור מנוי לברכה. בנוסף, בהתאם להמלצות יועצינו מן העדה, בבואנו לבדוק בריאות נפשית נמנענו מלהשתמש בנוסח ששאל בנוגע לבעיות רגשיות והעדפנו להשתמש במלים "מצב רוח", זאת משום הרגישות הרבה בעדה לשאלות הנוגעות לבריאות הנפש. בנוסף, לאחר בדיקת מהימנות המדד החלטנו לא לכלול שתי שאלות שנגעו לבריאות הנפש (האחת בנוגע להרגשה של עצב וכדוך, והשנייה בנוגע להרגשה של שקט ורוגע) שלא התאימו למרואיינים (פירוט השאלות ובדיקת מהימנות המדד מובאים בנספח א').

ח. היחסים הבין-אישיים בין הרופא למטופל, ותפיסת תוצאות הטיפול על-ידי הנחקרים הם שני ממדים באיכות תהליך הטיפול (Donabedian, 1980; Gross et al. 1992). סדרת השאלות שבחנה היבטים אלו בקשר עם הרופא נלקחה ממחקרים שבדקו את תפיסת איכות הטיפול אצל הרופא הראשוני בקרב כלל האוכלוסייה בישראל (גרוס ואחרים, 1996; ניראל ואחרים, 1998). השאלות, שהותאמו תרבותית לאוכלוסיית המחקר בעזרת עבודה עם המגשרים כקבוצת מיקוד, נכללו גם בשאלון המחקר בשלב א' של הערכת התכנית, והבחינו היטב בין נחקרים במרפאות הניסוי (היכן שעובדים מגשרים וניתנה הדרכה לצוות הרפואי), לבין נחקרים במרפאת הביקורת (ניראל, רוזן ואיסמעיל, 2000). השאלות נגעו בנושאים הבאים: **היבטים בקשר עם הרופא** – הרגשת המטופלים לגבי מתן השירות ואיכות הטיפול בהם - תקשורת (יכולת לספר את כל הפרטים לרופא, הרופא מקשיב עד הסוף), תחושה שהרופא מבין אותם, הרגשה שהם מבינים את הרופא, סבלנות (של הרופא), תחושת ביטחון ברופא ובטיפול המומלץ על ידו (התרופות עוזרות, הטיפול עוזר להרגיש טוב), ושביעות רצון מהטיפול ומהרופא; **היבטים בקשר עם האחות** – סבלנות, הסבר, שביעות רצון מיחס האחות (פירוט השאלות ובדיקת מהימנות המדדים מובאים בנספח א').

המשתנים הבלתי תלויים במחקר: המשתנה הבלתי תלוי העיקרי במחקר היה הפעלתה של תכנית ההתערבות, שעיקרה שיפור התקשורת בין הצוות הרפואי לחולים יוצאי

אתיופיה – תכנית "רפואה שלמה" – בשתי מרפאות הניסוי. ההשוואה נעשתה בין מרפאות הניסוי בהן הופעלה התכנית, לבין מרפאות הביקורת בהן התכנית לא הופעלה (וכללה את כל החולים שרואיינו בשני הסקרים, בין אם השתמשו בשירותי המגשר ובין אם לאו). המשתנים הבלתי תלויים הנוספים היו מאפייני החולים לפי מין, גיל, שנת עלייה, ותעסוקה ומצב הבריאות של החולה (לפי המדדים שתוארו לעיל) בעת הסקר הראשון.

מרכיבי תכנית ההתערבות "רפואה שלמה" היו:

א. **העסקת מגשרים יוצאי אתיופיה במרפאה:** מי שנבחרו לעבודה כמגשרים, קיבלו הכשרה אינטנסיבית מיוחדת במשך שבוע ימים עם גיוסם לתפקיד. ההכשרה כללה מושגים רפואיים בסיסיים במגוון נושאי בריאות שהם עתידים להיתקל בהם במהלך עבודתם, ומיומנויות תקשורתיות לצורך הכנתם לתפקידם. בנוסף, כל המגשרים למדו במהלך קיץ 2000 קורס מיוחד בן 40 שעות אקדמיות של לימודי תעודה בגישור במסגרת מכון מגיד ללימודי המשך למבוגרים באוניברסיטה העברית בירושלים. הקורס כלל נושאים כגון מודלים של משבר הגירה, קונפליקטים בתפקיד המגשר, קבוצות אתניות בישראל וקליטה בישראל. בנוסף להשתלמויות אלו, השתתפו המגשרים במהלך העבודה השוטפת ביום השתלמות חודשי, בו הם נאספו לצורך לימוד נושאים הקשורים לעבודתם במרפאה, כגון מניעת תאונות בבית, הטיפול במחלות כרוניות, בריאות הנפש וכדומה.

כבר בממצאים ממחקר ההערכה הראשון (ניראל, רוזן ואיסמעיל, 2000) עלה, כי המגשרים הם חלק בלתי נפרד מן הצוות הרפואי במרפאה והם עוסקים הן בגישור בין-תרבותי בעת המפגש בין הרופא לחולה, והן בסיוע אישי למטופלים יוצאי אתיופיה. מן השיחות עם הרופאים והאחיות במרפאות הניסוי וכן עם המגשרות עולה, כי תיאור זה הולם את עבודת המגשרות במרפאות הניסוי גם במחקר זה (בשתי מרפאות הניסוי היו מועסקות נשים בתפקיד המגשר). מן הראיונות במרפאות עלה כי המגשרות עוסקות במגוון של תפקידים: גישור ועזרה בעת הביקור אצל הרופא, עזרה פרטנית לחולים, הסבר על תרופות וטיפול במחלה, עזרה בקניית תרופות בבית המרקחת, ליווי של חולים לקבלת טיפול במרפאות מקצועיות או במכונים, עזרה לאחיות בעת מתן הטיפול ובביקורי בית, ואף עזרה במשרד הקבלה של המרפאה, אם יש צורך בכך. יחד עם זאת, עיקר תפקידן במרפאה הוא בגישור ובעזרה בעת הביקור אצל הרופא או אצל האחיות. הדבר נכון גם בכל הנוגע לחולים הכרוניים. המגשרים אינם מבצעים פעולות מעקב עצמאיות אחר הטיפול העצמי וההיענות לטיפול בקרב חולים אלה. תפקידם העיקרי גם בנוגע לחולים הכרוניים הנו עזרה וגישור לשם שיפור התקשורת בינם לבין הרופאים או האחיות. בשתי המרפאות יש תכנית מעקב אחר חולים סוכרתיים. האחיות הממונות על המעקב נעזרות במגשרות במקרה של חולים שהתקשורת עמם קשה. כמו-כן, הרופאים והאחיות נעזרים במגשרות להסבר על התרופות, על השימוש במשאפים לצורך הטיפול העצמי במחלה, ועל הטיפול המונע

בעת התקף, וכן בכל עת שהם מטפלים או בודקים חולי אסתמה שהתקשורת עמם קשה.

מצאנו כי שיעור החולים הנעזרים במגשר בעת הביקור אצל הרופא, בין אם בכל פגישה עמו ובין אם רק בחלק מן הפגישות הוא 64%. זהו שיעור גבוה יחסית בהשוואה לשיעור ההיעזרות במגשר אשר מצאנו במחקר הראשון בקרב האוכלוסייה הכללית של יוצאי אתיופיה (שהיה כ-30%), ואף יותר גבוה מאחוז הנעזרים במגשר בקרב הסובלים ממחלה קשה או ממחלה כרונית שנמצא במחקר הראשון (שהיה 44%). לא מצאנו הבדל בשיעור הנעזרים במגשר לפי הוותק בישראל. מהנתונים עולה כי הנעזרים הם בעיקר מבוגרים בני +61, נשים, ומי שמדווחים על מצב בריאות כללי לא טוב: בקרב מבוגרים בני +61 נעזרו במגשר 81%, ובקרב גילאי 30-60 נעזרו בו 61%, לעומת כ-30% בקרב צעירים עד גיל 30; בקרב נשים נעזרו במגשר 74%, לעומת 50% בקרב הגברים. שמונים ושניים אחוזים ממי שראו את מצב בריאותם הכללי כלא טוב נעזרו במגשר, לעומת 46% בקרב מי שמצב בריאותם הכללי טוב. ממצאים אלו עולים בקנה אחד הן עם דיווחי האחות והרופא בכל מרפאה, והן מדיווח המגשר כי החולים שהוא עוזר להם הם בעיקר הזקנים יותר שהם גם החולים הקשים יותר שיש להם מספר מחלות כרוניות.

ב. **הדרכת הצוות במרפאה:** מדובר בהדרכה בנושאים הקשורים בהבהרת הרקע התרבותי של חולים יוצאי אתיופיה במטרה לשנות עמדות כלפי יוצאי אתיופיה, הוספת ידע על תפיסת הבריאות בקרב מטופלים אלה, ומתן כלים להתמודד עם מתן השירות להם. במסגרת זו נערכו מספר השתלמויות בהן לקחו חלק צוותים רפואיים ממרפאות במחוזות הדרום, המרכז והצפון.

ג. **פעולות לחינוך לבריאות בקרב קבוצות מיוצאי אתיופיה על-ידי המגשרים וצוות המרפאה:** במהלך תקופת המחקר נערכו במרפאות הניסוי מפגשים בנושאים כגון תאונות בית וטיפול בחום גבוה. לאחר סיום שלב עבודת השדה במחקר, נערכו בשתי מרפאות הניסוי מפגשים מיוחדים לחולי סוכרת ובני משפחתם. בנוסף, במסגרת הקופה החלו להיערך בשנה האחרונה לתכנית מיוחדת לחולי אסתמה בכל המרפאות הראשוניות. מן הראיונות עלה כי בשתי המרפאות נערכו מפגשי הדרכה לחולי אסתמה שבוצעו לאחר תום שלב עבודת השדה במחקר. אולם בעוד שבאחת ממרפאות הניסוי נערכו שני מפגשים מיוחדים לחולי אסתמה יוצאי אתיופיה ובני משפחתם לצורך הדרכה והסבר (בכל אחד מן המפגשים נמנו בין 30 ל-70 איש, תלוי בסוג המפגש), הרי שבמרפאת הניסוי השנייה נערכו שני מפגשי ההדרכה לאוכלוסייה הכללית של חולי האסתמה במרפאה, בעיקר לאמהות לילדים חולים. המפגשים לא כוונו במיוחד ליוצאי אתיופיה והשתתפו בהם יוצאי אתיופיה מעטים. בדומה, באחת ממרפאות הביקורת נערך מפגש הדרכה לחולי האסתמה, שגם הוא לא כוון במיוחד ליוצאי אתיופיה.

עיבודים סטטיסטיים

השאלה האם תכנית ההתערבות השפיעה על הנושאים הנבדקים במחקר נבחנה באמצעות מספר מבחנים סטטיסטיים בהתאם לסוג המשתנים שנבדקו. בעיבודים אלו נכללו רק מי שרואיינו הן בסקר הראשון לפני הפעלת התכנית, והן בסקר השני שנה לאחר הפעלתה:

א. השווינו בין תשובות המרואינים בסקר הראשון (סקר א') לתשובותיהם בסקר השני (סקר ב') בכל סוג מרפאה בנפרד, ובחנו באמצעות מבחן מקנאמר (לבדיקת השינוי כשהמשתנים דיכוטומיים), או מבחן וילקוקסון² (לבדיקת השינוי כשהמשתנים אורדינליים), או מבחן T לזוגות מזווגים (לבדיקת מובהקות השינוי בין ממוצעים), האם חל שינוי מובהק לאורך זמן בכל אחת מן המרפאות.

ב. ערכנו ניתוח רב-משתני (רגרסיה ליניארית או רגרסיה לוגיסטית, לפי סוג המשתנים התלויים) בו פיקחנו על שורה של משתנים אישיים, וכן בדקנו האם לסוג המרפאה (ניסוי לעומת ביקורת) יש השפעה עצמאית על משתנה תלוי שהוא תשובת הנחקר בסקר ב', כאשר התשובה לגבי אותו המשתנה בסקר א' היא אחד מן המשתנים הבלתי תלויים בניתוח הרגרסיה. זאת, על מנת לנטרל את ההשפעה האפשרית של הבדלים בין נחקרים במרפאות הניסוי והביקורת בנקודת המוצא, עוד בסקר הראשון (למשל, הבדלים בתפיסת מצב הבריאות שקיימים עוד לפני הפעלת תכנית ההתערבות).

ג. ערכנו ניתוח רב-משתני (רגרסיה ליניארית) בו פיקחנו על משתנים אישיים, ובו בדקנו האם לסוג המרפאה (מרפאת ניסוי לעומת מרפאת ביקורת) ישנה השפעה עצמאית על המשתנה התלוי שהוא "השינוי במשתנה הנבדק בין שני הסקרים" (קרי ההפרש בין התשובות בסקר ב' לתשובות בסקר א'). תוצאות ניתוחים סטטיסטיים אלו מוצגות בנספחים ד' ו-ה'. ברוב המקרים תוצאותיהם עולות בקנה אחד עם תוצאות הניתוחים הסטטיסטיים המתוארים בסעיף ב'.

² מבחן מקנאמר נערך להשוואת 2 מדגמים תלויים, בעיקר במערך של "לפני" / "אחרי", כשהמשתנים הם נומינליים או דיכוטומיים. המבחן בודק אם חלו שינויים מובהקים בפרופורציות של נבדקים במעבר מקטגוריה אחת של תשובה לקטגוריה שנייה. מבחן וילקוקסון נערך להשוואת 2 מדגמים תלויים והמשתנים הם אורדינליים. לכל נחקר מחושב ההפרש בין התשובות שניתנו בשני המועדים ונבחנת ההשערה שאין הבדל בהתפלגות ההפרשים.

אוכלוסיית המחקר: הגדרה, מאפייני רקע והשוואת המרואיינים לנפל

אוכלוסיית המחקר כללה את יוצאי אתיופיה שהם חולים בסוכרת או באסתמה בארבע מרפאות המחקר. מתוך סך-כל המטופלים יוצאי אתיופיה בארבע המרפאות (4,364 נפש), 390 נפש זהו כחולים כרוניים בסוכרת או באסתמה לפי התרופות שהם קיבלו בשנה האחרונה לפני הסקר.³ מבין אלו, 100 זהו כחולי סוכרת (בין 2% ל-3% מכלל יוצאי אתיופיה במרפאות), ו-290 זהו כחולי אסתמה (כ-7% מיוצאי אתיופיה באותן המרפאות). לפיכך, 26% מבין החולים במחלות אלו במרפאות שבמחקר הם חולי סוכרת, ו-74% הם חולי אסתמה.

בעת הראיונות התברר כי 65 נחקרים אמרו שהם, או בנם או בתם, אינם חולים באסתמה או בסוכרת (מרביתם חולי אסתמה), ולכן לא רואיינו. הסיבה להבדל בין הזיהוי לפי התרופה לבין הזיהוי העצמי כחולה, יכולה להיות נעוצה בקושי של הרופאים לזהות מחלה (בשל קשיי תקשורת), ובמתן תרופות למחלת האסתמה במקרה של סימפטומים הדומים למחלה. לפיכך, במחקר בוצעו 196 ראיונות מלאים שהם 50% מאוכלוסיית המחקר כפי שנקבעה לפי הקריטריון של סוג תרופה, ו-60% מאוכלוסיית המחקר שעמדה הן בקריטריון של סוג התרופה והן בקריטריון של זיהוי עצמי כחולים במחלה. כ-14% מן הפניות להתראיין (53 אנשים) היו מקרי נפל כתוצאה מסירוב ישיר להתראיין; 16.7% (65 אנשים) אמרו שהם, או בנם או בתם, אינם חולים בסוכרת או באסתמה ולכן לא רואיינו, ועוד כ-18% מן הפניות להתראיין היו מקרי נפל כתוצאה מכך שלא אותרו עקב כתובת שגויה, לא הגיעו למרפאה אף כי נקבע להם מועד לריאיון, או מסיבה אחרת (תיאור מפורט על הסיבות לנפל ועל המאפיינים של מי שאמרו שאינם חולים, מובא בנספח ב'). ההבדלים העיקריים בין מי שרואיינו לבין מי שלא רואיינו בסקר הראשון (סקר א') היו בגיל ובסוג המחלה: בין המרואיינים היו יותר מבוגרים גילאי 61 ומעלה ופחות חולי אסתמה, לעומת שיעורם בקרב הנפל, ויחסית פחות אמהות לילדים חולי אסתמה בהשוואה לנפל.

במועד הסקר השני (סקר ב') פנינו רק אל מי שרואיינו בסקר הראשון (סקר א'). שיעור ההיענות בסקר השני היה 78%. השוואה בין מאפייני המרואיינים בשני הסקרים לאלו שרואיינו רק בסקר הראשון (הנפל של הסקר השני), העלתה כי אין הבדל בין שתי הקבוצות בכל הנוגע למין, גיל, עבודה וסוג מחלה. אולם, נמצא הבדל לפי שנת עלייה – שיעור העולים החדשים (מי שעלו בשנת 1992 ולאחריה) בקרב המרואיינים היה גבוה פי שלושה משיעורם בקרב מי שלא רואיינו, ובהתאם, שיעור הוותיקים (מי שעלו עד 1990) היה גבוה יותר בקרב מי שלא רואיינו בסקר השני. בנוסף, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המרואיינים בסקר השני לנפל בכל הנוגע לתפיסת מצב הבריאות הכללי בעת הסקר הראשון, אף כי בקרב המרואיינים יש (לא באופן מובהק) קצת יותר שאמרו שהם מוגבלים בפעילויות בדרגת קושי בינוני וכן בטיפוס במדרגות. כמו-כן, בקרב חולי האסתמה אין הבדל בין המרואיינים לבין הנפל בדיווח על מצב הבריאות באסתמה ועל

³ בקרב חולי הסוכרת יש גם כאלו שאינם מקבלים תרופות. הם נוספו לרשימת החולים לפי רישומי המרפאות.

מספר התקפים ואשפוזים במועד הסקר הראשון. בנוסף, בקרב חולי הסוכרת אין הבדלים מובהקים באופן בו תפסו את איכות החיים עם מחלת הסוכרת בעת הסקר הראשון, אם כי במידת מה, לא באופן מובהק, המרואיינים קצת יותר מודאגים והמחלה קצת יותר משפיעה עליהם לעומת הנפל. אין גם הבדלים מובהקים בין המרואיינים חולי הסוכרת לנפל בנוגע לדיווח על לחץ-דם ועל רמת הסוכר שלהם בדם בעת הסקר הראשון (פירוט על ההבדלים בין המרואיינים לנפל, ראה בנספח ג').

מאפייני הרקע של המרואיינים בסקר א'

לוח 1: מאפייני רקע של המרואיינים - סקר א' (באחוזים)

מרפאות הביקורת N=93	מרפאות הניסוי N=103	סה"כ N=196	
			גיל
21	14	17	עד 30
14	18	16	31-40
14	16	15	41-50
18	18	18	51-60
33	34	34	61+
			שנת עלייה*
17	67	43	1974-1990
46	24	35	1991
37	9	22	1992+
			מין
48	48	48	גברים
52	52	52	נשים
			תעסוקה
18	26	23	עובדים
82	74	77	לא עובדים
			מחלה
24	33	29	סוכרת
76	67	71	אסתמה

* $p < .05$ לפי מבחן χ^2

כאמור, בסקר א' רואיינו 196 חולים, כאשר 71% מתוכם הם חולי אסתמה, ובהם גם אמהות של ילדים חולי אסתמה (11% מבין חולי האסתמה), ו-29% הם חולי סוכרת. חמישים ושניים אחוזים מהמרואיינים הם נשים ו-77% מהמרואיינים אינם עובדים. עוד נמצא כי 43% מהמרואיינים עלו לארץ בין השנים 1974-1990, אחרי "מבצע משה" ולפני "מבצע שלמה".

התפלגות הגילים של המרואיינים מראה כי 34% מהם הם בני 61 ומעלה. מלוח 1 לעיל, המציג נתונים אלו, בולטת העובדה כי במרפאות הניסוי יש אחוז גבוה יחסית (67%) של יוצאי אתיופיה שהגיעו לישראל בין השנים 1974-1990, לעומת שיעורם במרפאות הביקורת (17%). מלבד זאת לא נמצאו הבדלים מובהקים לפי סוג מרפאה בנוגע ליתר המשתנים הדמוגרפיים.

מאפייני הרקע של המרואיינים בסקר ב'

בסקר השני רואיינו 153 חולים מתוך 196 החולים אשר רואיינו בסקר הראשון - שיעור היענות של 78%. שבעים ואחד אחוזים מהמרואיינים הם חולי אסתמה, ובהם גם אמהות של ילדים חולי אסתמה (9% מבין חולי האסתמה) ו-29% חולי סוכרת. חמישים אחוז מהמרואיינים הם נשים ו-82% מהם אינם עובדים. עוד נמצא כי 41% מהמרואיינים עלו לארץ בין השנים 1974-1990 וכי 33% מהם הם בני 61 ומעלה.

לוח 2: מאפייני רקע של המרואיינים בסקר ב' (באחוזים)

מרפאות הביקורת N=79	מרפאות הניסוי N=74	סה"כ N=153	
			גיל
24	12	18	עד 30
14	18	16	31-40
14	13	14	41-50
19	19	19	51-60
29	38	33	61+
			שנת עלייה*
16	68	41	1974-1990
42	17	30	1991
42	15	29	1992+
			מין**
57	42	50	גברים
43	58	50	נשים
			תעסוקה
18	19	18	עובדים
82	81	82	לא עובדים
			מחלה*
21	37	29	סוכרת
79	63	71	אסתמה

* p<.05
** p<.01 לפי מבחן χ^2

מלוח 2 עולה כי בדומה לנתוני סקר א', במרפאות הניסוי יש אחוז גבוה יחסית של יוצאי אתיופיה שהגיעו לישראל בין השנים 1974-1990 (68% במרפאות הניסוי לעומת 16% במרפאות הביקורת). בין המרפאות יש גם הבדל מובהק בהתפלגות לפי מין ומחלה, 58% מהמרואיינים במרפאות הניסוי הן נשים, לעומת 43% במרפאות הביקורת, ו-37% הם חולי סוכרת לעומת 21% במרפאות הביקורת.

אוכלוסיית המחקר: מצב הבריאות לפני הפעלת תכנית ההתערבות

אוכלוסיית המחקר כללה עולי אתיופיה שהם חולים כרוניים באסתמה ובסוכרת. בסעיף זה מתואר מצב בריאותם לפני כניסת המגשרים למרפאות והפעלת התכנית במרפאות. הנתונים המוצגים נסמכים על הממצאים מן הסקר הראשון שערכנו בארבע המרפאות, ומוצגות בו תשובותיהם של סך-כל מי שרואיינו בארבע המרפאות באותו מועד.

תפיסת מצב הבריאות באסתמה

מאה וארבעים מן המרואיינים בסקר הראשון היו חולי אסתמה. הממצא הבולט מן הנתונים הוא כי מחלת האסתמה משפיעה מאוד לרעה על הרגשתם הכללית של חולי האסתמה יוצאי אתיופיה. לוח 3 מציג סדרה של שאלות אשר בדקה את מצב הבריאות במחלה (Asthma Health Status) לפי היבטים שונים של החיים עם מחלת האסתמה (ראו סעיף על המשתנים במחקר בפרק זה).

מן הלוח עולה כי 74% מהנחקרים מדווחים שבגלל האסתמה הם סובלים מקוצר נשימה בזמן שהם עובדים בבית. בדומה, 76% סובלים מכאבי חזה או קוצר נשימה כתוצאה מריחות חזקים ועשן סיגריות ו-67% מהחולים סובלים מקוצר נשימה כאשר הם מנסים לישון. בנוסף, אחוזים גבוהים מחולי האסתמה מדווחים על הרגשה של כובד באזור החזה, קוצר נשימה כשהם עולים במדרגות וכשהם צוחקים.

לוח 3: מצב הבריאות באסתמה בסקר א' (באחוזים)¹

סה"כ (N=140)	
	בגלל האסתמה סובל מקוצר נשימה וכאבים
74	קוצר נשימה כשעובד בבית
76	כאב בחזה או קוצר נשימה כתוצאה מריחות חזקים ועשן סיגריות
67	קוצר נשימה כשמנסה לישון
75	הרגשה של כובד באזור החזה
71	קוצר נשימה כשעולה במדרגות
50	קוצר נשימה כשצוחק
	שיעול וקושי פיזי כתוצאה ממחלת האסתמה
64	התקפי שיעול במשך היום
55	קורה שקשה לו להסתובב בבית
87	אחרי הצטננות מרגיש מחוסר כוחות
	היבטים חברתיים של מחלת האסתמה
69	דואג שמהו עלול לגרום לו להתקף בעת ביקור אצל חבר
63	חוזר הביתה לפני האחרים כשיוצא לבלות
33	האסתמה מפריעה לבן/בת הזוג
	עצבנות, דאגה, בגלל מחלת האסתמה
41	עצבני וחוסר מנוחה
46	חסר סבלנות
35	מודאג מהשפעת התרופות למחלה על מצב בריאותו
44	כשמתרגש או מתרגז הדבר משפיע לרעה על מחלתו
79	בעיית האסתמה מטרידה אותו מאוד

1 אחוז מי שהשיבו בחיוב לשאלה (קטגוריות התשובה: כן/לא)

עוד אנו רואים כי 64% מדווחים שהם סובלים מהתקפי שיעול במשך היום, למעלה ממחציתם אומרים שקורה שקשה להם להסתובב בבית ו-87% אומרים שאחרי הצטננות הם מרגישים מחוסרי כוחות. בנוסף, המחלה משפיעה לרעה על אורח החיים של הנחקרים. שישים ותשעה אחוזים אומרים שכאשר הם מבקרים בבית של חבר, הם דואגים שעלול להיות שם משהו שיגרום להם להתקף אסתמה. רבים אומרים שכאשר הם יוצאים לבלות הם חוזרים לביתם לפני האחרים בגלל מחלתם, אף כי רק שליש חושבים שהמחלה מפריעה לבן זוגם. למחלה יש גם השלכות על המצב הנפשי, למעלה מ-40% אומרים כי בגלל האסתמה הם מרגישים עצבנים, חסרי מנוחה וחסרי סבלנות, וכי הם מרגישים שכשהם מתרגזים הדבר משפיע לרעה על מחלתם. בסך-הכל, קרוב ל-80% אומרים כי בעיית האסתמה מטרידה אותם מאוד. על פי תשובות הנחקרים נראה שמדובר במטופלים שמרגישים מאוד חולים ושמחלתם משפיעה מאוד על חייהם. כאשר הצגנו את הנתונים בפני רופאים המטפלים בחולי אסתמה יוצאי אתיופיה עלה כי גם הם נתקלו בכך ששיעור מי שהמחלה משפיעה מאוד על חייו גבוה, וכי על פניו נראה כי שיעור זה גבוה יותר בקרב חולי אסתמה בני העדה מאשר בקרב חולי אסתמה אחרים.

תפיסת איכות החיים עם המחלה: חולי סוכרת

חמישים ושישה מן המרואיינים בארבע המרפאות בסקר הראשון היו חולי סוכרת. הטיפול שניתן ליותר משני-שלישים מהחולים (כ-36 אנשים) הוא דיאטה וכדורים (כ-8% מתוכם הטיפול הוא דיאטה בלבד). שלושים וחמישה האחוזים האחרים (כ-20 איש) קיבלו זריקות אינסולין, קרי, מצבם במחלה יותר קשה. יצוין כי בארבע המרפאות מופעלת תכנית מעקב מיוחדת לחולי סוכרת (תכנית סן-וינסנט). התכנית אינה מיוחדת ליוצאי אתיופיה, וכלולים בה כל חולי הסוכרת במרפאה. מן התשובות לשאלות הנוגעות לטיפול במחלה, ולמעקב אחריה, ניתן ללמוד כי אחוז גבוה יחסית של מרואיינים חולי סוכרת עברו בשנה האחרונה (לפני הסקר הראשון) בדיקות עיניים ובדיקות לחץ-דם (84% ו-93% בהתאמה), וכי ל-75% מבין אלה שעברו בדיקות לחץ-דם, הרופא או האחות אמרו שלחץ-הדם שלהם הוא בסדר. בנוסף, רבים מהם (75%) דיווחו שהיו אצל הרופא שלהם לביקור רגיל של ביקורת בחצי השנה האחרונה, ולמעלה מ-60% דיווחו שבשנה האחרונה הרופא המטפל או האחות בדקו להם את כפות הרגליים. לפיכך, ניתן להסיק מתשובות הנחקרים שהם נמצאים במעקב אחר המחלה, הן מעקב כללי והן מעקב בנוגע לבדיקות עיניים, לחץ-דם ומצב הרגליים.

בלוח 4 מוצגות תשובות החולים בסוכרת לסדרת שאלות אשר בחנה את איכות החיים עם המחלה מכמה היבטים: שביעות רצון, השפעת המחלה (impact), ודאגות בקשר לסוכרת (ראה פרטים על המדד לאיכות החיים עם סוכרת בסעיף על המשתנים במחקר בפרק זה).

לוח 4: איכות החיים עם סוכרת בסקר א' (באחוזים)

סה"כ (N=56)	
	שביעות רצון - מרוצה: ¹
54	מכמות הזמן שעליו להקדיש לטיפול בסוכרת שלו
68	מהטיפול שמקבל לסוכרת
44	מסוג האוכל שהוא צריך לאכול (הדיאטה שלו)
22	מרגיש שהסוכרת שלו מקשה או מפריעה למשפחתו
	השפעת המחלה ²
23	סובל מכאבים הקשורים לטיפול בסוכרת
29	מרגיש לא נוח בגלל שהוא צריך לטפל בסוכרת בחברת אנשים זרים
24	יש לו כמות סוכר נמוכה בדם
32	מרגיש לא טוב
25	הסוכרת מפריעה לו למלא את תפקידיו במשפחה
38	לא ישן טוב בלילה
20	הסוכרת מפריעה לחיי החברה
18	סוג האוכל שהוא אוכל מגביל אותו
71	לא מספר לאחרים (לא בני משפחה) על הסוכרת שלו
36	הוא הולך לשירותים להטיל שתן יותר מאחרים
	בחתונות, אם מציעים לו אוכל שאסור לו לאכול, הוא אוכל אותו ואינו
13	אומר שאסור לו כי הוא חולה סוכרת
	דאגות ³
23	שיתעלף
21	שהגוף שלו נראה אחרת בגלל שיש לו סוכרת
18	שיהיו לו סיבוכים של הסוכרת

- 1 אחוז מי שענו כי הם מרוצים רוב/כל הזמן
- 2 אחוז מי שענו רוב/כל הזמן
- 3 אחוז מי שענו שהם דואגים רוב/כל הזמן

מצאנו כי יותר ממחצית המרואיינים חולי הסוכרת אמרו כי הם מרגישים מרוצים מכמות הזמן שהם צריכים להקדיש לטיפול בסוכרת שלהם, ו-68% מרגישים מרוצים מהטיפול שהם מקבלים עכשיו לסוכרת. כך, רובם חיים בשלום עם הטיפול והזמן שצריך להקדיש לו. עם זאת, שיעור שבעי הרצון עם החיים במחלה יורד ל-44% בנוגע לסוג האוכל שצריכים לאכול (ראה לוח 4 לעיל).

בבחינת השפעתה של הסוכרת על איכות החיים של המרואיינים, מצאנו בלוח 4 כי 23% מהחולים בסוכרת סובלים רוב הזמן מכאבים הקשורים לטיפול במחלה; 29% מרגישים לא נוח, מתביישים, בגלל שהם צריכים לטפל בסוכרת שלהם בחברת אנשים זרים; 32% מרגישים לא טוב רוב/כל הזמן, ול-25% מהחולים הסוכרת מפריעה למלא את תפקידיהם במשפחה. בנוסף, 38% אומרים כי רוב הזמן הם לא ישנים טוב בלילה, ל-20% המחלה מפריעה בחיי החברה שלהם ורובם (71%) אינם מספרים למי שאינם בני משפחתם על מחלת הסוכרת שלהם.

דאגות בגלל המחלה מהוות ממד אחר של המדד. מצאנו כי 23% מחולי הסוכרת דואגים רוב הזמן שהם יתעלפו, 21% דואגים שהגוף שלהם נראה אחרת בגלל שיש להם סוכרת ו-18% דואגים שיהיו להם סיבוכים של הסוכרת.

כשבוחנים את התשובות לשאלות בנוגע להשפעת הסוכרת על חיי המרואיינים אנו רואים כי בין כ-20% עד כ-40% מחולי הסוכרת מדווחים שהמחלה משפיעה מאוד לרעה על איכות החיים שלהם. על סמך נתונים אלו בלבד, ללא יכולת השוואה לחולי סוכרת שאינם יוצאי אתיופיה, אין ביכולתנו לקבוע אם אלו שיעורים גבוהים, אולם, בשיחות עם רופאי משפחה נאמר לנו כי אחוז זה גבוה יחסית בהשוואה לחולי סוכרת אחרים המטופלים על ידם.

תפיסת מצב הבריאות

במקביל לשאלות על איכות החיים במחלה שאלנו גם שאלות כלליות על תפיסת מצב הבריאות. לאוכלוסיית המחקר הותאמו שאלות שבדקו את תפיסת מצב הבריאות. שאלות אלו נסמכו על חלק מסדרת שאלות במדד SF-12 (Ware et al. 1996). השאלות נגעו לתפיסת מצב הבריאות הפיזית והנפשית. למשל, דירוג מצב הבריאות; עד כמה מצב הבריאות מגביל פעילויות; בעיה בביצוע פעולות בגלל מצב הבריאות; עד כמה הפריעו בעיות רגשיות, כאבים גופניים, והרגשה כללית בתקופה האחרונה.

מן הנתונים המוצגים בלוח 5 עולה, כי למעלה ממחצית המרואיינים דיווחו על מצב בריאות לא טוב ועל תחושה של מוגבלות עקב מצב בריאותם. לדוגמה, 56% מהמרואיינים תפסו את בריאותם כלא טובה או גרועה. בנוסף, שליש מהמרואיינים אמרו שמצב בריאותם מגביל אותם מאוד בביצוע דברים, כגון הרמת דברים קלים, הזזת שולחן, טאטוא רצפה והליכה רגילה. כמו-כן, 42% אמרו כי מצב בריאותם מגביל אותם מאוד בעלייה של מספר קומות במדרגות.

האחוזים עולים כאשר החולים מדווחים על מוגבלות בכמות ובסוג העבודה, בגלל מצב הבריאות או מצב הרוח בחודש האחרון. כך, למשל, 54% מהמרואיינים אמרו כי בגלל מצב בריאותם בחודש האחרון הם עושים פחות ממה שהיו רוצים; כי הם מוגבלים בסוג העבודה אותה הם עושים או בפעילויות אחרות (52%); ול-44% מהמרואיינים הכאבים הפריעו בחודש האחרון בעבודתם/ פעילותם הרגילה. בנוסף, מצב הרוח גרם ל-49% מהמרואיינים לעשות פחות ממה שהיו רוצים לעשות בחודש האחרון, ו-52% מהמרואיינים אמרו כי בגלל מצב הרוח הם לא הצליחו לעבוד או לבצע פעילויות אחרות כפי שעשו בעבר. עוד נמצא כי 58% מן המרואיינים אמרו כי בחודש האחרון, מצב בריאותם ומצב רוחם הפריעו לפעילויות החברתיות שלהם.

לוח 5: תפיסת מצב הבריאות בסקר א' (באחוזים)

סוכרת N=56	אסתמה N=140	סה"כ N=196	משתנים
בריאות פיזית			
49	58	56	מצב הבריאות לא כל-כך טוב/גרוע
34	35	35	מאוד מוגבל בפעילות בדרגת קושי בינוני
27	48	42	מאוד מוגבל בביצוע עלייה של מספר קומות במדרגות*
58	52	54	בגלל מצב הבריאות עושה פחות ממה שהיה רוצה ¹
44	55	52	בגלל מצב הבריאות מוגבל בסוג העבודה אותה עושה ¹
47	42	44	כאבים הפריעו לעבודתו במידה רבה/רבה מאוד
בריאות נפשית			
14	19	18	הרגיש כל הזמן שהוא מלא מרץ ²
41	60	58	מצב הבריאות ומצב הרוח הפריעו לפעילויות חברתיות ² *
46	50	49	עשה פחות משהיה רוצה בגלל מצב הרוח ¹
53	52	52	לא מצליח לעבוד כבעבר, בגלל מצב הרוח ¹

* p<.05

1 אחוז מי שענו בחיוב (קטגוריות התשובה כן/לא)

2 אחוז מי שענו "כל הזמן" (קטגוריות התשובה כל הזמן/חלקו או בכלל לא)

מן הלוח עולה כי במידת-מה, בחלק מן השאלות, יש בקרב חולי האסתמה אחוז גבוה יותר אשר מדווחים על כך שהם מוגבלים, או שמצב בריאותם מפריע להם, אולם, ברוב הפריטים אין הבדלים מובהקים בין שתי הקבוצות.

לפי הממצאים ניתן לתאר את החולים שנכללו במחקר כמי שתופסים עצמם כאנשים מאוד חולים שהמחלה משפיעה רבות על איכות חייהם ואורח חייהם.

השפעת תכנית ההתערבות על הטיפול במחלה

בפרק זה אנו בוחנים את הטיפול במחלה (הטיפול העצמי והטיפול שהחולה מדווח שקיבל) בקרב החולים באסתמה ובסוכרת: הדיווח על הטיפול וההבדלים בו בין סוגי המרפאות לפני הפעלת התכנית, האם חל שינוי לפי דיווח החולים באסתמה ובסוכרת בנוגע לטיפול במחלה בעקבות הפעלת התכנית בכל סוג מרפאה, והאם הייתה לתכנית ההתערבות "רפואה שלמה" השפעה עצמאית על השינוי בטיפול במחלה.

חולי אסתמה

שאלנו את חולי האסתמה מהן התרופות שהם מקבלים למחלה. מלוח 6 (העמודות המציגות את תשובות הנחקרים בסקר א'), אנו לומדים כי יש שוני בין המרפאות בסוג הטיפול שהחולים קיבלו בסקר א', לפני הפעלת התכנית. כשליש מן החולים במרפאות הניסוי משתמשים במשאף עם סטרואידים (המשמש כטיפול מונע קבוע במחלה), ושני-שלישים מן החולים נעזרים לעתים במשאף להרחבת הסמפונות (ונטולין או בריקלין) ללא סטרואידים, בו משתמשים בדרך כלל במקרה של התקף. במרפאות הביקורת שיעור המשתמשים במשאף עם סטרואידים כטיפול מונע עומד על 46% ושיעור מי שדיווחו על שימוש במשאף מרחיב סמפונות עומד על כ-50%. הממצא הבולט מלוח 6 הוא השיעור הגבוה של חולים במרפאות הביקורת שדיווחו בעת הסקר הראשון על טיפול באמצעות זריקות סטרואידים (46% לעומת 10% במרפאות הניסוי).

לוח 6: דיווח על טיפול עצמי באסתמה (אחוזים)

מרפאות הביקורת N=62		מרפאות הניסוי N=47		
סקר א'	סקר ב'	סקר א'	סקר ב'	
				התרופות שהחולה מקבל¹
48	46	33	33	משאף עם סטרואידים
53	51	59	61	משאף ללא סטרואידים
34	**46	12	10	זריקות
62	74	56	63	כדורים
				היבטים אחרים של הטיפול²
23	22	9	**26	אושפז בשנה האחרונה
58	61	62	56	היה התקף בחודש האחרון
49	41	30	20	קיבל זריקה נגד שפעת
				ידע של החולה
86	**65	91	76	יודע מתי מתחיל התקף אסתמה
25	39	28	35	מטפל בעצמו בעת התקף
88	88	89	89	יודע מתי לקחת את התרופות שלו

** p < .05 לפי מבחן מקנאמר

1 החולים יכלו לענות יותר מתשובה אחת בנוגע לתרופות שהם מקבלים, לכן, סך התשובות עולה על 100%.

2 מוצג שיעור מי שענו "כן" על השאלה.

עוד עולה מלוח 6 כי, במועד הסקר הראשון שיעור גבוה מן החולים (במיוחד במרפאות הביקורת, 74%) דיווחו שהם מקבלים כדורים (מן הראיונות עם הרופאים במרפאות עלה שמדובר בפרדניזון, כדורים המכילים סטרואידים), וזאת, לפחות בחלק, בנוסף לשימוש במשאפים (החולים יכלו לענות יותר מתשובה אחת בנוגע לסוג התרופה שהם מקבלים). ייתכן שהדבר נובע מכך שהרופאים חושבים שליוצאי אתיופיה קל יותר לקחת כדורים בשל הקושי בשימוש במשאף, וייתכן גם שהדבר נובע מהקושי של הצוות להסביר לחולים את אופן השימוש במשאף. על פי הממצאים, המטופלים חולי האסתמה במרפאות הביקורת קיבלו טיפול אקטיבי יותר בעת הסקר הראשון.

בעוד שבמרפאות הניסוי לא מצאנו שינוי מובהק בין שני הסקרים בסוג התרופות שהחולים דיווחו שהם מקבלים, הרי שהשינוי הבולט במרפאות הביקורת בין שני מועדי הסקר הוא הירידה המובהקת (מ-46% ל-34%) בשיעור המדווחים על קבלת זריקות סטרואידים בעת הסקר השני. אולם גם שיעור זה עדיין גבוה הרבה יותר משיעור המדווחים על כך בעת הסקר השני במרפאות הניסוי (12%). כאשר שאלנו את הרופאים במרפאות הביקורת לפשר ההעדפה למתן זריקות סטרואידים על אף תופעות הלוואי השליליות שלהם, הסתבר לנו כי הם חשים שלחולים יוצאי אתיופיה קשה לעמוד בטיפול מניעתי ממושך, ולכן נוח להם לתת זריקות ואף כדורי פרודינזון. יותר מכך, לטענתם, החולים יוצאי אתיופיה מעדיפים לקבל זריקות וכדורי סטרואידים, תרופות אשר משפיעות לטובה באופן מיידי על מצבו של החולה למשך כחודש ימים. מכיוון שהרופאים במרפאות הביקורת אינם בטוחים שהחולים משתמשים נכון במשאפים (התקשורת עמם קשה ויש תחושה ש"אין עם מי לדבר"), הם מעדיפים דרך זו של טיפול על אף הסיכונים שבתופעות הלוואי.

לוח 6 בוחן היבטים נוספים של הטיפול ומצבו של החולה. עולה, כי ערב הפעלת התכנית, שיעור האשפוזים בקרב החולים הוא למעלה מ-20% (26% בניסוי ו-22% בביקורת) וקרוב ל-60% מדווחים שהיה להם התקף אסתמה בחודש האחרון. זריקות נגד שפעת חשובות לחולי אסתמה למניעת התקררויות שעלולות לגרום להתקף. במרפאות הניסוי רק 20% מדווחים בסקר א' שהם קיבלו חיסון זה, לעומת 41% בקרב החולים ממרפאות הביקורת. עוד עולה מן הלוח כי שיעור גבוה מבין החולים, בשני סוגי המרפאות, יודעים להבחין מתי מתחיל אצלם התקף האסתמה, אולם רק בין 35% ל-39% מן החולים אומרים כי הם מטפלים בעצמם בעת התקף. שיעור גבוה מן החולים (כ-90%) אומרים שהם יודעים מתי לקחת את התרופות שלהם.

יצוין כי במסגרת הטיפול העצמי בדקנו גם שורה של שאלות הנוגעות להתנהגות בריאותית נכונה, בעיקר הימנעות מאלרגנים המעוררים התקף (אבק, חיות מחמד, עשן סיגריות), והיחשפות לקור. אולם, התברר שהתשובות לא נתנו תוצאות מהימנות וברות ניתוח סטטיסטי. בנוסף, מדיווחי המראיינים (במיוחד מי שראינו את החולים בביתם), עלתה התחושה כי התשובות היו ביטוי לרציה חברתית יותר מאשר דיווח על התנהגות.

כאשר בוחנים בלוח 6 את השינוי בתשובות בין סקר אי לסקר ב' בכל סוג מרפאה בנוגע להיבטים הנוספים של הטיפול, אנו רואים כי במרפאות הניסוי חל שינוי אחד בולט ומובהק. שיעור מי שאושפזו במהלך השנה האחרונה לפני הסקר בשל המחלה ירד באופן מובהק מ-26% ל-9%. לעומת זאת, שיעור המאושפזים במרפאות הביקורת נשאר עומד על כ-23% בשני הסקרים, ממצא שיכול להעיד על ירידה בחומרת ההתקפים במרפאות הניסוי, ועמה ירידה בצורך באשפוז. הן במרפאות הניסוי והן במרפאות הביקורת לא חל שינוי מובהק בשיעור מי שאמרו שהיה להם התקף בחודש האחרון, ובשני סוגי המרפאות עלה (לא באופן מובהק) שיעור מי שקיבלו זריקות נגד שפעת.

עוד עולה מן הלוח, כי בשני סוגי המרפאות עלה אחוז מי שאמרו שהם יודעים מתי מתחיל התקף האסתמה (אף כי רק במרפאות הביקורת הממצא מובהק), אולם ירד במקצת אחוז אלו שאמרו שהם מטפלים בעצמם לבד בעת ההתקף (ירידה שאינה מובהקת). בשני סוגי המרפאות לא חל שינוי בשיעור מי שאמרו שהם יודעים מתי לקחת את התרופות.

לשם בחינת ההשפעה העצמאית של תכנית ההתערבות על הטיפול במחלה, גם לאחר שמנטרלים את השפעתם של מאפייני החולים, ערכנו ניתוחים רב-משתניים (רגרסיות לוגיסטיות). המשתנה התלוי בכל רגרסיה היה משתנה-דמה, שהראה האם הנחקר ענה תשובה חיובית בנוגע לדיווח על היבט של טיפול במחלת האסתמה בסקר ב', לעומת מי שענה תשובה שלילית (ראה פירוט של היבטי הטיפול בלוח 7). כמשתנים בלתי תלויים הוכנסו לכל רגרסיה: סוג מרפאה (מרפאות הניסוי לעומת מרפאות הביקורת), תשובה חיובית לגבי הדיווח על אותו היבט הטיפול במחלה בסקר אי⁴ (לעומת מי שענה תשובה שלילית), 2 קבוצות גיל (צעירים עד 30, לעומת בני 31-60, ו"זקנים" בגיל +61 לעומת בני 31-60), שנת עלייה (עולי 1991 לעומת עולי 1984, ועולי 1992 ואילך לעומת עולי 1984), מין (נשים לעומת גברים), ותעסוקה (מי שאינם עובדים לעומת מי שעובדים).

לוח 7: יחסים צולבים של הדיווח על הטיפול במחלה בקרב חולי האסתמה ממרפאות הניסוי לעומת מרפאות הביקורת, מתוך רגרסיות לוגיסטיות

odds ratio של תשובות חולי אסתמה במרפאות הניסוי לעומת תשובות חולי האסתמה במרפאות הביקורת בסקר השני (N=109)	דיווח על הטיפול במחלת האסתמה
3.92*	לא אושפז בשנה האחרונה
.28**	קיבל זריקה נגד שפעת
1.78	לא היה לו התקף אסתמה בחודש האחרון
.94	יודע מתי מתחיל התקף אסתמה
2.04	מטפל בעצמו בעת התקף
.73	יודע מתי לקחת את התרופות שלו

* p < .10
** p < .05

⁴ הוספת משתנה זה למשתנים הבלתי תלויים לוקחת בחשבון את נקודת המוצא של כל נחקר במשתנה הנבדק (דיווח על היבט של הטיפול באסתמה), ומנטרלת הבדלים שהיו בין המרפאות במועד הסקר הראשון.

לוח 7 מסכם את הממצאים מניתוחי הרגרסיות הלוגיסטיות לגבי השפעת התכנית על הדיווח על הטיפול במחלה. הלוח מציג את היחס הצולב (odds-ratio) של כל ניתוח רגרסיה.⁵ הממצא הבולט מן הלוח הנו כי הסיכוי שחולה אסתמה ממרפאות הניסוי לא אושפז בשל מחלת האסתמה במהלך השנה שלאחר הפעלת התכנית, הוא פי 3.92 מן הסיכוי לכך אצל חולה אסתמה ממרפאות הביקורת.

למרפאות הביקורת היה יתרון בנושא קבלת חיסון נגד שפעת, הסיכוי שחולה במרפאות הביקורת קיבל זריקה נגד שפעת בסקר ב' הוא פי 3.57 מחולה אסתמה במרפאות הניסוי.⁶ לסוג המרפאה לא הייתה השפעה מובהקת על הדיווח על היבטים אחרים של הטיפול במחלה בעת הסקר השני.

חולי סוכרת

שיעור הסוכרתיים שהטיפול העיקרי שהם מקבלים למחלה הוא זריקות אינסולין הוא כ-30% במרפאות הניסוי ו-40% במרפאות הביקורת. זאת, בשני הסקרים בהם דיווחו על כך הנחקרים. מן התשובות לשאלות הנוגעות לטיפול במחלה והמעקב אחריה, עולה כי אחוז גבוה מבין המרואיינים חולי הסוכרת, במרפאות הניסוי ובמרפאות הביקורת, דיווחו כי בשנה שלפני כל סקר עברו בדיקות עיניים ובדיקות לחץ-דם (בין 80%-ל-100%), וכי ל-70% מבין אלה שעברו בדיקת לחץ-דם (ובמרפאות הביקורת בסקר הראשון אף למעלה מ-80%), הרופא או האחות אמרו שלחץ-הדם שלהם הוא בסדר. בנוסף, קרוב ל-60% ביקרו אצל הרופא לצורך ביקורת (לא עקב התקררות או מכיוון שהרגישו מאוד רע) במהלך חצי השנה האחרונה לפני הסקר. השיעורים לעיל דומים במרפאות הניסוי ובמרפאות הביקורת, בשני הסקרים.

במרפאות הביקורת יש שיעור גבוה יותר שאמרו שהם בודקים, או שבודקים להם, את הסוכר בדם פעם ביום או יותר מפעם בשבוע, והדיווח הזה הולם את השיעור הגבוה יותר בקרבם שמקבלים זריקות אינסולין כטיפול למחלה. לפיכך, מבחינת הדיווח על היבטים אלו של הטיפול עולה, כי החולים הסוכרתיים בכל המרפאות נמצאים במעקב אחר המחלה לאורך כל התקופה הנבדקת (ראה לוח 8).

בדיקת רגליים אצל חולי סוכרת חשובה כטיפול מונע להיווצרות פצעים. בחינת התשובות בסקר א' מראה כי קרוב ל-70% מחולי הסוכרת במרפאות הביקורת, וכ-50% במרפאות הניסוי, מדווחים כי האחות או הרופא בדקו את רגליהם בשנה האחרונה. שיעורי הבדיקה

⁵ היחס הצולב משקף את היחס שבין ההסתברות לתשובה חיובית לעומת תשובה שלילית במרפאות הניסוי, חלקי ההסתברות לתשובה חיובית לעומת תשובה שלילית במרפאות הביקורת. ניתן לראותו כקירוב של ההסתברות שחולי האסתמה במרפאות הניסוי יענו תשובה חיובית ביחס להסתברות לתשובה כזו בקרב חולי האסתמה במרפאות הביקורת.

⁶ מאחר שמרפאת הביקורת הוכנסה כבסיס לרגרסיה, לצורך חישוב ה-odds ratio של חולה במרפאת הביקורת לקבלת זריקה נגד שפעת לעומת חולה במרפאות הניסוי, חילקנו 1 ב-0.28.

העצמית לרגליים הם בין 40% ל-47% בשתי המרפאות. עוד אנו רואים כי במרפאות הניסוי שיעור מי שאומרים כי רמת הסוכר שלהם גבוהה מגיע ל-24% במרפאות הניסוי (לעומת 7% במרפאות הביקורת), שיעור אלו בקרבם שמדווחים שרמת הסוכר שלהם בסדר הוא 48% (לעומת 80% במרפאות הביקורת), ואילו 28% אינם יודעים מהי רמת הסוכר שלהם בדם (לעומת 13% במרפאות הביקורת). בנוסף, שיעור גבוה מחולי הסוכרת במרפאות הניסוי (58%), ואף במרפאות הביקורת (40%), יודעים את רמת השומנים בדם, ושיעור מי שאומרים כי במקרה של היפוגליקמיה הם פועלים נכון (אוכלים או שותים מיד משהו עם סוכר) מגיע לשליש בשני סוגי המרפאות. שיעור האשפוזים בשל הסוכרת לא היה גבוה ערב הפעלת התכנית, בשני סוגי המרפאות.

לוח 8: דיווח על הטיפול בסוכרת (באחוזים)

מרפאות הביקורת (N=17)		מרפאות הניסוי (N=27)		
T2	T1	T2	T1	
				הטיפול העיקרי לסוכרת
40	40	32	27	זריקות אינסולין
60	60	68	73	דיאטה וכדורים
				ביצוע בדיקות
100	94	81	85	עשה בדיקת עיניים בשנה האחרונה
93	100	89	89	בדק לחץ-דם בחצי השנה האחרונה
71	86	70	70	נאמר לו שלחץ-הדם שלו בסדר
63	69	50	33	בודק סוכר פעם ביום או יותר מפעם בשבוע
88	75	54	67	היה אצל הרופא לביקורת בחצי השנה האחרונה
				הטיפול ברגליים
53	47	24	40	בודק לעצמו את הרגליים
63	69	36	52	הרופא/האחות בדקו את רגליו בשנה האחרונה
				מדווח על רמת סוכר*:
7	7	44	24	גבוהה
73	80	40	48	הסוכר בסדר/נמוך
20	13	16	28	אינו יודע
				ידע
56	44	27	58	יודע את רמת השומנים בדם
19	31	28	32	במקרה של היפוגליקמיה פועל "נכון"
6	6	12	12	אושפז בגלל הסוכרת בחצי השנה האחרונה

* $p < 0.10$ לפי מבחן וילקוקוסון

הערה: בכל שאר המשתנים לא נמצאו הבדלים מובהקים לפי מבחן מקנאמר

בדקנו האם חל שינוי בדיווח על הטיפול בין סקר א' לסקר ב' בכל סוג מרפאה. כאמור, החולים הסוכרתיים בכל המרפאות נמצאו במעקב אחר המחלה, לאורך כל התקופה הנבדקת, ולא חלו שינויים בולטים בכל סוג מרפאה בהיבטים של הטיפול (לוח 8). לעומת זאת, בטיפול ברגליים, נמצא כי דווקא במרפאות הניסוי יש מגמה של ירידה בשיעור המדווחים על בדיקה עצמית של הרגליים ואף על בדיקה של הרופא או האחות (במהלך השנה האחרונה), אף כי התוצאות אינן מובהקות. בנוסף, מן התשובות לשאלות הנוגעות לדיווח של החולה על מצבו, עולה כי שיעור המדווחים על רמת סוכר גבוהה עלה בסקר ב' בקרב החולים ממרפאות הניסוי, אולם ירד בקרבם שיעור מי שאומרים שאינם יודעים מהי רמת הסוכר שלהם. גם שיעור מי שאומרים שהם יודעים את רמת השומנים שלהם

בדס ירד במרפאות הניסוי בסקר ב' (אם כי לא באופן מובהק). ייתכן שהתשובות נובעות מכך שעלתה רמת המודעות של החולים במרפאות הניסוי לתוצאות הביקורת. נמצא, גם אם לא בצורה מובהקת, כי שיעור מי שדיווחו שבמקרה של היפוגליקמיה הם פועלים נכון (אוכלים או שותים מיד משהו עם סוכר), נשאר דומה בין שני הסקרים במרפאות הניסוי, וירד במרפאות הביקורת; ושיעור המדווחים על אשפוזים עקב המחלה בחצי השנה האחרונה לפני הסקר נשאר דומה בין שני הסקרים, בשני סוגי המרפאות (לוח 8).

נושאים נוספים שנבדקו בהקשר של טיפול עצמי בסוכרת הם תזונה מתאימה, שמירה על המשקל וביצוע פעילות גופנית. מלוח 9 עולה כי שנה לאחר תחילת עבודת המגשרים חלה במרפאות הניסוי עלייה מובהקת בשיעור מי שדיווחו שהם שומרים על המשקל שנאמר להם שעליהם לשקול. בנוסף, אנו רואים במרפאות הניסוי מגמה של עלייה, אם כי לא מובהקת, בשיעור מי שאמרו שהם מצליחים לשמור על ההוראות לדיאטה שלהם. עוד בנושא התזונה, ביקשנו מחולי הסוכרת לפרט מה הם אוכלים בכל הארוחות שלהם במשך היום. השאלה נוסחה כך "מה בעיקר אתה אוכל בארוחות במשך היום?" לאחר שנה מהפעלת התכנית חלה ירידה מסוימת (אולם לא מובהקת) באחוז אלו שאמרו כי הם אוכלים בעיקר אינג'ירה ותוספת של פחמימות, כגון תירס, תפוחי אדמה או לחם שחור (תזונה שאינה מומלצת לחולי סוכרת) בשני סוגי המרפאות, אולם היא בולטת יותר במרפאות הביקורת. עוד עולה מן הלוח כי במרפאות הניסוי יש מגמה של עלייה בין הסקר הראשון לשני בשיעור מי שדיווחו שהם מבצעים פעילות גופנית מספר פעמים בשבוע; גם עלייה זו אינה מובהקת.

לוח 9: תזונה ופעילות גופנית (באחוזים)

מרפאות הביקורת (N=17)		מרפאות הניסוי (N=27)		
סקר א'	סקר ב'	סקר א'	סקר ב'	
58	67	81**	48	שומר על המשקל שאמרו לו
81	81	73	62	מצליח לשמור על ההוראות לדיאטה
69	38	56	68	אוכל בעיקר אינג'ירה ופחמימות
75	88	73	54	מבצע פעילות גופנית 2-3 פעמים בשבוע

** P<.05 לפי מבחן מקנאמר

על מנת לבחון אם מגמת השיפור שמצאנו במרפאות הניסוי, בעיקר בנוגע לשמירה על משטר תזונה נכון ופעילות גופנית, קשורה לתכנית ההתערבות, בחנו את ההשפעה העצמאית של תכנית ההתערבות על הטיפול במחלת הסוכרת באמצעות ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית. המשתנה התלוי בכל רגרסיה היה משתנה-דמה, שהראה האם הנחקר ענה תשובה חיובית בנוגע לדיווח על היבטים של טיפול במחלת הסוכרת בסקר ב', לעומת מי שענה תשובה שלילית לגבי כל אחת מן השאלות שבחנו היבטים בטיפול במחלה. בגלל מגבלה של גודל האוכלוסייה (בשני הסקרים רואיינו 44 נחקרים חולי סוכרת), הוכנסו לכל רגרסיה שני משתנים כמשתנים בלתי תלויים. המשתנים הבלתי תלויים היו: סוג מרפאה (מרפאות הניסוי לעומת מרפאות הביקורת), ותשובה חיובית לגבי הדיווח על אותו היבט הטיפול במחלה בסקר א' (לעומת מי שענה תשובה שלילית).

לפי ניתוחים סטטיסטיים אלו לא מצאנו יתרון מובהק של מרפאות הניסוי (בהם מופעלת התכנית) באף אחד מהיבטי הטיפול. הממצא היחיד העולה מן הלוח הנו כי הסיכוי שחולה סוכרת ממרפאות הביקורת ידווח בסקר ב' (שנה לאחר הפעלת התכנית) כי ביקר אצל הרופא בחצי השנה האחרונה, הוא פי 6.25 מן הסיכוי לדיווח דומה אצל חולה סוכרת ממרפאות הניסוי⁷ (לוח 10).

לוח 10: יחסים צולבים של הדיווח על הטיפול במחלה בקרב חולי הסוכרת ממרפאות הניסוי לעומת מרפאות הביקורת, מתוך רגרסיות לוגיסטיות

odds ratio של חולי סוכרת ממרפאות הניסוי לעומת חולי סוכרת ממרפאות הביקורת בסקר ב' (N=44)	היבטים של טיפול במחלת הסוכרת
	ביצוע בדיקות
0.0	ביצע בדיקות עיניים בחצי השנה האחרונה
0.71	בדק לחץ-דם בחצי השנה האחרונה
1.4	נאמר לו שלחץ-הדם בסדר
1.24	בודק סוכר פעם ביום/יותר מפעם בשבוע
**0.16	היה אצל רופא לביקורת בחצי השנה האחרונה
	טיפול ברגליים
0.27	בודק לעצמו את הרגליים
0.37	רופא/אחות בדקו לו רגליים בשנה האחרונה
	ידע על רמת סוכר, שומנים בדם, התנהגות נכונה בעת היפוגליקמיה
0.10	מדווח על רמת סוכר בסדר/נמוכה
2.22	יודע את רמת השומנים בדם
1.28	פועל נכון במקרה של היפוגליקמיה
	אשפוז
0.62	לא אושפז בשל הסוכרת בחצי השנה האחרונה
	תזונה
0.77	מצליח לשמור על ההוראות לדיאטה
2.83	שומר על המשקל שאמרו לו
0.47	אוכל נכון (לא רק אינג'ירה ופחמימות)
0.40	מבצע פעילות גופנית 2-3 פעמים בשבוע

** p<.05

⁷ מאחר שמרפאת הביקורת הוכנסה כבסיס לרגרסיה, לצורך חישוב ה-odds ratio של חולה במרפאת הביקורת לכך שביקר אצל רופא בחצי השנה האחרונה לעומת חולה במרפאות הניסוי, חילקנו 1 ב-0.16.

השפעת תכנית ההתערבות על מצב הבריאות

בפרק זה אנו בוחנים האם לתכנית ההתערבות הייתה השפעה על האופן שבו החולים תופסים את מצב בריאותם: מצב הבריאות במחלת האסתמה, בקרב חולי האסתמה; איכות החיים בסוכרת, בקרב הסוכרתיים; והאופן בו כל החולים במחקר תופסים את מצב בריאותם באופן כללי. בכל נושא אנו בוחנים זאת בשני שלבים. בתחילה, בדקנו האם חל שינוי בין סקר א' לסקר ב' בדיווח החולים על מצב בריאותם בכל סוג מרפאה. לאחר מכן בחנו את השאלה האם לתכנית ההתערבות הייתה השפעה עצמאית על השינוי במצב הבריאות.

תפיסת מצב הבריאות באסתמה (Asthma Health Status)

סדרת השאלות על מצב הבריאות באסתמה כללה 17 שאלות הנוגעות לקוצר נשימה וכאבים, שיעול וקושי פיזי, עצבנות ודאגה ופגיעה בחיי החברה של החולים. בפרק על מערך המחקר ושיטות המחקר תיארנו את מצב הבריאות של אוכלוסיית המחקר לפני הפעלת התכנית לפי ממצאי הסקר הראשון. מצאנו אז כי מחלת האסתמה משפיעה מאוד לרעה על הרגשתם הכללית של חולי האסתמה יוצאי אתיופיה, על אורח החיים ואף על איכות החיים שלהם.

את השינוי בין סקר א' לסקר ב' מדדנו בעזרת הציון שכל חולה קבל במדד ל"מצב הבריאות באסתמה". הציון שאדם קיבל במדד הוא סיכום התשובות החיוביות שענה, כך שציון גבוה יותר, מתוך מקסימום של 17 נקודות, מראה על מצב בריאות פחות טוב במחלת האסתמה. קרי, מי שקיבל ציון גבוה יותר במדד, משמעו שענה בחיוב יותר תשובות המעידות על קיום סימפטומים שליליים במחלה, ולפי הדיווח העצמי שלו מצב בריאותו באסתמה פחות טוב (ראה על המדד בפרק שיטת המחקר ובנספח לו). לוח 11 מציג את ממוצע התשובות שהתקבלו בכל אחד מן הסקרים במדד מצב הבריאות באסתמה, במרפאות הניסוי ובמרפאות הביקורת.

לוח 11: תפיסת מצב הבריאות באסתמה לפי סוג מרפאה ומועד סקר (הציון הממוצע במדד¹)

מרפאות ביקורת N=62		מרפאות ניסוי N=47		מדד מצב בריאות באסתמה
סקר א'	סקר ב'	סקר א'	סקר ב'	
8.58	*7.07	6.20	6.50	

* $P < .05$ לפי מבחן t לזוגות מזווגים
1 ציון גבוה מעיד על מצב בריאות פחות טוב במחלה (יותר סימפטומים שליליים)

מלוח 11 עולה, כי מצב חולי האסתמה במרפאות הניסוי טוב יותר בשני הסקרים ממצבם של החולים באסתמה במרפאות הביקורת (בשני הסקרים הציון במדד בקרב חולי האסתמה במרפאות הניסוי נמוך מאשר בקרב החולים במרפאות הביקורת, קרי, בממוצע

הם סובלים מפחות סימפטומים של המחלה). כמו-כן, עולה מן הלוח כי במרפאות הניסוי יש ירידת-מה בציון הממוצע של תשובות החולים בנוגע למספר הסימפטומים שהם סובלים מהם בין סקר א' לסקר ב', אולם, הממצא אינו מובהק. לעומתם, במרפאות הביקורת חלה ירידה מובהקת לאורך הזמן בממוצע התשובות על מספר הסימפטומים שסובלים מהם, פירושו שחל שיפור בדיווח העצמי של החולים על מצב הבריאות באסתמה. על אף זאת, לפי ממוצע התשובות בנוגע למספר הסימפטומים השליליים, גם בעת הסקר השני חולי האסתמה במרפאות הביקורת מרגישים יותר חולים בהשוואה לחולים במרפאות הניסוי.

בדקנו האם לתכנית ההתערבות הייתה השפעה על תפיסת מצב הבריאות באסתמה בעת הסקר השני (סקר ב'). לשם כך ביצענו ניתוח רב-משתני (רגרסיה ליניארית). כמשתנים בלתי תלויים הוכנסו לרגרסיה, בנוסף לסוג המרפאה (מרפאות הניסוי לעומת מרפאות הביקורת), גם הציון במדד תפיסת מצב הבריאות באסתמה בסקר הראשון (סקר א')⁸, גיל, מין, שנת עלייה ותעסוקה. מלוח 12 עולה כי אכן, המידה שבה חולה האסתמה רואה את מצב בריאותו במחלה כחמור, או, להפך, כטוב יחסית, קשורה באופן מובהק לאופן שבו הוא תפס את מצב בריאותו במחלת האסתמה בסקר הראשון. דהיינו, ככל שמצב הבריאות במחלה בסקר א' נתפס כטוב יותר, כך גם טובה יותר תפיסת מצב הבריאות בסקר ב'. לעומת זאת, לסוג המרפאה, קרי לעובדה שיש או אין תכנית התערבות אין השפעה מובהקת על תפיסת המצב במחלה כשנה לאחר הפעלת התכנית.

לוח 12: המשתנים המשפיעים על תפיסת מצב הבריאות באסתמה בסקר ב' - תוצאות רגרסיה ליניארית (מקדמי b)

המשתנה	תפיסת מצב הבריאות באסתמה בסקר ב'
מרפאות ניסוי (לעומת מרפאות ביקורת)	.48
תפיסת מצב הבריאות באסתמה בסקר א'	* .64
גיל	.03
נשים (לעומת גברים)	.63
שנת עלייה	-.16
עובד (לעומת לא עובד)	-.55
ערך R ²	37%
N=109	

* p < 0.05

תפיסת איכות החיים עם מחלת הסוכרת

כפי שפירטנו בפרק שיטות המחקר, ובנספח א', שאלנו את החולים בסוכרת סדרת שאלות אשר בדקה היבטים באיכות החיים עם המחלה באמצעות ארבעה מדדים: מדד שביעות

⁸ כמקודם, הוספת משתנה זה למשתנים הבלתי תלויים לוקחת בחשבון את נקודת המוצא של כל נחקר במשתנה הנבדק (מצב הבריאות באסתמה), ומנטרלת הבדלים שהיו בין המרפאות במועד הסקר הראשון.

רצון, מדד השפעת המחלה (impact), מדד דאגות בקשר לסוכרת, ומדד כולל. ציון גבוה יותר בכל מדד מעיד על איכות חיים טובה יותר עם מחלת הסוכרת (הסולם נע בין 1 ל-4).

כשבחנו את התשובות על שאלות בנוגע לאיכות החיים עם המחלה בעת הסקר הראשון, לפני הפעלת התכנית, מצאנו כי בין 20% ל-40% מהם מדווחים שהמחלה משפיעה מאוד לרעה על איכות החיים שלהם.

לבחינת השינוי בתשובות החולים בין שני הסקרים מוצג בלוח 13 ממוצע התשובות במדדים שבדקו היבטים של איכות חיים במחלה בסקר א' ובסקר ב', במרפאות הניסוי ובמרפאות הביקורת. מן הלוח עולה כי בתוך כל סוג מרפאה אין הבדל מובהק בין שני הסקרים בציון הממוצע שקבלו הנחקרים במדדים שבדקו את איכות החיים בסוכרת.

לוח 13: איכות החיים עם סוכרת לפי סוג מרפאה ומועד סקר (הציון הממוצע במדד¹)

מרפאות ביקורת N=17		מרפאות ניסוי N=27		מדד
סקר ב'	סקר א'	סקר ב'	סקר א'	
3.02	2.95	2.89	2.98	מדד כולל
2.16	2.27	2.50	2.47	תת-מדד - שביעות רצון
3.17	3.02	3.01	3.09	תת-מדד - השפעה (impact)
3.33	3.41	2.82	3.06	תת-מדד - דאגות

1 הסולם נע בין 1 (ציון נמוך) ל-4 (ציון גבוה)
הערה: לא נמצאו הבדלים מובהקים לפי מבחן t לזוגות מזווגים

ביקשנו לדעת האם לתכנית ההתערבות הייתה השפעה עצמאית על תפיסת איכות החיים בסוכרת בעת הסקר השני? בחנו שאלה זו באמצעות ניתוחים רב-משתניים (רגרסיות ליניאריות) בהם המשתנים התלויים היו המדד הכולל של תפיסת איכות החיים בסוכרת, וכל אחד מתת-המדדים שבדקו נושא זה. במשתנים הבלתי תלויים נכללו סוג המרפאה, האופן שבו תפסו הנחקרים את איכות החיים שלהם עם המחלה שנה לפני כן בסקר א', ומשתנים דמוגרפיים. מניתוחי הרגרסיות עלה כי רק בהיבט של שביעות הרצון מהחיים עם המחלה יש לסוג המרפאה השפעה על איכות החיים עמה. קרי, בהיבט זה של איכות החיים עם המחלה יש שיפור בשביעות הרצון מן החיים עם המחלה שנה לאחר הפעלת תכנית ההתערבות במרפאה, בקרב חולי סוכרת במרפאות הניסוי, בהשוואה לחולים במרפאות הביקורת (מרפאות הניסוי בסימן חיובי והקשר מובהק). לא מצאנו השפעה עצמאית מובהקת של תכנית ההתערבות (סוג המרפאה) לגבי כל שאר המדדים הבודקים את תפיסת איכות החיים עם סוכרת (ראה לוח 14).

לוח 14: המשתנים המשפיעים על תפיסת איכות החיים עם סוכרת בסקר ב' - תוצאות רגרסיה ליניארית (מקדמי b)

המשתנה	איכות החיים עם סוכרת - מדד כולל	תת-מדד שביעות רצון	תת-מדד השפעה (impact)	תת-מדד דאגות
מרפאות ניסוי (לעומת ביקורת)	-.07	** .40	-.04	-.56
התוצאות בכל מדד בסקר א'	** .26	.04	* .25	.22
גיל	-.0008	-.008	-.001	.008
נשים (לעומת גברים)	*-.16	.18	-.13	-.02
שנת עלייה	.009	.004	.02	**-.64
עובד (לעומת לא עובד)	.01	-.17	.10	-.11
ערך R ²	32%	26%	22%	32%
N = 44				

* p < 0.10

** p < 0.05

תפיסת מצב הבריאות הכללי (כל החולים במחקר)

במקביל לשאלות על איכות החיים, או על תפיסת מצב הבריאות במחלה, שחולי הסוכרת וחולי האסתמה נשאלו בנפרד, שאלנו את כל הנחקרים גם שאלות כלליות על תפיסת מצב הבריאות, הן בריאות פיזית והן בריאות נפשית. למשל, עד כמה מצב הבריאות מגביל פעילויות, האם יש בעיה בביצוע פעולות בגלל מצב הבריאות, עד כמה הפריעו בעיות רגשיות וכאבים גופניים בתקופה האחרונה ומהי ההרגשה הכללית בתקופה האחרונה. השאלות שבדקו את תפיסת מצב הבריאות מבוססות על חלק מן השאלות במדד SF-12 (Ware et al. 1996).

בפרק על מערך המחקר ושיטות המחקר בחנו את תשובות הנחקרים על שאלות אלו בעת הסקר הראשון (סקר א'), לפני הפעלת התכנית. מהתשובות עלה כי למעלה ממחציתם דיווחו אז על מצב בריאות לא טוב ועל תחושה של מוגבלות עקב מצב בריאותם. מצאנו אז כי בקרב חולי האסתמה היה אחוז גבוה יותר שדיווחו על כך שהם מוגבלים בעלייה במדרגות, או שמצב בריאותם מפריע להם בפעולות חברתיות; אולם, ברוב השאלות לא היו הבדלים מובהקים בין שתי הקבוצות.

בדקנו את השינוי בתשובות החולים בין סקר א' לסקר ב' באמצעות המדד הכללי של תפיסת מצב הבריאות ותת-המדדים שלו. ציון גבוה יותר בכל מדד פירושו שהאדם תופס את מצב בריאותו כטוב יותר (ראה פירוט על המדד בפרק שיטות המחקר ובנספח א'). לוח 15 מציג את ממוצע התשובות שהתקבלו בסקר א' ובסקר ב' בכל אחד מן המדדים שבדקו היבטים של תפיסת מצב הבריאות. מן הלוח עולה כי לפי המדד הכללי של תפיסת מצב הבריאות ולפי תת-המדדים שלו, החולים במרפאות הניסוי תופסים את מצב הבריאות שלהם קצת יותר טוב מהחולים במרפאות הביקורת, בשתי נקודות הזמן שבדקנו; הציון הממוצע במדד הכולל של מצב הבריאות ובתת-המדדים שלו במרפאות הניסוי קצת יותר גבוה מאשר במרפאות הביקורת בשני הסקרים.

לוח 15: תפיסת מצב הבריאות, לפי סוג מרפאה ומועד סקר (הציון הממוצע)¹

מרפאות ביקורת N=79		מרפאות ניסוי N=74		מדד
סקר ב'	סקר א'	סקר ב'	סקר א'	
1.64	1.60	1.87	1.94	תפיסת מצב בריאות כללי - מדד כולל
1.85	1.79	1.96	2.02	תפקוד פיזי (physical functioning)
1.43	1.36	1.54	1.60	תפקיד פיזי (role physical)
2.58	2.45	2.73	2.73	כאב גופני (bodily pain)
1.47	1.52	1.58	1.61	בריאות כללית (general health)
2.03	1.91	2.11	2.04	מרץ (vitality)
2.15	2.16	2.26	2.40	תפקוד חברתי (social functioning)
1.41	1.35	*1.49	1.68	תפקיד רגשי (role emotional)

* $p < 0.05$ לפי מבחן t לזוגות מזווגים

1 ציון גבוה יותר בכל מדד פירושו שהאדם רואה את מצב בריאותו כטוב יותר

עוד עולה מן הלוח שהשינוי המובהק היחיד שנמצא בין שני הסקרים הוא כי במרפאות הניסוי חלה ירידה בממוצע התשובות בנוגע לתפקוד בגלל מצב הרוח (role emotional), דהיינו, התחושה שבחודש האחרון הוא עושה פחות ואינו מצליח לעבוד כבעבר בגלל מצב הרוח שלו. גם כאן ערכנו ניתוח רב-משתני (רגרסיה ליניארית) על מנת לבחון את ההשפעה העצמאית של סוג מרפאה (מרפאות הניסוי לעומת מרפאות הביקורת) על תפיסת מצב הבריאות הכללי בעת הסקר השני (סקר ב'). כמקודם, סוג המרפאה, תפיסת מצב הבריאות הכללי שנה קודם לכן בעת הסקר הראשון (סקר א'), וכן גיל, מין, שנת עלייה ותעסוקה, הוכנסו לרגרסיה כמשתנים בלתי תלויים. מניתוח הרגרסיה עלה, כי בעוד שלתפיסת מצב הבריאות הכללי בעת הסקר הראשון יש קשר מובהק לתפיסת מצב הבריאות שנה לאחר מכן, בסקר ב', הרי שלתכנית ההתערבות אין השפעה על תפיסת מצב הבריאות במועד זה (לוח 16). ממצא זה נכון גם כאשר בחנו זאת לגבי כל תת-מדד בנפרד.

לוח 16: המשתנים המשפיעים על תפיסת מצב הבריאות בסקר ב' - תוצאות רגרסיה ליניארית (מקדמי b)

תפיסת מצב הבריאות (מדד כולל)	המשתנה
-0.02	מרפאות ניסוי (לעומת מרפאות ביקורת)
**0.51	תפיסת מצב הבריאות בסקר א'
**-.006	גיל
-0.09	נשים (לעומת גברים)
.004	שנת עלייה
.10	עובד (לעומת לא עובד)
36%	ערך R^2
	N=153

* $p < 0.10$

** $p < 0.05$

במקביל לניתוחי הרגרסיה המתוארים לעיל, בדקנו גם האם לתכנית ההתערבות הייתה השפעה על השינוי בתשובות הנחקרים בין שני הסקרים (ההפרש בין תשובות הנחקרים בסקר ב' לתשובותיהם בסקר א') בנוגע לתפיסת מצב הבריאות באסתמה, לדיווח על

איכות החיים בסוכרת ולתפיסת מצב הבריאות הכללי. מניתוחי הרגרסיה הללו עלה כי אין קשר מובהק בין הפעלת תכנית ההתערבות לתפיסה שיש שיפור במצב הבריאות (ראה פירוט על ניתוח הנתונים בנספח ג').

ניתן לסכם ולומר כי לתכנית ההתערבות לא הייתה השפעה מובהקת על תפיסת מצב הבריאות הכללי בקרב כל הנחקרים (חולי הסוכרת וחולי האסתמה). כמו-כן, לא מצאנו כי להשתתפות בתכנית הייתה השפעה מובהקת על תפיסת מצב הבריאות במחלה בקרב חולי האסתמה. המשתנה שנמצא משפיע ביותר על תפיסת מצב הבריאות הוא האופן בו תפסו החולים את מצב בריאותם בסקר הראשון. לעומת זאת, בבדיקת שאלה זו בנוגע לאיכות החיים עם המחלה בקרב חולי הסוכרת מצאנו, כי בהיבט אחד, ההיבט של שביעות הרצון עם החיים במחלה, לתכנית ההתערבות אכן הייתה השפעה חיובית ומובהקת. שנה לאחר הפעלת התכנית היה לחולי הסוכרת במרפאות הניסוי יתרון בהיבט זה של איכות החיים עם המחלה, בהשוואה לחולי הסוכרת במרפאות הביקורת.

השפעת תכנית ההתערבות על הקשר עם נותני הטיפול

במחקר ההערכה הראשון, אשר בחן את השפעת תכנית ההתערבות על אוכלוסייה רגילה של מטופלים יוצאי אתיופיה (ניראל, רוזן ואיסמעיל, 2000), מצאנו, כי שילוב המגשרים והדרכת הצוות במרפאה תרמו לקשר טוב יותר עם הרופא בקרב מטופלים במרפאות הניסוי (בהן הופעלה התכנית), לעומת בקרב מטופלים במרפאת הביקורת. בדקנו, האם לתכנית ההתערבות יש השפעה על טיב הקשר עם הרופא גם בקרב מי שהם חולים כרוניים אשר לפי המתואר בפרק קודם, רואים עצמם כאנשים חולים מאוד, שהמחלה משפיעה מאוד על חייהם. כבפרקים קודמים, אנו מציגים את טיב הקשר עם הרופא לפני התחלת התכנית, ובוחנים אם היה אז שוני בין סוגי המרפאות. בנוסף, אנו בודקים אם בין שני הסקרים חל שינוי בטיב הקשר בכל סוג מרפאה. ולבסוף, אנו בודקים האם לתכנית ההתערבות יש השפעה עצמאית על טיב הקשר עם הרופא.

לוח 17: טיב הקשר עם הרופא ועם האחות (באחוזים)¹

מרפאות הביקורת		מרפאות הניסוי		
סקר ב'	סקר א'	סקר ב'	סקר א'	
N=79		N=74		הקשר עם הרופא
				מרגיש שיכול לספר לרופא על כל הפרטים והסיבה
32	27	44	46	לבעיה בגללה בא אליו
86	75	68	65	הרופא מקשיב לו עד הסוף
* 73	45	55	57	מרגיש שהרופא באמת מבין את הבעיה שלו
82	72	70	73	מרגיש שלרופא יש סבלנות אליו
92	94	84	93	הרופא מסביר על הטיפול והתרופות שהוא נותן לו
63	51	47	54	התרופות שהרופא נותן עוזרות לבעיה שלו
72	71	58	66	מרוצה מהיחס של הרופא
69	71	56	67	הטיפול שהרופא נותן עוזר להרגיש טוב
**2.64	2.52	2.45	2.54	הציון הממוצע במדד הקשר עם הרופא ²
N=35		N=33		הקשר עם האחות:³
89	83	91	76	לאחות יש סבלנות אליו כשבא לטיפול
82	64	79	68	האחות מסבירה לו על הטיפול שהיא נותנת
83	71	79	62	מרוצה מהיחס של האחות
**2.83	2.60	**2.82	2.62	הציון הממוצע במדד הקשר עם האחות ²

* $p < .05$ לפי מבחן מקנאמר

** $p < .05$ לפי מבחן t לזוגות מזווגים

1 אחוז מי שענו "לעתים קרובות" (קטגוריות התשובה: 1. לפעמים כן ולפעמים לא או לעתים רחוקות); 2. לעתים קרובות.

2 הסולם הוא על רצף של 3, בו 1 הוא ציון נמוך ו-3 הוא ציון גבוה

3 בקרב מי שהיו אצלה לטיפול לאחרונה

מהטורים המציגים את ממצאי סקר א' בכל מרפאה (לוח 17), ניתן ללמוד כי כבר במועד הסקר הראשון, הקשר עם הרופא, בחלק מהיבטיו, הנו טוב. למשל, שיעור גבוה יחסית של החולים, הן במרפאות הניסוי והן במרפאות הביקורת, אמרו כי הרופא מסביר על הטיפול והתרופות שהוא נותן (כ-90%). כמו-כן, כ-70% מהחולים אמרו שהם מרגישים שלרופא יש סבלנות אליהם, כי הטיפול שהרופא נותן עוזר להרגיש טוב, וכי הרופא

מקשיב להם עד הסוף. עם זאת, שיעורים נמוכים יותר של חולים, במרפאות הניסוי ובמרפאות הביקורת, אמרו שהם מרגישים כי לעתים קרובות הם יכולים לספר לרופא על כל הפרטים והסיבות לביקור אצלו, שהם מאמינים שהתרופות שהוא נותן אכן עוזרות להם, ושהרופא באמת מבין את הבעיה שלהם. בסך-הכל בעת הסקר הראשון הציון הממוצע במדד הקשר עם הרופא (על סולם בין 1 ל-3) הוא 2.54 במרפאות הניסוי ו-2.52 במרפאות הביקורת.

בלוח 17 אנו לומדים מתשובות הנחקרים, בשני סוגי המרפאות, לגבי הקשר של החולים עם האחות, כי כבר במועד הסקר הראשון, הקשר עם האחות הוא טוב: שיעורים גבוהים יחסית מקרב החולים שדיווחו שטופלו על ידה לאחרונה אמרו כי לאחות יש סבלנות אליהם כשהם באים אליה לטיפול, כי היא מסבירה להם על הטיפול שהיא נותנת וכי הם מרוצים מהיחס שלה. הציון הממוצע במדד הקשר עם האחות בסקר אי' דומה בין שני סוגי המרפאות ועומד על כ-2.60.

עיקר השוני בין מרפאות הניסוי למרפאות הביקורת הוא עבודתם של המגשרים. כפי שצינו בפרק שיטות המחקר בו תיארו את תכנית ההתערבות ואת יישומה, מצאנו כי שיעור החולים הנעזרים במגשר בעת הביקור אצל הרופא, בין אם בכל פגישה עמו ובין אם רק בחלק מן הפגישות מגיע ל-64% במרפאות הניסוי. עוד מצאנו שעיקר הנעזרים במגשר הם מי שרואים את מצב בריאותם הכללי כלא טוב, קרי, החולים שמצבם הבריאותי פחות טוב לפי המדדים שלנו, והמבוגרים שבין החולים.

בדקנו אם בין הסקר הראשון לשני חל שינוי באחוז הנחקרים שענו כי לעתים קרובות הקשר עם הרופא הוא חיובי. מהשוואת תשובות החולים בשני הסקרים בלוח 17 עולה כי בעוד שבמרפאות הניסוי לא חל שינוי מובהק בציון הממוצע במדד הקשר עם הרופא (אף שיש מגמה של ירידה בציון הממוצע במדד זה), הרי שבמרפאות הביקורת חלה עלייה מובהקת בציון הממוצע במדד זה מ-2.52 ל-2.64. לעלייה זו תורמת בוודאי העלייה המובהקת באחוז מי שמרגישים "לעתים קרובות הרופא באמת מבין את הבעיה שלהם" במרפאות הביקורת (לוח 17).

מהשוואה בין תשובות החולים בשני הסקרים לגבי הקשר של החולים עם האחות, עולה מגמה של עלייה מובהקת לאורך הזמן בשיעור מי שמרגישים כי לעתים קרובות הקשר שלהם עם האחות הוא חיובי, קרי, עלייה מכ-2.62 בממוצע במדד הקשר לכ-2.82 (ציון גבוה יותר). זאת, הן במרפאות הניסוי והן במרפאות הביקורת. ממצא זה הוא חשוב, לנוכח העובדה שבטיפול בחולים הכרוניים יש לצוות האחיות תפקיד נכבד במעקב אחר המחלה ובטיפול בה.

בדקנו האם לתכנית ההתערבות הייתה השפעה על תפיסת טיב הקשר עם הרופא בסקר השני (סקר ב'). בנייתו רב-משתני (רגרסיה ליניארית) נבדקה ההשפעה העצמאית של סוג המרפאה על האופן בו תפסו הנחקרים את טיב הקשר עם הרופא בסקר ב' (שנה לאחר תחילת הפעלת תכנית ההתערבות). כמשתנים בלתי תלויים הוכנסו לניתוח הרגרסיה,

בנוסף לסוג המרפאה (ניסוי לעומת ביקורת), גם הציון שהנחקרים קבלו במדד הקשר עם הרופא בסקר א', גיל, מין, שנת עלייה ותעסוקה.

נמצא, כי לתפיסת טיב הקשר עם הרופא בסקר א', יש השפעה מובהקת על תפיסת טיב הקשר עם הרופא בסקר ב'. קרי, מי שתפס את הקשר כטוב בסקר א', תופס אותו כטוב גם אחרי שנה (בסקר ב'). להשתייכות למרפאות הניסוי בהן הופעלה תכנית ההתערבות, לעומת זאת, אין השפעה חיובית מובהקת על טיב הקשר עם הרופא - מרפאות הניסוי בסימן שלילי ומובהקות הקשר היא גבולית ($p < .10$). (ראה מודל א' בלוח 18).

לוח 18: המשתנים המשפיעים על תפיסת טיב הקשר עם הרופא בסקר ב' (תוצאות רגרסיה ליניארית)

המשתנה	מודל א'	מודל ב'	מודל ג'
מרפאות ניסוי (לעומת מרפאות ביקורת)	* -.11	**-.12	-.08
הציון במדד טיב הקשר עם הרופא בסקר א'	** .27	** .22	** .27
גיל	.0009	* .002	.001
נשים (לעומת גברים)	-.01	.02	-.006
שנת עלייה	** .01	** .01	** .01
עובד (לעומת לא עובד)	* .13	.09	* .12
תפיסת מצב הבריאות בסקר ב'		** .20	
השינוי בתפיסת מצב הבריאות			** .15
ערך R^2	21%	27%	25%
N=153			
			* $p < 0.10$
			** $p < 0.05$

שאלנו את עצמנו האם ייתכן כי גם לתפיסת מצב הבריאות בקרב הנחקרים בכל אחת מסוגי המרפאות עשויה להיות השפעה על טיב הקשר עם הרופא. לשם בדיקת שאלה זו הוספנו לניתוח הרגרסיה כמשתנה בלתי תלוי (בנוסף למשתנים שפירטנו לעיל) גם את תפיסת מצב הבריאות הכללי בסקר ב'. בבחינת מודל ב' בלוח 18 אכן עולה כי בנוסף למשתנה טיב הקשר עם הרופא בסקר הראשון, הרי שגם למשתנה תפיסת מצב הבריאות יש השפעה עצמאית על המשתנה של טיב הקשר עם הרופא בעת הסקר השני – מי שמרגישים שמצב הבריאות שלהם טוב גם תופסים שהקשר עם הרופא טוב. לא רק זאת, אלא שבניתוח לפי מודל זה, יש לסוג המרפאה קשר מובהק עם טיב הקשר עם הרופא: החולים במרפאות הביקורת, לעומת עמיתיהם במרפאות הניסוי, תופסים באופן חיובי יותר את הקשר עם הרופא - מרפאות הניסוי בסימן שלילי והקשר מובהק. בנוסף, כאשר בניתוח הרגרסיה נכלל כמשתנה בלתי תלוי השינוי בתפיסת מצב הבריאות בין שני הסקרים, קרי, ההפרש בציון במדד זה בין הסקר השני לראשון (ראה מודל ג' בלוח 18), מצאנו כי מי שחש שמצבו הבריאותי שופר, ומי שתפס באופן חיובי את הקשר עם הרופא עוד בסקר הראשון, תופס גם בסקר השני את הקשר עם הרופא כטוב. גם לפי מודל ג' נראה שלמרפאות הביקורת יש השפעה על השיפור בתפיסת טיב הקשר עם הרופא (מרפאות הניסוי בסימן שלילי), אולם הקשר כאן אינו מובהק. לפי נתונים אלו ניתן לומר שטיב הקשר עם הרופא במרפאות הניסוי השתפר פחות, בין היתר, משום שמצב הבריאות (כפי שנתפס על-ידי החולים) השתפר פחות.

יצוין, כי ברגרסיות אלו יש להתייחס בזירות למשתנים הקשורים למצב הבריאות ולשינוי בו, כי איננו יכולים להיות בטוחים בכיוון ההשפעה. האם מצב הבריאות הוא משפיע על טיב הקשר עם הרופא, או להפך, טיב הקשר עם הרופא משפיע על תפיסת מצב הבריאות.

על מנת להבין טוב יותר את התמונה שעולה מן הנתונים בדקנו את השפעת תכנית ההתערבות על טיב הקשר עם הרופא בנפרד בקרב חולי האסתמה ובקרב חולי הסוכרת.

בקרב **חולי הסוכרת** לא מצאנו השפעה של סוג המרפאה על טיב הקשר עם הרופא ב-4 מתוך 5 המודלים שבדקנו. הדבר נכון הן במודל הראשון בו המשתנים הבלתי תלויים כללו את סוג המרפאה, טיב הקשר עם הרופא בסקר א' ומשתנים סוציו-דמוגרפיים; והן במודלים בהם הוספנו כמשתנה בלתי תלוי את תפיסת מצב הבריאות הכללי בעת הסקר השני, או, לחילופין, את השינוי בתפיסת מצב הבריאות הכללי, או את תפיסת איכות החיים בסוכרת. רק כשכללנו את השינוי בתפיסת איכות החיים בסוכרת (השינוי בין התשובות בסקר השני לראשון) כמשתנה בלתי תלוי, מצאנו כי חולי הסוכרת במרפאות הביקורת תופסים את הקשר עם הרופא כטוב יותר בהשוואה לחולים כאלו במרפאות הניסוי (ראה לוח 19).

מן הבדיקות האמורות לעיל עולה, שלתכנית ההתערבות אין כמעט קשר לאופן שבו חולה סוכרת תופס את הקשר עם הרופא. אולם, כאשר חולי הסוכרת תופסים שאיכות החיים עם המחלה לא השתפרה, הם גם אינם רואים שיפור בטיב הקשר עם הרופא.

לוח 19: המשתנים המשפיעים על טיב הקשר עם הרופא בסקר ב' בקרב חולי הסוכרת

המשתנה	מודל א'	מודל ב'	מודל ג'	מודל ד'	מודל ה'
מרפאות ניסוי (לעומת ביקורת)	-.04	-.02	.05	-.03	-.29**
טיב הקשר עם הרופא בסקר א'	*.29	*.27	** .29	*.27	** .27
גיל	.002	.003	.003	.003	.0007
נשים (לעומת גברים)	.04	.14	.05	.07	.09
שנת עלייה	** .01	** .01	** .01	** .01	*-.03
עובד (לעומת לא עובד)	*.24	*.23	** .26	*.23	.02
תפיסת מצב בריאות כללי בסקר ב'		** .28			
השינוי בתפיסת מצב בריאות כללי			** .31		
איכות החיים עם סוכרת בסקר ב'				.20	
השינוי באיכות החיים עם סוכרת					.13
ערך R ²	42%	49%	54%	43%	32%
N=44					

* p < .10

** p < .05

בקרב **חולי האסתמה** מצאנו, כי הקשר עם הרופא בעת הסקר השני (סקר ב') נתפס כטוב יותר במרפאות הביקורת, בהשוואה לחולי האסתמה במרפאות הניסוי, כמעט בכל אחד מן המודלים שבחנו. הדבר נכון כאשר בין המשתנים הבלתי תלויים נכללו סוג המרפאה, הקשר עם הרופא בסקר א' ומשתנים סוציו-דמוגרפיים (מודל א' בלוח 20). הדבר נכון גם כאשר כללנו בנוסף כמשתנה בלתי תלוי את תפיסת מצב הבריאות בסקר השני (מודל ב')

בלוח 20); או, לחילופין, את השינוי בתפיסת מצב הבריאות (מודל ג' בלוח 20, אף כי כאן הקשר אינו מובהק). וכן, כשבחנו את השפעת מדדי תפיסת הבריאות באסתמה והשינוי בתפיסת מצב הבריאות באסתמה כמשתנים בלתי תלויים בניתוח הרגרסיה (מודל ד' וה' בלוח 20). לפי ממצאים אלו, הקשר עם הרופא בקרב חולי האסתמה במרפאות הניסוי, שופר פחות, בין היתר, בשל ההרגשה שמצב בריאותם במחלה ומצב בריאותם הכללי לא שופר; או שופר פחות מאשר בקרב החולים במרפאות הביקורת.⁹

לוח 20: המשתנים המשפיעים על טיב הקשר עם הרופא בסקר ב' בקרב חולי האסתמה (תוצאות רגרסיה ליניארית)

מודל ה'	מודל ד'	מודל ג'	מודל ב'	מודל א'	
*-.13	*-.14	-.12	**-.17	*-.13	מרפאות ניסוי (לעומת ביקורת)
**-.27	**-.24	**-.27	**-.22	**-.27	טיב הקשר עם הרופא בסקר א'
-0.0003	.0001	.0002	.001	-0.0003	גיל
-.06	-.04	-.05	-.04	-.06	נשים (לעומת גברים)
.02	.01	.02	.01	.02	שנת עלייה
.08	.06	.07	.03	.08	עובד (לעומת לא עובד)
			**-.21		תפיסת מצב בריאות כללי בסקר ב'
		.12			השינוי בתפיסת מצב בריאות כללי
	**-.01				מדד מצב הבריאות באסתמה בסקר ב'
					השינוי במצב הבריאות באסתמה
-0.001					ערך R ²
15%	18%	17%	22%	15%	N=109

* p < .10

** p < .05

בניתוחים רב-משתניים דומים, בהם נבחן השינוי בטיב הקשר עם האחות, לא מצאנו שלסוג המרפאה, ואף לא לתפיסת מצב הבריאות, יש השפעה מובהקת על השינוי בטיב הקשר עמה.

מן הממצאים לעיל ניתן ללמוד כי לתכנית ההתערבות לא הייתה השפעה מובהקת על האופן בו החולים תופסים את טיב הקשר שלהם עם הרופא הראשוני במרפאה. עוד אנו לומדים מן הממצאים, כי התפיסה שהקשר עם הרופא הוא טוב מוסברת, בין השאר, בהרגשה שמצב הבריאות בכללותו, או מצב הבריאות במחלה, הוא טוב, ואף שחל בו שיפור. לפיכך, התמונה שהתקבלה היא שטיב הקשר עם הרופא במרפאות הניסוי השתפר פחות מאשר במרפאות הביקורת, בין היתר בגלל שתפיסת מצב הבריאות על-ידי החולים השתפרה שם פחות. חשוב להזכיר כי באופן כללי הקשר עם הרופא היה טוב הן במרפאות הניסוי והן במרפאות הביקורת. בהחלט ייתכן שהשפעת המגשר על הקשר עם הרופא אינה כה משמעותית אם מראש הקשר הוא טוב. בנוסף, נראה שהעובדה שהחולים מרגישים מאוד חולים (במיוחד חולי האסתמה), היא הקובעת יותר מכל בכל הנוגע לקשר

⁹ בנספח ד' מובאות גם תוצאות ניתוחי הרגרסיה, בהם בדקנו האם לתכנית ההתערבות הייתה השפעה על השינוי בתשובות הנחקרים בין שני הסקרים בנוגע לטיב הקשר עם הרופא (קרי, ההפרש בין תשובות המרואיינים בסקר ב' לבין תשובותיהם בסקר א').

עם הרופא. מי שמרגיש טוב יותר, או שמצבו משתפר, רואה את הקשר בינו לבין הרופא כטוב יותר.

בדקנו גם איך אינטנסיביות הקשר עם המגשר קשורה לממצאים בנוגע לקשר עם הרופא.¹⁰ כפי שכבר ציינו קודם, מצאנו כי מי שהם יותר חולים (ציון נמוך במדד מצב הבריאות), הם גם מי שנעזרים יותר במגשר. שכן, יש מיתאם גבוה ושילי – מקדם מיתאם ספירמן: $p < .05$ - .30 בין אינטנסיביות הקשר עם המגשר, לבין הציון במדד מצב בריאות כללי. במקביל, מצאנו קשר שלילי מובהק בין אינטנסיביות הקשר של החולה עם המגשר, לבין טיב הקשר עם הרופא (מקדם מיתאם ספירמן: $p > .05$ - .30), כאשר 67% מבין מי שנעזרים במגשר אינם תופסים את הקשר עם הרופא כטוב, ו-70% ממי שאף פעם אינם נעזרים במגשר תופסים את הקשר עם הרופא כטוב. ניתן לראות תמונה זו גם בניתוח הרגרסיה שבלוח 21, שם עולה כי ככל שהנחקר תופס את מצב בריאותו הכללי כטוב יותר, כך הוא רואה את הקשר שלו עם הרופא כטוב יותר. במקביל, נחקרים שנעזרים במגשר רואים את הקשר שלהם עם הרופא כפחות טוב, לעומת אלו שאינם נעזרים בו (קשר שלילי מובהק). הדבר נכון גם כשאנו מחזיקים קבוע משתנים, כגון גיל מין וותק בישראל.

לוח 21: המשתנים המסבירים את טיב הקשר עם הרופא במרפאות הניסוי בסקר ב' - תוצאות רגרסיה ליניארית (מקדמי b)

המשתנה	טיב הקשר עם הרופא
תפיסת מצב הבריאות	.24**
נעזרים במגשר (לעומת לא נעזרים בו)	-.37**
גיל	-.0003*
נשים (לעומת גברים)	-.09
שנת עלייה	.002**
ערך R ²	36%
N=74	
	p < 0.10 *
	p < 0.05 **

לכאורה יש כאן מעין פרדוקס - ככל שאינטנסיביות הקשר עם המגשר גדולה, כך הקשר עם הרופא פחות טוב. נראה שממצא זה קשור למאפייני החולים שהם הנעזרים העיקריים במגשר. מן הראיונות במרפאות אנו יודעים כי הם החלשים שבין העולים: היותר זקנים, מי שאינם דוברי עברית, במקרים רבים הם גם החולים הקשים יותר, ויש גם להניח שהם מי שנקלטו פחות טוב בארץ ומצבם הכלכלי פחות טוב מאחרים. באופן טבעי, בגלל מצבם, הם גם מי שיהיו פחות מרוצים ממצבם, בכלל, ומן הרופא, בפרט. ייתכן גם שמי שאינטנסיביות הקשר שלו עם המגשר רבה יותר, קרי, נעזר בו באופן קבוע, הוא מי שמראש מרגיש פחות נוח עם הרופא. ייתכן גם, שכשרופא מקבל לטיפול חולה שהתקשורת עמו קשה והמגשר מעורב מאוד בתקשורת עמו, הרופא מעביר למגשר חלק מן האחריות להסברים ולטיפול, והחולה מרגיש פחות קשור לרופא.

¹⁰ הקשר עם המגשר נמדד על רצף של: 1. כלל לא נעזר בו; 2. לפעמים כן ולפעמים לא; 3. בכל פעם (תמיד).

סיכום ודין

מחקר זה הוא שלב שני של הערכת תכנית ההתערבות "רפואה שלמה" ליוצאי אתיופיה במרפאות ראשוניות. מטרת התכנית הן שיפור התקשורת בין החולים יוצאי עדה זו לבין הצוות הרפואי, שיפור הטיפול בהם ואף קידום בריאותם. כל זאת, באמצעות העסקת מגשרים יוצאי אתיופיה שהוכשרו לעבודה כמקדמי בריאות, הדרכת הצוות במרפאה ופעולות לחינוך לבריאות בקרב קבוצות מיוצאי אתיופיה על-ידי המגשרים וצוות המרפאה.

במחקר ההערכה הראשון, אשר בחן את השפעת תכנית ההתערבות "רפואה שלמה" על אוכלוסייה רגילה של מטופלים יוצאי אתיופיה (ניראל, רוזן ואיסמעיל, 2000), נמצא כי התכנית הייתה אפקטיבית בכל הנוגע לשיפור הקשר הבין-אישי בין הרופא לחולה. בנושא זה, כמו גם בנושאים האחרים שנבדקו, כגון זמינות ונגישות השירות הרפואי והתמצאות בקבלתו, היה למרפאות הניסוי יתרון על פני מרפאת הביקורת. כל זאת, כנראה, מבלי שהתכנית הביאה לעלייה ניכרת בהוצאה על מטופלים יוצאי אתיופיה.

בשלב השני של הערכת תכנית ההתערבות מטרת המחקר היו לבדוק איך משפיעה תכנית ההתערבות על הטיפול במחלה בקרב חולי אסתמה וסוכרת יוצאי אתיופיה, לבחון את השפעת ההתערבות על מצב הבריאות, ולבדוק את השפעת תכנית ההתערבות על הקשר בין הרופא או האחיות לבין חולים אלה.

מערך המחקר כלל בדיקה של שתי מרפאות ניסוי (בהן מופעלת תכנית ההתערבות) ושתי מרפאות ביקורת (בהן התכנית אינה מופעלת), שהן כולן שייכות לשירותי בריאות כללית בדרום הארץ. הבדיקה נערכה בשתי נקודות זמן: בסקר שנערך ב-2000 לפני הפעלת התכנית (סקר א'), ובסקר שני שנערך בקרב אותם חולים, שנה לאחר הפעלת התכנית במרפאות הניסוי (סקר ב'). שלוש מאות ותשעים מבין 4,364 יוצאי אתיופיה בארבעת המרפאות, זוהו באמצעות התרופות שקיבלו כחולים בסוכרת או באסתמה. בסקר הראשון בוצעו 196 ראיונות מלאים שהם 50% מאוכלוסיית המחקר, כפי שנקבעה לפי הקריטריון של סוג תרופה, ו-60% מאוכלוסיית המחקר שעמדה הן בקריטריון של סוג התרופה והן בקריטריון של זיהוי עצמי כחולים במחלה. בסקר השני רואיינו 78% ממי שרואיינו בסקר הראשון. ההשוואה בין שני סוגי המרפאות נוגעת למי שהשתתפו בשני הסקרים - 153 חולים (109 חולי אסתמה ו-44 חולי סוכרת).

התמונה שעלתה מממצאי הסקר הראשון, טרם הפעלת תכנית ההתערבות, הראתה כי בכל הקשור לתפיסת מצב הבריאות, מדובר במטופלים אשר מרביתם רואים עצמם כאנשים מאוד חולים, שהמחלה משפיעה רבות על איכות חייהם ואורח חייהם, במיוחד חולי האסתמה שבהם. למידה בה חולים אלו תופסים את מצבם תורם בוודאי גם האופן שבו יוצאי אתיופיה תופסים מחלות כרוניות, ובמיוחד את מחלת האסתמה, אשר לדברי המגשרים בפגישותינו עמם, נתפסת כמחלה קשה שהפחד ממנה רב.

בנוגע לטיפול במחלה בקרב **חולי האסתמה** מצאנו, כי במרפאות הניסוי לא היה שינוי מובהק בין שני הסקרים בסוג התרופות שהחולים מדווחים שהם מקבלים. במרפאות הביקורת מצאנו ירידה מובהקת בין שני הסקרים בשיעור המדווחים על קבלת זריקות סטרואידים מ-46% ל-34% בעת הסקר השני. אולם שיעור זה עדיין גבוה יותר משיעור המדווחים על כך בעת הסקר השני במרפאות הניסוי (12%). ההעדפה למתן זריקות סטרואידים במרפאות הביקורת, למרות תופעות הלוואי השליליות שלהן, ייתכן שהיא נובעת מהרגשת הרופאים לפיה לחולים יוצאי אתיופיה קשה לעמוד בטיפול מניעתי ממושך ולכן נוח יותר לתת להם זריקות ואף כדורי פרודינזון. יותר מכך, לדברי הצוותים במרפאות הביקורת, החולים מעדיפים זאת בשל ההשפעה המיידית על מצבם למשך תקופת-מה. מכיוון שהם אינם בטוחים שהחולים משתמשים נכון במשאפים ("התקשורת עמם קשה ויש תחושה שאין עם מי לדבר") הם מעדיפים דרך זו של טיפול.

השינוי הבולט בנוגע לטיפול במחלה הנו העובדה כי שנה לאחר הפעלת התכנית, הייתה במרפאות הניסוי ירידה בשיעורי האשפוז בשל המחלה. לא רק זאת, אלא שהסיכוי שחולה אסתמה ממרפאות הניסוי ידווח שנה לאחר הפעלת התכנית כי לא אושפז במהלך שנה זו בשל המחלה הוא פי כ-4 מן הסיכוי לכך אצל חולה אסתמה ממרפאות הביקורת. ממצא זה יכול להעיד על ירידה בחומרת ההתקפים במרפאות הניסוי ועמה ירידה בצורך באשפוז. לעומת זאת, שנה לאחר התחלת תכנית ההתערבות, למרפאות הניסוי, בהן הופעלה התכנית לא היה יתרון על מרפאות הביקורת בנוגע לדיווח על היבטים אחרים של הטיפול במחלה, כגון, האם היה התקף בחודש האחרון, טיפול עצמי בעת התקף, ידע מתי מתחיל התקף, ידע בנוגע לעיתוי השימוש במשאף ובתרופות, או קבלת זריקות נגד שפעת.

בבחינת הדיווח על הטיפול במחלה בקרב **חולי הסוכרת** עלה משני הסקרים, כי הן במרפאות הניסוי, והן במרפאות הביקורת, החולים נמצאים במעקב אחר המחלה לאורך כל התקופה הנבדקת. קרי, שיעור גבוה מהם דיווחו עוד בסקר הראשון על ביצוע של בדיקות עיניים (85%-ו-94% בהתאמה), בדיקות לחץ-דם (89%-ו-100% בהתאמה), ביקורי מעקב אצל הרופא (67%-ו-75% בהתאמה), ובדיקות רמת סוכר בדם לפי הצורך; ולא חלו שינויים מובהקים בכל אלה בין הסקר הראשון לסקר השני בשני סוגי המרפאות. ממצא זה משקף במידה רבה את המציאות לפיה בארבע המרפאות יש תכנית מעקב לחולי סוכרת (לכלל האוכלוסייה). לפיכך, למרפאות הניסוי לא היה יתרון על פני מרפאות הביקורת בכל הנוגע למעקב אחר המחלה. בנוסף, שיעור האשפוזים בשל הסוכרת נשאר דומה בין שני הסקרים, בשני סוגי המרפאות. אולם, נמצאה מגמה של שיפור לאורך הזמן במרפאות בהן מופעלת "רפואה שלמה" בנושאים של תזונה ושמירה על המשקל הרצוי ופעילות גופנית; אף כי בנושאים אחרים נמצאה מגמה של שיפור דווקא במרפאות הביקורת (למשל, בנוגע לטיפול ברגליים). מדובר רק במגמות, שכן בניתוח הרב-משתני לא נמצאה השפעה עצמאית מובהקת של מרפאות הניסוי, או של מרפאות הביקורת, ברוב המכריע של המשתנים הנוגעים לדיווח על הטיפול במחלה (ייתכן שגם בשל המספר המועט של חולי הסוכרת במחקר, 44 חולים).

בדקנו באמצעות מספר מדדים את השינוי במצב הבריאות בין הסקר הראשון לבין הסקר השני:

(1) בקרב חולי הסוכרת בדקנו את השינוי באיכות החיים עם מחלת הסוכרת; (2) בקרב חולי האסתמה בדקנו את השינוי במצב הבריאות במחלה (Asthma Health Status) לפי סדרת סימפטומים האופייניים למחלה; ו-(3) בקרב כלל הנחקרים (חולי הסוכרת וחולי האסתמה) בדקנו את השינוי במצב הבריאות הכללי. את ההשפעה העצמאית של תכנית ההתערבות על מצב הבריאות כפי שהוא נתפס על-ידי הנחקרים בחנו באמצעות ניתוחים רב-משתניים בהם נלקחו בחשבון גם מאפיינים אישיים ומצב בריאות של הנחקרים בעת הסקר הראשון.

כשבדקנו את השינוי במצב הבריאות בקרב **חולי האסתמה** מצאנו כי בעוד שבמרפאות הניסוי הירידה בין שני הסקרים במספר הסימפטומים השליליים של המחלה שדווחו על-ידי הנחקרים הייתה קטנה ולא מובהקת, הרי במרפאות הביקורת הירידה הייתה גדולה יותר ומובהקת. על אף זאת, לפי ממוצע התשובות בנוגע למספר הסימפטומים השליליים, גם בעת הסקר השני (כבסקר הראשון) חולי האסתמה במרפאות הביקורת מרגישים יותר חולים מאלו שבמרפאות הניסוי. בניית הרב-משתני לא מצאנו כי להשתתפות בתכנית ההתערבות הייתה השפעה על מצב הבריאות במחלה. לפיכך, בין הסקר הראשון לשני לא חל שיפור באופן בו חולי האסתמה ממרפאות הניסוי תפסו את מצבם, בהשוואה לחולים במרפאות הביקורת.

בקרב **חולי הסוכרת** מצאנו כי בתוך כל סוג מרפאה לא נמצא הבדל מובהק בין שני הסקרים בציון הממוצע שהנחקרים קיבלו במדד הכולל ובתת-המדדים שבדקו את איכות החיים עם מחלת הסוכרת. כשבחנו את ההשפעה העצמאית של תכנית ההתערבות על משתנה זה מצאנו כי בהיבט של שביעות הרצון מן החיים עם המחלה (אחד מתת-המדדים) הייתה לתכנית ההתערבות השפעה חיובית ומובהקת. כלומר, שנה לאחר הפעלת התכנית היה לחולי הסוכרת במרפאות הניסוי יתרון בהיבט זה, בהשוואה לחולים במרפאות הביקורת. אולם, לתכנית ההתערבות לא הייתה השפעה מובהקת על היבטים אחרים של איכות החיים עם סוכרת – השפעת המחלה ודאגות עקב המחלה. כלומר, בעת הסקר השני, שנה לאחר הפעלת התכנית, לא נמצא שיפור בקרב חולי הסוכרת במרפאות הניסוי בהיבטים אלה של איכות החיים עם סוכרת, בהשוואה לחולים במרפאות הביקורת.

כאמור, בחנו גם את השינוי בתפיסת **מצב הבריאות הכללי**. מצאנו כי החולים במרפאות הניסוי תופסים את מצב הבריאות שלהם כקצת יותר טוב מן החולים במרפאות הביקורת בשתי נקודות הזמן שבדקנו. עם זאת, בין שני הסקרים חלה במרפאות הניסוי ירידה מובהקת במצב רוחם של המטופלים. בניית הרב-משתני נמצא כי לסוג המרפאה לא הייתה השפעה מובהקת על מצב הבריאות הכללי בקרב כלל הנחקרים (חולי הסוכרת וחולי האסתמה), קרי, לא חל שיפור באופן בו הנחקרים במרפאות הניסוי ראו את מצב בריאותם הכללי שנה לאחר הפעלת התכנית. מצאנו, כי כמעט בכל המבחנים הסטטיסטיים שביצענו, המשתנה שנמצא כמשפיע ביותר על תפיסת מצב הבריאות בעת הסקר השני הוא האופן בו תפסו החולים את מצב בריאותם בסקר הראשון (לפני התחלת התכנית).

המסקנה שעולה מן הממצאים האלה היא כי בקרב חולים כרוניים, במיוחד כאלו שמרגישים מאוד חולים, תכנית התערבות כמו "רפואה שלמה" שאינה התערבות המכוונת ספציפית לטיפול במחלה, אינה מספיקה על מנת להביא לשינוי באופן בו רואים החולים את מצב בריאותם, לפי המדדים השונים שבדקנו. מצאנו שיפור-מה באחד מן המדדים של איכות חיים בסוכרת כשהיה שילוב בין תכנית ייחודית לסוכרת לבין עבודת המגשר. עולה מכך שיתכן שעל מנת להשפיע על מצב הבריאות כפי שהחולים תופסים אותו יש צורך בתכנית התערבות מיוחדת המכוונת לטיפול במחלה הכרונית בה משולב המגשר כחלק מן הצוות הרפואי. יצוין, כי באחת ממרפאות הניסוי הורגש צורך בפעולות מיוחדות בקרב חולי האסתמה יוצאי אתיופיה, מעבר לעבודה השוטפת של המגשר עם הרופאים, ובוצעו מספר פעולות הדרכה מיוחדות במרפאה לחולים אלה. הדבר נעשה במועד מאוחר, לאחר סיום עבודת השדה במחקר זה. גם במרפאת הניסוי השנייה הגיעו למסקנה כי יש לבצע תכניות ייחודיות, פרטניות וקבוצתיות לחולי אסתמה יוצאי אתיופיה, ולא להסתפק בהדרכות הכלליות שניתנו לכלל האוכלוסייה במרפאה.

לב ליבה של תכנית "רפואה שלמה" הוא שיפור התקשורת בין כלל הצוות המטפל לבין החולים; והסרת מכשולים תרבותיים בין יוצאי אתיופיה לבין הצוות הרפואי במרפאה הראשונית. ההנחה הייתה ששיפור התקשורת באמצעות תכנית ההתערבות על מרכיביה השונים יביא לשיפור בטיפול במחלה ובמצב הבריאות. לכן, היה חשוב לבחון האם ובאיזו מידה אכן חל שיפור בתקשורת.

מצאנו כי שיעור הנעזרים במגשר בעת הביקור אצל הרופא, בין אם בכל פגישה עמו ובין אם רק בחלק מן הפגישות מגיע ל-64%. זהו שיעור גבוה הרבה יותר משיעור ההיעזרות במגשר אשר מצאנו במחקר הראשון בקרב כלל יוצאי אתיופיה המטופלים במרפאות (שהגיע ל-30% לערך). שיעור זה אף יותר גבוה מאחוז הנעזרים במגשר בקרב הסובלים ממחלה קשה או ממחלה כרונית שבמחקר ההערכה הראשון הגיע ל-44% (ניראל, רוזן ואיסמעיל, 2000). במגשר נעזרים יותר החולים היותר קשים - מי שרואים את מצב בריאותם הכללי כרע (82% מהם), המבוגרים (81% מהם), ונשים (74%). עוד עלה מן הנתונים, כי באופן כללי הקשר עם הרופא והאחות הוא טוב הן במרפאות הניסוי והן במרפאות הביקורת, כבר לפני הפעלת תכנית ההתערבות. בעוד שבמרפאות הניסוי לא חל, בין שני הסקרים, שינוי מובהק בטיב הקשר עם הרופא (ואף יש מגמה של ירידה קלה בציון הממוצע במדד זה), הרי שבמרפאות הביקורת חלה עלייה מובהקת בציון הממוצע במדד בין שני הסקרים, דהיינו חל שיפור.

מניתוחים סטטיסטיים רב-משתניים עלה, כי לתכנית ההתערבות לא הייתה השפעה מובהקת על האופן בו החולים תופסים את טיב הקשר שלהם עם הרופא הראשוני במרפאה בעת הסקר השני. דהיינו, שנה לאחר הפעלת התכנית לא חל שיפור באופן בו החולים במרפאות הניסוי תפסו קשר זה. יותר מכך, דווקא למרפאות הביקורת יש יתרון בנושא זה. עוד מצאנו, לפי אותם ניתוחים רב-משתניים, כי התפיסה שהקשר עם הרופא הוא טוב מוסברת, בין השאר, על-ידי ההרגשה שמצב הבריאות בכללותו, או מצב

הבריאות במחלה הספציפית, הוא טוב, או שחל בו שיפור בין שני הסקרים. מכאן אנו למדים, כי העובדה שהחולים מרגישים מאוד חולים היא הקובעת יותר מכל, בכל הנוגע לקשר עם הרופאים. מי שמרגיש טוב יותר, או שמרגיש שמצבו משתפר, רואה את הקשר בינו לבין נותני הטיפול כטוב יותר. ייתכן, שהשפעת המגשר על תפיסת הקשר עם הרופא אינה כה משמעותית אם מראש הקשר הוא טוב.

יותר מכך, מן הממצאים עלה לכאורה מעין פרדוקס – ככל שאינטנסיביות הקשר עם המגשר גדולה, כך הקשר עם הרופא פחות טוב. ייתכן שממצא זה קשור למאפייני החולים שהם הנעזרים העיקריים במגשר. מן הראיונות במרפאות אנו יודעים כי חולים אלו הם החלשים שבין העולים: הם יותר זקנים, הם אינם דוברי עברית, במקרים רבים הם גם החולים הקשים יותר ויש גם להניח שהם מי שנקלטו פחות טוב בארץ ומצבם הכלכלי פחות טוב מאחרים. באופן טבעי, בגלל מצבם הם פחות מרוצים ממצבם, בכלל, ומן הרופא, בפרט. ייתכן גם שמי שאינטנסיביות הקשר שלו עם המגשר רבה יותר, קרי, מי שנעזר בו באופן קבוע, הוא מי שמראש מרגיש פחות נוח עם הרופא. בנוסף, ייתכן גם שכשרופא מקבל לטיפול חולה שהתקשורת עמו קשה, וכתוצאה מכך המגשר מעורב מאוד בתקשורת עם החולה, הרי שלמעשה הרופא מעביר אליו חלק מן האחריות להסברים ולטיפול, ולפיכך החולה מרגיש פחות קשור לרופא.

כאמור, למרפאות הביקורת היה יתרון על פני מרפאות הניסוי בתפיסת הקשר עם הרופא כטוב, וזאת למרות שנמצא שיעור היעזרות גבוה במגשר; בקרב חולי האסתמה במרפאות הניסוי הסיכוי שלא להתאשפז לאחר הפעלת התכנית קרוב לפי 4 מאשר בקרב החולים במרפאות הביקורת; מצבם הבריאותי של החולים במרפאות הניסוי טוב יותר במידת-מה מזה של החולים במרפאות הביקורת; במרפאות הניסוי נמצא שיפור בשביעות הרצון מהחיים עם מחלת הסוכרת; וכמו-כן, בקרב חולי הסוכרת במרפאות הניסוי נמצא שיפור מה בדיווח על היבטים של תזונה ושמירה על משקל תקין בטיפול במחלה.

לגבי חולי האסתמה, שהם מרבית הנחקרים, אחד ההסברים לממצאים לעיל עשוי להיות קשור בעובדה שטיפול "נכון" יותר במחלה [דגש על טיפול מונע, שימוש נכון במשאפים והימנעות ממתן זריקות של סטרואידים וכדורי פרדניזון (כדורי סטרואידים) בצורה גורפת, טיפול אשר יביא לתוצאות טובות יותר בטווח הארוך], עשוי לנגוד את ציפיות החולים לקבל תרופות שיתנו מענה מיידי למחלה הכרונית (כגון זריקות או כדורי סטרואידים), שבטווח הקצר ישפרו את הרגשתו של החולה (אך אינן מומלצות לשימוש לאורך זמן בשל השפעות הלוואי שלהן). מצאנו, שבמרפאות הביקורת שכיה יותר הטיפול באמצעות זריקות סטרואידים. ייתכן שההטבה המיידית שמרגישים החולים במרפאות אלו עם קבלת הטיפול האקטיבי יותר (אשר ניתן שוב ושוב), משליכה על תחושתם שמצב בריאותם הוטב ושהקשר עם הרופא הוטב אף הוא.

יתרה מכך, אם החולים מצפים לקבל טיפול שיביא הטבה מיידית, למשל, זריקות סטרואידים, ואילו הרופא מספק טיפול אחר שאינו לפי ציפיות החולה (גם אם טיפול זה "נכון יותר" מבחינה רפואית), הרי שהחולה יהיה מאוכזב ויראה את הקשר עם הרופא

כפחות טוב מעמיתו שקיבל את הטיפול לו ציפה. אכן, מחקרים מראים כי רמת שביעות הרצון מן הרופא הראשוני קשורה, בראש ובראשונה, לציפיות החולים ממתן הטיפול, ואף יותר מכך, לפער שבין ציפיות החולים מן הטיפול, לבין תוצאותיו (Linder- Dunt, 1978; Locker & Pelz, 1982). לא רק זאת, Woolley ואחרים (1978) מדגישים, כי בנוסף לחשיבות הציפיות מתוצאות הטיפול כמנבאות שביעות רצון מן הרופא, חשובה גם רמת התקשורת בין הרופא לחולה בנוגע לציפיות אלו. יש גם לזכור כי על ציפיות החולים לטיפול ולתוצאותיו משפיעים לא רק גורמים אישיים, כגון צרכים, ערכים, ניסיון קודם, מידע, או מצב רגשי, אלא גם גורמים חברתיים, כגון מצב כלכלי-חברתי ונורמות חברתיות (Thompson & Sunol, 1995). אנו יודעים כי הרופאים במרפאות הניסוי נעזרים במגשר על מנת להסביר את הטיפול שהם נותנים לחולים יוצאי אתיופיה, אולם, ייתכן שהמפגש הקצר במרפאה בין החולה לרופא (בדרך כלל פחות מ-10 דקות לחולה), גם אם המגשר משתתף בו, אינו מספיק על מנת להסביר לחולה את יתרון הטיפול המוצע. נראה כי פעולות הדרכה והסברה מיוחדות, אשר יינתנו לחולים אלו על-ידי הצוות הרפואי והמגשר, עשויות להיות פיתרון אפשרי אשר יגשר על פני הפער שקיים בציפיות בין החולים שבמחקר לבין הרופאים, לגבי אופן הטיפול במחלה.

בנוסף, לפי התפיסה המערבית, ככל שהחולה מועצם, קרי, שיש לו מידע רב יותר על המחלה והוא השולט בעוצמת הטיפול ובעיתוי לקיחת התרופות לצורך איזון המחלה, כך יש לו שליטה רבה יותר על החיים עמה. העצמת החולים מוגדרת כתהליך חינוכי שמיועד לעזור להם לפתח ידע, כישורים, עמדות ומודעות עצמית, כך שהם יוכלו לבחור בין אלטרנטיבות טיפול, ולהיות אחראים לתוצאות בחירות אלו. בתהליך ההעצמה מנסים לתת לחולה אוטונומיה רבה יותר ולהרחיב את חופש הבחירה שלו בכל הנוגע לטיפול העצמי במחלה (Arnold et al. 1995; Feste & Anderson, 1995). גישה זו מניחה כי העצמת החולה והורדת תלותו ברופא עשויות לשפר את אופן הטיפול העצמי, את הרגשתו של החולה, ואף את מצב בריאותו.

אולם, משיחות עם רופאים ואחיות במרפאות, ואף עם המגשרים, עלה שיתכן שיוצאי אתיופיה תופסים באופן שונה מאחרים את הסטטוס של "להיות חולה". לפי תפיסתם, אדם חולה אינו נדרש לעשות דבר בשביל עצמו – משפחתו, חבריו, הרופא, האחות וגורמים חיצוניים אחרים, הם שצריכים לעזור לו (אולי בשל כך הם גם מפסיקים לעבוד עקב המחלה). לפיכך, החולים רוצים ואף מצפים שיטפלו בהם. עצם המעקב ותשומת הלב של הרופא והאחות חשובים להם. יש, אכן, בממצאים רמז לכך כי חולי הסוכרת אשר אחריהם מתקיים מעקב במרפאה חיים טוב יותר עם המחלה, בהשוואה לחולי האסתמה, שבעת ביצוע המחקר לא הייתה תכנית מעקב מיוחדת בשבילם. נראה שיש לבדוק הסבר זה באופן מעמיק יותר, אולי באמצעות מחקר עומק המשלב ראיונות פתוחים עם חולים יוצאי אתיופיה, על מנת לרדת לשורש העניין. מכל מקום, אם הסבר זה נכון, הגישה המערבית הדוגלת בהעצמה שמטרתה הורדת התלות ברופא והישענות על טיפול עצמי, אינה מתאימה לחולים שבמחקרנו. ייתכן שבדומה למעקב אחר הסוכרתיים

חשוב לבצע תכנית מעקב לחולי האסתמה. תכנית מעקב כזו, שתכלול את הזמנתם לביקורת במועדים קבועים, ותעניק לחולים תחושה שיש מי שעוקב אחר הטיפול בהם ודואג להם, עשויה להביא להסתגלות טובה יותר לחיים עם המחלה ואף לטיפול טוב יותר בה. יותר מכך, יכול להיות שעיקר תפקיד המגשר אינו בהעצמת החולה אלא במתן תמיכה, ליווי ו"חיבוק", טיפול שמתאים יותר מבחינה תרבותית לחולה הכרוני יוצא אתיופיה בשלב הנוכחי של תהליך ההסתגלות למחלה ולאורך החדשה אליה באו.

תוצאות המחקר מעלות לדיון את הציפיות מעבודת המגשרים ואת גבולות תפקידם. יש לזכור שהמחקר בחן את עבודת המגשרים במרפאות הניסוי לאחר זמן קצר יחסית - שנה בלבד מאז שהתחילו בתפקידם. מן המחקר הקודם (ניראל, רוזן ואיסמעיל, 2000) עלה כי, בתחילת עבודתם של המגשרים הם טיפלו באופן אקלקטי במגוון רב של בעיות בריאות שעולות במהלך יום העבודה (בהתאם לצורכי המטופלים והמטפלים), ובעזרה בהתמצאות בקבלת שירותי בריאות בקרב כלל המטופלים יוצאי אתיופיה. מכך עולה שעזרתם לחולי האסתמה והסוכרת הייתה רק חלק מעיסוקם כמגשרים. בשנה הראשונה, אם כן, על המגשרים להתמודד עם מצבים אקוטיים ולא ניתן לצפות שהם יתמודדו עם משימות מסובכות יותר כגון טיפול בחולים הכרוניים. משיחות עם מנהלי התכנית עלה כי לוותק של המגשר יש משקל, וכי יש הבדל בין מגשרים חדשים לבין מגשרים בעלי ניסיון במידה בה הצוות הרפואי מערב אותם בטיפול ובמעקב אחר החולים. מדבריהם אף עלה כי יש מרפאות בהן פועלים מגשרים (אשר לא נכללו במחקר זה), שבהן קביעת סדר עדיפויות המאפשרת למגשר להתמקד בטיפול באנשים עם בעיות בריאות ספציפיות, נשאה פרי מבחינת טיפוח הרגלי טיפול עצמי ושימוש מתאים בשירותי הבריאות. ייתכן כי ראוי לבחון את תרומת המגשר במרפאות אלו.

עם זאת, עמוד התווך של תפקיד המגשר היה, ועדיין הינו, שיפור התקשורת והגישור הבין-תרבותי במגעים שבין הצוות במרפאה לבין החולים יוצאי אתיופיה. שני מחקרי ההערכה שביצענו בדקו את השפעת התכנית שנה לאחר הפעלתה. ממצאי שני המחקרים מראים כי הגישור בעת הפגישה עם הרופא או האחיות עוזר לכלל יוצאי אתיופיה המבקרים במרפאה, אולם, אינו מספיק כאשר מדובר בטיפול בחולים כרוניים יוצאי אתיופיה, ובשיפור הרגשתם בנוגע למצב בריאותם.

ממצא זה מבליט את גבולות תפקידו של המגשר. ייתכן שהציפיות מתוצאות עבודתו בכל הנוגע לחולים כרוניים היו מוגזמות בחלקן. ייתכן גם שסדרי העדיפויות בהעסקת מגשרים נטו לכיוון של כלל הולים ולא-דווקא לכיוונם של החולים הכרוניים. יתר על כן, הסוגיות הכרוכות בטיפול בחולי סוכרת ובחולי אסתמה, ובמעקב אחריהם, הן מורכבות גם בקרב חולים אחרים שאינם יוצאי אתיופיה. קופות-החולים מתמודדות עם סוגיות אלו באמצעות הפעלה של תכניות מעקב מיוחדות לכלל החולים במחלות אלו. ייתכן שניתן, אם כן, לנצל את עבודת המגשר באופן יעיל יותר על-ידי שילובו במערך הטיפול

הקיים בחולים הכרוניים. פירושו של דבר הוא שינוי סדר העדיפויות בתפקיד המגשר לצורך שילובו בהדרכה, בטיפול ובמעקב אחר חולים כרוניים יוצאי אתיופיה. שילוב המגשרים בחלק זה של מתן השירות הרפואי מחייב הקצאת זמן לכך במסגרת עבודתם במרפאה, והקניית כלים מתאימים בעת ההדרכה הניתנת להם.

החלטה כזו גם מחייבת את מנהלי התכנית להחליט על סדרי עדיפויות בעבודת המגשרים. קרי, יש לשקול האם מוקד התפקיד הוא גישור בעת הטיפול בכלל המטופלים יוצאי אתיופיה המגיעים לטיפול במרפאה, או, שמא, יש לייחד את עבודתו של המגשר לעבודה הממוקדת בקבוצות ספציפיות, למשל, בחולים הכרוניים. בנוסף, לא מן הנמנע שתפקיד המגשר יתפתח באופן שונה במרפאות, וזאת בהתאם למידה בה צוותי המרפאות ירצו לייחד את עבודת המגשר לקבוצות חולים מסוימות, או לנושאי בריאות ספציפיים. ואכן, לאחר הצגת הממצאים בוועדת ההיגוי ובפורומים נוספים, מארגני התכנית ומפעיליה החלו להתמודד עם סוגיות אלו ולשקול את השאלות האסטרטגיות שפורטו לעיל.

לסיכום: בעוד שבמחקר ההערכה הראשון לתכנית נמצא כי בקרב האוכלוסייה הכללית של מטופלים יוצאי אתיופיה עזרה תכנית ההתערבות "רפואה שלמה" הן לקשר בין החולים לרופאים והן להתמצאות בקבלת השירותים בקופה, הרי שבמחקר זה שבחן את השפעות התכנית על הטיפול במחלה ועל מצב הבריאות, כמו גם על הקשר עם הרופא בקרב חולים כרוניים יוצאי אתיופיה, הממצאים מורכבים יותר. יש ממצאים המעידים על שיפור מה בטיפול במחלה בעקבות הפעלת התכנית במרפאות הניסוי - ירידה בשיעור האשפוזים בקרב חולי האסתמה ומגמה של שיפור בנושאים הנוגעים לשמירה על המשקל ופעילות גופנית בקרב חולי הסוכרת, ואף שיפור בהיבט אחד של איכות החיים עם המחלה בקרב חולי הסוכרת. אולם, לא מצאנו שיפור בשאר ההיבטים של איכות החיים עם מחלת הסוכרת, ואף לא במצב הבריאות באסתמה ובמצב הבריאות הכללי. בנוסף, במרפאות הניסוי לא נמצא שיפור בקשר עם הרופא ומן הממצאים למדנו כי גורם משמעותי בקשר עם הרופא הוא מצב הבריאות: מי שמרגיש חולה מאוד גם רואה את הקשר עם הרופא כפחות טוב. יחד עם זאת, לאור המגבלות של מדגם קטן, מספר מוגבל של מרפאות שלקחו חלק במחקר, וכן תקופת בדיקה קצרה יחסית (שנה בלבד), יש להתייחס לממצאים במידה של זהירות. יש להדגיש כי אין בממצאים האלה בכדי לערער את התועלת והתרומה של העסקת המגשרים (כפי שהודגמו במחקר הקודם), אלא הם מעידים על כך שתכנית התערבות כמו "רפואה שלמה" שאינה התערבות המכוונת ספציפית לטיפול במחלה, אינה מספיקה על מנת להביא לשינוי באופן בו החולים רואים את מצב בריאותם לפי המדדים השונים שבדקנו. יש בממצאים עדות לכך כי כשמדובר על חולים כרוניים, במיוחד כאלו אשר רואים עצמם כמי שהמחלה משפיעה מאוד על איכות חייהם ואורח חייהם, עשוי להיות יתרון לשילוב עבודת המגשר בהדרכה, בטיפול ובמעקב אחר החולים, במסגרת תכניות ייעודיות שנבנו בקופה לטיפול במחלה. שילוב מעין זה עשוי להביא להתאמת הציפיות לסוג הטיפול הניתן, לשיפור הטיפול במחלה ולהקלה על ההסתגלות לחיים עמה.

ביבליוגרפיה

בנטור, נ.; אפשטיין, ש. 2001. "SF-36: כלי למדידת איכות חיים הקשורה לבריאות ולהערכתה". גרונטולוגיה כ"ח(3-4): 187-216.

גרוס, ר.; ניראל, נ.; בוסידן, ש. 1996. ביזור מרפאות במחוז הנגב של קופת-חולים הכללית 1991 - 1993: ההשפעה על רמת ההוצאה, על צוות העובדים ועל השירות למבוטחים ושביעות רצונם. דמ-259-96, ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

הוועדה המקצועית לכתובת הנחיות לטיפול באסתמה. 1998. הנחיות קליניות: קווים מנחים, המלצות וניירות עמדה לטיפול באסתמה, דוח הוועדה המקצועית מטעם האיגוד הישראלי לאלרגיה ואימונולוגיה, האיגוד הישראלי לרפואת ריאות, החברה הישראלית לפולמונולוגיה פדיאטרית, האיגוד הישראלי לרפואת המשפחה, האיגוד הישראלי לרפואת ילדים, האיגוד הישראלי לרפואה דחופה. ההסתדרות הרפואית בישראל, המועצה המדעית, האגף להבטחת איכות. רמת גן.

הרמן, א.; מייסלוס, מ.; ויצמן, ש.; פורת, א. 1995. הנחיות רפואיות בנושא: סוכרת Type II Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM). מבוסס על פרויקט St. Vincent Declaration של ארגון הבריאות העולמי (אירופה) ואיגוד הסוכרת הבין-לאומי. קופת-חולים כללית, תל אביב.

יונגמן, ר.; מינוחין-איציקסון, ש.; ברש, מ. 1995. "ביטויים של מצוקה נפשית בקרב עולי אתיופיה ומשמעותם מנקודת המבט של המטופל והמטפל". בתוך: סוגיות בין-תרבותיות בבריאות הנפש: אוכלוסיות אתיופיות: סימפוזיון בינלאומי. ברש, מ.; וליפסקי, ד. (עורכים). ג'וינט-מכון פאלק בשיתוף עם האוניברסיטה העברית, ג'וינט-ישראל ומשרד הבריאות.

מינוחין-איציקסון, ש.; יונגמן, ר.; זרה, מ. 1997. מפגשים עם מרפאים מסורתיים מקרב קהילת עולי אתיופיה. ג'וינט-ישראל והמשרד לקליטת עלייה, ירושלים.

נודלמן, א. 1995. טנא יסטלין: דפוסי התנהגות בריאותית בקרב עולי אתיופיה - המלצות לעובדים במערכת הבריאות ובקהילה. ג'וינט-ישראל, משרד הבריאות והמשרד לקליטת עלייה, ירושלים.

ניראל, נ.; רוזן, ב.; גרוס, ר.; ברג, א.; יובל, ד.; איבנקובסקי, מ. 1998. "עולים מברית-המועצות לשעבר במערכת הבריאות: ממצאים נבחרים מתוך סקרים ארציים". ביטחון סוציאלי 96: 51-115.

ניראל, נ.; רוזן, ב.; איסמעיל, ש. 2000. "רפואה שלמה" - תכנית התערבות למען יוצאי אתיופיה במרפאות ראשוניות: תוצאות מחקר הערכה. דמ-357-00. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

Anderson, J.M.; Blue, C.; and Lau, A. 1991. "Women's Perspectives on Chronic Illness: Ethnicity, Ideology and Restructuring of Life". *Social Science and Medicine* 33(2):101-113.

Arnold, M.S.; Butler, P.M.; Anderson, R.M.; Funnell, M.M.; and Feste, C. 1995. "Guidelines for Facilitating a Patient Empowerment Program" **The Diabetes Educator** 21(4):308-312.

Baker, D.W.; Parker, R.M.; Williams, M.V.; Coates, W.C.; and Pitkin, K. 1996. "Use and Effectiveness of Interpreters in an Emergency Department". **JAMA** 275(10):783-8.

Barley, E.A.; Quirk, F.H.; and Jones, P.W. 1998. "Asthma Health Status Measurement in Clinical Practice: Validity of a New Short and Simple Instrument". **Respiratory Medicine** 92:1207-1214.

Bursztyn, M.; and Raz, I. 1993. "Blood Pressure, Glucose and Lipids of Young Ethiopian Recent Immigrants to Israel and in Those Resident for 2 Years". **Journal of Hypertension** 11:455-459.

Colledge, M.; and Svensson, P. 1986. "Introduction to the Contribution of the Social Sciences". In: **Migration and Health: Towards an Understanding of the Health Care Needs of the Ethnic Minorities**. Colledge, M; Van Geuns, H.V.; and Svensson, P. (eds.) pp. 6-12. World Health Organization. Copenhagen, Denmark.

Cooper, T.P. 1996. "Culturally Appropriate Care: Optional or Imperative". **Advanced Practice Nursing Quarterly** 2 (2): 1-6.

Donabedian, A. 1980. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.

Donovan, J.L. 1995. "Patient Decision-making: The Missing Ingredient of Compliance Research". **International Journal of Technology Assessment in Health Care** 11:443-55.

Dowse, R.; and Futter, W.T. 1991. "Outpatient Compliance with Theophylline and Phenytoin Therapy". **South African Medical Journal** 80:550-553.

Ell, K.; and Castaneda, I. 1998. "Health Care Seeking Behavior". In: **Handbook of Immigrant Health**. Loue, S. (ed.) pp. 125-143. Plenum Press, New York.

Feste, C.; and Anderson, R.M. 1995. "Empowerment: From Philosophy to Practice". **Patient Education and Counseling** 26(1-3):139-144.

Gross, R.; Benbassat, J.; Nirel, N.; and Cohen M. 1992. "Quality of Care in Decentralized Primary Care Clinics: A Conceptual Framework". **International Journal of Health Planning and Management** 7:271-286.

Hodes, R.M. 1997. "Cross-Cultural Medicine and Diverse Health Beliefs - Ethiopians Abroad". **The Western Journal of Medicine** 166(1):29-36.

Hull, D. 1979. "Migration, Adaptation and Illness: A Review". **Social Science and Medicine** 13:25-36.

Jacobson, A ; Barofsky, I ; Cleary, P.; and Rand, L. 1988. "Reliability and Validity of a Diabetes Quality-of-Life Measure for the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT)". **Diabetes Care** 11(9):725-732.

Jackson, C. 1998. "Medical Interpretation: An Essential Clinical Service for Non-English-Speaking Immigrants". In: **Handbook of Immigrant Health**. Loue, S. (ed.). pp. 61-79. Plenum Press, New York.

Kington, R.S.; and Smith, J.P. 1997. "Socioeconomic Status and Racial and Ethnic Differences in Functional Status Associated with Chronic Diseases". **American Journal of Public Health** 87(5): 805-810.

Linder-Pelz, S. 1982. "Social Psychological Determinants of Patient Satisfaction: A Test of Five Hypotheses". **Social Science and Medicine** 16(5):583-589.

Locker, D.; and Dunt, D. 1978. "Theoretical and Methodological Issues in Sociological Studies of Consumer Satisfaction with Medical Care". **Social Science and Medicine** 12(4A):283-292.

Moreno, C.; Alvarado, M.; Balcazar, H.; Lane, C.; Newman, E.; Ortiz, G.; and Forres, M. 1997. "Heart Disease Education and Prevention Program Targeting Immigrant Latinos: Using Focus Group Responses to Develop Effective Interventions". **Journal of Community Health** 22(6):435-50.

Nudelman, A. 1988. "Cultural Influences on Health Behavior of Ethiopian Immigrants in Israel". Presented at the **12th International Congress on Anthropological and Ethnological Sciences**, Zagreb, Yougoslavia.

Nuttal, P.; and Flores, F.C. 1997. "Hmong Healing Practices Used for Common Childhood Illnesses". **Pediatric Nursing** 23(3):247-51.

Raz, I.; Chiger, E.; Rosenblit, H.; Mevorach, R. and Bursztyn, M. 1993a. "Comparison of Glucose Intolerance, Lipids and Blood Pressure in Young Male Ethiopians From Two Different Immigrations". **Israel Journal of Medical Sciences** 29:351-354.

Raz, I.; Levinger, S.; Maravi, Y.; Sigelmann, N.; Shananas, M.; and Bursztyn, M. 1993b. "Prevalence of Glucose Intolerance in Young Male Ethiopian Immigrants". **Israel Journal of Medical Sciences** 29:347-350.

Riddick, S. 1999. "Applications of Linguistic Strategies in Health Care Settings". In: **Immigrant Women's Health: Problems and Solutions**. Kramer, E.; Ivey, S.L.; and Ying, Y. (eds.). Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

Reiff, M.F. 1997. **Immigration and Medicine: Stress, Culture and Power in Encounters Between Ethiopian Immigrants and Their Doctors in Israel**. Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in the Graduate School of Arts and Science, Columbia University.

Reiff, M.; Zakut, H.; and Weingarten, M. 1999. "Illness and Treatment Perceptions of Ethiopian Immigrants and Their Doctors in Israel". **American Journal of Public Health** 89(12):1814-1818.

Rosenberg, R.; Vinder, S.; Zakut, H.; Kizner, F.; Nakar, S.; and Kitai, E. 1999. "An Unusually High Prevalence of Asthma in Ethiopian Immigrants to Israel". **Family Medicine** 31(4): 276-279.

Roter, D.L.; Hall, J.A.; Merisca, R.; Cretin, D.; and Svarstad, B. 1998. "Effectiveness of Interventions to Improve Patient Compliance: A Meta-Analysis". **Medical Care** 36:1138-61.

Shepherd, J. 1999. "A Model Posttraumatic Stress Disorder Support Group for Cambodian Women". In: **Immigrant Women's Health: Problems and Solutions**. Kramer, E.; Ivey, S.L.; and Ying, Y. (eds.). Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

Schindler, R. 1996. "The Paraprofessional Role Meeting Some Service Needs of Black Jews in Israel". **Social Development Issues** 18(3):29-38.

Schindler, R.; and Brawley, A.E. 1987. **Social Care and the Front Line**. Routledge. London.

Thompson, A.G.H.; and Sunol, R. 1995. "Expectations as Determinants of Patient Satisfaction: Concepts, Theory and Evidence". **International Journal for Quality in Health Care** 7(2):127-141.

Ware, J.E.; Kosinski, M.; and Keller, S.D. 1996. "A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Test of Reliability and Validity". **Medical Care** 34(3):220-233.

Wooley, F.R.; Kane, R.L.; Hughes, C.C.; and Wright, D.D. 1978. "The Effects of Doctor-Patient Communication on Satisfaction and Outcome of Care". **Social Science and Medicine** (research note) 12A:283.

Xinhua, S.R.; and Amick, B.C. 1998. "Cross-Cultural Use of Measurements". In: **Handbook of Immigrant Health**. pp. 81-99. Loue, S. (ed.). Plenum Press, New York.

נספחים

נספח א': פירוט השאלות ובדיקת המהימנות של המדדים במחקר

המדד לבדיקת איכות החיים בסוכרת

בבניית המדד לבחינת איכות החיים בסוכרת נסמכנו על מדד (DQOL) שפותח על-ידי קבוצת המחקר של Diabetes Control and Complications Trial - DCCT (Jacobson et al. 1988). המדד במחקר כולל סדרת שאלות הבוחנות את איכות החיים מן ההיבטים של: שביעות רצון מאספקטים שונים של החיים עם סוכרת, השפעת המחלה (impact), ודאגות בקשר לסוכרת. לא נכללו היבטים של פנאי, עבודה, וחיים חברתיים, שלא התאימו למציאות החיים של יוצאי אתיופיה בישראל. בנוסף, לאחר בדיקת מהימנות המדד החלטנו לא לכלול שתי שאלות שנגעו למידת ההפרעה של הסוכרת למשפחה ולשביעות הרצון מאופן השינה בלילה, שלא התאימו למרואיינים.

לוח 1א: קיבוץ למדדים של שאלות על איכות חיים בסוכרת

אלפא של קרוונבך		המדדים
סקר ב' (N=153)	סקר א' (N=153)	
.35	.71	המדד הכללי של איכות חיים בסוכרת
.46	.55	שביעות רצון מהחיים עם הסוכרת
		מרגיש מרוצה מכמות הזמן שאני צריך להקדיש לטיפול בסוכרת
		מרגיש מרוצה מהטיפול שאני מקבל עכשיו לסוכרת
		מרגיש מרוצה מסוג האוכל שאני צריך לאכול (הדיאטה שלי)
.63	.64	השפעת הסוכרת
		סובל מכאבים הקשורים לטיפול בסוכרת
		מרגיש לא נוח, מתבייש, בגלל שצריך לטפל בסוכרת בחברת זרים
		יש לי כמות סוכר נמוכה בדם
		אני מרגיש לא טוב (למשל שיש לי כאבים)
		הסוכרת מפריעה לי למלא את התפקידים שלי במשפחה
		אני לא ישן טוב בלילה
		הסוכרת מפריעה לחיי החברה שלי וליחסים שלי עם החברים
		מרגיש שסוג האוכל שאני אוכל (הדיאטה שלי) מגביל אותי
		מספר לאנשים אחרים (לא מהמשפחה) על הסוכרת שלי
		מרגיש שבגלל הסוכרת אני הולך לשירותים להטיל שתן יותר מאחרים
		בחתונות או פגישות חברתיות, אם מציעים אוכל שאסור לי לאכול קורה שאוכל במקום להגיד שאסור לי כי אני חולה סוכרת
.68	.63	דאגות בקשר לסוכרת
		קורה שאני דואג להתעלף
		אני דואג שהגוף שלי נראה אחרת בגלל שיש לי סוכרת
		אני דואג שיהיו לי סיבוכים של סוכרת

התשובות לשאלות שנכללו בתת-המדד שבחן שביעות רצון מאספקטים שונים של החיים עם הסוכרת היו על פני רצף שבו 1- בכלל לא מרוצה, 2- לא כל-כך מרוצה, 3- מרוצה, 4- מרוצה מאוד. התשובות לשאלות שנכללו בתת-המדדים שבדקו את השפעת המחלה ודאגות בקשר לסוכרת היו על פני רצף של 1- כלל הזמן, 2- רוב הזמן, 3- חלק מהזמן, 4- אף

פעם (קרי, קיבל ציון גבוה מי שהמחלה אינה משפיעה עליו, או שאינו דואג בקשר לסוכרת).

בדיקת מהימנות המדדים נעשתה על פי אלפא של קרונבך, הן על נתוני הסקר הראשון (סקר א'), לפני הפעלת התכנית, והן על נתוני הסקר השני (סקר ב'), שנה לאחר הפעלת תכנית ההתערבות "רפואה שלמה". בלוח א1 לעיל מוצג קיבוץ למדדים של השאלות על איכות חיים בסוכרת ובדיקת המהימנות לפי אלפא של קרונבך בשני מועדי הבדיקה.

המדד לבדיקת מצב בריאות באסתמה (Asthma Health Status)

סדרת השאלות על מצב הבריאות באסתמה, מבוססת על מדד AQ20 שהוא מדד בן 20 שאלות שפותח ותוקף על-ידי קבוצת חוקרים ב-St. George's Hospital Medical School. מלבד התאמת השאלות לניסוח שיהיה מובן ומקובל על חולים יוצאי אתיופיה, הורדנו ממדד זה 3 פריטים שלא התאימו למציאות החיים שלהם בארץ – שתי שאלות הקשורות להרגשה בעבודה (שכן, מרביתם אינם עובדים), ושאלה הקשורה למידת היכולת ליהנות מחיים מלאים. מכאן שהמדד במחקר זה כולל 17 פריטים. התשובות שנכללו במצב בריאות באסתמה (Asthma Health Status) היו: 1-כן, 2-לא. הציון שאדם קיבל במדד הוא סיכום התשובות החיוביות שענה. כך שציון גבוה יותר, מתוך מקסימום של 17 נקודות, מראה על מצב בריאות באסתמה ירוד יותר. הפכנו את המדד למשתנה אורדינלי על-ידי חלוקת החולים לקטיגוריות (לפי החציון) לשתי רמות: מצב בריאות בינוני/טוב (0-11 תשובות חיוביות); מצב בריאות לא טוב (12-17 תשובות חיוביות). בלוח א2 מוצגות השאלות הכלולות במדד ובדיקת המהימנות לפי אלפא של קרונבך בסקר א' ובסקר ב'.

לוח א2: מדד מצב בריאות באסתמה (Asthma Health Status)

אלפא של קרונבך		המדד
סקר א' (N=153)	סקר ב' (N=153)	

.87 .92

מצב בריאות באסתמה (Asthma Health Status)

סובל מהתקפי שיעול במשך היום
 מרגיש עצבני וחסר מנוחה בגלל האסתמה
 בזמן שעובד בבית סובל מקוצר נשימה בגלל האסתמה
 דואג שמשוהו עלול לגרום לו להתקף בעת ביקור אצל חבר
 סובל מכאב בחזה או קוצר נשימה כתוצאה מריחות חזקים ועשן סיגריות
 האסתמה שלו מפריעה לבן/בת הזוג שלו
 סובל מקוצר נשימה כאשר הוא מנסה לישון
 מודאג מהשפעת התרופות למחלה על מצב בריאותו
 כשמתרגש או מתרגז, הדבר משפיע לרעה על האסתמה שלו
 בגלל האסתמה קורה שקשה לו להסתובב בבית
 בגלל האסתמה סובל מקוצר נשימה בזמן שהוא עולה במדרגות
 כשהוא יוצא לבלות הוא חוזר הביתה לפני האחרים, בגלל האסתמה
 בגלל האסתמה הוא סובל מקוצר נשימה כאשר הוא צוחק
 בגלל האסתמה הוא בדרך כלל חסר סבלנות
 אחרי הצטננות הוא מרגיש מחוסר כוחות
 סובל מהרגשה של כובד באזור החזה
 בעיית האסתמה מטרידה אותו מאוד

המדד לבדיקת תפיסת מצב הבריאות הכללי

תפיסת מצב הבריאות נבחנה באמצעות סדרת שאלות שהתבססה על מדד SF-12 (Ware et al. 1996). המדד כולל שאלות הנוגעות לבריאות הפיזית ולבריאות הנפשית: דירוג מצב הבריאות, קושי בתפקוד ובביצוע פעולות בגלל מצב הבריאות, הגבלת פעילויות, כאבים גופניים, בעיות רגשיות ונפשיות ומגבלות על פעילויות חברתיות, והרגשה כללית בתקופה האחרונה. סדרת השאלות מתחלקת למספר תת-מדדים המוצגים בלוח בהמשך. השאלות הותאמו תרבותית למציאות החיים של יוצאי אתיופיה בישראל. למשל, בשאלה המודדת תפקוד פיזי בפעילויות בדרגת קושי בינוני החלפנו שאלה על הגבלה בשימוש בשואב אבק בשאלה על טאטוא רצפה. זאת, מאחר שלרובם אין שואב אבק בבית. בדומה, שאלנו על הגבלה בהליכה רגילה במקום שאלה על הגבלה בשחייה מכיוון שלמרובית יוצאי אתיופיה אין יכולת לשלם בעבור מנוי לבריכה. כמו-כן, בהתאם להמלצות יועצינו מן העדה, בבואנו לבדוק בריאות נפשית נמנענו מלהשתמש בנוסח ששאל בנוגע לבעיות רגשיות, והעדפנו להשתמש במלים "מצב רוח", זאת משום הרגישות הרבה בעדה לשאלות הנוגעות לבריאות הנפש. בנוסף, לאחר בדיקת מהימנות המדד החלטנו לא לכלול שתי שאלות שנגעו לבריאות הנפש (האחת נגעה בהרגשה של עצב ודכדוך והשנייה נגעה בהרגשה של שקט ורוגע) שלא התאימו למרואיינים.

לוח 3א: מדדי תפיסת מצב הבריאות הכללי

אלפא של קרונבך		המדדים
סקר א' (N=153)	סקר ב' (N=153)	
.81	.89	המדד הכולל של תפיסת מצב בריאות הכללי
.72	.83	בריאות פיזית תפקוד פיזי (Physical functioning) בריאותו מגבילה אותו בהרמת דברים קלים, הזזת שולחן, טאטוא רצפה, וכי' בריאותו מגבילה אותו בעליית מספר קומות במדרגות
.84	.87	תפקיד פיזי (Physical role) בחודש האחרון הוא עושה פחות ממה שהיה רוצה בגלל מצב הבריאות שלו בחודש האחרון הוא מוגבל בסוג העבודה אותה הוא עושה או בפעילויות אחרות בגלל מצב הבריאות שלו
		כאב גופני (Bodily pain) בחודש האחרון כאבים הפריעו לעבודתו הרגילה
		בריאות כללית (General health) מהו מצב בריאותו באופן כללי
		בריאות נפשית מרץ (Vitality) בחודש האחרון הרגיש מלא מרץ
		תפקוד חברתי (Social functioning) בחודש האחרון מצב הבריאות שלו ומצב הרוח שלו הפריעו לפעילויות החברתיות שלו
.87	.89	תפקיד רגשי (Emotional role) בחודש האחרון הוא עושה פחות ממה שהיה רוצה בגלל מצב הרוח שלו בחודש האחרון לא מצליח לעבוד כבעבר בגלל מצב הרוח שלו

בלוח א3 לעיל מוצגים פירוט השאלות הנכללות במדדים, הפריטים שנבדקו על-ידי שאלה בודדת, ובדיקת המהימנות לפי אלפא של קרוונבך בשני מועדי הבדיקה. התשובות לשאלות שנכללו בתת-המדד תפקוד פיזי (physical functioning) היו על פני רצף שבו 1- הבריאות מאוד מגבילה, 2-קצת מגבילה, 3-לא מגבילה בכלל. התשובות לשאלות שנכללו בתת-המדדים תפקיד פיזי (physical role) ותפקיד רגשי (emotional role) היו: 1-כן (עושה פחות), 2-לא. התשובות על השאלה על כאב גופני (bodily pain) היו על רצף שבו הכאבים 1-הפריעו הרבה מאוד, 2-הפריעו די הרבה, 3-הפריעו קצת, 4-כלל לא הפריעו. התשובות שנכללו בשאלה על בריאות כללית (general health) היו על פני רצף שבו 1-הבריאות גרועה, 2-לא כל-כך טובה, 3-טובה, 4-טובה מאוד. התשובות שנכללו בשאלה על מרץ (vitality) היו על פני רצף שבו 1-בכלל לא, 2-יש מרץ חלק מהזמן, 3-יש מרץ כל הזמן. התשובות שנכללו במדד התפקוד החברתי (social functioning) היו על פני רצף שבו 1-מצב הבריאות הפריע לפעילות חברתית כל הזמן, 2-חלק מהזמן, 3-בכלל לא. כך, שאדם שקיבל ציון גבוה במדד או בתת-מדד הפירוש שהוא תופס את מצב בריאותו כטוב.

מדד הקשר עם הרופא והאחות

היחסים הבין-אישיים בין הרופא למטופל, ותפיסת תוצאות הטיפול על-ידי הנחקרים, הם שני ממדים באיכות תהליך הטיפול (Donabedian, 1980; Gross et al. 1992). סדרת השאלות שבחנה היבטים אלו בקשר עם הרופא נלקחה ממחקרים שבדקו את תפיסת איכות הטיפול אצל הרופא הראשוני בקרב כלל האוכלוסייה בישראל (גרוס ואחרים, 1996; ניראל ואחרים, 1998). השאלות שהותאמו תרבותית לאוכלוסיית המחקר בעזרת עבודה עם המגשרים כקבוצת מיקוד, נכללו גם בשאלון המחקר במחקר הראשון בו הוערכה התכנית.

לוח א4: מדד הקשר עם הרופא והאחות

אלפא של קרוונבך		המדד
סקר א' (N=153)	סקר ב' (N=153)	
.70	.73	הקשר עם הרופא יכול לספר לרופא הכל על הסיבה לבעיה שבגללה בא אליו הרופא מקשיב לו עד הסוף מרגיש שהרופא באמת מבין את הבעיה שלו מרגיש שלרופא יש סבלנות אליו הרופא מסביר לו על הטיפול והתרופות שהוא נותן לו התרופות שהרופא נותן לו עוזרות לבעיה שיש לו מרוצה מהיחס של הרופא אליו בסך-הכל, הטיפול שהרופא נותן עוזר לו להרגיש טוב
.76	.67	הקשר עם האחות כשהוא בא לאחות לטיפול, יש לה סבלנות אליו האחות מסבירה לו על הטיפול שהיא נותנת מרוצה מהיחס של האחות אליו

השאלות הבחינו היטב בין נחקרים במרפאות בהן התכנית הופעלה לבין נחקרים במרפאת הביקורת (ניראל, רוזן ואיסמעיל, 2000), ונגעו בנושאים הבאים: **היבטים בקשר עם הרופא** – הרגשת המטופלים לגבי מתן השירות ואיכות הטיפול בהם, תקשורת (יכול לספר את כל הפרטים לרופא, הרופא מקשיב עד הסוף), תחושה שהרופא מבין אותם, סבלנות (של הרופא) ותחושת ביטחון ברופא; **היבטים בקשר עם האחות** – סבלנות, הסבר, שביעות רצון מיחס האחות. התשובות שנכללו במדד הקשר עם הרופא היו על פני רצף שבו 1-לעתים רחוקות, 2-לפעמים כן ולפעמים לא, 3-לעתים קרובות. התשובות שנכללו במדד הקשר עם האחות היו על פני רצף שבו: 1-ברוב הפעמים לא, 2-לפעמים כן ולפעמים לא, 3-ברוב הפעמים כן. בלוח א4 לעיל מוצג פירוט השאלות של המדד ובדיקת המהימנות לפי אלפא של קרוונבך בשני הסקרים.

נספח ב': ניתוח מאפייני מקרי הנפל בסקר הראשון (סקר א') והשוואה בינם לבין המרואיינים בסקר

הנתונים המוצגים להלן נוגעים לעבודת השדה בשלב שלפני תחילת תכנית ההתערבות. אוכלוסיית המחקר כללה 390 מטופלים יוצאי אתיופיה, בארבע מרפאות של שירותי בריאות כללית בדרום הארץ, מחציתם גברים ומחציתם נשים. עשרים וארבעה אחוזים מהם זוהו כחולי סוכרת לפי התרופות שהם קיבלו בשנה האחרונה לפני הסקר¹¹ ו-76% זוהו, באותו האופן, כחולי אסתמה. כ-50% מאוכלוסיית המחקר היו גילאי 45 ומטה (כולל ילדים עד גיל 15 שביקשנו לראיין את אמהותיהם), כ-54% עלו לישראל עד 1990 וכ-30% בשנת 1991 (שנת מבצע שלמה). יתרה עלו לישראל בשנים שלאחר מכן.

בעת הראיונות התברר כי 63 נחקרים (מרביתם חולי אסתמה) אמרו שהם, או בנם או בתם, אינם חולים באסתמה או בסוכרת ולכן לא רואיינו. הסיבה להבדל בין הזיהוי לפי התרופה, לבין הזיהוי העצמי כחולה, יכולה להיות נעוצה בקושי של הרופאים לזהות מחלה (בשל קשיי תקשורת), ובמתן תרופות למחלת האסתמה במקרה של סימפטומים הדומים למחלה. במחקר בוצעו 196 ראיונות מלאים שהם 50% מאוכלוסיית המחקר כפי שנקבעה לפי הקריטריון של סוג תרופה, ו-60% מאוכלוסיית המחקר שעמדה הן בקריטריון של סוג התרופה והן בקריטריון של זיהוי עצמי כחולים במחלה. כ-14% מן הפניות להתראיין (53 אנשים) היו מקרי נפל כתוצאה מסירוב ישיר להתראיין, 16.7% (65 אנשים) אמרו שהם, או בנם או בתם, אינם חולים בסוכרת או באסתמה ולכן לא רואיינו, ועוד כ-18% מן הפניות להתראיין היו מקרי נפל כתוצאה מכך שלא אותרו עקב כתובת שגויה, לא הגיעו למרפאה אף כי נקבע להם מועד לריאיון, או מסיבה אחרת.

על מנת לעמוד על כיוונים אפשריים של הטיה בשל הנפל השוויוני בין מי שרואיינו לבין מי שלא רואיינו (הנפל) בנוגע לפרטים שיש בידינו עליהם מנתוני הקבצים מהם נלקחה אוכלוסיית המחקר: גיל, מין, שנת עלייה, מחלה, ומרפאה. בלוח 11 להלן, מסוכמים ממצאי ההשוואה בין המרואיינים לנפל.

נמצא הבדל מובהק לפי הגיל. אחוז גילאי 61 ומעלה בקרב מי שסירבו להתראיין (הנפל) (22%) נמוך באופן מובהק משיעורם בקרב המרואיינים (34%), ואחוז הילדים עד גיל 15 שאמהותיהם לא רואיינו (23%) בנפל, גבוה יחסית לשיעורם בקרב המרואיינים (8%). בנוסף, נמצאו הבדלים מובהקים לפי מחלה בשיעור הנפל, כאשר אחוז חולי האסתמה בקרב מי שסירבו להתראיין (81%) גבוה באופן מובהק משיעורם בקרב המרואיינים (71%). יצוין, כי אחוז המרואיינים בקרב מי שזוהו כחולי סוכרת הגיע ל-63% לעומת 49% בקרב מי שזוהו כחולי אסתמה. עוד עולה מן ההשוואה בין המרואיינים לנפל, כי אין הבדל מובהק בין המרואיינים לבין מי שסירבו להתראיין בנוגע לשנת העלייה לישראל ובנוגע למין הנחקרים. בנוסף, אף שיש הבדלים בין המרפאות בשיעור הנפל, הם אינם מובהקים.

¹¹ בקרב חולי הסוכרת יש גם כאלו שאינם מקבלים תרופות. הם נוספו לרשימת החולים לפי רישומי המרפאות.

לוח ב1: משתני רקע בקרב המרואיינים בסקר א' והנפל (באחוזים)

סה"כ	מרואיינים (N=196)	נפל (N=194)
	100	100
גיל*		
עד 15	8	23
16-30	10	16
31-40	16	13
41-50	14	14
51-60	18	13
61+	34	22
מין		
גבר	52	49
אישה	48	51
שנת עלייה		
1974-1984	27	29
1985-1991	52	56
1992+	21	15
מחלה*		
סוכרת	29	19
אסתמה	71	81
מרפאה		
ניסוי 1	31	34
ניסוי 2	28	19
ביקורת 1	22	22
ביקורת 2	19	26

* $p < 0.05$ לפי מבחן χ^2

כאמור, כ-17% מאוכלוסיית המחקר אמרו שאינם חולים באחת משתי המחלות. אחוז זה הנו גבוה, לכן, ביקשנו ללמוד מהם המאפיינים של מי שאמרו כך. מרבית (83%) מי שאמרו לנו שהם או ילדיהם אינם חולים באו מקרב מי שזוהו כחולי אסתמה. שישים ושניים אחוזים ממי שאמרו שהם, או הילד שלהם, אינם חולים הם נשים, 34% מהם הם עולי 1991, ו-37% מהם הם ממרפאת הניסוי השנייה. עוד עולה מן הנתונים כי 68% ממי שאמרו שהם או ילדיהם אינם חולים הם גם מי שלא היו רשומים כחולים כרוניים לפי רישומי שירותי בריאות כללית.

לסיכום: ההבדלים העיקריים בין המרואיינים בסקר א', לבין מי שלא רואיינו (הנפל), היו בגיל ובסוג המחלה: בין המרואיינים היו יותר מבוגרים גילאי 61+, ויחסית פחות אמהות לילדים חולי אסתמה לעומת הנפל, ופחות חולי אסתמה.

נספח ג': ניתוח מאפייני מקרי הנפל בסקר השני (סקר ב') והשוואה בינם לבין המרואיינים בשני הסקרים

לצורך הערכת תכנית "רפואה שלמה" נערכו 2 סקרים. בסקר הראשון אשר נערך באביב 2000 רואיינו 196 חולים. בסקר השני אשר נערך באביב 2001 רואיינו 153 איש מתוך מי שרואיינו בסקר הראשון (שיעור היענות של 78%). על מנת לעמוד על כיוונים אפשריים של הטיה בממצאי ההערכה בשל הנפל (שנבע מסירוב לענות ומאי-איתור של מרואיינים), השווינו בין מי שרואיינו בשני הסקרים לבין מי שלא רואיינו בסקר השני (הנפל). ההשוואה בוצעה לפי הפרטים שהיו בידינו על המרואיינים מן הסקר הראשון, והיא נעשתה בנוגע למאפייני הנחקרים, לתפיסת מצב הבריאות, לדיווח על איכות החיים עם המחלה, ולדיווח עצמי על מצב הבריאות בקרב חולי הסוכרת ובקרב חולי האסתמה.

לוח ג1: משתני רקע בקרב המרואיינים והנפל (באחוזים)

	מרואיינים (N=153)	נפל (N=44)	
	100	100	
סה"כ			
מין			
גברים	46	55	
נשים	54	45	
גיל			
עד 30	17	16	
31-40	14	16	
41-50	16	16	
51-60	18	11	
61+	35	41	
שנת עלייה**			
עד 1990	40	55	
1991	33	36	
1992 ואילך	27	9	
עבודה			
עובד	24	18	
לא עובד	76	82	
מרפאה**			
ניסוי 1	32	30	
ניסוי 2	17	36	
ביקורת 1	33	11	
ביקורת 2	18	23	
מחלה			
סוכרת	28	30	
אסתמה	72	70	

** p < .05 לפי מבחן χ^2

לוח ג1 מוצגים ממצאי ההשוואה בין המרואיינים לנפל בכל הנוגע למאפיינים הדמוגרפיים. מן הלוח עולה כי לא קיים הבדל בין מי שרואיינו בשני הסקרים לבין הנפל, לפי מין, גיל, עבודה וסוג מחלה. אולם, נמצא הבדל מובהק לפי שנת עלייה. אחוז העולים החדשים - מי שעלו לישראל בשנת 1992 ולאחריה - שרואיינו (27%) היה גבוה פי שלושה

מאחוז העולים בשנים אלה בקרב מי שלא רואיינו (9%), ואחוז הוותיקים - מי שעלו עד 1990 - בקרב מי שלא רואיינו (55%) היה גבוה באופן מובהק משיעורם בקרב המרואיינים (40%). בנוסף, נמצא הבדל מובהק בין מרפאות: באחת ממרפאות הניסוי (ניסוי 2), שיעור מי שלא רואיינו (הנפל) היה 36%, לעומת שיעור נפל נמוך (11%) באחת ממרפאות הביקורת (ביקורת 1). ייתכן כי העובדה שבמרפאת ניסוי זו התבצע מחקר מקביל בנושא סוכרת תרמה לשיעור נפל גבוה יחסית.

בנוסף, בחנו האם יש הבדלים בין המרואיינים לנפל בכל הנוגע לתפיסת מצב הבריאות בעת הסקר הראשון. לשם כך השווינו בין תשובות שתי הקבוצות לסדרה של שאלות שבדקו היבטים פיזיים ונפשיים של מצב הבריאות. מלוח 2 עולה כי באופן כללי אין הבדלים מובהקים בין המרואיינים לנפל בכל הנוגע לתשובות שבחנו היבטים אלו של תפיסת מצב הבריאות. בקרב המרואיינים יש קצת יותר שאמרו שהם מוגבלים בפעילויות בדרגת קושי בינוני וכן בטיפוס במדרגות, אולם, כאמור, ההבדלים אינם מובהקים.

לוח 2: מצב בריאות כללי בסקר הראשון בקרב המרואיינים והנפל (באחוזים)

נפל (N=44)	מרואיינים (N=153)	
100	100	סה"כ
		בריאות פיזית
52	56	מצב בריאות לא כל-כך טוב/גרוע
29	36	מאוד מוגבל בפעילויות בדרגת קושי בינוני
34	44	מאוד מוגבל בביצוע עלייה של מספר קומות במדרגות
59	52	בגלל מצב הבריאות עושה פחות ממה שהיה רוצה ¹
57	50	בגלל מצב הבריאות היה מוגבל בסוג העבודה שעושה ¹
49	42	כאבים הפריעו במידה רבה/מאוד לעבודתו
		בריאות נפשית
27	15	הרגיש כל הזמן שהוא מלא מרץ ²
56	55	מצב הבריאות ומצב הרוח הפריעו לפעילויות חברתיות ²
51	49	עשה פחות ממה שרצה בגלל מצב רוח ¹
57	51	לא מצליח לעבוד כבעבר בגלל מצב רוח ¹

1 אחוז מי שענו בחיוב (קטגוריות התשובה היו כן/לא/לא רלוונטי)
2 אחוז מי שענו "כל הזמן" (קטגוריות התשובה: כל הזמן/חלקו או בכלל לא)

בקרב חולי האסתמה בדקנו את ההבדל בתשובות על שאלות במדד מצב הבריאות באסתמה (Asthma Health Status) בין המרואיינים לבין הנפל (על המדד והחלוקה לרמות בריאות ראה בפרק שיטות המחקר). נמצא כי אין הבדל בין שתי הקבוצות בכל הנוגע לתפיסת מצב בריאות באסתמה (לוח 3). כמו-כן, לא נמצאו הבדלים בין המרואיינים לנפל במספר האשפוזים או במספר ההתקפים בקרב מי שדיווחו שהיו להם התקפי אסתמה בחודש שלפני הסקר הראשון, ובקרב מי שדיווחו כי אושפזו בגלל האסתמה במהלך השנה שלפני הסקר הראשון.

לוח ג3: דיווח על מצב בריאות באסתמה (בשנת 2000) בקרב המרואיינים והנפל

נפל (N=31)	מרואיינים (N=109)	
100	100	סה"כ
		מצב בריאות באסתמה¹
75	70	מצב בינוני/טוב
25	30	מצב לא טוב
		מספר אשפוזים בשנה האחרונה בגלל התקף אסתמה (בקרב מי שאושפזו: 24 מרואיינים, 7 נפל)
43	46	פעם אחת
57	54	פעמיים ויותר
		מספר התקפים בחודש האחרון (בקרב מי שהיו להם התקפים: 31 מרואיינים, 13 נפל)
39	41	עד 4 התקפים
61	59	חמישה התקפים ויותר

1 מצב בריאות בינוני/טוב: מי שסובלים מ-0 עד 11 סימפטומים של מחלת האסתמה. מצב בריאות לא טוב: מי שסובלים מ-12 עד 17 סימפטומים של אסתמה (החלוקה לשתי רמות הבריאות באסתמה נעשתה לפי החציון).

בקרב חולי הסוכרת בדקנו את ההבדלים בין המרואיינים לנפל באופן שבו הם תפסו את איכות החיים עם המחלה. בדיקה זו התבססה על השוואת הציון הממוצע במדד הכולל של איכות החיים של סוכרתיים, ובכל אחד מתת-המדדים שלו: שביעות רצון עם החיים במחלה, השפעת המחלה ודאגות מן המחלה (על המדדים ראה בפרק שיטות המחקר). מלוח ג4 עולה כי אין הבדל מובהק בנוגע לממוצע התשובות בכל אחד מן המדדים, אם כי ניתן לראות כי המרואיינים קצת יותר מודאגים והמחלה קצת יותר משפיעה עליהם (ציון ממוצע קצת יותר גבוה במדד). אולם, ההבדלים אינם מובהקים. בנוסף, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המרואיינים לנפל בנוגע לדיווח על לחץ-הדם ועל רמת הסוכר שלהם בדם בעת הסקר הראשון.

לוח ג4: איכות חיים ומצב בריאות בסוכרת (בשנת 2000) בקרב המרואיינים והנפל

נפל (N=13)	מרואיינים (N=44)	
2.85	2.95	ציון ממוצע במדד הכללי של איכות החיים בסוכרת
2.76	2.56	ציון ממוצע בתת-מדד שביעות רצון עם המחלה
2.83	3.06	ציון ממוצע בתת-מדד impact על המחלה
3.07	3.20	ציון ממוצע בתת-מדד דאגות לחץ-דם בסדר ¹
75	75	כן
25	25	לא
		רמת סוכר בדם בזמן האחרון ¹
15	17	הרבה סוכר בדם
46	46	הסוכר בסדר
8	12	יש מעט סוכר בדם
31	25	לא יודע

¹ אחוזים

נספח ד': השפעת תכנית ההתערבות על השינוי בתפיסת מצב הבריאות

לצורך בחינת השאלה האם לתכנית ההתערבות הייתה השפעה על שינוי בתפיסת מצב הבריאות באסתמה, חישבנו את ההפרש בין הציון של החולים במדד זה בסקר השני (סקר ב') לבין הציון הממוצע בסקר הראשון (סקר א'). על מנת לבדוק את ההשפעה העצמאית של סוג מרפאה על השינוי בתפיסת מצב הבריאות באסתמה (ההפרש בציון במדד זה בין הסקר השני לראשון), ביצענו ניתוח רב-משתני (רגרסיה ליניארית). כמשתנים בלתי תלויים הוכנסו לכל רגרסיה בנוסף לסוג המרפאה (מרפאות הניסוי לעומת מרפאות הביקורת), גם גיל, מין, שנת עלייה ותעסוקה. מניתוח הרגרסיה עלה, כי לתכנית ההתערבות לא הייתה השפעה על השינוי בתפיסת מצב הבריאות עם מחלת האסתמה (לוח ד1).

לוח ד1: המשתנים המשפיעים על השינוי בתפיסת מצב הבריאות באסתמה - תוצאות רגרסיה ליניארית (ערכי b)

המשתנה ¹	השינוי בתפיסת מצב בריאות (מדד כולל)
מרפאות ניסוי (לעומת מרפאות ביקורת)	.02
גיל	.28
נשים (לעומת גברים)	.07
שנת עלייה	.11
עובד (לעומת לא עובד)	-.13
ערך R ²	10%
N=109	

1 אף אחד מן המשתנים הבלתי תלויים ברגרסיה אינו מובהק

בדקנו גם האם לתכנית ההתערבות הייתה השפעה עצמאית על השינוי בתפיסת איכות החיים בסוכרת. לשם כך ביצענו גם כאן ניתוחים רב-משתניים (רגרסיות ליניאריות) בהן המשתנה התלוי היה ההפרש בין הציון במדד בסקר השני (סקר ב') לציון במדד בסקר הראשון (סקר א'). כמקודם, לכל רגרסיה הוכנסו כמשתנים בלתי תלויים, בנוסף לסוג המרפאה (מרפאות הניסוי לעומת מרפאות הביקורת), גם גיל, מין, שנת עלייה ותעסוקה.

לוח ד2: המשתנים המשפיעים על השינוי בתפיסת איכות החיים עם סוכרת - תוצאות רגרסיה ליניארית (ערכי b)

המשתנה ¹	איכות החיים עם סוכרת - מדד כולל	תת-מדד שביעות רצון	תת-מדד השפעה (impact)	תת-מדד דאגות
מרפאות ניסוי (לעומת ביקורת)	-.08	.14	-.14	-.09
גיל +61 (לעומת האחרים)	.28	-.13	-.09	.16
נשים (לעומת גברים)	-.03	.23	0.4	-.48
שנת עלייה +91 (לעומת עד 90)	.08	-.09	.12	.15
עובד (לעומת לא עובד)	-.20	-.22	-.24	-.003
ערך R ²	13%	5%	16%	6%
N=44				

1 אף אחד מן המשתנים הבלתי תלויים ברגרסיות אינו מובהק

מלוח 2 ד לעיל עולה כי לא נמצאה השפעה של סוג המרפאה (קרי, של תכנית ההתערבות), על השינוי בתפיסת איכות החיים עם מחלת הסוכרת. זאת, כאשר ניתחנו בניתוח רב-משתני את ההשפעה העצמאית של סוג מרפאה על המדד הכללי ועל כל אחד מתת-המדדים לבדיקת איכות החיים עם סוכרת.

בנוסף, בדקנו גם האם לתכנית ההתערבות הייתה השפעה על השינוי בתפיסת מצב הבריאות הכללי. גם כאן ערכנו ניתוחים רב-משתניים (רגרסיות ליניאריות) על מנת לבחון את ההשפעה העצמאית של סוג מרפאה על משתנה זה, קרי, על ההפרש במוצע התשובות במדד תפיסת מצב הבריאות הכללי בין הסקר הראשון (סקר א') לסקר השני (סקר ב') לסקר הראשון (סקר א'). כמקודם, לכל רגרסיה הוכנסו כמשתנים בלתי תלויים סוג המרפאה, גיל, מין, שנת עלייה ותעסוקה. מניתוחים אלו עלה, כי לתכנית ההתערבות לא הייתה השפעה על שיפור בתפיסת מצב הבריאות. להפך, המגמה שעולה מלוח 3 ד היא כי להשתייכות למרפאות הביקורת יש השפעה על שיפור בתפיסת מצב הבריאות בקרב החולים שבמחקר (מרפאות הניסוי בסימן שלילי, אולם המובהקות גבולית).

לוח 3 ד: המשתנים המשפיעים על השינוי בתפיסת מצב הבריאות - תוצאות רגרסיה ליניארית (ערכי b)

המשתנה	השינוי בתפיסת מצב בריאות (מדד כולל)
מרפאות ניסוי (לעומת מרפאות ביקורת)	.15 *
גיל	-0.003 **
נשים (לעומת גברים)	-0.04
שנת עלייה	0.007
עובד (לעומת לא עובד)	0.07
ערך R ²	10%
N=153	

p < 0.10 *

p < 0.05 **

נספח ה': השפעת התכנית על השינוי בטיב הקשר עם הרופא

בדקנו האם לתכנית ההתערבות הייתה השפעה על השינוי בתשובות הנחקרים בין שני הסקרים. לבדיקת שאלה זו חישבנו, כמקודם, את ההפרש בין תשובות המרואינים בסקר השני (סקר ב') לתשובותיהם בסקר הראשון (סקר א'). בחנו בניתוח רב-משתני (רגרסיה ליניארית) את ההשפעה העצמאית של סוג מרפאה על השינוי בטיב הקשר עם הרופא הראשוני, קרי על ההפרש בציון במדד הקשר בין הסקר השני לראשון. מניתוח הרגרסיה הזו עלה כי אמנם אין קשר מובהק בין סוג המרפאה לתחושה של שיפור טיב הקשר עם הרופא, אולם כיוון הקשר, מרפאות הניסוי בסימן שלילי, מרמז על כך שדווקא להימצאות במרפאת הביקורת יש השפעה על תחושה של שיפור בקשר עם הרופא (ראה לוח ה1). כאשר הוספנו לניתוח הרגרסיה כמשתנה בלתי תלוי גם את תפיסת מצב הבריאות הכללית במועד הסקר השני (ראה מודל ב' בלוח), עלה כי באופן מובהק יש לסוג המרפאה השפעה על השינוי בטיב הקשר עם הרופא: בקרב החולים במרפאות הביקורת, לעומת עמיתיהם במרפאות הניסוי, חל בין שני הסקרים שיפור בתפיסת טיב הקשר עם הרופא (מרפאות הניסוי בסימן שלילי והקשר מובהק).

לוח ה1: המשתנים המשפיעים על השינוי בטיב הקשר עם הרופא (תוצאות רגרסיה ליניארית - ערכי b)

המשתנה	מודל א'	מודל ב'	מודל ג'
מרפאות ניסוי (לעומת מרפאות ביקורת)	-.13	*-.14	-.10
גיל	.07	.03	.02
נשים (לעומת גברים)	.01	.003	.02
שנת עלייה	* -.01	** .01	** .01
עובד (לעומת לא עובד)	.11	.10	.10
תפיסת מצב הבריאות בסקר ב'		.09	
השינוי בתפיסת מצב הבריאות			*.14
ערך R ²	9%	10%	11%
N=153			

p < 0.10 *

p < 0.05 **

כאשר כללנו בניתוח הרגרסיה כמשתנה בלתי תלוי את השינוי בתפיסת מצב הבריאות בין שני הסקרים, קרי, ההפרש במדד זה בין הסקר השני לראשון, נמצא כי המשתנה העיקרי שמשפיע על השינוי בטיב הקשר עם הרופא הוא השינוי בתפיסת מצב הבריאות. מי שחש שמצבו שופר, מרגיש גם שיפור בטיב הקשר עם הרופא. גם לפי מודל ג' המגמה היא שלמרפאות הביקורת יש השפעה על השיפור בתפיסת טיב הקשר עם הרופא (מרפאות הניסוי בסימן שלילי), אולם הממצא אינו מובהק.

על מנת להבין טוב יותר את התמונה שעולה מן הנתונים בדקנו את השפעת תכנית ההתערבות על השינוי בטיב הקשר עם הרופא בנפרד, בקרב חולי האסתמה ובקרב חולי הסוכרת. בקרב חולי הסוכרת לא מצאנו השפעה של סוג המרפאה על השינוי בטיב הקשר עם הרופא בכל אחד מן המודלים השונים שבדקנו. הן במודל הראשון בו המשתנים

הבלתי תלויים כללו את סוג המרפאה ומשתנים סוציו-דמוגרפיים, והן במודלים בהם הוספנו כמשתנה בלתי תלוי את תפיסת מצב הבריאות הכללי בעת הסקר השני, או, לחילופין, את השינוי בתפיסת מצב הבריאות הכללי, או, לחילופין, את השינוי בתפיסת איכות החיים בסוכרת. יצוין, כי גם בקרב חולי הסוכרת השינוי בתפיסת מצב הבריאות הכללי נמצא כגורם המשפיע על תפיסת השינוי בטיב הקשר עם הרופא (ראה תוצאות מבחני הרגרסיות בלוח ה-2). מן הבדיקות האמורות לעיל עולה שלתכנית ההתערבות אין קשר למידה שבה חולה הסוכרת תופס שיש שיפור בטיב הקשר עם הרופא בין שני הסקרים.

לוח ה-2: המשתנים המשפיעים על השינוי בטיב הקשר עם הרופא בקרב חולי הסוכרת (תוצאות רגרסיות ליניאריות, ערכי b)

המשתנה	מודל א'	מודל ב'	מודל ג'	מודל ד'
מרפאות ניסוי (לעומת ביקורת)	.13	.16	.23	-.09
גיל	-.001	-.0009	-.0007	-.004
נשים (לעומת גברים)	.11	.21	.12	*-.02
שנת עלייה	**0.01	**0.02	**0.01	-.03
עובד (לעומת לא עובד)	.11	.10	.13	.09
תפיסת מצב בריאות כללי		.24		
השינוי בתפיסת מצב בריאות כללי			*.32	
השינוי באיכות החיים עם סוכרת				.18
ערך R ²	18%	22%	29%	10%
N=153				

p < .10 *

p < .05 **

לעומת זאת, **בקרב חולי האסתמה**, מצאנו כי לסוג המרפאה יש אכן השפעה על השינוי בתפיסת טיב הקשר עם הרופא. בקרב חולי האסתמה במרפאות הביקורת (לעומת בקרב חולי האסתמה במרפאות הניסוי), חל שיפור בתפיסת טיב הקשר עם הרופא. הדבר נכון כאשר בין המשתנים הבלתי תלויים נכללו סוג המרפאה ומשתנים סוציו-דמוגרפיים (מודל א' בלוח ה-3), כאשר כללנו בנוסף להם כמשתנה בלתי תלוי את תפיסת מצב הבריאות בסקר השני (מודל ב' בלוח ה-3), או, לחילופין, את השינוי בתפיסת מצב הבריאות (מודל ג' בלוח ה-3), ואף כשבחנו את השפעת מדדי תפיסת הבריאות באסתמה והשינוי בתפיסת מצב הבריאות באסתמה (מודל ד' וה' בלוח ה-3).

לוח 3: המשתנים המשפיעים על השינוי בטיב הקשר עם הרופא בקרב חולי האסתמה
(תוצאות רגרסיה ליניארית, ערכי b)

המשתנה	מודל א'	מודל ב'	מודל ג'	מודל ד'	מודל ה'
מרפאות ניסוי (לעומת ביקורת)	*-.18	*-.21	*-.17	*-.19	*-.19
גיל	.0008	.001	.001	.0009	000.8
נשים (לעומת גברים)	-.03	-.02	*-.03	-.03	-.03
שנת עלייה	*.03	*.02	*.03	*.02	*.03
עובד (לעומת לא עובד)	.01	.07	.08	.09	.10
תפיסת מצב הבריאות הכללי בסקר ב'		.10			
השינוי בתפיסת מצב הבריאות הכללי			.12		
מצב הבריאות באסתמה בסקר ב'				-.003	
השינוי במצב הבריאות באסתמה					.03
ערך R ²	13%	14%	14%	13%	13%
N=109					

p < 0.05 *

בניתוחים רב-משתניים דומים, בהם נבחן השינוי בטיב הקשר עם האחות, לא מצאנו שלסוג המרפאה, ואף לא לתפיסת מצב הבריאות, יש השפעה מובהקת על השינוי בטיב הקשר עמה.

נספח ו': שאלון סקר חולים במרפאה

ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה

היחידה למדיניות בריאות

סקר חולים במרפאה

מחקר הערכה לתכנית ההתערבות "רפואה שלמה"

שלב ב'

אפריל 2000

1

1

מספר שאלון: _____

||| ||| ||| |||

5-2

למראיין: נא למלא פרטים אלה לפני תחילת הריאיון

שם המראיין: _____

שם המרפאה: _____

|||

6

1. _____

3. _____

2. _____

4. _____

להקריא: שלום לך, שמי ואני עובד במכון ברוקדייל, שהוא מכון מחקר שקשור לג'וינט במחקר בשביל קופת חולים. אני רוצה לשאול אותך כמה שאלות כדי לשמוע ממך על הטיפול שאתה מקבל כאן במרפאה למחלה שלך. השאלון הוא בלי שם ולכן לא ידעו עליך מהתשובות שתענה. דרך השאלות אליך נוכל ללמוד על הבעיות והצרכים של חולים כמוך בקהילה. המידע שנקבל ממך יכול לעזור לקהילה כולה לקבל שירות טוב יותר בקופת חולים.

1. סירוב להתראיין --- עבור לעמוד האחרון ומלא פרטים על אי-מילוי שאלון.

|||

2. הסכמה להתראיין --- המשך הלאה.

7

למראיין: בכל שאלה יש להקריא את כל התשובות, אלא אם מצוין בפירוש אחרת. יש להקיף בעיגול את התשובה המתאימה

האם אתה סובל מסוכרת או מאסתמה?

|||

1. סוכרת --- < עבור לשאלה 1

8

2. אסתמה -- < עבור לשאלה 45

פרק א: שאלות על מחלת הסוכרת

להקריא: ראשית אני רוצה לשאול אותך כמה שאלות על הסוכרת שלך. אני אקרא את השאלה ומספר תשובות ואתה תבחר איזו תשובה אתה נותן לי.

1. האם אתה מצליח לשמור על ההוראות לגבי סוג האוכל (הדיאטה) שלך לסוכרת (מה לאכול ומתי לאכול).

□
9

1. בדרך כלל כן

2. לפעמים כן לפעמים לא

3. בדרך כלל אני לא שומר על ההוראות

4. אני לא יודע מה הדיאטה המתאימה לי

2. בדרך כלל כמה פעמים במשך היום אתה אוכל?

□□□
11-10

1. שלוש ארוחות עיקריות ו-3 פעמים משהו קטן

2. שלוש ארוחות עיקריות ביום

3. שתי ארוחות ביום

4. איני אוכל באופן מסודר

5. אחר _____

3. מה בעיקר אתה אוכל בארוחות במשך היום? _____

□□□
13-12

4. כמה פעמים בשבוע אתה אוכל משהו מתוק שיש בו סוכר (למשל קוקה קולה רגילה, לא דיאט, או ממתקים עם סוכר)?

□
14

1. כל יום

2. פעמיים או שלוש בשבוע

3. פעם אחת בשבוע

4. אף פעם

5. האם אתה מצליח לשמור על המשקל שאמרו לך שצריך שיהיה לך?

□
15

1. אני שמן מהמשקל שאמרו שצריך להיות

2. המשקל שלי כמו שאמרו שצריך להיות

3. אני רזה יותר ממה שצריך להיות

4. לא אמרו מה המשקל שאני צריך להיות

5. לא יודע

6. אני רוצה לשאול אותך לגבי פעילות גופנית: כמה פעמים בשבוע אתה עושה פעילות כמו הליכה?

□

16

1. פעמיים עד שלוש בשבוע

2. פעם בשבוע או בשבועיים

3. בכלל לא עושה פעילות גופנית

7. האם בדרך כלל אתה עושה בדיקה לכפות הרגליים שלך, לראות אם יש עליהם פצעים?

□

17

1. בדרך כלל כן

2. לעתים רחוקות

3. בכלל לא

להקריא: לחולה סוכרת חשוב מצב הרגליים שלו, לכן אשאל אותך כמה שאלות על הטיפול ברגלים.

למראיין: סמן את התשובה המתאימה בלוח (1. כן, 2. לא) לפי תשובת המרואיין

לא	כן	
2	1	8. האם אתה רוחץ אותם יותר מפעמיים בשבוע?
2	1	9. האם אתה מייבש אותם היטב אחרי הרחצה?
2	1	10. האם אתה גוזז את ציפורני הרגלים בצורה ישירה ולא קצר מדי?
2	1	11. האם אתה משתדל לא לנעול נעליים לוחצות?

□

18

□

19

□

20

□

21

12. האם בשנה האחרונה הרופא או האחות בדקו לך את כפות הרגליים?

□□

1. כן

22

2. לא

3. איני זוכר/ לא יודע

להקריא: אני רוצה לשאול אותך כמה שאלות בקשר להרגשה שלך כלפי המחלה שלך

13. האם אתה מרגיש מרוצה מכמות הזמן שאתה צריך להקדיש לטיפול בסוכרת

□□

שלך?

23

1. מרוצה מאד

2. מרוצה

3. לא כל כך מרוצה

4. בכלל לא מרוצה

14. עד כמה אתה מרגיש מרוצה מהטיפול שאתה מקבל עכשיו לסוכרת?

□□

1. מרוצה מאד

24

2. מרוצה

3. לא כל כך מרוצה

4. בכלל לא מרוצה

15. עד כמה אתה מרגיש מרוצה מסוג האוכל שאתה צריך לאכול (הדיאטה שלך)?

□□

1. מרוצה מאוד

25

2. מרוצה

3. לא כל כך מרוצה

4. בכלל לא מרוצה

16. עד כמה אתה מרגיש שהסוכרת שלך מקשה או מפריעה למשפחה שלך?

□□

1. במידה רבה מאוד

26

2. במידה רבה

3. לא כל כך

4. בכלל לא

17. עד כמה אתה מרגיש מרוצה מאיך שאתה ישן בלילה?

□□

1. מרוצה מאוד

27

2. מרוצה

3. לא כל כך מרוצה

4. בכלל לא מרוצה

18. כל כמה זמן אתה סובל מכאבים הקשורים לטיפול בסוכרת שלך?

□□

1. כל הזמן

28

2. רוב הזמן

3. חלק מהזמן

4. אף פעם

19. האם קורה שאתה מרגיש לא נוח, מתבייש, בגלל שאתה צריך לטפל בסוכרת

□□

שלך בחברת אנשים זרים?

29

1. כל הזמן

2. רוב הזמן

3. חלק מהזמן

4. אף פעם

20. כל כמה זמן יש לך כמות סוכר נמוכה בדם?

□□

1. כל הזמן

30

2. רוב הזמן

3. חלק מהזמן

4. אף פעם

21. כל כמה זמן קורה שאתה מרגיש לא טוב (למשל שיש לך כאבים)?

□□

1. כל הזמן

31

2. רוב הזמן

3. חלק מהזמן

4. אף פעם

22. האם הסוכרת מפריעה לך למלא את התפקידים שלך במשפחה?

□□

1. כל הזמן

32

2. רוב הזמן

3. חלק מהזמן

4. אף פעם

23. כל כמה זמן קורה שאתה לא ישן טוב בלילה?

□□

1. כל הזמן

33

2. רוב הזמן

3. חלק מהזמן

4. אף פעם לא קורה

24. האם הסוכרת מפריעה לחיי החברה שלך וליחסים שלך עם החברים?

□□

1. כל הזמן

34

2. רוב הזמן

3. חלק מהזמן

4. אף פעם לא קורה

25. האם קורה שאתה מרגיש שסוג האוכל שאתה אוכל (הדיאטה שלך) מגביל

□□

אותך?

35

1. כל

2. רוב הזמן

3. חלק מהזמן

4. אף פעם

26. האם אתה מספר לאנשים אחרים (לא מהמשפחה) על הסוכרת שלך?

□□

1. כל

36

2. רוב הזמן

3. חלק מהזמן

4. אף פעם

27. האם אתה מרגיש שבגלל הסוכרת אתה הולך לשירותים להטיל שתן יותר מאחרים?

□
37

1. כל
2. רוב הזמן
3. חלק מהזמן
4. אף פעם

28. בחתונות או פגישות חברתיות, אם מציעים לך אוכל שאסור לך לאכול, האם קורה שאתה אוכל אותו במקום להגיד שאסור לך כי אתה חולה סוכרת?

□
38

1. כל
2. רוב הזמן
3. חלק מהזמן
4. אף פעם

29. האם קורה שאתה דואג שתתעלף?

□
39

1. כל
2. רוב הזמן
3. חלק מהזמן
4. אף פעם

30. האם אתה דואג שהגוף שלך נראה אחרת בגלל שיש לך סוכרת?

□
40

1. כל
2. רוב הזמן
3. חלק מהזמן
4. אף פעם

31. האם אתה דואג שיהיו לך סיבוכים של סוכרת?

□
41

1. כל
2. רוב הזמן
3. חלק מהזמן
4. אף פעם

להקריא: עכשיו אשאל אותך לגבי בדיקות

32. האם בשנה האחרונה עשית בדיקת עיניים בגלל הסוכרת שלך?
1. כן 42

2. לא

3. לא זוכר/ לא יודע

33. האם מדדו לך (או מדדת לבד) לחץ דם בחצי השנה האחרונה?
1. כן 43

2. לא --- < עבור לשאלה 35

3. לא זוכר/ לא יודע--- < עבור לשאלה 35

34. האם הרופא או האחות אמרו שלחץ הדם שלך היה בסדר?
1. כן 44

2. לא

3. לא זוכר/ לא יודע

35. האם יש לך בבית מכשיר למדידת סוכר בדם?
1. כן 45

2. לא --- < עבור לשאלה 37

36. האם אתה עושה בבית בדיקה עצמית של כמות הסוכר בדם (לבד או בעזרת מישהו מהמשפחה)?
1. כן 46

2. לא

37. כל כמה זמן אתה בודק סוכר בדם (בעצמך או האחות במרפאה)?
1. פעם ביום או יותר 47

2. פעם או פעמיים בשבוע או יותר

3. פעם או פעמיים בחודש

4. לא בודק

38. האם היית אצל הרופא שלך בחצי השנה האחרונה לביקור רגיל, לא בגלל שהרגשת מאד רע או חולה מאד?

□□□
49-48

1. כן, כמה פעמים _____
2. לא

39. איזה טיפול לסוכרת אתה מקבל?

□□
50

1. דיאטה (לשמור על סוג האוכל) בלבד
2. דיאטה (לשמור על סוג האוכל) וכדורים
3. דיאטה (לשמור על סוג האוכל) וזריקות
4. דיאטה, זריקות וכדורים
5. לא זוכר איזה טיפול מקבל
6. אחר _____

40. האם בזמן האחרון יש לך הרבה סוכר בדם או שזה בסדר?

□□
51

1. יש לי הרבה סוכר בדם
2. הסוכר בסדר
3. יש מעט סוכר בדם
4. לא יודע

41. האם כמות השומנים בדם אצלך גבוהה או שהיא בסדר?

□□
52

1. גבוהה
2. בסדר
3. לא יודע

42. כמה פעמים אושפזת בבית חולים בגלל הסוכרת בחצי השנה האחרונה?

□□□
54-53

1. _____ פעמים
2. לא אושפזתי

למראיין: בשאלה הבאה בלבד אל תקריא את התשובות, רק סמן בעיגול את התשובה המתאימה.

43. מה אתה עושה אם אתה מרגיש פתאום זעה קרה, טשטוש ראייה, רעב,

חולשה או דפיקות לב בגלל ירידה גדולה בכמות הסוכר בדם?

1. אוכל בכמות גדולה ממאכלים שונים, כגון: בשר, גבינה וכי'
2. שותה מיד משקה ממותק בסוכר ואחר כך אוכל דברים כמו לחם או תפוחי אדמה
3. אוכל דברי מתיקה עם סוכר (שוקולד, עוגות) בכמות גדולה
4. אחר _____
5. לא יודע

44. האם יש איתך כל הזמן כרטיס (זיהוי) שבו כתוב שאתה חולה סוכרת?

1. כן

2. לא

פרק ב: שאלות על מחלת האסתמה

להקריא: לחולי אסתמה יש דברים שחשוב שיעשו בבית. אני רוצה לשאול אותך כמה שאלות לגבי חיי היומיום שלך. אני אקרא את השאלה ומספר תשובות ואתה תבחר איזו תשובה אתה נותן לי.

למראיין: לא להקריא את הקטגוריה "לא יודע"

לא יודע	לא	לפעמים כן ולפעמים לא	כן		
9	3	2	1	45. האם אתה מאוורר את הבית שלך?	_ 58
9	3	2	1	46. האם אתה משתדל להוציא מהבית דברים שצוברים אבק כמו שטיחים, כריות וכו'?	_ 59
9	3	2	1	47. האם אתה משתדל שהבית שלך יהיה נקי מאבק?	_ 60
9	3	2	1	48. האם אתה משתדל להתרחק מדברים כמו: נוצות, חתולים, אבקת פרחים וכו'?	_ 61
9	3	2	1	49. בדרך כלל האם אתה עושה מאמץ גופני חזק?	_ 62
9	3	2	1	50. בדרך כלל האם אתה יוצא כשבחוץ קר (כשהאוויר קר)?	_ 63
9	3	2	1	51. בדרך כלל האם אתה משתדל להתרחק מעשן סיגריות וריחות חזקים?	_ 64

להקריא: עכשיו אשאל אותך כמה שאלות על המחלה שלך. בבקשה, לכל שאלה תענה לי אם התשובה היא כן או לא.			
לא יודע (לא להקריא)	לא	כן	
9	2	1	52. האם אתה סובל מהתקפי שיעול במשך היום? _ 65
9	2	1	53. האם אתה מרגיש שבדרך כלל אתה עצבני וחסר מנוחה בגלל האסתמה? _ 66
9	2	1	54. האם בזמן שאתה עובד (עושה דברים) בבית אתה סובל מקוצר נשימה, בגלל האסתמה? _ 67
9	2	1	55. כאשר אתה מבקר בבית של חבר, האם אתה דואג שעלול להיות שם משהו שיגרום לך להתקף אסתמה? _ 68
9	2	1	56. האם אתה סובל מכאב בחזה או קוצר נשימה כתוצאה מריחות חזקים, עשן סיגריות, או בשמים? _ 69
9	2	1	57. האם האסתמה שלך מפריעה לבן/בת הזוג שלך (או לבן משפחה אחר)? _ 70
9	2	1	58. האם אתה סובל מקוצר נשימה כאשר אתה מנסה לישון? _ 71
9	2	1	59. האם אתה מודאג לגבי ההשפעות על בריאותך בגלל התרופות שאתה לוקח לאסתמה? _ 72
9	2	1	60. כאשר אתה מתרגש או מתרגז, האם הדבר משפיע לרעה על האסתמה שלך? _ 73
9	2	1	61. האם בגלל האסתמה קורה לך שקשה לך להסתובב בבית? _ 74

לא יודע (לא להקריא)	לא	כן		
9	2	1	62. האם בגלל האסתמה אתה סובל מקוצר נשימה בזמן שאתה עולה במדרגות?	<input type="checkbox"/> 75
9	2	1	63. האם כשאתה יוצא לבלות אתה חוזר הביתה לפני האחרים, בגלל האסתמה?	<input type="checkbox"/> 76
9	2	1	64. האם בגלל האסתמה אתה סובל מקוצר נשימה כאשר אתה צוחק?	<input type="checkbox"/> 77
9	2	1	65. האם בגלל האסתמה אתה בדרך כלל חסר סבלנות?	<input type="checkbox"/> 78
9	2	1	66. האם אחרי הצטננות אתה מרגיש מחוסר כוחות, בגלל האסתמה?	<input type="checkbox"/> 79
9	2	1	67. האם אתה סובל מהרגשה של כובד באזור החזה?	<input type="checkbox"/> 80
9	2	1	68. האם בעיית האסתמה מטרידה אותך מאד?	<input type="checkbox"/> 81

69. איזה תרופות אתה לוקח באופן קבוע לאסתמה?

לא יודע (לא להקריא)	לא	כן		4-1
				2
3	2	1	א. משאף (אינהלטור) עם סטרואידים (בצבע חום)	5
3	2	1	ב. משאף (אינהלטור) מרחיב סימפונות, לא סטרואידים (ונטולין, בריקלין) (בצבע כחול)	6
3	2	1	ג. כדורים	7
3	2	1	ד. זריקות	8
3	2	1	ה. לא לוקח תרופות	9
3	2	1	ו. אחר _____	10
3	2	1		11

למראיין: שאלה 70 שואלים רק את מי שענה כן בסעיף א' או ב' למעלה בלוח, אחרת יש לעבור לשאלה 71

70. האם אתה משתמש במשאף באופן קבוע (כל יום) או רק מתי שצריך?

1. משתמש בו באופן קבוע (כל יום)

2. רק מתי שצריך

3. לא יודע / לא זוכר

71. האם בדרך כלל אתה יודע מתי לקחת את התרופות שלך?

1. כן 13

2. לא

3. איני בטוח

72. האם קבלת השנה זריקה נגד שפעת?

1. כן 14

2. לא

3. לא יודע

73. האם קבלת זריקה נגד דלקת ריאות?

1. כן 15

2. לא

3. לא יודע

74. בדרך כלל האם אתה מרגיש שאתה יודע מתי מתחיל התקף אסתמה אצלך?

1. כן 16

2. לפעמים כן לפעמים לא

3. לא

75. מה אתה עושה בדרך כלל כשיש לך התקף אסתמה?

1. מטפל בו בעצמי 18-17

2. מתקשר בטלפון לרופא שלי

3. הולך למרפאה או בלילה למר"מ

4. הולך לחדר מיון

5. הולך למגן דוד אדום

6. אחר _____

76. כמה פעמים אושפזת בשנה האחרונה בגלל התקף אסתמה?

1. _____ פעמים 20-19

2. לא אושפזתי

77. כמה התקפים היו לך בחודש האחרון?

|||

1. _____ התקפים

22-21

2. לא היו לי

3. לא זוכר

78. כל כמה זמן אתה מבקר אצל הרופא שלך?

|||

1. כל שבוע

24-23

2. כל חודש

3. כל חודשיים

4. אחר _____

פרק ג: שאלות לגבי מצב הבריאות

להקריא: בשאלות הבאות אשאל אותך איך אתה מרגיש בקשר למצב הבריאות שלך

79. באופן כללי, היית אומר/ת שבריאותך היא

1. טובה מאוד
2. טובה
3. לא כל כך טובה
4. גרועה

□
25

80. איך היית מדרג/ת את הבריאות שלך באופן כללי עכשיו, בהשוואה לבריאות שלך לפני שנה באותה תקופה?

1. הרבה יותר טוב עכשיו לעומת לפני שנה
2. קצת יותר טוב עכשיו לעומת לפני שנה
3. בערך כמו לפני שנה
4. קצת יותר גרוע עכשיו לעומת לפני שנה
5. גרוע מאוד עכשיו לעומת לפני שנה

□
26

81. השאלות הבאות מתארות דברים שאתה עושה בדרך כלל במשך היום. באיזו מידה הבריאות שלך עכשיו מגבילה אותך בביצוע הדברים הללו?

□
27

לא ענה/ לא רלוונטי	לא מגבילה בכלל	קצת מגבילה	מאוד מגבילה	
9	3	2	1	א. להרים דברים קלים, להזיז שולחן, לטאטא רצפה, ללכת הליכה רגילה
9	3	2	1	ב. לעלות מספר קומות במדרגות

□
28

□
29

82. בחודש האחרון, האם קרו לך שינויים בפעילויות יומיומיות רגילות כתוצאה מבריאותך? כמו למשל:

לא ענה/ לא רלוונטי	לא	כן	
9	2	1	א. האם בחודש האחרון אתה עושה פחות ממה שהיית רוצה בגלל מצב הבריאות שלך?
9	2	1	ב. האם בחודש האחרון אתה מוגבל בסוג העבודה אותה אתה עושה או בפעילויות אחרות בגלל מצב הבריאות שלך?

□
30

□
31

83. בחודש האחרון, האם קרו לך שינויים בפעילויות יומיומיות רגילות בגלל מצב הרוח שלך? למשל

לא ענה	לא	כן	
9	2	1	א. האם בחודש האחרון אתה עושה פחות ממה שהיית רוצה בגלל מצב הרוח שלך?
9	2	1	ב. האם בחודש האחרון אתה לא מצליח לעשות את העבודה או פעילויות אחרות כפי שעשית בעבר בגלל מצב הרוח שלך?

□
32

□
33

84. בחודש האחרון, עד כמה הפריעו כאבים לעבודתך הרגילה (גם עבודה מחוץ לבית וגם עבודות בית)?

□
34

1. בכלל לא הפריעו
2. הפריעו קצת
3. הפריעו די הרבה
4. הפריעו הרבה מאוד

85. השאלות הללו קשורות להרגשה שלך בחודש האחרון.

לא יודע	בכלל לא	חלק מהזמן	כל הזמן	
9	3	2	1	א. כמה זמן בחודש האחרון הרגשת מלא/ת מרץ? <input type="checkbox"/>
9	3	2	1	ב. כמה זמן בחודש האחרון הרגשת מאוד עצבני/ת? <input type="checkbox"/>
9	3	2	1	ג. כמה זמן בחודש האחרון הרגשת כל-כך רע ששום דבר לא הצליח לשמח אותך <input type="checkbox"/>
9	3	2	1	ד. כמה זמן בחודש האחרון הרגשת שקט/ה ורגוע/ה? <input type="checkbox"/>
9	3	2	1	ה. כמה זמן בחודש האחרון הרגשת עצוב/ה ומדוכדך/ת? <input type="checkbox"/>
9	3	2	1	ו. כמה זמן בחודש האחרון היית מאוד מאושר/ת? <input type="checkbox"/>

35

36

37

38

39

40

86. בחודש האחרון, באיזו מידה מצב הבריאות שלך ומצב הרוח שלך הפריעו לפעילויות

החברתיות שלך (כמו לבקר חברים או קרובי משפחה)?

1. כל הזמן

2. חלק מהזמן

3. בכלל לא

4. לא יודע

41

פרק ד: שאלות על הקשר עם הרופא

למראיין: אם המרואיין הוא ממרפאת.... או ממרפאת ... המשך לשאלה 87. אם המרואיין

המרואיין הוא ממרפאה ... או ממרפאה... עבור לשאלה 87א'.

87. בדרך כלל כשאתה נכנס לרופא, אתה נעזר במישהו אחר או שאתה נכנס אליו לבד?

1. נכנס לרופא לבד
2. אני נעזר במישהו אחר, במי? _____
3. לפעמים אני נעזר במישהו אחר ולפעמים אני נכנס לבד

43-42

87א'. בפעמים שביקרת במרפאה האם המגשרת הייתה איתך כשנכנסת לפגישה

עם הרופא?

1. לא הייתה אף פעם
2. לפעמים הייתה בפגישה עם הרופא ולפעמים לא
3. הייתה בכל הפגישות עם הרופא
4. לא הייתה בפגישות עם הרופא אך נעזרתי בה בפעמים אחרות

להקריא: אני רוצה לשאול אותך כמה שאלות עליך ועל רופא המשפחה שמטפל בך כאן במרפאה.

88. לפעמים קשה להבין את הרופא. כשהרופא מסביר לך האם אתה מרגיש שאתה מבין

אותו?

1. אני מבין כל/רוב מה שהוא מסביר לי
2. אני מבין חלק (מעט) ממה שהוא מסביר לי
3. אני כמעט בכלל לא מבין
4. אני מבין אם מישהו נכנס איתי לרופא ועוזר לי

45

להקריא: עכשיו אקריא לך רשימה של משפטים בקשר אליך ואל רופא המשפחה שלך.
 לגבי כל משפט שאקריא תאמר אם הוא קורה לעתים קרובות, לפעמים כן ולפעמים לא, או שזה כמעט ולא קורה.

לא יודע (לא להקריא) (9)	לעתים רחוקות (1)	לפעמים כן ולפעמים לא (2)	לעתים קרובות (3)	
9	1	2	3	89. האם אתה מרגיש שאתה יכול לספר לרופא על כל הפרטים ועל הסיבה לבעיה שבגללה באת אליו? □ 46
9	1	2	3	90. האם הרופא מקשיב לך עד הסוף? □ 47
9	1	2	3	91. אתה מרגיש שהרופא באמת מבין את הבעיה שלך? □ 48
9	1	2	3	92. אתה מרגיש שלרופא יש סבלנות אליך? □ 49
9	1	2	3	93. האם הרופא מסביר לך על הטיפול והתרופות שהוא נותן לך? □ 50
9	1	2	3	94. האם התרופות שהרופא נותן לך עוזרות לבעיה שיש לך? □ 51
9	1	2	3	95. האם אתה מרוצה מהיחס של הרופא אליך? □ 52

96. בסך הכל, האם הטיפול שהרופא נותן לך עוזר לך להרגיש טוב?

□

1. הטיפול עוזר לי להרגיש יותר טוב
2. הטיפול לא כל כך עוזר להרגיש טוב
3. הטיפול בכלל לא עוזר להרגיש טוב

53

97. האם אתה מרגיש מרוצה מן הרופא שלך?

□

1. מרוצה מאוד
2. מרוצה
3. לא כל כך מרוצה
4. בכלל לא מרוצה
5. לא יודע

54

98. כשהרופא נותן לך תרופות בקשר למחלה שלך מה אתה עושה?

□□□

1. לוקח באופן קבוע את התרופות שהרופא אמר לי לקחת
2. מקפיד לקחת את התרופות אבל קורה שאני שוכח
3. אני לוקח את התרופות כפי שהרופא אמר לי אבל אם אין שיפור אני מפסיק
4. אני לוקח את התרופות כפי שהרופא אמר לי וכשאני מרגיש טוב אני מפסיק
5. אני משוחח (מתייעץ) עם מישהו מהעדה ולפי זה מחליט
6. אחר _____

56-55

99. האם בפעמים האחרונות שבקרת במרפאה היית גם אצל האחות כדי שהיא תיקח ממך בדיקת דם, תמדוד לחץ דם, או כל טיפול אחר?

□

57

1. כן

2. לא --- < עבור לשאלה 103 בפרק ה'

לא יודע (לא להקריא)	ברוב הפעמים לא	לפעמים כן ולפעמים לא	ברוב הפעמים כן	
9	1	2	3	
9	1	2	3	100. כשאתה בא לאחות לטיפול, האם יש לה סבלנות אליך?
9	1	2	3	101. האם האחות מסבירה לך על הטיפול שהיא נותנת?
9	1	2	3	102. האם אתה מרוצה מהיחס של האחות אליך?

□

58

□

59

□

60

פרק ה: פרטים אישיים

להקריא: אבקש לשאול אותך מספר פרטים על עצמך:

103. בן/ כמה את/ה? _____ שנים

□□□

62-61

104. באיזו שנה עלית לארץ? _____

□□□

64-63

105. האם את/ה עובד/ת?

□

1. כן

65

2. לא

למראיין: שאלה זו לא להקריא, רק לסמן

106. מין המרואיין

□

1. גבר

66

2. אישה

אני מאוד מודה לך על שיתוף הפעולה. בעוד כמה חודשים נרצה לראיין אותך שוב בנוגע למצב הבריאות שלך. אנו מקווים שגם אז תסכים להתראיין.

אי מילוי שאלון

סיבת הסירוב (אפשר יותר מסיבה אחת):

□

1. חוסר עניין (אי רצון לשתף פעולה, חוסר סבלנות)

67

2. חוסר זמן

3. מגבלה רפואת (הרגשת חולי: הצטננות, חום, בחילות וכד')

4. מגבלה נפשית (מנותק מסביבתו, אינו מבין מה רוצים ממנו)

5. הפרעה אחרת (כניסה מיידית לרופא, ילדים קטנים וכד')

תאריך _____

שם המרואיין _____