

בריאות מבוגרים יוצאי אתיופיה בישראל

סקירת מידע

מיכל בנדרלי, עפרה קלטר-ליבוביץ'

היחידה למחלות לב וכלי דם. מכון גרטנר לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות

ינואר 2017

תודתנו נתונה לשלומית אבני, ד"ר אמה אברבוך, אורה סקלר, וסנדרה קרת
על הערותיהן המלומדות והמועילות למסמך זה.

תקציר

מסמך זה מסכם את הידע הקיים היום בספרות המדעית אודות בריאות יוצאי אתיופיה בישראל. קהילת יוצאי אתיופיה בישראל היא קבוצה רב גונית הכוללת עולים מחבלי ארץ שונים באתיופיה – עולים ותיקים שעלו בשנות ה-80 או ה-90, לצד עולים חדשים שעלו בשנים האחרונות כמו גם ילידי ישראל שהוריהם או סביהם נולדו באתיופיה. מרבית הפרסומים אודות בריאות של יוצאי אתיופיה מתייחסים לעולים מאתיופיה והמידע על ילידי הארץ במרבית התחומים, מועט.

יוצאי אתיופיה מהווים כיום כ-2% מכלל האוכלוסייה היהודית בישראל ובממוצע הם קבוצה צעירה יחסית לשאר האוכלוסייה. מצב הבריאות של העולים בהגיעם שיקף את אורח החיים ומצב הבריאות באתיופיה ותלאות הדרך שעברו, ואת אפקט "המהגר הבריא". בשנים הראשונות לעלייה היוו מחלות זיהומיות את עיקר התחלואה בקרב העולים בעוד שמחלות כרוניות הנרכשות עם הגיל, המאפיינות את העולם המערבי, היו נדירות. עם התערות העולים בארץ חלה ירידה בשיעור מרבית המחלות המדבקות (למעט איידס/HIV) ועלייה הדרגתית בשכיחות של מרכיבי התסמונת המטבולית כולל היפרליפידמיה, סוכרת, ויתר לחץ דם. מבין אלה, בולטת במיוחד עלילות (susceptibility) גבוהה לסוכרת, הנרכשת בקרב יוצאי אתיופיה במסת גוף (BMI) body mass index; משקל ביחס לגובה בריבוע) נמוכה בהשוואה לקבוצות אוכלוסייה אחרות. בעוד ששכיחות מחלת לב כלילית עדיין נמוכה בקרב עולי אתיופיה בהשוואה לילידי הארץ או עולים מברה"מ לשעבר. הסיכון לשבץ מוח, לעומת זאת, גבוה אצל יוצאי אתיופיה מאשר בילידי הארץ.

המידע על התנהגות בריאות בקרב יוצאי אתיופיה מועט. על פי המידע הקיים, שיעורי העישון בקרב העולים, בעיקר בקרב נשים, נמוכים. למרות עלייה במשקל עם העלייה בותק בארץ, מסת הגוף של עולי אתיופיה עדיין נמוכה בהשוואה לשאר האוכלוסייה. המידע על הרגלי התזונה בקרבם מוגבל ואינו אחיד ואין מידע על פעילות גופנית.

שיעורי הפיריון בקרב יוצאות אתיופיה יורדים במהלך השנים. שיעורים גבוהים יחסית של סיבוכים הקשורים להריון וללידה שדווחו בספרות, נמוכים יותר בחלק מהעבודות בקרב יוצאות אתיופיה שנולדו בארץ או עלו בגיל צעיר בהשוואה לקבוצת הביקורת.

למרות הירידה בשנים האחרונות בשיעורי האובדנות בקרב יוצאי אתיופיה (בעיקר בקרב גברים צעירים) השיעורים הגבוהים של אשפוזים פסיכיאטריים והתאבדויות מצביעים על צורך בשיפור ובהתאמה תרבותית של שירותי בריאות הנפש עבור עולים יוצאי אתיופיה. יש צורך במחקר נוסף כדי לזהות גורמים פסיכו-חברתיים העומדים בבסיס ממצאים אלה.

עבודות המתייחסות לצריכת שירותי בריאות בקרב יוצאי אתיופיה משקפות תת ניצול של השירותים העומדים לרשותם. התוצאות המעורבות ביחס ליעילות הכנסת מגשרים יוצאי אתיופיה למערכת הבריאות מעלות את הצורך בבחינה ביקורתית של התוכניות השונות.

ראוי לציין כי בחלק מהתחומים שנסקרו המידע בספרות אינו עדכני, מבוסס על מדגמים קטנים או קבוצות לא מייצגות. עדכון המידע והשלמת המידע החסר ברמה הלאומית חיוני כבסיס לגיבוש מדיניות להערכה, טיפול ומעקב לצורך קידום הבריאות של יוצאי אתיופיה וצמצום הפער בתוצאי בריאות בינם לבין אחרים, תוך ניצול משאבים אופטימאלי והשאת תוצאי בריאות.

הקדמה

על פי נתונים שפורסמו על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (למ"ס) ב-2015 התגוררו בישראל, 133,200 יוצאי אתיופיה [1]. 53,400 (39%) מתוכם נולדו בארץ.

המחקרים הראשונים שבחנו את מאפייני הבריאות של עולי אתיופיה, פורסמו כבר בשנים הראשונות לעלייתם. מרביתם מתבססים על מספר נבדקים קטן. בין המחקרים העדכניים יותר, מחקרים שנערכו במסגרת מכון ברוקדייל, מחקרים במסגרת טנא בריאות- העמותה לקידום הבריאות של יוצאי אתיופיה בישראל, ומחקרים שנערכו במימון המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות. לא כל המחקרים הגיעו לידי פרסום בספרות המדעית. המידע על מחקרים שלא הגיעו לידי פרסום מדעי המצוטטים במסמך זה מתבסס בעיקר על תקצירים ודוחות מחקר שהועלו למרשתת (רשת האינטרנט).

במהלך השנים הופעלו מספר תכניות התערבות בקרב עולים יוצאי אתיופיה. חלקן ייעודיות לאוכלוסייה זו (כגון: "רפואה שלמה", פעילויות של עמותת טנא בריאות, התכנית למניעת מחלות זיהומיות ואיידס בקהילה האתיופית, תכניות למניעת שימוש בסמים ואלכוהול) וחלקן כנגזרת של תכניות כלליות (כגון: פעולות לקידום בריאות יוצאי אתיופיה במסגרת התוכנית הלאומית לאורח חיים בריא ופעיל או הפעלת מגשרים תרבותיים במפגשים בין החולים ועובדי בריאות המעורבים בטיפולם, במסגרת התוכנית הלאומית למיגור שחפת). לא כל התוכניות עברו הערכה מחקרית לבדיקת יעילותן. הסקירה מתייחסת בעיקר לתוכניות שעברו הערכה והגיעו לידי פרסום.

מטרת מסמך זה לסקור את הידע הקיים ומקורות המידע בנושא בריאות יוצאי אתיופיה בישראל. הסקירה מתמקדת בבריאות מבוגרים ואינה מתיימרת להיות סקירת ספרות שיטתית.

רקע

לפני שנות ה-80 הגיעו לארץ עולים מאתיופיה במספרים קטנים בלבד. במבצע משה (1984-1985) הגיעו כ-8,000 עולים ובמבצע שלמה והחודשים שקדמו לו (1990-1991) כ-20,000 עולים. גל נוסף של עולים הגיעו בשנת 2000. הקבוצה המאורגנת האחרונה כללה 7,864 עולים שעלו בשנים 2010-2013 במסגרת מבצע כנפי יונה.

ב-2015 היוו יוצאי אתיופיה כ-2% מכלל האוכלוסייה היהודית בישראל, או כ-1.6% מכלל אוכלוסיית ישראל [2]. על פי נתוני הלמ"ס, יוצאי אתיופיה (המוגדרים כמי שנולדו באתיופיה או אביו נולד באתיופיה) מהווים קבוצה צעירה יחסית לכלל האוכלוסייה. לפי נתונים מ-2015, 51% מהם היו בני פחות מ-25 (בהשוואה ל-41% בכלל האוכלוסייה היהודית) ו-11% מהם בני 55 ומעלה (בהשוואה ל-22% מכלל האוכלוסייה היהודית) [2]. הפערים בין ישראלים ממוצא אתיופי לבין ישראלים יהודים ממוצא אחר, הכוללים שיעורי ההשכלה נמוכים יחסית (נמוכים מאוד בקרב אלה שעלו לארץ בגיל מבוגר), ושיעורים גבוהים של העוסקים במשלח יד במיומנות בינונית ונמוכה, מצטמצמים בהדרגה לאורך השנים, אך עדיין ניכרים (בעיקר פערים ברמת ההשכלה) [3]. לדוגמא, למרות ששיעור מסיימי התיכון בקרבם מתקרב לזה של שאר האוכלוסייה (90% בהשוואה ל-93% בהתאמה), שיעור הזכאות לבגרות עדיין נמוך יותר בקרב

אלה שמוצאם מאתיופיה (53%) בהשוואה לשאר האוכלוסייה (75%) [3].

העלייה מאתיופיה לישראל היוותה, עבור מרבית העולים, מעבר חד, מחיים בכפרים עם תנאי מחייה בסיסיים, לעיתים ללא אספקה מסודרת של מים, חשמל ושירותי רפואה, לאורח חיים מערבי, עירוני. הליכה מרובה ברגל, ועבודה פיזית היו חלק אינטגרלי מהחיים באתיופיה. בנוסף לפעילות הגופנית כחלק טבעי מחיי היום-יום, ארוחות משפחתיות משותפות עם תזונה אתיופית מסורתית וקשרים משפחתיים וקהילתיים תומכים, תרמו גם הם לבריאות [4]. בדרך הארוכה שעשו העולים בשנות ה-80 במסע רגלי ובשהייה במחנות מעצר בדרך, היו העולים חשופים לתת תזונה ומחלות מדבקות [5]. לעומתם, העולים משנות ה-90 ואילך שהו תקופות ממושכות במחנות מעבר בגונדר ובאדיס אבבה, בהם היו בסיכון מוגבר להדבקות בנגיף ה-HIV [6].

על פי מחקרים שנערכו בשנים הראשונות לעלייתם, עולי אתיופיה שהגיעו לארץ בשנות ה-80 וה-90 היו בממוצע רזים ונמוכים, בהשוואה לשאר האוכלוסייה הישראלית. נחמיאס ועמיתים שבדקו כ-8000 עולים ב-16 מרכזי קליטה, לאחר שהייה של 18 חודשים ויותר בישראל, מצאו בקרב 2,536 גברים בני 20 ומעלה משקל וגובה ממוצעים של 59 ק"ג ו-169 ס"מ, בהתאמה [7]. 70% מהעולים סבלו מתת פעילות של בלוטת התריס בגלל מחסור בIOD בארץ המוצא. בהגיעם סבלו העולים בעיקר ממחלות מדבקות וטפילים (86-98% סבלו מטפילי מעיים). ב-17% מתוך 5,412 עולים שנבדקו נמצא טחול מוגדל, ממצא שעשוי להעיד על הדבקה בפרזיטים של מעיים או מלריה [7].

מאידך, שכיחות המחלות הכרוניות בקרבם הייתה נמוכה מאוד. לדוגמא, ב-216 בדיקות א.ק.ג שבוצעו בקרב בני 30-70 לא נמצא עדות לאירוע לבבי איסכמי באף אחד, ובכל 169 העולים שעברו בדיקת דם (מדגם אקראי) נמצאו ערכי גלוקוז נורמליים [7]. לאחר העלייה לארץ, חלה ירידה בשיעור מחלות מדבקות כמלריה, קדחת, שחפת, תולעים וכד', למעט HIV, ועלייה בשיעור המחלות הקשורות לסגנון החיים המערבי: סוכרת, השמנת יתר, מחלות כלי דם, תגובות נפשיות ללחץ וסומטיזציה של לחצים נפשיים (כאבי בטן, כאבי ראש).

מצב הבריאות של ישראלים ממוצא אתיופי לפי תחלואה

מחלות זיהומיות:

כפי שצוין בהקדמה, שכיחותן של מרבית המחלות הזיהומיות ירדה לאחר העלייה ארצה. שתי מחלות ששכיחתן באתיופיה גבוהה יחסית מפורטות להלן.

שחפת:

ככלל, שכיחות השחפת בארץ נמוכה. עקב שכיחות גבוהה של שחפת בארץ מוצאם (פי 44 מאשר בישראל) הוגדרו עולי אתיופיה כאוכלוסייה בסיכון יתר לשחפת. על פי הערכה, שכיחות השחפת בקרב עולי מבצע משה (1984-1985) עם עלייתם הייתה 2% [8]. קבוצת עולים זו שמנתה כ-8,000 עולים, לא עברה סינון מוקדם בארץ המוצא ורובם אובחנו וטופלו רק בהגיעם ארצה. אבחון מוקדם של שחפת, לפני העלייה ארצה, יושם לראשונה בקרב העולים במבצע שלמה (1991) [8]. 600 חולים מתוך כ-14,400 עולי המבצע, אובחנו כחולים על פי ממצאים קליניים וצילום חזה באדיס אבבה והחלו בקבלת טיפול כבר בארץ המוצא. לא כל העולים המאובחנים אותרו לאחר עלייתם ארצה, ולכן המעקב אחריהם לוקה בחסר [8].

תכנית לאומית למיגור המחלה מיושמת בישראל מ-1997 [9,10]. ברקע להקמת התוכנית עמדה הכרזה של ארגון הבריאות העולמי ב-1993 על שחפת כמצב חירום עולמי והמלצה על הקמת תכניות לאומיות בעקבות עלייה כלל עולמית בתחלואה [10].

ביוני 2001 החלה לפעול באדיס אבבה מרפאה ייעודית לסקירה של שחפת ריאתית בקרב מועמדים לעלייה ארצה [11]. הגילוי המוקדם והטיפול המונע בקרב אלה הסובלים משחפת חביונית (LTBI) הביאה לירידה בהארעות המחלה בקרב העולים מ-2001 ואילך. היארעות המצטברת של שחפת ריאתית הייתה נמוכה יותר בקרב עולים שעלו מ-2001 ואילך בהשוואה לאלה שעלו בין 1998 ל-2001 (1.7 ו-0.7% בהתאמה) [11]. מבין 4,652 חולי שחפת שתועדו ברישום המרכזי לשחפת בין 1999 ל-2010, 951 (20%) היו ילידי אתיופיה [12]. מחקר שהעריך באופן רטרוספקטיבי את שיעור הארעות שחפת (מקרים חדשים מדווחים) בין השנים 1987-1999 מצא כי למרות העלייה בשכיחות המחלה עקב מקרים חדשים שהגיעו עם גל ההגירה (עלייה של פי 4 בין השנים 1989 ו-1995) [9], לא הייתה עלייה בשיעורי המקרים החדשים (היארעות המחלה) [13]. בסה"כ נמצאים שיעורי השחפת בארץ בירידה (משיעור של 7.5 ל-100,000 בכלל האוכלוסייה ב-1999 ל-4.3 ל-100,000 ב-2010) [12].

הטיפול בשחפת חביונית (כמוסה) הוא מרכיב חשוב במיגור המחלה. בשארה ועמיתיו שבדקו את ההיענות לטיפול בקרב שתי קבוצות עולים מאתיופיה מצאו היענות גבוהה לטיפול, כאשר ההיענות לטיפול באיזוניאזיד פעמיים בשבוע בהשגחה בקרב 231 עולים המתגוררים במרכזי קליטה במחוז צפת הייתה טובה יותר (93%) ועם פחות תופעות לוואי בהשוואה ל-224 עולים בנפת יזרעאל (88%) שטופלו בטיפול השגרתי [14].

תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (HIV /AIDS):

עולי אתיופיה הוגדרו כאוכלוסייה בסיכון יתר לתחלואה ב-HIV בשל התחלואה הגבוהה הקיימת בארץ המוצא ובהתאם להמלצות בינלאומיות. כ-330 עולים מבין כל עולי מבצע שלמה (כ-20,000 איש) נמצאו נושאים את הנגיף עם עלייתם [15]. בשנת 1995 הערכה הייתה כי כ-3% מהעולים בני 16 ומעלה במבצע שלמה נדבקו ב-HIV [16]. קפלן ועמיתיו העריכו במאמרם מ-1998 באופן עקיף, את שיעור הנשאים בקרב יוצאי אתיופיה, בין 50 ל-190 מקרים חדשים לשנה [16]. שיעור נושאי הנגיף באותה עת בכלל יוצאי אתיופיה עמד על כמעט 1%, שיעור הגבוה פי 50 לערך מזה שבכלל האוכלוסייה [17]. על פי הערכה אחרת, השיעור בקרב תורמי דם הוערך באותה תקופה בכ-0.16%, פי 80 בהשוואה לשאר תורמי הדם [15].

משנת 1990 כל עולה מאתיופיה מגיל 9 ומעלה נבדק לנשאות HIV בסמוך לעלייתו לישראל. האבחון בארץ המוצא מאפשר התחלה מוקדמת של פעולות מניעה, כולל טיפול תרופתי לנשאים (טיפול בתרופות אנטי רטרו-ויראליות החל משנת 1997). בנוסף, בדיקות הסינון בצמוד לעלייה מאפשרות להבדיל בין הדבקה שהתרחשה בחו"ל לעומת זו שהתרחשה ככל הנראה בישראל. בעבודה שפורסמה ב-2014 נכללו 768 עולים שהגיעו לירושלים בשנים 1999-2002. כל העולים בני 15 ומעלה עברו בדיקת סקירה לנגיף וכמעט 6% מהם נמצאו נשאים (55% מהנשאים היו נשים) [18]. העלייה בשיעור ההמצאות של הנגיף קשורה בחלקה לעלייה בשיעור ההמצאות בארץ המוצא [6]. בנוסף נמצא גם קשר בין משך השהות במחנות מעבר באתיופיה והסיכוי להדבק בנגיף [18].

ממשלת ישראל תיקצבה את התכנית למניעת מחלות זיהומיות ואיידס בקהילה האתיופית הכוללת גם פעולות הסברה ומניעה [6]. מטרות התכנית כוללות קידום התנהגות מינית מוגנת, שינוי גישות ועמדות בנושא מיניות ואיידס, הגדלת מספר הנבדקים מקרב בני הקהילה והפחתת הסטיגמה על הנשאים בקהילה. בנוסף פועלת התכנית לתת תמיכה נפשית לנשאים במטרה לשפר את התמודדותם עם המחלה, להגביר את היענותם לטיפול הרפואי ולמנוע העברת המחלה בין בני זוג.

מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ביצע הערכה של פעילות קבוצות ההסברה, כולל הערכת הידע, העמדות וכוונות-התנהגותם של משתתפי הקבוצות לפני הפעלת התוכנית ומיד לאחריה. ההערכה מתבססת על דווח עצמי של הנבדקים בעברית ובאמהרית, הן בכתב והן בראיונות פנים אל פנים (בשלב השני). בקרב 161 משתתפים בשש קבוצות הסברה שנערכו במרכזי הקליטה בטבריה, בנהריה ובמרחביה בתקופה שבין אוקטובר 2001 למרץ 2002, 80% לא סיימו מסגרת חינוך פורמלית, ו-40% קיבלו הסברה על איידס בעבר, מרביתם עוד במחנות באתיופיה [6]. מהערכת תכנית ההסברה עולה כי למרות שיפור מסוים בידע (מ-55% תשובות נכונות לפני ההסברה ל-65% תשובות נכונות לאחר ההסברה), עדיין יש חסרים ניכרים בידע ובעמדות בקרב העולים [6].

על פי קפלן ועמיתיו, שיעורי המחלה בקרב עולי אתיופיה הגבוהים ביחס לשיעורים הנמוכים בכלל האוכלוסייה הישראלית (0.02%) הביאו להחלטה של שירותי הדם במגן דוד אדום לכלול את תרומות הדם של יוצאי אתיופיה ברשימת התרומות שלא יעשה בהן שימוש [17]. בעקבות ההחלטה, הנסמכת על נוהלי משרד הבריאות [19], תרומות

הדם שהתקבלו זיכו את התורמים בתעודת תורם דם וביטוח למשך שנה לתורם ומשפחתו כמקובל, אך לא נעשה בהן שימוש, עובדה שהוסתרה מן התורמים. הפרשה, שכונתה "פרשת הדם", נחשפה ב-1996 ועוררה זעם בקרב עולי אתיופיה. בשנת 2013 עלה הנושא שוב לדיון ציבורי [20]. בעקבות זאת הוקמה במשרד הבריאות ועדה לבחינת תרומות דם בישראל. בדצמבר 2016 עדכן משרד הבריאות את הנהלים בתרומות הדם בישראל. עדכון זה כלל הסרת המגבלה על תרומה של ילידי אתיופיה והשוואתם לקריטריונים המקובלים בכל מדינות העולם המפותחות, כך שהמגבלה תחול רק על מי ששהה מעל שנה בארץ אנדמית וטרם חלפה שנה מאז הגעתו לישראל. מגבלה זו מתייחסת לכל התורמים, ובכלל זה על ילידי הארץ, ללא קשר למוצא, כך שלא יתקיים הבדל בין ילידי אתיופיה לשאר האוכלוסייה [21].

מחלות כרוניות

כאמור, בשנים הראשונות לעלייתם נמצאה בקרב העולים שכיחות נמוכה מאוד של מחלות כרוניות הנרכשות עם הגיל, כתוצאה משכיחות נמוכה של מחלות אלה בארץ המוצא. בנוסף, אפקט "המהגר הבריאי" שתואר בספרות לגבי הגירה לארצות המערב עשוי גם הוא להסביר את התופעה [22,23]. האפקט מתייחס לשיעורים נמוכים יותר של תחלואה (בעיקר תחלואה כרונית) בסמוך להגירה ועלייה בשיעור התחלואה עם הזמן, המתקרבים בהדרגה לשיעורים בכלל האוכלוסייה. אפקט "המהגר הבריאי" תואר גם בישראל בקרב עולים מארצות שונות [24,25]. ד"ר נעמי טרוסטלר השוותה את התהליכים המובילים לעלייה בתחלואה כרונית בקרב עולים יוצאי אתיופיה לאלה שעברו על העולים מתימן שהגיעו לארץ בשנות החמישים [25].

בין המחקרים העדכניים שפורסמו לאחרונה, שני פרסומים בנושא גורמי סיכון מטבוליים ומחלות כרוניות. קלכהיים-דקל ועמיתיו בדקו רשומות רפואיות של 1,255 עולים מאתיופיה בני 35-70, בחלון הזמן שבין דצמבר 2005 למרץ 2011, בהשוואה למדגם מותאם גיל ומין של מטופלים אחרים בשתי מרפאות ראשוניות בבאר-שבע [26]. בעבודה זו קבוצת ההשוואה כללה גם ילידי הארץ ממוצא אתיופי, ו-48% מתוכה היו ילידי ברה"מ לשעבר. בעבודה אחרת, ראובן ועמיתיו בדקו יוצאי אתיופיה שעלו בשלושת גלי העלייה, בהשוואה לעולי ברית המועצות וילידי הארץ ממוצא אחר [27]. במחקר זה שהתבסס על רשומות רפואיות של מבטחי שירותי בריאות כללית בני 35 ומעלה (חציון גיל: 51), משלושה מחוזות, בין השנים 2002-2012, נכללו 58,901 משתתפים (מתוכם 20,768 יוצאי אתיופיה). ילידי אתיופיה הושו לילידי הארץ (ללא עולים וללא ילידי הארץ ממוצא אתיופי). תוצאות מחקרים אלה מפורטים בהמשך לפי תחלואה.

סוכרת:

כפי שהוזכר לעיל, ערכי גלוקוז נורמליים נמצאו בכל 169 הדגימות של עולים ששהו במרכזי קליטה עד תחילת שנות ש-90 [7], כמו גם בקרב 254 עולי מבצע שלמה שנבדקו מיד עם עלייתם ארצה [28]. עם השנים, חלה עלייה בסיכון

לפתח סוכרת בקרב יוצאי אתיופיה. כבר בסוף שנות ה-80 תועדה שכיחות סוכרת של כמעט 9% בקרב עולי מבצע משה, לאחר כ-4 שנים בארץ [29]. מחקר בקרב מבוטחי כללית בשנים 2002-2012 מצביע על שכיחות גבוהה של סוכרת הן בנשים שעלו מאתיופיה (18% בהשוואה ל-11% בקרב ילידות הארץ) והן בגברים עולי אתיופיה (17% בהשוואה ל-15% בקרב ילידי הארץ) [27]. במחקר של קלכהיים-דקל ועמיתיו (2005-2011), שנערך בשתי מרפאות בבאר שבע, תועדו שיעורים נמוכים יותר של סוכרת (מ-2% בקרב עולי שנות ה-2000 עד 12% בקרב עולים ותיקים - כמו בקבוצת ההשוואה שכללה ילידי הארץ ממוצא אתיופי ועולי ברה"מ לשעבר [48% מקבוצת ההשוואה]) [26].

בשני המחקרים תועד סיכון עולה באופן מדורג לפתח סוכרת עם העלייה בותק בארץ. בקרב מבוטחי כללית משלושה מחוזות, הסיכון לסוכרת לאחר תקנון לגיל, מין, מדד מסת הגוף (BMI) body mass index; משקל ביחס לגובה בריבוע), עישון ומעמד סוציאקונומי היה גבוה פי 2.4 בקרב עולי מבצע משה, פי 2.0 בקרב עולי מבצע שלמה ופי 1.5 בקרב עולי שנות ה-2000 [27]. בקרב מטופלים בשתי המרפאות בבאר-שבע יחס הסיכונים נע בין 0.15 (רווח סמך 95%: 0.04-0.50) בקרב עולי שנות ה-2000, ו-1.0 בקרב עולי מבצע משה (כמו בקבוצת ההשוואה; רווח סמך: 0.66-1.49) [26]. בחינה של הסיכון להמצאות סוכרת לפי ערכי מדד מסת הגוף בקרב נבדקים בתקופה 2002-2012 מראה סיכון גבוה בקרב עולים מאתיופיה בהשוואה לילידי ישראל שלא ממוצא אתיופי ויוצאי ברה"מ לשעבר בכל קטגוריה של מדד מסת הגוף [27]. לפי ממצאים אלה, הסיכון לסוכרת בקרב עולי אתיופיה עם מדד מסת גוף של 23 דומה לזה של ילידי הארץ עם מדד מסת גוף של 30 (הגבול התחתון של השמנת יתר). נתונים דומים נמצאו הן בקרב גברים והן בקרב נשים [27]. שכיחות גבוהה יותר של סוכרת בערך נמוך יותר של מדד מסת גוף תוארה גם בקרב עולים ילידי אתיופיה נשאי HIV בהשוואה לנשאים ממוצא אחר [30].

יתר לחץ דם:

גרין וחבריו שבדקו ב-1987 387 גברים ילידי אתיופיה ששהו במחנות צה"ל לאחר עלייתם, מצאו בקרבם ערכי לחץ דם דומים לאלה שנמדדו בקרב 2,747 גברים בגיל דומה (20-47) שהשתתפו במחקר CORDIS [31]. באותו מחקר, נמצא כי ערכי לחץ הדם היו גבוהים בקרב יוצאי אתיופיה מאשר בקבוצת ההשוואה, לאחר תקנון לגיל ולמדד מסת הגוף. בקרב 122 גברים ו-143 נשים ששהו לאחר עלייתם, בשני בתי מלון בנתניה ב-1991, לחץ הדם הממוצע בקרב עולי מבצע שלמה היה דומה לזה של עולים ממבצע משה [32].

כל המחקרים מדווחים על לחץ דם גבוה יותר ככל שהגיל גבוה יותר בקרב יוצאי אתיופיה (עולים וילידי הארץ). בדומה לממצאים באוכלוסיות אחרות. רוזנטל ועמיתיה מצאו בסוף שנות ה-80 ערכי לחץ דם גבוהים משמעותית בממוצע בקרב 171 עולים ששהו בארץ 2-3 שנים בהשוואה ל-483 עולים בשבועות הראשונים לעלייתם, אך עדיין נמוכים מאלה של ישראלים אחרים באותן קבוצות גיל [33]. מחקר אורכי שעקב אחר 53 נבדקים צעירים (גיל ממוצע 23) דווח על עלייה ממוצעת בערכי לחץ הדם הסיסטולי (מ 118 ± 9 ל- 129 ± 13) והדיאסטולי (מ 62 ± 11 ל- 71 ± 10) במהלך שנתיים מעקב, מעבר לצפוי עם העלייה בגיל, ללא שינוי במשקל [34]. לחץ דם גבוה יותר ככל שהוותק בארץ

גבוה יותר דווח גם במחקרים עדכניים יותר. במחקר שנערך בקרב עולים בבאר שבע בשנים 2005-2011 נמצא סיכון להמצאות יתר לחץ דם בקרב עולים ותיקים ממבצע משה בדומה לסיכון בקבוצת השוואה של שאר האוכלוסייה (יחס סיכויים של 0.94; רווח סמך: 0.68-1.31), בעוד שהסיכון בקרב עולים חדשים שעלו בשנות ה-2000 היה נמוך במיוחד (יחס סיכויים: 0.14; רווח סמך: 0.06-0.30) [26]. גם בקרב מבטחי שירותי בריאות כללית משלושה מחוזות בתקופה של 2002-2012, נמצאה, לאחר תקנון לגיל, מין, מדד מסת הגוף, עישון ודירוג חברתי-כלכלי, מגמה דומה עם יחס סיכונים להמצאות יתר לחץ דם בקרב עולים יוצאי אתיופיה, בהשוואה לילידי הארץ שלא ממוצא אתיופי, של 1.8 (רווח סמך: 1.6-1.9) בקרב אלה שעלו בשנות ה-80 במסגרת מבצע משה, 1.4 (רווח סמך: 1.3-1.5) בקרב אלה שעלו בשנות ה-90 (מבצע שלמה) ודומה לזה של ילידי הארץ (1.1; רווח סמך: 0.9-1.2) בקרב אלה שעלו בשנות ה-2000 [27].

פרופיל הליפידים, מחלות לב וכלי דם:

ערכי סה"כ הכולסטרול בקרב עולים יוצאי אתיופיה בשנים הראשונות לעלייתם היו נמוכים בהשוואה לערכים שדווחו בקרב ישראלים אחרים [31, 35]. ממוצע הכולסטרול במדגם אקראי של 169 עולים ששהו במרכזי קליטה עד תחילת שנות ה-90 היה נמוך יחסית (160 מ"ג/ד"ל) [7]. רובינשטיין וחבריו שהשוו עולים ממבצע משה ועולים ממבצע שלמה שהתגוררו במרכזי קליטה בנתניה מצאו ערכי כולסטרול גבוהים יותר בממוצע בקרב העולים ממבצע שלמה ששהו במחנות מעבר באדיס אבבה ובגונדר לפני הגעתם בהשוואה לעולי מבצע משה, שהגיעו לארץ לאחר צעידה ממושכת ושהות במחנות עצורים בסודן (טבלה 1) [35].

טבלה 1: פרופיל הליפידים בקרב מדגם עולים מאתיופיה בני 20 ומעלה בתחילת שנות ה-90

| | מבצע משה | | מבצע שלמה | |
|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | גברים | נשים | גברים | נשים |
| N | 146 | 174 | 66 | 79 |
| <i>mg/dl</i> | | | | |
| Total C | 164.0 ±32 | 172.8 ±38 | 165.0 ±34 | 182.3 ±36 |
| HDL-C | 41.3 ±9 | 47.1 ±13 | 41.4 ±9 | 52.2 ±16 |
| LDL-C | 96.4 ±29 | 101.9 ±32 | 104.1 ±31 | 119.5 ±33 |
| Triglycerides | 132.7 ±54 | 121.2 ±68 | 118.6 ±59 | 115.3 ±55 |

מבוסס על 145 עולי מבצע שלמה שהתגוררו בנתניה בהשוואה ל-317 עולי מבצע משה [35]. הערכים עבור בני 20 ומעלה חושבו כממוצע משוקלל של הערכים המוצגים במאמר לפי קבוצות גיל (20-39, 40-45, ו-65+).

Total-C סה"כ כולסטרול; HDL-C כולסטרול על גבי ליפופרוטאין בצפיפות גבוהה; LDL-C כולסטרול על גבי ליפופרוטאין בצפיפות נמוכה (הוערך באמצעות הנוסחה של Friedwald);

גם מחקרים עדכניים יותר מצביעים על רמות נמוכות יותר של כולסטרול בקרב עולי אתיופיה בהשוואה לילידי ישראל, בעוד שרמות הטריגליצרידים בקרבם גבוהות יותר בממוצע [27]. השוואה בין העולים בשלושת גלי העלייה בין מראה עלייה הדרגתית ברמת הכולסטרול בדם (בסה"כ, על גבי לפופרוטאין בצפיפות נמוכה [LDL-C] ועל גבי לפופרוטאין בצפיפות גבוהה [HDL-C]) עם העלייה בותק בארץ, כאשר גם בקרב הוותיקים, הערכים שנמדדו נמוכים מאשר בקרב קבוצת ההשוואה של יוצאי ארצות אחרות (בקרב עולים ותיקים משנות ה-80 -סה"כ כולסטרול: 193 ± 42 , LDL-C: 118 ± 34 , ו-HDL-C: 52 ± 18 ; בהשוואה ל- 209 ± 44 , 129 ± 36 , ו: 50 ± 21 בקרב קבוצת ההשוואה בהתאמה) [26].

בקרב עולים בני 35 ומעלה, מבוטחי שירותי בריאות כללית, נמצאה בשנים 2002-2012, שכיחות נמוכה יחסית של מחלת לב כלילית (1.7%) בהשוואה לזו שנמצאה בקרב עולי ברית המועצות לשעבר (7.5%) או ילידי הארץ (5.4%) לאחר תקנון לגיל [27]. באותה עבודה, שכיחות המבוטחים שעברו שבץ מח הייתה 4.3% בקרב יוצאי אתיופיה בהשוואה ל-6% בקרב יוצאי ברית המועצות לשעבר ו-2.5% בקרב ילידי הארץ.

הסיכון המחושב להארעות מחלה קרדיווסקולרית בקרב עולים יוצאי אתיופיה נשאי איידס שטופלו ב-2010 במרכז לרפואת איידס בהדסה עין כרם, על פי המודל של Framingham (מודל שלא תוקף עבור אוכלוסייה זו) היה נמוך משמעותית (12%) בהשוואה לסיכון בקרב ילידי ישראל, שעמד על 39% [36].

השכיחות הנמוכה של מחלות קרדיווסקולריות בולטת על רקע השיעורים הגבוהים יחסית של יתר לחץ דם וסוכרת (גורמי סיכון ידועים למחלות לב וכלי דם) והיא משקפת כנראה את פרופיל הליפידים הטוב יותר בהשוואה לילידי הארץ. לא ברור אם מגמות השינוי בפרופיל הליפידים בקרב יוצאי אתיופיה יביאו איתם גם עליה בהארעות מחלת לב כלילית ושבץ מח.

מחלות אלרגיות

בעוד שבסמוך להגעתם לא סבלו העולים מאתיופיה ממחלות אלרגיות, כעבור 5-10 שנים תועדה שכיחות של 11% של אלרגיה במערכת הנשימה [37].

שיעורי האסתמה בקרב העולים בסמוך לעלייתם היו נמוכים. נחמיאס ועמיתיו דווחו על שיעור של 2.5% בקרב כ-8,000 עולים ב-16 מרכזי קליטה בתחילת שנות ה-90 [7]. בסוף שנות ה-90 בדקו רוזנברג ועמיתיה את שיעור המצאות המחלה בקרב 302 יוצאי אתיופיה בני 20 ומעלה בהשוואה ל-604 מטופלים ממוצא אחר מתאימים לפי גיל ומין ב-4 מרפאות ראשוניות [38]. אבחנה של אסתמה תועדה בקרב 6% מקבוצת הביקורת, 4% בקרב עולי מבצע שלמה ו-20% בקרב עולי מבצע משה הוותיקים יותר (סה"כ השכיחות בקרב עולה אתיופיה: 17%).

במהלך השנים חלו שינויים בדפוסי הפריון בקרב יוצאות אתיופיה. בין 1996 ל-1999 חלה ירידה בשיעורי הפריון מ-4.6 ל-3.85 בקרב עולות מאתיופיה [39]. השיעורים ממשיכים לרדת במהלך השנים. על פי נתוני הלמ"ס מתוך 132,254 לידות של יהודיות ואחרות שאירעו ב-2013, ב-3126 (2.4%) היו היולדות ממוצא אתיופי (93% מהן היו ילידות אתיופיה) [40]. שיעור הפריון הכולל (מספר הילדים שאשה צפויה ללדת בימי חייה), בקרב יוצאות אתיופיה נמוך במקצת בהשוואה לכלל קבוצת היהודיות (2.8 בהשוואה ל-3.0 בהתאמה) [41]. הגיל הממוצע בלידה בקרב יוצאות אתיופיה היה דומה לזה של כלל קבוצת היהודיות ואחרות (31 שנים).

סיבוכים ותוצאי הריון בקרב נשים ממוצא אתיופי נבדקו רטרוספקטיבית בקרב נשים שילדו ב-1981 וכאלה שילדו ב-1988 במרכז הרפואי ברזילי [42]. בקרב 507 יולדות ממוצא אתיופי עם לידת יחיד, נמצאו שיעורים גבוהים יותר של לידה בגיל צעיר (נמוך מ-20) או מבוגר (גבוה מ-38) בהשוואה לקבוצת השוואה של 507 נשים עוקבות יהודיות ממוצא אחר. בעבודה זו נמצאו גם שיעורים גבוהים יותר של רעלת הריון ולידה מוקדמת ושיעורים נמוכים יותר של פקיעת ממברנות בקרב העולות מאתיופיה, ללא הבדל בין שתי התקופות [42].

קלדרון-מרגלית ועמיתיה בדקו את מעקב ההיריון ותוצאי הריון בקרב 1,668 נשים ממוצא אתיופי, מבטחות כללית, תושבות מחוז הדרום שילדו בין 2003 ל-2012 [43]. למרות ששיעור הנשים ממוצא אתיופי שהיו במעקב הריון אצל רופא נשים היה דומה לזה שבקבוצת הביקורת, הן הגיעו לביקור ראשון מאוחר יותר. בהשוואה לקבוצת ביקורת של נשים ממוצא אחר, נשים ממוצא אתיופי נמצאו בסיכון גבוה יותר ללדת בניתוח קיסרי (17% לעומת 13% בקבוצת ההשוואה) או לידה מכשירנית (5% לעומת 4%) וללא אלוהי אפידורלי (רק 16% מיוצאות אתיופיה קיבלו אלוהי אפידורלי בהשוואה ל-33% בקבוצת ההשוואה) [43].

עבודת תזה של יפה קורצוויל בהנחיית רונית קלדרון בחנה את התוצאות המיילדותיות של יולדות ממוצא אתיופי (עולות או ילידות הארץ) ויולדות ישראל במרכז הרפואי אסף הרופא בין השנים 2002-2009 [44]. בעבודה זו נמצאו בקרב יולדות יוצאות אתיופיה, שיעורים גבוהים יותר של לידות בגיל העשרה (פי 1.4), לידות מעבר לגיל 41 (פי 2.8) ואימהות חד הוריות (פי 3.4) בהשוואה ליולדות אחרות ילידות ישראל. בקרב נשים ממוצא אתיופי נמצאו גם שיעורים גבוהים יותר של סיבוכי הריון ולידה כולל: רעלת הריון, ניתוחים קיסריים דחופים, לידות מוקדמות, תמותה סב-לידתית, וסיבוכים הקשורים לילוד כולל: משקל לידה נמוך, ילודים קטנים לגיל ההיריון וציון אפגר נמוך בדקה הראשונה ובחמש הדקות הראשונות ללידה. תוצאי הלידה של יוצאות אתיופיה שנולדו בארץ או עלו ארצה בגיל צעיר היו דומים לאלה של ילידות אתיופיה שעלו לאחר גיל 8 [44]. שיעורים גבוהים יותר של תוצאי הריון וילוד שליליים תוארו גם במחקר שנערך בקרב יולדות במרכז הרפואי העמק בעפולה [45].

דחיית גיל הנישואים ועלייה בשכיחות פעילות מינית לפני הנישואים בקרב צעירות ממוצא אתיופיה הביאה לעלייה בשיעור ההריונות הבלתי מתוכננים. מבדיקה של בקשות להפסקת הריון בשנים 1995-2005 עולה כי שיעור הבקשות להפסקת הריון בקרב צעירות בנות 16-24 ממוצא אתיופי היה גבוה פי 3 עד 6 בהשוואה לישראליות ממוצא אחר

[46]. בקרב בנות 20-24, שיעור הבקשות הולך ויורד ככל שהותק בארץ גבוה יותר.

בריאות הפה והשן

בקרוב מדגם אקראי של 800 עולים מאתיופיה שנבדקו ב-1991 כמעט לא נמצאה עדות לטיפול דנטלי קודם כולל סתימות או כתרים בשיניים [47]. 33% בקבוצת הגיל 21-50 ו-17% מבני 51 או יותר היו חופשיים מעששת והשכיחות של coronal and root caries הייתה נמוכה. בקרב 340 נבדקים בני 18-75 (57% נשים) שהגיעו מאזור כפרי באתיופיה, שיעור הסובלים מעששת, בין השנים 1999-2000 (שנים בהם שהו במרכז קליטה) היה 34% לעומת 64% חמש שנים מאוחר יותר (2004-2005) [48]. במחקר זה, נמצא קשר בין דחק פסיכולוגי (נמצא ב-40% מקבוצת המחקר), תמיכה חברתית מועטה (דווחה על ידי 41% מהנבדקים) לבין מידת ההחמרה בעששת. לאחר תקנון לגיל, מין ומצב העששת בכניסה למחקר, דחק פסיכולוגי היה קשור ביחס סיכונים של 12.4 (רווח סמך: 6.3-24.6) ביחס להעדר דחק. ניתוח הנתונים זה הראה גם השפעה מגינה של תעסוקה (OR=0.61, 95% confidence interval) ((CI): 0.23–1.57), והשכלה גבוהה מ-6 שנות לימוד (OR=0.6, 95% CI: 0.1-2.8). תמיכה חברתית לא נמצאה קשורה באופן מובהק מעבר למשתנים האחרים שנכללו במודל [48].

בריאות הנפש

השיעור של עולי מבצע משה שעברו אשפוז פסיכיאטרי ב-5 שנים הראשונות לעלייתם היו גבוהים משמעותית בהשוואה לשיעורים בתקופה מקבילה בקרב ילידי הארץ (שיעור מתוקנן לגיל ומין ל-1000 תושבים: 3.13 בהשוואה ל-1.98 בהתאמה) [49]. על פי אותו מקור, שיעור האשפוזים באותה קבוצה בחלון זמן של 5 שנים בשנות ה-90 (10 שנים מאוחר יותר) היו נמוכים יותר (2.68 ל-1000 תושבים) אך גבוהים מאלה שבקרב עולי מבצע שלמה בשנות ה-90 או בקרב עולי ברה"מ לשעבר או ילידי הארץ. כפי שניתן לראות בטבלה 2.

טבלה 2: שיעורים ל-1000 תושבים של אשפוזים פסיכיאטריים לאחר תקנון לגיל ומין [49]

| קבוצת אוכלוסייה | תקופה | מאושפזים ¹ | שיעור ל-1000 | רווח סמך 95% ² |
|-----------------|----------------|-----------------------|--------------|---------------------------|
| מבצע משה | 5 שנים ראשונות | 178 | 3.13 | 2.64-3.62 |
| מבצע שלמה | 5 שנים ראשונות | 184 | 2.68 | 2.19-3.17 |
| מבצע משה | עד שנות ה-90 | 194 | 1.65 | 1.16-2.14 |
| עולי ברה"מ | 5 שנים ראשונות | 2082 | 1.30 | 0.81-1.79 |
| ילידי הארץ | 1980-1985 | 10,120 | 1.98 | 1.49-2.47 |
| ילידי הארץ | 1990-1994 | 11,241 | 1.56 | 1.07-2.05 |

1,878 עולי אתיופיה ממבצע שלמה (1990-1991) טופלו במרפאות פסיכיאטריות ממשלתיות בשנים 1997-2003 [50]. בהשוואה ליוצאי ברה"מ וילידי הארץ, שיעור גבוה של חולים אלה סבלו מפסיכוזות בעוד ששיעור הסובלים מנירוזות או הפרעות אישיות היה נמוך יותר. במקביל, עולי אתיופיה השתמשו פחות בשירותי שיקום פסיכיאטריים, ממצא שהמחברים מייחסים למחסומי שפה ותרבות בקרב אוכלוסייה זו [50]. אליצור ברכפלד בדק במסגרת עבודת תזה לתואר שלישי, את הסימפטומים בגינם פנו 43 ילידי אתיופיה בין השנים 1984 ו-2010 למרפאת בריאות הנפש בבאר יעקב [51]. האבחנות כללו: ירידה בתפקוד, זכאון, אובדנות, ופסיכוזה. בעבודה זו נמצא עלייה במספר האשפוזים ובחרדה עם משך זמן ארוך יותר בארץ במקביל לירידה בתופעה של סומטיזציה.

מצוקה נפשית בקרב יוצאי אתיופיה נבדקה במספר מחקרים. במחקר שנערך במהלך 6 חודשים ב-1995 Ponizovski ועמיתיו בדקו הבדלים ברמת המצוקה נפשית וסימניה בקרב 110 עולי אתיופיה ו-400 עולי ברה"מ באזור ירושלים ואשקלון [52]. משתתפי המחקר, בני 18 ומעלה, נבחרו באקראי מתוך שתי קבוצות האוכלוסייה במספר שכונות (נציג אחד לכל משפחה) ורואיינו בבתיהם בשפת האם שלהם. מחקר זה הראה מצוקה נפשית נמוכה יותר בקרב יוצאי אתיופיה בהשוואה ליוצאי ברה"מ.

סולומון ופינקלשטיין בדקו דחק פוסט-טראומתי (PTSD), משאבי התמודדות והסתגלות נפשית בקרב 478 עולים משלושת גלי העלייה מתוך מדגם אוכלוסייה אקראי של 600 עולים בני 30-50 ב-14 ריכוזי עולים אורבניים [53]. שיעורי ה-PTSD היו 28% בקרב עולי מבצע משה, 15% בקרב עולי מבצע שלמה ו-26% בקרב עולים שעלו בשנות ה-2000 במסגרת איחוד משפחות. השיעורים הגבוהים יחסית בקרב עולי מבצע משה היו קשורים לאירועים טראומטיים שחוו בדרכם לישראל. עולי איחוד משפחות, לעומת זאת, חוו קשיים בעיקר לאחר עלייתם. למרות ההבדלים בין הקבוצות ברמת ה-PTSD, לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות בנטייה לדיסוציאציה. מסקנת החוקרות היא כי רב הנבדקים החלימו לאחר חשיפתם ללחץ טראומתי אך באחרים הותרו האירועים במהלך ההגירה ולאחריה משקעים פוסט טראומטיים הדורשים התייחסות מתאימה בגישה מותאמת תרבותית [53].

שיעור ההתאבדויות בקרב עולים גבוה ביחס לשאר האוכלוסייה. במחקר שנערך בין אוגוסט 1991 לספטמבר 1992 נמצאו שיעורי התאבדות גבוהים פי 3 בקרב יוצאי אתיופיה בהשוואה לכלל האוכלוסייה [54]. על פי דו"ח משרד הבריאות מ-2014, בשנים 2009 עד 2011 איבדו את חייהם במו ידיהם 57 יוצאי אתיופיה בני 15 ומעלה [55]. שיעור האובדנות המתוקנן לגיל לאותה תקופה היה גבוה פי 3.9 בקרב גברים עולי אתיופיה (בחלוקה לפי גיל פי: 6.8 בקרב בני 15-24, 5.5 בבני 25-44 ו-2.9 בבני 45-64) בהשוואה ליהודים ואחרים ללא עולים. השיעורים בקרב גברים היו פי 2.2 בהשוואה לעולים מבריה"מ לשעבר.

בחינת המגמות בשיעור ההתאבדות (ממוצע תלת שנתי זו של שיעורים מתוקננים לגיל) מצביעה על עלייה בשיעור מ-27 ל-100,000 נפש ב-1999, לשיא של 44.3 בשנת 2005 ואח"כ ירידה הדרגתית ל-27.1 ל-100,000 ב-2010

[55]. בכל השנים השיעורים גבוהים יותר בקרב גברים מאשר בנשים, בדומה לממצאים באוכלוסיות אחרות. שיעור ניסיונות ההתאבדות המתוקנן לגיל בקרב עולי אתיופיה שעלו משנת 1980 דומה לשיעור בקרב שאר האוכלוסייה ללא עולים, אבל גבוה יותר פי 1.4 בקרב בני 15-25 [55].

ניתוח פסיכולוגי של מקרי ההתאבדות שאירעו בין אוגוסט 1991 לספטמבר 1992, זיהה את המאפיינים הבאים כגורמי סיכון להתאבדות: מין זכר, גיל צעיר, נשוי, קונפליקטים במשפחה, הפנמה של תוקפנות, ודיכאון ללא חשיפת נטיות אובדניות [54]. אחד ההסברים שהועלו לשיעור ההתאבדות הגבוה בקרב יוצאי אתיופיה הוא תת אבחון של הפרעות פסיכיאטריות בגלל הבדלים תרבותיים [56]. בהתבסס על שאלון למילוי עצמי של ארגון הבריאות העולמי המיועד להערכה פסיכיאטרית בארצות מתפתחות, פותח בישראל שאלון ייעודי להערכה פסיכיאטרית בקרב יוצאי אתיופיה (for Ethiopians (SRQ-E) Self-Reporting Questionnaire) [57]. השאלון שתוקף ונמצא עם כי יש לו רגישות וסגוליות גבוהים (87%), מיועד בעיקר למטרות מחקר ולא נמצא בשימוש נרחב [56].

התנהגות בריאות

עישון:

רק 6.7% מ-387 גברים עולים שנבדקו ב-1987 על ידי גרין וחבריו דווחו כי הם מעשנים [31]. שיעור העישון במחקר שכלל מבטחי כללית בין 2002 ל-2012 היה נמוך משמעותית בקרב עולים מאתיופיה (7.4%) בהשוואה ליוצאי ברית המועצות לשעבר (32%) וילידי הארץ (30%) [27]. השיעור בקרב נשים ילידות אתיופיה היה נמוך מזה של גברים ילידי אתיופיה (2% לעומת 13% בהתאמה) [27]. גם במחקר חתך שנערך ב-2010 בקרב 150 מטופלים במרכז לרפואת איידס בהדסה עין כרם, נמצאו שיעורי עישון נמוכים (8%) בקרב יוצאי אתיופיה (כ-50% מהמטופלים שהשתתפו במחקר) בהשוואה למטופלים ממוצא אחר [36].

משקל ותזונה:

מדידות בשנים הראשונות לעלייה מראות כי המשקל ומדד מסת הגוף של העולים במבצע משה ומבצע שלמה היה נמוך ביחס לזה של שאר האוכלוסייה בארץ [32]. מדד מסת הגוף של עולי מבצע שלמה היה גבוה בממוצע מזה של עולי מבצע משה. לדוגמא מדד מסת הגוף של גברים בני 40-59 שעלו במבצע שלמה היה 22 ± 3 ק"ג/מ"ר בהשוואה ל- 19 ± 3 בממוצע בקרב אלה שעלו במבצע משה, ובקרב נשים באותה קבוצת גיל מסת הגוף של עולות מבצע שלמה היה 21 ± 3 בהשוואה ל- 20 ± 3 בקרב עולות מבצע משה [32].

כפי שניתן ללמוד ממחקר שנערך בשנים 2005-2011, למרות עלייה במשקל בעקבות העלייה ארצה, גם לאחר 20 שנים, מדד מסת הגוף של יוצאי אתיופיה נמוך בממוצע בהשוואה לשאר האוכלוסייה (23 ± 5 בקרב עולים בשנות ה-2000, 25 ± 5 בקרב עולי מבצע משה ומבצע שלמה, לעומת 29 ± 6 בקבוצת ההשוואה) [26]. בקרב מבטחי שרותי בריאות כללית משלושה מחוזות, שיעור יוצאי אתיופיה הסובלים מהשמנת יתר בשנים 2002-2012 עמד על 13%

בהשוואה ל-26% בקרב ילידי הארץ ו-29% בקרב עולי ברית המועצות לשעבר [27]. השיעור בקרב נשים יוצאות אתיופיה גבוה משמעותית מזה של הגברים בעדה (20% מול 5%, בהתאמה) [27].

הערכה תזונתית שנערכה בשנות ה-90 בקרב בני 40-20 שהיו חודשיים לאחר עלייתם (245 נבדקים) ובקרב נבדקים שנה וחצי לאחר העלייה (181 נבדקים) מצאה בעיקר תפריט מסורתי המתאפיין בצריכה נמוכה של מוצרים מהחי (כולל ביצים וחלב), וצריכה נמוכה מהמומלץ של ירקות ופירות [25]. החלפה של טף בקמח לבן הביאה לצריכת נמוכה של ויטמינים C ו-D, ברזל, וביוטין. בהשוואה בין שתי קבוצות העולים נמצאו ערכים גבוהים יותר של צריכת סוכרים (15% לעומת 5% מסך הצריכה הקלורית) ושל שומן (בעיקר שומן מהצומח, 30% לעומת 15% מסך הצריכה) בקרב אלה ששהו בארץ שנה וחצי בהשוואה לאלה שזה מקרוב באו [25].

במחקר שנערך על ידי הדס רגב-טוביאס, בהנחיית ד"ר עליזה שטרק ופרופ' רם רייפן ב-2006 במדגם אקראי של 53 נשים צעירות (20-45), נמצא מדד מסת גוף של 24.7 במוצע [58]. ניתוח ממצאי שאלון תזונתי (24 hour recall), העלה, לאחר תקנון לצריכה קלורית, תת צריכה (פחות מ-60% מהמומלץ) של סיבים תזונתיים, סידן, חומצה פולית וויטמין B12 כתוצאה מצריכה נמוכה מאוד של מוצרי חלב, וצריכה נמוכה של ירקות, פירות, בשר ודגים לצד צריכה גבוהה של דגנים מלאים וסוכרים פשוטים [58]. הוספת המוצרים הממותקים לתזונה המסורתית בעיקרה לוותה ברמה נמוכה של פעילות גופנית. הצריכה הנמוכה של מוצרי חלב בקרב נשים יוצאות אתיופיה קשורה בשיעורים גבוהים של אוסטאופורוזיס (39% בהשוואה ל-5% בקרב ילדות ישראל) [59].

ממצאים שונים דווחו במחקר "ידע והרגלים בתחום התזונה בקרב עולים מאתיופיה ומחבר העמים" שנערך בשנת 1993 וכלל 652 בוגרים יוצאי אתיופיה [60]. לפי מחקר זה, פירות, דברי מאפיה ובשר בקר היוו באותה תקופה חלק עיקרי של המזון הנצרך. לעומתם גבינה רזה, נקניק וגבינה צהובה שכיחים פחות בתפריט. יוצאי אתיופיה ציינו הרגל ומחיר כגורמים המשפיעים על הצריכה והיו בדעה שמזון עשיר בכל אחד מן המרכיבים התזונתיים, ללא הבחנה, תורם לבריאות. עם עליית רמת ההשכלה, יורדת בקרב יוצאי אתיופיה הנטייה לראות הרגלי תזונה תקינים בשמירה על זמני אכילה קבועים, בהימנעות מאכילה בין הארוחות הקבועות, ובהקפדה על כמות המזון שאוכלים [60]. מעבר משתיית משקה מתוצרת ביתית ("טלה") לשתיית בירה קנויה, המכילה יותר אלכוהול וצריכה מרובה של משקאות ממותקים בקרב בני כל הגילים צוינו גם הם [58].

יש לציין כי צריכה נמוכה של בשר שדווחה בחלק מהמחקרים אינה עולה בקנה אחד עם עדויות של בני הקהילה (על פי ד"ר דניאל רדאיי-כללית, פקדו גדמו-טנא בריאות, בישיבה שנערכה ביוני 2016).

פעילות גופנית:

מבין 53 נשים צעירות (20-45) שנבדקו במחקר של רגב-טוביאס (2006-2007) שהוזכר לעיל, אף אחת לא עבדה בעבודה הכרוכה במאמץ גופני ו-72% מהנשים לא ביצעו פעילות גופנית על בסיס יומי [58]. כמעט כמחצית דווחו כי הן הולכות פחות מחצי שעה במהלך היום.

לא נמצאו מחקרים אחרים המתייחסים לפעילות גופנית בקרב מבוגרים יוצאי אתיופיה.

קידום בריאות:

לא נמצאו מחקרי הערכה של תכניות קידום בריאות בקרב יוצאי אתיופיה.

מחסומי שפה, הבדלי תרבות ואוריינות בריאות נמוכה הופכים את נושא קידום בריאות בקרב יוצאי אתיופיה לאתגר מיוחד. כדי להנגיש מידע בנושאי בריאות פותח, במסגרת התכנית הלאומית "אפשריבריא" בשיתוף עם עמותת טנא בריאות לקידום יוצאי אתיופיה בישראל, אתר אינטרנט באמהרית שאינו דורש מיומנויות קריאה והקלדה [61]. פיתוח האתר נעשה במסגרת מחקר איכותני רב שלבי. הנושאים הכלולים באתר בשלב זה מתייחסים לתזונה, סוכרת ובריאות נשים. אין עדיין הערכה של השפעת אתר זה על תוצאי הבריאות של יוצאי אתיופיה.

שימוש בשירותי רפואה

בקרב יוצאי אתיופיה קיים קשר מורכב עם נותני שירותי הבריאות. מורכבות הקשר דומה לזו המתוארת בספרות על מהגרים [62]. הגורמים לאי ההבנות ולתסכולים הרבים, בקרב צרכני השירותים ובקרב נותני השירותים כאחד, רבים ומגוונים, ונובעים לא רק מהבדלי שפה ותרבות אלא גם ממעבר ממדינה שכמעט אין בה שירותי בריאות מערביים למדינה מפותחת ומתקדמת; טיפול במדינת המוצא שנעשה בעיקרו על ידי מרפאים מסורתיים; תפיסת הבריאות המסורתית של המהגרים; התמודדות המהגרים עם שירותי בריאות הניתנים במתכונת מערבית ועם תפיסת בריאות ביו-רפואית [62]. בנוסף פרסומן של פרשות כגון פרשת הטיפול בתרומות הדם של יוצאי אתיופיה ומתן טיפולים למניעת הריון ללא הסכמה מדעת של המטופלות עשויות גם הן להשפיע על אמון המטופלים במערכת וצריכת שירותי בריאות [64,63].

דוידוביץ ועמיתיו בדקו את דפוס השימוש בשירותי רפואה בקרב (כ-50 אלף) עולים מאתיופיה ומחבר העמים באמצעות מאגרי המידע של שירותי בריאות כללית עבור מחוז הדרום. העבודה עצמה לא פורסמה והתקציר מדווח על שימוש נמוך יותר בקרב עולים ככלל, גם לאחר 10 שנים בארץ אך אינו מדווח לחוד על הממצאים בקרב עולי אתיופיה. [65].

בסקר טלפוני רואיינו 56 יוצאות אתיופיה, מבוטחות כללית מבאר-שבע, בנות 50-75 (מתוך 121 נשים שנכללו במדגם) בהשוואה למדגם אקראי של 226 נשים באותה קבוצת גיל ומאותן מרפאות [66]. יוצאות אתיופיה שהשתתפו בסקר והיו כולן יותר מ-10 שנים בארץ, עם השכלה של פחות מ-12 שנות לימוד (לעומת 37% בקבוצת ההשוואה), והכנסה נמוכה מהממוצע (לעומת 63% בקבוצת ההשוואה), היו בסיכוי נמוך יותר לקבל רפואה מונעת (כולל בדיקות סקירה כמו ממוגרפיה או בדיקת צפיפות עצם וטיפול מונע שברים). שליטה נמוכה בעברית הייתה קשורה לסיכון של יותר מפי 8 לא לקבל רפואה מונעת לאחר המנופאזה [66].

בעבודה אחרת, יפה ועמיתיה בדקו שימוש בשירותי בריאות בקרב 76 חולי סוכרת עולי אתיופיה (34% מכלל חולי הסוכרת המטופלים באותן מרפאות) בהשוואה למטופלים ממוצא אחר מותאמים לפי גיל ומין במספר מרפאות שירותי בריאות כללית בשנים 2002-2003 [67]. ממצאי המחקר הראו כי מטופלים עולי אתיופיה עברו פחות מדידות לחץ דם, ופחות מדידות HbA1c. החולים גם נפגשו פחות עם אחות והתייעצו פחות עם דיאטנית. הסיבות לפער בניצול שירותי הבריאות המוקנים בסל הבריאות היו חוסר שפה משותפת, כשל בטיפול בין-תרבותי, חוסר הבנה של עולי אתיופיה את משמעות הסוכרת כמחלה כרונית א-תסמינית, יחד עם מגבלה כלכלית ברכישת תרופות וניידות. במחקר המשך בקרב אותם מטופלים נבחנה השפעת ההתערבות על שיעור ביצוע בדיקות, מידת האיזון, ושימוש במד גלוקוז למדידה עצמית. בעקבות התערבות שכללה הסברה בקרב מטופלים וחולי סוכרת עולי אתיופיה נמצא שיפור במדדי ביצוע ואיכות איזון הסוכרת בסמוך לביצוע ההתערבות, עם דעיכת אפקט בהמשך [68].

בקרוב 59 גברים ונשים עולים מאתיופיה נמצאה הלימה נמוכה בין הערכת הרופאים את מצב הבריאות והטיפול של המטופלים, להערכה שנתנו מטופליהם. בעוד ש-48% מהמטופלים דרגו את מצב בריאותם כרוד, על פי הערכת הרופאים רק 6% מהם סבלו מבריאות לקויה [69]. במחקר זה 37% מהמשתתפים שקיבלו טיפול דרגו אותו כלא יעיל בהשוואה להערכה של 6% על פי הרופאים. ניתוח איכותני של ראיונות עם המשתתפים והרופאים המטופלים חשף את מגבלות המערכת בהתמודדות עם בעיות בריאות הקשורות למתח נפשי והבדלים תרבותיים בהגדרת בריאות וחולי.

מחקר איכותני אחר שבחן את החסמים והגורמים המעכבים בהם נתקלים עולים מאתיופיה במפגש עם מערכת הבריאות מצא כי מעבר למחסום השפה, קיימים פערי תרבות היוצרים קושי בתקשורת בין נותני ומקבלי השירות [70]. במסקנותיהם מדגישים המחברים את חשיבות הגישור התרבותי כחלק מהגישה הכוללת של הענקת שירותי בריאות לאוכלוסיית יוצאי אתיופיה. הצעה אחרת של המחברים היא לשלב מרפאים מסורתיים במערכת הרפואה במסגרת שירותי רפואה אלטרנטיבית המוצעים למבוטחים בקופות החולים כדרך להעלות את אמון המבוטחים ממוצא אתיופי במערכת.

תכנית "רפואה שלמה" שפותחה ב-1997 ופועלת עד היום, כוללת שילוב מגשרים יוצאי אתיופיה כחלק קבוע מהצוות במרפאות ראשוניות לשם שיפור התקשורת בין החולה לרופא, העלאת מודעות הצוותים המטופלים בנוגע לתפיסת הבריאות ומערכת הבריאות על ידי יוצאי אתיופיה והפעלת תכניות חינוך לבריאות בתחומים נבחרים. הערכת התכנית הראתה תוצאות מעורבות. מחד, מדדי האיכות במרפאות המפעילות את התוכנית קרובים למוצע שאר המרפאות באותו מחוז למרות הריכוז הגבוה של יוצאי אתיופיה בין המטופלים בהן [71]. מאידך, כפי שצויין לעיל, הערכת התכנית בקרב חולי סוכרת ואסתמה הראתה שיפור רק בחלק מהמדדים שנבדקו [72]. מתוצאות המחקר עולה כי שנה לאחר הפעלת התכנית (2001) חלה ירידה בשיעורי האשפוז בשל המחלה במרפאות הניסוי בקרב 109 חולי אסתמה. בניתוח 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 4 מהסיכוי אצל חולה אסתמה במרפאות הביקורת בהן לא הופעלה התכנית. להערכת המחברים, ממצא זה יכול להעיד על ירידה בחומרת ההתקפים במרפאות הניסוי ועמה

ירידה בצורך באשפוז. שנה לאחר הפעלת התכנית, נמצאה להתערבות גם השפעה חיובית על שביעות הרצון מן החיים עם המחלה (אחד מתת-המדדים) בקרב חולי סוכרת.

לעומת יתרונות אלה, למרפאות הניסוי לא נמצא יתרון על מרפאות הביקורת בנוגע להיבטים אחרים של הטיפול במחלת האסתמה, כגון הארעות התקף בחודש האחרון, טיפול עצמי בעת התקף, ידע מתי מתחיל התקף, ידע בנוגע לעיתוי השימוש במשאף ובתרופות או חיסון נגד שפעת [72]. התכנית גם לא השפיעה, בחולי סוכרת, באופן מובהק על אשפוזים, מעקב אחר סיבוכי המחלה (בדיקות עניים, רגליים, לחץ דם, או ביקורת בחצי שנה אחרונה), או היבטים אחרים של איכות החיים עם סוכרת כולל השפעת המחלה ודאגות עקב המחלה [72]. תכנית זו לא נבחנה במחקרים אחרים מעבר להערכות הראשוניות שתוארו לעיל.

מחקר אחר שבחן יעילות התערבות שהופעלה באמצעות מגשרים בקרב נשאי איידס ובני הזוג מצא ירידה בשיעור ההריונות בקרב נשאות או בנות זוגם של נשאים (עדות לקיום יחסי מין לא מוגנים) לאחר הפעלת התכנית [73].

התוצאות המעורבות של בחינת יעילות הפעלת מגשרים מעלות את הצורך בבחינה ביקורתית מעמיקה של התכניות השונות כדי לנסות להבין את הגורמים הקשורים לתוצאים השונים. בנוסף, ראוי גם לבחון תכניות אלה בהקשר הרחב יותר, הן במרחב הזמן והן בהקשר החברתי. צמצום תחושות הדרה וניכור בקרב יוצאי אתיופיה באמצעות הפעלת מגשרים צפוי להיתרגם בעתיד גם לשיפור גם בתוצאי בריאות.

סיכום

סקירה זו הקיפה את המידע שפורסם עד כה אודות בריאות יוצאי אתיופיה. למרות שמרבית המידע שפורסם הוא נקודתי או מתייחס למדגמים קטנים, סקירתו וסיכומו אפשרה לנו לצייר תמונה רחבה של השינויים במצב הבריאות של קבוצת אוכלוסייה זו.

עלייתם לארץ מאתיופיה היוותה קפיצת דרך של ממש מאורח חיים כפרי, מסורתי, לא מתועש בעיקרו, לאורח חיים מודרני-מערבי. Omran מאוניברסיטת צפון קרוליינה הגדיר שינויים דמוגרפיים באוכלוסיות כתוצאה משינויים במצב הבריאות והאינטראקציה עם גורמים דמוגרפיים, כלכליים וסוציולוגיים כ"מעבר אפידמיולוגי" (epidemiological transition) [74]. החיים שחוו העולים באתיופיה ובישראל עומדים בשני הקצוות של המעבר האפידמיולוגי כאשר בקצה אחד נמצאות אוכלוסיות שהמבנה הדמוגרפי שלהן נקבע בעיקר על ידי מצבי מחסור ומגיפות של מחלות מדבקות (The Age of Pestilence and Famine) ובקצה השני אוכלוסיות שהמבנה שלהן מושפע בעיקר מהתמודדות עם מחלות כרוניות הנרכשות עם הגיל (The Age of Degenerative and Man-Made Diseases) [74]. מהמידע שנסקר עולה תמונה המשקפת את המעבר המהיר בין שני הקצוות האלה (מעבר שארך בארצות המערב יותר ממאה שנים) כולל ירידה משמעותית בהארעות מרבית המחלות המדבקות (למעט איידס) ועליה ניכרת בשכיחות מחלות כרוניות כגון סוכרת, יתר לחץ דם והיפרליפידמיה. הנתונים חושפים את העלילות הגבוהה במיוחד למחלת הסוכרת, הנרכשת במדד מסת גוף נמוך בהשוואה לקבוצות אוכלוסייה אחרות. למרות העלייה בשכיחות גורמי הסיכון שתוארו

בסקירה זו, עולי אתיופיה עדיין מתאפיינים בשכיחות נמוכה יחסית (אך גבוהה מזו שנצפתה בסמוך לעלייתם) של מחלת לב כלילית, אולי בזכות שיעורי העישון הנמוכים, או בזכות העלייה ברמת HDL-C המלווה את העלייה בסך הכולסטרול. מאידך, שיעורי שבץ המוח בקרבם גבוהים ביחס לילידי ישראל. חשוב יהיה לעקוב אחר מגמות השינוי בגורמי הסיכון ובמחלות לב וכלי דם גם בהמשך כולל בריכוזי אוכלוסייה שלא נכללו במחקרים קודמים.

מהדווחים על שימוש בשירותי בריאות עולה כי מניעה והתמודדות יעילה עם מחלות כרוניות, השלב האחרון במעבר האפידמיולוגי, עדיין לא הושגו. תכניות התערבות הכוללות הסברה והפעלת מגשרים בקרב עולים להתמודדות עם מחסומי שפה, תרבות, ואי-אמון במערכת הופעלו במהלך השנים, אך יש צורך בהערכה ביקורתית ועדכנית של תכניות אלה.

השיעורים הגבוהים של אשפוזים פסיכיאטריים והתאבדויות מצביעים על צורך בשיפור ובהתאמה תרבותית של שירותי בריאות הנפש.

המעבר האפידמיולוגי מודגם גם על ידי הירידה בשיעורי הפיריון בקרב יוצאות אתיופיה במהלך השנים. במקביל, המחקרים המועטים שנערכו עד כה, מצביעים על צורך בהתערבויות שיביאו לשפור במעקב הריון כדי לשפר תוצאי הריון ולידה בקרב יוצאות אתיופיה.

פערי מידע ניכרים גם בתחומים נוספים. המידע על הרגלי תזונה מועט וסותר וכמעט אין מידע על פעילות גופנית בקרב יוצאי אתיופיה. מרבית המחקרים בוצעו בקרב עולים, וחלק מהמחקרים מתייחסים לכלל יוצאי אתיופיה בלא להבחין בין עולים לילידי הארץ ממוצא אתיופי. יש צורך במחקר נוסף להערכת מצב הבריאות בקרב ילידי הארץ ממוצא אתיופי.

השלמת המידע החסר ברמה הלאומית חיוני כבסיס לגיבוש מדיניות להערכה, טיפול ומעקב אחר יוצאי אתיופיה תוך ניצול משאבים אופטימאלי והשאת תוצאי בריאות.

1. http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=201611365
(accessed: January 2017)
2. http://www.cbs.gov.il/reader/shnaton/templ_shnaton.html?num_tab=st02_08x&CYear=2016
(accessed: January 2017)
3. פוקס ה, ברנד ג. מגמות בתעסוקה והשכלה בקרב ישראלים ממוצא אתיופי. תקציר מדיניות. מכון טאוב למחקר. 2015
4. מסמך רקע לקראת דיון בשולחן עגול, שותפים ומשפיעים למען יוצאי אתיופיה. מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות. 2016
5. Shears P, Berry AM, Murphy R, Nabil MA. Epidemiological assessment of the health and nutrition of Ethiopian refugees in emergency camps in Sudan, 1985. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987;295:314-318.
6. רוזן ב, מצליח ר, דובני א, שטרקשל ר. התוכנית הלאומית למניעת איידס בקרב האוכלוסייה האתיופית: הערכת ההסברה בקבוצות. 2004. ירושלים: מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל, משרד הבריאות ומכון סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות
7. Nahmias J, Greenberg Z, Berger SA, Hornstein L, Bilgury B, Abel B, Kutner S. Health profile of Ethiopian immigrants in Israel: an overview. *Isr J Med Sci*. 1993;29:338-343.
8. Wartski SA. Tuberculosis case finding and treatment in Ethiopian immigrants to Israel, 1989-91. *Isr J Med Sci*. 1993;29:376-380.
9. Chemtob D, Leventhal A, Berlowitz Y, Weiler-Ravell D. The new National Tuberculosis Control Programme in Israel, a country of high immigration. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2003;7:828-836.
10. Chemtob D, Leventhal A, Berlowitz Y, Weiler-Ravell D. The new national program for tuberculosis elimination in Israel. *Harefuah*. 2002 141:265-271.
11. מור ז. שחפת ריאתית בקרב עולי אתיופיה: מחקר רטרוספקטיבי-היסטורי להערכת השפעת תהליך הסקירה המתבצע באדיס-אבבה החל מיוני 2001 על שיעור התחלואה. 2009; תקציר מחקר במימון המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות.
12. Mor Z, Pinsker G, Cedar N, Lidji M, Grotto I. Adult tuberculosis in Israel and migration: trends and challenges between 1999 and 2010. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2012;16:1613-1618
13. Chemtob D, Leventhal A, Weiler-Ravell D. Screening and management of tuberculosis in immigrants: the challenge beyond professional competence. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2003;7:959-966

14. Bishara H, Ore L, Bshara H, Vinitzky O, Armaly N, Weiler-Ravell D. [Accessibility and compliance of Ethiopian immigrants to latent tuberculosis infection treatment]. *Harefuah*. 2014;153:8-11
15. Fishman RH. Prevalence of HIV infection among Israel's Ethiopian immigrants. *Lancet*. 1996;347:389.
16. Kaplan EH, Kedem E, Pollack S. HIV incidence in Ethiopian immigrants to Israel. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*. 1998;17:465-469.
17. Kaplan EH. Israel's ban on use of Ethiopians' blood: how many infectious donations were prevented? *Lancet*. 1998;351:1127-1128
18. Olshtain-Pops K, Stein-Zamir C, Abramson N, Nagusa H, Haouzi-Bashan M, Maayan S. Association of HIV and syphilis seropositivity with transit stay in urban areas among Ethiopian immigrants to Israel. *Isr Med Assoc J*. 2014;16:427-430.
19. <https://www.mdais.org> שאלות ותשובות-שירותי-הדם/מי-יכול-לא-יכול-לתרום-דם
20. הצוות למיגור הגזענות נגד יוצאי אתיופיה. דו"ח מסכם- יולי 2016
http://www.google.co.il/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=0ahUK EwiJwsi7_9zRAhXCthQKHYq0Dn4QFggWMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.justice.gov.il%2FPublications%2FArticles%2FDocuments%2FReportEradicateRacism.pdf&usq=AFQjCNFwQSZxzegW_7zsuK7BOJ_S6W9Acq
21. http://www.health.gov.il/NewsAndEvents/SpokemanMessegas/Pages/08122016_4.aspx (accessed 01/02/2017)
22. Bates LM, Acevedo-Garcia D, Alegria M, Krieger N. Immigration and generational trends in body mass index and obesity in the United States: results of the National Latino and Asian American Survey 2002-2003. *Am J Public Health* 2007;97:70-77
23. Goel MS, McCarthy EP, Phillips RS, Wee CC. Obesity among US immigrant subgroups by duration of residence. *JAMA* 2004;292:2860-2867
24. Meydan C, Twig G, Derazne E, Tzur D, Gordon B, Shamiss A, Afek A. The immigration effect on obesity and overweight in Israeli Jewish male adolescents born 1970-1993. *Ann Epidemiol*. 2014;24:424-431
25. Trostler N. Health risks of immigration: the Yemenite and Ethiopian cases in Israel. *Biomed Pharmacother*. 1997;51:352-359.
26. Kalchiem-Dekel O, Shai I, Biderman A, Orenstein A, Cicurel A, Reuven Y, Henkin Y. Metabolic changes in immigrants from Africa to a Western country: time-lag effects of 20 years since immigration. *J Diabetes*. 2015;7:531-539

27. Reuven Y, Dreisher J, Shvartzman P. The prevalence of diabetes, hypertension and obesity among immigrants from East Africa and the former Soviet Union: a retrospective comparative 30-year cohort study. *Cardiovasc Diabetol.* 2016; 15:74
28. Rubinstein A, Graf E, Villa Y. Prevalence of diabetes mellitus in Ethiopian immigrants: comparison of Moses and Solomon immigrations. *Isr J Med Sci.* 1993; 29:344-346.
29. Cohen MP, Stern E, Rusesecki Y, Zeidler A. High prevalence of diabetes mellitus in young adult Ethiopian immigrants to Israel. *Diabetes* 1988; 37: 824-327.
30. Tzur F, Chowens M, Agmon-Levin N, Mekori YA, Hershko AY. Increased Prevalence of Diabetes Mellitus in a Non-Obese Adult Population: HIV-Infected Ethiopians. *Isr Med Assoc J.* 2015;17:620-623.
31. Green MS, Etzion T, Jucha E. Blood pressure and serum cholesterol among male Ethiopian immigrants compared to other Israelis. *J Epidemiol Community Health.* 1991;45:281-286.
32. Rubinstein A, Goldbourt U, Shilbaya A, Levtov O, Cohen G, Villa Y. Blood pressure and body mass index in Ethiopian immigrants: comparison of operations Solomon and Moses. *Isr J Med Sci.* 1993;29:360-363.
33. Rosenthal T, Grossman E, Knecht A, Goldbourt U. Blood pressure in Ethiopian immigrants in Israel: comparison with resident Israelis. *J Hypertens Suppl.* 1989; 7:S53-S55.
34. Bursztyn M, Raz I. Blood pressure and insulin in Ethiopian immigrants: longitudinal study. *J Hum Hypertens.* 1995;9:245-248.
35. Rubinstein A, Grosskop I, Charach G, Levtov O, Geter R, Villa Y, Goldbourt U. Lipids and lipoproteins among Ethiopian immigrants: comparison of operations Solomon and Moses. *Isr J Med Sci.* 1993;29:354-359.
36. Rotchild V, Olshtain-Pops K, Maayan S. [Assessing cardiovascular risk factors among patients living with HIV/AIDS - survey of patients treated at the Hadassah Aids Center, Hadassah Ein Kerem, Jerusalem]. *Harefuah.* 2013;152:211-215
- 37.. Geller-Bernstein C, Kenett R. Allergies in immigrants. *Eur Ann Allergy Clin Immunol.* 2004;36:313-316.
38. Rosenberg R, Vinker S, Zakut H, Kizner F, Nakar S, Kitai E. An unusually high prevalence of asthma in Ethiopian immigrants to Israel. *Fam Med.* 1999; 31:276-279.

39. Nahmias P .Fertility behaviour of recent immigrants to Israel: A comparative analysis of immigrants from Ethiopia and the former Soviet Union. *Demographic Research* 2004; 10:83-120.
40. http://www.cbs.gov.il/www/publications/lidot/2013/pirion_table1.pdf (accesses: June 2016)
41. <http://www.cbs.gov.il/www/population/805/2013/t10a.pdf> (accessed June 2016)
42. Segal S, Gemer O, Yaniv M. The outcome of pregnancy in an immigrant Ethiopian population in Israel. *Arch Gynecol Obstet.* 1996;258:43-46.
43. קלדרון-מרגלית ר, ברנט ג', קורצוויל י, קומם מ, פלדמן ב. לידות בקרב נשים ממוצא אתיופיה-האם הפערים נובעים ממעקב הריון שונה? תקציר, הכנס ה-10 למדיניות הבריאות
44. קורצוויל י. התוצאות המיילדותיות של יולדות ממוצא אתיופי ויולדות ישראל במרכז הרפואי "אסף הרופא" בין השנים 2002-2009. עבודת תיזה. האוניברסיטה העברית, ירושלים
45. Salim R, Mfra A, Garmi G, Shalev E. Comparison of intrapartum outcome among immigrant women from Ethiopia and the general obstetric population in Israel. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012;118:161-165
46. Baynesan F, Feldman B, Shtarkshall R. Trends of abortion rates among young Ethiopian immigrants in Israel aged 16-24 years during the period 1995-2005. *Harefuah.* 2011;150:175-179
47. Mann J, Cohen HS, Fisher R, Tamari I, Berg RG, Fischman SL Prevalence of dental caries among Ethiopian emigrants. *Int Dent J.* 1994; 44:480-484.
48. Vered Y, Soskolne V, Zini A, Livny A, Sgan-Cohen HD. Psychological distress and social support are determinants of changing oral health status among an immigrant population from Ethiopia. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011;39:145-153.
49. Youngmann R, Pugachova I, Zilber N. Patterns of psychiatric hospitalization among ethiopian and former soviet union immigrants and persons born in Israel. *Psychiatr Serv.* 2009; 60:1656-1663
50. Youngmann R, Pugachova I, Zilber N. Utilization patterns of ambulatory psychiatric services by Ethiopian immigrants in Israel. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2012;49:151-158.
51. ברכפלד א. מאפיינים קליניים של יוצאי אתיופיה שפנו למרפאות חוץ של המרכז לבריאות הנפש "באר יעקב". 2012 תיזה לתואר שלישי באוניברסיטת תל אביב
52. Ponizovsky AM, Grinshpoon A. Mood and anxiety disorders and the use of services and psychotropic medication in an immigrant population: findings from the Israel National Health Survey. *Can J Psychiatry.* 2009; 54:409-419.

53. Finklestein M, Solomon Z. Cumulative trauma, PTSD and dissociation among Ethiopian refugees in Israel. *J Trauma Dissociation*. 2009;10:38-56.
54. Arieli A, Gilat I, Aycheh S. Suicide among Ethiopian Jews: a survey conducted by means of a psychological autopsy. *J Nerv Ment Dis*. 1996;184:317-319
55. משרד הבריאות. אובדנות בישראל. 2014. ירושלים
56. Shoval G, Schoen G, Vardi N, Zalsman G. Suicide in Ethiopian immigrants in Israel: a case for study of the genetic-environmental relation in suicide. *Arch Suicide Res*. 2007;11:247-253.
57. Youngmann R, Zilber N, Workneh F, Giel R. Adapting the SRQ for Ethiopian populations: a culturally-sensitive psychiatric screening instrument. *Transcult Psychiatry*. 2008;45:566-589.
58. Regev-Tobias H, Reifen R, Endevelt R, Havkin O, Cohen E, Stern G, Stark A. Dietary acculturation and increasing rates of obesity in Ethiopian women living in Israel. *Nutrition*. 2012; 28:30-34
59. Peled R, Dahan D, Endevelt R, Shahar D. Osteoporosis among Ethiopian immigrant women: a risk analysis. *Arch Osteoporos* 2007;2:45–52.
60. בן סירא ז. ידע והרגלים בתחום התזונה בקרב עולים מאתיופיה ומחבר העמים. 1993 מכון גוטמן למחקר חברתי שמושי, ירושלים.
61. השינוק החברתי והציבורי של התכנית הלאומית – אפשריבריא: בסיס מדעי, אסטרטגיה ויישום. תכנית לשינוק חברתי שיתופי החוג לתקשורת הפקולטה למדעי החברה, אוניברסיטת תל אביב. 2015–2013
62. Dayan N, Shvartzman P. Health behavior, preventative medicine, early detection, and utilization of women's health services among Ethiopian women immigrants in Israel. *Harefuah*. 2013;152:34-38
63. Kaplan EH. Implicit valuation of a blood-exclusion decision. *Med Decis Making*. 1999;19:207-213.
64. Traubmann T. Ethiopian immigrants in Israel received contraceptive shots without their consent. *BMJ*. 2013;346:f1614
65. דוידוביץ נ, פילק ד, בליצר ר, דרייפוס א, ורדי ד. סטטוס בריאות ודפוסי שימוש בשירותי בריאות בקרב עולים חדשים ממדינות חבר העמים ואתיופיה. (תקציר מחקר). המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות הבריאות. דוח מחקרים שנתי 2007.
66. Tandeter H, Masandilov I, Kemerly I, Biderman A. Ethnic differences in preventive medicine: the example of Jewish Ethiopian women in Israel. *Isr Med Assoc J*. 2007; 9:452-456.

67. Jaffe A, Giveon S, Ayecheh S, Guttman N. Quality and quantity of health care services' utilization by Ethiopian versus non-Ethiopian diabetic patients. The National Institute for the Study of Health Services and Health Policy. Final report on 2004 study.
68. יפה ע, גוטמן ע. אייצק ספפה, פקדו ג, גבעון ש. ניצול שירותי בריאות על ידי חולי סוכרת יוצאי אתיופיה: התערבות ומעקב ארוך טווח תקציר, הכנס ה-10 למדיניות הבריאות
69. Reiff M, Zakut H, Weingarten MA. Illness and treatment perceptions of Ethiopian immigrants and their doctors in Israel. *Am J Public Health*. 1999;89:1814-1818.
70. Shtarkshall RA, Baynesan F, Feldman BS. A socio-ecological analysis of Ethiopian immigrants' interactions with the Israeli healthcare system and its policy and service implications. *Ethn Health*. 2009;14:459-478
71. Levin-Zamir D, Keret S, Yaakovson O, Lev B, Kay C, Verber G, Lieberman N. Refuah Shlema: a cross-cultural programme for promoting communication and health among Ethiopian immigrants in the primary health care setting in Israel: evidence and lessons learned from over a decade of implementation. *Glob Health Promot*. 2011;18:51-54.
72. ניראל, נורית. השפעת תכנית ההתערבות "רפואה שלמה" למען יוצאי אתיופיה על הטיפול ומצב הבריאות בקרב חולי אסתמה וחולי סוכרת. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי. מינהל המחקר והתכנון, 2002.
73. Kaplan EH, Soskolne V, Adler B, Leventhal A, Shtarkshall RA. A model-based evaluation of a cultural mediator outreach program for HIV+ Ethiopian immigrants in Israel. *Eval Rev*. 2002;26:382-394.
74. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Millbank Memorial Fund Q*. 1971;49:509-538.

