

התמודדות עם סוכרת מסוג 2 בקרב בדואים בישראל: צדק חברתי, מדיניות בריאות ויחסי אדם-קהילה-מקום

מאיה מאור, מופלח אתעיקה, רלי מזרחי, מיה לביא-אג'אי*

תקציר. כמו קהילות ילידיות אחרות בעולם, גם קהילות בדואיות בישראל מתאפיינות בשיעורים גבוהים מאוד של חולים בסוכרת מסוג 2 ושל סיבוכים מהמחלה, ובשיעורים נמוכים של הצלחה טיפולית. באמצעות סקירת ספרות ביקורתית אנו מציעות טיפולוגיה של הגישות העיקריות העומדות בבסיס העיסוק הסוציולוגי בסוכרת מסוג 2 בקרב מייעוטים אתניים: גישה רפואית-אינדיווידואלית, גישה "מייעוטים במעבר למודרניזציה", וגישה שאנו מכנות "סוכרת כסימפטום של אי-שוויון". בהתבסס על ניתוח בגישת האינטראקציוניזם הפרשני של 49 ראיונות עם נשים וגברים מהקהילה הבדואית לגבי התמודדותם עם המחלה, אנו מראות כיצד גישת הסוכרת כסימפטום של אי-שוויון מאפשרת להמשיג באופן אלטרנטיבי מושגים כמו מחלה כרונית, בריאות, ויחסי אדם-קהילה-מקום; להבין כיצד יחסי הגומלין המורכבים בין מדיניות הבריאות בישראל ותנאי החיים של הקהילה מעצבים את האתגרים הייחודיים של הקהילה הבדואית בישראל בהתמודדותה עם המחלה; ולפתח קווים מנחים להתערבויות, במטרה לשפר את ההתמודדות עם סוכרת בקרב קהילות בדואיות בישראל.

מילות מפתח: סוכרת, הקהילה הבדואית, אי-שוויון בבריאות, התמודדות פעילה

* ד"ר מאיה מאור, החוג לסוציולוגיה ולאנתרופולוגיה, אוניברסיטת אריאל

ד"ר מופלח אתעיקה, קופת חולים כללית

רלי מזרחי, המחלקה לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

ד"ר מיה לביא-אג'אי, התוכנית ללימודי מגדר והמרכז הישראלי למחקר איכותני של האדם והחברה, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

המחקר נערך בתמיכת הקרן הלאומית למדע. אנו מודות לכל המרואיינים והמרואיינות שחלקן איתנו את חוויותיהם ואת תובנותיהם. תודה רבה לאנשי צוות הבריאות שסייעו לנו במחקר זה - ליונס אבו-רביע משרותי בריאות כללית, לכל צוות מרפאה כללית א ברהט, ובייחוד למלאק אלעובר. תודה למתרגמים ולמתמללים שסייעו לנו בעבודות הריאיון: אורי ביתן, הזאר אלהאדי ושאדיה סבית. תודה מיוחדת לשותפינו באג'יק מכון הנגב, ובייחוד לפהימה עטאונה וערן בוכלצב. תודה רבה לצוות המראיינות - אבתסאם אבו גליון ומרות אבו טהה. תודה מיוחדת לחאלד אבו עעג, שתרם למחקר זה הרבה מעבר לעבודתו כמראיין וכמתרגם.

הקדמה

ארגון הבריאות העולמי מכיר בשתי צורות עיקריות של סוכרת. סוכרת מסוג 1, שבה הגוף אינו מייצר מספיק אינסולין, נובעת בעיקר מגורמים גנטיים; בסוכרת מסוג 2, שבה תאי הגוף מייצרים או תגובה לא מספקת לאינסולין, אמנם יש מרכיב גנטי, אבל היא מושפעת מאוד ממאפייני אורח חיים כגון תזונה ופעילות גופנית, ולכן היא ניתנת למניעה (Mitchell, 2012). מכיוון שאורח חיים הוא תלוי הקשר תרבותי וחברתי, לגורמים חברתיים יש השפעה רבה על האטיולוגיה, השכיחות וההתפתחות של סוכרת מסוג 2 בהשוואה לסוכרת מסוג 1 (Inouye et al., 2012).

האוכלוסייה הבדואית היא הקבוצה החברתית עם השיעורים הגבוהים ביותר של סוכרת מסוג 2 בישראל (Muhsen et al., 2017), ויש בה גם שיעורים גבוהים של סיבוכים מהמחלה ושיעורים נמוכים של הצלחה באיזון המחלה. יותר מ-70% מחולי הסוכרת הבדואים מוגדרים כלא נענים לטיפול במחלה (לא משתפים פעולה עם ההנחיות הרפואיות) (Tamir et al., 2007). השיעורים הגבוהים של סיבוכים מהמחלה מובילים לתוצאות בריאותיות קשות מאוד ובהן כשל כלייתי, עיוורון, מחלות לב ומוות (Chard et al., 2017; Duwe, 2016). לאור הנתונים האלה קיים צורך דחוף להבין את אופן התמודדותם של חולים בדואים בסוכרת מסוג 2 עם המחלה.

עד היום נערכו כמה מחקרים העוסקים בכך, אולם לטענתנו הספרות הקיימת מתעלמת מהיבטים חברתיים, סביבתיים ופוליטיים חשובים המשליכים על בריאותם של חולים אלו. במאמר זה נתאר תחילה את שתי הגישות העיקריות הקיימות כיום בספרות להבנת הקשיים בהתמודדות עם מחלת סוכרת מסוג 2 בקרב בדואים בישראל – הגישה הרפואית-אינדיווידואלית, וגישה "מיעוטים במעבר למודרניזציה". לאחר שנבחן את הנחות היסוד של שתי הגישות ואת ממצאי המחקר העיקריים ביחס לקהילה הבדואית בנגב, נדון בגישת מחקר חדשה שרואה בסוכרת סימפטום של אי-שוויון, וניישם אותה לראשונה ביחס להתמודדות עם סוכרת בקהילה הבדואית בנגב. לבסוף נציג ממצאים ממחקר שערכנו על התמודדות עם מחלת הסוכרת מסוג 2 בקהילה.

סקירת ספרות

בפרק זה נציג את שתי הגישות העיקריות הקיימות כיום בספרות להבנת הקשיים בהתמודדות עם מחלת סוכרת מסוג 2 בקרב הבדואים בישראל, נבחן את הנחות היסוד של גישות אלו והממצאים המחקריים העיקריים שדווחו בספרות עד כה.

גישה רפואית-אינדיווידואלית

רוב המחקרים העוסקים בהתמודדות עם סוכרת מסתמכים על הגישה שאנו מכנות גישה רפואית-אינדיווידואלית, ומתמקדים באופנים שבהם מאפיינים אישיותיים משפיעים על ההתמודדות. הגישה הרפואית-אינדיווידואלית היא נגזרת של המודל הביורפואי המערבי המסורתי – מודל שתופס את עצמו כאובייקטיבי, וגורס כי התמודדות עם מחלה היא עניין שאינדיווידואלים צריכים לקחת עליו אחריות. מחקרים המתבססים על מודל זה תופסים אותו

כמערך ידע אובייקטיבי אפוליטי (ראו למשל; Akbari et al., 2020; Knowles et al., 2020; Murphy & Kinmount, 1995). על פי הגישה הרפואית-אינדיווידואלית, הטיפול במחלה וניהולה הם באחריות הפרט ותלויים במידת היענותו לטיפול, כלומר במידה שבה הוא מבצע את הוראות רופאו המטפל (Mitchell, 2012); הגורם העיקרי לחוסר הצלחה באיזון סוכרת או לסיבוכים של סוכרת הוא חוסר היענותו של האדם למשטר הטיפול הרפואי – למשל חוסר התמדה במשטר תזונה מתאים, הימנעות מפעילות גופנית וחוסר הקפדה על טיפול רפואי מסוים (Chlebowy et al., 2010). בשנים האחרונות מתגברים הקולות המבקשים להדגיש את השפעתם של גורמים חברתיים ופסיכולוגיים על ההתמודדות עם המחלה ועם הטיפול הרפואי, וקוראים לקשור ביניהם ובין המודל הביורפואי.

רוב המחקרים על התמודדות עם סוכרת מסוג 2 בקרב בדואים בישראל מבוססים על המודל הביורפואי. לדוגמה, אורן טמיר ועמיתיו (Tamir et al., 2007) בחנו את רמת ההיענות לטיפול תרופתי בהתמודדות עם מגוון מחלות, ובכלל זה סוכרת מסוג 2, באוכלוסייה הבדואית בישראל. הם מצאו כי רק 28% מהמטופלים הסוכרתיים בקהילה הבדואית נענים להוראות הטיפול התרופתי. כמו כן, הם מצאו כי בקהילה הבדואית שיעורי ההיענות לטיפול תרופתי וההיענות לבדיקות המשך היו נמוכים באופן קיצוני בהשוואה לשיעורים אלו באוכלוסייה היהודית בישראל. אולם ההסתמכות הבלעדית על ניתוח נתונים מתיקים רפואיים לא אפשרה לבחון את הגורמים העומדים בבסיס ההיענות הנמוכה.

מחקרים בגישה הרפואית-האינדיווידואלית מתמקדים בגורמים שתורמים להצלחת הטיפול או לכישלונם ברמת הפרט – למשל כיצד תכונות אישיות, כמו התמדה או כוח רצון, קשורות להיענות לטיפול תרופתי; וברמת החברה – למשל השוואה של מידת ההיענות לטיפול בקבוצות חברתיות שונות. אך קיימת בגישה זו סתירה פנימית בהתייחסות להתמודדות עם סוכרת באוכלוסיות מיעוט. היא אמנם מכירה בכך שלאוכלוסיות אתניות ספציפיות (כגון האוכלוסייה הבדואית בישראל) יש מאפיינים ייחודיים ושונים מאלו של קבוצה האוכלוסייה הדומיננטית במדינה, מבחינת שכיחות המחלה ושיעור איזון המחלה; אך היא אינה מתייחסת למאפיינים של אי-שוויון חברתי וכלכלי ולמאפיינים מבניים של קבוצות אוכלוסייה שונות, כגון תנאי חיים שונים, שנובעים משייכות לקבוצות שוליים חברתיות ויכולים להשפיע על ההיענות לטיפול תרופתי ועל התמודדות עם המחלה, למשל בשל חוויות מתמשכות של מתח (George, 1993). הגישה הביורפואית אינה מתייחסת לגורמים אלו, אלא מדגישה את אחריותו של הפרט ומגדירה את היענות לטיפול כחוסר שיתוף פעולה או פטליזם. נוסף על כך, לעיתים קרובות הגדרת הבריאות לפי הגישה הביורפואית צרה יותר מהגדרת הבריאות המאפיינת קהילות ילידיות, שקשורות בריאות גם לאיזון בין תחומי החיים של הפרט ולאיזון בין הפרט לקהילה (Mitchell, 2012).

גישת מיעוטים במעבר למודרניזציה

בשני העשורים האחרונים החלו להתפרסם מחקרים הקושרים בין שיעורים גבוהים של מחלת הסוכרת ושיעורים נמוכים של איזון המחלה ובין מעבר מהיר מאורח חיים נוודי-חקלאי לאורח חיים אורבני או מודרני (Dunton et al., 2016; Mitchell, 2012; Treister-; Goltzman & Peleg, 2014; Yoel et al., 2013). כמו גוף הידע של המחקרים שסקרנו לעיל,

גם מחקרים אלו מתבססים על המודל הביורפואי של מחלות. כלומר, התמודדות עם מחלה נתפסת כפעילות של הפרט, והתמודדות מיטבית מוגדרת לפי מידת ההיענות לטיפול. ואולם מחקרים אלו אינם מתייחסים רק לרמת הפרט, אלא גם למעורבות של גורמים קבוצתיים או חברתיים-תרבותיים – למשל אמונות שמשותפות לבני קהילה מסוימת, ואשר נקשרות לרצון וליכולת להיענות לטיפול. עם זאת, ההתייחסות לגורמים חברתיים-תרבותיים היא שלילית בלבד: ההקשר החברתי האתני, המעבר המהיר לאורח חיים מודרני ומעמדה של הקבוצה בתוך החברה הכללית נחשבים גורמי סיכון בלבד, ונתפסים כמקור להתמודדות בעייתית או כסיבה אפשרית לחוסר היענותו של הפרט לטיפול.

מחקרם של אורי יואל ועמיתיו (Yoel et al., 2013) ממחיש את שני הנדבכים של הגישה. כדי להבין את הסיבות שבעטיין תוצאות הטיפול אינן מיטביות, העבירו החוקרים בקרב המשתתפים שאלונים לבדיקת משתנים אישיותיים, ובחנו גם את המידה שבה המטופלים מחזיקים באמונות שמיוחסות לקהילה הבדואית כ"קהילה מסורתית" – למשל אמונות מוטעות לגבי בטיחותן של תרופות או הבנה לקויה של מחלה כרונית. החוקרים קשרו בין המידה שבה מטופל בדואי מחזיק באמונות "מסורתיות" ובין היענות לקויה לטיפול, וטענו כי אמונות אלו הן החסם העיקרי בפני טיפול מיטבי. כלומר, חוקרים אלו הביאו בחשבון גורמים תרבותיים, אבל התייחסו אליהם כאל חסמים בלבד והתעלמו מהאפשרות שהם עשויים גם לסייע בהתמודדות.

על פי תפיסתנו, את תפיסתם של גורמים תרבותיים כבעלי פוטנציאל שלילי בלבד אפשר לייחס למטען האוריינטליסטי המאפיין את גישת המיעוטים במעבר למודרניזציה – במקרה זה, להנחה הלא ביקורתית כי קיים יחס של ניגוד בין מודרניזציה, הנתפסת כמתקדמת וכמועילה, ובין תרבות ילידית הנתפסת כמיושנת וכמזיקה. כך למשל, במאמר שבוחן היענות לטיפול בגורמי סיכון למחלות לב ולחץ דם בקרב הקהילה הבדואית (Tamir et al., 2007) טוענים החוקרים שבבסיס חוסר ההיענות לטיפול עומדים כמה מאפיינים שקשורים למטופל, ומונים ביניהם מטען תרבותי שמיוחס למזרח – תכונות כגון ותרנות וחוסר יכולת להתמודד עם תסכולים. מאפיינים אלו מוזכרים באותו משפט לצד מצוקה כלכלית, כאילו מדובר במאפיין אובייקטיבי של הקהילה הבדואית.

בשל הנחה זו, מחקרים שנשענים על גישת המיעוטים במעבר למודרניזציה מסווגים מראש גורמים שקשורים לממסד הרפואי או לחברה הישראלית כבעלי פוטנציאל חיובי להתמודדות, ואילו גורמים שקשורים לתרבות מקומית בדואית מסווגים כמזיקים. לדוגמה, שונה דנטון ועמיתיה (Dunton et al., 2016) פרסמו חקר מקרה על התמודדות של שייח' בדואי עם מחלת הסוכרת במטרה להדגים כיצד פרקטיקות מסורתיות, שבאות לידי ביטוי במסגרת המעבר המהיר של החברה הבדואית למודרניזציה, עלולות לסבך את ההתמודדות עם סוכרת מסוג 2; במחקרם הם מצאו כי מנהגי האירוח הבדואי פוגעים ביכולתו של הפרט להיענות באופן מיטבי למשטר הטיפולי במחלת הסוכרת. מחקר אחר על הקהילה הבדואית בחן את הנורמה התרבותית של הכנת תה ואוכל לכל המשפחה בידי אדם אחד, ותיאר אותה כפוגמת בניהול המחלה: לטענת החוקר, נורמה זו מהווה חסם מרכזי בפני שליטתו של הפרט על כמות הסוכר הנצרכת ובפני התמודדות טובה עם המחלה (Abu-Nadi, 2013). התפיסה שלפיה תרבות בדואית מסורתית היא חסם בלבד באה לידי ביטוי גם במאמרים אחרים, למשל אצל דנה זילברמן-קריביץ ועמיתיה (Zilberman-Kravits et al., 2018),

הבוחנים התאמה תרבותית של תוכנית ייעוץ לשיפור ההתמודדות עם סוכרת. הם מתייחסים לתזונה בדואית מסורתית כאל תזונה עשירה בפחמימות פשוטות ולכן כחסם שיש להתמודד איתו, אך מתעלמים מהיבטים אחרים בתזונה זו.

הביקורת על גישת המיעוטים במעבר למודרניזציה נחלקת לארבע טענות עיקריות. ראשית, נטען כי אף שהיא מרחיבה את נקודת המבט של הגישה הרפואית האינדיווידואלית – שכן היא מביאה בחשבון נורמות ופרקטיקות חברתיות, ולא רק גורמים אינדיווידואליים (וזהו התקדמות חשובה בהתפתחות ההבנה המחקרית ביחס להתמודדות עם סוכרת 2 בקהילות מיעוטים בעולם המערבי) – היא אינה מתייחסת מספיק לאי-שוויון חברתי, כלכלי ופוליטי, המעצב את ההקשר שבתוכו מתקיימות הנורמות והפרקטיקות האלה.

שנית, היא מייחסת ערך חיובי להשלמת המעבר למודרניות. אמנם מרבית המחקרים מכירים בכך שבאורח החיים המודרני או העירוני יש מרכיבים רבים המהווים גורמי סיכון להתפתחות סוכרת, כגון אורח חיים יושבני או תזונה מעובדת, אבל מרכיבים אלו – כמו המודרניות עצמה – נתפסים כהכרחיים וכבלתי נמנעים (Dunton et al., 2016; Fraser et al., 2008; Yoel et al., 2013; Zilberman-Kravits et al., 2018). תפיסה זו מניחה כי מרכיבים מזיקים אלו מאוזנים בידי המרכיב ה"אמוני" של אורח החיים המודרני, קרי ויתור על אמונות ופרקטיקות מסורתיות, אמונה שלמה במדע ובקדמה, ושיתוף פעולה עם הוראות הממסד הבירופואי. לשיטתה, כאשר יושלם המעבר של קהילות ילידיות לחיים מודרניים וחבריהן יאמצו את המרכיב ה"אמוני" של אורח החיים החדש, אז ירדו שיעורי המחלה ותוצאות הטיפול ישתפרו.

שלישית, משום שגישת המיעוטים במעבר למודרניזציה מייחסת לפרקטיקות תרבותיות בדואיות מטען שלילי אפריורי, היא אינה יכולה לחקור אופנים שבהם התרבות הבדואית עשויה לשמש משאב חיובי, כזה שמצמיח דרכי התמודדות יעילות עם המחלה מעבר לאלה של המודל הרפואי. כך למשל, מחקרים המכירים בכך ששיפור הטיפול בסוכרת מצריך התערבות מערכתית, ולא רק השתנות של החברה הבדואית עצמה, מציעים לערוך התאמה תרבותית של התערבויות טיפוליות המבוססות על המודל הבירופואי (Fraser et al., 2008; Zilberman-Kravits et al., 2018). שום מחקר אינו מבקר את עצם ההנחה שאפשרויות ההתמודדות עם המחלה מסתכמות באלה שמציע הממסד הבירופואי, ושום מחקר אינו מתבונן על התרבות הבדואית המסורתית כמקור לאופני התמודדות חדשים.

רביעית, מחקרים שמונחים על ידי גישה זו מתייחסים לפרקטיקות תרבותיות כאילו הן נמצאות במעין ואקום – הם אינם מתייחסים במפורש להקשר החברתי, ההיסטורי והפוליטי של פרקטיקות תרבותיות. כך למשל, בעבר הייתה פרקטיקת האירוח חלק מאורח חיים בדואי שכלל גם עבודה פיזית מאומצת, גידול עצמי של ירקות, דגנים ובעלי חיים, ותנועה במרחב גיאוגרפי רחב. כיום האירוח הוא חלק מאורח חיים מודרני, שכולל פחות פעילות גופנית ויותר מזון מעובד ומרובה פחמימות וסוכר. במילים אחרות, חוסר ההתאמה בין הפרקטיקות המסורתיות ובין תנאי החיים הנוכחיים הוא המקשה על החולים ומצמצם את האפשרות להתמודדות מיטבית עם המחלה.

לסיכום, התפיסה הרווחת בספרות הקיימת כיום ביחס להתמודדות עם סוכרת מסוג 2 בקהילה הבדואית, המתבססת על שתי הגישות שהוצגו לעיל – הגישה הרפואית-אינדיווידואלית וגישת המיעוטים במעבר למודרניזציה – אינה מביאה בחשבון שני היבטים מרכזיים. ראשית, האפשרות שנורמות ופרקטיקות תרבותיות יכולות לשמש גם משאב

חיובי להתמודדות עם מחלת הסוכרת אינה נדונה או נחקרת כלל, אף שמחקרים טוענים כי החוויות ותפיסת העולם של קהילות מיעוטים יכולות לשמש להרחבת התפיסה של התמודדות מיטבית עם מחלת הסוכרת (Chard, 2017; Duwe, 2016; Sanderson et al., 2012). שנית, היא אינה מייחסת חשיבות מספקת להדרה החברתית, הכלכלית והפוליטית של קבוצה זו, הנחשבת לאחת הקהילות המודרות והעניות ביותר בישראל (Abu-Badar & Tubi & Feitelson, 2019; Gottlieb, 2008; Muhammad et al., 2017). בשנות השישים החלה מדינת ישראל לכפות על האוכלוסייה הבדואית מעבר ליישובי קבע עירוניים, והמהלך תרם להדרתם החברתית והכלכלית ויצר ואקום חברתי ותרבותי בקהילה (Abu Rabia, 2011). חוקרים רבים טוענים כי מהלך זה נועד לנשל את התושבים הבדואים משטחי הנגב על מנת לייחד את האזור (Kedar et al., 2018; Nasasra et al., 2015). הוא הביא לכך שחלק גדול מהקהילה הבדואית בנגב חי כיום ביישובים שאינם מוכרים, כאלה שנעדרים תשתיות ושירותים ממשלתיים, והם היישובים המופלים והמוחלשים ביותר בישראל. מצבם של היישובים הבדואיים החוקיים טוב אך במעט. העוני השורר בהם, והתזונה הלקויה הנובעת ממנו, מגבירים את הסתמכותם של התושבים על מזונות מעובדים ומזונות עתירי פחמימות, פוגעים ביכולת לאזן את רמת הגלוקוז בדם, ומקשים על השגת תרופות ועל עיסוק קבוע בפעילות גופנית (Cwikel et al., 2003). מחקרים הראו כי התזונה השכיחה בקהילות בדואיות בישראל מכילה מעט מדי חלבון, ברזל וסידן ויותר מדי מלח וקלוריות (Cwikel et al., 2003; Treister-Goltzman & Peleg, 2014). יתר על כן, חוסר ההיענות לטיפול הרפואי קשור לבעיות נגישות של שירותים רפואיים, מחסור באנשי צוות רפואי ובשעות שירות רפואי, חוסר מודעות לגורמי סיכון לסוכרת, ובעיות תקשורת עם הצוות הרפואי (Abu-Nadi, 2013; Tamir et al., 2007; Yoel et al., 2013). כפי שמלמד מחקר ממשלתי עדכני, ביישובי הקבע של הבדואים בדרום – הכלילים גם את הכפרים המוכרים וגם את הבלתי מוכרים – יש פערים ניכרים בהיצע שירותי בריאות בהשוואה ליישובים יהודיים וערביים כאחד (שריר ואחרים, 2019). אותו מחקר מראה כי האוכלוסייה הבדואית שמתגוררת בדרום הארץ, המונה כיום כ-250 אלף אישה ואיש, חווה פגיעה כפולה: לא זו בלבד שזמינות השירותים הרפואיים נמוכה במחוז דרום כולו – זמינותם ביישובים הבדואיים נמוכה אף ביחס לזו שבשאר יישובי הדרום.

לאור החסרים בשתי גישות המחקר הנפוצות באשר להתמודדות עם סוכרת מסוג 2 באוכלוסייה הבדואית בנגב, אנו מבקשות לבחון – לראשונה ביחס לאוכלוסייה הבדואית – גישה הרואה במחלת הסוכרת ובהתמודדות איתה סימפטומים של אי־שוויון. גישה זו החלה להתפרסם בשנים האחרונות כדרך להבנת ההתמודדות של אוכלוסיות ילידיות ומודרות עם סוכרת מסוג 2 (Daoud, 2018; Duwe, 2016).

מחלת הסוכרת וההתמודדות איתה כסימפטומים של אי־שוויון

בעשורים האחרונים התפתחה מאוד גישת הגורמים החברתיים המשפיעים על הבריאות (social determinants of health), המקשרת בין גורמים שונים של אי־שוויון חברתי לאי־שוויון בבריאות (Marmot & Wilkinson, 2005). גישה זו מבקשת להבין את השפעתו של אי־שוויון חברתי על הסיכויים ללקות במחלות שונות, אבל היא אינה עוסקת בסוגיית ההתמודדות עם מחלות לאחר האבחנה (Marmot & Wilkinson, 2005). במאמר זה אנו

מציעות גישה חדשה ורחבה יותר, הבוחנת את הקשר בין אי־שוויון ובין סיכויי התחלואה וההתמודדות עם המחלה בהקשר של סוכרת. אנו מכנות גישה זו "מחלת הסוכרת וההתמודדות איתה כסימפטומים של אי־שוויון". הגישה מתייחסת לשני היבטים של סוגיית ההתמודדות: חסמים בהתמודדות שייחודיים לקהילה הבדואית כקהילה ילידית, ואפשרויות התמודדות שנובעות ממשאבים ייחודיים לקהילה.

כמו גישת המיעוטים במעבר למודרניזציה, גם גישת הסוכרת כסימפטום של אי־שוויון מתמקדת בשייכות לקהילות מיעוטים בהתמודדות עם סוכרת מסוג 2. אך גישה זו מאתגרת שתי הנחות בסיס של הגישה האחרת: ההנחה כי הקשיים הקשורים למעבר למודרניזציה הם בלתי נמנעים, וההנחה כי מאמצים לשפר את שיעורי ההצלחה באיזון המחלה בקהילות מיעוט צריכים להתרכז בהעלאת שיעורי ההיענות של הפרט למשטר הטיפול הביו־רפואי. לפי גישה זו, השיעורים הגבוהים של מחלת הסוכרת בקהילות מיעוטים והשיעורים הנמוכים של איזון המחלה משקפים אי־שוויון בריאותי, הווה אומר, אי־שוויון שאפשר למנוע אותו ואשר גורם להבדלים רחבי היקף בבריאות של קהילות שונות בחברה המערבית (Daoud, 2018; Duwe, 2016). הגישה מתמקדת בשני היבטים. האחד הוא מיפוי ואפיון של תנאים חברתיים, פוליטיים, כלכליים וחומריים ייחודיים לקהילות מיעוט, אשר מעצבים ומגבילים את האפשרות להתמודד עם סוכרת מסוג 2. השני הוא המשגה של דרכים אלטרנטיביות להתמודדות מיטיבה עם סוכרת מסוג 2 באופן שמרחיב את המודל הביו־רפואי, על בסיס נרטיבים, תפיסות עולם וחוויות של קהילות מיעוט. פרטים מסוימים בקהילות ילידיות יכולים להשתמש במשאבים ייחודיים לקהילה, למשל לשלב טקסים דתיים בשגרת הטיפול במחלה או להיעזר במוסדות חברתיים ייחודיים (כמו מוסד מבוגרי הקהילה) להפצת מידע שרלוונטי להתמודדות עם המחלה. משאבים אלו מרחיבים את רפרטואר דרכי ההתמודדות המקובל במודל הביו־רפואי, שלרוב הוא כולל נטילת תרופות, שינויים תזונתיים ופעילות גופנית בלבד.

שיטת המחקר

על מנת לבחון את ההתמודדות עם סוכרת מסוג 2 מנקודת המבט של גברים ונשים מהקהילה הבדואית בדרום בהתבסס על גישת הסוכרת כסימפטום של אי־שוויון חברתי, תרבותי ופוליטי, ערכנו מחקר איכותני המבוסס על ראיונות חצי מובנים שהתקיימו בשנים 2017-2019. המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של אוניברסיטת בן־גוריון בנגב וועדת הלסינקי של קופת חולים כללית באזור דרום.

המשתתפים

בשלב הראשון גויסו מרואיינים דרך מרפאה של שירותי בריאות כללית ברהט. בשלב השני, כדי לגוון את מדגם המחקר, גויסו מרואיינים נוספים דרך פעילויות של אג'יק מכון הנגב.¹

1 אג'יק מכון הנגב הוא ארגון ערבי־יהודי הפועל לפיתוח חברתי־כלכלי בקרב החברה הערבית הבדואית וליצירת שותפות בין יהודים וערבים בישראל.

בשני שלבי הגיוס, רופא או מעביר הפעילות סיפרו על המחקר והציעו לאנשים להשתתף בו. לאחר מכן פנו חברי צוות המחקר לאנשים שהביעו עניין בכך והסבירו שוב את מטרת המחקר, מהות המחקר והליך המחקר. מי שהסכימו להשתתף במחקר נשאלו היכן ירצו לערוך את הריאיון. לפני תחילת הריאיון הוסברה שוב למרואיינים ולמרואיינות מהות המחקר, והובטח להם כי פרטיותם תישמר במלואה. כמו כן הובטח כי במידע שהם מוסרים לא ייעשה שימוש נוסף מעבר למטרות המחקר. כל המרואיינים והמרואיינות חתמו על טופס הסכמה מדעת. בסך הכול נערכו 49 ראיונות, מתוכם 34 ראיונות עם נשים ו-15 עם גברים. גיל המרואיינים והמרואיינות נע בין 18 ל-78 (הגיל הממוצע היה 57). 36 מהם היו נשואים (רובם בנישואין פוליגמיים), 7 היו אלמנים, 4 גרושים, ו-2 רווקות.

שיטת איסוף הנתונים

הנתונים למחקר נאספו באמצעות ראיונות חצי מובנים בערבית. הבחירה להישען על סיפורי החיים של המרואיינים משקפת את הרצון לבחון כיצד שינוי ברמת המקור – מעבר הקהילה הבדואית מאורח חיים נוודי לאורח חיים אורבני למחצה – בא לידי ביטוי בחיי היומיום של חברים בקהילה (Elder, 1994). הראיונות נערכו על ידי עוזרי מחקר דוברי ערבית מהקהילה הבדואית והותאמו למגדר של המרואיינים. הם תורגמו לעברית וצוות המחקר וידא שלא חלו שינויים במשמעות במהלך התרגום. כאשר זוהו נקודות של חוסר נאמנות למקור, דוברי הערבית בצוות העלו אותן ונערך דיון צוותי באופנים שבהם אפשר לשפר את התרגום. הראיונות ארכו בממוצע כשעה ונערכו בבית המרואיינים או במרפאה, לפי רצונם. מדרוך הריאיון שחובר לצורך המחקר עסק בהתמודדות עם מחלת הסוכרת, בטיפול התרופתי ובתהליך האבחון, ובהשפעתה של מחלת הסוכרת על חיי היומיום, על חוויית העצמי, על חוויות הגוף, על קשרים בין-אישיים ועל אינטראקציות עם אנשי מערכת הבריאות.

שיטת ניתוח הנתונים

הראיונות נותחו בגישת האינטראקציוניזם הפרשני (Denzin, 2001) בפרדיגמה הביקורתית. גישה זו מתמקדת בחוויות הפרט ובפרשנות שפרטים מעניקים לחוויותיהם, ומביאה בחשבון את יחסי הגומלין המתקיימים בין האדם לסביבתו הפיזית, הכלכלית, התרבותית והחברתית. הגישה מתייחסת לכמה אלמנטים בתהליך מעגלי לכל אורך הניתוח:

- דקונסטרוקציה (deconstruction) – בחינה ביקורתית של ספרות מחקר ומדיניות, במטרה לנתח את הנחות היסוד של ספרות המחקר ואת המתחים הקיימים – בהתבסס על ספרות המחקר – באינטראקציה שבין אוכלוסיית המחקר לספקי השירותים וקובעי המדיניות.
- גילוי משמעות (epiphany) – איסוף סיפורים המשקפים את המשמעות שאנשים מעניקים לחוויותיהם ולרגעים משמעותיים להם.
- מסגור (bracketing) – ניתוח סיפורי המרואיינים. במחקר שילבנו בין ניתוח תמטי לניתוח פנומנולוגי (Denzin, 2001).

• הקשר (contextualization) – ניתוח הקשרים בין סיפורי המרואיינים ובין מיקומם בתוך ההקשר החברתי, המדיני, הכלכלי והפיזי, במטרה להבין את יחסי הגומלין בין פרשנויות משתתפי המחקר ובין המציאות החברתית (Denzin, 2001).

ייחודו של המחקר נעוץ בראיונות העומק עם נשים וגברים בדואים, המספקים גישה לנקודת המבט שלהם עצמם (אמיק) על ההתמודדות עם המחלה. כאשר נקודת המבט משתנה ועוברת מן החוץ אל הפנים, משתנה גם היחס בין אלמנטים תרבותיים בקהילה הבדואית ובין ההתמודדות עם המחלה. כפי שנראה להלן, כאשר מאזינים לקולותיהם של המרואיינים והמרואיינות אפשר לראות שאלמנטים מהתרבות הבדואית משפיעים על ההתמודדות עם המחלה לא בפני עצמם ובנפרד, אלא דרך אינטראקציה עם סביבה חברתית ופיזית ספציפית.

ממצאים

מניתוח הראיונות עולה כי נשים וגברים בדואים בישראל שמתמודדים עם מחלת הסוכרת מודעים לשיח הרפואי והציבורי הקושר בין מאפיינים תרבותיים של מיעוטים ילידיים ובין התמודדות לא מיטבית עם המחלה. בחלקו הראשון של פרק הממצאים אנו מראות כיצד במקרים מסוימים המרואיינים מבטאים הפנמה של תפיסות המשויכות לגישת מיעוטים במעבר למודרניזציה, וכיצד במקרים אחרים הם מבטאים התנגדות לתפיסות אלו ומאתגרים את הקשר בין אלמנטים תרבותיים ובין התמודדות לא מיטבית עם המחלה. בחלקי הפרק הבאים אנו נעזרות בדוגמאות קונקרטיות מהראיונות כדי להמחיש כיצד השפעה של אלמנטים תרבותיים על ההתמודדות עם מחלת הסוכרת אינה חד-משמעית ומחויבת המציאות, אלא נובעת מאינטראקציה עם נסיבות סביבתיות ספציפיות של חיים תחת אי־שוויון, ובייחוד עם המעבר הכפוי לעיירות, החיים בשוליים החברתיים והכלכליים של החברה הישראלית, וקשיי התקשורת והשפה במפגש עם אנשי הצוות הרפואי.

תפיסות רווחות לגבי תרבות ילידית והתמודדות עם מחלות הסוכרת

בגישת מיעוטים במעבר למודרניזציה, אלמנטים של תרבות ילידית נתפסים כגורמי סיכון בלבד – כמקור להתמודדות בעייתית עם המחלה או כסיבה אפשרית לחוסר היענותו של הפרט לטיפול. חלק מהמרואיינים והמרואיינות הדהדו תפיסה זו. היו שהתייחסו ל"בדואים" כאל מי שמייצגים אורח חיים והרגלי אכילה לא בריאים, ול"יהודים" כאל מי שמייצגים הרגלי אכילה בריאים. אפשר לראות תפיסה זו כהגזעה (racialization) של הרגלי אכילה, שלפיה היהודים הם קבוצה שחיה אורח חיים מודרני כבר זמן רב ולכן התאימה את הרגלי האכילה והחיים לשפע המודרני, ואילו הקהילה הבדואית מתאפיינת בהרגלי אכילה שמתאימים לאורח חיים מסורתי, שבו מזון אינו נמצא בשפע והמשפחה המורחבת עומדת במרכז החיים הציבוריים. כך סיפרה עזיזה (48, מיישוב מוכר):²

האוכל שלנו שומני ואוכלים ארוחות כבדות בשעות מאוחרות באירועים ובחגונות, כולם אוכלים וזה לא תקין. גם בתוך המשפחה אוכלים כבד בערב, מקלובה ובשר כבש, ואין אצלנו ארוחה כבדה בצהריים. אצל יהודים ארוחה עיקרית זה בצהריים, ובערב אוכלים סלט.

מעניין לבחון את ההגזעה של הרגלי אכילה במסגרת השיח שרווח עוד מהמאה ה־18 וה־19 ביחס להשמנה ולמיעוטים אתניים, ואת האופן שבו הוא ממשיך להדהד היום בדברי המרואיינים. היסטוריונים מערביים הראו שלצד תפיסות הקושרות בין מוצא אתני להשמנה³. התפיסה הייתה שבניגוד להשמנה רווחה גם תפיסות הקושרות בין מוצא אתני להשמנה³. התפיסה הייתה שבניגוד לקבוצות אתניות שונות, דורות קודמים של "האדם הלבן" כבר התמודדו עם שפע תזונתי ולכן הם מפגינים יכולת טובה יותר של שליטה עצמית בנוגע למזון. לעומת זאת, בני מיעוטים אתניים מוצגים לעיתים בתרבות הפופולרית כאנשים שמנים שמתקשים לשלוט בעצמם (Farrell, 2011). ניכר כי תפיסה דומה מהדהדת בדבריו של מחמוד (78, מיישוב לא מוכר), המבטא הכללה שלפיה יהודים מתמודדים טוב יותר עם סוכרת משום שהם שולטים יותר בכמויות המזון שהם צורכים, לכאורה משום שהם כבר רגילים לשפע המודרני:

זה לא קשור לבדואים או יהודים [אן] לאוכל עצמו, זה קשור לכמות. היהודי אוכל פרוסה אחת ואנחנו אוכלים הרבה לחם. האוכל צריך להיות במידה ולא רק בריא. אנחנו אוכלים המון לחם, בלי הקליפה של הקמח ועם סוכר.

לפי תפיסה זו, כמו בגישת המיעוטים במעבר למודרניזציה, הבעיה אינה עצם אורח החיים המודרני אלא מצב הביניים שבו חיה הקהילה הבדואית: בתנאים של שפע תזונתי ואגב סיגול אורח חיים יושבני, אבל עם הרגלי אכילה והרגלי חיים שנובעים מאורח חיים מסורתי יותר. לא כל המרואיינים ביטאו תפיסות שמהדהדות את גישת המיעוטים במעבר למודרניזציה. היו מי שאתגרו את עצם ההכללה שלפיה יש בנמצא תפריט או הרגלי אכילה שמאפיינים את כלל היהודים, ותפריט או הרגלי אכילה שמאפיינים את כלל הקהילה הבדואית. סלמה (72, מיישוב מוכר) אמרה, "אני חושבת שאצל כולם זה אותו האוכל, ערבים או יהודים, אין כלום בריא. הכול מלא כימיקלים ומתועש". מחקרים מראים שמוצרי מזון דיאטטיים ותחליפי סוכר, שמאפיינים דווקא הרגלי תזונה מערביים (בין השאר מפני שלרוב הם יקרים יותר), מזיקים לחילוף החומרים ועלולים להגביר את הסיכון לסוכרת ולהשמנה (Huang et al., 2017). ואכן, סלמה המשיכה וביקרה את התפיסה שהרגלי אכילה המקושרים לרוב היהודי הם בהכרח בריאים יותר: "אפילו האוכל הדיאטטי לא בריא, ולא מדויק מה שכתוב על האריזות כמו הזירו [קולה זירו] והלחם. אני לא מאמינה בזה, כי יש פֶּכּוּל סוכר. הכי טוב זה לאפות לחם לבד בבית". אבתסאם (50, מיישוב מוכר) ציינה שמזונות מסוימים שמקושרים לתרבות הבדואית עשויים דווקא לסייע להתמודדות מיטבית עם מחלת הסוכרת:

3 בני המעמד הגבוה והאצולה הגדירו את עצמם כמי שיוצאים לצורך במשורה מפני שהורגלו לכך ולמדו לעשות זאת בהיותם נצר לדורות שחיו בעושר, בניגוד ל"מתעשרים החדשים" בני המעמד הבינוני, שלא למדו לצרוך במידה ולכן הם צורכים יותר מדי מזון, תרבות וידע (Farrell, 2011).

בטח, יש מאכלים רבים שבאמצעותם אני משפרת את הסוכרת. למשל ג'רישה [בורגול דק] מבושלת, פריקה [חיטה ירוקה] מבושלת. דברים שנותנים אנרגיה, כמו פריקה. אוכל בריא. מחזק את הבריאות שלי, לא כמו מטוגנים, בורקסים וממתקים שהורסים את הבריאות שלי. כי את אלה אני לא יכולה לאכול. הייתי חייבת לגלות את האוכל הבריא שלנו, שאנחנו אוכלים תמיד.

המילים "הייתי חייבת לגלות את האוכל הבריא שלנו" ממחישות כיצד בכל תרבות נתונה, בזמן ומקום ספציפי, יש מנעד רחב של הרגלים תרבותיים, ובכללם מזונות. מה שקובע אילו הרגלים יתממשו ואילו לא הוא פעמים רבות האינטראקציה עם הסביבה הפיזית, החברתית והפוליטית, כפי שנראה בהמשך.

השפעת השינוי בתנאי החיים הפיזיים על ההתמודדות עם סוכרת

כאשר מנתחים את השפעות השינויים בתנאי החיים הפיזיים של הקהילה הבדואית על ההתמודדות עם המחלה, עולה כי הן נחלקות לשני סוגים: כאלה שמונעות קיום הרגלי חיים מסורתיים מקדמי בריאות, וכאלה שמעודדות הרגלי חיים מזיקים. כך למשל, מעבר כפוי לאורח חיים עירוני וכרסום בשטחים הפיזיים העומדים לרשות הקהילה מונעים מאנשיה לעבוד בעבודות מסורתיות כדוגמת חקלאות, שכללו פעילות גופנית, ולהכין מאכלים מסורתיים כמו מוצרי חלב מיובשים שאינם מצריכים קירור. נוסף על כך, המעבר הכפוי יוצר גם חוסר מעש בקרב נשים בקהילה הבדואית שקיימו את אורח החיים המסורתי (AbuRabia, 2017). בה בעת, הדחיקה החברתית והכלכלית אל השוליים מעודדת קניית מזון זול ועתיר שומנים וסוכר. כך טענה אסיל (67, מיישוב מוכר):

מקודם לא היה סרטן ולא סוכרת. עכשיו מלא בנגב חולי סוכרת, לא בגלל שהבדואים עצמם השתנו – מה שהשתנה זה אורח החיים. המדינה גם אילצה אותנו להשתנות [...] המדינה לקחה אותנו ושמה אותנו ביישוב, שינתה לנו [את] אורח החיים, הם שינו אותנו. אין לנו אדמות לגדל ירקות ופירות. קודם היינו מגדלים הכול, גם העופות והחיות. המדינה נלחמה בנו בכל היבטי החיים. היינו חברה יצרנית והפכנו לחברה צרכנית – זה החלק של המדינה. גם הנשים שלא עושות כלום זה תוצאות מזה שהמדינה שינתה לנו את אורח החיים.

המרווינים משתמשים בביטויים שמדגישים את העובדה שהמעבר לאורח חיים של יישוב קבע נכפה עליהם מבחוץ. בהיעדר ירקות ופירות טריים מגידול עצמי ואפשרות לעסוק במרעה ולהכין מזונות מסורתיים, התפריט מתבסס על מזונות מעובדים ומתועשים. עוד עולה מן הדברים כי המעבר מגידול עצמי והכנה עצמית לצריכת מוצרים קנויים ומעובדים מקשה להתמודד עם המחלה בשני היבטים נוספים, בעיקר אצל נשים: צמצום הפעילות הגופנית הכרוכה בחיי היומיום, וצמצום המשמעות האישית והקהילתית המוענקת לחיי היומיום.

מרווינים רבים תיארו התמודדות עם רצף טרגדיות אישיות שכללו מוות של קרובי משפחה בנסיבות שונות. לחלק מהמרווינים היו קרובי משפחה בגדה המערבית שנהרגו, קרובי משפחה שנרצחו בסכסוכים או בן זוג שמת. חוויה של טרגדיות וחשיפה לאלימות,

אם באופן חד-פעמי אם באופן מתמשך, צורכות משאבים נפשיים ופיזיים ומקשות על ההתמודדות עם המחלה, כפי שסיפרה ניסרין (65, מיישוב מוכר):

כן, אם אני מתעצבנת ובודקת אז זה גבוה [רמת הסוכר בדם], אם אני רגועה אז זה נמוך. גם היו אירועים אלימים ופחדתי מיריות, ועד עכשיו אני מפחדת מקולות של ירי, וזה משפיע על הסכרת. ואני מפחדת על הילדים שלי, נהרגו שלושה אנשים ואני מפחדת. אני עצבנית הרבה זמן ואני לא מפחדת על עצמי, אני מפחדת על הילדים שלי.

מרואינים אחדים תיארו הצטלבות של גורמים הפוגעים ביכולתה של הקהילה הבדואית להתמודד עם המחלה, כגון היעדר אפשרויות תעסוקה ומצוקה כלכלית. אך לצד הגורמים הפוגעים בהתמודדות עם המחלה תיארו המרואינים גם כיצד אלמנטים של התרבות המקומית, כגון פתגמים דתיים, יכולים לשמש משאב להתמודדות מיטבית. כך למשל אמרה נורה (52, מיישוב מוכר):

הנביא אמר "כאשר אוכלים צריך שיהיה מקום גם למים וגם לאוויר וגם לאוכל". לא אמר שיש לאכול עד השביעה – לא, להפסיק גם כשלא שבענו. ובפועל [אני] מיישמת את זה כי [זה] יותר נוח. אם אני אוכלת הרבה אז זה מפריע לי לישון בלילה. סגנון החיים השתנה, אבל יש מנהגים ששמרנו.

האפשרות שגורמים תרבותיים ייחודיים, כמו אמונה ופרקטיקות דתיות ספציפיות, עשויים לתרום לשיפור ההתמודדות עם מחלת הסוכרת מערערת על תיוגה של התרבות הבדואית כגורם סיכון בלבד. יתרה מזו, הנכחתן של דרכי התמודדות שאינן נגזרות מהמודל הביו־רפואי של המחלה עשויה לאפשר צורת הסתכלות חדשה, מגוונת והוליסטית יותר על ההתמודדות עם מחלות כרוניות בכלל. היא מאתגרת את התפיסה שיש מספר מוגבל של אפשרויות להתמודדות מיטבית, ושאפשרויות אלו מתמצות במסגרת המחשבה של המודל הביו־רפואי.

ואכן, בראיונות רבים עלתה האמונה הדתית ותוארה כדרך התמודדות חשובה עם הסוכרת שאינה נגזרת מהמודל הביו־רפואי. אחמד (59, מיישוב מוכר), למשל, טען כי אמונה חשובה לשמירה על האופטימיות: "לא טוב לאבד תקווה. האמונה באל מחזקת את התקווה ולכן האמונה היא כוח, כוח שעשוי לעזור לך להתמודד, והאמונה מאוד מחזקת מורלית בהתמודדות עם המחלה, במקום ייאוש". סעיד (62, מיישוב מוכר) סיפר על תרומתה לקיום שגרה של פעילות גופנית ואמר, "אני כל יום הולך לתפילת שחרית במסגד ברגל, איזה קילומטר וחצי, וחוזר ברגל. אני משתדל לעשות הליכות"; ואילו נע'מה (70, מיישוב מוכר) סיפרה על תרומתה להתמודדות עם הסטיגמה הקשורה במחלה: "[אני משתפת במחלה את] כל הקרובים והחברים... כן, מה, זה בושה? זה מאלוהים".

מרואינים אחדים תיארו כיצד הם משלבים את הפעילות הגופנית באורח החיים המסורתי הבדואי, ולא מקיימים אותה כנדבך נפרד בחייהם. אבתסאם, למשל, מצליחה לשמר חלק מאורח החיים החקלאי, והדבר מאפשר לה להיות פעילה גופנית באופן רציף:

אני רואה את עבודת הבית כהתעמלות עבורי, משום שיש לי תרנגולות ויש לי צאן. אני קמה אליהם לפעמים. כשעזו ממליטה, כל 24 שעות אני הולכת וחוזרת אליהן. גם עבודות הבית – אני מחשיבה אותן כהתעמלות, אפילו אם אומרים שהן לא התעמלות. זה חלק מההרגל, שגרה. אבל אני מחשיבה את זה כהתעמלות.

מלבד המזון המסורתי והפעילות הגופנית המשולבת בחיי היומיום, משאב נוסף שעלה בראיונות הוא ידע לגבי צמחי מרפא ששאוב מתרבות בדואית מסורתית. חנין (67), מיישוב מוכר) מטפחת צמחי מרפא ומחלקת אותם לידידים ללא תשלום. צמחי המרפא מאפשרים לה לעסוק במעין ריפוי שמשלב פעילות חברתית:

- יש לי צמחי מרפא שאני מגדלת בגינה ומרתיחה אותם, כמו זעתר, הכול טבעי. [...]. תמיד אהבתי שיהיו לי צמחים, אבל עם המחלה ניסיתי כמה דברים ולמדתי מה טוב ומה עוזר.
- איך ידעת את זה?
- זה ניסיון אישי שלי, ניסיתי דברים ובדקתי וראיתי תוצאות. אני גם עושה לאנשים חליטות צמחים.
- את גם נותנת לאנשים צמחי מרפא?
- כן, אני נותנת להם חליטות לנסות. יש לי בת דוד עם סוכרת ואני נותנת לה גם צמחים, לא במקום הכדורים, אבל אם שומרים על תפריט ולוקחים תרופות וצמחים זה עובד טוב ביחד.

אבחון מעוכב כתוצאה של עוני, היעדר משאבים והיעדר גישה למרפאות ולצוות רפואי

חוקרים אחדים קושרים את תוצאות הטיפול הלא מיטביות בחברה הבדואית לחוסר מודעות תרבותי לאפשרות שמחלות עשויות להתקיים גם לפני שיש להן ביטוי סימפטומטי – למשל, חוסר מודעות לכך שסרטן או סוכרת בשלביהם ההתחלתיים יכולים לקנן בגוף ללא סימפטומים (Dunton et al., 2016). אבחון מחלות לפני השלב הסימפטומטי, למשל באמצעות בדיקות שגרה תקופתיות, מצריך גישה לבדיקות רפואיות שמספקים שירותי הבריאות. אולם מרואיינים רבים סיפרו כי בשל הצורך לעבוד כמה שיותר הם לא הצליחו להיבדק רפואית במשך שנים, אפילו לאחר שהופיעו סימפטומים מציקים. הם פנו לסיוע רפואי רק לאחר שהסימפטומים פגעו ביכולתם לעבוד (בעבודות הבית אצל נשים, ובעבודה בשכר אצל גברים). חאלד (בן 67, יישוב לא מוכר), למשל, סיפר כי הופיעו אצלו תסמינים מקדימים של המחלה במשך שנים, אך הוא לא פנה לבדיקה רפואית. כשנשאל מדוע, אמר: "לא יודע, עבדתי המון שעות, יום ולילה בלי חופש, זה היה במשך כמה שנים. עבדתי בשמירה המון משמרות, לא ישנתי מעבר לשעתיים ביממה, רציתי להרוויח כסף". גם פאטמה (50, מיישוב מוכר) תיארה מצב דומה, וסיפרה כי נבדקה רק כאשר הסימפטומים הקשו עליה לבצע את עבודות הבית:

גיליתי את הסוכרת כאשר הייתי משתינה הרבה מאוד ושותה מים בצורה לא נורמלית. כלומר, אם לפני כן הייתי שותה מים רגיל, שתיים-שלוש כוסות, התחלתי

לשתות שניים־שלושה ליטרים. זה מה שהיה רגיל אצלי, והייתי מרגישה סחרחורת, בחילה ועייפות כשהייתי עושה את עבודות הבית. כלומר כאשר הייתי עובדת קצת, לא כשהייתי עובדת הרבה, אז הייתי סובלת. כל פעם שהייתי מתחילה לעבוד קצת הייתי מתעייפת, נחה ושוב קמה אחר כך ועובדת שוב.

רוב הנשים במחקר אובחנו כאשר היו בהיריון, גם אם חלו בסוכרת לפני ההיריון. ישראל היא מדינה פרו־נטליסטית שמציעה מעקב היריון מסובסד ובדיקות סקר שונות בחינם, ובהן גם בדיקת העמסת סוכר בהיריון. חלק מהמראיינות סיפרו כי אף שלא נעזרו בשירותי הרפואה בדרך כלל, הסתייעו בהם סביב ההריונות והלידות. בדיקת הסקר לסוכרת בהיריון שבה ועלתה כמועד שבו התגלתה המחלה בקרב המראיינות, כפי שסיפרה אמנה (44, יישוב מוכר):

- זה התחיל בהיריון.
- באיזה היריון?
- אני חושבת השני, והיו לי ארבעה הריונות.
- איך גילית את זה?
- בבדיקה של סוכרת ההיריון שעושים, ששותים את הסוכר, וגילו את זה. ולקראת סוף ההיריון היה לי גם לחץ דם גבוה ואמרו לי שאחרי הלידה זה ייעלם, אבל זה התחיל להתפתח לאט לאט. בחודש תשיעי היה לי 140, 150 ובדם 5.6, וזה היה סימן שזה ימשיך.

סולטנה (58, מיישוב מוכר) תיארה אף היא כיצד סבלה מסיפטומים במשך שנים, אך מחלת הסוכרת שהתחילה לפני ההיריון התגלתה בזמן בדיקת הסקר בזמן היריון:

- בערך הייתי בת 32 או 33. בהתחלה זה היה במהלך ההיריון שזה הגיע לרמות גבוהות, לאחר מכן זה ירד, ושוב עלה.
- אז זה התחיל במהלך ההיריון?
- לא, זה היה לפני, אבל בהיריון זה החמיר. לאחר מכן זה נרגע ו[אז] שוב הרגשתי סימפטומים, והרופא אמר שזאת סוכרת לא רק של היריון, משהו כרוני.

עצם העובדה שבשל רגישותה של החברה הישראלית לנסיבות מסוימות של היריון וילודה – פרו־נטליזם – זכו נשים מהקהילה הבדואית לאבחון רפואי, ממחישה את המרכיב הסביבתי באבחון המאוחר של מחלת הסוכרת. ממצאים אלו מחזקים את הטענה שאבחון מאוחר קשור לסביבה כלכלית ולנגישותן של בדיקות רפואיות, מעבר לאמונות הנוגעות לבריאות ומעבר לנורמות תרבותיות. לאחר שפוסקת תשומת הלב הרפואית שמקבלות נשים אלו במהלך ההיריון, רבות מהן חוזרות לחיות ללא גישה לבדיקות ולטיפול רפואי. הטיפול בתינוק עליהן לפנות להמשך טיפול רפואי בעצמן, וגישתן לשירותי הבריאות חוזרת ומצטמצמת.

קושי בגישה לשירותי בריאות עלה גם אצל מראיינים שהתייחסו לצורך לחכות זמן רב כדי לקבל תורים לבדיקות ולשירותים רפואיים אחרים. עבד (67, מיישוב מוכר) סיפר, "יש אצלנו קשיים בשירותי הרפואה. יש לנו רק רופא אחד, פקיד אחד, אחות ורוקחת, וזה

מעלה קשיים בהתמודדות עם המרפאה בהשגת תור, שזה לוקח המון זמן". קשיי נגישות של שירותים רפואיים תוארו כחמורים במיוחד בקרב מרואיינים המתגוררים ביישובים לא מוכרים: אלה הזכירו מחסור בתרופות, תורים ארוכים במיוחד והיעדר תחבורה ציבורית, ומתוך כך כורח להסתמך על טרמפים.

היעדר מידע בשפה הערבית לגבי זכויות חברתיות ולגבי התמודדות יומיומית עם המחלה

התמודדות מיטבית עם מחלת הסוכרת דורשת ידע לגבי תזונה, פעילות גופנית, בדיקות ואבחנות רפואיות, תהליכי מיצוי זכויות (למשל מול המוסד לביטוח לאומי) ועוד. למרואיינים רבים חסרו ידע רפואי, ידע לגבי מיצוי זכויותיהם וידע לגבי התנהלות יומיומית עם המחלה. סראב (53, מיישוב מוכר) אמרה, "היו תסמינים ולא הבנתי מה זה התסמינים האלה". חוסר הידע הזה קשור להיעדר משאבים מותאמים לקהילה הבדואית, כגון פרסום בערבית בכלי התקשורת ובעלונים של קופות החולים או הנגשת סדנאות של קופות החולים בנושאי תזונה, כפי שטענה עזיזה (48, מיישוב מוכר):

למה החברה הבדואית מוזנחת בנושא המחלה הזאת למרות שאנחנו חברה מספר אחת מבחינת אחוז המחלה? יש לנו אחוז מהגבוהים ביותר במחלת הסוכרת [...]. אפילו פרסומים בערבית אין לנו, כל המגזינים הרפואיים הם בעברית. ולמה אין לנו [מידע] בערבית לחלק לחולי הסוכרת ובכך לחסוך זמן לדיאטנית, למה לא מוציאים עלון על אורח חיים לחולי סוכרת, שכל רופא ייתן את זה לחולים שלו?

אמנם השפה הערבית עדיין נחשבה שפה רשמית בישראל בזמן שנערכו הראיונות, אבל התברר כי זהו מעמד תיאורטי שאינו מיושם בפועל, וכי משרדי ממשלה וגורמים רשמיים אינם מחויבים לתרגם מסמכים לערבית ועושים זאת רק במידה חלקית (Arraf-Baker, 2019). נוסף על המחסור בתכנים בערבית, גם התופעה של איידיעת קרוא וכתוב קשורה לחוסר ידע לגבי מיצוי זכויות ולגבי התנהלות יומיומית עם המחלה, כפי שסיפרה נע'מה:

- איך ידעת על הזכויות שלך?
- לא יודעת, אני לא קוראת ולא כותבת. [...] הרופא המטפל בי אמר שמגיעה לי עזרה של ארבע שעות, אבל פעמיים ביקשתי וסירבו. הכלה שלי מורה ויש לה ילדים, חוזרת הביתה בארבע ולא יכולה לעזור לי, ויש לי כאבים בגב ובצוואר ואני לוקחת זריקות לזה, ותודה לאל, ואני לוקחת מלא תרופות... ביקשתי עזרת ולא אישרו. אני מחזיקה בחבל בשירותים כדי שלא אפול, פעם נפלתי על הברך, אבל לא נתנו לי [עזרה]. [...] אני למשל מאוד מפחדת מהזריקה, במיוחד שאני לא יודעת לקרוא ומפחדת שאסתבך ואתבלבל במינון של החומרים. גם כך אני מפחדת מהבדיקה שאני עושה בדיקור. כל חולה סוכרת שאינו יודע קרוא וכתוב, צריך למצוא פתרון לחולים כאלה, סיוע בזה שמישהו יזריק להם ויתמכו בקבוצה הזאת של האנשים. למשל, הבוקר עשיתי בדיקה במכשיר אז הבאתי את המכשיר ל[שם של אחות] שתקרא את התוצאה.

ממצאים אלו מעלים את חשיבות התקשורת, בשפה המדוברת והכתובה, בין הממסד הרפואי ובין הקהילה הבדואית, וממחישים את הקשר בין חוסר במשאבים ובין נגישה הטיפול.

דיון וסיכום: מה למדנו על התמודדות עם סוכרת בקרב אוכלוסיות מיעוט?

המצאים שהוצגו במאמר זה ממחישים כיצד סוגיות של בריאות בקבוצות מיעוט אינן מתקיימות באופן מבודד אלא מושפעות מהאינטראקציה של יחסי אדם-קהילה)-סביבה-מקום. אינטראקציה זו מתבטאת בשני אופנים. האחד נוגע לסביבה הרעיונית או האידיאולוגית. כך, גישת המיעוטים במעבר למודרניזציה מושתתת על רעיונות שמקורם בתרבות המערבית - למשל, שמודרניזציה היא חיובית, שתרכות ילידית מסורתית אינה מקדמת בריאות, או שבעתיד, כאשר יושלם תהליך המודרניזציה, ייפתרו בעיות הבריאות של קבוצות ילידות. רבים מן המרואיינים ביטאו רעיונות אלו; חלקם הפנימו והדהדו אותם, ואחרים קראו עליהם תיגר. היו מי שביטאו רעיונות שדומים לעיקרי הגישה, בעיקר האשמת התרבות הבדואית בקשיי ההתמודדות עם המחלה, והיו גם מי שביטאו התנגדות לתפיסות אלו. חלק מהמרואיינים אף אתגרו את עצם היכולת להכליל ולייחס לקהילה כולה דפוסי אכילה או התנהגות אחרים וקבועים, או הטילו ספק בהנחה שהרגלי האכילה "של יהודים" מייצגים אלטרנטיבה בריאה.

האופן השני שבו מתבטאת האינטראקציה עם הסביבה נוגע לסביבה הפיזית והחברתית ברמה החומרית. הסביבה משפיעה על דפוסי הגישה של קהילה ילידית לתשתיות תקינות, למשאבים ציבוריים ולמשאבי מידע וידע. היא גם מאפשרת לאלמנטים תרבותיים מסוימים לבוא לידי ביטוי ומונעת את התבטאותם של אלמנטים תרבותיים אחרים. כך למשל, לתרבות הבדואית המקומית מיוחס היעדר מודעות לאפשרות קיומה של מחלה כרונית שאין לה סימפטומים גלויים (Dunton et al., 2016). אבל אם הדבר נכון אם לאו, הממצאים מראים שלהיעדר גישה למרפאות ולשירותי בריאות יש חשיבות רבה ביותר בעיכוב האבחון של מחלת הסוכרת. אבחון המחלה בשלב הפרה-סימפטומטי, החיוני להשגת תוצאות טיפול מיטביות, דורש גישה טובה למרפאות ולתרופות, תנאים כלכליים ואפשרויות תעסוקה, מידע זמין ונגיש ועוד.

גישת מיעוטים במעבר למודרניזציה קושרת בין תכונות או מאפיינים המיוחסים לתת-התרבות הבדואית, למשל פטליזם או פסיביות (Dunton et al., 2016), ובין התמודדות לקויה עם המחלה, באופן דומה לזה שקושר את התחלואה עם היעדר מודעות למחלה כרונית פרה-סימפטומטית. אולם הממצאים במחקר זה מראים כיצד היעדר גישה למשאבים פיזיים תרבותיים, כגון פרסום בערבית בכלי התקשורת ובעלונים של קופות חולים או סדנאות מונגשות של קופות החולים, פוגע ביכולתם של בני ובנות החברה הבדואית למצות את זכויותיהם, לקבל עזרה מתאימה ואף לקיים תקשורת מספקת עם הצוות הרפואי.

יתרה מזו, דווקא מרכיבים תרבותיים ייחודיים שמנקודת מבט חיצונית מוצגים בספרות כגורמים שמקשים על ההתמודדות עם המחלה, כמו פטליזם, מתבררים בדבריהם של המרואיינים כמשאבים שמסייעים להתמודדות. כך למשל אמונה דתית, שאליה מקושר הפטליזם, מוצגת בספרות גישת המיעוטים במעבר למודרניזציה כגורם תרבותי שמקשה

על התמודדות (Dunton et al., 2016); אבל מחקרנו מראה כי הדתיות, כמו אלמנטים אחרים מתוך התרבות המקומית, עשויה דווקא לסייע להתמודדות יצירתית עם המחלה, כזאת שחורגת מהמודל הביורפואי. נראה שדווקא פטלים עשוי לסייע בהתמודדות עם הסטיגמה הקשורה למחלת הסוכרת ובהתגברות על תחושות עצב ודיכאון. השימוש בדת כמשאב הוזכר במאמר רק בקצרה ובאמצעות דוגמה אחת, מפאת קוצר היריעה, אבל ניתן הממצאים העלה מגוון שימושים באלמנטים תרבותיים מקומיים; השימוש הקונסטרוקטיבי באלמנטים דתיים לשם התמודדות עם סוכרת - למשל שימוש בזמני תפילות כתזכורת לנטילת תרופות, או שימוש בפסוקים דתיים כדי לעודד הרגלי אכילה וחיים בריאים - מאתגר את הדיכטומיה, המובלעת בגישת המיעוטים במעבר, בין תרבות מודרנית חילונית שהרגלי החיים שלה בריאים ובין תרבות לא מודרנית ודתית שהרגלי החיים שלה מזיקים. במחקר זה עלה כי קיים בקהילה הבדואית בישראל ידע רפואי ניכר לגבי הטיפול במחלת הסוכרת, ובכלל זה הבנת חשיבותם של פעילות גופנית, של הפחתה בצריכת פחמימות וסוכרים ושל נטילת תרופות באופן סדיר. ממצא זה מאתגר את התפיסה הרווחת המייחסת לקהילות ילידיות בורות לגבי ההתמודדות עם מחלה, והקושרת זאת לתוצאות טיפול לא מיטביות (ראו למשל Yoel et al., 2013; Tamir et al., 2007). יתרה מזו, הממצא הזה יכול גם להצביע על כך שלמרות קשיי התקשורת עם נציגי הממסד הרפואי והיעדר הגישה לשירותי רפואה, הצליחו המרואיינים לרכוש ידע רפואי לגבי המחלה וההתמודדות עימה - בכוחות עצמם או דרך הממסד הרפואי. מחקרי המשך יוכלו להתמקד ברכישת ידע רפואי לגבי המחלה ובמידת היכולת ליישם אותו.

תרומת המחקר והצעות למחקרי המשך

מאמר זה מעלה שלוש תרומות לשדה המחקר ועולות ממנו כמה אפשרויות למחקרי המשך. ראשית, הוא מעשיר בידע מקומי את הגישה התיאורטית הרואה בסוכרת סימפטום של אי-שוויון, גישה שלא יושמה עד כה בישראל, אשר גורסת כי קשיי ההתמודדות עימה בקהילות ילידיות הם תוצר של חוסר איזון חברתי, תרבותי וסביבתי (Duwe, 2016; Morgensen, 2012; Sanderson et al., 2014). מדברי המרואיינים עולה כי נגישות בלתי מספקת של שירותי רפואה, וגם היעדר גישה למשאבים פיזיים תרבותיים ופעולות לשיפור צדק חברתי וסביבתי, הם חסמים משמעותיים בהתמודדות עם המחלה. כן עולה כי שיפור הזדמנויות תעסוקה, הכשרת צוותים רפואיים מתוך הקהילה המקומית ושיפור תשתיות חינוכיות עשויים לסייע לפרטים מתוך הקהילה הבדואית להתמודד באופן מיטבי עם המחלה.

שנית, המחקר שעליו מבוסס המאמר מאתגר את גישת המיעוטים במעבר למודרניזציה ומצביע על אינטראקציה בין אדם, מקום וסביבה. מתוך כך הוא מראה כי בניגוד למשתמע מגישת מיעוטים במעבר למודרניזציה, אלמנטים תרבותיים מקומיים אינם באים לידי ביטוי במנותק מהסביבה הפיזית, והם מקיימים אינטראקציה עם קבוצת הרוב האתני. תנאים סביבתיים ואינטראקציה עם סביבה פיזית, חברתית וכלכלית מאפשרים את ביטויים של אלמנטים תרבותיים מסוימים, מונעת את ביטויים של אחרים ויוצרים אלמנטים תרבותיים חדשים שנולדו מן המגע עם שינויים סביבתיים. בחינת האופנים שבהם שינוי תנאים סביבתיים (למשל שיפור אפשרויות תעסוקה) עשוי לשנות את דרך ההתבטאות של

אלמנטים תרבותיים, ומתוך כך את השפעתם על ההתמודדות עם סוכרת, עשויה לתרום לאופני המחשבה על הקשר בין התמודדות עם מחלה כרונית ובין קהילה וסביבה. שלישית, חלק מהמרואינים תיארו כיצד משאבים שלקוחים מהתרבות המקומית עשויים לתרום להתמודדות מיטבית עם סוכרת, ודבריהם מערערים על ההנחה הרווחת כי אלמנטים תרבותיים מקומיים מהווים רק מכשול בפני התמודדות מיטבית עם המחלה. מחקרי המשך יכולים לתעד דרכים נוספות של שימוש בתרבות מקומית כמשאב להתמודדות עם מחלת הסוכרת, ולתרום לעיצובן של דרכי התמודדות "מחוץ לקופסה", שיסייעו להתמודדות של חולי סוכרת גם מחוץ לקהילות ילידיות.

מקורות

- שריר, עמית, אבידן כהן ורייצ'ל ברנר שלם. (2019). זמינות שעות שירותי רפואה בקהילה: מיפוי גיאוגרפי. משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.
- Abu-Bader, Suleiman, & Daniel Gottlieb. (2008). Education, employment and poverty among Bedouin Arabs in southern Israel. *Hagar: International Social Science Review*, 8(2), 121–136.
- Abu-Nadi, Ferial Alanood Alshamari. (2013). Health inequalities and the right to healthcare of Negev Bedouin in Israel with diabetes: A case study of a marginalized Arab indigenous minority [Doctoral Thesis, University of Warwick].
- Abu Rabia, Rawia. (2011). Redefining polygamy among the Palestinian Bedouins in Israel: Colonization, patriarchy, and resistance. *American University Journal of Gender, Social Policy & the Law*, 19, 459–480.
- AbuRabia, Rawia. (2017). Trapped between national boundaries and patriarchal structures: Palestinian Bedouin women and polygamous marriage in Israel. *Journal of Comparative Family Studies*, 48(3), 339–349.
- Akbari, Hadi, Fahimeh Dehghani, & Maryam Salehzadeh. (2020). The impact of type D personality on self-care of patients with type 2 diabetes: The mediating role of coping strategies. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 19(2), 1191–1198.
- Arraf-Baker, Salma. (2019). The nation-state law and the deprivation of the Arabic language from official status in Israel. *Palestine-Israel Journal of Politics, Economics and Culture*, 24(3/4), 181–189.
- Chard, Sarah, Brandy Harris-Wallace, Erin G. Roth, Laura M. Girling, Robert Rubinstein, Ashanté M. Reese, Charlene C. Quinn, J. Kevin Eckert. (2017). Successful aging among African American older adults with type 2 diabetes. *The Journals of Gerontology: Series B*, 72(2), 319–327.
- Chlebowy, Diane Orr, Sula Hood, & A. Scott LaJoie. (2010). Facilitators and barriers to self-management of type 2 diabetes among urban African American adults. *The Diabetes Educator*, 36(6), 897–905.

- Cwikel, Julie, Rachel Lev-Wiesel, & Alean Al-Krenawi. (2003). The physical and psychosocial health of Bedouin Arab women of the Negev area of Israel: The impact of high fertility and pervasive domestic violence. *Violence Against Women, 9*(2), 240–257.
- Daoud, Nihaya. (2018). Health equity in Israel. *The Lancet, 391*(10120), 534–535.
- Denzin, Norman K. (2001). *Interpretive Interactionism*. Thousand Oaks: Sage.
- Dunton, Shauna, Alison Higgins, Jonathan Amkraut, & Yones Abu-Rabia. (2016). Navigating care for Bedouin patients with diabetes. *BMJ Case Reports*.
- Duwe, Elise Ann Geist. (2016). Toward a story powerful enough to reduce health inequities in Indian country: The case of diabetes. *Qualitative Inquiry, 22*(8), 624–635.
- Elder, Glen H. (1994). Time, human agency, and social change: Perspectives on the life course. *Social Psychology Quarterly, 57*(1), 4–15.
- Farrell, Amy Erdman. (2011). *Fat shame: Stigma and the fat body in American culture*. New York: NYU Press.
- Fraser, Drora, Natalya Bilenko, Hillel Vardy, Kathleene Abu-Saad, Iris Shai, Heijar Abu-Shareb, & Danit R. Shahar. (2008). Differences in food intake and disparity in obesity rates between adult Jews and Bedouins in southern Israel. *Ethnicity and Disease, 18*(1), 13–18.
- George, Linda K. (1993). Sociological Perspectives on Life Transitions. *Annual Review of Sociology, 19*, 353–373.
- Huang, Mengna, Abdullah Quddus, Lynda Stinson, James M. Shikany, Barbara V. Howard, Randa M. Kutob, Bing Lu, JoAnn E. Manson, & Charles B. Eaton. (2017). Artificially sweetened beverages, sugar-sweetened beverages, plain water, and incident diabetes mellitus in postmenopausal women: The prospective Women's Health Initiative observational study. *The American Journal of Clinical Nutrition, 106*(2), 614–622.
- Inouye, Jillian, Dongmei Li, James Davis, & Richard Arakaki. (2012). Ethnic and gender differences in psychosocial factors in native Hawaiian, other Pacific Islanders, and Asian American adults with type 2 diabetes. *Journal of Health Disparities Research and Practice, 5*(3), Article 3.
- Kedar, Alexandre, Ahmed Amara, & Oren Yiftachel. (2018). *Emptied lands: A legal geography of Bedouin rights in the Negev*. Stanford: Stanford University Press.
- Knowles, Simon R., Pragalathan Apputhurai, Casey L. O'Brien, Chantal F. Ski, David R. Thompson, & David J. Castle. (2020). Exploring the relationships between illness perceptions, self-efficacy, coping strategies, psychological distress and quality of life in a cohort of adults with diabetes mellitus. *Psychology, Health & Medicine, 25*(2), 214–228.

- Marmot, Michael, & Richard Wilkinson (Eds.). (2005). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Mitchell, Felicia M. (2012). Reframing diabetes in American Indian communities: A social determinants of health perspective. *Health & Social Work, 37*(2), 71–79.
- Morgensen, Scott L. (2014, May 26). White settlers and Indigenous solidarity: Confronting white supremacy, answering decolonial alliances. *Decolonization: Indigeneity, Education & Society*.
- Muhammad, Ahmad Sheikh, Ivonne Mansbach-Kleinfeld, & Mohammad Khatib. (2017). A preliminary study of emotional and behavioral problems among Bedouin children living in “unrecognized villages” in Southern Israel. *Mental Health and Prevention, 6*, 12–18.
- Muhsen, Khitam, Manfred S. Green, Varda Soskolne, & Yehuda Neumark. (2017). Inequalities in non-communicable diseases between the major population groups in Israel: Achievements and challenges. *The Lancet, 389*(10088), 2531–2541.
- Murphy, Elizabeth, & Anne Louise Kinmount. (1995). No symptoms, no problem? Patients’ understandings of non-Insulin dependent diabetes. *Family Practice, 12*(2), 184–192.
- Nasasra, Mansoure, Sophie Richter-Devroe, Sarab Abu-Rabia-Queder, & Richard Ratcliffe. (Eds.). (2015). *The Naqab Bedouin and colonialism: New perspectives*. London and New York: Routledge.
- Sanderson, Priscilla R., M. Little, M. M. Vasquez, B. Lomadafkie, M. Brings Hlm Back-Janis, O. V. Trujillo, K. Jarratt-Snider, NI Teufel-Shone, & R. Bounds. (2012). A perspective on diabetes from Indigenous views. *Fourth World Journal, 11*(2), 57–78.
- Tamir, Oren, Roni Peleg, Jacob Dreiherr, Talab Abu-Hammad, Yunis Abu Rabia, Mohammad Abu Rashid, Alex Eisenberg, David Sibersky, Alex Kazanovich, Elbedour Khalil, Daniel A. Vardy, & Pesach Shvartzman. (2007). Cardiovascular risk factors in the Bedouin population: Management and compliance. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ, 9*(9), 652–655.
- Treister-Goltzman, Yulia, & Roni Peleg. (2014). Health and morbidity among Bedouin women in southern Israel: A descriptive literature review of the past two decades. *Journal of Community Health, 39*(4), 819–825.
- Tubi, Amit, & Eran Feitelson. (2019). Changing drought vulnerabilities of marginalized resource-dependent groups: A long-term perspective of Israel’s Negev Bedouin. *Regional Environmental Change, 19*(3), 477–487.
- Yoel, Uri, Talab Abu-Hammad, Arnon Cohen, Alexander Aizenberg, Daniel Vardy, & Pesach Shvartzman. (2013). Behind the scenes of adherence in a minority population. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ, 15*(1), 17–22.

Zilberman-Kravits, Dana, Naomi Meyerstein, Yones Abu-Rabia, Arnon Wiznitzer, & Ilana Harman-Boehm. (2018). The impact of a cultural lifestyle intervention on metabolic parameters after gestational diabetes mellitus a randomized controlled trial. *Maternal and Child Health Journal*, 22(6), 803–811.