

מחקרים בקליטה: ההיבט הלשוני-תרבותי

'איפה בליט¹ לך?':

קשיי תקשורת בין רופאים למטופלים במערכת הבריאות בארץ

יהודית רובנובסקי

המאמר מציג את תוצאותיו של מחקר שנערך בקרב רופאים וסטודנטים לרפואה בבתי חולים בארץ. מטרתו לבחון את אסטרטגיות התקשורת בין רופאים למטופלים שאינם דוברים עברית, ולהעריך את שביעות הרצון של הרופאים מתקשורת זו. בארץ נתפס השימוש במתורגמנים מקצועיים כבזבז משאבים, אך מחקרים שנעשו בעולם מראים שלטעויות בתרגום (בתקשורת בין רופא לחולה) עלולות להיות השלכות חמורות. בישראל המצב מסובך במיוחד, משום שיותר משליש תושבי ישראל (עולים, מיעוטים, עובדים זרים) עלולים להיתקל בקשיי תקשורת בבואם לקבל טיפול רפואי.

הקדמה: מה הבעיה?

על מנת לרפא אדם ממחלתו יש צורך בשילוב של גורמים רבים, ובכללם: הבנת הבעיה ותסמיניה, אבחון מוצלח, מציאת טיפול יעיל, שיתוף פעולה של החולה במהלך הבדיקה והטיפול, ועוד. ברבים מתהליכים אלה התקשורת ממלאת תפקיד חשוב, אולם בפועל נושא התקשורת התקינה בין רופא למטופל נדחק למקום משני, הן במחקר והן בשטח. רופאים וחוקרים ממעטים להכיר בעובדה כי פערים תרבותיים ולשוניים פוגעים בתקשורת בין רופאים למטופליהם ומחייבים היעזרות באיש מקצוע – מתורגמן. היעדר תקשורת טובה מביא לא רק לטעויות באבחון ובטיפול ולבזבז זמן ומשאבים יקרים, כי אם גם לסבל גופני ונפשי מוגבר ומיותר של המטופלים, ולתחושת תסכול וחוסר אונים של הרופא המטפל. אולם למרות חשיבותו של הנושא ותשומת הלב המקצועית והאקדמית שלה הוא זוכה בשנים האחרונות, אין במדינת ישראל, כמו גם במקומות רבים אחרים בעולם, פתרונות מסודרים וממוסדים לבעיות התקשורת במערכת הרפואית, ועיקר התרגום מתבצע בידי מתורגמנים לא מקצועיים.

בכמה בתי חולים בארץ. מטרתו לבחון את אסטרטגיות התקשורת בין רופאים למטופלים שאינם דוברים עברית וכן להעריך את שביעות הרצון של הרופאים מתקשורת

יהודית רובנובסקי היא מרצה במחלקה לתרגום וחקר התרגום, אוניברסיטת בר-אילן.

J_Rubanovsky@walla.co.il

¹ רוסית: כואב.

ז, מתוך הנחה כי כל הצעה לשינוי או שיפור המצב הקיים צריכה להתבסס, לפחות בחלקה, על צורכיהם והעדפותיהם של אנשי הצוות הרפואי. כמו-כן המחקר משווה את המצב הנוכחי עם המצב ששרר בישראל בעת גלי העלייה הגדולים של ראשית שנות ה-90 ובודק האם וכיצד יושמו לקחי התקופה ההיא.

המתורגמנות במערכת הבריאות בארץ כיום

מתורגמן לא מקצועי או, כפי שהוא מכונה לעתים, מתורגמן אד-הוק, הוא אדם המשמש כמתורגמן מכורח הנסיבות, למשל בן משפחה או חבר של המטופל, איש צוות רפואי דו-לשוני, מנקה, מטופל אחר, וכד'. במרבית מדינות העולם, וגם בישראל, התרגום במערכת הרפואית מתבצע בידי מתורגמני אד-הוק מסוג זה. ההסתייעות במתורגמנים שאינם מקצועיים כמוה כהיעזרות בעובר אורח להכוונת התנועה בהיעדר שוטר במקום: פעילותו אמנם מקילה על הנסיעה בטווח הקצר, אולם אי הכרתו את חוקי התנועה וחוסר ניסיונו בעבודה מסוג זה עלולים לגרום לתאונות. בעוד שכל מתורגמן עדיף על העדר מתורגמן (ובעקבות זאת, היעדר תקשורת ולפעמים גם היעדר טיפול), הרי שהשימוש במתורגמנים שאינם מקצועיים מקשה לעתים קרובות על הרופא, על המטופל, ועל המתורגמן עצמו. מחקרים רבים² מציגים את ההשפעות השליליות של השימוש במתורגמנים אד-הוק: החל בקשיי תקשורת ובתרגום שגוי (שכן ה'מתורגמנים' לא קיבלו הכשרה בתחום התרגום, ולא תמיד שולטים היטב בשתי השפות או במונחים מקצועיים שונים) המביאים לטיפול לקוי או מוטעה, וכלה בקשיים פסיכולוגיים של המתורגמנים (כאשר ילדים מתרגמים עבור הוריהם, למשל) ובעיות אתיות כגון חשש לפגיעה בחיסיון הרפואי של המטופל.

השימוש במתורגמנים מקצועיים, למרות היותו הפתרון המומלץ אצל חוקרים רבים, נתפס כבזבז משאבים: מן המטופלים מצופה בסופו של דבר ללמוד את שפת המקום, ובינתיים מערכת הבריאות מסתפקת בפתרונות אד-הוק שונים. במרבית מדינות העולם (וישראל בכללן) שירותי התרגום במערכת הבריאות אינם מוסדרים (ואף אינם מוכרים) מבחינה ממשלתית. מטופל שאינו דובר את שפת המקום ופונה לקבלת טיפול נאלץ 'להסתדר' בעצמו: לדאוג מבעוד מועד לליווי של בן משפחה או חבר המסוגלים לתרגם, להסתמך על מתרגמים אד-הוק כגון חברי צוות רפואי דו-לשוניים או מנקים, ואף להשתמש במחוות וסימני ידיים.

² לדוגמה: Cheshner, 1987; Jackson, 1998; Bernstein et al., 2002; Flores et al., 2003; Martinsen, 2003

חשיבותו של התרגום המקצועי במערכת הרפואית

מן הספרות המקצועית עולה כי ב-63% מהמקרים, לטעויות בתרגום לא מקצועי השלכות רפואיות חמורות (Flores et al., 2003). טעויות אלו עשויות לכלול השמטת מידע לגבי רגישות לתרופות, השמטת סימפטומים, מתן הוראות שגויות לגבי מינון, משך השימוש בתרופות ותכיפותו, ועוד. ברנסטיין ועמיתיו (Bernstein et al., 2002) מצביעים על כך ששימוש במתורגמים חסרי ידע ברפואה וחסרי הכשרה בתחום התקשורת עשוי להביא לעיוותים בהיסטוריה הרפואית, שימוש-יתר, או לחילופין שימוש לא מספיק בבדיקות וטיפולים, אבחון שגוי ושגיאות בטיפול. החוקרים מצאו כי מטופלים שלא קיבלו תרגום מקצועי נשארו בחדר המיון כ-3 שעות פחות בממוצע מאשר דוברי שפת המקום, וקיבלו פחות טיפולים ושירותים. למטופלים שלא קיבלו תרגום היו הסיכויים הנמוכים ביותר לקבל עירוי תוך-ורידי ותרופות במהלך שהותם בחדר המיון. פלורס ועמיתיו (Flores, et al., 2003) מספרים על ילדים שהוצאו מחזקת הוריהם בחשד להתעללות בגלל מילה שלא תורגמה כראוי.

בעיות השפה אינן הקושי היחיד בשימוש במתורגמים אד-הוק, במיוחד כאשר מדובר במתורגמים שיש להם קשר כלשהו למטופל, כגון בני משפחה או חברים. כאשר משמשים קרובי משפחה כמתורגמים ועליהם להודיע לאדם אהוב כי הוא סובל ממחלה קשה, למשל, אין ביכולתם להיות ניטרליים ומקצועיים כנדרש. יתרה מכך, מעצם היותו של המתורגמן בן משפחה, מופר החיסיון הרפואי של המטופל. כך, לדוגמה, מרטינסן (Martinsen, 2003) מתאר שני מקרים שבהם תרגום בעל עבור אשתו: במקרה הראשון עוקרה האישה בניגוד לרצונה, ובשני נמנע מהאישה ביצוע הפלה. מרשל ואחרים (Marshall et al., 1998) מביאים מקרה שבו תרגמה נערה שגססה מסרטן את דברי הרופאים להוריה. כשנפטרה, הסתבר שההורים לא היו מודעים למצבה הקשה, כיוון שהנערה הסתירה מהם את הפרטים המדויקים על מחלתה. במקרה אחר, שזכה לסיקור תקשורתי נרחב בארץ, התבקש ילד בן 11 לתרגם עבור אמו שנאנסה - מצב, שלדעת חוקרים מסוימים, גובל בהתעללות נפשית בילד.³

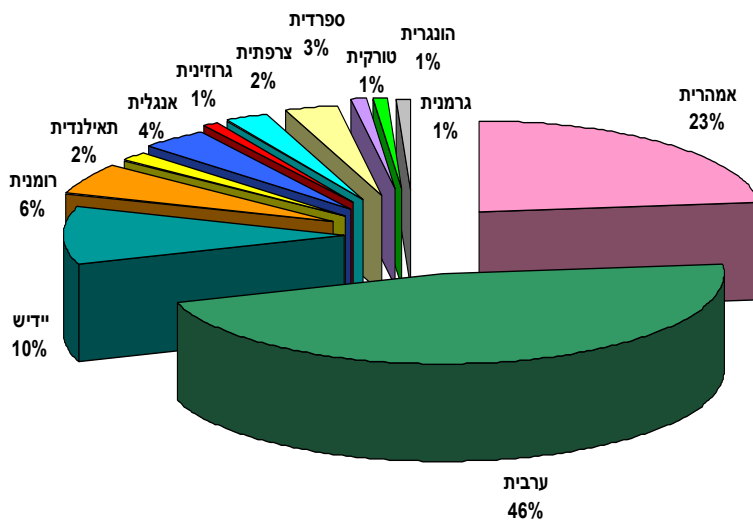
קשיי התקשורת והבעיות האתיות הנגרמים משימוש במתורגמים שאינם מקצועיים משפיעים גם על מידת שביעות הרצון של המשתתפים בשיח הרפואי המתורגם. ברנסטיין ועמיתיו (Bernstein et al., 2002) מציינים כי מטופלים מפגינים שביעות רצון גבוהה ביותר כאשר הם יכולים לתקשר ישירות עם הרופא המטפל בהם, שביעות רצון נמוכה יותר כאשר הם משתמשים במתורגמן, ושביעות רצון נמוכה ביותר כאשר יש צורך במתורגמן אולם אין כזה בנמצא. כמו-כן החוקרים מציינים כי מטופלים רבים חשים שצורכיהם אינם מקבלים מענה הולם וכי הסיבה לטיפול הלקוי שהם מקבלים היא קשיי התקשורת שבהם הם נתקלים (Bernstein et al., 2002).

³ Harrington, 2001

מיעוטים לשוניים בישראל

לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בין השנים 1990 ל-1999 עלו לישראל כ- 740 אלף עולים מברית המועצות לשעבר. כיום, מגיע מספרם לכמיליון. העולים, אשר היוו כ-4% מהאוכלוסייה בשנת 1990 וכ-13% מהאוכלוסייה בשנת 1999, מהווים כיום מעל ל-15% מאוכלוסיית ישראל. כמו כן עלו לישראל כ-85 אלף עולים מאתיופיה ואלפי עולים ממדינות נוספות. בארץ חיים גם כ-180 אלף מהגרי עבודה – עובדים זרים ממדינות שונות ברחבי העולם. בהקשר זה חשוב לציין כי למרות שבישראל שתי שפות רשמיות – עברית וערבית – הרי ששפתו של הממסד הישראלי, ובכלל זה הממסד הרפואי, היא רובה ככולה עברית. לפיכך מתוסף למניין המיעוטים הלשוניים גם אחוז לא מבוטל מתוך 1.3 מיליון תושבי ישראל דוברי הערבית. ניתן לומר, אם כן, כי יותר משליש מתושבי ישראל עשויים להיתקל בקשיי תקשורת בבואם לקבל טיפול רפואי. הרופאים שהשתתפו במחקר מדווחים על קשיי תקשורת בממוצע עם 22% מכלל המטופלים; אך בבתי חולים מסוימים מגיע מספר המטופלים הסובלים מקשיי התקשורת לכדי 90%. באופן טבעי, השפות הזרות הרווחות ביותר בקרב המטופלים הן רוסית, ערבית ואמהרית, אולם ניתן למנות עוד לפחות 15 שפות 'אקזוטיות' יותר שבהן הרופאים נתקלים, כדוגמת טורקית, פורטוגזית, רומנית, תאילנדית, גרוזינית, ניבים שונים של סינית ועוד.

תרשים 1 – התפלגות שפות



חוקים ויישומם בשטח

על-פי חוק, כל מוסד ציבורי מחויב למנות מתורגמן עבור בן מיעוט לשוני שאינו מבין את הנאמר, אולם חוק זה אינו מיושם בעקביות. מקשה על יישומו העובדה כי מתורגמנות קהילתיות (אותו ענף של התרגום אליו שייכת המתורגמנות במערכת הבריאות ובשירות הציבורי) אינה מקצוע מוכר בישראל, וכי הקריטריונים להגדרת 'מתורגמן מקצועי' אינם מפורטים בלשון החוק. קושי נוסף ביישום החוק מהווה העובדה כי בנוגע לשלוש השפות העיקריות (ערבית, רוסית ואמהרית) ימצא כמעט בכל מקום אדם שיסכים לשמש כמתורגמן, ובכך, לכאורה, נפתרת הבעיה.

מערכת הבריאות, לעומת זאת, אינה מחויבת לספק שירותי תרגום כלל. חוק זכויות החולה (תשנ"ו, 1996) קובע רק כי 'לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת לפי הוראות פרק זה [...] לשם קבלת הסכמה מדעת, ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו, באורח סביר, כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע. [...] המטפל ימסור למטופל את המידע הרפואי, בשלב מוקדם ככל האפשר, ובאופן שיאפשר למטופל מידה מרבית של הבנת המידע לשם קבלת החלטה בדרך של בחירה מרצון ואי תלות'.

מילוי הוראה זו מתבצע בדרך כלל באמצעות פתרונות אד-הוק כגון בני משפחתו

או חבריו של החולה, אנשי צוות רפואי דו-לשוניים, מטופלים אחרים, אנשי ניקיון וכדומה. מתורגמנים מקצועיים, כלומר כאלו שקיבלו הכשרה בתחום וזהו תפקידם הרשמי, כמעט אין כיום בישראל. פעולת התרגום מתבצעת בעיקרה בידי בני משפחה או חברים של המטופל או איש צוות רפואי (רופא, אח, טכנאי) השולט בשפה הנדרשת ברמה כלשהי. פתרונות נוספים לגישור על פערי שפה כוללים: שימוש בשפה שלישית שבה שולטים הן הרופא והן המטופל (למשל, אנגלית או יידיש), שימוש בעברית מפושטת, ושימוש בתקשורת לא-מילולית – סימני ידיים, תמונות, ועוד.

הקשיים העיקריים

הקשיים שמטופלים שאינם דוברי עברית נתקלים בהם בבואם לקבל טיפול רפואי בישראל אינם רק קשיי שפה. מחקרים⁴ שנערכו כבר לפני יותר מעשור, בתגובה לגל העלייה הגדול מברית המועצות לשעבר ולעלייה מאתיופיה במסגרת מבצע שלמה (1991), מצביעים על כך כי לאוכלוסיית העולים יש צרכים והעדפות מיוחדים בתחום הבריאות, החורגים מן התחום הלשוני גרידא:

⁴ לדוגמה: נודלמן, 1986; בורגנה, 1987; בר-צוקי והנדלס, 1993; רמניק, 1995; ניראל ואחרים, Reiff, 1996; 1997;

1 . מחלות לא מוכרות

לעומת שאר אוכלוסיית ישראל, בקרב העולים מברית המועצות לשעבר שיעור גבוה יחסית של מחלות כרוניות ופנימיות כגון סוכרת, מחלות לב ויתר לחץ דם. כמו כן נפוצו בקרב העולים אלה סוגים שונים של סרטן (הקשורים באסון צ'רנוביל וסיבות אחרות) והרגלי תזונה לא נכונים שהשפיעו על שיעורי התחלואה. גם בקרב העולים מאתיופיה יש מחלות שאינן נפוצות בארץ, כגון צרעת, אבעבועות שחורות, מחלות עור שונות ועוד. כמו כן התקשו הרופאים בישראל לאבחן את בעיותיהם של העולים מאתיופיה שלא השתמשו במונחים המקובלים בארץ לתיאור מחלה. התלונה 'כואב לי הלב', למשל, מבטאת אצלם הן געגועים וסבל רגשי והן כאב פיזי. ובכל מקרה אין זו תלונה ממוקדת, שכן המילה 'לב' בפיהם היא שם כולל לכל האברים הפנימיים ובכלל זה בטן, קיבה, מעיים, ריאות ועוד.

2 . תפיסת המחלה

בקרב העולים מאתיופיה עצם המושג מחלה שונה מהמקובל בעולם המערבי. מקור המחלה לדידם הוא תמיד חיצוני – גורמים פיזיים: מים מלוכלכים, אוויר חם, אדים שעולים מהאדמה, בעלי חיים, או כעין-חברתיים: עין הרע או רוח שנכנסת בגוף החולה ('זר'). במקרים מסוימים המחלה נתפסת כעונש מאלוהים על חטאים שחטא החולה. במקרים אחרים, התנהגות הנחשבת בארץ פסיכוטית (כמו במקרה של 'רוח שנכנסת בחולה') נתפסת בקרב עולי אתיופיה כהתבטאות נורמלית של בעיות אישיות או משפחתיות שאינה דורשת טיפול רפואי 'קונוונציונלי', ובוודאי שלא אשפוז במוסד - הפתרון שהציע הממסד הרפואי בישראל בתחילה. גם בתפיסת העולים מברית המועצות לשעבר יש גורמי מחלה שאינם מוכרים לרפואה המערבית הנהוגה בישראל. האמירות כי ניתן לחלות בעקבות מגע עם אבן קרה, רוח פרצים או שינויים בלחץ הברומטרי או במזג האוויר, נתפסו בעיני הרופאים בישראל כאמונות טפלות והביאו לכך שטופלים רבים לא קיבלו מענה לבעיותיהם, מכיוון שתלו את מקורן בסיבות אלו.

3 . יחס לבתי החולים

לאחר ששמעו ניסים ונפלאות על איכות הטיפול הרפואי בישראל התאכזבו העולים מברית המועצות לשעבר לגלות שהטיפול השגרתי כאן אינו שונה ממה שהורגלו אליו. לעתים אף תפסו את הטיפול בארץ כטוב פחות מהטיפול בארץ המוצא, למשל כאשר גילו שזמן האשפוז הממוצע בישראל קצר יותר מבארץ מוצאם. העולים מאתיופיה, לעומתם, הפגינו חוסר אמון בבתי החולים, המזוהים בעיניהם עם מוות. כיוון שבתי החולים באתיופיה היו רחוקים מן הכפרים, ופנו אליהם רק החולים הקשים ביותר שמיצו את כל האפשרויות המסורתיות, קרה לעתים קרובות שהפונים לבתי החולים לא הבריאו. התנאים הירודים בבתי החולים באתיופיה הביאו לכך שניתוחים רבים הסתיימו

במות החולה. נוצר אפוא קשר אסוציאטיווי בין בית חולים לבין מוות. ברפואה המערבית נתקלו רבים מיוצאי אתיופיה דווקא במחנות המעבר בסודן, אולם שם פחדו שהרופאים הסודנים מתנכלים להם בגלל יהדותם ומרעילים אותם, ולכן לא סמכו עליהם ועל התרופות שנתנו.

4. תרופות

העולים מברית המועצות לשעבר התקשו במעבר מתרופות רוסיות לישראליות וטענו כי בתרופות הישראליות אין חומרים שמטפלים בבעיותיהם (למשל, ולריום לחולי לב). רבים הביאו עמם את התרופות שנרשמו להם בארץ מוצאם, וכאשר אזל המלאי שהביאו רכשו תרופות אלו בשווקים 'רוסיים' בלתי חוקיים שנפתחו בארץ. המטופלים מברית המועצות לשעבר התלוננו כי הרופאים הישראלים אינם מכירים את התרופות המקובלות בארץ מוצאם, אינם מגלים הבנה לצורכיהם, ואינם מוכנים לחפש חלופות מקומיות לתרופות המוכרות להם.

עולי אתיופיה גם הם התקשו להתרגל לתרופות ולדרכי הטיפול הישראליות. מרבית הטיפולים המקובלים באתיופיה ניתנים במסגרת הרפואה המסורתית וכוללים הקזת דם (לטיפול בכאבים שונים), שיקויים עשויים מעלים או משורשים, מרקחות צמחים וכדומה. כמו כן ישנם מטפלים בעלי כוחות מיוחדים או על-טבעיים, המרפאים באמצעות תקשור עם רוחות, קמיעות, מים קדושים ועוד. סוגי התרופות שמכירים העולים מאתיופיה הם תרופות נוזליות (משחות, סירופים, טיפות או מרקחות למיניהן) וכן זריקות. הם לא הכירו טיפול בכדורים, במיוחד לא לטווח ארוך, לא הבינו את פעילותם או דרך השפעתם על הגוף ואף חששו שהכדורים יצטברו במקום כלשהו בגוף ויגרמו בסופו של דבר למחלה אחרת. כמו-כן היו המטופלים מאתיופיה רגילים לתרופות שנועדו לטפל בתסמינים של מחלה או בכאבים, ולא הבינו את משמעותו של הטיפול המונע.

5. תקשורת

תחום התקשורת הוא התחום שבו מתבטאת אי שביעות הרצון של העולים באופן המובהק ביותר. קשיי התקשורת גורמים לתחושת תסכול הן אצל המטופל, שמרגיש שאינו יכול להבהיר את צרכיו, והן אצל הרופא שאינו מבין את מהות הבעיה או נתקל בהתנגדות לא צפויה ולא ברורה לטיפול מסוים. מבין המטופלים יוצאי בריה"מ לשעבר, שהשתתפו במחקרים השונים, יותר מ-50% העדיפו לפנות לרופא דובר רוסי. בפנייה לדובר רוסי יש נדבך נוסף, מעבר לפתרון בעיית השפה, שכן המטופלים מברית המועצות לשעבר היו רגילים לרופאים המתפקדים גם כפסיכולוגים לעת מצוא. לדברי העולים, הרופאים בארץ מוצאם התאפיינו באכפתיות רבה והפגינו חום וסימפטיה כלפי המטופלים. כאשר לא יכלו לטפל בתסמיניהם הגופניים, ניסו לספק להם תקווה והדרכה

בתחומים אחרים. הם התעניינו במכלול חייו של המטופל, במצבו המשפחתי והכלכלי והתחשבו בנתונים אלו בחשבון בבואם לטפל בו. לעומתם, הרופאים הישראלים נתפסו כאדישים, קרים ושטחיים: הם אינם מקשיבים לכל תלונותיו של החולה אלא רק למה שהם תופסים כרלוונטי. כמו-כן המטופלים חשו שהרופאים לא אוהבים לשוחח עמם באמצעות מתורגמן, מפני שהדבר גוזל זמן רב.

בקרב המטופלים מאתיופיה קיימת בעיה הפוכה - המטופלים רגילים להתייחס למרפא כאל הסמכות העליונה בנושא הבריאות. המטופלים הביעו צייתנות כלפי הרופא והסכימו לדבריו מתוך כבוד, אבל לא פעלו לפי ההוראות, אם בגלל שלא הבינו אותן ואם משום שהן עמדו בסתירה לטיפול המסורתי שהכירו. הם גם לא הציגו לרופא שאלות כאשר לא הבינו את דבריו, אפילו אם התנהלה השיחה דרך מתורגמן. בנוסף, עולי אתיופיה רגילים לגישה שלפיה האחריות על הצלחת הטיפול מוטלת כולה על המרפא, ובשום שלב אין המטופל אחראי למצבו הבריאותי האישי. לפיכך הם התקשו לעקוב אחרי הוראות הרופא כאשר אלה הצריכו פעולות מיוחדות מצדם, כגון נטילת תרופות בזמנים קצובים וכדומה.

6. התמודדות עם מערכת הבריאות בכללותה

בעיה זו קיימת בעיקר בקרב העולים מברית המועצות לשעבר, הרגילים למערכת בריאות מערבית, אך השונה ביותר מהנהוג בארץ. ראשית, עולים אלה התקשו להתרגל לעובדה כי עליהם לשלם עבור שירותים רפואיים שונים (בארץ מוצאם ניתנו כל השירותים חינם). כמו-כן הם הופתעו מגובה התשלום, במיוחד עבור טיפולי שיניים או שירותים שאינם מסובסדים בידי קופת החולים. העולים דיווחו כי ויתרו על טיפולים ושירותים, מפני שלא יכלו לממןם או לא ידעו מה עשוי להיות מחירם. העולים גם לא הבינו את זכויותיהם במסגרת הקופה ואת ההבדלים בין קופות החולים השונות. רבים הצטרפו לקופת חולים פלונית, מבלי לדעת אילו שירותים וטיפולים מציעה הקופה, רק מכיוון שהיו בה פקידים דוברי רוסית שהסבירו להם כיצד למלא את הטפסים המתאימים. במיוחד מטרידה את העולים מבריה"מ לשעבר העובדה שבארץ לא נהוגה שיטת ביקורי הבית שהייתה נפוצה ביותר בארצם. מבין הנשאלים במחקרים השונים, ל-61% חשוב שהרופא יגיע הביתה כאשר הם או מישהו מבני משפחתם חולים.

פתרונות – שנות ה-90

בעיות ייחודיות דורשות פתרונות ייחודיים, ואכן, כבר בראשית שנות ה-90 התגבשו מספר פתרונות לבעיות אלו. חשוב לציין, עם זאת, כי מרביתם הם פתרונות אד-הוק שנועדו לספק מענה מהיר ומידי (גם אם חלקי) לבעיה, הן מתוך תקווה שהבעיות ילכו ויעלמו עם התערותם של העולים בחברה הישראלית, לימוד השפה העברית וכו', והן בהנחה שיהוו בסיס לשינויים יסודיים יותר במערכת הבריאות בישראל.

1. מתורגמנים

השימוש במתורגמני אד-הוק היה מאז ומתמיד הפתרון הנפוץ ביותר לבעיות התקשורת של העולים. בבואם לקבלת טיפול רפואי הביאו עמם המטופלים בן משפחה או חבר שיתרגם את דבריהם. בקהילה האתיופית נפוץ השימוש ב'סומכים' או 'מדריכים' – בני העדה שעלו בעליות קודמות ושימשו מתורגמנים עבור העולים החדשים יותר. כאשר לא הביא המטופל מתורגמן, שימשו עובדי בית החולים (רופאים, אחים/אחיות, טכנאים ואף מנקים) כמתורגמנים.

2. פנייה לרופא הדובר את השפה

רבים מהמטופלים דוברי הרוסית פנו מראש לרופאים דוברי רוסית או למרפאות שבהן עובדים רופאים כאלו. יותר ממחצית המטופלים דוברי הרוסית הופנו בהגיעם למרפאה או לבית החולים לרופא הדובר את שפתם. פתרון זה אינו נפוץ בקרב עולי אתיופיה, כנראה בגלל מיעוט הרופאים דוברי האמהרית בישראל.

3. שירות ביקורי בית של רופאים עולים

בתגובה לצורך של המטופלים העולים מברית המועצות לשעבר בקבלת שירות ביקורי בית, נוסד בראשית שנות ה-90 שירות ביקורי בית של רופאים עולים. השירות ניתן במחירים נמוכים יחסית והפך לפופולרי מאוד, בעיקר בקרב מטופלים מבוגרים מארצות אלה.

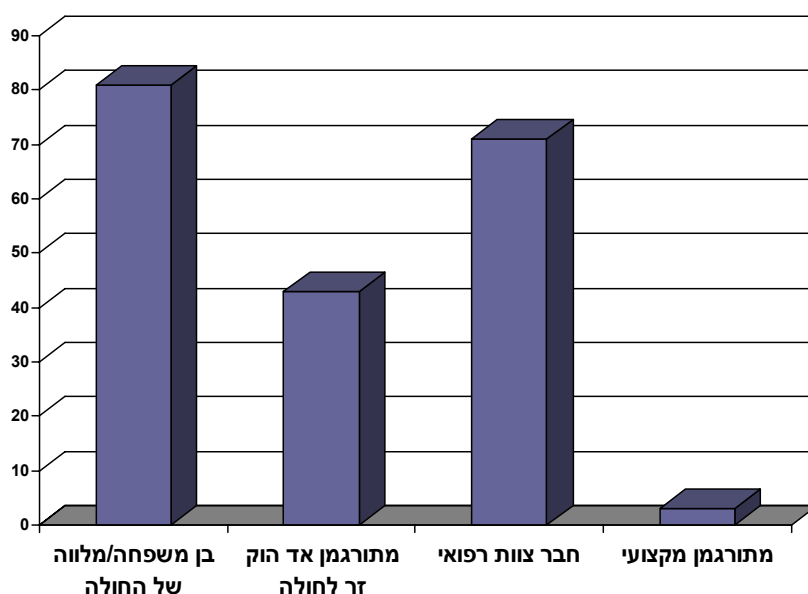
על מנת לשפר עוד יותר את איכות התקשורת עם מטופלים שאינם דוברים עברית (ומכאן – את איכות הטיפול הרפואי שניתן להם) המליצו החוקרים השונים על מספר פתרונות נוספים:

- לספק לעולים מידע עדכני בכתב על קופות החולים השונות, השירותים שהן מספקות ומחיריהם. ראוי לציין שפתרון זה הוצע למטופלים דוברי הרוסית בלבד.
- לדאוג למתורגמנים מקצועיים זמינים, על מנת להימנע מהצורך להשתמש בשירותיהם של בני משפחה או חברי הצוות הרפואי, מתוך הבנה שתרגומם של אלה אינו תמיד מלא או מדויק.
- לשפר את ההבנה התרבותית של הרופאים, כדי שטיבו להבין גם תלונות 'לא קונוונציונליות' וידעו כיצד להתייחס למחלות ולדרכי ריפוי לא מוכרות.
- אם אין בנמצא מתורגמנים מקצועיים, יש ללמד את הרופאים כיצד לנצל בצורה הטובה ביותר את המתורגמנים הלא מקצועיים שעומדים לרשותם.

המצב כיום: הפתרונות בפועל

כיום, יותר מעשור לאחר פרסומם של מחקרים אלו והמלצותיהם, ניתן לראות כי מרביתן, ואולי כולן, לא יושמו כלל. מקרב הנשאלים במחקר המוצג כאן, רק 3% נתקלו אי פעם במהלך עבודתם במתורגמן מקצועי. יש לציין כי במונח 'מתורגמן מקצועי' הכוונה לכל אדם שתרגום הוא תפקידו הראשי בצוות, בין אם קיבל הכשרה רשמית במקצוע זה או לא. מרבית התרגום במערכת הרפואית עדיין מתבצע בידי בני משפחה או מלווים של המטופל, אנשי הצוות הרפואי 'פרופר', מטופלים אחרים, אנשי ניקיון ועוד.

תרשים 2 – מי בדרך כלל משמש כמתורגמן



ב-86% מבתי החולים והמרפאות שבהן עובדים הנשאלים אין נהלים קבועים לטיפול בחולה שאינו דובר עברית – אדם קבוע שאליו פונים לבקשת תרגום, הנחיה ברורה להפנות מטופלים הדוברים שפה כלשהי לרופא מסוים, וכדומה. כמות המידע הכתוב בשפות השונות אכן גדלה, אולם ב-23% מבתי החולים והמרפאות אין בכל זאת מידע בשום שפה מלבד עברית. במקומות שבהם יש מידע מסוג זה הנשאלים מציינים כי מרביתו בערבית וברוסית, ולפיכך אינו מספק מענה לצורכיהם של עולים ממדינות אחרות או מהגרי עבודה.

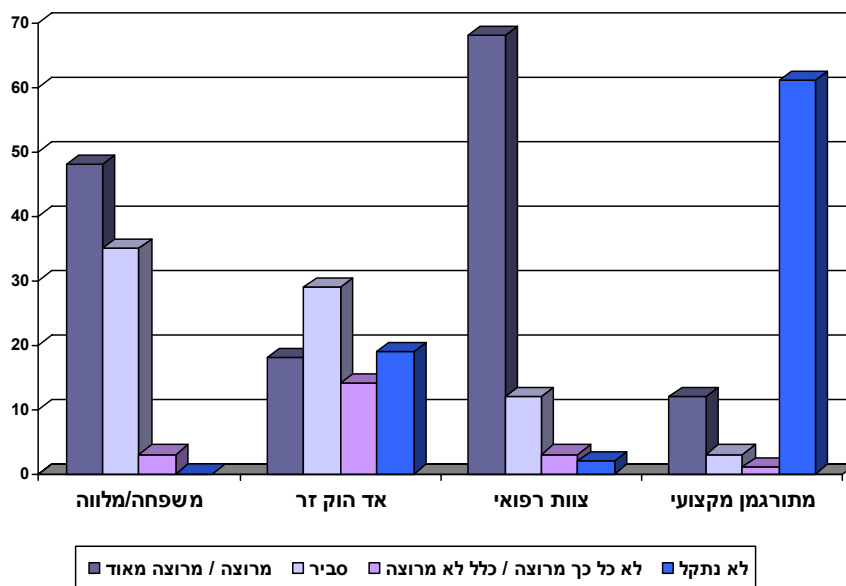
בולט במיוחד נושא העדר ההכשרה לרופאים. הרופאים נשאלו אם קיבלו במסגרת לימודיהם הכשרה בתחומים הבאים: (1) כיצד לנהוג במטופל שאינו דובר את שפתך; (2) כיצד לעבוד עם מתורגמן; (3) כיצד להתנהג במטופל בן תרבות שונה משלך; ו-(4) כיצד לתרגם בסיטואציה רפואית. מרביתם מדווחים על העדר הכשרה בתחומים אלו, בעיקר בעניין עבודה עם מתורגמן (97% לא קיבלו הכשרה) ותרגום בסיטואציה רפואית

(93% לא קיבלו הכשרה). 5. זאת למרות שרבים מהרופאים מוצאים את עצמם בתפקיד של מתורגמנים, ולמרות שהשימוש במתורגמנים לא מקצועיים במערכת הרפואית נפוץ עד מאוד. לו ידעו הרופאים כיצד לנצל בצורה הטובה ביותר את האמצעים העומדים לרשותם, היו יכולים לתדרך את המתורגמן מה לתרגם וכיצד, וכן לדעת כיצד לדלות מתוך התרגום (גם אם אינו מושלם) את הפרטים הנחוצים להם. כך הייתה נחסכת מהרופאים תחושת התסכול, שעליה מדווחים רבים, בעקבות אי שליטתם בעצם מהלך השיחה עם המטופל ואי ידיעתם איזה חלק מדבריו מועבר להם.

שביעות הרצון של הרופאים מהתקשורת שלהם עם מטופלים שאינם דוברי עברית היא בינונית. רובם מציינים כי התרגום שהם מקבלים הוא 'סביר' ונוטים להעדיף תרגום המתבצע בידי חבר צוות רפואי אחר מאשר בידי אדם זר. עם זאת, 54% מהנשאלים מציינים כי הם 'מרוצים' או 'מרוצים מאוד' מהתרגום המבוצע בידי בני משפחה או מלווים של החולה, ואינם מודעים לחוסר האובייקטיביות של בני משפחה או לקושי הנפשי העלול להיגרם הן לחולה והן למתורגמן בן המשפחה במצב כזה.

תרשים 3

שביעות רצון של רופאים מהתקשורת עם מטופלים שאינם דוברי עברית



גם את שביעות הרצון של המטופלים שאינם דוברים עברית מהתקשורת עם הרופא מעריכים הרופאים כבינונית. להערכתם, 26% מהמטופלים 'לא מרוצים' או 'לא

⁵ יש לציין כי רבים מהנשאלים למדו רפואה בשנות ה-90 המאוחרות או עדיין לא סיימו את לימודיהם, כך שניתן היה לשלב נושאים אלו בהכשרתם המקצועית.

כל כך מרוצים' מאיכות התקשורת שלהם עם הרופא, 36% 'די מרוצים' ורק 38% 'מרוצים' או 'מאוד מרוצים'. מבחינת מידת ההבנה של המטופלים, הנשאלים מציינים כי, לדעתם, רק 53% מהמטופלים שאינם דוברים עברית שבהם הם נתקלים מבינים את כל הדברים הנאמרים להם מפי הרופא או את רובם. עם זאת, כאשר הם נשאלים מהי הדרך הטובה ביותר, לדעתם, לפתור את בעיית התקשורת, מחצית הנשאלים בוחרים בתרגום על ידי בן משפחה של החולה או חבר צוות רפואי, ולא בתרגום על ידי מתורגמן מקצועי.

מעניין לציין בהקשר זה כי כתחליף לשימוש במתורגמנים, אחוז משמעותי מקרב הרופאים (82%) רואה את התרגום, או את הסיוע הלשוני למטופלים, כתפקידו של הרופא דווקא. 41% מהנשאלים מציינים כי למדו שפה זרה כלשהי במטרה לשוחח ביתר קלות עם מטופליהם, אף כי במקרים רבים המדובר הוא במילים או במשפטים בודדים. כמו-כן הביעו 68% מהנשאלים רצון ללמוד את אחת השפות שבהן מדברים מטופליהם – בעיקר רוסית וערבית – וזאת ללא עידוד פורמלי מצד בית החולים לעשות כן. מעטים מאוד מבין הנשאלים הכירו בעובדה כי נושא התרגום אינו צריך להיות באחריותו של הרופא, וכי תקשורת המתבססת על מילים וביטויים בודדים אינה שונה ואף נופלת מהתרגום שמספקים כיום מתורגמני אד-הוק. כמו-כן מרבית הנשאלים לא נתנו את דעתם לכך שאיכות עבודתם כרופאים עשויה להיפגע אם יקחו על עצמם גם את עבודת התרגום.

לבעיות התקשורת של עולי ברית המועצות לשעבר התפתח פתרון בלתי צפוי: בעקבות גלי העלייה הגדולים ממדינות חבר העמים, השתלבו במערכת הרפואית הרבה מאוד רופאים ואנשי צוות פרה-רפואי הדוברים רוסית. מספרם הרב, יחד עם רצונם של המטופלים לפנות לרופא הדובר את שפתם, הביאו להיווצרותן של 'מחלקות רוסיות' בבתי חולים מסוימים, שבהן מרבית הצוות, אם לא כולו, דובר רוסית, ושאליהן מעדיפים העולים מחבר העמים לפנות. במקומות מסוימים נוצר אם כן מצב פרדוקסלי: במקום המטופלים דוברי הרוסית שהתלוננו על קשיי תקשורת מכיוון שלא היו זמינים להם רופאים דוברי רוסית, מתחילים עתה החולים שאינם דוברי רוסית להתלונן על קשיי תקשורת עם הצוות הרפואי הדובר רוסית. ניתן להניח כי בעיה זו תלך ותפחת עם הזמן, שכן, כפי שצוין, שפת המדינה, כמו גם שפתו של הממסד הרפואי נותרה עברית, וניתן לצפות גם כי הרופאים העולים ישפרו בהדרגה את שליטתם בעברית. נראה, עם זאת, כי בשלב זה די בחומרת הבעיה לעודד מחקר נוסף שיתמקד במיוחד בהיבט זה של התקשורת במערכת הרפואית בישראל.

סיכום

רבבות העולים שהגיעו לישראל מאז קום המדינה – וגלי העלייה הגדולים של ראשית שנות ה-90 בפרט – העמידו את מדינת ישראל בפני קשיים ארגוניים עצומים, ומובן

מאליו כי הפנייה לפתרונות אד-הוק שונים הייתה בלתי נמנעת. אולם פתרונות אד-הוק אלו, נוחים ומקובלים ככל שיהיו, הם מטבעם פתרונות זמניים ולא ניתן להמשיך ולהסתמך עליהם במצב הנוכחי, כאשר יותר משליש תושבי ישראל אינם דוברי עברית ילידיים והם עשויים להיתקל בקשיי תקשורת בבואם לקבל טיפול רפואי.

בשנים האחרונות גדלה והולכת המודעות לצורכיהם המיוחדים של המיעוטים הלשוניים וניתן למצוא יוזמות שונות, מוצלחות יותר ומוצלחות פחות, לפתרון בעיות התקשורת בין רופאים ואנשי צוות רפואי לבין מטופלים שאינם דוברים את שפת המקום. יוזמות אלו נתקלות בקשיים ארגוניים רבים, ונראה כי הדרך הטובה ביותר לפתור את בעיית התקשורת היא באמצעות הכרה ממסדית, בתמיכתו של הצוות הרפואי, בחשיבותו של התרגום המקצועי בבתי החולים. אולם מתוצאותיו של מחקר זה עולה כי רבים מחברי הצוות הרפואי אינם מכירים בחשיבותו של התרגום המקצועי. ניתן למצוא אישוס להשערה זו בכך כי רבות מההצעות לשיפור התקשורת עם מטופלים שאינם דוברים עברית, שהועלו בתחילת שנות ה-90, לא יושמו עד היום. ניתן להסיק זאת גם מכך שאחוז לא מבוטל מן הרופאים שהשתתפו במחקר זה ציינו כי היו מעדיפים לקבל תרגום מאיש צוות רפואי או מבן משפחה של המטופל אפילו יותר מאשר ממתורגמן מקצועי. נראה אם כן כי שילובם של מתורגמנים מקצועיים במערכת הבריאות עלול להיתקל לא רק בקשיים פיננסיים או מנהליים, כי אם גם בחוסר תמיכה מצדם של הרופאים. לפיכך, השלב הראשון בתהליך צריך להיות הגברת המודעות לנושא התקשורת בכלל, והתרגום המקצועי בפרט, בקרב חברי המערכת הרפואית בישראל.

מקורות נבחרים

- בר-צורי, ר' והנדלס, ש' (1993). **צרכים והעדפות של עולי חבר העמים**. תל אביב: המכון למחקר כלכלי וחברתי, ההסתדרות הכללית של העובדים בישראל.
- בורגנה, ד' (1987). **דפוסים האינטראקציה בין מטפל ומטופל במסגרת שירותי הבריאות בקרב עולי אתיופיה בישראל**. עבודת מ.א., רמת גן: אוניברסיטת בר אילן.
- ניראל, נ' ועמיתיו (1996). **עולים מברית המועצות לשעבר במערכת הבריאות: ממצאים נבחרים מתוך סקרים ארציים**. ירושלים: מכון ברוקדייל.
- נודלמן, א' (1986). **המעבר ממערכת רפואית באתיופיה למערכת רפואית בארץ – תכנית חינוך לבריאות לנוער אתיופי**. תל אביב: השירות הרפואי – עליית הנוער.
- רמניק, ל' (1995). **רשמים ממערכת הבריאות: עולים חדשים מברית המועצות לשעבר והמפגש שלהם עם המערכת בארץ**. ירושלים: מכון ברוקדייל.

Bernstein, J. et al. (2000). Trained medical interpreters in the emergency department: Effects on services, subsequent charges, and follow-up. **Journal of immigrant health**, 4: 171-220.

Chesher, T. (1987). How to keep healthy in 17 languages: Translating and Interpreting in N.S.W. health care delivery. Paper presented at the 8th world congress of Applied Linguistics.

Flores, G. et al. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. **Pediatrics**, 111(1): 6-14.

Fredericks, C. (1998). **Using non-professional interpreters in a multiethnic primary care clinic**. University of Malaya.

Jackson, C. (1998). Medical interpreters: An essential clinical service for non-English-speaking immigrants, in L. Sana (ed.), **Handbook of Immigrant Health** (pp. 61-80). New York: Plenum Press.

Martinsen, B. (2003). Public service interpreting – Challenges and how to meet them. *New Perspectives in Interpreting, Selected Papers from Interpreting in the 21st Century: Challenges and Opportunities*. First Conference on Interpreting Studies, 9-11 November, 2000, vol. 2.

Mesa, A. M. (2000). The cultural interpreter: An appreciated professional. Results of a study on interpreting services: client, health care worker, and interpreter points of view, in R. P. Roberts, et al., **The Critical Link 2: Interpreters in the Community**. Selected Papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Vancouver, BX, Canada, 19-23 May, 1998. Amsterdam: John Benjamins Publishing: 67-79.

Meyer, B. (2001). How untrained interpreters handle medical terms, in I. Mason (ed.) **Triadic Exchanges** (pp. 87-106). Manchester: St. Jerome.

Pöchhacker, F. (2000). Language barriers in Vienna hospitals, **Ethnicity and Health**, 5(2): 113-19.

Reiff, M. F. (1997). **Immigration and Medicine: Stress, Culture, and Power in Encounters Between Ethiopian Immigrants and their Doctors in Israel**. Unpublished doctoral dissertation. Columbia University.

Rosenberg, B. A. (2001). **Describing the Nature of Interpreter Mediated Doctor-Patient Communication: A Quantitative Discourse Analysis of Community Interpreting**. Unpublished doctoral dissertation. The University of Texas at Austin.

Wadensjö, C. (2001). Interpreting in crisis: The interpreter's position in therapeutic encounters, in I. Mason, **Triadic Exchanges** (pp.71-85). Manchester: St. Jerome.