

נושא במוקד

תיווך לשוני ותרבותי של שירותים חברתיים

השפעתה של תקשורת בין-תרבותית על יחסי רופא-חולה בישראל: מגזר העולים מברית המועצות לשעבר

ליאורה איגר-דרייפוס

המטופלים העולים מברית המועצות לשעבר נוהגים על-פי מודל הרפואה הרוסי הסובייטי, שלא אפשר למטופל ליהנות מקבלת מידע רפואי מפורט ומשיתוף בקבלת החלטות רפואיות. נראה כי הרופאים העולים בני ארצם הצליחו לספק את צורכי העולים טוב יותר מהרופאים היהודים-ישראלים והערבים-ישראלים, עקב הכרתם את שפת המטופלים ואת צורכיהם.

למטופלים יהודים-ישראלים התנהגויות וצרכים שניתן לפרשם כאינדיווידואליסטיים וצרכניים. הם ציפו לקבל מידע על מצבם, להיות שותפים בקבלת החלטות על הטיפול הרפואי שניתן להם.

מטופלים ערבים-ישראלים, השייכים לתרבות קולקטיוויסטית, בטחו ברופא בתוקף היותו מלומד ולא ניסו לערער על סמכותו, אך ציפו מן הרופא להתיידד איתם, מה שמצריך זמן רב יותר במפגש הרפואי.

הקדמה

המאמר מציג חלק מהממצאים של עבודת דוקטורט, אשר בחנה את תהליכי התקשורת בין רופאים ומטופלים, המשתייכים לשלוש קבוצות תרבותיות בישראל: יהודים-ישראלים, ערבים-ישראלים ועולים מברית המועצות לשעבר.

בתהליך של תקשורת בין-תרבותית מפוענח המסר המשודר על ידי אדם החבר בתרבות אחת על ידי אדם החבר בתרבות אחרת. מפענח המסר עשוי ליחס לו משמעויות שונות לחלוטין מאלו שהתכוון להם משדר המסר. השוני הזה נובע מהשפעות שקיבל ומהתנסויות תרבותיות שחווה, השונות מאלו של משדר המסר. עקב זאת, עשויות להיווצר טעויות בהבנת הנאמר והתהליך התקשורתי משתבש. הראיון הרפואי בישראל, דהיינו המפגש בין רופא למטופל, מפגיש לעתים קרובות רופאים ומטופלים מתרבויות שונות, הנבדלים אלו מאלה בערכיהם, בדעותיהם,

מילות מפתח: תקשורת רופא-חולה, תואם תרבותי, שוני תרבותי, מטופלים עולים מברית המועצות לשעבר, מטופלים מהמגזר הערבי, מטופלים יהודים-ישראלים, חסמי שפה, שיתוף המטופל בהחלטות רפואיות.

ד"ר ליאורה איגר-דרייפוס היא בעלת תואר מוסמך בתקשורת של אוניברסיטת קלארק, ווסטר, ארצות הברית, ותואר דוקטור בפילוסופיה מטעם בית הספר לרפואה באוניברסיטת ליברפול, אנגליה.

באמונותיהם, בציפיותיהם ובפרשנותם לצרכים הקשורים בבריאות ובטיפול הרפואי. הבדלים תרבותיים אלה עלולים ליצור חסמים בתקשורת הרפואית, ולהשפיע באופן שלילי על מתן טיפול רפואי יעיל ומשביע רצון וקבלתו.

יעד המחקר היה לבחון את השפעת התרבות על העמדות, הדעות וההתנהגויות הרפואיות של המטופלים, על מנת להגביר את מודעות הרופאים לשוני התרבותי בינם לבין מטופליהם, וכדי לשפר את התקשורת בין רופאים ומטופלים בישראל.

מטרות המחקר היו:

- 1) לבחון את ההשפעה של תרבות הרופא ותרבות המטופל על התקשורת ביניהם במהלך המפגש הרפואי, על ידי השוואה של 'זוגות' תואמי-תרבות ושוני-תרבות.
- 2) למצוא מה ההעדפות של מטופלים ביחס להיבטים שונים הקשורים למפגש הרפואי: חיפוש מידע רפואי וקבלתו, קבלת החלטות משותפות על הטיפול הרפואי, התקשורת הבין-אישית של הרופא, בעיות הנובעות מקשיי שפה וחוסר בזמן במהלך המפגש.
- 3) לבחון באיזו מידה מסופקים צורכיהם של מטופלים על ידי רופאים תואמי-תרבות ורופאים מתרבות שונה.

המאמר הנוכחי מציג את התוצאות שהתקבלו לגבי קבוצת התרבות של העולים מברית המועצות לשעבר: 330 מטופלים עולים מגל העלייה האחרון (החל משנת 1988) השתתפו במילוי שאלון, ועשרה מרואיינים נוספים השתתפו בראיונות עומק אישיים. המחקר נערך במרפאות החוץ של המרכז הרפואי בני ציון בחיפה במהלך שנת 2003, באישור ועדת הלסינקי של המרכז הרפואי.

נתוני רקע על גל העלייה מברית המועצות לשעבר

גל העלייה, שהחל בשנת 1989, הביא לישראל עד סוף 1999 כמעט 980,000 עולים, 85% מתוכם מברית המועצות לשעבר. אלה הצטרפו ל-200,000 עולים מאותו מוצא אשר הגיעו לפני 1989, ויצרו יחד את קבוצת העולים הגדולה ביותר שהגיעה לישראל מאותו מקום עלייה. גל עלייה זה מאופיין, עם זאת, בשונות אתנית וסוציו-תרבותית רבה: מעל שלושה רבעים הם יהודים ממוצא אירופאי, והשאר יוצאי קווקז ומרכז אסיה (Remennick, 1998). עולים אלה הצטרפו לחברה שהייתה בתהליכי שינוי, משלטון ריכוזי לשלטון דה-צנטרליסטי; מכלכלה הנשלטת על ידי הממשלה לשוק חופשי המשתלב בכלכלה העולמית; מחברה בעלת תרבות דומיננטית אחת לחברה פלורליסטית והטרוגנית, אשר החלישה את הערכים הקולקטיביים ונתנה לגיטימיות לערכים ולצרכים של תת-קבוצות בתוך האוכלוסייה היהודית (Leshem 1997).

קיימת שונות בתחומים אחדים בין אוכלוסיית העולים מברית המועצות לשעבר לבין האוכלוסייה היהודית שקלטה אותם. בקרב העולים יש באופן יחסי יותר נשים, יותר קשישים, פחות ילדים, יותר משפחות חד-הוריות ומשפחות מרובות דורות, וכן מספר רב יחסית של משפחות מעורבות באמונתן הדתית. רמת ההשכלה של העולים גבוהה יותר מהמוצע של האוכלוסייה הקולטת. לגברים ולנשים הייתה מעורבות רבה יותר בשוק העבודה בארצות מוצאם לעומת המקובל בישראל. על-פי אל-חאג' (Al-Haj, 2000), העולים מאופיינים באוריינטציה אתנית-רוסית המושרשת עמוק בקרבם ובדפוסי עמדות המשמרים אמונות וכללי התנהגות שהיו מקובלים בתקופת המשטר הסובייטי. מגמות אלה באות לידי ביטוי בתמיכה מסיווית בהמשכיות תרבותית ובשימור מוסדות והתארגנויות

אתניות; בבולטות של עמדות ודפוסי התנהגות המאפיינים את היחס הדו-ערכי לשלטון החוק וחשד כלפי הסביבה החברתית; בהיות העולים קבוצה חברתית סגורה יחסית במבנה היחסים שהיא מקיימת בתוכה ועם סביבתה החיצונית ובמקורות המידע העומדים לרשותה; ובהיות העולים בעלי אוריינטציה חילונית ברורה.

באופן כללי מצא אל-חאג' (Al-Haj, 2000) שביעות רצון גבוהה למדי של העולים מהקליטה בישראל. עם זאת, בקרב חלק משמעותי מהעולים התגלתה תחושת מצוקה כלכלית ואובדן מיצב חברתי-כלכלי. העולים מברית המועצות לשעבר העריכו את השפעתם על החברה הישראלית כחיובית יותר מאשר את השפעת החברה הקולטת עליהם.

תיאור המדגם

המחקר כלל 990 מטופלים, 330 מכל אחת משלושת התרבויות שנזכרו לעיל. 330 מטופלים עולים מברית המועצות לשעבר (150 גברים ו-150 נשים) הסכימו להשתתף במחקר ומילאו שאלון עמדות ושביעות רצון שפותח במיוחד עבור המחקר. השאלון תורגם לרוסית, ומראיינים ששפת אמם רוסית ליוו כל מראיין בזמן מילוי השאלון. הגיל הממוצע של המטופלות היה גבוה מגיל המטופלים (57.27 לעומת 53.27). ההשכלה הממוצעת של קבוצת העולים הייתה אקדמית (14.35 שנות לימוד). 117 מטופלים הגיעו למפגש הרפואי עם מלווה, בדרך כלל עם קרוב משפחה (102).

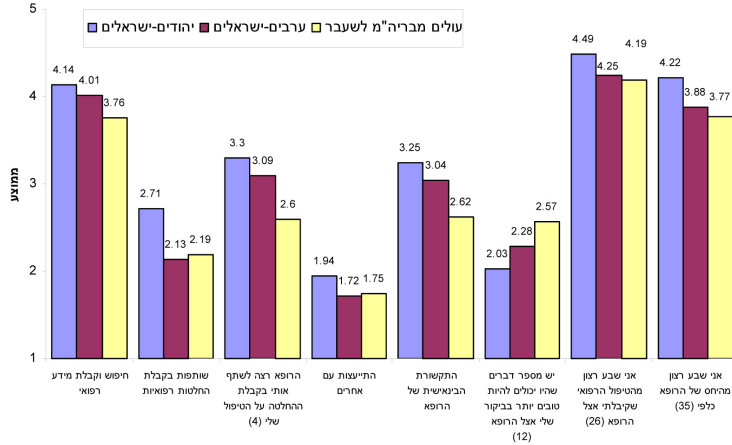
המטופלים העולים מברית המועצות לשעבר דיווחו על שליטה נמוכה בשפה העברית בהשוואה למטופלים היהודים-ישראלים ואף למטופלים הערבים-ישראלים. 31% מהמטופלים העולים נזקקו לעזרה בתרגום בזמן המפגש הרפואי (48 גברים ו-56 נשים) וקיבלו עזרה זו. התרגום נעשה ברובו על ידי קרובי המשפחה שליוו את המטופלים (56.5% לגברים ו-59.6% לנשים). שאר המתרגמים היו אנשי צוות רפואי.

תוצאות המחקר

ההשערה הראשונה

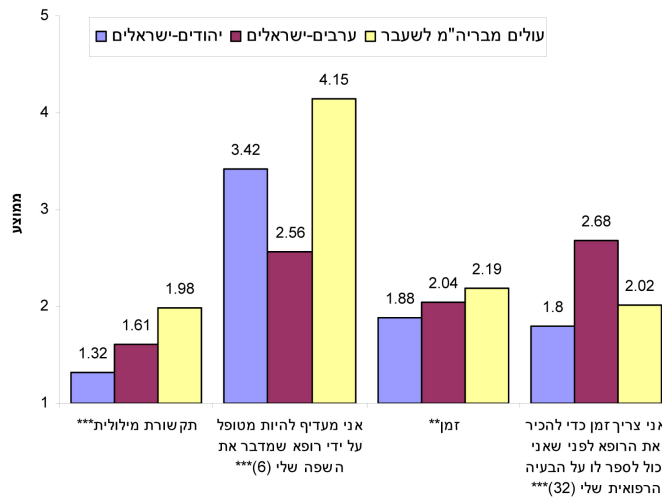
ההשערה הראשונה של המחקר מניחה שאצל המטופלים משלוש התרבויות יתגלו הבדלים בעמדות, בצרכים, בציפיות ובשביעות רצון ביחס להיבטים הנבדקים במפגש הרפואי. מתוך הנתונים שהתקבלו בבדיקת השערה זו, יפורטו להלן ההעדפות של המטופלים העולים מברית המועצות לשעבר ביחס להיבטים שונים הקשורים למפגש הרפואי: חיפוש וקבלת מידע רפואי, קבלת החלטות משותפות על הטיפול הרפואי, התקשורת הבינאישית של הרופא, בעיות הנובעות מקשיי שפה, וחוסר בזמן במהלך המפגש.

תרשים 1: ממוצעים של עמדות, צרכים ושביעות רצון של מטופלים משלושת קבוצות התרבות בהתייחס ל: מידע, החלטות משותפות, תקשורת בינאישית של הרופא ושביעות רצון כללית



כל ההבדלים מובהקים ($p < .001$)

תרשים 2: ממוצעים של עמדות, צרכים ושביעות רצון של מטופלים משלושת קבוצות התרבות בהתייחס ל: תקשורת מילולית וזמן.



$p < .01$; *** $p < .001$ **

בהיבט של חיפוש מידע רפואי וקבלתו, חיפשו וקיבלו המטופלים העולים מברית המועצות לשעבר והערבים-ישראלים פחות מידע בהשוואה למטופלים היהודים-ישראלים, והמטופלים העולים מברית המועצות לשעבר הביעו העדפה פחותה יותר מהמטופלים הערבים-ישראלים. בהיבט של קבלת החלטות משותפות לגבי הטיפול הרפואי, הביעו המטופלים העולים מברית המועצות לשעבר והערבים-ישראלים פחות צורך בכך - בהשוואה למטופלים היהודים-ישראלים.

על פי הערכת המטופלים, רופאיהם של המטופלים העולים מברית המועצות לשעבר היו מוכנים לשתפם בקבלת החלטות על הטיפול הרפואי פחות מן הרופאים של המטופלים היהודים-ישראלים והערבים-ישראלים.

בהיבט של התייעצות עם גורמים נוספים בקשר לבעיה הרפואית שלהם, הביעו המטופלים העולים מברית המועצות לשעבר והערבים-ישראלים פחות רצון להתייעצות - בהשוואה למטופלים היהודים-ישראלים.

בהיבט התקשורת הבינאישית של הרופא, הביעו המטופלים העולים מברית המועצות לשעבר את ההערכה הנמוכה ביותר. המטופלים היהודים-ישראלים העריכו בחיוב רב יותר את התנהגות הרופאים מאשר המטופלים הערבים-ישראלים.

המטופלים העולים מברית המועצות לשעבר הביעו את הצורך הרב ביותר בשיפור המפגש הרפואי. גם המטופלים הערבים-ישראלים הביעו צורך רב יותר בשיפור, בהשוואה למטופלים היהודים-ישראלים.

המטופלים העולים מברית המועצות לשעבר והערבים-ישראלים היו פחות שבעי רצון הן מהטיפול הרפואי והן מהיחס של הרופא - בהשוואה למטופלים היהודים-ישראלים.

בהיבט של קשיים הנובעים ממסמי שפה, סבלו המטופלים העולים מברית המועצות לשעבר מבעיות רבות יותר, בהשוואה למטופלים הערבים-ישראלים והיהודים-ישראלים. כמו-כן סבלו מטופלים ערבים-ישראלים מבעיות הנובעות מקשיי שפה יותר מהמטופלים היהודים-ישראלים.

המטופלים העולים מברית המועצות לשעבר הביעו העדפה רבה יותר להיבדק על ידי רופא תואם- שפה, בהשוואה למטופלים משתי התרבויות האחרות. מטופלים יהודים-ישראלים הביעו העדפה רבה יותר להיבדק על ידי רופא תואם-שפה - בהשוואה למטופלים הערבים-ישראלים.

בהיבט של מחסור בזמן במהלך המפגש הרפואי, נמצא הבדל מובהק בין המטופלים העולים מברית המועצות לשעבר, שסבלו יותר ממחסור בזמן, לבין המטופלים היהודים-ישראלים.

צורך ייחודי למטופלים הערבים-ישראלים נמצא ברצונם לזכות בזמן נוסף במפגש הרפואי על מנת להתיידד עם הרופא בתחילת הביקור - זאת בהשוואה למטופלים משתי קבוצות התרבות האחרות

דיון בהשערה הראשונה

הגעתם של המטופלים העולים בלויי משפחתי ניתנת להסבר על ידי מספר סיבות. שליטה מועטה בשפה העברית, בעיקר בקרב מטופלים מבוגרים, עשויה לגרום להם לבוא עם קרוב משפחה או חבר לצורך תרגום. גילם הגבוה יחסית של העולים, בהשוואה לאוכלוסייה היהודית, עשוי אף הוא להסביר את הצורך במלווה. עלפי רוב המטופלים המבוגרים חולים קשה יותר וסובלים יותר ממחלות כרוניות, מצב המקשה עליהם להגיע לבדם. בנוסף, המבנה החברתי של העולים הוא מובחן וסגור תרבותית, ומורכב בעיקר מעולים שהגיעו באותו גל עלייה (Al-Haj, 2000). התלות במשפחה ובעולים חברים, בשילוב עם בעיות הנובעות מחסמי שפה ומצב בריאותי ירוד, עשויים אפוא להסביר את הגעתם עם מלווה למפגש הרפואי.

תופעה זו צריכה לעורר את מודעות הרופאים לשוני הפוטנציאלי הגלום בדינמיקה של המפגש, ההופכת אותו מתקשורת זוגית בין רופא למטופל להליך גישור משולש בין רופא-מטופל-מלווה (Putsch, 1985). שיקול נוסף גלום בתפקיד המלווה כמתרגם. על הרופאים לקחת בחשבון את החסרונות והבעיות העלולות להיגרם כתוצאה מתרגום בלתי מקצועי של בני משפחה. מחקרים רבים הראו שבני משפחה וחברים דו-לשוניים לעיתים קרובות אינם מוכשרים להתמודד עם מורכבות

התרגום; הם עשויים להיקלע למצבים של עימות בקשר למידע הידוע להם ואשר המטופל לא סיפק; ועשויים להרשות לעמדות סטראוטיפיות או לדעותיהם האישיות להשפיע על התרגום. בנוסף נמצא כי מטופלים נמנעו מלדון בפרטים מביכים בפני בני משפחה ובמיוחד בפני ילדים וחברים (Ngo-, 2001; Dwyer, 1998; Baker, 1998; Phelan, 1995; Fuller, 1988; Ebden, 1988; Metzger, 2003).

חוקרים אף הביעו חשש לגבי השימוש בילדים כמתורגמנים, בגלל חשיפתם למידע רגיש העשוי לפגוע בדינמיקה המשפחתית (Baker, 1995; Woloshin, 1995; Putsch, 1985; Rack, 1982; Cohen, 1999).

המטופלים העולים מברית המועצות לשעבר דיווחו על צורך מועט יותר במידע רפואי, התלוננו על מתן מידע מופחת מפי הרופא, וביטאו פחות רצון לשיתוף עם הרופא בקבלת החלטות. ואכן הרופאים פחות שיתפו אותם בקבלת החלטות. על תוצאות דומות דיווח ביידר (Baider, 1995). התוצאות עשויות להעיד על הבלבול בקרב העולים בקשר להבדלים שבין הרפואה המערבית הנהוגה בישראל לבין מערכת הרפואה הסוציאליסטית-סובייטית שאליה הם הורגלו. הרפואה בברית המועצות דבקה בפילוסופיה האותוריטטיבית-פטרנליסטית, שלא אפשרה חילופי מידע במפגש הרפואי. הרופאים קיבלו את ההחלטות הרפואיות עבור המטופלים, והותירו בחירה מצומצמת למטופלים, שצופו למלא אחר ההוראות (Remennick, 1998; Brod, 1992; Sloane, 1991). המטופלים העולים בישראל נטו להמשיך ולנהוג על-פי המודל הרוסי, אך חוסר שביעות רצונם עשוי להעיד על העימות שבין רצונם ליהנות מיתרונות הרפואה המערבית הישראלית לבין חוסר ידיעתם כיצד לנהוג על פי עקרונותיה.

הצורך המוגבר שהביעו העולים לשיפור במפגש הרפואי נובע, כנראה, משילוב מספר סיבות: (1) הם סבלו יותר משאר המטופלים מבעיות הנובעות מחסמי שפה וחוסר בזמן במהלך הביקור, ואלה הובילו לתקשורת לקויה, אי הבנות ותסכול, וכתוצאה מכך לשביעות רצון פחותה. תוצאות דומות דוחו בארצות הברית, בנוגע למטופלים מקבוצות מיעוט, בעיקר היספאנים דוברי ספרדית, שנפגשו עם רופאים שוני תרבות ושפה (Kaplan, 1989; Woloshin, 1995; Perez-Stable, 1997, 2000; David, 1998). הסבר זה נתמך בהעדפתם של המטופלים העולים להיבדק על ידי רופאים שמדברים את שפתם.

(2) הסבר נוסף מתייחס להבדלים שבין שתי מערכות הבריאות. בברית המועצות ניתן משקל רב לתפיסת הרפואה כ'מקצוע תומך'. הרופאים הראשוניים תפקדו גם כפסיכותרפיסטים, שגילו דאגה ונתנו סיוע ותקווה לחולים. רופאים רבים שירתו את אותו אזור מגורים במשך שנים, הכירו את בני המשפחה ואפשרו המשכיות בטיפול. מטופלים רבים סברו שהרופאים הרוסים הראו יותר חום ואהדה, כנראה משום שהרופאים הישראלים לא היו מוכנים לשמש כדמות תומכת בדומה לרופאים בברית המועצות. חלק גדול מהמטופלים הקשישים היו מאוכזבים מחוסר קיומם של ביקורי בית, שהיו נפוצים בברית המועצות (Bernstein, 1994; Remennick, 1995, 1997).

(3) במחקרים בארצות הברית נמצא שלמטופלים קשישים מברית המועצות לשעבר היו ציפיות מוגזמות מיכולות הרפואה האמריקאית שנתפסה כמסוגלת לרפא הכול ומיד (Brod, 1992). כך דיווחה גם רמניק (Remennick, 1995) על ציפיות בלתי מציאותיות של העולים בישראל, אשר גרמו לאכזבות.

(4) מטופלים עולים דבקים בהרגלים ישנים ובציפיות שעשויות להיחשב לא מקובלות בסביבה חדשה. בברית המועצות לשעבר הם היו רגילים 'לעשות רעש' כדי להשיג את מילוי צורכיהם

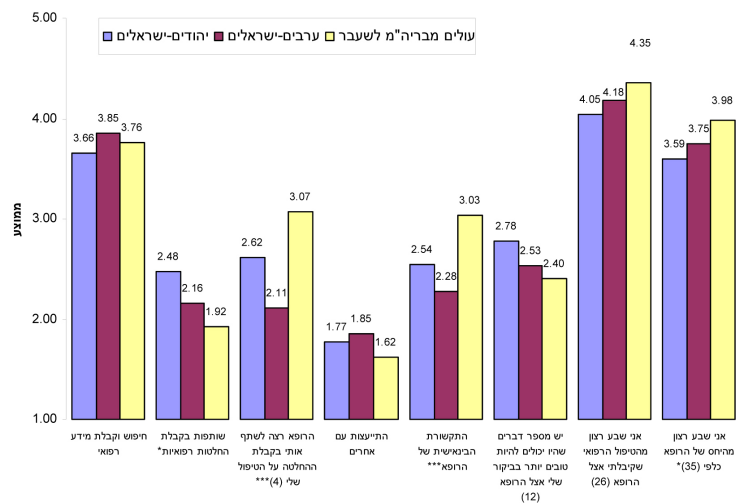
ונאלצו 'לעבוד על המערכת' כדי להשיג שירותים שלהם הם נזקקו. בארצות הברית תוארו התנהגויות כאלה על ידי הרופאים כמניפולטיביות ומקוממות (Wheat, 1983; Brod, 1992). יש להניח כי רופאים ישראלים הגיבו בצורה דומה על התנהגויות אלה, מה שעשוי היה לגרום לתקשורת לקויה, לאדיבות מופחתת ולשביעות רצון פחותה של המטופלים מרופאיהם. (5) בתוצאות המחקר נמצא שמטופלים מבוגרים יותר ובעלי השכלה גבוהה יותר היו מרוצים פחות מהתקשורת הבינאישית שהתפתחה עם הרופא. המטופלים העולים היו יותר מבוגרים ומשכילים מהמטופלים בשתי קבוצות התרבות האחרות, מה שעשוי להסביר במידה מסוימת את שביעות רצונם המופחתת.

רוב המטופלים העולים, אשר רואיינו ראיונות עומק אישיים, הביעו רצון רב להתיידד עם רופאיהם. הסיבה העיקרית הייתה רצונם לחלוק עם הרופאים את בעיות הקליטה והקשיים בחייהם כעולים. צורך זה תואם תוצאות מחקרים, אשר מצאו שכאשר המטופלים והרופאים דנים יחד גם בבעיות החיים של המטופלים (lifeworld), יש בכך הכרה במטופל כאינדיבידואל, מה שמביא לתוצאות רפואיות טובות יותר וליחס וטיפול אנושיים יותר (Roter, 1992; Decoster, 1997; Barry 2001).

ההשערה השנייה

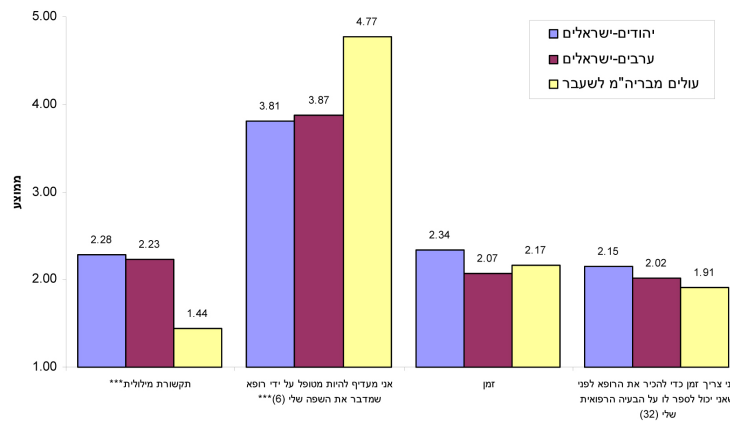
ההשערה השנייה מניחה שמטופלים משלוש התרבויות יציגו הבדלים בעמדות, בצרכים, בציפיות ובשביעות רצון בהתאמה הדדית בין תרבות המטופל ותרבות הרופא. במאמר הנוכחי מוצגות התוצאות של קבוצת המטופלים העולים מברית המועצות לשעבר. התוצאות מעידות על השפעת גומלין בין תרבויות המטופל והרופא ביחס לעמדות, לצרכים, לציפיות ולשביעות הרצון של המטופלים.

תרשים 3: השוואת של ממוצעים בין מטופלים עולים מברית המועצות לשעבר אשר ביקרו רופאים משלושת קבוצות התרבות בהתייחס ל: מידע, החלטות משותפות, תקשורת בינאישית של הרופא ושביעות רצון כללית



* p<.001; ** p<.05

תרשים 4: השוואת של ממוצעים בין מטופלים עולים מברית המועצות לשעבר שמתחו ביקורת על רופאים משלושת קבוצות התרבות בהתייחס ל: תקשורת מילולית וזמן



p<.001***

מטופלים עולים מברית המועצות לשעבר, שנפגשו עם רופאים יהודים-ישראלים, הביעו רצון מוגבר להשתתף בקבלת החלטות על הטיפול הרפואי, והעריכו כי רופאים ערבים-ישראלים היו פתוחים פחות לשיתופם בקבלת החלטות, בהשוואה לרופאים היהודים-ישראלים ולרופאים מברית המועצות לשעבר.

בהיבט התקשורת הבינאישית עם הרופא, המטופלים העולים העריכו ביתר חיוב את התנהגות הרופאים העולים מברית המועצות לשעבר, אחריה את התנהגות הרופאים היהודים-ישראלים ובמקום האחרון את הרופאים הערבים-ישראלים. כמו-כן העריכו ביתר חיוב את יחס הרופאים העולים מברית המועצות לשעבר בהשוואה ליחס הרופאים היהודים-ישראלים.

מטופלים עולים מברית המועצות לשעבר סבלו פחות מבעיות הנובעות מקשיי שפה במפגשים עם רופאים תואמי תרבות ושפה, והביעו העדפה רבה יותר להיבדק על ידי רופאים תואמי-שפה.

דיון בהשערה השנייה

העולים מברית המועצות לשעבר לא דיווחו על הבדלים בנושא חיפוש מידע רפואי וקבלתו במפגשים עם רופאים משלושת התרבויות, ממצא התואם את רמת הרצון הפחותה שלהם בנושא זה, בהשוואה למטופלים משתי התרבויות האחרות.

רצונם המוגבר להיות שותפים בקבלת החלטות על הטיפול הרפואי בביקורים אצל רופאים יהודים-ישראלים תואם את ציפיותיהם ורצונם ליהנות מהרפואה המודרנית הישראלית כפי שנוקטים אותה הרופאים היהודים-ישראלים. לפיכך נראה שהם ציפו לקבל בנושא זה שיתוף רב יותר מהרופאים היהודים-ישראלים - בהשוואה לציפיותיהם מהרופאים העולים מברית המועצות לשעבר, והתאכזבו כאשר ציפיותיהם לא מולאו. להרגשתם כי הרופאים הערבים-ישראלים היו פתוחים פחות לשיתופם בקבלת החלטות יכולות להיות סיבות אחדות. בעיות הנובעות מחסמי שפה עשויות למנוע מהרופאים את ההבנה שהמטופלים העולים מעוניינים ויכולים להיות שותפים בקבלת החלטות. הרופאים אף עשויים להחזיק בעמדה סטראוטיפית שלפיה אין המטופלים העולים מעוניינים בהיבט זה, לאור היכרות עם מטופלים קודמים אשר גילו בו עניין מופחת.

בהיבט התקשורת הבינאישית של הרופא, הערכתם החיובית יותר של המטופלים העולים את התנהגות הרופאים העולים מברית המועצות לשעבר תואמת את ממצאי ההשערה הראשונה ואת תלונותיהם על חוסר אמפתיה של הרופאים במערכת הרפואה הישראלית, שהם תיארו כ'בשה', 'קרה' ו'לא אכפתית', בהשוואה לרפואה בארצות מוצאם (Remennick, 1995). הערכתם הפחותה את התנהגות הרופאים הערבים-ישראלים נובעת ככל הנראה משילוב של כמה סיבות: בעיות הנובעות מחסמי שפה; שימוש בסגנון תקשורת מילולית השונה מתרבות לתרבות; התייחסות שונה למימד הזמן במפגש הרפואי. אף מתחים פוליטיים-כלכליים סמויים עלולים להשפיע על היחסים בין המטופלים והרופאים משתי קבוצות תרבות אלה. מכלול סיבות זה עלול ליצור קשיי תקשורת, אי הבנות, אכזבות, וחוסר שביעות רצון ביחסים בין הרופא הערבי-ישראלי למטופל העולה מברית המועצות לשעבר. חוסר שביעות הרצון של המטופלים העולים עשוי אכן לעתים להצביע על הבדלים אמיתיים בין התנהגות הרופאים הישראליים והרוסים, אך ייתכן שהוא מבוסס גם על געגועים נוסטלגיים אל העבר (Remennick, 1995).

מטופלים ערבים-ישראלים ועולים מברית המועצות לשעבר, שרואיינו ראיונות עומק אישיים, דיווחו שגישור על מחסום שפה הוא גורם מכריע בהצלחת המפגש הרפואי. בעיות הנובעות ממחסום שפה דוחו כמשפיעות לשלילה על שביעות הרצון בכל ההיבטים של המפגש הרפואי: הערכת התקשורת הבינאישית של הרופא והאווירה שנוצרה בזמן המפגש; היכולת לחפש ולקבל מידע רפואי ולהבין את המידע שקבלו; הרצון מצד המטופלים ומצד הרופא לקבל החלטות משותפות בנוגע לטיפול הרפואי; והצורך בזמן רב יותר במהלך המפגש.

ממצאים אלה תואמים מחקרים רבים, שקישרו בין בעיות הנובעות ממחסומי שפה לשביעות רצון המטופלים ממתן מידע רפואי ושותפות בקבלת החלטות רפואיות, ולשביעות רצון מהתקשורת הבינאישית של הרופא (Roter, 1989; Seijo, 1991; Perez-Stable, 1997, 2000 David, 1998). בראיונות העומק האישיים הודגשה נוכחות של מתורגמנים כצורך חיוני במפגש עם רופאים שוני-שפה. רוב המרואיינים אישית לא הביעו העדפה בקשר לזהות המתורגמנים, ולא התנגדו לדבר על בעיותיהם הרפואיות בפני קרובי משפחה. מבין המטופלים שמילאו את השאלונים, נזקקו לתרגום וקיבלו תרגום 31.5% מטופלים עולים מברית המועצות לשעבר ו-11.5% מטופלים ערבים-ישראלים. רוב המטופלים הערבים-ישראלים (כ-90%) והעולים מברית המועצות לשעבר (82.5%) שענו לשאלונים ושנזקקו לתרגום בזמן הביקור אצל הרופא לא העדיפו מתורגמנים אחרים על פני בני משפחתם. כנראה שהמטרה להגיע להבנה הדדית עם הרופא גברה על הרגשה של בושה או חוסר נוחות. למרות זאת, ראוי לחזור ולהדגיש כי על-פי הספרות הרפואית, תרגום הנעשה על ידי קרובי משפחה, צוות רפואי או מתורגמן מזדמן, לוקה בחסרים וגורם לבעיות רבות הנובעות מטעויות בתרגום, אי הבנות והשפעת דעותיו האישיות של המתורגמן הבלתי מקצועי. כמו-כן המחקר הרפואי מתריע על הסכנה בשימוש בילדים כמתורגמנים להוריהם, בעיקר בנושאים הקשורים לבעיות פסיכיאטריות וגניקולוגיות.

מסקנות המחקר

נראה כי המטופלים העולים מברית המועצות לשעבר עדיין נוהגים על-פי דגם הרפואה הרוסי, שלא אפשר למטופל ליהנות מקבלת מידע רפואי מפורט ומשיתוף בקבלת החלטות רפואיות. עם זאת, נראה כי יש ניגוד בין רצון העולים להפיק תועלת מהיתרונות של מערכת הרפואה הישראלית המודרנית לבין חוסר יכולתם לממש את צורכיהם. נראה כי הרופאים העולים מברית המועצות לשעבר הצליחו לספק את צרכי העולים טוב יותר מהרופאים היהודים-ישראלים והערבים-ישראלים, עקב הכרתם את צרכי המטופלים וציפיותיהם, ומאחר שדיברו איתם בשפתם.

מטופלים יהודים-ישראלים דיווחו על התנהגויות וצרכים שניתן לפרשם כאינדיווידואליסטיים וצרכניים. הם בחרו בעמדת מיקוח ומשא ומתן תובענית יותר ביחסי רופא-חולה, בהשוואה למטופלים העולים מברית המועצות לשעבר והערבים-ישראלים, בעיקר בכל הקשור לזכויות האוטונומיות של המטופל, הכללות קבלת מידע רפואי, שיתוף והסכמה מדעת לטיפול הרפואי. מטופלים ערבים-ישראלים, השייכים לתרבות קולקטיוויסטית, הביעו עמדות תרבותיות ודתיות ייחודיות. הם כיבדו, הוקירו ובטחו ברופא בתוקף היותו מלומד ובעל ידע רפואי, ולא ייחסו לעצמם את הידע והיכולת לערער על סמכותו. צורך ייחודי של מטופלים ערבים-ישראלים היה הרצון להתוודע לרופא ולהתיידד איתו, מה שמצריך גם זמן נוסף במהלך המפגש הרפואי. על-פי תוצאות המחקר, נראה שהרופאים היהודים-ישראלים והערבים-ישראלים מילאו טוב יותר אחר ציפיותיהם של החולים היהודים-ישראלים והערבים-ישראלים, בהשוואה לרופאים העולים מברית המועצות לשעבר.

המלצות

1. מן החשיבות שייחסו המטופלים למפגש עם רופאים תואמי-תרבות ושפה בסיפוק צרכיהם, ניתן ללמוד על הצורך בהכשרה מוגברת של רופאים מקבוצות התרבות של מיעוטים.
2. מומלץ להעמיק ולהרחיב את הידע הנכלל בקורסים בתקשורת בין-אישית ובין-תרבותית בתוכניות הלימודים של בתי הספר לרפואה ובתוכניות חינוך רפואי מתקדם לרופאים.
3. העסקת מתורגמנים מקצועיים במערכת הבריאות מומלצת כדי לתרום ליצירת קשר חיובי עם מטופלים מקהילות מיעוטים ועולים, כדי לסייע בזיהוי בעיות המשפיעות לרעה על בריאותם ועל הטיפול הרפואי של מטופלים מאוכלוסיות אלה, וכדי לשפר את התקשורת הבינאישית במהלך המפגש הרפואי. מאחר שהעסקת מתורגמנים מקצועיים היא שירות נדיר בארץ, מומלץ להכשיר מתנדבים מתוך קהילות מיעוטים ועולים ואף להדריך חברי צוות רפואי מקהילות אלה כדי שיוכלו לשמש מתורגמנים מיומנים ואמינים.
4. מטופלים עולים מברית המועצות לשעבר וערבים-ישראלים, שנפגשו עם רופאים שוני תרבות ושפה, הביעו צורך ורצון למפגשים רפואיים ארוכים יותר, במיוחד עקב בעיות הנובעות מחסמי שפה כגון אי הבנת מידע רפואי וחוסר יכולת להסביר את רצונם. על אף שהרופאים סובלים ממצוקה בזמן, מומלץ להאריך את משכי הביקור המוקצבים למטופלים מתרבויות אלה במפגשים עם רופאים שוני תרבות ושפה.

סיכום

התכונות, ההעדפות וההבדלים הבין-תרבותיים שהתגלו במחקר הנוכחי עשויים להוסיף מידע לרופאים ולהגביר את רגישותם לצרכים הייחודיים של המטופלים. בעיקר יש להסב את תשומת לבם לחשיבות גילויים של צרכי כל מטופל בהקשר התרבותי והאישי המיוחד אותו. על ידי האזנה לסיפור האישי של כל מטופל, תוך כדי הכרה בהקשרים התרבותיים השונים המעורבים במפגש - של המטופל, של הרופא ושל מקצוע הרפואה עצמו - יוכלו הרופאים לגשר בין ההבדלים כדי להגיע להשגת המטרות הרפואיות בהסכמה הדדית. כך יוכלו לתת את הטיפול התואם בצורה הטובה ביותר לצרכיו האישיים של כל מטופל.

מקורות

Al-Haj, M. & Leshem, E. (2000). **Immigrants from the Former Soviet Union in Israel: Ten Years Later**. University of Haifa.

Baider, I., Ever-Hadani, P. & Kaplan De-Nour, A. (1995). The impact of culture on perceptions of patient-physician satisfaction. **Isr. J. Med. Sci.**, **31**: 179-185.

Baker, D.W., Hayes, R., Fortier, J. (1998). Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for Spanish-speaking patients. **Med. Care**, **36**: 1461-1470.

Barry, C.A., Stevenson, F.A., Britten, N., Barber, N. & Bradley, C.P. (2001). Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. **Soc. Sci. Med.**, **53**: 487-505.

Bernstein J.H. & Shuval, J.T. (1994). Emigrant physicians evaluate the health care system of the Former Soviet Union. **Med. Care**, **32**: 141-149.

Brod, M. & Heurtin-Roberts, S. (1992). Older Russian emigrés and medical care. **West. J. Med.**, **157**: 333-337.

Cohen, S., Moran-Ellis, J. & Smaje, C. (1999). Children as informal interpreters in GP consultations: pragmatics and ideology. **Soc. Health and Illness**, **21(2)**: 163-186.

David, R.A. & Rhee, M. (1998). The impact of language as a barrier to effective health care in an underserved urban Hispanic community. **The Mount Sinai J. Med.**, **65**: 393-397.

DeCoster, V.A. (1997). Physician treatment of patient emotions: an application of the sociology of emotion. **Social Perspectives on Emotion**, **4**: 151-177.

Dwyer, J. (Mar/Apr 2001). Babel, Justice, and Democracy: Reflections on shortage of interpreters at a public hospital. **The Hastings Center Report**, **31**: 31-36.

Ebden, P., Bhatt, A., Carey, O.J. & Harrison, B. (1988). The bi-lingual consultation. **Lancet**, **8581i**: 347.

Fuller, J. & Toon, P. (1988). **Medical Practice in a Multicultural Society**. London: Heinemann.

Kaplan, S.H., Greenfield, S. & Ware, J.E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. **Med. Care**, 27(3 suppl.): S110-S127.

Leshem, E. & Sor, D. (1997). **Immigration and absorption of former Soviet Union Jewry: selected bibliography and abstracts, 1994-1996**. Jerusalem: Henrietta Szold Institute and Hebrew University.

Ngo-Metzger, Q., Massagli, M.P., Clarridge, B.R., Manocchia, M., Davis, R.B., Lezzoni, L.I. & Phillips, R.S. (2003). Linguistics and cultural barriers to care perspectives of Chinese and Vietnamese immigrants. **J. Gen. Intern. Med.**, 18: 44-52.

Perez-Stable, E.J., Napoles-Springer, A. & Miramontes, J.M. (1997). The effects of ethnicity and language on medical outcomes of patients with hypertension or diabetes. **Med. Care**, 35: 1212-1219.

Perez-Stable, E.J. & Napoles-Springer, A. (2000). Interpreters and communication in the clinical encounter. **Am. J. Med.**, 108: 509-510.

Phelan, M. & Parkman, S. (1995). Work with an interpreter. **BMJ**, 311: 555-557.

Putsch, R.W. (1985). The special case of interpreters in health care. **JAMA**, 254: 3344-3348.

Rack, P. (1982). **Race, Culture and Mental Disorder**. London: Tavistock.

Remennick, L.I. & Shtarkshall, R.A. (1997). Technology versus responsibility: immigrant physicians from the FSU reflect on Israeli health care. **J. Health Soc. Behav.**, 38, 191-202.

Remennick, L.I. & Ottenstien-Eisen, N. (1998). Reaction of new immigrants to primary health care services in Israel. **Internl. J. Health Services**, 28: 555-574.

Roter, D.L. & Hall, J.A., (1989). Studies of doctor-patient interaction. **Ann. Rev. Pub. Health**, 10: 163-180.

Roter, D.L. & Hall, J.A. (1992). **Doctors Talking with Patients/ Patients Talking with Doctors**. Westport, CT: Auburn House.

Seijo, R., Gomez, H. & Friedenberq, J. (1991). Language as a communication barrier in medical care for Latino patients. **Hisp. J. Behav. Sci**, **13**: 363-366.

Wheat, M.E., Brownstein, H., Kvitash, V. (1983). Aspects of medical care of Soviet Jewish émigrés. In Cross cultural medicine (special issue). **West. J. Med.**, **139**: 900-904.

Woloshin, S., Bickell, N.A., Schwartz, L.M., Gany, F. & Welch, G. (1995). Language barriers in medicine in the United States. **JAMA**, **273**: 724-727.