בס"ד

אוניברסיטת בר אילן

גישור לשוני ותרבותי בעת המפגש הרפואי עם דוברי אמהרית:

תפקיד המתורגמן הרפואי בעיני עצמו ובעיני ספקי השירות הרפואי התלויים בו

גתית סרי

עבודה זו מוגשת כחלק מהדרישות לשם קבלת תואר מוסמך

במחלקה לתרגום וחקר התרגום

אוניברסיטת בר-אילן

תשס"ז רמת-גן

עבודה זו נכתבה בהנחיית פרופסור מרים שלזינגר
מן המחלקה לתרגום וחקר התרגום
אוניברסיטת בר אילן

תודה והערכה אין קץ לפרופ׳ מרים שלזינגר על היותה לי דוגמה לשילוב של מחקר אקדמי עם מודעות חברתית ואפשרות תרומה לחברה, ועל הנחייה באורך רוח ובמסירות, בלי לחסוך מאמץ, בשעות לא שגרתיות ומתוך רצון טוב ללא גבול.

תודתי נתונה גם לפרופ׳ אלדעה וייצמן על הקדשת הזמן והייעוץ לקראת הגשת הצעת התיזה, ולמיכל שוסטר שחלקה אתי מניסיונה.

למשפחתי היקרה, לאורי ולילדים, שלא זו בלבד שגילו אורך רוח כלפי העובדה שראשי ורובי בשנה האחרונה היו נתונים לעבודה זו, אלא אף תמכו ועודדו לאורך כל הדרך.

תוכן העניינים

תקציר 1

מבוא 4

הקדמה 6

1. תרגום רפואי - הרצוי והמצוי 7

1.1 שימוש במתורגמנים לא מיומנים 10

2. המפגש הרפואי 15

2.1 דפוסי-שיח והבדלים משלביים במפגש הרפואי 15

2.2 יחסי הכוח בין הרופא לחולה........ 19

2.3 מפגש רפואי בין תרבותי 22

2.3.1 הבדלים בתפיסת מחלה ורפואה........ 22

2.3.2 מאפיינים לשוניים העלולים להוות מכשול בשיח........ 25

2.4 שיח רפואי מתווך ע"י מתורגמן 27

3. תפקידו של המתורגמן 31

3.1 תיאור התפקיד בקודים אתיים שונים: 32

3.2 הגדרות התפקיד בספרות: 35

3.3 תפקידי המתורגמן כפי שהוגדרו על ידי השותפים לאינטראקציה 41

הכשרת המתורגמן והצוות הרפואי 44

4. עולי אתיופיה 47

4.1 יהודי אתיופיה ועלייתם לארץ 47

4.2 מצבם הבריאותי של העולים 48

4.3. התרבות האתיופית 51

4.3.1 אמונות ודעות בנושא בריאות וחולי........ 51

4.3.2 תרבות ההתנהגות האתיופית הרלבנטית למפגש הרפואי 55

5. שיטת המחקר 58

5.1 שדה המחקר 58

5.2 המשתתפים 63

5.4 התהליך 66

6. תפקיד המתורגמן מנקודת מבט של המשתתפים 68

6.1 ישראלה (מתורגמנית) : 68

6.2 מיכל (מתורגמנית) 74

6.3 ניר (מתורגמן)... 80

6.4 דר' ש.מ... 83

6.5 דר' א.י. 87

7. נטילת התפקידים השונים בזמן המפגשים הרפואיים................................89

7.1 מתרגם 89

7.2 מידע תרבות 95

7.3 מתווך/ מגשר תרבות 97

7.4 סנגור.. 99

7.5 איש צוות דו-לשוני.. 106

7.6 מתאם תקשורת.. 115

7.7 מפיס... 118

8. בדיקת ההלימות בין תפיסות המתורגמנים והרופאים לבין התנהגותם בפועל121

9. סיכום 128

ביבליוגרפיה 132

נספחים 139

תקציר

עבודה זו חוקרת את תפקידו של המתורגמן במפגש בין תרבותי בין רופא דובר עברית לחולה דובר אמהרית. המפגש בין הרופא המערבי העובד על פי המודל הביו-רפואי לבין החולה האמון על התרבות האתיופית המסורתית ולרוב גם על הרפואה האתיופית העממית, מסמל גם את המפגש בין החברה הישראלית הקולטת ותרבותה לבין העולים האמורים להשתלב בה. הוא מגלם בתוכו את ניסיון המשא ומתן בין שתי התרבויות וככזה הוא משמש גם שלב משמעותי בהשתלבות העולים בחברה הישראלית.

המתורגמן הינו החוליה המקשרת במפגש בין שתי התרבויות, ותפקידו נגזר מכך. בעוד שבעבר הוגדר תפקידו כצינור המעביר ב"נאמנות" את דברי הדוברים הרי שכיום ברור כי קיים פער בין ההגדרות התיאורטיות של התפקיד לבין המציאות בשטח, ולמתורגמן מיוחסים תפקידים שונים נוספים. החלק התיאורטי של העבודה דן בשני ההיבטים הללו: תיאור המפגש הרפואי, על מורכבותו, שבו פועל המתורגמן והתפקידים שממלא המתורגמן במציאות המסוימת הזו.

בחלק זה נסקרת המציאות של המפגש הרפואי על היבטיו השונים. בתחילה, מתוארים יחסי הכוח בין הרופא לחולה וכן דפוסי השיח במפגש ביניהם, גם כאשר שניהם דוברים אותה שפה. בהמשך, נידונות ההשלכות של הבדלים בין-תרבותיים וכן של נוכחות המתורגמן על המפגש הרפואי כאשר הרופא והחולה אינם דוברים אותה שפה. הבדלים אלו באים לידי ביטוי בתפיסת מחלה ורפואה בתרבות המערבית לעומת תפיסתם בתרבות המסורתית (גורמי המחלה, דרך התלונה, צורת הטיפול, שיתוף פעולה ועוד). כמו כן מתוארים מאפיינים לשוניים (נימוס, דרך סיפור ועוד) העלולים להוות מכשול בשיח בין משתתפים בני תרבויות שונות. הכנסת המתורגמן כצלע שלישית במפגש משנה את האינטראקציה בין שני הצדדים ומצריכה מודעות לשינוי המערך כולו ודרכי עבודה שונות.

מתיאור האתגרים שמעמיד המפגש הרפואי הבין-תרבותי, נגזר הדיון בתפקידו של המתורגמן. על סמך עיון בקודים אתיים שונים נלמדו ההנחיות למתורגמן, כפי שנוסחו על ידי הארגונים במקומות השונים. כמו כן נסקרה ספרות דסקריפטיבית המתארת תפקידים שונים שמלאו מתורגמנים שנצפו על ידי חוקרים שונים וכן הגדרות שניתנו על ידי שלושת השותפים לאינטראקציה לגבי תפיסתם את תפקיד המתורגמן.

דיון מיוחד הוקדש לתיאור הקבוצה המסוימת בה עוסק מחקר זה – עולי אתיופיה. הובא רקע היסטורי של העדה, של עלייתה לארץ בשלושים השנה האחרונות, ושל צורת הקליטה במרכזי קליטה האמורים לענות על צרכי הקליטה המיוחדים לה. הפרק העוסק בתרבות האתיופית מסביר תפיסות מחלה האופייניות לעולי אתיופיה, סוגי המחלות ודרכי ריפוי הנפוצות באתיופיה ועם העלייה לארץ וכן דפוסי שיח ונימוס האופייניים להם ושיכולים לבוא לידי ביטוי בעת המפגש.

מתוך העיון בספרות התיאורטית נבנה מודל של תפקידי המתורגמן הכולל שבעה תפקידים שתוארו על ידי חוקרים שונים: מתרגם, מיַדֵעַ תרבות, מגשר תרבות, איש צוות דו-לשוני, סנגור, מתאם תקשורת ומפַיֵס. מטרת המחקר היא בדיקת תפיסת תפקידים אלו וביצועם בפועל על ידי המתורגמן במפגש הרפואי הבין-תרבותי המסוים עם עולי אתיופיה בישראל. שאלות המחקר שהוצגו היו:

- כיצד תופס המתורגמן את תפקידו?
- כיצד תופס הצוות רפואי את תפקידו של המתורגמן?
- האם התנהגותם של המתורגמנים ואנשי הצוות עולה בקנה אחד עם תפיסותיהם אלו?

נערך מחקר שדה איכותני בשתי מרפאות של שירותי בריאות כללית בקיבוץ ובעיר, הצמודות למרכזי קליטה שבהם שוהים עולים מאתיופיה בשנה וחצי הראשונות לעלייתם ארצה. במסגרת המחקר נצפו ותועדו בכתב 44 מפגשים בין שני רופאים ישראלים לחולים – 37 מפגשים עם דר' ש.מ. ו-7 מפגשים עם דר' א.י., שבהם נעזרו המשתתפים בשתי מתורגמניות שונות. המתורגמניות, הרופאים והאחיות שעובדות לצידם, רואיינו בראיונות חצי-מובנים לגבי תפיסותיהם את התפקיד וצורת העבודה המשותפת שלהם.

החומר שנאסף במפגשים תומלל ונותח על פי מודל שבעת התפקידים. בדבריהם של כל אחד מהמשתתפים נבדקה תפיסתו את כל אחד מהתפקידים. כמו כן נמצאו דוגמאות מתוך המפגשים למקרים שבהם מלאו המתורגמניות את כל אחד מהתפקידים, או שבהם התבקש מילוי תפקיד זה והמתורגמנית לא עשתה זאת. אחר כך, נבדקה ההלימות בין התפיסות שעליהן הצהירו המשתתפים לבין התנהגותם בפועל בעת המפגשים.

מהראיונות עם הרופאים עולה כי הללו מעוניינים בעיקר בתרגום ויחד אתו גישור תרבותי. כמו כן הם מעוניינים שהמתורגמן ישמש גם איש צוות המבצע ראיון ראשוני בתחילת המפגש, אך לא יחרוג מתפקיד זה. בתחום זה של הראיון ובירור התלונה, ציפיותיהם מהמתורגמניות הינן גבוהות מאד וגובלות בהטלת האחריות על המתורגמנית בתחום שצריך

היה להיות באחריותם שלהם. במהלך המפגשים הם מפגינים חוסר מודעות לעבודתה של המתורגמנית, אינם מדברים בצורה שתאפשר תרגום נאמן ושתאפשר להם לקבל את המידע הנחוץ להם להשגת התוצאות המקוות מהמפגש.

המתורגמניות, המצהירות על כך שהן רואות עצמן כמתרגמות בלבד, למעשה ממלאות את התפקידים הנוספים שבמודל. כצפוי, חלק הארי של תפקידן הוא תרגום דברי החולה, הנעשה בתמצות, תוך הפעלת שיקול דעת רב לגבי השמטות. בנוסף, הן משמשות בעיקר כאיש צוות דו- לשוני וכסנגור לחולים, ופחות כמתאם תקשורת וכמידע ומגשר תרבות.

על סמך התצפיות המתוארות בעבודה זו, נראה שהרופאים והמתורגמניות גם יחד אינם מודעים להיבטים רבים, אתיים ופרגמאטיים, של עבודתם המשותפת ולהשלכותיהן של בחירות המתקבלות תוך כדי עבודה. לא נעשה ביניהם תיאום ציפיות ולא תואמו דרכי עבודה משותפת שיאפשרו לכל אחד מהם לבצע את תפקידו בצורה הטובה ביותר, ולהפוך את המפגש ליעיל. עבודת שני הצדדים נעשית באופן אינטואיטיבי, ללא מודעות לכאורה, לאתגרים, לסכנות ולהשלכות של התנהלותם על תוצאות המפגש.

בהסתמך על הממצאים, נראה כי הדרך לשיפור איכות העבודה במפגשים וכתוצאה מכך לתוצאות טובות יותר של המפגש, היא על ידי העלאת המודעות של הרופאים והמתורגמניות להיבטים התרבותיים והסוציולוגיים של המפגש ועל ידי לימוד דרכים מעשיות לשיפור מעשה התרגום והתקשורת. כל אלה צריכים להיעשות במסגרת הכשרה של אנשי הצוות הטיפולי והמתורגמניות העובדים עם העולים.

מבוא

מודל הצינור שהיה מקובל בעבר לתיאור תפקיד המתורגמן אינו מתאר נכונה את התפקידים שזה נוטל לעצמו, או שמוטלים עליו במפגש הרפואי בכלל, ובמפגש הבין-תרבותי בפרט. לאחר שצפו בעבודתם של מתורגמנים הגדירו חוקרים שונים תפקידים שונים שהללו ממלאים. גם הקודים האתיים שהתגבשו בשנים האחרונות מקבלים כנתון את העובדה שהמתורגמנים ממלאים תפקידים נוספים, מעבר לתרגום דברי המשתתפים, ואינם משמשים אך כצינור.

עבודה זו תתמקד בבדיקת תפקידו של המתורגמן במפגש בין רופא דובר עברית לחולה דובר אמהרית, מפגש שמעבר להיותו דו-לשוני הוא גם בין-תרבותי. השאלות שאותן יבדוק המחקר הן:

א. כיצד תופס המתורגמן את תפקידו?

ב. כיצד תופס הצוות הרפואי את תפקידו של המתורגמן?

ג. האם התנהגותם של המתורגמנים והמטפלים עולה בקנה אחד עם תפיסותיהם את התפקיד?

בחלקו הראשון של המחקר יוצג הרקע התיאורטי להבנת המציאות שבה פועל המתורגמן הרפואי בכלל והמתורגמן לעולה האתיופי בפרט:

בפרק הראשון תתואר המציאות במוסדות רפואיים שונים, תוך התמקדות ביתרונות ובחסרונות של שימוש במתורגמנים מקצועיים לעומת מתורגמני אד-הוק (מזדמנים).

בפרק השני יאופיין המפגש הרפואי החד-לשוני על הבדלי הכוח שבין המשתתפים בו ודפוסי השיח המבטאים הבדלים אלו. כמו כן, יתוארו הבדלים בין-תרבותיים ומאפיינים לשוניים הבאים לידי ביטוי במפגש רפואי בין-תרבותי. יוסבר כיצד משפיעה הכנסתו של המתורגמן למפגש על מורכבותו.

בפרק השלישי תינתן סקירה של תפקיד המתורגמן, כפי שהוא מתואר בספרות שנכתבה על ידי חוקרים שצפו בעבודתו, כפי שהוא מוגדר ומומלץ בקודים האתיים השונים וכפי שהוא הוגדר על ידי שלושת השותפים לאינטראקציה במפגש הרפואי – הרופא, החולה והמתורגמן עצמו.

הפרק הרביעי ישלים את התמונה על ידי תיאור המאפיינים הרלבנטיים למפגש הרפואי עם עולי אתיופיה. בנוסף לתיאור מצבם הבריאותי יתוארו תפיסות הרפואה והמחלה שלהם וכן דרכי שיח והתנהגות שיש להן השלכה על התקשורת שלהם עם הרופא.

לאור האמור בחלק התיאורטי נבנה מודל של שבעה תפקידים שממלא המתורגמן בעת המפגש הרפואי: מתרגם, מידע תרבות, מגשר תרבות, איש צוות דו-לשוני, סנגור, מתאם תקשורת ומפייס. תפיסותיהם של המשתתפים במחקר וכן התנהגותם במפגשים תיבחן על פי מודל זה.

מחקר השדה בוצע בשתי מרפאות של "שירותי בריאות כללית" הסמוכות למרכזי קליטה שבהם חיים עולים מאתיופיה בשנה וחצי הראשונות לשהותם בארץ. במהלך המחקר נצפו מפגשים בין רופאים לחולים יוצאי אתיופיה ונערכו ראיונות עם הרופאים והמתורגמניות, לבדיקת תפיסותיהם את תפקיד המתורגמן.

התצפיות והראיונות שמשו לניתוח תפקיד המתורגמן. נבדקו תפיסותיהם של הרופאים והמתורגמניות לגבי התפקיד, כפי שהם מתארים אותן במודע או שלא במודע. כמו כן, נבדקו התפקידים השונים כפי שהם מבוצעים בפועל על ידי המתורגמניות במפגשים עצמם, וכן האופן שבו הרופאים מסתייעים בתרגום. בשלב הבא, נבדקה מידת ההלימות בין התפיסות כפי שהמשתתפים השונים ביטאו אותן, לבין התנהגותם בפועל.

מחקר זה עוסק בתרגום רפואי לאוכלוסיית עולי אתיופיה, תחום שלמיטב ידיעתי עדיין לא נחקר. בתור שכזה הוא עשוי לשפוך אור על הדרך שבה ביצוע תפקיד המתורגמן משרת את המפגש הרפואי של העולים עם הרופא הישראלי. מעבר לתועלת תיאורטית זו, יכולה להיות לו גם תועלת מעשית. לימוד המחקר ויישום מסקנותיו עשויים להביא לשיפור התקשורת בין הרופא הישראלי לחולה העולה מאתיופיה, וכתוצאה מכך לשפר את איכות המפגש הרפואי ביניהם. תוצאה כזו תשליך גם על קליטתם של עולי אתיופיה בארץ מאחר וההיבט הרפואי מהווה גורם חשוב בתחושת הרווחה של כל מהגר, דבר המשפיע באופן ישיר על קליטתו במדינה הקולטת.

הקדמה

מאז ומתמיד הייתה מדינת ישראל מדינה קולטת עלייה. גלי העלייה ממדינות שונות הצטרפו לחברה הישראלית כשחלק מהקולטים עצמם היו גם הם בעבר עולים שחוו על בשרם את חווית הקליטה. המדינה נתפסה כ"כור היתוך" שבו מותכים יוצאי כל התרבויות השונות לדמות של ישראלי חדש בעל תרבות ישראלית חדשה. למרות שהייתה אהדה בקרב הקולטים לקשייהם של העולים הייתה ציפייה מהם שילמדו במהירות את השפה העברית וישתלבו בחברה בכל המובנים. כתוצאה מתפיסה זו גם המדינה, כמדיניות, ראתה ערך בלימוד השפה העברית והשקיעה משאבים בהוראתה ויתכן שיש בכך להסביר מדוע לא נעשו מאמצים ממוסדים נרחבים לעזור לעולים הנזקקים לשירותיה השונים של המדינה כאשר הללו לא רכשו את השפה העברית. נראה כי הניסיון שנרכש עם השנים מקליטת גלי העלייה השונים, כמו גם הפתיחות הרבה יותר בעולם לרב-תרבותיות הביאו לכך שיש היום יותר הבנה ונכונות לקבלת השונה ולהליכה לקראתו במקום ציפייה ממנו לעשיית הדרך כולה.

ליכולת התקשורת בין המהגר לחברה הקולטת ולמוסדותיה השונים השלכות חברתיות, משפטיות ורפואיות:

השלכות חברתיות: ההשלכות החברתיות באות לידי ביטוי בחוסר השתלבות של המהגרים בחברה הקולטת. אדווארדס ואחרים (Edwards et al., 2005) מצביעים על קשר בין בידוד חברתי לחוסר שליטה בשפה. מבני מיעוטים שאינם דוברים את שפת המדינה בה הם חיים, או הדוברים אך מעט ממנה נמנעים מרכיבים חשובים בחיי החברה בה הם חיים. דווקא אלו הנזקקים יותר לשירותי בריאות, רווחה, חינוך ומשפט מנועים מלקבלם בצורה המיטבית בשל מחסום השפה.

מדובר בבעיה החוצה גבולות: מהגרים בכל העולם מרגישים שהרופאים לא מבינים אותם, לא רק בגלל מחסום השפה אלא גם בגלל הבדל בהגדרות מחלה ובאמונות לגביה (Reiff et al.,1999). יש הטוענים כי בני מיעוטים מעוררים פחות אמפתיה אצל הרופא ועל כן הוא פחות ידידותי כלפיהם ופחות מכבדם. התוצאה של מפגש כזה היא ירידה ברצון של החולה לשוב ולהזדקק לעזרתו של הרופא (Angelelli, 2004). תוצאה של מפגש שבו התקשורת לקויה היא תסכול של שני הצדדים, בלבול ופחד של החולה המרגיש שאינו מבין מה בדיוק נעשה, חרדה, מבוכה, השפלה, ניכור וכעס (Shackman, 1984).

ההשלכות המשפטיות: ברור שתקשורת תקינה עם נותני השרות במוסדות השונים הינה תנאי הכרחי למימוש זכויות האזרח של כל בן מיעוט לשוני, ואי קבלת טיפול בשל היעדר שפה מהווה מניעת זכויות והפליה. קאר (Carr, 1995) מדגישה כי חובתה של המערכת לספק נגישות שווה ואיכות שווה של טיפול לכל אזרחיה ותושביה. גם החוק הישראלי העוסק בהסכמה מדעת לטיפול רפואי מחייב את המטפל למסור למטופל מידע רפואי הדרוש לו כדי להחליט אם להסכים לטיפול המוצע. החוק[1] מגדיר כי "המטפל ימסור למטופל את המידע הרפואי... ובאופן שיאפשר למטופל מידה מרבית של הבנת המידע לשם קבלת החלטה בדרך של בחירה מרצון ואי תלות". אי אפשר לדבר על הסכמה מדעת מבלי שהמטפל נתן את המידע הדרוש ווידא שהחולה הבינו (Gordon, 1996). תרגום רפואי מתחייב, אם כן, לצורך מילוי החוק.

השלכות רפואיות: מעבר להשלכות החברתיות והמשפטיות של המחסום הלשוני שנמנו כאן, הבעיה הקריטית יותר היא השלכותיו על איכות הטיפול הרפואי. תקשורת לקויה בין רופא לחולה עלולה להביא לאבחון לא מתאים המוביל לטיפול לא מתאים או לתוצאות הרות אסון, ריבוי בדיקות ואשפוזים מיותרים, הפניות לא נכונות, פגיעה בהמשך הטיפול, חוסר שביעות רצון של המטופל, היענות (compliance) נמוכה יותר לטיפול, תלות יתר בשירותי הרפואה, פחות התערבות מונעת ועוד.

אחת הדרכים לצמצם ככל האפשר פגיעה מעין זו באיכות הקשר בין מטפל למטופל הינה תרגום שיאפשר תקשורת ברורה ויעילה בין הרופא לחולה להשגת מפגש אפקטיבי ביניהם.

1. תרגום רפואי - הרצוי והמצוי

פתרונות מסוגים שונים נקטים במדינות שונות לטיפול בחולה בן מיעוט לשוני המתקשה לקיים תקשורת בלתי-אמצעית עם אנשי הצוות הרפואי והפרא-רפואי. למרות שהפונים לטיפול רפואי היו מעדיפים אולי למצוא מולם רופא או מטפל הדובר את שפתם,

[1] חוק זכויות החולה, התשנ"ו – 1996, פרק ד' הסכמה מדעת לטיפול רפואי, סעיף 13 ב-ג.

הדבר לא תמיד ניתן, או אף רצוי, מאחר ויש שיקולים מקצועיים אחרים הקודמים להתאמה לשונית. הפתרונות החלופיים המצויים הינם:

א. תקשורת לא-מילולית (צלילים, עזרים טכניים כגון מודלים רפואיים ושיחונים מצוירים) או שפת גוף (תנועות, סימני ידיים) יחד עם אוצר מילים משותף מצומצם ביותר

ב. היזקקות ל"מתורגמן" מזדמן (פנייה לאדם מהרחוב, או חולה אחר במסדרון)

ג. מתורגמן מטעם המטופל עצמו (קרוב משפחה, שכן, חבר וכיו"ב)

ד. מתורגמן מבין עובדי המוסד הרפואי – איש צוות רפואי, עובד משק או מינהל

ה. שימוש בשפה שלישית שאינה שפתם של המטפל או המטופל, אשר שניהם מסוגלים לתקשר בה במידה זו או אחרת, אך מצד שני הם לעתים אינם שולטים בה היטב או אינם חשים בנוח לשוחח בה

ו. שכירת שירותיו של מתורגמן מקצועי על ידי החולה המביא אותו אתו למפגש

ז. מגשר או מתורגמן מקצועי מטעם גורם חיצוני (משרד הבריאות, משרד הקליטה וכו') אשר אחד מתפקידיו הינו סיוע במפגשים רפואיים וטיפולים

ח. מתורגמן מקצועי המועסק על ידי המוסד הרפואי עצמו על בסיס קבוע

ט. שימוש בשירותי תרגום טלפוניים או בצורה אחרת של תרגום מרחוק (שלזינגר, 2006)

בפועל, כיום בישראל ניתן למצוא בעיקר את פתרונות א'-ה' בבתי החולים ובמרפאות. נדיר ביותר למצוא מתורגמנים מקצועיים המועסקים על ידי המוסדות או החולים עצמם. (פתרון זה ננקט בעיקר בקהילת החרשים, הזכאים על פי חוק להקצבת שעות תרגום לשפת-הסימנים הישראלית). ניתן לשמוע על מספר פתרונות מקומיים ממוסדים, כגון תרגום חלקי לעולי אתיופיה בסניפי קופת חולים במקומות שבהם יש ריכוז של עולים וכן על פתרונות שאולתרו במקום זה או אחר על ידי הצוות המקומי. לדוגמה, בבית החולים "שניידר" בפתח תקווה מאורגנת עבודתן של העובדות הסוציאליות כך שתוכלנה גם לעזור בתרגום לחולים ומשפחותיהם. תלמידות בית הספר לסיעוד ליד בית החולים "זיו" בצפת מקבלות מלגת לימודים שתמורתה הן מתחייבות להיות זמינות בפלאפון לצורך תרגום בבית החולים. כמו כן ניתן למצוא במקומות מסוימים מגשרים או מתורגמנים מטעם גורמים חיצוניים כגון משרד

הבריאות ומשרד הקליטה, בעיקר עבור עולים מאתיופיה. מרבית הפתרונות המקובלים הינם פתרונות אד-הוק. רובנובסקי (2005) מצאה במחקר שערכה כי 96% מהרופאים השתמשו במסגרת עבודתם במתורגמן כלשהו. במרבית המקרים היו אלה בני משפחה או מלווים שהמטופל הביא עמו, או חברי הצוות הרפואי או הפרא-רפואי. לעתים רחוקות יותר, היו אלה מתורגמנים זרים לשני הצדדים, כגון מנקה או מטופל אחר (רובנובסקי, 2005).

בארה״ב התקדם התרגום הרפואי כתוצאה מלחץ מלמטה של קהילות ואירגונים חברתיים שסייעו בקידום הנושא. מצד אחד נעשו פעולות להגדלת המודעות של המיעוטים לזכויותיהם, דבר שהגדיל את הלחץ וכתוצאה מכך את היענות ספקי השירות. מצד שני נעשתה פעולה של איסוף תלונות, חקירה והגשת תביעות על הפרת חוק זכויות החולה וכיו״ב. כמו כן הופעל לחץ על ספקי השירות להכיר באחריותם לנגישות השירות שלהם למיעוטים לשוניים, בין השאר על ידי סירוב המשרדים החברתיים לשלוח עובדים הממומנים על ידם, ואף על ידי מניעת מימון פדרלי למרכזים רפואיים שלא סיפקו את שירותי התרגום. בסופו של תהליך ארוך נחקקו חוקים והופעלו סנקציות המחייבות את ספקי הבריאות לנהוג לפיהם (Fortier, 1995). לאחר שהושגה חקיקה בסיסית המחייבת מתן שירותי תרגום למיעוטים הלשוניים חלה התקדמות נוספת בחקיקה שחייבה הכשרה של המתורגמנים הרפואיים המועסקים על ידי ספקי הבריאות וכן פותח קוד אתי למתורגמנות רפואית. כמו כן נחקקו חוקים האוסרים שימוש במתורגמנים שלא הוכשרו ונאסר השימוש בילדים לצורך תרגום (Angelelli, 2004).

באוסטרליה קיימת מערכת מפותחת היטב של תרגום לסקטור הציבורי וכן של שירותי תרגום חיצוניים (Merlini and Favaron, 1993). כמו כן מופעל שם מודל מיוחד הבנוי על שלושה נדבכים: הצוות הרפואי, מתנדבים קהילתיים ומתורגמנים מקצועיים. מתוך הבנה שהמוסדות הרפואיים השונים אינם יכולים להחזיק מתורגמנים בכל שעה ולכל שפה, הוקם מאגר של מתורגמנים לקריאת חירום. כל סוכנויות התרגום קשורות אל בנק זה והוא שבוחר ושולח את המתורגמן לפי דרישה. המודל עובר שינויים עם השנים לאור הניסיון שנצבר (Carr, 1995).

בבריטניה מדווח על ארבעה סוגי תרגום רפואי רווחים: אנשי צוות רפואי דו-לשוניים, מתורגמנים מוסמכים, קרובים וחברים ומתנדבים נטולי הכשרה. יחד עם זאת מסתמנת שם עלייה בשימוש בתרגום טלפוני מתוך ראייה של יתרונותיו הרבים: מידיות ונגישות,

מתורגמנים מאומנים, זמן תגובה מהיר, חיסכון במקום, היעדר הטיה, סודיות, הסרת הלחץ מהמטפלים והחולים ואנונימיות (Pointon, 1996).

מחקר שנערך בבתי חולים בווינה מצביע גם הוא על כך שהתרגום הרפואי מתאפיין בעיקר על ידי סידורי אד-הוק של דו לשוניים חסרי הכשרה, לרוב בני משפחה ואנשי צוות בית החולים. מבין אנשי הצוות מדובר לרוב בעובדי ניקיון (61%) והשאר אחיות (34%) או רופאים (5%) (Pöchhacker and Kadric, 1999) .

לסיכום, נראה כי כל המדינות קולטות ההגירה נמצאות היום בשלב זה או אחר של תהליך פיתוח מערך של תרגום רפואי. בעוד שבכולן הפתרונות הנפוצים יותר הם פתרונות האד-הוק השונים, הרי שישנה מודעות גוברת לצורך בפתרונות ממוסדים ומקצועיים יותר. הגורם המעכב את הכנסת שירותי התרגום הוא בראש ובראשונה שיקול כספי – הצורך לממן את שירותי התרגום, ועל כן במקומות רבים, כאשר הונהגו שירותי תרגום, הללו ממומנים בעיקר על ידי גורמים חיצוניים – המדינה או קרנות שונות. סביר להניח כי כאשר ספקי הבריאות ישתכנעו כי מימון שירותי התרגום יכול לחסוך להם כסף רב המוצא על בדיקות אשר ניתן היה להימנע מהן בעזרת תקשורת טובה יותר בין המטפל למטופל, וכן על ימי אישפוז, יהיו גם הם מעוניינים בשירות חיוני זה. כמו כן, יש להניח כי כאשר המטפלים יתרגלו לשימוש בתרגום מקצועי זמין, זו תהפוך לנורמה ועלות השירות תיספג באופן טבעי בתקציב האדמינסטרטיבי של נותני השירות.

1.1 שימוש במתורגמנים לא מיומנים

לשימוש במתורגמנים אד-הוק, גם כאשר הללו אינם מיומנים, יש יתרונות, בכך שהם זמינים, אינם עולים כסף (אלא אם כן הם שייכים לצוות ספק השירות ועל כן נגרם הפסד בשל היעדרותם מעבודתם הרגילה), ובכך שהם יכולים לסייע לחולה גם במטלות אחרות מחוץ לחדר המטפל, כגון, סידור אמצעי תחבורה, הזמנת תורים והפניות. במקרים מסוימים הם אף עשויים לגרום לחולה להרגיש יותר בנוח, בשל העובדה שהוא מכיר אותם וסומך עליהם (Angelelli, 2004). אולם, ככלל, רוב החוקרים רואים חסרונות רבים בתרגום של מתורגמנים לא מקצועיים שלא הוכשרו לתפקיד. בין החסרונות:

תרגום לא מדויק – המתורגמן מתקשה לתרגם את התוכן כולו כלשונו.

פלורס ואחרים (Flores et al., 2003) מחלקים את שגיאות התרגום החובבני לחמש קטגוריות: **השמטה** של מילה או חלק משפט (השמטת שאלה, מידע חשוב או אף קריטי, השמטת הוראות לגבי מינון, תדירות או משך נטילת התרופה וכו׳); **הוספה** של דבר שלא נאמר על ידי בני השיח; **החלפה** של מילה או חלק משפט באחרת (החלפת מספר, אבר גוף וכו׳); **עריכה** – הוספת דעה אישית כאילו זה תרגום של מילות הדובר; **ורהיטות כוזבת** – שימוש במילה לא נכונה שאינה קיימת בשפה המסוימת (73% משגיאות מסוג זה נמצאו במחקרם כקשורות במונחים רפואיים). במחקר שערכו, הם בחנו את ההשלכות הרפואיות של תרגום לא מקצועי. מבחינתם, שגיאה בתרגום נחשבת כבעלת תוצאות קליניות פוטנציאליות כאשר היא משנה את היסטורית המחלה הנוכחית, את היסטורית העבר, את ההתערבויות האבחוניות או הטיפוליות, את הבנת החולה את מצבו הרפואי או את תכנית הביקורים הרפואיים בהמשך. בנוסף, הם מצאו כי לעתים קרובות אין הלקוחות מודעים להשפעה הבלתי-רצויה של התרגום על יעילות התקשורת, לרבות טעויות בעלות השלכה רפואית.

ידע מוגבל לגבי שירותי הבריאות – בשל היותו מזדמן, אין המתורגמן מכיר את המוסד אליו נקרא לתרגם ועל כן חסר לו הרקע הדרוש להיכרות עם האפשרויות שזה מציע ועם הדרך להשגתן.

חוסר ביטחון באשר לאפשרות לבקש הבהרה כאשר אינו מבין – החד-פעמיות של אירוע התרגום אינה מאפשרת למתורגמן לפתח בטחון עצמי המאפשר לו להודות כשאינו יודע או מבין.

הטיה ועיוות – ה״מתורגמן״ אינו מסוגל להתעלם מדעותיו והטיותיו האישיות, ועלול לצדד באחד ה״צדדים״. הוא אף עלול לעשות שימוש לרעה בכוחו. (לדוגמה בעל המתרגם עבור אשתו בנושא החלוק ביניהם ומנצל את אי יכולתה להביע עצמה על מנת להשליט את רצונו).

אי-שמירה על סודיות – חוסר הבנה של חשיבות השמירה על סודיות עלול לגרום למתורגמן להפר את חובת הסודיות. חששו של המטופל מפני רכילות של ה״מתורגמן״ עלול לגרום לו להימנע מפתיחות וחשיפה.

ידיעה לא מספקת של שפת המטפל או המטופל –ידיעה לקויה של שפת המטפל יוצרת בעיות יותר משהיא פותרת, וחוסר שליטה מספקת בשפת המטופל עלולה לגרום לסכנה.

אי הבנת התפקיד – ה״מתורגמן״ אינו מבין את חשיבות העברת כל מה שנאמר על ידי הצדדים. הוא עלול לסנן דברים על פי הבנתו, לענות בעצמו על שאלות כאשר התשובה ידועה לו.

אי-מתן הסבר להבדלים תרבותיים – מתורגמן שאינו רגיש לתפקידו עלול שלא למלא את תפקיד הגישור התרבותי ולא להאיר הבדלי תרבות, ערכים וציפיות,כשהדבר מתבקש.

אי-התאמה אישית – בתרבויות מסוימות יש חשיבות לגיל, רקע או השתייכות קבוצתית. כאשר ה"מתורגמן" נקרא לתרגם בלא שהות להכנה מוקדמת אין אפשרות להתחשב בגורמים אלו.

הסתכלות מגבוה על מטופלים משכילים פחות או שלא השכילו ללמוד את השפה, עלולה לגרום ל"מתורגמן" לזלזול במטופלים מתוך הזהות עם הממסד או החברה הקולטת. לעתים היא עלולה להביא להסתרת מידע שיביך או יבייש, לכאורה, את המיעוט אליו הוא שייך. (Shackman, 1984)

חוסר הכרות עם השגרה וההליכים של הראיון הרפואי עלול להביא למצבים לא נוחים. כמו כן, שליטה בלתי מספקת במינוח המתאים עלולה לגרום לקושי בתיאור כאב למשל או בלבול בהעברת מושגים טכניים.

לקיחת תפקיד לא נכון בשיח יכולה לגרום למתורגמן להזדהות יתר עם אחד הצדדים, ובמקרה של הזדהות עם המטופל, לפגיעה בדימוי הציבורי שלו עצמו. במקרה כזה יש חשש שדעותיו האישיות יגרמו לשינוי המשמעות כתוצאה מהשמטה, תוספת או שינוי (Cambridge, 1999).

חוסר היכולת של המתרגם לשמור על מיקוד עקבי בתפקידו גורמת לסטיות משמעותיות, הן בצורת התקשורת והן בתוכנה. חוסר הידע של המטפל לגבי סטנדרטים של מקצוע התרגום אינו מאפשר לו להיות מודע למתרחש, וגורם לו לאבד את השליטה על האיכות המקצועית של האינטראקציה (Pöchhacker and Kadric, 1999).

כל החסרונות שנמנו עד עתה רלבנטיים לכל הסוגים של המתרגמים הבלתי-מקצועיים, אולם בנוסף לכך יש חסרונות הייחודיים לסוג זה או אחר של מתורגמני אד-הוק:

<u>אנשי צוות דו-לשוניים</u>: מדובר באנשי הצוות הרפואי בעלי תחום עיסוק שונה או אנשי מינהלה הנקראים לשמש כמתורגמנים גם כאשר הם עסוקים בעבודתם שלהם. העובדה שהם נלקחים בעת עבודתם שלהם פוגעת בהספק שלהם בתפקידם האמיתי, דבר העלול לגרום להם לכעס ותסכול (Carr, 1995), יש בכך גם חשש לפגיעה במעמדם בשל העובדה שהם משרתים את עמיתיהם בעוד שהם אמורים להיות שווי מעמד. כמו כן, מבחינת המוסד המעסיק אותם יש בכך בזבוז משאבים (Shackman, 1984).

כמו כן, תוארו וזהותו של המתורגמן בתפקידו המקורי משפיעים על תפקודו כמתרגם, מה שיוצר לעתים קרובות קונפליקט בין שני התפקידים: נקודת ההסתכלות המקצועית של המתורגמן בתפקידו המקורי עלולה להשפיע על גישתו ללקוח ולמטלה, וליצור קונפליקט מול תפקידו כמתורגמן (Hsieh, 2006). כך גם הוא עלול לקחת על עצמו תפקיד מטפל כבתפקידו המקורי ובכך להפחית מתפקידו של המטפל עצמו. בולדן (Bolden, 2000) מתארת אחות דו-לשונית (bilingual helper) שמילאה תפקיד של מטפלת בעת תרגום לרופא ובכך הפחיתה משמעותית את מספר האינטראקציות הישירות בין הרופא לחולה ואת מספר התורות שלקח החולה לעצמו.

<u>בן משפחה</u>: כאשר בן משפחה מתלווה אל החולה ומתרגם עבורו, עצם נוכחותו עלולה לגרום לחולה לשנות את התנהגותו במפגש ואת דבריו ביחס לבעיותיו הרפואיות, יכולותיו התפקודיות, יחסים במשפחה ולגבי גישתו ביחס למעורבות המשפחה בטיפול בבעייתו. לעתים קרובות יענה המתורגמן במקום החולה בלי לאפשר לו לענות, יביע דעתו או יתרום מידע מבלי שנשאל, או ישמיט בכוונה מדברי החולה (Angelelli, 2004). במקרים קיצוניים אף יפעל בניגוד לרצון של החולה או לאינטרס שלו (לדוגמה, בעל מכה המתרגם עבור אשתו) אשר אינו מודע לעיוות דבריו.

כאשר ילדים מתרגמים עבור הוריהם מתעוררות בעיות בשני תחומים: האחד - איכות התרגום בשל גילו הצעיר של המתורגמן, השני – השפעת התפקיד על מערכת היחסים במשפחה ועל נפש הילד. מבחינת איכות התרגום - לא תמיד מספיקה השליטה של הילד בשפת האם על מנת לתרגם את הנדרש. יתירה מזאת, התפקיד מחייב מודעות להקשרים מקומיים וגלובליים, הבנה של תרבות, ערכים, אסוציאציות וכדו' שהילד עדיין אינו מסוגל להם. הוא מחייב גם שימוש בידע חברתי בוגר – זהירות, טאקט ודיסקרטיות עם יכולת שינוי אסטרטגיות בתגובה לסיטואציות שונות. לעתים קרובות משימות מעין אלו אינן סבירות לגילו הכרונולוגי של הילד המתרגם (Hall, 2001).

החשש השני הוא השפעת התרגום של הילד הן על מערכת היחסים במשפחה והן על נפש הילד: כאשר הילד, אשר בדרך כלל תלוי בהוריו, הופך למומחה בעל אחריות שהוריו תלויים בו, גורם היפוך התפקידים לשינוי במערכת יחסי הסמכות בין הדורות. הילד נחשף במהלך התרגום לידע שמטופל בדרך כלל על ידי מבוגרים וגם לידע שילד לא אמור לדעת בנוגע להוריו. הוא עומד בדילמות קשות כגון הצורך לסנגר על הוריו תוך כדי שמירה על כבודם, ועליו לקבל

החלטות המשפיעות על כל המשפחה. סטודנטים שתרגמו בילדותם עבור הוריהם תיארו במחקר מתח כרוני כתוצאה מהמעבר בין שני המצבים – אחריות כלפי ההורים והתלות בהם. הם תיארו תגובות הנעות בין גאווה לעוינות ותסכול (De ment, 2005).

מאידך, יש לציין כי ילדים ששימשו כמגשרי שפה עבור הוריהם הרגישו כי התקדמו מבחינת תחושת היכולת האישית, ביטחונם ומעמדם במשפחה עלו, הם פיתחו יכולת אינטראקציה בין אישית טובה יותר, וכן רגישות ותובנות כלפי הוריהם. הישגיהם בלימודים השתפרו גם כן, וככל הנראה היה השיפור קשור בניסיון שהצריך כישורים קוגניטיביים ושימוש באסטרטגיות מורכבות (De Ment et al., 2005).

כפי שנראה בעבודה, תפקידו של המתורגמן נגזר במידה רבה מהמערך שבו הוא פועל. בפרק הבא נעמוד על כמה ממאפייניו של הראיון החד-לשוני והמתוּוָך.

2. המפגש הרפואי

2.1 דפוסי-שיח והבדלים משלביים במפגש הרפואי

המפגש הרפואי מוגבל בזמן (Cambridge, 1999) ושלביו הם: פתיחה – ברכות, הצגת הנוכחים, קביעת יחסים; הצגת הבעיה –החולה מסביר את סיבת בואו ואת התלונה; בדיקה – הרופא שואל סידרה של שאלות להבנת הבעיה ובודק בדיקה גופנית אם יש צורך בכך; איבחון – הרופא מאבחן את הבעיה לאור מימצאי הבדיקה ומדווח לחולה; הטיפול - הרופא והחולה דנים באפשרויות הטיפול ומחליטים על הטיפול המתאים; סיום –דברי פרידה הכוללים הנחיה לביקור נוסף, איחולים וכדו' (Bolden, 2000).

המפגש כמוהו כמשא ומתן להשגת עסקה. לכל עסקה שלושה מאפיינים עיקריים: א. אסימטריה של כוח ומרחק חברתי - בידי אחד הצדדים סחורה (במקרה של מפגש רפואי הסחורה היא הידע שבידי הרופא) כך שהצד השני, המעוניין להשיגה, הופך לחסר כוח. כמו כן, למרות ששני הצדדים הנושאים ונותנים יכולים להיות בעלי אותו מעמד חברתי מחוץ למשא ומתן, בהקשר של העסקה קיים ביניהם מרחק חברתי. ב. לעסקה מטרה חיצונית – במקרה של מפגש רפואי – בריאות החולה. ג. יעדי העסקה הם שקובעים את רצף הנושאים שיידונו בה, כאשר אחד הצדדים שולט בלקיחת התורות בשיחה. בניגוד לעסקה מסחרית שבה הקונה הוא המוביל את השיחה בשאלות על הסחורה, בשיח הרפואי הרופא הוא המוביל את השיח ושולט בזרם המידע מתוקף היותו בעל המומחיות והידע . הרופא (בעל הסחורה) מכיר את חוקי השיחה, מה שלא תמיד נכון לגבי חולה. הוא שולט בשינוי הנושא ובלקיחת התורות בשיחה. לעתים הוא נותן לחולה להוביל לכאורה את השיחה על ידי שאלה המאפשרת לו להביע דעה או להעלות שאלה, אך עדיין הוא זה שמחליט מתי תינתן לחולה חירות זו ולכמה זמן. לאורך כל השיחה חלים שינויים ביחסים בין הדוברים ועל כל אחד מהם להכיר את הסימנים והקודים לניהול השיחה. לעתים קרובות חולה, במיוחד זה הבא מתרבות אחרת, לא ידע לזהות את הסימנים הללו, או שלא יהיה לו מספיק ביטחון לקחת את החופש שנתן לו הרופא, ולתרום לשיח במפגש (Cambridge, 1999).

העובדה שעבור הרופא בעיה קלה ואפילו ניתוח רציני הינם מעשה שבשגרה בעוד שעבור החולה זה אירוע מרכזי בחיים יוצרת גם היא את ההבדל בנקודת המבט, ומגבירה את המתח שבמפגש בין שניהם (Gülich, 2003).

למרות התיאור של הרופא כמומחה שמולו עומד החולה חסר הכוח, הרי שלמעשה גם לחולה "מומחיות" הייחודית לו שאין לרופא. אמנם אין הוא בעל ידע רפואי אך הוא היחיד המומחה למחלתו: לצד הסובייקטיבי שלה, להתפתחותה, לרמת הכאב ולצורתו, לגישתו למחלה ולדרך התמודדותו. רק באמצעותו יכול הרופא לקבל את המידע הזה. כאשר זוכה המומחיות של החולה להכרה ע"י הרופא, גוברים סיכוייו להגיע לאבחון נכון. גם אחר כך, המומחיות של החולה בהתמודדות עם מצבו רלבנטית להמשך הטיפול. שיתוף פעולה והיענות לטיפול אפשריות יותר כאשר מידע עובר מהחולה לרופא ונלקח על ידו ברצינות.

השיח בין שני המומחים מתחיל במשא ומתן לקביעת דרגת המומחיות של כל אחד מהצדדים שבא לידי ביטוי בטכניקות שונות, ישירות ועקיפות, בהן הם מאותתים זה לזה על מעמדם בכל רגע נתון באינטראקציה. מטרת השיח בין הרופא לחולה היא בין השאר לתווך בין שתי הפרספקטיבות שלהם לגבי המחלה (Gülich, 2003).

המשא ומתן בין שני הצדדים תחילתו בהצגת החולה את עצמו בפני הרופא. לסגנון ההצגה העצמית של החולה, הנובע מרקעו התרבותי והלשוני, השפעה רבה על ההבנה של הרופא את החולה. סגנון ההצגה העצמית של החולה נמצא על ידי רוברטס ואחרים (Roberts et al.,2005) כקטגוריה העיקרית התורמת לאי הבנת החולה. סגנון הצגה עצמית לוקה בחסר כאשר החולה משתמש ב: א. <u>הצגה עצמית נמוכה</u> – הוא מדבר מעט, או מסתפק בהצגת מסמך או תרופה, בהנחה שלרופא כוח רב הכולל יכולת לאבחן על סמך מידע מועט. ב. <u>דרך שונה לבניית מידע</u> – הוא מדבר דיבור ארוך ולא לכיד, אינו מספק את ההקשר או להיפך מרחיב בהקשר ללא הבהרת מטרת הביקור. ג. <u>עומס יתר ומיחזור הנושא</u> – החולה מעמיס מספר רב של נושאים לא רלבנטיים ואינו מפריד ביניהם. ד. <u>דיבור בו זמני או מקוטע</u> – החולה קוטע את הרופא על מנת להתחיל נושא חדש, להרחיב בתיאור או להתייחס לשאלה קודמת.

גורם נוסף שמקשה על התקשורת הוא השימוש של הרופא בז'רגון רפואי. קמברידג' שתיארה את המפגש הרפואי כעסקה, התייחסה למרחק החברתי. הרופא והחולה שייכים לקהילות דיבור שונות המזוהות על ידי הלקסיקון שלהן. כאשר אין קביעה בראשית השיחה באיזה לקסיקון ישתמשו הצדדים בשיחה לא תהיה תקשורת מוצלחת. השימוש של הרופא בז'רגון הרפואי נובע לפעמים אולי מהנחה מוטעית שיש בסיס משותף בינו לבין החולה, אך למעשה מכיוון שהחולה בסיטואציה הרפואית אינו מועצם, גורם לו לעיתים השימוש בז'רגון לניכור ולתחושת חוסר אונים (Cambridge, 1999).

בפני הרופא עומד גם האתגר של העברת ידע רפואי מדעי או טכני לחולה ההדיוט בעת השיח ביניהם. העברת ידע זה חשובה לחולה לרכישת תובנה לגבי מחלתו וגם לאימוץ דפוסי התנהגות חדשים עקב המחלה. לרשות הרופא עומד רפרטואר מגוון של טכניקות לשוניות המשמשות מומחים להעברת ידע להדיוטות: הסבר של מונחים, ניסוח מחדש, הדגמה ופישוט של הצהרות מורכבות.

הדרך הנפוצה ביותר להסבר היא ניסוח מחדש שבה הדובר חוזר על ביטוי לא מובן שאמר קודם ומציע לו אלטרנטיבה. סמן מילולי כגון "זאת אומרת" מצביע על כך שמדובר בניסוח מחדש. האלטרנטיבה יכולה להיות חזרה על הביטוי המקורי בעזרת מילה נרדפת או פראפראזה. הפראפראזה יכולה להיות רק וריאציה של הביטוי המקורי אך גם הרחבה או צמצום שלו.

דרך אחרת להסבר היא הדגמה המתבצעת בארבע אופנים: א. שפה מטפורית – הכוונה למטפורה, שימוש מושאל או אנלוגיה. ב. נתינת דוגמאות המאפשרות לדובר להביע רעיונות רפואיים מורכבים בצורת חוויה יומיומית רגילה. ג. תרחישים, הצגת מצבים, אירועים או תגובות אפשרים. ד. צורות המחשה אחרות כגון שימוש במושג מוחשי במקום במופשט.

ככלל, הרופא בדיבורו עובר לעתים תכופות משפה דיבורית לשפה טכנית ולהיפך. מאידך, הרופא אינו יכול להימנע לחלוטין משימוש בשפה טכנית. מאחר וזו מאפשרת לחולה לזהות מידע מוכר בהקשרים חדשים (למשל, אם יקרא על מחלתו במקום אחר), וכן בשל העובדה ששפה זו מהווה מרכיב חשוב בתפקידו של מומחה (Gülich, 2003).

בשלב רישום ההיסטוריה הרפואית קיים קונפליקט בין העדפת הרופא את השימוש ב"קול הרפואה" ("voice of medicine") – מידע אובייקטיבי, טכני, מדעי נטול הקשר ותיאור אישי, לבין קול היום-יום ("voice of lifeworld") שבו מתאר ההדיוט את מחלתו. (Mishler, 1984 בתוך Bolden, 2000).

הרופא אשר הוכשר ואומן לעבוד על פי המודל הביו-רפואי מנסה לאסוף מידע בנושאים הקשורים למצב הרפואי המסוים. שאלותיו מתייחסות לתיאור הסימפטום, תדירות הופעתו, משך ההופעה, ההתפתחות לאורך הזמן, מה גורם להופעתו וכן הלאה. נושאים מסוימים נחשבים רלבנטיים לאבחון ואחרים כלל אינם שייכים. יתירה מזאת, גם דרך הצגת המידע צריכה לענות על כללי "קול הרפואה": יש להציגו בצורה אובייקטיבית ונטולת הקשר. על פי מישלר "voice of medicine" בניגוד ל "voice of lifeworld" משקף עניין "טכני" ומבטא

"גישה מדעית". הסיבה לכך היא שתיאורים אובייקטיבים אלו מתאימים למודל הביו רפואי של הרפואה, מה שיאפשר לרופא אבחון קל של בעיית החולה. על מנת לקבל תיאור אובייקטיבי מפי החולה בונה הרופא את שאלותיו בצורה כזו שתניב תשובות רצויות. רבות משאלותיו הן שאלות סגורות המגבילות את התשובה, חלקן שאלות כן ולא, שאינן מעודדות סיפור נרחב מצד החולה (Bolden, 2000). לאחר שמיעת סיפורו של החולה, הרופא המערבי עושה למעשה פעולה סמיוטית של העברת הדיבור של ההדיוט לקטגוריות מקצועיות. הוא לומד לרשום סימפטומים והיסטוריה רפואית, כלומר לספר את הסיפור על פי פורמט סטנדרטי, כך שאנשי מקצוע אחרים יוכלו לקרוא אותו (Kleinman, 1994).

החולה מצידו אינו בקיא במינוח הרפואי וגם אינו יודע איזה מידע נחשב רלבנטי אצל הרופא. הוא מספר את חווית המחלה שלו בלשונו הרגילה. אין זה מידע אובייקטיבי אלא הבנה ותרגום של מציאות סובייקטיבית. הסיפור של החולה אינו אלא מודל מסביר (explanatory model), תיאור בלתי פורמלי של החולה את המחלה, המבטא למעשה את תפיסותיו ולעתים גם את תפיסות משפחתו והתרבות ממנה בא, לגבי אפיזודה רפואית מסוימת. לסיפור שלו יש משמעות קלינית רבה, עד כדי כך שהתעלמות ממנו עלולה להיות הרת גורל. מודלים אלו עונים על שאלות לגבי טבע הבעיה, סיבת השפעתה, למה הופיעה עכשיו, מה לדעת החולה יהיה מהלך המחלה, הטיפול שבו הוא מעוניין ופחדיו. על הרופא להפעיל מודל רפואי כלשהוא כדי לזהות את המידע הרלבנטי, לפרש את המידע ולבנות מציאות קלינית. לכל רופא ולכל תחום ברפואה יש רפרטואר של מודלים פרשניים (ביוכימיים, חיסוניים, ויראליים, גנטיים, סביבתיים, פסיכודינמיים ועוד) שאותם הוא מפעיל. השימוש במודלים המפרשים הוא תכונה בסיסית של המעשה הקליני, ללא קשר לסוג הריפוי – רפואה מערבית או מסורתית. למודל הפרשני שעל פיו עובד הרופא חשיבות רבה להצלחת המפגש בינו לבין החולה ולהשגת המטרה הסופית – בריאותו של החולה.

אם כן, שמיעת הסיפורים - המודלים המסבירים של החולה ומשפחתו, מצד אחד, עוזרת לרופא להבין את הפרספקטיבה של החולה כאשר הוא מתכנן אסטרטגיות לטיפול. מצד שני, העברת המודל של הרופא לחולה עוזרת לו ולמשפחתו להחליט בצורה מושכלת ומועילה לגבי הטיפול (איזה טיפול, איזה מטפל, מתי להיכנס לטיפול ובאיזה תנאים). כאשר מתנהל בין הרופא לחולה משא ומתן על המודלים המנוגדים שלהם, יכול הדבר להסיר מחסומים בפני טיפול אפקטיבי, ולהביא לטיפול יותר אמפתי ואתי. כאשר הרופא מתעלם מהמודל של

החולה, הוא מביע למעשה זלזול ב"אחר", ומתעלם מהמימדים הפסיכולוגיים של הטיפול. בכך הוא מעכב את היחסים הטיפוליים בינו לבין החולה וחותר תחת היסודות התקשורתיים של הטיפול (Kleinman, 1994) .

התקשורת בין הרופא לחולה חשובה, אם כן, קודם כל לצורך קבלת היסטוריה שלמה יותר, שיפוט קליני משופר ואבחון מדויק יותר. אולם לתקשורת טובה יש השפעה גם על אספקטים אחרים של הטיפול. היא חשובה לצורך בניית יחסים מוצלחים בין הרופא לחולה. לטענת ג'ייקובס ואחרים (Jacobs et al.,2001 בתוך Angelelli, 2004) למרות היות הרופאים היום מדעיים ומשכילים יותר, לעתים אין הם מתקשרים באפקטיביות עם חוליהם. דבר זה נכון עוד יותר כאשר החולה בא מתרבות אחרת. מחקר שבוצע על ידי רוזנברג ואחרים (Rosenberg et al.,1997 בתוך Angelelli, 2004) הראה כי תקשורת טובה יותר מביאה לתוצאות קליניות טובות יותר: חולים המרגישים בנוח ביחסים עם הרופא מרוצים יותר, דואגים פחות בשל מחלתם, מצייתים להוראות הטיפול ומבקשים פחות הפניות לרופאים אחרים. יש הטוענים אף שהיחסים בין הרופא למטופל חשובים להשגת התוצאה יותר מאשר הטיפול הרפואי עצמו (Frey, 1998 בתוך Angelelli, 2004).

למעשה מדובר בברית – שיתוף פעולה בין הרופא לחולה במאבק כנגד המחלה. שיתוף פעולה זה מגביר את האוטונומיה של החולה ומאפשר לו לקבל החלטות מושכלות. כאשר הרופא מתייחס אל החולה כאל שותף בדיאלוג הרפואי, ולא רק כמדווח על סימפטומים, כאשר הוא מגלה דאגה ואמפתיה, גדול יותר הסיכוי שהחולה ישאל שאלות, יביע חששות ויקבל יותר מידע. קשר מעין זה המתואר כאן הוא מפגש שהחולה במרכזו ("patient-centered encounter") שבו הדיאלוג בין הרופא לחולה מבוסס על מודל ביו-פסיכולוגי ולא על מודל ביו-רפואי. הוא מכונה גם "relationship-centered medicine" שמשמעותה אינטגרציה של הפרספקטיבה של הרופא והחולה – קול הרפואה וקול החיים בתוך המפגש הרפואי (Angelelli, 2004).

2.2 יחסי הכוח בין הרופא לחולה

המפגש בין רופא לחולה משקף גם את יחסי הכוח ביניהם. במישור האישי, כפי שצוין קודם לכן, מדובר קודם כל באי-סימטריה של הכוח הנובעת מהידע שבידי הרופא הגורם לחולה להיות במצב של חוסר אונים. בנוסף, בין הרופא לחולה בסיטואציה של המפגש קיים

מרחק חברתי-מעמדי גם אם זה אינו קיים ביניהם כאנשים פרטיים מחוצה לה, בשל שייכותו של הרופא למעמד מקצועי נחשב לבין היות החולה הדיוט. באופן טבעי, יש בדרך כלל סולידאריות ואחדות אינטרסים או סימפטיה בין חברי אותה קבוצה חברתית.

הרופא נוקט, במודע או שלא במודע, אמצעי נימוס וריכוך שונים כדי לגשר על יחסי הכוח והמרחק החברתי. אמצעים אלו עשויים אכן לגשר על הפערים, אך בה במידה לגרום לניכור ולתחושת חוסר אונים חזקה עוד יותר. לדוגמה, רופא יכול להשתמש בלשון נקייה כשהדבר אינו מתבקש מתוך גישה פטרנליסטית כלפי החולה, או לנקוט בדיבור מתיילד כלפי אדם מבוגר מתוך כוונה ליצור קרבה או הרגשה נוחה, אך למעשה לחזק בכך את תחושת חוסר האונים שלו (Cambridge, 1999).

הגדרת המושג "כוח" לצורך הדיון היא "היכולת של אנשים ומוסדות לשלוט בהתנהגות והחיים החומריים של אחרים... המדובר ביחסים כמו בין הורים לילדים, מעסיק לעובדים, רופאים ומטופליהם, ממשלה ונתיניה וכו'...יחסי כוח אלו אינם טבעיים ואובייקטיביים; הם מציאויות בין סובייקטים, מלאכותיות ובנויות חברתית" (Fowler, 1985:61 בתוך Merlini and Favaron, 1993). כוח הוא, אם כן יכולת נרכשת שבאמצעותה קובע ומשפיע בעל הכוח על התנהגות אחרים והוא אפשרי רק בהקשר של אינטראקציה חברתית. יחסי הכוח משתנים ומוגדרים מחדש כל הזמן, על פי הזהות, התפקיד והצעדים שנוקטים הצדדים באינטראקציה. למרות היותם מלאכותיים, הופכים יחסי הכוח הללו למוכרים וטבעיים בהקשרים מסוימים. במלים אחרות, בסיטואציה מוסדית מסוימת משקף השיח שהשתרש בה את יחסי הכוח האופייניים למערך. במקרה של רופא וחולה הנחות היסוד הן שהרופא הוא שמבין ברפואה, הוא זה שנמצא בעמדה להחליט על דרך ההתמודדות, שנכון וטבעי שהרופא יקבל החלטות וישלוט בהתייעצות ובטיפול ואילו החולה יקבל ויציית, וכן הלאה.

הנחות אלו מוטבעות גם בצורת הדיבור ובשפה בהם משתמשים הצדדים. כלומר, קיים קשר מבוסס מחקרית בין שפה וכוח. השיח ממלא תפקיד בהנצחת יחסי הכוח המקובלים: הדרך שבה מפעילים כוח או מתנגדים לו, כאשר אין מדובר במלחמה ממש, הוא באמצעים מילוליים (Merlini and Favaron, 1993).

במקרה של מהגרים ומיעוטים לשוניים אחרים, אין מדובר ביחסי כוח במישור האישי של רופא-חולה בלבד, אלא גם במישור הכללי של חברה קולטת מול מהגר. יחסי כוח אלו עומדים על מספר צירים: תרבותי, היסטורי, ממסדי, פוליטי ותקשורתי. הם קיימים אפילו

במדינות מערביות הקולטות הגירה ממדינות מערביות אחרות, ואף במדינות בעלות מסורת ארוכה של הגירה, שבהן כביכול למדו לא רק לקבל את ההגירה אלא גם להעריך את תרומתה למדינה הקולטת. אולם, לדברי רודבין (Rudvin, 2001), כאשר מדובר בהגירה ממדינות לא מערביות אל מדינות מערביות נושא הבדלי הכוח עולה לדיון על סדר היום הציבורי וקיימת נטייה חזקה של הקולטים (במיוחד לאחר אירועי ה-11 בספטמבר, 2001) לצפות מהמהגר להסתגל לאורח החיים של המדינה הקולטת אם הוא רוצה להשתקע בה. הכוונה לאימוץ הנורמות של המדינה הקולטת, מערכות התקשורת והממסד. במפגש עם מהגר ממדינות העולם השלישי מתאפיינים היחסים באי שוויון, בכוח מול חוסר אונים, ידע מול בורות, ביטחון מול פחד, שליטה יהירה מול הכנעה, תמרון ומניפולציה מול בלבול ומבוכה (Rudvin, 2001).

מן המתואר לעיל עולה כי מאחרי כל אחד מהצדדים במפגש הפרטי בין הרופא לחולה ניצבות למעשה שתי החברות או התרבויות שמהן הם באים – הקולטת והנקלטת. בנוסף לפונקציות הריפוי הגלויות יש למפגש גם פונקציות חברתיות סמויות, המשקפות ומשרתות את המאבק בין שתי קבוצות אלו. הללו מכונות "סמויות" מכיוון שאין הן בהכרח מכוונות.

מצד הרופא המטפל – באמצעות מנגנונים מילוליים ולא מילוליים משרת הרופא את חיזוק מעמדה של הקבוצה הקולטת-השולטת וחיזוק התרבות הדומיננטית. הרופא מייצג את המודל הביו-רפואי האובייקטיבי, כפי שתואר קודם לכן. בנוסף לכך, ברמת המיקרו הוא מייצג גם את ערכיו האישיים ביחס למיגדר, מעמד, גזע ואתניות. הללו משקפים בדרך כלל את המעמד החברתי אליו הוא שייך. ברמת המַקרו הבדלי הכוח הם בתחום הפוליטי-כלכלי. במפגש הרפואי יש נטייה למקד את תשומת הלב בסימפטומים אובייקטיביים ופתולוגיה אישית, ולנתקם מסוגיות חברתיות שעשויות להיות הסיבה לסבל האישי, ובכך לעזור לחברה הדומיננטית להתעלם מסוגיות חברתיות הקשורות לקבוצת המיעוט.

מאחר ובריאות קשורה למגוון רחב כל כך של התנהגויות יום יומיות, מרחיב הרופא את סמכותו הרבה מעבר לגבולות הרפואה. על ידי הרחבת תחום השליטה על המהגר גם לתחומים אישיים כמו הריון, לידה, והזדקנות הופך גם גופו של המהגר ככלי לאקולטוריזציה . הרופא שולט בשיחה על ידי התערבות ושאלות ומכוון את החולה לשפה הרפואית. המטפל נמצא בעמדת כוח המאפשרת כפיית התרבות הקולטת (שימוש ברפואה מערבית וניהול הדיון לפי תרבות זו) ועידוד התנהגות התואמת את דפוסי החברה הקולטת. אפשר לראות זאת בבירור

כאשר הרופא מעביר כבדרך אגב מידע תרבותי שאינו רלבנטי לבריאות: הוראות ביחס לערכים והתנהגויות השייכים לתרבות הקולטת.

המטופל מצידו גם בעמדת הנחיתות, לכאורה,שבה הוא מצוי, מביע עמדתו בצורה סמויה. מצד אחד, עצם הפנייה לרפואה המערבית והפקדת גופו להתערבות רפואית היא בעצמה הסכמה לאקולטוריזציה. דרכה הוא יכול להגיע למוסדות אחרים של הארץ הקולטת (ביטוח לאומי וכיו"ב). מצד שני, התנהגותו במהלך הטיפול: ביטוי סומטי של אי שביעות רצון למרות דעת הרופא, תלונה על חוסר היעילות של הטיפול, סטייה מהוראות הרופא בלקיחת התרופות, שימוש יתר ותת-שימוש בשירותי הרפואה, התנגדות לסמכות וניסיון להגיע לכוח ולמשאבים – כל אלה הם דרכי מחאה סמויות כנגד הרופא המייצג את החברה הקולטת.

למעשה, השימוש ברפואה המייצגת את תרבות החברה הקולטת מחד גיסא, וההתנגדות לה מאידך גיסא, משקפות את המתח שבו מצוי המהגר בין אימוץ הנורמות התרבותיות החדשות לבין שמירה על הערכים והאמונות של תרבותו המקורית (Reiff, 1997).

2.3 מפגש רפואי בין תרבותי

תרבות כוללת מערכת של הנחיות גלויות וסמויות, כללי התנהגות, תפיסת עולם, את האופן שבו האדם חווה את העולם באופן רגשי, יחסים בין אישיים ותקשורת עם הסביבה ועם העל-טבעי. כל אלה מועברים באמצעות, סמלים, טקסים אמנות ושפה. ככל שאדם קרוב יותר לתרבות המקור ומזדהה איתה יותר היא באה לידי ביטוי יותר באורח חייו (צורת חיים, אוכל וכיו"ב) ובתפיסת העולם שלו והוא מתנגד יותר להתבוללות בתרבות אחרת (Huttlinger, 2002).

במסגרת המפגש הרפואי הבין תרבותי יש לכל אלה השלכות בשני תחומים: האחד – ההבדלים בתפיסת המחלה והרפואה, והשני – הבדלים בתרבות השיח.

2.3.1 הבדלים בתפיסת מחלה ורפואה

בתרבות המערבית מוגדרת מחלה כסטייה מן הנורמלי (Huttlinger, 2002). הסימפטומים של מחלה נתפסים כגילויים-ביטויים של מציאות ביולוגית פנימית. למרות שמכירים בכך שתרבות יכולה לעוות ביטוי זה מאחר שבתרבויות שונות יש דפוסים שונים של סימפטומים, מניחים כי אפשר למפות את תלונות החולה לתחושות ולתהליכים פתולוגיים.

תפקיד הרופא הוא לפענח את התלונות ולהמירן בשמות מחלות. אחר כך עליו לבצע טיפול רציונאלי על בסיס שרשרת סיבות ידועות ברמה הביולוגית (Good & Good, 1980). כלומר, ברגע שזוהתה המחלה, גורמיה ידועים והרופא יכול לטפל בהם.

קיימים הבדלים בין תרבויות שונות בנוגע לתפיסת המחלה, דרך התגובה, עצם הקביעה כי מדובר במחלה ודרכי הטיפול. הבדל נוסף הוא בייחוס הסיבות למחלה מהם הגורמים שהביאו להתפרצות המחלה בכלל וברגע מסוים בפרט. הבנת תפיסתו של החולה את הסיבות למחלתו, למשל, רלבנטית מאד לדרך הטיפול שעל הרופא לנקוט (Huttlinger, 1996) .

מחקרים להשוואת התנהגות קלינית של קבוצות אתניות שונות מצאו הבדלים רבים במימדים הבאים:

הספציפיות של התלונות הרפואיות – דור ראשון למהגרים מתלונן בכלליות בקשר למערכות איברים שונות ומתקשה למקד הכאב.

סגנון התלונות בהקשרים רפואיים שונים – הללו נעים מביטוי פתוח ודרמטי של הסבל, לבין הכחשת הסימפטומים, סבל שקט והסתכלות מן הצד על הכאב.

אופי החרדה לגבי משמעות הסימפטום – יש החוששים רק מהגבלת כושרם, יש מכך שהוא עדות למחלה רצינית, ויש החוששים מהכאב עצמו.

תגובה לאסטרטגיות טיפוליות – התגובה להרגעה או לטיפול תרופתי תלויה במשמעות שמייחסים לסבל.

התרבות הרפואית של החולה (הבנתו הרפואית, התיאוריות והערכים שבהם הוא מחזיק) משפיעים על חווית המחלה, על דרך ההבעה של הסימפטומים, על דפוס חיפוש הטיפול ועל הערכתו. יתירה מזאת, אותה מחלה יכולה להיות מיוצגת על ידי סימפטומים שונים בתרבויות שונות. חולים הסובלים מאותה מחלה יבקשו כל אחד עזרה עבור סימפטום אחר.

על פי הנאמר לעיל, הבנת התרבות של המטופל חשובה בשני השלבים של המפגש- בשלב האבחון ובשלב הטיפול. הבנת דרך ביטוי התלונה של החולה והמשמעות של הסימפטום בתרבות שאליה הוא משתייך תעזור בפענוח הסימפטומים לצורך אבחון מדויק. אפשר היה אולי לחשוב על בניית קוד תרבותי שעל פיו ימפה הרופא את הסימפטומים למחלה המתאימה, לדוגמה, "כאשר חולה סיני מתלונן על כובד בלב משמעות הדבר דיכאון". אולם, לטענת גוד וגוד (1980) זוהי משימה בלתי אפשרית מכיוון שהייחוד של כל קבוצה אתנית הולך ומתמעט עם הזמן, וקשה לתרגם את המידע האנתרופולוגי למודל (Good & Good, 1980).

בשלב הטיפול קיימים הבדלים בין תפיסת הריפוי בתרבות המערבית לבין תפיסתו בתרבויות מסורתיות שונות. כך, למשל, תוארו על ידי פדימן (Fadiman, 1997) הבדלים קיצוניים בין רופא מערבי לרופא בתרבות המאנג (Hmong) המסורתית אשר באו לידי ביטוי בעת טיפול כושל בילדת מהגרים חולת אפילפסיה, טיפול שהתאפיין בחוסר הבנה תרבותי בין הוריה לבין הרופאים האמריקאיים. תוארו הבדלים בתחומים הבאים:

מקום המפגש – בעוד הרופא המסורתי מבקר את החולה בביתו, מטריח הרופא המערבי את החולה התשוש לבוא אליו למרפאה או לבית החולים.

משך המפגש – מרפא מסורתי יכול לבלות שעות רבות ואף ימים לצד החולה בעוד שביקור במרפאה או ליד מיטת החולה נמדד בדקות.

מידת החדירה לפרטיות – המרפא המסורתי אינו נזקק לשאלות ושומר על הנימוס והכבוד של החולה. לעומתו שואל הרופא המערבי שאלות אינטימיות על נושאים שלא מקובל לדבר עליהם בתרבות המסורתית.

הבדיקות – מרפא מסורתי אף פעם לא יפשיט חולה בעוד עמיתו המערבי מבקש להתפשט ואף מבצע בדיקות פולשניות.

זמן האבחון – דיאגנוזה מידית ניתנת על ידי הרופא המסורתי ואילו רופא מערבי לוקח בדיקות שתוצאותיהן יכולות להגיע אפילו אחרי כמה ימים. גם אז לא תמיד הוא יכול לזהות את הגורם למחלה.

טיפול בגוף ובנפש – הרפואה המערבית כלל לא מזכירה את הנפש בעת טיפול גופני. הנחת היסוד של רפואה מסורתית, לעומת זאת, היא שאין טיפול בגוף בנפרד מהנפש.

אחריות הרופא להצלחת הטיפול או כשלונו – רופא מערבי מוחזק אשם בכישלון הריפוי. בתרבות המאנג, לעומת זאת, מאחר והרוחות הן האחראיות למחלה והמרפא אך מנהל איתן משא ומתן, הרי שכשלונו מעיד על כך שהתמודד מול יריב חזק ומסוכן, דבר שמעלה את ערכו (Fadiman, 1997).

דוגמה זו שתוארה מתרבות המאנג מן הסתם אינה נכונה בכל פרט לכל תרבות מסורתית אחרת, אך היא מהווה דוגמה להיבטים שונים של תפיסת המחלה והריפוי השונים מאד מהתפיסה המערבית. פדימן מפרטת גם דוגמאות להליכים רפואיים מקובלים בתרבות המערבית הנחשבים בעייתיים בתרבות מסורתית. למשל, נטילת דמים נתפסת כמסוכנת, באשר היא מדלדלת את הכמות המוגבלת של הדם בגוף. הרדמה נתפסת כנדודי הנשמה

ומתקשרת למוות. כריתת איבר כמו ניתוח לאחר המוות גורמים לחוסר איזון בגוף ולפגיעה בתחיית המתים (Fadiman, 1997).

הבדלים נוספים קשורים בתחום של הטיפול והיחס של הסביבה למחלה. המדובר בשאלות כגון: מי אחראי לקבלת החלטות לגבי החולה, אם זה בגלל מצבו ואם בגלל מעמדו, מי חייב לטפל בו, מי יכול ומי חייב לשבת לידו כאשר הוא שוכב בבית או בבית החולים, אילו רגשות מותר להפגין ליד זרים בעת משבר ומהי הדרך לעשות זאת, תגובות לכאב, למחלה או למוות, מהו האוכל המתאים בזמן מחלה ועוד. שאלת האוכל למשל, מבטאת לא רק תזונה אלא יש לה טווח משמעויות סמליות בתרבויות שונות. קיים הבדל אפילו במה נחשב כאוכל ומה לא, מה קשור לאירועים קדושים, מה יכול לשמש למרפא ומה מזיק. כמו כן יש משמעות לשאלה מי מכין את האוכל ומתי הוא נאכל (Huttlinger, 2002). התייחסות לא נכונה של הרופא על ידי פנייה לאדם הלא נכון כדי שיקבל החלטה, ניסיון התערבות אפילו בתום לב בשאלה מי יטפל, או המלצה על אוכל מסוים בלי התייחסות לאורח החיים של המטופל, או אי היכולת שלו לזהות מידע תרבותי ספציפי, עלולה לגרום לאי היענות ולפגום ביעילות הטיפול.

על פי תפיסה זו, המחסום העיקרי במפגש רפואי בין-תרבותי אינו השפה אלא התרבות. על כן, הבנת התרבות של החולה והתייחסות אליה בכל שלבי הטיפול תאפשר אבחון, טיפול והיענות טובים הרבה יותר.

2.3.2 מאפיינים לשוניים העלולים להוות מכשול בשיח

במקביל, יש השמים דגש על חשיבותם של הבדלים לשוניים בין תרבויות. מספר גורמים תרבותיים עלולים להוות בעיות תקשורת פוטנציאליות במפגש רפואי בין תרבותי: שימוש במטפורות, מלים טעונות, אי התאמה של שדות סמנטיים ועוד.

<u>שימוש במטפורות</u>: תרבויות מסורתיות משתמשות במטפורות הרבה יותר מאשר המערביות ולכן תיאור הסימפטומים יהיה לעתים קרובות בדרך של דימויים או מטפורות. כך למשל יתואר כאב כ"חם" או "קר", או אירוע מסוים יתואר בדרך עקיפה שתיתפס כלא מדויקת. יהיה קשה אם כן לרופא לקבל תשובות על הגדרת כאב, דרוג חומרתו, זמן הופעתו וכיו"ב, במיוחד בצורה האובייקטיבית נטולת ההקשר הרצויה לרפואה המערבית. לחולה מגבלות תרבותיות גם בשימוש במילים מתחום המין, הפרשות הגוף וכדומה. לעתים תמנע

חולה מלנקוט בתיאור מפורש או במילה מפורשת מפני שהדבר ימיט קלון עליה או על בעלה. בעוד היא חושבת שהתיאור העקיף היה ברור לשומע כמו לה עצמה, הוא נתפס כלא אמין על ידי הרופא המערבי, או שכלל אינו מובן לו.

<u>אי-חפיפה של שדות סמנטיים</u>: בשפות השונות ישנו רישות (gridding) שונה של המציאות למשל, בהגדרת קרבה משפחתית. כך למשל, "אמא" בשפת האבוריג'ינים באוסטרליה מתייחסת גם לאחות האם, ובפקיסטן גם בן דוד ייקרא "אח". השימוש בכינוי קרבה הוא גם דרך של כבוד, העוזרת להימנע משימוש בשם הפרטי.

בפרק הקודם נידונו הבדלי הכוח וההיררכיה בין הרופא לחולה. הללו מכתיבים את צורת השיח בחברה המערבית ואף יותר מכך בחברות המסורתיות. אפילו בשיחות שוויוניות על פניהן, נקבעים כללי השיח על ידי יחסי הכוח: המקום במשפחה, מעמד חברתי ומקצועי, גיל, מין, קרבה. בתרבויות מסוימות נעשה שימוש בסַמָנים דקדוקיים לציון הבדלי המעמד בין הדוברים. (שימוש בגוף שלישי כלפי נוכח או בגוף ראשון רבים). סימני הזהות של הקבוצה ההירכיה והתפקיד המחוזקים על ידי סמנים לשוניים עלולים ללכת לאיבוד כאשר השומע אינו מודע להם. כמו כן, עלול החולה לאבד את היכולת לתקשר כרצונו כאשר אין הוא שולט בצורות השיח המקבילות בתרבות הקולט. מצב זה עלול לסכן את התקשורת ואת השגת המטרה הרצויה.

בדומה, ישנו הבדל בין תרבויות שונות בכללי חלוקת התורות בשיחה בין שני אנשים או בתוך קבוצה, וכן קיים הבדל לגבי השלב בשיחה שבו מועלה נושא השיחה. דובר מקבוצת המיעוט שאינו שולט היטב בכללי השיחה של החברה הקולטת נמצא בעמדה נחותה במפגש (Rudvin, 2001).

שאלה העולה תכופות בהקשר של המפגש המתווך היא שאלת השימוש בגוף ראשון או שלישי. הדעות בנושא חלוקות: הדיבור על החולה בגוף שלישי יוצר ריחוק בין הצדדים, יוצר בלבול בהבנת התפקידים שממלאים בני השיח (מיהו נותן המשמעות למבע) ושם את החולה בצד (Cambridge,1999). השימוש בגוף ראשון מביא ליחסים טובים יותר בין הרופא לחולה אך קשה להחזיק בו לאורך זמן. הוא לא נוח למתרגם (החוזר על דברי הדוברים כלשונם) (Shackman, 1984) ויוצר קושי אצל בני השיח לזהות מתי המתורגמן מדבר בשמו ומתי בשם מישהו אחר (Shackman, 1984; Hsieh, 2006).

בנוסף למאפיינים הלשוניים שנמנו יכולים גם ערכים ואמונות להוות מכשול בשיח בין הרופא למטופל. לדוגמה, רופא עלול לפגוע בהירככיה המסורתית, אם יפנה לבת משפחה צעירה בשל היותה דוברת שפתו במקום לגבר מבוגר שהוא האחראי לחולה. כמו כן מגע עין פולשני עלול לפגוע בבן השיח כמו עשיית תנועות הנחשבות מעליבות בתרבות החולה. אפילו מחמאה לתינוק עשויה לפגוע בתרבות המאמינה שזו קריאה למזיקים (Fadiman, 1997).

אי הבנה של הקוד התרבותי של החולה, פרשנות מוטעה של דבריו או התנהגותו, ושיפוט המבוסס על אי-הכרת הקוד התרבותי עלולים להביא לעוינות ולחוסר שיתוף פעולה ובכך לסכן את השגת מטרת המפגש הרפואי.

2.4 שיח רפואי מתווך ע"י מתורגמן

בעבר היה נהוג לראות את המתרגם כצינור שקוף שכל חלקו בשיחה היה "החלפת השפה" (language switching). ביסוד גישה זו ההנחה שאין אינטראקציה בין הדוברים או בינם לבין המתורגמן וכן שאינטראקציה יכולה להתרחש בואקום חברתי (Angelelli, 2004). במקרה כזה אפשר היה לראות את המפגש המתווך כזהה למפגש חד-לשוני אך מסורבל וארוך יותר בשל הצורך לתרגם כל מבע.

אליבא דוודנשו (1998) תפיסה זו מבוססת על ראיית שיחה כסדרה של טקסטים קצרים המבוטאים על ידי דוברים יחידים. אולם, שיחה לדעתה של וודנשו היא סידרה של פעולות דיבור המבוצעות על ידי כל בני השיח ומובילות ביחד לבניית משמעות משותפת. על כן, תפקידו של המתורגמן בשיחה הוא שותפות בבניית המשמעות ולא תרגום / החלפת שפה גרידא. זאת הוא עושה בעזרת מגוון של תפקידים שהוא ממלא ושיפורטו בהמשך. המורכבות של תפקידו באה לידי ביטוי בדרישה לעבור בכל רגע נתון בין היותו "כלי" להעברת דברי האחרים, לבין היותו צד שלישי בסיטואציה, המנהל, מתאם ומתווך בשיחה. Wadensjö, 1998בתוך (Merlini and Favaron, 1993). וודנשו מתבססת בדבריה גם על ההנחה שמספר האנשים בקבוצה משפיע על האינטראקציה החברתית המתרחשת ביניהם. היא מסבירה:

"Indeed, there is a reason to believe that interactions involving three or more individuals have a complexity which is not comparable to interaction in dyads. The interpreter-mediated conversation is a special case. It is obvious that the

communicative activities involved in this kind of encounter are in some senses dyadic, in other respects triadic, and the active subjects may fluctuate in their attitudes concerning which of these constallations takes priority”

(Wadensjö, 1998:6-7)

נוכחותו של מתרגם במפגש מוסיפה אם כן, למורכבותו. בשני הפרקים הקודמים הוסברו אופיו של השיח במפגש רפואי חד-לשוני וכן תרומת הבדלים תרבותיים למורכבות של מפגש זה. אנג'ללי (2004) מסבירה כי אם הבדלי השפה והתרבות משפיעים על תוצאות המפגש, הרי שהוספת משתתף נוסף לשיחה מוסיפה רובדי אפשרויות נוספים לתוצאותיו. זאת משום שגם הוא, כמו המשתתפים האחרים, מגיע אל המפגש עם תפיסותיו האישיות, החברתיות והתרבותיות בנושא כוח, מעמד, סולידאריות, מגדר, גיל, גזע, אתניות, לאומיות, מעמד סוציו-אקונומי ונורמות תרבותיות. יתרה מזאת, אין הוא אך שותף בבניית המשמעות והאינטראקציה אלא יש לו הכוח לשנות את תוצאותיה על ידי התנהגויות שונות (Angelelli, 2004).

גם כאשר אין במפגש המתווך הבדלים תרבותיים (לדוגמה, כאשר שני הדוברים באים מארצות אירופיות דומות בתרבותן) שונה הדינמיקה של השיח המתווך מזו של השיח החד-לשוני: בשיחה רגילה מפעיל כל דובר בדיבורו שלושה רובדי פעולה: כוונה (הרצון להביע דבר מסוים), ניסוח (ניסוח הכוונה במילים) וביטוי (השמעה בקול של המסר). המקשיב לדבריו מפעיל גם הוא שלושה רובדי פעולה: הקשבה (תשומת לב), זיהוי (של מילים ומשפטים) ותגובה (הבנה ותשובה). שני הרובדים המצריכים מעורבות של האישיות ויכולת שיפוטית הם כוונה ותגובה. המכוון (Principal) מכניס משמעות על בסיס ניסיון חייו, דעותיו ואמונותיו ואילו המגיב מפרש את המסר על בסיס ניסיונו הוא. בזמן שיחה מפעיל כל אחד מהדוברים את כל הרבדים: האחד מעביר מידע והשני מגיב, מה שמאפשר לראשון להעריך כיצד התקבל המידע ולתקן מיד במידה ויש צורך בכך. כאשר יש ביניהם מתורגמן, המשוב אינו מיידי. הדובר אינו יכול לדעת האם הועברה כוונתו על ידי המתורגמן והאם הובנה על ידי בן שיחו. בן השיח מצדו מקשיב אמנם אך אינו יכול לזהות ולהגיב. אין בידו הכלים לדעת האם הכוונה מקורה בדובר או במתרגם. רק לאחר ארבעה מבעים תתברר אי ההבנה ויוכל לבוא תיקון (Cambridge, 1999).

כישורי האבחון של רופא תלויים במידה רבה ביכולת התשאול שלו. לעתים קרובות התלונה הישירה של החולה אינה מלמדת על בעייתו האמתית. רק בתשובות החולה לשאלותיו מוצא הרופא רמזים בלתי מודעים המובילים לשאלות נוספת ובסופו של דבר לאבחון. המתורגמן אמור לנסח ולבטא את כוונת החולה, אך עלול בקלות לגלוש לתפקיד יוצר הכוונה ולהשמיט או להוסיף פרטים חשובים להמשך התשאול. הרופא יכול לטפל במה שהוא מייחס לדברי החולה, אך למעשה מקורו במתורגמן. התרגום שובר את הרצף ועל כן מסכן את יכולת הדובר להעריך את התקבלות המידע אצל בן השיח ואת היכולת לזהות מי בעל הכוונה שמאחרי המבע (Cambridge, 1999).

יש לציין כי להשהיה בין המבעים שתוארה לעיל יכול להיות גם יתרון במניעת שגיאות רציניות. אי הבנה של המטפל, שאלה בלתי הולמת או מעליבה יכולה להיעצר על ידי מתורגמן רגיש שיפנה את תשומת לבו של הרופא לפני שדבריו הגיעו לאוזני החולה (Shackman, 1984).

חוקרים שונים מונים בעיות או סכנות נוספות בעבודה עם מתורגמן במפגש הרפואי:

- מקומו ועמדתו של המתורגמן עצמו בתוך תהליך האינטגרציה בין שתי התרבויות עלול להשפיע על תפיסתו את בעיית החולה וכתוצאה מכך על דרך הצגתו את הבעיה למטפל ועל דרך הצגת דברי המטפל לחולה (Mirdal, 1988 בתוך Merlini and Favaron, 1993).
- סולידאריות של המתרגם עם החולה בן המיעוט התרבותי, עלולה לגרום לו "לסנן" מבעים שיאירו באור שלילי את הקבוצה האתנית אליה גם הוא עצמו שייך. במפגש רפואי עלולה להיות לכך השפעה קריטית אם למשל מתוך בושה ברפואה המסורתית, יסתיר את העובדה שהחולה פנה למרפא אליל שנתן לו תרופות. תרופות אלו עלולות לסתור את התרופות שנותן הרופא המערבי ולגרום נזק. כמו כן עלולה הסולידאריות עם אחד הצדדים להביא את המתורגמן למתן עצה או להבעת דעה אישית (Cambridge, 1999).
- הסיטואציה שבה הרופא והמתורגמן מדברים על החולה דומה לזו של רופא והורה הדנים במצבו של ילד. הרופא עלול מבלי משים לראות עקב כך את המתורגמן כ"מבוגר" נותן המשמעות ולא כשליחו של "הילד" (קיימברידג', שם)
- השימוש במתורגמן גורם למטפל לתחושת חוסר מיומנות או כפי שתיאר זאת אחד מהם "תחושה של עבודה דרך זכוכית מעוותת" (Shackman, 1984).

- העבודה עם מתורגמן עלולה לגרום לבלבול בתפקידים עקב הצורך של הרופא ללמוד מאדם במעמד נמוך משלו. לעתים גם יש למטפל תחושה כי המתורגמן תופס את מקומו. התמודדות עם תחושות אלו מצריכה גמישות (שקמן, שם)
- עבודה לא נכונה של הרופא עם המתורגמן, או עבודה לא נכונה של המתורגמן עצמו עלולה להוציא מידיו של המטפל את השליטה על הראיון או המשא ומתן, אפילו מבלי שיהיה מודע לכך. מאחר אינו מודע לכישלון הראיון נמנעת ממנו גם האפשרות לתקן (שקמן, שם).
- שני הצדדים במפגש מפסידים מידע חשוב בשל אי יכולתם לקלוט בצורה אפקטיבית התנהגות לא-מילולית או מידע המועבר על ידי טון או צורת הניסוח (שקמן, שם).
- יכולתו של הרופא לזהות רמזים לא-מילוליים לבעיה או לרגשות נפגמת גם כתוצאה מהעובדה שהשימוש במתורגמן מפחית את התקשורת המילולית הישירה בין הרופא לחולה. מטבע הדברים, הדוברים מסתכלים על המתורגמן ולא זה אל זה ועל כן מחמיצים את הרמזים. תוצאה נוספת של מעורבות זו היא שהמפגש הופך פחות אישי ונוצרת פחות תחושת קשר בין הרופא לחולה, קשר החשוב ליצירת הברית הטיפולית (Angelelli, 2004).
- ציפיותיהם הסותרות של הצדדים השונים מן המתורגמן (הרופא המעוניין בצינור שיעביר לו כל מידע בעוד החולה מצפה שלא יפר את אמונו ולא יחשוף מידע מסוים לרופא) יוצרות קונפליקט בין הצדדים כשהמתורגמן במרכזו (Hsieh, 2006).
- המתורגמן מצוי בין שני הצדדים מבחינות שונות: לעתים הוא שייך לצד המקצועי בגלל שהוא מעסיקו או בשל היותו מומחה כלפי החולה ולעתים הוא מזדהה עם החולה בשל היותו בן קהילתו או בשל מצבו. מעמד זה מציב אותו במתח רגשי ומכתיב התנהגות שונה בהזדמנויות שונות (Hsieh, 2006).

3. תפקידו של המתורגמן

חקר התרגום הרפואי עוסק היום בשלושה תחומים: הראשון, שאינו רלבנטי ישירות לדיון כאן, הוא שלמות ודיוק בתרגום. כלומר, חקירה של סוגי הסטיות והשגיאות בתרגום ומשמעותם הקלינית. השני - תפקיד המתורגמן באינטראקציה. מתוך גישות סוציולוגיות וסוציו-בלשניות ועל בסיס שאלונים, ראיונות וניתוח מבוסס שיח של המיקרו-סוציולוגיה של האינטראקציה, מתמודדים החוקרים עם שאלות כמו תיאור התפקיד וציפיות כשהמוקד העיקרי הוא שאלות התיווך התרבותי והניראות. והתחום השלישי , מעמדו הממסדי של המתורגמן. העיסוק בשאלה זו נעשה מנקודת המבט של נותני השירות ומדיניות המוסדות, עם פחות תשומת לב ללקוח (Pöchhacker and Shlesinger, 2005). עבודה זו עוסקת בעיקר בשני הנושאים האחרונים.

וודנשו (Wadensjö, 1992) בעקבות גופמן (Goffman, 1967) מבחינה בהגדרת כל תפקיד שהוא שלוש קטגוריות: "תפקיד נורמטיבי" הוא הרעיונות המשותפים לגבי ההתנהגות המצופה מאנשים הממלאים תפקיד מסוים. "תפקיד טיפוסי" הוא התגובה הטיפוסית של פרטים בעמדה מסוימת. משניהם יש להפריד את "ביצוע התפקיד" שהוא ההתנהגות המסוימת של הפרט בעת ביצוע תפקידו. בפרק הנוכחי נעסוק בשתי הקטגוריות הראשונות ממספר היבטים:

א. ב"הגדרות התפקיד הנורמטיביות" באמצעות סקירה של קודים אתיים שונים ברחבי העולם.

ב. ב"הגדרות טיפוסיות" נעסוק בעיקר באמצעות סקירת התפקידים המופיעים במחקרים דסקריפטיביים שונים .

ג. "ביצוע התפקיד" ייבחן במידת מה בסעיף שיעסוק בהגדרות שניתנו על ידי הצדדים במפגש לאור התנסותם במפגשים רפואיים מתווכים. המחקר שיתואר בחלק המחקרי של עבודה זו יעסוק כולו בתיאור וניתוח של ביצוע התפקיד בסביבה המסוימת בה הוא נערך – מרפאת " שרותי בריאות כללית" המטפלת בעולים מאתיופיה .

3.1 תיאור התפקיד בקודים אתיים שונים:

קוד אתי פירושו מערכת של עקרונות להתנהגות נכונה, של העדפות המקובלות על כולם ההופכות כתוצאה מפרסומן למערכת של "דרישות" , כללים ונורמות. מטרתו לאפשר לאנשי המקצוע להתרחק מבלבול הנוצר כתוצאה מהעדפות אישיות ודעות לגבי מה מקובל ומה לא. הוא מורכב מתפיסות מופשטות ועקרונות ואינו מספק תשובות מוחלטות לכל הדילמות והבחירות בפניהם יעמוד בעל המקצוע בעבודתו.

למרות שבקוד עצמו טמונים כבר זרעי הקונפליקטים שעלולים להתעורר בין ערכים שונים המוצעים בו, מטרת הקוד הינה הדרכה בקבלת החלטה כאשר ניצבים בפני בחירה קשה, על סמך הערכה נכונה של כל אחת מהאפשרויות השונות. זוהי משימה חשובה ביותר דווקא לגבי מקצוע המתורגמנות הרפואית משתי סיבות: האחת – מטבע המקצוע מעורבים במפגש אנשים הבאים ממגוון של מערכות תרבות, הקשורים גם לקודים אתיים מקצועיים אחרים וכן לערכים ואמונות אישיים. קוד בין תרבותי שיקבע סדרי חשיבות וצורת עבודה חשוב ביותר בסיטואציה כזו. הסיבה השנייה –המתורגמן הרפואי נמצא בעמדה ייחודית בשל העובדה שהוא היחיד בסיטואציה היודע מה קורה ומבין את שני הצדדים. הוא נמצא בעמדת כוח המחייבת אמון של שני הצדדים התלויים בו כי אינו מנצל כוח זה לרעה. עליהם להיות מסוגלים לסמוך על מחויבותו למטרת המפגש ולשמירת האינטרסים של החולה (הקדמה לקוד האתי של NCIHC, 2004). מבדיקה של מדגם מקרי של קודים אתיים של ארגונים שונים בארצות שונות נראה כי העקרונות בדרך כלל זהים או דומים, ואפשר לחלקם לקטגוריות הבאות:

א. <u>סודיות</u> - על המתורגמן לשמור על הסודיות של כל מידע שרכש בזמן המפגש, לא לגלותו לאף אחד שאינו בצוות הרפואי. מצד שני כמו כל חבר בצוות הרפואי עליו לציית לדרישות הרלבנטיות לגילוי במקרים כמו סכנה, התעללות וכיו"ב. (CHIHC, 2004; NAJIT, ;MMIA) במקרה שעליו לרשום שיחות עליו להבטיח סודיותם ולהשמיד כל רישום לאחר הזמן הדרוש (CyraCom). שחרור מחובת הסודיות ייעשה רק באישור הלקוח או על פי הוראת החוק. כאשר הוא צריך להתייעץ עם עמית בנוגע לעבודתו עליו לעשות זאת בצורה שתגן על המידע והלקוח (AVLIC). עצם העובדה שהוא מבצע עבודה מסוימת נכללת בחובת הסודיות (RID)

ב. <u>נאמנות / דיוק</u> - על המתורגמן לתרגם תרגום מדויק משפה אחת לשנייה תוך העברת התוכן והרוח של המסר המקורי בלי להפעיל שיפוט אישי שלו לגבי רלבנטיות, חשיבות או מקובלות של המסר. זאת עליו לעשות תוך הבאה בחשבון של ההקשר התרבותי, כלומר לא להסתפק באקוויוולנטיות כאשר זו אינה מעבירה את המשמעות התרבותית (CHIHC, 2004). כמו כן, אין לבלבל בין נאמנות למילוליות. יש להתאים הצורה, הטון והמשמעות העמוקה של המקור לשפת היעד ולתרבות היעד(AVLIC). עליו להעביר האלמנטים המקוריים תוך התאמת התחביר והסמנטיקה לשפת היעד, כך שזו תשמע טבעית. יש לשמר גם על המשלב, הסגנון והטון של שפת המקור (NAJIT). על המתרגם לבחור את המונחים והשפה שתעביר בצורה המדויקת ביותר את התוכן ואת מה שנאמר. כמו כן, המתורגמן ישמור על פרופיל נמוך (שקיפות) כדי שלא להתערב בתקשורת המשולשת (MMIA). עליו להגביל עצמו לתפקיד הצינור בהעברה מדויקת של המידע מדובר למשנהו (CyraCom). עליו לעשות זאת באופן שיובן הכי בקלות והכי מועדף על ידי המקבל (RID).

ג. <u>אי משוא פנים</u> – המתרגם צריך להיות נטול פניות, ולהימנע מייעוץ או השלכת דעות קדומות ואמונות. אל לו לשפוט את תוכן המסרים כדי להחליט האם להעבירם, לנקוט עמדה בעד אחד הצדדים או לנסות לשכנע את האחר. (CHIHC, 2004) עליו להפגין אי הטייה וניטרליות (NAJIT) עליו להימנע מלקבל עבודה כאשר כישוריו המקצועיים, משפחתו או יחסיו המקצועיים עלולים להטות את עבודתו וכן כאשר הוא מרגיש כי לא יוכל להתעלם מהטיותיו האישיות (MMIA; AVLIC; RID). עליו לכבד את האינדיבידואליות, האוטונומיה של האנשים שאיתם הוא עובד. הוא לא יפלה בן אדם על בסיס אתניות, מין, גיל, נכות, נטייה מינית, דת, אמונות ואורח חיים, מעמד חברתי או כל גורם אחר. מתורגמן יקבע גבולות בינו לבין לקוחותיו. עליו להבטיח שהיחסים עם כל הצדדים יהיו סבירים, הוגנים ומקצועיים (AVLIC).

ד. <u>מקצוענות וחוסר מעורבות</u> – המתורגמן שומר על גבולות התפקיד המקצועי ונמנע ממעורבות אישית. כאשר למתורגמן תפקיד אחר, בעיקר רפואי, צריך להיות ברור שהוא משמש בתפקיד תרגום, ואם הוא עובר לתפקיד אחר הדבר צריך להיות ברור

(CHIHC, 2004 ;ALVIC). אל לו לעסוק בתרגום המתייחס לנושאים שמחוץ לשירותיו (MMIA) התנהגות מקצועית כוללת דיבור בקול ברור, תוך שידור אובייקטיביות עליו להיות עירני וזריז מנטאלית. עליו האחריות לשמירת השטף בשיחה ללא השפעה על התוכן או המשמעות של התקשורת המתורגמת (CyraCom).

על המתורגמן להכיר במגבלותיו, בידע ובמשאבים שלו בטרם יקבל עליו את העבודה. הוא יוותר עליה כאשר אינו יכול לספק השירות הדרוש. כמו כן לא יסתיר מנותן העבודה את כישוריו והכשרתו (RID; AVLIC).

ה. <u>מודעות / רגישות תרבותית</u> – על המתורגמן לשאוף לפתח מודעות לתרבותו ולתרבויות אחרות (כולל הביו-רפואית) בהן הוא פוגש במהלך מילוי חובותיו המקצועיות. מאחר ותרבות הינה גורם מרכזי במפגש הרפואי ואינטגראלית ליצירת המשמעות, חשוב שהמתורגמן יהיה מודע לדרכים בהן היא משפיעה על אחרים כדי שלא ישליך את הבנתו ודעותיו על הדוברים האחרים. כמו כן, תסייע לו מודעות זו לאפשר תקשורת בין תרבותית, לסלק אי הבנות, לידע ולהסביר. (CHIHC, 2004)

עליו להסביר הבדלים ומנהגים תרבותיים למטפלים ולחולים (MMIA) עליו לכבד את ההעדפות התרבותיות של בני תרבויות אחרות, ולגשר על הפער התרבותי לשביעות רצון הצדדים (CyraCom).

ו. <u>כבוד</u> – על המתורגמן להתנהג בכבוד ובאדיבות, תוך כבוד לזכויות ולחובות, לאוטונומיה ולמומחיות של כל צד, מה שיעזור בבניית כבוד הדדי במסגרת המפגש (CHIHC, 2004).

ז. <u>סינגור</u> – כאשר פעולות אחרות לא הצליחו לפתור את הבעיה ואחרי ניתוח זהיר ומחושב של המצב, יכול המתורגמן להחליט לפעול לטובת אחד הצדדים. כאשר המתורגמן עד לחוסר צדק או להתנהגות בלתי ראויה המסכנת אחד הצדדים במפגש או קבוצות במוסד הרפואי, יכול המתורגמן להשמיע קולו ולטעון על מנת לתקן העוול (CHIHC, 2004).

ח. <u>התפתחות מקצועית</u> – על המתרגם לשאוף ולהתמיד בקידום הידע והמיומנויות שלו. על המתרגם להרחיב את הידע שלו בתחום הרפואי, בהקשר החברתי-תרבותי של אוכלוסיית החולים. זאת על מנת שיוכל לרדת היטב למלוא משמעות המסרים ויוכל

להישאר נאמן למסר המקור. כמו כן עליו לשפר את מיומנויותיו בשתי השפות, להתעדכן בחידושים ובתחומים בהם אינו שולט (CHIHC, 2004; NAJIT; MMIA; AVLIC). המתורגמן ישמור על קשר עם הארגונים המקצועיים הרלבנטיים (MMIA) , ישתתף בסדנאות, פגישות מקצועיות, אינטראקציה עם עמיתים, וקריאת ספרות עדכנית בתחום (RID).

ט. <u>התנהגות מקצועית ואתית</u> – על המתרגם לשאוף לשמור על היושרה שלו בעבודתו ועל הערכים והעקרונות האתיים של המקצוע: לבצע תפקידו במיומנות, לפקח על הביצוע וההתנהגות, להתנהג בצורה מכובדת, לכבד אנשי צוות אחרים ולשמור על כבודו שלו, לא להפלות אף אחד על רקע גזע, מין, מעמד חברתי, נטיות מיניות או יכולת כלכלית, לא לנצל הידע לטובתו האישית, לא לנצל הפגיעות של החולה (CHIHC, 2004). כאשר עליו לבטא מבע עצמאי משלו, עליו להבהיר שהוא מדבר בשם עצמו (NAJIT). אל לו למתורגמן לדרוש או לקבל שכר, שירותים או מתנות מהנעזרים בשירותיו (MMIA). עליו להימנע ממצבים שעלול להיות בהם ניגוד אינטרסים. מוטלות עליו האחריות להכין עצמו לקראת העבודה והאחריות על איכות העבודה (AVLIC).

3.2 הגדרות התפקיד בספרות:

ההגדרה המסורתית של המתורגמן רואה בו צינור - אמצעי להעברת מסרים מילוליים בין אנשים שאינם דוברים שפה משותפת. זאת הוא עושה על ידי החלפת מבע בשפה אחת למבע אקוויוולנטי בשפה שנייה. "קופסת קול", "מכונת תרגום", או "צינור" הם רק כמה מהדימויים בהם משתמשים החוקרים השונים לתיאור תפקידו (Bolden, 2000). מתורגמן מסוג זה יחזור על המידע בשפת היעד ולא ידאג למידת ההבנה של הצדדים, יהיה אדיש לנגישות הצדדים למסר או לבנייה משותפת של המסר. הוא הולך עם הזרם, במקום לשלוט בו, מתעלם מהבדלים תרבותיים, ולמעשה עובד עם המסר ברמה הלשונית בלבד (Angelelli, 2004). ההסבר לתפיסה המסורתית של תפקיד המתורגמן נובע לדעת רוזנברג (Rosenberg, 2001) מכך שהעיסוק במתורגמנות התחיל בתרגום ועידות, שם הקשר הוא מונולוג חד כיווני, ובמחקר פסיכו-לשוני שחקר את העיבוד המנטאלי של המתורגמן כ"מכונת עיבוד" בלי להתייחס למימדים הסוציו-לשוניים של מפגשי פנים אל פנים.

למעשה, קיים מתח בלתי פוסק וסתירה בין התפקיד המיוחס למתורגמן בתיאוריה ובמערכת הכללים והקוד שנקבעו ע"י התיאורטיקנים, לבין מה שמתגלה למעשה (Angelelli, 2004). גם מתורגמנים שהצהירו בראיונות בפירוש על היותם שקופים, בפועל לקחו חלק פעיל וניראה באינטראקציה. על פי המתבקש במהלך המפגש הם אימצו תפקיד זה או אחר במהלך האינטראקציה, לעתים קרובות אף מספר תפקידים שונים במפגש אחד.

לצרכי הניתוח בעבודה נאמץ בראש ובראשונה את הטיפולוגיה שבנה ז'לבר (Jalbert, 1998) המופיעה אצל ליאנזה (Leanza, 2005), טיפולוגיה המשמשת כמסגרת לתיאור התפקידים כפי שהם מופיעים במציאות (תפקידים א'-ה'). בנוסף להבחנות אלו נוסיף ונבחן גם שני תפקידים נוספים שאינם מופיעים בטיפולוגיה של ז'לבר, האחד של וודנשו (תפקיד ו') והשני של מרליני ופברון (תפקיד ז'):

א. <u>מתרגם</u> (translator) - המצמצם נוכחותו ככל האפשר ומאפשר את תהליך התקשורת ללא התערבות בדברי השותפים.

ב. <u>מיַדע תרבות</u> (cultural informant) – עוזר למטפל להבין טוב יותר את החולה על תרבותו – ערכיה והנורמות שלה.

ג. <u>מתווך-תרבות או מגשר-תרבות</u> (cultural broker or cultural mediator) – מיַדֵעַ כל אחד מהצדדים על תרבות האחר. מנהל מו"מ בין מערכות הערכים והעולמות הסמליים הנמצאים בקונפליקט. עוזר לשני הצדדים להגיע למודל משותף על ידי הסברים וסינתזה.

ד. <u>סנגור</u> (advocate) – מגן על החולה מול הממסד.

ה. <u>מקצוען דו-לשוני</u> (bilingual professional) – חלק מהצוות הטיפולי, מוביל את הראיון בשפת החולה ומדווח למטפל. בדרך כלל אדם בעל הכשרה קודמת במקצוע טיפולי או בעל ידע על השגרה המוסדית.

ו. <u>מתאם תקשורת</u> (communication coordinator) - מתאם את השיחה, פותר ומונע בעיות תקשורת ולמעשה נושא באחריות לקיום ולשטף התקשורת.

ז. <u>מפַיס</u> (reconciliator) - מזהה ופותר קונפליקטים ומפיג מתחים בין מוסדות המדינה הקולטת לבין חברי הקהילות האתניות.

הניתוח יישען גם על ההבהרות להבחנותיהם של השלושה כפי שהן מופיעות בדבריהם של חוקרים אחרים. נרחיב עתה ונתאר את כל אחד מהתפקידים בעזרת הבחנותיהם של חוקרים שונים.

א. <u>מתרגם</u>

תפקיד תרגום המבעים של הדוברים משפה לשפה הוא מודל הצינור המהווה עיקר פעולת המתורגמן ולמעשה את מטרתו והסיבה שבגללה צורך למפגש. על פי אנג'ללי (Angelelli, 2004) עבודתו של מתורגמן אשר היה עובד על פי מודל זה בלבד הייתה נראית כך: המתורגמן חוזר על מידע בשפה אחרת; הוא אינו מתעניין בהבנה או בבניית המסר; הוא זורם עם השיחה, אך אינו שולט בה; הוא אדיש לנגישות למידע ואינו פועל לתיווך בין תרבותי.

אולם, בפועל אין הדבר כך. במחקר שערך ליאנזה Leanza, (2005) במרפאת ילדים נמצא כי ב-90% מהמבעים מילא המתורגמן את תפקיד המתרגם ורק 10% הנותרים היו התערבויות יותר אישיות ואקטיביות. לדעתו, תוצאות אלו צפויות מאחר שהמטרה הראשונית של הימצאות המתורגמן במפגש היא להתגבר על מחסום השפה. רוזנברג (Rosenberg, 2001) ביצע מחקר כמותי שכלל סיווג הדרכים השונות בהן סוטה המתורגמן ממודל הצינור ובדיקת הגבולות של יכולת הסטייה מהמבעים המקוריים מבלי להפר את האתיקה המקצועית. במחקרו מצא כי 40.8% מהתרגומים היו מה שהוא מכנה תרגום קרוב (close rendition), זה המשקף ביותר את תפקיד המתרגם כצינור. שאר התרגומים התחלקו בין סטיות שונות שנעו בין השמטה מוחלטת של המבע לבין הרחבתו. העולה ממחקר זה הוא שבפועל, מרבית המבעים (כ-60%) היו סטייה ממודל הצינור המסורתי.

ניתוח של ההבדל המשמעותי בין התוצאות של שני המחקרים אינו שייך לדיון כאן, אך הוא נובע כפי הנראה מהבדל בהגדרות של מהו תרגום מדויק. בכל מקרה, שני המחקרים מצביעים על כך שהתפקיד העיקרי של המתורגמן הוא תרגום, מה שעולה בקנה אחד עם התיאוריות.

ליאנזה (Leanza, 2005) טוען בין השאר כי "הניטרליות המיתולוגית" מוטלת בספק בעבודה רפואית או חברתית, שבה מעורבות אישית היא אינטרס של שני הצדדים. הוא מציג את הסטייה ממודל הצינור כנכונה לכתחילה. לדבריו, אי הטיה אינה אפשרית ואינה רצויה. התפקיד שהמתורגמן נוקט משתנה על פי ההקשר ועל פי המתבקש בסיטואציה המסוימת.

ההסבר שלו לתוצאות המחקר שתואר, שבו רובם המוחלט של המבעים היה תרגום גרידא, הוא שהרופאים עצמם אינם מאומנים לעבוד עם מתורגמן ולהפיק ממנו את הערך המוסף, וכן שהם מנהלים אינטראקציה מכנית ולא משא ומתן. גם המרפאה עצמה איננה פועלת באוריינטציה סוציו-תרבותי. כמו כן, המתורגמנים עצמם אינם מאומנים לאסרטיביות בפני הממסד.

סייה (Hsieh, 2006), אשר בדקה 20 קודים של אתיקה במוסדות שונים, מצאה שכולם מדגישים את תפקידו הניטרלי והאובייקטיבי של המתרגם. היא טוענת כי בעוד שחלק מהחוקרים רואים בלקיחת תפקידים אחרים סטייה מהמודל הנגרמת כתוצאה מחוסר הכשרה, המתרגמים וכן חוקרים אחרים מבינים כי סטייה זו מחויבת המציאות על מנת לאפשר מפגש מוצלח. הסיבה לאי הניטרליות היא מאמץ המתרגם לפתור קונפליקטים בביצוע שלו ובציפיות של אחרים.

רודבין (Rudvin, 2001) דוחה את קוד הניטרליות ומציעה גישה גלובלית המחשיבה את הצרכים והמציאות של המטפל והמטופל. לדבריה, הכשרת מתורגמנים לעבוד על פי מודל הצינור, שהוא תיאוריה המנותקת מהמציאות, מטילה על כתפי המתורגמן מעמסה של מתח ולחץ נפשי הנובעים מהצורך לפעול בניגוד למה שהוטמע בו. כמוה גם בולדן (Bolden, 2000) מפריכה את הדימוי של המתורגמן הלא משתתף ומתארת את פעולותיו של המתורגמן כמובנות על ידי הבנת הפעילות המתרחשת ומטלת התרגום המונחת על כתפיו.

ב. <u>מְיַדֵּעַ תרבות</u>

כפי שהוזכר בפרק על המפגש הרפואי הבין תרבותי, לתרבות החולה השפעה הן על תפיסת המחלה שלו והן על דפוסי השיח שלו. על פי Leanza (2005) בתפקידו כמידע תרבות מאפשר המתורגמן תקשורת בין תרבותית כאשר הוא מוסיף פרטים הקשריים שעוזרים לשני הצדדים להבין את הצד השני. הוא משתמש בידע שלו לגבי נורמות וערכים של החולה ומסבירם לרופא כדי שזה יוכל לתת משמעות רפואית למה שקרה לחולה. כך למשל, הוא מסביר לרופא טיפולים עממיים כדי למנוע נזקים העלולים להיגרם כתוצאה מהשפעות גומלין בין תרופות עממיות לתרופות מערביות. בכיוון השני, הוא מאפשר לחולה להבין טוב יותר את השיח הרפואי.

ג. מתווך או מגשר תרבות

בעוד מידע התרבות מסתפק בהסבר לכל אחד מהצדדים לגבי תפיסותיו של הצד שכנגד, מתווך התרבות פועל בצורה אקטיבית לגישור הפערים בין התרבויות. תפקיד זה מתבקש, אם כן, רק כאשר יש מצב של קונפליקט. המתורגמן תורם לפתרון הקונפליקט בכך שהוא עוזר לשני הצדדים להגיע למודל משותף משמעותי (של טיפול או של התנהגות) על ידי הרחבת המבעים של הצדדים, מתן הסברים ועשיית סינתזה ביניהם. (Leanza, 2005). דוגמה לתווך כזה מביא גרסון (2003), המתאר אחות המתווכת בין רופא דובר עברית לחולה דוברת ערבית לצורך קבלת הסכמה לצנתור. בלי להוסיף מידע שהרופא לא אמר, היא הרחיבה את המבע שלו שכלל פירוט ההליך, ההכנה והסיבה לטיפול. כנהוג בתרבות הערבית ועל פי כללי הנימוס בשיח הערבי, היא הוסיפה פנייה אישית ווידאה הבנה על ידי בקשה לחזרה על דבריה. כל אלו בתוספת קשר עין, קירבה פיזית, אמפתיה וההסברים שהוא מתאר - מהווים דוגמה לתיווך תרבותי.

ד. סנגור

הצורך בסינגור על החולה עולה מיחסי הכוח בין רופא לחולה כפי שתוארו בפרק על המפגש הרפואי. הזדהות עם החולה הנבוך מול העולם שאינו מבין, מול רופא בעל כוח מעצם מעמדו ומעצם השתייכותו לחברה הקולטת, העובדה שבמרבית המקרים המתורגמן עצמו שייך לאותו מיעוט שאליו שייך החולה, או אף עבר אותה דרך קליטה, כל אלו גורמים למתורגמן לנסות לעזור לחולה ולהגן עליו.

מרליני ופברון (Merlini and Favaron, 1993) מזהירות את המתורגמן מפני אמפתיה גדולה מדי כלפי החולה ומפני ריצוי יתר. אך מצד שני הן מסבירות את יתרונות גישה זו: כל עוד נטיית החולה ליצור יחסים אישיים עם המתורגמן ולראות בו דמות קרובה ופחות מאיימת מאשר המטפל נשמרת בגבולות, הרי היא רצויה ומעודדת אותו לטיפול.

לדברי ליאנזה (Leanza, 2005), על מנת שיוכל למלא את תפקיד הסנגור בהצלחה, על המתורגמן להיות בקיא בחוקים, בכללים ובהליכים של הממסד הרפואי. בקודים שונים של אתיקה כמו אצל החוקרים השונים ניתן למצוא דוגמאות לסינגור: לייעץ ללקוח לגבי זכויות, הזדמנויות ואפשרויות; להבטיח שהלקוח מקבל את כל המידע הרלבנטי; להסביר מה מסתתר מאחרי התגובות וההחלטות של החולה; לקרוא תגר על הצהרות או מסקנות גזעניות או

הנובעות מדעות קדומות; לעודד אותו לשאול את השאלות הנכונות; להבטיח שהוא אכן מבין מה קורה; להסביר לחולה שכוחו של המטפל מוגבל; להנחות אותו בנבכי שירותי הרפואה, להדריכו לאן עליו לפנות לעזרה נוספת או לייעוץ במצב מסוים; להבטיח שלא יקבל שרות נחות רק בגלל שאינו דובר את שפת המדינה; שדרישותיו ורצונותיו יוכרו כלגיטימיים על ידי הממסד הרפואי; לוודא שאמר ושאל כל מה שרצה; ולהשרות עליו ביטחון שהמתורגמן נמצא שם בשבילו ככל האפשר (Shackman, 1984; Merlini and Favaron, 1993).

ה. <u>מקצוען דו-לשוני</u>

המתורגמן, שאינו איש הצוות הרפואי, אפילו אם הוא בעל השכלה בתחום, הופך לחלק מהצוות המטפל. הוא נמצא באותו מעמד עם המטפל כאשר, למשל, הוא מוביל את הראיון או התשאול בשפת החולה ואחר כך מדווח למטפל את ממצאיו. לקיחת אוטונומיה כזו מבוססת בדרך כלל על הסכם בין הרופא למתורגמן לגבי המטרות והכללים של המפגש. המתורגמן משמש לעתים בתפקיד דובר הממסד. במקרה זה הוא עשוי לפעול בניגוד לנורמות התרבותיות של קהילתו שלו (Leanza, 2005). רייף ואחרים (Reiff et al., 1999) במסקנות מחקר בנושא תפיסות מחלה וטיפול אצל עולים מאתיופיה ורופאיהם אף הרחיקו לכת וטוענים כי יש להכשיר מלכתחילה את המתורגמן הרפואי לדעת כיצד להוציא מהחולה מידע משמעותי מבחינה ביו-רפואית ולהסביר טיפול ומניעה לחולים שאינם מבינים ברפואה.

ו. <u>מתאם תקשורת</u>:

וודנשו (Wadensjö, 1992) מאמצת גישה אינטראקטיבית לתרגום קהילתי כפי שמעיד שמו של ספרה *Interpreting as Interaction*. בנוסף ל"תפקיד הנורמטיבי" המניח תרגום קרוב לנאמר, ה"תפקיד טיפוסי" שאותו מאמץ המתורגמן הוא תיאום השיחה, פיתרון ומניעת בעיות תקשורת. במסגרת תפקיד זה הוא משפיע על ההתקדמות של השיחה ועל תוכנה, מווסת את האינטראקציה (חלוקת תורות ומהירות) ומזכיר לצדדים בגלוי או ברמז את כללי האינטראקציה . הביטוי המעשי של תיאום כזה, על פי שקמן (Shackman, 1984) הוא בין השאר להגביר את היכולת של שני הצדדים להשתתף ולתקשר, לעודד שאלות, לוודא הבנה, ליצור אווירה חיובית ולהבטיח שליטת כל אחד מהצדדים בשיחה. אנג'ללי (Angelelli, 2004) רואה את המתורגמן כנושא באחריות לשטף ולקיום התקשורת, בהיותו בונה

האינטראקציה, שותף לבנייתם של האחרים, מתקן ומאפשר. הוא קובע את כללי התקשורת כגון לקיחת תורות, שולט בתנועת המידע, ומעלה ומוריד את המשלב של המבעים.

<u>ז. מְפַיֵּס</u>:

ראייה של המפגש הרפואי הבין תרבותי בין חולה בן מיעוט לשוני לבין רופא מחברת הרוב הקולטת בהקשר הרחב שלה, מביאה לתפיסת המפגש כחלק מתהליך של קירוב-פיוס בין הזהויות התרבותיות והלשוניות של קבוצות אתניות השונות. המונח "פיוס" רומז לזיהוי ופתרון קונפליקטים ולהפגת מתחים בין מוסדות המדינה הקולטת לבין חברי הקהילות האתניות. כמובן שתפקיד זה אינו יכול להיות מוטל כולו על המתורגמן אך במסגרת עבודתו הוא משמש כבולם זעזועים בהלם של התנגשות שתי התרבויות, וכמנהל משא ומתן על הבדלים תרבותיים ולשוניים. פונקציה זו מתבצעת לעתים קרובות ביותר בתוך המפגש מבלי שהיא מוגדרת ככזו והיא באה לידי ביטוי באסטרטגיות ניהול הכוח בהן נוקט המתורגמן. אסטרטגיות אלו כוללות שימוש בטון מסומן או לא מסומן, שינוי קצב הדיבור העלאת המשלב או הורדתו על פי הנמען וכן שיפור הסגנון של החולה (Merlini and Favaron, 1993)

3.3 תפקידי המתורגמן כפי שהוגדרו על ידי השותפים לאינטראקציה

חוקרים שונים ראיינו את השותפים לאינטראקציה ואספו את הגדרותיהם וציפיותיהם מהמתרגם. בצד כל מבע של כל אחד מהשותפים אציין את הגדרת התפקיד כפי שהופיעה בפרק 3.1.

<u>ציפיות המטפלים</u>

- העברת מידע תרבותי כגון הוראות תזונה, מהרופא לחולה והעברת מידע תרבותי בשני הכיוונים (מידע תרבות)
- התאמת השיח למציאות ולמנהגים של החולים (מתווך תרבות)
- תמיכה בחולה ובמשפחתו מחוץ למרפאה (סנגור)
- מעקב בקהילה (אינו מוגדר כתפקיד המתרגם)
- חזרה על הוראות הרופא (מתאם תקשורת?) (Leanza, 2005).
- שידבר עם החולה וינחם אותו, מאחר והמתרגם הוא היחיד שהחולה יכול לתקשר אתו (סנגור) (Hsieh, 2006).

- דיבור שוטף בשתי השפות (מתרגם)
- דיוק (מתרגם)
- הסבר הבדלים תרבותיים (מידע תרבות)
- הבנת הז׳רגון הרפואי (מקצוען דו לשוני)
- להיות לצד המטפל (מקצוען דו-לשוני) (Shackman, 1984).

<u>ציפיות החולים</u>

- שליטה טובה בשפת החברה הקולטת והתאמה לשונית לדיאלקט של החולה (תרגום)
- הבנה את עבודת המערכת (מקצוען דו-לשוני)
- אמפתיה הבנה והתייחסות למצבם (סנגור)
- עליו לפעול לטובת החולה: לטעון עבורו (סנגור)
- לתת עצה (סנגור)
- להעמיד את הלקוח במקום הראשון ולא את האג׳נדה האישית שלו או המוסדית; שהמתורגמן יהיה לצידם (סנגור)
- להיות ראוי לאמון. (Edwards, Temple and Alexander, 2005)
- סימפתיה וסבלנות (סנגור)
- תרגום מדויק (תרגום)
- הסברת מסריו של נותן השירות (מידע תרבות)
- שישיג להם מה שרוצים (סנגור)

<u>תיאור המתורגמנים את תפקידיהם</u>

בראיונות שנערכו עם מתורגמנים מנו הללו את המאפיינים הבאים כמרכזיים מבחינתם:

- קבלת פני החולה; מתן ביטחון בסביבה לא מוכרת (סנגור)
- תמיכה במשפחה מחוץ למרפאה (סנגור) – עבודה לקראת אינטגרציה חברתית לפני ואחרי המפגש (מפיס)
- יידוע תרבותי של הרופא והמטופל (מידע תרבות)
- נתינת משקל לדברי הרופא יותר מאשר לדברי החולה (מקצוען דו לשוני)

.(Leanza, 2005)

סטודנטים ששימשו בילדותם ובגיל העשרה כמתורגמנים להוריהם דיווחו על תפקוד כמתווכים (מתאם תקשורת), כמקבלי החלטות (סנגור), כסוכני חיברות (מפיס) וכסוכני תרבות (מגשר תרבות).

מתורגמנים אחרים מנו מימדים נוספים בקשר לתפקידם: שאיפה להיות בלתי נראה (מתרגם); קושי עם הציפייה מהם להיות מקצוען חסר רגשות; הפגנת חמלה; סינגור על החולה כאשר אינו שואל מה שצריך לשאול או אינו מקבל טיפול מספק (סנגור) ;(De Ment, 2005)

הוספת מבעים לריכוך מכה או החלפתם כדי להימנע מהשלכות שליליות (מתאם תקשורת);

רמיזה לחולה על הצורך לדון עם הרופא בנושא מסוים (סנגור) [Hsieh, 2006].

אחד המתרגמים הגדיר את השוני בתפקיד שהוא לוקח על עצמו לפי התואר שלו בזמן התרגום. כאשר הוא חלק מהצוות, הוא מאמץ את תפקיד המתרגם. אולם כאשר הוא בא עם הלקוח, הוא מוכן לעשות הכול, כולל לשקר, כדי להשיג את המרב ללקוחו. לדבריו, גם המקום הפיזי משפיע על בחירת התפקיד: בתוך הפגישה הוא מאמץ את תפקיד הצינור, מחוצה לה - את תפקיד הסנגור (מילוי טפסים, תביעות וכיו"ב).

אנג'ללי (Angelelli, 2004) צפתה בעבודתם של אחד עשר מתורגמנים בבית חולים בארה"ב וראיינה אותם. הללו פרטו בפניה את מה שהם רואים כתפקידם בעת המפגש הרפואי:

לגרום לחולה לשתף פעולה (מתאם תקשורת); לאבחן רמת הבנה והשכלה ולהתאים המִשלב (מתאם תקשורת); להחזיק את החולה על המסלול תוך תווך של הבנת אלמנטים מתוחכמים (מתאם תקשורת); לרכך את טון הרופא או לאפשר לחולה להוציא קיטור על המתורגמנית (מתאם תקשורת); להחליק דברים כדי שהתקשורת תהיה פרודוקטיבית לשני הצדדים (מתאם תקשורת); לעקוף מכשולים ע"י הרחבה, תיאור, הסבר ופרפראזה (מתאם תקשורת); להפחית מתח (מתאם תקשורת); להימנע ממונחים טכניים (מתווך תרבות); ליצור אמון (מתאם תקשורת); למקד את החולה ולהגבילו בזמן (מקצוען דו לשוני); לאזן סגנונות; להוסיף מגע אישי (מתאם תקשורת); לסנן מכשולים (מתאם תקשורת); להוות גשר בין תרבויות ושפות (מגשר תרבות); להנגיש את הרופא לחולה (סנגור); להיות מודע להבדלי כוח (מתאם תרבות); להיות חלק מהצוות הרפואי שתפקידו לספק טיפול רפואי מיטבי (מקצוען דו

לשוני); להיות קולו של החולה (סנגור); להתחבר למידע ולא לאחד הצדדים (מתרגם); להתחבר לכל צד שיעזור להביא למפגש מוצלח (מתאם תקשורת); להיות בורר או מתווך (מתאם תקשורת); להיות "עובד סוציאלי" דו לשוני (סנגור); לחנך את הצוות כיצד לדבר עם חולים השונים תרבותית (מגשר תרבות); לעזור להבין את הציפיות והתגובות הנובעים מרקע תרבותי (מגשר תרבות).

כל המפורט לעיל הוא סיכום של דברים שנאמרו על ידי המשתתפים במפגש לאור ניסיונם המעשי במפגש המתווך. מדבריהם עולים בצורה ברורה קונפליקטים שונים: חיצוניים - בין הדרישות והצרכים של המטפלים והמטופלים, ופנימיים – בין הצורך להיענות לצרכים השונים. כבכל מקצוע, המפתח להתמודדות נכונה עם הלחצים בעבודה הוא קודם כל מודעות לתהליכים המתרחשים בעת המפגש והכשרה הכוללת הקניית כלים להתמודדות עם האתגרים. על מנת להפוך את המתורגמן לאיש מקצוע מיומן יש צורך בהכשרתו. כמו כן, יש צורך בהכשרת המטפלים המסתייעים בעבודתו לעבודה המיוחדת בסיוע מתורגמן, השונה ביותר מעבודה במפגש חד-לשוני.

נסקור בקצרה את הנקודות העיקריות בהכשרת מתורגמנים ומטפלים המשתמשים במתורגמן כפי שמתבקש מהמציאות שתוארה.

הכשרת המתורגמן והצוות הרפואי

<u>הכשרת המתורגמן</u>

לאור ההבנה שהמתורגמן הוא משתתף עצמאי בשיח, הכשרתו חשובה בראש ובראשונה כדי להפכו למקצוען בזכות עצמו. מטרת ההכשרה להציג בפניו את שלל התפקידים הפוטנציאליים על היבטיהם האתיים והפרגמאטיים וכן את השלכותיהם על הצדדים במפגש. מצויד בהבנה זו יוכל המתורגמן לבנות לעצמו מעמד עצמאי המפרידו הן מהצוות הרפואי והן מבני ארצו , מה שיקנה לו אוטונומיה למלא כראוי את תפקידיו השונים (Leanza, 2006).

שקמן (Shackman, 1984) ממליצה על הכשרה ראשונית לפני תחילת העבודה והכשרה מתמשכת במהלך העבודה. לדעתה, על ההכשרה להביא בחשבון את הצרכים, המשאבים וסביבת העבודה. היא מוסיפה ומפרטת כי תפקיד ההכשרה לאפשר למתרגם לבחון את תפקידו ומגבלותיו; ללמד מיומנויות תרגום; ללמד מיומנויות תקשורת וכישורים בין אישיים; להעלות את המודעות העצמית של המתורגמן ואת ביטחונו העצמי; לפתח הבנה

לשאלות אתיקה הכרוכות בעבודת התרגום; לעזור למתורגמן להעריך נכונה את יכולותיו כדי שידע לאיזה סוג עבודת תרגום הוא מתאים; לעזור לו לפתח יכולת הערכה וביקורת על עבודתו כמתורגמן; להעריך ולתקן את חולשותיו של המתורגמן בתחום הכישורים הלשוניים; לתת מידע על תפקידי המוסד הרפואי בה הוא עובד ומינוח ספציפי לתחום זה; לאפשר למתורגמן ללמוד כיצד להבהיר את תפקידו למטפל; לנסח מודל תרגום טוב; ללמוד אילו דברים משתבשים ואיך להתמודד. שקמן ממליצה על התנסות בעשייה, בעזרת משחקי תפקידים למשל, כדי להגיע להכשרה משמעותית ומוצלחת.

אנג'ללי (Angelelli, 2004) קובלת על כך שההכשרה הניתנת כיום למתורגמנים רפואיים הינה פרגמאטית בעיקרה ועוסקת בהקניית כישורי עיבוד מידע ומינוח. הללו אכן חשובים לעבודתו המעשית של המתורגמן אך אינם מכינים אותו למורכבות של המתורגמנות הרפואית: לאופי הדיאלוגי של המפגש (תרגום לשתי השפות), לשיתוף בבניית המשמעות ולהבדלי הכוח בין הדוברים והשתייכותם לקהילות שיח שונות. לדבריה, יש ללמד את המתורגמנים תקשורת בין תרבותית, יחסים בין אישיים ופסיכולוגיה חברתית, יש לחשוף אותם לסוגי האינטראקציה, לניתוח שיח, לדיאלקטים ולשוני בשפה ובמִשלב, לחוסר איזון בכוח, לתרבויות, לפרוטוקול ולאתיקה המודעות לכל אלו תעזור למתורגמן לעתיד להיות יותר אנליטי וביקורתי לגבי הבעיות העומדות לפניו ולמפות נכונה את השפה ואת המשתמשים בה.

<u>הכשרת עובדי השרות הרפואי לעבודה עם מתורגמן</u>

מאחר והאחריות על ניהול המפגש הרפואי היא בסופו של דבר על הרופא או המטפל, הוא זה שצריך לדאוג ליצירת תקשורת ובסיס משותף עם המטופל. לשם כך עליו ללמוד לנצל בצורה המיטבית את המתורגמן שהועמד לרשותו. אחרת, יכולה להיווצר אצלו לעתים תחושה של תסכול בשל הקושי לקבל את המידע לו הוא זקוק, או בשל איבוד שליטה על האינטראקציה. לחילופין, הוא יכול להיות שבע רצון מהמפגש בלי להיות מודע לכך שדברים רבים השתבשו ושלמעשה עבודתו המקצועית נפגעה. כמו כן, אם לא ינצל נכון את המתורגמן, יחסרו לו אותם ערכים מוספים שביכולת המתורגמן לתרום לקידום השגת מטרות המפגש.

הכשרת המטפל צריכה לכלול הבנה של תהליך התקשורת במפגש רפואי בכלל. כלומר, המטפל צריך להיות מודע למה שהוא עושה אולי באופן אינטואיטיבי במפגש חד לשוני. על מנת שיוכל להעביר זאת לעבודה מתווכת על ידי מתורגמן, עליו ללמוד נתינת מידע (שיהיה מספיק ויציג את כל הנדרש תוך הבאה בחשבון של תרבות החולה), ניהול משא ומתן

לצורך קבלת החלטה (הצגת החלופות, המלצה על הנכונה למצב הנוכחי, דיון תוך שמירה על שליטת הלקוח בענייניו) דיון ביישומה (התאמת דרך הטיפול להעדפות הלקוח), מעקב אחרי היישום (הבנה ויכולת מילוי ההוראות, הבנת השלכות וזמן חזרה).

יש לחשוף את המטפל לתקשורת באמצעות מתווך, להבנה שאינו בשליטה מלאה ולהכשירו לאספקטים של הראיון המתווך. אם המטפל עצמו שותף להכשרת המתורגמן הוא הופך מודע למימדים ההכרחיים בעבודתו שלו מול חולה בעל רקע שונה (Corsellis, 1995).

יש להביא למודעותו של הרופא את תפקידו והתנהגותו של המתורגמן: עליו להבין את הצורך בזמן כדי לבנות אמון עם הצדדים, ואת הלחץ בו נתון המתורגמן. עליו להבין כי האחריות לניהול ולשליטה על הראיון אינה על המתורגמן אלא עליו. הוא צריך ללמוד להיות רגיש ולהבחין כאשר המתורגמן טועה בהבנת תפקידו, ואז לקחת שליטה ולדון במתרחש. מבחינה מעשית, עליו ללמוד גם את צורת הדיבור המתאימה למפגש מתורגם (לאט ועם הפסקות) וטכניקות ניסוח שאלות והערות כדי שהמתורגמן יזהה למי הן מכוונות (Angelelli, 2004).

4. עולי אתיופיה

עבודה זו עוסקת בבדיקת תפקידו של המתורגמן במפגש הרפואי בין רופא דובר עברית לעולים מאתיופיה המתגוררים במרכזי קליטה. בפתח הפרק יינתן מעט רקע על יהודי אתיופיה, עלייתם לארץ וקליטתם. לאחר מכן, תינתן סקירה של התרבות האתיופית בהקשרים הרלבנטיים למפגש הרפואי.

4.1 יהודי אתיופיה ועלייתם לארץ

הקהילה היהודית באתיופיה – "ביתא ישראל" חיה במנותק משאר יהודי העולם, כפי הנראה מסוף ימי בית ראשון (כ-2,500 שנה). עד המאה ה-17 חיו כשבט עצמאי, לוחם ובעל מעמד, אך בשלוש מאות השנה האחרונות סבלו כמיעוט נרדף, שזכויות שונות ניטלו ממנו. כמו כן, עקב פעילות של המיסיון הנוצרי התנצרו במאה ה-19 רבים מיהודי אתיופיה. יהודי אתיופיה, לרבות מנהיגי העדה, הקייסים, לא ידעו עברית כלל . הם דיברו בשפה של סביבתם – אמהרית או טיגרית, ואילו שפת התפילות וכתבי הקודש הייתה געז – לשון אתיופית עתיקה ממוצא שמי (ולדמן, 1985). לפני כ-150 שנה נוצרו הקשרים הראשונים בין יהודי אתיופיה ליהדות העולם, אשר יזמו קשרים עם הקהילה ופעולות סיוע לשימור זיקתם הדתית (פינקלשטיין, 2005). מאז קום המדינה שמרו אמנם ממשלות ישראל והסוכנות היהודית על קשר מסוים עם בני העדה, ובודדים אף עלו ארצה, אך בשל חוסר הכרעה לגבי זהותם הדתית, וחששות נוספים לא אורגנה עלייתם. פסק ההלכה של הרב עובדיה יוסף לגבי יהדותם חייב את הפעלת חוק השבות לגביהם וממילא את פעולות ממשלת ישראל והסוכנות לעלייתם וקליטתם. (ולדמן, שם).

עלייתם התרחשה בשלושה גלים מרכזיים: הגל הראשון, מסוף שנות ה-70 עד "מבצע משה" בשנת 1984, התאפיין בבריחה רגלית לסודאן, הליכה קשה שבמהלכה סבלו הבורחים מרעב, מחלות והתנכלויות של שודדים או אנשי צבא. בשנת 1991 היה הגל השני - "מבצע שלמה"- מבצע הצלה אווירי שבמסגרתו הגיעו פליטים ששהו בתנאים קשים במחנות באתיופיה (פינקלשטיין, 2005). במסגרת מבצע שלמה לא נכללה הקבוצה שזוהתה כפלשמורה (יהודי אתיופיה שהתנצרו), מאחר שלא ענו על הקריטריונים המוגדרים בחוק השבות. הגל השלישי נמשך למעשה מאז מבצע שלמה ובמסגרתו עולים בני הפלשמורה במסגרת איחוד משפחות. החל בשנת 2004, על פי החלטת ועדת השרים לעניין שארית יהודי אתיופיה, קצב

העלייה הממוצע בחודש הוא כ-300 נפש (אתר הכנסת, אפריל 2006, http://www.knesset.gov.il).

קליטת העולים מאתיופיה בישראל נעשית במרכזי קליטה, ולא בדרך של קליטה ישירה, כנהוג לגבי עולים מארצות אחרות. העולים שוהים במרכזי הקליטה בדרך כלל כ-18 חודשים. במרכזי הקליטה עוברים העולים תהליך של למידה והתאמה לחיים בישראל. התהליך מתמקד בעזרה בעיבוד הלם המעבר, לימוד אורחות חיים, הכרת המערכות הקולטות, לימוד השפה העברית באולפנים ללימוד השפה שבמסגרתם מתקיים גם אולפן גיור, פעילות חברתית ותרבותית, הכרת הארץ, טיפול בבעיות בריאות ואישות, הפניה ללימודים ותעסוקה וסיוע למעבר לדיור קבע. כאשר הם מגיעים ארצה, עוברים כול העולים בדיקות רפואיות מקיפות לזיהוי בעיות בריאות וחולי שהביאו איתם מאתיופיה וכן ניתנים להם חיסונים. עם המעבר לדיור בקהילה, עובר השירות לעולים מאחריות הסוכנות היהודית לאחריות שירותי הרווחה ברשויות המקומיות (פרסום משרד הקליטה, אתר הכנסת http://www.knesset.gov.il; בורגנה, 1987).

כיום נמצאים בארץ למעלה מ-80,000 יוצאי אתיופיה. למעלה מ-50% מתוכם מתחת לגיל 18, וכ-27% משפחות חד-הוריות. העולים שהגיעו בשנה וחצי האחרונות מרוכזים במרכזי הקליטה השונים ואילו הותיקים יותר מרוכזים ברחבי הארץ באזורים גיאוגרפיים מוגדרים (דיין וניראל, 2003).

4.2 מצבם הבריאותי של העולים

את בעיות הבריאות והחולי של עולי אתיופיה אפשר לחלק לשניים: בעיות שהעולים הביאו עמם מארץ מוצאם ובעיות שהתעוררו עקב העלייה:

העולים הביאו אתם ארצה מחלות או בעיות בריאות שהיו נפוצות באתיופיה, עקב התנאים בהם חיה האוכלוסייה שם, ורמת שירותי הרפואה. מדובר במחלות כמו שחפת ומלריה, מחלות זיהומיות כמו צהבת B וטפילי מעיים שהתפתחו עקב התנאים הסביבתיים בהם היו נתונים העולים, וכן מחלות עור, עיניים וכדו' המתפתחות בעיקר בארצות טרופיות.

בהגיעם לישראל עוברים העולים סדרה מקיפה של בדיקות על ידי אחיות ורופאים לאיתור מחלות אלו ובמידת הצורך הם מתחילים את הטיפול הנדרש (בורגנה, 1987; Reiff, 1994).

לחץ הגירה מהווה גורם דחק (stress) הגורם למחלות פיזיות ונפשיות. ההגירה כרוכה בשינוי, באובדן ולעתים גם בטראומה. השינוי שעוברים המהגרים הוא פיזי, ביולוגי, חברתי, תרבותי ופסיכולוגי כתוצאה משינוי סביבה, תזונה, אקלים, שפה, נורמות, מנהגים, ערכים, שפה ותעסוקה. המהגר סובל מאובדן הסביבה המוכרת, מעמד, קהילה, משפחה, חברים, מוסדות, מבנה חברתי וכלכלי. במקרה של פליטים, כפי שקרה לעולים רבים שהגיעו מאתיופיה, חוו המהגרים גם סכנה, מוות, אונס, התקפות ושהות בתנאים קשים במחנות פליטים.

הגורמים הממתנים את הלחץ יכולים להיות כלליים או אישיים. הגורמים הכלליים קשורים לשאלה האם היציאה הייתה מרצון, ליחס החברה הקולטת מבחינת הפתיחות או הלחץ להיטמע, ולשאלת הימצאות קהילה מארץ המוצא מגל הגירה קודם. גם המשאבים האישיים של המהגר כגון גיל, מין, מעמד סוציואקונומי, קשר למסורת, וכמובן אישיות וסגנון התמודדות, משפיעים על רמת הלחץ בה הוא נתון. השינויים במבנה הקהילה והמשפחה שנזכרו קודם לכן גורמים גם לכך שאין העולה יכול להיעזר במקורות תמיכה מוכרים לו מאורח חייו הקודם. כמו כן, הוא עוד לא יכול להביע עצמו כמקובל בחברה הישראלית ולהיעזר בשירותי התמיכה שזו מציעה, כך שהוא מוצא עצמו חסר אונים (Reiff, 1997).

ההתמודדות עם לחצי ההגירה עלולה להשפיע במידה ניכרת על בריאותו הנפשית והפיסית של המהגר. נמצא שמהגרים סובלים במידה רבה יותר מכלל האוכלוסייה מסימפטומים פסיכולוגיים המעידים על מצב נפשי גרוע, מדיכאון ותחלואה נפשית (דיין וניראל, 2003) נמצא גם קשר בין לחץ ההגירה למחלות כרוניות כגון לחץ דם ומחלות לב (Reiff, 1994). כמו כן, נוטים העולים לסומטיזציה של בעיותיהם הרגשיות. עיבוד האבל והטראומות וכן הקושי בעלייה מוצאים את ביטוים בכאבים גופניים שונים במיוחד בחברה אשר בה לא מקובל להביע רגשות ובמיוחד לא בדרך מילולית (בורגנה,1987). במחקר שערכו ניסו יונגמן ומינוחין- איצקסון (1994) לפתח כלי אבחוני רגיש תרבותית לאיתור מוקדם של מצוקה נפשית בקרב עולי אתיופיה בישראל. ניסיונם לא עלה יפה מפני שלא הצליחו לקבל קריטריון חד משמעי להבחנה בין תלונות גופניות לנפשיות. הדרך שבה מתמודדים המטפלים היא טיפול תרופתי ורק כאשר הוא לא עוזר ניתנת אבחנה בדיעבד. (יונגמן ומנוחין-איציקסון, 1994). תיאור זה של המציאות, החוזר על עצמו בראיונות ובספרות, הינו דוגמה לאי הצלחה

של המערכת הרפואית להתמודד עם הבעיות הנפשיות והמצוקות של העולים בשל היעדר ידע הקשרי ותרבותי של הסימפטומים הטיפוסיים של המטופל יוצא אתיופיה.

4.3. התרבות האתיופית

הקשר בין העלייה ומצב הבריאות יצר אצל העולים מאתיופיה כמו אצל מהגרים בארצות אחרות, הזדקקות רבה יותר למערכת הבריאות בארץ ולקשר אינטנסיבי עם נותני השירותים הרפואיים. מאחר והעולים מאתיופיה באים מתרבות שונה מאד מתרבות החברה הקולטת, וההבדלים בתפיסות הבריאות וכן במערכות הבריאות בשתי הארצות הם כה בולטים, הקשר הזה הוא מורכב ביותר.

על מנת להבין את התפקידים הנדרשים מהמתורגמן המתווך בין שתי התרבויות – הישראלית (המערבית) והאתיופית יש להכיר את שתי התרבויות. על התרבות הביו-רפואית נכתב כבר בפרק 2 שעסק במפגש הרפואי. פרק זה יעסוק בשני היבטים של התרבות האתיופית הרלבנטיים למפגש הרפואי. ההיבט הראשון – אמונות ודעות בנושא בריאות וחולי – יסביר את התפיסות של עולי אתיופיה בנושא מחלות וריפוין. ההיבט השני – ינסה לתאר את דפוסי השיח והנימוס של העולים המשפיעים בצורה ישירה על התקשורת עם הרופא.

4.3.1 אמונות ודעות בנושא בריאות וחולי

(מתוך : "דר' טטנוס" מאת : אפי אונגר)

על פי התפיסה המסורתית של יוצאי אתיופיה גורמי המחלה נחלקים לחיצוניים טבעיים (אקלים, אוכל, מים), חיצוניים על-טבעיים (רוחות, עין הרע, קללות ונזק של מרפא מסורתי) ופנימיים (פחד, חוסר בטחון, קנאה ואופי תורשתי). ריפוי על פי תפיסה זו מטרתו להרחיק את הגורם החיצוני שהביא למחלה (בורגנה, 1987 ;דיין וניראל, 2003).

המחלה באפריקה נתפסת כחוויה הכוללת את הגוף, המוח, הנפש והקוסמוס כולו. הבעת לחץ נפשי בדרך גופנית נחשבת מקובלת. כך למשל מהווה התקף של "זאר" (רוח או שד הנכנס לאדם הגורם לו להתקף של אקסטזה ואיבוד שליטה או לדיכאון והסתגרות) מפלט לגיטימי לאישה הסובלת מבעיות אישות. המרפא המסורתי מספק הסבר משמעותי למחלה ביחס לנושאים אישיים, משפחתיים וקהילתיים. סיבה נוספת לכך שהעולים פה בארץ מביעים את קשייהם באמצעות מחלה גופנית היא שהרפואה המערבית רואה בעיות גופניות כ"אמתיות" יותר מאשר בעיות רגשיות או חברתיות. העובדה שדווקא הבעיות הגופניות נחשבות לגיטימיות ונלקחות ברצינות מעודדת את העולים להביע קשייהן בדרך של סומטיזציה (Reiff, 1997).

בהתייחס לסוגי המחלות מהן סובלים יוצאי אתיופיה מבחין בן עזר (1992) בין מחלות תרבותיות שהן מחלות ייחודיות ליוצאי אתיופיה (בעלות משמעות ספציפית תרבותית) לבין מחלות "מקובלות" המוכרות בעולם המערבי (בעלות משמעות ביו-רפואית) אך הסימפטומים שלהם מעובדים בדרך שונה בתרבות האתיופית. רייף ואחרים (Reiff et al.,1999) מחלקים את התלונות של החולים האתיופים ל-3 קטגוריות כשהם מוסיפים לשני הסוגים שנמנו סוג שלישי של תלונות בעלות שתי המשמעויות גם יחד – ביו רפואית וספציפית תרבותית.

למעשה, אפשר היה לצפות שהרופאים הישראלים יאבחנו תלונות בעלות משמעות ספציפית-תרבותית כבעיות פסיכולוגיות באשר הללו אינן תואמות את המודל הביו-רפואי שלהם, אך בפועל הסתבר שהרופא השמיט תלונה כזו מהתיק או תרגם אותה למונחים ביו-רפואיים. כאשר הפירוש של הרופא והחולה שונים, התוצאה יכולה להיות אי הסכמה לגבי אבחון (החולה מגדיר עצמו כחולה והרופא לא) ולגבי הטיפול (האם הוא עזר). החולה יחוש מבולבל או חולה עוד יותר כתוצאה מכך.

תופעה שנצפתה בהקשר זה היא שאחרי שהות של תקופת מה בארץ, ההבדלים במספרים בין תפיסת החולה והרופא את מצב הבריאותי של החולה וכן לגבי האפקטיביות של הטיפול הצטמצמו. הסתבר שהסיבה להתקרבות זו אינה שינוי בתפיסת המחלה אצל העולים, אלא שינוי בציפיות שלהם מהרופא ומיכולתו לרפא את המחלות הייחודיות ליוצאי אתיופיה.

העולים הותיקים יותר למדו להבדיל בין מחלות פיזיות להפרעות מטפיזיות או רגשיות ושוב אינם פונים אל הרופא עם האחרונות.

במקביל לשינוי שחל כביכול בתפיסת המחלה של יוצאי אתיופיה שתואר לעיל אפשר לראות גם שינוי בתחום הפנייה לטיפול תרופתי למחלות שרקען נפשי. חלק מתהליך האקולטוריזציה של עולי אתיופיה הוא אימוץ הגישה המערבית לנתינת תרופות לצורך הקלת הסבל האנושי ולכן הם מתעקשים על תרופות גם כאשר הרופא מאבחן בעיה כנפשית. (רייף ואחרים, 1999).

באתיופיה פעלה אמנם מערכת ביו-רפואית מערבית, אך בצורה התחלתית ולא מספקת. למעשה, המערכות המסורתיות המשיכו להוות מקור קבוע של ריפוי לאוכלוסיה הכפרית שעליה נמנו רוב יהודי אתיופיה והפלשמורה. רק בתקופה האחרונה לפני העלייה בעת שהותם במחנות המעבר, זכו כל העולים לטיפול רפואי מערבי מסודר.

באתיופיה היו מוכרים שני סוגי מרפאים: חילוניים ועל-טבעיים. המרפאים החילוניים עסקו בפעולות כגון קיבוע עצמות, חיתוך הענבל, הקזת דם, עקירת שניים, מיילדות, צמחי מרפא וקעקוע. הם רקחו תרופות מצמחי מרפא וממוצרים מן החי וכן המליצו על מרחצאות תרמיים. המרפאים העל טבעיים לסוגיהם טיפלו בבעיות שונות: ה״דבטארה״ למשל טיפל בבעיות סומטיות ובמחלות נפש וכן בקונפליקטים משפחתיים באמצעות אסטרולוגיה, נומרולוגיה, התייעצות בכתבי הקודש, קורבנות וקמיעות. המרפאים המיסטיים כגון ה״בעלזאר״ ו״הטנקאי״ טיפלו בבעיות רפואיות וחברתיות באמצעות טכסים, טראנס, תפילות, שירה, קטורת, קפה ובשמים. סוג שלישי של מרפאים שלא היה שייך לשתי הקטגוריות הראשונות היו מין רוכלים מרפאים שעברו באזורים הכפריים ומכרו גלולות והזריקו זריקות באופן בלתי חוקי וללא הכשרה רפואית. החולים סמכו גם על יכולתם של הללו לרפא מגוון של בעיות.

בהגיעם לארץ אימצו העולים מיד את המערכת הביו-רפואית, לעתים עם ציפיות גבוהות ביותר להתחדשות גופנית ופסיכולוגית. אימוץ הרפואה המערבית כלל אינו מפתיע בשל העובדה שמחלות רבות שהביאו אתם זכו לריפוי מלא לאחר העלייה. עולים רבים זנחו לחלוטין את הריפוי המסורתי הן מפני שסברו שאינו חיוני בארץ והן מפני שהתרופות או המרפאים אינם נגישים כמו באתיופיה. אולם, לעתים כאשר הציפיות הגבוהות מהרפואה המערבית לא התגשמו, יש שחזרו לרפואה המסורתית לפחות לצורך טיפול בבעיות שזו לא הצליחה לפתור (Reiff, 1997).

אופי האינטראקציה בין רופא ומטפל שונה מאד בתרבות האתיופית המסורתית. האינטראקציה חד-סיטרית: החולה מוסר את גופו וגורלו בידי המטפל כך שהאחריות לריפוי מוטלת עליו. אם כפי שצוין קודם הגורמים למחלה נעוצים בהשפעה של כוח עליון מאגי ולא בגורמים פסיכולוגיים או ביולוגיים הרי שגם הריפוי מתבצע על ידי התמודדות של המוכשר לכך מול אותו כוח עליון. אותו מטפל הוא האחראי הבלעדי לבריאותו ושלומו של החולה כאשר הוא כבר חולה. משמעות מעשית נוספת של גישה זו היא שאין חשיבות לנקיטת אמצעי זהירות או טיפול מונע לפני המחלה או כאשר החולה סובל ממחלה כרונית (בורגנה, 1987).

הדרכים בהן החולה מבטא כאב והדרכים לאיתור מקום הכאב שונות מהמוכר לרופא המערבי. החולים אינם מצביעים על אבר מסוים אלא על אזור בגוף. "כואב לי הלב" תהיה תלונה על כל קבוצות האיברים הפנימיים, גם כאשר מדובר בבטן, קיבה, מעיים וריאות. ההגדרות שהם נותנים לבעיה הן לרוב מטפוריות (בורגנה, 1987). דוגמאות לסוג תלונות כאלה הן: "יש לי משהו בפנים. משהו שמסתובב", "החזה כואב. מהחזה יורד כמו מוגלה", "שורף כל הגוף", "קר לי בבטן" וכיוצא באלה (יונגמן ומינוחין-איציקסון, 1994). צורת ביטוי כזו מהווה קושי בראיון המיישם מודל שפותח על פי שיטה מערבית.

במחקרים שנערכו בנושא הטיפול ביוצאי אתיופיה נמצא תסכול רב אצל הרופאים בשל חוסר יכולת להבין את בעיותיהם של העולים שאינן תואמות את המודלים של הרפואה המערבית (Reiff, 1997). כמו כן נשמעו תלונות של רופאים על פנייה לא מתאימה של העולים לשירותי הרפואה: שימוש-יתר לתלונות טריוויאליות ותת-שימוש למחלות כרוניות רציניות. במקביל לתסכולם של הרופאים קיים תסכול בקרב העולים המאוכזבים ממערכת הבריאות השוללת את דרכי הטיפול המסורתיות, אולם אינה מציעה פתרונות משלה לבעיותיהם (Reiff et al., 1999).

רזניק (במאמר בעיתון הארץ, 2005) מדווח על מחקר בין חולי סכרת אתיופים שממצאיו מעידים על איכות, זמינות ונגישות לטיפול רפואי הנמוכים משמעותית אצל העולים לעומת חולים אחרים. גם לאחר 10 שנים בארץ צורכים העולים פחות שירותי בריאות בכל המשתנים: מעקב, ימי אישפוז, פניות לחדר מיון ולרופא מומחה, הוצאה על תרופות, שימוש בבדיקות ובמעבדה.

4.3.2 תרבות ההתנהגות האתיופית הרלבנטית למפגש הרפואי

מאחר ואבחון במפגש הרפואי מבוסס בראש ובראשונה על הדיאלוג המילולי והלא-מילולי בין הרופא לחולה, ישנה משמעות רבה להבנת צורת התקשורת של העולים מאתיופיה. פענוח נכון של המבעים שלהם, או במקרים מסוימים היעדר המבעים שלהם, יכול לעזור במניעת טעויות ובהשגת יעילות מרבית של המפגש. כמו כן, על מנת להשיג שיתוף פעולה על המטפל להכיר את הרגישויות והמשמעויות של פעולות מסוימות בתרבות החולה וכן את צורת ההסתכלות שלו על המציאות:

בתרבות האתיופית כבתרבויות מסורתיות אחרות יש נושאים כמו מין והפרשות הגוף שהם טאבו ועל כן יקשה על החולה לדון בהם. כמו כן, יש בושה והסתייגות ממתן בדיקת שתן וצואה בהם רואים טומאה המופרשת מגוף. כמו כן יש חשש מחשיפת הגוף במהלך הבדיקה בעיקר אצל נשים.

המטופל מחפש קשר בין הטיפול למחלה. קשה לו לתפוס מושג מופשט של מחלה שאין הוא חש בסימפטומים ברורים שלה, ועל כן קשה לשכנע לקחת תרופות למחלה זו או כטיפול מניעתי. קושי זה בא לידי ביטוי גם בתפיסת הקשר בין בדיקות לאבחון, בין הגיינה או תזונה נכונה לבריאות. מאותה סיבה של העדפת הקונקרטיזציה יעדיף חולה יוצא אתיופיה קבלת זריקה על פני בליעת גלולות, מפני שזו נראית לו מוחשית יותר.

בנושא משמעת לקיחת התרופות באים לידי ביטוי חוסר ההבנה לגבי האופן שבו פועלות התרופות. נצפו מקרים רבים בהם החולים לקחו את כל התרופות ביחד מתוך מחשבה שכך יבריאו מהר יותר, או לחילופין הפסיקו את הטיפול מפני שלא ראו שיפור מיידי. כמו כן, קיים קושי רב בלקיחת תרופות בהפרשים קבועים, מאחר והעולים אינם רגילים ללוח הזמנים המערבי המכוון על פי השעון (בורגנה, 1987).

בן עזר (1980) מרחיב בתרבות השיח כפי שזו מקובלת בתרבות האתיופית. כאשר עומד אדם מול אנשים בעלי סמכות הוא נוהג על פי קוד הכבוד המקובל: יש לשמור דברים בבטן, לכסות רגשות, לחתום פנים ולבלוע עלבון. תפקידו של בעל התפקיד הוא להבין בעצמו מה מפריע לעומד בפניו מבלי שזה ידבר. לא מקובל לקחת זכות דיבור בשיחה, לכוון אותה, לשאול שאלות. יש לענות על שאלות אך אין ליזום אותן. ולכן, אצלנו בישראל בה שולטת תרבות ה"דוגרי", בה מצפים מאדם לא לשמור בבטן אלא לשפוך את אשר על ליבו, יכולה התנהגות כזו להוות מקור לאי הבנה. על הרופא להבין שאל לו לצפות לשאלה או יוזמה של החולה ועליו לנהל את המפגש מתוך ניסיון לצפות את רצונותיו ושאלותיו של החולה.

על פי קוד הכבוד האתיופי, כאשר לא מסכימים להצעה של בן השיח אין להביע הסתייגות ואין להציע חלופות. יתירה מזאת, ביחס לאנשים בעלי סמכות אוסר קוד הכבוד סירוב או אמירת "לא". סירוב בא לידי ביטוי לכל היותר בשתיקה או שהתגובה המקובלת היא אמירת "אישי" (כן, בסדר) על כל הוראה של בעל סמכות גם ללא כוונה למלא את הנדרש. "הסכמה" מעין זו נחשבת לדרך מכובדת לרכך סירוב. אדם מערבי הנתקל בחוסר תגובה או באי קיום של מה שהסכמת עליו רואה התנהגות כזו כזלזול או כחוסר אמינות. כמו כן, לא מקובל בתרבות האתיופית להסביר התנהגות או להתנצל, מה שנתפס כהתעלמות מכך שעשית מעשה לא בסדר ועליך לפחות להסבירו. כאשר צעיר מדבר עם מבוגר ממנו או בעל סמכות מקובל להרכין את הגוף ולהשפיל את העיניים. יש לענות רק כן ולא ולהשתדל לענות בקול לוחש. בת אמורה להסב את מבטה, לצחקק ואף לא לענות בפעם הראשונה כשפונים אליה. שוב, בחברה המערבית שבה אי הישרת המבט נחשבת כהתחמקות או נחשדת בחוסר אמינות, מתפרשת התנהגות כזו בצורה שונה לחלוטין מכוונת בן השיח.

האמור בפסקה הקודמת, יש בו להסביר את הסטריאוטיפ הכפול כלפי העולים, בו נתקלים כאשר מדברים עליהם עם העובדים עמם. מצד אחד יש המגדירים אותם כנחמדים, מנומסים, ממושמעים וצייתנים. מצד שני, אחרים טוענים שהם מתסכלים, עקשנים, בלתי אמינים ואי אפשר לסמוך על המילה שלהם. שני הצדדים הם למעשה פרשנות הפוכה של אותה התנהגות עצמה.

קוד הכבוד שתואר הוא דו סיטרי. נותן הכבוד מצפה בתמורה שבעל הסמכות יכבד אותו, בשל העובדה שכבודו תלוי בכך. אי קיום הבטחה מתפרש כאי רצון לקיים אותה ולא כאי יכולת. גם אמירת "נראה" ו"יכול להיות" מתפרשת על ידי העולה כהבטחה, ועל כן עדיף לו למטפל לגלגל האחריות כלפי מעלה או לא להבטיח ואחר כך לשנות תשובתו. אי קיום חוזר ונשנה של הבטחות מביא לשבירת האמון בין אנשים ובדרך כלל לחיסול היחסים והפסקת שיתוף הפעולה. בתרבות האתיופית זהו תהליך בלתי הפיך.

רגישות נוספת קיימת גם כלפי התייחסות לקיומו של אדם. אי אמירת שלום או התעלמות נחשבים להשפלה, ועל כן במפגש הרפואי, למשל, חשובה מאד קבלת הפנים כאשר החולה נכנס לחדר. תנועות מסוימות עלולות להיחשב כעלבון: כך, סימון באצבע להתקרב מופנה באתיופיה רק כלפי עבדים ופחותי כבוד. סימון לחולה להתקרב לבדיקה יכול אם כן לפגוע בו מאד בלי שהרופא יהיה מודע לכך (בן עזר, 1992).

לסיכום, הדיון בתרבות האתיופית הצביע על נקודות שונות רבות בהן קיים הבדל בין התרבות האתיופית המסורתית לתרבות הישראלית שהיא בעיקרה מערבית. ראינו בצורה מוחשית כמה חשובה מודעותו של המטפל לתרבותו של המטופל, הן בהקשר הרחב של תפיסת מחלה וריפוי והן בהקשר המעשי של אופן התקשורת ביניהם. ללא מודעות זו, עלול כל אחד מההבדלים שנמנו להוות מכשול בפני תקשורת אמתית בין הרופא לחולה ולמנוע מפגש אפקטיבי ביניהם.

מאחר והאחריות ליצירת הבסיס המשותף היא על המטפל הרי ש"חובתו של המטפל בהקשר הבין תרבותי לא רק להכיר את תפיסת עולמו של המטופל אלא גם להגיב באופן המתקבל כביטוי לתפיסת עולם משותפת" (פלגי, 1980 בתוך בן עזר, 1992). הכלי החשוב ביותר בידיו של המטפל הוא המתורגמן שהדיון בפרקים הקודמים העלה והדגיש את חשיבות תפקידו במפגש הרפואי הבין תרבותי. הן כאשר המתורגמן חובש את הכובע של "מידע תרבות" והן את הכובע של "מגשר או מתווך תרבות" הוא מסייע למטפל ליצור את הבסיס המשותף ההכרחי להשגת מטרת המפגש.

המחקר המתואר בעבודה זו בדק את האינטראקציה בין רופאים ישראלים לבין עולים מאתיופיה בהתמקדות בתפקידו של המתורגמן במפגש הבין תרבותי.

5. שיטת המחקר

מטרת מחקר זה היא לבדוק את תפקיד המתורגמן במפגש בין תרבותי בין רופא דובר עברית לחולה דובר אמהרית. שאלות המחקר שהוצגו בתחילתו היו:

א. כיצד תופס המתורגמן את תפקידו?

ב. כיצד תופס הצוות הרפואי את תפקידו של המתורגמן?

ג. האם התנהגותם של המתורגמנים והמטפלים עולה בקנה אחד עם תפיסותיהם את התפקיד?

5.1 שדה המחקר

<u>בחירת אתר המחקר</u>

כמצוין בפרק הקודם, לאחר תקופת הקליטה במרכזי הקליטה מתפזרים יוצאי אתיופיה למגורי קבע בשכונות שונות ברחבי הארץ, בעיקר בפריפריה. כמו כן ברחבי הארץ פזורים מספר מרכזי קליטה בהם מתגוררים עולים מאתיופיה בשנתם הראשונה בארץ. המחקר התבצע בשתי מרפאות הצמודות למרכזי קליטה. ההחלטה להעדיף, לצורך המחקר, מרפאה הצמודה למרכז קליטה על פני מרפאה או בית חולים המשרתים אזור שבו מרוכזים מספר רב של יוצאי אתיופיה נבעה משתי סיבות:

א. שיקול מעשי של חיסכון בזמן - בעוד שבשכונות יכולים להגיע לרופא גם אזרחים ותיקים או עולים דוברי עברית שאינם זקוקים למתורגמן הרי שבמרפאה הצמודה למרכז קליטה ומשרתת רק עולים חדשים, כל החולים נזקקים לשירותי תרגום. עובדה זו חסכה זמן רב מכיוון שאפשר היה לנצל את זמן התצפיות במלואו לצפייה במפגש בין רופא לחולה שאינו דובר עברית.

ב. שיקול מהותי לגבי מהימנות המחקר - במרפאה הצמודה למרכז קליטה כל החולים המבקרים במרפאה נמצאים בחודשים הראשונים של שהותם בארץ ורמת העברית שלהם נעה בין חוסר ידע מוחלט לבין ידע ראשוני מועט. כך אפשר להבטיח צמצום של משתנים נוספים שעלולים לשנות את התמונה בעת הצפייה. לעולה ותיק ידע רב יותר על התרבות הישראלית או המערבית וכן הבנה ברמה זו או אחרת של עברית, דבר העלול לשפר או לשבש את התקשורת ולהשפיע על מקום התרגום באינטראקציה.

בחרתי בשלב הראשון ב"מרפאת שירותי בריאות כללית" בקיבוץ שבו נמצאים שני מרכזי קליטה. בשלב מאוחר יותר הוספתי מרפאת קופת חולים בשכונת עירונית, מרפאה המשרתת את העולים מאתיופיה המתגוררים בשני מרכזי קליטה השוכנים באותה שכונה.

קבלת הסכמה

לצורך ביצוע המחקר פניתי תחילה אל הסוכנות היהודית, האחראית על מרכזי הקליטה. קיבלתי את רשותם להיכנס למרכז הקליטה ולראיין את העובדים שלהם. לצורך ראיון עם העולים עצמם, כמו עם כל אזרח אחר בישראל, אין צורך לקבל אלא את רשותו של המרואיין עצמו.

במקביל, פניתי אל מינהלת " שירותי בריאות כללית ", וקיבלתי את רשותו של דר' ניקי ליברמן, ראש אגף רפואה - חטיבת הקהילה, לצפות בביקורים של העולים אצל הרופא ולראיין את הרופא, את צוות המרפאה ואת המתורגמנית העובדת איתם. בשלב מאוחר יותר, לצורך הרחבת המחקר לרופא ומתורגמנית נוספים, ביקשתי שוב וקיבלתי רשות לצפות בעבודתם של הללו במרפאה נוספת. לא זו בלבד שקיבלתי רשות משירותי בריאות כללית אלא הם אף הביעו רצונם לראות את המחקר בסיומו, מאחר וכפי הנראה נושא התקשורת עם יוצאי אתיופיה מעסיק את הרופאים ואנשי הצוות בקופת החולים.

בשטח עצמו, לא נתקלתי בבעיה מיוחדת לקבל את הסכמתם של הנחקרים. אמנם, סופר לי כי נחשדתי בהתחלה כמבקרת מטעם הנהלת קופת חולים, אך מיד כאשר הסברתי בקווים כלליים את מטרת המחקר, התקבלתי בסבר פנים יפות. העובדה שאינני דוברת אמהרית, ושהשיחות לא הוקלטו, הסירה את החשש מצד המתורגמניות שהמחקר עלול לבדוק ולחשוף את איכות התרגום עצמו. כמו כן, מצאתי נכונות רבה של הרופאים, לשתף אותי בבעיות שבהן הם נתקלים.

לגבי החולים, בשל היעדר שפה משותפת, נזקקתי לעזרתן של המתורגמניות בקבלת הסכמתם לנוכחותי במפגש. ביקשתי מהמתורגמניות להסביר לכל חולה בהיכנסו מי אני ומה מטרת ביקורי ולקבל הסכמתו להישארותי בחדר. לא היה באפשרותי לבדוק ביצוע הבקשה, אם כי במהלך כל המפגשים לא נתקלתי בכך שחולה כלשהו תהה לגבי נוכחותי או הביע התנגדות.

תיאור האתרים

א. מרפאת קופת-חולים בקיבוץ

מרפאת קופת חולים ממוקמת בבניין חד קומתי בקיבוץ, באזור גני הילדים ובמרחק קצר ממרכז הקליטה. זהו בניין ישן ששימש מאז ומתמיד כמרפאת הקיבוץ ומשמש גם היום את חברי הקיבוץ ואת העולים. בכניסה חדר המתנה מטופח ובו שתי שורות כסאות, טלביזיה, מתקן שתייה, עציצים, שבועונים לקריאה וצעצועים לילדים. בחדר ההמתנה מספר דלתות המובילות לחדרים שונים: לחדרון קטן המשמש משרד של המזכירה הרפואית; לשירותים לממתינים; לחדר קבלה של הרופא; לבית מרקחת המשמש את חברי הקיבוץ בלבד ולחדר האחיות. מחדר האחיות מובילה דלת לחדר טיפולים וממנו לחדר פנימי נוסף שנבנה במקור כדי לשמש ל"טיפת חלב" עבור העולים, אך אינו משרת מטרה זו כיום.

המרפאה משרתת כ-1,200 נפשות: חברי קיבוץ ,תושבי הקיבוץ וכן עולים ממרכז הקליטה.

צוות המרפאה כולל:

- שני רופאים: דר' ל., רופאת משפחה המטפלת בחברי המשק ובתושבים, ודר' ש.מ., רופא משפחה המטפל בעולים. דר' ש.מ. מקבל את העולים 4 ימים בשבוע, 3 שעות בכל פעם. שעות העבודה של הרופאים אינן חופפות. במקרה חירום מקבל כל אחד מהרופאים גם חולים של הרופא השני.
- מזכירה רפואית – עובדת יום בשבוע.
- שלוש אחיות: חנה - אחות הקיבוץ, גליה – אחות טיפת חלב, יעל – אחות של העולים. בהגיעי למרפאה הייתה חדשה בתפקידה, לאחר שהוסף תקן לצורך טיפול בעולים. למרות שבהגדרת תפקידה היא אחות של העולים, בפועל היא עוסקת גם בעבודת המרפאה השוטפת.
- מתורגמנית: בשעות הקבלה של הרופא של העולים מסייעת לידו מתורגמנית. אין היא עובדת של המרפאה או של שירותי בריאות כללית, אלא מועסקת על ידי חברת כוח אדם.

לצורך רפואה מקצועית או בדיקות וכן לצורך רכישת תרופות נוסעים העולים לאחת משתי העיירות הסמוכות לקיבוץ. (חברי הקיבוץ מקבלים תרופות מהאחות בחדר התרופות הנמצא במרפאה. אין רוקח במקום).

היסטוריה של התרגום במרפאה

תפקיד המתורגמנית קיים במרפאה מזה שנה. למעשה, עד שהוכנסה מתורגמנית על ידי קופת החולים היו עובדי המרפאה תלויים בשירותי התרגום של המדריכים של מרכז הקליטה. במרכז הקליטה בקיבוץ צוות של עשרה עובדים, ביניהם סומכות (מדריכות) ומדריכים בני העדה האתיופית, דוברי השפה. תפקידם להדריך את העולים ולהכינם לחיים בארץ בתחומי הבריאות, נקיון, בישול, ניהול תקציב המשפחה, הורות, תעסוקה, התמצאות במוסדות ורכישת בית. תרגום לגופים אחרים אינו נמנה על תפקידם הרשמי, ומתבצע על חשבון הזמן שהיה אמור להיות מוקדש לעבודתם השוטפת.

מנהלת מרכז הקליטה תיארה את הבעייתיות העקרונית של תרגום לגופים שונים. למשל, בעבודה מול המשטרה, היה מקרה שבעל ואישה התלוננו זה כנגד זו על אלימות במשפחה. תרגום בשביל אחד מהם , נתפס על ידי הצד השני כנקיטת עמדה נגדו ועל כן איבד צד זה את אמונו באובייקטיביות של המדריך. בכך איבד המדריך למעשה את יכולתו לעבוד אתו בהמשך, ועיסוקו העיקרי נפגע כתוצאה מתפקיד התרגום. גם מההיבט המעשי, שליחת מדריך עם חולים למרפאה או לבית חולים לצורך תרגום, גרמה לאיבוד ימי עבודה שלמים, שבהם לא מילא את תפקידו. לדבריה, נוצר מצב שבו ביום מסוים היו כל המדריכים עסוקים מחוץ למרכז הקליטה בליווי חולים למרפאות ולבתי חולים, מה שהותיר אותה ואת העובדת הסוציאלית ללא אפשרות לתקשר עם העולים האחרים במרכז הקליטה.

במשך ארבע שנים, לפני שנכנסה המתורגמנית לתפקידה, עבדו אם כן במרפאה ללא תרגום מסודר. למרות שהדבר נאסר עליהם, לפעמים היו מגיעים מדריכים עם החולה, אך הם תמיד מיהרו והביקור היה חפוז ולחוץ. הצוות פועל בלא לדעת אם יבוא מתורגמן עם החולה. לעתים קרובות היה מגיע חולה עם פתק ממרכז הקליטה שבו היה כתוב שהחולה מתלונן על כאב ראש, למשל. הרופא נתן תרופה להקלת הכאב ללא יכולת לתקשר עם החולה ולערוך בירור כלשהו שיאפשר להגיע לאבחון.

מאבק מול שירותי בריאות כללית (גם מנהלת מרכז הקליטה וגם אנשי הצוות במרכז ובמרפאה נקטו במילה "מלחמה" לתיאור המאבק על התרגום שנמשך ארבע שנים. לדברי אחדים הייתה זו מלחמה מכוערת שהתנהלה על גבם של העולים) הוא שהביא בסופו של דבר, לדברי מנהלת מרכז הקליטה, להכנסת מתורגמנית. מרכז הקליטה פנה לגוף פרטי המפעיל מרפאות ונשא ונתן איתו על פתיחת מרפאה פרטית במרכז הקליטה. גוף זה הבטיח לספק את

כל שירותי הבריאות כולל תרגום. מהלך זה גרם לשירותי בריאות כללית להכניס מתורגמנית, שלדברי הצוות כולו שינתה את איכות העבודה.

כיום, נמצאת המתורגמנית ועובדת בצמוד לרופא בכל שעות הקבלה שלו במרפאת הקיבוץ. כאשר הרופא שולח חולה לטיפול אצל האחות, מלווה אותו המתורגמנית על מנת למסור לאחות את הוראות הרופא. אם האחות נזקקת לעזרה כלשהי בתרגום היא קוראת למתורגמנית מחדר הרופא.

לדברי המנהל האדמינסטרטיבי, במרפאה העירונית, נוצרת בעיה כאשר המתורגמנית נעדרת, אך מרכז הקליטה עוזר בדרך כלל להתארגן לפתרון הבעיה. לדבריו, אם מגיע עולה בשעות שאין מתורגמנית, אין הוא נשלח ללא טיפול, אלא בודקים מה הוא רוצה, על ידי טלפון למרכז הקליטה. כך גם קורה, כאשר מגיע עולה עם פתק בסגנון "נא לתת לחולה...". הפקידה במרפאה מתקשרת אל מרכז הקליטה והם מסבירים לאיזה צורך שלחו את העולה.

בשעות שבהן אין הרופא נמצא, מתארות האחיות במרפאת הקיבוץ פתרונות אד-הוק שונים לבעיית התקשורת עם העולים. כאשר בא אדם עם פתק המבקש בדיקה כלשהי, מבצעים את הבדיקה ללא מלים. לפעמים נעזרים בפנטומימה כאשר, למשל, העולה מצביע על היד הם מבינים שהוא בא לבדיקת דם. לפעמים כשהאחיות רוצות להגיד לחולה משהו, למשל שהוא הגיע בטעות יום לפני הבדיקה שנקבעה לו, או שהן לא מבינות מה הוא רוצה, הן נעזרות בתרגום טלפוני. הן מצלצלות לפלאפון של ניר, חבר הקיבוץ, המדבר אמהרית, והוא משוחח בטלפון עם החולה ומנסה לתרגם את הנדרש. כך הן עושות גם כאשר חולה שאמור לקבל טיפול קבוע, לא מגיע. למשל, שני ילדים חולי שחפת אמורים לבוא פעמיים בשבוע, אך לעתים אין הם מגיעים ויש צורך לחפשם. במקרה כזה הן מצלצלות למרכז הקליטה ומבקשת מאם הבית דוברת האמהרית לאתר את החולים ולברר מה קרה .

פתרון התרגום הטלפוני עם ניר המדריך אינו סידור רשמי, אלא נעשה מתוך רצון טוב של ניר ותלוי כמובן במידת היותו פנוי לכך. בנוסף לכך, בשיחה עם ניר, הסביר לי כי התרגום דרך הטלפון קשה לו בכלל, ובפרט כשמדובר בזקנים. לו עצמו קל יותר לתרגם כאשר הוא רואה את הדובר. לדבריו, אצל אנשים מבוגרים השיחה בטלפון מגבירה את הלחץ שבו הם שרויים ממילא בעת הביקור אצל הרופא. כמו כן, בין השאר בגלל שאינם רגילים לדבר בטלפון, הם שואלים משהו או אומרים לך משהו ולא נותנים לך להשיב. כשמדובר באנשים מבוגרים, דעתו של ניר היא שבתרגום הטלפוני הוא "יותר מזיק ממועיל". להגדרתו, "אם פנים אל פנים מבינים 70%, אז דרך הטלפון 30-20% ".

הרופא במרפאה העירונית מתאר פתרונות אד-הוק אחרים שאותם הוא נוקט כאשר המתורגמנית אינה נמצאת. כאשר אין ברירה, הוא מרים טלפון אל עולה שאביו מטופל שלו ושאינו עובד כרגע, והוא בא לתרגם בהתנדבות. הוא נעזר בבחור זה רק בשלב הראשון של הראיון . אם מדובר באישה, הוא בודק לבד ושואל באמהרית איפה כואב ומגיע למסקנה. לאחר הבדיקה, אם יש צורך בטיפול תרופתי או הפנייה הוא קורא לאותו בחור הממתין בחוץ כדי שיסביר לחולה. פתרון דומה של שימוש במטופל היה כאשר ראה כי אחת האמהות מסתדרת היטב עם מכשיר האינהלציה, הזמין אותה להסביר לאמהות אחרות.

מרפאה עירונית

המרפאה ממוקמת באחת השכונות של עיר המחוז. היא משרתת כ-5,000 לקוחות מהשכונה, מתוכם גם כ-10% מיישובי הסביבה. לדברי המנהל האדמינסטרטיבי, האוכלוסייה בשכונה באה מרמה סוציואקונומית נמוכה.

הבניין בן שתי קומות. בקומת הכניסה משרד קבלה, משרד של מנהל המרפאה, בית מרקחת, שירותים וחדר קבלה של הרופא המטפל בעולים. בקומה התחתונה מחלקת פיזיותרפיה. בקומה העליונה מספר חדרים: שני חדרים לרופאי משפחה, חדר לרופא ילדים, חדר אחיות, חדר לרופאים מקצועיים המגיעים לפרקים, חדר לעובדת סוציאלית ומחנכת לבריאות, חדר לקלינאית תקשורת ולמרפאה בעיסוק, ומעבדה. המרפאה פתוחה 44 שעות בשבוע.

עד לפני שנה, היו העולים מאתיופיה מטופלים במרכז הקליטה על ידי רופא מטעם קופת חולים כללית. לפני שנה, הועברו העולים לטיפול במרפאה. לרופא המטפל בעולים 27 שעות קבלה בשבוע. הוא משרת כ-700 עולים. (בדרך כלל מטפל רופא במשרה מלאה ב-1800 חולים). בעיקרון, הרופא של העולים מקבל גם מספר מועט של ותיקים, אם הללו בוחרים להיות דווקא בטיפולו. העולים, לעומת זאת, אינם מבקרים אצל הרופא האחר, מאחר ואין לו שירות תרגום כמו לרופא המיועד להם.

5.2 המשתתפים

רופאים:

דר' ש.מ. הנו רופא משפחה שלמד בארץ ועומד על סף סיום ההתמחות ברפואת משפחה. (הוא סיים התמחות במחלקה פנימית, בפסיכיאטריה, ברפואת ילדים, באורתופדיה ובעור, ומסיים

בתרופת המחקר הנוכחי התמחות במרפאה). לפני שהחל לעבוד עם העולים עבד במשך שנה במסגרת פרטית אצל רופא עצמאי העובד עם שירותי בריאות כללית. במרפאה זו פעלה יחידה לקבלת עולים מאתיופיה, ושם רכש ניסיון בעבודה עם העולים. באותה מרפאה עבדה גם אחות מטעם משרד הבריאות שנתנה טיפול מונע וחיסונים לעולים. מהרופא הוותיק ומאחות זו למד על עבודה עם עולי אתיופיה. מקור מידע נוסף שלו לגבי העולים הם ספרים וחוברות שנכתבו על ידי משרד הבריאות על מנהגי העדה, הקודים שלה וכדומה. דר' ש.מ. עבד במרפאה כ-8 חודשים בזמן תחילת המחקר.

דר' א.י. הינו אורתופד בהכשרתו. הוא יליד צרפת שלמד רפואה ועבד כרופא בארצות הברית. הוא עלה לארץ לפני 20 שנה אך בשל קשיי שפה לא עבר את המבחנים בארץ ואין לו רישיון לעסוק באורתופדיה. הוא עבד בקופת חולים כללית במרפאת טראומה, עד שחודש וחצי לפני המחקר הנוכחי נקרא להחליף את דר' ש.מ. שחלה . מכיוון שלא עבד כרופא פנימי שנים רבות ולא זכר, היה עליו "לחזור לספרים" כהגדרתו, לרענן את זכרונו ברפואה פנימית. גם לפני תקופה זו, שבה הוא עובד באופן אינטנסיבי עם העולים, טיפל בחולים יוצאי אתיופיה במרפאה בעיר מגוריו, שבה חיה קהילה גדולה של יוצאי אתיופיה.

<u>מתורגמנים</u>:

ישראלה, בת 24, עלתה מאזור גונדר באתיופיה בשנת 1991, בגיל 9. משפחתה עברה את ה"מסלול הרגיל" של עלייה מאתיופיה: הגיעו באופן עצמאי לאדיס אבבה, שם שכרו דירה עד שזכו להכרה בשגרירות ישראל ומקץ שנה הכירו בזכותם לעלות לישראל. בארץ גרו במשך שנה באתר קרוונים בנתניה ומשם עברו למגורי קבע בקריית גת.

למדה בתיכון בקריית גת, שירתה בשרות לאומי ואחר כך הלכה ללמוד במכינה של ביה"ס לאחיות שעל יד בית החולים "זיו" בצפת. אחרי שנה שינתה דעתה ועברה ללמוד במכללה, שם סיימה תואר ראשון בקרימינולוגיה. בתחילת המחקר היה לה ותק של כ- 10 חודשים בעבודה עם העולים. היא מועסקת על ידי חברת כוח אדם ומשרתה מורכבת משעות תרגום במרפאת הקיבוץ שבה התבצע המחקר ומעבודה כמזכירה ומתרגמת במרפאה נוספת בעיר הסמוכה.

מיכל, בת 25, עלתה בשנת 1990, בגיל 9. משפחתה הגיעה למרכז קליטה בטבעון ואחרי שנה עברו למגורי קבע בכרמיאל. למדה בתיכון במגמת סיעוד, אך בחרה שלא להמשיך בלימודי אחיות. שירתה בצבא ואחר כך יצאה לטיול בחוץ לארץ ומאז עבדה במקומות שונים.

בתחילת המחקר עבדה כמתורגמנית כחודשיים, ולמעשה החליפה את המתורגמנית הקבועה של המרפאה שיצאה לחופשת לידה. משרתה מורכבת משעות התרגום בזמן הקבלה של הרופא ומעבודה כמזכירה במשרד המרפאה, בעיקר עם העולים מאתיופיה.

ניר, חבר הקיבוץ, עובד מטעם הסוכנות היהודית לא״י במרכז הקליטה בחצי משרה בתפקיד מדריך סומך, ובחצי משרה מטעם הקיבוץ מול העולים, בגביית שכר דירה וכדומה. תחום אחריותו כמדריך הוא עבודה מול המוסדות השונים: ביטוח לאומי, בנקים, משרד הקליטה וקופת חולים. תפקידו בקופת חולים הוא רישום התחלתי, ליווי חולים לרופא מקצועי בעיר או לבית חולים. במסגרת עבודתו עם העולים בקיבוץ כבר חמש שנים ולפני כן שנתיים במרכז קליטה אחר, למד אמהרית ברמה המאפשרת לו, על פי עדותו, לתקשר בצורה סבירה. למרות שאין זה תפקידו הרשמי, הוא משמש כמתורגמן בעת ליווי העולים לרופא מקצועי וכן כמתורגמן טלפוני לאחיות כאשר אין מתורגמנית במרפאה.

תהליך הקבלה לעבודה של שתי המתורגמניות הרשמיות לא כלל מבחן כלשהו לבדיקת שליטתן בשפה האמהרית. אל שתיהן פנו אנשים המכירים אותן אישית ושאלו אם תרצינה לעבוד כמתורגמניות במרפאה. ישראלה נבחנה יחד עם רוקחים, אחיות ומזכירות רפואיות במבחן של קופת חולים המיועד לכלל עובדי המרפאות ובודק יחס לקהל, עברית, אנגלית וכישורי מחשב. מיכל, שהגיעה לעבודה דרך קרובת משפחה, היא עובדת זמנית וכלל לא עברה מבחן. שתיהן אף לא עברו הכשרה כלשהי או הכנה לתפקיד. הן למדו את העבודה במהלכה, מהסבר של הרופא ומניסיון.

<u>אחיות</u>:

יעל – אחות אחראית לטיפול בעולים. עובדת 25 שעות בשבוע. נמצאת במרפאה בשעות הקבלה של הרופא, אך רואה את החולים בשעות אלו רק אם הרופא מבקש לבצע טיפול כלשהו כגון מדידת לחץ דם, א.ק.ג., מדידת חום או אינהלציה. החולים אינם פונים אליה ישירות אלא אל הרופא שלידו עוזרת המתורגמנית. היא מבצעת ביקורי בית עם צוות ההוספיס המטפל בחולי סרטן, מעקב וטיפול בחולים כרוניים וכן סידור סרגלי תרופות למספר משפחות חולים שאינן מסוגלות לעשות זאת בעצמן.

חנה – אחות הקיבוץ. עובדת שנים רבות במרפאה עם חברי הקיבוץ. רשמית, אינה מטפלת בעולים, אך מכיוון שהיא נמצאת במרפאה בכל שעות הפתיחה, מקבלת גם היא עולים הבאים עם בקשות שונות. כל האחיות לוקחות דם לבדיקה בשעות המיועדות לכך ללא הפרדה בין עולים לותיקים, כך שגם לה יש מגע עם העולים.

מאחר ושתי האחיות משתמשות מעט ביותר בשירותי תרגום, לא צפיתי בעבודתן. הראיונות שראיינתי אותן, סיפקו לי חומר רקע לגבי המרפאה, לגבי המצב בעבר, לפני כניסת המתורגמנית לעבודה, ולגבי דרך העבודה במרפאה.

5.4 התהליך

בסך הכול נצפו ותועדו 44 מפגשים בין רופאים דוברי עברית לחולים דוברי אמהרית, חציים במרפאת הקיבוץ וחציים במרפאה העירונית. בכל אחת מהמרפאות עבדה מתורגמנית אחת. במרפאת הקיבוץ עבד רופא אחד ואילו במרפאה העירונית שני רופאים שונים.

התצפיות והראיונות במרפאת הקיבוץ בוצעו בחודשים פברואר ומארס 2006. במהלך מספר ביקורים שנערכו בין ה-27.2.06 ל-13.3.06 צפיתי ב- 22 מפגשים בין דר' ש.מ. לחולים, וראיינתי את אנשי הצוות. לא קיבלתי את רשותו של הרופא להקליט את המפגשים ועל כן נאלצתי להסתפק ברישום של כל הנאמר. בנוסף לכך, כתבתי תוך כדי רישום השיחה את תיאור הפעולות שבוצעו, הפרעות, שיחות טלפון וכדומה. העובדה שנאלצתי לרשום את המבעים פגעה, לדעתי, ביכולת שלי להתרשם מההיבטים האחרים של המפגש ולהעלותם על הכתב.

לקראת סיום הצפייה במפגשים של דר' ש.מ. והמתורגמנית, ראיתי צורך לצפות במתורגמנית נוספת בעבודתה כדי לראות אם סגנון עבודתה שונה. דר' ש.מ. הציע לי לראות אותו בעבודה במרפאה אחרת שבה הוא נעזר במתורגמנית אחרת. מחלתו של דר' ש.מ. עיכבה את המשך הצפייה והראיון עמו עד לחודש יוני. בחודש זה, צפיתי שוב ב-15 מפגשים מתורגמים על ידי המתורגמנית מיכל. מאחר וחזרתו לעבודה מחופשת המחלה הייתה חלקית, יכולתי לצפות בשבעה מפגשים של רופא נוסף, דר' א.י., שנעזר אף הוא בתיווכה של אותה מתורגמנית, מיכל.

את ההערות שכתבתי בעת המפגשים העליתי על קבצי מחשב על פי סדר כרונולוגי. בכל שלב הוספתי הערות וניתוחים ראשוניים לגבי התפקיד שמילאה המתורגמנית במפגש.

בין המפגשים ערכתי ראיונות חצי-מובנים עם האחיות ועם המתורגמן שבעבודתו לא צפיתי. את הרופאים והמתורגמניות ראיינתי בסיום הצפייה בעבודתם, זאת על מנת שהשאלות לא ישפיעו על עבודתם בזמן הצפייה. את הראיונות כולם הקלטתי במלואם ואחר כך העליתי על קבצי מחשב.

לאחר סיום התצפיות מיינתי את החומר שנאסף בתצפיות ובראיונות על פי שבעת התפקידים של המתורגמן המתוארים בספרות, כפי שפורטו בפרק 3. בפרקים הבאים יובאו ממצאי המחקר: בפרק 6 יוצגו תפיסותיהם של המשתתפים את תפקידי המתורגמן כפי שבאו לידי ביטוי בראיונות עמם. בפרק 7 ייבחנו גילויי תפקידים אלו במפגשים עצמם, על ידי ציטוט וניתוח של ראיות שנמצאו במפגש לביצוע אחד התפקידים שנמנו. הדיון יכלול ניתוח של הדוגמאות וכן תיבחן מידת ההלימות בין התפיסות השונות של התפקיד לבין התנהגותם בפועל של המתורגמנית והצוות הנעזר בה.

6. תפקיד המתורגמן מנקודת מבט של המשתתפים

לאחר סיום התצפיות בעבודתם של המרואיינים בעת המפגש בין הרופא לחולים, רואיינו הרופאים והמתורגמניות בראיון חצי-מובנה. כל מרואיין התבקש לספר על עצמו, תוך התמקדות בדרך הגיעו לעבוד עם העולים והכשרתו לתפקיד. שאלות נוספות עסקו בתפיסתו את תפקיד המתורגמן מול החולה ומול הרופא. המרואיינים התבקשו להדגים את דבריהם בסיפורים מניסיונם בעבודה. כמו כן, התבקשו לעתים תוך כדי שיחה, להתייחס למקרה מסוים שנצפה במהלך הצפייה בעבודתם.

הראיונות עם שלושת המתורגמנים ושני הרופאים שנצפו במחקר, הוקלטו ותומללו מאוחר יותר. בפרק זה יובאו סיכומי הראיונות, כשבראשיתם מידע כללי על המרואיין – כישורי השפה שלו, קבלתו לעבודה והכשרתו. בהמשך תובא התייחסותם לתפקידי המתורגמן, שהוגדרו בפרק 3. דבריהם של המרואיינים המצוטטים כאן מובאים כלשונם, במילים בהן השתמשו.

6.1 ישראלה (מתורגמנית):

6.1.1 <u>כישורי שפה</u>: ישראלה מתארת: "האמהרית שלי הייתה בהתחלה על הפנים. בבית מדברים עברית וחיים בסביבה ישראלית...האמהרית שלי לא הייתה כל כך טובה והעולים החדשים הם שלימדו אותי תוך כדי העבודה. עכשיו ההורים בהלם מאיך שאני מדברת. בהתחלה זה הפריע לי ונעזרתי בהם (בעולים). ניסיתי למצוא מילה שאני מכירה ושאלתי: 'הבנתם? אני ברורה מספיק?' הייתי מסבירה להם בדרכים אחרות שאני מכירה"

מצד אחד, מתארת ישראלה שליטה מוגבלת בשפה האמהרית, לפחות בתחילת עבודתה, אך, מצד שני, כאשר שאלתי לשליטתה במינוח רפואי או אפילו בשמות אברים פנימיים, שמן הסתם אינם בתחום ידע השפה של ילדה בת תשע (הגיל שבו עלתה ארצה), השיבה: "את רוב המילים באמהרית אני יודעת. את שמות האברים אני יודעת. תמיד ידעתי. באתיופיה מישהי בת 10 נחשבת גדולה".

6.1.2 <u>קבלה לעבודה</u>: "כשסיימתי את הלימודים, עובדת סוציאלית שעבדה במכללה פנתה אלי: 'את יודעת אמהרית?' אמרתי 'ככה ככה'. אמרה 'מחפשים מתורגמנית, ואם היא רוצה, תעבוד גם כמזכירה רפואית'. אמרתי 'אלך לבדוק'. זה נחמד לעזור לעדה שלי... "

המבחן שעברה לצורך קבלה לעבודה היה מבחן כללי המיועד לנותני שירות בשירותי בריאות כללית ללא קשר לתפקיד שאליו מיועד המועמד. לא נבדקו שליטתה בשפות האמהרית והעברית וכן לא כישורי מתורגמנות.

6.1.3 <u>הכשרה לתפקיד</u>: לפני הכניסה לעבודה, לא עברה הכשרה כלשהי לתפקיד. ביום הראשון הגיעה לעבודה וציפו ממנה להתחיל לתרגם. " ביום הראשון יצאתי החוצה, קראתי בשם, מישהו נכנס, אמרתי לו: 'כן, במה אפשר לעזור לך'? ואז הוא סיפר לי מה יש לו. הרופא שאל 'מה' ואני העברתי לו את מה שהוא אמר וכן הלאה. הוא לא אמר לי איך לתרגם".

6.1.4 <u>הגדרת התפקיד</u>: במרפאת הקיבוץ תפקידה הוא תרגום בלבד, והיא נמצאת שם רק בשעות הקבלה של הרופא. במרפאה העירונית עובדת ישראלה גם כפקידה במשרד. כאשר מגיע עולה חדש לרופא, הרופא מתקשר למשרד הקבלה ומבקש תרגום. לפעמים החולים עצמם מגיעים אליה לדלפק ומבקשים את עזרתה בתרגום, והיא אומרת להם לקרוא לה כשמגיע תורם. כמו כן היא מלווה את העולים לבית המרקחת ומסבירה להם לגבי התרופות, כמה לקחת ומתי. בדלפק הקבלה היא מטפלת בצד המנהלי, כגון גביית כספים מן העולים, התחייבויות וכדומה, אך היא גם מסייעת לחולים ותיקים כאשר יש צורך בכך.

6.1.5 <u>תיאור המפגש המתורגם</u>: "בהתחלה אני מקבלת את החולה ושואלת שאלות. נכנס בן-אדם, יושב ואני שואלת אותו 'מה יש לך? למה באת לרופא? מה כואב לך?' ואז הוא מספר. אם, למשל הוא אומר 'כואב לי הבטן' אני שואלת מה התופעות שנלוות לכאב הבטן, אם זה בטן עליונה, אני יודעת שזה הדברים שצריך לשאול. אם כאב גב תחתון אז אני שואלת אם זה קורן לרגליים"... לדבריה, היא פותחת בסדרת שאלות לגבי הבעיה, תיאור הסימפטומים וכו' השאלות החשובות להגדרתה הן: מה כואב? איפה כואב? כמה זמן? אחר כך, לדבריה, היא שואלת כמה שצריך ולא ממשיכה הלאה עד שהכול ברור לה. את ה"דיאלוג הארוך" הזה, היא מסכמת אחר כך לרופא. בתשובה לשאלה כיצד היא יודעת מה לשאול, הסבירה שהיא יודעת כבר מה הרופא ישאל כי הדברים חוזרים על עצמם. כאשר משהו מדבריה אינו מסתדר לרופא הוא אומר: "איך יכול להיות? תשאלי אותו", ושואל את החולה סדרת שאלות עד שהוא מקבל את המידע הדרוש לו.

לאחר סיום הבירור והאבחון מתרגמת ישראלה את הסברי הרופא לחולה ובמקרים מסוימים, על פי בקשת הרופא מסבירה לחולה באופן מפורט דברים כגון אופן לקיחת התרופות או הטיפול, (מסבירה ומסמנת בעזרת טוש על מזרק או כוסית את הכמות שיש לקחת, או את אופן המריחה או הניקוי), אופן הכנה לבדיקה (צום וכיו"ב) או על תזונה מתאימה. במקרים

אחרים היא מצלצלת למרכז הקליטה או למרפאות אחרות על מנת לקבוע תור לרופא מקצועי או לבדיקה, או כדי לברר תוצאות ביקור קודם.

בסיום המפגש במרפאה העירונית, שבה יש בית מרקחת, היא מתלווה לעתים לחולה לקבלת תרופות ומדריכה או חוזרת על ההדרכה והסימון, או למשרד המרפאה על מנת להשלים קביעת תור לרפואה מקצועית, נתינת התחייבות וכיו"ב.

6.1.6 <u>תפיסת התפקיד במהלך המפגש המתורגם</u>:

6.1.6.1 <u>מתרגם</u> (ראה עמ' 40 להגדרת התפקידים השונים): "מתרגמת כל מילה ומילה, הכול. דברים שלא קשורים או דברים מעליבים, אני לא מתרגמת...הוא לא אמר לי איך לתרגם הוא סומך עלי שאני מתרגמת לו כל מילה. ושיהיה ברור".

כעיקרון, רואה ישראלה את תפקידה כתרגום כל מילה הנאמרת על ידי שני הצדדים במפגש. במחשבה שנייה הודתה בהפעלת סינון של דברים מסוימים בשל היותם לא רלבנטיים או בשל החשש שיפגעו באחד המשתתפים.

6.1.6.2 <u>מידע תרבות</u>: לדבריה היא עוזרת לרופא להבין יותר טוב את החולה המסוים כפרט וכן את תרבות העדה כולה. כפרט – "לפעמים הרופא או האחות אומרים משהו על החולה 'מה יש לו שהוא ככה וככה', אז אני אומרת להם שהוא ככה". מאחר והרופא אינו מכיר היטב את התרבות האתיופית קשה לו לזהות בעיית התנהגות או בעיה נפשית על פי מראה חיצוני או התנהגות של החולה. לשם כך הוא נזקק לעזרתה של המתורגמנית. בדוגמה שהיא מביאה, משהו בהתנהגות של החולה נראה לא בסדר בעיני הרופא או האחות, והיא מתוך היכרות עם צורת ההתנהגות המקובלת יודעת להסביר להם אם אכן דרושה התייחסות פרטנית או שמדובר בעניין תרבותי.

לגבי העדה כולה: "כל הזמן יוצא לי להסביר לרופא על דברים תרבותיים מאתיופיה. הרבה. והוא לומד, גם את השפה. הוא יכול להסביר לך הרבה דברים על העולים, שאו אני או המתורגמנית השנייה אומרות לו".

6.1.6.3 <u>מגשר תרבות</u>: מתוך היכרות עם תרבות העולים ועם תרבות החברה הישראלית נדרשת מהמתורגמנית התאמה של השאלות של הרופא לעולים, על מנת לקבל את המידע הנחוץ. היא מספרת, "אם זו מחלה אינטימית צריך להגיע אליה בעקיפין. כמו לגבי אונס או

אם יש להם מחלת מין, נגיד. אין מצב שיגידו לך וגם לא יתנו לך לבדוק אותם. בחיים. הם מצפים ממך שאיכשהו תגלי....אז אני מכוונת אותם ואומרת להם אל תתביישו...ככה אחרי שיחה של כמה דקות היא מתחילה להיפתח. אני לוחצת עליה 'את חייבת להגיד'". במקרה כזה נדרש יותר זמן והליכה מסביב על מנת להגיע לתשובה לשאלתו הישירה של הרופא.

דרך אחרת של תיווך היא דווקא על ידי השמטה מוחלטת של שאלות בנושאים שלא מקובל לדבר עליהם בעדה האתיופית: "יש קטע שהוא נכנס לפרטים אישיים...אז אני מנסה בתור אתיופית להזדהות איתם...שלא יחשבו שאני לוקחת להם את הפרטיות שלהם, אני אומרת לא משנה לא נתרגם את זה...יש דברים שלא שואלים, כי הם מובכים מזה והם מסתכלים לצדדים וזה לא נעים. אני יודעת מה זה כי אני באה מהעדה הזאת".

6.1.6.4 <u>סנגור</u>: ישראלה רואה את תפקידה באופן כללי כעזרה לעדה שלה "זה נחמד לעזור לעדה שלי. זה הדבר הכי כיף שיש. זה גאווה בשבילי לראות את החיוך על הפנים שלהם, שיש מי שעוזר להם". היא מתארת את התהליך שעברה בעצמה עד שהגיעה להזדהות עם העולים: "בטח שיש לי שפה משותפת עם העולים אפילו שאני ותיקה וחושבת כמו ישראלית. פעם לא הייתי מתחברת לעולים...עכשיו כשאני רואה ומדברת איתם, אני ממש חלק מהם. יודעת את הבעיות שלהם, איך לעזור להם, כמה הם טובי לב. ממש כיף לראות איך שהם מתפתחים. אני אמפתית כלפיהם, אבל, אני לא מתנהגת כמוהם. אני מנסה לשמור על המקום שלי. לא להיכנס יותר מדי לנעליים שלהם".

יחד עם האמפתיה שהיא מתארת, אין היא מגדירה את תפקידה כהגנה עליהם מול הממסד אלא כעזרה מול הממסד. באופן מעשי היא מתארת מקרים שבהם הגנה על רגשותיהם של החולים בהיתקלות עם התנהגות מפחידה או מעליבה.

מימד אחד של הגנה הוא השמטת אמירות העלולות לפגוע בחולה, במיוחד כאשר נראה לה שיחס זה נובע מהעובדה שהחולה הוא עולה מאתיופיה ולא ישראלי ותיק: "אם זה דברים אישיים אני לא רוצה לתרגם לו... הוא שואל כל מיני דברים אישיים. את יודעת, האתיופים לא יפתחו את הפה וידברו. יש קטע שהוא נכנס לפרטים אישיים שאם ישראלית הייתה נכנסת, בחיים הוא לא היה אומר את זה. ... פשוט אין פרטיות. אני מנסה בתור אתיופית להזדהות איתם. לא להגיב שלא יחשבו שאני לוקחת להם את הפרטיות שלהם. אני אומרת לא משנה, לא נתרגם את זה".

הגנה מסוג אחר מתוארת על ידה כאשר היא נמנעת מתרגום דברים שאמר החולה שיעמידו אותו באור שלילי. כך למשל, היא אומרת, "אם החולה אמר שטויות או משהו שלא שייך, אני לא אומרת לרופא".

מימד אחר של סינגור הוא יצירת אווירה טובה, תמיכה בחולה: "כשהרופא נגיד צועק בטלפון, הם אומרים לי 'וואו מה'. אני אומרת להם 'זה לא עלייך, זה על מישהו אחר. הוא מברר בשביל מישהו אחר'. ואני אומרת להם שהרופא הוא הכי טוב ועוזר. כי בהתחלה פעם אחת מישהי מפחד קמה והלכה. הם לא אוהבים. ...אני אומרת להם שהוא טוב ושלא תחשוב שהוא כועס עליה. אני מרגיעה אותה. היא אומרת בסדר".

ה. <u>איש צוות דו-לשוני</u>: כחלק מהצוות הטיפולי במקומות רבים נהוג שהמתורגמן מוביל את הראיון הראשוני ומדווח על ממצאיו לרופא. כך גם נהוג במרפאות שבהן נערך המחקר הנוכחי. "בהתחלה אני מקבלת את החולה ושואלת שאלות...מה יש לך? למה באת לרופא? מה כואב לך? ואז הוא מספר...אני עושה דיאלוג ארוך ומסכמת לו הכול וככה הוא ישר כותב את זה מהר וחוסכים את הזמן. הכי חשוב זה לחסוך בזמן. יש לנו 3 שעות ממש מוגבלות וכמות גדולה של אנשים...אם מספרים לי סיפור ארוך אני מקצרת אותם. אני אומרת תשמע אל תספר לי עכשיו. אני נותנת לו להרגיש שאני באה לקראתו ושאני קוטעת אותו אפילו שאני רוצה לשמוע את הסיפור שלו. אני אומרת לו יו וזה אבל תגיד לי מה כואב לך באמת. אמנם הדברים האלה חשובים אבל מה עוד."

מתיאור זה עולים שני היבטים נוספים מעבר לביצוע הראיון הראשוני. האחד, הזדהות של המתורגמנית עם הצורך לחסוך בזמן על מנת שיוכלו לקבל חולים רבים יותר. כלומר כחלק מהצוות מזדהה המתורגמנית עם המוסד המעסיק אותה, התובע קבלת כמה שיותר חולים, או עם הרצון של הצוות הטיפולי לטפל בכמה שיותר פונים. ההיבט השני, הצורך למקד את השיחה ב"קול הרפואה" ולא לתת לחולה להיסחף לדיבור ב"קול היום יום" (ראה עמ' 17) . גם כאן מזדהה המתורגמנית עם הדרישה של הרופא לניסוח התלונה ותיאור המחלה באופן המתאים למודל הביו-רפואי.

המתורגמנית מתייחסת גם לתפקידים נוספים שאותם היא ממלאת כחלק מהצוות למרות שאינם שייכים כלל לתרגום. "יש תפקידים כמו בדיקת שתן שאני רגילה לעשות אותם מהזמן שלא הייתה לנו אחות. הייתי עושה גם בדיקות לחץ דם, פה לידו, והייתי אומרת לו כמה והוא רושם. גם משקל וגובה. ותינוקות שצריך לשקול בחדר אחר, כי לא הייתה לנו אחות

במשך חצי שנה, אז התרגלתי. לא שאני רוצה לעשות את זה. הוא חייב אותי ללמוד את זה. אמר לי 'בואי תלמדי, תראי, שפעם הבאה תעשי' ". מדבריה עולה שאין היא מבצעת תפקידים אלו מרצונה, כך שלמעשה תפיסתה לגביהם, למרות שהיא מבצעת אותם, הינה שלילית.

6.1.6.6 <u>מתאם תקשורת</u>: בזמן התרגום שולטת המתורגמנית למעשה על תנועת המידע בין הרופא לחולה ועל חלוקת התורות בשיחה. היא מתארת כבעיה את נטיית יוצאי אתיופיה לספר סיפורים ועל כן את תפקידה כשומרת על גבולות השיחה: "עכשיו, אתיופים יש להם את הנטייה הזאת שהיא לא טובה. אם את מפתח איתם שיחה הם יכולים לדבר אתך עד מחר. אני צריכה למצוא דרך לקצר את זה".

במסגרת תפקיד זה היא רואה חשיבות במניעה או הפגה של מתחים שעלולים לפגום בתקשורת שבין הרופא לחולה. השמטה או ריכוך הטון של הרופא או מתן אפשרות לחולה להוציא קיטור הן חלק מהדרכים לעשות זאת: "אם החולה אמר שטויות או משהו שלא שייך, אני לא אומרת לרופא. כמו שאם הוא אומר עליהם אני לא אומרת. אם הרופא אומר משהו לא טוב על המטופל אני לא אומרת לו. ולהיפך אם המטופל מקלל או כועס והרופא שואל מה הוא אמר, אני אומרת לו 'לא משנה עזוב'. זה לא יפה. יש לפעמים דברים שאת צריכה להתחמק מהם".

מתאם תקשורת מוודא גם שהמשתתפים הבינו את הנאמר. ישראלה נוהגת לבקש מהחולה לחזור על דבריה: "הדבר הכי חשוב לוודא שהוא יודע זה להגיד לו לחזור אחרי". במקרים אחרים היא מדגימה שימוש בתרופה, או מסמנת על מזרק את הכמות הנכונה. מעבר לזה, היא מציעה לו לחזור אליה למחרת למרפאה להסבר נוסף.

6.1.6.7 <u>מפיס</u>: חלק מהבחירות שעושה המתורגמנית נובעות מהצורך לרכך את המפגש בין הרופא לחולה. כך היא מסבירה, "אני מתרגמת הכל. אבל אם אומר משהו לא יפה על חולה, זה אני לא אומרת. דברים שלא קשורים, או דברים מעליבים – אני לא מתרגמת... אני לא רוצה לתרגם את זה כי זה דברים מעליבים". אין היא מסבירה האם הדבר נעשה מתוך רצון לסנגר על החולה או מתוך תפיסה רחבה יותר של פיוס בין הצדדים.

התחום שבו היא רואה את תפקידה בהקשר הרחב יותר הוא הדרכת העולים לגבי התרבות בארץ כדי שיוכלו להשתלב בה. אין זה גישור תרבותי שמטרתו תועלת מידית – הבנה בין הצדדים בזמן המפגש כחלק מהמשא ומתן על תלונת החולה, אלא הסתכלות לטווח ארוך

יותר על השתלבותם בחברה ובתרבות הישראלית. בהקשר של התנהגותם בעת המפגש, היא מציינת את הבושה כתכונה מאפיינת את עולי אתיופיה. "...הם מצפים ממך שאיכשהו תגלי. שתהיי מלאך, לא יודעת. אז אני מכוונת אותם ואומרת להם, "אל תתביישו. בארץ מי שמתבייש אין תרופה למחלה". מטרתה של ישראלה היא אם כן גם לעזור לעולים וללמד אותם דרכי התנהגות שיעזרו להם בהמשך חייהם בארץ.

6.2 מיכל (מתורגמנית)

6.2.1 <u>כישורי שפה</u>: מיכל מעידה על עצמה ש"העברית – בסדר. האמהרית – בסדר בעיקרון. משתפרים מיום ליום...את הבסיס למינוח הרפואי אני למדתי, אפשר להגיד, במגמת סיעוד. על תרופות אני לא יכולה להגיד שיודעת 100%, אבל למדתי אותם. אני מבינה מה שאומרים באמהרית. צריך לדעת גם את גוף האדם: ריאות, כליות וזהו..." כאשר היא נתקלת במילה שאינה יודעת היא עוקפת אותה על ידי תיאור הסימנים והרופא כבר מבין את כוונתה. בפעם הבאה היא כבר יודעת את המילה.

6.2.2 <u>קבלה לעבודה</u> : דודתה, שעובדת בטיפת חלב במרכז הקליטה בקיבוץ, שמעה על כך שמחפשים מחליפה למתורגמנית שיצאה לחופשת לידה והפנתה אותה לעבודה. מיכל עברה ראיון במינהלת המחוז של שירותי בריאות כללית והתקבלה לעבודה.

6.2.3 <u>הכשרה לתפקיד</u>: לפני הכניסה לעבודה לא עברה שום הכשרה לתפקיד. ביום הראשון נכנסה לעבודה, הרופא הסביר לה מה עושים וזהו. לדבריה: "בעיקרון, שום דבר. לא צריך ללמוד או הכשרה. בעצם, לא יודעת, תלוי איך את תופסת את זה. אני מסתדרת. זה לא חדש לי שאני מתרגמת. הייתי סוחבת את אבא שלי. תרגמתי לאמא שלי גם. אותו דבר גם פה, רק שזה לא על בשרך, זה משהו אחר... אני מסתדרת. ביום הראשון הסבירו לי. הרופא מפה. נכנסתי וזהו. צריך לתרגם. זה לא חדש. כמו שאמרתי לך , כמו אבא שלי. לא חדש לתרגם. אף אחד לא עובר פה הדרכה או משהו כזה. הכשרה רפואית? צריך, אבל אף אחד לא עובר. כמו בנות שירות – לומדות תוך כדי. את לומדת, רושמת לך". יש לה רקע של לימודים במגמת סיעוד בבית הספר התיכון וכן לימודי מזכירות רפואית שהפסיקה באמצע. לדעתה, הללו נתנו לה בסיס כלשהו לתפקיד.

6.2.4 הגדרת התפקיד: עובדת במרפאה עם הרופא כמתורגמנית 23 שעות בשבוע. את שאר השעות משלימה במזכירות המרפאה. במסגרת עבודתה במזכירות היא מטפלת בצד המינהלי של העבודה עם העולים וכן של ותיקים.

6.2.5 תיאור המפגש המתורגם: "כשהחולה נכנס, הוא (הרופא) שואל בהתחלה מה יש לו ואני שואלת אותו. ואז הוא (החולה) אומר: יש לי עצירות, שורף לי הגוף ודברים כאלה. ואז הוא שואל...". מיכל אינה מתארת ביצוע ראיון ראשוני אלא שאלות ותשובות המונחות על ידי הרופא לכל אורך הראיון.

6.2.6 תפיסת התפקיד:

6.2.6.1 מתרגם: תפיסתה הכללית של מיכל היא כי יש לתרגם את כל הנאמר ללא כל סינון. זוהי גישה שעליה היא חוזרת שוב ושוב: "צריך להגיד את האמת. לתרגם את האמת. תשמעי. מתוך הזנחה יכולים להגיע למצבים לא נעימים". ההסבר שנתנה קשור בעברה האישי, בעובדה שאביה נפטר לפני מספר חודשים אחרי שבמשך תקופה ארוכה למעשה לא נאמר להם ממה הוא סובל.

היא מפרטת כיצד היא מבצעת עיקרון זה הלכה למעשה: "יכול להיות שבאמהרית זה ארוך, בעברית זה קצר או שהפוך. צריך להגיד את הכל. לפעמים לדר' ש.מ. אין סבלנות, הוא לא מחכה. הוא אומר שאני מפתחת איתם שיחה. את מבינה? אין לי מה לפתח איתם שיחה. זה לא קרוב משפחה שלי או מה. אני צריכה לתרגם לו כמו שצריך וזהו". מיכל מתארת כאן אי הבנה הנובעת מחוסר תיאום בינה לבין הרופא לגבי צורת התרגום הרצוי, כמו גם מחוסר מודעות של הרופא להבדלים לשוניים או בין תרבותיים.

היא נותנת דוגמה לצורת ההסבר של שפה ביו-רפואית: "צנתור למשל, איך אני מסבירה? בשפה שיבין. שיש לו נגיד בעיה בכניסת אויר ללב, וצריך להכניס ככה וככה. אני מסבירה לו כמו שצריך".

בנושא השמטה של דברים שנאמרו היא מסבירה: "כאשר החולה אומר משהו שלא קשור בכלל. זה שיחה סתם שאני שואלת אותם שאלות. כמה זמן הם בארץ וכו', לא משהו מעבר לזה, אני לא מרגישה צורך להסביר לרופא משהו שלא קשור. דר' ש.מ. כן מתעניין מה

דיברנו אז אני אומרת לו שזה לא קשור בכלל...אין מצב כזה הפוך. אני מתרגמת כל מה שהרופא אומר".

6.2.6.2 מידע תרבות: מיכל מסבירה לחולה את המשמעות הרפואית של דברים וכן נורמות וערכים של התרבות הרפואית. "אני מסבירה כמו שצריך. אני חייבת להסביר כמו שצריך. כדי שיבין אני אגיד את המילים המתאימות. אני אחפש דוגמאות. יש כאלה שאומרים שזה שום דבר ואז כאילו אני מסבירה שיכול להיות מחלות, נגיד, והרבה דברים נוספים. כי את לא יודעת מה יהיה אחר כך". מיכל מסבירה כי היא עושה זאת באמצעות דוגמאות, המחשה או פרפראזה. "צינתור למשל, איך אני מסבירה? בשפה שיבין. שיש לו נגיד בעיה בכניסת אויר ללב, וצריך להכניס ככה וככה. אני מסבירה לו כמו שצריך. אם הוא לא מבין אז לאט לאט". התחומים שבהם באים לידי ביטוי יידוע התרבות לחולים הם רפואה מונעת וכן מתוך איכפתיות שלה לנושא – שימוש יתר בתרופות.

נושא נוסף שהיא מתארת קשור בהרחבת ההשכלה של החולים לגבי המושגים הקשורים לרפואה או לגוף האדם: "גם לא יודעים להגדיר איפה הלב. הם מראים בעצם פה על הקיבה. אז אני מסבירה להם שהלב נמצא בצד שמאל, וזה קורה הרבה". אין היא מסתפקת ביידוע הרופא לגבי דברי החולה על מקום הכאב, אלא טורחת ללמד את החולה לגבי גוף האדם.

לאחר שסיפרה כיצד היא מסבירה לחולים על הרפואה בישראל, נשאלה מיכל אם היידוע הוא דו-סיטרי, האם היא מסבירה לרופא גם משהו על אתיופיה כמו שמסבירה לחולים איך מתנהגים בישראל. מיכל השיבה שלא. כשהועמדה בפני דוגמה של מקרה שבו, במהלך הצפייה, הסבירה לרופא על מנהגי האכילה של הזקנים בין העולים, הסכימה שהיא אכן עושה זאת לפעמים. כלומר, יידוע תרבותי אינו נכלל בתפיסתה את תפקידה, למרות שבפועל היא אכן עושה זאת מפעם לפעם.

6.2.6.3 מגשר תרבות: "לפעמים אני נמנעת מלתרגם בקטע שאומרים 'שורף לי כל הגוף' כי זה תלונה סתם. ואז כשהם מוסיפים ומפרטים, אני מוסיפה 'וגם שורף לו כל הגוף'. כי אם אני אגיד בהתחלה, אז הוא יגיד עוד פעם עם הבעיה הזו. זה מה שהם מרגישים, זה מה שאני צריכה להגיד. זה חוזר על עצמו". תלונות כגון "שורף לי כל הגוף" הינן תלונות טיפוסיות לעולי אתיופיה. המתורגמנית מתלבטת בין התפקיד שלה כמגשרת תרבות האמורה לגשר על פערים תרבותיים במצב של קונפליקט לבין תפקיד התרגום שבו לתפיסתה עליה להגיד כל מה

שהחולה אמר. היא יודעת שהתלונה בסגנון האתיופי שאינה ממקדת את הבעיה תתקבל באי רצון או זלזול אצל הרופא, ועל כן היא מחכה עד שתוכל לתאר סימפטומים "ביו-רפואיים". לאחר שעשתה זאת היא מכניסה בכל זאת את דברי החולה כלשונם לצורך ה"נאמנות".

6.2.6.4 סנגור: בעיקרון רואה מיכל את תפקידה כנציגה של העולים, שתפקידה לעזור להם לקבל את הטיפול הטוב ביותר. "אני מבינה את הראש של העולים. זה גם ההורים שלי ככה. זה לא חדש. אותו דבר. תמיד אני צריכה להיות איתם. ללוות אותם. הם לומדים. הם לומדים לאט לאט... אני מרגישה קרובה יותר לעולים. מה יש לי להיות קרובה לרופא? גם מבחינה תרבותית. אני מבינה אותם. קשה, אבל מבחינה רפואית הם לומדים הכל. שילמדו גם את זה. הם חדשים. הם לא יודעים. באתיופיה הם יודעים. שם הולכים פעם ב-, אם זה קריטי, לבית חולים. שמה טיפלו בהם כמו שצריך פה הם באים – לא מטפלים בהם. יש מצבים כאלה..."

בנוסף לאמפתיה שלה לעולים שבאתיופיה ידעו מול מה הם עומדים, ואילו כאן הם חדשים ולא יודעים, חשה מיכל שבארץ, כל זמן שהם מקבלים טיפול בנפרד מהישראלים הותיקים, אין העולים זוכים לטיפול טוב. "הותיקים, לעומת זה, כן מקבלים טיפול כמו שצריך. אם אני אלך לרופא ואגיד לו שהתרופה לא עזרה לי, אז הוא לא ייתן. פה מה שקורה, הוא יגיד לך קחי. אני לא רוצה שזה יהיה ככה. אני מתעקשת על זה... למה לסחוב אותם ככה? שישלחו אותך לבית חולים ויעשו בדיקות כמו שצריך. הם רוצים לערוך ניסויים. שיחפשו כמו שצריך. שיפנו אותך לדבר הכי טוב שיש, למקום הכי נכון".

להדגמת נושא זה היא מספרת סיפור שבו שימשה סנגורית: "אני לא אוהבת סתם את התרופות, במיוחד אנטיביוטיקה, לפעמים נותן סתם אנטיביוטיקה לילדים קטנים. זה גורם לכל מיני בעיות. צריך לתת, אבל לא כל ביקור תתני להם. לא כל ביקור. לא עוזר להם. גם זה קרה לי: תינוקת שהייתה בסדר, נתנו לה אנטיביוטיקה. בסדר כשהייתה חולה והביאו אותה כמה פעמים. אבל, פעם אחרונה שהיא באה בוכה, אז אמרתי לו: לא, אתה לא תביא לה תרופה. רצה להביא לה. שיפנה אותה לבי"ח. ילדה קטנה בת 18 חודשים. שיעול וחום. נתן לה אנטיביוטיקה מה שצריך ולא עזר לה. התחילה להקיא והייתה נראית מה זה על הפנים. טוב, אני אביא לך את זה. מה זה? לפי כמה ימים היא הייתה פה. עוד פעם מביא לה? בסוף שלח אותה לבי"ח... זה תינוקת. לקחה אנטיביוטיקה ולא עזרה לה. לקחה עוד משהו ולא עזר לה. אתה רוצה להביא לה עוד פעם?".

ביטויים להרגשתה זו שהחולים אינם מטופלים כמו שצריך חוזרים ונשנים לאורך כל הראיון. היא מפגינה כעס רב כלפי הרופא או הממסד הרפואי וכן כלפי מרכזי הקליטה שאינם דואגים לטיפול טוב לעולים, ונוקטת בביטויים חריפים כגון "הזנחה" ו"זלזול".

תחושות אלו מכתיבות את התנהגותה של מיכל במהלך המפגשים. כך היא מתארת את התוצאה של העובדה שהיא נלחמת את מלחמתם של העולים: "אני הולכת לפי החוש שלי. מה שאומרים אני אומרת וזהו. מה שנראה לי. אם צריך להגיד. אם לא, אז לא. בגלל זה שאני אומרת מה שיש לי, אנחנו רבים אני ודר' ש.מ... יכול להיות שאני אעזוב. אין לי עצבים בשביל זה. אין לי כוח. על מה אני רבה איתו? הוא לא מקשיב. בא חולה, הוא אומר משהו. אני צריכה להגיד לרופא, לא? 'לא, זה שטויות. שיגיד משהו אחר'. מה אפשר להגיד? מה שכואב לו הוא יגיד. בעיני הרופא זה נראה שטויות מה שהחולה אומר".

מיכל מתארת כאן קונפליקט בינה לבין הרופא שלדעתה נובע מכך שהוא לא מקשיב לחולה. למעשה היא מתארת את הציפייה של הרופא ממנה לגישור תרבותי, כלומר שתוציא מתלונות החולה המסופרות ב" קול היום יום" האתיופי את התלונה בצורה המתאימה ל"קול הרפואה" המערבי. מיכל אינה מבינה את הדרישה, ואינה נענית לה, דבר המוביל לתסכול ולעימות ביניהם.

6.2.6.5 <u>איש צוות דו-לשוני</u>: לאורך כל הראיון מיכל קוראת לעצמה מגשרת. כשנתבקשה להסביר את המונח, אמרה: "אני מגשרת בין הרופא לחולה. איך אני אסביר לך את זה? זה הרבה דברים. מתרגמת לא קובעת תורים. אני צריכה גם לקבוע תורים כי אני עובדת גם במשרד הקבלה. זה התפקיד שלי. אני באתי בתור מתורגמנית. נקודה. אבל אני כן עובדת גם במשרד. עוזרת לעולים לקבוע תורים, הפניות, טופס 17, התחייבות. כשבא לקבל תרופה, מסבירה לו". השימוש של מיכל במונח מגשרת אינו דומה לתיווך או brokering תרבותי שבו השתמשנו בעבודה זו, אלא לגישור/תיווך בין בני אדם. בשל העובדה שאינה עוסקת אך ורק בתרגום, רואה עצמה מיכל כמגשרת ולא כמתורגמנית. העובדה שמיכל רואה את תפקידה הרשמי כמתורגמנית בלבד, בעוד שמשרתה מורכבת במוצהר משעות תרגום ומשעות עבודה משרדית, תמוהה ביותר, שכן כל התפקידים הנוספים שתיארה שייכים לתפקידה מלכתחילה. אף על פי כן, אין היא רואה זאת כך, מה שמהווה מצד אחד מקור לתסכול אך מצד שני גם מקור לגאווה וסיפוק.

בנוסף לכך, רואה מיכל את תפקידה כאיש הצוות הטיפולי שתפקידו להסביר עניינים רפואיים שונים לעולים. תחום כזה הוא למשל צריכה נכונה של תרופות או ביקורים תכופים מדי במרפאה בשל תלונות שאינן מחייבות טיפול רפואי.

"תראי למשל את האישה שבאה היום לקחת תרופה ללחץ דם של בעלה. לקח לפני שבוע תרופה לחודש. פתאום באה לפני הזמן. איך זה יכול להיות? אמרתי לה שמסוכן לקחת יותר מדי, אז היא אמרה: זה נגמר לו. הם חושבים שזה סוכריות. הם לא מבינים את המהות של הדבר הזה. הם רק רוצים לקחת ולקחת תרופות וזהו. זה תפקיד שלי להסביר להם. אני לא צריכה שהרופא יגיד לי שזה לא טוב. מכאלה דברים הם יכולים לפתח מחלה. אני מסבירה להם את זה. מה איכפת לי שייקחו כמה שירצו, אבל אני מסבירה להם שיהיו מודעים לזה. בשביל כאבי ראש וכאבי גרון הם לא צריכים לבוא כל יום. כל יום תבואי, ניתן לך תרופות. כל יום תבואי, נשנה לך תרופות. בשביל שטויות. אז מה עשינו?"

במקרה כזה היא מפגינה הזדהות עם הרפואה המערבית ומנהלת שיחה עם הרופא כחבר לצוות: "לפעמים מה שאמרתי לך, אני אומרת גם לרופא. זה סתם שטויות. למשל, היה פה בחור שיש לו שפעת. קיבל ביום ראשון טיפול לעשרה ימים. הוא בא לפני הזמן, כולה יומיים עבר. 'לא עוזר לי'. מה לא עוזר לך? תשב בבית ותטפל בעצמך. הם לא מקשיבים. בקיצור, הוא אומר 'שיחליף לי'. צריך להסביר להם. הם לא מבינים. אחרי שאני מסבירה, אני אומרת לו (לרופא), ואז אני אומרת לו שיבדוק".

בסיפור זה מתארת המתורגמנית מילוי תפקיד של איש צוות מחנך לבריאות, המזדהה עם התפיסות של הממסד. מצד שני, למרות שכאיש צוות היא שותפה לדעת הרופא ש"זה סתם שטויות" היא אומרת לו שיבדוק את החולה כדי שזה ירגיש שמטפלים בו ומתייחסים לתלונתו. בכך היא חוזרת גם לתפקיד הסנגור ואינה נשארת רק בצד אחד של המתרס.

6.2.6.6 <u>מתאם תקשורת</u>: תפקידו של מתאם התקשורת הוא בין השאר יצירת אווירה חיובית במפגש בין הרופא לחולה. מיכל, מתוך עמדתה שתוארה לעיל לגבי איכות הטיפול שלו זוכים העולים, מכריזה שאין לה עניין באווירה חיובית המחפה על מציאות שונה. היא מצהירה דווקא על רצונה בחידוד הקונפליקט על מנת שהעולים יהיו מודעים למצב. "יש כאלה ששואלים מה הוא אמר. אז אני אומרת. כן, בטח. אם למשל, הוא אמר: 'עוד פעם הוא בא זה'. אז בטח שאני אגיד להם. כן, לא מגיע להם? אם היו יודעים עברית? אני רוצה שידעו. הם צריכים לדעת מי מטפל בהם. זה לא טוב... עדיף לדעת את האמת. את יודעת, שתהיי מוכנה

לבוא... לי זה מאוד חשוב ואני מסבירה להם. אני אומרת להם שפה זה זמני ואחר כך שהם ימשיכו את הטיפולים, זה שונה. במקום אחר זה לא כמו פה. הכול זה שונה. מה קרה לך? פה מטפל רק באתיופים, לא באוכלוסיה אחרת. צריך לגוון קצת. אולי משעמם לו. הרופא שלי, למשל, כשאני הולכת אליו, מטפל בי כמו שצריך. זה בלי שום קשר לזה שאני מדברת עברית. אחר כך כשהם ילכו בחוץ, גם יטפלו בהם כמו שצריך, אני מניחה". בשל העובדה שהיא משוכנעת שהטיפול בעולים פחות טוב עכשיו בגלל שהם מטופלים בנפרד מהותיקים, אין המתורגמנית מנסה לתאם את התקשורת.

6.2.6.7 <u>מפיס</u>: הסיפור שסופר בסעיף הקודם מדגים מצד אחד את העובדה שמיכל אינה מעוניינת בתיאום התקשורת אלא דווקא בחידוד הקונפליקט במקרה הפרטי שבו מדובר – המפגש של החולה עם הרופא והמרפאה המסוימים. אולם, כאשר היא מניחה ומבטיחה לעולים כי במקום הקבע יזכו לטיפול נאות, היא משמשת, למעשה, בתפקיד המפיס. היא מבטיחה לחולה כי מקרה זה דווקא אינו מהווה דוגמה למערכת היחסים בין העולה למערכת הרפואית בכלל, וכי בעתיד צפויה לו "התפייסות" עם המערכת הרפואית הישראלית.

6.3 ניר (מתורגמן)

6.3.1 <u>כישורי שפה</u>: ניר למד אמהרית תוך כדי העבודה עם העולים ומעיד על עצמו שהתרגום שלו אינו מדויק ואינו מלא. "מספיק להבנת הכוונה, יותר טוב מכלום אך לא הייתי מגדירו כתרגום ממש".

(מאחר וניר אינו משמש כמתורגמן באופן רשמי, הסעיפים לגבי קבלתו לעבודה ולהכשרתו לתפקידו אינם רלבנטיים לעבודה זו)

<u>6.2.6.4 תיאור התפקיד</u>: תפקידו הרשמי הוא מדריך במרכז הקליטה המטפל בעיקר בתחום המוסדות השונים: ביטוח לאומי, משרד הקליטה, בנקים וגם קופת חולים. בקופת חולים הוא מבצע את הרישום ההתחלתי של החולים ולפעמים מתלווה לחולים לביקור אצל רופאים מקצועיים במרפאות שבעיירות הסמוכות ובבתי החולים. אין הוא מתורגמן באופן רשמי, אך בפועל, בשל היותו זמין בקיבוץ מחוץ לשעות העבודה של המדריכים והמתורגמניות, ובשל תפקיד הליווי למרפאות השונות שהוא ממלא, הוא משמש כמתורגמן מספר פעמים בשבוע.

6.3.6 תפיסת התפקיד:

6.3.6.1 מתרגם: מההערכה של ניר את התרגום שלו עצמו אפשר לראות כיצד הוא חושב שתרגום אמתי צריך להיות: "זה לא תרגום מדויק ולא תרגום מלא. פחות או יותר. מבינים את הכוונה. להגיד שזה תרגום ממש לא הייתי אומר. מסתדרים אבל זה לא מוצלח. זה יותר טוב מכלום". התרגום, כפי שהוא מבצע אותו, אינו עולה בקנה אחד עם תפיסתו את התרגום המקצועי והטוב שצריך להיות מדויק ומלא.

מודעות זו שלו ליכולותיו המוגבלות, גורמת לו להתנהגות מקצועית ולהודאה במגבלותיו. לשאלה אל מי יבחרו העולים לפנות – אליו או אל סומכת בת עדתם, ענה, "בעניינים שרק אני מטפל, ודאי שיפנו אלי. בענייני בריאות תלוי. לפעמים אני אומר להם אני לא מבין, תלכו לאחת הסומכות. התרגום יהיה יותר מדויק. פשוט אני לא מבין מה רוצים".

6.3.6.3 מגשר תרבות: "אם הרופא שואל מה הבעיה אז אני מתרגם רק מה שהחולה אמר... אני מוסיף אולי משהו שקשור בתרבות האתיופית... כולם אומרים כואב הבטן. בטן אצלנו זה בטן. אצלם זה מתחיל בצוואר ונגמר איפה שהרגליים מתחילות, אי אפשר לדעת. או לב...כשהם אומרים לב, אני יודע שאצלם לב זה משהו רחב, אי אפשר לדעת. אני אומר לו הרבה פעמים תבדוק את הבטן". ניר מביא דוגמה לבעיות איתור מקום הכאב האופייניות לתרבות האתיופית, וכיצד הוא, מתוך היכרות עם התלונות שלהם, מציע לרופא היכן לחפש את הבעיה.

דוגמה נוספת שהוא מביא: באתיופיה היה מקובל להסיר את הענבל מתוך אמונה שהוא חונק את התינוק. פעם הם היו נבהלים מתלונה של אישה על תינוק נחנק. היום אפילו לא טורחים לשלוח אותה לבית חולים כי זה מיותר. אם אישה מתעקשת בכל זאת להגיע לבית חולים והרופא מתחיל לחפש "אני אומר לו זה עניין של תרבות. אני מנסה להסביר לה וגם לרופא שזה רופא מערבי שלא מבין מה קורה פה".

6.3.6.4 <u>סנגור</u>: "כאשר הרופא מתייחס אליהם בזלזול, אני מזדהה איתם...אם אני מרגיש שזה לא צודק אני אומר לרופא. לפעמים הרופא באמת לא מבין את התרבות, או שהוא לא מקשיב. בן אדם בא בשביל שיקשיבו לו. נכון? לא רק אתיופים". ניר מתאר את הצורך להגן על החולים העולים הן מפני ההתנשאות של רופא איש התרבות המערבית והן מפני חוסר תשומת לב מספקת, שממנה יכול לסבול גם כל חולה ישראלי ותיק .

מצד שני, ניר מודע לכך שהזדהותו עם העולים אינה שלמה: "יש דברים שבאמת מעצבנים אצלם. הפרימיטיביות, גם אני מרגיש. כל מיני שטויות שלהם. הרופא אומר שזה שטויות ואני מסכים אתו הרבה פעמים. קרה שהוא אמר 'איזה שטויות' ואני אומר לו 'נכון אתה צודק'". ניר מייחס את התחושה הזו לעובדה שהוא עצמו חלק מחברה מסוימת. להגדרתו "בתור בן קיבוץ שהחברה שלי די מתנשאת (למרות שלפעמים אין לה כל כך על מה), בכל זאת יש התנשאות על עדות אחרות, אז בטח על האתיופים. גם אני חלק מהתרבות הזאת".

ככלל, כאשר הוא מרגיש לפעמים שהחולה מקופח או לא מקבל את הטיפול הנכון, הוא משתדל לעזור. אולם, לפעמים, הוא מרגיש כך אך לדבריו "אין מה לעשות".

שיא פעולתו למען העולים היה בתקופה שבה לא הייתה מתורגמנית במרפאת הקיבוץ. הוא מתאר, "לפני ישראלה, באופן עקרוני לא היה פה מתרגם, אז אני הייתי מתרגם. אמרו לי, יפטרו אותך, יפטרו אותך, אבל אני התעלמתי מזה, או שהייתי משיג איכשהו בדרכים עקלקלות את אחת המתרגמות. הייתי עושה כל מיני תחמונים כדי שיתרגמו...לפעמים הייתי מבקש מאם הבית לשלוח מתרגמת, אבל היה אסור גם לה, אז אני הייתי מתרגם".

6.3.6.5 <u>איש צוות דו-לשוני</u>: באופן רשמי דווקא התרגום אינו נכלל בתחום תפקידיו של ניר. החולים פונים אליו והוא אומר להירשם לרופא, ואם הם מבקשים רושם להם תור. לפעמים כאשר הוא מרגיש שאינו מבין מה הבעיה, הוא אומר להם זאת ושולח אותם לאחת הסומכות. אותה אחריות, המוגדרת בקוד האתי (RID;AVLIC) כמודעות למגבלותיו של המתורגמן והודאה בהם, הוא מפגין כאשר הוא מביא תרופות לעולים מבית המרקחת. "אם בן אדם לא מבין אז אני אומר לו לך לרופא. לפעמים זה קצת מסוכן, אם אני רואה שאני לא מבין את התרופה... או כאלה שיש להם הרבה תרופות ומסדרים להם בקופסה, את זה אני מעדיף שמישהו יותר מוסמך יעשה".

"אני זמין כל הזמן, אפילו שזה לא שעות העבודה שלי, גם לענייני תרגום וגם לעניינים טכניים – אדמינסטרטיביים". כפי שתואר קודם האחיות מתקשרות אליו ממרפאת הקיבוץ וכן מהמרפאה המקצועית בעיירה הסמוכה לצורך תרגום טלפוני בהיעדר מתורגמנית.

תפקיד אחר שהוא ממלא למרות שכלל אינו חייב בו, הוא הבאת תרופות לחולים. מאחר ואין בית מרקחת בקיבוץ צריך לנסוע באוטובוס לעיירה הסמוכה על מנת להביא תרופות שנרשמו על ידי הרופא. מתוך הכרה בקושי הכרוך בהבאת התרופות, עוזר ניר לחולים, בעיקר למי שלא יכול ללכת, כגון זקנים. זאת הוא עושה מתוך רצון טוב ומכיוון שהוא ממילא נוסע כל יום לבנק הנמצא באותה עיירה. ניר מסביר, "אני רואה בזה חלק מהתפקיד" למרות שציין שבמרכז הקליטה לא מרוצים מכך שהוא עושה זאת.

6.4 דר' ש.מ.

דר' ש.מ. עובד כשנה במרפאת העולים בקיבוץ ובעיר ולפני כן עבד שנה נוספת עם עולים מאתיופיה, כך שיש לו ניסיון רב בעבודה עם מתורגמניות שונות. הוא שמח מאד לשתף אותי בדעתו על האופן הנכון שבו צריך להתבצע, לדעתו, תפקידה של המתורגמנית.

6.4.1 <u>דרישות התפקיד</u>: דר' ש.מ. מבחין בין דרישות אישיות המתאימה לתפקיד לבין דרישות טכניות. מבחינת אישיות הוא טוען, "אני חושב שיש הבדל בין מתורגמן שהוא נשוי למתורגמן שהוא רווק. כי אדם שהוא נשוי הוא יותר מיושב בדעתו. הוא לא תוקפני". גם אם נתעלם מקביעתו לגבי ההבדל בין רווק לנשוי, הרי שעולה מדבריו שלתפקיד המתורגמן נדרש אדם בעל סבלנות ויכולת תקשורתית טובה שיכול להוציא מהמרואיינים בצורה הטובה ביותר את המידע הנחוץ.

מבחינה טכנית נדרש לדעתו רקע כלשהו בתחום הרפואה. "לא כל דובר שפה יכול להיות מתורגמן. זה הבעיה. הוא צריך שיהיה לו רקע... יש לי פה מתורגמנית שעשתה קורס מזכירות רפואית ואז יש לה קצת רקע. וגם היא עובדת אתי קרוב לשנתיים אז היא מבינה... המתורגמנית צריכה להיות מינימום מישהי שלמדה מזכירה רפואית."

<u>תפיסת התפקיד</u>:

6.4.2.1 <u>תרגום</u>: "יש מתרגמת שהיא מתרגמת לי מילולית מה שהם אומרים. לא נכנסת כאילו, לא יכולה לפתח ממה שהם אומרים, לאיזה כיוון הם הולכים, למה הם מתכוונים. כי השפה

קשה איתם. הם מתארים לך שיש להם כאב שהוא זורם מפה לפה ומקיף את כל הגוף שלהם, במקום שיהיו כאבים שיקרנו מהגב לרגל אז הם יקרנו מהרגל לגב. אם היא מתרגמת מילולית אני לא מבין מזה הרבה. אני צריך לחשוב למה הם התכוונו בשפה הזאת, לכוון אותם. במקום שיגידו כן או לא מתחילים לדבר עד אין סוף. זה לא עבודה".

"כאשר אני שואל ישראלי על מהות הכאב יש שאלות קבועות: האם מקרין, האם בא והולך, האם יש קושי בנשימה, האם מלווה בהזעה ובחילות. החולים האתיופים עונים בעקיפין, צריך להבין".

מדבריו משתמע קודם כל כי "מודל הצינור" - תרגום מילולי של דברי החולה, אינו מתאים לתרגום רפואי בין תרבותי. הצורך העיקרי, לדעתו, הוא למקד את החולה האתיופי, שנוטה ל"ספר סיפורים" ולגעת בבעיה בעקיפין, בהצבעה על הבעיה שלשמה בא. לשם כך הוא מצפה הן להובלת ראיון כאיש צוות דו-לשוני והן לגישור תרבותי.

6.4.2.2 <u>מידע תרבות</u>: לאור היכרותה של המתורגמנית עם התרבות וההתנהגות של יוצאי אתיופיה מצפה הרופא שתדע לזהות דברים שהוא עצמו אינו יכול לראות ותיידע אותו לגביהם. לדוגמה הוא מספר על מקרה שבו העירה המתרגמת לגבי חולה מסוים "אין סיכוי שיעשה, כי הבן אדם מוזר" בגלל שגם היא עצמה לא הבינה מה שהחולה אמר, כי הוא בלבל דברים. מאחר ואין הוא מכיר את התרבות האתיופית אין בידו היכולת לזהות התנהגות מוזרה ולהבין שזו הסיבה לאי ההבנה או אי שיתוף הפעולה, ולאו דווקא המחסום הלשוני. היכרותה של המתורגמנית עם התרבות של החולה מאפשרת לה לזהות אדם בעייתי, מה שהוא עצמו אינו יכול לעשות.

מצד שני, הוא מעיד שאינו סומך על המתורגמנית שהמידע התרבותי שהיא מספקת לו הוא אכן אמין. "לפעמים אני אומר לה 'תשאלי את השאלה' והיא אומרת שאסור לשאול. זה לא בקודים שלהם דברים שאסור לשאול. אני מקבל עם סימן שאלה גדול". חוסר האמון כאן נעוץ במערכת היחסים בין הרופא למתורגמנית, אך מלמד על הציפייה של הרופא ליידוע תרבותי שיעזור לו לפענח את דברי החולים.

6.4.2.3 <u>איש צוות דו-לשוני</u>: הציפיה הראשית של הרופא מהמתורגמנית היא עריכת הראיון עם החולה. במקרה של עולה חדש שאך הגיע, מדובר בלקיחת ההיסטוריה הרפואית שלו. "למשל, כאשר בא חולה חדש, רשמתי לה שאלות לשאול כל חולה חדש: האם יש שחפת, האם עשו מנטו, האם עשה צילום חזה, האם קיבל טיפול באתיופיה, אם יש לחץ דם ועוד". בעת

ביצוע הראיון מצפה הרופא לכך שהמתורגמנית תעביר את סיפור החולה המסופר ב"קול היום יום" ל"קול הרפואה". הוא מתאר, "ואז אני שומע דיבורים וסיפורים ולא מבין איפה אני נמצא. אני מצפה שתשאל ותשובות כן ולא, אך הם מספרים סיפורים. אני מצפה שתקטע אותו ותגיד 'יש לו זה, יש לו זה...מתלונן על זה'... כך גם לילד קטן יש שאלות בסיסיות: 'מוקט'-חום, שיעול, נזלת'".

"הרבה פעמים אני אומר למתורגמנית: אני לא מבין. שיגידו מה הבעיה. שיתמקדו. את רואה? כשאת עוצרת אותם הם אומרים משהו שונה. החולה מספר סיפור שלם ואז מגיעה למסקנה שהתלונה אחרת לגמרי. זה קורה כי אני עוצר ושואל שאלות הבהרה. אומר לה: "תשאלי שוב". בדברים אלו מסביר למעשה הרופא כיצד היה רוצה שהמתורגמנית תבצע את הראיון. לדעתו, אין היא צריכה לתת לחולה לספר לה סיפור שלם ואחר כך לתמצת אותו, מפני שצורת עבודה כזו עלולה להביא לידי טעות. עליה להנחות את הראיון בשאלות הבהרה המחייבות תשובות של כן ולא, כפי שהוא עצמו עושה בראיון חד לשוני.

תפקיד נוסף, שהוא מגדיר, הוא הסבר דבריו לחולה בצורה שהלה יבין אותם. "הם גם לא מבינים למה מתכוון הרופא, ההבנה מוגבלת". כך, למשל, הוא מצפה שהמתורגמנית תתרגם את דבריו לגבי הוראות הכנה לבדיקה מסובכת כגון בדיקת דם סמוי. לולא המחסום הלשוני, אצל חולה דובר עברית, האחות היא אולי זו שהייתה מספקת את ההסבר הנדרש.

חינוך לבריאות או טיפול מניעתי הוא תפקיד נוסף המצופה מהמתורגמנית כאשת צוות. "לחולי סוכרת אנו משתמשים בדיאטה שנתנה הדיאטנית. המדריכים במרכז הקליטה הכינו דף מתורגם של הוראות התזונה. המתורגמנית מסבירה לחולה מהדף". שוב, במקרה של חולה דובר עברית, היה הסבר כזה מתבצע על ידי דיאטנית, אך מכיוון שזו אינה עובדת בסיוע של מתורגמנית, מתבצעת הנחיית התזונה על ידי המתורגמנית באופן חפוז תוך כדי המפגש עם הרופא.

דר' ש.מ. מצביע על הסכנה הטמונה בכך שהמתורגמנית מקבלת סמכות של איש צוות. הוא מצביע על מספר דוגמאות שבהן המתורגמנית אינה רואה את גבולות תפקידה וכהגדרתו "חושבת שהיא רופאה ומסיקה מסקנות". כך פטרה פעם תלונה של חולה שהתבררה בסופו של דבר כדלקת בשתן, כ" סתם כאבים בבטן עליונה". דוגמאות אחרות לחריגה מגבולות תפקידה או הידע שלה הן כשהיא מציעה לרופא לתת טיפול כאשר הוא אינו חושב שזה נחוץ או כשהיא מציעה טיפול אחר מזה שהוא נתן לחולה.

דר' ש.מ. מצפה מהמתורגמנית לבצע מטלות שונות גם אם הללו אינן כלולות בהגדרה הרשמית של תפקידה. לדבריו, בגלל האופי המיוחד של העבודה עם העולים גם הוא מטפל בדברים נוספים, שאינם בהגדרת תפקידו הפורמלי. לשם הדגמה הוא מספר על דברים נוספים שהוא עשה כמו פנייה לעובדת סוציאלית לגבי תשלומים שמגיעים לחולה, סידור כסף לתרופה לחולה אחרת, או כאשר אחד החולים ביקש להשיג לו תמונה של ילדו הנמצא אצל גרושתו במרכז קליטה אחר. על כן, נראה לו טבעי באווירה כזו שגם המתורגמנית מבצעת תפקידים אחרים כגון שקילת החולה, בדיקת שתן ועוד.

6.4.2.4 <u>מגשר תרבות</u>: לפעמים יש צורך לדעת כיצד לשאול את השאלה באופן שתתקבל על ידי החולה ותזכה לתשובה הנכונה. לדוגמה, הוא מספר על בחורה לא נשואה, חולת סיפיליס, שענתה בשלילה על השאלה אם קיימה יחסי מין. ניסוח אחר של השאלה על ידי המתורגמנית חשף קיום יחסים בכפייה, שעל פי מושגיה של הנשאלת אינם נכללים בהגדרת יחסי מין שעליהם נשאלה. המתורגמנית ידעה לשאול את השאלה מתוך הכרות עם התרבות והנוהג באתיופיה לגבי אישה פנויה ובכך הצליחה להגיע לתשובה הנכונה. "אני מצפה ממנה להבין את המנהגים של העדה ולהסביר לי".

6.4.2.5 <u>סנגור</u>: דר' ש.מ. מצפה מהמתורגמנית שלא תשמש כסנגורית של החולה במובן הראשוני של הביטוי, כלומר בהגנה על זכויות החולה מול הרופא. הוא מתאר מצבים שונים בהן המתורגמניות המשמשות כסנגוריות של החולים, מוצאות עצמן "חצויות" בין תפקיד הסנגור לתפקיד איש צוות. כדוגמה לסנגוריה מיותרת הוא מביא בקשות להתחשב יותר ולכתוב מכתב למרות שהוא חושב שלא צריך, או דרישה לתורים ומרשמים בזמן שהוא עסוק. לדעתו, זה מפריע לו לעבוד וכן לחולים הממתינים. בשל הפרעות אלו, הכול מתאחר והוא לא מצליח לראות את כל החולים הממתינים. לדעתו, נטילת תפקיד הסנגור על ידי המתורגמנית מפעם לפעם, פוגע בעבודתם המשותפת.

הוא אף מרחיק לכת יותר וטוען שהגנת היתר שנותנים אנשי מרכז הקליטה והמתורגמנים פוגעת בהכנת העולים לחיים עצמאיים בארץ. כדוגמה הוא מביא את נושא הבאת התרופות מהעיירה הסמוכה לקיבוץ. "בן אדם בקיבוץ יכול לחכות יום יומיים עד שייגש שם מישהו לעיר ויקנה לו את התרופות... כל אוטובוס עוצר שם ובצומת. אין בעיה ללכת לבד. לא גורמים להם להתמודד".

6.4.2.6 <u>מפיס</u>: הרופא רואה את תפקידו בניהול משא ומתן על הבדלים תרבותיים. לצורך העניין הזה, המתורגמנית היא שותפה חיונית, לא רק מבחינת התרגום, אלא דווקא מתוך היכרותה את הערכים המתנגשים של שתי התרבויות. דוגמה שהביא למקרה כזה היה מקרה שבו היה על האישה להימנע מביצוע עבודות בית מסוימות. הבעל הוזמן על מנת להסביר לו את חשיבות השתתפותו עם האישה בעבודות הבית, דבר שאינו מקובל כלל באתיופיה. תרומתה של המתורגמנית הייתה בניהול משא ומתן עם הבעל בנושא חלוקת תפקידים בבית או במלים אחרות פיוס בין שתי התרבויות. העובדה שדובר שם גם על הנורמות המקובלות בארץ ולא רק בטפול נקודתי בתקופת המחלה, הופכת מעשה זה לפיוס ולא רק גישור.

6.5 דר' א.י.

דר' א.י. עובד עם העולים כרופא משפחה כחודשיים בזמן תחילת המחקר. הוא למד רפואה בארצות הברית ואת הניסיון לעבודה עם מהגרים רכש שם בעבודה עם היספאנים. הוא משוכנע שאפשר להגיע לדיאגנוזה מדויקת, למרות מחסום השפה. גם בעבר, כאשר עבד במרפאה רגילה אליה שהגיעו עולים ללא מתורגמן, הצליח להסתדר. הוא יצא למסדרון של המרפאה, חיפש עולה ותיק דובר עברית ונעזר בו לתרגום. אם הוא לא מצא, עשה "עבודת וטרינריה", כהגדרתו.

אין הוא יכול להגדיר דרישות ממתורגמן מאחר והדרישה מבחינתו היא לתרגום מינימלי. לדעתו, האחריות לראיון מוטלת על הרופא "אני צריך לדעת את השמות של האיברים, הטיפולים וכדומה, לא הוא. אני שואל שאלות בשביל האנמנזה, אחר כך עושה אבחנה. אני כותב ושולח למרכז קליטה ויש מישהו שמסביר תרופות שצריך לקחת ומה שצריך". במילים אחרות, מספיק לדעתו לשמוע את התלונה של החולה בשפת היום יום ואחר כך אין צורך יותר בדיבור. בדיקה פיזית או הסתכלות שהוא עושה מספיקה במקרים רבים להגיע לאבחנה. אחר כך עושה מרכז הקליטה את שאר העבודה בהסבר לחולה על התרופות שעליו לקחת.

6.5. <u>תפיסת תפקיד המתורגמנית</u>:

6.5.1 <u>מתרגם</u>: "מהמתרגמת אני רוצה לקבל המילים הכי מדויקים (כך במקור) של התלונה הכי מדויקת של החולה". אין לו דרך לבדוק אם המתורגמנית שואלת באופן מדויק את שאלתו, או מתרגמת באופן מדויק את תשובת החולה. "אני מפתח את הנושא עד שאני מגיע למה שאני רוצה לדעת, והיא שואלת לפי הבקשה שלי. שאלה כללית: למה הוא פה? אני חושב שאני מגיע בנושא המרכזי...אני מצפה ממנה אחרי כל מה שמדברים את התכלעס: איפה, עם מה וזהו. ואחרי זה אני עושה את העבודה שלי – בודק".

הוא סומך על המתורגמנית שמה שהיא משמיטה זה "דברים שלא מעניין לנושא". מספיק לו דברים על המחלה, או כהגדרתו, "אני לא צריך לדעת איזה טמפרטורה הייתה בחוץ בזמן שקרתה התאונה... אותי מעניינת השורה התחתונה".

6.5.2 <u>איש צוות דו-לשוני</u>: הציפייה ממתורגמנית קודם כל שתעזור לו בצד המנהלי של העבודה. "הציפייה מהמתרגמת קודם כל שתעזור בטיפול בניירת. אני לא אוהב לעבוד עם מסמכים, ניירות ודברים כאלה...אני מאד קשור עם המתורגמנית בגלל מסמכים חדשים שאני לא הכרתי קודם. דברים שבאים ממשרד הבריאות". כדוגמה הוא מספר כיצד סידרה את כל התיקים של חולי HIV שהגיעו ממשרד הבריאות בסדר כרונולוגי והוא ביקש ממנה אם יש לה זמן לסדר אותם בסדר אלפביתי. הוא מודה, "בשביל זה לא צריך מתרגמת. היא עשתה בגלל שיש לה זמן מתרגמת וזמן במשרד". כך גם לגבי עזרה נוספת שהוא מקבל מהמתורגמנית, "זה נחמד לעבוד עם מתורגמנית (צוחק) כי היא יודעת עברית הרבה יותר טוב ממני. בגלל שאני קורא עברית לאט לאט, זה הולך עכשיו יותר מהר".

לסיכום דבריו הוא מדמה את המתורגמנית ל"חוט בין הרופא לחולה, קשר ביניהם. עובדת בשביל האינטרס של החולה ובשביל הבנת הבעיה לרופא. תפקידה לבטא את התלונות בדרך הטובה ביותר, כך שהרופא יבין באמצעות התרגום מה יש לחולה".

7. נטילת התפקידים השונים בזמן המפגשים הרפואיים

לאור התיאורים הללו שבהם תיאר כל אחד מהשותפים במפגש את התפקידים שהוא ממלא, במודע או שלא במודע, באינטראקציה בין הרופא לחולה, נבדוק כיצד מתרחש הדבר בפועל. בפרק זה ייבחנו גילויים של כל אחד מהתפקידים שהוגדרו כפי שהם באים לידי ביטוי במפגשים שנצפו. כל אחד מהסעיפים יעסוק בתפקיד אחד.

הדוגמאות הלקוחות מן המפגשים יופיעו **בגופן שונה** מזה של הניתוח.

המפתח לקיצורים המופיעים בתמליל המפגש:

ר – רופא

מ - מתורגמנית

ח – חולה

כל ההדגשות הן שלי על מנת להפנות את תשומת הלב למבעים הרלבנטיים.

7.1 מתרגם

כאמור בפרק 3, שבו הוגדרו תפקידיו השונים של המתורגמן, התרגום או מודל ה"צינור", הוא התפקיד העיקרי שממלא המתורגמן במפגשים (Leanza, 2005; Rosenberg, 2001). מובן שגם במפגשים שנצפו במחקר זה היווה התרגום את המרכיב העיקרי בתפקידן של המתורגמניות. אולם, מאחר והחלק האמהרי של השיח במפגש לא תועד ולא תורגם, אין אפשרות לבדוק את אופן ביצוע תפקיד זה. לא נעשתה שום בדיקה של דיוק בתרגום על ידי השוואת מקור ותרגום ומציאת סטיות, השמטות, הרחבות וכיו"ב. כפועל יוצא מכך, לא נבדקה ההלימות בין תפיסת המשתתפים את תפקיד המתרגם לבין האופן שבו הם מתרגמים בפועל.

עם זאת, בלטו לעין מקרים שבהם הייתה השמטה ודאית של הנאמר בעברית בעת התרגום לאמהרית. זאת אפשר היה לראות כאשר דברים שנאמרו על ידי הרופא בעברית כלל לא תורגמו לאמהרית. היו אלו במקרים מסוימים השמטות מכוונות כאשר הדברים שאמר הרופא היו פוגעים למשל, או השמטות שנבעו מצורת העבודה והתרגום שלא אפשרה למתורגמנית לעמוד בקצב התרגום. כך לדוגמה,

ביקור 22: חולה מגיעה עם מכתב מאורתופד שאליו נשלחה. במכתב מציין האורתופד שהחולה הגיעה אליו ללא צילומים.

ר: איך הולכים בלי צילומים? ברגע שיהיה לך בעל כל הכאבים יעברו. הצילום תקין, אבל נשאיר בשבילו. את שייכת לברוריה או לתמי?
מ: לברוריה.

מתשובתה של המתורגמנית ברור שהיא רק עונה על שאלתו האחרונה של הרופא ללא התייחסות לדבריו הקודמים, ללא תרגום לחולה של דבריו הפוגעים וכן ללא האמירה שהצילום תקין. השמטת האמירה הפוגעת נובעת אולי מבחירה של המתורגמנית בתפקיד הסנגור המגן על החולה מפני הנזיפה של החולה ומפני דבריו הפוגעים של הרופא. כמו כן, אפשר גם לראות בשורות אלו דוגמה למעבר מהיר מנושא לנושא ללא מתן אפשרות למתורגמנית לתרגם את דבריו. כך למשל הוא מתייחס למבע קודם של החולה ומיד שואל שאלה בתחום אחר. במקרים אחרים הוא אינו מודע לכך שעליו לחלק בין שאלותיו על מנת לאפשר למתורגמנית לשאול ולהשיב על כל שאלה, ואז הוא שואל סידרה של שאלות שבסופן הוא מקבל תשובה רק על האחרונה שבהם. במרבית המקרים תתייחס התשובה רק לשאלה האחרונה. מדוגמאות אלו ניתן לראות שהרופא אינו מודע לשוני שבעבודה עם מתורגמנית ולמתחייב מכך לגבי צורת עבודתו שלו. כמו כן ניכר חוסר התיאום בין הרופא למתורגמנית לגבי צורת עבודתם המשותפת.

מאחר ואין אפשרות להרחיב בנושא הדיוק בתרגום ללא השוואה של המבעים בשתי השפות לא נוסיף ונדון בו. אף על פי כן, בשני היבטים של תפקיד המתרגם אפשר לדון בכל זאת, על סמך התבוננות במבעים שתועדו בשפה העברית מפי הרופא והמתורגמנית, תוך התייחסות לבחירת שם-גוף וכן לייחוס הכוונה על ידי הנמען.

א. <u>פנייה ישירה (בגוף שני) או דיבור על החולה (בגוף שלישי)</u>:

קשה למצוא מובהקות בהעדפה של הדוברים לשימוש בגוף זה או אחר באופן עקבי. גם הרופא וגם המתורגמניות עוברים לעתים קרובות, אף באותו מפגש, בין שימוש בצורת דיבור אחת לשנייה.

לדוגמה, במפגש בין דר' ש.מ. לחולה בת 74, משתמשים הרופא והמתורגמנית לחילופין בפנייה ישירה אל החולה ובדיבור עליו:

ר: רק אם יש <u>לה</u> תור.
(חילופי שאלות ותשובות בין המתורגמנית לחולה)
ר: שלום

ח: שלום

ר: למה הכרטיס שלך לא עובר גברת? (פנייה ישירה)

ח. עונה.

(מ. לא מתרגמת. חילופי שאלות ותשובות עם החולה ביוזמתה)

מ: נתת לה משהו לכאבי כתפיים. יש לה כאבים בישבן. (דיבור עקיף)

ר: בודק בכתובים: נתנו לה וטרן. עשינו לה זריקה לפני כן. רופא אורתופד כתב .... נתן לה....

בטח שיכאב לה ברום הבטן. היא קבלה ויטרן (דיבור עקיף)

ח. מראה תרופה לרופא.

מ. זה מה שקיבלה בפעם האחרונה. זה... (דיבור עקיף)

ר: לוקחת את זה על קיבה מלאה? (לא ברור)

מ-ח-מ: כן.

ר: איפה הפעם כואב לה? (דיבור עקיף)

מ. מתרגמת. ח. מצביעה על המקום.

ר: תראי אבל הפעם נצטרך לכסות אותה בגסטרו אין ברירה.. בגיל שלה, היא בת 74. תגידי לה שנצטרך לתת לה כיסוי לבטן, להגנה. כי היא צרכנית של כדורים... (פניה ישירה אל המתורגמנית, דיבור עקיף על החולה)

(תרגום)

ר: גברת, אבל זה גם לא בסדר לקחת את הכדורים האלה הרבה. (פנייה ישירה)

דוגמה זו אופיינית. במרבית המקרים הפנייה אל החולה היא בגוף שלישי, ורק במקרים מועטים פונה הרופא אל החולה פנייה ישירה בגוף שני. המתורגמנית אף פעם אינה משתמשת בגוף ראשון כדי לדבר בשם החולה. במרבית המקרים גם היא עונה בגוף שלישי על שאלת הרופא שנשאלה בגוף שלישי.

כאשר הרופא והמתורגמנית מדברים על החולה בגוף שלישי, ברוב המקרים משמיעים הרופא והמתורגמנים את דבריהם ללא הקדמת הוראה כגון "תשאלי אותה אם..." או "תגידי לה ש...". כך גם המתורגמנית, אין היא אומרת "הוא אומר ש..." או "הוא מתלונן על..." אלא פותחת ישר בתלונה. לעתים רחוקות נצפו חריגות מדפוס זה, שבהן המתורגמנית אמרה "היא אומרת ש... או "כך היא אומרת", או שהרופא הקדים לדבריו אמירות כגון "תגידי לו ש..." למשל, תוספת של המתורגמנית להדגשת העובדה שהדברים נאמרו על ידי החולה:

ביקור 7: בהמשך לתלונה של האישה על כאבים בכתפיים, היא מתלוננת בפני דר' ש.מ. גם על חוסר תיאבון.

ר: למה אין לה תיאבון? היא לבד או שיש לה בן זוג? (תרגום)

ח-מ-ח-מ: היא חושבת שזה קשור לכתפיים. <u>ככה היא אומרת</u>.

ביקור 11: אישה חולת סוכרת מגיעה לביקורת על הסוכרת ותוך כדי כך משמיעה תלונה נוספת.

ר: מה היא אומרת?

מ: לא יודעת איך להסביר לך. היא מרגישה שכל הגוף שלה קר. <u>יש דבר כזה?</u>

ר: אולי היא חולה. זה פוגע בעצבים, בכל הדברים. אמרתי לה את זה.

ביקור 44: חולה המתלונן על עצירות.

ר: מה הסיפור פה?

מ-ח-מ: הוא לא יכול לעשות. אין לו יציאות. יש לו כאבים בכל הגוף. <u>הוא אומר</u>.

בשלושת המקרים הדיבור של החולה שאותו מתרגמת המתורגמנית אינו תואם את השיח הביו-רפואי, או שאינו תואם תפיסה מערבית, או שאינו נראה הגיוני למתורגמנית. כך בדוגמה הראשונה, הקשר בין הכתפיים לתיאבון נראה למתורגמנית מופרך ועל כן כנראה היא מוסיפה "ככה היא אומרת". בדוגמה השנייה התלונה היא טיפוסית לשימוש במטפורות בתרבות האתיופית, ואינה הולמת את סוג הדיבור הרצוי לרופא המערבי. המתורגמנית מקדימה לדבריה את המשפט "לא יודעת איך להסביר לך" ואף שואלת בסוף התלונה האם "יש דבר כזה", כלומר רומזת לכך שבעיניה שלה התלונה נראית לא הגיונית. גם תלונתו של החולה במקרה השלישי, אם זה בגלל שהוא קושר בין תלונות שונות באופן לא הגיוני, או בגלל שהוא פותח בסדרה ארוכה של תלונות כנהוג על ידי בני עדתו, מתקבלת על ידי המתורגמנית באי אמון או בזלזול, ועל כן היא דואגת להוסיף בסוף סדרת התלונות את המשפט "הוא אומר". המשפטים "ככה היא אומרת" או "הוא אומר" מהווים סוג של דיסוציאציה (dissociation) שבו מבקשת המתורגמנית להבהיר כי אינה מזדהה עם הדובר.

בעוד שהקדמה כגון "תגידי לה ש..." מופיעה לעתים קרובות, במקרים הבאים הוסיף הרופא אחרי דבריו הוראה למתורגמנית לתרגם את דבריו:

ביקור 44: חולה המתלונן על עצירות.

ר: והוא שותה?

מ: לא.

ר: הוא חייב להתחיל לשתות. <u>תגידי לו</u>

ביקור 15: אמא מביאה תינוק עם פריחה

האמא מספרת למ. סיפור ארוך.

ר: קצת תפרחת חיתולים. ניתן לה... לכתמים הלבנים לא נתייחס עכשיו. יותר מאוחר. <u>תגידי לה.</u>

בעוד שבדרך כלל מניח הרופא שדבריו יתורגמו, נראה כי כאשר הרופא מסיים לומר משהו חשוב במיוחד, שהוא רוצה לוודא שיתורגם, הוא מחזק את דבריו בהוראה למתורגמנית לתרגם את דבריו.

<u>ב. ייחוס הכוונה על ידי הנמען:</u>

בפרק 2.3 תוארו הרבדים השונים בדיבורו של המוען (כוונה, ניסוח וביטוי) ושל הנמען (הקשבה, זיהוי ותגובה). הוסבר כי בשיח מתווך נפגמת היכולת השיפוטית של הנמען לדעת למשל, אם הכוונה מקורה בדובר או במתורגמן. כמו כן, לאור המעבר בין השימוש בגוף שלישי לגוף שני, עלול המתורגמן לטעות בהבנת כוונת הדובר למי מיועדים דבריו.

כך למשל, טועה הרופא במקרה הבא ומתלונן על כי המתורגמנית אינה יכולה לומר מה יש לחולה, כאילו היא זו החולה שאינה יודעת להגדיר.

ביקור 18: חולה מתלוננת על צינון.

המתורגמנית מראיינת את החולה שנכנסה.

ר: מה יש לה?

מ: היא כל הזמן מתעטשת.

ר: זהו?

מ: אין לה שיעול. אין לה כלום.

ח –מ: האף סתום.

ר: אף סתום. מתעטשת. אין לה חום?

מ: היא לא יודעת.

ר: אם היא לא יודעת אז אין לה חום. יכול להיות שיהיה לה אח"כ. ניתן לה ספריי לאף. לא נוזל לה מהאף. נכון?

מ: כן נוזל לה.

ר: <u>תחליטי</u>. אף סתום או נזלת?

מ: זה מה שהיא אומרת.

ר: את לא שואלת אותה?

במקרה הבא "שוכחת" המתורגמנית כי השאלה אינה מופנית כלפיה, ועונה על השאלה מבלי לברר את התשובה אצל החולה.

ביקור 8: עולה חדשה מגיעה לביקור ראשון אצל הרופא ונשאלת לגבי ההיסטוריה הרפואית שלה. המתורגמנית מראיינת אותה בהתחלה ואחר כך מדווחת לרופא מה ששמעה.

ר: תשאלי אם אישה בריאה?

מ-ח-מ: יש לה TB עצמות

ר: רוצה להבין. באתיופיה מצאו שיש לה TB ונתנו טיפול?

מ: 6 חודשים.

ר: זה מניעתי או חדש?

מ: אין לי מושג.

המתורגמנית, במקום להפנות את השאלה לחולה, עונה "אין לי מושג" כאילו השאלה הופנתה אליה, למרות שהרופא כמובן, ציפה לקבל מידע מהחולה.
כך קורה גם בדוגמה הבאה.

ביקור 44: הרופא מורה לחולה שאינו שותה מספיק, להתחיל לשתות. הוא מוסיף הסבר למה חשוב לשתות בארץ. המתורגמנית טועה לחשוב שההסבר מיועד לה ולא לחולה ועל כן משיבה "אני יודעת" ואינה מתרגמת לחולה את ההסבר.

ר: הוא חייב להתחיל לשתות. תגידי לו

מ: אמרתי לו שיתחיל לשתות

ר: כי פה זה שונה.

מ: אני יודעת.

ר: זה קשה עד שמתרגלים כל מיני חמרים.

מ: אצלנו ישר אוכלים כשזה חם. טרי. גבינה.

ר: גבינה זה טוב. את אוכלת ככה או ישראלי?

מ: אני אוכלת, אבל גם שמנת.

ר: כמה זמן לא הלך?

מ: לאן?

ר: לשירותים.

במקרה זה, תשובתה של החולה "אני יודעת" שהסבה את הכוונה מהחולה אליה עצמה, גרמה לכך שנושא השיחה נסב אל המתורגמנית במקום אל החולה. בהמשך להסבר של הרופא

שהמתורגמנית טעתה לחשוב שיועד לה עצמה, היא ממשיכה לדון בהבדלי התזונה בין יוצאי אתיופיה לישראלים והרופא נגרר לשאול אותה על הרגלי האכילה שלה עצמה. הרופא הוא שמחזיר בסופו של דבר את השיחה לנושא השיחה המקורי - בעייתו של החולה.

7.2 מידע תרבות

כמידע תרבות עוזר המתורגמן למטפל להבין טוב יותר את תרבות החולה – אורח חייו, הערכים והנורמות שלו.

ביקור 6: החולה מגיעה לצורך ייעוץ תזונתי בגלל שומנים בדם. לאחר הראיון הראשוני של המתורגמנית היא מסבירה שהחולה רוצה לדעת מה מותר לה לאכול. בהמשך השיחה היא שואלת:

מ: שתיה. מה מותר?

ר: מה היא שותה? (צחוק) אם כבר דיאט. אני לא מגביל אותה כי אין לה סוכר.

האם שותה בירה בבית?

מ: <u>בטח שותה בירה אתיופית</u>.

ר: שתשתה... מה אמרת לה?

מ: אמרתי לה שתשתה אבל לא בכמויות. לא מוגזם.

כאשר הרופא שואל האם שותה בירה, עונה המתורגמנית בלי לשאול את החולה מאחר והיא בקיאה במנהגי העדה. הוספת המלה "בטח" בהתחלה מסמנת את העובדה שזו השערה שלה מתוך ידע אישי ולא תשובתה של החולה. כך גם בשיחה עם חולה המתלונן על עצירות.

ביקור 44:

ר: אבל הוא צריך לשתות הרבה ולאכול דברים כמו יוגורט

(תרגום)

להימנע מאורז

מ: יוגורט אוכל, אבל אורז הוא לא אוכל. <u>הם לא אוכלים. יש את האוכל שלנו. הוא מבוגר. אוכל אוכל אתיופי – אינג'רה. זה האוכל היחיד שהמבוגרים אוכלים.</u>

ר: אבל זה פקק.

מ: אבל יש לזה רוטב: בשר, אפונה ודברים כאלה.

ר: אוכל סלט?

מ: כן.

ר: חסה גם?

מ: כן, הוא אוכל.

בראיון עם המתורגמנית נתבקשה להסביר כיצד ענתה על השאלות בלי לשאול את החולה. היא הסבירה שהיא יודעת מה אוכלים המבוגרים יוצאי אתיופיה וזאת היא הסבירה לרופא. לגבי אכילת סלט וירקות, החולה סיפר לה זאת קודם בשעת הראיון הראשוני.
ביטחון עצמי דומה מפגינה המתורגמנית במקרה אחר (ביקור 10), כאשר מגיעה עולה חדשה ונשאלת לגבי ההיסטוריה הרפואית שלה.

מ-ח-מ: יש לה אסתמה.

ר: לוקחת טיפול כלשהוא?

מ-ח-מ: יש לה. טיפות.

ר: אין לה משאף?

מ: <u>פה ושם זה לא אותו דבר שנותנים</u>

ר: תשאלי אותה

מ: אני חושבת שזו אלרגיה ולא אסתמה.

כאשר הרופא שואל על משאף עונה המתורגמנית מתוך ידע אישי שלה על הטיפול באתיופיה מבלי לשאול את החולה. הרופא אינו מסתפק בתשובה שלה ומבקש לשאול את החולה, משום שאינו מצפה כאן ליידוע תרבותי אלא לתשובה מדויקת לגבי החולה המסוימת. המתורגמנית "מוסיפה חטא על פשע" בכך ששוב אינה שואלת את החולה, אלא מוסיפה חוות דעת "מקצועית" לגבי התלונה של החולה. למעשה, לא זוכה הרופא למענה אמיתי לשאלתו בנוגע למשאף, דבר הנובע מתחושת הידע של המתורגמנית.

לא ניתן למצוא ראיות ליידוע תרבות בכיוון השני, כלומר למתן הסבר לחולה האתיופי על התרבות המערבית או הביו-רפואית, ללא בדיקה של דברי המתורגמנית באמהרית. אף על פי כן, אפשר למצוא דוגמאות לכך שהמתורגמנית בוחרת שלא ליידע את החולה לגבי התפיסה הביו-רפואית שעל פיה פועל הרופא. במקרים מסוימים מסביר הרופא לחולה את השיקול שמאחרי החלטתו לטיפול. כך, למשל, בביקור של אמא עם תינוק הסובל מחום (ביקור 35) מחליט הרופא שלא לתת לו טיפול אנטיביוטי מפני שהמחלה היא ויראלית, ולהסתפק במתן אקמול. לאחר ההסבר של הרופא מתרגמת המתורגמנית את דבריו בארבע מילים שאחת מתוכן היא "חום" והשנייה "סירופ". כלומר, היא מתרגמת את המסקנה המעשית אך לא את השיקול העומד בבסיסה. כך גם היא עושה במקרה אחר (ביקור 44) כאשר הרופא מספק הסבר ארוך מדוע לא כדאי לתת כדורים לטיפול בעצירות.

ר: סירופ עובד בהתחלה. אחר כך הגוף מתרגל. אני לא נותן כי זה מבלבל את המערכת. אחר כך שותים יותר ויותר כדורים. הזקנים שותים וזה לא עוזר.

מ: אז אמרתי לו שישתה הרבה.

יידוע תרבות מעין זה עשוי היה לעזור לחולה להבין את הנעשה, לחסוך לו את האכזבה על כי לא קיבל טיפול וכן להכשיר אותו טוב יותר להשתלבות בתרבות הישראלית. המתורגמנית בוחרת שלא לעשות זאת.

7.3 מתווך/ מגשר תרבות

מגשר התרבות בניגוד למידע התרבות שתואר בסעיף הקודם, לוקח חלק פעיל במשא ומתן בין מערכות הערכים והעולמות הסמליים הנמצאים בקונפליקט במפגש. הוא עוזר לשני הצדדים להגיע למודל משותף על ידי הסברים וסינתזה. שוב, ברור שחלק מהדוגמאות לגישור תרבותי נעלמו מעינינו מכיוון שאין תרגום של האמהרית. שהרי סביר להניח שיותר גישור מתבצע בכיוון של הסבר וקירוב העולים אל התרבות המערבית, וזאת עושה המתרגמת בדבריה בשפה האמהרית אל העולים . בשל הבדלי הכוח בין הרופא למתורגמנית, סביר גם להניח כי זו אינה רוצה או אינה מעיזה לייצג את התרבות האתיופית מול התרבות המערבית שאותה מייצג הרופא.

בנוסף לכך, גם במפגש חד לשוני בין רופא לחולה, במרבית המרפאות האינטראקציה בין הרופא לחולה מתנהלת יותר בצורה מכנית מאשר בצורת ניהול משא ומתן. אווירה כזו אינה מעודדת את המתורגמנית להיכנס למשא ומתן ולנהל אותו, קל וחומר כאשר הרקע והתרבות של המתורגמנית עצמה אינם מכינים אותה לאסרטיביות.

אף על פי כן, אפשר היה לראות במספר מקרים ניסיון של המתורגמנית לגשר בין העולמות השונים של הרופא והחולה.

ביקור 13: זוג מגיע לבירור בנושא הריון. בתחילת הראיון הזכירה האישה כי קיבלה באתיופיה זריקות למניעת הריון.

ר: כמה זמן נשואים?

מ-ח-מ: שנה וחצי.

ר: לא יכול להיות. אמרת שלפני שנה ושמונה חודשים התחילה לקבל זריקות.

מ: <u>זה מתקזז כי השנים שונות. באתיופיה עכשיו 97-8</u>.

ר: אין דבר כזה. שנה זה שנה.

בהמשך למובא כאן מתנהל דיון ארוך בנושא. המתורגמנית טוענת שמנין השנים שונה באתיופיה והרופא טוען שאולי השנים באתיופיה נספרות אחרת אך שנה היא שנה. למרות שבסופו של דבר לא הצליחו להגיע לעמק השווה המתורגמנית עשתה כאן ניסיון להגיע למכנה משותף של ציון זמן על פי שני לוחות השנה – האתיופי והישראלי. בכל מקרה, לימדה המתורגמנית את הרופא על לוח השנה האתיופי וניסתה לגשר על מושגי זמן שונים בשתי התרבויות.

תחום נוסף המצריך גישור תרבותי הוא ההבדל בתיאור הסימפטומים. כך, למשל, כאשר מגיעה אישה צעירה עם תלונה על קולות בבטן (ביקור 21):

מ. (שואלת את החולה ומדווחת לרופא): יש לה קולות בבטן . (צוחקת) נראה לי שזה תולעים.

במשפט אחד מדווחת המתורגמנית קודם כל על התלונה בצורה מטפורית כפי שמקובל בתרבות האתיופית, אך מייד לאחר מכן היא מנסה להתאימה למודל הביו-רפואי המערבי.

במספר מקרים בולט דווקא היעדרו של הגישור התרבותי, כאשר זה נראה מתבקש. אחד הקונפליקטים המרכזיים שבא לידי ביטוי בין שתי התרבויות הוא היחס לתרופות. מצד אחד ניצבים החולים האתיופים שבאים למפגש עם ציפייה לקבל כמה שיותר תרופות, וצורכים בפועל כמות גדולה של תרופות, לעיתים בניגוד להוראות. מצד שני ניצב הרופא שתומך בצריכה מבוקרת ונכונה של תרופות, ובהימנעות מנתינתן כאשר הדבר אפשרי. לכאורה, על פי תפיסה רחבה של תפקידה, תפקידה של המתרגמת במקרה זה הוא גישור בין שתי התרבויות וחינוך החולים לצריכה נכונה של תרופות מתוך הבנת הנזק שבשימוש בלתי מבוקר או בלתי נחוץ. במקום זה, במקרים רבים בוחרת המתורגמנית להימנע מגישור מעין זה, למרות הצהרתה שהדבר חשוב לה ביותר.

ביקור 13: אמא עם תינוק הסובל מחום

ר: אוזניים וגרון בסדר. ריאות נקיות. אין דופק מהיר. יכול להיות שמחלה ויראלית. ניתן לה אקמול.

(מ. אינה מתרגמת את כול ההסבר של הרופא אלא 4-3 מילים שאחת מהן "חום" ואחת "סירופ".)

במקרה זה בחרה המתורגמנית להשמיט את ההסבר של הרופא לשיקול שמאחרי החלטתו לתת רק תרופה להורדת החום. ניתן היה לצפות מהמתורגמנית דווקא לשמש כמגשרת תרבות ולהסביר לחולים את ההבדל בין סוגי המחלות וסוג הטיפול הנדרש, זאת על מנת להרגילם לרפואה המערבית. אולם, אין היא עושה זאת ומשמיטה את ההבחנה בין סוגי המחלות, אולי מפני שהיא חוששת שהחולה לא תבין את ההסבר.

7.4 סנגור

המתורגמן כסנגור עוזר לחולה מול הממסד הרפואי – מנחה אותו בנבכי שירותי הרפואה, מול הרופא – מבטיח הגנה ואפשרות ביטוי ומגן עליו מפני אמירות פוגעות. כמו כן הוא מבטיח שלא יקבל טיפול נחות בשל מחסום השפה.

במהלך הפגישות מגלות המתורגמניות אמפתיה כלפי העולים ובמיוחד רגישות בנושא פגיעה בחולה, בין אם זו מכוונת באופן אישי לחולה המסוים ובין אם זו נגועה בדעה קדומה כלפי יוצאי אתיופיה.

בדוגמה הראשונה להלן (ביקור 8) פוגע הרופא בחולה צעירה החוזרת ומתלוננת זה כמה ביקורים על כאבי בטן לאחר ניתוח קיסרי שעברה מספר חודשים קודם לכן. בדיקות קודמות שאליהן שלח אותה הרופא לא הצביעו על בעיה כלשהי.

ר: הבטן שלה, מוכן לחתום. כן, מה קורה?
מ: הבטן.
ר: איפה? (אין תשובה)
ר: אין קשר. הצלקת לא קשורה. תרדי מהנושא. זה היה ניתוח קיסרי ונגמר הסיפור.
(המתורגמנית אינה מתרגמת את דבריו)
ר: גם היא רוצה ביטוח לאומי?
מ: <u>מה זה קשור</u>?
ר: קשור כי זה הפך אובססיבי..
מ: <u>אם כואב לה. מה</u>?
ר: אבל אין ממצאים.
מ: <u>היא לא סתם תגיד</u>.
ר: היא סתם תגיד.

(החולה בוכה. יוצאת לעשות בדיקת שתן)
מ: <u>באמת כואב לה דוקטור. לא סתם. היא סתם בוכה</u>?

ר: אין לה שום דבר. הבטן שלה רכה... הכול קשור בגלל שהיא לבד עם הילדה שלה אצל ההורים שלה ובעלה אצל ההורים שלו.
מ: <u>זה מעליב</u>.

כאשר הרופא טוען שמטרת הביקור היא קצבת ביטוח לאומי, המתורגמנית לא רק מוחה על כך אלא חוזרת ומתווכחת עם הרופא ואינה מוותרת לאורך שלושה תורות. בהמשך המפגש, אחרי שהרופא בכל זאת בודק את החולה (אולי בהשפעת ההגנה של המתורגמנית) והחולה יוצאת מן החדר לבדיקה, המתורגמנית עצמה מעלה שוב את הנושא ויוצאת להגנת החולה. כאשר הרופא אינו מקבל את דעתה ומעלה תיאוריה משפילה לגבי הסיבה למצבה הנפשי של החולה ולתלונותיה, היא מוחה על כך בפירוש וטוענת שזו אמירה מעליבה.

לעומת פגיעה אישית בחולה המסוימת שראינו בדוגמה הקודמת, בדוגמה הבאה מתקוממת המתורגמנית על מה שנראה לה כדעה קדומה כלפי העולים כולם.

ביקור 19: אמא מגיעה עם ילדה חולה עם חום. הרופא נותן לה סירופ לשיעול ומקשיב לדברי ההסבר של המתורגמנית באמהרית. באמצע דבריה הוא קוטע אותה:

ר: תגידי לה קוטר (מלה באמהרית). איך היא תדע? תגידי לה בשפה שלה שתבין.
מ: למה? חלק יודעים מה זה cc.

למרות שאכן במרבית המקרים החולים אינם יודעים לקרוא ונזקקים לסימון קו על מזרק או על כוסית כדי לדעת את כמות התרופה ללקיחה, מעוררים דבריו של הרופא את מחאתה של המתורגמנית. ההנחה שלו שהחולה אינה יודעת מה זה CC מכעיסה אותה והיא מסנגרת על בני עדתה.

אפשרות ברורה להבחנה בין סינגור על חולה מסוים לבין הגנה על העדה כולה מפני הכללה או דעה קדומה אפשר לראות במקרה הבא:

ביקור 8:

ר: בדקו אותה רופאה וגם עשתה פעמיים US. יש גבול. זה חרושת שמועות. ביטוח לאומי ייתן לה כסף.
מ: <u>דווקא נכון. אבל היא לא</u>. היא צעירה.

בניגוד למקרה הקודם בו חולקת המתורגמנית על הדעה הקדומה של הרופא, כאן היא מסכימה אתו לגבי התופעה בכלל, אך טוענת שהוא טועה לגבי החולה המסוימת.

הרגישות של המתורגמנית לפגיעה בבני עדתה היא כה גדולה עד שלעתים זו הופכת לרגישות יתר והיא רואה פגיעה או התקפה גם כשלא הייתה כלל כוונה כזו מצד הרופא. כך קרה במקרה הבא.

ביקור 13: זוג צעיר בא על מנת לקבל זריקה הורמונלית.

ר: מתי עשית את הבדיקות?

מ-ח-מ: ביום שלישי.

ר: למה לא באת יום אחרי זה? אז היינו יודעים והיינו יכולים לתת זריקה. קיימה איתו יחסים?

מחמ: <u>כן, זה בעל ואישה. מה?!</u>

בביקור הקודם נשלחה האישה לבדיקת הריון כדי לוודא שאינה בהריון והיא יכולה לקבל את הזריקה. נאמר לה לבוא למחרת לקבלה, אך היא חוזרת מספר ימים מאוחר יותר, ועל כן צריך הרופא לברר האם קוימו יחסים מאז הבדיקה. השאלה שהוא שואל היא אינפורמטיבית לחלוטין, אך המתורגמנית, מתוך רגישות יתר, במקום לתרגם את השאלה יוצאת מיד להגנתם כאילו הואשמו על ידי הרופא.

היבט שני של סינגור הוא עזרה לחולה מול הממסד. כך למשל, כאשר מגיע למרפאה חולה דובר עברית עם בעיה דחופה, הוא יכול להסביר לפקידה או לאחות את הבעיה ולהתקבל ללא תור. במקרה של חולה דובר אמהרית, המתורגמנית, אף על פי שהיא נמצאת בחדר הרופא, היא הכתובת היחידה שלו במרפאה. על כן, אפשר לראות מפעם לפעם, כאשר המתורגמנית יוצאת מהחדר לצורך זה או אחר, חולה הניגש אליה ומבקש דבר מה. המתורגמנית חוזרת אל הרופא ומנסה לדבר על לבו שיקבל את אותו חולה למרות שאין לו תור.

ניסיון כזה נרשם לדוגמה, בין שני מפגשים:

מ: מה עם התינוק. אולי תבדוק אותו? הם סתם מחכים.

ר: שיחכו. הם סתם באים. זה הופך להרגל.

מ: אנחנו אמרנו להם לבוא.

ר: אמרנו להם. אבל מה, הם לא רואים לבד?

מ: אז שלא יחכו?

ר: מחר בבוקר.

בסופו של דבר הוכנסו ההורים והילד עם התינוק החולה בהתערבותה של האחות שראתה בחוץ את מצבו של התינוק וחשבה שהרופא חייב לראות אותו.

גם כאשר החולה נמצא כבר אצל הרופא מתערבת המתורגמנית לעתים על מנת לקדם בדיקה או טיפול, כאשר נראה לה שהרופא אינו מתייחס ברצינות מספקת לתלונת החולה, או שהוא פוטר אותה בקלות. כך, למשל, במקרה הבא:

מ: יש לו כאבי ראש חזקים.

ח-מ: רוצה בדיקה של הראש

ר: איזה בדיקה?

מ: אני לא יודעת איזה בדיקה צריך בשביל הראש

ר: אין בדיקה בשביל הראש.

מ: <u>זה לא פעם ראשונה שבא בשביל הראש</u>.

ר: בוא למיטה

תסתכל לעיניים שלי (תרגום) אלי (תרגום) תגידי לו שיתכופף (תרגום) מה הוא מרגיש? מרגיש כאב או שמשהו יורד לו?

מ-ח-מ: משהו זז.

ר: שיעשה בדיקת לחץ דם אצל האחות.

מ: <u>אתה נותן לו משהו או שיעלה סתם</u>.

ר. למ.: אין דבר כזה שיעלה סתם. מקום ראשון לכאבי ראש זה סינוסים.

כאשר הרופא אינו נענה לבקשת החולה לבדיקת הראש, מתעקשת המתורגמנית ומזכירה לרופא כי אין זו הפעם הראשונה שהחולה מגיע עם אותה תלונה ולכן יש להתייחס לתלונתו ברצינות ואי אפשר לפטרו בלי בדיקה. בהמשך כאשר היא חושבת שהרופא שולח אותו "סתם" לבדיקת לחץ דם במקום להתייחס ברצינות היא חוזרת ומוודאת שהדבר נעשה מתוך כוונה רצינית. בחילופי דברים אלו בולטים קודם כל דווקא יחסי אי האמון של המתורגמנית כלפי הממסד בכלל או כלפי הרופא המסוים שעליו אינה סומכת שהוא אכן מטפל בתלונה במקצועיות. גם כאשר הוא שולח את החולה לבדיקה, אין היא נותנת בו אמון.

גם המקרה הבא מדגים התערבות של החולה כאשר נראה לה שהרופא אינו מקדם מספיק את הטיפול בתלונתה החוזרת של החולה. זהו מפגש שנמשך זמן רב ולכל אורכו אין המתורגמנית מרפה מהרופא עד שנראה לה שהתלונה זוכה להתייחסות הנאותה.

ביקור 33: החולה, אישה צעירה מתלוננת כבר 3 שנים על כאבי אוזניים.

המתורגמנית משוחחת עם החולה.

ר: מה יש?

מ-ח-מ: כאבי אוזניים.

....(המשך שיחה. הרופא בודק את האוזניים ולא מוצא שום דבר)

ר: אני רואה שכל הזמן נותן אנטיביוטיקה.

מ: <u>זה לא עוזר לה</u>.

ר: אני רואה.

מ: צריך לשלוח אותה

ר: אני שולח אותה לאא"ג.

...

מ: <u>היא מתלוננת כבר 3 שנים</u> וזה מקרין לצוואר. הייתה אצל אא"ג.

(ח. מתערבת. הרבה תנועות על כיווני הקרנת הכאב)

מ: הוא נתן לה כדורים בשביל הכאבים. זה עזר לה קצת. חשבה שזה עובר, אבל זה לא עבר. אולי זה משהו אחר.

...

הרופא כותב במחשב. למ: את רואה מה שכתבתי?

מ: בסדר.

ר: אם אני לא פה כשהיא חוזרת, תנסי להציע לדר' ש. שאני רציתי לשלוח לנוירולוג. את יודעת מה? אני עושה הפנייה לנוירולוג.

מ: <u>תשלח אותה ותראה</u>.

ר: רוצה שתעשה קודם בדיקה אצל אא"ג ועם התוצאות מבקשת תור אצל רופא נוירולוג.

מ: ממי צריכה לבקש? <u>אבל היא הייתה כבר שם</u>.

ר: אז...

מ: <u>אז לא עושים לה כלום</u>.

ר: אני לא בדקתי. לא יודע מה היה קודם. אני מטפל עכשיו

מ. מסבירה לח. מה היא צריכה לעשות. ח. שואלת שאלות הבהרה ומקשיבה.

(מ. נותנת לה שתי הפניות. מקפלת לה בצורה שונה את הדפים כדי שתדע איזה דף לאן. במחשבה שנייה שמה דף אחד בניילון כדי שתבדיל)

ר. מנסה להתערב בשיחה.

מ: רגע, אני מסבירה לה שלא תתבלבל.

מ. לרופא: <u>אבל כואב לה הכול</u>.

ר: בשביל זה אני רוצה שיעשו לה בדיקה יסודית.

המתורגמנית היא שיוזמת את שליחת החולה לרופא מקצועי כאשר הרופא לא מוצא דבר ("צריך לשלוח אותה"). הרופא משתכנע ומחליט לשלוח לרופא אא"ג. המתורגמנית שומעת מהחולה שכבר הייתה אצל אא"ג ועל כן מציעה לנסות כיוון אחר ("אולי זה משהו אחר"). בהמשך כאשר הרופא מחליט לשלוח את החולה לנוירולוג הוא מציע בדיקה קודמת אצל אא"ג שעם תוצאותיה תלך לנוירולוג. המתורגמנית מוחה על מה שנראה לה כהליכה מיותרת ("אבל היא הייתה כבר שם") וקוטעת את דברי הרופא באמירה בוטה ("אז לא עושים לה

כלום"). את השיחה היא מסיימת בדברי הזדהות עם סבלה של החולה ("אבל כואב לה הכול"). נראה כי המתורגמנית היא שדוחפת במפגש זה את הרופא להוסיף ולחקור את התלונה של החולה, שלדעתה סבלה מ"סחבת" במשך תקופה ארוכה. היא מציעה כיוון למחשבה, מציעה לשלוח לרופא אחר ומוחה על מה שנראה לה מיותר או טיפול לא מספק.

במקרה הבא ניתן למצוא דוגמה לסוגים שונים של הגנה על החולה. המתורגמנית מגינה על החולה המסוימת מפני טענתו של הרופא כלפיה, אך בהמשך מפנה אצבע מאשימה כלפי מרכז הקליטה וטיפולו הכושל בחולה.

ביקור 6: אישה צעירה שהרופא חשד בביקור קודם בגידול בבלוטת התריס ונשלחה לבדיקה, מגיעה עם תלונה בנושא אחר: קולות בבטן. הרופא מנסה לברר קודם כל מה קרה עם הבדיקה ששלח.

מ: יש לה כאבים גם ברחם. אני לא יודעת מה היא עשתה.
ר: היא הלכה לצוואר?
מ: <u>אבל היא באה בשביל</u>...
ר: אני שלחתי. אני רוצה לדעת.
מ: היא לא הלכה.
ר: למה לא עשתה?
מ: היא נתנה את הניירת למרכז קליטה.
ר: אבל אני רוצה לדעת.
מ: <u>מה אתה מאשים אותה</u>. היא נתנה את הניירת והם צריכים לקבוע.
ר: אז בשביל מה אני מטפל?
מ: <u>זה תשאל את המרכז קליטה</u>.

בשלב ראשון מנסה המתורגמנית להסיט את הרופא המתעניין בתוצאות הבדיקה ששלח ולהחזירו לנושא שלשמו הגיעה החולה למפגש זה. כאשר הרופא מתעקש על חשיבות הנושא ועל תשובה לגבי הסיבה שבגללה לא בוצעה הבדיקה, היא נחלצת להגנת החולה ומאשימה את מרכז הקליטה בהזנחת הטיפול. בהמשך היא מטלפנת למרכז הקליטה לברר מה עלה בגורל ההפניה לבדיקה:

מ. (מטלפנת למרכז הקליטה): הביאה הפנייה ל - US של בלוטת התריס. מה קרה עם זה?
ר: יש תור לפחות?
מ: דר' א.י. רוצה לדעת.
ר: אם יש חלילה סרטן ונשאר ככה. הם לא רציניים.

מ: תבדקי, אני ממתינה.... אין לך? היא נתנה לה. באמת, רניה, זה 3 שבועות. היא נתנה לכם. היא אמרה. הפניה ל- US. אם יש לה סרטן, אז מה? אולי אבד לכם. הנה, אני מוציאה עכשיו העתק. אז אני אקבע לה

ר: זה לא רציני. מה עכשיו?

ח-מ-ח: לא יודעת מה להגיד לך. (לא מתרגמת)

ח:.... (לא מתרגמת)

מ: יש לה פול הפניות ולא עשו לה כלום.

ר: בקשה חדשה. דחוף!

המתורגמנית שהצליחה לשכנע את הרופא כי מרכז הקליטה הוא האשם בהזנחת הטיפול בהפניה הדחופה, משתפת איתו פעולה בהמשך הטיפול. היא מתקשרת למרכז הקליטה ומבררת היכן נעצר הטיפול במקרה ומתנדבת לקבוע תור במקומם. כאשר מסתבר בדיעבד שמרכז הקליטה אכן קבעו תור ורק לא יידעו את החולה, היא מצלצלת למרכז הקליטה ונוזפת בהם שוב על אופן עבודתם:

מ: התקשרתי לקבוע לה תור ואמרו לי שיש לה כבר תור. אתם קבעתם ואיבדתם את הנייר ולא אמרתם לה... שתדעו לפעם הבאה. אם לא הייתי מתקשרת ומעדכנת, לא הייתה הולכת. הייתם שוכחים.

במהלך פגישה זו משמשת המתורגמנית בראש ובראשונה כסנגורית של החולה המואשמת שלא כדין באי ציות להוראות החולה. בהמשך היא מובילה אותה, ובמידה מסוימת גם את הרופא, בנבכי הממסד המורכב במקרה זה ממספר גורמים – הרופא, מרכז הקליטה ומרכז זימון התורים של קופת החולים. בין כל אלה "הלך לאיבוד" הטיפול במקרה הדחוף של החולה, והיא לא רק שמיישרת את ההדורים אלא דואגת גם להוכיח את הראוי לדעתה לתוכחה על התנהלות לא יעילה.

בסיפור זה הגנה המתורגמנית על חולה מפני "נפילה בין הכסאות" בין הגורמים השונים המטפלים בעולה. במקרים אחרים אין היא מהססת להביע את כעסה ומחאתה בצורה חריפה יותר:

ביקור 4: אישה מבוגרת מגיעה עם קרובת משפחה צעירה המתרגמת בשבילה. מיכל משתתפת בשיחה אך לא בתפקיד מתורגמנית. אולי בשל כך יש לה יותר פנאי למלא את תפקיד הסנגור בצורה הרבה יותר נחושה מאשר בפעמים אחרות:

ר: זה הכדור שקיבלה באתיופיה?

מלווה-חולה-מלווה: לא.

ר: כן, בצבע אחר אבל זה.

למתורגמנית: אסור להוריד כדור בבת אחת. טוב שהיא באה.

מ: כשהיא באה פעם ראשונה, אמרה שסבלה כבר באתיופיה. <u>למה לא טיפלו</u>?

ר: אני ראיתי אותה פעם אחת ואמרתי לה שתבוא.

מלווה: זה בגלל המשרד

ר: אני פה. היא לא צריכה משרד. עכשיו מה שיש לה לא משחקים. חייבת בית חולים.

מלווה-ח-מלווה

מ: טעות של א. (עובדת במרכז הקליטה) **מצד אחד. <u>יש פה טעות. משחקים באנשים</u>**

ר: כבר התייאשת? מה זה?

מ: אני?

ר: לא להגיד משחקים.

מ: <u>זה מטריף אותי. זה לא פעם ראשונה. אני פה פחות מחודש. כל הזמן שומעת בעיות ולא מטפלים</u>.

במקרה אחר, הרופא מדבר בטלפון ומנסה לסדר תור לילד שהיה אמור להתאשפז להשתלת קרנית. בגלל בעיות תקשורת של האם עם רופאה בבית החולים הפסיד הילד את התור. המתורגמנית מתפרצת:

מ: ... זה בעיה שלה (של הרופאה)**, <u>היא לא דיברה כמו שצריך</u>. הרופאה לא אמרה לי את הדבר הזה. היא רק אמרה שביום ג' השתלת קרנית. עכשיו צריכים להמתין להשתלה אחרת. היו צריכים להסביר כמו שצריך. לא "תבואי ביום א'". מסכנה, לא נתנו לה מתורגמנית. מי שמעל 10 חודשים לא נותנים לו. גם דר' ש. אמר שילכו לבד. אבל הם לא מדברים. סתם חבל.**

פונה אלי: עזבי אותי. גם א. לא מטפלת כמו שצריך. <u>אף אחד לא אכפת לו</u>. <u>גם הרופאים לא מטפלים כמו שצריך</u>. דיברתי עם א. <u>מה זה מגעילים פה</u>. מרכז הקליטה על הפנים. הרופאים – כנ"ל.

בהמשך הוסיפה:

מרכז הקליטה שלחו בלי מתורגמנית, כי לא שולחים מתורגמנית מעל עשרה חודשים בארץ – זה הכלל. שלחו בלי מתורגמנית, אז לא עשו כלום. <u>זה זלזול</u>.

7.5 איש צוות דו-לשוני

בעוד שבסעיף הקודם תוארה המתורגמנית כאשר היא מצדדת בחולה, בסעיף זה תתואר המתורגמנית כאשר היא פועלת כחלק מהצוות הטיפולי. ייבחנו כמה פעולות שהיא

עושה שמהן ניכר שהיא רואה עצמה כחלק מהצוות ושהיא נתפסת ככזו על ידי אנשי הצוות האחרים וכן שהיא משמשת בפועל כאיש צוות ולא רק בתפקיד מתורגמנית.

אחד מתפקידיו המוסכמים של המתורגמן במקומות שונים, הוא הובלת הראיון הראשוני בתחילת המפגש ודיווח לרופא על ממצאיו. כשיגרה, נפתח כל מפגש רפואי בסדרת שאלות של המתורגמנית אל החולה, לעתים לאחר שהרופא שאל שאלה כללית כגון "מה הבעיה" ולרוב אף לפני שהרופא מתפנה אל החולה. בסופה של חקירה זו מדווחת המתורגמנית לרופא בתמציתיות מהי תלונתו של החולה. בפרטים השונים שקיבלה בזמן החקירה מטפלת המתורגמנית באופנים הבאים:

א. כשהרופא שואל שאלות נוספות המתורגמנית עונה מבלי להפנות את השאלה לחולה, מאחר וקיבלה את המידע מן החולה בתחילת המפגש.

ב. המתורגמנית מוסיפה מידע שקיבלה במהלך התשאול, גם כאשר הרופא אינו שואל, כאשר הדבר נראה לה רלבנטי.

ג. המתורגמנית נמנעת מלהעביר מידע לידי הרופא, בהניחה שאינו רלבנטי לאבחנה. מידע זה יכול להיות החלק ה"סיפורי" של האירוע, האופייני לדרך שבה מתארים חולים יוצאי אתיופיה את תלונותיהם, ושעשוי לכלול פרטים חשובים לאבחון.

כך למשל, מוסרת המתורגמנית את המידע שקיבלה בתשובות לשאלות ששאלה בתחילת המפגש המתואר להלן.

ביקור 3: בתחילת המפגש הרופא עסוק בהפניית חבר קיבוץ לבית חולים. המתורגמנית משוחחת בינתיים עם החולה.

ר: מה היא רוצה?

מ: היא עוזבת מחר.

ר: לאיפה?

מ: לחיפה.

ר: צריך לרשום לרופא שם את הטיפול התרופתי שמקבלת.

(ר. כותב על המחשב מכין המכתב. בינתיים מתנהלת שיחה בין מ. לח.)

ר. היא לוקחת את הטיפול התרופתי שנתן לה הפסיכיאטר?

מ. לא. היא הפסיקה לקחת.

ר: נרשום לה במכתב שהיה לה שחפת פעילה. סיימה טיפול.

מ. היא עושה עכשיו אינהלציה בעצמה.

ר. חוזר למחשב. סדרת שאלות בין מ. לח. ביוזמתה של מ.

ר: מה היא אומרת מעבר למכתב?

מ: רוצה מרשם לאינהלציה.

בתשובה לשאלת הרופא מסבירה המתורגמנית לרופא את מטרת הביקור. על שאלתו לגבי הטיפול התרופתי היא עונה בלי לשאול את החולה לאור המידע שקיבלה בהתחלה. בהמשך היא מוסיפה עובדה שסופרה לה על ידי החולה (השימוש באינהלציה) למרות שלא נשאלה על כך ספציפית. כפי הנראה משום שסברה שחשוב שהרופא ידע. בהמשך לאחר שיחה נוספת עם החולה, היא עונה לשאלתו של הרופא לגבי מטרה נוספת של הביקור.

ביקור 12 : מגיע ילד עם פנס בעין מלווה על ידי אמו.

שיחה מ.-אמא בזמן העברת הכרטיס

הרופא (מדבר בעברית אל הילד): כמה זמן בארץ? כמה זמן יש לך את זה?

ילד: מאתמול.

ר: קיבלת מכה?

ילד: כן.

מ: ילדים הרביצו לו.

ר: בגלל שקיבל מכה בעין. הנפיחות לא מפחיד. אבל המכה צריך ללכת לרופא עיניים (תרגום)

מ. מבררת את הטלפון של המרפאה בה יש רופא מקצועי. מצלצלת למרפאה לברר אם יש עכשיו רופא עיניים.

המתורגמנית משוחחת עם האמא והילד ומקבלת את פרטי התלונה. בהמשך מוסיפה את הפרטים על פי הצורך ושאלות הרופא.

המקרה הבא דומה בכך שהמתורגמנית מוסרת מידע לרופא שלא על סמך תרגום ישיר ומידי של דברי החולה. אולם, הפעם מדובר בידע הזכור לה ממפגש קודם ולא בכזה שהתקבל בראיון הראשוני.

ביקור 19 : תוך כדי בדיקת הילד שם הרופא לב לכך שיש לילד בקע סרעפתי.

ר: איזה אוזן? אמא, זה בסדר. רוצה לראות קודם. גם פה קצת אודם. בוא נראה באוזן השנייה. פה יש מוגלה. כאן כנראה יש נקב. תפתח ת'פה. שקדים גדולים כמו בפעם שעברה.

בקע סרעפתי. כשהוא משתעל זה גדול. צריך לדאוג שלא יהיה גדול.

מ: גם לתינוק יש, אתה זוכר?

דוגמה זו מראה כמה מעורבת המתורגמנית במעשה הטיפולי, וכיצד מרגישה חופשית היא לתרום את חלקה לטיפול גם כשאין הדבר נדרש מבחינת תפקידה כמתורגמנית.

היותה של המתורגמנית חלק מהצוות בא לידי ביטוי גם בהיותה שותפה להתייעצות ולקבלת החלטות. כך במקרה הבא (ביקור 9), מתייעצים הרופא, האחות והמתורגמנית האם לשלוח לבית החולים אם עם תינוקת המטופלת באנטיביוטיקה ומקיאה כל דבר שאוכלת, או להשאירה למעקב אצלם.

ר: תראי אמא. יש שתי אפשרויות: אחת, שנשלח לבי"ח שיעשו בדיקת שתן ויראו אם הילדה יבשה. אם כן, יתנו נוזלים דרך הוריד ויחוררו את הוריד. השנייה, אנחנו כאן עד 5:00.
(התייעצות של הרופא עם המתרגמת והאחות בלי לערב את האם. מחליטים לחכות עד הערב)
מ. מסבירה לאמא איך להשקות את הילדה במזרק.
ר: ללכת הביתה. לתת לה קצת מהחזה, קצת מהמזרק. שתבוא שוב בשעה חמש. אם הקיאה שוב נשלח לבית חולים. (תרגום)
אמא: בסדר.

כאשר מרגישה המתורגמנית חלק מהצוות הרפואי היא רואה עצמה שותפה לרופא באבחון הבעיה. כך היא אף מרשה לעצמה להעלות הצעות לגבי טיפול או בדיקה או אף השערה לגבי סיבת הבעיה.

בביקור 5 רוצה הרופא להתחיל בירור למציאת הסיבה שבגללה לא נכנסת החולה להריון. אחרי הטיפול בבעיה שלשמה הגיעה למפגש הוא אומר:

ר: ושתקבע ביום חמשי עם בעלה. נשלח לצילום רחם.
מ: אולי לוקחת משהו? שואלת את ח.
מ: לקחה משהו באתיופיה. פה לא.

המתורגמנית היא שמעלה בפני הרופא את האפשרות שהחולה משתמשת באמצעי מניעה, וביוזמתה שואלת את החולה ומדווחת לרופא.
בביקור אחר (ביקור 13) שוב באותו נושא, לאחר דיון בהבדלים בלוחות השנה הישראלי והאתיופי, פותחת המתורגמנית ביוזמתה ומעלה את האפשרות שהבעיה מקורה בבעל ולא באשה:

מ: אולי הבעיה אצלו.
ר: לא רצים מהר. לא עושים כלום עד שעוברת שנה. כדאי אולי לעשות US, לראות את מערכת המין. שאם הבית תקבע לה תור לרופאת נשים.

ובמקרה אחר (ביקור 10):

מ: אומרת שמתעטשת הרבה. אולי זה אלרגיה.

תחושת המתורגמנית כחלק מהצוות הטיפולי מתגלה מפעם לפעם גם בצורת השיחה שלה עם אנשי הצוות. כך למשל במספר מקרים אנשי הצוות מחליפים ביניהם הערות לחיוב או לשלילה על החולים. אמנם אין אלו דוגמאות הממחישות מילוי תפקיד של איש צוות טיפולי, הן מעידות על תחושתה של המתורגמנית וכן על יחס הצוות כלפיה.

ביקור 2: בזמן שהחולה יושבת מולם מחליפים הרופא והמתורגמנית ביניהם דברים על החולה:

ר: "גם עושה תנאים"
מ: "היא מבוגרת. היא נראית בת 80."
ר: "היא נראית מבוגרת. הגיל האמיתי שלה זה 60."

במקרה אחר אפשר לראות שגם הרופא רואה בה חברת צוות "מהצד שלו" כאשר הוא אומר לה (ביקור 4) על החולה: **חשדנית נורא. תראי איך שהיא מסתכלת.**

ביקור 40: אשתו של חולה באה אחרי שבועיים לחדש מרשם של תרופה ללחץ דם שקיבל בעלה לשלושים יום.

מ. מסבירה לה. (ה. מתווכחת.)
ר: מה עשתה עם הכדורים?
מ: אכלה אותם כנראה. הם סתם לוקחים.
ר: זה מסוכן. זה לא סוכריות.

המקרה הזה, בנוסף להיותו דוגמה נוספת ל"אחוות" המתורגמנית והרופא הבאה לידי ביטוי בצורת הדיבור שלהם על החולה, מדגים גם כיצד מקומה של המתורגמנית עצמה באקולטוריזציה משפיע על המקום שבו היא נמצאת בהזדהות בין התרבות הביו-רפואית לתרבות החולה. כך גם המקרים הבאים.

ביקור 7: החולה, בת ה-74, מבקשת הקזת דם כטיפול לבעיית כאבי הבטן שמהם היא סובלת. כפי שצוין בסעיף 4.2.1 לומדים יוצאי העדה האתיופית להבחין בין תלונות ובקשות שיש

להפנות לרופא המערבי, לבין אלו השייכות למרפא המסורתי. יש להניח שבשל גילה המבוגר, או בשל היותה עולה חדשה יחסית טועה החולה לבקש טיפול מסורתי מרופא מערבי.

ר: מה היא רוצה?

(מ. ממשיכה להקשיב לחולה ולדבר. צוחקת.)

מ: רוצה לעשות הקזת דם.

ר.(צוחק): אנחנו נדאג לך להקזת דם. אל תדאגי. נעשה לך בדיקת דם וזה יהיה כמו הקזת דם. בסדר? (תרגום.)

המתורגמנית מתרגמת אמנם את בקשת החולה אך צוחקת תוך כדי התרגום. הצחוק מחבר אותה לצד של הרופא, כאשר שניהם שותפים להסתכלות המחויכת על בקשת החולה.

כך גם במקרה הבא. החולה מגיע עם סדרה של תלונות, דבר האופייני לעולים רבים הבאים למפגש עם מספר תלונות. בנוסף, התלונה עצמה נראית לה מוזרה.

ביקור 22 :לאחר דיון על תלונתו הקודמת, מעלה החולה תלונה נוספת:

מ (צוחקת): יש לו טענה אחרת: דם מהאוזניים.

ר: תמיד באים עם כמה תלונות.

מ: כי הם מחכים עד שזה יחמיר.

למרות הצחוק, בסופו של דבר מתעשתת המתורגמנית וחוזרת לתפקיד הסנגור ומסבירה לרופא את הסיבה לריכוז התלונות.

כחלק מהצוות וכזו המזמינה את החולים להיכנס לרופא, מוצאת עצמה המתורגמנית גם בתפקיד של "סדרנית" של התור. במקרים אלו היא ניצבת ביחד עם הצוות כולו הדואג לסדר העבודה ולאפשרות קבלה של כל המוזמנים בצורה מסודרת ויעילה.

כך קרה באחד הימים כאשר שני זוגות של עולים חדשים הגיעו לביקור ראשוני ללא תיאום מראש מצד מרכז הקליטה.

ר: מה אני אעשה? באו עולים חדשים.

מ: אבל זה לא בסדר. צריך להודיע.

ר: לא הודיעו לכם ביום חמישי? לכולם יש תור?

מ: כן. הם יודעים שאני לא מכניסה.

מ: אבל היו מלא בלי תור ואתה הכנסת אותם. הם רשומים. כולם רשומים?

ר: איך אפשר לחנך אותם? תגידי, את ותיקה.

מ: אתה הכנסת אותם. אני לא רציתי

בדוגמה זו משתקפים ההזדהות של המתורגמנית עם הצוות הרפואי מול מרכז הקליטה (״אבל זה לא בסדר״). המודעות שלה לביצוע שלה את התפקיד (״הם יודעים שאני לא מכניסה״) וכן מעמדה השווה לשל הרופא בתחום זה הבא לידי ביטוי בויכוח ביניהם.

היותה של המתורגמנית חלק מהצוות הטיפולי מעמיד אותה לעתים בקונפליקט מול תפקידה כסנגורית של החולה. כך קורה כאשר היא משמשת כ״סדרנית״ היא נתונה מצד אחד ללחצים מצד החולים לנסות ולעזור להם להיכנס ומצד שני היא מודעת לקושי ולצרכים של הצוות המטפל. הקונפליקט גדול אף יותר, למשל, במקרה שבו מצפה ממנה הצוות שלא לספר דבר מה לחולה, דבר העומד בניגוד לאינטרס שלו. המקרה הבא מדגים מצב כזה.

ביקור 10: תינוק בן חודש מגיע לביקורת אחרי שבמהלך הלידה נגרם לו נזק כפול: שבר בעצם הבריח ושטף דם בראש. הרופא מפנה את ההורים לבדיקה בבית חולים אחר וכן מדווח על מה שכבר עשה מול בית החולים שבו נולד התינוק. הרופא נסער מאד מהנזק שנגרם ומהתנהגות בית החולים. הוא מדבר בטלפון עם מרכז הקליטה:

ר: לא אמרתי להורים שום דבר, אבל אני חושב שצריך לטפל בזה. אתם. אני מוציא עכשיו מכתב. שולח אותו לבית חולים למחלקת יילודים שיבדקו אותו. תקבעו תור. שתסבירו למה מבקשים תור מהיר. אחרי שיחווה דעתו. כדאי שמדריכה תהיה שם. מישהי שיכולה להבין, לשאול שאלות. ואז נוכל להתקדם קדימה. אני אדבר עם מנהלת המחלקה. הם לא כתבו למה קרה ומה קרה. מה זה? ילד בא לבית חולים וגורמים לו טראומה כזו...

מ. מתחילה לדבר עם האב.

ר: <u>אל תסבירי לו שום דבר</u>.

מ: אני מסבירה לו שנותנים לו הפניה. <u>אני לא מסבירה לו שום דבר</u>.

במקרה זה נראה, לכאורה, שהמתורגמנית מזדהה עם הממסד ונענית לבקשתו / הוראתו של הרופא שלא לשתף את ההורים בביקורת על בית החולים. יש להניח כי היא עושה זאת, למרות האמפתיה שהיא חשה כלפי ההורים, מכיוון שהרופא עצמו שותף גם כן להרגשתה והיא רואה כמה הוא משתדל לפעול למען התינוק במספר מישורים.

כפי שתואר קודם, בחלק מהמרפאות מוקדש חלק ממשרתה של המתורגמנית לעבודה משרדית, כך שזו, גם אם היא מתבצעת בחדרו של הרופא בשעות עבודתה כמתורגמנית, יכולה להיחשב חלק מעבודתה. אולם, במקרים רבים ביצעה המתורגמנית מטלות שאינן נכללות

בהגדרה של עבודה משרדית. הכוונה למטלות כגון: שקילה ומדידה של החולים, בדיקת שתן, החלפת נייר על מיטת הבדיקה, עזרה לרופא בכתיבת מכתבים ועוד. יתכן לראות ביצוע תפקידים אלו כנובע מחוסר מודעות או מקצועיות של המתורגמנית שאינה מקפידה על מעמדה ועושה "עבודות שירות" שונות לרופא. יש להניח כי יש גם בהנחה זאת מן האמת, ואולי מודעות של המתורגמנית למקצועה ולמעמדה הייתה גורמת לה להתקומם כנגד חלק מהמטלות. אולם, מהצפייה במפגשים רבים עולה שביצוע תפקידים שונים אלו יכול לנבוע גם משתי סיבות אחרות:

א. <u>האווירה הבלתי פורמלית השוררת במרפאה</u>: זו גורמת הן לרופא והן למתורגמנית לחרוג מהפרוטוקול ולבצע מטלות קטנות. מאחר ועבדו תקופה ארוכה ללא אחות במרפאה התרגלו שניהם לבצע מטלות מסוימות על מנת לייעל את העבודה, והדבר נמשך גם עכשיו. הרופא עצמו מבצע תפקידים שאינם בתחום תפקידו וכך מצופה גם מהמתורגמנית. כמו כן, המתורגמנית מגיעה לעבודה וממנה בטרמפ עם הרופא העובד גם כן בעיר מגוריה, כך שמערכת היחסים ביניהם היא בלתי פורמלית ועל כן אך טבעי הדבר שבבואם תכין כוס קפה לשניהם וכיו"ב.

ב. <u>סיבות טכניות הקשורות בתרגום</u>: אילו היה החולה חוזר עם הבדיקה לאחות דווקא ולא לחדר הרופא, הייתה זו צריכה לקרוא למתורגמנית כדי לתת לו הוראות או לתקשר איתו. דבר זה היה מפריע לעבודת הרופא והמתורגמנית וגוזל זמן יקר. כמו כן, מאחר ואין החולה יכול לשקול את עצמו ולדווח לרופא, על המתורגמנית להורות לו כיצד לעשות זאת ואז ללכת לקרוא את התוצאה על המשקל (מרבית החולים אינם קוראים ולכן אינם יכולים לדווח לה באמהרית את תוצאות השקילה). מבחינה מעשית, העובדה שהיא הולכת עם החולה ושוקלת אותו מונעת סרבול מיותר וחוסכת זמן.

נביא מספר דוגמאות לתפקידים שונים שמבצעת המתורגמנית ושאינם נכללים בתחום תפקידה הפורמלי.

ביקור 11: אישה חולת סוכרת באה להתייעצות מלווה בבעלה.

מ: היא ירדה 8 ק"ג מאז שבאה לארץ.

ר: איך יודעת?

מ: בעלה אומר.

ר: תשקלי אותה. נמדוד גובה.

(המתורגמנית שוקלת ומודדת)

ביקור 8:

(ח. חוזרת עם השתן. המתורגמנית מוציאה מקל בדיקה ומבצעת את הבדיקה).

מ: לא רואים פה כלום

ר: חכי רגע. לא חיכית מספיק. (יוצא אל המתורגמנית לחדר הסמוך)

ביקור 3: חולה עוזבת את מרכז הקליטה ובאה לקבל מכתב לרופא המטפל במקום מגוריה החדש.

מ: (הולכת למשרד להביא מעטפה למכתב של הרופא. מביאה מספר מעטפות) שיהיה לנו כאן

ר: כשהיא באה לרופא שם, הוא מזמין את התיק שלה. תגידי לה. היא נותנת לו את המכתב והוא מזמין. הכל יעבור מהמחשב שלי למחשב שלו.

ח. שואלת שאלה.

ר. למ.: "שימי במעטפה. תסגרי אותה... איזה תרופה? ...

מפגש זה מתרחש במרפאה שבה אין המתורגמנית ממלאת תפקיד משרדי. אף על פי כן נראה שהיא מבצעת את השליחות באופן טבעי, ואף מפגינה אחריות מעבר כאשר היא דואגת למלאי מעטפות שיהיה בחדר הרופא לשימוש בפעמים נוספות. אנו רואים שגם הרופא מקבל זאת באופן טבעי, כאשר הוא מורה לה לשים את המכתב במעטפה ולסגור אותה.

במקרה אחר מבקש ממנה הרופא לנסות להשיג תרופה לחולה ממרפאת הקיבוץ כדי שלא יצטרך לחכות עד למחרת כדי להתחיל בטיפול.

ר: ניתן לו מוקסיפן, טיפות עיניים ו .... את יכולה להשיג ממנה? את יכולה לנסות.

המתרגמת הולכת לאחות בחדר השני כדי לבקש טובה עבור החולה.

מקרה זה, מעבר להיותו דוגמה לתפקיד נוסף שממלאת המתורגמנית, מוכיח שוב כי הרופא רואה זאת כמובן מאליו, למרות שאין כאן צורך בתרגום כלשהו.

ביקור 41: הרופא מפנה חולה לרופא מקצועי וכותב לו מכתב.

ר. כותב במחשב מכתב לרופא אא"ג. (פונה למ) רואה מה שכתבתי?

מ: בסדר.

ר: אם אני לא פה כשהיא חוזרת, תנסי להציע לדר' ש.מ. שאני רציתי לשלוח לנוירולוג. את יודעת מה? אני עושה הפנייה לנוירולוג.

מ: תשלח אותה ותראה.

בדוגמה זו רואים קודם כל תפקיד נוסף שממלאת המתורגמנית – תיקון העברית של הרופא. בגלל שהרופא בעצמו עולה שאינו שולט בעברית בצורה מלאה הוא מבקש מהמתורגמנית שתתקן את העברית שלו כאשר הוא כותב מכתב (הוא עצמו סיפר על כך בראיון. ראה עמוד 88). אפשר לראות גם כי הרופא רואה במתורגמנית אשת צוות לכל דבר, ומכיוון שהוא עצמו משמש רופא מחליף, הוא מבקש ממנה להציע לרופא הקבוע כשיחזור, לשלוח את החולה לנוירולוג. כאשר הרופא מחליט בסופו של דבר לשלוח בעצמו את החולה לנוירולוג, מביעה המתורגמנית תמיכה בהחלטתו, דבר המעיד כי היא מרגישה כחלק מהצוות המחווה דעה בעניין הנידון. בהמשך היא מבררת עבור הרופא איפה ומתי יש רופא מקצועי, כדי שיחליט על המשך הטיפול. מאחר ואין כרגע רופא עיניים והרופא מחליט לשלוח את הילד למיון, המתורגמנית יוצאת עם האם והילד למשרד כדי לסדר להם הפנייה לבית החולים.

7.6 מתאם תקשורת

פתרון בעיות תקשורת ומניעתן מתבצע בכמה אופנים: על ידי השפעה על תוכן השיחה באמצעות עידוד שאלות, על ידי וידוא הבנה וכיו"ב, על ידי יצירת אווירה חיובית המעודדת תקשורת, על ידי וויסות האינטראקציה או זרימת המידע על ידי חלוקת התורות ותזכורת לכללי האינטראקציה.

יצירת אווירה חיובית ומעודדת מתבצעת כלפי החולים בשפה האמהרית ולכן אין לכך ראיות בחלק העברי של המפגש. אף על פי כן, כאשר באחד המפגשים החולה הייתה ילדה דוברת עברית קיבלה אותה המתורגמנית במחמאה לבגדיה וזאת על מנת להשרות אווירה ויחסים טובים.

ביקור 17:

ר: שלום, שלום.
מ: איזה בגדים יפים יש לאדיסה. מי קנה לך?

שוב, קשה לראות, ללא תרגום דבריה באמהרית, אם המתורגמנית מעודדת את החולים לשאול שאלות, אם כי על פי עדותה בראיון היא עושה זאת לעתים קרובות. כך גם וידוא ההבנה נעשה בעיקר בשפה האמהרית ועל כן יש רק ראיות עקיפות לכך, בדרך כלל הצהרתה של המתורגמנית מיד אחרי ההסבר כי היא הסבירה לחולה או כי שאלה אותו אם הבין. זאת היא עושה בדרך כלל כאשר הרופא שואל אותה אם החולה הבין, האם הסבירה וכן

הלאה. לא נצפו מקרים בהם וידאה המתורגמנית הבנה של הרופא את החולה, או מקרים בהם עודדה אותו לשאול דבר מה את החולה. ההסבר לכך נעוץ מן הסתם ביחסי הכוחות בינה לבין הרופא שמונעים ממנה אף את האפשרות לראות עצמה יכולה "ללמד" את הרופא.

ביקור 2: אישה מבוגרת לאחר התייעצות בנושא תזונה.

ח. שואלת שאלה. מ. עונה.

ר: הבינה כל מה שאמרת לה?

מ: כן.

תפקידה העיקרי כמתאמת תקשורת בא לידי ביטוי בשני אופנים. א. בשמירה על זכותו של כל צד לומר את דברו, כלומר בחלוקת התורות בזמן השיחה. ב. בהחזרת הדיון לנושא שלשמו בא החולה למפגש.

א. כאשר הדוברים נכנסים אחד לתוך דברי השני, דואגת המתורגמנית לשמור על זכותו של הדובר לסיים את דבריו.

ביקור 27: חולה עם דלקת פרקים מגיע עם תלונה על כאב ראש

ר: מה עם התרופה הקבועה?

מ: כן, לוקח.

ר: מה זה לוקח? לא לקח הרבה זמן.

מ: אומר שיש לו עדיין.

ח-מ: מה שאתה הבאת לו.

ח מדבר ארוכות עם תנועות ידיים להצבעה על מקומות הכאב

ר. (מפסיק אותו באמצע) מה עם...?

מ: שנייה

(ח. ממשיך לדבר)

המתורגמנית אינה מאפשרת לרופא לקטוע את דבריו של החולה, אומרת "שנייה" ומאפשרת לחולה לסיים את דבריו.

ביקור 41: המתורגמנית מסבירה לחולה לגבי ההפניות השונות שקיבלה.

מ. נותנת לה שתי הפניות ומסבירה מה היא צריכה לעשות. החולה שואלת שאלות הבהרה ומקשיבה.

ר. מנסה להתערב בשיחה.

מ: רגע, אני מסבירה לה שלא תתבלבל.

ב. לעתים קורה בעת המפגש שהרופא מוביל את השיחה לכיוון שונה מזה שלשמו בא החולה, אם זה בגלל שהוא מעוניין לברר נושא שעלה בביקורו הקודם של החולה, או שאלה שעלתה תוך כדי המפגש. המתורגמנית דואגת להחזיר את השיחה לתלונת החולה, גם אם לפעמים היא צריכה לחזור ולהתעקש מול הרופא.

ביקור 43: החולה באה עם תלונה על כאבים בבטן ואילו הרופא שואל על בדיקה ששלח אותה לעשות בביקור הקודם עקב חשד לגידול בבלוטת התריס.

חילופי דברים ארוכים בין ח ל-מ

מ: יש לה כאבים גם ברחם. אני לא יודעת מה היא עשתה.

ר: היא הלכה לצוואר?

מ: <u>אבל היא באה בשביל</u>...

ר: אני שלחתי. אני רוצה לדעת.

מ: היא לא הלכה.

הרופא שואל על הבדיקה ששלח. המתורגמנית מנסה להחזיר אותו לדיון בעניין שלשמו באה החולה. אמנם יש כאן חוסר הבנה שלה לדחיפות הבעיה הראשונה – חשד לגידול סרטני – אך מצד שני היא מגלה כאן רצון לתאם את התקשורת בין הרופא לחולה ולהחזירה למסלול של נושא המפגש. בהמשך, לאחר שהם מטפלים בנושא ההפניה היא מחזירה שוב את הרופא לדיון בתלונה החדשה.

מ: אז מה אתה מביא לה עכשיו. <u>ומה על מה שהתלוננה עכשיו</u>?

ר: זה סיפור חדש. מה התלונה?

ביקור 13: זוג צעיר מגיע לקבל טיפול לאחר שבפעם הקודמת נשלחה האישה לבדיקת דם עקב תלונות על סחרחורות. לאחר הבירור הראשוני מדווחת המתורגמנית לרופא:

מ: עשתה בדיקות דם.

ר: מתי?

מ-ח-מ: שלישי שעבר.

ר: זאת היא שבהריון? דומה לה... אה. סחרחורת. בדיקת דם. (עובר על התוצאות: סוכר בסדר... בסדר...) כמה זמן בארץ?

בעל: 7 חודשים.

ר: את לא אוכלת טוב? מרעיב אותך בעלך? (תרגום. צחוק.)

בדיקת הריון שלילית. רוב הבדיקות בסדר.

ח: מספרת סיפור ארוך.

מ: עשינו לה בדיקות הריון כדי לתת לה זריקות.

ר: אבל זריקה עושים רק בזמן המחזור.

מ: שואלת

ר: מתי עשית את הבדיקות?

...

הם רוצים הריון?

מ: כן. <u>אבל היא באה בגלל סחרחורות</u>

ר: שתעשה לה א.ק.ג. ולחץ דם. כמה שותה ביום?

גם במקרה זה מחזירה המתורגמנית את הרופא לנושא שלשמו הגיע הזוג, אחרי שהשיחה נעה בין שני נושאים שונים.

הדוגמה הבאה ממחישה דווקא מה קורה כאשר המתורגמנית אינה ממלאת תפקיד של מתאמת תקשורת.

ביקור 11: חולת סוכרת באה למעקב על הסוכרת ובסוף המפגש מעלה בקשה נוספת, לקבל שוב זריקה נגד כאבים בגב התחתון.

מ: אה. זוכר שהבאת לה זריקות לגב תחתון. רוצה עוד פעם.

ר: (לא עונה. נותן הבדיקות. למ:) תסבירי לה.

ר: תקשיבי. גם חלב 0% אסור להם. צריכים דיאטנית. לכי תסבירי להם. זה בעיה. זה לכאבי גב. זה כדורים. תסבירי.

ח. אישי. אישי. תודה תודה.

החולה מבקשת זריקה כמו שקיבלה לפני מספר חודשים. הרופא לא מתייחס לבקשתה, אולי משום שלא שם לב אליה או אולי בגלל שהוא מעדיף לתת כדורים. המתורגמנית אינה מזכירה לו את בקשת החולה ואינה דואגת לניהול משא ומתן בין הרופא לחולה להחלטה בין זריקה לכדורים.

7.7 מפיס

הגדרת תפקיד הפיוס אצל מרליני ופברון (Merlini and Favaron, 1993) מתייחסת לשתי הקונוטציות של המילה "reconciliation". האחת – מלשון קונסיליום בלטינית משמעותה פגישה, אספה, כלומר פיוס משמעותו קירוב האנשים זה לזה על ידי סיפוק סביבה תקשורתית משותפת. השנייה – פיוס במצב של קונפליקט על ידי הפגת מתחים וניהול משא ומתן. הביטויים המעשיים של הפיוס הינם התאמות לקסיקליות, שינוי המשלב, צפיה מראש

שתהיה בעיית הבנה ופתרונה על ידי פרפראזה או הסבר מידי, התערבויות אוטונומיות של המתורגמן, בקשת הבהרה, הסבת תשומת לבו של אחד הצדדים לאי הבנה של הצד השני, השמטה של אלמנטים טכניים ופישוט דברי הרופא ועוד.

ההיבט של קירוב ודאגה לסביבה תקשורתית משותפת נידון למעשה בהרחבה בסעיפים הקודמים בתיאור תפקיד המתרגם, הסנגור ומתאם התקשורת. כמו כן, קשה לדון בהיבט של הפגת המתחים הבא לידי ביטוי באסטרטגיות ניהול הכוח של המתורגמנית, וזאת מאחר שהחלק בשפה האמהרית של השיח לא הוקלט ולא תורגם. בשל כך אין אפשרות בעבודה זו לדון למשל בשינוי האינטונציה של המתורגמנית במעבר בין דיבור אל הרופא ודיבור ואל החולה, בשינוי המשלב או אפילו בקצב הדיבור. לשם כך יש צורך בהקלטה ובניתוח של המרכיבים הללו ואחרים בידי דובר שתי השפות.

בחלק העברי של השיח ניתן בכל זאת למצוא מקרים רבים שבהם מבקשת המתורגמנית מהרופא הבהרה של דבריו לפני שהיא מסבירה לחולה:

ביקור 4: הרופא מחליט לשלוח את החולה לבדיקה.

ר: אני אבקש מחנה שתעשה לה מחר בדיקה.
מ: בדיקת שתן?
ר: לא. הורמונים. נעשה מחר בדיקות דם.
מ: בצום?

ביקור 15: אמא באה עם תינוק הסובל מפריחה. המתורגמנית לא בטוחה שהבינה בדיוק למה מתייחס הרופא.

ר: קצת תפרחת חיתולים. ניתן לה...לכתמים הלבנים לא נתייחס עכשיו. יותר מאוחר. תגידי לה.
מ: מה תיתן לה עכשיו?
ר: אני אתן לתפרחת החיתולים ולצוואר.
מ: אז לכתמים הלבנים לא נתייחס?
ר: תסבירי לה.

המטלה המצופה מן המתורגמנית במסגרת תפקיד המפיס היא להפיג מתחים בין מוסדות הארץ הקולטת לבין חברי מיעוטים אתניים. לדעתי, מטלה זו היא הרבה יותר גדולה

ורחבה מכתפיה של המתורגמנית. אפשר אולי רק לצפות ממנה שתעשה בתחומה הצר ככל יכולתה להפחית את ההלם שבהתנגשות בין שתי התרבויות.

המתורגמניות אכן משתדלות לרכך את ההתנגשות בין שני הפרטים – הרופא והחולה, על ידי השמטת דברים העלולים לגרום לאנטגוניזם בין הצדדים. ניתן למצוא דוגמאות רבות לכך שהן אינן מתרגמות את דברי הגנאי של הדוברים, בעיקר של הרופא. אפשר אולי לראות בזה היבט של הגנה על החולה מפני פגיעה אך אולי יש בכך גם ניסיון לתרום להשגת התוצאה המקווה מבחינת פיוס.

ביקור 18: בעת בדיקה של רגליים של חולה המתלוננת על כאבי גב, רגליים ועוד, אומר הרופא:

ר: איך כשהולכים לביטוח לאומי, אומרים שכואב להם ומרימים את הרגל ל-90 מעלות?
(המתורגמנית מתעלמת מדבריו ואינה מתרגמת.)

ביקור 28: אישה שהגיעה עם חום נבדקה על ידי הרופא, שקבע כי היא סובלת מדלקת בדרכי הנשימה העליונות. החולה כועסת על כי הטיפול שקיבלה בפעם שעברה לא עזר.

מ: היא הייתה בסדר וזה חזר שוב.
ר: מתי היא הייתה? אי פעם.
מ: לא יודעת. שבועיים.
ר: איזה השתוללות. [לא מתרגמת]
ר: אמא, אנחנו נותנם לך סירופ לאסאל (תרגום) כדי להוציא החוצה. תגידי לה. אנחנו רוצים גם לחום. אם היא מעדיפה נרות.

כאשר הקונפליקט הבין אישי או התסכול מטיפול לא מספק מאיים על שביעות הרצון של החולים ובעקיפין על תחושת קליטה טובה, דואגת המתורגמנית להבטיח להם כי כשיצאו ממרכז הקליטה וישתלבו בשירותי הבריאות הרגילים, יזכו לטיפול טוב יותר. למעשה, בכך היא מרככת את המפגש עם שירותי הרפואה בהבטחה שהעולם בחוץ שונה.

8. בדיקת ההלימות בין תפיסות המתורגמנים והרופאים לבין התנהגותם בפועל

בפרק 6 תוארו הדרכים שבהן תופסים המתורגמנים והרופאים הנעזרים בהם את תפקיד המתורגמן, זאת באמצעות ציטוט וניתוח של הראיונות שנערכו עימם. בפרק 7 תוארו דוגמאות שונות מתוך המפגשים, תוארה התנהגותם של המשתתפים והוסבר כיצד המתורגמניות ממלאות כל אחד משבעת התפקידים שהוגדרו. ננסה בפרק זה לענות על שאלת המחקר השלישית: האם התנהגותם של המתורגמנים והמטפלים עולה בקנה אחד עם הדרכים שבהן הם תופסים את תפקידי המתורגמן.

<u>דר' ש.מ.</u>

דר' ש.מ. מודע לכך שמודל הצינור – תרגום מילולי של דברי החולה - אינו מתאים למפגש רפואי בין-תרבותי. הוא מצפה מהמתורגמנית ליידע אותו לגבי קודים תרבותיים, ושתדע, על סמך היכרותה עם התרבות האתיופית, כיצד להגיע לשורש הבעיה על ידי צורת שאלה נכונה. הוא אכן מורה למתורגמנית באחד המקרים "היא לא תגיד. צריך להוציא את זה ממנה" ומבקש בכך למעשה מהמתורגמנית לנצל את יתרונה עליו ולהוציא את המידע הדרוש מהחולה בצורה המתאימה לה מבחינה תרבותית.

מאידך גיסא, בראיון עמו הוא מצהיר שאינו סומך על שיקול דעתה של המתורגמנית כאשר היא מסרבת לתרגם דבר מה מדבריו בטענה שהדבר אינו מתאים תרבותית. לא נמצאה בזמן התצפיות דוגמה למחלוקת כזו ביניהם.

בראיון מתלונן דר' ש.מ. על כך שהמתורגמנית אינה יודעת את גבולות תפקידה, עד כדי כך שהיא מחליטה על דעת עצמה מה חשוב ומה לא, או מאבחנת מחלות. בזמן המפגשים קרו מספר מקרים בהם המתורגמנית אכן הציעה הצעות לכיוון חשיבה או לאבחון, אך תגובתו של הרופא במקום הייתה עניינית והתייחסה להצעה עצמה ולא נצפתה שום הבעת מורת רוח מן ה"חריגה" מגבולות התפקיד. להיפך, יותר מפעם שיתף אותה בהתייעצות, אמנם לא בנושא האבחון עצמו, אלא בהתלבטותו לגבי העיתוי של הפניית אם ותינוקה לבית חולים.

מצד שני, מפעם לפעם פנה אליה כבעל מעמד גבוה יותר, או כממונה אל הכפופה לו, ולעתים אף הרים את קולו. כך למשל, (בביקור 5) כאשר היא יוצאת לחדר ההמתנה לקרוא לחולה, הוא קורא לה:

ר: כמה פעמים אני צריך לקרוא לך?

מ. אמרת לי לדבר איתה.

ר: אני צריך אותך. לא לנהל שיחות.

ככלל, נראה כי צורת הדיבור או ההתייחסות של הרופא כלפי המתורגמנית מעבירה מסר כפול. מצד אחד, הוא מתייחס אליה כאל אשת צוות שוות מעמד, דבר הבא לידי ביטוי בהתייעצות, בקבלת דעותיה, או בבקשה שלא לתרגם דבר מה, ומצד שני כאל בעלת תפקיד הכפופה לו.

בראיון הביע דר' ש.מ. גם את ציפייתו מהמתורגמנית לביצוע תפקידים נוספים שאינם כלולים בהגדרה הפורמלית של תפקידה. הנימוק שנתן היה שכך עושים כולם במרפאה, כולל הוא עצמו. בפועל, נמצאו ראיות רבות שבהן הוא מורה למתורגמנית בטבעיות לבצע מטלות שונות כגון שקילה, מדידת גובה, בדיקת שתן, שליחויות ועוד.

נראה שהרופא מודע לכך שהמפגש מתורגם והחולה אינו מבין את הנאמר אלא אם כן יתורגמו דבריו על ידי המתורגמנית. שאם לא כן, היה נמנע מאמירת משפטים והערות על החולה, על בית החולים או על מרכז הקליטה, דברים שוודאי לא היו נאמרים בנוכחות חולה דובר עברית. ברור גם כן שהוא מצפה מהמתורגמנית שלא תתרגם כל מה שהוא אומר, אלא תהיה נאמנה למוסד או לו עצמו.

הרופא מציין גם את ציפייתו מהמתורגמנית שתסביר את דבריו לחולה בצורה שיבין. על מנת לעשות כן, עליו להותיר לה מרווחי זמן, שיאפשרו לה לתרגם את דבריו. בפועל, לעתים, אכן ההתנהלות מתאימה לשיח מתורגם, זאת כאשר הרופא אומר משפט קצר, או שואל שאלה, מחכה לתרגום ואז ממשיך במבע הבא. לעתים, המבע ארוך וקופץ מעניין לעניין בלא מתן שהות למתורגמנית לתרגם את הנאמר, ובכך מזמין תרגום קצר של החלק האחרון של המבע בלבד. יתרה מזו, הוא אינו מקפיד לוודא, או שאינו שם לב שההתייחסות היא רק לחלק האחרון. כאשר, למשל, הוא מקבל תשובה רק לשאלה האחרונה, הוא ממשיך הלאה בלי לשים לב לכך ששארית דבריו לא זכו להתייחסות.

את התנגדותו לתפקיד הסנגור שממלאת המתורגמנית מפעם לפעם הביע הרופא באופן ברור בראיון עמו. הוא נימק זאת בהפרעה לסדר העבודה כאשר היא מנסה להכניס חולים מחוץ לתור או לבקש עבורם מרשם או מכתב, וכן ב"פינוק יתר" של העולים, המונע הכנה ראויה לחיים מחוץ למרכז הקליטה. בתצפיות אכן עמדתו זו באה לידי ביטוי בסירובו לבקשותיה של המתורגמנית להכניס חולים שאינם בתור, פעם אחת אפילו כאשר היו אלה הורים עם תינוק שהוא עצמו הזמין למעקב. המתורגמנית מקבלת בטבעיות את ההיררכיה המקנה לו כוח להחליט, ומוותרת על הניסיון.

את ניסיונות הסינגור של המתורגמנית לקדם טיפול או לתמוך בבקשת החולה שיתייחס לתלונתו, הוא מקבל אף בתוקפנות. כך, למשל, אחרי שהוא בודק חולה שלדעתו אין לה שום בעייה, הוא מזמין את המתורגמנית לראות (ביקור 8), "**בואי ישראלה, תסתכלי, כדי שלא תטילי ספק. בואי, על חשבון הבית. על חשבון הברון... תעשה דיאטה ואז הכול יהיה בסדר...**"

את יישום שאר הציפיות של הרופא מהמתורגמנית – לגבי צורת הראיון הראשוני, השאלות שעל המתורגמנית לשאול להובלת הסיפור ומיקוד החולה – בכל אלה אי אפשר היה לצפות במפגשים. באופן אידיאלי, כל אלה היו צריכים להינתן על ידו למתורגמנית בתחילת עבודתם המשותפת. המתורגמנית מצידה צריכה הייתה להסביר לו את הדרך שבה היא עובדת ומסבירה. לדברי שתי המתורגמניות קורה שהרופא קוטע אותן בטענה שהן מנהלות שיחות אישיות עם החולים ושהוא אינו מבין את צורת הסיפור של העולים. בראיונות שנצפו לא נמצאו דוגמאות לאי-הבנה כזו, או להנחיה כלשהי למתורגמנית לגבי צורת העבודה.

<u>דר' א.י.</u>

בראיון עם דר' א.י., הוא מציג למעשה שתי גישות שאינן עולות בקנה אחד, לגבי הציפיות שלו מהתרגום. מצד אחד הוא מצפה למה שהוא קורא "תרגום מינימלי". הוא מצהיר על ציפיה לתרגום של "המילים הכי מדויקות של התלונה". לדבריו, תלונת החולה בשפת היום יום ("voice of the lifeworld") מספיקה לו לאבחון, והאחריות מוטלת עליו ולא על המתורגמנית להעביר אותה לשפת הרפואה ("voice of medicine"). לאחר שמיעת הסיפור, מוטלת עליו האחריות להמשיך לבדיקה פיזית ולשיקול דעת לגבי האבחון והטיפול.

מצד שני, לאור העובדה שהוא מכיר את צורת הסיפור הארוך של המטופלים העולים, הגדוש בפרטים הקשריים "לא רלבנטיים", הוא מצפה מהמתורגמנית שתגיד לו רק את "התכלע'ס" כהגדרתו: "איפה, עם מה וזהו". כלומר, תימצות דברי החולה, תוך שהוא סומך על המתורגמנית שמשמיטה את כל הפרטים הסיפוריים הלא רלבנטיים. במילים אחרות, הוא מצפה ממנה לשיקול דעת ואחריות שעל פי טענתו בהתחלה, הם בתחום אחריותו ותפקידו בלבד.

בפועל, שני הרופאים נותנים למתורגמנית לבצע ראיון ראשוני עם החולה ואחר כך לתמצת את התלונה במספר מילים. במידת הצורך הם שואלים מספר שאלות הבהרה ואחר כך נותנים אבחון וטיפול, תוך הסברת הטיפול, באמצעות המתורגמנית. למרות ההצהרות בראיונות, אין הבדל בצורת העבודה של שני הרופאים, להוציא הבדלי אופי וסגנון, הבאים לידי ביטוי בצורת הדיבור אל החולים ואל המתורגמניות.

גם דר' א.י. מצהיר בראיון על ציפייה מהמתורגמנית לעזרה מנהלית או תיקון העברית שלו עצמו. הוא מודע לכך שאין זה מתפקידה, אך הוא מצדיק זאת בכך שבמרפאה היא ממלאת ממילא גם תפקיד משרדי. למרות שלא אמר זאת בפירוש, גם הוא לוקח כמובן מאליו שקילה ומדידה של החולה או החלפת נייר על המיטה, אך פעולות אלו נעשות בטבעיות על ידי המתורגמנית מתוך הרגל, ואין בהן עדות לתפיסה עקרונית שלו את התפקיד.

את תפקיד המתורגמנית הגדיר כ"חוט בין הרופא לחולה". הוא הסביר שהיא עובדת "בשביל האינטרס של החולה ובשביל הבנת הבעיה לרופא". כלומר, בתפיסתו הוא רואה אותה הן כשותפה/חברה בצוות הטיפולי והן כדואגת לאינטרס של החולה. ואכן, במפגשים שנצפו, הוא משתף אותה בטבעיות בהערות ודעות הן על אנשים ומוסדות אחרים העובדים עם החולים והן על החולים עצמם. הוא רואה בה חלק מהצוות ואף מפגין אמון בה, כאשר למשל באחת הפגישות התייחס לעובדת היותו ממלא מקום של הרופא הקבוע ולכן אולי לא יהיה בביקור החוזר של אותו חולה. הוא ביקש ממנה להסביר לרופא הקבוע את שיקוליו ותכניותיו לגבי החולה. **"אם אני לא פה כשהיא חוזרת, תנסי להציע לדר' ש.מ. שאני רציתי לשלוח..."**

כאמור בציטוט הקודם ביחס לאינטרס של החולה, נראה שדר' א.י. אכן מקבל בטבעיות את הסינגור של המתורגמנית ומתייחס עניינית לטענותיה. כשהיא מתלוננת על תרופה שלא עוזרת הוא עונה "אני רואה", או כשהיא מציעה לשלוח את החולה לרופא מקצועי, הוא מקבל את הצעתה. כאשר היא מזדהה עם כאבה של חולה הוא מרגיע אותה שהוא אכן מתייחס לתלונה ברצינות "בשביל זה אני רוצה שיעשו לה בדיקה יסודית". אין עמידתה לצד החולה גורמת לו לאנטגוניזם, אלא להיפך, לתגובה אנושית ורגישה.

הוא מודע לעובדה שהוא עובד עם תרגום. לרוב המבעים שלו מאד קצרים, אך גם הוא "נסחף" לעתים למבע ארוך ולקפיצה מנושא לנושא. אף על פי כן הוא שם לב לנושא התרגום וכאשר המתורגמנית עונה על שאלתו ללא תרגום הוא שואל אותה (ביקור 44) **"למה את לא רוצה לתרגם מה שאני אומר?"**

<u>ישראלה – מתורגמנית</u>

בתחילת הראיון עימה מצהירה ישראלה שהיא מאמינה במודל הצינור – תרגום כל מילה ומילה. כך, לדעתה, מצפה ממנה הרופא והוא סומך עליה שזה מה שהיא עושה. כבר בשיחה על כך, היא למעשה חוזרת בה מהצהרה זו ומתארת השמטות, למשל, הנובעות מתוך סינגור על החולה, הן למניעת פגיעה ברגשותיו והן להגנה על שמו הטוב מפני העמדתו באור שלילי.

למעשה, בתצפיות על המפגשים בתיווכה, למרות העובדה שהדיבור באמהרית לא תועד או תורגם, ניכר היה שהתרגום התאפיין במספר גדול של השמטות, ולא רק כאלה שנבעו מרצון להגן על החולה. במקרים מסוימים השמיטה המתורגמנית את ההסבר שנתן הרופא לשיקול שמאחרי הטיפול שהחליט לתת, או את הערותיו על אנשים ומצבים. כמו כן, במקרים רבים אין דברי החולה מתורגמים.

בראיון הגדירה המתורגמנית את תפקידה בין השאר כ"עזרה לחולה", וגם בלי להבין את דבריה באמהרית אל החולים, ניכר שהיא אכן נוהגת כך בפועל ודואגת שהחולה ירגיש בנוח ושיש מי שיעזור לו במפגש עם הרופא בעל הסמכות. את כל ה"זמנים המתים" כאשר הרופא קורא במחשב, מדבר בטלפון או מכין מכתב או הפניה, היא מנצלת לשיחה עם החולים. מהנושא שהיא מעלה אחר כך, אפשר לראות שהזמן נוצל לפעמים לבירור מעמיק יותר של תלונת החולה, אך לעתים קרובות אפשר היה לראות מחיוכים ושפת הגוף של החולים והמתורגמנית עצמה, שמדובר בשיחה ידידותית וניגוחה שמן הסתם גרמה לחולים לחוש בנוח בסיטואציה המאיימת.

כמו כן, את תפקיד הסינגור שאותו הגדירה כעזרה, היא ממלאת על שני היבטיו: היא מוחה על פגיעה ועלבונות שמשמיע הרופא כלפי המטופל המסוים או כלפי העדה כולה. כמו כן, כאשר היא מרגישה שהחולה אינו זוכה להתייחסות נאותה לתלונתו, היא מנסה לתבוע מהרופא הרחבת הבדיקות, הפנייה לרופא אחר או מתן טיפול.

מספר דוגמאות נמצאו לכך שהיא משמשת כאשת צוות דו-לשונית. היא מרגישה בנוח להציע הצעות משלה לגבי אפשרות למקור הבעיה, או לשאול שאלות הבהרה בזמן ההסבר לחולה. היא משמשת גם כ"סדרנית" של התור בחדר הקבלה. אין אפשרות ללא תרגום לבדוק כיצד מבצעת ישראלה את התפקיד שעליו הצהירה – קיצור הסיפור של החולה על מנת לחסוך זמן יקר שיאפשר לקבל מספר מספיק של חולים. אף על פי כן, ברור שאת הראיון הראשוני היא מתמצתת במילים ספורות ומוסיפה מידע מאוחר יותר, רק על פי הצורך.

את התפקידים הנוספים שתוארו, אלו שאינם שייכים להגדרת תפקידה, היא מבצעת לדבריה בעל כורחה. אולם, נראה שהיא מבצעת אותם במלוא הרצינות והרצון הטוב המאפיינים אותה בדרך כלל. אם אכן היא מרגישה שלא בנוח עם ביצוען, אין הדבר ניכר באופן שבו היא מבצעת אותם.

מיכל – מתורגמנית

את תפקיד התרגום מגדירה גם מיכל על פי מודל הצינור – תרגום כל הדברים ללא סינון, כדי שהחולה ידע את כל האמת. מאוחר יותר היא מבהירה כי כוונתה לדברי הרופא דווקא, בשל החשיבות שהיא מייחסת למה שהיא מגדירה כ"אמת", וכן בשל הרצון שלה לחדד קונפליקטים. מאותה סיבה גם היא אינה רואה את תפקידה ביצירת אווירה טובה. למרות הגדרתה לתרגום, היא חושבת שמותר להשמיט דברים שאינם רלבנטיים לנושא, כגון רקע על המשפחה וכיו"ב.

התפקיד הראשון במעלה שאותו הציגה, היה סינגור – דאגה שהחולה יקבל טיפול "כמו שצריך, כמו ותיק": הפנייה לבית החולים, לבדיקות נוספות או לרפואה מקצועית במקום "סחבת והזנחה" כלשונה. בפועל, אכן, במפגשים המתווכים על ידה, ניכר שהיא מובילה את המפגש במקרים רבים לקראת עימות, על רקע זה שהיא ממלאת בעקביות את תפקיד הסנגור הדואג לאינטרסים של החולה ומנסה לקדם את הטיפול בו. היא עושה זאת לעתים קרובות, כפי שתואר בפרק הקודם, בצורה תקיפה למדי ותוך עמידה על שלה. מצד שני, למרות שתיארה בראיון את הצורך שלא להסתיר מהחולה את האמת, בין השאר על כך שאין הוא מקבל טיפול הולם, לא נמצאו ראיות לכך במהלך הראיונות. אמנם, ללא תרגום דבריה אל החולה, אין דרך ודאית לדעת כי לא נאמרו דברים ברוח זו, אך התרשמות מהחולים ומחוסר מעורבותם בדיון מצביעה על כך שלא היה להם מושג על המתרחש. כפי הנראה, פעולותיה היו מכוונות להשגת הטיפול הנכון לדעתה לחולה ובלהט הדברים לא שיתפה את החולה.

תפקידים נוספים שציינה מיכל בראיון עימה היו חינוך העולים לבריאות (איש צוות דו-לשוני), או גישור תרבותי בין הרפואה המערבית הבנויה על המודל הביו-רפואי לבין החולה האתיופי, האמון על רפואה מסורתית. התחומים שאותם ציינה במיוחד הם: רפואה מונעת, שימוש יתר בתרופות, ביקורים רבים ומיותרים במרפאה על תלונות שאינן מצדיקות ביקור, וכן לימוד על גוף האדם. שוב, ללא תרגום של השיח באמהרית אין אפשרות לבדוק ביצוע של התפקידים הללו, אולם מהתרשמות מכמות המבעים מול החולה ואורכם, נראה כי אין מיכל עומדת במטרה שהציבה לעצמה. נראה שהיא עסוקה כל כך ב"מלחמה" שלה על טיפול נאות לחולים עד שאינה מתפנה לגישור התרבותי הנצרך. כפי הנראה, תכונות האופי של המתורגמנית וכן הרקע האישי שלה (מות אביה לאחרונה, עקב מה שהיא מגדירה כהזנחה של

הרופאים) הם שקובעים את האג׳נדה שלה במהלך התרגום, דבר המשפיע על האווירה במפגש מצד אחד, אך גם עוזר לקדם את הטיפול, מצד שני.

9. סיכום

עבודה זו עסקה בשאלת תפקידו של המתורגמן במפגש הרפואי הבין-תרבותי בין רופא דובר עברית לחולה דובר אמהרית, בתיווכה של מתורגמנית. נחקרו בה התפקידים השונים שהמתורגמנית מבצעת, כפי שהם נתפסים, מבוצעים, מתוארים ומוסברים על ידי המתורגמניות עצמן ועל ידי הרופאים הנעזרים בהן.

מספר בעיות מתודולוגיות היו בביצוע המחקר :

א. ריבוי התפקידים וטשטוש הגבולות ביניהם : בעת העבודה על החלק התיאורטי של המחקר, לפני הצפייה המעשית בשדה, נראתה לי החלוקה של התפקידים כפי שהוצעה בפרק 3, נכונה ומקיפה את כל ההיבטים וההבחנות הדקות המופיעים בתיאורים השונים של המתורגמנים. על כן הגעתי לניסוח של שבעה תפקידים : מתרגם, מידע תרבות, מגשר תרבות, איש צוות דו לשוני, סנגור, מתאם תקשורת ומפייס. אמנם גם אז נראתה לפעמים חפיפה מסוימת בין היבטים שונים של התפקידים, אך מבדיקת החומר שנאסף עולה כי לעתים קרובות היטשטשו הגבולות בין התפקידים השונים. בדיעבד, נראה כי נכון היה אולי לצמצם את המודל שהוצע למספר קטן וכולל יותר של תפקידים.

ב. היעדר ביטוי לדברי החולה : דברי החולה - הצלע השלישית במפגש המשולש - כלל לא באו לידי ביטוי בעבודה זו. על מנת לראיין את העולים נדרשה העסקת מתורגמן או עוזר מחקר דובר אמהרית, דבר שלא התאים לעבודה בהיקף כזה. ברור כי הקפת הנושא בצורה שלמה יותר מצריכה התייחסות לדברי החולים עצמם בשפה האמהרית.

ג. היעדר ההתייחסות לחלק האמהרי של המפגש : היעדר הקלטה של המפגשים בשל אי הסכמת הרופא, מנעה אפשרות לתמלול ותרגום של המלל באמהרית. על כן, נמנעה אפשרות לנתח את הביצוע בפועל של התפקידים השונים. כך, למשל, אי-אפשר היה לבדוק אם הדיוק בתרגום אכן מתקיים על פי התפיסות שתיארו המתורגמניות; האם בוצע יידוע או גישור תרבותי כלפי החולה (מהעברית אפשר היה לראות ביצוע תפקידים אלו כלפי הרופא); האם המתורגמנית אכן פועלת לתיאום תקשורת על ידי יצירת אווירה חיובית, וידוא הבנה, עידוד שאלות וכיוצא באלו; וכן, מהן אסטרטגיות ניהול הכוח שבהן היא נוקטת להפגת מתחים, כגון שינוי אינטונציה, משלב, קצב הדיבור וכן הלאה.

ד. אי-התייחסות לתקשורת בלתי-מילולית : העובדה שלא אופשרה הקלטת המפגשים גרמה להפסד של היבטים חשובים בלתי-מילוליים באינטראקציה שבין הרופא לחולה ולמתורגמנית :

1. מבחינה טכנית נדרשה מרבית תשומת-הלב לכתיבה מהירה של חילופי הדברים, כך שזו לא יכולה הייתה להיות מוקדשת להתבוננות בהיבטים הלא מילוליים ולקליטת רמזים נוספים.

2. ישנם אלמנטים שרק דובר אמהרית יכול להבחין בהם, למשל הבדלי הנגנה או משלב, והללו אינם ניתנים לבדיקה לאחר מעשה אלא באמצעות הקלטה.

מסקנה ראשונה העולה מהמחקר היא שלמרות שהמתורגמניות מצהירות בנחרצות כי הן רואות את תפקידן כ"צינור" המתרגם בנאמנות את דברי המשתתפים, בפועל הן מבצעות אותו בצורה שונה. אפילו בפעולת התרגום עצמה הן מפעילות שיקול דעת, ואף משמיטות ומוסיפות מבעים ומשנות את הנאמר לצרכים שונים. לדבריהן, מדובר בסינגור, בגישור תרבותי, בתיאום תקשורת או בפיוס. בנוסף, הן מתארות למעשה ביצוע מודע של פונקציות נוספות אף שמעולם לא הגדירו פונקציות אלו כחלק מתפקידן.

העובדה שכבר במהלך הראיון סייגו המתורגמניות את אמירתן הנחרצת, והסכימו "להודות" במילוי תפקידים נוספים מעידה על חוסר מודעותן למה שהן עושות. בהיעדר הדרכה או הכוונה, הן עובדות באופן אינטואיטיבי ונראה כי מעולם לא נתנו דעתן לניתוח הפעולות השונות שאותן הן מבצעות. השיחות אתי היו למעשה הפעם הראשונה שבה נתנו לעצמן דין וחשבון על מה שהן עושות כדבר שבשגרה. מובן, אם כן, שאין הן מודעות לבעיות ולהשלכות של מעשיהן מבחינה קלינית או מבחינת השגת המטרה של המפגש.

הראיונות עם הרופאים מצביעים על מצב דומה. אף אם לימודי הרפואה אכן הכשירו אותם להבנת האינטראקציה בינם לבין החולים ולניהול מפגש אפקטיבי, נראה שנושא התיווך הבין-לשוני והבין-תרבותי לא בא לידי ביטוי בהכשרתם ובתודעתם. גם הרופאים לא נתנו דעתם למהותו של מפגש מתווך, ואינם מודעים למורכבות שלו ולסכנות הטמונות בו כמו גם ליתרונות שהם יכולים להפיק מהמתורגמנית.

נראה שהרופאים והמתורגמניות גם יחד אינם מודעים להיבטים אתיים ופרגמאטיים של עבודתם המשותפת:

- למתורגמניות אין הבנה של מעמדן המקצועי הנפרד ושל האוטונומיה הנגזרת ממנו.
- אין הן מיטיבות להכיר את מכלול ההיבטים של סביבת העבודה שלהן: הן מכירות אמנם את הדרכים להגיע אל הרופאים והפקידים השונים, אך אינן בקיאות בשיקולים המנחים את הרופא או המערכת כולה. אמנם, הן מכירות בצורך לחסוך בזמן כדי לאפשר קבלת חולים רבים יותר, אך רצוי היה שיבינו את שיקולי הרופא

בהפנייה לבדיקות, לרופא מקצועי ועוד, כלומר את הצרכים והמשאבים של שירותי הבריאות.

- מיומנויות התקשורת והכישורים הבין-אישיים של המתורגמניות אינם זוכים לתשומת לב.
- גם המיומנויות הלשוניות של המתורגמניות בתחום המינוח הספציפי מחייבות בדיקה, גם אם אין זו בעיה קריטית בעבודתן.
- הצירוף של עבודת תרגום ועבודה משרדית המרכיבות את משרתן של המתורגמניות, מקשה על המתורגמניות לגבש לעצמן הגדרת תפקיד ברורה. נראה כי גילן הצעיר מקשה עוד יותר על יכולתן לגלות אסרטיביות כלפי הרופא.
- מודעות להבדלי הכוח בין הרופא והחולה תעזור למתורגמנית למצב עצמה מול הרופא, כפי שתואר בסעיף הקודם. עליה להיות מודעת גם לאסטרטגיות העומדות לרשותה לניהול הכוח באינטראקציה הרפואית, כדי שתוכל למלא כראוי את תפקידה כמגשרת, מתאמת ומפייסת.
- תפקיד היידוע התרבותי והגישור הנגזר ממנו מהווה אתגר קשה עבור המתורגמנית. הציפייה ממנה להיות מומחית לנושא התרבות האתיופית נראית לא ריאלית לגבי בחורות צעירות, שעלו ארצה בגיל צעיר. נכון יותר יהיה כפי שטוענת אנג'ללי (Angelleli, 2006) ללמד אותן טכניקות להשגת מידע מהחולה עצמו ואז לתרגם לרופא את פרשנותו של החולה לאמונות ומנהגים.
- על הרופאים להיות מודעים לכך שהאחריות על המפגש, גם במפגש הבין-תרבותי, מוטלת בראש ובראשונה על הרופא. כאשר הרופאים מצפים מהמתורגמנית להשיג לבדה מידע מהחולה, או כאשר הם רואים אותה אחראית במקרה של כישלון בביצוע התפקיד, אין זו אלא הסרת אחריות שלהם מתפקידם.
- התסכול של הרופאים בשל הקושי להשיג את המידע שלו הם זקוקים, כמו גם חוסר האמון שלהם בדבריה של המתורגמנית, וכן התסכול של המתורגמניות מכך שהרופא אינו מרוצה מהמידע שהן מספקות לו, או שאינו מבין את צורת הדיבור שלהן עם העולים, נראה כי כל אלו נובעים מחוסר תיאום ציפיות ודרכי עבודה.
- מן הראוי שהרופאים יחילו על המפגש הדו-לשוני את דפוסי ההתנהלות החלים במפגש חד-לשוני. עליהם למסור מידע בצורה שתאפשר את תרגומו, על ידי חלוקת המבעים

בצורה הנכונה, ותביא בחשבון את תרבות החולה. יש לשים לב לניהול משא ומתן עם החולה במקום לדבר עם המתורגמנית עליו בגוף שלישי, הן לגבי הטיפול המועדף עליו והן בתהליך וידוא הבנת הטיפול, השלכותיו ויישומו על ידי החולה.

- הרופאים אינם מודעים כלל לתפקידה של המתורגמנית ולבעיות שאיתן היא מתמודדת. אין הם מדברים לאט, אין הם מחלקים את המבעים כדי לאפשר תרגום טוב ואין הם מנסחים את שאלותיהם או הערותיהם בצורה שתאפשר למתורגמנית לזהות למי הן מכוונות. התחשבות רבה יותר במתורגמניות עשויה לתרום לאמון בין שני הצדדים, לאווירה נוחה ולטיול יעיל יותר. רגישות גדולה יותר של הרופא לביצוע התרגום עשוייה גם לצמצם את הסיכון לשגיאות בעלות השלכה קלינית, ואת התחושה כאילו תלונותיו של החולה אינן זוכות להתייחסות נאותה.

מכל האמור לעיל, עולה מסקנה ברורה: הכשרה של המתורגמניות ושל הצוות הרפואי לעבודה במפגש רפואי בין-תרבותי חיונית לאפקטיביות של מפגש כזה. גם אם הצדדים כולם, למרות שהיו להם טענות נקודתיות, נראו מרוצים מהמפגש ותוצאותיו, הרי ששביעות רצון זו מלמדת אולי על השיפור הניכר מאז הימים שבהם עבדו הרופאים ללא תרגום מסודר. התצפיות וניתוח הדוגמאות במחקר הצביעו על בעיות רבות בצורה שבה מתנהל התרגום. נראה לי שהיום, כאשר הצורך במתורגמנות לחולים יוצאי אתיופיה זכה להכרה ואין עוררין על נחיצותו, יש להתקדם לקראת הפיכתו לטוב יותר. יש לדאוג להכשרתם של רופאים ומתורגמנים לעבודה במפגש מתווך, וכן לתמיכה והשתלמות תקופתית במהלך העבודה. הללו יביאו לשיפור ניכר בעבודתם המשותפת וכתוצאה מכך לשיפור בקליטתם של העולים מאתיופיה, שהרי בריאות תקינה היא חלק מרכזי בתחושת שביעות הרצון והנוחות של העולה.

מחקרים נוספים עשויים לשפוך אור על הנושאים שנבדקו ואולי גם לתרום בעקיפין לשיפור השירות הרפואי לעולי אתיופיה:

א. על מנת לעמוד טוב יותר על איכות תרומת המתורגמנית למפגש בין הרופא דובר העברית לחולה העולה מאתיופיה יש צורך במחקר נוסף שיכלול קודם כל הקלטה, רצוי בוידיאו, של המפגשים. על מחקר זה לכלול תיעוד ותרגום של השיח באמהרית ולא רק של חלקו העברי. כמו כן, יש לכלול ראיונות עם החולים שהשתתפו במפגשים, כמו עם הרופאים והמתורגמניות.

ב. על סמך ההתרשמות שלי כהדיוט בתחום הרפואה, נראה כי יש צורך להרחיב את המחקר העוסק בהשפעת התרגום במפגש הרפואי עם עולי אתיופיה על איכות הטיפול הרפואי בהם.

ביבליוגרפיה

בורגנה, דליה. 1987. "דפוסי האינטראקציה בין מטפל ומטופל במסגרת שירותי הבריאות בקרב עולי אתיופיה בישראל". עבודה לשם קבלת תואר מוסמך, אוניברסיטת תל אביב, תל אביב.

בן עזר, גדי. 1990. "קוד הכבוד: דפוסי תקשורת בין תרבותית של עולי אתיופיה בישראל". בתוך בודובסקי דני, יוסף דוד, יחיאל ערן (עורכים) *סוגיות בנושאי משפחה של יהודי אתיופיה. פרסום מס' 4: סוגיות בטיפול במשפחות מרקע תרבותי שונה*. ירושלים: הוצאת אסי. עמ' 17-36

בן עזר, גדי. 1992. "בריאות ורפואה במעבר לישראל". *כמו אור בכד: עלייתם וקליטתם של יהודי אתיופיה*. ירושלים: הוצאת ראובן מס בע"מ. עמ' 148-152

גרסון יעקב. 2003. "הצוות הסיעודי כמתווך לשוני". עבודה לסמינריון "הקופסה השחורה" במחלקה לתרגום וחקר התרגום. אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן.

דיין, ניבי ונורית ניראל. 2003. "'רפואה שלמה': תכנית לקידום בריאות יוצא אתיופה ברפואה ראשונית. בתוך שונות תרבותית כאתגר לשירותי אנוש בעריכת אלעזר לשם ודורית רואר – סטריאר. ירושלים, הוצאה ע"ש י"ל מאגנס, האוניברסיטה העברית. עמ' 345-359

ולדמן, מנחם. 1985. *יהודי אתיופיה, עדת ביתא ישראל*. ירושלים: הוצאת קו רם.

יונגמן, רפי וצ'ולה מינוחין-איציקסון. 1994. "ביטויים של מצוקה נפשית בקרב עולי אתיופיה ומשמעותם-לפי תפיסת הפונים והמטפלים. ממצאים ראשונים". בתוך *הישגים ואתגרים בקליטת עולי אתיופיה. תרומת המידע והמחקר להערכת תהליך הקליטה*. הרצאות ודיונים מתוך כנס ארצי: 8-9 בנובמבר 1993. ירושלים: הוצאת מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה.

פינקלשטיין, מיכל. 2005. לחץ טראומטי, משאבי התמודדות והסתגלות נפשית בקרב עולי אתיופיה. תל אביב: חמו"ל. עמ' 41-45

צבר-בן יהושע, נעמה. 1990. *המחקר האיכותי בהוראה ובלמידה*. ישראל: הוצאת מסדה בע"מ.

רובנובסקי, יהודית. 2005. "דפוסי התקשורת בין רופאים למטופלים שאינם דוברי עברית בישראל: ציפיות, קשיים, ופתרונות". עבודה סמינריונית בסמינריון "חקר התרגום בעל פה" במחלקה לתרגום וחקר התרגום. אוניברסיטת בר אילן, רמת גן.

שלזינגר, מרים. 2006. מכתב למשתתפי הכנס "מה הגשר - הנגשת שירותי הבריאות למיעוטים לשוניים", 24-23 במאי 2006. אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן.

Angelelli, Claudia. 2004. *Medical interpreting and cross-cultural communication*. Cambridge UK: Cambridge University Press.

Angelelli, Claudia. Forthcoming. “Validating professional standards and codes: Challenges and opportunities”. *Interpreting*, 8(2).

Bolden, Galina B. 2000. “Toward understanding practices of medical interpreting: the interpreter’s involvement in history taking.” *Discourse Studies* 2:4, London: Sage Publications. Pp. 387-419

Cambridge, Jan. 1999. “Information loss in bilingual medical interviews through an untrained interpreter.” *The Translator*, 5(2). Pp.201-219

Carr, Silvana E. 1995. “A three-tiered health care interpreter system.” in S.E. Carr, Roda Robert, Aidean Dufour, Dini Steyn (eds.)*The Critical Link: Interpreters in the Community. Papers from the international conference on interpreting in legal, health, and social service sttings*. Amsterdam: John Benjamins Publishing. Pp. 271-276

Corsellis, Ann. 1995. “Training needs of public personnel working with interpreters.” in S.E. Carr, Roda Robert, Aidean Dufour, Dini Steyn (eds.) *The Critical Link: Interpreters in the Community. Papers from the international conference on interpreting in legal, health, and social service sttings*. Amsterdam: John Benjamins Publishing. Pp. 77-89.

De Ment, Terri L., Raymond Buriel and Christina M. Villanueva. 2005. "Children as language brokers". *Language in Multicultural Education*. Information Age Publishing. Pp. 255-272.

Downing, Bruce T.. 2001. "Modes of doctor-patient communications: How interpreter roles influence discourse." *Critical Link 3*. Montreal, May 2001. Pp. 1-6.

Edwards, Rosalind, Bogusia Temple and Claire Alexander. 2005. "Users' experiences of interpreters: The critical role of trust". *Interpreting* 7(1). Pp. 77-95.

Enguidanos, Enrique and Peter Rosen. 1997. "Language as a factor affecting follow-up compliance from the emergency department." *The Journal of Emergency Medicine*, vol.15(1). Pp. 9-12.

Fadiman, Ann. 1997. *The spirit catches you and you fall down* . New York: Farrar, Straus and Giroux.

Flores, Glenn, M. Barton Laws, Sandra J. Mayo, Barry Zuckerman, Milagros Aberu, Leonardo Medina and Eric Hardt. 2003. "Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters". *Pediatrics,* Vol. 111(1), January 2003. Pp. 6-14

Fortier, Julia Puebla. 1995. "Interpreting for health in the US government partnership with communities, interpreters and providers." in S.E. Carr, Roda Robert, Aidean Dufour, Dini Steyn (eds.) *The Critical Link: Interpreters in the Community. Papers from the international conference on interpreting in legal, health, and social service settings*. Amsterdam: John Benjamins Publishing. Pp. 165-177.

Galil, Aharon, Hasi Lubetzky, Stavia Vered and Nurit Heiman. "Compliance with home rehabilitation therapy by parents of children with disabilities in Jews and Bedouins in Israel." *Developmental Medicine & Child Neurology* 2001, 43.

Pp. 261-268.

Good, Byron and Mary-Jo Delvecchio Good. 1980. “The meaning of symptoms: A cultural hermeneutic model for clinical practice”. L. Eisenberg and A. Kleinman (eds.) *The Relevance of Social Science for Medicine*. D. Reidel Publishing. Pp. 165-196.

Gordon, Deborah. 1996. “MD’s failure to use plain language can lead to the courtroom”. *Can. Med Assoc Journal*, October 1996. 155(8). Pp. 1152-1154

Gulich, Elisabeth. 2003. “Conversational techniques used in transferring knowledge btween medical experts and non experts.” *Discourse Studies* 5:2. Pp.235-263.

Hall, Nigel. 2001.”The child in the middle. Agency and diplomacy in language brokering events.” in Gyde Hansen, Kirsten Malmkjaer, Daniel Gile (eds*.) Claims, changes and challenges in translation studies.* Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins Publishing.

Hsieh, Elaine. 2006. “Conflicts in how interpreters manage their roles in provider-patient interactions”. *Social Science & Medicine*. 62. Pp. 721-730.

Huttlinger, Kathleen. 1996. “At home with diversity.” *Home Care Provider* 1:1. Pp. 20-24.

Kleinman, Arthur. "Conflicting explanatory models in the care of the chronically ill: the voice of medicine and the voice of the world," in H. D. Schwartz ed. *Dominant Issues in Medical Sociology*, 3rd edition, McGraw-Hill, 1994. Pp. 95-104

Leanza, Yvan. 2005. “Roles of community interpreters in pediatrics as seen by interpreters, physicians and researchers.” *Interpreting* 7:2. Pp.167-192

Merlini, Raffaela and Roberta Favaron. "Community interpreting: Reconciliation through power management". *Journal of Pragmatics*, 20:6, December 1993. Pp. 205-229

Pöchhacker, Franz and Mira Kadric. 1999. "The hospital cleaner as healthcare interpreter: a case study." *The Translator* 5:2. Pp.161-178.

Pöchhacker, Franz and Miriam Shlesinger. 2005. "Introduction to healthcare interpreting: Discourse and interaction" *Interpretin*g, 7:2. Pp.157-166.

Pointon, Tom. 1996. Letter to the editor in *BMJ* Vol.312. January 6, 1996.

Reiff, Marian Freda. 1997. "Immigration and Medicine: Stress, culture and power in encounters between Ethiopian immigrants and their doctors in Israel". Columbia University. Ann Arbor , Michigan: UMI Dissertation Services.

Reiff, Marian, Hava Zakut and Michael A. Weingarten.1999. "Illness and treatment perceptions of Ethiopian immigrants and their doctors in Israel". *American Journal of Public Health.* December 1999. 89:12. Pp.1814-1818

Roberts, Celia, Becky Moss, Vall Wass, Srikant Sarang and Roger Jones. 2005. "Misunderstandings: a qualitative study of primary care consultations in multilingual settings, and educational implications". *Medical Education 39*. Blackwell Publishing Ltd. Pp. 465-475

Rosenberg, Brett A.. 2001. "Describing the nature of interpreter-mediated doctor-patient communication: A quantitative discourse analysis of community interpreting". (unpublished dissertation). University of Texas.

Rudvin, Mette. 2001. "Cross-cultural dynamics in community interpreting. Troubleshooting." in Gyde Hansen, Kirsen Malmkjaer, Daniel Gile (eds.) *Claims, changes and challenges in translation studies*. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins Publishing. Pp. 271-284

Shackman, Jane. 1984.*The Right to be Understood. A handbook on working with, employing and training community interpreters*. Cambridge: National Extension College.

Shlesinger, Miriam. 2004. “Access to health services for language minorities in Israel: Policy, ethics, practicalities”. Unpublished proposal for a two-day workshop (the rationale).

Tebble, Helen.1998. *Medical Interpreting: Improving communicating with your patients*. Geelong, Victoria: Deakin University.

Wadensjö, Cecilia. 1992. *Interpreting as Interaction. On dialogue-interpreting in immigration hearings and medical encounters*. Linköping: Linköping University.

Zola, Irving Kenneth. 1987. “Structural constraints in the doctor patient relationship: The case of non-compliance”. Schwartz (ed). *Dominant Issues in Medical Sociology*. N.Y.: Random House. Pp.203-209.

<u>אתרי אינטרנט</u>

כל האתרים מעודכנים לחודש אפריל 2006

עיתון הארץ מקוון:

http://www.haaretz.co.il/hasite/pages/ShArtPE.jhtml?itemNo=546992&cotrassID=2&subContrassID=21&sbSubContrassID=0

אתר משרד הקליטה:

http://moia.gov.il/Netunmin/yachas/asp?KodTeur

אתר הכנסת:

http://www.knesset.gov.il/mmm/data/docs/mo1182.doc

http://mishpatim.mscc.huj.ac.il/kursim/piskeydin/chokzecoyothachole.doc

קודים אתיים של הארגונים השונים:

NCIHC: A National Code of Ethics for Interpreters in Health Care

http://www.ncihc.org July, 2004

MMIA: Massachusett Medical Interpreters association

http://www/mmia.org/standards/CodeofEthics.asp

CYRACOM :Transparent Language Services

http://www/cyracom.net/Default.aspx?PageId=204

AVLIC/AILVC: Association of Visual Language Inerpretes of Canada , July 2000.

Code of Ethics: Registry of Interpreters for the Deaf (RID)

http://www/divesityrx.org/HTML/MOIPRI.htm

נספחים

<u>נספח א :</u>

רשימת המפגשים שנצפו במחקר

ביקור	תאריך	הרופא	המתורגמנית
1	2.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
2	2.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
3	2.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
4	2.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
5	2.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
6	5.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
7	5.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
8	5.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
9	5.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
10	5.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
11	5.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
12	5.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
13	5.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
14	5.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
15	5.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
16	13.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
17	13.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
18	13.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
19	13.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
20	13.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
21	13.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
22	13.3.06	דר' ש.מ.	ישראלה
23	11.6.06	דר' ש.מ	מיכל
24	11.6.06	דר' ש.מ.	מיכל
25	11.6.06	דר' ש.מ.	מיכל
26	11.6.06	דר' ש.מ.	מיכל
27	11.6.06	דר' ש.מ.	מיכל

המתורגמנית	הרופא	תאריך	ביקור
מיכל	דר' ש.מ.	11.6.06	28
מיכל	דר' ש.מ.	11.6.06	29
מיכל	דר' ש.מ.	11.6.06	30
מיכל	דר' ש.מ.	11.6.06	31
מיכל	דר' ש.מ.	11.6.06	32
מיכל	דר' ש.מ.	11.6.06	33
מיכל	דר' ש.מ.	11.6.06	34
מיכל	דר' ש.מ.	11.6.06	35
מיכל	דר' ש.מ.	11.6.06	36
מיכל	דר' ש.מ.	11.6.06	37
מיכל	דר' א.י.	18.6.06	38
מיכל	דר' א.י.	18.6.06	39
מיכל	דר' א.י.	18.6.06	40
מיכל	דר' א.י.	18.6.06	41
מיכל	דר' א.י.	18.6.06	42
מיכל	דר' א.י.	18.6.06	43
מיכל	דר' א.י.	18.6.06	44

נספח ב:

שאלות מנחות לקראת הראיון עם המתורגמניות. השאלות שמשו כבסיס לשיחה ולא נשאלו כולן, ולא בסדר זה.

1. גיל.
2. גיל עלייה.
3. מסלול המשפחה בעלייה ולאחריה.
4. לימודים.
5. תיאור העבודה בשני המקומות.
6. מה הביא אותה לעבודה הזו?
7. האם קיבלה הכשרה? איך התקבלה לעבודה?
8. איך הרופא הכניס אותה לעבודה? האם הגדיר את התפקיד והציפיות?
9. האם מרגישה שחסרה לה הכשרה? מה הייתה רוצה שילמדו אותה, שיעזרו לה?
10. איך מגדירה את התפקיד שלה? אצל מי היא עובדת: הרופא או החולה? האם היא רק צינור להעביר מילים או שיש לה עוד תפקיד? לצד מי את?
11. באילו קשיים נתקלת בעבודה?
12. מה עושה עם מונחים שהיא לא יודעת?
13. מה עושה כשלא מבינה מה שהרופא מסביר לה?
14. מה רמת האמהרית שלה? האם קורה שלא מבינה משהו שהחולה אומר?
15. האם מתרגמת כל מה שרופא אומר? מה לא? איך יודעת מה לא רוצה שתתרגם? האם זה נראה לה הוגן לא לתרגם? (למשל התינוק שנפגע בלידה)
16. האם קורה שמוסיפה על דברי הרופא? מתי?
17. האם קורה שעונה לבד על שאלה כי יודעת את התשובה?
18. מתי מתרגמת כל מילה? מתי מתמצתת?
19. איך מקבלת את החולה?
20. התשאול: מה את שואלת? איך יודעת מה לשאול? באיזו צורה מדווחת לרופא? לפעמים החולה מדבר הרבה והיא אומרת רק כמה מילים: כמו נזלת, כואבת לה הבטן, יש לה פריחה. מה משמיטה? עפ"י מה ?
21. האם קורה שהיא יוזמת פנייה משלה? מעלה נושא?
22. מה עושה כשרואה שהחולה לא מבין מה לשאול, או שמשהו לא בסדר. האם שואלת במקומו, האם רומזת לו לשאול?
23. האם מעבירה כל שאלה של החולה, גם אם נראית לה מטופשת?
24. מה עושה כשהרופא והאחות מדברים ביניהם או כשהרופא מדבר טלפון, האם מסבירה לחולה?
25. מה עושה כאשר הרופא או מישהו אחר פוגע בעולים? האם זה תפקידה להתערב?
26. למה נשארה בחדר כשהייתה חולה עולה דוברת עברית?

27. האם מרגישה שיש לה מספיק שפה משותפת עם העולים למרות שהיא ותיקה וגדלה בארץ?
28. האם מרגישה שהחולים סומכים עליה למרות שהיא צעירה? איך לדעתה מרגישים עם זה שבחורה צעירה עוזרת להם? לאן הם רואים אותה שייכת: אליהם או לממסד?
29. למי מרגישה קרובה יותר מבחינה תרבותית לרופא או לחולים?
30. מה יודעת על הרפואה האתיופית המסורתית?
31. האם קורה שחולה מסביר לה את סיבת המחלה עפ"י התרבות האתיופית, האם מעבירה לרופא? למה?
32. האם שואלת את החולה אם קיבל טיפול מסורתי? או: אם החולה מספר לה על כך, האם מעבירה לרופא?
33. האם מזהה בעיות שהן בעצם לא גופניות אלא אחרות, שמתאימות לאתיופיה ? מה עושה?
34. עשיית תפקידים שהם לא במסגרת תפקידה: בדיקת שתן, להביא מעטפות.
35. האם חושבת שהחולים מרוצים מהטיפול שהם מקבלים בקופ"ח?
36. מה קורה כאשר חולה מגיע למרפאה כאשר היא לא נמצאת? איזה טיפול מקבל?

נספח ג:

שאלות לראיון עם הרופאים:

שם, רקע (שפות)

לימודים, התמחות

כמה זמן עובד עם העולים? איפה?

תיאור הייחודיות של העבודה עם עולים:קשיים מיוחדים: שפה, תרבות. מה שונה בצורת העבודה שלו לעומת עבודה עם דוברי עברית או שפה אחרת שהוא דובר? (למשל, האם אומר לחולה מה האיבחון? כמה מנסה להבהיר אם לא מבינים? האם מסביר סיבה? כמה מקדיש לחינוך בריאותי?)

האם קיבלת הכשרה כלשהיא להעלאת הרגישות לתרבות העדה

האם התנסה בעבודה ללא מתרגם?

האם קיבל הכשרה/הדרכה כיצד לעבוד עם מתרגם? האם מרגיש צורך?

האם דנת אי פעם עם המתרגמת על דרך העבודה המשותפת? כיצד הכניס, למשל, את מיכל לעבודה? מה הסביר לה שצריכה לעשות?

האם רואה הבדל בין עבודה עם מתרגמת בית לתרגום של משפחה או כל אד הוק אחר?

האם מקדיש יותר זמן לחולה בשל בעיות תקשורת?

עבודה עם מתרגמת:

מה משנה בצורת העבודה שלו בגלל העבודה עם המתרגמת?

האם האנמנזה (הסטוריה רפואית) שמקבל מספיקה?

איך מעריך את ההבנה של החולים?

איך יודע שהבינו?

האם לדעתו לוקחים את התרופות כפי שרשם? אם כן/לא-למה?

האם אתה חושב שהמתרגמת מרגישה חפשייה לשאול שאלות ישירות לשם הבהרה? האם החולה מרגיש חפשי ומסוגל לשאול?

איך התחושה שלך לגבי העברת דבריך לחולה?

האם ביקשת או חשוב לך לקבל הסברים תרבותיים שעשויים להיות רלבנטיים?

האם לומד להכיר יותר את הרקע והמנהגים ע"ס עבודה עם מתרגם?

מה הידע שלך לגבי רפואה מסורתית? האם מעניין אותך לדעת מה לדעתו הסיבה למחלה?

האם שואל אם ביקר אצל מרפאים אחרים? אם כן, איזה טיפול קיבל?

דיבור בגוף שלישי: האם מודע למה שעושה? האם מודע למה שזה גורם לשיחה?

אני רואה שהמתרגמת מתשאלת את החולה לבד:

א. האם קיבלה הנחיות מה לשאול?

ב. כאשר אתה נאמר נותן לה קו כללי מה לומר או לשאול ומשאיר לה לעשות זאת לבד: האם אתה סומך עליה שתעשה זאת בדיוק?

מתי לדעתך אפשר לעשות דבר כזה?
מתי תשאיר לה לנסח דברים במילים שלה?

ג. האם לדעתך מקבלים ע"י כך את השרות הכי מקצועי?
האם חושב שכל מה שנאמר מתורגם? האם מפריע לך כאשר מנהלת שיחה ארוכה עם החולה?
האם שואל אותה מה עושה?

מה תפקידה של המתרגמת?
האם צריכה להיות שקופה? אם לא, מה הציפיות.
את מי היא משרתת? לצד מי היא?

האם העבודה עם מתורגמן גורמת לך להרגיש לא נוח לגבי תפקידך? (שליטה על הראיון) . אם כן, אילו צעדים אפשר לנקוט כדי להתגבר על כך?
האם מרגיש שהחולים מקבלים את הטיפול הטוב ביותר?
המתורגמנית: כיצד משפיעה? הערכת התרומה והחסרונות?

נספח ד׳:

שאלות לראיון עם ניר:

1. על עצמו: גיל, השכלה, ניסיון בעבודה.
2. תפקידיו הרשמיים , מי המעסיק? כמה זמן עובד?
3. תיאור העבודה שלו עם החולים שלא מטעם הקיבוץ
4. שליטה באמהרית: איך? מה הרמה? האם מספיקה בשביל תרגום? (איזה תרגום?)
5. תרגום טלפוני: כיצד מתבצע? ביוזמת מי? בהגדרת תפקידו? האם מרגיש שנותן פתרון מספיק?
6. מה לדעתו תפקידו של המתרגם: צינור ניטרלי או תפקיד אחר?
7. לצד מי הוא: העולה או הרופא?
8. האם היותך פרנג׳י נותנת לך יתרון או חסרון?
9. איזה בעיות תקשורת הוא רואה בין העולים לרופאים או למטפלים אחרים?
10. איך רואה את תפקידו: מתרגם? מקשר? מסביר?
11. האם המטפלים רואים בו שותף מול העולים? האם מדברים איתו עליהם?

בסיטואציות בהן הולך עם עולה לרופא:

12. האם מתרגמת כל מה שרופא אומר? מה לא? איך יודעת מה לא רוצה שתתרגם? האם זה נראה לה הוגן לא לתרגם? האם קורה שמוסיפה על דברי הרופא? מתי?
13. האם קורה שעונה לבד על שאלה כי יודע את התשובה?
14. מתי מתרגם כל מילה? מתי מתמצת?
15. האם קורה ש יוזם פנייה משלו? מעלה נושא?
16. מה עושה כשרואה שהחולה לא מבין מה לשאול, או שמשהו לא בסדר. האם שואל במקומו, האם רומז לו לשאול?
17. האם מעביר כל שאלה של החולה, גם אם נראית לו מטופשת?
18. מה עושה כשהרופא והאחות מדברים ביניהם או כשהרופא מדבר טלפון, האם מסביר לחולה?
19. מה עושה כאשר הרופא או מישהו אחר פוגע בעולים? האם זה תפקידו להתערב?
20. האם מרגיש שיש לה מספיק שפה משותפת עם העולים בגלל שהיא ותיקה וגדלה בארץ?
21. למי מרגישה קרוב יותר מבחינה תרבותית לרופא או לחולים?
22. מה יודע על הרפואה האתיופית המסורתית?
23. האם קורה שחולה מסביר לו את סיבת המחלה עפ״י התרבות האתיופית, האם מעביר לרופא? למה?
24. האם שואל את החולה אם קיבל טיפול מסורתי? או: אם החולה מספר לו על כך, האם מעביר לרופא?
25. האם לדעתך החולים מקבלים את הטיפול הכי טוב שאפשר לספק להם?

Abstract

This paper examines the role of the interpreter in the inter-cultural encounter, between a Hebrew-speaking doctor and an Amharic-speaking patient. The encounter between the "western" doctor, who practices according to the bio-medical model, and the traditional Ethiopian patient, who is used to Ethiopian folk medicine, is a microcosm of the encounter between the receiving Israeli society and culture, and the immigrant who wishes to integrate into it. It is further a manifestation of the attempt to negotiate between the two cultures, and, as such, plays a meaningful role in the immigrants' assimilation in Israeli society.

The interpreter role is determined by her being the link in this bi-cultural encounter. Whereas this role was previously perceived as that of a conduit, faithfully transmitting the words of the speakers, it is clear today that the theoretical descriptions have little in common with the reality at hand, and very often the interpreter takes upon herself additional and varied tasks.

The theoretical section of this paper deals with the following two aspects: the complex medical encounter in which the interpreter functions, and the various roles she fulfills in this particular reality. In this section the reality of the medical encounter will be examined from different perspectives. We begin with a description of the power gap existing between doctor and client, as well as the patterns of discourse utilized during this particular encounter, even when both participants speak the same language. This is followed by a discussion as to the implications of the inter-cultural differences, and those resulting from the presence of an interpreter during a medical encounter, when doctor and patient do not speak the same language. These differences are evident in the way illness is perceived in Western culture as opposed to traditional culture (in the causes of illness, way

of complaining, treatment, cooperation etc.). Furthermore, various linguistic features (politeness, narratives etc.) that might impede the discourse between interlucutors of diverse cultures are elaborated upon. The presence of an interpreter as the link in the encounter alters the interaction between the two parties, and requires a special awareness of the change in the entire setup and in working methods.

A discussion pertaining to the role of the interpreter stems from the description of the challenges posed by the inter-cultural medical encounter. Using various ethical codes, as formulated by various organizations, the instructions given to interpreters are examined. Descriptive literature dealing with the various roles taken up by interpreters, who were observed by numerous researchers, and definitions of the role of the interpreter given by the three interlocutors are reviewed.

The ethnic group dealt with in this study – Ethiopian immigrants to Israel – is then described. We have expanded on the group's historical background, its immigration to Israel during the past thirty years, and the way it is dealt with in absorption centers, established for the purpose of catering to the group's specific needs. The chapter dealing with Ethiopian culture describes typical patterns of illness perception by Ethiopian immigrants, types of illnesses and healing methods common in Ethiopia, and brought to Israel by the immigrants, as well as patterns of discourse and politeness characteristic of the above group, which might affect the medical encounter.

Based on the theoretical literature, a model of the interpreter's role is proposed. It includes seven different roles: translator, cultural informant, cultural broker or cultural mediator, advocate, bilingual professional, communication

coordinator and reconciliator. The purpose of this study is to examine how these roles are perceived, and in turn, how they are carried out by the interpreters in the specific multi-cultural medical encounter between Ethiopian immigrants in Israel and their Hebrew-speaking doctors.

The questions posed in the study are:

1. How does the interpreter perceive her role?
2. How is this role perceived by the medical staff?
3. Does the behaviour of the interpreter and medical staff correlate with these perceptions?

A qualitative field study was conducted in two different medical clinics belonging to Clalit Medical Services, one situated on a kibbutz and one in a town. Both of these are located near absorption centers catering to Ethiopian immigrants during the first year and a half of their stay in Israel. The study is based on 44 encounters between Amharic-speaking patients and two Israeli doctors - 37 encounters with Dr. S.M and 7 with Dr. A.Y. In each case two different interpreters were used. The doctors and nurses working alongside the interpreters were given semi-structured interviews, and were questioned as to their perception of their roles and their work together.

The data collected during the interviews was transcribed and analyzed in accordance with the model of the seven roles. Likewise, instances in which the interpreter fulfilled each of the roles during the encounters, or, alternatively, when the undertaking of a specific role was requested, but could not be fulfilled by the interpreter, were recorded and analyzed. This was followed by an examination of the compatibility between the way in which the roles were perceived by the

participants themselves, and the way in which these roles were in fact performed by them during the encounters.

From the interviews with the doctors it follows that the latter are mainly interested in translation with an element of cultural bridging. They also wish the interpreter to act as a bilingual professional who performs the initial interview at the start of the encounter, but not to deviate from this task. Their expectations of the interpreter in this initial interview are rather high, sometimes assigning her responsibilities which should have been theirs. During the encounters they manifest ignorance of the interpreter's role and they do not speak in a way conducive to a faithful translation and an effective encounter.

The interpreters, who declare that translation is their only role, in fact carry out the other roles in the model as well. Indeed, the greatest part in their interpretation is a summarized translation, in which they exercise discretion in deciding on omissions. They act mainly as bilingual professional and advocate to the patients, and less as communication coordinator and cultural informant or broker.

The conclusion that emerges from the observations described in this study is that neither doctors nor interpreters are aware of many aspects, ethical and pragmatic, of their work and of the implications for choices made during the encounters. Expectations and procedures are not coordinated in a way that might enable each participant to carry out his/her job in the best and most effective way. Both sides work intuitively, with no awareness of the challenges, risks and implications of their behavior for the results of the encounter.

In my opinion, raising awareness of the doctors and the interpreters as to the cultural and sociological aspects of the encounter and acquisiton of practical

ways to improve translation and communication practices, will improve the quality of the work done in the encounters and consequently lead to better results. All this could best be achieved through proper training of both the healthcare providers and the interpreters working with the new immigrants.

This thesis was written under the supervision of

Professor Miriam Shlesinger

Department of Translation and Interpreting Studies,

Bar-Ilan University

Language and Cultural Brokering in the Medical Encounter between Amharic Speakers and their Hebrew Speaking Doctor:

The role of the interpreter as perceived by herself and by the healthcare providers

Gitit Seri

Submitted in partial fulfillment of the

requirements for the Master's degree

in the Department of Translation and Interpreting Studies

Bar-Ilan University

Ramat-Gan, Israel 2006