

דפוסי התקשורת בין רופאים למטופלים

שאינם דוברי עברית בישראל:

ציפיות, קשיים, ופתרונות

יהודית רובנובסקי

עבודה סמינריונית בקורס "חקר התרגום בע"פ"
המנחה: ד"ר מרים שלזינגר

תוכן העניינים

1	מבוא
3	סקירת ספרות
14	מתורגמנות קהילתית ורפואית בישראל
18	שיטת המחקר
	תוצאות ודיון:
21	- נשאלים
23	- רקע לשוני של הנשאלים
25	- המצב בסביבת העבודה
27	- בעיות בתקשורת
29	- פתרונות לבעיות התקשורת
	- שביעות רצון של רופאים מהתקשורת עם מטופלים
35	שאינם דוברי עברית
37	- שביעות רצון של מטופלים
38	- מידת ההבנה של מטופלים
39	- תרגום – תפקידו של הצוות הרפואי?
40	- פתרון מועדף על ידי לבעיות התקשורת
42	סיכום, מסקנות, והצעות למחקר עתידי
46	מקורות
49	נספח

מבוא

בתאריך 10 במאי 2003 התפרסמה באתר האינטרנט של רשת השידור CNN כתבה תחת הכותרת הבאה: "קאפלה¹! לבית חולים דרוש דובר קלינגונית"². בכתבה הקצרה מסופר בעניינות מעושה על בית חולים לחולי נפש באורגון, ארה"ב, אשר, בעקבות מפגש עם מטופלים המסרבים לדבר כל שפה מלבד קלינגונית, מעוניין לשכור את שירותיו של מתורגמן. הגיחוך, העולה על פניהם של מרבית הקוראים שורות אלו, עלה כנראה, גם על פניהם של עורכי ה-CNN, שבחרו למקם את הכתבה במדור הקוריוזים של האתר. ואולם משלמי המיסים במדינת אורגון לא היו משועשעים. לאחר יומיים התפרסמה ב-CNN כתבה נוספת³, שבה התנצלו גורמים באורגון על "הטעות, שנבעה מהתלהבות-יתר להבטיח שהמערכת שלנו תוכל לענות על צרכיהם של כל הלקוחות", והבטיחו שלא הוציאו אף לא אגורה אחת מכספי משלם המיסים עבור שירותי תרגום לקלינגונית.

אנקדוטה זו מייצגת למעשה את הגישה הרווחת במקומות רבים בעולם כלפי תרגום קהילתי בכלל ותרגום במערכת הרפואית בכלל: לעיתים קרובות מקבלי ההחלטות אינם נותנים את דעתם לקיומם של מיעוטים לשוניים ולקשיי התקשורת שלהם, ואינם מכירים בצורך להשתמש במתורגמנים מקצועיים. גם כאשר מכירים בחשיבות העניין, ומציעים דרכים לפתור את הבעיה, הרי שעלויות המיזם והקשיים הלוגיסטיים ביישומם מביאים חיש מהר לביטול התוכנית. השימוש במתורגמנים מקצועיים, למרות היותו הפתרון המומלץ על ידי חוקרים רבים, נתפס כבזבז משאבים: מדוע שבעבור חולה "פסיכי" אחד הדובר שפה "חייזרית" כלשהי, יממנו מנהלי בית-החולים מתורגמן ממיטב כספם של אזרחי אורגון השפויים (ודוברי האנגלית). הרי פשוט הרבה יותר להכריח את המטופל לתקשר באנגלית, או, במצב הגרוע ביותר, ללמוד מילים אחדות בשפתו כדי "להסתדר". גישה דומה ננקטת ביחס לעולים חדשים, מהגרי עבודה, או מיעוטים לשוניים דוברי שפות "אמיתיות". במרבית מדינות העולם, שירותי התרגום במערכת הבריאות אינם מוסדרים (ואף אינם מוכרים) מבחינה ממסדית, ומטופל אשר אינו דובר את שפת המקום ופונה לקבלת טיפול נאלץ

¹ קאפלה – הצלחה (קלינגונית).

² תרגום של הכתבה. קלינגונית היא שפה אשר הומצאה במיוחד עבור סדרת הטלוויזיה "מסע בין כוכבים" של היוצר ג'ין רודנברי. לשפה דקדוק, תחביר, ואוצר מילים משלה, והיא שפה מתפקדת לכל דבר.

³ תרגום של הכתבה. <http://www.cnn.com/2003/US/West/05/10/offbeat.klingon.interpreter>
<http://www.cnn.com/2003/US/West/05/13/offbeat.no.more.klingon.ap/>

"להסתדר" בעצמו: לדאוג מבעוד מועד לליווי של בן משפחה או חבר אשר יכול לתרגם, להסתמך על מתרגמים אד-הוק כגון צוות רפואי דו-לשוני או מנקים, ואף להשתמש במחוות ידיים.

אולם, כפי שניתן לראות בדוגמת המקרה באורגון, בשנים האחרונות⁴ גדלה והולכת המודעות לצרכים המיוחדים של המיעוטים הלשוניים, וניתן למצוא יוזמות שונות, מהן מוצלחות יותר ומוצלחות פחות, לפתרון בעיות התקשורת בין רופאים ואנשי צוות רפואי לבין מטופלים שאינם דוברים את שפת המקום. במקביל קיימת עליה בתשומת הלב האקדמית המוקדשת לתחום התרגום וקשיי התקשורת במערכת הרפואית, וניתן למצוא מחקרים הדנים בנושא מנקודות מבט שונות: חקר התרגום בעל-פה, זכויות מהגרים, חקיקה סוציאלית, רפואה, סוציולוגיה, ועוד.

עבודה זו באה לבחון את דרכי התקשורת בין מטופלים שאינם דוברי עברית (עולים חדשים, מהגרי עבודה, בני מיעוטים אתניים) לבין גורמים (הדוברים בעיקר עברית) במערכת הבריאות בארץ. בנוסף לתיאור עדכני של המצב הקיים, מתמקדת עבודה זו בציפיותיהם של אנשי הצוות הרפואי מן התקשורת עם בני מיעוטים לשוניים, ובשביעות רצונם משרותי התרגום אד-הוק שהם מקבלים. מבחינה זו מתבסס מחקר זה בעיקר על עבודתו של פשהאקר (Pöchhacker, 1999, 2000), אשר מציג את תוצאותיהם של סקרים שנערכו בקרב חברי צוות רפואי בבתי-חולים בווינה על מנת להעריך את שיטות התקשורת הנהוגות ואת שביעות רצונם של המעורבים בשיח משיטות אלו.

⁴ החל בשנות ה-70 באוסטרליה, ובשנות ה-80 באירופה. על כך בהרחבה בסקירת הספרות.

סקירת ספרות

בעברית מכיל בתוכו המונח "תרגום" הן את עבודת התרגום בכתב (translation, traduction), והן את התרגום בעל-פה (interpreting, interpretation), אשר מכונה לצורך ההבדלה בשם "מתורגמנות". את תחום התרגום בעל-פה – מתורגמנות – נהוג (Wadensjö, 2001) לחלק לענפי משנה בשתי צורות. החלוקה הראשונה היא על פי שיטת העבודה, למשל, תרגום סימולטני, שבו מתרגם המתורגמן לשפת היעד את אשר הוא שומע בו-בזמן בשפת המקור (בדרך כלל תוך שימוש בצידוד מיוחד – מיקרופונים ואוזניות שמרכיבים המאזינים), תרגום עוקב, שבו מסכם לעצמו המתורגמן קטע קצר שנאמר בשפת המקור ואז משחזר אותו בשפת היעד, ותרגום בלחשנות, שבו מתבצע תרגום סימולטני בלחשה על אזניו של אדם אחד. החלוקה השנייה היא על פי נושא התרגום או הסיטואציה שבה הוא נעשה: מתורגמנות בבתי משפט, בוועידות, ובקהילה. המתורגמנות בקהילה, אשר נעשית בעיקר בשיטת התרגום העוקב, מתחלקת בתורה (Wadensjö, 2001) למתורגמנות רפואית, מתורגמנות בשירות הסוציאלי, ומתורגמנות משפטית.

הכוונה ב"מתורגמנות קהילתית", או כפי שמכנה אותה Wadensjö "מתורגמנות בשירות הציבורי" או "מתורגמנות דיאלוג" היא לתרגום עוקב דו-כיווני המתבצע בתחום השירות הציבורי: במשטרה, במחלקת ההגירה, בשירות הסוציאלי, במערכת הבריאות ובריאות הנפש, ובמוסדות חינוך ודת, ומאפשר את התקשורת בין נציג הממסד (או נותן השירות) לבין לקוח שאינו דובר את שפתו, ובכלל זה – מהגרים, פליטים, או בני מיעוטים אתניים (Martinsen, 2003, Pöchhacker, 1999, Wadensjö, 1998, Chesher, 1987). למרות שמקצוע המתורגמנות בכלל והמתורגמנות בקהילה בפרט, הוא מן העתיקים בעולם וניתן להתחקות אחריו עד לימות המקרא⁵ (שוסטר, 2003), מקובל להשתמש במונח "מתורגמנות קהילתית" בהקשר של "מתן שירותים ציבוריים וגישת אליהם במדינת הרווחה לקראת סוף המאה ה-20" (Pöchhacker, 1999).

⁵ שוסטר מזכירה את "המליץ בינותם" (בראשית, מ"ב, כ"ג) אשר שלט בעברית ובמצרית ותרגם את השיחה בין יוסף לאחיו, וכן את תפקידו של אהרון כמליץ של משה אחיו (שמות, י', ג').

המונח "מתורגמנות קהילתית" נטבע לראשונה באוסטרליה בשנות ה-70 (Pöchhacker, 1999), כאשר בתגובה לצרכי המהגרים והתושבים הילידיים הרבים שבה החלה מדינת ניו סאות' ווילס לספק מתורגמנים בעלי הכשרה מתאימה לעבודה במערכת הבריאות, ויסדה, בשנת 1977, את שירות המתורגמנים הרפואיים (Health Care Interpreter Service) (Chesher, 1987). בשנות ה-80 נכנס המונח לשימוש בבריטניה, שם הוחלף מאוחר יותר ב"מתורגמנות בשירות הציבורי", ולאחר מכן התקבל באירופה ובעולם כולו (Pöchhacker, 1999). עם זאת, אין לראות בשם הניתן למקצוע דבר של מה בכך. כפי שמציין גרבר (Garber, 2000), באונטריו שבקנדה, מכונים מתורגמנים קהילתיים בשם "מתורגמנים תרבותיים" (cultural interpreters), מונח אשר ניתן לפרש במגוון דרכים החל ב"אדם בעל שליטה טובה בשתי שפות אשר יכול לתרגם בעל-פה" וכלה ב"אנתרופולוג תרבותי" וב"סייעת למורה בשיעורי אנגלית כשפה זרה". הבחירה במונח זה משקפת במידה רבה את גישת המערכת למתורגמנים הקהילתיים ולתפקידם – שכולל לעיתים הרבה מעבר לתרגום גרידא (על תפקידו של המתרגם הקהילתי יורחב בהמשך). בדומה לכך, בשנות ה-80 בישראל כונו עולים וותיקים מקרב העדה האתיופית שעזרו בקליטתם של עולים חדשים מבני העדה ותפקדו כמתורגמנים קהילתיים לכל דבר בשם "מדריכים" או "סומכים"⁶ (בורגנה, 1987). לבסוף, יש להזכיר כי עד לא מזמן הוגדר התרגום הקהילתי כ"תרגום שמבוצע בידי מתורגמנים שאינם מקצועיים" (González, Vásquez and Mikkelsen, אצל פשהאקר, 1999), הגדרה שהשפיעה כמובן על הגדרת תפקידו של המתורגמן הקהילתי, על הציפיות ממנו, ועל היחס לתרגום קהילתי מצד הממסד כמו גם מצידה של קהיליית המתרגמים.⁷

לתחום מובחן בחקר התרגום הפך נושא המתורגמנות הקהילתית רק בראשית שנות ה-90, במיוחד לאחר קיום הכנס הבינלאומי הראשון ל"מתורגמנים בקהילה" בקנדה בשנת 1995 (Pöchhacker, 1999). אולם מכיוון שמתורגמנות קהילתית מקיפה תחומים שונים של חיי

⁶ כיום מקובל גם הכינוי "מגשרים".

⁷ רזנברג (Resenberg, 2001) מציין כי המתורגמן הקהילתי נתפס כחבר הכי פחות מקצועי בקהיליית המתורגמנים ולכן זוכה ליוקרה הנמוכה ביותר. יתכן שהדבר נובע גם ממעמד החברתי של אלו הנזקקים לשירותיו – העניים ביותר.

היום-יום, הרי שגם ההתייחסות המחקרית אליה מגיעה מתחומים רבים, ולעיתים קרובות משלבת בין כמה מנקודות המבט השונות: חקר השיח, משפטים וזכויות מיעוטים, רפואה, אנתרופולוגיה, וכמובן חקר התרגום בדגש על הכשרת מתורגמנים וחיבור קודים אתיים. בתחום הצר יותר של חקר המתורגמנות הקהילתית בהקשר הרפואי השאלות המרכזיות בהן עוסקים מרבית המחקרים הן מידת השפעתם וחשיבותם של ההבדלים הבין-תרבותיים בשיח הרפואי, תפקידו ומקומו של המתורגמן בשיח הרפואי, הבעיות הנוצרות מאי-הסתייעות במתורגמנים או משימוש במתורגמנים שאינם מקצועיים, והערכת שביעות רצונם של המשתתפים השונים בשיח הרפואי המתורגם (רופאים, מטופלים, ומתורגמנים) מאיכות התקשורת בפרט ומאיכות השירות (הרפואי והלשוני) שהם מקבלים בכלל.

חשיבותם של ההבדלים הבין-תרבותיים בשיח הרפואי מתוארת היטב בעבודתם של ג'ונסון, הארט וקליינמן (Johnson, Hardt, and Kleinman, 2001), אשר מציעים לרופאים להשתמש ב"מיני אתנוגרפיה" בקשר שלהם עם מטופלים בני תרבות שונה. הם מזכירים כי בתרבויות שונות קיימות גישות שונות לגבי תפיסת מחלה והתופעות הנחשבות כתסמיני מחלה (שלשול כרוני, למשל, עשוי להתפשט כמצב "נורמלי", ולא כסימפטום), הגורמים למחלה (למשל, חוסר איזון של חום וקור בגוף או כישוף שהוטל על החולה), דרכי טיפול (שימוש בתרופות ביתיות ופניה למרפאים מסורתיים), קבלת החלטות רפואיות (המשפחה כולה עשויה להיות מעורבת בתהליך), היחס למטפל (חשדנות כלפי רופא בן תרבות זרה), ועוד. לדבריהם, שימוש במתרגמים ובבני משפחה של המטופל, יכול לעזור מאוד בקבלת המידע האתנוגרפי הנחוץ לרופא על מנת להבין את הבעיה ולטפל בה כנדרש, באופן שגם יתאים לצרכיו וציפיותיו של המטופל בן התרבות השונה. מאמרן של קווגאוה-זינגר ובלקהול (Kagawa-Singer and Blackhall, 2001) העוסק ביידוע מטופלים בני תרבויות שונות לגבי מחלות סופניות, מדגיש גם הוא את הצורך בהכרת הרקע התרבותי של המטופל והמקובל בחברתו. על בסיס מקרי מבחן שחקרו ממליצות קווגאוה-זינגר ובלקהול לרופאים להתוודע למנהגי הקבוצות האתניות הנפוצות באזורם, לדוּבב ולשתף את המטופל ככל האפשר בתהליך האבחון והטיפול על מנת להתאימם לעולם המושגים והציפיות של המטופל, ולמנוע קשיי תקשורת על ידי שימוש באנשי צוות דו-לשוניים או במתרגמים מוסמכים, ולא בבני משפחה של המטופל.

נושא תפקידו ומקומו של המתורגמן בשיח הרפואי נידון בהרחבה בעבודותיהם של ודנשה (Wadensjö, 1998, 2001), רוזנברג (Rosenberg, 2001), רודווין (Rudvin, 2003), פשהאקר וקרדיץ' (Pöchhacker, 1999b), בולדן (Bolden, 2000) ואחרים. בניגוד לתפיסה המקובלת במתורגמנות בוועידות, לפיה המתורגמן הינו "צינור" או "מוליך" שקוף שאינו מעורב כלל בשיח (רוזנברג, 2001), מציעה ודנשה גישה חדשה לפיה המתורגמן הקהילתי הוא משתתף מלא בשיח שבו הוא מתרגם, יתרה מזאת, לעיתים עליו לשמש כפרקליט, פרשן, ומתווך של הצדדים (Wadensjö, 1998). תפקידו של המתורגמן הקהילתי, מוסיף רוזנברג, הוא לפעול במכלול השיח והוא מתפרש גם לציפיות שמביאים עימם המשתתפים לשיח הרפואי. לפיכך, העובדה שהמתורגמן לא מעביר בדיוק את האינפורמציה שמוסרים הצדדים (במיוחד מבעים לא רלוונטיים לנושא, הדגשות, חזרות, ועוד) אין בה בכדי להצביע על תפקוד לקוי כי אם לשפוך אור על טבעו המורכב של האירוע המתורגם ועל כך כי על כתפי המתורגמן מוטלת החובה להביא להצלחת המפגש הרפואי בכללותו, ולא להסתפק בהעברה "יבשה" של מידע (Rosenberg, 2001). מעורבות רבה כל כך, עם זאת, יוצרת קשיים שעיקרם הוא הדרישה האתית מן המתורגמן להשאר ניטרלי ולא להתערב בתהליך המתורגם (Rudvin, 2003). בסיטואציות אחרות, כגון תרגום בוועידות, מידת הריחוק שנוקט המתורגמן היא מובנת מאליה, אולם המתורגמן שעובד בקהילה נתקל לעיתים קרובות בדילמה: עד כמה עליו להתערב בשיח כדי להבטיח את הצלחתו, ועם זאת לא להפוך לנציגו של אחד הצדדים. דילמה זו נובעת מכך שהמתורגמן נתפס בו זמנית הן כפרקליטו של המטופל, שכן לעיתים קרובות שייכים המתורגמנים לאותו מיעוט אתני או לשוני כמו לקוחותיהם, והן כנציג הממסד, שכן המתורגמן דובר את שפת המקום ומעורה יותר בחברה ובמנהגים החדשים. ריבוי התפקידים והלחצים המופעלים על המתורגמן עשוי להביא לכך שהמתורגמן יחוש בלבול בתפקידים שיש עליו למלא (Jackson, 1998). בנוסף, מתחים חברתיים ודעות קדומות או הפליה על רקע אתני וגזעי, כמו גם עצם המצאותו של המתורגמן בחדר בזמן אינטראקציה רפואית או טיפולית מפרים את האיזון בשיח ומקשים על המתורגמן להשאר נייטרלי. אולם, מסכמת רודווין, שמירה על נייטרליות מוחלטת היא בלתי-אפשרית, ובדומה לרוזנברג, היא מציינת כי התערבותו של המתורגמן בשיח היא לא רק מכורח המציאות כי אם תנאי להצלחתו של השיח.

פשהאקר וקדריץ' (Pöchhacker, 1999b), לעומת זאת, מדגימים במאמרם את הסכנות הטמונות בהתערבות-יתר של המתורגמן בשיח. המתורגמנית במקרה זה היא עובדת ניקיון דוברת סרבית אשר הוזמנה לתרגם עבור ילד ממוצא בוסני והוריו במהלך פגישה עם מטפלת בדיבור דוברת גרמנית בבית חולים בוינה. במהלך הפגישה לוקחת על עצמה המתורגמנית להרגיע את הילד ולעודד אותו, בלי שהתבקשה לעשות זאת על ידי המטפלת. היא גם מחזקת את אמונם של הורי הילד במערכת הרפואית בכך שהיא מבטיחה לאם כי "אין לך מה לפחד, הם באמת מאוד טובים איתו כאן". כמו כן המתורגמנית דואגת "להתאים" את תשובותיו של המטופל למה שמצפה המטפלת לשמוע, על ידי שימוש בשאלות הבהרה, מתן אופציות לתשובה, וניסיון לדובב את הילד:

מטפלת: "זה גם מה שהרגשת על הבטן שלך לפני כמה דקות, נכון? הבטן נכנסה ויצאה, נכנסה ויצאה, הבטן שלך, כן?"
 [השאלה תורגמה, הילד מניד בראשו לשלילה]
 מתורגמנית (מיוזמתה): "הרגשת את זה? לא? למה לא? אבל כן הנחת את היד שם. הרגשת איך הבטן עולה, נכון?"
 מטופל: "כן."⁸

בנוסף, המתורגמנית מוסיפה תוכן משלה לשיח, כאשר היא מעירה "אלו רק תרגילים" ובכך מפחיתה מחשיבות 25 דקות הטיפול שקדמו לה, וכן כאשר היא מסבירה למטופל ולהוריו כי את תרגילי הנשימה יש לבצע בערב, לפני השינה, בעוד שהמטפלת בדיבור נמנעת מלייחד שעה מסוימת לתרגילים ומדגישה שניתן לבצעם בכל שלב במהלך היום.

גם בניתוח מתחום חקר השיח אנו מוצאים כי המתורגמן ממלא תפקיד גדול ומשמעותי בשיח הרפואי. מאמרה של בולדן (Bolden, 2000) בוחן את תפקידו של המתורגמן הרפואי במהלך תהליך האנמנזה – תיאור ההיסטוריה הרפואית של המטופל והסימפטומים של מחלתו הנוכחית כהכנה לתהליך הדיאגנוזה. לדברי בולדן, המתורגמן הרפואי לא פועל מתוך תפיסתו את פעולת התרגום עצמה, כי אם על בסיס הבנתו את מטרת השיח: הצורך של הרופא לקבל מידע יעיל ורלוונטי שיעזור לו לגבש מסקנות לגבי הסיבה למחלה ואופן הטיפול ההולם. המתורגמן, לגבי בולדן, מאמץ את "קול הרפואה" (לפי Mishler, 1984, אצל Bolden, 2000) – הרעיון לפיו רופאים (לפחות במסגרת הרפואה המערבית) מעדיפים שהמידע הנוגע למצבו הביו-רפואי של המטופל יוצג להם באופן אובייקטיבי ובעזרת

⁸ תרגום של הכתבת.

תבניות קבועות, וללא נימה אישית – ומארגן את השיח באופן כזה שיתאים להעדפות אלו. לפיכך, אנו רואים כי בשיחות שהקליטה בולדן המתורגמן הוא זה שמנהל את השיח: הוא שואל את המטופל מיוזמתו שאלות שעשויות לכוון את הרופא למסקנה דיאגנוסטית, ואשר מנוסחות באופן שיספק תשובות אובייקטיביות שקל יותר להשתמש בהן בתהליך הדיאגנוזה. אזי, הוא מספק לרופא תרגום מתומצת ומובנה של דברי המטופל, המכיל את כל האינפורמציה הרלוונטית (לדעת המתורגמן) לתהליך הדיאגנוזה, ואשר הושמטו ממנו המבעים הסובייקטיביים של המטופל, כמו למשל תיאור בעיות סוציולוגיות או פסיכולוגיות, וכן מבעים שאינם עולים בקנה אחד עם הרפואה המערבית המודרנית, כגון מחלה הנגרמת מ"חשיפה לרוח פרצים". לדברי בולדן, דרך הפעולה של המתורגמן מכוונת להאצת תהליך איסוף האינפורמציה הרלוונטית מהמטופל, ומכאן – את תהליך האנמנזה בכללותו. אולם כתוצאה מגישה זו נשמע פחות "קולו" של המטופל, ואין הרופא מקבל (ויתרה מזאת, אינו מודע לכך שאינו מקבל) אינפורמציה-רקע תרבותית או חברתית העשויה לעזור לו בתהליך הטיפול.

מן התצפיות שבצעה פרדריקס (Fredericks, 1998) במרפאות ציבוריות במלזיה, אנו רואים כיצד "נותר הרופא בשולי השיח בעוד שהמתורגמן נוטל על עצמו לשאול את המטופל שאלות ולהחליט איזה מידע ראוי שיועבר לרופא."⁹ מתוך חמש השאלות ששואל הרופא מתורגמות רק שלוש, וזאת תוך 25 סבבים בשיח. בסופו של דבר מקבל הרופא מידע מתומצת ומסונן, שמשקף את תפיסתו של המתורגמן לגבי תלונות המטופל יותר מאשר את דברי המטופל עצמה. "האצלת סמכויות" (Fredericks, 1998) כזו של הרופא למתורגמן אנו רואים גם בתצפיותיו של מאייר (Meyer, 2001). המקרה הבולט ביותר הוא כאשר באמצע תהליך האנמנזה עונה הרופא לטלפון וממשיך לשוחח בו בעוד שהמתורגמנית והמטופלת ממשיכות בבירור פרטי המחלה. כאשר מסיים הרופא את השיחה, מסכמת לו המתורגמנית 16 סבבים במשפט אחד, תוך שימוש ב"קול הרפואה" ובמונחים מקצועיים, שאותם, כמובן, לא הזכירה המטופלת¹⁰. רבים מהרופאים שראיינה קרפורד (Crawford, 1994) בדרום-

⁹ תרגום של הכותבת.

¹⁰ יש לציין שבמקרה זה המתורגמנית היא אחת במקצועה ולפיכך ניתן להניח שהיא ממשיכה בשיחה עם המטופלת מעצם תפקידה כאחות, ותוך שהיא זונחת את תפקידה כמתורגמנית, אולם במקרים רבים אנו רואים כי גם מתורגמנים שאין להם הכשרה רפואית נוהגים באופן דומה.

אפריקה אף מרחיקים לכת ומציעים להכשיר את המתורגמנים כדי שיוכלו לבצע את העבודה הקדם-טיפולית ללא נוכחות הרופא.

עד עתה לא הבחנתי בין מתורגמן מקצועי (כזה שקיבל הכשרה בתחום התרגום כמו גם בתחום השפה), לבין מתורגמן לא מקצועי, או כפי שהוא מכונה לעיתים מתורגמן אד-הוק. הכוונה היא לאדם המשמש כמתורגמן מכורח הנסיבות, למשל בן משפחה או חבר של המטופל, איש צוות רפואי דו-לשוני, מנקה, מטופל אחר, וכד'. במרבית מדינות העולם (גם בכאלו שבהן מוסדר נושא התרגום במערכת הרפואית ושיש בהן מתורגמנים מקצועיים), מתבצע התרגום בידי מתורגמנים אד-הוק. ההסתייגות במתורגמנים שאינם מקצועיים כמוה כמצב שבו עובר אורח מכוון את התנועה בהיעדר שוטר במקום: פעילותו אמנם מקילה על הנסיעה, אולם אי הכרתו את חוקי התנועה וחוסר ניסיונו בעבודה מסוג זה עלולים לעיתים לגרום לתאונות. השימוש במתורגמנים שאינם מקצועיים מקשה לעיתים קרובות על הרופא, על המטופל, ועל המתורגמן עצמו. מחקרים רבים מציגים את ההשפעות השליליות של השימוש במתורגמנים אד-הוק: החל בקשיי תקשורת ובתרגום שגוי (שכן ה"מתורגמנים" לא קיבלו הכשרה בתחום התרגום ולא תמיד שולטים היטב בשתי השפות או במונחים מקצועיים שונים), וכלה בקשיים פסיכולוגיים של המתורגמנים (כאשר ילדים מתרגמים עבור הוריהם, למשל), ובעיות אתיות כגון חשש לפגיעה בחיסיון הרפואי של המטופל (Jackson, 1998).

פלורס ואחרים (Flores et al., 2003) בחנו את ההשלכות הרפואיות של שגיאות בתרגומם של מתרגמים מקצועיים¹¹ ומתרגמים אד-הוק, ביניהם אחיות, עובדים סוציאליים ואחותו בת ה-11 של מטופל. הם מחלקים את סוגי הטעויות לחמש קטגוריות: **השמטה** (המתורגמן לא תרגם מילה או משפט שנאמרו על ידי אחד המשתתפים בשיח); **הוספה** (המתורגמן הוסיף מילה או משפט שלא נאמרו במקור); **החלפה** (המתורגמן החליף מילה או משפט שנאמרו במקור במילה או משפט אחרים); **עריכה** (המתורגמן הציג את דעתו האישית בתור תרגום לנאמר על ידי המשתתפים בשיח); ו**רהיטות כחבת** (המתורגמן השתמש במילה או משפט שאינם נכונים או שאינם קיימים בשפת היעד). החוקרים מצאו כי ל-63% מן הטעויות

¹¹ פלורס ואחרים מזכירים שגם ה"מתורגמנים המקצועיים" במחקרם לא קיבלו הכשרה הולמת לתפקידם. מבחינה זו יתכן שיש להתייחס לכל המתורגמנים שהשתתפו במחקר זה כאל מתורגמנים שאינם מקצועיים.

בתרגום יש השלכות רפואיות. המתרגמים שאינם מקצועיים טעו יותר, ולטענויות שלהם היו יותר השלכות רפואיות מאשר לאלו של המתורגמנים המקצועיים (77% מול 53%). הטענויות כללו השמטת מידע לגבי רגישות לתרופות, השמטת סימפטומים, מתן הוראות שגויות לגבי מינון, משך, ותכיפות השימוש בתרופות, הוראה לאמו של מטופל שלא לענות על שאלות אישיות, ועוד.

ברנסטיין ואחרים (Bernstein et al., 2002) מצביעים על כך ששימוש במתורגמנים חסרי ידע ברפואה וחסרי הכשרה בתחום התקשורת עשוי להביא לעיוותים בהיסטוריה הרפואית, שימוש-יתר, או לחילופין, שימוש לא מספיק בבדיקות וטיפולים, אבחון שגוי, ושגיאות בטיפול. החוקרים, אשר השוו את רמת הטיפול שניתן למטופלים שקיבלו תרגום ממתורגמן מקצועי, מטופלים שלא קיבלו תרגום מקצועי, ומטופלים דוברי אנגלית (שפת המקום), מצאו כי מטופלים שלא קיבלו תרגום מקצועי נשארו בחדר המיון כשלוש שעות פחות בממוצע מאשר דוברי האנגלית, וקיבלו פחות טיפולים ושירותים. למטופלים שלא קיבלו תרגום היו הסיכויים הנמוכים ביותר לקבל עירוי תוך ורידי ותרופות במהלך שהותם בחדר המיון.

ההשלכות הרפואיות של תרגום לא מקצועי עשויות להיות חמורות: מרטינסן (Martinsen, 2003) מתארת מצב שבו במקום לומר לבני זוג שהם נשאי איידס, נאמר להם שתוצאת הבדיקה טובה¹². בני הזוג, כמובן, לא הופיעו לקבלת טיפול במחלתם. צ'שר (Chesher, 1987) מדגימה כיצד ניתן להבין את ההסבר שנותנת אחות במרפאה גניקולוגית לאם צעירה לפיו אין להרות במשך שלושה חודשים לאחר חיסון נגד אדמת כאילו החיסון עצמו ימנע הריון למשך שלושה חודשים. פלורס ואחרים (Flores, et al., 2003) מספרים על ילדים שהוצאו מחזקת הוריהם בחשד להתעללות בגלל מילה שלא תורגמה כיאות.

¹² הטעות נובעת מתרגום שגוי של המונח "positive" [חיובי]. תוצאת הבדיקה כפי שניתנה לבני הזוג – HIV – "positive" – משמעותה שהבדיקה אשר בוחנת את המצאות נוגדי נגיף האיידס בדמם הניבה תשובה חיובית, ולכן הם נשאי המחלה. התרגום אשר ניתן לבני הזוג – "positive result of the test" [תוצאה חיובית של הבדיקה] – מתבסס על המשמעות המילונית של המילה "positive": חיובי, טוב, ומשמעותו שתוצאת הבדיקה היא טובה עבורם והם אינם נשאים. אפשר להניח כי הסיבה לטעות היא אי-היכרותו של המתורגמן עם המינוח הרפואי המקובל באנגלית.

תרגום אד-הוק שמתבצע על ידי אחיות ועובדים סוציאליים עדיף לכאורה, על שימוש בקרובי משפחה או מנקים משום שכך יש למתרגמים ידע בתחום הרפואה, ואפשר להניח שהם שולטים בשפת המקום במידה מספקת, שאם לא כן לא היו יכולים לעבוד במערכת הרפואית. שימוש במתורגמן שמכיר את התחום ימנע, לכאורה, טעויות מהסוג שתוארו זה עתה. ואולם, גם לפתרון זה יש חסרונות רבים. קרופורד (Crawford, 1994) מציינת כי האחיות שראיינה אינן שבעות רצון מתפקידן כמתורגמות משום שאין להן את הכוח המוסדי לנהל את השיח כנדרש וכן הן אינן יכולות להקדיש תשומת לב מספקת לעבודת הסייעוד. מאיר (Meyer, 2001) טוען כי כיוון שהאחיות משמשות כמתורגמות רכשו את השכלתן הרפואית בגרמניה, ולא קיבלו כל הכשרה בתחום התרגום, הן אינן יודעות כיצד להעביר את המידע הרפואי למטופלים שאינם חולקים אותה מידה של הבנה רפואית. כלומר, "הן יכולות לדבר על נושאים רפואיים בגרמנית אולם לא בשפת אמם"¹³. ג'קסון (Jackson, 1998) מעלה את האפשרות שבוגרי בתי ספר לרפואה ולסייעוד מארצות אחרות יכולים לשמש כמתורגמים, אולם מסייגת את דבריה בטענה כי הבוגרים הצעירים ואלו המשתייכים למעמד חברתי גבוה עשויים לא להכיר את התרבות המסורתית, מונחיה ותפיסותיה. בדומה למאיר (Meyer, 2001) מעלה ג'קסון את החשש שמתורגמים צעירים ישלטו היטב בשפת המקום שבו גדלו ויתמצאו בתחומי הרפואה המערבית, אולם לא בשפת אמם ובתפיסות המחלה המקובלות בתרבותם.

בעיות השפה אינן הקושי היחיד בשימוש במתורגמים אד-הוק, במיוחד כאשר מדובר במתורגמים שיש להם קשר כלשהו למטופל, כגון בני משפחה או חברים. כאשר משמשים קרובי משפחה כמתורגמים ועליהם להודיע לאדם אהוב כי הוא סובל ממחלה קשה למשל, כותב הרינגטון¹⁴ (Harrington, 2001), אין באפשרותם להשאיר ניטרליים כפי שמתבקש ממתורגמן. קל וחומר כאשר מדובר בילדים המתרגמים עבור הוריהם, מצב שלדעת הרינגטון עשוי לגבול בהתעללות נפשית בילד. כמו כן, מתורגמים אלו אינם פועלים בהתאם לקודי ההתנהגות השונים הנהוגים בקרב מתורגמים ולפיכך אינם מחויבים לשמור על סודיות

¹³ תרגום של הכותבת.

¹⁴ הרינגטון מתייחס במאמרו לתרגום לשפות סימנים, אולם הבעיות שהוא מתאר רלוונטיות גם לתרגום לשפות מדוברות.

רפואית. יתרה מכך, מעצם היותו של המתורגמן בן משפחה, מופר החיסיון הרפואי של המטופל. כך לדוגמה, מתארת מרטינסן (Martinsen, 2003) שני מקרים שבהם תרגם בעל עבוד אישית: במקרה הראשון עוקרה האשה בניגוד לרצונה ובשני נמנעה מהאשה ביצוע הפלה. מרשל ואחרים (Marshall et al., 1998) אצל שוסטר, 2003) מביאים מקרה שבו תרגמה נערה שגססה מסרטן את דברי הרופאים להוריה. כשנפטרה, הסתבר שההורים לא היו מודעים למצבה הקשה כיוון שהנערה הסתירה מהם את הפרטים המדויקים על מחלתה. האחריות לתוצאות הטרגיות של שימוש במתורגמנים לא מקצועיים, טוענת מרטינסן (Martinsen, 2003), מוטלת על כתפי הממסד הרפואי – נותני השירות הרפואי צריכים לסרב להשתמש בבני משפחה בפרט, ובמתורגמנים לא מקצועיים בכלל, גם אם המטופלים עצמם אינם מביעים התנגדות או אפילו מעוניינים בכך.

קשיי התקשורת והבעיות האתיות הנגרמים משימוש במתורגמנים שאינם מקצועיים משפיעים גם על מידת שביעות הרצון של המשתתפים בשיח הרפואי המתורגם. עבודתם של ברנסטיין ואחרים (Bernstein et al., 2002) מצביעה על כך כי "מטופלים מפגינים שביעות רצון גבוהה ביותר כאשר הם יכולים לתקשר ישירות עם הרופא המטפל בהם, שביעות רצון נמוכה יותר כאשר הם משתמשים במתורגמן, ושביעות רצון נמוכה ביותר כאשר יש צורך במתורגמן אולם אין כזה בנמצא.¹⁵ כמו כן מציינים ברנסטיין ואחרים כי מטופלים רבים חשים שצרכיהם אינם מקבלים מענה הולם וכי הסיבה לטיפול הלקוי שהם מקבלים היא קשיי התקשורת שבהם הם נתקלים (Bernstein et al., 2002).

מחקרה של מסה (Mesa, 2000) שבדק את דעתם של מטופלים, מטפלים, ומתורגמנים לגבי "בנק מתורגמנים" הפועל במונטריאול, קנדה, מצביע על כך כי מטופלים חוששים מקבלת תרגום ממתורגמנים אד-הוק. מתורגמנים אלו (בעיקר בני משפחה או חברים) אינם תמיד זמינים, הם עלולים להפר את החיסיון הרפואי או לספק תרגום שאינו מדויק, ובקשת עזרה מהם כרוכה לעיתים באי-נעימות וגורמת למטופל לתחושת "חובה" כלפי המתורגמן. בסיטואציה רפואית, היו 76% מן הנשאלים מעדיפים לקבל תרגום ממתורגמן מקצועי, ו-85% מהם היו מעדיפים מתורגמן מקצועי בעת פניה לעובד סוציאלי. חברי הצוות הרפואי,

¹⁵ תרגום של הכתבת.

מעדיפים שלא לקבל תרגום ממתורגמנים אד-הוק (בין אם קרובי המטופל או עמיתיהם למקצועות הרפואה) משום שהם מספקים תרגום מדויק פחות מאשר מתורגמנים מקצועיים, אינם מסבירים לצוות על תרבותו וערכיו של המטופל במידה מספקת, ומתקשים לשמור על ניטרליות וריחוק מן הנעשה. לדעת אנשי הצוות הרפואי, גם כאשר המתורגמן הוא איש צוות, למשל עובד סוציאלי, התרגום שהוא מספק אינו מושלם משום שהוא מושפע מהרגלי הניתוח וההערכה הפסיכולוגיים הטבועים בו.

על פי ממצאיו של פשהאקר (Pöchhacker, 1999, 2000), 91% מן הרופאים בבתי חולים בווינה אשר משתמשים בשירותי תרגום של מתורגמנים אד-הוק אינם בטוחים שמטופליהם אכן מבינים אותם. הרופאים, אשר משתמשים בבני משפחתו של המטופל (73%), במנקים (61%) ובאחיות (44%) לצורך ביצוע התרגום מוטרדים בעיקר מהעובדה שהמתורגמנים אינם מכירים מונחים רפואיים ואינם בעלי ידע בתחום הרפואה באופן כללי, וכן מההשמטות והקיצורים הרבים שבתרגום. הרופאים מרוצים יותר מהתרגום שמתבצע על ידי אנשי הצוות הרפואי והפרה-רפואי, אולם מציינים כי אלה עסוקים בעבודתם ותכופות אינם פנויים לעזור בתרגום.

כפי שצויין לעיל, המחקר הנוכחי בוחן את דרכי התקשורת הנהוגות בארץ בין רופאים למטופליהם שאינם דוברי עברית, ואת שביעות רצונם של הרופאים מדרכי תקשורת אלו, בהשוואה למתואר בספרות (בעיקר בעבודתו של פשהאקר [Pöchhacker, 1999, 2000]). על שביעות רצונם של רופאים ממתורגמנים אד-הוק, ועל האופן שבו תופסים הרופאים את תפקידו של המתורגמן יורחב, אם כן, בפרק הדן ברקע למחקר הנוכחי.

מתורגמנות קהילתית ורפואית בישראל

למרות שבישראל יש שתי שפות רשמיות – עברית וערבית – ניתן לומר באופן גורף כי שפתו של הממסד הישראלי, ובכלל זה הממסד הרפואי היא עברית¹⁶. השפות העיקריות שבהן מדברים מטופלים המתקשים בעברית הן: ערבית, רוסית ואמהרית. על פי חוק מחויב מוסד ציבורי למנות מתורגמן לבן מיעוט לשוני שאינו מבין את הנאמר, אולם חוק זה אינו מיושם בעקביות. מקשה על יישומו העובדה כי מתורגמנות קהילתית אינה מקצוע מוכר בישראל, וכי הקריטריונים להגדרת "מתורגמן מקצועי" אינם מפורטים בלשון החוק. ניתן לומר כי קושי נוסף על יישום החוק מהווה העובדה כי השפות הללו (ערבית, רוסית ואמהרית) הן שפות שכיחות וכמעט בכל מקום ימצא אדם אשר יסכים לשמש כמתורגמן, ובכך, לכאורה, נפתרת הבעיה.

מערכת הבריאות אינה מחויבת מבחינה חוקית לספק שירותי תרגום, אולם חוק זכויות החולה (תשנ"ו - 1996) קובע כי: "לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת לפי הוראות פרק זה. [...] לשם קבלת הסכמה מדעת, ימסור המטופל למטופל מידע רפואי הדרוש לו, באורח סביר, כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע. [...] המטופל ימסור למטופל את המידע הרפואי, בשלב מוקדם ככל האפשר, ובאופן שיאפשר למטופל מידה מרבית של הבנת המידע לשם קבלת החלטה בדרך של בחירה מרצון ואי תלות."¹⁷ המילוי אחר הוראה זו מתבצע בדרך כלל באמצעות פתרונות אד-הוק מהסוג שתואר עד עתה.

גוף המחקרים העוסקים בתקשורת במערכת הרפואית בישראל הוא מצומצם. אחת הסיבות האפשריות לכך היא שעד עתה נתפסה הבעיה כבעיה זמנית – צפוי היה כי המטופלים והרופאים כאחד ילמדו בסופו של דבר עברית ובכך יפתרו בעיות התקשורת שלהם. לכן גם

¹⁶ עם זאת, מעניין לציין כי בעקבות גלי העליה הגדולים ממדינות חבר העמים השתלבו במערכת הרפואית הרבה מאוד רופאים ואנשי צוות פרה-רפואי הדוברים רוסית. בשנים האחרונות נוצרו באופן בלתי רשמי מרפאות ומחלקות בתי-חולים "רוסיות", שבהן מרבית הצוות, אם לא כולו, דובר רוסית, ושאליהן מעדיפים העולים מחבר העמים לפנות. כתוצאה מכך, מתפתחת בישראל בעיית תקשורת הפוכה – מטופלים הדוברים עברית בלבד עשויים למצוא את עצמם מול רופא שאינו דובר עברית במידה מספקת. ניתן לצפות כי בעיה זו תלך ותפחת עם הזמן, שכן, כפי שצויין, שפת המדינה, כמו גם שפתו של הממסד הרפואי עודה ונותנת עברית, וניתן לצפות שהרופאים ישפרו בהדרגה את שליטתם בעברית. ועם זאת, נראה כי בשלב זה מספיקה הבעיה בכדי לעודד מחקר נוסף שיתמקד במיוחד בהיבט זה של התקשורת במערכת הרפואית בישראל.

¹⁷ חוק זכויות החולה, התשנ"ו – 1996, פרק ד' – הסכמה מדעת לטיפול רפואי, סעיף 13.

הפתרונות הזמניים שננקטו לא נתפסו כבעיה המצריכה התייחסות מיוחדת. כך, מתארת טל בספרה *לתולדות הרפואה בנגב* (טל, 1993) כיצד באמצע שנת 1950 הגיע לבאר-שבע רופא קבוע – ד"ר קליין, עולה מהונגריה – אשר היה "חביב וחרוף, עם הרבה רצון טוב, אך לא ידע אף מילה בעברית"¹⁸, ולפיכך נאלץ לעבוד "בסימני ידיים ובתנועות". עצם הבאתו של רופא קבוע לבאר-שבע היתה מן סתם הישג כה גדול, עד כי קשיי התקשורת, פשוט נדחקו הצידה.

יש לציין כי גישה זו עדיין רווחת היום. רופאים ונציגי בתי-חולים אשר התבקשו להשתתף במחקר זה הגיבו לעיתים קרובות באותן המילים: "מה זאת אומרת תרגום בבתי-חולים? אין אצלנו דבר כזה". כשנשאלו אם אין הם פוגשים מטופלים שאינם דוברי עברית, הודו הרופאים כי אכן ישנם מטופלים כאלו, אולם אם אין בנמצא אחות או מנקה ש"יסבירו" להם, "אז מסתדרים עם הידיים!". "בסופו של דבר", אמר רופא אחר, "כשאני פוגש אישה יולדת, כמה אני כבר צריך לדבר איתה? שאלתי את החברה שלה איך אומרים 'לדחוף' בספרדית, והשאר כבר הסתדר לבד". בכתבתה של זך, אשר פורסמה בעיתון הארץ בשנת 2002¹⁹ עולה כי ערביי ישראל מעוניינים בהסברה לגבי מניעת מחלות אולם המידע אינו זמין להן בגלל בעיות תקשורת. ישנו שיעור נמוך מאוד של עובדים ערבים במערכת הבריאות ובמגזר הערבי והבדואי, מורגש מחסור רב באחיות וברופאים בדואים, או לפחות דוברי ערבית, מצב אשר מקשה בעיקר על המטופלים הקשישים שאינם שולטים בעברית (זך, 2002).

מודעות רבה יותר ישנה לנושא ההבדלים הבין-תרבותיים הקיימים בעיקר בקרב העולים מאתיופיה. נודלמן (נודלמן, 1986), בורגנה (בורגנה, 1987), ורייף (Reiff, 1997) מצביעות על ההבדלים בתפיסת המחלה והטיפול בקרב עולי אתיופיה: "מקור המחלה הוא תמיד חיצוני: מים מלוכלכים, אוויר חם [...] וכן מקורות חברתיים, כגון רוחות שונות ובני אדם בעלי עין רעה" (נודלמן, 1986). לעומת זאת, התקפי טירוף אשר סווגו תחילה בישראל כמחלות נפש, נתפסו על ידי יוצאי אתיופיה כתופעה מוכרת ומקובלת (בורגנה, 1987).

¹⁸ שלא לדבר על שליטה בשפה הערבית, שהרי אחת מהמטרות להבאת רופאים לבאר שבע היתה לספק שירותים רפואיים לתושבים הבדואים של האזור.

¹⁹ <http://news.ep.walla.co.il/ts.cgi?tsscript=item&path=0&id=273340>

שיטת הריפוי המקובלת באתיופיה היא פניה למרפאים עממיים אשר משתמשים בכוחות מיסטיים או בעשבי מרפא בצורת נוזל או משחה, ואילו השימוש בתרופות בצורת כדורים לא מוכר, במיוחד כאשר הטיפול משמש למניעה, ולא לריפוי מיידי של מחלה. היחס לבתי חולים הוא שלילי שכן בתי החולים באתיופיה היו רחוקים מן הכפרים, וכיוון שהחולים הגיעו אליהם לאחר שמיצו את כל האפשרויות המסורתיות, לעיתים קרובות לא הבריא ונוצר קשר אסוציאטיבי בין בית החולים, ובמיוחד בין ניתוחים, לבין מוות (נודלמן, 1986). רייף (Reiff, 1997) מציינת כי קיים תסכול רב בקרב הרופאים אשר אינם מצליחים להבין את בעיותיהם של המטופלים יוצאי אתיופיה, משום שאלו אינן תואמות לרפואה המערבית הנהוגה בארץ, ואינן מוצגות ב"קול הרפואה". במקביל, קיים תסכול בקרב המטופלים אשר מאוכזבים ממערכת הבריאות ששוללת את דרכי הטיפול המסורתיות אולם אינה יכולה להציע פתרון משל עצמה לבעיותיהם (Reiff, Zakut, and Weingarten, 1999). 37% מבין הנשאלים במחקרם של רייף, זכות, ווינגרטן ציינו כי הטיפול הרפואי שקיבלו "לא עזר כלל".

שאלת שביעות הרצון מן המערכת הרפואית בארץ עולה לעיתים קרובות במחקרים העוסקים באוכלוסיית העולים מחבר העמים – ברה"מ לשעבר. ממחקרן של בר-צוקי והנדלס (בר-צוקי והנדלס, 1993) עולה כי העולים מחבר העמים מפגינים שביעות רצון גבוהה משירותי הבריאות כאשר ישנם רופאים דוברי רוסית. 28% מן המטופלים מעדיפים לקבל טיפול מרופא דובר רוסית שלמד בחבר העמים (במחקרם של ניראל ואחרים [ניראל ואחרים, 1996] ציינו 50% מהנשאלים שהיו מעדיפים רופא דובר רוסית). גם רמניק (רמניק, 1995) מצביעה על כך כי עולים מחבר העמים מייחסים חשיבות רבה לנושא השפה והתקשורת עם הרופאים: הם בוחרים קופת חולים בהתאם להמצאותם של רופאים דוברי רוסית, ומקשיבים לעצתם של אנשי צוות רפואי ואדמיניסטרטיבי במרפאות. הרופאים הישראלים, לדעת העולים, הם חסרי סבלנות בתחום התקשורת, הם אינם מקדישים מספיק זמן להקשבה לדברי המטופל, ו"אינם אוהבים לדבר עם החולים באמצעות מתורגמן" מפני ש"הזמן המתבזבז עקב כך מרגיז אותם". בנוסף, הזכירו העולים שאותם ראינה רמניק כי בעקבות קשיי התקשורת והקושי בקבלת מידע ברור לגבי הנהלים וסל השירותים של קופת החולים, וכן עלויות של שירותים כגון ביקורי בית, הזמנת אמבולנס, או ביקור בחדרי מיון, הם נמנעים לגמרי משימוש בשירותים אלה. במסקנותיה, מציעה רמניק כי קופות החולים ומגן דוד אדום

יפרסמו חוברות ברוסית המכילות את האינפורמציה החסרה. מעניין כי פתרון כזה לא הוצע כלל עבור האוכלוסייה האתיופית.

בשנים האחרונות, עם עליית המודעות לנושא התקשורת ולשימוש במתורגמנים מקצועיים במערכת הרפואית, וכן בעקבות המפגש של מערכת הבריאות בארץ עם מטופלים זרים כתוצאה מהתרחבותה של תופעת מהגרי העבודה, מוקדשת תשומת לב רבה יותר לנושא זכויות החולה, לקשיי התקשורת הקיימים, ולבעיות הנגרמות כתוצאה מפתרונות לא הולמים. בהקשר זה יש לציין את מחקרה של שוסטר (שוסטר, 2003) העוסק בצורות התקשורת הרפואית במרפאות מהגרי עבודה של עמותת "רופאים לזכויות אדם" בתל-אביב. ממחקרה של שוסטר, עולה כי בין מהגרי העבודה בישראל ישנם רומנים, סינים, פיליפינים, טורקים, בולגרים, תילנדים, ויוצאי מדינות אפריקה – רובם דוברי שפות שנחשבות בארץ ל"אקזוטיות". פחות חברים בצוות הרפואי שולטים בשפות אלו וזמינים לתרגום, וגם המלווים שמגיעים עם המטופל על מנת לעזור בתרגום אינם שולטים בעברית במידה מספקת. מסיבה זו, דווקא במרפאות מהגרי העבודה נעשה שימוש רב יחסית במתורגמנים מקצועיים (להבדיל ממתורגמנים אד-הוק)²⁰, בתרגום טלפוני, ובעזרים לשוניים כגון שיחונים, שאלונים מתורגמים, ודפי מידע בשפות שונות. מצב זה שונה מהמקובל ביחס למטופלים הדוברים שפות "מוכרות" יותר כגון רוסית, ערבית ואמהרית, אשר מתואר בעבודה זו.

²⁰ השימוש במונח "מתורגמנים מקצועיים" אינו מדויק לכאורה שכן העובדים כמתורגמנים במרפאות אלו בדרך-כלל לא קיבלו כל הכשרה בתחום התרגום, ולעיתים גם שליטתם בצמד השפות שבו הם עובדים אינה מושלמת. אולם, בחרתי בכל זאת להשתמש במונח זה משום שהאנשים הללו עובדים או מתנדבים במרפאות על תקן מתורגמנים – הם מודעים לבעיות לשוניות ותרבותיות ומשתדלים לשפר את כישורי התרגום שלהם, הם אינם שייכים לצוות הרפואי ואין להם קשר למטופל, ומבחינה זו הם דומים יותר למתורגמנים מקצועיים מאשר למתורגמנים אד-הוק אשר נקראים לתרגם במקרים יוצאים מן הכלל, ולא כחלק מתפקידם הרגיל.

שיטת המחקר

המחקר הוא מחקר תיאורי (descriptive study) שנועד ליצור תמונת מצב של קשיי התקשורת בין רופאים למטופליהם במערכת הבריאות בארץ, להגדיר את היקף התופעה, ולהציג את תחושותיהם של הרופאים המעורבים בדבר. זאת, במטרה לבחון האם היקף הבעיה וחומרתה מצדיקים פיתוח אסטרטגיות חדשות לפתרון בעיות התקשורת או למניעתן בעתיד. המחקר התבצע באמצעות שילוב של שיטות המחקר הכמותי והאיכותי: שאלונים וראיונות. הסיבה לבחירה בשיטת השאלונים היא על מנת להגיע לתוצאות מספריות שניתן להשוותן עם מחקרים קודמים בתחום, למשל אלו של פשהאקר (Pöchhacker, 1999, 2000), ופלורס ואחרים (Flores et al., 2003). במקביל, נעשה שימוש בראיונות על מנת לסייע בניתוח הממצאים המספריים, כיוון שהעיסוק בקשיי תקשורת, ובמיוחד בתחום הרפואי, מחייב דיון בתחושות, אמונות, ורגשות אשר הינם מאפיינים הקשים לכימות. השימוש בשיטות המחקר במקביל מאפשר להוסיף לנתונים המספריים העוסקים בבעיות התקשורת נדבך של פרשנות אישית מצד הרופאים והמטופלים הסובלים מבעיות תקשורת אלו, ובכך להקל על הסקת המסקנות מתוך הנתונים.

המחקר מתבסס על 88 שאלונים אשר חולקו לרופאים ולסטודנטים לרפואה²¹ ברחבי הארץ. השאלונים חולקו בבתי חולים, מרפאות ובתי ספר לרפואה, וכן הופצו באמצעות הדואר האלקטרוני ובאמצעות אתר אינטרנט מיוחד שהוקדש למחקר זה²². הקשר עם הנשאלים נוצר במספר דרכים:

- היכרות אישית של החוקרת עם רופאים וסטודנטים לרפואה אשר מילאו את השאלונים והפיצו אותם לבקשתה במקומות עבודתם;
- חלוקת שאלונים והזמנות להשתתף במחקר בבתי ספר לרפואה, במרפאות ובתיבות דואר של רופאים;

²¹ במרבית בתי הספר לרפואה נהוג לחשוף את הסטודנטים לעבודה בבית החולים עוד במהלך השלב התיאורטי של לימודיהם. במחקר השתתפו רק סטודנטים אשר כבר התנסו בעבודה קלינית.

²² <http://m.iasphost.com/TransMed>

- פרסום נרחב באינטרנט, בכלל זאת באתר הסתדרות הרופאים בישראל, רשימת התפוצה של התאחדות המתרגמים בישראל, אתר הרפואה דוקטורס, והפורומים הרפואיים של הפורטלים Ynet, וואלה, נענע ותפוז.

השאלונים²³, שאורכם 5 עמודים, כללו בעיקר שאלות רב-ברריות ("אמריקאיות") שהתייחסו לקשיי התקשורת שחווים הרופאים, לדרכי ההתמודדות השונות שננקטות במקום עבודתם בכלל ועל ידיהם בפרט, ולהערכת שביעות הרצון שלהם ושל המטופלים שלהם מאיכות התקשורת. עם זאת, על מנת לא להגביל את הנשאלים ולקבל מהם את המידע המלא ביותר, שולבו בשאלון גם שאלות פתוחות, וכן ניתנה לנשאלים האפשרות להוסיף תשובות משלהם אם האופציות המוצגות בשאלה לא התאימו להם. מרבית השאלות מתבססות על תוצאותיהם של מקרים קודמים שבוצעו בחו"ל²⁴ במטרה להשוות את המצב בארץ לזה השורר במדינות אחרות. הסבר מקיף יותר לגבי מקור השאלות ומטרותיהן מופיע בסעיף התוצאות.

חלק נוסף בשאלון עסק בנתונים הדמוגרפיים של הנשאלים ושל סביבת עבודתם: מין, גיל, רקע לשוני, מקום עבודה, ותק, כמות המטופלים שעמם יש קשיי תקשורת וכדומה. כיוון שבמקרים רבים לא היתה החוקרת נוכחת בעת מילוי השאלונים, כללו כל השאלונים דף הסבר קצר שהציג בקצרה את החוקרת ואת המחקר ומטרותיו, וכן הבטיח שמירה על סודיות התשובות.

חלקו האיכותי של המחקר מתבסס על ראיונות של החוקרת עם רופאים, סטודנטים לרפואה ומטופלים. לעיתים קרובות היו אלו הנשאלים שיזמו את השיחה עם החוקרת לאחר מילוי השאלונים. הראיונות התבצעו בצורה של שיחה ידידותית, שבה הביעו המרואיינים את דעתם על הנושאים שהועלו בשאלון, דיווחו על מקרים מיוחדים של קשיי תקשורת, סיפרו על בעיות שנתקלו בהן ועל הפתרונות שנקטו, וכדומה. המטופלים שרואיינו הם ברובם מטופלים שאינם דוברי עברית במידה שתאפשר להם תקשורת תקינה עם הרופא המטפל, או כאלו שחוו קשיי תקשורת מסוג זה בעבר, לפני שלמדו עברית במידה מספקת. אחדים מן

²³ שאלון לדוגמא מצורף בנספח.

המטופלים שרואיינו הן מקרב חוג מכריה של החוקרת ואחרים פנו אליה ביוזמתם בזמן חלוקת השאלונים במרפאות שונות. מרבית המטופלים הם דוברי רוסית והראיונות עמם בוצעו בעיקר בשפה זו. כיוון שנועדו לספק רק רקע כללי הראיונות לא הוקלטו או תומללו במלואם אולם סיכום של הדברים בוצע בכתב לאחר סיום הראיון.

מגבלות מתודולוגיות

במהלך איסוף הנתונים נעשה ניסיון ליצור מדגם מאוזן ככל האפשר על ידי איתור נשאלים בגילאים שונים, בעלי שפות אם שונות, העובדים עם אוכלוסיות מגוונות בכל רחבי הארץ, אולם לא נעשה שימוש בכלים סטטיסטיים להגדרת מדגם מייצג. כך, לא ניתן לומר כי תוצאותיו של מחקר זה מציגות תמונת מצב התואמת את כל בתי החולים והמרפאות בארץ, או משקפות את דעותיהם של כל הרופאים במדינת ישראל. עם זאת, מרבית הנשאלים הם רופאים דוברי עברית כשפת אם שרכשו את השכלתם בארץ, ובכך הם מייצגים את הרופא הישראלי הטיפוסי אשר צפוי להתקל ביותר קשיי תקשורת מאשר עמיתיו העולים הוותיקים מרוסיה, לדוגמא.

מגבלה נוספת היווה השימוש במדיום האינטרנט: שיעורי היענות נמוכים בקרב רופאים הביאו את החוקרת לפרסום המחקר ברשת האינטרנט על מנת להגביר את חשיפתו ולהקל על מילוי השאלונים, תוך ידיעה כי במדיום זה אין אפשרות לפקח על זהות העונים. עם זאת, מאופן מילוי השאלונים באינטרנט נראה כי אכן מולאו בידי אנשי מקצוע בתחום הרפואה.

²⁴ בעיקר מתוך פשהאקר (Pöchhacker, 1999, 2000), מסה (Mesa, 2000) ופלורס ואחרים (Flores et al., 2003).

תוצאות ודיון

כאמור, המחקר מתבסס על 88 שאלונים שמולאו על ידי רופאים וסטודנטים לרפואה העובדים בבית חולים ומרפאות ברחבי הארץ, בין מרץ 2004 לפברואר 2005.

הנשאלים

המחקר מבחין בין נשאלים שהם רופאים לבין כאלו שהינם סטודנטים לרפואה. "רופא" הוגדר כמי שבידיו רישיון לעסוק ברפואה במדינת ישראל. במהלך איסוף הנתונים הסתבר כי ישנם נשאלים שמתקשים להגדיר את עצמם כרופאים או כסטודנטים משום שהם נמצאים בתקופת ביניים – הסטאז'. בתקופה זו, מקבלים סטודנטים לרפואה שסיימו את לימודיהם רישיון זמני לעסוק ברפואה, אשר מותנה בסיום כל חובותיהם האקדמיות, עמידה בבחינות גמר והגשת עבודת גמר. תקופה זו משמשת להתמקצעות נוספת בעבודה הקלינית, ובמהלכה עובדים הסטודנטים כרופאים לכל דבר, אולם כיוון שאינם בעלי רישיון קבוע לעסוק לרפואה התקשו להגדיר את עצמם כרופאים. לטובת נשאלים מסוג זה שולבה בשאלונים האופציה "מתמחה/סטאז'", אם כי למטרת המחקר הנוכחי, נחשבו אלה כסטודנטים לרפואה.

התפלגות נשאלים לפי עיסוק:

רופאים	סטודנטים לרפואה
43	45

התפלגות נשאלים לפי מין:

נשים	גברים
47	41

גילם הממוצע של הנשאלים עמד על 37.2 שנים ונע בין 22 ל- 57 שנים. גילם הצעיר יחסית של הנשאלים משמעותי מאוד בניתוח הממצאים, שכן מדובר על אנשים שרבים מהם החלו את דרכם המקצועית במערכת למודת ניסיון בתחום התקשורת עם מטופלים שאינם דוברי

עברית. מתשובותיהם ניתן ללמוד רבות על עמדותיה של המערכת הרפואית כלפי בעיות התקשורת והדרכים לפתרונן. אולם על כך יורחב הדיבור בהמשך.

מרבית הנשאלים עבדו לפחות בחלק מן הזמן בבית חולים או במרפאה ציבורית שבהם ניתן לפגוש מגוון רחב של מטופלים.

התפלגות נשאלים לפי מקום עבודה:

קליניקה פרטית	מרפאה ציבורית	בית חולים
10	17	74

*סכום התשובות גדול מסכום הנשאלים כיוון שישנם כאלה העובדים ביותר ממקום אחד.

פיזורם הגיאוגרפי של הנשאלים מכסה את כל מדינת ישראל, אם כי ישנו ייצוג מועט יחסית לרופאים העובדים בירושלים ובאזור הדרום.

התפלגות נשאלים לפי אזור גיאוגרפי:

גוש דן	ירושלים	דרום	צפון
48	7	6	28

*סכום התשובות גדול מסכום הנשאלים כיוון שישנם כאלה העובדים ביותר ממקום אחד.

רקע לשוני של הנשאלים

לשאלה באילו שפות שולטים הרופאים יש חשיבות רבה מבחינת סיכוייהם להתקל בקשיי תקשורת עם מטופליהם. כך לדוגמא, רופא דובר רוסית יתקל בפחות קשיי תקשורת מרופא שאינו דובר שפה זו, בגלל המספר הרב של העולים דוברי הרוסית שהגיעו לישראל. כמו כן, לעיתים קרובות מתבקשים רופאים ששפת אמם אינה עברית לתרגם עבור מטופלים הדוברים את שפתם, ורופאים הדוברים שפות מסויימות הופכים למצרך מבוקש. הנשאלים התבקשו לתאר את הרקע הלשוני שלהם באמצעות כמה שאלות:

- מהי שפת האם שלך?
- באילו שפות נוספות אתה שולט ובאיזו דרגה (מלאה/בינונית/מעטה)?
- היכן למדת בבית הספר לרפואה ובאיזו שפה?

70 נשאלים (61.6%) הם דוברי עברית שפת אם. שפת האם של 9 נשאלים היא רוסית, ו-9 נוספים הם בעלי שפות אם מערב-אירופאיות שונות (אנגלית, צרפתית, הולנדית, רומנית, ספרדית, פורטוגזית). מרביתם שולטים היטב לפחות בשפה נוספת אחת (לרוב אנגלית). 20 נשאלים ציינו כי הם שולטים בערבית (אך 16 מהם ציינו כי שליטתם בשפה זו מעטה), ורק נשאל אחד ציין כי הוא בעל שליטה מעטה באמהרית. מלבד זאת כל השפות שהוזכרו הן שפות אירופאיות שאינן רווחות ביותר בקרב המטופלים; איש מהנשאלים לא שולט בשפות אסיאתיות כגון סינית או תאילנדית אשר הפכו בזמן האחרון לשפות מבוקשת לאור ריבוי העובדים הזרים הדוברים אותן²⁵. השפות שבהן שולטים ביותר הרופאים הן: אנגלית, ערבית, יידיש, רוסית, וצרפתית.

²⁵ שוסטר, 2003.

שליטה של רופאים בשפות זרות:

שפה	שליטה מלאה	שליטה בינונית	שליטה מעטה
עברית (למי שעבורו אינה שפת אם)	16	2	0
אנגלית	75	9	0
רוסית	4	1	7
ערבית	3	1	16
אמהרית	0	0	1
יידיש	2	7	3
צרפתית	2	6	5
רומנית	0	3	0
לדינו	0	1	0
הונגרית	0	0	2
איטלקית	1	2	0
ספרדית	2	0	3
יוונית	1	0	0
אוקראינית	1	0	0
גרמנית	1	2	0
בולגרית	0	9	0

מעניין לציין כי שני נשאלים שעבורם העברית אינה שפת אם ציינו כי שליטתם בה הינה בינונית. יתכן כי נשאלים אלו (ששפת אימם רוסית) מייצגים תופעה שהוזכרה קודם לכן, במסגרתה חברי צוות רפואי ופרה-רפואי דוברי רוסית נוטים לטפל בעיקר בחולים דוברי רוסית ולעיתים סובלים מקשיי תקשורת דווקא מול מטופלים דוברי עברית.

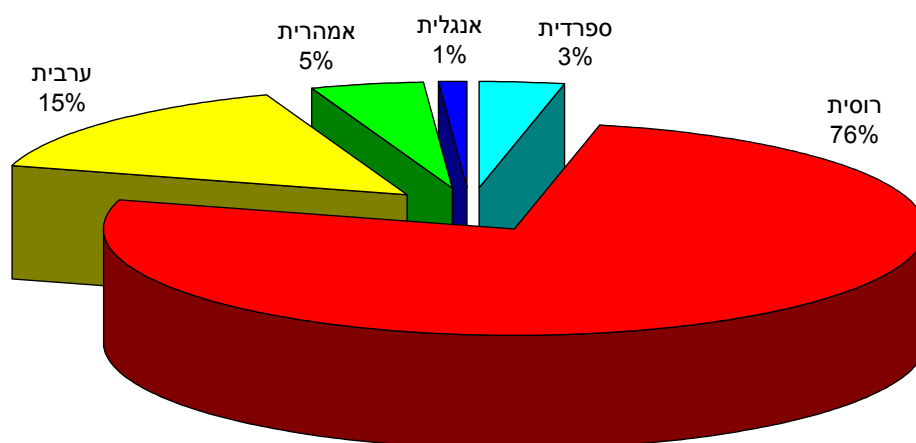
75 נשאלים למדו רפואה בארץ ו-10 בחו"ל²⁶, רובם באנגלית או ברוסית. לשאלה אחרונה זו חשיבות רבה בהתאם למחקרו של מאייר (Meyer, 2001) המזכיר את העובדה כי אחיות אשר למדו בגרמניה מתקשות לשמש כמתורגמניות, שכן אינן מכירות את המינוח הרפואי בשפת אמן. כאן אנו נתקלים במצב הפוך – אפשר להניח כי רופאים אשר למדו בחו"ל ועובדים בארץ בשפה העברית, שולטים היטב במינוח המקצועי בשתי שפות. רופאים אלו עשויים להתקל בפחות קשיי תקשורת בבואם לשמש כמתורגמנים מאשר רופאים שלמדו בארץ ומתבקשים לתרגם לשפת אימם מונחים שהם מכירים רק בעברית.

²⁶ שלושה נשאלים לא השיבו לשאלה זו.

המצב בסביבת העבודה

כל הנשאלים נתקלו במהלך עבודתם במטופלים שאינם דוברי עברית ואשר לא הצליחו לתקשר עימם. בממוצע, מדווחים הנשאלים כי הם נתקלים בקשיי תקשורת עם 22.5% מהמטופלים שלהם. בבתי חולים מסויימים אף מגיע שיעור המטופלים הסובלים מקשיי תקשורת לכדי 90%. באופן טבעי, השפות הזרות הרווחות ביותר בקרב המטופלים הן רוסית, ערבית, ואמהרית, אולם ניתן למנות עוד לפחות 15 שפות "אקזוטיות" יותר שבהן נתקלים הרופאים, כדוגמת טורקית, פורטוגזית, רומנית, תאילנדית, גרוזינית, ניבים שונים של סינית, ועוד.²⁷

התפלגות מטופלים לפי שפות:



שפות נוספות בהן מדברים המטופלים:

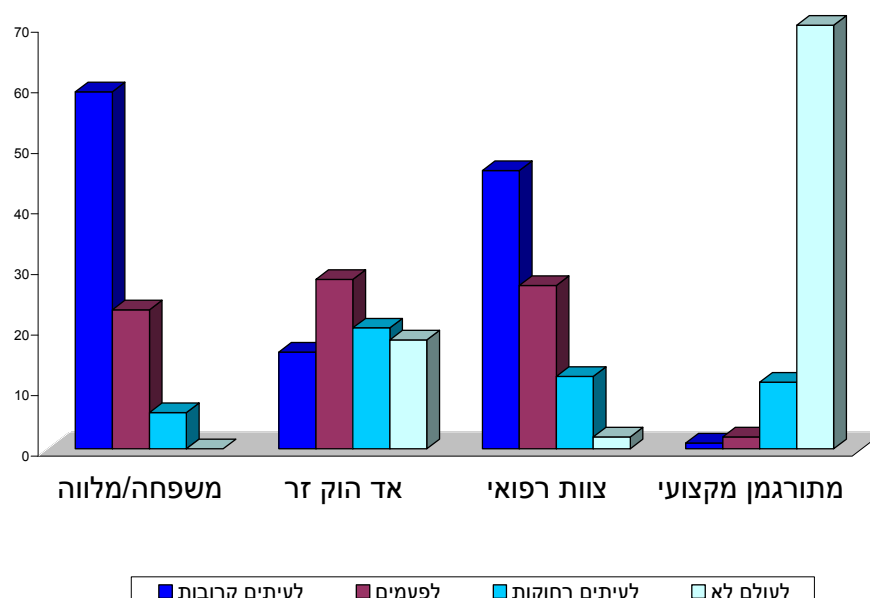
40%	ערבית
20%	אמהרית
13%	רוסית
9%	יידיש
5%	רומנית
3%	אנגלית
3%	ספרדית
2%	צרפתית
1%	טורקית
1%	הונגרית
1%	גרמנית
1%	תאילנדית
1%	גרוזינית

²⁷ במדגם הנוכחי צוינו 13 שפות; מעבודתה של שוסטר (שוסטר 2003) ניתן ללמוד על שפות נוספות שבהן מדברים המטופלים.

ניתן לראות כי ריבוי השפות השונות מקשה על יישום פתרון אחיד לכל בעיות התקשורת. אין אפשרות לצייד את כל הרופאים בשיחונים לשפה מסוימת או לשכור מתורגמן אחד לדוגמא, שכן כל מטופל עשוי להציב בפני הצוות הרפואי בעיית תקשורת מיוחדת במינה.

96% מן הרופאים השתמשו במסגרת עבודתם במתורגמן כלשהו. המתורגמנים הם מתורגמני אד-הוק, במרבית המקרים בני משפחה או מלווים שהמטופל הביא עימו, או חברי הצוות הרפואי. לעיתים רחוקות יותר משתמשים במתורגמן זר, דוגמת מנקה או מטופל אחר. רק שלושה מן הנשאלים השיבו כי הם משתמשים בשירותיו של מתורגמן מקצועי²⁸ בתדירות גבוהה (לעיתים קרובות או לפעמים).

התפלגות מתורגמני אד-הוק:



²⁸ בשאלון לא הוגדר מהו "מתורגמן מקצועי", פירוש המונח הושאר לשיקול דעתם של הנשאלים מתוך הנחה כי אין ביכולתם לדעת בוודאות מהי הכשרתו של האדם העומד מולם, אולם הם יודעים להפריד בין אדם שמשמש כמתורגמן מכורח המציאות לבין אדם שתרגום הוא תפקידו המוגדר.

בעיות בתקשורת

הבעיות המרכזיות בתקשורת בין רופאים למטופלים מתחלקות לשני סוגים: תוכניות וריגשיות. מבחינה תוכנית מתקשים הרופאים לקבל אנמנזה (היסטוריה רפואית) מלאה ומדויקת מן המטופלים ופרטים על תרופות שהם נוטלים, בעיקר כאלו שנרשמו במדינת המקור, וכן מתקשים המטופלים להסביר את מכלול הסימפטומים שמהם הם סובלים או את הסיבה למחלתם כפי שהם תופסים אותה. אחדים מן הנשאלים מציינים שהם מתקשים להבדיל בין דברי המטופל לפרשנותו של המתורגמן – במקרים רבים בן משפחה. בעיה נוספת היא השגת שיתוף הפעולה של המטופל במהלך הבדיקה הגופנית. כמו כן נתקלים הרופאים בקשיים בבואם להסביר למטופל את האבחנה שהגיעו אליה ואת טבע המחלה שלו. המטופלים, מצידם, מתקשים להבין את חומרת מצבם וגם אינם מבינים מה עומד לקרות להם, איזה טיפול הם עומדים לקבל, כיצד עליהם לנהוג לאחר השחרור מבית החולים וכדומה. אחדים מן הנשאלים ציינו כי בגלל קשיי התקשורת לא תמיד יכולים המטופלים להביע הסכמה מודעת לטיפול המוצע להם, והרופא אינו יכול להציע למטופל מספר אפשרויות טיפול ולשאול לדעתו. בנוסף, ציינו רופאים רבים כי אינם מצליחים להסביר למטופליהם את האופן שבו יש להשתמש בתרופות או להתכונן לבדיקות מסובכות, ולכן נוצר הרושם כאילו המטופלים אינם משתפים פעולה עם הטיפול. לבסוף, מחמירים קשיי התקשורת את ההתמודדות עם הנהלים הבירוקרטיים המסובכים כשלעצמם של בית החולים וגורמים לעיכובים ובעיות בטיפול.

מבחינה רגשית מדווחים הרופאים על תחושת תסכול רבה הן שלהם והן של המטופלים: הרופאים מציינים כי הם מודעים לעובדה כי מידע רב ויקר ערך לא מגיע לאוזניהם בגלל תקשורת לקוייה או בעקבות שימוש במתורגמן לא מיומן, אולם אינם יכולים לעשות דבר בעניין. כמו כן מציינים חלק מן הנשאלים כי לעולם אינם יכולים להיות בטוחים האם המידע שהם מוסרים אכן הובן על ידי המטופל. אי-היכולת לתקשר מעוררת תחושות עצב, עצבנות וחוסר אונים. תחושת התסכול של הרופאים גוברת כתוצאה מהתנהגותם של המתורגמנים, בעיקר אלו שהם חברי צוות בית החולים כגון אחיות ורופאים אחרים. הנשאלים מתלוננים על כך כי כאשר מתבקשים חברי הצוות הרפואי לשמש כמתורגמנים הם עושים זאת באי רצון כה בולט, עד כי לעיתים על הרופא המטפל "להתחנן" בפני המתורגמן שיבוא ויתרגם. למתורגמני אד-הוק מצוות בית החולים לעיתים קרובות אין זמן להתפנות

מעבודתם השוטפת ולשמש כמתורגמנים, ולכן כפי הנראה, את עבודת התרגום הם עושים רק על מנת לצאת ידי חובה. הרופא המטפל, אם כן, מוצא את עצמו בין הפטיש לסדן – מצד אחד עליו להשתמש בשירותיו של מתורגמן על מנת להבין את דברי המטופלים, ומצד שני אין הוא מרגיש בנוח "לנצל" את עמיתיו לצוות הרפואי לצורך ביצוע התרגום.

בנוסף מציינים הרופאים כי בעוד שהם מצליחים להבין בעיות גופניות ולטפל בהן, הם אינם מסוגלים להציע למטופליהם תמיכה וסעד נפשי ואינם מצליחים לבסס עימם קשר המבוסס על אמון. במקרה אחד ציינה אחת הנשאלות כי לדעתה מטופלים שאינם דוברי עברית טובלים יותר מכאבים מאשר מטופלים דוברי עברית מכיוון שאינם מצליחים להבהיר את הרגשתם לצוות הרפואי. אישוש לדעה זו ניתן למצוא במאמרם של ברנסטיין ואחרים (Bernstein et al., 2002), אשר מצאו כי מטופלים שאינם דוברים את שפות המקום מקבלים פחות טיפולים ופחות תרופות ממטופלים שאין עימם קשיי תקשורת. טיפול בבעיות נפשיות, מציין נשאל אחר, הינו בלתי אפשרי לחלוטין²⁹ ללא שליטה מלאה בשפת המטופל.

²⁹ עמדה זו אינה מדויקת שכן ישנם בספרות מחקרים המתארים טיפול נפשי באמצעות מתורגמן, למשל מאמרם של דרנן ושוורץ (Drennan and Swart, 1999). המתאר את תפקידיו של המתורגמן במסגרת טיפול פסיכיאטרי.

פתרונות לבעיות התקשורת

על מנת להקל על התקשורת עם מטופלים שאינם דוברי עברית, נוקטים הרופאים במספר אסטרטגיות³⁰. הפתרון הנפוץ ביותר הוא בקשת תרגום או סיוע (למשל הסבר לגבי תרבות של המטופל) מגורם אחר. כל הנשאלים ללא יוצא מן הכלל דיווחו כי במקום עבודתם משתמשים בשירותיו של מתורגמן; 93% מהנשאלים עושים זאת בעצמם בתדירות גבוהה (לעיתים קרובות או לפעמים). כפי שראינו בתשובה לשאלות הקודמות מדובר כאן בעיקר במתורגמן אד-הוק.

פתרון נפוץ נוסף הוא השימוש בעברית פשוטה תוך הדגשה של מילים, חזרות תכופות ודיבור בקצב איטי וברור. כמו כן ישנו שימוש בשפה מופחתת, כלומר השמטה של מילות יחס, שמות, פעלים וכינויי גוף, ושימוש במבנים דקדוקיים פשוטים. 84% מהנשאלים משתמשים בעברית פשוטה לעיתים קרובות או לפעמים. אחדים מן הרופאים העירו שאסטרטגיה זו מספיקה לפתרון כל בעיות התקשורת שלהם עם מטופלים ולכן אינם נזקקים לסיוע נוסף.

כאשר לא מצליחים הרופא והמטופל למצוא שפה משותפת הם נאלצים להסתמך על אמצעי תקשורת שאינם מילוליים, כגון תנועות, סימני ידיים, צלילים, ועזרים טכניים כגון מודלים רפואיים ושיחונים מצוירים. כך לדוגמא, עשוי מטופל להצביע על אזור בגוף שכואב לו או להביא עימו את התרופות שהוא נוטל על מנת להראותן לרופא. כמחצית מן הנשאלים מסתמכים על תקשורת בלתי מילולית כאשר הם נתקלים במטופלים בעלי קשיי תקשורת.

ישנן אסטרטגיות שניתן ליישם רק בחלק מהמקרים. לעיתים מצליחים הרופא והמטופל לתקשר בשפה שלישית, שאינה שפת האם של איש מהם, ומשמשת מעין לינגואה פרנקה. 64% מהנשאלים מדווחים כי הם נוקטים בשיטה זו בתדירות גבוהה, כאשר השפה הנפוצה ביותר לשימוש היא אנגלית ואחריה היידיש, אשר משמשת בעיקר לתקשורת עם עולים חדשים מבוגרים ממדינות ברה"מ לשעבר. השימוש בשפה מתווכת מסוג זה הוא בעייתי

³⁰ מרבית האסטרטגיות המוזכרות להלם מתוארות במחקרו של פשהאקר (Pöchhacker, 1999), שיטות נוספות יופנו למראי המקום הרלוונטיים.

כיוון ששני המשתתפים בשיח אינם חשים לגמרי בנוח כאשר הם משוחחים בשפה זרה, אשר לעיתים אינם שולטים בה היטב, והסיכוי לאי הבנות גדל.

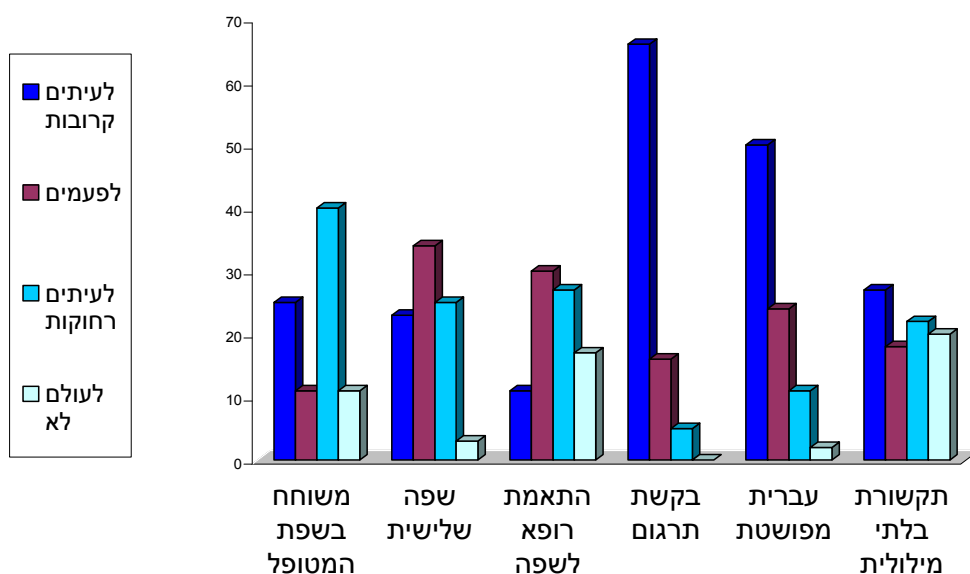
אסטרטגיית פתרון נוספת היא הפנייה של המטופל לרופא אחר שדובר את שפתו³¹, אם נמצא כזה בבית החולים או במרפאה. 46% מהרופאים נוקטים בגישה זו במידת האפשר, בעיקר כאשר מדובר במטופלים דוברי רוסית, שכן ישנם במערכת הבריאות רופאים רבים הדוברים שפה זו. עם זאת, פתרון זה מותנה בכך שהרופא האחר יהיה זמין ויוכל לקבל את המטופל, מצב שלא תמיד מתקיים. כמו כן יש לזכור את הסתייגותם של ג'קסון (Jackson, 1998) ומאייר (Meyer, 2001), לפיה מתורגמנים מסוג זה עשויים לשלוט היטב בשפת המקום שבו למדו ובו הם עובדים כיום ולא להתמצא מספיק בשפת אמם ובתרבות המקושרת לשפה זו.

לבסוף, קורה לפעמים כי הרופא מבין את שפתו של המטופל ויכול לתקשר עימו בשפה זו. כפי שהוזכר קודם לכן, מצב זה נפוץ בעיקר בקרב רופאים דוברי רוסית, אולם גם בקרב אלו הדוברים ערבית ושפות נוספות. 40% מן הנשאלים ציינו כי הם נוקטים בגישה זו לעיתים קרובות או לפעמים, אולם יש לזכור כי שליטתו של הרופא בשפת המטופל עשויה להיות בינונית או אף מעטה, ואין להסיק מנתונים אלו כי ב-40% מהמקרים ישנה תקשורת קולחת ונטולת תקלות בין הרופא למטופל. למעשה, בחלק גדול מהמקרים משתמשים הרופאים במילים או ביטויים בודדים בשפתו של המטופל, תוך שילובם בשיחה בשפה אחרת.

כל האסטרטגיות השונות משמשות את הרופאים במידה זו או אחרת, בהתאם למטופל שבו מדובר. לעיתים קרובות נעשה שימוש בכמה אסטרטגיות בבת אחת, למשל, שיחה בשפה שלישית (מתווכת) תוך שימוש בהפשטתה של שפה זו והסתייעות באמצעי תקשורת בלתי מילוליים כגון סימני ידיים ותרשימים.

³¹ התאמה בין רופא למטופל על בסיס שפה מתוארת בפירוט בעבודתה של פרדריקס (Fredericks, 1998).

התפלגות אסטרטגיות לפתרון בעיות תקשורת לפי שכיחות שימוש:



עד עתה הוצגו פתרונות לבעיות התקשורת ברמת הפרט של כל רופא, אולם קיימים גם פתרונות מערכתיים המקובלים בכל בית החולים או המרפאה.

ראשית, הנהגת נהלים קבועים לטיפול בחולה שאינו דובר עברית, (לדוגמא, חולים שדוברים שפה X יש להפנות תמיד לד"ר פלוני שדובר שפה זו; אחות פלונית משמשת כמתורגמנית הקבועה לשפה Y, וכדומה). נהלים מסוג זה מקלים על עבודת הצוות הרפואי, שכן הם מפחיתים מן הבלבול והמבוכה שנוצרים באופן טבעי כאשר אנשים מגלים שאינם יכולים לתקשר אלו עם אלו. כמו כן, אם יודעים הרופאים מה לעשות ולמי לפנות יש באפשרותם לספק למטופלים שאינם דוברי עברית שירות מהיר יותר ומדויק יותר. עם זאת, מנתוני המחקר עולה כי ב-86% מהמקרים אין במקום עבודתם של הנשאלים נהלים קבועים לטיפול בחולים שאינם דוברי עברית. במקרים שבהם ישנם נהלים מסוג זה, אין מדובר בפתרון כולל כי אם בנוהג להשתמש בשירותיו של מתורגמן אד-הוק (בן משפחה או חבר צוות רפואי) כשניתן. נשאלת אחת ענתה כי כיוון שהיא דוברת רוסית נהוג במרפאה שבה

היא עובדת להפנות אליה מטופלים דוברי רוסית. נשאל נוסף ציין כי בבית החולים שבו הוא עובד ישנו מתורגמן בן העדה האתיופית אשר עוזר לחולים דוברי אמהרית.³²

פתרון מערכתי נוסף לבעיות התקשורת של מטופלים שאינם דוברי עברית הוא הכנת מידע כתוב בשפות שונות, כדוגמת עלוני הסבר למניעת מחלות, פירוט השימוש בתרופות, מידע לגבי התכונות לבדיקות, הסברים כיצד למלא טפסים וכדומה. פתרון זה הוצע כדרך להתמודד עם קשיי התקשורת של מטופלים שאינם דוברי עברית עוד בשנות ה-90, בעקבות גלי העלייה הגדולים מברית המועצות לשעבר.³³ להבדיל מההיסטוריה הרפואית המשתנה ממטופל למטופל, מידע זה הוא קבוע ויש להעבירו למספר רב של מטופלים בכל יום. תרגומו מראש למספר שפות עשוי להקל על מסירתו למטופלים ויסייע לצוות הרפואי לוודא שהמטופלים אכן מבינים את האינפורמציה הנמסרת להם. ואכן, נראה כי פתרון זה אומץ במידה לא מעטה בשנים האחרונות: ב-77% ממקומות העבודה של הנשאלים קיים חומר כתוב בשפות שונות לשימושם של מטופלים שאינם דוברי עברית.

המידע המתורגם מקיף מגוון תחומים: שעות קבלה של רופא הדובר שפה מסוימת, שעות פתיחה של המרפאה, קביעת תורים, התכונות לבדיקות מיוחדות ולניתוחים, מידע על תרופות ואופן השימוש בהן, הסברים על מחלות שונות ודרכי מניעתן (בעיקר של האגודה למלחמה בסרטן), פרטים על חוק זכויות החולה ואגודות סיוע כגון ער"ן, סרגל כאב³⁴ לשימוש לאחר ניתוחים ושילוט להתמצאות בבית החולים או המרפאה.

עזרים בשפות שונות:



³² החל משנת 2003 מעסיקים מספר בתי חולים בארץ סטודנטים לסיעוד ממוצא אתיופי כמתורגמנים. זהו כנראה המתורגמן המקצועי היחיד שמתארים הנשאלים במחקר. במונח "מתורגמן מקצועי" בהקשר הזה הכוונה לא להכשרתו של האדם כי אם להגדרת תפקידו: אדם אשר תפקידו הראשי במוסד הרפואי הוא להגיש סיוע לשוני, להבדיל מחבר צוות רפואי שתרגום אינו מוגדר רשמית כחלק מתפקידו.

³³ לדוגמה רמניק, 1995, בר צורי והנדלס, 1993.

³⁴ סרגל כאב הינו סרגל המציע דרגות בחירה בין 0 ל-10 ועל פיו מתבקש המטופל לדרג את רמת כאבו. בסרגל הרב-לשוני (עברית-אנגלית-רוסית) שבו נעשה שימוש בבית חולים מאיר בכפר סבא, ניתן לדווח על כאב במילים, במספרים ובאמצעות הבעות פנים המבטאות דרגות כאב שונות.

<http://www.clalit.org.il/meir/Content/Content.asp?CID=38&u=84>

עם זאת קיימות מספר בעיות ביישום פתרון זה:

- ראשית, מציינים הנשאלים, כי מרבית המידע מתורגם לרוסית בלבד³⁵. לעיתים קיים חומר גם בעברית ובאנגלית. נשאלים רבים מתלוננים על היעדרו של חומר כתוב בשפות נפוצות אחרות כגון אמהרית, רומנית וספרדית.
- על פניו נראה כי החומר בשפות שונות מקיף כמעט את כל הנושאים האפשריים, אולם בפועל בכל מרפאה או מחלקה נמצאים עלוני מידע בודדים העוסקים באחד או שניים מן הנושאים. כך למשל, ישנם נשאלים המציינים כי חסר במקום עבודתם מידע לגבי אופן נטילת תרופות, בעוד שאחרים דווקא מציינים את היעדרו של מידע לגבי התכונות לבדיקות ופרוצדורות רפואיות המתבצעות במחלקה.
- בכ-20% מהמקרים המידע בשפות זרות אינו זמין בחופשיות לפונים ויש לבקשו במיוחד מן הצוות הרפואי. אפשר להניח כי מטופלים שאינם שולטים בעברית אינם יודעים שמידע כזה קיים, ואינם יודעים כיצד לבקשו.
- הכנתו של חומר רפואי בשפות שונות מחייבת השקעה כספית לא מבוטלת. ישנן מרפאות ומחלקות בבתי חולים שבחרו להקדיש לעניין את המשאבים הדרושים, ואחרות שלא עשו כן. כתוצאה מכך אין אחדות בתוך בית החולים ולא כל המטופלים בכל המחלקות זוכים לקבל מידע בשפתם.
- ישנם מטופלים שאינם יודעים קרוא וכתוב בשפתם שלהם, ולכן לא יוכלו ליהנות מיתרונותיהם של דפי מידע כתובים.

דרך נוספת להקלה על קשיי התקשורת של רופאים ומטופלים היא באמצעות מתן הכשרה לרופאים. ג'קסון (Jackson, 1998) מצביע במאמרו על המצב האבסורדי לפיו "אלפי שעות מוקדשות ללימוד הרופאים הצעירים כיצד לקבל היסטוריה רפואית, אולם כמעט ולא מוקדשת תשומת לב ללימוד המיומנויות הדרושות על מנת לבצע זאת ביעילות דרך מתורגמן"³⁶. במאמרו של קווגאוה-זינגר ובלקהול (Kagawa-Singer and Blackhall, 2001) אף מופיע פירוט של הנושאים והאסטרטגיות שיש ללמד את הרופאים העובדים עם מתורגמנים. ביניהם: להימנע משימוש במינוח רפואי מסובך, לודא שהמטופלים אכן מבינים

³⁵ מעניין לציין כי גם רמניק (רמניק, 1995) אשר הציעה לספק לעולים מידע בשפתם, הציעה פתרון זה רק עבור המטופלים דוברי הרוסית.

³⁶ Jackson, 1998, תרגום של הכותבת.

את הנאמר להם באמצעות בקשה שיחזרו על מה שהבינו במילים שלהם, הכרת תרבותם ומנהגיהם של המטופלים השונים, ועוד. בישראל, הועלו המלצות דומות במחקרה של רמניק, לפיהן יש לשפר את ההבנה התרבותית של הרופאים וכן, במקרה שאין בנמצא מתורגמנים מקצועיים, יש "להציע לרופא דרכים לשיפור הניצול של מתורגמים לא מיומנים" (רמניק, 1995). אולם, כפי שיוצג להלן – הצעות אלו לא יושמו.

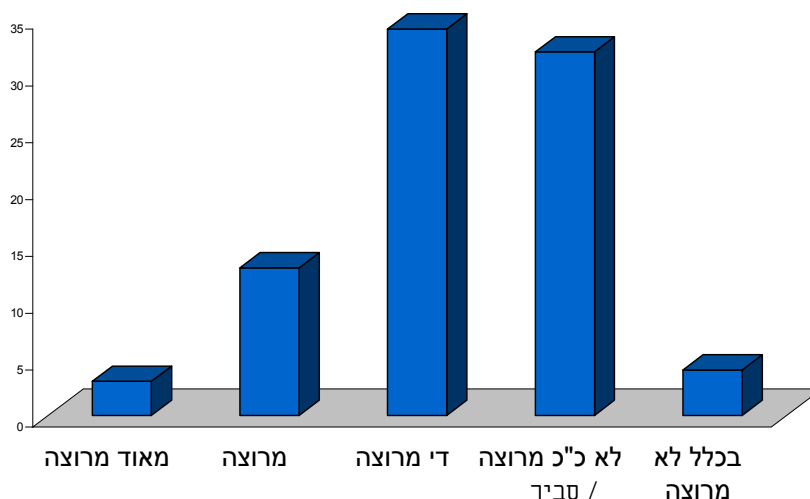
בשאלון נשאלו הרופאים אם קיבלו במסגרת לימודיהם הכשרה בתחומים הבאים: (1) כיצד לנהוג במטופל שאינו דובר את שפתך; (2) כיצד לעבוד עם מתורגמן; (3) כיצד להתנהג עם מטופל בן תרבות שונה משלך; ו- (4) כיצד לתרגם בסיטואציה רפואית. מרביתם מדווחים על העדר הכשרה בתחומים אלו, בעיקר בעניין העבודה עם מתורגמן (97% לא קיבלו הכשרה) ותרגום בסיטואציה רפואית (93% לא קיבלו הכשרה)³⁷. זאת למרות שרבים מהרופאים מוצאים את עצמם בתפקיד של מתורגמנים, ולמרות שהשימוש במתורגמנים לא מקצועיים במערכת הרפואית נפוץ עד מאוד. לו ידעו הרופאים כיצד לנצל בצורה הטובה ביותר את האמצעים העומדים לרשותם היו יכולים לתדרך את המתורגמן מה לתרגם וכיצד, וכן לדעת כיצד לדלות מתוך התרגום (גם אם אינו מושלם) את הפרטים הנחוצים להם. כך הייתה נחסכת מהרופאים תחושת התסכול, שעליה מדווחים רבים, בעקבות אי שליטתם בעצם מהלך השיחה עם המטופל ואי ידיעתם איזה חלק מדבריו מועבר להם.

³⁷ יש לציין כי רבים מהנשאלים למדו רפואה בשנות ה-90 המאוחרות או עדיין לא סיימו את לימודיהם, כך שניתן היה לשלב נושאים אלו בהכשרתם המקצועית.

שביעות רצון של רופאים מהתקשורת עם מטופלים שאינם דוברי עברית

בבואנו להציע פתרונות לבעיה, ראשית עלינו לוודא שהצדדים המעורבים בעניין אכן סובלים מבעיה כלשהי. נושא שביעות הרצון של הרופאים מהתקשורת שלהם עם מטופלים הינו, אם כך, אחד המדדים המשמעותיים ביותר בניתוח מצב התקשורת במערכת הרפואית (בצירוף עם שביעת רצונם של המטופלים ואיכות התקשורת מבחינה אובייקטיבית, כלומר האם הצדדים אכן מבינים זה את זה. שני נושאים אלו יוזכרו להלן).

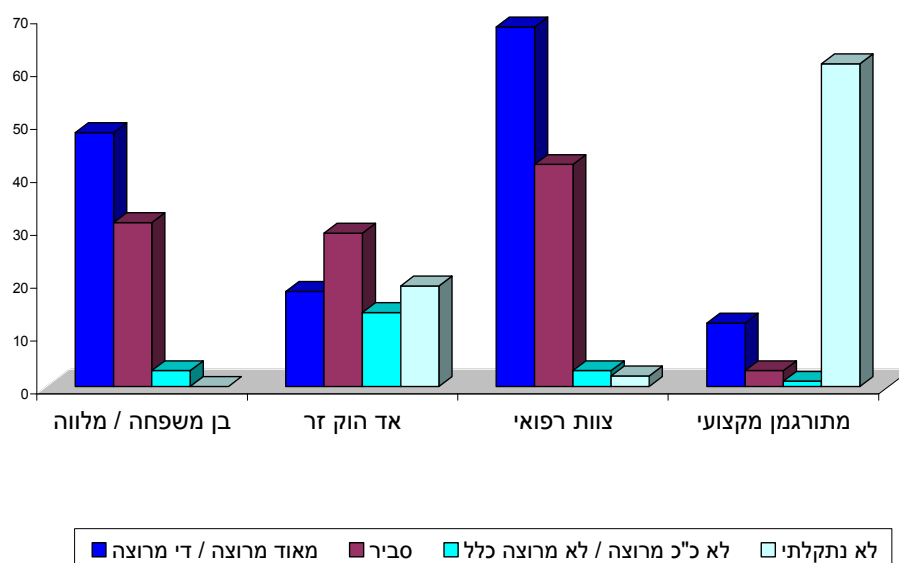
הנשאלים התבקשו לדרג את שביעות הרצון שלהם מהתקשורת עם מטופלים שאינם דוברי עברית באמצעות סולם בן 5 דרגות הנע בין "מרוצה מאוד" ל-"לא מרוצה כלל":



כפי שניתן לראות, שביעות הרצון של הרופאים מהתקשורת שלהם עם מטופלים שאינם דוברי עברית היא בינונית. רובם השיבו כי הם "די מרוצים" או "לא כל כך מרוצים", ורק 3 נשאלים בחרו באופציה "מאוד מרוצה".

גם כאשר נשאלו הרופאים עד כמה הם מרוצים מאיכות התרגום שמספק כל מתורגמן, השיבו רובם כי התרגום שהם מקבלים הוא "סביר".

שביעות רצון ממתורגמני אד-הוק:



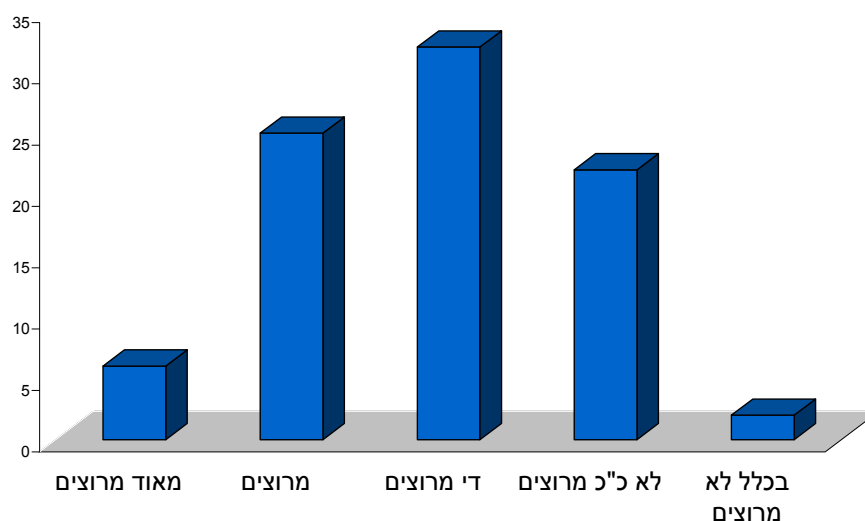
במרבית המקרים הרופאים נוטים להעדיף תרגום המתבצע בידי חבר הצוות רפואי: 77% מהנשאלים הביעו שביעות רצון גבוהה מאיכות התרגום שמבוצע בידי חברי הצוות הרפואי, לעומת 48% אשר שבעי רצון מתרגום שמבוצע בידי בן משפחה של החולה, ורק 20% מן הנשאלים אשר מביעים שביעות רצון גבוהה מתרגום של מתורגמן אד-הוק שאין לו קשר לחולה כגון מנקה או מטופל אחר. הרופאים לא מרוצים במיוחד מתרגום שמבוצע בידי מתורגמני אד-הוק זרים – 16% מן הנשאלים מציינים כי הם "לא כל כך" או "בכלל לא" מרוצים מאיכות התרגום שמספקים מתורגמנים אלו, לעומת 3.5% שאינם מרוצים מתרגומם של בני משפחה או חברי הצוות הרפואי. מעניין לציין גם כי מקרב כל הנשאלים, איש לא ציין כי לא נתקל בתרגום שמבוצע בידי בן משפחה, בעוד ש-61 נשאלים (69%) מציינים כי במסגרת עבודתם מעולם לא נתקלו בתרגום המבוצע בידי מתורגמן מקצועי.

עם זאת, חשוב להזכיר כי כ-50% מן הנשאלים מציינים כי הם "מרוצים" או "מרוצים מאוד" מהתרגום המבוצע בידי בני משפחה או מלווים של החולה. זהו נתון מטריד למדי, שכן נראה כי הרופאים אינם מודעים לחסרונות הרבים של תרגום שמבוצע בידי בן משפחה דווקא. אין הכוונה רק לטעויות שונות שהן מנת חלקם של כל המתורגמנים הלא-מקצועיים, אלא לבעיות המיוחדות לתרגומם של בני משפחה שהוצגו קודם לכן, כגון חוסר האובייקטיביות שלהם או הקושי הנפשי העלול להיגרם הן לחולה והן למתורגמן בן המשפחה במצב כזה.

שביעות רצון של מטופלים

כפי שצויין, ישנם שלושה מדדים להערכת מצב התקשורת במערכת הרפואית: שביעות רצון הרופאים, שביעות רצון המטופלים, ואיכות התקשורת מבחינה אובייקטיבית (האם הצדדים אכן מבינים זה את זה). למרות שמחקר זה מתמקד בנקודת מבטם של הרופאים לגבי התקשורת שלהם עם מטופליהם, שולבה בכל זאת שאלה העוסקת בשביעות רצונם של המטופלים (להערכת הרופאים). כיוון שרופאים, מטבע תפקידם, עוסקים במתן שרות, יש חשיבות לשאלה האם לדעתם מקבלי השירות מרוצים ממנו. הרופאים התבקשו להעריך עד כמה מטופליהם שאינם דוברי עברית שבעי רצון מהתקשורת עימם. מן הנתונים עולה כי שביעות הרצון של המטופלים (לדעת הרופאים) הינה בינונית. להערכתם, 26% מהמטופלים "לא מרוצים" או "לא כל כך מרוצים" מאיכות התקשורת שלהם עם הרופא, 36% "די מרוצים" ורק 38% "מרוצים" או "מאוד מרוצים".

שביעות רצון מטופלים:

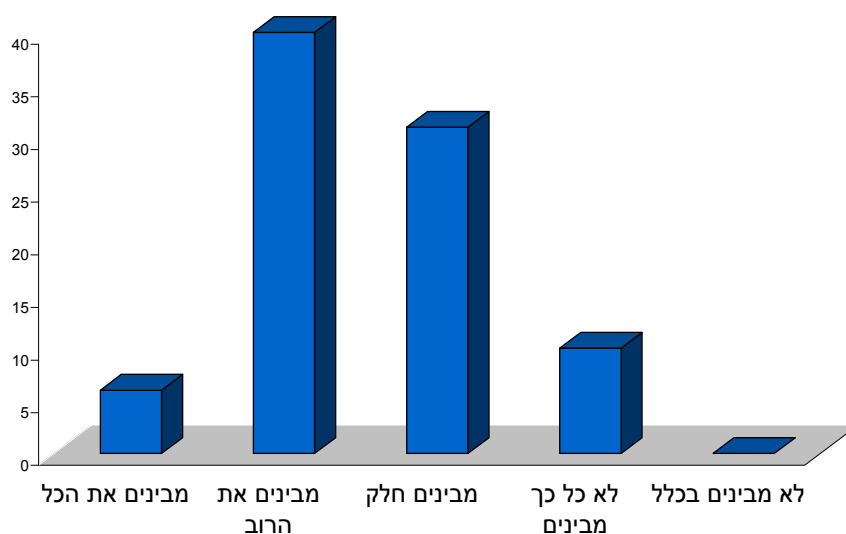


אמנם רצוי היה לאמת נתונים אלו מול המטופלים עצמם, אולם מיזם זה חורג מהיקפו של המחקר הנוכחי. השאלה נועדה לשקף את תחושותיהם הסובייקטיביות של הרופאים לגבי איכות התקשורת עם מטופליהם, ולספק להם מדד נוסף להערכת איכות התקשורת עם מטופלים שאינם דוברי עברית. הערכתה של החוקרת היא כי שביעות רצון בינונית הן של הרופאים והן של המטופלים, תוביל, בסופו של דבר לתחושה כי התקשורת באופן כללי לוקה בחסר ותספק ביסוס לתחושת התסכול עליה מדווחים הרופאים.

מידת הבנה של מטופלים

פשהאקר (Pöchhacker, 2000) מדווח כי 91% מן הנשאלים שלוו אינם בטוחים אם מטופלים בעלי קשיי תקשורת אכן מבינים את הנאמר להם על ידי הרופאים. נראה כי בארץ המצב שונה במקצת. הנשאלים התבקשו להעריך עד כמה מבינים מטופלים שאינם דוברי עברית את המידע וההנחיות הנמסרים להם על ידי הרופא. בעוד שפחות מ-7% מן הרופאים מאמינים כי המטופלים מבינים את כל המידע, 45% חושבים כי המטופלים מבינים את רוב המידע, ו-35% נוספים גורסים כי הם מבינים חלק מהמידע. רק 11% מהרופאים חוששים כי המטופלים שלהם לא כל כך מבינים אותם, ואיש מן הנשאלים לא חשב שישנם מטופלים שאינם מבינים דבר.

עד כמה מבינים המטופלים את המידע וההנחיות הנמסרים להם:



בדומה לנאמר בסעיף הקודם, מטרתה של שאלה זו היא לספק מדד נוסף להערכת איכות התקשורת בין הרופאים למטופליהם. מן הנתונים עולה כי לדעת יותר ממחצית הנשאלים התקשורת שלהם עם המטופלים, רצופת מכשלות ככל שתהיה, משיגה בסופו של דבר את מטרתה – העברת מידע כלשהו למטופל. אפשר להניח כי העובדה שהמידע המגיע למטופלים הינו חלקי תורמת לאי-שביעות הרצון של הרופאים מהתקשורת, אולם חשוב לציין כי גם מטופלים שאינם סובלים מקשיי תקשורת עלולים לא להבין את דברי הרופא בגלל המינוח המקצועי שהוא משתמש בו או עקב מצבם הנפשי בזמן השיחה.

תרגום – תפקידו של הצוות הרפואי?

מתוצאות המחקר עולה תמונה מעניינת לגבי תפיסת הרופאים את תפקידם בבית החולים או במרפאה. ראשית מציינים הרופאים כי במרבית המקרים (יותר מ-80%) הם מבקשים מחברי הצוות הרפואי לשמש כמתורגמנים. בהמשך השאלון אנו רואים כי הנשאלים מעריכים ביותר את איכות התרגום של חבריהם לצוות הרפואי. לבסוף, התבקשו הנשאלים לציין עד כמה הם מסכימים עם המשפט "תרגום וסיוע לשוני למטופלים שאינם דוברים עברית הוא חלק מתפקידו של הצוות הרפואי והפרה-רפואי" – 82% מן הנשאלים השיבו בחיוב.

יתרה מזאת, 41% מהנשאלים מציינים כי למדו שפה זרה כלשהי במטרה לשוחח ביתר קלות עם מטופליהם³⁸, אף כי במקרים רבים המדובר הוא במילים או במשפטים בודדים שהצליחו לקלוט במהלך העבודה ולא בלימודים פורמליים במסגרת קורס או בעזרתו של מורה. כמו-כן הביעו 68% מהנשאלים רצון ללמוד את אחת השפות שבהן מדברים מטופליהם – בעיקר רוסית וערבית – וזאת ללא עידוד רשמי מצד בית החולים לעשות כן. מעטים מאוד מבין הנשאלים שלא הביעו נכונות ללמוד שפה חדשה הכירו בעובדה כי נושא התרגום אינו צריך להיות באחריותו של הרופא, וכי תקשורת המתבססת על מילים וביטויים בודדים אינה שונה ואף נופלת מהתרגום שמספקים כיום מתורגמני אד-הוק; מרביתם טענו שפשוט אין להם זמן פנוי. כמו-כן מרבית הנשאלים לא נתנו את דעתם לכך שאיכות עבודתם כרופאים עשויה להיפגע אם יקחו על עצמם גם את עבודת התרגום.

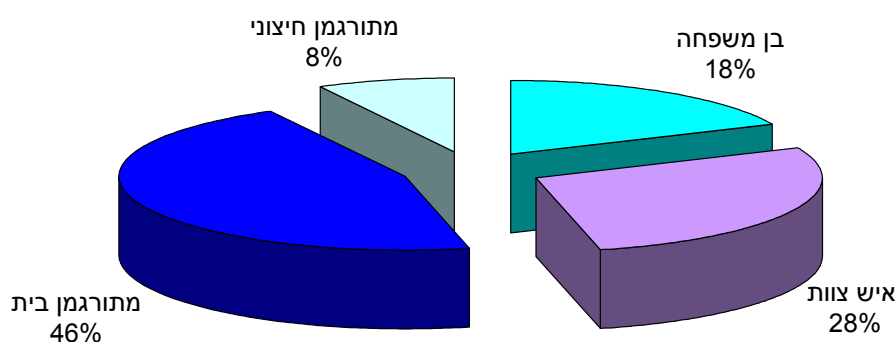
גישה מעניינת לנושא זה ניתן למצוא במאמרם של דרנן ושוורץ (Drennan and Swartz, 1999) הסוקר את המצב בדרום אפריקה. המחברים מציינים כי ישנה התנגדות רבה ליישום תוכנית לשילובם של מתורגמנים במערכת הבריאות שכן הדבר ימנע מהרופאים (הלבנים) ללמוד את השפות שבהן מדברים מטופליהם (השחורים). שפות אלו, 11 במספר, הוגדרו שפות רשמיות במדינה, כאשר המטרה היא לספק לכל אזרח שירות בשפתו בכל מוסד ממשלתי, ובכלל זה במערכת הבריאות. אולם, מזכירים המחברים, גם אם ילמדו הרופאים שפות מקומיות שונות, יש בכל זאת צורך להסתייע במתורגמנים עד אשר יגיעו הרופאים לדרגת שליטה מספקת בשפות השונות – תהליך העשוי לארוך שנים.

³⁸ מצב דומה מתואר בעבודתו של רוזנברג (Rosenberg, 2001) – רופאים בטקסס נתקלים בהרבה מטופלים דוברים ספרדית ולכן מכירים בצורך ללמוד שפה זרה (במקרה זה ספרדית) ואף נוקטים צעדים להשגת מטרה זו.

הדרך הטובה ביותר לפתרון בעיית התקשורת

לבסוף, נשאלו הרופאים מהי לדעתם הדרך הטובה ביותר לפתרון בעיית התקשורת של מטופלים שאינם דוברים עברית. האם (1) תרגום שמבוצע בידי בן משפחה או מלווה של המטופל; (2) תרגום שמבוצע בידי חבר צוות רפואי או פרה-רפואי; (3) תרגום שמבוצע בידי מתרגם מקצועי חבר צוות בית-החולים / המרפאה ("מתרגם בית"); או (4) תרגום שמבוצע בידי מתורגמן מקצועי חיצוני, שמוזמן כל אימת שמתעורר בכך צורך.

מי, לדעת הרופאים, עדיף שיתרגם:



כמחצית (46%) מן הנשאלים היו מעדיפים להשתמש בשירותיו של מתורגמן מקצועי חבר צוות בית החולים, כלומר מתורגמן שקיבל הכשרה בתחום התרגום, שולט היטב בשתי השפות, נמצא בבית החולים או במרפאה דרך קבע, מכיר את הרופאים ואת המטופלים, שולט במינוח הרלוונטי וכדומה. זהו פתרון שאינו מיושם כרגע בארץ, ואשר מרבית החוקרים ממליצים עליו על פני השימוש במתורגמי אד-הוק. עם זאת, אחוז זה של נשאלים היה מעדיף להמשיך ולעבוד עם מתורגמי אד-הוק המוכרים, דהיינו אנשי הצוות הרפואי (28%) ובני משפחה או מלווים של המטופל (18%).

ניתן לייחס תשובה זו לכך כי מרבית הרופאים לא נתקלו מעולם במתורגמן מקצועי ואינם יודעים בדיוק מהי הגדרת תפקידו, מהן סמכויותיו, וכיצד לעבוד עימו. יתכן גם שהם חוששים כי נוכחותו של אדם זר תרתיע את המטופלים או תפגע בדרך עבודתם. כך או כך, נראה כי כמחצית מן הנשאלים מרוצים מן התקשורת שלהם עם מטופלים שאינם דוברים

עברית במידה מספקת ואינם מעוניינים לשנות את האופן שבו הם מתמודדים עם מטופלים מסוג זה.

מצב זה מעמיד בסימן שאלה את הכדאיות של פיתוח תוכניות אסטרטגיות חדשות לפתרון בעיות התקשורת במערכת הבריאות, שכן נראה כי כמחצית מן הרופאים אינם מעוניינים בהן. זאת, למרות שביעות הרצון הבינונית שלהם מאיכות התקשורת ומהטענות הרבות שהועלו במהלך המחקר לגבי בעיות תקשורת שונות.

סיכום, מסקנות, והצעות למחקר עתידי

מטרתו של מחקר זה היא להציג תמונת מצב של קשיי התקשורת בין רופאים למטופליהם במערכת הבריאות בארץ, לבחון את אסטרטגיות התקשורת בין רופאים למטופלים שאינם דוברים עברית, ולהעריך שביעות הרצון של הרופאים מתקשורת זו. זאת, במטרה לבדוק האם היקף הבעיה וחומרתה מצדיקים פיתוח אסטרטגיות חדשות לפתרון בעיות התקשורת או למניעתן בעתיד, ומתוך הנחה כי כל הצעה לשינוי או שיפור המצב הקיים צריכה להתבסס, לפחות בחלקה, על צורכיהם והעדפותיהם של אנשי הצוות הרפואי. מנתוני המחקר מצטיירת התמונה הבאה:

- כמעט לרבע מכלל המטופלים יש קשיי תקשורת. בעיקר דוברים מטופלים אלו רוסית, ערבית, ואמהרית.
- רוב הרופאים (96%) משתמשים בשירותיו של מתורגמן – ברוב המקרים בן משפחה של המטופל או חבר צוות בית החולים.
- אסטרטגיות נפוצות נוספות לטיפול במטופלים שאינם דוברי עברית הן: שימוש בשפה פשוטה או ממושטת, הסתייעות באמצעי תקשורת בלי מילוליים, שימוש בשפה מתווכת, התאמה בין מטופל לרופא הדובר את שפתו, או שיחה בשפת המטופל.
- הבעיות המרכזיות אשר נובעות מקשיי התקשורת הן קושי של הרופא לקבל היסטוריה רפואית מלאה של המטופל; חוסר הבנה של המטופל לגבי טיפולים, התכונות לבדיקות, ונטילת תרופות; אי-זמינותם של מתורגמנים, בעיקר מקרב צוות בית החולים; וכן תחושת תסכול של הרופאים הנובעת מהעובדה כי הם חשים שהתקשורת עם המטופלים אינה אופטימלית אולם אין ביכולתם לעשות דבר.
- ב-86% מהמקרים, אין במוסד הרפואי נהלים קבועים לטיפול במטופלים שאינם דוברי עברית, ובכרבע מהמקומות אין מידע בשפות זרות.
- מרבית הרופאים לא קיבלו הכשרה בנוגע לעבודה עם מתורגמן וגם לא בנוגע לתרגום בסיטואציה רפואית, זאת למרות שאלו מביניהם השולטים בשפות זרות משמשים כמתורגמנים בעת הצורך.
- הרופאים תופסים את עבודת התרגום כחלק מתפקידם. רבים מהם אף מביעים רצון ללמוד את אחת השפות שבה מדברים מטופליהם על מנת להקל על התקשורת עמם.

שביעות רצונם של הרופאים מהתקשורת עם מטופלים שאינם דוברי עברית היא בינונית. גם מידת ההבנה ומידת שביעות הרצון של המטופלים מוערכת על ידי הרופאים כבינונית או סבירה. למרות זאת, מפגינים הרופאים שביעות רצון גבוהה למדי מהתרגום שמבוצע בידי בן משפחה או מלווה של המטופל, ושביעות רצון גבוהה עוד יותר מתרגום המבוצע בידי אחד מחברי הצוות הרפואי או הפרא-רפואי. נראה כי למרות שאינם לגמרי שבעי רצון מהתקשורת עם מטופליהם, המצב נתפס בעיניהם כמתקבל על הדעת. השערה זו מתחזקת כאשר אנו רואים כי בעוד שכחצי מן הנשאלים סוברים כי הדרך הטובה ביותר לפתרון בעיית התקשורת היא להשתמש בשירותיו של מתורגמן מקצועי, מעדיף חציו השני של הנשאלים להמשיך ולהסתייע בבני משפחה או בחברי הצוות הרפואי לצורך התרגום. ניתן להעלות מספר השערות לגבי הסיבות לבחירה בפתרון זה:

1. מרבית הרופאים לא עבדו מעולם עם מתורגמן מקצועי, ואינם מודעים ליתרונות שבדבר. כמו כן אינם מודעים לחסרונות הרבים שבשימוש במתורגמני אד-הוק, במיוחד כאלה שיש להם קשר למטופל, כגון בני משפחה.
2. הרופאים חוששים שהמתורגמן יפריע לעבודתם או יגזול מסמכיותיהם בכך ש"ישתלט" על השיחה עם המטופל.
3. הרופאים מניחים שנוכחותו של מתורגמן זר עלולה להתקל בהתנגדות מצד המטופלים.
4. הרופאים התרגלו לעבוד עם מתורגמני אד-הוק וכיון שהתקשורת עם המטופלים בצורתה הנוכחית נתפסת בעיניהם כ"סבירה" ומשיגה את מטרתה ברוב המקרים, אינם ששים לחפש פתרונות אחרים ו"לשנות סדרי עולם".

נראה, אם כן, כי בעיית התקשורת עם מטופלים שאינם דוברי עברית אכן קיימת, אולם פיתוחן של תוכניות חדשות לפתרונה עשוי להתקל בקשיים עקב תמיכה לא מספקת בקרב הממסד הרפואי, בעיקר בגלל חוסר היכרות עם מוסד התרגום ויתרונותיו. לפיכך, בשלב ראשון יש לפעול להגברת המודעות של רופאים בפרט ואנשי צוות רפואי ופרא-רפואי בכלל לחשיבותו של נושא התרגום המקצועי במערכת הרפואית. זאת ניתן לעשות בדרכים הבאות:

- ארגון סדנאות או ימי עיון בבתי חולים ובמרפאות של קופות החולים על מנת להכשיר רופאים להתמודד עם מטופל שאינו דובר עברית, לשוחח עם מטופל דרך מתורגמן,

ולמזער את הנזקים הנובעים משימוש במתורגמן שאינו מקצועי באמצעות תדריך נכון של המתורגמן ודליית המידע הרלוונטי מתוך השיח. בהקשר זה חשוב להדגיש בפני הרופאים מהן הבעיות, אתיות ואחרות, הנובעות משימוש במתורגמנים שאינם מקצועיים, במיוחד כאלו שיש להם קשר למטופל, כגון בני משפחה.

- ארגון סדנאות קצרות לתרגום רפואי עבור רופאים ואנשי צוות פרא-רפואי דו-לשוניים. אין הכוונה להכשיר בכך מתורגמנים רפואיים במלוא מובן המילה, אלא לתת לאנשים אשר ממילא נאלצים לתפקד כמתורגמנים בעל-כורחם, כלים להתמודדות קלה וטובה יותר עם תפקיד זה. יש לדון הן באתיקה המקצועית ובדרך העבודה הנכונה, והן במינוח רפואי נכון בשתי השפות ובהצעות לפתרון בעיות נפוצות שבהן נתקלים מתורגמנים אלו במהלך עבודתם.
- הכנת יותר מידע בשפות שונות לטובת מטופלים שאינם דוברי עברית והפצתו בחופשיות במוסדות הרפואיים השונים. כמו כן יש לעודד את הצוות הרפואי להסתייע יותר בעזרי תקשורת גרפיים כגון שיחונים מצוירים.
- בטווח הרחוק יותר יש לשלב את נושא התרגום במערכת הרפואית בבתי הספר לרפואה בארץ, כדי שרופאים צעירים יקבלו את ההכשרות שהוזכרו זה עתה כבר במסגרת לימודיהם.

בטווח הרחוק עוד יותר רצוי להקים מערך מתורגמנים רפואיים במדינת ישראל כדוגמת אלו הפועלים בקנדה ובשוודיה. מתורגמנים אלו ילמדו את עבודת התרגום במסגרות הכשרה פורמליות, יידרשו להפגין שליטה גבוהה בשפות הרלוונטיות והבנה ברפואה ולעבור בחינת הסמכה. לאור העדפתם של הרופאים לקבל שירותי תרגום מחברי הצוות הרפואי, יש לשקול לגייס לתוכנית זו מועמדים בעלי רקע ברפואה, למשל רופאים לשעבר שפרשו לגמלאות, בוגרי בתי ספר לרפואה שלא השתלבו בעבודה בארץ וכדומה. יתכן ששימוש במתורגמנים מסוג זה יקל על הצוות הרפואי לתת בהם אמון. אולם מהמחקר הנוכחי עולה כי הצלחתן של יוזמות מסוג זה תלויה, ככל הנראה, בקבלת הכרה ממסדית בחשיבותו של התרגום המקצועי בבתי החולים, ובתמיכתו של הצוות הרפואי ביוזמות השונות.

מחקרים עתידיים יבחנו את נושא בעיות התקשורת והדרכים לפתרון בקרב המטופלים. יש לבחון את שביעות הרצון של המטופלים שאינם דוברים עברית מהתקשורת עם רופאים

וגורמים אחרים במערכת הבריאות, ולבדוק מהם הפתרונות העדיפים עליהם. כמו כן יש לערוך מחקר שיעריך את איכות התרגום שמתבצע בידי מתורגמני אד-הוק ואת מידת ההבנה של מטופלים שאינם דוברי עברית כאשר הם מתקשרים עם הרופא באמצעות מתורגמן לא מקצועי או באמצעות אחת מאסטרטגיות התקשורת האחרות שנוקטים הרופאים. בנוסף, רצוי להרחיב את המחקר הנוכחי כך שיכלול בתוכו את אנשי הצוות הפרא-רפואי אשר נתקלים גם הם בבעיות תקשורת ואשר משמשים לעיתים קרובות בתור מתורגמנים.

ביבליוגרפיה

כל כתובת האינטרנט מעודכנות לתאריך 20 באוקטובר, 2005.

בר-צורי, ר., הנדלס, ש., צרכים והעדפות של עולי חבר העמים. תל אביב: המכון למחקר כלכלי וחברתי, ההסתדרות הכללית של העובדים בישראל. 1993.

בורגנה, ד., דפוסי האינטראקציה בין מטפל ומטופל במסגרת שירותי הבריאות בקרב עולי אתיופיה בישראל. רמת גן: אוניברסיטת בר אילן. עבודת מ.א. 1987.

זך, נ., "בריאות סוג ב' לערביי ישראל". הארץ. 26 באוגוסט, 2002.
<http://news.ep.walla.co.il/ts.cgi?tsscript=item&path=0&id=273340>

טל, ה., לתולדות שירותי הרפואה בנגב: תש"ח-תש"ל (1970-1948). באר שבע: הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב. 1993.

נירל, נ., ואחרים, עולים מברית המועצות לשעבר במערכת הבריאות: ממצאים נבחרים מתוך סקרים ארציים. ירושלים: מכון ברוקדייל. 1996.

נודלמן, א., המעבר ממערכת רפואית באתיופיה למערכת רפואית בארץ – תכנית חינוך לבריאות לנוער אתיופי. תל אביב: השרות הרפואי – עלית הנוער. 1986.

רמניק, ל., רשמים ממערכת הבריאות: עולים חדשים מברית המועצות לשעבר והמפגש שלהם עם המערכת בארץ. ירושלים: מכון ברוקדייל. 1995.

שוסטר, מ., דפוסי תקשורת בין מהגרי עבודה בישראל לבין נותני השירות הרפואי: מרפאת "רופאים לזכויות אדם" כמקרה מבחן. רמת גן: אוניברסיטת בר אילן. עבודת מ.א. 2003.

Bernstein, J. et al., "Trained medical interpreters in the emergency department: Effects on services, subsequent charges, and follow-up", Journal of Immigrant Health, vol. 4, 2000:171-220.

Bolden, G. B., "Toward understanding practices of medical interpreting: Interpreters' involvement in history taking", Discourse Studies, vol. 2(4), 2000: 387-419.

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

Crawford. A., "Black patients / White doctors: Stories lost in translation". National Language Project, 1994: 1-27.

Drennan, G. and Swartz, L. "A concept over-burdened: Institutional roles for psychiatric interpreters in post-apartheid South Africa," Interpreting, vol. 4(2), 1999: 160-198.

Garber, N., "Community interpretation: A personal view" in R. P. Roberts, et al., The Critical Link 2: Interpreters in the Community. Selected Papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Vancouver, BX, Canada, 19-23 May, 1998, Amsterdam: John Benjamins Publishing, 2000: 9-20.

- Flores, G. et al., "Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters," Pediatrics, vol. 111(1), 2003: 6-14.
- Fredericks, C., "Using non-professional interpreters in a multiethnic primary care clinic". University of Malaya, 1998.
- Harrington, F. J., "Interpreting in social services: setting the boundaries of good practice?" Interpreting Interpreting, Gloucestershire: Douglas McLean, 2001:111-122.
- Jackson, C., "Medical interpreters: An essential clinical service for non-English-speaking immigrants", in L. Sana (ed.), handbook of Immigrant Health, New York: Plenum Press, 1998:61-80.
- Johnson, T. M., Hardt, E. J. and Kleinman, A., "Cultural factors in the medical interview" in M. Lipkin, et al., (Eds.). The Medical Interview. New York: Springer-Verlag; 1995.
- Kagawa-Singer M. and Blackhall, L. J., "Negotiating cross-cultural issues at the end of life". The Journal of the American Medical Association, vol. 286(23), 2001:2993-2999.
- Martinsen, B., "Public service interpreting – Challenges and how to met them", New Perspectives in Interpreting. Selected Papers from Interpreting in the 21st Century: Challenges and Opportunities. First Conference on Interpreting Studies, 9-11 November, 2000, vol. 2, 2003.
- Mesa, A. M., "The cultural interpreter: An appreciated professional. Results of a study on interpreting services: client, health care worker, and interpreter points of view", in R. P. Roberts, et al., The Critical Link 2: Interpreters in the Community. Selected Papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Vancouver, BX, Canada, 19-23 May, 1998, Amsterdam: John Benjamins Publishing, 2000: 67-79.
- Meyer, B., "How untrained interpreters handle medical terms", in I. Mason (ed.) Triadic Exchanges. Manchester: St. Jerome, 2001:87-106.
- Meyer, B., "Medical interpreting – Some salient features", New Perspectives in Interpreting. Selected Papers from Interpreting in the 21st Century: Challenges and Opportunities. First Conference on Interpreting Studies, 9-11 November, 2000, vol. 2, 2003.
- Pöchhacker, F., "Getting organized: The evolution of community interpreting", Interpreting, vol. 4(1), 1999: 125-140.
- Pöchhacker, F., "Language barriers in Vienna hospitals", Ethnicity and Health, vol. 5(2), 2000: 113-19.
- Pöchhacker, F., "The community interpreter's task: Self perception and provider self", in R. P. Roberts et al., (eds.). The Critical Link 2: Interpreters in the Community. Selected Papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal

Health and Social Service Settings, Vancouver, BX, Canada, 19-23 May, 1998,
Amsterdam: John Benjamins Publishing, 2000b: 49-65.

Pöchhacker, F., and Kadric M., “The hospital cleaner as health interpreter”, The Translator, vol, 5(2), 1999:161-178.

Qapla! Hospital Seeks Klingon Interpreter. CNN. 10 May, 2003.
<http://www.cnn.com/2003/US/West/05/10/offbeat.klingon.interpreter/>

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

Reiff, M., Zakut, H., and Weingarten M. A., “Illness and treatment perceptions of Ethiopian immigrants and their doctors in Israel”, American Journal of Public Health, vol. 89(12), 1999:1814-1818.

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

Rudvin, M., “How neutral is ‘neutral’? Issues in interaction and participation in community interpreting”, New Perspectives in Interpreting, Selected Papers from Interpreting in the 21st Century: Challenges and Opportunities. First Conference on Interpreting Studies, 9-11 November, 2000, vol. 2, 2003.

Sorry Klingon Interpreters, Oregon’s not Hiring. CNN. 13 May, 2003
<http://www.cnn.com/2003/US/West/05/13/offbeat.no.more.klingon.ap/>

Wadensjö, C., “Community interpreting”, in M. Baker (ed.), Routledge Encyclopedia of Translation Studies. London: Routledge, 1998:33-37.

Wadensjö, C., “Interpreting in crisis: The interpreter’s position in therapeutic encounters” in I. Mason, Triadic Exchanges, Manchester: St. Jerome, 2001:71-85.

נספח – שאלון לרופאים

להלן דוגמת השאלון כפי שחולקה לרופאים וסטודנטים לרפואה במוסדות רפואיים שונים בארץ. כיוון שלא תמיד נכחה החוקרת בעת חלוקת השאלונים, צורף לכל שאלון מכתב פתיחה שבו היא מציגה בקצרה את עצמה ואת המחקר. את השאלונים ניתן למלא בצורה ממוחשבת (בתוך קובץ ה-WORD) וכן בכתב, לאחר הדפסה. גרסה נוספת של השאלון מופיעה באינטרנט באתר: <http://m.1asphost.com/TransMed>. עימוד השאלון שונה מעט על מנת להתאימו למדיום האינטרנט, אולם לא נעשו בו שינויים תוכניים.

שלום!

שמי יהודית רובנובסקי, ואני סטודנטית לתואר שני במחלקה לתרגום וחקר התרגום באוניברסיטת בר-אילן. במסגרת לימודי אני עורכת מחקר לגבי דפוסי התקשורת בין מטופלים שאינם דוברי עברית לבין הצוות הרפואי במערכת הבריאות בארץ. המחקר מתמקד במיוחד בציפיות וההעדפות של חברי הצוות הרפואי לגבי דפוסי תקשורת אלו.

אודה לך מאוד אם תוכל/י למלא את השאלון המצורף ולהחזירו אלי בהקדם האפשרי.

השאלון אנונימי לחלוטין ותשובותיך לא יועברו לאיש מלבדי ומלבד מנחת המחקר ד"ר מרים שלזינגר (המחלקה לתרגום וחקר התרגום).

השאלון מנוסח בגוף זכר אולם מיועד לגברים ולנשים כאחד.

שאלות, הערות או הבהרות לגבי שאלון זה יתקבלו בברכה לדואר אלקטרוני j_rubanovsky@walla.co.il

בתודה מראש על שיתוף הפעולה,

יהודית רובנובסקי

1. הַנֶּךְ: ☐ רופא / ☐ מתמחה/ סטאג'ר / ☐ סטודנט לרפואה

2. מִין: ☐ זכר ☐ נקבה

3. שנת לידה: _____ 4. ארץ לידה: _____ 5. שפת אם: _____ 6. שפת הוראה בבית הספר: _____

7. שפות נוספות, נא פרט מידת שליטה בשפה:

☐ מעטה	☐ בינונית	☐ מלאה	☐ עברית (אם אינה שפת אם)
☐ מעטה	☐ בינונית	☐ מלאה	☐ אנגלית
☐ מעטה	☐ בינונית	☐ מלאה	☐ רוסית
☐ מעטה	☐ בינונית	☐ מלאה	☐ ערבית
☐ מעטה	☐ בינונית	☐ מלאה	☐ אמהרית
☐ מעטה	☐ בינונית	☐ מלאה	☐ יידיש
☐ מעטה	☐ בינונית	☐ מלאה	☐ אחר, פרט: _____
☐ מעטה	☐ בינונית	☐ מלאה	_____

8. לימודי רפואה: ☐ בארץ (בעברית) ☐ בחו"ל: _____ — שפת לימודים: _____

9. שנת סיום לימודים: _____

10. ותק בעבודה בישראל: _____ שנים

(סטודנטים/מתמחים – סה"כ חודשים במחלקות: _____ חודשים)

11. עובד ב: ☐ בית חולים ☐ מרפאה ציבורית ☐ קליניקה פרטית

12. באזור: ☐ צפון ☐ דרום ☐ ירושלים ☐ גוש דן

13. במהלך עבודתך, האם יצא לך אי פעם לטפל באדם שידיעת העברית שלו לא הספיקה לקיום תקשורת סבירה ביניכם לצורך הטיפול? ☐ כן ☐ לא

14. מהו להערכתך אחוז המטופלים בבית החולים/ מחלקה/ מרפאה שלך שעימם יש לצוות הרפואי קשיי תקשורת? % _____

15. באיזו שפה בעיקר מדברים החולים שעימם יש לצוות הרפואי קשיי תקשורת? _____

16. באלו שפות נוספות אתם נתקלים?

☐ רוסית ☐ ערבית ☐ אמהרית ☐ יידיש ☐ אחר: _____

17. באיזו מידה אתה נוהג בדרכים הבאות כאשר המטופל אינו דובר עברית במידה מספקת?

☐	☐	☐	☐	- משוחח עם המטופל בשפתו במקום בעברית
לעולם לא	לעיתים רחוקות	לפעמים	לעיתים קרובות	
☐	☐	☐	☐	- משתמש בשפה שלישית ששניכם מכירים (למשל אנגלית או יידיש)
לעולם לא	לעיתים רחוקות	לפעמים	לעיתים קרובות	
☐	☐	☐	☐	- מפנה את המטופל לרופא אחר שדובר את שפתו
לעולם לא	לעיתים רחוקות	לפעמים	לעיתים קרובות	
☐	☐	☐	☐	- מבקש עזרה / תרגום מגורם שלישי
לעולם לא	לעיתים רחוקות	לפעמים	לעיתים קרובות	
☐	☐	☐	☐	- מדבר לאט ובעברית פשוטה
לעולם לא	לעיתים רחוקות	לפעמים	לעיתים קרובות	
☐	☐	☐	☐	- מסתמך על תקשורת בלתי מילולית / מחוות ידיים / עזרים גרפיים
לעולם לא	לעיתים רחוקות	לפעמים	לעיתים קרובות	
☐	☐	☐	☐	- אחר: _____
לעולם לא	לעיתים רחוקות	לפעמים	לעיתים קרובות	

18. האם קיימים בבית-החולים / מרפאה שלך נהלים קבועים לגבי טיפול בחולים שיש להם קשיי שפה? (אדם קבוע שמשמש כמתורגמן, הזמנת מתורגמן מחברה חיצונית, וכו')
אם כן, מה הם: _____

☐ אין נהלים קבועים

19. האם קיים בבית-החולים / מרפאה שלך מידע כתוב בשפות שונות (לגבי קביעת תורים, נטילת תרופות, התכוננות לבדיקות, וכו') או עזרים גרפיים לתקשורת עם חולים שאינם דוברי עברית? אם כן, אלו חומרים ואיזה מידע נמסר בהם?

20. האם חומרים אלו זמינים בחופשיות לכל הפונים (תלויים על הקיר, מונחים בחדר ההמתנה, וכו') או שיש לבקש לקבלם במיוחד כאשר יש למטופל קשיי תקשורת?

☐ זמינים בחופשיות ☐ יש לבקש במיוחד ☐ אין חומר בשפות זרות

21. עד כמה אתה מרוצה מאיכות התקשורת שלך עם מטופלים שאינם דוברים עברית?

☐ מאוד מרוצה ☐ מרוצה ☐ די מרוצה/סביר ☐ לא כל-כך מרוצה ☐ כלל לא מרוצה

22. באילו בעיות או אי-הבנות אתה נתקל בעיקר בטיפול בחולים שאינם דוברים עברית?

23. האם יצא לך להסתייע במתורגמן בזמן טיפול או בדיקה? ☐ כן ☐ לא

24. מי בדרך כלל משמש כמתורגמן?

☐ לעתים קרובות	☐ לפעמים	☐ לעתים רחוקות	☐ לעולם לא	- בן משפחה / מלווה של המטופל
☐ לעתים קרובות	☐ לפעמים	☐ לעתים רחוקות	☐ לעולם לא	- מטופל אחר / מבקר / מנקה
☐ לעתים קרובות	☐ לפעמים	☐ לעתים רחוקות	☐ לעולם לא	- אח / רופא אחר / טכנאי רפואי
☐ לעתים קרובות	☐ לפעמים	☐ לעתים רחוקות	☐ לעולם לא	- מתורגמן מקצועי

25. כיצד היית מגדיר את שביעות רצונך מאיכות התרגום שקיבלת מהגורמים הבאים:

☐ מרוצה מאוד	☐ מרוצה	☐ סביר	☐ לא כ"כ מרוצה	☐ לא מרוצה כלל	☐ לא נתקלתי	- בן משפחה/מלווה של המטופל
☐ מרוצה מאוד	☐ מרוצה	☐ סביר	☐ לא כ"כ מרוצה	☐ לא מרוצה כלל	☐ לא נתקלתי	- מטופל אחר / מבקר / מנקה
☐ מרוצה מאוד	☐ מרוצה	☐ סביר	☐ לא כ"כ מרוצה	☐ לא מרוצה כלל	☐ לא נתקלתי	- אח / רופא אחר / טכנאי רפואי
☐ מרוצה מאוד	☐ מרוצה	☐ סביר	☐ לא כ"כ מרוצה	☐ לא מרוצה כלל	☐ לא נתקלתי	- מתורגמן מקצועי

26. עד כמה אתה מסכים עם המשפט הבא: "תרגום וסיוע לשוני למטופלים שאינם דוברים עברית הוא חלק מתפקידו של הצוות הרפואי והפרה-רפואי"

☐ מאוד מסכים ☐ מסכים ☐ די מסכים ☐ לא כל-כך מסכים ☐ כלל לא מסכים

27. עד כמה אתה בטוח שאתה יכול לקבל תרגום טוב מהאנשים הבאים:

☐	☐	☐	☐	☐	- בן משפחה/מלווה של המטופל
לא בטוח כלל	לא כ"כ בטוח	די בטוח	בטוח	מאוד בטוח	
☐	☐	☐	☐	☐	- מטופל אחר / מבקר / מנקה
לא בטוח כלל	לא כ"כ בטוח	די בטוח	בטוח	מאוד בטוח	
☐	☐	☐	☐	☐	- אח / רופא אחר / טכנאי רפואי
לא בטוח כלל	לא כ"כ בטוח	די בטוח	בטוח	מאוד בטוח	
☐	☐	☐	☐	☐	- מתורגמן מקצועי
לא בטוח כלל	לא כ"כ בטוח	די בטוח	בטוח	מאוד בטוח	

28. האם קיבלת בשלב כלשהו של לימודיך הכשרה או הסבר בתחומים הבאים:

☐ לא	☐ כן	- כיצד לנהוג במקרה שהמטופל אינו דובר את שפתך
☐ לא	☐ כן	- כיצד לעבוד עם מתורגמן
☐ לא	☐ כן	- כיצד להתנהג עם מטופל בן תרבות שונה משלך
☐ לא	☐ כן	- כיצד לתרגם בסיטואציה רפואית

29. האם בעקבות המפגש עם מטופלים שאינם דוברים את שפתך למדת (במידה כלשהי) שפה חדשה לצורך

עבודתך? ☐ כן ☐ איזו: _____ ☐ לא

30. אם כן, כיצד היית מגדיר את שליטתך בשפה זו? ☐ טובה

☐

בינונית

☐ מועטה – מכיר משפטים / מונחים בודדים הקשורים לעבודה

31. האם למדת: ☐ באופן מסודר מחוץ למקום העבודה (קורס / מורה פרטי)

☐ תוך כדי העבודה (עמיתים לעבודה / מטופלים)

32. האם מקום עבודתך עודד אותך ללמוד אחת מן השפות שבהן מדברים המטופלים שאינם דוברים עברית?

☐ כן ☐ לא

33. האם היית מעוניין ללמוד אחת מן השפות שבהן מדברים המטופלים שאינם דוברי עברית אם מקום עבודתך היה מארגן לימודים כאלו?

☐ כן ☐ איזו: _____

☐ לא מדוע? _____

34. עד כמה חשוב לך שהמתורגמן אשר עוזר לך לתקשר עם מטופל:

☐ מאוד חשוב	☐ חשוב	☐ לא כ"כ חשוב	☐ לא חשוב בכלל	- יטביר לך על תרבותו של המטופל ועל המקובל בחברה שממנה הוא בא
☐ מאוד חשוב	☐ חשוב	☐ לא כ"כ חשוב	☐ לא חשוב בכלל	- ישלוט היטב בשתי השפות
☐ מאוד חשוב	☐ חשוב	☐ לא כ"כ חשוב	☐ לא חשוב בכלל	- ימנע מלהוסיף דברים משלו לתרגום
☐ מאוד חשוב	☐ חשוב	☐ לא כ"כ חשוב	☐ לא חשוב בכלל	- יתרגם את דברי המטופל בלי לקצר או לסכם
☐ מאוד חשוב	☐ חשוב	☐ לא כ"כ חשוב	☐ לא חשוב בכלל	- יכיר היטב מונחים רפואיים ויהיה בעל הבנה כללית בתחום הרפואה
☐ מאוד חשוב	☐ חשוב	☐ לא כ"כ חשוב	☐ לא חשוב בכלל	- יודיע לך כאשר לדעתו המטופל אינו מבין את כוונתך
☐ מאוד חשוב	☐ חשוב	☐ לא כ"כ חשוב	☐ לא חשוב בכלל	- ישמור על החיסיון הרפואי של המטופל
☐ מאוד חשוב	☐ חשוב	☐ לא כ"כ חשוב	☐ לא חשוב בכלל	- ישמור על דיוק
☐ מאוד חשוב	☐ חשוב	☐ לא כ"כ חשוב	☐ לא חשוב בכלל	- ישאל את המטופל מיוזמתו שאלות הבהרה (לגבי הבעיה או אופן הטיפול, למשל)
☐ מאוד חשוב	☐ חשוב	☐ לא כ"כ חשוב	☐ לא חשוב בכלל	- יידע מראש על מטרת הביקור / פגישה
☐ מאוד חשוב	☐ חשוב	☐ לא כ"כ חשוב	☐ לא חשוב בכלל	- יעזור למטופל להבין את אופי הבעיה או הטיפול
☐ מאוד חשוב	☐ חשוב	☐ לא כ"כ חשוב	☐ לא חשוב בכלל	- יקצר או ישמיט מדברי המטופל מבעים שאינם רלוונטיים לנושא הביקור/פגישה
☐ מאוד חשוב	☐ חשוב	☐ לא כ"כ חשוב	☐ לא חשוב בכלל	- אחר: _____

35. מהי לדעתך הדרך הטובה ביותר לפתור את בעיית התקשורת עבור מטופלים שאינם דוברים עברית?

- ☐ תרגום ע"י בן משפחה או מלווה של המטופל
- ☐ תרגום ע"י חבר צוות רפואי או פרה-רפואי (אח, רופא, טכנאי)
- ☐ תרגום ע"י מתרגם מקצועי חבר צוות בית-החולים / המרפאה ("מתרגם בית")
- ☐ תרגום ע"י מתרגם מקצועי חיצוני, שמחמן כל אימת שמתעורר צורך

36. בתנאים הנוכחיים, עד כמה לדעתך המטופלים שאינם דוברים עברית מבינים את ההנחיות והמידע שאתה מוסר להם?

- ☐ מבינים הכול ☐ מבינים את הרוב ☐ מבינים חלק ☐ לא כל-כך מבינים ☐ לא מבינים כלל

37. איך היית מעריך את מידת שביעות הרצון של המטופלים שאינם דוברים עברית מהתקשורת שלהם אתך?

- ☐ מאוד מרוצים ☐ מרוצים ☐ די מרוצים ☐ לא כל-כך מרוצים ☐ לא מרוצים

תודה על שיתוף הסעודה!

הערות על השאלון:

שאלה 6: שולבה בשאלון בעקבות הערתו של פרופ' ג'ואל וולטרס מן המחלקה לאנגלית באוניברסיטת בר-אילן, לפיה ייתכן מצב שבו נשאלים הם דוברי שפת אם מסוימת אולם גדלו והתחנכו בשפה אחרת, ולכן השפה שבה שליטתם היא הטובה ביותר אינה שפת האם שלהם. במדגם לא התגלו נשאלים שמצב זה תקף עבורם ולכן אין התייחסות לשאלה זו בדיון על התוצאות.

שאלה 27: בעת ניתוח התוצאות התגלתה שגיאה בניסוח שאלה זו. כוונת החוקרת היתה לבקש מן הנשאלים לדרג את המתורגמנים השונים על פי מידת שהם נותנים באיכות התרגום שלהם. עקב הניסוח השגוי, השיבו רבים מן הנשאלים כי הם בטוחים שהם יכולים לקבל תרגום טוב מכל אחד מן המתורגמנים ולכן לא ניתן היה להסיק מסקנות מן השאלה והיא הושמטה מהדיון.

שאלה 34: שאלה זו עוסקת בדפוסי התנהגות של מתורגמנים מקצועיים ומתורגמני אד-הוק ובוחנת את עמדותיהם של הרופאים כלפי דפוסי התנהגות אלו. מטרתה היתה לבחון האם דפוסי ההתנהגות אשר נחשבים בעיני החוקרים לנכונים, אכן נתפסים כחשובים בעיני הרופאים, ולחילופין, האם דפוסי ההתנהגות שאותם מגנים חוקרי התרגום נתפסים בעיני הרופאים כבעייתיים. מתוצאות השאלה ניתן יהיה להסיק מסקנות לגבי אופן הכשרתם של מתורגמנים רפואיים בעתיד. אולם, נראה כי גם שאלה זו לא נוסחה באופן ברור מספיק ובמצב הנוכחי לא ניתן להסיק מתוצאותיה מסקנות ממשיות. במחקר עתידי, לקראת הקמתן של מסגרות הכשרה למתורגמנים רפואיים וקהילתיים בישראל, רצוי היה לחזור לנושא זה ולנסח שאלון אשר יבדוק את ציפיותיהם של חברי הצוות הרפואי (ושל המטופלים) ממתורגמנים, כדי ליצור התאמה בין ציפיותיהם של מקבלי השירות לעבודתם של נותני השירות.