

אוניברסיטת בר אילן

**דפוסי תקשורת בין מהגרי עבודה בישראל לבין נותני
השירות הרפואי: מרפאת "רופאים לזכויות אדם"
כמקרה מבחן**

**PATTERNS OF COMMUNICATION BETWEEN FOREIGN
WORKERS IN ISRAEL AND MEDICAL STAFF:
"PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS" CLINIC
AS A TEST CASE**

מיכל שוסטר

עבודה זו מוגשת כחלק מהדרישות לשם קבלת תואר מוסמך
במחלקה לתרגום ולחקר התרגום של אוניברסיטת בר-אילן

הקדמה

הסיפור "פרשן המחלות", הכלול בספר בשם זה,¹ מיטיב להציג את תפקידו החיוני של המתורגמן בשיח הרפואי. הסיפור מתאר משפחה אמריקאנית ממוצא הודי, אשר הגיעה להודו לערוך מסע שורשים. להלן קטע משיחתם עם הנהג ומורה הדרך ההודי שלהם:

"...אני מדריך טיולים רק בימי שישי ושבת. במשך השבוע יש לי עבודה אחרת."

"באמת? איפה?" שאל מר דאס.

"אני עובד במרפאה."

"אתה רופא?"

"אני לא רופא. אני עובד אצל רופא. כמתורגמן ופרשן."

"לשם מה נחוץ לרופא פרשן?"

"יש לו כמה חולים גוג'רטיים. אבי היה גוג'רטי, אבל לא רבים מדברים גוג'רטי באזור הזה, גם לא הרופא. לכן ביקש ממני הרופא לעבוד במרפאה, לתרגם ולהסביר לו את דברי החולים."

"מעניין. עוד לא שמעתי דבר כזה," אמר מר דאס.

מר קאפאסי משך בכתפיו. "זו עבודה כמו כל עבודה אחרת."

"...יום אחד בא איש עם כאב גרון."

"הוא עישן סיגריות?"

"לא. זה היה משונה מאוד. הוא התלונן שהוא מרגיש כאילו חתיכות קש ארוכות תקועות לו

בגרוננו. כשהסברתי את זה לרופא, הוא רשם לו את התרופה המתאימה."

"זה ממש נהדר."

"כן," הסכים מר קאפאסי לאחר היסוס קל.

"אז החולים האלה תלויים בך לגמרי, ... בעצם הם תלויים בך יותר מברופא."

"מה זאת אומרת? איך זה ייתכן?"

1 פרשן המחלות, ג'ומפה להירי, הוצאת עם עובד, התשס"א. תרגמה שלומית אפל.

“הנה, למשל, יכולת לומר לרופא שהכאב הוא תחושה של צריבה ולא של קש. החולה לא היה יודע מה אמרת לרופא, והרופא לא היה יודע שאמרת לו דבר לא-נכון. זו אחריות גדלה.”

בהמשך הסיפור, מספרת אם המשפחה למדריך-הפרשן סוד איוס שעליו שמרה במשך שמונה שנים. לדבריה היא חולקת עימו את הסוד בגלל “העיסוק שלך כפרשן מחלות”. המדריך משתומם למשמע דבריה, שהרי אין ביניהם מחסום לשוני, אך היא מסבירה: “קיוויתי שתעזור לי להרגיש טוב יותר, תאמר את הדבר הנכון, תציע לי תרופה.”

תודות

תודותי נתונות לכל מי שסייע ללידתו של מחקר זה:

לעמותת "רופאים לזכויות אדם", למנהלות המרפאה ענת ועינת ולמתנדבים בה, אשר בלעדיהם לא היה מחקר זה קורם עור וגידים. תודה מיוחדת נתונה ל"מתורגמנים" ולרופאים שחלקו עימי את רשמיהם.

לעובדי ארגוני הסיוע לעובדים זרים – ביחוד לחנה זוהר, מנהלת ארגון "קו לעובד" ולדורון וילנר, עובד סוציאלי בחדר המיון ומחלקת הטראומה בבית החולים ע"ש סוראסקי ("איכילוב") בתל-אביב.

למנחה שלי, ד"ר מרים שלזינגר, שסיפקה, נוסף לתמיכה המקצועית, גם תמיכה מוראלית ואידיאולוגית יקרה. ברצוני להודות גם לד"ר רות מוריס, שבקורס שלה, העוסק בתרגום בבתי משפט, נולד הרצון והרעיון לעבודת מחקר זו.

להורי, שלימדו אותי לדאות את הזולת ולנסות להבינו. לאישי אהובי יפתח, שנתן לי את הכוח לכתוב ולחלום.

תוכן העניינים

עמוד	תקציר	
א'	מבוא	פרק א'
1	מבוא	
2	גלובליזציה והגירת עבודה	.1
3	מתורגמנות קהילתית	.2
4	מהגרי העבודה בישראל	.3
5	בעיות שפה ותקשורת בקרב מיעוטים לשוניים בישראל	.4
6	קשיי שפה ותרבות בבתי-חולים בישראל	4.1
10	מטרת המחקר וחשיבותו	.5
12	שאלות המחקר	.6
12	שיטת המחקר	.7
13	מבנה העבודה	.8
14	סקירת ספרות	פרק ב'
15	תרגום בעל-פה ומתורגמנות קהילתית	.1
16	מהו מתורגמן קהילתי?	1.1
20	מתורגמנות קהילתית – המקצוע והמחקר	1.2
24	השיח הרפואי בהשתתפות מתורגמן מיומן ומתורגמן לא מיומן	1.3
30	מתורגמנות קהילתית – לקראת מיסוד המקצוע	1.4
33	מתורגמנות קהילתית בישראל	.2
34	תרגום בבתי משפט	2.1
35	תרגום קהילתי בתחום הבריאות והרווחה	2.2
39	מיעוטים לשוניים, בטחון סוציאלי והטיפול הרפואי	.3
50	מהגרי עבודה בישראל	.4
53	מהגרי עבודה בתל-אביב	4.1
54	בריאותם של מהגרי העבודה בישראל	4.2
56	סיכום	.5
57	מתודולוגיה	פרק ג'
57	שיטת המחקר	.1
58	כלי המחקר	1.1
59	אוכלוסית המחקר	.2
59	מגבלות מתודולוגיות בבחירת אוכלוסית המחקר	2.1
60	השדה המחקרי	.3
63	מבנה המרפאה	3.1
64	דרך התנהלות התצפיות	.4

65	שיטת התעתיק	.5
65	עיבוד הנתונים וניתוח התוצאות	.6
67	תוצאות ודיון	פרק ד'
67	ניתוח נתוני החולים	.1
67	חלוקה לפי נותן השירות הרפואי	1.1
67	חלוקה דמוגרפית	1.2
70	חלוקה מגדרית של החולים	1.3
70	חלוקה לגילאים	1.4
71	חלוקה לשפות בהן התנהלה השיחה	1.5
72	התנהלות השיח במרפאה – סקירה ראשונית	.2
75	בעיות מרכזיות בתקשורת בין רופאים לחולים	.3
76	החולה או הרופא אינם מבינים את האבחנה או התרופה	3.1
78	החולה אינו מבין מינוח רפואי	3.2
79	החולה או הרופא אינם מבינים מבעים כלליים בשיחה	3.3
82	פתרונות תקשורת בהעדר מתורגמן	.4
82	פתרונות בתקשורת ישירה	4.1
83	שיחה באנגלית	4.1.1
86	שיחה בעברית	4.1.2
90	שימוש בשפה שלישית	4.1.3
91	תקשורת בשפה מופחתת	4.1.4
95	תקשורת בלתי-מילולית	4.1.5
96	התאמה בין מטפל למטופל על בסיס שפה	4.1.6
96	עזרי שיח טכניים וספרי עזר	4.2
99	תקשורת מתווכת	4.3
99	תקשורת מתווכת על-ידי מלווה	4.3.1
107	תרגום טלפוני	4.3.2
110	ראיונות עם "מתורגמנים"	.5
111	נוגה	5.1
112	דורית	5.2
113	אלן	5.3
116	צ'אנג	5.4
118	מיכל	5.5
123	אבי	5.6
124	יאנה	5.7
126	ראיונות עם הסגל המנהלי והרפואי במרפאה	.6
127	ענת אביב ועינת גל	6.1
127	ד"ר יוספה שרתיאל	6.2

128	שרה וילן	6.3
129	ד"ר טל הרר	6.4
131	ד"ר דניאל מולדבסקי	6.5
132	ד"ר אילן טל	6.6
135	אסטרטגיות פרגמטיות בחקר השיח הרפואי	.7
135	שאלות הבהרה	7.1
136	וידוא הבנה	7.2
138	חזרה	7.3
140	המחשה	7.4
142	שימוש במבע חלופי, פישוט	7.5
145	תיקון	7.6
146	שיחת חולין, מבעים ליצירת אווירה חיובית	7.7
149	סיכום	.8
151	סיכום, מסקנות והצעות למחקר עתידי	פרק ה'
154	מקורות נספחים א'-י"א	
A.	Abstract	

תקציר

ישראל הייתה מאז הקמתה מדינת הגירה עבור אנשים משלל מדינות, תרבויות ושפות. לאזרחיה של המדינה נוספו, מתחילת שנות ה-90, גם גלים של מהגרי עבודה, שמספרם בתקופת השיא הגיע לכ-300 אלף. מהגרי העבודה התיישבו בעיקר במרכז הארץ, והביאו עימם את שפותיהם, תרבויותיהם ומנהגי הקהילות שלהם.

על-אף קיומם של מיעוטים לשוניים רבים בישראל, נמצאים שירותי שפה ממוסדים למיעוטים לשוניים רק בתחילת הדרך. בתחום הטיפול הרפואי כמעט שאין פתרונות מתורגמות ממוסדים, למרות קיומו של חוק משנת תשנ"ו המורה על הצורך להבהיר לחולה את מהות הטיפול שאותו הוא עומד לעבור, ולקבל את הסכמתו לכך. רוב התקשורת המתווכת במהלך הטיפול הרפואי מתבססת על "מתורגמי אד-הוק" – קרי דוברים דו-לשוניים ברמה כלשהי (בני משפחה, חברים, עובדי המוסד הרפואי וכדומה) המקשרים בין החולה והרופא במפגש רפואי נתון.

מטרת מחקר זה היא בדיקת צורות התקשורת בין נותני השירות הרפואי ובין החולים במרפאת מהגרי העבודה של עמותת "רופאים לזכויות אדם" בתל-אביב. עבודת השטח בדקה שלוש שאלות מחקר:

- א. מהן צורות התקשורת בין הרופאים למהגרי העבודה?
- ב. אילו בעיות אופייניות לסוג זה של תקשורת?
- ג. מהם הפתרונות הננקטים לגישור על פערי התקשורת?

התצפיות העלו כי בהעדר שפה משותפת בין החולים והרופאים, מתגלעות אי הבנות בכמה תחומים: אי-הבנה של האנמנזה, אי-הבנות במהלך הבדיקה הפיזית וכן אי הבנות במהלך האבחנה ומתן הוראות הטיפול. אי-ההבנות שנצפו היו מנת חלקם של שני הצדדים בשיחה, ועלו גם במבעים שאינם קשורים לתחום הרפואה. במחקר נצפו מגוון שיטות תקשורת בהעדר שפה משותפת בין הרופא לחולה, החל בשימוש באנגלית, בעברית או בשפה

שלישית, וכלה בשימוש בשפה מופחתת ובתקשורת לא מילולית. הצדדים נקטו כמה פתרונות להתגבר על בעיות תקשורת: חלקם פתרונות פרגמטיים הננקטים במהלך שיחה לא-מתוכנת בין הצדדים, וחלקם כוללים שימוש ב"מתורגמנים" מלווים או טלפוניים. כמו כן, מציג המחקר את תפיסותיהם של הרופאים וה"מתורגמנים" על אודות עבודתם במצבים בהם קיימים קשיי תקשורת ומחסומי תרבות, ואת הפתרונות שאותם הם נוקטים במצבים מעין אלה.

מסקנות מחקר זה יכולות לתרום לשיפור דרכי התקשורת עם מהגרי עבודה בפרט, ועם מיעוטים לשוניים בכלל, מתוך מודעות לבעיות הלשוניות-תרבותיות העלולות לעלות במפגש הרפואי. יש לקוות כי מחקר עתידי ינתח את הסוגיות שהועלו במחקר הנוכחי לטובת בניית מודל עבודה למתורגמנים רפואיים מקצועיים בישראל, ולהצגת כללים לשיפור התקשורת בין רופאים למטופלים במרפאות בהן טרם פועל שירות מתורגמנות ממוסד.

פרק א' - מבוא

עבודה זו עוסקת בדפוסי תקשורת בין מהגרי עבודה לרופאים, ומסתמכת על מקרה מבחן שעיקרו מפגשי רופא-חולה ב"מרפאה הפתוחה" של עמותת "רופאים לזכויות אדם" בתל-אביב.

ההחלטה למקד את מחקרי בנושא זה נפלה ב-5 בינואר, 2003, בערב שבו אירע פיגוע ברחוב נווה שאנן בתל-אביב, באזור המאוכלס ברובו מהגרי עבודה ממדינות רבות. בפיגוע נהרגו 22 אנשים, מהם תשעה מהגרי עבודה, וכמה עשרות נפצעו. המחשבה על התמודדותם של מהגרי העבודה עם הפיגוע הניעה אותי להגיע לאחד מבתי החולים הגדולים בתל-אביב, כדי לבדוק מקרוב את המתרחש. באותו ערב הגיעו לבית החולים ישראלים דוברי שפות זרות חרים דוברי עברית, חלקם מארגוני הסיוע 2 וחלקם אזרחים ששמעו על הפיגוע וחשבו שיוכלו לעזור בתרגום לנפגעים ולמשפחותיהם. התלוויתי אליהם ונוכחתי לראשונה בקשיים לתקשר עם החולים וכן לאתר מתורגמנים רפואיים מנוסים. יצויין כי קשיי תקשורת אלה אינם מסתיימים עם הטיפול הראשוני במחלקת המיון והטראומה, אלא נמשכים גם במהלך החלק השיקומי וכן בשלב שבו יש ליידע את הפצועים לגבי פרטי פגיעתם וכן לגבי זכויותיהם כנפגעי פעולות איבה.

במסגרת מחקר זה התוודעתי לפניים שונות של סיוע למהגרי עבודה, בתחום הרפואי, הסוציאלי והמשפטי, וכן למחסומי שפה ומנגנונים שונים להתגברות עליהם גם בקרב

2 חנה זוהר, מנהלת עמותת "קו לעובד", סיפרה לאחר הפיגוע: "הגיעו אלינו הרבה מאוד פניות מבתי-החולים ולא מצד העובדים הזרים. ביקשו מאיתנו עזרה בתרגום, בעיקר לשפה הסינית, ומתנדבים שלנו, שהם דוברי השפה, הגיעו לבתי-החולים לעזור לפצועים ולרופאים. פה במרכז שלנו אין לנו כמעט עבודה, אבל זה תמיד ככה אחרי פיגוע. בשלב הזה האנשים האלה עדיין בהלם. הבעיות יוצרו רק בעוד מספר ימים: אנשים פצועים שלא הלכו לקבל טיפול יפנו ויבקשו עזרה, יגיעו אנשים שיבקשו לדעת מה כדאי או לא כדאי להם לעשות, מה מגיע או לא מגיע להם וכולי". מתוך כתבתה של מרב בוקשיצקי, אתר האינטרנט של "ידיעות אחרונות",

<http://www.ynet.co.il/articles/1,7340,L-2358118,00.html>

מיעוטים לשוניים אחרים בישראל, דוגמת אזרחי ישראל דוברי הערבית, פלסטינאים הנזקקים לטיפול רפואי בישראל וכן אוכלוסיות עוליים שונות.

1. גלובליזציה והגירת עבודה

עבודות מחקר רבות העוסקות בתרגום בעל-פה ובקשיים הלשוניים שהמהגרים נתקלים בהם פותחות בתיאור תופעת הגלובליזציה, על ההשלכות החברתיות הנובעות ממנה. להלן תובהר התופעה, שבשלה מגיעים מהגרי עבודה לישראל ממאה מדינות ויותר.

גלובליזציה הינה כינוי לתהליך מתגבר של קישוריות גומלין (interconnectedness) בין חברות (societies) המתרחש בעולם בעשורים האחרונים (Baylis and Smith, 1997). שורשיה של התופעה רבים ומפותלים, ונעוצים, בין השאר, במהפכה התעשייתית. אחד מסממני הגלובליזציה הוא "הכפר הקטן" או "הכפר הגלובלי". מחד גיסא, מטשטשים גבולות לאום ומאידך גיסא

גוברת תלות הגומלין בין מדינות, הודות לטכנולוגיות חדישות המקשרות בין אנשים ברחבי העולם ומסייעות להם להגיע ביתר קלות ממקום למקום ולצרוך שירותים מתקדמים ושירותים בעלי אופי אינטראקטיבי. לתופעת הגלובליזציה היבטים כלכליים, הקשורים לקפיטליזם, ליברליזם ותקשורת המונים. מעצם היותה תופעה מקיפה, יש לגלובליזציה השלכות על תחומי חיים רבים: משפט, בריאות, לשון, לאום, דת, עבודה ועוד (שם). המחקר הנוכחי עוסק בהיבטים החברתיים של הגלובליזציה: הכפר הגלובלי מטשטש יחודיות תרבותית ואתנית, ומדגיש את תפקידה של השפה האנגלית כ"לינגווה פרנקה" בחלקים רבים של העולם. יש הטוענים כי תופעת הגלובליזציה הינה למעשה תופעת "אמריקניזציה" או "אימפריאליזם תרבותי", קרי השתלטות של חברות, מותגים ורעיונות אמריקאים על שאר חלקי העולם. תפיסה זו הולידה ארגוני מחאה אנטי-גלובליסטים, הביאה למגמות שיבה לאתניות המקומית ("לוקליות") וכדומה. כך או כך, כיום נחשפים תושבי העולם לאנשים, רעיונות, מוצרים וטכנולוגיות שלא היו מגיעים אליהם בדרך אחרת.

אחת מתופעות הגלובליזציה הבולטות הינה גלי ההגירה השוטפים את העולם, בדגש על הגירה ממדינות מתפתחות למדינות מפותחות. חלק מהמהגרים מעוניינים לראות במדינה המארחת את ביתם החדש וחלקם מבצעים "הגירת עבודה" ממניעי פרנסה, במטרה לחזור ביום מן הימים לארץ מולדתם. אותם גלי הגירה משנים את טבען של המדינות המארחות, שלעיתים היו הומוגניות לפני כן. המהגרים מציבים בפני המדינה אתגרים חדשים, שעניינם התמודדות עם אוכלוסייה שחבריה אינם מקבלים, בדרך כלל, מעמד של אזרחים. משמע, על מהגרי העבודה אין חלות הזכויות והחובות שחלות על אזרחי המדינה המארחת, ועבודה זו עלולה ליצור בעיות בתחולת החוקים הנוגעים למשפט, לכלכלה, לרווחה ולבריאות.

2. מתורגמות קהילתית

מקצוע התרגום בעל-פה מתחלק למספר ענפים, וביניהם אפשר למנות מתורגמות ועידות, מתורגמות בבתי משפט ומתורגמות קהילתיות. המתורגמות הקהילתיות בצורתה הממוסדת, כסוג מובחן של תרגום בעל-פה, היא תחום חדש יחסית, שהתפתח בשנות ה-60 של המאה העשרים. מתורגמנים קהילתיים מועסקים מטעם סוכנויות רשמיות של המדינה, כאשר מגיעים לקוחות אשר אינם דוברים את שפתם של נותני השירות. במדינות שבהן התמסד השימוש במתורגמנים קהילתיים, מכוח חוק או מתוך ההכרה הציבורית בחשיבות מתן שירות זה, ניתן למצוא מתורגמנים בבתי חולים, בשירותי בריאות-הנפש, בשירותי רווחה, בלשכות הסעד ובמוסדות רבים אחרים. יהיו שיטענו שגם מתורגמות בבתי משפט ובתחנות משטרה יכולה להכלל בהגדרה זו (Niska, 2003) ועל כך ראו בפרק ב'.

בכל התחומים שצוינו לעיל תקשורת תקינה הינה תנאי הכרחי למימוש זכויותיו של בן המיעוט הלשוני. יש לאפשר לו לשטוח את טענותיו, לקבל יצוג משפטי, סעד נפשי וכלכלי, ובמערכת הבריאות – להביע את כאבו ולקבל טיפול רפואי נאות בשפה המובנת לו. קשיים בתקשורת בין מטפל למטופל, הנוספים להבדלי התרבות ותפיסת המערכת הרפואית בעיני הצדדים, עלולים להוביל לאי-הבנות בנוגע לאופי הטיפול ויעילותו, לאי-העברת מידע

הכרחי בין הצדדים ולא-יכולתו של המטפל לבדוק עד כמה מבין החולה את ההנחיות ועד כמה היה שבע-רצון מן הטיפול.

בישראל קיימות מספר אוכלוסיות של מיעוטים לשוניים: אזרחי ישראל דוברי ערבית; עולים מארצות רבות (שהעיקריות בהן חבר העמים ואתיופיה); עובדים זרים ממדינות רבות; ותיירים. קבוצות אלה זקוקות לא פעם לתרגום קהילתי, אולם בהעדר שירות ממוסד מסוג זה, הן נאלצות להסתפק, על-פי רוב, בפתרונות לעת מצוא.

3. מהגרי העבודה בישראל

המושג "מהגרי עבודה" תופס בשנים האחרונות את מקומו של המונח "עובדים זרים" השגור בפי הציבור, שינוי לשוני העשוי להצביע על שינוי תפיסתי ציבורי (דיון בהבדלים התפיסתיים בין המונחים ראו אצל לוס, התשס"ג). תופעת מהגרי העבודה חדרה לישראל בתחילת שנות ה-90, בעקבות האינתיפאדה הראשונה והמחסור בעובדים בענפי החקלאות והבנייה (לבנטל, 2002). מהגרי העבודה מגיעים מכ-90 מדינות מקור, על-פי אומדני הרשות לתכנון כח-אדם בשנת 2000 (לבנטל, 2002). רוב מהגרי העבודה החיים במרכז ישראל מתגוררים באזור דרום תל-אביב, שם יצרו להם קהילות לפי ארץ מוצאם (שנל, 2002), ושם ממוקמים גם רוב הארגונים המסייעים למהגרי העבודה – דוגמת עמותת "קו לעובד" ומרפאת "רופאים לזכויות אדם". ריכוזים נוספים של מהגרי עבודה קיימים מחוץ לערים הגדולות, באזורים החקלאיים בישראל.

על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה שהו בישראל בסוף שנת 2000 כ-240 אלף מהגרי עבודה בעלי אשרה או חסרי אשרה (אדוט, 2002). בשנת 2001 היוו מהגרי העבודה כ-4% מכלל אזרחי צ'כיה [כך במקור] המדינה וכ-14% מהמועסקים במגזר העסקי בישראל (לבנטל, 2002). מספר מהגרי העבודה השוהים כיום בישראל אינו ברור; אחת הסיבות לכך הוא מספרם הגבוה של העובדים ללא אשרה, ומדיניות הגירושים שנוקטת ממשלת ישראל

3 להערכת הכוונה לאחוז מהגרי העבודה מכלל תושבי ישראל.

(20,560 עובדים זרים גורשו מתחילת 2002 ועד יוני 2003). 4. מספר מהגרי העבודה בישראל בשנת 2003 מוערך בכ-300 אלף, 5, זאת על-פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, המצביעים גם על ירידה של כ-13% במספר מהגרי העבודה השכירים לעומת המחצית השנייה של שנת 2002. 6

שתי הקבוצות, מהגרי עבודה בעלי אשרה וחסרי אשרה, נחלקות לתת-קבוצות, ולכך יש השלכה על טיב הטיפול הרפואי לו זכאים המשתייכים אליהן. מהגרי העבודה אינם זכאים לשירותי בריאות ציבוריים הניתנים לכל ישראלי על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי משנת 1994 (אדוט, 2000) מאחר ואינם נחשבים לתושבים. מהגרים שהגיעו לארץ ללא אשרת עבודה או שתוקף האשרה שלהם פג, אינם זכאים לשירותי בריאות, 7 ומקבלים טיפול רק במוסדות רפואיים פרטיים או התנדבותיים. יצוין כי שיפור מסויים חל לגבי הטיפול הרפואי לו זכאים ילדים של מהגרי עבודה וכן עובדים בעלי אשרה, למרות שגם לגבי אוכלוסייה זו המצב מורכב וגם היא מופלית במקרים רבים (שם).

4. בעיות שפה ותקשורת בקרב מיעוטים לשוניים בישראל

אף על פי שישראל היא כור היתוך לעולים ממדינות רבות וכן מדינה בעלת מיעוט ערבי גדול, לא קיימת במדינה כל מערכת מסודרת של תרגום רפואי למיעוטים לשוניים. העובדה שמהגרי העבודה דוברים לעתים קרובות שפות "אקזוטיות", בהן שולטים מעט מאוד ישראלים, מקשה אף יותר על התקשורת עמם.

לכלל הבעיות הנובעות מקשיי שפה של עולים זרים בסיטואציות רפואיות יש להוסיף, במקרה המבחן שבחרתי, גם הבדלי תרבות מובהקים, וכן חשדנות ופחד מצד העובדים, שאינם

4 <http://www.kavlaoved.org.il/word/DetaineesNumbers2003.html>

5 http://www.kavlaoved.org.il/katava_main_heb.asp?news_id=656&sivug_id=2

6 http://www.kavlaoved.org.il/katava_main_heb.asp?news_id=629&sivug_id=16

7 יוצאים מכלל זה הם שירותי אשפוז חירום, אשר לפי חוק אדם זכאי לקבלם ללא כל התניה (1996).

מכירים את המערכת הרפואית ובמקרים רבים חוששים להגיע לטיפול, שמא ייעצרו ויגורשו בשל שהייתם הבלתי-חוקית בארץ. ראייה מצערת לחששות מעין אלה קיבלנו לאחר הפיגוע שאירע ברחוב נווה-שאנן בת"א ב-5 בינואר 2003, כאשר הגיעו עובדי עירייה ומתנדבים לאזור הפיגוע ונאלצו להפציר בעובדים שנפגעו, בעל-פה ובכתב, להגיע לקבל טיפול רפואי, תוך הבטחה שלא יאונה להם כל רע.8

4.1. קשיי שפה ותרבות בבתי-חולים בישראל

על אף שעבודה זו מתמקדת במקרה מבחן מחוץ למערכת בתי-החולים, בחרתי להביא להלן מספר מקרים המציגים את בעיות השפה והתקשורת בקרב מיעוטים לשוניים בישראל, בבואם לקבל טיפול רפואי בבית-חולים. הדוגמאות בפרק זה מסייעות למקם את המחקר הנוכחי כחלק ממכלול הבעיות והמורכבויות שבפניהם ניצבים מיעוטים לשוניים בעת קבלת הטיפול הרפואי. בביקור שערכתי באחד מבתי החולים בירושלים, שוחחתי על נושא פערי השפה עם אחות במחלקה הרדיולוגית. היא וחברים אחרים בסגל הרפואי הכירו מקרוב את הבעיה וכן את הקושי למצוא לה פתרון ממוסד. האחיות סיפרה לי על נער שעלה זה מכבר מאתיופיה, ומיד נשלח לבדיקות במחלקה. הנער לא דיבר עברית כלל, ואף לא הבין כיצד להשתמש במכשיר הטלפון שניתן לו כדי לשוחח עם "מתורגמן". במקרה ספציפי זה לא היה ניתן להסתפק בהבנתו והסכמתו של החולה לטיפול, מאחר ותרבותו הצריכה פנייה לנכבדי הקהילה, ורק הם אישרו את מתן הטיפול. האחיות היתה מודעת לאפשרות שתיתקל בקודים תרבותיים שונים מהמוכר ובמחסומי שפה, והיא ניסתה לגשר בין הפערים ככל יכולתה, בין השאר בכך שקראה לאחות ממוצא אתיופי שתתרגם לנער. לדברי אותה אחות, משתמש הצוות הרפואי לעתי קרובות בבנות השרות הלאומי ממוצא אתיופי המשרתות בבית החולים, אולם זמינותם של כל ה"מתורגמנים" בעייתית ולעתים נאלץ הסגל הרפואי להסתדר עם פתרונות יעילים פחות. לפתרון בעיות השפה בערבית משתמש סגל המחלקה לעתים קרובות במנקים הערבים אשר עובדים במסדרון המחלקה, ולדבריה המנקים פעלו

8 אודות חששותיהם של מהגרי העבודה שנפגעו לקבל טיפול רפואי, וקשיי הממסד ליצור עימם קשר, ראו גם בכתבתה של אטילה שומפלבי, "אני מעדיף את הכאבים על פני הגירוש", באתר ynet:

<http://www.ynet.co.il/articles/1,7340,L-2359613,00.html>

מספר כה רב של פעמים כ"מתורגמנים", עד שרכשו מומחיות בהסבר תהליך הבדיקה לחולים דוברי ערבית.

דוגמא נוספת להתמודדות עם מחסומי השפה והתרבות מול מיעוטים לשוניים עולה מדבריו של איש סגל בבית-החולים על שם סוראסקי ("איכילוב"). דורון וילנר, עובד סוציאלי במחלקת המיון ומחלקת הטראומה בבית החולים, בא במגע עם מהגרי עבודה רבים במסגרת תפקידו.⁹

בראייתו של וילנר, עבודתו של עובד-סוציאלי בחדר המיון היא "להרגיע הרגעה ראשונית (חולה מגיע נסער, במצבי לחץ), לתקשר עם המשפחה, להסביר את הפרוצדורה הרפואית ולדאוג להליכים כמו פניה למוסד לביטוח לאומי, קבלת טיפול שיקומי וכדומה. לכן, בין שאר תפקידיו, הוא נמצא בקשר גם עם המוסד לביטוח לאומי וחברות כוח-אדם. לדבריו, ניתן לחלק את מהגרי העבודה המגיעים ל"איכילוב" ללאומים הבאים: רומנים, סינים, פיליפינים ועובדים ממדינות אפריקה. אוכלוסייה עימה קל יותר לתקשר היא אוכלוסית העובדים מבולגריה. בעבר הגיעו לבית החולים גם תורכים, כיום כבר לא, הוא אינו יודע אם עברו לאזורים אחרים בישראל או חזרו לארץ מוצאם. תאילנדים לא מגיעים לבית-החולים "איכילוב", כנראה מאחר שעוסקים בחקלאות ולכן יגיעו על פי רוב לבתי-חולים באזורי ספר. וילנר אפיין את טיב התלונות עמן מגיעים הזרים:

רומנים וסינים נפגעים הרבה יותר מתאונות עבודה. פיליפינים ואפריקאים נפגעים פחות, משום שהם עובדים בבתיים. נשים אפריקאיות מגיעות לבתי-החולים בגלל מקרים של אלימות במשפחה. הבעיה בטיפול בנשים אלה היא שאין הן נותנות אמון בהפניה למוסדות כמו "נעמ"ת" או "ויצ"ו", מאחר שמבחינתן כל גוף כזה חשוד כממסד. 10. לאחרונה יש הרבה מקרי שוד בקרב סינים, יש עולם תחתון. לגבי סינים, חזית התמודדות נוספת היא חברות כוח אדם סיניות. רוב הרווח על העובדים נעשה מעצם הבאתם (הם משלמים כדי להגיע לישראל). לכן אם נפצע מישהו מהם,

⁹ הראיון נערך ב-15 בינואר, 2003.

¹⁰ הראיון שנתן וילנר לאחר הפיגוע ברחוב נווה שאנן הוא ציין כי העובדים אינם מבדילים בין מוסדות ציבור לבין ארגוני סיוע התנדבותיים, ולכן קשה להם לקבל סיוע.

<http://www.ynet.co.il/articles/1,7340,L-2359613,00.html>

האינטרס של החברות הוא להחזיר אותו לסין, כדי שלא יצטרכו לטפל בו וכדי שיוכלו להביא מישהו בריא במקומו.

לפיכך, עלולה להיווצר התנגשות אינטרסים בין צרכי החולה ורצון בית-החולים לטפל בו מחד, לבין רצון המעסיק מאידך.

אשר למחסומי תרבות בין רופאים לחולים, וילנר נתקל בהם בקרב חולים דוברי אמהרית, אצלם הבחין בנטייה לרצות את המטפל. "הם מהנהנים בראשם ומסכימים עם כל מילה, אבל לא ברור אם הם בכלל עוקבים אחריו".¹¹ הפתרון בראייתו הינו צבירת ידע ונסיון בעבודה מול המיעוטים הלשוניים. הוא עצמו קורא ספרות בנושא. בבית-החולים "איכילוב" לא עורכים ימי עיון, ו-וילנר סבור שאולי בבתי-חולים פרובינציאליים בעלי שיעור גבוה של אוכלוסיות מיעוטים מתקיימות הכשרות כאלה. לשאלתי מה ניתן לעשות כשיש בעיית תקשורת, השיב: "העובד הסוציאלי מעביר אמפתיה, לדעתי המטופלים מרגישים את זה. לעתים לא ניתן לחדור לנפשו של המטופל באותה מידה כמו אצל דובר עברית, ולכן אני נאלץ להסתפק בתפקיד ה"אינטרומנטלי", בהסדרת הפרוצדורות הנוגעות לאשפוז החולה ולשיקומו".

וילנר, המודע לצורך להיערך מראש למכשולי השפה, ערך רשימה של כל דוברי השפות העובדים בבית-החולים. ברשימתו ישנם דוברי תורכית, ספרדית, בולגרית וערבית. לעתים הוא מסתייע בתרגום טלפוני של אשתו, דוברת ספרדית ילידית. לתרגום לסינית וממנה מסתייע וילנר לעתים באזרח סיני מחיפה, המתרגם לו באמצעות הטלפון. לעתים הוא נעזר בעמותת "קו לעובד" לאיתור מתורגמנים וכן בשאלות לגבי זכויות העובדים. כמו כן, נוהג וילנר לשאול את החולים אם ירצו הפנייה לעמותה. לדבריו, הארגונים "קו לעובד", "מסיל"ה" ו"רופאים לזכויות אדם" מוכרים בדרך-כלל בקרב מהגרי העבודה ומקובלים עליהם. במהלך השיחה, סיפר לי וילנר על מקרים אחדים בהם נתקל בקשיי תקשורת עם מהגרי עבודה או עם מיעוטים לשוניים.

11 הערה דומה מופיעה בספרה של (Fadiman 1997) לגבי צפייה בהתנהלותם של מהגרים מלאוס לארצות-הברית.

וילנר סיפר לי על אישה הונגרית, כבת 50, אשר "לא דיברה מילה בעברית. היה צריך להסביר לה שתשתחרר מבית החולים ביום מסוים. רשמתי את התאריך של אותו יום, את תאריך יום השחרור ואמרתי 'הביתה'. היא הבינה כנראה ואמרה 'יום שישי' בעברית. עשיתי לה סימן של 'לצלצל' ואמרתי את שם המעסיק. אורו עיניה."

ס', בשנות ה-30 לחייו, מוצאו מגאנה, מתגורר בישראל 5 שנים, דובר אנגלית טובה למדי, הגיע לוילנר עם מרשם ממרפאת "רופאים לזכויות אדם" לאחר שהתלונן על רעש באוזניו בעקבות הפיגוע שאירע ברחוב נווה שאנן. השיחה עם העובד הסוציאלי של בית-החולים נועדה גם לבדוק כיצד מרגיש ס' מבחינה נפשית לאחר הפיגוע. השיחה בין השניים התנהלה באנגלית. לשאלתי אודות מידת שליטתו בשפות ציין ס' כי העברית שלו לא טובה, מאחר וכולם בישראל מבינים אנגלית. לדבריו, היתה זו הפעם הראשונה בה הגיע לטיפול רפואי (כנפגע הלם וכפצוע קל מאוד מהפיגוע). ס' לא פחד אפילו להופיע בטלוויזיה. לדבריו, לא נתקל בבעיות תקשורת, גם לא במערכות ממסדיות אחרות. הוא מכיר את עמותת "רופאים לזכויות אדם" ואף הפנה אנשים לשם. בעמותה, לדבריו, יש מתנדבים דוברי אנגלית, אם כי עדיין יש בעיות תקשורת. חלק מהגנאים מבינים אנגלית וחלקם לא, תלוי בהשכלה. מי שלא מבין, מגיע עם חבר או קרוב משפחה. ס' יודע כי הוא בר מזל מאחר ולא נתקל בקשיי תקשורת מיוחדים מול ישראלים.

מ', עובד ממוצא רומני, שוהה כשנתיים בארץ, שכב כשלושה ימים במחלקת טראומה כתוצאה מתאונת עבודה. וילנר פנה לחולה והוא ענה לו בעברית ברמה סבירה. וילנר שידר לחולה אמפתיה, באמצעות חיוכים והנגנה. הוא הציג את עצמו ואותי ועודד מבקרת דוברת עברית להישאר במקום, אך היא עזבה את החדר. וילנר שאל את החולה מה קרה והאם הוא זוכר כיצד הגיע לבית-החולים (והסביר לי שהדבר נועד לבדוק האם החולה היה בהכרה בזמן התאונה). הוא שאל לשם החברה בה עובד מ' והאם "הבוס בא לבקר". מ' החווה סימני גועל וסימן של אקדח. נראה כי לא רצה להרחיב את הדיבור מאחר והפנה את ראשו מאיתנו. הוא נהג באותו אופן לגבי השאלה אם באים לבקר אותו חברים.

להלן קטע משיחתם של וילנר ומ':

וילנר: אני רוצה שיהיה לך [אחרי בית-החולים] מקום לרהביליטציה¹², שיקום

מטופל: מה אני צריך שם?!

וילנר: צריך זמן לנוח. אני רוצה לארגן לך.

מ': בסדר.

וילנר: מה אמר הרופא?

מ': לא יודע בדיוק. [מחווה על כתפו. מתאר כאבים]. לא מבין בדיוק.

וילנר: הרופא נתן מדיצינה?

מ': משהו קטן [עושה סימן של כדור].

וילנר: אתה רוצה שיבוא מישהו ויתרגם מה אמר הרופא?

מ': לא יודע מה אתה רוצה. [מסובב את ראש].

וילנר לקח את מספר הטלפון של המעביד, איחל לחולה החלמה [למיטב שמיעתי אמר

משהו ברומנית עם המילה "דולצ'ה" – כלומר טוב, מתוק] ואמר שישוב לראות מה שלומו.

לאחר הביקור אצל החולה, שאלתי את וילנר כיצד הוא מסביר את היחס השלילי של מ' כלפיו, על אף שלא היו קשיי שפה בין השניים. וילנר סבר שמ' כנראה לא הבין לגמרי מה תפקידו, ולכן הוא חשדן. הוא הוסיף שיותר מאוחר יביא לו את החוזר המפרט את זכויותיו בשפה הרומנית מטעם "קו לעובד"

בנוסף לתפקידו בבית-החולים, מעורב וילנר גם בפרויקט "ידיד לעת צרה" מטעם ארגון "קו לעובד" ומטרתו ליווי מהגרי עבודה המאושפזים בבתי-חולים לתקופות ארוכות. בהרצאותיו בפני מתנדבים, שם וילנר דגש על מחסומי השפה והתרבות ועל זרכים להתגבר עליהם באמצעים המוגבלים העומדים לרשות המלווה ובית-החולים.

5. מטרת המחקר וחשיבותו

מטרתו של מחקר זה לתאר ולנתח חקר מקרה (case study) שעיקרו המפגש בין נותני השירות

הרפואי ובין מהגרי עבודה הנזקקים לטיפול במוקד הטיפולי "המרפאה הפתוחה"

של עמותת "רופאים לזכויות אדם" בתל-אביב .

12 המילים המודגשות הינן מילים בלועזית-רפואית, המשולבות בשיחה בעברית. דיון מורחב אודות התופעה יוצג בפרק ד'.

מהגרי העבודה הינם רק קבוצה אחת מתוך מגוון אוכלוסיות המיעוטים הלשוניים בישראל, ויש לקוות שמחקר זה יהווה נקודת מוצא למיפוי כולל של מחסומי שפה בשיח רופא-חולה בישראל, לרבות הטיפול באוכלוסיות כגון עולים חדשים ממדינות שונות, אזרחי ישראל דוברי ערבית ועוד.

איפיון מדויק של בעיות השפה והתרבות המתעוררות במפגש בין מי שאינו דובר עברית לבין נותן הסיוע הרפואי, עשוי לשמש בסיס לבניית מודל להכשרת מתורגמנים רפואיים מקצועיים, שיפעלו כעובדי בית החולים או במסגרות אחרות, ויספקו מענה לגישור בין הצדדים, ברמה הלשונית והתרבותית כאחד.

מטרות הביניים שקבעתי לעצמי, תוך הסתייעות בתצפיות ובראיונות, הינן:

- לבדוק את צורות התקשורת השונות במצבים בהם קיים מחסום השפה בעת מתן הטיפול הרפואי,
- לאפיין את זהותם וזמינותם של ה"מתורגמנים" הפועלים במרפאה.,
- לסקור ולנתח את הטכניקות שנוקטים ה"מתורגמנים" לקישור בין המטפל למטופל,
- לבדוק טכניקות שנוקט הצוות הרפואי בהעדר "מתורגמן" או דובר דו-לשוני לזהות את תחושות המטפל והמטופל בנוגע למידת ההבנה ההדדית בשיח,
- לבחון את מידת מודעותם של ה"מתורגמנים" לבעיות הלשוניות והתרבותיות הנובעות מהמפגש בין הרופאים למטופלים

פרט להיבטי התרגום, יבדקו גם היבטים סוציולוגיים ופרגמטיים שנובעים מהשיח הרפואי במצבים של מחסומי שפה ותרבות.

מחקר זה הינו תיאורי בהגדרתו, והוא ממפה מפגשים רפואיים במרפאה המושתתת על מתנדבים – רופאים, אחיות ו"מתורגמנים" כאחד, העושים ככל יכולתם לסייע לאוכלוסיית מהגרי העבודה חרף מגבלות התקציב וקשיי התקשורת.

התצפיות והראיונות נערכו באישור מנהלות המרפאה ואנשי העמותה, בהסכמת המטפל והמטופל, ותוך שמירה על צנעת הפרט וסודיות פרטי הטיפול הרפואי. המחקר אנונימי ומציין פרטים דמוגרפיים הכרחיים בלבד. התצפיות תועדו ברישום בלבד, ולא הוקלטו באופן כלשהו

6. שאלות המחקר

שאלות המחקר שלהלן נגזרו משיטת המחקר האיכותי אשר לפיה בחרתי לעבוד במחקר זה. השאלות נובעות, במובן מסויים, משאלת היסוד אשר שימשה כנקודת מוצא למחקר הנוכחי: "מה קורה בשיח הרפואי כאשר מתעוררת בעיית שפה?". השאלות מתייחסות לאפיון הכללי של השיחה, לבחינת קשיי התקשורת העולים בה ולפתרונות שנוקטים הצדדים (נותני השירות, מקבלי השירות וה"מתורגמנים") בניסיון לפתור אותן. לפיכך בדקתי:

1. מהן צורות התקשורת בין הרופאים למהגרי העבודה?
2. אילו בעיות אופייניות לסוג זה של תקשורת?
3. מה הפתרונות הננקטים לגישור על פערי התקשורת?

את הצגת התוצאות והדיון בהן ראו בפרק ד'.

7. שיטת המחקר

שיטת המחקר שבה בחרתי הנה שיטת המחקר האיכותי. לבחירה זו מספר סיבות: עבודתי מתבססת על תצפיות הכרוכות בצפייה במצבים דיסקרטיים, הטומנים בחובם מטען רגשי רב. המידע העולה מתצפיות אלה אינו ניתן לכימות. תחת זאת, מדובר בניסיון להבין תהליכים, לחפש משמעויות ולחבר את כל אלה לתובנות המעוגנות בשדה התיאורטי. צבר (1990) מתארת שלושה היקפי מחקר אתנוגרפי, המשפיעים על אופיו. מחקר זה הינו, בין השאר, גם מחקר אתנוגרפי מאחר והוא מתעד תופעות תלויות חברה ותרבות (אשר שפה

הינה חלק בלתי נפרד מהן), ובחירה זו משפיעה על ניסוח שאלות המחקר, על היקף המחקר ועל צורתו.

עבודתי זו, הבודקת דפוסי תקשורת בשיח הרפואי, הינה מכוונת-נושא (topic-oriented), כלומר היא מתמקדת בהיבטים מסוימים של דרך חיים או של נושא כלשהו. פירוט נוסף בהקשר זה ראו בפרק ג'.

8. מבנה העבודה

המסגרת התיאורטית של המחקר, המוצגת בפרק ב', סוקרת את תחומי המחקר המשיקים לעבודה זו: תופעת מהגרי העבודה בישראל ובעולם, בריאותם של מהגרים, ומיעוטים לשוניים והטיפול בהם. כמו כן, מציג הפרק התיאורטי מחקרים בולטים העוסקים במישרין בטיפול הרפואי עם מתורגמן מקצועי ובהעדרו.

פרק ג', הפרק המתודולוגי, מפרט את שיטת המחקר וכלי המחקר בהם בחרתי להשתמש, כמו גם את אוכלוסיית המחקר ודרך התנהלות עבודת השדה.

פרק ד' הינו פרק הצגת תוצאות עבודת השטח והדיון בהן, תוך השוואתן למחקר התיאורטי שנעשה עד כה בתחום.

בפרק ה' יובא סיכום המחקר ויוצעו הצעות למחקר המשך.

פרק ב' – סקירת ספרות

המחקר שלהלן הינו בין-תחומי, ועל כך תעיד העובדה שהספרות התיאורטית המתקשרת אליו מתפרשת על פני מגוון תחומים הקשורים זה בזה. לא ניתן לדון בתרגום קהילתי בכלל ובתרגום בשיח הרפואי בפרט, מבלי להתייחס להיבטים חברתיים, תרבותיים ורפואיים של תופעת ההגירה העולמית. לכך נוספים ההיבטים המשפטיים, בארץ ובעולם, הנוגעים לזכות החולה להבין את המתרחש בטיפול הרפואי.

ניתן לשרטט את הספרות התיאורטית בעבודה זו כמעגל, שבמרכזו חקר המתורגמות הרפואית, כמקצוע וכמשימה אד-הוק, ואליו מתקשרים נושאי רפואת מהגרים, חקיקה בנושא הסכמה-מדעת של החולה, מיעוטים לשוניים והטיפול בהם, קשיי שפה במהלך הטיפול הרפואי וכן סוגיות חברתיות-תרבותיות הנוגעות לדינמיקה וליחסי הכוחות שבין הרופא (בן המדינה הקולטת) והחולה (המהגר). לפיכך, קיימים מחקרים רלוונטיים השייכים ליותר מתחום תיאורטי אחד:



מתורגמנות קהילתית ותרגום רפואי הינם, אפוא, שני מושגי מפתח בסקירת הספרות ובמחקר כולו, ולכן יפתח פרק זה בהבהרת מושגים אלה ובקישורם לשאר הסוגיות התיאורטיות.

1. תרגום בעל-פה ומתורגמנות קהילתית

מתורגמנות היא אחד מהמקצועות העתיקים בעולם. כבר בספר "בראשית" מופיע "המליץ בינותם" (בראשית, מ"ב, כ"ג), אשר שלט בעברית ובמצרית ותרגם את השיחה בין יוסף לאחיו. גם אהרון, אחי משה, שימש כמליץ של משה (שמות, י', ג'), אשר היה כזכור כבד פה וכבד לשון.¹³

נהוג לחלק את מקצוע התרגום לתרגום בכתב (translation) ותרגום בעל-פה (interpreting). ההיסטוריה של התרגום בעל-פה אינה מתועדת היטב, למרות שמקובל להניח כי פעולה זו הינה עתיקה יותר מאשר התרגום בכתב (Shuttleworth and Cowie, 1998). חלוקה זו מהותית מבחינות רבות, בין השאר בגלל המקום בו מתבצע תהליך התרגום, הכישורים הנדרשים מן המתורגמן והבעיות הייחודיות הכרוכות בכל ענף. תרגום בעל פה הוא תרגום דיבור של מסר בעל-פה או של טקסט כתוב. יחודיותו של מקצוע המתורגמנות בעל-פה מתבטאת בכך שמתורגמנים נדרשים להיות "אנשי במה" אשר מבצעים החלטות בשבריר שנייה ונדרשים לבצע בחירות לשוניות, התנהגותיות ואתיות במהלך תהליך התקשורת. כתוצאה מהצורך האמור, נדרשים מתורגמנים להגיש את המוצר המוגמר בו-במקום, ללא יכולת לחזור ולבצע שינויים, בעוד שבפני מתרגמים עומדות הזדמנויות רבות מאוד לבצע שינויים ותיקונים לפני הגשת הנוסח הסופי של התרגום. כמו כן, בזמן התרגום עצמו אין המתורגמנים יכולים להיוועץ בעמיתים למקצוע או במומחים בתחום המתורגם. כתוצאה מאופי העבודה היחודי, חווים מתורגמנים תחושות לחץ כבדות ביותר (Riccardi, 1998). מאפיין מבחין נוסף בין תרגום לבין מתורגמנות הוא כיוון העבודה – תרגום בכתב מתבצע

¹³ מעניין לבדוק את הקשר הסמנטי בין המליץ כמתורגמן ל"מליץ יושר".

משפה שנייה לראשונה בלבד, בעוד שמתורגמנים מעבירים מסרים משפה ב' לשפה א' ובכיוון ההפוך (Wadensjö, 1998).

התרגום בעל-פה מחולק בדרך כלל לשני ענפי-משנה: האחד הוא התרגום העוקב (consecutive interpreting), בו ניתנת שהות למתורגמן לתקצר לעצמו את עיקר הנאמר בשפת המקור ולהעביר את הדברים בשפת היעד מספר שניות לאחר מכן. השני הוא התרגום הבו-זמני (simultaneous interpreting) בו מתבצע התהליך כמעט עם השמעת הדברים בשפת המקור. בתת-ענפים של התרגום הסימולטני, מבוצע התהליך תוך שימוש בציוד טכני הכולל אוזניות ומיקרופונים.

חוקרים (Niska, 2003; Pöchhacker, 1999b, unpublished; Roberts, 2002) מחלקים את תחום התרגום הקהילתי על פי מספר פרדיגמות. אופן חלוקה אחד הוא על-פי תוכן התרגום (מתורגמות קהילתיות, מתורגמות בבית-משפט, מתורגמות ועידות) או על פי אופן הביצוע (תרגום עוקב, תרגום בו-זמני, תרגום קישור, ותרגום בלחישת), אף על פי שקיימת חפיפה מסוימת בין ענפי המשנה. ענף המתורגמות קהילתיות מחולק גם הוא לתת-ענפים (Roberts, 2002): תרגום רפואי (medical interpreting), תרגום בשירות הסוציאלי (social service interpreting) ותרגום משפטי (legal interpreting) - זה האחרון חופף במידה מסוימת עם התרגום בבתי המשפט (court interpreting). יחד עם זאת, לטענתה תהליך התרגום בכל תת-הענפים הינו אותו תהליך, על אף החלוקה.

1.1 מהו מתורגמן קהילתי?

המונח "מתורגמות קהילתיות" מתייחס לסוג התרגום המתנהל בשירות הציבורי והמיועד לסייע לתקשורת בין עובד הציבור לאדם מן השורה. ודנשה (Wadensjö, 1998) מציינת כי לעתים זוכה ענף זה גם לשם "מתורגמות דיאלוג" (dialogue interpreting), או "מתורגמות במוסדות ציבור" (public service interpreting). מתורגמות קהילתיות היא מטבעה דו-

כיוונית ולכן מתבצעת בשיטת התרגום העוקב. היא כוללת תרגום במצבי שיחה פנים אל פנים וכן באמצעות הטלפון והינה ככל-הנראה סוג התרגום הנפוץ ביותר בעולם.

המתורגמנות הקהילתית מתבצעת בדרך-כלל בבתי חולים, מרפאות, בתי משפט, תחנות משטרה, בתי ספר, מחלקות לדיור, שירותי רווחה, שירותי מיסוי (Shackman, 1984) ועוד. למתורגמן קהילתי תפקיד ותחומי אחריות שונים מאוד מאלה של מתורגמן מסחרי או מתורגמן ועידות. הוא אחראי לאפשר לבעל המקצוע וללקוח, בעלי רקע ותפיסות שונים ביותר ויחסים לא מאוזנים של כוח וידע, לתקשר ביניהם לשביעות רצונם של שני הצדדים 14 (Erasmus, 1999 ; Shackman, 1984). גרבר (Garber, 2000) מסביר את התפקיד באמצעות התארים הנלווים אליו - "תרבותי", "קהילתי", "אד-הוק" "שירות ציבורי" - שבלעדיהם, לדעתו, מאבד המקצוע את יחודו.

המונח "תרגום קהילתי" נכנס לשימוש לראשונה באוסטרליה בתחילת שנות ה-70, לצד מונחים כגון "קהילה אתנית" ו"בריאות קהילתית" (Pöchhacker, 1999b). אוסטרליה כמדינת הגירה, הינה כאמור, גם חלוצת המקצוע ומיסודו המשפטי. באירופה נכנס המונח לשימוש בתחילת שנות ה-80 בבריטניה, ולאחר מכן הוחלף בביטוי "מתורגמנות בשירות הציבורי" (public service interpreting) (שם).

חוקרים ומתורגמנים רבים ניסו לאפיין את תפקידו של מתורגמן קהילתי (community interpreter), בשונה ממתורגמן ועידות או מתורגמן בבתי-משפט (Erasmus, 1999; Gentile et al., 1996; Mason, 1999; Niska, 2003; Pöchhacker, 2000). בשונה ממתורגמנות באירועים בינלאומיים, במצבים דמויי-ועידות או בעת משא-ומתן בין צדדים במעמד שווה פחות או יותר, המתורגמנות הקהילתית מסייעת לתקשורת בתוך ישות חברתית אחת (קהילה) אשר כוללת שתי תת-קבוצות תרבותיות שונות (Pöchhacker, 1999b).

¹⁴ Shackman בוחרת להתייחס לבעלת המקצוע ממין נקבה. אני עצמי התלבטתי רבות בסוגיה, לאור העובדה שבישראל רוב המתורגמנים הן אכן מתורגמניות. לבחירה במין הדקדוקי השלכות רבות, אידיאולוגיות-פמיניסטיות ותחביריות כאחד. מטעמים מעשיים בלבד בחרתי להתייחס ל interpreter במין זכר, אלא אם כן צויין במפורש אחרת במקור, ואלא אם במחקר השטח המתורגמנית הייתה אישה.

הנייטרליות של המתורגמן ואי מעורבותו בתהליך, שהינם דבר מובן מאליו בענפי משנה אחרים של המקצוע, נתונים לדיון מעמיק בקרב אקדמאים ומורים להכשרת מתורגמנים קהילתיים. ודנשה (1992, 1997, 1998, 2001) הניחה את היסודות לתפיסה לפיה המתורגמן הקהילתי הינו משתתף פעיל בשיח המתורגם, והיא רואה את תפקידו לא רק בהעברת המסר במדויק בין הצדדים, אלא גם ובעיקר כמפתח לאינטראקציה בין הצדדים, כמניע את השיחה ועוד. מאידך, לנוכח מעורבות זו בתהליך, עומדים המתורגמנים לעתים קרובות בפני דילמה לגבי הזדהותם עם בן המיעוט הלשוני או היותם כלי לסיוע לצד הממסדי בשיחה (Rudvin, in print). הדילמה מחריפה על רקע חוסר השוויון המובנה בשיח, המתחים האתניים והדעות הקדומות על רקע גזעי העלולות לצוץ במהלכו. רוב המתורגמנים הקהילתיים הינם עצמם בני מיעוטים, אבל בהשוואה לאלו הנזקקים לשירותיהם הם מזוהים יותר עם המדינה המארחת ומכירים טוב יותר את הלכות מוסדותיה. גרבר (Garber, 1998) בוחן את השיח המתורגם כמכלול, ועל בסיס ראייה זו מונה חמישה מאפיינים אשר מבדילים את המתורגמנות בשירות הציבורי משאר ענפי התרגום בעל-פה:

מסגרת השיחה מערבת ריאיון בין נותן השירות לאדם הזקוק לשירות ("לקוח").

הריאיון נובע מתוך משבר כלשהו בחיי הלקוח.

רמה גבוהה של סיכון טבועה במצב.

הבדלים תרבותיים בין נותן השירות (הרופא, למשל) לבין הלקוח מגבירים את הסיכון האמור.

חוסר איזון מופיע ביחסים בין נותן השירות (הרופא, למשל) ובין הלקוח.

ניסיונות לאפיין את תפקידו של המתורגמן הקהילתי בוצעו באמצעות שאלונים שחילקו החוקרים למשתמשי השירות (רופאים וחולים) ולמתורגמנים עצמם. פשהאקר (Pöchhacker, 2000) בדק את תפיסותיהם של נותני שירותים רפואיים ושל 16 מתורגמנים קהילתיים (ביניהם מתורגמנים לשפת הסימנים) לגבי מהות תפקידם של המתורגמנים. התשובות הבולטות ביותר היו "הסבר מונחים" (87%), "הבהרת מבעים לא ברורים באמצעות שאלות הבהרה מיידיות ללקוח" (88%), "מילוי טפסים עם הלקוח" (92%) ו"הפניית תשומת-לב הצדדים לאי-הבנות בשיחה" (96%). ניתן לראות, אם כן, שתפיסת

המטפלים והמתורגמנים כאחד לגבי תפקידם של האחרונים הינה מורכבת ביותר, כוללת יותר מייעוד אחד, ואינה מתמצה בהעברה אוטומטית של המסרים משפה לשפה. מחקר דומה שבוצע במונטריאול, קנדה (Mesa, 2000) בדק את דעתם של אותם נשאלים לגבי "בנק מתורגמנים" (פרויקט שיוצג בהמשך הפרק). מתשובותיהם של הנשאלים ניתן ללמוד על תפיסותיהם של הצדדים העיקריים בשיח לגבי המתורגמנים, ומכאן על "התכונות הרצויות" של מתורגמן קהילתי או רפואי: כיבוד החולה ורעיונותיו, סיוע להבנת המצב ורגישות למצבו של החולה היו מאפיינים בולטים שהחולים מנו, בנוסף למאפיינים שציינו נותני השירות, כגון: תקשורת טובה עם החולה, דיוק בתרגום וכן סיוע לרופאים במגע הראשוני עם החולה. בדומה למחקרו של פשהאקר, מחקר זה מצביע על כך שתפקידם של המתורגמנים הקהילתיים משתרע מעבר להעברת המסרים בין הצדדים.

גרבר (2000) מתייחס לעובדה שתפקיד המתורגמן הקהילתי, בהיותו מבוצע פעמים רבות באמצעות אנשים לא מיומנים, נחשב בעיני רבים פחות מקצועי מזה של מתורגמן מוסמך, ולכן זוכה להכשרה ומעמד פחותים, וכן נחקר פחות כתחום אקדמי. גם בקנדה, בה זוכה המקצוע לתמיכה חוקית וכספית, טוען גרבר כי התפיסה לגבי "מתורגמן תרבותי" (cultural interpreter) הוא המונח הנהוג באונטריו) יכולה להיות, בין השאר, של "אדם פחות-או-יותר דו-לשוני, המסייע למהגרים ופליטים" ושל "סייעת הוראה 15 דו-לשונית בכיתת אנגלית-כשפה-שנייה". בהקשר זה יש לציין כי חוקרים מתחילת שנות ה-90 (González, Vásquez and Mikkelsen, אצל פשהאקר, 1999b) בתחום התרגום בבתי-משפט התייחסו לתרגום הקהילתי כ:

"... any interpretation provided by non-professional interpreters"

זאת בשונה מצורת העבודה וההתאגדות המקצוענית של מתורגמנים מענפים אחרים. לאחרונה, כפי שיוצג בהמשך, עובר התרגום הקהילתי "מהפך תדמיתי" ונכנס לתודעה ולפרקטיקה כמקצוע לכל דבר, אם כי לא במידה שווה בכל המקומות ובכל התחומים.

¹⁵ בחרתי להשתמש בגוף נקבה לתרגום המונח לעברית, מאחר ובישראל מאיישות את התפקיד כמעט אך ורק נשים.

ודנשה (1998) מציינת כי המקצוע, שפעם בוצע באמצעות דו-לשוניים מתנדבים, שלא עברו הכשרה, ושהיו בדרך-כלל חברים וקרובי משפחה (לעתים אפילו ילדים), הופך בהדרגה לנחלתם של מתורגמנים מקצועיים, כתגובה לגלי ההגירה הבין-לאומית וכתוצאה מהם - ההטרוגניות הלשונית הקיימת ברוב המדינות. יחד עם זאת, פעמים רבות היא עדיין מבוצעת באמצעות אנשים שאינם זוכים להכשרה ואינם מקבלים תשלום עבור שירותיהם.

1.2 מתורגמנות קהילתית – המקצוע והמחקר

מתורגמנות קהילתית מוכרת כמקצוע במספר מדינות – בחלק ממדינות אירופה, באוסטרליה,¹⁶ בדרום אפריקה, בקנדה ובארצות הברית. מעמדם של המתורגמנים, הכשרתם והאקרדיטציה שלהם משתנים ממקום למקום. בשוודיה, למשל, הוקמה הסוכנות הראשונה למתורגמנים בסוף שנות ה-60. מאז 1976 פועל במדינה תהליך הסמכה מטעם המדינה (Niska, 2003). המתורגמנים מאורגנים באיגוד מקצועי וזוכים בהכרה אקדמית ובהליך הסמכה מטעם המדינה (Wadensjö, 2000). כמו כן, עבודתם של המתורגמנים מוסדרת בקוד התנהגות רשמי, המסדיר את התנהלות המתורגמנות במהלך התרגום, וקובע, למשל, כי המתורגמנים צריכים רק לתרגם, להעביר כל מה שנאמר ובדרך בה נאמרו הדברים. קוד ההתנהגות מתייחס גם להיבטים האתיים המורכבים שבתהליך התרגום בסיטואציות קהילתיות (שם).

כפי שצויין לעיל, החל תחום המתורגמנות הקהילתית את דרכו בשנות ה-60. חקר המתורגמנות הקהילתית התבסס כתחום מחקרי נפרד בתחילת שנות ה-90 (Pöchhacker, 1999b). בהקשר זה יש לציין את ועידות *Interpreters in the Community*, שמחקר זה כולל מחקרים ומאמרים שהוצגו בהן (למשל, Roberts, 2000; Ozolins, 2000; Wadensjö, 1997). מחקרים נוספים ביצעו חוקרים מתחום האנתרופולוגיה או הרפואה, ואלה מתמקדים בהשפעת שיתופם של מתורגמנים בשיחה בין הרופאים לחולים.

¹⁶ במדינה זו הוקמה הרשות להסמכת מתורגמנים ומתרגמים בשנת 1977 (Niska, 2003).

תרגום דרך הטלפון (telephone interpreting, remote interpreting) קיים כ-30 שנה והוא אחת משיטות התרגום הנפוצות במדינות רבות במערב, כולל בריטניה וארצות-הברית. השירות התפתח בעיקר כשירות כלכלי (Gracia-García, unpublished), אך היתרון המעשי לכל הצדדים הוא הנגישות הגדולה יחסית של המתורגמנים (Wadensjö, 1999) בהשוואה להכנות הרבות הנדרשות לתיאום מתורגמן פנים-אל-פנים. בשיטה זו ניתן לתת מענה ללקוח בן המיעוט הלשוני בהתרעה קצרה, במקום רחוק או בשעה מאוחרת של הלילה, זאת בהסכמת המתורגמן ובהינתן ציוד טלפוני מתאים בשני הצדדים. ודנשה (1999) מניחה שהימצאות המתורגמן במקום השיח, בהשוואה לתרגום דרך הטלפון – אינה מעלה או מורידה מטיב התרגום. לדעתה ההיבט הטכני של התרגום – פנים מול פנים או בטלפון – אינו מבטיח תרגום טוב יותר, והצלחת השיח המתורגם תלויה בידע, בכישורים ובניסיון של המתורגמן, ובמידה רבה במשתתפים העיקריים – ביחסים ביניהם, ביחסם למתורגמן ובסגנון התקשורת שלהם. השערה מעניינת המופיעה במחקר של גראסיה-גרסיה (unpublished) היא שיתכן ותרגום טלפוני יעיל יותר במסגרת טיפול נפשי, מאחר והוא מאפשר תרגום ללא אדם זר נוסף בחדר ובכך חוסך מבוכה לחולה ומאפשר גם למתורגמן לשמור על מרחק רגשי כאשר הוא מתרגם במצבים טראומטיים. יחד עם זאת, החוקרים מודעים לחסרון העיקרי בשיטת תרגום זו, דהיינו חוסר יכולתו של המתורגמן לקבל מידע ויזואלי (מחוות ותנועות, מסמכים וכדומה), אותו הוא מקבל במהלך תרגום פרונטלי. חסרונות נוספים הינם העדר ציוד מתאים (דוגמת שתי שפופרות לטלפון) וכן תחומתם של המשתתפים לפיה השיחה ארוכה יותר כאשר היא מתבצעת דרך הטלפון. הסבר אפשרי לתחושה זו הוא ששיחה פנים-אל-פנים מכילה פחות "רגעים מתים" מאשר שיחה טלפונית גם לאור העובדה שבשיחה פרונטלית קיימים יותר רגעי חפיפה בין כל הדוברים (בהקשר זה ראו מאמרה של ודנשה (1999) אודות תפקיד המתורגמן בסינכרון בין הדוברים). חשוב לציין כי המחקר הנוכחי מסכים עם ההבחנות אודות החסרונות, לכאורה, של התרגום הטלפוני, וראו בפרק ד'. יחד עם זאת, הטיעון הטוב ביותר בעד שיטה זו הוא כי מוטב מתורגמן טוב ורחוק מאשר מתורגמן גרוע וקרוב, או מאשר העדר מתורגמן. בהקשר זה ראו בפרק ד' סעיף 6.4, ראיון עם אחד הרופאים במרפאה, אשר נעזר במתורגמן מקצועי דרך הטלפון במהלך התמחותו בשוודיה. לסיכום, כדי להפיק את המירב במקרים בהם משתמשים בתרגום טלפוני, מציעה ודנשה לנסות לתמלל גם מבעי תקשורת לא מילולית שיש להם קשר לשיח (דוגמת הבעות

פנים ומחוות יזיים), וכן לדבר ברור יותר. הדבר "מפצה" מעט על העדר התרשמות ויזואלית של המתורגמן, שבדרך כלל מסייעת לו לתרגם ולתאם את מהלך השיחה.

אחד מתחומי המתורגמות הרפואית שנחקר בשנים האחרונות הוא מתורגמות בעת טיפול בדיבור. טיפול בדיבור משמש בתחום בריאות הנפש, וכן בטיפול בליקויי דיבור (קלינאות תקשורת)

(Drennan and Swartz, 1999; Pöschhacker and Kadric, 1999; Wadensjö, 2001). ודנשה (2001) מתארת שני מפגשים טיפוליים עם נפגעי טראומה מיוגוסלביה לשעבר, שאינם דוברי שוודית, בסיוע מתורגמנית. טיפול נפשי הדורש שחזור טראומה בשפה שאינה שפת האם של המטופל הינו משימה קשה. החוקרת גילתה כי למקום הישיבה של המתורגמן יש תפקיד חשוב בסינכרון (synchronization) השיחה - ובכך לסיוע לטיפול או בהכשלתו; המרחב הקומוניקטיבי, שנוצר מעצם העובדה שהמתורגמן נוטל את התור לשיחה בכל מבע שני בה, מסייע לסינכרוניזציה של השיחה בין המשתתפים ולהתקדמותה. היכולת להביט בעיני המטופל או להמנע ממנו גם היא בעלת השלכות על רצונו ויכולתו לשחזר זכרונות טראומטיים, כמו גם על יכולתו של המתורגמן לשדר קרבה וחום למטופל, תוך שמירת ההבחנה בין "קולו" שלו לבין העברת המסר של אחד מהצדדים הראשיים (primary parties) בשיחה.

מחקרה של טבל (Tebble, 1999) מציג היבט נוסף בשיחה המתורגמת – נימת הדברים. לדבריה, המתורגמן צריך להיות רגיש לא רק לתוכן המסר, אלא גם למסרים הבין-אישיים המועברים עימו, מה שמאפשר לצדדים להבין טוב יותר זה את זה. כך לדוגמא, על המתורגמן לדעת כיצד להעביר לחולה את ממצאי הרופא בנוגע למחלתו, באופן שיהיה מרגיע מחד, ויבטיח ביצוע הטיפול הנדרש מאידך. עליו לבצע זאת בכל הכלים הלקסיקוגרפיים (שימוש באוצר מילים), הפונולוגיים (אינטונציה, מנעד, הרמת קול או לחישות) וסמנטיים העומדים לרשותו, תוך הצמדות למסר המקורי.

מחקר בעל אוריינטציה אנתרופולגית הוא מחקרם של ברנסטיין ואחרים (Bernstein et al., 2002), העוסק בהשפעת עבודתם של מתורגמנים קהילתיים מיומנים בחדר המיון על ההיבטים הבאים:

- השירות הרפואי הניתן לבני המיעוט הלשוני,
- תביעות משפטיות שמגישים החולים לאחר הביקור,
- אפשרות לביצוע מעקב רפואי לאחר הביקור בחדר המיון.

מחקרים קודמים אותם סקרו החוקרים, מצביעים על כך שטיפול רפואי הנערך ללא שירותי תרגום גורם לכך שהחולים בני המיעוט הלשוני מבקרים ביקורים רבים ומיותרים בחדרי מיון, מאחר שבהעדר יכולת לשחזר את ההסטוריה הרפואית שלהם, נאלץ הרופא לשקול מגוון רחב של דיאגנוזות, ואף למנוע טיפול בשל העדר תקשורת. מחקרם של ברנסטיין ואחרים מראה כי חולים בעלי קשיי תקשורת שלא זכו לקבל תרגום, קיבלו פחות שירותים מאשר חולים דוברי אנגלית מאותה קבוצה אתנית. חולים שנעזרו במתורגמנים מקצועיים זכו לרמת שירותים דומה לרמה שקיבלו החולים דוברי אנגלית. החוקרים מתקשים לתת הסבר חד-משמעי לתוצאות בשל מגבלות מתודולוגיות, אולם ניתן להסיק כי הן מצביעות על הצורך (והקושי) לספק לרופאים תנאים אופטימליים להשיג מתורגמנים לחולים שאינם דוברים אנגלית. פלורס ואחרים (Flores et al., 2003) חקרו את ההשלכות הרפואיות של טעויות בתרגום במפגשים רפואיים במחלקת ילדים, בהם נעשה שימוש במתורגמנים מקצועיים ומתורגמני אד-הוק לספרדית. החוקרים הבחינו בטעויות תרגומיות דומות לחלוקה במחקרה של ודנשה (1992), ועמדו על כך של-63% מכלל טעויות אלה היו השלכות רפואיות. הטעויות החמורות יותר בוצעו על-ידי המתורגמנים הלא-מקצועיים, וכללו השמטת שאלות לגבי רגישות לתרופות, השמטת מידע לגבי הוראות שימוש בתרופות, מתן הוראות שימוש לא נכונה לגבי תרופה מסוימת וכן תוספת עצמאית של הוראות בדיקה ומתן תרופות. במקרה אחד הורה המתורגמן לאם לא לענות על שאלות אישיות.

מחקרה של בולדן (Bolden, 2000) עוסק בתפקידו של המתורגמן הרפואי בתהליך האנמנזה, שהינו השלב בשיחה הרפואית בו משחזר החולה את התחושות והסימפטומים שחש עם תחילת המחלה. לטענתה המתורגמנים פועלים מתוך תפיסתם את מטרות שלב זה

של הטיפול ולא מתוך תהליך התרגום גרידא. הם מאמצים את ה"קול הרפואי" (voice of medicine, על פי Mishler, 1984) קרי התפיסה הרפואית הנורמטיבית של מידע אובייקטיבי הבנוי בתבניות קבועות, ואינם מעבירים מידע "סובייקטיבי" שמוסר החולה. כלומר, המתורגמנים מתרגמים רק מידע שנראה להם רלוונטי לדיאגנוזה, ונוטים להשמיט מידע יזום מהחולה אם הוא עוסק בתיאור סובייקטיבי של הדאגות והחששות הסוציו-פסיכולוגיים שלהם. תוצאת ה"סינון" שמבצעים המתורגמנים הינה שקולו של החולה "נשמע" פחות, מאחר ורק המידע הרלוונטי לכאורה מועבר לרופא.

היחסים בין שלוש הצדדים בשיח – נותן השירות, בן המיעוט הלשוני והמתורגמן הקהילתי עולים בכתיבתם של מייסון (1999, 2001) ואחרים (Jackson, 1998; Cambridge, 1999; Triadic Exchange (2001), מונח המצביע על כך שהמתורגמן נוטל חלק פעיל בשיחה ואינו רק מעביר מסרים בין הצדדים. הספרות הסוציו-רפואית מתארת גם היא מחקרים קודמים שתוארו את הדינמיקה המורכבת בשיחה הרפואית. ג'קסון (Jackson, 1998) מונה מספר גורמים העלולים להשפיע על עבודתו של המתורגמן במהלך טיפול רפואי, ומדגישה את הבלבול בתפקידים (role conflict) שהמתורגמן עלול לחוש, שעלול להשפיע עליו מאחר והוא נוטל על עצמו תפקידים שמעבר להעברת המסרים המילוליים בשיחה – מסנגר ומתווך בין-תרבותי. לדעתה מתורגמנים צריכים לגשר בין התפיסות והאמונות של הצדדים, אף אם אלה אינם חולקים מוצא לשוני או היסטורי משותף, ולמרות קיומם של מחסרים (לשוניים ותרבותיים) במבעי הדוברים (ראו גם Katan, 1999). ג'קסון מבצעת ניתוח לשוני של חווית התרגום הרפואי, ניתוח המצביע על הקשר בין נקודת המבט הרפואית, אליה משתייכת הכותבת בעיסוקה היום-יומי, וכן התהליכים התרגומיים המתרחשים במהלך המפגש.

1.3 השיח הרפואי בהשתתפות מתורגמן מיומן ומתורגמן לא מיומן

הספרות התיאורטית בתחום השיח הרפואי בהשתתפות מתורגמנים ברמות התמקצעות שונות עוסקת בעיקר בהשלכות הרפואיות של השתתפותם או העדרם של אלה מהשיחה,

ובהשפעת ההבדלים הבין-תרבותיים על הטיפול הרפואי. מאמרים אלה נסקרו בפרקים הקודמים; מחקרים מעטים יחסית נכתבו מתוך ראייה בלשנית של השיח הרפואי, או מנקודת מבט משולבת של התחומים. יחד עם זאת, מחקרים בולטים רלוונטיים, שהתבססו על הקלטת שיחות בטיפולים רפואיים, כתבו פשהאקר (1999, 2000) קיימברידג' (1999), דיודסון (Davidson, 1998) ורוזנברג (Rosenberg, 2001) וכן ודנשה (2001), ואליהם אתייחס בהרחבה לאור נגיעתם וקרבתם היחסית לנושא המחקר הנוכחי ולשיטת העבודה שנבחרה.

דיודסון (1998) מבחין בין מתורגמנים מקצועיים, אשר עובדים בחסות בתי החולים, ומקבלים מהם את משכורתם, לבין מתורגמנים שלא זכו להכשרה מקצועית, אותם הוא מכנה "naïve interpreters". "מתורגמנים" אלו הינם לרוב בני משפחה, חברים, או עובדים אשר התפקיד נכפה עליהם. אין להם אותו כוח מוסדי שיש למתורגמנים מקצועיים מאחר ואין להם הסמכות המוסדית והם אינם יוצרים יחסים בתוך המוסד הרפואי מעבר לטיפול הנקודתי בחולה שנתקל במחסומי השפה, למרות שמכורח הנסיבות הם מחזיקים בעמדת עליונות מבחינה חברתית ושיחתית. בעבודת הדוקטור שלו בחן דיודסון את תפקידם של מתורגמנים רפואיים מקצועיים בשיחה הרפואית, כמייצגים את נקודת המגע בין אנשי הצוות הרפואי ובין מהגרים יוצאי העולם-השלישי. בדומה לטבל (Tebble, 1999), גם דיודסון מבחין בקושי לא רק בהבנת התוכן הסמנטי והפרגמטי של המסר, אלא בעצם ההבנה ההדדית בין שני בני השיח העיקריים. הבחנה חשובה נוספת במחקר האופי המשתנה של עבודת המתורגמנית – עבור הרופאים היא משמשת כ"כלי", המתרגם במהירות וכמיטב יכולתו את דבריהם. באשר לתקשורת בין המתורגמנית לחולים, נצפו שיחות משניות ביניהם, והיא פעלה כבת-שיחה לכל דבר. בהקשר זה מצא דיודסון כי המתורגמנית פועלת כ"עורכת" לדברי החולים, במקרים בהם התעלמה משאלותיהם, או ענתה עליהן בלי להעבירן כלל לרופא, דבר שהפחית את יכולתו של החולה לתרום משמעותית לשיחה. ממצאים דומים מופיעים במחקרים איכותיים אחרים בתחום התרגום הרפואי, ובמידה מסויימת הובחנו גם במחקר הנוכחי.

רוזנברג (2001) מתורגמן רפואי במקצועו, שביסס את עבודת הדוקטורט שלו על תיאור התקשורת המתוכנת בשיח הרפואי, מאתגר את המודל המסורתי של "המתורגמן כצינור" (conduit), שהינו הבסיס לניתוח המסורתי של טעויות בתהליך התרגום, וטוען כי מודל זה אינו משקף את המורכבויות של מתורגמנות בסיטואציות קהילתיות. טענה נוספת של החוקר היא שהמתורגמן הוא משתתף מלא בשיח שתחומי אחריותו תלויים, בין השאר, בציפיות שמביאים עימם המשתתפים העיקריים לשיח. לאור הנחות אלה הוא בודק, כאמור, את השיח הרפואי המתורגם, ומתבסס בעיקר על המסגרת התיאורטית של ודנשה (1992), (1999). מחקריהם של דיוידסון ורוזנברג דומים בהיבטים רבים, אך נבדלים בשיטת המחקר: דיוידסון ביצע את המחקר כצופה מהצד, בעוד שרוזנברג שימש כמתורגמן במרפאה בה נערך הניסוי, וניתח את המבעים בשיחות בהן הוא עצמו השתתף. לכל אחת משתי שיטות המחקר יתרונות וחסרונות משלה – ההשתתפות במחקר כמתורגמן מאפשרת לחוקר לעמוד על דקויות לשוניות וחברתיות שחוקר מן הצד, שלעתים אינו דובר אחת מן השפות הנצפות בו, אינו רואה אותן לעתים בבירור כה רב. החסרון הבולט בשיטתו של רוזנברג היא חוסר האובייקטיביות, לכאורה, העלולה להיות בעוכריו של חוקר המנתח את עצמו כנשוא המחקר. שיטת העבודה של המחקר הנוכחי, בו שימשי כצופה לא-משתתפת, דומה יותר למחקרו של דיוידסון, פרט למקרים הבודדים בהם השתתפתי בעצמי בשיח.

קיימברידג' (Cambridge, 1999) חקרה את אובדן המידע בשיחות רפואיות דו-לשוניות המתורגמות באמצעות מתורגמן בלתי מקצועי. המחקר מנתח את השיחות שבשבעה מפגשים מבויימים בין רופא משפחה לבין מטופל שאינו דובר אנגלית, בו ה"מתורגמים" היו דוברים ילידיים של השפה הזרה, חסרי הכשרה מקצועית במתורגמנות. המחקר מראה כיצד אבד מידע חיוני בשני הכיוונים במהלך השיחה המתורגמת. התוצאות מדגישות את חשיבות התפקידים הראויים של בני השיח וכן את הסכנות שבהעדר בסיס משותף במהלך המפגש הרפואי. המחקר נערך על צמד השפות אנגלית-ספרדית. הוא מבוסס, אומנם, על תצפיות מבויימות בהן השתתפו רופאי משפחה, "חולים" שאינם דוברי אנגלית ו"מתורגמניות" מתנדבות (נשים ששפת אימן ספרדית וחיות באנגליה 10-15 שנים לערך), אולם משקף במידה מסוימת את הבעיות העולות במפגש רפואי אמיתי. החוקרת מצאה ששלושת הכשלים העיקריים בעבודת ה"מתורגמניות" בשיח היו: איבוד תוכן (loss of content),

הוספת תוכן (addition to content) ושינוי מובנים (alteration of meaning). תופעות אלו חוזרות על עצמן גם בתצפיות של חוקרים אחרים (Wadensjö, 1992; Rosenberg, 2001).

מאייר (Meyer, 2001) דן במצבים בהם צריכים מתורגמנים לא מיומנים להתמודד עם מונחים רפואיים, ובאסטרטגיות בהן הם נוקטים במצבים אלה. לדבריו, רוב מוסדות הבריאות משתמשים בעובדים או קרובי משפחה כמתורגמנים בתקשורת רופא-חולה (בהקשר זה ראו בסעיף 3 להלן את דו"ח הצללים שפרסם ארגון PICUM,¹⁷ העוסק במתן שירותי בריאות למהגרי עבודה חסרי אשרות). יכולתם של ה"מתורגמנים" לתקשר בשתי השפות חשובה, אך מחסום השפה אינו הבעיה היחידה במפגש מסוג זה. מקשה גם העובדה שהרופאים מחזיקים בידע בנושאים רפואיים, שאינו מצוי בידי החולים. הרופאים, המבנים את השיח הרפואי לפי תפיסת הרפואה המערבית, נוקטים בתקשורת רפואית - סוג של שיח המונחה על-ידי מטרות מוסדיות ומבני ידע מקצועי. הדבר מוביל לשימוש באוצר מילים מסוים, מבנה תחבירי נוסחתי וארגון מסוים של השיח. השימוש באלה יכול להשפיע על ההבנה ההדדית – בעיקר כאשר אנשים חסרי הכשרה מקצועית כמתורגמנים מגוייסיים לשמש בתפקיד זה.

רבים מהדיונים הקיימים במחקר התרגום הקהילתי עוסקים ב"מתורגמנים" כמשתתפים פעילים בשיח, המוסיפים תוכן משלהם לשיחה (Wadensjö, 1992, 1997; Flores, 2003; Rosenberg, 2001). ודנשה (1998) מבדילה בין תפקידי "ארגון" (ארגון התור והבהרות) ו"העברה" (העברת המסר), ומגדירה מספר אופנים של "תרגום" – ביניהם תרגום מורחב

למבע המקורי כלומר הוספת תוכן (expanded rendition) תרגום מופחת (reduced rendition) וכן אי-תרגום של מבע שהשמיע אחד מהדוברים העיקריים (zero rendition) ומאידך, מבעים מצידו של המתורגמן שלא הופנו מאחד הדוברים (non-rendition). עבודת השטח של המחקר תיעדה 13 מפגשים בבתי-חולים בגרמניה שהוקלטו ותומללו. בכל המקרים החולים היו מהגרים פורטוגזים בעלי ידע כלשהו בגרמנית. אף אחד מן הרופאים לא דיבר פורטוגזית. מסקנת המחקר היתה שמתרגמים

¹⁷ The Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants, הוא ארגון שמטרתו לקדם את כיבוד זכויות האדם של מהגרים חסרי-אשרה ברחבי אירופה.

בסיטואציה זו נקטו בשתי אסטרטגיות הפוכות בתהליך התרגום: הם נטו להשתמש בשפה עממית יותר ולא במונחים המקצועיים, או לחילופין – הפגינו ידע מקצועי-רפואי כדי להסביר מילים בודדות. אחד ההיבטים המשמעותיים בתהליך התרגום הוא קיומה של קרבה ממשית בין אחד מבני השיח לבין המתרגם - עמית או קרוב משפחה של אחד מבני השיח. לעתים הדבר יכול לסייע להבנה ההדדית של בני השיח העיקריים. מצד שני, זה מוביל לנתק מסוים באינטראקציה מאחר ומבעים המושמעים באותה שפה נעלמים לרוב מבני השיח האחרים.

פשהאקר (1999, 2000) חקר בתי החולים בווינה, תוך התמקדות במצבים בהם עולה הצורך בשירותי תרגום, ובפתרונות החלופיים הננקטים בהעדרם. החוקר מציין כי לרוב נעזרים בבני משפחת המטופל (בעיקר ילדים) או בעובדים דו-לשוניים בבית החולים (בעיקר מנקים). משאלון שחולק בין עובדי הסגל הרפואי בשישה בתי חולים בווינה התברר כי 95% מהמשיבים פוגשים חולים בעלי שליטה מועטת או אפסית בגרמנית. בין הרופאים הגיע מספרם ל- 98%. המשיבים מנו 27 שפות שונות בהם מדברים המטופלים שאינם דוברי גרמנית (השפות השכיחות היו סרבו-קרואטית ותורכית). רק מעטים מהמשיבים ענו כי הסתדרו תמיד ללא מעורבות צד שלישי, בעזרת אנגלית כ"לינגווה פרנקה" או בשפה נפוצה אחרת. רובם הסתמכו על גרמנית מפושטת (simplified German) ושפת גוף. ככלל, המשיבים היו מודעים לחסרונות שיטות תקשורת אלה. 91% מהם ציינו כי אינם בטוחים באיזו מידה החולים באמת מבינים אותם. 60% ממשתתפי המחקר ציינו כי הם משתמשים בצד שלישי לצורך תקשורת עם החולים. יותר ממחציתם דיווחו כי הגורם המקשר נמנה על צוות בית החולים ורק לעתים נדירות נקראו מתורגמנים מחוץ לבית החולים. הבעיות אותן ציינו המשיבים בשימוש במתורגמנים אד-הוק היו אי-ידיעת מינוח רפואי וחוסר בידע רפואי באופן כללי. אלה התבטאו בתרגום מקוצר ובהשמטות. תרגום שבוצע באמצעות עובדי בית החולי נתפס כבעייתי פחות, למרות אי-זמינותם היחסית של אלה, העובדים בעבודות אחרות במהלך היום ואינם פנויים תמיד לסייע בתרגום. פשהאקר וקדריץ' (1999) בדקו את פרקטיקות התרגום ב-12 בתי חולים בווינה וגילו כי 61% מתוך 464 עובדי הסגל הרפואי (קרי רופאים, אחיות וצוות פארא-רפואי) השיבו כי השתמשו באנשי ניקיון כמתורגמנים.

לשם ההשוואה, רק 44% מהמשיבים השתמשו באחיות ו 10% השתמשו ברופאים לצורך התרגום.

החוקרים הקליטו בווידאו שיחה בה השתתפו מטפלת בדיבור, ילד והוריו ממוצא סרבי ומנקה דוברת סרבית ששימשה כמתורגמנית. ניתוח תמלול השיחה מצביע על מספר ממצאים הנוגעים לתפקידה של ה"מתורגמנית" שלא הוכשרה לתפקיד (natural interpreter). ה"מתורגמנית", שהתבקשה לתרגם מיידית את דברי המטפלת, לא עשתה זאת אלא כאשר התבקשה במפורש במהלך השיחה. כדי לוודא את העברת המסר, נאלצה המטפלת לבקש מן המתורגמנית במפורש ("תשאלי אותו", "תאמרי לו") והאחרונה העבירה את המסר כדיבור עקיף ("הגברת שואלת", "היא אומרת"). למרות שה"מתורגמנית" אמורה היתה לכאורה, להיות פסיבית כמעבירת התוכן, היא תרמה תרומה משלה לתוכן השיחה, בצורת הערות עידוד למטופל, הרגעתו, וכן מתן הסבר ונטילת אחריות על תשובותיו. במקרים אחרים היא אף ניסתה לחלץ תשובה מן המטופל באמצעות מתן מספר חלופות לתשובה. כך למשל, כאשר שאלה המטפלת: "מה אתה הכי אוהב לעשות בבית-הספר", פנתה ה"מתורגמנית" למטופל ושאלה אותו: "מה אתה הכי אוהב לעשות בבית-הספר? כתיבה, קריאה, התעמלות? מה אתה הכי אוהב לעשות? מוזיקה, שירה, ציור? מה אתה הכי אוהב לעשות?"¹⁸ במקרים אחרים שאלה ה"מתורגמנית" שתי שאלות עוקבות, לפני שהעבירה את דברי המטופל למטפלת.

המקרה הבולט ביותר של תרומה עצמאית לשיחה התרחש כאשר ה"מתורגמנית" הורתה למטופל שעליו לבצע תרגילים לפני השינה, למרות שהמטפלת ניסתה לנתק את הקשר בין עצם ביצוע התרגול לזמן ביצועו. ה"מתורגמנית" נטלה לעצמה את החירות לאמת את הרושם של המטפלת כי המטופל נהנה מהתרגיל. לעתים, עלולה גישה הכמו-טיפולית של ה"מתורגמנית" לפגום בתהליך הטיפול, כמו, למשל, בהערתה "אלו רק תרגילים" למטופל, הערה אשר הפחיתה מחשיבות 25 הדקות הטיפוליות שקדמו לה. ככלל, ה"מתורגמנית" סתתה פעמים רבות מנתיב התרגום המדויק, ותרגומה התאפיין ב"חוסר תרגום" (lack of renditions) ובמבעים מקוריים של המתורגמנית (non renditions).

¹⁸ התרגום של הכותבת.

כמו גם ב"תרגום מופחת" (reduced renditions) וב"תרגום מורחב" (expanded renditions) (על פי Wadensjö, 1992). המטפלת, אשר לא היתה מודעת לאופן התרגום הלא-מקצועי של המנקה, איבדה בהדרגה את השליטה בשיחה ובטיפול.

שלינגר וכרמל (unpublished research proposal), מסכמות את הפתרונות "אד הוק" הננקטים בהיעדר שפה משותפת בין מטפל למטופל:

- הסתפקות בתקשורת מופחתת בעברית.
- הסתפקות בתקשורת מופחתת בשפה שלישית.
- הסתייעות בקרוב משפחה או מלווה אחר מטעם המטופל.
- הסתייעות באנשי הצוות הרפואי או הפארא-רפואי.
- הסתייעות באנשי הצוות האחריים (מנקה וכדומה).
- הסתפקות בתקשורת לא-מילולית.
- תרגום באמצעות הטלפון.
- הסתייעות במתורגמן מקצועי.
- התאמה בין מטפל למטופל על בסיס שפה.

חלק מאסטרטגיות אלה הופיעו גם במחקר הנוכחי, ועל כך פירוט בפרק ד'.

עם כל הבעיות הלשוניות שהועלו לעיל, שלהן השלכה אפשרית על תוצאות הטיפול, יש למנות גם סוגיות אתיות הכרוכות בשימוש במתורגמן לא מיומן. מרטינסן (Martinsen, 2003) מתאר מקרים בהם חולות נעזרו בבני-זוגן כמתורגמנים. הם תרגמו את דבריהן באופן שגוי, בין אם במתכוון ובין אם לוא וכתוצאה מכך נאלצה אישה אחת לעבוד ניתוח עיקור, ומאחרת נמנע ביצוע הפלה, בשני המקרים היה הדבר בניגוד לרצון החולות.

1.4 מתורגמנות קהילתית – לקראת מיסוד המקצוע

החל משנות ה-60 ניכרים בעולם ניסיונות למסד את מקצוע התרגום, הן ברמה המקצועית, קרי בהכשרה ובאיגוד המתורגמנים הקהילתיים, והן ברמה המוסדית – שתדלנות לחקיקה שתסדיר ותעגן את המקצוע בחוק, ותחייב נותני שירות לציית לסטנדרטים מסויימים ולפעול מתוך הבנה עמוקה יותר של תהליך התרגום ושל הצורך לגשר על פערי שפה.

שניים מההיבטים הבולטים ביותר של מיסוד מקצוע המתורגמנות הקהילתית הינם עבודה בהתאם לקוד אתי ותכניות הכשרה והסמכה.

המועצה הלאומית של המתורגמנים הרפואיים בארצות הברית (NCIHC), בשיתוף המשרד לבריאות מיעוטים, עוסקת לאחרונה בחיבור קוד אתי למתורגמנים בתחום. מחברי הקוד בחנו קודים דומים ברחבי העולם ובחנו את הטיוטה בשיתוף מתורגמנים רפואיים בארצות הברית.¹⁹ להלן כללי ההתנהגות בקוד שחיברה המועצה:

- סודיות – על המתורגמן לשמור על חשאיות לגבי כל המידע המתקבל במהלך התרגום.
- דיוק ושלמות – על המתורגמן להעביר את המסר בנאמנות, תוך העברת רוח הדברים ותוכנם, ומתוך התחשבות בקונטקסט התרבותי של המסר.
- גבולות מקצועיים – המתורגמן ימנע מכל מעורבות אישית במהלך ביצוע תפקידו.
- התפתחות מקצועית – המתורגמן יעמיק את השכלתו וישפר את מיומנותיו.
- סמכות תרבותית – המתורגמן יגלה מודעות לתרבותו שלו ולתרבויות אחרות על מנת לקדם הבנה בין-תרבותית.
- כיבוד כל הצדדים – המתורגמן יפגין מקצועיות ויושרה, בכל הקשור לאיכות התרגום.

פן נוסף של מיסוד המקצוע הינו, כאמור, בניית תכניות הכשרה והסמכה למתורגמנים קהילתיים. ניסקה(2003) מציג תכנית להכשרת מתורגמנים בשוודיה, שבסופה מקבלים התלמידים תעודת הסמכה מהמדינה. הוא סבור כי תכניות להכשרת מתורגמנים קהילתיים צריכות להיערך בשיתוף כמה מחלקות אוניברסיטאיות, ובכלל זה המחלקה לכלכלה,

¹⁹ <http://www.ncihc.org/listens.htm>

למשפטים, ולפטיכולוגיה, ותוך הכרות עם זירות התרגום האפשריות עוד במהלך הלימודים. האיחוד האירופי פועל אף הוא בשנים האחרונות לפתיחת תכניות הכשרה למתורגמנים בבתי-משפט ובקהילה (Niska, 2003; Martinsen, 2003).

צעד נוסף למיסוד מקצוע המתורגמנות הקהילתית היא הכשרתם של נותני השירות העובדים עם המתורגמנים. כך מציגה קורסליס (Corsellis, 1998) תכנית הכשרה לנותני שירותים במגזר הציבורי, שעיקריה:

- הבנת תהליך התקשורת בשפה משותפת והתייחסות להשלכותיו לגבי תקשורת עם אנשים באותה שפה.
- הבנת תהליך התקשורת באמצעות מתורגמנים בניסיון להתאים את ערוץ התקשורת שלהם לכלל התהליך.
- הבנת הצורך להתאים את השירות לצרכיהם של לקוחות בעלי צרכים ואמונות תרבותיות שונות משל נותני השירות.
- הבנת הצורך להתאים את הארגון כך שיתמוך במתן שירות חוצה תרבות ושפה.

קורסליס מציינת כי באנגליה רוב הלחץ להתמודד עם צרכיהם של אנשים בעלי שפה ותרבות שונים הגיע מעובדי ציבור בכירים, לאחר שניצבו בפני מקרים בהם נאלצו לספק פתרונות שפה אד-הוק במצבים שבהם התגלעו קשיי שפה.

קאר (Carr, 1997) מתארת פרויקט "בנק מתורגמנים" בונקובר, קנדה, במימון ממשלתי להקמת מערכת תלת-שכבתית (three-tiered system) של מתורגמנים רפואיים. בנק דומה קיים ונחקר במונטריאול (Mesa, 2000). מחקרה של קאר מנתח את ציפיות משתמשי השירות ממתורגמן רפואי ומצורת העבודה בשיטה זו, בודק את מידת שביעות הרצון מן השירות ומזהה מקומות לשיפור השירות. "בנק מתורגמנים" דומה קיים גם בארה"ב, ודוגמא לשירות זה הפועל בעיר סיאטל (מדינת וושינגטון) מציגים צ'נג ו-פורטייה (Chang and Fortier, 1998). פרנסי העיר העלו בקשות חוזרות ונשנות לבתי החולים לספק שירותי מתורגמנות ואף הציעו לסייע בגיוסם. אולם הסדר ראשוני הושג רק ב-1981, לאחר שתביעות בשל אפליה

הוגשו כנגד שלושה בתי חולים בעיר, בטענה שאלו לא העניקו את הסיוע ההכרחי בתקשורת באמצעות מתורגמנים מיומנים. שנה לאחר מכן, הסכימו עשרה בתי חולים לרכוש שירותי מתורגמנות מבנק מתורגמנים שיסדו מרפאות קהילתיות בעיר. ה"בנק"-

Community Interpretation Services - מספק כיום שירותי תרגום מסביב לשעון, ביותר משלושים שפות ועבור עשרים ושניים בתי חולים בעיר. כיום מסופקים בעיר שירותי תרגום במגוון שירותים חברתיים, וכן קיימת בחינת הסמכה למתורגמנים.

פורטיה (1997) מתייחסת לשלושה מנגנונים ממשלתיים להגדלת זמינותם של שירותי תרגום ומתורגמנות במערכת הבריאות בארה"ב: חוק זכויות האדם, חקיקה פדרלית ופנים-מדינתית והסדרת שירותים רפואיים במימון פדרלי להתמודדות עם מחסומי השפה, בין אם באמצעות חומר דו-לשוני מודפס ובין אם בעזרת מתורגמנים, העסקת אנשי צוות דו-לשוניים, ומידע טלפוני בשפת החולים. מנגנוני הגישור הלשוני פועלים גם במסגרות ביטוחים רפואיים לאוכלוסיות עניות, והשפות בהן מסופק התרגום נקבעות לפי אחוז החולים דוברי אותה שפה מכלל המבוטחים, החל מסף של 5%-10%.

דוגמאות נוספות למיסוד שירותי תרגום רפואי בארצות הברית, קיימות במסצ'וסטס וברוד-איילנד (וראו גם Bernstein, 2002). בשנת 2000 נחקק במדינת מסצ'וסטס חוק²⁰ המחייב את בתי החולים לספק בכל טיפול חירום שירותי מתורגמנות בעזרת מתורגמנים שעברו הכשרה. החובה חלה גם על בתי חולים המספקים שירותי בריאות הנפש. החוק מגדיר מיהו חולה שאינו דובר אנגלית ומיהו מתורגמן מיומן, מזהיר מפני שימוש בבני משפחה כמתורגמנים ואוסר במפורש על שימוש בילדים למטרה זו.

הסקירה המחקרית מציגה תמונת-מצב לפיה גם אם קיימת החקיקה המתאימה והמודעות לצורך במתרגמים קהילתיים מוסמכים, עדיין חסרים המועמדים האידיאליים למילוי התפקיד. כך, למשל, תוהה ג'קסון (1998) בסיכום מאמרה מיהם המתורגמנים הרפואיים האידיאליים. לדעתה, בוגרי בתי-ספר לרפואה וסיעוד מעבר-לים היו יכולים להיות המועמדים האידיאליים לתפקיד. יחד עם זאת, היא סבורה שהעוסקים במקצועות הרפואה,

²⁰ Massachusetts Emergency Services Interpreter Law, נכנס לתוקפו ביולי 2001. מתוך <http://www.mmia.org/InterpreterBill.htm>.

שהינם קרוב לוודאי ממעמד חברתי גבוה, יהיו צעירים ויחסרו את התפיסות והמונחים של התרבות המסורתית. משמע, שיתכן ושליטתם בשפה הרפואית תהיה טובה, אך הם לא יתמצאו בנבכי המסורת, ולא יגלו עניין בהבנת דקויות של מחלות הזרות להם.

לסיכום, תחום התרגום הקהילתי בכלל, והתרגום הרפואי בפרט, צועדים את צעדיהם הראשונים לקראת מיסוד המקצוע ברמה המשפטית והמקצועית. מצוקת התקשורת בין מטופלים למטפלים מוכרת זה מכבר, אולם רק במספר מדינות נעשה שימוש במתורגמנים מקצועיים – בשיטה הטלפונית או בתרגום פנים-אל-פנים.

2. מתורגמות קהילתית בישראל

מתורגמות קהילתית אינה מקצוע מוכר בישראל, לא ברמה האקדמית ולא ברמה המקצועית. במספר תחומי עיסוק החוק קובע את חובת המוסד לוודא כי בן המיעוט הלשוני מבין את הנאמר או הכתוב, ואם אינו מבין – למנות לו מתורגמן. בפועל, החובה מיושמת בתחומים מעטים בלבד וגם שם – לא באופן עקבי.

להלן סקירה קצרה של המצב בישראל בתחום זה, כולל תרגום בבתי משפט ובמשטרה.

1.2 תרגום בבתי משפט

החוק בישראל קובע כי "הוברר לבית המשפט שהנאשם אינו יודע עברית, ימנה לו מתרגם או יתרגם לו בעצמו." (סדר הדין הפלילי, מהדורה שנייה, התשס"א, סעיף 16.7.1). החוק מתייחס גם לשכרו של המתורגמן בעבור תרגום בבית המשפט. אותו חוק אמור לחול גם בחקירות משטרה, והתקדמות מסוימת חלה עם אישור "חוק סדר הדין הפלילי (חקירת חשודים)" וכניסתו לתוקף ביולי 2003. מאמר החוק:

“חקירת החשוד אמורה להתבצע בשפה שהחשוד מבין ודובר אותה, לרבות שפת סימנים. תיעוד החקירה בכל מהלכה [יעשה] בתיעוד חזותי או בתיעוד קולי, ותיעוד בכתב”

החוק מיועד לתקן את נוהל העבודה הקודם במשטרה, לפיו ההודעות שנגבו מנחקרים שאינם דוברי עברית נרשמו בעברית. הנחקרים נדרשו לחתום על ההודעות מבלי שהבינו אותן, גם כאשר ההודעות נגבו בשפתם (פינטו ואבריאל, 2001). יש לציין כי כבר בשנות ה-60 קבע היועץ המשפטי הנחיה לגביית הודעתו של חשוד:

1. אימרה לאחר אזהרה הנרשמת מפיו של החשוד או הנאשם יש לרשמה בשפה בה מוסר אותה החשוד או הנאשם.
 2. [...] בית המשפט העליון קבע כי כל מי שמצוי בענייני לשון ותרגום יודע כי דיוק התרגום מותנה לא רק בבקיאות המתרגם בלשון, אלא גם בכישרון מיוחד ולא מן המידה להזיק את בית המשפט לאחר מכן לנוסח המתורגם של המסמך שעל-פיו לא ניתן לקבוע מה היה הדיבור שננקט בידי מוסר ההודעה. (הנחייה מס' 50029, מתאריך 1 בדצמבר, 1969, אצל פינטו ואבריאל, 2001).
- החוק החדש מתייחס לאמצעי תיעוד בחקירות חשודים בתחנת משטרה ומחויב לתחנת משטרה, מסדיר את התיעוד בשפתו של החשוד. יש לציין כי חוק זה חל רק על חקירות בעבירות שדיןן עשר שנות מאסר ויותר, ולא לגבי כל חקירה שהיא.
- המחקר הנוכחי אינו בודק את השינויים שחלו בעקבות החלת חוק זה, אולם יש לציין כי עדיין קיימים מקרים בהם עושה המשטרה שימוש במלווים כמתורגמנים, או שאינה מספקת לנחקר או לעד תרגום כלשהו, מקצועי או לא מקצועי. במקרים מסויימים שחררו המשטרה ובית-המשפט חשודים בפשע רק משום שלא נמצא להם מתורגמן. כך למשל, שחרר שופט אדם חרש-אילם ממעצר, כיוון שהמשטרה לא חקרה אותו בשפת הסימנים ולא דאגה לו לתרגום בבית המשפט (“מעריב”, 16 בינואר, 2000). במקרה נוסף נאלץ ילד בן 12 לשמש כמתורגמן מרוסית לעברית בעת חקירת אונס אימו (“ידיעות אחרונות”, 19 באפריל, 1999).

2.2 תרגום קהילתי בתחום הבריאות והרווחה

מצב מיסוד והתמקצעות המתורגמות בתחום הבריאות והרווחה בישראל מעודד פחות. חוק זכויות החולה, שיובא להלן, מחייב את המטפל להביא לידיעת המטופל כל פרט רפואי נדרש על מנת שהמטופל ייתן את הסכמתו מדעת לטיפול. יחד עם זאת, אין חוק מפורש המורה על מתן שירותי תרגום בסיטואציות סוציאליות ורפואיות, והתקשורת מתבססת לרוב על פתרונות אד הוק. להלן לשון החוק:

חוק זכויות החולה, התשנ"ו – 1996

פרק ד' – הסכמה מדעת לטיפול רפואי

13א. לא יינתן טיפול רפואי למטופל אלא אם כן נתן לכך המטופל הסכמה מדעת לפי הוראות פרק זה.

13ב. לשם קבלת הסכמה מדעת, ימסור המטפל למטופל מידע רפואי הדרוש לו, באורח סביר, כדי לאפשר לו להחליט אם להסכים לטיפול המוצע; לענין זה, "מידע רפואי", לרבות:

- הדיאגנוזה והפרוגנוזה של מצבו הרפואי של המטופל;
- תיאור המהות, ההליך, המטרה, התועלת הצפויה והסיכויים של הטיפול המוצע;
- הסיכונים הכרוכים בטיפול המוצע, לרבות תופעות לוואי, כאב ואי-נוחות;
- סיכויים וסיכונים של טיפולים רפואיים חלופיים או של העדר טיפול רפואי;
- עובדת היות הטיפול בעל אופי חדשני.

13. המטפל ימסור למטופל את המידע הרפואי, בשלב מוקדם ככל האפשר, ובאופן שיאפשר למטופל מידה מרבית של הבנת המידע לשם קבלת החלטה בדרך של בחירה מרצון ואי תלות.

:

כאמור, טרם נכתב בישראל מחקר מקיף הממפה את שיטות התקשורת בסיטואציות רפואיות, אולם במסגרת מחקרי נתקלתי במספר דוגמאות הממחישות את המצב הקיים.

גליל ואחרים (Galil et al., 2001) שבדקו באיזו מידה ממלאים הורים מהמגזר היהודי והבדווי אחר הוראות הטיפול בילדיהם בבית, ובאיזו מידה הם מגיעים לטיפולים בבית-החולים, מתייחסים לקשיי התקשורת עם ההורים דוברי הערבית כמכשול לישום מוצלח של הטיפול. המלצותיהם מתייחסות לשיפור התקשורת עם הורי הילדים, שעשויה להגדיל את שביעות הרצון משירותי מרכז השיקום, ולהביא למילוי קפדני יותר אחר ההוראות ולהגברת תדירות הביקור במרכז. לבדיקת ההמלצות בוצע מחקר נסויי קצר שכלל תרגום בעל-פה במהלך הביקורים וכן מתן הסברים רבים יותר להורי המטופלים. שיטה זו אכן העלתה את שכיחות ההגעה לטיפולים של בני המגזר הבדווי עד שהשתווה לזו של האוכלוסייה היהודית

עדות לתפיסה הרווחת בקרב נותני השירות הרפואי בישראל ניתן למצוא בדו"ח מצב הבריאות בכפרים הבלתי מוכרים בנגב אותו פרסמה עמותת "רופאים לזכויות אדם" ביולי 2003 (אלמי, 2003) הדו"ח מתייחס, בין השאר, גם לבעיות בתקשורת בין הצוות הרפואי והמטופלים:

אחת הבעיות העיקריות במרפאות בכפרים הבלתי מוכרים היא השפה. רוב הנשים, אשר מגיעות דווקא למרפאות אלו בלא ליווי בזכות מיקומן בתוך הכפר, אינן דוברות עברית. שבעה מטופלים, מבוגרים ונשים, דיווחו על בעיות שפה ותקשורת. רובם מתקשים להבין את ההסברים, ונעזרים באדם נוסף, מטופל או איש צוות. ברוב המרפאות עובד לפחות דובר אחד, לפחות באופן חלקי... בשאר המרפאות 'מסתדרים'. בחלק מן המרפאות הרופא/ה הינו/ה עולה חדש/ה אשר אינו/ה שולט/ת בשפה העברית, מה שמקשה עוד יותר על ההבנה. אחד מאנשי הצוות תיאר את

עבודת הרופא/ה מול המטופלים כ'בדיקה וטרינרית', דהיינו בלא הסבר מילולי נלווה לבדיקה. לרוב העובדים לא הוצע קורס לימוד ערבית, אם כי למיעוטם כן. במקרה אחד הוצע הקורס לאחר שאי הבנה כמעט גרמה למוות. [...]

[...] לפני כשלוש שנים הגיעה למרפאה באחד הכפרים הבלתי-מוכרים אישה עם תלונה על כאבים בכל הגוף. האישה לא דיברה כלל עברית, אך חזרה על מילה אחת פעמים רבות: 'חססיה' (רגישות/אלרגיה). המילה לא היתה מוכרת לצוות המרפאה, ועדיין לא הועברו כל התיקים למרפאה שלא היתה ממוחשבת בזמנו. הרופא, האחיות והמזכירה ניסו להבין האם קיימת רגישות, ואף נופפו בקופסת האקמול מול בניסיון להבין את רגישותה, מתוך תקווה שתכיר את הקופסה. לבסוף, נתן לה הרופא אופטלגין להקלת הכאבים, אשר נלקח במקום. לאחר מספר דקות החלה האישה לרעוד בכל גופה, נפלה על הרצפה, איבדה את הכרתה, ואף הגיעה למצב של מוות קליני. אמבולנס הוזמן במהירות, הרופא ביצע בינתיים פעולות החיאה רלוונטיות, האישה הובהלה לבית החולים במצב זה, וטופלה שם. כיום האישה בריאה, ורגישויות חולים מודגשות בכל התיקים למנוע הישנות מצב זה. למרות חומרת הטיפול ולמרות שהמקרה קרה לפני מספר שנים מועט ובמרפאה בכפר בלתי מוכר, בשלוש מרפאות אחרות לא הכירו אנשי הצוות את המושג, גם אלו ש'מסתדרים'. [...]

בטיפול הבא, הלקוח מאותו הדו"ח, לא עמדה בריאותו של המטופל בסכנת חיים, אולם הטעות יכולה היתה להמנע אם המרפאה היתה עושה שימוש בשפה הערבית, שפתם של כל המטופלים בה:

טיפולו של נג'ואן אבו טרש - בסוף 2001 נלקח נג'ואן אבו טראש בן השלושה חודשים לתחנת טיפת חלב בלקייה על מנת לקבל חיסון. באותה הפעם לקחה אותו אימו, שאינה יודעת קרוא וכתוב, ודוברת מעט עברית, לטיפת חלב. הילד קיבל חיסון וחזר עם אימו לביתו. כאשר בדק האב את פנקס החיסונים, התברר כי [הילד] קיבל חיסון נגד שיתוק ילדים, אשר ניתן בדרך-כלל בגיל שנתיים. מברור מול משרד הבריאות עלה כי עקב טעות, הוצא תיק של ילד אחר ועל-פיו ניתנה הזריקה. עוד

טען משרד הבריאות כי לתינוק לא נגרם כל נזק וכי 'אין זה משנה' שקיבל בגיל צעיר חיסון המיועד לגיל מבוגר יותר. [...] לו יכלה האם לקרוא בעברית היתה מזהה כי השם על התיק אינו שם בנה ולו היו השמות כתובים בשתי השפות, גם בלא ידיעת העברית היתה מסוגלת לעמוד על הטעות ולתקנה.²¹

הד"ר טלב אבו חמאד, אחראי רפואה ראשונית במחוז דרום של קופת החולים הכללית, הגיב ארוכות על הדו"ח. להלן ציטוט מתשובתו, המתייחס לקשיי התקשורת בין הרופאים למטופלים:

"לתקשורת טובה בין מטופל וצוות מטפל השלכות על איכות טיפול רפואי, לכן ניתן למצוא רופאים בני המגזר הבדואי העובדים במרפאות המגזר כמו גם בפזורה. מחוז דרום של שירותי בריאות כללית מקיים קורסים כל שנה ללימוד השפה²² של בני המגזר לעובדים שלנו שאינם דוברי השפה. הצוותים שלנו בפזורה הבדואית (הכפרים הבלתי מוכרים) מחוייבים לשירות מקצועי ברמה גבוהה..."

"היינו מצפים שהלקוחות יקחו גם אחריות על בריאותם ובאותם המקרים שהלקוח מתקשה בעברית, שידאג לקרוב משפחה שיתרגם בעבורו כפי שנעשה באוכלוסייה האתיופית ואוכלוסיית העולים דוברי הרוסית".

מכתבו של ד"ר אבו חמאד מדגיש את חוסר המודעות לצורך בפתרון ממוסד לבעיות התקשורת עם מיעוטים לשוניים. הוא עצמו, רופא בן מיעוט לשוני המטפל במיעוטים לשוניים, קורא לחולים להביא עימם "מתורגמנים" ובכך מנציח את הבעיות התקשורתיות והאתיות הכרוכות במצבים אלה.

3. מיעוטים לשוניים, בטחון סוציאלי והטיפול הרפואי

²¹ הערה אחרונה זו לכאורה אינה מדויקת שכן קודם לכן צויין שהאם אינה יודעת קרוא וכתוב. בחרתי להביא דוגמא זו בכל זאת, מאחר והיא ממחישה בעיית תקשורת קונקרטית.

²² הדגשה במקור.

נושא בריאות מהגרים הינו מוקד מחקרים של חוקרים ממגוון תחומים, המטפלים בסוגיה מזוויות שונות. כך לדוגמא, ה- *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* (1998) הקדיש גיליון למכשולי השפה במהלך הטיפול הרפואי.

בשנת 1949 אישר ארגון העבודה הבינלאומי (ILO) מספר אמנות בין לאומיות המתייחסות במיוחד לאי אפליית מהגרי עבודה על רקע בריאותם (לבנטל, 2002). אך המציאות היא אחרת, ואחת הסיבות לכך היא התפשטותן של מחלות זיהומיות גלובליות דוגמת השחפת, הצהבת והאיידס, השכיחות יותר במדינות המייצאות מהגרי עבודה מאשר באלה אשר קולטות אותם. מדיניות מקבלי ההחלטות במדינה הקולטת מכוונת בדרך-כלל לשמור על בריאות הציבור ולמנוע מלכתחילה את כניסתם של עובדים חולים או של נשאים של מחלות מדבקות, וכן של חולים במחלות כרוניות. אולם, במספר מדינות אירופיות מתקדמות נהוג כי במקרה שמחלות כאלה מתגלות לאחר שהעובד הזר בעל האשרה כבר הגיע ונקלט במערכת העבודה המקומית, הוא מקבל את כל הטיפול הנדרש בארץ המארחת.

אדוט (2002) סבור כי לא נמצא אזכור הולם לסוגית בריאותם של מהגרים חסרי אשרה באמנות הבינלאומיות עליהן חתומה ישראל. התייחסות לזכויות מהגרי עבודה קיימת באמנות האו"ם לזכויות כלכליות, חברתיות ותרבותיות (1966) ובהערה נלווית שעוסקת בנושא הבריאות. לפי הערה מס 14 לסעי' 12 של אמנה זו:²³

'מדינות... מחויבות להימנע מהטלת מגבלות או מניעה של הנגישות השווה של כל אדם – כולל אסירים, עצירים, מיעוטים, מבקשי מקלט ומהגרי עבודה חסרי אשרה – לרפואה מניעתית, טיפולית ופליאטיבית; להימנע מישום של פרקטיקות מפלות במדיניות של המדינה' (שם, עמ' 21-22).

ובהמשך:

'שירותי הרפואה הציבורית צריכים להיות זמינים ונגישים לכל אדם "בכמות סבירה" [...] 'מתקני רפואה, סחורות ושירותים, צריכים להיות בהישג היד של כולם. התשלום... צריך להיות מבוסס על עיקרון השוויון' (שם).

²³ לעיל מובא הציטוט בתרגומו של אדוט (2002). לנוסח האנגלי של ההערה באמנה ראו [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4,+CESCR+General+comment+14.En?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4,+CESCR+General+comment+14.En?OpenDocument)

פרק 19 ב"אמנה החברתית" של מועצת אירופה דן במהגרי עבודה שאינם מארצות אירופה עצמה. האמנה נוסחה לראשונה בשנת 1961 ואושרה על-ידי רוב ארצות המועצה (הכוללת 40 מדינות באירופה). גרסתה הסופית של האמנה פורסמה ב-1996:

זכויותיהם של מהגרי עבודה ומשפחותיהם להגנה ועזרה:

סעיף 1 – לתת, או להבטיח שינתנו, שירותים מתאימים לעזרת עובדים אלו, במיוחד להבטיח מסירת מידע מדוייק לעובדים, ולהבטיח במסגרת החוק המקומי מניעת מידע מטעה ותעמולה כנגד הגירה אל ומחוץ למדינה.

סעיף 11 – להקל על מהגרי עבודה ובני משפחותיהם את לימוד שפת הארץ המארחת.

סעיף 12 – לקדם ולהקל על העובדים הזרים לימוד שפת האם שלהם.

מבחינת סעיפי האמנה ניתן בהחלט לומר כי היא מעניקה משקל לחובת המדינה לגשר על פערי השפה המקשים על מהגרי העבודה, וכן לשמור על תרבות המקור שלהם.

מועצת אירופה קבעה מנגנון לישום זכויות סוציאליות של מהגרי עבודה במדינות החתומות על האמנה. למנגנון זה שתי זרועות: א. ועדת מומחים בינלאומית ב. ועדת שרים. היבטים נוספים לזכויות הלשוניות של העובדים הזרים נמצאים בדו"ח ועדת המומחים שהופקדה על ישום הסכמים ואמנות בתחום הביטחון הסוציאלי: בהולנד, למשל, הוקם גוף ציבורי מסובסד ע"י המדינה - "המרכז ההולנדי למען הזרים" - הנותן עזרה מגוונת לזרים, כגון מתן מידע על הביטחון הסוציאלי בשפות שונות, לזרים שאינם דוברים שפה מקומית (פלג, 1999). לעומת זאת, מצאה הוועדה, ששוודיה אינה ממלאת סעיף זה במלואו כי הוטל על מעסיקים (של זרים) לשלם תשלום גבוה עבור שיעורים לרכישת השפה עבורם. הוועדה קבעה שהדבר יוצר אפלייה בפועל כי המעסיק יעדיף עובד מקומי ברמה זהה עקב הוצאות עבודה פחותות".

כפי שצוין לעיל, לעתים קיים פער בין חקיקה לישומה, אף במדינות בהן קיימת מודעות למחסומי השפה. כך למשל, מתאר דו"ח של ארגון PICUM, ארגון בלתי-ממשלתי בגרמניה החוקר את מצבם של מהגרים חסרי-תיעוד, את קשיי הנגישות והתקשורת של מהגרים בבואם לקבל טיפול רפואי:

Additionally the German health care system is not hospitable to foreigners. The experiences of the first migrant workers in the 1960' s highlighted a variety of cultural and linguistic deficits in communication and understanding. On the one hand, it is extremely difficult to give an accurate report about one ' s health complaints in a foreign language. Physicians will only call for professional medical interpreters in exceptional situations, relying on the patient' s family members or non-trained members of staff instead. Written information is usually available only in German. On the other hand, the people themselves adhere to different subjective or culturally based concepts of health, not all of them are compatible to Western views of medicine.

ניתן לראות, אם כן, כי למרות החקיקה האירופית בנושא, בגרמניה עדיין משתמשים ב"מתורגמנים" – בני משפחה ומלווים – המתלווים לחולה ומסייעים לו במקום מתורגמנים מקצועיים. גם בבריטניה, למרות קיומו של חוק נגד אפליית אנשים עם מוגבלויות (Disability Discrimination Act, 1995), הקובע שעל מעסיקים, חברות וארגונים לבצע התאמות סבירות למניעת אפלייה, עדיין מבוצעים טיפולים, בשירותים סוציאליים ומקצועיים כאחד, המתקיימים בסיוע מתורגמנים לא-מיומנים, או מתורגמנים שלא עברו הכשרה ספציפית לאותו התחום. הדבר נכון לגבי תקשורת עם מיעוטים לשוניים, כמו גם עם חירשים וכבדי שמיעה (Harrington, 2001). הסיבה לכך היא שהחוק אינו קובע במפורש מהי רמת השירות ואיכותו הנדרשת, אלא רק שעליו להיות "סביר". הרינגטון (2001), המקדיש את מאמרו לתופעת המתורגמנים הלא-מיומנים לחירשים, מציג תופעות הדומות מאוד למתרחש בהעדר מתורגמנים מקצועיים לשפות המדוברות; כך למשל, הוא מתאר

מצבים בהם מתבקשים בני משפחתו של חירש לתרגם לו מידע על היותו חולה סופני בסרטן, מצב בו סביר שאין הם יכולים להישאר נייטרליים – כמתבקש ממתורגמנים במצבים אלה. פתרון אד-הוק נוסף שהיה נהוג בעבר הוא שימוש בעובדים סוציאליים כמתורגמנים. כיום, מתוך הכרה בחשיבות של מקצוע המתורגמנות כמקצוע נפרד, מתבקשים חלק מהעובדים הסוציאליים במדינה להמשיך את הכשרתם בתחום המתורגמנות.

ניתן להצביע על פער בין לשון החוק לבין ישומו גם בארצות הברית. במדינה זו החקיקה הפדרלית והחקיקה המשתנה ממדינה למדינה מתייחסת לאיסור להפלות בקבלת שירותי בריאות. אחד החוקים הבסיסיים בהקשר זה הינו "חוק זכויות האזרח" (1964), שמטרתו מתוארת כך:

[...] to ensure that federal money is not used to support programs or activities that discriminate on the basis of race, color, or national origin. Title VI says: No person in the United States shall, on ground of race, color, or national origin, be excluded from participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving Federal financial assistance.

בשנת 2000 הוציא נשיא ארצות-הברית דאז, ביל קלינטון, צו נוסף לשיפור הנגישות לאזרחים בעלי שליטה מוגבלת באנגלית²⁴. הצו חל על כל התכניות הפדרליות וכן על אלה הנתמכות באמצעות סיוע פדרלי, כולל תכניות בריאות וביטוחי בריאות. חוקים וצווים אלה לא צמחו בריק, לאור הרכבה ההטרוגני של ארצות-הברית, מבחינה אתנית ולשונית כאחד. על-פי מפקד התושבים משנת 1990, 14% מהאוכלוסייה הינם בעלי שליטה מוגבלת באנגלית (Marshall et al., 1998). לפי מחקר עדכני יותר משנת 2000, כ-32 מיליון מתושבי ארצות-הברית נולדו מחוצה לה²⁵, ו-17% מהם (כ-46 מיליון בתקופה הנבדקת) מדברים בבית שפה שאינה אנגלית²⁶. כמו באירופה כך גם בארצות הברית, קיים הבדל בין החקיקה לבין

²⁴ "The Policy Guidance on Prohibition against National Origin Discrimination as It Affects Persons with Limited English Proficiency (Aug. 30, 2000, Office of Civil Rights Guidance).

²⁵ <http://www.kff.org/content/2003/20030821/> עדכני ל-4 באוקטובר, 2003.

²⁶ מאמרה של Jane Perkins: "Ensuring Language Access in health Care Settings: An Overview" of Current Legal Rights and Responsibilities, מתוך <http://www.kff.org/content/2003/4131/4131.pdf>.

ישומה. כך למשל, נמצא כי חולים שאינם דוברי אנגלית פונים לחדרי מיון כברירת המחדל לקבלת טיפול (Bernstein et al, 2002) במקום לרפואה ראשונית או לרפואה המונעת (Perkins, 2003). עוד נמצא, כי חולים שאינם דוברי אנגלית צורכים יותר שירותים (זמן ובדיקות) במחלקות מיון ילדים בהשוואה לחולים אחרים. למרות שמשרד הבריאות מכיר במתורגמנות לקוייה כצורה של אפלייה, עדיין אין מתורגמנים מקצועיים ברוב המוסדות הרפואיים. רבים מהרופאים בחדרי המיון עדיין מסתמכים על בני משפחה וחברים או על עובדים בלתי מקצועיים (כלומר לא ממקצוע הרפואה ושאינם מתורגמנים מקצועיים) של בית החולים (שם). בעיה זו משפיעה על טיב התרגום, ועל האופן בו תופסים בני המיעוטים הלשוניים את המפגש הרפואי ואת הרופאים עצמם:

... Hispanic respondents who said they did not speak English as their primary language reported having greater problems communicating with their health care providers than those who spoke English as their primary language (43 percent versus 26 percent). In addition, asthmatic patients who did not speak the same language as their physicians were less likely to keep scheduled office appointments and more likely to miss follow up medications and use the emergency room. Health care providers surveyed in Los Angeles, New York City, Houston, and Miami found language difficulties to be a major barrier to immigrants' health care and a serious threat to medical care quality, since clinicians could not get information to make good diagnoses and because patients might not understand the treatment regimens prescribed for them." Over one quarter (27%) of Low English Proficiency patients who needed, but did not get, an interpreter reported they did not understand their medication instructions, compared with only two percent of those who either needed and received an interpreter or who did not need an interpreter. The use of untrained family members and friends to interpret has been associated with omissions, additions, substitutions, volunteered opinions, and semantic errors that can seriously distort translation.

פרקינז (2003) מצביעה אפוא על תופעות העולות גם ממחקריה של ודנשה, המציינת כי בתרגומם של מתורגמנים לא מיומנים מופיעות השמטות, תוספות, הרחבות ומתן ביטוי לדעתם האישית. יש לציין כי ממצאי מחקרה של פרקינז תואמים לממצאים שהציגו, ברנסטיין ואחרים (2002), אודות ההבדלים במתן שירותים רפואיים לחולים בעלי קשיי תקשורת באנגלית שקיבלו מתורגמן לבין חולים שנאלצו להסתדר ללא שירות זה.

קשיי התקשורת בין חולים בעלי שליטה מוגבלת באנגלית לבין הממסד הרפואי, מוצגים בספרה של פאדימן (Fadiman, 1997), *The Spirit Catches You and You Fall Down*. הספר פורש סיפור אמיתי אודות בת למשפחה שהיגרה מלאוס לארצות הברית. הילדה חולת אפילפסיה, שנפלה קורבן להבדלי התרבויות והתפיסות הרפואיות בין משפחתה ובין הממסד הרפואי. אנשים הלוקים באפילפסיה נחשבים בקהילת ה-Hmong, אליה השתייכה משפחת הילדה, כאנשים בעלי כוחות מיוחדים, והטיפול במחלה הוא טיפול הוליסטי, למשל בגירוש שדים העלולים לכעוס עליה או על משפחתה. הרפואה המערבית לא השכילה להבין את הרקע התרבותי-דתי העמוק העומד מאחורי טיפולם המסור של הורי הילדה בחולה, והממסד האשימם בהזנחתה ואף הפקיעה אותה מידיהם לתקופה מסוימת, ניתוק שלא הביא לשיפור במצב בריאותה. תרמה להדרדרות המצב גם העובדה שההורים לא ידעו קרוא וכתוב באנגלית או בשפתם שלהם, ולכן התקשו למלא אחר ההוראות המורכבות למתן התרופות. מאידך, הם התקשו להבין את הטיפולים, הפולשניים לעתים, שעברה בתם בבית החולים, ובתחילה אף לא נעשו נסיונות להסביר להם אותם. רק גורמים מעטים בממסד הרפואי ניסו לגשר על פערי השפה והתרבות, ולקבל את תרבות ההורים כקרב קפיצה לטיפול ולא כגורם מעכב. כותבת הספר התייעצה עם האנתרופולוג קליינמן (Kleinman) כיצד היה מגשר על הפערים העצומים שהביאו לבסוף להדרדרות במצב הילדה. עצותיו בסוגיה זו היו:

- על הממסד לזנוח את המונח "מילוי אחר הוראות" (compliance) – זהו מונח המצביע על הגמוניה מוסרית, ואיש אינו אוהב לקבל הוראות. יש להשיג את שיתוף הפעולה עם החולה באמצעים אחרים ולא מתוך עליונות של הממסד.

- רצוי לאתר בן קהילת המיעוט או אנתרופולוג רפואי שיוכלו לתווך בין החולה לממסד. לדבריו, כמו ביחסים בין אישיים, גם בשיח הרפואי נדרשת פשרה של שני הצדדים.
- על נותן השירות הרפואי להבין שבאותה מידה שהוא מחזיק בערכים, אינטרסים ואמונות, גם לצד השני יש אמונות משלו, שאינן תמיד זהות. הבנת תפיסות אלו תסייע, לדבריו, למניעת "התנגשות" בין תרבויות.

קליינמן, שביקש לגשר על הפערים בתפיסות הרפואיות שמחזיקים הרופאים והחולים, אף חיבר שמונה שאלות שהוא מציע לרופאים לשאול את החולים, ומטרתן להציג תחושותיו ופחדיו של החולה לגבי מחלתו, ודעתו לגבי הטיפול הרצוי להחלמתו, פרטים שאינם מופיעים באנמנזה רגילה ברפואה המערבית.

הבדלים בתפיסות החולי, הרפואה והמרפא בקרב חולים בני מיעוטים מוצגים גם במחקרה של רייף (Reiff, 1999), העוסק בהבדלים בין הרופאים בישראל, הפועלים בשיטות רפואה מערביות, ובין חולים ממוצא אתיופי, בכל הקשור לתפיסות מחלה, רפואה ומרפא. בדמיון מסויים לתפיסותיהם של המהגרים מלאוס בספרה של פאדימן (1997), מציינת רייף כי גם החולים יוצאי אתיופיה תופסים מחלה באופן הוליסטי יותר, הקושר אליה גוף, נפש, נשמה, משפחה, קהילה ואף את היקום כולו. בדומה לבולדן (2000), גם רייף מציינת בסקירתה את ההבחנה בין "קול הרפואה" (מידע טכני בשיחה) לבין "קול חיי היומיום". להערכתה רופאים נוטים לכוון את השיחה לנושאים טכניים וממעטים בנושאים אישיים, פסיכולוגיים וחברתיים, וכן הם נוטים לכפות את האידיאולוגיה של התרבות המארכת על חולים מתרבויות אחרות, מעודדים אותם להתנהג בהתאם למערכת התפיסות הנהוגה בחברה המארכת, ואינם קשובים תמיד למערכת התפיסות של החולה. רייף מסכמת כי מפגשים רפואיים מהווים מקום של התנגשות בין חולים ורופאים, בשל חוסר השוויון התרבותי בין הצדדים; בשל אלמנט העקה (stress) במחלות המהגרים הגורם להם לחפש מזור במערכת רפואית שלא תמיד יודעת לתת להם מענה; וכן בשל הבדלי הכוחות בין החולה והרופא, הנובע ממקומם בחברה. הממצאים במחקר הנוכחי מציגים תמונה שונה בנוגע לרגישותם של הרופאים, מזו שמתארת רייף. יחד עם זאת, אין לבטל את משקלם של הבדלי התרבויות בין

חולים לרופאים כגורם המשפיע על המפגש. כמו כן, חוסר יכולתם של הרופאים להבין תלונות של חולים שאינן מתיישבות עם המודלים הביו-רפואיים המערביים, עולה כְּתִימָה בראיון עם אחת המתנדבות במרפאה, אנתרופולוגית בהכשרתה (ראו בפרק ד'), וראויה להתייחסות גם היא.

Ozolins (2000), כותב בתחום התרגום הקהילתי החי באוסטרליה, ערך השוואה בין צורות ההתייחסות של מדינות שונות לצורך בשירותי שפה – החל מהתכשורת מוחלטת, דרך הסתמכות על שירותי אד-הוק ומתן שירותי שפה גנריים, וכלה בפתרונות כוללים ומעוגנים בחוק, של מתן הכשרה למתורגמנים ותשלום עבור השירות. במחקר נוסף שלו (1998), הוא מציג סקירה של שירותי תרגום מאורגנים ברמה הממסדית באוסטרליה. מסקנתו היא ששירותי התרגום והמתורגמנות באוסטרליה התפתחו באופן אינדיבידואלי בכל אחת מן הפרובינציות, בהתאם לאופיה ולהסדרים שהיו קיימים בה בעבר. להלן תיאור קצר של שיטות המיסוד של מקצוע המתורגמנות במוסדות ציבור:

בפרובינצית דרום אוסטרליה (South Australia) לדוגמא, החלה המדינה להעניק שירותי תרגום ומתורגמנות בבתי המשפט. עם הזמן, התרחב השימוש במתורגמנים וב-1980 הקיף השירות את כל מוסדות הממשלה, וכלל גם את תחום התרגום בבתי החולים. גם ב-New South Wales התרחש תהליך דומה, בו החל מיסוד מקצוע המתורגמנות בבתי המשפט, ומשם הפך לסוכנות ממשלתית רחבת-היקף, הכוללת את כל תת-הענפים של המתורגמנות (פרט לתרגום בבתי חולים, שם היתה ידו של ארגון אחר על העליונה) ומספקת גם שירותי תרגום בכתב. בפרובינציית ויקטוריה (Victoria), קיים ארגון נפרד לכל תחום, דוגמת שירות מתורגמנות בבריאות הנפש, בחינוך, בתחום הבריאות, בבתי משפט וכדומה. במדינה זו רשאים המוסדות הציבוריים לבחור את ספקי שירותי התרגום מתוך מספר גופים מתחרים.

מאמרו של יאקופטי (Jacoopsie, 1993) מתאר את התפתחות מערכת הבריאות באזור הארקטי הצפוני של קנדה, מאז מלחמת העולם השנייה. המאמר דן בסוגיות הקשורות למתורגמנים בסיטואציות רפואיות, כולל השפעת גילם של המתורגמנים ומידת שליטתם בשתי השפות. ב-1969 החלה המחלקה לבריאות ורווחה להכשיר עובדי בריאות קהילתית ילידיים לסייע לתחנות האחיות לתקשר עם האוכלוסייה. הכותב מציין כי עדיין קיימות

בעיות בנגישות הלשונית של החולים הילידיים, דוגמת דרישה של נשות אינואיט לקבל מיילדות מהקהילה, העדר כמעט מוחלט של אחיות ורופאים ילידיים, ותרגום הרפואי שעדיין זקוק לשיפור. רק חלק קטן מהמתורגמנים הרפואיים באזור מבוגר מ-45, מאחר ורוב האנשים המבוגרים יותר הינם חד לשוניים. למרות שלמבוגרים שליטה טובה יותר בשפה הילידית, מעטים זכו לחינוך פורמלי ורמת האנגלית שלהם אינה מספקת לביצוע תרגום מקצועי בתחום זה. בעיה נוספת הקשורה להכשרת דור חדש של מתרגמים רפואיים, היא העדר מילונים וחומרי לימוד רלוונטיים בשפה המקומית (Inuktitut). מחקר מקיף נוסף שבוצע בקנדה (Bowen, 2000) חקר את השפעת מחסומי השפה על הנגישות והאיכות של הטיפול הרפואי במדינה, ואת התפקיד שיכולות למלא תכניות להנגשה לשונית (language access). מיעוטים לשוניים שאינם זוכים לשירותים ברמה נאותה (underserved) ממערכת הבריאות הינם אלו שאינם דוברים אחת מהשפות הרשמיות במדינה, כלומר, גם דוברי צרפתית מחוץ לקויבק או דוברי אנגלית בתוכה נכללים בהגדרת הקיפוח. בין הסובלים ממחסומי שפה בטיפול הרפואי ניתן למנות גם ילידים אינואיטים, מהגרים, פליטים, וחרשים. הגישה לשירותי הבריאות בקנדה נובעת מכוח חוק הבריאות משנת 1984, תחת הקריטריונים של אוניברסליות (universality) ונגישות (accessibility).²⁷ בעוד שאמנת הזכויות והחירויות בקנדה אישרה את זכותם של חירשים לקבל מתורגמנים בטיפול הרפואי, זכותם של מיעוטים לשוניים אחרים עדיין אינה מוגדרת כראוי בחוק.

המחקר גילה כי לא זו בלבד שמחסומי השפה מקשים על המפגש עם הרופא, אלא הם גם מונעים גישה לתכניות לקידום הבריאות ולרפואה מונעת (שם), תופעה שהובחנה, כאמור, גם בארצות הברית; כי השפה, ולא דווקא שוני תרבותי, מהווה את המחסום הראשי; כי הספרות התיאורטית בתחום מראה על השפעות ביניים כמו עיכוב בבקשת טיפול רפואי, הבנה פחותה ומילוי מופחת אחר הוראות הרופאים; איכות הטיפול באנשים שאינם שולטים באחת מן השפות הרשמיות עלולה להתבטא בחריגות מכללי האתיקה. מחסומי שפה עלולים לגרום לאי הגנה על חסיון החולה או לפגום בתהליך החתמתו על טופס הסכמה מדעת לטיפול; מחקרים אחדים, (ראו למשל Galil et al., 2001), בדקו את שביעות רצונם של חולים מהטיפול הרפואי שקיבלו. חולים אשר דיברו בשפה שונה משל נותן השירות

²⁷ <http://www.hc-sc.gc.ca/medicare/home.htm>

הרפואי, דיווחו באופן עקבי על שביעות רצון נמוכה יותר מהטיפול, לעומת חולים שלהם שפה משותפת עם המטפלים. ממחקר שבוצע בקנדה (Bowen, 2000) עולה כי מהגרים מציגים את היעדרם של מתורגמנים או נותני שירות דו-לשוניים כמחסום הגדול ביותר לנגישות לטיפול רפואי.

יש לציין כי בשנים האחרונות החל להתפתח מחקר בנושא האתיקה של הטיפול הרפואי במצבים של שונות תרבותית, דוגמת טיפול רפואי במהגרי עבודה (Marshall et al., 1998). תחום זה כולל את מתן ההסכמה לטיפול רפואי, תפקיד המשפחה במתן טיפול כלשהו או במניעתו, ומסירת מידע רפואי. החוקרים מונים ארבע בעיות אתיות עיקריות הכרוכות במתן הטיפול הרפואי למהגרים ולפליטים: אמונות וערכים תרבותיים העולים במהלך הטיפול הרפואי והשפעתם עליו ועל היבטי האתיקה בטיפול; בעיות תקשורת וסוגיות אתיות הקשורות לשימוש במתורגמנים; בעיות הנוגעות לנגישות הטיפול הרפואי (health care access) המתקשרות לאפלייה ודיכוי פוליטי; בעיות הנוגעות למחקר הקליני, ביחוד בהקשר של מתן הסכמה לטיפול ושמירה על סודיות. פרק במאמרם של מרשל ואחרים (1998) מיוחד לבעיות הקשורות לשימוש במתורגמנים בשיח הרפואי. מתורגמנים לא מקצועיים (native interpreters) נוטים לערב את תפיסת עולמם ואמונותיהם האישיות בשיחה. מרשל ואחרים (1998) מבחינים בתופעות שהוצגו לעיל בשיח המתורגם, קרי השמטות ושינויים שעורכים המתורגמנים – המשמשים כגורם מסנן וממיין (gatekeeper). לדבריהם, המתורגמנים משתמשים בביטויים ממושטים או ביטויים אופייניים לסוג השיחה ולמשתתפים, על-מנת לגרום לחולים להרגיש נוח יותר עם הדיאגנוזה והפרוגנוזה שהם שומעים מן הרופא. כך למשל, מתורגמן לסינית אשר נשאל אודות אופי עבודתו מול חולים, דיווח כי כאשר הוא מתרגם לחולים סיניים, הוא נמנע מהשימוש במילה "מוות", ומשתמש ב"ללכת", "לישון", "להפסיק לאכול אורז" וביטויים עקיפים דומים (אודות היבטים תרבותיים בתהליך התרגום ראו Katan, 1999). הפשטת השפה בשיחה המתורגמת נצפתה גם במחקר הנוכחי, אם כי בכיוון אחר של השיחה, וראו בפרק ד'. לחלופין מדווחים החוקרים כי מתורגמן לקנטונית הסביר לחולה במשך 15 דקות תהליך רפואי שהרופא הקדיש לו משפט אחד, תופעה שודנשה מכנה (1992) "העברה מורחבת" (expanded rendition). כאמור, מתייחסים החוקרים גם להיבטים האתיים של השימוש במתורגמנים בכלל, ובמתורגמנים בלתי-

מקצועיים בפרט. כך למשל, מובא מקרה בו אושפזה נערה דוברת ספרדית ואנגלית שוטפת, אשר גססה מסרטן העצמות. הנערה החולה תיווכה בין הוריה ובין המערכת הרפואית. כאשר נפטרה, היתה המשפחה מופתעת ומבולבלת, מאחר והנערה לא ידעה אותם לגבי מצבה האמיתי, לא מסרה להם את דיווחי הרופאים במדויק, ולמעשה שידרה להם מסרים שגרמו להם להאמין שהיא עשויה לצאת מבית-החולים. השימוש בבני משפחה כמתורגמנים נדון בפרק זה בהרחבה, וממצאים נוספים מוצגים בפרק ד' להלן.

הורנברגר (1998) בחר להציג את בעיית מחסומי השפה באמצעות הערכת העלויות הנדרשות לגישור עליהן. הוא מונה מספר תכניות לגישור על בעיות השפה, דוגמת שיעורי שפה לנותני השירות, שיעורי אנגלית לאלו שאינם דוברים את השפה, שיפור איכות התרגום, שימוש בתרגום מרחוק ועוד, ומציג ניתוח כלכלי של כדאיותם.

לסיכום, ניתן לומר שסוגיית הנגשת שירותי הבריאות למיעוטים לשוניים עולה על סדר היום הציבורי והמשפטי במדינות רבות בעולם, למרות שלא בכולן פועל כבר פתרון ממוסד בדמות מתורגמנים קהילתיים. באשר לישראל, ממליץ פלג (1999) על הקמת מנהל בטחון סוציאלי לזרים, לפי הדגם האירופי, שתפקידו, בין השאר, להפיץ מידע בשפות זרות המקובלות בין מהגרי העבודה; לשמש כתובת בשפות המתאימות לשמיעת תלונות ולטיפול בהן; ולהפנות את מהגר העבודה וללוותו למוסדות המתאימים לפי העניין.

4. מהגרי עבודה בישראל

מהגר עבודה, או "עובד זר" בלשון העם, הוא עובד בעל נתינות זרה שבא לעבוד בארץ ה"מארחת" לפי הסכם או חוזה לתקופה מוגדרת (בדרך כלל עד שנתיים) (פלג, 1999). להגדרה זו יש יוצאים מן הכלל: מהגר עבודה שמשתקע בארץ המארחת ועם קבלת האזרחות מפסיק להיות במעמד "עובד זר"; מהגר עבודה בלתי חוקי – עובד שנכנס ללא היתר עבודה (באשרת תייר או בכל דרך אחרת), ונשאר לעבוד בארץ המארחת. לכאורה אין למדינה המארחת אחריות לגבי קבוצה זו, אך למעשה האחריות קיימת כי לא ננקטו האמצעים למנוע את כניסתה או לאכוף את יציאתה.

תחילתה של הגירת העבודה לישראל בסוף שנות השמונים ותחילת שנות התשעים. מהגרי העבודה השתלבו בשוק העבודה השניוני, שהיה מאויש עד אותה עת בעובדים פלסטינים, ואשר התרחב במהירות. מעבר לכך, מהגרי עבודה החלו להחליף עובדים ישראלים מאורגנים כמנגנון להורדת שכר העבודה במשק כולו, במסגרת תהליכי ההפרטה (שנל ואלכסנדר, 2002, 34). כתוצאה מכך התבסס בישראל שוק עבודה שניוני המורכב ממהגרי עבודה, שגודלו מגיע ליותר מעשרה אחוזים מכלל כוח העבודה. מספרים אלו נחשבים לגבוהים מאוד בקנה מידה של מדינות מפותחות (שנל ואלכסנדר 2002, לבנטל, 2002).²⁸ עפ"י אומדני הרשות לתכנון כוח-אדם מפברואר 2000, מגיעים העובדים חסרי ההיתר מכ- 90 מדינות-מקור, החל ממדינות המזרח התיכון שחלקן אינן מקיימות כיום קשרים דיפלומטיים עם ישראל, דרך מדינות אפריקה דרומית לטהרה, מדינות דרום-אמריקה וכלה במדינות שונות באירופה המזרחית.²⁹ בשנת 2001 נאמד מספר מהגרי העבודה בישראל ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בכ-240 אלף עובדים, מהם כ-140 אלף עובדים בלתי חוקיים. מהגרי העבודה היוו בשנת 2001 כ-4% מכלל החיים במדינה, וכ-14% מהמועסקים במגזר העסקי בישראל. מספרם של מהגרי העבודה בשנת 2003 אינו ברור, ונע סביב 300 אלף. מגוריהם מרוכזים בעיקר באזור התחנה המרכזית הישנה בתל אביב, בה הקימו במשך השנים מערכות קהילה, תרבות ודת. על-פי נתונים משנת 2001, מהווים מהגרי העבודה כ-16 אחוזים מכלל תושבי תל-אביב-יפו (אלכסנדר, 2001, אצל קמפ ורייכמן, 2003). למען השלמת התמונה יש לציין כי עד פרוץ האינתיפאדה השנייה בספטמבר 2000, היתה בארץ קבוצה שלישית, של עובדים פלסטינים, גם הם התחלקו לעובדים בעלי היתר ולשוהים בלתי חוקיים (שב"חים).

הכנסתם החודשית של מהגרי העבודה נמצאת בסביבות שכר המינימום במשק, ובמקרים רבים אף נמוכה ממנו. עם זאת, יש לציין כי הכנסתם בארץ גבוהה מאוד מהכנסתם במדינות המקור. שכרם של מהגרי העבודה אינו כולל בדרך כלל הפרשות סוציאליות למיניהן. ההתייחסות החוקית בישראל לתחומי הביטחון הסוציאלי כוללת חובת מעסיק (התחייבות

²⁸ יש לציין כי בעקבות מדיניות משטרת ההגירה ופעולותיה לגירוש מהגרי העבודה או עזיבתם מרצון פחת מספרם באופן משמעותי. אין בידי הכותבת נתונים מדויקים והאבחנה נמסרה לה מפי מנהלות מרפאת "רופאים לזכויות אדם" בהתאם לירידה בכמויות המבקרים במרפאה.

²⁹ הדו"ח אינו מתייחס למדינות אסיה באבחנה זו.

מנהלית) לספק למהגר העבודה דיור הולם, לשלם לו שכר מינימום ולהפריש לו תשלום לביטוח רפואי (פלג, 1999). בנוסף, על פי חוק הביטוח הלאומי, מחויב המעסיק להפריש חלק מסוים משכרו של העובד לביטוח הלאומי. בגין הפרשה זו מבוטח מהגר העבודה בענפים הבאים: פגיעה בעבודה, מענק לידה וכן ביטוח בענף נפגעי פעולות טרור. בפועל, כדי לחסוך בהוצאות, נמנעים מעסיקים מהסדרת תנאי עבודה וביטחון סוציאלי, מצב המהווה עברה על חוקי העבודה הבסיסיים וכן על אמנת ארגון העבודה הבין-לאומי המצוינת לעיל.

ישראל חתומה על שלוש אמנות בין-לאומיות בתחום הבטחון הסוציאלי: אמנה מספר 19 (משנת 1958) הקובעת שיוויון למהגרי עבודה בתחום הביטוח לגבי פגיעה בעבודה; מספר 48 (1964), בדבר שמירת זכויות וקצבאות ארוכות-טווח גם לאחר עזבם את הארץ; מס' 118 (1966), לשוויון לאזרחי ישראל ולזרים בתחומי הביטוח הסוציאלי. ישראל לא אישרה את אמנה מספר 143, המהווה נסיון ראשון מסוגו להעניק זכויות מסוימות למהגרים חסרי אשרה (קמפ ורייכמן, 2003).

בישראל מבחינים בשתי אוכלוסיות של מהגרי עבודה: הראשונה, מהגרי עבודה עם היתרים, "מהגרי עבודה חוקיים", והשנייה- מהגרי עבודה ללא אשרות, "מהגרי עבודה לא חוקיים". (לבנטל, 2002). מעמדם של הנמנים על הקבוצה הראשונה קבוע בחקיקה, אך אין עדיין מענה רשמי לסוגיית זכויותיהם של מהגרי העבודה הבלתי חוקיים. גם הקבוצה השנייה מתחלקת לשתי תת-קבוצות:

1. עובדים שנכנסו לארץ ללא היתרי עבודה – רובם מגיעים עם אשרות תייר או מסתננים בדרך אחרת, נשארים בארץ ועוסקים במלאכות שונות. הגעתם הינה עצמאית, ללא תיאום עם רשויות ההגירה וללא "חסות" של קבלן.
2. עובדים שנכנסו עם היתרי עבודה – הנמנים עם קבוצה זו נכנסים לארץ עם היתר עבודה אך ממשיכים לחיות בארץ מעבר לתקופת הרשיון. בנוסף, כוללת קבוצה זו

עובדים העוזבים בשלב כלשהו את מעסיקהם החוקיים ועוברים למעסיקים אחרים שאין להם היתר להעסיקם.³⁰

אחת התכונות המבחינות בין מהגרי העבודה חסרי האשרה לבין מהגרי העבודה בעלי ההיתרים היא היותם בעלי משפחות: משפחותיהם בארץ, משפחות חדשות עם בני זוג ישראלים או עם מהגרי עבודה חסרי אשרה אחרים.

4.1 מהגרי עבודה בתל-אביב

על פי נתונים משנת 2001, מהווים מהגרי העבודה כ- 16% מכלל אוכלוסיית תל-אביב-יפו (Alexander, 2001, אצל קמפ ורייכמן, 2003). אוכלוסיית מהגרי העבודה בתל-אביב מהווה את חלק הארי מכלל מהגרי העבודה בישראל, מהיות העיר מטרופולין רחב הצורך את שירותיהם. לריכוזם של מהגרי העבודה בעיר זו סיבות נוספות, הנעוצות במבנה הקהילתי של המהגרים ממדינות המוצא שלהם.

ברמת הדרג המקצועי באגפי הרווחה, בריאות הציבור והחינוך, התפתחה בתל-אביב מדיניות "דה פקטו" של היענות לצרכים בסיסיים של המהגרים ללא קשר למעמדם החוקי, החל משנת 1993 (שם). רמת הדרג הבכיר בעירייה החלה לדרוש בסוגיה ב-1996, עת נבדקו האפשרויות למציאת פתרונות מיידיים ל"מיזעור הנזק" בשכונות החלשות בהן התרכזו המהגרים. בתחילת 1999, בעקבות חילופי ראשות העיר (וכן לאחר לחץ ציבורי בעקבות סדרת כתבות בעיתון "העיר"), החלה תקופה חדשה במדיניות העירייה כלפי מהגרי העבודה החיים בעיר, שעיקרה גיבוש תפיסת מדיניות עירונית כוללת וארוכת טווח בנושא. בשנת 2002 מסתמנת מגמה חדשה של יצירת דיאלוג עם קהילות המהגרים, במטרה למנוע חיכוכים בין המהגרים לבין התושבים הוותיקים.

בשנים האחרונות החלו חוקרים לעסוק בסוגיית מהגרי העבודה והשלכותיה של המדיניות העירונית כלפיהם, וכן להציב מודלים לפיתוח מדיניות מוסדרת (שנל ואלכסנדר, 2002).

³⁰ בקרב פקידי משרדי ממשלה ומעסיקים של מהגרי-עבודה השתרש המונח "ברחן" לתיאור עובדים שמסיבה כלשהי עוזבים את מעסיקם החוקי.

בשנת 1999 הוקמו בתל-אביב שני גופים המהווים את הכרת העיריה בכובד משקלה של הסוגיה: "הפורום לעובדים זרים", בראשות מנכ"ל העירייה, הפועל כועדת היגוי וכגוף מייעץ לראש העיר; וכן ארגון מסיל"ה (מרכז סיוע ויעוץ לאוכלוסייה הזרה), ארגון יחיד מסוגו בישראל, שתפקידו להיות מרכז לאיסוף מידע, למעקב ולסיוע בפתרון מצוקות אישיות של יחידים ומשפחות של מהגרים. בתוך כך, למשל, הפך המרכז לנקודת הרישום של ילדי המהגרים לקופת חולים. במרכז מתנדבים דוברי שפות זרות, המסייעים להעברת מידע ולטיפול בבעיות פרטניות בתחום החינוך, הבריאות וזכויות העובדים.

בשנת 2002 פרסם המרכז, בסיוע מהגרי עבודה, את ה"מדריך לעובד הזר בישראל" במספר שפות, הכולל מידע על זכויות מהגרי העבודה בתחומים שונים וכן דברי רקע על הקהילות הזרות העיקריות בעיר.

שנל ואלכסנדר (2002) מציעים תכנית מפורטת למדיניות עירונית בתחומים שונים, הכוללת הפיכת את השונות התרבותית של העובדים הזרים למקור לחוסן. אולם הדו"ח שכתבו אינו מתייחס במפורש לבעיות העולות משונות תרבותית זו ולהצעות לגישור על בעיות התקשורת עם הקהילות, שהינן המכשול הראשי המפריע לקשר שלהם עם המוסדות מחד ועם האוכלוסייה המקומית מאידך.

4.2 בריאותם של מהגרי העבודה בישראל

מדינת ישראל היא מדינת הגירה לכל דבר, בהיותה קולטת הגירה במאה ועשרים השנים האחרונות (לבנטל, 2002), אולם רוב הנסיון הממסדי שנצבר התרכז בטיפול ב"עולים חדשים", הזוכים מיד עם עלייתם לאזרחות ועימה לכל השירותים כולל הזכאות לביטוח בריאות ממלכתי. לעומת זאת, אין לישראל ניסיון בהתמודדות עם סוגיית הטיפול במהגרי עבודה. לרוב אלו אנשים צעירים ובריאים, היודעים כי אינם זכאים לשום סל-הטבות, מכיוון שעל פי הכרתם הם אינם אמורים להזדקק לשירותי בריאות באופן תכוף, ויתרה מכך – תשלום עבור ביטוח בריאות מהווה עבורם נטל כספי. בהיותם נתונים בסיכון של גירוש מידי, שכירת חדר או דירה חשובים בעיניהם יותר מאשר ביטוחי רפואי. פרט לכך, הם חוששים כי הופעתם ברשימה של מבוטחים רפואיים עלולה להביא להסגרתם לשלטונות

בבוא העת. בנוסף, חוק הבריאות הממלכתי אינו חל על אף קבוצה של מהגרי העבודה, מאחר ואינם תושבים מתוקף הגדרתם.

התקדמות מסוימת חלה בנושא הטיפול הרפואי בילדים חסרי מעמד אזרחי ובמבוגרים בעלי אשרה, אולם לא באלה יעסוק המחקר, מעצם העובדה שמרפאת "רופאים לזכויות אדם" מטפלת אך ורק בעובדים חסרי אשרה.

"חוק עובדים זרים (העסקה שלא כדין)", התשס"א, 2000, נחקק במסגרת "חוק ההסדרים במשק מדינת ישראל" (תיקוני חקיקה בנושאי חוק עובדים זרים, 1991, וחוק שירות התעסוקה, 1959), והוא נוגע, בין השאר, בהיבטים הרפואיים הקשורים להעסקתם של מהגרי העבודה. בנוסף, הוצא צו ("צו עובדים זרים (אישור העסקה שלא כדין והבטחת תנאים הוגנים) (סל שירותי בריאות לעובד)" התשס"א, 2001), חתום ע"י שר הבריאות – המחייב מכוח החוק, כל מעסיק לבטח את עובדיו הזרים בפוליסה מקיפה לביטוח בריאות. אמנם, כיסוי הפוליסה מקיף פחות מהכיסוי שניתן לכלל תושבי מדינת ישראל, אך תהליך ההכלה של מהגרי עבודה ללא אשרות עבודה במערכות הרווחה והבריאות מקיף כבר עתה את ילדיהם של מהגרי העבודה חסרי האשרה.

יוצאים מן הכלל בסוגיית הטיפול הרפואי הינם טיפולים בחדר מיון ואישפוז דחוף: על פי חוזר משרד הבריאות חייב חדר מיון של בית חולים בישראל לקבל, לאבחן ולטפל בכל אדם הבא בשעריו, בין שהוא תייר ובין שהוא מהגר עבודה בלתי חוקי. ברוב המקרים נחשב חובו של העובד כ"חוב אבוד" או "חוב מסופק" במאזן התקציב של בית החולים.

על אף התנאים האמורים לעיל, שירותים מסוימים נגישים גם למהגרי עבודה חסרי אשרה:

1. מרפאת "רופאים לזכויות אדם" – המרפאה מספקת מגוון שירותי רפואה ראשונית

ושניונית ומסייעת ככל יכולתה במצבים רפואיים.

2. מרפאות ומרכזי רפואה פרטיים. התשלום בהם יקר בדרך כלל, משום שהוא מיועד

לאוכלוסיה ישראלית אמידה המבקשת שירותים מהירים וטובים יותר מאלו

הניתנים ברפואה הציבורית.

3. בתי-חולים ומרכזים רפואיים במזרח ירושלים ובגדה המערבית. במצב הבטחוני הנוכחי, נותרה מזרח ירושלים כאפשרות יחידה לקבלת שירותים רפואיים בעלות נמוכה יחסית מזו שבישראל.
4. מרפאות ורופאים פרטיים המעניקים שירותים זולים בתוך ישראל (לעתים אלו רופאים הדוברים את שפת המהגרים).
5. אישפוז חירום – במצב חירום רפואי זכאי אדם לקבל טיפול רפואי דחוף ללא התנייה, זאת על פי "חוק זכויות החולה, התשנ"ו", בו נאמר בפרק ג' סעיף 33: "במצב חירום רפואי זכאי אדם לקבל טיפול רפואי דחוף ללא התנייה". אמנם, בית החולים רשאי לנסות לגבות את הוצאות טיפול-החירום לאחריו, אולם חובות בגין האשפוז של מהגרי עבודה בלתי חוקיים הופכים בבתי החולים ל"חובות אבודים" שלא ניתן לגבותם מהחולה.
6. "טיפול חלב" – לפי החלטת עיריית תל-אביב, שהפכה להחלטה של משרד הבריאות, זכאית כל אישה בהיריון, ללא קשר לסוג האשרה שלה, להרשם ל"טיפול חלב", לשלם את התשלום שנגבה מנשים ישראליות ולקבל את שירותיה.
7. עלות האישפוז ללידה אמורה להיות מכוסה ע"י המוסד לביטוח לאומי גם אם האישה לא עבדה בישראל כחוק, ובלבד שעבדה יותר משישה חודשים לפני הלידה.
- יש לציין כי דו"ח עמותת "רופאים לזכויות אדם", "אדישות אלימה", שיצא באוגוסט 2002 מתייחס רק לסוגיות הרפואיות והמשפטיות של נגישות לטיפול רפואי למהגרי עבודה ואינו מתייחס לקשיי התקשורת וההבדלים התרבותיים הקיימים בתחום זה.

5. סיכום

סקירת הספרות הציגה את השדה התיאורטי הרב-תחומי הקשור למחקר זה. מן הסקירה עולה כי מקצוע המתורגמנות הקהילתית הולך ומתפתח ברחבי העולם – הן מבחינת ההכרה הציבורית והחוקית בחשיבות המקצוע, והן מבחינת המהלכים להתמקצעות המתורגמנים באמצעות תכניות הכשרה שונות ופעילות בהתאם לקוד התנהגות מוסדר. בישראל, לעומת זאת, מתורגמן הפועל בסיטואציות ציבוריות אינו מוגדר כבעל מקצוע, ומתורגמנות

קהילתית מבוצעת באמצעות "מתורגמנים" אד-הוק, או ללא הסתייעות כלשהי במתווכים לשוניים. מחקרים בארץ ובעולם מוכיחים כי מצב זה הינו פתח לטעויות קליניות, ולפגיעה ברמת מילוי ההוראות שניתנו לחולה, כמו גם פגיעה ביכולת המעקב של הרופא אחר מהלך הטיפול.

אחת הבעיות בשדה התיאורטי היא היעדר כמות משמעותית של מחקרים בתחום התרגום, שנכתבו מנקודת מבטם של העוסקים בשפות מיעוטים (minority languages) (Cronin, 1998). מחקרים אלו היו עשויים לתת תמונה מעניינת אודות אסטרטגיות תרגום יחודיות, השפעת קטלוגה של שפה כשפה "אקזוטית" על תהליך התרגום לשפות נפוצות כגון אנגלית או צרפתית וכן השלכותיהם של היחסים החברתיים-תרבותיים בין תרבויות-רוב ותרבויות-מיעוט על התרגום בין שפת-מיעוט ושפת-רוב. פער נוסף בשדה המחקרי נובע מן העובדה שאף לא אחד מהמחקרים שפורסמו לאחרונה בישראל בנושא מהגרי העבודה מתייחס לסוגית התקשורת ומשקלה בפתרון בעית הנגישות של העובדים לכלל השירותים מטעם הרשות המקומית והמדינה. גם מחקרים אחרים הנוגעים לבריאותם של מיעוטים בישראל התייחסו פחות להשלכות הבעייתיות בתקשורת בין מטפל ומטופל ברמה הממסדית וניתחו תופעות יחודיות לאוכלוסיות מסוימות. יחד עם זאת, ניתן לראות שמחקרים שבוצעו במדינות שונות מציגים מאפיינים דומים בקשיי התקשורת בין מטפלים למטופלים. פרק הדיון ישווה בין הממצאים העולים בספרות התיאורטית לבין העולה בתצפיות המחקר הנכחי.

פרק ג' – מתודולוגיה

1. שיטת המחקר

במסגרת עבודת השדה נעשה שימוש בשיטת המחקר האיכותי. בחרתי בשיטה זו מאחר ושדה המחקר והדילמות העומדות מאחוריו קשורים כולם באנשים. שפה, מחסומי שפה, בעיות בריאות וחוויות אנושיות הינם היבטים שקשה לכמת. ההנחה התיאורטית לגבי שיטת המחקר האיכותית הינה שכך ניתנת לחוקר האפשרות לחצות את המסגרות וקדם-התפיסות

הראשוניות, ולהגיע בצורה מעמיקה יותר לחקר החוויה האנושית, באמצעות מידע משמעותי יותר ומשכנע יותר מ"דפי מספרים", תוך עיבוד וניתוח הדברים בהקשרם הכללי. גישה זו מצביעה על כך שרוב המידע טמון במילים ולא במספרים, באמצעות ריאיונות, תצפיות והקלטות (31Miles and Huberman, 1984).

שיטת המחקר האיכותי מתאימה יותר מן הכמותי לסיטואציה היחודית של מרפאה. באי המרפאה חשים חוסר אמון בממסד הישראלי, ולא יטו לקבל בברכה שאלונים העשויים להיות פולשניים בעיניהם. על החוקר לנקוט לפיכך, גישה סובלנית ופתוחה, ולנסות לתפוס מקום של צופה לא משתתף ואוהד. תובנה זו התחזקה אצלי עם תחילת התצפיות, כאשר נוכחתי לדעת שחלק מהחולים הפגינו חשדנות לגבי עצם נוכחותי בשיחה, ועל אחת כמה וכמה לגבי הרישום שניהלתי והפרטים הדמוגרפיים שביקשתי מהם, או העתקתי מהרישום בכרטיס החולה שלהם. חשדנות זו הופגה רק לאחר שהסברתי להם כי התצפית מיועדת למטרות מחקריות בלבד. הבחירה בשיטה האיכותית לעבודת השטח הביאה בעקבותיה לבחירה בכלי המחקר בהם השתמשתי – קרי, תצפיות וריאיונות.

1.1 כלי המחקר

המחקר כולל 64 תצפיות, שבוצעו בחדרי הרופאים או בחדר האחות במרפאת "רופאים לזכויות אדם". הנתונים הדמוגרפיים שנלקחו מהחולים יוצגו וינתחו בפרק הדיון. כל התצפיות, פרט לארבע (שנערכו ביום ו' בשעות הבוקר, בשעות הקבלה לרפואת ילדים), נערכו אחרי השעה חמש בערב. הממצאים שעלו בתצפיות נתמכו בריאיונות חצי מובנים ובשיחות שנערכו עם אנשי סגל המרפאה, הרופאים, וה"מתורגמנים" אותם פגשתי במהלך המחקר.

בפתיחת הריאיון הצגתי הצגה כללית של המחקר ומטרותיו ולאחר מכן ביקשתי לשאול מספר שאלות. מן המרואיינים נתקבלו ונרשמו נתונים אישיים, פרטי ההשכלה הפורמלית וטיב הקשר שלהם למרפאה. לאחר מכן התנהלה שיחה שבה כללתי שאלות מוכנות מראש, תוך מתן אפשרות למרואיין "לגלוש" גם לנושאים שלא הוצגו במפורש בשאלות. מדובר אפוא ב"ראיון אתנוגרפי פתוח" (צבר בן-יהושע 1990), הדומה לשיחה ידידותית (ספרדלי, שם):

מתעורבים בו שני תהליכים המשלימים זה את זה: האחד תהליך של התאמה ויצירת זיקה בין החוקר לנחקר: החוקר מעודד את הנחקר לדבר על תרבותו, ושואף לקיים יחסים הרמוניים עימו ולהיווצרות תחושת אמון, המאפשרת זרימה חופשית של מידע; התהליך השני הוא תהליך של הפקת מידע, המעודד ומטפח את הזיקה הזאת...אפשר, במהלך ריאיון, לעבור לשיחה ידידותית, כדי להשיג אמון ולשוב לשאלות ריאיון.

הראיונות עם הרופאים התמקדו בקשיי התקשורת (אם ישנם כאלה לדעתם) העולים במהלך הטיפול הרפואי, במודעותם של הרופאים לקשיים אלה ובניסיונותיהם לפתור אותם. הראיונות עם ה"מתורגמנים" התמקדו בקשיי התקשורת במהלך השיחה המתורגמת, בתחושותיהם כלפיה (מידת הביטחון שהם חשים, למשל), בבעיות העולות בשיח מתורגם ובפתרונות אפשריים וכן במחשבותיהם לגבי תפקידם בשיח המתורגם.

2. אוכלוסית המחקר

האוכלוסיה הנבדקת במחקר השדה היא ציבור העובדים הזרים שהגיעו לקבלת טיפול ב"מרפאה הפתוחה" של עמותת "רופאים לזכויות אדם" בימים שבהם ביקרתי במקום. בחרתי לצפות בשיח רפואי בו מעורבים מהגרי עבודה מאחר ומדובר באוכלוסיה מגוונת מבחינה דמוגרפית וחברתית. למרות נגיעתו לשפות "אקזוטיות" בישראל, מנסה מחקר זה לטפל בסוגיית מתן שירותי שפה לחולים, כחלק מחוק זכויות החולה בישראל (התשנ"ו) ובסוגיות זכויות האדם הנובעות מהצורך לקיים תקשורת מובנית בין הרופא למטופל. בתחילת המחקר קיבלתי את אישור מנהלות המרפאה לעריכת התצפיות, וכן הסכמה פרטנית מכל רופא ומכל חולה. מטעמי שמירה על פרטיותם של החולים ועל הסודיות

הרפואית, לא נקבתי בשמם של החולים. שמותיהם של הרופאים, האחיות וה"מתורגמנים" נזכרים במחקר בהסכמתם.

2.1 מגבלות מתודולוגיות בבחירת אוכלוסיית המחקר

מאחר ואינני בעלת השכלה רפואית רשמית, היה עלי להתגבר על "מחסומי שפה" אישיים שלי, קרי לברר מונחים רפואיים ומושגים הקשורים לנהלי עבודה שלא הכרתי. אולם לחסרון זה היה גם יתרון: גם החולים הנם חסרי השכלה רפואית וכך היה לי קל יותר לראות ולשמוע את השיחה רופא-חולה מההבט של החולה. מכשלה פוטנציאלית נוספת היתה אי-ידיעתי את חלק מהשפות המדוברות במרפאה.

3. השדה המחקרי

התצפיות במחקר נערכו במרפאה הפתוחה של עמותת "רופאים לזכויות אדם". המרפאה נמצאת ברחוב גולומב בדרום ת"א, לא הרחק מהתחנה המרכזית.³² שיקול מרכזי בבחירת המרפאה כשדה המחקר היה היותה מקרה יחודי – היא המקום היחיד בארץ המשרת אנשים ללא ביטוח רפואי, משמע שרובם עובדים זרים.³³ הדבר משליך גם על בעיות פיזיות ונפשיות היחודיות לאוכלוסיית מטופלים זו. אוכלוסיית מהגרי העבודה המבקרת במרפאה מגוונת ביותר מבחינת לאום ולשון, עובדה התורמת לעומק המחקר. אלמנט נוסף הוא העובדה שרוב רובם של נותני השירות במקום פועלים בהתנדבות, כך שתנאי העבודה שונים מאלה של המרפאה או בית החולים בהם הם עובדים בדרך-כלל. אופיה של העמותה כגוף התנדבותי התלוי בתרומות משליך גם הוא על היכולת התיאורטית והמעשית להעניק שירותי תרגום ושפה לחולים. בבחירת אוכלוסיית המחקר לקחתי בחשבון את ייחודה האתני ואת מעמדה המורכב בישראל, בהשוואה לאוכלוסיות מטופלים דוברי עברית או אזרחי ישראל שהינם מיעוטים לשוניים (דוגמת עולים חדשים).

32 במהלך התצפיות עברה המרפאה למשכנה הנוכחי ממבנה קטן יותר ברחוב לבנדה.

33 כל אזרחי ישראל ותושביה מבוטחים אוטומטית במסגרת "חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994)".

עמותת "רופאים לזכויות אדם – ישראל" נוסדה בשנת 1988 כעמותה א-פוליטית וללא כוונת רווח. מטרת העמותה היא "להגן על זכויות האדם הרפואיות של כל תושבי ישראל והשטחים הכבושים ולקדמן".³⁴ העמותה פועלת בשיתוף פעולה עם מלכ"רים אחרים, ישראלים ופלסטינים, וכן עם ארגונים מעבר לים. עמותת "רופאים לזכויות אדם" הינה חברה בפדרציה הבין-לאומית של ארגוני בריאות וזכויות אדם.

על פי אתר העמותה³⁵ מועסקים בה כ-12 עובדים בשכר, 10 מהם רופאים. מספר המתנדבים הינו 650 – מחציתם רופאים. "המרפאה הפתוחה" פועלת בסיועם של כ-150 מתנדבים, רופאים: אחיות, פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים ומסייעים בחדר הקבלה.

"המרפאה הפתוחה", שנוסדה ב-1998, פועלת חמש פעמים בשבוע: שלוש פעמים לביקורים אצל רופאים כלליים (הרופאים עצמם מגיעים ממגוון התמחויות), פעם בשבוע לרופא נשים ופעם בשבוע לרופא ילדים. המרפאה מפנה למעבדות או לבתי חולים לביצוע בדיקות שאין אפשרות לבצע במסגרתה. התשלום עבור בדיקות אלה נמוך יותר, כתוצאה מהסדר בין המרפאה לגופים אלה. חלק מהרופאים מקבלים למרפאותיהם הפרטיות חולים מהגרי עבודה בתעריף סמלי. התשלום לביקור במרפאה הינו סמלי (שלושים שקלים לביקור ראשון, עשרה שקלים לביקור רגיל) אך הטיפול, לפי "רופאים לזכויות אדם", אינו נמנע ממי שידו אינה משגת לשלם. הביקורים, כמדיניות, אינם נקבעים מראש – החולים מגיעים מעט לפני פתיחת המרפאה ונרשמים. הסגל משתדל לקבל 30 מטופלים ביום, אם כי לאחרונה קטנה כמות הפונים למרפאה מאחר ומהגרי עבודה רבים גורשו ורבים אחרים מפחדים לצאת מביתם לקבלת טיפול רפואי.³⁶

אתר האינטרנט של המרפאה מונה בין צוות מתנדביו גם מתורגמנים. במהלך המחקר נוכחתי לדעת כי ה"מתורגמנים" אינם נמצאים במרפאה באופן קבוע, וצוות המרפאה מתקשר אליהם בעת הצורך, בהתאם לרשימה התלויה בעמדת הקבלה.

34 www.phr.org.il

35 מתוך כתבה בעיתון The Jerusalem Post, אפריל 2002.

36 הסבר זה לירידה המתועדת בכמות הביקורים במרפאה, ניתן מפי המנהלות.

המרפאה מעניקה שירותי רפואה ראשונית ושניונית ומבצעת מעקב לצורך המשך טיפול בחולים לאחר אשפוז. כמו כן, מספקת המרפאה הגנה על זכויות העובדים מול חברות הביטוח.

מחודש ספטמבר 2002 ועד תחילת אוגוסט 2003 נפתחו 1,753 תיקים חדשים לחולים (אחוז מסוים מן התיקים נפתח לחולים ותיקים שאינם זוכרים את מספר התיק מסיבה כלשהי). סך כל התיקים שנפתחו עד חודש אוגוסט 2003 – 11,748.

להלן מדגם המציג את מגוון השירותים שמעניקה המרפאה, וכמות המבקרים בה (הנתונים לחודש ינואר-מרץ 2003): 37

מספר תיקים חדשים: 722

ביקורים:

אורתופד	עובדת סוציאלית	פסיכיאטר	עור	גניקולוג	ילדים	רופא כללי	
6	5	3824	10	61	68	355	ינואר
16	3	12	15	59	36	340	פברואר
12	7	7	10	54	16	276	מרץ
34	15	43	35	174	120	971	סה"כ

סך כל הביקורים ברבעון: 1,392

סיכום ההפניות לחודש פברואר 2003:

מספר	סוג הפניה
38	מרפאות מומחים ב"איכילוב" (על חשבון "רופאים לזכויות אדם")

37 הנתונים לקוחים מסטטיסטיקה עתית שמנוהלת במרפאה.

38 הערה: במקור נכתב "9+15 קבוצתית" – קרי 9 מטופלים בטיפול קבוצתי ו-15 בטיפול פרטני.

24	בדיקות מעבדה באיכילוב
7	בדיקות הדמיה ב"איכילוב" על חשבון "רופאים לזכויות אדם" (רנטגן ואולטרה-סאונד)
92	הפניות לרופאים מומחים, מתנדבי העמותה (ללא תשלום או בתשלום סמלי – גניקולוגים, כירורגים, רופאי עיניים, אף אוזן גרון וכו')
10	בדיקות הדמיה במחירים מוזלים מאוד (CT ב"אסותא", סקירת מערכות בתל-השומר)
51	בדיקות מעבדה בתשלום
20	בדיקות הדמיה בתשלום (אולטרסאונד, רנטגן וכו')
5	מרפאות מומחים ב"איכילוב" בתשלום
9	מלש"ח (מרפאה לשחפת)
2	מרפאת STD (מרפאה למחלות מין)
12	מיון ("איכילוב")

3.1 מבנה המרפאה

בכניסה למרפאה חדר קבלה גדול, בו מסודרים כיסאות בשורות, ובפינותיו ספרים ועיתונים באנגלית וכן צעצועים. על לוחות תלויים דפי מידע בשפות שונות. לעתים מגיעים למרפאה דפי מידע חשובים שאינם מתורגמים, או מתורגמים חלקית בלבד (ראו דוגמא בפרק ד'). מול שורת הכיסאות עומד שולחן הקבלה, בו יושבת המתנדבת ואחת ממנהלות המרפאה. מאחוריה חדרון ובו התיקים הרפואיים. במרפאה עושים שימוש במחשב להזנת פרטי החולים.

חדר אחות – מכיל מיטה, ציוד בדיקות וארון תרופות צנוע.

חדר ישיבות – בד"כ אינו משמש לקבלת חולים, אלא כספריה וכמקום מפגש לאנשי הצוות.

שירותים משותפים לאנשי הצוות ולחולים.

מטבחון לאנשי הצוות, עלייה למשרד העמותה.

חדר רופא א – חדר גדול יותר, מכיל מכשיר א.ק.ג, מיטת בדיקות, ארון קיר גדול וארון תרופות. בחדר זה השולחן צמוד לקיר ועל כן ברוב המקרים יושבת הרופאה מול החולה.

חדר רופא ב – החדר הקטן, מיטה צמודה לקיר, כוננית, שולחן לרופא. בחדר זה מוצב כיסא אחד מאחורי השולחן וכיסא או שניים מלפניו. ברוב המקרים יושבת הרופאה מאחורי השולחן.

בחדרים יש שלוחת טלפון אך אין מחשב. הקירות חשופים, ללא כל קישוטים. בחדרים נמצאים ספרי אבחון רפואי וספרי תרופות.

4. דרך התנהלות התצפיות

התצפיות במחקר השדה התנהלו מחודש מרץ ועד ספטמבר 2003. שיטת ניהול התצפיות היתה קבועה, ונועדה, בין השאר, ליצור שגרה שהקלה על עבודתי מול סגל המרפאה והחולים. כך נהגתי להגיע למרפאה לפני שעת הפתיחה והצגתי את עצמי ואת מחקרי בפני צוות המרפאה שנכח במקום. מהרופאים ביקשתי פרטים ראשוניים כמו תחום התמחות, המניע לעבודתם במרפאה ומשך הזמן בו התנדבו בה. במהלך קבלת החולים ישבתי בחדרי הרופאים (תוך ניסיון לצפות בשני הרופאים שהתנדבו באותו יום), הצגתי עצמי בפני החולה (בניסוח פשוט, כגון: "אני סטודנטית ללינגויסטיקה, כותבת על התקשורת בין עובדים חולים ובין הרופאים") וביקשתי את רשותם לצפות, תוך הסבר שאיני מקליטה דבר ואיני רושמת פרטים מזהים. רוב החולים נענו לבקשתי. חלקם לא רצו הסברים ארוכים ופעמיים סרבו החולים לאפשר לי לצפות (אישה מבוגרת ממוצא מזרח אירופי וגבר ממוצא אפריקאי). בתצפיות ישבתי מחוץ לשדה הראייה של הרופא והחולה, אך קרוב מספיק כדי לראות ולשמוע בפירוט את המתרחש בשיטת "הצופה הלא-משתתף" (צבר, 1990). במהלך התצפית רשמתי את פרטי החולה, חלקם מתוך כרטיס החולה וחלקם באמצעות שאלות

ישירות. לעתים שאלתי את המטופלים שאלות אינפורמטיביות, למשל בנוגע לרמת העברית שלהם ומספר השנים לשהייתם בארץ. לעתים הייתי שואלת גם את הרופאים שאלות הבהרה (אודות שם של מחלה, תרופה, מהות סימפטום זה או אחר, מידת ההבנה בינם לבין המטופל וכדומה). השתדלתי לשאול שאלות הבהרה בין ביקורי המטופלים אך מפאת קוצר הזמן לא תמיד הסתייע הדבר בידי. במהלך התצפית השתדלתי לרשום רישום מלא של השיחה, בלא להשמיט דבר, משימה קשה למדי שזרשה תרגול.

5. שיטת התעתיק

בעבודת השטח נצפו מקרים רבים של מעבר בין שפות, תופעה המכונה "code switching" (ראו בפרק ד'). היה עלי לפתח שיטת תעתיק שתציג בצורה מדויקת את שפת השיחה ואת הביטוי המתועתק. תעתוק מבע בעברית במהלך שיחה באנגלית נכתב באותיות לטיניות ומודגשות (לדוגמא: **it's very megared**). תעתוק ביטוי לועזי בוצע באותיות עבריות מודגשות, ולאחריו נכתב פירוש המילה בסוגריים מרובעים (לדוגמא: "אין פנומוניה" [דלקת ריאות]). שיטת התעתיק מפורטת בנספח י"א.

6. עיבוד הנתונים וניתוח התוצאות

חוקר המשתמש בשיטת מחקר איכותי צריך לדעת מהו השלב שבו עליו להפסיק לאסוף את הנתונים. אין נקודת זמן או כמות תצפיות מוגדרת אשר בה מומלץ להפסיק את האיסוף. הספרות המקצועית (ספרדלי אצל צבר 1990, האצ'ינסון אצל גבתון 2001) מתארת את תהליך האיסוף כתהליך מעגלי-ספירלי, ההולך ומתכנס לתוך עצמו. כאשר נכנס החוקר לראשונה לשדה המחקרי, הוא מתחיל לאסוף את הנתונים במקום שנדמה לו שתהיה בו תשובה לשאלת המחקר שלו (גבתון, 2001). עם תהליך האיסוף מתחיל גם תהליך הניתוח והגדרת התימות המרכזיות בחומר. האצ'ינסון, שניתח את שיטת "התיאוריה המעוגנת

בשדה" שפיתחו האנתרופולוגים גלייזר וסטראוס (Glaser and Strauss, 1967), מכנה שלב זה "שלב הקידוד הראשוני" (coding level I), בו עובר החוקר על החומר ומאתר בו חזרות, אותן הוא משייך לכותרות שקבע. במהלך המחקר מחדד החוקר את הגדרת התימות, מבטל את חלקן ומוסיף אחרות. גבתון (2001) ממליץ להפסיק את איסוף הנתונים כאשר החוקר מגיע ל"רוויה". רגע זו מוגדר כרגע בו יש חזרות רבות מדי, כלומר הנתונים המצטברים "נכנסים" ללא קושי למערכת התימות שבנה החוקר. אז מתבררת התמונה הכוללת שבנה החוקר ואין הוא רואה עוד מקום לחדדה. זהו הרגע בו החוקר מסוגל לתת תשובה לשאלת המחקר שלו במונחים של תיאוריה. המחקר הנוכחי אינו בונה תיאורה, אולם פועל בשיטת איסוף וניתוח דומה לזו שהוצגה בספרות התיאורטית.

פרק ד' - תוצאות ודיון

כאמור, המחקר הנוכחי הינו מחקר איכותי המבוסס על תצפיות וראיונות, שבוצעו ב"מרפאה הפתוחה" של עמותת "רופאים לזכויות אדם", ונמשכו מינואר עד ספטמבר 2003.

1. ניתוח נתוני החולים

1.1 חלוקה לפי נותן השירות הרפואי

התצפיות בהן נכחתי, 64 במספר, מחולקות לפי הגורם המטפל באופן הבא:

מספר התצפיות	הגורם המטפל
57	רופא כללי למבוגרים
4	אחות המרפאה
3	רופאת ילדים

1.2 חלוקה דמוגרפית:

המיון הגיאוגרפי שלהלן מצביע על פריסה רחבה מאד של ארצות מוצא (ראו נספח א'):

אפריקה: 23 חולים

מס' חולים	ארץ
4	אתיופיה

גאנה	9
גיניאה ביסאו	1
דרום אפריקה	3
זנזיבר	1
חוף השנהב	1
ליבריה	1
ניגריה	3

אסיה: 17 חולים

מס' חולים	ארץ
4	הודו
4	סין
7	פיליפינים
2	סרי לנקה

מזרח אירופה: 17 חולים

מס' חולים	ארץ
1	אוקראינה
1	אזרביג'אן
3	בולגריה
2	קזחסטאן
5	רומניה
1	רוסיה
4	מולדביה

מרכז ודרום אמריקה: 4 חולים

מס' חולים	ארץ
1	בוליביה
1	צ'ילה
1	מקסיקו
1	קולומביה

אחרים: 2 חולים

מס' חולים	הארץ
1	הרשות הפלסטינית
1	ארצות הברית*

*השתתף בשתי תצפיות.

יש לציין, כי מוצאם של החולים משפיע גם על חיי המשפחה והקהילה שלהם בישראל, ובדרך עקיפה על בריאותם. לדוגמא, העובדים ממדינות אפריקה מגיעים כמעט תמיד עם בני זוג. רבים מהם סיפרו לי כי הם שולחים את ילדיהם הקטנים חזרה לארץ מוצאם, כדי שיתחנכו כמנהג המקום או מאחר והם מתקשים לגדל אותם בישראל. חלק מן העובדים הזרים 39 מקימים בית בישראל, עם בן זוג ישראלי או זר. עובדים מסין, למשל, שוהים בישראל תקופות זמן קצרות יחסית, וכמעט לעולם אינם מביאים את בנות זוגם. מאחר ורבים בעלי משפחה בסין, הם אינם ממסדים קשר זוגי בישראל.

1.3 חלוקה מגדרית של החולים 40

בחלוקה המגדרית של החולים שניצפו במחקר היה שיוויון כמעט מושלם בין נשים וגברים:

מס' חולים	מגדר
30	גברים
31	נשים

1.4 חלוקה לגילאים

חלוקת הנחקרים לפי גילאים (ראו נספח ב') משקפת במידה רבה את חתך הגילאים באוכלוסיית מהגרי העבודה בישראל. מאחר ומדובר באוכלוסייה בגילאי העבודה, אחוז העובדים מעל גיל חמישים נמוך יחסית.

מס' חולים	קבוצת גיל
-----------	-----------

39 אין בידי נתונים כמותיים מדוייקים; רוב מהגרי העבודה שראיינתי היו ממדינות מזרח-אירופה וכן ממדינות דרום-מזרח אסיה (לא כולל סין) למעט אחד ממרכז אמריקה. לא צפיתי בזוגות של ישראלי/ת וזר/ה שמוצאו/ה ממדינות אפריקה, וממצא זה מתיישב עם ידיעותיי הכלליות בנוגע לאופי חיי הקהילה של יוצאי מדינות אלה.

40 המבוגרים בלבד, משמע 60 חולים.

5	20 (2 מבוגרים ו-3 ילדים)
11	21-29
18	30-39
15	40-49
5	50 ומעלה

1.5 חלוקה לפי השפות בהן התנהלו השיחות

החלוקה שלהלן מציגה את מגוון השפות שנצפו במרפאה (ראו נספח ג'). מרבית השיחות התנהלו באנגלית, ללא קשר לשפת האם של החולה או של הרופא. עברית היתה השפה השנייה בתדירותה, והיא היתה שפת אימם (או ברמת שפת-אם) של הרופאים. שאר התצפיות התנהלו בשתי שפות באופן מעורב. השפה הראשונה מתוך הצמד שבטבלה להלן מייצגת את השפה בה השתמש החולה. השפה השנייה שימשה גם היא בשיחה, לעתים את החולה, לעתים את הרופא ולעתים את ה"מתורגמן" או המלווה. ליתר פירוט ראו בדיון בהמשך הפרק.

מספר הפעמים שנצפו	שפת/ות הדיבור שנצפו במרפאה
36	אנגלית
17	עברית
2	אנגלית+עברית
3	סינית+אנגלית+עברית
1	ספרדית+פורטוגזית

1	רוסית+עברית
2	בולגרית+עברית
1	רומנית+עברית
1	תקשורת בלתי מילולית

2. התנהלות השיח במרפאה – סקירה ראשונית

להלן תיאור קצר של תהליך הקבלה והטיפול במרפאה, בדגש על מחסומים לשוניים פוטנציאליים:

החולים מגיעים למרפאה ונרשמים אצל פקידת הקבלה. אם אין להם תיק, נפתח להם בשלב זה תיק. שפת השיחה עם הפקידה הינה בדרך-כלל אנגלית או עברית. במקרים נדירים מתקשרים אל "מתורגמן" כבר בשלב זה. למשל, כאשר מגיע עובד רוסי ללא מלווה, התקשרו מהמרפאה אל מתנדבת דוברת רוסית (אימה של אחת העובדות בעמותה) אליה התקשרו לעתים לקבלת סיוע בתקשורת עם חולים דוברי רוסית. 41 בפעם אחרת התנדבה במרפאה מזכירה דוברת ספרדית, שסייעה לשתי עובדות דוברות ספרדית מבוליביה, שלא דיברו עברית כלל (תצפית מספר 16).

בדרך-כלל, נוהגים הרופאים לצאת מחדרם לאחר סיום טיפול בחולה, ומזמינים את החולה הבא לחדרם - תוך פנייה אוטומטית באנגלית, ביחוד כאשר לפנייהם ניצבים חולים "מסומני אנגלית" – קרי אפריקאים או פיליפינים. לעתים רחוקות נשאלה השאלה "האם אתה מדבר עברית" או "איזה שפות אתה מדבר". הרופא ד"ר גוטליב, לעומת זאת, נהג לשאול שאלה זו, מאחר והוא דובר מספר שפות, אם כי אלו שפות שימושיות פחות בתקשורת במרפאה. הבירור לגבי שפות נוספות נעשה לרוב רק כאשר הרופא מבחין כי החולה אינו "מגיב" לברכת השלום המושמעת באנגלית.

כל נותני השירות בהם צפיתי במרפאה (11 רופאים, אחות אחת, ומספר פקידות קבלה שלא נמנו לצורך המחקר) הינם ישראלים, ושפת האם של רובם הינה עברית. יוצאים מכלל זה

41 ראיון שנערך עם מתורגמנית זו יובא בסעיף 5.7.

היו שני רופאים ששפת אימם פולנית ורופאה ששפת אימה אנגלית. חלק מהרופאים למדו או שהו תקופה משמעותית בארצות דוברות אנגלית. חלקם דוברי שפות אחרות, אם כי על פי רוב שפות שאינן יעילות לשיחה מול החולים (צרפתית, שוודית וגרמנית, למשל). שפות אירופיות "יעילות" במרפאה, כלומר שפות שיכולות להיות לעזר בתקשורת עם אוכלוסית המבקרים בה, היו ספרדית (לעובדים מזרם אמריקה) ושפות סלאביות. לא נכחתי בתצפיות בהן הרופאה היתה דוברת רוסית, אולם ידוע לי כי נעשה שימוש בפולנית וליטאית כ"שפות גישור לעת מצוא".

מן התצפיות עולה בבירור כי אנגלית הינה ה"לינגווה פרנקה" בשיח הרפואי במרפאה. הדבר נובע מן העובדה שזו השפה הזרה הראשונה והנפוצה ביותר בישראל, וכל נותני השירות דיברו בה, ברמות שונות. רוב מהגרי העבודה (61%) שנכללו במחקר דיברו אנגלית ברמה זו או אחרת; מיעוטם שלטו באנגלית ברמת שפת אם, רובם משתמשים בה כשפת התקשורת היום-יומית מול המעסיקים והרשויות, ולדבריהם זו הסיבה שלא למדו עברית. מלווה של חולה, שמוצאו מחוץ השנהב (תצפית מספר 49), אמר לי שלא למד עברית מעולם כדי "לא להבין את השטריות שאומרים עלי בשוק".

עם זאת, רמת האנגלית בפי רוב החולים אינה מספקת להבנה של מינוח רפואי, ולכן הם מתקשים להבהיר ולחדד את תלונתם וכן נתקלים בבעיות הבנה של דברי הרופא או האחות.

רוב השיחות בהן נכחתי (53 מתוך 64) התקיימו ללא עזרת גורם שלישי. ב-3 תצפיות – בתרגום לרוסית, לבולגרית ולסינית – נעשה שימוש ב"מתורגמן" טלפוני. ב-14 תצפיות הגיעו החולים בלווית מלווים, וב-7 מהן נצפתה הסתייעותם של שני הצדדים, הרופא והחולה, במלווה (בן משפחה, מעסיק, אחר). השתתפות המלווה בכל המקרים היתה השתתפות פעילה שסייעה לתקשורת המילולית והשפיעה על הדינמיקה בין המשתתפים באותן שיחות. ליתר פירוט על תפקידם של המלווים בשיחה ראו בסעיף 4.3.1

באף אחד מן המפגשים בהם צפיתי לא נעשה שימוש במתורגמן מקצועי. ה"מתורגמנים" בהם מסתייעת המרפאה הם מתנדבים וניתן לחלקם לשניים: ישראלים דוברי השפה הזרה

ברמה זו או אחרת, וזרים דוברי עברית או אנגלית. דיון ב"מתורגמנים" אלו יערך בסעיף 5 בפרק זה.

כאמור, היערכות מוקדמת של החולה או המרפאה לקראת המפגש עם החולה נצפתה בעיקר לגבי חולים מסין, לאור נסיון העבר בקשיי התקשורת המיוחדים עם אוכלוסיה זו. הערכות זו כללה הבאת מלווה דובר אנגלית או עברית או חיפוש מטעם המרפאה אחר ישראלי דובר סינית עוד לפני כניסת החולה לשיחה עם הרופאה. פתרונות נוספים לגבי אוכלוסיה זו ידונו בהמשך.

לסיכום חלק זה בחרתי להביא חלקים מכתבה שפורסמה בעיתון *Jerusalem Post* בשנת 2002, 42 המציגה היטב את מחסומי התקשורת במרפאה ואת הנסיונות להתגבר עליהם.

אחד מהיבטי העבודה המעניינים ביותר הוא התיאור שנותנים החולים לכאביהם. התקשורת עם המהגרים הסינים היא הקשה ביותר בד"כ. מעטים מדברים אנגלית, ועוד פחות מכך מדברים עברית ברמה שניתן להבינה. אחד הרופאים מתאר פגישה שבה הגיע עובד סיני ותיאר סימפטומים מוזרים מאוד: "יש לי אש בידיים וברקים בכפות הרגליים", הוא אמר באמצעות "מתורגמן". הרופא הביט לרגע בחולה וניסה להבין את כוונת החולה בתיאור הסימפטומים. כצפוי, לא הצליח הרופא למצוא בספרי הרפואה שברשותו מחלה שתתאים לסימפטומים המתוארים.

רוב הזמן, נאלצים המתנדבים – רופאים, אחיות ועוזרים אדמיניסטרטיביים – להשתמש בסימנים כדי להביע את מה שברצונם לומר לחולים. אך שפת סימנים עלולה להיות אמצעי דל כאשר רוצים לתאר נושאים רגישים. חולה מאקוודור התלוננה בספרדית שגבה והירך הימנית שלה מציקים לה; לאחר הבדיקה הגופנית, התקשה הרופא לומר לה כי הבעיה נעוצה במשקל היתר שלה. לאחר שניסה לברר את תזונתה של האישה ולהציע תזונה קלה יותר, נאלץ הרופא לפנות לשפת סימנים.

42 הכתבה, מאת Matthew Gutman לקוחה מאתר האינטרנט של עמותת רופאים לזכויות אדם,

www.phr.org.il ופורסמה ב- 4.4.2002. התרגום מאנגלית נעשה ע"י הכותבת.

המתנדבים במרפאה למדו להתגבר על הבעיה בעזרת כושר ההמצאה הישראלי המוכר היטב. חלק מהפתרונות כוללים מציאת רופאים דוברי שפות זרות, או איתור "מתורגמנים" מתאימים. 43 אחד מה"מתורגמנים" בהם משתמשים לעתים קרובות הינו נזיר סיני מיפו, אשר מתרגם את תלונות הסינים לאנגלית ואז מקריא אותם לאחד מהמתנדבים דרך הטלפון. לעתים הוא שולח עם החולים פתקים המתארים את הסימפטומים.

3. בעיות מרכזיות בתקשורת בין רופאים לחולים

הבעיה המרכזית בהעדר שפה משותפת הינה אי-ההבנה של אחד הצדדים. מאחר ושפת אמם של הרופאים היא לרוב עברית או שפה מערב-אירופית אחרת, ושפת האם של החולים אינה עברית בכל מקרה, ואינה אנגלית (פרט למקרה בודד של חולה אשר נצפה בשתי תצפיות: 15 ו-36), נוצר מצב שבו אחד מהצדדים, או שניהם, השתמש בשפה שנייה או שלישית במהלך השיחה.

התצפיות מצביעות על-כך שהשימוש בשפה שאינה שפת האם של אחד הצדדים או של שניהם מביאה לתקשורת לקויה ולאי-הבנות בשלבים שונים של המפגש. הספרות התיאורטית בתחום (למשל Pöchhacker, 2000; Galil et al., 2001) קובעת כי אי-הבנות אלה עלולות לגרום למספר תוצאות שליליות: החל באי-מילוי אחר ההוראות (non-compliance), דרך אי-שביעות רצון של החולים מהטיפול הרפואי, וכלה בכשלים רפואיים של ממש.

דוגמא לכשל רפואי כזה שמעתי במהלך המחקר משתי עובדות בכירות בארגוני סיוע לעובדים זרים - מנהלת "קו לעובד" ומנהלת "מוקד הסיוע לעובדים זרים", וכן מאחת ה"מתורגמניות" המסייעות לעת מצוא: עובד סיני הוכה באשכיו בעת היתקלות עם המשטרה. משהגיע לבית החולים, נוכח הרופא המטפל בקשיי התקשורת עימו, ואף רשם

43 דיון נרחב יותר ב"מתורגמנים" ובהתאמתם לתיווך הלשוני והתרבותי במרפאה ראו בסעיף 5.

זאת בגיליון החולה. עובדה זו לא הפריעה לרופא להמליץ על כריתת האשך הנפוח, בשל חשד לגידול. החולה התעורר מן הניתוח ורק אז גילה את תוצאותיו המרות. מובן כי אילו היה במקום מתורגמן לשפה הסינית, היה החולה מסביר בדיוק את סיבת הנפיחות באשך, והניתוח המיותר היה נחסך ממנו. בית החולים נאלץ להתמודד עם תביעה משפטית שהגיש החולה.

אי-הבנות בשיח הרפואי מוגדרות במחקר זה כמצב של "קצר" בתקשורת; מצב בו אחד הצדדים אינו מקבל את המידע ששולח הצד השני. כפי שיפורט להלן, חלים "קצרים בתקשורת" כאלה בשלבים שונים של השיחה, בין אם באנמנזה, 44 בבדיקה הרפואית, בשלב מתן התרופות או בהוראות לטיפול ההמשך.

3.1 החולה או הרופא אינם מבינים את האבחנה או התרופה

אי ההבנה של האבחנה הרפואית או משטר התרופות נצפתה אצל חולים ורופאים כאחד. בדוגמאות שלעיל הוצגה אי-ההבנה באמצעות שאלות ישירות (ראו סעיף 7.1 להלן, העוסק בשאלות הבהרה משני הצדדים בשיחה), פנייה אלי כצופה (מקרה בודד), מחוות פנים וגוף וכדומה.

3.1.1

רופא המליץ לאביו של ילד חולה במחלת עור את הטיפול הבא:

רופא: ...Try a soap with an addiction of

הרופא התכוון כנראה לומר addition (תוספת). מתוך התרשמות מהבעת פניו של האב, עובד מסרי לנקה דובר אנגלית, נראה שלא הבין מה עליו לעשות.

(תצפית מספר 58)

3.1.2

44 השלב בו מתאר החולה את הרגשתו מאז החלה המחלה.

חולה מניגריה התלוננה על כאבי בטן וטעם מר בפה. לאחר בדיקה גופנית ובדיקת שתן עלה החשש שהיא סובלת מאבן בכיס המרה. החולה לא הבינה את האבחנה, כמשתמע מכך ששאלה את הרופאה אם היא סובלת מאבנים בכליות.

(תצפית מספר 47)

3.1.3

חולה מקזחסטאן, אשר קיבלה מרשם לתרופה בצורת נוזל נגד אולקוס, ניצלה רגע בו הרופאה יצאה ושאלה אותי "זה כדורים"? למרות שהרופאה אמרה לה "זה כמו חלב" והסבירה לה את אופן השימוש בתרופה. את המילה "חלב" שאבה הרופאה מדבריה של החולה, שתיארה שתיית חלב כדרך להקלת הכאב.

(תצפית מספר 48)

3.1.4

בסיומו של טיפול, שאל הרופא חולה מגאנה אם היא זקוקה לאישור מנוחה. החולה השיב תשובה הנוגעת למרשם לכדור אקמול. מכאן נראה שלא הבין את שאלתו של הרופא.

(תצפית מספר 13)

3.1.5

במרפאה נצפתה דוגמא בה לא הבינה הרופאה את משטר התרופות שנקטה החולה: חולה מהפיליפינים הגיעה למרפאה לאחר ניתוח. החולה הראתה לרופאה את מרשמי התרופות שקיבלה והסבירה כי החלה לקחתן כבר בבית החולים, אך לאחר השחרור לא מצאה בבתי המרקחת את אחת התרופות שנרשמו לה בבית החולים. הרופאה החלה לרשום מרשם חלופי, ואז התגלעו בעיות משני הצדדים בהבנת משטר התרופות. הרופאה חששה שמא החולה מחשבת את התרופות לפח חצאי או רבעי כדור, ולא לפי מיליגרמים:

רופאה: How many milligrams do you take?

חולה: Half in the morning, half in the evening.

רופאה: Milligrams milligrams [patient's name], you must know...

הרופאה, שניסתה להבין את שיטת ההמרה מחלקי כדור למיליגרמים, שמה לב לאחר מספר דקות שרשמה לחולה בטעות 100 מיליגרמים, פעמיים ביום, במקום פעמיים 50 מיליגרמים, כפי שנכתב במרשם המקורי. הטעות תוקנה אמנם בזמן, אך יתכן שנגרמה בשל עומס הקשב, שנגרם מאחר והרופאה נדרשה לשוחח בשפה זרה עם חולה שאינה דוברת אנגלית ילידית.

לאחר מכן, בעוד הרופאה רושמת, כמתואר לעיל, את המרשם לחולה, ניסתה החולה להסביר שכאשר היא לוקחת את התרופה בערב "האוזניים שלי נהיות גדולות", ואחר כך:

חולה: My ears like deaf.

הרופאה לא התייחסה לדברי החולה ולא שאלה לכוונתה, מאחר והתרכזת ברישום מינון התרופות. עומס הקשב וחוסר ההבנה בנוגע למינון התרופות גרם לכך שהסימפטום שתיארה החולה לא זכה להתייחסות מצד הרופאה, למרות שיתכן והרופאה לא התייחסה לדברי החולה משום שהבינה את תלונתה בהקשר הכולל של סיבת הביקור.

(תצפית מספר 55)

3.2 החולה אינו מבין מינוח רפואי

3.2.1

במהלך התצפית, בה שוחח הרופא עם עובד מגאנה, השוהה בישראל חמש שנים ודובר בעיקר אנגלית, השתמש הרופא במונחים רפואיים רבים. 45 כך למשל בחן הרופא את טפטי הבדיקות של החולה, ודיבר על *helicobacteria*. משראה הרופא שהחולה אינו מבין, ניסה להסביר לו באנגלית פשוטה:

רופא: Do you know what is it? A microbe

או:

רופא: You don't have constipation

[על פניו של החולה מופיעים סימני אי-הבנה]

רופא: a block

45 נטייתו זו חזרה על עצמה גם בשיחות נוספות בהן צפיתי.

(תצפית מס' 4)

אותו רופא הירבה להשתמש במינוח רפואי מורכב, דוגמת שמות מחלות בלטינית (mycosis , colonoscopy, otitis, gastritis), שמות תרופות, שמות בדיקות (בדיקת כליה, אליה מתייחס החולה כ- short waves) וכדומה.

(תצפית מס' 12)

3.3 החולה או הרופא אינם מבינים מבעים כלליים בשיחה

אי הבנה של מבעים כלליים בשיחה הינה אי ההבנה הנפוצה ביותר בשיחה, ונובעת מכך שלפחות אחד מן הצדדים אינו משתמש בשפת האם שלו. ביקור אצל רופא מלווה בדרך-כלל בתחושת אי-נעימות מצד החולה, ובחוסר איזון בין הצדדים, מאחר והרופא הינו הגורם השולט – בשיחה, במידע הרפואי ובבריאותו של החולה (Reiff, 1999), והחולה הינו הדמות הפסיבית, הפונה לעזרה. הבדלים אלה מחריפים בשל היותם של החולים במחקר זה מהגרי עבודה (על כל המשמעויות החברתיות הנגזרות ממעמדם בישראל), הזקוקים לעזרת גורם ישראלי, ובשל ההכרח להשתמש בשפה שאינה שפת האם שלהם. גורמים אלה עלולים להביא למחסום רגשי ניכר מצד החולה, שאינו יכול להביע בבירור ובדיוק את מכאוביו, הפיזיים והנפשיים. קשיים אלו מצטרפים למצבם המיוחד של רוב העובדים המטופלים במרפאה, אשר נתונים בסכנת גרוש תמידית בשל היותם חסרי אשרה. התייחסות נוספת לסוגיית הבעת רגשות וכאב עולה בראיונות עם הפסיכיאטרים במרפאה. להלן מספר דוגמאות לאי-הבנות מצידם של החולים:

3.3.1

(שיחה בעברית עם אישה ממולדביה)

רופאה: כדורים של הריון לוקחת?

חולה: כן.

רופאה: יש לך ילדים?

חולה: שניים.

רופאה: בישראל?

חולה: לא.

רופאה: מתי התחלת כדורים?

חולה: חודש?! איזה כדורים?

רופאה: של הריון. שלא יהיה... [מסמנת בידיה סימן של בטן גדולה]

חולה: אתמול גמרתי עשרים ואחד [כדורים].

(תצפית מספר 51)

נראה שבתחילה הבינה החולה כי שאלת הרופאה התייחסה לגלולות נגד הריון, אולם שאלתה השנייה מצביעה על כך שאינה בטוחה כי הבינה את השאלה.

דוגמא נוספת למצבים בהם חולים אינם מבינים את הרופאים, היא שלב הבדיקה הפיזית. במספר תצפיות, לא הבינו החולים את הוראות הבדיקה הגופנית, דוגמת "תשתעל", "נתרים רגליים] חזק למעלה" וכדומה. במקרים אלה, הפתרון היה קל יחסית, מאחר והרופאים פשוט הדגימו את שביקשו מהחולה. לפירוט בנושא זה ראו בהמשך.

במרפאה נצפו מצבים בהם הרופאים לא הבינו מבעים כלליים שהשמיעו החולים, מבעים שאינם קשורים בהכרח למינוח רפואי. אי-הבנות אלה התבטאו בדרך-כלל באי יכולתם של הרופאים להעריך את מהות הבעיה, את ההסטוריה של המחלה ואת מידת חומרתה. בהקשר זה נמצא (Marshall et al., 1998; Perkins, 2003), כי חוסר היכולת להגיע לאבחנה מדוייקת גורם לרופאים לבצע מספר גדול יותר של בדיקות רפואיות יחסית למספר הבדיקות הנרשמות לחולים שאין עימם קשיי שפה. יצויין כי לעתים לא הבינו הרופאים ביטויים כלליים מצד החולים, בשל מבטא לא ברור, הגייה לא נכונה של המילה, השמעתה בקול חרישי וכדומה. "היתקעות" בשיחה נצפתה גם במקרים בהם השפה המדוברת לא היתה שפת אימם של הרופאים. (יש להניח שחשיבתם בשפה זו איטית יותר ויכולתם לאחזר מילים בשפה הזרה קשה יותר, פרט למונחים רפואיים

3.3.2

במהלך שיחה עם חולה מסרי לנקה, פנתה אלי הרופאה⁴⁶ ושאלה "איך אומרים "תבלינים" באנגלית?", מאחר ורצתה להסביר לחולה על הרגלי תזונה רצויים.

(תצפית מספר 58)

3.3.3

בשיחה "מעורבת" עם חולה מהודו, ביקשה החולה:

חולה: Give me some tonic

הרופא לא הבין מהו אותו "tonic" ושאל את החולה למה כוונתה, וזו השיבה:

חולה: It's like⁴⁷ sirop, for appetite

(תצפית מספר 37)

3.3.4

באחת התצפיות התבקש הרופא לכתוב מכתב לחברת ביטוח אמריקאית של חולה אמריקאי, דובר אנגלית. נראה שהרופא אינו רגיל בכתיבת מכתבים בשפה זו ושואל אם המכתב צריך להיות באנגלית. בהמשך, שאל הרופא את החולה לגבי איות של מילים באנגלית כמו
sincerely, summary.

(תצפית מספר 36)

3.3.5

בשיחה בעברית עם חולה ממולדביה אמרה החולה, אשר השתמשה בתחבושת אלסטית להקל על הנפיחות ברגלה, כי "עשיתי ככה, זה כמו יש ללב". הרופאה לא הבינה את כוונת החולה ושאלה אותה לכוונתה. לבסוף, התבררה השערתי כנכונה: החבישה גרמה לחולה להרגיש "פעיימות" מוגברות ברגלה.

46 למרות שהשתדלתי להיות צופה דוממת ברוב המקרים, למעט שאלות המופנות לחולה לבירור פרטים דמוגרפיים או לשוניים הנחוצים לתצפית. השתדלתי להפנות לרופאים את שאלות ההבהרה בין טיפול לטיפול.

47 בהגייה העברית של המילה.

בשיחה עם חולה מרומניה שהתנהלה כולה בעברית, שאלה הרופאה "האם מדדו לך לחץ דם?" החולה לא הבינה, והרופאה פנתה אלי "נו, איך אומרים?"⁴⁸

(תצפית מספר 6)

4. פתרונות תקשורת בהיעדר מתורגמן

בהיעדר שפה משותפת, ובשל הכורח להשתמש בדרך תקשורת כלשהי על מנת לתת ולקבל את הטיפול הרפואי, נמצא כי החולים והרופאים נוקטים במספר שיטות תקשורת. ניתן לחלק את השיטות שנמצאו לשיטות תקשורת ישירה ולתקשורת מתווכת. תקשורת ישירה הינה תקשורת המתנהלת בין מטפל למטופל, ללא הסתייעות בגורם שלישי. בתקשורת מתווכת, לעומת זאת, מסתייעים הדוברים העיקריים בגורם שלישי לתקשורת ביניהם.

התצפיות במחקר תואמות במידה מסוימת את אסטרטגיות התקשורת אד-הוק שמונות שלזינגר וכרמל (2002): הסתפקות בתקשורת מופחתת בעברית; תקשורת מופחתת בשפה שלישית; קרוב משפחה או מלווה אחר של המטופל המסייע לתקשורת עמו; שימוש באחד מאנשי הצוות הרפואי והפארא-רפואי, 49 הסתפקות בתקשורת לא-מילולית, תרגום באמצעות הטלפון, ו"שידוך" בין מטפל למטופל על בסיס שפה. למאפיינים אלה יש להוסיף את מאפיין התקשורת הבולט ביותר במחקר הנוכחי, והוא שיחה באנגלית ברמות שונות – חלק מן השיחות נוהלו באנגלית בלבד, וחלקן נוהלו באנגלית מעורבת בעברית.

4.1 פתרונות בתקשורת ישירה

48 לשאלתה עניתי: "באיזו שפה?" והרופאה השיבה: "בכל שפה".

49 שלזינגר וכרמל מציינות גם שימוש באיש-צוות אחר (מנקה, למשל) כ"מתורגמן", תופעה שלא הובחנה במחקר זה, לאור אופייה הייחודי של המרפאה (המופעלת כולה על בסיס מתנדבים וכמעט שלא פועלים בה אנשי-צוות חסרי השכלה רפואית).

פתרונות בתקשורת ישירה מוגדרים כפתרונות אד-הוק בשיחה בין הרופא למטופל, ללא עזרת גורם שלישי כלשהו. הפתרונות לבעיות התקשורת הינם ורבליים – שימוש בשפה שלישית, לדוגמא, או גרפיים (עזרים טכניים).

תופעה החוזרת על עצמה במרבית פתרונות התקשורת הישירה היא עירוב השפות או הצפנים (code switching). וורדאף (Wardhough, 1998) טוען כי השפה או הדיאלקט בהם בוחר אדם להשתמש באירוע מסוים הינם למעשה קוד, מערכת המשמשת לתקשורת בין הצדדים. לרוב שולט אדם ביותר מדיאלקט, סגנון או משלב בודד. דו-לשוניות ואף רב-לשוניות היא מנת חלקם של אנשים רבים בעולמנו (אם כי הכותב אינו מכמת את התופעה). דוברים נדרשים לבחור קוד בדברם, ואין זה נדיר שיחליפו או אף יערבו בין קודים שונים, אפילו במבטים קצרים. הוא מציג את הגדרתו של גאל (Gal,1988), אצל וורדאף, 1998, (100):

“Codeswitching is a conversational strategy used to establish, cross or destroy group boundaries; to create, evoke or change interpersonal relations with their rights and obligations.”

החלפת הדיאלקטים, או השפות, היא עניין חברתי-פוליטי לא פחות מאשר סוגיה לשונית. כך למשל, בקניה משמשים הניב המקומי, האנגלית והסואהילי לסירוגין בהתנהלות בין אזרחים ונותני שירות ממסדיים, בהתאם לרמת ההיכרות בין הדוברים, מידת נכונותו של עובד הציבור לשתף פעולה ולתת את השירות (ואז ידבר בסואהילי), לדחות את האזרח בנימוס (באנגלית), או להנמיך את רמת הרשמיות בין הדוברים (בלהג המקומי) (Wardhough, 1998, p. 101).

הולמס (Holmes,1994) מכנה את התופעה code-mixing ומציגה דוגמאות דומות לחילופי שפה או דיאלקט במצבים שונים, מטעמים חברתיים או פונקציונליים. כך לדוגמא, היא טוענת שסטודנטים סינים דוברי קנטונזית הלומדים בלונדון ודנים בשיטת בישול סינית

מסוימת, ידברו על ההרכב הכימי של חומרי הבישול באנגלית ולא בקנטונזית, מאחר ומדובר ב"נושא טכני".

עם זאת, מתייחסים שני כותבים אלה לעירוב שפות בתוך אותה קבוצה אתנית או לאומית, ואילו המחקר הנוכחי נבדל מהם בכך שהוא מציג דוגמאות לתופעה במהלך תקשורת בין שתי קבוצות שונות – מבחינת לשון, לאום, גזע ושיוך חברתי.

4.1.1 שיחה באנגלית

כפי שצוין לעיל, שיחה באנגלית היתה צורת השיחה הנפוצה ביותר בתצפיות בהן נכחתי. 36 מהתצפיות (57%) התקיימו באנגלית בלבד, ללא הסתייעות בביטויים משפות אחרות. צורת שיחה זו נפוצה מול מהגרים ממדינות אפריקה. מול עובדים מהפיליפינים ומהודו מתקיימת שיחה באנגלית, מעורבת בעברית במינוחים שונים. בין הגורמים המשפיעים על הפתרון שנבחר, ניתן למנות, ככל הנראה, מספר שנות השהות בישראל, יכולת אישית לקליטת שפות, וכן סוג העבודה בו עוסק החולה, ומידת הקשר שלו עם ישראלים במהלך עבודתו. מהגרי עבודה העובדים בקרב עמיתים מקבוצות הלאום שלהם, ללא קשר הדוק עם ישראלים, נוטים לדבר פחות עברית מאשר אלו העוסקים בעבודות כגון טיפול בילדים וסיעוד, המצריכים קשר עם המטופל. הדבר נכון במיוחד לגבי טיפול במבוגרים ישראלים, שאינם שולטים באנגלית.

חלק מהשיחות באנגלית אופיינו ב-code switching, כלומר, הן ערבו עברית עם לועזית רפואית - שנועדה להבהיר נקודות חשובות בשיחה, דוגמת סימפטומים או תרופות. בהקשר זה, וכן לגבי השימוש בצורות שיחה מעורבות אחרות שנצפו (קרי, שימוש בשפה שלישית ותקשורת מופחתת), הבחין רוזנברג (2001) בנסיונות של הרופאים לתקשר עם החולים בשפת האם שלהם, למרות השתתפותו של "מתורגמן" בשיחה. כך למשל נצפו מקרים בהם פנה הרופא לחולה ישירות בספרדית, למרות שלרוב היה ביכולתו לומר רק מילים בודדות בשפה זו.

4.1.1.1

I am taking *kadur* all the time

(תצפית מספר 37)

4.1.1.2

I went to the doctor *kama pea'mim*

(תצפית מספר 34)

4.1.1.3

It's very *megared*

(תצפית מספר 34)

4.1.1.4

Very stressful *avoda*

(תצפית מספר 34)

4.1.1.5

Now it's *nafuax*

(תצפית מספר 30)

4.1.1.6

תיאור חולה את התזונה שלה:

... *te ve-uga ve-shtei prusot*, and afternoon *xumus, lexem ba-avoda*, and evening...

(תצפית מספר 37)

לעיתים נשאלה שאלה בשפה אחת והתשובה נאמרה בשפה שנייה:

4.1.1.7

רופא: Do you suffer from pain?

חולה: לא, שום דבר

(תצפית מספר 37)

4.1.1.8

במרפאה נצפה שימוש במבעים מעורבים גם מצד הרופא:

רופא: *xut, xevel out...* When they took this

למעשה, חזר הרופא על הביטוי בו השתמשה החולה, במבע שהיה שאלת הבהרה. זוהי ככל הנראה הטכניקה שנקט מבלי משים כדי להפחית את אי-ההבנה במשפט (על-כך בהמשך) ולאפשר לחולה להתרכז במשמעות השאלה.

(תצפית מספר 42)

4.1.1.9

לעתים משתמשים הדוברים בביטויים שמקורם בלועזית רפואית. שימוש מעניין, בהגייה העברית של מילה לועזית, נצפה בשיחה בה השתתפה רופאה ששפת אימה אנגלית:

רופאה: *kardiolog* I want you to see a

הרופאה לא ביטאה את המילה *cardiologist* במבטאה הלועזי המקורי, אלא בחרה להשתמש בצורתו העברית של המונח. לבחירה זו מספר הסברים אפשריים: הרופאה רצתה לבחור מונח רפואי בעל צליל מוכר בהוראה שנראתה לה חשובה לשיחה; יתכן כי הרופאה, אשר מתגוררת בישראל שנים רבות, הגתה את המונח בצורה זו כ"פליטת לשון" מתוך הרגל.

(תצפית מספר 44)

4.1.1.10

מבע יחודי ובודד לכיוון ההפוך נצפה בשיחה, בה החולה אמריקאי, דובר אנגלית ילידי. השיחה כולה התקיימה באנגלית שוטפת, רובה חז-כיוונית מצד החולה. לאחר הבדיקה הרפואית אמר הרופא "בסדר", בעברית, כסימון לסוף הבדיקה ומעבר לשלב הבא בשיחה. סביר להניח שהחולה, השווה יותר משנה בארץ, יבין מילה זו, אך נראה כי היא מילאה מקום של "קשר פרגמאטי ריק", לציון מעבר בין מצבים (שההבדל ביניהם בולט מאוד, מאחר

והחולה שלט בחלק הורבאלי של השיחה, ואילו לרופא נותרה השליטה רק בבדיקה הפיזית, תופעה הפוכה מזו שמציגים חוקרי הדינמיקה של השיח הרפואי, דוגמת רייף (1997).

(תצפית מספר 36)

4.1.2 שיחה בעברית

השימוש בעברית כשפת תקשורת עיקרית נפוץ פחות, ובא לידי ביטוי רק ב-27% מהתצפיות. הוא נצפה בדרך-כלל בקרב מהגרים ממדינות מזרח-אירופה, ששליטתם באנגלית, כנראה, פחותה. יתר על כן, ברוב המקרים הם אלה שבחרים בעברית כשפת השיחה לאחר הם שואלים את הרופא אם הוא דובר רוסית ונענים בשלילה. מהתצפיות עולה כי אוכלוסיה זו הינה היחידה המעלה את שפת האם שלה כאופציה לשפת השיחה מיד בתחילתה.

חלק מן השיחות בקטגוריה זו היו שיחות מעורבות, כלומר שיחות בהן נעשה שימוש לסירוגין בעברית ובשפה נוספת – שפת האם או שפה שלישית, בדרך כלל אנגלית. גם במקרים אלה הובחנה תופעת עירוב השפות (השפה הראשונה בין זוג או שלישית השפות היתה השפה בעלת מספר המבעים הרב ביותר בשיחה).

אוכלוסיה המשתמשת בעברית מופחתת כשפת תקשורת היא אוכלוסיית העובדים הסינים. הסיבה לכך היא שהעובדים, הבאים בד"כ מאזורים כפריים בסין, אינם דוברי אנגלית. יתר על כן, נאמר לי שחלקם מתקשים אף לקרוא ולכתוב בשפתם שלהם. בדרך-כלל לומדים הסינים כמה מילים הכרחיות בעברית לתקשורת מינימלית עם הסביבה הישראלית, והם מוגדרים ע"י ארגוני הסיוע כאחת האוכלוסיות שעמן קיים הקושי הרב ביותר בתקשורת. 50 דוגמא לשיחה כזו נוהלה בין עובד סיני ומלווהו ובין פקידת הקבלה במרפאה:

4.1.2.1

פקידה: כמה זמן [אתה בארץ]?

50 אוכלוסייה נוספת אשר לגביה קיימים קשיי תקשורת ניכרים היא מהגרי העבודה התאילנדים, אולם מחקר זה אינו כולל תצפיות בהשתתפותם; זאת משום שתאילנדים עובדים לרוב במקצועות חקלאיים, ומשמע שאינם מתגוררים בגוש דן אלא באזורים פריפריאליים יותר בישראל.

חולה: אחד וחצי שנה [הפקידה ואני נחלקנו בדעתנו לגבי המספר המדויק, והחולה סימן באצבעותיו את המספר המדויק].51

פקידה: בן כמה? 40?

חולה: [חושב] 63 [שנת לידה].

פקידה: [את המלווה] איפה הוא גר? איפה לישון? תל אביב?

חולה [מהנהן] מספר לא יודע. [רחוב] עליה.

פקידה: יש טלפון?

חולה: yes [נותן מספר טלפון סלולרי בעברית].

פקידה: במה עבודה?

חולה: [לא מבין, חושב ששאלנו מה הבעיה או המחלה מאחר ומחווה סימן של כאב ומצביע על בטנו].

[אני מסמנת סימן פטיש בידי].

חולה: חלונות, אלומיניום.

פקידה: נשוי? [מחווה סימן של טבעת על אצבעה]

חולה: כן.

פקידה: יש ילדים?

חולה: שלושה.

(תצפית מספר 17)

שיחות "מעורבות" מול יוצאי מזרח אירופה, מתובלות בדרך כלל בביטויים מרוסית, אותם למדו הרופאים במהלך עבודתם, או בביטויים שהחולים משתמשים בהם בתקווה שהרופאים יבינו (זו התרשמותי על-סמך שפת הגוף שלהם באותו הרגע), ובביטויים בלועזית רפואית עם "הטייה" להגייה הרוסית. בחלק מן המקרים יורדת העברית לדרגת שפה מופחתת, כלומר שיחה שבה הזמן הדקדוקי השולט הינו זמן הווה, רוב השמות ושמות-

51 מעורבותי, לכאורה, בשיחה בין הפקידה לחולה נבעה מהעובדה שישבתי לידה לצורך צפיה בתהליך רישום החולים ובדינמיקה המתנהלת בחדר. החולה פנה לשתינו, מאחר והניח כי אני אחת ממתנדבות המרפאה. פניות כאלה נצפו גם במחקרו של דיווידסון (1998), שם אף הציעו לו הרופאים ללבוש חלוק לבן כשאר הרופאים, זאת כדי לזהות אותו עם שאר אנשי הצוות ובכך להקל על היטמעותו ביניהם לצורך התצפיות. החוקר קיבל את ההמלצה באופן חלקי בלבד.

העצם מומרים בשמות גוף. המילה "זה" שימשה כתחליף לשמות עצם בחלק מן השיחות בעברית, אצל רופאים וחולים כאחד:

רופאה: "טוב. אל תתחילי כי לפעמים מהכדורים יש זה [נפיחות]."

(תצפית מספר 51)

בשיחות בעברית נצפה שימוש רב במחוות, ביטויים צליליים, או תנועות ידיים. הביטויים הבאים נאמרו על-ידי הרופאים במהלך שיחה בעברית עם מטופלים:

4.1.2.2

רופא: אין **פנומוניה** [דלקת ריאות].

(בשיחה עם חולה ממולדביה).

(תצפית מספר 22)

4.1.2.3

רופא: עכשיו תקבלי **מנטטוראציה** [וסת], עוד כמה ימים.

(בשיחה עם חולה ממולדביה).

(תצפית מספר 51)

4.1.2.4

רופא: יש לך **פרובלמה** [בעיה]... יש באוזן **צרומה** [ראו פירוט להלן]... רופא **ספציאליסט** [מומחה] אוזניים.

(בשיחה עם חולה שמוצאה מרוסיה).

(תצפית מספר 39)

התייעצות עם דוברת רוסית ילידית המתגוררת בארץ שנים רבות ובעלת ידע בלשני מעלה כי רוב המילים מתחום הרפואה מקורן בלטינית ולכן ביטוי ברוסית דומה לביטוי באנגלית. יחד עם זאת, כלל זה אינו תקף תמיד, וראיה לכך היא המילה "**צְרוּמָה**" בה השתמש הרופא לתיאור שעווה באוזנה של החולה, וברוסית משמעה של המילה *cerum* הינה "נסיוב הדם",

מינוח רפואי שאינו מוכר בדרך כלל לדוברי רוטית חסרי ידע רפואי. יתכן והרופא רצה להשתמש במילה cerumen (באנגלית) שמקבילתה הינה cera ברוטית, אך טעה בהגייה. לדברי דוברת הרוטית אותה שאלתי, סביר להניח שהחולה הבינה שיש לה שעווה באוזן, לאור הדימיון בין שני השורשים.

4.1.2.5

חולה ממוצא רומני, ששוחחה עם הרופאה בעברית, התלוננה, בין השאר, על "נרוֹןָה [עצבים] בלילה". לאחר מכן פירטה "לא ישנה, לא עוזר טלוויזיה, משהו בראש, לא נרדמת עם ואבן [סוג של כדור הרגעה]"

4.1.2.5

"יש הכל בפרמציה" אמר הרופא לחולה מרומניה, עמה שוחח עברית ברמה בינונית. למעשה, הוא משתמש במילה זו לאחר שהשתמש במונח העברי "בית מרקחת", החולה שאלה "פרמציה?!", והרופא חזר אחריה על המונח הלועזי. כאמור, זוהי שיטה שנוקטים חלק מהרופאים להתגבר על מכשולים לשוניים אפשריים בשיחה, ולהשתמש באוצר מילים המוכר לחולה.

(תצפית מספר 29)

4.1.2.6

עברית מעורבת בספרדית נמצאה בתצפית בה השתתף חולה מצ'ילה, הנמצא בישראל כבר 13 שנים. החולה שוחח בעברית קולחת למדי, אם כי פשוטה. הוא שילב בשיחה מבעים רבים בספרדית, בעיקר מילים פונקציונליות (דוגמת es ["זה"] pero ["אבל"] yo ["אני"], no ["לא"]) אחד המשפטים, שנאמר כולו בספרדית, התייחס לכדורים שקיבל החולה נגד הכאבים בגבו (Tengo la pastilla que... ["יש לי כדור ש..."]). משפט זה היה חשוב כמידע רפואי, אולם הרופאה לא הבינה אותו ולא שאלה לפשרו. לאחר מכן, הוציא החולה מתיקו את הכדורים והגישם לרופאה ואז הובהרה הסוגיה. למעשה, העברת פריט מידע חשוב זה התבצעה רק משום שהחולה התעקש להעבירו, שאם לא כן, היה המידע נאמר לחלל האוויר, מבלי שהמסר יגיע לרופאה. אותו חולה שמח לגלות ש"דיסק" (פריצת דיסק בגב)

הינו אותה מילה בספרדית, זאת לאחר והרופאה התעקשה להבין אם החולה הבין את מהות הבעיה. משלא הבין מהו "צילום", השתמשה הרופאה במונחים חלופיים – "רנטגן", ו"רדיוגרפיה".

(תצפית מספר 50)

4.1.3 שימוש בשפה שלישית

שפה שלישית הינה שפה שאינה שפת האם של הרופא או החולה המשתתפים בשיחה (וגם לא אנגלית), כלומר לא "ברירות המחדל" של מי מהמשיחים. במקרים בהם הצדדים לא דיברו אף אחת משפות האם שלהם, נעשו לעתים נסיונות להשתמש בשפה אחרת מאותה משפחת שפות כדי ליצור תקשורת מינימלית. כך, למשל, סיפר לי ד"ר גוטליב שהינו דובר פולנית, כי נקרא לסייע לרופא עמית במרפאה, שהתקשה לשוחח עם חולה מליטא. בהיעדר שפה משותפת, ניסו השניים לגשר על הפער באמצעות השפה הפולנית. אותו רופא מציין שגם כך חוו השניים קשיים בתקשורת, ולראייה: כאשר נשאל החולה אם הוא אלרגי לפניצילין, הוא השיב בהתלהבות, ורק מנימת התשובה הסיק הרופא ששאלתו הובנה שלא כהלכה. לדברי הרופא, החולה הבין כנראה שנשאל אם ניתן לרשום לו את התרופה ולכן השיב בחיוב. או אז חזר הרופא על השאלה במילים אחרות, ואז השיב החולה באופן שהבהיר כי השאלה הובנה כהלכה.

שימוש בשפה שלישית נצפה גם בתצפיות מספר 10 ו-11, בהן נעשה שימוש במילים בודדות ברוסית, בשיחה עם חולים ששפת אימם בולגרית. (יש לציין כי שפות אלה קרובות מבחינה לשונית, וכי אזרחי בולגריה מבוגרים למדו רוסית בבתי הספר בתקופת המשטר הקומוניסטי. גם כיום נלמדת שם השפה בחלק מבתי הספר).

בתצפית מספר 16, בה בדק רופא צעיר חולה מבוליביה הדוברת ספרדית בלבד, הוא ניסה לגשר על פערי השפה בעזרת הפורטוגזית שלמד במהלך שהותו בברזיל. פורטוגזית וספרדית של דרום אמריקה אמנם שייכות שתיהן למשפחת השפות הרומאניות וחולקות אוצר מילים שמקורו בלטינית, אולם הן נבדלות בהגייה ובדקדוק, וניתן לשער כי לרוב תושבי בוליביה לא נקרתה ההזדמנות ללמוד פורטוגזית. אמנם השניים הסתדרו, פחות או יותר, אולם נאלצו לפנות אלי לעזרה בספרדית.

4.1.4 תקשורת בשפה מופחתת (reduced language)

תקשורת בשפה מופחתת מתבצעת כאשר אין שפה משותפת מינימלית בין הרופא לחולה. בשיטה זו נוקטים רופאים וחולים כאחד – החולים בשל חוסר ידיעת השפה, והרופאים בשל הניסיון להעביר כמה שיותר מידע הנחוץ לחולה, במסגרת מגבלות השפה. מאפייני שיחה מופחתת, בעברית ואנגלית כאחד, הינם שימוש בזמן הווה לכל אורך השיחה (לעתים מציין הדובר סימן עבר בתנועת יד מעבר לכתפו) וכן השמטת פעלים.

“שיחות” מעין אלה עשויות להצטמצם ל-4 או 5 מילים (כגון: כואב, חום, תרופה): כך למשל, נראתה שיחה עם חולה ששפת אימו בולגרית, אשר לא דיבר עברית או כל שפה אחרת המוכרת לרופאה. קשיי התקשורת היו כה חזקים עד שהרופאה לא הצליחה להבין כמה זמן שוהה החולה בארץ:

4.1.4.1

רופאה: **בְּלִיטִי?** [“כואב” ברוסית]

חולה: (מסמן בראשו לשלילה)

רופאה: (מסמנת סימן של גירוד)

חולה: (מסמן בראשו לחיוב)

רופאה: **טמפרטורה?** [“האם יש לך חום?”]

חולה: לא.

[בדיקה פיזית קצרה]

רופאה: אני אתן לך **מס** [משחה] כמו **אנטיביוטיקה**.

(תצפית מספר 10)

4.1.4.2

חולה בולגרי נוסף, אשר היה מעוניין במרשם למשקפיים, נאלץ להסתפק במבע הבא: "נָה מוֹזְה...". ["בלתי אפשרי" – צורת הביטוי הבולגרית ל"אני לא יכול"] והחווה מרחק גדול בין הדף שבידו לבין עיניו. לאחר מכן הוסיף בעברית "צריך משקפיים".

(תצפית מספר 64)

4.1.4.3

זילודה כמה זמן? שאלה הרופאה חולה מקזחסטאן, וכוונתה "כמה זמן את טובלת מאולקוס"? (ברוסית).

(תצפית מספר 48)

4.1.4.4

אני מתי חלב אחר כך בסדר, מתי לא בסדר אני צ'יק צ'ק חלב ואחר כך בסדר, ואחר כך מאוד נפוח.

(תצפית מספר 48)

4.1.4.5

חולה: מתי אני עם זה [התחבושת] זה טוב. בלי זה – משהו! [כואב מאוד]

(תצפית מספר 51)

4.1.4.6

רופאה: אספירין זה לכאבים, לכואב, אבל גם בשביל בפנים סתום. צינור זה כואב... אספירין עושה כואב בקיבה [מדאה את מקום הקיבה]. אחרי אוכל – לאכול לשתות ואז כדור.

(תצפית מספר 51)

הזמנים והמצבים במשפט שלהלן מובעים בעזרת סמני הזמן "מתי", "אחר-כך" או ללא סמנים כלל.

4.1.4.7

לעיתים נעשה שימוש בביטויים מצלוליים לא לקסיקליים אשר הדובר מניח כי משמעותם מוכרת גם לצד השני. חולה יוצאת רוסיה, שניסתה להסביר את בעיית השמיעה שלה, עשתה סימנים של בליעה, וכן:

חולה: "אז, דינג באוזן".

(תצפית מספר 39)

4.1.4.8

חולה: בשבילי יש בלגאן שלוש יום יש חום שלוש יום ותשע פתאום חצי שעה נופל שלוש יום וחמש.

רופאה: רגע, בלי אקמול זה נופל? [האם החום יורד בלי אקמול? 52]

...

חולה: כן כואב ראש כמו מישהו עושה עם פטישים.

רופאה: בית שימוש, פיפי? [האם היציאות שלך תקינות]

חולה: כן.

רופאה: ככה חוץ מזה בריא?

חולה: ברוך השם.

אה, כואב גב.

רופאה: צד אחד, שני צדדים?

...

חולה: זה כל הזמן בלגאן. כבר חמש שנים בלגאן. זה בעיה ישנה.

...

רופאה: בזמן החום היה לך [מסמנת רעידות בגופה?]

חולה: כן, כמו קר, כמו...

רופאה: משהו עוד חוץ מראש וחום, אתה יכול להגיד?

(תצפית מספר 52)

52 פרוש שלי למבע, מאופן הבנת השפה המופחתת המשמשת במרפאה. הערת הכותבת.

המילה "בלגאן" נצפתה כמילה נפוצה לתיאור הרגשה רעה כללית של חולים, ללא קשר למוצאם. זהו בדרך כלל אחד ממשפטי הפתיחה של חולים, המחליף, כנראה, את הביטוי "אני לא מרגיש טוב", שהיה אומר חולה ששפת אימו עברית. לאחר ציון האמירה הכללית, ניסו החולים לפרט את הרגשתם.

(תצפית מספר 17, למשל)

כאמור, רוב המבעים בשיטת התקשורת המופחתת נאמרים בזמן הווה, כמעט ללא שימוש בזמנים אחרים. בעברית, יש לציין, נעשה שימוש בזמן הווה לתיאור עתיד, כך שהמבעים מסוג זה מובנים גם לדוברי עברית ילידיים:

רופאה: אם כואב לך חזק, אם אתה מקיא, אם אתה לא יכול ללכת לבית שימוש אתה הולך לבית-חולים [...] אתה לא עובד שבועיים [...] איפה אתה עובד? בניין? חזק חזק? [עבודה פיזית?] אז חודש עד שזה סגור.

(תצפית מספר 45)

4.1.5 תקשורת בלתי-מילולית

כדי להעניק אווירה טובה וכדי "לשמר" את השיחה, נעשה שימוש לא מועט בתקשורת בלתי-מילולית, גם בשיחות בהן התקיימה שיחה של ממש. ביטויי תקשורת בלתי מילולית כללו הנהון, מגע יד, רכינה אל החולה, לחיצת יד וחיוכים רבים. משיחות עם חלק מהרופאים הבנתי כי הם מודעים לכך שרבים מן החולים סובלים גם ממצב נפשי ירוד (דיכאון, פחד וכדומה) וכי עצם קבלת הטיפול במדינה זרה קשה להם. רופאה אחת, אשר גילתה רגישות לצד הפסיכולוגי שבטיפול, נהגה לשאול את החולים אם יש להם ילדים והיכן הם נמצאים; כמו כן, במספר תצפיות הבחנתי כי היא מנסה למצוא סימנים לדיכאון אצל חולים כשאינה מצליחה לחבר את הסימפטומים שלהם למחלה ספציפית. 53 כך למשל, לאחר שיחה עם חולה צעירה מאתיופיה (תצפית מספר 53), אמרה לי הרופאה, "נראה לי

53 הרגישות לתופעות דיכאוניות אצל חולים המתלוננים על כאבים פיזיים, חזרה על עצמה במספר תצפיות. כך למשל, בתצפית מספר 18, בה אבחנה הרופאה סימני דיכאון אצל חולה שעבר תאונת אופניים. לפירוט ראו בהמשך, בפרק הדין בתופעות פרגמטיות בהם נוקטים הצדדים במהלך השיחה.

שמה שצריך פה בעיקר זה TLC (Tender Loving Care). רופאה זו גם ייחסה חשיבות לסידור מקומות הישיבה בחדר הטיפולים. כך, לדוגמא, הוציאה את כיסא הרופא ממקומו הקבוע מאחורי השולחן, והציבה שני כיסאות זה מול זה. לדבריה, עשתה זאת כדי שתוכל לשמור על קשר עין עם החולה וקירבה פיזית אליו.

נימת קולם של הרופאים מסייעת להרגעת החולים, גם כאשר קיימת בעיית תקשורת. כדי להדגיש את שמחתה על שאינה רואה שבר בצילום הרנטגן של חולה מגאנה (תצפית מספר 35), ציינה הרופאה: "It's good news", באינטונציה שמחה באופן מודגש. אותה רופאה עשתה שימוש מודגש במימיקה כדי להראות אמפתיה לחולים – בהבעות חיוך, תהייה (הרמת גבות) והזדהות.

תופעה של מבעים שאינם כוללים מידע רפואי אלא הבעת הבנה, הזדהות או איתות להמשך השיחה, נצפתה במחקרים דומים של תקשורת מתווכת בין רופא לחולה. רוזנברג (2001) אף מצא שחלקם של ביטויים אלה מתוך כלל הביטויים שאינם ביטויים מתורגמים (non renditions), המתנהלים למעשה בין ה"מתורגמן" לאחד מן הצדדים, הוא הגבוה ביותר בקורפוס שבדק (כ-60%), וכינה אותם "phatic expressions". הספרות התיאורטית מדגישה במיוחד את תפקידו של המתורגמן המקצועי בהעברת מסרים כאלה, כחלק מתפקידו לקשר בין הדוברים, אולם במחקר הנוכחי נצפתה תופעה זו של מסרים בלתי אינפורמטיביים בשימוש בתקשורת ישירה, בין הרופא לחולה, לאותן המטרות.

4.1.6 התאמה בין מטפל למטופל על בסיס שפה

שלינגר וכרמל (unpublished research proposal) מציינות אסטרטגיה של התאמה בין מטפל ומטופל על בסיס שפה כאחד מהפתרונות אד-הוק הננקטים בהיעדר "מתורגמן". במרפאת "רופאים לזכויות אדם" מצאתי שימוש בפתרון זה רק אצל מטופלים בשירות בריאות-הנפש שמעניקה המרפאה (ביחוד בנסיון להתאים בין חולים דוברי ספרדית לבין פסיכיאטר שמוצאו מארגנטינה) ולא בביקורים רגילים. הסיבה לכך פשוטה – התורים לעובדי בריאות הנפש, קרי פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים, נקבעים לרוב מראש, ולכן ישנה אפשרות "להתאים" מטפל למטופל. הבדל נוסף בין הטיפול ה"רגיל"

לטיפול הנפשי הוא שזה האחרון מבוסס כולו על זיבור, גם אם עיקרו מתן תרופות ולא טיפול ארוך טווח (שאינו מתאפשר לאור אופי שהותם של העובדים הזרים בישראל), בניגוד לטיפול הרפואי הרגיל, אשר נתפס כמתאפשר גם ללא שפה. בהקשר זה ניתן לציין שהרופאים עימם שוחחתי במרפאה מודעים מאוד לכוחה של השפה בטיפול הרפואי ולמגבלות העומדות בפניהם, ומנסים ככל יכולתם לגשר על פערים אלה.

4.2 עזרי שיח טכניים וספרי-עזר

שיטה נוספת לגישור על פני פערים צפויים בתקשורת כרוכה בשימוש ב"עזרים טכניים": טפסי מחלה שקיבלו בעבר, הבאת תרופות קודמות שנטלו וכדומה. כך לדוגמא, עובד סיני שהגיע למרפאה עם ספר עב-כרס בסינית, ככל הנראה ספר העוסק ברפואה. הרופא ציין בפני שהעברית שבפי החולה היתה דלה מאוד, אך הוא אמר "אני חושב שזה זה", פתח את הספר והצביע על המילים *Angina Pectoris* שהיו משובצות בכתב לטיני בתוך הטקסט הסיני. הרופא, שאכן ערך לחולה א.ק.ג. ושלה אותו לבדיקות בבית החולים בחשד לאנגינה פקטוריס, אמר לי שהיה מתקשה מאוד להבין את הבעיה, אם היה צריך לתקשר בעזרת העברית המופחתת שבפי הסיני או בעזרת תנועות ידיים בלבד.

למרות זמינותם של העזרים הלשוניים במרפאה, הם אינם משמשים למעשה במפגשים השוטפים עם החולים. עמותת "רופאים לזכויות אדם", בשיתוף חברת הביטוח "שילוח-הראל", הוציאה שיחונים במספר שפות (תורכית, תאית, ורומנית; ראו נספחים ד'-ו') לסיוע במהלך הטיפול הרפואי. 54 השיחונים מיועדים לחולה וכותרתם: "דף זה הוכן כדי לעזור לך למסור מידע לצוות בית החולים". עם זאת, יש לציין כי משפט פתיחה זה אינו מתורגם לשפה הזרה הרלוונטית. השיחונים מפרטים בצורה לקטיקלית וגרפית (לאנשים המתקשים בקריאה בשפת האם שלהם) מספר תחושות סימפטומים בולטים (לדוגמא: סוגי כאב, משך הכאבים, מה גורם להקלה או להרעה של תחושה), שאלות חשובות בנושאי תרופות ואלרגיות, וכן מפת גוף האדם כדי לאפשר לחולה להצביע על המקום בו הוא חש כאב. השיחון *Communi-Card*, בשמו הרשמי, מציג 74 תסמינים ושאלות, שרובם אכן מופשטים ומסובכים להסבר מילולי, כגון "[כאב] מקרין לזרוע הימנית", "חוסר תחושה", "דקירות",

54 חלק מהשיחונים נמסרו לבתי חולים אליהם מגיעים בדרך-כלל מהגרי העבודה.

”מתח” ו”לחץ”. נראה כי השיחון עשוי היה לפתור רבות מבעיות התקשורת שניצפו, ואף לאפשר ירידה לעומקן של תלונות, כגון עוצמת הכאב, או הקרנתו לאזורים שונים בגוף, במקום להסתפק בתיאור כללי של הכאב, מפאת מחסור באוצר מילים משותף בין הרופא לחולה. באף אחת מן התצפיות לא נצפה שימוש בשיחונים מנהלות המרפאה וחלק מהרופאים שאותם שאלתי לגבי השימוש בשיחונים לא נתנו תשובה ברורה בנדון. יתכן שאינם מודעים לקיומם או סבורים שאין לכך זמן בלוח הזמנים הצפוף בלאו הכי.

בנוסף, מצאתי במרפאה שאלון מפורט בספרדית לעזרת הגניקולוגים (ראו נספח ז'). השיחון מורכב ממספר חלקים, בהתאם לשלבי הפגישה הרפואית (אנמנזה, בדיקה, לאחר הבדיקה), וכולל אבחנות, הוראות לנטילת תרופות, ושאלות הבהרה. השאלון כתוב עברית מול ספרדית. ככל הנראה אמור הרופא להצביע על הביטוי המקביל בספרדית, מאחר והמשפטים אינם מופיעים בתעתיק לספרדית. יוזמה זו שייכת לבתה של אחת מהמתנדבות במרפאה, הדוברת ספרדית. השיחון כתוב במשלב גבוה מאוד וכולל מינוחים רפואיים רבים. בתצפיות בהן נכחתי לא נעשה שימוש בשיחון הגניקולוגי, ולכן לא יכולתי לבדוק את מידת יעילותו

עזרים נוספים שנמצאו במרפאה היו מילונים ודפי הסבר. דפי הסבר באנגלית ובסינית, שהופצו למהגרי העבודה לאחר הפיגוע בינואר 2003 והציעו סיוע נפשי ומידע שימושי לשעת חירום. (ראו נספחים ח'-ט'). דפי-המידע נתלו במרפאה וחולקו באזור התחנה המרכזית. לא נמצאו במרפאה דפים דומים אודות הסיוע השגרתי שמציעה המרפאה. יתכן שהסיבה לכך נעוצה בעובדה ש המרפאה מוכרת בקרב מהגרי העבודה ואין צורך בפרסום קבוע של פעילותה. בדיקה בספריית המרפאה העלתה כי בין מדפיה מצויים מילון אנגלי-עברי וכן מילון רפואי אנגלי-אנגלי, זאת בנוסף למספר ספרים רפואיים מקצועיים המצויים בספרייה ובחדרי הרופאים.

גם דפי המידע במרפאה, המגיעים מארגוני סיוע שונים, מתורגמים רק באופן חלקי. מדובר במידע אודות זכויותיהם של מהגרי עבודה, מידע על השירותים שמספק ארגון ”מסיל”ה, מידע בנושא מחלת האיידס ומניעת ההידבקות בה, ועוד. באחד מביקוריי במרפאה מצאתי גלוית מידע בנושא הדבקות במחלות מין (ראו נספח י'). הגלויה, שהפיקה המרפאה לייעוץ וטיפול במחלות מין, מכילה מידע אודות המחלות ודרכי הטיפול בהן. שם המרפאה

וההבטחה לסודיות רפואית ולבדיקה חנינם מופיעים בעברית, בערבית וברוסית, אך המידע החשוב, קרי, דרכי ההדבקות ודרכי המניעה, מופיע בעברית בלבד. בירור מול המרפאה העלה כי היא מיועדת לכלל האוכלוסייה אך מטפלת בעיקר בעובדים זרים (ועל כך יעיד מיקומה באזור התחנה המרכזית בתל-אביב). המרפאה שייכת למשרד הבריאות ומעניקה את השירות בחינם, אך לא ברור מדוע המידע בגלוייה זו מופיע רק בעברית. יעל גור, עובדת סוציאלית במרפאה למחלות מין, ציינה בפני כי המרפאה הפיקה גלוייה דומה גם בשפה האנגלית, וכי היא מופצת בקרב ישראלים זרים כאחד בפאבים, בבתי-ספר, במכוני ליווי ואף בשתי כנסיות השייכות לקהילת יוצאי מדינות אפריקה. לאחרונה החלה המרפאה לערוך השתלמויות לקידום הבריאות בקרב מהגרי העבודה. המפגשים נערכים בשפה האנגלית ובהם מחולקים דפי מידע בשפה זו. המפגשים נערכים מטעם משרד הבריאות, בשיתוף ארגוני "רופאים לזכויות אדם", "מסיל"ה" ו"הועד למלחמה באיידס".

לסיכום, בעבודת השטח נצפו מספר נסיונות מעניינים, ולהלכה גם יעילים, לגשר על פערי תקשורת באמצעות עזרים טכניים מוכנים מראש. בשל לחץ העבודה במרפאה, ויתכן גם בשל חוסר מודעות וההסתמכות על פתרונות תקשורת אד-הוק, שתי תופעות המופיעות בספרות התיאורטית ובשדה המחקרי הנוכחי כאחד, לא נעשה בהם שימוש. לציין כי הספרות התיאורטית טרם חקרה את מידת קיומם וחשיבותם של עזרים מעין אלה ושל חומרים כתובים בכלל כחלק מהצלחת הטיפול הרפואי, ויש מקום למחקר עתידי בנושא זה.

4.3 תקשורת מתווכת

תקשורת מתווכת, לצורך המחקר, הינה תקשורת באמצעות גורם אנושי שלישי, בין אם הינו מלווה המגיע עם החולה, ובין אם הינו דובר השפה הזרה המוזעק לתרגם את השיחה הרפואית הספציפית.

מאחר והמרפאה פועלת כולה על בסיס מתנדבים, לא מועסקים בה מתורגמנים מקצועיים, ואף לא "מתורגמנים" מתנדבים היושבים באופן קבוע בשעות הקבלה. לאור זאת, רוב הפתרונות שננקטים הינם פתרונות אד-הוק, ללא הכנה מראש.

4.3.1 תקשורת מתוכת על-ידי מלווה

המלווים בתצפיות בהן נכחתי היו בני משפחה (בני זוג וילדים), שכנים, מעסיקים ועמיתים ממקום העבודה. המלווים היו חסרי הכשרה מקצועית בתרגום, בניגוד ל"מתורגמנים" הטלפוניים, שחלקם למדו שפות באוניברסיטה.

חשוב לחזור ולציין את הבעיה המתודולוגית בפניה ניצבתי כאשר נכחתי בשיחות מתורגמות פנים-אל-פנים, ולא הבנתי לעתים את הצד המתורגם בשיחה (רוסית או סינית) ומכאן שהניתוח שלי לשיחות המתורגמות איננו לשוני. אלא סוציו-לשוני ופרגמטי בעיקרו.

להלן מספר דוגמאות בולטות לתפקידם ולמשקלם של המלווים בשיחה, בין אם הובאו כ"מתורגמנים" ובין אם הם בני משפחה המתלווים ליקיריהם החולים.

4.3.1.1

באחת התצפיות נכנסו שני עובדים מסין, אחד בבגדי עבודה, והשני בחליפה ובנעלים סגורות ומצוייד בפלאפון שבו דיבר חליפות במהלך השיחה. השיחה התנהלה באמצעות המלווה, שהתגלה כמנהל העבודה של החולה. ה"מתורגמן", השוהה בישראל כ-7 שנים, שוחח עם הרופאה באנגלית ברמה סבירה למדי. לדבריו, גם בעבר קרה שסייע לסינים אחרים בתרגום, וזאת, לדבריו בהתנדבות. הוא אכן שימש כ"מתורגמן" גם לחולה הבא בתור, עובד מסין שאותו לא הכיר כלל לפני כן (תצפית מספר 24). עוד ציין ה"מתורגמן" כי הוא מכיר מונחים של מחלות כלליות, אך אם נתקל במונחים רפואיים ספציפיים, הוא נוהג לבדוק במילון. לדבריו הסינים מתקשים להבין זה את זה אף בשפתם שלהם, בשל ריבוי הדיאלקטים. ובאשר לעברית, הוא ציין: "עברית קשה. עובד, עובדים, עבודה לעבוד נאמר בעברית במקור, בסינית - מילה אחת" המלווה ניסה להפגין בקיאות בידע כללי ובאנגלית. כך, למשל, העיר לגבי שמה של הרופאה: .

"Eva – from the Bible. Mother of the world."

כמו כן, כאשר שאלה הרופאה את החולה אם הוא שותה אלכוהול, והחולה ונה בשלילה, הוסיף ה"מתורגמן" הערה אישית: "גיליתי שרק אלה שלא שותים חולים." 55 הרופאה נעזרה ב"מתורגמן" בכל שלבי השיחה עם שני החולים, לרבות בקשתה כי יתרגם לחולים את ההוראות "תנשום עמוק" ו"האם זה כואב". במקום אחר בשיחה, ביקשה הרופאה את עזרת ה"מתורגמן" כדי לוודא כי החולה הבין שעליו לשנות את תזונתו, ואף חזרה על שאלתה.

(תצפיות מספר 23, 24)

4.3.1.2

התצפית הבאה מהווה דוגמא מוחשית לבעיות הלשוניות, הרפואיות והאתיות העולות בשימוש ב"מתורגמן" בלתי מיומן. המתורגמנית בתצפית היתה בת משפחה, כפי שקורה לעיתים מזומנות, על-פי הספרות המקצועית בתחום התרגום הקהילתי (ועל כך ראו בפרק ב').

החולה בתצפית היתה עולה חדשה (שוהה בישראל שלושה וחצי חודשים) מקזחסטאן, דוברת רוסית, בת 50 - לדברי נכדתה ששימשה כמלווה. הנכדה כבת 13, גרה בארץ כבר שלוש וחצי שנים ולמדה בבית-ספר ישראלי. העברית שבפי הנכדה היתה רהוטה והיא שימשה כ"מתורגמנית" לסבתה, אשר מסיבה כלשהי טרם סידרה את הביטוח הרפואי המגיע לה כאזרחית ישראל. הנכדה היתה צמודה לסבתה במשך כל שהותה במרפאה, ולדבריה לא היתה זו הפעם הראשונה ששימשה בתפקיד זה.

לאחר ההמתנה השגררתית נכנסו החולה ונכדתה לרופאה, הסבתא ביקשה "בבקשה ברוסית" ומכאן החלה הנכדה לתרגם כפי יכולתה. השתיים שהו במרפאה זמן חריג של שלוש שעות כמעט, שנבעו בחלקן מבעיות תקשורת בין החולה לרופאה.

נכדה: היא מרגישה מאוד לא טוב.

רופאה: אין לה קופת חולים? למה היא לא עושה קופת חולים?

נכדה:(מסבירה לרופאה שהעניין טרם סודר)

55 הערתו נאמרה באנגלית. התרגום של הכותבת.

רופאה: תגידי לה קופת חולים יותר טובה מפה [המרפאה הפתוחה], שיש הרבה רופאים רוטיים.

(הרופאה משתמשת ברישום על נייר כדי להסביר לנכדה דבר הקשור בתוצאות האק"ג).

נכדה: יש לה תרופה נגד לב, שהוא לא יכאב.

רופאה: שהיא שמה מתחת ללשון?

(הנכדה מתרגמת לסבתה וזו עונה)

נכדה: כן.

...

נכדה: היא באה לפה כי כל התרופות נגמרו.

רופאה: היא צריכה מרשם?

נכדה: כן.

רופאה: אבל אמרת שהיא לא מרגישה טוב. מה היא מרגישה?

(הנכדה שואלת את הסבתא)

.....

רופאה: **אינפרקט** זה לא התעלפות. תשאלני אותה איפה כואב לה, למה באה עכשיו? (סדרת שאלות בנוגע לסימפטומים, תדירות נטילת הכדורים ומהות המרשמים שיש לחולה, המועברות, באמצעות הנכדה, בין הרופאה לחולה. הרופאה לא מסתפקת בתרגום המתבצע באמצעות הנכדה, ויוצאת לחדר הקבלה לנסות להשיג דובר רוטית).

רופאה: אני רוצה לדעת אם יש כאבים, ולא למה יש, אני אחשוב לבד למה.

נכדה: מה זה אוטם?

רופאה: **אינפרקט**

נכדה: לא, אין לה פה [בישראל].

רופאה: מה אין לה?

נכדה: את ה**אינפרקט**.

(החולה חוזרת על הסבריה בנוגע להשפעת מזג האוויר על בריאותה ולא עונה על שאלות הרופאה לגבי תדירות נטילת הכדורים).

רופאה: אני רוצה להבין למה היא לא מרגישה טוב. תתרגמי.

(הנכדה מתרגמת)

רופאה: אני אתן לה מרשם...

(החולה, חסרת סבלנות, קוטעת את הרופאה ומתחילה לדבר. הרופאה מתייאשת ופנתה לצאת מהחדר בניסיון נוסף לחפש "מתורגמן").

נ: היא רוצה ללחץ, לא ללב, ללב יש לה.

רופאה: תגידי לה שאני דואגת אם המצב של הלב החמיר. תשאלי אם יש לי סיבה לדאגה ואם אני צריכה להמשיך לשאול שאלות.
(הנכדה מתרגמת).

בהמשך, התקשרה הרופאה לישראלית דוברת רוסית, "מתורגמנית" לעת-מצוא, והסבירה לה את מהות הבעיה. תהליך התרגום הטלפוני התנהל כדלהלן: הרופאה שוחחה עם ה"מתורגמנית", פנתה אליה בגוף שני, והתייחסה לחולה בגוף שלישי:
רופאה: אני רוצה שתשאלי אותה אם תדירות הכאבים עלתה, אם יש קוצר נשימה, אם לא, אני אתן לה מרשם.

הרופאה מסרה ל"מתורגמנית" מידע על מהלך השיחה עד לאותה נקודה, והעבירה לה בקשות לשאלות אל החולה. לאחר מכן היא העבירה את השפופרת לחולה, זו דיברה קצרות, לאחר מכן הקשיבה וענתה על השאלות. החולה החזירה את השפופרת לרופאה, האזינה לתשובות, והגיבה בשאלות נוספות, וחוזר חלילה.

בשלב זה התנהלה שיחה טלפונית בת כמה דקות, בין החולה וה"מתורגמנית". הבעיה שהועלתה היתה ששמות התרופות במרשמי החולה כתובים ברוסית, ולא ידוע אם הם מקבילים לתרופות הניתנות בישראל. הרופאה קראה לרופאה השנייה שעבדה במרפאה באותו הערב, ובעזרת הנכדה הן ניסו לפענח את שמות התרופות במרשם. הנכדה הקריאה לרופאות את שמות התרופות ברוסית. כך למשל, לא ידעו הרופאות מה מהות התרופה "פרודוקטל", וניסו להבין מהו החומר הפעיל בתרופה לפי האריזה שהביאה החולה למרפאה. הנכדה תרגמה את דברי החולה לגבי התרופות שהיו ברשותה באותו רגע והתרופות להן היא זקוקה. החולה נראתה ונשמעה מיואשת: "רוצה רק תרופות ללחץ". הרופאה לא הסכימה לתת לסבתא תרופות מבלי להבין בדיוק מה הבעיה. היא הציעה לסבתא ללכת לבית מרקחת, בו עשוי לעבוד רוקח דובר רוסית שיבין מה המרשם שבידי החולה וידע להמירו לתרופה ישראלית מקבילה).

החולה ונכדתה יצאו מחדר הרופאה, ללא מרשמים. החולה סירבה לעזוב את המרפאה עד שימצא לה פתרון. השתיים חיכו שעה ארוכה לבדיקת אק"ג (אותה היתה אמורה הרופאה לבצע, מאחר ובאותו יום לא נמצאה במרפאה אחות המבצעת בדיקות אלה). החולה הראתה סימנים בולטים של חוסר שביעות רצון, כנראה גם מחוסר ההבנה לגבי מהות המרפאה (מרפאת מתנדבים, שחסרה את כוח האדם והאמצעים לעזור לה במהירות), ובשלב מסוים תרגמה הנכדה את דברי הסבתא: "היא אומרת שהיא הולכת למות". לאחר מכן אמרה לי מנהלת המרפאה: "הייתי רוצה לחנוק את ההורים של הילדה ששולחים אותה והיא שומעת את סבתא שלה אומרת שהיא הולכת למות".

(תצפית מספר 19)

כצופה המבינה מעט מאוד רוסית התרשמתי כי בניגוד ל"מתורגמנים" אחרים תרגמה הנכדה במדויק את שאלות הרופאה ותשובות החולה. ניתן להסיק זאת מהיחס בין זמן המבע המקורי לזמן המבע המתורגם. ניתן לייחס את הדיוק היחסי בתרגום לגילה הצעיר של ה"מתורגמנית", ולכך שאינה רגילה בתרגום רפואי, כך שמעורבותה בשיחה הצטמצמה למינימום. נראה שהנכדה לא יזמה שאלות ובכל מקרה דעתה האישית לגבי השיח או האירוע כולו לא הושמעה.

נקודה מכרעת בשיחה היתה הנקודה שבה גילתה הרופאה כי הנכדה אינה מבינה מה משמעות המילה infarct (אוטם שריר הלב), ותרגמה אותה בתחילה בטעות כ"התעלפות". בהמשך, שאלה הילדה "מה זה אוטם", אך המשיכה להשתמש במילה הלועזית לאורך כל השיחה. סוגיית האוטם – כן או לא – היתה בעיית מפתח בשיחה, שלא נפתרה עד לסופה, מאחר והרופאה לא הצליחה להבין את מצבה של החולה נכון לאותו הרגע ולכן לא הסכימה לתת לה תרופות.

בעיה נוספת היתה, כאמור, חוסר היכולת של שתי הרופאות (השנייה דוברת פולנית) ושתי ה"מתרגמות" (הנכדה וה"מתורגמנית" הטלפונית) להבין מה מהות המרשמים שבידי החולה כדי להמירם למרשמים ישראליים. כאן נדרשה לא רק ידיעת רוסית אלא גם ידע רפואי, על

מנת לתשאל את החולה בדיוק למהותו של כל מרשם. יתכן וגם אם היה נעשה שימוש במתורגמן מקצועי לא היתה הבעיה באה על פתרונה, מאחר והחולה היתה היחידה המסוגלת לספק הסבר, בהיעדר רופא דובר רוסית, ובשל העובדה שהיא עצמה לא הבינה למה מיועד כל מרשם, היה המפגש מגיע למבוי סתום בלאו הכי.

לסיכום, המקרה שהוצג לעיל מהווה דוגמה טיפוסית של שימוש ב"מתורגמן" מלווה, בן-משפחה, על כל הבעיות המשתמעות מכך. אין זה המקרה היחיד בו נעשה שימוש ב"מתורגמן"-ילד לתרגום לבן משפחה בסוגיות עדינות. כך, למשל, דווח בעיתון "מעריב", מיום 19 באפריל כי ילד בן 12 וחצי התבקש על-ידי משטרת חולון לתרגם מרוסית לעברית, בעת חקירתו של אחד העדים בפרשת התקיפה והאונס של אם הילד, בת ה-39, על ידי חברה לחיים בן ה-52. הבן תרגם לחוקרי המשטרה את עדות סבו לגבי אישום התקיפה. השופט אשר כתב את פסק הדין במשפט, זעם על חקירת המשטרה ולא חסך ממנה דברי ביקורת קשים ("מעריב", 19 באפריל 1999). סוגיות אתיות נוספות עלו בראיונות שערכתי עם ה"מתורגמים" (ראו בסעיף 5).

4.3.1.3

להלן דוגמא נוספת למעורבות ה"מתורגמנית" בשיח הרפואי. החולה, עובד מרומניה בשנות הארבעים לחייו, נמצא בישראל כשבע שנים אך דובר "רק מילים של בניין", הגיע מלווה בשכנה (14 שנים בישראל), "ידידה טובה" לדבריה, שכבר הגיעה עימו למרפאה בעבר. 56

מאופי השיחה עם המלווה נראה כי היא מתמצאת מאוד במינוח הרפואי, בעברית וברומנית כאחד. לשאלתי בעניין אמרה כי תחום הרפואה עניין אותה תמיד, ואף חשבה ללמוד את המקצוע. הכרת המינוח נובעת גם מהעובדה כי אושפזה פעמים רבות בחייה, ברומניה ובארץ.

"מתורגמנית": כואב?

חולה: לא.

56 אותה אישה נצפתה עוזרת גם לזרים אחרים. ראיתיה במרפאה לפחות פעם נוספת, מלווה חולה שאינה ממוצא רומני. מאוחר יותר סיפרה לי אחת ממנהלות המרפאה כי מדובר בחולה לשעבר, וכי מתנדבי המרפאה נעזרים בה לעתים בתרגום לרומנית וממנה.

”מתורגמנית”: בטוח?

(מסבירה לרופא בעברית) אני שואלת אם בטוח לא כואב.

המלווה ענתה בעצמה על שאלות הרופאה שהופנו לחולה, ואף סיפרה את קורות המחלה שלו מהיכרותה האישית (לדבריה גם טיפלה בו בחלק מן הזמן). תרגומה של המלווה התאפיין לעתים בפרפראזות על דברי הרופאה. נראה כי המלווה העניקה הסבר מפורט משלה על בדיקה שנדרש החולה לעשות, אך הרופאה לא וידאה אם החולה, או המלווה, הבינו את דבריה – במישרין או בתרגום. המלווה הסבירה מיוזמתה לחולה מהו ”ברזל” (למיטב הבנתי היא הסבירה לו שברזל הינו ”כמו ויטמין” ו”קשור להמוגלובין”), רק משום שהמונח מופיע על טופס הבדיקה שאותה נדרש לעשות, ומבלי שהתבקשה לעשות זאת ע”י הרופאה. בשיחה ניכרו גם השמטות מידע: המלווה לא הסבירה לחולה את דברי הרופאה, לגבי מסמכים רפואיים שעליו לקחת עימו לבית החולים. למה שורה חדשה? ניכר היה על המלווה שהינה מתעניינת בתחום הרפואה והמינוח הרפואי, מאחר והיא שואלת את הרופאה שאלות מינוח ”לעצמה”, כדבריה.

(תצפית מספר 26)

4.3.1.4

מלווה דומיננטי אחר היה בן זוגה של אישה בת 26 מחוף השנהב. השפעתו עליה ניכרה כבר בתחילת השיחה, כאשר הצגתי את עצמי וביקשתי את רשותה לצפות בשיחה. בתחילה הסכימה האישה ללא כל היסוס, אולם היססה לאחר שבן זוגה פנה אליה וניהל עימה דין ודברים בשפתה. למרות זאת, הכריעה האישה כי אוכל להשאיר. בהמשך, ניתן היה להבחין שהגבר ענה בו זמנית ואף לפני החולה על שאלות שהרופאה שאלה (על התזונה שלה, על עוצמת הכאבים ותכיפותם וכד’). הדוגמא הבולטת ביותר למעורבות עלתה כאשר שאלה הרופאה את החולה, לאחר הבדיקה הפיזית, אם כאב לה כאשר נגעה במקום מסוים בבדיקה. טרם הספיקה החולה לענות, וכבר השיב המלווה במקומה בשלילה. אפילו כאשר שאלה הרופאה כמה זמן נוטלת החולה גלולות נגד הריון, הסתכלה החולה על בן זוגה בשאלה. השניים התייעצו בשפתם ולאחר מכן ענו. נראה כי האישה דיברה בנימה בטוחה יותר כאשר המלווה לידה. בבדיקה הפיזית, לעומת זאת, כאשר שהתה לבד עם הרופא מאחרי מחיצה, היא שוחחה עימו באנגלית ברמה נמוכה יותר.

להלן הערה מעניינת של המלווה. כאשר שאלתי אותו לגבי רמת העברית שלו לאחר ארבע שנים בישראל, השיב (בתרגום חופשי לעברית): "אני לא רוצה ללמוד עברית, כדי לא להבין את כל השטויות שמדברים עלי כשאני הולך בשוק. אם אני אבין זה לא יהיה טוב, אני אענה להם." זאת למרות שציין כי הינו מודע ליתרונות שבידיעת עברית בהתנהלות מול השלטונות.

(תצפית מספר 49)

לסיכום, נראה שהשפעת המלווים על השיחה גדולה מאוד ומוצאת את ביטויה בדרך התנהלות הפגישה. במקרה היחיד בו המלווה היה יליד ישראל, דוגמת תצפית מספר 40, הודגשה התלות הגדולה בו מצד המשתתפים הראשיים בשיחה, ביחוד מצד החולה. תלות זו הובעה ב"שיחות צדדיות" (חד-לשוניות) בין החולה למלווה ולעתים בין הרופא למלווה, וכן במבטי בקשה לעזרה שהפנתה החולה למלווה. מאפייני הדינמיקה בין המלווה לחולה ובין המלווה לרופא חזרו על עצמם גם כאשר המלווה לא היה ישראלי ילידי, אולם במקרה זה השפיעה תחושת הביטחון שחש המלווה, כישראלי דובר עברית הבקיא בהתנהלות מול ממסד, על התנהלות השיחה כולה.

4.3.2 תרגום טלפוני

ה"מתורגמנים" הטלפוניים הינם, כאמור, מתנדבים דו-לשוניים. רובם דוברי השפה הזרה כשפת אם, וחלקם למדו אותה במסגרת כלשהי, אקדמית או מעשית. בטבלה התלויה במשרד המרפאה מופיעים כ-25 שמות של "מתורגמנים", רובם (15 במספר) לשפה הסינית וממנה. חלק מה"מתורגמנים" לשפה זו וממנה הינם ישראלים שלמדו סינית באוניברסיטה וחלקם סינים הגרים מספר שנים בארץ (ודוברים עברית או אנגלית טובה). כמה מה"מתורגמנים" הישראלים לסינית אף נסעו לסין כדי ללמוד את השפה. הטבלה כללה גם מתנדבים נוספים לשפות אירופיות, דוגמת ספרדית, רוסית, פולנית ורומנית. להרחבה על תרומתם של ה"מתורגמנים" לשיח הרפואי ועל השקפותיהם בסוגיות התקשורת בין מהגרי עבודה לישראלים בכלל ולמערכת הרפואית בפרט, ראו בסעיף 5.

ברוב התצפיות בהן נכחתי בתרגום טלפוני, שמעתי רק את הצד האחד, ולא יכולתי לשמוע את ה"מתורגמן". לעתים נעזרתי ברופאה כדי לברר סוגיות בשיחה המתורגמת, כאשר ביקשתי לברר מהו התרגום למבע מסויים, מה הערכת הרופא לגבי שליטת ה"מתורגמן" בעברית, באנגלית ובמינוח הרפואי ועוד.

מאפיין בולט של השיחות המתורגמות הטלפוניות היה אורכן הרב, יחסית לפגישות ללא תרגום. הממצא מפתיע, מאחר וניתן היה לצפות שסיוע לשוני ייעל את התקשורת בין הצדדים ויקצר את זמן השיחה. המציאות מוכיחה את ההיפך – שימוש ב"מתורגמנים" לא מקצועיים (גם אם הם בעלי ניסיון מעשי רב) מאריך את השיחה, בדרך כלל בגלל חוסר ההבנות במקטעים שונים בשיח המשולש. יש לציין כי אבחנה זו עולה גם במחקרו של גראסיה-גארסיה (in print), אודות היתרונות והחסרונות שבמתורגמות באמצעות הטלפון.

מאפיין בולט נוסף הוא מעורבותם הפעילה של ה"מתורגמנים" בשיחה. ה"מתורגמנים" שאלו את המטופלים ואת הרופאים שאלות באופן עצמאי, וכן ענו בעצמם. הסבר חלקי לכך ניתן בנסיונם המעשי של ה"מתורגמנים" והכרתם את מהלך השיחה הכללי ואת השאלות שישאלו.

4.3.2.1

כך למשל, בשיחה בה נעזרה הרופאה במתרגם טלפוני דובר אנגלית לחולה סיני, ענה ה"מתורגמן" ישירות לרופאה על שאלותיה, כנראה מתוך מידע קודם שמסר לו החולה בתחילת השיחה. להלן קטעי שיחה טלפונית בין הרופאה ל"מתורגמן" 57:

רופאה: ?Can you ask him about the consistency of the stools

"מתורגמן": ...water

רופאה: ?Does he have normal stools in the evening

"מתורגמן": only in the morning

...

57 לרוב יכולתי לשמוע גם את המתורגמן (ולהבין את האנגלית בשיחה) מאחר וישבתי קרוב מאוד למכשיר הטלפון.

רופאה: "Are you sure it started after he came [to Israel]? Can you ask him again?

"מתורגמן": "...after he came

(תצפית מספר 17)

בקטעים אלה השיחה הינה דו-צדדית בין הרופאה ל"מתורגמן", ללא השתתפות החולה. 58. הרופאה, אגב, מקבלת בהבנה את צורת השיח שנוצרה, וסבורה כי "המתורגמן כבר שאל את החולה את השאלות. לדבריה "הוא יודע מה [הרופאים] רוצים לשאול". כראייה לכך ציינה הרופאה כי ה"מתורגמן" שאל ביוזמתו את החולה לגבי תיאבוננו. העובדה שה"מתורגמן" לקח חלק פעיל בשיחה ניכרה גם בשימוש בשמות הגוף: "אתה" הינו ה"מתורגמן", ו"הוא" הינו החולה. כך למשל, פנתה הרופאה אל ה"מתורגמן" ושאלה: 59. "אני צריכה [שתשאל את החולה] שלושה דברים: האם הוא מרגיש בחילה, הקאות, הוא נראה לי אדם חזק – האם הוא [איבד את התיאבון], מתי בדיוק זה התחיל? האם בבית? האם בדרך לישראל? האם היה שינוי כלשהו בחייו כשזה התחיל".

אופי השיחה המתואר לעיל שונה מענפים אחרים של מקצוע המתורגמות, בהם המתורגמן "שקוף" ואין פונים אליו ישירות בגוף שני, פרט למקרים חריגים בדיונים משפטיים, כאשר אחד מהצדדים מעוניין להפנות למתורגמן שאלה או הערה ישירה.

תשומת לב לכמות השאלות הרבה (שבע שאלות) שהפנתה הרופאה לחולה דרך ה"מתורגמן" באותו מבע. עולה השאלה אם ה"מתורגמן" מסוגל לזכור ולהעביר את כל השאלות כלשונו, ביחוד מאחר והתרגום היה תרגום סימולטני, כלומר ה"מתורגמן" נדרש להעביר את המסר מיידית משפה לשפה ולא רשם את הנאמר, כנהוג בשיטת התרגום העוקב.

השיחה המשולשת אינה לינארית, וניתן לראות בה "לולאות" רבות של חזרה לנקודות ולנושאים קודמים. מייסון (2001) התייחס לתפקידו הפעיל של ה"מתורגמן" בסיטואציות של מתורגמות קהילתית, והעניק להן את השם Triadic Exchanges. ה"לולאות" שאפיינתי

58 בתרגום טלפוני מקצועי נעשה שימוש במכשיר בעל שתי שפופרות.

59 תרגום מאנגלית של הכותבת.

לעיל לא נבדקו מחקרית בספרות התיאורטית, אם כי רמזים להן ניתן לראות בתופעה שודנשה (1992) העניקה לה את השם *expanded renditions* (ראו בפרק ב').

הרופאה לא הבינה חלק מתשובות החולה, ולכן חזרה ל"מתורגמן" וביקשה הבהרות עד שהתשובה הניחה את דעתה, או התיישרה עם הבנתה הרפואית בנושא. כך למשל, מבקשת הרופאה מה"מתורגמן" לשוב ולשאול את החולה לגבי הזמן בו החלו הסימפטומים, כעשר דקות לאחר שהשאלה נשאלה לראשונה, הפעם ביתר פירוט: מתי בדיוק זה התחיל? האם זה היה בבית? האם הסתובב [כלומר טייל]? האם אנשים מסביבו היו חולים? האם היו שינויים בחייו? ניתן היה להבחין בקשיי ההבנה בין הצדדים ואת השלמות המידע גם לפי הרישום שניהלה הרופאה במהלך השיחה, שהתמלא מחיקות ושינויים.

גם מבחינת חלוקת הזמנים בשיחה ניכר חוסר איזון, וחלק הארי שלה התנהל בין ה"מתורגמן" לחולה.⁶⁰ השיחה הסתיימה, שוב, מול ה"מתורגמן", כאשר הרופאה אמרה לטלפון (כלומר ל"מתורגמן"): "תאמר לו שאבדוק אותו עכשיו ואולי אתקשר אליך כשיהיה לי רעיון. כרגע אין לי רעיון [לגבי מהות המחלה]; והרופאה הושיטה לחולה את הטלפון כדי שישמע את הדברים.

לסיכום, אין מטרתו של מחקר זה להשוות בין ה"מתורגמים" הטלפונים לבין ה"מתורגמים" שנכחו בשיחה, מאחר ובלאו הכי איש מהם לא הוכשר בהכשרה מקצועית כלשהי. יחד עם זאת, כלל ה"מתורגמים" סייעו לשיחה מעצם העובדה שבלעדיהם היא לא הייתה יכולה להתקיים כלל, והצדדים העיקריים היו מסתפקים בפתרונות שיחה מופחתת או תקשורת בלתי מילולית.

5. ראיונות עם "מתורגמים"

60 הערה דומה לגבי אורך השיח בין החולה הסיני למתורגמן קיבלתי גם מ"מתורגמים" ישראלים לסינית. להערכתם נובע הדבר מקושי למקד את הדובר הסיני בתשובה, ומנטייה שלו לפרוש יריעת סיפור שלמה, שלעתים, לכאורה אינה רלוונטית לשאלה הנשאלת. מתורגמנית אחת אף ציינה שבעת תרגום בבית משפט העיר לה עורך-הדין של הצד הנגדי על "השיחה הממושכת" שהיא מנהלת עם העובד הסיני.

כאמור, "המתורגמנים" במרפאה היו ישראלים דוברי שפות זרות, מלימוד אוניברסיטאי או מעשי אשר מתנדבים בארגוני סיוע לעובדים זרים (דוגמת "קו לעובד"), או אנשים שפנו למרפאה בעקבות פרסומים בעיתונות על עמותת רופאים לזכויות אדם או על עבודת המרפאה עצמה. סוג נוסף של "מתורגמנים" היו חולים לשעבר, שנעזרו בשירותי המרפאה. הראיונות עם ה"מתורגמנים" היו ראיונות חצי-מובנים (ראו בפרק ג'), על מנת לאפשר למרואיינים להעלות בחופשיות את חוויותיהם. שיטה זו התבררה כמתאימה, מאחר וכמעט בכל ריאיון עלו סוגיות רלוונטיות נוספות, שלא צוינו בשאלון המקורי.

פרט לאחר, היו דוברי השפות הזרות הלא-אסיאתיות אנשים שזו שפת האם שלהם, וחלקם טופלו במרפאה בעבר. באשר לסינית, השפה בה נעשה השימוש הרב ביותר ב"מתורגמנים", ראייתי ארבעה "מתורגמנים". שניים מהם הינם סינים שחיים שנים רבות בארץ, ושתיים ישראליות שלמדו לימודי אסיה ואף נסעו לסין לשיפור השפה. כיום הן עוסקות בשפה הסינית באופן זה או אחר. כפי שעולה מן הראיונות, כל ה"מתורגמנים" בארץ מתרגמים ללהג המנדריני וממנו. למרבה המזל רוב העובדים המגיעים לישראל מדברים בלהג זה, ולא בלהג הקנטונזי.

1. 5 נוגה

נוגה, "מתורגמנית" ישראלית שרכשה את השפה באוניברסיטה בישראל ובקורסים בסין, מסתייעת לדבריה בעזרים רבים לצורך עבודתה. מילון סיני-אנגלי נמצא תמיד באמתחתה, והיא עושה שימוש בתוכנה מיוחדת המותקנת במחשב בביתה. במקרים בהם רצתה נוגה להעביר מסרים ברורים או רגישים, היא השתמשה בשפה כתובה. כך, למשל, ביקשה מהצוות הרפואי בבית-חולים "שיבא" (תל-השומר), אשר ביקש את עזרתה בתרגום לבית משפחה של חולה סינית שנפגעה אנושות בפיגוע בנווה-שאנן בינואר 2003, להעביר להם מסר כתוב.

נוגה, המורגלת בבקשות פתאומיות ודחופות להגיע לבתי-חולים כדי לתרגם לחולים סינים, הכינה באחת הפעמים "שיחון" לשימוש החולים הסיניים והרופאים. 61 בהזדמנות אחרת, כתבה נוגה פקס מפורט לקרוביה של חולה אנושה, המפרט את מצבה ולאחר מכן יידעה אותם באותה השיטה על מותה של האישה ועל הסידורים הננקטים במצב זה.

לדבריה, נראה שהפונים הסינים אינם מורגלים באופי שיחה שעיקרו שאלות ותשובות, ונוטים בדרך כלל לפרוש סיפור רחב. היא נוהגת להשמיט דברים שנראים לה לא רלוונטיים במבע של בן-השיח הסיני, וכאשר המבע מתמשך מאוד, היא מחדדת את השאלה ביוזמתה. לדוגמא: כאשר שאלה ראשונית היא "מתי הרביצו לך?", והחולה אינו משיב לכאורה לעניין, היא תוסיף שאלה בנוסח: "לפני העבודה? אחריה?".

מהתרשמותה, נטייתם של הסינים "לשפוך את הלב" נובעת מהעובדה שבדרך כלל אין מי שיקשיב לתלונותיהם, ולכן הם מנצלים את העובדה שלפניהם ישראלי אוהד, דובר את שפתם, ומעלים בשיחה גם סוגיות שאינן רלוונטיות לכאורה לשיחה. במקרה של מחסרים ("דברים שלא קיימים בסינית", בלשונה של נוגה), נוהגת ה"מתורגמנית" לשנות במעט את השאלה, כדי שתכלול את הרעיון שאותו יש להעביר.

2. 5 דורית

דורית, מתנדבת נוספת בעלת נסיון בתרגום למהגרי עבודה ולאנשי עסקים סינים בישראל, אשר פועלת מול מספר ארגוני סיוע, ציינה מספר בעיות תרבותיות, לשוניות ואתיות העולות בתקשורת מול המהגרים הסינים. למשל, כאשר היא ציינה שכאשר התבקשה

61 ב"שיחונים" אלה נעשה שימוש בבתי-חולים, ולא במרפאה בה נערך המחקר, לכן אינם נדונים בגוף המחקר. אולם מצאתי לנכון להזכירם מאחר שהם מהווים דוגמא מרתקת לנסיון לגשר על פער תקשורת עם אוכלוסיה הנחשבת לבעייתית מבחינה זו. השיחונים כוללים ביטויים שימושיים בשיח הרפואי כגון "זריקה", "מסמכים" "כאבים" "הרדמה" ועוד, וכן שאלות וביטויים מורכבים יותר כגון "יש לך כאבים?" "המצב שלך משתפר!" "כרגע אתה בצום" וכן "כרגע אתה יכול רק לשתות, לא לאכול". המילים הפשוטות יותר כתובות בארבעה אופנים: בעברית, באנגלית, בסינית וכן בתעתיק לועזי להגייה הסינית. השאלות המורכבות יותר מנוסחות בעברית ובסינית. בביקורי בבית החולים תל-השומר לאחר הפיגוע בינואר 2003, הבחנתי כי ה"שיחונים" תלויים על מיטותיהם של החולים הסיניים, ולדברי נוגה היא סבורה שעושים בהם שימוש.

לשאול מהגר עבודה שנפגע מאלימות אם רואים על גופו סימני פגיעה, היא חשה מבוכה לנוכח המצב והשאלות שהיה עליה לתרגם עבור הנפגע.

דורית תרגמה גם במשטרה ובבתי משפט, ומהתרשמותה מתהליך התרגום, ניתן לראות כי הבעיות העולות בשיח הרפואי תקפות גם במקומות אלה. הבט מעניין נוסף של תרומת המתורגמן לשיח, עלה מסיפורה של דורית היתה תרגום בסיטואציה בה נכחה במקום מתורגמנית נוספת לשפה הסינית. לדבריה "היו חיכוכים בין "מתורגמנים" שעובדים עבור צדדים שונים [...] תרגמתי לעובדים סינים שהגישו תביעה נגד חברת "סולל בונה". המתורגמנית שהובאה לתרגם מצד החברה, ניסתה "להתקיל" אותי, והעירה לי כמה פעמים שלא תרגמתי נכון משהו".

גם דורית ציינה שאופי השיחה של הסינים מחייב מיקוד השאלה מצד המתורגמן, בין השאר משום שאופי השיחה הטבעי הוא פחות ישיר מאשר בעברית. אבחנה נוספת של דורית נגעה לתופעת ה"מלווים": "למשטרה מביאים הסינים "חבר", בדרך כלל אדם שדרגתו החברתית או התעסוקתית גבוהה משלהם, הקבלן לדוגמא. המעמד הגבוה יותר מתבטא גם בעליונות הלשונית של המלווה, ההופכת אותו לגורם הדומיננטי בשיחה, בו תלויים לחלוטין שני הצדדים".

בשונה מתרגום במשטרה ובבית משפט, שם חשה דורית בטחון, לתרגום בסיטואציות רפואיות היא תמיד לוקחת עימה מילון, וגם כך לא תמיד יודעת להסביר באופן מושלם את הנאמר, ביחוד כאשר מדובר במינוח מקצועי (ומנתה את המונחים "גידול" ו"סרטן" כמונחים רפואיים שקשה להסבירם). גם בסיטואציה רפואית מרגישה דורית שהיא משמשת כמתווכת ולא רק כמתורגמנית, ומרגישה שחלק מתפקידה בשיח הוא להרגיע את החולה הסיני ולתת לו הסברים לגבי אופי והתנהלות הרפואה ובתי החולים במערב. גם דורית מעדכנת את מאגר המינוחים שלה בעזרת חיפושים פעילים. מתברר כי ה"מתורגמנים" המתנדבים ב"קו לעובד" מחליפים ביניהם מידע לגבי אתרי אינטרנט ועזרים אחרים לשפה הסינית.

5.3 אלן

שמו של ה"מתורגמן" אלן נמסר לי כבר בתחילת המחקר, וסופר לי כי הוא עוזר רבות למהגרי העבודה הסינים. אלן סייע בתיווך לשוני גם בליל הפיגוע בנווה שאנן, בו נפגעו דוברי-סינית רבים. אלן, בן 28, $\frac{3}{4}$ סיני ו $\frac{1}{4}$ ישראלי: "סבתא יהודיה שלי ברחה בזמן המלחמה [מלחמת העולם השנייה] לסיין והכירה את הסבא שלי, איש עסקים בין לאומי. אבא שלי נולד והתחתן עם סינית. כיום כמעט כל המשפחה בישראל. ב-81' ברחנו מסין בגלל המהפכה. הגענו לישראל כי רצינו להגיע למקום דמוקרטי, לא קומוניסטי, וגם כי הסבתא שלי רצתה לבוא לבקר קרובי משפחה".

בנוגע לשפה בה מדברים בביתו של אלן, הוא אומר: "אני חושב שאנחנו המשפחה היחידה בארץ שמדברים שלוש שפות בבית- הלהג של שנחאי, מנדרינית וקנטונזית [...] כל המשפחה הגיעה משנחאי, בבית-הספר מלמדים מנדרינית - הלהג הרשמי, אבל יש לנו חברים ומשפחה מהונג-קונג, והם מדברים קנטונזית. לשאלתי איך בוחרת המשפחה באיזה להג להשתמש, ענה אלן: "לפי הביטוי שנשמע הכי מתאים באותו הרגע".

ההתנסות הראשונה של אלן בתרגום היתה כאשר היה בצבא: "מישהו שהכיר אותי היה סגן ראש עיריית קריית מלאכי, ששימשה עיר תאומה של עיר בסין. באותו מקרה תרגמתי בהתנדבות." כיום הוא מתרגם בחינם בכל הארגונים ההומניטריים, ומקבל תשלום לתרגום במסגרות אוניברסיטאיות, מכללות לרפואה משלימה ועוד. לדבריו, מוסדות ממשלתיים לא שילמו לו מעולם על שירותיו.

במסגרות הומניטריות מתרגם אלן בדרך-כלל באמצעות הטלפון, אם כי פעמים רבות סייע לתרגום בבתי חולים. במשטרה תרגם רק פעמים ספורות, גם זאת כ"טובה" שביקש ממנו חוקר.

לגבי תרגום בבתי-חולים מספר אלן: "הניסיון שלי בתרגום בבית-חולים [תרגום רפואי] יחסית מועט. אנשים הגיעו מחוסרי הכרה והרופא לא תקשר איתם. רק אחרי הטיפול מתחילות השאלות. רוב הצורך של העובדים הזרים הוא אחרי האשפוז – תקופת החלמה, ענייני ביטוח".

הכותבת: איזה סוג של דברים תרגמת?

אלן: "למשל, כאבים אחרי ניתוח – החולה מתלונן והאחות לא מבינה. בדרך כלל זה נובע מתחושות אי-וודאות של החולה, הוא לא יודע מה קרה לו, מה ניתוחו, מה יהיה. בדרך-כלל אני מצליח להרגיע ולהסביר להם."

הכותבת: האם נתקלת באחד המקרים בבעיות אתיות או אחרות?
אלן: "כן. היה עובד סיני שנפצע תוך-כדי עבודה, היתה לו נכות. החברה הקבלנית כנראה לא ביטחה אותו, או שעשתה משהו לא חוקי, ואז ניסתה לסגור את זה עם העובד, לשחד אותו, לפצות אותו בסכומים מגוחכים. בתור מתורגמן וכמי שעוזר ב"קו לעובד" אני צריך להגיד לו שיבדוק אפשרויות אחרות, 'אולי מגיע לך יותר', להציע ביטוחים אחרים."
אלן הציג דוגמא נוספת לבעיה אתית מולה ניצב כמתווך בין תרבויות: "היתה עובדת זרה שנכנסה להריון. היא בדילמה. חברים סיפרו לה שאם תלד בארץ, הילד יקבל אזרחות והיא תוכל להשאר. היא היתה בדילמה אם להפיל או לא. האישה פנתה אלי באופן פרטי; אנשים מתקשרים אלי באופן פרטי, זה עובד מפה לאוזן. היא רצתה לוודא, לדעת מה הפרוצדורה של הפלה, כמה עולה ללדת, כמה עולה להפיל, מה המצב המשפטי, האם תוכל לגדל אותו בכבוד. בררתי תשובה דרך 'קו לעובד' ודרך רופאים".

הכותבת: האם קרה שקראו לך לתרגם ללהג הלא-נכון?
אלן: "המשטרה ביקשה ממני לתרגם סרט או קלטת שהם צילמו, שיחה בין כמה חשודים. השמע לא היה טוב וגם הניב כפרי מאוד. יכול להיות שהם ידעו שמצלמים אותם ולכן דיברו בלהג כפרי בכוונה. אמרתי למשטרה שאני לא מוכן לתרגם סתם, שמאוד חשוב שיהיה תרגום מדויק."

אלן לא בנה לעצמו רשימות מילים או מילון מונחים: "הכל בראש. אלו מילים ומונחים שמדברים עליהם ביום-יום". אם אינו מבין, "אני שואל את הרופא, מבקש הבהרה. לדוגמא – 'כבד' זה האיבר שאחראי על יצור הדם. ואז אני מעביר את המשמעות לדובר הסינית."
"מתורגמן לא צריך לתרגם מילה במילה, כי לפעמים אומרים דבר בעברית, וזה לא בדיוק זה בסינית". כאן מתקשה אלן להצביע על הבעיה המדויקת שהוא חש בתהליך התרגום, אך התרשמותי היא כי הוא סבור שאין תרגום "אחד-לאחד" בין השפות, וצריך לפעמים לבצע "עיקופים". "למשל, אם אומרים משהו בסלנג [בעברית], אם נתרגם מילה במילה זה יתפרש

בצורה אחרת, ואולי הצד השני יעלב. יותר חשוב להעביר את הרעיון ולא לתרגם מילה במילה, בגלל ההבדלים בין התרבויות. אני חושב מה הצד הראשון מנסה להגיד ואז מתרגם את המשמעות".

לגבי הבדלי התרבות הבולטים ביותר בין הקהילה הסינית לישראלים אומר אלן: "בסין התרבות היא שכל האומר מקיים, מילה זו מילה, שעה זו שעה, הבטחה לסיים פרויקט בזמן זו הבטחה. גם לגבי המחיר והזמן – בדרך-כלל עומדים בו. הרבה עובדים זרים שהגיעו לארץ לא מכירים את התרבות שבה הקבלן אומר 'אחר-כך נדבר על הכסף'. וגם אם לפני כן הם דיברו ביניהם על השכר, הקבלן מנסה להתמקח. בסינים זה פוגע. הרבה עובדים זרים 'התקלקלו' בארץ והתחילו גם 'לדבר באוויר'.

כאשר שאלתי אותו על מקרים בהם הרגיש שהיה עליו לגשר בין צדדים ותרבויות: "היתה מישהי מבוגרת שהזמינה עובד זר לעשות עבודה כלשהי. הוא עשה מעבר לנדרש, קצת גינון וכולי, וכאשר בא לבקש שכר, הכלב של האישה נשך אותו. האישה היה מודאג מאוד מאחר ובסין כלבי רחוב אינם מחוסנים והוא פחד מכלבת. לאחר שהעובד עבר בדיקות הוא בא אל האישה עם חשבון הבדיקה והיא סרבה לשלם, ואמרה שהיה צריך לשאול אותה קודם והיא היתה אומרת לו שהכלב מחוסן. אני תיווכתי והסברתי לאישה שיש בעיות תקשורת, שלאיש היה קשה לשאול. הסברתי לה את הבעיה התרבותית, גישרתי בין הצדדים ושכנעתי אותם להתפשר על חצי מהסכום [מעלות הבדיקה]".

5.4 צ'אנג

צ'אנג, בן 31, מתגורר בישראל 4 שנים (עזב את סין מולדתו בשנות ה-80), ומחזיק בדרכון אמריקאי. הוא הגיע לארץ לתכנית בקיבוץ, חזר ללמוד בישראל לתואר שני ובתקופה זו החל גם לתרגם. כיום נשוי צ'אנג לישראלית, דובר עברית טובה מאוד במשלב גבוה. צ'אנג תרגם מספר פעמים לעובדים סיניים או לנותני שירות ישראלים. הוא נקרא לתרגם במשטרת רמת-גן שלוש פעמים, בכולן קיבל תשלום שהוא קבע את גובהו. דרך "קו לעובד" תרגם עוד פעמיים-שלוש, בהתנדבות, למרות שהוצע לו תשלום. ל"איכילוב" בליל הפיגוע הגיע דרך "קו לעובד", שקיבלו שיחת טלפון מהשירות הסוציאלי של בית החולים. שם פגש

את נוגה (ראו סעיף 5.1 לעיל), ויחד התמודדו עם מספר סוגיות תרגומיות ואתיות, והראיון בנושא זה מפורט להלן:

כותבת: "למה קשה לבצע תרגום רפואי?"

צ'אנג: "החולה והרופא לא רוצים לדעת אותו הדבר. החולה רוצה לספר דברים אחרים. לדוגמא, הרופא, במקרה של הסיני שנפצע קשה ואחיו קיבל את ההסבר, 62 הרופא נתן הסבר מפורט, מעבדתי כמעט, על כל הטיפול הרפואי – 'חתכנו כאן, תפרנו שם'. כל מה שהאח רצה לדעת, ושאל כל שני משפטים, הוא אם האח יחיה, אם יוכל ללכת, אם יוכל להזיז את ידיו?"

שני המתורגמנים שנכחו באירוע, צ'אנג ונוגה, סברו, יחד עם זאת, שהתנהגות האח לא היתה חריגה וש"כל אחד היה מרגיש ככה". למתורגמנית היתה הרגשה שהחולה חשב שהפרטים ה"יבשים" נמסרו לאחיו כדי להסתיר ממנו מידע.

דוגמא נוספת:

צ'אנג: "העובדת הסוציאלית בבית החולים רצתה להסביר לאח של הפצוע על אנשים שמעוניינים לתרום להם בגדים. החולה רצה לדעת למה לא נותנים לו טיפול בשחיה, חשב שזה בגלל שהוא סיני".

כותבת: מה עשית?

צ'אנג: "פשוט שאלתי למה לא נותנים לו לשחות".

התרשמותו של צ'אנג היא, שכאשר הוא מתרגם, משתדלים הרופאים לפשט את העברית במטרה לתקשר. ה"מתורגמנית" נוגה שיערה שפישוט השפה מתרחש כאשר הרופאים רואים לפנייהם אדם ממוצא סיני, ואינם יודעים מהי רמת העברית שלו, לדוגמה היא סיפרה: "פעם הם השתמשו במילה 'קקה'", [במקום להגיד "צרכים" או יציאות].

הוא עצמו אינו נוהג לתת לחולים הסיניים הסברים על מערכת הרפואה המערבית, לדבריו "הם מכירים את זה עוד מסין".

62 מדובר בפצוע קשה שאחיו שהה לצידו; צ'אנג ונוגה נקראו לקשר בין האח לרופאים, החל מהרגע בו היה צריך לזהות את הפצוע, דרך ההסברים ובקשת ההסכמה לניתוח וכלה בביקורים שוטפים שערכה נוגה לאחר הניתוח, באחד מהם נכחה אף הכותבת.

כמתואר לעיל, נוגה נעזרה בצ'אנג לתרגום לאחיו של החולה שנפגע קשה. הם התבקשו לומר לאח כי הטחול של החולה הוסר. נוגה לא הכירה את המונח, ושניהם בדקו זאת במילון – היא הכירה את המושג באנגלית והראתה לצ'אנג את המונח במילון אנגלי-סיני. באחת משיחותי עם נוגה בנוגע לפצוע זה, היא אמרה שלדעתה האח לא בישר לאחיו החולה כי הטחול הוסר, והתלבטה מה עליה לעשות. גם צ'אנג ידע על הפער האפשרי בתרגום:

כותבת: למה לדעתך האח לא סיפר לאחיו הפצוע שהוצא לו הטחול?
נוגה: "זה לא נהוג. כדי לא להדאיג את החולה. אולי לטחול יש מקום חשוב ברפואה הסינית".

5.5 מיכל

הראיון הבא נערך עם מיכל, 63 אליה הופניתי ממנהלת המרפאה עינת, שאמרה לי כי הם נעזרים בה בתרגום רפואי. מיכל, תלמידת תואר שני באוניברסיטה העברית ללימודי מזרח אסיה, תוך התמחות בסין. במהלך התואר הראשון שלה, שהתה מיכל בסין במשך שנה, שם למדה את השפה באוניברסיטה וברחוב וכן לימדה עברית באחת האוניברסיטאות. כיום עוסקת בשפה הסינית באופן אינטנסיבי: מלמדת סינית באוניברסיטת חיפה, עובדת כמדריכת טיולים לסין, ומסייעת בתרגום לארגוני הסיוע לעובדים זרים. בין השאר, עסקה בעבר בהתאמה והסבה של תוכנת מחשב ישראלית לשפה הסינית וכן תרגמה מספר פעמים לטלוויזיה (שתי עבודות אלה נעשו בשכר).

מיכל עוסקת רק בשפה המנדרינית, לדבריה, אין בארץ אקדמאים העוסקים בקנטונזית, הנחשבת בעיניהם (אם כי לא בעיניה) ל"שפה דוחה. [...] סינים לא מחזיקים ממנה, כי אין לה מקורות קנוניים, היא לא שפה כתובה". היא נתנה לי גם רקע קצר על המצב הלשוני בסין: "כל אדם מדבר את ה'סטנדרט' – מנדרינית, שמלמדים בבתי הספר, ומתקשר

63 הראיון נערך ב-26 וב-28 בספטמבר, 2003.

ב'רגיונלקט' שלו. כלומר דיבורו הרשמי של כל אדם יהיה מתובל בדיאלקט המקומי, לעתים עד לרמה שיהיה לי קשה להבין אותו.

הכותבת: "האם קרה שקראו לך לתרגם את הלהג הלא נכון?"
מיכל: "לא קרה לי שקראו לי לתרגם להג שלא הבנתי. מה שכן, כשהייתי בירושלים [באוניברסיטה העברית] התקשרו מהמשטרה ורצו שמישהו יתרגם סצ'ואנית. כל 'נכסי צאן הברזל' שקשורים לסינית אמרו שהמשטרה יכולה לשכוח מזה. הנחקרים דיברו ביניהם סצ'ואנית בחקירה, כנראה במכוון. אנחנו אמרנו למשטרה שהם יכולים לשכוח ממישהו שיתרגם להם את זה."

הכותבת: "האם נקראת לתרגם בבתי משפט?"
מיכל: "עוד לא תרגמתי בבתי משפט. אפשר לומר שתרגמתי בעיקר במצבי חירום, במצבים שבהן קיימת סכנת חיים או פוטנציאל לסכנה – בתי-חולים, ארגוני סיוע, חדשות וכדומה. מדי פעם אנשים רוצים שאתרגם לפועלים הסינים שלהם, ואני מתחמקת. זה מעצבן אותי."

"לפני מלחמת המפרץ 64 תרגמתי הזדרכת אב"כ במסיל"ה. זה היה נורא. אני חושבת שהם לא הבינו כלום, חוץ מאיך להרכיב ולהוריד את המסיכה."

הכותבת: "איך ידעת את כל המינוח?"
מיכל: "התקשרתי לאנשים לפני ההדרכה ושאלתי איך אומרים 'לוחמה כימית' ו'מסכה'. לגבי שאר המונחים השתמשה מיכל בשיטה הבאה: "הצבעתי על מזרק, למשל, ושאלתי 'איך קוראים לזה?' ואז השתמשתי במונח שהם אמרו לי."

אשר לתרגומים רפואיים, מיכל עסקה בהם רבות, ובימים אלה ממש היתה מעורבת בתרגום למספר חולים דוברי סינית. 65 כך היא מתארת את תהליך התרגום: "אני לא יודעת כלום במינוח רפואי, אני עוקפת את הכל. אני צריכה לפרק את הביטוי, לקחת נשימה עמוקה ולחשוב מה זה הדבר זה, ואז לתרגם. בדיוק השבוע הייתי צריכה לתרגם את המילה

64 הכוונה למתיחות במפרץ בתחילת 2003.

65 מדובר בשני מקרים: עובדת מסין שקפצה מהחלון מפחד משטרת ההגירה ועובד מסין שנפצע מאריח בעינו ורואיין ע"י העיתונאית רותי סיני.

'קתטר', למשל [...] אני מכירה אנשים שעובדים עם רשימות מילים, לי אישית זה לא מתאים, זה ילך לאיבוד." בשיחת המשך שקיימתי עימה, ציינה מיכל כי היו מקרים בהם בידרה מונחים לפני קיום השיחה, זאת בהתאם לנושא הצפוי: "אם יש נושא ספציפי, אני מחפשת מינוח לפני כן, אברי גוף למשל – 'פרק יד', 'כף רגל', למשל. אני רושמת על דף, בדרך כלל רק שמות עצם. לפגישה אני לא באה עם מילון, זה לא נראה לי מנומס. לא בגלל הסינים, בגללי. הבן-אדם מסכן, ורצוי לחתוך בתהליכי ביניים. היו כמה פעמים שהיה לי מילון בתיק ולא הייתי צריכה להשתמש בו. אחרי השיחה הבנתי שאני הבן-אדם הראשון שדיבר עם הסיני, ואני הממסד, אני לבנה, מדברת בשפה שלו. הקשר הזה נורא חשוב, אני חושבת שצריך ליצור קשר בלי לשים מילון באמצע ולחפש מילים." כהערה כללית מציינת מיכל, כי קיים מילון רפואי סיני חד-לשוני, מאחר והמסורת המילונאית ככלל חזקה מאוד בסין. הסינים אינם מכירים את כל הסימניות בשפתם, ורבים מהם מסתובבים עם מילונים.

על הדינמיקה של תרגום רפואי, מספרת מיכל: "הישראלים מספרים לי בטלפון לפני כן על מה מדובר. כאשר מדובר בתרגום מרשמים הם מבקשים ממני להתקשר לסיני או הסינית הפגועה. במקרים כאלה אני לא יכולה להסביר להם מהי האנטיביוטיקה, רק להגיד להם כמה פעמים ביום לקחת את התרופה."

הכותבת: "האם יש לך שיטת עבודה כשאת מתרגמת?"

מיכל: "אני רושמת בעיקר דברים שהישראלים אומרים לי שצריך לתרגם, זו ההתחלה של הכל, מפה מתחילים. אני רושמת ראשי פרקים אבל בשיחה עצמה זה יוצא מאוד סימולטני. יוצא לי לעצור את הדוברים כשזה יוצא ארוך מדי, ויותר קל לקצוץ למנות. [...] בכל מקרה יש שיחה טלפון מקדימה עם הישראלים. לפעמים אני מדברת עם הסינים לפני כן. אם מדובר בהגעה לבית-החולים או לבית של חולה אני מקבלת פרטים לפני כן. למשל, עובד סיני ששבר את עמוד השדרה שלו ונהיה נכה. אחות אחת אמרה לי מה הבעיה, ואז בחדר שלו אמר לי הרופא שצריך להחתים אותו על טופס הסכמה לניתוח, ממש בשנייה האחרונה. שם הרגשתי כמעט כמו חולה, כי עם חולה לא מתייעצים ואומרים לו ממש ברגע האחרון. לי הם נתנו את 'השורה האחרונה': 'יש לו פגיעה קשה בעמוד השדרה, הוא לא ילך יותר. תסבירי לו בבקשה שהניתוח לא ישפר את מצבו, אלא רק ימנע ממנו להיות יותר גרוע, והוא

צריך להסכים'. הוא [החולה] לא הבין את הפרטים הקטנים, אלא רק את המצב הכללי. את זה יכולתי לתרגם. אם היו נכנסים לכל מיני 'עצם בריח' לא הייתי יכולה לתרגם."

סוגייה נוספת שעלתה בריאיון היא השימוש בתרגום ישיר לעומת תרגום עקיף: "אני משתמשת בשניהם. בגלל שהחולה היה כל-כך מסכן, כל כך שמח לראות אותי, הוא החזיק לי את היד, אני דיברתי איתו קודם, שאלתי איך קוראים לו, אם יש לו ילדים, קשקשנו קצת ואז אמרתי לו: 'אני מאוד מצטערת להגיד לך, אבל נראה שלא תוכל ללכת יותר'. אמרתי לו ש'מה שהרופאים רוצים זה להעביר אותך ניתוח, זה בשביל שלא תהיה לך פגיעה בעמוד השדרה העליון, ובשביל זה אתה צריך לחתום על טפסים'. [...] כשיש שאלות ספציפיות, אני משדרת אמפתיה. יש שיחה בשלושה, לא בשניים. בשיחה עם הבחורה הסינית, היינו אני, רחל (מ'רופאים לזכויות אדם') והרופא. אני דיברתי עם החולה, והעברתי לרחל את המידע ולחולה אמרתי 'הרופא רוצה לדעת אם...'. 'הוא שואל אם...'. נראה לי שיותר נעים לאדם לדעת אם הרופא שואל על היציאות שלו ולא המתורגמן. שהמידע לא עובר יותר מדי ידיים."

הכותבת: "מהי שיטת העבודה שלך בתרגום דרך הטלפון?"
מיכל: "בתרגום בטלפון אני אומרת 'שלום, אני מיכל ואני צריכה לתרגם לך את הרופא. הרופא אומר לך כך וכך'. זה בגלל שלא רואים אותי, אני יכולה ליפול עליהם סתם ככה דרך הטלפון."

מיכל: "היו הרבה פעמים שעצרתי דובר באמצע. יש המון אמוציות בדבר הזה. האדם [החולה] פותח את הפה אחרי הרבה זמן, יש לו המון מה להגיד". מיכל הזכירה מקרה בו לא הבינה את הדובר ואת הסיפור וסירבה להתערב: "התקשר מישהו שטען שגנבו לו כסף בבית החולים. לא עשרים שקל, אלא 2000 דולר. זה לא היה ברור מה קורה, אם בכלל נכנס לבית-החולים עם הכסף, ואני סירבתי להכנס לסיפור כי אי אפשר לדעת למי להאמין. הסטנדרטים שלהם, הקודים שלהם שונים משלנו, הם לא דווקא משקרים בראייה שלהם."

הכותבת: "'מתורגמנים' אחרים לסינית אמרו לי שסינים נוהגים לציין פרטים לא-רלוונטיים לכאורה בשיחה".

מיכל: "זה נכון. זה משהו בתרבות שלהם. מן הצהרת טריטוריה. אני זה זה מהכפר הזה והזה ויש לי כך וכך ילדים. בסין המשפחה הופכת אותך לקיים. ההקשר המשפחתי והמקומי נותן לך לגיטימציה כאדם ויש ניסיון, בדיבורי הסרק, לעשות 'ניפוח נוצות', להגיד 'אני קיים'. חוץ מזה, לתת מידע לא רלוונטי זה בעצם להחסיר מידע רלוונטי. למשל, הם [העובדים מסין] לא יגידו לך אף פעם למה באמת הם באו לארץ..." "ב [הדרכת] 'אב"כ', ב'מסיל"ה', היו שלוש נשים. זה נדיר. וונקה [אחד מהעובדים הזרים המקשרים בין הקהילה הסינית לממסד הישראלי ולארגוני הסיוע] אמר לי שהן באו מסיני, זאת אומרת שהביאו אותן לעבוד בזנות, הן אמרו לי שהן מחפשות עבודה בסיעוד. היו להן פלאפונים אבל הן לא רצו לדבר. הן לא חושפות פרטים על איך באמת הן הובאו לישראל. זה עניין תרבותי. הפרט לא חשוב. מוסרים פרטים שקשורים לכלל ולא לפרט – זה לא הנרטיב [...] בתרגום הרפואי זה [הדיבור הלא רלוונטי לכאורה] לא משפיע, כי אדם חולה אומר מה כואב לו, הוא רוצה שיעזרו לו".

מיכל לא נתקלה, לדבריה, בפני בקשיים בין תרבותיים בתרגום, אך מתארת לעצמה שזה יכול לקרות. לדוגמא: "הבחורה שנפצעה [שקפצה מהגג] – בעלה הבין שמשהו קרה כי היא לא הביאה יותר כסף, אבל הוא לא סיפר לאמא ולאחות כי הן היו חולות. אבל אולי זה לא משהו יוצא דופן, סינים הם לפעמים 'פולנים'".

הכותבת: "האם היו מקרים בהם תרגמת בסיטואציות לא-נעימות, או רגישות?"
מיכל: "אין לי קושי להתמודד. אני מתנתקת רגשית. כמו אמא שלי, שהיא אחות, היא מטפלת בחולים ויש לה מעין ניתוק. אני חושבת על זה שאני צריכה להיות רצינית, אני לא יכולה להכנס עם כל ה prejudices [דעות קדומות ומחשבות אישיות שלה - הכותבת] הקטנות שלי. אני לא נגעלת מדם, אין לי בעיה עם זה, אבל זה לא נחמד לראות בן אדם עם דברים תקועים באף, ועם חלוק של בית-חולים. אבל זה ילדותי לחשוב על דברים כאלה. אני שם כי צריכים את עזרתי. [...] מאוד לא נעים להגיד לאדם שהוא לא יוכל ללכת יותר. זאת היתה הפעם הראשונה שהוא שומע את זה. צריך לבלוע את הרוק ולומר לו. היה לי ברור שאחרת הוא לא ידע מזה, חייבים להגיד לו, אבל היה מאוד לא נעים."

מיכל תיארה מקרה שהיה יכול להיות מאוד לא נעים מבחינתה, ונראה כי שמחה "לותר עליו" לטובת וונקה: "אחרי הפיגוע רצו ב"מסיל"ה" שאלך למשפחות של הסינים שנפגעו, שאהיה 'קצינת נפגעים', אבל כשהגעתי היה מאוחר מדי, והם לא התעסקו בזה כי עדיין לא זיהו את הגופות. אחר כך הם העדיפו את וונקה ובצדק – הוא גם מכיר וגם סיני."

כמי שעוסקת באופן אינטנסיבי בתרבות הסינית, הסבירה לי מיכל את מדוע מגיעים מהגרי עבודה מסין ללא משפחותיהם: "הפרדת משפחות היא עניין תרבותי עתיק בסין. הגבר הולך לעבוד במקום אחד ומשאיר את משפחתו מאחור. זה מנהג עוד מהתקופה הקיסרית, שיטה להבטיח שהפקידים יעשו את עבודתם נאמנה – הם מרוחקים מביתם וכך מרוכזים בעבודתם. גם ביפן היה הדבר נהוג. בתקופה הקומוניסטית מאו הנהיג שוויון בין המינים [...] כך שעכשיו גם נשים עובדות במרחק גדול מהבית".

לסיכום, הריאיון עם מיכל מציג "מתורגמנית" המודעת מאוד לסוגיות שפה, חברה ואתיקה רפואית, שאותן היא מביאה לידי ביטוי בתקשורת עם עובדים זרים מסין ובתרגום בינם לבין ישראלים.

5.6 אבי

אבי, מעצב תעשייתי במקצועו, מופיע ברשימת המתורגמנים של המרפאה כמי שמסייע לתרגם לשפה הספרדית וממנה⁶⁶. משיחה עימו הבנתי שנסיונו בשפה מקורו בטיול בן שנה שערך בדרום-אמריקה, ומחברה קולומביאנית שהיתה לו. לדבריו, חזר לפני עשר שנים מן הטיול, והוא שומר על השפה באמצעות שיחות עם חברים דרום-אמריקאים הגרים בישראל. אבי לא רכש מעולם השכלה פורמלית בספרדית, והוא אינו מנהל לעצמו רשימות מינוח כלשהן.

הסיוע שלו למרפאה (כארבע פעמים בסך-הכל) החל כאשר ליווה ידידה חולה, ראה שקיים קושי בתקשורת עם חולים דוברי ספרדית, והציע את עזרתו. את המינוח הרפואי הוא לומד

66 הראיון נערך ב-18 בספטמבר, 2003.

לדבריו מהשטח, לדוגמא כאשר חברים מספרים לו על מחלותיהם. את המילה "כליות" לדוגמא, הוא אינו מסוגל לזכור בזמן השיחה, אולם אם יתבקש לתרגם אותה, הוא יזכר מיד, לדבריו (ניתן לזהות בהערתו את התופעה של אחזור מינוח בזמן תרגום סימולטני, בדומה לתיאורה של המתורגמנית בלהה מיכאלי ז"ל שאמרה: "אם ברצונכם לדעת תרגומה של מילה, הבו לי אזניות"). אבי הוסיף כי אם אינו יודע מילה מסוימת בזמן השיחה, הוא "לא לוקח סיכון", כדבריו, ומיד פותח מילון ספרדי-עברי, שנמצא בהישג ידו. לדבריו לא נתקל בבעיות מיוחדות בזמן התרגום, משום שרוב השיחה פשוטה מאוד – פציעות חיצוניות, הוראות לבדיקה, הפניה לבית-חולים וכד' – ואינה נסבה על רפואה פנימית.

אבי ציין כי לא הרגיש קושי או מבוכה בזמן התרגום, למרות שלעתים סיפרו לו החולים "דברים רגישים". לא היה ביכולתו לאפיין בעיות מיוחדות הקשורות לאוכלוסיה לה סייע לתרגום (כולם מדרום-אמריקה), ואם קרה שחולים דיברו מהר מדי, הוא ביקש מהם בנימוס להאט.

5.7 יאנה

יאנה, בת 61, כיום בגמלאות, מתגוררת בישראל כ-8 שנים (לא ברציפות), בת של עובדת בעמותה, מתנדבת במרפאה ומשמשת כמתורגמנית לעת מצוא לרוסית וממנה. 67 יאנה מבצעת עבודה דומה בהתנדבות גם במרפאה הגניקולוגית – בימים בהם קולטת הרופאה עובדים זרים במחיר נמוך מהמקובל, וכי התגוררה במשך כ-20 שנה בארצות הברית, שם עבדה בארגון לקליטה מקצועית של מהגרים מרוסיה. מהתרשמותי מהשיחה עם יאנה, ניתן לומר שהתנהגותה כמתורגמנית אד-הוק וחוויותיה בתחום מבוססים על נסיונה זה.

הנתון המפתיע ביותר בדבריה של יאנה הוא העובדה שבדומה לסינים, גם החולים דוברי הרוסית נוטים להאריך מאוד את השיח, ולערב בו נושאים או מבעים שאינם רלוונטיים, לכאורה, לשיחה הרפואית. לדבריה, השיחה בשפת אימם גורמת להם: "להשתחרר, ולפעמים לומר גם דברים שלא צריך". היא, כמתורגמנית, מרגישה שעליה: "לארגן את

67 הראיונות עם יאנה נערכו ב-18 וב-22 בספטמבר, 2003.

השיחה כך שלא תיקח כל-כך הרבה זמן, כי ממתינים אנשים. [...] אני שמה את השיחה בדרך שצריך להיות... לא נותנת להם לדבר על דברים לא רלוונטיים”.

מכאן משתמע שנטיית החולים להרחיב בדיבורם בשיח הרפואי אינה מיוחדת לדוברי הסינית או דוברי הרוסית המתגוררים בישראל, אלא נובעת קרוב לוודאי מאופי השיח, מאי-השוויון בינם לבין הרופאים ומהרצון להתבטא ברגע שיש מישהו שמדבר בשפתם (כלומר, המתורגמן נתפס “אחד משלהם” מאחר שהוא מדבר בשפתם, למרות שהוא מתנדב באותה מידה כמו הרופאים במרפאה, ולמרות שהרופא הוא זה שאמור להביא את המזור לבעיותיהם ואליו פנו מלכתחילה). תופעה זו ראויה למחקר נפרד.

כפי שהעידה, בשיחה עצמה לא משתמשת יאנה במילונים, אך לאחריה אוהבת לבדוק ו“לרשום לעצמה” מילים או מונחים שאמר הרופא בעברית ושאותם לא הבינה במהלכה. לעתים (שוב, לא במהלך שיחה) היא שואלת את מנהלות המרפאה לגבי מילים שלא הבינה. לעתים היא אינה זוכרת מונח רפואי זה או אחר ברוסית, ומחפשת מילים אחרות שיסייעו להעביר את הרעיון לרופא. לדעתה, הרופאים יכולים, מעצם המקצוע והניסיון, לתפוס את הרעיון גם “מסביב”, “זה חלק מהמקצוע”, לדבריה.

הכותבת: “האם קרה שתרגמת במצבים לא נעימים?”

יאנה: “כן. לפעמים יש אנשים עצבניים. [...] אבל מהנסיון שלי בעבודה עם קהל למדתי לצאת ממצבים כאלה, להרגיע את המטופל”. יאנה סיפרה לדוגמא כי אישה התלוננה בפני מנהלות המרפאה שהיא שילמה כסף רב ועשו לה בדיקות שלדעתה לא היו נחוצות (בדיקת Pap, במקרה זה). יאנה הסבירה לחולה מה מצבה, למה עשו לה את הבדיקה וכי העמותה גובה עבור הבדיקה מחיר זול בהרבה מן המקובל. לדעת יאנה השיחה הצליחה, מאחר והחולה “נרגעה ויצאה מאוד מבסוטה”. יאנה נזכרה גם כי “לגניקולוגית הגיעה אישה בהריון עם חברה, שלא מדברת עברית בכלל. הם לא דיברו רוסית אלא ספרדית, והביאו ילד בן 12 לתרגם”.

מאידיך, יאנה מרגישה כי מחובתה להסביר לעובדי המרפאה מה החולה מרגיש. לשאלתי האם לדעתה היא יותר ממתרגמת, היא ענתה בחיוב. כדוגמא היא ציינה שכאשר עבדה בארצות-הברית בארגון הקולט מהגרים דוברי רוסי, עסקה בהזנת פרטיהם למחשב, ולעתים נקראה לתרגם גם ל"יעוץ המקצועי" - vocational counseling. שם נאמר במפורש שעליה להעביר את הדברים כלשונם ובמדויק, וכי אסור לה להוסיף או להשמיט דבר. לדעתה בעבודתה בישראל, בעמותה ובמרפאה כאחד, המצב לעתים שונה:

יאנה: "בארצות הברית ופה זה אחרת. התפקיד שלנו שם היה vocational counseling aid, ולפעמים הזמינו אותנו גם לתרגם [רוסית-אנגלית], שזה שונה". כלומר תפקיד ה"מתורגמן" לא נתפס כתפקיד של מתווך או יועץ, אלא כ"מעביר מסרים בלבד", זאת על פי הוראה מפורשת של המוסד בו עבדו.

יאנה מוסיפה לגבי עבודתה בישראל: "פה אני שואלת את הרופא אם אני יכולה להגיד משהו. לדוגמא, היתה אישה שבאה כמה פעמים למרפאה. לי היה ברור שיש לה בעיות בגלל גיל המעבר, נפשי ולא פיזי. [...] היא בלבלה את המוח לרופאים, זה קרה כמה פעמים. באחת הפעמים אמרתי בזהירות לרופא [בעברית]: 'אני רוצה להגיד משהו דוקטור'. סיפרתי לו שאנחנו רואים את האישה הזו כמה פעמים במרפאה, ויש לה בעיות, אבל לא אורתופדיות [הרופא היה אורתופד]. הרופא הודה לי [...] אני לא רוצה לעשות את זה [להתערב] אבל כשיש אנשים בתור [...] אני הבנתי את העניין שלה, את הבעיה שלה [...] היא לא רצתה בכלל לדבר עברית [...] המרפאה משרתת אנשים שעובדים קשה. היא לא עבדה, רק היתה עם בעלה". יאנה הוסיפה כי במצבים בהם בכל זאת החולה דובר הרוסית מתחיל לדבר על נושאים לא רלוונטיים לכאורה למטרת הפגישה, יאנה נוהגת לציין בפני הרופא כי המטופל מעוניין לשאול משהו שאינו קשור לשיחה, ומבררת אם ברצונו לעסוק בכך, ורק עם אישורו היא תתרגם את דברי החולה.

מניתוח הראיון עם יאנה ניתן לראות כי תפקיד ה"מתורגמנית" בעיניה חורג מעבר להעברת מסרים מילוליים מדויקים בין הצדדים. היא רואה עצמה כיועצת וכמסבירה לשני הצדדים, פעמים רבות ביוזמתה, כדוגמת השיחה שקיימה עם הרופא האורתופד. ראייתה של יאנה מזכירה במשהו את תפקיד ה"סנגור הקהילתי" ההולך ומתבסס בעולם ובישראל. הסנגור

מסייע אנשים מאוכלוסיות חלשות למצות את זכויותיהם מול הממסד, תוך מתן יעוץ רלוונטי (משפטי, רפואי, סוציאלי וכיוצא בזה).

6. ראיונות עם הסגל המנהלי והרפואי במרפאה

הרופאים ומנהלות המרפאה עימם שוחחתי היו שותפים במודעותם לבעיות הכרוכות בקשיי התקשורת במהלך הטיפול הרפואי. באחת משיחותי עם ענת, מנהלת המרפאה, היא ציינה בפני כי למרפאה הגיעה אתיופית הנמצאת בארץ פחות משנה, ומבקשת מקלט מדיני. אותה פונה זקוקה לטיפול נפשי, וענת מגלה צער על כך שהיא נאלצת לעבור אותו בשפה שרמת שליטתה בה נמוכה מאוד. כפתרון זמני, גויסה מלווה שתגיע לטיפול הנפשי יחד עם הפונה.

6.1 ענת אביב ועינת גל

המנהלות ענת ועינת, המנוסות יותר, נוקטות בגישות מעשיות לגישור על פערי תקשורת. לדברי ענת, הן עוסקות ב"גיוס" מתורגמנים: "כאשר הן מאתרות מלווה לחולה, אשר דובר אנגלית או עברית טובה, הן מחמיאות לו על רהיטות לשונו ומבקשות ממנו לסייע גם בעתיד. כך הן מגדילות את רשימת המתנדבים לתרגום טלפוני, הכוללת כיום כ-25 אנשים. הן גם אלה שמאתרות בחדר הקבלה חולים שעשויים להיתקל בקשיי תקשורת במהלך השיחה עם הרופא, ומנסות למצוא פתרון עוד לפני כניסתם אליו – באמצעות פנייה ל"מתורגמן" הטלפוני או איתור "מתורגמן" מבין יושבי החדר.

עובדות המרפאה ומתנדביה מודעים מאוד גם לבעיות האתיות העולות מן השימוש במלווה, בדרך כלל בן משפחה, לתרגום בין הרופא לחולה. זהו המקום לשוב ולהזכיר את הערתה של מנהלת המרפאה לגבי החומרה בה היא רואה את העובדה שהוריה של ילדה בת 13 שלחו אותה לתרגם לסבתה, עולה חדשה מקזחסטאן, והילדה נאלצה לשמוע, ואף לתרגם,

את סבתה אומרת "אני הולכת למות" (חשוב לציין שהערת המנהלת לא נאמרה בנוכחות החולה או המלווה).

6.2 ד"ר יוספה שרתיאל

הרופאים האחרים במרפאה מציינים מצבים מביכים ובעייתיים נוספים, בין אם בעבודתם במרפאה ובין אם במרפאות בהן הם עובדים בדרך כלל. כך למשל, ציינה הרופאה ד"ר שרתיאל מצב בעייתי, בו נאלצה להסביר למלונה של חולה מאתיופיה, כיצד להסיר את העטיפה ולהחדיר נר לשימוש רקטלי. החוויה היתה מביכה מאוד לכל הנוכחים, לדבריה.

ישנם רופאים, דוגמת ד"ר שרתיאל, המציינים בפירוש כי חשוב להם להבין את החולים ולקבל את המידע הדרוש, גם על חשבון התארכות הפגישה וקבלת פחות חולים. רובם המכריע של הרופאים בהם צפיתי עשו נסיונות לגשר על פערי התקשורת באמצעות מחוות בלתי מילוליות, כפי שתואר לעיל. אצל רבים התנהלה השיחה בחלקה על מצבם הנפשי של החולים – בעקיפין או במפורש – מתוך הבנה שגורם זה משפיע על מצבם הגופני. כך למשל, נשאלו החולים המבוגרים יותר אם יש להם ילדים, והיכן הם נמצאים. חולים אחרים נשאלו במפורש אם הם בקשר עם משפחתם, אם יש להם חברים בקהילה שלהם ואף אם הם מרגישים עצב, סובלים מנדודי שינה וכדומה. ואכן, חלק מהחולים במרפאה הופנו גם לפסיכולוג או פסיכיאטר המתנדב במרפאה.

חלק מן הרופאים עשו מאמץ ללמוד מספר מילים בשפה זרה בהן נתקלו בעבודתם היומיומית, בדרך כלל ברוסית. ד"ר שרתיאל דאגה שבחדרה יהיה תמיד מילון צרפתי-רוסי וכן "שיחון" של מילים רלוונטיות בשפה הרוסית, שעזר במידה מסוימת למרות שבעברית היה בידה רק התעתיק של המילים ברוסית. מאחר ורופאה זו הצהירה במפורש שלדעתה הרופאים הם אלה שאחראים לכל שהחולים יבינו את הנאמר בשיחה, היא הביאה רופאה דוברת רוסית שתסייע לה פעם בשבוע לקבלת חולים חדשים למרפאה, כך שלפחות בשלב הראשוני יתקבל כל המידע הרפואי הדרוש.

6.3 שרה וילן

שרה וילן, מתנדבת ודוקטורנטית לאנתרופולוגיה, שערכה גם היא תצפיות במרפאה, היתה מודעת (יתכן שאף יותר משאר המתנדבים) לבעיות תקשורת, גם כאשר השיחה היתה לכאורה שוטפת. בעיות אלה, לדבריה, נעוצות בהבדלים התרבותיים בין החולים לצוות המרפאה, וביחוד האמונות והתפיסות הרפואיות השונות. כך, למשל, פגשה במרפאה בחולה סיני שתיאר "מסמרים בכל הגוף", והרופא שטיפל בו היה מתוסכל מאוד כי לא הצליח להגיע לכל דיאגנוזה על סמך תיאורו של החולה בהיעדר שפה משותפת. לדעתה של שרה, הרופאים נוטים במקרים כאלה לומר שאין לחולה כלום, או מנסים להתאים את הסימפטומים שמתאר החולה למחלות המוכרות ברפואה המערביות.

שרה ביססה את תשובתה:68 "בעיקר משיחות עם רופאים. אני יודעת שרופאים רבים פשוט מציגים את תלונות החולה כ'כלום' מאחר והם אינם יכולים להתאים אותן למשהו שרופאים מסבירים במונחים ביו-רפואיים, והם אומרים לחולה 'אתה בסדר', או 'אל תדאג', או דברים דומים". [...] החולה שהתלונן על 'מסמרים בכל הגוף' שוחח עם רופא צעיר, שבדרך כלל מתנהג ברגישות רבה עם חולים. הוא [הרופא] היה מתוסכל ומבולבל. הוא פשוט לא יכול היה לעשות כלום עם המידע שהחולה נתן לו. אני יודעת אם הוא אמר [לחולה] שזה 'שום דבר', או שסיים את המפגש הרפואי בתחושה שלא הועיל, או אם חשב שהיה שם משהו שהיה יכול להיות רלוונטי מבחינה רפואית אם היה יכול להבינו. אבל דברים כאלה, מהזמן הרב שהייתי במרפאה, קורים כל הזמן. ולא כל הרופאים משקיעים כמו זה [הרופא שתואר לעיל] בהקשבה אמיתית לחולה. רבים – כמו רופאים רבים שלא עוסקים במחסומים בין תרבותיים – מניחים יותר ממה שהם שומעים באמת".

6.4 ד"ר טל הרר

ד"ר טל הרר, רופא מתמחה במרפאה, ציין69 כי "היו לי בעיות בתקשורת בעיקר עם סינים, רומנים, ולפעמים עם פיליפינים. הכי קשה היה לתקשר עם סינים, בגלל חוסר ידיעה מוחלט [לא ציין של מי, מהיכרותי עימו ועם הידע שלו בשפות אני מניחה שהתכוון לסינים] בשפות

68 תרגום מאנגלית של הכותבת להתייחסות בכתב מאת שרה.

69 הראיון עם ד"ר הרר נערך ב-29 באפריל, 2003, לאחר שיחה ותצפיות במרפאה.

אחרות. בדרך-כלל השתמשתי בקרובים או חברים שדיברו בדרך-כלל אנגלית אבל לפעמים עברית, והרבה פעמים השתמשתי ב"מתורגמנים" של הארגון דרך הטלפון. זה עזר אבל ברור שבאופן מוגבל. אין תחליף למסייע מקצועי שנוכח במקום."

ד"ר הרר מכיר את קשיי התקשורת ואת השימוש ב"מתורגמנים" קהילתיים גם כמי שנוזק להם בעבר. כאשר התגורר בשוודיה, התמחה בבית-חולים השוכן כ-1200 קילומטרים מהבירה, שטוקהולם. כאשר הגיע דובר רוסית לבית החולים ולא היה בנמצא "מתורגמן", התקשר הצוות הרפואי לסטוקהולם ובוצעה שיחה באמצעות "מתורגמן" טלפוני. ד"ר הרר עצמו נעזר, עם הגיעו לשוודיה, ב"מתורגמנית" במהלך עבודתו מול שירותי הרווחה. לדבריו, נשאל איזו שפה הוא דובר, ונעשו מאמצים למצוא לו "מתורגמן" לעברית. משלא נמצא "מתורגמן" כזה, הובאה "מתורגמנית" אנגלית-שוודית לפגישה. זו, לדבריו, ישבה כמעט באפס מעשה, משום שהדוברים שוחחו באנגלית שוטפת ללא עזרתה, אך המתורגמנית "ישבה שם וקיבלה כסף משום שלפי הפרוטוקול הם [הרשויות בשוודיה] מחויבים לספק מתורגמן".

לדבריו, במרפאה הוא מצליח למרות הקשיים "להסתדר ולמצות את הטיפול", אבל הדבר נעשה על חשבון זמן הטיפול והאפקטיביות של העבודה: "זמן הטיפול ארוך יותר בהיעדר "מתורגמן", או בשל הזמן שצריך לבזבז כדי להשיג "מתורגמן" בטלפון".

ד"ר הרר, המאמין ב"טיפול אלטרנטיבי" – כלומר שיחה מעמיקה הכוללת הסברים רבים ועצות לשינוי אורח חיים – הביע צער על כך שבמגבלות השפה והזמן אינו מצליח לנקוט דרך טיפול מועדפת זו. לדבריו, כרופא מתחיל הוא "לחוק" יותר ומשקיע בצדדים הרפואיים גרידא ופחות מתפנה לשוחח עם החולים. הוא אינו יודע בוודאות אם רופאים מנוסים ישקיעו יותר ב"פסיכולוגיה" שמסביב לטיפול, בהתמקדות בבעיות רפואיות שמקורן במתח (מאחר והאנמנזה והבדיקה יהיו קצרות יותר), או שמא, "לא יהיה להם כוח" להשקיע בצד הזה של הטיפול (ואכן שרה, הדוקטורנטית המתנדבת, העידה שלחלק מהרופאים אין סבלנות להיבט זה בטיפול והם עשויים לומר: "מה, אני עובד סוציאלי?!") – על אף שיש ביכולתם לשלוח את החולה לעובד סוציאלי המתנדב במרפאה.)

ד"ר הרר זובר מספר שפות, ובמרפאה הוא משתמש בעברית, באנגלית ובספרדית. ל"מתורגמן" נזקק בעיקר עם חולים סינים. גם הוא חוזר על האבחנה שהסינים מגיעים עם מלווים, לדברים אלו "מלווים מקצועיים" – כלומר סינים דוברי עברית או אנגלית המקבלים מהחולים כסף עבור השירות.

בתיאורו לגבי שיחה מתורגמת חוזר ד"ר הרר על דפוסים שנצפו במרפאה: "אני מציג את עצמי, שואל את החולה איזו שפה הוא מדבר. אם קיים קושי בתקשורת מנסים להשיג "מתורגמן", וד"ר הרר מבקש לשאול את החולה דרכו: למה באת, במה אוכל לעזור לך וכדומה". השיחה התלת-צדדית היא מעין רצף מהיר של שאלות ותשובות דרך ה"מתורגמן", ומשכו כ-3-5 דקות.

6.5 ד"ר דניאל מולדבסקי

כאמור, המרפאה מספקת גם שירותי בריאות-הנפש, המופעלים בהתנדבות בדומה לשירותים הרפואיים הרגילים. פגשתי במרפאה 70 את הפסיכיאטר ד"ר מולדבסקי, ארגנטינאי במוצאו, 13 שנים בארץ, עובד בבית-החולים "אבארבנל", ומתנדב ב"רופאים לזכויות אדם" כשנה וחצי. הוא סיפר לי כי את השירות הפסיכיאטרי במרפאה יסד ד"ר זאב וינר לפני כשלוש שנים. הוא התחיל את הפעילות דרך ארגון "מסיל"ה" ועבד מול מנהיגי קהילות אפריקאיות, משום שאלו הן המאורגנות ביותר לדבריו. בשירות מתנדבים כיום שלושה פסיכיאטרים, שני עובדים סוציאליים, וכן פסיכולוג. ד"ר מולדבסקי עצמו מתנדב במרפאה פעם בשבועיים. הטיפול הינו יותר פסיכיאטרי ופחות פסיכולוגי, בין השאר בשל מגבלות התעסוקה של העובדים, שאינם יכולים להגיע לפגישות טיפוליות שבועיות.

למרפאה מגיעים חולים משלוש קבוצות אתניות בולטות: יוצאי אפריקה – דוברי אנגלית, אך קשה לדבר עימם בגלל המבטא; דוברי ספרדית (מקולומביה, בעיקר) – שהתחילו להגיע למרפאה אחרי שהוא החל לעבוד שם, והוא משוחח עימם בספרדית, שפת אימו; פיליפינים – בעיקר אחרי שני הפיגועים בתחנה המרכזית, כלומר בחודשים האחרונים. עימם מדברים

70 הראיון עם ד"ר מולדבסקי נערך ב-31 במרץ, 2003

באנגלית. המקרה היחיד בו נעזר ב"מתורגמן" במרפאה היה בשני מקרים שונים של דוברי רומנית, שלא דיברו לא עברית ולא אנגלית. ה"מתורגמן" במקרה זה היה אחד מהעובדים הסוציאליים המתנדבים במרפאה. בעבודה היומיומית, בבית החולים "אבארבל", הוא עובד הרבה עם "מתורגמים" שהינם אנשי צוות, בעיקר לשפה הרוסית וממנה.

לדעת ד"ר מולדבסקי, מה שמונע את הגישה לשירותי בריאות בקרב מהגרי העבודה הינו פחד מרדיפת משטרת ההגירה. לעתים הוא מזהה אצל הממתינים בתור סימפטומים של פחד. ד"ר מולדבסקי אינו מצליח לאפיין מי האוכלוסייה הזקוקה ביותר לטיפול, בין השאר משום שאין לו שום מידע גישה לסינים, תאילנדים ותורכים. מאפיין בולט אצל הזקוקים לטיפול נפשי הינו שדאגתם העיקרית היא לחזור לעבודה. הוא רואה בזאת גורם העוזר לטיפול (מאחר והם אינם יכולים לקחת חופש מחלה ממושך). פרסום שעשתה העמותה לאחר הפיגוע בנווה שאנן ובו הציעה טיפול נפשי (ראו נספח ט'), לא הצליח להביא למרפאה חולים נוספים, לדעתו בשל הפחד ממעצר וגירוש.

מטרת הטיפול לדבריו של ד"ר מולדבסקי היא לזהות פתולוגיה פסיכיאטרית. רוב הבעיות הינן של חרדה, דיכאון, ובחודשיים-שלושה האחרונים, לאחר הפיגוע בתל-אביב, הוא מבחין ב- acute stress reaction – תופעה המופיעה זמן קצר יחסית לאחר אירוע טראומטי (לעומת PTSD, תסמונת עקה פוסט-טראומטית, המופיעה זמן רב יחסית לאחריו).

ד"ר מולדבסקי ציין בפני כי קיים ענף נפרד בתחום הפסיכולוגיה העוסק במהגרי עבודה והוא מכונה transcultural psychiatry. לתחום זה מוקדש כתב עת מקצועי, והוא עצמו עבר קורס קיץ בקנדה, שנמשך חודש וחצי. מתנדבי בריאות הנפש במרפאה החליטו ללמוד את העניין לעומק והקבוצה כבר ערכה שתי פגישות העשרה, כולל דיון במאמרים שהביאו. בארץ המודעות לנושא נמוכה מאוד, והוא רואה במיעוט המתנדבים במרפאה כהוכחה לכך. ד"ר מולדבסקי עורך בספרדית טיפולים פסיכולוגיים קצרי-טווח והתערבות בשעת משבר.

6.6 ד"ר אילן טל

ד"ר אילן טל, מנהל השירות הפסיכיאטרי במרפאה משנת 2000, השיב לשאלותי בנושא הטיפול במיעוטים לשוניים 71.

לשאלת האוכלוסייה הבולטת מספרית במרפאת בריאות הנפש: "אפריקאים מגיעים הרבה. ראשית, משום שקשוי השפה פחות קשים, ושנית, נראה לי שאיכשהו זה יותר מקובל, שרפואה מערבית מקובלת בעיניהם כסוג של רפואה אפשרית. שירותי בריאות הנפש אסורים, אבל לא אסורים כמו אצל האחרים. בנוסף, המבנה החברתי שלהם הוא כזה שיש בו קבוצות חברתיות סביב הדת, ושם כאשר המנהיגים מאתרים אנשים בעייתיים, הם שולחים [למרפאה]. זה נכון לגבי פסיכוסיים אבל לא לגבי דכאוניים. דוברי ספרדית מגיעים למולדבסקי, לגבי סינים – היתה אחת שהגיעה אחרי הפיגוע בנווה שאנן".

ד"ר טל ממשיך לתאר חוויות יחודיות לטיפול בעובדים הזרים: "למרות שחשבנו להציע פסיכותרפיה, הטיפול שאנו נותנים כיום הוא רק פסיכיאטרי, קרי תרופתי בעיקר, ולעתים משלב התערבות קצרה של עובד סוציאלי. הטיפול אחרי הפיגוע לא דמה לשירות הרגיל שאנו נותנים. ניסינו שיטה של טיפול קבוצתי, שאותו אנו עושים בדרך-כלל - טיפול קצר מועד, סמוך להתרחשות הטראומה – וזה לא הלך, זה נכשל לגמרי. הבדלי התרבות היו ענקיים, הפחדים לחשוף היו גדולים אפילו יותר. נאלצנו לפרק את הקבוצה ולעבור לטיפול יחידני. [...] הטיפול שהגשתי לסינית היה בליווי מתורגמן לאנגלית, אני חושב שהוא היה בן-משפחה או חבר. בכל אופן, הוא לא עבר הכשרה של מתורגמן. לפני הטיפול אני הדרכת אותי: 'תתרגם מילה במילה מה שאני אומר ומילה במילה מה שהיא אומרת. אל תסביר. אם היא לא מבינה תגיד לי, אל תסביר'. זה הצליח, אבל חלקית. הטיפול לא היה מתקיים בלי המתורגמן, כך שהוא עזר, אבל הרבה פעמים מצאתי את עצמי מסתייע בשפת הגוף – היה ברור לי שדברים שאני אומר לא מועברים כראוי. למשל, שאלתי אותה אם יש לה תמונות חזרות מהפיגוע. נראה לי שלא הוא ולא היא הבינו את השאלה. זה הסתבך עוד יותר כשהייתי צריך ללמד אותה הרפיה. זה בכלל קטע [שחזר על עצמו אצל חולים אחרים]: אני

71 הראיון עם ד"ר טל נערך ב-8 באוקטובר, 2003.

לימדתי אותם דבר אחד, הם למדו משהו אחר, אבל ההיבט הסוגסטיבי72 של העניין – זה יעזור, זה יעבוד – באמת עובד. הם באים ומספרים לי שזה עזר, למרות שהם למדו משהו אחר לגמרי. זה ה-73reassurance, ההוראה לבצע פעולות לא מפחידות אלא מרגיעות, כמו להתרכז.

לשאלתי אם נתקל בפערים תרבותיים במהלך הטיפול השיב: "כן, המון פעמים. גם אצל מטופלים דוברי עברית, אבל במיוחד אצל האוכלוסייה שמגיעה למרפאה השיחה מתנהלת דרך סימנים גופניים. המטופל ידווח על הסימן הגופני שהוא מרגיש. גם לדובר עברית קשה לי להסביר שכאב ראש פירושו חרדה. כשאני מנסה לומר את זה לחולה במרפאה, הוא חושב שיש בעיה בתרגום, שמישהו מאיתנו לא מבין את הכוונה של השני. הוא יכול לשאול אותי חמש פעמים אם זה מה שבאמת אמרתי. אני באמת לא יודע למה זה קורה, למה הם לא יכולים לקשר. הרפואה הלא-מערבית באמת יותר הוליסטית מהרפואה המערבית. אבל כשאתה בא לרופא מערבי אתה מבקש עזרה רק על הסימפטום הגופני. במקרה שקשה להגיע להבנה בעניין, אני עוצר את הפרשנות וממשיך הלאה."

לגבי שינויים שהיה רוצה להנהיג במרפאה לשיפור התקשורת עם המטופלים הסביר הרופא: "הייתי מכין שאלונים בשפות שונות, שמכילים שאלות מקדימות על הסימפטומים. הרופא המטפל יעשה מעבר מהיר על רוב הסימפטומים עוד לפני השיחה, וזה יסייע לאבחנה. אבל קיימת בעיה בעניין – התרגום חייב להיות לא רק מילולי גם חברתי. למשל יש שפות, אני חושב שגם בפרסית, שבהן אין מילה לעצבות. זה לא יעבוד אם אני אשאל 'אתה עצוב?', אז אנחנו שואלים 'אתה פחות נהנה?' 'יש לך פחות מצב-רוח?' בהקשר זה אני מעירה שגם הרופאים ה"רגילים" במרפאה שואלים שאלות עקיפות, אבל ד"ר טל מציין שהפסיכיאטרים אמורים לשאול את השאלה הזו. בהקשר זה, אני מציינת את העקיפות בה נהגה המתורגמנית לסינית במחקרם של מארשל ואחרים (1998), כאשר התייחסה למוות כ"להפסיק לאכול אורז", "לישון" וכדומה.

72 מלשון סוגסטייה, השאה – שליטה ברצון הזולת העשויה לכוון את מחשבתו או את פעולותיו בכיוון מסויים.

73 הרגעה, השבת הבטחון.

כאשר נשאל ד"ר טל אם נתקל במקרה שלא הסתדר עם הדברים שלמד ברפואה המערבית הוא ענה בהתלהבות והתרגשות: "אחד?! המון!! תיקחי כמה אינטייקים 74 שלי, ותראי שפשוט אין לי מושג מה יש לבנאדם! ממש לא הבנתי אם זה גופני, אם זה נפשי, לא נפשי, דיכאון, לא דיכאון! היה מישהו, שחווה... איזה אליל שקם בלילה... לא הבנתי כלום, הרופא [הרגיל] שלח אותנו. היו לי לפחות שלושה מקרים כאלה. מה שעשיתי – הבאתי אותם לפגישה נוספת, לשמוע את הסיפור עוד פעם, או שלחתי לחוות-דעת שנייה לעובד-סוציאלי, או שניסיתי טיפול רפואי כלשהי. לפעמים שלחתי לפסיכיאטר אחר עם פתק 'אין לי מושג מה יש לו'". בכך הוא מחדד את הבעייתיות המיוחדת של בעיות שפה בהקשר של טיפול פסיכיאטרי.

לסיכום, שיחה זו תואמת כמעט במדויק את הספרות התיאורטית הנוגעת למחסומי השפה והתרבות במפגשים טיפוליים, בהם קיימים הבדלי תפיסות בין רופאים וחולים אודות מחלה ורפואה (ראו Fadiman 1997, Marshall, 1998, Chang and Fortier, 1998, Reiff 1999). חשוב לציין כי שני הפסיכיאטרים עימם שוחחתי ענו על שאלותי תוך מודעות עמוקה לבעיות אלה. מודעות כזו משפרת ללא ספק את איכות הטיפול במגבלות הקיימות.

7. אסטרטגיות פרגמטיות בשיח הרפואי

פרק זה מוקדש לאסטרטגיות פרגמטיות שנוקטים הצדדים לשיפור ההבנה ביניהם, אסטרטגיות שאובחנו בכל צורות התקשורת שנצפו במרפאה. ניתוח דומה של תפקידי המבעים בשיחה, נעשה במחקרו של רוזנברג (2001) לפי התיאוריה של ודנשה (1992), ופרק זה מציג סקירה ראשונית בלבד, בשל היקף המחקר.

7.1 שאלות הבהרה

לא כל פרט מידע בין הרופא לחולה מובן בפעם הראשונה. לשם כך משתמשים הצדדים בשאלות הבהרה.

7.1.1

בשיחה עם חולה מהודו, השוהה 9 חודשים בארץ והינו חולה סוכרת, הסבירה האחות שעליו להמנע משתיית משקאות מתוקים, והמליצה לו להשתמש ב saccharine. ההודי שאל "מה זה?!", והאחות ענתה – "טוב ששאלת", והסבירה לו בפירוט.

(תצפית מספר 60)

7.1.2

שאלות הבהרה הנעשות ע"י מלווה/מתורגמן, יכולות להוות הפרעה לשיחה בין הרופא לחולה. כך למשל, השיחה עם העולה מקזחסטאן שתורגמה ע"י נכדתה של החולה, רצופה בשאלות הבהרה מצד הרופאה. לכאורה הבעיה היתה שהחולה הוסיפה בתשובותיה פרשנות לגבי טיב הבעיה, ובכך כנראה בלבלה את הרופאה והפריעה באבחנת המחלה. לכן ביקשה הרופאה מספר פעמים מהנכדה: "אני רוצה לדעת אם יש כאבים, ולא למה. אני אחשוב למה". "תשאלי אם יש לי סיבה לדאגה ואם אני צריכה להמשיך לשאול שאלות [כדי להמשיך לברר מה הבעיה]". בהמשך אמרה הרופאה ל"מתורגמנית" הטלפונית, לאחר הנסיון שכשל להבין את החולה באמצעות הנכדה: "אני רוצה שתשאלי אותה אם תדירות הכאבים עלתה, אם יש קוצר נשימה, ואם לא, אתן לה מרשם". בהמשך, התנהלה השיחה הבאה:

נכדה: "מה זה אוטס?"

רופאה: "אינפרקט".

נכדה: "לא, אין לה פה [מאז שעלתה לארץ].

רופאה: "מה אין לה?"

נכדה: "את האינפרקט".

(תצפית מספר 19)

7.1.3

חולה שמוצאה מדרום-אפריקה, שאלה מה זה EKG והרופא עונה לה:

it's a test for the heart. It doesn't hurt

ניתן לומר שהרופא מוסיף מבע שמטרתו הרגעה, ועל כך בהמשך.

(תצפית מספר 31)

7.1.4

חולה הודית שסבלה ממחوشים בבטנה שאלה

חולה: stool means **kaki**?

וכן:

חולה: What is it [diarrhea], **shilshul** ?

(תצפית מספר 37)

7.2 וידוא הבנה

מבחינה כמותית, עולה כי אסטרטגיה זו דומיננטית מאוד בשיחה בין הרופאים לחולים. ביחוד מופיעים מבעים אלה מצד הרופאים, מתוך מודעות לבעיות ההבנה של החולים ורצונם שהחולים יבינו את המידע החשוב בשיחה על עף קשיי השפה. רופאים מסוימים מקפידים על כך אף יותר מאחרים ומתעכבים על כל שלב בשיחה: מסבירים בדיוק מה קורה לאחר הבדיקה: "אני שולח אותך לאחות/למזכירה", מסבירים מה הם כותבים לגבי ההסטוריה של המחלה, אילו תרופות נותנים – לשם מה ובאיזה מינון.

7.2.1

האחות הפנתה חולה מהודו לרופא אף-אוזן-גרון והסבירה לו – it is called otoscope, to

look in the ear וממחישה את הנאמר.

(תצפית מספר 51)

7.2.2

באחת התצפיות נכנסה עינת, מנהלת המרפאה לחדר הרופאה וביקשה ממנה שלאחר סיום השיחה תפנה אליה את החולים כדי שתוכל לוודא שהבינו את הנאמר.

7.2.3

ד"ר דניאל גוטליב, מתנדב במרפאה, סיפר בראיון כי באחת הפעמים בה התנדב במרפאה הגיע חולה ליטאי שהתלונן על כאבים בגרון. הרופא שוחח עימו באנגלית ושאל "האם יש לך אלרגיה לפניצילין". מתשובתו הנלהבת של החולה "כן, כן" הבין הרופא שהחולה לא הבין. הוא ניסה להבין איזו שפה מדבר החולה ועבר לשוחח עימו בפולנית. זוהי דוגמה לשימוש בשפה שלישית, כאשר אף אחד מן הצדדים אינו יכול להשתמש בשפת האם שלו לצורך השיחה.

7.2.4

בשיחה עם אישה בשנות החמישים, עולה חדשה מקזחסטן שנכדתה בת ה-14 תרגמה לה זיהתה הרופאה בדברי הילדה ברוסית את המילה infarct והגיבה מיד – "אינפרקט זה לא התעלפות" (זה אוטם שריר הלב).

(תצפית מספר 19)

7.2.5

בשיחה משותפת של רופאה עם אם ממוצא פיליפיני דוברת אנגלית ואב ממוצא רומני דובר עברית ביקשה האם מן הרופאה שתבהיר לאב משהו בנוגע לשתייה המומלצת לתינוק. התפתחה שיחה בעברית עם האב ואז חזרה הרופאה על הדברים באנגלית, למען האם.

(תצפית מספר 57)

7.2.6

בשיחה בין רופאה וזוג מניגריה דובר אנגלית שאלה הרופאה את הגבר אם הוא מבין מה זה knee cap. הוא אישר.

בשיחה זו, כאשר אחד הצדדים לא הבין פרט כלשהו, ניסה הצד השני להבהיר את דבריו, "ללכת מסביב" למונח הלא מובן. הנקיטה באסטרטגיה זו התאפשרה לדוברים מאחר ואוצר המילים שלהם באנגלית אפשר להם להשתמש במונחים חלופיים.

(תצפית מספר 1)

7.3 חזרה

שאלות הבהרה אינן המבע היחיד החוזר על עצמו בשיחה. לעתים, כאשר אחד הצדדים אינו מבין את הנאמר, הוא חוזר במדויק על אחד המבעים בשיחה. תופעת ה"לולאות", קרי חזרה על קטעים שלמים בשיחה, במדויק או תוך שימוש בביטויים חלופיים, תוארה לעיל. רזנברג (2001) מצא שכ-6% מכלל המבעים בקורפוס שלו הינם חזרות. להלן מספר דוגמאות לשיטת הבהרה זו.

7.3.1

רופא: ?You don't take any medication except for this

חולה: Yes.

רופא: ?This

חולה: Yes.

(תצפית מספר 62)

7.3.2

חולה מרוסיה, בת 51, שנתיים בארץ, נשאלה בעברית "בת כמה את?" לא הבינה את השאלה, וחזרה עליה מילה במילה.

(תצפית מספר 39)

7.3.3

רופאה שבדקה חולה שמוצאו מצ'ילה, שהתלונן על עליות וירידות בחומו, חזרה ושאלה אותו לגבי סימפטומים נוספים:

רופאה: ככה, חוץ מזה, בריא?

חולה: ברוך השם.

אה. כואב גב.

רופאה: צד אחד? שני צדדים?

[...]

חולה: זה בעיה ישנה, לפני חמש שנים [...].

[...]

רופאה: משהו עוד חוץ מראש וחום, אתה יכול להגיד?

חולה: גב.

רופאה: כן, אבל זה אותו דבר.

חולה: כן, בעיה ישנה.

(תצפית מספר 50)

7.3.4

החולה התלונן בפני הרופא כי "לא יכול ללכת לשירותים". הרופא השתמש במילה constipation, לתיאור בעיה של עצירות. מבע פניו של החולה העיד כי לא הבין למה הכוונה, והוא חזר על המילה בפני הרופא. או אז השתמש הרופא במבע פשוט יותר כדי להבהיר לחולה מה בדעתו לעשות.

(תצפית מס' 7)

7.4 המחשה

לעתים מילים לבדן אינן מספיקות, ונדרשים אמצעים אחרים להעביר מסרים בין המטפל למטופל. אחד הכלים השימושיים העומדים לרשות הרופא והחולה כאחד היא ההמחשה הפיזית (קרי, בתנועות גוף) והגרפית.

7.4.1

הדוגמא הבולטת להמחשה היא חולים המביאים עימם תרופות או מרשמים שקיבלו בעבר. חולה סיני שבקושי מדבר עברית וכלל אינו מדבר אנגלית, הגיע עם ספר רפואה בסינית והראה לד"ר גוטליב והצביע על המונח Angina Pectoris באומרו: "אני חושב שזה זה", ואכן צדק ונשלח לבדיקת א.ק.ג ולבית-החולים. ד"ר גוטליב, שסיפר לי על מקרה זה באחד מביקורי במרפאה, העיד שללא ה"רמז" הזה היה לו קשה לאבחן את הבעיה ברמת התקשורת המוגבלת שהיתה בינו ובין החולה.

7.4.2

בעיה אפשרית בכליה של תינוק זוהתה רק כאשר הרופאה בחנה את תוצאות הבדיקה הקודמות של האם בעת ההריון. בעוד היא קוראת את גליון הבדיקות, פנתה אלי הרופאה ואמרה: "הנה את רואה, זה קצר בתקשורת, אם הייתי רואה את זה לפני כן, לא הייתי מעודדת אותה [שמצב התינוק בסדר גמור]. יש לציין כי החולה לא הבינה הערה זו מאחר והיא נאמרה בעברית, ואילו החולה דיברה אנגלית.

(תצפית מספר 57)

7.4.3

בשיחה עם חולה מהפיליפינים אליו התלוותה אשתו, שניהם שוהים כ-5 שנים בארץ, אמר הרופא את המילה inhalator והציג חבישת מסיכה ושאיפה. האישה הבינה את כוונתו.

(תצפית מספר 14)

7.4.4

בשיחה בעברית עם חולה ממולדביה, השוהה בארץ כשנה, שאל הרופא "כמה חום יש לך". החולה לא הבינה. הרופא לקח דף, צייר את הספרות 38. החולה אמרה "37 וחצי" והרופא רשם זאת על הדף כדי לוודא שזאת כוונתה של החולה.

(תצפית מספר 22)

7.4.5

השאלה "אתה נשוי"? והזגמת סימן של טבעת, היתה מבע נפוץ מאוד בתצפיות שנערכו במרפאה.

7.4.6

חולה ממולדביה השוהה בארץ שנתיים, אמרה בעברית: "אצלי מאוד קטן" – עושה סימן בזרוע לניפוח, כאות למדידת לחץ הדם.

(תצפית מספר 25)

7.4.7

אישה מניגריה השוהה בארץ 6 שנים, הדגימה סימפטומים של שיעול ואת בעיות הנשימה של בנה (הילד מדבר עברית), באופן בלתי מילולי.

(תצפית מספר 59)

השימוש בהדגמה נפוץ גם אצל הרופאים, השואלים, למשל: "Can you cough? ומשתעלים.

7.4.8

כאשר חולה מרומניה, דוברת עברית, לא הבינה את משטר התרופות, לקח הרופא דף, כתב בראשו "7 ימים" למטה "בוקר, ערב" ואז מיין את התרופות וכתב את שמן הלטיני.

(תצפית מספר 29)

7.4.9

חולה מניגריה, שהיה קיים אצלה חשש לאבן במרה, הבינה בטעות שזו אבן בכליה. הרופאה חזרה על המונח gall-bladder ושאלה את החולה אם ברצונה שתכתוב לה את המונח (מאחר ובמהלך השיחה ציינה שהיא עומדת לחזור לארצה בקרוב). הרופאה כתבה, ובנוסף ציירה לחולה ציור פשוט של כיס המרה והראתה לה מה יכולה להיות הבעיה: "יש כיס. יש לו צינור להכנס וצינור לצאת. לפעמים יש אבנים שלא יכולות לצאת" (שיחה באנגלית).

(תצפית מספר 47)

בנסיון לברר אם היתה לחולה דוברת רוטית צואה כהה, שאלה הרופאה "מלמטה לא שחור?" "טואלטה ככה שחור" והראתה באצבעה על חותמת הרופא שלה שצבעה שחור. בנסיון לברר צבע שתן (כהה או לא) של חולה מניגריה, נקטה אותה רופאה באותה שיטה.

(תצפית מספר 48)

7.5 שימוש במבע חלופי, פישוט

קטגורית השימוש במבע חלופי מתייחסת להבהרה של מבעים בלתי ברורים בשיחה באמצעות פישוטם או שימוש בביטויים מקבילים או דומים, בדרך כלל תוך שימוש באוצר מילים במשלב נמוך יותר מן המבע המקורי הבלתי-מובן.

7.5.1

חולה מאתיופיה, השוהה 6 שנים בארץ, תיארה לאחות בשיחה באנגלית סימפטומים של הצטננות.

אחות: In English it's [called] a cold.

(תצפית מספר 63)

7.5.2

בשיחה עם חולה ממקסיקו, השוהה ארבע שנים בארץ, בוגרת אולפן, המדברת עברית ברמה סבירה, מתייחס הרופא ל"הפרשות". הבחורה הסתכלה במבט שואל על החבר הישראלי שלה, והוא אמר לה בעברית "זה כמו mucus" (החבר אומר למעשה **מוקוס**, אך נראה כי החולה הבינה אותו).

(תצפית מספר 40)

7.5.3

חולה מסרי לנקה הגיעה למרפאה מלווה בבן זוג ישראלי ממוצא אתיופי. השיחה התנהלה ברובה באנגלית, כאשר מפעם לפעם הבהיר בן הזוג לרופא דברים בעברית. הרופא העלה

חשד שהאישה סובלת מ hernia, החולה והמלווה לא הבינו מה פרוש המילה (והראו זאת מי באמצעות שאלה ומי באמצעות הבעת פנים), הרופא אמר את המילה "כילה" בעברית, והמשיך להסביר באנגלית פשוטה.

(תצפית מספר 42)

7.5.4

שיחה מתורגמת (לאנגלית) עם חולה סיני: הרופאה ביקשה לשאול אם אכל מוצרי חלב בסין, ואם אוכל כאלה עכשיו, ונתנה דוגמאות למוצרי חלב - יוגורט, חלב, גבינה.

(תצפית מספר 17)

7.5.5

בשיחה בעברית עם חולה מצ'ילה ביקשה הרופאה לוודא כי הינו מבין למה הכוונה ב"כאב גב חריף" (ביטוי שכתבה למעסיקו של החולה), והשתמשה בביטוי "אקוטה", שהוא להבנתה מבנה שיצליח להעביר את המילה acute באנגלית. בדיקה במילון אנגלי-ספרדי

מעלה כי המונח הנכון הינו agudo.

(תצפית מספר 50)

7.5.6

הרופא שאל חולה ממולדביה, דוברת עברית ברמה בינונית ומטה, שהתלוננה על סימפטומים של שפעת: "סין? סינגפור?" (כשכוונתו היתה לשאול אם היתה במדינות אסיה ויכלה ללקות ב SARS).

(תצפית מספר 22)

7.5.7

"יש כמו מים", הרופא חיווה בידיו סימן של דמעות.

(תצפית מספר 28)

7.5.8

בשיחה בה רצה הרופא להבין אם יש לחולה בעיות במתן צואה, הוא שאל:

רופא: Do you have problems with your stools?

משלא הבינה החולה, הוא הבהיר:

רופא: diarrhea, constipation.

(תצפית מספר 13)

7.5.9

כאשר לא הבין החולה מהי mycosis, אמר הרופא:

רופא: It's something between the fingers.

יש לציין כי הרופא לא השתמש במבע חלופי מדוייק, אלא החליף את שם המחלה במיקומה בגוף ובכך פישט את ההסבר. רוזנברג (2001) מסווג מבע זה תחת "הבהרה (clarifications)", אך החלוקה לאסטרטגיות במחקר זה שונה מעט.

(תצפית מספר 7)

7.5.10

כדי לסייע לחולה בתצפית שלעיל, שהתלונן כי "לא יכול ללכת לשירותים", אמר הרופא:

רופא: I will give you something, and... it will make things easier.

כדי לומר בצורה פשוטה שיתן לו תרופה נגד עצירות. המבע מזכיר במידה מסויימת את הערתו של ה"מתורגמן" צ'אנג לעיל, כי הרופאים השתמשו מולו בעברית פשוטה יותר ("קקי" במקום "צואה", למשל). רבות מן ההפשטות שנצפו היו בתחום יציאות הגוף, וכללו ביטויים כגון "טואלטה", "שירותים" וכדומה.

(תצפית מספר 48)

7.6 תיקון

75 מחלה שמקורה בפטרייה.

קטגוריה זו אמורה, לכאורה, להיות הנפוצה ביותר בתקשורת בין צדדים שאינם חולקים שפה משותפת. במחקר הנוכחי נצפו דוגמאות מעטות יחסית לשימוש בשיטה זו, אולי מאחר והוקדשה תשומת לב רבה יותר לאסטרטגיות תקשורת אחרות.

7.6.1

חולה מקולומביה, השוהה בארץ שלוש שנים, דוברת קצת עברית, הגיעה למרפאה עם מלווה מקובה השוהה בארץ עשר שנים. הרופא שאל כמה חום יש לה (כמה *temperatura* – בהגיה העברית של המילה)? היא ענתה “עשרים ושמונה, עשרים ותשע” והחבר תיקן “שלושים ושמונה, שלושים ותשע”. ניתן לשער שבהעדר המלווה לא היה התיקון מתבצע על-ידי המטופלת, ויתכן שגם לא על-ידי הרופא, מאחר והיה מבין שכוונתה אכן לחום של 38 מעלות.

(תצפית מספר 32)

מאידיך, בתצפית מס , בה השתתף חולה ממולדובה שטען כי יש לו 35 מעלות, חזרה הרופאה על דבריו כדי לוודא שלא שגה.

(תצפית מספר 52)

7.7 שיחת חולין, מבעים ליצירת אווירה חיובית

הכוונה למבעים שמשמיעים הרופאים במטרה להשרות אווירה חיובית בשיחה, להרגיע את החולה ולהציג אמפתיה. בנוסף, נוהגים חלק מהרופאים לשתף את החולים במחשבותיהם ותהיותיהם – בניסיון לדלות מידע רפואי נוסף, לקדם את השיחה או, כאמור, ליצור אווירת אמון. בדומה לדיון בחלק “תקשורת לא מילולית” לעיל, בו צוינה חשיבותן של הבעות ומחוות לקידום השיחה וליצירת אמון, כך גם השימוש בביטויים כמו “טוב”, “מצוין!” שנצפו בשיחות בעברית ובאנגלית כדרך לעודד את החולים ולוודא שהבינו את הנאמר.

7.7.1

שאלה נפוצה בתחילת רבות מן השיחות בין הרופא לחולה היתה:

רופא: "What can I do for you? , How can I help you?"

7.7.2

חולה אמריקאי השווה בארץ שנה, סובל ממחלות כרוניות ובא לביקור חוזר. הרופא שואל שאלות כגון "למה אתה מצפה?" "אילו בדיקות אתה חושב שאתה צריך?" "נראה לי שזה מעבר למה שנוכל לעשות עבורך במסגרת זו." 76

(תצפית מספר 36)

7.7.3

כך למשל נצפו מספר שיחות חולין במהלך השיח הרפואי, דוגמת שיחה עם חולה הודית על חוויותיו של הרופא מטיווליו במדינת האם שלה, בדגש על אוכל הודי.

(תצפית מספר 37)

7.7.4

להלן דוגמא לשיחה שחרגה מהמסלול הרפואי השגרתי ונותבה למצבו הנפשי של חולה מליבריה אשר נפגע בתאונת דרכים כאשר רכב על אופניו:

הרופאה מציגה את עצמה. יושבים זה מול זה, ללא שולחן מפריד. השניים מנהלים שיחה באנגלית, איטית אך זורמת. החולה משפיל עיניים בעוד שהרופאה רוכנת אליו ומשדרת ידידותיות.

הרופאה שואלת שאלות הבהרה על התאונה, שנשמעות בתחילה שונות משיחה רפואית רגילה:

רופאה: "אתה זוכר מה קרה?"

(החולה אינו עונה ואז עוברת השיחה, לכאורה, לנושא אחר): 77

רופאה: אתה נראה לי עצוב מאוד. האם זה התחיל לפני התאונה? חולה: כן. אני מפחד כשאני הולך ברחוב. שהמשטרה תעצור אותי. אני לא עובד.

76 תרגום של הכותבת.

77 תרגום של הכותבת.

רופאה: האם זו הסיבה היחידה?
חולה: איבדתי את אבא ואמא שלי ואין לי אף אחד.
רופאה: כמה זמן אתה מרגיש ככה?
חולה: הרבה זמן. זה כי אין לי אף אחד.
הרופאה שואלת לגבי זמן מותם של ההורים, אך החולה אינו מבין אותה.
רופאה: האם קיבלת עזרה מרופא? רופא שמטפל במצב-הרוח שלך?
חולה: לא, אני לא יודע איך לעשות זאת נעולה שמה של ישראלית – אליה התקשרו מהקבלה, כנראה קשור/ה לאו"ם].
רופאה: לא ראית פסיכיאטר?
חולה: לא. ניסיתי כמה פעמים. הייתי באילה וזה לא הצליח. לא הצליח גם פה.
רופאה: אתה גר לבד?
חולה: כן.
רופאה: יש לך חברים?
חולה: כן.
רופאה: אתה פוגש אותם הרבה?
חולה: כן.

הרופאה ביצעה בדיקה פיזית שטחית, הסבירה לו על התרופות שקיבל בבית החולים ואמרה שהעצם השבורה תתאחה. מה שהדאיג אותה יותר, לדבריה, היה מצב רוחו, והיא בטוחה שטיפול יעזור. הם ינסו לקבוע תור לפסיכולוג, ואם לא - היא רוצה שיתחיל לקבל תרופות, מאחר ולוקח להן זמן להשפיע.

לאחר שיצא החולה, שאלתי את הרופאה כיצד הבינה כי החולה טובל ממצוקה נפשית. הרופאה השיבה: "ישר ראיתי שמהו לא בסדר, בדרך שהוא ענה לי, שהוא לא מסתכל [...]". משהו לא נראה לי בסיפור או בדרך הסיפור. "מנהלת המרפאה, עינת, אישרה את מצוקתו הנפשית של החולה, שכבר אובחנה בעבר ואף נעשו נסיונות להקל עליה.

(תצפית מספר 18)

פרק זה הוקדש לבעיות העיקריות העולות בשיח הרפואי בהיעדר שפה משותפת ולפתרונות הננקטים במהלכו.

הסוגיות שנידונו לעיל מתיישבות עם המחקר הרפואי והלשוני אודות שיח מסוג זה, בדגש על עבודותיה של ודנשה (1992, 2001, 2002), מאמריו של פושהאקר (1999, 2000) שטבע במאמריו את המונח שאני מכנה "תופעת המנקה-המתרגמת" וכן קיימברידג' (1999) שחקרה את אובדן המידע בשיח רפואי בתרגום ע"י "מתורגמנים" דוברי ספרדית שלא קיבלו הכשרה כמתרגמים (ראו גם Harrington, 1994) עבודות אלה ואחרות סוקרות את המצב המצוי בשיח הרפואי, ולאזווקא את המצב הרצוי, הנהוג בעבודתם של "מתורגמנים" קהילתיים שעברו הכשרה והסמכה.

יחד עם זאת, התופעות שמעלים ה"מתורגמנים" אד-הוק במחקר זה, דומות במקרים מסוימים לתופעות שנצפו בעבודתם של "מתורגמנים" קבועים בבתי-חולים, דוגמת מחקריהם של דיוידסון (1998) ורוזנברג (2001) וכן מאמרה של בולדן (2000) אודות המתח בין תרגום מידע רפואי אובייקטיבי ("קול הרפואה") – המידע היחיד הרלוונטי לשיחה לדעת ה"מתורגמנים", לבין הנטייה להשמיט מידע סובייקטיבי ("קול היום-יום" של החולים), נטייה המופיעה גם בסקירה הספרותית במחקרה של רייף (1999).

ניתן לומר שהתצפיות מציגות בבירור את אופיו המורכב של השיח הרפואי המתורגם, שהינו שיח משולש, כניסוחם של מייסון ואחרים (2001) (Jackson, 1998), ולא שיח דו-כיווני בין הרופא והחולה. המסרים בשיחה אינם עוברים ב"צינור השקוף" של ה"מתורגמן", אשר קולו זוכה למשקל רב בפגישה, תופעה העולה במחקרים העוסקים בהבדל בין מתורגמנות קהילתית לסוגיה השונים לבין ענפים אחרים של התרגום בעל-פה (Garber 2002).

מטבע הדברים, מחקר זה אינו תואם לגמרי את הספרות התיאורטית העוסקת בביטויים הממוסדים של התרגום הקהילתי, דוגמת מחקריהם של אוזולינס (1998) באוסטרליה

ושקמן (1984) באנגליה, וכן מחקרים בולטים על "מתורגמנים" קהילתיים בקנדה (Garber,2000; Mesa, 2000).

נראה גם שהתנהגות החולים במרפאה ודפוסי השיח העולים בה, תואמים לספרות התיאורטית העוסקת בבריאותם של מהגרים ובמחסומי שפה ותרבות. מצידם של המטפלים קיימת לרוב רגישות למחסומים אלה, אולם בשל המגבלות האובייקטיביות של תפעול המרפאה הם נפתרים באופן חלקי בלבד.

בעיות התקשורת בין חולים למטופלים שנצפו במחקר זה נצפו גם בסיטואציות טיפוליות אחרות בישראל, אם כי לא נחקרו לעומק. תופעת ה"מסתדרים" חזרה על עצמה בטיפול באוכלוסיות דוברות ערבית (אצל אלמי (2003), ובשיחות המחקר המקדים שקיימתי), וכן בטיפול באוכלוסייה דוברת האמהרית, לפני שילוב תלמידות סיעוד דוברות אמהרית כ"מתורגמניות". 78 בנוסף, גם חלק מפתרונות התקשורת שננקטו במחקר זה טרם נחקרו לעומק, במיוחד העזרים הטכניים. הצעות להרחבת המחקר הנוכחי ידונו בפרק הסיכום.

78 יש לציין, כי השימוש בעובדים פארא-רפואיים דו-לשוניים לתרגום במערכת הרפואית קיבל תפנית חיובית בנוגע לחולים דוברי אמהרית. כתבה במידעון קופת חולים לאומית (גליון 12, ינואר 2003) מציינת כי בסניפי הקופה במחוז חיפה נעשה שימוש בתלמידות סיעוד לצורך תרגום. בשיחה עם מנהלת הפרויקט נמסר לי כי מדובר בפרויקט חדש יחסית וניסויי, בו זוכות תלמידות הסיעוד למלגת פר"ח עבור שירותן זה. לדברי מנהלת הפרויקט, לא מקבלות ה"מתורגמניות" הכשרה ספציפית בתחום, ולדבריה גם אינן זקוקות לה.

התבטאותה של המנהלת ממחישה היטב את הבעיות שבתפיסת מקצוע התרגום הרפואי בישראל. קיימת תפיסה מוטעית, לפיה די אם המתורגמן הינו דו-לשוני ואם הינו בעל הכשרה רפואית כלשהי, זהו המצב הטוב ביותר אליו ניתן להגיע כרגע. רמת האמהרית שבפי ה"מתורגמניות" לא נבדקה ככל הנראה, ולמיטב ידיעתי הן לא עברו כל הכשרה שמטרתה הבנת התהליכים המתרחשים בשיח רפואי מתורגם, לימוד הקוד האתי הנדרש בשיח הרפואי והכנה מסודרת של מינוח רפואי. פרויקט נוסף בתחום התרגום הרפואי מתנהל זה שנתיים וחצי בבית-החולים "רבקה זיו" בצפת. תלמידות סיעוד ממוצא אתיופי נבחרות לשמש כמתורגמניות לחולים דוברי אמהרית.

פרק ה' - סיכום, מסקנות והצעות למחקר עתידי

עבודה זו בדקה מהן צורות התקשורת בין מהגרי עבודה הבאים לקבל טיפול במרפאת "רופאים לזכויות אדם", לבין רופאיהם הישראליים. במחקר התגלו מספר תחומים בהם התגלעו אי-הבנות אצל אחד מבני-השיח:

1. אי-הבנות בנוגע לאבחנה או לדרך הטיפול במחלה.

2. אי-הבנות בנוגע למינוח רפואי.

3. אי-הבנות של מבעים כלליים בשיחה.

ככלל, ברוב התצפיות ניכרה אי-הבנה ברמה זו או אחרת, מאחר וכאמור המטפל והמטופל לא חלקו ביניהם שפה משותפת. עם זאת, שני הצדדים עשו ניסיונות לגשר על פערי השפה, והשתמשו בפתרונות אד-הוק בהיעדר שירות מתורגמנות מסודר. ברוב התצפיות השתמשו החולים באנגלית, בחלקן בעברית, ובמיעוטן בשפה אחרת. במקרים אחדים נצפתה תקשורת מינימלית בין הצדדים והיו אף מקרים בהם התנהל הטיפול כמעט ללא קשר מילולי. עזרי תקשורת נוספים היו שימוש בעזרים גרפיים וכן ב"מתורגמנים" – קרי, הסתייעות במלווי החולים או במתנדבים דוברי שפות. למעשה, השימוש ב"מתורגמנים" טלפוניים או ב"מתורגמנים" מלווים נעשה רק בחלק קטן מן השיחות

באשר לאופי השיחות, נראה שרמת התקשורת בין הצדדים אכן היתה לקויה, למרות שלכאורה הצדדים "הסתדרו", כפי שנאמר לא אחת לגבי תחום הטיפול הרפואי ללא מתורגמן. יחד עם זאת, מחקרי התמקד בעיקר בצדדים הלשוניים והחברתיים של טיפול רפואי בהעדר מתורגמן, וחסר את הכלים לבדיקת טעויות רפואיות שהיו עלולות לנבוע מאי-ההבנות שצוינו. בנוסף, בשל אופייה היחודי של המרפאה כמרפאת מתנדבים הפועלת על בסיס רצון טוב, אני סבורה כי קשה מאוד לבצע מעקב אחר מילוי ההוראות הנכון של המטופל. היבט נוסף שראוי לבדיקה מעמיקה בהקשר זה הוא המידה בה מבינים החולים את

הוראות הטיפול לאחר השיחה עם הרופא, וכן את מידת שביעות רצונם. בחינת היבט זה תעניק מימד נוסף באשר להבנתנו את מחסומי השפה בשיח הרפואי.

חשוב לציין, כי העובדה שהמרפאה הינה מרפאת מתנדבים, משפיעה על מודעות נותני השרות למחסומי השפה, ומכאן שגם על נכונותם להתגבר עליהם. כל הרופאים עימם שוחחתי, כמו גם רוב ה"מתורגמנים" הקבועים, היו מודעים לבעיות השפה והתרבות העולות במהלך הטיפול הרפואי במהגרי העבודה. חלקם מוותרים במודע אך בלית ברירה, על איכות התקשורת עם המטופלים לטובת טיפול בכמה שיותר חולים. אחרים מתעקשים להגיע לרמת הבנה מקסימלית, בראייתם, מול חולה בודד, גם אם משמעות הדבר קבלת פחות חולים בערב נתון. הרופאים בשרות הפסיכיאטרי של המרפאה עשו צעד נוסף להבנת התקשורת עם החולים בעריכת המפגשים הלימודיים בסוגיות מחסומי שפה ותרבות בטיפול במיעוטים לשוניים. ניתן לשער כי הדבר נובע, לפחות בחלקו, מן העובדה שטיפול נפשי ארוך-טווח מסתמך במידה רבה על שיחה בין מטפל למטופל, אף יותר מטיפול רפואי רגיל. ברובן המכריע של התצפיות נוכחתי כי על קשיי השפה פיצו במידה חלקית מודעות הרופאים למחסומי השפה והתרבות וכן השתדלותם הרבה ליצור אווירה חיובית בשיחה בעזרת מחוות מילוליות ולא-מילוליות.

מחקר עתידי יוכל לתמלל במדויק את התצפיות ויציג ניתוח כמותי של נקודות הכשל העיקריות בתקשורת בין הצדדים במהלך הטיפול הרפואי, בין אם בתקשורת ישירה ובין אם בעזרת "מתורגמן".

בתחום ההצעות המעשיות, ניתן כבר היום לגזור ממחקר זה סדרת נהלי עבודה עבור עובדי מרפאה, שיסייעו להם לשפר את התקשורת עם מהגרי העבודה עד למיסודו של פתרון לשוני מקצועי יותר. בין הצעותי:

1. תדרוך "מתורגמנים" מלווים וטלפוניים באשר לצורת העברת המסר בין שני בני השיח העיקריים באופן המיטבי בהתחשב במגבלות - כך למשל, אני מציעה לפתוח בשיחה קצרה עם "מתורגמן" מלווה ולהבהיר לו את חשיבות תפקידו במפגש

הרפואי הספציפי. יש לבקש ממנו לתרגם את הנאמר ובמישרין, ולנסות להפריד בין המידע העובר בין שני בני השיח העיקריים ובין הערותיו האישיות. "מתורגמנים" טלפוניים מתורגלים, אמנם, בעבודה מול רופאים, אולם גם מולם יש לנסות לצמצם את כמות השיחות החד-לשוניות ה"צדדיות" מול אחד מבני השיח, ולהשתדל שיתרגמו במדויק את דברי הצדדים מבלי להוסיף תוכן משלהם.

2. **הסתמכות רבה יותר על עזרי שיח טכניים** – חלק מהגורמים לתקשורת המופחתת במספר שיחות היה חוסר היכולת של הצדדים לרדת לפרטי הרגשתו של החולה. להערכתי יכולים הצדדים להסתייע ב"שיחונים" לפחות בשלב הראשוני של הבדיקה, על מנת שהרופא יטיב להבין את הסימפטומים אותם רוצה החולה לתאר. מנהל שירות בריאות הנפש במרפאה, ד"ר אילן טל, סבר כי אם ימלאו החולים שאלונים בשפתם אודות הרגשתם עוד לפני כניסתם לרופא, הדבר יסייע לתקשורת. אני שותפה לדעתו וסבורה כי ניתן לנסח שאלונים – מצויירים או כתובים, אותם יוכלו החולים למלא עוד בחדר הקבלה ובכך להקל על הרופא בשלב האנמנזה.

3. **עריכת הכשרות לנותני שירותים רפואיים בנושא מחסומי שפה ותרבות בטיפול הרפואי** – יש לשקול עריכת מפגשים עיתיים, בהם יערוך דיון במחקרים עדכניים בנושא ואולי אף לנתח מקרים קונקרטיים במרפאה בהם עלו היבטים של מחסומי שפה ותרבות. הדבר יסייע להעלאת המודעות לבעיה בקרב סגל המתנדבים ואולי אף למציאת פתרונות מעשיים להתגברות עליה.

4. **הקמת מסגרות להכשרת מתורגמנים רפואיים** – בהעדר תכניות הכשרה בישראל למתורגמנים קהילתיים בכלל ולמתורגמנים רפואיים בפרט, ניתן לבדוק תכניות להכשרת מתורגמנים קהילתיים, הפועלות כיום ברחבי העולם (דוגמת שוודיה, דנמרק וקנדה), ולהתאים אותן למאפיינים היחודיים של המיעוטים הלשוניים בישראל, ושל אופי המוסדות הציבוריים בהם ידרשו המתורגמנים לפעול. יתקבלו לתוכנית דו-לשוניים רהוטים בשפות הרלוונטיות והם יעברו הכשרה אינטנסיבית לשיטות התרגום בעל-פה הרלוונטיות לאופי העבודה, ילמדו מונחים בסיסיים בתחומי המתורגמות השונים ויכירו את הקוד האתי לעבודתו של המתורגמן. בסוף ההכשרה יעברו התלמידים בחינת הסמכה. יש לקוות כי בעתיד תממן המדינה את הכשרת המתורגמנים ואת הסמכתם, ותסייע לשלבם במוסדות ציבור.

מחקר עתידי, רחב יותר, ישווה בין הבעיות שעלו בתצפיות הנוכחיות והדרכים לפתרונן, ובין בעיות התקשורת עם מיעוטים לשוניים נוספים בישראל, דוגמת אזרחי ישראל דוברי-ערבית וכן אוכלוסיות עולים שונות. יש לשער כי במוסדות רפואיים אחרים בישראל, ננקטים פתרונות מאולתרים דומים בתקשורת מול העובדים הזרים. השערה זו נובעת מביקורים שערכתי בשני בתי חולים גדולים באזור המרכז במסגרת ההכנה למחקר הנוכחי. בבתי החולים נתקלתי בתופעות ובבעיות דומות לאלה שנצפו במחקר הנוכחי בכל הנוגע לתקשורת עם מיעוטים לשוניים, וכן בסוגים דומים של פתרונות אד-הוק להתמודדות עימם. ההשוואה בין מחסומי התקשורת היחודיים מול קבוצות אלה תוכל להניב מודל להכשרתו מתורגמן רפואי, ולעבודתו מול מיעוטים לשוניים בישראל.

מקורות

- אדוט, ר., אדישות אלימה: מצב בריאותם של מהגרי עבודה בישראל, תל אביב: עמותת "רופאים לזכויות אדם", 2002.
- אלמי, א., בשטח הפקר – בריאות בכפרים הבלתי מוכרים בנגב, תל אביב: עמותת "רופאים לזכויות אדם", 2003.
- בר-צורי, ר., עובדים זרים ללא היתר בשנת 1999, ירושלים: הרשות לתכנון כח אדם, משרד העבודה והרווחה, 2001.
- גבתון, ד., "תיאוריה המעוגנת בשדה: משמעות תהליך ניתוח הנתונים ובניית התיאוריה במחקר איכותי", בתוך צבר בן-יהושע נ. (עורכת) מסורות וזרמים במחקר האיכותי, הוצאת דביר, 2001.
- לבנטל, א., גישת מערכת הבריאות לטיפול במהגרי עבודה בישראל, ירושלים: הרשות לתכנון כח אדם, משרד העבודה והרווחה, 2002.
- להירי, ג., פרשן המחלות, תרגמה שלומית אפל, הוצאת עם עובד, התשס"א.
לוס, י., מבוא, בלוס, י. (עורך), מהגרי עבודה בישראל והחוק, ירושלים: מכון ון ליר, התשס"ב.
- פינטו, ד., אבריאל, ג., "חוליה חסרה" במלאכת החקירה – גביית הודעה מנחקרים שאינם דוברי עברית, ללא רישום בשפת הנחקר, "הסניגור", ירחון מס' 53, אוגוסט 2001, עמ' 3-7.
- פלג, ד., בטחון סוציאלי לעובדים זרים – הניסיון הבינלאומי, ירושלים: הרשות לתכנון כח אדם, משרד העבודה והרווחה, 1999.
- קמפ, א., ורייכמן, ר., "עובדים זרים בישראל, מידע על שוויון, גליון 13, מרכז אדווה, יוני 2003, http://www.kavlaoved.org.il/word/EQUALITY_MIGRANT_HEB.pdf
- (נדלה באוקטובר 2003)
- צבר בן-יהושע נ., המחקר האיכותי בהוראה ובלמידה, תל-אביב: מודן, 1990.
- שלדי מ., כהן צ., סדר הדין הפלילי, מהדורה שנייה, התשס"א, עמ' 33.

שנל, י., ואלכסנדר, מ., מדיניות עירונית כלפי מהגרי עבודה: לקחים מתל אביב-יפו,

ירושלים: מכון פלורסהיימר למחקרי מדיניות, 2002.

Baylis J., and Smith, S., The Globalization of World Politics, Oxford: Oxford University Press, 1997.

Bernstein J., Bernstein E., et al., "Trained medical interpreters in the emergency department: Effects on services subsequent charges, and follow-up," Journal of Immigrant Health, vol. 4, October 2002, pp. 171-220.

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

Bowen, S., Language Barriers in Access to Health Care, Report prepared for the health systems division, health policy and communications branch, Health Canada, 2000.

Bramwell, F., Harrington J., Harris J., "Deaf women: informed choice, policy and legislation," Interpreting Interpreting, Gloucestershire: Douglas McLean, 2001, pp. 101-109.

Cambridge, J., "Information loss in bilingual medical interviews through an untrained interpreter," The Translator, vol. 5(2), 1999, pp. 201-219.

Carr, S. E, Roberts, R. (et. El.), The Critical Link: Interpreters in the Community, Papers from the International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Setting (Geneva Park, Canada, June 1-4, 1995), Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 1997.

Carr, S. E., "A three-tiered health care interpreter system," in Silvana E Carr [et al.] (eds.) The Critical Link: Interpreters in the Community, Papers from the International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Setting (Geneva Park, Canada, June 1-4, 1995), Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 1997, pp. 271-276.

- Chang, P. H., Fortier J. P., "Language barriers to health care: An overview," Journal of Health Care for the Poor and Underserved, vol. 9, Supplemental 1998, pp. 5-20.
- Corsellis, A., "Training needs of public personnel working with interpreters," in Silvana E Carr [et al.] (eds.), The Critical Link: Interpreters in the Community, Papers from the International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Setting (Geneva Park, Canada, June 1-4, 1995), Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 1997, pp 77-89.
- Cronin, M., "The cracked looking glass of servants: Translation and minority languages in a global age," The Translator, vol. 4(2), 1998, pp. 145-162.
- Davidson, B., Interpreting Medical Discourse: A Study of Cross-Linguistic Communication in the Hospital Clinic, [unpublished dissertation], Ann Arbor: UMI, 1998.
- Drennan, G., and L. Swartz, "A concept over-burdened: Institutional roles for psychiatric interpreters in post-apartheid South Africa," Interpreting, vol. 4(2), 1999, pp. 169-198.
- Erasmus, M. (ed.), Liaison Interpreting in the Community, Hatfield: Van Schaik Publishers, 1999.
- Fadiman, A., The Spirit Catches You and You Fall Down, New York: Farrar, Straus and Giroux, 1997.
- Fortier, J. P., "Interpreting for health in the United States, government partnership with communities, interpreters and providers," in Silvana Carr [et al.] (eds.) The Critical Link: Interpreters in the Community, Papers from the International conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Setting (Geneva Park, Canada, June 1-4, 1995), Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 1997, pp. 165-177.
- Flores, Glenn, M. Barton Laws et al., "Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters," Pediatrics, vol. 111(1), 2003, pp. 6-14.

- Galil, A., Lubetzky, H., Heiman, N., “Compliance with home rehabilitation therapy of children with disabilities in Jews and Bedouin in Israel,” Developmental Medicine and Child Neurology, vol. 43, 2001, pp. 261-268.
- Garber, N., “Community interpretation: A personal view,” in Roda 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 Co., 2000, pp. 9-20.
- Gentile A., Ozolins U., and Vasilakakos, M., Liaison Interpreting: A Handbook, Melbourne: Melbourne University Press, 1996.
- Gracia-García, R. A., “Telephone interpreting: A review of pros and cons,” unpublished.
- Gutman, M., “A safety net”, *The JerusalemPost*, 4.4.2002.
- Harrington, F. J., “Interpreting in social services: setting the boundaries of good practice?”, Interpreting Interpreting, Gloucestershire: Douglas McLean, 2001, pp. 111-122.
- Holmes, J., An Introduction to Sociolinguistics, London: Longman, 1992.
- Hornberger, J., “Evaluating the costs of bridging language barriers in health care”, Journal of Health Care for the Poor and Underserved, vol. 9, 1998, pp. 26-39.
- Jackson, C., “Medical interpreters: An essential clinical service for non-English-speaking immigrants”, in Loue Sana (ed.), Handbook of Immigrant Health, New York: Plenum Press, 1998, pp. 61-80.
- Jacoopsie, P., “Medical interpreting in Canada’s North”, Meta, vol. 38(1), 1993, pp. 42-44.
- Katan, D., Translating Cultures, an Introduction for Translators, Interpreters and Mediators, Manchester: St. Jerome Publishing, 1999.

- Mrashall, P. A., Koenig B. A., (et al.), “Ethical issues in immigrant health care and clinical research”, in Loue Sana (ed.) Handbook of Immigrant Health, New York: Plenum Press, 1998, pp. 203-226.
- Martinsen, B., “Public service interpreting – Challenges and how to meet them,” New Perspectives in Interpreting, Selected Papers from Interpreting in the 21st Century. Challenges and Opportunities 1st Forli Conference on Interpreting Studies, 9-11 November 2000, vol. 2, 2003
- Mason. I., introduction, The Translator, vol. 5(2), 1999, pp. 147-160.
- Mason, I., Triadic Exchanges, Manchester: St. Jerome Publishers, 2001.
- 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 Roda 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 Co., 2000, pp. 67-79
- Meyer, B., “How untrained interpreters handle medical terms, in Ian Mason, Triadic Exchanges, Manchester: St. Jerome Publishing, 2001, pp. 87-106.
- Meyer, B., “Medical interpreting – Some salient features,” New Perspectives in Interpreting, Selected Papers from Interpreting in the 21st Century. Challenges and Opportunities 1st Forli Conference on Interpreting Studies, 9-11 November 2000, vol. 2, 2003.
- Miles, M.B, and Huberman, A.M., Qualitative Data Analysis, Beverly Hills: Sage, 1984.
- Niska, H., “Community interpreting training: Past, present, future”, New Perspectives in Interpreting, Selected Papers from Interpreting in the 21st Century. Challenges and

Opportunities 1st Forli Conference on Interpreting Studies, 9-11 November 2000, vol. 2, 2003.

Ozolins, U., Interpreting and Translating in Australia, Melbourne: Language Australia, 1998.

Ozolins, U., "Communication needs and interpreting in multilingual setting: The international spectrum of response," in Roda 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 Co., 2000, pp. 21-33.

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

Pöchhacker F., Kadric Mira, "Hospital cleaners as health interpreters", The Translator, 1999, vol. 5(2), pp.161-178.

Pöchhacker F., "'Getting organized': The evolution of community interpreting," Interpreting, vol. 4(1), 1999, pp. 125-140.

Pöchhacker, F., "The community interpreter's task: Self-perception and provider views", in Roda 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 Co., 2000, pp. 49-65.

Pöchhacker, F., "'Going social?': On pathways and paradigms in interpreting studies", lecture delivered in Prague, 2003, (unpublished).

Reiff, M. F., Immigration and Medicine: Stress Culture and Power in Encounters Between Ethiopian Immigrants and their Doctors in Israel, [unpublished dissertation] Ann Arbor, Michigan: UMI Dissertation Services, 1997

- Ren, X. S., and Amick, B. C., “Cross –cultural use of measurements,” in Loue Sana., Handbook of Immigrant Health, New York: Plenum Press, 1998, pp. 81-100.
- Riccardi, A., Marinuzzi, G., et al., “Interpretation and stress”, The Interpreters’ Newsletter, vol. 8(2), 1998, pp. 93-106.
- Riddick, S., “Improving access for limited English-speaking consumers: A review of strategies in health care settings,” Journal of Health Care for the Poor and Underserved, vol. 9, 1998 (supplemental), pp. 40-61.
- Roberts, R. P., “Community Interpreters Today and Tomorrow”, in Silvana Carr [et al.] (eds.), The Critical Link: Interpreters in the Community, Papers from the International conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Setting (1st: 1995: Geneva Park, Ontario), Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 1997, pp. 7-26.
- Roberts,R. P., Carr, S. E. (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 Co., 2000
- Roberts, R. P. (ed.) et al., introduction, in, Roda 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 Co., 2000.
- Roberts, R. P., “Interpreting by any other name is still interpreting”, Translation: New Ideas for a New Century: Proceedings of the XVI FIT Congress, Vancouver: 2002, pp. 217-221.

- Rosenberg, B. A., Describing the Nature of Interpreter Mediated Doctor-Patient Communication: A Quantitative Discourse Analysis of Community Interpreting, [unpublished dissertation] Ann Arbor: UMI, 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 1st Forli Conference on Interpreting Studies, 9-11 November 2000, vol. 2, 2003.
- Rudvin, M., “Issues in community interpreting: Italians do it their own way,” (in print).
- Shackman, J., The Right to be Understood – A Handbook on Working with, Employing and Training Community Interpreters, Cambridge: National Extension College, 1984.
- Shlesinger, M., and Carmel, S., “Doctor-patient communication in cases of linguistic incompatibility and its implications for health care quality”, unpublished research grant application, 2002.
- Shuttleworth, M. and Cowie M., Dictionary of Translation Studies, Manchester: St. Jerome Publishing, 1997.
- Tebble, H., “The tenor of consultant physicians: Implications for medical interpreting”, The Translator, vol. 5(2), 1999, pp. 179-200.
- Wadensjö, C., Interpreting as Interaction, Linköping: Linköping University, 1992.
- Wadensjö, C., “Recycled information as a questioning strategy, pitfalls on interpreter-mediated talk,” in Silvana Carr [et al.] (eds.), The Critical Link: Interpreters in the Community, Papers from the International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Setting (Geneva Park, Canada, June 1-4, 1995), Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 1997, pp. 135-152.
- Wadensjö, C., “Community interpreting”, in Routledge Encyclopedia of Translation Studies, Mona Baker (ed.), Routledge: London and New York, 1998, pp. 33-37.

- Wadensjö, C., "Telephone interpreting & the synchronization of talk in social interaction",
The Translator, vol. 5(2), 1999, pp. 247-264.
- Wadensjö, C., "Interpreting in crisis: The interpreter's position in therapeutic encounters", in
Ian Mason, Triadic Exchanges, Manchester: St. Jerome Publishing, 2001, pp. 71-85.
- Wadensjö, C., "The double role of a dialogue interpreter," in Pöchhacker F. and M.
Shlesinger, The Interpreting Studies Reader, London: Routledge, 2002, pp. 354-370.
- Wardhaugh, R., An Introduction to Sociolinguistics, Malden: Blackwell, 1998.

כל אתרים האינטרנט המופיעים להלן עדכניים לאוקטובר, 2003:

www.kavlaoved.org.il

www.phr.org.il

<http://www.diversityrx.org/>

www.ynet.co.il

www.maariv.co.il

www.ncihc.org/listens.htm

[www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4,+CESCR+General+comment+14.En?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4,+CESCR+General+comment+14.En?OpenDocument)

www.kff.org/content/2003/

<http://cis/bentley.edu/pberanek/QualRes.html>

www.picum.org

<http://www.mmia.org/InterpreterBill.htm>

ABSTRACT

Since its establishment, Israel has been a melting pot for citizens who immigrated from numerous countries, bringing with them many different cultures and languages. Since the beginning of the 1990s, their numbers have been increased by the waves of foreign workers, which at one time reached a peak of 300,000.

There are many minority language groups in Israel, yet provision of official language services is only just beginning. In the area of medical treatment there are hardly any facilities for official interpreting, notwithstanding the existence of a law passed in 1996 which mandates the necessity of making clear to the patient the nature of the treatment which s/he is about to receive and of obtaining his/her consent thereto. Most of the communication taking place during medical treatment is done through ad hoc interpreters; i.e. bilingual speakers (family members, friends, staff at the medical center and so on), whose knowledge of the two languages varies and who act as intermediaries between the patient and the doctor during a given medical meeting.

The object of this study is to examine the types of communication between providers and recipients of medical treatment at the clinic for foreign workers operated by the Physicians for Human Rights Association in Tel Aviv. Three research questions were examined in the fieldwork.

1. What are the forms/types of communication between doctors and foreign workers?
2. What kinds of problems characterize these types of communication?
3. What are the solutions used to bridge the communication gaps?

The findings revealed that in the absence of a common language between doctor and patient, misunderstandings can occur at several stages: a) taking the patient's medical history (i.e. anamnesis); b) the physical examination and c) the diagnosis and prescription of treatment. Misunderstandings observed during the study occurred on both sides, and included instances of more general discourse as well. The findings revealed a variety of communication methods used by doctor and patient to

compensate for the lack of a common language, including the use of English, of Hebrew, of a third language, of a reduced language, and of any of these in combination with non-verbal communication. The interlocutors resorted to various means of overcoming the communication problem: some of them spontaneous, in the course of an unmediated conversation, and some involving the use of "interpreters", whether co-present or by telephone. The study also presents the perceptions of doctors and "interpreters" regarding their work in situations characterized by communication difficulties and cultural barriers, and the methods used to overcome these obstacles.

The conclusions reached in this study could contribute to better communication with language minorities in general and foreign workers in particular, through awareness of the cultural-linguistic problems likely to arise in medical encounters. Future research will hopefully analyze the typology outlined in the present study and help in the construction of a working model for professional medical translators in Israel, and in drawing up guidelines for improving communication between doctors and patients in situations where official interpreting services are not yet available.

