

נושא במוקד

תיווך לשוני ותרבותי של שירותים חברתיים

כשירות תרבותית בשירות הבריאות

אניטה נובל DNSC, CNM

ההיצמדות לנורמות תרבותיות של המטופל מעידה על כבוד לתרבותו. משקרא איש הצוות המטפל מחקר על אוכלוסייה מסוימת, חשוב שיבחן היטב אם הממצאים המדווחים במחקר אכן משקפים את התנהגותה של האוכלוסייה שבה הוא מטפל, ואם כן - עד כמה. המפגשים התרבותיים יסייעו במציאת דומויות ושונויות בין המחקר למטופלים ובעמידה על השוני שבין מטופלים בני אותה תרבות.

הקדמה

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2006) מעריכה כי שיעור האוכלוסייה בישראל הגיע ל-7,077,000. ישראל היא ארץ המקיימת אורח חיים מערבי, ואוכלוסייתה מגוונת ביותר בכל הנוגע לדתות, זהות דתית, קיום מצוות הדת, זהות אתנית ושפות מדוברות. בשל הגיוון התרבותי הרב, העוסקים במתן שירותי בריאות חשופים באופן קבוע לאין ספור תרבויות (Noble, 2005). החשיבות שברכישת כשירות תרבותית, הן במישור המקצועי והן במישור האישי, ברורה על כן לכל החיים בישראל. מאמר זה יפתח בהצגת מקרים אחדים שבהם התרבות שימשה גורם בהקשרים של קבלה ומתן של טיפול רפואי. המושגים והתאוריות של הכשירות התרבותית יוצגו בהמשך ככלי העשוי לסייע הן לאנשי המקצוע והן להדיוטות במתן טיפול המבוסס על כשירות תרבותית.

הצגת מקרים

מקרה 1

גב' אבו סולטן מגיעה למרפאה, מתלוננת על כאב בבטן התחתונה ודימום מהנרתיק. גב' אבו סולטן דוברת ערבית בלבד, והיא מלווה בבתה בת ה-18 הדוברת עברית. לאחר שנעשות לה בדיקות, נקבעת האבחנה שגב' אבו-סולטן עברה הפלה טבעית (שלא הושלמה). הצוות המטפל בה אינו דובר ערבית ומבקש מבתה של גב' אבו סולטן לתרגם להם את הסברה על מה שקרה.

מילות מפתח: כשירות תרבותית, מודעות תרבותית, טיפול תרבותי, הערכה בין-תרבותית, פיקוח סביבתי, תקשורת אחות-מטופל/חולה, טיפול סיעודי בחדרים, טיפול סיעודי בערבים

ד"ר אניטה נובל היא אחות-מיילדת מוסמכת. היא מורה ומדריכה קלינית בבית הספר לסייעוד ע"ש הנרייטה סאלד, הדסה, האוניברסיטה העברית. תחומי המחקר שלה הם כשירות תרבותית ובריאות האישה.

מקרה זה אמנם לא התרחש בישראל, אך דווח שהוא התרחש בחו"ל - עם אישה דוברת ספרדית שהגיעה לבית החולים עם בתה בת השש.

מקרה 2

טוואנה שרפטון היא תיירת אמריקאית בת 24, המבקרת בישראל עם חברי כנסייתה. היא מגיעה לחדר מיון בתלונה על כאב פתאומי ברגליה וקוצר נשימה שהחל באותו בוקר. היא מדברת עם אנשי הצוות המטפל בשפה האנגלית ומספרת להם שהדבר אירע כבר פעמיים בשנה זו. רגליה נפוחות. אילו שאלות יסייעו לצוות המטפל לקבוע את האבחנה?

מקרה 3

חיים יעקב בלושטיין, בן 16, הוא נער החי בשכונת 'מאה שערים'. הוא מגיע לחדר המיון ועל זרועו כווייה שנקווה כתוצאה מהכשרת כלים לפסח ('הגעלה'). האחות מטפלת בו ורוצה לעודדו, במיוחד משום שכואב לו מאוד, אך בכל פעם שהיא מדברת אליו, הוא מפנה את מבטו ואינו מביט בה. נראה לאחות שהוא חש מאוד לא בנוח כאשר היא נוגעת בו כדי לטפל בכווייה שלו. לאחר שהכווייה נחבשת, הוא רוצה לעזוב את חדר המיון כדי למצוא מניין ל'מנחה'. האחות תכננה לתת לו הנחיות להמשך טיפול לפני שילך. התנהגותו מרגיזה אותה מאוד.

כשירות תרבותית

ההגדרה הרווחת לכשירות תרבותית היא 'מערכת של התנהגויות, תכונות ונהלים המאפשרים לארגון (או ליחיד) לפעול באופן יעיל בסיטואציות של מפגש בין-תרבותי' (Cross, Bazron, Dennis & Isaac, 1989). בארצות הברית, רשימת ה'תקנים הלאומיים לשירות הולם מבחינה תרבותית ולשונית' (CLAS) כוללת 14 תקנים שפותחו לצורך מתן טיפול רפואי הולם מבחינה תרבותית ולשונית (Office of Minority Health, 2005) (ראו נספח 1). ביסוד התקנים עומדת ההנחה כי יש להטמיע בארגון את השירותים ההולמים מבחינה תרבותית ולשונית וכי יש ליישם בשיתוף עם הקהילות שלהן מוענק השירות. הטיפול הכשיר מבחינה תרבותית כולל גם מתן שירותים כגון מתורגמנים רפואיים שהוכשרו באופן מיוחד להקל את התקשורת בין הצוות המטפל לבין המטופל באופן שהוא כשיר תרבותית - ולא רק למסור תרגום של השיחה. למתורגמנים הקהילתיים יש מומחיות בלשון או בלשונות הדומיננטיות והם שולטים במינוח המקצועי ובלשון הדבורה. הם מכבדים את כל הצדדים המעורבים במפגש ודואגים לספק תנאים להתפתחות אמון הדדי ותקשורת מדויקת שהם התשתית לשירותי רפואה יעילים. יש להבין את השלכותיה של אי-כשירות תרבותית. מחסומים תרבותיים מתהווים כאשר אנשי המקצוע נכשלים במתן טיפול כשיר תרבותית. המחסומים התרבותיים מובילים ליצירת אי אמון, תקשורת לקויה ופערים בין הלקוח למטפל.

דגמים (מודלים) של כשירות תרבותית

הדגם של Campinha-Bacote (2003), שיוצג להלן, קרוי 'התהליך של כשירות תרבותית': דגם לכשירות תרבותית בטיפול'. הדגם של קמפינה-בקוט הוא דגם פעולה מכוון-תהליך, המיועד למספקי טיפול בשירות הבריאות המצויים בתהליך של רכישת כשירות תרבותית. הדגם כולל

חמישה מבנים רעיוניים (constructs): מודעות תרבותית, מיומנות תרבותית, ידע תרבותי, מפגשים תרבותיים ורצון תרבותי. נתחיל דווקא מהמבנה האחרון,

רצון תרבותי

Campinha-Bacote (2003) מעירה שאין די בהיות אדם כשיר תרבותית; חשוב 'להיעשות' כשיר תרבותית. בהיעשותו של אדם לכשיר תרבותית גלום הרעיון שכשירות תרבותית היא תהליך מתמשך ללא הרף. על אדם לרצות מאוד להיעשות כשיר תרבותית ולא רק 'להיות צריך' לרכוש כשירות כזאת. מן הרצון התרבותי משתמעת 'מחויבות מוסרית לטפל בכל המטופלים, ללא קשר לערכיהם התרבותיים, לאמונותיהם או לדרכי חייהם' (עמ' 16).

מודעות תרבותית

מודעות תרבותית מוגדרת כ'בחינה עצמית וחקירה לעומק שאדם חוקר את רקעו התרבותי שלו עצמו' (Campinha-Bacote, 2003, p. 18). המודעות התרבותית מקיפה את כל הרצף מאתנוצנטריזם [תפיסת האדם את זהותו האתנית כמרכזית ובעלת ערך עליון ביחס לזהויות האחרות] עד אתנורלטיזם (תפיסת הזהויות האתניות כבעלות ערך יחסי ושווה). ללא מודעות תרבותית לא יהיה איש המקצוע מודע להטיותיו השיפוטיות ודעותיו הקדומות כלפי השונים. העדר מודעות תרבותית עשוי להציב מכשול לאספקת הטיפול על ידי יצירת מצב המתעלם מאמונותיו, מערכיו, מאורחות חייו של המטופל ומן האסטרטגיות המקובלות עליו לפתרון בעיות. נקיטת אסטרטגיות לפיתוח מודעות תרבותית מתחילה כאשר הצוות המטפל בוחן את הטיותיו השיפוטיות ודעותיו הקדומות ביחס לתרבויות אחרות. אדם עשוי להיות בעל עמדות, אמונות ואורחות חיים הרואות את כל התרבויות האחרות כנחותות ביחס לשלו (ה'אתנוצנטריזם' הנזכר לעיל). במקרים אחרים, למספק הטיפול עשויות להיות הטיות שיפוטיות כלפי קבוצות מסוימות ולא כלפי כל הקבוצות [השונות מקבוצתו] (Allport, 1979). הערכת המודעות התרבותית עשויה לחשוף אפיון תרבותי של 'נטיית יחיד או קבוצה לכפות את אמונותיהם, ערכיהם ודפוס ההתנהגות שלהם על תרבות אחרת, מטעמים שונים' (Leininger & McFarland, 2002, p. 51). ליינינגר מביא דוגמאות ממערכת הבריאות שבהן הצוות המקצועי כופה, בעיקרו של דבר, את אמונותיו וערכיו כאילו היו ההשקפה והאמונה שאמיתותן מוחלטת. (Campinha-Bacote 2003) מדגישה בדגם הכשירות התרבותית שלה שעל הצוות המטפל לגלות עניין מרבי ברכישת מודעות תרבותית ולהימנע מניסיון להטביע את חותם ערכיהם התרבותיים על תרבותו של המטופל.

מיומנות תרבותית

מיומנות תרבותית היא 'היכולת לאסוף נתונים רלוונטיים בעלי אופי תרבותי על תולדות המחלה של המטופל ועל בעיות הבריאות שלו, כמו גם לבצע במדויק בדיקה פיזית לאור תרבותו' (Campinha-Bacote, 2003, p.58).

Leininger (2002) שילבה את ההערכות התרבותיות במקצוע הסיעוד כבר בשנות השישים של המאה העשרים. עם הזמן, זכו ההערכות התרבותיות להכרה כחלק אינטגרלי מהערכת בריאותו של המטופל. (Leininger (2002), Andrews & Boyle (2003), Spector (2004), Giger & Davidhizar (2004) ו-פיתחו מדדים לסייע לאחות בגיבוש הערכה תרבותית

מדויקת של המטופל. Spector and Noble (2006) פיתחו מדד להערכה של מורשת ישראל (IHAT), דהיינו מדד להערכה תרבותית המתאים לאוכלוסייה הישראלית. מדד זה מאפשר לצוות המטפל לבחון את הקשר של המטופל למורשתו, כדי לתכנן את הטיפול על-פי צרכיו התרבותיים. ככל שהמטופל מזדהה יותר עם מורשתו, כך חיוני יותר להתאים את הטיפול למורשת זו. דוגמה לכך עשויה להיות החשיבות שמייחסים מטופלים יהודים שומרי שבת לאפשרות לקיים את השבת על-פי מנהגיהם, אמונותיהם ואורחות חייהם. שילוב ההערכה התרבותית בעת ביצוע איסוף המידע על העבר הבריאותי ובעת הבדיקה הפיזית ייתן לצוות המטפל את המידע הדרוש לאבחון מחלות הייחודיות לתרבויות מסוימות. במקרה II, שהוצג בתחילתו של מאמר זה, התגלו אצל טוואנה שרפטון סימנים מובהקים של אנמיה חרמשית (Sickle Cell Anemia). בעל המקצוע הרפואי צריך לכלול בהכשרתו ידיעה של היסטוריה תרבותית ופיזית שתסייע לו להציג בעת הנכונה שאלות לגבי אנמיה חרמשית, שהיא ההפרעה הגנטית הנפוצה ביותר בקרב האוכלוסייה האפרו-אמריקאית.

מפגשים תרבותיים

Campinha-Bacote (2003) מגדירה מפגשים תרבותיים כ'תהליך המעודד את אנשי המקצוע הרפואי להיות מעורבים במגע ישיר, פנים אל פנים, עם לקוחות מרקעים תרבותיים מגוונים' (עמ' 48). המחברת מדגישה את חשיבות המפגשים התרבותיים המרובים למניעת נפילה במלכודות של דעות קדומות או הנחות שהתהוו עקב חשיפה לשלושה או ארבעה יחידים בלבד מקבוצה אתנית מסוימת. קמפינה-בקוט מעירה גם שהבדלים תוך-תרבותיים (כלומר בתוך אותה קבוצה אתנית/תרבותית) הם תכופות גדולים יותר מהבדלים בין-תרבותיים (בין קבוצות אתניות /תרבותיות שונות). דוגמה לכך עשויה להיות ההנחה שלכל היהודים החרדים אותן אמונות ואורחות חיים. כדי למנוע פרשנות מוטעית וסטראוטיפיזציה של אמונות, ערכים ואורחות חיים הרווחים בקבוצות תרבותיות כאלה או אחרות, על בעל המקצוע הרפואי להיות מעורב במפגשים ישירים רבים עם אנשים מתרבויות מגוונות בהקשרים שמחוץ למערכת הטיפול הרפואי.

ידע תרבותי

Campinha-Bacote (2003) מגדירה ידע תרבותי כ'תהליך של חיפוש ורכישה של בסיס ידיעה על קבוצות תרבותיות מגוונות' (עמ' 27). רכישת ידע תרבותי מאפשרת לאיש המקצוע הרפואי להתבונן באמונותיו ובערכיו של הלקוח תוך הבנת השקפת עולמו, המשפיעה על כל היבטי בריאותו ומחלתו.

טיפול תרבותי

הדגם הבין-תרבותי של Spector (2004), טיפול תרבותי (Cultural Care), ממליץ שאיש-המקצוע הרפואי ירכוש ידע תרבותי על הדרכים המקובלות אצל הלקוח לשמור, לתחזק ולשקם את בריאותו. 'בריאות' מוגדרת כ'איזון אצל האדם בהווייתו הפיזית, המנטלית והרוחנית ובעולם החיצוני - הטבעי, הקהילתי והמטפיזי, כשבין הווייתו הפנימית של האדם להווייה שמעבר לו מתקיימת זיקה מורכבת' (עמ' 75). 'מחלה' משמעה העדר איזון הקיים ב'בריאות'. ספקטור ממליצה על 'חיזוק נוהגי הבריאות החיוביים הקיימים בתרבותו של הלקוח וקידום שינויים אצלו רק כאשר פעולות אלה נושאות עמן נזק פוטנציאלי' (עמ' 326).

דגם ההערכה הבין-תרבותי של Giger & Davidhizar

דגם ההערכה הבין-תרבותי של Giger & Davidhizar (2004) (GDTAM) מתייחס לשש תופעות תרבותיות המאפשרות לאיש המקצוע הרפואי לרכוש ידע תרבותי. שש התופעות הן: תקשורת, מרחב, זמן, בקרה סביבתית, ארגון חברתי ושוני ביולוגי.

תקשורת

במקרים שבהם הלקוח אינו מדבר ו/או אינו מבין את הלשון הדומיננטית, רצוי מאוד שמתרגם או מתורגמן קהילתי יהיה נוכח. לעולם אל לכם לבקש מבני משפחה לתרגם אלא אם המטופל מבקש זאת, מאחר שיייתכן מאוד שחסרה להם היכולת לתרגם במדויק. השימוש בבן משפחה יש בו משום פלישה לפרטיותו של המטופל. יש ובני משפחה מגיבים על שאלות המטפל בתשובות משלהם.

במקרה | (שהוצג לעיל), בתה של גב' אבו סולטן התבקשה לתרגם. היה זה מעשה לא ראוי, ומתרגם (או מתורגמנית) קהילתי, בעל ידע תרבותי בלשונה של מטופלת ובמנהגים, באמונות ובאורחות החיים המקובלים עליה, היה צריך להתבקש להיות נוכח בשיחה. היה זה בלתי ראוי לבקש מבתה בת ה-18 של גב' אבו סולטן לתרגם, והיה זה בלתי ראוי גם אילו הייתה מבוגרת יותר או אילו מדובר היה בקרובת משפחה אחרת.

ההיצמדות לנורמות תרבותיות של המטופל מעידה על כבוד לתרבותו. בתרבות הערבית, המטופלים מעדיפים לקבל טיפול מצוות מטפל מאותו המגדר (Kulwicksi, 2003). גברים ונשים שאינם קרובי משפחה אינם רגילים לדבר זה עם זה. באשר לכאב, נוטים לחלוק את תחושת הכאב עם בני משפחה יותר מאשר עם הצוות המטפל (Ludwig-Beymer, 2003). נטייה זו עלולה ליצור קונפליקט בין המטופל, המשפחה והצוות כאשר, למשל, האחות מבקשת מן המטופל לתאר את כאבו והמטופל עונה שאינו סובל כל כך מכאבים, בעוד המשפחה מבקשת שיוסיפו לו תרופות משככות כאב מאחר שכאביו מתעצמים. כדי למנוע קונפליקט כזה, הצוות המטפל יכול לשאול את המטופל ואת בני המשפחה מי יהיה זה שידווח על רמת הכאב. בנוסף לכך, הצוות יפיק תועלת מן הידיעה שהתרבות הערבית חובבת שימוש בדימויים ובהשוואות (אנלוגיות) לצורך תיאור כאב.

לפי מחקר קלסי שעשה Zborowski (1952) בניו יורק, היהודים נחשבים רגשים מאוד ונוטים להגזים בחוויית הכאב שלהם. מחקר זה לא עשה הבחנה בין יהודים ממוצאים אתניים שונים או נבדלים זה מזה מבחינות אחרות, אך השווה בין מטופלים יהודים לאיטלקים, אירים ו'אמריקאים ותיקים'. מסתבר שביטויי הכאב מושפעים מנורמות תרבותיות הגורמות לקושי בהערכת רמת הכאב. מטופלים מסוימים נראים כסובלים ממצוקת כאב יותר ממטופלים אחרים; אולם ייתכן שהרושם הזה מתוון על ידי גורמים תרבותיים. במקרים רבים נותנים למטופלים תרופות לשיכוך כאב על פי הערכתו של הצוות המטפל לגבי רמת הכאב שלהם; אולם מראית העין הזאת עשויה שלא לשקף באמת את עוצמת הכאב. מטופלים שקטים, שאינם מבקשים תרופות לשיכוך כאבים, עשויים לסבול מכאב חריף, בעוד המטופל הקולני והמוחצן עשוי שלא לסבול באמת מכאב רב. על כן, על בעל המקצוע הרפואי להשתמש בכלים שיסייעו לו בהערכה יעילה של רמת הכאב. אחד הכלים האלה הוא Visual Analog Scale (VAS). מראים למטופל סולם ועליו המספרים 0-10, כשכל מספר מקביל לרמת כאב; 0 משמעו העדר כל כאב, ואילו 10 משמעו הכאב המחריד ביותר שניתן לתאר. כאשר המטופל מדרג את כאבו, תוך שימוש ב'סולם', הדבר מאפשר הערכה מדויקת יותר של הכאב וניהול נכון יותר שלו.

משקרא איש הצוות המטפל מחקר על אוכלוסייה מסוימת, חשוב שיבחן היטב אם הממצאים המדווחים במחקר אכן משקפים את התנהגותה של האוכלוסייה שבה הוא מטפל, ואם אכן כן - עד כמה. המפגשים התרבותיים יסייעו במציאת דמויות ושנויות בין המחקר למטופלים (במציאות) וכן בעמידה על השוני שבין מטופלים בני אותה תרבות (שעשויים להיות גדולים יותר מאשר ההבדלים בין בני תרבויות שונות, לגרסתה של Campinha-Bacote, 2003).

גברים חרדים אינם מורגלים בדיבור עם נשים וגם ואין להם מגע עם נשים שאינן בנות משפחה (Selekman, 2003). הצוות המטפל עשוי לגלות שמטופלים יהודים, הדבקים מאוד בחובת הצנעה הגופנית, מעדיפים טיפול מידי בן אותו מין.

במקרה III האחות הייתה מתוסכלת מכך שחיים יעקב לא הסתכל בה וחש מאוד שלא בנוח כאשר חבשה את כווייתיו. חיים יעקב בלושטיין היה נער חרדי ממאה שערים, מקום שבו אין מורגלים בדיבור עם אישה שאינה בת משפחה. ידע תרבותי היה מאפשר לאחות להבין מדוע חיים יעקב בלושטיין מגיב בדרך זו. במערכת אידאלית, היה הדבר למועיל אילו אח-גבר היה מטפל בחיים יעקב.

מרחב

המרחב האישי מושפע מן התרבות. הישראלים נוטים לצמצם את המרחב האישי, משמע - לאנשים לא אכפת לעמוד קרוב זה לזה. ניתן להבין על כן מדוע אנשים הבאים מתרבויות שבהם המרחב האישי גדול יותר, יחושו שלא בנוח כלפי המרחב האישי הקטן יותר בישראל. בדומה לכך, ישראלים המבקרים בארצות אחרות עשויים לחוש שהתרבות הזרה להם היא 'קרה', בגלל המרחב האישי הגדול יותר. רצוי לזכור שאת 'ממד' החלל הזה מסדירות נורמות תרבותיות.

זמן

בתרבויות שונות נתפס הזמן באופן שונה (Giger & Davidhizar, 2004). תרבויות מסוימות מקפידות מאוד על לוח זמנים, ואילו תרבויות אחרות מחשיבות לוח זמנים כזה פחות. מטופל שבתרבותו אין הקפדה על לוח זמנים קשוח עשוי שלא לתת דעתו על הוראה מן הצוות הרפואי לקחת תרופה בזמן מוגדר - למשל, מדי יום ב-8.00 בבוקר. גישה כשירה-תרבותית עשויה להתבטא בהצגת שאלה למטופל על סדר יומו הרגיל. אם למטופל יש טקסים קבועים (בעלי אופי דתי או אחר), ההוראות לנטילת תרופה עשויות להשתנות מעט - למשל, ניתן לומר לו שייקח אותה לאחר תפילות הבוקר (למשל, 'שחרית' אצל יהודים) או לאחר קיום טקס מסוג אחר. במקרה כזה, ייתכן שהמטופל לא ייקח את תרופותיו ב-8.00 בדיוק, אך יש סיכוי רב יותר שהוא ייטול את התרופה כסדרה.

ארגון חברתי

'התנהגות תרבותית, או האופן שבו אדם פועל במצבים מסוימים, היא עניין נרכש חברתי, ואיננה מורשת גנטית' (Giger & Davidhizar, 2004, p. 65). אנשים נעשים 'קשורי תרבות' מתוך שהם חיים במערכת התנהגויות, עמדות ואורחות חיים מקובלות בסביבתם. אנשי הצוות המטפל במערב קשורים לתרבות מדעית שלא תמיד לקחה בחשבון את אמונותיהם התרבותיות של אחרים. כיום יש התחלה של מאמצים לרכוש ידע על דרכי ריפוי מקובלות באזורי תרבות אחרים, כגון אקופונקטורה, טאי צ'י וכו'.

ארגון חברתי עשוי להיות הסיבה להתנגשויות תרבותיות בין אנשי המקצוע הרפואי למטופל ומשפחתו - למשל, במקרה של מטופל המסכים לטיפול באופן עקרוני אך אינו מתחיל בו. אירועים כאלה עשויים לקרות כאשר מקובל בסביבתו התרבותית של המטופל לקבל את הסכמתו של מנהיג תרבותי מסוג זה או אחר לפני התחלת טיפול, ולהתנות את הטיפול בהסכמה זו. עשוי להיווצר מצב שבו על איש צוות המטפל או על המוסד המטפל לרכוש את אמונו ואת יחסו החיובי של אותו מנהיג בטרם יסמוך ידיו על הטיפול. החלטות שמקבלים המטופל, משפחתו והמנהיג התרבותי שלהם עשויות להיות שונות בהתאם למינו, גילו ואמונותיו התרבותיות של המטופל.

פיקוח סביבתי

המושג פיקוח סביבתי 'מתייחס ליכולת של יחיד או אנשים מקבוצה תרבותית מסוימת לתכנן פעילויות שיש בהן הפעלת פיקוח או בקרה על הטבע... ומתייחס לתפיסה שיש ליחיד לגבי יכולתו להשפיע על גורמים בסביבתו' (Giger & Davidhizar, 2004, p. 121). בפיקוח על הסביבה כלול האיזון בין היחיד לסביבתו ככל שהדבר נוגע לעניינים כתזונה, זיהום (סביבתי) והסכמה לקבלת שירותי רפואה מניעתית.

בתחום הפיקוח הסביבתי ניתן להבחין בגישות שונות של יחידים לטיפול בבריאות. יש אנשים המקבלים על עצמם אחריות לטיפול בבריאותם שלהם, מתוך גישה של בקרה או פיקוח פנימי. אחרים מאמינים שמערכת הבריאות קיימת כדי לספק להם את הטיפול, ללא שותפות פעילה שלהם. גישה זו ידועה כגישת 'פיקוח חיצוני'. בישראל ניתן לפגוש בשתי הגישות, מאחר שזוהי מדינת מהגרים שהביאו איתם אמונות שונות בתחום הטיפול בבריאות. יחידים שאצלם 'מוקד השליטה' הוא פנימי נוטים יותר לאמץ גישה פעילה של טיפול מונע, בעוד אלה שאצלם 'מוקד השליטה' הוא חיצוני מגלים מוטיבציה מוגבלת לפתח גישה של אורח חיים בריא.

שונות ביולוגית

בתרבויות שונות יש סיכון להתפתחות מחלות שונות. מסיבה זו, מן ההכרח שאנשי הצוות המטפל יעריכו את מצב בריאותם הפיזי, המנטלי והרוחני של מטופליהם בהקשר תרבותי. ידוע היטב שפגמים גנטיים מסוימים שכיחים יותר אצל יהודים אשכנזים, וכמו כן שכיחות אצלם יותר מחלות כסרטן השד וסרטן המעי הגס (Purnell & Paulanka, 2003). אצל יהודי עדות המזרח יש שכיחות של תלסמיה (אנומליה ברמת ההמוגלובין), של קדחת ים תיכונית משפחתית (התקפי חום וכאבי בטן) ושל G6PD (אנומליה בצורה של תאי הדם, בגלל מחסור באַנזים). באוכלוסייה הערבית קיימת שכיחות של קדחת ים תיכונית משפחתית, היפרכולסטרולמיה משפחתית (עודף כולסטרול מסיבות תורשתיות) ותלסמיה.

סיכום

שונות תרבותית בין חלקי אוכלוסייה שונים קיימת הן בישראל והן בעולם. כאנשי מקצועי רפואי בחברה רב תרבותית, אנו מצויים לשלב את הכשירות התרבותית בחינוך, במחקר ובמעשה הרפואי והסיעודי. השימוש בדגמים אחדים של כשירות תרבותית ישמש צעד ראשון בהפיכתו של הצוות הרפואי והסיעודי ל'כשיר תרבותית'.

נספח א

תקנים לאומיים לשירותים הולמים מבחינה תרבותית ולשונית (CLAS) ושינגטון, די. סי: מחלקת שירותי אנוש ובריאות, ארצות הברית

תקן 1

על ארגונים העוסקים בטיפול בבריאות להבטיח שהמטופלים, הצרכנים של שירותיהם, יקבלו מכל חברי הצוות טיפול יעיל, ניתן להבנה ורוחש-כבוד; הטיפול יסופק באופן העולה בקנה אחד עם אמונותיהם של המטופלים בנושא הבריאות, עם אורחות חייהם ועם הלשון המועדפת עליהם.

תקן 2

על ארגונים המטפלים בבריאות לנקוט אסטרטגיות לגיוס, החזקה וקידום של אנשי צוות ומנהיגות מסוגים שונים, בכל רמות הארגון, המייצגים את האפיונים הדמוגרפיים של אזור השירות של הארגון.

תקן 3

על ארגונים המטפלים בבריאות להבטיח שהצוות בכל רמותיו ובכל התחומים הרפואיים יזכה לחינוך ואימון מתמשכים במתן שירות הולם מבחינה תרבותית ולשונית.

תקן 4

ארגוני טיפול בבריאות צריכים להציע ולספק שירותים של סיוע לשוני, הכוללים צוות דו-לשוני ושירותי מתורגמנות, ללא תשלום, לכל מטופל שבקיאותו באנגלית מוגבלת, בכל המגעים, בעת המתאימה ובכל שעות הפעילות.

תקן 5

ארגונים המטפלים בבריאות צריכים לספק למטופלים/צרכנים, בלשון המועדפת עליהם, בעל פה ובכתב, מידע על זכותם לקבל שירותי עזרה בשפה.

תקן 6

ארגוני הטיפול בבריאות צריכים להבטיח את כשירות הסיוע הלשוני למטופלים הניתן על ידי המתורגמנים ואנשי הצוות הדו-לשוניים. אין להשתמש בבני משפחה ובידידים לאספקת שירותי מתורגמנות (אלא אם המטופל/הלקוח מבקש זאת).

תקן 7

ארגונים המטפלים בבריאות צריכים לעשות לזמינים חומרים מובנים בקלות הקשורים במטופל וכיוצא בזה לגבי שלטי הכוונה [שצריכים להיות כתובים] בלשון של הקבוצות המגיעות בדרך כלל למוסד הרפואי ו/או בלשון של הקבוצות המיוצגות באזור שהמוסד משרת.

תקן 8

על ארגונים המעניקים טיפול רפואי לפתח, ליישם ולקדם תוכנית אסטרטגית כתובה המתווה מטרות ברורות, מדיניות ותוכניות מעשיות, וכמו כן לפתח, ליישם ולקדם את מנגנוני הפיקוח העצמי והנשיאה באחריות של ההנהלה, במטרה לספק שירותים הולמים מבחינה תרבותית ולשונית.

תקן 9

על ארגונים המטפלים בבריאות לעשות הערכה עצמית ראשונית ומתמשכת של פעילויות הקשורות ל'שירותים הולמים מבחינה לשונית ותרבותית' (CLAS), ומן הראוי שיטמיעו מדדים הנוגעים לכשירות לשונית בביקורות (החשבונות) הפנימיות הנערכות אצלם, בתוכניות שיפור הביצועים, בהערכות שביעות הרצון של המטופלים ובהערכות של הצלחת הטיפול.

תקן 10

על הארגונים המטפלים בבריאות להבטיח שהנתונים על הגזע, המוצא האתני והלשון הכתובה והדבורה של המטופל ילוקטו ברשומות המוסד ושולבו במערכת המידע של הנהלת הארגון, ויעודכנו מפעם לפעם.

תקן 11

על ארגונים המטפלים בבריאות לשמור אצלם נתונים של חתך דמוגרפי, תרבותי ואפידמיולוגי עדכני של הקהילה שבסביבתם, וכמו כן לגבש הערכת צרכים, כדי שיוכלו לתכנן ולבצע שירותים התואמים את האפיונים התרבותיים והלשוניים של האזור שהם משרתים.

תקן 12

על הארגונים המטפלים בבריאות לפתח שותפויות של חלוקת-נטל ופעולה-יחד עם קהילות החיות בסביבת המוסד ולהשתמש במגוון של מנגנונים לעידוד מעורבותו של המטופל בתכנון וביישום פעילויות הקשורות ל'שירותים הולמים מבחינה תרבותית ולשונית'.

תקן 13

על ארגונים המטפלים בבריאות להבטיח שתהליכים הנקוטים אצלם ביישוב סכסוכים ותלונות הם רגישי תרבות ולשון ומזהים, מונעים ומיישבים סכסוכים או תלונות בין-תרבותיים שמעלים המטופלים.

תקן 14

מומלץ לארגונים המטפלים בבריאות להביא בפני הציבור באופן סדיר מידע על התקדמותם וחידושיהם המוצלחים ביישום התקנים של 'שירותים הולמי תרבות ולשון', וליידע את הציבור בקהילותיהם על זמינותו של מידע זה.

מקורות

Allport, G. W. (1979). **The nature of prejudice** (25th ed.). Cambridge, Mass: Perseus Books.

Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2003). **Transcultural concepts in nursing care** (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Campinha-Bacote, J. (2003). **The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A culturally competent model of care** (4th ed.). Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.

Central Bureau of Statistics (2006a). Press Release: On the eve of the Jewish New Year: Israel's population totals more than 7 million. Retrieved September 21, 2006 from <http://www1.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaatemplate.html?hodaa=200601209>.

Central Bureau of Statistics (2006b). Population, by religion and population group. Retrieved September 25, 2006 from: http://www1.cbs.gov.il/shnaton57/st02_01.pdf

Central Bureau of Statistics (2006c). Statistical abstract of Israel, 2006: Immigrants by period of immigration, country of birth and last country of residence. Retrieved October 15, 2006 from http://www1.cbs.gov.il/shnaton57/st04_02.pdf

Central Bureau of Statistics (2006d). Statistilite. The social survey 2002-2005. Retrieved September 25, 2006 from <http://www.cbs.gov.il/statistical/seker-chevrati-heb.pdf>

Cross, T.L., Bazron, B., Dennis, K.W., Isaac, M.R. (1989). **Towards a culturally competent system of care**. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center. CASSP Technical Assistance Center.

DiversityRX (2006). Why language and culture are important. Retrieved October 16, 2006 from www.diversityRX.org

Dobrinsky, H.C. (1986). **A treasury of Sephardic laws and customs: The ritual practices of Syrian, Moroccan, Judeo-Spanish and Spanish and Portuguese Jews of North America**. New York: Yeshiva University Press.

Giger, J. N., & Davidhizar, R. E. (2004). **Transcultural nursing: Assessment & intervention** (4th ed.). St. Louis: Mosby.

Kulwicki, A.D.. (2003). People of Arab heritage. In L. Purnell & B. J. Paulanka (Eds.), **Transcultural health care: A culturally competent approach** (2nd ed., pp. 90-105). Philadelphia: Davis.

Leininger, M. & McFarland, M.R. (2002). **Transcultural nursing: Concepts, theories, research & practice** (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Ludwig-Beymer, P., (2003). Transcultural aspects of pain. In M. M. Andrews & J.S. Boyle (Eds). **Transcultural concepts in nursing care**. (4th ed., pp. 405-431). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Noble, A. (2005). Cultural competence and ethnic attitudes of Israeli midwives concerning Orthodox Jewish couples in labor and delivery. **Dissertation Abstracts International**, **66** (03), 1399B. (UMI No. 3169133).

Purnell, L.D. & Paulanka, B.J. (2003). **Transcultural health care: A culturally competent approach** (2nd ed). Philadelphia: Davis.

Selekman, J. (2003). People of Jewish heritage. In L. Purnell & B.J. Paulanka (Eds.) **Transcultural health care: A culturally competent approach** (2nd ed., pp. 234-248). Philadelphia: Davis.

Spector, R.E. (2004). **Cultural diversity in health and illness** (6th ed.) Upper Saddle River: Prentice Hall.

Spector, R.E. & Noble A. (2006). Israel Heritage Assessment Tool. Manuscript submitted for publication.

The Office of Minority Health (2005). **National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services**. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

Zborowski, M. (1952). Cultural components in response to pain. **Journal of Social Issues**, VIII (4), 16-30.