

## נושא במוקד

# תיווך לשוני ותרבותי של שירותים חברתיים

## דפוסי אינטראקציה בין מטפל ומטופל במסגרת שירותי הבריאות בקרב עולי אתיופיה בישראל (מחקר שדה)

דליה בורגנה

התרבות הישראלית ותרבותם של יהודי אתיופיה שונות זו מזו ולעתים מנוגדות, בין השאר עקב הבדלים בתפיסת הבריאות והחולי. במפגש בין התרבויות נוצר עימות מנטלי בין גישת הרפואה המסורתית לגישת הרפואה המודרנית המשתמשת בטכנולוגיה מתקדמת ובשיטות חדשניות. מטרת מחקר זה לבדוק את ההבדלים הקיימים בתפיסת נושא הבריאות והחולי בשתי התרבויות וכיצד באו לידי ביטוי במפגש בין העולים לשירותי הבריאות וביחסים בין המטפלים למטופלים במהלך הטיפול.

### הקדמה

ישראל ידועה כמדינת הגירה, ומאז הקמתה היא קולטת אוכלוסיות שונות של יהודים, או מי שנחשבים יהודים, מכל התפוצות. עקב כך, על המדינה להתמודד עם בעיות מיוחדות האופייניות לקבוצה הנקלטת ועליה להיערך לקליטה, תוך התחשבות במרכיבים התרבותיים, האתניים והערכיים של כל קבוצה.

בעיה חשובה בעולמה של כל מדינה היא אספקת שירותי בריאות והתמודדות עם מחלות שונות. התמודדות זו מתחדדת ביתר שאת כאשר מדינה קולטת אוכלוסיית 'פליטים' הדורשת היערכות מיוחדת ושונה, אינטנסיביות במיוחד, של שירותי הבריאות. בהקשר כזה, מתעורר הצורך למנוע תופעות של הפרת איזון או התעוררות סכנה מיוחדת לבריאות הציבור שעליו המדינה אמורה להגן. הטיפול בבעיות הבריאות מקבל אז מקום מיוחד בסדרי הקדימויות של המדינה והחברה שבתוכה.

---

מילות מפתח: קליטת עולים במערכת הבריאות, תפיסה מסורתית/מודרנית של בריאות וחולי, מצב רפואי של עולי אתיופיה, רפואה מסורתית אצל עולי אתיופיה, צוות חדר מיון / מרפאה

המאמר מבוסס על עבודת גמר לקראת תואר מוסמך לעבודה סוציאלית באוניברסיטת תל-אביב - 1987, שעסקה בעולי 'מבצע משה'.

דליה בורגנה היא מנהלת תוכניות בכירה בג'וינט.

מדינות בעולם מחוץ לישראל, כגון ארצות הברית או קנדה, שקלטו בעבר קבוצות מהגרים או פליטים, יכלו לקבוע לעצמן את הקריטריונים שעל פיהם תיקלט כל קבוצה. בעיות רפואיות שהיו קיימות בקבוצה האמורה להיקלט, או יוחסו לה, ונתפסו כאיום על בריאותה של החברה הקולטת, שימשו נימוק לדחייתם של חלק מחבריה של אותה 'קבוצה' (או אף לפסילת הקבוצה כולה). יש לציין שגם בראשיתה של מדינת ישראל שימשו קריטריונים רפואיים לדחייה של חלק מן המועמדים לעלייה, בעיקר מצפון אפריקה ואסיה, בעיקר על רקע גיל מבוגר ומחלות כרוניות.

מדינת ישראל רואה עצמה מחויבת להיערך לקליטת כל אוכלוסיית יהודים החיה בתפוצה ומבקשת לעלות לארץ, ולהתמודד עם הבעיות המיוחדות שהיא נושאת עימה. ההתמודדות עם שאלות בריאות היא, כאמור, נושא בעל חשיבות רבה בהקשר זה, ומשום כך גם בחרתי בה כנושא למחקר.

בשנות השמונים של המאה העשרים היינו עדים לגל עלייה מאתיופיה, שהגיע לשיאו בסוף 1984. במסגרת מבצע שנקרא 'מבצע משה' הובאו לארץ כ-15,000 עולים מאתיופיה. מאפייניה המיוחדים של עלייה זו: היו אלה פליטים שלא הגיעו במישרין מאתיופיה, אלא דרך מחנות פליטים ומחנות מעבר. עקב תלאות הדרך ופגיעות שונות שעברו, הגיעו לארץ במקצת המקרים בודדים או חלקי משפחות מתוך משפחות שלמות שנספו או נשאו באתיופיה.

התנאים שבהם קלטה החברה הישראלית את העולים הללו היו מיוחדים מאוד. בין השאר, היה צורך בשמירה קפדנית על סודיות המבצע, תוך היערכות למניעת בהלה בציבור. בהתמודדות זו נלקח בחשבון גם הרקע התרבותי המיוחד של העולים והשלכותיו העמוקות על קבלת הטיפול הרפואי ועל מערכת האינטראקציה בין מטפל ומטופל בתוך שירותי הבריאות.

### הגדרת הנושא

הנושא שבו עוסק המחקר: דפוסי האינטראקציה הנוצרים במפגש בין שירותי הבריאות בישראל והתרבות הישראלית שהם מייצגים לבין עולי אתיופיה, המייצגים תרבות של חברה מסורתית. מדובר בשתי תרבויות ספציפיות השונות זו מזו ולעתים מנוגדות, בין השאר גם עקב הבדלים בתפיסת נושא הבריאות והחולי. במפגש זה התנגשו התפיסות המסורתיות של הרפואה שהייתה נהוגה באתיופיה ותפיסות הרפואה המודרנית בישראל המשתמשת בטכנולוגיה מתקדמת ובשיטות חדשניות.

כמו-כן מדובר באינטראקציה בתוך מערכת שירותי הבריאות שנכפתה בעצם על שני הצדדים. עולי אתיופיה הגיעו עם בעיות שדרשו התערבות רפואית מידית, ומערכת שירותי הבריאות נאלצה לגייס את משאבים רבים כדי לספק שירות רפואי לאוכלוסייה זו.

מטרת מחקר זה לבדוק את ההבדלים הקיימים בין תפיסת נושא הבריאות והחולי בקרב שתי התרבויות הללו, וכיצד הם באים לידי ביטוי במפגש הנוצר בין העולים ושירותי הבריאות בישראל, וכן באינטראקציה בין המטופלים והמטופלים במהלך מתן הטיפול והשירות הרפואי.

מה הם דפוסי האינטראקציה הנוצרים עקב המפגש המיוחד הזה? מהן נקודות הקונפליקט עקב הבדלי התפיסה המהותיים בין התרבויות השונות?

הטיפול הרפואי שניתן לעולי אתיופיה בשלבים הראשונים של הקליטה היה אינטנסיבי מאוד, ולכן היוו שירותי הבריאות מוקד להתפתחות של אינטראקציה ואופני הסתגלות של הקבוצה הנקלטת ושל האוכלוסייה הרחבה הקולטת.

במהלך העבודה אציג מספר הגדרות למושג בריאות שבהן נתקלתי בספרות המחקרית. בחרתי להציג כאן את ההגדרות הנראות ניתנות ליישום, והכוללות בתוכן את היבטי הסביבה וההסתגלות כגורמים מרכזיים.

להקשר התרבותי ישנה השפעה רבה על השימוש בשירותי בריאות, על דפוסי האינטראקציה הקיימים בתוכם ועל אינטנסיוויות צרכתם. בכל ההיבטים הללו באים לידי ביטוי האופי והערכים המיוחדים של הקבוצה הצורכת את השירות, השונים לגמרי ודורשים דפוסי אינטראקציה אחרים מאלה המקובלים בחברה הקולטת. עקב זאת נוצר צורך ביצירת אמצעים חדשים לגישור על פערים ולמיתון עוצמת הקונפליקט בין הקולטים לנקלטים.

מה קורה במפגש זה בין העולים מאתיופיה לשירותי הבריאות, כיצד נוצרת ההיבדלות בין המטפל והמטופל, כיצד מתגברים על הפער בצפיפות הדדיות ובתפיסות המלוות את שני הצדדים באינטראקציה? שאלות אלו ייבדקו במחקר ויבאו לידי ביטוי בהצגת התצפיות שנערכו ובניתוח הממצאים.

### תיאור המערכת הקולטת בארץ והיערכותה לקליטת העולים

המערכת הקולטת את העולים בשלבים הראשונים היא כפולה: **הסוכנות היהודית ומשרד הקליטה**; הסוכנות היהודית מטפלת בעולים במשך שלוש השנים הראשונות לעלייתם ארצה ואילו משרד הקליטה מטפל בהם בחמש השנים הראשונות לעלייתם ארצה. לאוכלוסיית עולים שהוכרה כפליטים יש תקופת זכאות ארוכה יותר.

בין שני המוסדות הללו קיימת חלוקת תפקידים לגבי תחומי הטיפול והיקף הסיוע הניתן, על-פי מדיניות קבועה.

**אגף שירותי הרווחה בסוכנות היהודית** מטפל בדרך כלל באוכלוסייה המוגדרת אוכלוסייה בסיכון כמו: משפחות חד-הוריות, בודדים, חולים, נכים, קשישים, ואילו האוכלוסייה המוגדרת כבעלת כוחות להתמודד אינה זכאית לטיפול על-פי קריטריונים אלה, ולכן היא מקבלת טיפול רק באמצעות משרד הקליטה, ככל העולים האחרים.

העלייה מאתיופיה דרשה היערכות מיוחדת מצד המוסדות הקולטים, ולכן הוחלט כי אגף שירותי הרווחה בסוכנות יטפל בכל העולים מאתיופיה, עקב היותם פליטים שהגיעו בהרכב משפחה חלקי, או כבודדים - ילדים ללא הורים או הורים שאיבדו את ילדיהם בדרך. בנוסף לכך היו להם בעיות רפואיות שונות שנגרמו בעיקר מהשהות במחנות מעבר לפני העלייה ארצה ומתנאי החיים באתיופיה. ברור היה גם שלטיפול עלייתם כפליטים מצטרפים שינויים במבנה חברתי מסורתי ותהליכים נפשיים קשים.

למערכת הקליטה הראשונית הצטרפו במקביל גם **משרד הבריאות וקופות החולים השונות**, לשם טיפול בבעיות רפואיות שדרשו התערבות טיפולית מיידית. המפגש עם העולים מאתיופיה, שהיה צורך לטפל ברובם, היה, מבחינת שירותי הבריאות, מפגש ראשוני ותבע היערכות מיוחדת. המפגש היה מלווה בהסברה רחבה על מהות שירותי הבריאות בארץ ומטרתם וכן על דרכי השימוש בהם. הסברה זו נעשתה באמצעות מדריכים ומתורגמנים מוותיקי העדה.

מיד עם הגיעם של העולים ארצה נערכו משרד הבריאות וקופת-החולים למתן שירות נאות ומקיף לעולים, תוך עריכת בדיקות מקיפות ומתן חיסונים, כדי לשפר את מצב בריאותם ולמנוע התדרדרות במצבם. לכן תהליך הקליטה הראשונית, במשך החודשים הראשונים לפחות, כלל שימוש רב בשירותי הבריאות בקהילה וכן בבת-חולים, ואף אשפוזים רבים, עקב בעיות בריאותיות מיוחדות שהיו אופייניות לאזור שממנו הגיעו.

מקובל להבחין בארבעה שלבים בקליטה:

1. העלייה
2. הכנת הקליטה והמערכת הקולטת
3. קליטה ראשונית
4. קליטה המשכית.

בשלב הראשון העולים מופנים למרכזי קליטה, תהליך המשתרע על פני שנה, ומתמקד בהכנת הפרט והמשפחה לתפקד במסגרת החברה הישראלית. מטרתו אפוא להקנות כלים מתאימים להתמודדות עם המציאות החדשה. עיקר המרכיבים המטופלים: עזרה בעיבוד 'הלם המעבר', לימוד אורחות חיים, הכרת המערכות הקולטות תוך למידת השפה העברית באולפנים ללמוד השפה, פעילות חברתית ותרבותית, הכרת הארץ, חינוך ליהדות, טיפול בבעיות בריאות, בעיות במשפחה והפניה ללימודים ותעסוקה.

בשלב השני של הקליטה מתחיל תהליך הפניה לדיור קבע. ההפניה מבוססת על מדיניות של פיזור האוכלוסייה למקומות שבהם מרקם החברה יציב ורמת שירותים נאותה, כדי לפתוח בפני אוכלוסיית העולים מאתיופיה אפשרויות תעסוקה מגוונות ומערכת חינוך משופרת.

#### **בעיות בריאות וחולי ודרכי התמודדות מסורתיות עמן**

תהליך קליטת עולי אתיופיה בתחום הבריאות נעשה בארבעה מישורים:

1. למידת דרכי התמודדות המסורתיות עם החולי, תוך ניסיון להשתמש ולהיעזר בהם בשילוב עם הרפואה המודרנית.
2. למידת מנהגים הקשורים בבריאות והמהווים חלק מהתרבות המסורתית שבמסגרתה התקיימו החיים באתיופיה.
3. לימוד בעיות בריאות וחולי שהתעוררו עקב העלייה או עם העלייה ארצה.
4. לימוד בעיות הבריאות והחולי שהקבוצה הביאה מארץ מוצאה.

על מנת להתייחס לנושאים הללו, יש צורך להכיר את דרכי ההתמודדות עם מחלה ואת שיטות הריפוי המסורתיות שהיו נהוגות באתיופיה.

היהודים באתיופיה היו ידועים כנקיים ובריאים יותר משכניהם הנוצרים. הם הקפידו על תנאי היגיינה וטוהרה המעוגנים בדת, ובכך יש כדי להסביר מדוע רמת התחלואה אצלם נמוכה יחסית למצוי באוכלוסייה הלא-יהודית.

שיטת הריפוי באתיופיה היתה באמצעות מרפא עממי הנקרא 'ווגשה'. הוא נהג להשתמש בצמח מרפא שיניים, או בהקזת דם כאמצעי לריפוי. לצורך מניעת מחלות נהגו המרפאים לתת קמע שהחולה ענד על צווארו בתוך נרתיק עור קטן ועליו כתובה תפילה לשלום החולה. המומחים לכתיבה מסוג זה נקראו 'דפתרא', והם שימשו כעוזרי הכוהנים.

אנשים שלקו במחלת נפש או נחשבו כמי שהותקפו בידי רוחות שנכנסו לתוכם, טופלו בידי מרפאים מסורתיים, על-פי סוג הרוח התוקפת. תופעה נפוצה במיוחד בין מחלות הנפש היתה 'התקפת הזר', שהוא התקף של רוח הנכנסת לנפשו של האדם כך שהוא הופך להיות נתון בשליטתה ועליו לספק את דרישותיה. בעיקר הייתה התופעה נפוצה בקרב נשים המתקשות להתמודד עם בעיות בחיי המשפחה, ומצאו, כך נראה, ב'התקפת הזר' מוצא ומפלט מקשיי המציאות.

האדם המטפל בחולים כאלה נקרא 'רופא-הזר'. הוא היה בעל ארשת מכובדת, ולבושו והופעתו יוצאי דופן. הריפוי נעשה בדרך כלל באמצעות טקס מיוחד. היו גם שיטות ריפוי אחרות כגון שימוש בעשבי מרפא או בתרופות שהופקו מצמחים או דבש לשם הרגעת החולה. אמצעים מקובלים אחרים בתחום זה היו 'גירוש הרוחות' על ידי שחיטת תרנגולת, האמורה להעביר את הרוח מהחולה אל התרנגולת, או בטקסים מיוחדים שרק המרפאים ידעו כיצד לעורכם ונחשבו לסוד מקצועי. כמו-כן נהוג היה להתפלל להחלמתם של חולים על-ידי עלייה לרגל למקומות ולקברי קדושים.

האינטראקציה בין מטפל למטופל הייתה כמעט חד-סטריית. המטפל קבע את דרכי הריפוי - והפצינט ציית מתוך אמון בכוחו של המרפא לסייע לו לשיפור מצבו. תופעות של אשפוז בבתי חולים היו נדירות, שכן שירותי אשפוז היו קיימים בעיקר בערים, ואילו היהודים התגוררו בעיקר בריכוזים כפריים. כמו-כן יהודים באתיופיה נמנעו מאשפוז הן עקב זרותו של העולם שייצג בית החולים לגביהם והן מחשש לפגיעה מצד הנוצרים שהפעילו את בתי החולים בעיר. עובדות אלה יכולות להסביר התנהגויות של עולים מאתיופיה במהלך קבלת הטיפול הרפואי בארץ. חשש מאשפוז, מבית-חולים או מבדיקה על-ידי רופא נבעו בעיקר מסיבות אלה. העובדה שרופאים רבים באתיופיה לא היו מבני הארץ אלא ממדינות זרות, נתנה אף היא את אותותיה בהסתייגות העולים מקבלת הטיפול הרפואי.

ד"ר רוזן מתייחס להבדלים בין החברה המסורתית לחברה המודרנית בתחום זה. הוא עוסק במחלות השונות שהיו נפוצות באתיופיה, ובעיקר מתמקד במחלות הנפש או משברים נפשיים שטופלו שם על ידי רופא מסורתי או על ידי זקני העדה. הוא מדגיש כי קיים שוני רב בתפיסת המחלה על-ידי שתי התרבויות, ותופעות שהיו מקובלות באתיופיה פורשו בארץ על ידי שירותי הבריאות כחריגות ואף סווגו חלקן כמחלות נפש. ולכן שירותי הבריאות נעזרו במקורות שונים בקרב העדה - מדריכים, מתורגמנים וזקני העדה ('הקסים') - לשם העשרת הידע לגבי בעיותיהם של העולים, וכן כדי ללמוד את דרכי ההתערבות המסורתיות בטיפול במחלות השונות, ודרכים לשילוב שיטות אלה או הסתייעות בהן במהלך מתן הטיפול הרפואי המודרני.

### מנהגים הקשורים בבריאות

המנהגים הקשורים בתחום הבריאות, שהביאו איתם העולים מאתיופיה, התנגשו לעתים עם המדיניות ועם מערכת הערכים של שירותי הבריאות בארץ. לכן נקבע כי מנהגים שאינם מסכנים את בריאותם ושלומם של העולים יוכלו להימשך גם בארץ, ואילו מנהגים אחרים העלולים לפגוע בבריאות הציבור, לא יתנו להם שירותי הבריאות בארץ לגיטימציה.

לדוגמה: מנהג כריתת הענבל אצל תינוקות, שמאחוריו הסתתרה האמונה כי הענבל עלול לגדול ולגרום לחנק או לנזק להתפתחות התינוק, ומנהג המילה לבנות, הנפוץ במדינות נוספות באפריקה, שמטרתו לדכא את הפוטנציאל המיני של האשה, נאסרו בארץ ושירותי הבריאות לא שיתפו פעולה עם ביצועם ולא המליצו עליהם.

לעומת זאת, מנהגים כמו השחרת החניכיים או קעקוע העור, המשמש לקישוט בעיקר, לא נאסרו במשך תקופת הקליטה. העולים עצמם ביקשו למצוא דרכים להסיר כתובות קעקוע מעל גופם.

### בעיות הבריאות של עולי אתיופיה

את בעיות הבריאות של עולי אתיופיה ניתן לחלק לשניים:

1. בעיות שהקבוצה הגיעה עמן מארץ מוצאה ומן הדרך שעשתה מאתיופיה לישראל.
2. בעיות שהתעוררו עקב העלייה ארצה.

#### 1. בעיות שהקבוצה הגיעה עמן ארצה

הבעיות הללו קשורות במחלות שהיו נפוצות בארץ המוצא, עקב התנאים שבהם חיה האוכלוסייה וסוג הטיפול שניתן במקרים הללו. מדובר במחלות כמו שחפת ומלריה שפגעו ברבים; כמו כן מחלות זיהומיות שונות, שהתפתחו עקב התנאים הסביבתיים שבהם היו נתונים העולים, או בגלל תנאי המעבר והדרך שעברו, כמו מחלות עור שונות, מחלות עיניים, המתפתחות בעיקר בארצות טרופיות ובתנאים סביבתיים מיוחדים. כמו-כן מדובר בבעיות נפשיות שונות, שטופלו ברץ המוצא על ידי טקסים מסורתיים מיוחדים.

#### 2. בעיות שהתעוררו עקב העלייה

כאן כלולות בעיות של עיבוד אבל וטראומות שונות שהתעוררו עקב אובדן קרובים; בעיות פסיכו-סומטיות שונות שרווחו באתיופיה אך התחזקו עם העלייה. מדובר בכאבים חזקים בבטן המבטאים כאב נפשי, כעס או תחושת דיכאון; תופעות היסטוריות שונות ואף התעלפויות.

בחברה שממנה באו העולים לא היה מקובל להביע רגשות, במיוחד לא בדרך מילולית. לכן תכופות קשה היה לאתר בעיות נפשיות של העולים בארץ, מאחר שהם ביטאו אותן בדרך פיזית - החולים התלוננו על כאבים, ולכן חיפשו את האבחנה בכיוון של מחלה פיזית. במקרים רבים התגלה שמאחורי הכאבים מסתתרים געגועים לקרובים באתיופיה, צער או דיכאון.

בעיות נוספות שעמן נאלצה החברה להתמודד היו תופעות התנהגותיות חריגות שלא היו מובנות בהקשר החברתי החדש, אך במערכת התרבותית של עולי אתיופיה נחשבו בגדר נורמה (כמו 'התקפת הזר' אצל נשים המבטאות כך בעיות הסתגלות לחיי הנישואים). מפגשים או עימותים מסוג זה בין תרבות המוצא לתרבות החברה הקולטת התרחשו לא רק בהקשר שירותי הבריאות אלא גם במערכות נוספות בתחום הקליטה: ביחסים בין עובדים סוציאליים לפונים ובין גורמים פארה-פרופסיונליים (חונכים וסומכות) למטופלים. בכל המערכות הללו נעשה ניסיון לצבור ידע ולהשתמש בכל אמצעי העזר בקהילה ובתוך העדה על-מנת לגשר על הפערים ולהקל ככל האפשר על תהליך הקליטה בארץ.

### מתודולוגיה

#### הגישה המחקרית

שיטת המחקר שבחרתי בה היא מחקר שדה, מחקר איכותי העוסק בדפוסי האינטראקציה בין עולי אתיופיה לשירותי הבריאות בישראל ודפוסי השימוש בשירותים הללו. המחקר בודק כיצד ובאילו דרכים מתרחשת אותה אינטראקציה כאשר קיים פער בין תרבות העולים לבין תרבות החברה הקולטת והבדלים בקודים התרבותיים, היוצרים קשיי תקשורת רבים.

כשדה המחקר נבחרו חדר מיון ומרפאה אמבולטורית, מתוך הנחה שדפוסי האינטראקציה שונים בשתי המערכות הללו. מבנה המערכות הללו שונה, וכל אחת מהן מתמודדת עם אוכלוסיית עולי אתיופיה באופן שונה, תוך שימוש בדרכים אחרות במתן השירות. כמו-כן כל שירות נושא אופי אחר. בחדר המיון מופעלות דרכים למתן טיפול בשעת חירום כאשר עיקרון הצלת החיים עומד מעל לכול, ואין לפציינט המטופל אפשרות בחירה. לעומת זאת, במרפאה המטופל בוחר אם להשתמש בשירות ובאיזה עיתוי.

בהשוואה זו תהיה גם התייחסות לנקודות זמן שונות:

**התקופה הראשונה** - עד שישה חודשים מיום העלייה ארצה (תקופה שבה העולים צרכו שירות בריאת בצורה אינטנסיווית);

**התקופה השנייה** - לאחר שישה חודשים מיום העלייה ארצה (כאשר צריכת השירות הייתה מווסתת יותר).

חלוקה זו היא משמעותית לגבי דפוסי האינטראקציה בנקודות הזמן הללו וכן לגבי קביעת סדרי העדיפויות במתן הטיפול מצד הסוכנויות השונות. לגורם הזמן גם חשיבות בכל נושא ההסתגלות לחברה הקולטת ולהפנמת הדפוסים החדשים בתהליך הקליטה.

הסיבות לבחירת שיטת ההסתכלות הישירה במחקר הן:

1. הכלי המחקרי העיקרי במחקר הוא תצפיות, ובאמצעות התצפיות הללו ניתן להקיף את כל המרכיבים ואת מרב המידע - ישירות מהשדה.
2. באמצעות התצפיות ניתן ללמוד את מבנה המערכת ואת ההתנהגויות הספציפיות המתרחשות באינטראקציה בין מטפל ומטופל במסגרת המפגש בתוך שירותי הבריאות, ולכן שיטה זו נראתה לי כתורמת ביותר להקפת הנושא.
3. השימוש בשירותי הבריאות בשלבים הראשוניים נעשה באמצעות מדריכים מתורגמנים, על-מנת להתגבר על קשיי השפה והתקשורת. לכן הסתכלות ישירה בשדה הייתה חיונית להבנת ההתנהגויות והסמלים שבאו לידי ביטוי מעבר לשימוש בשפה מילולית. ההסתכלות הישירה נתנה תמונה מקיפה ואוטנטית של הנושא.

### שיטות איסוף הנתונים

שיטות איסוף הנתונים התפרשו על מקורות אחדים:

תצפיות על הצוות המטפל בבית-החולים ובמרפאה;

תצפיות על החולים המשתמשים בשירותי הבריאות בשתי המסגרות הללו;

צפייה ב'שדה': הסתכלות ישירה ואינטנסיווית באירועים, התנהגויות ודרכי אינטראקציה בין מטפלים ומטופלים.

### מקורות המידע

1. מקורות מידע בלתי פורמליים: דברים מפי מנהיגי העדה וכוהניה, מדריכים - מתורגמנים בכירים מבני העדה, תושבים ותיקים ואחיות מקרב העדה האתיופית הוותיקים בארץ.
2. ימי עיון והרצאות בתחום קליטת עולי אתיופיה שנערכו על ידי גורמים שונים המטפלים באוכלוסייה זו (פסיכולוגים של עליית הנוער, רופאים, עו"ס ואנתרופולוגים) שחקרו מקרוב את תרבות העדה.
3. חומר כתוב על העדה ממקורות שונים, חלקם ישנים. בעיקר נעזרתי בחומר של מכון בן צבי (מכון המשמר את מורשת היהדות בתפוצות השונות).

## תיאור השדה

### חדר המיזן - בית החולים 'סורוקה' באר-שבע

חדר המיזן בבית החולים 'סורוקה' משרת אזור גדול בארץ המשתרע מקריית-גת עד אילת בדרום. מחזור החולים העובר דרך חדר המיזן מגיע ל-200 עד 300 ביום. חדר המיזן כולל: צוות של רופאים ואחיות המתחלפים במשמרות. צוות של 5 עד 10 אנשים במשמרת מרכיב את הצוות הרפואי והסיעודי.

רובו של הצוות הסיעודי עובד בחצי משרה.

חדר המיזן מורכב מארבע יחידות עיקריות:

1. מיזן רגיל
2. קבלה
3. כירורגיה
4. אורטופדיה.

## מרפאת ערד

המרפאה ממוקמת במרכז העיירה ומשרתת את אוכלוסיית המקום המונה כ-10,000 נפש (מדובר בשנות ה-80 של המאה ה-20). מתוכם כ-500 נפש עולי אתיופיה המרוכזים בארבע מרכזי קליטה שונים במקום. (אחד המרכזים, שיועד לצעירים, פוזר כבר בסוף 1985). בשני מרכזי קליטה אוכלוסייה 'ותיקה' שעלתה בשנים 82-83.

מרכז קליטה נוסף מאכלס קבוצה חדשה יחסית שעלתה ב'מבצע משה' בסוף 1984. למידע זה חשיבות, לאור ההבדלים במתן הטיפול לשני סוגי האוכלוסייה - ותיקים וחדשים. ההבדלים ביניהם ניכרים גם בדפוסי האינטראקציה בתוך השירות הרפואי.

המרפאה מורכבת מחמש יחידות הנותנות שירות וטיפול רפואי לאוכלוסייה; כל יחידה כוללת רופא ואחות. שתיים מתוכן כוללות רופא ילדים, ואחת מתמחה ברפואת המשפחה. שאר היחידות עוסקות ברפואה כללית; האוריינטציה במתן השירות היא לרפואת המשפחה.

כל יחידה נותנת שירות רפואי לכ-2,600 נפש.

מלבד זאת קיימים שירותים מיוחדים הניתנים על-ידי המרפאה וכוללים טיפול מקצועי. רופאים מקצועיים נמצאים במרפאה פעם בשבוע או פעמיים, לפי הצורך.

## הצגה וניתוח של הממצאים

### דברי הסבר בנוגע לממצאים

הממצאים שנאספו הציגו את התנהגות החולים, כללי התנהגות וצורות הביטוי השונות שלה, וכן את התנהגות הצוות וצורות הביטוי שלה כפי שנראו בתצפית. ההתנהגויות השונות מחולקות לפי קטגוריות; לכל קטגוריה יש שם שנראה המתאים ביותר להתנהגויות המפורטות בצדה.

השם המציין את הקטגוריה התבסס על ארבעה מקורות:

1. התצפית עצמה.
2. כיצד פירשו את ההתנהגות מדריכים מתורגמנים מבני העדה.
3. ההסבר שנתן המטופל עצמו להתנהגותו.
4. ההסבר שנתן המטופל להתנהגותו ולהתנהגות המטופל.



### ממצאים לגבי האוכלוסייה המטופלת

#### מישור התנהגות הקשורה ליחס המטופל אל עצמו:

במישור זה הובאו שלוש קטגוריות:

1. בושח
  2. תפיסת המחלה ככוח מגי
  3. קושי בזיהוי ובאיתור מקום הכאב.
- התנהגויות אלו בלטו במיוחד בקרב המטופלים.
1. תחושת הבושח ליוותה את המטופלים במהלך הבדיקות וקבלת הטיפול הרפואי. בעיקר היא התרחשה בחודשים הראשונים של הקליטה, כאשר דפוסי הטיפול בארץ היו חדשים וזרים עבור החולה. תחושה זו ניכרה בקרב האוכלוסייה החדשה בעוצמה גדולה יותר מאשר בקרב אוכלוסיית עולי אתיופיה הוותיקים יותר בארץ.
  2. תפיסת המחלה ככוח מאגי
- תפיסת המחלה, כפי שבאה לידי ביטוי על-ידי המטופלים, הייתה מגית. הם ראו במחלה דבר הנעוץ בגורמים על-טבעיים ולא בגורמים ביולוגים-פיזיולוגיים. תפיסה זו קשורה לרקע התרבותי של העולים, שבארץ מוצאם הייתה מקובלת רפואה מסורתית. מרפאים מילאו בה תפקידים דתיים, וגם תפיסת המחלה הייתה 'דתית'. בתפיסה דומה נתקלנו גם במחקרים שנערכו במזרח הרחוק שם רווחה התפיסה של מחלה כנובעת מפעולתו של כוח מגי או כעונש על חטא או מחדל (Klinenman, 1981).
3. קושי בזיהוי מקום הכאב
- בתיאור התנהגות זו בלטה תופעה מעניינת מאוד: המטופל הצביע על הלב כמקור לכאבים שונים וגילה חוסר דיפרנציאליות באיתור מקום הכאב. בעיות רפואיות רבות הגיעו אל המטפל תחת השם 'כאב-לב', וכונת המטופל הייתה לאיבר פנימי אחר שכואב, או שכונתו הייתה לבטא את געגועיו למשפחה שנותרה אחריו באתיופיה.

#### מישור התנהגות הקשורה לאינטראקציה ביחס המטופל אל המטפל:

במישור זה בלטו שתי התנהגויות עיקריות:

1. צייתנות.
  2. חשדנות (חוסר אמון).
1. צייתנות - התנהגות זו לוותה בקבלת סמכות של המטפל תוך מתן כבוד. תכונה זו נמצאה מאפיינת את כלל האוכלוסייה ולא דווקא בתחום שירותי הבריאות. כביטוי לכבוד ולהסכמה כלפי אנשים המחזיקים בעמדות מפתח ובמשרות ממשלתיות היה מקובל באתיופיה הכינוי 'מנגיסטו', ואין מקובל לסרב ל'מנגיסטו'.
  2. חשדנות וחוסר אמון - התנהגויות אלו התגלו בעיקר בשלבים הראשונים לקליטה, עקב המעבר החד מתרבות לתרבות, חוסר ידע לגבי מערכת שירותי הבריאות, והתנגשות בין שתי מערכות ערכים מנוגדות - המסורתית והמודרנית.
- על מנת למתן תופעה זו נעזרה המערכת בגורמים פארה-מקצועיים מקרב בני העדה ששימשו כגורמים מתווכים ומגשרים בין שתי המערכות הללו והקלו על שירותי הבריאות את ההתמודדות עם הקשיים המיוחדים שהתעוררו עקב הטיפול באוכלוסיית עולי אתיופיה.

במקרים מסוימים, במיוחד בתחום בריאות הנפש, המשיכו העולים להסתייע בשירותי הרפואה המסורתיים והמשיכו להאמין בהם. עד היום ניתן לראות תופעה של שימוש בשתי המערכות במקביל, הן המודרנית והן המסורתית, על-ידי העולה, תוך אמונה בהשפעת המערכת המסורתית של ריפוי מהמחלה.

### **מישור התנהגות הקשורה ליחס המטופל אל הצוות:**

במישור זה בלטו מספר התנהגויות:

1. משמעת רפואית בנושא לקיחת תרופות.
  2. חיפוש מידע והרחבת מקורות הידע מצד המטופל כלפי המערכת נותנת השירות.
  3. דפוסי שימוש בשירותי בריאות: צריכה רבה של השירות וחוסר ויסות של ביקורים בשירותים.
1. תרופות

נושא זה נמצא בעייתי במיוחד. שירותי הבריאות נתקלו בבעיות רפואיות רבות בקרב האוכלוסייה הנידונה, והיה צורך רב במתן תרופות הן לצורך טיפול והן לצורך מניעה. עניין זה היה מבוקר על ידי הסומכות, שהיו כוח פארה-מקצועי שסייע לעובד הסוציאלי בטיפול באוכלוסייה, במיוחד בתחום הליווי לשירותי בריאות לצורך קבלת התרופות, חלוקתן ומעקב אחר לקיחתן על ידי החולים.

העולים לא הבינו את משמעות התרופות בכל הקשור להשפעה על בריאותם. הם ציפו להשפעה מיידית, ולעיתים קרובות העדיפו זריקות או טיפול 'מוחשי' יותר על פני גלולות.

### 2. חיפוש מידע

תופעה זו בלטה בקרב העולים. הם ניסו לשאוב מידע ממקורות שונים בתחום הבריאות, עקב חוסר הידע סביב הנושא שעורר אצלם סימני שאלה ותמיהות רבות.

כתובתם העיקרית היתה המדריכים המתורגמנים מקרב העדה שסייעו בהדרכה לרופאים לגבי המנטליות המיוחדת וכן תרגמו את דברי הרופאים למטופלים.

### 3. דפוסי השימוש בשירותי הבריאות

על-פי דיווחיהם של המטפלים, בלטה צריכה רבה של השירותים. היו לכך שני גורמים עיקריים: צורך אובייקטיבי של האוכלוסייה עקב בעיות בריאות רבות שהתגלו בתוכה; צורך סובייקטיבי של האוכלוסייה, על רקע געגועים למשפחה וניסיון לחפש עזרה בתוך מערכת שירותי הבריאות המהווה 'אוזן קשבת' ו'כתובת'.

### **מישור התנהגות הקשורה לתהליך המעבר מתרבות לתרבות:**

במישור זה ראינו כמה התנהגויות. אתמקד במיוחדות ובמעניינות שביניהן, האופייניות במיוחד לאוכלוסיית עולי אתיופיה:

- נסיגה או התרפקות על הרפואה המסורתית.
- למידה תוך כדי חיקוי.
- העדר מודעות לטיפול מונע.
- תלונות פסיכו-סומטיות רבות.

1. הנסיגה וההתרפקות על הרפואה המסורתית קשורות לתפיסה הבסיסית של המחלה בתרבות זו, ומאירה את ההיבטים החברתיים והתרבותיים של בריאות וחולי ואת השפעתם על הגדרת המחלה על-פי התפיסה של הקבוצה הנקלטת.

למערכת שירותי הבריאות לא היו הכלים המתאימים להתערבות טיפולית בהקשרים כאלה, ומצאנו מקרים רבים של חזרה למרפאים המסורתיים - למשל, לרפויי האישה מ'תקיפת הָזָר' (רוח רעה, שד). בעיקר מצאנו פתרון של הכנסת תרנגול אדום הביתה, כדי להעביר אליו, על-פי האמונה, את השד מגוף האישה.

זמן רב ומשאבים הוקדשו לאיתור הגורמים להתנהגויות הללו ולהרחבת הידע של המטפלים בתחום זה. על בסיס הידע שנצבר ניתנה פרשנות להתנהגות ה'חריגה' ואף נקבעו דרכי טיפול והתערבות מתאימות.

2. העדר מודעות לטיפול מונע: בתחום זה נתקלנו בבורות רבה של האוכלוסייה. המטופל גילה קושי בהבנת תהליך הריפוי. היתה ציפייה לקבלת טיפול רק אם יש תוצאה מוגדרת וקונקרטי. קשה היה למטופל לראות בבדיקה כלי לאבחון של המחלה. במחקר התגלתה תופעה של התנגדות לקבלת חיסונים, שאינם 'תרופה' אלא טיפול מניעתי. בנושא זה נעשתה פעולת הסברה רבה, כי החיסונים והרפואה המונעת בכלל לא היו מוכרים בתרבות המוצא. היה צורך בפיתוח מודעות לנושא באמצעות הדרכה.

3. סומטיזציה (של בעיות פסיכולוגיות): תופעה זו אינה מיוחדת לעלייה מאתיופיה. מסקירת הספרות בנושא נמצא שהיא קיימת בחברות שונות, גם מודרניות, אך מאפיינת בעיקר תרבות מסורתית. בכל זאת בלטה התנהגות זו בהיקפה הנרחב באוכלוסייה הנחקרת, בעיקר עקב הקושי שיש לה לדבר על בעיות רגשיות ולבטא רגשות. קל לה יותר להצביע על כאבים גופניים ומחלות גוף מאשר להתלונן על צער, געגועים וכיוצא בזה.

### ממצאים לגבי התנהגות המטפלים

בניגוד להתנהגות המטופל, שלא הבחין בין חדר מיון ומרפאה, המיון של התנהגות הצוות המטפל מבחין בין התנהגותו במרפאה לבין התנהגותו בחדר המיון. זאת עקב ההבדלים המהותיים בין שני סוגי השירותים מעצם הגדרתם ומטרותיהם ועקב ההיערכות השונה שנדרשה מכל אחד מהשירותים במהלך קליטת העולים.

בית-החולים 'סורוקה' חולש על איזור נרחב מבחינת אחריותו, מקריית-גת ועד אילת. הוא גם מספק שירותים רפואיים לכל אוכלוסיית הבדווים הפזורה בנגב. חדר המיון בו ערוך לטיפול במצב חירום בלבד. הוא מתמקד במחלה ולא בחולה. הטיפול הניתן בו קצר מועד וממוקד, והתחלופה בצוות גדולה. לעומת זאת, המרפאה ערוכה לטיפול באוכלוסייה מוגדרת ביישוב אחד ולתת שירות רפואי לאוכלוסייה זו. הצוות קבוע וערוך להתמודד עם בעיות לטווח ארוך, תוך אוריינטציה למשפחה-קהילה.

ההבדלים באו לידי ביטוי בתחומים הבאים:

1. התנהגות הפרט בצוות.
2. התנהגות הקבוצה כצוות.
3. ההיערכות הארגונית של המערכת.
1. התנהגות הפרט בצוות. במישור זה בלטו מספר התנהגויות:

1. סובלנות
2. שיתוף פעולה
3. קבלת השוני
4. קושי בזיהוי סימפטומים
5. בתחום דפוסי האינטראקציה בין המטפל במטופל, התגלו יחסים של סמכות וצייתנות כלפי המטפל, והדבר אפשר למטפלים לגשת לאוכלוסייה ולהביאה לקבל את הטיפול

6. חוסר ידע על בעיות נפשיות בעיקר, שבלט הן בחדר המיון והן במרפאה
  7. מעקב רפואי שבוצע יותר במרפאה כאשר חדר המיון נתן את ההתערבות בזמן חירום.
- למרות ההבחנה שנעשתה במיון המתייחס להתנהגות הצוות, מצאנו הבדלים ברמות שונות בין המרפאה לחדר המיון, ולעתים בשני סוגי השירותים ההתנהגות הייתה דומה. ניתן לציין כאן את ההיערכות המיוחדת של בית החולים 'סורוקה' אשר הקים לצורך הטיפול בעולים מרפאה מיוחדת לטיפול במחלות זיהומיות, שבראשה עמד רופא שהתמחה בנושא.
- כמו-כן המרפאה יצאה לקהילה ב'מבצעים מיוחדים' לטיפול במחלות או תופעות שדרשו התייחסות מיוחדת במישור קהילתי ומניעתי, כמו חיסונים, מחלות עור וכד'.
2. התנהגות הקבוצה כצוות. במישור זה בלטו שלושה מאפיינים עיקריים:
    1. תלות בגורמי חוץ
    2. דרישה להשתלמות ולהרחבת תחומי הידע בטיפול באוכלוסייה
    3. התמקדות בחולה (במרפאה) - במחלה (בחדר מיון).
- ההתמקדות השונה לוותה גם בדפוסים אחרים של התייחסות למטופלים. מערכת הבריאות של בית החולים הציגה יחס נוקשה יותר, תוך העמדת גבולות ברורים לטיפול, ואילו המרפאה הייתה גמישה יותר והתייחסה להקשר הסביבתי שבו נמצא העולה בזמן המחלה.
3. מישור ההיערכות הארגונית. במישור זה מצאנו חמישה מאפיינים:
    1. הכללה
    2. יציאה לקהילה - מעורבות של המערכת במה שקורה באוכלוסייה
    3. היערכות לטיפול מונע
    4. מעקב רפואי מצד השירותים
    5. יצירת תנאים מיוחדים במתן הטיפול.
- בחלק מהמאפיינים נמצאו התנהגויות דומות בחדר המיון ובמרפאה, ובחלקם יש שוני בין שני השירותים.

### סיכום ומסקנות

מחקר זה עסק בדפוסי האינטראקציה בין מטפל ומטופל בשירותי הבריאות בישראל בקרב עולי אתיופיה.

המסקנות העיקריות שניתן להפיק מהדיון קשורות לתחומים הבאים:

1. קליטת אוכלוסיות מיוחדות, במיוחד אוכלוסיית פליטים.
2. אינטראקציה בין מטפל ומטופל בשירותי בריאות.
3. שירותי בריאות - הבדלים בין חדר מיון למרפאה.
4. התנהגויות כחלק מהקשר חברתי-תרבותי.

מסקנת המחקר היא כי עקב צרכים מיוחדים של האוכלוסייה הנחקרת, הקהילה חייבת להיערך בצורה הולמת מבחינת מתן השירותים, בפרט שירותי בריאות. קליטה מסוג זה מחייבת יצירת קשר עם גורמים שונים בקהילה ותיאום עם הגורמים הללו, על מנת להבטיח טיפול נאות בעולים מחד ואת בריאותו של הציבור בחברה הקולטת מאידך.

בתחום האינטראקציה בין מטפל ומטופל, מסקנת המחקר היא כי הקשיים באינטראקציה זו מקורם בדפוסים תרבותיים של העולה, כפי שהכיר בארץ מוצאו. בשלבי הקליטה הראשוניים העולה ממשיך להשתמש בדפוסים המוכרים לו מארץ מוצאו ומהרקע התרבותי שלו - בהקשר החברה הקולטת. העתקה זו יוצרת כמובן פער בציפיות ההדדיות בין מטפל למטופל, עקב חוסר התאמה בין דרכי ההתמודדות המוכרות לעולה לבין אופני ההתמודדות הנדרשים במצבים החדשים שבהם נתקל בארץ, במקרה זה בהקשר שירותי הבריאות שבה עסקנו. בשלבים מאוחרים יותר של הקליטה, לאחר שהעולה למד להפנים את הדרכים החדשות להתמודדות, ניתן היה לראות את הצטמצמות הפער.

מסקנה נוספת וחשובה היא שקיימים הבדלים מהותיים בין התנהגות המטפלים בחדר מיון לבין התנהגותם במרפאה. הדבר בא לידי ביטוי במידת הסובלנות כלפי המטופל, במידת שיתוף הפעולה עם גורמים אחרים בקהילה ביחס למחלה ולחולה וכן במישור ההיערכות הארגונית. הסיבה להבדלים הללו נעוצה בהגדרת השירות, בייעודו, באופי מתן הטיפול ובאוריינטציה של כל שירות. לעומת זאת, לא נמצאו הבדלים בין התנהגות המטפלים בחדר מיון לבין התנהגותם במרפאה. ההסבר לממצא אחרון זה נעוץ בכך שהמטופל כעולה התייחס לשירותי הבריאות כשירות כללי אחד ולא היה מסוגל להבחין בין השירותים השונים, כל אחד על-פי ייעודו ודרכי הטיפול שלו. שירותים אלה היו חדשים לעולה ובלתי מוכרים לו מארץ מוצאו, שם רווחה רפואה מסורתית. דפוסי ההתנהגות והאינטראקציה של המטופל עם המטפלים היו דומים בשתי המסגרות של שירותי הבריאות - חדר המיון והמרפאה.

המסקנה האחרונה של המחקר היא שלמכלול ההתנהגויות של המטופל יש להתייחס בהקשר התרבותי-חברתי שממנו הוא בא. הבנת ההתנהגויות וניתוחן צריכים להיעשות תוך התייחסות לאמות המידה המקובלות באותה חברה ויש לראות אותן כנתון בסיסי. ללא התייחסות זהירה בתיאור ובניתוח ההתנהגויות השונות של המטופל, עלולים אנו לייחס חריגות לתופעות נורמטיביות על-פי ערכים ונורמות של החברה הקולטת, ובכך ליצור סטיגמה על קבוצה אתנית שלמה שתרבותה אינה מוכרת לנו כלל.

אני רואה את תרומתו של המחקר בסיוע להבנת התהליכים המיוחדים המתרחשים בקליטה של אוכלוסיית פליטים, על סמך הסתכלות ישירה בשדה. מחקר זה פתח דלת אל תחום שהיה מסתורי ובלתי מוכר, ואת ההתוודעות אליו אפשר לראות כפרק חדש בהיסטוריה של קליטת העלייה.

### מקורות נבחרים

אלצוונג, א' (1982). דפוסי שימוש בשירותים רפואיים בישראל בהשוואה למקובל בארצות אחרות: מגעי רופא - חולה. בטחון סוציאלי, 23.

אשכולי, א. ז. (תש"ג). ספר הפלאשים. ירושלים.

בצלאל, י' (עורך) (תשמ"ח). פעמים - פרקי עיון במורשת ישראל במזרח, 22 (חוברת מוקדשת ליהודי אתיופיה).

ולדמן מ' (1985). יהודי אתיופיה - עדת ביתא ישראל. ירושלים: ג'וינט ישראל.

כהנא י' (1977). אחים שחורים - חיים בקרב הפלאשים. תל אביב: עם עובד.

לסלאו ז' (תש"מ). הפלאשים. **עדות**, שנה ג', ניסן - תמוז.

לשם א' ורוזנבאום י' (עורכים) (1978), **מחקרים בקליטת עלייה 1970-1977**. ירושלים: משרד הקליטה והסוכנות היהודית.

פדה ב' (1975). שירותי בריאות בישראל: סיכום העבר ומבט לעתיד. **הרפואה**, אפריל (15), 8.

פייטלוביץ, י' (תשי"ט). **מסע אל הפלאשים**. תל אביב.

קשאני, ר' (1970). **הפלאשים - קורות מסורת ומנהגים**. ירושלים: דפוס הר-ציון.

שובל, י' (1981). הגירה ובריאות נפש. בתוך א' אבירם וי' לבב (עורכים), **בריאות נפש קהילתית בישראל**. תל אביב: צ'ריקובר.

Al Issa I. (1982). **Culture and Psychopathology**. Park Press, Baltimore University.

Ashkenazi M. & Weingord A. (ed.) (1985). **Israel Social Science Research, 3 (1-2) (Special Issue: Ethiopians Jews and Israel)**. Ben-Gurion University of the Negev.

Ben-Sira Z. (1980). Involvement with disease and primary care utilization. **Sociology of Health and Illness, 2**: 219-231.

Brockington, F. (1968). **World Health**. London: Pelican books.

Coe Rodney, M. (1978). **Sociology of Medicine**. New York: Mc. Graw Hill.

Dulos R. (1960). **Disease and the advancement of Basic Science**. Cambridge, Mass.

Good J. B. (1981). The meaning of symptoms: A cultural hermeneutic model for clinical practice. In L. Eisenberg & A. Kleinman (ed.), **The Relevance of Social Science for Medicine**. Reidel. Pub. Co.

Herts, D.G. (1982). Psychosomatic and psychosocial implications of environmental changes on migrants. **The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 19(4)**.

Gartly, J. E. (ed.) (1972). **Patient, Physicians and Illness**. New York: Free Press.

Katon W. & Kleinman, A. (1981). On patient negotiation and other social science strategies in patient care. In L. Eisenberg & A. Kleinman (eds.) **The Relevance of social Science for Medicine**. U. Reidel Pub. Co.

Kessler, D. (1982). **The Falashas: The Forgotten Jews of Ethiopia**. London: George Allen Unwin.

Kleinman, A. (1980). **Patient and Helpers in Context of Culture**. Berkeley: University of California press.

Kleinman, A. (ed.) (1978). **Culture and Healing in Asian Society**. Cambridge Mass.: Schenkman Pub.

Lewis, G. (1981). Cultural influences on illness behavior: A medical anthropological approach. In L. Eisenberg & A. Kleinman (ed.), **The Relevance of Social Science for Medicine**. U. Reidel Pub. Co.

Nadler, A. (ed.) (1983). **New direction in Helping: Applied Perspectives in Help, Seeking and Receiving**. New York: Academic Press.

Palgi P. (1966). Cultural components of immigrants adjustment. In H. F. David (ed.), **Migration Mental Health and Community Services**. Geneva.

Parfitt, T. (1985). **Operation Moses**, London.

Pfifferling, J. H. (1981). A cultural prescription for mediocentrics. In L. Eisenberg & A. Kleinman (ed.), **The Relevance of Social Science for Medicine**. D. Reidel Pub Co.

Rapaport L. (1980). **The lost Jews, Fate of the Ethiopian Falashas**. New York: Stein and Day.

Richardson W.C. (1972). Poverty, illness and use of health services. In J. E. Gartly (ed.), Patient, **Physicians and Illness**. New York: Free press.

Rozen, C. (1985). Disease, healing and healers. June.  
(הרצאה בכינוס רופאים ועובדים בתחום הבריאות, בבית החולים 'סורוקה' בבאר-שבע).

Shuval J., Antonovsky, T. & Davies A. (1970). **Social Functions of Medical Practice**. San-Francisco: Jossy Bass.

Strauss, A. L. (1977). **Politics of Pain Management**. Melno Park, California: Addison Wesley Pub.

Suchman, E.A. (1965). Social patterns of illness and medical care. **Journal of Health and Human Behavior**, 6.

Tafliccozzo D. L. & Manksch H.U. (1972). The patient view of the patient role. In J. E. Gartly (ed.), **Patients, Physicians and Illness**. New York: Free press.

Tyhurst L. (1951). Displacement and Migration. **American Journal of Psychiatry**, 107.

Tyhurst L. (1977). Psychosocial first aid for refugees. **Mental Health and Society**, 4: 319-343.

Tyhurst L. (1982). Coping with refugees: A Canadian experience 1948-1981. **International Journal of Social Psychiatry**.