

מדריך: הכשרות בנושא כשירות תרבותית בארגוני בריאות

מרץ 2014

מסמך זה מהווה הרחבה לפרק העוסק בהכשרות כשירות תרבותית, במסמך "הטמעת כשירות תרבותית בארגוני בריאות: מדריך מרוכז" (המרכז הבין-תרבותי לירושלים, 2013¹). במסמך הנוכחי נעמיק בדרכים להפעלת מערך הכשרות יסוד והכשרות המשך שיעניקו לעובדים ידע, מודעות ומיומנויות לטיפול ולשירות כשיר-תרבות.

ההכשרות בתחום הכשירות התרבותית החלו ברוב ארגוני הבריאות בישראל רק בשנים האחרונות. בשונה מחלק ממדינות העולם המערבי, הן עדיין אינן חלק אינטגרלי מהלימודים האקדמיים של מקצועות הבריאות בארץ. אמנם, בחלק מבתי הספר למקצועות הבריאות נלמדים קורסים שעניינם רב-תרבותיות, אולם אלה אינם בהכרח מותאמים למתרחש במערכת הבריאות עצמה, ובכלל זה לשינויים הארגוניים המתרחשים בה בשנים האחרונות, ורק לעתים נדירות עוסקים במיומנויות הכשירות התרבותית. על-כן, יש צורך מיוחד במיסוד ההכשרות כחלק ממערך הלמידה בארגון עצמו, שיספק שפה משותפת, ויסייע להטמעת עקרונות עבודה, כלים ומיומנויות ברמת הכשירות התרבותית האישית, הצוותית והארגונית.

יישום של עקרונות כשירות תרבותית (הן ברמה הארגונית והן ברמה האישית) עשוי להגביר את שביעות הרצון של המטפל והמטופל, לחסוך זמן טיפול ולהגביר את הענות המטופל. חלק מהתובנות והכלים הנהוגים בכשירות תרבותית הינם אינטואיטיביים; חלקם נלמדים תחת כותרת שונה במקצועות בריאות מסוימים, והדיון בהן במסגרת ההכשרה מחדד את ההיבט הבין-תרבותי; אך חלק משמעותי מהתובנות והכלים הוא ייעודי לנושא ומצריך למידה ותרגול.

במסמך זה נדון בהרחבה בהכשרות, החל מתהליך החשיפה הארגונית הראשון לתחום והמשך בשגרת ההכשרות. נבחן מסגרות שונות להכשרות ולהרכב המשתתפים, ונציג תכנים מומלצים להכשרות אלו.

אנו מתייחסים כאן ל"מטפל" ול"מטופל" משיקולי נוחות בכתיבה, אך העקרונות במסמך מתייחסים לא רק למפגש הטיפולי, אלא למפגש כהליך שירותי. לכן, תהליך ההכשרה והעקרונות שבבסיסו מתייחסים גם לאנשי מינהלה, ולא רק למטפלים ממקצועות הבריאות.

המסמך נכתב בידי צוות המרכז הבין-תרבותי לירושלים, כחלק מפרויקט כשירות תרבותית בבריאות המשותף למרכז הבין-תרבותי לירושלים ולקרן לירושלים. למסמך שלפניכם שותפה גם הקרן החדשה לישראל שמסייעת להרחבת פעילות הפרויקט בישראל.

¹ ראו נספח מס' 1 למסמך זה.

תודות

על הערות והצעות מועילות למסמך זה, תודתנו נתונה לרחל אריאלי, מכבי שירותי בריאות; ענת ברעם, המרכז הרפואי "הלל יפה"; וטל כהן, בית החולים אל"ן.

הערות, הצעות ותובנות נוספות, אשר יוכנסו לגרסאות של המדריך בעתיד, יתקבלו בשמחה. ניתן לשלוח אותן אל - JICC@JICC.ORG.IL .

בתודה, מצוות הכשירות התרבותית בבריאות במרכז הבין תרבותי לירושלים:

ד"ר מיכל שוסטר, מר חנן אוחנה וד"ר חגי אגמון-שניר.

הרשאת שימוש

המרכז הבין-תרבותי לירושלים מעודד שיתוף מידע בגישה של קוד פתוח ככל האפשר על-מנת לעודד יצירתיות והתפתחות בתחומי פעילותו. אנו קוראים לארגונים אחרים לפעול בצורה דומה. כארגונים שלא למטרות רווח, הערך החברתי של עשייתנו יגדל אם נאפשר פתיחות זו.

המרכז הבין-תרבותי לירושלים בחר להיעזר בגישת ה-Creative Commons לקוד פתוח כגישה מנחה לצורך הגדרת אופני השימוש בחומרים שלו.

ניתן לקרוא על גישה זו [כאן](http://he.wikipedia.org/wiki/Creative_Commons): http://he.wikipedia.org/wiki/Creative_Commons

על-כן, רוב החומרים של המרכז הבין-תרבותי לירושלים, כולל מסמך זה, יכולים להיות בשימוש מופצים, כל עוד נשמרים העקרונות הבאים:

- **דרישת ייחוס** – בכל שימוש בחומרים אלו יש לייחס אותם בכתב ליצרם (המרכז הבין-תרבותי לירושלים או המקור שבו המרכז הבין-תרבותי לירושלים השתמש). אם השימוש נעשה בעל-פה (בהרצאה, בסדנה וכד'), יש לייחס גם בעל-פה את החומרים ליצרם. אם נעשה בהם שינוי, אפשר לכתוב "מעובד על-סמך..." וכד'.
- **שימוש לא מסחרי** – איסור שימוש מסחרי בחומרי המרכז הבין-תרבותי לירושלים. בין השאר, הכוונה היא למכירת החומרים, שימוש כלשהו בהם על-ידי גורם שפועל למטרות רווח, שימוש בחומרים בסדנה מסחרית וכד'.
- **שיתוף זהה** – על חומרים שמתבססים על חומרים של המרכז הבין-תרבותי לירושלים בכל דרך שהיא יחולו אותם עקרונות שיתוף (כלומר הם מותרים בשימוש ובהפצה, כל עוד נשמר ייחוס למי שיצר ועיבד חומרים אלה וכן למקורות השונים שעליהם החומרים מבוססים, נמנע שימוש לא מסחרי וכו').

במקרה של בקשה לשימוש בחומרים של המרכז הבין-תרבותי לירושלים באופן שאינו תואם לעקרונות הנ"ל, אפשר לפנות למרכז הבין-תרבותי בבקשה מתאימה. כך גם לגבי שימוש בחומרים אחרים של המרכז הבין-תרבותי אשר אינם מופצים לפי העקרונות לעיל. במקרה של ספק, שאלה, או חשש לאי הבנה, ניתן לפנות אלינו למרכז הבין-תרבותי לירושלים – JICC@JICC.ORG.

תוכן העניינים

4.....	חשיפת הארגון לתחום הכשירות התרבותית
4.....	שילוב ההכשרות במסגרת השוטפת של הארגון
5.....	הרכב המשתתפים ומספרם
8.....	שיטות ודרכים מתודולוגיות להעברת ההכשרות
10.....	נושאים מרכזיים בהכשרות
10.....	מבואות לתחום הכשירות התרבותית
11.....	העמקת הדיאלוג הבין-תרבותי
13.....	זיהוי והתמודדות עם פערים בין-תרבותיים
16.....	הכרת תפיסות בריאות תלויות-תרבות בקרב הלקוחות
16.....	שימוש במתורגמות ובגישור תרבותי בשירות ובטיפול
17.....	התמודדות עם מתחים חברתיים – פוליטיים בארגון הבריאות
18.....	ניתוח דילמות מקצועיות וערכיות בעבודה כשירת-תרבות
19.....	כשירות תרבותית ברמת הארגון
20.....	נספח מס' 1: הכשרות בארגון כשיר-תרבותית
22.....	נספח מס' 2: דוגמה למודל להעמקת דיאלוג בין-תרבותי
24.....	נספח מס' 3: דוגמאות לצירים תרבותיים
25.....	נספח מס' 4: דוגמה לכללים לתקשורת באמצעות מתווך לשוני
26.....	נספח מס' 5: סרטי הדרכה בתחום הכשירות התרבותית בישראל

חשיפת הארגון לתחום הכשירות התרבותית

תחום הכשירות התרבותית, על מכלול ההתאמות ברמה הארגונית וברמה האישית, חדש לרוב הארגונים. על-כן, נדרשת פעילות ראשונית בארגון שתבהיר את הצורך בתהליכי כשירות תרבותית בשתי רמות אלה. מאחר שגם תהליכי חשיפה אלה הם במהותם סוג של הכשרת מבוא, בחרנו להציע כמה דרכים לביצועם:

- **הרצאת חשיפה למנהלים בארגון**, שתכיר את התחום להנהלה ותרתום אותה לקידום הנושאים בהמשך. בהרצאה למנהלים, מומלץ להציג את הערך המוסף של הכשירות התרבותית לצמצום פערים בבריאות, לשיפור איכות השירות, לשיפור תחושות הצוותים, לתהליכי ניהול סיכונים, לתהליכי התייעלות ועוד. כמו-כן כדאי לדון בהשלכות השונות (הארגוניות, הכלכליות, המשפטיות וכד') המתחייבות מהשינוי, ולהציג צעדים המוצעים להמשך הפעילות בתחום בארגון.
- **סדנת כשירות תרבותית להנהלה**. הסדנה מיועדת לצוות הנהלה בלבד, אך היא תהיה דומה לסדנה שאותה יעברו הצוותים בארגון (ראו בהמשך מודלים שונים לסדנאות אלו). בסדנה זו מושגת מטרה כפולה: המנהלים יבינו את התהליכים שיעברו כלל העובדים בארגון, ויציבו עבורם דוגמה אישית.
- **יום עיון לעובדי הארגון**, בהשתתפות מרצים אורחים ואנשי מקצוע מארגונים שונים, להיכרות עם תחום הכשירות התרבותית. יום כזה יכול לכלול תכנים מגוונים, שיסייעו לחשיפה לגישה ויניעו עובדים לרצות להיות כשירים תרבותית. יום זה יכול גם להיות המקום שבו הנהלה מביעה את מחויבותה לנושא.

שילוב ההכשרות במסגרת השוטפת של הארגון

הטמעת ההכשרות צריכה להתבצע באופן המתאים לארגון. ניתן לבחון את שילוב ההכשרה במסגרת הכשרות קיימות (למשל, במסגרת הכשרות לשיפור השירות) ומומלץ לתכנן הכשרות אלה בשיתוף עם יחידות משאבי-האנוש וההדרכה בארגון. מבחינה תקציבית, ניתן בשלב ראשון להיעזר בהקצבות התקציביות הקיימות. למשל, אם מתוקצבות שש הכשרות בשנה לצוות העובדים, ניתן להקצות אחת מהן לכשירות תרבותית. בדומה לכך, ניתן לשלב את ההכשרה בכשירות תרבותית במסגרת הכשרות שנקבעו בנושא צמצום פערים.

מומלץ שההכשרות יתקיימו במקביל ובהלימה לשאר הפעולות לשיפור הכשירות התרבותית בארגון. למשל, קורסים להכשרת מתורגמנים לא יהיו מועילים ללא הכשרות לאנשי צוות כיצד להיעזר בהם, ללא הטמעת נהלים להזמנת מתורגמן למפגש מטפל-מטופל, וכדומה. כך, למשל, פתיחת חדר תפילה מוסלמי לשימוש המטופלים והצוות, לפני שהתקיים דיון בין העובדים בסוגיה, עלולה ליצור אנטגוניזם בקרב חלק מהעובדים (ראו את הדיון במתחים חברתיים ופוליטיים בארגון הבריאות בהמשך המסמך). תהליכים ארגוניים שיתבצעו במקביל (הכשרות ושינויים ארגוניים נוספים), יעודדו את הצוות להיות מעורב בהם ויגבירו את מחויבותו לנושא.

הרכב המשתתפים ומספרם

כעיקרון, מן הראוי שכלל העובדים והמתנדבים בארגון הבריאות, המועסקים באופן ישיר או עקיף, ישתתפו בסדנאות ההכשרה. בהקשר זה נדגיש שגם עובדים שאין להם קשר ישיר עם לקוחות, דוגמת מנהלי חשבונות וכד', יפיקו תועלת מההכשרה: כשירות תרבותית בארגון הבריאות מוקרנת גם למערכות היחסים שבין העובדים לבין עצמם, וכן מאחר שלקוחות הארגון מנהלים תקשורת גם עם עובדים שלכאורה אינם נותנים להם שירות ישיר.

חשוב שגם אנשים שאינם מועסקים ישירות על-ידי הארגון, כמו עובדי קבלן או עובדי משרד הבריאות וארגוני מגזר שלישי הפועלים בארגון, ישתתפו בהכשרות. מכיוון שאנשים אלה מקיימים קשר עם לקוחות ועובדים, כשירותם התרבותית תקרין על כלל הכשירות התרבותית בארגון. בקופות חולים ובמרפאות שבהם מועסקים רופאים כעצמאיים או במשרות חלקיות, יש למצוא את האופן שבו גם הם ישתתפו בהכשרות.

קיימות גישות שונות לגבי הרכב המשתתפים המתאים ביותר בהכשרות לכשירות התרבותית:

1. הכשרה מקצועית ליחידה ארגונית שלמה (למשל מרפאה שלמה, או מחלקה בבית חולים). גישה זו מאפשרת תהליכים קבוצתיים להתפתחות הכשירות התרבותית של כלל היחידה הארגונית. מסגרת כזו מאפשרת לדון במקרים טיפוליים ושירותיים שקרו ביחידה ובנקודות המבט השונות שהיו לחברי הצוות לאותו אירוע.

2. הכשרה לכל מקצוע בנפרד (רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים, מנהלה וכד'). בגישה זו, ניתן להתאים את ההכשרה לאופי המקצוע ולהכשרת הבסיס הרלוונטית אליו.

3. הכשרה שאליה מגיעים עובדים מגוונים מכלל הארגון והמקצועות, בהתאם לזמינותם במועד ההכשרה. בארגונים מסוימים, מציע מתווה זה מענה לקושי להפנות יחידה ארגונית שלמה להכשרה. עם זאת, מבנה זה מחייב חשיבה מורכבת יותר על תכני ההכשרה למשתתפים מרקע שונה.

4. הכשרה נפרדת לצוות המנהלתי. לעתים, מרגישים אנשי המנהלה כי הדיון בסדנה מתמקד בסוגיות טיפוליות בלבד, ולא מוצגות סוגיות שירותיות ומנהליות. סדנה נפרדת לאנשי מנהלה מאפשרת התאמה של ההכשרה לנושאים מנהלתיים, שהם חשובים מאד ללקוח, ולעתים מהווים ממשק מרכזי בין הלקוח לארגון הבריאות.

ישנן אפשרויות מגוונות גם ביחס למספר המשתתפים בסדנאות ההכשרה. ניתן לעבוד בקבוצות קטנות של 15 – 25 אנשים. לחילופין, ניתן לקיים מפגש בהשתתפות מספר גדול של אנשים (מאה ויותר). אפשרות שלישית היא לעבוד בצורה משולבת, למשל להתחיל את המפגש בקבוצה גדולה ולאחר מכן להתפצל לקבוצות קטנות יותר.

מפגש בקבוצה קטנה יחסית מאפשר אינטראקטיביות רבה בפעילות. החיסרון הוא, כמובן, העלות והזמן הכרוכים בהנחיית מפגשים רבים לכלל העובדים. המצב הפוך בקבוצה גדולה. שם, בייחוד בהרצאות פרונטאליות, עלולה הפסיביות של המשתתפים לרדד את הלמידה, והאפשרות לתרגול אישי קטנה. היתרון במפגש כזה הוא היכולת להעביר מסרים אחידים למספר משתתפים רב, בפרק זמן קצר יותר מאשר הכשרות לקבוצות קטנות.

לעבודה בקבוצות קטנות יש חשיבות רבה בהכשרה לכשירות תרבותית, בשל חשיבות הדיון הפעיל בעקרונות הגישה, ובשל היכולת לתרגל ולהפנים אותם. לכן, לרוב הדרך המועדפת היא עבודה בקבוצות קטנות. עם זאת,

לעתים ניתן לנקוט בגישה משולבת שבה חלקים מסוימים (למשל, צפייה בסרט ודיון בו) מתבצעים בקבוצה גדולה, בעוד שחלקים אחרים (כמו תרגול מקרה באמצעות סימולציה) יתנהלו בקבוצות קטנות.

מסגרת הכשרות

קיימות אפשרויות מגוונות למסגרת הכשרות הבסיס לאנשי צוות. ניתן לקיים הכשרות של ימים שלמים, או חלקי ימים. להלן מוצעות כמה אפשרויות לדוגמה.

יום מלא (8 שעות):

במבנה זה העובדים מגיעים להכשרה מרוכזת, במשך יום שלם. בהכשרה של יום מלא על העובדים להתנתק מהעשייה היום-יומית ולהתרכז בלמידה. להלן דוגמה למבנה כללי של יום הכשרה:

1. מבוא – מושגי יסוד ותובנות הנוגעות לכשירות תרבותית של מטפלים ושל ארגוני בריאות.
2. סיפורים של אנשי הצוות, שניתוח שלהם מעלה פעולות, מוצלחות יותר או פחות, בטיפול כשיר-תרבותית. השיטה מאפשרת למשתתפים להיפתח ולשתף אחרים בפתרונות הקיימים כיום בארגון, שמתאימים להתמודדות עם משברים שיש להם רקע תרבותי.
3. לימוד בנושאי-ליבה של כשירות תרבותית (ראו בהמשך מסמך זה את הפרק העוסק בנושאי ההכשרה)
4. תרגול באמצעות מקרי מבחן או משחקי תפקידים, שניתן להיעזר בהם בשחקן מקצועי. אם המשתתפים בסדנה שייכים למקצועות שונים, חשוב לבנות משחקי תפקידים שרלוונטיים למספר מקצועות בריאות.
5. סיכום הסדנה וקבלת משוב.

חצאי ימים (שני מפגשים בני 4 - 5 שעות):

במבנה זה ההכשרה מפוצלת לשני חצאי ימים. היתרון הוא שכך נפגעת פחות ההתנהלות השוטפת של המחלקה או המרפאה, וכן שהמרווח בין המפגשים מאפשר לעובדים לעבד את התכנים שנלמדו ולהגביר את מודעותם לסוגיות בכשירות תרבותית. החיסרון במבנה זה הוא שנוצר רצף חלקי בלבד של למידה. בכל מקרה, חשוב שהמפגשים לא יערכו במרחק זמן רב זה מזה. דוגמה לחלוקת התכנים בהכשרה: במפגש הראשון מוצגים הרציונל של כשירות תרבותית, מושגי יסוד, וחלק מהנושאים והכלים. במפגש השני נדונים שאר הנושאים ומתבצע תרגול מסכם. מומלץ לחשוב על אמצעים לשמירת הרצף בין שני המפגשים. אפשר לעשות זאת, למשל, באמצעות מתן משימות בין שני המפגשים. לדוגמה:

1. התבוננות בשינוי התנהגותי (עצמי או של אחרים) בעקבות המפגש הראשון בסדנה.
2. התבוננות בשינוי ארגוני שחל במרפאה/בארגון הבריאות מאז המפגש הראשון.

4 – 5 מפגשים קצרים:

זהו מבנה המאפשר לארגונים לשלב את ההכשרה במסגרות זמן מוגבלות יותר, למשל בישיבות צוות או בזמנים שבין חילופי משמרות בבית החולים. יתרונו של הפיצול למספר מפגשים הוא בפגיעה מזערית בתפקוד היום יומי של הצוות המטפל, וחסרונו הבולט הוא בקושי לוודא שכלל העובדים ישתתפו בכול המפגשים. חסרון נוסף הוא הקושי לקיים דיון מעמיק באמצע יום עבודה, וכן לשמור על רצף למידה של כלל הנושאים.

במבנה הכשרה של מפגשים קצרים, נדון נושא אחד או שניים בכול מפגש, ובחלק מהמפגש האחרון מסכמים המנחים את התכנים. יש להקפיד לקיים את כל סדרת המפגשים תוך פרק זמן סביר (כ- 3 חודשים), על מנת להבטיח רצף של הלמידה וההטמעה.

שימוש בלומדה מקוונת

בעולם, וגם בישראל, מקובל להשתמש בלומדות מקוונות לצורך למידה על נושאים חדשים. למידה מקוונת מתבצעת לרוב באופן פרטני, ואינה מפגישה בין אנשי הצוות. בשלב הראשון של הכשרות בארגון לא מומלץ לערוך הכשרה מקוונת בכשירות תרבותית, למרות ששיטה זו מקובלת כהליך למידה בחלק מארגוני הבריאות. זאת מאחר שהידע והכלים לטיפול כשיר-תרבותית אינם מוכרים לרוב העובדים, והלמידה מצריכה תהליך ושינוי תפיסה אינטראקטיבי. סיבה נוספת היא שלומדות רבות נוטות להציג את הידע באמצעות שאלות רב-ברירתיות, סגורות, העלולות לרדד את הנושא. יתרה מכך, לומדה מקוונת מקשה על התאמת ההכשרה לכלל הסקטורים המקצועיים. ההכשרה באמצעות לומדה יכולה להוות השלמה להכשרת היסוד, בשלב מאוחר יותר של התהליך.

למידה מתמשכת לאחר הכשרות הבסיס

לאחר סיום הכשרת הבסיס, חשוב להעמיק ולתרגל את הידע והמודעות של אנשי הצוות באמצעות מפגשי תוכן קבועים (למשל פעם ברבעון). לאופי המפגשים צורות שונות אך לכולם מטרה משותפת: העמקה של התכנים שנלמדו בהכשרה הבסיסית וניתוח מקרים בין-תרבותיים שלהם נחשפו אנשי הצוות.

בשלב זה ניתן להביא לארגון הרצאות אורח של מומחים בנושאים ספציפיים כגון: הבטים דתיים בבריאות של קהילות שונות, מאפייני התנהגות ותקשורת של קהילות מסוימות ועוד.

מומלץ מאוד שההכשרות יתמכו בעשייה השוטפת בארגון, כדי שהנושא יוטמע בשיח ובעשייה הארגונית. ניתן לקשר את העשייה למשימות ספציפיות, עם לוח זמנים שנתי מוגדר. אמצעי חשוב להמשך הטמעת הנושא הוא מינוי נאמני כשירות תרבותית ביחידות שונות, אשר אחראים להטמעת העקרונות בארגון, ובכלל זה ההכשרות והלמידה המתמשכת בארגון.

שילוב תכני כשירות תרבותית בסדנאות לעובדים חדשים

נוסף על הכשרתם של עובדים ותיקים, מומלץ מאוד לשלב הכשרה בכשירות תרבותית גם בסדנאות האוריינטציה של עובדים חדשים. לאחר שעובדים אלה יצברו וותק בעבודה, ניתן יהיה לשלבם בהכשרות השוטפות של הארגון בנושא זה.

שיטות ודרכים מתודולוגיות להעברת ההכשרות

נושא הכשירות התרבותית מגוון למדי, ולפיכך מזמין לימוד ותרגול בשיטות שונות. ניתן לבחור בשיטה שמתאימה ביותר לאופי הארגון, למסגרת הזמן, למיקום ההכשרה, ולמידת הידע הקיים של אנשי הצוות בנושא.

- סרטים או תיאורי מקרה מוכנים מראש** - הסרטים או המקרים יתארו, למשל, סיטואציה תקשורתית בין מטפל לבין מטופל (או עם אחד מבני משפחתו), שבהם קיים קונפליקט בין היבטים טיפוליים ומקצועיים של המטפל לבין היבטים מעולמו של המטופל. סרטים ומקרים אלו ישמשו כפתיח לדיון עם אנשי הצוות לגבי היבטים בין-תרבותיים ולגבי הידע, המודעות והכלים לטיפול בין-תרבותי. הם יכולים לשמש כמבוא ללימוד נושאי הכשירות התרבותית (המתוארים בהמשך מסמך זה) או לתרגול ההבנה בנושאים אלו, לאחר שנלמדו. המרכז הבין-תרבותי לירושלים הכין מספר סרטי הדרכה קצרים שיכולים לסייע בהעברת תכנים בכשירות תרבותית בבריאות (ראו מידע נוסף על סרטי הדרכה אלו בנספח 5). סרטי הדרכה אלו יכולים לשמש מנחים בוגרי הכשרת המנחים של המרכז.
- ראיונות הדדיים לגבי מקרים מההווה השירותי והטיפול** – בשיטה זו ניתן לשמוע סיפורי הצלחה מהמציאות השירותית והטיפולית, או לחילופין, לדון במקרים שבהם הצוות לא הצליח לזהות את האתגר הבין-תרבותי ולהתמודד איתו. הדיון מאפשר למצות תובנות מהטיפול במקרה, לחזק כישורים חיוביים שקיימים בקרב הצוות ולמצוא דרכים לשפר את העבודה במקרים דומים בעתיד. לתפקיד המנחה חשיבות רבה – ללא שיקוף נכון וללא שאלות נכונות, המשתתפים יכולים להסיק שפעלו מצוין גם במקרים שבהם ניתן היה לשפר מהותית את כשירותם התרבותית. שיטת הראיונות רלוונטית פחות, בדרך כלל, לעובדים חדשים חסרי ניסיון מספק.
- משחקי תפקידים** – ניתן לקיים משחקי תפקידים במספר דרכים. דרך אחת היא העזרות בשחקן ובמקרה שהוכן מראש. במקרה זה, מתנסה אחד או שניים מנהלים את הדיאלוג עם השחקן, שלרוב משחק את המטופל (או את בן משפחתו). שאר המשתתפים צופים בדממה, אינם מתערבים ואינם עוצרים את האירוע. המתנסים שבתוך המעגל יכולים לעצור את התנהלות השיחה בכל עת, על מנת לחשוב, להתייעץ עם העמיתים, או לתכנן את הצעדים הבאים בשיחה. גם המנחים יכולים לעצור את המפגש, על מנת להציע הצעות, ולהעיר הערות בונות. בכל פעם ש"מקפויאים" את השיחה שבמעגל, נפתח דיון בשיתוף המשתתפים והצופים, אך לא עם השחקן. בסיום המפגש, מנתחים את מה שאירע, ממצים תובנות ומקשרים אותן לנושאי הסדנה. לעתים, המתנסים מתחלפים תוך כדי התהליך. בסוף ההתנסות, ניתן לשמוע את נקודות מבטו של ה"מטופל", מפי השחקן, ואת תחושותיו בעקבות האינטראקציה שהייתה איתו.
- "המטפל בנעלי המטופל"** - שיטה זו פותחה על-ידי המרכז הבין-תרבותי לירושלים. המטפל, לרוב זה שהעלה לדיון את המקרה שקרה לו עצמו, מתבקש לשחק את המטופל הספציפי שמולו התנהל האירוע. משתתף אחר ממלא את תפקיד המטפל. מנגנון זה מאפשר עומק מסוים להתנהגות המטופל, מאחר שהמטפל פגש אותו, ויכול לשער לעצמו במידת מה כיצד המטופל יגיב לאמירות אלה או אחרות. בנוסף, תרגיל זה מחייב את המטפל להבין טוב יותר, ולרוב ממקום חיובי, את המטופל שאתו היה לו קושי. יש

להקפיד שלא לרדד ולהגחיק את התנהגות המטופל, שכן המטרה במשחקי התפקידים היא דווקא להעמיק את יכולת המשתתפים להבין את המניעים להתנהגות מטופל זה.

- **דיאלוגים קצרים משיחות המאפיינות את התקשורת בארגון הבריאות** – הקטעים מהדיאלוגים מופיעים על שקף במצגת או מחולקים למשתתפים. ניתוח של הדיאלוגים מאפשר למצות ולהבין מאפיינים בין-תרבותיים שחבויים בהם.

- **מטלה אישית למשתתפי ההכשרות** – הנחיות למשתתפים לביצוע בין מפגשי ההכשרה ודין בתהליך ובתוצאות. אחת האפשרויות המעניינות למטלה היא "שינוי ארגוני ממוקד". המטרה המרכזית של המטלה הינה יצירת נראות והנעת דיון בכשירות תרבותית במהלך הכשרת הבסיס ולאחריה. כל משתתף בוחר ומטמיע שינוי ארגוני ספציפי, לאחר שלמד מושגים בסיסיים בתחום. השינוי הארגוני צריך להיות ישיר, להתבצע תוך פרק זמן קצר יחסית המאפשר הצלחה ומשוב, ולהיות בעל נראות בארגון. כדי לבצע משימה זו ביעילות, חשוב להגדיר בתחילת התהליך את הפער המצריך שינוי, את מידת היעילות של השינוי, ואת החסמים לביצועו. במהלך הסדנה ולאחריה מלווים המנחים את המשתתפים בגיבוש הרעיון לשינוי ארגוני זה והטמעתו.

- **הרצאות על תרבויות שונות** – מרצים מחוץ לארגון, או אנשי צוות, יכולים להציג את משמעות הכשירות התרבותית בקבוצת הזהות שלהם. לרוב, תכנים אלו מתאימים כהרחבה לסדנת הבסיס, ואינם מחליפים למידה של התכנים המרכזיים בכשירות תרבותית. חשוב להדגיש בפני הקהל כי איש הצוות שמרצה, מדבר על נקודת המבט שלו, ואולי של סביבתו הקרובה, ואינו מייצג בהכרח את כלל חברי הקבוצה התרבותית שלו.

- **הרצאות הרחבה בנושאים נוספים לקשורים לכשירות תרבותית** – בין אם ברמת המטפל ובין אם ברמת הארגון. למשל, הרצאה של רופא המתמחה בעבודה כשירת-תרבות עם קבוצה תרבותית מסוימת, סוציולוג של הבריאות החוקר תרבות זו או אחרת ועוד.

- **חומרים לחלוקה** – מומלץ לחלק חומרים שהמשתתפים יוכלו לעיין ולהשתמש בהם לאחר הסדנה. החומרים יכולים לכלול נתונים על האוכלוסיות שצורכות את שירותי הארגון, טלפונים של אנשי קשר רלוונטיים לעבודה בין-תרבותית, סיכום של עיקרי התכנים שהוצגו בסדנה, מאמרים רלוונטיים ועוד.



נושאים מרכזיים בהכשרות

מטרתן של ההכשרות לתת ידע, מודעות וכלים לעבודה כשירת-תרבות, ברמת המטפל, הצוות והארגון. ברבות

מהסדנאות המוכרות לנו כיום, מופיעים התכנים הבאים כתכני-ליבה:

- העמקת הדיאלוג הבין-תרבותי.
- זיהוי והתמודדות עם פערים בין-תרבותיים.
- שימוש במתורגמות ובגישור תרבותי במענה בשירות ובטיפול.
- הכרת תפיסות בריאות תלויות-תרבות בקרב הלקוחות.
- התמודדות עם מתחים חברתיים - פוליטיים בארגון הבריאות.
- ניתוח דילמות מקצועיות וערכיות בעבודה כשירת-תרבות.
- הבנת התפיסות האישיות והתרבותיות של נותני השירות עצמם, ההטיות והמשמעויות שלהן, והתהליכים שניתן לעבור כדי לשפר את העבודה כשירת-התרבות.
- כשירות תרבותית ברמת הארגון.

מבואות לתחום הכשירות התרבותית

המבוא לתחום הכשירות התרבותית מבהיר את נושא ההכשרה, ההקשר שלה לעבודת אנשי הצוות והארגון כולו. מעבר לידיע שנמסר, מיועד המבוא לגייס את המשתתפים לעבור תהליך אישי, וכן להשתתף באופן פעיל בתהליך הכשירות התרבותית בארגון. באופן טבעי, רצוי להסביר במבוא את המושגים העיקריים שישמשו בהמשך ואת התובנות העיקריות בתחום כולו.

תובנות חשובות שכדאי להדגיש במבוא²:

1. הכשרה לכשירות תרבותית היא תהליך מתמיד של שיפור ועידון. הנכנסים להכשרה אינם נעדרי כשירות תרבותית, וביציאתם מההכשרה הם אינם מומחים לכשירות תרבותית. ההכשרה משפרת את הכשירות התרבותית באמצעות העמקת הידע והמשגתו בתחומים שחלקם הגדול מוכרים ללומדים מהעבר, חיזוק מיומנויות קיימות ולמידת מיומנויות נוספות, והגברת המודעות והמוטיבציה לכשירות תרבותית בעבודה היומיומית בארגון.
2. כל מפגש בין נותן שירות למקבלו הוא מפגש בין-תרבותי, ולו בגלל הפער בין תרבות הארגון השירות לבין תרבות מקבלי השירות. חשוב להכיר ולהשתמש ברבים מהנושאים והכלים שנלמדים בהכשרה, גם ללא ההקשר הבין-תרבותי. עם זאת, ככל שהפער התרבותי בין נותן השירות למקבלו רחב יותר, הנושאים והכלים שנלמדים בהכשרה הם משמעותיים יותר להצלחת המפגש והטיפול.

² תובנות אלה הינן הרחבה להמלצות של לייק (Like, 2000). ראו בקישור <http://www.healthdisparities.vcu.edu/?id=1330&sid=10>

3. הדגש המקובל כיום בהכשרות לכשירות תרבותית אינו על למידת המאפיינים של קבוצה תרבותית זו או אחרת. למידה על קבוצה ספציפית עלולה לגרום לציפיות מכלילות וליצירת סטריאוטיפים לגבי המטופל. במקום זאת, הדגש מושם על כלים ומיומנויות כלליות לפעולה עם אנשים שונים מהמטופל. נכון יהיה להשתמש בהנחות תרבותיות כהשערות עבודה, אשר המטפל צריך לבדוק ביחס למטופל שמולו, ולא לצפות להתנהגות מסוימת מהמטופל רק מאחר שהוא שייך לתרבות מסוימת, ולקבל החלטות על סמך ההתנהגות. עם זאת, בהקשרים מסוימים, כדאי להקדיש זמן להיכרות עם קבוצה ספציפית כבר בהכשרת המבוא, ולא רק בהכשרות ההמשך.

4. גם למשתתפים בהכשרה, כמובן, יש השתייכויות תרבותיות מגוונות, וכמו לכל אדם, יש להם הטיות ודעות המשפיעות על המפגש. העמקה בתחום הכשירות התרבותית מחייבת בחינה של ההטיות והדעות האישיות ושל משמעויותיהן לגבי העבודה.

5. קיימות רמות שונות של "כשירות תרבותית" – בייחוד מבחינים בין כשירות תרבותית אישית (של העובד עצמו) לבין כשירות תרבותית ארגונית (של ארגון הבריאות). בנוסף, ניתן לפרק את תחומי הכשירות התרבותית לרמות נוספות. למשל, אבחנה בין כשירות אישית (למשל, היכולת של איש הצוות כאדם להתמודד עם שונות תרבותית) לבין כשירות מקצועית (למשל, היכולת להתאים את התפיסה המקצועית של התחום הטיפולי לתפיסות תרבותיות של בריאות, חולי וטיפול בחולים). או אבחנה בין כשירות ארגונית (הכוללת, למשל, שילוט מתאים בבית החולים, הפעלת מערך הכשרות לצוות בכשירות תרבותית והתאמת הסביבה הפיזית של הארגון לתרבויות מגוונות) לכשירות חברתית (הכוללת תהליכים לשינוי מדיניות חברתית וכד'). בהכשרה לעובדים מתמקדים בייחוד בכשירות התרבותית האישית והמקצועית, ולרוב מתייחסים לשאר הרמות רק לצורך ההקשר לקיום ההכשרות בארגון.

מבחינה מתודית, ישנן דרכים מגוונות להעשיר את המבוא להכשרה. לדוגמה:

1. הצגת מקרה שקרה בארגון (או מקרים), המבהיר את הרלוונטיות של כשירות תרבותית אישית וארגונית. אפשר לעשות זאת באמצעות מקרה מוכן מראש, או לאפשר למשתתפים להעלות מקרים מתאימים.

2. הצגת סרט או סרטון ודין בו.

3. תרגיל המעודד את המשתתפים להזדהות עם מטופלים המגיעים מתרבות אחרת. למשל, תרגיל שבו כל משתתף נזכר בקרוב משפחה או חבר שהייתה לו חוויה מתסכלת מבחינת תקשורת עם מערכת הבריאות. דיון בפערים התרבותיים שהיו במקרים אלו מסייע להבין את משמעותם.

העמקת הדיאלוג הבין-תרבותי

הנחת היסוד היא שהעמקת הדיאלוג עם המטופל ועם משפחתו יכולה לשפר משמעותית את איכות הטיפול. הנחה זו נכונה לגבי כל מפגש מטפל - מטופל, אבל כאשר פערי התרבות בין הצדדים מקשים על הדיאלוג, הצורך בשימוש בכלים להעמקת הדיאלוג הוא רב יותר. מחקרים מראים שכאשר ישנם פערים תרבותיים בין המטפל והמטופל, ישנה נטייה לרדד את הדיאלוג משמעותית ולקצר אותו.

מרכיב משמעותי בהעמקת הדיאלוג הוא הקדשת זמן משמעותי להקשבה לצד השני. קשב זה קשה במיוחד כשישנם פערי בשפה, בז'רגון, בסגנון הדיבור, בשפת בגוף וכד'. יתר על-כן, מכיוון שנוצרת לעתים קרובות תחושה של אי הבנה שבגללה המטופל אינו נענה להנחיות המטפל, המטפל מנסה להסביר את עצמו שוב ושוב בדרכים מגוונות. זאת בשעה שפרקטיקות של משא ומתן מציעות לרוב דווקא לדבר פחות, ולהקשיב יותר. זאת משתי סיבות:

1. ככל שהמטופל מדבר יותר, ניתן לקבל מכך מידע אישי, חברתי ותרבותי על המטופל, שיסייע בניהול השיחה ובבחירת הטיפול המתאים.

2. ההקשבה הכנה והאמפתית למטופל מאפשרת למטופל להיפתח ולהקשיב גם לדברי המטפל.

מכיוון שלרוב עיקרון האוטונומיה של המטופל על עצמו אינה מאפשרת למטפל לכפות את דעתו על המטופל, יש חשיבות רבה ליצירת "ברית טיפולית" בין המטפל והמטופל. יתר על כן, באמצעות דיאלוג משמעותי, גם בהינתן פערים בין תרבותיים בתפיסות, בדרכי התקשורת ובשפה, ניתן יהיה להציע טיפול מיטבי שלוקח בחשבון היבטים אישיים, תרבותיים, דתיים, וקהילתיים. טיפול זה גם יתחשב באופן שבו המטופל תופס את מצבו, את הגורמים למצבו ואת הדרכים לשיפור המצב.

לעתים קרובות, המטפל, מתוך תחושה שהוא מכיר את תרבות המטופל (כי פגש הרבה "כמוהו" או שמע הרצאה על תרבות), חושב שהוא יוכל לחסוך את הדיאלוג על מסך הכרות תרבותית זו. למעשה, השונות התרבותית בין פרטים היא כה גדולה, והדרך הנכונה להשתמש בהכללות תרבותיות היא לראות אותן כ"השערות עבודה" שיבחנו, בהקשר של המטופל הספציפי, באמצעות הדיאלוג עמו.

בהתבסס על גישה זו להעמקת הדיאלוג, בחלק זה של הסדנה יכירו המשתתפים מודלים שונים להעמקת הדיאלוג בהקשר הבין-תרבותי, ויישמו אותו על מקרים מניסיונם, או על מקרים שהכינו המנחים. המודל הידוע ביותר בהקשר זה הוא "המודל המסביר של המטופל" (Patient's Explanatory Model³) שחיברו ארתור קליינמן ועמיתיו. קליינמן מומחה למפגש בין רפואה לבין תרבות, טען כי בהרבה מקרים שבהם היו כישלון טיפולי או אי-הבנות חמורות בין הצדדים, הכישלון נבע מאחר שהמטפל לא הכיר את "המודל המסביר" של המטופל על מצבו (כיצד המטופל תופס את הבעיה, מהם לדעתו הפתרונות למצבו, וכולי). נוסף על המודל המסביר, קיימים מודלים נוספים, שמסייעים למטפל להבין את תפיסות המטופל ביחס למחלתו ולטיפול בה. הקשבה למטופל לפי מודלים אלו אינו קלה ומחייבת הפנמה ותרגול, בין השאר מכיוון שהיא מחייבת הקשבה לנרטיבים, תפיסות ושיקולים של המטופל שיכולים להיות זרים למדי למטפל ולהשכלתו הטיפולית.

מודל העמקת הדיאלוג שפותח במרכז הבין-תרבותי לירושלים בנוי משבעה שלבים:

- הבנת האופן שבו מקבל השירות תופס את הבעיה.
- הבהרת האופן שבו המטפל תופס את הבעיה.
- הכרה בהבדלים ובדמיון בין ההסברים השונים.

³ Kleinman, A., Eisenberg, L. and Goode, B. (1978). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. Annals of Internal Medicine, 88: 251-258.

- המלצה של המטפל להמשך.
- התייחסות מקבל השירות להצעה של המטפל, ולהצעות אחרות.
- משא ומתן ודיאלוג.
- החלטה משותפת.

בדיקה של תרומת דם מבן הקהילה הבדואית בנגב העלתה שבדמו נמצא נגיף ה-HIV. המטפל נאלץ לבשר לתורם את הבשורה המרה. עם קבלת הבשורה, המטופל התמוטט מספר פעמים והרופא, בעזרת אחות, ניסה לאושש את המטופל ולהחזיר אותו למצב שבו יוכלו לשוחח. הצוות שב והסביר למטופל שכיום ניתן לחיות עם הנגיף שנים רבות, בעזרת "קוקטייל" התרופות. בשלב הראשוני לא היה ברור לרופא ולצוותו מדוע המטופל הגיב בצורה שכזו וכלל לא רצה לקבל מידע על היכולת לנהל חיים תקינים כנשא. רק לאחר מספר שיחות הבין הצוות שהחשש העיקרי של התורם היה ההשלכות המשפחתיות, החברתיות והציבוריות על מעמדו, ולא החיים עם הנגיף.

את המודל המלא להעמקת הדיאלוג הבין-תרבותי, שפותח במרכז הבין-תרבותי לירושלים ניתן למצוא בנספח מס' 2.

זיהוי והתמודדות עם פערים בין-תרבותיים

פרקטיקות לזיהוי ולהתמודדות עם פערים בין-תרבותיים מבוססות לרוב על שתי גישות מרכזיות. הגישה הראשונה כוללת היכרות עם נורמות התנהגות תלויות תרבות. הגישה השנייה עוסקת בתכונות ליבה ובצירים בין-תרבותיים.

על פי הגישה המתמקדת בנורמות תרבותיות תלויות תרבות, הכרות. עם מאפיינים התנהגותיים ומנהגים של תרבויות מסייעת להתגבר על פערים בין-תרבותיים. ואמנם, היכרות עם ברכות הנהוגות בתרבות מסוימת, נהגים המקובלים כשנפגשים וכשנפרדים, מחוות גוף מקובלות וכו' – כל אלו מונעים אי הבנות ויוצרים גשר בין-תרבותי. עם זאת, היכרות עם נורמות תרבותיות מחייבת לימוד של עובדות רבות, ואם נמצאים במגע עם מגוון תרבויות, יש ללמוד מגוון לא קטן של עובדות. כמו-כן, תקפות הנורמות משתנה בהתאם לפרטים ולתתי-קבוצות בתוך כל תרבות.

בהחלט מומלץ להשתדל להכיר נורמות התנהגות רבות ככל האפשר ולהתחשב בהן. להלן רשימה ראשונית של נושאים שבהם ישנו מגוון רחב של נורמות התנהגות:

- מנהגים הקשורים באוכל, בשתיה, בזמן ארוחה ובזמן צום.
- הלכות דתיות.
- נימוסים והליכות בהתייחסות למעגלי קרובים: משפחה מצומצמת וקרובה, חברים.
- יחס למערכות ולנותני שירות.
- טקסים ומנהגים במעגל החיים (לידה, מוות).
- התנהגויות במרחב ציבורי והתנהגויות השמורות למרחב פרטי.
- מנהגי נימוס במפגש בין-אישי.

כאמור, השונות בנורמות התרבותיות בתוך קבוצה תרבותית אחת עשויה להיות גדולה למדל. על-כן הנורמות שנלמדות צריכות להוות "השערה לבדיקה" עבור המטפל, אם אמנם אלו הנורמות המקובלות אצל המטופל הספציפי. הגישה השנייה, המתמקדת בתכונות הליבה, מציעה להכיר ערכים ומאפיינים התנהגותיים מרכזיים המשפיעים משמעותית על התקשורת והעשייה של בני אותה קבוצה תרבותית. כך למשל, לפי שחר וקורץ⁴, התכונות הבאות מאפיינות, ככלל, אנשים מישראל:

- גישה חיובית כלפי חציית גבולות
- א-פורמליות
- ספונטניות
- שימוש באלתור ככלי משמעותי בפתרון בעיות
- ביטחון עצמי
- גישה חיובית ללקיחת סיכונים
- סגנון דיבור ישיר מאוד
- שילוב בין התייחסות קבוצתית לבין תחושת אינדיבידואליזם
- נטייה לאתגור סמכות
- התייחסות לא מחייבת לחוקים ולכללים

כל אחת מתכונות אלה מצדיקה דיון ארוך בפני עצמו, אשר חורג מהיקף מסמך זה.. אף כי רבים, כנראה, יעידו כי תכונות אלה מאפיינות ישראלים, זו אינה רשימה סופית או סגורה. חשוב במיוחד להבין שמכיוון שכל אחד הוא צירוף של תרבויות רבות, ולכל תרבות כזו תכונות ליבה שונות (ואפילו סותרות לעתים), אנו נראה שונות רבה בין אנשים בהתאם לצירוף שמאפיין אותם אישית (ולעתים בהקשרים שונים, אותו אדם יתנהג באופן המשקף חלקים שונים משייכויותיו התרבותיות).

נקודה מעניינת היא שבמידה מסוימת, תכונות ליבה נצפות אחרת על-ידי אנשים מתרבויות שונות. למשל, יש תרבויות רבות, המאופיינות בדיבור עקיף, שחוות את התרבות האמריקאית כתרבות של דיבור ישיר, בשעה שישראלים, שסגנון הדיבור שלהם ישיר הרבה יותר, חווים לעתים קרובות את התרבות האמריקאית כתרבות של דיבור עקיף.

תכונות ליבה אינן "טובות" או "רעות". לכן אין ברשימת התכונות משום השיפוטיות. עם זאת, אנו נוטים לייחס לעתים קרובות פרשנות שלילית לתכונות של "האחר", וחלק מהלימוד בסדנה עוסק בחיפוש מודע אחר הפרשנויות החיוביות האפשריות על מנת ללמוד לקבל את תכונות הליבה שאינן מתאימות להרגלים התרבותיים של המטפל.

⁴ Shahr, L. and Kurz, D. (1995). Border Crossings: American Interactions with Israelis. Yarmouth, ME: Intercultural Press.

בסדנה, נושא תכונות הליבה יכול להילמד בדרכים מגוונות:

- דיון בתרבויות מסוימות שבהן ניתן להיתקל ולמנות את תכונות הליבה שמקובל לייחס לתרבויות אלו. גישה זו מומלצת פחות כי היא עלולה ליצור הכללות על אדם אחד מתרבות מסוימת, ואלה ייקבעו את דפוס המחשבה של המטפל ויגבילו את הברור מול המטופל הספציפי.
- דיון בתכונות הליבה של התרבות הישראלית כנקודת ייחוס. נקודת ייחוס זו מאפשרת להבין כיצד מטפל ישראלי (גם אם הוא "שייך" לתרבויות נוספות בהתאם למוצאו וכד') נתפס על-ידי מטופלים מתרבויות שונות (שרובם אולי ישראלים, אך בהקשר הטיפולי מופיעות דווקא התכונות של החלקים האחרים בתרבותם).

דרך חשובה נוספת, במסגרת גישת תכונות הליבה, לתאר וללמוד את הפערים הבין-תרבותיים בין תכונות ליבה הוא באמצעות "צירים תרבותיים" (Cultural Dimensions), שבהם תכונות סותרות נמצאות בשני קצוות הציר ותרבויות שונות ממוקמות על הציר כדי לתאר את מיקומם היחסי זה ביחס לזה (ראו דוגמאות לצירים תרבותיים בנספח מס' 3). ציר אחד, לדוגמה, הוא הציר שבין יחס מקבל להיררכיה ולסמכות לבין יחס שמאטגר היררכיה וסמכות. תרבויות שונות ממוקמות (על-סמך מחקרים בין-לאומיים) במקומות שונים אלו ביחס לאלו על ציר זה. במחקר שערך Geert Hofstede, הוא מיקם תרבויות במלזיה, סלובקיה, גוואטמלה, פנמה ופיליפינים בקצה הציר המציין כבוד ויחס מכבד לגורמי סמכות. אם מתרחקים מקצה זה, ניתן למצוא על הציר תוך כדי הקדמות את מדינות ערב, צרפת, יוון וארצות הברית. כשנרחיק לקצה השני, נמצא שם את התרבות הישראלית, המאופיינת, כפי שראינו לעיל, בנטייה משמעותית לאתגר גורמי סמכות להקטנת חשיבות הגבולות בין בעלי תפקידים והיררכיות.

המעניין הוא שלרוב שתי התכונות הסותרות בשני צידי הציר מוערכות באופן חיובי בכמעט כל התרבויות. למשל, גם בתרבויות הנוטות להיררכיה ולסמכות, תהיה הערכה למי שלמרות כל זה מאתגר את גורמי הסמכות. וגם בתרבות, כמו הישראלית, ישנה הבנה לצורך להתייחס בכבוד להיררכיה ולסמכות. ובכל זאת, למרות הקבלה העקרונית של הלגיטימיות של שתי התכונות בשני קצוות הציר, תרבויות שונות בוחרות "מינון" שונה בהערכתן לתכונות אלו. בכל אופן, יש לזכור שהציר התרבותי הוא רק מטאפורה שעוזרת להבין תופעה רב-ממדית ובפועל ישנם משתנים נוספים, כמו ההקשר, שמכתיבים את משמעות תכונות הליבה במצב מסוים.

מגוון כלים מתודיים, כמו סרטונים, תיאורי אירוע, דיאלוגים וכדומה, יכולים לסייע בניתוח של פערים בין תכונות ליבה. המסר המרכזי הוא לחפש פרשנויות חיוביות להתנהגויות על-סמך תכונות הליבה האפשריות העומדות בבסיס התנהגויות אלו. מעבר למודעות לאופן שבו מתייחסים לתכונות הליבה, ולהיכרות עם חלק מהצירים התרבותיים הקשורים בהם, יש מקום רב להרחבת מיומנויות מעשיות. דרכי פעולה להתמודדות עם פערים בתכונות הליבה כוללות: אוורור; מאמץ לחיפוש הפרשנות החיובית לדברי האחר ולמעשיו; היזהרות מהסקת מסקנות על סמך מידע חלקי; ריכוך והתאמת תכונות הליבה שלנו אל מול אלה של המטופל; וחיפוש "גשרים" שיגרמו למטופל לפעול על מנת להשיג את המרב מהמפגש. בתהליך סבלני ורגיש להבדלים התרבותיים, והכרה בערכי הליבה שלי ושל האחר, יתבצע מעבר מעמדות לצרכים ובכך יהיה ניתן למצוא פתרונות יצירתיים לקונפליקטים.

הכרת תפיסות בריאות תלויות-תרבות בקרב הלקוחות

חשוב שאנשי הצוות יכירו את תפיסות הבריאות והחולי של המטופלים שאיתם הם נפגשים באופן יום-יומי. הכרות זו תסייע למטפלים בהבנת דרך המחשבה של הפונים לגבי בריאות, מחלה, ריפוי וטיפול. כך, יהיה קל יותר להציע דרכי טיפול ושיקום המותאמות לרקע התרבותי שממנו מגיעים המטופלים.

על מנת ללמוד את תפיסות הבריאות של קהל הלקוחות, מוצעות מספר דרכים שאותם ניתן לשלב בהכשרות:

- הרצאת אורח של איש מקצוע שעובד עם הקהילה (רצוי בן הקהילה) שיציג, מנקודת מבטו, את תפיסות הבריאות והחולי של בני אותה הקבוצה (כך למשל התייחסות של חלק מיוצאי אתיופיה לבתי-חולים, שנובעות מחוויות שחוו טרם עלייתם לישראל, או תפיסות של עולים מחבר העמים לגבי שירותים שניתנו בארץ המוצא, השונים מאילו המוענקים בישראל).
- ניתוח מקרים שמועלים על ידי הצוות הנוגעים לתופעות שניתן להגדירן כתפיסת בריאות תלויות-תרבות. כך למשל, ניתן לנסות להבין כיצד קהילה ספציפית מתייחסת לעובדות סוציאליות, לטיפול פיזיותרפיה, או לריפוי בעיסוק. דיון זה יסייע להגדיר דרכי התייחסות מותאמות תרבות שיעלו את ההתמודדות עם חסמים שאינם רלוונטיים רק למטופל אחד, אלא לאנשים רבים מאותה קהילה.

שימוש במתורגמות ובגישור תרבותי בשירות ובטיפול

בנושא זה, מטרת הדיון בהכשרה היא להעלות את המודעות להשפעה שיש לפערי שפה על איכות השירות והטיפול, ולהבין כיצד לצמצם בעבודה נכונה עם מתורגמן. פערי שפה בין מטפל לבין מטופל הם לרוב "קצה הקרחון התרבותי" – אותו מכשול שמרגישים בצורה בולטת במפגש הבין-תרבותי. לכאורה, מדובר בסוגיה טכנית שמטפלים בישראל נוטים לפתור באמצעות שיחה בעברית פשוטה, תוך ויתור על אבחון וטיפול איכותי. במקרים שבה שברי-השיחה הללו אינם מספקים, נעזרים המטפלים בבן-משפחה או בעובד אחר לצורך תרגום. למעשה, הוכח שפערי שפה גורמים נזקים בריאותיים, ומהווים עול כלכלי מיותר על המערכת.

בשנים האחרונות ישנם מאמצים להכניס פתרונות ממוסדים ומקצועיים יותר להנגשה לשונית, ולהפסיק לפעול על פי התפיסה לפיה כול דובר שפה יכול לשמש כמתורגמן. בשל עליית המודעות לחשיבות הנושא, ובשל הנחיות החוק, אנו צופים כי לצוותים יינתנו יותר אמצעים להנגשה לשונית, ובהם שימוש במתורגמנים רפואיים שעברו הכשרה מתאימה. חשוב להכשיר את המטפלים כיצד לעבוד בצורה נכונה עם מתורגמן, וכיצד להגדיר את הממשקים ביניהם, לטובת טיפול מוצלח.

בסדנה מומלץ יש להבחין בין תפקיד המתורגמן - שמסייע לתקשורת בין שני צדדים שאינם דוברים את אותה השפה, ומידה מסוימת של תיווך תרבותי בתוך המפגש, לבין מגשר בריאות. תפקידו של המגשר הוא לזהות ולספק מענה לפערים ולחסמים תרבותיים בהקשר הטיפולי והשירותי הרחב. בסביבה רפואית, תפקידם של המגשרים כולל לעתים גם היבטים של חינוך לבריאות, קידום בריאות דרך העברת מידע וידע, סיוע בניווט במערכת הבריאות וגישור בקונפליקטים.

במהלך הסדנה מומלץ לתרגל שיחה עם מטופל באמצעות מתורגמן (ראו נספח מס' 4). רצוי לשים דגש מיוחד על פניה למטופל בגוף ראשון, ולא דרך המתורגמן, שימוש במשפטים קצרים וללא מינוח רפואי, ומתן הזדמנות למתורגמן לתרגם את הנאמר.

לאחר לימוד הכללים, חשוב לקיים דיון קצר בנושא ההנגשה הלשונית בארגון: אם בארגון כבר פועלים מתורגמנים, יש לקיים דיון על מקומו של המתורגמן (או המגשר) בעבודת הצוות בארגון – כיצד מזמינים מתורגמן, כיצד מתעדים מפגש מתורגם, כיצד משולב המתורגמן בעבודת הצוות וכו'. יש להצביע בפני המשתתפים על אמצעים נוספים להנגשה לשונית בארגון: טפסים, שילוט, תרגום מידע כתוב וכדומה.

ב-2007 פסק בית המשפט השלום בירושלים כי אחד מבתי החולים הממשלתיים התרשל במתן הסברים, ובוודאי הבנתם, לאישה הרה דוברת ערבית, וקבע בפסק דינו פיצויים בסכום של 250,000 ₪ בשל אובדן העובר המת (מהאסולים דלאשה נגד מדינת ישראל, תיק 2654/05).

התמודדות עם מתחים חברתיים – פוליטיים בארגון הבריאות

המתחים החברתיים והפוליטיים אינם נדונים בדרך כלל בארגון, והעלאת הסוגיה מאפשרת לאנשי הצוות להנכיח את הקשיים להתמודד עם המתחים החברתיים והפוליטיים הקיימים בארגון. מתחים אלה קיימים לא רק בין מטפל לבין מטופל אלא גם בין מטופלים לבין עצמם ובין מטפלים לבין עצמם.

צינו כבר לעיל, שאחד המאפיינים של החברה הישראלית הוא חציית גבולות. ואמנם, בחברה הישראלית הגבול בין האישי, המקצועי והפוליטי מטושטש למדי – אצל נותני שירותים ואצל מקבליהם. במרפאה או בבית החולים, פוגשים המטפלים את המטופל והקהילה עם רגישויות שאין רק קשורות לערכי הליבה ולמנהגיהן של הקבוצות השונות, אלא גם לתחושות של קיפוח ופגיעה, ולטענות על אפליה. ישנם מטפלים שמגיבים על כל אלו ברגשי אשמה או לחילופין במגננה או תקיפה חזרה בהאשמות נגדיות, שאינן מועילות לשירות ולטיפול.

המטפל, שאמור לתת שירות בצורה מקצועית, נאלץ לפעול במציאות שמאתגרת אותו חברתית ופוליטית. הוא עלול להיות מואשם באפליה ובגזענות ולהגיב בהאשמות נגדיות, הוא יכול לחוש רגשי אשמה כלפי קבוצה שנראית לו פגועה ולפעול באופן לא מקצועי מתוך רגשי אשמה אלו. הוא יכול, בשל זהותו שלו, להרגיש שמתייחסים אליו באופן מפלה או בהתבסס על סטריאוטיפים על קבוצתו שלו.

העיקרון הבסיסי שיש לזכור הוא הצורך לשמור על מקצועיות ועל עבודה מקצועית למרות האווירה שמאתגרת פוליטית. ברור שלעתים קרובות קשה ליישם עיקרון זה. הוא גם נשמע ברור מאליו – מי אינו סבור שצריך לפעול בצורה מקצועית כאיש מקצוע – אבל במקרים רבים, אנשי מקצוע מגיבים ופועלים באופן שאינו מקצועי באותו הרגע, גם לתפיסתם האישית. לעתים קשה למטפל לזכור שתפקידו (כרופא, אחות, איש מנהלה וכד') אינו לחנך את הלקוח ערכית אלא להיות לו לעזר, כל עוד הלקוח אינו פוגע בלקוחות אחרים או באנשי צוות.

בברכה טיפולית שבה מטפלים בילדים מתרבויות שונות, עלו טענות של הורים ממשפחות דתיות (יהודיות ומוסלמיות) לגבי צניעות בגדי הים של הפיזיותרפיסטיות. היו בקשות להתאמה מגדרית בין הילדים, גם הצעירים ביותר, לבין הפיזיותרפיסטיות. בין השאר, כמענה לטענות, נרכשו בגדים מיוחדים לצוות על מנת לפתור את סוגיית הצניעות, אך זה יצר מירמור אצל חלק מצוות הפיזיותרפיה שהרגיש שמדובר בכפייה דתית.

עקרון נוסף הוא להבין ש"פתרונות נייטרליים/אוניברסליים" אינם קיימים לרוב במרחב הציבורי שבו משתמשים אנשים מתרבויות שונות. מתחים שהרקע להם הוא כללי המרחב הציבורי המשותף מחייבים פתיחות כנה להקשבה לנקודות מבט שונות על "מה נכון" ו"מה לא נכון" במרחב הציבורי.

בשנת 2013 במישיגן, ארה"ב, הדביק אב טרי פתק על עריסת בנו בתינוקיה, ובו בקשה שאחיות ממוצא אפרו-אמריקאי לא תטפלנה בתינוק שלו ("Please, No African American nurses to take care of baby, per dad's request") אחות אפרו-אמריקאית שעבדה במחלקה תבעה את בית החולים על כך שנקט במדיניות גזענית והעביר אותה, ואחיות ממוצא דומה, מהטיפול בתינוק.⁵

במציאות הישראלית, קשה שלא להתייחס בסדנה למתחים אלו, ואחד המענים החשובים הוא להציע אנשי הצוות למצוא מקום בטוח לאוורור רגשותיהם לאחר אירועים שהם חוו כפוגעניים.

ניתוח דילמות מקצועיות וערכיות בעבודה כשירת-תרבות

בסדנה למד רופא יהודי דובר עברית להתעקש על תרגום מקצועי למטופלת מוסלמית דוברת ערבית שהגיעה עם בעלה, גם כשהמטופלת מבקשת להשתמש בבעל במתרגם. לאחר הסדנה, הוא דיבר עם רופאים עמיתים ערבים-מוסלמים שאמרו לו שלמרות שאין פערי שפה בינם לבין מטופליהם, הם לעתים קרובות מכבדים את התרבות של הזוג, ומדברים אל הבעל שמקבל החלטות בשביל אשתו. כתוצאה מכך הרופא פנה בשאלה: אם כשירות תרבותית היא התאמה לתרבות המטופל – למה להתעקש לדבר ישירות עם האשה כשהיא מבקשת אחרת? אך, התפיסה המקצועית הרפואית (המערבית) אינה יכולה לוותר על העיקרון של תקשורת השומרת על האוטונומיה של המטופל. דוגמה אחרת שעלתה מתייחסת לתרבויות שבהם מקובל לספר למשפחה על מחלה קשה של המטופל ולתת להם להחליט אם לספר לו או לא. ישנו פער בין תפיסה זו לתפיסה המקצועית הקובעת שיש לספר למטופל והוא יחליט מה הוא מספר לבני משפחתו.

ישנם מקרים שבהם קיימת סתירה בין עקרונות העבודה המקצועיים של הצוות, לבין הרצון והצורך להבין את הצרכים התרבותיים של המטופל ולהתאים להם את הטיפול. בסדנאות שערך המרכז הבין-תרבותי לירושלים במשך השנים, שאלו אנשי הצוות: "מהם הגבולות שלנו, כבני-אדם וכאנשי מקצוע, בנושא של כשירות תרבותית? איפה לא נכון להפעיל עקרונות של כשירות תרבותית, ואיפה יש התנגשות בין הצורך לבצע התאמות לתרבות המטופל ולצרכיו, לבין מדיניות וכללי עבודה בארגון, או עקרונות עבודה מקצועיים של המטפל?"

⁵ עד לכתבת שורות אלה לא נמצא מידע אודות פסק הדין בנושא. לכתבה בסוגיה, ראו בקישור: <http://www.usatoday.com/story/news/nation/2013/02/18/black-nurse-lawsuit-father-request-granted/1928253>

חשוב לאפשר לאנשי הצוות לזהות את הגבולות האישיים והמקצועיים שלהם בכשירות תרבותית, ולפתח דיון לגבי גבולות הרב-תרבותיות ברמה הארגונית.

כשירות תרבותית ברמת הארגון

הנושאים והכלים שנדונו עד כה עוסקים בכשירות תרבותית ברמת הפרט או הצוות. כחלק מהנושאים בסדנה מומלץ לדון בנושא הכשירות התרבותית בארגון, על מנת להכניס את הסדנה להקשר הארגוני. בחלק זה המשתתפים אינם מקבלים מיומנויות ספציפיות, אלא מידע על המאפיינים של ארגון מותאם תרבותית באופן כללי, אלו צעדים נעשו בארגון הבריאות שלהם, ומיהו הגורם האחראי בארגון הבריאות לביצועם. למשל:

- יצירת מדיניות המעודדת כשירות תרבותית בארגון.
- התאמת הסביבה הארגונית – כיצד ארגון הבריאות מתאים את השילוט לשפות העיקריות של הלקוחות, מעמיד לרשות המטפלים והמטופלים שירותים רוחניים למאמינים מדתות שונות, ומתאים את הסביבה הפיזית על מנת שמטופלים מתרבויות שונות ירגישו בה בנוח.
- התמודדות עם סוגיות ארגוניות רלוונטיות – בחינת שעות הפעילות, אופי הפעילות, ושירותים מיוחדים בראיית היכולות והמגבלות של הקהילות הצורכות את השירותים.
- קשר לקהילה – בחינת הקשר הקיים לגורמים מובילים בקהילות הצרכנים, ודרכים לחזק קשר זה.
- תפקידו של ממונה הכשירות התרבותית בארגון, וכיצד ניתן להיעזר בו במקרים שבהם קיים אתגר על-רקע תרבותי בטיפול ובשירות.

ניתן להציג דוגמאות מהתאמות תרבותיות שנעשו בארץ ובעולם, ולבחון את מידת הרלוונטיות שלהן לארגון שבמסגרתו מתקיימת הסדנה.

דיון בכשירות תרבותית ברמה הארגונית מאפשר לאנשי הצוות להבין באיזו מסגרת ההכשרות מתבצעות וללמוד על הפעולות שנעשו עד כה בארגון. חשוב שיכירו את ממונה הכשירות התרבותית, כמי שמתכלל את הפעילות בנושא, וככתובת להתייעצות במקרים נקודתיים.

נספח מס' 1: הכשרות בארגון כשיר-תרבותית

(פרק מס' 3 מתוך המסמך "הטמעת כשירות תרבותית בארגוני בריאות: מדריך מרוכז". פורסם ביולי 2013)

התוצר הרצוי: הפעלה של מערך הכשרות יסוד והכשרות המשך שיעניקו לצוותים ידע, מודעות ומיומנויות לטיפול כשיר-תרבות. כשירות תרבותית של עובד או של צוות הינה תהליך מתמשך ומתמיד ולא מתמצה ב"הרצאת בזק". חוזר המנכ"ל בנושא הנגשה והתאמה לשונית ותרבותית (07/11) ממליץ להכשיר את כלל העובדים בארגון, ובייחוד את המטפלים, בקורסים שעניינם הלימה תרבותית. החוזר אינו מפרט את התכנים או את אורך ההכשרה הרצוי, אך מומלץ לקיים סדנת בסיס באורך יום מלא, ומספר השתלמויות המשך במהלך השנה.

צעדים ראשונים:

- קיום הרצאת חשיפה למנהלים בארגון, שתעורר הדים חיוביים ותעניק את הדחיפה ההכרחית לתהליך מצד ההנהלה. מומלץ לערוך הרצאה זו בתחילת תהליך ההתאמה של הארגון, על מנת לגייס את הדרג הניהולי לתהליך. ניתן לערוך סדנה ראשונית המקשרת בין צמצום פערים בבריאות לבין כשירות תרבותית, לדון בהשלכות המשפטיות, הארגוניות והכלכליות המתחייבות מהשינוי, וכן להתוות צעדים להמשך הפעילות הארגון. רצוי שבסופו של מפגש חשיפה כזה, תוציא הנהלת הארגון הצהרה לעובדים בדבר מחויבותה לתהליך הכשירות התרבותית.
- ניסוח ההצדקה לקידום ההכשרות: מה הארגון יחסוך/ימנע ומה ירוויח בעקבות הכשרת עובדיו בתחום; מהו הערך המוסף לעובדים מהכשרה זו).
- הטמעת ההכשרות בתכנית העבודה השנתית של הארגון.
- קביעת מסגרת ההכשרה היעילה והמתאימה ביותר בארגון, בשיתוף מערך ההדרכה. קיימים מודלים שונים להעברת הכשרות הבסיסי: ימים שלמים, חצאי ימים, או כמה מפגשים קצרים. המודל האחרון מתאים יותר לבתי-חולים, לדוגמה, שאינם יכולים לשחרר צוותי מחלקות ליותר משעות בודדות. עם זאת, חשוב לקיים את כל חלקי המפגשים תוך פרק זמן סביר (כ-4 חודשים), על מנת להבטיח רצף של הלמידה וההטמעה.
- קביעת הרכב המשתתפים בכל סדנה (בחתך מקצועי או לפי צוותים אורגניים). השיטה המומלצת היא למידה אינטראקטיבית, היעילה לקבוצות המונות כ-20 משתתפים.
- קביעת התכנים – התפיסה המקובלת כיום בעולם היא שהכשרות היסוד אינן מתמקדות בקבוצות אוכלוסיה ספציפיות, אלא במתן ידע, מודעות וכלים לטיפול באוכלוסיות מגוונות. ראו בהמשך פרק זה נושאים אפשריים לסדנה.
- קביעת הגורם המכשיר – ניתן לבצע את ההכשרה באמצעות גוף חיצוני (שיבצע התאמות של נושאי הליבה לארגון הספציפי), או להכשיר עובדים מתוך הארגון להעביר תכנים אלה.

פעילויות בהמשך:

- התאמת ההכשרה לסקטורים השונים (למשל, רפואי, פארא-רפואי, מנהלה). בסיום התהליך, יעברו את ההכשרה כל העובדים, גם כאלה שאין להם מגע יום-יומי עם מטופלים. הנחת היסוד שלנו היא שהכשרה בנושאי הליבה של כשירות תרבותית רלוונטית לכל עובדי הארגון ומתנדביו, גם כאלה שאינם מטופלים ואפילו עובדים שאינם באים במגע ישיר עם קהל הלקוחות. באופן זה, תוטמע תפיסה של כשירות תרבותית לעובדים ולמטופלים בכלל הארגון.
- העברת הכשרות יסוד בהיקף של 8 שעות לפחות. מניסיונו, שמונה שעות הן פרק הזמן המינימאלי לקבלת כלים ראשוניים בכשירות תרבותית. אנו מציעים שהכשרת היסוד תסייע ברכישת כלים:
 - להגברת הרגישות להבדלים בין-תרבותיים בין המטפל לבין המטופל – באופן התקשורת, בערכי ליבה תלויי תרבות, בהבנת המשמעות של חולי ובריאות בקהילות שונות, בנורמות התנהגות תלויות תרבות וכד'.
 - ליצירת דיאלוג מוצלח במצבים שבהם קיימים הבדלים תרבותיים.
 - לשימוש יעיל במתווך לשוני ותרבותי (מתורגמן או מגשר).
 - להתמודדות עם הפער בין הציפיה לבצע התאמה לתרבות המטופל לבין עקרונות רפואיים ואתיים.
 - להתמודדות עם מתחים חברתיים ופוליטיים וגילויי גזענות בארגון.
 - להבנת ההטיות התרבותיות של העובדים ותפיסת המקצוע שלהם עצמם.

פעולות תחזוקה:

- קביעת השתלמויות המשך ומסגרות להדרכה נוספת (לדוגמה, ימי עיון, חקר מקרה, השתתפות בישיבות צוות), לאורך כול השנה. בהשתלמויות ניתן להרחיב את הידע לגבי אוכלוסיות ספציפיות, תפיסות בריאות וחולי בהקשר התרבותי, ודין במקרי מבחן שהתרחשו בארגון.
- קבלת מנגנון משוב והפקת לקחים מההכשרות.
- ביצוע הערכות לבדיקת הקשר בין ההכשרות לבין שיפור הטיפול.

נספח מס' 2: דוגמה למודל להעמקת דיאלוג בין-תרבותי

המודל שלהלן פותח על-ידי המרכז הבין-תרבותי לירושלים והוא מסתמך על מודלים מקובלים בעולם להעמקת הדיאלוג עם לקוח מתרבות שונה מתרבות הארגון ו/או נותן השירות. אין לראות אותו כמבנה קשיח, אלא כנקודת ייחוס שיכולה להשתנות גם היא בהתאם לסיטואציה ולשונות הבין-אישית במפגש.

1. **הבנת האופן שבו הלקוח מבין את הנושא לדיון (בעיה, הזדמנות לפעול לאורה וכד').** חשוב להתחיל בהקשבה לנרטיב, לעמדות ולנקודות המבט של הצד השני בקשר לתיאור המצב הקיים ותיאור הפער בין המצב הקיים למצב הרצוי. לעתים, נדמה למטפלים שאין צורך בחלק זה כי הם מבינים בנושא טוב יותר, ולכן אין תועלת בשמיעת הצד השני. גם יש חשש שככל שהצד השני ידבר יותר, הוא יתקבע בעמדתו. בפועל, המטופל מתקשה להקשיב כל עוד לא הקשיבו לו ולא הראו הבנה לנקודת המבט שלו (הבנה, כמובן, אין משמעה בהכרח הסכמה). ככל שהמטפל נותן לצד השני להתבטא, והמטפל מנסה בכנות להבין את נקודת מבטו, המטופל (או מלווהו) יהיו פתוחים יותר להקשיב. יתר על כן, המידע החשוב שנלמד על התפיסות של הצד השני יוכל לסייע למטפל בהסבר התפיסה שלו, תוך גישור ושימוש ככל האפשר בתפיסות, במושגים ובז'רגון של הצד השני.

שאלות שיסייעו להבין טוב יותר את גישת הלקוח הן לרוב שאלות פתוחות. שאלות פתוחות מסייעות כשיש פער בין-תרבותי המקשה על הלקוח לנהל את הדיון באופן שמותאם לצורת השיחה המקובלת בתרבותו. גם אם נראה ברגע הראשון שהתשובה אינה מתייחסת ישירות לשאלה, צריך לזכור שזו כנראה הדרך הטובה ביותר של הלקוח להסביר את עצמו.

שאלות שיסייעו ללמוד טוב יותר להבין את הצד השני, הן למשל: מה לדעתך גרם לבעיה או להעלאת הסוגיה? מדוע הבעיה התחילה כשהיא התחילה? מדוע קיימת הזדמנות כעת? מה גורמת הבעיה? מה מאפשרת ההזדמנות שנקרתה בדרכנו? כיצד היא משפיעה (עלינו)? עד כמה הבעיה חמורה? האם היא זמנית או לטווח ארוך? מה עוד קורה בעקבות הבעיה הזו? ממה את/ה הכי חושש ביחס לבעיה הזו?⁶

כמובן שאלו הן שאלות לדוגמה, ואופן ניסוח בפועל גם הוא דורש רגישות תרבותית. השאלות כאן מתייחסות לבעיה הדורשת פתרון, להזדמנות שצריך לנצל אותה, או לסוגיה שאינה בהכרח "בעיה" רפואית או כזו שקשורה ישירות לארגון הבריאות.

2. **הבהרת האופן שבו המטפל מבין את הנושא לדיון.** כעת המטפל יכול להבהיר את תפיסתו, תוך הסתייעות במה ששמע.

3. **הכרה בנקודות הדמיון וההבדלים בין ההסברים השונים.** חשוב מאוד להגדיר את ההסכמות והפערים בהבנת המציאות והסוגיה. נחוצה רגישות בין-אישית ובין-תרבותית להצגת קווי הדמיון ונקודות השוני בין ה"מודלים המסבירים" השונים. לעתים, הפערים יכולים רק להירמז, אך חשוב שלא יוסתרו. בדרך כלל, ככל שיש דמיון בין הצדדים, יש מקום להדגיש אותו כבסיס להמשך. כמובן שקל יותר להגיע לברית טיפולית ככל

⁶ חלק מהשאלות נלקחו מתוך "המודל המסביר של המטופל", שניסחו קליינמן, איזנברג וגוד (Kleinman, Eisenberg and Good, 1978)

שיש הסכמה בין הצדדים, אבל זה לא חיוני לרוב. צריך לזכור שהמטפלים זקוקים להסכמה לגבי מתווה העשייה – הסכמה על תפיסות העולם, גם אם היא מועילה, אינה חיונית לכך.

4. **הצעה של המטפל למתווה העשייה.** אנשי המקצוע או נותני השירותים הם שצריכים להציע את המתווה להמשך, באופן שלוקח בחשבון את כול הסוגיות שהועלו עד כה. הצעת המטפל תהיה גם נקודת ייחוס להסכמה, להתנגדות או להצעת חלופות. במקרים מסוימים, נכון להתחיל בהצעות של הצד השני (כלומר שלב 5 יתקיים אז לפני שלב 4) על מנת להגביר את תחושת האחריות לחיפוש פתרון על המטופלים. זה בהחלט אפשרי ובוודאי לגיטימי. עם זאת, ללא הצעה קונקרטית של המטפל על השולחן, עלול להיווצר דיון עקר ולא ענייני, שיגרום לסטייה ממצאת פתרון.

5. **התייחסויות להצעת המטפל והצעת הצעות אחרות.** קל יותר לנהל מפגש אם לאחר כל התהליך עד כה, המטופל יסכים לכול מה שהוצע לו. מצב כזה בהחלט יכול לקרות לאחר שהמטפל השקיע בהבנת המטופל, ובמצאת מענה לאופן שבו הוא מבין את הבעיה. עם זאת, לעתים קרובות עדיין ישנה אי-הסכמה על מתווה העשייה. חשוב להבין היטב את התייחסויות להצעה של המטפל כמו גם את החלופות המוצעות האחרות.

6. **משא ומתן ודיאלוג.** כשישנה אי הסכמה בין הצדדים, האינטואיציה של מטפלים היא להוסיף ולהכביר הסברים נוספים. מסתבר שמועיל הרבה יותר לשאול שאלות הבהרה שמסייעות לצד השני לקחת אחריות על הפתרון המתגבש ועל משמעויותיו. קל מאד להתנגד לפתרון ולהציע חלופות לא ריאליות – אבל ככל שהשאלות מבהירות יותר, כל הצדדים מבינים טוב יותר מה עובד ומה לא עובד. לעתים קרובות, מתברר למטפל שהידע, המיומנויות וחכמת החיים של האדם שיושב מולו יכולים למנוע פעולה שתתברר כשגויה. לכן, כדאי שהמטפל לא יפעל ממקום של "שכנוע" אלא של חיפוש אחר הפתרון האופטימלי. גם כאן, שאלות שסייעו להבין טוב יותר את גישת האדם שמול המטפל הן לרוב שאלות פתוחות, שמסייעות ללקוח להעביר מסרים ורמזים גלויים וחבויים בדבריו בהתאם לתרבותו. לדוגמה: מה עשיתם כדי לטפל בבעיה הזו? איזה סוג פתרון/טיפול יכול לסייע? מה את/הם מקווים להפיק מכך? כשיש בעיה, למי אתה/ם נוהגים לפנות לקבלת עזרה? מי היית רוצה שיהיה מעורב בפתרון הבעיה? האם יש משהו שעלול להתנגש עם ההמלצה שלי לפתרון? ואם כן, מי ומה אתה מציע לעשות? האם אתה חש שלא בנוח או לא בטוח ביחס לפתרון המוצע?

כמו קודם, אלו רק דוגמאות ויש להתאימן לנושא ולתרבות.

7. **החלטה.** חשוב לוודא שההסכמות שמתקבלות לא עמומות, וכדאי לתעד אותן באופן המובן על כל הצדדים. לעתים קרובות מדי, מפגש כזה נגמר בתחושה של הסכמה, ומייד אחר כך מסתבר שכל צד הבין משהו אחר. לכן זהו שלב חשוב. לעתים, יהיו כמה ניסוחים להחלטה – מותאמים לתרבויות השונות (מבחינת שפה, ז'רגון, וכד'). במקרים אלו, חשוב לוודא שמתווה העשייה בפועל יהיה זהה גם בניסוחים השונים. חשוב לוודא מהם המנגנונים שמוודאים ביצוע של החלטה ובקרה על קצב התקדמותה. לעתים קרובות מדי, הצדדים לא מרגישים מחויבות לקיים את מה שהסכימו עליו. כמובן שגם הדיון במנגנוני הבקרה על הביצוע, שרומז לתחושות חוסר אמון בין הצדדים, מחייב רגישות תרבותית רבה.

נספח מס' 3: דוגמאות לצירים תרבותיים

להלן כמה דוגמאות לצירים תרבותיים (Cultural Dimensions), שבהם תכונות סותרות נמצאות משני צדיו של הציר, ותרבויות שונות ממקמות עצמן בנקודות שונות על הציר כדי לתאר את היחסיות ביניהן בנוגע לערכים הנדונים. מובן שכל אדם הוא תוצר של מספר תרבויות שונות, כך שמיקומו על הציר מושפע מגורמים רבים.

- דיבור ישיר, "דוגריות" ↔ דיבור עקיף.
- חציית גבולות ↔ שמירת גבולות.
- כיבוד סמכות ↔ אתגור סמכות.
- שליטה בגורל ↔ פאטאליזם.
- לקיחת סיכונים ↔ הימנעות מסיכונים.
- אינדיבידואליזם ↔ קולקטיביזם.
- פרגמטיזם ↔ עקרונות.
- שאיפה להצלחה בטווח הארוך ↔ שאיפה להצלחות מיידיות.
- ניצחון/מצוינות כערך ↔ דאגה לאחר ולחלש כערך.

נספח מס' 4: דוגמה לכללים לתקשורת באמצעות מתווך לשוני

(מקצועי ובלתי מקצועי)

- שמרו על קשר עין עם המטופל, אפשרו למתורגמן לראות את שניכם. העדיפו לקיים את השיחה בישיבה במקום שקט. אם אתם יושבים, גם המתורגמן יישב.
- תנו למתורגמן להציג עצמו ותפקידו בשיחה – אם הוא איש צוות עליו לציין שכרגע הוא משמש כמתורגמן. אם מדובר במתורגמן מקצועי, הוא יציג את שמו, תפקידו, ואת כללי המפגש המתורגם.
- תדרכו את המתורגמן באשר למטרת השיחה – כמה מילים על המפגש יסייעו לאיכות התרגום. אם מדובר במתורגמן שאינו מצוות בית החולים, הדגישו את חובת הסודיות.
- דברו במשפטים קצרים, בקצב סביר, ואפשרו למתורגמן לתרגם מדי 2 - 3 משפטים.
- השתדלו לא להשתמש במינוח רפואי מסובך, בייחוד כאשר אתם נעזרים במתורגמן שאינו מקצועי.
- דברו ישירות אל המטופל ולא אל המתורגמן – אל תגידו "תשאלי את המטופל איפה כואב לו", אלא פנו למטופל, ושאלו "איפה כואב לך". בקשו מהמתורגמן שישתדל לתרגם באותו האופן.
- ודאו שהמטופל הבין: בקשו מהמתורגמן לומר למטופל להסביר את המסר במילים שלו, ושאלו שאלות לזיכרון ההבנה.
- אל תפחדו לעצור את השיחה, לשאול שאלות הבהרה או להבהיר שוב את כללי השיחה המתורגמת.
- בשימוש במתורגמן באמצעות הטלפון – זכרו שהמתורגמן אינו רואה את המתרחש בחדר, והשתדלו למסור לו פרטים חזותיים אם הם חיוניים. השתדלו שלא לדבר בבת-אחת, מאחר שלמתורגמן באמצעות הטלפון קשה הרבה יותר לנהל את השיחה כאשר אינו נוכח בחדר.

נספח מס' 5: סרטי הדרכה בתחום הכשירות התרבותית בישראל

כפרי שיתוף פעולה בין המרכז הבין-תרבותי לירושלים לבין חוקרות ומרצות מאוניברסיטת בר-אילן, הוכנו ארבעה סרטי הדרכה, העוסקים בכשירות תרבותית בתחום הבריאות והרווחה. הסרטים, הנטועים במציאות הישראלית, מתארים מפגשים בין נותן שירות לבין פונה או מטופל ומציגים את הפערים והחסמים תלויי-התרבות ביניהם. באמצעות הסרטים, מתאפשר דיון פעיל שהינו חלק חיוני בהטמעת עקרונות הכשירות התרבותית ובהנחלת כלים שימושיים בתחום.



ארבעת הסרטים מבוססים על מקרים אמיתיים. הסרט "יודעת מה היא רוצה" מתאר מפגש בין מטופלת מקהילת עולי אתיופיה, המבקשת לקבל זריקת "דפו-פרוברה" למניעת הריון, לבין רופאת משפחה שמבקשת לשכנעה להיעזר באמצעים אחרים. הסרט "ביקורת" מציג מפגש בין מטופלת דוברת רוסית שמגיעה לביקורת סוכרת שגרתית ביחד עם בתה המתבגרת לבין אחות דוברת עברית. בסרט "החלטנו", מאושפזת מוסלמית-ערביה, שהתגלה אצלה גידול סרטני בבלוטת התריס, נקרעת בין דעתו של הרופא (שגם הוא מוסלמי-ערבי) הסבור שניתוח מידי הוא חיוני, לבין דעתו של בעלה שיש לשחררה במהירות לביתה. הסרט "למען הילדים" מתרחש בלשכת רווחה, שבו מתנהל מפגש טעון בין עובדת סוציאלית לבין משפחה מהעדה החרדית בירושלים סביב העברה זמנית של הילדים לקרובי משפחה. לכל הסרטים מצורפות כתוביות בעברית, ערבית ואנגלית. כל סרט מתמקד בקהילה תרבותית אחרת, אך כל אחד מהם מסייע לדיון בנושאי הליבה העיקריים בתחום הכשירות תרבותית.



הסרטים הינם חלק ממערך הדרכה מקיף בכשירות תרבותית. מנחים שיכשיר המרכז הבין-תרבותי יוכלו להיעזר בסרטים כדי להעביר הדרכות בארגון הבריאות שלהם. לצורך זה, המרכז הבין-תרבותי לירושלים מציע לארגוני בריאות לקיים במסגרתם הכשרות מנחים בתחום הכשירות התרבותית. באופן זה יוכלו ארגונים אלו לקיים הכשרות פנימיות בתחום ולהתאים את תכני הסדנה לארגון הבריאות.