



כשירות דתית ותרבותית בטיפול רפואי בישראל

דוח סופי

מרכז טננבאום להבנה בין-דתית, בשיתוף פורום שלוש הדתות, חיבר דוח בנושא כשירות תרבותית ודתית בשירותי בריאות בישראל. מרכז טננבאום הוא ארגון חילוני, ללא שיוך דתי כלשהו וללא כוונות רווח, היושב בניו-יורק. המרכז מקדם כבוד הדדי באמצעות תכניות מעשיות המגשרות על הבדלים בין תרבותיים ונלחמות בדעות קדומות בתחום הבריאות, כמו גם במקומות עבודה, בבתי-ספר ובאזורים שבהם קיים סכסוך אלים. מרכז טננבאום מפתח הכשרות ומשאבים חינוכיים כדי לשנות את האופן שבו אנשים מתייחסים אלה לאלה, וכדי לעודד שונות.

תכנית הבריאות של מרכז טננבאום מתמודדת עם המציאות שבה דת משפיעה על הטיפול ועל קבלת ההחלטות של מטופלים במספר תחומי מפתח בטיפול הרפואי, כגון צניעות, הסכמה מדעת, תרומת איברים וכן החלטות וטקסים הנוגעים לסיום החיים – אך המטופלים לרוב אינם מצליחים להתייחס לסוגיות דתיות עם מטופלים בשל חוסר בזמן, בהכשרה ו/או במיומנויות תקשורת כדי לשאול על כך באופן מכבד. אי-הצלחה להכיר בצרכים הדתיים של המטופל ולתת להם מענה, עלול לפגוע באמון ובתקשורת ובסופו של דבר לדחוק לשוליים קבוצות תרבותיות ודתיות מסוימות, מה שמוביל לאי-שוויון בבריאות ולטיפול תת-תקני. מרכז טננבאום מכשיר מטופלים בפרקטיקות יסוד ובמיומנויות תקשורת חיוניות כדי שיוכלו לשאול בצורה מכבדת את המטופלים על אמונותיהם הדתיות, להגיב בהתאם ולצפות תחומי חיכוך אפשריים. אנו קוראים לצירוף זה של מיומנויות 'כשירות תרבותית ודתית'.

מרכז טננבאום חבר לפורום שלוש הדתות במזרח-התיכון כדי לבחון את השונות הדתית בטיפול הרפואי בבתי-חולים בישראל וכדי לאמץ מיומנויות תקשורת אפקטיביות ברפואה. פורום שלום הדתות עוסק במטרות אלה באמצעות סדנאות לחשיבה סקריפטואלית, בהשתתפות תלמידי רפואה וסיעוד בחמישה בתי-חולים ישראל (סדנאות אלו ידונו בפירוט בהמשך הדוח). מרכז טננבאום משלים את עבודת פורום שלוש הדתות באמצעות הערכת הצרכים שבדוח זה ובחומרי הכשרה לאנשי חינוך רפואי, על מנת שישמשו בהכשרת מטופלים בבריאות בנושא כשירות תרבותית ודתית. חומרי הכשרה אלה פותחו במרכז טננבאום באפריל 2015, בהתבסס על ממצאי דוח הערכת הצרכים.

הערכת הצרכים היא תוצאה של מחקר ושל ראיונות חסויים ואישיים עם עשרה עובדים במערכת הבריאות בישראל. בראיונות השתתפו ארבעה רופאים בעלי התמחויות כגון נאונטולוגיה, פסיכיאטריה, גריאטריה ורפואה פנימית; שלושה אנשי סיעוד; ושלושה אנשים העובדים עם בתי-חולים כיועצים. שבעה מהמראיינים היו מעורבים ישירות בפעילויות כשירות תרבותית. שמונה מהמראיינים היו ישראלים-יהודים, שניים ערבים-ישראלים – אחד נוצרי ואחד מוסלמי. יש לציין שהראיונות נערכו באנגלית, ולא בעברית או ערבית, עובדה שעשויה להטות את מדגם האנשים שיכולנו לראיין לטובת הפרויקט.

אורך כל ראיון נע בין 45 – 60 דקות. במהלך הראיונות שאלנו על התפקידים של המראיין בארגון; כיצד דת ותרבות עולה בארגונים ובחוויה המקצועית והאישית שלהם בטיפול; ואלו אסטרטגיות הם מכירים להגברת הכשירות התרבותית והדתית בשירותי בריאות בישראל. באמצעות הראיונות והמחקר בחנו מהי התשתית הקיימת למתן טיפול כשיר-תרבות לאוכלוסיות הדתיות השונות בישראל; מהם האתגרים למתן טיפול כשיר תרבותית ודתית; ואלו המלצות יכול מרכז טננבאום להמליץ כדי לשפר את איכות הטיפול עבור מטופלים מאוכלוסיות תרבותיות ודתיות מגוונות בישראל. תוצאות הראיונות שולבו בדוח זה. מידע מזהה של המראיינים והסיפורים שסיפרו הוסרו או שונו מעט, במקרה הצורך, לטובת שמירה על חסיון המשתתפים.

הנתונים דתיים ותרבותיים על ישראל

הנתון הראשון שיש לדון בו הוא הצורך בטיפול כשיר תרבותית ודתית. ישראל הנה אומה שיש בה שונות דתית עצומה. כיום, 75% מהתושבים הם יהודים ו-21% ערבים. בקרב האוכלוסיה הערבית, 83% הנם מוסלמים, 9% נוצרים ו-3% דרוזים. בסך-הכול, 17% מכלל התושבים בישראל הנם מוסלמים (כמעט כל המוסלמים הם סונים¹). חלק קטן יותר מהאוכלוסיה בישראל הנו ללא שיוך דתי (3.1%), נוצרי (2%), בודהיסט (1%), הינדי (1%), שייך לדת עממית (המוגדרת כ"דת אשר מתקיימת בקהילות קטנות ומקומיות אשר אינן פועלות לפי הנורמות של מערכות גדולות"²) (1%) או בני דתות אחרות (1%)³. יתר על כן, גם הרוב היהודי במדינה אינו עשוי מקשה אחת. בתוך רוב זה, 43.4% מהיהודים מזדהים כלא-דתיים או חילונים, 38.1% מזדהים כמסורתיים, 9.6% כדתיים ו-8.8% כחרדים⁴. בנוסף, דת היא כוח חשוב בחייהם של ישראלים רבים. מחקר שהזמינה קרן אבי-חי ב-2012 ופרסמו מרכז גוטמן והמכון הישראלי לדמוקרטיה מצא כי 80% מהיהודים החיים בישראל אומרים שהם מאמינים באלוהים – שיעור גבוה מאחוז היהודים הישראליים שצינו כי הם מאמינים באלוהים במחקרים שנערכו ב-1991 וב-1999. במחקר זה נמצא גם כי 72% מהיהודים הישראליים סבורים שתפילה יכולה לסייע למצבו של אדם וכי 76% מהיהודים הישראליים שומרים כשרות⁵. הנתונים מראים כי שיעור גבוה של יהודים ישראלים הנם שומרי-מצוות באמונתם ובנהגיהם וכי רמה זו של אמונה עשויה להיות רלוונטית בסביבה טיפולית-רפואית החל מאנשים המתפללים בעת מחלתם וכלה בבקשות לארוחות בכשרות ספציפית בזמן האשפוז.

שונות דתית בין ובתוך מסורות אמוניות היא מקור לאתגרים שונים⁶. בישראל מתרחשים סכסוכים פוליטיים וחברתיים רבים וידועים בין יהודים, מוסלמים ובני מיעוטים דתיים אחרים. אחד מהסכסוכים האחרונים התרחש בקיץ 2014, אז התנהל ירי רקטות בעזה בין צה"ל לבין חמאס ומיליציות אחרות⁷. סכסוכים ואי-הסכמות מתרחשים גם בתוך קבוצות דתיות. בישראל קיימים קונפליקטים רבים בין יהודים חרדים וחילונים. יהודים חילונים חוששים ששיעור הילודה הגבוה בקרב חרדים, בשילוב עם שיעור גבוה של אבטלה ועוני שנגרם בחלקו מהחלטתם להתמסר ללימוד תורה ולא לעבודה בעיסוקים "מודרניים" יותר, משפיע באופן שלילי על כלכלת ישראל, השפעה שרק תגבר ככל ששיעורים של החרדים יעלה יחסית לשיעור החילונים. חרדים רבים, לעומתם, סבורים שלימוד תורה הוא ההופך את ישראל למדינה יהודית, בניגוד למדינה שבה יש שפה או תרבות משותפת אך לא דת משותפת. בדומה לכך, יש יהודים חילונים המאמינים שחרדים אינם צריכים לקבל פטור משירות צבאי. כיום, רוב החרדים משתמשים בפטור זה מאחר שהם מעוניינים לעסוק בלימוד תורה, אך יהודים חילונים רבים סבורים שכך נוצר נטל מוגזם על שאר אזרחי ישראל. בינתיים, חרדים הם הקובעים את הקריטריונים לנישואין, לגירושין ולהגדרת מיהו יהודי בישראל. סוגיות אלה מונחות ע"י ההלכה אשר מציבה הגדרות על נישואין (לדוגמה, ילדים של נשים שאינן נשואות אינם יכולים להינשא ליהודים), גירושין (נשים אינן יכולות ליזום גירושין, ועל בעליהן לפתוח בהליך זה). המצב מכעיס יהודים חילונים הסבורים שיש לקבוע סוגיות אלה באמצעות חקיקה אזרחית ולא הלכה דתית⁸.

בישראל קיימת גם שונות תרבותית ואתנית, המושפעת ברובה מהגירה. שלושים ושלושה אחוזים מתושבי המדינה הנם עולים שהגיעו ממדינות באירופה, באפריקה, במזרח-התיכון ובצפון אמריקה: המדינות שמנה הגיעו הכי הרבה עולים לישראל הן

¹ Jewish Virtual Library (2015). *Vital Statistics: Latest Population Statistics for Israel*. Retrieved from https://www.jewishvirtuallibrary.org/jsources/Society_&_Culture/newpop.html.

² Encyclopedia.com (2015). Folk Religion. Retrieved from <http://www.encyclopedia.com/doc/1O101-Folkreligion.html>

³ Pew Research Center. (2010). Population All Israel. *Pew-Templeton Global Religious Futures Project*. Retrieved from http://www.globalreligiousfutures.org/explorer/custom/#?subtopic=15&chartType=pie&data_type=percentage&year=2010&religious_affiliation=all&countries=Israel&destination=to&age_group=all

⁴ Central Bureau of Statistics (2012). Persons Aged Over 20 by Religiosity and by Selected Characteristics. *Statistical Abstract of Israel-2012*. Retrieved from http://www.cbs.gov.il/reader/shnaton/templ_shnaton_e.html?num_tab=st07_06x&CYear=2012

⁵ Fleisher, M. (2012, January 30). Survey: Big Upswing in Religiosity in Israel. *The Jewish Press*. <http://www.jewishpress.com/news/survey-big-upswing-in-religiosity-in-israel/2012/01/30/>

⁶ Heller, A. & Sharf, I. (2014, May 5). Ultra-Orthodox Jews Gradually Enlist In Israeli Military As Haredim Recruitment Increases. *The Huffington Post*. Retrieved from http://www.huffingtonpost.com/2014/05/05/ultra-orthodox-jews-israel_n_5268526.html

⁷ Reuters. (2014, September 3). Israel shows evidence of rocket fire from Gaza schools. Retrieved from <http://www.reuters.com/article/2014/09/03/us-mideast-gaza-toll-idUSKBN0GY1DS20140903>.

⁸ Yates, J. (2012). Haredim vs. Secular: Israel's Internal Culture War and the Fight for Israeli Identity. Retrieved August 13, 2015, from https://hamilton.edu/documents/Joshua_Yates_Levitt_paper.pdf

רוסיה, מרוקו, רומניה, אוקראינה, פולין, ארצות-הברית ואתיופיה.⁹ חשוב להבחין בין "עולים ותיקים" אשר הגיעו לישראל עם קום המדינה, לבין "עולים חדשים" שהגיעו לישראל בשנים האחרונות ויתכן שיש להם צרכים שונים, שחלקם משפיעים על מפגשים בתחום הבריאות. מהגרים אחרים ממדינות כמו סודאן ואריתריאה הם מבקשי מקלט שלרוב אין להם ביטוח רפואי ולכן קיים עבורם קושי בנגישות לשירותי רפואה מונעת. רבים ממהגרים אלה הם מוסלמים, דבר שמשפיע על האופן שבו הציבור הישראלי תופס אותם (למשל, יתכן שהם נתפסים כ"פחות ישראלים" בשל זהותם הדתית ולפיכך שהם פחות זכאים לשירותי בריאות).¹⁰

מתחים דתיים ואתניים בישראל מתרחשים בהקשר רחב יותר. יש לצפות, אם כך, שמתחים אלה יגלשו גם לתחום הבריאות וישפיעו על מפגשים בין מטפלים לבין מטופלים, בין מטפלים לבין עצמם ובקרב אוכלוסית המטופלים. לדוגמה, אחד המרואיינים סיפר כי שמע מטופלים יהודים מעירים על כך שמטופלים מוסלמים עוקפים מטופלים יהודים בתור לקבלת בדיקות האולטרה-סאונד שלהם. מרואיינים אחרים סיפרו שלעתים מטופלים יהודים מסרבים לקבל טיפול מרופאים ערבים (מוסלמים או נוצרים). מרואינת שלישית ציינה כי לעתים מטופלים יהודים לא רוצים להתאשפז באותו חדר עם מטופלים ערבים, או להפך. מרואינת זו ציינה שהיא מכירה אחות ערבית שמסתייגת מטיפול במטופלים ערבים שאינם ישראלים. אותה אחות מאמינה שעמיתה לכודה בין שני צדי הסכסוך הישראלי-פלסטיני וסבורה שערבים לא-ישראלים השפיעו באופן שלילי על יכולתה לחיות כערביה ישראלית. מתח זה גרם לה לחוש עוינות כלפי מטופלים ערבים, עד כדי כך שהעדיפה שלא לטפל בהם.

מרואיינים אחרים דיברו באופן כללי יותר על העובדה שממוסלמים בישראל הנם ממדינות הנלחמות בישראל ו/או נתפסים כמזדהים עם מדינות אלה. יש להבין את היחסים בין מטפלים יהודים ומטופלים ערבים בהקשר הסכסוך המתמשך שבו נתונה ישראל.

הבלוג שמנהל המרכז הבין-תרבותי לירושלים¹¹ מתעד גם הוא את הקונפליקטים המוצאים את דרכם אל היחסים בין מטפל לבין מטופל. לדוגמה, צוות מרפאה בירושלים שהבחין בעליה מהירה במספר החרדים בשכונה, הביע חשש שמטופלים חרדים "כופים את מערכת האמונות שלהם על כל מה שסביבם". מאידך, חשו המטפלים לחץ להביא מטופלים למרפאות שלהם מאחר שהביצועים שלהם נמדדו, בחלקם, על-פי היעילות הכלכלית של המרפאה. המרכז הבין-תרבותי לירושלים העיר בבלוג שנראה כי הצוות הרגיש שהמאבק שמתקיים בקהילה ובמרפאה משקף את "המאבק הרחב יותר לשליטה בירושלים בין יהודים חרדים ולא-חרדים".¹²

בטיפול הרפואי ובשירותי בריאות עשויים להתקיים מתחים תרבותיים ואתניים נוספים. מאמר מ-2012 מציג מספר מקרים שבהם בתי-חולים ישראלים סירבו לטפל בפונים ממוצא אפריקאי, לכאורה מאחר שלא היה להם ביטוח רפואי.¹³ להלן כמה מהדוגמאות שצוינו במאמר:

- בית-החולים סירב לטפל באישה אריתראית שסבלה מכאבי בטן עזים, מאחר שלא היה לה ביטוח.
- בית-חולים בתל-אביב הצהיר כי יגביל קבלת חולים ויאסור ביקורים על מבקשי מקלט מאפריקה "מחשש להפצת מחלות זיהומיות בקרב מטופלים אחרים".
- אותו בית-חולים הצהיר שיפריד בין מטופלות ממוצא אפריקאי וישראלי במחלקת יולדות, גם אם נמצא שהמטופלות מאפריקה אינן חולות במחלה זיהומית. תינוקות ממוצא אפריקאי וישראלי הופרדו גם הם. משרד הבריאות הוקיע את המהלך.

⁹ Pew Research Center. (2010). Top countries of origin for immigrants to Israel. *Pew-Templeton Global Religious Futures Project*. http://www.globalreligiousfutures.org/explorer/custom/#/?subtopic=22&chartType=bar&data_type=percentage&year=2010&religious_affiliation=28&countries=Israel&destination=to

¹⁰ Aid Organization for Refugees and Asylum Seekers in Israel (2015). *Welfare and Health*. Retrieved from <http://assaf.org.il/en/content/welfare-and-health>

¹¹ The Jerusalem Intercultural Center Blog. (2014, June 17). New in Healthcare Cultural Competency Services – Consultation on Issues Pertaining to Jewish Law. [Web Log Post]. Retrieved from <http://jicc.org.il/category/blog/>

¹² The Jerusalem Center Intercultural Center Blog (2013, July 13). Cultural Competency in the Health Care System – for the Haredi sector. [Web Log Post]. Retrieved from <http://jer-icc.org/blog/?cat=9%20%20Outlines%20tensions%20between%20increasing%20Haredi%20population%20in%20formally%20non-Haredi%20areas%20of%20Jerusalem>

¹³ Guarnieri, M. (2012, July 30). Israeli hospitals refusing to treat African patients. *+972 Magazine*. Retrieved from <http://972mag.com/israeli-hospitals-refusing-to-treat-african-patients/52120/>

- בתחילת 2011 סרב רופא מאילת לטפל באישה אפריקאית הרה, ואמר לה שאינו מטפל במטופלים מסודאן.
- בסוף 2010, בית-חולים באשקלון סירב לטפל אדם מאריתריאה שהותקף ברחוב ע"י אדם ישראלי, למרות שהפונה דימם.

חשוב לזכור שנגישותם של מבקשי מקלט לשירותי בריאות מורכבת מאוד וכי סטנדרטים שונים חלים על סוגים שונים של מבקשי מקלט, ועל ילדים בשונה ממבוגרים. יש סיבות רבות לכך שמבקשי מקלט אינם מקבלים שירותי בריאות; נראה כי אפליה גלויה היתה גורם במצבים שתוארו לעיל, אך יש בתי-חולים החוששים חשש אמיתי מכך שמבקשי מקלט נושאים מחלות זיהומיות, או כאלה המתקשים לטפל במטופלים חסרי-ביטוח בשל משאבים מוגבלים.

השפעת הזהות על אינטראקציות עם האחר

נראה כי אנשי רפואה וסיעוד בישראל מודעים לאופנים שבהם דת עשויה להשפיע על הטיפול הרפואי ועל קבלת החלטות אצל מטופלים. המטופלים שראינו ציינו כי הם רגילים למטופלים שמבקשים ארוחות כשרות או חלאל, או מבקשים להתייעץ עם סמכות דתית לפני קבלת החלטות הנוגעות לבריאות. נראה כי מטופלים בישראל מכירים יותר את המפגש בין דת לבין תרבות מאשר מה שאנחנו רואים אצל מטופלים בארצות-הברית. יתכן שהדבר נובע בשל הרמה הגבוהה של דתיות בקרב ישראלים-יהודים, כפי שצינו לעיל. בנוסף, יהדות ואסלם הן דתות המבוססות במידה רבה על פרקטיקות (למשל, אכילת אוכל כשר או חלאל, תפילה יומית, קיום ימי צום או חגים דתיים אחרים, לבוש הקשור לדת) אשר מופיעות לעתים קרובות בתחום הבריאות. לפיכך, נראה שבתי-חולים ורופאים רגילים לזהות ולבצע התאמות לצרכי בריאות הנוגעות לאמונות ולפרקטיקות דתיות של המטופלים שלהם.

למרות שמטופלים מקבלים לעתים קרובות בקשות להתאמות דתיות המבוססות על דת, אנו במרכז טנבאום משערים שלא כל המטופלים בבריאות (כמו מטופלים בתחומים אחרים, כולל בארצות-הברית) מכירים בהשפעה שיש לזהויות שלהם – בין אם גזעיות, אתניות או דתיות – על האינטראקציות שהם מקיימים עם מטופלים. לדוגמה, מרואינת אחת סיפרה לנו שהיא חששה שביית-החולים ה"חילוני" שלה מבצע התאמות רבות מדי לפרקטיקות דתיות ומאבד את זהותו החילונית. אותה רופאה ציינה שרבות מהמטופלות הבדואיות שלה העדיפו שבעליהן יקבלו בשמן החלטות בריאותיות בנוגע לפרייון. היא הסבירה שכאישה צעירה היא הוטדה מהתנהלות זו וניסתה לשכנע את מטופלותיהן לקבל בעצמן החלטות הנוגעות לבריאות. עם הגיל, היא הגיעה בהדרגה למסקנה שבמשפחות מסוימות התקשורת עם הבעל היא דרך התקשורת האפקטיבית ביותר לתקשורת עם המטופלת עצמה. בשתי דוגמאות אלה המשקפיים של הרופאה עצמה (זוית הראיה התרבותית/דתית/חברתית) השפיעו על האופן שבו תפסה את בית-החולים שלה כארגון בריאות ועל הצורה שבה תקשרה עם מטופלים.

המשקפיים שמרכיב המטפל עשויים להשפיע על המפגשים הקליניים הנוגעים לאבחון ולטיפול. פסיכיאטר אמר לנו כי טיפול באנשים מתרבויות ומדתות אחרות עשוי להיות מורכב מאחר שאי-אפשר להיות בטוחים האם התנהגות מסוימת (לדוגמה, אישה בשנות השלושים לחייה החיה עם אביה) הנה נורמטיבית במסגרת התרבות והדת של אותו מטופל. מרואיין אחר, אשר מכשיר מטופלים בנושא אתיקה רפואית בהקשר המוסלמי ציין כי המטופלים היהודים שהוא עובד עמם מציינים לעתים קרובות כי הם מטופלים במוסלמים במשך שנים, לעתים עשורים שלמים, אך עדיין לא יודעים כלום על אמונות ופרקטיקות באסלאם – באופן כללי ובהקשר הרפואי, שיכולות להשפיע על אפשרויות הטיפול שהם מציעים למטופליהם. מרואינת אחרת ציינה שמאחר שהיא יהודיה דתית, היא מבינה את בקשותיהם של מטופלים ליטול ידיים לפני טקסים דתיים, ומסייעת להיענות לבקשות אלה, באופן שחלק מעמיתיה המגיעים מרקע תרבותי שונה, אינם עושים.

מרואיין רביעי נתן כדוגמה את האופן שבו רופאים עשויים להניח הנחות לגבי הבחירות הרפואיות של מטופליהם, בהתבסס על אמונותיהם הדתיות של אותם מטופלים. יש רופאים אשר מטופלים בעיקר בנשים חרדיות ומניחים שאף אחת מאותן מטופלות לא תרצה לקבל מידע לקבל אפשרויות למניעת הריון. (למרות שנשים חרדיות רבות ירגישו בנוח להשתמע באמצעי מניעה שונים, אחרות ירצו להתייעץ עם סמכות רבנית כדי לקבל היתר לפני השימוש באמצעי מניעה, מכל סיבה שהיא. בנוסף, נושא הפרייון קיבל הקשר פוליטי בישראל, ומשפחותיהן, קהילותיהן או הרבנים של נשים חרדיות מעודדים אותן ללדת יותר ילדים מאשר יהודים חילונים או נשים ערביות¹⁴). במפגשים אלה, התפיסות וההבנות שיש לרופאים כלפי נשים חרדיות משפיע על אפשרויות הטיפול שהם מציעים למטופלות.

¹⁴ Meacham, T. (2009, March 1). Contraception. *Jewish Women: A Comprehensive Historical Encyclopedia*. Retrieved from <http://jwa.org/encyclopedia/article/contraception>

בנוסף, מטפלים עשויים שלא להיות מודעים לאופן שבו זהויותיהם משפיעות על האופן שבו הם תופסים עמיתים ומתקשרים. עם. בעוד שחלק מהמראיינים תיארו את סביבת העבודה כמכלילה ומותאמת להבדלים דתיים, אחרים חוו חוויה הפוכה. מראיין אחד סיפר כי מתחים חברתיים ופוליטיים עשויים לגלוש לאינטראקציות בין אנשי הצוות בבית-החולים, ורק לעתים נדירים ארגוני הבריאות מכירים בכך שמתחים בין אנשי צוות יהודים ומוסלמים אכן קיימים. אחת המראיינות ציינה שקיימים מתחים על בסיס אתני (או דתי) בבית-החולים ושמתיחים אלה מחריפים כאשר מתרחש משבר חברתי או פוליטי רחב יותר בישראל. היא ציינה, לדוגמה, ששמעה עובדים יהודיים מתווכחים עם עובדים ערבים, ולאחר מכן ממלמלים "ערבים!", בעודם עוזבים את המקום.

נראה כי מטפלים ישראלים מכירים בכך שהדת היא מאפיין חשוב עבור מטפליהם וכי היא משפיע על ההחלטות שמטפליהם מקבלים. עם זאת, יתכן שהם אינם מודעים באותה מידה לאופן שבו הרקע והזהויות שלהם עצמם ביחס לדת עשויים להשפיע על האופן שבו הם מתקשרים עם מטפלים ועם עמיתים. יתרה מכך, הזהות הדתית של בית-החולים עצמו – חילונית, יהודית, או מזוהה עם מסורת דתית אחרת – עשויה להשפיע על האופן שבו מטפלים באנשים ואיזה סוג התאמות מוכן בית החולים לבצע. הזהות של בית-החולים עשויה אפילו להשפיע על זהות המטפלים שיגיעו אליו לקבל טיפול – מטפלים אחרים אמרו לנו שמטפלים מבצעים הפרדה-עצמית על בסיס דתי, כאשר ערבים מוסלמים הולכים לבתי-חולים הידועים כמטפלים בערבים מוסלמים, חרדים הולכים לבתי-חולים הידועים כמטפלים בחרדים, ויהודים חילונים הולכים לבתי-חולים הידועים כמטפלים בחילונים. אדם אחד שראינו ציין שיש רופאים, ביחוד בבתי-חולים שמטפלים בחרדים, הנמצאים בקשר עם רבנים, ושאותו רב מיעץ לבני קהילתו ומעודד אתם ללכת לאותו מטפל ספציפי. הרופא, שאינו רוצה לאבד את ההמלצה של הרב, עשוי לחוש שהוא אינו יכול לסתור את תורתו של הרב בסוגיות בריאות ולא לתת, לדוגמה, אמצעי מניעה לנשים. במקרים כאלה, כל הזהויות של מטפלים, מטפלים, מנהיגי קהילות דתיות וארגוני בריאות, ממלאות תפקיד בטיפול שמקבל המטופל בסופו של דבר.

הדבר ממחיש את המתח החשוב ביחס למתן טיפול כשיר תרבותית בישראל. חלק מבתי-החולים בישראל מחזיקים בעיקר בזהויות חילוניות, וחלקם בעיקר בזהויות דתיות – יהודית, נוצרית או מוסלמית. למרות שאין הגדרה סטנדרטית לדבר שהופך בית-חולים לחילוני או לדתי, זהויות אלה עשויות להתבסס על ההיסטוריה של בית-החולים (מי הקים את בית-החולים ולאילו מטרה), ההנהלה, או הדמוגרפיה הדתית של אוכלוסיית המטופלים. יש מטפלים שהביעו חשש לגבי המידה שבה בית-חולים חילוני יכול לשמור על זהותו החילונית בעודו מציע התאמות לבקשותיהם של מטופלים שומרי מצוות להתאמות דתיות כמו אוכל אשר מתאים לכשרות הספציפית שלהם.

מראינת אחת שיתפה אותנו בדוגמה נוספת למתח זה. בבית-החולים שבו היא עובדת יש בריכה, ששימשה לטיפול פיזיותרפיה. מטופלים חרדים פעלו מול בית-החולים כדי להציע קוד לבוש עבור הרופאים שעבדו שם, על מנת לכבד את דרישות הצניעות של הקהילה החרדית. חלק משינויי הלבוש נתפסו כקיצוניים בעיני מספר אנשי צוות, אשר התלוננו כי כופים עליהם להתלבש על מנת להיענות לדרישות אוכלוסיית מטופלים דתית, על אף שעבדו בבית-חולים חילוני. קוד הלבוש שנקבע בבית-החולים היה דרך חשובה לסייע למטופלים חרדים להרגיש בנוח להשתמש בבריכה הטיפולית. אימוץ לבוש שעומד בדרישות הצניעות של המטופלים עשוי לסייע למטפלים להפגין טיפול כשיר תרבותית ודתית. עם זאת, אם העובדים אינם מרגישים נוח עם השינוי, על הנהלת בית-החולים להיות מודעת לכך שהשינוי ישפיע על הפרודוקטיביות ומצב-הרוח בעבודה, ועליה להיות מוכנה להציע פשרה. דוגמה לפשרה היא להקצות שעות מיוחדות שבהן תשמש הבריכה רק מטופלים חרדים, ואז יעבדו בה אנשי צוות המוכנים להיות לבושים על-פי קוד הלבוש הנלווה לכך.

נושא ספציפי זה היה רק אחת הדרכים שבהן התבטא המתח בין היענות לצרכים דתיים לבין השמירה על זהות חילונית. מראינת אחרת הביעה בגלוי את חששותיה כי התאמה לאמונות הדתיות של כל המטופלים תביא לשינוי בארגונים, שיתאימו עצמם לאמונות ולפרקטיקות של קבוצה אחת על חשבון האמונות והפרקטיקות של אחרות.

כאשר עוסקים בכשירות תרבותית ודתית בשירותי בריאות בישראל, חייבים להכשיר מטפלים על האופן שבו הזהויות הדתיות, התרבותיות והחברתיות שלהם (ואלה של הארגונים שלהם) משפיעים על הטיפול במטופל, וללמד אותם על המקומות שבהם הדת עשויה להיות רלוונטית למטופלים.

פער בהכשרה ובחינוך

רוב המראיינים ציינו שבתי-החולים שלהם אינם מציעים הכשרה מעמיקה בכשירות תרבותית ודתית, אך חשו כי הם ועמיתיהם ייצאו נשכרים מהכשרות כאלה. מראיינים רבים סיפרו שהכשירות הלשונית משתפרת במהירות רבה יותר מאשר תחומים אחרים בכשירות תרבותית. למעשה, אחד מהמראיינים ציין שבבתי-החולים שלו אנשים סבורים ששילוט נגיש-לשונית ושירותי

מתורגמות הם כל מה שנדרש כדי להיות כשירים תרבותית. עם זאת, הוא סבר שבית-החולים שלו צריך לפעול יותר בתחום הכשירות התרבותית, מאחר שכשירות לשונית היא רק היבט אחד במכלול הכשירות התרבותית. מרואיין אחר קבל על כך שלמרות שקיימים מודלים להכשרות בין-תרבותיות, אף אחד מהם אינו מותאם להקשר התרבותי והדתי הייחודי שקיים בישראל. יש בתי-חולים שהתחילו להטמיע הכשרות בכשירות תרבותית ומשרד הבריאות וכן ארגונים כמו המרכז הבין-תרבותי לירושלים הציעו הכשרות בנושא זה (הכשרות אלה ידונו בפירוט להלן). עם זאת, הכשרות אלה הן בשלבים ראשוניים ורבים מהמוראיינים הביעו רצון להכשרה עמוקה יותר מזו שיש להם כיום.

מדיניות ואסטרטגיות בארגון

מרואיין אחד ציין כי קיים חוסר באסטרטגיות ובכלים ממוסדים שיוכלו לסייע למטפלים להתמודד בצורה אפקטיבית ועקבית יותר עם סוגיות של דת ותרבות מול המטופלים. לדוגמה, רבים מהמטפלים שעמם שוחחנו ציינו שבתי-החולים שלהם אינם שואלים את המטופלים שלהם לגבי שיוכם הדתי, כאשר הם ממלאים טופס קבלה. במקום זאת, הם מאמינים שהמטופלים יידעו אותם אם יהיו להם חששות על רקע דתי או סבורים שהם יוכלו לדעת באופן אינטואיטיבי מהם החששות הדתיים של מטופל בהתבסס על אופן לבוש או שמו. שמענו תחושות דומות גם בקרב מטפלים בארצות-הברית. אנו במרכז טננבאום ממליצים שמטפלים ישאלו עוד, מעבד לשאלה הראשונית שמוצאים בדרך-כלל בטופס הקבלה, וישאלו מטופלים באופן יזום ומתמשך לגבי חששותיהם הדתיים הנוגעים לטיפול. איש מהמטופלים שעמם שוחחנו לא לקח היסטוריה רוחנית (כלומר, שאל מטופלים אם יש להם אמונות או פרקטיקות אשר עשויות להיות רלוונטיות במהלך הטיפול הרפואי). כתוצאה מכך, מטופלים עשויים להסתייג מלהעלות חששות דתיים מול רופאיהם. לכן חשוב שרופאים ישאלו באופן יזום על חששות על-רקע דתי, וששאלות אלה יהיו חלק ממדיניות הארגון, במטרה להעניק למטופלים טיפול כשיר תרבותית ודתית.

יתר על כן – כפי שידון בפירוט להלן – נראה שבבתי-חולים לא קיימות מדיניות ארגונית רשמית (או שאף אחד מהעובדים שעמם דיברנו לא היה מודע לקיומן) שמטרתן לתת מענה לצרכים הדתיים של העובדים, כגון בקשות להיעדרויות במועדים דתיים, או בקשות ללבוש מסוים מסיבות דתיות. מרואיינים רבים ציינו כי בקשות אלה נענות, אם כי באופן מאוד בלתי-פורמלי. עם זאת, מרואינת אחת ציינה שהיא נתקלה בקושי להיעדר בחגים דתיים והאמינה שזו בעיה שגם עובדים אחרים נתקלים בה. למרות שיתכן שצרכים דתיים רבים של עובדים נענים בדרך כלל ללא מדיניות רשמית, ברור שיש עובדים שחוו אי-היענות. לכן, מדיניות בנושא הנה חלק מפרקטיקה נכונה, כמו גם פרסום ברור של המדיניות, על מנת לסייע לעובדים להרגיש נוח יותר לבקש התאמות ולמנוע קונפליקטים בעתיד.

לסיכום, מספר גורמים מצביעים על הצורך בכשירות תרבותית ודתית של מטפלים במערכת הבריאות בישראל: השונות הדתית בישראל, השפעת הדת על אינטראקציות בין אנשים בישראל, הבולטות של הדת כזהות בהקשר הבריאותי והעובדה שמטפלים אינם מיישמים אסטרטגיות, כגון לקיחת היסטוריה רוחנית, להתייחסות לסוגיות של דת מול המטופלים.

מדיניות ופרקטיקות קיימות

מדיניות ופרקטיקות של הממשלה

לשמחתנו, ישראל מתייחסת כיום לסוגית הכשירות התרבותית במספר דרכים. ראשית, משרד הבריאות בישראל פרסם בפברואר 2011 חוזר בנושא כשירות תרבותית. חוזר זה מתווה עקרונות וסטנדרטים לאומיים להתאמה והנגשה תרבותית ולשונית במתן שירות בארגוני בריאות¹⁵. בין השאר, דורש החוזר שכל הטפסים הדורשים את חתימת המטופל, שילוט בבית-החולים, ומרכזי שירות טלפוניים יהיו בעברית, אנגלית וערבית; על-פי הרכב האוכלוסיה, יתכן שבתי-החולים יידרשו להציע את הטפסים בשפות נפוצות נוספות, כמו רוסית. החוזר גם דורש לספק שירותי מתורגמות (באמצעות מתורגמן שכיר, צוות דו-לשוני או שירות טלפוני) בכל מקרה שבו נדרש הדבר במהלך הטיפול.

בנוסף, מחייב החוזר שכל ארגוני הבריאות יכשירו לפחות איש צוות אחד בדרג ניהולי כ"ממונה כשירות תרבותית", בנוסף על

¹⁵ The Jerusalem Foundation. (2012, March). Cultural Competence in the Health Care System in Jerusalem: Report on 2011 Activity. Coexistence: The Jerusalem Foundation. <http://www.jerusalemfoundation.org/media/30967/Cultural-Competency-2011-Detailed-Report.pdf>

מחויבותיו האחרות, וממליץ שכל אנשי הצוות ישתתפו בהכשרות לכשירות תרבותית¹⁶.
בתי-חולים וארגוני בריאות אחרים פועלים ליישם את דרישות החוזר; כל מטפל שראינו ציין שכיום יש בביית-החולים ממונה
כשירות תרבותית (לעתים המראיין עצמו מילא את התפקיד), וחלק מהמראיינים דיברו גם על פעילויות בכשירות תרבותית
שנוקט הארגון שלהם – לדוגמה, תרגום שילוט או הפקת סרטוני הדרכה המדמים אינטראקציות בין רופא לבין מטופל.
החוזר הוא יוזמה המסייעת להבהיר כי כשירות תרבותית נמצאת גבוה בסדר העדיפויות של משרד הבריאות. עם זאת, רבים
מהמראיינים ציינו שיישום החוזר איטי ממה שהיו רוצים, וכי מתקיימות הכשרות ספורדיות בלבד, לחלק מאנשי הצוות.

יוזמות נוספות של משרד הבריאות כוללות ערכת הרכשה למטפלים בסוגיות של כשירות תרבותית, הכוללת תשעה תרחישים
העוסקים במטופלים מרקעים דתיים ותרבותיים שונים; שירות מתורגמנות טלפוני לערבית, רוסית אמהרית וצרפתית (כל היחידות
הממשלתיות ושתי קופות חולים יכולות להשתמש בשירות); קורס הכשרה בן ארבעה ימים בכשירות תרבותית שהתקיים בסתיו
2014, ובו השתתפו 66 אנשים מבתי-חולים ומקופות חולים בישראל; וכן תמיכה תקציבית לקופות חולים לקדם שוויון בבריאות,
בכלל זה באמצעות פעילויות בתחום הכשירות התרבותית.

תכניות ומשאבים נוספים

אחד המשאבים הקיימים בנושא כשירות תרבותית בשירותי בריאות הוא המרכז הבין-תרבותי לירושלים. המרכז הבין-תרבותי
נוסף ב-1999 "במטרה לסייע לתושבי העיר, על זהויותיהם השונות, להיות שותפים פעילים ואחרים לגורל העיר ולפיתוח
קהילותיהם"¹⁷. המרכז הבין-תרבותי לירושלים פועל במגוון דרכים לסייע לאנשי מקצוע, לפעילים ולארגונים לקדם דיאלוג קהילתי
בירושלים – אחת מדרכים אלה היא קידום מידע ואסטרטגיות לעודד ולאפשר טיפול רפואי כשיר תרבותית. במהלך הראיונות
שקיימנו, שוחחנו עם עובד בארגון אשר סיפר לנו שעבודת המרכז בתחום הבריאות מתחלקת לשלוש קטגוריות: הכשרות
במתורגמנות רפואית; הכשרות בכשירות תרבותית לצוות, כולל הכשרה לממוני כשירות תרבותית בשתי קופות חולים, "מכבי"
ו"לאומית"; ועבודה ישירה וסדירה עם ממוני הכשירות התרבותית (באמצעות מפגש חודשי, לדוגמה) כדי לבחון אלו שינויים יש
לבצע ברמה הארגונית. המרכז הבין-תרבותי גם מציע משאבים, לדוגמה דפי מידע על חגים וימי מועד לדתות השונות בישראל
(דפי-מידע אלה מתמקדים בתחום הבריאות וכוללים המלצות כיצד על הצוות והנהלה להתנהל בחגים אלה בהקשר הבריאותי);
וכן מדריכים ליישום כשירות תרבותית בארגוני בריאות. משאבים אלה זמינים בעברית ובאנגלית באתר המרכז הבין-תרבותי.

בנוסף לעבודתו של המרכז הבין-תרבותי לירושלים, קיימת תוכנית מיוחדת שמפעילה "שירותי בריאות כללית" (אחת מקופות
החולים הגדולות בישראל) וארגון הג'וינט (ארגון יהודי לסיוע הומניטרי) שמטרתה לקדם את בריאותם של עולי אתיופיה ברפואת
הקהיל ומציעה מודל מעניין לטיפול בין-תרבותי. תכנית "רפואה שלמה" החלה לפעול ב-1984. מטרת התוכנית היא לשפר את
הטיפול בקהילת עולי אתיופיה בישראל (כ-80 אלף איש עלו מאתיופיה לישראל מאז שתכנית "רפואה שלמה" החלה לפעול).
התוכנית היתה נחוצה מאחר שמחסומי תרבות ושפה הקשו על העולים מאתיופיה לנווט במערכת הרפואה הקהילתית ובשירותי
בריאות אחרים, ועל הרופאים לאבחן את העולים ולטפל בהם. כתוצאה מכך, חוו העולים מאתיופיה פערים בבריאות, פערים
ש"רפואה שלמה" שמה לה למטרה לסגור.

מטרות תכנית "רפואה שלמה" היו לשפר באופן מהותי את השירותים הניתנים ברפואת הקהילה באמצעות הפיכתם להולמים
תרבותית; לגרום לעולי אתיופיה להיות שותפים פעילים יותר בטיפול בעצמם ובמעקב אחר בריאותם; ולמנוע שינויים מזיקים
באורח החיים באמצעות חינוך וקידום בריאות. התוכנית התכוונה להשיג מטרות אלה באמצעות עולים מאתיופיה שיועסקו
כמגשרי בריאות ומתווכים בין-תרבותיים בין המטופלים והמשפחות; הכשרת הצוותים הקליניים במיומנויות הכשירות התרבותית
הספציפיות לצרכי מטופלים יוצאי אתיופיה; וביצוע פעילויות לחינוך לבריאות עבור עולים חדשים. עד כה, נחלה התכנית הצלחות,
כולל ירידה בשיעור האשפוזים בקרב חולים אסתמה ושיפור בשמירה על משקל ועיסוק בפעילות גופנים בקרב חולי סוכרת¹⁸.

¹⁶ The Jerusalem Foundation. (2012, March). Cultural Competence in the Health Care System in Jerusalem: Report on 2011 Activity.

Coexistence: The Jerusalem Foundation. Retrieved from <http://www.jerusalemfoundation.org/media/30967/Cultural-Competency-2011-Detailed-Report.pdf>

¹⁷ The Jerusalem Intercultural Center. About the JICC. [JICC.org.il](http://jicc.org.il). Retrieved from http://jicc.org.il/heb/?page_id=22

¹⁸ Levin-Zamir, D. (2007, December 20). "Refuah Shlema" – Cultural Liasons in Primary Care Lessons Learned from 10 Years of Implementation. *New York/Jerusalem Dialogue Project Series of Webinars Exploring Cultural Competency: Health Care Meeting the Challenges of Diverse Societies*. <http://cc.nyjerusalemdialogue.org/>

¹⁹ N. Nirel, S. Ismail, M. Taragin. (2002). The Effect of the "Refuah Shlema" Intervention Program for Ethiopian Immigrants on the Care and Health Status of Patients with Asthma and Diabetes. *Myers-JDC-Brookdale Applied Research for Social Change*. Retrieved from <http://brookdale.jdc.org.il/?CategoryID=192&ArticleID=170>

התכנית, כמו פעילויות נוספות שצוינו לעיל, מייצגת צעדים חיוביים שננקטו כדי להפוך את מערכת הבריאות בישראל ליותר כשירת-תרבות.

תכנית נוספת הזמינה לבתי-חולים בישראל הפועלים למתן טיפול רפואי כשיר תרבות היא התכנית לחשיבה סקריפטואלית של פורום שלוש הדתות. התוכנית מבוססת על הרעיון שיהודים, נוצרים ומוסלמים מקיימים אינטראקציות בישראל אך שלעיתים נדירות בלבד יש להם הזדמנות ללמוד יותר אלה על תרבותם של אלה. פורום שלוש הדתות משתמש בשיטה שנקראת חשיבה סקריפטואלית, אשר פותחה באוניברסיטת קיימברידג'. בסדנאות, קוראים משתתפים מדתות ומתרבויות שונות מתוך הקוראן, הברית החדשה והתנ"ך ומשתמשים בטקסטים אלה כבסיס לדיון. פורום שלוש הדתות פועל כיום בחמישה בתי-חולים בישראל ומשתמש בשיטת החשיבה הסקריפטואלית כדי לסייע למשתתפים לשפר את האינטראקציות שלהם עם עמיתים מרקעים שונים. בשלושה מתוך חמשת בתי החולים, ההכשרות הנן חובה, בהתבסס על חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא כשירות תרבותית.²⁰

מדיניות ופרקטיקה ארגונית

נוסף על הדרישות החוקיות, המשאבים והתוכניות שצוינו לעיל, בתי-חולים רבים ובתי-ספר לרפואה עוסקים בפעילות לכשירות תרבותית בדרכים שונות. מרואיינת אשר בית-החולים שלה מסונף לבית-ספר לרפואה ציינה שבית-הספר מציע קורסים בכשירות תרבותית, המתמקדים בדת, וכן גם בהקשר התרבותי הרחב יותר. היא ציינה שבית-הספר לרפואה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב מציע קורסים בתקשורת ובקבלת החלטות אשר נוגעים גם בתרבות. רופא אחר, מבית-החולים האנגלי בנצרת, ציין שהוא עובד עם משרד הבריאות בהפקת סרטי וידאו המראים אינטראקציות מטפל-מטופל. הסרטים יראו רופאים המתקשרים עם מטופלים על מתן מידע רפואי קליני, אך יכללו כמה אינטראקציות שבהן דוגמאות כיצד לשוחח עם מטופלים כאשר החשש העיקרי במפגש מתקשר לתרבות. אותו רופא סיפר שהוא מלמד רפואה רב-תרבותית באוניברסיטה שבית-החולים שלו מסונף אליה. פעילויות ספציפיות של בתי-חולים בנושא כשירות תרבותית כוללות:

- בית החולים "ביקור חולים" קיים קורס מתורגמות רפואית ל-33 אנשי צוות, כולל תרגום ליידיש, קיים שלוש סדנאות הכשרת-יסוד ל-80 אנשי צוות וקיבל 30 בקשות פורמאליות לתרגום בע"פ מדי חודש.
- בשנים 2011 - 2012 יזם המרכז הירושלמי לבריאות הנפש פעילויות ברמות שונות הנוגעות לבריאות הנפש ולכשירות תרבותית.
- בית-החולים הדסה הר-הצופים הציע שש הכשרות יסוד בכשירות תרבותית ל-115 אנשי צוות. בנוסף, חוברת המידע למטופל וטפסים אחרים תורגמו לערבית (חצי מתוך 28 אלף מטופלים שאושפזו בהדסה הר-הצופים מדי שנה הם ערבים (או מדברים ערבית); 60-70 איש ביקשו שירותי מתורגמות מדי חודש.
- בית-החולים אלון הכשיר את כל אנשי הצוות בכשירות תרבותית, וכל העובדים החדשים עוברים הכשרת יסוד בכשירות תרבותית. אלון ממשיך לפעול להתאים את הסביבה הפיזית לאוכלוסיות מטופלים מגוונות, בכלל זה שילוט וטפסים.
- "שירותי בריאות כללית" הציעו הכשרות יסוד בכשירות תרבותית לצוות במרפאת נווה יעקב, וכן מפגש-המשך ל-25 אנשי צוות במרפאות קהילה באזור ירושלים.²¹

אתגרים והתנהלות מקצועית טובה יותר בטיפול

מרכז טננבאום פיתח כלי בשם "15 נושאי טריגר" – 15 תחומים שבהם, כך זיהינו, מצטלבת הדת עם הטיפול הרפואי. אנו נוקטים בגישה זו מאחר שלדעתנו קיום הכשרות על אמונות ופרקטיקות בדתות ספציפיות עלולות להביא לסטריאוטיפיזציה, מאחר שהן מתעלמות מהשונות הקיימת באמונה ובפרקטיקה של פרטים בתוך אותן מסורות דתיות. ההתמקדות בנושאי טריגר

²⁰ Three Faiths Forum. 3FF Middle East. Retrieved from <http://www.3ff.org.uk/programmes/middle-east.php>.

²¹ The Jerusalem Foundation. (2012, March). Cultural Competence in the Health Care System in Jerusalem: Report on 2011 Activity. Coexistence: The Jerusalem Foundation. <http://www.jerusalemfoundation.org/media/30967/Cultural-Competency-2011-Detailed-Report.pdf>

כוללים אלה היא מסגרת אפקטיבית יותר עבור מטפלים לחשיבה על דת וטיפול, מאחר שהיא מסייעת להם לזהות ולטפל באתרים שהם פוגשים באופן תמטי, ומול מגוון מסורות אמוניות. במהלך הראיונות שקיימנו, שאלנו על "נושאי טריגר" אלה, והשתמשנו בהם כמסגרת למחקר. המידע האנקדוטלי מראה את הקונפליקטים העלולים לצוץ בין דת לבין טיפול רפואי בישראל, ומציג פרקטיקות טובות יותר לפתרון קונפליקטים אלה.

דרישות הסעדה: יש מטופלים בעלי מגבלות מזון על רקע דתי, אשר יכולות להשפיע על הארוחות שלהם בזמן האשפוז. בישראל, הרעיון של היענות לדרישות הסעדה דתיות (ארוחות כשרות וחלאל, לדוגמה) נראה מובן מאליו. כל המטפלים שעמם שוחחנו ציינו שבת-החולים שלהם מספקים ארוחות כשרות – למרות שלדבריהם מטופלים שומרים כשרות במגוון רחב של דרכים. לכן, יהיו מטופלים שעדיין יביאו מזון כשר מחוץ לבית-החולים מאחר שהם שומרים על דרישות כשרות מחמירות יותר מאלה של בית החולים. בנוסף, יש מטופלים מוסלמים שגורמים, שלא במתכוון, לעברה, כשהם מכניסים אוכל לא כשר לבית-החולים, ביחוד בפסח שבו חלות מגבלות נוספות בתחום המזון. בדוגמה זו, יצטרכו בתי-חולים לאזן בין הצרכים של מטופלים יהודים ומוסלמים (או לא-יהודים אחרים). בית-החולים צריך להסביר לכל המטופלים איזה מזון אפשר ואסור להכניס לבית-החולים לאורך כל השנה. בנוסף, בית-החולים צריך לפעול מול כל המטופלים כדי לוודא שהם מרגישים רצויים בבית-החולים ושנענים לדרישות ההסעדה שלהם.

הסכמה מדעת: עקרון האוטונומיה – כלומר שמטופלים מקבלים החלטות עצמאיות על פי ערכיהם וסדרי העדיפויות שלהם – זוכה לעדיפות גוברת בקהילה הרפואית בעולם. עם זאת, עקרון זה אינו בעל משקל זהה בכל תרבות, ויש תרבויות ודתות השמות דגש רב יותר על קבלת החלטות כיחידה משפחתית או עם מנהיג דתי. לדוגמה, יהיו מטופלים שירצו שבן משפחה או מנהיג דתי יקבל החלטות בשמם ביחס למחלה או לפגיעה, מבלי שאלה ידעו מהי האבחנה שלהם. מראיינת שעמה שוחחנו הדגישה שבית-החולים שלה מתאמץ להעצים מטופלים כדי שיקבלו החלטות בעצמם, מה שיכול להתנגש עם רצונם של מטופלים שהרב או האימאם יקבל החלטות רפואיות בנוגע אליהם. יש גם דוגמאות שבהן הבעל מקבל החלטות רפואיות בשמה של אשתו, בשל סיבות תרבותיות או דתיות. הדוגמאות ששמענו בראיונות כוללות בעל שביקש שהצוות לא יגלה לאשתו שהתינוק שלהם חולה במחלה קשה, או בעל שרצה למנוע מאשתו לעבור כריתת-שד מצילת חיים. במקרים אלה, אחד המראיינים ציין שבית-החולים מנסה לנהל משא-ומתן בסוגיות אלה ולמצוא פשרה על בסיס החששות והמניעים של בית-החולים, של המטופל ושל בן/בת-הזוג והמשפחה. מראיין אחר ציין שלרוב הם מכבדים את בקשות המשפחה שלא למסור אבחנה מסוימת למטופל, ביחוד אם החלטה זו לא תשנה את תכנית הטיפול ואם המטופל אינו שואל שאלות מפורטות. במצבים כגון אלה, טוען מרכז טננבאום כי הכשרת הצוות בשילוב יזום של בני משפחה או מנהיגים דתיים בשיחה או בתהליך קבלת ההחלטות, הוא מעשה חיוני להכרה בהבדלים התרבותיים, תוך כיבוד האוטונומיה של המטופל.

מצפון: התנגדויות מצפוניות עשויות להשפיע על האינטראקציות שמקיימים מטפלים עם מטופלים – לדוגמה, אם מטופל מבקש להפסיק טיפולים תומכי-חיים והרופא מחזיק בתפיסה תרבותית ו/או אתית לפיה יש לעשות הכול כדי לשמור על המטופל בחיים, או אם מטופלת מעוניינת לבצע הפלה והמטפל מחזיק באמונה מוסרית או אתית אשר אוסרת עליו לבצע הפלה. כפי שתואר בדוח, אחת המראיינות סיפרה שבצעירותה היא האמינה שצריך תמיד למסור למטופלות שלה את כל המידע הנוגע למצבן ולטיפול בהן – וככל שהתבגרה היא התגמשה והבינה יותר על הנורמות התרבותיות אשר מצריכות תקשורת עם הבעל כדרך לעבוד עם האישה. היא הוסיפה שהכשרות או תכניות אחרות היו עוזרות לרופאים צעירים לפתח גמישות והבנה זו. שתי דוגמאות אלה ממחישות את ערכן של הכשרות הבונות את מודעותם של מטפלים לגבי האופן שבו הזהויות החברתיות והאישיות שלהם משפיעות על האינטראקציות עם מטופלים. הכשרות אלה מעניקות למטפלים כלים לניהול מצבים שבהם המצפון הדתי או המוסרי של המטפל או הארגון (במונחי מדיניות ופרקטיקות) מתנגש עם זה של המטופל ו/או משפחתו. במקרים כאלה, האתגר הוא לאזן בין כיבוד והתאמה לאמונות הדתיות של המטפל, מבלי להשפיע על נגישותו של המטופל לטיפול ועל איכות הטיפול או להתפשר על האוטונומיה של המטופל. בתי-חולים צריכים לשאוף להתאים לאמונות ולפרקטיקות הדתיות של המטפל, תוך הכרה בכך ש בבית-חולים קיימים עניינים, פרט להתאמות אלה.

הריון ולידה: מראיינת אחת סיפרה שחלק ממטופלותיה מסתייגות מניתוח קיסרי מאחר שהן חוששות שהדבר יפגע ביכולתן ללדת ילדים נוספים, ויעודד את בעליהן לשאת נשים נוספות. במקרים כאלה יש למטפלים הזדמנות להכיר בכך שהעדיפויות והחששות העיקריים של המטופלת עשויים להיות שונים מאוד מאלה של המטפל. יתכן שהמטפלים ימליצו על ניתוח קיסרי מאחר שהוא עדיף מבחינה רפואית, ולא יבינו שמטופלת עשויה להעדיף חלופה מסוכנת יותר כדי למנוע השפעה שלילית על היחסים הזוגיים שלה לאחר הלידה. במקרים כאלה, חיוני שלמטופלים יהיו המיומנויות הנחוצות לשוחח עם מטופלות כאלה כך שבסוף המפגש (או סדרת מפגשים) תבין המטופלת את הסיכונים הרפואיים והמטפל יבין את חששותיה של המטופלת, על מנת להעניק את הטיפול המתאים והמועדף.

סוף החיים: על פי ההלכה היהודית, קיים איסור לסיים חיים, וניתן לפרשו כאסור על הסרה או כיבוי של אמצעים מלאכותיים לשמירה על חיי המטופל. דבר זה עשוי להוביל למספר סוגיות. לדוגמה, למטופל עשויות להיות העדפות לגבי סיום החיים המתנגשת עם ערכיו הדתיים של המטפל. יכולים להיות גם מקרים שבהם מטופל ו/או משפחתו רוצים להמשיך בטיפול ובית-החולים מרגיש שזהו שימוש בלתי-הולם של משאבים רפואיים. בדוגמאות שבהן נוצר קונפליקט בין המטופל/המשפחה לבין המטפל, שיחה עם כל הצדדים הנוגעים בדבר עשויה לסייע בהבנה טובה יותר של החששות/הפחדים של כל הצדדים, ואז להציג את הפתרונות האפשריים. מלווים רוחניים עשויים להיות רבי-ערך בשיחות על סוף החיים או בסיוע בשיחות בין הרב של המטופל או מנהיג דתי אחר לבין המטפל. (עם זאת, כפי שייטען בדוח, יש צורך לפתח בישראל ליווי רוחני קבוע יותר ממה שקיים כיום.) קונפליקטים אלה ממחישים גם כמה חשוב לשאול מטופלים לגבי אמונותיהם והפרקטיקות הדתיות שלהם בתחילת הטיפול: אם קיים קונפליקט בין המטופל/משפחה לבין הרופא/בית-החולים, עדיף לזהות אותו מוקדם ככל האפשר, כדי למצוא פתרון לפני שפורץ משבר.

למרות שחשוב תמיד לקיים תקשורת הולמת ומכבדת בין רופא לבין מטופל, החוק הישראלי מכיר בדרך חדשנית לנהל קונפליקטים בסוגיות סיום החיים. יש מטופלים ובני-משפחה יהודים המפרשים את ההלכה כאוסרת על עצירת פעולות משמרות חיים, אך מאמינים שניתן להימנע מהתחלת פעולות תומכות חיים אשר מעכבות את הפטירה²². מתוך תפיסה זו, העבירה הכנסת ב-2005 חוק המאפשר "המתת-חַסד פסיבית" – כלומר אמצעים מלאכותיים המחזיקים את המטופל בחיים יופעלו בשעון-עצר של 24 שעות. בתום כל 24 שעות יכולים מטופלים ומשפחות לבקש ולקבל הארכה – או לא. אם לא יבקשו, המכשירים המספקים תמיכת-חיים מלאכותית יופסקו אוטומטית, מבלי שהרופא יצטרך להפר את ההלכה היהודית בשל כיבוי אקטיבי של המכשירים²³.

ארגוני בריאות עשויים להיתקל במכשולים נוספים בסוגיות סוף החיים. ישנן אמונות דתיות ותרבותיות בקרב מטופלים מוסלמים המשפיעים על העדפותיהם לגבי טיפול בסוף החיים, ולעתים למטפלים אין את הידע או המיומנות לשאול ולהתייחס אליהן. לעתים קיימות מצוות טקסיות אשר מהוות אתגר לבתי-החולים או למטפלים. אחת מהמראיינות סיפרה שבעבר טיפלה באישה ערביה שעמדה למות, וכל משפחתה המורחבת והקהילה הגיעה לבית החולים להתאבל עליה. ברגע מסוים, היו למעלה מ-100 איש במסדרונות בית-החולים, וכמה אנשי צוות חששו כי לא יוכלו לעבוד ביעילות בסביבה זו. עם זאת, בית החולים חשש שאם יבקש ממשפחות ערביות להפחית את מספר המבקרים, הדבר ייתפס כאפליה מאחר שלמטופלים יהודים מגיעים פחות מבקרים לבית-החולים ולכן אין צורך לבקש את אותה הבקשה. במקרים כאלה, חשוב לוודא שצרכי המטופל והעדפותיו נענים ככל האפשר, מבלי לפגוע ביכולת הצוות לבצע את משימותיו. אם הפרקטיקה הדתית של המטופל פוגעת בבירור ביכולת הצוות לעבוד, יהיה זה הולם לבקש מהמטופל מפרקטיקה זו או לשנותה. יש להעביר בקשה זו בזהירות ולהבהיר שהיא מבוססת על צרכי התפעול של בית-החולים ולא על דעה קדומה כלשהיא כלפי אוכלוסייה דתית או כלפי הפרקטיקה עצמה. בית-החולים צריך לנסות לעבוד עם המטופל והמשפחה כדי למצוא פשרה שתענה על חלק מצרכיו הדתיים של המטופל, ובה-בעת תאפשר לצוות בית-החולים לעבוד בצורה יעילה.

תרומת איברים: עד לאחרונה, דורגה ישראל בתחתית רשימת המדינות המערביות בנושא תרומת איברים. הדבר נובע ברובו בשל ההלכה היהודית האוסרת על חילול המת, שיש המפרשים אותה כאיסור על תרומת איברים. בנוסף, יהודים דתיים וחרדים רבים לא מוכנים לקבל מוות מוחי כמוות, מה שמציב בעיות נוספות לתרומת איברים. כתוצאה, קיים נתק בין חברים רבים בקהילה הרפואית לבין חברי הקהילה הדתית בנושא תרומת איברים. נתק זה יצר חוסר אמון ציבורי רב בנושא תרומת איברים; משפחה אחת אף ניסתה לגנוב את גופת יקירה מחדר המתים של בית-החולים מאחר שחששה שבית-החולים יבצע ניתוח שלאחר-המוות כנגד רצון המשפחה²⁴. השיעור הנמוך של תרומת איברים בישראל ממחישות את האתגר שבין אמונות ופרקטיקות של יחידים לבין הגנה על טובת הציבור.

דרך אפקטיבית להתמודד עם קונפליקט זה, ועם סוגיות נוספות בבריאות הציבור, היא לעבוד עם מנהיגים דתיים ועם קהילות. החברה לתרומת איברים על פי ההלכה (The Halachic Organ Donor Society) נחלה הצלחה רבה בהעלאת שיעור תרומות האיברים בישראל, באמצעות פניה לרבנים להדגיש את הנקודה שההלכה מתפרשת כך שהצלת חיים היא בעלת חשיבות עליונה, וגוברת על דרישות דתיות אחרות לגבי שלמות הגוף לאחר המוות. בנוסף, הרבנות הראשית לישראל קיבלה את המוות המוחי כרגע המוות. יש בתי-חולים שעשו עבודה דומה בתחום תרומת איברים באמצעות ארגון כנס או יום לימוד, שבו נציגים מזרמים שתיים שונים תמכו בתרומת איברים.

²² Isserles, Rabbi Moses. Shulchan Aruch YD 339:1

²³ Siegel-Itzkovich, J. (2005, June 12). Knesset Passes Euthanasia Bill. *The Jerusalem Post*. <http://www.jpost.com/Health-and-Sci-Tech/Health/Knesset-passes-euthanasia-bill>

²⁴ Berman, R. (2007, September). HODS on IBA News: Organ Donation and Jewish Law. *The Halachic Organ Donor Society*. Retrieved from http://www.hods.org/english/h-issues/YouTube_video%20pages/IBANews_4.asp

עם זאת, קהילות ופרטים עשויים עדיין להתנגד לדעה זו ולהחזיק בדעה שמוות הינו הפסקת פעולת הלב והנשימה ולא הפסקת פעילות המוח. בנוסף, השונות בין מסורות דתיות פירושה שיש יהודים שאינם מקבלים אפילו תרומת איבר מהמת, בהתבסס על אמונה המתנגדת לחילול הגופה לאחר המוות. למרות הצלחת המאמצים החברה לתרומת איברים על פי ההלכה וגופים אחרים להגביר את תרומות איברים, חשוב לזכור שאין עדיין דעה אחידה בקרב האוכלוסייה היהודית בישראל בקשר לתקפות המוות המוחי כרגע המוות, או הקבילות של תרומת איברים הכרוכה באנשים שמתו מוחי או תרומה מן המת.

כיום קיימת אפשרות לאזרחים ישראלים להחזיק כרטיס לתרומת איברים שבו כתוב כי במקרה של מוות מוחי הם ירצו שרבי יהיה מעורב בהחלטה האם תותר תרומת איברים. ב-2012 העבירה הכנסת חוק לפיו אם לשני מטופלים יש צורך רפואי זהה בהשתלת איבר, ואחד מהם חתם על כרטיס תורם, תינתן עדיפות בהשתלה לאותו מטופל. חוק זה, יחד עם קמפיין פרסומי וחינוכי בנושא תרומות איברים שנערך עם מנהיגי קהילות דתיות, הביאו לעליה של 60% בהשתלות איברים ב-2012.²⁵

למרות שרוב הדיון הציבורי בנושא תרומת איברים נסוב סביב הגישות ביהדות כלפי תרומת איברים, חשוב לזכור שלאנשים מדתות שונות יש התנגדויות על בסיס דתי לתרומת איברים, או שהם מרגישים מחויבות דתית לתרום איברים. באסלאם, לדוגמה, יש לכבד את הגופה לאחר המוות ואין לחלל אותה. כתוצאה מכך, קיימות שתי אסכולות ביחס לתרומת איברים – אחת שגורסת שהצלת חיים גוברת על המחירים האישיים הכרוכים בתרומת איברים, ואחרת הסוברת שהצלת חיים אינה מחויבות אבסולוטית, אם כרוך בה מחיר משמעותי. יש מוסלמים העשויים לחשוש מתרומת איברים לאנשים שאינם בני-דתם. ככלל, ההחלטה אם להיות תורם איברים היא החלטה אישית המבוססת על הפרשנות של אדם ביחס למחיר הכרוך בתרומת האיברים. ניתן לעודד מוסלמים להתייעץ עם איש דת בתהליך ההחלטה.²⁶

נושא תרומת האיברים, בהיבט הרחב, הוא נושא הנוגע לבריאות הציבור, אך יש לו השלכות גם על המפגשים הטיפוליים. מטפלים צריכים להיות מודעים לסיבות הדתיות שבשלן מטופלים עשויים לסרב לתרום איבר, ולהתייחס לסוגיה זו בכבוד וברגישות כדי לבנות אמון. מטפלים צריכים להיות מודעים למקורות שמציעה החברה לתרומת איברים על פי ההלכה כך שיוכלו לתת המלצות מושכלות או להפנות מטופלים או משפחות למקורות אלה.²⁷

אתגרים בארגון הבריאות כמקום עבודה

נוסף על נקודות הממשק בין הדת לטיפול באדם, כפי שצוין לעיל, עשויות אמונות ופרקטיקות דתיות להשפיע על האינטראקציות בין עמיתים, ועל היחסים בין עובדים לבין ארגוני הבריאות שהם עובדים בהם. מרכז טננבאום יצר כלי נוסף, 'עשרה סימנים מעידים להטיה', אשר מפרט את התחומים בהם הטיית גליות וסמויות כלפי עובדים, על בסיס דתי, עשויות להיווצר במקום העבודה. מצאנו עדות לחלק מעשרת הסימנים המעידים להטיה בארגוני בריאות בישראל:

הופעה חיצונית: מרואיינת ציינה כי בבית-החולים שהיא עובדת בו יש נטייה ללבוש צנוע יחסית, למרות שלא קיימת מדיניות ספציפית (שהיא מודעת אליה) לאכוף פרקטיקה זו. היא שמה לב שעובדי בית-החולים מורשים להתלבש באופן צנוע יותר מהסטנדרט הבלתי-פורמלי שנקבע, אך לא פחות ממנו. כאשר נשאלו לגבי הסוגיה, ציינו מרואיינים רבים כי בבתי-החולים שלהם לא קיימת מדיניות רשמית בנושא לבוש, או שלא היו מודעים למדיניות כזו. נראה כי הגדרה של לבוש צנוע יותר או פחות מבוססת על מה שמקובל ללבוש בבין החולים ומה שנתפס, ככלל, כמקצועי. מספר מרואיינים ציינו כי לבוש מסוים על רקע דתי, כגון מטפחות ראש, מותר כל עוד הוא בצבעים המתאימים לצבעים שעובדי בית-החולים יכולים ללבוש כחלק מהמדים שלהם. מרואיין אחד ציין גם כי בחדר-הניתוח עולים לעתים קונפליקטים לגבי ביגוד דתי של מטפלים (שרוולים ארוכים, לדוגמה) המפריע לתקני ההגיינה שיש לשמור עליהם במהלך ניתוח. לרוב, יש דרך לשמור על כללי ההגיינה ובה-בעת לוודא שאיש צוות מרגיש שמכבדים אותו – אך אין מדיניות כתובה בנושא. מרכז טננבאום ממליץ לאמץ מדיניות המבהירה כי עובדים רשאים ללבוש לבוש הקשור לדתם, אלא אם אותו לבוש מהווה סכנה בטיחותית או הגיינית. במקרה זה, בית-החולים צריך לקיים דיון עם העובדים האמורים כדי לבדוק אם ניתן לגבש פשרה המאפשרת לעובד לשמור על כללי הצניעות שלו, וגם למלא אחר דרישות הבטיחות וההגיינה של בית-החולים.

²⁵ Ofri, D. (2012, February 16). In Israel, a New Approach to Organ Donation. *The New York Times Well Blog*. Retrieved from <http://well.blogs.nytimes.com/2012/02/16/in-israel-a-new-approach-to-organ-donation/>

²⁶ National Health Institute. Islam and organ donation: A guide to organ donation and Muslim beliefs. Retrieved from http://www.organdonation.nhs.uk/how_to_become_a_donor/religious_perspectives/leaflets/islam_and_organ_donation.asp

²⁷ The Halachic Organ Donor Society. Frequently Asked Questions About Halachic Aspects of Organ Donation. *The Halachic Organ Donor Society*. Retrieved from <http://www.hods.org/English/h-issues/faq-halachic.asp>

תפילה אישית: רוב המרואיינים שנשאלו בנושא ציינו כי בבית-החולים קיים בית-כנסת או מקום תפילה למטופלים ולאנשי צוות יהודים; מספר קטן יותר ציין כי בבית-החולים שלהם יש גם מקום תפילה למוסלמים. עם זאת, במהלך הראיונות שמענו כי יש בתי-חולים שבהם אין מקום תפילה כלל, למטופלים ולצוות, ושהרופאים צריכים לדאוג לעצמם למקומות לתפילה, או לעזוב את בית-החולים ולהתפלל בבית-כנסת או במסגד סמוך. מרואיינת אחת סברה שאם בתי-חולים יקצו מקום תפילה למוסלמים, מטופלים יהודים דתיים לא יגיעו יותר לאותם בתי-חולים. חגי אגמון-שניר, מנהל המרכז הבין-תרבותי לירושלים, אמר שלמרות שבמדינות אחרות מקובל שבבתי-החולים יש מקומות תפילה למגוון אמונות, "בישראל, בניית מקום תפילה למוסלמים נתפסת כהצהרה פוליטית." המרכז הבין-תרבותי לירושלים מזהה בעיות הנוגעות להתאמות עבור דתות מסוימות יותר מאשר עבור אחרות: לדוגמה, הבלוג שלהם מציין כי בתי-חולים רבים אינם "מציעים שירותי דת למוסלמים או לנוצרים. אחיות מתלוננות על גברים מוסלמים הרוחצים את רגליהם בכיורים המיועדים לרחצת ידיים. הפתרון הפשוט – כיורים נמוכים לרחצת רגליים לפני תפילות - לא נמצא באף אחד מהמקומות הללו. מאידך, יהודים זוכים לביקורים של רב, מקבלים מעמדות דתיות שונות ארוחות המותאמות להכשרים המגוונים שלהם, או מתפללים בבית-הכנסת שבבית-החולים²⁸. כאשר בתי-החולים לא מצליחים לספק את הצרכים הדתיים של עובדים – ביחוד אם צרכים דתיים של עובדים אחרים כן מסופקים – הדבר מהווה מסר שהעובדים פחות מוערכים, מכובדים, ומוזמנים להביא את זהויות הליבה שלהם למקום העבודה. כפי שציין אגמון-שניר, הקצאת מקום תפילה לעובדים מוסלמים "היא למעשה הצהרה מקצועית, לא פוליטית"²⁹.

חגים וקביעת פעילות: ככלל, מקומות עבודה בישראל סגורים (ליום שלם או חצי יום) ברוב החגים היהודים, וסופי השבוע חלים בשישי ושבט על מנת לשמור על השבת. עם זאת, מאחר שבת-חולים צריכים לפעול מסביב לשעון, יתכן שיתקיימו קונפליקטים על רקע קביעת משמרות ביחס לעובדים יהודים שייעדרו עקב שבת ועובדים מוסלמים שייעדרו בחגים כגון רמדאן ועיד אלאדחא. מספר מרואיינים ציינו שלא קיימים מתחים סביב בקשות להיעדרויות. עם זאת, אחרים ציינו את ההפך הגמור. מרואיינת אחת במיוחד ציינה שמנהלים רבים בבית-החולים מסתייגים ממתן ימי היעדרות על-רקע דתי לעובדים יהודים, מתוך חשש לגבי כמות החגים שהם יצטרכו לתת להם מענה. היא ציינה שהמנהלת שלה לא מרשה לאף אחד מהעובדים לקחת חופשה בחנוכה או בפסח, מאחר שאלו חגים האורכים שבוע שלם ורבים מהעובדים יבקשו להיעדר בזמן זה. עם זאת, אותה מרואיינת ציינה שבית-החולים נענה לבקשות מאנשי צוות מוסלמים לחופשות בעיד אלפיטר ועיד אלאדחא. בית-החולים גם מאפשר לאנשי צוות מוסלמים להתאים את שעות העבודה שלהם במהלך חודש הרמדאן, כך שיעבדו ימים קצרים יותר, ומספק ארוחות לשבירת הצום של מטופלים מוסלמים.

בין אם ניתנות התאמות לצוות בית-החולים או לא, נראה שהמטפלים מסתמכים על אסטרטגיות בלתי-פורמליות ולא על מדיניות רשמית כדי לטפל בקונפליקטים בנושא קביעת סידור העבודה. המרואיינת שלא קיבלה אישור לחופשה בחנוכה ובפסח מילאה מדיניות שקבעה אחות ראשית ספציפית; היא ציינה שאחיות אחרות, שלהן מנהלות אחרות, קיבלו אישור להתאמות שונות לגמרי. יש גם התאמות המתבצעות באופן בלתי-רשמי, וכמה מרואיינים ציינו שמטפלים יהודים מגבים מטפלים מוסלמים בחגים מוסלמים כמו עיד אלפיטר ושמטפלים מוסלמים מגבים מטפלים יהודים בחגים יהודים כגון פסח. באופן זה, מטפלים יכולים שלא לעבוד בחגים דתיים שהם מציינים. בנוסף, מרואיינת אחת ציינה שבבית-החולים שלה, יש רופאים שלא רוצים להשתמש במכשור חשמלי או לפתוח דלתות בשבת. הדבר גרם למתחים מול רופאים אחרים, פחות שומרי מצוות, ומרגישים שהם מנוצלים לעשות את עבודתם של רופאים אשר מקיימים את מצוות השבת הללו.

נוסף על מתחים ספציפיים אלה שמענו (כפי שצוין לעיל) שהמתחים בסוגיות דתיות בהקשר הישראלי הרחב עשויים להשפיע על אינטראקציות בין אנשי צוות או לגרם למתחים לא-מטופלים. יתכן שקיימת בישראל אפליה דתית בנושא העסקה; סקר שנערך לאחרונה מצא כי 46% מהיהודים הישראלים (גברים ונשים כאחד) העדיפו שלא לעבוד עם גברים ערבים ו-30% העדיפו שלא לעבוד עם גברים חרדים. 42% מהמעסיקים היהודים בישראל הסתייגו מהעסקת גברים ערבים ו-37% הסתייגו מהעסקת גברים חרדים.³⁰

המלצות

²⁸ Agmon-Snir, H. (2009, May 20). A Call for Cultural Competency in Jerusalem's Medical Services. *The Jerusalem Post*. Retrieved from <http://jer-icc.org/blog/wp-content/uploads/2009/10/jicc-cultural-competence-in-jerusalem-english.pdf>

²⁹ Rebacz, M. (2011, April 28). Diagnosis: a Cultural Competency Deficiency. *The Jerusalem Post*. Retrieved from <http://jicc.org.il/jerusalem-is-leading-the-way-in-cultural-competence/>

³⁰ Pitrikovsky, S. (2014, March 30). Employers Prejudiced Against Hareidi Men, Arabs, Working Mothers. *Israel National News*. Retrieved from http://www.israelnationalnews.com/News/News.aspx/179046#.U2_Ja1dUaSp

על בסיס הראיונות והמחקר בנושא מצב ההכשרות בכשירות תרבותית ודתית בישראל, מציג מרכז טננבאום את ההמלצות הבאות להתמודדות עם הצורך בהכשרות בכשירות תרבותית ודתית ביחס לטיפולים בבריאות ולאינטראקציות בין עמיתים בבתי-חולים בישראל. המלצותינו לגבי נושאים לחינוך ולהכשרה לטיפולים בבריאות ולאינטראקציות בארגון מוטמעות בחומרי ההדרכה שיצר מרכז טננבאום לבתי-חולים בישראל.

חינוך והכשרה – טיפול רפואי

למרות שיש ארגונים המקיימים הכשרות בכשירות תרבותית בישראל, נראה כי הכשרות אלה נמצאות בשלבים הראשונים, ולרוב (על פי ממצאיו) אינם מתייחסים ספציפית לנושא הדת. אנו ממליצים שארגוני בריאות יטמיעו הכשרות בנושא כשירות תרבותית ודתית. אנו גם ממליצים כי הכשרות אלה יתמקדו בשונות הקיימת בתוך מסורות דתיות, ובחשיבות של לקיחת היסטוריה רוחנית. חומרי ההכשרה של מרכז טננבאום מתייחסים לנושאים הספציפיים הבאים, וכדאי להתייחס אליהם כאשר עורכים הכשרות מתמשכות לעובדים בכל הנוגע לטיפול כשיר-תרבותית ודתית, כדלהלן:

- לקיחת היסטוריה רוחנית: כל המרואיינים ציינו שהם אינם שואלים שאלות על דת ומניחים שהם יוכלו לדעת מהם הצרכים הדתיים של המטופל על בסיס לבושו או שהמטופל יציין אם הדת שלו משפיעה על הטיפול. אנו ממליצים, לפיכך, להכשיר רופאים לבצע את מה שמרכז טננבאום מגדיר כ"היסטוריה רוחנית" – מכלול מיומנויות שבעזרתן שואלים מטופלים, באופן מכבד ואפקטיבי, אודות אמונותיהם הדתיות הנוגעות לטיפול בהם.

- זהות חברתית: זהויות חברתיות מעצבות וצובעות את תפיסותינו כלפי אחרים ואת התנהגותנו כלפיהם. לפיכך, אנו ממליצים להכשיר על האופן שבו הזהויות האישיות של המטופלים משפיעות על האינטראקציות עם מטופלים ועמיתים בתחום הבריאות, כולל בטיפול, ניהול הטיפול, ותמיכה דתית/רוחנית. יש להכשיר מטופלים גם בתפיסת ה"הצטלבויות" (intersectionality – הדרכים שבהן מצטלבות הזהויות החברתיות השונות של מטופלים). באמצעות סוגי הכשרות אלה, ילמדו מטופלים להכיר את המשקפיים התרבותיים שלהם עצמם, כצעד ראשון למתן טיפול רגיש תרבותית.
- התנגדויות מצפוניות: אנו ממליצים להכשיר מטופלים להבין מהן התנגדויות המבוססות על מצפון ומודעות המופיעות בהקשר הטיפולי-בריאותי, כאשר המצפון משפיע על האינטראקציה עם מטופלים, ולפתח מיומנויות לניהול הולם של מצבים שבהם עולות סוגיות מצפוניות.

בתי-חולים המסונפים לבתי ספר לרפואה או לסיעוד, או לתכניות להכשרת רופאים, צריכים גם הם ליישם הכשרות בנושאים אלה לאורך הלימודים, כך שמטופלים יחשפו לתפיסות אלה בשלב מוקדם של הכשרתם וירגישו נוח יותר להתמודד עם הצרכים הדתיים והתרבותיים של מטופליהם.

חינוך והכשרה – מקום העבודה

אנו ממליצים גם שארגונים יטמיעו הכשרות אודות המפגש בין הדת לבין ארגון הבריאות, ביחוד מאחר שכמה מרואיינים, כמו גם המחקר הנלווה שערכנו, מצביעים על כך שיכולים להיות מתחים בין עמיתים לעבודה, מתחים הנוגעים לתרבות ולדת ואינם מטופלים. הנושאים הספציפיים המופיעים בחומרי ההכשרה של מרכז טננבאום, ושאונו מציעים שארגונים יתייחסו אליהם בהכשרות המתמשכות של העובדים, בכל הנוגע להתנהלות מכלילה במקום העבודה, הם כדלהלן:

- סימנים להטיה על רקע דתי: מטופלים, וכל העובדים בארגון בריאות, צריכים להכיר את עשרת הסימנים המעידים על הטיה גלויה וסמויה אשר מופיעים באופן תדיר בעבודה, כולל הבעת הערות על רקע דתי, רישות עובדים, הופעה חיצונית, קביעת משמרות, תגובה שלילית לנטייה מינית והתאמות. כאשר יכירו העובדים את עשרת הסימנים המעידים להטיה, הם יוכלו לצפות מצבים שבהם עשויים לצוץ אתגרים אלה, ולהתחיל לחשוב באמצעות אסטרטגיות פרו-אקטיביות כיצד להתמודד עם אתגרים אלה, במידת הצורך.
- אסטרטגיות תקשורת: מטופלים בתחום הבריאות צריכים לקבל הכשרה שתסייע להם להבין כיצד סוגיות של דת עולות במקום העבודה, ואיך לתקשר בצורה מכבדת כאשר עולות סוגיות אלה. מטופלים צריכים להכיר תפיסות כמו הימנעות מסינדרום הדובר (כלומר, לדבר בשם קבוצה דתית או תרבותית שלמה, או לבקש מאחרים לעשות כך) ולזהות ולחשוף סטריאוטיפים על קבוצות דתיות כשאנשים משתמשים בסטריאוטיפים אלה במקום העבודה.

- מציאת פתרונות יצירתיים: עובדים, ביחוד אלה הנמצאים בעמדות ניהול או פיקוח, צריכים לקבל הכשרה בפיתוח אסטרטגיות פרו-אקטיביות לאופן שבו ניתן להיענות לסוגיות המתייחסות לדת במקום העבודה (כולל הצורך למקום ולזמן לתפילה, או הצורך שלא לעבוד בחג דתי ספציפי).

ניתן לתגבר נושאי הכשרה אלה במספר אופנים. דרך אחת היא הנחיית "פאנל עובדים" של מטפלים מקבוצות שונות, שיכולים לדבר על חוויותיהם ולסייע ליצור דיאלוג על מתחים שאחרת אינם מועלים ונדונים.

תכניות לסייע וליווי רוחני

אנו ממליצים גם שבית-החולים יפתח שירותים קבועים יותר לליווי רוחני. חלק מהמטפלים שראיינו ציינו שיש בבית החולים רב, אשר מוודא, למשל, שהקפטריה כשרה. רב אחר, הרב צבי פורת, מתמחה בנושאים הרלוונטיים לרפואה ובריאות ומייעץ לבית-החולים אליו בנוגע להתאמות דתיות לאוכלוסיה החרדית.

עם זאת, המרואיינים ציינו כי בבתי-החולים שלהם אין צוות לליווי רוחני – כלומר אנשים שהוכשרו ספציפית לטפל בצרכים הרוחניים ולספק תמיכה רוחנית לכל המטופלים החולים באשר הם. ב-2004, קיבל בית-החולים "שערי צדק" מענק מהפדרציה של ניו-יורק, אשר אפשרה ליונתן רודניק להיות המלווה הרוחני הראשון הפועל בבית-חולים בישראל³¹. על-פי הראיונות והמחקר שקיימנו, נראה כי מאז לא חלה התקדמות משמעותית במיסוד הליווי הרוחני בישראל.

מרכז טננבאום ממליץ שרופאים יסתייעו במלווים רוחניים שזכו להכשרה ולהסמכה כמקור חינוכי וכמתווך תרבותי, וקורא לראות בהם חלק מהצוות המטפל. מלווים רוחניים יכולים לתת לרופאים ולאחיות מידע על אמונות ופרקטיקות דתיות מסוימות (למרות שחשוב לזכור את השונות בתוך מסורות דתיות – מלווה רוחני ממסורת דתית מסוימת אינו מדבר בשמה של כול אותה קבוצה דתית). הם יכולים גם לסייע לתקשר עם מטופל, לגלות אם יש לו חששות דתיים ביחס לטיפול, ולשוחח על חששות אלה. מלווים רוחניים יכולים גם להעניק למטופלים תמיכה רוחנית ורגשית. עם זאת, הראיונות שקיימנו עם מטפלים ישראלים מראים כי רק לעתים נדירות קיים בבית החולים ליווי רוחני קבוע, אם בכלל. לפיכך, לרופאים אין את המשאבים והתמיכה שהם צריכים כדי לטפל בצרכים הרוחניים והדתיים של מטופליהם.

מאחר שבבתי-חולים אין ליווי רוחני קבוע, כדאי להתחיל בהעסקת מלווה רוחני אשר קיבל הכשרה לסייע למטופלים מרקעים דתיים תרבותיים מגוונים, במקום להעסיק מלווה אחד למטופלים יהודים, אחר למטופלים מוסלמים וכולי. הדבר נכון במיוחד לאור השונות הרבה בתוך מסורות דתיות; העסקת תומך רוחני למטופלים יהודים אין פירושה בהכרח שיהודים מכל הרקעים והקהילות הדתיות יסכימו לדבר איתו. לכן יעיל יותר להעסיק תומכים אשר מוכשרים לשוחח עם אנשים מרקעים דתיים שונים, ויכולים להסביר למטופלים שתפקידם הוא לספק תמיכה רוחנית ולא דווקא לדבר בשם קהילה דתית מסוימת.

מדיניות ופרקטיקה של בתי-החולים

לבסוף, אנו ממליצים כי בתי-החולים יישמו מדיניות בסוגיות של קביעת משמרות והיעדרויות, לבוש הולם ושימוש בחללים לתפילה (למטופלים ולמטפלים כאחד). על בתי-החולים ליישם מדיניות נגד אפליה והטרדה על רקע דתי, מדיניות לשוויון הזדמנויות בתעסוקה (כדי לעמוד בדרישות החוק, כגון החוק לשוויון הזדמנויות בתעסוקה מ-1988), חקיקה ומדיניות הקובעים כיצד צריכים עובדים לבקש התאמות דתיות וכיצד על המנהלים להגיב להן.

מדיניות אלה מסייעות לעובדים להרגיש נוח להיות הם-עצמם בעבודה. הסקר שקיים מרכז טננבאום בשנת 2013, בנושא עובדים ודת בארצות-הברית, מצא כי קיום מדיניות כאלה בארצות-הברית מגביר את הסיפוק והשימור של עובדים.³² יתרה מכך, קיום מדיניות אלה מונע מראש קונפליקטים במקום העבודה, בכך שהוא נותן למנהלים פרוטוקול להתנהל על פיו, במקרה, לדוגמה, ששני עובדים מעוניינים להיעדר מהעבודה באותו יום, וניתן לאשר היעדרו רק לאחר מהם בשל צרכי בית-החולים. לבסוף, קיום מדיניות גורם פעמים רבות לעובדים להרגיש נוח לבקש את ההתאמות הדרושות להם. נראה כי באף אחד מהארגונים שבדקנו לא היתה מדיניות בתחומים שבהם עולה הדת במקום העבודה, למרות שחלק מהמראיינים ציינו כי תחומים אלה עלולים להיות מקור למתחים בארגון. לפיכך, אנו ממליצים על קביעת מדיניות ברורה.

מסקנות

³¹ Shaare Zedek Medical Center in Jerusalem (2004, November 18). Israel's first full-time hospital chaplain offers patients support at critical junctures. Retrieved from <http://www.szmcc.org.il/?TabId=1241>

³² The Tanenbaum Center for Interreligious Understanding. (2013). What American Workers Really Think About Religion. Retrieved from <https://tanenbaum.org/publications/2013-survey/>

האקלים התרבותי, הדתי והפוליטי בישראל הוא מורכב ומגוון, ללא ספק. מורכבות ושונות זו הופכת מתן טיפול כשיר תרבותית ודתית לאתגר משמעותי. ישראל כבר צעדה צעדים חשובים במתן טיפול שוויוני ואיכותי לכל מטופל. חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא כשירות תרבותית, שאליו נלווים מקורות והכשרות, הוא נקודת מוצא טובה להתמודדות של בתי-חולים עם נושא הכשירות התרבותית. עבודה עם ארגונים כמו המרכז הבין-תרבותי לירושלים ופורום שלוש הדתות מסייעת גם היא למטפלים להיות מכלילים, מותאמים ומכבדים כלפי מטופלים ועמיתים. אנו מקווים כי חומרי ההכשרה של מרכז טננבאום, עם דוח הערכה זה, יהיו ערך מוסף לתהליך מתן טיפול כשיר תרבותית ודתית לכל המטופלים בישראל.

מקורות

- מרכז טננבאום להבנה בין-דתית: <https://tanenbaum.org/>
- פורום שלוש הדתות: <http://www.3ff.org.uk/programmes/middle-east.php>
- המרכז הבין-תרבותי לירושלים: <http://jicc.org.il/>
- החברה לתרומת איברים על פי ההלכה (Halachic Organ Donation Society): <http://www.hods.org/>
- קשובות (עמותה שמטרתה לפתח את תחום התמיכה הרוחנית בישראל): <http://www.kashouvot.org/>