

נושא עבודת הגמר:

בעברית:

השפעת מתורגמנים רפואיים על הבנתן ועל שביעות רצונן של משפחות ערביות שאינן דוברות

עברית במיון ילדים של הדסה הר הצופים

באנגלית:

Impact of medical interpreters on understanding and satisfaction of non-Hebrew speaking Arab families in the pediatric emergency room at Hadassah Mt Scopus

שם התלמיד: פיראס רינאוי

תוכן עניינים

<u>עמוד</u>	<u>נושא</u>
3	מבוא
8	מטרות העבודה
8	השערות העבודה
9	שיטות המחקר
15	תוצאות
25	מסקנות ודיון
36	סיכום
38	סיכום (אנגלית)
41	ביבלוגרפיה
49	נספח

מבוא:

במדינת ישראל חיים כיום אוכלוסיות רבות עם תרבויות שונות ועם התייחסות שונה לטיפול הרפואי. לחלק ניכר מאוכלוסיות אלו יש גם בעיה קשה לתקשר בשפה העברית עם הצוות המטפל במוסדות הרפואיים. אוכלוסיות אלו באות בעיקר מהמגזר הערבי ומהעולים החדשים, מאתיופיה ומרוסיה. רובם של ערביי ישראל והעולים מתקשרים בשפה העברית באופן שוטף. אך המצב חמור יותר בקשר לערביי ירושלים שמתקשים מאד לתקשר בעברית.

● מעט מחקרים בישראל מתייחסים לבעיה זו. אחד המאמרים התייחס לשיעור רצונם של עולים אתיופיים מהטיפול שניתן להם והקשר של זה עם קשיי השפה וההבדל הענק בכל מה שקשור להגדרה של המחלה והחולי. שם מראים שהכללת מתורגמנים מנוסים בצוות הרפואי יכולה לגשר על הפערים בתקשורת בין הצוות ובין המהגרים שמתקשים להתאקלם לשפה ותרבות שונים¹.

כאמור, בישראל קבוצות גדולות של האוכלוסייה הן עולים חדשים אשר שפת אמם אינה עברית, וגם אלו שרכשו את השפה עדיין קיימת אצלם מוגבלות מסוימת בשימוש בה. בנוסף, עשרים אחוז מאוכלוסיית ישראל הם דוברי ערבית כשפת אם, ורבים מהם אינם דוברי עברית או שלא שולטים בה די הצורך⁶¹. באזורים מסוימים, לדוגמת מזרח ירושלים, מספר התושבים שאינם דוברי עברית גדול מאד. אמנם שרותי הבריאות בקהילה ניתנים בשפה הערבית, אך המצב שונה לחלוטין כשיש צורך לפנות לבית החולים.

אז המטופלים נתקלים בצוות אשר אינו דובר ערבית מספקת. בישראל, בניגוד לארצות רבות בעולם, אין חוק המחייב שירותי תרגום מקצועיים⁶².

מחקרים מעטים בדקו את השפעתו של מחסום השפה בישראל⁶³⁻⁶⁵. לציין, שבמחקרים אשר בדקו איכות טיפול נושא השפה לא עלה בד"כ⁶⁶⁻⁷⁴.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בישראל מספקת מידע לגבי מוצא אתני, דת, חינוך, הכנסה, קצב ילודה, תמותה ותמותת תינוקות. לעומת זאת, אין נתונים לגבי השליטה בשפה העברית⁶¹. באופן דומה, קיימים מחקרים השוואתיים בין בדואים לבין ערבים ישראלים בנושאי חינוך, מצב משפחתי, הכנסה ומאפיינים תרבותיים, וגם כאן לא הייתה התייחסות לשליטה בשפה העברית. עובדה זו מצערת, כיוון שבישראל, השליטה בשפה העברית מקנה, לכאורה, יתרון. לדוגמא, תמותת תינוקות באוכלוסייה הערבית היא כמעט כפולה מאשר באוכלוסייה היהודית – יתכן שיש לזה קשר לשליטה בשפה העברית כתוצאה מחסר הבנה של ההמלצות לגבי הטיפול ביילוד ולגבי הצורך לפנייה לרופא או לחדר המיון במקרי חרום⁷³.

לאחרונה, בוצע מחקר אשר בדק את נושא מחסום השפה בישראל. בבית החולים "אסף הרופא" בדקו בקרב מטופלים גורמים אפשריים המשפיעים על המהלך והטיפול של חולי לב. נמצא, שבקרב החולים המבוגרים יותר אשר אינם דוברי עברית – הסיכון לפתח מחלת לב כלילית (acute coronary syndrome) היה גבוה יותר⁶⁵.

● בארצות הברית לעומת זאת, שם יש אוכלוסייה היספאנית גדולה שלא יכולה לתקשר באנגלית, יש הרבה מחקרים שדנים בבעיה שהצגנו.

1. באחד המאמרים מדגימים את השיפור בשביעות הרצון של החולים שטופלו ע"י רופא שמדבר אותה שפה או חולים עם קשיי שפה שטופלו בעזרת מתורגמן מקצועי (בשיטת –

telecommunication - שזאת שיטה שבה הרופא והחולה נמצאים בחדר והמתורגמן מאזין לשיחתם מרחוק ומתרגם אותה סימולטאנית) לעומת חולים עם קשיי שפה שקיבלו תרגום מבני משפחה, חברים, וכדומה².

2. במאמר אחר שמשווה בין שיטות תרגום שונות והשפעתם על שביעות הרצון אצל נשים המבקרות אצל רופא עם ילדיהן לראשונה מאז הלידה, מתייחסים לנתון חשוב של ההבדל בהיענות ובביקורי ביקורת למעקב בין חולים דוברי אנגלית לבין חולים שלא מדברים אנגלית וכל הבעיות שנגזרות מהענות נמוכה זו, כגון פחות בדיקות עזר בקהילה הנחוצות לילד ויותר טעויות בלקיחת תרופות³. להבדל זה גם מתייחסים במאמר אחר שדן בחשיבות התקשורת בחדר מיון-ילדים והשפעתה על שביעות רצונם של ההורים והענות שלהם לטיפול והמשך המעקב הרפואי⁴.

3. במאמר אחר שבדק אצל ילדים מאושפזים את הקשר בין קשיי שפה לבין השלכות רפואיות רציניות, כגון אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ. נמצא שילדים למשפחות לא דוברות אנגלית אשר נעזרו בתרגום לא נמצאים בסיכון יתר לעומת ילדים למשפחות דוברות אנגלית¹⁸.

המחקר שלנו בוצע במיון-ילדים בבי"ח הדסה הר-הצופים, שם 60% בערך מההורים המבקרים הם מערביי ירושלים שלא מתקשרים בשפה העברית. בבי"ח זה רק 20% מהרופאים יכולים לתקשר בערבית שוטפת (נתונים שנמסרו ע"י ד"ר פלוריס לוי מנהלת חדר מיון ילדים, הר הצופים). כתוצאה מפער זה יתכנו קשיי תקשורת בין החולים והצוות הרפואי והשלכות על איכות בטיחות הטיפול שנגזרות מכך. מן הראוי לציין כאן באופן ברור כי במחקר לא נבדקו אוכלוסיות אחרות שמתקשות לתקשר בשפה העברית

כמו עולים מאתיופיה ומרוסיה בגלל מחסור בשירותים טכניים של מתורגמנים מקצועיים בשפות האמהרית והרוסית ובגלל מספרם המועט של אוכלוסיות אלו במיון זה.

בכפוף לחוק זכויות החולה, יש לכלל פציינט זכות לכך שהצוות הרפואי יבין אותו ולכך

שהוא יבין את הצוות הרפואי. חוסר הבנה זה יכול לגרום למספר בעיות:

א. שביעות רצון נמוכה מהטיפול.

ב. ירידה בהיענות של ההורים.

ג. ההורה לא יבין את מצבו הרפואי של ילדו.

ד. הרופאים לא יקבלו אנמנזה נכונה ואז יגיעו לדיאגנוזה מוטעית.

ה. חוסר הבנה בנוגע לטיפול התרופתי והמעקב מצד ההורים.

בד"כ שביעות הרצון של ההורים באה בהתאמה עם שאר הדברים שהוזכרו^{4.3}.

בגלל תקשורת לקויה זו הועסקו במיון בחלק מימות השבוע מתורגמנים מעברית לערבית בעלי ניסיון קודם בתרגום במוסדות רפואיים, על מנת לעזור בשיפור התקשורת כשצריך.

במחקר היו שתי קבוצות, קבוצה ראשונה שבמהלך ביקורה במיון נעזרה במתורגמן

וקבוצת ביקורת שלא קיבלה תרגום. התנאים להכנסת ההורים למחקר היו, שההורים לא

מבינים עברית ושהרופא המטפל לא מבין ערבית. השוותה שביעות רצונם של ההורים

והבנתם של ההנחיות הרפואיות לקראת שחרור בשתי קבוצות אלו, בעזרת שאלון מקיף

שהועבר להם. (פירוט מקור השאלות ואופן תיקופן בהמשך).

על מנת להבטיח שהוא מובן ומתאים עשינו מבחן מקדים (pre test) על מספר משפחות

ווידאנו שהשאלות מובנות למשפחות. בשאלון זה החוקר העריך את שביעות רצונם של

ההורים בעזרת תשובותיהם על שש שאלות שנשאלו. בנוסף השונו בין הבנת שתי

הקבוצות לגבי מחלת הילד, הטיפול שקיבל והמשך המעקב בעזרת שאלון נוסף המבוסס על

עבודת גמר קודמת שבדקה הבנת החולים לפרמטרים אלו בחדר מיון כללי בבי"ח הדסה

עין כרם. באותו שאלון עשינו בירור לגבי שינויים דמוגרפים שיכלו להטות את התוצאות על מנת להבטיח שכל הבדל בשביעות הרצון או במידת ההבנה יהיה אך ורק כתלות בנוכחות המתורגמן*.

(*הערה: השאלון הכולל מצורף בנספח.)

מטרות העבודה:

המטרה העיקרית הייתה לבדוק את ההשפעה של נוכחות מתורגמנים רפואיים על ההורים שאינם דוברי עברית בחדר מיון ילדים. שתי מטרות משניות, אשר נבדקו, נגזרות מהמטרה העיקרית והן:

1. השפעת השימוש במתורגמנים רפואיים בחדר המיון על הבנת הורים אלו למצבו הרפואי של ילדם ולטיפול שהוא צריך לקבל.
2. השפעת השימוש במתורגמנים רפואיים על שביעות רצונם של הורים אלו מהטיפול שילדם קיבל בחדר המיון.

ההשערות בעבודה:

ההשערות שלנו לגבי כל אחת משתי המטרות היו :

1. השימוש במתורגמנים רפואיים בחדר מיון ילדים משפר את מידת ההבנה של הורים שאינם דוברים ומבינים עברית למידע הרפואי שנמסר להם לגבי מצבו הרפואי של ילדם ולהמשך המעקב הרפואי הדרוש.
2. השימוש במתורגמנים רפואיים בחדר מיון ילדים משפר את שביעות רצונם של הורים אלו מהטיפול שילדם קיבל.

שיטות המחקר:

◀ מערך המחקר:

המחקר היה מחקר התערבותי פרוספקטיבי מבוקר ובלתי עיוור בו המשתנה הבלתי תלוי הראשוני הוא ההתערבות של מתורגמן רפואי שתפקידו לשפר את התקשורת בין משפחות ורופאים שלא מדברים שפה משותפת. המשתנים התלויים הם שביעות הרצון של ההורים וההבנה שלהם לגבי מצבו הבריאותי של הילד והטיפול שהוא צריך לקבל שנעריך אותם בעזרת שאלון מבוסס (מצורף לעבודה).

במחקר שעשינו היו שתי קבוצות, הראשונה היא הקבוצה שנעזרה בשירותי המתורגמן במהלך ביקורה במיון לעומת קבוצת הביקורת שלא קיבלה עזרה זו.

◀ אוכלוסיית המחקר:

המחקר בוצע בחדר מיון ילדים בהדסה הר-הצופים על הורים ממוצא ערבי אשר לא מתקשרים בעברית ושנבדקו על ידי רופאים שלא מתקשרים בערבית.

■ קריטריונם להכנסה של ההורים למחקר:

1. הורים שלא מתקשרים בעברית.
2. גילאי הילדים החולים שלהם בין 0-12, והם בעצמם לא דוברי עברית.
3. ילדים שנבדקו ע"י רופא לא דובר ערבית.

תקשורת שוטפת בעברית הוגדרה כתקשורת המאפשרת שיחה שוטפת עם הרופא והבנת טרמנולוגיה רפואית בסיסית מבלי להיעזר בשפות אחרות. מבצע המחקר היה נוכח במיון בזמן שהילד נבדק ע"י הרופא ודאג לכך שההורים שיוכנסו למדגם יתאימו לקריטריונים שנקבעו.

■ קרטריונים להוצאה של ההורים מהמחקר:

1. ילדים שאושפזו.

2. ילדים עם מחלות מסכנות חיים.

3. משפחות עם קרוב משפחה או חבר שיכול לתקשר בעברית באופן שוטף.

4. ילדים עם מחלה כרונית שמבקרים לעיתים קרובות מאוד במיון זה.

כמו כן אפשר לטעון שהיה לנו selection bias בגלל שאי היכולת לדבר עברית היא מנת חלקם של משפחות ממעמד סוציאיקונומי נמוך, ועוד גורמים דמוגרפים. את זה בדקנו בעזרת אינפורמציה דמוגרפית וסוציאיקונומית שאספנו בשאלון שלנו.

בזמן שהשאלות הופנו לחולים אנו דאגנו שזה יהיה בפרטיות ולא ליד הצוות הטיפולי כדי שהתשובות לא יושפעו מכך.

לא אמרנו להורים שמטרת שאלון זה היא לבדוק האם יש הצדקה להעסקת מתורגמן במיון בגלל שאינפורמציה זו יכולה להטות את התשובות שלהם.

◀ משתנים: (ראה שאלון בנספח)

1. משתנים תלויים:

א. שביעות הרצון של אחד ההורים מהטיפול שקיבל ילדו. משתנה זה הוא משתנה איכותי בסולם יורד (מידת שביעות הרצון מ 4-1).

ב. מידת הרצון של אחד ההורים לחזור לחדר מיון זה במקרה הצורך או להמליץ למשפחות אחרות להגיע לחדר מיון זה במקרה הצורך. משתנה זה הוא משתנה דיכוטומי (כן/לא חוזר או ממליץ).

ג. מידת הבנת אחד ההורים לגבי כל שאלה מאוסף השאלות ($n=10$). כשחמש שאלות בודקות את ההבנה של האינפורמציה הרפואית הכללית ותמש שאלות אחרות בודקות את

האינפורמציה לגבי התרופות שילדו צריך לקבל אם בכלל. משתנה זה הוא משתנה דיכוטומי (כן/לא ידע את האינפורמציה הספציפית).

ד. מידת הבנת אחד ההורים לאינפורמציה הרפואית הכוללת לגבי ילדו. משתנה זה הוא משתנה כמותי המורכב מסכום של חמש שאלות (נכון/לא נכון) הבודקות את הבנת ההורה. החולה מקבל ציון מ 0-5 כתלות במספר השאלות שהוא ענה נכון, כלומר שהוא הבין, מתוך חמש השאלות שנשאל לגבי הדיאגנוזה, ההמלצות לחזרה למיון והמעקב הדרוש. ה. מידת הבנת אחד ההורים לאינפורמציה הרפואית לגבי התרופות שילדו צריך לקבל, משתנה זה הוא משתנה כמותי המורכב מסכום של חמש שאלות (נכון/לא נכון) הבודקות את הבנת ההורה. החולה מקבל ציון מ 0-5 כתלות במספר השאלות שהוא ענה נכון, כלומר שהוא הבין, מתוך חמש השאלות שנשאל לגבי שם התרופה, המינון, משך זמן המתן, דרך המתן ולמה הילד מקבל אותה.

ו. ממוצע מספר השאלות שההורה ענה נכון בקבוצת השאלות שבדקו את הבנת המידע הרפואי הכללי. כל חולה יקבל ציון מ 0 עד 5 כתלות במספר השאלות שהוא ענה נכון, אנו חישבנו ממוצע של ההורים בכל אחת משתי קבוצות המחקר.

ז. ממוצע מספר השאלות שההורה ענה נכון בקבוצת השאלות שבדקו את הבנת המידע הרפואי התרופתי. דרך חישוב הממוצע זהה לדרך החישוב הממוצע שבסעיף הקודם.

2. משתנה בלתי תלוי: המשתנה הבלתי תלוי במחקר הינו שימוש במתורגמן רפואי מקצועי בזמן הטיפול. משתנה זה הוא משתנה דיכוטומי (כן/לא שימוש במתורגמן).

3. משתנים מסיחים: מצב סוציאקונומי, גיל הילד, מין הילד, גיל ההורה, מין ההורה, סיבת ההגעה למיון ואינטראקציות קודמות עם מוסדות רפואיים. משתנים אלו בחלקם הם משתנים כמותיים ובחלקם האחר משתנים איכותיים בסולם סדר.

◀ **מבנה המחקר:** כמו שהוזכר קודם במיון ילדים בהדסה הר-הצופים הועסקו

באופן זמני בחלק מימות השבוע מתורגמנים מערבית לעברית. הבנה ושביעות רצון של הורים (סה"כ n=194) הוערכו בעזרת שאלון בעת השחרור מהמיון, הן בימים בהם היה נוכח מתורגמן (n=95) והן בימים שלא היה מתורגמן (n=99). אחד ההורים מהמשפחות שעונות לקריטריונים שקבענו ענה על השאלונים המצורפים לפני שחרורם מהמיון, ואנו מילאנו את התשובות בעצמנו. לגבי השאלות שבדקו את הבנת החולים הן למידע הרפואי הכללי והן למידע על התרופות, השונו תשובות ההורים למידע שנמצא במכתב השחרור ועל סמך השוואה זו בדקנו האם ההורים הבינו את המידע כנדרש.

לפי התשובות שקיבלנו אנו השונו בין שביעות רצונם של ההורים מהטיפול שילדם קיבל בימים שהיה מתורגמן {קבוצה א} לבין שביעות הרצון של משפחות שטופלו בימים שלא היה בהם מתורגמן {קבוצה ב}. השאלון שלנו בקשר לשביעות הרצון מתורגם לעברית וערבית והוא מבוסס על שאלות שנמצאו בעלות התוקף הטוב ביותר מתוך סקר ענק על שביעות רצון בבתי חולים בארה"ב, כפי שסוכם בספר "Through the patient eyes"¹², על שאלון מעבודת גמר קודמת לגבי שביעות רצונם של ההורים במיון ילדים בבי"ח הדסה עין-כרם ועל שאלון שוודי שעבר תיקוף¹¹. בתיקוף לחלק מהשאלות של השאלון לשביעות רצון המבוססות על השאלון השוודי אנו השתמשנו בשיטת Face Validity^{7,8,10,13}. אנו גם השונו בין מידת ההבנה של ההורים למידע הרפואי שנמסר להם הן בימים שהיה מתורגמן {קבוצה א} לבין מידת ההבנה של משפחות שטופלו בימים שלא היה בהם מתורגמן {קבוצה ב}. השאלון לגבי מידת ההבנה של ההורים מבוסס על שאלון מעבודת גמר קודמת שדן במידת ההבנה של החולים למידע הרפואי שניתן להם בשחרורם מחדר המין בבי"ח הדסה עין כרם²⁵.

◀ הערכת גודל המדגם:

עשינו הערכת גודל מדגם עבור שלושה משתנים תלויים: 1. שביעות רצון ההורים.
2. הבנת ההורים למידע הרפואי הכללי שנמסר להם. 3. הבנת ההורים למידע הרפואי לגבי התרופות שילדם צריך לקבל. הערכת גודל המדגם לגבי המשתנה הראשון מבוססת על ההבדל הצפוי בין אחוז ההורים שיביעו שביעות רצון מהטיפול בכל אחת מהקבוצות. בהנחה שהמובהקות 5% והעוצמה 90% וב**קבוצה א** תהייה 80% שביעות רצון לעומת 60% ב**קבוצה ב** (אחוזי שביעות הרצון שהשתמשנו לצורך קביעת גודל המדגם מבוססים על מחקרים שבוצעו בארה"ב²), דרושים סדר גודל של 90 אנשים בכל קבוצה על מנת להוכיח שהשימוש במתורגמן משפר שביעות הרצון באופן מובהק סטטיסטית (עפ"י התוכנה Power and Precision). הערכת גודל המדגם לגבי המשתנים השני והשלישי מבוססת על הנחתנו להבדל הצפוי בין אחוז ההורים שיבינו את המידע הרפואי הכללי והמידע לגבי הטיפול התרופתי בכל אחת מהקבוצות. בהנחה שהמובהקות 5% והעוצמה 95% וב**קבוצה א** יבינו בצורה סבירה את המידע הרפואי לעומת 25% ב**קבוצה ב**, דרושים סדר גודל של 80 אנשים בכל קבוצה על מנת להוכיח שהשימוש במתורגמן משפר את ההבנה באופן מובהק סטטיסטית. (עפ"י התוכנה Power and Precision). (אחוזי מידת ההבנה מתבססים על עבודת הגמר שבדקה את מידת ההבנה בחדר מיון בבי"ח הדסה עין כרם²⁵).

ולכן אנו ביצענו את המחקר על יותר מ- 90 הורים בכל קבוצה וכך התוצאות שנשיג יהיו מובהקים סטטיסטית בשני הפרמטרים.

◀ השיטות הסטטיסטיות לניתוח התוצאות:

בכדי לבחון את הקשר בין שני משתנים איכותיים (כמו למשל שביעות רצון לעומת

מתורגמן) נעשה שימוש במבחני Pearson Chi-Square או Fisher's Exact Test.

בכדי להשוות שתי קבוצות בלתי תלויות עבור משתנים כמותיים (כמו למשל הבדל

במוצע שנות השכלת ההורים בין שתי הקבוצות) נעשה שימוש במבחן T-Test.

תוצאות:

◆ בשלב ראשון של עיבוד התוצאות בדקנו אם קיימים הבדלים במשתנים הדמוגרפים בין שתי קבוצות המחקר. בדיקה זו נועדה לברר האם קיימים הבדלים מהותיים כשלהם בין שתי הקבוצות אשר יכולות להטות את התוצאה. על כן בדקנו את הממוצע או ההתפלגות של כל אחד מהמשתנים שלנו בשתי הקבוצות. בדיקתנו העלתה שאין הבדל משמעותי במדדים הדמוגרפים בין שתי האוכלוסיות ושמדדים אלה לא גרמו להטיה כלשהי בתוצאות המחקר.

טבלא מס' 1, מתארת את אוכלוסיית המחקר בשתי הקבוצות. לא נמצא הבדל מובהק

בנתונים אלה:

P-value	עם מתורגמן (n=95)	בלי מתורגמן (n=99)	משתנים דמוגרפים
¹ 0.6	64%	61%	מין הילד (% הזכרים)
² 0.36	60 (53)	53 (50)	ממוצע גיל הילד בחודשים (עם סטיית התקן)
¹ 0.55	44%	49%	מין ההורה (% הזכרים)
² 0.05	33 (7)	31 (7.5)	ממוצע גיל ההורה בשנים (עם סטיית התקן)
¹ 0.5	97%	94%	מצב משפחתי (אחוז הנשואים)
² 0.09	2.6 (1.8)	2.2 (1.7)	ממוצע מס' האחים לילד (עם סטיית התקן)
² 0.1	10 (3.2)	10.8 (3)	ממוצע מס' שנות השכלת ההורה (עם סטיית התקן)
¹ 0.1	31% 44% 25%	41% 31% 28%	תעסוקת ההורה* : % צווארון כחול % עקרות בית % צווארון לבן
² 0.2	5.7 (1.7)	5.3 (1.7)	ממוצע מס' נפשות בבית (עם סטיית התקן)
² 0.14	4 (1)	3.8 (0.9)	ממוצע מס' חדרים בבית (עם סטיית התקן)
¹ 0.75	86%	88%	סיבת הגעה למיון** (% הסיבות האינפלאמטוריות)
² 0.23	1.2 (2.6)	0.8 (1.2)	ממוצע מס' ביקורים במיון ילדים זה בשנה האחרונה (עם סטיית התקן)
¹ 0.64	71%	67%	רמת דיבור שוטף בעברית*** (% שלא יודעים אפילו מלה ושיודעים מילות בודדות)

¹ שימוש במבחן Pearson Chi-Square

² שימוש במבחן T-Test

* חלקנו את תעסוקת ההורים ל 4 קבוצות: 1. עקרות בית 2. צווארון כחול כגון עובד בניין, מוסכניק, נהג מונית וכדומה 3. אנשי עסקים ובעלי עסק 4. אקדמיים כגון מורה, רואה חשבון וכדומה 5. פקידים בבתי ספר או בחברה. אנו מזגנו את 3 הקבוצות האחרונות לקבוצה שנקרת צווארון לבן.

** חלקנו את סיבת ההגעה למיון לשתי קבוצות עיקריות: 1. סיבות אינפלמטוריות / זיהומיות 2. סיבות אחרות כגון בליעת גוף זר, הקשת עקרב, פלפטציות ועוד מקרים אחרים.

*** הערכנו את רמת הדיבור השוטף בעברית באופן סובייקטיבי ע"י הסטודנט, כאשר חלקנו את הידע ל 4 קבוצות: 1. אף לא מילה 2. מילים בודדות 3. משפטים בודדים 4. דיבור סביר. יש לזכור שאנחנו הוצאנו מהמחקר את האנשים שדיברו עברית באופן שוטף.

◆ בשלב השני ראינו את השפעת נוכחות המתורגמנים על שביעות הרצון של ההורים בעזרת בדיקת תשובות ההורים לכל אחת מששת השאלות להערכת שביעות רצונם. על כל שאלה משאלות אלו נתבקש אחד ההורים להעריך את היחס שהוא קיבל מ 1 עד 4 ביחס עולה. כשהמספר 1 העיד על שביעות רצון נמוכה ביותר והמספר 4 העיד על שביעות רצון גבוהה ביותר.

טבלא מס' 2, השוואה של שביעות הרצון בין שתי הקבוצות:

השאלה	בלי מתורגמן (n=99)	עם מתורגמן (n=95)	^a P - VALUE
משך זמן ההמתנה עד שניגש רופא לילד: זמן ממושך מאד הרבה זמן יחסית זמן סביר מעט זמן	8% 35% 36% 21%	10% 10% 40% 40%	<0.001
מידת מעורבות המשפחה בהחלטות הרפואיות: בכלל לא במידה מועטה במידה בינונית במידה רבה	27% 51% 17% 5%	3% 21% 51% 25%	<0.001
מידת האמון ברופא שטיפל בילדכם: בכלל לא במידה מעטה במידה בינונית במידה רבה	2% 40% 36% 22%	0% 6% 32% 62%	<0.001
כמה מספק היה ההסבר שניתן ע"י הרופא: לא מספק בכלל במידה מעטה במידה בינונית במידה רבה	4% 47% 35% 14%	0% 4% 27% 69%	<0.001
מידת ההבנה של ההמלצות הרפואיות: בכלל לא קצת מההמלצות רוב ההמלצות כל ההמלצות	3% 57% 30% 10%	0% 5% 52% 43%	<0.001
מידת ההיענות של הצוות הרפואי לבקשותיכם: בכלל לא במידה מועטה במידה בינונית במידה רבה	15% 51% 24% 10%	7% 17% 36% 40%	<0.001

^a שימוש במבחן Pearson Chi-Square

טבלה מס' 2 מתארת את שביעות הרצון של ההורים בשתי הקבוצות. בהשוואה לקבוצת הביקורת, ההורים אשר נהנו מנוכחות מתורגמן, היו באופן מובהק יותר שבעי רצון. שביעות רצון זו התבטאה בשיפור ניכר בשביעות רצונם ממידת מעורבותם בהחלטות הרפואיות, מההסבר שהרופא נתן ומההיענות של הצוות הרפואי לצרכיהם.

◆ כמו כן בדקנו מימד נוסף לשביעות רצונם של ההורים בעזרת שתי שאלות שהופנו אליהם בסוף השאלון. השאלה הראשונה ביררה האם ההורה יחזור בעתיד למיון ילדים זה לכשיצטרך, והשאלה השנייה ביררה האם הוא ימליץ להורים אחרים לבקר במיון ילדים זה בעת הצורך.

טבלה מס' 3, השוואה בין שתי הקבוצות לגבי חזרה למיון בעתיד או המלצה לאחרים

לבקר במיון זה במקרה הצורך:

השאלה	בלי מתורגמן (n=99) (% האנשים שענו בכן)	עם מתורגמן (n=95) (% האנשים שענו בכן)	^a p-value
פניה שוב למיון ילדים זה בעתיד במקרה הצורך:	70%	90%	0.001
המלצה להורים אחרים לפנות למיון ילדים זה במקרה הצורך:	60%	86%	<0.001

^a שימוש במבחן Pearson Chi-Square

פה אנו רואים שבשתי הקבוצות הן בקבוצה בלי המתורגמן והן בקבוצה עמו, רוב ההורים מעוניינים לחזור למיון זה וממליצים להורים אחרים לבקר במיון זה במקרה הצורך. למרות זה אנו רואים את השיפור אצל הקבוצה שנהנתה משירותי המתורגמן באחוז האנשים הן המעוניינים לחזור למיון זה והן הממליצים להורים אחרים לקחת את ילדם למיון זה במקרה הצורך. שיפור זה היה מובהק סטטיסטית.

◆ בנוסף בדקנו את השפעת נוכחות מתורגמן רפואי על הבנת ההורים למידע הרפואי שנמסר להם. אנו הפננו לכל הורה 5 שאלות שנוגעות למצבו הרפואי של הילד ולמידע הרפואי הכללי שהורה צריך לדעת. אחר כך ערכנו השוואה בין תשובותיו של ההורה ובין המידע שנמצא במכתב השחרור.

טבלא מס' 4, השוואה בין שתי הקבוצות לגבי הבנת ההורה את המידע הרפואי הכללי

שנמסר לו:

השאלה	בלי מתורגמן (n=99) (% האנשים שענו נכון)*	עם מתורגמן (n=95) (% האנשים שענו נכון)*	^a p-value
הידע שההמלצות כתובות במכתב השחרור?	54%	74%	0.004
ידיעת האבחנה?	78%	96%	<0.001
ידיעת שמו של הרופא שבדק את הילד?	25%	39%	0.046
הידע האם צריך לחזור למיון ואם כן מתי?	38%	72%	<0.001
הידע לגבי המעקב שהילד צריך לעבור בקהילה אם בכלל?	34%	86%	<0.001

* אחוזו האנשים שענו נכון הינו אחוזו האנשים שתשובתם תאמה את המידע הכתוב בגיליון השחרור.

^a שימוש במבחן Pearson Chi-Square

אנו רואים שנוכחות מתורגמן שיפרה באופן ניכר את הבנת ההורים ביחס לאבחנה, למעקב הדרוש, למתי יש לחזור למיון ולשאר הממדים. כל ההבדלים יצאו מובהקים סטטיסטית, יש לציין שהמובהקות הייתה גבולית (0.046) בנוגע לידיעת שמו של הרופא המטפל.

♦ אחר כך בדקנו בכל אחת מהקבוצות את המספר של התשובות הנכונות מחמשת

השאלות שהפננו להורים בקטגוריה זו.

טבלא מס' 5, השוואה בין שתי הקבוצות לגבי מס' השאלות שההורה ענה נכון בקבוצת

השאלות שבדקו את הבנת המידע הרפואי הכללי:

מס' התשובות הנכונות *	0	1	2	3	4	5
עם מתורגמן (n=95)	%0	%1	%9	%33	%36	%21
ללא מתורגמן (n=99)	%6	%18	%32	%30	%13	%1
^a p-value < 0.001						

* מס' התשובות הנכונות מתוך השאלות שבקבוצה בטבלא מס' 4.

^a שימוש במבחן Pearson Chi-Square

גם בבדיקה זו אנו רואים את השיפור הניכר במספר השאלות שההורה ידע בקבוצה

שנעזרה בתרגום הרפואי לעומת הקבוצה השנייה. שיפור זה בנוסף יצא מובהק סטטיסטית.

♦ לאחר מכן בדקנו את מידת ההבנה של ההורים לגבי ידיעת הפרטים הקשורים

לטיפול התרופתי כתלות בנוכחות המתורגמן. אנו שאלנו את כל ההורים האם הם קיבלו

הוראה למתן תרופה כלשהי לילדם. הרוב המכריע בשתי הקבוצות ידע האם ניתנה לילד

תרופה או לא (כ-97% מכלל החולים ללא הבדל משמעותי בין שתי הקבוצות).

אצל ההורים שילדם כן קיבל הוראה לתרופה אחת או יותר (סה"כ 74 הורים בשתי

הקבוצות) אנו הפננו 5 שאלות שנוגעות לשם התרופה, המינון שלה, משך, דרך וסיבת

המתן של התרופה. אחר כך ערכנו השוואה בין תשובותיו של ההורה ובין המידע שנמצא

במכתב השחרור.

טבלא מס' 6, השוואה בין שתי הקבוצות לגבי הבנת ההורה את המידע הרפואי בנוגע

לטיפול התרופתי:

השאלה	בלי מתורגמן (n=43) (% האנשים שענו נכון) **	עם מתורגמן (n=31) (% האנשים שענו נכון) **	^a p-value
ידיעת שם התרופה ?	72%	94%	0.019
ידיעת המינון של התרופה ?	23%	74%	<0.001
ידיעת משך הזמן למתן של התרופה ?	26%	74%	<0.001
ידיעת דרך המתן של התרופה *** ?	74%	90%	0.132
ידיעת הסיבה שבגללה הילד הצריך לקחת את התרופה ?	49%	68%	0.154

^a שימוש במבחן Pearson Chi-Square

* בטבלא זו אנו מתייחסים רק לתרופה הראשונה במקרים שבהם הילד קיבל יותר מתרופה אחת.

** אחוז האנשים שענו נכון הינו אחוז האנשים שתשובתם תאמה את המידע הכתוב בגיליון השחרור.

*** דרך מתן התרופה משמעותו האם התרופה ניתנת בסירופ, במשחה, באינהלציה או שהמתן שלה קשור לאוכל.

אנו רואים שנוכחות מתורגמן שיפרה באופן ניכר את הבנת ההורים ביחס לשם התרופה, מינונה ומשך הזמן למתן שלה. ההבדלים אלו היו מובהקים סטטיסטית. השיפור בשני המדדים האחרונים אינו מובהק סטטיסטית.

עקב מספרם הקטן של הילדים שקיבלו יותר מתרופה אחת, אצל ילדים אלו אנו מתייחסים רק לתרופה הראשונה שהם קיבלו.

◆ גם פה בדקנו בכל אחת מהקבוצות את המספר של התשובות הנכונות מחמשת

השאלות שהפננו להורים בקטגוריה זו.

טבלא מס' 7, השוואה בין שתי הקבוצות לגבי מס' השאלות שההורה ענה נכון בקבוצת

השאלות שבדקו את הבנת המידע התרופתי:

0	1	2	3	4	5	מס' התשובות הנכונות.*
%3	%6	%6	%10	%31	%44	עם מתורגמן (n=31)
%9	%12	%21	%46	%7	%5	בלי מתורגמן (n=43)
^a p-value < 0.001						

* מס' התשובות הנכונות מתוך השאלות שבקבוצה בטבלא מס' 6

^a שימוש במבחן Pearson Chi-Square

גם בבדיקה זו אנו רואים את השיפור הניכר במספר השאלות שההורה ידע בקבוצה

שנעזרה בתרגום הרפואי לעומת הקבוצה השנייה. גם שיפור זה יצא מובהק סטטיסטית.

♦ בסוף, בנוסף להשוואה בהתפלגות של מספר התשובות שההורים ענו נכונה בשתי הקבוצות, עשינו השוואה בין הציון הממוצע של שתי הקבוצות הן בשאלות הנוגעות למידע הרפואי הכללי והן לשאלות הנוגעות למידע התרופתי.

טבלא מס' 8, השוואה בין שתי הקבוצות לגבי ממוצע מס' השאלות שהורה ענה נכון

בקבוצות השאלות שבדקו את הבנת המידע הרפואי הכללי והתרופתי:

השאלות שבדקו את:	קבוצות המחקר	הציון הממוצע	סטיית התקן	^α p-value
מידת הבנת המידע הרפואי הכללי	עם מתורגמן (n=95)	3.7	0.95	< 0.001
	בלי מתורגמן (n=99)	2.3	1.1	
מידת הבנת המידע התרופתי	עם מתורגמן (n=31)	3.9	1.4	< 0.001
	בלי מתורגמן (n=43)	2.4	1.2	

^α שימוש במבחן T-Test

מסקנות ודיון:

שפה מהווה בסיס לתקשורת. לאדם זכות בסיסית להבין ולהיות מובן²⁷⁻³¹. יתכן שלמחסומי שפה אין משמעות רבה בחיי היום-יום, אך בכל הנוגע למצבי בריאות וחולי-תקשורת לקויה עלולה לגרום לאבחון לקוי, טעויות בטיפול התרופתי, הוצאות כספיות מיותרות, היענות ירודה, שביעות רצון מועטה מצד המטופל, ובמקרים קיצוניים לתוצאות חמורות וטרגיות³²⁻⁴⁷.

בארצות רבות, זכות החולה להבין ולהיות מובן מעוגנת בחוק^{48,49}. בישראל קיימות קבוצות אוכלוסיה גדולות אשר אינן שולטות בשפה העברית, ולכן הטיפול הנאות בהן מהווה אתגר.

מחקרים רבים בעולם הראו, שמחסומי שפה עלולים להשפיע על איכות הטיפול הרפואי^{29,34-36,38-47,50-58}.

לדוגמא מחקרים בארה"ב הראו, שהסבירות שהיספאני שאינו דובר אנגלית יפנה לרופא במהלך שנה, יקבל חיסון לשפעת, או יפנה למטפל בריאות הנפש נמוך באופן מובהק לעומת היספאני דובר אנגלית³⁴.

מחקר אמריקאי נוסף משנת 1996 אשר אסף מידע על 6,900 ילדים מצא, שלילדים דוברי אנגלית שוטפת יש כתובת רפואית ברורה (מרפאה או רופא מטפל מסוים) פי 2.6 יותר מאשר לאלו שאינם דוברי אנגלית שוטפת⁵⁰.

במחקר שכלל ששה בתי חולים בארה"ב הראה, שהסיכון לפגיעה בבריאות כתוצאה מאירוע חריג גדולה באופן משמעותי בקרב אלו שאינם דוברי אנגלית שוטפת, לעומת דוברי האנגלית (49.1% לעומת 29.5%). מעל למחציתם שויכה למחסום שפה⁵⁹.

במחקר בקנדה זמן האשפוז התארך, בממוצע, במקרים של מחסום שפה, אך לא היה הבדל בתמותה.

גורם נוסף הקשור למחסום השפה הוא האמון בצוות המטפל. במחקר בקרב מיעוטים בארה"ב נמצא, שלהיספאנים שאינם דוברי אנגלית היה פחות אמון ברופא המטפל ובתוכנית הטיפולית שנקבעה, לעומת דוברי האנגלית⁴⁷. אמון ברופא קשור באופן ישיר לשביעות הרצון, להיענות, ולתוצאות הטיפול. לציין, שהבדלי דת ומוצא אתני עלולים לגרום, מלכתחילה, לבעיית אמון, וכתוצאה מכך פגיעה באיכות הטיפול⁶⁰.

מהתוצאות שהראנו בפרק הקודם אנו רואים שנוכחות מתורגמן רפואי משפרת באופן ניכר הן את הבנת ההורים לפרטים הרפואיים הנגועים לילדם ומחלתו והן את שביעות רצונם מהטיפול הרפואי שהוא קיבל בחדר המיון.

אפשר לראות שהשימוש במתורגמן משפר את שביעות רצונם של המשפחות בכל ששת השאלות שבדקו משתנה זה. השיפור בשביעות הרצון של ההורים מהיחס שהם קיבלו בחדר המיון ומהטיפול שניתן לילדם מעמיק את אמון המשפחות במערכת הרפואית, מגביר את ביקורי המעקב אצל הרופא המטפל ומשפר את ההיענות של המשפחות לטיפול ומפחית את הטעויות בלקיחת התרופות¹⁵.

בנוגע לשיפור בשביעות רצונם של ההורים ממידת הזמן שהם המתינו עד שניגש אליהם רופא, יכול להיות ששיפור זה הוא אינו אובייקטיבי אלא נובע מכך שהם התייחסו ביתר סלחנות למשך זמן ההמתנה, עקב שביעות רצונם הכללית הגבוהה מהיחס ומהטיפול שהם קיבלו בעזרת המתורגמן. מצד אחד דבר שתומך בטענה זו, הוא שעצם התרגום יכול להאריך את זמן השיחה בין ההורה לרופא ולהאריך את הזמן עד שהרופא ייגש למשפחות הממתינות בתור. אך מצד שני יש אפשרות שנוכחות מתורגמן קיצרה את הזמן הדרוש

בלחפש משהו במיון שיכול לתרגם והמעטיה את הצורך להסביר בכל מיני שיטות ויזואליות ומילוליות את האינפורמציה שכל צד רצה להעביר.

לגבי הבנת ההורים את המידע הרפואי הכללי הנוגע לילדם אנו רואים שההיעזרות בשירות התרגום משפרת באופן ניכר ומובהק סטטיסטית את הידע לגבי כל השאלות בקטגוריה זו, יש להוציא את השאלה שבדקה את ידיעת המשפחה את שמו של הרופא שטיפל בילדם, ששם ההבדל לטובת השימוש מתורגמן יצא מובהק באופן גבולי. תוצאה זו יכולה להיות הגיונית עקב כך שזכירת שמו של הרופא תלויה בזה שאם הרופא בכלל אמר את שמו, בזה ששמות הרופאים בדרך כלל קשות לקליטה אצל ההורים עקב השוני התרבותי ובוזה שהיא אינה נחשבת בדרך כלל למידע חשוב אצל רוב המשפחות שמבקרות במיון.

בשאר המדדים כגון הידיעה שההמלצות הרפואיות הניתנות כתובות במכתב השחרור, ידיעת האבחנה, ידיעת המעקב שהילד צריך לעבור בקהילה וידיעת המקרים שבהם הם חייבים לחזור למיון, אנו רואים שהעדר תקשורת איכותית ותקינה כתוצאה מאי שימוש במתורגמן מפחיתה את המידע הנחוץ להורים בכדי להבין את מצבו הרפואי של ילדם, להשגיח עליו ובמקרה הצורך להשלים את הטיפול והבירור במסגרת הקהילה. למשל אי הידיעה שההמלצות כתובות במכתב השחרור מפחיתה מאד את הסיכוי שההורים יעיינו במסמכים אלו או שיתנו אותם לרופא המטפל על מנת שיקבלו הסבר אודות מצבו הרפואי של ילדם. כמו כן אי ידיעת המעקב הרפואי שהילד צריך לעבור כגון בירור תוצאות תרבויות, ביצוע בדיקות הדמיה בקהילה, ביקורת אצל רופא מקצועי או צורך בבירור גנטי למשל, יכולה להשליך באופן שלילי ביותר על מצבו הרפואי של הילד הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך^{22,18}. באחד המחקרים אשר בוצע בארה"ב שבדק טעויות בסוגי התרגום השונים במגע חולה-רופא במרפאות ילדים והפוטנציאל להשלכות רפואיות עתידיות, ראו

שבשיטת התרגום בעזרת שימוש במתורגמים רפואיים יש הכי פחות טעויות ושהטעויות האלו היו עם הפוטנציאל הקטן ביותר לנזק רפואי עתידי^{14,17}.

לגבי הבנת ההורים את המידע לגבי הטיפול התרופתי אנו רואים גם פה את השיפור שבשימוש בשירותי המתורגמן בידיעת שם התרופה, המינון ומשך זמן המתן. בקשר לסיבת מתן התרופה ולדרך המתן אנו לא רואים שיפור מובהק סטטיסטית לטובת הקבוצה שנעזרה בשימוש במתורגמן.

מתוצאה חד משמעית זו אנו מסיקים שכתוצאה מאי הבנה של הורים ערכים המקבלים הנחיות בעברית, העדר שימוש במתורגמן מביא לטעויות חמורות בנטילת תרופות מה שמוביל מצד אחד לקבלת טיפול תרופתי לא מספק אם בכלל ומצד שני לקבלת מינון יתר של התרופה. בשני המקרים אי הבנה זו תגרום לסיבוכים רפואיים אצל הילד עד כדי סיכון חייו במקרים הקיצוניים²⁰.

בזמן מלוי השאלות חלק ניכר מהמשפחות שקיבלו מרשם לתרופה לא ידעו את שם התרופה שניתנה להם וכשנשאלו על כך תשובותיהם הייתה שהם יבררו את זה עם הרוקח. למרות בקרה של הרוקח לטיפול התרופתי שהילד יקבל, פה אנחנו רואים את אי המילוי של הרופא לתפקידו בהסברת פרטי הטיפול התרופתי, הצדקתו והסיכון באי נטילתו. אי מילוי זה נובע בין השאר מהקצר בתקשורת בין המשפחה לרופא עקב חוסר הדיבור של שפה משותפת²³.

בנוסף יש לציין שבמחקרנו אנו בדקנו את הרצון של ההורים לחזור למיון ילדים זה במקרה הצורך, או האם הם ממליצים להורים אחרים להביא את ילדם למיון זה. בשתי השאלות היה שיפור מובהק אצל הקבוצה שנעזרה בשירותי מתורגמן. אך למרות זאת בשתי הקבוצות קיים רוב מוצק למשפחות שמעוניינות לחזור או ממליצות לאחרים לבקר פה במקרה הצורך. מהנתון הזה עולה שגם בקבוצה שלא נעזרה במתורגמן, כשמידת

הבנתם של ההורים למידע הרפואי שנמסר להם לא הייתה מספקת וכששביעות רצונם מהטיפול שילדם קיבל הייתה נמוכה, היה רוב מוצק לטובת האנשים שמעוניינים לחזור בעתיד למיון זה או ממליצים לאחרים להביא את ילדם למיון זה. אפשר להסביר את הממצא הזה בכך שרוב המשפחות הערביות המבקרות במיון זה גרות בסביבת בית החולים ושנגישותם למיון זה קלה בהשוואה לבתי חולים אחרים בעיר. כמו כן, למרות אי הבנתם את המידע הרפואי בנוגע לילדם, הרבה משפחות נותנות אמון במוסד הרפואי של הדסה וסומכות על איכות הטיפול והבירור שילדם יקבל במיון בהשוואה לבתי חולים מקומיים באותו אזור.

העובדה שאנו רואים במחקרנו שתרגום רפואי משפר את שביעות רצונם של ההורים שמבקרים במיון ואת הבנתם למידע הרפואי הנמסר להם יכול לנבוע ממספר גורמים:

1. שיפור התקשורת בין הרופא והמשפחה בעזרת התגברות על מחסום השפה עוזרת הן לרופא להעביר את המידע החשוב למשפחות ביתר דיוק וביתר יעילות והן להורים למסור אנמנזה מדויקת לגבי מצבו הרפואי של ילדם.
2. כתוצאה מהמצב הפוליטי הקיים באזורנו, כשחלק מהמשפחות באות למיון עם מטען רגשי נגדי קודם לגבי ביה"ח, רואות שבית החולים מתייחס אליהם בכבוד ומפנה כוח אדם ותשומת לב לטיפול בבעיותיהם ובצרכיהם, זה משפר בעקיפין את שביעות רצונם מהטיפול ואת שיתוף הפעולה שלהם עם הצוות הרפואי.
3. כשהרופא רואה שיש מתורגמן שיכול לעזור לו בהעברת המידע הרצוי הוא משתדל לפרט יותר ולהסביר יותר, בודעו שהמידע שהוא מוסר יובן עד תום.

4. נוכחות גורם לא רפואי משפר את התקשורת בין הרופא וההורים עקב היעילות של עצם החזרה על ההסבר בשפה פשוטה. במחקר אנו ראינו שאפילו במשפחות עם ידע סביר בעברית, נוכחות המתורגמן שיפרה את הבנת ההורים ואת שביעות רצונם.

מתורגמן רפואי אפילו יכול להוסיף לטיפול הרפואי ולשכנע אוכלוסיות שאינן דוברות עברית להיענות לבדיקת רפואיות נחוצות או לטיפול תרופתי נחוץ. באחד המחקרים אשר בוצע בארה"ב, הראו, שהיעזרות בשירותי תרגום אצל נשים שאינן דוברות אנגלית העלה את אחוז ההסכמה לביצוע בדיקת דיקור מי שפיר אשר הומלצה ע"י הרופא המטפל¹⁹.

בהרבה מקרים משפחות עם מחסום שפה נעזרות באחרים בתרגום השיחה עם הרופא, כמו משפחות אחרות במיון או עובדי בית (ad hoc interpretation). כמובן שבמרבית המקרים, תרגום זה הוא לקוי ובעייתי, ובהרבה מחקרים הראו את אי השיפור בשביעות הרצון כתלות בתרגום זה לעומת השיפור הגדול כשיש מתורגמן מקצועי^{2,5,6}.

בסקירות ספרויות אחרונות שבדקו מידת הבנה ושביעות רצון של מטופלים עם מחסום שפה כתלות בנוכחות מתורגמן, אחד הממצאים העיקריים היה שנוכחות מתורגמן רפואי שיפרה באופן ניכר מדדים אלו לעומת מטופלים שנעזרו ב ad hoc interpreters. כמו כן לא נמצא הבדל בשביעות רצונם או הבנתם למידע הרפואי של מטופלים שנעזרו במתורגמן רפואי לעומת מטופלים ללא קשיי שפה²¹.

נושא מחסום השפה אינו מצוין במפורש בחוק ביטוח בריאות ממלכתי 1994 וגם לא בחוק זכויות החולה 1996. אולם, על פי ציטוט מהחוק עצמו: "שירותי הבריאות הכלולים בסל שירותי הבריאות יינתנו בישראל, לפי שיקול דעת רפואי, באיכות

סבירה... (ה) שירותי הבריאות יינתנו תוך שמירה על כבוד האדם, הגנה על הפרטיות ושמירה על הסודיות הרפואית" משתמע, שמחסום שפה אינו תואם את רוח החוק^{76,77}.

בנוסף, חוק זכויות החולה 1996 אוסר על הפליה על רקע דת, לאום, מין, אזרחות וכולי, ועל המטופלים לקבל מידע שלם על מצבם וטיפולם כדי שיתנו הסכמה מדעת⁷⁷.

במידה שמחקר זה יוכיח שלמחסום השפה השפעה שלילית על הטיפול הרפואי, על האוטונומיה של המטופל ועל כבודו – יוכח למעשה כי רוח החוקים הנ"ל מופרת. לפיכך, תוצאות המחקר עשויות לשמש בסיס לחקיקה ברורה וחד משמעית המבטיחה תרגום רפואי מקצועי.

מעבר לכך, ייתכן כי בעקבות המחקר, בתי החולים יאמצו את ההמלצות להעסיק מתרגמים רפואיים מקצועיים גם משקולים של עלות-תועלת ושל מניעת תביעות משפטיות אפשריות על רקע הבנה לקויה של המצב הרפואי.

עקב הריבוי של מוסדות רפואיים שמטפלים באוכלוסיות שאינן דוברות עברית, כגון עולים חדשים מרוסיה או מאתיופיה ובני המיעוטים מהמגזר הערבי, אנו רואים שיש צורך ברור בהעסקת מתורגמן מקצועי באופן קבוע במחלקות בכלל וחדר מיון בפרט בבתי חולים שמטפלים באוכלוסיות שאינן מדברות עברית באופן שוטף²².

בשנה האחרונה התפרסמו ב- British Medical Journal, שתי דעות לגבי

השאלה: באיזו מידה מערכות הבריאות צריכות לתקצב את שירותי התרגום.

● אחד המאמרים טען שיש צורך בלהוסיף תקצוב לשירותי התרגום עקב הצורך במתן שירותי רפואה מספקים ועקב סיכון היתר לחולים בעצם הגבלת שירותים אלו. במאמר זה המחבר תוקף את הדעה שיש להטיל על אוכלוסיות שאינן דוברות אנגלית את האשמה בהשלכות הרפואיות בגלל אי רצונם ללמוד את השפה. לדעתו, טענה זו פותרת

את ההמשלה מחובתה לספק שירותי תרגום למהגרים חדשים או לאנשים אשר נכשלו בלמוד את השפה. הוא מביא דוגמה של אישה סומלית בת 76 אשר אינה דוברת אנגלית ושאלה היא לא תקבל שירותי תרגום היא תהיה בסיכון יתר למשך כל חייה אשר יכולים להמשך עוד 20 שנה. המחבר מוסיף שלדעתו יכול להיות ששירותי התרגום הנוכחיים לא מטיבים ואפילו מרעים עם מצבו הרפואי של החולה עקב מספר גורמים:

1. אין פיקוח על שירות התרגום ואין מיון של נותני השירות.
2. אין הוראות אשר מתייחסות למצבים שחובה להיעזר בהם במתורגמן.
3. רוב רובם של הרופאים אינם נעזרים בשירות זה עקב הזמן שזה גוזל ועל כן הם משתמשים בתרגום לא מקצועי.

המחבר טוען שהוא מקבל מספר מכתבים מדי שנה מבתי חולים באנגליה אשר מודים שהם לא עשו בירור מקיף לבעיותיו של החולה עקב חוסר היכולת בלהיעזר בשירותי תרגום⁷⁸.

● במאמר השני, טוענת המחברת שצריך לקצץ משמעותית בתקצוב שירותי התרגום. היא טוענת, שעל האזרחים אשר חיים במדינה שדוברת אנגלית לנסות וללמוד את השפה ושלמידה זו יכולה להאיץ את שילובם בחברה. נטען שם, שהתרגום הוא חיוני ונחוץ רק במקרים אשר מסכנים משמעותית את בריאותו של החולה או כאשר המטופל הוא מהגר חדש או בן אדם מבוגר. לדבריהם רוב שירותי זמן התרגום מתבזבזים על טיפול בבעיות פסיכוסוציאליות, אשר נגזרות מלכתחילה מחוסר היכולת בלתקשר באנגלית ואשר בתורן מחמירות את מצבו הרפואי הבסיסי של החולה. נשאלת שם השאלה, האם מצב אשר בו אנשים שחיים באנגליה למעלה מ-20 שנה אינם שולטים בשפה יכול להיות אינטרס שלהם או של החברה? ומצד שני נשאלת עוד שאלה, האם מישהו מעלה בדעתו שאנשים דוברי אנגלית אשר חיים במדינה זרה יקבלו שירותי תרגום?

כמו כן לדבריה, שירותי התרגום עולים הרבה, גוזלים המון זמן מצד הרופאים והרופאים אינם מתוגמלים עבור מאמץ נוסף זה. לדעתם יש מקום לתקצב כיתות לימוד לאנגלית לאנשים אשר אינם דוברים את השפה ושדבר זה יפתור את הבעיה משורשיה במקום לטפל בסימפטומים שלה.

מסכמים שם, שזה נכון שלאזרחים יש את הזכות לקבל טיפול רפואי בשפה שהם מבינים. אך יש לזכור שגם מוטלת עליהם החובה ללמוד את השפה של המדינה אשר הם חיים בה. יש לציין שגם במאמר הזה נאמר ששירותי תרגום באפן מצומצם למקרים חריגים הם נחוצים תמיד ואי אפשר לבטל מתן שירות זה לחלוטין אך יש צורך בלקצץ את המשאבים המופנים לענף זה באופן דרסטי⁷⁹.

במדינתנו אין עדיין הסכמה על הצורך הדחוף אפילו בשירותי תרגום מצומצמים למקרים חריגים. בשני המאמרים לעיל נאמר במפורש שחוסר יכולת לתקשר בשפה האנגלית בהיעדר שירותי תרגום מהווה גורם סיכון לתחלואה ותמותה של החולים בהשוואה לחולים אשר מדברים אנגלית באופן שוטף^{78,79}.

◆ מגבלות המחקר:

סביר להניח שכתוצאה מהמצב הפוליטי הקיים באזורנו, קיים מטען רגשי שלילי אצל חלק מהמשפחות הערביות שמבקרות בחדר מיון זה. מטען זה יכול להשפיע על מידת שיתוף הפעולה וההיענות מצד משפחות אלו. בכדי לנסות ולבדוק השפעה זו, אפשר לערוך מחקר שישווה בין שביעות רצונם והבנתם של משפחות יהודיות, משפחות ערביות עם מתורגמן ומשפחות ערביות ללא מתורגמן, אשר מבקרות במיון זה.

אפשר לראות שגם בקבוצה שנעזרה בשירותי מתורגמן, ברוב השאלות הנוגעות להבנת ההורים למידע הרפואי הכללי ולמידע בקשר לטיפול התרופתי יש אחוז נכבד בין 15% ל- 30% (משתנה בין שאלה לשאלה) שלא יודעים את המידע הספציפי הדרוש. נתון זה יכול להתאים ואפילו להטיב עם הממצאים שהיו בעבודות גמר קודמות שבדקו את הבנת המידע הרפואי של מטופלים ששוחררו מחדר המיון בביה"ח הדסה עין-כרם^{25,26}.

באחד המאמרים אשר חקרו את ההשפעה של רמת הקריאה והכתיבה של החולים על הבנתם את אינפורמציה התרופתית שבמרשם, מצאו שאנשים עם רמת קריאה וכתיבה נמוכה (low literacy) הבינו פחות את המידע התרופתי הניתן להם במרשם, כגון המינון היומי הדרוש או משך מתן התרופה²⁴. על כן אנו יכולים להסיק שאפילו אנשים ללא מחסום שפה אך עם מעט שנות השכלה, מבינים פחות טוב את המידע התרופתי הנמסר להם. אמנם במחקרנו, לא מצאנו השפעה של שנות השכלה על שביעות רצונם או הבנתם של המשפחות, אך אפשר בעתיד לבדוק את מידת השפעת נוכחות מתורגמן באנשים עם השכלה נמוכה לעומת אנשים עם השכלה גבוהה. חשוב לציין, שבאוכלוסייה הערבית במזרח ירושלים, אפילו אנשים עם רמת השכלה גבוהה אינם מדברים עברית באופן שוטף. מימד חשוב שיש לשקול אותו הינו הכדאיות הכלכלית למערכת הבריאות בהעסקת מתורגמנים רפואיים במוסדות אשר מטפלים באוכלוסיות שאינן דוברי עברית.

כמו כן יש לחקור את שיטת התרגום המשתלמת והיעילה ביותר ליישום בבתי החולים בארץ. (תרגום באופן ישיר כשהמתורגמן הרפואי נצא באותו חדר עם הרופא והמטופל או תרגום מרחוק בעזרת telecommunication).

אחרי שראינו את ההצדקה בהעסקת מתורגמן רפואי במוסדות רפואיים אשר מטפלים באוכלוסיות עם קשיי שפה, יש צורך לחקור בעתיד את מספר הטעויות ואת השלכותיהם הרפואיות העתידיות על בריאותו של המטופל. פיקוח זה הינו מתבקש בעקבות מספר מאמרים בארה"ב אשר הראו שבזמן תרגום רפואי מתרחשות טעויות בהעברת המסרים הרפואיים. אמנם כשמשתמשים בתרגום רפואי מקצועי מספר הטעויות קטן יותר ויש להן השלכות רפואיות פחותות יותר^{14,16}.

סיכום:

רקע: בביה"ח הדסה הר-הצופים, שיעור נכבד מהמטופלים (מעל 60%) הינם ערבים שאינם דוברי עברית ורוב הרופאים (יותר מ 80%) אינם דוברי ערבית, מצב היוצר קשיי תקשורת ועלול לגרום לאי הבנה של המידע הרפואי הנמסר למטופלים, לטעויות ולאי שביעות רצונם מהטיפול.

מטרת המחקר: מטרת המחקר הייתה לבדוק השפעת מתורגמנים רפואיים על הבנת הורים דוברי ערבית בחדר מיון ילדים בביה"ח הדסה הר-הצופים, ביחס למצבו הרפואי של ילדם ולטיפול הרפואי שהוא צריך לקבל. כמו כן, נבדקה שביעות רצונם של ההורים מהביקור שלהם בחדר המיון.

שיטות: במיון ילדים בהדסה הר-הצופים הועסקו באופן זמני בחלק מימות השבוע מתורגמנים מערבית לעברית. הבנה ושביעות רצון של הורים (סה"כ n=194) הוערכו בעזרת שאלון בעת השחרור מהמיון, הן בימים בהם היה נוכח מתורגמן (n=95) והן בימים שלא היה מתורגמן (n=99). כמו כן נערכה השוואה בין המידע שההורים הבינו לבין המידע שבגיליון השחרור ממיון. את מידת ההבנה של המידע הרפואי והתרופתי נבדקה בעזרת 10 שאלות שבדקו בין השאר את הידע לגבי האבחנה, המעקב הרפואי לאחר השחרור, המצבים הדורשים חזרה למיון ואם ניתנה תרופה נבדקו ידיעת שמה, מינונה ומשך המתן המומלץ.

תוצאות: נוכחות מתורגמן שיפרה באופן ניכר הבנת ההורים ביחס לאבחנה (מ-78% ל-96%), למעקב הדרוש (מ-34% ל-86%), למתי יש לחזור למיון (מ-38% ל-72%), ולמינון ומשך נטילה מומלצים של תרופה (מ-24% ל-74%) - $p < 0.001$ עבור כל השוואה. כמו כן, נוכחות מתורגמן שיפרה באופן ניכר את הערכת ההורים ביחס

למעורבותם בהחלטה הרפואית (מ-23% ל-76%), להסבר הרופא (מ-49% ל-96%), להבנתם של ההמלצות (מ-40% ל-95%) ולהיענות הצוות הרפואי (מ-34% ל-76%) - $p < 0.001$ עבור כל השוואה.

השיפור המובהק מנוכחות מתורגמן במדדים הנ"ל לא הושפע מגורמים כגון מצב סוציאיקונומי והשכלה של ההורים או סיבת הגעת הילד למיון. אפילו ידע בעברית של ההורים לא הקטין את ההשפעה המטיבה של מתורגמן: נוכחות גורם לא רפואי משפר את התקשורת ייתכן עקב היעילות של עצם חזרה על ההסבר בשפה פשוטה.

מסקנות: בתוצאות אלו אנו רואים בבירור את חשיבותה המכרעת של תקשורת תקינה בכלל ושפה משתופת בפרט הן להבנת המידע הרפואי והתרופתי שנמסר למשפחות והן לשיפור שביעות רצונם של המשפחות המבקרות במיון. נוכחות מתורגמן מביאה לשיפור ניכר בהבנת ההורים ובשביעות רצונם מהטיפול הרפואי בחדר המיון. נראה שהעדר מתורגמן עלול להביא לטעויות למשל בנטילת תרופות כתוצאה מאי הבנה של ההורים ערבים המקבלים הנחיות בעברית. מזה עולה שיש תרומה מכרעת לנוכחות של מתורגמן ליעילות ולבטיחות של הטיפול הרפואי. תרומה זו כה גדולה שנראה שנוכחות תרגום רפואי צריכה להיות חלק מובנה של טיפול רפואי בחברה רב-תרבותית.

Abstract:

Background: In Hadassah Mt Scopus hospital, a large number of the patients (more than 60%) are Arabs who do not speak Hebrew. On the other hand the majority of physicians do not speak Arabic (more than 80%). This situation create communication difficulties which cause misunderstanding of the medical information given to the patients, medical mistakes and reduced family satisfaction.

The purpose: The purpose of the study was to check the impact of medical interpreters on family satisfaction and their comprehension regarding the medical condition of their child. We checked the knowledge of the parents about their child's situation and the prescribed medical regimen.

Methods: In the pediatric emergency room at Hadassah Mt. Scopus Hospital, Hebrew – Arabic interpreters were temporary employed for some days of the week. The understanding and satisfaction of parents who visit the ER (n=194) were evaluated by inquiry sheet when the children discharged from the ER, with and without the presence interpreters (n=95) and (n=99). Further more we compared between the information which the families got and the information in the discharge letter. We checked the level of understanding of the medical and drugs information by 10 questions which checked the knowledge about the

diagnosis, the follow up which the child needs, in which situations he has to return to ER., In children who received drugs we checked the knowledge of it's name, it's duration and it's dose.

Results: The presence of interpreter significantly improved the level of parental satisfaction with parents believing that they had greater involvement in medical decision-making (from 23% to 76%), had a greater understanding of what the physician told them (from 49% to 96%), increased comprehension of medical recommendations (from 40% to 95%) and that the medical staff was more responsive (from 34% to 76%). In all these subcategories of family satisfaction, the p-value was < 0.001.

The presence of an interpreter also significantly improved the parents knowledge about the diagnosis (from 78% to 96%), the required follow-up (from 34% to 86%), situations in which they had to return to the ER (from 38% to 72%), and the recommended dose and duration of the drug use (from 24% to 74%). The p-value < 0.001 for all these sub-categories.

The improvement in these parameters was not influenced by demographic variables such as socioeconomic status, parent's level of education or the reason for arriving at ER. Furthermore, the level of the parent's Hebrew fluency didn't decrease the positive influence of the interpreter.

Conclusions: The presence of medical interpreters improves the communication between the medical staff and families not understanding Hebrew. Medical interpreters improved parental satisfaction and their comprehension regarding the treatment that they were receiving in the ER. Based on this study, it appears that the absence of interpreter may cause iatrogenesis and medical mistakes in drug use because of misunderstanding of non-Hebrew speaking Arab parents who receive recommendations in Hebrew. The positive influence of medical interpreters on the on the quality and safety of emergency room treatment of children, and as such, should be considered an essential element of medical care in a multi-cultural society.

1. Marian R, et al. Illness and Treatment Perceptions of Ethiopian Immigrants and Their Doctors in Israel. *American Journal of Public Health* 1999; **89**: 1814-1818.
2. Linda j Lee, et al. Effect of Spanish Interpretation Method on Patient Satisfaction in an Urban Walk-in Clinic. *Journal of General Internal Medicine* 2002; **17**: 641-646.
3. Hornberger J, et al. Eliminating Language Barriers for Non-English-Speaking Patients. *Official Journal of the Medical Care Section- American Public Health* 1996; **34**: 845-856.
4. Wissow s, et al. Assessing Provider-Patient-Parent Communication in the Pediatric Emergency Department. *Ambulatory Pediatrics* 2002; **2**: 323-329.
5. Bonacruz G Kazzi, et al. Barriers to the Use of Interpreters in the Emergency Room Pediatric Consultations. *Journal of Pediatric Child Health* 2003; **39**: 259-263.
6. Leah S. Karliner, et al. The Importance of Training in the Use of Interpreters for Outpatient Practice. *Journal of General internal Medicine* 2004; **19**: 175-183. *l*
7. Britt-Marie Y, et al. Quality of Pediatric Care: Application & Validation of an Instrument for Measuring Parent Satisfaction with Hospital Care. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; **13**: 33-43.
8. Anastasius Moutzoglou, et al. Development and Application of a Questionnaire for Assessing Parent Satisfaction with Care. *International Journal for Quality in Health Care* 2000; **12**: 331-337.
9. Jo Hailey B, et al. Can Healthcare Providers at a University Health Clinic Predict Patient Satisfaction. *Journal of American College Health* 2000; **49**: 111-117.
10. scholle s, et al. The Development and Validation of the Primary Care Satisfaction Survey for Women. *Women's Health Issues* 2004; **14**: 35-50.

11. Arnetz Je, et al. The Development & Application of a Patient Satisfaction Measurement for Hospital-Wide Quality Improvement. *International Journal for Quality in Health Care* 1996; **6**: 555-566.
12. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL. *Through The Patient Eyes. The Picker/Commonwealth Program for Patient-Centered Care & Boston's Beth Israel Hospital*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1993.
13. Abramson J.H, Abramson Z.H, *Survey Methods in Community Medicine*. 5th ed, Churchill Livingstone, Edinburg 1999
14. Flores G, et al. Errors in Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences in Pediatric Encounters. *Pediatrics* 2003; **111**: 6-14.
15. Divi C, et al. Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *Int. J. Quality Health Care* 2007; **19**: 60-67.
16. Kuo D, et al. Pediatricians' Use of Language Services for Families With Limited English Proficiency, *Pediatrics* 2007; **119**: 920-927.
17. Lee K, et al. Resident physicians' use of professional and nonprofessional interpreters: a national survey. *JAMA* 2006; **296**: 1050-1053.
18. Cohen A, et al. Are Language Barriers Associated With Serious Medical Events in Hospitalized Pediatric Patients. *Pediatrics* 2005; **116**: 575 - 579.
19. Preloran H, et al. Impact of Interpreters' Approach on Latinas' Use of Amniocentesis. *Health Education & Behavior* 2005; **32**: 599-612.
20. Fulton J, et al. Medication labeling errors in non-English-speaking patients *Annals of Pharmacotherapy* 2005; **39**: 386-387.
21. Leah S, et al. Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. *Health Services Research* 2007; **42**: 727-754

22. Jacobs E, et al. The Need for More Research on Language Barriers in Health Care: A Proposed Research Agenda. *The Milbank Quarterly* 2006; **84**: 111–133.
23. Chandrika Divi, et al Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *International journal for quality in health care* 2007.
24. Terry c, et al. literacy and misunderstanding prescription drug labels. *Annals of Internal Medicine* 2006; **145**:111-118.

25. קרן הנדלר. תקשורת בחדר - המיון : האם חולים המשתחררים מחדר – המיון זוכרים ומבינים את בבית הספר לרפואה MDהנאמר להם לגבי מחלתם והטיפול בה ? עבודת גמר שהוגשה לקראת תואר בירושלים.

26. מקס לייבנון. מחקר טרום בתר/התערבותי על שביעות רצון הורים ומדדי איכות במיון הילדים הדסה עין כרם. עבודת גמר שהוגשה לקראת תואר MD בבית הספר לרפואה בירושלים.

27. Willis E, Rameka M, Smye V. Issues of language across the cultural [and colonial] divide. *Contemp Nurse*. 2006; **22**: 169-173.
28. Chen A. Doctoring across the language divide. *Health Aff (Millwood)*. 2006; **25**: 808-813.
29. Richardson A, Thomas VN, Richardson A. "Reduced to nods and smiles": experiences of professionals caring for people with cancer from black and ethnic minority groups. *Eur J Oncol Nurs*. 2006; **10**: 93-101.
30. Dombrowski J, McCahill C. Practical ethics. Habla usted Espanol? *Hosp Health Netw*. 2004; **78**: 35.
31. Dwyer J. Babel, justice, and democracy: reflections on a shortage of interpreters at a public hospital. *Hastings Cent Rep*. 2001; **31**: 31-36.

32. Kaufert JM, Putsch RW. Communication through interpreters in healthcare: ethical dilemmas arising from differences in class, culture, language, and power. *J Clin Ethics*. 1997; **8**: 71-87.
33. Khwaja N, Sharma S, Wong J et al. Interpreter services in an inner city teaching hospital: a 6-year experience. *Ann R Coll Surg Engl*. 2006; **88**: 659-662.
34. Fiscella K, Franks P, Doescher MP, Saver BG. Disparities in health care by race, ethnicity, and language among the insured: findings from a national sample. *Med Care*. 2002; **40**: 52-59.
35. Cohen AL, Rivara F, Marcuse EK, McPhillips H, Davis R. Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? *Pediatrics*. 2005; **116**: 575-579.
36. Flores G, Abreu M, Tomany-Korman SC. Limited english proficiency, primary language at home, and disparities in children's health care: how language barriers are measured matters. *Public Health Rep*. 2005; **120**: 418-430.
37. Westberg SM, Sorensen TD. Pharmacy-related health disparities experienced by non-english-speaking patients: impact of pharmaceutical care. *J Am Pharm Assoc (Wash DC)*. 2005; **45**: 48-54.
38. Wilson E, Chen AH, Grumbach K, Wang F, Fernandez A. Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension. *J Gen Intern Med*. 2005; **20**: 800-806.
39. De A ,I, Sweningson JM. English proficiency and physicians' recommendation of Pap smears among Hispanics. *Cancer Detect Prev*. 2006; **30**: 292-296.

40. Flores G. Language barriers to health care in the United States. *N Engl J Med.* 2006 **355**: 229-231.
41. Goodyer L, Savage I, Dikmen Z. Inhaler technique in Turkish people with poor English: a case of information discrimination? *Pharm World Sci.* 2006; **28**: 107-114.
42. Hardt E, Jacobs EA, Chen A. Insights into the problems that language barriers may pose for the medical interview. *J Gen Intern Med.* 2006; **21**: 1357-1358.
43. Kirby JB, Taliaferro G, Zuvekas SH. Explaining racial and ethnic disparities in health care. *Med Care.* 2006; **44**: I64-I72.
44. Kominski GF, Reifman C, Cameron ME, Roby DH. Language barriers pose a risk for California HMO enrollees. *Policy Brief UCLA Cent Health Policy Res.* 2006;1-4.
45. Levine C. Use of children as interpreters. *JAMA.* 2006;296:2802.
46. Schlemmer A, Mash B. The effects of a language barrier in a South African district hospital. *S Afr Med J.* 2006; **96**: 1084-1087.
47. Stepanikova I, Mollborn S, Cook KS, Thom DH, Kramer RM. Patients' race, ethnicity, language, and trust in a physician. *J Health Soc Behav.* 2006; **47**: 390-405.
48. Rosenbaum S. Reducing discrimination affecting persons with limited English proficiency: federal civil rights guidelines under Title VI of the 1964 Civil Rights Act. *Public Health Rep.* 2004; **119**: 93-96.
49. United States Department of Health and Human Services: Office of Minority Health. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services. 1-132. 2001. Rockville,MD, IQ Solutions,Inc.

50. Weinick RM, Krauss NA. Racial/ethnic differences in children's access to care. *Am J Public Health*. 2000; **90**: 1771-1774.
51. Abbe M, Simon C, Angiolillo A, Ruccione K, Kodish ED. A survey of language barriers from the perspective of pediatric oncologists, interpreters, and parents. *Pediatr Blood Cancer*. 2006; **47**: 819-824.
52. Livingston A, Holland AJ, Dickson D. Language barriers and paediatric burns: does education make a difference? *Burns*. 2006; **32**: 482-486.
53. Cohen AL, Christakis DA. Primary language of parent is associated with disparities in pediatric preventive care. *J Pediatr*. 2006; **148**: 254-258.
54. Flores G. Lost in translation? Pediatric preventive care and language barriers. *J Pediatr*. 2006; **148**:154-157.
55. Jacobs E, Chen AH, Karliner LS, gger-Gupta N, Mutha S. The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda. *Milbank Q*. 2006; **84**: 111-133.
56. For the patient. Language is important to diabetes care. *Ethn Dis*. 2005; **15**: 805-806.
57. Brotanek JM, Halterman J, Auinger P, Weitzman M. Inadequate access to care among children with asthma from Spanish-speaking families. *J Health Care Poor Underserved*. 2005; **16**: 63-73.
58. Madoc-Jones I. Linguistic sensitivity, indigenous peoples and the mental health system in Wales. *Int J Ment Health Nurs*. 2004; **13**: 216-224.
59. Divi C, Koss RG, Schmaltz SP, Loeb JM. Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *Int J Qual Health Care*. 2007.
60. Wexler ID, Branski D, Kerem E. Treatment of sick children during low-intensity conflict. *Lancet*. 2005; **365**: 1278-1279.

61. Israel Central Bureau of Statistics .Statistical Abstract of Israel-2006.
Jerusalem, Israeli Government, 2006.
62. Deutch Y. Language law in Israel. *Language Policy*. 2005; 4: 261-285.
63. Rinawi, F. Kerem E., Levi, F., Wexler, I., and Brezis, M. The influence of medical interpreters on family comprehension and satisfaction. 14th Annual Conference of the Israeli Society for Quality in Medicine. 2007. 17-5-2007.
64. Reiff M, Zakut H, Weingarten MA. Illness and treatment perceptions of Ethiopian immigrants and their doctors in Israel. *Am J Public Health*. 1999; 89:1814-1818.
65. Gorelik O, moznino-Sarafian D, Yarovoi I et al. Patient-dependent variables affecting treatment and prediction of acute coronary syndrome are age-related A study performed in Israel. *Int J Cardiol*. 2006.
66. Romem P, Reizer H, Romem Y, Shvarts S. The provision of modern medical services to a nomadic population: a review of medical services to the Bedouins of southern Sinai during Israeli rule 1967-1982. *Isr Med Assoc J*. 2002;4: 306-308.
67. Morad M, Shvarts S, Merrick J, Borkan J. The influence of Israel Health Insurance Law on the Negev Bedouin population--a survey study. *ScientificWorldJournal*. 2006; 6: 81-95.
68. Lubetsky H, Shvarts S, Merrick J, Vardi G, Galil A. The use of developmental rehabilitation services: Comparison between Bedouins and Jews in the south of Israel. *ScientificWorldJournal*. 2004; 4: 186-192.
69. Goldman RD, Mazkereth R, Blickstein I. Twinning and birth weight in the Israeli Jewish versus Muslim maternities. *Twin Res*. 2002; 5: 15-18.

70. Ezra Y, Schmuel E, Hakim M, Schenker JG. The outcome of grand-multiparous pregnancies of Arabic and Jewish populations in peripheral and central areas of Israel. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001; **80**: 30-33.
71. Elnekave E, Gross R. The healthcare experiences of Arab Israeli women in a reformed healthcare system. *Health Policy.* 2004; **69**: 101-116.
72. Baron-Epel O, Granot M, Badarna S, Avrami S. Perceptions of breast cancer among Arab Israeli women. *Women Health.* 2004;40:101-116.
73. Amitai Y, Haklai Z, Tarabeia J et al. Infant mortality in Israel during 1950-2000: rates, causes, demographic characteristics and trends. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2005;19:145-151.
74. Al-Krenawi A, Graham JR. A comparative study of family functioning, health, and mental health awareness and utilization among female Bedouin-Arabs from recognized and unrecognized villages in the Negev. *Health Care Women Int.* 2006; **27**: 182-196.
75. Lee KC, Winickoff JP, Kim MK et al. Resident physicians' use of professional and nonprofessional interpreters: a national survey. *JAMA.* 2006; **296**: 1050-1053.
76. Israel National Insurance Institute List of Health Related Laws.
77. Haiun D. The Israeli Patients' Rights Law: a discourse analysis of some main values. *Korot.* 2003;17:97-xii.
78. David Jones. Should the NHS curb spending on translation services? *British medical journal* 2007; **334**: 399.
79. Kate Adams. Should the NHS curb spending on translation services? *British medical journal* 2007; **334**: 398.

"נספח"

ראיון מובנה-לכימות הבנת החולים והערכת שביעות רצונם:

דברי הסבר לחולה: אני סטודנט לרפואה. אני עושה כעת סקר בנוגע לאיכות הטיפול בחדר מיון ילדים. הייתי רוצה לשאול כמה שאלות לגבי המידע והיחס שקיבלת מהצוות הרפואי במיון.

שאלות לגבי המידע הרפואי הכללי:

1. האם אתה יודע שהמלצות שהרופא נתן לכם כתובות במכתב השחרור?

כן / לא

2. לפי הרופא, מה הבעיה של ילדך? _____

3. האם אתה יודע מי הרופא שטיפל בילדך? כן / לא , אם כן מה שמו? _____

ועכשיו נעבור להמלצות שקיבלת בשחרור:

4. האם נאמר לך שהילד צריך לחזור למיון? כן / לא

אם כן, מתי? _____

5. האם נאמר לך שהילד צריך לעבור מעקב? כן / לא

אם כן מה המעקב? לחזור למיון / ללכת לרופא המטפל / בדיקות עזר בקהילה

אחר: _____

שאלות לגבי המידע הרפואי לגבי התרופות:

1. האם קבלת הוראה לתרופות ? כן / לא . אם כן אז:

				2. שם התרופה:
				3. כמה כדורים ליום:
				4. לכמה זמן:
				5. דרך מתן התרופה
				6. לשם מה קיבלת תרופה זו?

דרך מתן התרופה

סירופ / כדורים , האם צריך לקחת עם / בלי אוכל

זריקה / שאיפה / מריחה / אחר:

שאלות לגבי שביעות הרצון של ההורה:

1. כמה זמן המתנתם עד שניגש אילכם רופא?
4: מעט זמן 3: זמן סביר 2: הרבה זמן יחסית 1: זמן ממושך מאוד
2. באיזו מידה היית מעורב בהחלטות לגבי הטיפול בילדך? האם נתנה לך האפשרות לבחור בין מספר אופציות טיפוליות?
4: במידה רבה 3: במידה בינונית 2: במידה מועטה 1: בכלל לא
3. באיזו מידה אתה סומך על הרופא שטיפל בילדך ומאמין בו?
4: במידה רבה 3: במידה בינונית 2: במידה מועטה 1: בכלל לא
4. כמה מספק היה ההסבר שנתן לכם הרופא המטפל על מצבו הבריאותי של ילדכם?
4: במידה רבה 3: במידה בינונית 2: במידה מועטה 1: לא מספק בכלל
5. האם הבנת את ההמלצות של הרופא?
4: כולם 3: רובם 2: קצת 1: כלום
6. באיזו מידה נענה הצוות הרפואי לבקשות ולצרכים שלכם?
4: במידה רבה 3: במידה בינונית 2: במידה מועטה 1: לא מספק בכלל
7. במידה ותזדקקו בעתיד לפנות שוב למיון עם ילדכם – האם תבחרו לשוב למיון ילדים הדסה הר הצופים?
כן / לא . אם לא, מדוע?

8. האם תמליצו להורים אחרים לפנות למיון ילדים הדסה הר הצופים?
כן / לא . אם לא, מדוע?

פרטים דמוגרפיים:

1. מין הילד : ז נ
2. גיל הילד: _____
3. מין ההורה: ז נ
4. גיל ההורה: _____
5. מצב משפחתי : רווק נשוי גרוש אלמן
6. מס אחים ואחיות , לילד: _____
7. רמת השכלה/ מס' שנות לימוד (כולל בי"ס יסודי, תיכון, מכללה, ואוניברסיטה): _____
8. תעסוקה: _____
9. מס' נפשות במשק הבית : _____
10. מספר חדרים במגורים: _____
11. סיבת הגעה למיון (לפי התיק הרפואי) : _____
12. מס ביקורים במיון זה בשנה האחרונה (לפי התיק הרפואי) :
0 1-3 >3
13. רמת ידע בעברית (1-4): _____

مقابله – مبنيه لفحص كمية فهم المرضى ولتخمين مدى رضاهم :

شرح للمريض : أنا طالب طب. أقوم بأجراء أحصاء لفحص مستوى خدمه بغرفة طوارئ الأطفال. أود أن أطرح عليك بعض الأسئلة بالنسبه للمعلومات التي اعطيت لك من قبل الطاقم الطبي وكيفية تعامله معكم.

أسئله بالنسبه للمعلومات الطبيه العامه :

1. هل تعلم ان التوصيات التي اعطيت لكم من قبل الطبيب مكتوبه في التقرير الطبي?

نعم / لا

2. حسب شرح الطبيب، ما هي مشكلة ولدك ?

3. هل تعرف أسم الطبيب الذي عالج ولدك ? نعم / لا إذا كان الجواب نعم، ما هو الأسم? _____

والآن سنستفسر عن التوصيات التي اعطيت لكم عند التحرير:

4. هل قيل لك انه يجب على ولدك العوده لغرفة الطوارئ ? نعم / لا

_____ إذا كان الجواب نعم، متى?

5. هل قيل لك انه يجب متابعة حالة ولدك الصحيه? نعم / لا

_____ إذا كان الجواب نعم، ما هونوع هذه المتابعه? العوده لغرفة الطوارئ / زيارة طبيب العائله /

_____ فحوصات مساعده خارج المشفى / متابعه أخرى:

اسئله بالنسبه للعلوم الطبيه المتعلقه بالأدويه:

1. هل أوصيت بأعطاء ولدك دواء معين؟ نعم / لا إذا كان الجواب نعم, املئ القائمة التاليه :

				2. اسم الدواء
				3. الجرعه + كم مره في اليوم
				4. لكم من الوقت
				5. كيفية إعطاء الدواء
				6. ماهو سبب أعطاء الدواء

كيفية إعطاء الدواء:

سائل / حبوب , مع / بدون الأكل

حقنه / أستنشاق / مرهم / طريقة أخرى: _____

أسئلة متعلّقه بمدى رضاء الأهل:

1. كم من الوقت أنتظرتم حتى جائكم الطبيب?
4 : القليل من الوقت 3: وقت معقول 2: كثير من الوقت نسبيا 1: وقت طويل جدا
2. ما هو مدى أشراكك بالقرارات المتعلقة بعلاج ولدك؟ هل أعطيت لك فرصه الأختيار بين عدة خيارات لعلاج ولدك?
4: بنسبه كبيره 3: بنسبه متوسطه 2: بنسبه قليله 1: أبدا
3. ألى أي درجه أنت واثق من الطبيب الذي عالج أبناك ؟
4: بنسبه كبيره 3: بنسبه متوسطه 2: بنسبه قليله 1: أبدا
4. كم كان وافي الشرح الذي أعطاكم أياه الطبيب المعالج بالنسبه لحاله ولدكم الصحيه?
4: بنسبه كبيره 3: بنسبه متوسطه 2: بنسبه قليله 1: أبدا
5. هل فهمت توصيات الطبيب?
4: كلها 3: أغلبها 2: بعضها 1: لا شيء
6. الى أي درجه تجاوب الطاقم الطبي مع طلباتكم وأحتياجاتكم?
4: بنسبه كبيره 3: بنسبه متوسطه 2: بنسبه قليله 1: أبدا
7. إذا أحتجتم بالمستقبل زيارة غرفة طوارئ الأطفال, هل ستتوجهون مره أخرى لهداسا هر هتسوفيم?
نعم / لا . إذا كان الجواب لا, لماذا? _____
8. هل ستتصحون عائلات أخرى بزيارة غرفة طوارئ الأطفال بهداسا هر هتسوفيم?
نعم / لا . إذا كان الجواب لا, لماذا? _____

تفاصيل ديموغرافيه:

1. جنس الولد : ذ / أ
2. جيل الولد : _____
3. جنس الوالد/ه : ذ / أ
4. جيل الوالد/ه : _____
5. الوضع العائلي : أعزب متزوج مطلق أرمل
6. عدد الأخوه للولد: _____
7. المستوى التعليمي / عدد سنوات التعليم (مدرسه أبتدائيه, ثناويه, كليات وجامعات): _____
8. العمل : _____
9. عدد الأنفس في البيت : _____
10. عدد الغرف في البيت : _____
11. سبب المجيء لغرفة الطوارئ (حسب التقرير الطبي): _____
12. عدد الزيارات لغرفة الطوارئ هنا بالسنة الأخيره (حسب التقرير الطبي): 0 1-3 >3
13. درجة التمكن من اللغة العبريه : (1-4): _____

