

כשירות תרבותית מיטבית: שילוב עובדת סוציאלית בת העדה האתיופית במרכז לבריאות נפש

תקציר

משרד הבריאות רואה בצמצום האי-שוויון בבריאות את אחת ממשיותיו החשובות. אחד הצעדים המרכזיים שנקטו במטרה לסייע למערכת הבריאות להתמודד עם האי-שוויון על רקע תרבותי וכלכלי הוא חוזר מנכ"ל "התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות", שפורסם בשנת 2011 (חוזר מנכ"ל מספר 7/11) (לרנר, 2015).

הפצתו של חוזר המנכ"ל עודדה עשייה משמעותית בקרב הגופים השונים המרכיבים את מערכת הבריאות. בין השאר, משרד הקליטה תקצב למשך שנתיים העסקת עו"ס בן הקהילה האתיופית במרכזים לבריאות הנפש, דבר שאפשר הענקת תנאים משופרים לעובדים הסוציאליים הייעודיים שהועסקו בתחום.

במאמר נעסוק בכשירות תרבותית כפי שהיא משתקפת הלכה למעשה בבריאות הנפש בארץ, תוך התמקדות בצורכיהם של בני הקהילה האתיופית. נסקור את ההבדלים בין תרבות המוצא של בני העדה לבין התרבות הקולטת, המאתגרים את אנשי הטיפול בבואם לסייע למטופלים יוצאי אתיופיה.

נתייחס לאתגרים העומדים בפני צרכני השירותים בבריאות הנפש בעקבות יישום הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש, ובמיוחד בפני בני העדה האתיופית.

כמו כן, נתאר את ייחודיותה של ההתערבות המכוונת תרבותית לבני העדה האתיופית ונשים דגש על זו הניתנת על ידי בן העדה. נדגים בעזרת תיאור מקרה את היתרון שיש ליוצא אותה תרבות בבואו להעניק טיפול רגיש-תרבות מתאים, נכון ומכוון במדויק לצרכיו של המטופל בבריאות הנפש, אך גם את האתגר העומד בפניו. נציג לדוגמה את הניסיון של שילוב עו"ס בת העדה האתיופית במרכז הרפואי לבריאות הנפש לכישרון בשנים 2015-2016, ואת החלל שנוצר עם עזיבתה של העובדת הסוציאלית בת העדה את המרכז הרפואי.

סקירת ספרות

מהי כשירות תרבותית?

כשירות תרבותית מורכבת מהתנהגויות, מאפיינים ונהלים המאפשרים לארגון (או ליחיד) לפעול באופן יעיל במצבים רב-תרבותיים (לרנר, 2015). לרנר, במבוא לחוברת שפורסמה כחלק מפרס מנכ"ל משרד הבריאות בתחום צמצום פערים על רקע תרבותי ולשוני בבריאות הנפש לשנת

2015, מתארת מודלים שונים של כשירות תרבותית כפי שהם מופיעים בספרות, חלקם מתמקדים בכשירות תרבותית בבריאות הנפש. בבסיס המפגש הטיפולי, כותבת לרנר, עומדת התקשורת, ולה רובד גלוי ורובד סמוי. הבסיס של הרובד הסמוי כולל ערכים, אמונות, מנהגים, מסורות וכדומה, שלרוב לא ישתף אותם המטופל במפגש הטיפולי.

במחקר שנערכה בו סקירת ספרות של הידע בתחום בריאות הנפש, נמנו ארבעה פקטורים המשפיעים על כשירות תרבותית (Hernandez, 2009):

1. הקשר הקהילתי - קשר עם ארגונים הפועלים בתוך הקהילות.
2. מאפיינים תרבותיים של האוכלוסיות המקבלות שירות - אופן בקשת העזרה מושפע מהאופן שנתפס מתן העזרה מגורמים פורמליים על ידי התרבות המסוימת.
3. תשתית ארגונית הכוללת שמונה מרכיבים אשר קשורים זה בזה: ערכי הארגון, התקשורת עם הפונים אל הארגון, שותפות של הקהילה בארגון, מנהל, תכנון והערכה, משאבי אנוש (הכשרת כלל העובדים בארגון וגיוס עובדים מתאימים מבחינה שפתית ותרבותית), מערך השירותים (ארגון שיתופי פעולה עם גופים שונים) ותמיכה טכנית.
4. תמיכה ישירה בטיפול - התייחסות להיבטים תרבותיים המשפיעים בתוך חדר הטיפול.

גישה זו, של הרחבת ידע, מיומנויות וכלים גנריים לעבודה עם אוכלוסיות מרקעים שונים, אומצה ברוב העולם המערבי (דיין ובידרמן, 2014, עמ' 36). היא החליפה את הגישה המסורתית הקודמת, לפיה הקנו לצוותי הטיפול ידע על תרבויות של מטופלים מרקע ספציפי (היספני, אסיאתי וכדומה) (שם, עמ' 36). בשתי הגישות, שימוש במיומנויות תקשורת של המטפל, לרבות מיומנויות של תקשורת בין-תרבותית, מסייע להגיע לצרכיו, ערכיו והעדפותיו של המטופל (Epner, 2012).

גישה נוספת הרווחת בשנים האחרונות היא גישת השונות האנושית (Human Diversity), המתבוננת בהתנהגות האנושית מעמדה של יחסיות תרבותית (עשהאל, 2012). על פי גישה זו, התנהגות הנחשבת לבלתי מקובלת בתרבות הדומיננטית אינה נתפסת בהכרח כבלתי נורמלית, אלא נבדקת המידה שהיא משרתת או אינה משרתת את הפרט המתנהג באופן זה (בוסטין, 2004). עשהאל מציינת ש"כדי לפתח כשירות תרבותית המבוססת על שונות אנושית, יש לשמר ולחזק קודם כול את הזהות האישית והתרבותית הייחודית של כל תרבות מהגרת" (עשהאל, 2012, עמ' 348).

יכולת תרבותית מתבטאת, בין היתר, ביכולת להפוך את הידע על תרבות המיעוט לבסיס לשיח בין שתי נקודות המבט השונות של התרבויות, תוך אפשרות לאמץ בכל פעם נקודת מבט אחרת לפי צורכי המטופל והטיפול (עשהאל, 2012). מרסלה (Marsella, 2011) טוען ששירותים אתנו-תרבותיים מבוססי קהילה הם מקור חיובי בקהילה, שיכול לספק פונקציה מרכזית בעבודה על סוגיות של בריאות הנפש בקבוצות תרבותיות מגוונות. יותר מכך, הוא טוען שהתפתחות של רשת תמיכה חברתית חזקה ומבוססת חייבת להיות חלק מההליך. גופלקרישנן (Gopalkrishnan, 2018)

**במסמך שגובש
ב־2016 הומלץ,
בין השאר, על שילוב
יוצאי אתיופיה במצבת
כוח האדם במשרד
הבריאות. כמו כן, דובר
על פעילות משרד
הבריאות מול מנהיגים
חברתיים ודתיים,
כדי לשתף במידע,
להתייעץ ולרתום אותם
לקידום בריאותם של
תושבים מקבוצות
תרבותיות שונות**



והלשונית על ספקי השירות, ללא תוספת תקציבית (דיין ובידרמן, 2014). דבר שכמובן הקשה על יישום הנוהל. לכן, קבלת התקציב המיוחד להעסקת עובדת סוציאלית ממוצא אתיופי הייתה הזדמנות מיוחדת לענות על הצורך ופאשרה יישום ממש של העקרונות העומדים בבסיס מתן שירות מונגש תרבותית לבני הקהילה האתיופית.

הרפורמה בבריאות הנפש

הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש יושמה ביולי 2015, ובמסגרתה הועברה האחריות המימונית למתן השירותים הפסיכיאטריים ממשרד הבריאות לקופות החולים. כיום, כארבע שנים מאז יישום הרפורמה, קיים עדיין חסר בשירותים לאזרחים. רבים ממקבלי השירות נעזרים בשירותים פרטיים, שבדרך כלל אינם זמינים לאוכלוסיות המוחלשות (ויסברג, 2019) ובהן יוצאי אתיופיה. על פי נוהלי הרפורמה, הטיפול ניתן לאוכלוסייה שנמצאת זכאית לקבלת השירות. הזכאות מותנית בקבלת אבחנה פסיכיאטרית. שיטה זו מחזקת את השיח הרפואי המתייג את האדם על פי הסימפטומים שהוא חווה ומביאה לאחידות בשפה הפסיכיאטרית, אך מתעלמת מנסיבות חייו של האדם ומההיבט התרבותי של קשיו. נוסף על כך, תיגו של אבחנה רפואית עלול להעצים את הסטיגמה כלפי שירותי בריאות הנפש.

אחד הגורמים המקשים על מתן סיוע נפשי בקהילה הוא ההליך הבירוקרטי המתחייב מהחלת הרפורמה. המעונוינים בקבלת הטיפול במרפאות בריאות הנפש נדרשים להמציא טופס 17, שהוצאתו כרוכה בסדרה של פעולות מול קופת החולים. בכל שלב נבדקת מחדש זכאותו של המבקש לקבלת הטיפול. כך, על אף ששאיפת קברניטי הרפורמה הייתה לאפשר חופש בחירה בין השירותים השונים, בפועל קיימים חסמים המקשים את הבחירה ואת קבלת השירות המתאים, במיוחד בקרב אוכלוסיות חלשות (ויסברג, 2019).

מונה דרכים שבהן נבנה כוחם של היחידים והקהילה במתן טיפול חוצה-תרבותי, ביניהן שילוב של בריאות הגוף ובריאות הנפש וכן שילוב טיפול מערבי עם רפואה מסורתית (שם, עמ' 4).

דוגמה לכך הוא פרויקט "דרך חדשה" (דרך חדשה, 2016) - הליך של שיתוף הציבור בגיבוש מדיניות חדשה לשילוב יוצאי אתיופיה בחברה הישראלית, שהתחיל ב־2014 בהשתתפות 12 משרדי ממשלה ובהובלת משרד העלייה והקליטה. במסמך שגובש ב־2016 הומלץ, בין השאר, על שילוב יוצאי אתיופיה במצבת כוח האדם במשרד הבריאות. כמו כן, דובר על פעילות משרד הבריאות מול מנהיגים חברתיים ודתיים, כדי לשתף במידע, להתייעץ ולרתום אותם לקידום בריאותם של תושבים מקבוצות תרבותיות שונות.

האם נותן השירות לאוכלוסייה רבת-תרבותית אמור להיות בן אותו מוצא תרבותי?

הנושא של גיוון במוצא כוח האדם בשירותי בריאות הוכנס כחלק ממסמך שפרסם המשרד לבריאות מיעוטים בארצות-הברית בשנת 2000, הכולל סטנדרטים לאומיים למתן שירותי בריאות הולמים. בשנת 2010, הנשיא אובמה חתם על הרפורמה בשירותי הבריאות כחוק מחייב, ובשנת 2013 פורסם המסמך שוב במתכונת מעודכנת. בעקבותיו קודמה חקיקה גם בנושא הגיוון במוצא של כוח האדם בשירותי בריאות (מצוטט אצל דיין ובידרמן, 2014).

באופן אידיאלי, קשיים הנובעים מפערי שפה ותרבות יכולים להימנע כאשר גם המטפל וגם המטופל נמנים עם אותה תרבות (Marsella, 2011). המלצה למינוי של עובד סוציאלי יוצא אתיופיה לשמירה על קשר שוטף עם פרטים בקהילה המצויים בסיכון גבוה לאובדנות ניתנה גם במסגרת דו"ח מסכם של מחקר על אובדנות בקרב עולי אתיופיה בישראל, שהוזמן על ידי המשרד לקליטת עלייה (יונגמן ושוקד, 2009, עמ' 50). חוזר מנכ"ל של משרד הבריאות הטיל את האחריות להנגשה התרבותית

בחברה האתיופית המסורתית, ההתנהגות המצופה מן היחיד היא לחכות בסבלנות עד שהצרות תעבורנה (בן עזר, 2012, עמ' 332).

קושי בביטוי רגשי הוא אחד המאפיינים המקשים על קבלת עזרה נפשית במערב בין תרבויות. הוא מתבטא לא פעם במחסור בביטוי רגשי ובבחירה בביטוי של כאב גופני (יונגמן, מינוצ'ין-איצקסון, זרה וזילבר, 1999; Hechanova & Waeldle, 2017). רבים מבני העדה, וביניהם גם צעירים שגדלו בארץ, יימנעו מלשתף ברגשותיהם אדם שאינו בן משפחה. כאשר יחפשו עזרה, יבטאו את בעיותיהם במונחים סומטיים ומטפוריים, כגון כאב פיזי בבטן, כאב ראש או קושי לבלוע מזון, או שיסתפקו במילה אחת: קשה. כך, גם יצירת הקשר הטיפולי וההערכה הפסיכיאטרית, הנעשית בשגרה בתוך ריאיון פסיכיאטרי, הם בבחינת אתגר גדול עבור הפסיכיאטר הרגיל לסגנון תקשורת ישיר (בן עזר, 2012).

בחברה האתיופית המסורתית, התא המשפחתי התנהל על פי מודל פטריארכלי, עם חלוקת תפקידים ברורה בין בני המשפחה. הבעל היה אחראי על התחומים הדתי, הרוחני והכלכלי וייצג את המשפחה בפני הרשויות. האם הייתה אחראית על הטיפול בילדים וחינוכם. בארץ, הילדים ובני הנוער חונכו לעתים בפנימיות והנשים יצאו לעבודה מחוץ לבית. ההשתלבות בארץ דרשה שינוי טוטלי באורח החיים. רבים מן העולים אומנם נמצאים בארץ שנים ארוכות, אך חלקם עדיין מתנהלים תחת קודים תרבותיים מופנמים מארץ מוצאם; מודעים לדפוסי התרבות הישראליים, אך לא רואים בהם נורמות שניתן לנהוג על פיהן (שבתאי, 1999).

אצל חלק מהעולים קיים קושי לקבל ערכים הקיימים בחברה הישראלית, כמו שוויון לנשים והעצמת נשים. אנו רואים תופעה הולכת וגוברת של גברים אתיופים שנוסעים לאתיופיה ונישאים לנשים אתיופיות, חלקן אינן יהודיות, שלא עברו את תהליך הסוציאליזציה הישראלי. הבדלי תרבות אלה הם אתגר של ממש בפני המטפלים בבריאות הנפש.

ערך מאפיין נוסף הוא אי היכולת לסרב לבעלי הסמכות, גם כשאין מסכימים אתם. הדבר היחיד שהאדם יכול לעשות, על פי הקוד התרבותי האתיופי, הוא לשתוק ולא לבצע. אפילו גילוי יוזמה והצגת שאלות לבעל הסמכות נתפסים כביטוי של חוצפה (בן עזר, 2012, עמ' 333). פעמים רבות מטופלים יסגלו דפוס מְרָצָה, יסכימו למראית עין לטיפול שמציע הרופא, לתרופה או לתכנית השיקום, אך בהמשך לא ייטלו את התרופה או ייסוגו מתכנית השיקום בלי לומר דבר. פערים אלו גורמים לאכזבה גם אצל המטופל וגם אצל המטפל.

קיים פער בין התרבות האתיופית לתרבות הקולטת בארץ בתחומים נוספים רבים, כגון תפיסת הזמן והשימוש בטכנולוגיה - פער שהפגיע את בני הקהילה כשהגיעו לארץ וגרם להסתגרותם בתוך הקהילה (בן עזר, 1992). נראה שהפערים הללו הולכים ומצטמצמים במשך הזמן, ככל שהדור השני שהתחנך בארץ הולך ומתבגר.

המרחק התרבותי של עולי אתיופיה מהתרבות הדומיננטית בישראל יצר דחק המוגדר כהלם תרבותי (פינקלשטיין וסלומון, 2007). זוהי טראומה נוספת, המצטרפת לטראומה שחוו רבים עקב חוויות טראומטיות במהלך העלייה לארץ. חלקם אינם נותנים אמון בשירותי בריאות הנפש בהיותם חלק מהממסד הדומיננטי, הנקשר בתודעתם לכשל החינוכי שחוו עם עלייתם לארץ. חלקם קושרים בין תיוג היתר של ילדים ונוער בני הקהילה כסובלים מהפרעת קשב וריכוז לבין הטיפול התרופתי הניתן על ידי אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש, וחלקם תולים קושי זה ביחס גזעני לאורך השנים, בדומה לקשיים דומים בקהילת השחורים בארצות הברית (USDHHS, 2007).

רבים מבני הקהילה הצעירים שגדלו בארץ ונמנים עם המטופלים שלנו חשים זרות הן כלפי הקהילה הלבנה, הישראלית, והן כלפי הקהילה

גלי העלייה של יוצאי אתיופיה והשונויות ביניהם

עלייתם של בני יהדות אתיופיה נעשתה בשלושה גלים עיקריים, ולכל אחד מהם מאפיינים משלו. הגל הראשון, "מבצע משה", בשנים 1980-1985, החל בעליית קבוצות קטנות, תחילה בטיסות ובהמשך דרך הים. העולים צעדו דרך סודן מאות קילומטרים וחוו סכנות רבות. במסלול זה נפטרו 2000-5000 מבני העדה (אברהם 2003; בן עזר, 2002). הקבוצה השנייה כוללת את עולי "מבצע שלמה" שהגיעו לישראל במבצע הטסה מאתיופיה בשנת 1991. קבוצה זו המתונה בחרדה במחנות מאולתרים באדיס-אבבה ובגונדר, בשל מלחמת האזרחים באתיופיה. הקבוצה השלישית כוללת את עולי הפלאשמורה, שעלו לישראל בין השנים 1994-2013.

חובב (2014, עמ' 161) כותבת ש"שלוש הקבוצות הללו שונות זו מזו במאפיינים התעסוקתיים, התרבותיים, הלשוניים עוד בארץ מוצאן" והן נבדלות באופן שהגיעו לארץ ובדרך שהשתלבו בה. חובב מדגישה ש"להבנת ההבדלים בין שלוש הקבוצות יש השלכות יישומיות משמעותיות לתהליך העבודה היומיומית בקליטתן". לצורך הבנת השוני ברמת הדקויות בין הקבוצות השונות, יש צורך בהיכרות מעמיקה עם אוכלוסיית העולים, וכמובן שידיעה כזאת מצויה באופן אינטואיטיבי בקרב בני הקהילה עצמה.

מאפיינים תרבותיים של יוצאי אתיופיה והאתגרים שהם מציבים בתהליך של פנייה, קבלה והנגשה של עזרה נפשית

היהודים בני העדה האתיופית משתייכים לקבוצה רחבה של מהגרים מ"הדרום הגלובלי" לארץ מערבית, מודרנית. כמו בכל הגירה, המפגש עם תרבות שונה והניסיון להיטמע בה עלולים לערער אמיתות, ערכים וקשרים.

המעבר לישראל העלה קשיים שבני הקהילה לא התמודדו אתם קודם לכן, ובראש וראשונה אפליה על רקע צבע עורם (אברהם, 2003, עמ' 3). אולם מעבר לשוני החיצוני הבולט, קיים שוני תרבותי וערכי, וביטויים של שונות זו יוצרים לא פעם אייבהנה במפגש עם צוות המרכז לבריאות הנפש.

ההסתגלות לחיים בישראל משמעותה מעבר מחברה קולקטיביסטית לחברה אינדיבידואליסטית. באתיופיה דבקו היהודים באורח חיים תרבותי משלהם, שונה משל הלא יהודים, אורח חיים דתי. המחויבות של בני הקהילה האתיופית היא קודם כול לקהילה ואחר כך לפרט. כלומר: יש קדימות לצרכים הנוגעים לקהילה על פני צרכים של הפרט, בעיקר כאשר מדובר באוכלוסייה המבוגרת יותר. למשל, הצורך לכבד אדם שנפטר על ידי נוכחות בלוויה קיבל קדימות על פני ביקור אצל הבן המאושפז.

קוד ההתמודדות במצבי משבר, על פי התרבות האתיופית, רואה בקהילה גוף המכיל את הצרות, האסונות והמכאובים. כמו בחברות בעלות מאפייני תרבות קהילתיים, הם יתנו לאירוע מעורר הלחץ משמעות נורמטיבית שונה מהמקובל בתרבות המערבית ויעריכו את גורם הלחץ בדרך האופיינית להם (Aldwin, 2004). כך לדוגמה, לשבירה של נורמת התנהגות חברתית משקל גדול יותר מאשר להסתגרות ולחוסר תפקוד אישי.

הגיוון בסוגי ההתמודדות עם גורמי לחץ יש בו פוטנציאל לשמש הן כגורם מגן והן כגורם סיכון. בתרבויות בעלות מאפיינים קולקטיביסטיים, ריפוי הוא תוצר של תלות פנימית בין חברי הקבוצה והבריאות של הקבוצה חשובה ליחיד לפחות כמו בריאותו שלו (Hechanova & Waeldle, 2017). כך גם חוסן נפשי (resilience), המוגדר כיכולת להתאושש ממצוקה ולחזור לתפקוד למרות הטלטלה שנחווה, מוטמע בערכים התרבותיים, ברוחניות ובפעילות הקולקטיבית של החברה (Kirmayer et al., 2011).

משלנו" על ידי יוצאי העדה. התקשורת אצל בני העדה האתיופית כוללת התייחסות רבה לשפה לא מילולית, לרמזים לא מפורשים ולמטרות נסתרות. כל מפגש הוא קודם כול מבחן אמון הכולל מחוות של כבוד (שלייפר, 2012, עמ' 105). תהליך יצירת הקשר עם העובדת הסוציאלית בת העדה נעשה בתוך זמן קצר. מחסומים בלתי נראים נפלו והתרחש תהליך של העברה (transference) כלפיה, שהתבטא בצפייה שתנהג כבת משפחה ותגלה נאמנות לבני העדה, בהתאם לנסיבות. זהו יתרון גדול מאוד במקום שיש בו צורך ליצור קשר טיפולי במהירות (Marsella, 2011). קרה שצעדנו שתינו (המחברות) בשבילי בית החולים, וכל העת פנו אל העובדת הסוציאלית בת העדה מטופלים, בני משפחה ועובדי בית החולים יוצאי אתיופיה, כשהם מתעלמים מנוכחות העובדת הסוציאלית שאינה בת העדה.

כאשר בן משפחה מתאשפז בבית חולים פסיכיאטרי, המשפחה כולה חווה משבר. הנכונות של בני המשפחה להיעזר גבוהה יותר כאשר מדובר בעובדת סוציאלית בת העדה, שניתן לשפתה בנושאים רבים ובמיוחד במנהגים המיוחדים לעדה ובאמונה בריפוי מסורתי. התמיכה שקיבלו בני המשפחה מהעובדת הסוציאלית בת העדה שינתה לא פעם את יחסם אל צוות המטפלים במרכז והפיחה תקווה לשינוי במצבו של החולה.

למשל: אם של מטופל הסבירה שלא הגיעה לבקרו מיד עם אשפוזו, כי הייתה עסוקה בשמירה על הנכד הפעוט, שעבר טקס של כריתת הענבל בגרונו. זהו מנהג רווח בקרב בני העדה, אך אינו מקובל בישראל. ניתן להניח שהאם הזכירה פרט זה כי בטחה בעו"ס שתבין את סדרי העדיפויות שלה.

במרכזים לבריאות נפש מצוי צוות רב-מקצועי האמון על הטיפול הרפואי המערבי. החשיבה היא רציונלית, מבוססת ראיות. כמו כן, מדובר בתחום רפואי שבו הבדיקה הרפואית נעשית באמצעות ריאיון קליני ולהתרחשותו של הבדוק יש משקל רב. הפערים בביטויים הרגשיים הם בגדר חסם בהבנת מצוקתו של המטופל, ולכן מושם דגש מיוחד על העבודה עם צוות בית החולים.

עם כניסתה של העובדת הסוציאלית בת העדה לבית החולים, ערכנו היכרות בינה לבין הצוותים במחלקות הפעילות. בהמשך הכינה הרצאה עם מצגת המסבירה את המאפיינים התרבותיים, את ההבדלים במערך המשפחתי ואת ההבדלים בין הטיפול הפסיכיאטרי הניתן באתיופיה לזה הניתן בישראל, ועברה ממחלקה למחלקה כשהיא מקיימת הרצאה ודיון. בעקבות אלה, הצוות למד להיעזר בה ולבקש את התערבותה הישירה או את עצתה כשהתאשפז בן קהילה. כמו כן, השתמשו בקשרים שיצרה עם גורמים שונים המטפלים בבני הקהילה.

גורמים שונים מטפלים בבני הקהילה באזור. עו"ס במחלקות הרווחה, שחלקן מעסיקות גם מגשרים; עובדי עמותות; מיל"ם - המרכז לטיפול במשפחות של נפגעי נפש, המעסיק גם הוא עובדת סוציאלית בת העדה. חלק חשוב בעבודתן של העובדות הסוציאליות בנות העדה היה יצירת רצף טיפולי עם גורמי הטיפול השונים בקהילה. נוסף על כך, היה צורך רב בתיווך בין המטופלים לבין השירותים השונים: המוסד לביטוח לאומי, מחלקות הרווחה ועובדי המשפחה השונים. היה עליהן לסגור על המטופלים בפני ועדות החלטה, שלעתים חבריהן אינם מכירים את התרבות שהמטופלים מגיעים ממנה.

השתלמויות נוספות

הצורך בהרחבת הידע על הטיפול המסורתי ועל האפיונים של בני הקהילה האתיופית הוא גדול ומצריך העמקה וחיבור של הצוות ושינוי בעמדות מערביות נוקשות של מטפלים, רופאים, אחיות, פסיכולוגים וכדומה, אשר צמחו ועברו הכשרה תחת מסורות מערביות. לכן הושם דגש מיוחד על נושא זה ומשרד הבריאות קיים כמה מחזוריים של השתלמות בת שלושה ימים לצוותים המקצועיים. אלה כללו מפגש עם חוקרים, פסיכיאטרים ועובדים סוציאליים מיומנים, כולל מפגש עם מרפאה מסורתית. בהמשך תודגם התערבות אופיינית שהובילה עובדת סוציאלית בת הקהילה האתיופית.

האתיופית המסורתית. חלקם גדלו בפנימיות והתרחקו ממסורת ההורים. אחרים, כמו בני מהגרים רבים שאינם רוצים לדבר בשפת אבותיהם, שפת המיעוט, חשים זרות כלפי תרבות ההורים ונותרים תלושים וחסרי אמונה. בשעת מצוקה, כשהם נפגשים עם התרבות הטיפולית המקומית, נוצר קושי במתן טיפול המותאם לצורכיהם.

קושי נוסף הוא הסטיגמה הקיימת בקרב הקהילה כלפי אנשים המתוגים כנפגעי נפש. סטיגמה שלילית כלפי נפגעי נפש עלולה להיות גבוהה יותר בקרב קבוצות בעלות מאפייני תרבות מסורתית (Gopalkrishnan, 2018). היא עלולה לגרום לאנשים לחוש בושה, עד כדי כך שיסתירו את הסימפטומים שלהם או של בן משפחתם ולא יפנו לטיפול מתאים אלא כאשר הבעיה תיעשה אקוטית (שם). בושה נגרמת בשל השאיפה להגן על שמה של המשפחה ועל כבודה, במיוחד בתרבות שבה לשייכות המשפחתית יש מקום משמעותי במיוחד. הבושה נגרמת גם מתוך חשש שאנשי המקצוע יתייגו את הנזקק לשירותיהם כ"משוגע" (Hampton & Sharp, 2013).

שילוב עובדת סוציאלית בת העדה במרכז לבריאות הנפש

טיפול בבני העדה במרכז הרפואי לבריאות הנפש לביהשרון

בעוד שיעור יוצאי אתיופיה באוכלוסייה בארץ היה 1.5% בשנת 2012 (על פי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ניבי דיין, 2014), כשבדקנו את מספר המתאשפזים אצלנו בשנים 2011-2016 התברר ששיעורם מקרב המאושפזים הוא 5.6% (645 מתוך 11,515). הסבר אפשרי לנתון זה הוא הימצאות ריכוז גדול של בני העדה המתגוררים בקרבה גיאוגרפית למרכז לבריאות הנפש לביהשרון, אלא שנתונים דומים נאספו בסקירות נוספות (ברנדלי וקלטר-ליבוביץ, 2017).

האתגר בטיפול במתאשפזים מבני העדה האתיופית החל עוד בשלב האבחון, כאשר המטפלים התקשו ליצור קשר עם המטופלים - גם בשל קשיי השפה, אך גם בגלל השוני התרבותי. אחד התחומים שבלטו הוא הנטייה להציג בעיות נפשיות דרך ביטוי גופני. גם כאשר ניתן מידע בנושא זה לצוותים, עדיין התקשו אלה למצוא דרך לטפל במטופלים, מאחר שנהגו להשתמש בביטויים רגשיים ישירים בנוגע לרגשות וליחסים. ייחודיות זאת של ביטוי רגש יכולה להוביל לכך שמטפל ישראלי ייטה לתייג את הפונה ממוצא אתיופי כנחות או מוגבל ביכולתו להסתכלות ולהתבוננות עצמית פסיכולוגית.

הניסיון הראה שצוות בית החולים, שהתחנך על ברכי גישות הטיפול המערבי, השקיע ידע ואנרגיה רבים בטיפול ביוצאי אתיופיה - אך התוצאה אינה משביעת רצון. מטופלים רבים אינם מתמידים בטיפול ואינם נותנים אמון במערכת. חלקם יוצאים לחופשה במהלך האשפוז ואינם חוזרים. הניסיון לשלב אותם בשירותי שיקום לא עלה יפה בחלק ניכר מהמקרים. רבים מהם אינם מקבלים את המלצות הצוות הטיפולי ונושרים מהטיפול במרפאה.

תכנית ההשתלבות של עובדת סוציאלית ממוצא אתיופי במרכז לבריאות הנפש לביהשרון

במסגרת פרויקט "דרך חדשה" (דרך חדשה, 2016) שולבו שמונה עובדות סוציאליות ממוצא אתיופי במרכזים שונים לבריאות הנפש. בכל מרכז שולבה עובדת סוציאלית יחידה, בדרך כלל בהיקף של חצי משרה. במרכז הרפואי לבריאות הנפש לביהשרון היא ריכזה את העבודה עם בני העדה האתיופית במרפאה ובמחלקות האשפוז. הגדרנו את תפקידה כמחייב עבודה בארבעה מישורים: הפרט, המשפחה, הצוות המטפל במחלקה והקהילה. מאחר שמדובר בעבודה המתנהלת בו זמנית, יש בה מורכבות רבה.

כבת העדה וכדוברת השפה, העובדת הסוציאלית התקבלה כ"אחת

תיאור מקרה

ג', בת 25, ילידת אתיופיה, נוצרייה, נשואה לא' כשש שנים ולהם שני ילדים משותפים, גילאי שנתיים ושלוש וחצי. לבעלה ילד בן 11 מנישואיו הראשונים. הוא עצמו עלה מאתיופיה בשנת 2001. בני הזוג הכירו באתיופיה כשא' ביקר שם, ולאחר חודשים מספר נישאו.

הזוג מתגורר עם ילדיהם, הסבתא ושני אחים של א' בדירה שכורה בת שלושה חדרים בנתניה, ומתקיים מהכנסתו של א', שעובד כעובד ייצור במפעל, ומקצבת נכות של ג'.

ג' הגיעה לאשפוז ראשון לאחר לידת בנם הצעיר ואובחנה כחולה בסכיזופרניה ובהפרעת OCD, המתבטאת בקולות פוקדניים הדורשים ממנה לפגוע בעצמה ובילדיה.

בזמן כתיבת המקרה, התברר שגם אחיו של א' טס לאתיופיה, התחתן עם אישה נוצרייה ונמצא בתהליך להבאתה ארצה. אחותו, שמתגוררת עמם, סיימה שירות צבאי ועובדת.

תולדותיה של ג'

ג' התייתמה מאביה בהיותה ילדה קטנה. אמה בריאה ועובדת בתחנת "טיפת חלב" באתיופיה. היא השנייה מבין שישה ילדים במשפחה. אחיה מתגוררים באתיופיה. היא שומרת אתם על קשר טלפוני אחת לחודש בערך. שוללת בעיות נפשיות במשפחת המוצא.

ג' למדה באתיופיה שמונה כיתות, יודעת קרוא וכתוב באמהרית אך אינה מדברת כלל עברית. היא סיפרה (באמהרית) שבאתיופיה היו לה כמה חברות קרובות, שהייתה עמן בקשר יום-יומי. עם עלייתה לארץ נותק הקשר עמן. בארץ היא מבודדת חברתית ומתגעגעת לחיים בהרמוניה שהכירה בארץ מוצאה ולתקשורת שזרמה בקלות ושפעה שמחת חיים.

הקשר הטיפולי עם ג'

התבקשתי (א.מ.) על ידי עו"ס במחלקה הפתוחה בבית החולים להצטרף לצוות המטפלים במחלקה לצורך התייעצות בעניינה של ג' כשהגיעה לאשפוז שני (בכפייה), לאחר שחזרה מטיפול מסורתי באתיופיה שלא צלח. מצבה הדרדר על רקע הפסקת הטיפול התרופתי והיא שוב החלה לשמוע קולות שאמרו לה לפגוע בילדיה.

פגשתי אישה צעירה מאוד, עם מטפחת לראשה, לכבושה בפשטות, מנומסת וצמאה לקשר. שפת השיחה הייתה אמהרית (על אף שאינני שולטת דיי בשפה, אני מתעקשת שלא לגרום לשפה להיות מחסום לטיפול), לפעמים ג' השלימה מלים בגלל הקושי שלי להתבטא. במשך הזמן, השיחה זרמה ואפשרתי לה להביא את עצמה בפתיחות.

הטיפול באימהות צעירות במצב פסיכוטי הוא אתגר רגשי יוצא דופן עבור הצוות הטיפולי בבית החולים, המורכב ברובו מנשים. לא פעם אנו מסייעים לאישה החווה דיכאון לאחר לידה, שמתפתח למצב של דיכאון פסיכוטי ומלווה במחשבות שווא או בשמיעת קולות. כמו בכל המקרים, גם הפעם הטיפול התרופתי ניתן בהתאם לסימפטומים. במקרה זה היה מדובר באשפוז שני של אישה במצב פסיכוטי, בעקבות הפסקת נטילת הטיפול התרופתי.

בתחילה הושם הדגש על בניית האמון של ג' בצוות ובי וכן בתרופות. מתוך דבריה הבנתי שהיא רחוקה ממשפחת המוצא שלה וחסרה אותם. במהלך האשפוז במחלקה, ג' תוארה כשקטה ומשתפת פעולה ונראתה שיש הטבה במצבה. לאחר זמן מה דיווחה שנעלמו הקולות הפוקדניים. במקביל לטיפול הישיר בה - עוד במהלך האשפוז ובהמשך, כששחררה לביתה והמשכתי לטפל בה במסגרת המרפאה - הפעלתי אסטרטגיות של תיווך וסגור מול גופים שונים, מאחר שג' הייתה חסרת אונים וללא כישורים בסיסיים של התמצאות בעולם המודרני.

חלק משמעותי בטיפול בג' היה מיצוי זכויות בביטוח הלאומי. מדובר בהליך שגרתי בדרך כלל, אלא שכאן נוסף שלב שאינו נדרש בדרך כלל מחולים אחרים וכן היו קשיי תקשורת בין הביטוח הלאומי לבין המשפחה.

במהלך תקופת עבודתי בבית החולים הגשתי אנשים לביטוח לאומי לצורך הכרה בהם כנכים, והם נמצאו זכאים תוך תקופות קצרות. לעומתם, דווקא היא, שמתמודדת עם הפרעה נפשית הפוגעת בכל תחומי החיים, אם לילדים קטנים, צריכה הייתה לעבור בירוקרטיה מייגעת במיוחד. חוויתי יחד אתה את אתגרי הבירוקרטיה, תוהה ביני לבין עצמי אם הקשיים הללו קשורים להיותה מטופלת ממוצא אתיופי, נוצרייה, חלשה, שלא תרים את קולה. לבסוף, בהתערבות הדרג הניהולי ולאחר כחצי שנה מתחילת התהליך, ג' נמצאה זכאית והתחילה לקבל קצבת נכות, דבר שסייע בכיסויי חובות שהצטברו ולהתנהלות תקינה של המשפחה. ההכרה של הביטוח הלאומי אפשרה בהמשך להגישו לוועדת סל שיקום (כדי להתחיל בהליכי שיקום).

במקביל, קיימתי קשר רציף עם עובדת סוציאלית במחלקת הרווחה, כתבתי דוחות פסיכוסוציאליים והשתתפתי בוועדה לתכנון טיפול בנוגע לילדיה. מעמד ועדת ההחלטה היה רגע מורכב, שבו דיברתי על ההפרעה הפסיכוטית שג' מתמודדת עמה (בתיאום עם הפסיכיאטרית המטפלת בה, שחתומה אתי על הדו"ח לוועדה), ובה בעת הדגשתי את שיתוף הפעולה שלה, המתבטא בהגעה סדירה למעקב התרופתי ולפגישות עמי. כמקובל במקרים מסוג זה, של אישה שהסימפטומים שלה כוללים שמיעת קולות פוקדניים המצווים עליה לפגוע בה ובילדיה, כמוכן שטובת הילדים היא בעדיפות העליונה. בוועדה התקבלה החלטה שג' אינה יכולה להישאר לבד עם ילדיה, מאחר שאי אפשר לסמוך על יכולת השיפוט שלה בגלל מחלת הנפש שהיא סובלת ממנה, וכי בעלה א' יהיה המטפל העיקרי במשפחה. משמעות ההחלטה היא שרק בנוכחותו יהיה אפשר להביא את הילדים למסגרות הלימוד, כך שבעצם אינו יכול לצאת לעבודתו בהסעה ופרנסתו נפגעת. ההחלטה עוררה כעס רב אצל בני המשפחה, ושוב תיווכתי בינם לבין העובדות הסוציאליות ברווחה. לאחר משא ומתן שנמשך שבועות מספר, התקבלה הצעתו של א' שאמו תעבור לגור אתם ותתמנה כמטפלת נוספת - וכך היה.

לאחר כשנה מאז האשפוז השני, מצבה של ג' הדרדר שוב: א', בעלה, עדין שהיא מרבה לישון, והיא דיווחה על חרדה גדולה ושיתפה במחשבות פרנואידיות, האמינה שגברים רוצים לפגוע בה. א' שיתף בדאגתו מפני התכנים והתלכט אם לטוס לאתיופיה כדי שג' תקבל טיפול מסורתי בפעם השנייה: רחצה במעיינות חמים וגירוש שדים שמבוצע על ידי כומר נוצרי. בשיחות טלפוניות עם א', הוא התפעל מכישרונו של הכומר ושלח לי את שמו, כדי שאראה ברשת האינטרנט סרטונים המעידים על הצלחת הטיפול בגירוש שדים רעים מגוף שהם נאחזים בו.

בינתיים, מצבה של ג' החמיר וא' שיתף בהתלבטותו אם להגיע לבדיקה אצל הרופא. הוא חשש שהיא עלולה להישאר לאשפוז ממושך. בשיחות הטלפוניות ביקש את אישורי לקחת אותה לאתיופיה. בסופו של דבר, בהתייעצות עם הרופא המטפל, היא הגיעה לבדיקה במיון. בבדיקה התרשמו שאין לה מחשבות לפגוע בעצמה ומיד לאחר מכן הם עלו על טיסה לאתיופיה.

במצבים כאלה, אני, כבת העדה המבינה את הצורך להיעזר בטיפול מסורתי על פי התרבות שהאדם מגיע ממנה, ניצבת מול דילמה. עצם היותי בת העדה מאפשר לכן המשפחה לשתף בהתלבטותיו. אינני בוחרת צד, אלא מאפשרת לג' ולא' להחליט על פי אמונתם ותרבותם.

בני הזוג טסו לאתיופיה והשאירו את הטיפול בילדיהם באחריות של הסבתא. א' חזר לאחר כשבועיים, היות שלא התאפשר לו להיעדר תקופה ממושכת מטיפול בילדים ומעבודתו.

ג' הפסיקה את הטיפול התרופתי לטובת הטיפול המסורתי. כעבור חודשיים וחצי חזרה ארצה כשמצבה הנפשי והפיזי חמור: משקלה היה ירוד מאוד, שיערה קצוץ, היא הייתה מפוחדת מאוד וכמעט שלא יצרה קשר עם הסובבים אותה. פגשתי אותה בבדיקה עם הרופאים הבכירים במרפאה. היא כמעט שלא דיברה, אך היה אפשר לראות את מצבה דרך מבטה המפוחד. בני הזוג טענו שהגיעו רק כדי לקחת מרשם לתרופות ולחזור לביתם, אך לא היה אפשר לשחררה. מצבה הנפשי העיד כי היא שומעת קולות, על אף שכמעט לא מסרה מידע. היא אושפזה באשפוז כפוי לכמה שבועות בפעם השלישית.

כן, מתחייבים השקעה במחנות של כבוד ואמפתיה למטופל ולתרבות האתיופית ויותר מצד המטפל על מנהגיו. למשל, עליו להימנע במהלך השיחה ממענה לטלפונים, להימנע מלקטוע את דברי המטופל, ורצוי שישתמש בפתגמים ובדימויים השאובים מהתרבות.

בן עזר (2012, עמ' 334) המתאר מודל לטיפול בנוער וצעירים בני העדה, מציע את המושג "מרחב יצירה משותפת"; כזה שאינו אתיופי לחלוטין, אך גם איננו מערבי לחלוטין. במרחב הטיפולי שנוצר במפגש בין המטופל והמטפל נוצרת, לדבריו, "נקודת מפגש של 'ישות' חדשה, המבוססת על משא ומתן של תפיסות, אמונות, גישות... הכוללת למידה הדדית של סגנונות התמודדות נפשית וצורות ריפוי". המקרים שתיאר הם דוגמה למאמץ הגדול שעשה, כמטפל שאינו יוצא אתיופיה, כדי ללמוד את המחנות האתיופיות המקובלות. כשהמטפלת היא בת העדה האתיופית, היא אינה נזקקת למושג זה, מעצם היותה בת אותה תרבות.

לצערי, הניסיון המעשי מראה שהיכולת להטמיע את הידע הרב-תרבותי בתוך צוותי בית החולים הוא מוגבל. בין המאפיינים הבולטים של מרכז רפואי הוא היות חלק ניכר מעובדיו בתהליכי הכשרה, תחלופה רבה של אנשי הצוות וריבוי הנושאים שיש להעביר, כך שכמעט בלתי אפשרי להגיע בזמן קצר להטמעת הידע הרלוונטי ברמה טובה דיה. מלבד אלה, בבני העדה טבועה חשדנות. הם נוטים לתת אמון בן עתים, אך אינם יוצרים בקלות קשר טיפולי עם אנשים ממוצא אחר.

קושי נוסף נעוץ במהות העבודה בכריאות הנפש, ובמיוחד כשמדובר באנשים שמצבם הנפשי חמור. הסיטואציה דורשת שיווצר קשר של אמון בין המטפלים והמטופלים בתוך פרק זמן קצר - אתגר

שקשה לעמוד בו כאשר מדובר בבני תרבויות שונות כל כך זו מזו. מכל אלה עולה שלעובדים סוציאליים בני הקהילה האתיופית יש יתרונות חשובים. מתוך ניסיונם של אחרים (עשהאל, 2012, עמ' 365) ומתוך הניסיון שלנו, נראה שהידע התרבותי וידיעת השפה הם משאבים ייחודיים וחשובים. כאשר לאלו נוספים מקצועיות ויכולת ליצור חוויה טיפולית מיטיבה, מדובר בתרומה שאין לה תחליף למרכז הרפואי לכריאות הנפש.

עם זאת, עובדים סוציאליים בני הקהילה מתמודדים עם אתגרים שונים. לעתים דווקא הבקיות בגוונים השונים של בני העדה יוצרת קושי. בשל ההבדלים המשמעותיים בתוך העדה בין בני המחוזות השונים והקהילות השונות (דרך חדשה, 2016). לעתים המטופל או בן משפחתו מבקשים לפרוץ את הגבולות המקובלים ולברר את שורשי מוצאה של העובדת הסוציאלית, או שהעובדת הסוציאלית נתקלת במצבים המאתגרים את עמדותיה האתיות, דוגמת עולים שאינם יהודים ועלו בעקבות הצהרה שקרית או נישאו בנישואי נוחות (שבתאי, 2006). מצבים מורכבים אלה מעלים דילמות אתיות המעובדות בהדרכה.

דילמות נוספות עולות אל מול התנהלות דרשנית של מיעוט מן המטופלים, בעיקר זו הדורשת זמינות רבה של העובדת הסוציאלית, לעתים ללא הודעה מראש ולצרכים שאינם מתפקידה של העובדת הסוציאלית. במקרים כאלה עליה לגלות סובלנות רבה ולהיזהר מלפגוע בכבודם של המבקשים (במיוחד כשמדובר בגברים מבוגרים). דבר שלעתים הוא בלתי נמנע. ההתנגשות במקרים אלה, בין הנורמות הנהוגות בקהילה לבין הערכים המקצועיים, היא מאתגרת. הקהילה האתיופית מקיימת קשרים סבוכים, כך שהעובדת סוציאלית עלולה להינזף על ידי בני משפחתה, ששמעו על התנהלותה וחוששים שמא תבייש אותם.

קושי נוסף הוא בעצם עבודתה בכריאות הנפש, מקום המטפל בחולי נפשי בעזרת תרופות. השימוש בתרופות לקשיי קשב וריכוז אצל ילדים נתפס בקרב גורמים מסוימים בקהילה האתיופית כאחד הגורמים לשיעור הגבוה יחסית של בני הקהילה המתמודדים עם התמכרות או נזקקים

המשכתי לטפל בה תוך כדי האשפוז במחלקה הסגורה. כשמצבה החל להשתפר, היא סיפרה לי שהטיפולים המסורתיים שעברה באתיופיה כללו טבילה במעיינות חמים, הצלפה ושפיכת דליי מים קפואים מידידיו של הכומר. כדי להגיע לטיפול היה עליה ללכת ברגל כשעתיים לכל כיוון, כשהיא נמצאת בצום רוב שעות היום. הצלקות מההצלפות נותרו על גופה. היא זכרה שכעסה על הכומר וניסתה להסביר שאין לה סייטן (זאר) אלא הפרעה נפשית, וברגע זה היא הבינה שהטיפול התרופתי עזר לה.

בהמשך האשפוז הייתה הטבה במצבה, והוחלט עם הפסיכיאטרית המטפלת בה לאפשר לה לבקר למשך כמה שעות בביתה. שוב הייתה זו תכנית שלא התאימה לאורח חייהם של בני הזוג, מפני שא' לא יכול להרשות לעצמו להיעדר מעבודתו. ג' התעצבה על שאינה יכולה לראות את ילדיה יום יום, ושוב תיווכתי בינה לבין צוות המחלקה ומצאנו פתרון יצירתי (נעזרנו בהסעת העובדים כדי לאפשר לג' להגיע באופן עצמאי לביתה).

כששוחררה מאשפוז ולאחר שמצבה התייצב, הצעתי לה שירות של חונכת דרך "סל שיקום", מתוך מחשבה שכך תגיע אליה אישה דוברת אמהרית, תוציא אותה מעט מהבית ותסייע לה לרכוש מיומנויות של ניהול תקציב וכדומה. א', הבעל, תהה לשם מה היא צריכה שירות כזה, הסביר שהיא נעזרת באמו, ומלבד זאת היא צריכה להיות בבית כדי לטפל בבית ובילדים. ג' הסכימה אתו מיד, אך למרות זאת התעקשתי שזה יסייע לה להיות עצמאית ולא תלויה בו בכל דבר. לבסוף התרצה, וכך נעשה.

במקביל לקשר עמה, ניסיתי לגייס את א' לפנות למיל"ם (מרכז ייעוץ ותמיכה למשפחות מתמודדים) לצורך תמיכה וייעוץ בקהילה, אך א' סירב בכל פעם, בטענה שאין לו זמן לכך. הוא נראה מוטרד יותר ויותר מהאפשרות שג' תחווה משבר נוסף ודאג לילדיו.

מחשבות על המקרה

הזוגיות של ג' וא' מאופיינת באישויון בולט: א' בחר להתחתן בנישואים שניים עם אישה מסורתית, נוצרייה, ממושמת, התלויה בו לחלוטין. התלות שלה בו מחייבת אותו להיות אחראי על כל ההיבטים בחיי המשפחה, והוא עושה זאת באהבה ותוך גילוי דאגה רבה לילדיו ולאשתו. התלות מתבטאת בכך שהוא קונה לה בגדים, מנהל את תקציב משק הבית ואחראי על עריכת הקניות. הקשר עם משפחתה וחברותיה נעשה דרכו, והוא אינו מעודד אותה לצאת מהבית וללמוד להיות עצמאית. ג' אינה שייכת לקהילה המקומית, אין לה חברות או קרובי משפחה, דבר המשמר את דפוס התלות בא'.

בעזרת הדרכה מקצועית אמפתית שניתנה לי יכולתי לפגוש, דרך המפגש עם ג' ומה שהוא עורר בי, את הדמויות המשמעותיות בחיי. כך מצאתי את עצמי מעורבת רגשית, מסנגרת ופועלת במאמץ עילאי למיצוי זכויותיה. המקרה של ג' הוא דוגמה למשפחות מורכבות ולמטופלים שהשפה העברית אינה שגורה בפייהם והם מתקשים להסביר את עצמם ולעמוד על זכויותיהם כדי לקבל טיפול המתאים לצורכיהם. זהו מקרה אחד מיני רבים שנתקלתי בהם מסגרת תפקידי בבית החולים הפסיכיאטרי.

דיון

מהם האתגרים שביישום פרקטיקה כשירת תרבות בכריאות הנפש בקרב יוצאי אתיופיה? עשהאל, המתארת את הקושי שבבניית קשר טיפולי של עובדות סוציאליות עם זוגות ממוצא אתיופי במרכזים לאלומות במשפחה (עשהאל, 2012), מציינת שטיפול באוכלוסיית העולים מחייב השקעה אינטנסיבית במשך זמן ארוך במיוחד ליצירת תנאי בסיס. כמו



הנפש. גלובס, אתר האינטרנט, 28.1.2019, נדלה מהאינטרנט ב־28.2.2019
<https://www.globes.co.il/news/article.aspx?did=1001270690>

חובב, ח' (2014). מדבריות סודן וצחיחות השיכונים: הסתגלותם של העולים מאתיופיה לחיים בארץ מנוקדת ראות פסיכולוגית ופסיכיאטרית. *הד האולפן החדש*, 102, עמ' 160-166.

יוגנמן, ר', מינוצ'יאציקסון, ש', זרה, מ', וזילבר, נ' (1999) ביטויים של מצוקות נפשיות בקרב יהודי אתיופיה בישראל. *חברה ורווחה*, י"ח(1), עמ' 75-95.

יוגנמן, ר', ושוקד, מ' (2009). *אובדנות בקרב עולי אתיופיה בישראל*, ד"ר מסכם. המשרד לקליטת העלייה, התוכנית הלאומית למניעת התאבדות. נדלה מהאינטרנט ב־9/8/18
http://archive.moia.gov.il/Hebrew/Subjects/welfare/Documents/_9/8/18/Uvdanut_YozeiEtioipia_2009.pdf

לרנר, א' (2015). מבוא. בתוך: א' לרנר (עורכת): *כשירות תרבותית בבריאות הנפש בישראל*, אוגדן של פרקטיקות מובילות. מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, אגף שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ירושלים. עמ' 9-17.

עשהאל, ו' א' (2012). התערבות רגישת תרבות בגישה של שונות אנושית לטיפול באלימות במשפחה האתיופית מזרע ביתא ישראל, בתוך: נ' גריסרו וא' וויצטום (עורכים), *היבטים חברתיים, תרבותיים וקליניים של עולי אתיופיה בישראל* (עמ' 345-369). הסוכנות היהודית לארץ ישראל, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

פינקלשטיין, מ', וסלומון, ד' (2007). חשיפה לטראומה מדברית והשפעותיה על עולי אתיופיה, *חברה ורווחה*, כ"ז(4), עמ' 527-549.

שבתאי, מ' (2006). *יהודי אתיופיה מזרע ביתא ישראל, מסעם מ"ביתא ישראל" לבני ה"פאלאסמורה" ול"יהודי אתיופיה"*. הסוכנות היהודית לארץ ישראל, הוצאת לשון צחה.

שלייפר, מ' (2012). "אני מדברת וכותבת את עצמי" - הזמנה למורים ולמטפלים להכיר את המהגר מקרב העדה האתיופית. בתוך: נ' גריסרו וא' וויצטום (עורכים), *היבטים חברתיים, תרבותיים וקליניים של עולי אתיופיה בישראל*. הסוכנות היהודית לארץ ישראל, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב. עמ' 99-111.

Aldwin, Cm. (2004). Coping and resilience to stress. In: *Gross National Happiness and Development - Proceedings of the First International Conference on Operationalization of Gross National Happiness*. Centre for Bhutan Studies, Thimphu 2004, pp. 563-573. ISBN 99936-14-22-X

BenEzer, G. (2006) Group counseling and psychotherapy across the cultural divide: The case of Ethiopian Jewish immigrants in Israel. *Transcultural Psychiatry*, vol 43(2), pp. 205-234.

Epner D. E., & Baile W. F. (2012). Patient-centered care: The key to cultural competence. *Ann Oncol*, Apr; 23, Suppl 3, pp. 33-42,

Gopalkrishnan, N. (2018). Cultural diversity and mental health: Considerations for policy and practice. *Frontiers un public Health*, vol 6, article 176.

Hampton, N. Z., & Sharp, S. E. (2013). Shame-focused attitudes toward mental health problems. *Rehabilitation counseling bulletin*, 57, pp. 81-170.

Hechanova, R., & Waelde, L. (2017). The influence of culture on disaster mental health and psychosocial support interventions in Southeast Asia. *Mental Health Religion & Culture*, 20(1).

Hernandez, M., Nesman T., Mowery, D., Acevedo-Polakovich, I., & Callejas, L. (2009). Cultural competence: A literature review and conceptual model for mental health services. *Psychiatric Services*, Vol. 60, No. 8, pp. 1046-1050.

Kirmayer, L. J., Dandeneau, S., Marshall, E., Phillips, M. K., & Williamson, K. J. (2011). Rethinking resilience from indigenous perspectives. *The Canadian Journal of Psychiatry* vol. 56, pp. 84-91.

Marsella, A. J. (2011). Twelve critical issues for mental health professionals working with ethno-culturally diverse populations. *Psychology International*, 22, pp. 7-10.

USDHHS(2001). *Mental Health: Culture, race, and ethnicity: A supplement to mental health: A report of the Surgeon General*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). Publications and Reports of the Surgeon General. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20669516>

לאשפוז פסיכיאטרי. תרופות פסיכיאטריות נתפסות אף הן כגורמות לנזק. עבודתה כרוכה במתן מידע על החשיבות שבנטילת התרופות. לעתים היא חווה תסכול בשל הפסקה חוזרת של נטילת התרופות. במקרים אחרים היא נתקלת בביקורת מצד בעלי עמדה בקהילה ונאלצת להוביל דעה שאינה מקובלת אצל הדוגלים בטיפול המסורתי.

בתקופה שבה הופעל הפרויקט עברו שמונה העובדות הסוציאליות ששולבו במרכזים לבריאות הנפש הכשרה מעמיקה, שבמהלכה יצרו קבוצת שווים שסייעה להן להתמודד עם מצבים מאתגרים אלה. כמו כן, לאורך כל תקופת עבודתן הן קיבלו הדרכה מקצועית, כמקובל.

על נחיצותן הרבה במערכת בריאות הנפש למדנו במיוחד כשמיון הפרויקט הסתיים. לצערנו, קליטתן כעובדות מן המניין במרכז הרפואי לבריאות הנפש לביה"ח לא יצאה לפועל מטעמים שונים. עם סיום עבודתן נוצר חלל עמוק בבית החולים. מטופלים ובני משפחה רבים שהיו אתן בקשר הוסיפו לחפש אותן במרפאה. המטפלים במרפאה המשיכו בקשרים הטיפוליים, כמקובל, אלא שנדמה שאיכות הקשרים השתנתה. כשניסינו לסייע לבני משפחות של חולים קשים, בעלי בעיות מורכבות במיוחד, שהצריכו התערבות של עובדים סוציאליים לחוק הנוער או סדרי דין, נתקלנו שוב בחוסר אמון ובעוינות מצד בני המשפחה.

שוב נתקלנו באישישום החלטות של ועדת סל שיקום, גם במקרים שניתנה הסכמה מלאה של המטופל בן העדה האתיופית ומשפחתו. בפועל, המטופל נשמת מתהליך השיקום ולא הושג שינוי משמעותי במצבו.

ההבנה היא שכשמדובר במתן טיפול מותאם תרבותית לבני הקהילה האתיופית, רצוי לדגול בגישה רב-תרבותית המבוססת על שונות אנושית, תוך שימת דגש על טיפול שיינתן על ידי בני אותה זהות תרבותית ובמקביל למתן ידע עדכני לצוות והכשרה בלתי פוסקת בחידושים בתחום הטיפול רגיש-התרבות.

לדעתנו, במציאות שאנו חיים בה, כאשר הערכים והמנהגים התרבותיים של בני העדה האתיופית רווחים מאוד ובה בעת קיימת תחלופה גדולה בקרב צוותי בריאות הנפש, אין די במטפלים שעברו הכשרה מתאימה. יש לשאוף לכך שבתוך הצוות הרב-מקצועי יהיו גם בני אותה תרבות, דוברי השפה, המסוגלים לטפל בבני הקהילה אשר זקוקים לטיפול נפשי ברמה גבוהה, תוך התייחסות מתאימה לצורכיהם.

רשימת המקורות

אברהם, א' (2003). *הגדה של מסע, פרויקט סיפור עלייתה של יהדות אתיופיה דרך סודן*. מרכז היגוי לעולי אתיופיה במערכת החינוך.

בוסטין, ע' (2004). *לנצל את ההזדמנות - מערכת הרווחה וקליטת העלייה*. ירושלים: הוצאת ג'וינט ישראל ומשרד העבודה והרווחה.

בן עזר, ג' (2007). *המסע, סיפורי המסע של יהודי אתיופיה לישראל, 1985-1977*. מודן הוצאה לאור.

בן עזר, ג' (2012). מן המרחב הפוטנציאלי של וויניקוט אל מרחב היצירה המשותפת כעקרון לפסיכותרפיה בין-תרבותית: יישום טיפולי אצל עולי אתיופיה. בתוך נ' גריסרו וא' וויצטום, עורכים: *היבטים חברתיים, תרבותיים וקליניים של עולי אתיופיה בישראל* (עמ' 323-343). הוצאת הסוכנות היהודית לארץ ישראל אוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

בנדרלי, מ', וקלטר-ליבוניץ, ע' (2017). *בריאות מבוגרים יוצאי אתיופיה בישראל - סקירת מידע*. מכון גרטנר ומשרד הבריאות.

דיין, נ', ובירדמן, א' (2014). *כשירות תרבותית בשירותי בריאות: חקיקה ומדיניות בארה"ב*, אוסטרליה, אנגליה וישראל - מבט משווה. *קידום בריאות בישראל - כתב עת ישראלי לחינוך וקידום בריאות*, יוני, 5, עמ' 35-43, נדלה מהאינטרנט ב־27.2.2019
<https://www.ruppim.ac.il/Pages/SearchResults.aspx?k=%D7%A0%D7%99%D7%91%D7>

דרך חדשה, מדיניות הממשלה לשילוב יוצאי אתיופיה בחברה הישראלית, מסמך מסכם (2016). נדלה מהאינטרנט ב־28.2.2019
<http://www.pmo.gov.il/policyplanning/hevra/Documents/derechHA281216.pdf>

יוסברג, ה' (2019). *בלי מענה למצוקה: הרעות החולות של הרפורמה בבריאות*