

הפיזיותרפיה בחזית שיקום נפגעי הפוליו: 1950-1957

התפרצות מגפת הפוליו בארץ בשנת 1950 התאפיינה בתחלואת תינוקות גבוהה שהתרחשה בשנות החיים הראשונות ובשיעור גבוה של שתוקים לצמיתות, שנתרו לאחר חלוף השלב החריף של המחלה. בבית החולים 'אסף הרופא' זיהו מספר קשיים בטיפול השיקומי בנפגעי הפוליו, שהיו פועל יוצא של תנאי החיים באותה תקופה.

רוב הנפגעים במגיפה היו תינוקות וילדים שהתגוררו במרחק רב מבתי החולים, חלקם במחנות עולים ובמעברות, והוריהם היו במקרים רבים, עולים חדשים שלא שלטו בשפה העברית. עובדות אלו הקשו על תקשורת ושיתוף הפעולה עם הצוות הרפואי, שהיה הכרחי לשם המשך השיקום בבית; דבר שהיה עול נוסף על כוח האדם המקצועי המצומצם בלאו הכי.¹ כבר בשנת 1950 נשמעו קולות בקרב הקהילייה הרפואית, שהתריעו על מחסור בפיזיותרפיסטים מיומנים ועל טיפולים חסרי ערך שנעשו על ידי צוות חסר הכשרה. כך למשל, בבית החולים אסף הרופא עבדו עד שנת 1950 שלושה מעסים ומורה להתעמלות רפואית. פיזיותרפיסטים מוסמכים לא היו בו כלל.² המתריעים קראו למשרד הבריאות לפתוח קורסים מקוצרים לשעת חירום לפיזיותרפיה, כדי להכשיר אנשי מקצוע בזמן קצר.³

בשל מצוקה זו שהייתה ידועה גם בקרב יהדות התפוצות, שלחה הפדרציה הציונית של דרום אפריקה בשנת 1950 לארץ, קבוצת מתנדבים מומחים, רופאים ופיזיותרפיסטים, לתקופה של שישה חודשים כדי לטפל באלפי הילדים שנזקקו לשיקום. אך לא היה בכך מענה מספק לצרכים ההולכים וגדלים.

המציאות הקשה בארץ ישראל הובילה לתפיסה שיקומית שהתאימה לכורח הנסיבות ואפשרה לקיים שיקום גם בתנאים הקשים הללו. כדי להתמודד עם הבעיות שהוזכרו לעיל פיתחו ב'אסף הרופא' שיטה לניהול הטיפול השיקומי בנפגעי המגיפה. השיטה נקטה בהעברת האחריות לטיפול השוטף בילד הפגוע, לידי הוריו והתנהלה כך: לאחר שילד חולה פוליו עזב את המחלקה למחלות מדבקות בבית החולים, הוא הגיע למרפאת מרכז השיקום. הילד נבדק על ידי פיזיותרפיסט שערך בדיקה יסודית של כוח השרירים. לאחר מכן עבר הילד בדיקה של אורתופד שבשיתוף עם הרופא הפיסיקלי ועם הנוירולוג, החליטו על המשך הטיפול הביתי.⁴

לאחר קביעת הטיפול, קיבלו ההורים הדרכה מהפיזיותרפיסט לביצוע הטיפול בבית. הטיפול כלל הדרכה לביצוע תרגילי התעמלות בסיסיים, לתנוחה בה ישכיבו את הילד ולאופן שבו יחזיקו אותו. כדי להתגבר על מחסום השפה ועל העובדה שחלק ניכר מההורים לא ידע קרוא וכתוב, צוידו ההורים בדפי הדרכה שעליהם צוירו ההוראות לביצוע התרגילים.⁵ במידת הצורך הוכנו סדים לפי מידת הילד ולפי צרכיו וההורים הודרכו בשימוש בהם. אולם לעתים, על אף המאמצים, הטיפול לא

¹ אקסר אנטול, "שיקום אחרי פוליומיאליטיס", הרפואה כרך מ"ג, חוברת ו' 15.9.1952, עמ' 90.

² "הרקע להקמת בית הספר", חוברת שנים מספרות לרגל חמישים שנה לבית הספר לפיזיותרפיה באסף הרופא, רמלה, 2003, נמסרה לי על ידי גב' חוה ליברטי באדיבותה הרבה.

³ ויזר הנס, "הכשרת פיזיותרפיסטים לטיפול בקרבנות שיתוק הילדים", מכתבים למערכת, הרפואה, 16.7.1950, עמ' 28.

⁴ אקסר, עמ' 90-91, לעיל הערה 1.

⁵ מכתב מד"ר אנטול אקסר אל גב' דיאנה קיד, אוקטובר 1959, ארכיון פרטי של שולמית ורנר.

יושם כהלכה, שכן לא פעם הבית היה צריך בן חדר אחד שבו הצטופפו הורים עם ילדיהם, ולא היו בו תנאים נאותים לביצוע הטיפול המומלץ.⁶

הילד והוריו הוזמנו לביקורות תקופתיות שבהן הילד עבר שוב הערכת כוח שרירים ונבדק על ידי האורתופד. בביקורת התבקשה האם להראות כיצד היא מבצעת את התרגילים וקיבלה הדרכה לתרגילים נוספים. במידה וההתקדמות לא השביעה רצון, אושפז הילד לתקופה מסוימת לקבלת טיפול מפיזיותרפיסטים מיומנים בנוכחות האם, כדי שתלמד כיצד להמשיך את הטיפול בבית. האביזרים בהם השתמשו היו פשוטים: שולחן, לוח עץ חלק, אבקת טלק, צעצועים ואמבטיה, וזאת במטרה להקל על ביצוע הטיפול בבית. במקרים מסוימים היה צורך בניתוחים להעברות שרירים וגידים, שהתבצעו במסגרת אשפוז במחלקה האורתופדית.⁷

שיטת טיפול זו שאפשרה מתן טיפול ומעקב למספר גדול של חולים, השאירה את הילד הפגוע בסביבתו הטבעית, בביתו, במסגרת משפחתו, כשאמו מטפלת בו. באופן כזה הפך הטיפול לידידותי מבחינת הילד ואפשר שיתוף פעולה מצדו; שיטה זו נועדה אף למנוע תוצאה עגומה ובלתי רצויה של אשפוז ארוך שגרם לעיתים, להזנחת הילד על ידי משפחתו כתוצאה מהמרחק הפיזי. לעיתים נוסף תינוק למשפחה במהלך האשפוז, דבר שתבע את תשומת לב ההורים על חשבון הילד הנכה והוא הפך לנטל וליילד בלתי רצוי. תוצאה כזו, ניתן היה למנוע על ידי החזרתו לביתו בהקדם האפשרי.⁸

מה שהחל כאילוץ התפתח לכדי תפיסה שיקומית. היה בכך יתרון לממסד הרפואי שכן שיטה זו דרשה מספר קטן של פיזיותרפיסטים, שתפקידם העיקרי היה הדרכה, וחסכה בכוח האדם המקצועי שממילא לא היה בנמצא. כך יכלו הפיזיותרפיסטים לטפל בנפגעים בשלבים היותר קריטיים כמו מיד לאחר השלב החריף, אחרי ניתוחים, כשהיה צורך ללמדם להשתמש בקביים וכדומה.⁹ שיטת טיפול זו שהונהגה עם פרוץ המגיפה, נמשכה גם לאחר שהוקם מרכז השיקום בשנת 1954.

ד"ר אנטול אקסר,¹⁰ מנהל המחלקה האורתופדית בבית החולים 'אסף הרופא', הוא שהנהיג שיטה זו שהטילה את מרבית האחריות על הטיפול על ההורים.¹¹ אך לא תמיד התקבלה שיטה זו באהדה על ידיהם. קשיי תקשורת והבדלי מנטאליות השפיעו על היענותם לשיטת הטיפול. לא אחת סברו ההורים שכל עוד הילד הנפגע לא הפעיל את גפיו כראוי עליו להישאר מאושפז בבית החולים. מלבד טיעון זה, משמעות הדבר בעבור חלק מן ההורים הייתה להאכיל פה אחד פחות, מקום יותר גדול בבית, שבו מצטופפת כל המשפחה בחדר אחד, וללא עלות, כיוון שהמדינה מימנה את הוצאות האשפוז.¹² סיבה נוספת הייתה ככל הנראה, חששם של ההורים שלא יצליחו לטפל כראוי בילדם הפגוע ויחרצו בכך את גורלו להישאר נכה לשארית ימיו.

⁶ אקסר, עמ' 90-91.

⁷ אקסר, עמ' 90-91.

⁸ מכתב מד"ר אנטול אקסר אל גב' דיאנה קיד, לעיל הערה 5.

⁹ אקסר, עמ' 91.

¹⁰ ד"ר אנטול אקסר יליד גליציה שבאימפריה האוסטרו-הונגרית, למד רפואה בלבוב, לא הספיק לקבל הסמכה בגלל פלישת הנאצים לגליציה ונאלץ לברוח לרומניה. הגיע לארץ ב-1941 ושירת בצבא הפולני בארץ. השלים את לימודי הרפואה באוניברסיטה הצרפתית בבירות ב-1942. עבד במרפאת קופת חולים זמנהוף ובבית חולים בילינסון. שירת כרופא בצה"ל. ב-1951 התמנה למנהל המחלקה האורתופדית וטראומטולוגיה בבית החולים 'אסף הרופא'. נפטר ב-1997. מתוך: לוי ניסים ולוי יעל, **רופאיה של ארץ ישראל 1779-1948**, זיכרון יעקב, 2008, עמ' 83-84.

¹¹ מכתב מד"ר אנטול אקסר אל גב' דיאנה קיד.

¹² מכתב מד"ר אנטול אקסר אל גב' דיאנה קיד.

מגפת שיתוק הילדים בישראל הניעה גורמים בינלאומיים, כמו ארגון הבריאות העולמי ויוניצ"ף¹³ להתערב ולסייע למדינת ישראל בהקמת מרכז שיקום לילדים ובית ספר לפיזיותרפיה. בקיץ 1954 בעזרת ארגונים אלה, נפתח בבית החולים 'אסף הרופא' מרכז השיקום לילדים נפגעי פוליו, אשר תוכנן להיות מרכז שיקום מקצועי ארצי, בתחום זה.¹⁴

מטרות העל של הפרויקט כפי שהוגדרו על ידי ארגון הבריאות העולמי היו:

1. לייסד מרכז שיקום כללי לטיפול בילדים נכים.

2. לטפל בילדים באמצעות טיפול פיזיותרפי מודרני.

3. להקים בית ספר ראשון בארץ לפיזיותרפיה.¹⁵

מרכז השיקום שהוקם בשנת 1954 באסף הרופא נוהל על ידי ד"ר אנטול אקסר. הוא כלל שני צריפי עץ. בצריף אחד אושפזו ילדים בשלב החריף של המחלה ובשני אושפזו ילדים ומבוגרים אחרי השלב החריף. בשני הביתנים יחד אושפזו שמונים ילדים וכיוון שהיו בתקופת הגדילה, משך השיקום היה ארוך.¹⁶

המחסור בפיזיותרפיסטים מוסמכים בכל הארץ, יצר קושי רב בהשגת צוות מתאים למרכז השיקום. בתקופה זו, היו בכל הארץ כעשרים פיזיותרפיסטים מוסמכים שהוכרו על ידי משרד הבריאות. נוסף להם היו פיזיותרפיסטים שעברו בארץ הכשרה קצרה, בת מספר חודשים. ב'אסף הרופא' היו שלושה פיזיותרפיסטים מוסמכים ועל בסיס זה העבודה חולקה לשלוש חטיבות: טיפול בחולים המאושפזים בבית החולים, טיפול בחולים נפגעי פוליו במרכז השיקום וטיפול בחולי חוץ. על כל חטיבה היה אחראי פיזיותרפיסט מוסמך שכפופים לו פיזיותרפיסטים בלתי מוסמכים.¹⁷ באופן זה הובטח שהטיפול יהיו ברמה מקצועית המניחה את הדעת.

הטיפול השיקומי בנפגעי המגיפה היה בעיקר פיזיותרפיה; כיוון שכך, שטח זה היה המפותח ביותר מבין שירותי השיקום.¹⁸ הטיפול כלל תרגילים אקטיביים ופסיביים, עיסוי, אמבטיות חמות והידרותפיה. לשיטה זו קמו מתנגדים כמו ד"ר הנס ויזר, מנהל השיקום בבית החולים 'הדסה' בתל אביב, שטען כי תנועות פסיביות ועיסוי הן בזבוז זמן וכסף והשיטה התכליתית היא תרגילים אקטיביים בלבד. לדבריו, רק באמצעות התרגול האקטיבי ניתן ליצור היפרטרופיה של השרירים הפגועים שעדיין מעוצבבים חלקית וכך לחזק אותם. ויזר סבר כי טיפול באמבטיות חמות מתאים רק לילדים ששריריהם נוקשים, ובריכות מים נועדו לשעשוע בלבד.¹⁹ מתנגדי ההידרותפיה וד"ר ויזר בתוכם, לא היו מודעים לסגולות השיקומיות של המים, להן הייתה חשיבות מכרעת בטיפול בנפגעי שיתוק ילדים.

¹³ ארגון הבריאות העולמי: World Health Organization (W.H.O)

יוניצ"ף: United Nations International Children's Emergency Fund, (UNICEF)

¹⁴ חיגר עמנואל, שנתון של האגודה הישראלית לשיקום, תל אביב, אוגוסט 1967, עמ' 12.

¹⁵ מכתב מגב' דיאנה קיד אל מנכ"ל משרד הבריאות, 2.1.1956, ארכיון פרטי של שולמית ורנר.

¹⁶ בלום נאוה, השיקום עשה היסטוריה, מערכות שיקום רפואי בישראל 1940-1956, ישראל, 2006, עמ' 145-146.

¹⁷ דו"ח על שיקום ילדים, ע"י גב' דיאנה קיד, ינואר 1956, ארכיון פרטי של שולמית ורנר.

¹⁸ חיגר, עמ' 12, לעיל הערה 14.

¹⁹ ויזר הנס, "החלמת פעוטים ממחלת שיתוק ילדים, שיטת בדיקה חדשה, טיפול על ידי מנוחה ותרגילי כוח", הרפואה, 15.4.1954, עמ' 173.