

הרפואה השיקומית בישראל בראי המלחמות

גאולה פארן, לילך רוזנברג־פרידמן, אבי עורי

'הייתי קצר רוח להתחיל את תהליך ההליכה. לא היה אכפת לי לעמוד על רגל אחת, העיקר שאראה את עצמי מחוץ לכיסא הגלגלים [...] כה רבה היתה סלידתי ממכשיר זה [...] לפתע נראה העולם אחרת. רק לפני שנייה הייתי קטן ומגומד על כיסא הגלגלים, מביט על כולם מלמטה למעלה והנה לפתע פתאום מביט אני על כולם מלמעלה למטה. הגאווה וההתרגשות עצומות'.¹ במילים אלו ביטא מעוזיה סגל, מהפצועים הקשים של מלחמת יום הכיפורים, שאיבד את שתי רגליו, ידו ועינו בימי ההתשה שלאחר המלחמה ברמת הגולן, את אחד משיאי הליך השיקום שעבר, והצביע על המשמעות הפיזית והמנטלית של הרפואה השיקומית. 'כשהופעתי בגודל טבעי [...] הרגשתי שאני אדם חדש',² הדגיש בספרו להתחיל הכל מחדש - מילים המבטאות את מהות הרפואה השיקומית. סיפורו של סגל הוא מקרה פרטי המשקף את התנופה הניכרת שהתחוללה באותה העת בתחום הרפואה השיקומית במדינת ישראל. ניצני תנופה זו נראו לאחר מלחמת ששת הימים ומלחמת ההתשה, אך עיקר הצמיחה של הרפואה השיקומית, שבאה בד בבד עם התפתחות תודעה ציבורית המכירה בחשיבות התחום, התרחשה בעקבות מלחמת יום הכיפורים. התפתחות הרפואה השיקומית במדינת ישראל לנוכח המלחמות שהתרחשו בעשור שעליו נסוב כרך זה (קרי מלחמות ששת הימים, ההתשה ויום הכיפורים)³ עומדת במרכז המאמר.

* המאמר מבוסס על עבודת דוקטור שכתבה גאולה פארן בנושא: 'ותבוא בהם הרוח ויחיו ויעמדו על רגליהם - התפתחות הרפואה השיקומית בישראל כבבואה לתמורות בחברה הישראלית (1948-1974)', בהנחייתם של לילך רוזנברג־פרידמן ואבי עורי, המחלקה ללימודי ארץ ישראל וארכאולוגיה ע"ש מרטין (זוס), אוניברסיטת בר־אילן, רמת גן תשע"ד.

1 מעוזיה סגל, להתחיל הכל מחדש: דרכו של צנחן מפציעה קשה לשיקום מלא, משרד הביטחון, תל אביב 1983, עמ' 105-106.

2 שם, עמ' 124-125.

3 לשם נוחות הקריאה ומניעת סרבול נקטנו במאמר את המונח 'מלחמות העשור' לשלוש המלחמות שאירעו בעשור שבמרכז הכרך הנוכחי - ששת הימים, ההתשה ויום הכיפורים.

הרפואה השיקומית (להלן: השיקום) היא תחום התמחות בעולם הרפואה שבא להחזיר לאדם הסובל מליקוי, נכות או מגבלה פיזית או נפשית את יכולתו התפקודית עד כמה שניתן. זאת כדי להחזירו לחברה, לתעסוקה, לחיים פוריים ויצירתיים ולעצמאות מרבית בפעולות היום־יום.⁴ מדינת ישראל בת זמננו היא אחת המדינות המובילות בתחום השיקום. הישגיהם של הספורטאים הישראלים הנכים הם בבואה לכך.⁵

אולם ראשיתו של תחום זה בישראל היתה שונה בתכלית. השיקום בארץ, מראשיתו במהלך מלחמת העצמאות ועד לשנים 1967-1973, פיגר אחר זה שבארצות המערב. הטיפולים בארץ באותם ימים התבססו בעיקר על הנחות ואינטואיציות של רופאים ומטפלים, והמחקר המדעי המקומי שליווה את התחום היה מועט.⁶ תחומי שיקום ספציפיים, כמו שיקום נפגעי ראש או מחוסרי הכרה, לא היו קיימים כלל.⁷ השנים 1967-1977 הן נקודת מפנה בתחום השיקום בישראל, שבאה לידי ביטוי במישור התודעתי, המוסדי והמקצועי. מוסדות שיקום חדשים הוקמו והוותיקים התבססו; תחומי השיקום התרחבו ושיטות הטיפול התגווגו והתמקצעו. כל אלו הושפעו מאוד ממלחמות העשור שמספר הנפגעים בהן היה גדול והוביל לשינוי בתפיסת השיקום הן בקרב הממסד הרפואי והן בקרב הציבור הישראלי. השינוי התודעתי והמעשי בשיקום ביטא את ראשיתה של תפנית בתפיסת החברה הישראלית את כלל נכי - נכי המלחמה והנכים האזרחיים כאחד.

למלחמת ששת הימים ומלחמת יום הכיפורים מקום מרכזי בשיח הציבורי הישראלי. מהלכיהן הצבאיים והשפעותיהן על החברה הישראלית בתחומים מגוונים הוצגו ונותחו בתרבות הפופולרית ובשדה המחקר. במאמר זה נעמוד על ההשפעות על התפתחות השיקום בישראל, במישור התודעתי, המוסדי והמקצועי, ונבחן את השינויים שהתחוללו בתחום בתקופה הנידונה.⁸ בכך יוסיף המאמר פרק לתולדות ההיסטוריה של הרפואה בישראל, ויאיר על המלחמות והשפעותיהן מזווית חדשה.

המאמר מבוסס על מקורות ראשוניים מגוונים, ובהם מסמכים רשמיים של מוסדות רפואיים וגופים ממשלתיים, לצד מכתבים אישיים, קטעי זיכרונות ותיעוד בעל פה. כמו כן הסתייענו בעיתונות יומית מאותם הימים המשקפת במידה רבה את השיח הציבורי, ובעיתונות רפואית־מקצועית בת התקופה. יצוין כי בניתוח המקורות הראשוניים הובא בחשבון מידע היסטורי ורפואי־מקצועי.

4 נאוה בלום, השיקום עשה היסטוריה: מערכות שיקום רפואי בישראל, 1940-1956, המכללה האקדמית צפת [צפת] 2006, עמ' 7.

5 משה רשקס, הנידונים לתהילה, מלוא, תל אביב 1996.

6 נחום סורוקר, 'שיחה עם פרופסור תאודור נחזון', בתוך: אלי איסקוב וחיים רינג (עורכים), אבני דרך בתולדות רפואת השיקום, בית חולים לוינשטיין [רעננה] 2002, עמ' 7.

7 זאב גרוסווסר, 'שיקום חבלות מוחיות', שם, עמ' 25-38; לאון סובון, 'שיקום חולים במצב וגטטיבי', שם, עמ' 58-65.

8 נושא המאמר נושק לתחומים נוספים, ואפשר לבחון אותו ממגוון נקודות מבט. הדגש במאמר הוא על התפתחות השיקום במבט היסטורי־רפואי. נושאים חשובים אחרים מוצגים לעתים בקצרה בלבד, שכן הם מצריכים דיון נרחב כשהם לעצמם.

מבוא

השיקום - מהותו והתפתחותו בעולם המערבי

בשלהי שנות העשרים של המאה ה־20 התפתח בארצות הברית תחום התמחות חדש ברפואה, שנקרא 'רפואה פיזיקלית'. זו הייתה יזמה של 'רופאים לטיפול פיזיקלי' (physical therapy-physicians), שנקטו אמצעים פיזיקליים, כמו עיסוי, תרגילי התעמלות, שימוש בחום וקור, לריפוי מחלות. מתחום זה התפתחה החל בשנות הארבעים הרפואה השיקומית שהשתמשה באמצעים אלו לטיפול בפצועים ובנכים ולשיקומם. שלא כרפואה הקלאסית שביקשה לאבחן ולרפא מחלות, הרפואה השיקומית התמקדה בהשבת היכולת התפקודית לחולים בעלי מגבלה פיזית שמנעה מהם תפקוד עצמאי.⁹

שנות הארבעים היו תקופה מכרעת בהתפתחות השיקום הרפואי בשל שתי נקודות ציון משמעותיות: האחת, מגפת הפוליו (שיתוק הילדים) שפרצה בארצות הברית בשנים אלו והותירה אלפי ילדים נכים שנוקקו לשיקום.¹⁰ השנייה, מלחמת העולם השנייה שהשפיעה רבות על התפתחות התחום באירופה ובארצות הברית עקב הצורך האקוטי לשקם את רבבות נפגעי הקרבות, חיילים ואזרחים, שהיו לנכים ובעלי מוגבלות.¹¹

בשלהי מלחמת העולם השנייה נפתחו בבתי חולים כלליים בארצות הברית מחלקות שיקומיות ולראשונה ניתנה תמיכה כספית ממשלתית למחקר ולהוראה בתחום. שני התחומים האלה, הרפואה הפיזיקלית והרפואה השיקומית, היו לתחום אחד שכונה רפואה פיזיקלית ושיקום. בד בבד, כחלק מתחום רפואי חדש זה, התפתחו מקצועות הבריאות פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק, שראשיתם בתחילת המאה ה־20, ושולבו בתחום השיקום. הפיזיותרפיה הייתה 'הזרוע המבצעת' שביצעה בפועל את הטיפולים שקבעו רופאי השיקום, בעוד הריפוי בעיסוק התמקד בשיקום מקצועי, שיפור התפקוד הפונקציונלי היום־יומי והעברת זמן האשפוז באופן נעים ופרודוקטיבי.¹² השיקום כפי שעוצב בארצות הברית שימש דגם למערכת השיקום בישראל.

התפתחות השיקום בישראל, 1948-1967

אחד הסמלים הבולטים של מדינת ישראל בראשיתה היה מיתוס הצבר שביטא את הדיוקן האנושי החדש שנוצר בה, ושימש אידאל ודגם לחיקוי לקבוצות העולים הגדולות שהגיעו לארץ. דיוקן זה

9 D. Jesse Peters et al., 'The History of Physical Medicine and Rehabilitation as Recorded in the Diary of Dr. Frank Krusen: part 4. Triumph Over Adversity (1954-1969)', *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78 (May 1997), pp. 562-565

10 נאוה בלום, 'התפתחות השיקום הרפואי בשלהי תקופת המנדט ובעשור הראשון לקיומה של מדינת ישראל (1940-1956)', עבודת דוקטור, אוניברסיטת חיפה, חיפה 2003, עמ' 43-44.

11 Elizabeth Schultke, 'Ludwig Guttman: Emerging Concept of Rehabilitation after Spinal Cord Injury', *Journal of the History of Neurosciences*, 10, 3 (2001), pp. 300-307; Howard A. Rusk, 'The Philosophy and Need of Rehabilitation', *Rehabilitation Medicine: A Textbook on Physical Medicine and Rehabilitation*, C. V. Mosby, Saint Louis 1964, pp. 19-26

12 בלום, השיקום עשה היסטוריה, עמ' 28.

גילם בין השאר את אתוס העלומים והכוח ברוח 'יהדות השרירים', תפיסה שקשרה בין התחייה לאומית היהודית לתחייה הפיזית של 'היהודי החדש'.¹³ הצבר החזק פיזית שימש הנגדה לדמות היהודי הגלותי שנתפס חלש בגופו וברוחו.¹⁴ לנוכח האדרת דמות 'הצבר' בלטו בחברה הישראלית הצעירה קבוצות שונות שנתפסו כ'אנטי־מיתוס'; כמי שמאפייניהן ותכונותיהן נדמו כמנוגדות לדיוקן 'הצבר'. אחת הקבוצות האלה היתה אוכלוסיית הנכים, אשר נדחקה לשולי החברה הישראלית.¹⁵ השיח הציוני שהאדיר את הפיזיות של 'היהודי החדש' ואת שלמותו הגופנית התקשה להכיל את היהודי החלש, החולה, בעל המום והנכה, שנתפס כ'גלותי' ולפיכך זר להווייה הציונית החדשה. אחת ממטרות השיקום המרכזיות, שביקשה להביא לשילובם של הנכים בחברה, היתה השינוי בתפיסת הנכים. כפי שיוצג להלן, תפקיד מרכזי בדרך להשגת מטרה שיקומית זו היה לנכי צה"ל, שבדמותם שזרו בין מיתוס 'הצבר' הלוחם ובין ה'אנטי־מיתוס' הנכה.

ראשיתו של השיקום בישראל היא בשנת 1940 בבית החולים הדסה בירושלים, עם פתיחת מרפאה פיזיקלית בראשותו של פרופ' אמיל אדלר, רופא פנימי שעלה לארץ מצ'כוסלובקיה ערב פרוץ מלחמת העולם השנייה.¹⁶ לצדו עבדה הפיזיותרפיסטית המוסמכת הראשונה והיחידה בארץ באותם ימים, ארנה וילר, שרכשה את השכלתה בבריטניה.¹⁷ במהלך מלחמת העצמאות פעל לצד מרפאה זו מרכז שיקום שנועד לפצועים ולנפגעים בירושלים. באוגוסט 1949, עם תום המלחמה, נסגר מרכז זה בשל הגישה של ארגון הדסה כי השיקום נחוץ רק בעת מלחמה ומשזו הסתיימה אין בו עוד צורך.¹⁸

מרכז שיקום נוסף פעל במהלך מלחמת העצמאות ביפו. הוא נוסד ביולי 1948 ופעל במבנים נטושים של בית ספר. בסוף אוגוסט הועברו אליו ראשוני הנפגעים, בעיקר קטועי גפיים. מנהלו היה דוד רייפן, עובד סוציאלי במקצועו, ומטרות הטיפול כללו שיקום נפשי ומקצועי והתאמת תותבות להשגת עצמאות ושיקום תנועת. המרכז כלל גם בתי מלאכה לצורך הכשרה מקצועית והכוונה תעסוקתית לנפגעים. גם מרכז זה נסגר עם תום המלחמה.¹⁹

תפיסה זו של השיקום, שראתה בו כלי עזר רפואי לשעת מלחמה, היתה גם נחלתו של הממסד הרפואי בישראל בעשור הראשון למדינה. עד לשנת 1956 לא היה בבית החולים הדסה מרכז שיקום כלל, ואילו מחלקת השיקום שפעלה למן שנה זו בבית החולים בירושלים היתה

13 יחיעם שורק, 'תרבות הגוף במשנתם של אבות התנועה הציונית', בתוך: חיים קאופמן וחגי חריף (עורכים), *תרבות הגוף והספורט בישראל במאה העשרים*, יד יצחק בן־צבי, ירושלים 2003, עמ' 12.

14 להרחבה על דמותו של הצבר ראו: עוז אלמוג, *הצבר - דיוקן*, עם עובד, תל אביב 1997; דויד ביאל, 'הציונות כמהפכה ארוטית', ארוס והיהודים, עם עובד, תל אביב 1992, עמ' 231-267; מיכאל גלזמן, *הגוף הציוני: לאומיות, מגדר ומיניות בספרות העברית החדשה*, הקיבוץ המאוחד, תל אביב 2007; דניאל בויראין, 'נשף המסכות הקולוניאלי, ציונות, מגדר, חיקוי', *תיאוריה וביקורת*, 11 (1997), עמ' 123-144.

15 חיים חזן, 'בין הזמנים: לגופה של הישראליות', *זמנים*, 68-69 (1999-2000), עמ' 146-154.

16 נסים לוי ויעל לוי, *רפואה של ארץ ישראל 1799-1948*, איתי בחור, זכרון יעקב 2012, עמ' 65.

17 בלום, 'התפתחות השיקום הרפואי בשלהי תקופת המנדט ובעשור הראשון לקיומה של מדינת ישראל (1940-1956)', עמ' 59.

18 תזכיר מאת ועדת השיקום של הדסה אל הנהלת בית החולים, 20.3.1949, תיקי שיקום פצועים 1949-1950, הארכיון הציוני המרכזי (להלן: אצ"מ), J113/1984.

19 דניאל נדב, *בדרכי שיקום: אגף השיקום במשרד הביטחון 1948-2005*, משרד הביטחון [תל אביב] 2008, עמ' 59-61.

מצומצמת; היא הכילה תשע מיטות בלבד²⁰ ולא נתנה מענה הולם לצורך הרב של אזרחי המדינה שהלכו ורבו. רבים מהם נזקקו לשיקום, בהם עולים חדשים, ניצולי שואה, נפגעי מגפת הפוליו שפקדה את הארץ בשנות החמישים ועוד.²¹ לנוכח הצורך הרב שהוכיח כי שיקום הכרחי גם בימי רגיעה, יזמה קופת חולים כללית בשנת 1958 את הקמתו של בית החולים השיקומי בית לוינשטיין ברעננה,²² ושנה לאחר מכן נפתחה מחלקת שיקום בבית החולים תל השומר.²³ זה היה דף חדש בתולדות השיקום במדינה, שכן שלא כבעבר אלו היו מוסדות כוללניים ששוקמו בהם נכים במגוון פציעות: נוירולוגיות, אורתופדיות וקטועי גפיים.²⁴ אלא שעדיין תחומי שיקום אחרים - כגון חבלות ראש ושיקום ילדים מעוכבי התפתחות; תחום רפואת הנפש וטיפול בנפגעי טראומת מלחמה ותגובת קרב בפרט - לא היו מפותחים, והנפגעים נותרו ללא טיפול משקם. זאת ועוד, הטיפול השיקומי שהתקיים במוסדות אלו נסמך על ידע והכשרה של מומחים מחוץ לארץ, שכן השיקום טרם נחשב בישראל לתחום רפואי משמעותי ולא היה מוקד משיכה למתמחים. כמו כן, בית לוינשטיין ומחלקת השיקום בתל השומר היו עיקר מערכת השיקום הרפואי בישראל.

מלחמות העשור והשפעותיהן

מדינת ישראל נכנסה למלחמת ששת הימים באווירה של מתיחות, דיכאון וחרדה, ויצאה ממנה באופוריה עילאית לנוכח הישגי צה"ל ותחושת הביטחון בכוחו. הציבור עטף את צה"ל ומפקדיו בהילה של אהבה והערצה.²⁵ כמו מלחמות קודמות גם מלחמה זו גבתה מחיר דמים כבד: 779 חיילים הרוגים, 2,593 פצועים ומתוכם נשארו נכים 1,413.²⁶ אלו נוספו לחללי ונפגעי המלחמות הקודמות: 5,800 הרוגים ו־3,800 נכים (מתוך 13,000 פצועים) חיילים ואזרחים במלחמת העצמאות,²⁷ ו־231 חללים וכ־500 נכים במבצע קדש.²⁸ כפי שיוצג להלן, מספרם הרב של הנכים

- 20 דוח על פעולות המחלקה והמרפאה לרפואה פיזיקלית ושיקום של בית החולים האוניברסיטאי הדסה, תיק מחלקה לפיזיותרפיה ריפוי פיסיקלי 1956-1957, אצ"מ, J113\7983.
- 21 מכתבו של פרופ' אדלר אל ד"ר כרפס מ"מ המנהל הכללי של הדסה, 22.11.1957, תיק מחלקה לפיזיותרפיה ריפוי פיסיקלי 1956-1957, אצ"מ, J113\7983.
- 22 'בית לוינשטיין - מרכז לשיקום', איתנים (כ"ב בטבת תשכ"ט), עמ' 18-20. בית לוינשטיין נקרא על שם יצחק לוינשטיין, מייסדה ומנהלה הראשון של קרן נכות של ההסתדרות.
- 23 בלה שלזינגר, מדריך למוסדות השיקום בישראל, המועצה לשיקום מקצועי, תל אביב 1966, עמ' 52.
- 24 'בית לוינשטיין, המרכז הארצי לשיקום של קרן נכות', איתנים (כ"ב בטבת תשכ"ט), עמ' 28-29; Ernest Spira, 'Preventive and Rehabilitative Activity at the Tel Hashomer Hospital', *Chaim Weizmann Rehabilitation Center*, November 1963, pp. 2-6.
- 25 להרחבה על מלחמת ששת הימים ותוצאותיה ראו: שבתי טבת, *השופים בצריח*, שוקן, ירושלים תשכ"ח; אסתר יוגב ואייל נווה, 'ללמוד מלחמה שעדיין לא הסתיימה', פנים, 39 (2007), עמ' 58-67; אשר ססר (עורך), *שישה ימים - שלושים שנה: מבט חדש על מלחמת ששת הימים*, עם עובד, תל אביב 1999; תום שגב, 1967 - והארץ שינתה את פניה, כתר, ירושלים 2005.
- 26 נדב, *בדרכי שיקום*, טבלה: אוכלוסיית הזכאים לתגמולים, עמ' 195.
- 27 שם, עמ' 40-41.
- 28 שם, עמ' 108.

שנדרש לשקם הניח את זרעי השינוי התודעתי והמעשי בכל הנוגע לחשיבות תחום השיקום בקרב אנשי הרפואה, אך גם בקרב החברה הישראלית, שלנוכח המלחמה והישיגיה הפנתה את תשומת לבה לחיילי צה"ל גיבורי המלחמה ולנפגעייה. תקופת הביטחון והרגיעה לאחר מלחמת ששת הימים נמשכה פחות משנתיים. בחודש מארס 1969 החלה מלחמת ההתשה באזור תעלת סואץ, והיא זלגה לתקריות על גבול ירדן, סוריה ולבנון. חילופי האש היום־יומיים גבו מחיר כבד בנפש. קרוב ל־600 נופלים היו לצה"ל במלחמה זו, אליהם התווספו הרוגים מקרב האוכלוסייה האזרחית. כ־2,000 נכים נוספו לחברה הישראלית ממלחמה זו - חיילים ואזרחים.²⁹ מספרם הרב של הנפגעים, ובהם רבים שנוקקו לשיקום ממושך, הביא לפגיעה במורל הלאומי.³⁰ בקיץ 1970 התקבל הסכם הפסקת אש וחלה רגיעה לפרק זמן של שלוש שנים. באוקטובר 1973 פרצה מלחמת יום הכיפורים, שמבחינות רבות חוללה שינויים בתפיסות ובעמדות בקרב החברה הישראלית ובכלל זה ביחס לנכים. שינויים אלו הובילו, בין השאר, לתנופה בהתפתחות הרפואה השיקומית כפי שיתואר להלן. לפיכך יש להרחיב ברקע על אודות מלחמה זו במיוחד.

מלחמת יום הכיפורים כ'קו פרשת המים' בחברה הישראלית

הביטוי 'קו פרשת המים' מופיע בכתובים לא אחת בנוגע למלחמת יום הכיפורים. מקורות אלו מצביעים על שורה של בקיעים בחברה הישראלית שאירעו בעקבות מלחמה זו, ובהם ערעור הביטחון העצמי הקולקטיבי, ספקות באשר להמשך דרכה של הציונות בכלל ושל מדינת ישראל בפרט, התרסקות של מיתוסים מכוננים ומשבר הנהגה חריף. הגדרתה של מלחמת יום הכיפורים כנקודת מפנה בחברה הישראלית באה לידי ביטוי במחקר ובתרבות הפופולרית; בסיפורת, במוספי זיכרון, בביורגפיות ובמשדרי רדיו וטלוויזיה.³¹ כפי שיוצג להלן, המלחמה היתה ציון דרך משמעותי גם בהתפתחות השיקום במדינת ישראל.

המלחמה פרצה ביום הכיפורים תשל"ד, 6 באוקטובר 1973. האווירה בקרב הציבור הישראלי במהלכה היתה קשה לנוכח גורם ההפתעה, תחושת האיום וחוסר הוודאות והקרבות הקשים שגבו מחיר כבד. על אף ההישגים הצבאיים שנרשמו בסופה גאתה הביקורת על אזלת היד של ההנהגה הישראלית, שנתפסה כשאננה וכמי ששגתה בניתוח המהלכים שקדמו למלחמה.³² תחושת הכישלון נבעה, בין השאר, מהפער בין תחושת חוזקו ויכולתו הצבאית של צה"ל שהופגנו במלחמת ששת הימים, לחוסר האונים שהתגלה במלחמה זו. הציבור בישראל, בהיותו נתון לנרטיב ההרואי שטופח במדינה, הפנים את התפיסה שצה"ל הוא הצבא החזק במזרח התיכון והוא יוצא מכל עימות עם כוח אויב כשידו על העליונה ונוחל ניצחון ללא תנאי. אולם

29 שם, עמ' 195.

30 דוד שחם, ישראל - 40 השנים, עם עובד, תל אביב 1991, עמ' 306-307, 323-325.

31 גדעון אביטל־אפשטיין, 1973 - הקרב על הזיכרון: מלחמת יום הכיפורים - מלחמה שאף פעם לא די לה, שוקן, תל אביב תשע"ד, עמ' 451-452.

32 צבי צמרת וחנה יבלונקה (עורכים), העשור השלישי תשכ"ח-תשל"ח, יד יצחק בן־צבי, ירושלים 2008, עמ' 8-9.

לנוכח המלחמה נתפסה המציאות כהפוכה לאתוס על החוזה הצבאי.³³ הידיעה כי המנהיגות הפוליטית והצבאית כאחת כשלו בקריאת מפת המציאות, והמנהיגות הצבאית לא צפתה את הנולד ולא השכילה להתכונן כראוי, השפיעה על מצב הרוח הלאומי, שהיה בשפל. אלו היו פצע פתוח בגוף החברה הישראלית שנים.³⁴

האווירה הקשה הושפעה מאוד מהמחיר הכבד בנפש שגבתה מלחמה זו: 2,656 הרוגים, 7,251 פצועים וכ-300 חיילים שנלקחו בשבי.³⁵ לראשונה ראו תושבי ישראל מאות חיילים ישראלים יחפים, כפותי רגליים ומושפלים, בדרכם לשבי המצרי והסורי.

שתי קבוצות נפגעים ייחודיות עלו לאחר מלחמה זו לתודעה הציבורית: הנעדרים ונפגעי תגובת קרב וטראומת מלחמה (הלומי הקרב). חיילים לא מעטים שיצאו למלחמה וזמן ממושך לא נודע מה עלה בגורלם (מקצתם נפלו בשבי, אחרים נפלו בקרב אך גופתם לא נמצאה) היו מתוצאותיה המרות של המלחמה.³⁶ המספר הגדול של נפגעי תגובת קרב וטראומת מלחמה - קרוב ל-30 אחוז מכלל הנפגעים במלחמה³⁷ - העלה את המודעות לפגיעה זו והביא לשינוי בגישת הממסד כלפיה, אולם הסטיגמה על נפגעים אלו נותרה על כנה שנים רבות ולמעשה עד היום לא הוסרה לחלוטין.³⁸

בשנים האחרונות עסק המחקר בשתי תופעות: האחת הצביעה על החברה הישראלית לאחר המלחמה כחברה בטראומה, אשר לוקה בהפרעת דחק פוסט-טראומתית קולקטיבית.³⁹ השנייה עסקה בתפיסת המלחמה כטראומה לאומית שהאפילה על היבטיה האחרים וזעזעה שורה של מיתוסים מכוננים בחברה הישראלית, כגון 'קדושת החיים', 'לא מפקירים פצוע בקרב' ועוד.⁴⁰ מאמר זה אינו עוסק בסוגי הטראומה האלה שהיו נחלתם של נפגעי המלחמה כשם שהיו גם של הציבור הישראלי. אולם נציין שעבור רבות הנפגעים שנוקו לשיקום הם היתוספו לטראומה האישית שנבעה מעצם הפגיעה. כפי שיובהר, נקודת השבר בחברה הישראלית, שמקורה גם במספר הנפגעים הגבוה, היתה עתידה להביא לתפנית בתפיסת החברה את נפגעי ונכיה ולשמש נקודת מוצא להתפתחות הרפואה השיקומית ולשיפור משמעותי של ההתמודדות עם הטראומה האישית.

33 שמעון גולן, 'מלחמת יום הכיפורים', שם, עמ' 149.

34 צמרת ויבלונקה (עורכים), העשור השלישי תשכ"ח-תשל"ח, עמ' 8-9.

35 גולן, 'מלחמת יום הכיפורים', שם, עמ' 149.

36 נעדרי המלחמה עמדו גם במרכזם של רומנים שעלילתם עוסקת במלחמת יום הכיפורים, כגון: א"ב יהושע, המאהב, שוקן, תל אביב 1977; ס' יזר, גילוי אליהו, זמורה ביתן, תל אביב 1999.

37 ראובן גל, 'מבט נוסף על "הלם קרב"', מערכות, 332 (1993), עמ' 42.

38 אביטל-אפשטיין, 1973 - הקרב על הזיכרון, עמ' 441-444. להרחבה על נושא זה ראו: עירית קינן, כאילו היא פצע נסתר: טראומת מלחמה בחברה הישראלית, עם עובד, תל אביב 2012.

39 תופעה זו מכונה במחקר Societal PTSD. על כך ראו: M. Elliot, K. Bishop and P. Stokes, 'Societal PTSD? Historic Shock in Northern Ireland', *Psychotherapy and International Politics*, 2, 1 (2004), pp. 1-15.

40 אביטל-אפשטיין, 1973 - הקרב על הזיכרון, עמ' 435.

התפתחות השיקום לנוכח מלחמות העשור

תפיסת השיקום

3,800 הנכים נפגעי מלחמת העצמאות⁴¹ ו־500 נכי מבצע קדש⁴² נכחו במרחב הציבורי של מדינת ישראל הצעירה וסימנו את ראשית התעוררות התודעה הציבורית של החברה כלפי נכי. למעשה, מלחמת העצמאות על נפגעי הרבים היתה שלב מעבר מהיעדר תודעת שיקום להכרה ברפואה השיקומית כתחום רב חשיבות. אך מבחינה מעשית לא הביאה התעוררות זו לשינוי ממשי בתחום השיקום, בין השאר בשל צורכי השעה הדוחקים של העשור הראשון למדינה, ובהם קליטת המוני עולים שנוקקו לסיוע אינטנסיבי, שנות צנע ומחסור במשאבים. קפיצת המדרגה בהתפתחות התודעתית ביחס לשיקום, והתפתחותו בפועל של תחום זה, היתה לאחר מלחמת ששת הימים ובייחוד לאחר מלחמת יום הכיפורים, כפי שיתואר להלן.

כ־11,000 נכים מנה ארגון נכי צה"ל בתום מלחמת יום הכיפורים, מרביתם נפגעי מלחמות ששת הימים, ההתשה ויום הכיפורים.⁴³ הללו גילמו, פרדוקסלית, הן את 'מיתוס הצבר' - הלוחם האמיץ המקריב את חייו וגופו למען החברה והלאום, והן את האנטי־מיתוס - הנכה המוגבל. אולם דווקא פרדוקסליות זו שאפיינה את נכי צה"ל היתה נקודת המוצא לשינוי בתפיסת הנכים בחברה הישראלית ולקפיצת מדרגה בכל הנוגע להכרה בחשיבות השיקום.

ריבוי הנפגעים שנוקקו לשיקום בעקבות מלחמות העשור, והעובדה כי הם היו ברובם צעירים שלחמו על הגנת המדינה ושילמו בגופם את מחיר ההגנה על החברה הישראלית, הפנו את תשומת הלב הציבורית אליהם ואל הצורך לשקמם. השיקום נתפס כחובתו של הציבור הישראלי לנפגעים, וכמשימה לאומית ראשונה במעלה.

שינוי בתפיסת השיקום וההכרה בחשיבותו ניכרו כבר בעקבות מלחמת ששת הימים, משעמד על הפרק הצורך לטפל בנפגעים שתרמו להישג הצבאי־הלאומי ושילמו על כך מחיר אישי כבד. אולם דווקא מלחמת יום הכיפורים היא זו שחוללה שינוי תודעתי רחב היקף באשר למשמעות השיקום והשפיעה בפועל על התפתחות התחום. המלחמה הסתיימה רשמית ב־24 באוקטובר 1973 עם כניסתה של הפסקת האש לתוקף. אולם עבור אלפי פצועי המלחמה היה המסע חזרה לחייהם הקודמים רק בראשיתו. מבין אלפי הפצועים שטופלו במוסדות הרפואיים השונים, כ־4,000 נשארו עם נכות ונוקקו לתקופות שיקום ממושכות.⁴⁴ מתוכם, 31 היו נפגעי חוט השדרה שנשארו משותקים בארבע גפיים או בפלג הגוף התחתון, 14 עיוורים, 90 קטועי גפיים, 120 נפגעי כוויות, 70 נפגעי ראש ומאות נפגעי הלם קרב.⁴⁵

לנוכח נפגעי המלחמה, ואולי גם בשל תחושת האשם והאחריות למצבם, החלו נבחרי הציבור

41 נדב, בדרכי שיקום, עמ' 40-41.

42 שם, עמ' 108.

43 יוסף לוטנברג (עורך), גיבורי חיל: ארגון נכי צה"ל 1948-1998, גרין עיתונות [תל אביב] 1998; נדב, 'מחלקת השיקום ושינויים בחקיקה לאחר מלחמת סיני', בדרכי שיקום.

44 נדב, בדרכי שיקום, עמ' 195.

45 סקירת אריה פינק, ראש אגף השיקום במשרד הביטחון, פרוטוקול מספר 2 מיישיבת ועדת העבודה של הכנסת, 18.2.1974, ארכיון הכנסת, עמ' 5.

להתעניין בתפקוד מערכת השיקום ואף ערכו סיוורים במרכזיה. חברי ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת ביקרו במרכז השיקום בתל השומר, הביעו את הערכתם לצוות המשקם והתעניינו בתהליך השיקום ובצרכיו.⁴⁶ הביקורים האלה והתרשמותם של נבחרי ציבור מהצורך הרב הביאו להגדלת התקציב לתחום. בשנת 1974 הוחלט במשרד הבריאות לתת עדיפות גבוהה לתחום השיקום ולהקצות לו תקציבים כדי לקדם את הטיפול השיקומי הממושך.⁴⁷ עדיפות זו התבטאה, בין השאר, בהוספת מיטות אשפוז למחלקות השיקום ובהרחבת הטיפול השיקומי במסגרת הקהילה, בהקמת אגפי שיקום במוסדות הרפואיים ועוד. רופאים רבים יותר מאשר בעבר פנו להתמחות בתחום השיקום, מה שעשוי להעיד על עלייה בתפיסת חשיבותו של התחום ואולי אף על עלייה ביוקרתו.

ההתעניינות בשיקום וקידומו של התחום נבעו אמנם מכך שנפגעים רבים שנוקדו לשיקום היו פצועי צה"ל, אך 'עליית המדרגה' של הרפואה השיקומית על כל היבטיה השפיעה גם על תחומים שלא נגעו לפציעות מלחמה, כגון שיקום ילדים, שיקום על רקע אירוע מוחי וכדומה. תפיסת השיקום כמשימה לאומית היתה נקודת מוצא להתפתחות מרכזי השיקום, לריבוי תחומי השיקום ולהתמקצעותם, להיווסדות תחומי משנה חדשים כגון שיקום נירופסכולוגי ושיקום נפגעים מחוסרי הכרה, לשכלול שיטות הטיפול השיקומי, להתקדמות מחקרית ולפיתוח מקצועות הבריאות השיקומיים.

מוסדות השיקום

עם תום מלחמת ששת הימים ובמהלך מלחמת ההתשה היה אפשר להבחין בניצנים של התפתחות השיקום, שניכרו בהחלטות על הרחבת בית לוינשטיין, על הקמת מחלקה צבאית לשיקום נפגעי חוט השדרה בתל השומר ועל בניית אגף שיקום נרחב בבית החולים הדסה שעל הר הצופים.

בית החולים הדסה בירושלים היה חלוץ מרכזי השיקום בארץ והתפוכות שחלו בתפיסה השיקומית במוסד זה משקפות את התמורות שחלו במסד הרפואי ובחברה הישראלית כולה בתפיסת השיקום לנוכח האירועים ההיסטוריים.

כאמור, לאחר שנסגר מרכז השיקום בבית החולים הדסה עם תום מלחמת העצמאות פעלה בבית חולים זה משנת 1956 מחלקת שיקום מצומצמת בת תשע מיטות בלבד. מחלקה זו הורחבה ל-12 מיטות בשנת 1961 עם פתיחת בית החולים בעין כרם. בעת הצורך, בעקבות מלחמת ששת הימים, התרחבה מחלקה זו, זמנית בלבד, על חשבון המחלקות הפנימיות.⁴⁸ עם זאת, בתפיסת השיקום בהדסה התחולל שינוי. שורשי השינוי נטועים בשחרור מובלעת הר הצופים במלחמת

46 פרוטוקול מס' 24 משיבת הוועדה לשירותים ציבוריים של הכנסת השמינית שהתקיימה ביום ה' 13.6.1974 בבית החולים תל השומר, ארכיון הכנסת.

47 למשל: הצעת תקציב לשנת הכספים 1974, משרד הבריאות, חוברת י"ב, ירושלים, אדר תשל"ד, עמ' 122, ארכיון המדינה (להלן: א"מ). לפירוט והרחבה ראו: פארן, 'זתבוא בהם הרוח ויחיו ועמדו על רגליהם', עמ' 172.

48 פארן, שם, עמ' 50-75.

ששת הימים, שאפשר את שיבת בית החולים אל ההר לאחר שניטש במלחמת העצמאות. בבוקר 9 ביוני 1967 הגיעו ראשי הדסה, ד"ר קלמן מן מנהל בית החולים, רבקה שולמן נשיאת הדסה, פרופ' אליהו אילת נשיא האוניברסיטה העברית ומלווים נוספים אל בניין בית החולים הנטוש שעל הר הצופים. דגל הדסה הונף שוב על הבניין והכול ציפו לפעילותו המחודשת.⁴⁹ אולם מכיוון שבית חולים כללי של הדסה פעל מראשית שנות השישים בעין כרם, התעוררה השאלה באשר לאופיו של בית החולים שעתיד לקום מחדש בהר הצופים. הועלו הצעות שונות, ובהן: בית חולים כללי שישירת את הקהילה היהודית והערבית, מרכז לחקר הסרטן, בית חולים פסיכיאטרי ומכונים לחקר המוח ולחקר מחלות טרופיות. בין השאר עלתה הצעה להפוך את בית החולים כולו למרכז שיקום. אולם דווקא אנשי הצוות השיקומי הבכיר בהדסה, בראשותם של פרופ' אלכסנדר מגורה ופרופ' יהושע שאקו, התנגדו להצעה וסברו שאין לנתק את השיקום מבית החולים הכללי. זאת בשל תפיסתם העקרונית כי יש לשלב את הרפואה הפיזיקלית והשיקומית עם הרפואה הכללית. גישתם של אנשי השיקום היתה כי יש צורך באינטראקציה עם רופאים מתחומים אחרים לשם הפריה הדדית, וכדי להגביר את מודעות הרופאים לתחום הרפואה הפיזיקלית והשיקום.⁵⁰

ההחלטה שנפלה לבסוף במועצת הדסה היתה כי בית החולים ייפתח מחדש כבית חולים כללי שישירת יהודים וערבים, ותהיה בו מחלקת שיקום גדולה בת 120 מיטות, מה שהיה צו השעה לנוכח הפצועים הרבים ממלחמת ששת הימים.⁵¹ על פי התכנית, מחלקה זו היתה אמורה להתפתח בהדרגה למרכז שיקום גדול שישתרע על פני שלוש קומות, יכלול מיטות אשפוז רבות, מחלקה טיפולית לפיזיותרפיה, לריפוי בעיסוק, לריפוי בדיבור ובכרה טיפולית, וכן מעבדות לבדיקות קליניות ומחקריות.⁵² גם מספר הרופאים יוכפל, ויגדל מחמישה רופאים לעשרה.

החלטת המועצה הארצית של הדסה בדבר פיתוח מרכז השיקום היא עדות לשינוי שחל בתפיסת הדסה באשר לתחום השיקום, ולחדירת ההכרה בחשיבותו גם בימי רגיעה. אלא שיישום ההחלטה היה בסופו של דבר בעקבות מלחמה נוספת – מלחמת יום הכיפורים. בטרם יושמה ההחלטה על הקמת מרכז השיקום פרצה מלחמת יום הכיפורים. 527 פצועים עדיין טופלו ושוקמו בהדסה עין כרם, שמחלקת השיקום בו היתה קטנה, דבר שהדגיש את הצורך הרב במרכז שיקום ייעודי. כעבור שנתיים, ב־21 באוקטובר 1975, נפתח מחדש בית החולים שעל הר הצופים ובו אגף שיקום גדול ומשוכלל.⁵³ באגף זה, כמו במרכז השיקום האחרים, היו מספר תחומי שיקום שהתפתחו בעקבות המלחמה, ומקצתם אף נוסדו בשלה. באוקטובר 1973, תוך כדי המלחמה, הושלם במהירות בניין האשפוז החדש של בית לוינסטיין, במגמה לקלוט את נפגעי הקרבות. לנוכח ריבוי הנפגעים הוחלט בשנת 1974 במשרד הבריאות

49 משה מרלן לויין, דרוש רק חלום: סיפורה של הדסה, גפן, ירושלים 1998, עמ' 215-216.

50 ריאיון עם פרופ' יהושע שאקו, ירושלים, 15.2.2012. (להלן: שאקו, ריאיון).

51 לויין, דרוש רק חלום, עמ' 218.

52 'רפואה פסיקלית ושיקום', הד הדסה, מאי 1984, עמ' 2-3.

53 לויין, דרוש רק חלום, עמ' 219-225.

להוסיף לבית לוינשטיין 100 מיטות שיקום, נוסף על 42 המיטות הקיימות.⁵⁴ עקב כך היה בית לוינשטיין למרכז השיקום הגדול במזרח התיכון.⁵⁵

לכתחילה, בטרם פרצה המלחמה, נועד הבניין החדש לשקם נכים מהאוכלוסייה האזרחית ולפיכך להכיל שתי מחלקות מורחבות לשיקום חולי שבץ, שהיו כ-75 אחוז מהמטופלים, ונפגעי מחלות נוירולוגיות אחרות.⁵⁶ אולם הקליטה המסיבית של פצועי צה"ל נפגעי ראש שנוקקו לשיקום הביאה לפתיחתה של מחלקה ייעודית לתחום זה ולדחייה זמנית של פתיחת המחלקות האחרות. גם במוסדות אחרים ניכרה השפעת המלחמה על השיקום. כך למשל, המחלקה לשיקום נפגעי חוט השדרה בתל השומר נפתחה בשנת 1973 עוד לפני פרוץ המלחמה, אך פעילותה הגיעה לשיאה במהלכה משהפכה למרכז ארצי בתחום זה, על פי החלטת משרד הבריאות.⁵⁷ ההחלטות בדבר הקמת מרכזי שיקום והרחבת המוסדות הקיימים התקבלו לאחר מלחמת ששת הימים לנוכח הצורך שגדל בשל נפגעי צה"ל שנוקקו לשיקום, והובילו לשינוי בתפיסת התחום וחישיבותו. אולם יישומן של ההחלטות היה לרוב רק לאחר מלחמת יום הכיפורים, משנוצר צורך דחוף של ממש לא רק במרכזי שיקום אלא גם בהרחבת תחומי השיקום לכיוונים נוספים.

תחומי השיקום והתפתחותם

א. תחומי השיקום הוותיקים: מאפייניהם והתפתחותם

כחלק מהתפתחות השיקום הרפואי התפתחו גם תחומי משנה, כגון שיקום נוירולוגי שכלל שיקום לאחר שבץ, שיקום מחלות נוירולוגיות ושיקום נפגעי חוט השדרה, תחום השיקום האורתופדי שכלל שיקום קטועים ושיקום לאחר ניתוחים במערכת השלד, תחום שיקום ילדים ועוד. בעקבות מלחמת יום הכיפורים חלה תנופה בתחומים האלה ואף נוסדו תחומים חדשים שהיו פועל יוצא של המלחמה לנוכח מספרם הרב של הנכים שנדרש לתת להם מענה: שיקום נפגעי הראש, השיקום הנוירופסיכולוגי ושיקום חסרי ההכרה.

ניתוח התמורות בתחומי השיקום יתמקד במרכזי השיקום בית לוינשטיין ותל השומר, שהיו המוסדות המובילים של הרפואה השיקומית הכוללנית בארץ זה שנים, שימשו דגם לחיקוי למרכזי שיקום אחרים והשפיעו עליהם.

1. השיקום הנוירולוגי

השיקום הנוירולוגי כולל את שיקום כל סוגי הפגיעות במערכת העצבים המרכזית, הן פגיעות מוח והן פגיעות חוט השדרה. פגיעות אלו מתאפיינות בשיתוקים בדרגות שונות - של גפה בודדת, שיתוקים מהצוואר ומטה, או של פלג גוף תחתון במקרה של פגיעה בחוט השדרה, ופלג גוף ימני או שמאלי במקרה של נזק מוחי. פגיעות מוטוריות אחרות אפשריות הן במערכת שיווי המשקל. בפגיעות מסוגים אלו יש לעתים מעורבות של מערכות נוספות, הבאה לידי ביטוי

54 הצעת תקציב לשנת הכספים 1974, משרד הבריאות, חוברת י"ב, ירושלים, אדר תשל"ד, א"מ, עמ' 122.

55 מלי גיל, 'הפרעות בתקשורת', בתוך: איסקוב ורינג (עורכים), אבני דרך בתולדות רפואת השיקום, עמ' 66.

56 נחום סורוקר, 'שיקום נוירולוגי', שם, עמ' 10.

57 ריאיון עם הפיזיותרפיסטית הראשית בתל השומר בשנים 1974-1989 אליה פנטורין, נורדיה, 25.12.2008.

(להלן: פנטורין, ריאיון).

בנוקים קוגניטיביים, לשוניים, התנהגותיים או נפשיים. בראשית שנות השישים היו הדעות חלוקות בין מומחי השיקום באשר לסיכוי לשקם נכויות נוירולוגיות. רשויות הבריאות העריכו שבכל שנה נוספים כ־2,500 נפגעי שבץ בישראל, וכ־90 אחוז מהם נשארים משותקים בשיתוק קשה של פלג גוף (המִיפְּלָגִיה). מקצת המומחים סברו שיש לקבל המיפּלגים לשיקום רק לאחר הערכה מדויקת של סיכויי שיקומם האישיים, ולפיכך שיעורם לא יעלה על 20 אחוזים. לעומתם היו שדגלו בניסיון לשקם כל מי שלקה בהמיפּלגִיה. ההבדל בגישות נבע מההבדלים במטרות השיקום: יש שגרסו שמטרת השיקום היא החזרת הנפגע לעבודה מפרנסת, ואחרים הגדירו את מטרת השיקום כהחזרת החולה להליכה ולעצמאות בפעולות יום־יומיות.⁵⁸ בהיעדר מוסדות שיקומיים שיכלו לתת מענה מספק באותן שנים, ובהתחשב בתקופת ההמתנה למיטת שיקום, סברו הראשונים שיש לטפל אך ורק בנכים שנפגעו באורח קל ויש סיכוי טוב להחזירם לחיי עבודה פעילים ומפרנסים.

ההתמקצעות בשיקום נפגעים נוירולוגיים בארץ החלה בשנת 1963 משנפתחה בתל השומר המחלקה לשיקום נוירולוגי, שהתמקדה בשיקום נפגעי שבץ. בניגוד לגישה בבית לוינשטיין ובהדסה, הגישה הטיפולית בתל השומר התבססה על טיפול הוליסטי, בכל האספקטים של המטופל: ביולוגי, פסיכולוגי, חברתי וכלכלי. הטיפול נעשה על ידי צוות רב מקצועי שכלל רופאים, אחיות, פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק ועובדים סוציאליים.⁵⁹ כמו הגישה שהיתה מקובלת בשיקום עד אמצע שנות השישים, בתל השומר לא היתה חלוקה למחלקות ייעודיות על פי סוגי הנכות אלא כל הנכים שסבלו ממחלות נוירולוגיות אושפזו במחלקה אחת.⁶⁰

התמקצעות ניכרה גם בבית לוינשטיין עם מינויו של ד"ר תאודור נחנזון⁶¹ למנהל בית החולים בשנת 1965; בהוראתו החלו לאשפז נפגעי שבץ במחלקות ייעודיות. שינוי זה היה נדבך נוסף בהתפתחות הרפואה השיקומית ובהתמקצעותה. בניגוד לגישה שרווחה כי באותה המחלקה יש לשכן יחדיו נפגעים עם מגוון בעיות, סבר נחנזון שהפרדת המטופלים לפי סוג הפגיעה תאפשר התמקצעות של הצוות ותשביח את הטיפול השיקומי, שכן בכל מחלקה ייעודית יתמחה הצוות בשיקום הספציפי לה. גישה זו לא היתה מקובלת על הכול, ושנים רבות לאחר מכן היו עדיין במוסדות שונים מחלקות מעורבות עם מגוון של נכויות, מתוך התפיסה שעל רופא השיקום להיות מומחה בכל תחומי השיקום.

דפוסי השיקום הנוירולוגי החלו להתמקצע עוד לפני מלחמת ששת הימים, אולם הגישה המקצועית התבססה והתפתחה עם הצטרפותם של רופאים נוספים לבית לוינשטיין בשנות השישים והשבעים. רופאים אלו ראו בשיקום את ייעודם המקצועי ובחרו להתמחות באחד התחומים הייעודיים שבהם עסק השיקום במוסד.⁶² מגמה זו, שהתאפיינה ברופאים שראו בשיקום את עתידם המקצועי, היתה אף היא תולדה של מלחמות העשור ובייחוד מלחמת יום הכיפורים.

58 לדוויג גינצבורג, 'בעיות שיקומם של חולי פלגה', הרפואה, ס, י"א (1.6.1961), עמ' 351-355.

59 P. Radt, 'The Physician in Rehabilitation: Looking at Hemiplegia', *Chaim Weizmann Rehabilitation Center*, Tel Hashomer, July 1964, pp. 5-11

60 'מרכז השיקום', דף רשמי של תל השומר ללא ציון תאריך ושם הכותב, ארכיון ספריית תל השומר.

61 לימים פרופסור באוניברסיטת תל אביב, ראש החוג לשיקום ויו"ר האיגוד הישראלי לרפואה שיקומית.

62 סרוקר (לעיל הערה 56), עמ' 9.

2. ממוות ודאי לחיים בעלי משמעות - שיקום נפגעי חוט השדרה עד מלחמת העולם השנייה, ואף במהלכה, פציעה בחוט השדרה נחשבה פציעה אנושה הגורמת למוות מיד. כ־80 אחוז מהנפגעים בחוט השדרה מתו סמוך לפציעה ואחרים נפטרו במהלך השנה הראשונה לאחר הפציעה. הסיבוכים העיקריים שגרמו לתמותה הגבוהה היו זיהומים, פצעי לחץ ובעיות נשימה. בשנת 1944 הקימה ממשלת בריטניה בסטוק מנדוויל שליד לונדון מרכז לטיפול בנפגעי חוט השדרה, בראשותו של פרופ' לודוויג גוטמן. גוטמן היה פליט יהודי, נירוכירורג שנמלט מגרמניה ערב פרוץ מלחמת העולם השנייה. שיטתו לטיפול בפצועים אלו היתה ייחודית ומהפכנית, והתבססה על ידע נירופיזיולוגי נרחב וגישה רב־מקצועית. תכנית טיפול זו הביאה לירידה דרסטית בתמותה ולשיפור באיכות החיים של נפגעי חוט השדרה.⁶³ ההצלחה בשיקום נפגעים אלו הביאה לאימוץ שיטתו של גוטמן במרכזי שיקום רבים ברחבי העולם.

לעומת זאת, בבית לוינשטיין פותחה שיטה שונה לשיקום נפגעי חוט השדרה עם הצטרפותו של ד"ר לזר מנדלסון לצוות הרופאים בשנת 1964. מנדלסון היה רופא פנימי, התמחה בשיקום וניהל את המחלקה לשיקום נפגעי חוט השדרה 28 שנים. הוא למד את הבעיות הייחודיות של נפגעי חוט השדרה, כגון הפרעות נשימה, הפרעות במערכת העיכול והשתן, פצעי לחץ והפרעות התנהגותיות. פעמים רבות הסתמך על האינטואיציה כשנדרש להתמודד עם תופעות לא מוכרות.⁶⁴ בניהולו היתה המחלקה לשיקום נפגעי חוט השדרה למחלקה מקצועית, בעלת שיטה טיפולית מגובשת בתחום זה.⁶⁵

שיטה טיפולית זו יושמה בקיץ 1967 כאשר הגיעו אל בית החולים השיקומי נפגעי פראפליגיה (שיתוק פלג גוף תחתון), פצועי מלחמת ששת הימים. זו היתה התמודדות ראשונה של בית לוינשטיין עם נכי צה"ל. מכיוון שדובר בבחורים צעירים שפציעתם הקשה, שנבעה מהתגייסותם למשימה הלאומית, הפכה אותם לנכים התלויים בזולתם פיזית ונפשית, ביקשו אנשי השיקום בבית לוינשטיין להעניק להם פתח של תקווה ועידוד באשר לעתידם⁶⁶ - שאיפה שליחות את הטיפול השיקומי שהוענק להם.

במהלך מלחמת ההתשה נוספו לחברה הישראלית קרוב ל־2,000 נכים;⁶⁷ הגידול הבולט היה במספר המשותקים מפציעות חוט השדרה.⁶⁸ בית החולים תל השומר, שהיה הראשון לקלוט את הנפגעים ולתת את הטיפול הרפואי במצב האקוטי, המשיך גם את הטיפול השיקומי בהם;

63 פארן, 'ותבוא בהם הרוח ויחיו ויעמדו על רגליהם', עמ' 45-46.

64 עמירם כ"ץ ואריה הלר, 'שיקום נפגעי השדרה', בתוך: איסקוב ורינג (עורכים), אבני דרך בתולדות רפואת השיקום, עמ' 17.

65 במחלקה זו לא טיפלו על פי גישתו של פרופ' גוטמן. לדוגמה: עד מחצית שנות השבעים טיפלו בשלפוחית הנורווגנית באמצעות צנתור קבוע, לעומת גוטמן שכבר בשלהי שנות הארבעים הוכיח שטיפול באמצעות צנתור לסירוגין מונע זיהומים, אבני שתן ועוד. ראו: כ"ץ והלר (לעיל הערה 64), עמ' 18.

66 שם.

67 רות בונדי, שיבא: רופא לכל אדם, כנרת זמורה ביתן, תל אביב 1981, עמ' 345-346.

68 נדב, בדרכי שיקום, עמ' 142.

אך בשל היעדר התנאים במרכז השיקום ששכן במבנים מיושנים ובלתי הולמים, רבו תלונות הפצועים ובני משפחותיהם על התנאים הפיזיים הקשים ועל טיפול לא נאות במשותקים.⁶⁹ תלונות אלו הועלו בסדרת כתבות פרי עטו של מנחם תלמי, שכותרתן 'הפצועים צעקו חמס' ופורסמו בעיתון מעריב בחודשים נובמבר-דצמבר 1970. הכתבות הצביעו על המצב הפיזי הגרוע של הביתנים, ששרצו עכברים ותיקנים, על מחסור במים חמים, על ביוב שעלה על גדותיו ועוד. הכתבות גם טענו ליחס רע כלפי הנכים. הביקורת הופנתה במיוחד אל ד"ר ארנסט ספירא, שעמד בראש המרכז, וההתקפה עליו התפרשה כפגיעה בד"ר חיים שיבא, מנהל בית החולים, ובבית החולים תל השומר כולו.⁷⁰

הפרשה עוררה סערה ציבורית. לעיתון מעריב הגיעו עשרות תגובות שמקצתן תמכו בנאמר בכתבות ומקצתן חלקו.⁷¹ הנהלת בית החולים הכירה בבעייתיות של התנאים הפיזיים, אך דחתה את הטענות בדבר הטיפול הלקוי.⁷² שיבא, שהיה מזוהה עם תל השומר כמי שהקים וניהל אותו מראשיתו ב־1948, נפגע אישית ותבע את עלבונו של בית החולים. בייחוד פגעה בו הטענה שפצועי צה"ל אינם מקבלים טיפול נאות. הוא שלח לשרים, חברי כנסת ועיתונאים כל מכתב תמיכה שהגיע לידי. במכתב לעיתון סקר את השתלשלות הטיפול בנכים, מראשית ימי המדינה, וטען שאם אכן נכשל מרכז השיקום הוא מקבל עליו את האחריות.⁷³ לספירא העניק שיבא גיבוי מוחלט.

סדרת הכתבות הלא מחמיאה למרכז השיקום בתל השומר זכתה לתהודה רבה. זו נבעה כנראה מן העובדה שבמרכז שיקום זה, בהיותו מרכז צבאי, שוקמו מרבית נפגעי מלחמת ההתשה. דעת הקהל התקשתה לעכל את האפשרות שפצועי צה"ל אינם מקבלים טיפול נאות. הסערה הציבורית שחוללו דברי הביקורת האלה הגיעה אל ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת, היא קיימה מספר ישיבות מיוחדות בנושא זה וזימנה את ראשי משרד הבריאות ובית החולים תל השומר, ד"ר מרדכי שני וד"ר ברוך פדה, לספק תשובות לשאלות נוקבות.⁷⁴ אלו התלוננו על בעיות תקציביות ואף טענו שהסיבה העיקרית לתלונות נובעת מהתמרמרותם של הנכים - תולדת נכותם. זאת בשעה שמלבד טיפול רפואי מעולה פעל בית החולים מעל ומעבר כדי להעניק להם גם תנאים נוחים, מזון משופר ומופעי תרבות ובידור.⁷⁵

הוועדה מתחה ביקורת על הנהלת תל השומר בכל הנוגע לתנאים הפיזיים הקשים ולהתנהלות הליך הבנייה. כך למשל תהה חבר הכנסת בן־ציון קשת מדוע צריך לחכות חמש שנים מההחלטה לבנות מרכז שיקום ראוי לשמו עד להוצאת המכרז, בשעה שבתחומים אחרים הדבר מתבצע

69 בונדי, שיבא, עמ' 337-346.

70 שם.

71 שם.

72 אריה פינק, 'תמונות מאלבום הזיכרונות', בתוך: אלחנן להב (עורך), 50 שנות שיקום, משרד הביטחון, תל אביב 1998, עמ' 257.

73 בונדי, שיבא, עמ' 346.

74 פרוטוקול מס' 65 של ישיבת ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת השביעית, מיום 29.6.1971, ארכיון הכנסת.

75 דברי מר פרידחי (לא מופיע שם פרטי), נציג תל השומר, פרוטוקול מס' 64 של ישיבת ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת השביעית, מיום 22.6.1971, ארכיון הכנסת, עמ' 9-10.

מהר יותר. עם זאת הביעו חברי הוועדה אמון מלא בצוות הרפואי. כמו כן הדגישו את ההכרח להעניק לנכי צה"ל טיפול ושיקום מועדפים והמליצו להקים מחלקה מיוחדת לשיקום משותקים נכי צה"ל.⁷⁶

בד בבד התגבשה במשרד הביטחון, הגוף האחראי לשיקום נכי צה"ל, ההחלטה לפעול לחיזוק ההיבט הרפואי של השיקום ולהקים מחלקה מיוחדת לשיקום נפגעי חוט השדרה, שתפעל על פי שיטתו של פרופ' גוטמן,⁷⁷ שיטה שהיתה המוכחת והמקובלת במרכזי השיקום המתקדמים בעולם. נראה שאגף השיקום במשרד הביטחון היה רגיש לדעת הקהל; אף שהיתה מודעות לבעיות עוד לפני פרסום הכתבות, הדיון הציבורי שהתעורר עם פרסומן הכריע את הכף.⁷⁸ בנובמבר 1971 נחתם הסכם בין משרד הביטחון למשרד הבריאות, שקבע את המסגרת להפעלת היחידה לשיקום נפגעי חוט השדרה בתל השומר.⁷⁹

פרופ' רפאל רוזין⁸⁰ נבחר לעמוד בראש המחלקה החדשה. באותם ימים היה רוזין רופא צעיר בן 37, שהתמחה משנת 1966 במחלקה לשיקום בבית החולים הדסה בירושלים ושהה באותה תקופה בהשתלמות בקליפורניה.⁸¹ הניסיון שרכש בהדסה בטיפול בנכי צה"ל, נפגעי חוט השדרה ממלחמת ששת הימים, היה עתיד לסייע לו בתפקידו החדש בתל השומר.⁸²

שלושה חודשים לפני פרוץ מלחמת יום הכיפורים נפתחה המחלקה החדשה בתל השומר. שלא כבית לוינשטיין, שמרבית המטופלים בו היו אזרחים, בתל השומר היו המטופלים, רובם ככולם, חיילים פצועים. המחלקה היתה צבאית, הצוות חויל וקיבל דרגות צבאיות ומנהל המחלקה, פרופ' רפי רוזין, קיבל דרגת רב סרן.⁸³ שיטת הטיפול בתל השומר היתה על פי שיטתו של גוטמן שבה השתלם הצוות הבכיר.

בעיצומה של המלחמה הוחלט במשרד הבריאות להפוך את המחלקה למרכז שיקום ארצי לנפגעי חוט השדרה. החלטה זו נבעה מניסיון מלחמות קודמות שהוכיח כי יש יתרונות לריכוז פצועים באותו סוג פציעה תחת קורת גג אחת.⁸⁴ לתל השומר הופנו גם מרבית קטועי הגפיים, מאותה הסיבה.⁸⁵

76 פרטוקול מס' 67 של ישיבת ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת השביעית, מיום 6.7.1971, ארכיון הכנסת, עמ' 2-3.

77 פארן, 'ותבוא בהם הרוח ויחיו ויעמדו על רגליהם', עמ' 46.

78 ריאיון עם ראש אגף השיקום במשרד הביטחון דאז, אריה פינק, תל אביב, 24.5.2010.

79 פינק (לעיל הערה 72), עמ' 259.

80 באותם ימים היה רוזין עדיין דוקטור.

81 לימים פרופסור באוניברסיטת תל אביב, ראש החוג לרפואה שיקומית, ממקימי בית הספר לפיזיותרפיה באוניברסיטת תל אביב ומנהלו. סדן (ללא שם פרטי), 'פרופ' רפאל רוזין - מוסד של שיקום', בטאון חיל הרפואה (דצמבר 2001), עמ' 40-42.

82 אבי עורי, 'פרופסור רפי רוזין', מבוא לתולדות הרפואה השיקומית בישראל, משרד הביטחון [חמ"ד] 1996, עמ' 48-49.

83 פנטורין, ריאיון.

84 סדן, 'פרופ' רפאל רוזין - מוסד של שיקום' (לעיל הערה 81), עמ' 40-42.

85 פינק, 18.2.1974, עמ' 5, ארכיון הכנסת.

20 נפגעי חוט השדרה ממלחמת יום הכיפורים (מבין 27) שוקמו בתל השומר, לאחר שהגיעו למחלקה ממקום אשפוזם הראשוני בין יום אחד לארבעה חודשים לאחר הפציעה. הסיבוכים הרפואיים שאפיינו את פציעותיהם היו רבים: זיהומים בדרכי השתן, דימומים ממערכת העיכול, תסחיפים ריאתיים, פצעי לחץ וטונוס שרירים ספסטי.⁸⁶

כל פצוע הושכב על מיטה מיוחדת שאפשרה ניוח של עמוד השדרה ושינוי תנוחה למניעת פצעי לחץ. הטיפול כלל צנתור לסירוגין של שלפוחית השתן על פי שיטת גוטמן, כדי לאמן את השליטה בשלפוחית ולמנוע זיהום; בד בבד התחילו בטיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק וטיפולים פסיכולוגיים.⁸⁷ כדי לתת מענה לצורך הרב, מצבת כוח האדם במחלקה לשיקום נפגעי חוט השדרה היתה הגדולה ביותר בארץ, ואפשרה לכל מטופל לקבל טיפול אינדיבידואלי במשך שעה, פעמיים ביום.⁸⁸ אינטנסיביות כזו של טיפולים שמקדמת את המטופלים ומזרזת את החלמתם היתה נהוגה באותה העת רק במחלקה זו.

מבין הנפגעים, שלושה היו נפגעי עמוד שדרה צווארי, חמישה נפגעי עמוד שדרה גבי עליון (חוליות D6-D1), שמונה נפגעי עמוד שדרה גבי תחתון (D12-D7), וארבעה נפגעי 'זנב הסוס' (מתחת ל-L2). כעבור שישה חודשי שיקום בממוצע, 17 הפראפגלים - משותקי הגפיים התחתונות - הגיעו לעצמאות מלאה בפעולות היום-יום. הקוודריפגלים - המשותקים בארבע גפיים עקב הפציעה הצווארית - הגיעו לעצמאות חלקית בתוך 12 חודשים בממוצע. כולם עזבו את מרכז השיקום ללא צנתר וללא זיהומים בשלפוחית השתן, כשהם עצמאיים. מקצתם חזרו לבתים שבהם התגוררו לפני הפציעה, אם הבית היה נגיש לכיסא גלגלים, או שנמצאו עבורם מגורים חלופיים. תשעה פנו ללימודים, שניים נישאו לאחר הפציעה, שלושה חזרו לעבודתם הקודמת, וחמישה שפציעתם לא היתה שלמה יכלו ללכת עם קביים ומכשירים. שמונה מהם השתתפו בפעילות ספורטיבית ב'בית הלוחם' באפקה. נתונים אלו מעלים כי השיטה השיקומית של פרופ' גוטמן, שאימצה מחלקת השיקום בתל השומר, הוכיחה את עצמה. הדבר ניכר הן בהארכת תוחלת החיים של הנפגעים והן בשיפור איכות חייהם שהתבטא בשליטה בסוגרים, במניעת זיהומים, בעצמאות תפקודית בחיי היום-יום ועיסוק בספורט במסגרת מועדון חברתי.⁸⁹

מחלקה זו של שיקום נפגעי חוט השדרה, שהיתה למרכז ארצי לנוכח המלחמה, היתה עם הזמן סמל של מקצועיות מלווה ביוקרה, וגורם מוביל מבחינה מדעית, ומחקרים שנעשו בה פורסמו בספרות הרפואית בקרב הקהילייה השיקומית העולמית.⁹⁰

86 מתח שרירים גבוה.

87 אבי עורי ואחרים, 'ניסיונו בטיפול בנפגעי חוט השדרה ממלחמת יום כיפור', הרפואה, ח, צ"א (15.10.1976), עמ' 215-216.

88 פנטורין, ריאיון.

89 עורי ואחרים (לעיל הערה 87), עמ' 215-218.

90 עורי, מבוא לתולדות הרפואה השיקומית בישראל, עמ' 50. להלן דוגמאות מתוך עשרות מחקרים ומאמרים שהופיעו בחזית המחקר בספרות הרפואית העולמית בשנות השבעים ואשר נערכו במחלקת נפגעי חוט השדרה בתל השומר: A. Ohry, M. Molho, R. Rozin, 'Alterations of Pulmonary Function in Spinal Cord Injured Patients', *Paraplegia*, 13, 2 (August 1975), pp. 101-108; A. Ohry, R. Rozin, 'Late Neoplasia after Poliomyelitis', *The Lancet*, 2, 7939 (October 1975),

בד בבד עם פתיחת מחלקת השיקום בתל השומר נפתחה גם בבית לוינשטיין באוקטובר 1973, תוך כדי מלחמת יום הכיפורים, מחלקה לשיקום נפגעי חוט השדרה. מחלקה זו טיפלה רק בחולים אזרחיים, מאחר שכאמור, נפגעי המלחמה הופנו על ידי משרד הבריאות לשיקום בתל השומר.⁹¹ ממחקרים שנערכו בבית לוינשטיין במהלך 30 שנה, בין השנים 1962-1992, עולה כי נפגעי חוט השדרה בתקופה זו השיגו תוחלת חיים ארוכה יותר מזו שהושגה בשנים עברו. מחציתם חיו בממוצע 36 שנים נוספות לאחר הפגיעה - תוחלת חיים הקרובה לזו של כלל אוכלוסיית ישראל בשנים אלו. כרבע מהנפגעים שהגיעו למחלקה ללא תנועות יעילות, ויותר ממחצית החולים שהגיעו ללא יכולת תפקוד, השיגו החלמה עצבית כמעט מלאה.⁹² העלייה בתוחלת החיים מדגימה את ההתקדמות הגדולה שחלה בטיפול בנפגעי חוט השדרה ובשיקומם, שכן בעבר הם נפטרו בתוך פרק זמן קצר לאחר הפגיעה עקב זיהומים.⁹³

הקמת המחלקה לשיקום נפגעי חוט השדרה בתל השומר, שנועדה לפצועי המלחמה, והמחלקה המקבילה שנפתחה בבית לוינשטיין באותו הזמן, שנועדה לאזרחים, העידו יותר מכול על המהפכה שהתחוללה בטיפול בנפגעים אלו. במחלקות האלה למדו את הבעיות הייחודיות לנפגעי חוט השדרה, ופיתחו שיטות טיפוליות להתמודדות אתן ולהדרכת הנכים לחיות חיים עצמאיים ואיכותיים, תוך כדי שליטה בבעיות האלה.⁹⁴

יתר על כן, לבד מיישום התפיסה השיקומית החדשה, השפעת המלחמה על קידום השיקום ניכרה בכך שהביאה להתכנסות קבוצה גדולה של נפגעים מסוג מסוים במרכז שיקום אחד שריכזו בו את מרב ומיטב המאמצים והאפשרויות. כך נוצר באופן אינטנסיבי 'תרגול' של התפיסה השיקומית החדשה וניסיון שיקומי שניתן ליישמו גם בקרב אזרחים.

3. מייאוש להתמודדות - שיקום נפגעי חבלות מוח

שיקום נפגעי ראש כולל את נפגעי המוח עקב טראומה (Traumatic Brain Injury). תחום זה נבדל מהשיקום הניורולוגי בשל אופי הפגיעה המוחית אשר כוללת בדרך כלל נזק נרחב, רב-מערכתי, עם מרכיב התנהגותי משמעותי. התמונה הקלינית שונה מנפגע אחד למשנהו. חולים אלו סובלים משילוב של שיתוק באיברים שונים והפרעות תחושתיות, הפרעות בשיווי משקל, בדיבור ובהבנה, הפרעות אישיות ועוד. לא אחת מקדימה את שיקומם תקופה של חוסר הכרה. הצוות השיקומי המטפל בהם הוא רב-מקצועי ומטרת השיקום נקבעת לפי חומרת הפגיעה.⁹⁵ במהלך שנות השישים הפך בית לוינשטיין למרכז שיקום לנפגעי מוח. באותן שנים היה התחום בכל העולם בלתי מפותח והספרות הרפואית הבין-לאומית בנושא היתה דלה.

p. 823; M. Melzer et al., 'Survey of 92 Cases with Neurogenic Bladder', *Paraplegia*, 14, 3

(November 1976), pp. 213-219

91 כ"ץ והלר (לעיל הערה 64), עמ' 18-19.

92 שם, עמ' 20.

93 בלום, השיקום עשה היסטוריה, עמ' 15-16.

94 אבי עורי, 'נח"ש, נפגעי חוט השדרה', בתוך: אברהם עורי ועמי שקד (עורכים), מבוא לרפואה שיקומית,

משרד הביטחון, תל אביב 1990, עמ' 84-94.

95 בת עמי מלניק, ציוני דרך בתולדות בית החולים: יובל של מצוינות בשיקום לבית החולים לוינשטיין, בית

לוינשטיין, רעננה 2010, עמ' 53-54; גרוסווסר (לעיל הערה 7), עמ' 27-32.

מרבית נפגעי המוח הקשים לא שוקמו אלא אושפזו במוסדות לחולים כרוניים או במוסדות פסיכיאטריים.⁹⁶

בין השנים 1965-1971 טופלו בבית לוינשטיין - אז המוסד היחיד בארץ ששיקם חולים עם חבלת ראש חמורה - 169 נפגעי ראש, רובם נפגעי תאונות.⁹⁷ ריכוז החולים האלה במרכז שיקום אחד הביא לצבירה הדרגתית של ניסיון ובניית תשתית טיפולית מקפת.⁹⁸ בהיעדר ספרות מקצועית רלוונטית בנה צוות בית לוינשטיין בעצמו כלים ליצירת דרכי טיפול בנפגעי מוח וביסס את הדברים במחקרים.⁹⁹ בתוך זמן קצר התברר שאין החולה בעל הפגיעה המוחית דומה לחולה במחלת נפש. התוצאה המעשית של הבחנה זו היתה שאין לאשפז נפגעי חבלת ראש במוסדות פסיכיאטריים.¹⁰⁰

תוצאות השיקום של 169 נפגעי הראש ששוקמו בבית לוינשטיין פורסמו בשנת 1974 בקרב הקהילה היידיקה השיקומית הבין־לאומית.¹⁰¹ מחקר חלוצי זה היה אבן דרך בתחום הרפואה הפיזיקלית והשיקומית בעולם. המסקנה שהעלה הצוות המשקם במחקר זה היתה שגישה כוללת היא הכרחית בשיקום נפגעי ראש, בשל מעורבות של מספר תחומים בטיפול בפגיעה: כירורגיה כללית, נירורוכירורגיה, אורתופדיה ועוד, ונדרש תיאום בין המטפלים השונים כדי להשיג את התוצאה השיקומית המיטבית.¹⁰² הבעייתיות הגדולה בפגיעת ראש היא במגבלות התפקוד החמורות, מנטליות וקוגניטיביות, המלוות את הפגיעה לאורך זמן. לבד מהקושי התפקודי, קשה לפצוע להשלים עם העובדה שהוא לא יהיה עוד כפי שהיה בעבר.¹⁰³ משום כך התהליך השיקומי במקרה כזה הוא מורכב, מתסכל לעתים ודורש מיומנות ייחודית וצוות רב־מקצועי שיפעל בתיאום מלא.

מסקנה נוספת, שהתבססה על מעקב אחר המטופלים במשך שלוש שנים מיום שחרורם משיקום, הראתה כי יש שיפור בתפקודם המוטורי והאינטלקטואלי, ועל כן הגישה הפסימית שרווחה בשיקום נפגעי מוח בטעות יסודה, ויש להעניק המשך טיפול רפואי וסוציאלי במשך שלוש שנים לפחות לאחר סיום תכנית השיקום בבית החולים.¹⁰⁴ מסקנות אלו, שעלו לנוכח התנסות בטיפול שיקומי בנפגעי ראש בתקופה הנידונה, היו חדשניות והשפיעו על שיקום נפגעי הראש בעולם.

96 מתוך ריאיון עם פרופ' תאודור נחזון, כפר סבא, 7.8.2008. (להלן: נחזון, ריאיון). וגם: זאב גרוסוסר ויוסף שטרן, 'שיקום נפגעי חבלות מוחיות', בתוך: עורי ושקד (עורכים), *מבוא לרפואה שיקומית*, עמ' 174.

97 Theodore Najenson et al., 'Rehabilitation After Severe Head Injury', *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 6 (1974), pp. 5-14

98 גרוסוסר ושטרן (לעיל הערה 96), עמ' 176.

99 גרוסוסר (לעיל הערה 7), עמ' 29.

100 גרוסוסר ושטרן (לעיל הערה 96), עמ' 176.

101 המחקר התפרסם בכתב העת *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* לאחר מלחמת יום הכיפורים, אך לא כלל את שיקום נפגעי המלחמה.

102 מאמר זה היה הראשון בנושא שיקום פגיעות ראש שפרסם בית לוינשטיין וסימן את פריצת הדרך בתחום זה. בעקבותיו פורסמו עשרות מחקרים שבוצעו על ידי המחלקה משנת 1974 ואילך.

103 להרחבה על מהות הפגיעה המוחית והקשיים בשיקום החולה פגוע הראש ראו: גרוסוסר ושטרן (לעיל הערה 96), עמ' 174-185.

104 Najenson et al. (above note 97), p. 13

השיטה הטיפולית פורצת הדרך של שיקום נפגעי ראש, שגובשה בבית לוינשטיין כבר בראשית שנות השבעים, הועמדה במבחן כמעט מיד, עם פרוץ מלחמת יום הכיפורים. באוקטובר 1973, בתחילת המלחמה וכתוצאה מידידת ממנה, התקבלה החלטה במשרד הבריאות בתיאום עם משרד הביטחון וצה"ל לייעד את בית לוינשטיין למרכז שיקום עיקרי לנפגעי ראש בישראל.¹⁰⁵ ההחלטה התקבלה, ככל הנראה, מתוך מחשבה שהתמקצעות בתחום אחד במקום אחד תשיח את הטיפול. שלא כמרבית נפגעי חבלות המוח ששוקמו בבית לוינשטיין עד אז והיו בעיקר נפגעי תאונות דרכים,¹⁰⁶ לאחר פרוץ המלחמה קלטה המחלקה בבית לוינשטיין כמעט בו-זמנית 42 פצועי מלחמה, נפגעי ראש קשים שהגיעו לשיקום ממחלקות כירורגיות ברחבי הארץ. מקצתם היו עדיין מחוסרי הכרה בעת שהועברו לשיקום.¹⁰⁷

חדשנות הטיפול בפצועי המלחמה נפגעי הראש ניכרה בטיפול הפיזיותרפי שהתבסס על הגישה של Bobath, גישה שהיתה מקובלת עד אז בטיפול בילדים מעוכבי התפתחות. החדשנות בגישה זו היתה התאמתה לטיפול במבוגרים נפגעי ראש, התאמה שטרם נוסתה בעולם. בית לוינשטיין היה החלוץ בכך מחוסר ברירה, בשל הפצועים הרבים שנוקקו לשיקום מידי ולנוכח חסרונה של ספרות מקצועית בנושא שיקום נפגעי ראש טראומטיים.¹⁰⁸ בהיעדר שיטת טיפול אחרת יישמה מנהלת הפיזיותרפיה, נילי ברגהאוס, את שיטת Bobath בטיפול בנפגעי הראש. ברגהאוס היתה פיזיותרפיסטית מוסמכת וניהלה את הפיזיותרפיה בבית לוינשטיין למן שנת 1965. בניהולה הוכנסו שיטות טיפוליות מתקדמות שהיא רכשה בעת שעבדה בבתי חולים באנגליה ובדנמרק.¹⁰⁹

תוצאות הטיפול החדשני בתחום המוטורי היו מרשימות. מניתוח הממצאים לאחר שישה חודשי שיקום התקבלו התוצאות האלה: 37 מטופלים מתוך 42 (88 אחוז) השיגו שליטה מלאה על יציבה ויכולת הליכה, ו-25 (59.5 אחוז) השיגו חזרה מלאה של תנועות רצוניות בגפיים הפגועות. לעומת זאת, התפקוד האינטלקטואלי היה בעייתי יותר: 24 (57 אחוז) הגיעו לתפקוד אינטלקטואלי ממוצע ומעלה, שמונה היו גבוליים ושמונה פגועים. היכולת התקשורתית השתפרה באופן מוגבל: 20 (47 אחוז) נחשבו בתחילה אפויים - בעלי פגיעה ביכולת התקשורתית, עקב פגיעה מוחית, המתבטאת באי-יכולת לדבר ולהבין. כולם הראו שיפור ביכולת המילולית במהלך תקופת השיקום, ואילו לאחר שישה חודשי טיפול נותרו 14 (33 אחוז) עם אפזיה. בעוד השיקום המוטורי הניח את הדעת באופן יחסי, התפקודים הקוגניטיביים, התקשורתיים וההתנהגותיים נשארו מורכבים מבחינת יכולת השיקום.¹¹⁰

האתגר הגדול ביותר שניצב בפני הצוות השיקומי היה השיקום ההתנהגותי. 25 מהנפגעים הראו הפרעות התנהגות שונות כגון דפוסי התנהגות ילדותיים, תוקפנות והתנהגות מינית חסרת

Eli Vakil, 'Clinical Neuropsychology and Brain Injury Rehabilitation in Israel: A Twenty Year Prospective', *Neuropsychology Review*, 4, 4 (1994), p. 272

עמליה ארגמן, 'לתקן מה שהמלחמה הרסה', דבר, 20.11.1973, עמ' 9.

Theodore Najenson et al., 'Prognostic Factors in Rehabilitation After Severe Head Injury', *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 7 (1975), p. 101

ריאיון עם נילי ברגהאוס, רמות השבים, 10.11.2009. (להלן: ברגהאוס, ריאיון).

שם 109

Najenson et al. (above note 107), p. 101 110

מעצורים. ממעקב ארוך טווח על מספר גדול של מטופלים שסבלו מחבלת ראש חמורה, התברר שהמכשול העיקרי לשיקום מקצועי וחברתי היה נזק קוגניטיבי שרידי שהשפיע על האישיות, על כישורים חברתיים ועקב כך על ההתנהגות.¹¹¹ אחת התובנות שהתקבלו אפוא במהלך הטיפול בנפגעי ראש לאחר מלחמת יום הכיפורים היתה שכאשר הפרעות התנהגותיות חמורות מלוות בחוסר מודעות עצמית למצב, סיכויי השיקום קלושים.¹¹² מתוך כך צמחה ההבנה שיש לפתח תחום חדש, שלא היה קיים עד אז, והוא השיקום הנוירופסיכולוגי (להלן).

הטיפול השיקומי בנפגעי ראש, פצועי מלחמת יום הכיפורים, היה פורץ דרך והיה נדבך נוסף בגיבושה של מחלקת שיקום נפגעי ראש בבית לוינשטיין כדגם חיקוי למרכזי שיקום ברחבי העולם.¹¹³

4. ללמוד ללכת שוב - השיקום האורתופדי

השיקום האורתופדי כולל את שיקום הפציעות במערכת השרירים והשלד, כאשר אין מעורבות של מערכת העצבים. מדובר בשיקום לאחר נזקים לרקמות גרמיות, כמו שברים בעצמות ונזקים לרקמות רכות כמו שרירים, גידים ורצועות. הפציעה הקשה ביותר בתחום זה היא קטיעת גפה - יד או רגל, או במקרים קשים אף יותר מגפה אחת.

הטיפול השיקומי בפציעה מסוג זה מתמקד בהשגת טווח תנועה מקסימלי במפרקי הגפה הפגועה, חיזוק שרירים, השגת שיווי משקל ותפקוד פונקציונלי. במקרה של קטיעת גפה יש צורך גם בהתאמת תותבת, בהסתגלות אליה ובלמוד השימוש בה. שלא כפציעה נוירולוגית או פציעת חוט השדרה, שבהן הנכות ניכרת גם לאחר השיקום, הנכה קטוע הרגל או היד לרוב נראה לאחר שיקומו ככל האדם, הולך על רגליו ויכול להשתלב בקהילה ללא הגבלות משמעותיות.¹¹⁴ שיקום קטועי גפיים בישראל עשה את צעדיו הראשונים עוד לפני קום המדינה. בניית תותבות היתה מופקדת בידי טכנאים שעלו ארצה בעיקר מגרמניה ומהונגריה. טכנאים אלו עשו את מלאכתם מתוך תחושת שליחות והיו מעורבים רגשית בשיקום הקיטע. הצוות הרפואי באותם ימים היה חסר ידע וניסיון בתחום השיקום של קיטעים. הרופאים לא השתתפו כלל בתהליכים המקצועיים, הנוגעים לשיקום הקיטע, ולא יכלו לבקר או לשפר את איכות התותבת שהתאימו הטכנאים.¹¹⁵

עם פרוץ מלחמת העצמאות הוקם במתחם בית החולים תל השומר בית מלאכה לייצור תותבות, אך בתוך זמן קצר התברר שלנוכח מספר הקטועים הרב אין הוא יכול לעמוד בביקוש.¹¹⁶ כדי לענות על הצורך הרב הוקם בחיפה באוגוסט 1948 בית חרושת לגפיים מלאכותיות,¹¹⁷ ובד בבד הוזמן אל מרכז השיקום ביפו מומחה מאנגליה שלקח מידות של

Najenson et al. (above note 97), p. 6 111

Najenson et al. (above note 107), p. 106 112

להב (עורך), 50 שנות שיקום, עמ' 196. 113

לבד ממקרים קשים של חוסר ביותר מגפה אחת, או קטיעת הגפה כולה. 114

אלי איסקוב, 'שיקום אורתופדי והמעבדה לביומכניקה', בתוך: איסקוב ורינג (עורכים), אבני דרך 115

בתולדות רפואת השיקום, עמ' 39. 116

נדב, בדרכי שיקום, עמ' 66. 117

שם, עמ' 68. 117

קטועים לצורך ייצור התותבות באנגליה. כך קיבלו 101 קטועי רגליים ו-41 קטועי ידיים את התותבות הקבועות.¹¹⁸

עד ראשית שנות השבעים סבל תחום שיקום קטועי הגפיים מליקויים שונים: פרוצדורליים, טכניים ורפואיים-מקצועיים. מבחינה פרוצדורלית, תהליך קבלת התותבת היה מסורבל וטכניקת הבנייה של התותבות היתה מיושנת. חוסר יעילות, סחבת בהתאמת התותבת ועוד בעיות הובילו לתהליך שיקומי ארוך שהגביר את סבל הנכה והשפיע לרעה על יכולתו להשתקם. גם נושא הרישוי של תחום האורתוטיקה (ייצור והתקנת תותבות) בארץ לא הוסדר עד ראשית שנות השבעים ועובדה זו נתנה את אותותיה בתחום שיקום הקטועים כולו.¹¹⁹ בעזרת תרומה שתרם דוד לואיס, פילנתרופ יהודי-בריטי, הוקם בשנת 1974 'המכון הלאומי לשיקום ע"ש לואיס' (מכון לואיס), שיישם את מדיניות חלוקת התותבות, המכשור האורתופדי והנעליים האורתופדיות לנכים. המכון הכתיב דרך עבודה חדשה ויעילה, וזו הביאה לתפנית חיובית ולשיפור באספקת התותבות והמכשירים האורתופדיים בארץ. אך הידע המקצועי של הרופאים והפיזיותרפיסטים היה עדיין דל ומצומצם וטכניקות הייצור של התותבות היו מיושנות.¹²⁰

בעיות נוספות, רפואיות-מקצועיות, אפיינו את התחום. כך, למשל, הצוות הרפואי בבית החולים הכללי, שטיפל בקיטע, היה חסר ידע מקצועי בשיקום, והרופא השיקומי לא היה מעורב בתהליך ובהתאמת התותבת לקיטע. יתר על כן, הקשר של מחלקת השיקום האורתופדי בבית לוינשטיין עם המחלקות הכירורגיות שביצעו את הקטיעות היה רופף. עקב כך לא נערכו התייעצויות בין צוותי המחלקות האלה באשר לסוגיות הנוגעות לקטיעה עצמה. מנתחים בכירים סלדו מביצוע קטיעות, שכן הם ראו בצורך לקטוע גפה כישלון מקצועי, מאחר שלא הצליחו להצילה. הם נטו להשאיר את מלאכת הקטיעה לרופאים צעירים וחסרי ניסיון. התוצאה פעמים רבות לא היתה מוצלחת והתבטאה באיכות ירודה של הגדמים; תהליך ההתקנה והתאמת התותבת היה מסורבל וממושך והאשפוז השיקומי היה ארוך - לעתים עד שנה. בעיה נוספת שמנעה את שיפור התחום והתפתחותו היתה היעדר מחקר רפואי שיכול לקדם את הנושא.¹²¹

בין השנים 1961-1971 טופלו במחלקה לשיקום אורתופדי בבית לוינשטיין 195 חולים קטועי רגליים. רק כמחציתם שוקמו והיו עצמאיים מחוץ לבתייהם או במסגרת הבית.¹²² במקצת המקרים לא צלח השיקום בשל הבעיות שנמנו לעיל. הצטרפותו של ד"ר זאב סוסק בשנת 1971 לשבעת הרופאים שהיו הצוות הרפואי של בית לוינשטיין¹²³ היתה ציון דרך

118 שם, עמ' 69.

119 איסקוב (לעיל הערה 115), עמ' 39.

120 שם, עמ' 40.

121 שם.

122 תאודור נחנזון, מלי לוי ונילי ברגהאוס, 'שיקום קטועי רגל', רופא המשפחה, א, 2 (1971), עמ' 144-149.

123 באתה תקופה כלל הצוות הרפואי של בית לוינשטיין שבעה רופאים: פרופ' תאודור נחנזון, ד"ר אליעזר בקר, ד"ר זאב מנדלסון, ד"ר פבלו סולסי, ד"ר וולוויאנסקי, ד"ר יעקובוביץ' וד"ר זאב גרוסווסר, ראו: איסקוב (לעיל הערה 115), עמ' 39.

בתהליך ההדרגתי של התמקצעות ששיאו היה במלחמת יום הכיפורים. ד"ר סוסק ביקר במחלקות הכירורגיות בבתי החולים השונים כדי לבדוק את קטועי הגפיים טרם קבלתם לשיקום ולהסביר לכירורגים את עקרונות ביצוע הקטיעה מנקודת המבט של הרופא המשקם. מאמץ זה החל לשאת פרי והדבר הביא לשיפור באיכות הקטיעות והגדמים.¹²⁴ מחלקה נוספת לשיקום קטועים פעלה גם בתל השומר. מחלקה זו, בייסודו של ד"ר ארנסט ספירא, היתה חלק מהשיקום האורתופדי. תחום זה 'עלה מדרגה' בשנת 1964 משהצטרף אליו ד"ר טולי ולרי שטיינבך, שעלה ארצה מרומניה בשנת 1961. ד"ר שטיינבך הכניס את הניתוחים המשקמים, כחלק מעבודת השיקום.¹²⁵ בשיטתו של שטיינבך ניתחו, כשנדרש, את הגדמים והתאימו אותם לתותבות, וכך התגברו על אחת הבעיות שהטרידה את הצוות השיקומי בבית לוינשטיין. בשלהי שנות השישים כללה המחלקה לשיקום אורתופדי בתל השומר 32 מיטות וטופלו בה קטועים וחולים עם בעיות אורתופדיות קשות, הדורשות טיפול ארוך טווח.¹²⁶ פצועים רבים ממלחמת ששת הימים היו קטועי גפיים. הצוות המשקם בתל השומר פיתח עבורם תותבת זמנית, שדגם דומה לה היה בשימוש בצבא ארצות הברית לשיקום פצועים ממלחמת קוריאה. תותבת זו אפשרה תרגול הליכה בשלב מוקדם וזירזה את השיקום.¹²⁷

עם תום מלחמת יום הכיפורים עמדו מערכות הבריאות והביטחון בארץ בפני אתגר גדול של שיקום קטועי הגפיים הרבים שנפצעו במלחמה. 30 אחוז מהקטועים שטופלו בתל השומר היו קטועי גפיים עליונות ו־70 אחוז קטועי גפיים תחתונות; לשמונה אחוזים היתה קטיעה דו־צדדית ולשני חיילים היו שלוש קטיעות. במחצית מהמקרים הקטיעה לא היתה הפציעה היחידה, עובדה שהחמירה את מצב הפצוע והקשתה את שיקומו.¹²⁸ השיטה שנקט הצוות השיקומי היתה שיקום פיזיקלי לצד שיקום נפשי וחברתי. כדי להשיג זאת הקפידו על הליך מהיר של העמדה והולכה, כדי שהפצוע ישוב ללכת על רגליו בהקדם ויחוש שכלפי חוץ אינו נראה כנכה - עובדה שיש לה משמעות רבה בשיקום הנפשי והחברתי. בשיטה זו נעשה שימוש בתותבת זמנית, הניתנת להתאמה בשלב מוקדם.¹²⁹ גם לקטועי הגפיים העליונות הקפידו להתאים תותבת בתוך פרק זמן קצר והאימונים עם תותבת היד התחילו בהקדם ככל שאפשרו התנאים.¹³⁰ כדי להשיג שיקום נפשי וחברתי מיטבי עבר כל פצוע בעת קבלתו אבחון פסיכולוגי, וכאשר נצפו בעיות רגשיות או תגובות פוסט־טראומתיות הוא הופנה לטיפול פסיכולוגי. בתל

124 שם, עמ' 42.

125 עורי, מבוא לתולדות הרפואה השיקומית בישראל, עמ' 89.

126 Ruth Schoenfeld, 'Stump Treatment and Instruction in Walking with Prosthesis', *Chaim Weizman Rehabilitation Center*, Tel Hashomer, January 1967, pp. 2-6

127 ארנסט ספירא, 'בשער החוברת', מרכז השיקום תל השומר, תל השומר, ינואר 1968.

128 עופר, 'ישראל רשמה שיא במיעוט תמותה של נפגעים בבתי החולים', מעריב, 17.2.1974.

129 שם.

130 T. Steinbach, 'Total Rehabilitation for Amputees in Special Conditions', *Prosthetics and Orthotics International*, 1 (1977), pp. 125-126

השומר ראו חשיבות רבה בשיקום המקצועי, בשל היותו קריטי לשיקום במסגרת הקהילה. הייעוץ המקצועי ניתן סמוך ככל האפשר למועד הפציעה, כדי לעודד את המוטיבציה של המטופל לתכנן את עתידו ולהעריך באופן מציאותי את יכולותיו, הפוטנציאל שלו, הכישרון והעניין. השיקום המקצועי גם נועד לגשר על הפער שבין החיים במרכז השיקום לעולם שבחוץ.¹³¹

לאחר תקופה של טיפולים, הנחיות ותרגולים קיבלו כל קטועי הגפיים, למעט אלו שסבלו גם מבעיות ראייה, רישיונות נהיגה והיו עצמאיים וניידים, דבר שתרים לבריאותם הנפשית וליכולתם להשתלב שוב בקהילה. רובם שוחררו מבית החולים.¹³² מרביתם שיקמו את חייהם וחיו חיים פעילים ויצרניים.

שנת 1974 היתה שנת תפנית בשיקום קטועי הגפיים בשל כמה סיבות. בניגוד לתחום שיקום נפגעי הראש, שניכרה בו החלוציות והבלעדיות בארץ, בתחום האורתופדי ניכרה דווקא השפעת חוץ לארץ. במשרד הביטחון היו מודעים לעובדה שהגפיים התותבות המיוצרות בארץ נופלות באיכותן מהגפיים התותבות המיוצרות בארצות הברית. לפיכך הזמין משרד הביטחון לארץ קבוצת מומחים מבית הספר לפרוסתטיקה ואורתוטיקה של אוניברסיטת ניו יורק, להדרכת רופאים, פיזיותרפיסטים וטכנאים שעסקו בתחום.¹³³ נוסף על כך, מומחים של ה־Veteran Administration של ניו יורק - בית החולים שטיפל בנכי המלחמות של ארצות הברית - ערכו ביקורים תכופים בארץ והדריכו את הצוות בבית לוינשטיין. בשנה זו נפתח סניף של בית המלאכה 'גפיים' לייצור תותבות, צמוד לבית לוינשטיין, ותהליך התאמת התותבת נהיה נגיש יותר. שנה לאחר מכן, בשנת 1975, נפתחה המעבדה לביומכניקה, שנועדה לחקור נושאים מתחום השיקום האורתופדי.¹³⁴ שילוב ההשפעות החיצוניות והתפתחויות המקומיות העניקו לשיקום קטועי הגפיים תנופה והתקדמות.

התמקצעות הצוות המטפל, הקמת צוות רב־מקצועי ותיאום בין המטפלים, בד בבד עם עבודת הסברה מקיפה, הביאו לפריצת דרך בשיקום קטועי הגפיים, לשיפור איכות התותבות, לקיצור משך השיקום והחזרתו של הנכה להשתלבות בחיי הקהילה. המלחמה היתה זרו לשילוב כוחות מבית ומחוץ: התמקצעות הצוות המטפל והשתלמות הצוותים השיקומיים בשיטות עבודה שהגיעו מארצות הברית, הקמת צוות רב־מקצועי, תיאום בין המטפלים ומעורבות הצוותים האלה בהליכים הניתוחיים הקדם־שיקומיים, ופעולות הסברה שעשו בדבר הצורך להתאים את שיטות הניתוח למטרת השיקום - כל אלו קיצרו את משך זמן השיקום, שיפרו את תוצאותיו ואפשרו את חזרת הקטוע לחיים בקהילה. הצורך לשקם את נכי צה"ל קטועי הגפיים הביא להתפתחות השיקום, אך מהתוצאות נהנו כלל הנכים.¹³⁵

Ibid. 131

Ibid. 132

133 פינק, 18.2.1974, ארכיון הכנסת, עמ' 6.

134 איסקוב (לעיל הערה 115), עמ' 40.

135 נחזוון, ריאיון.

ב. היווצרותם של תחומי שיקום חדשים בעקבות מלחמת יום הכיפורים

1. השיקום הנוירופסיכולוגי

תחום חשוב בשיקום נפגעי ראש על רקע טראומתי (TBI),¹³⁶ שהתפתח בארץ לאחר מלחמת יום הכיפורים בשיתוף פעולה עם מומחים מארצות הברית, הוא השיקום הנוירופסיכולוגי. היוזמה היתה של אגף השיקום במשרד הביטחון, שגייס כספים למען הקמתו של המרכז לטיפול בנפגעי ראש בתל אביב.¹³⁷ אבטיפוס לגישה עקרונית זו של אגף השיקום אפשר לראות בהקמתו של בית חולים 5 (תל השומר) 25 שנים קודם לכן, שלאחר כמה שנים עבר לאחריות משרד הבריאות.¹³⁸

המניע העיקרי לפיתוח השיקום הנוירופסיכולוגי היה מחויבותו של אגף השיקום לטפל בנכי צה"ל ולשקמם. לפיכך, בקיץ 1974 חתם ראש אגף השיקום, אריה פינק, על הסכם לשיתוף פעולה עם אוניברסיטת ניו יורק בנושא שיקום נפגעי ראש. ישראל היתה אחת המדינות הראשונות בעולם לפתח שירותים קהילתיים המותאמים לצרכים של נכים צעירים עם חבלת ראש חמורה. אלו נועדו בראש ובראשונה לנכי צה"ל ובעקבותיהם ניתנו גם לנכים אזרחיים.¹³⁹ כאמור, נכי צה"ל נחשבו גיבורים לאומיים ואי לכך הושקעו בטיפול בהם מחשבה ומאמץ רב. בשנת 1968 שלח אגף השיקום במשרד הביטחון שלושה נפגעי חבלת ראש ממלחמת ששת הימים למכון לרפואה שיקומית באוניברסיטת ניו יורק (לימים: מכון ראסק), להערכה והמלצות.¹⁴⁰ אולם בשנת 1973, בעקבות מלחמת יום הכיפורים, התקיים הטיפול בנפגעי הראש כולו בארץ, ככל הנראה בשל מספרם הרב והקושי הלוגיסטי בשליחת פצועים רבים מסוג זה לחוץ לארץ, וגם מתוך רצון לבסס בארץ את השיטה הטיפולית בנפגעי ראש כדי ליישמה גם בשיקום נכים אזרחיים. עם זאת התנהל הטיפול בארץ תוך התייעצות עם מומחים מאוניברסיטת ניו יורק.¹⁴¹

צוות מומחים מהמכון לרפואה שיקומית באוניברסיטת ניו יורק, שכלל את ראש המערך הפסיכולוגי במכון ד"ר לאונרד דילר ואת הנוירולוג ד"ר יהודה בן ישי, ישראלי לשעבר, הגיע לארץ בפברואר 1974. הצוות המליץ לפתח תכנית לשיקום קהילתי, שתתקיים במסגרת הקהילה ותשתף את משפחתו של המטופל. תכנית זו נועדה להשלים את שיטות השיקום המקובלות לנפגעי הראש על ידי גישה רב־תחומית והוליסטית לשיקום, שתכלול את הנפגעים ובני משפחותיהם.¹⁴²

גישה זו היתה באותם ימים חדשנית וייחודית למכון לרפואה שיקומית באוניברסיטת ניו יורק. התכנית כללה היבטים טיפוליים שונים: פסיכותרפיה, טיפול קוגניטיבי, טיפול משפחתי

TBI – Traumatic Brain Injury 136

137 בתחילה פעלה התכנית בבית הלוחם, אחר כך עברה לתל השומר ולבסוף הוקם מרכז ריקנאטי ביד אליהו, שנקרא על שמו של התורם, ושם פועלת התכנית עד היום.

138 דניאל נדב, 'בית החולים 5 (תל השומר) עד העברתו אל משרד הבריאות ב־1953', עיונים בתקומת ישראל, 7 (1997), עמ' 439-462.

Vakil (above note 105), p. 271 139

Ibid., p. 272 140

141 פינק, 18.2.1974, עמ' 6, ארכיון הכנסת.

Vakil (above note 105), p. 273 142

וייעוץ מקצועי, ודרשה שיתוף פעולה הדוק עם המשפחות. היעד העיקרי שהציבו המומחים היה חזרה לתפקוד בקהילה. הפרויקט הראשוני התמקד ב־15 נפגעי מלחמה ובני משפחותיהם והתקיים בברכתו של משרד הביטחון בשיתוף פעולה עם אוניברסיטת ניו יורק.¹⁴³ בתום שנתיים להפעלת התכנית היה אפשר לראות תוצאות מעודדות.¹⁴⁴

בד בבד עם פרויקט זה, מספרם הרב יחסית של נפגעי ראש במלחמת יום הכיפורים ששוקמו בבית לוינשטיין במחלקה ייעודית הביא להכשרתו של צוות מיומן ומומחה בתחום זה ולאספקה של ציוד ומכשור הולם. אי לכך התוצאה הסופית היתה שהמטופל קיבל טיפול טוב יותר מאשר בעבר.¹⁴⁵

משנת 1973 ואילך הלכה והתרחבה מעורבותו של הנורופסיכולוג בשיקום נפגעי ראש, מטיפול בנפגעי ראש צעירים לטיפול בפתולוגיות מוח שונות בגילים שונים, תוך כדי ניצול הידע והניסיון שהצטברו מהטיפולים בנפגעי המלחמה. מעורבות הנורופסיכולוגיה תרמה לשיפור תוצאות השיקום של נפגעים אלו.

2. שיקום חולים חסרי הכרה

עד שנות השבעים של המאה ה־20 היה הטיפול בחולה חסר ההכרה (Vegetative state) מוזנח בארץ ובעולם בשל חוסר ידע מקצועי על אופן ההתמודדות עם המצב הזה. בספרות הרפואית היו מספר תיאורי מקרה על חולים מסוג זה בעשורים הראשונים של המאה, אך לא נעשו ניסיונות מעשיים להבנת הנושא ולפיתוח הטיפול בתחום. התקדמות הטיפול במצבי חירום הביאה לעלייה בהישרדותם של חולים אלו, אך רובם נשארו במצב של 'ערות ללא מודעות' (Wakefulness but Unawareness) ולא הצליחו לשוב לתפקוד מוטורי ואינטלקטואלי. בהיעדר טיפול היה נהוג בעבר לאשפז חולים כאלה בבתי חולים סיעודיים.¹⁴⁶

בנובמבר 1974 נפתחה בבית לוינשטיין יחידה ייעודית לטיפול בחולים במצב וגטיבי, בניהולו של פרופ' תאודור נחזון. מלחמת יום הכיפורים שימשה זרז לפתיחת היחידה, שכן חלק מנפגעי הראש שהגיעו לבית לוינשטיין היו מחוסרי הכרה. חוסר אמון בפוטנציאל השיקומי של חולים במצב וגטיבי הביא להטלת ספק בנחיצותה של יחידה כזו. גישה זו רווחה בקרב רופאים רבים גם לאחר הקמת היחידה. הרופאים בבתי החולים הכלליים בשנות השבעים ראו ביחידה זו פתרון ל'פינוי' חולים אלו, בעלי פוטנציאל שיקומי נמוך, אל מחוץ למחלקותיהם, אך לא האמינו ביכולתם להשתקם. לעומת זאת, הרופאים בבית לוינשטיין האמינו שעל ידי טיפול מתאים יוכלו לפחות מקצת נפגעי הראש חסרי ההכרה לשוב להכרתם ולהשתקם.¹⁴⁷

Ibid. 143

פינק (לעיל הערה 72), עמ' 261.

Vakil (above note 105), p. 272 145

146 ליאון סזבון, 'שיקום חולים במצב וגטיבי', בתוך: איסקוב ורינג (עורכים), אבני דרך בתולדות רפואת

השיקום, עמ' 58.

147 שם.

היחידה בבית לוינשטיין צוידה במיטב המכשור המודרני של יחידות טיפול נמרץ. עם מייסדי היחידה בראשותו של ד"ר אליעזר בקר נמנו אנשי מקצוע מתחומים שונים. נוכחות הצוות הרב־מקצועי במחלקה העידה על התפיסה השיקומית שרווחה במקום, כי ניתן לשקם חולים במצב וגטטיבי.¹⁴⁸

הטיפול היה משולב, תרופתי ופיזיותרפי, וכלל תנועות פסיביות לשמירה על טווחי התנועה והעמדה באמצעות שולחן כדי לשפר את פעילות המערכות הפנימיות.¹⁴⁹ ביחידה השתדלו ליצור מסגרת הולמת לטיפול ממושך בחולים ובו־זמנית ליצור גם מסגרת תומכת־טיפולית למשפחותיהם, שסבלו בדרך כלל מבעיות פסיכולוגיות ורגשיות ניכרות עקב פציעתם הקשה וחסרת התקווה של יקיריהן.¹⁵⁰

הטיפול הניב פירות עם הניסיון, ובין השנים 1974-1979 עלה בהדרגה אחוז החולים שהכרתם שבה אליהם ל־42 אחוזים. אמנם המציאות שניצבה בפני הצוות השיקומי נשארה מאתגרת לא פחות היות שחולים אלו נותרו עם פגיעות מוטוריות, אינטלקטואליות והתנהגותיות קשות שדרשו טיפול שיקומי מורכב וממושך, אך היחידה בבית לוינשטיין שבה התגבשו העקרונות המקצועיים לטיפול בחולים אלו היתה חלוצה בעולם ודגם לחיקוי בכל הנוגע לטיפולים תרופתיים במצבים של חוסר הכרה.¹⁵¹

כמו השיקום הנוירופסיכולוגי, כך גם הטיפול השיקומי בחסרי הכרה היה תולדה של מלחמת יום הכיפורים ומספרם הגבוה של הנפגעים, רובם צעירים לוחמי צה"ל. השיטות הטיפוליות שהותו בהם הופנו גם לשיקום נפגעים אזרחיים במדינת ישראל, והיו השראה לאימוץ שיטות שיקומיות דומות ברחבי העולם.

סיכום: השיקום כמשימה לאומית

מחקרים המנתחים את השינוי שחל בחברה הישראלית בשנות השבעים עוסקים במגוון אירועים. יש המציינים את מלחמת ששת הימים או סוף שנות השישים כנקודת ציון בהקשר זה,¹⁵² אחרים רואים במהפך הפוליטי בשנת 1977 את התפנית המשמעותית,¹⁵³ ויש המצביעים על תהליך ארוך שהחל בסוף שנות השישים ונמשך עד ראשית שנות השמונים, לנוכח מלחמת שלום הגליל והשפעותיה.¹⁵⁴ מנקודת המבט של השיקום, זרעי המפנה בתפיסת התחום ובהתפתחותו נטמנו עם תום מלחמת ששת הימים, הם צמחו בעקבות מלחמת ההתשה, ומלחמת יום הכיפורים היתה 'קו פרשת המים' המציינת את

148 שם, עמ' 58-61.

149 ברגהאוס, ריאיון.

150 סזבון (לעיל הערה 146), עמ' 58-61.

151 שם.

152 עוז אלמוג, 'הצבר מת יחי היאפי', מימד, 12 (תשנ"ח), עמ' 11-13.

153 ברוך קימרלינג, 'מיליטריזם בחברה הישראלית', תיאוריה וביקורת, 4 (סתיו 1993), עמ' 137-138.

154 מרדכי בראון, 'מה קרה ל"היסטוריה החדשה" במעבר האלף', עיונים בתקומת ישראל, 15 (2005), עמ' 75.

נקודת המפנה, שהשפיעה במישרין ובעקיפין על כל רובדי הרפואה השיקומית:

- א. התפתחות תחומי השיקום: גל תרומות מיהדות העולם, בייחוד לאחר מלחמת ששת הימים, הביא לקידום תחום השיקום. כך למשל, הדסה גייסה כספים באותה העת מיהדות ארצות הברית לשם שיפוץ בית החולים על הר הצופים והקמת מרכז שיקום גדול. בד בבד, התחושה של החברה הישראלית וממסדה כי חובתה של המדינה לעשות את המיטב למען הצעירים הלוחמים ששילמו בגופם על הגנתה, הביאה להירתמות הגורמים השונים למאמץ לשיקום הנפגעים, להקצאת משאבים ולקידום התחום, על אף ההאטה הכלכלית במשק עם תום מלחמת יום הכיפורים ותפיחת החובות והאינפלציה.¹⁵⁵ שופרו שירותי השיקום, נוסדו מרכזי שיקום חדשים ונבנו אנפים חדשים במרכזים הקיימים. מאמץ הושקע בהכשרת כוח אדם במקצועות השיקומיים. החידושים הטכנולוגיים שפותחו בעולם, ובהם אמצעים דיאגנוסטיים כמו הופעת ה-CT Scan¹⁵⁶ ושכלול ה-EMG,¹⁵⁷ שאפשרו אבחנה מדויקת יותר על מידת הנזק המוחי או העצבי שנגרם ולכן טיפול שיקומי אפקטיבי יותר, הופעלו במרכזי השיקום. הטיפול האינטנסיבי בפצועים הרבים של מלחמות העשור הביא להתמקצעותם של תחומי השיקום הוותיקים. מלחמת יום הכיפורים אף הביאה ליצירת תחומי שיקום חדשים ולגיבוש שיטות טיפול חדשות, בייחוד בכל הנוגע לשיקום נפגעי חוט השדרה, נפגעי ראש וקטועי גפיים. פגיעות אלו אפיינו צעירים ובייחוד את פצועי ונכי צה"ל, שהיה להם מעמד מיוחד בחברה הישראלית. גם בתחום רפואת הנפש החלה ראשיתה של תפנית עם תחילתו של שינוי בגישת הממסד כלפי נפגעי הלם קרב, מהכחשת התופעה להכרה בה כנכות, עקב המלחמה, ולטיפול בנפגעי טראומת מלחמה ושיקומם.¹⁵⁸ ההערכה הרבה שהופנתה כלפי נפגעי צה"ל השליכה על כלל הנכים ועל שיקומם. שיטות השיקום החדשות ופורצות הדרך שנבעו מהניסיון בשיקום חיילים ננקטו גם לשם שיקום נפגעי שבץ ונפגעי תאונות ומחלות.
- ב. מעמד השיקום: בקרב הממסד הרפואי התחולל שינוי ביחס למעמד תחום השיקום בשדה הרפואה. בשל הנפגעים הרבים במלחמות נתפס השיקום כמשימה לאומית מהמעלה הראשונה. תשומת הלב הציבורית שהוענקה לתחום ולהשקעה בו הובילה להתמקצעות ולעשייה מחקרית, ולצמיחה ברמה הרפואית. אלו הפכו את השיקום לא רק לשווה ערך לתחומי הרפואה האחרים, אלא אף ליוקרתי ולמוקד משיכה לרופאים ולמתמחים.

155 אביטל-אפשטיין, 1973 - הקרב על הזיכרון, עמ' 454.

<http://www.imaginis.com/ct-scan/history.asp>. 156

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12116298> 157

Amichai Levi, Eliezer Witztum and Zehava Solomon, 'Lesson Relearned When Denial Becomes Impossible: Therapeutic Response to Combat Stress Reaction During the Yom Kippur War (1973), the Lebanon War (1982), and the Intifada', *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 33, 2 (1996), pp. 89-102 158

ג. השיקום הרפואי בארץ, ממושפע למשיע: הניסיון שנצבר מנפגעי מלחמות העשור, השיטות החדשות שיושמו במרכזי השיקום בארץ והמחקרים שנערכו ופורסמו בקרב הקהילייה השיקומית העולמית הביאו לתפנית ביחסי הגומלין בין השיקום בארץ לשיקום בעולם המערבי. בראשית דרכו נסמך השיקום בארץ על כוחות, ידע ומשאבים מחוץ לארץ, החל באנשי מקצוע, דרך שיטות טיפול וכלה בהשתלמויות ולימודים בחוץ לארץ שאליהם יצאו חלוצי השיקום כדי לרכוש ידע ולקדם את התחום בארץ. מדינת ישראל בשנותיה הראשונות נתפסה כיעד לפעילות הומניטרית בתחום השיקום, אולם מלחמות העשור הביאו למפנה. מלחמת ששת הימים ריתקה תשומת לב בין־לאומית לישראל שלא נתפסה עוד כמדינה חלשה וחסרה אונים. הניסיון שהצטבר מהטיפול בנפגעי המלחמות הבאות, ובראשן מלחמת יום הכיפורים, לווה בפרץ של יצירתיות, בפיתוח שיטות טיפוליות פורצות דרך, שהשפיעו על תחום השיקום בעולם.

ד. תפיסת הנכה במדינת ישראל: לנכי צה"ל נודע מעמד מיוחד בישראל והוא אף עוגן בחוק בשנת 1949 והעניק להם עדיפות וקדימות בטיפולים רפואיים - הקיימות עד היום.¹⁵⁹ עם זאת, עמדת הממסד לא שיקפה בהכרח את הלך הרוח שרווח בחברה הישראלית. החברה ראתה בנכים בכלל הנגדה לדמות 'היהודי החדש' שעוצב בארץ, ומתוך כך דחתה אותם לשוליים החברתיים.¹⁶⁰ לעומתם, נכי צה"ל נתפסו כגיבורים שחובת המדינה לטפל בהם. נסיבות פציעתם השפיעו על תפיסת החברה. כפועל יוצא, ריבוי הנפגעים והנכים במלחמות העשור הציף את תשומת הלב בישראל, הן של הממסד והן של החברה, לסוגיית כלל הנפגעים והנכים.

זאת ועוד, מלחמת יום הכיפורים על הכשל המודיעיני, המחיר הכבד בחיי אדם ומחדלי ההנהגה ערערה על מיתוסים מרכזיים בחברה הישראלית, ובהם 'מיתוס הצבר', החזק והלוחם, והביאה את החברה להכרה שלא לעולם חוסן וגם החזקים והבלתי מנוצחים עלולים להיתפס בחולשתם ולהיקלע למצבים של חוסר אונים. החברה שהחלה להכיר בחולשותיה היתה יכולה להכיל את הגורמים החלשים שבקרבה ולראותם מעבר לחולשותיהם, כבני אדם הראויים להתייחסות לצורכיהם וכאנשים בעלי יכולות מעבר לנכותם; להבין כי הם יכולים לעבוד, להתפרנס בכבוד, להקים משפחות, להיות נציגי ציבור ולמלא תפקידי מפתח. שנים היו נכי צה"ל בעלי זכויות שלא היו נחלת כלל הנכים; מקצתן הוענקו לכלל הנכים רק בשנת 1998, בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות התשנ"ח,¹⁶¹ וגם לאחר חקיקה זו יחס החברה הישראלית לכלל נכיה עודנו מורכב. נפגעי ונכי מלחמות העשור, שהיו ברובם חיילי צה"ל, הביאו לראשיתו של שינוי בתפיסת הנכה בישראל ולפיתוח הליך שיקומו. אפשר אפוא לראות בנכי צה"ל את סוללי הדרך לתהליך של הכלת הנכה 'האזרח' בחברה,

159 נדב, בדרכי שיקום, עמ' 19-30; אורן צ'יקו, 'פתח דבר', בתוך: להב (עורך), 50 שנות שיקום, עמ' 11.
160 חזן (לעיל הערה 15).
161 אריק רימרמן וטל ארטן־ברגמן, 'חקיקת זכויות נכים ויישומה בישראל - מגמות וכיוונים עתידיים', ביטחון סוציאלי, 69 (ספטמבר 2005), עמ' 11-31.

תהליך המצוי בעיצומו גם בימינו אנו.

עם זאת חשוב להבהיר כי אנשי השיקום לא נקטו איפה ואיפה בבואם לטפל בנכים, ומההתפתחות וההתמקצעות נהגו נכי צה"ל לצד נכים אזרחיים.¹⁶² הראיה לכך היא שכל תחומי השיקום הרפואי הוסיפו להתפתח גם לאחר שאחרון הפצועים עזב את מוסדות השיקום, כולל תחומים שמטפלים במובהק בנפגעים אזרחיים, כמו שיקום נוירולוגי ושיקום פדיאטרי.

על אף כל זאת, לא אחת נכים חשים כי יחסה של החברה הישראלית של ימינו כלפיהם הוא עדיין יחס מנוכר ומפלה. מעוזיה סגל, נכה צה"ל שזיכרוניתו פתחו את המאמר, סבור כי היחס לנכה אמנם השתפר מבחינת האמירה הפומבית, החוק והיחס הרשמיים של המדינה, אך עם זאת תחושתו היא כי ככלל יש בקרב החברה דהיום פחות אהדה, דאגה לנכים והתחשבות בהם, ובכלל זה נכי צה"ל. גם ביחסו של אגף השיקום במשרד הביטחון ניכר שינוי, וקיצוצים תקציביים פוגעים לדברי סגל בזכויותיהם של נכים קשים.¹⁶³ האווירה הציבורית הזאת מקרינה גם על מעורבותם החברתית של בעלי מוגבלות. ממצאי סקר לאומי שנערך בשנת 2005 בישראל מצביעים על כך שאנשים בעלי מוגבלות חווים רמות נמוכות של פעילות חברתית ותחושה רבה יותר של ניכור ובידוד.¹⁶⁴

ממאמר זה עולה כי למן שלהי שנות השישים חלו שינויים מפליגים בכל תחומי הרפואה השיקומית ונזרעו זרעי השינוי החברתי באשר לנכים ולשיקומם. אולם לשם שיקום מלא נדרשת הכלה של החברה את הנכה, בעל המוגבלות והחלש שבקרבה, מבחינה רעיונית ומעשית כאחת, ומטרה זו טרם הושגה במלואה.

162 ברגהאוס, ריאיון; נחנזון, ריאיון; שאקו, ריאיון.

163 ריאיון טלפוני עם מעוזיה סגל, 14.10.2013.

164 אריק רימרמן וטל ארטן-ברגמן, 'דפוסי מעורבות חברתית בקרב אנשים עם וללא מוגבלות בישראל', **ביטחון סוציאלי**, 79 (מארס 2009), עמ' 49.