

ייסוד והתפתחות מקצוע ושירותי הריפוי בעיסוק בישראל

בשנים 1940-1979

כבבואה לתמורות בחברה הישראלית

חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה"

מאת :

טובה מרגליות

המחלקה ללימודי ארץ ישראל וארכיאולוגיה

ע"ש מרטין (זוס)

הוגש לסנט של אוניברסיטת בר אילן

עבודה זו נעשתה בהדרכתה של ד"ר לילך רוזנברג – פרידמן

מן המחלקה ללימודי ארץ ישראל וארכיאולוגיה

ע"ש מרטין (זוס)

של אוניברסיטת בר אילן

פתח דבר-

המסע לחיפוש חומר בנושא תולדות מקצוע הריפוי בעיסוק, החל בספריית ביה"ס לריפוי בעיסוק רגע לפני סגירתה. בספרייה נחשפתי למסמכים וגיליונות ישנים של כתב העת בריפוי בעיסוק, מהם שניים משמעותיים עבורי; הראשון, עדות למושב המותאם (insert) הראשון שנבנה בארץ. השני, 'מדריך לנכה'- חוברת בהוצאת ביה"ס ובית ההוצאה כתר, שנכתבה על ידי תלמידות שנה ג' בשנת 1970 (ללא שם המחברות). החוברת כוללת רשימת אתרים נגישים בירושלים: אתרי תיור, מוזאונים, בנקים, מקומות חניה, סניפי דואר, בתי כנסת, חנויות ואפילו מספרות. שני המסמכים היו חדשניים בזמנם והם משקפים תפיסה טיפולית רלוונטית לימינו אנו ולשגרה היום יומית של עבודתי כמרפאה בעיסוק. עיון בהם נטע בי את הרצון להמשיך ולחפש חומר על התפתחות וייסוד המקצוע בארץ. מהספרייה נסעתי לפגוש את בלה אפרתי ששיתפה אותי בידע הרב שלה והפנתה אותי לנירה זוסמן. קריאת עבודת המאסטר והמאמרים שפרסמה נירה זוסמן הגבירו את הרצון להמשיך ולחקור את התחום. לשמחתי והתרגשותי הרבות גיליתי כי הנרייטה סאלד, דמות מופת בעיני, הייתה שותפה בייסוד המקצוע ביישוב. מגילוי זה, לא הייתה דרך חזרה.....

תודות

לד"ר לילך רוזנברג – פרידמן מהמחלקה ללימודי ארץ ישראל על ההנחיה המסורה, הסבלנות, המענה המידי לכל שאלה, העידוד וההכוונה, ההערות וההארות המלמדות.

תודה ל'**קרן קושיצקי**' במחלקה ללימודי ארץ ישראל על המלגות. לתמר מגן מזכירת המחלקה ללימודי ארץ ישראל על הסיוע האדיב ולסימה קורצברג על העזרה בתחום הטכנולוגי.

לעובדי הארכיונים שסייעו באיסוף החומר: בתיה לשם בארכיון הציוני מרכזי, סוזאן וודלנד בארכיון 'הדסה' בניו יורק, לורן ברומברג ובריל סטידן מהקולג' לריפוי בעיסוק בלונדון. לניצן שטיינברג וכוכבית לוי-מזעקי מביה"ס לריפוי בעיסוק בירושלים ולמימי סטביצקי מהחוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב.

לנירה זוסמן שחשפה אותי למקורות הרבים שאספה ו**בללה אפרתי** על ההכוונה והשיתוף בידע הרב.

לד"ר נעמי וינטראוב ולד"ר דליה זק"ש על שיחות הייעוץ.

ידוע לי כי ישנן עוד מרפאות בעיסוק רבות, שותפות לביסוס ופיתוח המקצוע בישראל, אותן לא הספקתי לראיין ועל כך אני מצרה.

למייסדות המקצוע בארץ, דור הנפילים של הריפוי בעיסוק שהיו נכונות להתראיין, הקדישו מזמנן וסיפרו את סיפור התפתחות המקצוע.

ובמיוחד,

ואחרונים חביבים,

בני משפחתי היקרים ובעיקר רוני שגילו הבנה והתחשבות.

העבודה מוקדשת לזכרו של אבי, דוד אושפיז ז"ל, שהאמין וחינך שלימודים הם זכות-אשריי שזכיתי...

תוכן עניינים

תודות

תוכן עניינים

רשימת איורים

רשימת קיצורים ור"ת

א. תקציר.....

1. מבוא.....

1. מטרת ושאלות המחקר.....

2. שאלות המחקר ונושאו.....

3. גבולות כרונולוגיים.....

3. רקע תיאורטי ומצב המחקר.....

8. שיטת המחקר.....

שער ראשון: שירותי הריפוי בעיסוק בישראל כפרי מפעלה של אישה: אתל עדינה בלום בנאור

13. מבוא: רקע היסטורי.....

13. 1. התפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק בארצות הברית 1917-1950.....

17. 2. ההקשר התקופתי 1940-1950.....

35. פרק ראשון: 'הולכים אל הלא- נודע': יוזמה נשית.....

36. 1. תולדות חייה של אתל עדינה בלום.....

44. 2. החדרת הרעיון וגיוס אמצעים למימושו.....

51. סיכום: "ארץ חדשה- מקצוע חדש".....

53. פרק שני: סוף מעשה במעשה תחילה.....

53. 1. פתיחת המחלקה לריפוי בעיסוק בהר הצופים.....

54. 2. תכנון קורס ראשון להכשרה בריפוי בעיסוק.....

57. 3. ייסוד מסגרת הכשרה-פתיחת הקורס הראשון.....

65. סיכום: סוף מעשה באילוץ תחילה.....

67. פרק שלישי: 'המלחמה היא כח הורס'.....

69. 1. גיוס מרפאות בעיסוק לצבא-החדרת הריפוי בעיסוק למרכז החברה.....

71. 2. קורס צבאי מקוצר.....

73. סיכום: "לא מצאו מרפאות בעיסוק לענות על כל הצרכים".....

75. פרק רביעי: התפתחות התחום בחברה האזרחית והתמקצעותו.....

75. 1. טקס סיום לימודי הקורס הראשון.....

76. 2. הקמת הארגון המקצועי.....

79. 3. פתיחת הקורס השני בשנת 1949 כמענה לצרכים בארץ.....

80. סיכום: "There will be a proper machinery to control the practice of OT in Israel".....

81. פרק חמישי: עזיבת מייסדות המקצוע טרם מיצוב מעמדו.....

83. 1. מאפייני מנהיגותה של בלום.....

84. 2. סוג המנהיגות, מנהיגה או מנהלת?.....

- 88 3. מדוע נעדרה בלום מהזיכרון הקיבוצי הישראלי?
- 93 סיכום: "Much of my life's strength, intuition-whatever, went into that project"

שער שני: ההכשרה במקצוע הריפוי בעיסוק בשנים 1951-1979

- 95 מבוא: הקשר היסטורי
- 95 1. התפתחות המקצוע בארצות הברית ובבריטניה בשנים 1951-1979
- 107 2. ההקשר התקופתי: מדינת ישראל בשנים 1951-1979
- 135 פרק ראשון: הקורס ובית הספר לריפוי בעיסוק בשנים 1951-1979
- 135 1. הקורס לריפוי בעיסוק 1951-1964
- 144 2. בית הספר לריפוי בעיסוק 1964-1979
- 148 סיכום: תכניות הלימודים וההכשרות בקורס ובבית הספר
- 149 פרק שני: התפתחות מעמד מערכת ההכשרה
- 149 1. מקורס לבית ספר 1947-1964
- 156 סיכום: מקורס ארעי לבית ספר קבוע
- 157 2. המרוץ לאקדמיזציה 1960-1979
- 175 סיכום: השגת הכרה אקדמית- מרוץ למרחקים ארוכים
- 176 3. תכניות ההסבה בריפוי בעיסוק לבוגרות תואר ראשון
- 187 סיכום: תזמון בין עיתוי לצורך
- 189 פרק שלישי: הכוח הנשי ככוח מניע תלמידות, חברות סגל ומנהלות תכניות ההכשרה
- 189 1. תלמידות הקורסים בית הספר לריפוי בעיסוק ותכניות ההסבה בשנים 1951-1979
- 207 סיכום: מאפייני התלמידות והסטודנטיות לריפוי בעיסוק
- 208 2. מנהלות וסגל תכניות ההכשרה בריפוי בעיסוק בשנים 1953-1979
- 223 סיכום: מנהלות וסגל מסגרות ההכשרה

שער שלישי: התפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק בישראל 1951-1979

- 225 מבוא:
- 225 1. אנשים עם מוגבלויות - שינויים בתפישות החברה הישראלית
- 231 2. התמקצעות - התמחויות מקצועיות בריפוי בעיסוק בשנים 1951-1979
- 233 פרק ראשון: התמקצעות בתחום הפסיכיאטרי
- 233 1. התפתחויות בתחום הפסיכיאטרי בשנים 1951-1979
- 239 2. יחידות שיקומיות של ריפוי בעיסוק בתחום בריאות הנפש בקהילה
- 241 3. התייחסות טיפולית לשעות הפנאי של החולים
- 243 4. התמקצעות המרפאות בעיסוק
- 245 סיכום: התפתחות תחום בריאות הנפש בראי הריפוי בעיסוק
- 247 פרק שני: התמקצעות בתחום הפיזיקלי
- 247 1. התפתחות בתחום הפיזיקלי
- 258 2. התחום הגריאטרי
- 260 3. התפתחות הריפוי בעיסוק בתחום הפיזיקלי בעקבות מלחמת יום הכיפורים
- 266 סיכום: המציאות המקומית מעצבת הריפוי בעיסוק

267.....	פרק שלישי : הטיפול בריפוי בעיסוק בילדים
267.....	1. טיפולי ריפוי בעיסוק בילדים בשנות החמישים והשישים
269.....	2. ריפוי בעיסוק עם נפגעי שיתוק מוחין
272.....	3. פתיחת מכוני ריפוי בעיסוק לילדים
277.....	4. חשיפת המרפאות בעיסוק לגישות טיפול חדשניות בשנות השבעים
282.....	סיכום : שנות השבעים- האצת התפתחות הריפוי בעיסוק בילדים

שער רביעי : התפתחות הגוף הארגוני של מקצוע הריפוי בעיסוק 1951-1979

285.....	פרק ראשון : הקמת מערך הפיקוח והשירות בריפוי בעיסוק
285.....	1. הקמת הפיקוח על הריפוי בעיסוק במשרד הבריאות והרחבת השירות
291.....	2. הקמת הפיקוח על המקצוע בקופת החולים הכללית כשיקוף של התרחבות
294.....	3. התפתחות המקצוע והפיקוח בארגון מלב"ן
296.....	4. פיתוח והרחבת שירותי ריפוי בעיסוק בקהילה
300.....	סיכום : התרחבות ויצירת מנגנוני פיקוח
301.....	פרק שני : הארגון לריפוי בעיסוק 1951-1979
301.....	1. חברות בארגון הבינלאומי והכרה בינלאומית למקצוע בישראל
303.....	2. הצטרפות הארגון להסתדרות העובדים -רצון לעגן את זכויות המרפאות בעיסוק
304.....	3. עובדים לא מוסמכים
307.....	4. מאמצים לשיפור תנאי שכר
310.....	5. מאמצי הארגון לשינוי מעמד המקצוע
313.....	6. ידע הוא כח - השתלמויות וימי עיון
314.....	7. הוצאת כתב עת מקצועי כביטוי לידע מקצועי משותף
316.....	8. תגובת השטח לאקדמיזציה
317.....	סיכום : הארגון הישראלי לריפוי בעיסוק- חבלי צמיחה
319.....	פרק שלישי : 'מחלות הילדות' של המקצוע
319.....	1. נשירה ומחסור בכח אדם
324.....	2. תדמית הריפוי בעיסוק
328.....	3. תערוכות- חלון הראווה של המקצוע
331.....	4. ריפוי בעיסוק כשליחות אישית ומקצועית
338.....	סיכום : "התחזקנו התבססנו והמשכנו הלאה לקראת אתגרים חדשים "

סיכום : "הנה כי כן נסללה הדרך למקצוע רפואי חדש, העתיד להיות ברכה לבוני מולדתנו"

339.....	1. ממקצוע אמריקאי בזירה המקומית ליחסי גומלין בינלאומיים
342.....	2. התפתחות המקצוע בישראל כשיקוף של תמורות בחברה הישראלית
348.....	3. הריפוי בעיסוק ומאפייניו המגדריים
354.....	רשימת מקורות :
354.....	א. מקורות ראשוניים

354.....	ראיונות :
355.....	ארכיונים :
356.....	עיתונות :
356.....	פרסומים בעלונים וכתבי עת מקצועיים
359.....	ספרי זיכרונות :
360.....	ב. ספרות מחקרית
380.....	ג. אתרי אינטרנט
382.....	נספחים
382.....	נספח מספר 1
384.....	נספח מספר 2
386.....	נספח מספר 3
387.....	נספח מספר 4
389.....	נספח מספר 5
390.....	נספח מספר 6
	תוכן עניינים באנגלית
i.....	תקציר באנגלית

רשימת קיצורים וראשי תיבות

אה"ג- ארכיון הגיונט

איט/אקמ- ארכיון הקבוץ המאוחד יד טבנקין

אצ"מ- ארכיון ציוני מרכזי

ביה"ס- בית הספר

גא"ע- גנזך האוניברסיטה העברית

גנזך- גנזך המדינה

לבון- מכון לבון לחקר תנועת העבודה ע"ש פנחס לבון

רבי"ע- ריפוי בעיסוק

HMO- ארכיון הדסה במרכז להיסטוריה יהודית בניו יורק

רשימת איורים

1. אתל עדינה בלוס בנאור- ארכיון הדסה בניו יורק.....94
2. טקס סיום לימודי הקורס הראשון, ביה"ס לרב"ע האוניברסיטה העברית.....94
3. נירה זוסמן- בוגרת הקורס הראשון, ביה"ס לרב"ע האוניברסיטה העברית.....94
4. טקס סיום הקורס הראשון, ביה"ס לרב"ע האוניברסיטה העברית.....94
5. משחק שח-מט מותאם לאחיזות שונות, ארכיון הדסה בניו יורק.....94
6. תעודת הגמר (דיפלומה) של בוגרות הקורס הראשון, ארכיון ציוני מרכזי.....94
7. טקס סיום הקורס הצבאי, ביה"ס לרב"ע האוניברסיטה העברית.....94
8. טקס סיום לימודי מחזור ד', ביה"ס לרב"ע האוניברסיטה העברית.....224
9. טקס סיום לימודי מחזור ז', ביה"ס לרב"ע האוניברסיטה העברית.....224
10. תלמידות הקורס לריפוי בעיסוק בשלג, ביה"ס לרב"ע האוניברסיטה העברית.....224
11. טקס חזרת משכן ביה"ס להר הצופים, ביה"ס לרב"ע האוניברסיטה העברית.....224
12. טקס חזרת משכן ביה"ס להר הצופים, ביה"ס לרב"ע האוניברסיטה העברית.....224
13. טקס סיום לימודי מחזור י"ח, ביה"ס לרב"ע האוניברסיטה העברית.....224
14. אינסרט- מושב מותאם, ביה"ס לרב"ע האוניברסיטה העברית.....283
15. אובנים מותאמים להפעלה ע"י הרגלים, ביה"ס לרב"ע האוניברסיטה העברית.....283
16. מחרטת עץ המונעת ברגל, ביה"ס לרב"ע האוניברסיטה העברית.....283
17. ביקור הגב' מרים אשכול בביה"ס לרב"ע, ביה"ס לרב"ע האוניברסיטה העברית.....283
18. יעה עם ידית ארוכה, החוג לרב"ע אוניברסיטת חיפה.....283
19. קולפן מותאם, החוג לרב"ע אוניברסיטת חיפה.....283
20. דלי לשטיפת רצפה ליד אחת, החוג לרב"ע אוניברסיטת חיפה.....283

תקציר

מקצוע הריפוי בעיסוק (Occupational Therapy) הוא מקצוע טיפולי-שיקומי-חינוכי המתמקד ב"עיסוק" - קבוצת פעילויות תכליתיות בתחומי לימודים, עבודה ופעילויות יום יום בהקשרי זמן ומרחב מגוונים. מטרת מחקר זה היא לחשוף לראשונה את התפתחות תחום הריפוי בעיסוק במדינת ישראל בשנים 1940-1979 ולנתח את מאפייניו, כבבואה לתמורות בחברה הישראלית ומאפייניה. המחקר מצביע על ההתרחשויות ההיסטוריות-החברתיות שהשפיעו על התפתחות המקצוע, ועל ההיבטים המגדריים והתרבותיים של החברה הישראלית העולים מניתוח התחום והתפתחותו.

המחקר מבוסס על מקורות ראשוניים: מסמכים רשמיים מארכיונים מגוונים, ספרי זיכרונות, עיתונות התקופה וראיונות אישיים שנערכו עם תלמידות הקורסים הראשונים ובכירות במקצוע. המידע שנאסף נותח והוערך תוך השוואה בינו ובין מקורות משניים אודות התפתחות מקצועות הבריאות והתפתחות המקצוע בארצות הברית ובבריטניה. ניתוח התייעוד נעשה תוך שימוש תחומים מגוונים הקשורים לנושא המחקר, בהם מתודות מחקריות מתחום ההיסטוריה, הסוציולוגיה והמגדר, עם היבטים מקצועיים פרא-רפואיים ממקצוע הריפוי בעיסוק.

מקצוע הריפוי בעיסוק נוסד בחברה המערבית מתוך גישות הומניסטיות שהתפתחו במאה השמונה עשרה וינקו מרוח המהפכה הצרפתית בה החלו להתמקד במרכזיותו של האדם בכל תחומי החיים כולל ההתייחסות לחולי ובריאות. המקצוע נועד לתת מענה לחולים כרוניים ולשיקום נכים ופצועים. התנופה העיקרית בפיתוחו הושגה בשתי מלחמות העולם לנוכח כמות הנפגעים הגדולה. בישראל נוסד המקצוע בשנת 1946 בבית החולים "הדסה" בירושלים, ביוזמת אתל בלום, שהביאה לפתיחת הקליניקה הראשונה והכריזה על פתיחת ההרשמה לקורס הראשון למרפאות בעיסוק מוסמכות. התחום התפתח תוך שיתוף פעולה בין הנהלת "הדסה" בארץ ובניו יורק, "קרן נכות" של קופת חולים הכללית, ולאחר קום המדינה בשיתוף משרד הבריאות והמוסד לטיפול בעולים נחשלים (להלן מלב"ן) שהקים הגיוינט.

העבודה מחלוקת לארבעה שערים. השער הראשון עוסק בייסוד המקצוע בין השנים 1940-1950 והאופן שבו עוצב בשנותיו הראשונות על ידי המייסדת, אתל בלום. בשער זה מנותח דיוקנה הייחודי של בלום בד בבד עם סיפורן של תלמידות הקורס הראשון בישראל. מטרת השער היא להציג את התפתחות התחום בארץ תוך הפניית הדגש למייסדת שהיא בבחינת קול נשי עלום שעיצב תחום פרא רפואי חדש. דמותה הייחודית של בלום נעדרת הן מהמחקר ההיסטורי-רפואי והן מהמחקר המגדרי. הדבר בולט גם לנוכח פעילותה הענפה מעבר לייסוד המקצוע, שניכרה בהקמת המסגרת הארגונית, ייסוד מערכת ההכשרה הממוסדת של המקצוע והקמת ארגון מקצועי. המחקר מתמקד בניסיון להבין מה הניע את פעלה, מה היו תפיסותיה המגדריות והציוניות ובאלה אמצעים נקטה כדי להוציא לפועל את תכניותיה.

לצד הארת דיוקן נשי-מנהיגותי ייחודי, השער מתאר את התפתחות התחום בארץ. המקצוע נוסד ביישוב בשנים בהם תחום השיקום היה בראשיתו. בבתי חולים ובמוסדות רפואיים בארץ לא היו מקצועות שיקומיים ועדין לא הוקמו מרכזי שיקום בתחום הפיזיקלי ובתחום בריאות הנפש. לנוכח הצורך הרב, הוברר במהרה כי מחלקה אחת בבית החולים הדסה אינה מספקת, וכדי לענות

על הצרכים יש לפתוח מסגרת להכשרת מרפאות בעיסוק מוסמכות.

הקורס הראשון למרפאות בעיסוק מוסמכות נפתח בשנת 1947, ברוח התפיסה המקצועית של ארגון הדסה. הקורס נוהל על ידי ועדה תוך שמירת קשר קבוע עם בכירות במקצוע בארצות הברית. נתנה חשיבות רבה לאימוץ הסטנדרטים המקצועיים שקבע הארגון האמריקאי. כדי להצליח לספק שרות מקצועי ולהדריך וללמד את תלמידות הקורס הראשון, הגיעו ליישוב ארבע מרפאות בעיסוק מוסמכות שהוכשרו בארצות הברית. עד פרוץ מלחמת העצמאות המחלקות במוסדות הרפואיים נפתחו בהתאם לצרכי הכשרת התלמידות. עם סיום לימודי הקורס הראשון נפתחו המחלקות בהתאם לצרכי השטח. תלמידות הקורס הראשון נשלחו לבתי החולים של הצבא ולמוסדות קרן נכות והדסה. על אף החששות כי לא יהיו מקומות עבודה לכל הבוגרות, המציאות הקשה הצריכה מרפאות בעיסוק מוסמכות.

מלאכות היד ועבודות יצירה היו אחד הכלים הבולטים לטיפול במקצוע הריפוי בעיסוק. מלבד ההיבט הרפואי, זה תאם את האידיאולוגיה הציונית ששאפה לעיצוב חברה חדשה באמצעות טיפוח עבודה יצרנית ובעיקר עבודת כפיים. היישום של ערך זה ניכר אפוא גם בעבודה הטיפולית בריפוי בעיסוק, בשיקום החולים, ילדים ומבוגרים כאחד, כאזרחים יצרניים המפרנסים את עצמם ולא נופלים לנטל על החברה.

לעבודה במקצוע צעיר שרק הוקם בתקופת חרום היו חסרונות; תלמידות הקורסים הראשון והשני התקשו לציין מי היו דגמי החיקוי שלהן מההיבט המקצועי (Role Model). התלמידות פיתחו בעצמן את הדיוקן האנושי – מקצועי. יתרה מזאת, עבודתן בשטח הייתה ראשונית והאחריות לפתוח וביסוס המקצוע נפלה על כתפיהן. העדר מערכות פיקוח ובקרה במקצוע והגבולות המקצועיים הרחבים במקצוע הריפוי בעיסוק אפשרו מחד גיסא, גילויי יוזמה ופתיחות לרעיונות. מאידך גיסא, חוסר הגבולות הברור בין המקצוע למקצועות טיפוליים אחרים יצר קונפליקטים מקצועיים וערער את מעמד המקצוע. למציאות הקשה בישראל היו גם השפעות מעכבות את התפתחות המקצוע.

בלום לא רק ייסדה את המקצוע, אלא גם השיגה לאחר מאמץ את ההכרה הממוסדת בו. היא דאגה להסדיר את רישוי ורישום התלמידות במשרד הבריאות והובילה את התלמידות לייסד את ארגון המרפאים בעיסוק הישראלי. בלום פעלה מתוך תחושה חזקה של שליחות וייעוד מקצועיים בסטנדרטים אמריקאים והוכיחה אישיות החלטית ומנהיגות משימתית. היא הייתה דמות יוצאת דופן שנקטה יוזמה ופעלה בספרה הציבורית לפתח את המקצוע, בתקופה בה הודרו נשים מתפקידי מפתח במגוון תחומים והספרה הציבורית הייתה במידה רבה נחלת גברים. בתקופת ניהולה הצליחה לשמור על אוטונומיה ועצמאות מקצועית. השער הראשון מצביע אפוא הן על דיוקן נשי ייחודי פורץ דרך, הן על ייסוד מקצוע פרא-רפואי, ותוך כך שופך אור על מאפייני התקופה וכן על הקשרים בין היישוב לבין ארה"ב שעיצבו את התחום המקומי.

בשער השני נבחנה מערכת ההכשרה במקצוע. השער כולל שלושה פרקים, הפרק הראשון דן בשינויים שנעשו בתכניות הלימודים ובהכשרות הקליניות במטרה לעמוד בסטנדרטים הבינלאומיים שהציב הארגון הבינלאומי לריפוי בעיסוק. שינויים אלה ממחישים את המתח בין ההשפעות המקומיות לצורך לקדם את המקצוע ברוח התפיסות המקצועיות בארצות הברית ובבריטניה.

הפרק השני עוסק בהתפתחויות במערכות ההכשרה במקצוע בשל צרכי השטח. בשנת 1947 נפתח קורס זמני בריפוי בעיסוק, אשר היה לבית ספר קבוע רק בשנת 1964, לאחר שנים של בקשות לשינוי מעמד ההכשרה ולאחר ירידה במספר המועמדות והתלמידות.

מרפאות בעיסוק בישראל שאפו בנושא ההכשרה להיצמד למודל האמריקאי, שדגל בשאיפה לידע מעמיק והתמקצעות. בד בבד נעשו מאמצים להשגת הכרה אקדמית למקצוע הריפוי בעיסוק. הללו נבעו גם כן מתוך מגמה להשוות את רמת ומעמד המקצוע לנהוג בארצות מערביות, על מנת למשוך למקצוע כוח אדם איכותי ומשכיל שיהיה מקצועי ברמה הגבוהה ביותר; מה שהיה חיוני לנוכח הצרכים המקומיים שהלכו והתרבו. בכירות המקצוע הניחו כי לימודים לתואר ראשון יעודדו פתיחת לימודי המשך לתארים מתקדמים ויקדמו את המחקר במקצוע. ד"ר ג'רי ג'ונסון, חברת הארגון האמריקאי (AOTA) ויועצת מטעמו ומנהלת המחלקה לריפוי בעיסוק באוניברסיטת בוסטון, הוזמנה כדי לתת יעוץ לתהליך. היא עיבדה את תכנית הלימודים לאחר שנפגשה עם כל בעלי העניין בנושא והביעה דעה נחרצת בצורך בשיתוף פעולה הדוק בין מרפאות בעיסוק שעבדו בקליניקות לסגל בית הספר. המאמצים נשאו פרי בשנת 1979 כשהמועצה להשכלה גבוהה העניקה את האישור לתואר ראשון בריפוי בעיסוק. מיצוב המקצוע כמקצוע אקדמי, היה צעד חשוב בקידומו ובשינוי תדמיתו.

מערכת ההכשרה כללה עד שנת 1975 מוסד הכשרה אחד, בית הספר לריפוי בעיסוק בירושלים. התפתחות נוספת במערכת ההכשרה חלה עם פתיחת תכניות ההסבה באוניברסיטת תל אביב ובאוניברסיטת חיפה בשנים 1975-1976. תכניות ההסבה נועדו לבוגרות תואר ראשון במדעי החברה, הן היוו דרך לקדם את ההכרה האקדמית ולהכשיר ולצרף למקצוע כח אדם מקצועי עם תואר ראשון כדי לגשר במהירות על החוסר בכח אדם מקצועי. הקמת תכניות ההסבה הונעה מלכתחילה מהתפיסה שיש ללמוד את המקצוע לתואר ראשון במסגרת אוניברסיטאית.

הפרק השלישי בשער זה מתמקד בנשים ככוח מניע להתפתחות המקצוע במסגרות ההכשרה: תלמידות, מנהלות ומרפאות בעיסוק בסגל ההוראה. ההיבט המגדרי משמעותי בכל הדיון על התפתחות הריפוי בעיסוק, החל במייסדת אתל בלום, המשך בתלמידותיו וכוח האדם הנשי שהיווה את הרוב המקצועי, וכלה בתדמית המקצוע. מקצוע הריפוי בעיסוק נתפס כמתאים לנשים והולם את כישוריהן על פי התפיסה המגדרית המסורתית הסטריאוטיפית, שכן נתפס כהרחבת תפקידיה המסורתיים של האישה לספרה הציבורית. ברם, עד מהרה הסתבר כי הלימודים במקצוע אינם מתאימים לכלל הנשים. תנאי הקבלה והלימודים הנוקשים העידו כי באותן שנים הכשרה מקצועית הייתה מיועדת בעיקר לרווקות. לנשים נשואות ובעלות משפחה היה קשה להתמיד בלימודים ובהכשרות. דרישות הקבלה ללימודים היו מחמירות לאורך השנים 1947-1979, גם בשנים בהם הייתה ירידה במספר המועמדות וחוסר משווע בכח אדם מקצועי בשטח, הנהלת הקורס כמעט ולא גילתה גמישות והסתייגה מהורדת תנאי הקבלה וממיון המועמדות. מצד שני, דרישות הקבלה הנוקשות והמספר המצומצם של תלמידות, אשר יצרו אווירה משפחתית וקשרי חברות בין התלמידות, הקנו למקצוע מעמד יוקרתי בעיני התלמידות והבוגרות. גם לזה הייתה השפעה על תדמית המקצוע.

הפרק דן במאפייני מנהלות מסגרות ההכשרה. הללו התחייבו לעבודה בתנאים קשים הן ברמת התשתית הארגונית ומצבם הקשה של מסגרות ההכשרה והן ברמת תשתיות המבנים.

המחויבות שלהן למקצוע הייתה טוטאלית, נמשכה לאורך זמן והן פעלו מתוך שליחות מקצועית; המנהלות הונעו על ידי האמונה בכלים המקצועיים של המקצוע ובהיבטים ההוליסטיים שלו ובצורך בהרחבת המקצוע במסגרות טיפוליות בקהילה. היזמה, הצורך לשמור על אוטונומיה מקצועית, והרצון לקדם את המקצוע מבחינה מקצועית ואקדמית, הניעה את פועלן. בד בבד הוביל פועלן לקידום מעמדן של נשים בחברה הישראלית, שהשתתפו במרחב הציבורי מתוך שליחות מקצועית.

השער השלישי עוסק בהתפתחות המקצועית של הריפוי בעיסוק בשנים 1951-1979, המבוא לשער דן בתפיסות החברה אנשים עם מוגבלויות ובהתמחות המעשית שהייתה למאפיין בולט בכל מקצועות הבריאות והרווחה. שער זה עוסק בהתמחויות בתחומים העיקריים במקצוע: בתחום הפסיכיאטרי, בתחום הפיזיקלי ובתחום הילדים. בתחום הפסיכיאטרי השתלבו המרפאות בעיסוק בעבודה בבתי חולים ובכפרי עבודה והקימו סדנאות מגוונות. רק בשנות השבעים נפתחו מרפאות ומכוני יום בקהילה. הטיפול היה משמעותי במוסדות בהם נעשתה עבודת צוות רב מקצועי בהנהגת פסיכיאטר. מרפאות בעיסוק התמקדו בתרגול תפקודי היום-יום והתמחו בטיפולים קבוצתיים ומינפו את המסגרת התומכת של הקבוצה לקידום המשתתפים.

המסגרות שפעלו בארץ בתחום הריפוי בעיסוק הפיזיקלי התגייסו לענות לצרכים המשתנים של האוכלוסייה, שהושפעו מהתפתחות החברה הישראלית וההתרחשויות ההיסטוריות השונות שאירעו בשנים הנדונות, ובראשן מלחמות ישראל. הצורך לשקם את פצועי מלחמות ישראל אחרי מלחמת יום הכיפורים הביא להתפתחותם של שלושה מרכזים בתחום הפיזיקלי: מרכז השיקום בבית חולים תל השומר, מרכז השיקום בבית לוינסטיין בו פותח תחום הטיפול בטרומות ראש. ומרכז המידע מילב"ת. המעבר לשירות בקהילה והתאמת אביזרי עזר, טכנולוגיה מסייעת וסדים נתנו מענה לצרכים. תחום השירות בקהילה השתכלל ופותחו תחום ביקורי הבית והתאמות הסביבה במטרה לאפשר לאדם לחיות בסביבתו הטבעית.

צרכים שנבעו מהשטח, כגון עליות גדולות שכללו משפחות וילדים רבים, מחלות ומגפת שיתוק הילדים, הניעו את התפתחות תחום הטיפול בילדים. בשנות החמישים והשישים טופלו בריפוי בעיסוק ילדים עם לקויות מורכבות. עם המעבר לטיפול בקהילה החלו להגיע ילדים לטיפול במכוניים למבוגרים. המענה הגביר את הצורך, נפתחו מכוניים ייחודיים לילדים ומספר המטופלים והטיפולים גדלו. השימוש בגישות טיפול חדשות העמיק את ההתמחות ונתן למרפאות בעיסוק כלים ייחודיים.

משער זה עולה כי שילוב גורמים מקומיים האטו את התפתחות המקצוע עד שנות השבעים: הצרכים המקומיים הבעורים שדרשו מענה מידי ומתוך כך מנעו פיתוח, מערכת הבריאות שהייתה בהתהוות, חוסר ההלימה בין כח האדם המקצועי לצרכים בשטח והמרחק הגיאוגרפי מארצות הברית ומבריטניה בהן חלה התקדמות מקצועית מרשימה, עכבו את התפתחות המקצוע. התרחבות מקצועית הושגה בעקבות שינוי תודעתי חברתי לאחר מלחמת יום הכיפורים, שהתבטא גם בהקצאת משאבים נוספים לשירותי הבריאות המגוונים הטיפוליים והשיקומיים במדינת ישראל.

השער הרביעי מתמקד בהתפתחות הגוף הארגוני; בהקמת מערך פיקוח על מקצועי במשרד הבריאות קופת חולים הכללית ומלב"ן; בפעילות הארגון הישראלי לריפוי בעיסוק, במגמת

היציאה אל הקהילה ופתיחת שירותי ריפוי בעיסוק במכונים של קופת חולים כללית ובמחלות הילדות של המקצוע אשר עיכבו את התפתחותו. לאורך כל התקופה הנחקרת החוסר בכח אדם מקצועי היה למאפיין הבולט במקצוע ותקנים רבים נשארו בלתי מאוישים. הפער בין מספר המרפאות בעיסוק המוסמכות לעובדים הלא מוסמכים מנע את התרחבות והתפתחות התחום. המחסור בכוח אדם נבע מתנאי התעסוקה שלא התאימו לאימהות שניכר גם בתופעת הנשירה מהמקצוע. להיבט המגדרי היה משקל כבד בנשירה. מרפאות בעיסוק מוסמכות עזבו את התחום עקב שינויים במעמדן המשפחתי, קרי הקמת משפחה ושינוי מקום מגוריהן. ההיבט המגדרי היה רב משמעות גם בתדמית המקצוע, המנותחת גם היא. עבודות היד והיצירה שהיו לאמצעי הטיפול הבולט בשנות החמישים השפיעו על התדמית המקצועית של הריפוי בעיסוק. המקצוע נתפס כמקצוע נשי והוכר בציבור כשייך לתחום הוראת מלאכות יד ומתוך כך נחות לעומת מקצועות פרא רפואיים אחרים. בסיום הפרק מובא קולן של מרפאות בעיסוק מנוסות שדבקו במקצוע מתוך אמונה בכלים המקצועיים ובאפשרות לתרום לחברה. הן התייחסו לעבודתן כאל שליחות אישית- מקצועית ושאו להפיץ את חשיבות התחום. הפרק מחדד כי על אף מחלות הילדות עמן התמודדו המרפאות בעיסוק, מטרת העבודה במקצוע נבעה מאמונה בתפקיד הטיפולי, בכלים המקצועיים של מקצוע הריפוי בעיסוק ומטיפול ממוקד עיסוק. בשנות השבעים הושג שינוי בשל ההכרה האקדמית, הירידה בערך עבודות היד, התפתחות טכנולוגית ושימוש בגישות טיפול חדשות, אמצעי הטיפול השתנו ומלאכות היד הוחלפו באביזרי עזר, ניידות ונגישות. התפתחות זו שינתה את התדמית המקצועית ומיצבה את המקצוע כאחד ממקצועות הבריאות.

ההיבט המגדרי עיצב אפוא את הקמת המקצוע, התפתחותו, מהותו ומאפייניו כמו גם את הנשים שעסקו בו. המקצוע התפתח על ידי יוזמות אישיות של נשים שגילו כישורי מנהיגות, ניצלו הזדמנויות, השתתפו באופן פעיל בקונגרסים בינלאומיים, קדמו את המקצוע והיו לפורצות גבולות בכך שהשתלבו במרחב הציבורי הישראלי מתוך מקצועיות הולכת וגוברת. ההכשרה והעבודה במקצוע הדגישו את המעשיות של נשים וניתבו אותם לעשייה מקצועית בתחומי בריאות רווחה וחינוך. נשות המקצוע ראו בהתפתחות המקצוע חלק מעיצוב פני המדינה: הן פעלו לקידום והפצת המקצוע, לשם בניין הלאום אך לא מטעמים פמיניסטיים. אולם מתוך שלא לשמה בא לשמה. ההיבט המגדרי גם העיב על התפתחות המקצוע: השכר הלא הולם, ההתייחסות אל העובדת כאל מפרנסת שנייה, הנשירה מהמקצוע של נשים נשואות ואימהות מטופלות בילדים, תדמית המקצוע כ"נשי", פגעו ביוקרתו והשפיעו על העוסקות בו.

מטרת מחקר זה לתאר, לראשונה ובאופן מקיף ככל הניתן, את התפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק ביישוב ובמדינה. מלבד שרטוט דיוקנו המשתנה של המקצוע בתקופה הנדונה, העבודה מראה כי הדיון בו הוא למעשה שיקוף של החברה היישובית והישראלית, על ההתרחשויות ההיסטוריות שפקדו אותה, התמורות החברתיות והכלכליות שאפיינו אותה, ערכיה ותפיסותיה המשתנים. האירועים ההיסטוריים הדרמטיים שאפיינו את החברה בתקופה הנדונה; יחסי גומלין בין המציאות המקומית למקצועות הבריאות בעולם המערבי שהיו חלק בלתי נפרד מעיצובה של החברה הישראלית; מאפייני החברה הישראלית, יחסה לנכים ולציבור הנזקקים שבה, ובראש ובראשונה יחסי המגדר שאפיינו אותה; הסיפור הנשי ששזור לאורך כל פרקי העבודה; כל אלה הם בני לוויה לסיפור ייסודו והתפתחותו של הריפוי בעיסוק, כשהדיון במקצוע שהיה חלק בלתי נפרד מבניין הלאום והמדינה מאיר עליהם באור חדש.

מבוא

מקצוע הריפוי בעיסוק (Occupational Therapy) הינו מקצוע רב תחומי המשלב טיפול, שיקום וחינוך, שמטרתם לספק לאדם כלים ומיומנויות אשר יאפשרו לו להתמודד עם דרישות החיים. המקצוע מתמקד בהנחלת מגוון העיסוקים המבוצעים על ידי בני אדם בכל הגילאים וחשיבותם הן לתפקוד האדם הן לתחושת שייכותו החברתית ולרווחתו. במוקד העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק מצויה קבוצת פעילויות תכליתיות בתחומי לימודים, עבודה, פעילויות יום-יום בסיסיות ואינסטרומנטליות, משחק, פנאי והשתתפות חברתית שהם חלק בלתי נפרד מהתנהלותו היום-יומית של האדם. הפעילויות מתקיימות בהקשרי זמן ומרחב שונים והן מקבלות ערך ומשמעות על ידי האדם, החברה והתרבות שבקרבה הוא פועל.¹

מקצוע הריפוי בעיסוק נוסד בישראל בשנת 1946 בבית החולים הדסה הר הצופים בירושלים, ביוזמת אתל בלום, שהביאה לפתיחת הקליניקה הראשונה והכריזה על פתיחת ההרשמה לקורס הראשון למרפאות בעיסוק מוסמכות. התחום התפתח תוך שיתוף פעולה בין הנהלת הדסה בארץ ובניו יורק, "קרן נכות" של קופת חולים הכללית, ולאחר קום המדינה בשיתוף משרד הבריאות והמוסד לטיפול בעולים נחשלים (להלן מלב"ן) שהקים הג'וינט. המקצוע הוקם והתפתח בהתאמה לסטנדרטים המקצועיים בארה"ב שהשפיעו עליו רבות. יחד עם זאת, צמיחתו המהירה של המקצוע והתפתחותו, כפי שיוצגו להלן, הם במידה רבה תוצר של שינויים ותמורות בתפיסה השיקומית במדינת ישראל. התפתחות התחום על היבטיו המגוונים, במוקד המחקר הזה.

מטרת ושאלות המחקר

מטרת מחקר זה היא לחשוף לראשונה את התפתחות תחום הריפוי בעיסוק במדינת ישראל בשנים 1940-1979 ולנתח את מאפייניו, כבבואה לתמורות בחברה הישראלית ומאפייניה. המחקר מצביע על התפתחות המקצוע מראשיתו ועד לשנת 1979 תוך דגש על ההתרחשויות ההיסטוריות-החברתיות שהשפיעו על התפתחות המקצוע, ועל ההיבטים המגדריים והתרבותיים של החברה הישראלית העולים מניתוח התחום והתפתחותו. הדיון בתחום הריפוי בעיסוק ישמש גם כמקרה בוחן לניתוח הקשרים הבינלאומיים שהיו גורמים מעצבים של החברה היישובית והישראלית.

ההיבט המגדרי הניכר בתחום הריפוי בעיסוק, החל מהולדתו ביוזמה נשית, המשך בהכשרת העוסקות בו במהלך השנים ומאפייניהן, וכלה בדימויו הנשי, מוסיף נדבך חשוב לחקר נשים ומגדר בתולדות היישוב ומדינת ישראל. מאחר שלנשים העוסקות במלאכה היה תפקיד מאוד משמעותי בעיצוב התחום, הן מופיעות בפירוט לאורך העבודה כולה. אחת ממטרות מחקר זה היא להעלות את המרפאות בעיסוק המייסדות מן השכחה, לתת להן נוכחות ולמקמן בסיפור

¹ ילון-חיימוביץ, ש' ועמיתיה (2006); אתר האינטרנט של העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק www.isot.org.il

ההיסטורי של התפתחות המקצוע.² ההתחקות אחר התפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק ותהליך התמקצעותו, היא פרק רב-ערך בחקר ההיסטוריה של הבריאות בארץ. זאת ועוד, בחינת התפתחות המקצוע ומאפייניו לנוכח תמורות חברתיות במדינת ישראל בכלל, וההשפעה האמריקאית על התפתחות המקצוע ומאפייניו בפרט, מאירה על החברה הישראלית וגורמי עיצובה מזווית חדשה ומקורית.

שאלות המחקר ונושאו

המחקר על התפתחות הריפוי בעיסוק בעשורים הראשונים של מדינת ישראל, מתמקד במספר היבטים:

- 1. היבט ההיסטורי-מקצועי** המחקר בוחן את התפתחות הריפוי בעיסוק בהקשר ההיסטורי של הקמת מקצועות הבריאות בישראל והתפתחותם. בין השאלות שיידונו: מה ייחודו של התחום ומהם מאפייניו המקצועיים? מהם הקווים המקצועיים להתפתחותו? כיצד התרחב המקצוע מטיפול בחולים כרוניים לעיסוק בתפקוד ובאיכות חיים? מהם יחסי הגומלין בין התפתחות התחום בארץ לבין המקצוע בארה"ב ובבריטניה? האם יש הקבלה בתקופות ותחומי ההתפתחות של המקצוע בצפון אמריקה עם התפתחותו בארץ? מה המאפיינים של תהליך ההתמקצעות של המקצוע? מה הייתה השפעת השינויים וההתפתחויות שחלו במהלך השנים במבנה שירותי הבריאות והרווחה, בתיאוריות הטיפוליות ובאוכלוסיית המטופלים בישראל, על הפרקטיקה בשטח ועל התרחבות בתחומי הטיפול?
- 2. היבט חברתי-היסטורי** התפתחות התחום על היבטיו הסוציולוגיים נבחנת לנוכח ההקשר ההיסטורי-חברתי המקומי, בדגש על השפעות חברתיות, כלכליות, דמוגרפיות וביטחוניות במדינת ישראל משנות הארבעים עד לשנות השבעים. בין השאלות שיידונו: מה היו האירועים ההיסטוריים-חברתיים שהביאו להקמת התחום והאיצו את התפתחותו? מה היו התפיסות החברתיות בישראל שהשפיעו על התפתחות התחום? ומהן ההשלכות הסוציולוגיות של התפתחות הריפוי בעיסוק על החברה הישראלית?

בשנים הראשונות התבססה העשייה הטיפולית על השימוש בעבודות יד ויצירה כאמצעי להסחת הדעת, להרגעה ולהעסקת החולים וכאמצעי לקידום מטרות טיפוליות: לתרגול, פיתוח הרגלי עבודה ושיפור הרגלי חיים.³ בין השאלות הנדונות: מה היו הערכים התרבותיים ביישוב ובשנים הראשונות לאחר קום המדינה שיצרו התאמה בין ערכי המקצוע לערכים שהיו מקובלים ביישוב? מדוע נתפסו מלאכות יד כבעלות חשיבות? מה היו התהליכים שיצרו פחות במעמד עבודות היד, ברמה העולמית והמקומית-ישראלית? כיצד השפיע השינוי הזה על מעמד ויוקרת מקצוע הריפוי בעיסוק?

- 3. היבט מגדרי** במחקר מודגש ההיבט המגדרי של מקצוע הריפוי בעיסוק כגורם מעצב של הקמתו, התפתחותו, מהותו ומאפייניו כמו גם מאפייני העוסקות בו. המחקר ידון בשאלות

² ברנשטיין, ד' (תשס"ב). עמ' 12

³ זק"ש, ד' (2001).

הבאות: במה ניכרים ההיבטים המגדריים בתחום? מי היו היוזמות לפיתוח המקצוע בארץ ומה היו מניעיהן? מי היו הנשים שפנו ללמוד מקצוע חדש ולא מוכר? עד כמה הרגישו מחויבות לפיתוח המקצוע? באילו תחומים קידם הנושא המגדרי את התפתחות המקצוע ובאילו תחומים עיכב? באיזה מידה תפיסת המקצוע ודימוי המגדרי השפיעו על הנשים העוסקות בו?

המחקר החדשני חושף לראשונה את תולדותיו של תחום הריפוי בעיסוק הפרא-רפואי מנקודת מבט היסטורית. המחקר מסתמך על מקורות שטרם נותחו ובאמצעותם זורה אור על היבטים שונים בחברה הישראלית. בכך מרים המחקר תרומה לחקר ההיסטוריה של התפתחות מקצוע בתחום מקצועות הבריאות במדינת ישראל. ניתוח התפתחות התחום בשלושת העשורים הראשונים של מדינת ישראל, תוך ניתוח צרכי השעה, קרי המלחמות והעלייה ההמונית, והשפעתם עליו, כמו גם ניתוח התמורות החברתיות, המגדריות והתרבותיות המשתקפות מניתוח התחום, מוסיפים נדבך רב חשיבות לחקר החברה הישראלית. חשיבות מיוחדת של מחקר זה היא בהיותו מקרה בוחן לניתוח חשיבותם של הקשרים הבינלאומיים כגורמי עיצוב של החברה הישראלית. המחקר יהווה אף פרק רב ערך בחקר המגדר בחברה היישובית והישראלית בהעמיקו בהיבטים ובמשמעויות המגדריים של התפתחות התחום, הן מבחינה היסטורית הן מבחינה תיאורטית.

גבולות כרונולוגיים

המחקר מתמקד בשנים 1940-1979. בשנת 1940 החלה קבוצת נשים מתנדבות בהנחיית אתל בלום להפעיל לראשונה את המחלקה לריפוי בעיסוק במחלקות בית החולים הדסה הר הצופים. זו אפוא השנה הפותחת את הדיון במחקר זה. בשנת 1979, נכנס לתוקף אישור המועצה להשכלה לקבלת תואר אקדמי בריפוי בעיסוק והתחום נכנס לעידן חדש המאפיין אותו עד ימינו. לפיכך נבחרה שנה זו לחתום את הדיון בעבודה. בפרק הזמן העומד במוקד העבודה נוסד המקצוע, התפתח, וחלו בו שלבי ההתפתחות המשמעותיים שעיצבו את מהותו ומאפייניו.

רקע תיאורטי ומצב המחקר

מספר מועט יחסית של מחקרים עוסק בנושא התפתחות הריפוי בעיסוק בישראל. נירה זוסמן, תלמידת הקורס הראשון לריפוי בעיסוק כתבה מחקר על העשור הראשון לריפוי בעיסוק בישראל, ופרסמה עם דליה זק"ש מספר מאמרים בנושא זה.⁴ מאמר מאת רחל גולדשמיד התפרסם בעלון המרפאים בעיסוק לציון עשרים שנים למקצוע. כן נערכו הרצאות בנושא, כגון זו של לאה לוי ונירה זוסמן שהרצו בכנס לציון ארבעים שנות ריפוי בעיסוק בישראל על ארבעים השנים הראשונות.⁵ מחקרים אלה התמקדו בפיתוח המקצוע תוך היענות לתמורות בתקופת התפתחותו. המחקרים הללו לא התמקדו במייסדות המקצוע ובאמצעים שנקטו לקידומו והתפתחותו. דרור רותם סקר את הנשירה של מרפאות בעיסוק מעבודה במקצוע ואת ההזדמנויות להתפתחות

4; Sachs, D. & Sussman, N. (1995)A.; Sachs, D. & Sussman, N. (1995)B.; Sussman, N. (1989). זוסמן, נירה (1993).

⁵ גולדשמיד, ר' (1968); לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988).

מקצועית.⁶ זק"ש התמקדה בקשר בין פיתוח תיאוריות טיפוליות לתפיסה ולעשייה מקצועית תוך ניתוח ההיבט המגדרי-היסטורי.⁷ וינטראוב עסקה בתפיסה המקצועית ובזהות המקצועית של מרפאות בעיסוק בישראל.⁸

שרותי הבריאות נסמכים על מודלים רפואיים מדעיים ואולם לא ניתן לבחון את התפתחותם מחוץ להקשר ההיסטורי החברתי והאנתרופולוגי של הזמן והמקום. רמת הבריאות של חברה קשורה למבנה החברתי והכלכלי שלה ולתהליכים היסטוריים, פוליטיים וחברתיים.⁹ פוקו ניתח את הקמת המסגרות לטיפול בחולים כרוניים כאמצעי להכפפת בתי החולים, הידע הרפואי והטיפול במי שנפל לנטל על החברה לידי הרשויות.¹⁰ על התפתחות מערכת הבריאות בארץ נכתב לא מעט. בן נון, ברלוביץ, שני, שובל ואנסון לוי ודורון חקרו את מערכת הבריאות וחזקו את הקשר בין שינויים במערכת הבריאות לשינויים חברתיים.¹¹ שורץ חקרה את ההיסטוריה של קופת חולים הכללית, את פעילות הדסה ואת מדיניות בריאות הציבור בישראל.¹² שחורי-רובין חקרה את ראשית ימי הדסה ואת מפעליה בארץ ישראל,¹³ קצבורג-יונגמן חקרה את פעילות הדסה באמריקה.¹⁴ ברטל חקרה את ייסוד בית הספר הראשון לאחיות מטעם הדסה בירושלים, שהיה המוסד הראשון לחינוך מקצועי גבוה לנשים.¹⁵ הירש, שורץ, סטולר-ליס ולייסנר התמקדו בתהליכי המדיקליזציה של הלידה והאימהות אשר שיפרו את מצבן הבריאות של נשות ותינוקות היישוב אך הכפיפו אותם לסמכות רופאים רופאות ואחיות ששמשו כסוכני תרבות של רפרטוארים מערביים.¹⁶ גולדבורט וגלברט חקרו את נושא בריאות הנפש, זלשיק ודוידוביץ עמדו על ההבדל המגדרי בנושא זה.¹⁷ גולנדר רומם ושורץ חקרו את פעולות מלב"ן ואת המוסדות

⁶ הסקר נערך בשנת 1977, מומן על ידי הארגון לריפוי בעיסוק והגיוינט וממצאיו פורסמו בכנס שנתי של המקצוע. רותם, ד' (1981).

⁷ זק"ש, ד' (2001); זק"ש, ד' (1998); Sachs, D. & Labovitz, D. R. (1994).

⁸ וינטראוב, נ' (2009).

⁹ הסוציולוגיה של הרפואה נשענת על תפיסה כי בריאות קשורה לתשתית מבנית וחברתית של החברה. כתב העת Medical Anthropology עוסק בקשרים בין בריאות, מבנה חברתי כלכלי פוליטי ותהליכים היסטוריים. ראו Manderson, L. (2010).

¹⁰ פוקו, מ' (1986). אדרש לתפיסת פוקו את היחס לבעלי צרכים מיוחדים ולהתפתחות הפסיכיאטריה האנטי-ממסדית.

¹¹ בן נון, ג', ברלוביץ י' ושני, מ' (2005); דורון, ח' שורץ, ש' ווינקר, ש' (תשע"ה); לוי, נ' (1998); שובל, י' ואנסון ע' (תשס"א).

¹² סטולר-ליס, ש' ושורץ, ש' (2004); שורץ, ש' (תשנ"ז); שורץ, ש' (1998); שורץ, ש' (1998); שורץ, ש' (2000); שורץ, ש' (2009).

¹³ שחורי-רובין, צ' (1998); שחורי-רובין, צ' ושורץ, ש' (2003); שחורי-רובין, צ' (תשע"ד).

¹⁴ קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ו); קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח).

¹⁵ ברטל, נ' (תשס"ב); ברטל, נ' (תשס"ה); ברטל, נ' (תשע"ד).

¹⁶ הירש, ד' (תשס"ח); הירש, ד' (תשע"א); הירש, ד' (תשע"ה); לייסנר, א' (תשע"א); סטולר-ליס, ש' (תשס"ג); סטולר-ליס, ש' ושורץ, ש' (תשע"א).

¹⁷ גולדבורט, י' (2003); גלברט, א' (תשע"ב); זלשיק, ר' (תשס"ה); זלשיק, ר' ודוידוביץ, נ' (תשע"א).

שהוקמו לטיפול בחולים כרוניים וקשישים.¹⁸ הללו נושקים לתחום הריפוי בעיסוק אך אינם מתמקדים בו. כך גם התפתחות השיקום, שמהווה חלק בלתי נפרד מתחום הריפוי בעיסוק, שנחקרה על ידי עורי, בלום, בונדי, נדב, איסקוב ורינג ופארן.¹⁹ כאמור, ספרות ענפה זו מתייחסת בקצרה בלבד לריפוי בעיסוק.

גל של מחקרים בנושא ההיסטוריה של שרותי ומקצוע הריפוי בעיסוק בארה"ב וקריאה מחדש של הארכיונים המקצועיים החל בשנת 1967 עם ציון יובל שנים לייסוד המקצוע. הגל השני של המחקרים היה בשנת 1992, לרגל חגיגות 75 שנים למקצוע. מחקרים בינלאומיים אלה סוקרים שלבים בהתפתחות המקצוע והארגון המקצועי, כולל החינוך המקצועי- אקדמאי. המחקרים שופכים אור על היבטים סוציולוגיים שהשפיעו על מייסדי המקצוע, על התפתחות התחום ועל מאפיינים מגדריים ייחודיים לנשים שבחרו ללמוד את התחום.²⁰ כמו כן הם מספקים ניתוח של השפעות המאורעות החשובים במאה העשרים על התפתחות המקצוע והשילוב בין אמונה פילוסופית הומאנית שהפכה למקצוע יישומי פרא רפואי.²¹ בשנת 2001, פרסם ארגון הבריאות העולמי את הקלאסיפיקציה החדשה לבריאות וחולי על פי מודל ביופסיכוסוציאלי,²² אשר מחדד את משמעות העיסוק לבריאות, להשתתפות ולרווחה אישית.²³ מאז מפורסמים מחקרים בנושא ההיסטוריה של המקצוע וחשיבות ההתמקדות בעיסוק.²⁴ מעט מהמחקרים עוסקים בהקשר המגדרי, וזאת למרות שמחצית מהמייסדות היו נשים, למרות שבפועל העובדות ותלמידות הקורסים היו בעיקר נשים ועל אף תדמיתו הנשית של המקצוע. ממעט המחקרים עולה כי מאפייני המקצוע, בד בבד עם אילוצי השעה, פתחו תחום מקצועי חדש בפני נשים, שבדיעבד הביא גם לקידומן ולשינוי במעמדן בחברה.

על מנת להבין לעומק את התפתחות הריפוי בעיסוק בארץ, יש למקמו בהקשר התקופתי המקומי, החברתי-תרבותי. הקשר זה, ראשיתו בתקופת המנדט הבריטי, עת היישוב היה תחת שליטה מנדטורית והתארגנותו הייתה וולנטרית, וסופו לאחר שלושים שנות ריבונות ישראל. מדובר בשני הקשרים תקופתיים שונים במהותם ובטיבם. ביגר, בן אריה, ליסק יער ושביט, חקרו את התארגנות היישוב ומאפייניו החברתיים בשנות המנדט הבריטי.²⁵ מחקריהם שופכים אור על התקופה ומאפייניה, הניכרים בקולקטיביזם וולנטרי ורצון לכינונה של זהות משותפת. מספר

¹⁸ גולנדר, ח' (תשס"ו); רומם, פי (2012); רומם, פי ושורץ, ש' (תשס"ו).

¹⁹ איסקוב, א' ורינג, ח' (2002); בונדי, ר' (1981); בלום, נ' (2003); בלום, נ' (2006); נדב, ד' (1998); נדב, ד' (2002); עורי, א' (תשמ"א); עורי, א' (תשמ"ט); עורי, א' (1996); פארן, ג' (תשע"ד).

²⁰ Barker-Schwartz, K. (2003) B.; Bing, R. K. (1992); Christiansen, C.H. & Haertl, K. (2014); Colman, W. (1992); Gordon, D.M. (2009); Litterst, T. A. E. (1992); Loomis, B. (1992); Low-Faglie, J. (1992); Peloquin, S. M. (1991).

²¹ Friedland, J. & Silva, J. (2008); Licht, S. (1967).

²² International classification of function, disability and health, ICF, WHO, 2001; מודל ביופסיכוסוציאלי; נשען על תיאוריות מתחומי הרפואה החברה והפסיכולוגיה.

²³ וינטראוב, נ' (2009); כץ, נ' (1997); כץ, נ' (1999).

²⁴ Whitford, G. Townsend, E. & Hocking, C. (2000); Wilcock, A. A. (1998); Wilcock, A. A. (2000); Yerxa, E. J. (1992); Yerxa, E. J. (2000).

²⁵ בן אריה, י' (2003); ביגר, ג' (2003); יער, א' ושביט, ז' (תשס"א); ליסק, מ' (תש"ן).

מחקרים עוסקים במוסדות הרווחה בארץ ותפקודם ועל חלקם של ארגוני הנשים בארץ כך.²⁶ המעמד המיוחד שניתן למלאכות היד מצוין אף במספר מחקרים.²⁷ מחקרים רבים עוסקים במדינת ישראל ומאפייניה עם הקמתה. אייזנשטדט, בן פורת, הכהן, ליסק, צמרת ויבלונקה, פיקאר, רוזין ושפירא הדגישו במחקריהם על שנות החמישים את גלי העלייה הגדולה והתמודדות מדינת ישראל הצעירה עמם. הם הדגישו את ההשפעות החברתיות של הקליטה והשסעים החברתיים שנוצרו במהלכה ושהשלתם על החברה הישראלית הייתה ארוכת טווח.²⁸ מחקרים התייחסו למצב הכלכלי הדחוק של התקופה, שהתאפיין בצנע; קיצוב קפדני במזון ומצרכים חיוניים והטלת עונשים חמורים על ספסרות ומסחר בשוק השחור.²⁹ את המאפיינים החברתיים התרבותיים והחינוכיים של חברת המהגרים חקרו אלמוג, בן פורת, הכהן, הלמן, צמרת ויבלונקה, צחור רשף ודרור.³⁰ צמרת ויבלונקה, הכהן וססר הדגישו את התמורות החברתיות והפוליטיות לאחר מלחמת ששת הימים.³¹ מורכבות העשור השלישי והשפעות מלחמת יום הכיפורים על החברה הישראלית, המהפך הפוליטי והשינויים החברתיים שאפיינו עשור זה נחקרו על ידי בן פורת, גולן, דרורי, צמרת ויבלונקה ורם.³² בעשור השלישי חלו תמורות חברתיות; החברה הישראלית הפכה מחברה קולקטיביסטית מגויסת לחברה אינדיבידואליסטית עיסוקית-שיווקית, השמה דגש על הפרט.

המגדר כאמור מהותי בניתוח התפתחות תחום הריפוי בעיסוק, הנתפס כשייך למקצועות ההולמים את כישוריה ותכונותיה הסטריאוטיפיים של האישה ואינו קורא תיגר על הסדר החברתי-מגדרי. לכך שתי השלכות מנוגדות, מהצד האחד המקצוע התקבל בחברה והיה למעשה ערוץ לקידומן של נשים, מהצד השני דימויו הנשי 'המסורתי', השפיע רבות על אופן התפתחות התחום והערכתו, כמו גם תפיסת הנשים העוסקות בו, בעיני החברה, באופן שעיכב תמורות מגדריות. היבטים אלה נבחנו לנוכח גל המחקרים העוסק בנשים ומגדר ביישוב ובמדינה, בהם למשל מחקריהם של שילה, ברנשטיין, מרגלית-שטרן, פוגל-ביז'אווי, רוזנברג-פרידמן, אלרואי, יזרעאלי, בן פורת, יער ושביט שבחנו את המאפיינים הייחודיים לנשים ביישוב ובמדינת ישראל מהפך ההיסטורי והסוציולוגי; מבחינות חברתיות, כלכלית-תעסוקתיות, פוליטית וחינוכית, הרחיבו את שדה הראייה של המרחב ההיסטורי והחברתי וספקו כלים חדשים להבנת השינויים

²⁶ אייזנשטדט, מ' (תשע"א); ברנשטיין, ד' (תשס"ח); זמורה, א' (תשס"ב); רזי, ת' (תשס"ט); שילה, מ' (תשע"א).

²⁷ גילעת, י' (תשס"ט); יניב, ב' (תשס"ט); לוי, א' (תשנ"ב); שילה, מ' (2004).

²⁸ אייזנשטדט, ש' נ' (תשמ"ט); בן פורת, א' (תשס"א); הכהן, ד' (תשנ"ד); הכהן, ד' (תשס"א); ליסק, מ' (תשנ"ח); ליסק, מ' (תשמ"ז); פיקאר, א' (1999); צמרת, צ' (תשנ"ג); צמרת, צ' ויבלונקה, ח' (תשנ"ח); רוזין, א' (תשס"ב); רוזין, א' (תשס"ח); שפירא, א' (תשע"ד).

²⁹ נאור, מ' (תשמ"ז); שפירא, א' (תשע"ד). עמ' 194.

³⁰ אלמוג, ע' (תשנ"ז); אלמוג, ע' (תשנ"ח); בן פורת, א' (תשס"א); הלמן, ע' (תשע"ב); צחור, ז' ורוטמן, ס' (תשס"א); צמרת, צ' ויבלונקה, ח' (תשס"א); רשף, ש' ודרור, י' (תש"ן).

³¹ הכהן, ד' (תשס"ח); ססר, א' (תשנ"ט); צמרת, צ' ויבלונקה, ח' (תשס"א); רשף, ש' ודרור, י' (תש"ן).

³² בן פורת, א' (תשס"א); גולן, ש' (תשס"ח); דרורי, ז' (תשס"ח); צמרת, צ' ויבלונקה, ח' (תשס"ח); רם, א' (2001).

שעברו על החברה והאומה.³³ תהליכי פרופסיונליזם של נשים בתחומי הרפואה והמשפט נחקרו על ידי הולצמן וזרעאלי, בכר, כתבן ולייסנר.³⁴ שחורי- רובין חשפה את פועלן של הרופאות הראשונות בארץ ישראל בהקמת מערכת הרפואה בארץ, קידום אוכלוסיות חלשות והקמת אגודות נשים. את עבודתן החלוצית תפסו הרופאות כייעוד ציוני לאומי.³⁵ ברטל שחף תורן ופיקר חקרו את התפתחות מקצוע הסייעוד במדינת ישראל לנוכח המאורעות ההיסטוריים והתמורות בארץ ובעולם.³⁶ פארן התייחסה להיבט המגדרי במקצוע הפיזיותרפיה ועמדה על השוני בין הריפוי בעיסוק הנתפס כמקצוע נשי- טיפולי לפיזיותרפיה הנתפס הן בעל רוב נשי והן כמקצוע תובעני ופיזי בעל מאפיינים גבריים; אחוז הגברים שלמדו פיזיותרפיה עלה במהלך השנים ומיצב את המקצוע.³⁷ אנדלווט חקרה את התפתחות שרותי התזונה וההכשרה התזונתית בישראל, מקצוע מתחום מקצועות הבריאות שרוב העוסקות בו הן נשים. המחקר מתמקד במהפך שעברו שירותי ומוסדות התזונה ולא בהיבט המגדרי של המקצוע.³⁸ בר-גל אייזנשטדט ושפירו חקרו את מקצוע העבודה הסוציאלית, מקצוע רווחה בעל דימוי נשי, שראשיתו בעבודה פילנטרופית של ארגוני צדקה. הם זקפו את השינויים המהותיים במקצוע בזכות התמיכה הכלכלית והמוסדית של ארגון הגוינט.³⁹ שחורי-רובין ושילה התייחסו לתהליך הפמיניזציה של ההוראה בשלהי התקופה העות'מאנית.⁴⁰ הרצוג וולדן, אדי-רקח ואיילון חקרו את המגדור במערכת החינוך ואת קיבוע החינוך כעיסוק נשי, עובדה שמחזקת את שוליותו ומשקפת את מעמד הנשים בחברה הישראלית.⁴¹ תרומתן של נשים אמריקאיות להתפתחות היישוב, נחקרה אף היא, כמו למשל גלס שעמד על ייחודן של 5000 נשים יהודיות שעלו לארץ ישראל מאמריקה בשנים 1918-1939, ספרן שחקרה את פועלה של רוזה וולט-שטראוס, מחקריה של אסתר כרמל-חכים שעמדה על תמיכתן של נשים מבריטניה קנדה ואמריקה במפעלים נשיים בארץ, ורוזנברג-פרידמן שעמדה בין היתר על פועלן ותרומתן של נשי 'מזרחי' מאמריקה ומהארץ ועל ייחודן של נשים מנהיגות. מקומה המכריע של הנרייטה סאלד בייסוד וארגון שרותי הבריאות והעבודה הסוציאלית ביישוב ותרומתה לפיתוח מקצועות של 'נשים' על פי הדגמים שהיו מקובלים בארצות הברית מצוינים במחקרים רבים.⁴²

³³ אלרואי, ג' (תשע"א); ביז'אווי-פוגל, ס' (תשע"א); בן פורת, א' (תשס"א); ברנשטיין, ד' (תשמ"ז); זרעאלי, ד' (1997); יער, א' ושביט, ז' (תשס"א); רוזנברג-פרידמן, ל' (תשס"ה); רוזנברג-פרידמן, ל' (תשע"א); שילה, מ' (תשס"ז); שילה, מ' (תשס"ב); שילה, מ' (תשנ"ח); שילה, מ' (תשמ"ט); שילה, מ' וכ"ץ, ג' (תשע"א).

³⁴ הולצמן, א' וזרעאלי, ד' (תש"ס); זלשיק, ר' ודודוביץ, נ' (תשע"א); כתבן, א' (תשע"א); לייסנר, א' (תשע"א); שחורי- רובין, צ' (תשע"א).

³⁵ שחורי- רובין, צ' (תשע"ד).

³⁶ ברטל, נ' (תשע"ה); שחף, ש' (2014); תורן, א' ופיקר, א' (תש"ע).

³⁷ פארן, ג' (2014). עמ' 153-157.

³⁸ אנדלווט, ר' (תשס"ח).

³⁹ אייזנשטדט, מ' ובר-גל, ד' (תש"ע); בר-גל, ד' (2010); שפירו, ש' (2010).

⁴⁰ שחורי-רובין, צ' (2011); שילה, מ' (תשס"ב); שילה, מ' (תשס"ז).

⁴¹ אדי-רקח, א' ואיילון, ח' (תשס"ה); הרצוג, א' וולדן, צ' (2010).

⁴² בראון, מ' (תשנ"ט); גולן, ט' (תשס"ב); גלס, י' (תשס"ב); זיו-ענבר, א' (תשנ"ו); כרמל-חכים, א' (תשס"ח); ספרן, ח' (תשס"ב); קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח); רוזנברג-פרידמן, ל' (תשס"ה); רוזנברג-פרידמן, ל' (תשע"א).

שיטת המחקר

ההיבט המתודולוגי ייחודי אף הוא, בשלבו מתודות מחקריות מתחום ההיסטוריה, הסוציולוגיה והמגדר, עם היבטים מקצועיים פרא-רפואיים ממקצוע הריפוי בעיסוק. המחקר מסתמך על מגוון מקורות ראשוניים שנאספו ממספר ארכיוניים, בהם:

א. פרוטוקולים, מכתבים, חוברות ודוחות שנאספו משלושה עשר ארכיונים: ארכיון ציוני מרכזי, ארכיון הדסה במרכז להיסטוריה יהודית בניו יורק, ארכיון לבון, ארכיון יד טבנקין, ארכיון החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה,⁴³ ארכיון בית הספר לריפוי בעיסוק באוניברסיטה העברית, תיקי ארכיון בחוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב, גנזך המדינה, ארכיון צה"ל, ארכיון האוניברסיטה העברית, ארכיון הגיונט, ארכיון הסתדרות המורים ואוסף פרטי של מרים בבלי.

ב. עיתונות יומית- נבחנו קטעי עיתונות בין השנים 1940-1978 בהם הופיעו כתבות על המקצוע.

ג. ספרי זיכרונות שכתבו שתיים מתלמידות המחזור הראשון. בספרים יש התייחסות לתקופת הלימודים בעת המצור על ירושלים והתנסות בתקופת ההכשרה. ההתייחסות למקורות אלה, תיעשה באופן ביקורתי, תוך אימותם עם יתר התעודות בנושא המחקר.⁴⁴

ד. ראיונות אישיים. במסגרת התיעוד בעל פה נערכו ראיונות עם 36 מרפאות בעיסוק, ביניהן בוגרות המחזור הראשון והשני ונשים בעמדות מפתח במקצוע הריפוי בעיסוק.⁴⁵ כמו כן, האזנה לקלטות שמע של ראיונות שערכה נירה זוסמן עם מרפאות בעיסוק בכירות, חלקן תלמידות המחזור הראשון שנפטרו,⁴⁶ והאזנה לקלטות שמע וקריאת תמלילים של שלושה ראיונות שנערכו עם הגב' בלום בשנות השמונים.⁴⁷ בנוסף, השתמשתי בסיכומים אישיים של 12 מרפאות בעיסוק ותיקות במדור 'ריפוי בעיסוק של אז' באתר העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק.⁴⁸ חקר סיפור אישי וראיונות אישיים הם תחומי מחקר שהתפתחו בשנות השבעים של המאה העשרים. הסיפורים האישיים משמשים ככלי העיקרי של ההיסטוריה 'מלמטה' ומוסיפים נדבך חשוב, לעיתים בלעדי, למחקר ההיסטורי. הם בעלי תרומה רבה לחשיפת העבר ולהבנתו. ברטל מציינת את התיעוד האוטנטי בעל פה כאפשרות להמחיש את העבודה המקצועית בשטח ולחשוף התפתחות מקצועית שאינה ניתנת להערכה כמותית- מחקרית.⁴⁹ יתרה מזאת, תיעוד בעל פה

⁴³ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה כולל חומרים מארכיונים פרטיים שאספה נירה זוסמן ומסמכים מצולמים מארכיון בית הספר לריפוי בעיסוק בירושלים.

⁴⁴ כפי שמוצע על ידי מרגלית שילה. ראו: שילה, מ' (תשמ"ב).

⁴⁵ נערכו 35 ראיונות עם מנהיגות במקצוע במסגרות ההכשרה, בשדה הקליני ובמנגנוני הפיקוח המקצועי. אחת מהמראיינות היא הגב' אילנה מאי-ורדי ז"ל, אחת מארבע המרפאות בעיסוק שקבלו מלגה בשנת 1947 והתחייבו לעבוד בארץ שנתיים ולסייע לבלום בפיתוח המקצוע. ריאיון עם אילנה ורדי, מאי 8/7/10.

⁴⁶ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק חיפה, נירה זוסמן חקרה את התפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק בשנים 1946-1956. להלן הערה מס' 4 עמ' 3. בארכיון קלטות שערכה נירה זוסמן בשנת 1988.

⁴⁷ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק חיפה, קלטות של ראיונות עם בלום משנת 1987, כולל תמלילים של הראיונות מהשנים 1987 ו-1986. ותמליל ריאיון של בלום עם כלתה- רוברטה בנאור משנת 1983.

⁴⁸ 'ריפוי בעיסוק של אז'-. אתר העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק, נדלה בתאריך 14/12/15. <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547>

⁴⁹ ברטל, נ' (תשע"ה). עמ' 14-15

מאפשר התמקדות בארועים ובייצוגי תרבות ומאיר את קורותיה של קבוצה מקצועית.⁵⁰ ברם, נקודות התורפה של מקורות אלה היא היעדר מתודולוגיה הולמת לטיפול ביקורתי במקורות המבוססים על זיכרון, עקב נטיית עדים לאגוצנטריות ואפולוגטיות, תעתועי הזיכרון והשפעת הרצייה החברתית מגבילים את מהימנות ואמינות ההיסטוריה האוראלית.⁵¹ בשל היעדר תיעוד נשי השימוש במקורות אלה מצוי במיוחד בעין המחקר המגדרי, נשים מיעטו לכתוב וניסיון העבר שלהן כמעט ואינו מתועד. בורנט ודיאמנט רואות קשר הדוק בין התפתחות התחום המגדרי בהיסטוריה לתיעוד בעל פה, זאת למרות המגבלות האובייקטיביות של התיעוד בעל פה.⁵²

ה. מחקרים ומאמרים מקצועיים בנושא הריפוי בעיסוק, השיקום הפיסי והטיפול בחולי נפש, מכתבי עת מקצועיים בריפוי בעיסוק ומכתבי עת רפואיים 'הרפואה', 'איתנים', 'ידעות הדסה' שנאספו בספריות בבתי החולים "בלינסון" והדסה עין כרם ובספריות אוניברסיטת תל אביב והאוניברסיטה העברית.

ו. פרוטוקולים ומחקרים בנושא התפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק בארצות הברית ובבריטניה.

המידע שנאסף נותח תוך שימוש במתודות מחקריות מתחומי ההיסטוריה, הסוציולוגיה, המגדר והתיעוד בעל פה כמקור היסטורי. החומר המהווה בסיס למחקר מנותח תוך השוואה למאפייני מקצוע הריפוי בעיסוק בארצות הברית ובבריטניה.

בעיות מתודולוגיות

א. הגדרות מקצועיות: במהלך השנים טיפלו נשות המקצוע בתחום רחב של אוכלוסיות מטופלים והשתמשו במגוון מרשים של אמצעי טיפול. ההגדרות של מקצוע הריפוי בעיסוק אינן נוקשות, עובדה שמאפשרת לאנשי המקצוע בשטח יצירתיות רבה אך מקשה מבחינה מחקרית, בעיקר בשנים הראשונות לייסוד המקצוע כאשר לא היו מספיק תיאוריות ייחודיות למקצוע.⁵³

ב. בשנים במוקד מחקר זה המקצוע לא היה אקדמי ולא נערכו בישראל מחקרים מבוססי ראיות. עד המאה העשרים ואחת מסורת והרגל נחשבו כראיות מספקות, הטיפול בריפוי בעיסוק הושתת על ניסיון קליני של המטפל ולא הוכחה יעילותו הקלינית.⁵⁴ מרפאות בעיסוק טיפלו בעקבות הפניית רופאים אך היו אוטונומיות להחליט איזה טיפול להעניק למטופל, באיזה שיטות טיפול ישתמשו, איזה מטרות מצופה שיושגו ומה יהיה משך הטיפול. בשנים 1940-1979 לא ניתן מענה לשאלה האם הטיפול בריפוי בעיסוק היה יעיל והצדיק את המשאבים הכלכליים הכרוכים בו.⁵⁵

⁵⁰ שם, שם.

⁵¹ גלבר, יי (תשס"ז).

⁵² Bornat, J. & Diamond, H. (2007).

⁵³ וינטראוב, נ' (2010); זק"ש, ד' (1998); ארכיון ביה"ס לריפוי בעיסוק- סקר לרגל חמישים שנות ריפוי בעיסוק בישראל, 1997 תיק מידע היסטורי.

⁵⁴ זק"ש, ד' (1998). עמ' H188; פרוש, ש' (2003). עמ' H74-H57.

⁵⁵ פרוש, ש' (2003). עמ' H59. רק בסוף המאה העשרים פותחו במקצועות הרפואה והבריאות מאגרי מידע מסוג Evidence based אשר מאפשרים לבצע חיפוש שיטתי על כל המחקרים המבוקרים אודות התערבויות טיפוליות.

ג. מחסור בתיעוד: תלמידות המחזור הראשון והשני נפטרו בלא להותיר תיעוד אחריהן. במהלך מלחמת העצמאות היה צורך לפנות את הקורס מהר הצופים במהירות. מזכירות הקורס לריפוי בעיסוק נארזה בחופזה והוצאה מהר הצופים. בארכיון הציוני המרכזי קיימים מספר תיקים ייחודיים למחקר, אך חלק מהחומר החשוב אינו בנמצא. גם הפרוטוקולים והמסמכים שתעדו את פעילות הארגון הארצי לריפוי בעיסוק אבדו ואינם בנמצא.

ד. בעיות הכרוכות בתיעוד בעל פה כמקור היסטורי: חלק מהנשים שרואיינו הן בשנות השמונים לחייהן. הדברים שנאמרו על ידן, הם ממרחק של זמן. הזיכרון המתעתע וההסתכלות הנוסטלגית והאנכרוניסטית לעתים הם ממגרעותיו הבולטות של מקור זה.⁵⁶ ברטל מציינת את ההשפעה שיש ליחסי הגומלין בין המראיין למרואיין על עיצוב המידע, הנושאים שעלו בראיון והפרשנות שניתנת למידע, כחיסרון נוסף של התיעוד בעל פה.⁵⁷

ה. מגבלה נוספת קשורה להיותי מרפאה בעיסוק. ניתוח החומר שנאסף ממוזג את העובדות עם הפרשנות שלהן. על אף השאיפה ליהזרת המוכר,⁵⁸ וניתוח החומר תוך יצירה של נקודות מבט חדשות המאפשרות לראות צדדים שונים וסמויים, קשה להתנתק מרלטיביזם אובייקטיבי, המושפע הן מהתנסויותי המקצועיות בעבר והן מארועי ההווה המקצועיים.

תוך התמודדות עם מגבלות אלה, ביקשתי לחקור את התפתחות המקצוע בארץ ולשרטט את דיוקן של מעצבות התחום באופן מלא ככל הניתן.

העבודה מחולקת לארבעה שערים על פי חלוקה נושאית. השער הראשון עוסק בייסוד המקצוע בין השנים 1940-1950, מנתח את דיוקנה של אתל בלום מייסדת המקצוע, וחושף את סיפורן של תלמידות הקורס הראשון בישראל. מטרת השער היא להציג את התפתחות התחום בארץ, תוך הפניית הדגש למייסדת שהיא בבחינת קול נשי עלום שעיצב תחום פרא רפואי חדש. המקצוע נוסד ביישוב בשנים בהם תחום השיקום היה בראשיתו, למציאות הקשה בישראל, עלייה ומלחמת העצמאות, היו השפעות מקדמות ומעכבות את התפתחות המקצוע.

ההתפתחויות המקצועיות בשנים 1951-1979 מתוארות בשערים השני, השלישי והרביעי. השער השני עוסק במסגרות ההכשרה במקצוע: בשינויים בתכניות הלימודים וההכשרות הקליניות שהיו שילוב בין גורמים מקומיים ודרישות הארגון הבינלאומי לריפוי בעיסוק, בקשיים לשנות את מעמד מסגרת ההכשרה; מקורס ארעי לבית ספר קבוע, ומבית ספר המעניק דיפלומה לקבלת הכרה אקדמית. הצורך במרפאות בעיסוק מוסמכות הניע את פתיחת תכניות ההסבה באוניברסיטת תל אביב ובאוניברסיטת חיפה. ובנשים שהיו הכח המניע: תלמידות מנהלות וסגל מסגרות ההכשרה. השער מצביע אפוא על נשים ייחודיות פורצות דרך, ותוך כך שופך אור על מאפייני התקופה וכן על הקשרים בין ישראל לבין ארה"ב שעיצבו את התחום המקומי.

השער השלישי עוסק בהתפתחות המקצועית, בהתייחס להתמחויות בתחומים הפסיכיאטרי, הפיזיקלי ובתחום הטיפול בילדים. התפתחות התחום הונעה משילוב בין צרכים שנבעו מהשטח,

⁵⁶ ברטל, נ' (תשע"ה). עמ' 23; גלבר, י' (תשמ"ט); גלבר, י' (תשס"ז).

⁵⁷ ברטל, נ' (תשע"ה). עמ' 23.

⁵⁸ הזרת המוכר- הפיכת המוכר לזר במטרה לחפש ולחשוף נקודות מבט חדשות. מושג מתחום החשיבה היצירתית.

לרצון לפתח את המקצוע לאור ההתקדמות המקצועית בארה"ב ובבריטניה, ומהשפעת תפיסות החברה את חולי הנפש, הנכים והילדים שנוקדו לשיקום. בשנים במוקד מחקר זה חלו תמורות בתיעוש, בהתפתחות הטכנולוגיה והתפתחות הרפואה שהשפיעו על מטרות הטיפול, גישות הטיפול ואמצעי הטיפול. שילוב גורמים מקומיים האטו את התפתחות המקצוע עד שנות השבעים: הצרכים המקומיים הבערים שדרשו מענה מידי ומתוך כך מנעו פיתוח, מערכת הבריאות שהייתה בהתהוות, תפיסת המוגבלות כסטייה מן הנורמה, הדרת אנשים עם מוגבלויות והשקעה מועטה במערכות שיקום, חוסר ההלימה בין כח האדם המקצועי לצרכים בשטח והמרחק הגיאוגרפי מארצות הברית ומבריטניה, בהן חלה התקדמות מקצועית מרשימה, עכבו את התפתחות המקצוע. בשנות השבעים הושג שינוי; השיקום הפך למשימה לאומית, נפתחו מחלקות שיקום חדשות ומכונים בקהילה. היה שינוי באמצעי הטיפול: מעבודת יד לאביזרי עזר, סדים, התאמות דיור וטכנולוגיה מסייעת. השקעת המשאבים השפיעה על גילאי המטופלים ועל איכות הטיפול שהתמקד גם במניעה ובאיכות חיים ולא רק באנשים עם מוגבלויות מורכבות.

השער הרביעי דן בהתפתחות הגוף הארגוני של המקצוע: הקמת מערך פיקוח על מקצועי במשרד הבריאות קופת חולים הכללית ומלב"ן; במגמת 'היציאה אל הקהילה' ופתיחת שירותי ריפוי בעיסוק במכונים של קופת חולים כללית. בפעילות הארגון הישראלי לריפוי בעיסוק, ובימחלות הילדות של המקצוע; נשירת מרפאות בעיסוק ממעגל העבודה במקצוע, קשיים בתדמית, במעמד ובהכרה של המקצוע. בסיום הפרק מובא קולן של מרפאות בעיסוק מנוסות שדבקו במקצוע מתוך אמונה בכלים המקצועיים ובאפשרות לתרום לחברה. הן התייחסו לעבודתן כאל שליחות אישית- מקצועית ושאפו להפיץ את הערכים ההומניים- הוליסטיים של המקצוע. הפרק מחדד כי על אף מחלות הילדות עימן התמודדו המרפאות בעיסוק, מטרת העבודה במקצוע נבעה מאמונה בתפקיד הטיפולי, בכלים המקצועיים של מקצוע הריפוי בעיסוק ומטיפול ממוקד עיסוק.

שער ראשון: שירותי הריפוי בעיסוק בישראל

כפרי מפעלה של אישה: אתל עדינה בלום בנאור

מבוא: רקע היסטורי

השער הראשון מוקדש לשנות ייסוד מקצוע הריפוי בעיסוק בישראל. הרקע ההיסטורי של השער מחולק לשני חלקים: החלק הראשון דן בהתפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק בארצות הברית ממלחמת העולם הראשונה ועד שנת 1950. החלק השני עוסק במאפיינים החברתיים, הכלכליים, המגדריים ובשירותי הבריאות שנוסדו ביישוב ובמדינת ישראל בשנותיים הראשונות להקמתה.

1. התפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק בארצות הברית 1917-1950

צמיחת מדינות רווחה במחצית הראשונה של המאה העשרים נשענה על אידיאולוגיה הרואה בהספקת שירותי בריאות, חינוך ורווחה חלק בלתי נפרד מחובות המדינה כלפי כל אזרחיה. במסגרת גישה זו התפתחו מקצועות השרות והוכרו כמקצועות חופשיים. האמון ביכולת המדע לפתור את בעיות האנושות לשפר את איכות החיים ולבער מחלות קשות, הקנה למקצוע הרפואה מעמד של פרופסיה במונחים של ידע מדעי ושליטה בטכנולוגיות. תהליכים אלה הובילו להפקדת האחריות על בריאות האוכלוסייה בידי רופאים בעלי הכשרה מדעית מערבית ולשימוש במודלים רפואיים- מוצקים.¹ העלייה במספר החולים הכרוניים, במספר הפצועים עקב מלחמות העולם והתפתחות הרפואה המודרנית ובמספר החולים הפסיכיאטריים המאושפזים, יצרה צורך במקצוע שיקומי, ממוקד בתחום העיסוק.²

מייסדי מקצוע הריפוי בעיסוק בעולם המערבי היו מדיסיפלינות מקצועיות שונות. החוט המקשר ביניהם הייתה אמונתם בחשיבות העיסוק כערך טיפולי; עיסוק כאמצעי לקידום הבריאות, היצרנות, העלאת הביטחון והערך העצמיים ומניעת מחלה משנית. ששת המייסדים, בהם שלוש נשים, נפגשו במרס 1917 בסנטוריום במערב מדינת ניו יורק וייסדו את החברה לקידום הריפוי בעיסוק (National Society for the Promotion of Occupational Therapy). המייסדים היו ג'ורג' אדוארד ברטון- אדריכל חולה בשחפת ששיקם את עצמו לאחר ניתוח באמצעות עבודה מניוואלית והחליט להקדיש את חייו לנושא, תומאס ב' קינדלר, אדריכל במקצועו, מזכיר תעסוקתי בצבא הקנדי, שהיה אחראי על השיקום המקצועי של הפצועים הקנדיים ממלחמת העולם הראשונה, סוזאן קוקס ג'ונסון-מרצה לאומנות מאוניברסיטת ברקלי,³ אלינור קלארק סלאגל, עובדת סוציאלית שהתמחתה בהתאמת עיסוקים לחולים ועבדה במחלקתו של ד"ר מאייר, ד"ר וויליאם ראש דנטון, פסיכיאטר שהאמין בערך העיסוק ופרסם

¹ שובל, י' ואנסון ע' (2005). עמ' 91-101; pp. 202-215; Gordon, D.M. (2009).

² Christiansen, C.H. & Haertl, K. (2014).; Friedland, J.(1998).;Peloquin, S. M.(1991)

³ אחרי הקמת NSPOT עברה לחוף המזרחי, לימדה ריפוי בעיסוק באוניברסיטת קולומביה ועבדה בבית חולים בניו יורק.

ספר בנושא ואיזבל ג' ניוטון, מזכירה במקצועה ובת זוגו של ד"ר ויליאם דנטון.⁴ בוועידה חלקו המשתתפים ביניהם את תובנותיהם המקצועיות מניסיונם הטיפולי והאישי.⁵

הפילוסופיה של מקצוע הריפוי בעיסוק נהגתה על ידי ד"ר אדולף מאייר, פסיכיאטר שהאמין בפילוסופיה של פינל (להלן) ובהתייחסות הוליסטית לכל חולה תוך התחשבות בתפקוד האדם בסביבתו. מאייר העמיד בבסיס המקצוע את התפיסה שצמחה בימי מלחמת העולם הראשונה כי באמצעות עיסוק אפשר להסיח דעתו של חולה, קרי להשכיח ממנו את הכאב ואת צרותיו. תפיסה נוספת הייתה שהעיסוק מאפשר תרגול תנועות בתחום הפיסיקלי ותרגול מטלות יום-יומיות בתחום הטיפול הנפשי,⁶ אשר מקדמים תפקוד תקין. ההתייחסות לאדם ולעיסוק היתה הוליסטית, דינמית ואופטימית, מתוך אמונה שלאדם היכולת להשפיע על בריאותו באמצעות שימוש בידיו ובמחשבתו.⁷ מאייר השתמש במונח participatory activities⁸, במשמעות של חידוד חשיבות התהליך הפעיל של מטופל בביצוע עיסוק תוך כדי ניסוי וטעייה.⁹

הרעיון של שילוב ריפוי באמצעות עיסוק, פורסם לראשונה בצרפת בסוף המאה השמונה עשרה על ידי ד"ר קלמנט ג'וזף טיסו, כומר שלמד רפואה ופרסם ספר חלוץ שהכיל הרבה מעקרונות השיקום המודרני בנושא נכויות פיסיקליות וחשיבות הקניית פעילויות יומיומיות לנפגעים. טיסו היה חלוץ בראיית חשיבות העיסוק ופעילויות היום יום (ADL) לתפקוד האדם.¹⁰ ד"ר פיליפ פינל, פסיכיאטר שכתב באותה תקופה ספר על הטיפול המוסרי (Moral Treatment) הדגיש את הרווח הראשוני והמשני שהפיקו חולים מעיסוק.¹¹ הרעיונות הבסיסיים של שני הרופאים בני המאה השמונה עשרה, ינקו מרוח המהפכה הצרפתית בה החלו להתמקד במרכזיותו של האדם בכל תחומי החיים כולל רפואה. קרי, החולה כאדם מודע לנכותו, מוגבלותו, הוא אדם פעיל שמגיב למחלתו.¹²

רעיונות אלה ייושמו בקורס הראשון לריפוי בעיסוק שנפתח בשנת 1917 על ידי קלארק-סלאגל, במחלקה הניסיונית לריפוי בעיסוק מטעם המחלקה להיגיינה רוחנית באילינוי ובמימון

⁴ סוזן טרייסי- אחות בבית חולים במסצ'וסטס לימדה וניהלה את בית הספר לאחיות ופרסמה בשנת 1911 ספר שהודפס בשתי מהדורות על עיסוק. לא יכלה להגיע לפגישת הקמת הוועדה אך היתה חברה בארגון.

⁵ בוועידה הגדירו המשתתפים את המקצוע ומטרותיו כדלהלן: "The advancement of occupation as a therapeutic measure, the study of the affects of occupation upon the human being, and the dissemination of scientific knowledge of this subject...A method of treatment by means of instruction and employment in productive occupation, to arouse interest, courage and confidence, to exercise the mind and the body in healthy activities, to overcome functional disability and to reestablish a capacity for industrial and social usefulness." (Hopkins, 1983).

⁶ Christiansen, C.H. & Haertl, K. (2014).; Loomis, B.(1992).

⁷ יוסמן, נ' (2010).

⁸ היום יש שמוש רב במילה Participation=השתתפות, לתיאור טיפול שיקומי אקטיבי, בכל המקצועות הפרא רפואיים (הנקראים היום מקצועות הבריאות).

⁹ Bing, Robert K.(1992). ; Hopkins, H. Smith, H. (1983). pp. 3-25 ; Peloquin, S. M.(1991).; Barker-Schwartz, K.(2003). pp. 18-31; Yerxa, E. J. (1992). pp. 79-83

¹⁰ ADL= Activities of Daily Living פעילויות יום יום בסיסיות .

¹¹ Moral Treatment -גישה הומאנית פסיכולוגית לטיפול בחולים פסיכיאטריים שפותחה במאה ה-18 מתוך כבוד לכל אדם באשר הוא וכיבוד הזכויות של כל אינדיבידואל להיות יצרני ויצירת. בארה"ב הפסיקו להשתמש בשיטה עקב גידול במספר המאושפזים בביה"ח הפסיכיאטריים, היצמדות למודלים רפואיים ואמונה שבעיה נפשית נובעת ממבנה מוח פתולוגי ולא מבעיות רגשיות. Bocken, S. J.(1971). pp. 223-225 .

¹² עורי, א' (1996).; פריד, א' ועורי, א' (1990). עמ' 66-68 ; Licht, S. (1967). pp. 269-277

בית הספר לאזרחות ופילנתרופיה בשיקגו. הקוריקולום כלל קורסים בפיזיולוגיה, פסיכולוגיה, קניזיולוגיה, סוציולוגיה, אומנות, מלאכה, הוראות ברפואה, פעילות גופנית ואדמיניסטרציה. מטרת צוות ההוראה הייתה להכשיר צוות טיפולי לעבודה עם חולים הסובלים מבעיות פסיקליות או פסיכיאטריות, חיילים לאחר פציעה וילדים בגילאי בית ספר עם לקויות למידה.¹³

למלחמת העולם הראשונה הייתה השפעה משמעותית על התפתחות התחום. רבבות נפגעי מלחמת העולם הראשונה, הטילו על מדינות העולם המערבי שראו עצמן מחויבות לתמוך בנפגעי המלחמה נטל כלכלי וחברתי. לרפואה המסורתית לא היו כלים לפתור את בעיותיהם של כל כך הרבה חולים כרוניים. לכן, עלה צורך בטיפול שמטרתו אינה החלמה מלאה אלא סיוע לחולה להמשיך בשגרת חייו חרף מגבלותיו.¹⁴ הטיפול השיקומי בפצועי מלחמת העולם הראשונה התמקד בהחזרתם לסביבתם הקודמת בתהליך שיקום מקצועי הכולל התאמות למצב התפקודי החדש או הסבה מקצועית. 1685 עובדות Reconstruction Aids¹⁵ גויסו לעבודה בבתי חולים צבאיים, 460 מהם נשלחו לבתי החולים באירופה. העובדות חולקו לשתי התמחויות- פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק. המרפאות בעיסוק הוכשרו בקורס בן ששה עד שנים עשר שבועות, הם עבדו במעמד אזרחי. לכל המגויסות היה ניסיון מקצועי כמורות, אומניות, מורות למלאכה ומרפאות בעיסוק. השפעתן ניכרה למשל בחולי השחפת: במהלך המלחמה חיילים רבים חלו בשחפת. עד למלחמה הטיפול המומלץ במחלת השחפת היה מנוחה, תזונה וחשיפה לאוויר צח. מפנה בשיטת הטיפול הביא לניצול של תקופות הרגיעה מהשחפת לטיפול הדרגתי ולחזרה לתפקוד תוך שימוש בעיסוקים שיאפשרו לחולה להיות יצרני. חשיפת המקצוע בפני חיילים רבים וההצלחות השיקומיות העלו את הביקוש למרפאות בעיסוק במסגרות שיקומיות והמקצוע החל לקבל הכרה ציבורית.¹⁶

התפתחות המקצוע הייתה מהירה. בתי ספר נוספים לריפוי בעיסוק נפתחו בבוסטון, פילדלפיה ובסנט לואיס. בשנת 1918 פרסם דנטון חלוקה לשלושה סוגי טיפול בריפוי בעיסוק: ריפוי בעיסוק שכולל פעולות פשוטות במטרה להסיח דעת החולה, ריפוי בעיסוק להשגת שיקום שכלי נפשי או פיזי וריפוי בעיסוק להשגת שיקום מקצועי. הטיפול בכל אחד מהסוגים צריך היה להיות בהתאם לתשעה עקרונות טיפוליים.¹⁷ בשנות העשרים והשלושים נקבעו הסטנדרטים המקצועיים של המרפאים בעיסוק בשטח, הוראת המקצוע והארגון. שם הארגון האמריקאי שונה ל AOTA¹⁸, כתב העת הראשון לריפוי בעיסוק פורסם. החוק לשיקום מקצועי משנת 1920 והחוק לשיקום בתעשייה משנת 1923, יצרו ביקוש למקצוע ונפתחו מחלקות בבתי חולים אזרחיים. בשנת 1928 היו ששה מוסדות שלימדו את המקצוע. הרישום המקצועי של המרפאות בעיסוק נעשה תחת פיקוח ההסתדרות הרפואית האמריקאית (AMA).¹⁹ ומשנת 1932 ניתן תואר בוגר

¹³ Loomis, B.(1992).

¹⁴ פריד, א' (2010). עמ' 13-21.

¹⁵ כך נקראו הפיזיותרפיסטים והמרפאות בעיסוק שגויסו לעבודה עם פצועי המלחמה.

¹⁶ Gordon, D.M. (2009).; Colman, W. (1990). pp. 742-748

¹⁷ בלום, נ' (2006). עמ' 9-42.

¹⁸ AOTA=American Occupational Therapy Association

¹⁹ AMA=American Medical Association

בריפוי בעיסוק באוניברסיטאות בבוסטון, פילדלפיה ובסנט לואיס. הלימודים ארכו שנה של למודים תיאורטיים ועוד תשעת חדשי הכשרה מעשית תחת פיקוח.

עם הצטרפות ארצות הברית למלחמת העולם השנייה נפתחו קורסים מזורזים להכשרת 500 מרפאות בעיסוק ופורסם ספר הדרכה בריפוי בעיסוק מטעם War Department.²⁰ בהכשרה הושם דגש על שיקום פסיקלי, פותחו טכניקות ושיטות עבודה ייחודיות והחלה התמחות ספציפית. עם סיום המלחמה עבדו בארה"ב 2265 מרפאים בעיסוק, מהם 50 גברים. בשנת 1947 פורסם ה-TEXTBOOB המקצועי הראשון בריפוי בעיסוק,²¹ ונפתחה תכנית ללימודי מוסמך בריפוי בעיסוק באוניברסיטת דרום קליפורניה.²²

מייסדי המקצוע ראו בקשר עם מקצוע הרפואה צורך חיוני על מנת לקדם את המקצוע. אגוד המרפאים בעיסוק האמריקאי חבר להסתדרות הרפואית (AMA) ובשנת 1931 נקבעו ההנחיות החינוכיות ונהלי ההסמכה של מרפאות בעיסוק.²³ עד שנות השבעים של המאה העשרים התבססה עבודת הריפוי בעיסוק על תיאוריות מתחומי הרפואה, הקניזיולוגיה והפסיכיאטריה.²⁴ הקשר ההדוק עם עולם הרפואה הציב את המקצוע בפני קונפליקט עם חלק מערכיו הבסיסיים.²⁵ במשך השנים עלו ניגודים בין הפרדיגמה המדעית רפואית לפרדיגמה ההוליסטית המבוססת על ראייה כוללת של הפרט ותופסת את העיסוק כמקדם בריאות ואיכות חיים.

המחקרים בנושא ההיסטוריה של שירותי ומקצוע הריפוי בעיסוק בארצות הברית, והקריאה מחדש של הארכיונים המקצועיים החלו בשנת 1967 עם ציון יובל שנים לייסוד המקצוע. הגל השני של המחקרים היה בשנת 1992, לרגל חגיגות שבעים וחמש שנים. מאז מפורסמים מחקרים ספוראדיים בנושא ההיסטוריה. מחד גיסא, במחקרים האחרונים קימת התייחסות לשגיאות המקצועיות שנעשו בעבר, להיעדר תיאוריות מוצקות מתחום הרפוי בעיסוק, ולהתעמקות בעבודת השטח תוך הזנחת התחום המחקרי מדעי. מאידך גיסא, בהרבה מחקרים קיימת ביקורת על הנטייה להיצמד למודל הרפואי אשר צמצם את הטיפול ההומניסטי.

²⁰ הספר פורסם מטעם War Department במתכונת של manual לריפוי בעיסוק בדצמבר 1944, לא רשום שם המחבר.

²¹ הספר נכתב על ידי הלן ויליאמס, מנהלת בית הספר לריפוי בעיסוק בפילדלפיה, נשות הדסה בניו יורק נעזרו רבות בשירותיה לגיוס צוות מקצועי ולהרשמת מרפאות בעיסוק יהודיות לקורס המזורז שנפתח בפילדלפיה עם תום מלחמת העולם השנייה. להלן עמ' 46.

²² Creighton, C.(1992). pp. 63-69 ; Gordon, D.M. (2009).

²³ Colman, W. (1992). pp. 45-48 ; Friedland, J. & Silva, J.(2008). pp. 349-358

²⁴ יוסמן, נ' (2010).

²⁵ עם תום המלחמה וייסוד האגודה לרפואה פסיקלית נעשו ניסיונות לאחד את הריפוי בעיסוק עם הפיזיותרפיה כמקצוע שיקומי פסיקלי בחסות הרפואה הפסיקלית. ראשי הארגון לריפוי בעיסוק התנגדו לאיחוד בתמיכת ה-AMA והצליחו לשמור על אוטונומיה מקצועית. Baum. (2006). pp. 45-48; Colman, (1992).

2. ההקשר התקופתי 1940-1950

א. היישוב

עם כיבוש ארץ ישראל על ידי הבריטים החלה תקופת הממשל הצבאי. ביולי 1920 החל השלטון האזרחי תחת חסות המנדט הבריטי. בשנה זו התאחדו המשרד הארצישראלי וועד הצירים להנהלה הציונית, אשר קבלה בשנת 1930 את השם 'הסוכנות היהודית'. להנהלה הציונית היה ביישוב כח לא מבוטל הן בהיבט הכלכלי בשל כספי התנועה הציונית העולמית והן בהיבט המדיני מכרח הכרת הבריטים את ההנהלה כגוף שמייצג את יהודי ארץ ישראל. במקביל להנהלה הציונית, פעל ביישוב הוועד הלאומי כנציגות של אספת הנבחרים שנבחרה על ידי היישוב. על פי חלוקת תחומי האחריות בין ההנהלה הציונית ואסיפת הנבחרים, ההנהלה הציונית עסקה בנושאי חוץ וארגון כגון: העלייה לארץ (חלוקת סרטיפיקטים), רכישת קרקעות, ניהול משא ומתן וניהול ענייני המדינה. אסיפת הנבחרים הייתה אחראית לעניינים פנים-יישוביים, בהם בריאות ורווחה.²⁶ שני הגופים השלימו זה את זה.

היישוב היהודי הלך וגדל כתוצאה מהעלויות לארץ. בסוף שנת 1945, מנתה האוכלוסייה היהודית 550,000 נפש. במהלך שנות המנדט חלה עלייה במספר תושבי הערים, בחשיבות מפעלי החרשת, המלאכה והשירותים. הערים היו עוצמה כלכלית. מסחרית, פוליטית ותרבותית. למרות שנציגי ההתיישבות העובדת היו מיעוט בהשוואה למחנה האזרחי-עירוני, אשר היה מפוצל, הצליחו מפלגות הפועלים לשלוט במיתוסים המכוננים ביישוב וליצור תלות של האזרח בשירותי הבריאות והתעסוקה שסיפקו הוועד הלאומי ומפלגות הפועלים.²⁷

למרות העובדה שראשיתה של המאה העשרים אופיינה בעיור באירופה ובארצות הברית, ושמרבית האוכלוסייה היהודית התגוררה בערים, דת העבודה רווחה בקרב החברה היישובית והרימה את העבודה הפשוטה ובעיקר את עבודת האדמה למדרגה של קדושה.²⁸ המגמה הכללית של מערכת החינוך העברית ציונית הייתה לעצב אדם שונה מהתכונות שיוחסו ליהודים בגולה וביישוב הישן. אחת מהתכונות הרצויות הייתה אהבת העבודה בכלל ואהבת עבודת האדמה בפרט.²⁹ היחס השלילי של היישוב כלפי טיב ההשכלה או מיומנות מקצועית כקנה מידה ליוקרתם של משלחי יד הביא לגיבוש סולם של יוקרה מקצועית ייחודי לחברה היישובית כאשר בראשו ניצבו תעסוקות הקשורות לעבודת כפיים ובעיקר חקלאות, תעשייה ובניין ובתחתית הסולם- מסחר רוכלות וספסרות. בתווך, פקידות או מקצועות חופשיים. מיקום מקצוע ב"סולם" נקבע על פי התרומה לקולקטיב. הלימודים הגבוהים נתפשו בצבור כעשייה לביתך, עיסוק הבא על חשבון התרומה הדחופה לקולקטיב.³⁰ שגב ואלמוג מציינים את 'התרבות של אנטי תרבות' שהתקיימה ביישובים, על פיה אין לעסוק באומנות, לימודים הומאניסטיים ותרבות שנתפסו כעיסוקים בורגניים, אלא להקדיש את כל הזמן לעבודה.³¹ חובת החלוץ הייתה להקדיש את רוב זמנו ומרצו לעבודת הכפיים ולא לעיסוקים של הרחבת דעת לשמה. אידיאל זה התפתח הן

²⁶ רובינשטיין, א' (תשל"ט). עמ' 177-151, 223-227.

²⁷ ליסק, מ' (תש"ן). עמ' 173-188.

²⁸ אלמוג, ע' (תשנ"ז). עמ' 218-235; אלבוים-דרור, ר' (תשמ"ו). עמ' 341, 362.

²⁹ שם, שם.

³⁰ ליסק, מ' (תש"ן). עמ' 173-188.

³¹ אלמוג, ע' (תשנ"ז). עמ' 218-235; שגב, ת' (1999). עמ' 214-211.

מטעמים אידיאולוגיים והן עקב הקושי הפיזי בעבודת הכפיים המתישה אך, נשמר בעיקר ברמה התיאורטית ולא ברמה המעשית.³² דילמה זו, של התפתחות מקצועית אישית מול התרומה לקולקטיב, אפיינה גם את דור תשי"ח שתלמידות הקורסים הראשונים לריפוי בעיסוק היו חלק ממנו.³³

ב. ירושלים – מקום הולדתו של המקצוע

מקצוע הריפוי בעיסוק התפתח בבית החולים הדסה בירושלים.³⁴ ירושלים הייתה מרכז לעבודה הרפואית של ארגון הדסה, מרכזיותה של העיר התעצמה עם פתיחת המרכז הרפואי על הר הצופים בשנת 1939. בית החולים שנחשב מוסד מודרני היה מוסד לאבחון וטיפול לכלל תושבי המזרח התיכון.³⁵ עם כניסת הבריטים לארץ ישראל הייתה ירושלים העיר הגדולה ביותר בארץ ישראל. בתקופת השלטון הבריטי גדלה ירושלים הן בגודלה הפיזי והן במספר תושביה. אוכלוסיית יהודי העיר הייתה מגוונת מבחינה עדתית חברתית ודתית. בין יהודי העיר היו פערים ברצון להיחשף למודרנה ולהשפעות העולם המערבי. הבריטים יצרו לראשונה את המסגרת הטריטוריאלית המודרנית של ארץ ישראל וקבעו את ירושלים כבירתה הפוליטית.³⁶

ג. מלחמת העצמאות

למלחמת העצמאות השפעה נכרת על התפתחות המקצוע; החל בפינוי הר הצופים מקום משכן הקורס לריפוי בעיסוק, המעבר לבנייני הדסה ברחבי העיר, גיוס התלמידות הבוגרות לצבא ופתיחת מחלקות לריפוי בעיסוק בבתי החולים הצבאיים ובמרכז השיקום שהוקם בירושלים.³⁷ המלחמה פרצה למחרת קבלת תכנית החלוקה של האומות המאוחדות בכ"ט בנובמבר 1947 והסתיימה בהסכמי שביתת הנשק ביולי 1949. הייתה זו מלחמה עקובה מדם על עצם הקמת וקיום מדינה יהודית בארץ ישראל: היישוב היהודי בקש להקים מדינה ומעת שהוקמה להבטיח את קיומה וביטחונה. ערביי הארץ ומדינות ערב בקשו למנוע הקמת מדינה יהודית ומשהוקמה בקשו להשמדה. במהלך המלחמה התנהלו קרבות קשים תוך היעדר אבחנה בין חזית לעורף, ארבעה עשר יישובים יהודיים נחרבו ונעזבו. שיעור האבדות של הלוחמים והאזרחים היה אחוז אחד מכלל האוכלוסייה שמנתה כ- 600,000 נפש.³⁸ היסטוריונים מחלקים את עשרים חדשי המלחמה לשלבי לחימה ולהפוגות.³⁹ בתחילה תקפו כנופיות ערביות שכונות יהודיות מבודדות

³² ליסק, מי (תשי"ו).

³³ אלמוג, ע' (תשנ"ז). הלימודים בתיכון ובאוניברסיטה נתפשו כשגרה משעממת לעומת אתגרי 'שגרת החירום'. הצעירים העדיפו את המסגרת המעשית על פני המסגרת האוניברסיטאית גם משום שהיא החמיאה לבגרותם. בפלמ"ח ובצבא הם היו בחזקת מבוגרים עצמאיים שאחריות רבה מוטלת על שכמם.

³⁴ הקורס הראשון לריפוי בעיסוק, התחיל את לימודיו בהר הצופים ואחרי הפינוי עבר למבני הדסה במרכז העיר.

³⁵ ברטל, נ' (2005). עמ' 31-33; קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). עמ' 44.

³⁶ ביגר, ג' (2003). עמ' 63-73; בן אריה, י' (2003). עמ' 3-25.

³⁷ ראיון נירה זוסמן, 17/3/10; ראיון ביה גרייבסקי, 17/5/10; ראיון רולי גולדמן, 9/5/10. ראיון חנה דוידזון, 13/1/10; ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, תמלול ראיונות עם אתל בלום בשנים 1983, 1986; לוי ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 2. על הקמת מרכז השיקום של הדסה בירושלים ראו פארן, ג' (2014). עמ' 60-66.

³⁸ בראון, מ' (תשנ"ח); חשביה, א' (תשמ"ח). עמ' 9. שפירא, א' (תשע"ד). עמ' 148-150; ע"ע מלחמת העצמאות, לקסיקון הכנסת. נדלה בתאריך 16/4/15 http://main.knesset.gov.il/About/Lexicon/Pages/mil_atz.aspx

ע"ע מלחמת העצמאות, ארכיון צה"ל ומערכת הביטחון, נדלה בתאריך 16/4/15 <http://www.archives.mod.gov.il/pages/Exhibitions/BenGurion/endOfWar.asp>

³⁹ שם, שם.

ואת עורקי ואמצעי התחבורה בפעולות טרור וגרילה, הקרבות התמקדו בערים המעורבות ובעיקר בירושלים, ביישובים יהודיים מבודדים ועל צירי התנועה.⁴⁰ עם סיום המנדט הבריטי הצטרפו למלחמה צבאות מחמש מדינות ערב. הכח הצבאי שעמד לרשות היישוב ומדינת ישראל היה מצומצם, נפל בצידו וחימושו מהכח התוקף ועסק בחדשים הראשונים בהתגוננות. במהלך הקרבות הוקם צה"ל, שהיה לצבא אחד תחת פיקוד אחד, ההפוגה בקרבות נוצלה להקמת החילות ולהתעצמות באמצעי לחימה ובלוחמים שעלו במספרם על חיילי הצבאות הפולשים. המלחמה הסתיימה עם הסכמי שביתת נשק בין ישראל למצרים לבנון וסוריה. מדינת ישראל הרחיבה את הגבולות שנקבעו בתכנית החלוקה של האו"ם. במקביל למלחמה העקובה מדם התמודדה מדינת ישראל עם קליטת כחצי מיליון עולים,⁴¹ מחסור בידיים עובדות, מצב כלכלי רעוע עקב המלחמה וקליטת העלייה ובניית מערכות ומוסדות השלטון במדינה חדשה.

ד. נשים ביישוב: מאפייניהן ותעסוקתן

התרבות הציונית הייתה פטריארכלית מייסודה ובראשה עמדה אוליגרכיה גברית שטיפחה את הצייתנות ואת ההערצה כלפיה. תרבות זו התבססה על הירואיקה גברית ועל תרבות של לוחמים.⁴² העלייה לארץ ישראל אופיינה באחוז גבוה של נשים בקרב המהגרים בהשוואה לאוכלוסיות מהגרים בעולם. עד קום המדינה, ניתנה עדיפות לגברים בעלייה לארץ ובתעסוקה, איזון מספרי נוצר על ידי עליית נשים באופן יצירתי ועקיף כגון נישואין פיקטיביים,⁴³ לפיכך, על אף שהיה רוב גברי ביישוב, הרי שהיה זה רוב קטן.⁴⁴ חברת היישוב הורכבה בעיקר מנשים שעלו לארץ ישראל מאירופה. תהליך התיעוש באירופה יצר שינוי בתעסוקת נשים יהודיות שנאלצו להיכנס למעגל העבודה כדי להבטיח את פרנסת משפחתן. נשים עסקו במסחר, ניהול עסקים, מכירת תבואה, מכירה בדוכנים בערים ועבודה בבתי מרוח.⁴⁵

היישוב היה מורכב ממשפחות מהגרים ומהגרות, ההגירה הביאה לעיצוב זהות חדשה.⁴⁶ בעוד שנשים שהגרו ממזרח אירופה לאמריקה מיהרו לאמץ לעצמן תדמית חדשה במתכונת האשה האמריקאית,⁴⁷ חסרו לעולות לארץ דגמי חיקוי. בפניהן ניצבה בת היישוב הישן – האדוקה, או האשה הערבייה, שתיהן לא היו דגם לחיקוי לשנות היישוב שחתר לצד הקמת מדינה גם יצירת חברה חדשה. לפיכך עוצבה בארץ זהות נשית חדשה, תהליך עיצובה של האשה בארץ ישראל היה שונה מהתהליך שעברה המהגרת היהודייה לארצות המערב. רוב הנשים המשיכו לטפח את הדגם הנשי המסורתי שהיה מקובל בחברה היהודית באירופה, של האשה – בביתה מטפלת בילדיה. אולם ההגעה לארץ וההשתלבות במפעל הלאומי זימנו הזדמנויות חדשות. מלבד הרוחות הציוניות שפעמו בנשים, נשבו גם רוחות של ליברליזם חילון וסוציאליזם, שהיוו קרקע פורייה לצמיחת דמות נשית חדשה של האשה המשתחררת, שהתאפיינה בין היתר ברצון למימוש

⁴⁰ שם, שם.

⁴¹ צמרת, צ' (תשנ"ג). עמ' 19-22.

⁴² אלמוג, ע' (2000). עמ' 56-61.

⁴³ ברנשטיין, ד' (תשע"ב). עמ' 5-29.

⁴⁴ חלמיש, א' (תשס"ג). עמ' 178-216.

⁴⁵ אלרואי, ג' (תשס"ד). עמ' 134-162; אלרואי, ג' (תשע"א). עמ' 87-114.

⁴⁶ רזי, ת' (תשע"א); מורג-טלמון, פ' ועצמון, י' (תשע"ג). עמ' 9-21.

⁴⁷ היימן, פ' (תשנ"ז). עמ' 17-43.

עצמי. התפיסה שהחברה לא תיכון בלי חידוש פניה של דמות האישה פיתחה את מיתוס העבריה החדשה והשוויון בין המינים.⁴⁸ אולם בפועל, השוויון היה רחוק מלהתממש במלואו. תפקידה המיועד של האשה בעידן התחייה הלאומית, נותר במתכונת המסורתית; נשים זוהו עם האימהות שהועצמה בשל הלאומיות.⁴⁹ מחד גיסא, הנשים נקראו להתמקד ב'ספירה הביתית' ולהתמסר ליצירת הפלא של העברי והעבריה ה'חדשים'.⁵⁰ מאידך גיסא, האתוס הציוני הדגיש את חשיבותה של עבודת הנשים לתחייה הלאומית בכלל ולהתפתחות כלכלת הארץ והנשים עצמן ביקשו ליטול בו חלק.⁵¹

חקר תעסוקת הנשים רלוונטי במיוחד למחקר כיון שהמקצוע הנדון היה והינו מקצוע נשי מבחינת העוסקות בו ובשל דימויו. בשוק העבודה המקומי היתה חלוקת עבודה מגדרית ברורה. הנשים נדחקו לעבודות שהיו קשורות בבית ובמשפחה, הנשים תפקדו כמורות, אחיות, פקידות ומזכירות. מקצועות נשיים סטריאוטיפיים שהיו הרחבה לתחומי העיסוק המסורתיים של הנשים ונתפסו הולמות את האשה ותכונותיה. עבודות נשיות מקדמת דנא ונחשבות פחות אשר אפשרו להן להוסיף ולטפל בילדים, שכרן לרוב היה נמוך יותר משל הגברים ואף הומעט ערכן. הגברים מילאו את רוב תפקידי המפתח ועבודת הגבר הייתה המודל להערכת העבודה. העדר השוויון ניכר במיוחד בשטח הכלכלי. גם בשל המדיניות המנדטורית,⁵² וגם בשל תפיסות המגדר המסורתיות, נשים רבות לא היו שותפות לשוק העבודה. העדר תנאים סוציאליים הקשו על אימהות לעבוד מחוץ לביתן, ובמקרה שעשו זאת, פרנסתן הייתה משנית לזו של הגבר. רוב הנשים שעבדו מחוץ לביתן הוסיפו למלא גם את התפקיד האימהי,⁵³ בין היתר מתוך ראייה כי תרומתן ללאום היא בעיקר באמצעות אימהותן.

מקצועות הטיפול נחשבו נשיים מקדמת דנא. מאמצע המחצית השנייה של המאה התשעה עשרה נפתחו בירושלים בתי חולים שעבדו בהם אחיות ומספר מועט של רופאות. גובה שכרה של אחות היה מחצית משכרו של גבר שעבד כאח. עם התפתחות התיירות בירושלים בסוף המאה התשעה עשרה, התפתחו אפשרויות לתעסוקת נשים ועלה מספר הנשים העובדות בתפקידי שרות, מסעדות, אכסניות ובתי מלון. בעקבות התפתחות תעשיית הטקסטיל באירופה עבר תחום זה מהספירה הביתית לספירה הציבורית. בירושלים התפתחו תחומי הרקמה, התפירה והאריגה והפכו לתחומים ראשיים בחינוך הנשים.⁵⁴ התיעוש הביתי הופץ גם על ידי הארגונים הציוניים. בית המדרש והסדנאות של 'בצלאל' היו המעסיקים הגדולים ביותר בירושלים שהעסיקו בעיקר נשים ונערות. לאתוס הציוני התאימה התפיסה שהאומנות העברית תעזור בבריאת איש ואשה אוהבי אומנות אסתטית וכבני אדם פרודוקטיביים אוהבי עבודה.⁵⁵ המשבר הכלכלי הקשה בסוף

⁴⁸ שילה, (תשס"ז). המיתוס הושפע וניזון מדמותן של מניה שוחט, רחל ינאית, חנה סנש ואחרות. מחקרים מראים שלמיתוס לא הייתה אחיזה במציאות.

⁴⁹ אלבוים-דרור, ר' (2001). עמ' 95-115; רוזנברג-פרידמן, ל' (תשס"ט) עמ' 91-125; רוזנברג-פרידמן, ל' (2007). עמ' 117-152.

⁵⁰ סטולר-ליס, ש' (תשס"ג). עמ' 277-295.

⁵¹ המתח בין הדרישות כונה על ידי ברנשטיין 'בין האשה האדם ובין אשת הבית'. ברנשטיין, ד' (תשנ"ג). עמ' 83-103.

⁵² רק אחד מבני הזוג יכל לפרנס

⁵³ ברנשטיין, ד' (תשנ"ג). עמ' 83-103.

⁵⁴ שילה, מ' (תשס"ב). עמ' 144-149, 187.

⁵⁵ שילה, מ' (תשמ"ט). עמ' 91-106.

שנות העשרים של המאה העשרים גרם לעלייה באבטלה וירידה בכח הפועלות ביחס לפועלים וקיבע עוד יותר את הנשים בענפי השרות. גם בסוף שנות השלושים נוצר צורך בתפקידי שירותים עקב הגידול במרכזים העירוניים במסחר ובמינהל.⁵⁶ נשים אקדמאיות היו מיעוט ביישוב ביחס לאוכלוסייה בכלל ולנשים בפרט.⁵⁷ במפקד שנערך בשנת 1937 נמצא כי כמעט מחצית מהנשים בהתיישבות העובדת ובערים היו בעלות השכלה תיכונית. רק 7.1% אחוזים מהנשים העירוניות היו בעלות השכלה גבוהה. רוב הנשים העובדות בסוף שנות השלושים היו נשים עירוניות שהועסקו במקצועות שרות נשיים; פקידות, הוראה וסיעוד. כמעט מחצית הנשים שעסקו במקצועות השרות היו נשים נשואות. נשים שהמשיכו לעבוד אחרי נישואיהם עסקו במקצועות בעלי רמה מקצועית גבוהה והרוויחו שכר גבוה בהשוואה ליתר הנשים העובדות.⁵⁸ ואולם, הנשים שהמשיכו לעסוק ברפואה ובחינוך, היו בדרגות נמוכות בהשוואה לגברים.⁵⁹ בשנות היישוב שימש המונח קריירה תואר גנאי המרמז כי הפרט מעמיד את הצלחתו האישית מעל צרכי הכלל. התואר קרייריסטית עורר תגובה שלילית יותר מהתואר קרייריסט. האידיאולוגיה השלטת תבעה מנשים להעמיד את משפחתן והלאום לפני הכל והקשתה על שאיפותיהן לקידום מקצועי.⁶⁰

ארגוני נשים שפעלו ביישוב ביקשו לסייע להן ופעלו בין היתר לקידום נשים באופנים שונים. ארגונים נוסדו עוד על ידי נשות היישוב הישן שביקשו לפעול בתחום הסעד והסיעוד, תחומים שנתפסו נשיים-טיפוסיים. נשים פעלו באופן פילנטרופי עקב התפיסה כי הן מיועדות לעסוק בענייני הגוף, ובעניינים הקשורים בתמיכה ובסיעוד. עם זאת הסיוע הפילנטרופי נותב לחיפוש דרך לקידום נשים בתחומי השכלה ועבודה.⁶¹ במהלך שנות המנדט הבריטי גדל מספר ארגוני הנשים שפעלו ביישוב.⁶² הארגונים עסקו בתחומי הבריאות, התרבות וההכשרה המקצועית לנשים. חלק מהארגונים התמקדו בעשייה בתחום הפוליטי.⁶³ ארגוני הנשים שהתפתחו בארץ ישראל הביאו לחיזוק המודעות הנשית, להכשרה מקצועית לנשים, להכשרת מנהיגות ולקידומן של נשים.

פתיחת בית הספר לאחיות בירושלים היוותה מפנה בתפיסת ההכשרה המקצועית לנשים. בהתאם לתפיסה האמריקאית שהחשיבה את הסיעוד כפרופסיה, הוכשרו נשים משכילות, תוך לימוד מיומנויות וידע במגוון רחב של תחומים, לעסוק בסיעוד ולהתפרנס באופן עצמאי.⁶⁴

להיבט המגדרי הייתה השפעה עצומה על התפתחות המקצוע בארצות הברית. מעט מהמחקרים בנושא התפתחות המקצוע עוסקים בהקשר המגדרי של הריפוי בעיסוק, וזאת למרות שמחצית מהמייסדות היו נשים ולמרות שבפועל העובדות היו נשים. גם תלמידות הקורסים היו בעיקר נשים. רוב הגברים שעבדו בשטח היו מרפאים בעיסוק מעשיים שהוכשרו בקורסים

⁵⁶ הרצוג, ח' (תשנ"ד). עמ' 111-133; כתבן, א' (תשע"א). עמ' 263-305

⁵⁷ שם, שם.

⁵⁸ ברנשטיין, ד' (תשמ"ז); מרגלית-שטרן, ב' (תשס"ו). עמ' 387-396.

⁵⁹ שם, שם.

⁶⁰ יזרעאלי, ד' (1997). עמ' 56-75.

⁶¹ שילה כתבה על פינתרופיה כערץ עבודה נשי. שילה, מ' (תשס"ב). עמ' 133-170; ראו גם ברנשטיין, ד' (תשמ"ז). עמ' 70; רוזנברג-פרידמן, ל' (תשס"ה) עמ' 1-27; זמורה, א' (תשס"ב). עמ' 78-110; ספרן, ח' (תשס"ו).

⁶² ארגונים לדוגמה: 'התאחדות נשים עבריות לשיווי זכויות', 'הסתדרות נשים עבריות', 'תנועת הפועלות', הדסה וויצ'ו, נשי מזרחי.

⁶³ להלן הערה מס' 61.

⁶⁴ ברטל, נ' (תשס"ב). עמ' 270-291.

מקוצרים, ללא הסמכה אקדמאית או רישוי. מיעוט גברים מוסמכים למד את המקצוע. בשנות הארבעים, בית הספר היחיד בארצות הברית שקבל גברים ללימודים היה בסנט לואיס. אחוז הגברים היה 2.5% אחוזים מכלל המרפאים בעיסוק. רוב הגברים עבדו בתחום בריאות הנפש.⁶⁵

הנשים שנבחרו לשרת בתפקיד Reconstruction Aids בעת מלחמת העולם הראשונה נבחרו בקפידה והיו בעלות מקצוע עם ניסיון באומנות או במלאכות יד. לתפקיד נבחרו רק נשים עקב גיוס הגברים למלחמה ותפיסת התחום כנשי בשל היותו תומך ומסייע. הדרישה שתהיינה מגיל 25 ומעלה, העלתה את רמת השכלתן כי רבות מהן היו בוגרות השכלה תיכונית וקולג'. רק רווקות נשלחו לאירופה, המשכורות ששולמו להן היו גבוהות ואפשרו להן עצמאות כלכלית.⁶⁶ התפתחות התחום הביאה אפוא לקידום נשים.

בראשית המאה העשרים רווחה הדעה כי השונות בין נשים לגברים אינה רק מינית אלא מקפת ומשפיעה על היבטים פסיכולוגיים ואינטלקטואליים. המקום המסורתי של נשים בביתן ובגידול ילדיהן עבר שינוי עקב הצורך בעבודת הנשים במלחמת העולם הראשונה. השפל הכלכלי הגדול בארצות הברית בשנת 1929 פתח בפני נשים את ההזדמנות לצאת לעבודה. נשים התבקשו להרחיב את כישוריהן הביתיים לספירה הציבורית ולשדרג את המיומנויות הביתיות בהן תפקדו לאורך שנים לספירה הציבורית, להשתמש בכישורים אלה ובתכונות הנשיות במרחב הציבורי מתוך חובה לאומית. מצב החרום המלחמתי אפשר לנשים מהמעמד הגבוה ומהמעמד הבינוני-גבוה, שבעברן עסקו בפעילות במועדונים חברתיים ובהתנדבות, לחדד את כישורי הארגון שלהן בזמן המלחמה ולחוות תעסוקה בשוק העבודה בתפקיד מפתח.⁶⁷ אילוצי השעה הביאו לקידום האשה ומעמדה.

מחקר שהתמקד בבית הספר לריפוי בעיסוק בבוסטון העלה כי המרפאות בעיסוק שלמדו בשנים הראשונות נחשבו לינשות חברה' מהמעמד הגבוה. שתיים משלוש הנשים שניהלו את בית הספר בבוסטון, היו בקשרים משפחתיים עם מנתחים בבתי החולים והשלישית למדה באירופה Reconstruction Aids. ברטל חקרה את בית הספר לאחיות בהדסה וממצאיה עולים בקנה אחד עם המחקר על בית הספר בבוסטון. ברטל השתמשה במושג 'משפחות הדסה' כדי לתאר את קשרי המשפחה בין תלמידות בית הספר לאחיות לאנשי רפואה מחקר וסיעוד שעבדו בבית החולים הדסה.⁶⁸ הדיון בקורס הראשון לריפוי בעיסוק שנפתח בירושלים מראה ממצא דומה.⁶⁹

בבתי הספר בניו יורק ובפילדלפיה למדו ולימדו מרצות ותלמידות ממעמדות חברתיים זהים. המודעות על פתיחת קורסים פורסמו במדורי החברה בעיתונים, בהרצאות בקולגים נבחרים ובמועדוני נשים יוקרתיים. תנאי הקבלה של התלמידות היו בדלניים אליטיסטיים והתאימו רק לנשים משכילות מהמעמד הגבוה. ייתכן שהמקצוע קושר לעיסוקים 'התנדבותיים', כחלק מעשייה פילנטרופית שהייתה נחלת נשים מהמעמד הגבוה במשך שנים. בהדרגה, נשמעו קולות שדגלו בהרחבת כח האדם במקצוע והרחבת תנאי הקבלה לתלמידות פחות משכילות וללא ניסיון מקצועי קודם. חל שינוי במדיניות הפרסום של המקצוע, הופיעו יותר פרסומים במחלקות לריפוי

⁶⁵ Bing, R. K.(1981). ; Hopkins, H. Smith, H. (1983). ; Litterst, T. A. E. (1992). pp. 20-25

⁶⁶ Litterst, T. A. E. (1992).

⁶⁷ שם, שם.

⁶⁸ ברטל, נ' (תשע"ה). עמ' 67

⁶⁹ להלן עמ' 61.

בעיסוק, בעיתונים רפואיים, במקורות רשמיים של מדינות ובהצגת תערוכות בכנסים רפואיים. הפרסום הוצא מחוגי החברה הגבוהה והועבר לקהילה הרפואית. ואולם, למרות השינוי, המועמדות שענו על קריטריונים של הארגון האמריקאי היו מועמדות משכילות ממוצא לבן. עם תום מלחמת העולם הראשונה הדגישו הנשים שעבדו במקצוע את התאמתן לנשים בשל העיסוק בתחומים שזוהו עם תפקידים נשיים. גם התעמולה באמצעי התקשורת עודדה תעסוקת נשים ואת התאמת מקצוע הריפוי בעיסוק לנשים.⁷⁰

פידלר חפש הסבר לשוני בין מקצועות נשיים למקצועות גבריים. לדעתו, אגרסיביות, תחרותיות ושיתוף פעולה הן תכונות גבריות, אשר נחשבות מקצועיות. צייתנות גמישות וצורך בקבלה הן תכונות שניתן לשייך לחיי המשפחה. לפיכך, הן נחשבות תכונות נשיות מתאימות למקצוע למחצה (semi profession), על סמך האבחנות האלה נחשבו מקצועות לנשיים או לגבריים. מקצוע הריפוי בעיסוק הכיל תחומי עיסוק רבים שזוהו עם התפקידים המסורתיים של נשים. התכונות שנדרשו ממרפאות בעיסוק, התפיסה ההומאנית והידע במלאכות יד ובאומנויות, הקנו למקצוע מקום בקרב המקצועות הנשיים שלא אתגרו את הנורמות המסורתיות.⁷¹ מאפייני המקצוע, בד בבד עם אילוצי השעה, פתחו מקצוע חדש בפני נשים, שבדיעבד הביא גם לקידומן ולשינוי במעמדן בחברה. היבטים אלה, הרלבנטיים להתפתחות המקצוע בארה"ב, יבואו לידי ביטוי גם בארץ.

⁷⁰ Colman, W. (1990). pp. 742-748 : Litterst, T. A. E. (1992).

⁷¹ Breines, E. B. (1988). pp. 55-57

ה. שירותי בריאות ביישוב ובמדינת ישראל

בריאות מוגדרת במחקר כ"פונקציה של הדפוסים החברתיים והתרבותיים של החברה. הגורמים המרכזיים הקובעים את רמת הבריאות של החברה קשורים למבנה החברתי והכלכלי שלה, שהם פונקציה של תהליכים היסטוריים, פוליטיים וחברתיים. שינויים בגורמים אלה הם העומדים בבסיס מגמות לשיפור שירותי הבריאות. גורמים חשובים המשפיעים על דפוסי התנהגות בריאותית ואינדיקטורים של בריאות הם עלייה בשנות הלימוד ופיתוח כלכלי. מדיניות חברתית החותרת להרחבת התעסוקה, שיפור תנאי השיכון, סיכויי החינוך, ביסוס הביטחון וביסוס הזכויות החברתיות, נחוצים כדי לשפר את בריאות האוכלוסייה".⁷²

שירותי בריאות שחברה מעניקה לתושביה מעידים על סדרי עדיפות והלכי רוח חברתיים. הבסיס בצורך בשירותי בריאות מספקים נובע מעקרון ההדדיות והעזרה לזולת של החברה ודאגת החברה לרווחתם היום-יומית של חבריה. ההגדרה של בריאות וחולי משתנה מחברה לחברה ובכל חברה בתקופות שונות. למרות ששירותי הבריאות נסמכים על מודלים רפואיים מדעיים לא ניתן לבחון את התפתחותם מחוץ להקשר ההיסטורי והחברתי של הזמן והמקום.

הדסה קופת חולים כללית ו'קרן נכות'

ממשלת המנדט הקימה בשנת 1920 מחלקה לבריאות הצבור שבראשה עמד הקולונל הרון. המחלקה הייתה אחראית על עשרים וששה בתי חולים ושלושים ושש מרפאות ברחבי הארץ. עיקר עיסוקה התמקד במניעת מלריה, מחלות מידבקות והפחתת תמותת התינוקות. ממשלת המנדט התבססה על כך שהיהודים והערבים זכאים לשירותים זהים ואולם, מאחר שלרשות האוכלוסייה היהודית עמדו שירותי היחידה המדיצינית, כספי תרומות ותשלומים מהיישוב, החליטה ממשלת המנדט לפעול בעיקר בקרב האוכלוסייה הערבית ולספק להם את רוב הפונקציות הטיפוליות כאשפוז, שירותי מרפאה ושירותי מעבדה. 'מחלקת הבריאות' המנדטורית נתנה שירותי רפואה לעשרים אחוז מהאוכלוסייה הערבית והיהודית. היישוב שהונהג על ידי ההסתדרות הציונית הפעיל את 'ועד הבריאות' מטעם הוועד הלאומי. תפקיד הוועד היה לתאם בין כל הגורמים שהפעילו את מערכת הבריאות: מחלקת הבריאות של המנדט, ארגון הרופאים, קופות החולים והסתדרות מדיצינית הדסה.⁷³

ארגון הדסה נוסד על ידי נשים יהודיות מניו יורק בשנות העשרים לחייהן שהשתייכו ל'אגודת בנות ציון' בראשות הנרייטה סאלד. הנרייטה סאלד בקרה בארץ ישראל בשנת 1909 והזדעזעה מתנאי ההיגיינה הירודים וממצב הבריאות הקשה של היישוב.⁷⁴ בישיבת הקמת הארגון בפברואר 1912 הוגדרו מטרות הארגון "לטפח ולהפיץ את הרעיון הציוני באמריקה, לעודד יוזמות ולייסד מוסדות יהודיים לרפואה ציבורית בארץ ישראל ולפעול למען קידום אידיאלים יהודיים".⁷⁵ הארגון החל לפעול בארץ בשנת 1913. שתי אחיות, רוז קפלן ורחל לאנדי הגיעו

⁷² שובל, י' (1993). עמ' 61.

⁷³ בלום, נ' (2006). עמ' 9-42; ראובני, י' (תשנ"ג). עמ' 178-192; שורץ, ש' (תשנ"ז). עמ' 110-126, 142-156.

⁷⁴ Zeitlin, R. (1952). pp. 29-49

⁷⁵ שחורי-רובין, צ' ושורץ, ש' (תשס"ד). עמ' 12; שחורי-רובין, צ' (1998). עמ' 14.

לירושלים בחסות הדסה ובמימון נתן שטראוס⁷⁶ והקדישו את מרבית זמנן לטיפול בתינוקות ובחולי גזות. הן עזבו את הארץ עקב מחלה ופרוץ מלחמת העולם הראשונה.⁷⁷ בשנות המלחמה סבלה האוכלוסייה ממגפות מלריה, טיפוס הבהרות, חולירע, רעב, גרושים והיעדר צוות רפואי ומוסדות רפואיים מתפקדים. אוכלוסיית ירושלים הצטמצמה מארבעים אלף לעשרים וחמשה אלף עקב המצב הבריאותי הירוד שגרם לתמותה רבה, הגרושים וההגירה עקב המלחמה. המצב החמור של אוכלוסיית היישוב בתום מלחמת העולם הראשונה, קרי, מגיפות, מחלות ורעב, הצריך שינוי רדיקלי. עם בואה לארץ של 'קבוצת עזרה מדיצינית של ציוני אמריקה' (להלן ק.ע.מ.צ.א.) שכללה רופאים אחיות מיילדות סניטרים וציוד רפואי, החלה הפעילות הרפואית שיקומית ביישוב.

בשנת 1918 הקים ארגון הדסה את 'היחידה המדיצינית ציונית אמריקנית' שכללה ארבעים וארבעה רופאים, רופאי שיניים, רוקחים, עוזרי רופאים, אחיות ואנשי מינהל רפואי. היחידה נשלחה לישראל ופעלה בתחום בריאות הצבור והרפואה המונעת לילדים ולנוער. בתקופת המנדט הבריטי הקים ארגון הדסה ששה בתי חולים, מרפאות עירוניות, בתי מרקחת, מרפאות שיניים, בית ספר לאחיות, מאה תחנות לאם ולילד. ק.ע.מ.צ.א. הקימה מנגנון בריאות ציבורי שכלל מלחמה בתחלואת התינוקות ותמותתם, שיקום בתי חולים, עזרה ליולדות, שיפור מצב ההיגיינה במוסדות חינוך וטיפול בבריאות התלמידים בגני הילדים ובבתי הספר. בשנת 1921 הפכה ק.ע.מ.צ.א. ל'הסתדרות רפואית הדסה'.⁷⁸

הארגון שם לו למטרה להביא לארץ שירותי רפואה ברמה אמריקאית. המגמה לסיוע רפואי וכספי והקמת מרכזים לטיפול וחינוך לבריאות של נשים הרות עניות וילדיהן, רווחה מאמצע המאה התשעה עשרה בארצות הברית. הנרייטה סאלד הושפעה מיוזמות בנושא קידום בריאות הצבור במזרח ארצות הברית בראשית המאה העשרים כגון: הכשרת אחיות רחמניות מיוחדות לטיפול בתינוקות, פיקוח רפואי חובה בכל בתי הספר הציבוריים וייסוד המחלקה להיגיינה של ילדים בעיר ניו יורק. סאלד הושפעה גם מרעיונות התנועה הפרוגרסיבית שעודדה שימוש במדע, בטכנולוגיה ובחשיבה מנהלית לקידום אינטרסים חברתיים. ייחודה בחתירה לשילוב בין הפרוגרסיביזם האמריקאי למוסר היהודי.⁷⁹

ארגון הדסה הוקם כארגון נשים ציוניות בנות המעמד הבינוני ובעלות השכלה גבוהה, שהיו חלק מהתנועה הציונית האמריקאית. פנייתן של נשות הדסה לתחום הבריאות, היה במטרה להשפיע על העשייה הציונית באמצעות תפקיד חשוב בעל תוכן ומשמעות שלא היווה איום פוליטי

⁷⁶ נתן שטראוס (1848-1931) נדבן יהודי מראשי הקהילה בניו יורק התמנה בשנת 1920 ליו"ר הקונגרס היהודי האמריקאי והיה לנשיאו בשנת 1922. בקר בארץ ישראל חמש פעמים ותרם למפעלי צדקה ובריאות. בשנת 1912 נפתחה "תחנת הבריאות ע"ש שטראוס שכללה מחלקה להיגיינה, חינוך הצבור לשמירה על חנהקיון והבריאות, מחלקה למלחמה במחלות עיניים, מחלקה לבקטריולוגיה למלחמה במגיפות ולהכנת חיסונים נגד חולירע טיפוס וחומרי הדברה לחקלאות. ראו שורץ, ש' (1998) ב. עמ' 328.

⁷⁷ קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). עמ' 18-35.

⁷⁸ ניסן, ש' (2003). עמ' 297-324; שובל, י' ואנסון ע' (2005). עמ' 91-101; שחורי-רובין, צ' (1998). עמ' 132-133.

⁷⁹ גל, א' (תשמ"ח). עמ' 157; שורץ, ש' (תשנ"ז). עמ' 111.

על הנהגת התנועה הציונית בארצות הברית.⁸⁰ הפרוגרסיביזם והפמיניזם עמדו ביסוד הארגון והנחו את פעולתו כארגון פמיניסטי- חברתי- ציוני. הפמיניזם של הדסה לא היה לוחמני אלא שאף להדגיש את השוני בתפקודי האשה ואת הצורך בטיפוח חברה שתאפשר ותטפח ביטוי מלא לשוני זה.⁸¹

היחידה ראתה עצמה כגוף אוטונומי החייב בדיווח אך ורק להסתדרות ציוני אמריקה. הבדלי גישה רפואית מקצועית ואידיאולוגית גרמו לחיכוכים בין קופת החולים ליחידה הרפואית של הדסה. ארגון הדסה היה תוצר של המעמד הבינוני- אמריקאי. השקפת עולמן של נשות הדסה הייתה ליברלית, בהשוואה להשקפת העולם הסוציאליסטית של ראשי היישוב ושל ראשי קופת החולים של הסתדרות העובדים. דפוסי העבודה שארגון הדסה דרש מעובדיו היו אמריקאיים קרי, עבודה מקצועית ברמה גבוהה עם יעילות כלכלית, ארגון יעיל עם מינהל תקין. ארגוני הפועלים התייחסו אל הדסה כאל גוף שחובתו לעזור למגשימי החזון הלאומי בכלל ולפועלים בפרט. הדסה פעלה על פי שיקולים מקצועיים בלבד ואולם, הארגון הצטייר בעיני ארגוני הפועלים בפרט וביישוב בכלל, כנציג המעמד הבינוני הפועל בישראל מתוך נדבנות אמריקאית מתנשאת, אשר מנסה לכפות שיטות עבודה אמריקאיות שאינן הולמות את המציאות הארץ- ישראלית.⁸²

ברטל מציינת את הפער בין האסכולה האירופית ששלטה ביישוב, על פיה תפקיד האחות נועד לנשים ממעמדות חברתיים וכלכליים נמוכים והתמקד בעשייה המצומצמת של עזרה לרופא ורכישת מיומנות מקצועית בשטח בליווי הדרכה רפואית, לאסכולה האמריקאית שטיפחה את תפיסת הסיעוד כפרופסיה בפני עצמה. ההכשרה לסיעוד כפרופסיה הצריכה מוסד חינוכי- לימודי ונועדה לנשים משכילות.⁸³ מתוך הזדהות עם התפיסה האמריקאית הדגישה סאלד כי "המומחיות היא אם הרחמים".⁸⁴ הייתה זו נקודת מוצא להתפתחות מקצועות ושירותי הבריאות בארץ ולקידום הנשים באמצעותם.

'קופת החולים הכללית' נוסדה בשנת 1920 עם איחוד קופת החולים של 'הפועל הצעיר' עם קופת החולים של 'אחדות העבודה'. אנשי העלייה השנייה ייסדו ארגון בריאות שבעקרונות היסוד שלו משולבים כללי ביטוח בריאות וערכי צדק ושוויון חברתי.⁸⁵ השרות הרפואי שנתנה קופת החולים היה משני למטרתה להפוך לכח פוליטי דומיננטי ביישוב ולגיס חברים לתנועת הפועלים.⁸⁶ בחירת בעלי תפקידים בקופה נעשתה על פי מפתח פוליטי ולא על פי מפתח מקצועי, עובדה שגרמה לניידות רבה בניהול המוסדות. בשנות השלושים נכנסה הקופה לתהליך של

⁸⁰ גל, א' (תשמ"ח); שובל, י' ואנסון ע' (תשס"א). עמ' 316-344; שחורי- רובין, צ' ושורץ, ש' (תשס"ד). עמ' 13-16; שורץ, ש' (1998). ב. שורץ מציינת את מחקריהם של קוטשר ומילר על ימי הדסה הראשונים. על פי קוטשר הסתדרות ציוני אמריקה סירבה לקבל את הנשים לשורותיה מסיבות מגדריות בשנים שלפני מלחמת העולם הראשונה. קבלת הנשים להסתדרות ציוני אמריקה הושגה רק אחרי מלחמת העולם הראשונה עם התפתחות התנועה לזכויות הנשים וארגוני נשים אמריקאיות בשנות המלחמה. הנשים הציוניות, כעמיתיהן בארגוני הכנסיות, חפשו כר לפעולה ציבורית- חברתית מקפת. המסגרות הפוליטיות היו חסומות בפני הנשים ומעמדן היה נטול כח מעשי. לפיכך, הפעילות הפילנתרופית בארץ ישראל שמשה פתרון מוצלח הן לנשים והן להסתדרות ציוני אמריקה.

⁸¹ גל, א' (תשמ"ח).

⁸² שורץ, ש' (תשנ"ז). עמ' 110-117; שחורי- רובין, צ' ושורץ, ש' (תשס"ד). עמ' 28-30, 171-187.

⁸³ ברטל, נ' (תשס"ב). עמ' 270-291.

⁸⁴ דואר היום (9/12/1921).

⁸⁵ שורץ, ש' (תשנ"ז). עמ' 61-68.

⁸⁶ שובל, י' ואנסון ע' (תשס"א). עמ' 91-101.

התפתחות רבה בכל התחומים. נפתחו בית החולים בעמק יזרעאל, מרפאות, מכונים ובית הספר הראשון לאחיות.⁸⁷ למרות הקשיים התקציביים והארגוניים, בין השנים 1920-1937 עלה חלקה של הקופה בשירותי הבריאות ביישוב מחמשה לארבעים אחוזים. בשנת 1937 הייתה קופת חולים לארגון מרכזי ביישוב שהקים בתי חולים, מרפאות וספק שירותי בריאות לאוכלוסיית הפועלים העבריים.⁸⁸

בשנת 1930 נוסדה "קרן נכות", בראשות ד"ר יוסף קוט במטרה לספק עזרה וריפוי לנכים וחולים כרוניים. כוונת המייסדים הייתה לספק עזרה כספית לחברים שנפגעו במחלות כרוניות.⁸⁹ הקרן החלה את פעולותיה בשנת 1932 בטיפול בחמשה נכים. בשנת 1947 עלה מספר הנעזרים בקרן לאלפיים וחמש מאות איש. עקב צרכי הצבור פיתחה הקרן מוסדות לחולים שלא יכלו לקבל טיפול במוסדות הרפואה שהיו קיימים ביישוב. הקרן הקימה את בית החולים 'גהה' בשנת 1942, כפר 'מעברים' לחולי ריאה הוקם ברמתיים בשנת 1943,⁹⁰ ומשנת 1945 נקרא בית לוינשטיין.⁹¹ בית 'פיינסטון' נפתח בשנת 1944 ברמות השבים, הבית יועד לנכים וחולים במחלות ממושכות ש"אין להם בית שיוכלו להימצא בו בזמן מחלתם הממושכת".⁹² באמצעות הסדרים כלכליים דאגה הקופה לאשפוז חלק ממבוטחיה במוסדות ובתי חולים פרטיים.⁹³ עקב העלייה במספר הנכים והחולים הכרוניים והתייקרות עלות אחזקת חולים במוסדות נכנסה 'קרן נכות' לגירעונות כספיים בשנת 1944.⁹⁴ במהלך שנות קיומה פותחו במוסדות הקרן שיטות עבודה חדשות לטיפול שיקומי בחולה ובמשפחתו.⁹⁵ בשנת 1958 החליטו ראשי קופת חולים כללית למזג את מוסדות ושירותי 'קרן נכות' עם הקופה.⁹⁶

בשנות מלחמת העולם השנייה הצליחה הקופה להמשיך בתנופת התפתחותה ולקלוט אלפי עולים ומעפילים. בתום מלחמת העולם התברר ששירותי הקופה אינם ערוכים להתמודד עם הבעיות הרפואיות של העולים החדשים, שכללו מחלות ריאה כרוניות, בעיקר שחפת ומחלות נפש. לפיכך רכשה הקופה באמצעות 'קרן נכות' שני בניינים לבתי חולים לחולי שחפת.⁹⁷ עם הקמת

⁸⁷ לוי, ני (1998). עמ' 220-225.

⁸⁸ שורץ, שי (תשנ"ז). עמ' 61-68.

⁸⁹ קוט, יי (4/2/58). 'מיזוג 'קרן נכות' עם קופ"ח הכללית', דבר.

⁹⁰ לבון 4505-1-208-IV, חוברת שהוציאה הקרן בשנת תש"ז בשם: קרן נכות: פעולותיה והתפתחותה. לא מצויין שם הכתוב.

⁹¹ יצחק לוינשטיין יליד גרונדה עלה לארץ בשנת 1922 ממייסדי קבוצת גבע. כיהן כמזכיר הראשון של מועצת פועלי ירושלים והיה מראשוני ומיזומי "קרן נכות", תפקד שנים כגזבר הקרן. נפטר בשנת 1945.

⁹² איט/אקס/1/1/7-2, ציטוט ממודעה של הקרן בתאריך 16/2/44 בדבר פתיחת בית פיינסטון.

⁹³ דבר. (13/5/45). 'דו"ח הקרן - מן הנעשה בקופת חולים'; דבר, (5/7/45). 'סיכום ישיבת הוועד המפקח הארצי של קופ"ח כללית'; נישטט, מי. (8/8/47). 'עזרה הדדית במספרים: על מה מוציאים את תשלומי המס האחיד?' דבר.

⁹⁴ דבר. (20/1/46). 'דו"ח הקרן - מן הנעשה בקופת חולים'; דבר. (13/5/45). 'דו"ח הקרן - מן הנעשה בקופת חולים'.

⁹⁵ מונשוביץ, מי (1/6/50). 'הטיפול האינדיבידואלי בנכה ושיקומו', דבר.

⁹⁶ קוט, יי (4/2/58). דבר. 'ד"ר קוט כתב כי הסיבה למיזוג אינה מינהלית אלא ניסיון להתאים את שירותי הרפואה בארץ לרפואה החדשה' אשר "אינה רואה כפתרון נכון את פיצול ענפי הרפואה לסוגיהם השונים, לא ייתכן כיום לטפל באיבר בודד של אדם בלא לראות את גופו ונפשו כיחידה שלמה".

⁹⁷ לוי, ני (1998). עמ' 220-225.

המדינה זכתה קופת החולים להיות ארגון הבריאות הגדול ביותר במערכת הבריאות בישראל ואחד מארגוני הבריאות הגדולים בעולם.⁹⁸

יחסי העבודה בין שני הארגונים הרפואיים הגדולים, הדסה וקופת חולים, היו מתוחים משנות העשרים של המאה העשרים, במהלך התקשתה הנרייטה סאלד למצוא מנהל רפואי שיחזיק מעמד בתפקיד המנהל הרפואי של הדסה בארץ ישראל. המחלוקת הגיעה לשיא בשנת 1927 עם החלטות מנהליות של ד"ר בלואסטון מנהל הארגון, לפגוע בזכויות חברי קופת חולים בבתי החולים והמרפאות של הדסה.⁹⁹ משבר זה עורר כעס גדול ביישוב כלפי ארגון הדסה וד"ר בלואסטון בראשו.¹⁰⁰ המשבר הסתיים עם התפטרותו של ד"ר בלואסטון ומינויו של ד"ר חיים יסקי במקומו.¹⁰¹ ד"ר יסקי היה המנהל הרפואי הראשון שלא היה חניך אסכולה אמריקאית אלא יליד מזרח אירופה שרכש את השכלתו הרפואית באודסה, חלוץ ובעל תודעה ציונית והבנת התנאים והדרישות של היישוב בתחומי הבריאות. בשנות ניהולו שבו הדסה וקופת חולים לעבוד בשיתוף פעולה.¹⁰² והוא דמות מפתח בהתפתחות התחום של ריפוי בעיסוק.

שני הארגונים, הדסה וקופת חולים, היו ארגוני הבריאות המובילים והעיקריים ביישוב ובמדינת ישראל, המשותף לשני הארגונים הוא היותם בעלי אופי קולקטיביסטי ותמיכתם בסוציאליזציה מלאה של הרפואה בארץ ישראל.¹⁰³ הדסה הייתה חלוצה בהקמת מפעלי בריאות וחינוך לבריאות ולרפואה מונעת והטמעתם בקרב היישוב בארץ ישראל בתקופת המנדט הבריטי.¹⁰⁴ קופת חולים הייתה ספקית השרות הרפואי הגדולה ביותר ביישוב ובמדינת ישראל עד שנת 1995. להדסה ולקופת חולים תפקיד מרכזי בהקמת התחום ובהתפתחותו כיון ששני הארגונים מימנו את הקורס הראשון לריפוי בעיסוק ותלמידות המחזור הראשון עברו את תקופת ההכשרות הקליניות במוסדותיהם.

בשני תחומים עיקריים ניכרת חשיבות הריפוי בעיסוק ובהם באה לידי ביטוי עיקר העשייה בתקופה הנדונה.

⁹⁸ בן נון, ג', ברלוביץ' י' ושני, מ' (2005). עמ' 65-87; נתוני הלמ"ס משנת 1950 מעידים שרק 55.9% מתושבי המדינה היו מבוטחים בביטוח רפואי ומתוכם 82.1 היו מבוטחים בקופ"ח הכללית של ההסתדרות.

⁹⁹ שחורי-רובין, צ' ושורץ, ש' (תשס"ד). עמ' 172-183; שורץ, ש' (תשנ"ז). 122-126. ד"ר בלואסטון בקש לבטל את ההנחות שחברי קופ"ח נהנו מהן והנחה לא לקבל לאשפוז את חברי קופ"ח לביה"ח של הדסה.

¹⁰⁰ עדויות ליחס השלילי של העתונות העברית ביישוב לזיומתיו של ד"ר בלואסטון ניתן למצוא בעיתונים של תנועת הפועלים: הפועל הצעיר (1927). חוברת 14. (1927). חוברת 17-18. 'דבר' (9/6/26). (23/6/26). (22/7/26). (16/8/26). (28/8/26). (2/1/27). (28/1/27). ועוד.

¹⁰¹ ד"ר חיים יסקי 1896-1948, נולד בקישינוב ורכש את השכלתו הרפואית באודסה. עלה לארץ בשנת 1920 ועבד כרופא עיניים מטעם הדסה בחיפה. לאחר השתלמות של שנתיים בפרזי קבל את ניהול מחלקת העיניים של הדסה בירושלים. כיהן כמנהל בית החולים משנת 1928. נרצח בהתקפה על שיירת הדסה בשיח ג'ראח בתאריך 13/4/48.

¹⁰² שחורי-רובין, צ' ושורץ, ש' (תשס"ד). עמ' 183; שורץ, ש' (תשנ"ז). עמ' 125.

¹⁰³ נידרלנד, ד' (תשמ"ד).

¹⁰⁴ שחורי-רובין, צ' (1998). עמ' 266-268.

בריאות הנפש

אחד התחומים שבהם לריפוי בעיסוק תפקיד ניכר, הוא בריאות הנפש. בשנות המנדט ובשנים הראשונות לאחר קום המדינה נקראו חולי הנפש חולי רוח והתחנות לבריאות הנפש נקראו תחנות להיגיינה רוחנית.¹⁰⁵ שינויים חברתיים נותנים את אותותיהם גם בשפה הדבורה. המעבר מ"חולה רוח" ל"חולה נפש" מחדד את התפיסות החברתיות שחלחלו אל התודעה הציבורית, ואפשרו בסיס לשינוי. הפסיכיאטריה המעשית הופצה בעולם על ידי הפסיכיאטר פינל אשר ניתק את השרשראות של חולי הרוח בפריז בסוף המאה השמונה עשרה, ועם פרסום ספרו של Coonolly האנגלי: "על הטיפול בחולי רוח בלי אמצעי כפייה" ניתנה לגיטימציה ראשונית לטיפול ייחודי בחולי נפש להבדיל מהטיפול והיחס לאסירים.¹⁰⁶

בשנות המנדט הבריטי חל שיפור בטיפול הממסדי בחולי הנפש.¹⁰⁷ עם זאת, מערכת בריאות הנפש אופיינה בחסר עצום במיטות אשפוז לחולים פסיכיאטריים עקב ויכוח בין רשויות המנדט הבריטי לשלטונות היישוב בנוגע לאחריות הטיפול בחולי הנפש.¹⁰⁸ בעוד שבארצות הברית ובאנגליה היו כארבע מיטות פסיכיאטריות לאלף תושבים, היו בארץ 0.25 מיטות לאלף תושבים.¹⁰⁹ הוועד הלאומי עסק בבעיית חולי הנפש באופן ספוראדי וחולי הנפש מוקמו בתחתית רשימת סדרי העדיפות, למרות שהפסיכיאטרים תרצו את העלייה בשיעור הפסיכוזות במצב ההגירה ובקשיי ההסתגלות. מוסדות ההגירה הציוניים רצו לעודד הגירה 'בריאה' בלבד ולצמצם את התופעה של שליחת יהודים חולי נפש לארץ ישראל בידי משפחותיהם.¹¹⁰ התקופה אופיינה בהתייחסות מינימלית לטראומה נפשית למרות ששיעור האשפוזים הפסיכיאטריים באוכלוסייה היהודית היה גבוה בהשוואה למוסלמים ולנוצרים.¹¹¹ יתרה מזאת, חולי הנפש נתפסו כמפריעים לסדר הציבורי ומאיימים על "הנורמליות", הרחקתם מהחברה באמצעות אשפוז הוצגה הן כמענה רפואי פרטי והן כמענה ציבורי-חברתי.¹¹²

טיטת החוק שפרסמה ממשלת המנדט ביולי 1935 במטרה להגביל את מספר רישיונות העבודה שיינתנו לרופאים הביאה לכך שהמוני רופאים מאירופה ובעיקר מגרמניה עלו לארץ ישראל. בין הרופאים היו נירולוגים ופסיכיאטרים שהביאו עימם את הגישה שנירולוגיה ופסיכיאטריה הם יחידה אחת והקימו מחלקות לטיפול בחולי הנפש בבתי החולים, במרפאות קופת החולים הכללית ובמוסדות פרטיים.¹¹³

גם בתחום זה ניכרה עשייה נשית. בית החולים 'עזרת נשים' נפתח בירושלים בשנת 1895 על ידי חברת 'עזרת נשים כללית' שהייתה מפעלן הבלעדי של נשות ירושלים ביזמת הגברות חיה

¹⁰⁵ גיורא, א' ז' (1959). עמ' 64.

¹⁰⁶ קלמוס, א' (1953). עמ' 250-252.

¹⁰⁷ זלשיק, ר' ודודוביץ, נ' (תשע"א). עמ' 308.

¹⁰⁸ גולדבורט, י' (ספטמבר 2001- אוקטובר 2003). בשנת 1938 היו בארץ שלושה בתי חולים שכללו 215 מיטות, התפוסה בבתי החולים היתה למעלה ממאה אחוזים. ; זלשיק, ר' (תשס"ה).

¹⁰⁹ הס, צ' י' (1970). עמ' 99; היילפרין, ל' (1936). עמ' 203.

¹¹⁰ זלשיק, ר' (תשס"ה). ; זלשיק, ר' ודודוביץ, נ' (תשע"א). עמ' 309; ; זלשיק, ר' ודודוביץ, נ' (2005). עמ' 22-24.

¹¹¹ שם, שם. כאמור, אחת הסיבות לשיעור האשפוזים הפסיכיאטריים בקרב האוכלוסייה היהודית היא תגובת החלוצים והחלוצות להגירה אשר נחשבת למצב דחק מוכר בתחום בריאות הנפש ולגורם תחלואה פסיכופתולוגית.

¹¹² זלשיק, ר' ודודוביץ, נ' (תשע"א). עמ' 311

¹¹³ גלברט, א' (תשע"ב). עמ' 32.

ציפה פינס, רוזה פיינשטיין ואיטה ילין. המפעל היה דוגמא לשיתוף פעולה אשכנזי-ספרדי.¹¹⁴ בשנת 1943 עם בואו של ד"ר דוריאן פייגנבאום לנהל את בית החולים, בוטלו הכפייה ובידוד החולים.¹¹⁵ בחצר ביה"ח סודר גן יפה והחולים טיפלו בו לצורך "ריפוי בעיסוק, מושג חדש בפסיכיאטריה באותם הזמנים".¹¹⁶ בהכשרה לעובדים שהתקיימה בעזרת נשים' ביוני 1942, נלמד קורס שנושאו היה: מבוא עיוני ומעשי לריפוי בעיסוק. לא מפורט מי לימד ומה התוכן שנלמד.¹¹⁷ גם בתל אביב, המרכז החילוני של היישוב יזמו נשים את הטיפול בחולי נפש. דבורה כהנוביץ ופרידה רבינוביץ הקימו ביולי 1929 את האגודה לעזרת חולי הרוח ואת בית החולים לחולי נפש בבני ברק, שמומן מכספי עיריית תל אביב, האגודה לעזרת חולי הרוח ותרומות ארעיות. בית החולים פעל בשבע דירות שכורות עד שנת 1944, החולים וחלק מהצוות עברו לבית החולים שהקימה ממשלת המנדט בבת ים.¹¹⁸ 'קרן נכות' של הסתדרות העובדים פתחה בשנת 1942 את בית החולים 'גהה' לחולי עצבים ונפש ובשנת 1947 נפתח בית החולים 'גהה ב' בפרדס כץ.¹¹⁹

ממשלת המנדט נהגה לכלוא חולי נפש שהוגדרו על ידה מסוכנים לצבור בבתי הסוהר בעכו ובירושלים. כמו כן, הקימה בתי חולים לחולי נפש יהודיים וערבים בבית לחם ואת בית החולים הממשלתי לחולי רוח בבת ים.¹²⁰ כתוצאה מהמחסור במיטות לאשפוז פסיכיאטרי נפתחו מוסדות פרטיים בירושלים ובחיפה. התנאים ברוב המוסדות הפרטיים היו פרימיטיביים והיחס בין מספר החולים למספר המטפלים היה רחוק מלהשביע רצון.¹²¹

משנות השלושים ועד המחצית השנייה של שנות הארבעים הוקמו מרפאות פסיכיאטריות ראשונות בירושלים תל אביב וחיפה.¹²² לאחר מלחמת העולם השנייה, עם הגעתם ארצה של ניצולי שואה רבים שנזקקו לטיפול נפשי, נוסדו בישראל התנועה הפסיכואנליטית ו'המכון להיגיינה רוחנית', שהיו ניצני הפעילות בתחום בריאות הנפש. כמו כן, החלו להופיע פרסומים ראשונים על מחלות פסיכוסומטיות. ואולם, רבים מניצולי השואה לא זכו לסיוע נפשי. עם קום המדינה הופיעו מאמרים על צורת ואופן העבודה בבתי החולים הפסיכיאטריים ועל בריאות הנפש.¹²³ הוקמו "תחנות להיגיינה נפשית" במטרה לתת מענה לקהילה הבריאה ולא רק לאוכלוסייה שסבלה מבעיות פסיכיאטריות. הקמת התחנות היוותה שינוי בתפיסה הרואה את החולה ומשפחתו לאחראים הבלעדיים למצבו, לתפיסה קהילתית.¹²⁴

¹¹⁴ גלברט, א' (תשע"ב). עמ' 37-42; לוי, נ' (1998). עמ' 82-90; שילה, מ' (תשס"ב). עמ' 161-165. בשנת 1943 היו לעזרת נשים' שמונים מיטות לאשפוז בארבעה בניינים.

¹¹⁵ ויניק, ה' צ' והיילפרין, ב' (1970). עמ' 188.

¹¹⁶ לוי, נ' (1998).

¹¹⁷ אצ"מ J113/1970, תכנית הנהלת ביה"ח עזרת נשים להכשרה מקצועית לעובדי ביה"ח לחולי רוח מיוני 1942.

¹¹⁸ גלברט, א' (תשע"ב). עמ' 45-52, 78-79.

¹¹⁹ לבון, IV-208-1-5308; בסוף שנת 1948 היו בשני בתי החולים 'גהה' א' ו'גהה' ב' מאה עשרים ואחת מיטות.

¹²⁰ גלברט, א' (תשע"ב). עמ' 42-52; לוי, נ' (1998). עמ' 82-90; בשני המוסדות בבית לחם היו מאה תשעים וחמש מיטות בשנת 1944.

¹²¹ גלברט, א' (תשע"ב). עמ' 56-63; לוי, נ' (1998). עמ' 82-90.

¹²² ויניק, ה' צ' והיילפרין, ב' (1970).

¹²³ גולדבורט, י' (ספטמבר 2001-אוקטובר 2003).

¹²⁴ גיורא, א' ז' (1959).

השינוי בתפיסה השפיע גם על מדיניות הרופאים הפסיכיאטריים אשר קראו להפסיק את ההפרדה בין השירותים לבריאות הנפש לבין מערכת הרפואה הכללית תוך דאגה לשילוב מלא של תוכניות מניעה, טיפול ושיקום בשטח ההיגיינה הרוחנית.¹²⁵ ד"ר ויזר מתל אביב פרסם בשנת 1946 מאמר על ההכשרה לעבודה ובעיית האשפוז. את המונח rehabilitation בחר לתרגם במילים הכשרה לעבודה. הוא ציין את ה- occupational therapy בהשבת החולים בתקופה הקצרה ביותר לכושר פעולתם המלא על ידי הריפוי בעבודה והמליץ לשלבו כתרפיה.¹²⁶ קולצ'ר, אשר עמד לפתוח מחלקה פסיכיאטרית בתל השומר, סבר שמחלקה פסיכיאטרית מודרנית צריכה להיות בתוך בית חולים כללי כאשר האידיאל הוא לאשפוז במחלקה פתוחה, לקצר את תקופת האשפוז ולקשר בין הפציינט למרפאה בקהילה אשר תערוך מעקב ותמנע אשפוזים. לדידו, עבודת המחלקה הפסיכיאטרית מבוססת על עיקרון הצוות הרב תחומי ורב מקצועי הכולל: מנהל מחלקה, רופאים, פסיכולוגים, עובדת סוציאלית, אחיות, מרפאות בעיסוק, מרפאה באומנויות, פיזיותרפיסט ומזכירה.¹²⁷

עם זאת, מצבה הכלכלי הקשה של המדינה בשנותיה הראשונות והשינויים הדמוגרפים המפליגים הקשו על התאמת שירותי בריאות הנפש לצרכים בשטח. האוכלוסייה בארץ ישראל הייתה חדורת אידיאלים, תקוות ויעדים ברורים בנושאי ביטחון כלכלה וקליטת העלייה והזניחה את ההתייחסות לחולי הנפש. ואולם, בעיתונות הרפואית – מקצועית החלו להופיע ניצני המגמה להכניס את השירותים הפסיכיאטריים לבתי החולים הכלליים ולתלות את האחריות לחולה ואת תהליכי החלמתו על החברה, מגמה שיושמה רק בסוף שנות החמישים.¹²⁸

רפואה שיקומית

למקצוע הריפוי בעיסוק תפקיד ניכר בתחום השיקום. בריאות וחולי הם שני מושגים בעלי חשיבות עליונה, במיוחד עבור בני האדם. שני הצדדים של אותו המטבע עברו שינויים בתפיסה, בהגדרה וביישום במהלך ההיסטוריה האנושית. תפיסת "החזק שורד" של עולם הטבע הייתה בסיס איתן לתפיסות אנושיות. עם התפתחות של מדעים בכלל ומדעי הרפואה בפרט, חלו תמורות בעמדה כלפי מושג הבריאות, אך בעיקר חלה השתנות בהבנת מושג החולי. בתקופה שקדמה למלחמות העולם נחלק העולם למעמדות חברתיים בהירארכיה חדה ולאנשים שהם בריאים או חולים. הבריא בן מעמד הפועלים היה גבר צעיר, חסון ובעל יכולת לעבודה פיזית רבה, שנועדה לכלכלת משפחתו המורחבת ובעיקר לשמירה על מעמדו של האדון. האדם החולה נתפס כנטל על משפחתו ובעיקר כחסר כל תועלת לחברה. ככזה, לא היו לו זכויות, מעמד או משמעות. מעמדו היה נמוך ממעמד הילד הצעיר, שאף הוא היה לנטל. לרפואה היה מעט להציע, עיקר הטיפול היה בניסיון להקל על סימפטומים.

עד המאה השמונה עשרה הנכה המוגבל היה נתון לטיפול רפואי בידי משפחתו או בידי מוסדות דתיים והתנדבותיים. הקדמה החברתית והמדעית, התפתחות הלאומיות, המהפכה התעשייתית וגם המלחמות, תרמו לשינוי בגישה החברתית שדאגה לדאוג ולספק שירותים

¹²⁵ פליסקין, ב' (1959). עמ' 119-121. תחום מחלות הנפש נקרא-היגיינה רוחנית.

¹²⁶ ויזר, ה', י' (1946). ההכשרה לעבודה (rehabilitation) ובעיית האשפוז. עמ' 145-147 ייתכן שויזר עדין לא ידע את השם שנתן וועד הלשון למקצוע והשתמש בשם המקצוע באנגלית.

¹²⁷ קולצ'ר, ש' (1958). עמ' 5-10.

¹²⁸ מוזס, ר' (1959). עמ' 8-10; שוסברגר, י' (1957). עמ' 268.

רפואיים לכל אדם. הרפואה הפיסיקלית (Physical Medicine) הינה ענף רפואי העוסק במניעה, אבחון טיפול בליקויים, נכויות, מגבלות ומחלות. האמצעים בהם השתמשה הרפואה הפיסיקלית היו רבים ומגוונים: חום, מים, חשמל, עיסוי ועוד.¹²⁹ רפואה זו החלה להתפתח וקבלה תנופה עקב הצורך לטפל בפצועי מלחמת העולם הראשונה. בהשוואה למלחמות קודמות, מספר הפצועים ששרדו את הפציעה היה גבוה. ואולם, שרדו פצועים עם פגיעות רב מערכתיות מורכבות ביותר. ד"ר קולטר היה רופא אמריקאי, אחראי בבית החולים SAVENAY בנורמנדי. בבית החולים טופלו ארבעים אלף פצועים במהלך המלחמה. הוא שם לב שניתוחים וחבישות אינם מספיקים ויש להשתמש בשיטות טיפול פיסיקליות ולשים דגש גם על שילוב הנכים בשוק העבודה. בשנת 1930 מונה לפרופסור הראשון בארה"ב לרפואה פיזיקלית.¹³⁰

הקידמה וההתפתחות הטכנולוגית אפשרו, בעיקר אחרי מלחמת העולם השנייה, לרפואה השיקומית לצמוח בעולם. חל שינוי בתפיסה הבסיסית של הרפואה הפיסיקלית לאור לקחי שיקום הפצועים ממלחמת העולם השנייה, אשר הביא לפיתוח הרפואה השיקומית-rehabilitation.¹³¹ על פי ובסטר Webster משמעות המילה rehabilitation היא שיקום, קימום, חידוש, בינוי, החזרה, רסטורציה, דגם משוחזר של כושר קודם או מצב קודם. תפיסה זו נבעה מהצורך לטפל באדם השלם ולא רק בסימפטום ממנו הוא סובל. הייתה התרחקות ממודל רפואי דומיננטי, ומעבר למודל רב מקצועי: רפואי-פסיכולוגי – סוציאלי-תפקודי.¹³² ד"ר ראסק נחשב לאבי הרפואה השיקומית, אשר הגה את הרעיון של השיקום המערכתי הרב צוותי כתחום התמחות ברפואה. ראסק תפקד כרופא צבאי בחיל האוויר האמריקאי במהלך מלחמת העולם השנייה ופתח את מחלקת השיקום הראשונה בבית החולים Bellevue בניו יורק בשנת 1946. הוא ציין שהשיקום הושפע רבות מהתפתחות רפואיות בהתמחויות הכירורגיה והאורתופדיה ומהתפתחות המקצועות הפרא-רפואיים ריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה. דיספלינת השיקום שמה לה למטרה להחזיר את הנכה או האדם שזקוק לשיקום, לחיים פוריים ויצירתיים בהתאם ליכולותיו התפקודיות לאחר הפציעה או המחלה.¹³³ מיסוד השיקום כתחום בפני עצמו ברפואה נעשה בבריטניה על ידי ד"ר גוטמן שפיתח באנגליה את הטיפול הרפואי שיקומי בנפגעי חוט השדרה.¹³⁴ שיטתו המפורטת והמתוכננת סיפקה טיפול רב מקצועי ומערכתי, העלתה את אחוזי השורדים פציעה בחוט השדרה ואת איכות חייהם. עקרונות השיטה הונהגו בעשרות בתי חולים ברחבי העולם ובישראל.¹³⁵

¹²⁹ עורי, אי (תשמ"א). עמ' 61-66; שינוי בהתייחסות הרפואית לנכות ניתן לראות מימי הרנסאנס שהביא רוח חדשה לרפואה ולכירורגיה. בתקופה זו החלו להתפתח האורטוטיקה והפרוסטיקה. ג'וזף קלמנט טיסו הצרפתי, היה הראשון שפרסם במאה ה-18 ספר המכיל עקרונות שיקומיים. הרופאים האירופאיים דלף, פרנקל, פיליפ פינל והירשברג היו הבולטים בתחום הרפואה הפיסיקלית עד מלחמת העולם הראשונה.

¹³⁰ שם, שם.

¹³¹ בלום, נ' (2006).

¹³² שם, שם.

¹³³ שם, שם.

¹³⁴ עורי, אי (1996). עמ' 45-47; ד"ר לודוויג גוטמן (1899-1980) יליד פולין שקבל את השכלתו הרפואית בגרמניה. נמלט מגרמניה עם אשתו ושני ילדיו בשנת 1939, הגר לאנגליה ונבחר להקים בשנת 1944 את המרכז לנפגעי חוט השדרה. הוזמן ע"י בן גוריון לישראל בשנת 1948 כדי ליעץ וללמד את עקרונות שיטתו בטיפול בפצועי חוט השדרה ממלחמת העצמאות.

¹³⁵ שם, שם.

בארץ ישראל היו נכים כתוצאה ממאורעות אלימים בתרפ"ט ובשנות המרד הערבי (1936-1939) אך תחום השיקום הרפואי לא היה מפותח והנכים לא קבלו טיפול רב מקצועי. היה שימוש ספוראדי באמצעי טיפול פסיקלים כהתעמלות בהמלצת אורטופד, הידרותרפיה, אלקטרותרפיה וריפוי על ידי צמח הפילומה שהובא מנחל אלכסנדר. אמצעים אלה סייעו בטיפול במחלות פרקים, מחלות עמוד השדרה, שיתוק עצבים היקפיים ומרכזיים, חבלות למפרקים לשרירים ולגידים. היו קיימים מספר מוסדות לטיפול באנשים בעלי מוגבלויות. בית ההבראה לפועלים חקלאיים נפתח בשכונת הבוכרים בירושלים בשנת תר"פ על ידי קופת החולים של 'אחדות העבודה' בשנתיים הבאות הוחל בבנייתם של בית ההבראה 'ארזה' במוצא ובית הבראה בנצרת. המטרה הייתה לתת מענה רפואי פיסי ונפשי להחלמתם של פועלים שחלו או נפגעו במהלך עבודתם והחזרתם במהירות לתפקוד בעבודה. בבתי ההבראה הייתה השגחה רפואית אך הם נעדרו תפיסה שיקומית רב צוותית.¹³⁶ בית האינולידים בתל אביב,¹³⁷ שמש כבית מחסה בו התגוררו נכים שלא יכלו להתגורר בביתם תחת פקוח רפואי וסיעודי.¹³⁸ מחלקת ההיגיינה של בתי הספר מטעמה של הדסה, פעלה ליישום המלצותיו של ד"ר ברכיהו לשילוב שעורי התעמלות במערכת השעות עם דגש על יציבה וישיבה נכונות בבתי הספר. כמו כן, הוקמו מסגרות חינוך ושיקום ראשוניות לתלמידים מפגרים ו"כבדי חינוך".¹³⁹ נפתחו אגודות לעזרת ילדים נכים בירושלים ובתל אביב.¹⁴⁰

ד"ר אמיל אדלר,¹⁴¹ מייסד הרפואה השיקומית הממוסדת בישראל, כתב את המאמר הרפואי הראשון בנושא יתרונות ומטרות השיקום הרפואי בשנת 1941. ד"ר אדלר החל לעבוד בחלקיות משרה במרפאה ברחוב החבצלת בירושלים בה ניתנו סוגי טיפולים פסיקליים. הקים את המחלקה לשיקום שהתרחבה בהדרגה, ייסד את האגוד לרפואה פסיקלית ואת בתי הספר לריפוי בעיסוק ולפיזיותרפיה.¹⁴² תחומי הרפואה השיקומית והפסיכיאטריה היו כאמור התחומים העיקריים בהם השתלב מקצוע הריפוי בעיסוק בשנות הארבעים.

שירותי הבריאות במלחמת העצמאות

עם פרוץ מלחמת העצמאות הוקם השרות הרפואי צבאי (להלן ש"ר) בראשות ד"ר שיבא כדי לטפל בבעיות הרפואיות שעלו בעת המלחמה. במהלך שנת 1948 פתח הש"ר ארבעה עשר בתי חולים צבאיים ברחבי הארץ, ביניהם תל ליטווינסקי שתוכנן בתחילה כמרכז החלמה לפצועי מלחמת העצמאות ואחר כך כפתרון למאות הפצועים הצפויים ולמי שיזדקקו לשיקום.¹⁴³ שיבא שירת בצבא הבריטי ושאלף להקים בית חולים צבאי גדול שישירת גם אוכלוסייה אזרחית, בהתאם

¹³⁶ הגתי, מ' (1983). עמ' 91-110.

¹³⁷ בית האינולידים הופצץ ע"י מטוסים איטלקיים בקיץ 1941. רוב תושביו נהרגו או נפצעו. דונביץ, נ' (18/2/91). הארץ.

¹³⁸ ש' ב' (השם אינו מצוין) (1947). על בעיית אכסון נכים במוסדות, חוברת בית החולים העירוני הדסה ושירותי הרפואה הציבורית, ידיעות עיריית תל אביב, מאי-יולי.

¹³⁹ שחורי-רובין, צ' ושורץ, ש' (תשס"ד). עמ' 40.

¹⁴⁰ איט/אקס/1/1/7-2; במכתב האגודה לעזרת ילדים נכים משתמש הכותב במונח "שוקמו" ואולם, לא מצוין מי היה הצוות השיקומי ומה היו אמצעי השיקום. ברם, השמוש במילה "שיקום" בקרב גורמים מטפלים, מעיד על חשיפת והכרת התחום בארץ; הודעה באנגלית- Palestine Post 29/10/37.

¹⁴¹ ד"ר אמיל אדלר (1900-1971) נולד ולמד בפראג. עלה לארץ בשנת 1939 ובשנת 1940 זכה במכרז לניהול מרפאה שיקומית בהדסה. הקים את האגוד לרפואה שיקומית בישראל. היה בצוות הוועדה לריפוי בעיסוק ולימד את תלמידות בית הספר. היה בין מקימי בית הספר הראשון לפיזיותרפיה. ראו עורי, א' (1996). עמ' 11-12.

¹⁴² עורי, א' (1996). עמ' 11-18.

¹⁴³ בונדי, ר' (תשמ"א); הורוויץ, ב' (2000). עמ' 195-312; שורץ, ש' (2000). עמ' 61-94.

למודל שהפעיל חיל הרפואה של הצבא הבריטי. ביולי 1948 החלו להסב את מרכז ההחלמה לבית חולים כללי הכולל חדרי ניתוח.¹⁴⁴

מכורח המציאות התפתחו במהלך המלחמה מרכזי שיקום שהעניקו טיפול רפואי שיקומי לנפגעי הקרבות, אזרחים וחיילים במטרה להחזירם לתפקוד מיטבי.¹⁴⁵ בהם בית פיינסטון ברמות השבים, מרכז השיקום ביפו, מרכז השיקום של הדסה בירושלים, בית הי"ד בנס ציונה,¹⁴⁶ וביתנים שמונה עשרה ותשעה עשרה בתל ליטווינסקי, לימים בית החולים תל השומר.¹⁴⁷ פארן מציינת כי מרכזי השיקום הוקמו במהלך הקרבות והתנהלו ללא מתודות מקצועיות מסודרות.¹⁴⁸ מרכזי השיקום מלבד בית פיינסטון היו זמניים ונסגרו בהדרגה לאחר המלחמה.

לאירועי המלחמה היו השפעות גם בתחום בריאות הנפש, האוכלוסייה האזרחית שהתמודדה עם העומס הנפשי בתקופת המנדט זועזעה קשות מההחרפה במצב הביטחוני בירושלים. עקב המצור, ההפגזות, הרעב והצימאון הופיעו המקרים הראשונים של הלם ופסיכוזות דפרסיביות.¹⁴⁹ מספר המקרים של הפרעות פסיכיאטריות עלה בקרב העולים החדשים ונמצא קשר בין מצב הבריאות הנפשית של העולה לכושר הסתגלותו ובין מצב העולה בילדותו ובהתבגרות להסתגלות הנפשית.¹⁵⁰

במקביל לאירועי המלחמה התמודדה מערכת הבריאות במדינה הצעירה עם זרם העלייה ההמונית ששיאו היה בין השנים 1948-1951.¹⁵¹ מצב בריאותם של העולים הקשה על קליטתם בארץ, העולים סבלו מתשישות פיזית ונפשית וממחלות שכמעט ונעלמו לחלוטין.¹⁵² אירועים אלה, הפצועים הרבים והעלייה במספר החולים הפסיכיאטריים וחולי השחפת זרזו את הצורך במענה ממסדי הולם. לפיכך, נפתחו מחלקות נוספות לשיקום פסי ונפשי בירושלים וברחבי הארץ. הצורך במקצוע שיקומי- טיפולי היה הרקע לייסוד מקצוע הריפוי בעיסוק.

¹⁴⁴ ארכיון צה"ל 142/524/1956, מסמך שכתב ד"ר חיים שיבא: תולדות השירות הרפואי; בונדי, ר' (תשמ"א); שורץ, שי' (2000). עמ' 61-94.

¹⁴⁵ פארן, ג' (תשע"ד). עמ' 61-66, 253.

¹⁴⁶ איט/אקמ/11/46/4-12; נדב, ד' (2002). עמ' 15-19.

¹⁴⁷ שם, שם. נדב, ד' (2008). עמ' 54-58.

¹⁴⁸ פארן, ג' (תשע"ד). עמ' 254.

¹⁴⁹ היילפרין, ל' (1949). עמ' 11-13.

¹⁵⁰ וינברג, א' (1957). עמ' 269.

¹⁵¹ בשנים 1948-1951 עלו לארץ 40.2% מכלל 1,707,703 העולים שעלו לארץ מהכרזת המדינה במאי 1948 עד שנת 1981. אייזנשטדט, ש'נ', (תשמ"ט). עמ' 304-342; צמרת, צ' (תשנ"ג). עמ' 19-22, צמרת מחלק את התקופה ממאי 1948 לאמצע 1950 לשלוש תקופות משנה ואת תת התקופה מראשית 1949 עד מאי 1950 כשיא גל העלייה עם קשיי הקליטה הקשים ביותר.

¹⁵² הכהן, ד' (תשנ"ד). עמ' 54.

פרק ראשון: 'הולכים אל הלא-נודע': יוזמה נשית

*My main objective was to establish a service which I felt was needed in every hospital...it was not difficult to sell it because people could see how necessary it is, and they went along."*¹

במשפטים אלה בחרה אתל בלום לתאר את מטרת חזונה ואת דרכי פעולתה בייסוד מקצוע ושירותי הריפוי בעיסוק בישראל והיא שתעמוד במוקד הפרק הזה. לחינוך שקבלה בלום בילדותה ושנות נעוריה ולרקע התרבותי שבו גדלה הייתה השפעה על בחירותיה, אמונתה ביכולותיה, עיצוב דפוסי התנהגותה ולמימוש העצמי המקצועי שלה. הביוגרפיה מתמקדת בדמות אחת שיש בה ייחוד אינדיבידואלי מתוך ההמון.² רוב הביוגרפיות במחקר ההיסטורי עוסקות ביוצרים או במנהיגים, מעצבי פניה של תקופה או של תרבות. העיסוק באדם פרטי מלמד על המרחב ההיסטורי בו פעלה הדמות ועל תרומתה לעיצוב החברה בה פעלה. הדמות הנדונה מייצגת קבוצה חברתית וכך באמצעות דמות פרטית ניתן להגיע לתובנות על המרחב היסטורי חברתי תרבותי בו פעלה הדמות ועל ההשפעות ההדדיות בין הדמות לחברה.³ המידע הנשאב מפרטים בקבוצה משמש כמקור ידע והבנה של תהליכים היסטוריים לפיכך, חובת הביוגרף לשאוף להבין את הדמות אותה הוא מתאר על רקע הקודים החברתיים והתרבותיים של תקופתה.⁴ תיאורים ממגוון תחומים העוסקות במגדר, הגירה, תרבות וחברה חשובות להבנת האירועים, המניעים, הבחירות ואורח החיים בתקופה הנדונה. הייחוד בביוגרפיה נשית של נשים בתפקידי הנהגה, הוא בהשפעת הרקע האישי של המנהיגה על סגנון המנהיגות. יש הטוענים כי מקור כוחן של מנהיגות נעוץ קודם כל באישיותן היחידנית.⁵ שכטר מציינת שרבות מהביוגרפיות שנכתבו על נשים מהיישוב אינן פרי מחקר היסטורי ולא נכתבו מתוך פרספקטיבה מגדרית.⁶ כך שאינן קושרות את פועלן של הנשים המתוארות להקשר החברתי – כלכלי- ביטחוני, בזיקה לזמן ולמקום. ואינן בוחנות את השפעת הזהות המגדרית ומאפייני החברה על עיצוב הדמויות, אורח חייהן, פועלן ושאיפותיהן. הפרק להלן מתמקד בדיוקנה הייחודי של אתל בלום. הוא אינו בבחינת ביוגרפיה מקיפה, אלא מתמקד בהיבטים של חייה ואישיותה הכרוכים בהתפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק ביישוב ובישראל. נראה שלא ניתן לנתק את השניים זה מזה.

¹ החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, תמלול ראיון של בלום בשנת 1986, ראינה ליטה סמית, במסגרת כתיבת עבודה לאוניברסיטת NYU

² שפירא, א' (תשס"ג). עמ' 225-239.

³ שכטר, ת' (תשס"ד). עמ' 1-7.

⁴ שפירא, א' (תשס"ג). עמ' 227.

⁵ Rosner, J. B. (1990). pp. 119-125

⁶ שכטר, ת' (תשס"ד). שם.

1. תולדות חייה של אתל עדינה בלום

סקירת הביוגרפיות של מנהיגים העלתה שונות בקשר בין עברם והרקע הביוגרפי שלהם לכושר מנהיגותם. יש הסוברים שכדי להגיע להנהגה נחושה ובלתי מתפשרת יש לחוות בילדות כאב וקושי ויש הסוברים שמנהיגות היא תכונה מולדת-טבעית, קרי אנשים נולדים עם כשרון להשפיע ולהנהיג. מנהיג, להבדיל משליט, מצטייר כדמות כריזמטית המפגינה ביטחון וידע. דפוסי פעולת המנהיג יצירתיים וחדשניים ואחת מיכולותיו הבולטות היא הגדרת מטרות ותפקידים.⁷

אתל בלום (לאחר קום המדינה: בנאור)⁸ נולדה בעיר ברסלב באוקראינה בשנת 1908, למשפחה אורתודוקסית בשם חודש.⁹ כשהייתה בת שנה היגרה משפחתה לארצות הברית והשתקעה במנהטן. האב עבד כשוחט עופות. לאתל היו שני אחים, במשפחה היו עוד שני ילדים שנפטרו בנסיבות שונות. עקב האובדן תפסה בלום את אימה כדמות פגיעה ושברירית הזקוקה להגנה.

כדי לשמר את הדת והמסורת היהודית ולמנוע התבוללות בתרבות האמריקאית, אסר האב על ילדיו לדבר אנגלית בין כתלי ביתו. הילדים למדו אנגלית במסגרות החינוך ובבית שוחחו עם הוריהם ביידיש. האיסור על שיחה באנגלית, מנע מילדי משפחת חודש להזמין חברים לביתם. כמו כן, נאסרה עליהם כל פעילות גופנית ספורטיבית. בלום מתארת את משפחתה כ"אורתודוקסית להכאיב"- הן בהיבט ההלכתי פרקטי, עקב הגבלות הדת והאיסורים שמנעו ממנה הנאה בשבתות ובחגים, והן בהגבלות של אביה בנושאי בילויים ולבוש שהקשו את התחברותה והשתייכותה לבני גילה.

מילדותה היא נחשפה לעובדה הברורה שהיא "רק ילדה",¹⁰ מה שגרם לדעתה להתעלמות מסוימת של אביה ממנה. בלום לא זכרה אף לא פעם אחת של קירבה גופנית קרי, נשיקה או חיבוק שאביה יזם כלפיה. גם האם לא תמכה בה אלא השקיעה את כוחותיה בניחוח וריצוי הבן הבכור, שהיה אמור להגשים את משאלות אביו, להצטיין בלימודיו התורניים ולקבל הסמכה לרבנות. הבן סבל מנחת זרועו ומתוקפנותו של האב והאם סיפקה לו הגנה. אולם לאתל, הבת, הבהירה האם שאינה מסוגלת להתמודד עם האב וכי עליה להגן על ענייניה בעצמה.¹¹ ניתן לשער כי התעלמות האב וחוסר ההגנה של האם הביאו את בלום לפיתוח לפתח אישיות עצמאית.

בלום למדה בבתי ספר יסודי ותיכוני ציבוריים, בשונה מאחיה שלמד בבית ספר יהודי. הוריה של בלום, מהגרים ממזרח אירופה השתמשו בדגם נפוץ בחינוך ילדיהם; הורים שומרי מסורת שלחו את בניהם לבתי ספר יהודיים, לחדרים ולישיבות. בתי ספר יהודיים לבנות עדין לא נפתחו והבנות נשלחו לבתי ספר ממשלתיים. כפועל יוצא מכך, רכשו הבנות השכלה כללית רחבה יותר.¹²

⁷ שם, שם.

⁸ החוג לרב"ע אוניברסיטת חיפה, מתוך תמלול ריאיון עם של בלום עם כלתה- רוברטה בנאור, בשנת 1983. בעלה של בלום התבקש לעברת את שמו אחרי הקמת המדינה כיון שעבד כמפקח במשרד החינוך.

⁹ שם, שם. שם נעוריה של אתל בלום מוזכר רק במקור אחד משלל המסמכים שכתבה. גבי בלום ציינה כי כל אחד מבני המשפחה ביטא וכתב באנגלית את השם "חודש" = Chodes באופן שונה.

¹⁰ בעמודים הראשונים של תמליל הריאיון עם בלום משנת 1983 מופיע מספר פעמים המשפט: "You are only a girl".

¹¹ שם, שם. "Don't ask me to do that, I have so much to ask for your brother that I have no strength".

¹² הימן, פי (תשנ"ז). עמ' 49-50.

בגיל הילדות למדה בלום עברית מהאזנה לאביה ואחיה ורק בגיל בית הספר התיכון למדה עברית באופן מסודר בבית ספר יהודי בשעות אחר הצהריים. כדי לעצור את טמיעת המשפחה בתרבות האמריקאית, אסר האב על ילדיו להכניס את מאפייני התרבות לביתם. לא זכור לבלום שהיו בבית צעצועים והיא הורשתה לקרוא רק ספרים בעברית או ביידיש. אסטרטגיה זו לא רק שהרחיקה את בלום מבחינה חברתית מבני גילה, אף יצרה התנגדות וגרמה בסופו של דבר להתרחקותה מבית ההורים ול'בריחה' לארץ ישראל.

בלום תארה את אימה כאשת עסקים ממולחת. ברם, הוריה לא הצליחו להתבסס כלכלית. בעיני בלום היה זה עקב התעקשות האב על כך שאשתו אינה יכולה לנהל עסק אלא לעסוק בכלכלת הבית. ייתכן כי מכך צמחה תפיסתה המגדרית הנוגדת את זו המסורתית, לפיה ישנה חלוקת תפקידים מוגדרת בין הגבר המצוי ופועל בספרה הציבורית ובין האישה המוגבלת לספרה הביתית.

בלום העידה על עצמה כמי שחשוב היה לה להוכיח את יכולותיה הקוגניטיביות. ייתכן שזו הייתה תגובתה להיותה בצילם של אחיה. היא הייתה מודעת מגיל צעיר ליכולותיה האינטלקטואליות הגבוהות לכן בחרה ביזמתה ללמוד בתיכון ברמת לימודים גבוהה. כאשר סיימה את לימודיה התיכוניים פנתה ללימודי הוראה במכון להוראה שליד הסמינר התיאולוגי (JTS). קצבורג יונגמן מציינת את 'המכון למורים של בית המדרש לרבנים באמריקה' כאחד משני מוסדות בו למדו נערות יהודיות הוראה, מקצוע שנחשב מקובל בחברת המהגרים ממזרח אירופה, העניק יוקרה בקהילה היהודית והבטיח כרטיס כניסה למעמד הבינוני.¹³ בזכות הישגיה במבחן הכניסה שובצה ללימודי השנה השנייה ובטקס הסיום זכתה למדליה.

על אף לימודיה, כבר מגיל צעיר סייעה בפרנסת המשפחה. בגיל חמש עשרה החלה להתפרנס מהוראת עברית. את משכורותיה העבירה במלואן לאימה לתקציב המשפחתי. לאחר סיום לימודיה בסמינר עבדה בארגון קק"ל (Jewish National Fund) ככתבנית וקצרנית ביידיש. במקום עבודה זה נחשפה לראשונה לציונות ולארץ ישראל. היא עלתה בסולם הדרגות וקבלה תפקיד מנהלת משרד. כדי להרוויח עוד כסף לקחה על עצמה עבודה נוספת מטעם הפיקוח על מחלקת הכשרות של עיריית ניו יורק. המקורות אינם מסבירים מדוע לא פנתה להוראה. עבודה של צעירה יהודיה רווקה, לא הייתה נדירה באותה העת.¹⁴ בתהליך ההגירה של יהודים ממזרח אירופה לארצות הברית הייתה זו תופעה מוכרת, שהביאה לשינוי במאזן הכוחות במשפחה עקב העובדה שנערות שהסתגלו במהירות לחברה החדשה הועסקו כפקידות, מוכרות, פועלות ועזרו בפרנסת משפחותיהן. לעיתים נתפסה עצמאות זו כהטלת ספק בסמכות האב או כמרידה בו.¹⁵

בשנות עבודתה בקק"ל עדין התגוררה בבית הוריה. בלום הסיקה שהאפשרות היחידה לצאת מבית הוריה תהיה באמצעות נסיעה ליעד רחוק - ארץ ישראל. ייתכן שהרצון להתרחק מההורים בד בבד עם קרבתה לקק"ל, הובילו אותה ליעד זה. אולם היא חשה מחויבות כלפי אימה שביקשה שלא תעזוב את הבית לפני חתונת אחיה הבכור. בינתיים חסכה כסף לרכישת כרטיס להפלגה לארץ. כשהודיעה להוריה על הנסיעה המיועדת והציגה את כרטיס הנסיעה (שהיה הלוך ושוב),

¹³ קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). עמ' 58.

¹⁴ היימן, פ' (תשנ"ז). עמ' 17-43.

¹⁵ שם, שם.

אביה אסר עליה לצאת להפלגה כיון ששמע שיש בארץ ישראל יהודים שאינם שומרי שבת וכשרות. בלום המרתה את פי אביה והחליטה לצאת לנסיעה המתוכננת. החלטה זו מעידה על אופייה ואישיותה. אין במקורות מסמכים המעידים על יחסה של בלום לציונות.

בלום הכירה חלק מנוסעי האוניה הציוניים, ובעת שהאניה עגנה בחופי צרפת הצטרפה אליהם לקונגרס הציוני השבעה עשרה שהתקיים בבזל בשנת 1931. אחד ממשותפי הקונגרס היה ד"ר חיים יסקי, מנהל ארגון הדסה בארץ ישראל. בלום התנדבה לעזור לו בשליחת מברק דחוף. בשיחה עימו התברר שמזכירתו בירושלים התפטרה והוא מחפש מחליפה. בלום נענתה בשמחה להצעתו, במהלך שהותה בירושלים החלה לעבוד כמזכירה בבית החולים בירושלים והתקדמה לתפקיד עוזרת אדמיניסטרטיבית של מנהל בית החולים. בראייה לאחור טענה בלום שהרגישה שהגורל האיר לה פנים כי כספה כמעט ואזל והיא נזקקה לעבודה מיידיה.¹⁶

כשבוע לאחר שהחלה לעבוד בירושלים נתקפה כאבים ואושפזה למשך ששה שבועות בבי"ח רוטשילד. בסמוך לו היה בית קפה בו נהגו להיפגש יהודים ויהודיות ממוצא אמריקאי. השמועה שבחורה אמריקאית, חדשה בארץ, מאושפזת בבית החולים, הגיעה לבית הקפה והחבורה נערכה לשהייה במשמרות ליד מיטתה. המבוגרת מבין השומרות הייתה הנרייטה סאלד שלה עתיד להיות תפקיד חשוב בעתידה של בלום ובהתפתחות התחום.

בתקופת האשפוז ביקשה בלום מאחת האחיות להביא לה חוטי רקמה והחלה לרקום על חולצה שייעדה לתת להנרייטה סאלד. אחת עשרה הנשים שהיו מאושפזות במחלקה חיקו אותה והחלו לעסוק ברקמה ותפירה. האחיות הודו לבלום ואמרו כי בשל תעסוקתן, הנשים המאושפזות כמעט ולא קראו לעזרתן ומועדי האשפוז שלהן התקצרו. כאשר הגישה בלום להנרייטה סאלד את החולצה הרקומה, אמרה לה סאלד שעליה לפתוח מחלקה לריפוי בעיסוק בבית החולים. בלום הבהירה שאינה מכירה את המקצוע ואינה יודעת איך לעשות זאת. סאלד ענתה שגם היא אינה יודעת, משום כך יהיה עליה לחזור הביתה וללמוד את המקצוע. הייתה זו אפוא יוזמה נשית שנולדה במקרה.

לאחר האשפוז התחזקו קשריה של בלום עם סאלד והיא הצטרפה אליה בשעות הערב וסייעה לה בעבודתה בעליית הנוער. במשך ששה חדשים אף החליפה את מזכירתה האישית. בעת הפגישה ביניהן הייתה סאלד בת 71, סאלד הגיעה לארץ בשנת 1920 כדי לעמוד בראש המשלחת הרפואית הציונית אמריקנית. היא הייתה מעורבת בכל תחומי פעילותה של הדסה בארץ ופעלה לפיתוח מקצועות 'של נשים' שהיו מקובלים בארצות הברית: סיעוד, הוראת תזונה ועבודה סוציאלית. סאלד הייתה האשה הראשונה שלמדה ביבית המדרש לרבנים באמריקה שפתח את שעריה לנשים רק בשנת 1909 והיה למוסד ציוני ששם דגש על לימודי עברית.¹⁷ זיו-ענבר טוענת כי סאלד הוטרדה מהיעדר מקומות עבודה לנשים ביישוב וכי היה לה נהיר שנשות החברה הצעירה חייבות להיות עצמאיות לכן עליהן להיות מסוגלות לפרנס את עצמן ובמקביל לתרום לבניין הארץ.¹⁸ בשנת 1931, השנה שבה נפגשה עם בלום, נבחרה כאחראית נושאי הבריאות והסעד בוועד הלאומי ובאותה עת הקדישה את מאמציה לייסוד שירותי העבודה הסוציאלית ביישוב. באותן שנים לא היה מעמדה של סאלד ביישוב חד משמעי. מחד גיסא, הייתה מקובלת על

¹⁶ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, תמלול ריאיון עם בלום בשנת 1983.

¹⁷ צבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). עמ' 1-35.

¹⁸ זיו-ענבר, א' תשנ"ו). עמ' 149.

כל החוגים והמפלגות ביישוב ולכן נבחרה לתפקידים ציבוריים. מאידך גיסא, דעותיה הפציפיסטיות, התעקשותה להישאר א-פוליטית, שיטות הניהול האמריקאיות אותן הביאה לכל מפעל והעובדה שהתגוררה במלון 'עדן' ונסעה לביקורים רבים בארצות הברית הקנו לה מתנגדים מקרב יוצאי מזרח אירופה. לאורך שנות שהייתה ביישוב נחשבה סאלד כשליחה של האמריקניות ואילו בקרב מנהיגות הדסה בארצות הברית נחשבה ארץ ישראלית.¹⁹ בלום שראתה בהנרייטה סאלד מודל אימהי, ושזו הייתה בעבורה תחליף לאם, אמרה לימים כי לסאלד הייתה אישיות מדבקת אשר עודדה את הנוכחים בסביבתה להפיק את המרב והטוב מעצמם.²⁰ באופן זה השפיעה גם עליה והביאה אותה לעשייה.

מערכת יחסיה של בלום עם הוריה הוסיפה להיות מורכבת. למרות שכתבה בקביעות להוריה נזופה בלום בקביעות על כך שאינה חוזרת לביתה. במהלך השנים נסעה לבקר את הוריה, ובאחד מהביקורים אביה הודיע לה שהוא אוסר עליה לחזור לארץ ישראל. בלום ענתה שאינה יכולה לאסור עליה מפאת גילה הבוגר. היא יצאה לסידורים וכאשר חזרה ערך האב טקס נידוי בנוכחות שני עדים על מנת להביא להרחקתה מהקהילה. בלום כעסה על אימה שלא מנעה ממנה להיכנס לחדר בו בוצע הטקס ושלא הגנה עליה בהתמודדות עם אביה. למחרת היום, קנתה כרטיס וחזרה לארץ ישראל במהירות האפשרית.

מבחינה חברתית נהגה לבלות עם החבורה האמריקאית ונחשבה ליוצאת דפן ביניהם כי דברה עברית רהוטה.²¹ היא הכירה את בעלה לעתיד, לאון בלום, שהיה מבוגר ממנה באחד עשרה שנים ועבד במחלקת החינוך של 'הוועד הלאומי'. אחרי הקמת המדינה מונה למפקח על המגזר הערבי במשרד החינוך. בני הזוג נישאו בשנת 1937 בבית אביו בבת ים. הנרייטה סאלד השתתפה בטקס, אך הוריה של בלום שהוזמנו לחתונה, לא הגיעו.

בשנת 1940, זמן לא רב לאחר פרוץ מלחמת העולם השנייה, עם הגברת הלחץ הגרמני על האזור, נבהלה בלום והחליטה לחזור בגפה לניו יורק. נסיעתה ארכה שישים וארבעה ימים עקב אילוצי הנתים בו יכלו לשוט במלחמה. בלום הגיעה לניו יורק ושכרה חדר כי לא הסכימה לגור אצל הוריה לאחר טקס הנידוי. לאחר שפנתה להדסה קיבלה עבודת מזכירות ב'ועדת פלסטינה' אשר ריכזה את תקציבי הארגון והפיתוח של הדסה בארץ ישראל. במקביל החלה לשכנע את ראשי הארגון להוציא לפועל את הרעיון שהעלתה הנרייטה סאלד בשנת 1931. הצעתה הייתה שהיא תלמד ריפוי בעיסוק ושיקום במימון הדסה ובתמורה היא תחויב בפתיחת השרות בירושלים. לאחר מספר ועדות העניין סודר, הדסה מימנה את שכר הלימוד ודמי מחייה בסיסיים ובלום התחייבה לעבוד בארץ ישראל במשך שנתיים ולהקים את המחלקה לריפוי בעיסוק. במהלך שהותה בניו יורק גילתה בלום שהיא בהריון. למרות ההריון ועול הטיפול בתינוק המשיכה בתכניתה והצליחה לסיים לימודי תואר ראשון בשיקום ובריפוי בעיסוק כולל בחינות ההסמכה ותואר שני באדמיניסטרציה. בזמן לימודי התואר השני הגיע בעלה לניו יורק והתגורר עם המשפחה. לדבריה שנאמרו ממרחק של זמן, היא נרשמה ללימודי התואר השני כי ידעה שכדי לענות על צרכי השטח בארץ יהיה עליה לפתוח בית ספר למרפאות בעיסוק כדי להכשיר כח אדם בארץ. היא שיתפה את הנהלת הדסה ברעיון רק בשלב מאוחר יותר, כאשר בינתיים ביקשה

¹⁹ בראון, מ' (תשנ"ט). עמ' 48-67; זיו-ענבר, א' (תשנ"ו). עמ' 153; קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). עמ' 1-35.

²⁰ ארכיון החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה. תמלול ראיון עם בלום בשנת 1983.

²¹ נקודת השקה נוספת עם הנרייטה סאלד שנחשבה אמריקאית ביישוב וארץ ישראלית בקרב מנהיגות הדסה בניו יורק.

מהדסה לגייס עוד מרפאות בעיסוק, אמריקאיות, שיסכימו לבוא לעבוד בארץ ישראל למשך שנתיים. ניתן לראות גם במהלך זה, בהכשרתה המקצועית של בלום, אילוץ שהוליד מעשה. שכן הייתה זו המלחמה שהביאה את בלום לניו-יורק.

לקראת סיום לימודיה ארגנה בלום בעזרת הדסה מתנדבות בארצות הברית שהכינו דוגמאות למלאכות ואספו חומרי גלם וחומרי מחזור לעבודות יד. לקראת הנסיעה לארץ ערכה אירוע במלון וולדורף אסטוריה בנושא "Making Something out of Nothing" למטרת איסוף חומרים וכספים ודוגמאות לעבודות יד שהחולים יוכלו להכין בטיפול. החומר שנאסף הוכנס לשלושים ארגזים שלקחה לירושלים. בשנת 1946, עם חזרתה לירושלים, פתחה את הקליניקה הראשונה בהר הצופים.

בלום הצליחה לשכנע את הנהלת הדסה בצורך בהרחבת השרות ובפתיחת קורס לריפוי בעיסוק, הקורס נפתח בהר הצופים בהנהלתה של בלום. כדי לאפשר לתלמידות מקומות הכשרה קלינית, בלום יזמה ותיאמה פתיחת מחלקות נוספות לריפוי בעיסוק ברחבי הארץ.²² עם פרוץ מלחמת העצמאות פונה הר הצופים והקורס מוקם במספר מבנים בעיר. במהלך המצור על ירושלים הייתה בלום בהריון שני. הברית של בנה השני נערכה ביום הכרזת המדינה. במהלך מלחמת העצמאות נפתחה מחלקת שיקום בהדסה בירושלים. בלום ניהלה את הקורס לריפוי בעיסוק ובמקביל נתנה ייעוץ והדרכה במחלקת השיקום.

פועלה בארץ בתחום הריפוי בעיסוק היה קצר מועד. בקיץ 1949 החליטה לעזוב את ירושלים ואת הארץ. לטענתה ההחלטה נבעה מהמתח והמלחמה ומרצונה להמשיך בלימודיה, אולם סביר שהיה בזה גם מניע אישי. היא שבה לניו-יורק ללא בעלה, עם שני ילדים קטנים וללא עבודה. תחילה עבדה בקרן לגיוס כספים למען מדינת ישראל, נסעה ברחבי ארצות הברית וסיפרה מניסיונה. במהלך שנות החמישים עברה להתגורר בקליפורניה, סיימה לימודי תואר שלישי בפסיכולוגיה קלינית. עבדה כפסיכולוגית, נשארה אם חד-הורית ופרנסה את ילדיה.²³ בשנים האחרונות לחייה התגוררה בקרבת בנה דיוויד ומשפחתו בדיוור מוגן ברוקוויל, נפטרה בשנת 1994.²⁴

אם לרקע הביוגרפי השפעה על תכונות המבוגר ופעולות הנהגתו, הרי שבלום הונעה מרצון להוכיח את יכולותיה הן בתחום המקצועי הנותן ביטוי ליכולותיה הקוגניטיביות והן ביכולת הכלכלית קרי, לפרנס את עצמה ואת ילדיה בכבוד. מהמסמכים ומהראיונות עולה שהמניע המגדרי פעל על בלום במישור האישי. ניסיונה במשפחתה המסורתית והפטריארכלית הביא אותה לרכוש השכלה גבוהה למרות היותה בעלת משפחה, להשיג משרה ניהולית ולהיות עצמאית מבחינה כלכלית. לאחר שצברה ניסיון בעבודתה כמנהלת אדמיניסטרטיבית בהדסה,²⁵ פעלה לייסוד המקצוע ושירותיו בארץ. הניסיון והמעמד שרכשה בעבודתה בהדסה סייעו לה לבצע את משימותיה מתוך מעמד בארגון ועמדה של מנהיגות.

²² לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 1; זוסמן, נ' (1993). עמ' H146 – H156

²³ ריאיון עם עם כיתה, רוברטה בנאור 1983; ריאיון עם עם ליטה סמית, 1986; ריאיון עם עם ד"ר דליה זק"ש, 1987; ריאיון עם טלפוני עם דיוויד ורוברטה בנאור, מרץ 2010.

²⁴ ידיעה מתאריך (5/2/1994). שהתפרסמה בעיתון היהודי-ושינגטון כרוניקל.

²⁵ על עבודתה כמנהלת אדמיניסטרטיבית להלן עמ' 38.

השפעת הרקע הביוגרפי של אתל בלום על יוזמתה ופעילותה

בתקופה שבין שתי מלחמות העולם עלו לארץ חמשת אלפים נשים מארצות הברית. חמש סיבות עיקריות הניעו אותן בצעד זה: אילוצים, ציונות, הגשמה דתית, הגשמה אישית ומקצועית והגירה למען הילדים.²⁶ רבות מהן עלו הן ממניעים ציוניים וכן מרצון לשפר את מעמדן האישי שהיה מושפע ממינן, יהדותן וממצבן הכלכלי-חברתי. בין העולות היו נשים רווקות. גלס סובר כי לנשים משכילות לא צעירות היו פחות סיכויים להינשא ולהקים משפחה ולכן היו שחיפשו דרכים להגשים את עצמן על ידי עלייה לארץ. ספרן מציינת קהילה של נשים אמריקאיות שהיו חברות בארגוני נשים בחוץ לארץ, היו מודעות להישגי הנשים וחיו בירושלים בשנות העשרים והשלושים של המאה העשרים.²⁷ בארץ ישראל תחת השלטון המנדטורי היה ביקוש לנשים בתפקידי קצרות, מזכירות ומנהלות משרד, בעלות שליטה בשפה העברית ובשפה האנגלית. גלס תאר תופעה של מזכירות צעירות, תיירות שבאו מארצות הברית לארץ לשהות של שנה שנתיים. חלק מהנשים שבו לארצות הברית, לאחר שנתקלו בקשיי החיים בארץ. אחרות התאכזבו מהפער בין ציפיותיהן למציאות שפגשו בארץ. לעולים מארצות הברית הודבקה ביישוב תווית שרבים מהם חוזרים לארץ מוצאם. זאת על סמך נתונים בלתי מבוססים שהיו מקובלים ביישוב כיון שרובן נשאו בארץ ישראל.²⁸ תיאור זה עולה בקנה אחד עם מהלכה של בלום.

קצבורג-יונגמן שחקרה את הרקע הביוגרפי של מנהיגות הדסה אחרי מלחמת העולם השנייה, מצביעה על כך שרוב מנהיגות הארגון היו בנות למהגרים ממזרח אירופה שגדלו והתחנכו בארצות הברית ובעיקר בניו יורק. הן היו בוגרות קולגים אשר הוכשרו להוראה, מקצוע שנחשב בזמנו יוקרתי בקהילה היהודית למרות המשכרת הצנועה כיון שאפשר תעסוקה מבלי לעבוד בשבת. העיסוק במקצועות אחרים הצריך מימון שלא היה בידי בנות המהגרים ונכרך בשבירת מוסכמות של החברה היהודית. המוסדות בהן למדו רוב מנהיגות הדסה היו האנטר קולג' וה'מכון למורים של בית המדרש לרבנים באמריקה' (JTS).²⁹ על פי התיעוד, המנהיגות עימן היה לבלום קשר מתמשך היו רבקה שולמן, רוז לוריא הלפרין, אנה טולין ואטה לסקר רוזנסון. שולמן 1896-1997 בת למהגרים מוינה, נשיאת ויצ"ו העולמית והדסה, למדה בהאנטר קולג' סיעוד ועבודה סוציאלית ועבדה כאחות עד שהחלה את פעילותה בהדסה בשנת 1929. היא הייתה יושבת ראש הוועדה הרפואית של הארגון ונשיאת הארגון בין השנים 1953-1956.³⁰ הלפרין, נשיאת הדסה בין השנים 1932-1934 שמשה כאשת הקשר של הדסה עם ארץ ישראל בשנים 1947-1952, הייתה בת למהגרים ממזרח אירופה והרקע הביוגרפי שלה דומה לרקע של בלום ושל רוב מנהיגות הדסה.³¹ טולין, הייתה מקבוצת המנהיגות מקרב נשים יהודיות אמידות שהיגרו לארצות הברית מגרמניה ערב מלחמת העולם השנייה. עיקר הקשר של בלום איתה היה קשור לתפקידה כיושבת ראש

²⁶ גלס, י' (תשס"ב). עמ' 84-108.

²⁷ ספרן, ח' (תשס"ב). עמ' 315-330.

²⁸ להלן הערה מס' 26.

²⁹ קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). עמ' 51-61.

³⁰ בנה של שולמן היה האלוף פול שולמן, מפקד חיל הים הישראלי הראשון. מתוך האתר של הדסה

www.hadassah.org/site/c.ke.JNIWOVEH/b.5761895/k.30EE/Biographies_of_Hadassah_National

[Presidents.htm](http://www.hadassah.org/site/c.ke.JNIWOVEH/b.5761895/k.30EE/Biographies_of_Hadassah_National/Presidents.htm) נדלה מהאינטרנט 1/10/10.

³¹ קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). עמ' 52; הלפרין (1896-1978) נולדה בלואוואר איסט סייד בניו יורק, למשפחה ציונית אורתודוקסית, נחשבת לאחת המנהיגים היהודים החשובים במאה העשרים.

וועדת הרכש של הארגון.³² רוזנסון 1885-1966, נדבנית ועובדת סוציאלית שנולדה ולמדה בטקסס עבודה סוציאלית. הייתה נשיאת הדסה בשנים 1952-1953, ועמדה בראש חבר המנהלות לענייני הסתדרות מדיצינית הדסה.³³ בדומה לבלום, מנהיגות הדסה היו מחויבות לתפקידן שדרש כעשר שעות עבודה ביום ועובדה זו לא הפריעה לכך שרובן היו בעלות משפחה, בשנים אלה נשים רבות הפסיקו לעבוד לאחר שנישאו וילדו.³⁴

מגיל צעיר היה נהיר לבלום הקשר בין הכנסה לעצמאות. היא הרוויחה כסף מגיל חמש עשרה והעבירה את כל כספה לאימה שהשתמשה בו לפרנסת המשפחה ולמתן לאח הבוגר בלי ידיעת האב. בירושלים הרוויחה משכרת קרובה למשכורתו של רופא בהדסה, עובדה שאפשרה לה לפרנס את עצמה בכבוד ולשלוח כספים למשפחתה בניו יורק. בין השנים 1942-1946 בלום העבירה בקביעות לוועדת פלשתינה דין וחשבון הכוללים הוצאות מחייה ולימודים, כולל הוצאות הנסיעה חזרה לירושלים.³⁵ היא הצליחה לשכנע את ההנהלה לתת לה דמי מחייה כדי שלא תצטרך לצאת לעבודה בשעות הערב. לקראת חזרתה לירושלים ניהלה משא ומתן ודאגה להשוות את תנאי משכורתה למשכורת אחות ראשית. לטענתה, התפקיד שהיא אמורה הייתה לבצע כלל יותר עבודה מתפקיד אחות אחראית כיון שהיה עליה להקים מחלקות במקומות שונים. בלום כתבה שהיא מודעת לכך שלמרות כל האידיאלים, גם בארץ ישראל משווים בין סטטוס למשכורת ומעמד העובד נקבע בהתאם למשכורתו. היא נימקה את בקשותיה ברצונה להשיג הכרה נאותה למקצוע. לדידה, יוקרת מקצוע הן מצד מקצועות אחרים והן מהצבור היא גם פועל יוצא של השכר.

בלום דחתה על הסף את המשכרת שהציע לה ד"ר יסקי ובקשה מגב' שולמן בהנהלת הדסה לשכנע את ד"ר יסקי בצורך להעניק לה משכרת בדרגת פיקוח. לטענתה, המשכורת שד"ר יסקי הציע נמוכה והתאימה למשרת מזכירה. בלום הדגישה שאינה מעוניינת להשתמש במשכורת של בעלה לצרכיה.³⁶ אמירה זו מעידה על תפיסות פמיניסטיות שהיו נחלתה, ככל הנראה בהשפעה אמריקאית ואולי תולדה של רקעה המשפחתי.

ברטל חשפה ויכוח דומה בנושא שכר בין ד"ר יסקי מנהל הדסה בירושלים ושולמית קנטור, ראש שירותי הסיעוד ומנהלת בית הספר לאחיות.³⁷ גם קנטור נעזרה במנהיגות הדסה בניו יורק כדי לשכנע את ד"ר יסקי שלא לצמצם את משכורתה. ברטל פרשה את מגמתו של ד"ר יסקי כעוד מהלך בויכוח בין הרופאים שתמכו בגישה האירופאית הרואה במקצוע הסיעוד עזרה לרופא, לאסכולה האמריקאית התופסת את הסיעוד כפרופסיה עצמאית. ההכרעה בנושא נפלה בידי

³² קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). עמ' 61.

³³ קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). שם; אתר הדסה

www.hadassah.org/site/c.ke.JNIWOVEH/b.5761895/k.30EE/Biographies_of_Hadassah_National_Presidents.htm
1/10/10 נדלה מהאינטרנט

³⁴ קצבורג-יונגמן, שם.

³⁵ HMO/ 51- 4, דוח הוצאות של בלום בין השנים 1942 עד 1946 מתאריך 2/4/46; HMO/51-3, דו"ח הוצאות שנשלח להדסה; אצ"מ, J113/1970, פרוט הוצאות של בלום במכתב להדסה בתאריך 1/2/43.

³⁶ HMO/ 51- 4, מכתב מבלום לרבקה שולמן בהדסה בנובמבר 1945.

³⁷ גבי שולמית קנטור ניהלה את שרות האחיות בהדסה ואת בית הספר לאחיות משנת 1934. בשנת 1933 נשלחה לשנת לימודים באוניברסיטת קולומביה מטעם הדסה. ראו ברטל, נ' (2005). עמ' 257-264; קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). עמ' 35.

מנהיגות הארגון שהונעו מהאסכולות המקצועיות האמריקאיות וציידו בבלום ובקנטור.³⁸ למרות שמנהיגות הדסה עבדו בהתנדבות, היה ברור להן הקשר בין משכורת למעמדו של מקצוע וכשנאלצו להכריע, תמכו בנשים מנהיגות בארגון.

הבדלי שכר בין גברים לנשים משקפים את הפיחות השיטתי בעבודת נשים. מיומנויות בעבודת נשים המצריכות כישורים חברתיים ומילוליים אינן זוכות בדרך כלל לגמול כספי. מחקרה של יזרעאלי משנת 1992 מוכיח כי גברים מייחסים לשכר חשיבות גדולה יותר מאשר נשים. בנוגע לנשים, מדובר ביחס דו-סטרי: נשים מייחסות פחות חשיבות לשכר כי משלמים להן פחות עקב הזדמנויות מוגבלות.³⁹ ברם, נשים שהשתכרו שכר גבוה ייחסו לשכר חשיבות רבה יותר מנשים ששכרן היה נמוך.⁴⁰ במהלך שהותה בישראל הצליחה בלום לעקוף את הגבלות המגדר על השתכרותה והצליחה להשתכר בכבוד. בלום הייתה בעלת מודעות לקשר בין מעמד מקצועי למשכורת ולצורך של נשים במקצוע מכניס על מנת להשיג עצמאות כלכלית. כאשר חזרה לארצות הברית חפשה עבודה אשר תאפשר לה לפרנס בכבוד את שני ילדיה. לא ברור מדוע נטשה את מקצוע הריפוי בעיסוק, אך הפנייה שלה ללימודי דוקטורט בפסיכולוגיה קלינית והעבודה כבעלת קליניקה פרטית היו במטרה להישאר בתחום הטיפולי ולפרנס עצמה.⁴¹ המניע של בלום היה אישי-הישרדותי והמודל שראתה בבית אמה דרבן אותה להשיג עצמאות כלכלית באמצעות השכלה. בלום הפנימה את הכח שהידע מעניק ואת הקשר בין היכולת לפרנס את עצמה להשכלה גבוהה.

בביוגרפיה של בלום בולטת נסיבתיות בעיקר בתחום האישי שהשפיע על ההתפתחות של המקצוע: היכרותה עם חבריה לשיט באניה והשתתפותה בקונגרס הציוני, פגישתה עם ד"ר יסקי והצלחתה להשיג עבודה בירושלים, מחלתה שהביאה לפגישתה עם סאלד ולחיבור הדוק עמה, הדרך בה נחשפו בלום וסאלד למקצוע הריפוי בעיסוק אותו לא הכירו, הנסיעה של בלום לניו יורק בשנת 1940,⁴² והחזרה לארצות הברית עם שני הילדים, בגפה בלי עבודה ומקום מגורים.⁴³ מכאן שגם בייסוד מקצוע על פי דגמים אמריקאים מובנים, לעיתים לאילוצי השעה המניעים את האדם הפרטי, יש כח דוחף אף יותר מאשר תפיסות חדשות. האילוצים הם גם אלה היוצרים את הקרקע הפורייה לקליטת החידוש.

³⁸ ברטל, נ' (2005). עמ' 257-264.

³⁹ יזרעאלי, ד' (1999). עמ' 167-215.

⁴⁰ שם, עמ' 189.

⁴¹ ריאיון עם רוברטה ודיוויד בנאור 21/3/10.

⁴² בתמלול הריאיון עם משנת 1983 לא כתוב מה עשה בעלה באותה תקופה: האם היה מגויס? אין פרוט של הסיבות האישיות שהניעו אותה להפליג לארצות הברית בגפה.

⁴³ כפי שיובהר בהמשך, לא ברור עד כמה הנסיעה הייתה מתוכננת כעזיבה לצמיתות. ראו עמ' 81.

2. החדרת הרעיון וגיוס אמצעים למימוש

א. 'ריפוי בעבודה' - ניצני הריפוי בעיסוק בארץ

עוד לפני הקמת הקליניקה הראשונה, בעודה בארצות הברית, החלה בלום ביישום הרעיון. בראשית 1940 שלחה בלום מכתב לד"ר יסקי בו פירטה את רשמיה מביקוריה במספר בתי חולים בניו יורק. בבית החולים למחלות פרקים נכחה בלום מספר שעות כל יום ולמדה שיטות ואמצעים להפעלת חולים בריפוי בעיסוק. היא ציינה שבכל בית חולים מודרני יש מחלקת ריפוי בעיסוק שמוערכת בעיקר ביכולת להטות את תשומת לב החולה מהמחלה. תוצאות הטיפול הן החלמה מהירה וקיצור משך האשפוז. על סמך ביקוריה אלה, פרסה בלום תכנית מפורטת לפתיחת שרות המתנדבות, תוך הדגשה שיש להפעיל את השרות בשעות קבועות, מוסכמות על הצוות הסיעודי. המחלקות בהן הומלץ להתחיל את השרות היו המחלקה הפנימית, מחלקת ילדים, מחלקת עור ועם חולים לאחר ניתוחים הזקוקים לאשפוז ממושך. בלום המליצה להפעיל את החולים בחדר נגיש שיוצב בו שולחן גדול במרכז ויוכל להכיל את החומרים והאביזרים. בנוסף, פירטה את מגוון הפעילויות המתאימות לכל אחת מהאוכלוסיות הטיפוליות שהציעה. בלום גם דאגה לפן הכלכלי. הציעה לאסוף חומרים ובהמשך למכור את עבודות החולים ובכך לממן את תקציב הריפוי בעיסוק.⁴⁴ הפעלה זו נעשתה תחת פיקוח רופאי המחלקות שהפנו את החולים ובתמיכת ד"ר יסקי מנהל בית החולים.

ד"ר יסקי הנחה את הרופאים: "רצוי שרופאי המחלקה יבחרו את החולים המסוגלים לעסוק בעבודה ויבארו להם את חשיבותה להחשת הבראתם".⁴⁵ החומרים הובאו על ידי אחיות בית החולים וצוות המתנדבות. כמו כן, הושאל להדסה נול קטן לשימוש החולים. העיסוקים העיקריים היו סריגת סוודרים, גרביים וצעפים, אריגה, קליעת סלים ועבודות בעור. קבוצת מתנדבות ירושלמיות נענו למשימה, והפעילו שרות "ריפוי בעבודה" במחלקות האשפוז.⁴⁶ השרות החל לפעול בחמישה עשר במאי 1940, על ידי ועדה לריפוי בעיסוק מטעם חוג הנשים למען בית החולים הדסה בירושלים.⁴⁷ בראש צוות המתנדבות עמדה הגב' אסתר לוי. המתנדבות העסיקו את החולים חמש פעמים בשבוע וערכו ישיבות שכללו את סידור העבודה ביניהן, הוראות רישום בכרטיסיות החולים וסידורי אדמיניסטרציה. בישיבות נכחו עשר מתנדבות והן תועדו בפרטי-כל.⁴⁸ בנוסף, הקפידו על רישומים מדויקים של סטטיסטיקת טיפולים והכנסות ממכירות מוצרי החולים.⁴⁹

בלום ששהתה בארצות הברית, גילתה מעורבות רבה בכל מה שנעשה בירושלים. היא המשיכה להוציא לפועל את תכניתה גם מרחוק. היא פנתה לאגוד האמריקאי לריפוי בעיסוק

⁴⁴ אצ"מ, J113/1970, דו"ח ששלחה בלום לד"ר יסקי ולהנהלת הדסה בניו יורק בתאריך 15/5/1940.

⁴⁵ אצ"מ, J113/1970, מכתב של ד"ר יסקי לרופאי המחלקות מיום 26/5/1942.

⁴⁶ HMO 51-1, מכתב מגב' ברגר מתנדבת בירושלים לגב' הלפרין בניו יורק; במכתב נוסף מתארת גב' שולמן את שרות המתנדבות.

⁴⁷ לוי, נ' (1998). עמ' 175-193.

⁴⁸ פרוט כל = פרוטוקול.

⁴⁹ אצ"מ, J113/1970; HMO 51-1, דוחות עם טבלאות הכוללים סטטיסטיקת טיפולים ומכירת מוצרים.

בבקשה לקבל פרטים על פתיחת קורסים, חתמה על החוזה עם הנהלת הדסה והחלה ללמוד תואר ראשון בשיקום מקצועי וריפוי בעיסוק באוניברסיטת ניו יורק. בסוף שנת 1944 סיימה את לימודי התואר הראשון ופעלה לקבל הסמכה בריפוי בעיסוק. כיון שתחום לימודיה הראשי היה שיקום נאלצה לפנות להלן ויליארד בפילדלפיה כדי לקבל הרשאה להבחן.⁵⁰ בלום גילתה נחישות, נסעה להיפגש עם ויליארד בפילדלפיה ונבחנה שם. בסוף שנת 1945 קבלה הסמכה מהארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק. במהלך שנות לימודיה, שמרה על קשר עם ועדת פלשתינה, טיפלה בתרומות ציוד שהתקבלו דרך הנהלת הדסה בניו יורק וסיפקה להנהלת הדסה דין וחשבון מפורטים על פי נתונים שקבלה מירושלים.⁵¹ בלום גילתה יוזמה, רצון ונחישות בפועלה. יתרה מזו. בלום לא הסתפקה רק בהעלאת הרעיון ולא האצילה סמכויות על אחרים. היא, באופן אישי, למדה את הנושא ולקחה חלק פעיל ביישום. סביר להניח כי מלבד התחום, גם היא הועצמה מכך, אישית ומקצועית.

ב. הכשרת הקרקע לריפוי בעיסוק ביישוב: יחסי ציבור בעיתונות התקופה

מכל צרה תצילנו

שירה חדשה לעבודה, לעמל כפיים, עולה עתה מבית החולים האוניברסיטאי, מרופאים ומאחיות- בן הזקונים להדסה ריפוי בעיסוק שמו. ובעודו רק בן כמה חדשים כבר הולך קולו ומנסר בין החולים, בין עובדי הרפואה ובחוגי העסקנים הסוציאליים. בן אדם המחכה לניתוח, מה יעשה ולא ייטרף בהרהורים קשים על הסכנות הנשקפות לו? לא כל אדם יכול למלא את כל זמנו בקריאה: לא לכל אדם מותר להתייגע בקריאה יתירה. עתה יתבדר החולה לא בקריאה בלבד- הוא יכול גם לעבוד. הוא יבחר לו את הנראה לו ביותר מבין ענפי מלאכה רבים ש"אחיות בעבודה" מכינות לו. הרופא יפסוק קודם, מה הן התנועות האסורות על החולה. יעבוד המחלים, יעבוד גם הנכה... אם אסור לו לפרוס את כפיו בתנועות המזעזעות את הריאות, תזוהר אחות העבודה ותתן לו מלאכה שבה אין תנועה כזאת. לא שתעמוד על גביו ותנסר לו בכח: אסור לך, חולה אתה, אלא שכלי המלאכה לא יאפשרו כלל תנועה בלתי הולמת...ומי ששותקו לו שרירים וצריך להחיותם, יחיו אותם לא בתנועות סרק, אלא בעבודה פוריה...והילד, במה היה מבלה את יומו בלי ריפוי בעיסוק? יחקור את התקרה?...המדריכה חייבת להמציא לכל חולה וחולה את המתאים לו באופי, ביכולת גופנית ובחומר גולמי. כאן נחוצה התחשבות אינדיבידואלית בכל איש ואשה. שלא לצער על ידי עבודה שלא יצליחו בה ושתחמיר את תסביך הנכות...ריפוי בעיסוק הוא איפוא גם ריפוי הנפש, אחות מטעם הועד הלאומי כבר החלה להכניס את המקצוע לתוך מוסדות של חולי רוח...⁵²

כתבה זו שנכתבה על ידי בן ציון כ"ץ בעיתון 'דבר', היא דוגמה לחשיפה התקשורתית לה זכה המקצוע. הכותב השתמש בפאתוס מעורר התלהבות בהציגו את המקצוע החדש לציבור הקוראים בעיתון נפוץ במדינה באותה תקופה. בשנים 1940-1950 פורסמו 43 כתבות ומודעות בעיתונות על

⁵⁰ הלן ויליארד, מנהלת בית הספר לריפוי בעיסוק בפילדלפיה, פעילה בארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק AOTA ומחברת TEXTBOOK ראשון בריפוי בעיסוק.

⁵¹ אצ"מ, J113/1970; אצ"מ, J113/1971; HMO/51-3; HMO/51-1; דוחות שהעבירה בלום להנהלת הדסה.

⁵² כ"ץ, ב' (18/5/47). 'מכל צרה תצילנו', דבר.

ריפוי בעיסוק.⁵³ העיתונות שיקפה את השיח הציבורי אך גם עיצבה אותו. בדיקת התחום והשתקפותו בעיתונות עשויה ללמדנו על התפתחות התחום ומקומו בחברה.

אירועים ודעות שהוזכרו בעיתונות משמשים היסטוריה כתובה שניתן להשתמש בה כמקור היסטורי בנוסף למקורות ארכיוניים, ספרי ביוגרפיה וספרי זיכרונות. ברם, כל כתבה צריכה להיבחן בהתאם לרקע הכללי ולמגמה הפוליטית או המקצועית של עורכי העיתון והכותב.⁵⁴ ניתן לחלק את הכתבות והמודעות לשני סוגים עיקריים: מודעות ענייניות-אינפורמטיביות וכתבות הסברה.⁵⁵ המודעות בנושא ריפוי בעיסוק התפרסמו בעיתונים רבים וכללו מידע על תערוכות, מכירת מוצרים שהוכנו על ידי חולים למימון רכישת חומרי גלם ואמצעי טיפול חדשים, פתיחת מחלקות חדשות, חיפוש מועמדות למחזור הראשון, הודעה על טקס הסיום המחזור הראשון, פתיחת ההרשמה של המחזור השני וחיפוש מועמדות ללימודים בקורס השני. לטקס הסיום של המחזור הראשון הוזמנו נציגים של אגודת העיתונאים ובמהדורת החדשות של קול ישראל נמסרה הודעה על קיום הטקס.⁵⁶

רוב הכתבות נכתבו על ידי עיתונאים, ולא על ידי אנשי מקצוע, והן הצביעו על תרומת המקצוע לחולים המאושפזים בבית החולים. הכתבות הראשונות התפרסמו כשהמחלקה עדין הופעלה על ידי צוות המתנדבות. "כיצד ייתכן שעד לשנת 1940 לא הונהג ריפוי בעבודה בארץ?"⁵⁷ הועלתה התהייה. כן צוין כי בכל בית חולים מודרני בעולם המערבי, קיימת מחלקה לריפוי בעיסוק. "הריפוי בעיסוק שהוכתרה בהצלחה באירופה ובאמריקה".⁵⁸ המקצוע הוצג כאמצעי הסחה, סוג הריפוי בעיסוק אותו הגדיר דנטון בשנת 1918 כאפשרות הראשונה של המקצוע הממוקדת בהסחת החולה.⁵⁹ העיתונות לא רק שיקפה אפוא את המצב הקיים, אלא גם תרמה להתפתחות התחום.

במהלך השנים, הטיעונים לקידום המקצוע בארץ התרחבו והחלו לכלול את אפשרות החזרת אנשים לעבודה. "על התועלת הגדולה שבשיטת ריפוי זו המחזירה את החולים לחיים נורמאליים תוך תהליך הבראתם" נאמר בעיתונות.⁶⁰ האידיאולוגיה הציונית שאפה לתיקון החברה באמצעות עבודה יצרנית ובעיקר עבודת כפיים. היישום של ערך זה בעבודה הטיפולית בריפוי בעיסוק היה שיקום החולים, ילדים ומבוגרים כאחד, כאזרחים יצרניים המפרנסים את עצמם ולא נופלים לנטל על החברה.

תרומה נוספת של המקצוע הוצגה כמתן תעסוקה באמצעות חיטון וניצול חומרי גלם קרי, מחזור חומרים. השימוש בחומרים ממוחזרים החל בבתי החולים הצבאיים באירופה במלחמת העולם הראשונה. עובדות Reconstruction Aids השתמשו בכל חומר אפשרי כדי לספק חומרי

⁵³ לדוגמה: ידיעות חדסה. (ספטמבר 1940). הארץ. (9/8/42); דבר. (15/6/44); *Palestine Post*. (2/3/41).

⁵⁴ בורוט, י' (1992). עמ' 27-35; גלבע, מ' (1988). עמ' 39-43; רוזנפלד, ש' (1988). עמ' 1.

⁵⁵ בפרק זה חולקו הכתבות על פי נושאייהן ולא על פי הרצף הכרונולוגי.

⁵⁶ קול ישראל. (26/1/46); דבר, הארץ, על המשמר, הצפה, הבקר, המשקיף (26/1/46).

⁵⁷ כהן, ד' (1940). עמ' 105.

⁵⁸ דבר. (1/12/46). 'מן הנעשה בקופת חולים'. לא מצויין שם הכותב.

⁵⁹ בלום, נ' (2006). על החלוקה של דנטון לתחומי הטיפול בריפוי בעיסוק ראו עמ' 15.

⁶⁰ דבר. (18/4/49). 'נפתחה תערוכה לריפוי בעיסוק'. לא מצויין שם הכותב.

גלם לתעסוקת הפצועים.⁶¹ הנושא תפס תאוצה במלחמת העולם השנייה. מוטיב התערוכה שערכה בלום בוולדורף אסטוריה החל לחדור גם ליישוב בארץ ישראל והעיתונות גייסה את דעת הציבור לחיסכון ולשימוש חוזר בחומרים במסגרת הריפוי בעיסוק. "גם עשיית צעצועים משאריות עור בד ושעוונית, צעצועים אלה המוכנים בהדרכת חברות הועדה נמסרים למחלקת הילדים".⁶² לניצול הפסולת ניתנה גם הצדקה "ציונית" עצמאית, על פיה הומלץ שלא להסתמך על חומרי המחזור שהועברו מאמריקה אלא להשתמש בחומרים תוצרת כחול-לבן. "נחוץ חומר גולמי זול, מנסורת-עץ עד לרצועות ממתכת, משיירי בדים עד לפסולת-עור. לא תמיד אפשר להישען על משלוחי פסולת מאמריקה".⁶³ גם הפסולת צריכה להיות מתוצרת הארץ.

את פשר התעניינות העיתונות בתחום ניתן להסביר באמצעות פועלה של אתל בלום. בלום נרתמה למאמץ התקשרתי לקדם את התחום לאור ניסיונה בארצות הברית. החשיפה התקשורתית לה זכה המקצוע בארצות הברית בשנות העשרים הייתה עצומה יחסית למספר המרפאות בעיסוק שעבדו בשטח. המקצוע הוצג כיעיל לחברה וניתן דגש נרחב לתחומי הטיפול, אופי העבודה והמטופלים.⁶⁴ לפיכך היא פרסמה כתבות בעברית ובאנגלית. הכתבה הראשונה באנגלית פורסמה בשנת 1945 והופצה גם בארצות הברית.⁶⁵ בלום פירטה את הישגי המקצוע בטיפול בפצועי מלחמת העולם השנייה והדגישה את הייחוד של צרכי היישוב לטפל בניצולי השואה. בדוגמאות לשיטות ואמצעי הטיפול של המקצוע, בחרה להשתמש בתיאורי מקרה ובחירה שלוש דמויות מאפיינות את אוכלוסיית הארץ: רועה צאן ערבי, חייל בריגדה ועולה חדש מכורדיסטן. בלום הבהירה שאחד מעקרונות הטיפול הוא ההתאמה בין המטופל לעיסוק שמוצע לו. ומשום כך הצליחה להתאים התחום לתנאי הארץ ודרישותיה.

הכתבה בעברית פורסמה ב'איתנים' בשנת 1949,⁶⁶ לקראת טקס סיום לימודי המחזור הראשון. במקביל פורסמה כתבה זהה מתורגמת לאנגלית. הכתבות כוללות סקירה של התפתחות המקצוע בארץ תוך התייחסות לצורך להסתגל לשינויים עם פרוץ מלחמת העצמאות. לפני שחזרה לירושלים, גייסה בלום בארצות הברית סרטי הסברה בריפוי בעיסוק. עם חזרתה הציגה את הסרטים לצוות בית החולים, כולל רופאים אחיות וגם לעובדי השרות והניקיון. במודעות על פתיחת לימודי הקורס הראשון, הוצעה האפשרות לצפות בסרטי ההסברה כדי לקבל מושג על המקצוע החדש.⁶⁷ בלום פעלה אישית לקידום התחום ויחסי הציבור שלו, מלבד היוזמה והוצאת הפרויקט לפועל.

⁶¹ Low-Faglie, J.(1992). The reconstruction Aides, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 46, No 1, pp. 38-43

⁶² דבר . (15/6/44).

⁶³ כץ, ב' (18/5/47). 'מכל צרה תצלנו', דבר .

⁶⁴ Ambrosi, E. Barker-Schwartz, K. (1995). pp. 715-719

⁶⁵ Bloom, E.(1945). p. 17

⁶⁶ בלום, ע' (1949).

⁶⁷ אצ"מ, J113/1971, סרטי ההדרכה הועברו להדסה בשנת 1946 על ידי פרנסיס לואיס, מרפאה בעיסוק מאוניברסיטת בולטימור במרילנד.

ג. רוח גבית מארצות הברית

על אף היוזמה והמאמצים שהשקיעה בלום בפיתוח התחום, לא ניתן לתאר את פועלה מבלי להתייחס לתרומת הדסה בעניין זה. ארגון הדסה שהתפתח מהסדרות ציוני אמריקה עלה בהיקף פועלו ומספר חברותיו על ההסדרות ציוני אמריקה הגברית והיה לארגון התמיכה הנשי הגדול ביותר. נוצרו שיתופי פעולה נשיים וקשרים הדוקים בין נשים ציוניות שרצו לסייע להגשמת החזון הציוני למרות שלא עלו לארץ ישראל, לנשים ציוניות בארץ ישראל.⁶⁸ תחום הריפוי בעיסוק ניכר אף הוא בקשרים אלה.

את יחסי הצבור בהם נקטה הדסה בגיוס עזרה לפיתוח התחום ברחבי ארצות הברית ניתן לחלק לשני סוגים: האחד, הודעות אינפורמטיביות, זהות להודעות בארץ ישראל, הכוללות מידע על המקצוע החדש, והשני, גיוס משאבים כלכליים, חומרי גלם, מתנדבות להכנת דוגמיות ותמיכה בקרב תנועות הנוער וארגונים יהודיים. ברם, כיון שהמקצועיות עמדה בראש עיניהן של יושבות ראש הארגון, הן פעלו להשיג תמיכה והדרכה מקצועיות. נשות הדסה פנו לרופאים מומחים בבקשת עזרה בהדרכה ובהנחיה מקצועיות, ואף הקימו ועדה לריפוי בעיסוק על מנת לרכז את הדרוש לבניית שרות מקצועי חדש. בנוסף, פנו אל ראשי הארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק (AOTA) והצליחו להיעזר בשתיים מהמרפאות בעיסוק הבולטות בחוף המזרחי: הלן ויליארד, מנהלת בית הספר לריפוי בעיסוק בפילדלפיה, אשר פרסמה את הספר המקצועי הראשון,⁶⁹ ומרג'ורי פיש, יושבת ראש ועדת החינוך של הארגון האמריקאי ומנהלת החוג באוניברסיטת קולומביה. פיש קבלה דיווחים שוטפים מרבקה שולמן- יושבת ראש ועדת פלשתינה בהדסה על התקדמות לימודיה של בלום, נכחה בחלק משיבות הועדה וקבלה דוחות על התפתחויות קידום המקצוע בארץ ישראל. כמו כן, הציעה לבלום להשתמש בספריית אוניברסיטת קולומביה כדי להשיג חומר מקצועי שיעזור לה בתכנון הקמת השרות, כולל הערכה תקציבית.⁷⁰ ההכנות של הדסה באמצעות בלום בארצות הברית כללו רכישת ספרות מקצועית וקטלוגים בנושאי מלאכות יד ואמנויות וציוד למחלקה בהר הצופים. חלק רב מהציוד נרכש רק לאחר התייעצות עם הארגון האמריקאי.⁷¹ הליווי הצמוד והתמיכה מהדסה בארצות הברית, היו בבחינת רוח גבית חשובה ביותר לפועלה של בלום.

גיוס צוות נשי-מקצועי בארצות הברית

לקראת סיום לימודיה הבינה בלום שמרפאה בעיסוק אחת לא תוכל לתת מענה לצרכי היישוב. היא הצליחה לשכנע את נשות הדסה בצורך בחיפוש מרפאות בעיסוק נוספות שתבואנה לעבוד בארץ ישראל. ועדת פלשתינה פנתה למרג'ורי פיש, שעמדה בראש ועדת החינוך של הארגון האמריקאי בבקשה לעזור בחיפוש אחר מועמדות מתאימות.⁷² בתחילה, ניסו נשות הדסה למצוא מרפאות בעיסוק מיומנות שיענו לאתגר לעבוד בארץ. ואולם, החוסר בכח אדם מקצועי גם ברחבי ארצות הברית, והיעדר היענות של נשים מיומנות לעלות ארצה, הביאו להבנה שמחוסר ברירה

⁶⁸ כרמל-חכים, א' (תשס"ח). עמ' 207-217.

⁶⁹ Textbook מקצועי בריפוי בעיסוק שהופיע בשם: Williard and Spackman's occupational Therapy בשנת 2014 יצאה המהדורה השתים עשרה של הספר; HMO/51-2, מכתב משולמן לויילארד בתאריך 27/4/45.

⁷⁰ HMO/51-2 תכתובות בין גב' שולמן לפיש בתאריכים 13/4/45, 27/4/45, 27/8/45.

⁷¹ אצ"מ, HMO/ 51-1; J113/1970; תכתובות בין הדסה בניו יורק לדי"ר יסקי בירושלים ולבלום בניו יורק.

⁷² HMO/51-2, מכתבים בין מרג'ורי פיש לבלום ולהדסה ניו יורק כולל מכתב של פיש מיום 17/4/1945.

הדסה תיאלץ להציע מלגות לימודים ומחיה למועמדות שיסכימו להצעה.⁷³ עם זאת החיפוש אחר מועמדות ארכו זמן רב. מרגיורי פיש הציגה את הבקשה בכנס הריפוי בעיסוק בדטרויט במאי 1945 ושלחה העתקים לנציגי ועדת החינוך ולאוניברסיטאות ברחבי ארצות הברית.⁷⁴ כדי להצליח למצוא מועמדות, החליטו בהנהלת הדסה להציע משכרת גבוהה ממשכורתה של אחות באותה תקופה בהתאם למה שהיה מקובל בארצות הברית. ואולם, גם המשכרת שהוצעה הייתה נמוכה מאפשרויות ההשתכרות בארצות הברית.⁷⁵ ניסיון לפנות לארגון המרפאות בעיסוק בלונדון בבקשה לגייס כח אדם שיעלה לארץ לא הניב מענה.⁷⁶

הביקוש הגובר למרפאות בעיסוק מוסמכות לטיפול בפצועי מלחמת העולם השנייה, היה הגורם לפתיחת קורסים מזורזים בארצות הברית. פיש וויליארד הבטיחו לנשות הדסה לשריין מקומות למועמדות שיסכימו ללמוד ולעבוד ביישוב. לאחר הרבה ראיונות והתכתבויות נמצאו בשנים 1945-1946 ארבע מרפאות בעיסוק. רוזלינד כהן, עבדה בהדסה כעוזרת אדמיניסטרטיבית ב'ועדת פלשתינה', שהתה בעברה בארץ ישראל וידעה עברית, נשלחה ללימודים בפילדלפיה והדסה מימנה את שכר הלימוד, דמי המחיה והוצאות ההפלגה.⁷⁷ בתמורה, היא התחייבה לעבוד בארץ במשך שנתיים. כהן הגיעה לארץ ישראל ביוני 1946, החלה לעבוד בירושלים ונשלחה לבית החולים לחולי ריאות של הדסה בצפת להקים את המחלקה לריפוי בעיסוק.⁷⁸ אילנה מאי-ורדי, חונכה בבית ציוני והייתה חברה בתנועת הנוער של 'הדסה הצעירה'. נחשפה למודעה וראתה בה הזדמנות להגשמה ציונית. גם היא למדה בקורס המקוצר בפילדלפיה. מאי הגיעה לארץ ביוני 1947, בתחילה עבדה במוסדות הדסה בירושלים ואחר כך נשלחה להדריך את התלמידות בבית פיינסטון ובבית לוינסטיין.⁷⁹ הלן ריקון, התגוררה בעברה בארץ ישראל, בעלה שרת באירופה במסגרת הצבא האמריקאי והיא החליטה להיענות להצעת הלימודים וללמוד בפילדלפיה.⁸⁰ הלן ריקון החלה לעבוד בתחילת נובמבר 1947, לימדה טיפול בריפוי בעיסוק בבית חולים כללי, במחלקה אורטופדית ובמחלקת ילדים.⁸¹ ליליאן גרינשטיין, נענתה להצעה בשלב מאוחר יותר, היא לא ידעה עברית ועבדה בבית חולים אורטופדי לילדים בוונקובר.⁸² גרינשטיין הגיעה לירושלים במרץ 1948.⁸³ ארבע המרפאות בעיסוק שהגיעו מארצות הברית היו בגילאים שונים

⁷³ אצ"מ, J113/1970, מכתב מד"ר יסקי לגבי שולמן בניו יורק מתאריך 12/11/1945.

⁷⁴ HMO/51-2, התכתבויות בין מרגיורי פיש להדסה בניו יורק בתאריכים 13/4/45, 27/8/45.

⁷⁵ אצ"מ, J113/1972; על פי מכתבים מתאריכים 10/6/47, 25/5/47, 16/6/47, בלום בקשה מגבי קנטור - אחות ראשית בהדסה שבקרה בניו יורק באפריל 1947, לשכנע את נשות הדסה בניו יורק לשנות את תנאי ההעסקה בהתאם לגובה המשכורות בארצות הברית. הצעתה לא התקבלה והיא נזפה קשות על ידי ד"ר יסקי שלא קבלה אישור מהנהלת הדסה להציע תנאים אלה.

⁷⁶ אצ"מ, J113/1972; J113/1971; J113/1970; HMO/105-5; HMO/51-3; HMO/51-2; תכתובות בין ד"ר יסקי ובלום להנהלת הדסה בניו יורק מסוף שנת 1945 עד דצמבר 1946.

⁷⁷ אצ"מ, J113/1970 מכתב מבלום לגבי שולמן בניו יורק בתאריך 22/10/46; HMO/101-5 מכתב מהנהלת הדסה בניו יורק לכהן בתאריך 7/6/45.

⁷⁸ אצ"מ, J113/1972; HMO/51-4; מכתב מבלום לד"ר צפרוני בהדסה צפת בתאריך 19/10/47.

⁷⁹ ריאיון עם אילנה מאי ורדי 8/7/10; HMO/51-2; HMO/51-3

⁸⁰ אצ"מ, J113/1971, מכתב מבלום למנהל אדמיניסטרטיבי בהדסה ירושלים מתאריך 14/12/1947.

⁸¹ אצ"מ, J113/1972, דוח ששלחה בלום לניו יורק הכולל את רשימת המורים שלימדו את הקורס הראשון.

⁸² אצ"מ, J113/1972, מכתבי המלצה של גרינשטיין שנשלחו להדסה בניו יורק בתאריך 9/3/1947.

⁸³ אצ"מ, J113/1972, דיווח להנהלת הדסה.

ובמצב משפחתי שונה. שלוש מהן היו רווקות ואחת נשואה ללא ילדים. שתיים היו ביישוב בעברן ושלטו בשפה העברית. לא ניתן לשחזר היום מה היו המניעים של כולן לבוא לארץ. כהן נענתה להצעה מתוך אתגר ואפשרות לרכוש מקצוע, להלן ריקון הייתה משפחה בירושלים. אילנה מאי, הצעירה ביניהן, ניצלה את ההזדמנות לשלב בין הגשמה ציונית לרכישת מקצוע והיא היחידה שנשארה בארץ גם אחרי פקיעת החוזה עם הדסה.⁸⁴

למעשה, בלום ייעדה את המרפאות בעיסוק המוסמכות להכשיר ולהדריך את התלמידות מהקורס הראשון בארץ בתקופת ההכשרה הקלינית. ההכשרה הקלינית משמשת כקשר בין התיאוריה והעבודה בשטח. להכשרה הקלינית המכשירה את המרפאה בעיסוק לעבודה בשטח חשיבות רבה בהתפתחות הזהות המקצועית של התלמידות לריפוי בעיסוק ולמציאת מודל לחיקוי מקצועי (Role Model).⁸⁵ לבלום הייתה ברורה חשיבות המודל המקצועי החושף תלמידות למקצוע והיא פעלה כדי שבשטח יפגשו התלמידות מרפאות בעיסוק מוסמכות.⁸⁶

חזונה של בלום קרם עור וגידים והיא החלה במימושו. לשם בניית שרות לריפוי בעיסוק החלה בהכנות לפתיחת קורס למרפאות בעיסוק מוסמכות ודאגה לקבל סיוע מקצועי על ידי ארבע מרפאות בעיסוק שהסכימו לעבוד ביישוב לתקופה של שנתיים ולסייע בייסוד המקצוע, בפתחת מחלקות ובהדרכת התלמידות.

⁸⁴ ריאיון עם אילנה ורדי-מאי. 8/7/10.

⁸⁵ Cohen, E. S. & Crist, P. (1995). pp. 103-106

⁸⁶ כרמל-חכים, א' (תשס"ח). כרמל-חכים מציינת את העובדה שגם בבית הספר בנהלל שאפה חנה מייזל להעסיק רק מורות כדי שיהיו מודל חיקוי לנערות וישפיעו בעיצוב דמות נשית חדשה.

סיכום: "ארץ חדשה - מקצוע חדש"⁸⁷

מהראיונות שנערכו עם בלום בשנות השמונים הסתבר כי להנרייטה סאלד ולבלום היה רק מושג קלוש על המקצוע. הנרייטה סאלד כיוונה את בלום להתעמק בנושא, כפי שנהגה בנושא פתיחת בית הספר לאחיות בירושלים, הוראת התזונה ושירותי העבודה הסוציאלית ביישוב.⁸⁸ ברור היה לה שיש להקים מקצוע על יסודות חינוכיים-מקצועיים, בהתאם לסטנדרטים המקצועיים המקובלים בארצות הברית. יש לשער שהקשר של בלום עם סאלד עזר לה לקדם את תכניתה ולקבל תמיכה בהנהלת הדסה.

המפעל היה כולו על טהרת הנשים. הוגות ומבצעות המפעל היו נשים, הן בצוות הדסה בניו יורק והן בארץ ישראל. המקצוע נוסד בארץ על ידי נשים ממוצא אמריקאי מתוך תלות בסיוע התקציבי ארגוני של הנהלת הדסה ובניצול הקשרים של הארגון עם גורמים מקצועיים מובילים בארצות הברית. בלום עלתה לארץ ישראל כמפלט ממעמד מגדרי וכמקום שיכול לאפשר שינוי למעמדה האישי. היא הייתה מודעת לקשר בין משכורת למעמד מקצועי וקבלה התחייבויות לקבל את המגיע לה אך בד בבד לדאוג ליוקרת התחום ומתוך כך להתפתחותו. בייסוד השרות והמקצוע הוכיחה נחישות במשימה להקים בארץ שרות מקצועי בסטנדרטים אמריקאיים, עם התאמות מיוחדות לתנאי הארץ. בלום סחפה עימה מתנדבות ותלמידות. זאת על אף ההסתייגות שהייתה קיימת ביישוב הן כלפי פעילות ארגון הדסה שנחשב מתנשא בעיני חברי קופת חולים הכללית והן כלפי נשים אמריקאיות שעלייתן לארץ ישראל נחשבה כזמנית והודבקה להן ביישוב תדמית של עולות שעלולות לחזור לארץ מוצאן.

להפצת המקצוע נקטה בלום בפעולות יחסי צבור, אופייניות לעולם המערבי, בו היה נפוץ בשעתו השימוש בתקשורת. היא הצליחה לגייס הן את הנהלת הדסה ביישוב ובניו יורק והן את העיתונות המקומית. יחסי הציבור התאימו בין ערכי המקצוע ליערך העבודה' שהיה מקובל בארץ והדגישו את שיקום החולים כאזרחים יצרניים המפרנסים את עצמם ולא נופלים לנטל על החברה. כלל הכתבות המפורטות משקפות את עמדת הממסד שתמך בהתפתחות המקצוע ובגיוס כח אדם איכותי. במאמצים רבים הצליחו נשות הדסה בניו יורק לגייס ארבע נשים שהתחייבו לעבוד בארץ למשך שנתיים. האישיות של בלום, יכולותיה, ושאיפותיה האישיות, נפלו על קרקע פורייה. הזיהוי של הצורך בד בבד עם היכולות האישיות הביא להתפתחות התחום בארץ ולהתפתחותה האישית של בלום.

⁸⁷ כותרת מודעה בעיתון חרות (אפריל 1949).

⁸⁸ ברטל, נ' (2005) עמ' 47-55, 158-170; גולן, ט' (תשס"ב) עמ' 161-163; קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). עמ' 19.

פרק שני: סוף מעשה במעשה תחילה

" I had anticipated that the work would be gratifying but frankly I had never dreamt that there would be so much satisfaction and that the work would really develop so rapidly " ¹

1. פתיחת המחלקה לריפוי בעיסוק בהר הצופים

עם חזרתה לירושלים ארגנה בלום את פתיחת המחלקה בהדסה הר הצופים. לטקס הפתיחה בעשרה בנובמבר 1946 בהר הצופים הוזמנו נציגי התקשורת ובו התפרסם פתיחת הקורס הראשון. בחדשים הבאים, בעודה שוקדת על הכנת הקורס, קבלה בלום "זרם בלתי פוסק של מבקרים"², צוות רפואי, עובדי רווחה ופניות ממוסדות ובתי חולים לפתוח מחלקות נוספות. סביר כי היה זה פועל יוצא של השקעתה הרבה של בלום ביחסי ציבור מקצועיים שהבינה את כוחה של התקשורת מהתרבות האמריקאית. בלום הרצתה והציגה סרטים בפני עובדי הדסה, מורות ואחיות בקיבוצים ובשירותי הסעד והרווחה.

בלום חוותה התנגדות רק מקרב אחיות בית החולים אשר חששו להשפעה על מעמדן עקב כניסת מקצוע חדש אשר יכול לפגוע בקשר האישי בין האחיות לחולים.³ המתח עם האחיות נגע לנושאי הירארכיה מקצועית מעמד מקצועי ושליטה.⁴ בדין וחשבון אשר נשלח על ידה להנהלת הדסה בחרה בלום לתאר את תגובת הצוות והחולים לשרות הריפוי בעיסוק במילה - Heartening, התגובה שקבלה בלום מחולים בבית החולים ומצוותים שביקרו אותה ענתה על כל ציפיותיה ומעבר לכך. על אף שבלום המשיכה להיעזר בשירות שתיים עשרה מתנדבות אותן הדריכה בקורס מקוצר, הבעיה העיקרית בהתפתחות המקצוע הייתה היעדר צוות מקצועי מוסמך, כיון שרוזלינד כהן אילנה מאי ורדי והלן ריקון עדין למדו בארצות הברית.⁵

פתיחת מחלקות ברחבי הארץ

כדי לענות על הביקוש ולספק מקומות להכשרה הקלינית של התלמידות נפתחו מחלקות נוספות ברחבי הארץ.⁶ העשייה בכל שלביה נוהלה על ידי בלום שהייתה צריכה להתאים בין צרכי השטח לדרישות הארגון האמריקאי להכשרות בתחומי טיפול שונים. מחלקות נפתחו בבית החולים לחולי ראות בצפת, במרפאה אמבולטורית של הדסה בירושלים, בבית החולים הפסיכיאטרי 'עזרת נשים', במוסדות 'קרן נכות': בית פינסטון, בית לוינשטיין, בית חולים גהה ובית החולים

¹ HMO/51-5 בלום במכתב ליו"ר ועדת פלשתינה בהדסה- גבי רבקה שולמן.

² תרגום שלי של המשפט ממכתב מבלום לגבי שולמן- יו"ר ועדת פלשתינה בהדסה. HMO/ 51-4

³ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, ראיונות עם בלום בשנים 1986, 1987.

⁴ Sachs D. & Sussman N. (1995). pp. E65-E67 ;

⁵ אצ"מ, HMO/ 51-4; J113/1972; J113/1971 מכתבים מבלום להנהלת הדסה.

⁶ Sussman, N. (1989). p.69 המחלקות נפתחו על פי תחומי התמחות שונים, כדי לאפשר לתלמידות התנסויות במקומות הכשרה בתחומי טיפול שונים וכדי שתכנית הלימודים תעמוד בדרישות הארגון האמריקאי AOTA.

שלוותה, התלמידות היו אמורות לעבור הכשרות בבתי החולים האלה.⁷ בלום קבלה פניות נוספות לפתוח עוד מחלקות בבתי החולים הדסה ו'אסותא' בתל אביב, אולם עקב מחסור בכח אדם, לא יכלה להיענות לכל הבקשות.⁸

הפרסום שעשתה בלום למקצוע נתן את אותותיו והיא קבלה בקשות רבות לנתינת הדרכה. נציגי הסוכנות היהודית פנו לבלום בבקשת סיוע תעסוקתי במחנה המעפילים בעתלית.⁹ עד קום המדינה נעצרו במחנה 40,000 מעפילים לתקופות ממוצעות של שמונה חדשים.¹⁰ בלום נקלעה לויכוח בין נציגי הסוכנות לנציגות ויצ"ו בסוגיית האחריות להעסקת העולים. לאחר ביקור במחנה ופגישה עם העולים, הודיעה בלום לנציגי הסוכנות בנחרצות שקימת בעיית תעסוקה קשה אך אין לטפל בה בהקשרים רפואיים אלא למצוא מענה באמצעות מסגרות רווחה חברתיות.¹¹ על אף ההזדמנות לקבלת גושפנקא לאומית, בלום העדיפה להדגיש את הפן הרפואי של המקצוע ולהיצמד לדגמי העבודה שלמדה בארצות הברית בהתאם למודל רפואי שיקומי.¹² העדפה ברורה זו מעידה על כך שהמקצועיות הייתה חשובה לה יותר מהלאום. בתקופה בה תועלו שאיפות הפרט וצרכיו למען הלאום ולפיתוח המוסדות הלאומיים נראה היה טבעי שאף תחום זה, שהוא רפואי, יכול לשרת את הלאום. אולם בלום התמקדה במתן שירות מקצועי בהקשר רפואי.

2. תכנון קורס ראשון להכשרה בריפוי בעיסוק

במשך כל תקופת לימודיה בארצות הברית, תכננה בלום לפתוח קורס בריפוי בעיסוק לתלמידות תושבות הארץ על מנת שתהווה תשתית לפיתוח וביסוס התחום. בלום הונעה על ידי אישיותה המעשית- משימתית והבינה שכדי לפתח את המקצוע עליה להכשיר עובדות מקצועיות ביישוב. תכתובות בינה לבין הנהלת הדסה בניו יורק בנושא תכנון פתיחת הקורס ניתן למצוא החל מאפריל 1946.¹³ שאלת המימון הייתה קריטית. 'קרן נכות' פנתה לבלום בבקשת הדרכה במוסדותיה. בלום סיירה במוסדות, המליצה על הצורך בהכנסת המקצוע לשירותי הקרן והציעה

⁷ לבון 5308-1-208-IV, דוח של קרן נכות לשנים 1947-1948.

⁸ אצ"מ, J113/1971, בית החולים 'אסותא' היה ביי"ח פרטי. ברם, אין בארכיונים מידע מדוע לא נענתה בלום לבקשת הדסה בתל אביב. קיימות תכתובות עם בקשות להדרכה משנת 1946.

⁹ אצ"מ, J113/1971, הפניות אל בלום הגיעו באוגוסט 1946.

¹⁰ המחנה הוקם על ידי השלטונות הבריטיים בשנת 1938 כמחנה מעצר לשבויים איטלקיים והוסב למחנה מעצר למעפילים. בתחילת 1947 הגיעה הסוכנות להסדר עם הבריטים שחלק מהשוהים במחנות המעצר בקפריסין יורשו להגיע לעתלית וישוה במחנה המעצר בפיקוח בריטי עד שיגיע תורם לקבל סרטיפיקט. במהלך שנת 1947 הגיעו לישראל מדי חודש 750 עולים ששהו בממוצע במשך שלושה חודשים במחנה המעצר בעתלית. הסוכנות היהודית הייתה אחראית לניהול הפנימי של המחנה, בדגם של מחנה עולים ואת שירותי הבריאות ספק ארגון הדסה. בסוף 1947 שהו במחנה 1400 עולים. האתר הרשמי של מחנה המעפילים בעתלית, www.atlitcamp.txt.co.il

¹¹ אצ"מ, J13/1971; התכתבויות בין בלום וד"ר יסקי לנציגי מחלקת העלייה בסוכנות.

¹² חלמיש, א'. (תשמ"ח). עמ' 86-98, חלמיש מציינת את אוגוסט 1946 כחדש בו הוחלט למתן את מאבק היישוב נגד הבריטים ולמקד את המאבק במגעים מדיניים. באותו החדש החלו אגיות המעפילים להישלח לקפריסין. ברם, באותה תקופה הייתה ירידה בהיענות היישוב להשתתף בהפגנות ובעזרה מעשית למפעל ההעפלה והמאבק נישא בעיקר על כתפי המעפילים.

¹³ HMO/51-4; מכתבים בין הנהלת הדסה לבלום.

להנהלת הדסה לפנות ל'קרן נכות' ולהתחלק במימון עלות הקורס הראשון. הקרן נענתה להצעה.¹⁴
 החוזה בין הדסה ל'קרן נכות' נחתם בנובמבר 1947, כששני הארגונים הסכימו להתחלק בשווה במימון הקורס. כן הוסכם שמחצית מהבוגרות של הקורס תעבודנה במוסדות הקרן.¹⁵

במוסדות 'קרן נכות' הכירו בחשיבות התחום וביקשו לפתחו: "ריפוי על ידי עיסוק מתוך הערכת חשיבות פעולה זו הוסכם בין קופת חולים קרן נכות והדסה לקיים קורס דו שנתי למדריכות לריפוי בעיסוק, ערכו של הריפוי בעיסוק הוכר כאמצעי לריפוי והחלמה. אולם, יש לראות בו רק ראשית להכשרת הנכה למקצועו החדש ולהחזרת כושר עבודתו. פעולה זו כרוכה בהוצאות גדולות אך חשיבותה רבה ואין לוותר עליה. לכשיתרחב הריפוי בעיסוק תעלה גם שאלת שיווק תוצרת החולים, אשר תשמש, כמשוער, מקור הכנסה חלקית לחולים בשעת מחלתם".¹⁶
 ראשי הקרן ראו במקצוע עזר לחולים כרוניים וצפו להשתמש במקצוע בעתיד כאמצעי פרנסה לאותם החולים.

כדי לעזור לבלום לארגן את פתיחת השרות והקמת הקורס בירושלים, הוקמה בירושלים ועדה לריפוי בעיסוק בקיץ 1946. חברי הועדה היו נציגי הדסה בתחום הרפואי ובראשם ד"ר אמיל אדלר,¹⁷ נציגי מנהל של הדסה, נציגת בית הספר לאחיות ונציגי 'קרן נכות' בראשות ד"ר קוט.¹⁸ הוועדה סייעה לבלום בהכנת תכנית הלימודים של הקורס, בבחירת המורים, התלמידות ובמעקב אחר התקדמות לימודיהן. ניהול הקורס באמצעות וועדה משקף עוד תפיסה אמריקאית שבלום יישמה בארץ.¹⁹ בוועדה זו היה שיתוף פעולה נשי-גברי, ואולם, הגברים בוועדה היו בראש הפירמידה הרפואית, בתפקידי הוראה מימון ופיקוח ואילו הנשים עסקו בחלקים המעשיים של ניהול הקורס והקשר הישיר עם התלמידות ומורי הקורס. וועדה זו היא עדות לשיתוף פעולה אמריקאי-ישראלי שהביא לפיתוח תחום השיקום אך גם לקידום מעמדן של נשים באמצעות הקורס המקצועי אם כי בוועדה נשים לא היו בתפקידי ניהול.

ידה של בלום נגעה בכל. היא אף פנתה ל'וועד הלשון' כדי לקבל מהם אישור רשמי לשם המקצוע: "ריפוי בעיסוק".²⁰ התייעוד עד שנת 1946 מעלה שהמקצוע נקרא בשמות רבים: ריפוי בעבודה, עיסוק רפואי, עיסוק ברפואה, קורס להעסקת חולים בעבודות יד, ריפוי בהביליטציה וקורס למעסיקים.²¹ באקדמיה ללשון עברית לא נמצאו סימוכין לפנייה של בלום, אך בכל המסמכים מסוף שנת 1946 מופיע השם ריפוי בעיסוק ובוגרות הקורס נקראו מוסמכות לריפוי בעיסוק. בשלב הראשוני תוכנן רק קורס אחד כיון שלא היה ברור אם יהיו מקומות עבודה לכל

¹⁴ Sussman, N. (1989). p.67 ; בדצמבר 1946 בלום כתבה להנהלת הדסה בניו יורק: "The original plan called for graded development of a series of OT units in Hadassah's institutios...in the meantime Kupat Cholim has asked Hadassah's help in setting up an OT service in several of its hospitals".

¹⁵ אצ"מ, J113/1972 ; אצ"מ, J113/1971 ; העתקי החוזה בין הדסה ל'קרן נכות'.

¹⁶ לבון, 4505-1-208-IV, חוברת לציון פעולותיה והתפתחותה של קרן נכות בשנים 1944-1946.

¹⁷ ד"ר אמיל אדלר רופא שיקומי, ממייסדי בית הספר לריפוי בעיסוק. להלן הערת שוליים מס' 141 עמ' 33.

¹⁸ אצ"מ, J113/1971, פרוטוקולים של הוועדה לריפוי בעיסוק. החל מתאריך 13/3/47.

¹⁹ וועדות מפקחות הוקמו גם בבית הספר לאחיות וגם בבית הספר החקלאי של חנה מייזל. ברטל, נ' (תשס"ה). עמ' 158-162 ; כרמל-חכים, א' (תשס"ח). עמ' 162-166.

²⁰ ריאיון עם בשנת 1987. בלום ציינה שהיה נהוג לפנות לוועד הלשון לקביעת שמות של מוסדות ציבוריים. גם בית הספר לאחיות פנה ל'וועד הלשון' כדי לקבל את שם המקצוע. ראו ברטל, נ' (תשס"ה). חמלה וידע. עמ' 132-133,

²¹ אצ"מ, S12/4821, תכתובות פנימיות בהדסה בירושלים ומודעות על תערוכות שארגנו המתנדבות.

הבוגרות. בהמשך, קורסים נפתחו על פי הצורך, רק בשנת 1964 נפתח בית הספר לריפוי בעיסוק בירושלים ומחזורי הלימוד התנהלו באופן רציף.²²

קביעת תכנית הלימודים

שהותה של בלום בניו יורק והחינוך המקצועי שקבלה, הנחו אותה בבחירת תכנית לימודים שתהיה מקובלת בכל אוניברסיטה אמריקאית ותעמוד בסטנדרטים בינלאומיים. בלום השתמשה במעמדה ובקשריה של מרג'ורי פיש שהייתה יושבת ראש ועדת החינוך בארגון האמריקאי, על מנת לסייר במחלקות שונות לריפוי בעיסוק ברחבי ארצות הברית, להכיר מרפאות בעיסוק המצויות בעמדות מפתח ולפנות למספר אוניברסיטאות ובתי ספר לריפוי בעיסוק בבוסטון, ניו יורק ופילדלפיה, לשם קבלת תכניות הלימודים שלהם.²³ לאחר שהרכיבה את הקוריקולום על סמך הדגמים שפגשה, ביקשה את אישורה של מרג'ורי פיש והתחייבה לעמוד בדרישות ארגון המרפאים בעיסוק האמריקאי (AOTA), ההסתדרות הרפואית האמריקאית (AMA) והארגון הבריטי בריפוי בעיסוק.²⁴ בראיונות עמה נימקה בלום במבט לאחור, ששאפה שהקורס יעמוד בסטנדרטים בינלאומיים על מנת לאפשר לכל אחת מתלמידות הקורס הכרה מקצועית רחבה ככל הניתן, רמה מקצועית גבוהה, יוקרה ואפשרות לעבוד במקצוע בכל מקום.²⁵

במכתב בשנת 1950 יידעה בלום את גב' רוזנון בהנהלת הדסה בניו יורק, שאחת מתלמידות הקורס השני התקבלה להמשך לימודים באוניברסיטת קולומביה. בלום ראתה בכך הישג אדיר והכרה בתכנית הקורס שייסדה. יש לציין, כי מנהלות בית הספר לסיעוד בהדסה שאפו והשיגו בשנות העשרים הכרה אמריקאית בלימודים בבית הספר בירושלים בכך אפשרו לתלמידות לגשת לבחינת הרישוי במדינת ניו יורק ולקבל תעודת אחות מוסמכת במדינת ניו יורק שהייתה מהמפותחות בסיעוד בין מדינות ארצות הברית.²⁶ ניתן להסיק מכך על תפיסתה של בלום שביקשה מעל הכל לקדם את הנשים ולאפשר להן התפתחות אישית ומקצועית. נראה כי היוקרה וההכרה המקצועיות והנשים העוסקות במלאכה עמדו בראש מעייניה. תפיסתה של בלום הושפעה מהחינוך האקדמי לו נחשפה בניו יורק ומהידיעה שכדי להשיג הכרה יש לעמוד בסטנדרטים מקובלים. ייתכן שלרקע המשפחתי שלה הייתה השפעה על תפיסתה שהייתה ריאקציה לעובדה שאימה של בלום שהייתה מהגרת, לא יכלה לרכוש השכלה מקצועית ולפרנס את משפחתה על אף יכולותיה העסקיות. ניתן לראות כי תפיסתה הנשית האפילה על תפיסתה הלאומית. בלום אף הודתה בכך במידה מסוימת בציינה שהנרייטה סאלד תמכה בהכרה בינלאומית למקצוע אך לא הייתה רואה בעין יפה את המחשבה על עזיבת הארץ ועבודה בארץ אחרת.²⁷ ברם, זוהי דוגמה למורכבות התיעוד בעל פה, יש לזכור שאת הדברים אמרה ממרחק של זמן וייתכן שרוחות שנות

²² זוסמן, נ' (1993). עמ' 146-156 H. ; Sussman, N. (1989).

²³ HMO/51-3 מכתבים בין בלום פיש והנהלת הדסה בניו יורק.

²⁴ אצ"מ, S12/4821; HMO/51; HMO/51-3; דוחות ומכתבים של בלום להנהלה בניו יורק ולארגון הבריטי, כולל מכתב למרג'ורי פיש בנושא פתיחת הקורס ביום 20/11/1947.

²⁵ ראיונות בלום 1986, 1987; HMO/51-7 מכתב מתאריך 25/4/50.

²⁶ ברטל, נ' (תשס"ב). עמ' 270-291.

²⁷ ריאיון עם עם בלום 1987.

השמונים בהן התראיינה השפיעו על ניתוח מפעלה במבט לאחור והעניקו לו על ידה ממד פמיניסטי.

3. ייסוד מסגרת הכשרה-פתיחת הקורס הראשון

לפתיחה קדמה עבודת הכנה אינטנסיבית בתחומים רבים.²⁸ דרישות הארגון האמריקאי היו לימודים במשך שנתיים וחצי או שלוש. בלום תכננה את הלימודים לשנתיים מתוך הנחה שבשישה ימי לימודים בשבוע,²⁹ ניתן יהיה לעמוד בדרישות הארגון האמריקאי.³⁰ הלימודים התיאורטיים תוכננו למשך 15 החדשים הראשונים וההכשרות הקליניות לתשעה חדשים נוספים.³¹ חלוקה זו, אפשרה לבלום ולהנהלת הדסה להמשיך לנסות לגייס מרפאות בעיסוק מוסמכות בארצות הברית ובמקביל לאפשר לרוזלינד כהן, הלן ריקון ואילנה מאי, לסיים את לימודיהן בקורס המזורז בפילדלפיה.³² את ההדרכה והליווי לתלמידות במהלך ההכשרה הקלינית, אמורות היו לספק המרפאות בעיסוק המוסמכות שבאו מארצות הברית במהלך השנים 1946 - 1947.

הקורס הראשון למרפאות בעיסוק נפתח בשישה בינואר 1947 בטקס רב משתתפים בבית הספר לאחיות בהר הצופים. נכחו בו חברי הועדה לריפוי בעיסוק, מורי הקורס, מנהלי מחלקות בבית החולים, נציגי קופת חולים, מחלקת הבריאות של 'הועד הלאומי', 'עליית הנוער', המחלקות לחיילים משוחררים, ועיתונאים.³³ הבחירה של בלום בטקס רב משתתפים, מלמדת על תפיסתה את חשיבות נושא יחסי הצבור, והאסטרטגיה שלה להפיץ את בשורת המקצוע - בקרב גורמים מקצועיים ובלתי מקצועיים. ניתן להסיק מגודל האירוע, על מעמדו של המקצוע בחברה שנתפס על ידה ככל הנראה מחויב המציאות.³⁴

בלום הייתה אחראית על תכנון הקורס אך גם על יישומו. בין היתר, אחד מתפקידיה הרבים של בלום היה מציאת מבנים לקיום הלימודים.³⁵ לאור מאמציה, התחום העיוני נלמד בבית הספר לאחיות עובדה שנתנה גושפנקא למעמדו של הקורס כמקצוע פרא רפואי. תחום האומנויות ומלאכות היד השונות, נלמדו בסדנאות ברחבי ירושלים; ב'בצלאל', במבנה בית הספר 'זליקסברג',³⁶ ובמרכז 'ברנדיס' להכשרה מקצועית לנערים ונערות של הדסה.³⁷ בלום ארגנה את

²⁸ זוסמן, נ' (1993). עמ' H156 – H146.

²⁹ בארה"ב למדו חמישה ימים בשבוע.

³⁰ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, ראיונות עם בלום, 1986, 1987.

³¹ המחזור השלישי שהחל את לימודיו בשנת 1952 למד תכנית של שלוש שנים. החלוקה בין הלימודים התיאורטיים ותקופות ההכשרה שונתה מספר פעמים. ראו גולדשמיד, ר' (1968). עמ' 25.

³² להלן עמ' 48. מרפאות בעיסוק שקבלו מלגה מהדסה למדו בקורס המזורז בפילדלפיה והגיעו לארץ על מנת לעזור בפתיחת מחלקות ולהדריך את התלמידות בתקופת ההכשרה הקלינית.

³³ HMO/51-4 מכתב להנהלת הדסה בניו יורק; אצ"מ, J113/1971 דוחות נוספים על פתיחת הקורס שנשלחו להדסה ולמרגורי פיש בינואר 1947.

³⁴ ברטל, נ' (2005). עמ' 134, 242-246.

³⁵ אצ"מ, J113/1971, דו"ח שנשלח לניו יורק.

³⁶ בית הספר 'זליקסברג' היה בית ספר מקצועי שהשתייך לרשת בתי הספר העבריים בפקוח היועד הלאומי. מייסדי 'זליקסברג' לא נשענו על דגם אמריקאי אך הם ציידו אותו בטכניקות אמריקאיות מודרניות ומורות נשלחו להשתלם בארצות הברית ובשוויץ. ראו קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). עמ' 213-214.

³⁷ מרכז 'ברנדיס' כלל בית ספר תיכון מקצועי לנערות בו נלמדו מקצועות שנחשבו 'נשיים': תפירה ביסול ועבודות משרד. ראו קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). שם.

הקשר בין המוסדות להנהלת הדסה שמימנה את שכר המורים.³⁸ הניהול התקציבי של הקורס נעשה בהסכמת שני הגופים הממנים,³⁹ רוב הציוד שהוזמן בארצות הברית, וכלל חומרי גלם למלאכות יד, הועבר לארץ באמצעות מחלקת הרכש של הנהלת הדסה לאחר אישורי ועדות ופרוצדורות מנהלתיות. האישורים התקציביים ארכו זמן רב ובלום ציינה את העובדה שלעיתים היה עליה להשתמש במניפולציות, כדי לזרז את המהלכים האדמיניסטרטיביים.⁴⁰ למרות תרבות הניהול המקצועי על פיה התחנכה וניהלה בלום, היא נאלצה להתאים את התנהלותה למקובל ביישוב ולהשתמש בקשרים בינאישיים כדי לקדם מהלכים מקצועיים.

את הקורסים התיאורטיים הקשורים למדעי הרפואה, העבירו רופאים מהדסה. החומר העיוני כלל קורסים באנטומיה ופיזיולוגיה, תורת התנועה, אורטופדיה, נירולוגיה, מחלות כלליות, פסיכיאטריה, פסיכולוגיה, סוציולוגיה ועקרונות עבודה סוציאלית, עקרונות ריפוי בעיסוק ועזרה ראשונה. כן נלמדו קורסים באריגה, תפירה, עבודות מתכת, עור נגרות, עיצוב, ציור מכאני, ציור ביד, פיסול, כריכת ספרים, גננות ועיצוב תכשיטים.⁴¹ פיזיותרפיסט לימד את התלמידות התעמלות מתקנת וכיצד להתאים תרגילים לחולים. את הקורסים בריפוי בעיסוק לימדו בלום והלן ריקון.⁴² התחומים שנלמדו מצביעים על מורכבות התחום והיותו משלב את תחום הרפואה השיקומית עם תחום האומנות ומלאכות יד מגוונות. שני תחומים אלה נתפסו כהולמים עשייה נשית בשלבם את הטיפול עם מלאכת היד.

הכשרת צוות נשי ישראלי של מרפאות בעיסוק

פרסומים על פתיחת הקורס וחיפוש מועמדות לו הופיעו בעיתונים שונים.⁴³ 62 נשים נענו למודעות ופנו לקבלת פרטים. דרישות הקבלה המקדימות למועמדות היו השכלה תיכונית מלאה וגיל מינימלי של 19 שנים ומקסימלי של 30 שנים.⁴⁴ הועדה לריפוי בעיסוק החליטה להגביל את גילן המקסימלי של המועמדות מתוך חשיבה מגדרית טיפוסית בשעתה שנשים נשואות, אימהות לילדים צעירים,⁴⁵ לא תעזובנה את ירושלים לצרכי ההכשרה הקלינית.⁴⁶ "כשפנתי להתקבל לקורס שאלו אותי אם אוכל ללמוד כשאני מטופלת בילד", העידה דוידזון, תלמידת הקורס הראשון והוסיפה: "הלימודים היו קשים יום הלימודים היה ארוך מאוד. אף אחת לא קבלה הנחה ואני הייתי צריכה להתמודד עם הבנות בנות השמונה עשרה, העובדה שיש לי ילד צעיר

³⁸ באריונות מהשנים 1987-1986 ציינה בלום את העובדה שבאמצעות הסדר זה חסכה להנהלת הדסה כסף.

³⁹ לבון 5308-1-208-IV; דוח קרן נכות משנת 1947, כולל פרוט הוצאות הקרן בהשתתפות מימון הקורס בירושלים.

⁴⁰ אצ"מ, J113/1970; אצ"מ, J113/1971; אצ"מ, J113/1972; ריאיון עם בשנת 1987, כל מהלך היה אמור לעבור אישור ועדה ותת ועדה כולל ועדת המשלוחים. בלום הסבירה שנאלצה להשתמש בקשרים אישיים ופעם פנתה להנרייטה סאלד כדי לזרז מהלכים.

⁴¹ אצ"מ, J113/1973, דו"ח ששלחה בלום לניו יורק.

⁴² אצ"מ, J113/1973, HMO/51-4, רשימת הקורסים ומוריהם נשלחה לניו יורק ולמשרד הבריאות עם סיום הקורס הראשון.

⁴³ מודעות בעיתונות יומית (3/12/47). *דבר*, *הארץ*, *Palestine Post*.

⁴⁴ תנאי הקבלה לבית הספר לאחיות היו פחות נוקשים, נדרשו אחת עשרה שנות לימוד. בתקופת מלחמת העצמאות ירדה הדרישה לעשר שנות לימודים. ראו ברטל, נ' (2005). עמ' 287.

⁴⁵ נשים רבות נשרו ממעגל העבודה עם הקמת משפחתן. ראו מרגלית-שטרן, ב' (תשס"ו). עמ' 324-345.

⁴⁶ אצ"מ, J113/1971, פרוטוקול הוועדה הקונקורסית לבחירת תלמידות הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה ביום 10/12/46.

בבית, לא עניינה אישי".⁴⁷ יש להניח שהיה פער בין התכנון למה שקרה בפועל כיון שבין תלמידות הקורס היו שתי נשים בנות 33.⁴⁸ וכפי שהעידה אלקן "היינו קבוצה לא אחידה בתחילת הקורס. היו בנות לא כל כך צעירות שכבר עברו דרך בחיים והחליטו עוד פעם לחזור לספסל הלימודים וללמוד מקצוע חדש".⁴⁹ למרות הגבלה על גיל מינימלי ומקסימלי, תירצה בלום את שינוי הקריטריונים ברצון של הוועדה לריפוי בעיסוק לקבל מספר נשים מבוגרות כדי לפתח מנהיגות בקרב תלמידות המחזור הראשון. בלום האמינה שתפקידי הנהגה נועדו לנשים עם ניסיון.⁵⁰ תפיסתה המגדרית של בלום בנושא זה השפיעה על תפיסת הוועדה לריפוי בעיסוק שהחזיקה בסטריאוטיפים מגדריים שהיו מקובלים גם בוועדות מקצועיות בתחום הסיעוד.⁵¹ עדותה ממרחק הזמן מצביעה על תפיסה מגדרית חדשה. אך ייתכן כי בשעתה, החליטה לאפשר לנשים מבוגרות ללמוד עקב ניסיון חייה, או ששינתה את הגבלת הגיל בעקבות עיון ברשימת המועמדות לקורס והחלטה מעשית לקבל מועמדות מתאימות גם אם הן מבוגרות. לא מן הנמנע כי היה כאן אילוץ, התייעוד האותנטי לא נותן לכך מענה.

הפנייה במודעות הייתה בלשון נקבה ורק במסמך אחד הועלתה האפשרות לקבל לקורס מספר מועט של גברים שיעבדו בתחום בריאות הנפש, בהתאם למקובל בארצות הברית.⁵² ברם, אף גבר לא פנה ובקורסים הראשונים לא למדו גברים. מכאן שכבר בראשיתו נתפס התחום ביישוב כנשי כאמור, כנראה עקב השילוב של אומנויות ומלאכות יד עם תחום טיפולי, זאת בהשוואה לארצות הברית בה היה קיים במקצוע מיעוט גברים. עובדה זו מעידה על תפיסות מגדריות מסורתיות שרווחו ביישוב.

החיפוש הראשוני אחר תלמידות נעשה בקרב חיילות משוחררות מהצבא הבריטי כיון שבבתי החולים של הצבא הבריטי עבדו נשים מארץ ישראל ככוח עזר סיעודי גם במחלקות לריפוי בעיסוק.⁵³ מאות מהמגויסות לצבא הבריטי שרתו בבתי חולים צבאיים במזרח התיכון בתפקידי עוזרות לאחיות, מסגיסטיות, רדיולוגיות תזונאיות ועובדות מעבדה, תפקידים 'נשיים' מסורתיים שבוצעו לרוב על ידי נשים בספירה הביתית.⁵⁴ הנהלת הדסה ובלום פנו לוועדות השחרור המקומיות בירושלים, תל אביב וחיפה, בבקשה לחפש מועמדות מתאימות, אשר זכאיות לקבל הכשרה מקצועית. את החיילות המעוניינות הפנו לפגישה עם בלום בה קבלו מידע על המקצוע ועל הקורס.

⁴⁷ דודזון, ה' (1996). עמ' 40.

⁴⁸ אצ"מ, J113/1973, טבלה עם פרטים אישיים של תלמידות הקורס; HMO/51-4, דוח מבלום לנוי יורק בינואר 1947.

⁴⁹ אלקן, ח' (1961).

⁵⁰ HMO/51-4, בלום בדוח להנהלת הדסה בניו יורק.

⁵¹ הירש, ד' (תשס"ח). עמ' 467.

⁵² אצ"מ, J 113 / 1971, פרוטוקול הוועדה הקונקורסית לבחירת תלמידות הקורס לריפוי בעיסוק מתאריך 10/12/46

⁵³ ריאיון עם נירה זוסמן 17/8/10; בוגרות הקורס הראשון ששרתו בצבא הבריטי נפטרו ואי אפשר לברר האם שרתו בתפקידי סיעוד הקשורים למקצוע הריפוי בעיסוק.

⁵⁴ אין אזכור ספציפי לנשים שעסקו ככוח עזר במקצוע הריפוי בעיסוק אלא למקצועות שפורטו. גרנית-הכהן, ע' (תשס"ח). עמ' 165-169.

ואכן, חמש מבין 23 התלמידות שהתחילו את לימודי הקורס הראשון היו חיילות משוחררות.⁵⁵
החיילות זכו למלגות מלאות כולל הוצאות מחייה למשך שנתיים.⁵⁶

הוועדה שיערה שעשרים תלמידות תסיימנה את הקורס ותוכלנה להיות משובצות לעבודה במוסדות הדסה ו'קרן נכות'. לפיכך הוחלט לקבל עד 25 תלמידות כדי להיערך לאפשרות שלא כל התלמידות יצליחו לסיים את הלימודים. יש לשער שהנהלת הדסה והוועדה לריפוי בעיסוק הפיקו לקחים מניסיון בית הספר לסיעוד, בו הייתה נשירת תלמידות רבה עד שנות ניהולה של שולמית קנטור.⁵⁷

בלום העידה לימים שהתלמידות עברו מבחני קבלה שכללו מבחן פסיכוטכני, מבחני זריזות ידיים, ריאיון עם אישי ועל פי בלום גם ניתוח גרפולוגי של כתבי היד שלהן.⁵⁸ עם זאת, בוגרות הקורס הראשון אינן זוכרות פריט אחרון זה. הן תארו "עברנו בדיקות קפדניות כדי לבחון את כושר הלמידה, האישיות והכישרון בעבודות יד".⁵⁹ ייתכן שבלום אמרה זאת לאחר שנים על מנת להעצים את יוקרת התחום, או שמא בשל מעמדה כמנהלת אחראית על קליטה התלמידות, זיכרונותיה כוללים היבטים שאינם זכורים לתלמידות. במהלך הריאיון האישי, קיבלו הבוגרות מבלום את מרב המידע על המקצוע.⁶⁰ ממחקר שנעשה בשנת 1978 במכון הדסה על ההתמדה בעבודה של בוגרות הקורס הראשון, עולה כי תלמידות המחזור הראשון עברו סוללת מבחנים שכללה מבחנים לבדיקת הכושר העיוני, מבחני תפיסת צורה ומבחני כושר יד וזריזות ידיים באריזה וגזירה.⁶¹ מטרת בחינות הקבלה הייתה למנוע נשירת תלמידות. בסיום תהליך המיון התקבלו לקורס 23 תלמידות ולא 25.⁶² הוועדה החליטה לקבל פחות תלמידות כיון שדאגה לשמור על דרישות קבלה אליטיסטיות. התלמידות התחייבו לעבוד שנתיים לאחר סיום לימודיהן.

למרות שלוועדה ולבלום בראשה היה חשוב לשלב בקורס תלמידות מגוונות במוצאן, במקום מגוריהן וגם בגילן, כל תלמידות הקורס היו ממוצא אשכנזי.⁶³ שמונה היו ילידות הארץ והשאר נולדו בגרמניה, פולין, צ'כסלובקיה, רומניה וליטא. רוב התלמידות היו בעלות נתינות ארץ

⁵⁵ אצ"מ, S12/4821 תיקי חיילים משוחררים.

⁵⁶ אצ"מ, J113/1972.

⁵⁷ שולמית קנטור ניהלה את שרות האחיות בהדסה ואת בית הספר לאחיות משנת 1934. בשנת 1933 נשלחה לשנת לימודים באוניברסיטת קולומביה מטעם הדסה. ראו ברטל, נ' (2005). עמ' 179-221, 230-262, 263; קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). עמ' 35.

⁵⁸ תמליל ראיונות עם בלום מהשנים 1986, 1987.

⁵⁹ דודזון, ה' (1996). עמ' 44.

⁶⁰ ראיונות עם נירה זוסמן, רולי גולדמן, ביה גרייבסקי ורחל רוזנברג. בוגרות הקורס הראשון.

⁶¹ מזכירות ביה"ס לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, אורן, כ' (1978) לאחר שלושים ושתים שנים, התמדה בעבודה של מרפאות בעיסוק שנבחנו במכון הדסה, אוקטובר 1978. מחקרן שנכתב מטעם מכון הדסה והוגש להנהלת ביה"ס לרבי"ע בשנת 1978.

⁶² HMO/51-5

⁶³ אצ"מ, J113/1973, על פי טבלה עם נתוני בוגרות הקורס הראשון. המוצא האשכנזי מאפיין גם את ביה"ס לאחיות. התייעוד אינו מספק תשובה מדוע היו התלמידות אשכנזיות. אולם על סמך ההקשר התקופתי ניתן להסיק שהיה זה פועל יוצא של שילוב השכלה עם תפיסה מגדרית חדשה ושאיפה למימוש עצמי שייתכן והיה בעיקר נחלת אשכנזיות שהושפעו מתפיסות אירופאיות ואמריקאיות. ברטל מציינת את בריאות הפרט שהיה מדד לחוסנה וקידומה של חברה, כאחד מרעיונות תנועת ההשכלה באירופה. ראו ברטל, נ' (2005). עמ' 24, 268.

ישראלית מלבד נתינה דרום אפריקאית ונתינה אמריקאית. שתיים עשרה מהתלמידות היו בעלות תעודות בגרות, שבע סיימו לימודים תיכוניים ואחת, בעלת השכלה גבוהה בהנדסה בצרפת.⁶⁴

על פי הראיונות חלק מהתלמידות היו בקשרי משפחה עם פרסונל הדסה, הן שמעו על פתיחת הקורס מבני משפחתן וגילו התעניינות.⁶⁵ מאירה קנטור, תלמידת המחזור הראשון,⁶⁶ הייתה ביתה של הגב' שולמית קנטור, אחות ראשית בהסתדרות מדיצינית הדסה ומנהלת בית הספר לאחיות.⁶⁷ הגשת מועמדותה של מאירה קנטור לקורס, עוררה הדים בקרב עובדי הדסה שהמליצו לקרובותיהן להגיש מועמדות.⁶⁸ נתון זה תואם למימצאיה של ברטל בנושא 'משפחות הדסה',⁶⁹ ולמאמר בנושא הקשר המשפחתי של מנהלות ותלמידות בית הספר לריפוי בעיסוק בבוסטון עם גורמים רפואיים בבית החולים בשנות העשרים של המאה העשרים.⁷⁰

במאמרה מאוקטובר 1945 הציגה בלום את חשיבות שילובם של ניצולי השואה בחברה,⁷¹ והתייחסות מערכת הבריאות לצרכיהם. חשוב היה לה גם שבין התלמידות יהיה ייצוג לניצולות שואה ואכן, שתיים מהתלמידות היו ניצולות ובלום ארגנה עבורן מלגות לימודים. בראיונות עמה, שנערכו לאחר שנים, הדגישה בלום את העובדה שחלק מהתלמידות היו קיבוצניות,⁷² אולם על פי מסמכי הארכיונים, התלמידות היו עירוניות.⁷³ יש לשער שבלום התייחסה לניצולות השואה שהתגוררו בקיבוצים קולטים עם עלייתן לארץ או לתלמידות ששרתו בפלמ"ח והיו בהכשרות חקלאיות בקיבוצים.⁷⁴ הדגשת הקיבוץ עולה בקנה אחד עם תפיסתה של בלום שגילתה התעניינות רבה בחיי הקיבוץ, התפעלה מאורח החיים בו והפנימה את היות הקיבוץ סמל ציוני מובהק.⁷⁵ בלום הייתה ערה למעמד הקיבוצים כמגזר המוערך ביותר ביישוב,⁷⁶ ואולי הושפעה גם בנושא זה מהנרייטה סאלד אשר התעקשה שחניכי 'עליית הנוער' יתחנכו בקבוצים או במקומות יישוב כפריים כדי שיזכו "לספוג מן הרוח ומן הריח של ארצנו".⁷⁷ אפשרות נוספת היא שבלום, אשר

⁶⁴ אצ"מ, J113/1973, טבלה עם פרטים אישיים של בוגרות הקורס הראשון.

⁶⁵ ריאיון עם חנה דודזון 13/1/10. ריאיון עם נירה זוסמן, 17/3/10.

⁶⁶ מאירה קנטור מונתה לתפקיד מנהלת בית הספר בשנת 1953. נהרגה בשנת 1960 בתאונת דרכים בעת נסיעה מסגרת עבודתה כמנהלת בית הספר. אלקן, ח' (1961).

⁶⁷ להלן הערה מס' 57 עמ' 60. לאחר קום המדינה מונתה לאחראית תחום סיעוד במשרד הבריאות.

⁶⁸ ריאיון עם נירה זוסמן, 17/3/10.

⁶⁹ ברטל, נ' (תשע"ה). עמ' 67.

⁷⁰ Litterst, T. A. E. (1992). pp. 20-25

⁷¹ Bloom Ethel: To Speed Recovery. *Hadassa Newsletter*. October 1945

⁷² ריאיון עם עם רוברטה בנאור בשנת 1983, ריאיון עם עם ד"ר דליה זק"יש, 1987.

⁷³ אצ"מ, J113/1973, טבלה עם נתוני בוגרות הקורס הראשון.

⁷⁴ ריאיון עם רולי גולדמן 9/5/10.

⁷⁵ ריאיון עם עם בלום 1983.

⁷⁶ רוזנברג-פרידמן, ל' (תשס"ה). עמ' 234.

⁷⁷ זיר-ענבר, א' (תשנ"ו). עמ' 162.

הייתה מודעת ליחסי ציבור, השתמשה בסמל זה להדגיש ולחדד את יוקרת מפעלה ואת שילובו באתוס הציוני.⁷⁸

תלמידות המחזור הראשון פנו ללימודים במקצוע חדש. ייתכן ועובדה זו מעידה על הרפתקנות מסוימת ותעוזה שאפיינו את ילדות הארץ.⁷⁹ לחברה יש נטייה לכוון את הנשים לעבוד במקצועות שנחשבים תואמים את "כישוריהן הטבעיים".⁸⁰ השימוש במלאכות יד, תחום נשי מקדמת דנא היה גורם משיכה משמעותי, שכן רבות נמשכו לשילוב בין מלאכות יד ומקצוע פרא רפואי. "מייד חשבת שמקצוע זה יכול להתאים לי כי יש בו שילוב של טיפול באנשים ושימוש במלאכות יד",⁸¹ העידה אחת, "אהבתי מאוד עבודות יד, מצא חן בעיני לקשור את זה עם משהו רציני", העידה אחרת,⁸² שתיים היו בוגרות "בצלאל" ותלמידה נוספת התלבטה האם להירשם ללימודים ב"בצלאל" או לקורס לריפוי בעיסוק.⁸³ 'בצלאל' היה מוסד ציוני מקובל ומוערך על ידי ההנהלה הציונית.⁸⁴ אחת הסיבות להקמת 'בצלאל' נבעה מרצונו של שץ לשחרר את תלות הציבור היהודי בירושלים מכספי ה"חלוקה". במוסד זה נפתחו בתי מלאכה למקצועות שונים ומחלקות לאומנות ואומנות תעשייתית, שייחודם היה השימוש במוטיבים יהודיים. הציונות המדינית תפסה את האומנות ככלי תעמולה. הציונות הרוחנית תפסה את היצירה האומנותית כמייחדת ומאחדת את הלאום ואילו הציונות המעשית ראתה בבצלאל כלי לסיפוק אפשרויות כלכליות לתושבי היישוב.⁸⁵ שילה מציינת את 'בצלאל' כמוסד ציוני שקבל תמיכה עקב האפשרות לעודד יצרנות של הציבור היהודי בכלל ונשים בפרט.⁸⁶ 'בצלאל' גילם את הקשר בין תפיסות מגדר מסורתיות לחזון הציוני, על פיהן עיסוקים נשיים בתחום הביתי שודרגו לתחום הציבורי, קרי, השילוב של מלאכות יד עם מקצוע מפרנס ובמקרה של הריפוי בעיסוק, מקצוע שמשלב את הכישרון למלאכות יד עם הכישרון לטפל בחולים. התפקיד המגדרי מסורתי של האישה כמטפלת בצרכים של אחרים הלם את המשימות האופייניות במקצוע.⁸⁷

בלום קבלה בארצות הברית טפסי מעקב אחר התקדמות התלמידות ופיתחה טפסים חדשים, מותאמים למציאות הישראלית. 'טופס ההוראות לתלמידות בתקופת האימון' (ההכשרה הקלינית) הכיל הוראות מדויקות הכוללות הנחיות ליחס הנדרש מהתלמידה למוסד ולצוות שעובד בו, היחס הנדרש לחולה והגבלות על הופעת התלמידות ותלבושתן.⁸⁸ התלמידות נדרשו ללבוש

⁷⁸ פרשנות שלי.

⁷⁹ ברטל, נ' (2005). עמ' 127.

⁸⁰ גם מפעל 'משכית' שהוקם בשנת 1954 שלב עבודות יד אומנותיות עם האידיאולוגיה הציונית ומדיניות כור ההיתוך. בשאיפה לאפשר לנשים להתפרנס. ברקוביץ, א' (26/4/06). 'שמלות משכית', הארץ; דונר, ב' (2003).

⁸¹ דודזון, ה' (1996). עמ' 40-48.

⁸² ריאיון עם עם ביה גרייבסקי, 17/5/10.

⁸³ אצ"מ, J113/1970 חוה אלקן, תלמידת המחזור הראשון במכתב לד"ר יסקי בתאריך 24/12/45.

⁸⁴ שילה, מ' (תשמ"ט). עמ' 91-106.

⁸⁵ צלמונה, י' (תשמ"ג). עמ' 23-31.

⁸⁶ שילה, מ' (תשמ"ט).

⁸⁷ הולצמן, א' ויזרעאלי, ד' (תש"ס). עמ' 65-90.

⁸⁸ אצ"מ, J113/1973, טופס הוראות לתלמידה בתקופת האימון.

מדים ירוקים שיובאו מארצות הברית על ידי הדסה,⁸⁹ עם סמל מקצוע הריפוי בעיסוק על השרוול השמאלי. היה עליהן לנעול נעלים בצבעים מסוימים ולגרום גרביים ארוכות. רק במושבות שהיו מרוחקות מבתי חולים עירוניים, הן הורשו לגרום גרביים קצרות. השיער אמור היה להיות אסוף, ענידת תכשיטים, איפור וצביעת ציפורניים היו אסורים. ההקפדה על הופעה חיצונית של התלמידות הייתה מקובלת במוסדות הכשרה לנשים.⁹⁰ הירש מציינת את ההקפדה על הופעה חיצונית בבית הספר לאחיות של הדסה כדפוס בתהליך השליחות המתרבת של הדסה בהכשרת נשים מקומיות מהיישוב לעבודה מקצועית. ברטל מדגישה את תפקיד המדים במערכת הסמלים המקצועית. המדים, שהיו צנועים, העידו על התנהגות ראויה ומוסרית של הנשים שלבשו אותם. הם העניקו לחברות המקצוע ולתלמידות סמכות, הדגישו את הסדר, השליטה, הפיקוח, המיומנות והמסירות המקצועית. עוררו הערצה בציבור, סימלו את שייכות התלמידה למוסדות הדסה שהיו יוקרתיים ומשכו עוד נשים למקצוע.⁹¹

טופס הערכת תפקוד התלמידה בתקופת ההכשרה כלל את הסעיפים הבאים: דוח על עבודת התלמידה במחלקות, גישתה המקצועית וחווות דעת המדריכה על תכונותיה האישיות. על תקופת ההכשרה קבלו התלמידות ציונים בטווח מטוב מאוד לבלתי מספיק.⁹² סגנון הניהול הסמכותי והקפדני של בלום היה זהה לניהול מוסדות הכשרה לנשים שפעלו באותה תקופה בארץ. סגנון הניהול בבית הספר לאחיות כלל משמעת נוקשה וסמכות הירארכית. מנהלות בית הספר לאחיות תירצו את הסמכותיות והנוקשות בפערים הגדולים בין יכולות הלמידה השונות של תלמידות בית הספר לאחיות. ברם, הנהלת בית הספר לאחיות שאפה לעצב את אישיות התלמידות וחינוכן למשמעת קפדנית, ערך שלא התאים ל"רוחן הגבוהה של התלמידות שלא נענו למשמעת חמורה אלא גילו הרפתקנות ותעוזה, תכונות שביישוב זכו להערכה".⁹³

הניסיון ללמד נשים במוסד המקפיד על סדר ומשמעת עולה ממחקריהן של ברטל, הירש, גליק וכרמל-חכים. חנה מייזל, אמצה תקנונים של בתי ספר חקלאיים באירופה אך, תלמידותיה חוו את סגנון ניהולה כנוקשה, מנוכר וקפדני ולא מתאים למציאות ביישוב.⁹⁴ ההוראות הקפדניות שנתנו לתלמידות הקורס לריפוי בעיסוק כללו לא רק את שעות הלימודים ואת תקופת ההכשרה הקלינית אלא השפיעו על חייהן ועל זמנן הפרטי. נאסר על התלמידות להינשא במהלך הלימודים, הוראה שמעידה על סטייה מהיעוד המסורתי של האישה, במטרה להשיג מקצועיות. הגבלה כזו הייתה מקובלת בעוד מוסדות הכשרה לנשים.⁹⁵ בנוסף, התלמידות היו אמורות לקבל רשות לצאת מירושלים בסופי שבוע, גם אם סיימו את מטלות הלימודים וההכשרה הקלינית במלואן.

⁸⁹ אצ"מ, J113/1974, מכתב מבלום לשולמית קנטור בתאריך 20/2/49.

⁹⁰ הירש, ד' (תשס"ח). עמ' 453-484.

⁹¹ בבית הספר לאחיות של הדסה בירושלים ובבית הספר החקלאי של חנה מייזל הייתה הקפדה על לבוש התלמידות. ברטל, נ' (2005). עמ' 121-151; כרמל-חכים, א' (תשס"ח).

⁹² אצ"מ, J113/1974, טופס הערכת העבודה של התלמידות בתקופת האימון.

⁹³ ברטל, נ' (2005). עמ' 121-151.

⁹⁴ גליק, ר' (תשס"ו). עמ' 37-41; הירש, ד' (תשס"ח). 484; כרמל-חכים, א' (תשס"ח). עמ' 180.

⁹⁵ ברטל, נ' (2005). עמ' 123-129; הירש, ד' (תשס"ח). הירש מציינת שהמועמדות בית הספר לאחיות היו צריכות להיות רווקות ללא ילדים. תלמידות נשואות הסתירו עובדה זו. הלימודים בבית הספר לאחיות של הדסה היו בתנאי פנימייה לנשים והתקבלו מועמדות עד גיל 25. התפיסה הפטרנליסטית החודרת לחיי היום יום של התלמידות שאומצה בבתי הספר לאחיות בארצות הברית, השפיעה על תפיסת בית הספר לאחיות בירושלים.

תלמידות שהמרו את פיה של בלום סולקו מהקורס, או נענשו בהארכת תקופות ההכשרה הקלינית. תלמידה שנחשבה בעיניה כלא מתאימה, לא נשארה בקורס. ייתכן שהתלמידות קבלו את ההגבלות כיון שאלה היו הנורמות המקובלות במוסדות הכשרה. התלמידות תפסו את בלום כאשה דומיננטית בעלת כללים נוקשים ובעלת נוכחות מרשימה ש"הצליחה להשפיע על אנשים".⁹⁶ כמנהלת הקורס לא נרתעה בלום מהתמודדויות עם בכירים במערכת הפוליטית ושמרה על עקרונותיה המקצועיים בנושא חינוך התלמידות.⁹⁷ ייתכן שסגנון הניהול הקפדני של בלום הושפע מסגנון הניהול הנוקשה והסמכותי של המנהלות האמריקאיות של בית הספר לאחיות,⁹⁸ ושל צוות ההוראה והניהול באוניברסיטת ניו יורק בה למדה. למרות ההוראה הקפדנית והיחס הנוקשה השיגה בלום את מטרתה החינוכית, כך עולה מעלון מקצועי בשנת 1950, לפיו כל בוגרות הקורס הראשון התגייסו לשליחות המקצועית ועבדו במקצוע.⁹⁹

⁹⁶ ראיונות רחל רוזנברג, נירה זוסמן וביה גרייבסקי.

⁹⁷ אצ"מ, J113/1972, פרוטוקול הוועדה לריפוי בעיסוק מתאריך 19/4/47.

⁹⁸ ברטל, נ' (2005). עמ' 152-157.

⁹⁹ לא מצויין שם הכותבת (1950). עלון מקצועי פנימי של המרפאות בעיסוק. ניסן תשי"י, אפריל 1950.

סיכום: סוף מעשה באילוץ תחילה

סוף מעשה באילוץ תחילה ובדיעבד במחשבה מגדרית חדשה שהובילה לשינוי מקצועי ומגדרי. לאחר שנות תכנון קפדני, השיגה בלום את יעדה, והצליחה לפתוח את המחלקה והקורס הראשון. יחסי הציבור שעשתה למקצוע השיגו את יעדם, 'קרן נכות' של קופת החולים שיתפה פעולה עם הנהלת הדסה במימון וארגון הקורס והתקבלו פניות רבות. בלום יישמה תפיסה אמריקאית וניהלה את בית הספר באמצעות וועדה. היא הושפעה בעיקר מהנחיות הארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק והתאימה אותן לתנאי הארץ.

תלמידות הקורסים הראשונים ראו עצמן פורצות דרך בתחום המקצועי אך לא כקוראות תיגר על הסדר החברתי מגדרי. למרות שהמקצוע היה נשי וקידם נשים מבחינת השכלה ואפשרויות פרנסה, לא היה בו איום על גבולות המגדר בחברה. הריפוי בעיסוק נתפס כשייך למקצועות ההולמים את כישוריה המגדריים של האשה ומשום כך היה להכשירה לכך. בדיעבד הריפוי בעיסוק היה מקצוע שבאמצעותו תרמה האישה לפרנסת המשפחה ולרווחת החברה. משום כך המקצוע התקבל בחברה והיה למעשה ערוץ לפריצת דרך מגדרית ולקידומן של נשים.

התפיסה של מוסדות ההכשרה לנשים הייתה שיש לדחות צרכים אינדיבידואליים בפני הגשמה מקצועית ותרומה ל'קולקטיב', נשים לא הורשו להינשא במהלך לימודיהן ולשלב בין עולמן הפרטי להכשרתן המקצועית. עובדה שמעידה על תפיסות סטריאוטיפיות מגדריות שרווחו בחברה בנושא הקשר בין נישואים לרכישת מקצוע. בהשוואה למנהלות בית הספר לאחיות, הסכימה בלום לאפשר לנשים מבוגרות יותר, מטופלות בילדים לרכוש השכלה ובכך שברה מוסכמות מקובלות. פעילותה של בלום מאופיינת בעצמאות, יוזמה, ראייה לטווח רחוק ויכולת ארגון ותכנון מרשימות. בלום כתבה שהיא מרגישה את כל כובד האחריות על כתפיה בהקמת הקורס ובחירת המודל החינוכי-טיפולי, זאת במטרה לעמוד בסטנדרטים המקצועיים. בלום ניהלה את הקורס בסגנון סמכותי, בכל הקשור לתפקידה כמנהלת הקורס, לא התפשרה בתחום המקצועי והקפידה על נהלי לימודים והכשרות נוקשים. בלום נהנתה מהפריווילגיה של יצירת שרות חדש בטריטוריה חדשה.¹⁰⁰

את תחושת הסיפוק של בלום מפועלה היא בחרה לסיים במשפט-¹⁰¹ I am indeed a lucky girl.

¹⁰⁰ HMO/ 51-4 ; תרגום שלי למכתב שנשלח מבלום למרג'ורי פיש עם פתיחת הקורס הראשון בינואר 1946.

¹⁰¹ שם, שם.

פרק שלישי: 'המלחמה היא כח הורס'

"המלחמה היא כח הורס, אך המחשבה והמאמצים המושקעים בה מעוררים כוחות יצירה בעלי ערך גם לעתות שלום. דוגמא בולטת לכך היא התפתחותו המהירה והמפתיעה של הריפוי בעיסוק. במלחמת העולם הראשונה הוכר ערכו כאמצעי להחזרת הפעילות של חלקי גוף נפגעים. מלחמת העולם השנייה גילתה את חשיבותו לשיקום מהיר לחולים בעלי מום".¹

פועלה של בלום בישראל הושפע מהתרבות וההיסטוריה האמריקאית. היא בחרה להשוות את התפתחות המקצוע בארצות הברית עם ההתפתחות המהירה של הריפוי בעיסוק בישראל. לדבריה, כפי שהשפיעו מלחמות העולם על התפתחות התחום בארצות הברית, כך גם בארץ התפתח התחום עקב הצורך לספק את השרות בעת מלחמת העצמאות ולאחריה. הציטוט מבהיר את אמונתה של בלום בנחיצות המקצוע ובערכו במערך השיקום לטיפול בפצועי ונפגעי המלחמה אך משקף גם את נאמנותה להיסטוריה המקצועית האמריקאית.

התקפות ערביות על ירושלים החלו למחרת החלטת האומות המאוחדות בכ"ט בנובמבר 1947. ההתקפות כוונו כלפי האוכלוסייה האזרחית וכללו פגיעה ברכבים שהובילו אספקה לירושלים, פיצוץ מבנים, מכוניות תופת, דקירות, פגיעה באוטובוסים והתקפת שכונות. בחדש מרץ 1948 חלה הסלמה במלחמה, והמצור הערבי על ירושלים הודק. במלחמה על הדרך לירושלים נערכו קרבות מרים בשער הגיא ובלטרון. בסוף מאי 1948, לחמו שלישי מחטיבות צה"ל בירושלים.²

חיי היום יום בעיר היו קשים והשגרה שובשה. מים חולקו במשורה, תושבים נאלצו לעמוד שעות בתור לחלוקת מים ומזון. מוצרי מזון בסיסיים ניתן היה להשיג בהקצבה בתלושי אספקה ממוספרים. היה חוסר בבשר, דגים, ביצים, חלב וירקות. עקב מצוקה באספקת נפט ביטלו והסיקו את הבתים בגזרי עצים וגחלים.³ עוצר שהנהיגו הבריטים הביא לחסימת רחובות והקשה על גישה לשכונות. התחבורה בתוך העיר לא הייתה סדירה ואזרחים נאלצו ללכת ברגל למרחק רב.⁴ לעיתים קרובות לא ניתן היה להגיע ללימודים סדירים בכלל, ובקורס לריפוי בעיסוק או להכשרה הקלינית בבתי החולים בפרט.⁵ חלק מהתלמידות הקורס היו בארגון "ההגנה", השתתפו בקרבות ונעדרו מספסל הלימודים.⁶ ההירתמות למען המאבק הלאומי בשעה הקשה, דחק את צרכי הפרט.

הר הצופים היה מובלעת מנותקת, רחוקה ממרכז העיר. עם פרוץ המלחמה, האוניברסיטה נסגרה וסטודנטים רבים גויסו.⁷ עם זאת האלימות הערבית לא פסחה על המרכז הרפואי: הותקפו אוטובוסים, אבנים נרקו על בית הספר לאחיות, ובאחת ההתקפות נהרגה אחת מתלמידות בית

¹ בלום, עי' (1949).

² חשביה, אי' (תשמ"ח). עמ' 9-19; שפירא, אי' (תשע"ד). עמ' 148-150

³ דורון, אי' (תשמ"ח). עמ' 148-156.

⁴ דודזון, הי' (1996). עמ' 42; 19-23. Levi, L.(1993). *Living By Chapters*, Jerusalem.

⁵ ריאיון עם חנה דודזון, ריאיון עם רחל רוזנברג, ריאיון עם רולי גולדמן.

⁶ אלקן, חי' (1961).

⁷ לוי, לי' וזוסמן, ני' (1988). עמ' 1.

הספר לאחיות.⁸ המרחק ממרכז העיר הקשה על העברת הפצועים, הצוות הרפואי והאספקה, ניתן היה להגיע להר בנסיעה במשוריינים בלבד. באסון השיירה להר הצופים נרצחו 78 נוסעים, בהם עובדי הדסה בכירים ובראשם מנהל בית החולים ד"ר חיים יסקי.⁹ בעת ההתקפה על השיירה שהו בבית החולים 250 חולים, רופאים ואחיות, כולל שתי תלמידות הקורס לריפוי בעיסוק. הללו היו עדים לאסון, כפי שהעידה דודזון: "אנו עמדנו בהר הצופים וראינו את העשן של המכוניות הבוטות ושמענו את היריות ללא כל אפשרות להגיע ולעזור. נשארתי בבית חולים למעלה מארבעה שבועות שכללו גם את חג הפסח. כולם חשבו שבין כה וכה לא נצא חיים".¹⁰ בעקבות האסון פונה בית החולים ומחלקות הדסה פוזרו במבנים ברחבי העיר.¹¹ היו קשיים רבים בארגון העבודה ובהקמת מנגנון חדש להגשת עזרה המונית לפצועים.¹² הדסה פתחה בבנין המרפאות במרכז העיר חדר מיון עם אפשרות לטיפול ראשוני בפצועי הקרבות באזור. גם הקורס לריפוי בעיסוק פונה מהר הצופים ועבר למבנה בית הספר לאחיות ברחוב הנביאים במרכז ירושלים.¹³

עם ההחרפה במצב הביטחוני עזבו הלך ריקון וליליאן גרינשטיין את הארץ.¹⁴ לצוות בארץ הצטרפה קפלן,¹⁵ מרפאה בעיסוק שלמדה באנגליה, עלתה לארץ והדריכה את התלמידות בתחום הריפוי בעיסוק הפסיכיאטרי.¹⁶ עם כניסת הליגיון הירדני לעיר במאי 1948, הוחרפה אגירת חוסר הודאות; החרדה המתמדת, המצוקה הכלכלית ומספר הפצועים וההרוגים העצימו את תחושת הקלאוסטרופוביה והניתוק של ירושלים מהארץ ומהעולם.¹⁷ על אתל בלום הוטלו בשעה זו המשימות הרבות: למצוא משכן חדש לקורס ולארגן מחדש את הלימודים,¹⁸ לסייע בפתיחת מחלקות חדשות לטיפול בפצועים ובחולים הרבים ברחבי הארץ, להשתתף בישיבות הוועדה לרהביליטציה ולארגן מחדש את תוכנית ההכשרה הקלינית שאמורה הייתה להתחיל באפריל 1948, לנוכח עזיבתן של ריקון וגרינשטיין. עקב המצור על העיר וכיון שהייתה בהריון מתקדם, בלום התמודדה עם המשימות ברחבי ירושלים ושלחה את אילנה מאי ורוזלינד כהן להדריך את

⁸ ברטל, נ' (תשס"ה). עמ' 271.

⁹ בזיזינסקי, א' וברומברג, י', מ' (1949). עמ' 1-2.

¹⁰ דודזון, ה' (1996). עמ' 44.

¹¹ Sussman, N. (1989).p. 75 בית החולים הדסה שוכן בארבעה מבנים עתיקים שנקראו הדסה א', ב' ג' ד'. באפריל 1948 נשלחו תלמידות הקורס להכשרה בהדסה א' וב' ובהמשך גם למרכז השיקום שהוקם במהלך הקרבות בירושלים.

¹² להלן הערה מס' 9.

¹³ גולדשמיד, ר' (1968), עמ' 26. עם הירידה מהר הצופים שוכן בית הספר במבנה בית הספר לאחיות ברחוב הנביאים, משם הועבר בשנת 1952 לדירה בבניין משרדים ובהמשך אותה שנה הועבר לבניין מליסנדה, ברחוב הלני המלכה, בשנת 1960 עבר למנוזר גרמני ברחוב הנביאים בו שוכנה מחלקת השיקום במלחמת העצמאות. רק לאחר מלחמת ששת הימים זכה בית הספר לחזור למשכנו המקורי בבית הספר לאחיות על הר הצופים בקמפוס בית החולים הדסה.

¹⁴ ריאיון עם אילנה מאי-ורדי יולי 2010. הלך ריקון הספיקה ללמד את הקורס הראשון ולהדריך את התלמידות; Sussman, N. (1989).p.74 ריקון עזבה את הארץ במרץ 1948; גרינשטיין עזבה את הארץ זמן קצר אחר שהגיעה ואין עדויות האם הספיקה לעבוד או להדריך.

¹⁵ בוגרות הקורס הראשון שראיינתי אינן זוכרות את שמה הפרטי.

¹⁶ Sussman, N. (1989).p. 74.

¹⁷ שפירא, א' (2011). עמ' 221-226.

¹⁸ ריאיון עם חנה דודזון 13/1/10; תמלול ריאיון עם גבי בלום 1983.

התלמידות בבתי החולים מחוץ לעיר. בלום התמקדה במילוי המשימות הניהוליות ונתנה הדרכה במרכז השיקום שהוקם בעת המלחמה בירושלים, בכל הזירות פעלה בהצלחה.

1. גיוס מרפאות בעיסוק לצבא-החדרת הריפוי בעיסוק למרכז החברה

בין יתר הדברים, היה על אתל בלום להתמודד עם חובת הגיוס של חלק מהתלמידות.¹⁹ לשם כך ניהלה משא ומתן עם ד"ר חיים שיבא, שהיה ראש השירות הרפואי הצבאי בזמן המלחמה, על מנת לאפשר לתלמידות שהיו בגיל חובת גיוס להמשיך בלימודיהן.²⁰ בלום הצליחה להביא לדחיית שרותן ובתמורה התחייבה לשלוח תלמידות ואת המדריכה אילנה מאי בתקופת ההכשרה הקלינית לבית החולים תל ליטוינסקי. שיבא, הסכים להסדר זה כיון שהיה בארץ חוסר בכח אדם שיקומי מקצועי. מספרם הרב של הפצועים בקרבות וריבוי החולים הכרוניים העלו את הצורך בפיתוח שירותי שיקום מקצועיים.²¹

עם סיום הלימודים, עשר תלמידות קבלו דרגות קצונה, שובצו לעבודה בבתי חולים ברחבי הארץ והקימו מחלקות לריפוי בעיסוק בבתי החולים הצבאיים.²² טרם השיבוץ ערכה בלום סיור בכל מחנה, שוחחה עם אנשי הצוות הרפואי-שיקומי והמפקד הצבאי כדי להבהיר מה המטרה בטיפול בריפוי בעיסוק על מנת להגדיל את שתוף הפעולה שהתלמידות תקבלנה מהצבא. בלום התרשמה מקבלת הפנים החמה וההתלהבות במחנות הצבאיים.²³ משימתן של התלמידות הייתה להקים מחלקות "יש מאין" והן היו ממונות על המיזם משלבי ארגון הציוד ואיסופו במחסנים ביפו, ארגון חדרים ואמצעי טיפול, אבחון וטיפול בחולים הסובלים מאבחנות שונות.²⁴ אילנה מאי סייעה להן בחלוקת הציוד ובהדרכת התלמידות והקצינות בבית החולים תל ליטוינסקי.²⁵

בוגרות הקורס הראשון פוזרו בבתי חולים צבאיים ברחבי הארץ; בתל ליטוינסקי, טבריה, צפת, חיפה ונס ציונה. את המחלקות לריפוי בעיסוק ציידו בריהוט וחומרים שהביאו ממחסני בית החולים הצבאי שהוקם ביפו.²⁶ הבוגרות עבדו בבתי החולים וקבלו הדרכה מעטה. כאמור, את מרב התמיכה המקצועית קבלו הבוגרות שהקימו את המחלקה בתל ליטוינסקי. יש לציין כי בבית החולים אושפזו פצועים במצב שיקומי מורכב שהצריך הדרכה צמודה. בוגרות שעבדו בבתי חולים רחוקים ממרכז הארץ לא קבלו הדרכה ופיתחו את המחלקות בהתאם להבנתן ולחומר שלמדו בקורס, אך ללא משוב של מרפאות בעיסוק מוסמכות בעלות ניסיון מקצועי.

¹⁹ אצ"מ, J113/1973, מכתב מבלום לד"ר שיבא בתאריך 12/1/49.

²⁰ בונדי, ר' (תשמ"א). עמ' 101-117. ד"ר חיים שיבא נבחר לעמוד בראש השרות הרפואי שהוקם בספטמבר 1947 מטעם הוועדה העליונה לשעת חרום שתפקידה היה להכין את היישוב להחרפה במצב הביטחוני. תפקידו כלל הכנת המערך הרפואי של כוחות המגן ובהמשך הצבא למלחמה, מיון החולים ופצועי הקרבות, אספקת טיפול רפואי ושיקומי וקיום בריאותו של הצבא בתנאי שדה ותוך כדי לחימה; נדב, ד' (2002) עמ' 14 בסוף שנת 1948 החזיק השרות הרפואי וד"ר שיבא בראשו 3000 מיטות ב-18 בתי חולים ובתי הבראה מכפר גלעדי ועד לבאר שבע.

²¹ באותה תקופה עדין לא נפתח בית הספר לפיזיותרפיה, בארץ עבדו מספר פיזיותרפיסטים שהוכשרו בחו"ל ומספר מצומצם של רופאים שיקומיים. בלום, נ' (2003).

²² אצ"מ, J113/1973 מכתב מבלום לד"ר שיבא בתאריך 12/1/49; HMO/51-7, שבוץ התלמידות במכתב מבלום לרוזנון 3/12/48.

²³ אצ"מ, J113/1973, דוח של בלום לגבי רוזנון בניו יורק מתאריך 3/3/49.

²⁴ Levi, L.(1993). *Living By Chapters*, Jerusalem.pp.173-177

²⁵ ראיונות רחל רוזנברג, אילנה מאי-ורדי, ביה גרייבסקי, רולי גולדמן, נירה זוסמן.

²⁶ ראיון אילנה מאי-ורדי; ראיון נירה זוסמן.

בשנת 1949 בקר ד"ר לודויג גוטמן בישראל בהזמנת ראש הממשלה בן גוריון והדריך את הצוות כיצד לשקם נפגעי חוט שדרה. ביקורו של ד"ר גוטמן, העמיד את בית החולים תל השומר כמרכז שיקום וטיפול בפצועים הזקוקים לשיקום ממושך. "רושם רב עושה התערוכה לריפוי בעיסוק בה מוצגים מכשירי עבודה וריפוי בעיסוק וכן עבודות ומלאכת יד של הנפגעים".²⁷ בהמשך לביקורו של ד"ר גוטמן, הצבא שלח לבית החולים המפורסם באנגליה, סטוק מנדביל, צוות רב מקצועי שכלל מרפאה בעיסוק, הייתה זו לאה לוי, בוגרת הקורס הראשון.²⁸ מודעה בפלשתיין פוסט מאשרת נסיעת קצינה ישראלית לארצות הברית במטרה ללמוד שיקום וריפוי בעיסוק בעבודה עם פצועים.²⁹ שיתוף הפעולה עם הצבא הביא להתפתחות התחום וביסוסו.

בן גוריון עיצב את הצבא לא רק כארגון בטחוני אלא כמנגנון לשלוב חברתי.³⁰ הצבא, רכיב מרכזי באתוס הלאומי, חדר גם לתחומי החיים האזרחיים והשפיע על צביונם. שרות הנשים בצבא הישראלי עוצב על פי שני מודלים מנוגדים. מחד גיסא, שרות הנשים באי. טי. אס. בו חלוקת העבודה המגדרית הייתה נוקשה: נשים שרתו בחיל נפרד בתפקידי עזר בלבד. מאידך גיסא, שרות הנשים ב'הגנה' ובפלמ"ח, אשר בתחילה הודגשה בו האינטגרציה אך משנת 1941 הוחלט על הפרדה ורוב המשרתות בצעו תפקידים "נשיים": איתות, סיור, עזרה ראשונה, נהיגה חינוך ופקידות.³¹ עם הקמת הצבא הועדף המודל האנגלי והוקפדה אבחנה דיכוטומית בין המינים. שרות החובה של הנשים ותרומתן לעול הביטחוני מייצגים את האידיאולוגיה של שוויון בין המינים. ברם, הצבא הוא מערכת הירארכית המרובדת על פי גזע מגדר מעמד ומיניות.³² למרות התרבות האנדרוצנטרית ששלטה בצבא והאבחנה הברורה בין גברים לנשים שהנציחה את הפערים ביניהם, מחקרים מצביעים כי לנשים ששרתו בצבא היה דימוי עצמי חיובי יותר והאוריינטציה שלהן להישגים הייתה גבוהה מנשים שלא שרתו.³³ גם הנשים ששרתו בדור תש"ח חשבו שהשוויון בין המינים התבטא בעצם השתתפותן ותרומתן למאמץ הלאומי הכללי למרות שהן מלאו תפקידים "נשיים".³⁴

אחד ממסלולי הקריירה המתגמלים ביותר בחברה הישראלית היה הקריירה הצבאית שיצרה התאמה אופטימלית בין הישגיות אישית לתרומה משמעותית לחברה.³⁵ האפשרות להתפתחות וקידום מקצועיים במסגרת צבאית-לאומית, התורמת לשיקום פצועי הקרבות, אפשרה למרפאות בעיסוק לצבור ניסיון מקצועי בעת שרותן הצבאי ולהשתתף במאמץ הלאומי בדרגות קצונה. יחסי המגדר חלחלו מהצבא לחברה,³⁶ הריפוי בעיסוק נחשב תחום "נשי" בצבא, עובדה שקבעה את

²⁷ דבר. (20/12/49).

²⁸ לוי, לי וזוסמן, נ' (1988). עמ' 4.

²⁹ 18/11/50 Palestine Post, לא מצוין כותבת/הידיעה.

³⁰ ששון- לוי, א' (תשס"ו). עמ' 40-46.

³¹ עפרון, י' (תש"ס). עמ' 353-380.

³² יזרעאלי, ד' (1994). עמ' 21-26; עפרון, י' (תש"ס). עמ' 353-380; ששון- לוי, א' (תשס"ו). עמ' 40-46.

³³ יזרעאלי, ד' (1994). שם.

³⁴ ששון- לוי, א' (תשס"ו).

³⁵ אלמוג, ע' (2000). עמ' 56-61.

³⁶ ששון- לוי, א' (תשס"ו).

מעמד המקצוע כמקצוע "נשי" גם בחברה האזרחית. עם זאת גיוס התלמידות לצבא עיגן את הצורך במקצוע, את חלקו במערך הרפואה השיקומית ואת תרומתו לחברה הישראלית בשעת משבר. החדרת התחום לצבא, תרמה להתפתחות הדימוי של המקצוע ונתנה גושפנקא לאומית לעשייה נשית מקצועית. בעבור החיילות שהצטרפו לקורס הצבאי המזורז, הצבא היה פריצת דרך לקידומן גם בחברה האזרחית.

2. קורס צבאי מקוצר

לצבא היו בתי חולים ובתי הבראה, עם זאת, לנוכח כמות הנפגעים הגדולה, הביקוש למוסדות הבריאות עלה על ההיצע. לא רק מוסדות חסרו, אלא גם כוח אדם מקצועי ומיומן שיוכל לטפל בנפגעים הרבים. לנוכח הצורך הרב, בלום נאלצה להסכים לפתוח בנובמבר 1948 שני קורסים מזורזים למרפאות בעיסוק לא מוסמכות שנקראו: "קורס מקוצר לעוזרות למועסקות". בקורסים למדו רק חיילות שאמורות היו לתפקד כעוזרות התלמידות מהקורס הראשון ולתפקד תחת פיקוחן. על אף היות הקורס מזורז, הציבה בלום את דרישות הקבלה לקורס והעמידה אותן על רף גבוה יחסית: וקבעה "על המועמדות להיות בוגרות בית ספר תיכוני, ורצוי שתהיה להם זריזות ידיים ואיזו שהיא הבנה מוקדמת בעבודות יד".³⁷ הקורס אורגן על ידי הצבא והדסה, כשהצבא דאג לחלק המנהלי שכלל אכסון וכלכלה לחיילות ומציאת המבנים ובתי המלאכה.

הקורס כלל עשר הרצאות תיאורטיות על מטרות ריפוי בעיסוק לסוגים שונים של חולים וסדנאות במלאכות יד. השיתוף עם הצבא יצר שינוי מסוים בתדמית המקצוע. בלום קבעה כי "הקורס יקנה רק ידיעה אלמנטרית באריגה, עור, מתכת ונגרות קלה. מקצועות אלה גבריים ויתאימו לצרכי הצבא. ייתכן שהצבא ישחרר לקורס השני שני גברים".³⁸ על אף הרצון להתאים את המקצוע לצרכי הצבא ולתת לו תפנית 'גברית' יותר, גם לקורס הצבאי לא התקבלו גברים אלא 20 חיילות, ארבע מהן, בוגרות בית הספר התיכוני זליקסברג.³⁹ ייתכן שלא היה ביקוש של חיילים גברים להשתתף בקורס כיון שהדימוי הנשי של המקצוע הוא שהכריע. למרות שהצבא קבל עליו תפקידים אזרחיים, התפיסות המגדריות שרווחו בחברה וההפרדה בין הגברים הלוחמים לנשים שסיפקו שירותי עזר כדי לשחרר גברים ללחימה, השפיעו על כך שגברים לא למדו בקורס הצבאי. זו דוגמה להשפעה זו סטרית בין החברה האזרחית לצבא. חיילות הורחקו מהמעמד הצבאי המזוהה עם החייל הקרבי אך חיילים לא קרביים לא נענו לעבוד במקצוע שיקומי כיון שנתפס מקצוע 'נשי'.

בקורס זה נתנה האפשרות לקבל תלמידות מרקע שונה, ובין החיילות היו שתי בנות ממוצא תימני ועולות חדשות.⁴⁰ ייתכן ששוני זה מעיד על השינוי הדמוגרפי באוכלוסייה בארץ, ייתכן שהבינו שיש צורך במרפאות בעיסוק שבינו את העולים. בהשוואה לקורס הראשון לקורס זה התקבלו חיילות שלחלק מהן היה מושג על המקצוע.⁴¹ כמו כן, דרישות הקבלה היו פחות

³⁷ בלום התנגדה בתחילה לפתיחת הקורס המקוצר. אצ"מ, J113/1973, מכתב מבלום לד"ר שיבר בתאריך 3/11/48.

³⁸ אצ"מ, J113/1973, פרוטוקול הוועדה לריפוי בעיסוק מתאריך 23/11/48.

³⁹ במבנה בית הספר זליקסברג נמצאה אחת מסדנאות הקורס הראשון.

⁴⁰ HMO/51-7 לא מצויין במסמכים אלא מוזכר בדו"ח ששלחה בלום לניו יורק.

⁴¹ ריאיון עם שרה להב, 13/9/10. תמונת טקס הסיום של הקורס הצבאי המקוצר בעמ' 94.

מחמירות ולא דרשו תעודת בגרות אלא שתיים עשרה שנות לימוד,⁴² כנראה כתוצאה של אילוץ. את הקורס הצבאי הראשון סיימו שמונה עשרה בוגרות שנשלחו לעבוד בשמונה בתי חולים צבאיים.⁴³ עם סיום הקורס המקוצר והקורס הראשון שובצו התלמידות לעבודה במוסדות בתחומי השיקום, האורטופדיה הטיפול בשחפת והפסיכיאטריה.⁴⁴

בלום הסתייגה מפתיחת הקורס הצבאי כיון שחששה שיעבדו בשטח גורמים לא מוסמכים המזוהים עם המקצוע. שכן עלות הכשרת עובדים לא מוסמכים קצרה וזולה יותר למוסדות המעסיקים ויש נטייה להעסיקם בעתות חרום. עם זאת, בלום השתכנעה שעקב המלחמה יש לתת מענה מידי למצב החרום.⁴⁵ כן השפיעה עליה הידיעה שגם בארצות הברית ובבריטניה נפתחו קורסים מזורזים.⁴⁶ פתיחת הקורסים המקוצרים עוררה תרעומת גם בקרב תלמידות הקורס 'הרגיל', ששלחו להנהלת הדסה מפורט בנושא וקבלו על הכנסת גורמים לא מוסמכים ולא מקצועיים לעבודה בשטח.⁴⁷ ואכן, פתיחת הקורסים לחיילות שימש תקדים לפתיחת קורסים נוספים לעובדים לא מוסמכים בשנים מאוחרות יותר כאשר היה צורך בכך אדם.⁴⁸ העובדים הלא מקצועיים, האפילו במספרם על המרפאות בעיסוק המוסמכות והורידו את יוקרת המקצוע. ההתמודדות עם עובדים לא מקצועיים לא הייתה ייחודית למדינת ישראל. בחשבון נפש רטרואקטיבי, לקראת שמונים שנות פעילות הארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק, מנתה פרופ' קרוליין באום מאוניברסיטת וושינגטון, יושבת ראש הארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק בשנת 2006, את הכנסת העובדים הלא מקצועיים לשטח כאתגר הדורש הסברה של הארגון האמריקאי, שהיה מודל חיקוי לארגון הישראלי.⁴⁹

⁴² אצ"מ, J113/1973, מכתב מבלום לד"ר שיבר בתאריך 3/11/48.

⁴³ אצ"מ, J113/1973.

⁴⁴ אצ"מ, J113/1973; התלמידות שובצו לעבודה במקומות הבאים: שתיים לתל ליטווינסקי, לטיפול בתחומי אורטופדיה ושחפת. אחת - לדגיאני ביפו, אחת- לבית חולים כללי בטבריה. שתיים- לבית החולים הכללי, מחלקה לטיפול בשחפת ומחלקה פסיכיאטרית בסאראפנד. אחת- לבית הי"ד בנס ציונה. אחת-לבית חולים כללי בחיפה כולל מחלקה פסיכיאטרית ושתיים- לבתי הבראה במחנה יונה (תל אביב) ובחיפה.

⁴⁵ קורס מזורז לעוזרות לאחיות (אחיות מעשיות) נפתח בהדסה למרות התנגדותה של גב' קנטור שנאלצה להתאים את שירותי האחיות למצב החרום. ראו ברטל, נ' (תשס"ה). חמלה וידע, עמ' 332.

⁴⁶ Gordon, D.M. (2009). pp. 205- 215; Wilcock, A. A. (2002). pp. 519-520

⁴⁷ אצ"מ, J113/1975, מכתב ששלחו תלמידות הקורס לרוזלינד כהן בתאריך 8/8/50.

⁴⁸ זוסמן, נ' (1993); בין עולי העלייה ההמונית בשנות החמישים היו חולי שחפת, חולים במחלות כרוניות ומחלות נפש שנוקו לטיפול מוסדי. משרד הבריאות ארגן בשנת 1953 קורס מקוצר למרפאים בעיסוק לא מוסמכים שארך שנת לימודים. אנשים לא מקצועיים, בעיקר מורים למלאכה הועסקו כעוזרים למרפאים בעיסוק. בין העובדים הלא מוסמכים היו גברים שעבדו במוסדות מלבין ובבתי חולים פסיכיאטריים. היחס בין לא מוסמכים למוסמכים היה 10-20 : 1 בכל המוסדות עבדו הלא מוסמכים תחת פיקוח מרפאה בעיסוק מוסמכת. ראו שער שני עמ' 152-154.

⁴⁹ Baum, M. C. (2006). pp. 249-255

סיכום: "לא מצאו מרפאות בעיסוק לענות על כל הצרכים"

כשאנחנו התחלנו ללמוד לא הייתה מדינת ישראל, אמרו לנו שלא מבטיחים שתהיה עבודה לכולנו. כאשר פרצה מלחמת השחרור היו כבר פצועים והיה צורך במרפאות בעיסוק ושלחו אותנו לבתי החולים הצבאיים. אחר כך הגיעה העלייה הגדולה של שנות החמישים והיה מחסור עצום. לא רק שלא מצאו עבודה לכולנו, לא מצאו מרפאות בעיסוק לענות על כל הצרכים.⁵⁰

חששות ועדת הקורס ובוגרות המחזור הראשון שלא יהיו מקומות עבודה במקצוע התבדו עקב הנסיבות המקומיות. היה צורך במרפאות בעיסוק לטיפול שיקומי בפצועי מלחמת העצמאות ובעולים החדשים. יתרה מזאת, מספר המרפאות בעיסוק המוסמכות לא ענה על הצרכים. השעה הקשה הובילה להתפתחות התחום ולצמיחתו המהירה, למרות הקושי להיענות לצרכים הגוברים ולספק שרות למחלקות רבות. הצורך הגובר בכח אדם העיד גם על החדרת המקצוע לתחום השיקום בישראל ועל שינוי בתפיסה השיקומית ביישוב ובמדינת ישראל.

עד פרוץ מלחמת העצמאות מחלקות נפתחו בהתאם לצרכי הכשרת התלמידות. עם סיום לימודי הקורס הראשון נפתחו מחלקות בהתאם לצרכי השטח. תלמידות הקורס הראשון נשלחו לבתי החולים של הצבא ולמוסדות קרן נכות והדסה. על אף החששות כי לא יהיו מקומות עבודה לכל הבוגרות, המציאות הקשה הכתיבה צורך במרפאות בעיסוק מוסמכות.

גיוס הבוגרות לצבא סייע בהפצת המקצוע והיה פתח לקידום נשים בחברה בשל התמקצעותן. הבוגרות התמודדו בשטח עם משימות שהיו מורכבות עבור מרפאות בעיסוק נטולות ניסיון מקצועי. הן נאלצו להקים מחלקות לריפוי בעיסוק 'יש מאין', בתקציב ובציוד מצומצם וקבלו מעט הדרכה מקצועית.

לעבודה במקצוע צעיר שרק הוקם בתקופת חרום היו חסרונות; תלמידות הקורס הראשון התקשו לציין מי היו דגמי החיקוי שלהן מההיבט המקצועי (Role Model). לא היו להן מודלים לחיקוי והתלמידות פיתחו בעצמן את הדיוקן האנושי – מקצועי. עבודתן בשטח הייתה ראשונית והאחריות לפתוח וביסוס המקצוע נפלה על כתפיהן. בשל הצורך במרפאות בעיסוק בכל בתי החולים, הבוגרות פוזרו בין בתי חולים ברחבי הארץ. הפיזור הגיאוגרפי של התלמידות הקשה על קיום מפגשי העשרה ולמידה וגיבוש אחידות מקצועית. זאת ועוד, בישראל נשאר שלוש מרפאות בעיסוק מוסמכות שיכלו לתת הדרכה מקצועית ולקדם את עבודת הבוגרות. המציאות הקשה לצד העובדה שהמקצוע היה בתחילת דרכו לא אפשרו מיסוד כנסים וימי עיון בהם עובר ידע מקצועי, עובדה שהקשתה על קידום מקצועי.

העדר מערכות פיקוח ובקרה במקצוע הקשו על העובדות במקצוע צעיר, הגבולות המקצועיים הרחבים במקצוע הריפוי בעיסוק אפשרו מחד גיסא, גילויי יוזמה ופתיחות לרעיונות. מאידך גיסא, חוסר הגבולות הברור בין המקצוע למקצועות טיפוליים אחרים יצר קונפליקטים מקצועיים וערער את מעמד המקצוע שגם כך היה בעמדת נחיתות עקב עזיבת המנהלות האמריקאיות. למרות שהיה צורך במרפאות בעיסוק מוסמכות וגיוס הבוגרות לצבא סייע בהפצת המקצוע

⁵⁰ נירה זוסמן, סרטון בנושא ההיסטוריה של ריפוי בעיסוק בישראל. נדלה בתאריך 17/4/15
<https://www.youtube.com/watch?v=NHBuvLivMjk>

והטמעתו במערכת הבריאות, הרי שבפועל למציאות הקשה בישראל היו גם השפעות מעכבות את התפתחות המקצוע.

בארצות הברית קבל המקצוע תנופה משמעותית עקב הצורך לטפל בפצועי מלחמת העולם השנייה. השוואה בין מצב המקצוע בארצות הברית לישראל מלמדת על מצבו ה'שבירי' של המקצוע בישראל. בארצות הברית הספיקו המחלקות לריפוי בעיסוק להתבסס בתקופה שבין שתי מלחמות העולם. התפתחות הטכנולוגיה והרפואה השיקומית הכשירו את הקרקע להתפתחות המקצועית. גם מסגרות ההכשרה היו מפותחות ומסונפות לאוניברסיטאות ולבתי חולים. בישראל, המלחמה פרצה והמקצוע טרם הספיק להתבסס. מספר המרפאות בעיסוק המוסמכות שנשארו בארץ היה זעום, מסגרת ההכשרה הייתה אקרעית ונאלצה להתמודד עם שינויים במשכן הקורס עקב הירידה מהר הצופים. בנוסף, המלחמה יצרה תקדים של כניסת כח אדם לא מקצועי למקצוע הריפוי בעיסוק, שהביא לפיחות במעמדו.

פרק רביעי: התפתחות התחום בחברה האזרחית והתמקצעותו

"In all the times of crisis,

one always has to let down the bars"¹

בלום קבלה שטף פניות מגורמים שונים, כולל פניות מיעליית הנוער' בבקשת תעסוקה לעולים החדשים, אולם היא עמדה בהחלטתה ליצור אבחנה ברורה ולהתמקד במתן שרות רק במוסדות שיש בהם השגחה רפואית.² בכך ביקשה לעגן את המקצוע עם מודל רפואי מוצק, כפי שנטו לעשות מרפאות בעיסוק בארצות הברית בשנים האלה.³ גם בהחלטה זו, הונעה בלום משיקולים מקצועיים לחלוטין. המקצוע התמקד בטיפול בחולים בבתי חולים כלליים, בתי חולים לילדים, מחלקות אורטופדיות טיפול במחלת השחפת ובבתי חולים פסיכיאטריים.⁴ בסוף שנת 1949 פעלו 17 מחלקות צבאיות ואזרחיות לריפוי בעיסוק ברחבי הארץ,⁵ המקצוע הוכנס לכל המוסדות השיקומיים⁶

1. טקס סיום לימודי הקורס הראשון

ארגון הדסה ובלום רצו לציין את סיום לימודי הקורס הראשון בטקס מרשים כדי ליצור תהודה למקצוע הריפוי בעיסוק, לסיום לימודי המחזור הראשון וליציאת הבוגרות לעבודה במוסדות השיקום השונים. לקראת הטקס התלבטה הוועדה לריפוי בעיסוק בנושא בחינות הגמר והוחלט על סמינר לימודי שארך שבוע והתמקד בנושא "ריפוי בעיסוק כצעד לקראת שיקום". הוועדה מינתה את בלום וד"ר אמיל אדלר לפקח על הסמינר.⁷ בלום דאגה להעברת פרטי התלמידות למשרד הבריאות ושלחה את תכנית הקורס כולל המורים בכל מקצוע ואת ציוניהן של התלמידות. כמו כן, נציגי משרד הבריאות השתתפו בסמינר הסיום.⁸ התעודות שקבלו התלמידות נשאו בחלקן העליון את סמלי הדסה ו'קרן נכות', עדות לשיתוף הפעולה. אישור משרד הבריאות הופיע בתחתית המסמך.⁹ לקראת צאתן של הבוגרות לשטח בלום המשיכה במגמתה לשאוף להכרה מקצועית מסודרת, לפיכך דאגה להסדיר את רישוי ורישום התלמידות במשרד הבריאות.

¹ אצ"מ, J113/1974, רוזנון במכתב לבלום בתאריך 18/1/49.

² אצ"מ, J113/1972, דוחות ששלחה בלום לניו יורק עם רשימת המחלקות לריפוי בעיסוק.

³ Sachs D. & Sussman N. (1995), E65-E67

⁴ אצ"מ, J113/1973.

⁵ HMO/51-7 המידע על פי חלוקת התלמידות הבוגרות בסיום לימודיהן.

⁶ איט/אקס/11/46/45; איט/אקס/11/46/12-4; איט/אקס/5/40/12-4 עדויות על ריפוי בעיסוק בבית היד בנס ציונה. בתחילה הופעל ריפוי בעיסוק על ידי גורמים לא מוסמכים. בהמשך נשלחה למוסד יעל יואלית-בוגרת הקורס הראשון.

⁷ אצ"מ, J113/1973 הסמינר התמקד בטיפול בחמשה תחומים: עבודה בביה"ח כלליים, ביה"ח לילדים, מחלקות אורטופדיה, שחפת וחולי נפש. בארכיון תכנית יומית מפורטת של הסמינר. תמונות של אמצעי הטיפול שנבנו לסמינר בעמ' 94.

⁸ אצ"מ, J113/1974, תכנית סמינר הסיום.

⁹ אצ"מ, J113/1974, תמונת תעודת הגמר שהוענקה לבוגרות הקורס הראשון בעמ' 94.

טקס הסיום התקיים ב"בית הדגל" של הדסה ג' ביום 29 לינואר 1949.¹⁰ לטקס הוזמנו רבים כולל הקונסול האמריקאי, נציגי העיתונות והודעה על הטקס נמסרה בחדשות "קול ישראל".¹¹ רשימת הדוברים בטקס כללה את נציגי הארגונים המממנים ומערכת הבריאות.¹² את תעודות הגמר חילקה לבוגרות הגב' שולמן, לשעבר יושבת ראש ועדת פלשתינה בהדסה,¹³ שליוותה את הפרויקט מצעדיו הראשונים והגיעה לטקס במיוחד מניו יורק. ניתן לראות בכל טקס היבט סמלי של המקצוע ואמצעי להעברת מסרים אידיאולוגיים מרכזיים של מוסדות. הטקס לכד את הקבוצה ואת רוחה לקראת עמידה בפני אתגרים, חזק את מקצועיות המוסד ובוגרותיו וגודל האירוע הבליט את מעמדו ומקומו של המקצוע בחברה.¹⁴ עשר התלמידות שלא גויסו לצבא שובצו לעבודה במוסדות "קרן נכות" והדסה. בסיום הטקס הוצגה תערוכה של עבודות החולים במסגרת הטיפול בריפוי בעיסוק ושל אמצעי הטיפול שבנו התלמידות בסמינר סיום הקורס.¹⁵

2. הקמת הארגון המקצועי

עם סיום הטקס הודיעה בלום לעשרים הבוגרות שעל פי תפיסתה הצעד הבא להשגת הכרה ואוטונומיה מקצועית הוא הקמת ארגון מקצועי,¹⁶ מהלך זה היה מתוכנן לכתחילה. בארצות הברית הוקם הארגון עם ייסוד המקצוע, כשנה מאוחר יותר נפתחו תכניות הכשרה עקב הצורך באנשי מקצוע לטיפול בפצועי מלחמת העולם הראשונה. הדחיפה להקמת ארגון הונעה מהמדיניות הפרופסיונלית ששלטה בארצות הברית באותה תקופה, אותה הכירה בלום. הקשר עם הארגון הבינלאומי היה פעילות לקידום פרופסונליזציה של המקצוע בעולם בעיקר על פי מגמות אמריקאיות.¹⁷ סוציולוגים העוסקים בחקר מקצועות בוחנים את מהות ההבדל בין משלחי יד (occupations) למקצועות (פרופסיות). ישנן מספר גישות לניתוח מקצוע אוטונומי בעולם המערבי, מקצוענות היא לא סטטית ומשתנה בהתאם לצרכי החברה, לתרבות ולהלכי רוח.¹⁸ פריידסון הגדיר את אנשי הפרופסיה כקבוצה בעלת מעמד נבדל, הנרכש בעיקר על ידי הכשרה וטיפול זהות ייחודית.¹⁹ לפרופסיה יש מסגרת ארגונית, מערכת אתית והיא תורמת תרומה שהחברה מכירה בה כחשובה. סוג העשייה של בעלי הפרופסיה הוא ייחודי ומובן רק להם, הוא מורכב ומחייב שיקול דעת וידע תיאורטי אשר מתורגם למעשים כלומר, מומחיות. על מנת שתהליך רכישת הידע ייחשב פרופסיונלי לומדים בעלי הפרופסיה תקופה ממושכת במסגרות

¹⁰ ארכיון ביה"ס לרב"ע, האוניברסיטה העברית. תמונות מטקס סיום של הקורס הראשון בעמ' 94.

¹¹ אצ"מ, J113/1974, העתק המכתב שנשלח ממזכירות הדסה לקול ישראל בתאריך 25/1/49.

¹² ד"ר עלי דיוויס, ברך את התלמידות הבוגרות בשם הדסה, ד"ר קוט דבר בשם 'קרן נכות' וקופת חולים כללית, ד"ר שיבר, העביר את ברכת השרות הרפואי של צה"ל ובלום שברכה את הבוגרות מתוקף תפקידה כמנהלת הקורס. אחרונה בירכה שושנה כהן בשם תלמידות הקורס.

¹³ בארכיונים עדויות להתכתבויות בין בלום, ד"ר יסקי לגב' שולמן בניו יורק החל משנת 1940.

¹⁴ ברטל, נ' (2005). עמ' 134-138.

¹⁵ HMO/51-7 תמונה של אמצעי הטיפול שנבנו לסמינר בעמ' 94; HMO/51-7 בלום במכתב לרוזנון בניו יורק. חמש תלמידות שובצו לעבודה במוסדות הדסה וחמש במוסדות "קרן נכות": בית פיינסטון, בית לוינשטיין, בית חולים גהה ובית חולים לחולי ראות ברעננה.

¹⁶ ריאיון עם בלום 1987; Sussman, N. (1989). p.78.

¹⁷ ברטל, נ' (2005). עמ' 344-344.

¹⁸ Lee-Swisher, L. & Page, C. G. (2005). pp.1-45.

¹⁹ Freidson, E. (1994).

ממוסדות המוכרות על ידי המדינה. חברי הפרופסיה עוברים תהליך סוציאליזציה של כניסה לקהילת מומחים, הידע והמיומנות שלהם הופכים להיות רכיב מרכזי בחייהם ומעוררים עניין אינטלקטואלי אשר נועד להוסיף ולהרחיב את תחומי הידע. הידע שבעלי הפרופסיה צברו מאפשר להם מידה רבה של אוטונומיה אשר מקנה לפרופסיה סמכות ויכולת לקבוע סטנדרטים. האוטונומיה המקצועית מאפשרת רק לבעלי הידע לשפוט את עצמם. העובדים במקצוע מזהים עם תחושות חזקות של שליחות וייעוד.²⁰ מחקרו של פריידסון התמקד במקצוע הרפואה וממסקנותיו השליכו על מקצועות פרא רפואיים.²¹ פריידסון יצר טיפולוגיה של פרופסיות על פי מידת מורכבותן והמיומנויות הדרושות לעיסוק בהן. גישה נוספת להערכת פרופסיה היא לזהות שלוש מערכות מקבילות בתפקוד המקצוע: העבודה בשטח, החינוך המקצועי והארגון המקצועי.²² פרופסיונליזציה הייתה תהליך חשוב ומרכזי בחברה הפוסט תעשייתית במאה העשרים, חלק ממהפכת הידע והטכנולוגיה. מראשית המאה העשרים ראו הסוציולוגים בבעלי הפרופסיות משרתי ציבור באמצעות הידע והמיומנות שרכשו.²³ עם הקמת הארגון ייסדה בלום את כל מרכיבי הפרופסיה על מנת לעגן את מקצוע הריפוי בעיסוק כפרופסיה עצמאית במדינת ישראל.

בלום יידעה את הנהלת הדסה בניו יורק בכוונותיה ופנתה לארגון הבריטי לריפוי בעיסוק וביקשה העתק של התקנון שלהם.²⁴ הארגון נקרא: "ארגון המוסמכים לריפוי בעיסוק בישראל" וכלל את עשרים הבוגרות ואת בלום בתפקיד נשיאת הכבוד.²⁵ בלום הציעה לבחור בלאה לוי לתפקיד יושבת ראש הארגון וזו נבחרה ברוב של תשע עשרה קולות.²⁶ כהן שושנה, מונתה לתפקיד סגנית יושבת הראש,²⁷ קנטור מאירה למזכירה ויעל יואלית לגזברית.²⁸

למרות תדהמת הבוגרות שסברו כי אינן מתאימות לתפקידים אלה בשל גילן הצעיר וחוסר ניסיון המקצועי, אף אחת מהנוכחות לא העזה להמרות את פיה של בלום.²⁹ לוי הבהירה שאין לה מושג מה זה ארגון ועל אחת כמה וכמה איך לשמש כיושבת ראש. תשובתה של בלום ללוי הייתה

²⁰ שם, שם.

²¹ יש חוקרים הסוברים שכל המקצועות הפרא רפואיים אינם נחשבים לפרופסיה בפני עצמם אלא לפרופסיה למחצה (semi profesion) עקב תלותם במודל הרפואי ובהפניה רפואית לפני מתן טיפול. ראו: A Etzioni (ed) The Semi Professions and their Organizations: Teachers, Nurses and Social Workers, New York 1969 pp. 54-81

²² זוסמן, נ' (1993). עמ' 155E

²³ ברקת, י' (2010). עמ' 33-46.

²⁴ אצ"מ 113/1973 לבלום כותבת במכתבה כי קבלה את התקנון של הארגון הבריטי. נראה שהיא פנתה לארגון האנגלי שנוסד בשנת 1936 וכלל מרפאות בעיסוק מאנגליה צפון אירלנד וולש. הארגון הסקוטי נוסד בשנת 1932. רק בשנת 1974 אוחדו שני הארגונים לארגון הבריטי לריפוי בעיסוק. Wilcock, A. A. (2002). pp. 131-230

²⁵ אפריל 1950, ניסן תשי"י, עלון מקצועי פנימי.

²⁶ לאה לוי, תלמידת הקורס הראשון, ילידת חיפה בעלת נתינות דרום אפריקאית. גויסה לצבא ושרתה בבתי חולים צבאיים, ניהלה את בית הספר לריפוי בעיסוק בירושלים בשנים 1970-1978; לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 1-2; ריאיון עם רחל רוזנברג; ריאיון עם בלה אפרתי.

²⁷ קלטת שמע, ארכיון החוג לריפוי בעיסוק בחיפה; אצ"מ 113/1974; שושנה כהן, תמידת הקורס הראשון, ילידת גרמניה, אחרי הלימודים עבדה כמפקחת ריפוי בעיסוק במוסדות מלב"ן (גוינט).

²⁸ קלטת שמע, ארכיון החוג לריפוי בעיסוק בחיפה; אצ"מ 113/1974; יעל יואלית, תלמידת הקורס הראשון, עם סיום הלימודים גויסה לצבא, שרתה בבית הי"ד בנס ציונה, אחרי שחרורה מהצבא עבדה כמפקחת ריפוי בעיסוק במשרד הבריאות.

²⁹ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 2.

חד משמעית: "אז תלמדו!" תשובתה של בלום ללוי מזכירה את תגובתה של הנרייטה סאלד לבלום כשהציעה לה ללכת ללמוד ריפוי בעיסוק. בלום, חניכת האסכולה האמריקאית, הוכיחה שוב את העובדה שמקצועיות תלויה בחיפוש וחתיירה לידע המניבים תוצאות. בחירתה של בלום בלוי לא הייתה מקרית שכן, לוי בלטה במקצועיותה, בשליטתה בשפה האנגלית ובכישורי מנהיגותה ואף ניהלה את בית הספר בשנים מאוחרות יותר.³⁰

על אף שהארגון החדש, היה מפעל נשי לחלוטין מהתכנון ועד היישום, הוא היה בראש ובראשונה ובאופן מוצהר ארגון מקצועי ולא ארגון נשי. בתקנון הארגון הישראלי נקבעו מטרותיו: להפיץ את המקצוע בארץ ולפעול לקידום רמת הלימודים וההכשרה הקלינית, לשתף פעולה עם כל ארגון שיכול לקדם את פעולות ומעמד המקצוע בארץ, לייצג את חברי הארגון בדיונים על תנאי שכר ולקדם את המקצוע באמצעות ימי עיון, סמינרים מקצועיים ועלון מקצועי. בין מטרותיו לא נכלל סעיף בדבר קידום נשים. התקנון הישראלי הושפע מהתקנון האנגלי ואין בו מאפיינים ייחודיים או מגדריים.³¹ כמו כן, הוגדר בתקנון שרק מי שבידו תעודת מוסמך לריפוי בעיסוק מטעם משרד הבריאות או ממדינה אחרת זכאי להירשם כחבר.³² קרי, הארגון ייצג רק את הבוגרות המוסמכות ובאמצעותו ניסו הבוגרות ליצור אבחנה ברורה בין עובדים מקצועיים מורשים לעובדים לא מקצועיים. התקנון עבר מספר שינויים במשך השנים בהתאם לצרכי המקצוע.³³

הצעד הבא בפועלה של בלום היה הוצאת כתב עת מקצועי.³⁴ כתב עת מקצועי הוא אמצעי חשוב לפתח לטפח ולשמר את קהילת העבודה והפרקטיקה שהיא מהות ההתמקצעות. חברי המקצוע חולקים ביניהם רפרטואר של ניסיונות, אמצעי התערבות, דרכי התייחסות לנושאים אתיים ואחרים בתחום המקצועי והציבורי. כתב העת מאפיין את הפרופסיה, מבטא ערכים, מפיץ ידע מקשר ומשמר את האינטרסים של הפרופסיה והוא אמצעי לתיעוד סיכום והפצה של מורשת המקצוע.³⁵ ואכן, בשנת 1950 הוצא לאור עלון מקצועי ראשון בריפוי בעיסוק.³⁶ בלום הונעה מהתרבות המקצועית האמריקאית ופעלה לייסד מקצוע בעל זהות ייחודית בהתאם לסטנדרטים האמריקאיים. היא הקימה את המסגרת הארגונית, השיגה את הכרת החברה בצורך במקצוע וייסדה את מערכת ההכשרה הפורמלית של המקצוע. כדי לעגן את המקצוע פעלה לרישום מסודר של המרפאות בעיסוק במשרד הבריאות ולהקמת ארגון מקצועי.³⁷

³⁰ ריאיון עם רחל רוזנברג; ריאיון עם רחל גולדשמיד.

³¹ במלחמת העולם השנייה התפתח המקצוע גם באנגליה עקב הצורך בשיקום מקצועי לחיילים ולאזרחים הפצועים. הארגון האנגלי היה גוף בפדרציה הבריטית של העובדים הסוציאליים ועסק בפיתוח המקצוע ברחבי אנגליה, בנושאי שכר, רישום מקצועי של המרפאים בעיסוק במשרד העבודה ובתכניות לימודים. כמו כן, הוגדרו מטרות טיפול בהתאם ללקויות פיזיות או נפשיות. Wilcock, A. A. (2002).pp 156- 230.

³² Sussman, N. (1989).p. 94-115

³³ טיוטות התקנון נמצאות בארכיון החוג לריפוי בעיסוק בחיפה, מעזבונה הפרטי של לאה לוי.

³⁴ גם בייסוד הארגון האנגלי הוצא כתב עת. Wilcock, A. A. (2002).pp.157.

³⁵ ברטל, נ' (2005). עמ' 133-134; בר-גל, ד' (2008). עמ' 376.

³⁶ אפריל 1950, ניסן תשי"י, עלון מקצועי פנימי. כותבות ועורכות העלון היו בוגרות הקורס הראשון.

³⁷ HMO/51-7 בלום במכתב להדסה ניו יורק: "We are also taking the following steps to give the students professional recognition. Formal application is being made to medical and educational authorities. The graduates will organize as an association of therapists in accordance with legal requirements

3. פתיחת הקורס השני בשנת 1949 כמענה לצרכים בארץ

על פי התיעוד נראה שפתיחת ההרשמה לקורס השני בריפוי בעיסוק (לא כולל הקורס המזורז) בוצעה עקב הדרישה מהשטח ולא כיוזמה נוספת של בלום.³⁸ הקורס השני, הפעם של מדינת ישראל, מומן על ידי שלושה גורמים: הדסה, "קרן נכות" ומשרד הבריאות. הלימודים תוכננו להתחיל באפריל 1949.³⁹ רוב תלמידות הקורס היו חיילות שלמדו בקורסים המקוצרים והצבא מימן את כלכלתן ולימודיהן.⁴⁰ דרישות הקבלה למועמדות האזרחיות היו זהות לדרישות בקורס הראשון וכללו את אותם מבחנים וראיונות.⁴¹ המועמדות הוזמנו לקונקורס בהדסה ג' בתחילת אפריל 1949.⁴² לחיילות שלמדו בקורסים קוצרו הלימודים לעשרים חדשים בהתחשב בלימודי הקורס המקוצר ואילו האזרחיות חויבו בלימודים למשך שנתיים.⁴³ הקוריקולום של הקורס השני היה זהה לראשון מלבד העובדה שאת מקצועות הריפוי בעיסוק לימדו בוגרות הקורס הראשון שגם הדריכו את התלמידות במהלך ההכשרה הקלינית.⁴⁴ טקס הפתיחה של הקורס השני שולב בסמינריון ראשון שארגן "ארגון המוסמכים לריפוי בעיסוק" בירושלים. בלום ארגנה לבוגרות הקורס הראשון חופשה מהצבא כדי שתוכלנה להשתתף בסמינריון ובטקס הפתיחה.⁴⁵ כשהיו כוחות מקצועיים בשטח, בלום השתמשה בגורמי ליכוד מקצועיים כדי להעניק לתלמידות החדשות זהות מקצועית מעצימה. השוני בין טקסי פתיחת הלימודים של הקורסים הראשון והשני, משקפים עוד הישג שניתן לזקוף לזכותה של בלום. הטקס של הקורס הראשון שמש כעוד אמצעי יחסי ציבור לחשיפת המקצוע החדש ולכן הוזמנו נציגי הקהילה הרפואית, המוסדות הלאומיים והתקשרות. טקס הפתיחה של הקורס השני מאופיין במקצועיות. בלום בחרה לפתוח את הלימודים בסמינר משותף, אשר מבטא ליכוד מקצועי והעצמה של הזהות המקצועית של התלמידות. יש לשער שהזמינה את הבוגרות לסמינר כדי שתשמנה מודל חיקוי לתלמידות. בחירתה המודעת בטקס עם דגש מקצועי העבירה לתלמידות מסר שייכות למקצוע, שליחות מקצועית ושאיפה נשית משותפת להכשרה מקצועית. את לימודי הקורס השני סיימו 21 בוגרות.⁴⁶

and will apply for formal registration to the appropriate body. There will be a proper machinery to control the practice of OT in Israel"

³⁸ אצ"מ, J113/1973 בתאריך 8/2/49 בלום עונה למכתבה של מועמדת מחיפה ומבהירה כי "לפי שעה אין בדעתנו לערוך קורס חדש לריפוי בעיסוק, אם יהיה קורס חדש, יהיה מיועד רק לחיילות משוחררות שכבר קבלו אצלנו קורס למלאכות יד."

³⁹ לבון 5308 -1 -208 - IV ; HMO/51-7 על פי הערכה תקציבית עלות הקורס הייתה 5000 לירות. 1000 לירות היו אמורים להתקבל מתשלומי שכר הלימוד ובשאר 4000 הלירות התחלקו שלושת הגורמים המממנים.

⁴⁰ אצ"מ, J113/1974, מכתב מד"ר דיוויס למטה השרות הרפואי- צבאי בתאריך 17/3/49.

⁴¹ HMO/51-7, מכתב מבלום לרוזנון בתאריך 5/4/49.

⁴² אצ"מ, J113/1973, הזמנה נשלחה לכל המועמדות חתומה על ידי בלום.

⁴³ אצ"מ, J113/1974, בלום במכתב לרוזנון 6/1/49.

⁴⁴ אצ"מ, J113/1973.

⁴⁵ אצ"מ, J113/1974, בלום במכתב לראש מטה השרות הרפואי הצבאי מתאריך 3/4/49.

⁴⁶ מזכירות בית הספר לריפוי בעיסוק בירושלים.

סיכום: "There will be a proper machinery to control the practice of OT in Israel"

בלום הצהירה על כוונתה למסד את המסגרת הארגונית של המקצוע,⁴⁷ היא הונעה מהתרבות המקצועית האמריקאית ופעלה לייסוד מקצוע בעל זהות ייחודית בהתאם לסטנדרטים האמריקאיים. היא הקימה את המסגרת הארגונית, ייסדה את מערכת ההכשרה הממוסדת של המקצוע והביאה להקמת ארגון מקצועי והסדירה את רישום הבוגרות המוסמכות במשרד הבריאות. בלום גם ייסדה כתב עת מקצועי במטרה לאפשר למרפאות בעיסוק מוסמכות לחלוק ידע ולהפיצו. בלום הכירה בערכו של כתב עת מקצועי כאוצר הידע המקצועי, מעין במה המציגה בפני חברי המקצוע, חברי מקצועות אחרים וכלל החברה, את הישגי המקצוע. יתרה מזאת, כתב העת מאפשר להציג את יחסי הגומלין בין תיאוריה לפרקטיקה, נושא מהותי במקצוע יישומי כמו הרפוי בעיסוק. זאת ועוד, כתב עת מסייע לשמור על האינטרסים של הפרופסיה והאוטונומיה המקצועית, מטרת הכרחיות למקצוע צעיר ולא מבוסס.

על אף מאמציה של בלום גם המציאות הכתיבה את התפתחות התחום. הצורך בעוד מרפאות בעיסוק מוסמכות היה ברור ולכן על אף הסתייגותה של בלום נפתח קורס שני. להפצת המקצוע בציבור נעשה שימוש בכלי התקשורת. סיום הלימודים של הקורס הראשון צוין בטקס מרשים ורב משתתפים, במטרה לחזק את מקצועיות הקורס ובוגרותיו ולהבליט את מעמדו ומקומו של המקצוע בחברה.

ניכר שבלום פעלה מתוך תחושה חזקה של שליחות וייעוד מקצועיים, הצליחה לשמור על סמכות ואוטונומיה מקצועית למרות שהיה מדובר במקצוע חדש ואף דאגה לחנך את התלמידות לשמירה על אוטונומיה מקצועית כדי שמקצועות אחרים לא ישתלטו על תכני הלימוד ועל תהליך ההתמקצעות.⁴⁸

⁴⁷ HMO/51-7, בלום במכתב להדסה ניו יורק.

⁴⁸ Sachs D. & Sussman N. (1995).

פרק חמישי: עזיבת מייסדות המקצוע טרם מיצוב מעמדן

בלום עזבה את הארץ עם שני ילדיה באוגוסט 1949. קיים פער בין החומר בארכיונים לבין הראיונות האישיים. על פי הריאיון עם עם אילנה מאי כוונתה של בלום לעזוב את הארץ הייתה ברורה לסובבים אותה, עקב הקושי האישי שחוותה בעת המלחמה בירושלים.¹ בראיונות עמה הקדישה בלום מקום נרחב לפחדיה מההפגזות, לרעב התמידי ולהריון הקשה בצל הקשיים הפיסיים. אולם אין תיעוד על כוונתה של בלום לעזוב.² יתרה מזאת, ישנו מכתב שבו קבעה בלום פגישה בירושלים במועד בו הייתה לבסוף בניו יורק.³ מכך נדמה כי עזיבתה הייתה פתאומית ולא מתוכננת.

התיעוד מעלה כי הנימוק הרשמי לעזיבה היה בקשתה של בלום להשתתף בכנס של הארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק בדטרויט. לאחר שהשתתפותה בכנס אושרה, ביקשה אשור תקציבי מיוחד להגיע לכנס בטיסה ולא באניה כיוון שלקחה עימה את אמצעי הטיפול שבנו תלמידות הקורס הראשון בסמינר הגמר ורצתה להציגם בתערוכה. בבקשתה לאישור התקציב מהדסה הדגישה את חשיבות שמירת הקשר עם הארגון האמריקאי.⁴ טרם צאתה, מינתה את רוזלינד כהן לתפקיד ממלאת מקומה.⁵ כאשר הגיעה בלום לניו יורק קבלה מכתבי ברכת 'ברוכה הבאה' לניו יורק מהנהלת הדסה.⁶ אמנם עזיבתה לכנס נדמתה כזמנית, אך היא עזבה לצמיתות.

גם בנושא הקשר של בלום עם הנעשה בארץ קיים פער בין התיעוד בעל פה במבט לאחור לארכיונים. בראיונות עם התלמידות הוזכר נתק מוחלט בין בלום לנעשה בארץ.⁷ ברם, מסמכים שונים מעידים שבלום הייתה בקשר עם רוזלינד כהן ועם הנהלת הדסה בניו יורק בסוף שנת 1949 ולאורך כל שנת 1950. סביר כי התלמידות לא היו מודעות למגעים אלה של ההנהלה. בלום ידעה על הקשיים באיוש כל תקני המרפאות בעיסוק, גילתה מעורבות בתכנית הלימודים של הקורס השני, דאגה לחומרים ולציוד שהיה צריך לשלוח מארצות הברית לישראל וניהלה מגעים עם הארגון האמריקאי במגמה לייסד ארגון בינלאומי.⁸ פער זה מהווה דוגמא נוספת להבניה האישית של הזיכרון ולמגבלות התיעוד בעל פה. הראיונות עם בלום, התקיימו בשנות השמונים. תעתועי הזיכרון, נטיית המרואיינת לעדות אגוצנטרית והצורך שלה לתת לעבר משמעות, שהם ממגרעות

¹ ריאיון עם אילנה מאי-ורדי.

² לא ברור מה היו המניעים המשפחתיים של בלום. המשפחה בחרה לא לפרסם את הפרקים הנוגעים לתקופת חזרתה לארצות הברית. ידוע שהיא חזרה לניו יורק עם שני הילדים ואילו בעלה/ הגרוש שלה נשאר בארץ.

³ אצ"מ, J113/1973, בלום זימנה פגישה במרפאת הדסה ברח' הסולל לתאריך 9/8/49; HMO/51-7 בתאריך זה הגיעה לניו יורק על פי מברק שקבלה מהנהלת הדסה בניו יורק.

⁴ אצ"מ, J113/1973, פרוטוקול הוועדה לריפוי בעיסוק מתאריך 4/7/49.

⁵ HMO/51-7; אצ"מ, J113/1973, מכתב מבלום להנהלת הדסה בתאריך 14/8/49.

⁶ אצ"מ, J113/1973; HMO/51-7 מקריאת המכתבים ניתן להסיק שבהנהלת הדסה בניו יורק ידעו שמטרת ביקורה של בלום אינו רק לשם השתתפות בכנס מקצועי בדטרויט.

⁷ ריאיון עם נירה זוסמן 17/3/10.

⁸ אצ"מ, J113/1973; HMO/51-7, מכתבים מבלום לרוזלינד בתאריכים 31/10/49, 28/11/49, מכתב מבלום לרוזנון בתאריך 27/4/50.

מקור מעין זה, סביר שהשפיעו על עדויותיה.⁹ גם פערים בין זיכרונות אישיים ניכרים כאן, בסתירות שבין זיכרונותיה לזיכרונות התלמידות.

בראיונות עם בלום בשנות השמונים היא הציגה את עזיבתה שהייתה לכתחילה סופית. אולם ביוני 1950 שלחה בלום מכתב למנהל האדמיניסטרטיבי של הדסה בירושלים בבקשה להאריך את החופשה ללא תשלום בשנה נוספת משמע, שלא בהכרח חשבה על עזיבה סופית או שאולי חשבה על כך אך לא הצהירה. את ההארכה נימקה בבעיות בריאותיות שלה ושל ילדיה שמונעות ממנה לחזור לישראל וביקשה להתחשב בעובדה ששרתה את הדסה במשך שמונה עשרה שנים.¹⁰ המנהל האדמיניסטרטיבי של הדסה בירושלים החליט שלא לאשר לבלום את הארכה.¹¹ במכתב שנשלח מירושלים להנהלת הדסה בניו יורק נימק את החלטתו בכך שלאור היכרותו עם בלום הוא שיער שהיא תחזור עם הרבה דרישות ותביעות כספיות שהנהלת הדסה תתקשה להיענות להם. כלומר העדיף שלא תחזור כדי שארגון הדסה לא יצטרך לשלם משכרת גבוהה. ד"ר דיוויס הוסיף שאין הבטחה שאם בלום תחזור לארץ תישאר בתפקיד לאורך זמן בגלל מזגה ונטייתה לחפש אתגרים חדשים עליהם הדסה צריכה לשלם. הודגש שבמשך שמונה עשרה השנים שבלום שרתה את הדסה היא זכתה לרכוש השכלה.¹² מכתב זה מרמז על קשיים ביחסי עבודה בין בלום לניהול הרפואי והאדמיניסטרטיבי בירושלים. בהשוואה לתמיכה שבלום קבלה מהנהלת הארגון שצידדה בבקשתה לקבל משכורת של מפקחת תחום בשנת 1946,¹³ אין בארכיונים מסמך המעיד על תמיכת הארגון בבלום בשנת 1949. נראה כי המנהל התעלם מתרומתה המכרעת של בלום לפיתוח התחום בארץ. כיון שהדמויות שפעלו אינן בחיים, אין אפשרות לדעת מה היו הסיבות בניגן הוחלט לדחות את בקשתה של בלום. מעדות זו עולה הרשם שהסירוב נבע ממניעים אישיים: מאישיותה המורכבת, מכך שכבר בסיום לימודיה בלום דאגה לקבל משכרת נאותה בניגוד לחוות דעת המנהלים הרפואי והאדמיניסטרטיבי בהדסה. ייתכן שההחלטה קשורה בחוסר האמון של הגורמים האדמיניסטרטיביים בירושלים בבלום, כיון שלא ידעו על כוונתה לעזוב את הארץ. הקביעה הבלעדית של שכבת הניהול בירושלים מצביעה על החלשות השפעת מנהיגות הדסה בניו יורק ומעבר לניהול מקומי, מהלך שהשליך גם על מעמדה של בלום.

אחרי עזיבתה של בלום ניהלה רוזלינד כהן את הקורס עד שנת 1951. בוגרות שני הקורסים הראשונים שהכירו הן את בלום והן את רוזלינד כהן טענו שכהן הייתה פחות סמכותית ופחות כריזמטית מבלום, עובדה שהקשתה עליה את מילוי תפקיד המנהלת.¹⁴ בשנת ניהולה של כהן היא שמרה על קשר עם בלום. לאחר עזיבתה של רוזלינד כהן וחזרתה לארצות הברית בשנת 1951 נותר חלל, שכן לא היו מנהלות אמריקאיות לקורס והאוטונומיה שהשיגה בלום אבדה. מנהיגות ארגון הדסה בארצות הברית האמינו בצורך בהכשרה ממושכת וברכישת מיומנות וידע למילוי תפקיד ניהולי בסטנדרטים אמריקאיים. לכן שלחו להכשרה בארצות הברית את הנשים שעתידות היו

⁹ גלבר, י' (תשס"ז). עמ' 251-297.

¹⁰ HMO/51-7 מכתב מבלום לד"ר דיוויס, מנהל הדסה בירושלים בתאריך 25/5/50.

¹¹ לא נמצאו בארכיונים העתק מכתב התשובה שקבלה בלום מד"ר דיוויס.

¹² HMO/51-7 מכתב מהלוי- עוזר למנהל אדמיניסטרטיבי בירושלים לגבי רוזנון- יו"ר וועדת ריפוי בעיסוק 8/8/50.

¹³ על הויכוח בנושא משכורתה של בלום ראו עמ' 42.

¹⁴ ריאיון עם שרה להב, 13/9/10; ריאיון עם אליקימה גלזר, 18/10/10; ריאיון עם טלפוני נעמי פיין, 31/10/10.

לפתח ולנהל מקצועות בתחום שירותי הבריאות.¹⁵ מגמת הארגון הייתה להחליף בהדרגה את המנהלות האמריקאיות במנהלות מקומיות.¹⁶

1. מאפייני מנהיגותה של בלום

*"Essentially, it was a one woman show, but everybody I turned to, with a little coaxing was very helpful... Much of my life's strength, intuition- whatever, went into that project "*¹⁷

בשנות השמונים, בראייה לאחור, ניתחה בלום את פועלה בישראל כפרויקט שהונע על ידי אשה אחת בו השקיעה את מרב כוחה. בעדותה זו תיארה את המפעל כפרויקט נשי של דמות אחת שיזמה והעמידה אותו על רגליו. הממצאים בעבודה מעלים כי על אף פועלה הניכר של בלום היו שותפים ובעיקר שותפות למפעל זה: היוזמה של סאלד, התמיכה הכלכלית הארגונית והמקצועית של הדסה, הוועדה לריפוי בעיסוק בירושלים, המדריכות שהגיעו מארצות הברית והתלמידות שנענו לאתגר והצטרפו ללימודי מקצוע חדש. מפעל זה היה תוצר של שיתוף פעולה בין כמה גופים: הדסה, קרן 'נכות' ובהמשך משרד הבריאות והשרות הרפואי הצבאי. עם זאת, המקורות מצביעים על כך שלמרות התמיכה והעזרה לה זכתה בלום מכל הגופים, האחריות על המפעל הייתה על כתפיה ובפועל היא שניהלה את הקמת השרות והקורס לריפוי בעיסוק, והיא זו שהתמודדה עם הקשיים. בלום, אשר גייסה את כישוריה להצלחת המשימה בחרה להשתמש גם באינטואיציה ובשידול למילוי תפקידיה כמנהיגה.¹⁸

עד שנות השמונים של המאה העשרים כמעט שלא הייתה התייחסות לנשים בכתיבה ההיסטורית.¹⁹ עם סיום המנדט הבריטי והקמת המדינה עסקה ההיסטוריוגרפיה הישראלית בפועלם של התושבים לטיפוח הבית הלאומי, להגשמת האתוס הציוני והבליטה את פועלם של המנהיגים והלוחמים שחרפו את נפשם להגנת ובניית העם והארץ. רוב המנהיגים בחברה בסוף שנות הארבעים של המאה העשרים היו גברים, שהתקבצו בשכבה הגבוהה של ארגונים ציבוריים ונהנו מהטבות כהכנסה גבוהה, יוקרה כח ואוטונומיה.²⁰ כאמור, גם בהיסטוריוגרפיה מקומם היה מרכזי. בעשורים האחרונים של המאה העשרים הצליחו יותר נשים להיכנס לתפקידי ניהול והנהגה כתוצאה מהעלייה בהשתתפות נשים בכח העבודה, שהושגה בין היתר מהתרחבות שירותים ציבוריים וקהילתיים בהם הועסקו נשים בעיקר במקצועות סיעוד, הוראה ועבודה סוציאלית.²¹ העיסוק בהיסטוריה מגדרית הינו מאוחר יותר משנות פועלה של בלום והחל להיחקר במחצית השנייה של המאה העשרים. ההתמקדות בשכבות רחבות של החברה ובשוליה, ובחינת

¹⁵ זו הייתה מדיניות הדסה כלפי מנהלות בית הספר לאחיות ובשליחת שרה בבלי ללימודים כדי לפתח את הוראת התזונה. ראו ברטל, נ' (תשס"ב). עמ' 203-204.

¹⁶ הירש, ד' (תשס"ח).

¹⁷ HMO/51-6, בלום בריאיון עם עם ליטה סמית 1986.

¹⁸ שם, שם.

¹⁹ ברנשטיין, ד' (תשס"ו). עמ' 5-12.

²⁰ יזרעאלי, ד' (1997).

²¹ שם, שם.

החברה מלמטה, חקר התמודדות היום- יומית של בני האדם ובעיקר נשים עם מצבים שבשגרה, לא הייתה אופיינית בשנים עליהן נערך שער זה.²²

2. סוג המנהיגות, מנהיגה או מנהלת?

חוקרים חידדו את ההבחנה בין מנהיגות לניהול כשני מנגנונים שונים, שניהם נחוצים לארגון.²³ מקור הסמכות הניהולית בפונקציה הארגונית ומקור סמכות המנהיג בהשפעתו על אחרים. המנהל מספק מבנה ותוכן הכוללים תכנון, הקצאת משאבים, הדרכה, הנחיה ופיקוח. ואילו המנהיג מספק חזון ומחויבות באמצעות הכריזמה שלו. על פי ההבחנות בין מנהל למנהיג עונה בלום על הגדרת המנהיג, תודות ליוזמתה, להתוויית הכיוון שנתנה למקצוע וליכולתה להפנות נשים צעירות למקצוע חדש.²⁴

סגנונות מנהיגות שונים נבדלים ברמת סמכות המנהיג ושתוף הפעולה שהמנהיג מאפשר לסביבתו, כאשר לכל סגנון יתרונות וחסרונות בהשפעה על תפקוד קבוצת המונהגים.²⁵ קיים ויכוח במחקר האם גברים ונשים מפעילים סגנונות מנהיגות שונים. המצדדים בסגנונות מנהיגות המושפעים ממגדר סוברים שגברים נוטים להנהיג בסגנון הירארכי תוך מתן הוראות, פיקוח וביקורת. התכונות המיוחסות להנהגה נשית הן עידוד, העלאת מוטיבציה אישית, טיפוח לכידות הקבוצה ויצירת אחידות של המנהיג ופעיליו בראיית המטרה ובנכונות לפעול למענה, סגנון שמעלה את המורל ארגוני.²⁶ הייחודיות של סגנון המנהיגות בו נוקטות נשים נובע מסוציאליזציה לתפקידים נשיים בחברה ובמשפחה.²⁷

אשה שמתפקדת כמנהיגה נתקלת במלכוד כיון שתכונות נשיות מוערכות ומתוגמלות פחות מתכונות גבריות, ברם, נשים אשר אמצו תכונות גבריות נחשפו לבקרת שהן "לא מספיק נשיות".²⁸ סגנון ההנהגה של בלום היה סמכותי וקפדני וייתכן שגם הכריזמה שלה הושגה באמצעות סמכות. ניתן לראות בסגנון מנהיגותה של בלום אימוץ של תכונות 'גבריות' ו'נשיות'.²⁹ למרות הניהול הסמכותי וההירארכי אשר נחשב לתכונה גברית, היא השפיעה עמוקות על בוגרות הקורסים הראשונים שהעריצו אותה והיו חדורות מוטיבציה לעבוד במקצוע מתוך שליחות. לא ברור אם האחריות המקצועית של התלמידות הייתה השפעה של בלום או שהשליחות נבעה מתחושת אחריות אישית שלהן למקצוע ורצון לתרום לחברה הישראלית, שכן התלמידות התגייסו ליטול חלק פעיל בסיפוק שירותים שיקומיים שענו על צרכי המדינה הצעירה.

²² ברנשטיין, ד' (תשס"ח). עמ' 11-17.

²³ גולדברג, ש. (תשס"ט). עמ' 292-296.

²⁴ שם, שם.

²⁵ פופר, מ' ורונו, א' (1992). עמ' 58-66.

²⁶ שחר, ר' (תשנ"ה). עמ' 9-19.

²⁷ רוזנברג-פרידמן, ל' (תשע"א); שחר, ר' (תשנ"ה). עמ' 9-19.

²⁸ יזרעאלי, ד' (1994). עמ' 21-26.

²⁹ שחורי-רובין, צ' (2011). עמ' 392.

מנהיגות היא כוח מרכזי בעיצוב תרבות בארגונים בתהליכי התהוות.³⁰ המקרה של בלום מאשש תובנה זו. ניכר שלבלום הייתה השפעה רבה על המקצוע ועל אופן ניהולו בשנים הראשונות. בלום הייתה ממוקדת משימה ולא ניתן לאפיין את מנהיגותה כמנהיגות משתפת או מנהיגות מוקירה האופיינית לניהול נשי.³¹ השיתופיות של בלום התבצעה בעיקר כלפי מעלה קרי, כלפי הממונים עליה והגורמים המממנים.

למרות הקשיים באוטונומיה מקצועית איתם נאלצו להתמודד הבוגרות בשנות החמישים, נענו בוגרות המחזור הראשון לאתגר שהציבה בפניהן בלום ותפסו תפקידי הנהגה מקצועית בשטח ובארגון.³² בוגרות הקורסים הראשונים עסקו בתפקידי ניהול ופקוח במקצוע והיו מעורבות בהקמת הארגון הבינלאומי ובהשתתפות בכנסים בינלאומיים.³³ בלום הצליחה להנחיל להן את הצורך בשמירה על רמה מקצועית הולמת והן פעלו בשנים אחרי עזיבתה לאור העקרונות שהנחילה, הזמינו נציגות מבריטניה ומארצות הברית לפקח על עבודתן המקצועית ופעלו לאורך שנים להשגת הכרה אקדמית.³⁴

קיים פער בין תפיסתה העצמית של בלום שראתה את עצמה כמנהיגה לאופן בו תפסו אותה חלק מתלמידותיה. המקורות הארכיונים והראיונות עם בלום מחזקים את תפיסתה של בלום. ברם, ניכר שחלק מהתלמידות שלא היו מודעות לכל תפקידיה, התייחסו אליה כאל מנהלת סמכותית.³⁵ את פעילותה של בלום בפיתוח המקצוע ניתן לסווג כמנהיגות כריזמטית: עיצוב, פיתוח תכנון ויישום השלבים להכנסת המקצוע בארץ תוך פריטת המפעל לתהליכים קונקרטיים. ואולם, את קשריה עם התלמידות ניתן לסווג כמנהיגות משימתית ומשרתת, על פי הסטנדרטים של הדסה.

לא ניתן לנתק את פועלה של בלום מההקשרים החברתיים- תקופתיים של מפעלי הדסה בהקמת המערכת הפרא רפואית שיקומית בישראל. מפעלי הדסה ביישוב ובמדינת ישראל הדגישו את המעשיות והריאליסטיות של נשים וניתבו אותם לעשייה מקצועית בתחומי בריאות רווחה וחינוך, על יסוד תפיסות שנבעו מהפמיניזם החברתי ומגישה מעשית של הארגון להימנע מוויכוחים פוליטיים ולהתרכז במשימות קונקרטיים.³⁶

חשוב להדגיש שבאותה עת לא היו מספיק גורמים מקצועיים מומחים בשיקום ביישוב ומבחינה זו בלום הייתה האדם הנכון במקום הנכון. החסר והצורך בכוח אדם שיקומי מקצועי הקנו לה מקום נכבד בוועדות בהן השתתפה. בלום ראתה את עצמה כמנהיגה כבר בתחילת פועלה

³⁰ שכטר, ת' (תשס"ד). עמ' 343.

³¹ שחר, ר' (תשנ"ה). עמ' 9-19.

³² Sachs D. & Sussman N. (1995)A. ; Sachs D. & Sussman N. (1995)B.

³³ הבוגרות השתתפו בכנסים בינלאומיים. להלן עמ' 150. המידע מראיונות שבצעה נירה זוסמן עם בוגרות הקורס הראשון ומרפאות בעיסוק בתפקידי ניהול בשנת 1988, קלטות השמע שמורות בחוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה.

³⁴ ריאיון עם בלה אפרתי 30/9/09.

³⁵ בלום תוארה כמי שהתנהלה כלפי התלמידות בנוקשות. ריאיון עם רחל רוזנברג; ; ריאיון עם ביה גרייבסקי.

³⁶ קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). עמ' 23, קצבורג-יונגמן מציגת את מחקרה של מרי מקיין שטוענת כי הפצת התפיסה המגדרית בנושא תפקידים ייחודיים לנשים ולגברים הביאה לארגון הדסה גם נשים לא ציוניות.

בארגון קבוצת הנשים המתנדבות בשנת 1940.³⁷ אחת מתכונותיה הבולטות של בלום הייתה יכולתה להגדיר מטרות בד בבד עם יכולתה להוציא לפועל החלטות ולברור מבין כל הפניות אליה היכן ומתי להתערב על פי שיקול דעת מקצועי.³⁸ בכל הדוחות המפורטים שכתבה אין אפילו רמז אחד לחוסר ביטחון מקצועי. החלטיות זו הונעה מהכוח המקצועי שצברה בלימודיה בארצות הברית ומהגיבוי שקבלה מהנהלת הדסה בניו יורק ובירושלים. בלום הטיבה להגדיר מטרות, ליישמן, לנתח מצבים ולנסח את דעותיה בכתב ובעל פה. המציאות בה פעלה עיצבה את מנהיגותה.

בלום נחנה בכושר ביצועי וארגוני והשכילה לאחד את תלמידותיה בראיית המטרה ובנכונות לפעול למענה. למרות שמקצוע הריפוי בעיסוק מבוסס על פיתוח כישורים 'נשיים', סגנון ההנהגה של בלום היה סמכותי,³⁹ סגנון אופייני בזמנו לניהול מוסדות לימוד לנשים שנוהלו על ידי נשים.⁴⁰

בתור מייסדת שירותי הריפוי בעיסוק בארץ היה על בלום לתת דין וחשבון בתחילה להדסה ובהמשך גם למשרד הבריאות ולצבא. מתחילת דרכה בארץ, ידעה בלום לבצע אבחנות מקצועיות ולהקפיד על נאמנות לצד המקצועי גם במקרים בהם הופנו אליה בקשות לפתירת בעיות של צרכי השעה ביישוב ובמדינה. הגורמים סביבה קרי, הגורמים הרפואיים, שירותי הרווחה והעיתונות ביססו את מעמדה כבעלת מקצוע שיקומי ועיגנו את מעמדה כמומחית מקצועית בתחום במידה שאין עליה עוררין.⁴¹

בלום שהייתה נציגת התפיסה השיקומית האמריקאית, ביקרה את אופן התנהלות היישוב בתחום זה והציגה פומבית את תפיסתה החדשה. עלה בידה לקבל גיבוי ותמיכה מהממסד ובכך ניכרת השפעתה מעבר לתחום עצמו. בלום פעלה וגם תיעדה ופרסמה את פעולתה והביאה לשינוי בתפיסה השיקומית בישראל. בתחום זה למעשה, שלא מדעת, בלום לא רק שהקימה את התחום וניהלה אותו, אלא גם השפיעה על מקומו בחברה וביזכרון.

המקורות הארכיוניים מלמדים שבתחילת שנת 1949 הצבא היה זקוק לשירותיה.⁴² ואילו בהמשך, כאשר היה קושי להיענות לכל הצרכים בארץ ובלום התקשתה לאייש את כל המשרות הפנויות בבתי החולים ובבתי ההבראה הצבאיים, החליטו רשויות הצבא להוציא מידי בלום את שיבוץ התלמידות ולהעביר את התפקיד לידי רשויות הצבא.⁴³ עד למאי 1949 שמשה בלום הן כמנהלת השרות והן כשרת החוץ שלו בקשר עם כל הגורמים המקצועיים והאדמיניסטרטיביים בארץ ובניו יורק. לא ברור האם היה זה מאבק אישי נגדה או סממן של התרחבות תחום השיקום בארץ. מכתב זה מעיד על הצורך במקצוע והקושי הרב באיוש תפקידים בכל מוסדות הצבא. ייתכן

³⁷ בנושא עבודה פילנתרופית בריפוי בעיסוק ראו עמ' 44.

³⁸ בהשוואה לסטנדרטים המקצועיים המקובלים היום, ברור שלא היה לה הרבה ניסיון הן בתחום המקצועי טיפולי והן בתחום ההדרכה.

³⁹ ראיונות עם בוגרות הקורס הראשון: נירה זוסמן, חנה דודזון, רחל רוזנברג.

⁴⁰ סגנון ניהול סמכותי קפדני היה קיים גם בבית הספר לאחיות ובבית הספר החקלאי לנערות של חנה מיזל. ראו, ברטל, נ' (תשס"ה). עמ' 158-170; גליק, ר' (תשס"ו). עמ' 37-41; הירש, ד' (תשס"ח). עמ' 453-484; כרמל-חכים, א' (תשס"ח). עמ' 184-186.

⁴¹ בלום מוזכרת בכתבות העיתונאיות משנת 1946 ואילך. לדוגמה, דבר. (18/5/49).

⁴² אצ"מ, J113/1973, מכתב סיכום פגישה בין ד"ר שיבא לבלום מינואר 1949.

⁴³ אצ"מ, J113/1973, מכתב מסרן רייפן, קצין לשיקום נפגעים אל בלום בתאריך 13/5/49.

וזו עדות לרצון הנהגת המערכת הצבאית לשיקום נפגעים שהוקמה במהלך קרבות מלחמת העצמאות, לדחוק את רגליה של בלום מתפקיד שיבוץ התלמידות, לנהל את מצבת כח האדם באופן בלעדי ולהשיג סמכות בלעדית בנושא שיקום החיילים הפצועים.

קריטריון נוסף לבחינת מנהיגותה של בלום היא העובדה שברוב שנות מנהיגותה בארץ היא הייתה בעלת משפחה,⁴⁴ בשונה מנשים עצמאיות שבחרו להשקיע בקריירה, תפקדו כמנהלות באותן שנים והיו רווקות.⁴⁵ לעובדה זו קימת התייחסות מצדה רק בשני מקרים. בפעם הראשונה, כאשר בלום בקשה מחברות הדסה בניו יורק לשכנע את ד"ר יסקי לשלם לה משכרת גבוהה כיון שאינה רוצה להשתמש במשכורתו של בעלה למימון עבודתה וילדיה,⁴⁶ ובפעם השנייה, כאשר החליטה לעזוב את הארץ עקב המלחמה שאיימה על ביטחונה וביטחון ילדיה.⁴⁷ למרות העובדה שלחנה דודזון היה ילד בגיל דומה לבנה של בלום הייתה ברורה ההפרדה ביניהן והן מעולם לא דברו או שתפו בנושא הילדים. מעבר להתייחסויות האלה, לא הופיעו במסמכים הרשמיים עדויות לקונפליקטים בין מטלותיה כמנהיגה בגינם נעדרה מביתה במשך שעות ארוכות, לתפקידיה כרעיה וכאם, ובאיזו מידה הצליחה לשלב בין הספרות הפרטית והציבורית. הקשר הנשי בין המנהלת בלום לתלמידותיה לא התאפיין בהשפעה זו סטרית אלא בעיקר בהשפעה חד סטרית של בלום על תלמידותיה.

ניכר שהתרבות ממנה הושפעה בלום הייתה בעיקר התרבות המקצועית האמריקאית. התלמידות קבלו את סמכותה מתוקף תפקידה וכיון שלא היה להן מבחר דמויות הזדהות. דמותה הייצוגית הקרינה מקצועיות ואלטיסטייות אך היא הייתה דמות מרוחקת לכן לא הייתה דמות חיקוי, סביר שהריחוק העצים את דמותה בעיני התלמידות אך לא אפשר לראות בה דוגמא אישית, מודל להזדהות וגורם מעצב. יש לציין כי התלמידות לא ראו אותה בפעולה בעבודה מקצועית כמרפאה בעיסוק אלא את המדריכות בשטח קרי, רוזלינד כהן ובעיקר אילנה מאי-ורדי. מאי ורדי הייתה פחות סמכותית וקרובה יותר אל התלמידות. התלמידות קבלו את סמכותה המקצועית של בלום מבלי לערער עליה וגם בשנים מאוחרות כשהגיעה לישראל כתיירת, כבדו את נוכחותה כמנהיגה ומנהלת.⁴⁸

הערכת הממונים כלפי בלום ניכרת במכתבי הוקרה והערכה לקראת טקס סיום לימודי הקורס הראשון, כתב ד"ר עלי דיוויס "על השרות הנעלה שנתת למוסד ולמדינה כולה בארגון ובניהול הקורס לריפוי בעיסוק. לא נרתעת משום מכשול ואף קשיי המלחמה לא היה בהם כדי לרפות את ידיך. את חתרת בעקשנות לקראת המטרה והבאת את הקורס לסיומו המוצלח ועל כך את ראויה להוקרה רבה".⁴⁹ מכתב המלצה נוסף קבלה בלום מד"ר דיוויס כאשר עזבה את הארץ ושהתה בניו יורק. במכתב מודגש שאיכות עבודתה של בלום בחשיפת וביסוס המקצוע והקמת

⁴⁴ רוזנברג-פרידמן, ל' (תשע"א).

⁴⁵ שחורי-רובין, צ' (2011). עמ' 385.

⁴⁶ על משכורתה של בלום ראו עמ' 42.

⁴⁷ ריאיון עם עם בלום 1983.

⁴⁸ שרה להב, תלמידת הקורס הצבאי והקורס השני ספרה כי בביקור שערכה בלום בארץ שנים לאחר עזיבתה, כנסה את תלמידות הקורסים הראשונים. לדברי להב, אף שבעת הפגישה היו התלמידות מרפאות בעיסוק מנוסות ואילו בלום פרשה מהמקצוע, עדין נשמר מעמדה כמנהלת. ריאיון עם שרה להב 13/9/10.

⁴⁹ אצ"מ, J113/1973, ד"ר דיוויס, מנהל הדסה בירושלים לבלום במכתב מיום 31/1/49.

הקורס הראשון הקנו לה הכרה כאחת המומחים השיקומיים החשובים בישראל. דיוויס ציין את האנרגיה של בלום ויכולת הארגון המדהימה שלה כתכונות שסייעו בביסוס המקצוע בארץ והצמיחו לו שורשים.⁵⁰ בלום מימשה את החזון שלה ושל הנרייטה סאלד והצליחה לפרוט אותו לפרטים קונקרטיים. המימוש בפועל של החזון מלמד על יכולותיה המנהיגותיות המשימתיות.

3. מדוע נעדרה בלום מהזיכרון הקיבוצי הישראלי?

אחד מתחומי המחקר ההיסטורי הוא דרך הבניית הזיכרון הקולקטיבי. הזיכרונות הם פרי של תרבויות שונות שמתקיימות בעת ובעונה אחת בכל חברה, משקפים אתוסים תרבותיים ומשמשים כלי לעיצוב הדימוי העצמי של התודעה הלאומית המתגבשת בחברה מתפתחת.⁵¹ קימת טענה כי הזיכרון הקיבוצי היה בעיקרו מרכזי או ממלכתי והוא 'הומצא' בידי אליטה פוליטית תרבותית שנתפסה כאחידה ומזוהה עם הממסד.⁵² בחברות רבות הייתה לאליטות הפוליטיות והאינטלקטואליות השפעה רבה על ארגון הזיכרון הקיבוצי מתוקף תפקידם בחברה. בישראל הייתה לאליטות הפוליטיות השפעה רבה על הבניית הזיכרון הקיבוצי. בתקופת מלחמת העצמאות, שיעור הפגיעה בבני משפחה של האליטה הפוליטית היה גבוה בהרבה מהממוצע. בתקופת הכנסת הראשונה שבימיה עוצבו רוב דפוסי ההנצחה הישראליים כיהנו שבעה חברי כנסת שהיו הורים שכולים, הזיכרון הקיבוצי הלאומי תועל לזכור את מי שהקדיש את חייו לטובת העם הארץ והמפעל הציוני.⁵³ רוב הזיכרונות והכתיבה ההיסטוריוגרפית בישראל על תקופת תש"ח עסקו בתיאורי קרבות ובמהלכים צבאיים, תחומים בהם שיעור הנשים הפעילות תואר כמועט.⁵⁴ רק בשנים מאוחרות יותר הופיעו עמדות של קבוצות שוליים או קבוצות שהתחרו בנרטיב הלאומי מבחינה פוליטית ודעתם לא הייתה זהה לעמדת הממסד השולט. ברם, גם קבוצות אלה הדגישו את הגבורה והלאומיות כמוקדי הזיכרון הלאומי.⁵⁵ מלמן טענה כי חקר הזיכרון הלאומי-קיבוצי בישראל שהתפתח במקביל לחקר ההיסטוריה של נשים, חסר כיון שאין בו התייחסות מספקת להשפעת תפיסות מגדריות וזהויות נשיות וגבריות על מושאי הזיכרון הקיבוצי. פעולת הזיכרון מעוגנת, במכלול של מעמד, מגדר ויחסי כח הקובעים מה ייזכר על ידי מי ולשם מה, לפיכך שומרו נרטיבים אחדים ונשכחו אחרים כאשר למגדר תפקיד מרכזי בתהליכי התגבשות הזיכרון.⁵⁶ הזיכרון הלאומי של דור תש"ח התמקד בראש ובראשונה בגברים לוחמים, בשלב מעט מאוחר החלו לחלחל גם זיכרונות האוכלוסייה האזרחית שנפגעה בקרבות או בהפגזות ועדין, הזיכרונות כוונו לתחום ההשרדות בעת ההתמודדות עם האיום הביטחוני. האירועים ההיסטוריים הביטחוניים תפסו את המקום המרכזי בזיכרון ולא אפשרו ביטוי לתחומים נוספים שעוצבו באותה שעה. לפיכך נושא השיקום נותר בשולי הזיכרון. גם כשעלה לדיון בראיונות שערכתי עם בוגרות הקורסים הראשון והשני, עלו בעיקר זיכרונות הנוגעים להתמודדות עם מצבים ביטחוניים

⁵⁰ אצ"מ, J113/1973, מכתב המלצה שנכתב באנגלית מד"ר דיוויס לבלום, אוגוסט 1949.

⁵¹ תידור באומל, יי (תשס"ד). עמ' 7-13.

⁵² מלמן, ב' (תשס"ב). עמ' 413-433; סיון, ע' (תשנ"א). עמ' 138-142.

⁵³ בר-און, מ' (תשס"א). עמ' 143-162; סיון, ע' (תשנ"א). עמ' 138-142.

⁵⁴ הכוונה למאמרים ספרים וספרי "יזכור" שנכתבו משנת תש"ט ובשנים אחריה. במלחמת העצמאות נהרגו 469 נשים 108 חיילות ועוד 361 אזרחיות. ראו בר-און, מ' (תשס"א). שם.

⁵⁵ בר-און, מ' שם; סיון, ע' (תשנ"א). עמ' 138-142.

⁵⁶ מלמן, ב' (תשס"ב).

כהתקפה על שיירת הר הצופים, המצור על ירושלים וההתמודדות המקצועית של מרפאות בעיסוק חסרות ניסיון עם חיילים פצועים קשה במסגרת הטיפול בריפוי בעיסוק.⁵⁷ סיפורה של בלום לא עלה בקנה אחד עם מגמות אלה.

תחום ההיסטוריה של הנשים התמקד בעשייה החומרית של הנשים במפעל הציוני ולא בקשרים בין העיצובים ההיסטוריים של גבריות ונשיות להתגבשות זהות ארץ-ישראלית.⁵⁸ הציבור הישראלי זכר דמויות שהקדישו את חייהם או את מפעל חייהם לביטחון ולרווחה או שהשתייכו לאלטיה הפוליטית. הנשים המעטות שנזכרו בזיכרון הקיבוצי, כחנה סנש, שרה אהרונסון גולדה מאיר והנרייטה סאלד, ענו על קריטריונים לאומיים-קיבוציים.

ישנן סיבות נוספות להעדרה של בלום מהזיכרון הקיבוצי:

1. ברנשטיין מציינת שעד שנות השמונים של המאה העשרים לא הייתה התייחסות לנשים בכתובה היסטורית.⁵⁹ ברנשטיין מגדירה את מקומות העבודה של נשים כמרחב 'ביניים' בין המרחב הפרטי והציבורי, כאשר למקום העבודה יש משמעות מגדרית. למרות שהמקצוע היה מקצועי שיקומי, המקצוע זוהה עם נשים ונשיות ונדחק לשולי הזיכרון הישראלי. גם נשים שהיו דמויות פעילות למשך זמן ארוך ומשמעותי יותר, ונשארו בארץ, נעדרו מהזיכרון הקולקטיבי עד להופעת מחקרים שהציגו זווית התבוננות חדשה והתמקדו במקום מעמד ופועלן של הנשים בפיתוח מערכות החינוך הבריאות והרווחה.⁶⁰

2. חקר ההיסטוריה של הרפואה בארץ אינו בחזית המחקר, כל שכן מקצוע הריפוי בעיסוק, אשר מנה מספר מאוד מצומצם של מרפאות בעיסוק ורק מוסד הכשרה אחד בכל הארץ. הפעילות בתחום הייתה אפוא מצומצמת וממוקדת במגזר מסוים ולא היה ציבור מספיק רחב לעגן בו את זכרה ופועלה של בלום.⁶¹

3. הדימוי של עיסוק במלאכות יד אשר דבק במקצוע ונחשב בימי היישוב כהגשמה ציונית לאומית אבד במהלך השנים מיוקרתו, חלה נסיגה בהערכה של הציבור לעבודות יד,⁶² שהשפיעה על ההערכה למי שמשתמש באמצעי זה לשיקום חולים.

4. בלום לא אימצה את התפיסה הציונית המזרח אירופאית ואת התפיסות הסוציאליסטיות שרווחו ביישוב ובמדינת ישראל הצעירה. היא מילאה את ההסכם עליו חתמה עם הדסה במלואו ונשארה לעבוד בארץ אחרי תום החוזה. ברם, היא עזבה את הארץ והעדיפה את ביטחונה האישי-משפחתי על פני ההתגייסות לעזור לפיתוח שירותי הבריאות במדינת ישראל הצעירה. בזיכרון

⁵⁷ ראינויות עם בלום 1983, 1987; ריאיון עם עם חנה דודזון 13/1/10; ריאיון עם עם רחל רוזנברג 28/4/10; ריאיון עם רולי גולדמן 9/5/10; ריאיון עם שרה להב 13/9/10; ריאיון עם ביה גרייבסקי 17/5/10; ריאיון עם נעם דיוויד ורוברטה בנאור 21/3/10; ריאיון עם אילנה מאי 8/7/10; דודסון ה' (1996). בדרכי, עמ' 40-57. Levi, L. (1993). *Living By Chapters*, Jerusalem. pp.19-23,173-177

⁵⁸ מלמן, ב' (תשס"ב). עמ' 416.

⁵⁹ ברנשטיין, ד' (תשס"ו). עמ' 5-12.

⁶⁰ לדוגמה: כרמל-חכים, א' (תשס"ח); רוזנברג-פרידמן, ל' (תשס"ה); רוזי, ת' (תשס"ט). ועוד.

⁶¹ בלקט ליועץ שפורסם במאי 1970 מטעם מכון הדסה לייעוץ בבחירת מקצוע. מסרה רחל גולדשמידט מנהלת ביה"ס בשנת 1970 את הנתונים הבאים: עד כה (1970) סיימו 300 בוגרות את לימודי הריפוי בעיסוק. עובדות בשטח רק 100 מרפאות בעיסוק וחסרות 100 משרות שצריך לאייש; ריאיון עם רחל גולדשמיד 5/9/10.

⁶² גם מפעל 'משכית' שנוסד כדי לשלב בין ערכים ציוניים למלאכות יד נסגר בשנת 1978. ברקוביץ, א' (26/4/0). 'שמלות משכית', הארץ.

הקולקטיבי לא זכרו את מי שלא פעל על פי הדגם הציוני שהיה הקונצנזוס של שנות החמישים ועל פיו נקשרה פעילותו ותרומתו של אדם לשהייתו בארץ ישראל. סביר שהאוכלוסייה ביישוב לא ראתה את מי שבא לזמן קצוב כמנהיג.⁶³

5. סוגיית הזיכרון מציפה את הפערים הרעיוניים והעימותים בין הנהלת הדסה בניו יורק ועובדי הארגון האמריקאיים לבין המערכות הפוליטית החינוכית והבריאותית בישראל שבראשן עמדו אנשי מקצוע יוצאי אירופה ובעיקר מזרח אירופה.⁶⁴ תחלופה רבה אפיינה את עבודתם בארץ ישראל של רופאים ואחיות מטעם הדסה. יתרה מזאת, רבים מהעובדים המקצועיים שנשלחו לארץ לא סיימו את תקופת כהונתם וחזרו לארצות הברית לפני תום תקופת הכהונה.⁶⁵ עיקרון מובהק בקרב נשות הדסה היה שהארגון מעולם לא אמץ את שלילת הגולה ביחס לאמריקה ונשות הדסה נשארו קשורות לאתוס האמריקאי.⁶⁶ הגישה של הדסה לשאלת העלייה לארץ ישראל הייתה כי אין קשר בלעדי בין פיתוח שירותי בריאות לשאלת העלייה לארץ ישראל. פעילות הארגון סברו כי גם מי שלא עלה לארץ ישראל נחשב ציוני והדגישו את הצורך בנציגים ציוניים ובתנועה ציונית חזקה לשמירה על האינטרסים של היישוב ושל החיים היהודיים בגולה. גישה זו אפשרה לציוניים אמריקאיים להישאר בתנועה הציונית גם אם נשארו בארצם והצמיחה ציונות אמריקאית שפעלה בתחום הפילנטרופי וכעזר לפליטים.⁶⁷

תפיסתה העקרונית של הדסה עוגנה באורח החיים האמריקאי, הנרייטה סאלד הבינה שהארגון יוכל להשיג את מטרותיו רק באמצעות בני היישוב, אנשי מקצוע בתחומי הבריאות החינוך והרווחה שחלק מהם התחנכו באירופה. אנשי המקצוע ביישוב העבירו את השיטות האמריקאיות והתאימו אותן לצרכי היישוב והמדינה.⁶⁸ קצבורג-יונגמן מציינת שבכל המקצועות הפרא רפואיים שהובאו לארץ על ידי הדסה הוטבע דגם אמריקאי ומדגישה במיוחד את הריפוי בעיסוק כמקצוע שהועתק במדויק מדגם אמריקאי. נטיית אנשי היישוב לאמץ שיטות אמריקאיות בתחומים רבים כדי לפתח את הארץ הייתה חלק ממגמה כלל עולמית אחרי מלחמת העולם השנייה.⁶⁹

קצבורג-יונגמן מציינת את הנרייטה סאלד, יהודה לייב מאגנס⁷⁰ וגולדה מאיר כשלוש הדמויות היחידות ממוצא אמריקאי שהגיעו לעמדה מרכזית ביישוב. העידה גולדה מאיר "תפיסתי את הציונות בתקופה ההיא היתה פרימיטיבית, לא הבנתי איך אפשר להיות ציוני ולא להתיישב בארץ ישראל. לא חשקתי בציונות סלונית...כשהצטרפתי למפלגה ידעתי שאסע ארצה." גישתה של מאיר משקפת את הלכי הרוחות במדינת ישראל הצעירה ואת הקשר הברור בין עלייה

⁶³ שורץ, שי' (תשנ"ז). עמ' 110-127.

⁶⁴ קצבורג-יונגמן, מי' (תשס"ח). עמ' 264.

⁶⁵ שם, שם. ; שחורי-רובין, צ' ושורץ, שי' (תשס"ד). עמ' 172-175; שורץ, שי' (תשנ"ז). עמ' 122-123.

⁶⁶ גל, אי' (תשמ"ח). עמ' 157.

⁶⁷ Cohen, W. N. (1975). pp. 115-123

⁶⁸ קצבורג-יונגמן, מי' (תשס"ח). 269-271.

⁶⁹ שם, שם.

⁷⁰ יהודה לייב מאגנס (1877-1958) כיהן כרב רפורמי בבית הכנסת טמפל עמנואל בניו יורק. בשנת 1922 עלה לארץ ובשנת 1952 נתמנה לרקטור הראשון של האוניברסיטה העברית בירושלים ובשנת 1957 כיהן כנשיא האוניברסיטה.

לציונות. למרות התנגדויות מקרב יוצאי מזרח אירופה לשיטות האמריקאיות שהביאה איתה סאלד, מחויבותה הטוטאלית לקידום מפעליה עגנה את מקומה בזיכרון. אין במסמכים ובראיונות מידע מה היו תפיסותיה הציוניות של בלום. עזיבתה חיזקה את תדמית האשה האמריקאית שאינה נשארת בארץ, בניגוד להנרייטה סאלד שהזימה תפיסה זו. בנושא הזיכרון הקונצנזוס הארץ ישראלי קבע את הנורמות ומי שלא נשאר בארץ לא ניזכר.

6. גם בעת פועלה, העדיפה בלום בעקביות את השיקול המקצועי על פני השיקול הלאומי.⁷¹ כאשר נדרשה לספק מענה לדרישות מנהיגי היישוב מהסוכנות היהודית בטיפול באוכלוסיות העולים בנושא סיפוק תעסוקה היא הגדירה את תחומי הטיפול בריפוי בעיסוק כשייכים למערכת הבריאות ולא למערכות קהילתיות כרשויות הרווחה או קליטת העלייה. ייתכן שדבקותה בשיקול המקצועי שיקומי ולא בשיקול הלאומי הדירה אותה מהזיכרון הקולקטיבי לאומי.

7. בלום הייתה מנהיגה סמכותית ששמרה על גבולות ברורים בינה לבין תלמידותיה. בנוסף, הרקע התרבותי שלה היה שונה משל ציבור התלמידות והיא נתפסה כשונה, כפי שנתפסו לעתים עובדי הדסה האמריקאים ביישוב.⁷² המנהיגות של ארגון הדסה האמינו בצורך בהכשרה ממושכת וברכישת מיומנות וידע לשם שאיפה לעבודה בסטנדרטים האמריקאיים, בהתאם לתפיסתן האליטיסטית הן האמינו בבחירת נשים משמנו וסלתו של היישוב. מחד גיסא, קבלו ביישוב את הצורך בידע אמריקאי כדי לפתח שירותי בריאות ברמה גבוהה. מאידך גיסא, סוכני הבריאות האמריקאים נחשבו מתנשאים ולא התקבלו כשווים לעמיתיהם תושבי הארץ ופועלם לא ניזכר.

8. תהליך בניית הבית הלאומי והחברה המתחדשת בארץ ישראל הדגיש את תפקיד הקולקטיב והמעייט בערך האינדיבידואל הפרטי.⁷³ בלום הובילה שינוי בתחום שירותי הבריאות. החברה בראייתה הקולקטיבית לא הדגישה את פועלה הייחודי בפיתוח השירות אלא את השינויים החברתיים שהובילה החברה המתחדשת בארץ ישראל ביחסה לחולים כרוניים ולבעלי צרכים מיוחדים. יש לציין כי הנרייטה סאלד, שפועלה הוערך בציבור הישראלי המעיטה בערך עצמה, אולי גם משום כך התקבלה בקולקטיב הישראלי.⁷⁴ החברה שהדגישה את העשייה הקולקטיבית ראתה בדמותה של בלום ממלאת 'צורך שעה', כמקדמת את מטרות החברה בעידן של שינוי ותחייה לאומית.

9. היעדרה של בלום מהזיכרון משקף את אכזבת החברה מהרפואה השיקומית.⁷⁵ המאמרים והכתבות בראשית ובמהלך שנות הארבעים נטו להציג את הרפואה השיקומית כמעט 'כניסית'. בכתבה בעיתון 'דבר' הוצג המקצוע: "על התועלת הגדולה שבשיטת ריפוי זו המחזירה את החולים

⁷¹ דוגמה להעדפת השיקול המקצועי ראו עמ' 54.

⁷² שורץ, ש' (תשנ"ז). עמ' 111, 122; שחורי-רובין, צ' ושורץ, ש' (תשס"ד). עמ' 171-187.

⁷³ שכטר, ת' (תשס"ד). עמ' 1-7.

⁷⁴ סאלד שהדגישה "מעולם לא הייתה לי שאיפה להיעשות מנהיגה" זקפה את הצלחותיה לשלוש תכונות שהנחו אותה במילוי תפקידיה: " מסירות לתפקיד, מצפון גדול וגם קצת כשרון ארגוני". בהשוואה לסאלד הצהירה בלום "it was one woman show", ריאיון עם לליטה סמית 1986; זיו-ענבר, א' (תשנ"ו). עמ' 166-167.

⁷⁵ פארן, ג' (תשע"ד). עמ' 90. פארן מציינת כי "השיקום לא היה בראש סדרי העדיפויות של הממסד שלא היה ערוך לטפל בנפגעים הרבים"; הקושי של גורמי השיקום במדינת ישראל הצעירה לענות על הצרכים נובע גם מהגידול הרב במספר האזרחים שנוקדו לשירותי השיקום. ראו לבון 1932-1-208-IV, חוברת שהוציאה הקרן בשנת תשי"ז בשם: קרן נכות: פעולותיה והתפתחותה. לא מצויין שם הכותב. קרן נכות החלה את פעולותיה בשנת 1932 בטיפול בחמשה נכים. בשנת 1947, עוד לפני הצורך לטפל בפצועי מלחמת העצמאות עלה מספר הנעזרים בקרן לאלפיים וחמש מאות איש.

לחיים נורמאליים תוך תהליך הבראתם... אין ערך לעבודה הרבה המושקעת בריפוי של הנכה ובנטיעת האמונה לחיים בלבו, אם לאחר שהנכה יוצא מבית החולים, הוא מסתובב ללא עבודה וללא סיכויים ממשיים להסתדר בעבודה מתאימה.⁷⁶ בעקבות שתי מלחמות העולם חל שינוי בתפיסה הבסיסית של החברה והרפואה אשר הביא לפיתוח הרפואה השיקומית, מתוך הצורך של החברה לתת מענה טיפולי הולם לכלל האוכלוסייה.⁷⁷ הפער בין השלכת האחריות לטיפול באנשים עם צרכים מיוחדים על משפחותיהם ומוסדות צדקה דתיים למענה ציבורי מוסדי יצר אשליה שלרפואה השיקומית מענה לריפוי פציעות גופניות ונפשיות. בפועל, ריבוי הפצועים הקשים במלחמת העצמאות ומספרם הרב של החולים הכרוניים שעלו לארץ הוכיחו שלרפואה השיקומית אין יכולת ריפוי בכל המקרים.⁷⁸ יש מקרים בהם חלק מתהליכי ההסתגלות של החולים הם ההתמודדות עם המצב הקיים, למידה כיצד לתפקד עם המגבלה. ייתכן שהפער בין ההבטחה לרפואה שיקומית פותרת בעיות להשלמה עם פציעות קשות וחוסר תפקוד יצר בציבור אכזבה שאחת מתוצאותיה היא שכחת בלום שהייתה אחת המומחיות הראשונות לשיקום בישראל.

10. בלום תיעדה את פועלה במסמכים ודוחות שנשלחו לגורמים מקצועיים בארץ ולהנהלת הדסה בניו יורק. רוב המסמכים כתובים באנגלית אך כיון שלבלום הייתה יכולת שפתית טובה כתבה גם הרבה מסמכים בעברית. הדוחות שכתבה נשמרו במשרדי הדסה והועברו לארכיונים בשנים מאוחרות יותר. מסמכים אלה לא היו חשופים לתלמידות, או לצוותים פרא רפואיים ולציבור. למעשה, התייעוד המסודר עליו הקפידה בלום במשך כל השנים לא שמש כסוכן יחסי ציבור לזכירת פועלה.

⁷⁶ דבר. (18/4/49).

⁷⁷ בלום, ני (2006).

⁷⁸ פארן, גי (תשע"ד). שם.

סיכום: "Much of my life's strength, intuition-whatever, went into that project"

בלום סכמה את פועלה בייסוד מקצוע הריפוי בעיסוק בישראל והדגישה את המאמצים הרבים ותחושת הסיפוק לנוכח מיצוי יכולותיה האישיות, הפיזיות והרגשיות, בהגשמת חזונה.⁷⁹ בשנות פועלה בישראל היא בצעה תפקיד כפול: בלום ניהלה והנהיגה את המחלקות לריפוי בעיסוק ברחבי הארץ וגם את הקורס לריפוי בעיסוק. היא פעלה מתוך תחושה חזקה של שליחות וייעוד מקצועיים בסטנדרטים אמריקאים והוכיחה אישיות החלטית ומנהיגות משימתית. בלום הייתה דמות יוצאת דופן שנקטה יוזמה ופעלה בספרה הציבורית לפתח את המקצוע, בתקופה בה הודרו נשים מתפקידי מפתח במגוון תחומים והספרה הציבורית הייתה במידה רבה נחלת גברים. בתקופת ניהולה הצליחה לשמור על אוטונומיה ועצמאות מקצועית. בלום הייתה בעלת מקצועיות בולטת ואישיות החלטית וסוחפת, אך לא בהכרח אהודה. בלום פעלה מתוך תחושה חזקה של שליחות וייעוד מקצועיים,

אישיותה של בלום הייתה בין הגורמים להיעדרותה מהזיכרון. אולם סיבות אלו מצאו חיזוק בהקשר התקופתי, בקושי להתמודד עם הפצועים הרבים והחולים הכרוניים בקרב העולים החדשים, באתוסים הציוניים ובהדרה המגדרית שרווחו במדינה בשנות הקמתה והשפיעו על הזיכרון. סיפורה של בלום הוא אפוא גם סיפורה של חברה. וסיפורו של המקצוע, שאלה מאפייניו בעשור הראשון לפעילותו.

על אף כל האמור לעיל, מאפיין בולט שהנחילה בלום לכל בוגרות הקורס הראשון הייתה תפיסתן החד משמעית את מקצוע הריפוי בעיסוק כפרופסיה עצמאית. הבוגרות הכירו בערך העצמי ובמעמדן המקצועי הייחודי ושאפו לשמור על אוטונומיה מקצועית.

⁷⁹ בלום בריאיון עם עם ליטה סמית 1986.



טקס סיום הקורס הראשון, ביה"ס לרב"ע האוניברסיטה



אתל עדינה בלום בנאור, ארכיון הדסה בניו יורק



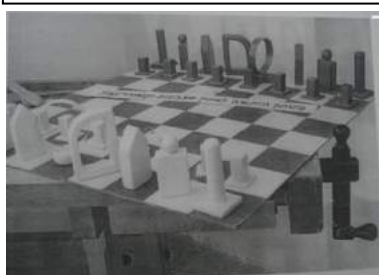
טקס סיום הקורס הראשון, ביה"ס לרב"ע האוניברסיטה העברית



נירה זוסמן, בוגרת הקורס הראשון, ביה"ס לרב"ע האוניברסיטה העברית



תעודת גמר לקורס הראשון, ארכיון ציוני מרכזי



משחק שחמט מותאם לאחיזות שונות, ארכיון הדסה בניו יורק



טקס סיום הקורס הצבאי, ביה"ס לרב"ע האוניברסיטה העברית

שער שני: ההכשרה במקצוע הריפוי בעיסוק

בשנים 1951-1979

כשאני עומדת כאן ומספרת לכם על כל אלה, כאילו כלאחר יד, הדברים נשמעים כה ברורים ומובנים מאליהם. אך זאת יש לדעת, שכל הישג והישג לא היה אלא פרי מאמצים בלתי פוסקים, מורטי עצבים ומתסכלים, של כל חברי הצוות ושל מנהלות בית הספר לאורך כל הדרך.¹

בכנס לרגל ארבעים שנים למקצוע הריפוי בעיסוק בישראל הדגישה לאה לוי מנהלת בית הספר בשנים 1970-1978, את הקשיים איתם התמודדו מנהלות מערכת ההכשרה בריפוי בעיסוק בניסיונותיהן לקדם את מערכת ההכשרה ממעמד של קורס ארעי לבית ספר קבוע ובהמשך לבית ספר במסגרת אוניברסיטאית. מערכות ההכשרה במקצוע גילו לאורך כל השנים גמישות וניסו להתאים את תכניות ההכשרה לצרכים בישראל ולסטנדרטים המקובלים בארצות הברית, במטרה לשמור על מעמד המקצוע. בשער זה אסקור את השינויים בתכניות הלימודים ובהכשרות ואת השינויים במערכת ההכשרה המקצועית; במעבר מקורס לבית ספר קבוע, את מרוץ עשרים השנים לקבל מעמד אקדמי, את תכניות ההסבה שנפתחו באוניברסיטאות תל אביב וחיפה והגדילו את מספר המרפאות בעיסוק המוסמכות ואת הנשים שעמדו מאחורי המפעל המקצועי; תלמידות ומנהלות. כל זאת, בהתייחס להקשר ההיסטורי בישראל, להתפתחות הרפואה בכלל והרפואה השיקומית בפרט ובהתפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק בארצות הברית ובבריטניה.

מבוא: הקשר היסטורי

1. התפתחות המקצוע בארצות הברית ובבריטניה בשנים 1951-1979

התפתחות המקצוע בארצות הברית ובבריטניה השפעה משמעותית על התפתחות המקצוע בארץ. אתל בלום ורוזלינד כהן שניהלו את הקורס בירושלים רכשו את השכלתן המקצועית בארצות הברית, הקורס הראשון ותכנית הלימודים נקבעו על פי המלצות בכירות הארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק ובעידודן. המקצוע נוסד והתפתח בארצות הברית וזכה בה להכרה אקדמית. במקצוע חלה התקדמות והתמקצעות בתהליך ההתמודדות עם הטיפול בפצועי מלחמת העולם השנייה. המקצוע התפתח במהירות בארצות דוברות אנגלית, בהן הייתה הכרה בצורך לשקם אזרחים וחיילים.² בשער זה נסקרת התפתחות המקצוע גם בבריטניה; מרפאות בעיסוק ישראליות נסעו להשתלם בקורסים, בתי חולים ומרכזי שיקום בבריטניה, בה התפתח המקצוע באופן שונה מארצות הברית: חלו התפתחויות מקצועיות עקב הצורך לתת מענה לפצועי מלחמת העולם השנייה ולאוכלוסייה. ואולם, בתחום האקדמי מעמדו של המקצוע הושפע ממגמות אירופאיות. המקצוע נלמד בבתי ספר לריפוי בעיסוק שחלקם היו בצמידות לבתי חולים, אך תכנית הלימודים לא קבלה הכרה אקדמית. קצבורג-יונגמן תולה את הקשרים עם מוסדות הכשרה ואוניברסיטאות בבריטניה ובארצות הברית בגורמים בינלאומיים ויהודיים: תרומתם הישירה והעקיפה של מוסדות המחקר וההכשרה בבריטניה ובארצות הברית למאמץ המלחמתי חזקה את מעמדם. הקיבוץ היהודי הגדול והעשיר שישב בארצות הברית עודד קשרים מקצועיים

¹ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 6.

² Spackman, C.S. (1972). השימוש במונח מחלה השתנה עם השנים כאשר המוקד עבר למונח בריאות.

עם מוסדות רפואה ומדע בארצות הברית.³ הקרבה הגיאוגרפית של בריטניה בהשוואה לארצות הברית וההתקדמות בטיפול השיקומי הניעו מרפאות בעיסוק מישראל להשתלם לבקר וללמוד בקורסים ובמוסדות טיפוליים בבריטניה.

בשנת 1952 נוסד הארגון הבינלאומי לריפוי בעיסוק (World Federation of Occupational Therapists), המדינות החברות היו ארצות הברית, אוסטרליה, קנדה, דנמרק, בריטניה, הודו, ניו זילנד, דרום אפריקה, שוודיה וישראל.⁴ הארגון פעל לקדם את שיתוף פעולה הבינלאומי בין ארגונים לריפוי בעיסוק במטרה לקדם את הסטנדרטים המקצועיים, החינוך וההכשרה במקצוע, האתיקה המקצועית והאינטרסים של המקצוע ולשתף ידע וטכניקות טיפול בקונגרסים בינלאומיים.⁵ בקונגרס הבינלאומי הראשון של המקצוע שהתקיים בסקוטלנד בשנת 1954, השתתפו 400 מרפאות בעיסוק מעשרים ואחת מדינות. הנושאים העיקריים בהם דנו נגעו לאוכלוסיית המטופלים באותה עת: חולי שחפת, פוליומיאליטיס, חולי נפש, שיתוק מוחין ושיקום. השתתפות ישראל בין עשר המדינות שייסדו את הארגון הבינלאומי הציבה את ישראל ואת הארגון הישראלי לריפוי בעיסוק כבעלי השפעה על התפתחות המקצוע, אשר עומדים בסטנדרטים הנדרשים. מעמד זה הקנה לבכירות המקצוע בארץ לגיטימציה מקצועית כלפי הרשויות המקומיות וקובעי המדיניות במשרד הבריאות.

בשנת 1958 פרסם הארגון הבינלאומי את הסטנדרטים המינימליים הנדרשים להכשרת מרפאים בעיסוק, אשר הושפעו בעיקר מדרישות הארגון האמריקאי. ואת החובה המקצועית של מסגרות ההכשרה לשילוב ידע מקומי עם ידע ומחקר בינלאומיים, במטרה לעודד מחקר במקצוע ולפרסם את תוצאות המחקרים בין מרפאות בעיסוק שהיו חברות בארגון הבינלאומי.⁶

א. התפתחות המקצוע בארצות הברית 1951-1979

בארצות הברית בשנים אלה, הוסיף תחום הריפוי בעיסוק להתבסס ולהתפתח. הארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק, (American Occupational Therapy Association) AOTA, שתואר בהרחבה בפרקים הקודמים, המשיך לקבוע את הסטנדרטים המקצועיים, תכניות ההכשרה והקוד האתי של המקצוע והוכר כגוף המיצג של המקצוע כלפי הרשויות הממלכתיות בארצות הברית.⁷ בכירות הארגון האמריקאי (AOTA) ובראשן הנשיאה ווילמה ווסט,⁸ שאפו לחזק את גוף הידע המקצועי במחקר אמפירי מבוסס ראיות במקצוע. לשם כך הן החליטו לייסד את הקרן לריפוי בעיסוק (American Occupational Therapy Foundation) AOTF בשנת 1965, לצורך גיוס כספים

³ קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). עמ' 267.

⁴ Crowe, T.K. (2009). pp. 222-229

⁵ אתר האינטרנט של ארגון WFOT, נדלה בתאריך 21/11/13 <http://www.wfot.org/AboutUs/History.aspx>; הלן הופקינס כתבה בשנת 1983, P. 14 :Hopkins, H.L. (1983). "There was a need for exchange of information in regard to new methods of treatment".

⁶ Crowe, T.K. (2009).

⁷ Brayman, S. (2009). pp. 230-239

⁸ ווילמה ווסט, מנהלת המחלקה לריפוי בעיסוק בביה"ח וולטר ריד בושינגטון ונשיאת AOTA בשנים 1961—1964, Christiansen, C.H. & Haertl, K. ; Gordon, D.M. (2009). ; Gillette, N.P. (1998) . ; Hollis, I.L. (1979). (2014).

למחקר מקצועי ולמלגות. הן השקיעו משאבים ביצירת רישוי מקצועי אחיד במדינות שונות בארצות הברית על מנת ליצור אחידות מקצועית. ובקידום ההסברה של המקצוע בציבור, על מנת לקדם הן את התחום ואת הביקוש למקצוע והן את מעמד המרפאות בעיסוק.⁹ בשנת 1959 נוצר קשר רשמי בין הארגון העולמי לריפוי בעיסוק (WFOT) לארגון הבריאות העולמי (WHO World Health Organization), שנוסד בשנת 1948 כזרוע של האו"ם במטרה לספק למדינות העולם מידע והדרכה ולקבוע תקנים בינלאומיים בנושאי בריאות.¹⁰ מטרת הקשר הייתה פיתוח שירותי ריפוי בעיסוק בארצות מתפתחות ושליחת יועצים מומחים מטעם הארגון הבינלאומי לריפוי בעיסוק למשימות אלה. בשנות השישים, נשלחו מרפאות בעיסוק מארצות הברית לפתוח מחלקות ומכונים בארצות שונות בעולם.¹¹ ואולם, למרות הקשר עם ארגוני בריאות, בראשית שנות השישים עדין לא היה לובי פעיל ליחסי הציבור של מקצוע הריפוי בעיסוק בווינינגטון. עובדה שהאטה את התפתחות המקצוע עקב חוסר בתקציבים ופער בין הצורך במקצוע להיכרות של הציבור וקובעי המדיניות עם המקצוע.¹²

התרחבות תחומי הטיפול

הטיפול בפצועי מלחמת העולם השנייה יצר צורך באנשי מקצוע מכל מקצועות הבריאות וביניהם מרפאות בעיסוק. עם סיום המלחמה גדל מספר המרפאות בעיסוק פי שניים. מסיום המלחמה ועד שנות השישים השיקום היה לתחום הטיפול העיקרי בנפגעים שנזקקו לריפוי בעיסוק בארצות הברית, כשעיקר העבודה המקצועית התרכזה בשיקום פיזיקלי ובשיקום חולים פסיכיאטריים.¹³ התחזקות מעמד הרפואה השיקומית וההתבססות המקצועית על המודל הרפואי חזקו את הקשר בין הארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק להסתדרות הרפואית (AMA). עם ההתפתחות ברפואה השיקומית, פותחו טכניקות, שיטות עבודה והתמחויות בתחום הטיפול בפגיעות פיזיקליות. החלה ההתמחות בטיפול בפגיעות נירולוגיות פריפיריות, קטיעות, חולי שחפת, ושיקום מקצועי. כמו כן, פותחו אמצעי עזר בתחום ADL (Activities of Daily Living) מתוך כוונה להחזיר את הפצועים לתפקוד בחברה. ההתמחות המקצועית ופיתוח אמצעים טכנולוגיים בטיפול העבירו את מוקד הטיפול מעבודות יד יצירתיות לטכניקות שיקומיות מבוססות על שיטות מדעיות.¹⁴

במחצית שנות החמישים החלה בארצות הברית מגמת "היציאה אל הקהילה" שהתאפיינה בצמצום פרקי האשפוז והעברת הטיפול בחולי נפש ובחולים הזקוקים לטיפול שיקומי ממושך מבתי החולים והמוסדות אל הקהילה. בהמשך הוקמו במימון פדרלי שירותים קהילתיים גם לבעלי פיגור שכלי. שינוי זה הצריך פיתוח שירותים פרא רפואיים במסגרות קהילתיות, שלא תמיד היו קשורות לתחום הרפואי. באום ובייקר-שוורץ סברו כי עקב מיעוט תקציבים וצמידות למודל הרפואי, שירותי הריפוי בעיסוק לא הצליחו באותה העת לענות על צרכי האוכלוסייה ולהתערות

⁹ Barker- Schwartz, K.(2003)B. ; Gordon, D.M. (2009).

¹⁰ אתר האינטרנט של ארגון הבריאות העולמי, נדלה בתאריך 20/11/13 <http://www.who.int/about/en/>.

¹¹ Hopkins, H.L. (1983).p. 14

¹² Baum, M. C. (1983). pp. 451-455 ; Barker- Schwartz, K.(2003)B.

¹³ Barker- Schwartz, K.(2003)B. pp.8-13; Christiansen, C.H. & Haertl, K. (2014);.Fiorentino ,M.R.(1975). pp. 15-21

¹⁴ Barker- Schwartz, K.(2003)B

באופן מספיק יעיל בשירותים הקהילתיים. הן טענו כי ניתן היה למנף את תהליך "היציאה אל הקהילה" ליצירת מספר רב יותר של מסגרות ותחומי טיפול חדשים.¹⁵

שינויים חברתיים בשנות השישים שהובילו להשגת זכויות אזרח השפיעו על פיתוח שירותים לאוכלוסייה והגבירו את הצורך במקצוע. בשנת 1964 יזם הנשיא ג'ונסון חוקים להגנת זכויות האזרח Civil Rights Act בתחומי התעסוקה והחינוך. אשר הטיבו את נגישות כלל האוכלוסייה לשירותי בריאות: נפתחו שירותים שהרחיבו והעצימו את תהליך "היציאה אל הקהילה". השירותים אפשרו נגישות לשירותי בריאות למיליוני אנשים מעל גיל 65 ולבעלי מוגבלויות. במקביל, הורחב השימוש באנטיביוטיקה ופותחו תרופות פסיכיאטריות, אשר הורידו את הצורך באשפוזים ארוכים והגבירו את הצורך בהקמת מסגרות טיפוליות לחולים כרוניים במסגרת הקהילה. ואולם, השירותים שפותחו לא הצליחו לענות על כל הצרכים. העבודה הטיפולית ברבים מהמוסדות הקהילתיים נעשתה על פי מודלים רפואיים, כדי לקבל מימון משירותי הבריאות.¹⁶ חוק Rehabilitation Act סעיף 504 משנת 1973 אסר על הפליית אנשים עם מוגבלויות בתכניות אשר מומנו על ידי הממשל הפדרלי.¹⁷ חוק זה היה ראשית לעידוד זכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות ומינף שינויים באיכות וכמות השירותים שנתנו וביחס הסביבה לאנשים עם מוגבלויות. מסגרות מערכת הבריאות בארצות הברית צוידו באמצעים טכנולוגיים מודרניים. ההתפתחויות בתחום הטכנולוגיה והרפואה האיזו את ההתמחויות השונות במקצוע. פותחו אמצעי ותחומי טיפול חדשים וטכניקות טיפוליות כגון: סדי לחץ, שימוש בוולקרו, אביזרי עזר לתפקוד יום-יומי ולניידות ומכשירים לתקשורת חלופית. מקצוע הריפוי בעיסוק התקדם והתמקד במציאת והתאמת הסביבה והטכנולוגיות לאדם, כולל התאמות נגישות בתחום הדיור ומבני הקהילה כדי לאפשר לו לתפקד בחיי היום יום.¹⁸

התחום הפסיכיאטרי הושפע מגישות פסיכודינמיות, הושם דגש על ההסתגלות החברתית של המטופלים וחזרה לתפקוד בקהילה.¹⁹ להשגת המטרה נעשה שימוש בקבוצות טיפוליות מכוונות מטרה שדרשו אינטראקציות חברתיות בין המשתתפים. בשנת 1954 פרסמו גייל פידלר מרפאה בעיסוק ובעלה הפסיכיאטר, ד"ר ג'יי פידלר, את הספר הראשון בריפוי בעיסוק בתחום בריאות הנפש.²⁰ הספר נתן תנופה לשימוש בכלים פסיכודינמיים בטיפול בריפוי בעיסוק, הטיפול הקבוצתי בריפוי בעיסוק הוצג כמעבדה בה יכול הפציינט לחוות פיתוח מיומנויות ואינטראקציות תוך הכנת מוצר פרודוקטיבי. פותחו הנחיות מדויקות לתצפיות 'ניתוח פעילות',²¹ במטרה להתאים את הפעילות לקבוצה ולמטופל יחיד. הזוג פידלר פרסם ספר שני בשנת 1963, בספר הודגש ערך המקצוע כמאפשר תקשורת ואפשרות לביטוי לא מילולי בתהליך הכנת מטלה בטיפול קבוצתי או

¹⁵ Barker- Schwartz, K.(2003)B ; Baum, M. C. (2006).

¹⁶ Christiansen, C.H. & Haertl, K. (2014).

¹⁷ אדמון, צ' (2007). עמ' 180.

¹⁸ Baum, M. C. (2006).

¹⁹ Hopkins, H.L. (1983). "therapeutic use of self...".

²⁰ הספר – Introduction to psychiatric occupational therapy – ספק כלים מקצועיים לעבודת מרפאות בעיסוק בבתי חולים פסיכיאטריים. Hopkins, H.L. (1983).

²¹ ניתוח כל המרכיבים המוטוריים, תחושתיים, קוגניטיביים, תפיסתיים הדורשים ביצוע פעילות תוך התחשבות בסביבה ובאמצעים.

פרטני. מלבד השימוש בשיטות פסיכודינמיות, החידושים במחקר הנירו- התנהגותי,²² הביאו מרפאות בעיסוק לשים דגש על המאפיינים התפיסתיים של חולים פסיכיאטריים ולתת ללקויות מענה בטיפול.²³

עם התפתחות המחקר הנירו-התנהגותי, התגבש מקצוע הריפוי בעיסוק סביב תאוריות ייחודיות שהובילו לגישות טיפול חדשות ולשינויים בתכניות הלימודים ובקורסים. בראשן הייתה התיאוריה של ד"ר גיין איירס, מרפאה בעיסוק ופסיכולוגית חינוכית מאוניברסיטת דרום קליפורניה, שהשפיעה רבות על הטיפול בילד וזרזה את מעבר הטיפול מבית החולים לקהילה ויצרה שינוי בלקוחות המטופלים, עם פתיחת קליניקות אמבולטוריות לטיפול בילדים מחוץ למסגרות בתי החולים.²⁴ גישתה מבוססת על גופי ידע בפסיכולוגיה ובנירולוגיה ועוסקת באינטגרציה סנסורית קרי, ארגון הקלט הסנסורי במוח. אינטגרציה סנסורית הוא תהליך ניורולוגי המארגן את המידע המגיע דרך החושים מהגוף ומהסביבה אל המוח. עיבוד חושי תקין משפיע על ההתפתחות הלימודית, ההתנהגותית והנפשית ומסייע בפיתוח כישורים מוטוריים, תקשורת חברתית וריכוז וקשב ללמידה. חדשנותה של איירס הייתה השימוש במדעי הנירולוגיה וההתנהגות כדי לתאר את הקשר בין תפקוד ניורולוגי להתנהגות סנסומוטורית ולמידה. איירס החלה לפרסם את גישתה בשנת 1963 ופיתחה כלי אבחון ושיטת טיפול.²⁵ עד לפרסום התיאוריה, התחום הפדיאטרי היה בחיתוליו והעבודה התמקדה בטיפול בילדים עם לקויות מורכבות.²⁶ בגישת איירס טופלו גם ילדים עם לקויות מינימליות שתפקדו במסגרות חינוך רגילות. תיאוריה זו גרמה למהפך בטיפול, שכן, מטיפול בחולים כרוניים וילדים עם לקויות התפתחותיות חמורות, שלא יכלו להשתלב בחברה הרגילה, עבר הטיפול לטיפול במרכיבי תפקוד המשפיעים על איכות חייהם של ילדים המתפקדים במסגרות הרגילות.²⁷ מרפאות בעיסוק הצטרפו גם לקורסים לטיפול בגישת בובאט (NDT) לטיפול נירו-התפתחותי בילדים ובמבוגרים.²⁸ גישת בובאט פותחה בשנות הארבעים של המאה העשרים על ידי ד"ר קרל בובאט, פסיכיאטר ונירולוג ואשתו הפיזיותרפיסטית ברטה בובאט, יהודים שחיו באנגליה.²⁹ הגישה מבוססת על עקרונות

²² פיתוח מחקרים אמפיריים בנושא הקשר בין לקויות ניורולוגיות להתנהגות האנושית.

²³ הספר - Hopkins, H.L. (1983). Occupational therapy – a communication process in psychiatry

²⁴ גיין איירס חקרה את יכולת הסתגלות הילד לאור האינטגרציה של החויות החושיות. איירס הושפעה מגישותיהם של מרגרט רוד וקרל וברטה בובאט. והיא נסמכה על היכולת לפלסטיות של המערכת הנירולוגית. פרסמה את ספריה בשנים 1972, 1979. המשיכה לחקור ולפרסם עד מותה בשנת 1988. ראו Gordon, D.M. (2009). P. 210

²⁵ איירס ביססה את התיאוריה על רצף התפתחותי תקין מתוך הנחה שלמידה תלויה ביכולת להשתמש באינפורמציה סנסורית באופן יעיל ומסתגל. ליקוי בעיבוד הסנסורי יגרום לליקוי בתכנון ואף לליקוי בהתנהגות. איירס פיתחה דרכי התערבות כדי לשפר את יכולת המוח לבצע אינטגרציה סנסורית ובכך להביא לשיפור הלמידה המוטורית והתפיסית. Ayres, J. (1972).

²⁶ עד לפרסום גישתה של איירס עיקר העבודה הטיפולית הייתה עם ילדים שסבלו מנכויות קשות, שיתוק מוחין, פוליומיאליטיס, ילדים עם בעיות התנהגות קשות וילדים שאושפזו במחלקות פסיכיאטריות. Barker- Schwartz, K.(2003)B,

²⁷ Gordon, D.M. (2009).pp.209-212

²⁸ Barker- Schwartz, K.(2003)B.pp. 5-13; Egan, M. (2001). pp. 143-148 ; Gordon, D.M. (2009). pp. 202-215;

²⁹ הגישה התבססה על ניסיונם הקליני של בני הזוג בובאט בטיפול בנפגעי שיתוק מוחין ובמבוגרים לאחר ארוע מוחי. רק במאה העשרים ואחת נכתבו מחקרים מבוססי הוכחות על הגישה. להרחבה ראו <http://www.bobath.org.uk/for-commissioners/bobath-therapy> נדלה מהאינטרנט בתאריך 13/12/15.

הנירופיזיולוגיה והנירופלסטיות של מערכת העצבים המרכזית, ופיתוח לטיפול בפגיעות מערכת העצבים המרכזית (ארוע מוחי, פגיעת ראש טראומטית, גידולים, טרשת נפוצה, שיתוק מוחין ואיחור התפתחותי). ההנחה המרכזית בגישה היא שלכל אדם עם לקות ניורולוגית יש פוטנציאל שיקומי וזכות לאיכות חיים מרבית. הנחת היסוד היא שבאיברים הפגועים יש יכולת וצריך למצוא אותה על יד עידוד תנועה נורמאלית ומניעת תנועות מפצות בחלקי גוף שונים. הגישה מקובלת כגישה טיפולית כוללת רב תחומית של אנשי מקצועות הבריאות. מטרת הטיפול על פי הגישה כוללת את פיתוח יכולות התפקוד העצמאי, מזעור ליקויים גופניים והפחתת כאבים.

השינויים במערכת הבריאות האמריקאית בשנות השבעים ופעילות התנועה לשוויון זכויות בתחומי החינוך והבריאות, הרחיבו את אוכלוסיית המטופלים ואת השירות המקצועי בקהילה, במוסדות חינוך ובמרכזי יום. שירותי הריפוי בעיסוק הוכנסו למערכת החינוך על פי החוק לחינוך מיוחד (PL- 94-142, IDEA) שחוקק בשנת 1975.³⁰ חינוך מיוחד הוגדר כהוראה המעוצבת בצורה מיוחדת כדי לענות לצרכים המיוחדים של ילדים עם מוגבלויות תוך הבחנה בין הסוגים השונים של הליקויים והטיפולים הפרא רפואיים הנדרשים. בעקבות החוק היה התחום הפדיאטרי להתמחות פופולארית במקצוע וספק תעסוקה ל-30% אחוזים מהמרפאות בעיסוק.³¹ העבודה במערכת החינוך ובקהילה הגבירו את הדרישה לטיפול ממוקד על בסיס ידע מבוסס מחקרית. במקביל, התפתחו תכניות מניעה להתערבות מוקדמת.³²

פעילות הארגון האמריקאי התרחבה, משאבי הארגון הושקעו ביחסי ציבור ויצירת קשרי עבודה עם קובעי מדיניות מקומיים וממשלתיים בתחומי החינוך השיקום והבריאות, וכן בעידוד מחקר והענקת מלגות על מנת לפתח ולבסס גופי ידע מעוגנים במחקר אמפירי, ייחודיים לריפוי בעיסוק.³³ העלייה במספר המחקרים המקצועיים באה לידי ביטוי בפרסומי הג'ורנל האמריקאי למרפאות בעיסוק (AJOT). משנת 1970 הופיעו מאמרים שנכתבו על ידי קלינאים מהשטח המקצוע התרחב גם לקליניקות פרטיות, מוסדות סיעודיים, הוספיסים ומרכזים קהילתיים.³⁴

ההכשרה במקצוע

בשנות החמישים והשישים המשיך המקצוע לגדול עם מספר רב של תלמידים ומוסדות הכשרה. בשנת 1960 היו בארצות הברית 24 מוסדות הכשרה למרפאות בעיסוק מוסמכות, כולם באוניברסיטאות שהעניקו לבוגרות תואר ראשון. בשנת 1964 נפתחה התכנית הראשונה להסבת

³⁰ חוק החינוך המיוחד (IDEA=Individuals with Disabilities Educational Act) הושג כתוצאה ממאבק של ארגונים לזכויות אנשים עם מוגבלויות והתבסס על חוק Rehabilitation Act סעיף 504 משנת 1973 האוסר על הפליית אנשים עם מוגבלויות בתכניות אשר ממומנות מהממשל הפדרלי אמריקאי. ההנחה הייתה כי התלמידים המאובחנים ומוגדרים כ"תלמידי חינוך מיוחד", זקוקים להתאמה בדרכי ההוראה ולטיפולים פרא רפואיים בלעדיהם לא יוכלו התלמידים ללמוד וליהנות משוויון הזדמנויות בהתפתחותם. בעקבות חוק החינוך המיוחד נכללו תלמידים עם לקויות למידה כזכאים לקבל חינוך מותאם. ראו מרגלית, מי (1997). עמ' 171; קוזמינסקי, לי (תשס"ה). עמ' 91-94.

³¹ Baum, M. C. (2006).; Barker- Schwartz, K.(2003)B; Christiansen, C.H. & Haertl, K. (2014).

³² Baum, M. C. (2006).

³³ וינטראוב, נ' (2009); זק"ש, ד' (2001); ; (1992) Maggie-Reitz, S. ; Gordon, D.M. (2009).; ; (2009) Barker- Schwartz, K.(2003)B ; S.

³⁴ שם, שם.

בוגרי תואר ראשון ללימודי תואר שני בריפוי בעיסוק באוניברסיטת דרום קליפורניה,³⁵ במהלך שנות השישים נפתחו עוד שלוש תכניות לתואר שני באוניברסיטאות ברחבי ארצות הברית, הלימודים לתואר שני במקצוע הגבירו את מספר המחקרים האמפיריים, עובדה שמשקפת בבחינת המאמרים המקצועיים בעיתון האמריקאי (AJOT).³⁶ ברם, על אף הקמת הקרן לריפוי בעיסוק וחיזוק הקשר עם עולם הרפואה, עדין לא היו מספיק תקציבים ומלגות למימון מחקר ולא פותחו כלים מתודולוגיים לביצוע מחקר במקצוע. עובדה זו השפיעה על המחקר במקצוע, וגם על דימויו.³⁷ השינוי המקצועי שחל בשטח השפיע גם על מסגרות ההכשרה, תכניות הלימודים שונן, צומצמו הסדנאות במלאכות יד ויצירה לריפוי בעיסוק והורחבו הקורסים בקניזיולוגיה,³⁸ ניירולוגיה, פיתוח אביזרים לתפקוד יום-יומי והתאמת ציוד שיקומי.³⁹

בשנת 1956 נפתח הקורס הראשון לאסיסטנטים בריפוי בעיסוק, על מנת לענות על צרכי האוכלוסייה ולהכשיר כח אדם לטיפול בעיקר בתחום בריאות הנפש. הקורסים לאסיסטנטים נפתחו מכיון שבשטח מולאו תקנים של מרפאות בעיסוק בכח אדם לא מוסמך, ללא הכשרה מקצועית. האסיסטנטים הוכשרו בקורסים שארכו שנה ויועדו לעבוד בעיקר בטיפול במסגרות הקהילה, בהשגחת מרפאות בעיסוק מוסמכות. מעמד זה של "אסיסטנטים בריפוי בעיסוק" לא התקבל בכל המדינות שהיו חברות בארגון הבינלאומי, בחלק מהמדינות פותחו תקנים לעבודה מקבילה לאסיסטנטיות.⁴⁰

בשנות השבעים חל גידול מרשים במספר מוסדות ההכשרה ומספר המרפאות בעיסוק גדל פי חמש.⁴¹ במוסדות להכשרת המקצוע באוניברסיטאות נערכו שינויים בתכניות הלימודים. המשיכה המגמה להוריד את מספר ואת חשיבות הקורסים שעסקו בלימודי האומנויות ועבודות היד ולהתמקד בתת תחומים ולהתמקצע בעזרים טכנולוגיים. כדי לחזק את ההיבט המדעי-רפואי של המקצוע, חוזק הקשר עם AMA. השאיפה לעגן את מעמדו האקדמי של המקצוע הביאה לפתיחת תכנית ללימודי תואר שלישי בריפוי בעיסוק באוניברסיטת ניו יורק בשנת 1974.⁴² ואולם, הצמידות למודל הרפואי, גם במוסדות ההכשרה העלתה שאלות בקרב בכירות במקצוע שטענו כי טיפול על פי המודל הרפואי גורם לאיבוד הראייה ההוליסטית בה העיסוק היה במרכז.

³⁵ Christiansen, C.H. & Haertl, K. (2014). ; Hopkins, H.L. (1983).

³⁶ התכניות הראשונות היו באוניברסיטת דרום קליפורניה ובאוניברסיטת ניו יורק. Hopkins, H.L. (1983)

³⁷ Barker- Schwartz, K.(2003)B.

³⁸ קניזיולוגיה- מדע התנועה, איזון תנועת השרירים בגוף האנושי. (תרגום שלי) ע"ע kinesiology , <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68018953>

³⁹ Barker- Schwartz, K.(2003)B

⁴⁰ Christiansen, C.H. & Haertl, K. (2014); Gordon, D.M. (2009).

⁴¹ ; Baum, M. C. (1983). ; Brayman, S. (2009). Barker- ; Gordon, D.M. (2009). ; Maggie-Reitz, S.(1992).
Schwartz, K.(2003)B.

⁴² Hopkins, H.L. (1988). באביב 1984 ניתן הדוקטוראט הראשון בריפוי בעיסוק.

תגובת בכירות המקצוע בארצות הברית להתפתחות המקצועית

הקשר שהלך והתהדק עם עולם הרפואה סייע מחד גיסא לחיזוק התחום ולמיצוב מעמדו. מאידך גיסא, קשר זה הציב את המקצוע בפני קונפליקט עם חלק מערכיו הבסיסיים: ⁴³ במשך השנים עלו ניגודים בין הפרדיגמה המדעית רפואית לפרדיגמה ההוליסטית המבוססת על ראייה כוללת של הפרט ותופסת את העיסוק כמקדם בריאות ואיכות חיים. ההתמקדות בחוסר היכולת של הפצינטים שהינה פועל יוצא של המודל הרפואי, הביאה למיקוד באיבר הפגוע ולטיפול ממוקד להשגת תפקוד באיבר ספציפי. מיקוד זה גרם לזניחת הראייה הכוללת, הבוחנת כיצד משפיעה הפגיעה על התפקוד העיסוקי של הפרט בכל מערכות חייו וסביבתו. מתוך תפיסה שיש קשר בין האדם, העיסוקים שהוא נדרש לבצע במהלך חייו וסביבתו. ⁴⁴ מרי ריילי, מרפאה בעיסוק מקליפורניה, הייתה הראשונה שהגיבה לחיזוק הקשר עם עולם הרפואה ויצרה שיח בנושא הקשר בין ההתקדמויות במקצוע לטיפול הוליסטי ממוקד בעיסוק. ⁴⁵ ריילי האמינה כי עם ההתפתחות המקצועית וההתמחויות מאבד המקצוע את הקשר הישיר לעיסוק ואת הראייה ההוליסטית של האדם. היא קראה לשלב בתחום הריפוי בעיסוק תחומי דעת אינטר-דסיפלינריים הכוללים את ממצאי המחקר המעודכנים בסוציולוגיה, פסיכולוגיה פילוסופיה כלכלה וביולוגיה. על ידי כך יגדל בסיס הידע המקצועי- מחקרי ותינתן התייחסות לכל התחומים המשפיעים על תפקודו של כל אדם. ⁴⁶ נוסף על כך, ריילי סברה שבאמצעות השימוש בידיים אדם יכול להשפיע על מצב בריאותו הגופנית והנפשית לפיכך, ראתה חשיבות בשמירה על רצף עיסוקים: משחק בגיל הצעיר, למידה בהמשך ועבודה ופנאי בגיל הבוגר, להשגת התנהגות מסתגלת. ⁴⁷ ולימה ווסט, הדגישה את הצורך בהתאמה בין המקצוע לצרכים המשתנים בחברה ובסביבה. צרכי שנות השישים במעבר ממודל רפואי וטיפול במקרים אקוטיים למודל קהילתי מניעתי ושמירה על בריאות. היא סברה כי המקצוע צריך לשמש כ"סוכן בריאות" ולעסוק גם בתחום המניעה. גם אליזבט ירקסה קראה להתמקד בלב ליבו של המקצוע דהיינו העיסוק הכולל ופחות במרכיבי תנועה ובפעילויות טיפוליות לתרגול התוצאה התפקודית הרצויה. ⁴⁸

בכתבי עת מקצועיים החלו להופיע מאמרים שחזקו את דעתן של ריילי פידלר ווסט. ואולם, עיון בספר המקצועי המרכזי (textbook), ⁴⁹ מעיד על השפעות הפרספקטיבה ההיסטורית על ההתייחסות להתפתחות המקצוע. במהדורה הרביעית שנכתבה בשנת 1972 עדין אין פרק המתאר

⁴³ עם תום המלחמה וייסוד האגודה לרפואה פסיקלית נעשו ניסיונות לאחד את הריפוי בעיסוק עם הפיזיותרפיה כמקצוע שיקומי פסיקלי בחסות הרפואה הפסיקלית. ראשי הארגון התנגדו בתמיכת ה-AMA והצליחו לשמור על אוטונומיה מקצועית. Baum (2006). pp. 45-48; Coleman, (1992).

⁴⁴ לדוגמה: שני אנשים עם פגיעה מוטורית זהה לא תמיד יתפקדו באותה הרמה והאופן. התפקוד אינו מושפע רק ממאפיינים פיזיקליים אלא מהמוטיבציה וההתנהגות של האדם, מסביבתו החברתית והתרבותית ומהסביבה בה הוא חי.

⁴⁵ מרי ריילי, צברה ניסיון מקצועי כמרפאה בעיסוק בתחום בריאות הנפש בצבא ארצות הברית ואח"כ למדה וחקרה באוניברסיטת דרום קליפורניה, פרסמה החל משנת 1962 את דעותיה בעיתון המקצועי האמריקאי. Christiansen, C.H. & Haertl, K. (2014). ; Gordon, D.M. (2009)

⁴⁶ מרכיבים מוטוריים, תחושתיים, התנהגותיים- נפשיים, תפיסתיים וסביבתיים תלויי חברה תרבות ונגישות.

⁴⁷ Christiansen, C.H. & Haertl, K. (2014). ; Gordon, D.M. (2009)

⁴⁸ אליזבט ירקסה פתחה בשנת 1989 באוניברסיטת דרום קליפורניה את התכנית הראשונה למדע העיסוק. Gordon, D.M. (2009).

⁴⁹ Willard and Spackman's Occupational Therapy, מהדורה ראשונה פורסמה בשנת 1947, המהדורה ה-12 פורסמה בשנת 2014.

את ההיסטוריה של המקצוע אלא תת פרק הדרך בהתפתחות המקצוע. עיון בתת הפרק מלמד על השוני בין המהדורה הרביעית למהדורות שנכתבו משנת 2000 ואילך. המקצוע הוצג כתחום טיפולי המתאים לסיום השלב האקוטי של המחלה. המונח המתואר הוא מחלה והמקצוע הוגדר medically directed במטרה לקדם את השיקום והשחזור של הפונקציות שאבדו.⁵⁰ במהדורה השישית שפורסמה בשנת 1983 הופיע פרק בשם: הריפוי בעיסוק בפרספקטיבה היסטורית. העלייה בידע הרפואי ומספרם הרב של הפציינטים שהיה צריך לטפל בהם, הציבו דרישות מקצועיות בפני המרפאים בעיסוק והצריכו לפתח פרוצדורות טיפוליות חדשות. המרפאות בעיסוק נדרשו להשתמש בשיטות מדויקות ומדידות בטיפול, אשר הרחיקו את הטיפול מהראייה ההוליסטית. הטכניקות החדשות שפותחו על ידי מטפלים ומהנדסים ביו רפואיים מקדו את מטרות הטיפול בהשגת תפקוד עצמאי בבית ובקהילה.⁵¹ אם כן, הספרות המתארת את התפתחות המקצוע עברה שינוי. משנת 2000 מתוארות שנות החמישים והשישים כשנים בהן התפתח המקצוע באופן ניכר, תוך התמקצעות והרחבת תחומי הטיפול. ואולם, קימת בקורת על הקשר ההדוק עם עולם הרפואה שהחריף את הקונפליקט של המקצוע עם חלק מערכיו הבסיסיים.⁵² מרפאות בעיסוק קנדיות אשר סקרו את הספרות המקצועית בשפות האנגלית והצרפתית מצאו מיעוט של מאמרים מקצועיים בנושא העיסוק משנות החמישים עד שנות השמונים. רוב המאמרים המקצועיים שהופיעו בכתבי עת מקצועיים בצפון אמריקה עסקו בנושאים הקשורים לרפואה ולשימוש בטכנולוגיות ואמצעים חדשים.⁵³ קילהופנר ובורק פרסמו בשנת 1977 את הצורך לפתח פרדיגמות שהעיסוק במרכזן.⁵⁴ לאור זאת, פתח קילהופנר את מודל העיסוק האנושי אשר משלב שלושה גורמים מרכזיים המשפיעים על השתתפות האדם: האדם, הסביבה והעיסוק. קילהופנר ובורק הרחיבו את מודל העיסוק האנושי של ריילי והוסיפו לתיאוריה את מדדי המוטיבציה והשפעת הסביבה.⁵⁵

יש המשייכים את החזרה לעיסוק להשפעת הפוסטמודרניזם ולשינוי בסביבה החברתית והאינטלקטואלית שהעלה לתחייה את הרעיונות בדבר חשיבות העיסוק. החשיבה הפוסטמודרניסטית חזקה את השונה, האישה, המוגבל וקבוצות מיעוטים תרבותיים, והעלתה את המודעות לזכויות השוליים. בהשפעת תנועות עולמיות שהעצימו נשים, אנשים עם מוגבלויות, ילדים וקשישים הייתה לחשיבה הפוסטמודרניסטית השפעה גם על הפרוש של המושג עיסוק ועל המשמעות של עבודה בשכר. הקבוצות האלה אתגרו את התפיסה שעבודה בשכר היא הסימן לכח,

⁵⁰ השימוש במונח מחלה השתנה עם השנים כאשר המוקד עבר למונח בריאות. Spackman, C.S. (1972).

⁵¹ בפרק זה נסקרו הקשרים בין יצירה כולל משחק, עבודה ועיסוק וההשפעה המרפאת שלהם על האדם. ההתמקצעות שתוארה בפרק חזקה את הקשר עם המודל הרפואי. Hopkins, H.L. (1983).

⁵² העבודה על פי פרדיגמה מדעית- רפואית התמקדה בשיפור מרכיבי תפקוד ומיומנויות ביצוע, הדגישה את הליקוי והייתה זרה לגישה ההוליסטית של מייסדי המקצוע שהתמקדה בהבנת מושג "העיסוק" ובהשפעת העיסוק על בריאות ורווחה. יוסמן, נ' (2010); וינטראוב, נ' (2009); Law, M. et al. (1996); Fidler, ; Colman, W.(1992); Baum, M.C. (2006); G. S. (2000).

⁵³ Whitford, G. Townsend, E. & Hocking, C. (2000). pp. 61-67

⁵⁴ קילהופנר ובורק פרסמו בשנת 1977 סקירה על שישים השנים הראשונות של המקצוע והתמקדו בקשר בין המקצוע למודל הרפואי. לטענתם, למרות הנטיות ההומאניות וההוליסטיות שהביאו להקמת המקצוע, אימוץ המודל הרפואי הביא להתמקדות בפרקטיקות טיפוליות, בחלקי הגוף ובפונקציות בודדות ופחות במשמעות העיסוק עבור כל מטופל ומטופל. Gordon, D.M. (2009).

⁵⁵ הבנת עיסוק האדם הבריא וחשיבותו לאנשים עם מוגבלות, עיסוק כתוצאה וכדרך פעולה. כץ, נ' (1999). עמ' 11-15 ; Barker- Schwartz, K.(2003)B.; Egan, M.(2001). pp. 143-148; Gordon, D.M. (2009) ;

שליטה ואזרחות טובה. הצלחת הרפואה להאריך חיים העלתה שאלות בנושא מהי משמעות החיים עבור אנשים עם מחלות כרוניות או מוגבלויות.⁵⁶

ב. התפתחות המקצוע בבריטניה בשנים 1951-1979

בבריטניה, הניסיון להתגבר על ההרס שזרעה מלחמת העולם השנייה, בד בבד עם השינויים החברתיים שבאו בעקבותיה ושהתבטאו בהקמת תנועות ששאפו לשוויון זכויות בכלל ושל אנשים עם מוגבלויות בפרט, הביאו להתפתחות התחום. התקדמויות במדע הרפואה והצלחת הרפואה המודרנית להתמודד עם פצועים קשים עם פציעות מורכבות ולהשאירם בחיים, הביאו לקיצור פרקי אשפוז ולהמירם בשיקום ובריפוי בעיסוק. שינוי במבנה מערכת הבריאות בבריטניה, השפיע אף הוא על תמורות בתחום. כך למשל, השירותים הרפואיים רוכזו על ידי גורמים מקומיים ופותחו שירותים בקהילה כולל יחידות לטיפול בית, מה שהיווה מצע לפעילות ענפה בריפוי בעיסוק.

נוסף על כך, השתנו עמדות בתחום השיקום: בעוד שבשנות השלושים והארבעים מטרת הטיפול הייתה להחזיר את המטופל לעבודתו, בשנות השישים המטרה הייתה לאפשר תפקוד עצמאי בבית ובקהילה החברתית תוך התמקדות בתפקודי היום יום-ADL. במחלקות רבות בבתי חולים ובמרכזי יום נפתחו דירות לדוגמה שכללו חדרי ADL מצוידות באביזרים ביתיים לתרגול פעילויות היום יום בסביבה זהה לבית.⁵⁷

השינויים נתנו אותות גם בתחום הפסיכיאטרי בבריטניה. בבתי חולים ומרכזי יום פסיכיאטריים נפתחו קבוצות טיפוליות מגוונות בהן הושם דגש על הפן הקבוצתי תוך התמקדות בקשר אל הסביבה אליה המטופל אמור לחזור. בתחום הפיזיקלי מיקוד העבודה הטיפולית הוסב לפונקציה ותרגול על מנת לשמר ולהגיע להישגים פיזיים או להשיג עצמאות ביום יום. החל פיתוח של ציוד יומיומי שמאפשר עצמאות בסביבת המטופל קרי, אביזרי עזר. בתקופה זו הוחל בפיתוח אמצעי הערכה מקצועיים. הטפול באמצעות סדים החל בבריטניה בשנת 1960 עם פרסומיהם של מרי ג'נס ונטלי בר. לשימוש בסדים מחומרים תרמיים הייתה השפעה אדירה על התפתחות המקצוע וטיפול במגוון רחב של פציעות ומחלות בתחום הטיפול ביד. ההתמקדות באמצעים אלה העמיקה את הקשר עם המודל הרפואי.⁵⁸

המעבר מתעסוקה המבוססת על עבודות יד ועבודת כפיים לחברה תעשייתית וטכנולוגית יצר התרחקות מעבודות יד. בשנות החמישים האתוס השיקומי היה חזרה לעבודה ומשרד העבודה הבריטי תמך באמצעות מלגות, ספרי הדרכה פיתוח מכשירים ופתיחת סדנאות עבודה לבעלי מוגבלויות. במסגרות שיקומיות בהם היו סדנאות למלאכה, פעלו מדריך או מורה לאומנויות תחת פקוח של מרפאה בעיסוק מוסמכת. בדומה לארצות הברית גם בבריטניה עלו ויכוחים על אופי המקצוע בעקבות השינוי מתפיסת מייסדי המקצוע, על פיהם התבססה העבודה המקצועית על עבודות יד יצירתיות לתפיסה שדגלה בפעילויות פונקציונליות לקידום עצמאות.⁵⁹

⁵⁶ Whitford, G. Townsend, E. & Hocking, C. (2000).

⁵⁷ Wilcock, A. A. (2002). pp. 283-328

⁵⁸ שם, שם.

⁵⁹ שם, שם.

מסגרות ההכשרה בבריטניה היו בצמידות לבתי חולים או למרכזי שיקום.⁶⁰ למרות העובדה שבבריטניה נפתחו עוד ארבע מסגרות הכשרה למרפאות בעיסוק, הלימודים במקצוע היו ללא תואר אקדמאי ולא נעשו צעדים להשוות את מעמד המקצוע עם המעמד האקדמי של המקצוע בארצות הברית. הגישה במוסדות להכשרת מרפאות בעיסוק בבריטניה הייתה יותר פרקטית ופחות אקדמית והסתמכה על ההנחה שבמהלך הלימודים והעבודה בשטח ישאפו המרפאות בעיסוק להעמקה לימודית בתחום שיבחרו לעבוד בו.⁶¹

בשנות השבעים חלו שינויים מקצועיים בהשפעת שינויים חברתיים שנוצרו עם פעילות התנועות לזכויות אדם ולזכויות נשים. הארכת תוחלת החיים וגידול באוכלוסיית הקשישים החיים בקהילה יצרו צורך במציאת פתרונות מוסדיים וקהילתיים לטיפול באוכלוסייה המזדקנת. נערך ארגון מחדש של מערכת הבריאות והשירות הועבר לטיפול בקהילה באחריות הרשויות המקומיות. נפתחו שירותים קהילתיים לטיפול בקשישים ומוגבלים, מרפאות בעיסוק נכנסו גם למערכות סוציאליות מקומיות ועבדו ברשויות המקומיות במרכזי יום, במערכות דיור מוגן וביחידות לטיפול בית.⁶² בשנת 1973 נפתח בבריטניה מרכז המידע הראשון בעולם ובו תערוכת מוצרים ואביזרי עזר.⁶³ הביקוש לטיפול בתחום הילדים עלה ומרפאות בעיסוק עבדו עם ילדים עם מגוון צרכים, שיתוק מוחין, בעיות התנהגות וילדים עם בעיות סנסו-מוטוריות.⁶⁴ הומעט השימוש בעבודות יצירה ואומנות כאמצעי טיפול והטיפול עבר לשימוש באביזרי עזר ובמשחקי שולחן שהותאמו ונתנו מענה לחולים עם בעיות פיזיקליות, נירולוגיות וילדים.⁶⁵

במוסדות ובבתי חולים הועברו התחומים שהיו בעבר בחזקת הריפוי בעיסוק לידי תרפיסטים באומנות, תרפיסטים בדרמה ותרפיסטים בריקוד. הוגדרו מסגרות הטיפול, כל טיפול במקצוע כלל שלושה שלבים עיקריים: אבחון והערכה, טיפול וייעוץ.⁶⁶

בתחום החקיקה המקצועית נעשו ניסיונות להסדיר את מעמדם של שלושה מקצועות שהוגדרו מקצועות נלווים לרפואה: ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה והתעמלות שיקומית. הדיונים בנושא המעמד לא הגיעו לסיכום. נכתבו כללים מנחים לתכניות ההכשרה. למרות שבמהלך שנות השבעים נפתחו בבריטניה חמשה מוסדות הכשרה בריפוי בעיסוק, היה חוסר גדול במרפאות בעיסוק מוסמכות החל משנת 1972. בעקבות הרישוי נתנה לכל מוסד אוטונומיה בשתי שנות הלימוד הראשונות ובסיום הלימודים נערכה בחינת רישוי לכל המוסדות בבריטניה. בשנים אלה, החלה להישמע הדרישה לקבלת תואר אקדמאי בריפוי בעיסוק אך ללא מענה. הקשיים העיקריים של המקצוע היו היעדר יחסי ציבור והכרה מספקת מהציבור במקביל להתרחבות והתמקצעות וקושי להגדיר את המקצוע.⁶⁷

⁶⁰ שם, עמ' 519-530.

⁶¹ שם, עמ' 283-328.

⁶² שם, עמ' 331-381.

⁶³ על פי המודל של מרכז המידע הבריטי נפתח מרכז המידע הישראלי-מילב"ת, ראו עמ' 264.

⁶⁴ בתחום זה עבדו בבריטניה על פי שיטת גיין איירס מקליפורניה. הקורס הראשון של התיאוריה היה בשנת 1979 בלונדון.

⁶⁵ Wilcock, A. A. (2002). עמ' 331-381.

⁶⁶ שם, שם.

⁶⁷ שם, שם.

השינויים החברתיים השפיעו על התפתחות המקצוע בבריטניה ובארצות הברית באופן זהה. מטרת הטיפול בריפוי בעיסוק הייתה לאפשר תפקוד עצמאי בבית ובקהילה החברתית תוך התמקדות בתפקודי היום יום - ADL. התפתחות הטכנולוגיה והמחקר, העמיקו את ההתמקצעות והעמקה בכל תחום טיפול והחליפו את השימוש בעבודות יצירה ומלאכה לאמצעי טיפול אחרים, אך יצרו ריחוק מהתפיסה ההוליסטית של מייסדי המקצוע.

2. ההקשר התקופתי: מדינת ישראל בשנים 1951-1979

בשלושת העשורים הנדונים בשערים השני והשלישי התפתחה מדינת ישראל ושינתה את פניה ללא היכר. לא ניתן בסקירה כללית זו להקיף הכל, אעמוד רק על ההיבטים הכלכליים, החברתיים והתרבותיים שהשפיעו על התפיסות החברתיות, הכלכליות והשיקומיות במדינה ושהקשרם חשוב לנושא המחקר ולהתפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק.

א. קליטת עלייה וכינון חברה ישראלית, היבטים חברתיים וכלכליים 1951-1979

החברה הישראלית נבנתה על הגירה והיא מהותית להבנת מאפייניה.⁶⁸ במקביל לאירועים הביטחוניים ולתחושת חוסר הביטחון וחוסר הודאות בנוגע לעמידותה ושרידותה של המדינה (עד לשנת 1956), התמודדה המדינה הצעירה עם זרם עלייה גדול ממדים ששיאו היה בין השנים 1948-1951.⁶⁹ גלי העלייה הגדולה הכפילו את אוכלוסיית התושבים היהודיים במדינת ישראל בתוך שלוש שנים. תמורה דמוגרפית זו הייתה כרוכה בבעיות כלכליות וחברתיות, והצריכה מציאת פתרונות מידיים בתחומים רבים: שיכון רבבות העולים, חינוכם, תעסוקתם, הכשרתם המקצועית ובריאותם.⁷⁰ ההשלכות של העלייה ניכרו מיידית במישור הכלכלי, המחצית הראשונה של שנות החמישים התאפיינה בעליית מחירים ובצנע; קיצוב קפדני במזון ומצרכים חיוניים והטלת עונשים חמורים על ספסרות ומסחר בשוק השחור.⁷¹ המשק הישראלי שהיה במשבר עקב מלחמת העצמאות, נקלע למשבר כלכלי חמור שהוביל למיתון ולאבטלה, אשר החמירו את קשיי התעסוקה של מאות אלפי העולים.⁷² נוצרה הירארכיה תעסוקתית חדשה והפער הכלכלי בין אוכלוסיית העולים לאוכלוסיית הוותיקים גדל.⁷³ בעיית הדיור הייתה קשה במיוחד.⁷⁴ העולים שהגיעו בגלי העלייה הראשונים שוכנו בערים הנטושות שנכבשו במלחמת העצמאות.⁷⁵ בהמשך שוכנו העולים במחנות עולים ואחר כך במעברות שהיו מוקדי תחלואה בשל תנאים סניטאריים ירודים ואספקה בלתי מספקת של מזון. עם זאת שהיית העולים במסגרות מוגנות הבטיחה גישה לשירותי רווחה ובמיוחד לשירותי בריאות. הללו היו נחוצים במיוחד שכן מצב בריאותם של העולים הקשה על קליטתם בארץ, העולים סבלו מתשישות פיזית ונפשית וממחלות שכמעט ונעלמו לחלוטין.⁷⁶ קשיי המוסדות הקולטים, מצבם הקשה של העולים במעברות ובמחנות

⁶⁸ מורג-טלמון, פ' ועצמון, י' (תשע"ג). עמ' 10

⁶⁹ בשנים 1948-1951 עלו לארץ 40.2% מכלל 1,707,703 העולים שעלו לארץ מהכרזת המדינה במאי 1948 עד שנת 1981. אייזנשטדט, ש' נ' (תשמ"ט). החברה הישראלית בתמורותיה, עמ' 304-342; צמרת, צ' (תשנ"ג). ימי כור היתוך, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, עמ' 19-22, צמרת מחלק את התקופה ממאי 1948 לאמצע 1950 לשלוש תקופות משנה ואת תת התקופה מראשית 1949 עד מאי 1950 כשיא גל העלייה עם קשיי הקליטה הקשים ביותר.

⁷⁰ הכהן, ד' (תשנ"ד). עמ' 54; צמרת, צ', יבלונקה, ח' (תשנ"ח). עמ' 7-10; ליסק, מ' (תשנ"ח). עמ' 13-55; פיקאר, א' (תשע"ג). עמ' 43-48; רוזין, א' (2008). עמ' 9-15; רוזין, א' (תשס"ב) עמ' 195-238.

⁷¹ נאור, מ' (תשמ"ז).; שפירא, א' (תשע"ד). עמ' 194.

⁷² אלכסנדר, א' (1992). עמ' 79-93; ליסק, מ' (תשס"ט). עמ' 157-188.

⁷³ ברנשטיין, ד' (1989). עמ' 24-31; ליסק, מ' (תשנ"ח).

⁷⁴ ברנשטיין, ד' (1980).; ברנשטיין, ד' (1989).

⁷⁵ ברנשטיין, ד' (1989).; ליסק, מ' (תשנ"ח).

⁷⁶ ברנשטיין, ד' (1980).; ברנשטיין, ד' (1989).; הכהן, ד' (תשנ"ד).; ליסק, מ' (תשס"ט).; רוזין, א' (2008).; רוזין, א' (תשס"ב).

והשיעור הגבוה של עולים חולים ונכים הביא ליצירת הגבלות על העלייה.⁷⁷ קליטת העלייה אופיינה בהתייחסות פטרונית וקולוניאליסטית של הקולטים כלפי הנקלטים.⁷⁸ תהליך קליטת העלייה, הרכבה האנושי ודפוסי היחסים בין קולטים לנקלטים, עיצבו במידה רבה את המבנה החברתי של מדינת ישראל. העלייה הייתה נקודת מפנה בהתפתחות החברה הישראלית, תקופה בה היו למדינה הישגים מרשימים מבחינת מספר העולים שנקלטו בה אך בד בבד הייתה מצע לצמיחת פערים ומתחים חברתיים-תרבותיים.⁷⁹

בין העולים היו ניצולי שואה שהגיעו מאירופה ועולים מארצות האיסלאם. אלו גם אלו תווגו על ידי הקולטים תיוג שלילי. על עולי שארית הפליטה נאמר שהם חשדניים ואינדיבידואליסטים ועל עולי ארצות האיסלאם נאמר שהם פרימיטיביים, נחשלים, לבנטיניים ובעלי תרבות נמוכה. תיוגים אלה ביטאו את החשש והחרדה של החברה היישובית הותיקה מהשפעתם של עולי שנות החמישים ומרצון לשמר את הקיים.⁸⁰ החברה היישובית הייתה פלורליסטית סקטוריאלית ומרובדת אך התאפיינה באתוס הדוגל בקולקטיביזם וולונטרי, המבוסס על העמדת הפרט לשרות הכלל בהתיישובות בעבודה ובצבא. למרות המורכבות החברתית של המדינה הצעירה, אומץ הקולקטיביזם כמודל להתנהגות ראויה והפך לאתוס של השלטון.⁸¹ שונותם של העולים איימה על החברה הקולטת שדרשה מהעולים להתנער מעולמם התרבותי ולהתחנך מחדש. למרות הרבודיות החברתית והתרבותית, הותיקים שאפו לחברה מערבית, חילונית, מודרנית, שוויונית ודמוקרטית. וחששו שבהשפעת עולי ארצות האיסלאם, תיווצר בישראל מדינה בעלת תרבות ערבית, ברמה כלכלית השכלתית ותרבותית של מדינת עולם שלישי.⁸² עם תום העשור הראשון השתנתה החברה הישראלית מחברה קולקטיביסטית מגויסת וספרטנית לחברה השמה דגש רב יותר על הפרט וקרייזיסטית והדוניסטית.⁸³

כדי לשכן את העולים נבנו, בין היתר עשרות יישובים יהודיים-כפריים באזורי הפריפריה.⁸⁴ הפיתוח החקלאי נחל כישלון צורב עקב הקשיים החברתיים והכלכליים שהיו כרוכים בהסבת עולים לעבודה חקלאית והדגש עבר לפיתוח עירוני. האתוס הציוני על פיו החקלאות תהיה הבסיס החברתי- כלכלי למדינת ישראל החדשה נזנח עקב המציאות והצורך בקליטה ובשיכון של העולים.⁸⁵ נוסדו כשלושים עיירות פיתוח בהן שוכנו מאות אלפי עולים, במטרה להקים מרכזים

⁷⁷ פיקאר, א' (תשע"ג). עמ' 143-162.

⁷⁸ הכהן, ד' (תשס"א). עמ' 578-581; יער, א' ושביט, ז' (תשס"א); פיקאר, א' (תשע"ג). עמ' 6-13; צחור, ז' (תשס"ז). עמ' 160-178.

⁷⁹ הכהן, ד' (תשנ"א). עמ' 359-378; הכהן, ד' (תשנ"ד); הכהן, ד' (תשנ"ח). עמ' 285-316; הכהן, ד' (תשס"א), עמ' 382-389; הכהן, ד' (תשס"ח). עמ' 304-317; ליסק, מ. (תשנ"ח). עמ' 55; ליסק, מ' (תשמ"ז); פיקאר, א' (1999).

⁸⁰ הכהן, ד' (תשנ"ד); צמרת, צ', יבלונקה, ח' (תשנ"ח); פיקאר, א' (1999); רוזין, א' (2008); רוזין, א' (תשס"ב).

⁸¹ הרבודיות החברתית והתרבותית של אזרחי המדינה היהודיים יצרו בציבור הרבה אילוצים וכפייה, לדוגמה: עברות השמות וכו'. אך המודל הקולקטיביסטי אומץ על ידי השלטון והיה לאתוס. ראו אלמוג, ע' (תשס"ד). עמ' 19-42; בן רפאל, א' (תשס"א). עמ' 489-514; שפירא, א' (תשע"ד). עמ' 186.

⁸² פיקאר, א' (2001). עמ' 11-17.

⁸³ הכהן, ד' (תשנ"ד). עמ' 54; צמרת, צ', יבלונקה, ח' (תשנ"ח); פיקאר, א' (1999); רוזין, א' (2008), עמ' 9-15; רוזין, א' (תשס"ב).

⁸⁴ בשלב הראשון שוכנו חלק מהעולים בשכונות שהתפנו מאוכלוסייתן הערבית.

⁸⁵ גולן, א' (תשנ"ח). עמ' 84-102.

חדשים בחבלי ארץ לא מפותחים. המרחק הגיאוגרפי של עיירות הפיתוח ממרכז הארץ הקשה על המגורים בהן.⁸⁶ עיירות הפיתוח הפכו לפריפריה בעלת אופי חברתי, כלכלי וטריטוריאלי. משנות החמישים הייתה למרחק מן המרכז השפעה על מצבם התרבותי הכלכלי החברתי והבריאותי של העולים ששוכנו ביישובי הדרום והצפון. מצבם כקבוצה חלשה יותר ומשכילה פחות והיותם רחוקים ממקורות התעסוקה ממרכזי התרבות וממוקדי ההשכלה, קבעה את נחיתותם מול תושבי המרכז.⁸⁷ ההתמיינות בקליטת העולים יצרה רוב של עולים מצפון אפריקה בעיירות הפיתוח. נוצרה הלימה בין הפריפריה הגאוגרפית לפריפריה חברתית, רוב תושבי עיירות הפיתוח עלו מארצות האיסלאם.⁸⁸

הפערים בין האוכלוסייה הוותיקה לעולים יצרו שונות בין ישראל 'הראשונה' לישראל 'השנייה', פערים בעלי השלכות גיאוגרפיות כלכליות חברתיות ופוליטיות. מאורעות ואדי סאליב היו למרי החברתי הראשון שהתפרץ נגד קיפוח ואפליה על רקע עדתי בין אזרחי ישראל השנייה, עולים מארצות האיסלאם לישראל הראשונה, שיוצגה על ידי הממסד. המהומות פרצו עקב גידול בפערים סוציו אקונומיים בין העולים החדשים לאזרחים הוותיקים ונגד הבידול הגיאוגרפי בין שתי הקבוצות. מבחינה חברתית מהומות אלו היו ראשית הלגיטימציה להשמיע קולות אחרים בחברה הישראלית.⁸⁹ שנות השישים מאופיינות בהתבססות דמוגרפית כלכלית תקשורתית חינוכית ובינלאומית. אוכלוסיית ישראל מנתה כשני מיליון נפש מהם מיליון ושמונה מאות יהודים. התוצר הגולמי לנפש הוכפל, שופרו קווי התקשורת לנגב, נבנו המוביל הארצי ונמלי אשדוד ואילת והתרחב המשק התעשייתי. גם השטח החקלאי המעובד גדל בחמש מאות אחוזים וחלה תנופה צרכנית במשק הישראלי. כמו כן, נחנכו המרכז הרפואי בבאר שבע ובית החולים הדסה בעין כרם. באמצע שנות השישים הסתיימה הקמת מפעלי פיתוח גדולים, הושלם המוביל הארצי, הורחב מפעל האשלגן במפעלי ים המלח והחל שלב א' של בניית נמל אשדוד. ההשלכות של סיום העבודות על המשק הציבורי היו מיתון, אבטלה וירידה מהארץ. למרות המיתון הכלכלי בשנת 1966, המגמה הייתה של צמיחה והתעצמות. בסוף העשור חלה התקדמות טכנולוגית בתחום התקשורת עת החלו שידורי הטלוויזיה הישראלית.⁹⁰

בשנות השישים התברר כי ההחלטה לשלוח את העולים לפריפריה הייתה מוטעית, למרות מענקי הפיתוח שניתנו למפעלי תעשייה בנגב ובגליל, הפער בין תושבי מרכז הארץ ותושבי הפריפריה הלך והעמיק, המפעלים היו עתירי עבודה ודלי שכר. כדי לפתור חלק מבעיות האוכלוסייה בפריפריה, הוחל ביישום תכניות ממשלתיות ליישוב הבדואים בנגב.⁹¹ פרישת בן גוריון מהחיים הפוליטיים והקמת ממשלת ליכוד לאומי לפני מלחמת ששת הימים יצרו שינוי חברתי והן מאופיינות בדמוקרטיזציה ואחדות לצד התעוררות החברה המזרחית וערביי ישראל.⁹²

⁸⁶ אפרת, א' (1985); קלרמן, א' (תשמ"ז).

⁸⁷ אלישע, א' (תשנ"ח). עמ' 104-112; גולן, א' (תשנ"ח); לובצקי, ח' (תשי"ע). עמ' 28-32.

⁸⁸ יער, א' ושביט, ז' (תשס"א); פיקאר, א' (2004).

⁸⁹ דהאן-כלב, ה' (תשנ"ו). עמ' 177-191; ליסק, מ' (תשנ"ו). עמ' 1-19; רם, א' (2001); פיקאר, א' (2001). עמ' 16.

⁹⁰ צמרת, צ', יבלונקה, ח' (תשס"א).

⁹¹ אלישע, א' (תשנ"ח); גולן, א' (תשנ"ח); לובצקי, ח' (תשי"ע).

⁹² דהאן-כלב, ה' (תשנ"ו). 191; ליסק, מ' (תשנ"ו); רם, א' (2001); פיקאר, א' (2001).

לאחר מלחמת ששת הימים חל שינוי במצב הכלכלי; שטח המדינה גדל,⁹³ והייתה תנופה אדירה לכלכלה הישראלית; נוסדו מפעלי תעשייה חדשים, נסללו כבישים ונבנו ההתנחלויות והמעוזים לאורך תעלת סואץ ומוצבים לאורך הירדן. הייתה תעסוקה כמעט מלאה של מבקשי העבודה.⁹⁴ שוק העבודה הישראלי הוצף בעובדים פלסטינאים שהשתלבו בעבודות בשכר נמוך בעיקר בענפי הייצור, בלא זכויות סוציאליות.⁹⁵ עובדים אלה ענו על הביקוש לכח עבודה פיסיו ולא איימו על מקומות העבודה של נשים שפנו לתחומי השירות בהם נדרשה השכלה מקצועית: מקצועות הבריאות, החינוך והסיעוד.⁹⁶

תוצאות מלחמת ששת הימים הציפו את העולם היהודי בגל אופוריה שאחד מסממניו היה עליית יהודים מארצות הברית, מערב אירופה ודרום אפריקה. רוב העולים עלו ממניעים ציוניים דתיים ולאומיים והיו בעלי השכלה גבוהה ומקצועות חופשיים.⁹⁷ בין העולים מארצות הברית, מערב אירופה ודרום אפריקה היו מרפאות בעיסוק שהשתלבו בשוק העבודה בארץ ותרמו לפיתוח ולהתקדמות המקצועית של כלל המרפאות בעיסוק.⁹⁸ בשנים 1965-1979 עלו מברית המועצות כ- 161,000 איש, העולים שהיו בעלי תודעה יהודית וציונית, בחרו להתגורר בערים ונקלטו בארץ במשרות מלאות במקצועות בהם עבדו בברית המועצות.⁹⁹

במחצית השנייה של שנות השישים התפתחו בעולם המערבי תנועות מחאה אזרחיות בכלל ותנועות לזכויות האישה בפרט. ההד הראשון לתנועות המחאה בארץ היה בהקמת הפנתרים השחורים והתנועה לזכויות האזרח. המחאה החברתית של הפנתרים השחורים בטאה בקורת נגד מדיניות קיפוח שכבות חלשות של אזרחים יוצאי ארצות המזרח. למחאה היו מרכיבים מעמדיים ברורים והיא נוהלה נגד הממשלה וקובעי המדיניות. המחאה סמלה שינוי ראשון בקולקטיב החברתי הישראלי.¹⁰⁰

תקופה זו מסמנת גם את קיטובם של הפערים החברתיים כלכליים במדינת ישראל. הדו"ח הראשון על העוני בישראל שפורסם בשנת 1971 על ידי הביטוח הלאומי הוכיח קיום בעיה חברתית כלכלית שהתבטאה בכך שכל נפש רביעית חיה בעוני או על סף העוני. לטיפול בתוצאות הסקר ננקטו צעדים כלכליים חברתיים, תכנית לביטוח מפני אבטלה נכנסה לתוקף בשנת 1973, תכנית ביטוח נכות 1974 ורפורמה בתשלומי קצבאות הילדים והחלתן מהילד הראשון.¹⁰¹

⁹³ צמרת, צ' ויבלונקה, ח' (תשס"ח). עמ' 7-21. תוכנו ונבנו כמאה ערים ויישובים מחוץ לגבולות יוני 1967 והחלו פעולות התכנון והבנייה של שכונות עירוניות במזרח ירושלים; ססר, א' (תשנ"ט); צחור, ז' ורוטמן, ס' (תשס"א). מלחמת ששת הימים העלתה ויכוח בנושא חלוקת ארץ ישראל ועתיד השטחים. ממשלת הליכוד הלאומי שהוקמה ערב המלחמה נתנה לגיטימציה למחנה הימין בישראל.

⁹⁴ שם, שם.

⁹⁵ הרצוג, ח' (תשס"ח). עמ' 419-436.

⁹⁶ יזרעאלי, ד' (1997). עמ' 56-75.

⁹⁷ הכהן, ד' (תשס"ח).

⁹⁸ על פי ראיונות; סקר לרגל חמישים שנים לריפוי בעיסוק- תיק מידע היסטורי, מזכירות ביה"ס לריפוי בעיסוק, הר הצופים.

⁹⁹ לוח 4.4, שנתון סטטיסטי לישראל 2007. נדלה בתאריך 1/2/15
http://www.cbs.gov.il/reader/shnaton/temp1_shnaton.html?num_tab=st04_04&CYear=2007

¹⁰⁰ צמרת, צ', יבלונקה, ח' (תשס"ח).

¹⁰¹ צמרת, צ', יבלונקה, ח' (תשס"ח). עמ' 15-16.

למלחמת יום הכיפורים הייתה השפעה מכרעת על היחסים בין הצבא השלטון והחברה הישראלית, היא זרזה תהליכים פוליטיים וחברתיים והאיצה תהליכי קיטוב בתחומים חברתיים, עדתיים, דתיים ופוליטיים.¹⁰² בעקבות מלחמת יום הכיפורים הוטל עול על המשק והתרבו צרכי הביטחון, הפעילות הכלכלית התמתנה והלחצים האינפלציוניים גברו. תנועת המחאה ההמונית שקמה בעקבות מלחמת יום הכיפורים. הביאה להתפרטות הממשלה בשנת 1974 ונחלה הצלחה גורפת כתנועת מחאה חברתית.¹⁰³ חסדאי תאר את מלחמת יום הכיפורים כ"רעידת אדמה" שערערה את יסודותיה של החברה הישראלית. נוצר קשר בין תוצאות המלחמה לתהליכים חברתיים ופוליטיים ובעיות היסוד החברתיות והמנהליות גרמו לחולשות המתבטאות בתוצאות המלחמה. חסדאי רואה את חילופי השלטון של 1977 כהמשך ישיר להשפעות המלחמה ולמאבקים בין הממסד הפוליטי לתנועות המחאה.¹⁰⁴

התמורות החברתיות ניכרו גם במשפחה, מאפייניה ומעמדה. למעמד המשפחה בחברה השפעה על חוסנה ויציבותה, היציבות המשפחתית היא מנגנון לפיקוח חברתי בכלל ולפיקוח על הרגלי בריאות בפרט והיא קשורה לתמיכה חברתית וליכולת להתמודד עם לחצים.¹⁰⁵ בשנות השבעים חלה ירידה במרכזיות המשפחה בקרב האוכלוסייה היהודית, בהשפעת תהליכי מודרניזציה וחילון שהתרחשו בעולם המערבי וחלחלו לישראל. חלה ירידה בשיעורי הנישואים, מלווה בעלייה בשיעור הגירושים ובלידות מחוץ לנישואים. אולם, שיעורים אלה היו מתונים יחסית לארצות מפותחות אחרות.¹⁰⁶ בשנות השבעים חודד הפער בין מרכז הארץ לאזורי הפריפריה בישראל. מרכז הארץ היה מוקד הפעילות בו התרחשו תהליכי קבלת החלטות והפריפריה הייתה האזור הגיאוגרפי הנמצא מחוץ למרכז. הפריפריה מוגדרת לא רק באמצעות המרחק מהמרכז אלא נתפסת כקשורה גם למעמד חברתי נמוך, רמת השכלה נמוכה, אחוזי אבטלה גבוהים וצפיפות אוכלוסין נמוכה ומורכבת מקבוצות אתניות ותרבותיות שונות, נותרה בשולי החברה. רוב המשאבים החברתיים של המדינה, ידע, טכנולוגיה, הון, מוקדי קבלת החלטות כונסו במרכז הארץ. למרות ההטבות הממשלתיות מהן נהנו תושבי הפריפריה, ניכר פער ברמת השירותים, ההשכלה, התעסוקה ושירותי הבריאות בין תושבי המרכז לתושבי הפריפריה.¹⁰⁷

המהפך הפוליטי בשנת 1977 הביא לשינויים רדיקליים בתחומים המדיני, כלכלי וחברתי.¹⁰⁸ המהפך הפוליטי ביטא את אכזבת ציבור הבוחרים מתפקוד הממשלה במלחמת יום הכיפורים וממדיניות הפנים של הממשלות בראשות מפלגת העבודה.¹⁰⁹ מבחינה חברתית העשור אופיין

¹⁰² דרורי, ז' (תשס"ח). עמ' 307-323; פייגה, מ' (תשס"ח). עמ' 351-366.

¹⁰³ צמרת, צ', יבלונקה, ח' (תשס"ח).

¹⁰⁴ חסדאי, י' (2005). עמ' 57-66; פייגה, מ' (תשס"ח).

¹⁰⁵ שובל, י' ואנסון ע' (תשס"א). עמ' 36-40.

¹⁰⁶ שם, שם.

¹⁰⁷ לובצקי, ח' (תשי"ע). עמ' 6-7; שובל, י' ואנסון ע' (תשס"א). עמ' 67-71.

¹⁰⁸ גולדשטיין, א' (תשס"ח). עמ' 324-339.

¹⁰⁹ גולדשטיין, א' (תשס"ח); דרורי, ז' (2008); צמרת, צ', יבלונקה, ח' (תשס"ח)

בגיוון תרבותי וחברתי עם התעצמות כוחו של ציבור עולי ארצות האסלאם והכללת נציגי הציבור ברשימות המפלגות לכנסת, צמיחת התנועה לזכויות האזרח והתנועה הפמיניסטית.¹¹⁰

ההחלטה לייצר נשק מקומי ולפתח את התעשייה הביטחונית הישראלית שינו את מצב המשק הישראלי ובישראל פותחו תעשיות ביטחוניות עתירות טכנולוגיה. ישראל הצטרפה לקבוצת המדינות התעשייתיות העשירות בעולם. המשק הישראלי עבר מחברה כלכלית ממשלתית ציבורית לסביבה עסקית פרטית וצומצמה מעורבות הממשלה בשוק. מחברת צנע שאפיינה את שנות החמישים, עברה החברה מתרבות קולקטיביסטית ממלכתית הסתדרותית לתרבות אינדיבידואליסטית עסקית שיווקית.¹¹¹ ערך האחריות הקולקטיבית נשחק ובמקומו עלה נס היזמה הפרטית, השוק החופשי, העלאת רמת החיים והישגיות היחיד.¹¹² הערכים המסורתיים עליהם התחנך הנוער, התיישבות עלייה וביטחון התרוקנו ממשמעות ואת מקומם תפסו ערכי אינדיבידואליות, הישגיות ורצון להגשמה עצמית על חשבון ערכי הכלל והמחויבות לחברה.¹¹³

ב. היבטים תרבותיים בשנים 1951-1979

לאור יחסי הגומלין המתקיימים כל העת בין האדם לסביבתו התרבותית, מצופה ממרפאים בעיסוק לפתח מודעות וידע הנוגע לקבוצות תרבותיות שונות. מרפאים בעיסוק נדרשים להביא למערך השיקולים המקצועיים הן את הצרכים הייחודיים של כל לקוח ומשפחתו והן את הגורמים הסביבתיים, החברתיים והתרבותיים הקשורים באופן תפקודו שיוכלו לקדם את מידת השתתפותו בעיסוקים משמעותיים עבורו.¹¹⁴ במקצוע הריפוי בעיסוק, בו המוקד הטיפולי קשור לעיסוקיו של המטופל, יש חשיבות רבה לתרבות הסובבת ולערכיה ולאמצעי הטיפול בהם משתמשים.¹¹⁵

בסוף המאה התשע עשרה קבע טיילור כי "תרבות או ציביליזציה במובנה האתנוגרפי הרחב ביותר, היא אותו שלם מורכב הכולל ידע, אמונה, אומנות, מוסר חוק, מנהגים וכל יכולת או מנהג שהאדם רכש כחבר בחברה". קרי, התרבות כוללת מאפיינים הנרכשים על ידי קבוצה חברתית במקום ובזמן מסוימים. התרבות באה לידי ביטוי במנהגים ובמוסדות חברתיים, היא נטועה בחיים החומריים והחברתיים, תרבות היא תופעה התנהגותית שיש בינה ובין החברה השפעה הדדית.¹¹⁶ הסוציולוג מקס ובר אפיין את תהליך השינוי שעוברות מהפכות תרבותיות בשני שלבים, השלב הכריזמטי והשלב הרוטיני. בשלב הכריזמטי מוגדר מחדש הסדר החברתי והמהפכן הוא שותף לתהליך היסטורי ומעצב מציאות חדשה. בשלב הרוטיני שוקעת המהפכה אל רוטינת היום יום ועולות תחושות תסכול אכזבה וכמיהה למשהו חדש.¹¹⁷ הרחבת המושג המסורתי של תרבות לכל הפעילות החברתית והתרבותית של חברה מכליל במושג את השפה, העיתונות האופנה

¹¹⁰ שם, שם.

¹¹¹ צמרת, צ', יבלונקה, ח' (תשס"ח). עמ' 15-16; רם, א' (2001). עמ' 256-294.

¹¹² שובל, י' ואנסון ע' (תשס"א). עמ' 29-36; שפירא, א' (תשע"ד). עמ' 186

¹¹³ צמרת, צ', יבלונקה, ח' (תשס"ח). עמ' 15-16; רם, א' (2001).

¹¹⁴ גלבע, י' ורוזנבלום, ש' (2012). עמ' H7-H18

¹¹⁵ גולוס, ע', שריד, מ', וייל, מ', יוכמן, א' ווינטראוב, נ' (2014). עמ' H326-H342

¹¹⁶ הלמן, ע' (תשס"ח). עמ' 14-17.

¹¹⁷ אלמוג, ע' (תשס"ד).

והפרסום. בין החברה לתרבות מתקיימת השפעה הדדית. כל המוסדות והמנהגים החברתיים מעידים על התרבות של החברה. התרבות משמשת דבק של החברה, אינה מתקיימת בנפרד מפעילות אנושית והיא מושרשת בחיים החומריים והחברתיים.¹¹⁸

במדינת ישראל המתפתחת, במסגרת השאיפה ליכור היתוך הייתה חשיבות רבה ליצירת תרבות ישראלית המאחדת בין עדות שונות ומשקפת את ערכי החברה. "תרבות מבוססת על זיכרון קולקטיבי מסורת של מנהגים וסמלים ותחושה של שותפות ואחדות גורל."¹¹⁹ לתרבות הישראלית הייתה חשיבות בהעצמת תחושת השותפות ואחדות הגורל. למדינה הייתה השפעה רבה בעיצוב הזהות החברתית והתרבותית של אזרחיה בשנות החמישים. במדינה התבססה תרבות עברית עצמאית, חלופה לתרבות המסורתית יהודית. התהליך התרבותי שעברה החברה בישראל בשנים הראשונות להקמתה הייתה האמונה ב'דת הלאום הציונית', שהייתה חלוצית וספונטנית, ושיאה המיתולוגי והרגשי היה בשנות החמישים. התרבות הציונית התבססה על צמצום מעמד הפרט לטובת מעמד הקולקטיב ועל התכת תרבויות המהגרים לתבנית הצברית. החברה הישראלית הייתה בעלת מנהיגות חזקה ויציבה, תרבות קהילתית וסולידרית וחיה ברמת חיים נמוכה, עקב צריכה הומוגנית וכלכלה ריכוזית.¹²⁰

הציר המרכזי של התרבות הישראלית היה מושתת על עקרונות קיבוץ ומיזוג הגלויות. תמצית התרבות הישראלית הייתה מודל 'הצבר' שסימל את היהודי החדש ויוצג בשפה בלבוש ובהתנהגויות רצויות. במשך שנים הוצגה המחויבות הקולקטיבית כצוו העליון של התרבות הישראלית. למרות שהחברה הישראלית לא הייתה הומוגנית ופעלו בה קבוצות בעלות אידיאולוגיות שונות, הקולקטיביזם היה לאתוס של השלטון. בני התקופה התגייסו מרצון לבניית חברה משותפת ולכינונה של זהות ישראלית ייחודית. משכילים ואנשי חינוך העמידו את עצמם לשירות הכלל בהתיישבות בעבודה ובצבא. הקולקטיביזם אומץ כמודל להתנהגות ראויה ונתן תחושת שייכות לקבוצה ואחריות לגורלה. החברה התייחסה אל הפרט כאל חלק מהקולקטיב שעליו לשרת. התגייסות וההתחדשות לטובת הכלל יצרו האדרה לתרומה לחברה ביצרנות חדשנות טכנולוגית ובמוצרים תוצרת הארץ.¹²¹ הרצון ליצור 'כור היתוך' חברתי ותרבותי שימר את עבודות היד כגורם תרבותי מלכד.¹²²

התוצר הרצוי של כור ההיתוך הישראלי היה 'הצבר' האשכנזי הדובר עברית רהוטה קרוב לארץ ולערכיה ומגשים את הציונות האירופאית. למרות שמרבית האוכלוסייה היהודית חיה בעיר, המיתוס והסמל של מודל החיים הרצוי היו הקיבוץ והמושב. ברם, התרבות בערים

¹¹⁸ הלמן, ע' (תשס"ח). עמ' 16-17.

¹¹⁹ אלמוג, ע' (תשס"ד). עמ' 31.

¹²⁰ אלמוג, ע' (תשס"ד). ; שוהם, ח' (תשע"ג). עמ' 15-42.

¹²¹ אלמוג, ע' (תשס"ד). ; בן רפאל, א' (תשס"א). עמ' 489-514 ; הכהן, ד' (תשנ"ד). עמ' 54 ; הלמן, ע' (תשע"ב). ; צמרת, צ' יבלונקה, ח' (תשנ"ח). ; פיקאר, א' (1999) ; רוזין, א' (2008). עמ' 9-15 ; רוזין, א' (תשס"ב) עמ' 195-238 ; שפירא, א' (תשנ"ז). עמ' 253-271.

¹²² דונר, ב' (תשס"ג). עמ' 63-69 ; רז, א' (1996). עמ' 125-162.

הישראליות הייתה אקלקטית, והושפעה מהתרבות בארצות המערב. במהלך השנים החברה נעשתה אינדיבידואליסטית יותר במקביל לירידת הקולקטיביזם הוולונטרי.¹²³

רגב חלק את תהליכי בניית התרבות הישראלית לשתי תקופות עיקריות: התקופה הראשונה, המעצבת, משנות העשרים של המאה העשרים עד לשנות הששים; תקופה שנייה, על אידיאולוגיות ציוניות-חלוציות, בה עוצב עולם תרבותי שהוגדר כ"תרבות ישראלית" וכלל את התרבות האומנותית (ספרות שירה אומנות, ציור ופיסול) והתרבות הפופולרית (מזמורים, טלוויזיה וקולנוע). התרבות הישראלית זוהתה עם הדימויים הסטריאוטיפיים של "החלוץ" וה"צבר" והעניקה לישראלים זהות ייחודית. התקופה השנייה החלה בשנות הששים וערעה את הדומיננטיות של התקופה הראשונה וערכיה. משנות הששים גובשה תרבות שהציגה ישראליות חדשה, אשר אמצה את תרבות המערב והתרבות הצרכנית אל המציאות הישראלית ונחלצה מהתרבות האידיאולוגית תוך רצון לחבור לתרבות הקפיטליסטית. לצד הישראליות החדשה צמחו בישראל תרבות ישראלית מזרחית ותרבות ישראלית דתית. תהליך ה"גלובליזציה של התרבות" התרחש בהשפעת אמצעי התקשורת והתרבות בארצות מערב אירופה ובארצות הברית על התרבות המקומית, אשר אמצה את עולמות התוכן, הדימויים החזותיים וסמלי הסטטוס של ארצות המערב. בכך ישראל לא הייתה מדינה יוצאת דופן, בכל מדינה נעשתה הכלאה בין תרבות מקומית לאומית לרכיבים תרבותיים גלובליים.¹²⁴

בסוף שנות השישים הושפעה התרבות הישראלית מהתרבות האמריקאית באמצעות סרטים, תקליטים והמתנדבים בקיבוצים. השינוי התבטא בהחלפת דמות הצבר בגיוני התנהגות מערביים מתירניים. ההתחברות להתנהגות מערבית מתירנית, שינתה את אופייה המסורתי של החברה והוסיפה לחילון החברה הישראלית.¹²⁵

בשנות השבעים חלו שינויים בתחומי התרבות האומנותית והפופולרית בישראל. הדור החדש של אנשי התרבות קרא תיגר על התרבות ההגמונית הציונית והוקיע בעיקר את ההתמסרות לצווי החברה על חשבון צרכי היחיד.¹²⁶ בתחומי האומנות, הספרות, השירה והתאטרון הוצגו יצירות אשר בטאו דעות שונות מהקולקטיב הציוני-ישראלי.¹²⁷

אחד הדברים שמאפיינים את הריפוי בעיסוק הוא השימוש בעבודת יד ובאומנות כאמצעי טיפולי. עבודות יד ואומנות מייצגים תרבות מקומית וקשורים לארגון החיים וכינון זהות לאומית

¹²³ אלמוג, ע' (תשס"ד); בן רפאל, א' (תשס"א); הכהן, ד' (תשנ"ד). עמ' 54; הלמן, ע' (תשע"ב); צמרת, צ', יבלונקה, ח' (תשנ"ח); פיקאר, א' (1999) עמ' 353-363; רוזין, א' (2008). עמ' 9-15; רוזין, א' (תשס"ב); שפירא, א' (תשנ"ז).

¹²⁴ רגב, מ' (תשס"ג). עמ' 823-890.

¹²⁵ השחרור מהתרבות האידיאולוגית והמעבר לצרכנות גלובלית נהנתנית חשפה את הציבור הישראלי למוצרים ומותגים בינלאומיים. התרבות עברה מתרבות קולקטיבית חלוצית עברית לתרבות חדשה שלצידה תרבויות משנה: מזרחית ודתית. ראו אלמוג, ע' (תש"ס). עמ' 19-64; רגב, מ', (תשס"ג). עמ' 823-890.

¹²⁶ אלמוג, ע' (תשנ"ח). עמ' 11-13.

¹²⁷ החלו להתבלט סופרים, משוררים, מחזאים ואומנים שהשקפותיהם היו שונות מקודמיהם. השירה העברית נפרדה מהיוצרים ששלטו בכיפת השירה העברית מאז ימי המנדט ו"דור המדינה" חולל מהפך בשירה המערבית שהושפע מהלכי רוח אנגלו-אמריקאים. בתאטרון הועלו יצירות של מחזאים ישראליים שכתבו יצירות מקוריות, שחלקן בטאו דעות שונות מהקולקטיב הציוני-ישראלי. הקולנוע הישראלי אשר התמקד בשני העשורים הראשונים במחויבות הציונית לתחיית היהודי על אדמתו ההיסטורית, עסק באומנות שהושפעה מנרטיבים מערביים ולא דווקא מאידיאולוגיה ציונית. כמו כן, נוצרו "סרטי הבורקס", ז'אנר חדש שהציג את יושבי הפריפריה ועולמם היום-יומי, שלא תמיד היו קשורים לאידיאולוגיה ולערכי הלאום. ראו בן דב, נ'. (תשס"ח); מונק, י' וגרץ, נ'. (תשס"ח); פיינגולד, ב'. (תשס"ח).

ומקצועית.¹²⁸ הללו תפסו מקום חשוב בעיצוב התרבות בארץ. לדוגמה, בצלאל שנוסד מהשילוב ליצר פרודוקטיביזציה ואמנות עברית מקורית.¹²⁹ הוראת מלאכה הייתה חלק מתכנית הלימודים בבתי הספר,¹³⁰ בבתי ספר לבנות היו מלאכות היד מקצועי מרכזי מתוך מטרה להכשיר בנות לייעודן המסורתי כאמהות ועקרות בית.¹³¹ השינויים בהוראת המלאכה בשנות השבעים בארצות דוברות אנגלית הובילו למהלך דומה בישראל. החל משנת 1973, עקב התפתחויות טכנולוגיות ושינויים בתחומי הייצור והתקשורת, החל תהליך של תמורות בתחום זה שבסופו בראשית שנות התשעים, שונה מקצוע המלאכה למקצוע בשם-טכנולוגיה.¹³² מתכניות לימודי המלאכה שפרסם המרכז לתכניות לימודים במשרד החינוך בשנת תשל"ד (1974), נעדרו הרקע האידיאולוגי והקשרים בין מקצוע המלאכה לבין ערכים חברתיים כלליים ולאומיים. במקום ערכים לאומיים הושם דגש על צרכיו הפסיכולוגיים- התפתחותיים של כל תלמיד ועל תכנים טכנולוגיים הנדרשים בחברה מודרנית. כותבי התכנית האמינו שעיסוק עצמי, זריזות ידיים ויכולת התאמה חיוניים להתפתחות הילד ומהווים מסד לחיים בחברה מפותחת טכנולוגית. הם סברו שיש לפתח כשרים אלה במסגרת הלימודים בבית הספר. בתכנית הלימודים של שנת תשנ"א (1991) הוחלף שם המקצוע ממלאכה לטכנולוגיה. מפנה משמעותי זה מלמד שהמטרה בהוראת המקצוע השתנתה והייתה לפיתוח יכולת התלמיד לתפקד ביעילות בסביבה הטכנולוגית באמצעות הקניית מיומנויות וידע שיאפשרו לו לתרום ולהשתלב בחברה.¹³³ שינוי זה משקף את השינוי התרבותי בחברה בנושא מלאכות יד, כפי שבא לידי ביטוי בנושא חינוך תלמידים בבתי ספר.

על אף הניסיונות ליצור תרבות ישראלית אחידה בראשית ימי המדינה, גווינה של החברה הישראלית, הרכבה האתני המגוון יצרו תמונה תרבותית מורכבת. להיכרות עם קבוצות אתניות תרבותיות שונות יש משמעות בתכנון תהליך טיפולי שיקומי, כיון שמטרות הטיפול השיקומי נקבעות בשיתוף הלקוח- המטופל.¹³⁴ "ראיית ההיבטים הסביבתיים תרבותיים מאפשרת להוליך את האדם להשתתפות בחוויות עיסוקיות בעלות משמעות וחשיבות בסביבתו התרבותית חברתית ולהביא לשיפור איכות חייו".¹³⁵ בחירת אמצעי הטיפול משקפת את סביבתו החברתית והתרבותית של המטופל ויש לה חשיבות רבה. עם השנים, כתוצאה משינויים תרבותיים חל פיתוח במעמד עבודות היד בישראל. לשינוי זה השפעה על מעמד מקצוע הריפוי בעיסוק בציבור. לשימוש במלאכות יד ועבודות יצירה היה מקום נכבד בשנות הייסוד של המקצוע. בשנות החמישים וראשית שנות השישים נפתחו תערוכות מגוונות של עבודות שהכינו חולים בטיפול והמוצרים נמכרו.¹³⁶ תערוכות אלה שמשו מעין חלון ראוה של המקצוע, אפשרו ליצור גשר בין מטופלים

¹²⁸ על הקשר בין עבודות יד ואומנות לתרבות ראו: יניב, ב' (תשס"ט); גילעת, י' (תשס"ט); שילה, מ' (2004).

¹²⁹ שילה, מ' (תשמ"ט). עמ' 97.

¹³⁰ לוי, א' (תשנ"ב). עמ' 6-54.

¹³¹ אלבוים-דרור, ר' (תשמ"ו). עמ' 51-53; שחורי- רובין, צ' (2011). עמ' 379-380. שילה, מ' (תשס"ב). עמ' 165-210, 166.

¹³² סוף התהליך היה בשנת תשנ"א. ראו לוי, א' (תשנ"ב). עמ' 6-54.

¹³³ לוי, א' (תשנ"ב). עמ' 6-54; רייכל, נ' (תשס"ח). עמ' 225-228.

¹³⁴ גלבווע, י' ורוזנבלום, ש' (2012). עמ' H8

¹³⁵ שם, שם.

¹³⁶ בנושא התערוכות שפתחו המחלקות לריפוי בעיסוק להלן עמ' 328.

מאושפזים לאנשים בריאים ובאופן עקיף לפרסם את המקצוע. עם הירידה במעמד מלאכות היד חלה ירידה במעמד המקצוע: המקצוע לא הוכר בצבור ונתפס כמקצוע הקשור למלאכה ולעבודות יד ולא לתחום פרא רפואי.¹³⁷

ג. חינוך והשכלה בישראל בשנים 1951-1979

המהפכה הציונית שינתה את מעמד ותפקידי החינוך בחברה היהודית מתפקיד סביל לתפקיד פעיל של יצירת תרבות חדשה והעמדת דגם של יהודי חדש.¹³⁸ מערכת החינוך אופיינה ברמה גבוהה של סולידריות והזדהות עם ערכי היסוד של התנועה הציונית ושל מדינת ישראל. החינוך במדינת ישראל היה שותף של המערכת הפוליטית ביצירת תרבות חדשה והזדהות עם ערכיה.¹³⁹ החברה בין ההנהגה השלטונית להחלטות על אופי החינוך בבתי הספר העצים את מעמד החינוך במדינה והקנה לו מקום ואחריות בחינוך הדור הצעיר, עובדה זו גם העצימה את הויכוחים בין המפלגות בנושא זרמי החינוך.¹⁴⁰

זרם העלייה גדול הממדים הכפיל בחמש את אוכלוסיית התלמידים בבתי הספר ובגני הילדים, מספר התלמידים היהודיים עלה מכמאה אלף לכחצי מיליון.¹⁴¹ ליסק סובר כי "המאבק הדרמטי ביותר בתולדות קליטת העלייה בשנות החמישים",¹⁴² נגע לחינוך ילדי העולים, במוקד הסערה עמד הויכוח בין זרמי החינוך הדתיים לזרם העובדים בנושא מהות המורשת החברתית והתרבותית שיש להנחיל לילדי העולים.¹⁴³ כדי להצליח ללמד את כל ילדי העולים הוכנסו למערכת החינוך מורים שלא עברו מסלול הכשרה בסמינר למורים. במעברות ובהמשך בעיירות הפיתוח לימדו מורות חיילות.¹⁴⁴ באוגוסט 1953 אשרה הכנסת את 'חוק חינוך ממלכתי' אשר בטל את שיטת הזרמים והעביר את מערכת החינוך מחינוך פוליטי מפלגתי למערכת ניטרלית יותר שמנתה את החינוך הממלכתי, החינוך הממלכתי דתי ומערכת החינוך העצמאי.¹⁴⁵ בשנת 1954 הוחל ב'מבצע הנחלת הלשון' במהלכו לימדו אלפי מתנדבים כ- 60,000 עולים בגילאי 18 ומעלה קריאה כתיבה ושיחה בעברית עם דגש על תרבות ישראל וידיעת הארץ. הגידול בתקציב החינוך והרפורמה בחינוך שבוצעה בשנות השישים, הביאו גידול משמעותי במספרי הלומדים בכל המסגרות מגני הילדים עד להכשרה על תיכונית כולל הכשרה אקדמית. הועלה גיל חינוך חובה חנים ונבנו עשרות בתי ספר מקיפים בעיירות הפיתוח. הוקמו היחידה לתכניות לימודים והטלוויזיה החינוכית ונפתחו מפעלי 'אומנות לעם' ו'ביעור הבערות'.¹⁴⁶

¹³⁷ וינטראוב, נ' (2009); זק"ש, ד' (1998); זק"ש, ד' (2001); תיק מידע היסטורי, ארכיון ביה"ס לריפוי בעיסוק, ע"פ ראיונות סקר לרגל חמישים שנות ריפוי בעיסוק בישראל, 1997.

¹³⁸ אלבוים-דרור, ר' (תשס"ב). עמ' 24-51.

¹³⁹ שם, שם.

¹⁴⁰ ליסק, מ' (תשס"ט).

¹⁴¹ צמרת, צ' (תשנ"ג). עמ' 124.

¹⁴² ליסק, מ' (תשס"ט). עמ' 175.

¹⁴³ שם, שם.

¹⁴⁴ רייכל, נ' (תשס"ח). עמ' 125-128.

¹⁴⁵ להרחבה בנושא המאבק על החינוך במחנות העולים ראו צמרת, צ' (תשנ"ג). עמ' 78-90.

¹⁴⁶ צמרת, צ' (תשנ"ח). עמ' 133; צמרת, צ' (תשס"א). עמ' 62-77.

החינוך העברי ראה בחינוך לעבודה ערך ציוני וביטוי מוסרי להתנהגות רצויה. בתי הספר הישראליים היו סוכני עיצוב מרכזיים של הזהות הישראלית. העבודה הוגדרה מעלה מוסרית ובתי הספר נתפסו כאחראיים להכשרת התלמידים לתפקידיהם העיסוקים. החלה מגמה לחינוך קדם מקצועי שמוקד בשני תחומים עיקריים: חקלאות ומלאכה. על קירות בתי הספר התנוססו סיסמאות בשבחה של המלאכה והעבודה הגופנית. בשנת 1956, לאור תוצאות הסקר להישגים אקדמיים, נפתחו במערכת החינוך כיתות קדם מקצועיות להכשרת תלמידים שלא יכלו להתקבל ללמוד בתיכונים העיוניים. בנים למדו את מקצועות הנגרות, הדפוס והסיתות והבנות למדו תפירה, אריגה וכלכלת בית. רוב הפונים למסגרות החינוך הקדם מקצועי היו ילידי ארצות האסלאם ותלמידי הפריפריה ועיירות הפיתוח. האידיאולוגיה הציונית שאפה לתיקון החברה באמצעות דת העבודה ובעיקר עבודת הכפיים והייתה נחושה להביא את בוגרי מערכת החינוך לפרנס את עצמם.¹⁴⁷

במקביל לפתיחת מסגרות לחינוך קדם מקצועי חל גידול במספר התלמידים שפנו ללימודים על תיכונים. בישראל התפתחה מגמה ברורה: חלק מהנוער פנה להשמה מקצועית במלאכות ומסיימי לימודים בתיכונים עיוניים פנו ללימודים על תיכונים לרכישת מקצוע. המגמה התרבותית הייתה לרכוש מקצוע כדי להשתלב במערכת העבודה היצרנית ולפרנס.¹⁴⁸

הגידול באוכלוסייה חייב הרחבת המוסדות להשכלה גבוהה. בשנות החמישים נפתחו אוניברסיטת בר אילן ואוניברסיטת תל אביב. בשנת 1963 נפתחו הלימודים באוניברסיטת חיפה שהוכרה בשנת 1972 כמוסד אקדמי עצמאי ובמכון להשכלה גבוהה בנגב שהוכר בשנת 1969 כמוסד להשכלה גבוהה.¹⁴⁹ נתוני המועצה הגבוהה להשכלה מעידים כי בין השנים 1948-1959 חל גידול במספר הסטודנטים באוניברסיטאות בישראל. בתשי"ט (1949) למדו 1,635 סטודנטים באוניברסיטה העברית ובטכניון מהם 398 נשים. בשנת תשי"ח (1958) עלה המספר, 4,674 סטודנטים למדו בשני המוסדות האוניברסיטאים מהם 1,389 נשים.¹⁵⁰ במהלך שנים אלה חל גידול גם במספר תלמידי בית הספר הגבוה למשפט וכלכלה בתל אביב ובחיפה ובמספר הנשים בין התלמידים. נתוני אוניברסיטת בר אילן משנת תשי"ח (1958) מעידים כי מחצית מהסטודנטים היו נשים.¹⁵¹ בין השנים 1959-1969 המשכה מגמת הגידול במספר התלמידים באוניברסיטאות ומספר הסטודנטים הגיע ל- 36,239. בשנת תשכ"ה (1964-1965) אחוז הנשים שלמדו באוניברסיטאות היה רק 36.1% אחוזים מכלל 17,178 סטודנטים. אחוזי הסטודנטיות עלו בהדרגה והיו בשנת תשל"ה 42.9% מכלל הסטודנטים.¹⁵² נתוני משרד החינוך מעידים כי בשנות השישים חלה עלייה גדולה במספר הסטודנטים, 15,000 בשנת 1962 לעומת כ- 50,000 כעבור עשר

¹⁴⁷ רייכל, נ' (תשס"ח). עמ' 225-230; תדמור-שמעוני, ט' (תשי"ע). עמ' 215-233.

¹⁴⁸ תדמור-שמעוני, ט' (תשי"ע).

¹⁴⁹ רייכל, נ' (תשס"ח); תדמור-שמעוני, ט' (תשי"ע).

¹⁵⁰ ארכיון הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי תשט"ו, לוח 7; ארכיון הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי תשי"ט, לוח 20, לוח 22.

¹⁵¹ ארכיון הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי תשי"ט, לוח 23, לוח 24.

¹⁵² שנתון סטטיסטי לישראל 1986, מס' 37, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. לוח כ"ב/29- תלמידים באוניברסיטה לפי תואר ומוסד. לוח כ"ב/31- תלמידים באוניברסיטאות לפי תואר, תחום לימוד, מין, גיל, קבוצת אוכלוסייה ויבשת לידה. שנתון סטטיסטי לישראל 1996, מס' 47, לוח 22/24- חינוך והשכלה.

שנים. הנתונים מעידים על רוב מוחלט של סטודנטים ילידי הארץ וילידי אירופה, תושבי מרכז הארץ, בקרב מסיימי תואר ראשון.¹⁵³

בנוסף לגידול בתלמידי האוניברסיטאות חל גידול מרשים במספר התלמידים במוסדות להכשרה על תיכונית קרי, מכללות למורים, בתי ספר לאחיות מוסמכות ולמקצועות הבריאות, בתי ספר לטכנאים ולהנדסאים, בתי ספר לפקידות מנהל ובנקאות, אקדמיות למוסיקה ולאומנות ומוסדות להכשרת עובדים סוציאליים.¹⁵⁴ תלמידות בית הספר לריפוי בעיסוק נכללו בבתי הספר למקצועות רפואיים.

בשנות השבעים חל גידול ניכר בהשקעות במערכת החינוך ויושמה בה רפורמה במגמה להעלות את הרמה הלימודית של תלמידי ישראל וליצור אינטגרציה בין בני העדות השונות. מספר התלמידים והמורים גדל בכל מערכת החינוך, טופחה המערכת הקדם יסודית והתעצמו מערכות החינוך היסודי והתיכוני. נבנו מוסדות תרבות וקהילה, אולמי ספורט, מעבדות וספריות. הושקעו משאבים בחינוך והושג גידול במספר התלמידים בכל מערכות החינוך כולל המוסדות להשכלה הגבוהה, האוניברסיטאות והתעצמו ומספר הסטודנטים גדל.¹⁵⁵

ד. בטחון

בשנה הראשונה להקמתה גויסו רוב משאבי המדינה להגנה על ביטחונה ולהבטת צבאות ערב. מלחמת העצמאות הסתיימה בעדיפות צבאית של ישראל ובהסכמי שביתת הנשק. שטח המדינה התרחב מאוד והיה צורך לטפל ולשקם את פצועי המלחמה, אזרחים וחיילים ואת המשפחות השכולות. עם תום המלחמה לא שרר שקט מהבחינה הביטחונית ותושבי המדינה נאלצו להתמודד עם מסתננים דרך גבולות הסכמי שביתת הנשק שגרמו לפעולות חבלה, גניבה ורצח. כתגובה להסתננויות הוקם חיל הספר (לימים מג"ב) ובוצעו פעולות תגמול יזומות של צה"ל כניסיון להרתיע את המסתננים ולהשפיע על שלטונות מצרים וירדן לפעול לריסון ההסתננויות.¹⁵⁶ בגבול הצפון התמקד הסכסוך עם סוריה במאבק על מקורות המים, הסורים יצרו תקריות אש נגד דייגים וחקלאים שעבדו בשטחי הפירוז. יישובי ספר הופגזו ונפגעו חיילים ואזרחים. צה"ל הגיב בפעולת תגמול "כנרת" נגד הצבא הסורי. בשנת 1956, בעקבות פשיטות של הפדאיון המצרים, ערעור מאזן החימוש במזרח התיכון בעקבות עסקת הנשק הצ'כית-מצרית וחסימת מיצרי טיראן לכלי שיט ישראליים, הורה בן גוריון להכין את צה"ל למתקפה על הצבא המצרי ולצאת למלחמת סיני. ישראל פינתה את שטחי חצי האי סיני שכבשה אך גברה יכולת ההרתעה של ישראל, מיצרי אילת נפתחו לשיט ישראלי חצי האי סיני פורז והופחתה ההסתננות מהגבול המצרי.¹⁵⁷ האיום הביטחוני המתמשך וצרכיה הביטחוניים של המדינה דחקו לשוליים צרכים אחרים שהיו נחוצים לביטחונה של המדינה הצעירה.

¹⁵³ הרמן, א' (תשל"ג). עמ' 178-184; ליפסון, ש' (תשל"ג). עמ' 173-178; רייכל, נ' (תשס"ח). עמ' 125-128

¹⁵⁴ הרמן, א' (תשל"ג). עמ' 178-184; ליפסון, ש' (תשל"ג). עמ' 173-178; כהן, ר' וקרנצ'ר, א' (2008) שישים שנה בראי הסטטיסטיקה, סטטיסטיקל 80, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, עמ' 7. נדלה בתאריך 9/7/13 http://www.cbs.gov.il/statistical/statistical60_heb.pdf; רייכל, נ' (תשס"ח). עמ' 125-128.

¹⁵⁵ צמרת, צ', יבלונקה, ח' (תשס"ח). עמ' 18.

¹⁵⁶ זקבך, א' (תשע"ג). עמ' 37-59; זקבך, א' (תשע"ג). עמ' 21-45, 121-127.

¹⁵⁷ בראון, מ' (תשנ"ח). עמ' 12-26; בראון, מ' (תשס"א). עמ' 343-365; בר-און, מ' (תשנ"א). עמ' 330-331.

במהלך שנות השישים הושקעו משאבים ברכישת נשק ובאימון הצבא לאור בעיות הביטחון השוטף בגבולות המדינה. ההסלמה בגבול הסורי ובגבול המצרי הגיעה לשיאה באביב 1967. החרדה הקיומית לגורל המדינה הייתה בשיאה בתקופת ההמתנה לפני פרוץ מלחמת ששת הימים בחמישי ליוני 1967.¹⁵⁸

ההסלמה לאורך גבולות ישראל עם ירדן ועם סוריה ושרשרת אירועים בגבול מצרים הציבו בפני ישראל איום. מדינת ישראל הוקפה בצבאות ערביים, הקשורים בברית צבאית ונכונים לפתוח במלחמה בכל עת. לצבאות ערב הייתה עדיפות על צה"ל במספר החיילים ובכלי הנשק ובנכונות של ברית-המועצות לחמש את צבאות ערב, להכשירם למלחמה ולהעניק להם גיבוי מדיני. מדינת המערב לא נקטו שום צעד ומדינת ישראל יצאה למלחמה על מנת להנחית מכה מקדימה. ישראל השיגה ניצחון מוחץ במלחמת ששת הימים, כבשה את רמת הגולן, הגדה המערבית של הירדן, רצועת עזה וחצי האי סיני. האמונה בכוחה הצבאי של ישראל גברה, קשרי ישראל עם מדינות רבות התהדקו ונוצרה תנופה כלכלית מחודשת.¹⁵⁹

עם תום המלחמה שלטה ישראל על כל שטחי ארץ ישראל המנדטורית והגדילה את שטחה פי שלוש.¹⁶⁰ השטחים שנכבשו הקנו למדינה עומק אסטרטגי אך יצרו בעיות רבות של שליטה על אוכלוסייה ערבית גדולה, וכן ויכוח פנימי על עתיד השטחים. ישראל לא ספחה את השטחים למעט ירושלים המזרחית ועתידם נשאר שנוי במחלוקת בין התומכים בסיפוחם לבין הקוראים להחזירם תמורת שלום.¹⁶¹

עם הניצחון במלחמה עברה האוכלוסייה בישראל מהרגשת חרדה קיומית לאופוריה, מלחמת ששת הימים הגבירה ביותר את הזדהות יהדות התפוצות עם מדינת ישראל. מדינת ישראל הפכה לגורם מרכזי בחיי יהודי התפוצות וכמקור לגאווה ולהזדהות עמה. כמו כן גברה העלייה לישראל והמוני צעירים מתנדבים יהודים באו לישראל.¹⁶²

מלחמת ההתשה החלה בשנת 1969, בלחץ מצרי בסיוע סובייטי תוך הפגזת המוצבים לאורך תעלת סואץ ובפשיטות חיילי קומנדו מצריים, במטרה ללחוץ על ישראל לסגת מהשטחים שכבשה במלחמת ששת הימים. המלחמה הסתיימה בתיווך אמריקאי באוגוסט 1970, בתיקו אסטרטגי, אך גבתה אבדות רבות אשר פגעו במוראל בעורף וגידול במספר הפצועים אשר נזקקו לשיקום ארוך.¹⁶³

בשעות הבקר של יום הכיפורים, הששה באוקטובר שנת 1973 פתחו בו בזמן צבאות מצרים וסוריה במתקפה על ישראל. הצבא המצרי צלח את תעלת סואץ והצבא הסורי כבש שטחים

¹⁵⁸ אורן, מ' (2004). עמ' 172-173.

¹⁵⁹ סר, א' (תשנ"ט). עמ' 7-16; ע"ע מלחמת ששת הימים, לקסיקון מונחים, אתר הכנסת. נדלה בתאריך 9/7/14 http://main.knesset.gov.il/About/Lexicon/Pages/six_days.aspx

¹⁶⁰ שם, שם.

¹⁶¹ סר, א' (תשנ"ט) עמ' 7-16; צחור, ז' ורוטמן, ס' (תשס"א). מלחמת ששת הימים העלתה ויכוח בנושא חלוקת ארץ ישראל ועתיד השטחים. ממשלת הליכוד הלאומי שהוקמה ערב המלחמה נתנה לגיטימציה למחנה הימין בישראל; צמרת, צ' ויבלונקה, ח' (2008). עמ' 7-21.

¹⁶² צמרת, צ' ויבלונקה, ח' (2008).

¹⁶³ שחם, ד' (1991). עמ' 306-325; ע"ע מלחמת ההתשה, לקסיקון מונחים, אתר הכנסת. נדלה בתאריך 9/7/14 <http://main.knesset.gov.il/About/Lexicon/Pages/hatasha.aspx>

נרחבים ברמת הגולן. לאחר ימי קרבות קשים וקורבנות רבים, הצליח צה"ל לבלום את הצבאות הפולשים ולעבור למתקפה.¹⁶⁴ מלחמת יום הכיפורים, נתפסת כ"פצע בכי מדמם והכי כואב בתולדות מדינת ישראל... מלחמת יום הכיפורים חצתה לשניים את ההיסטוריה של המדינה הצעירה כקו פרשת מים, שבין עידן התמימות לכל מה שקרה אחרי".¹⁶⁵ על אף הצלחת צה"ל להדוף את צבאות מצרים וסוריה, נתפסה המלחמה בציבור כהפסד עקב האבדות הקשות והפער בין הציפיות מהצבא ומהממשלה למה שאירע בפועל.¹⁶⁶ נוסף לכך היא טמנה בחובה ערעור על אכסיומות שהיו נכסי צאן ברזל בחברה הישראלית ואי אמון בממסד ובהנהגה. מבחינה ביטחונית השלכותיה היו משמעותיות, לאחר המלחמה ארגוני הטרור התעצמו ואיימו על אזרחי המדינה ומוסדותיה.¹⁶⁷ לאורך שנות התפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק בישראל היה האיום הביטחוני איום ממשי. לאיום זה השפעה מנוגדת על מקצוע הריפוי בעיסוק: מחד, ההוצאות שהוקדשו לתקציב הביטחון הקשו על קבלת משאבים לתחום הבריאות מאידך גיסא, מספר הפצועים הרב הגביר את הצורך במקצוע שיקומי.

ה. היבטים של נשים ומגדר בשנים 1951-1979

המגדר מהותי בניתוח התפתחות תחום הריפוי בעיסוק, הנתפס כשייך למקצועות ההולמים את כישוריה ותכונותיה הסטריאוטיפיים של האישה ואינו קורא תיגר על הסדר החברתי-מגדרי. לכך שתי השלכות מנוגדות, מהצד האחד המקצוע התקבל בחברה והיה למעשה ערוץ לקידומן של נשים, מהצד השני דימויו הנשי 'המסורתי', השפיע רבות על אופן התפתחות התחום והערכתו, כמו גם תפיסת הנשים העוסקות בו, בעיני החברה, באופן שעייב תמורות מגדריות. התרבות בחברת היישוב הייתה פטריארכלית והתבססה על הירואיקה גברית ותרבות מצוואית. הייתה חלוקה ברורה בין חזית לעורף, הנשים תפקדו כאימהות, מורות, אחיות, פקידות ומזכירות והגברים היו לוחמים, מפקדים, מנהלים ומנהיגים.¹⁶⁸

עם הקמת המדינה, היחס המספרי בין גברים לנשים היה של 107 גברים לכל מאה נשים. עם קליטת גלי העלייה הגדולה, שהתאפיינה בעליית משפחות, הצטמצם הפער בין גברים לנשים באוכלוסייה, ל-103 גברים למאה נשים.¹⁶⁹ אולם, על אף הקטנת הפער המספרי בין גברים לנשים, פערים מגדריים אפיינו את החברה בשנות החמישים. הללו ניכרו במעמד, בתפקוד בספירה הביתית והציבורית, בהשכלה ובהערכה כבכל העולם המערבי.

נשים תפקדו כ'שוק המילואים' של משקי העולם המערבי בתקופות של מלחמות העולם, ומילאו תפקידים גבריים מתוך אילוץ. אך עם שוך הקרבות הציפייה הייתה כי יחזרו לביתן, וכך

¹⁶⁴ צמרת, צ' ויבלונקה, ח' (2008). ע"ע מלחמת יום הכיפורים, לקסיקון מונחים, אתר הכנסת. נדלה בתאריך 9/7/14 <http://main.knesset.gov.il/About/Lexicon/Pages/hatasha.aspx>

¹⁶⁵ ברגמן, ר' ומלצר, ג' (2004). עמ' 13-18.

¹⁶⁶ גולן, ש' (2008). עמ' 130-149.

¹⁶⁷ צמרת, צ', ויבלונקה, ח' (תשס"ח) עמ' 18; גולן, ש' (תשס"ח).

¹⁶⁸ אלמוג, ע' (תש"ס).

¹⁶⁹ הפער התאזן רק בשנת 1978. כהן, ר' וקרנצ'ר, א' (2008) שישים שנה בראי הסטטיסטיקה, סטטיסטיקל 80, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, עמ' 4. נדלה בתאריך 9/7/13 http://www.cbs.gov.il/statistical/statistical60_heb.pdf; להרחבה בנושא אופייה הדמוגרפי של העלייה ראו ליסק, מ' (תשס"ט). עמ' 163.

היה גם בישראל, לאחר מלחמת העצמאות בה נשים נטלו חלק במאמץ המלחמתי, גם אם לא מילאו תפקידי לחימה, הן מילאו את תפקידי הגברים במשקים ובשירותי הבריאות,¹⁷⁰ משתם המאבק הלאומי, ניכרה חזרה לתפקוד המגדרי המסורתי.¹⁷¹ בשנות החמישים חלה ירידה בכח העבודה של נשים במשק הישראלי. בשנת 1955 נשים היו רק 25% אחוזים מכלל המשתתפים בכח העבודה בישראל.¹⁷² בשנת 1967, רק 28.6% אחוזים מכלל הנשים ו- 25.3% אחוזים מכלל הנשים הנשואות נמנו עם כח העבודה האזרחי.¹⁷³ הנורמה בישראל הייתה שאישה מתפקדת כעקרת בית במשרה מלאה, יציאתה של אישה לעבודה נתפסה ככישלון של בעלה לפרנסה בכבוד. גברים רבים התנגדו ליציאת נשים לעבודה בעיקר לאחר הולדת ילדים.¹⁷⁴ יזרעלי הבחינה בין עבודה לבין קריירה: קריירה תובענית יותר ומעניקה הזדמנות לקידום. מימי היישוב ועד לשנות השישים המונח קריירה תואר בלשון גנאי, המרמז כי הפרט מעמיד את הצלחתו האישית מעל לצורכי הכלל. התואר קרייריסטית עורר תגובה שלילית יותר מאשר התואר קרייריסט ורק לנשים מעטות היו קריירות.¹⁷⁵ האידיאולוגיה השלטת תבעה מנשים להעמיד את משפחתן במרכז והקשתה על נשים לתת ביטוי לשאיפותיהן המקצועיות.¹⁷⁶

בשנות החמישים חוקקו בישראל מספר חוקים במטרה להשפיע על מעמד הנשים במשפחה בעולם העבודה ובחברה הישראלית. המשפט משמש כמראה של החברה אשר משקפת התפתחויות במעמד האישה. ההשפעות הן דו כיווניות: המשפט משפיע על החברה והחברה משפיעה על המשפט. העיסוק המשפטי נתפס כבעל חשיבות לאומית וכמעצב את חיי הציבור והפרט.¹⁷⁷ חוק שווי זכויות האישה התשי"א (1951), הווה את ראשית הדיון המשפטי לשוויון בין המינים בישראל. החוק קרא לשוויון בחינוך ובתעסוקה ואפשר לנשים בעלות על רכוש ואפטרופסות על ילדים. ואולם, הסייג ש"אין הוא בא לפגוע בדיני איסור והיתר לנישואין ולגירושין", הותיר את חוקי הנישואין בידי הממסד הדתי והנציח את כפיפות הנשים לגברים בתא המשפחתי והשפיע על מעמד נשים בחברה הישראלית.¹⁷⁸ האישה המשיכה להיתפס כרעה וכאחראית להבאת ילדים, לגידולם ולחינוכם. החקיקה הישראלית הסתמכה על הנחות סטראוטיפיות וביולוגיות בנוגע לתפקיד המיוחד של האישה בבית ובמשפחה.¹⁷⁹

בחוק עבודת הנשים התשי"ד (1954), השיגו נשים בישראל זכויות הנגזרות ממגדרן וממצבן כאימהות עובדות. עוגנה בחוק הזכות לחופשת לידה, הזכות להיעדר לצורך טיפול בילד חולה, הזכות ליום עבודה מקוצר לאימהות לילדים צעירים ואת היכולת להיעדרות מהעבודה בתקופת

¹⁷⁰ הרצוג, ח' (תשס"ח).

¹⁷¹ רוזנברג-פרידמן, ל' (תשס"ט). עמ' 91-125.

¹⁷² סחייק, ר' וזנטי, ס' (2008). סטטיסטיקל 80, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, עמ' 8.

¹⁷³ יזרעאלי, ד' (1999). עמ' 190.

¹⁷⁴ שם, עמ' 167-215.

¹⁷⁵ יזרעאלי, ד' (1997) א'; יזרעאלי, ד' (1997) ב'.

¹⁷⁶ יזרעאלי, ד' (1997) א'.

¹⁷⁷ כתבן, א', שילה, מ' והלפרין-קדרי, ר' (תשע"א). עמ' 6-18.

¹⁷⁸ ביז'אווי-פוגל, ס' (תשע"א). עמ' 157-173.

¹⁷⁹ רימלט, נ' (תש"ע). עמ' 129-138.

ההריון וההנקה. רימלט סוברת כי חלוקת התפקידים המסורתית בין המינים הביאה להטבות לנשים עובדות. לדידה, החוק לא נחקק כתוצאה מתפיסות שוויון בין המינים אלא על מנת לאפשר לנשים למלא את תפקידיהן הכפולים כאימהות המטפלות בילדיהן ונשים עובדות במשק הישראלי. המדיניות החברתית הרשמית של המדינה ראתה בהגדלת הילודה אמצעי חשוב להבטחת המשך הקיום הלאומי. הערך של מרכזיות המשפחה הודגש וניתנו תמריצים למשפחות ברוכות ילדים. הצפייה מנשים הייתה שימלאו את תפקידן כאימהות לצד עיסוקן החברתי והמקצועי.¹⁸⁰

חוק השמות התשט"ז (1956), אפשר לנשים שנשאו ולנשים שהתגרשו לבחור את שם משפחתן. חוק שירות התעסוקה התשי"ט (1959), קבע שאין להפלות אישה בקבלה לעבודה בשל מינה. חוק השכר השווה עובד ולעובדת התשכ"ד (1964), הווה מגמה חדשה של המדינה לעודד נשים להיכנס לשוק העבודה. חוק הירושה התשכ"ה (1965) קבע שוויון בין יורש ליורשת. החוקים הושגו בזכות אופייה הסוציאליסטי של הנהגת המדינה והיו למערכת חוקי עבודה מחייבים במישור של יחסי עבודה אישיים שחוקקה הכנסת בשנות החמישים. למרות שהחוקים היו מובילים בעולם בתחומי רווחת האישה, מקורם בתפיסה כי המשפחה היא מוקד העשייה הנשית ותפקידה העיקרי של האישה הוא אמהות.¹⁸¹

לתהליכי ההגירה בשנות החמישים הייתה השפעה מכרעת על מעמדן השולי של נשים מהגרות ילידות ארצות האסלאם, שלא זכו להשכלה ותעסוקה. הפער הסוציו אקונומי בין לבין נשים ילידות הארץ אירופה ואמריקה גדל.¹⁸² תחושת החרום הלאומית הדגישה את מחויבות הפרט לחברה, וגם ארגוני הנשים זנחו את הפעילות הפמיניסטית, וסייעו למאמץ הלאומי בקליטת עלייה ובחינוך.¹⁸³

בשנות השישים התעוררו בארצות המערב ובמיוחד בארצות הברית תנועות אזרחים למען נושאים שונים וביניהם הגל השני של הפמיניזם שתבע מימוש בפועל של ערכי שוויון בין גברים לנשים. המהפכה הפמיניסטית של שנות השישים קראה לנשים לחזור לשוק העבודה ולזכות בעצמאות כלכלית. בישראל, מלבד החוקים וההצלחה להכניס נציגה ברשימת הנשים לכנסת, בשנות החמישים והשישים השיח הגלובלי נבלם על ידי כוחות חברתיים ותרבותיים מקומיים, שהעלו את המיליטריזם והמסורתיות. רוב הנשים קבלו על עצמן את תפקיד עקרת הבית והאם. אלה שעבדו מחוץ לבית, עשו זאת במשרה חלקית ובמקצועות השירות או הטיפול, עוזרות בית, מבשלות מטפלות או עובדות במפעל. רק מיעוט מהנשים המשכילות פיתחו קריירה עצמאית, רובן תפסו את עצמן כמי שאמורה לטפח את ביתה משפחתה ואת הקריירה של בעלה.¹⁸⁴

ארגוני הנשים שהתפתחו ביישוב ובמדינה היו שותפים ל"תחושת החירום" אשר ליוותה את השנים שקדמו להקמת המדינה ושנותיה הראשונות, ונטו למקד את הפעילות למען נשים סביב המטרה הלאומית. הארגונים פעלו בתחום הסעד והסיעוד, תחומים שנתפסו נשיים-טיפוסיים

¹⁸⁰ אלמוג, ע' (תש"ס); הרצוג, ח' (תשס"א). עמ' 269-293; רימלט, נ' (תש"ע); שלו, כ' (תשס"ג). עמ' 55-79.

¹⁸¹ אלמוג, ע' (תש"ס); הרצוג, ח' (תשס"א); רימלט, נ' (תש"ע).

¹⁸² סטולר-ליס, ש' (תשס"ו).

¹⁸³ רוזנברג-פרידמן, ל' (תשס"ה); רימלט, נ' (תש"ע).

¹⁸⁴ אלמוג, ע' (תש"ס); הרצוג, ח' (תשס"ח); ביזאווי-פוגל, ס' (תשע"א); רימלט, נ' (תש"ע).

אולם הביאו לחיזוק המודעות הנשית, להכשרה מקצועית לנשים, להכשרת מנהיגות ולקידומן של נשים.¹⁸⁵ ברם, ארגונים דוגמת ויצ"ו, נעמ"ת ואמונה לא היו שותפים להתעוררות הגל הפמיניסטי השני בשנות השבעים, ולמעשה נמנעו מהגדרתם כפמיניסטיים עד לשנות השמונים.¹⁸⁶

מלחמת יום הכיפורים העלתה לדיון שאלות בנושא צבא חברה ותרבות וביניהן גם את הנושא המגדרי. באותן שנים שטף את העולם המערבי הגל השני של הפמיניזם שהגיע להכרה בינלאומית עם הכרזת האו"ם על השנים 1975-1985 כעל עשור למען נשים. ואולם, שחרור האישה האמריקאית נתפס בציבוריות הישראלית כמאיים על הקולקטיב הישראלי. אף על פי כן, גם בישראל ניכרו רשמיה של מהפכה פמיניסטית. אחד הגורמים להתעוררות זו היה גיוס הגברים למלחמה. הגיוס המאסיבי עם פרוץ המלחמה שיקף את שוליות הנשים במרחב הציבורי. נשים לא שולבו במערך החרום ולא יכלו למלא מקומות עבודה בייצור מלחמתי ובאדמיניסטרציה אזרחית. כתוצאה מכך, פנו להתנדב ולעסוק בתפקידים נשיים מסורתיים, טיפול בפצועים, ביקורים בבתי חולים, יצירת קשר בין חיילים למשפחותיהם ועבודה וולנטרית. המלחמה הפכה למנגנון ששעתק את חלוקת התפקידים המסורתית בחברה הישראלית. עם סיום המלחמה וחזרת הגברים למקומות העבודה, החלה התארגנות פמיניסטית והשיח הפמיניסטי חלחל לתודעה של יותר נשים. הוקמו קבוצות נשים פמיניסטיות בשלוש הערים הגדולות שפעלו למען זכויות עבור נשים. הביטוי הפוליטי הראשון לעלייה במודעות לבעיית מעמד האישה הייתה הצלחתה של תנועת ר"צ שדגלה בזכויות האדם האזרח והאישה, בראשות שולמית אלוני בבחירות לכנסת השמינית שהתקיימו בשנת 1974. תנועת ר"צ חידדה את הקשר בין הקונפליקט הישראלי הערבי לחלוקת התפקידים המסורתית המעצימה את המעמד הלא שוויוני של נשים. הפעילות הפמיניסטית של חברות הכנסת והפעילות בערים הגדולות התמקדה בזכות להפלות, הקמת מעונות יום לתינוקות של נשים לומדות ופתיחת מרכזי סיוע ומעון לנשים מוכות. ניסיון להקים תנועה פמיניסטית אחת בראשות מרשה פרידמן, המאחדת את כל הנשים לא צלח ומפלגת הנשים לא עברה את אחוז החסימה בבחירות בשנת 1977. הנושאים המגדריים נתפסו כשוליים וכמערערים את הלכידות החברתית. בשנת 1976 מונתה לראשונה הוועדה לבדיקת מעמד האישה בישראל, אשר נתנה לגיטימציה לנשים לדרוש את זכויותיהן כפרטים ולא רק כאימהות וכרעיות.¹⁸⁷ בתקופה זו החל השיח הפמיניסטי לשאת אופי תאורטי ופרקטי.¹⁸⁸ בשנת 1978 הוגשו מסקנות דו"ח הוועדה לבדיקת מעמד האישה שמינה יצחק רבין. הוועדה מנתה מאה נשים מתחומים שונים והיוותה מפגש ראשון של פוליטיקאיות ונשות אקדמיה לצורך נושא קידום הנשים בישראל. לסיכום, המפנה במאבק הציבורי לשוויון זכויות לנשים הושג עקב שילוב גורמים: השפעת הגל השני של הפמיניזם המערבי, עליית נשים מארצות המערב אשר נחשפו לשינויים בארצן, ניפוץ המיתוסים אחרי מלחמת יום הכיפורים ועלייה בתהליכי האינדיבידואליזציה בחברה.

¹⁸⁵ לדוגמה: 'התאחדות נשים עבריות לשיווי זכויות', 'הסתדרות נשים עבריות', 'תנועת הפועלות', הדסה ויצ"ו ונשי מזרחי. ראו: אייזנשטדט, מ'. (תשע"א); ברנשטיין, ד' (תשמ"ז); זמורה, א' (תשס"ב); ספרן, ח' (תשס"ח); רוזנברג-פרידמן, ל' (תשס"ה); רוזנברג-פרידמן, ל' (תשע"א); שילה, מ' (תשע"א).

¹⁸⁶ ביזאווי, ס' (1987); פוגל-ביזאווי, ס' (תשע"א); רוזנברג-פרידמן, ל' (תשס"ה); רימלט, נ' (תשי"ע).

¹⁸⁷ ביזאווי-פוגל, ס' (תשע"א); ביזאווי, ס' (1987); הרצוג, ח' (תשס"ח); רוזין, ט' (2000); רימלט, נ' (תשי"ע); שובל, י' ואנסון ע'. (תשס"א). עמ' 40-46.

¹⁸⁸ רימלט, נ' (תשי"ע). עמ' 141-153.

השכלה ועבודת נשים היו שני ערוצים עיקריים לקידום מעמד הנשים בחברה. המשק הישראלי החל להסתמך יותר ויותר על עבודת נשים ואחוז הנשים העובדות והלומדות באוניברסיטאות עלה.¹⁸⁹ במהלך שנות השבעים חלה עלייה ברמת ההשכלה של נשים בישראל. בשנת תש"ל (1969/1970) רוב הסטודנטים באוניברסיטאות היו גברים ונשים היוו רק 43% אחוזים מכלל הלומדים. בשנת הלימודים (1979/1980) חלקן של הנשים מכלל מקבלי התארים היה 45% אחוזים. ייצוגן של הנשים גדל עקב כניסתן למכללות להוראה וללימודי מקצועות הבריאות.¹⁹⁰

הקשר בין השתתפות נשים בשוק העבודה לרמת השכלתן הוכח, שכן ככל שעלתה רמת ההשכלה כך הייתה עלייה בשיעור ההשתתפות בשוק העבודה. בשנת תש"ל (1970) 278,800 נשים השתתפו בשוק העבודה בישראל. במהלך שנות השבעים עלה מספר הנשים בשוק העבודה והגיע בשנת תשל"ה (1974/5) ל- 380,800, 31.6% אחוזים מכח העבודה האזרחי היו נשים.¹⁹¹ נשים בעלות השכלה על תיכונית היו לעמוד התווך של השירות הציבורי והשתלבו בעיקר במערכת הבריאות ובהוראה. נשים פנו לשירות הציבורי כדי לאפשר לעצמן פיתוח קריירה לצד מחויבות למשפחה. בשנות השבעים התחזקה המגמה של נשים שהועסקו במשרות חלקיות וגרמה לגידול במספר הנשים בשוק העבודה הציבורי. אולם מיעוט מהנשים העובדות הגיע לתפקידי ניהול.¹⁹²

הקו ההסברתי הלאומי של שנות החמישים שהתבטא בעידוד האימהות והילודה החל להתאפיין לאחר מלחמת יום הכיפורים בעידוד נשים לצאת לעבוד מחוץ לבית, תוך ציפייה מהן להמשיך ולשמור על תפקידיהן בבית ובמשפחה. למרות העלייה במספר הנשים שהשתתפו בכח העבודה, נשמר בידול עיסוקי.¹⁹³ ההפרדה בין עיסוקים גבריים לעיסוקים נשיים נשמרה ורק מעט נשים הצליחו לעסוק בעיסוקים שנחשבו גבריים. תהליכי פרופסיונליזם של נשים בשנות השבעים נחקרו בתחומי המשפט, החינוך והרפואה.¹⁹⁴ הפמיניזציה של מקצוע עריכת דין החלה בשנת 1972. הנשים שעבדו במקצוע לפני שנה זו אמצו דפוסים גבריים על מנת לשרוד. יש ויכוח האם נשים הצליחו להיכנס למקצוע אחרי שיוקרתו ירדה או שכניסת הנשים הפחיתה את יוקרת המקצוע. בשנות השבעים חל שינוי ונשים עורכות דין הצליחו לעבוד במקצוע פחות שעות ולשלב בין עבודה למשפחה, שינוי ששינה את מספר הנשים שחדרו לתחום.¹⁹⁵

בשנות השבעים מעל מחצית הנשים המועסקות בשירות הציבורי היו מורות. התפתחותן של מקצוע ההוראה כעיסוק נשי ביצר את הבידוד התעסוקתי והדגיש את החולשה הקולקטיבית של

¹⁸⁹ ביז'אווי, ס' (1987). עמ' 7-11; ביז'אווי-פוגל, ס' (תשע"א). עמ' 157-173.

¹⁹⁰ נשים בהשכלה הגבוהה, אתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, נדלה בתאריך 25/6/13 http://www.cbs.gov.il/www/publications/desc_exp/women.pdf; סבירסקי, ש', קונור, א', סבירסקי, ב' ויחזקאל, י' (2001). עמ' 100.

¹⁹¹ בר צורי, ר, פיישר, ח' ועסיס, א' (1997). 44-17. www.macro.org.il/lib/7373134.pdf

¹⁹² הולצמן, א' ויזרעאלי, ד' (תש"ס). עמ' 65-90; סבירסקי, ש', קונור, א', סבירסקי, ב' ויחזקאל, י' (2001). עמ' 11-18, 31, 36, 43, 66, 94, 97, 100.

¹⁹³ הולצמן, א' ויזרעאלי, ד' (תש"ס).

¹⁹⁴ אדי-רקח, א' ואיילון, ח' (תשס"ה). עמ' 63-93 הרצוג, א' (2010). עמ' 9-22; הרצוג, א' (2010). עמ' 46-72; הולצמן, א' ויזרעאלי, ד' (תש"ס); זלשיק, ר' וודיוביץ, נ' (תשע"א); כתבן, א' (תשע"א); לייסנר, א' (תשע"א); שחורי-רובין, צ' (תשע"א).

¹⁹⁵ בכר, ש' (1999).

נשים. ההנחה הייתה כי מדובר במקצוע נשי וכי העובדות בו מסתמכות על פרנסת בן הזוג. הנחה זו גרמה להסכמי שכר גרועים אך שירתה אינטרסים כלכליים של ממשלות ישראל לחיסכון בתקציב החינוך.¹⁹⁶ הוכח כי למין המורה השפעה על מערכת הריבוד הפנימי של תפקידים בתוך בית הספר. גברים נהנו מיתרון בקידום לתפקידי ניהול. ככל שתפקיד היה מתגמל יותר, אחוז הנשים המועסקות בו היה קטן.¹⁹⁷ הסגרגציה המינית והריבוד המיני במקצוע ההוראה התאפשרו עקב חוסר התנגדות הנשים שבחרו במקצוע שיאפשר להן לגוון בין מגוון התפקידים שהן מלאו והעניק גמישות בארגון משימות בבית ומחוצה לו. המגדור במערכת החינוך וקיבוע החינוך כעיסוק נשי, חזקו את שוליות המקצוע ושקפן את מעמד הנשים בחברה הישראלית.¹⁹⁸ כן השליך על חולשתן הפוליטית של נשים בישראל.

מגמת כניסת נשים למקצוע הרפואה הדורש הכשרה מקצועית ארוכה העידה על שינויים במעמד האישה ובמחויבותה לעולם העבודה. עזריאלי והולצמן מצאו כי מגמה זו, שהחלה בשנת 1974 מעידה על דה-סגרגציה ולא הייתה עקבית לכל ההתמחויות במקצוע הרפואה. שיעור הכניסה של נשים להתמחויות היה דפרנציאלי וקשור להתמחויות שבמהלך השנים נחשבו פחות יוקרתיות הן מבחינת קידום מקצועי והן מבחינת האפשרות לעסוק ברפואה פרטית. נשים פנו להתמחות ברפואה פנימית, רפואת ילדים ורפואת משפחה.¹⁹⁹

מקצוע הריפוי בעיסוק היה מקצוע נשי מובהק והעבודה בו התקיימה במסגרת השירות הציבורי. האפשרות לעבוד במשרות חלקיות התאימה לנשים נשואות ומטופלות בילדים. בשנים 1951-1979 רובן המכריע של נשים ישראליות נשאו והקימו משפחות. זאת ועוד, רוב הנשים הנשואות לא עבדו מחוץ לביתן. בשנות השבעים עלה בהדרגה מספר הנשים העובדות, בעיקר בשירות הציבורי, כולל מערכות החינוך והבריאות. נשים בחרו לעבוד בשירות הציבורי מפני שהן נתבעו להקדיש את מרב זמנן למשפחה ולא לקריירה מקצועית. גם מרפאות בעיסוק השתלבו בעבודה במערכות אלה. תנאי עבודה נוחים ועבודה טיפולית עם אנשים משכו נשים למקצועות הבריאות והרווחה וביניהם הריפוי בעיסוק.²⁰⁰

¹⁹⁶ הרצוג, א' (2010). עמ' 9-22; הרצוג, א' (2010). עמ' 46-72.

¹⁹⁷ אדי-רקח, א' ואילון, ח' (תשס"ה).; הרצוג, א' (2010). מיעוט מעובדות ההוראה הגיע לתפקידים מתגמלים כלכלית כמו: ניהול בתי ספר תיכון, יו"ר הסתדרות המורים.

¹⁹⁸ אדי-רקח, א' ואילון, ח' (תשס"ה).; הרצוג, א' וולדן, צ' (2010).

¹⁹⁹ הולצמן, א' וזרעאלי, ד' (תש"ס).; הרצוג, ח' (תשס"ח).; זרעאלי, ד' (1999).; זרעאלי, ד' (1997) א'.

²⁰⁰ בר צורי, ר, פישר, ח' ועסיס, א' (1997). עמ' 59.

1. התחלואה, הרפואה, בריאות ושירותי הבריאות בישראל בשנים 1951-1979

את מצב הבריאות בחברה הישראלית ואת דפוסי הספקת שירותי הבריאות בישראל, כמו בכל חברה אחרת, לא ניתן לנתק ומהתהליכים החברתיים והתרבותיים המתרחשים בה. מצב הבריאות, המשאבים החברתיים המוקצים לבריאות, ההתנהגות הקשורה לבריאות ודפוסי הספקת שירותי הבריאות קשורים קשר הדוק לתמורות באידיאולוגיה עליה מושתתת מערכת הערכים הישראלית, ללחץ הנובע מהבעיות עמן מתמודדת החברה הישראלית וליחסי הכוחות בין הקבוצות החברתיות המרכיבות אותה.²⁰¹

מדינת ישראל הצעירה נדרשה לבסס את מערכת השירותים והתשתיות, בין היתר את תחום הבריאות. פיתוח תחום זה היה נחוץ במיוחד לנוכח המלחמה הקשה שחוותה זמן קצר לפני כן, לנוכח גלי העלייה הגדולים שהביאו עמם עולים בהם ניצולי שואה, עולים מבוגרים ועולים חולים במחלות כרוניות שנזקקו לטיפול רפואי, מצב כלכלי רעוע, תנאי סניטציה קשים במחנות העולים ובמעברות ושנים של מגיפות קשות, כגון מגיפת הפוליו, הטביעו אף הן את חותמן.

מערכת הבריאות

מערכת הבריאות של מדינת ישראל נבנתה על שירותי הבריאות שפעלו ביישוב בשנות המנדט הבריטי והוסיפה לפעול במסגרתה. ארגוני הבריאות קרי, קופות החולים והדסה היו כפופים למשרד הבריאות ולממשלת ישראל. עם הקמת המדינה הפך משרד הבריאות לגורם העיקרי באספקת שירותי הבריאות. בהשוואה לשנות היישוב, ארגון הדסה אבד את מעמדו כספק שירות עיקרי בישראל.²⁰² משרד הבריאות, השירות הרפואי הצבאי וקופת חולים הכללית התמודדו עם האתגר של ארגון שירותי הבריאות לעולים. לגל העלייה ההמונית הייתה השפעה נכרת על מערכת הבריאות ובעיית הבריאות הייתה מהקשים באתגרי הקליטה. ניכרה עלייה בשיעורי התחלואה במחלות מדבקות והגיע לארץ שיעור גבוה של עולים קשישים ותשושים, חולים כרוניים ונכים במצב בריאותי ירוד. כדי לשמור על חיי העולים ולמנוע מגפות, היה צורך באספקת שירותי רפואה חיוניים.²⁰³

השרות הרפואי לכל עולה ניתן למשך שלושת החדשים הראשונים בארץ על ידי הסוכנות. ראשי משרד הבריאות ובכירי קופת החולים הכללית הבינו שהשירות הרפואי לעולים יהיה המפתח לשליטה במערכת הבריאות בישראל. משנת 1950 נשאו משרד הבריאות וקופת חולים בעול הטיפול הרפואי בעולים. העולים החולים אושפזו בבתי החולים של משרד הבריאות ובבתי החולים הצבאיים. בשנת 1953 הועברו בתי החולים הצבאיים לבעלות משרד הבריאות שהיה לגורם האשפוז המרכזי בארץ. קופת חולים הכללית סיפקה רשת מרפאות במחנות ובמעברות, מהלך זה קבע את פניה של מערכת הבריאות בישראל. מחד גיסא, הצליחה קופת החולים הכללית להיות ספק השירות המרכזי, להכפיל את אוכלוסיית מבוטחיה ולבסס את מעמדה במערכת

²⁰¹ שובל, י' ואנסון ע' (תשס"א). עמ' 78.

²⁰² שחף, ש' (2014). עמ' 32.

²⁰³ ליסק, מ (תשנ"ח). עמ' 13-55; רוזין, א' (תשס"ח). עמ' 210-222; שובל, י' ואנסון ע' (תשס"א). עמ' 127-153, 253-258; שורץ, ש' (2000). עמ' 143-182; שחורי-רובין, צ' (תשע"ג). עמ' 157.

הבריאות.²⁰⁴ מאידך גיסא, נקלעה הקופה למצוקה עקב הטיפול בעולים במעברות ובמחנות העולים שהיו מוקדי תחלואה, לאורך שנות הטיפול באוכלוסיית המחנות והמעברות, בלט מחסור ברופאים ואחיות מיומנים ובכלי תחבורה.²⁰⁵

השיעור הגבוה של עולים נכים וחולים הכביד על מוסדות הקליטה והאוכלוסייה הקולטת והממשלה החליטה להגביל כניסתם לארץ של חולי שחפת, חולי רוח וחולים במחלות מדבקות.²⁰⁶ בשלהי 1951 נקבעו הגבלות בעלייה על פי גיל, מצב בריאות וכושר עבודה. הוחלט שהסלקציה לא תחול על 'עליות הצלה' דחופות ו'קהילות מתחילות'. ההגבלה הביאה לצמצום במספר העולים לארץ ואולם, חרף ההגבלות היו חריגות והועלו גם חולים ונכים שהתאימו לקטגוריות של 'עליית הצלה' או 'קהילה מתחלת'. בשנת 1956, עם ההחמרה במצב הביטחוני של יהודי מרוקו הוכללה יהדות מרוקו כ'עליית הצלה' ובוטלו ההגבלות.²⁰⁷

הניסיונות ליצור מערכת אידיאולוגית לאומית של שירות בריאות ממלכתי אחיד ושווה באמצעות חוק בריאות ממלכתי עוכבו. השאיפה של הממשלה הייתה להעביר את כל בתי החולים לאחריות הממשלה ולהשאיר בקופת חולים הכללית את מערכת המרפאות לטיפול במשפחה ואת המרפאות המקצועיות ומוסדות השיקום. קופת חולים וההסתדרות התנגדו להעברת בתי החולים לאחריות הממשלה ונאבקו להקים את בית החולים בנגב על מנת לחזק את מעמד הקופה בתחום האשפוז ולמנוע ניסיונות להלאמת מערכת הבריאות. בשנת 1960 נפתח בית החולים בנגב,²⁰⁸ לאחר מאבק בין ראשי משרד הבריאות לראשי קופת החולים. פתיחת בית החולים ביססה את מעמד הקופה גם כמספקת שירותי אשפוז.²⁰⁹

החל משנות השבעים גדלו בהתמדה הדרישה לשירותי בריאות וההוצאה הלאומית לבריאות. הגירה, גידול טבעי, עלייה בתוחלת החיים והזדקנות האוכלוסייה לצד טיפולים חדשניים בטכנולוגיות חדשות ויקרות, אפשרו להאריך חיי חולים ולהציל פגים. מגוון הטיפולים שספקה מערכת הבריאות גדל וחל שינוי בדפוסי ההתנהגות של החולים שהפכו מחולים לצרכנים אשר מצפים לטיפול מטבי וחדשני.²¹⁰

מספר חוקים ושינויים ארגוניים במערכת הבריאות השפיעו על טיב ומהות השירותים שניתנו לאנשים עם מוגבלויות. חוק הנכות הכללית נכנס לתוקף בישראל באפריל 1974 ושולם למבוטחי הביטוח הלאומי שעקב ליקוי גופני, שכלי או נפשי הנובע ממחלה מתאונה או ממום מלידה לא היה להם כושר להשתכר או לתפקד.²¹¹ מתוקף חוקי הנכות הכללית הופנו הפונים לבקשת קצבת

²⁰⁴ תזר. (17/2/75). 'אוכלוסיית קופת חולים עלתה בחצי מיליון נפש בשש שנים'. לא מצוין של הכותב.

²⁰⁵ ליסק, מ (תשנ"ח). עמ' 13-55; רוזין, א' (תשס"ח). עמ' 210-222; שובל, י' ואנסון ע' (תשס"א). עמ' 127-153, 258-253. שורץ, ש' (2000). עמ' 143-182; שחורי-רובין, צ' (תשע"ג). עמ' 160-177.

²⁰⁶ פיקאר, א' (תשע"ג). עמ' 294-352; שורץ, ש' (2000). עמ' 143.

²⁰⁷ הכהן, ד' (תשנ"א); הכהן, ד' (תשנ"ד). עמ' 54; הכהן, ד' (תשנ"ח); הכהן, ד' (תשס"א); פיקאר, א' (תשע"ג).

²⁰⁸ לימים בית החולים סורוקה.

²⁰⁹ שורץ, ש' (2000). עמ' 231-234.

²¹⁰ בן נון, ג' ומגנזי, ר' (2010). עמ' 7-12; הולצמן, א' ויזרעאלי, ד' (תשי"ג).

²¹¹ אתר המוסד לביטוח לאומי נדלה בתאריך

נכות לאבחון תפקודי היום יום, מרפאות בעיסוק היו בצוותי האבחון שנפתחו מטעם המוסד לביטוח לאומי.

שירותי הבריאות בישראל אופיינו בכפילות ופיצול והיו לזירת מאבק בידי ההנהגה הפוליטית בתחרות על השליטה במרכזי כח בין המפלגות לתנועת העבודה ההסתדרות וקופות החולים.²¹² הניסיונות לחוקק חוק בריאות חובה ולכונן מערכת בריאות ממלכתית תוך הלאמת ארגוני הבריאות והעברת קופת החולים מההסתדרות לממשלה החלו עם הקמת המדינה. ברם, התוצר הסופי על פיו פעלה מערכת הבריאות עד לשנת 1977 היה פשרה בין רצונות פוליטיים לעצב את מערכת הבריאות על פי אידיאולוגיה לאומית של שרות ממלכתי אחיד ושווה לבין רצון המוסדות וארגוני הבריאות השונים ובמיוחד קופת חולים הכללית וההסתדרות שלא רצו להלאים את מוסדותיהם ולוותר על עצמאותם לטובת מערכת ממלכתית.²¹³

מערכת הבריאות פעלה על פי המודל הביו רפואי שבמרכזו עמד הרופא שטפל במחלה. המודל התבסס על אמת מדעית שנשענה על שלושה עקרונות, אובייקטיביות של הידע, יכולת ניבוי סיבת המחלה וידע מצטבר המבוסס על תוצאות ניסויים.²¹⁴ מחלה נתפסה כסטייה מהתפקוד הטבעי של הפרט וכללה פציעות ונכויות מולדות. במודל הביו רפואי היחסים בין רופא לחולה אינם בין שווים אלא יחסים בהם נהנה הרופא מעליונות ושליטה. המודל הרפואי לא התייחס למרכיב הנגישות כי החולה נתפש כמשני למחלה ומצופה ממנו להתאים את עצמו למערכת הבריאות. במהלך שנות השבעים התפתחו תאוריות שראו את הפרט במרכז ואת הארגון כמספק שירותים לפרט וגישות שדגלו ביחס יותר דמוקרטי ופחות הירארכי בין האדם לחברה, השינויים בתפיסות השפיעו גם על מערכת הבריאות. השתנו יחסי הכוחות המסורתיים בין הרופא לחולה והגישה הרפואית השתנתה מגישה פטרנליסטית שאפיינה את המודל הביו רפואי לגישה שכבדה את האוטונומיה של האדם ושתפה אותו בקבלת החלטות לגבי בריאותו.²¹⁵

בשנות השבעים חל מהפך גם במעמד של מקצועות הבריאות. מקצוע הסיעוד היה הראשון ממקצועות הבריאות שזכה לקבל אישור לתואר אקדמי. התכנית הראשונה להסבת אחריות מוסמכות לאחריות בעלות תואר אקדמי נפתחה בתל אביב בשנת 1968.²¹⁶ התכנית הראשונה לתואר בוגר בסיעוד לבוגרי תיכון נפתחה בבית הספר לאחריות בהדסה בשנת 1975 לאחר מאבקים פוליטיים שכללו שתדלנות ושכנוע של רופאים, של הרשויות הממלכתיות הממונות של שירותי הבריאות, של ראשי האוניברסיטאות ושל חברי המועצה להשכלה גבוהה. פתיחת התכנית בחסות האוניברסיטה סללה את הדרך לאקדמיזציה של מקצועות בריאות נוספים.²¹⁷

²¹² לקופת חולים כללית היה תפקיד מרכזי בעיצוב מערכת הבריאות הישראלית. עד המהפך הפוליטי בשנת 1977 השלטון אפשר לשלושת הגופים; תנועת העבודה ההסתדרות וקופת החולים הכללית להפעיל את כוחם ולהשפיע על תחומי מדיניות ועל שירותים רבים. הקשר הפוליטי בין קופת חולים הכללית ומפלגת השלטון פתח בפני הקופה ערוצי גישה למשאבים ולהשפעה נכרת על מערכת הבריאות. הקופה נהנתה מעזרה ממשלתית הרחיבה שורותיה ובנתה מערכת שירותים ענפה. עם זאת, הייתה תחרות תמידית בין הקופה למשרד הבריאות על תקציב הבריאות. ראו שובל, י' ואנסון ע'. (תשס"א). עמ' 127-153; שורץ, ש' (2000). עמ' 1-5, 231-234.

²¹³ שם, שם.

²¹⁴ לובצקי, ח' (תשי"ע). עמ' 6-7; שובל, י' ואנסון ע' (תשס"א). עמ' 13-21.

²¹⁵ שם, שם.

²¹⁶ שחף, ש' (2014).

²¹⁷ שובל, י' ואנסון ע' (תשס"א). עמ' 222-223.

צרכי הבריאות הבווערים במדינה מתפתחת היו קודמים להשקעה בפיתוח מקצוע חדש. השינויים במערכת הבריאות השפיעו גם על התפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק שהיה אחד ממקצועות הבריאות. עם זאת, בשנים הנחקרות הורחבה אוכלוסיית המטופלים בריפוי בעיסוק וחלו שינויים במקצוע, שיוצגו בשער הבא.

רפואה ביישובי פריפריה

הרפואה הקהילתית ביישובי הפריפריה אופיינה במחסור במספר הרופאים ובמספר מועט של מרפאות. תושבי הפריפריה ובעיקר תושבי הנגב נאלצו לנסוע מרחק רב כדי לקבל טיפול רפואי.²¹⁸ צוותי הרופאים והאחיות שטפלו בעולים במחנות במעברות וביישובי הפריפריה, העידו על קשיים רבים בטיפול ועל תחושות אמביוולנטיות כלפי הפעולות שבצעו בשנות החמישים.²¹⁹ השירות שניתן לעולים היה במטרה למגר מחלות מדבקות כפוליו ושחפת, וחינוך לבריאות והטמעת נהגי בריאות באמצעות טיפות חלב ושירותי בריאות בבתי הספר.²²⁰ ההדרכה לבריאות ניתנה בתחומי הרבייה- לידות, הפלות, מניעת הריון וטיפול בתינוקות. היענות העולות האימהות לקבל הדרכה הפכה אותן "לסוכנות השינוי המרכזיות בתחום הבריאות בעלייה הגדולה".²²¹ התפיסות ההיגייניות והטכנולוגיות המערביות היו זרות לעולים והפער בתפיסות הבריאות בינם לבין המערכת הקולטת היה רב.²²² למרות הביקורות על תפיסות אנשי מערכת הבריאות הישראלית ביחס לעולים ועל הפרקטיקות בהן השתמשו, מדיניות הבריאות שהפעיל משרד הבריאות בסיוע יוניצי"ף וארגוני בריאות ורווחה בינלאומיים זכתה להצלחה. המדיניות תרמה לעלייה בתוחלת החיים, לביעור המחלות הזיהומיות, להורדת תמותת תינוקות ולהורדת תמותת אימהות ולשיפור בריאות כללי בקרב האוכלוסייה.²²³

הניסיונות לצמצם את הפערים בין מרכז הארץ לפריפריה בתחום הבריאות לא צלחו. אזור הדרום אופיין במגוון תרבויות, אזור רב תרבותי שפוצל בין יהודים לבדואים, עולים, ותיקים, כפריים ועירוניים, עניים ועשירים דתיים וחילוניים. בנגב סוגי יישובים מגוונים, ערים, קיבוצים, מושבים, מועצות אזוריות, וישובים בדואיים. תושבי הנגב עניים יותר מתושבי ישראל האחרים ותוחלת חייהם נמוכה. הפריפריה מתאפיינת גם בזמינות הנמוכה של שירותי הבריאות, לעומת זו שבמרכז הארץ וחסמים בשימוש בתחבורה ובתקשורת מפחיתים את השימוש בשירותי הבריאות. אחד ממאפייני הזמינות הנמוכה של השירותים הרפואיים בדרום הוא המחסור הקבוע בכח אדם רפואי ופרא רפואי.²²⁴

כמו בשנים שקדמו להקמת המדינה, גם לאחר הקמתה תחומי בריאות הנפש, השיקום והילדים היו במוקד מקצוע הריפוי בעיסוק.

²¹⁸ דורון, ח' ושורץ, ש' (תשס"ה). עמ' 49-99; טל, ה' (תשנ"ג). עמ' 88-98.

²¹⁹ סטולר-ליס, ש' (תשס"ו).; סטולר-ליס, ש' ושורץ, ש' (2004). עמ' 31-62.

²²⁰ שורץ, ש' (2009). עמ' 10-23.

²²¹ את חלק מהפעולות הרפואיות והחינוכיות הגדירו הרופאים והאחיות כטעויות שבוצעו מחוסר ידע באותן שנים. הם הדגישו כטעויות גם את הניסיונות לשנות את תרבות העולים ולהפוך אותם לישראלים פרודוקטיבים. ראו סטולר-ליס, ש' (תשס"ו).; שורץ, ש' (2009). עמ' 19.

²²² סטולר-ליס, ש' (תשס"ו).; סטולר-ליס, ש' ושורץ, ש' (2004).; שורץ, ש' (2009). עמ' 10-23.

²²³ שורץ, ש' (2009). עמ' 20.

²²⁴ לובצקי, ח' (תש"ע). עמ' 28-38.

סיוע מארגון הגוינט- הקמת מלב"ן (מוסד לטיפול בעולים נחשלים)

סיוע לקשיי התחלואה והקליטה הגיע מארגון הגוינט העולמי שנוסד בשנת 1914 כארגון סעד של יהדות ארצות הברית במטרה לסייע ליהדות אירופה בעת מלחמת העולם הראשונה. בשנים 1948-1949 לנוכח מלחמת העצמאות והגלים הגואים של עולים נכים חולים וקשישים, מיקד הארגון את עיקר משאביו בסיוע לקליטת העולים בישראל. להנהלת הגוינט היה ברור כי המדינה הצעירה לא יכולה להתמודד עם הטיפול בחולים כרוניים במצב סיעודי ועם חולים הזקוקים לתהליך שיקום ארוך.²²⁵ כדי לתת מענה לקליטה ולטיפול באוכלוסיות הנזקקות, הוחלט על הקמת ארגון מלב"ן (מוסד לטיפול בעולים נחשלים), גוף משותף לממשלת ישראל, הסוכנות היהודית וארגון הגוינט. באמצעות גוף זה הוקמו מתקני אשפוז ומערכת שיקומית כדי להעניק טיפול רפואי מלווה בשיקום רפואי סוציאלי וכלכלי לאוכלוסיית חולי השחפת, חולים כרוניים, קשישים, עיוורים, ילדים חריגים וחולי נפש.²²⁶

עד למחצית השנייה של המאה העשרים הייתה שחפת מחלה מדבקת שטופלה בסנטוריומים בהם הושם דגש על אויר צח, מנוחה ואוכל. עם גלי העלייה הגדולים ציפו בארץ לעולים רבים חולים בשחפת, לפיכך הקדים ארגון מלב"ן דחיפות לטיפול בחולי שחפת. הארגון ניהל ופיקח על בתי החולים לשחפת בגדרה ובנהריה ועל מיטות החולים במחלה שטופלו בבית לוינשטיין. כדי לענות על הצורך המתגבר נבנה בית חולים ייעודי לחמש מאות חולי שחפת בבאר יעקב. במרכז השיקומי בנווה חיים ליד חדרה, התמחו החולים ברכישת מקצועות, נגרות חייטות פקידות והנהלת חשבונות, כדי לסייע לחולים ברכישת מקצוע לקראת קליטתם בקהילה. בית אבות לחולי שחפת נפתח בפרדסיה כדי לתת מענה לחולי שחפת קשישים. עם הירידה במספר העולים, העלייה ברמת החיים, פיתוח תרופות יעילות ושיטות כירורגיות חדשות חלה ירידה במספר החולים בשחפת פעילה והמחלקות לחולי שחפת החלו להסגר ובשנת 1961 העביר ארגון מלב"ן את הפרויקט לממשלת ישראל.²²⁷

בשנת 1949 פתח מלב"ן את בית החולים 'מחנה ישראלי' שהיה מיועד לטיפול בחולים כרוניים נכים. בשנת 1954 היו במוסד 430 מיטות. נפתחו מחלקות אשפוז לחולים כרוניים, שירותי יום, מרפאות אבחון תכניות הכשרה מקצועיות וסדנאות תעסוקה מוגנות.²²⁸

העלייה הגדולה יצרה שינוי דמוגרפי גם במספר הקשישים בישראל. לישראל הגיעו מבוגרים גלמודים וחולים שהיו זקוקים לסיוע ולסעד. משנת 1951 הועברה האחריות הבלעדית לטיפול בקשישים לידי מלב"ן שהקים בתי אבות ומימן מיטות במוסדות פרטיים ברחבי הארץ.²²⁹ בראשית שנות השישים גדל שיעור הקשישים באוכלוסייה ומלב"ן היה אחראי לטיפול בשני שליש מהקשישים המאושפזים. בהדרגה חלה ירידה במספר הקשישים המאושפזים כתוצאה מהתערבות רפואית- סוציאלית ומהפניית קשישים תפקודיים למסגרות בקהילה: מסגרות לטיפול

²²⁵ רומס, פי (2012). עמ' 18.

²²⁶ שם, עמ' 6-24.

²²⁷ אה"ג NY/65/74-195, הסכם בין המנהל הכללי של משרד הבריאות והנהלת מלב"ן מתאריך 19/2/61; אה"ג-341 NY/55/64, מכתב על הירידה במספר הילדים חולי השחפת המאושפזים בבאר יעקב ובאיתנים בירושלים, מרץ 1959; גולנדר, חי (2005). עמ' 77; רומס, פי (2012). עמ' 26-66.

²²⁸ גולנדר, חי (תשס"ו). עמ' 69-120; רומס, פי (2012). עמ' 171.

²²⁹ בדצמבר 1952 שהו 1323 קשישים במוסדות מלב"ן ובמוסדות פר. טיים במימון מלב"ן. רומס, פי (2012). עמ' 74.

יום, תחנות ייעוץ לקשישים ומועדונים לקשישים שהתגוררו בקהילה. מלבין המיר את הטיפול האקטיבי אשפוזי בקשישים בפרוייקטים שאפשרו הקניית מיומנויות לניהול אורח חיים עצמאי בקהילה.²³⁰ בשנת 1959 היו בבעלות מלבין 27 מוסדות אשפוז ועוד מאושפזים בבתי חולים ובבתי אבות שמלבין מימן את אשפוזם. רוב המאושפזים היו קשישים, חולים כרוניים וחולי נפש.²³¹

משנות החמישים עד שנות השבעים עלתה תוחלת החיים של כלל האוכלוסייה בישראל בכ- 12 שנים.²³² משמעות הדבר הייתה גם שהאוכלוסייה בישראל הזדקנה. מערכת הבריאות הייתה צריכה להתמודד עם שינויים אלה. קבוצת הגיל של בני 65 ומעלה גדלה בכל עשור. בשנת 1950 היוותה קבוצה זו 3.8% אחוזים מכלל האוכלוסייה, בשנת 1960 5.1% אחוזים מהאוכלוסייה בשנת 1970 7.2% אחוזים ובשנת 1980 9.7% אחוזים מהאוכלוסייה. מכאן, בשלושים שנים האוכלוסייה המבוגרת גדלה פי שניים וחצי.²³³

למרות שמלבין הוקם כארגון לסיוע חירום למשך שנה וחצי בשנות השבעים עדין פעלו מעט מוסדות של הארגון בתחום הגריאטריה והטיפול בילדים.²³⁴ בסוף שנות השבעים סיימו את העברת כוח האדם ואחרוני המוסדות לרשות ואחריות משרד הבריאות.²³⁵ סיוע הגיוינט השתנה מטיפול בחולים במוסדות לפיתוח פרויקטים בתחום הבריאות והרווחה בקהילה.²³⁶

בריאות הנפש

בשנים הראשונות להקמת המדינה היו בתי החולים הפסיכיאטריים למסגרת העיקרית לטיפול בחולי הנפש. מערך הטיפול בחולי הנפש היה אשפוזי בעיקרו בהשפעת הפרקטיקה המקובלת בפסיכיאטריה באותן שנים, בהיעדר משאבים לטיפול אמבולטורי וגם עקב מצבם הקשה של העולים החולים והדחופות במתן מענה. בנוסף, חלק רב מהמטופלים היו בודדים וחסרי תמיכה משפחתית. הגישה השלטת בבתי החולים באותן שנים דאגה להרחיק את החולים מהקהילה, הטיפול בחולים היה ברמה נמוכה מבחינה טיפולית ואופיין בתיאור ובדעות קדומות.²³⁷

מספר המקרים של הפרעות פסיכיאטריות עלה בקרב העולים החדשים, ונמצא קשר בין מצב הבריאות הנפשית של העולה לכושר הסתגלותו, ובין מצב העולה בילדותו ובהתבגרות להסתגלות הנפשית ליעד ההגירה. העלייה במספר החולים הכרוניים הפסיכיאטריים זרזה את הצורך במענה ממסדי הולם.²³⁸ נוצר פער בין מספר המיטות לאשפוז פסיכיאטרי שהועמדו לרשות הציבור לבין

²³⁰ רומם, פי (2012). עמ' 68-100.

²³¹ אה"ג NY/55/64-310, רשימת מספרי המאושפזים מתאריך 1/4/59.

²³² יפה, ני (2008). שישים שנה בראי הסטטיסטיקה, סטטיסטיקל 80, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, מאי 2008. נדלה בתאריך 25/6/13 http://www.cbs.gov.il/statistical/statistical60_heb.pdf

²³³ פיין, צ', שגב, מי ולביא, ר' (2007). בני 65 ומעלה בקרב האוכלוסייה היהודית בישראל 1950-1998.

²³⁴ ארכיון הגיוינט תיקי ניו יורק, NY 1965-74/0195. תאריכי העברת מוסדות מלבין למשרד הבריאות.

²³⁵ ארכיון הגיוינט תיקי ניו יורק, NY 1965-74/0195. מסמך מתאריך 27/11/70, מעבר עובדים ממוסדות מלבין ע"פ ההסכם בין המנהל הכללי של משרד הבריאות והנהלת מלבין.

²³⁶ רומם, פי (2012). עמ' 94-100.

²³⁷ אליצור, א' (2006). מרק, מי וסגל, ג' (תשס"ט). עמ' 27-29; רומם, פי (2012). עמ' 102-122.

²³⁸ אליצור, א' (2006). עמ' 25-41; וינברג, א', אי (1957) עמ' 269; מרק, מי וסגל, ג' (תשס"ט). עמ' 122-198.

הגידול בצורך, שהביא לשיח בנושא סלקציה בעלייה.²³⁹ עקב המחסור במשאבים נפתחו בתי חולים פסיכיאטריים בקסרקטינים ובמבנים נטושים. בית הסוהר בעכו הוסב לבית חולים פסיכיאטרי ואושפזו בו 600 חולים,²⁴⁰ בשטח מחנה הצבא הבריטי בבאר יעקב ובנס ציונה נפתחו בתי חולים. קופת החולים הכללית פתחה מסגרת בבית החולים שלוותה ברמתיים ואת בית החולים הפסיכיאטרי טלביה בירושלים.²⁴¹ באזור הכפר דיר יאסין הוקם בית החולים כפר שאול.²⁴²

בראשית שנות החמישים 70% אחוזים מהאשפוזים בתחום בריאות הנפש נעשו בכפייה.²⁴³ החוק לטיפול בחולי הנפש תשט"ו (1955),²⁴⁴ נחקק במטרה להסדיר את מצוקת מערך האשפוז, לקביעת כללים ברורים לאשפוז כפוי, להגן על שלום הציבור והחולה ולאזן בין זכויות הפרט של הציבור וקידום זכויות החולים. בחוק הושם דגש על אשפוז חולי הנפש ולא על צרכיהם הרפואיים והשיקומיים. החוק לא עיגן את זכויות החולים לטיפול שיקומי קהילתי עם השחרור ממסגרת האשפוז.²⁴⁵

לאחר מלחמת העולם השנייה חל בארצות המערב שינוי ביחס לחולי הנפש בשל התחזקות מגמות ליברליות והעמדת זכויות הפרט בשיח הציבורי. במקביל, בראשית שנות השישים פותחו תרופות להקלת התסמינים של הסובלים מסכיזופרניה, מהפרעות חרדה ומפוביות. התרופות אפשרו טיפול הומאני בחולי הנפש ובעיקר את שחרורם מאשפוז לטיפול אמבולטורי בקהילה. בישראל החלו ניצני מגמה זו באיחור, רק בסוף שנות החמישים.²⁴⁶ הורחבו השירותים הפסיכיאטריים ונפתחו מחלקות חדשות בבתי חולים כלליים, בבתי חולים לחולי נפש נפתחו כפרי עבודה להכנת החולים לקראת שיקום תעסוקתי בקהילה. הוקמו שירותי שיקום לחולים שהשתחררו מאשפוז ומרפאות לבריאות הנפש בקהילה, נפתחו הוסטלים ומעונות לחולים שהיו זקוקים להשגחה ומחלקות מיוחדות לטיפול בילדים חולי נפש. ביזמת מלב"ן ומשרד הבריאות נוסדה 'קרן הנאמנות לפיתוח שירותים פסיכיאטריים' ובבתי החולים הפסיכיאטריים החלו ליישם שיטות חדשניות ומודרניות, לדוגמה, שיטת "הקהילה הטיפולית" שהייתה נהוגה בבריטניה, שיטה שאפשרה לחולים עצמאות בנייהול הקהילה ושלטון עצמי בבית החולים.²⁴⁷

בשנת 1972 הציע ד"ר לודוויג טרמר, ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, לארגן מחדש את השירותים ולפתח שירותים טיפוליים ושיקומיים בקהילה, תוך העברת האחריות לטיפול בחולי הנפש למסגרות אזוריות. הטיפול בקהילה הוזיל את עלויות האשפוז הממושך של

²³⁹ הכהן, די (תשנ"ח). עמ' 285-316; שורץ, שי (2000). עמ' 153.

²⁴⁰ *Palestine Post*, 1/8/49; מרק, מ' וסגל, ג' (תשס"ט).

²⁴¹ *Palestine Post*, 6/11/49, ידיעה על פתיחת בית החולים טלביה בירושלים.

²⁴² מרק, מ' וסגל, ג' (תשס"ט). עמ' 29.

²⁴³ שם, עמ' 27.

²⁴⁴ החוק לטיפול בחולי הנפש תשט"ו, נדלה מאתר הכנסת בתאריך 1/12/15 http://fs.knesset.gov.il/%5C2%5Claw%5C2_lsr_208386.PDF

²⁴⁵ חולאד, ר', וגרינשפון, א' (2006). עמ' 100-114; מרק, מ' וסגל, ג' (תשס"ט). עמ' 29-30.

²⁴⁶ מרק, מ' וסגל, ג' (תשס"ט). עמ' 36-37.

²⁴⁷ אליצור, א' (2006). עמ' 25-41; גולנדר, ח' (תשס"ו). עמ' 69-120; רומם, פ' (2012). עמ' 102-122.

חולי הנפש אך דרש לבנות מערך שיקומי מסייע ושינוי עמדות כלפי חולי הנפש.²⁴⁸ שני הוסטלים הוקמו ביפו ובעכו ונפתחו שני מרכזים קהילתיים לבריאות הנפש ברמת חן וביפו.²⁴⁹ המרכז ברמת חן עבד בגישת הזרם האנטי פסיכיאטרי אשר ביקר את מקצוע הפסיכיאטריה ואת המודל הרפואי ותמך בזכויות האזרח של חולי הנפש.²⁵⁰ בנוסף, נפתחו מרפאות חוץ פסיכיאטריות ליד בתי החולים של משרד הבריאות.²⁵¹

טיפול שיקומי לילדים

מגפת הפוליו, מחלת ילדים זיהומית וויראלית מדבקת, הפוגעת במערכת העצבים המרכזית של ילדים עד גיל שנתיים וגורמת לשיתוק ולמוות, פרצה בעולם במחצית הראשונה של המאה העשרים. בישראל התפרצה המגפה בשנת 1949; שנה שבה הופיעו 128 ילדים חולים, ושיאה היה בשנת 1950, כש-1621 ילדים חלו במחלה, ושיעור ההדבקות בה היה גבוה; 12.8 חולים על כל 1000 נפש. כיון שהמחלה מדבקת, אחד הפתרונות למניעתה היה בידוד הילדים החולים בבית החולים בפרדס כץ שהוסב למטרה זו. ילדים הופרדו מהוריהם וממשפחתם ואושפזו בבית החולים. בשלב השיקום טופלו הילדים שנדבקו במחלה בבתי החולים אסף הרופא בצריפין, בבית פינסטון ברמות השבים ובאיל"ן בירושלים.²⁵² בארצות הברית פיתח ד"ר סאלק חיסון ואולם, כיון שלא היו מספיק חיסונים לילדי ארצות הברית, לא יכלו לייבא את החיסון לישראל. משרד הבריאות החליט לייצר חיסון בשיטת ד"ר סאלק והמשימה הוטלה על ד"ר נתן גולדבלום. בשנת 1957 החל מבצע החיסון הראשון של פוליו בישראל, אשר הביא לירידה במספר החולים אך לא לעצירת המחלה. בשנת 1958 פיתח אלברט סייבין בארצות הברית חיסון על בסיס נגיף מוחלש. החיסון המוחלש הובא לישראל והביא לירידה המשמעותית במספר החולים בראשית שנות השישים. כדי לענות על צרכי הילדים החולים ומשפחותיהם הקימה קבוצת רופאים בשנת 1952 את ארגון אילנשי"ל - איל"ן כדי לספק תכניות סיוע לנפגעי הפוליו ומשפחותיהם, בתחום הסוציאלי הלימודי והשיקומי.²⁵³ הארגון הופעל על ידי מתנדבים ברחבי הארץ. בתל אביב, ייסדו בשנת 1958 שבעה הורים לילדים שלקו בשיתוק מוחין את ארגון שתל"ם. בשנת 1958 חבר ארגון אילנשי"ל לארגון שתל"ם וייסדו את ארגון איל"ן.²⁵⁴

בשנת 1955 הוקם 'המדור לטיפול בילד' במלב"ן במטרה לאסוף מידע על כל הילדים שאושפזו במוסדות שונים במימון מלב"ן. אוכלוסיית הילדים כללה ילדים עם לקות שכלית התפתחותית, ילדים עיוורים, ילדים חרשים, אילמים ומשותקים. מלב"ן השתתף במימון הקמת שני מוסדות לילדים עם לקות שכלית התפתחותית ובביצוע סקר התכניות הקיימות לילדים עם לקות זו בישראל. ד"ר ויליאם שמידט מבית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטת הארוורד ערך את

²⁴⁸ הדס, נ' (1988). עמ' 55.

²⁴⁹ דבר. (28/10/68).

²⁵⁰ להרחבה בנושא הזרם האנטי פסיכיאטרי להלן עמ' 226.

²⁵¹ אברים, א' וגינת, י' (2006). עמ' 9-19; אליצור, א' (2006); הדס-לידור, נ' ולכמן, מ' (2007). עמ' 117-130.

²⁵² בחור, א' (2014). עמ' 55-66.

²⁵³ בחור, א' (2014). עמ' 59; מובשוביץ, א' (2012). עמ' 11-23.

²⁵⁴ מובשוביץ, א' (2012); פרידמן, ל' (2009) שישים שנה לפני שפעת החזירים תקפה את ישראל מגפת הפוליו, זכרונות משעת חרום, נדלה בתאריך 25/2/13. <http://www.haaretz.co.il/misc/1.1278071>

הסקר ופרסם את ממצאיו בשנת 1964. המלצותיו היו להקים מרכזים להתפתחות הילד ברחבי הארץ כדי לגרום לאיתור מהיר של ילדים עם צרכים מיוחדים ולהביאם לטיפול בגיל הרך. למרות שממצאי הסקר התפרסמו במחצית שנות השישים, ההמלצות בוצעו רק במהלך שנות השבעים.²⁵⁵

בשנת 1974 פרסם ארגון הגיוינט נתונים על פיהם 15% אחוזים מכלל הילדים בישראל פגועים באופן פיזי או רגשי או נפשי. הפגיעות הקיפו טווח רחב של אבחנות וכללו ילדים מוגבלים וגם ילדים שזקוקים לטיפול כדי לשפר איכות ביצועים ולהשתלב במסגרות החינוך הרגילות. בטווח הרחב של רמת הפגיעה נכללו שינויים שלדיים קשים, פגיעות מוחיות מזעריות, ליקויים בדיבור ובהתנהגות, הפרעות תחושתיות, נירולוגיות, גנטיות או מטבוליות. ארגון מלב"ן התגייס לתמוך בהקמת מרכזים להתפתחות הילד מתוך אמונה בחשיבות האיתור המוקדם וההתערבות בגיל צעיר והצורך לתת מענה לפגיעות קלות המשפיעות על איכות חיים. חמש יחידות להתפתחות הילד הוקמו בישראל בסיוע מלב"ן.²⁵⁶ ביחידות טופלו ילדים בגילאים צעירים והצוות היה רב מקצועי. לאחר חמש שנות פעילות עברו היחידות למשרד הבריאות.²⁵⁷ הקמת היחידות מעידה על שינוי במדיניות הזכאות לקבלת טיפול; מענה טיפולי ניתן גם לילדים שהטיפול בהם התמקד במניעה ושיפור איכות חייהם. ההסכם הסופי לפירוק מלב"ן והעברת מוסדות מלב"ן למדינה נחתם בשנת 1978, הוקם גיוינט ישראל על מנת לפתח שירותים בתחום הבריאות והרווחה בקהילה.²⁵⁸

משימות הבריאות שהיה צריך לטפל בהן בתקופה הנדונה היו מורכבות וקשות. היה צריך לטפל בפצועים ממלחמת העצמאות, בעולים החדשים שעלו לארץ וביניהם חולים כרוניים, עוורים, וקשישים ולספק שירות רפואי במחנות במעברות ובהמשך בעיירות הפיתוח. במקביל, היה צורך לארגן את שירותי הבריאות הממשלתיים ולפתח את מנגנוני משרד הבריאות. עול הטיפול בבריאות התחלק בין משרד הבריאות, קופת החולים הכללית וארגון הגיוינט. למרות הגידול בסוגי ובתחומי השירות הרפואי, מערכות הבריאות התקשו לענות על הצרכים הרבים והמגוונים של כלל האוכלוסייה.

²⁵⁵ רומם, פי (2012). עמ' 140-151.

²⁵⁶ היחידה ע"ש חנה חושי בביה"ח רוטשילד בחיפה, בנהריה, בתל השומר בירושלים ובחדרה.

²⁵⁷ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 9.

²⁵⁸ רומם, פי (2012). עמ' 140-150.

פרק ראשון: הקורס ובית הספר לריפוי בעיסוק בשנים 1951-1979

"מכל קצוות הארץ דורשים מעסיקות ואין אנו יכולים לספק את הדרישה לכל המקומות."¹

הדברים בפתח נאמרו על ידי שולמית קנטור,² מנהלת מערך החינוך למקצועות העזר ברפואה בהדסה, בשנת 1952, שנים ספורות לאחר קום המדינה. דבריה לא רק משקפים את מצב מערכת ההכשרה המקצועית בריפוי בעיסוק באותה העת, אלא הם בבחינת ביטוי מוקדם למצב מערכת ההכשרה גם בשנים הבאות. מדבריה של קנטור ניכר שבשנת 1952 מערכת ההכשרה בריפוי בעיסוק נותרה על כנה, לא התאימה למציאות שהשתנתה והתקשתה לתת מענה לצורך הגובר. הבוגרות המוסמכות של שני הקורסים הראשונים, היו טיפה בים לנוכח הדרישה הרבה באותה העת שנבעה מהצורך בטיפול שיקומי בפצועים מקרב החיילים והאזרחים במלחמת העצמאות ובטיפול בעולים בעלי צרכים מיוחדים. מאידך גיסא, הם עדות להיכרות של בכירים במשרד הבריאות עם המקצוע החדש והכרה ביכולותיו ומתוך כך גם הדרישה לו. שני היבטים אלה, של ההכרה בחשיבות התחום מצד אחד ושל המחסור באנשי מקצוע מהצד השני, הם המוטיב הבולט שיעבור כחוט השני לאורך הפרק שלהלן. פרק זה מחולק לשני חלקים; בחלקו הראשון אדון בקורס לריפוי בעיסוק בשנים 1951-1964; השנים שקדמו להקמת בית הספר, ובחלקו השני בבית הספר לריפוי בעיסוק בשנים 1964-1979, אעמוד על התפתחות מערכת ההכשרה במהלך השנים ואנתח את הקשיים עימם התמודדה. כל אלה מצביעים על מאפייני ההתפתחות המקצועית שהתרחשה בד בבד עם הצורך לענות על צרכים מקומיים.

1. הקורס לריפוי בעיסוק 1951-1964

העדר הנהגה מקומית

ביוני 1951 חזרה רוזלינד כהן, שרכשה את השכלתה המקצועית בקורס המקוצר שנערך בפילדלפיה במלחמת העולם השנייה, והייתה מנהלת הקורס לריפוי בעיסוק בארץ בשנים 1949-1951, לארצות הברית. עזיבתה הצטרפה לזו של אתל בלום, והותירה חלל בתחום שנותר ללא הדמויות המובילות. כהן, שהגיעה לארץ ישראל בשנת 1946,³ התחייבה לעבוד בארץ במשך שנתיים ונשארה למשך שש שנים. ממרחק הזמן העידה כהן כי לימודיה בקורס המקוצר בארצות הברית, לא הכשירו אותה לתפקידים אותם מילאה בישראל, כולל תפקיד הניהול של הקורס, כשלכך היתוסף הקושי לחיות בירושלים בתקופת מלחמת העצמאות, הזרם הבלתי פוסק של עולים חדשים שהצריכו טיפול מצד אחד ומשטר ה'צנע' שביטא מחסור במשאבים מצד שני.⁴

¹ גנזך ג-138/7, תמליל שיחה בקול ישראל בתאריך 20/7/52, דברי הגב' שולמית קנטור, מנהלת מערך החינוך למקצועות העזר ברפואה בהדסה.

² שולמית קנטור, מנהלת בית הספר לאחיות בהדסה בשנים 1934-1948, מונתה לאחראית מערך הסיעוד במשרד הבריאות עם קום המדינה ואחר כך למנהלת מערך החינוך למקצועות העזר ברפואה.

³ רוזלינד כהן, עבדה בהדסה כעוזרת אדמיניסטרטיבית ב'ועדת פלשתינה', שהתה בעברה בארץ ישראל וידעה עברית, נשלחה ללימודים בפילדלפיה והדסה מימנה את שכר הלימוד, דמי המחיה והוצאות ההפלגה. אצ"מ, J113/1970 מכתב מבלום לגב' שולמן בניו יורק בתאריך 22/10/46; HMO/101-5, מכתב מהנהלת הדסה בניו יורק לכהן בתאריך 7/6/45.

⁴ HMO 51-6, עבודה שכתבה ליטה סמית מאוניברסיטת ניו יורק על סמך ריאיון עם רוזלינד כהן באוגוסט 1986.

השמועות בקרב בוגרות הקורס הראשון היו שכהן עזבה את תפקידה בישראל בשל מחלוקות בארצות הברית בנושא המעמד המקצועי של בוגרות הקורסים המקוצרים בארצות הברית.⁵ מאחר ולימודי הקורסים המקוצרים שנערכו בעת מלחמת העולם השנייה במגמה להכשיר כח אדם למקצוע במהירות האפשרית ארכו רק שנה, היו ערעורים על מעמדן המקצועי של בוגרות הקורסים האלה. הקשר המקצועי עם בכירות המקצוע בארצות הברית והשאיפה לקבל את אישור הארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק ובהמשך את אישור הארגון הבינלאומי למקצוע בארץ, לא אפשרו להתעלם מההנחיות המקצועיות בארצות הברית. נראה כי השילוב של האיום על מעמדה המקצועי של כהן בארצות הברית עם הקשיים שחוותה בארץ הניעו אותה לחזור לניו יורק.

עם עזיבתן של אתל בלום ורוזלינד כהן את הארץ נותרו בוגרות הקורסים הראשון והשני בארץ ללא דמות מקצועית של מנהיגה כריזמטית היכולה לפתח את התחום מקצועית ולהוות דגם השראה מקצועית לתלמידות. בוגרות הקורסים הראשונים היו המרפאות בעיסוק המוסמכות בארץ אך הן היו בעלות ותק מקצועי קצר בלבד. זאת ועוד, בחלק ממקומות ההכשרה בהם הוכשרו בוגרות הקורסים הראשונים לא היו מרפאות בעיסוק מוסמכות, כך שלא היו לתלמידות דמויות לחיקוי מקצועי (role model),⁶ עובדה קריטית למקצוע צעיר. משמעות הדבר הייתה שמפעל ההכשרה של הריפוי בעיסוק עתיד היה להישען על כוחות מקומיים בלבד, עם ניסיון מועט בתחום, שאמנם ראו חשיבות בהכשרה אך חששו מקריסת המפעל עקב העדר ניסיון מקצועי.

שולמית קנטור, אחות במקצועה, מונתה על ידי הנהלת הדסה בירושלים למנהלת פעולות ההוראה של מקצועות העזר ברפואה,⁷ קרי, פיקוח על בית הספר לסיעוד וניהול הקורס לריפוי בעיסוק. אילנה מאי ורדי,⁸ מונתה למרכזת הקשר עם התלמידות, הדריכה אותן בתחומים הקשורים למקצוע הריפוי בעיסוק ולוותה אותן בהכשרות הקליניות.⁹ מאי הייתה גם אחראית על הציוד והחומרים שנשלחו מהנהלת הדסה בניו יורק לישראל, מכיוון שהדסה הוסיפה להיות מעורבת בעיקר בתחום הארגוני של ניהול הקורס.¹⁰ נעמי סקלוט פיין, בוגרת הקורס השני שעבדה במחלקת השיקום בהדסה סייעה לאילנה מאי בהדרכת ולימוד התלמידות.¹¹ אמנם אילנה מאי-ורדי ונעמי סקלוט, היו מרפאות בעיסוק מוסמכות אך הן היו חסרות ניסיון בניהול מערכת הכשרה, בשונה משולמית קנטור, המנהלת הבוגרת והמנוסה של בית הספר לאחיות מצד אחד אך לא מנוסה בריפוי בעיסוק מצד שני. בהיעדר הנהגה מקצועית מנוסה במערכת ההכשרה, המרפאות בעיסוק בפועל נרתמו להכשרת הדור הבא, שהייתה למפעל פנימי של המרפאות בעיסוק שהכשירו את עצמן בסיוע הדסה.

⁵ Sachs, D. & Sussman, N. (1995)A.

⁶ להלן עמ' 73.

⁷ אצ"מ J113/1977, פרוטוקול ועדת הקורס לריפוי בעיסוק מתאריך 24/6/52, בתואר זה הוגדר תפקידה של קנטור בפרוטוקול.

⁸ אילנה מאי-ורדי, ראו שער ראשון עמ' 47; למדה בקורס המקוצר בפילדלפיה והגיעה לארץ ביוני 1947, עבדה במוסדות הדסה בירושלים והייתה היחידה מבין ארבע המרפאות בעיסוק שהגיעו לארץ שעלתה לארץ והשתקעה בה. ריאיון עם אילנה מאי ורדי 8/7/10 ; HMO/51-3

⁹ אצ"מ J113/1977, פרוטוקול ועדת הקורס לריפוי בעיסוק מתאריך 24/6/52 ; הגבי מאירה קנטור, להלן עמ' 61, 77.

¹⁰ אצ"מ J113/1977, מכתב מהנהלת הדסה בניו יורק לאילנה מאי בתאריך 29/1/52.

¹¹ גא"ע 73-24491/72 נספח א' להצעה שהגישה פרופסור ג'רי ג'ונסון ; לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 5 ; ריאיון עם טלפוני נעמי פיין 31/10/10.

שולמית קנטור, שרכשה את השכלתה המקצועית באוניברסיטת קולומביה בארה"ב, קבלה את תפקיד האחראית על הקורס בשנת 1951 וניהלה אותו על פי הדרך שהותוותה על ידי בלום והדסה, קרי באמצעות וועדה שהורכבה מנציגי כל המוסדות המממנים; הדסה, קרן נכות, משרד הבריאות ומלב"ן.¹² הועדה כללה גם את נציגי חיל הרפואה שהשתתפו בוועדת הקורס עד שנת 1953 למרות שלא השתתפו במימונו.¹³ הקשר עם חיל הרפואה החל עוד לפני סיום לימודי הקורס הראשון,¹⁴ השתתפות נציגי הצבא בוועדה היא פועל יוצא של מרכזיותה של המערכת הצבאית במדינת ישראל בכלל ובמערכת הבריאות בפרט בשנות החמישים הייתה למערכת הצבאית מעורבות גם במערכת הבריאות, חוסר ההשתתפות המערכת הצבאית במימון הכשרת מרפאות בעיסוק מעיד על מספרן הזעום של מרפאות בעיסוק שעבדו במערכת הצבאית, ברם, הא בהא תליא; אולי מספרן הזעום של מרפאות בעיסוק בצבא היה בשל העדר המימון. יש להניח שחוסר ההשתתפות במימון נבע מהעדר משאבים ומסדרי עדיפויות באותה התקופה, שהריפוי בעיסוק לא היה בראשם.

בשנים בהן נוהל הקורס על ידי אחיות; שולמית קנטור 1951-1953 ומחליפתה מרגלית עטיה, חל שינוי בקשר בין מנהלות הקורס לריפוי בעיסוק לנציגות הדסה בניו יורק. בשונה מהעבר, דיווחים שוטפים על התנהלות הקורס לא נשלחו לניו יורק, אין תיעוד על המשך הקשר עם בכירות המקצוע בארצות הברית ועיקר התיעוד מצביע על מעבר לפיתוח התחום בארץ באופן עצמאי. זאת בשונה מתקופת ניהולן של בלום וכהן, שניכרה בקשר הדוק עם הנהלת הדסה בניו יורק ועם הארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק. למרות שקנטור רכשה את הכשרתה המקצועית בארצות הברית ובנתה את בית הספר לסיעוד בהתאם למסורת האמריקאית,¹⁵ בשנות ניהולה את הקורס לריפוי בעיסוק, נחלש הקשר עם המסורת האמריקאית במקצוע זה. יש לשער שהעדר הקשר הישיר עם דמויות מקצועיות בארצות הברית הזיק להתפתחות המקצוע בארץ, בעיקר כאשר בראש מערכת ההכשרה עמדו אחיות לא מעורות בתחום, והמרפאות בעיסוק היו בעלות ותק מקצועי מצומצם של שלוש עד שבע שנים.¹⁶ העדר הקשר השפיע הן על תכנית הלימודים,¹⁷ והן על התפתחות המקצוע בקליניקות ברחבי הארץ.

בהתאם לדרכה של בלום, לאחר טקס הסיום של מחזור ב' שנערך ביולי 1952,¹⁸ כשנה אחר סיום הלימודים, דאגה קנטור להעביר להנהלת משרד הבריאות את פרטי הבוגרות ולקבל אישור ממשלתי לרישומן בספר הרשומות של המשרד כמרפאות בעיסוק מוסמכות.¹⁹ הרישוי המקצועי היה חשוב לקנטור,²⁰ שדאגה לרשומות מעודכנות של העובדים המוסמכים במקצועות הבריאות

¹² מראשיתו נוהל הקורס על ידי ועדה, להלן עמ' 55.

¹³ אצ"מ J113/1977, פרוטוקול ישיבת ועדת הקורס לריפוי בעיסוק בתאריך 24/6/52.

¹⁴ עשר בוגרות הקורס הראשון התגייסו לצבא ועבדו בבתי החולים ובבתי הבריאה הצבאיים. להלן עמ' 69.

¹⁵ ברטל, נ' (2005). עמ' 247-250, 257-264.

¹⁶ אילנה מאי ורדי סיימה לימודיה בארצות הברית בשנת 1946, בוגרות הקורס הראשון סיימו לימודיהן בשנת 1949.

¹⁷ יוצג בהמשך בסעיף בנושא תכניות הלימודים.

¹⁸ שנה אחרי סיום הלימודים. אצ"מ J113/1977, קנטור במכתב למשרד הבריאות בתאריך 14/7/52.

¹⁹ אצ"מ J113/1977, קנטור במכתב למשרד הבריאות בתאריך 14/7/52.

²⁰ אשר תפקדה כאחראית מערך הסיעוד במשרד הבריאות בשנים 1948-1951.

במשרד הבריאות. קנטור ציינה שעשרים ואחת בוגרות סיימו את הלימודים בשנה זו ושולבו בעבודה במוסדות מלב"ן ובצבא ובשלושת המוסדות שהיו שותפים למימון הקורס: מוסדות קרן נכות, מוסדות משרד הבריאות ובתי החולים של הדסה.²¹

עם פתיחת הקורס השלישי לריפוי בעיסוק באוקטובר 1952 נערכו שינויים פרסונליים. מאירה קנטור, בוגרת הקורס הראשון מונתה למרכזת הקורס.²² על עבודתה פיקחה גבי עטיה מרגלית, המפקחת על מקצועות העזר ברפואה, אשר החליפה את שולמית קנטור. כן הופסק הקשר ההדוק בין המחלקה לריפוי בעיסוק בביה"ח הדסה לקורס לריפוי בעיסוק, ואילנה מאי הפסיקה להדריך את התלמידות. ייתכן שהקשר עם אילנה מאי ורדי והמחלקה לריפוי בעיסוק בבית החולים הדסה הופסק כיון שמאירה קנטור מונתה לתפקיד מרכזת, והנהלת מערך הסיעוד ראתה בה נציגה מספקת של מקצוע הריפוי בעיסוק. מינוי מרפאה בעיסוק לרכז את הקורס, היה שינוי חיובי מבחינה מקצועית למרות היותה נתונה תחת פיקוח מערך הסיעוד במוסדות הדסה; חל שינוי מחודש בתכנית הלימודים ובראש מערכת ההכשרה עמדה מרפאה בעיסוק שיכלה להוות מודל ודמות לחיקוי מקצועי לתלמידות.

שינויים בתכניות הלימודים בקורס בשנים 1951-1964 כביטוי למתח בין ערכים ציוניים מקומיים לבין תפיסות מקצועיות מחו"ל

עם פתיחת הקורס לריפוי בעיסוק בשנת 1947 קיבלה תכנית הלימודים את אישור הארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק,²³ תכנית הלימודים הייתה תוצר של שיתוף פעולה בין גבי בלום, הנהלת הדסה בניו יורק והארגון האמריקאי והיא משקפת את הקשר בין הארגון הישראלי לריפוי בעיסוק לארגון האמריקאי. במהלך שנות החמישים והשישים בוצעו שינויים בתכנית הלימודים, חלקם הושפעו מהשינויים בתכניות הלימודים שהוכתבו על ידי הארגון האמריקאי וחלקם נבעו מהצרכים בארץ ומהשינויים הפרסונליים בניהול הקורס לריפוי בעיסוק. ניתן אפוא לראות בתכנית הלימודים שיקוף של התפתחות התחום בישראל מתוך מודעות לצרכים המקומיים ולשינויים המקצועיים בארצות הברית.

השינוי הראשון בתכנית הלימודים נבע מהעברת ניהול בית הספר לראשות אחיות שתפקדו ממנהלות החינוך למקצועות העזר ברפואה, כפי שתואר לעיל, בשנת 1951. הללו הוסיפו לתכנית הלימודים מספר קורסים שנגעו לתחום הרפואי הטיפולי: טיפול בחולה, חבישה, תזונה, עזרה ראשונה, ניהול משק בית החולים והיגיינה.²⁴ מדוע נוספו קורסים אלה עליהם לא המליצו הארגון האמריקאי והארגון הבינלאומי? האם המנהלות ממקצוע הסיעוד סברו שהקורסים האלה משמעותיים וחשובים למקצוע הריפוי בעיסוק או שההוספה נבעה משאיפה להכפיף את מקצוע הריפוי בעיסוק תחת מקצוע הסיעוד? או שמא מהצורך של שירותי הבריאות בישראל בכח אדם במקצוע הסיעוד לטיפול בעולים החדשים שהגיעו לארץ ומסברה כי ניתן לרתום מרפאות בעיסוק לטיפול סיעודי? ייתכן ותוספת זו מדגישה את העובדה שמנהלות מערך מקצועות העזר לא היו

²¹ אצ"מ J113/1977, קנטור במכתב למשרד הבריאות בתאריך 14/7/52.

²² גא"ע 73-72/24491 נספח א' להצעה שהגישה פרופסור ג'רי ג'ונסון; אצ"מ J113/1978, פרוטוקול ישיבת הוועדה לקורס לריפוי בעיסוק בתאריך 27/3/53.

²³ להלן שער ראשון עמ' 56.56

²⁴ אצ"מ J113/1980, מסמך מתאריך 24/11/58 שכותרתו: ריפוי בעיסוק בארץ, לא מצויין שם הכותב, ייתכן שנכתב ע"י מאירה קנטור, מרכזת הקורס.

מרפאות בעיסוק ותפיסתן את המקצוע היה כאל מקצוע נלווה לסייעוד ולא כדיספלינה ייחודית ושונה העומדת בפני עצמה. בכירות מקצוע הסייעוד בהדסה תפסו את הריפוי בעיסוק כתחום משני הכפוף לסייעוד, שחשיבותו פחותה. שינוי זה ערער את האוטונומיה המקצועית של הקורס.²⁵

המקצועות העיוניים שנלמדו מהקורס השלישי בשנת 1952 היו אנטומיה ופיזיולוגיה, ניירולוגיה, אורתופדיה, פסיכיאטריה, פסיכולוגיה וסוציולוגיה. מחלות כלליות, מחלות עיניים, מחלות עור ומחלות ילדים. כל אלה היו בבחינת רקע רפואי שיהווה בסיס למקצוע ולזה היתוספו קורסים עיוניים ייחודיים ללימוד עקרונות ריפוי בעיסוק בבתי חולים כלליים, בעבודה עם חולי ראות, בעבודה עם חולים אורתופדים ועם חולים פסיכיאטריים. התוספת של קורסים תיאורטיים בריפוי בעיסוק הייתה תוצאה של שילוב בין התפתחות המקצוע בארצות הברית ובריטניה והתפתחות תחום השיקום בישראל.²⁶ על פי פרוטוקול הוועדה המורחבת נגשו תלמידות הקורס השמיני לבחינות ממשלתיות באורתופדיה ובפסיכיאטריה, גם תלמידות הקורסים התשיעי עשירי ואחד עשר חויבו בבחינות.²⁷

במסגרת ההכשרה המקצועית, ניתן דגש על מלאכות היד. מלאכות היד שנלמדו היו אריגה, כריכת ספרים, עבודות עור, עבודות מתכת, תפירה, עבודות עץ, פיסול, גננות, ציור, הקלדה במכונה, ועבודות דפוס.²⁸ לא ברור מדוע נלמדו דווקא המלאכות האלה? האם הייתה התחשבות בצרכי השוק, האם ניתן היה למכור בקלות את עבודות היד האלה ותוצרתן ועל ידי כך לסייע למטופלים, אפשרות המעידה על כך שהריפוי בעיסוק לא נועד רק לריפוי פיזי של החולה אלא גם לשקמו ולספק לו תעסוקה מכניסה. או שהנהלת הקורס הצליחה לארגן סדנאות למלאכות אלה ברחבי העיר ירושלים משום שהן היו הנפוצות בעיר. ייתכן שמדובר בשילוב בין צרכי השטח בירושלים והיכולת לארגן סדנאות בנושאים אלה. תחומי העבודה בהם עסקו בבתי הספר של זרם העובדים היו מלאכות יד, נגרות, אריגה, עבודות קרטון גינון וטיפול בפינת חי.²⁹ מטרת החינוך באמצעות מלאכות אלה הייתה לימוד מקצוע והכשרת התלמידים לימלחמת הקיום.³⁰ מלאכות אלה שימשו בהרבה מוסדות אמצעי טיפול לגיטימיים בהם השתמשו מרפאות בעיסוק. ניתן לחלק את הנושאים שנלמדו בסדנאות לשתי קבוצות: עבודות יצירה בתחום האריגה, התפירה, הפיסול והציור ומלאכות עמלניות שהיה צורך בהן במדינת ישראל בשנות החמישים: כריכת ספרים, עבודות עור ומתכת, עבודות עץ, הקלדה במכונת כתיבה ועבודות דפוס.

משנת 1958 התבקשו תלמידות הקורס השביעי להגיש עם סיום לימודיהן עבודת גמר בהנחית רופא ומרפאה בעיסוק בעלת ניסיון. בתחילה, העבודה הייתה משימה קבוצתית ונכתבה על ידי מספר תלמידות יחד ולאחר מספר שנים שונתה הדרישה וכל תלמידה הגישה עבודה אישית. המטרה הייתה לגרות את התלמידות לבחור נושא ולהעמיק בו את הלמידה והידע ומתוך

²⁵ זוסמן, נ' (1993). עמ' H146-H156.

²⁶ פארן, ג' (2014). עמ' 61-91.

²⁷ אצ"מ J113/1981, פרוטוקול ישיבת הוועדה המורחבת של הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 18/12/61.

²⁸ אצ"מ J113/1977, גיליון ציונים לדוגמה.

²⁹ אידלסון, ד' ורון-פולני, י' (תשי"ח). עמ' 13-29; רון-פולני, י' (1961). עמ' 41-98; רשף, ש' ודרור, י' (תשי"ן). עמ' 67.

³⁰ שם, שם.

כך לפתח אותן ואת המקצוע.³¹ שינוי זה הרחיק את המקצוע מתחום מלאכות היד והיצירה וקרב את המקצוע למודל הרפואי ולסטנדרטים שהיו מקובלים בארצות הברית.³² שכן, בשנים אלה בארצות הברית המקצוע נלמד לתואר ראשון באוניברסיטאות³³ התקרבות נוספת למודל הרפואי הייתה בהחלטה להעביר את לימודי מקצוע האנטומיה למעבדות בית הספר לרפואה בעין כרם משנת 1959.³⁴ החלטה זו חזקה את המקצוע כשייך למקצועות הבריאות המקושרים יותר לתחום הרפואה מאשר לתחומים ההוליסטיים הקושרים בין העיסוק למרכיבים ביו-פסיכו-סוציאליים.

בשנת 1962, בקורס האחד עשר נערכו שינויים נוספים: השנה הראשונה הוקדשה ללימודים תיאורטיים בלבד, בשנה השנייה התקיימו ההכשרה הקלינית ולימודים עיוניים לסירוגין והשנה השלישית הייתה שנת התמחות קלינית שחולקה לשתי תקופות. יש לשער כי שינוי זה נבע משינויים בתכניות הלימודים הן בארצות הברית והן בבריטניה. השינויים בתכניות הלימודים מעידים על התפתחות דומה לזו שהתרחשה במקצוע בארצות הברית ובבריטניה. המקצוע בארץ התפתח, כשהשימוש במודל הרפואי חזק את הקשר עם מקצועות העזר ברפואה. עם זאת, בישראל עדין נלמדו מלאכות היד והאומנויות השונות, בשעה שבארצות הברית ובבריטניה התחולל בשנות החמישים מעבר מתעסוקה המבוססת על עבודות יד ועבודת כפיים לחברה תעשייתית וטכנולוגית והתרחקות מעבודות יד, והאתוס השיקומי היה חזרה לעבודה ולקהילה.³⁵ ייתכן ו בנושא זה ההשפעה המקומית הייתה חזקה יותר מההשפעה המקצועית. החברה הישראלית התייחסה אל עבודת הכפיים עוד מתקופת היישוב, כאל היגד ציוני וכמעלה מוסרית. "האידיאולוגיה הציונית חלמה על תיקון החברה באמצעות דת העבודה".³⁶ החברה הישראלית העניקה דגש, חשיבות ויוקרה לעבודת כפיים. העבודה נתפסה לא רק כגורם ייצור נכסים כלכליים אלא ערך בפני עצמו המאפשר ביטוי לאדם באמצעות פעילות מעשית.³⁷ בנוסף, בשנים האלה מדינת ישראל הצעירה, שחוותה באותן השנים תקופת צנע ותקצוב, מלחמה וקליטת עלייה, טרם פיתחה את עתודותיה הטכנולוגיות שהיו בחיק העתיד והייתה עדין מדינה מתפתחת בהשוואה לבריטניה ולארצות הברית, בהן היו קיימים בתי חרשת ותעשיות מורכבות יותר מאשר בישראל. כך, שהעיסוק בעבודת כפיים ובמלאכות יצירתיות התאים למדינת ישראל בעוד שבמדינות מתועשות יותר כיוונו גם את הריפוי בעיסוק ליעדים אחרים.

³¹ גא"ע 24491/72-73 נספח א' להצעה שהגישה פרופסור ג'ונסון; תיק מידע היסטורי, ביה"ס לר"ע, מסמך שכתבה רחל גולדשמיד: Historical review of the school of Occupational Therapy עמ' 5; גא"ע 24491/78-79; חומר רקע על בית הספר לריפוי בעיסוק שהועבר לאישור המל"ג. לא מצוין מאיזו שנה התבקשו התלמידות לכתוב עבודה אישית.

³² על הקונפליקט המקצועי בנושא הקרבה למודל הרפואי ראו עמ' 95-102.

³³ להלן עמ' 100.

³⁴ אצ"מ J113/1980, פרוטוקול ישיבת ועדת הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 12/4/59.

³⁵ שם, שם.

³⁶ תדמור-שמעוני, ט' (תש"ע). עמ' 215-233, 314-324.

³⁷ אידלסון, ד' ורון-פולני, י' (תשי"ח). עמ' 13-29; רון-פולני, י' (1961). עמ' 41-98.

הכשרות קליניות כביטוי לפער בין הרצוי למצוי

במהלך התקופה הנדונה, נערכו שינויים לא רק בתכנית הלימודים אלא גם בהכשרות הקליניות. כאמור הכשרות אלה היו התקופות בהן נשלחו התלמידות לאימון בבתי חולים ומוסדות בהם פעלו מחלקות ויחידות לריפוי בעיסוק. כאשר שובצו תלמידות הקורס השלישי להכשרות בבתי חולים, החליטה ועדת הקורס שיש לשלוח תלמידות רק לבתי חולים בהם עובדת מרפאה בעיסוק מוסמכת כדי שהתלמידות תוכלנה לקבל הדרכה מקצועית מלווה לאורך תקופת ההכשרה. החלטה זו מעידה על הפער בין מספרן הזעום של מרפאות בעיסוק מוסמכות למספר העובדים הלא מוסמכים שעבדו בשטח ביחידות לריפוי בעיסוק.³⁸ נתון זה מרמז כי היה חשש שתלמידות הקורס ישובצו להכשרה במוסדות בהם לא היו מרפאות בעיסוק מוסמכות,³⁹ כך שבעת ההכשרה לא יקבלו הדרכה רציפה ולא תהיה להן דמות מקצועית לחיקוי (role model) אפשרות כזו היא בעייתית הן לתלמידות שעדין נמצאות בתהליך ההתמקצעות הראשוני שלהן והן למקצוע צעיר ולא מוכר, המתקשה למלא את הצרכים בהדרכה מקצועית של מתלמדים.

התלמידות מהקורס השלישי ואילך נשלחו לבתי חולים לחולי ריאות, בתי חולים פסיכיאטריים, למחלקות אורתופדיות, למחלקות ילדים ולבתי חולים כלליים. תשעת חדשי ההכשרה המעשית בבתי החולים הללו תוכננו באופן שונה מהכשרות שני הקורסים הראשונים. בקורס הראשון נפתחו מסגרות טיפוליות בהתאם לצרכי ההכשרה של התלמידות,⁴⁰ ואילו בקורס השלישי, היה צורך לשלב בין הצרכים הטיפוליים בישראל בהתאם לדרישות המשתנות של הארגון האמריקאי. הוחלט כי כל תלמידה תשהה חדשיים בבתי חולים לחולי ריאות, חדשיים בבתי חולים פסיכיאטריים, חדש במחלקה אורתופדית, חדש בבית חולים לילדים וחדש בבית חולים כללי. גישה זו משלבת את הרצון לחשוף את התלמידות לאוכלוסיות מטופלים שונות עם השאיפה להעניק להן ידע מקצועי מגוון בכל התחומים בהם התפתח המקצוע, בחדשיים הנותרים כל תלמידה קבלה את הזכות לבחור את המקום והתחום בו תרצה להשלים את תקופת ההכשרה. אפשרות זו הייתה בבחינת חידוש בהשוואה לכללי ההכשרה הנוקשים של שני הקורסים הראשונים.⁴¹ משמעות החידוש מלמדת על שינוי ביחס של הנהלת הקורס אל התלמידות ונתינת אפשרות בחירה לתלמידות. חידוש זה לא השפיע על התחום אלא נתן ביטוי לרצונות המקצועיים של התלמידות שיכלו לבחור את תחום ההתמחות לשני חדשי ההכשרה האחרונים.⁴²

למרות ההתרחקות מהקשר הישיר עם הנהלת הדסה בניו יורק, לוועדה המנהלת, שעמה נמנו נציגי המוסדות המממנים ונציגות הארגון הישראלי לריפוי בעיסוק, היה חשוב לעמוד בדרישות הבינלאומיות ולהמשיך להשתייך לארגון הבינלאומי לריפוי בעיסוק. שינוי משמעותי נוסף בהשוואה לשני הקורסים הראשונים היה שנת החובה שהוטלה על תלמידות הקורס השלישי

³⁸ דיון בנושא העובדים הלא מוסמכים ראו עמ' 244-246.304

³⁹ תלמידות הקורס הראשון שובצו במוסדות ללא מרפאות בעיסוק מוסמכות וקבלו הדרכה. שבועית ראו עמ' 67.69

⁴⁰ Sachs, D. & Sussman, N. (1995)A.

⁴¹ להלן עמ' 69.

⁴² יש לציין כי גם כיום לשיבוץ בהכשרות יש משמעות בהתפתחות המקצועית ונמצא קשר בין מקום העבודה למקום ההכשרה. קרי, בוגרות רבות מצאו עבודה במסגרות בהן הוכשרו בתקופת ההכשרה הקלינית. (נתון שעדין לא פורסם) נתוני בוגרות שני המחזורים הראשונים בחוג לריפוי בעיסוק בקריה האקדמית אונו מלמדים כי 70% אחוזים מהבוגרות עובדות במסגרות בהן הוכשרו בתקופת ההכשרה הקלינית. הוצג ביום עיון למדריכות בתאריך 3/7/13 על ידי סיגל וקס.

בסיום שנתיים לימודים. תלמידות הקורסים נדרשו לעבוד למשך שנה והשתכרו בדרוג מרפאה בעיסוק מעשית. התלמידות היו בפיקוח הנהלת הקורס ובסיום שנת החובה היה עליהן להיבחן כדי לקבל את תעודת הגמר. שנת החובה לא נכללה כשנת ותק מקצועי וכל תלמידה קבלה עשרים וחמשה ימי חופש שנתיים.⁴³ ייתכן ושינוי זה נבע מהצורך לעמוד בדרישות המינימום שקבע הארגון הבינלאומי של המרפאים בעיסוק (WFOT), אשר העמיד את משך הלימודים על שנתיים וחצי עד שלוש שנים. מהקורס החמישי שנערך בשנת 1955 חולקה שנת החובה לשני חצאי שנה, בהן הוכשרו התלמידות בשני מקומות שונים בתחומים הפיזיקלי והפסיכיאטרי והלימודים ארכו שלוש שנים.⁴⁴ על השינוי החליטה הוועדה המנהלת של הקורס וייתכן והוא נבע מצורך בכח אדם מקצועי במספר רב של מסגרות ומוסדות. החלוקה לשני חצאי שנה ענתה על הצרכים בארץ והרחיבה את מספר המסגרות שנהנו מעבודת התלמידות הבוגרות.

על אף הרצון לשלוח את התלמידות למוסדות בהם יודרכו על ידי מרפאות בעיסוק מוסמכות, העדויות של התלמידות מתקופת ההכשרות מעידות על תחושות קשות שעלו עם החשיפה למוסדות טיפוליים בהם הצוות המוסמך לריפוי בעיסוק, שהיה מיעוט בקרב הצוות הכללי, לא היה מנוסה וגבולות התפקיד של המרפאות בעיסוק לא היו ברורים. לפיכך בכל יחידה מעמד המקצוע הושפע מהגורמים הפרסונליים בצוות הריפוי בעיסוק ומעבודת הצוות הרב מקצועי, עובדה שיצרה שונות רבה בין היחידות וגרמה לחוסר בטחון מקצועי בקרב התלמידות. מרפאות בעיסוק ותיקות העידו ממרחק הזמן על הקשיים עימם התמודדו בהכשרות הקליניות. הקשיים נבעו הן מחוסר ידע תיאורטי והן מחוסר בהכנה לקראת ההכשרות. העידה אביבה פריד, סגל החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב, כי לימודי היסוד בקורס ריפוי בעיסוק בתחום הפסיכיאטרי לא היו מספיק מעמיקים מחד, ומאידיך מערכת ההכשרה לא ספקה תמיכה לתלמידות שהתמודדו עם קונפליקטים רגשיים שמציב מעמד המטפל. "קבלנו ידע מדויק ברפואה פיזיקלית אבל זה לא היה רלוונטי. הרגשנו שנוזקנו למים".⁴⁵ גם רחל גולדשמיד, לימים מנהלת הקורס הגדירה במבט לאחור את היציאה להכשרה "קטסטרופה מקצועית" ואת האווירה בין אנשי הצוות "מדכאת".⁴⁶ גולדשמיד הדגישה את הקושי בפער בין התיאוריות לעבודה הטיפולית בשטח. מרים בבלי ספרה כי הידע שקבלו בקורס כלל מידע על מגוון רחב של מחלות, אלה לא הכשירוה לפגישה עם המטופלים בהכשרה. "היו סיטואציות קשות" תיארה.⁴⁷ בבלי התייחסה לקשיים בהתמודדות עם התנגדויות המטופלים. העדויות מחדדות את הבעייתיות המרכזית של מקצוע צעיר שהיה בתהליך התפתחות: למרות שמערכת ההכשרה נוסדה, לא היו בשטח מספיק מדריכות מקצועיות כדי ללמד את התלמידות את הפרקטיקה המקצועית ולעבד את חוויותיהן מההתמודדות בטיפול בפצועים ובחולים כרוניים. עובדה זו הקשתה את הביסוס המקצועי. נוסף על כך, התיאוריה המקצועית באותן שנים התבססה על הנחות וערכים פילוסופיים אשר שמשו להכוונת ההתערבות אך לא היו מספיק יישומיים. הלימודים היו תיאורטיים ולא פותחו מספיק

⁴³ אצ"מ J113/1981, פרוטוקול ישיבת הוועדה המורחבת של הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 29/5/62.

⁴⁴ אצ"מ J113/1980, מסמך מתאריך 24/11/58 שכותרתו: ריפוי בעיסוק בארץ, לא מצוין שם הכותב, ייתכן שנכתב ע"י מאירה קנטור, מרכזת הקורס.

⁴⁵ ריאיון עם אביבה פריד, 1/5/12.

⁴⁶ ריאיון עם רחל גולדשמיד, 5/9/10.

⁴⁷ ריאיון עם מרים בבלי, 6/10/11.

פרקטיקות טיפוליות ייחודיות לתחום, מצב בעייתי מבחינת התלמידות בהכשרה. הגבולות הרחבים של המקצוע שאפשרו שימוש באמצעי טיפול מגוונים היו גם בעכרי המקצוע; בהרבה יחידות לא הוגדרו גבולות ברורים לתפקיד המרפאה בעיסוק אלא הושאר מרחב ליזמה של המרפאה בעיסוק בשטח.⁴⁸ ליזמה האישית יש יתרון לבעלי ניסיון מקצועי וחסרון לתלמידות מכיון שתחומי האחריות המקצועיים ונהלי העבודה אינם קבועים וברורים, מצב שאינו אידיאלי עבור תלמידות בתקופת הכשרה. כאמור, מחקרים ממקצוע הסיעוד מלמדים כי הגדרת גבולות התפקיד ותחומי האחריות של בעלי המקצוע הינם משמעותיים למניעת קונפליקטים מקצועיים, חוסר שביעות רצון, ותחושת שחיקה.⁴⁹

ייתכן שהייתה גם בעיה של תיאום ציפיות: פער בין ציפיות מארגני הקורס מההכשרה המעשית, לציפיות הצוות המקצועי במחלקות השונות ולציפיות התלמידות; מארגני הקורס ציפו שבתקופת ההכשרה יפתחו התלמידות ניסיון טיפולי וירכשו ידע תיאורטי בתחומי הטיפול בהם התנסו, על מנת שתוכלנה להשתלב בעבודת צוות שיקומי רב מקצועי כמרפאות בעיסוק מקצועיות. הצוות המקצועי בקליניקות בשטח קיווה מן הסתם לתוספת כוח אדם. התלמידות ציפו לקבל ניסיון מקצועי ולהצליח לשלב את הידע התיאורטי עם המעשה בשטח. התחושות של מי שהיו תלמידות מבטאות את הפער בין הרצוי למצוי, בין התיאוריה לפרקטיקה; פער אליו נחשפו התלמידות לראשונה בעת היציאה להכשרות. תחושות התלמידות שיצאו להכשרות בשנות החמישים הניעו את רחל גולדשמיד ובלה אפרתי לפתח את נושא ההכשרה ולדאוג להדרכה וליווי מסודרים בשנות השישים.⁵⁰

בעיה נוספת שעלתה בהקשר של ההכשרות הייתה העתקת מקום מגורים עקב שיבוץ להכשרה במוסד מרוחק ממרכז הארץ. התנאים של תלמידות הקורס שנאלצו להעתיק את מקום מגוריהן בתקופת ההכשרה לא היו קלים. עקב מיעוט מספרן של מרפאות בעיסוק מוסמכות שיכלו להדריך את התלמידות, נאלצו חלק מהתלמידות לעבור הכשרה בבית חולים או מוסד מרוחק ממקום מגוריהן.⁵¹ למשל, בבית החולים לראות בצפת, ובמוסד מלבין בבאר שבע, שעקב ריחוקם מירושלים וממרכז הארץ התקשו לשבץ אליהם תלמידות.⁵² זאת על אף שתלמידות שהתגוררו בריחוק ממקום ההכשרה קבלו מהמוסד שבו אמורות היו להשתלם דיור כולל כלי מיטה, שירותי כביסה ומזים. המוסדות התחייבו לספק לתלמידות כלכלה מלאה, כולל שבתות וחגים. הקורס אף מימן את דמי הנסיעות של התלמידות. ובכל זאת היה קושי לשבץ תלמידות להכשרות במקומות המרוחקים. התנאים לא התאימו לנשים נשואות ולנשים מטופלות בילדים, ייתכן שהריחוק ממקום המגורים הקבוע אף תרם לכך שחלק מהתלמידות לא סיימו את תקופת ההכשרה ולא הוכשרו כמרפאות בעיסוק מוסמכות. בעיה זו החלה לתת אותותיה בקורס השלישי; רק שש עשרה תלמידות סיימו את לימודיהן.

⁴⁸ כץ, נ' (1997). עמ' H-134H-147.

⁴⁹ סילנר, ד', רסין, מ' וקנטי, ת' (תש"ע). עמ' 141.

⁵⁰ ראו המשך הפרק עמ' 146.

⁵¹ להבדיל ממוסדות ההכשרה של אחיות שעשו התנסות קלינית במחלקות סמוכות לבתי החולים בהם למדו את המקצוע.

⁵² אצ"מ J113/1980, פרוטוקול ישיבת הוועדה המורחבת לקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 2/11/59.

2. בית הספר לריפוי בעיסוק 1964-1979

"בית הספר רואה את תפקידו בחינוך אנשי
מקצוע חדשים ובפיתוח ידע מקצועי
והקנייתו למרפאים בעיסוק בשדה...
העיקרון הבסיסי הוא הבאת הסטודנטים
להתנסות אישית פעילה, שתתרחש הן
במסגרת בית הספר והן במסגרת ההכשרה
הקלינית בשדה."⁵³

לאחר שנים של מאבק להשגת מעמד של בית ספר קבוע,⁵⁴ נפתח מחזור לימודים חדש בכל שנה משנת 1964, עובדה שאפשרה להנהלת הקורס לקיים לימודים סדירים ולפתח את מערכת ההכשרה. הציטוט לעיל מדגיש את המטרה העיקרית שסגל בית הספר הציב לעצמו והיא פיתוח גישה טיפולית אצל הלומדות. קרי, הכנת התלמידות לעבודה במקצוע טיפולי הדורש רגישות והבנת צרכי הזולת, יכולת חשיבה ביקורתית ויכולת חשיבה יצירתית. הושם דגש על האישיות הטיפולית של התלמידות ועל יצירת קשר מטפל-מטופל מכבד אשר יעצים את המטופלים ויגביר את היענות המטופלים ואת מידת האחריות שיקחו על מנת לשפר עצמאות תפקודית. כדי להכין את התלמידות לקראת תפקידן הטיפולי הגדיר סגל בית הספר מהם היעדים בהכשרת תלמידות לתפקיד טיפולי-שיקומי; פיתוח יכולת ליצירת קשר עם מטופל, צוות ואנשי קהילה, פיתוח יכולת הסתגלות למצבים חדשים, פיתוח יכולת התמודדות עם מצבי אי ודאות, יצירת ביטחון מקצועי וביסוסו, יישום גישות טיפוליות, הקניית ידע בתכנון שיטתי של תכנית טיפול, ביצוע תכנית טיפול, מעקב אחר תכנית טיפול והוספת שינויים בהתאם, פיתוח יכולת לניתוח תהליכים קבוצתיים ופיתוח יזמה לחדש ולארגן פרויקטים.⁵⁵ לדעת סגל בית הספר, יכולות אלה היו הכרחיות לתלמידה שעמדה להיות מרפאה בעיסוק מוסמכת ולכן היה לפתח ולעסוק באישיות הטיפולית שהתלמידה מפתחת במהלך הלימודים וההכשרות.

תכנית הלימודים בשנים 1964-1979

תכנית הלימודים כללה כאמור שלוש שנים, ונבנתה על העיקרון שבשנת הלימודים הראשונה התלמידות רוכשות ידע תיאורטי בכיתות לימוד ומתנסות בסדנאות קבוצתיות בניתוח מצבים המסייעים להן להכיר את עצמן כאינדיבידואלים בעלי סגנונות פעולה שונים, כדי לפתח איכויות הנדרשות ממטפל: יכולת ליצירת קשר עם הזולת, יכולת התבוננות בעצמו ובזולת, יכולת אמפתית, יכולת לזהות תהליכים לא מודעים ולהבין את השפעתם על התהליך הטיפולי, סבלנות וסובלנות לתהליכים מורכבים, קבלת השונה ושמירה על גבולות ביחסי מטפל מטופל. בשנות הלימודים השנייה והשלישית, הושם דגש על הכשרה מעשית: התלמידות נחשפו בהכשרות הקליניות בבתי החולים לקשר הטיפולי עם אנשים בגילאים שונים, בעלי מגבלות שונות, שלכל אחד מהם רקע סוציו-אקונומי ותרבותי שונה משל רעהו. סגל בית הספר קיים מעקב אישי אחר כל תלמידה במגמה לבדוק את התפתחותה האישית-מקצועית.⁵⁶

⁵³ גא"ע 79-78/24491, חומר רקע לדיון במועצה להשכלה גבוהה, ספטמבר 1978.

⁵⁴ על שינוי מעמד הקורס להלן עמ' 149-156.

⁵⁵ להלן הערה מס' 53.

⁵⁶ שם, שם.

במהלך שנות השבעים חל שינוי במספר הסדנאות אותן למדו התלמידות. בשנת 1971 נלמדו תשע סדנאות, רובן בתחומי היצירה כאריגה, רקמה, חימר ועבודות קנים וסדנאות במלאכות שונות כשרטוט, מתכת וכריכה.⁵⁷ בסוף שנות השבעים הייתה הפחתה נכרת של מספר הסדנאות והלימודים בבית הספר לריפוי בעיסוק כללו בשנה א' קורסים במבוא לפסיכולוגיה, פסיכולוגיה התפתחותית, סוציולוגיה של הרפואה וסדנא בדינמיקה קבוצתית. במדעי הרפואה נלמדו קורסים באנטומיה, פיזיולוגיה ופתולוגיה. במדעי הריפוי בעיסוק נלמדו מבוא לריפוי בעיסוק. סדנאות באריגה, רקמה וקרמיקה, טיפול בריקוד ותנועה והדרכה טיטוריאלי. כמו כן, נלמדו סדנא בטיפול בחולה והדרכה בכתיבה אקדמית, זאת בנוסף ללימודי אנגלית.⁵⁹

תכנית הלימודים של שנה ב' כללה בתחום מדעי ההתנהגות והחברה קורסים בפסיכולוגיה התפתחותית, סדנאות להפעלת קבוצה, מבוא למחקר וסטטיסטיקה, נירופסיכולוגיה, סדנא בנושא תכנית גרייה לתינוקות. במדעי הרפואה נלמדו נירולוגיה, נירולוגיה התפתחותית, פתוגנזה, אורטופדיה, פתולוגיה- המשך משנה א', מחלות פנימיות, פרמקולוגיה קלינית, פסיכיאטריה, ביומכניקה וקניזיולוגיה. בתחום הריפוי בעיסוק נלמדו הקורסים בריפוי בעיסוק בתחום הפיזיקלי, ריפוי בעיסוק בתחום הפסיכיאטרי, טיפול בילד החריג, הפעלה חברתית, סדנא בטיפול באומנות והומשכה ההדרכה הטיטוריאלי.⁶⁰

בשנה ג' נלמדו במדעי החברה וההתנהגות, ייעוץ מקצועי, שיקום- שיטות אבחון והערכה, גדילה והתפתחות- בריאות וחולי. במדעי הרפואה נמשך הקורס בפסיכיאטריה, פסיכיאטריה של הילד והמתבגר, שיעור וסדנא באורטופדיה וגריאטריה. במדעי הריפוי בעיסוק כללו הלימודים ריפוי בעיסוק בתחום הגריאטרי, ריפוי בעיסוק פיזיקלי, ריפוי בעיסוק בתחום הפסיכיאטרי, טיפול בילד החריג, טיפול בעיוור, טיפול באמצעות משחק, סדנא בטיפול במוסיקה, אדמיניסטרציה וארגון והדרכה טיטוריאלי. נלמד קורס בריפוי בעיסוק קליני וסמינר. בסיום שלוש השנים הוגשה עבודת גמר וכל בוגרת נבחנה בבחינת גמר.⁶¹

השינויים בתכנית הלימודים מלמדים על שלוש מגמות עיקריות; הראשונה, הכנת המקצוע לקראת תהליך אקדמי: במהלך שנות השבעים נוספו קורסים במדעי הרפואה כולל החידושים המדעיים בנירולוגיה התפתחותית ונירופסיכולוגיה,⁶² הורחב הידע מתחום מדעי החברה ונוספו הקורס בפסיכולוגיה התפתחותית, סטטיסטיקה ושיטות מחקר כחלק ממהלך לקידום מעמד בית ספר לקראת תהליך השגת מעמד אקדמי.⁶³ השנייה, היענות לצרכי השטח ולימוד תחומי ההתמקצעות השונים בהם עסקו מרפאות בעיסוק בשטח בהתאם להתפתחות תחומי ההתמקצעות; טיפול בילדים, גרייה לתינוקות, ריפוי בעיסוק גריאטרי, אורטופדיקה ועוד.

⁵⁷ HMO/51-9, מסמך ששלחה לאה לוי להנהלת הדסה בניו יורק בשנת 1971 וכותרתו: בית הספר לריפוי בעיסוק.

⁵⁸ באמצעות מדריכה המהווה מודל לחיקוי.

⁵⁹ גא"ע 24491/78-79, תכנית הלימודים לקראת תואר ראשון בריפוי בעיסוק בהשוואה לתכנית שהוגשה לשיבת הסנאט שהתקיימה בתאריך 25/11/77, התכנית המתוקנת הוגשה בפברואר 1978; גא"ע 24491/76-77, הצעת תכנית לימודים לקראת תואר ראשון בריפוי בעיסוק, נספח מספר 1, נובמבר 1976.

⁶⁰ שם, שם.

⁶¹ שם, שם.

⁶² HMO/51-9, מסמך ששלחה לאה לוי להנהלת הדסה בניו יורק בשנת 1971 וכותרתו: בית הספר לריפוי בעיסוק

⁶³ להרחבה בנושא הניסיונות להשגת מעמד אקדמי להלן עמ' 161-175.

והשלישית, הכשרת התלמידות לתפקיד טיפולי, לשם כך נלמדו הסדנאות הקבוצתיות. בנוסף, כיון שמרפאות בעיסוק הפעילו קבוצות טיפוליות נלמדו קורס בהפעלה חברתית.⁶⁴ את מקום הקורסים הרבים שנלמדו בתחילת שנות השבעים בנושא עבודות היד והיצירה,⁶⁵ תפסו הסדנאות בשנה א' בתחומי היצירה וקורסים ספציפיים לתרפיות: טיפול באומנות, טיפול במשחק וטיפול במוסיקה. באלה הושם דגש על התוכן והביטוי שמאפשר השימוש באומנות במוסיקה ובתנועה ולא על טכניקות העבודה היצירתית. קורסים מהתחום העמלני בעבודות היד כדפוס, שרטוט, מתכת וכריכה הוצאו מתכנית הלימודים. ניתן להבחין שככל שהתקדמו השנים, הלימודים הכילו יותר ויותר מידע מעשי בנוגע למקצוע עצמו, בעוד שבשנה הראשונה הלימודים כללו בעיקר לימודי רקע. יש לשער כי ליעוץ שנתנה ד"ר ג'רי ג'ונסון,⁶⁶ אשר עיבדה מחדש את תכנית הלימודים של בית הספר על מנת להביאה לרמה אקדמית, חלק נכבד בשינויים אלה.

שינוי בהכשרות הקליניות במטרה לעמוד בדרישות הארגון הבינלאומי

תלמידות בית הספר נשלחו להכשרות בתחומים הפיזיקלי, השיקומי, פסיכיאטרי, פדיאטרי וגריאטרי. במהלך הלימודים היו ארבע הכשרות, כל תלמידה התנסתה בארבעה מתוך חמשת התחומים. ההכשרות התפרסו במחלקות לריפוי בעיסוק בכל רחבי הארץ. בבתי חולים, מרכזי שיקום, מוסדות פסיכיאטריים, מרפאות, תחנות לבריאות האם והילד, מכונים להמשך טיפול וטיפולי בית, מוסדות לקשישים, בתי ספר של החינוך המיוחד ומרכזים קהילתיים. המדריכות בבית הספר בנו תכנית להכשרה הקלינית בשיתוף המדריכות בשדה. התכנית כללה התנסות הדרגתית של התלמידות בטיפול, שילוב ידע תיאורטי בהתנסות הקלינית, התנסות בתחומי עבודה שונים במקצוע ושיתוף התלמידות בתכנון טיפול.⁶⁷

בשנת 1977 הועלו מספר שעות ההכשרה הקלינית במטרה לעמוד בדרישות הארגון הבינלאומי לריפוי בעיסוק שקבע כי התקופה הנדרשת היא של ששה חדשים ויש לעשות את ההכשרה בתחומי עבודה שונים של המקצוע ובמסגרות טיפוליות שונות.⁶⁸ הצורך בתוספת שעות נבע מדרישת הארגון הבינלאומי בו היה הארגון הישראלי חבר ופעל על פי הנחיותיו. לאורך כל השנים ניכרת מעורבותו ותכתיביו של הארגון הבינלאומי והיותו דגם לחיקוי. בשנה ב' נדרשו התלמידות להכשרה בהיקף של 350 שעות שנתיות ובשנה ג' 370 שעות נוספות. בשעות ההכשרה נספרו שעות ההדרכה הטוטוראלית בהן קבלה כל תלמידה הדרכה אישית.⁶⁹ בשנת 1978, יצאו תלמידות שנה א' לשבעה ימי הסתכלות, אשר התווספו למאגר השעות שצברה כל תלמידה. תלמידות שנה ב' יצאו לשתי תקופות, כל אחת נמשכה שבעה שבועות. תלמידות שנה ג' יצאו לשתי

⁶⁴ גא"ע 24491/78-79, תכנית הלימודים לקראת תואר ראשון בריפוי בעיסוק.

⁶⁵ HMO/51-9, מסמך ששלחה לאה לוי להנהלת הדסה בניו יורק בשנת 1971 וכותרתו: בית הספר לריפוי בעיסוק.

⁶⁶ על פעלה של ד"ר ג'ונסון ראו עמ' 171.

⁶⁷ גא"ע 24491/78-79, חומר רקע לדיון במועצה להשכלה גבוהה, ספטמבר 1978.

⁶⁸ גא"ע 24491/76-77, שינויים בתכנית הלימודים לקראת תואר ראשון בריפוי בעיסוק בעקבות ישיבת הסנאט שהתקיימה בתאריך 25/11/77.

⁶⁹ שם, שם.

תקופות, אחת נמשכה ששה שבועות וההכשרה האחרונה, נמשכה שנים עשר שבועות ובמהלכה התבקשה התלמידה לכתוב את עבודת הגמר.⁷⁰

הכשרות אלה היו מחויבות המציאות לשם הכשרת מרפאות בעיסוק במגוון תחומים, אולם הוספת השעות והרחבת התחומים עוררה גם בעיות. לתוספת השעות הייתה השפעה על פרקי הזמן שארכו ההכשרות; מצב שהקשה על סגל בית הספר למצוא מסגרות שיסכימו לקלוט תלמידות להכשרות ארוכות, על המדריכות הקולטות בשטח ועל התלמידות שהיו אמורות לצאת להכשרות ארוכות יותר. מפרוטוקולים של ישיבות הועדה המנהלת של בית הספר לריפוי בעיסוק עלה כי היה מחסור במדריכות שמלוות את התלמידות הן בבית הספר והן בשטח. זאת בהשוואה למספר המדריכות בבתי הספר לאחיות בהדסה ובתל השומר שהיה גבוה יותר.⁷¹ יש לשער שהסיבה נעוצה בעובדה שהמקצוע היה בתהליכי התפתחות ובמשך שנים דווח על חוסר בכח אדם מקצועי והמדריכות היו צריכות להיות מהתחום עצמו, כך שבאופן טבעי היה מחסור.⁷²

לאור הצרכים בשדה הקליני, ההתמקצעות הייחודית לכל תחום טיפול והמחסור במדריכות שילוו את התלמידות מטעם בית הספר, שכנעה שולה פרוש,⁷³ את בלה אפרתי, מנהלת בית הספר, לשנות את מערך המדריכות המלוות את ההכשרות הקליניות מטעם בית הספר.⁷⁴ על פי ההצעה החדשה, הדרכת התלמידות נעשתה על ידי אשת מקצוע מומחית ובעלת ניסיון מקצועי בתחום בו התקיימה ההכשרה הקלינית. מהלך זה הגדיל את מספר המדריכות בבית הספר, כיון שהיה צורך להעסיק מדריכה מומחית לכל תחום טיפול. בנוסף, השינוי הקנה לתלמידות אפשרות לקבל הדרכה מקצועית ייחודית לכל תחום טיפול,⁷⁵ אפשרות שחידדה את ההתמקצעות בתהליך ההכשרה.

בשנת 1973, בתקופת מלחמת יום הכיפורים ולנוכח כמות הנפגעים הרבה, הורגש בישראל חוסר של 300 מרפאות בעיסוק. נוסף על כך בעת המלחמה לא ניתן היה לקיים את הלימודים כרגיל וגם בתי החולים בהם היו אמורות להתקיים ההכשרות, לא עבדו במתכנת רגילה.⁷⁶ כדי לענות על הצרכים בשטח ולסייע לשירותי הבריאות בישראל להתמודד על הפצועים הרבים ועם נפגעי פוסט טראומה שאושפזו בבתי חולים פסיכיאטריים, תלמידות בית הספר נשלחו להכשרות קליניות בבתי ההבראה הצבאיים הן בתחום הפיזיקלי והן בתחום הפסיכיאטרי, לעסוק בריפוי בעיסוק עם פצועי המלחמה.⁷⁷ תקופת העבודה בבתי ההבראה נחשבה לתלמידות כשעות הכשרה קלינית.⁷⁸

⁷⁰ גא"ע 24491/78-79, חומר רקע לדיון במועצה להשכלה גבוהה, ספטמבר 1978.

⁷¹ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הועד המנהל מתאריך 8/7/69.

⁷² מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הועד המנהל מתאריך 28/4/70.

⁷³ לימים פרופסור שולה פרוש, מנהלת בית הספר לריפוי בעיסוק בשנים 2007-2013 ומנהלת לימודים מתקדמים (מוסמך ודוקטורט) בשנים 2003-2013.

⁷⁴ עד שנת 1975 לא היו התמחויות בעבודת ההדרכה בבית הספר. ריאיון עם פרופסור שולה פרוש, 12/12/12.

⁷⁵ ריאיון עם פרופסור שולה פרוש, 12/12/12.

⁷⁶ כ-214/1, פרוטוקול מס' 8 ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מיום 19.3.74, עמ' 6 דברי יעל יואלית; ריאיון עם בלה אפרתי, 24/7/12.

⁷⁷ שם, שם.

⁷⁸ שם, שם.

סיכום: תכניות הלימודים וההכשרות בקורס ובבית הספר

צוות מקצועי מנוסה הוא תנאי הכרחי להפעלה יעילה של מסגרת הכשרה הכוללת מערך הכשרות קליניות הדורשות ליווי והדרכה צמודות. עזיבת המנהלות האמריקאיות השפיעה מאוד על מסגרת ההכשרה. העדר מרפאות בעיסוק בעלות ניסיון מקצועי אפשר למנהלות מתחום הסיעוד לנהל את הקורס ולהוסיף לתכנית הלימודים קורסים רלוונטיים למקצוע הסיעוד. עם זאת, הקשרים עם ארגון הדסה והארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק נשמרו, נעשו שינויים בתכנית הלימודים כדי לשמור על סטנדרטים בינלאומיים שהוכתבו על ידי הארגון הבינלאומי ובראשו הארגון האמריקאי. עם מינוי מאירה קנטור לרכז את הקורס, חל שינוי נוסף בתכנית הלימודים ובראש מערכת ההכשרה עמדה מרפאה בעיסוק שיכלה להוות מודל ודמות לחיקוי מקצועי לתלמידות. במהלך השנים בוצעו שינויים בתכנית הלימודים, חלקם הושפעו מהשינויים בתכנית הלימודים שהוכתבו על ידי הארגון האמריקאי וחלקם נבעו מהצרכים בארץ ומהשינויים הפרסונליים בניהול הקורס לריפוי בעיסוק. השינויים המהותיים ביותר נעשו לאורך שנות השבעים; הדגש הוסט מעבודות היד והיצירה ועבר לקורסים עיוניים במקצועות הרפואה ובתחומי הריפוי בעיסוק שהתרחבו. כדי להכשיר את התלמידות לתפקיד טיפולי הוקדשו משאבים לפיתוח אישיות טיפולית.

השינויים בתכנית הלימודים מלמדים על שלוש מגמות עיקריות; א) הכנת המקצוע לקראת תהליך אקדמי במהלך שנות השבעים. ב) היענות לצרכי השטח ולימוד תחומי ההתמקצעות השונים בהם עסקו מרפאות בעיסוק בשטח בהתאם להתפתחות תחומי ההתמקצעות בארה"ב. ג) הכשרת התלמידות לתפקיד טיפולי. ניתן אפוא לראות בתכנית הלימודים שיקוף של התפתחות התחום בישראל מתוך מודעות לצרכים המקומיים ולשינויים המקצועיים בארצות הברית.

תקופות ההכשרות הקליניות היו הדרך היעילה והמקובלת לחשוף וללמד את התלמידות את המקצוע בשטח. עדויות תלמידות בשנות החמישים מלמדות על פער גדול בין הלימודים להכשרות, ועל קשיים להתמודד עם האכזבה מתקופת ההכשרות. מימצאי הפרק מלמדים על שינוי בהיערכות סגל בית הספר והמדריכות בשטח בנושא מטרות ההכשרות ובהכנת התלמידות לקראת צאתן להכשרה. בבית הספר נבנתה תכנית להכשרה הקלינית בשיתוף המדריכות בשדה. התכנית כללה התנסות הדרגתית של התלמידות בטיפול, שילוב ידע תיאורטי בהתנסות הקלינית, התנסות בתחומי עבודה שונים במקצוע ושיתוף התלמידות בתכנון טיפול. הדגש שהושם בנושא ההכשרות מיצב את הריפוי בעיסוק כמקצוע טיפולי שיקומי, תוך שמירה על הנחיות הארגון הבינלאומי לריפוי בעיסוק.

פרק שני: התפתחות מעמד מערכת ההכשרה

בפרק זה אדון בשלושה שינויים שהשפיעו על מעמד מערכת ההכשרה המקצועית; (1) המעבר מקורס ארעי לבית ספר קבוע. המכשול העיקרי בשינוי המעמד ופתיחת בית ספר לריפוי בעיסוק היה המימון, פתיחתו של כל מחזור חדש בקורס לריפוי בעיסוק הייתה מותנית בתשלומי שלושת הגורמים המממנים להדסה. מאחר שגורמים אלה התקשו במציאת המימון, הקורסים לא נפתחו באופן מסודר למרות הרצון של הנהלת הקורס לפתיחת קורס מידי שנה בתאריכים קבועים, בפועל היו הפסקות ארוכות בין קורס לקורס וכל קורס נפתח במועד אחר. (2) תהליך המעבר ללימודים במסגרת אקדמאית אוניברסיטאית במקצוע לתואר ראשון. תהליך שהחל בשנת 1960 והסתיים בשנת 1979, עם אישור המועצה להשכלה גבוהה. (3) תכניות ההסבה אשר נפתחו באוניברסיטת תל אביב ובאוניברסיטת חיפה להסבת בעלות תואר ראשון למרפאות בעיסוק מוסמכות.

1. מקורס לבית ספר 1947-1964

"חברי ועדת הקורס לריפוי בעיסוק רואים בדאגה את ההשהיה וחוסר ההחלטה של הסתדרות מדיצינית הדסה ביחס לפתיחת בית ספר לריפוי בעיסוק".¹

לועדת הקורס לריפוי בעיסוק היה ברור כי העיכוב בפתיחת בית ספר קבוע ללימוד המקצוע מעכב את התפתחות התחום. כאמור, ההכשרה בריפוי בעיסוק בשנים 1947-1964 נערכה באמצעות קורסים. הקורסים מומנו על ידי ארבע מוסדות; הדסה, משרד הבריאות, קרן נכות של קופת חולים הכללית ומלב"ן. בראש הקורס עמדה מנהלת והם נוהלו באמצעות ועדה שכללה את נציגי המוסדות, נציגות הארגון הישראלי לריפוי בעיסוק ומנהלות הכשרת מקצועות העזר בתחום הבריאות במוסדות הדסה. תדירות פתיחת הקורסים לא הייתה קבועה והם נפתחו אחת לשנה או אחת לשנתיים. עד לשנת 1953, פתיחת קורס חדש הותנתה בסיום לימודי הקורס הקודם.² היה צורך בבית ספר קבוע כדי להכשיר כח אדם מוסמך במקצוע ולענות על הצורך במרפאות בעיסוק מוסמכות בקליניקות ברחבי הארץ. זאת ועוד, המעמד הארעי של הקורס ערער את מעמדו ומועמדותו שהתעניינו במקצוע העדיפו ללמוד מקצוע אחר.

הקריאה להקמת בית ספר קבוע ללימודי הריפוי בעיסוק הגיעה מהועדה המנהלת של הקורס, מהארגון לריפוי בעיסוק וגם מתחום השיקום. פרופסור אמיל אדלר, הרופא השיקומי הראשון ביישוב ובישראל,³ ביקש לפתח את תחום השיקום ולפתוח מערכת הכשרה למקצועות העזר לרפואה במוסדות הדסה, בהם הריפוי בעיסוק. "רצוי שהדסה תרכז פעולות חינוכיות בשטח הרפואה" כתב אדלר לועדת הקורס לריפוי בעיסוק בשנת 1953,⁴ והדגיש כי "בארצות תרבותיות יש קשר בין בתי החולים למוסדות הכשרה למקצועות העזר ברפואה".⁵ בשנת 1954 נפתח בית הספר לפיזיותרפיה בבית החולים הממשלתי אסף הרופא ויוזמתו של פרופסור אדלר נכשלה כיון

¹ אצ"מ J113/1979, מכתב מעטיה מרגלית, מנהלת החינוך במקצועות העזר ברפואה לפרופסור מן בתאריך 22/6/62.

Sachs, D. & Sussman, N. (1995)B. 2

³ להלן עמ' 33; להרחבה ראו פארן, ג', (2014). עמ' 51-77.

⁴ אצ"מ J113/1978, מכתב מד"ר אדלר להנהלת הדסה בתאריך 19/10/53.

⁵ שם, שם.

שבית הספר נפתח בבית חולים של משרד הבריאות ולא כמוסד של הדסה. פרופסור אדלר סבר כאמור ש"מבחינה מקצועית ראוי היה שההוראה בשני המקצועות תינתן בבית ספר אחד".⁶ אדלר תפס את השיקום כעבודת צוות רב מקצועי. למרות שנוצרה הפרדה בין הפיזיותרפיה לריפוי בעיסוק, ועל אף שאדלר היה רופא שיקומי ואולי בשל כך, המשיך פרופסור אדלר לנסות ולשכנע את הנהלת הדסה בצורך בפתיחת בית ספר לפיזיותרפיה ובית ספר לריפוי בעיסוק תחת קורת גג אחת ובחסות הדסה. כדי להשיג מטרה זו כתב פרופסור אדלר וניסה לשכנע הן את ראשי הדסה בישראל ובניו יורק והן את נציגי משרד הבריאות לשנות את מעמד הקורס. הוא סבר שבית ספר קבוע לריפוי בעיסוק ישפר את תדמית מערכת ההכשרה והמליץ להנהלת הדסה לקחת על עצמה את המימון הדרוש.

באוקטובר 1953 החלו לארגן את פתיחת הקורס הרביעי, קושי בגיוס התקציב למימון פתיחת הקורס החדש, יצר פער של שנתיים בין פתיחת הקורס השלישי לקורס הרביעי, הדחייה בפתיחת הקורס הביאה למצוקה בכח אדם לנוכח הדרישה הרבה. זו הועצמה מאוד בשנות החמישים על רקע נפגעי מלחמת העצמאות, והעולים הרבים שנוזקו לטיפול שיקומי. חלק מהמועמדות שהתקשו ללמוד ריפוי בעיסוק המתינו שנה כדי שיפתח הקורס.⁷ סביר שהייתה נשירה של מועמדות שוויתרו על לימודי הריפוי בעיסוק ופנו ללמוד מקצוע אחר. הנתונים היו מדאיגים: המקצוע היה בתהליך התפתחות ראשוני וסבל ממיעוט מרפאות בעיסוק מוסמכות, חוסר המעמד הקבוע הביא לנשירת מועמדות, כאשר בשטח הדרישה רק גברה. הפתרון לחוסר בכח אדם מקצועי ניתן בהעסקת עובדים לא מוסמכים, עובדה שהורידה את מעמד המקצוע ויוקרתו.⁸

שותפה לדעתו של פרופסור אדלר כי המעמד הארעי מזיק להתפתחות המקצוע, הייתה הגב' שולמית קנטור, אחראית מקצועות העזר לרפואה בהדסה, אשר סברה שהכרחי להפוך את הקורס לריפוי בעיסוק לבית ספר סדיר, וזאת מאחר שהתלמידות, רובן ככולן, היו נשים. קנטור חששה שלמצבן המשפחתי תהיה השפעה מעכבת על התפתחות התחום, עקב נישואים ולידות, מצב שלהערכתה עלול ליצור מחסור בכוח אדם מקצועי. קנטור קשרה בין המעמד הארעי לקושי לגייס תלמידות והייתה מודעת לכך שהרבה נשים לא תוכלנה להמתין לפתיחת קורס חדש עקב רצונן להינשא ולהקים משפחה. יש לשער כי קנטור סברה שהעת המתאימה לנשים לרכוש השכלה מקצועית היא בשנות העשרים לחייהן, לפני שהן מקימות משפחות. בשנת 1955 נשים היו רק 25% אחוזים מכלל המשתתפים בכח העבודה בישראל,⁹ אמהות בעלות משפחה נטו לתפקד בספירה הפרטית ולא לצאת לעבודה.¹⁰ קנטור שיערה כי גם בקרב הנשים שבחרו ללמוד מקצוע, תהיה נשירה כאשר יינשאו ויחלו להקים משפחות. היא הציעה לקיים לימודים סדירים על מנת שלקורס יהיה מעמד קבוע והפונות ללמוד יתכננו לימודים למשך שלוש שנים רצופות. ניסיונה של קנטור

⁶ אצ"מ 113/1977, פרוטוקול ועדת הקורס לריפוי בעיסוק מתאריך 24/6/52, דברי פרופ' אדלר עמ' 2.

⁷ ריאיון עם מרים בבלי 6/10/11.

⁸ להרחבה בנושא העובדים הלא מוסמכים להלן עמ' 304-306.

⁹ סחייק, ר' וזנטי, ס' (2008). סטטיסטיקל 80, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, עמ' 8. נדלה בתאריך 9/7/13. http://www.cbs.gov.il/statistical/statistical60_heb.pdf

¹⁰ שם, שם.

בניהול בית הספר לאחיות בשנות השלושים,¹¹ הדריך אותה בהתמודדות עם מערכת הכשרה במקצוע נשי. למרות שקנטור הייתה אישה עובדת ומפרנסת, היא הכירה את הנורמות החברתיות בישראל ואת התנגדות גברים רבים ליציאת נשיהם לעבודה בעיקר לאחר הולדת ילדים.¹² קנטור הבינה כי מעמדו הארעי של הקורס מקשה עוד יותר על גיוס תלמידות ועל הסיכויים לסיים את הלימודים וניסתה למצוא פתרון לבעיית הקורס אשר הקרינה על מעמד המקצוע.

במאי 1952 קבלה קנטור מכתב ממזכירת הארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק (AOTA), בבקשה לשנות את מעמד הקורס. לא ברור האם הייתה זו תגובה ליוזמה ישראלית או יוזמה אמריקאית; האם הארגון הישראלי פנה לאמריקאי כדי שיתמוך ויסייע בהקמת בית ספר או שגב' שולמית קנטור או פרופסור אדלר פנו כנציגי הדסה? ייתכן שהיוזמה לפנייה באה מהארגון האמריקאי על מנת לבדוק מהי רמת הלימודים בישראל, לאחר הצטרפות הארגון הישראלי לארגון הבינלאומי לריפוי בעיסוק, הצטרפות שחייבה עמידה בסטנדרטים. במכתב התשובה התחייבה קנטור לעשות כל שביכולתה כדי להקים בית ספר לריפוי בעיסוק, על מנת לפתוח מחזורי לימוד סדירים בכל שנה. במכתב התשובה תיארה קנטור את מעורבות ואישור הארגון האמריקאי בהכנת תכנית הלימודים עוד בימי אתל בלום, כדי לחזק ולהזכיר את הלגיטימציה המקצועית שנתן הארגון האמריקאי לקורס הישראלי. ובנוסף צרפה למכתב את הקוריקולום של הקורס כולל השינויים שנעשו בתכנית הלימודים של הקורס השלישי,¹³ מכתב זה מעיד על מעורבות הארגונים האמריקאי והבינלאומי בסטנדרטים של מערכות ההכשרה בישראל. במהלך השנים היה לארגון הישראלי ולמערכת ההכשרה בישראל קשר הדוק עם הארגון האמריקאי, אשר פנה לתמוך ולסייע לשפר את מעמדו המקצועי של הקורס.

סוגיית מימון המעבר מקורס ארעי לבית ספר קבוע

סוגיית המימון של הקורסים, הייתה תלויה בארבעת המוסדות המממנים.¹⁴ הפערים בין המחזורים הקשו על גיוס התקציב מהמוסדות המממנים, מצד אחד קשיי מימון גרמו לאי סדירות, אולם אי הסדירות הקשתה על גיוס הכספים. הנהלת הדסה הייתה תלויה בשלושת הגורמים הנוספים שממנו את הקורס והיו חייבים לה כספים לאורך שנות החמישים והשישים עקב דחיית התשלומים לקורסים.¹⁵ בשנות החמישים והשישים התמודדו מוסדות הבריאות בישראל עם ביסוס מערכת השירותים והתשתיות, לנוכח גלי העלייה הגדולים שהביאו עמם עולים מבוגרים ועולים חולים במחלות כרוניות שנוקו לטיפול רפואי והצורך באספקת שירותי בריאות במרכז הארץ ובפריפריה. ייתכן וסדרי העדיפות של המוסדות שממנו את הקורס הציבו את מימון הקורס בעדיפות נמוכה, גרמו לאי העברת הכספים באופן סדיר ולצורך צורך בבקשות חוזרות

¹¹ שולמית קנטור ניהלה את בית הספר לאחיות משנת 1934. ראו ברטל, נ' (2005). עמ' 262; קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). נשים ציוניות באמריקה, עמ' 35.

¹² יזרעאלי, ד' (1999). עמ' 167-215.

¹³ אצ"מ J113/1977, מכתב מגב' שולמית קנטור למרתה מתיוס, מזכירת AOTA, בתאריך 3/7/52.

¹⁴ Sachs, D. & Sussman N. (1995)B.

¹⁵ אצ"מ J113/1980, פרוטוקול ישיבת הוועדה המורחבת לקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 31/3/58.

ונשנות של המנהלים האדמיניסטרטיביים בהדסה, על מנת לקבל את ההשתתפות הכספית של שאר המוסדות.¹⁶

הנהלת הדסה החליטה בשנת 1952 שיש להקים בית ספר קבוע אך לא הסכימה לקחת על עצמה את המימון באופן בלעדי וציפתה לשותפים למימון.¹⁷ ייתכן שהתפיסה של ראשי הדסה נבעה מהשינוי במעמד המדינה; במעבר מחברה וולנטרית שניהלה מאבק לריבונות והצריכה פעילות של ארגונים וולנטריים במיוחד בתחומים שבהם היישוב מיעט לפעול, למדינה ריבונית בעלת מערכת בריאות הכוללת מוסדות אשפוז ושיקום. נציגי משרד הבריאות וקרן נכות טענו שמוסדותיהם מעדיפים "שהמפעל יוקם על ידי הדסה בלבד",¹⁸ גם נציגי מלב"ן תמכו בדעה שיש לפתוח את בית הספר במערכת הכשרה רפואית "מקצוע הריפוי בעיסוק משולב בטיפול רפואי וקשר בין בית הספר לעובדי ריפוי בעיסוק ובית הספר לרפואה נראה לנו טבעי ורצוי בהחלט".¹⁹ קרי, הם העדיפו שהנהלת הדסה תממן את בית הספר לריפוי בעיסוק באופן בלעדי ונתנו את התחייבות מוסדותיהם להמשך מימון הקורס.²⁰ למוסדות המממנים היו משאבים מצומצמים, חוסר היענותם לממן את שינוי מעמד הקורס מעיד על כך שהם הסתפקו בעבודת העובדים הלא מוסמכים, ייתכן והתחום לא היה מספיק חשוב בעיניהם.

גם ועדת הקורס לריפוי בעיסוק פנתה להנהלת הדסה בנושא זה. אין מסמכים המעידים על פנייה דומה לראשי משרד הבריאות או לראשי קופת חולים הכללית. לוועדת הקורס היה ברור שהארגון היחיד היכול לסייע ולפתוח בית ספר קבוע היה הדסה. ייתכן והפנייה רק להדסה באה מאמונה שרק הדסה יכולה לסייע או שארגון הדסה שדאג לייסוד המקצוע נחשב לכתובת להצליח לקדם נושא זה. פרופסור אדלר הצליח לשכנע את פרופסור קלמן מן, אשר פנה לרבקה שולמן בהנהלת הדסה בניו יורק והתריע על הבעייתיות במעמד הארעי של הקורסים.²¹ במוסדות הדסה ניסו לתת מענה לבעיה ועלתה הצעה להעביר את הקורס לשירותי הדסה לחינוך מקצועי כיחידה עצמאית בבית הספר המקצועי סליגסברג, זאת במטרה לשנות את מעמד הקורס לבית ספר ולהשיג את התקציב הדרוש במערכת החינוך של הדסה. למרות היתרון התקציבי שהיה טמון באפשרות זו, הרעיון נדחה על ידי וועדת הקורס בגלל הרצון שהקורס יהיה במסגרת בית ספר או

¹⁶ אצ"מ J113/1979, מכתב מאדוני, מ' בהדסה לדגני א' בקופת חולים בנושא חוב קרן נכות לקורס לריפוי בעיסוק; אצ"מ J113/1980, מכתב ממחלקת הכספים בהדסה למשרד הבריאות בנושא חוב כספי לקורס לריפוי בעיסוק בתאריך 21/2/58.

¹⁷ אצ"מ J113/1977, פרוטוקול ועדת הקורס לריפוי בעיסוק מתאריך 24/6/52.

¹⁸ שם, שם.

¹⁹ אצ"מ J113/1980, מכתב מד"ר פליסקין בהנהלת מלב"ן לפרופסור מן בתאריך 16/5/58.

²⁰ אצ"מ J113/1977, פרוטוקול ועדת הקורס לריפוי בעיסוק מתאריך 24/6/52.

²¹ אצ"מ J113/1977, מכתב מפרופסור מן לגבי רבקה שולמן בהנהלת הדסה בניו יורק בתאריך 14/8/52.

פקולטה למקצועות מתחום הרפואה.²² בהנהלת הדסה ובועדת הקורס ראו את המקצוע כשייך למקצועות העזר ברפואה ואת העבודה המקצועית כחלק ממערך שיקום רב מקצועי.²³

לאורך שנים תמכו משרד הבריאות קופת חולים הכללית ומלב"ן בקורס באופן משני. למרות שהמימון התחלק בין ארבעת המוסדות, ארגון הדסה שלם את שכר סגל בית הספר והמורים, רכש חומרים ואביזרים ודאג לתחזוקה השוטפת של מבנה הקורס. שלושת המוסדות החזירו את חלקם, בהרבה מהמקרים בעיתוי מאוחר ואחרי בקשות חוזרות ונשנות של המנהלים האדמיניסטרטיביים בהדסה להעביר את החוב.²⁴ ואולם, היה ברור כי הנהלת הדסה הייתה הגורם העיקרי שתמך ומימן את הקורס ושינוי במעמדו יבוא רק באמצעות יזמה ומימון של הדסה. למרות השירותים שפותחו במדינת ישראל, בנושא הכשרה מקצועית עדין הייתה הדסה גורם ראשי. ייתכן והסיבה היא הנושא המגדרי: מוסדות ההכשרה העל תיכונית להם הייתה הדסה שותפה במדינת ישראל היו קשורים להכשרת נשים. הנהלת הדסה, שהורכבה מנשים אמריקאיות, ראתה חשיבות עצומה בקידומן של נשים בחברה באמצעות השכלה מקצועית. תפיסה זו התאימה למדיניות הבריאות והרווחה בישראל עקב צרכי המדינה המתפתחת אך משאבי המדינה לא הופנו למוסדות חינוך לנשים.

ארגון הדסה פתח ביישוב ובישראל מפעלי בריאות ורווחה. כבר בשנת 1939 מגמת הארגון הייתה להעביר את האחריות על המוסדות לנציגים בארץ ישראל. "מתחילת פעולתה בארץ תכננה הדסה להעביר את מוסדותיה ושירותיה לרשות היישוב, כשיגיע לדרגה שבה יוכל לספק את צרכיו הרפואיים כמו כל צבור רגיל".²⁵ למרות שבשנת 1956 נרשם בחוקת הדסה כי אחת ממטרות הארגון היא "לעודד ולתמוך בחינוך רפואי במדינת ישראל על ידי ייסודו והחזקתו של בית ספר, או בתי ספר, להוראה ולהכשרה של רופאים, רופאי שיניים, אחיות, רוקחים, טכנאי רפואה, ובעלי מקצועות דומים".²⁶ סרב הארגון לממן באופן בלעדי את בית הספר.

הריפוי בעיסוק היה אחד מהמקצועות שיובאו לארץ על ידי ארגון הדסה. במשך השנים התבססו המקצועות בארץ תוך העברת שיטות ורעיונות אמריקאים והתאמתם לצרכי היישוב ומדינת ישראל. הנהלת הדסה נצבה בפני אתגרים קשים ויוקרתיים יותר: בית הספר לרפואה הראשון בישראל נפתח בירושלים בשיתוף הדסה והאוניברסיטה העברית.²⁷ ריכוז מאמצים

²² אצ"מ J113/1979, תזכורות בנידון הקורס לריפוי בעיסוק, נכתב ע"י פרופסור אדלר ועטיה מרגלית- מפקחת על החינוך בתאריך 23/12/56; אצ"מ J113/1979, מכתב מפרופסור אדלר, עטיה מרגלית ופרופסור גורביץ לפרופסור מן בתאריך 5/5/57; אצ"מ J113/1980, מכתבים מד"ר מן בהדסה לד"ר פליסקין בהנהלת מלב"ן, לד"ר קוט בקרן נכות ולמר הלוי במשרד הבריאות בנושא ההחלטה שלא להעביר את הקורס לבית הספר סליסברג בתאריך 7/4/58.

²³ אצ"מ J113/1980, מכתב מפרופסור אדלר לפרופסור מן בתאריך 20/4/58.

²⁴ אצ"מ J113/1979, מכתב מאדוני, מ' בהדסה לדגני א' בקופת חולים בנושא חוב קרן נכות לקורס לריפוי בעיסוק; אצ"מ J113/1980, מכתב ממחלקת הכספים בהדסה למשרד הבריאות בנושא חוב כספי לקורס לריפוי בעיסוק בתאריך 21/2/58.

²⁵ קצבורג-יונגמן, מ' (2007). עמ' 488-504. דו"ח הסתדרות מדיצינית הדסה לכבוד פתיחת המרכז הרפואי של הדסה והאוניברסיטה, ירושלים, 9 במאי 1939. עמ' 3-24.

²⁶ סעיפים 1-2 בחוקת הדסה 1956. בתוך: קצבורג-יונגמן, מ' (2007).

²⁷ קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). עמ' 177-189. למרות היוקרה בפתיחת מוסד זה, היו לארגון הדסה הסתייגויות מהאפשרות להיות שותפים למימון פרויקט כה יקר. את הכף הכריע האינטרס המקצועי של הדסה: היה ברור שבית ספר לרפואה יהיה הישג בולט לארגון, בית הספר ימשוך רופאים ברמה גבוהה והדסה תצליח לרכז באמצעות בית הספר את טובי הרופאים בישראל.

בפתיחת בית הספר לרפואה ובגיוס כספים לבניית מרכז רפואי חדש במקום בית החולים בהר הצופים, הביא לצמצום שירותי הבריאות של ארגון הדסה.²⁸

בשנות החמישים והשישים התפתחות והתקדמות המקצוע הושפעו בעיקר מהגורם הישראלי קרי, מאנשי המקצוע בארץ ומצרכי האוכלוסייה.²⁹ הקמת המדינה והצורך בגיוס משאבים רבים והתרדמה הפמיניסטית ששררה בזירה הנשית- אמריקאית, הפנו את המשאבים למילוי צרכים אחרים מאשר פיתוח מוסד הכשרה לנשים. עם הקמת המדינה, גופי הבריאות פעלו באופן עצמאי, הקשר עם הנהלת הדסה בניו יורק נחלש וייתכן ומנהיגות הדסה בניו יורק לא הבינו את החומרה במעמד הארעי של המקצוע.

היה גם גורם של תזמון בשינוי מעמד הקורס לבית ספר, מוסדות ההכשרה של הדסה שהצליחו לבסס עצמם לפני הקמת המדינה, עגנו את מעמדם. אולם הקורס לריפוי בעיסוק לא הצליח להגיע למעמד קבוע לפני הקמת המדינה. הנסיבות המיוחדות בירושלים עם פרוץ מלחמת העצמאות, ההתמודדות עם פגעי מלחמת העצמאות ועם מאות אלפי העולים, שינו את סדרי העדיפויות. מצד אחד, היו למשרדי הממשלה ולהנהלת הדסה צרכים בוערים יותר מביסוס מקצוע הריפוי בעיסוק. מצד שני, בשל אותן הנסיבות ההיסטוריות הצורך במרפאות בעיסוק מוסמכות הלך וגבר, היה כאן אפוא מלכוד.

שימוש ביחסי ציבור כדי להשיג שינוי במעמד

לאחר שנוכחו לדעת כי אין שינוי במעמד הקורס, החליטו רחל גולדשמיד, מנהלת הקורס, וצוות המורות והמדריכות לגייס כל משאב אפשרי כדי לעורר את דעת הקהל הציבורית להשגת המטרה. לשם כך פעלו ליצירת יחסי ציבור למקצוע, במסגרתם לפתוח למשל תערוכה בבניין הקורס בהדסה ג'. בתערוכה הוצגו מוצרים שהוכנו במסגרת טיפולים בריפוי בעיסוק.

יזמה תקשורתית אחרת של רחל גולדשמיד הייתה שימוש במקהלת "שירו שיר" הפופולרית בזמנו, לפרסום המקצוע.³⁰ למקהלה הייתה תכנית שבועית ששודרה ברשת שנקראה 'הרשת' או תכנית א', מרחוב מליסנדה בירושלים. כדי לפרסם את המקצוע ואת הקורס לריפוי בעיסוק ארגנה רחל את שידור התכנית מבניין הקורס לריפוי בעיסוק בהדסה ג', עובדה שצוינה בשידור.³¹ לא ברור האם יחסי הציבור הללו, שנועדו לפתיחת בית הספר ולהגביר את המודעות למקצוע סייעו לשינוי במעמד הקורס.

²⁸ העברת שירותי הרפואה המונעת, תחנות לטיפול באם ובילד, (מלבד התחנות בירושלים ובפרוודור ירושלים). שירותי היגינה בבתי הספר ואת שירותי הטיפול בטרומה ובגזזת לידי משרד הבריאות בקיץ 1952. קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). עמ' 177-193.

²⁹ שם, עמ' 264-272.

³⁰ הלהקה החלה לפעול בירושלים בסוף שנות החמישים, בניצוחו של מאיר הרניק, חברי הלהקה היו סטודנטים מהאוניברסיטה העברית ואזרחים ירושלמיים. המקהלה לקחה על עצמה מפעל עממי ללימוד שירים ישראלים עבריים ברדיו. התכנית שודרה בימי א' בשעה 7:20 בערב.

³¹ ריאיון עם רחל גולדשמיד, 21/5/13.

החרפת הפער בין מקצוע הריפוי בעיסוק למקצועות מתחומי הבריאות והרווחה

במהלך שנות החמישים והשישים עלה מספר הסטודנטים באוניברסיטאות ובמוסדות להכשרה מקצועית על תיכונית בישראל.³² הגידול במספר הלומדים העיד על דרישת חלקים הולכים וגדלים מהאוכלוסייה לרכישת השכלה גבוהה כולל השכלה מקצועית. ארעיות הקורס לריפוי בעיסוק הביאה לירידה במספר הנרשמות ללימודי המקצוע ולירידה במספר המוסמכות בהשוואה למספר המסיימות בשני הקורסים הראשונים. מקצוע נוסף בין מקצועות העזר ברפואה בו חלה ירידה במספר הנרשמות לבתי הספר לאחיות בראשית שנות השישים היה הסיעוד.³³ נתונים אלה הדאיגו את ראשי יחידת האחיות במשרד הבריאות שמימנו בשיתוף ארגון הבריאות העולמי מחקר שנערך על ידי די"ר יהודית שובל, סוציולוגית של הרפואה מהאוניברסיטה העברית.³⁴ מטרת המחקר הייתה "לחשוף ולהבהיר במידת האפשר את הגורמים המניעים בנות העומדות בפני הכרעה מקצועית לבחור או לא לבחור במקצוע זה".³⁵ תוצאות המחקר הוכיחו כי רבות מהנשים שבחרו ללמוד סיעוד באו ממשפחות ממעמד חברתי נמוך ובחרו במקצוע במטרה להשיג מוביליות חברתית, שאפו לשלב את האפשרות להתפרנס עם האפשרות לרכוש מקצוע מכובד. בנות ממשפחות אמידות חפשו דרכים מקצועיות אחרות למוביליות מעין זו ופנו למקצועות אקדמאיים. מנתונים אלה הסיקו ראשי יחידת הסיעוד "שרק הכשרה מקצועית אקדמית תוכל להיות מענה לשאיפות קריירה ולהתחרות במקצועות הסיוע האחרים, ... אקדמיזציה תעניק חשיבות לסיעוד ותשפר את תדמיתו".³⁶ בענף הסיעוד הבינו שיש צורך באחיות משכילות בעלות מוטיבציה וכדי לשנות את תדמית המקצוע ואת רמתו החליטו להשקיע בתחום החינוך לפיכך, בשנת 1964 הוקמה הוועדה המייעצת לחינוך גבוה בסיעוד במטרה להפוך את הסיעוד למקצוע אקדמי.³⁷ החלטת ענף הסיעוד לרכז מאמצים להשגת מעמד אקדמי מחדדת את מצבו העגום של מקצוע הריפוי בעיסוק ומערכת ההכשרה של המקצוע. בהשוואה למקצוע הסיעוד, הקורס לריפוי בעיסוק עדיין שאף בשנת 1964 לקבל מעמד של בית ספר קבוע, שלא לדבר על הפיכתו למקצוע אקדמי.

בשנת 1964 קיבל הקורס לריפוי בעיסוק סוף סוף מעמד של בית ספר. אין בארכיונים תיעוד על השינוי שהביא למעמד בית הספר.³⁸ גם רחל גולדשמיד שניהלה את בית הספר באותן שנים, אינה זוכרת אירוע מכונן שהיה הסיבה לשינוי זה. היא זוכרת את השמחה בין כל אנשי הסגל ומרפאות בעיסוק ברחבי הארץ לשמע הבשורה שהקורס קבל מעמד של בית ספר.³⁹ גם על פי ראיונות נוספים, לא נמצא הסבר מפורט מה ארע בשנת 1964 שגרם לשינוי הנחוץ במעמד הקורס. ייתכן והשינוי נבע מהשילוב בין מספר גורמים מקומיים: ההתקדמות האיטית, אך

³² להלן עמ' 117.

³³ שחף, ש' (2014). עמ' 45-50.

³⁴ לימים פרופסור יהודית שובל, מומחית בסוציולוגיה של הבריאות מהאוניברסיטה העברית בירושלים. בסוף שנות השבעים מונתה לראש ועדת ההוראה של בית הספר לריפוי בעיסוק. ראו עמ' 265.

³⁵ שחף, ש' (2014). עמ' 48-50.

³⁶ שם, עמ' 50.

³⁷ שם, שם.

³⁸ החומר בנושא הריפוי בעיסוק שנמצא בארכיון ציוני מרכזי הוא עד שנת 1962, לא נמצאו מסמכים הכוללים את הסיבה לשינוי המעמד בתיקי המידע ההיסטורי בבית הספר לריפוי בעיסוק באוניברסיטה העברית או בארכיון הדסה בניו יורק או בגנזך המדינה או בארכיונים האחרים בהם קיים ארכיון בנושא ביה"ס לריפוי בעיסוק.

³⁹ ראיונות רחל גולדשמיד 5/9/10, 21/5/13.

העקבית, במספר הנשים שהשתתפו בשוק העבודה במדינת ישראל,⁴⁰ והצורך לספק לנשים הכשרה מקצועית. סיום פרויקטים של ארגון הדסה: הקמת בית ספר לרפואה וביסוסו ובניית בית החולים החדש בעין כרם והצלחת יחסי הצבור שיזמו סגל ההוראה בקורס וראשי הדסה כדי לפרסם את המקצוע ואת הצורך ליצור שינוי במערכת ההכשרה. ובכלל, התבססות המדינה בשנים שלאחר מבצע קדש אפשרה הקצאת משאבים בתחום החינוך וההשכלה הגבוהה, תחומים שבעבר לא היו בראש סדרי העדיפויות.⁴¹ יתר על כן, בתקופה זו חל שינוי בהתפתחות עולם הרפואה, בהתפתחות טכנולוגית ובהתפתחות הפסיכולוגיה. כתוצאה מכך הוקצו משאבים לתחום השיקום.⁴² שגרמו לכך שגם תחום הריפוי בעיסוק נתפס כחשוב יותר. משנת 1964 נפתח בכל שנה מחזור לימודים חדש. סביר גם שמאמצי השנים הקודמות נשאו סוף סוף פירות.

לכל חברי וועדת הקורס, מנהלות הקורס ונציגות הארגון הישראלי לריפוי בעיסוק היה ברור הצורך בשינוי מעמד הקורס במטרה למשוך נשים מהמעמדות הגבוהים יותר שישפיעו על איכות המקצוע ועל תדמיתו. רק באמצע שנות השישים הושג השינוי, קשיי המימון והירידה במספר המועמדות ובמספר התלמידות החמירו את מעמד הקורס מחד והגבירו את הצורך במרפאות בעיסוק מוסמכות מאידך. מעמדו הארעי של הקורס הקשה לפתח את מסגרת ההכשרה במקצוע בהשוואה להתפתחות מסגרות ההכשרה בארצות הברית ובבריטניה.

סיכום: מקורס ארעי לבית ספר קבוע

לשינוי מעמד הקורס משקל רב במסמכי הארכיונים. התכתובות בנושא זה, מהוות את רוב החומר הארכיוני הנוגע לשנים אלה. הניסיונות לשנות את מעמד הקורס לבית ספר קבוע השפיעו על התפתחות המקצוע והיו בראש מעיניהן של בכירות ומובילות המקצוע בישראל. למרות הצורך באנשי מקצוע לטיפול בצרכים של אוכלוסיית העולים החדשים במדינה הצעירה ולטיפול בפצועי מלחמת העצמאות, לא גויס התקציב לשינוי מעמד הקורס. עובדה זו, גרמה לירידה במספר הפונות ללימודים. בשנים בהן נפתחו מסגרות הכשרה מקצועיות למורים, אחיות ועובדי מקצועות הבריאות וגדל מספר הנשים באוניברסיטאות ברמת גן תל אביב וחיפה, נאלץ הקורס לריפוי בעיסוק להתמודד עם אי הוודאות במעמדו. עובדה שהקשתה על גיוס פונות למקצוע. הארעיות במעמד הקורס הקרינה על המקצוע כולו, מצב שהחריף את בעיית החוסר בכח אדם מקצועי.

המעמד האקדמי של המקצוע בארצות הברית יצר צורך בפיתוח גופי ידע אמפיריים ובפיתוח מחקרים מקצועיים. בישראל, ההצלחה בשינוי במעמד הקורס לבית ספר עדין לא השפיעה על מעמדו האקדמאי של המקצוע. האוריינטציה המקצועית של הקורס ובית הספר לא הייתה אקדמית, זאת למרות שלאורך כל השנים לימדו רופאים בקורס ונכחו בוועדה המנהלת. שינוי מעמד הקורס נעשה מאוחר מדי, בשנים בהן מוקד ההכשרה במקצועות מקבילים היה המעבר להשגת הכרה אקדמית.

⁴⁰ פלג, מ' (1997). נשים בעולם העבודה, לקט נתונים סטטיסטיים, בתוך: ע' מאור, (עורכת) נשים- הכח העולה, ספריית הפועלים, תל אביב, 1997. עמ' 286.

⁴¹ צמרת, צ' ויבלונקה, ח' (תשס"א). עמ' 7-8.

⁴² פארוך, ג' (2014). עמ' 20.

2. המרוץ לאקדמיזציה 1960-1979

"היום אנו בטוחים שהאקדמיזציה קידמה
התפתחות מקצועית ואף שינתה סטטוס".⁴³
"תואר אקדמאי ראשון מקנה זכות להמשיך
לימודים ברמה גבוהה יותר".⁴⁴

ממרחק הזמן סיכמה יעל הלוי, מנהלת החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב את השינוי המקצועי החיובי שחל עם המעבר ללימודים במסגרת אקדמאית אוניברסיטאית במקצוע לתואר ראשון. לחברות סגל ההוראה בבית הספר ולחברות הארגון היה ברור שמלבד השגת תואר ראשון בריפוי בעיסוק, האפשרות להמשיך ללימודי תואר שני ושלישי, יסייעו בהתפתחות המקצוע. אחד המאפיינים של המקצוע ומתוך כך של מערכת ההכשרה שלו עד שנת 1979 היה העדר הכרה אקדמית. המעבר של מקצועות הבריאות לאקדמיה לווה בקושי רב מצד האוניברסיטאות להעניק הכרה אקדמית למקצועות יישומיים בתחומי הבריאות והרווחה.⁴⁵ הצורך בהכרה אקדמית, ההסתייגויות, הצעדים והמאמצים להשגת מטרה זו, בחלק זה.

הצורך בהשגת הכרה אקדמית למקצוע הריפוי בעיסוק

מה שקורה הוא שאדם נדרש ללמוד שלוש שנות לימוד, לאחר מכן שנת חובה וכל מה שהוא מקבל מבחינת בית הספר זו תעודה שהוא מוסמך כמרפא בעיסוק. כאשר הוא בא לעבוד עם אותו פסיכולוג אקדמאי, עם אותו עובד סוציאלי אקדמאי ועם אותו רופא, הוא מוצא את עצמו בתחתית הדרגה, למרות שיש לו מה לתרום. ואז הוא מרגיש את עצמו נחות מבחינת הסטטוס.⁴⁶

בלה אפרתי, סגנית מנהלת בית הספר לריפוי בעיסוק, הסבירה לחברי ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת את הצורך בהכרה אקדמית למקצוע הריפוי בעיסוק ואת השפעות העיכוב בקבלת הכרה זו על המרפאים בעיסוק בשטח ועל יוקרת ומעמד המקצוע. יש לציין כי על אף שהמקצוע הורכב מרוב נשי, בחרה אפרתי לדבר בלשון זכר. ייתכן וכך היה מקובל או שהתייחסה בלשון זכר כדי להדגיש את המעמד המקצועי של מרפאות בעיסוק ולא את מגדרן. כאמור, בית הספר לריפוי בעיסוק בהר הצופים בירושלים היה המוסד היחיד שהכשיר מרפאות בעיסוק מוסמכות עד שנת 1975.⁴⁷ בראש בית הספר עמד ועד מנהל שמנה תשעה חברים, שני נציגים למשרד הבריאות, שני נציגים לקופת חולים כללית, שני נציגים למלב"ן, שני נציגים להדסה ומנהלת בית הספר. הלימודים ארכו שלוש שנים וכללו לימודים עיוניים, עבודה מעשית ועבודת גמר בנושא שאושר על ידי בית הספר. בתום הלימודים חויבו התלמידות לשנת עבודה חובה במשכורת מלאה.⁴⁸

⁴³ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, העתק הרצאה שנשאה יעל הלוי באוקטובר 1998 בכנס העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק לרגל קבלת "אות המצוינות" בריפוי בעיסוק.

⁴⁴ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, תזכיר מאוקטובר 1970 בנושא: לימודים אקדמאיים ברבי"ע. הוגש לוועד המנהל של בית הספר לרבי"ע. לא מצוין שם מחבר המסמך.

⁴⁵ אוסף מלב"ן, קופסא 309/2 57, פרוטוקול ישיבת הוועדה המתמדת מתאריך 11/7/75, דברי הרקטור; אייזנשטדט, מ' ובר-גל, ד' (תשי"ע). עמ' 9-27; שחף, ש' (2014). עמ' 41-59.

⁴⁶ גנזך כ-214/1, פרוטוקול ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מיום 19/3/74, דברי בלה אפרתי, עמ' 4.

⁴⁷ בשנת 1975 נפתחה תכנית ההסבה באוניברסיטת תל אביב.

⁴⁸ גזית, א', פסוול, ס' וקוטלר, צ' (1973). עמ' א'.

בין הסיבות להשגת האקדמיזציה היו העלאת רמת הלימודים במסגרת אוניברסיטאית והשוואת המעמד המקצועי אקדמי של מרפאות בעיסוק עם מקצועות נוספים בצוותים השיקומיים.⁴⁹ פרופסור אמיל אדלר תמך בבקשה וטען שיש לשנות מדיניות כלפי המקצוע. אדלר, אשר תפס את השיקום כעבודת צוות רב מקצועי סבר "לכל המקצועות הפרא רפואיים נטיה להגיע לתארים אקדמאים ובכך לא נבדל גם הריפוי בעיסוק".⁵⁰ פרופסור מן הדגיש את השינוי שחל במקצועות הבריאות בעולם ואת המעבר מנתנית שירותים ולמידה תוך כדי התנסות, למידה תיאורטית אקדמית שבעקבותיה ניתנים השירותים. מן טען שאי אפשר לדרוש טיפול מקצועי עבור פצינטים אם מתעלמים מהצורך לצבור ידע תיאורטי עמוק במסגרת אוניברסיטאית.⁵¹ הוא סבר שמקצועות הבריאות אינם יכולים לשרוד בלי תמיכה של מסגרת חינוכית- רפואית גבוהה והמרפאות בעיסוק לא יכולות להיות בתחתית המדרג האקדמי בצוות שיקומי בבית חולים.⁵²

צוות בית הספר השתמש במעמד המקצוע בארצות מערביות כדי לתמוך בבקשתן ויצר קשר בין רפואה מתקדמת להכרה אקדמית למקצוע הריפוי בעיסוק. "בשלוש ארצות גדולות אשר בהן מדע הרפואה מתקדם ביותר, בארצות הברית דרום אפריקה וקנדה ניתן למקצוע הריפוי בעיסוק מעמד אקדמאי, אין בזה משום חלוקת תארים בלבד אלא תפיסה שונה של המקצוע, השמה דגש על העמקה ומחקר".⁵³ גם ד"ר נחנזון, מנהל בית לוינשטיין, הציג בועדת השירותים הציבוריים של הכנסת את הקשר בין רפואה מתקדמת "התרגלנו לרמה רפואית גבוהה ולא מוכנים לוותר עליה", להכרה אקדמית למקצוע, "כדי לתת רמה כזאת דרוש פרסונל מתאים"⁵⁴ מתוך תפיסה שאם מדינת ישראל מעוניינת לספק שירותי בריאות מתקדמים, עליה להכשיר עובדים מקצועיים ברמה אוניברסיטאית.

כדי לתמוך בבקשות החוזרות ונשנות לקבלת מעמד אקדמי למקצוע הגיש צוות בית הספר תזכיר בנושא לימודים אקדמאיים בריפוי בעיסוק. התזכיר נשען על מאמר שהופיע בכתב העת האמריקאי לריפוי בעיסוק (AJOT) ועסק בחינוך המקצועי.⁵⁵ הסיבה להישענות על מאמר זה הייתה העובדה שהמקצוע נוסד ופותח בארץ בהשראת הקריטריונים של הארגון האמריקאי ובהסכמתו. במאמר הובהר כי בארצות הברית הלימודים לתואר ראשון בריפוי בעיסוק נחשבים רק בסיס להרחבת ההשכלה, ההמלצה המקצועית היא לימודי תואר שני במקצוע להעמקת

⁴⁹ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, תזכיר מאוקטובר 1970 בנושא: לימודים אקדמאיים ברבי"ע. הוגש לוועד המנהל של ביס לרבי"ע; גא"ע 24491/72-73 נספח א' להצעה שהגישה פרופסור ג'ונסון נכתב על ידי בלה אפרתי.

⁵⁰ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל מתאריך 8/7/69.

⁵¹ לבון 296A-4-243-IV. "Better knowledge will provide better care"; גא"ע 24491/72-73, דברי פרופסור מן בפני בדיון שנערך בתאריך 27/5/73.

⁵² לבון 296A-4-243-IV; גא"ע 24491/72-73, דברי פרופסור ג'ונסון בפני הפקולטה לרפואה והדיון שנערך בעקבות הצעתה, בתאריך 27/5/73.

⁵³ גא"ע 24491/72-73 נספח א' להצעה שהגישה פרופסור ג'ונסון נכתב על ידי בלה אפרתי.

⁵⁴ גנזך כ-214/1, פרוטוקול מס' 11 מיום 2.4.74

⁵⁵ ג'ורנל אמריקאי לריפוי בעיסוק; American Journal of Occupational Therapy המאמר הופיע באפריל 1970 ונכתב על ידי זמיר ליליה.

המחקר והידע ופתיחת עוד מסגרות ללימודי תואר שני בריפוי בעיסוק.⁵⁶ יתרה מזאת, הארגון הבינלאומי לריפוי בעיסוק (WFOT) שהיה חבר בארגון הבריאות העולמי (WHO) העמיד קוריקולום אקדמי כדרישה להצטרפות לארגון.⁵⁷

צוות בית הספר ובכירות הארגון דרשו לכוון לימודים תיאורטיים במקצוע כדי ליצור ולאצור ידע באמצעות מחקר ולקדם את מערכת ההכשרה המעשית,⁵⁸ מטרות אלה מאפיינות תרבות מקצועית, השילוב בין תיאוריה, ניסיון מעשי והכשרה הם ממאפייניה של פרופסיה. קרי, מקצוע יישומי המבוסס על ידע תיאורטי. נוסף על כך, הונח כי לימודים במסגרת אקדמאית יעודדו חלק מהבוגרות להמשיך ולעסוק במחקר במקצוע וללמוד לתואר שני ושלישי. כדי להגדיל ולהצמיח מקצוע יש צורך במורים מעודכנים, בעלי השכלה אקדמאית גבוהה ובמסגרת מחקרית אקדמאית, אשר תאפשר כניסה של כח אדם איכותי לטיפול. לא היה ספק שהאוניברסיטה היא מקור הידע בו יכלו מרפאות בעיסוק ללמוד ולהתפתח.⁵⁹ כלומר, לימודים במסגרת אקדמאית יתרמו ליוקרת המקצוע.

ד"ר ג'רי ג'ונסון, מרפאה בעיסוק מארצות הברית, שעבדה בתפקיד היועצת לנושא האקדמיזציה,⁶⁰ בחרה להציג את התפתחות המקצוע בארצות הברית בהצעה הראשונה שהגישה לועדת הפקולטה לרפואה בשנת 1972.⁶¹ היא הדגישה כי למרות שמסגרות ההכשרה הראשונות במקצוע בארצות הברית היו בצמידות לבתי חולים, כבר בשנת 1918 נפתחה בארצות הברית תכנית אקדמית לריפוי בעיסוק. דרישות הארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק גרמו לכך שבשנות הארבעים כל הקולגים ומוסדות ההכשרה היו אקדמאיים. בשנות החמישים נפתחו תכניות הסבה לבוגרי תואר ראשון במקצועות אחרים, שהיו הבסיס לפתיחת מסלולי לימודים לתואר שני בריפוי בעיסוק בארה"ב בשנות השישים. עם המעבר מעבודה בבתי חולים לפיתוח שירותים בקהילה ובמערכת החינוך, מרפאות בעיסוק נחשפו לעבודה עם אנשים עם קשיים בתפקוד היום-יומי. לפיכך, יש לדעת לנתח מהם המרכיבים הפסיכולוגיים, הביולוגיים, החברתיים של האדם ואת השפעות הסביבה בה הוא חי. מרפאה בעיסוק בעלת חינוך אקדמי רחב, תוכל להתייחס לכל המרכיבים האלה על סמך לימודיה.⁶² כלומר, האקדמיזציה היא צורך חיוני לפיתוח הטיפול והתאמתו לאתגרי הזמן והמקום.

גם בישראל, שילוב הלימודים במקצוע הריפוי בעיסוק במסגרת אוניברסיטאית היו בבחינת צורך העונה על אתגרי הזמן והמקום; הסיבות החברתיות המקומיות בישראל והגידול של האוכלוסייה, הצורך לטפל במספר רב של פצועי מלחמה ופצועי תאונות עבודה ותאונות דרכים

⁵⁶ מזכירות בית הספר לריפוי בעיסוק, תיק מידע היסטורי, תזכיר מאוקטובר 1970 בנושא: לימודים אקדמאיים בריפוי בעיסוק. הוגש לועד המנהל של בית הספר.

⁵⁷ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, העתק הרצאה שנשאה יעל הלוי באוקטובר 1998 בכנס העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק לרגל קבלת "אות המצוינות" בריפוי בעיסוק.

⁵⁸ שם, שם.

⁵⁹ HMO/51-9, הצעה ללימודי תואר ראשון במסגרת אקדמאית. ד"ר ג'רי ג'ונסון, 1/10/72.

⁶⁰ ראו בהמשך הפרק, בנושא הזמנת יועצת מחו"ל עמ' 171.

⁶¹ HMO/51-9, הצעה ללימודי תואר ראשון במסגרת אקדמאית. ד"ר ג'רי ג'ונסון, 1/10/72.

⁶² שם, שם.

הגבירו את הצורך בהרחבת שירותי הריפוי בעיסוק בישראל.⁶³ כדי להרחיב את השירותים היה צורך בכח אדם איכותי ומוסמך. צוות בית הספר סבר כי לימודים במסגרת אוניברסיטאית, יעלו את יוקרת המקצוע ויגרמו לגידול במספר המועמדות ללימודים. כך ניתן יהיה להגדיל את מספר המרפאות בעיסוק המוסמכות.

יוקרה מקצועית ולימודים במסגרת אוניברסיטאות יכלו למנוע נשירה של מועמדות ושל תלמידות עם נתוני השכלה גבוהים, שיכלו להתקבל ללימודי תואר ראשון בחוגים שונים באוניברסיטה.⁶⁴ ואכן, היו מועמדות שהעדיפו ללמוד מקצוע אקדמאי וכך המקצוע איבד כוח אדם איכותי. "מכיון שדרישותינו מקבילות לדרישות האוניברסיטאות אך איננו נותנים תואר אקדמאי, פונים רבים מהמועמדים שלנו למסגרת אקדמאית, כלומר, אנחנו מפסידים חלק מן הפונים", נאמר בישיבת ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת.⁶⁵ צוות בית הספר חידד את ההבדלים בין המרפאות בעיסוק בארצות הברית לתלמידות המקצוע בישראל. לפי הצוות, הישראליות היו מבוגרות מהאמריקאיות בתקופת לימודיהן כי הן היו אחרי שרות צבאי או לאומי; שנים שתורמו לבגרותן הנפשית וליכולת האחריות שלהן. מכיון שנתוני הקבלה דרשו תעודת בגרות, הגיעו למקצוע תלמידות משכילות. אך בהיעדר מסגרת אקדמית, לא הייתה להן אפשרות להתקדם מבחינה מקצועית ומחקרית.⁶⁶ מצב זה גרם גם לנשירה מהמקצוע של מרפאות בעיסוק מוכשרות אשר שאפו להתקדמות מקצועית ואישית. גם גיוסון התריעה שאם המעמד של המקצוע לא יהיה אקדמאי, יפסיד המקצוע כח אדם איכותי.⁶⁷ אפרתי קשרה בין הימנעות גברים ללמוד את המקצוע לנושא היוקרה האקדמית והשכר "גבר הלומד שלוש שנים...אין לו גם אפשרות התקדמות במקצוע ולכן הוא לא מוכן לבוא ואומר מראש: זה לא ענין בשבילי".⁶⁸ הועלתה תקווה שהאקדמיזציה של המקצוע, אשר תשפיע על יוקרת המקצוע ועל השכר, תמשוך גברים למקצוע.⁶⁹

בשנות השבעים מעמד תלמידות בית הספר לריפוי בעיסוק היה שונה בהשוואה לכלל הסטודנטים בקמפוס האוניברסיטה העברית בהר הצופים, אשר למדו לתואר ראשון ולתארים מתקדמים. צוות בית הספר הדגיש את הבידוד החברתי של תלמידות בית הספר, שלומדו בקרבת האוניברסיטה אך לא יכלו להשתלב בשיעורים ובלימודים מתקדמים עקב העובדה שבסיוס לימודיהן הן קבלו תעודת הסמכה- דיפלומה ולא תואר ראשון.⁷⁰ בשנת 1972, עדין נבדקו

⁶³ Tamir, E. Raveh, M. & Ziff, E. (1985).

⁶⁴ על נתוני התלמידות והמועמדות ללימודים להלן עמ' 196.

⁶⁵ גנוך כ-214/1, פרוטוקול ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מס' 11 מיום 2.4.74, דברי בלה אפרתי עמ' 7.

⁶⁶ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, תזכיר מאוקטובר 1970 בנושא: לימודים אקדמאיים ברבי"ע. הוגש לוועד המנהל של ביס לרבי"ע; גא"ע 24491/72-73 נספח א' להצעה שהגישה פרופסור גיוסון נכתב על ידי בלה אפרתי.

⁶⁷ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל מתאריך 2/1/73.

⁶⁸ גנוך כ-214/1, פרוטוקול ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מיום 19/3/74, דברי בלה אפרתי עמ' 5.

⁶⁹ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, תמיר, ע', רווה, מ' וזיף, א' (1985). תהליך אקדמיזציה בבית הספר לריפוי בעיסוק של בית הספר לרפואה באוניברסיטה העברית בירושלים, תרגיל במסגרת לימודי המאסטר באוניברסיטת ניו יורק. ; Tamir, E. Raveh, M. & Ziff, E. (1985)

⁷⁰ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, תזכיר מאוקטובר 1970 בנושא: לימודים אקדמאיים ברבי"ע. הוגש לוועד המנהל של ביס לרבי"ע; גא"ע 24491/72-73 נספח א' להצעה שהגישה פרופסור גיוסון נכתב על ידי בלה אפרתי.

אפשרויות לכלול את בית הספר במסגרת הפקולטה למדעי החברה והחוג לחינוך באוניברסיטה העברית, ולאפשר לתלמידות להשתלב בקורסים בתחומי הפסיכולוגיה והסוציולוגיה באוניברסיטה.⁷¹

צעדים להשגת הכרה אקדמית

בשנת 1960 החל לפעול הארגון לריפוי בעיסוק במטרה לבחון אפשרויות לקידום נושא האקדמיזציה במקצוע. כאמור, עליזה קרני וסגלא מלצר מונו כאחראיות לקידום ההכרה האקדמית מטעם הארגון הישראלי לריפוי בעיסוק, והן אלה שפנו החל משנת 1960,⁷² לנציגי האוניברסיטה בבקשות חוזרות ונשנות לשילוב בית הספר לריפוי בעיסוק במסגרת האוניברסיטה העברית.⁷³ משנת 1965 הרחיבו את פניותיהן ושלחו מכתבים גם למנכ"ל משרד הבריאות, לרקטור אוניברסיטת תל אביב ולרופא מבית החולים איכילוב,⁷⁴ בחיפוש אחר מוסד אוניברסיטאי כלשהו או מוסד רפואי שיעניק חסות אקדמית ואפשרות לקידום המעמד האקדמי של המקצוע.⁷⁵ פרופסור דה פריז, דיקן הפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל אביב הפנה את סגלא מלצר ועליזה קרני, אל דיקן הפקולטה ללימודי המשך ברפואה, פרופסור שור, כדי לדון בבקשתן לשקול פתיחת מסגרת לימודים לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב. פרופסור שור המליץ להתמקד בפתיחת תכנית ללימודים לקראת תואר ראשון למוסמכים בריפוי בעיסוק. כלומר, לימודי השלמה ממרפאה בעיסוק מוסמכת למרפאה בעיסוק בעלת תואר בוגר.⁷⁶ אך הבהיר שהאוניברסיטה לא תשתתף במימון התכנית ויש לדאוג למימון ממקורות אחרים. התכנית לא יצאה לפועל.

צוות בית הספר סבר שהדרך להגשמת תהליך האקדמיזציה הייתה להכין תכניות לימודים חדשות לתואר ראשון, להכשרת מרפאים בעיסוק לעבודה בבתי חולים, מרכזי שיקום, במוסדות קהילתיים ובמסגרות החינוך המיוחד.⁷⁷ בשלב הבא יש לעבד תכנית ללימודי תואר שני להכשרת עובדים לניהול, לאדמיניסטרציה ולהתמחות העמקה ומחקר בנושאים ייחודיים למקצוע. הצוות

⁷¹ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, סיכום דיון בלימודים אקדמיים בריפוי בעיסוק מתאריך 10/4/72; ריאיון עם בלה אפרתי, 24/7/12.

⁷² עליזה קרני, מפקחת ארצית בקופ"ח כללית, בוגרת מחזור ב'. סגלא מלצר, בוגרת אוניברסיטת ניו יורק, ניהלה את בית הספר לריפוי בעיסוק בשנים 1960-1962.

⁷³ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מכתב ששלחו עליזה קרני וסגלא מלצר בתאריך 7/8/70 לד"ר ד' ברכות, סגן המנהל הכללי במשרד הבריאות ולד"ר י' מרגולץ, מנהל רפואי במלב"ן.

⁷⁴ המכתבים הופנו לפרופסור נ' רוטנשטרייך, רקטור האוניברסיטה העברית, פרופסור ל' היילפרין, דיקן הפקולטה לרפואה באוניברסיטה העברית, ד"ר ר' דז'רבין, מנהל כללי במשרד הבריאות, פרופסור דה פריז, רקטור אוניברסיטת תל אביב, פרופסור פ' דרייפוס מבית חולים איכילוב ופרופסור בן ציון כץ רקטור האוניברסיטה העברית. החוג לרבי"ע, אוניברסיטת חיפה, מכתבים לנמענים לעיל שנשלחו בתאריכים: 3/1/67, 15/1/67, 16/1/67, 2/2/67, 13/4/67, 5/5/67, 24/5/67, 13/11/67, 4/12/67, 15/1/68, 2/2/68; HMO/51-9, פרוטוקול ישיבה בניו יורק בתאריך 2/9/70, מלצר וקרני נפגשו עם פרופסור רוטנשטרייך, פרופסור היילפרין. ופרופסור כ"ץ מהאוניברסיטה העברית.

⁷⁵ HMO/51-9, פרוטוקול ישיבה בניו יורק בתאריך 2/9/70.

⁷⁶ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מכתב ששלחו עליזה קרני וסגלא מלצר בתאריך 7/8/70 לד"ר ד' ברכות, סגן המנהל הכללי במשרד הבריאות ולד"ר י' מרגולץ, מנהל רפואי במלב"ן; HMO/51-9, פרוטוקול ישיבה בהנהלת הדסה בניו יורק בתאריך 2/9/70. לימודי הפיזיותרפיה במכון וינגייט הוכרו כלימודים במסגרת אוניברסיטאית והמרפאות בעיסוק פנו לרקטור אוניברסיטת תל אביב, פרופסור דה פריז בבקשה להשתמש בתקדים וינגייט על מנת להכיר בדיפלומה של מרפאים בעיסוק, ולהתחיל בתכנית ללימודי תואר ראשון. במתכונת דומה לתכנית ללימודי תואר ראשון בסיעוד לאחיות מוסמכות. ראו שחף, שי (2014). עמ' 33.

⁷⁷ HMO/51-9, פרוטוקול ישיבה בהנהלת הדסה בניו יורק בתאריך 2/9/70.

ראה צורך בבניית תכנית אשר תאפשר גם לבוגרות בית הספר, מרפאות בעיסוק מוסמכות, להשתתף בלימודי השלמה לקראת תואר ראשון במקצוע.

הועדה המנהלת של בית הספר והתלמידות פנו להנהלת הדסה בניו יורק בבקשה לפעול לקידום ההכרה האקדמית של הלימודים במקצוע.⁷⁸ כדי ליעל את התהליך החליטו הועד המנהל של בית הספר ונציגות הארגון לריפוי בעיסוק לפנות לפרופסור מן בבקשה להביא לארץ יועצת לנושא האקדמיזציה, אשר תכין מחדש את תכניות הלימודים כדי שיותאמו ללימודים ברמה אקדמית. פרופסור מן נענה לאתגר "והציע להשתדל בפני נשות הדסה לשלוח ארצה איש מקצוע אמריקאי לשם טיפול בעניין." לאה לוי, מנהלת בית הספר, לקחה על עצמה משימה זו יחד עם פרופסור מן ויצרה קשר עם בכירות המקצוע באוניברסיטאות בארצות הברית במטרה למצוא יועצת שתסכים לקבל עליה את התפקיד.⁷⁹

עקב פניות רבות שלא נענו בבקשה לדון בקבלת הכרה אקדמית; לשר הבריאות, לשר העבודה, למשרד החינוך והתרבות ולמוסדות הבריאות אשר הקימו את בית הספר לריפוי בעיסוק,⁸⁰ בחר הארגון לריפוי בעיסוק לפנות לוועדת השירותים הציבוריים של הכנסת במרץ 1973.⁸¹ מטרת הפנייה הייתה לדון בנושא מעמדם של עובדי ריפוי בעיסוק בכלל ושל מערכת ההכשרה במקצוע בפרט. הפניה באה "מתוך דאגה עמוקה למקצוע הריפוי בעיסוק בארץ",⁸² מתוך תקווה כי דיון בנושא בועדת הכנסת יוביל להחלטה יישומית לפעול להכרה אקדמית של המקצוע. ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת השביעית דנה בנושא לראשונה ביוני 1973,⁸³ בישיבה לא השתתפו נציגות מהמקצוע אלא נציגי משרדי הבריאות הביטחון והמשפטים. הועדה קראה את הסיכום שהכינה מזכירת הועדה, הגב' כרם והעבירה את המלצותיה למשרד הבריאות. אחת ההמלצות הייתה זירוז תהליך האקדמיזציה של המקצוע.⁸⁴ ברם, ישיבה בודדת בנושא לא הספיקה, שתי פגישות נוספות של הועדה עסקו במעמד המקצוע ובהן השתתפו נציגות הארגון רות אלבגלי, נציגי הועדה המנהלת של בית הספר ומפקחות משרד הבריאות וקופת חולים כללית, אשר הצליחו להביא נתונים בפני הועדה ולגייס את תמיכת חברי הכנסת להסבת בית הספר למסגרת אקדמאית.⁸⁵

⁷⁸ HMO/51-9, פרוטוקול ישיבה בהנהלת הדסה בניו יורק בהשתתפות ד"ר מן ולאה לוי בתאריך 2/9/70 ; HMO/51-9 ; 9, מכתב מלאה לוי להנהלת הדסה בניו יורק בתאריך 2/8/70 ; HMO/51-9, מכתב מלאה לוי להנהלת הדסה בניו יורק בתאריך 13/4/71.

⁷⁹ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מכתב ששלחו עליזה קרני וסגלא מלצר בתאריך 7/8/70 לד"ר די ברכות, סגן המנהל הכללי במשרד הבריאות ולד"ר י' מרגולץ, מנהל רפואי במלבי"ן. ; Tamir, E. Raveh, M. & Ziff, E. (1985)

⁸⁰ גנדן גל 12179/11 מכתב ממנכ"ל משרד הבריאות לאלבגלי על תמיכת המשרד בנושא אקדמיזציה.

⁸¹ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מכתב לוועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מרות אלבגלי נציגות הארגון לריפוי בעיסוק בתאריך 7/3/73.

⁸² החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מכתב לוועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מרות אלבגלי נציגות הארגון לריפוי בעיסוק בתאריך 7/3/73 ; יוסמן, נ', רצון, נ', ברט, א' וקלנר, ח' (1984). הקמת תכנית ריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב והתהליך לקראת אקדמיזציה, מאמר שנכתב במסגרת לימודי המאסטר באוניברסיטת ניו יורק, 1984.

⁸³ ארכיון הכנסת, ארכיון ממוחשב, פרוטוקול הועדה לשירותים ציבוריים מס' 173 מתאריך 19/6/73.

⁸⁴ שם, שם.

⁸⁵ גנדן כ-214/1, פרוטוקול ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מס' 8 מיום 19.3.74 ; כ-214/1, פרוטוקול של ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מס' 11 מיום 2/4/74.

בשנת 1973,⁸⁶ בהמלצת ד"ר ג'ונסון, יצר צוות בית הספר קשר עם חברת "שמרת", חברה לייעוץ ארגוני במטרה להמשיך את עבודת הארגון והתכנון להכנת בית הספר לכניסה למסגרת אקדמית. המלצות חברת "שמרת" נגעו לשני מישורים: האחד, הכנת צוות בית הספר לקראת האקדמיזציה, לימודי סגל בית הספר לתארים ראשון ושני. השני, טיפוח הקשרים בין בית הספר למרפאות בעיסוק בקליניקות בשדה. תוכננו מערכי השתלמויות למדריכים בשדה בהתאם לצרכי בית הספר. צוות בית הספר השתלם בקורסי הדרכה בסמינרים ובימי עיון מלבד הלימודים לתארים אקדמאיים. חברת "שמרת" המליצה לפתוח תכנית לימודי השלמה לתואר ראשון למרפאות בעיסוק מוסמכות.⁸⁷

הסתיוגויות ללימודי ריפוי בעיסוק במסגרת אוניברסיטאית

פניות רבות של נציגות הארגון בבקשה לדון במעמד מערכת ההכשרה במקצוע כלל לא נענו.⁸⁸ בפגישות שהתקיימו בנושא, בהן הביעו נציגות הארגון את הצורך ניתנו הסכמות עקרוניות אך לא התבצעו צעדים יישומיים לשילוב הלימודים במסגרת האוניברסיטה.⁸⁹ ההסתיוגויות הרשמית הראשונה לשינוי המעמד נבעה משיקולים של סדרי עדיפות. בשנת 1970 נדחתה הבקשה לדון באקדמיזציה של המקצוע באוניברסיטה העברית בירושלים כיון שהפקולטה לרפואה באוניברסיטה העברית החליטה לקדם את נושא האקדמיזציה של בית הספר לאחיות לפני דיונים במקצועות אחרים.⁹⁰ כלומר, רשויות האוניברסיטה שאפו לסיים את הטיפול במעמד האקדמי של מקצוע הסיעוד ולא התפנו לדון במעמד מקצועות בריאות נוספים.

הניסיונות לפנות לאוניברסיטת תל אביב ולמוסדות רפואיים נדחו אף הם עקב נושא המימון.⁹¹ יתר על כן, באוניברסיטת תל אביב הייתה הבנה לנושא הצורך במתן חסות אקדמאית לבית הספר לריפוי בעיסוק אך מחמת האתיקה הבין-מוסדית הוחלט שבית הספר בירושלים צריך לקבל מעמד אקדמי מהאוניברסיטה העברית.⁹² לפיכך העדיפו באוניברסיטת תל אביב שהאוניברסיטה העברית תטפל במעמד בית הספר בירושלים.

גם לשיקולים הכלכליים היה משקל בהסתיוגויות, בשנת 1970 הסכימה הנהלת הדסה לממן את ביקור היועצת רק בתנאי שעוד שניים מתוך ארבעת המוסדות המממנים של בית הספר ישתתפו במימון.⁹³ גם בנושא זה היה קושי לגייס את התקציב הנדרש, בשנת 1971 הוצעו שתי

⁸⁶ לפני מלחמת יום הכיפורים.

⁸⁷ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל מתאריך 10/2/75; Tamir, E. (1985). Raveh, M. & Ziff, E. (1985). אוסף מלב"ן, קופסא 57 309/2, דו"ח על פעולות בית הספר מנובמבר 1973 עד פברואר 1974.

⁸⁸ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, לא התקבלו תשובות למכתבים שנשלחו נשלחו בתאריכים: אפריל 1966, 3/1/67, 2/2/68, 15/1/68, 4/12/67, 13/11/67, 24/5/67, 5/5/67, 13/4/67, 2/2/67, 16/1/67, 15/1/67.

⁸⁹ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, מכתב מהארגון למשרד הבריאות בתאריך 13/4/76; מכתב מהארגון למשרד הבריאות בתאריך 24/5/67; מכתב מהארגון למשרד הבריאות בתאריך 13/11/67.

⁹⁰ HMO/51-9, פרוטוקול ישיבה בניו יורק בתאריך 2/9/70; בשנת 1975 צורף בית ספר לאחיות לפקולטה לרפואה של האוניברסיטה העברית. שחף, ש' (2014). עמ' 62.

⁹¹ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מכתב בנושא ריפוי בעיסוק מקצועי אקדמי, מתאריך 7/8/70.

⁹² גנדן כ-214/1, פרוטוקול ועדת השירותים של ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מס' 11 מיום 2/4/74, דברי י' הלוי.

⁹³ HMO/51-9, פרוטוקול ישיבה בניו יורק בתאריך 2/9/70.

אפשרויות; האחת, שמשרד הבריאות יפנה לארגון הבריאות העולמי ויקבל מענק לששה חדשי יעוץ ולהוצאות. השניה, לשכנע את המוסדות המממנים של בית הספר לריפוי בעיסוק להשתתף במימון.⁹⁴ לבסוף הוחלט שבית הספר יישא בהוצאות הביקור של ג'ונסון והאוניברסיטה תשלח את ההזמנה הרשמית לביקור.⁹⁵ כלומר, כבר בעצם הגעת היועצת נרקם הקשר עם האוניברסיטה העברית אשר נתנה חסות רשמית לעבודת הייעוץ אולם, המימון של הייעוץ שולם מתקציב בית הספר.

ההסתייגויות בתחום הכלכלי נגעו גם להמשך המימון של תקציב בית הספר באם יעבור למסגרת האוניברסיטה. ד"ר ג'ונסון, היועצת למעבר לתכנית אקדמאית, והוועדה המנהלת של בית הספר לריפוי בעיסוק הבינו כי הסכמת האוניברסיטה לתת למקצוע מעמד אקדמי תהיה תלויה בהמשך התמיכה של ארבעת המוסדות המממנים.⁹⁶ ואכן, בתכנית שהציגה ג'ונסון בפני ועדת הפקולטה לרפואה,⁹⁷ היא ציינה כי ארבעת המוסדות המממנים הסכימו לתמוך כלכלית בתכנית.⁹⁸ כלומר, האוניברסיטה הייתה אמורה לתת את חסותה האקדמאית והמוסדות את המימון להפעלת הלימודים.

סיבה עקרונית להבדל בין המעמד האקדמי של המקצוע בארצות הברית לקושי לקבל מעמד אקדמי בארץ נבעה מהעובדה שהמקצוע נתפס כשייך לתחום הטיפול בחולים ולגמילות החסד, לעזרה ולסיוע לנזקקים ולחלשים שהיו מעוגנים במסורת היהודית ולא למקצוע המצריך לימודים באוניברסיטה. ייתכן ולחוסר הכרת הציבור את המקצוע השפעה גם בנושא זה: ייחוד המקצוע ומטרות העבודה בו לא היו מוכרות לציבור, המקצוע נתפס כקשור למלאכה ולמשחק ולא לתחום פרא רפואי.⁹⁹ מערכות ההכשרה של מקצועות הבריאות התפתחו בהשפעת שתי מסורות תרבותיות: המסורת האירופאית ובעיקר המזרח אירופאית, שראתה בשירותי הבריאות אמצעי להגשמת אידיאלוגיה סוציאליסטית,¹⁰⁰ והמסורת הצפון אמריקאית שהשפיעה על דפוסי העבודה ועל תכני ורמת ההכשרה של כח אדם במערכת הבריאות. על פי התפיסה האירופאית, מקצועות העזר ברפואה נלמדים בבתי ספר בסמיכות לבתי חולים ולא במוסדות אקדמיים.¹⁰¹ הרצון לזכות בתגמולי היוקרה שמעניקה השכלה גבוהה במסגרת לימודים אקדמיים, הייתה השפעה אמריקאית אשר חלחלה למקצועות הבריאות.¹⁰² כיון ששירותי הבריאות ביישוב ובישראל ומערכת ההשכלה הגבוהה הושפעו משתי המסורות, תהליך השגת האקדמיזציה למקצועות יישומיים במקצועות הבריאות היה איטי.

⁹⁴ לכך היה תקדים: ד"ר קיבריק, אחות בעלת תואר אקדמי, נתנה ייעוץ לתהליך האקדמיזציה של בית הספר לאחיות. HMO/51-9, מכתב מויויאן תבור עוזרת אישית של פרופסור מן לגבי יעקובסון בהנהלת הדסה בניו יורק בשנת 1971.

⁹⁵ אוסף מלב"ן, קופסא 57 309/2, מכתב מלאה לוי בתאריך 13/9/71.

⁹⁶ שם, שם.

⁹⁷ להלן המשך הפרק עמ' 170.

⁹⁸ HMO/51-9, מכתב מד"ר ג'רי ג'ונסון לגבי שנק בהדסה בתאריך 14/6/73.

⁹⁹ וינטראוב, נ' (2009); זק"ש, ד' (1998); זק"ש, ד' (2001); תיק מידע היסטורי, ארכיון ביה"ס לריפוי בעיסוק, ע"פ ראינות סקר לרגל חמישים שנות ריפוי בעיסוק בישראל, 1997.

¹⁰⁰ שובל, י' ואנסון, ע' (2005). עמ' 380.

¹⁰¹ Wilcock, A. A. (2002). pp. 283-328, 519- 530

¹⁰² שובל, י' ואנסון, ע' (2005). עמ' 380.

המעבר של מקצועות הבריאות לאקדמיה לווה בקושי רב מצד האוניברסיטאות להעניק מעמד אקדמי למקצועות יישומיים. ההסתייגות עלתה בישיבת הועדה המתמדת של האוניברסיטה, "הויכוח של מקומם של מקצועות שימושיים ויישומיים באוניברסיטה החל כבר לפני שנים בזמן הקמת הפקולטה למדעי החברה וחודש עם הקמת בית הספר לעבודה סוציאלית".¹⁰³ על התקדימים בשינוי מעמד בית הספר לעבודה סוציאלית ובית הספר לסיעוד נאמר, "מצויים כבר באוניברסיטה בתי ספר מקצועיים שאינם תואמים את התפיסה האקדמית מסורתית ולא ניתן להחזיר את הגלגל".¹⁰⁴ אייזנשטדט ובר-גל חקרו את תהליך האקדמיזציה של בית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטה העברית בשנת 1958 והדגישו כי הקמת בית הספר לוותה במאבקים "בשאלת הלגיטימציה של מתן הכרה אקדמית לעיסוק שדימויו בציבור היה בעיקרו פעילות פילנטרופית".¹⁰⁵ מקצועות יישומיים נתפסו על ידי ראשי האוניברסיטאות כלא "אקדמיים".¹⁰⁶ קרי, ראשי האוניברסיטה תפסו את מקצועות הסעד והרווחה, אשר החלו לפעול בגרמניה, בארצות הברית וביישוב,¹⁰⁷ כעבודה פילנטרופית ולא כפרופסיה המצריכה ידע תיאורטי. עיקר הוויכוח נגע בסוגיה האם האוניברסיטה היא מקום ללימודי רוח ולמחקר טהור או מכשיר אקדמי למימוש צרכיה של המדינה.¹⁰⁸

בישיבות ועדת הכנסת עלו הסתייגויות שנגעו לשינוי מעמדן של מרפאות בעיסוק בשטח, בהנחה שעם קבלת תואר ראשון, ישתנה מדרג התפקידים היוקרתיים של המרפאים בעיסוק, וכח האדם האיכותי במקצוע יפנה להוראה ומחקר ולא לעבודה עם חולים. קרי, היוקרה המקצועית תעבור משירות בקליניקות לתחום ההוראה והמחקר, תהליך שעלול להגביר את החוסר בכח אדם מקצועי בשדה הקליני.¹⁰⁹ ח"כ אורה נמיר טענה "אינני משוכנעת כל כך שהמגמה שלנו לתחום אקדמאי ברוב המקצועות עוזרת לנו לטפח מקצועות מסוימים",¹¹⁰ והבהירה "אני מחייבת את זה (אקדמיזציה) משום שזה קידום במעמד, קידום בחיים ורכישה של ידע, אבל אני מטילה ספק אם יהיה בכך כדי להביא יותר אנשים למקצוע. אני חוששת שזה עלול להפוך את המקצוע לשונה ממה שהוא היום".¹¹¹ יש לציין כי הסתייגות דומה השפיעה על דחיית ההכרה האקדמית בבריטניה. הבקשות לשינוי המעמד נדחו מתוך חשש שמרפאות בעיסוק בעלות תואר ראשון תהיינה over qualified.¹¹² בישראל, החששות נגעו לפיתוח הירארכיות פנימיות בתוך מקצועות הבריאות, על פיהן הטיפול הפרטני בחולה ייחשב נחות ופחות אטרקטיבי מתפקידי הוראה ומחקר במקצוע.

¹⁰³ אוסף מלב"ן, קופסא 57 309/2, פרוטוקול ישיבת הועדה המתמדת מתאריך 11/7/75, דברי הרקטור.

¹⁰⁴ שם, שם. דברי ד"ר יצחק הרפז.

¹⁰⁵ אייזנשטדט, מ' ובר-גל, ד' (תשי"ע). עמ' 9-27.

¹⁰⁶ שפירו, ש' (2010). עמ' 31.

¹⁰⁷ מקצוע העבודה הסוציאלית התפתח בישראל על פי הדגם המקצועי בגרמניה ובארצות הברית. ראו שפירו, ש', (2010). עמ' 29-47.

¹⁰⁸ פתיחת התכנית לוותה בדיונים בין ראשי האוניברסיטה, ראשי הגוינט וראשי משרד הסעד. המתנגדים ראו בהקמת בית הספר לעבודה סוציאלית חריגה ממטרותיה העיקריות של האוניברסיטה שהן יצירת ידע תיאורטי ומחקר בסיסי. ראו אייזנשטדט, מ' ובר-גל, ד' (תשי"ע). עמ' 9-27.

¹⁰⁹ גנזך כ-214/1, פרוטוקול ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מס' 8 מיום 19.3.74.

¹¹⁰ גנזך כ-214/1, שם. דברי אורה נמיר עמ' 7.

¹¹¹ שם, שם.

¹¹² Wilcock, A. A. (2002). p.452

טענות דומות עלו עם התקדמות תהליך האקדמיזציה במקצוע הסיעוד, מתוך הנחה שבגרות תואר ראשון בסיעוד יפנו לניהול והוראה וימנעו לעבוד באופן ישיר עם חולים, מצב שעלול להחריק את החוסר בכח אדם מקצועי במחלקות.¹¹³

האקדמיזציה במקצועות בריאות ורווחה בישראל

בשנת 1931 הקים הוועד הלאומי ביישוב את האגף לעניינים סוציאליים אשר ספק שירותי עבודה סוציאלית ביישוב.¹¹⁴ עבודה סוציאלית הוא מקצוע בעל דימוי נשי שהחל כעבודה פילנטרופית של ארגוני צדקה ונחשב למקצוע רחב בגבולותיו ובהגדרות עיסוקיו. עבודה סוציאלית היה מקצוע הרווחה הראשון אשר זכה להכרה אקדמית בשנת 1958, תהליך ההכרה לווה במאבקים בשאלת הלגיטימציה והזכות של מקצוע יישומי שדימויו בציבור היה של פעילות פילנטרופית לקבל הכרה אקדמית.¹¹⁵ בר-גל סבר כי האקדמיזציה במקצוע העבודה הסוציאלית הושגה בזכות החיבור בין תנאים היסטוריים וסוציולוגיים; הצורך בקליטת מאות אלפי עולים, יוזמת ארגון הגיוינט שראשיו הבינו את חשיבות הפיתוח המקצועי במדינה צעירה והסיוע בתמיכה מוסדית ובמימון כספי שהעניק הגיוינט.¹¹⁶ שפירו תלה את השגת ההכרה האקדמית במשאבים הכלכליים שארגון הגיוינט הקדיש למימון התכנית וביוקרה המקצועית של היועצים המומחים שייצגו את המקצוע, אלה הכריעו את הכף ואפשרו את הלימודים במסגרת אוניברסיטאית.¹¹⁷ הכניסה לכתלי האוניברסיטה הייתה מהפכה בתפיסת העולם של אנשי המקצוע, הציפיות להוראת ידע שיטתי, לכתובה ולמחקר היו זרות לרפרטואר התפקידים המקצועיים של עובדים סוציאליים והשנים הראשונות במעבר לאוניברסיטה לא היו קלות. ואולם, הקמת בית ספר אקדמי ראשון בישראל סימן "הכרה מצד הממסד האוניברסיטאי בחשיבותה של הכשרה עיונית מחקרית ומעשית למקצוע".¹¹⁸ למקצועות אחרים ממקצועות הרווחה והבריאות שימש הישג זה תקדים.

מקצוע הסיעוד היה הראשון ממקצועות הבריאות שזכה לקבל מעמד אקדמי.¹¹⁹ המאמץ לקבל הכרה אקדמית למקצוע הסיעוד היה מאבק פוליטי שכלל שתדלנות ושכנוע של רשויות הבריאות, רופאים וראשי האוניברסיטאות.¹²⁰ שובל ואנסון ציינו את המהלך שהובילו מנהיגות מקצוע הסיעוד להשגת אקדמיזציה כמאבק בעל קשר סמוי עם המאבק בין המינים. לדידן, המאבק הסמוי בין המינים נסוב על חלוקת היוקרה והסמכות במערכת הבריאות. מנהיגות מקצוע הסיעוד ניצלו את קשריהן עם נשות הדסה ועם בכירות במקצוע הסיעוד בארצות הברית כדי לשכנע בצורך בהכשרה אקדמית במקצוע ובשימוש בדגם האמריקאי. ההשפעה האמריקאית ניכרה בשמירה על קשרים עם ארגונים מקצועיים בארצות הברית, שמירת ההשפעה הישירה של

¹¹³ שחף, שי' (2014). עמ' 41-59.

¹¹⁴ אייזנשטדט, מי ובר-גל, ד' (תש"ע). עמ' 9-27.

¹¹⁵ אייזנשטדט, מי ובר-גל, ד' (תש"ע). עמ' 9-27; בר-גל, ד' (2010). עמ' 3-6; שפירו, שי' (2010). עמ' 31.

¹¹⁶ בר-גל, ד' (2010). עמ' 3-6.

¹¹⁷ שפירו, שי' (2010). עמ' 31.

¹¹⁸ אייזנשטדט, מי ובר-גל, ד' (תש"ע). עמ' 9-27; בר-גל, ד' (2010). עמ' 3-6.

¹¹⁹ מקצוע הסיעוד הוכר כתחום לימוד אקדמי בשנת 1968. שחף וצוונגר טוענות כי כבר בשנות העשרים של המאה העשרים "הועלתה השאיפה להעביר את הכשרת האחיות לאוניברסיטה העברית בירושלים". שחף, שי' (2014). עמ' 24.

¹²⁰ שובל, י' ואנסון ע' . (תשס"א). עמ' 378-380.

ארגון הדסה על מקצועות הבריאות והטבעת חותם אמריקאי על הדימוי המקצועי של מנהיגות המקצוע. כך פיתחו מנהיגות המקצוע שאיפות להכרה במקצועות הבריאות כפרופסיות בפני עצמן ונאבקו להשיג את ההכרה המקצועית.¹²¹

מקצוע הריפוי בעיסוק היה המקצוע השלישי שמקורו בפעילות פילנתרופית ושדימויו נשי, שפעל להכרה אקדמית. לתקדימים שהשיגו מקצוע העבודה הסוציאלית והסיעוד היה ערך משמעותי בצעדים שנקטו להשגת המטרה ולהשפעתה על מעמד המקצוע ויוקרתו.

שליחת מרפאות בעיסוק ישראליות ללימודים בחו"ל - הכשרת הסגל

לסגל בית הספר היה נהיר בשנת 1969 כי העדר מרפאות בעיסוק בעלות תואר שני ושלישי בישראל מהווה מכשול להשגת המעמד האקדמי. וגם להיפך: העדר מעמד אקדמי הקשה מן הסתם על מרפאות בעיסוק להתקדם לתארים שני ושלישי. על מנת למצוא פתרון למרפאות בעיסוק מסגל בית הספר שהיו מעוניינות בהמשך לימודיהן, ביקש הסגל לשלוח מרפאות בעיסוק ללימודים בארצות הברית כדי להרחיב את הידע הפדגוגי והמחקרי של סגל בית הספר ולצרף לסגל מורות בעלות תארים מתקדמים.¹²² פרופסור מן הציע שהדסה תעזור בשליחת מרפאות בעיסוק להשתלמות בחוץ לארץ.¹²³ אף על פי שהרעיון לשלוח מרפאות בעיסוק ללימודים בארצות הברית הוצע לראשונה בשנת 1969,¹²⁴ רק בשנת 1974 יצאה אודרי שטרן ללימודים באוניברסיטת דרום קליפורניה (USC) בארצות הברית מטעם הדסה.¹²⁵ ממרחק הזמן לא ברור מדוע עברו שלוש שנים בין ההחלטה ליישום: האם הסגל התקשה למצוא מועמדת שתסכים לנסוע לארצות הברית למספר שנים, או שארגון הדסה התעכב בהבטחת המימון ללימודים בארצות הברית. היה ברור שכדי לענות על הדרישות האקדמיות, יש לשלוח עוד נשות סגל ללימודים ובשנת 1977 נשלחה נעמי כץ,¹²⁶ שעבדה בתחום הפסיכיאטרי בכפר שאול והדריכה בבית הספר בחצי משרה.¹²⁷ ייתכן והיה קשה למצוא מרפאות בעיסוק שיסכימו לצאת מהארץ ללימודים, ודאי בעלות משפחה ומטופלות בילדים צעירים. ייתכן כי תארים אקדמיים פחות עניינו נשים בארץ בשנות השבעים. העובדה שמדובר במקצוע צעיר עם מעט אנשי מקצוע בעלי תואר שני ושלישי הייתה בעכרי המקצוע, הזמן הרב שעבר מהעלאת הרעיון עד למימושו והקושי למצוא מרפאות בעיסוק שיענו להצעה הכריעו את הכף ובסגל בית הספר לא היו מספיק מרפאות בעיסוק בעלות תארים מתקדמים, עובדה שהאטה את תהליך האקדמיזציה.

¹²¹ שם, שם.

¹²² מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, סיכום הדיון בלימודים אקדמיים ברבי"ע בתאריך 10/4/72; כדי להכשיר אחיות לתפקידי הוראה וניהול במקצוע הסיעוד, נשלחו שלוש אחיות ללימודי תואר שני ושלישי באוניברסיטת קולומביה, במימון מלגות מטעם ארגון הבריאות העולמי בשנת 1960 ובשנת 1965, ראו שחף, שי (2014). עמ' 54.

¹²³ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל מתאריך 2/1/73.

¹²⁴ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל מתאריך 8/7/69.

¹²⁵ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, ישיבת הוועד המנהל מתאריך 10/2/75; ריאיון עם פרופסור נעמי כ"ץ, 6/2/11.

¹²⁶ לימים פרופסור נעמי כ"ץ, כיהנה כיו"ר לימודי המוסמך בריפוי בעיסוק, באוניברסיטה העברית ירושלים, וכיו"ר העמותה הישראלית לרפוי בעיסוק (ISOT). מייסדת והעורכת הראשונה של כתב העת Israel Journal of Occupational Therapy (IJOT), חברה באקדמיה האמריקאית למחקר בריפוי בעיסוק משנת 2005.

¹²⁷ ריאיון עם פרופסור נעמי כ"ץ, 6/2/11; מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל מתאריך 2/1/73.

הזמנת יועצת מארצות הברית - פעלה של ד"ר ג'רי ג'ונסון

האמצעי הנוסף לשינוי המעמד האקדמי היה הזמנת יועצת מבכירות המרפאות בעיסוק בארצות הברית שתעזור להכין את תכנית הלימודים לשם השגת הכרה אקדמית, מהלך דומה נעשה בבית הספר לסייעוד באוניברסיטת תל אביב עם הזמנת היועצת ד"ר ורה פראי מיילארט,¹²⁸ ולייעוץ שנתנה ד"ר אן קיבריק לבית הספר לסייעוד של הדסה.¹²⁹ ראשון לייעוץ של מומחה מקצועי מארצות הברית היה מקצוע העבודה הסוציאלית אשר הזמין את פרופסור פיליפ קליין מאוניברסיטת קולומביה כדי לייעץ כיצד להעביר את בתי הספר לעבודה סוציאלית לאוניברסיטה ולהשיג למקצוע הכרה אקדמית.¹³⁰ סגל בית הספר לריפוי בעיסוק וחברות ועדת הארגון לטיפול בנושא המעמד האקדמי העלו בקשה להזמנת יועצת. פרופסור אמיל אדלר תמך בבקשה וטען שיש לשנות מדיניות כלפי המקצוע.¹³¹

כאמור, לאה לוי, מנהלת בית הספר בשנים 1970 - 1978 התבקשה לחפש יועצת מומחית, מאחת האוניברסיטאות בארצות הברית.¹³² צעד זה היה שונה מההתנהלות שהביאה לייסוד הקורס בשנת 1947, בשנות הייסוד הנהלת הדסה בניו יורק הייתה מעורבת בניהול וארגון הקורס, יזמה ועזרה ביצירת הקשר עם יועצים מומחים מארצות הברית.¹³³ בשנות השבעים, הקשר עם הנהלת הדסה בניו יורק נחלש והניהול עבר לוועדה המנהלת של הקורס בירושלים ולמנהלות בית הספר. ייתכן והשינוי מעיד על העברת האחריות אל הגורמים המקומיים בישראל שהספיקו לצבור ניסיון בניהול בית הספר וביצירת קשרים עם מרפאות בעיסוק בארצות הברית ללא הצורך ב"תיווך" של הנהלת הדסה בניו יורק.

לאה לוי פרסמה את ההצעה לתפקיד היועצת, ונענתה על ידי חמש מועמדות בכירות ממסגרות ההכשרה המקצועית האקדמית בארצות הברית.¹³⁴ בספטמבר שנת 1970 נשאר שתי מועמדות לתפקיד. פרופסור מן נפגש בארצות הברית עם שתי המועמדות הבכירות, ראיין אותן והגיע למסקנה כי ד"ר ג'רי ג'ונסון מתאימה לתפקיד.¹³⁵

ד"ר ג'רי ג'ונסון, חברת הארגון האמריקאי (AOTA) ויועצת מטעמו ומנהלת המחלקה לריפוי בעיסוק ב-Sargent College למקצועות הבריאות באוניברסיטת בוסטון, הגיעה לאוניברסיטת

¹²⁸ פרופסור ורה פראי-מיילארט, יועצת מטעם חטיבת האחיות בארגון הבריאות העולמי הגיעה לישראל בין השנים 1953 - 1965 כדי לגבש עמדות ולהציע דרכי פעולה לקידום תהליך האקדמיזציה בסייעוד. בן נתן, מ' ואהרנפלד, מ' (תשע"ד). מחינוך מסורתי לחינוך אקדמי בסייעוד, הרצאה במסגרת יום מחקר של החברה הישראלית להיסטוריה של הסייעוד, אוניברסיטת תל אביב. יוני 2014; ברטל, נ' (תשע"ה). עמ' 166; שחף, ש' (2014). עמ' 53.

¹²⁹ HMO/51-9, מכתב מוויאן תבור עוזרת אישית של פרופסור מן לגבי יעקובסון בהנהלת הדסה בניו יורק בשנת 1971; מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, תזכיר מאוקטובר 1970 בנושא: לימודים אקדמאיים ברבי"ע. הוגש לוועד המנהל של ביס לרבי"ע; HMO/51-9, פרוטוקול ישיבה בניו יורק בתאריך 2/9/70.

¹³⁰ אייזנשטדט, מ' ובר-גל, ד' (2010).

¹³¹ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל מתאריך 8/7/69.

¹³² HMO/51-9, פרוטוקול ישיבה בניו יורק בתאריך 2/9/70, ישיבה בהשתתפות פרופסור מן, לאה לוי וגבי יעקובסון מטעם הנהלת הדסה.

¹³³ בתקופת מלחמת העולם השנייה יצרו נציגות הדסה בניו יורק קשר עם מרגורי פיש מאוניברסיטת קולומביה והלן וויליאמס מאוניברסיטת פילדלפיה מבכירות המרפאות בעיסוק בחוף המזרחי, להלן עמ' 46.

¹³⁴ HMO/51-9, יולי 1970, מכתב מלאה לוי לגבי יעקובסון בהנהלת הדסה בניו יורק; אוסף מלבי"ן, קופסא 57 309/2, מכתב מלאה לוי בתאריך 23/4/71.

¹³⁵ אוסף מלבי"ן, קופסא 57 309/2, מכתב מלאה לוי בתאריך 13/9/71.

בוסטון בשנת 1963 כדי להכין קוריקולום בריפוי בעיסוק ובנתה את הפקולטה במוסד שמנתה בשנת 1970 שמונה אנשי סגל ו-127 סטודנטים. במהלך שנות השבעים עברה לנהל את בית הספר לריפוי בעיסוק באוניברסיטת וושינגטון סנט לואיס במיזורי.¹³⁶ בפקולטה אותה ניהלה ג'ונסון בבוסטון, למדו לתואר ראשון ושני בריפוי בעיסוק ונפתחה תכנית הסבה לתואר שני בריפוי בעיסוק לתלמידי תארים ראשונים במקצועות מדעי החברה.¹³⁷ ג'ונסון ענתה להצעה בחדש מרץ שנת 1971,¹³⁸ ובקשה לקבל פרטים, על אופי, מהות ומשך התפקיד. לא ברור מדוע רצתה ג'ונסון להגיע לארץ ומה משך אותה בתפקיד היועצת, האם הגיעה במסגרת שנת שבתון או שלקחה חופשה מעבודתה? ייתכן וראתה בנסיעה לישראל אפשרות לשלב בין הידע המקצועי שלה לטיוול בישראל.¹³⁹

לצורך מילוי משימתה הגיעה ד"ר ג'ונסון לארץ שלוש פעמים במהלך השנים 1972-1973. כאשר ג'ונסון הגיעה לארץ לראשונה, היא הקדישה את רוב זמנה לפגישות עם מרפאות בעיסוק במסגרות שונות ברחבי הארץ ועם סגל בית הספר לריפוי בעיסוק בהתאם לתפיסתה המקצועית. כלומר, היא למדה את התנהלות התחום בארץ והכירה את הנפשות המעורבות.¹⁴⁰ ג'ונסון נפגשה עם מרפאות בעיסוק מתחומים שונים במטרה לבדוק מהם בסיסי הידע עליהם מסתמך הטיפול, וכן להתחקות אחר הבעיות העיקריות בעבודה הקלינית. ג'ונסון בדקה את עמדות המרפאות בעיסוק בשטח כלפי הניסיון להביא את המקצוע להכרה אקדמית. מניתוח החומר שאספה עלה כי רוב המרפאות בעיסוק המוסמכות הרגישו חוסר ביטחון מקצועי ודיווחו על חוסר בהדרכה מקצועית סדירה. המרפאות בעיסוק בקשו לחזק את הקשר עם בית הספר לריפוי בעיסוק כדי שידע עדכני יעבור מבית הספר לשדה ומהשדה לבית הספר.¹⁴¹ ג'ונסון הקדישה משאבים לליבון הקונפליקטים האפשריים בין השדה הקליני לבית הספר לריפוי בעיסוק. היא הדגישה את הצורך בשיתוף פעולה בין השדה והחינוך האקדמאי מכיון שמדובר במקצוע בו להכשרה הקלינית חלק משמעותי בתהליך ההכשרה היישומי במקצוע. עלה החשש שיווצר פער בתקופות ההכשרות הקליניות בין סטודנטים הלומדים לתואר אקדמי, למדריכים המנוסים בשטח שסיימו לימודיהם לפני תהליך האקדמיזציה ואינם בעלי תואר אקדמי.¹⁴²

ג'ונסון קבעה פגישות אישיות עם כל סגל ההוראה של בית הספר ובדקה עמדות לגבי תהליך האקדמיזציה. כמו כן, בדקה את תכנית הלימודים של כל קורס במטרה להבין את התפיסה המקצועית של סגל בית הספר ולדעת מה הרמה והתכנים הנלמדים.¹⁴³ בסיורה של ג'ונסון עלה גם הצורך בפתיחת מסגרת הכשרה נוספת, בחסות אוניברסיטאית, בפריפריה ובמרכז הארץ כדי לענות על הצורך בכח אדם מקצועי. זאת ועוד, ג'ונסון יזמה פגישות עם בעלי תפקידים העוסקים

¹³⁶ גא"ע 24491/78-79, חומר שהועבר לשיבת המל"ג לקראת אישור תהליך האקדמיזציה.

¹³⁷ HMO/51-9, מכתב מד"ר ג'רי ג'ונסון ללאה לוי בתאריך 30/3/71.

¹³⁸ HMO/51-9, מכתב מלאה לוי לד"ר ג'רי ג'ונסון בתאריך 13/4/71 ; HMO/51-9, מכתב מד"ר ג'רי ג'ונסון ללאה לוי בתאריך 30/3/71.

¹³⁹ ע"פ נתוני הארגון האמריקאי ג'ונסון נפטרה בשנת 2011, לצערי לא הספקתי לראיין אותה על תפקידה כיועצת.

¹⁴⁰ ריאיון עם בלה אפרתי 24/7/12.

¹⁴¹ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, Tamir, E. Raveh, M. & Ziff, E. (1985).

¹⁴² שם, שם.

¹⁴³ שם, שם.

באספקטים פוליטיים ומנהליים במקצועות הבריאות והריפוי בעיסוק בישראל. כדי להכין את התכנית ואת הצעתה, אספה מידע על הוועדות בבית הספר ובאוניברסיטה העברית האמורות להשפיע על ההחלטה ללמד את המקצוע כמקצוע אקדמי.¹⁴⁴

ד"ר ג'ונסון עיבדה מחדש את תכנית הלימודים של בית הספר על מנת להביאה לרמה אקדמית כדי להגישה לוועדה המתמדת של האוניברסיטה, שתגיש את המלצותיה לסנט האוניברסיטה.¹⁴⁵ כמקובל, אחרי אישור התכנית על ידי האוניברסיטה היו עתידים להחליט באיזו מסגרת יבוצעו הלימודים, האם שילוב הסטודנטיות לריפוי בעיסוק יתבצע בקורסים קיימים באוניברסיטה או במסגרת של קורסים ייחודיים לסטודנטיות לריפוי בעיסוק. בית הספר התבקש לצרף רשימת מרצים מהפקולטה למדעי החברה ומהפקולטה לרפואה. הובהר שהמרפאות בעיסוק אשר עבדו בצוות ההוראה בבית הספר יצטרפו להגיע בעצמן למעמד אקדמאי, לכן יש לשקול, לפחות בשנים הראשונות, הכשרת מרפאים בעיסוק בארץ או בחו"ל ולהזמין מומחים מחו"ל ללמד ולפקח על הלימודים בארץ. הודגש כי החלוקה בין הלימודים התיאורטיים להכשרות הקליניות צריכה להיות שני שלישים ושליש.¹⁴⁶ כלומר ג'ונסון לא רק שיפצה את תכנית הלימודים, אלא נתנה הצעה שלמה לאקדמיזציה.

את טיוטת ההצעה הראשונה הגישה ד"ר ג'ונסון באוקטובר 1972.¹⁴⁷ במסמך הבהירה ג'ונסון שלימודים במסגרת אקדמית מעודדים חלק מהבוגרים להמשיך ולעסוק במחקר במסגרת לימודים לתואר שני ושלישי. ג'ונסון סברה כי כדי להגדיל ולהצמיח מקצוע יש צורך במורים מעודכנים, בעלי השכלה אקדמית גבוהה, במסגרת מחקרית אקדמית, אשר תאפשר כניסה של כח אדם איכותי למקצוע. לג'ונסון לא היה ספק שהאוניברסיטה היא מקור הידע בו יכולים מרפאים בעיסוק ללמוד ולהתפתח.¹⁴⁸ לאחר שג'ונסון נפגשה עם כל הגורמים הקשורים לנושא הכנת בית הספר ללימודים במסגרת אוניברסיטאית, היא הייתה בקיאה בפרטים וצפתה שהקושי יעלה עקב העובדה שלא היו מספיק מרפאות בעיסוק בעלות תארים שני ושלישי בסגל בית הספר. לפיכך, הדגישה את חשיבות העניין הן לטווח הקצר, לתהליך קבלת ההכרה האקדמית והן לטווח הרחוק, להצמחת המקצוע בתחום המחקר האקדמי ומשיכה של כח אדם איכותי.

על אף המגעים עם החוג לפסיכולוגיה, בית הספר לעבודה סוציאלית והחוג לחינוך מיוחד בפקולטה למדעי החברה באוניברסיטה העברית,¹⁴⁹ הוחלט לפנות לפקולטה לרפואה מתוך תפיסה כי בית הספר שייך לתחום מקצועות הבריאות.¹⁵⁰ על ההתקשרות עם הפקולטה לרפואה העידה

¹⁴⁴ שם, שם.

¹⁴⁵ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, סיכום דיון בלימודים אקדמאים בריפוי בעיסוק מתאריך 10/4/72; לבון 296A-4-243 IV בפגישה שהתקיימה בתאריך 10/4/72 השתתפו הרקטור פרופסור כץ, פרופסור רבין ד"ר גרי ג'ונסון לאה לוי ובלה אפרתי.

¹⁴⁶ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, סיכום דיון בלימודים אקדמאים בריפוי בעיסוק מתאריך 10/4/72.

¹⁴⁷ HMO/51-9, הצעה ללימודי תואר ראשון במסגרת אקדמית / ד"ר גרי ג'ונסון, 1/10/72.

¹⁴⁸ שם, שם.

¹⁴⁹ בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל בתאריך 2/1/73; ריאיון עם בלה אפרתי, Tamir, E. Raveh, M. & Ziff, E. (1985); 24/7/12

¹⁵⁰ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, תמיר, ע', רווח, מ' וזיף, א' (1985). תהליך אקדמיזציה בבית הספר לריפוי בעיסוק של בית הספר לרפואה באוניברסיטה העברית בירושלים, תרגיל במסגרת לימודי המאסטר באוניברסיטת ניו יורק. ; Tamir, E. Raveh, M. & Ziff, E. (1985).

לאה לוי,¹⁵¹ "הפור נפל על הפקולטה לרפואה, קצת מתוך אהבה והרבה מתוך פרגמטיות".¹⁵² נאמנה למטרה לקדם את נושא האקדמיזציה, הדגישה ג'ונסון את החיבור החזק של התחום למקצועות הרפואה,¹⁵³ זאת בניגוד לרוח המקצועית בארצות הברית ולתפיסה המקצועית של ג'ונסון אשר תפסה את המקצוע כשואב מתחומי ידע ביולוגיים חברתיים התנהגותיים. תוך התחשבות באינטראקציה של האינדיבידואל עם הסביבה.¹⁵⁴ ג'ונסון הייתה בעלת תפיסה התפתחותית של המקצוע, התפיסה ההתפתחותית העמיקה בלימוד ההתפתחות התקינה להבנת התפתחות בלתי תקינה כדי לנתח את יכולת האדם לתפקד על רצף תפקוד- חוסר תפקוד.¹⁵⁵ להבדיל מהתפיסה הפרא רפואית שהייתה מבוססת על המודל הרפואי,¹⁵⁶ אשר שמה דגש על הפתולוגיה קרי, חוסר היכולת או הלקות של האדם והתמקדה בטיפול בלקות. תפיסתה של ג'ונסון הושפעה מגישות חדשניות שרווחו בארצות הברית, ומתיאוריות הוליסטיות המנתחות את תפקוד האדם גם בהיבטים פסיכולוגיים סביבתיים ותרבותיים שהחליפו את בעליות המודל הרפואי. כאמור, באותן שנים החלה בארצות הברית הניתקות של הריפוי בעיסוק מהמודל הרפואי וחבירה למודלים אקולוגיים חברתיים וסביבתיים. אולם התנאים והצרכים שהיו בישראל הכריחו לחזק את המודל הרפואי כיון שהדרך להשגת מעמד אקדמי הייתה באמצעות הפקולטה לרפואה, כמקצוע עזר בתחום. ההתמחויות המקצועיות והאמצעים הטכנולוגיים בטיפול העבירו את מוקד הטיפול לטכניקות שיקומיות מבוססות על שיטות מדעיות, אשר חזקו את הצורך ברקע תיאורטי מדעי – מחקרי, המבוסס על לימודים במסגרת אוניברסיטאית. גם בארצות הברית השתמשו במודל הרפואי בשנים שלאחר מלחמת העולם השנייה בהן המקצוע התפתח והתרחב.¹⁵⁷

במאי 1973 נערך בפקולטה לרפואה באוניברסיטה העברית דיון בנושא: בית ספר אקדמאי לריפוי בעיסוק. לקראת הדיון נשלחה הצעתה של ד"ר ג'רי ג'ונסון לכל המשתתפים. ההצעה הכתובה כללה את הרקע ההיסטורי והרציונל למעבר ללימודים במסגרת אקדמאית.¹⁵⁸ ג'ונסון חידדה את ההבדלים שיש בארצות הברית בין מרפאות בעיסוק מוסמכות לאסיסטנטיות לריפוי בעיסוק, תוך ציון ההבדלים בדרישות הקבלה, במשך הלימודים, היא ציינה את העובדה שההתפתחות והצמיחה של מקצוע תלויה במורים שיכולים להעביר ידע. לדעתה, אחת הבעיות של מקצוע הריפוי בעיסוק בארצות הברית נבעה מהשכלתן של המרפאות בעיסוק שהכשירה אותן להיות אנשי צוות טובים ופחות לעסוק בהוראת המקצוע ובמחקר.¹⁵⁹ כלומר, הצעתה כללה טיעונים בעד השינוי וגם תכנית אופרטיבית. להצעה צורפו שלושה נספחים שכללו את רשימת הקורסים ומספר שעות הלימוד בכל קורס בשלוש שנות הלימודים, ואת תקציב בית הספר לריפוי

¹⁵¹ לאה לוי, בוגרת הקורס הראשון ומנהלת בית הספר בשנים 1970-1978.

¹⁵² לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 6.

¹⁵³ כאמור, ג'ונסון דגלה בתפיסה מקצועית התפתחותית ולא התמקדה רק בלימוד הפתולוגיה.

¹⁵⁴ לבון 296A-4-243-IV ; גא"ע 24491/72-73, ההצעה הכתובה שהוגשה לדיון שנערך בתאריך 27/5/73.

¹⁵⁵ שם, שם.

¹⁵⁶ על הבקורת בארה"ב בנושא עבודה ע"פ המודל הרפואי להלן עמ' 105-97.

¹⁵⁷ שם, שם.

¹⁵⁸ לבון 296A-4-243-IV ; גא"ע 24491/72-73, ההצעה הכתובה שהוגשה לדיון שנערך בתאריך 27/5/73.

¹⁵⁹ שם, שם.

בעיסוק.¹⁶⁰ מכיוון שידעה מהן נקודות התורפה בתכנית, ציינה ג'ונסון כי ארבעת המוסדות המממנים הסכימו לתמוך כלכלית בתכנית והביעה תקווה שהנהלת הדסה תסייע ללאה לוי בתכניתה להכשיר צוות ישראלי לתארים מתקדמים בארצות הברית.¹⁶¹

בדיון נשאה ג'ונסון דברים, היא התחילה בסקירה קצרה על שירותי מקצוע הריפוי בעיסוק והבהירה מה בסיסי הידע הנחוצים למרפאים בעיסוק. בהמשך התמקדה בתפקיד מקצוע הריפוי בעיסוק בישראל ובקשר בין המקצוע למקצוע הרפואה. ולסיום דבריה הדגישה את חשיבות לימודי הריפוי בעיסוק במסגרת אוניברסיטאית ולא בבית ספר נפרד בלי מעמד אקדמי.¹⁶² בעקבות הדברים שנשאה ג'ונסון נערך דיון בו הביעו המשתתפים את דעתם. בסיום הדיון שלושים ושבעה הצביעו בעד קידום תהליך העברת בית הספר למסגרת אוניברסיטאית, ארבעה נמנעו ואף אחד לא התנגד.¹⁶³ עבודת הייעוץ של ג'ונסון השיגה את יעדה. התוצאה הייתה אפוא קידום התהליך לקראת אישורו בוועדות הבאות באוניברסיטה העברית ובמועצה להכשרה גבוהה.

לדעת תמיר רווה וזיף, ההסכמה של ג'ונסון לשמש בתפקיד היועצת הייתה המנוף העיקרי להובלת התהליך לקראת הצלחה.¹⁶⁴ ואכן, לאישיותה של ג'ונסון, לפניית שלה להשגת המטרה ולהתגייסות שלה היה מרכיב נכבד בהצלחת המהלך. ג'ונסון יצרה קשרי עבודה מעולים, הן עם ראשי המערכת האקדמית ובעיקר עם המרפאות בעיסוק בבית הספר, בארגון ובשטח. ג'רי ג'ונסון לא הייתה בעלת משפחה, עובדה שאפשרה לה להגיע לישראל שלוש פעמים ולהתחייב לקריירה המקצועית שלה באופן טוטאלי. על אף מעמדה האקדמי וניסיונה בניהול מערכות הכשרה אקדמאיות במקצוע הריפוי בעיסוק, הצלחתה נבעה מהשילוב בין תכונותיה והקשרים שיצרה בארץ, לייעוץ המקצועי שנתנה.

לאחר שההצעה הועלתה בוועדת הפקולטה לרפואה היא הייתה אמורה לקבל אישור בעוד חמש ועדות: ועדת התקציב של האוניברסיטה, הועדה המתמדת של האוניברסיטה, הסנט של האוניברסיטה הועד המנהל של האוניברסיטה והמועצה להשכלה גבוהה.¹⁶⁵ ברם, גם בנושא זה, המציאות הישראלית הביטחונית הכריעה ונושא האקדמיזציה נדחה,¹⁶⁶ עקב מלחמת יום הכיפורים שהביאה לטלטלה בתחומים רבים והייתה קו פרשת מים בחברה הישראלית.¹⁶⁷ מדינת ישראל התמודדה עם שיקומם של ארבעת אלפים פצועים כולל הלומי קרב אשר נזקקו לשיקום ממושך, השיקום נתפס כמשימה לאומית ומשאבים תקציביים הופנו לפיתוח מרכזי שיקום.¹⁶⁸ אף

¹⁶⁰ שם, שם.

¹⁶¹ HMO/51-9, מכתב מד"ר ג'רי ג'ונסון לגבי שנק בהדסה בתאריך 14/6/73.

¹⁶² גא"ע 24491/72-73, דברי פרופסור ג'ונסון בפני הפקולטה לרפואה והדיון שנערך בעקבות הצעתה, בתאריך 27/5/73; לבון 296A-4-243-IV; HMO/51-9.

¹⁶³ לבון 296A-4-243-IV; גא"ע 24491/72-73, דברי פרופסור ג'ונסון בפני הפקולטה לרפואה והדיון שנערך בעקבות הצעתה, בתאריך 27/5/73.

¹⁶⁴ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, Tamir, E. Raveh, M. & Ziff, E. (1985), עדנה תמיר, מיכל רווה ואלי זיף – מדריכות בסגל ביה"ס לרבי"ע, כתבו עבודת סמינריון בנושא תהליך האקדמיזציה בביה"ס לרבי"ע במסגרת לימודיהן לתואר שני באוניברסיטת ניו יורק בקיץ 1985.

¹⁶⁵ כ-214/1, פרוטוקול מס' 11 של ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מיום 2/4/74, דברי הגב' בלה אפרתי עמ' 7.

¹⁶⁶ כ-214/1, שם. דברי הגב' בלה אפרתי עמ' 8.

¹⁶⁷ צמרת, צ' ויבלונקה, ח' (2008). עמ' 8-9.

¹⁶⁸ נדב, ד' (2008). עמ' 195.

על פי שהצורך באנשי מקצוע מוסמכים דווקא התגבר בעקבות המלחמה ועמו מן הסתם גם ההכרה בחיוניות התחום, עם תום המלחמה, האוניברסיטה הייתה בקשיים תקציביים והבקשה לאקדמיזציה הוקפאה עקב המצב הביטחוני והכלכלי שעבר טלטלה.¹⁶⁹ ההקפאה מלמדת על דחיקת הצרכים המקצועיים לנוכח הצרכים הלאומיים בשיקום מספרם הרב של הפצועים.

חידוש תהליך האקדמיזציה

בשנת 1975 חודש הקשר של מנהלת בית הספר עם הנהלת הדסה בניו יורק כדי להוציא לפועל את תהליך האקדמיזציה שטרם מומש. לאה לוי העבירה להנהלת הדסה בניו יורק את מסמך ההצעה שכתבה ד"ר ג'ונסון ותקציר מעודכן על בית הספר כולל קוריקולום בעברית ובאנגלית במטרה להמשיך בתהליך שהוקפא עקב מלחמת יום הכיפורים.¹⁷⁰ הזמן שחלף מהצעתה של ג'רי ג'ונסון שהוגשה בשנת 1973 הקשה על התהליך כיון שנדרשו שינויים ועדכונים של התכניות בהתאם לדרישות הועדות השונות אשר ארכו מיוני שנת 1975 עד דצמבר 1977. התכנית עברה לאישור המועצה להשכלה גבוהה, הועדה בקשה לקבל עוד חומר שכלל סקירה היסטורית, פרטים על סגל בית הספר,¹⁷¹ קריטריונים לקבלת תלמידים ואת מספר הפונים והמתקבלים, פרוט הציווד הדרוש לבית הספר ופרטים על אופן ההכשרות המעשיות של התלמידות.¹⁷²

הקושי באישור התכנית נבע מהעובדה שלא היו מספיק מרפאות בעיסוק בעלות תארים מתקדמים בסגל ההוראה בבית הספר. בשנת 1977, מנהלת בית הספר הייתה בעלת תואר שני בייעוץ שיקומי. ברם, רק חברת סגל אחת סיימה לימודים לתואר שני בריפוי בעיסוק באוניברסיטת דרום קליפורניה ועוד שתיים היו לקראת סיום לימודיהם לתואר שני, בחוג לחינוך באוניברסיטה העברית ובריפוי בעיסוק באוניברסיטת דרום קליפורניה. עוד חברה, סיימה לימודי תואר ראשון באוניברסיטת בר אילן.¹⁷³ לפיכך, לשם מתן מענה הולם, מונתה פרופסור יהודית שובל, סוציולוגית של הרפואה באוניברסיטה העברית, לראש ועדת ההוראה של בית הספר לריפוי בעיסוק.¹⁷⁴

המהלכים נשאו פרי, ישיבת המועצה להשכלה גבוהה באפריל 1979 החליטה לאשר את בית הספר לריפוי בעיסוק כמוסד המוסמך להעניק לבוגריו תואר בוגר בריפוי בעיסוק.¹⁷⁵ המועצה קבעה תנאי מחייב לקיום התכנית, בסגל ההוראה יהיה פרופסור או פרופסור חבר בתקן קבוע. כאמור, לתפקיד זה מונתה פרופסור יהודית שובל.¹⁷⁶ צוות בית הספר בקש לבדוק את רמת

¹⁶⁹ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל מתאריך 10/2/75.

¹⁷⁰ HMO/51-9, מסמך שהועבר בפברואר 1975 מבית הספר לרבי"ע בירושלים לגבי שנק בהנהלת הדסה בניו יורק.

¹⁷¹ גא"ע 24491/78-79, בחומר שהועבר למועצה להשכלה גבוהה נמסרו פרטים על סגל ההוראה בבית הספר לרבי"ע שכללו קורות חיים ורשימות פרסומים.

¹⁷² גא"ע 24491/78-79, יואל אלפרט, ראש לשכת הרקטור במכתב לפרופסור שאול פלדמן דיקן הפקולטה לרפואה מיום 30/8/78.

¹⁷³ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל מתאריך 11/7/77.

¹⁷⁴ ריאיון עם בלה אפרתי 24/7/12; גא"ע 24491/78-79, מכתב מפרופסור שאול פלדמן דיקן הפקולטה לרפואה לרקטור האוניברסיטה פרופסור שפסקי.

¹⁷⁵ גא"ע 24491/76-77, ישיבת המועצה להשכלה גבוהה החמישית מס' 19 שהתקיימה בירושלים ביום 25/4/79; גא"ע 24491/76-77, מכתב מהיחידה למינהל תלמידים באוניברסיטה העברית בתאריך 28/5/79.

¹⁷⁶ גא"ע 24491/78-79, מכתב מדב קרו יער, מזכיר המועצה להשכלה גבוהה לפרופסור משולם, רקטור האוניברסיטה העברית בתאריך 28/11/79.

הלימודים של התלמידות בבית הספר לריפוי בעיסוק ולהוכיח לרשויות האוניברסיטה שהישגיהן בבחינות הפסיכומטריות גבוהים בהשוואה להישגי סטודנטים ומועמדים לקבלה בפקולטות אחרות באוניברסיטה העברית.¹⁷⁷ תלמידות שנה ב' ושנה ג' נגשו לבחינות הכניסה של האוניברסיטה, הישגיהן המרשימים בבחינה הקלו על צוות בית הספר לשכנע את מוסדות האוניברסיטה לכלול את שנות לימודיהן כשנים אקדמיות והן זכו לקבל תואר ראשון בריפוי בעיסוק (BOT). המועצה להשכלה גבוהה הסמיכה את בית הספר להעניק תואר בוגר גם לבוגרות בשנים תשל"ו-תשל"ח (1976, 1977, 1978).¹⁷⁸

¹⁷⁷ ריאיון עם בלה אפרתי 24/7/12; מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הועד המנהל מתאריך 11/7/77.

¹⁷⁸ ריאיון עם בלה אפרתי 24/7/12; מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הועד המנהל מתאריך 11/7/77; Tamir, E. Raveh, M. & Ziff, E. (1985).

סיכום: השגת הכרה אקדמית- מרוץ למרחקים ארוכים

למקצוע הריפוי בעיסוק דימוי נשי והוא שייך למקצועות הבריאות והרווחה שהתבססו בעבר על פעילות פילנטרופית כדי לסייע לחולים, למצוקות ולצרכי אנוש. מקצועות הבריאות והרווחה התקשו לשנות את מעמדם ולקבל הכרה אקדמית. כמו מקצועות יישומיים אחרים הריפוי בעיסוק נתקל בחומת מגן של האוניברסיטאות לשמר את מערך הלימודים המסורתי באוניברסיטה ולא לאשר מתן תואר ראשון למקצועות יישומיים. עם זאת, לגישה האמריקאית הייתה השפעה על ההשכלה הגבוהה בישראל. מרפאות בעיסוק מישראל שמרו על קשרי עבודה הדוקים עם מרפאות בעיסוק מארצות הברית ומבריטניה והיה ברור שבנושא ההכשרה יש להיצמד למודל האמריקאי, ברוח התפיסה של ארגון הדסה והנרייטה סאלד בראשו "המומחיות היא אם הרחמים", הדוגלת בשאיפה לידע מעמיק והתמקצעות. המאמצים לשינוי המעמד במקצוע הריפוי בעיסוק החלו מתוך מטרה להשוות את רמת ומעמד המקצוע לנהוג בארצות מערביות ומתוך התחשבות בצרכים המקומיים ובחוסר המשווע בכח אדם מקצועי. ההנחה הייתה ששינוי המעמד ימשוך למקצוע כח אדם איכותי ומשכיל. זאת ועוד, בכירות המקצוע הניחו כי לימודים לתואר ראשון יעודדו פתיחת לימודי המשך לתארים מתקדמים ויקדמו את המחקר במקצוע. גם הנשירה מהמקצוע הוסברה בחוסר היכולת להתקדם במקצוע מבחינה אקדמאית. מרפאות בעיסוק מסגל בית הספר, סברו שהשאיפה לקדם את המקצוע לקראת אקדמיזציה, נבעה מחשיבה אליטיסטית ומהשפעה ארוכת שנים של הקשר של מקצוע הריפוי בעיסוק בישראל לבכירות המקצוע בארצות הברית. הסיבות החברתיות המקומיות בישראל אשר חרפו את הצורך היו הטיפול במספר רב של פצועי מלחמה ופצועי תאונות עבודה ותאונות הדרכים והגידול של האוכלוסייה, שהגבירו הצורך בהרחבת שירותי הריפוי בעיסוק בישראל¹⁷⁹

התקדמים שנוצרו עם קבלת בית הספר לעבודה סוציאלית ובית הספר לסייעוד למסגרת האוניברסיטה הקלו על המהלך וחידדו את הצורך בהזמנת יועצת לפיתוח תכנית לימודים אקדמית. ד"ר ג'רי ג'ונסון עבדה את תכנית הלימודים לאחר שנפגשה עם כל בעלי העניין בנושא והביעה דעה נחרצת בצורך בשיתוף פעולה הדוק בין מרפאות בעיסוק שעבדו בקליניקות לסגל בית הספר. מכשול רציני להשלמת התהליך הייתה העובדה שהיו בארץ מעט מרפאות בעיסוק בעלות תואר ראשון ושני ולא היו מרפאות בעיסוק בעלות תואר שלישי. לפיכך, החלו נשות סגל בית הספר להשלים לימודים לתארים ראשון שני ושלישי כדי שסגל ההוראה יוכל להכשיר את התלמידות ללימודים לתואר בוגר. הטלטלה שעברה החברה הישראלית לאחר מלחמת יום הכיפורים דחתה את אישור התכנית עקב הקצאת תקציבים לשיקום הפצועים. פריסת חסותה של פרופסור יהודית שובל על בית הספר עד לחזרתה של פרופסור נעמי כץ מלימודים מארצות הברית אפשרה למועצה להשכלה גבוהה להכיר בבית הספר כמוסד לימודים לתואר ראשון. כך תם מרוץ למרחקים ארוכים שהחל בשנת 1960 וארך כמעט עשרים שנים.

¹⁷⁹ Tamir, E. Raveh, M. & Ziff, E. (1985).

3. תכניות ההסבה בריפוי בעיסוק לבוגרות תואר ראשון

מסגרות טיפול חדשות נפתחו ושירותי הריפוי בעיסוק נדרשו במסגרות נוספות מעבר למוסדות המסורתיים של בתי חולים כגון: מרכזי שיקום, מרכזים קהילתיים, מרפאות, תחנות אבחון, מסגרות לקשישים, טיפולי בית, מסגרות חינוך ובתי ספר. המחסור החמור והממושך בכח אדם בתחום וההתפתחות הדוהרת של המקצוע, הולידו את הצורך בפתיחת בתי ספר נוספים. כתוצאה מכך הוקמו שתי מסגרות הכשרה נוספות, האחת באוניברסיטת תל אביב והשנייה באוניברסיטת חיפה.¹⁸⁰

דליה זק"ש, מנהלת תכנית ההסבה באוניברסיטת חיפה תארה את הגורמים לפתיחת עוד שתי מסגרות הכשרה במקצוע. המחסור החמור בכח אדם מקצועי בתקופה בה התפתח המקצוע למסגרות נוספות, מחוץ לבתי החולים, והצורך במרפאות בעיסוק בצוותים שיקומיים לטיפול בפצועי מלחמת יום הכיפורים, החריפו את הצורך בפתרון מידי. פתיחת תכניות הסבה במקצוע, אפשרו להכשיר בוגרות תואר ראשון במדעי החברה במשך שנתיים למרפאות בעיסוק מוסמכות.

הצורך בפתיחת מערכות הכשרה נוספות במקצוע

*"החוג נוסד כתוצאה של שילוב בין כורח חברתי, מחסור בידיים עובדות והעדר מקומות עבודה לבוגרי מדעי החברה והרוח, לצורך מקצועי במרפאות בעיסוק ובאקדמיזציה של המקצוע"*¹⁸¹

כך תיארה לימים אביבה פריד, סגל החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב, את שילוב הצרכים שהביאו לפתיחת תכנית ההסבה לריפוי בעיסוק. בשנים 1968-1969 פנו בכירות הארגון לריפוי בעיסוק ובכירות בקופת חולים הכללית אל פרופסור פדה במשרד הבריאות והתריעו על המשברים בפניהם ניצב המקצוע ועל הצורך בפתיחת מוסד הכשרה נוסף כדי לתת מענה לבעיית כח האדם במקצוע.¹⁸² בשנים אלה נוצר קשר בין הארגון לריפוי בעיסוק לאוניברסיטת תל אביב, הרעיון הראשוני עליו הסכימה האוניברסיטה היה הקמת חוג השלמה לתואר ראשון בריפוי בעיסוק במסגרת הפקולטה ללימודי המשך ברפואה,¹⁸³ בדומה לתכנית להסבת אחיות מוסמכות לאחיות בעלות תואר אקדמי שנפתחה באוניברסיטת תל אביב בשנת 1968.¹⁸⁴ הושגה הסכמה בעל פה מפרופסור דורון בקופת חולים להשתתף בתקציב התכנית בשיתוף מלב"ן ומשרד הבריאות. ברם, נציגי משרד הבריאות הודיעו בשנת 1970 וגם בשנת 1971 שהמשרד אינו יכול להתחייב לעמוד בהוצאה זו עקב קשיי תקציב.¹⁸⁵

¹⁸⁰ איט/ אקס/ 13-15 / 44 / 6, הצעה להקמת בית ספר לריפוי בעיסוק/ דליה זק"ש, 1978.

¹⁸¹ ריאיון עם אביבה פריד, 1/5/12.

¹⁸² גנזך כ-214/1, פרוטוקול מס' 11 ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מיום 2.4.74, דברי יעל הלוי. עמ' 6.

¹⁸³ במתכונת דומה לפתיחת האפשרות ללמוד תואר ראשון בסיעוד באוניברסיטת תל אביב. ראו שחף, ש' (2014). עמ' 33-61.

¹⁸⁴ שובל, י' ואנסון ע' . (תשס"א). עמ' 222-223.

¹⁸⁵ גנזך כ-214/1, פרוטוקול מס' 11 מיום 2.4.74, דברי יעל הלוי. עמ' 6.

יעל הלוי, שצורפה לצוות הפיקוח על הריפוי בעיסוק בקופת חולים הכללית בשנת 1969,¹⁸⁶ מונתה בשנת 1972 ליועצת ליחידת התכנון של בתי חולים שעסקה באותה עת בהקמת שני בתי חולים פסיכיאטריים. יעל מונתה כיועצת כיון שמרכיב כח האדם בבתי חולים פסיכיאטריים היה קשור לריפוי בעיסוק.¹⁸⁷ הלוי ערכה חוברת הסוקרת את פעילות המקצוע ואת הקריטריונים לתכנון שירותים אשר פורסמה על ידי משרד הבריאות.¹⁸⁸ מסקנות החוברת חזקו את הצורך במסגרות הכשרה נוספות כדי לענות על הצורך בכח אדם מקצועי.¹⁸⁹ בעקבות פעולתה ביחידת התכנון נחשפה יעל הלוי לצורך להקים מסגרת הכשרה במרכז הארץ והייתה לכח המניע של יזמה זו.

במרץ 1973 פנה הארגון הישראלי לריפוי בעיסוק לוועדת השירותים הציבוריים של הכנסת בבקשה לדון בבעיות המקצוע בארץ, אחד הנושאים שהועלו בפני ועדת הכנסת היה הקמת בית ספר נוסף לריפוי בעיסוק במרכז הארץ.¹⁹⁰ ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת, אשר עסקה בנושא מעמדם של עובדים במקצוע הריפוי בעיסוק הסתמכה על בסיס הנתונים שפורסמו בחוברת והמליצה להקים בית ספר לריפוי בעיסוק במרכז הארץ.¹⁹¹ בדיון העלתה בלה אפרתי את האפשרות ללימודי הסבה, "יש מספר ניכר של אנשים שסיימו לימודים לתואר ראשון בפסיכולוגיה חינוך סוציולוגיה ולא מצאו לעצמם מקומות תעסוקה. אם היינו מאפשרים להם מסגרת הסבה לריפוי בעיסוק, אין ספק שהיינו יכולים לפתור חלק מבעיית כח האדם".¹⁹² כך שונה רעיון ההסבה: מתכנית לשינוי מעמד של מרפאות בעיסוק מוסמכות למרפאות בעיסוק בעלות תואר ראשון, לתכנית אוניברסיטאית להסבת בוגרות תואר ראשון למרפאות בעיסוק מוסמכות.

המחסור החמור והממושך בכח אדם בתחום וההתפתחות הדוהרת של המקצוע הולידו את הצורך בפתיחת בתי ספר נוספים... בית הספר לריפוי בעיסוק הפועל במסגרת היחידה ללימודי חוץ באוניברסיטת חיפה משמש כיום מרכז לימוד והדרכה לכל אזור הצפון. לאור העובדה שבאזור הצפון קיים מחסור מתמיד בכח אדם מקצועי בתחומי הבריאות והרווחה, מודגש ביתר שאת הצורך בפיתוח מסגרות הכשרה לאזור זה.¹⁹³

דליה זק"ש מנהלת תכנית ההסבה באוניברסיטת חיפה, מנתה את הסיבות לצורך הבווער בפתיחת מערכת הכשרה בריפוי בעיסוק באזור הצפון. המלצות ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת היו

¹⁸⁶ החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, העתק הרצאה שנשאה יעל הלוי בתאריך 21/10/98 בכנס העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק לרגל קבלת "אות המצוינות" בריפוי בעיסוק.

¹⁸⁷ שם, שם.

¹⁸⁸ ארכיון הכנסת, ארכיון ממוחשב, פרוטוקול הוועדה לשירותים צבוריים מס' 173 מתאריך 19/6/73.

¹⁸⁹ ריפוי בעיסוק פעילות קיימת וקריטריונים לתיכנון, אוגוסט 1973.

¹⁹⁰ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מכתב לוועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מרות אלבגלי נציגת הארגון לריפוי בעיסוק בתאריך 7/3/73.

¹⁹¹ כ-1/214, פרוטוקול מס' 8 ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מיום 19.3.74, דברי היו"ר חייקה גרוסמן עמ' 2; ארכיון הכנסת, ארכיון ממוחשב, פרוטוקול הוועדה לשירותים צבוריים מס' 173 מתאריך 19/6/73.

¹⁹² גנזך כ-1/214, פרוטוקול מס' 11 מיום 2.4.74, דברי בלה אפרתי עמ' 8.

¹⁹³ איט/ אקס/ 13-15 / 44 / 6, הצעה להקמת בית ספר לריפוי בעיסוק/ דליה זק"ש, 1978.

לתת קדימות לפיתוח שירותי שיקום ולקדם סטנדרטים מקצועיים באמצעות הגדלת כח האדם המקצועי באזורי הפריפריה. סקר כח האדם בצפון הארץ שיזם ארגון הגיוינט גילה תמונה קשה,¹⁹⁴ הסקר חידד את חומרת החוסר בכח אדם מקצועי באזור הצפון; בחיפה ובאזור הצפון היו 115 תקנים לריפוי בעיסוק, אך 58% אחוזים ממקומות העבודה היו מאוישים בעובדים לא מוסמכים. חומרת המצב הניעה את אנשי המקצוע ומנהלי משרד הבריאות לפעול לפתיחת תכנית הסבה לבוגרות תואר ראשון.¹⁹⁵

הצורך במקצוע הריפוי בעיסוק גבר במדינת ישראל המתפתחת, אשר התמודדה עם הגירה ועם פצועי מלחמות.¹⁹⁶ התפתחות שירותי הרפואה והרווחה בישראל העלו את הצורך במקצוע הריפוי בעיסוק כחלק אינטגרלי וסטנדרטי בכל צוות שיקומי טיפולי. מסגרות טיפול חדשות נפתחו ושירותי המקצוע נדרשו במרכזים קהילתיים, מרפאות, תחנות אבחון, מסגרות חינוכיות ובתי ספר, מסגרות לטיפול באוכלוסייה הגריאטרית, במרכזי שיקום אמבולטוריים, וביחידות לטיפול בית.¹⁹⁷

זק"ש הציגה את הפער בין צרכי מערכות השיקום בישראל והשירותים הקיימים לחוסר המשוע בכח אדם מקצועי וציינה שבאזור הצפון החוסר בולט יותר בהשוואה למרכז הארץ, במיוחד בתחומי הטיפול בקשישים, נכים ומוגבלים שכלית.¹⁹⁸ החוסר בלט גם לאור תכנית שירותי הבריאות לקדם פרויקטים בצפת, קרית שמונה ונהריה.¹⁹⁹ כדי לתמוך בטענותיה, הזכירה את המלצות ועדת הכנסת לשירותים ציבוריים וצרפה העתק של דו"ח הגיוינט.²⁰⁰ נתוני דו"ח הגיוינט הבהירו שגם אם יסיימו בין חמישים לשבעים בוגרות בכל שנה את לימודי הריפוי בעיסוק בשלוש מסגרות ההכשרה, במהלך חמש השנים הקרובות, עדין יהיה פער בין צרכי השטח למספר המרפאות בעיסוק.²⁰¹ הקליניקות שכן אוישו על ידי מרפאות בעיסוק מוסמכות, היו מפוזרות באזור הצפון ופעלו מבלי להחליף ביניהן ידע מקצועי ורעיונות ומבלי ליצור מערכת סטנדרטים אחידה בין כל המסגרות.²⁰²

¹⁹⁴ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, אבי יצחק, ת' סקר צרכים בכח אדם במרפאים בעיסוק באזור חיפה והצפון 1980-1990, בוצע בבית הספר לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, בהזמנת גיוינט ישראל.

¹⁹⁵ למרות שהסקר נכתב בשנת 1981, הנתונים הראשונים נאספו בסקר לפני שבוגרות קורס ההסבה הראשון יצאו לעבודה בשטח.

¹⁹⁶ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, מסמך שכתבה ד"ר דליה זק"ש בתאריך 30/11/77 School of Occupational Therapy, Haifa university

¹⁹⁷ שם, שם.

¹⁹⁸ שם, שם.

¹⁹⁹ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, מסמך שכתבה ד"ר דליה זק"ש במרץ 1977 The manpower situation in occupational Therapy in ISRAEL and a prognosis of future needs

²⁰⁰ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, זוסמן, נ' (1984). לקראת פתיחת בית ספר חדש לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה, פיתוח קוריקולום ותכנית לימודים.

²⁰¹ שם, שם.

²⁰² שם, שם.

פתיחת תכניות ההסבה לנוכח הצרכים בשטח

"המלחמה הנוראה, לאחריה התגייסו מערכות הבריאות לטיפול בנזקיה, שהיו כזכור רבים וקשים ביותר. זה היה הרקע להיענות לבקשותינו"²⁰³

עם פרוץ מלחמת יום הכיפורים באוקטובר 1973 וכמות הנפגעים הרבה,²⁰⁴ גויסו מרפאות בעיסוק שעבדו בקופת חולים הכללית לעבודה בבתי החלמה והבראה צבאיים.²⁰⁵ מעבר זה של כח אדם מקצועי לבתי הבראה צבאיים גרם מצד אחד לפיתוח המיומנות הטיפולית ולצבירת ניסיון מקצועי, אך מצד שני הביא לסגירת מחלקות ריפוי בעיסוק בבתי חולים פסיכיאטריים ובמרפאות אמבולטוריות שנדחקו לשוליים לנוכח צרכי השעה.²⁰⁶ מלחמת יום הכיפורים החריפה את הצרכים בכח אדם מקצועי שיקומי, עקב מספר הפצועים וחיילים שסבלו מתגובות קרב ניורו פסיכיאטריות. כל המרכזים הרפואיים זעקו לעזרה והצורך בכח אדם מקצועי גרם ללחצים עצומים על השדה. צרכים אלה הדגישו את הצורך בהקמת מסגרות הכשרה נוספות.²⁰⁷ בדצמבר 1973 נפגשה עליזה קרני, הממונה על שירותי הריפוי בעיסוק בקופת חולים כללית עם פרופסור חיים דורון, אז ראש האגף הרפואי של הקופה ולימים יו"ר הוועדה המנהלת של הקופה והוחלט למצוא דרך להכשיר מספר רב של מרפאים בעיסוק בזמן הקצר ביותר. כדי לממש מטרה זו, הוחלט לפתוח תכנית הסבה לבוגרי תואר ראשון במדעי החברה באוניברסיטת תל אביב.²⁰⁸ הצרכים הנובעים בשטח, הם אלו שהכריעו והביאו לשקול שוב פתיחת מסגרת הכשרה נוספת במקצוע.

הצורך היה ברור, אך הקשיים היו רבים. בפברואר 1974 הבהיר פרופסור פדה, מנכ"ל משרד הבריאות "השנה אינה טובה מבחינה תקציבית, אין כאן שאלה של אי מודעות לצורך, אבל קשה יהיה להביא בשנה אחת לפתיחת עוד בית ספר או עוד שני בתי ספר. עם זאת, הפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל אביב בוחנת את כל הנושא".²⁰⁹ על אף הצורך הברור, התכנית לא יצאה לפועל עקב קשיי תקציב והעדר מימון לתכנית ההסבה.

הארגון לריפוי בעיסוק והמפקחות על המקצוע במשרד הבריאות ובקופת חולים חפשו גוף מממן ומוסד מקצועי שיתמכו בתכנית. נערכו מגעים עם פקולטות שונות באוניברסיטת תל אביב והועלתה האפשרות לפתוח את התכנית באחד מהמרכזים הרפואיים באזור תל אביב. רעיון זה נדחה על ידי המפקחות המקצועיות כיון שרצו שבוגרות התכנית יתמחו בכל תחומי ההתמקצעות

²⁰³ החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, העתק הרצאה שנשאה יעל הלוי בתאריך 21/10/98 בכנס העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק לרגל קבלת "אות המצוינות" בריפוי בעיסוק.

²⁰⁴ נדב, ד' (2008). עמ' 195.

²⁰⁵ בנוסף לתלמידות בית הספר לריפוי בעיסוק בהר הצופים שעבדו בבתי הבראה בהתנדבות במשך ששה שבועות. כ-214/1, פרוטוקול מס' 8 ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מיום 19.3.74, עמ' 6 דברי יעל ואלית.

²⁰⁶ גנזך כ-214/1, פרוטוקול מס' 11 מיום 2.4.74, דברי יעל עליזה קרני עמ' 5.

²⁰⁷ גנזך כ-214/1, פרוטוקול מס' 8 ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מיום 19.3.74, דברי היו"ר חייקה גרוסמן, עמ' 2; ארכיון החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה, יוסמן, נ', רצון, נ', ברט, א' וקלנר, ח' (1984). הקמת תכנית ריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב והתהליך לקראת אקדמיזציה, מאמר שנכתב במסגרת לימודי המאסטר באוניברסיטת ניו יורק.

²⁰⁸ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה, יוסמן, נ', רצון, נ', ברט, א' וקלנר, ח' (1984).

²⁰⁹ גנזך כ-214/1, פרוטוקול מס' 8 מיום 19/3/74, דברי פרופסור פדה, עמ' 5.

בריפוי בעיסוק ולא רק בתחום אחד. זאת ועוד, מלכתחילה הארגון שאף לפתוח את תכנית ההסבה במסגרת אוניברסיטאית כשלב מקדים לפתיחת תכנית אקדמאית ללימודי תואר ראשון בריפוי בעיסוק.²¹⁰ בספטמבר 1974 ניסה פרופסור נחנזון לשלב את קורס ההסבה במסגרת החוג לשיקום של בית הספר לרפואה. פרופסור נחנזון סבר כי "מגמתו השיקומית טיפולית של המקצוע מצדיקה מסגרת הכשרתו וייצוגו על ידי החוג לשיקום של בית הספר לרפואה."²¹¹ ואכן, דעתו של פרופסור נחנזון התקבלה. בפברואר 1975 סוכם על פתיחת קורס הסבה לריפוי בעיסוק לאקדמאיות בוגרות תואר ראשון באוקטובר 1975, בחוג לשיקום במחלקה ללימודי המשך של בית הספר לרפואה. הקורס תוכנן למשך עשרים וארבעה חדשים.²¹² פרופסור חיים דורון, יו"ר קופת חולים תמך ברעיון וראה בפתיחת מסגרת הכשרה נוספת "פעולה ציונית". הוא הציע לפנות למשרד העבודה ולהשתמש בכספי האבטלה שהיו מיועדים לבוגרי תואר ראשון מובטלים, למימון תכנית ההסבה.²¹³ יעל הלוי יצרה קשר עם מר צבי באסי- מהאגף להכשרה ולהשתלמות מקצועית במשרד העבודה והרווחה ונחתם הסכם בין חשב משרד העבודה והרווחה מטעם הממשלה ונציגי קופת חולים, בו התחייב האגף להכשרה ולהשתלמות מקצועית במשרד העבודה והרווחה לממן את הוצאות הלימודים של התלמידות. קופת חולים התחייבה להעביר דיווחים שוטפים על התלמידים והממשלה אף התחייבה להעניק מלגות קיום לתלמידות שימצאו זכאיות.²¹⁴ את התלמידות החתימו על מסמך המחייב אותן לעבוד במשך שנים עשר חדשים עם סיום לימודיהן בקורס שארך שנתיים, מהם שמונה עשר חדשים לימודים עיוניים ועוד ששה חדשי סטאג'.²¹⁵

כאמור, יעל יואלית, ממשרד הבריאות מינתה בשנת 1972 את יעל הלוי כיועצת ליחידת התכנון של משרד הבריאות,²¹⁶ ד"ר עוזי גדור, מנהל יחידת התכנון קישר את יעל לפרופסור דוד אהרליך, דיקן הפקולטה לרפואה בטכניון בחיפה ומנהל מחלקה כירורגית א' בבית החולים רמב"ם, בכך החל התהליך שהוביל לפתיחת מסגרת ההסבה לריפוי בעיסוק בחיפה.²¹⁷ הוחלט לייסד בית ספר שיהיה קשור לאוניברסיטה ויפעל בשיתוף עם בית הספר לרפואה הקשור לטכניון.²¹⁸ הנהלת הטכניון הבהירה כי הטכניון הינו מוסד טכנולוגי- מדעי, לפיכך לא יתאפשרו לימודים למקצוע הריפוי בעיסוק תחת חסות בלעדית של הטכניון. השותף הזמין האפשרי הייתה אוניברסיטת חיפה, נעשה שימוש בתקדים שנוצר בחוג למנהל שהיה משותף לטכניון וליחידה

²¹⁰ יוסמן, נ', רצון, נ', ברט, א' וקלנר, ח'. (1984).

²¹¹ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מכתב מפרופסור נחנזון ראש החוג לשיקום לפרופסור וישניצר במחלקה ללימודי המשך בבית הספר לרפואה, בתאריך 13/9/74.

²¹² החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, סיכום פגישה בנושא קורס ההסבה לריפוי בעיסוק מייעל הלוי לאוניברסיטת תל אביב בתאריך 16/2/75.

²¹³ יוסמן, נ', רצון, נ', ברט, א' וקלנר, ח'. (1984).

²¹⁴ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, הסכם בין משרד העבודה והרווחה וקופת חולים. 22/2/76.

²¹⁵ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, העתק ההסכם בין קופת חולים לתלמידות קורס ההסבה הראשון.

²¹⁶ להלן עמ' 177.

²¹⁷ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, העתק הרצאה שנשאה יעל הלוי באוקטובר 1998 בכנס העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק לרגל קבלת "אות המצוינות" בריפוי בעיסוק.

²¹⁸ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, זוסמן, נ' (1984).

ללימודי חוץ של האוניברסיטה והוחלט על פתיחת תכנית הסבה לריפוי בעיסוק לבוגרי תואר ראשון במסגרת היחידה ללימודי חוץ בתמיכת הטכניון ואוניברסיטת חיפה.²¹⁹

יעל הלוי ועליזה קרני חפשו מרפאות בעיסוק שיוכלו לקדם הקמת מסגרת הכשרה לריפוי בעיסוק בחיפה. הן פנו אל דליה זק"ש בשנת 1975, בבקשה להוביל את סגל ההוראה בבית הספר.²²⁰ זק"ש שעבדה בבית הספר לריפוי בעיסוק בירושלים ובבית החולים הפסיכיאטרי "גהה" נענתה לבקשתן. זק"ש הייתה מרפאה בעיסוק מוסמכת, לקראת סיום לימודיה לתואר ראשון בפסיכולוגיה.²²¹ לקשר שנוצר עם פרופסור דוד אהרליך היה גם ממד אישי: אהרליך הכיר את זק"ש ובקש לסייע לה בהקמת תכנית ההסבה.²²²

לבקשת משרד הבריאות הסכים ארגון הגיוינט לתמוך בהקמת מסגרת הכשרה לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה. בשנה הראשונה מימן משרד הבריאות 70% אחוזים מעלות התכנית והגיוינט את 30% האחוזים הנותרים.²²³

במשך שנת הלימודים האקדמאית 1976-1977, נעשו ההכנות לפתיחת התכנית והמחזור הראשון התחיל את הלימודים בשנת 1977-1978. בדומה לתכנית ההסבה בתל אביב, בחיפה תוכננה תכנית הסבה לבעלות תואר ראשון במדעי ההתנהגות והחברה ובאומנויות, שהיו זקוקות להכשרה מקצועית.²²⁴

תכנית הלימודים בתכניות ההסבה

*"בקבוצה של מספר אנשים בעלי ניסיון קליני עשיר אך ללא ניסיון אקדמי, שאלנו את עצמנו מה עלינו לדעת, למה עלינו לצפות, על מנת להשיב על השאלה מה עלינו לעשות וכיצד. וכך במהלך שנת 5-74 גיבשנו הצעה רעיונית למסגרת ההכשרה ולתכנית הלימודים."*²²⁵

יעל הלוי העידה על הכנת תכנית הלימודים לבוגרות תואר ראשון באוניברסיטת תל אביב ושתפה בלבטים שעלו בקרב מרפאות בעיסוק מנוסות מהשטח אשר הכינו את תכנית הלימודים של תכנית ההסבה. זאת ועוד, המרפאות בעיסוק שהיו מעורבות בהכנת התכנית עברו שינוי מקצועי; מקלינאיות ומפקחות בשטח, לתפקידי הוראה והדרכה בסגל ההוראה של תכנית ההסבה המקצועית. לתכנית ההסבה מונתה ועדה מיעצת בהשתתפות פרופסור נחנזון, מנהל בית לוינסטיין וראש החוג לשיקום, ד"ר רוזין ממחלקת השיקום בתל השומר ומהחוג לשיקום, פרופסור מילגרם מהחוג לפסיכולוגיה, ד"ר סולוביצ'יק וד"ר לאה צוונגר מקופת חולים כללית.

²¹⁹ שם, שם.

²²⁰ לימים ד"ר דליה זק"ש, מנהלת החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה.

²²¹ ריאיון עם ד"ר דליה זק"ש, 8/11/12.

²²² התכתבות במייל עם ד"ר זק"ש מתאריך 6/12/14.

²²³ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, זוסמן, נ' (1984). לקראת פתיחת בית ספר חדש לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה, פיתוח קוריקולום ותכנית לימודים.

²²⁴ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, מסמך שכתבה ד"ר דליה זק"ש בתאריך 30/11/77 School of Occupational Therapy, Haifa university

²²⁵ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, טיוטת הברכה שנשאה יעל הלוי בטקס במלאות עשור לתכנית לתואר ראשון ברבי"ע באוניברסיטת תל אביב. הטקס התקיים בתאריך 18/10/95.

מונתה גם ועדת לימודים שכללה את מרכזת הקורס, מתאמת הדרכה קלינית, נציגי המורים, פרופסור נחנזון, פרופסור רוזין ופרופסור מילגרם.²²⁶ סגלא שטרן, מרפאה בעיסוק שהייתה בעלת תואר ראשון מאוניברסיטת ניו יורק הייתה מרכזת הקורס הראשונה. היה עליה להכין את תכנית הלימודים למצוא מרצים מתאימים ולהדריך את סגל ההוראה המקצועי תוך קשר עם הוועדה המיעצת, ועדת הקוריקולום וועדת הקבלה. יעל הלוי, מונתה לתפקיד מתאמת כדי לטפל בצד הארגוני של הקורס. להנהלת הקורס נתנו שני חדרים בבניין בית הספר לרפואה.²²⁷

תכנון הקמת החוג בחיפה נשען על תכנית ההסבה של אוניברסיטת תל אביב הן ברמה הרעיונית והן בתכנון הקורסים ומבנה הלימודים.²²⁸ למנהלת התכנית מונתה דליה זק"ש, מרפאה בעיסוק מוסמכת, בוגרת הקורס השישי, שסיימה לימודי תואר ראשון בפסיכולוגיה.²²⁹ בהצעה שהגישה זק"ש לקראת הקמת תכנית ההסבה היא ציינה שנשענה גם על העקרונות המקצועיים שהציגה פרופסור ג'רי ג'ונסון, היועצת ללימודים אקדמאיים אשר ליוותה את בית הספר לריפוי בעיסוק בירושלים בתהליך האקדמיזציה, והכינה את הקוריקולום בחיפה בהתאם לדגשים של ג'ונסון ולדרישות הארגון האמריקאי.²³⁰ ג'ונסון סברה כי אפשר לפתח תכנית הסבה רק במידה והגופים האקדמאיים והקליניים משתפים פעולה למען אינטרס משותף.²³¹ כיון שג'ונסון הייתה יו"ר הארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק, אזכור שמה ופועלה סייע ו"גיס" את תמיכת הארגון האמריקאי בפתיחת תכנית הסבה בחיפה.²³²

למייסדות החוג בחיפה היה ברור שמטרתן הסופית היא לפתוח חוג ללימודי תואר ראשון בריפוי בעיסוק.²³³ כפי שנעשה בתכנית הסבה בתל אביב, גם בחיפה הסגל הונע מתוך תפיסה שהמקצוע עומד להיות מקצוע אקדמי ואם צריך להכשיר במהירות עוד מרפאות בעיסוק, יש לפנות למועמדות בעלות תואר ראשון.²³⁴ "לאור התפתחויות של תכניות לימוד בארץ ובעולם ובמטרה לשמור על רמה מקצועית ומדעית נאותה, הכרח להקים גם במסגרת אוניברסיטת חיפה תכנית לימודים לתארים אקדמאיים מוכרים בריפוי בעיסוק."²³⁵

²²⁶ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, יוסמן, נ', רצון, נ', ברט, א' וקלנר, ח' (1984); מלצר, ס' (1976). עמ' 8-10.

²²⁷ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מסמך שכתבה יעל הלוי-קורס לריפוי בעיסוק; לבון IV-243-4-296B, מסמך שנכתב על ידי יעל הלוי.

²²⁸ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, מסמך שכתבה ד"ר דליה זק"ש The establishment of a school for Occupational Therapy, university of Haifa

²²⁹ דליה זק"ש, לימים ד"ר זק"ש, ניהלה את החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה בשנים 1976-1984, ריאיון עם ד"ר דליה זק"ש, 8/11/12.

²³⁰ בשנת 1977 הייתה פרופסור ג'רי ג'ונסון יו"ר הארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק והדיקן בתכנית ללימודי תואר שלישי בריפוי בעיסוק באוניברסיטת וושינגטון.

²³¹ Johnson, J. A. (1977).

²³² החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, מסמך שכתבה ד"ר דליה זק"ש The establishment of a school for Occupational Therapy, university of Haifa

²³³ ריאיון עם ד"ר דליה זק"ש 8/11/12; החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, מסמך שכתבה ד"ר דליה זק"ש בתאריך School of Occupational Therapy, Haifa university 30/11/77

²³⁴ שם, שם.

²³⁵ איט/ אקס/ 13-15 / 44 / 6, הצעה להקמת בית ספר לריפוי בעיסוק/ דליה זק"ש, 1978.

מלכתחילה ראה בית הספר בחיפה את עצמו כחלק אינטגרלי של קהילת המרפאות בעיסוק באזור הצפון. הגישה שהנחתה את צוות בית הספר הייתה לבנות בית ספר שיהיה בעל קשרים חזקים עם הקליניקות באזור. הגישה התבססה על ההכרה שקיים פער בין המחנכים והקלינאים במקצוע, התיאוריות המקצועיות שפורסמו בכתבי העת לריפוי בעיסוק בארצות הברית נתפסו כמאיימות על המרפאות בעיסוק בשדה. לכן נבנתה מסגרת ההכשרה תוך שיתוף פעולה עם השדה ועם הארגון הארצי לריפוי בעיסוק, מתוך אמונה שתפקיד בית הספר לספק כח אדם לשדה, לחנך מטפלים פוטנציאליים ולהיענות לדרישות השדה, ומתוך תקווה שהיחסים בין בית הספר והשדה יושתתו על תמורה והעשרה הדדית וכי שיתוף פעולה ויחסי עבודה קרובים יובילו לאחריות מקצועית וחינוכית. בית הספר ראה עצמו כארגון גג שדרכו תזרום העשרה, לפיכך תוכננו קורסי רענון שיועדו לכל המטפלים בשדה, במטרה לתת מענה לצרכי טיפול בתחומי התמחות שונים.²³⁶

כדי לסייע בהכנת תכנית ההסבה בתל אביב הוקמה קבוצה של מרפאות בעיסוק מנוסות מתחומי עבודה שונים במקצוע אשר נפגשה במשך שמונה חדשים ויצרה תכנית לימודים לאור תפיסה של חברות הקבוצה לגבי 'מרפאה בעיסוק אידיאלית' אשר מיישמת שיטות וגישות טיפוליות ומקדמת את המקצוע.²³⁷ "ניסינו לבנות במשותף את הקוריקולום לפרטיו, כשצרכי הריפוי בעיסוק בשדה לנגד עינינו, כשהבוגרת, המרפאה בעיסוק המוסמכת הרצויה, משמשת מטרה סופית ואנו בודקים ובוחנים את דרכי הלמידה שיביאו להשגת אותה מטרה ולעיצובה של המרפאה בעיסוק".²³⁸ כתבה סגלא מלצר שרכזה את תכנית ההסבה. למייסדות הקורס בתל אביב ויעל הלוי בראשן היה ברור הצורך בהקצאת משאבים להכשרת הסטודנטיות לתפקיד טיפולי. "המעורבות וההשפעה של תכונות אישיותו של המטפל על איכות עבודתו, יוצרים מורכבות רבה בתהליך ההתפתחות המקצועית והאישית".²³⁹ יעל שאפה להשקיע משאבים כדי לזרז את תהליך ההתפתחות המקצועית. "אנשי השדה- הקלינאים, כל אחד מהם, על פי דרכו וניסיונו מגיע לרמה מסוימת של אינטגרציה של אינטואיציה וגם של קומוניקציה מספקת. ולא היו מתנגדים לאיזה תהליך מעצב מובנה ומזרז...אם נכוון ליכולת זו מוקדם יותר בתהליך הלימוד, אולי זה יהיה תהליך המשכי של ההתפתחות המקצועית כמטפלי".²⁴⁰

מייסדות החוג בתל אביב ראו עצמן פורצות דרך בכך שכללו בתכנית הלימודים קורסים חדשים; הוראת ריפוי בעיסוק בתחום הפסיכיאטרי על בסיס פילוסופי על ידי אביבה פריד, קורס בנושא השיקום הפסיכיאטרי על ידי נעמי הדס ולימוד תורת פיאוזה בקורס לריפוי בעיסוק ילדים.²⁴¹ הלימודים בתכנית ההסבה היו מאוד אינטנסיביים ונוהלו על פי השנה הקלנדרית ולא לפי הסמסטרים האוניברסיטאיים.²⁴²

²³⁶ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, זוסמן, נילקראת פתיחת בית ספר חדש לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה, פיתוח קוריקולום ותכנית לימודים, 1984; ריאיון עם ד"ר דליה זק"ש 8/11/12.

²³⁷ יוסמן, נ', רצון, נ', ברט, א' וקלנר, ח' (1984).

²³⁸ מלצר, ס' (1976). עמ' 8-10.

²³⁹ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, טיוטת דברי הפרידה של יעל הלוי במסיבת הפרישה שלה בשנת 1995.

²⁴⁰ שם, שם.

²⁴¹ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, העתק הרצאה שנשאה יעל הלוי באוקטובר 1998 בכנס העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק לרגל קבלת "אות המצוינות" בריפוי בעיסוק.

²⁴² מלצר, ס' (1976). עמ' 8-10.

בחיפה נעשה תהליך דומה, צוותים מנוסים של מרפאות בעיסוק מהתחומים הפסיכיאטרי, פיזיקלי וילדים הוזמנו לקחת חלק ולסייע בפיתוח תכנית הלימודים.²⁴³ הוקמו צוותים של מרפאות בעיסוק מנוסות שהזדהו עם הגישות המטרות והפילוסופיה של סגל בית הספר, שתפקידן היה לפתח תכנית לימודים על פי ההנחות הבאות: האדם הוא מערכת אינטגרטיבית, בעל נטייה בסיסית להכוונה עצמית ולקבלת החלטות ובעל יזמה פנימית לפעילות. יש לראות באיבר הפגוע של האדם חלק מהאדם השלם, יש לטפל בחלק הפגוע בהקשר להשלכות על הגוף והנפש כיחידה שלמה.²⁴⁴

הצוותים בחיפה התלבטו האם להשתמש בתכניות לימודים שגובשו בבתי ספר אחרים, או לפתח קוריקולום שישתר את הצרכים הייחודיים של השדה בצפון הארץ וישקף את ה"אני מאמין" של צוות היועצות והוחלט לנסות ולחבר קוריקולום מקורי המשקף את רוח הצוות.²⁴⁵ הצוותים בחיפה עסקו רבות בשאלה מה המטרה הסופית של החינוך בבית הספר? ולחילופין, איזה מרפאה בעיסוק רוצים לחנך? עיסוק זה הוביל לדיונים בשאלות זהות מקצועית וגבולות מקצועיים. הגישות הטיפוליות החדשות והגבולות הלא ברורים של מקצועות פרא רפואיים גרמו בלבול וחוסר ביטחון בזהות המקצועית של מרפאות בעיסוק צעירות. לפיכך, תכנית הלימודים בחיפה יועדה להקנות לבוגרות ידע ומיומנות ייחודיים למקצוע כולל היכולת לבנות תכנית טיפול יצירתית. הצוות חילק את המיומנויות שיש להקנות לסטודנטיות לארבע רמות: להכיר תהליכי התפתחות נורמאליים כדי לזהות חסרים בתחום הכרתי, תפישתי, רגשי וחברתי אשר משפיעים על התנהגות המטופל. לאבחן את המטופל בהתאם למשפחתו ולרקעו התרבותי. להכיר את השונות בהתפתחות בתרבויות שונות ולהיות בקיאות בתהליכים מקצועיים הקשורים לשמירת הבריאות, למניעת חוסר תפקוד ולטיפול במחלות, בנכויות ושיקום. הצוותים הגדירו כי הכלים הלגיטימיים של המרפאות בעיסוק הן פעילויות מכוונות מטרה אשר יובילו את המטופל למימוש עצמי.²⁴⁶

תכנית הלימודים בתל אביב כללה ארבעה תחומי הוראה עיקריים: מדעי הרפואה להבנת התפתחות נורמלית פתולוגית ומערכת, להבנת משמעות בריאות וחולי. בתחום זה נכללו קורסים אנטומיה ופיזיולוגיה, פתולוגיה, נירולוגיה, קיניזיולוגיה, אורטופדיה, פסיכופתולוגיה, רפואה כללית, פדיאטריה וגריאטריה. מדעי ההתנהגות להבנת התפתחות בתחומים הכרתיים רגשיים וחשיבתיים. מדעי החברה להבנת יחסי הגומלין בין האדם לסביבתו במצב תקין ובמצבי חולי בתחומים אלה נלמדו קורסים בגדילה והתפתחות, תהליכי דינמיקה קבוצתית, סוציולוגיה רפואית, שיקום ואבחון טרום מקצועי ובעיות נבחרות בשיקום. וריפוי בעיסוק להבנת תפקוד האדם ויכולת ההסתגלות הפיסית והנפשית של החולה. נלמדו עקרונות הריפוי בעיסוק, עקרונות הטיפול בריפוי בעיסוק בילדים, עקרונות הטיפול בריפוי בעיסוק במגבלות נפשיות, מעבדה לפעילות מכוונת, בה שולבו ניתוח עיסוקים עם התנסות בפעילויות כאמצעי טיפול, התאמת מכשור וסמינריונים בנושא הטיפול בקהילה.²⁴⁷

²⁴³ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, לקראת פתיחת בית ספר חדש לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה, פיתוח קוריקולום ותכנית לימודים. ; ריאיון עם ד"ר אלינור שניידר, 8/11/12.

²⁴⁴ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, זוסמן, נ' (1984).

²⁴⁵ שם, שם.

²⁴⁶ שם, שם.

²⁴⁷ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, תכנית הלימודים, נספח א', הסכם פתיחת קורס הסבה.

כיון שהלימודים היו אמורים להימשך רק שנתיים עלתה בחיפה התלבטות האם ללמד מספר רב של תחומים ולהסתכן בשטחיות או להתרכז בנושאים מסוימים ולהעמיק בהם. הוחלט ללמד ביסודיות מקצועות קרדינלים עליהם מתבססים קורסים מתקדמים: אנטומיה, פיזיולוגיה, קניזיולוגיה פתולוגיה ומדעי ההתנהגות. הגישה המנחה הייתה להתעמק בקורסים שיאפשרו לסטודנט להעריך תפקוד, לזהות חסרים ולתכנן מטרות טיפול לטווח ארוך ולטווח קצר אשר מבוססות על צרכי המטופל ויכולותיו. לפיכך, גישות טיפוליות לא נלמדו לעומק כיון שהן היו תיאורטיות מדי עבור סטודנטים חסרי ניסיון, אשר עדין לא בחרו תחום התמחות. ההנחה הייתה שלאחר התנסות בעבודה יוכלו הסטודנטים להעמיק וללמוד גישות טיפוליות רלוונטיות לתחום עיסוקם. כל צוות עיבד תכנית לימודים בתחום התמחותו והיה מעורב בתכני הלימוד במדעי הרפואה והחברה בכדי להבטיח שאנשי שדה מנוסים יהיו מעורבים בחינוך המקצועי של הסטודנטיות.²⁴⁸

שאלה נוספת שעלתה לדיון בחיפה עסקה בקשר בין המדריכים הקליניים והסטודנטים. תקופת ההכשרה הקלינית מאפשרת לסטודנטיות למזג בין הידע האקדמי לגישות ומיומנויות מקצועיות הדורשות יכולת ביצוע ואחריות. הסגל היה ער למתח האפשרי בין שתי הקבוצות: הסטודנטיות מהאקדמיה והמדריכות מהשטח. למרות שהמדריכות מנוסות בעבודה ייתכן שהן חסרות ניסיון בהדרכת סטודנטיות, או שהמדריכות למדו בעבר ואינן בקיאות בתיאוריות העכשוויות במקצוע. כדי למנוע מתיחות פתח בית הספר תכנית להכנת הקליניקות לקראת קבלת הסטודנטיות, התכנית הועברה על ידי יועצים מומחים ביחסי אנוש במטרה לספק למדריכות יעוץ ואפשרויות דיון בבעיות שעולות בעת ההכשרה.²⁴⁹

הקוריקולום בחיפה כלל קורסים באנטומיה, פיזיולוגיה, פתולוגיה נירולוגיה קניזיולוגיה אורטופדיה פסיכיאטריה גנטיקה וחברה. מבוא לפסיכולוגיה ופסיכולוגיה התפתחותית למי שלא הייתה בעלת תואר ראשון במדעי החברה וההתנהגות. שיטות מחקר, מבוא לפסיכופתולוגיה, סוציולוגיה של הרפואה, מבוא לריפוי בעיסוק, ריפוי בעיסוק בתחום הפסיכיאטרי ורפוי בעיסוק בתחום הפיזיקלי. טכנולוגיה של סדים וסדנת ניתוח פעילות.²⁵⁰

בשנה השנייה למדו פסיכיאטריה, נירולוגיה, נירופסיכולוגיה, נירולוגיה התפתחותית, רפואה כללית, גריאטריה, רפואה בקהילה. טיפול בלקויות תפיסתיות ולקויות למידה, שיקום, אספקטים פסיכולוגיים בשיקום, פילוסופיה הומניסטית, שיטות טיפול התנהגותיות, בתחום הריפוי בעיסוק: ריפוי בעיסוק פסיכיאטרי, ריפוי בעיסוק פיזיקלי, ריפוי בעיסוק ילדים וסמינר אמפירי.²⁵¹

בהתאם לרוח התקופה, תכנית הלימודים של תכנית ההסבה כללה מעט סדנאות יצירה והדגש בנושא עבודות היד היה מועט, היה ברור כי העבודות משמשות כאמצעי טיפול ולא כמטרה. בתכניות הלימודים היה מיעוט בסדנאות מלאכות היד והיצירה בהשוואה לבית הספר

²⁴⁸ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, זוסמן, נ' לקראת פתיחת בית ספר חדש לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה, פיתוח קוריקולום ותכנית לימודים.

²⁴⁹ שם, שם.

²⁵⁰ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, מסמך שכתבה ד"ר דליה זק"ש The establishment of a school for Occupational Therapy, university of Haifa

²⁵¹ שם, שם.

בירושלים. בתכנית הלימודים בתל אביב נכללו סדנאות התנסות בפעילויות כאמצעי טיפול, שלוב אומנויות, סדנאות מלאכה וטיפול בתנועה.²⁵² בחיפה נלמדה סדנת הבעה בתנועה, כל סטודנטית יכלה לבחור מבין סדנאות דרמה ציור או פיסול, ובשנה השנייה להשתתף בסדנא להכנת משחקים טיפוליים.²⁵³ כאמור, בשנות השבעים חלה בהדרגה, הורדה של מספר סדנאות היצירה בבית הספר בירושלים.²⁵⁴ תכניות ההסבה שהיו אמורות להכשיר מרפאות בעיסוק במשך שנתיים, התאימו בין הסטנדרטים והתכניות בארצות הברית לזמן הקצוב שהוקצה להכשרת בוגרות תואר ראשון למרפאות בעיסוק מוסמכות, לפיכך, כללו בתכנית הלימודים רק סדנאות בהן הושם דגש על התוכן והביטוי שמאפשר השימוש ביצירה ובתנועה.

באוגוסט 1978 בישיבה של מרכז קופת חולים הוחלט לקיים את קורסי ההסבה בתל אביב מידי שנה,²⁵⁵ משנה זו נפתחה תכנית ההסבה בכל שנה למשך עשור, תכנית ההסבה של אוניברסיטת תל אביב הכשירה מאתיים בוגרות תואר ראשון למרפאות בעיסוק.²⁵⁶

נאמנות לתכנית המקורית, המשיך סגל החוג בחיפה בהכנות לקראת פתיחת החוג ללימודי תואר ראשון בריפוי בעיסוק. לשם כך חפשו מרפאה בעיסוק מומחית בייעוץ בנושא זה. הן פנו לפרופסור גירי גיונסון,²⁵⁷ אך היא לא הייתה זמינה. לפיכך פנה הסגל לפרופסור גריפין מאוניברסיטת קונטיקט, אשר נענתה לאתגר. גריפין הגיעה לארץ לתת הרצאה בכנס הבינלאומי שנערך בישראל בשנת 1978 ונשארה כדי ליעץ לחוג בחיפה במימון משרד הבריאות והגיוינט. גריפין העריכה את תכניות הלימודים, את הצוות ואופן הכשרתו וכתבה המלצות לזירוז תהליך האקדמיזציה בחיפה. המלצותיה של גריפין הועברו בתוספת מסמכים נלווים לאוניברסיטת חיפה ולטכניון. פרופסור מייקס הולטמן מהיחידה ללימודי חוץ והרקטור פרופסור עוזר שולט פנו למועצה להשכלה גבוהה כדי לקדם את תהליך פתיחת החוג ללימודי תואר ראשון. בשנת 1985 נפתחה תכנית ללימודי תואר ראשון בריפוי בעיסוק בחסות הפקולטה לחינוך בשיתוף הפקולטה לרפואה.²⁵⁸

קורס הסבה לרופאים עולים בחיפה

השירותים לבריאות הנפש במשרד הבריאות ניסו לארגן בצפון קורס להסבת עולים רופאים לריפוי בעיסוק. הוחלט להציע את הקורס רק למועמדים שהביעו רצון ומוטיבציה לעסוק במקצוע לאחר מבדקי אישיות וראיונות אישיים. תכנית הלימודים שהוצעה לקורס הייתה התכנית שהוגשה לפקולטה לרפואה באוניברסיטה העברית ואושרה על ידי הארגון הבינלאומי לריפוי בעיסוק.²⁵⁹ בפועל, הקורס אורגן על ידי משרד הבריאות ומשרד הקליטה בשיתוף סגל אוניברסיטת חיפה

²⁵² החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, תכנית הלימודים, נספח א', הסכם פתיחת קורס הסבה.

²⁵³ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, מסמך שכתבה ד"ר דליה זק"ש.

²⁵⁴ להלן עמ' 145.

²⁵⁵ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, סיכום ישיבה במרכז קופ"ח בתאריך 1/8/78.

²⁵⁶ יוסמן, נ', רצון, נ', ברט, א' וקלנר, ח' (1984). הקמת תכנית ריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב והתהליך לקראת אקדמיזציה, מאמר שנכתב במסגרת לימודי המאסטר באוניברסיטת ניו יורק.

²⁵⁷ ד"ר גירי גיונסון קבלה בסוף שנות השבעים תואר פרופסור. ריאיון עם ד"ר דליה זק"ש, 8/11/12.

²⁵⁸ ריאיון עם ד"ר דליה זק"ש 8/11/12.

²⁵⁹ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מכתב מיעל יואלית-מפקחת ארצית בריפוי בעיסוק למר ריפטין סמנכ"ל אמרכלות במשרד הבריאות בתאריך 24/12/74.

והתקיים בבית החולים הפסיכיאטרי בטירת הכרמל. הקורס היה חד פעמי, במטרה להכשיר כוח אדם מקצועי לתחום בריאות הנפש ולגריאטריה. ההתמקדות בלימודים בתחום אחד יצרה התנגדות אצל חלק מסגל ההוראה בתכנית ההסבה בחיפה, אך כיון שהקורס ענה על צו שעה חברתי הארגון לריפוי בעיסוק תמך בניסיון זה.²⁶⁰

סיכום: תזמון בין עיתוי לצורך

החלטות ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מאפריל 1974 יושמו רק בשנת 1975, לאחר החרפת הצורך במרפאות בעיסוק מוסמכות עקב הטיפול בפצועי מלחמת יום הכיפורים. נציגות הארגון, מנהלת בית הספר והמפקחות על המקצוע במשרד הבריאות ובקופת חולים הבינו שיש לנצל הזדמנויות לאור הצרכים בשטח ולפתוח תכניות להסבת אקדמיות. הן השתמשו בתקדים של בית הספר לסיעוד באוניברסיטת תל אביב והסתייעו בקופת חולים, בגוינט, במשרד הבריאות ובמשרד העבודה לצורך מימוש התכנית. תכניות ההסבה שנפתחו בתל אביב ובחיפה הונעו מלכתחילה מהתפיסה שיש ללמוד את המקצוע לתואר ראשון במסגרת אוניברסיטאית. תכניות ההסבה היוו דרך לקדם את ההכרה האקדמית ולהכשיר ולצרף למקצוע כח אדם מקצועי עם תואר ראשון.

תכניות ההסבה הונעו על ידי מרפאות בעיסוק בעלות ניסיון קליני שהסבו את עבודתן המקצועית להוראת המקצוע באוניברסיטה. הסגל הן בתל אביב והן בחיפה ראה את הקשר עם הקליניקות בשטח חשוב ביותר והקדיש משאבים לפיתוח תכניות לימודים מעודכנות ולהכשרת הסטודנטיות לתפקיד טיפולי. תכניות הלימודים של תכניות ההסבה לא כללו קורסי מבוא בתחום מדעי החברה וההתנהגות מפני שהבוגרות היו בעלות תואר ראשון במקצועות מדעי החברה. כמו כן, תכניות הלימודים כללו מעט סדנאות בעבודות יד ויצירה, ברוח השינוי ביחס לעבודות היד בארצות הברית ובבריטניה ומתוך התפיסה כי העבודה הטיפולית ממוקדת באפשרות של היצירה ככלי ביטוי. בוגרות קורסי ההסבה השתלבו בעבודה כמרפאות בעיסוק מוסמכות וסייעו לצמצם את החוסר בכח אדם מקצועי. רק בשנות השמונים שונו תכניות הלימודים בתל אביב ובחיפה והחוגים לריפוי בעיסוק החלו להכשיר סטודנטיות לתואר ראשון בריפוי בעיסוק.

²⁶⁰ ריאיון עם אורנה צרפתי, 2/2/11; ריאיון עם ד"ר דליה זק"ש 8/11/12.

פרק שלישי: הכוח הנשי ככוח מניע תלמידות, חברות סגל ומנהלות תכניות

ההכשרה בריפוי בעיסוק

הריפוי בעיסוק הינו מקצוע הנתפס 'נשי' במהותו בשל תפיסתו כקשור לתחומי העיסוק המגדריים המסורתיים האופייניים לנשים על פי הראייה הסטריאוטיפית לא מעט בשל תדמית זו, יוזמותיו ומייסדותיו, וכן רוב העוסקות במלאכה היו נשים. אין תמה אפוא שמערכת ההכשרה המקצועית של הריפוי בעיסוק הייתה על 'טהרת הנשים' אף היא. 99% אחוזים מהמרפאות בעיסוק המוסמכות שהוכשרו בישראל היו נשים.¹

נשים היו אפוא הכוח המניע המשמעותי של התחום והאחראיות לעיצובו ולהתפתחותו. מאידך גיסא, אכן היה זה נדבך נוסף בביסוס תדמיתו הנשית של המקצוע. בפרק זה אדון בנשים שעיצבו את מערכות ההכשרה במקצוע, כתלמידותיו, מורותיו ומנהלותיו, ובאמצעותן אעמוד על המאפיינים המשותפים לנשים שבחרו במקצוע הריפוי בעיסוק.

1. תלמידות הקורסים בית הספר לריפוי בעיסוק ותכניות ההסבה בשנים 1951-1979

א. נתונים מספריים

איתור מדויק של מספר התלמידות בשנים 1951-1979 הינו בעייתי שכן קיימות סתירות בין המקורות השונים.² ייתכן וניתן לשייך את חוסר הדיוק במספרים לתנודת התלמידות; לעובדה שהתלמידות שהיו ברובן המכריע נשים צעירות, יצאו לחופשות לידה או לחופשות בגין נישואים והפסיקו לימודים לשנה או לשנתיים, כך שהחלו ללמוד במחזור מסוים וסיימו עם מחזור מאוחר יותר. זאת בנוסף לנשירה של תלמידות, עליה יפורט בהמשך הפרק. משילוב המקורות ואימותם ניתן להעריך כי תלמידות הקורסים לריפוי בעיסוק בירושלים, שהיו למעשה המרפאות העתידות, מנו בשנים 1951-1979, כ- 595 בוגרות ותלמידות.³

בשנים 1975-1979 הוכשרו 41 מרפאות בעיסוק בתכנית ההסבה באוניברסיטת תל אביב.⁴ באוגוסט 1978 בישיבה של מרכז קופת חולים הוחלט לקיים את קורסי ההסבה מידי שנה, משנה זו נפתחה תכנית ההסבה בכל שנה למשך עשור והכשירה 200 בוגרות תואר ראשון למרפאות בעיסוק.⁵ בקורס הראשון בחיפה תוכננו ללמוד כעשרים סטודנטיות, בפועל סיימו את הלימודים בקיץ 1979 רק ארבע עשרה סטודנטיות.⁶ המגמה הייתה להגדיל את מספר הסטודנטיות במחזור

¹ גנזך כ-214/1, פרוטוקול מס' 11 של ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מיום 2/4/74.

² חישוב מספרי הבוגרות ע"פ הנתונים ממזכירות ביה"ס לרבי"ע מציג פערים בין המספרים שמצוינים במסמכים השונים לתיק במזכירות.

³ תיק מידע היסטורי, מזכירות ביה"ס לרבי"ע ירושלים; גזית, א', פסול, ס' וקוטלר, צ', 1973 עמ' 13.

⁴ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מכתב מד"ר לאה צונגר, ראש אגף לשרותי עזר בריאותיים בקופ"ח לפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל אביב בתאריך 1/7/77; החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מכתב מייעל הלוי למר צבי באסי בתאריך 8/2/78.

⁵ יוסמן, נ', רצון, נ', ברט, א' וקלנר, ח'. (1984). הקמת תכנית ריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב והתהליך לקראת אקדמיזציה, מאמר שנכתב במסגרת לימודי המאסטר באוניברסיטת ניו יורק.

⁶ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, דו"ח על כח אדם בריפוי בעיסוק, לא מצויין שם הכותב. הוגש למרכז קופ"ח; ריאיון עם ד"ר אלינור שניידר 8/11/12.

השני לעשרים וחמש ובמחזור השלישי לארבעים וחמש.⁷ תכנית ההסבה פעלה בחיפה בשנים 1977-1987, בשנת 1987 אשרה המועצה להשכלה גבוהה את התכנית ללימודי תואר ראשון.⁸ המספרים מדברים בעד עצמם ומצביעים על מספרן המועט של המרפאות בעיסוק המוסמכות שהוסמכו בישראל במהלך השנים הנדונות במחקר זה. בשנים אלה סבלו כל מקצועות העזר ברפואה ומקצועות הרווחה מחוסר בכח אדם מקצועי. ברם, מספרן המועט של המרפאות בעיסוק היה נמוך משמעותית בהשוואה למקצועות אחרים.⁹

ב. דיוקן 'התלמידה האידיאלית' בריפוי בעיסוק

*"מקצוע המעסיקה הוא מקצוע שיש בו יעוד. המקצוע דורש מהמועמדת שתהיה בעלת תכונות נפשיות נאות, דורש אומץ לב, סבלנות, אהבה לזולת, רצון חזק לעזור לזולת ולהדרכתו למציאת כיוון ועבודה בחיים לאחר מחלתו."*¹⁰

בדברים אלה שנאמרו בריאיון לרדיו בשנת 1952 שנועד לגייס מועמדות ללימודים, בחרה שולמית קנטור להדגיש את הפן האלטרואיסטי של המקצוע ולהבליט ערכו המוסף של המקצוע, ומשום כך גם את התכונות האישיות המיוחדות שאמורות להיות למועמדות. קנטור, המנהלת שביססה בשנות השלושים את בית הספר לאחיות בהדסה,¹¹ הייתה מנוסה בניהול מערכות הכשרה לנשים, ואף הכירה את מאפייני הנשים שפנו ללימודי מקצועות הבריאות. קנטור השתמשה בלשון נקבה, היה לה ברור כי רק נשים יציגו מועמדות ללימודים. קנטור לא קראה לתלמידות ללמוד את המקצוע לשם פיתוח קריירה אישית, ולא הציגה זאת כהזדמנות להגשמה אישית או לרווח כספי נאה. שולמית קנטור חשה את רוח השעה, וברוח התפיסות המגדריות המסורתיות ששררו במדינת ישראל הצעירה באותה העת, שהתחזקו בשל צו השעה הלאומי, דהיינו הצורך לתת תמיכה וסעד לרבבות, השתמשה באלטרואיזם ככוח מגייס. ייתכן שהיה זה צעד טקטי שנועד למשוך נשים ללמוד את המקצוע מבלי 'לאיים' על החברה הגברית בעיצוב דיוקן נשי חדש, ואולי באמת האמינה כי צו השעה מחייב רוח ההתגייסות. סביר להניח שהיא ידעה שלנוכח המציאות

⁷ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, מסמך שכתבה ד"ר דליה זק"ש במרץ 1977 The manpower situation in occupational Therapy in ISRAEL and a prognosis of future needs,

⁸ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 7.

⁹ שבעה בתי ספר לסייעוד הכשירו אחיות מוסמכות עד שנת 1948. בין השנים 1948-1953 נפתחו עוד חמשה בתי ספר. עם זאת, חסרו אחיות מוסמכות בכל מסגרות הבריאות. ראו ברטל, נ' (2005). עמ' 315-323; עם קום המדינה פעלו בישראל שתי מסגרות הכשרה לעובדים סוציאליים שהכשירו 150 עובדים סוציאליים לשנה. בשנות השישים הורחבה מערכת ההכשרה במקצוע העבודה הסוציאלית לחמש מסגרות. ראו שפירו, ש' (2010). עמ' 30-31; המצב במקצוע הפיזיותרפיה היה דומה למקצוע הריפוי בעיסוק בשנות החמישים. בשנת 1956 היו בישראל רק 160 פיזיותרפיסטים, בכללם גם פיזיותרפיסטים לא מוסמכים. זאת ועוד, מספר התלמידים בכל מחזור בבית הספר לפיזיותרפיה שנפתח בשנת 1953 היה מצומצם. בעשרת המחזורים הראשונים של ביה"ס לפיזיותרפיה באסף הרופא למדו 9-27 תלמידים בכל מחזור. בין השנים 1953-1979 הוכשרו בביה"ס 480 פיזיותרפיסטים. בשנת 1963 נפתחה מסגרת הכשרה נוספת במכון וינגייט, אשר הכשירה פיזיותרפיסטים לתת מענה לצרכי השטח. שתי מסגרות ההכשרה הצליחו לגשר על החוסר בכח אדם ובשנת 1968 היו 450 פיזיותרפיסטים מוסמכים. ראו חוברת 'שנים מספרות' לרגל 50 שנה להקמת בית הספר לפיזיותרפיה באסף הרופא, ישראל, 2003. באדיבות גאולה פארן; פארן, ג' (2014). עמ' 150-157; דבר (9/4/67). 'ביום ג' הועידה הארצית של הפיזיותרפיסטים'. לא מצויין שם כותב הכתבה; דבר. (13/5/68). 'כנס הפיזיותרפיסטים יידון בעיות שיקום נפגעי מלחמה', לא מצויין שם כותב הכתבה.

¹⁰ גנדך ג-138/7, תמליל שיחת רדיו ב'קול ישראל', דברי הגב' שולמית קנטור, מנהלת מערך החינוך למקצועות העזר ברפואה בהדסה.

¹¹ ברטל, נ' (תש"ה). עמ' 158-170.

ההיסטורית שתבעה הקרבה מכל איש ואישה במדינה, לשם קליטת המוני העולים, קריאה לשם כסף וקריירה לא היו מתקבלים יפה, קל וחומר כשמדובר בנשים.

הגישה האלטרואיסטית דיברה ככל הנראה אל ליבן של המועמדות. נראה כי היא העניקה לעבודתן את הרובד הנוסף המשמעותי חברתי-לאומי. בעדויות מרפאות בעיסוק שלמדו בקורס בשנות החמישים, שנאמרו ממרחק הזמן, חוזר ונשנה היבט זה. נעמי סקלוט פיין הדגישה במבט לאחור כי בחרה ללמוד את המקצוע בגלל השליחות "לא התעניינו בדרגות שכר ובמשכורות, האחיות וכל העובדים הפרא רפואיים היינו אידיאליסטיים בלבד, מקצועות של אידיאליסטיים. אז לכולם לא היה ולא חשבו על הפן הכלכלי".¹² אליקמיה גלזר תיארה כי "היו אז דיבורים על אלטרואיזם ואולי בגלל זה הרגשנו את ההערכה אלינו",¹³ דבריה מצביעים על החשיבות של האלטרואיזם להערכת הסביבה אותן ומתוך כך סביר שהועצמה גם הערכתן העצמית. את הדברים הללו הן אמרו ממרחק של שנים, וייתכן שכך העדיפו לתאר את המקצוע בדיעבד. עם זאת סביר כי בראשית שנות החמישים, בשעה שהצטרפו למקצוע, תחושת צורך השעה עמדה על הפרק והייתה גורם משמעותי בבחירת המקצוע. עדויות אלה שופכות אור על רוח ההתגייסות לצו השעה הלאומי שהייתה אופיינית לתקופה. לעומת זאת, בשנים הבאות, ובמיוחד בשנות השבעים והשמונים, השתנתה המגמה. שאיפות הפרט שהוכפפו בשנות החמישים לצרכי הלאום, נעשו יותר ויותר במוקד הבמה המקצועית. גם תפיסת הנשים ותפקידיהן השתנו. הדברים ניכרו בהכשרה המקצועית של הריפוי בעיסוק ובדרך הצגת המקצוע למועמדות ללימודים.

מתאור עבודתו של המרפא בעיסוק עולה שעליו להיות מסוגל ליצור קשר עם אנשים מוגבלים שהם שונים לא רק בגילם ובמינם אלא גם במחלתם וברמתם התרבותית. כדי למלא את תפקידו כראוי עליו להיות רגיש לצרכיהם, גמיש, סבלן ובעל משמעת עצמית. תהליכי ההחלמה והשיקום הם מטבעם איטיים וממושכים- עבודה המחייבת יציבות נפשית ואף מידה של אופטימיות. עם זאת על המרפא בעיסוק להפעיל בעבודתו כושר של שיפוט הערכה וביקורת ולגלות יזמה ותושיה.¹⁴

במילים אלה תארה בלה אפרתי, מנהלת בית הספר בשנים 1978-1998 וסגנית המנהלת בשנים 1970-1978, את התכונות הנדרשות ממרפאה בעיסוק, בהתאם לדרישות התפקיד בקליניקות לריפוי בעיסוק ברחבי הארץ. בהן מודגשות תכונות אישיות כגון סבלנות, יוזמה, תושיה וכדומה, כשהאלטרואיזם משני, אם בכלל. הדגש הוא על התאמת תכונות הפרט למקצוע, כמו גם על הצורך האישי של המטופל, בשונה מההסתכלות הלאומית הכוללנית שאפיינה את שנות החמישים. אפרתי כתבה את התכונות הרצויות למרפאה בעיסוק בשנת 1973; בתקופה זו המטרה של בית הספר לריפוי בעיסוק הייתה להכשיר אנשי מקצוע. משקל רב ניתן לפן האישיות של המרפאות בעיסוק כדי להכשירן להתמודד עם טיפול באנשים בעלי מוגבלויות. השינויים שהתחוללו בתכונות הנדרשות מהמועמדות למקצוע במהלך השנים הם אפוא סוג של שיקוף תמורות בחברה הישראלית, שהייתה מחברה לאומית קוקלטיביסטית לחברה אינדבידואליסטית; וטמנה בחובה גם תפיסה שונה של המטופל, ותפיסה שונה של נשים ומעדן בחברה.

¹² ריאיון עם נעמי סקלוט-פיין, 31/10/10.

¹³ ריאיון עם אליקמיה גלזר, 24/11/10.

¹⁴ אפרתי, ב' (1973). ילקוט מקצועות- המרפא בעיסוק, מכון הדסה לייעוץ בבחירת מקצוע, ב' צריקובר, ירושלים. פברואר 1973.

ג. דרישות הקבלה ללימודי ריפוי בעיסוק בשנים 1951-1979

העברת הנהלת הקורס לידי מערך הסיעוד בהדסה בשנת 1951 נתנה את אותותיה גם בתנאי הקבלה של התלמידות. בניגוד לדרישות הקבלה למועמדות לקורס הראשון שהתבקשו להיות בעלות תעודת בגרות או תעודת גמר של שתיים עשרה שנות לימודים,¹⁵ כאשר חפשו מועמדות לקורס השלישי בשנת 1952 שונו תנאי הקבלה והותאמו לתנאי הקבלה של בית הספר לאחיות, דהיינו הסתפקו בבגרות עשר שנות לימוד בלבד.¹⁶ גם במודעות שהתפרסמו בעיתונות בדבר פתיחת ההרשמה לקורס הרביעי בשנת 1953, צוין שהמועמדות צריכות להיות בעלות עשר שנות לימודים.¹⁷ ייתכן והשינוי נבע מרצון להוריד דרישות כדי להגדיל את מספר התלמידות, מתוך התחשבות במציאות הישראלית. הנשים בגילאים הללו, חוו קרוב לוודאי, בתקופה שקדמה לקורס, את מלחמת העצמאות, הצנע, השלכות קליטת העלייה וכל אותן סיבות מקומיות שגרמו ללא מעטים לעזוב את לימודי התיכון. בשנת תש"ח (1948) רק 30% אחוזים מבני הנוער למדו בחינוך העל יסודי ו-653 מכלל הנערים והנערות תלמידי כתי"ב נגשו לבחינות הבגרות.¹⁸ שכר הלימוד הגבוה והתפיסה החברתית על פיה ילדים חייבים בחינוך יסודי ואילו החינוך העל יסודי הוא בבחינת מותרות, גרמו לאחוז הנמוך של תלמידים בחינוך העל יסודי ולמיעוט התלמידים שנגשו לבחינות הבגרות. החינוך העל יסודי היה פריבילגיה של אמידים.¹⁹ יתר על כן, עבור נערות ועולות חדשות, ניצולות שואה ועולות מארצות האסלם, לימודי תיכון לא היו מובנים מאליהם. כך שגם הדרישה לעשר שנות לימוד התאימה לפחות מ-30% אחוזים מהנערות. אפשרות נוספת טמונה ברצון של מנהיגות מקצוע הסיעוד בהדסה להשוות בין דרישות הקבלה למקצוע הסיעוד לריפוי בעיסוק. רות אלבגלי, בוגרת הקורס השלישי העידה ש"הייתה תחרות בין בית הספר לאחיות לקורס לריפוי בעיסוק".²⁰ מקצועות העזר ברפואה בהדסה כללו את הסיעוד והריפוי בעיסוק. שני המקצועות סבלו מחוסר משווע בכח אדם מקצועי בשנות החמישים והשישים. סביר להניח כי כל מקצוע ניסה למשוך את התלמידות האיכותיות בעלות הנתונים הגבוהים.

בראייה לאחור התברר לוועדת הקורס כי דווקא הורדת הדרישות הקטינה את מספר המועמדות, עקב פגיעה במעמד וביוקרה של הקורס שהרתיעה את המשכילות.²¹ " מאז הוחלט לקבל מועמדות רק עם השכלה תיכונית, קטן מספר הפונות לקורס", נאמר על ידי עטיה מרגלית, המפקחת על החינוך למקצועות העזר בהדסה, בהתייחס לשנת 1959.²² הנשים המשכילות, על פי

¹⁵ אצ"מ, J113/1971, פרוטוקול הוועדה הקונקורסית לבחירת תלמידות הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה ביום 10/12/46.

¹⁶ אצ"מ J113/1977, מודעה מתאריך 8/7/52 בעיתונים דבר, הארץ, הבקר, על המשמר, חרות, הצופה.

¹⁷ אצ"מ J113/1978, מודעות בעיתונים דבר, הארץ, הבקר, הצופה, על המשמר וג'רוזלם פוסט בתאריך 29/10/53.

¹⁸ בן אליהו, ש' (1999). עמ' 485-500.

¹⁹ שם, עמ' 487.

²⁰ ריאיון עם רות אלבגלי, 1/3/11.

²¹ לא ברור האם מועמדות בעלות תעודת בגרות לא פנו עקב הורדת הדרישות או עקב מעמדו הארעי של הקורס.

²² אצ"מ J113/1980, פרוטוקול ישיבת הוועדה המורחבת לקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 25/11/59.

מרגלית, ביקשו לפנות למקצועות אחרים, יוקרתיים יותר, שהרי "לבנות עם תעודות בגרות ישנן אפשרויות רבות יותר בשטחי עבודה שונים".²³

אולי משום כך, לקראת הקורס השביעי, בשנת 1958 עלתה מחדש הדרישה לשתיים עשרה שנות לימוד. במודעות שהתפרסמו בעיתונים דרישות הקבלה היו השכלה תיכונית ותעודת גמר מוכרת על ידי משרד החינוך,²⁴ הדרישה לתעודת בגרות עדין לא הייתה רלוונטית.²⁵ ההינתקות ההדרגתית מבית הספר לאחיות נתנה אותותיה, העברת הניהול לידי מאירה קנטור, יצרה הפרדה בין שני המקצועות וניתן היה לדרוש מועמדות עם השכלה תיכונית של שנים עשרה שנות לימוד לריפוי בעיסוק, מה שלא נדרש מהאחיות, שנדרשו עדין לעשר שנות לימודים. באוקטובר 1958, כחדש לפני תחילת הלימודים בנובמבר 1958, התפרסמו עוד מודעות. הפעם כללו המודעות דרישה להשכלה תיכונית ותעודת בגרות מלאה.²⁶

אולם ההיטלטלות בדרישות הוסיפה גם בשנים הבאות, שכן בשנת 1962 בהרשמה לקורס האחד עשר,²⁷ נדרשה השכלה תיכונית בלבד.²⁸ לקורס זה פנו 70 מועמדות, 26 נגשו לבחינות, ו-23 התקבלו והחלו ללמוד. למרות שבמודעות דרשו השכלה תיכונית בלבד, חמש עשרה מהפונות היו בעלות תעודת בגרות.²⁹ ייתכן כי לאור מספרן הקטן של התלמידות והפער הגובר עם הצרכים החליטה ועדת הקורס להתפשר בדרישות הקבלה ולהסתפק בשתיים עשרה שנות לימוד ללא תעודת בגרות. בפועל, רוב התלמידות שהתקבלו ללימודים היו בעלות תעודות בגרות. קרי, נתונים גבוהים יותר מדרישות הקבלה. עובדה זו מעידה כי למרות כל הקשיים לגיש תלמידות, הנשים שכן בחרו ללמוד את המקצוע היו בעלות נתונים גבוהים.

המועמדות שנתוניהן התאימו לדרישות הקבלה שתוארו לעיל התבקשו למלא שאלון, להמציא תעודת השכלה, להיבחן בבחינה פסיכוטכנית במכון הדסה וכן לעבור בדיקות רפואיות שכללו בדיקה כללית, בדיקת עיניים, בדיקת עצבים, בדיקות דם ושתן ובדיקת מנטו (שחפת). גם בנושא הרפואי דרישות הקבלה היו קפדניות,³⁰ והעידו על נוקשות רבה בשנים קריטיות להתפתחות המקצוע, בהן מחזורי התלמידות היו מצומצמים והחוסר בכח אדם מקצועי בשטח

²³ שם, שם.

²⁴ אצ"מ J113/1980, מודעה בעיתונים דבר, הארץ, הבוקר, על המשמר, חרות, הצופה ולמרחב התפרסמה בתאריך 29/5/58.

²⁵ קיים שוני בין תעודת בגרות לתעודת גמר תיכון: תעודת הבגרות מוענקת לכל בוגר בית ספר תיכון בישראל אשר נבחן בבחינות ממלכתיות חיצוניות באמצעות משרד החינוך או מאושרות על ידו ועמד בהצלחה בכל הדרישות הלימודיות והחוקיות של משרד החינוך. תעודת גמר תיכון היא תעודה מטעם משרד החינוך המעידה על סיום שנים עשרה שנות לימוד. אתר משרד החינוך, נדלה בתאריך 29/1/15
<http://cms.education.gov.il/EducationCMS/Units/Exams/BchinotBagrut/HerkevTeuda>

²⁶ אצ"מ J113/1980, מודעות מתאריך 15/10/58; גא"ע 24491/72-73 נספח א' להצעה שהגישה פרופסור גיונסון.

²⁷ אצ"מ J113/1981, פרוטוקול ישיבת הוועדה המורחבת של הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 29/5/62.

²⁸ אצ"מ J113/1981, מודעות בעיתונים דבר, הארץ, הבוקר, הצופה, חרות, על המשמר, למרחב, מעריב, ידיעות אחרונות וברשות השידור בתאריך 28/6/62.

²⁹ אצ"מ J113/1981, פרוטוקול ישיבת הוועדה של הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 8/11/62.

³⁰ ברכה אנגלרד-לנגה, בוגרת הקורס השביעי ספרה על קשייה להתקבל ללימודים עקב בעיות רפואיות. ועדת הקבלה בראשות פרופסור אדלר החליטה שאנגלרד תופנה למנהל הדסה, פרופסור מן. בנוכחותו אולצה להבטיח כי מגבלותיה הרפואיות לא יפריעו ללימודיה ולא תחסיר אף יום לימודים. "נלקחתי לפרופסור מן והוסכם שאם אחלה פעם אחת, לימודי יופסקו", ריאיון עם ברכה אנגלרד-ברכה, 12/3/12.

היה משווע. ייתכן והכללים הנוקשים נבעו מהעובדה שהתלמידות היו אמורות לעבוד בבתי חולים ואולי בשל הקושי הפיסי של העבודה.

בנוסף היה על המועמדות לעבור ריאיון אישי עם נציגי הוועדה המנהלת של הקורס, כפי שהנהיגה בלום. מרפאות בעיסוק שלמדו בשנות החמישים והשישים העידו על שאלות רבות שנשאלו בריאיון הקבלה שלהן,³¹ בנושאים שונים ומגוונים שלא היו קשורים בהכרח לתחום הריפוי בעיסוק.³² נראה כי ביקשו שהמרפאות בעיסוק תהיינה בעלות אישיות מתאימה לטיפול ורחבות אופקים. הריאיון אפוא, הוסיף ליוקרה של הקורס.

לא נמצאו מסמכים המעידים על שינוי דרישות הקבלה עד לשנות השבעים. משנת 1970 נדרשה מהמועמדות תעודת בגרות מלאה. למרות האפשרות להתחיל את הלימודים בגיל 18, ניתנה העדפה למועמדות לאחר שירות צבאי,³³ מתוך הנחה שהשנתיים האינטנסיביות של נשים בצבא או בשירות לאומי מאיצות את תהליך הבגרות האישית ומתוך הזדהות מן הסתם עם החובה הישראלית. צוות בית הספר מצא את המועמדות שסיימו את שירות החובה שלהן כמתאימות יותר ללימודי המקצוע. המועמדות התבקשו לצרף שני מכתבי המלצה, ממחנך/כת וממפקד/ת בצבא.³⁴

מועמדות שנמצאו מתאימות זומנו לבחינות פסיכוטכניות במכון הדסה, הבחינות הפסיכוטכניות כללו מבחני כושר עיוניים, מבחני תפיסת צורה ומבחני כושר יד.³⁵ בנוסף, נערכו במכון הדסה בחינות באנגלית, במטרה לבדוק את כישורי המועמדות בשפה האנגלית. למרות שבית הספר עדין לא היה במסגרת האוניברסיטה שחייבה לימודי אנגלית בתכניות הלימודים לתואר ראשון, הקפידו בבית הספר על השליטה בשפה האנגלית כיון שכל המאמרים המקצועיים נכתבו באנגלית.

משנת תשל"ג (1973) הונהגו בבחינות הכניסה מבחני מצב במטרה לנבא תכונות אופי כגון תודעת שרות, יכולת ליצירת קשר עם חולה ויכולת לעבוד בצוות. מבחני המצב ארכו שלוש שעות ובכל מבחן השתתפה קבוצה של שמונה מועמדות, המבחנים כללו עריכת דיון קבוצתי, הפעלת הקבוצה לבדיקת יוזמה, יכולת מנהיגות ועמידה בפני קבוצה, בטחון עצמי, שליטה במצב ויכולת התייחסות לפרט. ביצוע משימה משותפת לכל הקבוצה הדורשת שיתוף פעולה, יוזמה, יכולת התארגנות ומנהיגות. לסיום היה על כל אחת מהמועמדות לדרג את המשתתפות בקבוצה (סוציוגרמה) על פי התאמתן ללימודי המקצוע. לאחר הבחינות הללו, זומנו המתאימות לריאיון בועדת קבלה שכללה את מנהלת בית הספר, פסיכיאטר, פסיכולוג ומפקחות על הריפוי בעיסוק

³¹ ריאיון עם בלה אפרתי, 9/6/13; ריאיון עם רחל גולדשמיד, 21/5/13; ריאיון עם ד"ר דליה זק"ש, 8/11/12; ריאיון עם אורנה צרפתי, 2/2/11; ריאיון עם פרופ' נעמי כץ, 6/2/11; ריאיון עם רות אלבגלי, 1/3/11; ריאיון עם ברכה אנגלרד-ברכה, 12/3/12; ריאיון עם אביבה פריד, 25/6/12.

³² רות אלבגלי ספרה כי בריאיון עם הקבלה נשאלה שאלות בתחומי ההיסטוריה והאומנות. ריאיון עם רות אלבגלי, 1/3/11; ד"ר דליה זק"ש העידה כי "הפציצו אותי בשאלות" והציעה לערוך מחקר בפני עצמו על ראינות הקבלה: מה היו הנתונים שחיפשו חברי הוועדה ומה הנחה אותם בקבלה או בדחייה של המועמדות. ריאיון עם ד"ר דליה זק"ש, 8/11/12.

³³ גא"ע 24491/78-79 חומר על בית הספר להועבר לשיבת המל"ג בנושא אקדמיזציה; גזית, א', פסוול, ס' וקוטלר, צ', (1973). עמ' ג.

³⁴ שם, שם.

³⁵ המבחנים הפסיכוטכניים הונהגו על ידי בלום. להלן עמ' 60.

בשטח. המועמדות שעברו את כל השלבים הופנו לצפות בעבודת מרפאות בעיסוק בקליניקות כדי שיכירו את המקצוע והאופי הטיפולי שלו טרם תחילת הלימודים. אחר כך, הופנו לבדיקות רפואיות,³⁶ כדי לעמוד על מצב בריאותן ולודא שיוכלו להשתלב בהכשרות בבתי חולים. פרטיהן הועברו למשרד הבריאות כדי לאשר שהן תלמידות מן המניין.³⁷ למעשה, בחינות המצב בחנו את יכולת המועמדות להתמודד עם מאפייני תפקיד המרפאה בעיסוק כפי שהוא נתפס בעיני סגל בית הספר, כולל היכולת ליצור קשר טיפולי עם מטופל אחד ועם קבוצה טיפולית. ממבחנים אלה ניתן להסיק שהמקצוע נתפס כמקצוע טיפולי, סגל בית הספר מקד את המבחנים כדי לאתר את המועמדות שיצליחו להתמודד עם אתגר זה.

יעילות המבדקים שעברו המועמדות ללימודים בריפוי בעיסוק נבדקה בשני מחקרים בנושא, על ידי שושנה שילה בשנת 1976 ועל ידי כרמל אורן בשנת 1978.³⁸ מחקרה של שילה הוכיח שהמבחנים אינם מנבאים את הצלחת או אי הצלחת התלמידות בלימודים. אולם מבחני המצב והריאיון הצליחו לנבא הצלחה בהכשרה הקלינית, כיון שהתייחסו לגורם המוטיבציה ולהסתגלות בעבודה. המלצת מכון הדסה הייתה לשנות את מבחן המצב, למרות שהמבחן ניבא נכונה הערכת מיומנויות טיפוליות בעבודה.³⁹ מחקרה של אורן, שבדק את הקשר בין ציוני מבחני הכושר והציונים בלימודים להתמדה בעבודה של תלמידות המחזור הראשון הוכיח בצורה לא מובהקת, כי המרפאות בעיסוק שהתמידו בעבודה עלו מלכתחילה בכישוריהן ובציוניהן על חברותיהן למחזור.⁴⁰

כל זמן שהלימודים לא היו במסגרת האוניברסיטה אלא בבית הספר, שכר הלימוד היה נמוך בין 50-60 אחוזים משכר הלימוד באוניברסיטה.⁴¹ לתלמידות לא היו אפשרויות לקבלת מלגות והן התקשו למצוא עבודה עקב שעות לימודים ארוכות. לקראת פתיחת שנה"ל תשל"ט (1978) הוחלט שכל זמן שלא התקבל אשור המועצה להשכלה גבוהה, לא ישלמו שכר לימוד זהה לאוניברסיטה אלא העלו את שכר הלימוד בהדרגה, דהיינו העלו את השכר לערך של 50 אחוזים משכר הלימוד באוניברסיטה. בשנה זו, התלמידות עדין היו מחויבות לעבוד בשנת חובה באחד מהמוסדות המממנים למשך שנה לאחר סיום הלימודים.⁴² לאחר אישור תהליך האקדמיזציה על יד המועצה להשכלה גבוהה השתנה גובה שכר הלימוד בהתאם למקובל באוניברסיטה העברית.⁴³

³⁶ במקום הבדיקות הרפואיות שנערכו בשנות החמישים והשישים.

³⁷ HMO/51-9, מסמך שהעבירה לאה לוי להנהלת הדסה בניו ורק בפברואר 1975. ; גא"ע 24491/78-79 חומר על בית הספר שהועבר לישיבת המלי"ג ; מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, מכתב מסרדי, ז', מנהל מכון הדסה לייעוץ בבחירת מקצוע ללאה לוי, מנהלת בית הספר לרבי"ע בתאריך 16/8/71. ; מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, שילה, שי (1976) מעקב לניבוי הצלחה בבית הספר לריפוי בעיסוק.

³⁸ תיק מידע היסטורי, שילה, שי (1976) מעקב לניבוי הצלחה בבית הספר לריפוי בעיסוק. חשון תשל"ז. ; מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, אורן, כי. (1978) לאחר 32 שנה, התמדה בעבודה של מרפאות בעיסוק שנבחנו במכון הדסה, תשרי תשל"ט.

³⁹ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, שילה, שי (1976).

⁴⁰ תיק מידע היסטורי, אורן, כי (1978).

⁴¹ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל מתאריך 31/7/78.

⁴² שם, שם.

⁴³ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, מכתב מרחל דותן, ראש מדור מיון באוניברסיטה לבלה אפרתי בבית הספר לרבי"ע בתאריך 22/3/78.

המשרד לקבלת תלמידים באוניברסיטה אפשר לסגל בית הספר להמשיך לערוך בחינות קבלה ייחודיות שכללו מבחני מצב וראיונות אישיים בנוסף על הבחינות הפסיכומטריות שעברו כל המועמדים ללימודים באוניברסיטה העברית.⁴⁴

מלכתחילה יועדה תכנית ההסבה בתל אביב לבעלות תואר ראשון במדעי החברה וההתנהגות, שסיימו את לימודיהן בממוצע ציונים 85.⁴⁵ בפועל קבלו לקורס גם בוגרות תואר ראשון במדעי הרוח.⁴⁶ עשרים ושתים מרפאות בעיסוק סיימו את קורס ההסבה הראשון בתל אביב, שבע עשרה מהן היו בוגרות מדעי החברה ומדעי ההתנהגות וחמש בוגרות תואר ראשון במדעי הרוח.⁴⁷ אלה נדרשו ללמוד השלמות בקורסים בנושא מדעי החברה. כיון שרוב התלמידות היו בעלות תואר ראשון במדעי החברה וההתנהגות, קצרו את הלימודים למשך 24 חדשים מתוך הנחה כי למדו 350 שעות אוניברסיטאיות בנושאי מדעי החברה.⁴⁸ כל המועמדות הופנו לביקורים בבתי חולים כדי לפגוש מרפאות בעיסוק ולהתרשם מעבודתן.⁴⁹ בהמשך הוזמנו המועמדות לריאיון עם בפני ועדת קבלה, התלמידות שעברו את הריאיון עם ונמצאו זכאיות להסבה מקצועית קבלו מלגת קיום למשך תקופת לימודיהן.⁵⁰

גם בחיפה יועדה תכנית ההסבה לבוגרות תואר ראשון במדעי ההתנהגות והחברה ובאומנויות, שהיו זקוקות להכשרה מקצועית.⁵¹ בפועל, חלק מהסטודנטיות היו בעלות תואר ראשון במדעי הרוח. הסטודנטיות שלא היו בעלות תואר ראשון במדעי החברה חויבו בקורסי השלמה. בתהליך המיון של המועמדות הן עברו שני ראיונות: ריאיון אישי וריאיון קבוצתי. גם בוגרות קורס ההסבה השני בחיפה היו בעלות תואר ראשון בתחומים שונים: מדעי החברה, מדעי הרוח ואף שתי בוגרות תואר ראשון במדעי הטבע. הן התקבלו ללימודי ההסבה על סמך גיליון הציונים של התואר הראשון וריאיון עם קבלה עם נציגות סגל החוג.⁵²

ד. גילאים מצב משפחתי ומאפיינים דמוגרפיים

בשני הקורסים הראשונים, שנערכו בשנים 1947-1949 ניכרה הטרוגניות בגילאי המועמדות ובמצבן המשפחתי. דהיינו, התלמידות היו בגילאים שונים ולא היה רוב לתלמידות צעירות בראשית שנות העשרים לחייהן. בשונה מכך, למרות שטווחי הגילאים של תלמידות הקורסים

⁴⁴ מוזכרות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, מכתב מרחל דותן ראש מדור מיון באוניברסיטה לבלה אפרתי בבית הספר לרבי"ע בתאריך 22/3/78; ריאיון עם בלה אפרתי, 24/7/12; גא"ע 24491/78-79, ההצעה שהועברה לאישור המועצה להשכלה גבוהה. Tamir, E. Raveh, M. & Ziff, E. (1985);

⁴⁵ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, סיכום פגישה בנושא קורס ההסבה לריפוי בעיסוק מיעל הלוי לאוניברסיטת תל אביב בתאריך 16/2/75.

⁴⁶ ריאיון עם נגה זיו; ריאיון עם אביבה פריד; ריאיון עם פרופ' דליה מררי.

⁴⁷ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מקומות עבודה של בוגרי קורס ההסבה, מאי 1978.

⁴⁸ לבון 296B-4-243-IV, מסמך שנכתב על ידי יעל הלוי.

⁴⁹ מלצר, ס'. (1976). עמ' 8-10.

⁵⁰ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, נספח א' להסכם בין קופת חולים, משרד העבודה והרווחה ואוניברסיטת תל אביב.

⁵¹ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, מסמך שכתבה ד"ר דליה זק"ש בתאריך 30/11/77 School of Occupational Therapy, Haifa university

⁵² ריאיון עם דורית מגידו, 29/7/13, לא נמצאו נתונים מה היה מספר הפונות להירשם לקורס ההסבה השני בחיפה, כמה התקבלו ומה מספר הבוגרות.

השלישי והרביעי עדין היו 18-35, הרוב היו בנות 19-20.⁵³ במודעות על פתיחת ההרשמה לקורס הרביעי צוין שהמועמדות צריכות להיות בגילאים 18-30.⁵⁴ על אף שמדובר בטווח גילאים שבו סביר כי תמצאנה נשים נשואות, נראה כי ועדת הקורס, העדיפה לקבל ללימודים נשים רווקות כדי להבטיח שיימו את לימודיהן ויוכלו להתמסר לעבודה במקצוע. על אף העדיפות לרווקות, לנוכח הצורך הגדול, העמידו את טווח הגילאים עד שלושים, גילאים שסביר שתהיינה בו נשים נשואות. תופעה זו של העדפה לרווקות הייתה מקובלת למשל באנגליה עד שנות הארבעים. גם במקצועות שנחשבו 'נשיים' כמו הוראה, הייתה עדיפות לנשים רווקות על פני נשים נשואות.⁵⁵ נראה כי בישראל, זה היה המצב גם בשנות החמישים והשישים. הטרוגניות זו ניתן להבינה לנוכח תקופת הבראשית של התפתחות המקצוע. המדינה זה עתה הוקמה, מתוך מלחמה קשה, והתמודדות עם עלייה המונית ומצב כלכלי מורכב. הצורך הגדול בריפוי בעיסוק לא אפשר ברירה רבה של המועמדות. כמו כן, כפי שהמדינה הצעירה הייתה בתהליך עיצוב, גם המקצוע עצמו התעצב בשנים אלה, מתוך כך ההטרוגניות בגילאי המועמדות.

רק מהקורס החמישי שנפתח בשנת 1955 המחזוריים היו הומוגניים יותר ואכן, דיוקן התלמידה הממוצעת לריפוי בעיסוק היה של זו הרווקה. ממוצע גילאי התלמידות היה 20-22, ממש בתחילת דרכן, ויש סיכוי שטרם נישאו, כפי שהעדיפו מעצבי הקורס לכתחילה. כך למשל, כל המועמדות לקורס האחד עשר שהחל לימודיו בשנת 1962 היו רווקות. עובדה זו אפשרה להן להתמסר למקצוע תובעני, שחייב תקופות הכשרה במהלך שלוש שנות הלימודים.

בשנות השישים רוב התלמידות גדלו בסביבה עירונית, וחלקן הגיעו גם מאזורים כפריים וקיבוצים.⁵⁶ רוב התלמידות היו ילידות הארץ, מיעוטן היו עולות חדשות ממגוון ארצות, בהן דרום אפריקה, ארצות הברית, מצרים ופולין.⁵⁷ נראה כי אין זה מקרי שרוב התלמידות היו ילידות הארץ. מסתבר כי הן הועדפו על פני עולות חדשות; גם על פני עולות מדינות מערביות שבהן למדו ריפוי בעיסוק במוסדות אקדמיים גבוהים. ייתכן וההסתייגות הייתה בשל אי השליטה בשפה העברית.

כאמור, משנת 1960, למדו בקורסים גם תלמידות עולות חדשות מארצות אנגלוסכסיות, בהן נלמד מקצוע הריפוי בעיסוק במסגרת אוניברסיטאית. לקורס האחד עשר התקבלו שש בחורות ממוצא אנגלוסקסי. ברם, שלוש מהן נשרו כבר בשנת הלימודים הראשונה. ברניס מאירס, בוגרת קורס זה, סיפרה כי למרות שחלק רב מחומר הקריאה היה בשפה האנגלית, היא נזקקה לסיוע רב

⁵³ גא"ע 24491/72-73 נספח א' להצעה שהגישה פרופסור ג'ונסון; תיק מידע היסטורי, ביה"ס לרב"ע, מסמך שכתבה רחל גולדשמיד: Historical review of the school of Occupational Therapy עמ' 2-3.

⁵⁴ אצ"מ J113/1978, מודעות בעיתונים דבר, הארץ, הבקר, הצופה, על המשמר וג'רוזלם פוסט. (29/10/53).

⁵⁵ Kean, H. (1990) Deeds Not words- the lives of the Suffragette Teachers, London- Concord Mass: Pluto Press; Alison, O. (1996). Women Teachers and Feminist Politics 1900-39, Manchester and New York: Manchester press.

⁵⁶ גא"ע 24491/72-73 נספח א' להצעה שהגישה פרופסור ג'ונסון; תיק מידע היסטורי, ביה"ס לרב"ע, מסמך שכתבה רחל גולדשמיד: Historical review of the school of Occupational Therapy עמ' 2-3.

⁵⁷ אצ"מ J113/1981, פרוטוקול ישיבת הוועדה של הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 8/11/62.

מחברותיה ללימודים.⁵⁸ עדותה של ברניס מאיירס מלמדת על רצון עז של המועמדות להתקבל ללימודים ולהצליח להתמיד בהם.

כיון שהסטודנטיות בתכנית ההסבה בתל אביב היו בעלות תואר ראשון, ממוצע הגילאים שלהן היה גבוה משל התלמידות בירושלים. היו בקורס שתי קבוצות עיקריות: סטודנטיות רווקות שהיו מאוד פנויות ללמידה ולהתעמקות וסטודנטיות נשואות ובעלות משפחה שמשאב הזמן שלהן היה יותר מוגבל.⁵⁹ גם הקבוצה שהתקבלה לתכנית בחיפה הייתה הטרוגנית, נשים בגילאים ובמצבים משפחתיים שונים. חתך הגילאים לא היה זהה והקבוצה נחלקה לנשים רווקות ולנשים בעלות משפחה ומטופלות בילדים.⁶⁰

ה. ירידה במספר המועמדות ללימודים ונשירת תלמידות

הקורסים לריפוי בעיסוק היו על טהרת המין הנשי עד לקורס השישי בשנת 1956, היה זה הקורס הראשון שבו למד גבר.⁶¹ "חשבנו שרק נשים יכולות לעבוד במקצוע... כשהופיע הגבר הראשון כולן שמחו", העידה שושנה ינאי.⁶² ייתכן והשמחה נבעה מתקווה לשינוי בתדמית ומעמד המקצוע. ברם, כניסת גבר ללימודים לא השפיעה על תנאי הלימודים ולא הביאה לשינוי במעמד המקצוע ובמספר המועמדות ללימודים. אולי בשל מספרם המועט של הגברים שהצטרפו למקצוע בשנים הבאות, מה שגרם לכך שתדמיתו הנשית של המקצוע לא ממש השתנתה. כך לדוגמה: בקורס התשיעי שהחל לימודיו בשנת 1960, יש עדות לשני גברים שלמדו ריפוי בעיסוק, אחד מהם עזב את הלימודים מסיבות לימודיות.⁶³ גם בקורס האחד עשר למד גבר אחד, תלמיד מהכפר מכר בגליל.⁶⁴ בשנת 1970 היו רק ששה מרפאים בעיסוק מוסמכים. נתונים אלה מוכיחים באופן חד משמעי את העובדה שהמקצוע נשלט על ידי נשים וגברים לא ראו בו אפשרות לתעסוקה.⁶⁵

שתי מגמות אפיינו את תלמידות מערכת ההכשרה בריפוי בעיסוק מראשית שנות החמישים ועד שנת 1964, והן ירידה במספר המועמדות להצטרף לקורסי ההכשרה ונשירה של תלמידות הקורסים.⁶⁶ המגמה החלה בקורס השלישי, כשחמישים ואחת מועמדות פנו להירשם ללימודים, מהן התקבלו עשרים ואחת תלמידות ורק שש עשרה סיימו את הלימודים.⁶⁷ בעקבות מגמות אלה

⁵⁸ "את כל ההרצאות כתבו על נייר קופי, מאוד עזרו והייתה תמיכה בין הבנות" העידה ברניס. ריאיון עם ברניס מאיירס, 19/2/12.

⁵⁹ ריאיון עם נגה זיו 2/4/12.

⁶⁰ ריאיון עם מיכל גלברט 10/7/13.

⁶¹ אצ"מ J113/1980, פרוטוקול ישיבת הוועדה המורחבת לקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 6/12/59. דוד אטינהרט, למד בקורס השישי וסיים את הלימודים. לאחר מסי' שנים למד תואר ראשון ושני בפסיכולוגיה והסב מקצוע. ריאיון עם בלה אפרתי 30/9/09.

⁶² ריאיון עם שושנה ינאי, 10/11/10.

⁶³ אצ"מ J113/1981, פרוטוקול ישיבת הוועדה המורחבת של הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 11/12/61.

⁶⁴ אצ"מ J113/1981, פרוטוקול ישיבת הוועדה של הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 8/11/62.

⁶⁵ תיק מידע היסטורי, בית הספר לרבי"ע, לקט ליועץ-1970, נכתב ע"י רחל גולדשמיד.

⁶⁶ ראו נספח מס' 1, הכולל מספרי המועמדות והתלמידות בין השנים 1947-1976.

⁶⁷ אצ"מ J113/1977, פרוטוקול ישיבת ועדת הקורס לריפוי בעיסוק בתאריך 1/10/52; אצ"מ J113/1980, מסמך מתאריך 24/11/58 שכותרתו: ריפוי בעיסוק בארץ, לא מצויין שם הכותב, ייתכן שנכתב ע"י מאירה קנטור, מרכזת הקורס.

ניסו נציגי חיל הרפואה שהשתתפו בוועדות הקורס להציע תנאים לעידוד חיילים ובעיקר חיילות להירשם לקורס. הוחלט שלמועמדים שהגישו מועמדות בעת היותם חיילים, יחשבו הלימודים כשירות חובה. בנוסף הוחלט כי תלמידים שגרים מחוץ לירושלים יהיו זכאים לקבל מהדסה דוור ב"שכר הקרן". הדיור הוצע רק לנשים, מכיוון שתנאי המגורים היו חדר אחד לחמש נשים.⁶⁸ אולם על אף פיתויים אלה, היה קושי להביא תלמידות למקצוע.

מהתייחסות ועדת הקורס למגמת העזיבה של תלמידות מהקורס החמישי בשנת 1955 עולה כי לחברי הועדה לא היה ברור מה הסיבה לעזיבה, האם היא קשורה לתגמול כספי לא הולם בסיום הלימודים או לתנאי ההכשרות,⁶⁹ ואולי לרף הלימודים הקשה? חברי הועדה לא העלו את האפשרות שמעמדו הארעי של הקורס הוסיף על שלוש הסיבות הקודמות והגביר את הנשירה מהמקצוע וההימנעות להתחיל את הלימודים ולסיימם. נתוני מספרי התלמידות מצביעים על עלייה במספר התלמידות משנת 1965, לאחר שהקורס קבל מעמד של בית ספר קבוע.⁷⁰

ייתכן והצמצום במספר התלמידות והמועמדות נבע מהקושי של נשים נשואות ונשים מטופלות בילדים צעירים להתמיד במסגרת לימודים נוקשה. על אף התדמית הנשית של המקצוע, הרי שההכשרה בו הייתה מורכבת לנשים נשואות ומטופלות בילדים, במיוחד לנוכח הצורך בהעסקת המגורים למחוזות מרוחקים. יש לשער כי בתקופה בה רוב הנשים הנשואות לא עבדו מחוץ לבתיהן, נשים לאחר שירות צבאי בחרו במקצועות פחות נוקשים שאינם מחייבים העסקת מקום מגורים והתחייבות לשלוש שנים. נתוני מספר הנשים שלמדו באוניברסיטאות בשנת תשי"ט (1959) מעידים כי מחצית מהסטודנטים היו נשים.⁷¹ גידול מרשים חל גם במספר התלמידים במכללות למורים, בתי ספר לאחיות מוסמכות, בתי ספר לטכנאים ולהנדסאים, בתי ספר לפקידות מנהל ובנקאות, אקדמיות למוסיקה ולאומנות ומוסדות להכשרת עובדים סוציאליים.⁷² אמנם הללו לא הצריכו את העסקת המגורים במהלך ההכשרות ובכל זאת, בהשוואה למסגרות הכשרה מקצועיות ואוניברסיטאיות באותן שנים, נראה כי במקצוע הריפוי בעיסוק התהליך היה שונה: המשיכה מגמת הירידה במספר המועמדות ובמספר התלמידות. מצבה של מערכת ההכשרה בריפוי בעיסוק היה בבחינת פרדוקס; מצד אחד התחום נתפס הולם לנשים ובעל תדמית נשית. מן הצד השני, הסיבות לנשירה היו אי התאמתו לנשים, תנאי הקורס לא אפשרו באותם הימים את שילוב ההתמקצעות עם הקמת משפחה.

מגמת הירידה במספר התלמידות החריפה בשנים הבאות. בקורס השביעי שנפתח בשנת 1958 החלו ללמוד שבע עשרה תלמידות בלבד. בין יתר הסיבות שצוינו על ידי ועדת הקורס הועלתה השערה שזאת "מכיון שהצבא לא שחרר או נתן דחיה לשבע תלמידות שעברו את הקונקורס".⁷³

⁶⁸ ארכיון צה"ל, תיק 83/685/1958, מכתב מרס"ן בנאל, ראש ענף רפואה פעילה בתאריך 1/9/52.

⁶⁹ אצ"מ J113/1979, פרוטוקול ישיבת ועדת הקורס לריפוי בעיסוק בתאריך 25/7/55.

⁷⁰ להלן נספח מס' 1; תיק מידע היסטורי, בית הספר לריפוי בעיסוק, רשימת הבוגרות - חלוקה על פי מחזורים.

⁷¹ ארכיון הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי תשי"ט, לוח 23, לוח 24.

⁷² הרמן, א' (תשל"ג). עמ' 178-184; ליפסון, ש' (תשל"ג). עמ' 173-178; כהן, ר' וקרנצ'ר, א' (2008) שישים שנה בראי הסטטיסטיקה, סטטיסטיקל 80, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, עמ' 7. נדלה בתאריך 9/7/13 http://www.cbs.gov.il/statistical/statistical60_heb.pdf; רייכל, נ' (תשס"ח). עמ' 125-128.

⁷³ אצ"מ J113/1980, מסמך מתאריך 24/11/58 שכותרתו: ריפוי בעיסוק בארץ, לא מצויין שם הכותב, ייתכן שנכתב ע"י מאירה קנטור, מרכזת הקורס.

לא ברור מה הסיבה לכך ששבע מהנרשמות ללימודים לא שוחררו מהצבא. כאמור, מהקורס השלישי גייסה וועדת הקורס מועמדות מקרב חיילות בסדיר במטרה למלא את המקומות הפנויים בקורס,⁷⁴ אולם נראה כי גם ניסיון זה לא צלח בקורס השביעי.

לקורס השמיני שהחל לימודיו בשנת 1959, התקבלו תשע עשרה תלמידות אך חמש הודיעו שלא יתחילו את הלימודים.⁷⁵ הסיבות לביטול הלימודים היו נישואים, שירות צבאי והתערבות הורים שהתנגדו ללימודי מקצוע המצריכים עבודה בבתי חולים. רק שתיים עשרה תלמידות (מתוך ארבע עשרה) סיימו את הלימודים בקורס הזה.⁷⁶ הירידה במספר התלמידות שביקשו ללמוד את המקצוע החלו את הלימודים ונשרו העלתה בקרב ועדת הקורס תהיות ואת התחושה "כי המקצוע הולך ודועך". בוועדה הועלתה הסברה שחלק מהתלמידות מעדיפות ללמוד בבית ספר קבוע או באוניברסיטה. וכי מפאת גילן של המועמדות, המגיעות ללימודים אחרי שרות צבאי הן חושבות על הקמת משפחה ומשכורות.⁷⁷ מתוך מחשבה שההיבט הכלכלי הוא המרתיע, הוצע להקל בתנאי הלימודים ולספק לתלמידות תנאי פנימייה מלאים ולהטיב את תנאי התלמידות בעת השהות בהכשרה הקלינית. זו הייתה הפעם הראשונה, כך נראה, שהוועדה שקלה את הקשיים בגיוס תלמידות תוך שימוש בנינוח מגדרי של הנתונים. הוועדה התייחסה להיותן נשים ולמגבלות שניצבו בפניהן באותה העת, בראש ובראשונה המצב המשפחתי. מדובר בצעירות שביקשו להקים משפחה, ותנאי הקורס לא אפשרו באותם הימים את שילוב ההתמקצעות עם הקמת משפחה ובהתאם לכך להציע שינוי. יתרה מזאת, מקצוע הריפוי בעיסוק היה תחום נשי ההולם נשים אך בפועל נשים נשואות התקשו לסיים את מסלול הלימודים.

היבט מגדרי נוסף עלה בעדותה של בלה אפרתי.⁷⁸ אפרתי ספרה כי בשנים בהם רכזה והדריכה את ההכשרות הקליניות היה צמצום במספר הפונות שהגישו מועמדות ללמוד. צוות הקורס שכלל באותן שנים את רחל גולדשמיד ובלה ברר את הנושא וגילה ש"הייתה שמועה שמרפאות בעיסוק לא מתחנות".⁷⁹ שמועה זו גרמה לבחורות להימנע להגיש מועמדות. "בנות לא באו ללמוד וזה היה משהו הזוי והתחלנו להזים את השמועה".⁸⁰ נוסף לכל הבעיות שעלו עקב הדימוי הנשי של המקצוע, השמועה שמי שבחרת במקצוע לא נישאת, גרמה לנשים לחפש מקצוע חלופי. באותם שנים המשפחה הייתה הערך החשוב ביותר בחיי האישה, קודם לקריירה המקצועית. שמועה זו הרחיבה את הפרדוקס; מחד גיסא המקצוע היה בעל דימוי נשי ונשים היו לרוב המכריע של מרפאות בעיסוק מוסמכות. מאידך גיסא, השמועה שמי שבחרת ללמוד את המקצוע לא נישאת, הרחיקה מועמדות פוטנציאליות והקשתה על גיוס תלמידות חדשות ללימודים.

⁷⁴ בארכיון צה"ל לא נמצאו מסמכים המעידים על גיוס של מועמדות ללימודים.

⁷⁵ אצ"מ J113/1980, פרוטוקול ישיבת הוועדה המורחבת לקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 25/11/59.

⁷⁶ תיק מידע היסטורי, בית הספר לריפוי בעיסוק, ירושלים. רשימת הבוגרות.

⁷⁷ להלן הערה מס' 75.

⁷⁸ ריאיון עם בלה אפרתי 10/6/13.

⁷⁹ שם, שם.

⁸⁰ שם, שם.

מפרוטוקולי ישיבות ועדת הקורס התשיעי עולה כי הנושא המגדרי המשיך להיות מהותי והשפיע על מצבת כוח האדם בקורס. מגמת צמצום מספר התלמידות המשיכה מהקורס התשיעי עד הקורס הארבעה עשר בשנת 1965,⁸¹ מקבץ בעיות שנבעו ממגדרן של התלמידות, ובראשן סוגית המצב המשפחתי: תלמידות נישאו והפסיקו את לימודיהן. ההורות הייתה גורם מכריע: תלמידות שהחלו לימודים עם הקורס השמיני נאלצו לחכות שנה אם יצאו לחופשת לידה ולהמשיך לימודיהן בקורס הבא, התשיעי. חלק מהתלמידות שנישאו או ילדו לא חיכו שנה ובחרו להפסיק את לימודיהן.⁸² אולם היו גם בעיות אחרות, תלמידות ביקשו לעשות הכשרות במוסדות הצבא על חשבון משך שירות החובה, כדי לקצר את תקופת מחויבותן ללימודים.⁸³ קשיים כלכליים, אופייניים לכלל הסטודנטים השפיעו גם על תלמידות הקורסים. לפן הכלכלי היו שני היבטים; המחויבות לעבודה במוסדות בתקופת ההכשרות הקשתה על תלמידות שנאלצו לפרנס את עצמן בשעות אחר הצהריים והערב. הן בקשו מוועדת הקורס לקצר את שעות הלימוד בהכשרה עקב מחויבות למקומות עבודה.⁸⁴ זאת ועוד, תלמידות שנאלצו לעקור את מקום מגוריהם לצורך ההכשרה לא יכלו להתחייב למקומות עבודה קבועים בשעות אחר הצהריים. מצד שני, נשים המשיכו להגיש מועמדות לקורס עקב שיקול כלכלי, שכן היו שנים בהן הלימודים בקורס היו בחינם. חלק מהמרפאות בעיסוק העידו כי זכור להן ששילמו שכר לימוד ואילו אחרות העידו כי אחת הסיבות לבחירת המקצוע הייתה האפשרות ללמוד מקצוע מבלי לשלם שכר לימוד.⁸⁵ ייתכן כי למרות התנאים הקשים בקבלה לקורס ובתקופת ההכשרה, מימון הלימודים קרץ לחלק מהמועמדות והיה אטרקטיבי עבור הפונות ללימודי המקצוע.

אולם, למרות הירידה במספר התלמידות, סגל הקורס והוועדה המורחבת בראשותו לא התפשרו על רמת הלימודים ועל שמירת ההנחיות בעת ההכשרות. תלמידות שהפסידו ימי הכשרות נאלצו להשלים את ההכשרות בסיום שלוש שנות לימודים. תלמידות שחוות הדעת עליהן בהכשרות הקליניות היו שליליות נאלצו להפסיק את לימודיהן. גם תלמידות שנכשלו במבחנים העיוניים עזבו את הקורס.⁸⁶

הירידה במספר המועמדות ללימודים ובמספר התלמידות בריפוי בעיסוק עד שנת 1965, בולטת לנוכח העלייה במספר הסטודנטים והסטודנטיות בישראל בין השנים 1959-1969. נתוני משרד החינוך מעידים כי בשנות השישים חלה עלייה גדולה במספר הסטודנטים, 15,000 בשנת 1962 לעומת כ- 50,000 כעבור עשר שנים. הרוב המוחלט של הסטודנטים שסיימו תואר ראשון,

⁸¹ ראו נספח מס' 1. אצ"מ J113/1981; פרוטוקול ישיבת הוועדה המורחבת של הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 29/5/62; למחזור עשירי שהחל לימודיו בשנת 1961, התקבלו עשרים ושבע תלמידות אך רק עשרים ואחת הגיעו ללימודים בקורס וסיימו תשע עשרה תלמידות. אצ"מ J113/1981, פרוטוקול ישיבת הוועדה המורחבת של הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 11/12/61; אצ"מ J113/1981, פרוטוקול ישיבת הוועדה של הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 8/11/62.

⁸² אצ"מ J113/1980, פרוטוקול ישיבת הוועדה המורחבת לקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 8/11/62.

⁸³ אצ"מ J113/1981, פרוטוקול ישיבת הוועדה המורחבת של הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 29/5/62.

⁸⁴ אצ"מ J113/1981, שם.

⁸⁵ העידה בטי אלעזר, בוגרת הקורס התשיעי כי היא בחרה ללמוד מקצוע "משהו קרוב לרפואה שאפשר ללמוד מבלי לשלם שכר לימוד." ריאיון עם בלי אלעזר, 18/10/12; אורנה צרפתי תיארה כי כאשר השתחררה מהצבא בחנה טופס עם מקצועות בהם הופיע מקצוע הריפוי בעיסוק. הלימודים היו בחינם והעובדה סייעה לה בהחלטתה להגיש מועמדות ללימודים. ריאיון עם אורנה צרפתי, 2/2/11.

⁸⁶ אצ"מ J113/1981, פרוטוקול ישיבת הוועדה המורחבת של הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 29/5/62.

היו ילידי הארץ וילידי אירופה, תושבי מרכז הארץ.⁸⁷ נתוני רוב התלמידות לריפוי בעיסוק תואמים פרופיל זה. נשים שפנו ללמוד במערכת ההשכלה העל תיכונית העדיפו ללמוד באוניברסיטאות או בבתי ספר בעלי מעמד קבוע. זאת ועוד, בבית הספר לריפוי בעיסוק לא הצליחו להגדיל את מחזורי התלמידות ואת מספר המרפאות בעיסוק המוסמכות העתידיות. הגדלת מספר התלמידות בכל מחזור הייתה תלויה בהרחבת סגל המדריכות והמורות בבית הספר. לכך היו שני מכשולים: חוסר בתקציבים למימון הרחבת הסגל וחוסר במרפאות בעיסוק בעלות תארים אקדמיים שיוכלו להשתלב בעבודת הסגל, ללמד ולהדריך את התלמידות.

גידול במספר התלמידות החל רק מהקורס החמשה עשר בשנת 1966, כאשר הקורס שינה מעמד לבית ספר ונפתח מחזור חדש בכל שנה. השינוי חזק את הסברה שהארעיות במעמד הקורס הייתה גורם משפיע. העקביות בפתחת מחזורים חדשים בכל שנה הביאה לשינוי: 26-34 בוגרות סיימו את הלימודים בכל שנה.⁸⁸

ראשית שנות השבעים אופיינה בבית הספר כתקופה בה החלה שוב מגמת נשירה של תלמידות; תופעה שהחלה בשנות החמישים והתמתנה בשנת 1965. מועמדות שעברו את בחינות הקבלה והתקבלו ללימודים לא הופיעו ללימודים.⁸⁹ מספר מועט של תלמידות שהתחייבו להשלים בגרויות השלימו את הבגרויות אך עזבו את בית הספר, כנראה פנו ללימודים במקצוע אקדמאי.⁹⁰ תלמידות שהגיעו מחו"ל פרשו בחדשי הלימודים הראשונים עקב קשיי שפה ותלמידות ישראליות החליטו לפרוש עקב עומס בלימודים.⁹¹ לא נמצאו אזכורים לכך שהועד המנהל של בית הספר ניסה להגדיל את מספר התלמידות בכל מחזור כדי להתמודד עם הפער בין מספר הבוגרות לדרישה לכח אדם מקצועי בשטח. בשנת 1970 הוחלט לראשונה לקבל ללימודים 45 תלמידות בכדי לגשר על הפער.⁹² ברם, החלטה זו לא עמדה במבחן המציאות, משום שהתשתיות וכח האדם בבית הספר, לא היו ערוכים להתמודד עם מחזורי תלמידות בהיקפים כאלה. תופעת נשירת התלמידות המשיכה לאורך שנות השבעים.⁹³

בשנים 1969-1978, היו בין 220-420 פניות להרשמה לבית הספר בכל שנה. רק כמחצית מהמועמדות הופנו לבחינות הכניסה.⁹⁴ בכל מחזור התקבלו בין 30-44 תלמידות וסיימו את הלימודים מחזורים של 25-36 בוגרות.⁹⁵ המספר הגדול ביותר של פונות להרשמה היה בשנת 1974, לאחר מלחמת יום הכיפורים. יש לשער כי הצורך הבוער במרפאות בעיסוק בטיפול במספר

87 הרמן, א' (תשל"ג). עמ' 178-184; ליפסון, ש' (תשל"ג). עמ' 173-178; רייכל, נ' (תשס"ח). עמ' 125-128.

88 תיק מידע היסטורי, בית הספר לריפוי בעיסוק, רשימת הבוגרות - חלוקה על פי מחזורים.

89 תיק מידע היסטורי ביה"ס לרב"ע, זכרון דברים משיבת הועד המנהל בתאריך 2/1/73; תיק מידע היסטורי ביה"ס לרב"ע, דו"ח על פעולות ביה"ס בתקופה אוגוסט-דצמבר 1971.

90 שם, שם.

91 תיק מידע היסטורי, בית הספר לרב"ע, זכרון דברים משיבת הועד המנהל בתאריך 28/4/70.

92 תיק מידע היסטורי ביה"ס לרב"ע, זכרון דברים משיבת הועד המנהל בתאריך 2/1/73; תיק מידע היסטורי ביה"ס לרב"ע, דו"ח על פעולות ביה"ס בתקופה אוגוסט-דצמבר 1971.

93 גא"ע 24491/78-79, לוח מס' 1- בוגרי בית הספר בעשר השנים האחרונות, חומר שהועבר לשיבת המועצה להשכלה גבוהה בספטמבר 1978.

94 שם, שם.

95 שם, שם.

הרב של הפצועים והתערות המקצוע בצוותים השיקומיים במרכזי השיקום בבתי החולים, השפיע על ההתעניינות במקצוע. במחזור זה סיימו את הלימודים 36 תלמידות. המחזור עם המספר הקטן ביותר של תלמידות ובוגרות בשנות השבעים היה המחזור שהחל לימודים בשנת 1978, בשנה זו פנו 290 מועמדות להרשמה ורק 16 תלמידות סיימו את הלימודים. ייתכן שהייתה זו תוצאה של סימני השאלה בנושא מעמד בית הספר ותהליך האקדמיזציה של המקצוע. נתון זה מעיד כי היחס בין מספר הפונות להרשמה לבוגרות היה בקרבת אחת לעשר (1:10) דהיינו, בוגרת אחת על כעשר פונות להרשמה. עם זאת, במהלך שנות השבעים חלה עלייה קטנה במספר התלמידות שסיימו את הלימודים והוכשרו לעבודה כמרפאות בעיסוק מוסמכות. בשנים אלה, מעמד בית הספר היה קבוע אך לא היה ברור האם בית הספר יעבור למסגרת אקדמית, עובדה שיכלה להשפיע על שיקולי בחירת לימודי מקצוע של נשים צעירות שהיו בעלות נתוני השכלה שאפשרו להן להתקבל ללימודים באוניברסיטה.

ו. שיקולי התלמידות בבחירת המקצוע

בשנות החמישים והשישים היה האלטרואיזם שיקול מהותי בבחירת מקצוע. השיקולים הנוספים היו רצון ללמוד מקצוע המשלב מלאכות יד, היכרות עם המקצועות הפרא רפואיים ורצון לעסוק בהם וקרבה משפחתית לצוות בית החולים הדסה. אחת הנרשמות לקורס הרביעי הייתה רחל גולדשמיד, שפנתה בעקבות מודעה שראתה בעיתון לאחר שנחשפה למקצוע בבית החולים טלביה בו עבדה בחופשת הקיץ.⁹⁶ בוגרת אחרת של הקורס הייתה מרים בבלי, שנחשפה למקצוע בעקבות ביקור במרפאת ריפוי בעיסוק בהדסה ברחוב הסולל ורצתה לשלב בין טיפול למלאכות יד. גם אביבה פריד החלה לימודיה בקורס הרביעי, אביבה העידה כי בין התלמידות במחזור הרביעי היו מספר תלמידות שפנו ללימודים במקצוע בגין המלצות של קרובי משפחה עובדי או עובדות הדסה.⁹⁷ נתון שאפיין את המועמדות שפנו להירשם לקורס הראשון.

הדרישות הנוקשות בקבלת התלמידות בהשוואה למוסדות הכשרה אחרים, כגון בית ספר לאחיות או סמינרים להכשרת מורים, לא השתנו במהלך השנים, זאת למרות שהייתה ירידה משמעותית במספר הפונות ללימודים ובמספר המסיימות את הקורסים לריפוי בעיסוק.⁹⁸ נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מאשרים כי הרמה של הפונות ללימודי הריפוי בעיסוק הייתה גבוהה בהשוואה לפונות למסגרות להכשרה על תיכונית לדוגמה, רק 27.8% אחוזים בקרב הפונות לבתי המדרש לגננות ולמורים היו בעלי תעודת בגרות בשנת תש"ל (1969/70).⁹⁹ ליפסון ציין כי רק בשנת תשכ"ז (1967) דרשו מהמועמדות ללימודי אחיות מוסמכות השכלה של שתים עשרה שנות לימוד.¹⁰⁰ שחף ציינה כי בקרב הפונות ללימודי סיעוד בשנות השישים היו נשים רבות ממעמד

⁹⁶ רחל גולדשמיד ניהלה את הקורס לריפוי בעיסוק בשנים 1962-1970. להלן עמ' 300.

⁹⁷ גם חלק מתלמידות הקורס הראשון היו קשורות לעובדי הדסה ודרכם פנו ללימודים. ראו שער ראשון עמ' 59.

⁹⁸ להרחבה בנושא ירידה במספר המועמדות ונשירת תלמידות עמ' 201.

⁹⁹ שנתון סטטיסטי לישראל 1986, מס' 37, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. לוח כ"ב/29- תלמידים באוניברסיטה לפי תואר ומוסד. לוח כ"ב/31- תלמידים באוניברסיטאות לפי תואר, תחום לימוד, מין, גיל, קבוצת אוכלוסייה ויבשת לידה. לוח כ"ב/28 – תלמידי בתי מדרש למורים ולגננות.

¹⁰⁰ ליפסון, ש' (תשל"ג). החינוך בישראל, עמ' 173-184.

חברתי נמוך, בנות למשפחות עולים, אשר בחרו ללמוד את מקצוע הסיעוד כאפשרות להשיג מובילות חברתית.¹⁰¹

עולה השאלה מדוע נשים בעלות תעודת בגרות או השכלה תיכונית מלאה פנו ללימודי המקצוע? נתונה של המועמדות לקורס לריפוי בעיסוק ושל בוגרות הקורסים אפשרו להן להתקבל ללימודים בבתי מדרש להוראה ולבתי ספר לאחיות. המועמדות שהיו בעלות תעודת בגרות ודאי יכלו להתקבל גם ללימודים באוניברסיטה. למרות זאת, הן העדיפו ללמוד ריפוי בעיסוק.¹⁰² במהלך השנים המסוקרות בפרק זה חל גידול מרשים במספר הנשים שפנו לרכוש השכלה על תיכונית באוניברסיטאות ובמוסדות להכשרה על תיכונית. בתשי"ט (1949) 398 נשים למדו באוניברסיטה העברית ובטכניון.¹⁰³ אחוזי הסטודנטיות בקרב הסטודנטים עלו בהדרגה והיו בשנת תשל"ה (1975) 42.9% אחוזים מכלל הסטודנטים.¹⁰⁴ הרוב המוחלט של סטודנטים מסיימי תואר ראשון היו ילידי הארץ וילידי אירופה, תושבי מרכז הארץ.¹⁰⁵ פרופיל זה התאים לתלמידות הקורס לריפוי בעיסוק, ומחזק את השאלה מדוע המשיכו נשים לפנות ללימודי המקצוע?

טליה בבקוף קמחי, ציינה בחירת המקצוע של נשים מושפעת מגורמים תרבותיים המושפעים מהמצב הפוליטי, הכלכלי וממדיניות חברתית.¹⁰⁶ בחירתן של נשים משכילות לבחור בלימודי הריפוי בעיסוק מעידה על רצון ללמוד מקצוע אלטרואיסטי, בתקופה בה האתוס היה לתרום ולשרת את המדינה. בבקוף הדגישה את נטיית נשים לבחור במקצועות שאפשרו לשלב בין תחומי החיים המרכזיים דהיינו היחס בין עבודה למשפחה.¹⁰⁷ אולי העובדה שמדובר במקצוע נשי דרבנה נשים לבוא וללמוד מקצוע זה. החינוך הדיפרנציאלי על פי מין, כפי שהיה בקורס לריפוי בעיסוק, הציע מגוון אפשרויות מצומצם לנשים והקרין על שוק העבודה וזכויותיה של האישה העובדת.¹⁰⁸ נשים ישראליות בחרו במקצוע שאפשר להן להיות "המפרנסת השנייה" בשל האחריות הבלעדית על הטיפול בילדים ובמשק הבית.¹⁰⁹ נשים עברו "מתפקיד מרכזי אחד לבא אחריו, כל עוד לא נישאה וילדה ילדים, מרכזי חיה היה עבודתה".¹¹⁰ רובן של התלמידות בקורסים ובבית הספר לריפוי בעיסוק היו רווקות ולכן יכלו להקדיש את זמןן ומרצן ללימודים ולתנאי ההכשרות הנוקשים, עד לשלב בו נישאו והקימו משפחות.

¹⁰¹ רק נשים מהקיבוצים שפנו ללימודים בבתי ספר לאחיות היו ילידות הארץ, שחף, שי' (2014). עמ' 45-50.

¹⁰² אצ"מ J113/1980, פרוטוקול ישיבת הוועדה המורחבת לקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 25/11/59.

¹⁰³ ארכיון הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי תשט"ו, לוח 7; ארכיון הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, שנתון סטטיסטי תשי"ט, לוח 20, לוח 22.

¹⁰⁴ שנתון סטטיסטי לישראל 1986, מס' 37, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. לוח כ"ב/29- תלמידים באוניברסיטה לפי תואר ומוסד. לוח כ"ב/31- תלמידים באוניברסיטאות לפי תואר, תחום לימוד, מין, גיל, קבוצת אוכלוסייה ויבשת לידה. שנתון סטטיסטי לישראל 1996, מס' 47, לוח 22/24- חינוך והשכלה.

¹⁰⁵ הרמן, א' (תשל"ג). עמ' 178-184; ליפסון, שי' (תשל"ג). עמ' 173-178; רייכל, נ' (תשס"ח). עמ' 125-128.

¹⁰⁶ בבקוף-קמחי, ט' (2004).

¹⁰⁷ שם, שם.

¹⁰⁸ יזרעאלי, ד' (1997). עמ' 80-107.

¹⁰⁹ Kraus, V. (2002). אצל בבקוף-קמחי, ט' (2004).

¹¹⁰ שם, שם.

ייתכן כי דרישות הקבלה הנוקשות ובחינות מיון המועמדות שדרו יוקרה ואליטיסטיות וגרמו לנשים צעירות לבחור במקצוע. בן פרץ מצאה כי ככל שהדרישות המקדימות לכניסה למקצוע גבוהות יותר, עולים מעמד המקצוע ויוקרתו.¹¹¹ שמידע וכך מצאו קשר בין מידת הסלקטיביות בקליטת תלמידים ליוקרת מוסד חינוכי תיכוני.¹¹² הקורס לריפוי בעיסוק היה שייך למערכת ההשכלה העל תיכונית, יש לשער כי הקשר שמצאו שמידע וכך השפיע גם במוסדות על תיכוניים. למרות הקשיים במעמד הקורס, הפונות ללימודים באו ממעמדות חברתיים גבוהים, עובדה שהוסיפה ליוקרה המקצועית. נתון נוסף שהוסיף ליוקרה המקצועית היה החברות בין התלמידות. כל המרואיינות העידו על קשרי חברות הדוקים בין התלמידות ותחושת גאווה ושליחות "היה נחמד מבחינה חברתית, היינו גאות", העידה בוגרת.¹¹³ וחברתה הוסיפה "הייתה אוירה ביתית", אינטימית,¹¹⁴ שיצרה בקרב התלמידות מעין "גאוות יחידה" אליטיסטית. החברות והשליחות המשותפת חזקו את הקשרים בין התלמידות. הלכידות החברתית הייתה אפוא גורם משיכה נוסף ובדיעבד הוסיפה יוקרה לקורס. ייתכן וסיבות אלו דרבנו מועמדות בעלות נתונים טובים ללמוד את המקצוע.

בשנות השבעים מועמדות פנו למקצוע מסיבות שונות:¹¹⁵ חלק מהן היו קצינות סעד בצבא וביקשו להמשיך ולהתמקצע בתחום ממקצועות הבריאות והרווחה גם באזרחות. מועמדות אחרות נחשפו למקצוע כתוצאה מצורך של אחד מבני המשפחה בטיפול וכתוצאה מקשרים חברתיים עם תלמידות או בוגרות. מיעוט מהפונות קראו מודעה בעיתון ובאמצעותה פנו לבית הספר. שיקולי המועמדות בבחירת המקצוע היו הגיוון בתחומי ההתמחות והסטטוס החברתי שליווה את המקצוע, ייתכן כתוצאה מדרישות הקבלה ומבחינות הכניסה, שעות העבודה הנוחות ללא משמרות והעובדה שהלימודים בתום שלוש שנים העניקו מקצוע שאפשר יציאה לעבודה והתפרנסות ממנה,¹¹⁶ להבדיל מלימודי פסיכולוגיה או סוציולוגיה בהם נדרשו לימודים לתואר שני. העובדה שתלמידות ציינו את הסטטוס החברתי שליווה את המקצוע כמניע להירשם ללימודים, מלמד על יוקרה מקצועית. נתון זה מחזק את הקשר בין מבדקי הקבלה הנוקשים לכך שהמקצוע נתפס כיוקרתי ואליטיסטי. בשנים הנדונות, רוב המקצועות היוקרתיים היו מקצועות גבריים, עובדה שאינה עולה בקנה אחד עם התדמית הנשית של המקצוע. ייתכן והיו גם מקצועות יוקרתיים בקרב המקצועות הנשיים והריפוי בעיסוק היה אחד מהם.

תחושת השייכות והשליחות המקצועית הייתה אופיינית גם לסטודנטיות בתכניות ההסבה. עדויות בוגרות קורסי ההסבה שהתנסו בלימודי תואר ראשון באוניברסיטה מלמדות על אווירה ייחודית בין הסטודנטיות לסגל, להבדיל מלימודי תואר ראשון באוניברסיטה. הקשר בין הסטודנטיות למרצות במהלך הלימודים בתכניות ההסבה בתל אביב ובחיפה היה אינטימי ובלתי

¹¹¹ בן פרץ, מ' (2009).

¹¹² שמידע, מ' וכך, י. (1994). עמ' 125-132. נושא היוקרה הבית ספרית נבדק במערכת החינוך העל יסודית. יוקרה חינוכית מושפעת מהסלקטיביות בתהליך הקבלה של התלמידים, מרמת הדרישות של תכניות הלימודים מהתנאים הפיזיים של בית הספר ומשיעורי ההצלחה בבחינות הבגרות.

¹¹³ ריאיון עם מרים בבלי, 19/10/11.

¹¹⁴ שם, שם.

¹¹⁵ גזית, א', פסוול, ס' וקוטלר, צ'. (1973). עמ' ג.

¹¹⁶ שם, שם.

אמצעי,¹¹⁷ והאווירה בין הסטודנטיות לסגל תוארה "מאוד נעימה".¹¹⁸ תקופת הלימודים ותחומי העניין שנלמדו תוארו כתקופה בה נחשפו הסטודנטיות לתחומי עניין מרתקים.¹¹⁹ "הלמידה הייתה אישית, לא פורמלית וחוייתית".¹²⁰ הלימודים בקורסי ההסבה זכורים לבוגרות כ"תהליך מאוד משמעותי ששינה את תפיסת העולם ואת האדם".¹²¹ ההערכה הייתה הדדית; סגל תכניות ההסבה העריך מאוד את הסטודנטיות. דליה מררי, מנהלת החוג באוניברסיטת תל אביב העידה, "החומר האנושי היה יוצא מן הכלל".¹²² מהעדויות של בוגרות תכניות ההסבה עולה בברור כי לימודי הריפוי בעיסוק השפיעו על תפיסות עולמן והיו משמעותיים ומאתגרים. הלימודים לוו באווירה ייחודית שאפיינה את המקצוע ובפתיחות יוצאת דופן בין הסטודנטיות לסגל ההוראה. אווירה זו השפיעה על הרצינות והנכונות של הסטודנטיות ללמוד מקצוע חדש ולעסוק בו.

מספר סיבות השפיעו על בוגרות תואר ראשון להצטרף לתכניות ההסבה. ביניהן ניתן למנות חיפוש עבודה מקצועית ומאתגרת שקשורה לתחום הטיפול. בהשוואה למקצועות טיפוליים כפסיכולוגיה, הסטודנטיות בתכנית ההסבה לא היו צריכות ללמוד תואר שני. בנוסף, קבלו מימון של שכר הלימוד ומלגת קיום. זאת ועוד, עקב החוסר המשווע בכח אדם מקצועי, העבודה במקצוע הייתה מובטחת. הגילאים הבוגרים של הסטודנטיות, הרצון לעבוד במקצוע טיפולי, המספר המצומצם של סטודנטיות, האופי הממוקד של התכנית והשוני מלימודי תואר ראשון באוניברסיטה, כמו גם תחומי העניין המרתקים, השאירו על בוגרות תכניות ההסבה רושם עז ורצון לעסוק במקצוע. האוריינטציה של תכניות ההסבה הייתה ממוקדת להכשיר מטפלות בריפוי בעיסוק.

¹¹⁷ ריאיון עם דורית מגידו, 29/7/13; ריאיון עם נגה זיו 2/4/12.

¹¹⁸ נגה זיו, בוגרת קורס ההסבה הראשון בתל אביב וסגל החוג כיום. ריאיון עם נגה זיו 2/4/12.

¹¹⁹ ריאיון עם מיכל גלברט 10/7/13.

¹²⁰ ריאיון עם נגה זיו 2/4/12.

¹²¹ ריאיון עם מיכל גלברט 10/7/13.

¹²² ריאיון עם פרופ' דליה מררי 2/5/12. פרופ' מררי התמנתה לראש החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב בשנת 1994.

סיכום: מאפייני התלמידות והסטודנטיות לריפוי בעיסוק

מקצוע הריפוי בעיסוק היה מקצוע נשי באופן מובהק הן מבחינת תדמיתו, ובהתאם לכך מבחינת תלמידותיו שנמנו רובן ככולן עם המין הנשי. הוא נתפס כמתאים לכישורים נשיים על פי התפיסה המגדרית המסורתית, ולדרישות התעסוקה של מפרנסת שנייה. ברם, לנשים נשואות ובעלות משפחה היה קשה להתמיד בלימודים ובהכשרות. יתרה מזאת, תנאי הקבלה והלימודים הנוקשים העידו כי באותן שנים הכשרה מקצועית הייתה מיועדת בעיקר לרווקות. נשים בחרו ללמוד את המקצוע בשנות החמישים ממניעים אלטרואיסטיים ובשנות השישים והשבעים מתוך רצון להתמקצע במקצוע בתחום הבריאות והרווחה.

המועמדות והתלמידות היו נשים בטווח הגילאים 18-35, במשך השנים חל שינוי ורוב התלמידות היו נשים רווקות שהחלו ללמוד בגילאי 20-22. מעמדו הארעי של הקורס והקושי לקבל הכרה אקדמית לבית הספר, גרמו לירידה במספר המועמדות ולנשירת תלמידות. דרישות הקבלה היו מחמירות לאורך השנים 1951-1979, גם בשנים בהם הייתה ירידה במספר המועמדות וחוסר משווע בכח אדם מקצועי בשטח, הנהלת הקורס כמעט ולא גילתה גמישות והתפשרות בהורדת תנאי הקבלה ומיון המועמדות. נתוני ההשכלה של התלמידות היו גבוהים בהשוואה לנתוני הקבלה של מועמדים למכללות להוראה ולבתי ספר לסיעוד. יתר על כן, הנהלת הקורס הקפידה על כללים מחמירים ותלמידות שלא עמדו בדרישות הועזבו מהלימודים. דרישות הקבלה הנוקשות והמספר המצומצם של תלמידות, אשר יצרו אוירה משפחתית וקשרי חברות בין התלמידות, הקנו למקצוע מעמד יוקרתי בעיני התלמידות והבוגרות.

לא נמצאו סימוכין לכך שהמקצוע נתפס יוקרתי בחברה הישראלית. אולם אין ספק שבעיני התלמידות וסגל ההוראה, מקצוע הריפוי בעיסוק נתפס מקצוע יוקרתי ובעל חשיבות מרכזית בתחום השיקום. הפער בין מעמד המקצוע בציבור למעמדו בעיני התלמידות והמרפאות בעיסוק מרמז על שני סולמות מקבילים של מקצועות יוקרתיים: א) מקצועות יוקרתיים לכלל החברה, בהם המובילים הם מקצועות גבריים. ב) מקצועות נשיים, שאינם נבחנים על פי משכורות אלא בסולם ערכים פנימי, המושפע מערכי החברה, מתפיסות המגדר ומהתדמית וההערכה העצמית של נשות המקצוע.

לאורך השנים הנדונות במחקר לא הצליחה מערכת ההכשרה להכשיר את מספר המרפאות בעיסוק המוסמכות שהיו נחוצות לעבודה השיקומית במסגרות טיפוליות ברחבי הארץ.

2. מנהלות וסגל תכניות ההכשרה בריפוי בעיסוק בשנים 1953-1979

" התמזל לי להיות בזמן ובמקום, בצמתיים
מאתגרים בהיסטוריה המקצועית שלנו בארץ.
ואני מבטיחה לכם... שלמרות המחיר שמשלמים
המבט לאחור בסיפוק בהחלט מתגמל".¹²³

במילים אלה בחרה יעל הלוי לסכם את פעלה להקמת וביסוס תכנית ההסבה באוניברסיטת תל אביב. יעל התייחסה למחיר המשפחתי והאישי ששלמה בשנים בהן מילאה תפקידי פיקוח וניהלה את תכנית ההסבה. בפרק זה אדון בדיוקן של המרפאות בעיסוק שקבלו עליהן את תפקיד מנהלות ההכשרה בריפוי בעיסוק,¹²⁴ החל בשנת 1953, במהלכה קבלה מאירה קנטור את תפקיד מרכזת הקורס ועד שנת 1979, תוך ניתוח מניעיהן ומאפייניהן המקצועיים והמגדריים. ניתוח זה עתיד להניב את המאפיינים המשותפים לנשים שניהלו במשך שנים ארוכות את תכניות ההכשרה במקצוע ולעמוד על המניעים לעסוק בתפקיד מאתגר ותובעני.

בין הנשים שנבחרו והסכימו לנהל את מערכות ההכשרה קווים דומים ושונים: התקדים שהציבו המנהלות האמריקאיות בקורס לריפוי בעיסוק, להציב אישה, מרפאה בעיסוק, בתפקיד הניהול שהיה ייחודי ותבע השקעת שעות עבודה ארוכות, מומש באופן מלא גם בהמשך. המנהלות לקחו על עצמן את המטלה הקשה מתוך שליחות מקצועית ורצון לקדם את המקצוע בישראל. המנהלות היו כפופות לוועדת הקורס ובית הספר ולפקולטה לרפואה בתל אביב ובחיפה, בה היו שותפים גברים, מנהלים רפואיים מהדסה, משרד הבריאות, קרן נכות ומלב"ן, שהיו בדרגות ובמעמד גבוה יותר מהן, עובדה שלא הקלה על תפקיד המנהלת ולעיתים הקשתה על מעמדן וסמכויותיהן. כל המנהלות היו מרפאות בעיסוק מנוסות שעבדו בשטח, הוכשרו לתפקיד הניהול תוך כדי עבודתן ולא קבלו הכשרה במינהל.¹²⁵ רוב המנהלות הוכשרו כמרפאות בעיסוק מוסמכות בקורסים בירושלים ורק בשלבים מאוחרים לקבלת תפקיד הניהול, פנו להשלמת תארים אקדמאיים. רובן התמידו במשימה שלקחו על עצמן וניהלו את מערכות ההכשרה לתקופות ממושכות.

המנהלות התמודדו לאורך השנים עם אתגרים דומים: תשתיות רעועות, ניסיונות לשינוי מעמד מערכת ההכשרה מקורס לבית ספר ולהכרה אקדמית וחוסר יכולת לעמוד בדרישות השטח ולהכשיר את מספר המרפאות בעיסוק בהתאם לצרכים. הן נדרשו להתמדה ונחישות כדי להשיג שינויים. יש הטוענים כי האימהות והאחריות הביתית מקשה על קידומן של נשים לעמדות מנהיגות. רוב המנהלות היו בעלות משפחה ושילבו בין החיים האישיים לקריירה מקצועית.¹²⁶ המנהלות אשר ניהלו בשנות החמישים והשישים התחייבו לקריירה תובענית בשנים בהן רוב

¹²³ החוג לר"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, העתק הרצאה שנשאה יעל הלוי באוקטובר 1998 בכנס העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק לרגל קבלת "אות המצוינות" בריפוי בעיסוק.

¹²⁴ להלן נספח מס' 2 הכולל טבלה עם שמות המנהלות, שנות הניהול והכשרתן המקצועית.

¹²⁵ שחורי- רובין מצאה כי הן מנהלים והן מנהלות היו בעלי ניסיון מקצועי ודיפלומה מקצועית אך חסרו השכלה פורמלית במינהל. ראו שחורי- רובין, צ' (2011). עמ' 386.

¹²⁶ רוזנברג-פרידמן אשר חקרה מנהיגות דתיות בתקופת היישוב מצאה נתון דומה. ראו: רוזנברג-פרידמן, ל' (תשע"א). עמ' 419.

הנשים לא יצאו לעבודה מחוץ לביתן,¹²⁷ בשנת 1960 רק 28% אחוזים מהנשים בישראל השתתפו בכח העבודה, בשנת 1975 עלה מספר הנשים שיצאו לעבודה והיה מעל 30% אחוזים.¹²⁸ על אף עלייה במספר הנשים העובדות המנהלות היו חריגות בחברה הישראלית, הן בחרו בקריירה תובענית. רוב המנהלות נולדו בארץ, התחנכו בארץ, שרתו בצה"ל ורכשו את הכשרתן המקצועית בישראל. הן הכירו את המנטליות הישראלית וידעו להתמודד אתה היטב. להלן אציג את הנשים שהסכימו לנהל את מערכות ההכשרה במקצוע, עשו זאת לאורך שנים והטביעו את חותמן על חינוך המרפאות בעיסוק הישראליות.

א. דיוקן המקצועי של מנהלות תכניות ההכשרה

מאירה קנטור, בוגרת הקורס הראשון, שעבדה כמפקחת על הריפוי בעיסוק במוסדות משרד הבריאות לטיפול בחולי שחפת, מונתה למרכזת הקורס בשנת 1953 והייתה כפופה לאחות האחראית על כל מקצועות העזר ברפואה במוסדות הדסה.¹²⁹ כאמור, רוזלינד כהן חזרה לארצות הברית והקורס נוהל על ידי האחות המפקחת על מקצועות העזר ברפואה. עקב כפיפות זו נקראה מאירה מרכזת ולא מנהלת למרות שבפועל ניהלה את הקורס. מאירה קנטור רכזה את הקורס עד למותה בתאונת דרכים בנובמבר 1960. אין מידע מדוע קיבלה עליה מאירה את תפקיד ניהול הקורס ומה היה תזונה בשנות הניהול, האם ראתה בכך אפשרות לסייע בקידום המקצועי של נשים או שהתמקדה בקידום המקצוע החדש בארץ.

מאירה גדלה וחונכה בביתה של שולמית קנטור, המנהלת הכריזמטית של בית הספר לאחיות ומנהלת מערך הסיעוד של הדסה, שעברה לייסד את יחידת האחיות במשרד הבריאות עם קום המדינה.¹³⁰ קנטור האם פיתחה קריירה מרשימה ונחשבה "מבשרת תפיסת הפרופסיה בסיעוד בארץ ישראל".¹³¹ סביר שלפועלה של שולמית קנטור הייתה השפעה על בתה ועל בחירתה לפתח קריירה מקצועית במקצוע פרא רפואי.¹³² בנוסף, יש לשער, שברוח ההתגייסות למען הכלל באותן שנים, היא הונעה משליחות מקצועית ומרצון לקדם את המקצוע החדש בארץ באמצעות פיתוח מערכת ההכשרה בפועל, ובכך תרמה לנשים לרכוש השכלה מקצועית בשנים הקשות של התבססות התחום ועיצובו. תלמידתה העידה כי "מאירה ניהלה בנועם וביעילות את

¹²⁷ אתל בלום הייתה נשואה ומטופלת בילדים, פתחה את הקריירה המקצועית שלה, השתכרה בדרגת שכר של אחות מפקחת והסתייעה בעזרה בשכר בטיפול בביתה ובילדיה. רוזלינד כהן, הייתה רווקה ויכלה להשקיע את זמנה בפיתוח הקריירה. מאירה קנטור הייתה גרושה. מלצר וגולדשמיד היו נשואות ועזבו את ירושלים.

¹²⁸ פלג, מי (1997). עמ' 286.

¹²⁹ אצ"מ J113/1978, פרוטוקול ישיבת הוועדה לקורס לריפוי בעיסוק בתאריך 27/3/53; הגב' מאירה קנטור, שער ראשון, עמ' 59, 75.

¹³⁰ ברטל, נ' (2014). שולמית קנטור, הרצאה ביום מחקר של החברה הישראלית להיסטוריה של הסיעוד, אוניברסיטת תל אביב. יוני 2014.

¹³¹ שם, שם.

¹³² הבית בו התחנכה מאירה קנטור מתאים למאפייני הרקע הביוגרפי שמצאה שחורי-רובין במחקרה על ארבע הנשים שניהלו בתי ספר וזכו לגדול במשפחות שטיפחו חינוך והשכלה גבוהה כמקור להעצמה אישית ומגדרית. ראו: שחורי-רובין, צ' (2011). עמ' 382-385. רוזנברג-פרידמן שחקרה מנהיגות דתיות בתקופת היישוב מצאה כי החינוך שקבלו היה נקודת מוצא חשובה לסלילת דרכן לתפקיד המנהיגה. ראו: רוזנברג-פרידמן, ל' (תשע"א). עמ' 417-418.

הלימודים".¹³³ לדברי עמיתותיה "מאירה נחשבה בעלת סמכות, הייתה מעורבת עם התלמידות ובמקצוע, מנהלת בעלת ידע ורצינית".¹³⁴

בשנת 1962 התקשתה ועדת הקורס למצוא מרפאה בעיסוק שתסכים לקבל על עצמה את תפקיד המנהלת.¹³⁵ ייתכן שמעמדו הלא יציב של הקורס והירידה במספר התלמידות והמועמדות, הורידה את קרנו של הקורס ותפקיד הניהול נתפס כמאתגר מדי, או לחילופין פחות יוקרתי ולפיכך השכר נמוך יחסית ואולי הא בהא תליא. לבסוף מונתה רחל גולדשמיד לתפקיד. גולדשמיד ילידת 1935, קבלה את תפקיד מנהלת בית הספר אחרי פרישתה של סגלא מלצר וניהלה עד שנת 1970.¹³⁶ רחל סיימה את לימודי הריפוי בעיסוק בקורס הרביעי ועבדה בתחום הפסיכיאטרי בבית החולים רמב"ם ובאיתנים בירושלים.¹³⁷ רחל טענה כי הגיעה ללמוד ריפוי בעיסוק "באקראי",¹³⁸ בעקבות מפגש עם מרפאות בעיסוק בעת עבודת קיץ בבית החולים טלביה. רחל קבלה את הניהול כשהייתה בת עשרים ושש בלבד, את אופן התמודדותה עם תפקיד סמכותי וקשה בגיל צעיר הסבירה במילים: "הייתי צעירה וחוצפנית".¹³⁹ ייתכן ובמונח חוצפה התכוונה גולדשמיד לאסרטיביות אשר סייעה לה במילוי התפקיד, ואולי לתעוזה להתמודד עם דרישות התפקיד שנתבעו ממנהלת. מספר זעום מהתלמידות היה מבוגר ממנה וחלק מהמורים בקורס היו מוריה כתלמידת הקורס. רחל הרגישה שניסתה להתנהג ברשמיות כדי להפגין סמכותיות. כדי לבסס את סמכותה שינתה את הופעתה החיצונית "קניתי נעלים על עקבים והתלבשתי ברשמיות".¹⁴⁰ גולדשמיד ניהלה את בית הספר עד שנת 1970, בה עזבה את ירושלים לתל אביב ופנתה ללימודי תואר ראשון בפסיכולוגיה.¹⁴¹ ממרחק הזמן רחל לא התייחסה לפן המגדרי של המקצוע והעידה שפעילותה הונעה משליחות מקצועית.¹⁴² ובכל זאת, מתוך שלא לשמה בא לשמה.

לאה לוי, 1923-2003, בוגרת הקורס הראשון לריפוי בעיסוק, בעלת תואר ראשון בחינוך וייעוץ בשיקום מאוניברסיטת ניו יורק ותואר שני בייעוץ שיקומי מהאנטר קולג' בניו יורק, החליפה את רחל גולדשמיד.¹⁴³ לאה נולדה בתל אביב ושהתה כשנה בדרום אפריקה, עם סיום לימודי הריפוי בעיסוק גויסה לצבא ושרתה בדרגת סגן בחיל הרפואה כמרפאה בעיסוק עד שנת

¹³³ עדנה קוטב, אתר העמותה לריפוי בעיסוק <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547> נדלה 14/12/15.

¹³⁴ ריאיון עם שושנה ינאי, 10/11/10.

¹³⁵ אצ"מ J113/1979, פרוטוקול ועדת הקורס לריפוי בעיסוק מתאריך 19/6/62.

¹³⁶ אצ"מ J113/1981, מכתב ממר חן מנהל כח אדם בהדסה לאגף כח אדם בבי"ח איתנים בבקשה להפסיק עבודתה של רחל גולדשמיד באיתנים כדי שתנהל את הקורס בתאריך 7/7/62.

¹³⁷ ריאיון עם בלה אפרתי 30/9/09; ריאיון עם רחל גולדשמיד 5/9/10; מזכירות ביה"ס לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל מתאריך 28/4/70.

¹³⁸ ריאיון עם רחל גולדשמיד 5/9/10.

¹³⁹ שם, שם.

¹⁴⁰ שם, שם.

¹⁴¹ ריאיון עם בלה אפרתי 30/9/09; מזכירות ביה"ס לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל מתאריך 28/4/70.

¹⁴² ראיונות רחל גולדשמיד 5/9/10, 21/5/13.

¹⁴³ גא"ע 79-24491/78, פרטי סגל ההוראה צורפו להצעה שהועברה לאישור המועצה להשכלה גבוהה.

1952. ¹⁴⁴ במסגרת שירותה בצבא הייתה בשנת השתלמות בבתי חולים שונים באנגליה, על מנת להשתלם בתחום השיקום. בשנים 1956-1959 עבדה כמזכירת שגריר ישראל בווינגטון, אבא אבן. כאשר חזרה לארץ, עבדה ב"מגדל אור" מרכז לשיקום עורים בקרית חיים. לוי ניהלה את בית הספר עד 1978, ¹⁴⁵ ואחר כך המשיכה לעבוד בבית הספר כמרכזת תחום ההוראה, אחראית לקשרי חוץ יחסי ציבור והסברה. ¹⁴⁶ לוי, ששלטה בשפה האנגלית על בוריה, הייתה דמות ייצוגית, נבחרה ליו"ר הראשונה של הארגון הישראלי לריפוי בעיסוק והייתה בעלת קשרים במערכות השלטון, אותם יצרה בשנים בהן עבדה כמזכירתו של אבא אבן בשגרירות ישראל בווינגטון ובשנים לאחר פרישתה מניהול בית הספר בעבודה בבית הנשיא חיים הרצוג. ¹⁴⁷ קשה להתחקות אחר מניעה של לאה לוי לקבל עליה את ניהול בית הספר. לוי הייתה רווקה והשקיעה בתפקיד את מרב זמנה, במיוחד בתהליך ההכרה האקדמית. ביום העיון לציון ארבעים שנים למקצוע בישראל אמרה לוי על מאמציה להשיג למקצוע הכרה אקדמית "בנחישות ובאמונה בצדקת דרכנו הסתערנו על המשימה, שלעיתים נראתה כבלתי אפשרית, עם כל התותחים שעמדו לרשותנו וכנראה שאלה היו כבדים למדי". ¹⁴⁸ לאה לוי ראתה בניהול שליחות מקצועית ועבדה רבות כדי לקדם את המקצוע. את פעלה בניהול בית הספר סיכמה "אם המחר הוא יורשו של היום, דומני כי אנו מעבירים לדורות הבאים ירושה שניתן להתברך בה". ¹⁴⁹

מאוגוסט 1978 ניהלה את בית הספר בלה אפרתי, שלמדה בקורס השישי. אפרתי, ילידת 1934, עבדה בבית החולים לחולי נפש כפר שאול עד שנת 1967, משנת 1961 עבדה כמרפאה בעיסוק ראשית, ובמקביל החלה להדריך את תלמידות בית הספר בתקופת ההכשרה הקלינית וללמד את תחום הריפוי בעיסוק הפסיכיאטרי. אפרתי הייתה בסגל בית הספר משנת 1962 וכניסתה לתפקיד המנהלת הייתה ברורה מאליה. היא עבדה בבית הספר בשנים 1970-1978 כסגנית מנהלת, מפקחת על ההכשרות הקליניות יועצת למדריכות ומנחת סמינרים לריפוי בעיסוק. הייתה חברה במזכירות הארגון, בועדה פדגוגית, בועדות קבלה ובוועדת הוראה. אפרתי הייתה בעלת משפחה, עם זאת התמסרה גם לתפקיד הניהול על מנת לעמוד בדרישות האקדמיות. במהלך שנות עבודתה בבית הספר למדה אפרתי לתואר ראשון בחינוך בסוציולוגיה ואנתרופולוגיה ולתואר שני בפקולטה לחינוך במגמת ייעוץ באוניברסיטה העברית בירושלים. בשנות ניהולה קבל בית הספר מעמד אקדמי, סונף לפקולטה לרפואה של האוניברסיטה העברית ונפתחה תכנית הלימודים לתואר שני בריפוי בעיסוק. בלה אפרתי ניהלה את בית הספר עד שנת 1997. ¹⁵⁰ במסיבת הפרידה של אפרתי מתפקיד הניהול, אמרה יעל הלוי, ¹⁵¹ "הובלת מהלכים בתחום ההכשרה וההוראה המקצועית

¹⁴⁴ שם, שם.

¹⁴⁵ שם, שם; מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל מתאריך 31/7/78.

¹⁴⁶ ריאיון עם רחל רוזנברג 28/4/10; גא"ע 24491/78-79, פרטי סגל ההוראה צורפו להצעה שהועברה לאישור המועצה להשכלה גבוהה.

¹⁴⁷ שם, שם.

¹⁴⁸ לוי, לוי וזוסמן, נ' (1988). עמ' 6.

¹⁴⁹ שם, שם.

¹⁵⁰ ראינונות בלה אפרתי 30/9/09, 24/7/12; גא"ע 24491/78-79, פרטי סגל ההוראה צורפו להצעה שהועברה לאישור המועצה להשכלה גבוהה.

¹⁵¹ מפקחת בקופת חולים כללית ומנהלת תכנית ההסבה בחוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב.

המבוססים של אמונה וערכים אנושיים ומקצועיים".¹⁵² את הדרך בה בחרה אפרתי למלא את תפקידה תארה הלוי "התמסרות ומחויבות לעניין מעל ומעבר למצופה ולנדרש".¹⁵³

יעל הלוי, שצורפה לצוות הפיקוח על הריפוי בעיסוק בקופת חולים הכללית בשנת 1969,¹⁵⁴ מונתה בשנת 1972 ליועצת ליחידת התכנון של בתי חולים שעסקה באותה עת בהקמת שני בתי חולים פסיכיאטריים.¹⁵⁵ בעקבות פעולתה ביחידת התכנון נחשפה יעל הלוי לצורך להקים מסגרת הכשרה לריפוי בעיסוק במרכז הארץ והייתה ל"כח המניע והיוזם",¹⁵⁶ להקמת תכנית ההסבה באוניברסיטת תל אביב.¹⁵⁷ יעל הלוי קבלה את הניהול האדמיניסטרטיבי של תכנית ההסבה בתל אביב בשנת 1975. עמיתותיה תארו את תכונותיה; "היא היתה יזמית על בסיס אינטואיציה שהגיעה להישגים".¹⁵⁸ יעל הייתה בעלת משפחה והשקיעה שעות רבות בקידום מערכות ההכשרה ובקידום המקצוע. בהמלצה להעניק ליעל הלוי את פרס המצוינות בריפוי בעיסוק נכתב; "יעל הינה מופת וסמל למקצוע הריפוי בעיסוק לאורך כל מהלך התפתחותו בארץ... בחריצות שאין דוגמתה ובמסירות מקצועית ראויה לכל שבח... יעל הינה אישיות בעלת שיעור קומה יוצא דופן לפי כל אמת מידה. צרוף נדיר של חכמה ואינטליגנציה, חבריות ונעימות סבר ומשמשת כ"אם רוחנית" למספר גדול של מרפאים בעיסוק".¹⁵⁹ בסוף שנות השבעים החלה יעל הלוי בשיתוף ד"ר איה אמיר מסר ביזמה לפתח צוות מקצועי אקדמאי במקצוע. הן יזמו תכנית ללימודי תואר שני באוניברסיטת ניו יורק. לצורך כך, יצרו קשר עם פרופסור דבי ליבוביץ מאוניברסיטת ניו יורק, כדי לפתח תכנית לימודים למרפאות בעיסוק ישראליות בעלות תעודה להתקדם לתואר שני. יעל פנתה למרפאות בעיסוק ותיקות ומובילות בתחומן ועודדה אותן לצאת ללימודי תואר שני. התכנית כללה לימודים בארץ ובארצות הברית והשתתפו בה עשרים וחמש מרפאות בעיסוק ביניהן, סגל לעתיד של שלוש האוניברסיטאות ומרפאות בעיסוק שהיוו עתודה לתפקידים בכירים בשדה. מהלך זה, קידם ותמך בהליך האקדמי של המקצוע¹⁶⁰ יעל סכמה את פעלה "אני רוצה שוב להודות לכל שותפיי לדרך הארוכה הן בשדה והן באקדמיה שאפשרו לי להוציא מעצמי את הטוב

¹⁵² החוג לרב"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מילות פרידה מבלה אפרתי.

¹⁵³ שם, שם.

¹⁵⁴ החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, העתק הרצאה שנשאה יעל הלוי בתאריך 21/10/98 בכנס העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק לרגל קבלת "אות המצוינות" בריפוי בעיסוק.

¹⁵⁵ שם, שם.

¹⁵⁶ ריאיון עם אביבה פריד 1/5/12; ריאיון עם פרופסור דליה מררי 2/5/12.

¹⁵⁷ יעל הלוי החלה לעבוד בינואר 1969 בפיקוח על מוסדות פסיכיאטריים פרטיים בקופת חולים כללית, הצטרפה לועדה לקידום המעמד האקדמי של המקצוע מטעם הארגון. החוג לרב"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, טיוטת הרצאה שנשאה יעל באוקטובר 1998, עם זכייתה בפרס המצוינות במקצוע.

¹⁵⁸ ריאיון עם אביבה פריד 1/5/12; ריאיון עם פרופסור דליה מררי 2/5/12.

¹⁵⁹ החוג לרב"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מכתב המלצה שכתבה ד"ר דליה זק"ש לועד העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק בתאריך 30/10/97.

¹⁶⁰ בשנת 1984 נחתם ההסכם עם אוניברסיטת ניו יורק לאישור תכנית ללימודי תואר שני למרפאות בעיסוק מישראל. החוג לרב"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, העתק הרצאה שנשאה יעל הלוי באוקטובר 1998 בכנס העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק לרגל קבלת "אות המצוינות" בריפוי בעיסוק; ריאיון עם ד"ר דליה זק"ש 8/11/12; ריאיון עם ברניס מאירס 19/2/12; ריאיון עם ד"ר אלינור שניידר 8/11/12.

והמועיל וכן גם סלחו לי על שגיאות וכישלונות ואני אומרת לעצמי ולכם לא עליך המלאכה לגמור ולא אתה בן חורין ליבטל ממנה".¹⁶¹

דליה זק"ש למדה ריפוי בעיסוק במחזור י"א ועבדה בבית החולים הפסיכיאטרי "גהה" ובבית הספר לריפוי בעיסוק בירושלים. יעל הלוי ועליזה קרני חפשו מרפאות בעיסוק שיוכלו לקדם הקמת מסגרת הכשרה לריפוי בעיסוק בחיפה. הן פנו אל דליה זק"ש בשנת 1975 בבקשה להוביל את סגל ההוראה בבית הספר. כיון שהייתה לקראת סיום לימודיה לתואר ראשון בפסיכולוגיה זומנה להצטרף לסגל ההוראה בתל אביב. זק"ש התבקשה להיות חלק מסגל ההוראה של תכנית ההסבה בתל אביב כדי שתצבור ניסיון ותנהל את התכנית בחיפה. זק"ש למדה את מחזור ההסבה הראשון בתל אביב ואחר כך פנתה להכין את מסגרת ההסבה בחיפה. פנייה נוספת אל זק"ש התקבלה מדיקן הפקולטה לרפואה, פרופסור דוד אהרליך שהכירה באופן אישי ובקש ממנה להוביל את תכנית ההסבה.¹⁶² זק"ש ניהלה את התכנית בחיפה בשנים 1976-1983 עד ליציאתה ללימודי תואר שני ושלישי בריפוי בעיסוק באוניברסיטת ניו יורק (NYU). זק"ש האמינה בהוליסטיות של המקצוע אשר מחייבת שילוב מודלים התנהגותיים וחברתיים בנוסף למודלים הרפואיים. היא ראתה את המקצוע כבעל אוריינטציה של שרות לאדם ולחברה וסברה שיש לקבל את ערכו וייחודו של כל אדם בכל מצבי החיים תוך שימת לב לייחוד הפרט. היא הדגישה את השינויים שעברו תכניות הלימודים בבתי הספר לריפוי בעיסוק בעולם במטרה ליצור בסיס מקצועי המשלב ידע ומיומנות טיפולית עם גישה הומניסטית ופתיחות לצרכי הפרט והחברה.¹⁶³ זק"ש מנתה את הסיבות שהניעו אותה לקחת את התפקיד האחראי; היא ציינה את אהבתה לאתגרים, את האמונה באיכות המקצוע ובצורך לקדם אותו ואת הצורך בפתיחת מסגרת הכשרה בצפון כדי לקדם את המקצוע באזור.¹⁶⁴ זק"ש העידה "האמנתי שנשים ומקצועות המאווישים על ידי נשים צריכים להתקדם במעלה האקדמי. האמנתי שמקצועות המסייעים לבני אדם צריכים להיות מקצועיים ואקדמיים לא פחות מהמדעים. ברמה האישית היו לי ויכוחים ואתגרים במהלך ההקמה בחיפה בתחום זה, אך החלק הפמיניסטי המודע בא לאחר מכן".¹⁶⁵ בראייה לאחור הכלילה זק"ש מניעים פמיניסטיים בין הסיבות לקבל את תפקיד המנהלת. זק"ש תפסה את מקצועות העזר ברפואה ומקצועות הרווחה מתאימים לנשים בשל השקפות עולם ותפיסות הומניות שהיו ייחודיות להן. יתרה מזאת, היא ראתה בתפקיד הניהול חלק מתהליך פמיניסטי שבו מקצועות נשיים ומקצועות מתחום הרווחה מקבלים הכרה אקדמית. ניתן להבין שזק"ש ראתה לנכון להציב אישה מנהלת משום שהאמינה שלמרפאה בעיסוק יהיו הכלים למנף ולקדם את ההכרה במקצוע. זק"ש האמינה שמעמדת הניהול היא תצליח להשפיע ולקדם את אמונותיה ההומניסטיות. אישיותה של זק"ש הייתה דומיננטית. לאמירותיה, ערכיה והתנהגותה הייתה

¹⁶¹ החוג לרב"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, העתק הרצאה שנשאה יעל הלוי באוקטובר 1998 בכנס העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק לרגל קבלת "אות המצוינות" בריפוי בעיסוק.

¹⁶² התכתבות עם דליה זק"ש 6/12/14.

¹⁶³ איט/ אקס/ 13-15 / 44 / 6, הצעה להקמת בית ספר לריפוי בעיסוק/ דליה זק"ש, 1978.

¹⁶⁴ תכתובת עם זק"ש 6/12/14.

¹⁶⁵ שם, שם.

השפעה משמעותית על הסטודנטיות. תלמידת תכנית ההסבה תארה את זק"ש "מרשימה באישיות שלה, בן אדם מוערך, דברים שאמרה אז נחרטו מאוד".¹⁶⁶

ב. קשיים ואתגרים בתפקיד המנהלת

אוטונומיה מקצועית - אחד הקשיים שניצבו בפני מנהלות הקורסים הייתה הכפיפות למפקחת מקצועות העזר ברפואה בהדסה ולועדת הקורס. מאירה החלה את תפקידה תחת פיקוח האחות האחראית על כל מקצועות העזר ברפואה במוסדות הדסה, בשנות הניהול הייתה כפופה לגב' עטיה מרגלית, מפקחת על החינוך במקצועות העזר ברפואה ולסגניתה הגב' קרישטל.¹⁶⁷ מסמכים משנת 1958 מעידים כי לאחר חמש שנות ריכוז הקורס, עדין רשומה עטיה מרגלית ממונה מעל מאירה.¹⁶⁸ גם אם בפועל הצליחה במהלך השנים לנהל את הקורס באופן עצמאי, עם הפחתת מעורבות המנהלות מתחום הסיעוד, הכפיפות לאחיות הציבה אתגרים וקשיים על האוטונומיה המקצועית של מנהלת הקורס. בשנות הניהול של רחל גולדשמיד היה הקורס ואחר כך בית הספר תחת פיקוח מערך החינוך למקצועות העזר ברפואה שבראשו עמדה אחות. רחל העידה כי בשנות ניהולה "מידת המעורבות של האחיות ירדה ולא היו חיכוכים".¹⁶⁹ בהשוואה לשנים הראשונות, לרחל לא היה קשר עם הנהלת הדסה בניו יורק והיא ניהלה את הקורס ובית הספר באמצעות הוועדה והנהלת הדסה בירושלים.¹⁷⁰

במהלך ההכנות לפתיחת תכנית ההסבה בחיפה ללימודי תואר ראשון חפשה זק"ש מוסד גג שייתן חסות אוניברסיטאית לחוג לריפוי בעיסוק. כיון שהטכניון לא הסכים לקחת חסות בלעדית על החוג, בדקה זק"ש לאיזה פקולטות השתייכו החוגים לריפוי בעיסוק ברחבי העולם ומצאה חוגים בפקולטות לרפואה, בבתי ספר למקצועות הבריאות, בפקולטות למדעי החברה ובבתי ספר לחינוך. נבדקו אפשרויות שונות במסגרת האוניברסיטה בחיפה, הועלתה הצעה להיות תחת בית הספר לעבודה סוציאלית. ד"ר זק"ש שכינה כראש החוג התנגדה שהמקצוע יהיה תחת חסות מקצוע אחר וגם בבית הספר לעבודה סוציאלית התנגדו לרעיון. לבסוף התקבלה תכנית ללימודי תואר ראשון בריפוי בעיסוק בחסות הפקולטה לחינוך בשיתוף הפקולטה לרפואה.¹⁷¹

מעמד – בעיית העדר המעמד השפיעה על התנהלות הקורס. מאירה קנטור התמודדה עם מעמדו הארעי של הקורס ועם הנשירה במספר המועמדות והתלמידות.¹⁷² רחל ניסתה לקדם את מעמד בית הספר והסתיעה באמצעי התקשורת למטרה זו.¹⁷³ בשנות הניהול שלה השיגה את המטרה ופנתה לשינוי מעמד נוסף, לפעול להכרה אקדמית במקצוע.¹⁷⁴ רחל סברה "העברת בית הספר להר

¹⁶⁶ ריאיון עם מיכל גלברט, 10/7/13.

¹⁶⁷ אצ"מ J113/1980, מכתב מעטיה מרגלית למר חן, מנהל אדמיניסטרטיבי מתאריך 15/1/58.

¹⁶⁸ שם, שם.

¹⁶⁹ ריאיון עם רחל גולדשמיד 5/9/10.

¹⁷⁰ שם, שם.

¹⁷¹ ריאיון עם ד"ר דליה זק"ש 8/11/12.

¹⁷² אצ"מ J113/1979, פרוטוקול ישיבת ועדת הקורס לריפוי בעיסוק בתאריך 25/7/55.

¹⁷³ ראינות רחל גולדשמיד 5/9/10, 21/5/13.

¹⁷⁴ גא"ע 24491/72-73, חומר רקע על בית הספר שכתבה רחל גולדשמיד לקראת הישיבה בוועדת הפקולטה לרפואה.

הצופים וקרבתו הגיאוגרפית למרכז השיקום של הדסה תקדם בוודאי בהרבה את הלימודים בבית הספר, אולם עתה יש לפעול לשינוי מעמדו של בית הספר".¹⁷⁵ לאה לוי ובלה אפרתי פעלו רבות לשינוי מעמד המקצוע ולהשגת ההכרה האקדמית. לוי שלחה מכתבים ויזמה פגישות בהן העלתה את הנושא.¹⁷⁶ לוי הצליחה לגייס את עזרתו של פרופסור מן מנהל הדסה, לקידום הנושא, וחדשה את הקשר הרצוף עם הנהלת הדסה בניו יורק.¹⁷⁷ אפרתי ייצגה את המקצוע בוועדת השירותים הציבוריים של הכנסת ובוועדות השונות באוניברסיטה.¹⁷⁸ על מאמצייהן בשנים 1969-1979 העידה לוי "ואז החלו עשר השנים הקשות שכללו עבודת הכנה מפרכת של גיבוש החומר הרב שנדרש על ידי הוועדות הרבות, שמתפקידן היה להכריע אם לחסד או לשבט".¹⁷⁹

קושי נוסף בנושא המעמד עלה בריאיון עם עם רחל גולדשמיד שעזבה את ירושלים ונרשמה ללימודי פסיכולוגיה. היא הסבירה את הסיבות בגינן עזבה את המקצוע בגבולות הרחבים של המקצוע "המקצוע אמורפי, לא ידעו אז מה גבולות התפקיד, שהיה תלוי באישיות המרפאה בעיסוק וביכולות השכנוע שלה. כל דבר היה צריך להתחיל מהתחלה".¹⁸⁰ רחל הסבירה כי חוסר הגבולות של המקצוע גרמו לקשיים בהגדרת תפקיד המרפאה בעיסוק. בנוסף, הדגישה רחל כי העובדה שהלימודים במקצוע לא הקנו תואר אקדמאי, האטה אפשרויות לקידום מקצועי. עובדה זו הניעה את רחל ללמוד מקצוע עם אפשרות לקידום בתחום האקדמי.

זק"ש העידה כי הקושי העיקרי בשנות ניהולה היה למצוא את המסגרת האקדמית שתתן חסות לחוג. עקב קושי זה החלה התכנית לפעול במסגרת משותפת של הטכניון והמחלקה ללימודי חוץ של אוניברסיטת חיפה. מאמצים רבים הושקעו עד שהחוג הוקם כתכנית משותפת של האוניברסיטה והפקולטה לרפואה. קושי נוסף עימו התמודדה זק"ש היה למצוא צוות הוראה מנוסה עם תואר אקדמי כלשהו, כדי לגבש את סגל ההוראה באוניברסיטת חיפה. לדברי זק"ש "הכשרת מרפאות בעיסוק מנוסות להדרכה והוראה היה תהליך לא קל, בתהליך איטי בנינו את צוות ההוראה ולמדנו כיצד ללמד".¹⁸¹

¹⁷⁵ שם, שם.

¹⁷⁶ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, תזכיר מאוקטובר 1970 בנושא: לימודים אקדמאיים ברבי"ע. הוגש לוועד המנהל של ביס לרבי"ע; HMO/51-9, פרוטוקול ישיבה בניו יורק בתאריך 2/9/70.

¹⁷⁷ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מכתב ששלחו עליזה קרני וסגלא מלצר בתאריך 7/8/70. לד"ר ד' ברכות, סגן המנהל הכללי במשרד הבריאות ולד"ר י' מרגוליץ, מנהל רפואי במלב"ן. ; Tamir, E. Raveh, M. & Ziff, E. (1985)

¹⁷⁸ גנזך כ-214/1, פרוטוקול של ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מס' 8 מיום 19/3/74; גנזך כ-214/1, פרוטוקול מס' 11 של ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מיום 2/4/74; גא"ע 24491/72-73 נספח א' להצעה שהגישה פרופסור גיונסון נכתב על ידי בלה אפרתי; גא"ע 24491/76-77, פרוטוקול הוועדה המתמדת ישיבה ט' מיום 2/6/75; גא"ע 24491/76-77, פרוטוקול הוועדה המתמדת, מיום 13/12/76; מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל מתאריך 11/7/77; גא"ע 24491/78-79, ההצעה ונספחים 1-3, נובמבר 1977. ; גא"ע 24491/78-79, תכנית הלימודים לקראת תואר ראשון בריפוי בעיסוק בהשוואה לתכנית שהוגשה לישיבת הסנט שהתקיימה בתאריך 25/11/77; גא"ע 24491/78-79, הסנט אשר התכנית בתאריך 30/11/77 והעביר לאשור הוועדה המתמדת בתאריך 2/6/78. מכתב משי' בירנבוים- המזכיר האקדמי אל פרופסור שאול פלדמו בתאריך 27/6/78.

¹⁷⁹ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 6.

¹⁸⁰ שם, שם.

¹⁸¹ התכתבות עם ד"ר זק"ש בתאריך 6/12/14.

תשתיות רעועות: מבנה בית הספר - קושי נוסף עמו התמודדו המנהלות והתלמידות היה השינויים במבנה בו שכן הקורס ובהמשך בית הספר לריפוי בעיסוק. מימי הירידה מהר הצופים עבר הקורס בין מבנים שונים שהיו ברשות הדסה ברחבי ירושלים. המעברים בין מבנים שונים נועדו להקל על הנהלת הקורס ובית הספר להמשיך בלימודים סדירים ואולם, בפועל משקפים את מצבו הארעי של הקורס: אף לא אחד מהמבנים תאם לסטנדרטים שהיו מקובלים בארצות הברית ובבריטניה, בבריטניה מוקמו בתי הספר לריפוי בעיסוק בצמידות לבתי חולים.¹⁸² בארצות הברית מוקמו באוניברסיטאות או בצמידות לבתי חולים אוניברסיטאיים.¹⁸³

בשנת 1952 עבר הקורס לבית דוד, היה זה בניין משרדים שלא התאים לצרכי הלימודים והתלמידות. הנהלת הדסה השיגה דירת ששה חדרים בבניין בו שוכנו משרד וכיתות הקורס.¹⁸⁴ בתקופת ניהולה של מאירה, עבר הקורס לבניין משרד העלייה לשעבר ברחוב הלני המלכה (מליסנדה), שגם הוא לא הותאם לשמש כמעון לקורס לריפוי בעיסוק.¹⁸⁵ "מי שזכה ללמוד בבניין זה זוכר ודאי את תנאי הלימוד הקשים, צמצום המקום חוסר המים והשכנות עם פנימיית בית יעקב."¹⁸⁶ את לימודי הסדנאות ומלאכות היד למדו התלמידות בסדנאות שונות בעיר ירושלים.¹⁸⁷ התנאים הפיזיים הקשו על המנהלת ועל התלמידות, העידה בלה אפרתי ממרחק הזמן. "אנחנו נדדנו, כל דבר למדנו במקום אחר, באזור בית הספר בית חינוך בירושלים למדנו קדרות ועבודות מתכת, ובבית הספר של כ"ח למדנו נגרות. כך נדדנו עד שקבלנו את המבנה של הדסה ג'."¹⁸⁸ התלמידות שגרו מחוץ לירושלים נאלצו לשכור חדרים, שמונה מהתלמידות גרו בדירה ששכרה הדסה.¹⁸⁹ התנאים הפיזיים של הקורס תאמו לארעיות במעמדו. היעדר מען קבוע ומותאם לקורס, הכולל את כל הסדנאות ונמצא בקרבת בית חולים או מוסד רפואי אחר, הרחיק את הקורס ממסגרת מסודרת בה נלמדו כל מקצועות הבריאות. פיזור הסדנאות בעיר הקשה על התלמידות והן נאלצו ללכת או לנסוע באוטובוסים ברחבי ירושלים. מצב זה הקשה על לימודים מסודרים ועל עמידה בלוחות זמנים.

כאשר עבר בית החולים הדסה למבנה החדש בבית החולים בעין כרם בשנת 1960, קבל הקורס את מבנה הדסה ג'. מבנה זה היה מנזר גרמני שהפך למרכז שיקום במלחמת העצמאות ואחר כך למחלקה לחולי ראות של הדסה. למרות שהמבנה היה נח יותר מקודמיו הוא לא התאים לשמש כמען הקורס אך, ניתן היה למקם את כל הסדנאות של עבודות היד במבנה אחד. עובדה זו חסכה לתלמידות את הנסיעות ברחבי העיר. הקומה השנייה של המבנה הותאמה למגורים עבור

¹⁸² Wilcock, A. A. (2002). pp. 519-530

¹⁸³ בנושא מסגרות ההכשרה בארצות הברית להלן עמ' 100.

¹⁸⁴ גא"ע 24491/72-73, מסמך שכתבה רחל גולדשמיד.

¹⁸⁵ שם, שם.

¹⁸⁶ גא"ע 24491/72-73 נספח א' להצעה שהגישה פרופסור ג'ונסון.

¹⁸⁷ אצ"מ J113/1977, פרוטוקול ישיבת ועדת הקורס לריפוי בעיסוק בתאריך 6/11/52; תיק מידע היסטורי, ביה"ס לריפוי בעיסוק, מסמך שכתבה רחל גולדשמיד: Historical review of the school of Occupational Therapy עמ' 5.

¹⁸⁸ ריאיון עם בלה אפרתי, 9/6/13.

¹⁸⁹ להלן הערה מס' 184.

חמש עשרה מהתלמידות. ברם, תנאי המגורים במבנה לא היו קלים.¹⁹⁰ "זה היה מבנה ליד הסמטה שהיום נקראת ע"ש פרופ' אדלר. למטה היו מעבדות של פרופסור פלדמן, באמצע בית הספר ולמעלה פנימיה. לפנימיה היו מדרגות והיינו רואים כל אחת שיוודת מהפנימיה אל הלימודים. היו שני חדרים קטנים, אחד לרחל גולדשמיד מנהלת הקורס ואחד למזכירה, שתים-שלוש כיתות לימוד וזהו."¹⁹¹ הפתרון של כיתות לימוד ופנימיה במבנה קטן אחד אינו יעיל ומקשה על שמירת גבולות. טשטוש הגבולות הקשה על השמירה על לימודים סדירים: תלמידות אחרו להרצאות ורחל גולדשמיד, מנהלת בית הספר נאלצה לטפל בבעיות משמעת.

גולדשמיד ואפרתי היו מעורבות בחזרת בית הספר לריפוי בעיסוק למשכנו הישן בבית הספר לאחיות בהר הצופים, בקרבה למרכז השיקום החדש בבית החולים.¹⁹² התכנית לשיפוץ המבנה הוצעה בהתאם לצרכי בית הספר ולהמלצות הארגון הבינלאומי לריפוי בעיסוק (WOTA). גדעון מוטרו, האדריכל שנבחר לתכנן את שיפוץ המבנה עבד בשיתוף פעולה עם סגל בית הספר.¹⁹³ התכנית כללה חדרי הרצאה, חדרי לימוד ואימון וספרייה, חדר למכשירים אורתופדים וסדים, חדר התעמלות וחדרי סדנאות לעבודות עץ, מתכת, תפירה, ציור ושרטוט, קדרות ואריגה.¹⁹⁴ ברם, החזרה להר הצופים הציבה אתגרים מסוג שונה, העידה בלה אפרתי "כאשר אנחנו נפתחנו בשנת 1969 הדסה עוד לא הייתה על ההר (הר הצופים). נתנו לנו איש אבטחה, הכל היה שומם והאוניברסיטה הייתה בבנייה ועוד לא עלתה להר. הייתה לנו פנימייה של בנות וכולם חשבו שאנחנו מטורפים, אוטובוס עוד לא הגיע, האוטובוס הגיע רק עד שדרות אשכול לכיוון הכביש לרמאללה ומשם הלכנו ברגל, לא הייתה גבעה צרפתית ולא שום דבר..."¹⁹⁵ למרות שלא ניתן היה ליישם את כל המלצות הארגון הבינלאומי, החזרה להר הצופים היוותה שיפור ניכר בתנאים הפיזיים של בית הספר מבחינת מבנה ציוד ומרחב אשר אפשרו התפתחות והתרחבות.¹⁹⁶ הייתה זו הפעם הראשונה שבית הספר עבר למבנה שהותאם לצרכיו.

יעל הלוי שרכזה את תכנית ההסבה בתל אביב התייחסה למבנה וציינה את העובדה שתכנית ההסבה קבלה שני חדרים בבניין בית הספר לרפואה כמקשה ומאתגרת. החוג לריפוי בעיסוק שגדל במהלך השנים יועד לעבור לבניין החדש של בית הספר למקצועות הבריאות, שנבנה בסמוך לבית הספר לרפואה.¹⁹⁷

זק"ש התייחסה לתשתיות אנושיות. היא ציינה את הקושי בהקמת תשתית מערך המדריכות של הסטודנטיות בתקופות ההכשרה הקלינית. "אתגר גדול היה הכשרת השדה לאימונים

¹⁹⁰ תיק מידע היסטורי, ביה"ס לרבי"ע, מסמך שכתבה רחל גולדשמיד: Historical review of the school of Occupational Therapy עמ' 5.

¹⁹¹ ריאיון עם בלה אפרתי, 9/6/13.

¹⁹² אוסף מלב"ן, קופסא 57 309/2, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל מתאריך 11/7/67.

¹⁹³ ריאיון עם בלה אפרתי, 9/6/13.

¹⁹⁴ אוסף מלב"ן, קופסא 57 309/2, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל של בית הספר מתאריך 23/11/67.

¹⁹⁵ ריאיון עם בלה אפרתי, 10/6/13.

¹⁹⁶ להלן הערה מס' 194; תמונות מטקס החזרה לבניים בהר הצופים בעמ' 224.

¹⁹⁷ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, העתק הרצאה שנשאה יעל הלוי באוקטובר 1998 בכנס העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק לרגל קבלת "אות המצוינות" בריפוי בעיסוק.

הקליניים של הסטודנטיות, היה צריך לבנות יחסי אימון עם המרפאות בעיסוק הותיקות באזור, עם מדריכות הסטודנטים ולבנות צוות הכשרה קלינית מוצלח ומתאים.¹⁹⁸ באזור הצפון, המחסור המשוע בכח אדם היה לקושי העיקרי אשר האפיל על קשיים משניים.

שכר – העדר תגמול הולם היה בעיה שליוותה את מנהלות הקורס ובית הספר בירושלים שהיו עובדות הדסה. העובדה ששתיים מהמנהלות בחרו לעזוב את תפקיד הניהול ואת ירושלים,¹⁹⁹ מרמזת כי משכורת המנהלת לא הייתה מאוד אטרקטיבית וגם נשים בתפקידי ניהול העתיקו מגורים בהתאם לפרנסת בעליהן או לצרכי משפחתן. רחל גולדשמיד העידה כי "השכר לא היה אטרקטיבי".²⁰⁰ הנשים הישראליות נחשבו אחראיות לניהול חיי הבית והמשפחה. לא ברור מה היו דרישות העבודה מהמנהלות, האם נתבעו לעבוד במשרות מלאות, עובדה שהקשתה על נשים בעלות משפחה להיענות לתפקיד ולהתמיד בו בשנים בהן גדלו ילדים צעירים.

מנהלות החוג בתל אביב קבלו תנאי שכר במסלול מורים ולא במסלול אקדמאי כיון שהתארים שלהן לא היו מספיק גבוהים.²⁰¹ בכל מקצוע מערכת ההכשרה משמשת כמובילה מקצועית, ודאי שבמקצוע צעיר. לכן נותבו למנהלות הקורס לריפוי בעיסוק ולוועדותיו שאלות מקצועיות וגם שאלות ובעיות בנושא שכר שהיו אמורות להיות מופנות לארגון המקצועי. למרות כל המכשולים עימם התמודדו מנהלות הקורס, הקורס לריפוי בעיסוק ואחריו בית הספר עדין שמשו מוקד ידע מקצועי.

בחיפה קיבלה זק"ש את משכורתה ממשד הבריאות, תכנית ההסבה נוהלה על ידי וועד מנהל שהורכב מנציגי משד הבריאות והגיוינט אשר השתתפו במימון החוג ומרפאות בעיסוק מקופת חולים כללית, הייתה כפיפות מנהלית לראש היחידה ללימודי חוץ של האוניברסיטה לצרכי ארגון, חדרים, פרסום הרשמה וכדומה.²⁰²

כאמור, מיעוט מהמחקרים בנושא התפתחות המקצוע בארצות הברית מתייחסים לקשר בין המקצוע למגדר. סקוט חקרה בשנת 1985 את המאפיינים של מרפאות בעיסוק אמריקאיות שפנו לתפקידי ניהול במטרה למצוא מאפיינים ייחודיים למנהלות.²⁰³ רוב ממצאיה של סקוט הולמים את ממצאיהם של גיבונס וקוטר אשר זיהו גורמים המהווים הזדמנות להתפתחות של מנהיגות בקרב נשים עובדות.²⁰⁴ יש לסייג את ההשלכה ממחקרה למנהלות הישראליות כיון שסקוט התייחסה למנהלות בשטח ולא למנהלות בתכניות ההכשרה. ממצאיה מלמדים על הבדלים בין

¹⁹⁸ התכתבות עם ד"ר זק"ש בתאריך 6/12/14.

¹⁹⁹ סיגלא מלצר ורחל גולדשמיד.

²⁰⁰ ריאיון עם רחל גולדשמיד 5/9/10.

²⁰¹ ריאיון עם אביבה פריד 1/5/12; ריאיון עם פרופסור דליה מררי 2/5/12.

²⁰² התכתבות עם ד"ר דליה זק"ש 6/12/14.

²⁰³ Scott, W.E. (1985). pp. 379-385

²⁰⁴ גולדברג, שי (תש"ע). עמ' 292. טרייסי גיבונס מצאה כי מגיל צעיר ציפו ממנהיגים להוביל ולהשפיע. מנהיגים התנסו בתפקידי הנהגה, צברו חוויות הצלחה בתפקידים ונקשרו לאנשים ששימשו עבורם מודל לחיקוי. קוטר ציין כי מנהיגים נחשפו לאתגרים בתחילת הקריירה, לדמויות לחיקוי ולחניכה על ידי מנהלים בכירים. כמו כן, זכו לחוות הצלחות.

מנהלות למרפאות בעיסוק מן השורה; ההבדל הראשון קשור למשפחות של המנהלות,²⁰⁵ אימהותיהן ציפו מהן לעבוד במשרות מלאות ללא קשר למצבן המשפחתי. עם זאת, רבות מהמנהיגות הזדהו עם האופי והטמפרמנט של אבותיהן. ממצאים אלה מחזקים את ההשערה שהמנהלות התחנכו במשפחות בהם ניתנה לנשים הלגיטימציה לפתח קריירה ולעסוק בניהול. מבין המנהלות הישראליות, המידע על מאירה קנטור מתאים לנתון זה. לא ידוע על המשפחות בהן גדלו שאר המנהלות ומה היו הערכים שספגו בביתן. המנהיגות האמריקאיות העידו על חוויות חברתיות משמעותיות בשנות ילדותן נערותן ובגרותן, שהכשירו אותן להנהיג.²⁰⁶ רוב המנהלות הישראליות היו חברות בתנועות נוער, לאה לוי שרתה כקצינה בצבא, ניתן לשער כי חוויות אלה הכשירו אותן להנהיג. חלק מהמנהלות האמריקאיות נעזרו במרפאות בעיסוק ותיקות שהנחו וליוו אותן.²⁰⁷ בישראל המקצוע היה צעיר, לבוגרות הקורס הראשון לא היו דמויות לחיקוי מקצועי. המנהלות לא ציינו מרפאה בעיסוק ותיקה שלקחה אותן תחת חסותה ועודדה אותן לקבל עליהן תפקידי ניהול. זאת ועוד, רוב המנהלות האמריקאיות תפסו עצמן כמנהיגות ושאלו להגיע לתפקידי ניהול. יתרה מזאת, הן ראו את הניהול כתפקיד ראוי עבור נשים. עם זאת, כל המנהלות סברו שקל יותר לנשים לנהל במקצוע נשי. תפיסותיהן המגדריות על התפקיד הנשי היו פחות מסורתיות מקבוצת הלא-מנהיגות. חלק מהן לא נישאו, חלק נישאו בגיל מבוגר והיו להן פחות ילדים מאשר לקבוצת הלא-מנהלות. רוב הבעלים של המנהלות הנשואות תמכו בפועלן המקצועי.²⁰⁸ לעומתן, הישראליות לא הגיעו לתפקיד מתוך שאיפה לנהל אלא כמענה לצרכים. גם חלק מהן לא נישאו ולא הקימו משפחות. ברם, המנהלות שהיו נשואות, נישאו בגיל צעיר והקימו משפחות. אין מידע מה היו עמדות בני הזוג של המנהלות הנשואות בנושא תפקיד הניהול. ממצאיה של סקוט תואמים לממצאי מחקר זה בחלק מהנושאים: בנושא הרקע החברתי של המנהלות שהכשירן לתפקידי הנהגה. אין התאמה בין המנהלות הישראליות לממצאי המחקר האמריקאי בנושאי המודלים לחיקוי ולתמיכה מקצועית, השאיפה להגיע לתפקידי ניהול והמצב המשפחתי. אין מספיק מידע מה היו עמדות משפחות המנהלות הישראליות בנושאי פיתוח קריירה נשית, ומה היו עמדות בני הזוג של המנהלות בנושא התפקיד שבנות זוגן לקחו עליהן.

ג. סגל בית הספר ותכניות ההכשרה

בשנות החמישים סגל ההוראה הקבוע של הקורס כלל את מנהלת הקורס שהייתה כאמור, מרפאה בעיסוק, מרצים למקצועות הרפואה ומרצים מהפקולטה למדעי החברה מהאוניברסיטה העברית. עיקר ההוראה של מקצועות הריפוי בעיסוק נעשתה על ידי בוגרות הקורסים הראשונים.²⁰⁹ ברם, הן לא נכללו בסגל ההוראה הקבוע של הקורס. ייתכן והסיבה נבעה ממגבלות התקציב וממספרן המועט של התלמידות.

²⁰⁵ רוזנברג-פרידמן ושחורי- רובין מצאו כי החינוך שקבלו מנהיגות היה נקודת מוצא חשובה לסלילת דרכן לתפקידי הנהגה. ראו: רוזנברג- פרידמן, ל' (תשע"א). עמ' 417- 418; שחורי- רובין, צ' (2011). עמ' 382- 385; שחורי- רובין, צ' (תשע"ג). עמ' 21-33.

²⁰⁶ Scott, W.E. (1985). pp. 379-385

²⁰⁷ שם, שם.

²⁰⁸ שם, שם.

²⁰⁹ חוה אלקן, חנה דוידזון, אורה יפה ומאירה קנטור למדו בקורסים את תחומי הריפוי בעיסוק. ראו Sussman, N. (1989).p. 53

בשנת 1961 פנתה רחל גולדשמיד אל בלה אפרתי בבקשה להצטרף לצוות בית הספר על מנת לעזור בנושא ההכשרות.²¹⁰ כדי להצליח להדריך את כל התלמידות ששובצו להכשרות בכל רחבי הארץ, חלקו ביניהן ורחל את עבודת הליווי. "סיכמתי עם רחל (גולדשמיד) שהיא תבקר בהכשרות בירושלים ואני אסע לכל הארץ. וכך הכרתי את כולם, את המקומות ואת העובדים, זה היה מרתק."²¹¹ עד שנת 1967 סגל בית הספר היה מצומצם וכלל מנהלת ויועצת להכשרות שעבדה גם כמפקחת על ההכשרות הקליניות.²¹² צרופה של בלה אפרתי לסגל סימן שינוי בתפיסה אך רק כעבור עשור גדל מספר המרפאות בעיסוק שהצטרפו לסגל ההוראה הקבוע בבית הספר.

במהלך שנות השבעים התווספו לצוות ההוראה בבית הספר עשר מרפאות בעיסוק בנוסף למרצים מהפקולטות לרפואה ולמדעי החברה. הן שמשו כיועצות לתלמידות, מתאמות בהכשרות הקליניות וכמורות בנושאים מקצועיים.²¹³ צוות המרצים בבית הספר לימדו בפקולטות שונות באוניברסיטה העברית. בפקולטה לרפואה, בפקולטה למדעי החברה וההתנהגות, בבית הספר לחינוך ובמחלקה לפסיכולוגיה. כאשר התקדם תהליך האקדמיזציה, צוות בית הספר החל בלימודים לקראת תואר אקדמאי ראשון ושני כדי להכשיר את הקרקע למעבר למעמד אקדמאי.²¹⁴ "צוות בית הספר בירושלים נכנס למשטר של לימודים גבוהים- מי בארץ ומי בארצות הברית, מדריכות בית הספר סיימו לימודים לתואר ראשון, שני ואף לדוקטורט."²¹⁵ לאה לוי ונירה זוסמן תארו את מאמצייהן של חברות צוות בית הספר לרכוש השכלה אקדמית כדי לעמוד בתנאים שקבעה המועצה להשכלה גבוהה.

במשך שנות קיומו של הקורס בירושלים הוא לווה באופן תמידי על ידי פרופ' אמיל אדלר, מייסד הרפואה השיקומית.²¹⁶ ליווי זה התבטא בתמיכה מלאה במקצוע כאחד ממקצועות העזר ברפואה תוך חיזוק המודל הרפואי- שיקומי. בית הספר לריפוי בעיסוק בשיתוף הדסה, מלב"ן משרד הבריאות וקופת חולים הכללית הקים קרן להנצחת זכרו של פרופסור אמיל אדלר שנפטר בשנת 1971. הקרן הציעה מלגה לעידוד התפתחות מקצועית למרפאות בעיסוק בעלות ותק של חמש שנים "שיבטיחו תרומתן לקידום המקצוע בארץ... יתחייבו ללמוד או להשתלם לתואר אקדמאי ולעבוד בבית הספר למשך שנתיים."²¹⁷ כיון שנושא הכשרת הסגל לקראת המעבר למעמד אקדמי היה חשוב והכרחי, הוחלט להקדיש את הקרן להנצחת זכרו של פרופסור אמיל אדלר, מייסד הרפואה השיקומית בישראל וחבר בוועד המנהל של בית הספר, לקידום המעמד

²¹⁰ ריאיון עם בלה אפרתי, 9/6/13.

²¹¹ שם, שם.

²¹² גא"ע 24491/72-73, נספח א' להצעה שהגישה פרופסור גירי ג'ונסון נכתב על ידי בלה אפרתי.

²¹³ ריאיון עם בלה אפרתי; ריאיון עם רחל גולדשמיד; מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, מסמך שכתבה בלה אפרתי: Historical review of the school of Occupational Therapy עמ' 7.

²¹⁴ מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל מתאריך 10/2/75; ריאיון עם בלה אפרתי 24/7/12; ריאיון עם פרופסור נעמי כ"ץ 6/2/11.

²¹⁵ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 6.

²¹⁶ להרחבה להלן עמ' 33.

²¹⁷ אוסף מלב"ן, קופסא 309/2 57, מכתב ששלחה לאה לוי למרפאות בעיסוק מוסמכות בתאריך 25/3/74.

האקדמי של מרפאות בעיסוק. כאמור, אודרי שטרן, הייתה הראשונה שנשלחה מטעם הדסה ללימודי תואר שני בארצות הברית בשנת 1974.²¹⁸

בכירת המצטרפות לסגל ההוראה, פרופסור נעמי כ"ץ, ילידת 1938, בוגרת הקורס התשיעי. נעמי כ"ץ התקבלה לעבודה בבית הספר בתפקיד מדריכה קלינית בחצי משרה באפריל 1972. בשנת 1977 יצאה בהמלצת פרופסור מן מטעם הדסה ללימודי תואר שני בריפוי בעיסוק באוניברסיטת דרום קליפורניה (USC). לקראת סיום לימודיה התבקשה מהנהלת בית הספר לריפוי בעיסוק להמשיך ללימודי דוקטורט. פרופסור כ"ץ חזרה לארץ בשנת 1981 עם סיום עבודת הדוקטורט במחלקה לחינוך מקצועות רפואיים, הייתה לבכירת סגל ההוראה בבית הספר, ייסדה את העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק ואת כתב העת הישראלי לריפוי בעיסוק (IJOT).²¹⁹

לסגלי תכנית ההסבה בחיפה ובתל אביב היה ברור שמטרתן הסופית היא לפתוח חוג ללימודי תואר ראשון בריפוי בעיסוק.²²⁰ הסגל הונע מתוך תפיסה שהמקצוע עומד להיות מקצוע אקדמי ואם צריך להכשיר במהירות עוד מרפאות בעיסוק, יש לפנות למועמדות בעלות תואר ראשון.²²¹ "לאור התפתחויות של תכניות לימוד בארץ ובעולם ובמטרה לשמור על רמה מקצועית ומדעית נאותה, מן הכרח להקים גם במסגרת אוניברסיטת חיפה תכנית לימודים לתארים אקדמאים מוכרים בריפוי בעיסוק."²²²

מייסדות החוג בתל אביב היו מרפאות בעיסוק מנוסות מן השטח, לסגל הצטרפו אביבה פריד מתחום השיקום הפסיכיאטרי,²²³ ד"ר איה אמיר לימדה את הקורס לריפוי בעיסוק בתחום הטיפול בילדים.²²⁴ בתחום הילדים הושם דגש על הוראת תיאוריית ההתפתחות הקוגניטיבית שפתח ז'אן פיאז'ה.²²⁵ בלימודי התחום הפיזיקלי נעזרו במלכה איצקוביץ ובטי אלעזר מהמחלקה לריפוי בעיסוק בבית לוינשטיין, מרפאות בעיסוק מנוסות מן השטח שלא היו בסגל הקבוע.²²⁶

זק"ש פנתה לחפש אנשי מקצוע שיהוו צוות הוראה בחיפה, בראשונה היא פנתה לבעלות תואר ראשון בריפוי בעיסוק ולמרפאות בעיסוק מנוסות מהשדה הקליני באזור הצפון. המרפאות בעיסוק שנענו לאתגר היו אלינור שניידר מתחום הילדים,²²⁷ אסתר מנקין- פרידמן ונירה זוסמן מהתחום הפיזיקלי, דיתה מילר מהתחום הפסיכיאטרי ועידית בן שם שרכזה את ההכשרות

²¹⁸ ריאיון עם פרופסור נעמי כץ, 6/2/11.

²¹⁹ ריאיון עם פרופסור נעמי כץ 6/2/11; מזכירות בית הספר לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הועד המנהל מתאריך 2/1/73.

²²⁰ ריאיון עם ד"ר דליה זק"ש 8/11/12; החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, מסמך שכתבה ד"ר דליה זק"ש בתאריך School of Occupational Therapy, Haifa university 30/11/77

²²¹ שם, שם.

²²² איט/ אקס/ 13-15 / 6/ 44, הצעה להקמת בית ספר לריפוי בעיסוק/ דליה זק"ש, 1978.

²²³ נעמי הדס לידור, לימים ד"ר, בוגרת תכנית ההסבה השלישית, הצטרפה בשלב מאוחר יותר לסגל ההוראה בתחום השיקום הפסיכיאטרי.

²²⁴ שם, שם.

²²⁵ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, העתק הרצאה שנשאה יעל הלוי באוקטובר 1998 בכנס העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק לרגל קבלת "אות המצוינות" בריפוי בעיסוק.

²²⁶ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, יעל הלוי, רשימת המרצים בקורס ההסבה לריפוי בעיסוק.

²²⁷ לימים ד"ר אלינור שניידר, מרכזת תחום הילדים בחוג לרבי"ע באוניברסיטת חיפה.

הקליניות. בנוסף, החלו בשיתוף פעולה בין סגל ההוראה המתהווה למסגרות גדולות בשטח, בתיווך השרות לריפוי בעיסוק במשרד הבריאות ויעל הלוי מטעם קופת חולים הכללית.²²⁸

זק"ש ציינה כי משנת 1973 עלו לארץ 40 מרפאות בעיסוק ורק כעשרים מהן עבדו במקצוע. מרפאות בעיסוק שהוכשרו למקצוע בארצות הברית קנדה ודרום אפריקה היו בעלות תואר ראשון ולעיתים גם תואר שני. מוסדות ההכשרה חפשו מרפאות בעיסוק מקצועיות ואקדמיות כדי לצרפן לסגלי ההוראה בהנחה שהן יענו על הדרישות האקדמיות שהציבו האוניברסיטאות.²²⁹ היה קושי גדול במציאת סגל שקבל הכשרה אקדמית ויוכל למלא את המשימות האקדמיות השוטפות. זק"ש בקשה מהאוניברסיטה לאפשר תקופת ביניים בה תוכלנה חברות סגל ההוראה להשלים הכשרתן האקדמאית מחד ומאידיך הציעה להזמין מרצים מחו"ל אשר יסייעו להתפתחות בית הספר וילמדו חלק מהקורסים. את הקורסים במדעי ההתנהגות החברה והרפואה למדו אנשי סגל מאוניברסיטת חיפה ומבית הספר לרפואה שליד הטכניון.²³⁰

²²⁸ ריאיון עם ד"ר דליה זק"ש, 8/11/12; איט/ אקס/ 13-15 / 44 / 6 הצעה להקמת בית הספר לריפוי בעיסוק/ דליה זק"ש, 1978.

²²⁹ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, מסמך שכתבה ד"ר דליה זק"ש במרץ 1977 The manpower situation in occupational Therapy in ISRAEL and a prognosis of future needs

²³⁰ להלן הערה מס' 222.

סיכום: מנהלות וסגל מסגרות ההכשרה

*"בעולם העשייה מתמודדים עם המציאות בדרך
כלל באופן רציונלי. אך, מעמדה של תפקיד
שהוא שליחותי וחלוצי, כשאת פועלת כנגד כל
הסיכויים ואת יודעת זאת, ברוב הפעמים את
פועלת לפי שיקולים לא רציונליים ומקבלת
231 החלטות לא רציונליות"*

יעל הלוי הגדירה את האתגרים בהקמת תכניות ההסבה בתל אביב ובחיפה כ"לא רציונליים" ותיארה את הקשיים הרבים בתפקיד. אולי זו הסיבה לכך שהמרפאות בעיסוק שנענו לתפקידי הניהול היו חריגות יחסית, הן ביחס לכלל ציבור הנשים במדינת ישראל באותן שנים שמיעטו לקבל על עצמן תפקידי ניהול והן ביחס למרפאות בעיסוק שעבדו במקצוע בתפקידים פחות מחייבים. רוב מנהלות מסגרות ההכשרה בשנים 1951-1979 היו ילידות הארץ ולמדו ריפוי בעיסוק בירושלים. מאיסוף החומר עולה כי אף אחת מהמנהלות לא שאפה לקבל את התפקיד. יתרה מזאת, בשנות השישים לאחר מותה של מאירה קנטור התפקיד המאתגר היה פנוי והיה קושי לאישי. המנהלות התחייבו לעבודה בתנאים קשים הן ברמת התשתית הארגונית ומצבם הקשה של מסגרות ההכשרה והן ברמת תשתיות המבנים. המחויבות שלהן הייתה טוטאלית והן פעלו מתוך שליחות מקצועית; המנהלות הונעו על ידי האמונה בכלים המקצועיים של המקצוע ובהיבטים ההוליסטיים שלו ובצורך בהרחבת המקצוע במסגרות טיפוליות בקהילה. המנהלות שלקחו על עצמן את תפקיד הניהול עשו זאת לפרקי זמן ממושכים, מתוך מחויבות מקצועית. מאפיין משותף לכל המנהלות היה אישיות כריזמטית והובלה מקצועית עם היכולת להפגין סמכותיות וביטחון עצמי ומקצועי. היזמה, הצורך לשמור על אוטונומיה מקצועית, והרצון לקדם את המקצוע מבחינה מקצועית ואקדמית, הניעה את פועלן. מנהלות מסגרות ההכשרה קדמו את התלמידות במקצוע ובאופן ישיר ועקיף את מעמדן.

סגל מערכות ההכשרה התרחב בהדרגה מאדם אחד, מרכזת ובהמשך מנהלת הקורס לשתי נשות סגל ובהמשך לנשות סגל על פי תחומי ההתמחות המקצועיים. ככל שהמקצוע התפתח והתרחב, עלה מספר נשות הסגל במסגרות ההכשרה. הקושי בעיבוי סגל מסגרות ההכשרה היה כפול: לא הייתה בארץ מסגרת הכשרה אוניברסיטאית והמרפאות בעיסוק המוסמכות שלמדו בישראל היו בעלות תעודה. דע עקא, כדי לקדם את המקצוע ולפתוח מסלולי לימודים לתואר ראשון היה צורך במרפאות בעיסוק בעלות תארים ראשון שני ושלישי אשר יצטרפו לסגלי מסגרות ההכשרה וידריכו וילמדו את הסטודנטיות. מרפאות בעיסוק מסגלי ההכשרה למדו תארים ראשונים בתחומים משיקים לריפוי בעיסוק ויש שנסעו ללימודי ריפוי בעיסוק בארצות הברית. פתרון נוסף היה לצרף לסגל ההוראה מרפאות בעיסוק עולות חדשות שרכשו הכשרה מקצועית אוניברסיטאית. פועלן של מנהלות וסגל מסגרות ההכשרה היו כח מניע וממנף של המקצוע, בבחינת החלוץ ההולך לפני המחנה ומורה את דרכו.

²³¹ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, טיוטת דברי הפרידה של יעל הלוי במסיבת הפרישה שלה בשנת 1995.



מחזור ז', ביה"ס לרבי"ע
האוניברסיטה העברית



מחזור ד', ביה"ס לרבי"ע
האוניברסיטה העברית



טקס החזרה להר הצופים, ביה"ס
לרבי"ע האוניברסיטה העברית



תלמידות בשלג
ביה"ס לרבי"ע האוניברסיטה
העברית



מחזור י"ח, ביה"ס לרבי"ע
האוניברסיטה העברית



טקס החזרה להר הצופים
ביה"ס לרבי"ע
האוניברסיטה העברית

שער שלישי: התפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק בישראל

1979 - 1951

זו הייתה תקופה של התלהבות ופעילות ועשייה בארץ בכלל ובמסגרת שלנו בפרט. מאחר שהיינו מקצוע צעיר ומאוד נדרש, מה שאפיין אותנו הייתה הרוח החלוצית, הרצון להצליח ולהוכיח את חשיבות המקצוע, שלא רבים ידעו מה הוא ולשם מה הוא דרוש. יחד עם זה, הייתה פתיחות רבה מצד מעצבי מדיניות הבריאות בארץ לרעיונות חדשים ומקצוענו היה אחד מהם.¹

במילים אלה בחרה נירה זוסמן לתאר את התפתחות המקצוע, כשדבריה מחזקים את ההתלהבות שאיפיינה את המרפאות בעיסוק שנתנו מענה לצרכים שעלו בשטח, ומבליטים את ייחוד המרפאות בעיסוק בישראל שלבד משימוש בכלים מקצועיים של התחום פעלו מתחושת חלוציות והירתמות לעשייה מטעמים לאומיים. בשנים הנדונות בשער זה חל שינוי ניכר בהתקדמות המקצועית. התפתחו שלושה תחומי טיפול חדשים, ואלה הקיימים הורחבו כמו גם אוכלוסיות המטופלים. ההתקדמות המקצועית הייתה תוצר של התקדמות רפואית-תרופתית והתפתחות טכנולוגית. שינויים אלה מלמדים גם על שינוי בתפיסות החברה את מוגבליה, כשהשאלות מי זכאי לקבל טיפול ומה אחריות המדינה כלפי אזרחיה עמדו על הפרק.

מבוא

1. אנשים עם מוגבלויות - שינויים בתפיסות החברה הישראלית

החוק מגדיר אדם עם מוגבלות;² אדם עם לקות פיסית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים.³ בשנים במוקד מחקר זה, חל שינוי תפיסתי בנושא זכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות; מתפיסות חברתיות שהביאו להוצאתם מחוץ לחברה, לתפיסות שהתפתחו בארצות הברית בשנות השישים, על פיהן, זכותם המשפטית והמוסרית של אנשים עם מוגבלויות לקיום חיים עצמאיים בקהילה.⁴ עיקר עבודת המרפאות בעיסוק בשנים 1951-1979 התמקדה בשלוש קבוצות; חולי נפש, נכים ואנשים עם פגיעות פסיכולוגיות, וילדים. השינויים בתפיסות החברה הישראלית יובאו על פי חלוקה זו.

¹ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 5.

² במאה העשרים ואחת המונח ה'יתקין פוליטית' הוא אנשים עם מוגבלויות.

³ פרק ב' סעיף 5 בחוק שיוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות תשנ"ח (1998). נדלה מהאינטרנט בתאריך 11/12/15 <http://index.justice.gov.il/Units/NetzivutShivyon/MercazHameidalLenegishut/HakikatNegishut/HuKimTakanotUtkanim/Pages/HokShivionZchuyotLeanashimMugbalut.aspx> משרד המשפטים.

⁴ דו"ח הועדה הציבורית לבדיקת חקיקה מקיפה בנושא זכויות אנשים עם מוגבלויות 1997. נדלה מהאינטרנט 11/1/16.

<http://weblaw.haifa.ac.il/he/yedion/disabilitylaw/Documents/%D7%93%D7%95%D7%97%D7%94%D7%95%D7%A2%D7%93%D7%94%D7%94%D7%A6%D7%99%D7%91%D7%95%D7%A8%D7%99%D7%AA%D7%9C%D7%91%D7%93%D7%99%D7%A7%D7%AA%D7%97%D7%A7%D7%99%D7%A7%D7%94%D7%9E%D7%A7%D7%99%D7%A4%D7%94.pdf>

חולי נפש

הרצון הציוני היה לכונן אדם חדש וחברה חדשה, בריאים בגופם ובנפשם בארץ ישראל. בפועל, התנאים הפיזיים הקשים, האיום הבטחוני המתמיד ומצבי הדחק הביאו לתחלואה.⁵ הטיפול בחולי הנפש היה בהרחקתם מהחברה באמצעות אשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים. חלק נכבד מבתי החולים והמוסדות הפסיכיאטריים מוקמו בריחוק ממרכז הארץ ומיקומם שקף את בידוד החולים, תיוגם והרחקתם מהחברה.⁶

החוק לטיפול בחולי הנפש תשט"ו (1955),⁷ בסס את הקשר בין הפסיכיאטריה והמשפט, עיגן את תפיסת חולי הנפש כמפריעים לסדר הציבורי והסדיר את התשתית המדעית-רפואית בטיפול בהם בידי הרפואה ואת התשתית הביורוקרטית בידי המשפט.⁸ החוק לא עיגן את זכויות החולים לטיפול שיקומי קהילתי עם השחרור ממסגרת האשפוז.⁹ כאמור,¹⁰ בשנות השישים נפתחו מחלקות חדשות בבתי חולים כלליים, וכפרי עבודה להכנת החולים לקראת שיקום תעסוקתי בקהילה, מחלקות לטיפול בילדים חולי נפש, מרפאות בקהילה והוסטלים לדיוור חולים שהשתחררו מאשפוז והיו זקוקים למסגרת מוגנת.¹¹

בראשית שנות השבעים עבדו כמחצית מהמרפאות בעיסוק בתחום בריאות הנפש.¹² מיעוטן השתלבו בעבודה במרפאות בקהילה. לדוגמה, המרפאה ברמת חן. הזרם האנטי-פסיכיאטרי הגיע לשיאו בשנות השבעים כשמספר אנשי בריאות נפש, יצאו באופן חזיתי כנגד תפיסות העולם הרפואיות-מדעיות שהיו נהוגות באותם ימים. טענתם העיקרית הייתה שתיוג אנשים כחולים בגלל השונות שלהם, הוא המשך טכניקות ההרחקה שהיו נהוגות בימי הביניים. לדידם, חברה אשר החזיקה בערכים של נורמאליות מצומצמת וחד ערכית, נטתה לקטלג אנשים כדי שלא להתמודד עם חריגים. פסיכיאטרים כמו מישל פוקו,¹³ תומאס סאס, רונלד ליאנג ויהודה פריד,¹⁴ טענו שהשיטה שהייתה מקובלת פגעה בזכויות אזרח, והרחיקה אנשים על סמך התרשמות סובייקטיבית. האשפוז כמו השימוש בתרופות, הובנו על ידם כמנגנון חברתי של הרחקה ונידוי. הפסיכיאטרים פתחו את הטיפול הקיומי שראה בטיפול מפגש בין שני אנשים. המפגש האנושי,

⁵ זלשיק, ר' ודוידוביץ, נ' (2005). עמ' 23.

⁶ מרק, מ' וסגל, ג' (תשס"ט). עמ' 22-23.

⁷ החוק לטיפול בחולי הנפש תשט"ו, נדלה מאתר הכנסת בתאריך 1/12/15 http://fs.knesset.gov.il/%5C2%5Claw%5C2_lsr_208386.PDF להלן עמ' 131.

⁸ זלשיק, ר' ודוידוביץ, נ' (תשע"א). עמ' 325.

⁹ חולאד, ר', וגרינשפון, א' (2006). עמ' 100-114; מרק, מ' וסגל, ג' (תשס"ט).

¹⁰ על הרחבת שרותי בריאות הנפש בישראל להלן עמ' 131.

¹¹ אליצור, א' (2006). גולנדר, ח' (תשס"ו). עמ' 69-120; רומם, פ' (2012). עמ' 102-122.

¹² גזית, א', פסוול, ס' וקוטלר, צ' (1973). להלן נספח מס' 5.

¹³ פוקו, מ' (1986). עמ' 38-56.

¹⁴ יהודה פריד 1929-1990, פסיכיאטר, הוגה דעות חבר הפקולטה לרפואה באוניברסיטת תל אביב ומנהל המרכז לבריאות הנפש ברמת חן. חלוץ בשיטות מודרניות בטיפול בפגועי נפש וקידום רעיון בתי החולים הקהילתיים. ראו אתר הבית של פרופ' אבי עורי, נדלה בתאריך 26/2/15. <http://aviohry.com/?p=421>.

הניסיון להבין את האדם בעולמו, השמירה על כבודו והחשוב ביותר הבנת פשר התנהגותו ודיבורו היו לטענתם כלי הרפוי. הם בקשו לראות את האדם כיצור ביולוגי, רוחני וסוציאלי.¹⁵

השימוש בתרופות חדישות והוצאת חולי הנפש מבתי החולים והניסיונות לשלבם בקהילה היו לשינוי המהותי בתחום בריאות הנפש, בישראל בסוף שנות השבעים רובם המכריע של חולי הנפש קבלו טיפול בריפוי בעיסוק במסגרות אשפוז.¹⁶ בפרק הבא תוצג העבודה הטיפולית בריפוי בעיסוק במחלקות האשפוז, בכפרי העבודה, במסגרות לאשפוז יום ובמרפאות; להתייחסות לחולים שנוקדו לאשפוז ולרצון לתת ביטוי למצוקותיהם, לשקם את תפקודם ולהכניס לחזרה לעבודה, יוקדש הפרק הראשון בנושא התפתחות הריפוי בעיסוק בתחום הפסיכיאטרי.

נכים ופגיעות פיזיקליות

בסוף שנות השבעים הגדירו האנתרופולוגים את מושג ה"סוציולוגיזציה" של הגוף והדגישו את ההשפעות ההדדיות בין הטבע החברה הפוליטיקה והתרבות על הגוף. בדומה לחברות לאומיות אחרות החברה הציונית שאפה ליצר "יהודי חדש".¹⁷ מקס נורדאו תבע את המושג "יהדות השרירים" מתוך רצון ליצור יהודי חזק בגופו וברוחו, בניגוד לדמות היהודי הגלותי החלש.¹⁸ התנועה הציונית האדירה את הגוף הנבחר והדירה את הגוף האחר; החולה והנכה. גבריותו של החלוץ, הצבר, הפכה למוטיב מרכזי בציונות וחלחלה אל התרבות הישראלית. הגוף הציוני הרצוי, הנבחר, היה גברי, לבן אשכנזי שזוף, שלם ומושלם.¹⁹ תפיסות אלה השפיעו על הדרך בה נתפסו אנשים עם מוגבלויות בכלל ומוגבלויות פיזיות בפרט בעיני המדינה ובעיני שליחיה, מורים, רופאים ומשפטנים.

הדרת האנשים עם המוגבלויות מהחברה נבעה מגישה פטרונית המבוססת על המודל הרפואי ורואה במוגבלות תכונה אישית המהווה בעיה עבור הפרט ולא כתוצר של הבנייה חברתית. מטרת החברה הייתה לתקן את הפרט כדי להביאו להיות יצרני ותורם לחברה. יתרה מזאת, על פי המודל הרפואי המוגבלות הייתה סטייה מן הנורמה, שוני טבעי בסיסי, מוטבע באדם, המצדיק יחס שונה כלפיו. המודל הרפואי הציע כלים ל"תקן" את הגוף המוגבל ולהפכו לדומה ככל האפשר לגוף הממוצע כדי להשתלב בחברה. מכאן, הפרט היה צריך להתאים את עצמו לחלוטין לחברה אשר השקיעה מאמצים בריפוי ושיקום האדם עם המוגבלות.²⁰

בראשית שנות השישים החברה הישראלית עדין לא הכירה בצורך במערכות שיקום, נפתחו שלוש מחלקות שיקום קטנות בבתי החולים; אסף הרופא תל השומר ובהדסה.²¹ בשל המצב הביטחוני המערער בישראל ועלייה במספר הנכים שנפגעו במלחמות ישראל ובעת שירותם, פותחו

¹⁵ הדס-לידור, נ' ולכמן, מ' (2007).

¹⁶ להלן נספח מס' 3.

¹⁷ Wies, M. (2004). pp 9- 25.

¹⁸ קאופמן, ח' (1996). עמ' 261-262

¹⁹ Wies, M. (2004). pp 9- 25.

²⁰ מור, ש' (תשע"ב). עמ' 101; טולוב, י' וקנטר, א' (2014). עמ' 48

²¹ פארן, ג' (תשע"ד). עמ' 30-31; האישפוזים במחלקות השיקום, השחפת והמחלות הכרוניות היו ממושכים. להלן נספח מס' 3.

שירותי שיקום לנפגעי מערכת הביטחון. חובת המדינה לנפגעים עוגנה בחוק הנכים תש"ט (1949).²² נוצרה בישראל הירארכיה בקרב קבוצת האנשים עם המוגבלויות; נכי צה"ל אשר נפגעו במסגרת שרות ביטחון נהנו מאתוס ויוקרה חברתית ומהטבות בהשוואה לנכים אחרים כולל השמה מועדפת בשיקום תעסוקתי.²³

פארן מציינת את הטיפול השיקומי בפצועי מלחמת יום הכיפורים כ"קו פרשת המים" בהתפתחות השיקום בישראל; השיקום הפך למשימה לאומית, נפתחו מחלקות שיקום חדשות והוגדלו מספר המיטות. נערכו מחקרים והחל טיפול בשיטות שיקומיות חדשות הניסיון בטיפול בפצועים הביא להתמקצעות גם בתחומי שיקום שלא היו קשורים באופן ישיר לפציעות נכי צה"ל, יתרה מזאת, הניסיון בטיפול בפצועי מלחמת יום הכיפורים מיצב בארצות המערב את השיקום הישראלי כמתקדם. ההתקדמות ברפואה השיקומית השפיעה על התפתחות שירותי הריפוי בעיסוק, נפתחו מחלקות שיקום ייחודיות לפי סוגי פגיעות הן בבתי החולים והן במרפאות בקהילה, מהתפתחות זו נהנו כלל הנכים בישראל.²⁴

בסוף שנות השישים התפתחה בארצות הברית תנועת Disability Rights Movement, אשר קראה להכיר בזכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות פיזיות, כבני אדם וכאזרחים.²⁵ ייתכן והשינוי בישראל נבע מהשפעת הישגי הארגונים למען זכויות לנכים בארצות הברית בשנת 1973.²⁶ בשנים במוקד מחקר זה נכנסה לתוקף התוספת השנייה לתקנות התכנון והבנייה התש"ל (1970), בדבר התקנת סידורים מיוחדים לנכים בבניין ציבורי. על פיהם לא ניתנו היתרים לבניינים ציבוריים לא נגישים שניבנו לאחר שנת 1972. אורן ודגן סוברים כי מחקיקה זו "נעדרה כל תפיסה של זכויות אדם".²⁷ והיא התבססה על גישה של חסד. הסדרים אלה היו חלקיים והיו אמורים לתת מענה רק לאנשים שהתניידו בכסאות גלגלים. יתרה מזאת, התקנות לא נאכפו ורוב מבני הציבור לא היו נגישים לנכים.

הגידול במספר המכונים לריפוי בעיסוק במרפאות ובבתי חולים מלמד על שינוי בגישה; החברה לקחה על אחריותה את רווחת הנכים והשקיעה משאבים כלכליים בפיתוח שירותי השיקום כולל ריפוי בעיסוק, מבלי לצפות מהנכים שיפרנסו את עצמם ולא יפלו לעול על החברה. על ההתקדמות המקצועית בטיפול בריפוי בעיסוק בפגיעות פיזיקליות בפרק השני.

²² חוק הנכים (תגמולים ושיקום) תש"ט (1949) נדלה מהאינטרנט בתאריך 10/12/15. http://img2.tapuz.co.il/forums/1_137247553.pdf

²³ שם, עמ' 31; מור, שי (תשע"ב). עמ' 113.

²⁴ פארן, ג' (תשע"ד). עמ' 169-191.

²⁵ אדמון, צ' (תשס"ז). עמ' 178-179.

²⁶ מאבקם של ארגונים לזכויות אנשים עם מוגבלויות בארצות הברית וחוק Rehabilitation Act סעיף 504 משנת 1973 האוסר על הפליית אנשים עם מוגבלויות בתכניות אשר ממומנות מהמימשל הפדרלי אמריקאי.

²⁷ אורן, ד' ודגן, נ' (תשס"ז). עמ' 139-140; אדמון, צ' (תשס"ז). עמ' 217. פרק ה' לחוק התכנון והבנייה התשכ"ה (1965), המורה על סידורים מיוחדים לנכים בבניינים ציבוריים, תוקן רק בשנת תשמ"א (1981). חוק התכנון והבנייה התשכ"ה <http://makom-m.cet.ac.il/pages/item.asp?s=6&id=201&defid=-> נדלה מהאינטרנט 1&page=6&item=2024.7/1/16

ריפוי בעיסוק ילדים בעיני החברה

הילדים שקבלו טיפולי ריפוי בעיסוק בשנות החמישים והשישים היו ילדים עם לקויות מורכבות, בעיקר בתחום הפיזי. מגפת הפוליו פרצה בישראל בשנת 1949 ושיאה היה בשנת 1950.²⁸ עיון בעיתונות היומית של התקופה חושף את יחס החברה לשיקום בכלל ולריפוי בעיסוק בפרט ושופך אור על היבטים שונים בחברה הישראלית של אותם הימים. ניתוח הכתבות על המקצוע בהקשר לצרכי השעה, קרי המלחמות והעלייה הגדולה, מאירים על התמורות החברתיות, המגדריות והתרבותיות שאפיינו את החברה הישראלית. למרות מודעות אזרחי התקופה לכך שמגפת הפוליו עלולה להמית ילדים, היה עיסוק גם בפן הכלכלי, לנוכח התקופה הקשה כלכלית נערך דיון באיזה מהמוסדות השתתפו ההורים במימון הטיפול ומי נשא בנטל הכלכלי של אשפוזים ארוכי טווח. בשנות הצנע היה צורך לתרץ את ההשקעה הכלכלית בילדים נכים, את המשאבים שהושקעו בטיפול תרצו באפשרות "להחזיר לחברה ולהקנות מקצוע".²⁹

כדי להצדיק את פתיחת מחנות הקיץ לילדים נפגעי פוליו, פורסמה כתבה על הישגי הילדים המשוקמים במרכז השיקום באסף הרופא ובבית פיינסטון ברמות השבים.³⁰ "מחלת שיתוק הילדים הניחה מאות רבות של נפגעים ונכים, רובם ילדים בגיל הרך...יש להוציא את הילדים הפגועים מבדידותם ולהכניסם לחיי חברה ולימודים". את מחנות הקיץ ראו ככורח חברתי. נתוני הכתבה מחזקים את דבריה של חוה אלקן אשר ציינה את גילם הצעיר של חולי הפוליו בישראל. בשנת 1953 היו בבית פיינסטון 25 ילדים עד גיל חמש ששהו במוסד. השיקום הארוך היה במטרה "לא רק לאשפוז בלבד, אלא גם פעולה ממשית לקידום השיקום והקניית מקצוע לנכים על ידי ריפוי בעיסוק".³¹ תמוה הקשר בין ילדים בני חמש לשיקום מקצועי, הוא מעיד על תקווה שהשקעה מוקדמת בשיקום תניב עצמאות לילדים החולים. כתבה נוספת שהתפרסמה בעיתונות היומית חזקה את התקווה הזו.³² "יש באמצעי הריפוי והשיקום (ריהאביליטאציה) החדשים כדי להבטיח לנפגעים כושר עבודה...יש להדגיש, שאפילו חולים משותקים קשה יכולים אחרי טיפול מתאים וריפוי בעיסוק להיות אזרחים מועילים, לפרנס את עצמם ולחיות חיים תקינים פחות או יותר".³³ בשנת 1955, הוצגו הנתונים כי חלק מהילדים הפגועים לא יוכלו לתפקד באופן עצמאי. הודגשה העובדה שרק אצל 10% אחוזים מהילדים "לא נשא הטיפול פרי".³⁴ ואילו השאר, "רובם ככולם מתפרנסים בכבוד".³⁵ הכתבות מעידות על תפיסת ההצדקה הכלכלית להשקעת המשאבים בשיקום הילדים מתוך תקווה כי על אף הנכות הפיזית הילדים יזכו לפרנס את עצמם ולהיות "אזרחים מועילים".

²⁸ מובשוביץ, א', (2012). עמ' 11-23; פרידמן, ל', (2009) שישים שנה לפני שפעת החזירים תקפה את ישראל מגפת הפוליו, זכרונות משעת חרום. נדלה בתאריך 23/2/13. <http://www.haaretz.co.il/misc/1.1278071>

²⁹ אופיר, י' (4/9/53). 'כך נעזרים קורבנות השיתוק', *חרות*.

³⁰ אנגל, ש' (6/8/53). *דבר*; אנגל, ש' (13/8/53). *דבר*.

³¹ שם, שם.

³² *דבר* (7/8/53). לא מצוין שם הכותב

³³ שם, שם.

³⁴ על המשמר (7/2/55). 'גמר בניית בית החולים בקטמון יחסל התור לילדים נכים', לא מצוין שם הכותב

³⁵ שם, שם.

פארן מצאה כי ראשית הרפואה השיקומית לילדים בישראל הונעה מיוזמות אישיות של אנשי מקצוע שהבחינו בחוסר היכולת של המערכת הרפואית לתת מענה לצורכי השעה.³⁶ גם התפתחות מסגרות החינוך המיוחד מעידה כי הורים וגופים וולנטריים דאגו למסגרות חינוכיות לילדים בעלי צרכים מיוחדים.³⁷ בשנת 1950 הוקם המדור לחינוך מיוחד במשרד החינוך והמסגרות המיוחדות עברו לאחריות המשרד.³⁸ אוכלוסיית התלמידים במסגרות החינוך המיוחד כללה בשנות החמישים והשישים ילדים "בולטים בחריגותם",³⁹ עם ליקויים שכליים התפתחותיים, ליקויים בתחום הנפשי ובעלי לקויות חושיות; חרשים ועיוורים. במהלך שנות השבעים חל גידול במספר התלמידים בבתי הספר של החינוך המיוחד ובמסגרות שנפתחו במשרד החינוך.⁴⁰ ריבוי במסגרות החינוך המיוחד מלמד על תפיסה חברתית הרואה את אחריות המדינה בטיפול בילדים עם מוגבלויות ועל השקעת משאבים בבניית מערכת חינוך מיוחדת הכוללת שירותים פרא רפואיים כולל מקצוע הריפוי בעיסוק.

המסגרות הראשונות בהן עבדו מרפאות בעיסוק בשנות החמישים והשישים היו מוסד אלי"ן ובהמשך בית החולים אלי"ן, מרכז השיקום בבית החולים אסף הרופא, ובבית ספר און בתל אביב; בשנת 1958 נפתחה מסגרת טיפולית-שיקומית, גן און, גן הילדים הראשון לטיפול בילדים נפגעי פוליו ושיתוק מוחין. בשנת 1961 הקימה רות קסל, עולה חדשה מקנדה ומורה לחינוך מיוחד שהתמחתה בעבודה עם ילדים נפגעי שיתוק מוחין, את מסגרת ההמשך, בית הספר און.⁴¹ הגן הוקם במטרה לספק לילדים מסגרת מיוחדת שתתמוך בצרכיהם "תלמד את הילד להתמודד עם מצבו, תעניק לו עצמאות מרבית ותוביל אותו לתפקוד מרבי במסגרת מגבלותיו".⁴²

כאמור, הקמת היחידות להתפתחות הילד ומכוני קופת חולים הכללית הגדילו את מספר הילדים שהופנו לטיפול ונתנו מענה לילדים עם מוגבלויות וילדים שהטיפול בהם התמקד במניעה ושיפור איכות חייהם. היה זה שינוי במדיניות הזכאות לקבלת טיפול. מאמצע שנות השבעים תחום הטיפול בילדים התרחב לטיפול בילדים עם מגוון לקויות; ילדים עם תסמונות, מוגבלות שכלית, שיתוק מוחין, סרבול מוטורי, לקויות למידה, ובעיות התנהגות. לטיפול הופנו הרבה ילדים עם בעיות התפתחות והבשלה פסיכו-מוטורית, כולל ילדים שהשתלבו במערכות החינוך הרגיל.⁴³ בהדרגה, ירדו גילאי הילדים המופנים והמרפאות בעיסוק טפלו גם בפעוטות בני שנתיים. הגילאים הצעירים של הילדים הגבירו את הצורך בהתמקצעות בטיפול על פי גישות התפתחותיות, באימוץ גישות טיפוליות מותאמות למגוון המוגבלויות והלקויות ובהתאמת אמצעי הטיפול

³⁶ פארן, ג' (תשע"ד). עמ' 116.

³⁷ שדה, ש' (תשס"ג). עמ' 30.

³⁸ חמדני, מ' (תשס"ג).

³⁹ מרגליות, מ' (1999). עמ' 961-977.

⁴⁰ שם, שם.

⁴¹ מובשוביץ, א' (2012). עמ' 11-23; פרידמן, ל' (2009). על הקמת ארגון אילנשי"ל וארגון שתל"ם ראו עמ' 130.

⁴² מובשוביץ, א' (2012). עמ' 14.

⁴³ קרני, ע' (1978). עמ' 3-5. חלק נכבד מהילדים שהופנו למכונים היו ילדים שאובחנו עם Minimal Brain Dysfunction שמחמת ליקויים באינטגרציה הבין חושית התקשו בתאום התנועתי והתפיסתי תנועתי.

לעיסוקים המתאימים לגילאי הילדים המטופלים.⁴⁴ התפתחות תחום הטיפול בילדים תידון בפרק השלישי.

2. התמקצעות - התמחויות מקצועיות בריפוי בעיסוק בשנים 1951-1979

בחלק זה אדון בתהליך ההתמקצעות והתפתחות ההתמחויות במקצוע כביטוי להתרחבות והתפתחות מקצועית. מקצועות העזר ברפואה בישראל הושפעו מחידושים בתחומי המדעים והטכנולוגיה, מתמורות בדפוסי ההתנהגות של אנשי מקצוע ומתהליך ההתמחויות וההתמקצעות בתחום בארצות המערב.⁴⁵ התמחות בתחומים ייחודיים ברמה מעמיקה הייתה בבחינת צו שעה כדי לספק טיפול משופר ומעודכן בשינויים המדעיים הטכנולוגיים והחברתיים.⁴⁶ התמחויות מקצועיות שונות העידו על השתלבות במערכת בריאות מתפתחת ומתקדמת והיו מסממני ההתפתחות של מקצוע ולעיתים מקבילות לתהליך האקדמיזציה מכיון שתודעת ההתמקצעות התגבשה עם ההכשרה האקדמית וניזונה מהיוקרה המקצועית "השאיפה להתמקצעות מקפלת בתוכה את הכמיהה ליוקרה".⁴⁷ ההתמחות קדמה בעיקר את הידע הקליני ואת הפרקטיקה הטיפולית של המקצוע. במהלך השנים חל שינוי בהתייחסות להתפתחות המקצועית של מטפלים ממקצועות הבריאות; מגישה המעריכה את הניסיון הקליני כמדד הבלעדי לטיפול איכותי השתנתה הגישה לטיפול מבוסס על ניסיון ורכישת ידע מחקרי עדכני.⁴⁸ על פי גישה זו, לימודי ההכשרה הבסיסיים אינם מספיקים. הבסיס לטיפול שיקומי איכותי משלב בין הניסיון הקליני ומחקרים מבוססי הוכחות, חידושים ושינויים במושגים ועקרונות מקצועיים מנחים.⁴⁹ בישראל נעשה שימוש בגישות טיפול מתקדמות שנלמדו בארצות הברית ובבריטניה, בטכניקות טיפוליות ובאמצעי עזר חדשים. ברם, בשנים במוקד מחקר זה המקצוע לא קבל הכרה אקדמית והדרישה לטיפול מבוסס הוכחות עלתה רק בסוף המאה העשרים ובראשית המאה העשרים ואחת.⁵⁰

המאפיין העיקרי של מקצוע הריפוי בעיסוק בישראל היה תהליך ההתמחות המקצועית והרחבת המסגרות בהן עבדו אנשי מקצוע. ההתמחות הייתה למאפיין בולט בכל מקצועות הבריאות והרווחה, שפירו ועמיתיו שחקרו את התפתחות מקצוע העבודה הסוציאלית הסיקו כי המעבר לשירות בקהילה היה גורם ממריץ להעמקת הידע בגישות חדשניות ושיפור המיומנות של העובדים.⁵¹ תהליך דומה קרה גם במקצוע הריפוי בעיסוק. ההתמודדות עם אוכלוסיות טיפוליות מגוונות במגוון מסגרות ומכונים שונים, העמיקה את הצורך בגישות טיפול חדשניות. נוצרו תת התמחויות בתחומים העיקריים במקצוע; בתחום הפיזיקלי, בתחום הגריאטרי, בתחום הפסיכיאטרי ובתחום הילדים, בשנות השבעים פותחו בעולם תיאוריות ייחודיות ועל פיהן נבנו גישות טיפול חדשות שיוחדו לאוכלוסיות שונות. עם התפתחות הטכנולוגיה הוכנסו לטיפול

⁴⁴ ריאיון עם ברניס מאירס, 19/2/12.

⁴⁵ שובל, יי ואנסון, עי' (תשס"ה). עמ' 113.

⁴⁶ שחף, שי' (2014). עמ' 91.

⁴⁷ שם, עמ' 138.

⁴⁸ כץ-אוצר, ני' וליפשיץ, ני' (2012). עמ' H89-H99.

⁴⁹ שם, עמ' 50.

⁵⁰ זק"ש, די' (1998). עמ' H188; פרוש, שי' (2003). עמ' H57-H74.

⁵¹ שפירו, ש', שרר, מ', לנגר, ני' ווייס, עי' (2002). עמ' 1-9.

אביזרי עזר רבים; חלקם נבנו על ידי המרפאות בעיסוק וחלקם, מפותחים טכנולוגית, פותחו בארץ או נרכשו בחו"ל. הייתה זו ראשית ההתמחות בתחום הטכנולוגיה המסייעת. ברוב התקופה הנדונה לא היו הלימודים לריפוי בעיסוק במסגרת אקדמאית ומרפאות בעיסוק ישראליות שבקשו להרחיב את השכלתן בתחום, נסעו להשתלמויות מקצועיות בארצות הברית ובבריטניה.

פרק ראשון: התמקצעות בתחום הפסיכיאטרי

1. התפתחויות בתחום הפסיכיאטרי בשנים 1951 - 1979

גם בארצנו כביתר הארצות מקבל החולה ריפוי על ידי עבודה המכונה ריפוי בעיסוק. ניסיונות רבים נעשו בשטח זה וביחוד בשנתיים האחרונות בשיתוף משרד הבריאות, משרד העבודה ומשרד הסעד, נעשה ניסיון לפתוח קורסים ללימוד מקצועות שונים: נגרות, מסגרות, כריכה, תפירה, עשיית מזרנים, כדי לאפשר לנרפאים עם צאתם מהמוסד סידור לקיום עצמי. בודדים בלבד הצליחו להגיע לכדי עבודה שלמה. ... כדי לפתור בעיה זו באה הצעה להקים מפעלים "מוגנים" שבהם יועסקו עובדים אלה בתמיכת משרד הסעד, כדי לאפשר להם קיום בכבוד.⁵²

בשנת 1956 פרסם שמעון פינס בעיתון "דבר" את השינויים שחלו בטיפול בחולי הנפש עם פתיחת קורסים מקצועיים וכפרי עבודה. בכתבה הועלתה לראשונה בעית שילובם של החולים בעולם העבודה והקושי שלהם לפרנס את עצמם. העלאת נושא זה הייתה בבחינת חידוש, מפני שלפני פרסומו בעיתון היה מקובל לתרץ את ההשקעה השיקומית בחולי הנפש במטרה להחזירם לקהילה ולעולם העבודה. תרופות חדשות שנכנסו לשימוש, העקרונות הטיפוליים הפסיכודינמיים שאימצו הפסיכיאטרים בישראל והמעבר מטיפול במחלקות סגורות למחלקות פתוחות, כל אלה שינו את מצב החולים בבתי החולים הפסיכיאטריים ואת הטיפול השיקומי בהם.⁵³ בשנת 1954 נפתחו תכניות לשיקום מקצועי לחולי נפש בבתי חולים פסיכיאטריים בשיתוף משרד העבודה, במטרה לאפשר לחולים הזדמנויות להשתלב בשוק העבודה אחרי השלב הסוער של המחלה. הפסיכיאטריה בארצות הברית השפיעה על התפיסה בישראל, והוקמו כאן כפרי עבודה לשיקום חולי נפש במטרה לשחרר את החולה מבית החולים עם מקצוע שיאפשר לו עצמאות. משרד העבודה פתח קורסים מקצועיים, נפתחו בתי מלאכה זעירים ומפעלי שיקום בסמיכות לרוב בתי החולים הפסיכיאטריים.⁵⁴ החולים הועסקו בעבודות מתכת, נגרות, כריכת ספרים, תפירה, סנדלרות ואפיייה. את רוב הסדנאות העבירו עובדים לא מוסמכים בפיקוח מרפאה בעיסוק מוסמכת.⁵⁵

פתיחת המפעלים לוותה בשאלות רבות שנגעו לתשלום לחולים עבור עבודתם: איך יחושב ערך המוצר? כיצד ישווקו המוצרים, ומי יבצע את הניהול הכספי של המכירות? כמו כן היה צורך לקבוע תקנים קבועים, להחליט על מספר החולים שיעסיק כל מדריך, מורה או מרפאה בעסוק, ולקבוע את מספר המדריכים שיועסקו בכל מפעל.⁵⁶ העיסוק הרב בשאלת התשלום עבור העבודות הדגיש את החזון שהחולים יפרנסו את עצמם ויהיו אזרחים יצרניים, אף שהיה מדובר בסכומים קטנים.

⁵² פינס, ש' (18/1/56). דבר.

⁵³ Sussman, N. (1989). p. 85.

⁵⁴ גנזך ג- 4237/14.

⁵⁵ Sussman, N. (1989). p. 85. לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 4.

⁵⁶ גנזך ג- 4237/14. מכתב מיעל יואלית למחלקות לריפוי בעיסוק בבתי החולים הממשלתיים בעכו, במזרע, בבאר יעקב ובבת ים בתאריך 6/5/58.

בראשית שנות החמישים גולת הכותרת של הריפוי בעיסוק בתחום הפסיכיאטריה הייתה המחלקה בבית החולים הפסיכיאטרי בבאר יעקב, שהועברה לשם מאסוף הרופא במסגרת העברת בתי החולים הצבאיים לרשות משרד הבריאות.⁵⁷ בית החולים הפסיכיאטרי בבאר יעקב הוקם על שרידי בית חולים צבאי לחולי נפש, ובשנת 1954 היו בו 260 מיטות. המחלקה הצבאית בסרפנד (צריפין, אסף הרופא) נקראה פ-2, אך הייתה "פחות משוכללת ובקנה מידה יותר קטן"⁵⁸ בהשוואה למחלקה שנפתחה בבאר יעקב. התקציב שקיבלה המחלקה מהאגף לשיקום החייל במשרד הביטחון אפשר לפתוח בבית החולים סדנאות ובתי מלאכה להכשרה מקצועית. המחלקה לריפוי בעיסוק כללה את חדר הריפוי בעיסוק ואת הסדנאות. אפשרויות התעסוקה היו עבודה בגן, בפנינת החי, במטבח, במחסן הבגדים, במתפרה, בסנדלריה ובמסגרייה. חולה שהתקבל למוסד עבד במחלקה לריפוי בעיסוק, ומשם הועבר לסדנאות.⁵⁹

הגישה בבית החולים, ובעיקר במחלקה לריפוי בעיסוק הייתה לאפשר לחולים לקבל אחריות על סדר יומם. "במחלקה המשטר חפשי לגמרי, החולה בא והולך ועובד בטמפו שהוא רוצה וכן הוא עושה כל עבודה שהוא רוצה"⁶⁰, כך תואר בעלון המקצועי של המרפאות בעיסוק. הטיפול השיקומי היה מדורג בחופש שניתן לחולים מחד גיסא, ובאחריות שדרשו מהם מאידך גיסא. כאשר החולה היה מוכן לעבודה בסדנאות "שהוא יכול לסגל את עצמו למשטר איזה שהוא ולהכניס את עצמו למסגרת של שעות עבודה", דנו אנשי הצוות לאיזה סדנה לשלוח את החולה על פי כישוריו, העדפותיו ומגדרו. "פה החולה פחות חפשי, הוא בא בשעה קבועה, הולך בשעה קבועה, ועליו לעשות כל עבודה שנותנים לו"⁶¹, נאמר בנוגע לעבודה בסדנאות שבהן נדרשו החולים להקפיד על מכסת שעות עבודה. בכל בוקר נערכה ישיבת צוות שהשתתפו בה הרופא האחראי על הריפוי בעיסוק, הרופאים האחראים על המחלקות, האחיות וצוות הריפוי בעיסוק, כולל העובדים הלא מוסמכים. בישיבות דנו באפשרויות ובסידורי העבודה של החולים.⁶² כתבה בעיתון "דבר" שהתפרסמה בשנת 1954 תיארה את העבודה בריפוי בעיסוק "השיטה בבית חולים זה היא ריפוי בעיסוק, החולים עובדים ולומדים מקצועות חדשים, אחדים מהם, שרכשו את מקצוע החקלאות במוסד, הם כיום מדריכים מעולים בישובים ובמוסדות חינוך".⁶³ מכתבה זו אפשר ללמוד שתהליך השיקום בבריאות הנפש עדין הוצג במטרה שהחולים לא יפלו לנטל על החברה.

העבודה בבאר יעקב נחשבה למתקדמת גם בקרב מרפאות בעיסוק שעבדו בתחום הפסיכיאטרי במקומות אחרים: "הריפוי בעיסוק בבאר יעקב היה מתקדם. גם אמרו שזה בית חולים לחולי נפש ולא לחולי רוח, והחולים עבדו בעבודות בית החולים עצמו, תפיסה שהייתה חדשה לגמרי, להתעלם ממה שנדבק בהם בתור משוגעים אלא חולים שבעזרת טיפול נכון יכולים

⁵⁷ ריאיון עם נירה זוסמן, 17/3/10.

⁵⁸ הרמלין-זוסמן, נ' (1950). עמ' 2-3.

⁵⁹ שם, שם.

⁶⁰ הרמלין-זוסמן, נ' (1950).

⁶¹ שם, שם.

⁶² שם, שם.

⁶³ דבר (21/11/54). לא מצוין שם הכותב.

להתקדם",⁶⁴ תימוכין לתפיסה הטיפולית המתקדמת בבאר יעקב נמצאו בשינוי השם: מחולי רוח לחולי נפש. שינוי זה מעיד על בחירת מילים משיקולים אידאולוגיים ועל התפיסה ההומנית טיפולית שהנחתה את המרפאות בעיסוק בתחום. "את פרי עבודותיהם של החולים הדגימו שתי תערוכות... במלאכת יד ומחשבת עוסקות בעיקר החולות. כן מייצרים במקום רהיטים, וקיים קורס למתכת וכריכה הנתמכת ע"י משרד העבודה. אחרי הטכס (איות בעיתון) נערך סימפוזיון מוקדש לבעיות הריפוי בעיסוק."⁶⁵ הפרסום בעיתונות הצביע על אפשרויות התעסוקה המגוונות בסדנאות שהוקמו בבאר יעקב.

"נפתח בית החולים לחולי נפש... הוכשרו שתי הקומות העליונות ובהן 40 מיטות, מטבחים, חדרי אוכל לחולים ולפרסונל, חדרי עבודה (ריפוי בעיסוק) לבילוי זמן וחדרי ריפוי."⁶⁶ כך פורסמה בעיתונות היומית הקמת המחלקה לריפוי בעיסוק בבית החולים הפסיכיאטרי טלביה בירושלים. המחלקה לריפוי בעיסוק הוקמה בשיתוף פעולה ובתמיכתו של פרופסור ויניק, מנהל בית החולים. "פרופסור ויניק כבד אותי בתור מרפאה בעיסוק, אנחנו עבדנו יחד לבנות את המחלקה ופרופסור ויניק מאוד האמין בנו ותמך בנו, ואמר שזה הדבר שצריכים בבית חולים פסיכיאטרי."⁶⁷ העבודה התבססה על שיתוף הפעולה בין מרפאות בעיסוק ובין צוותים מקצועיים "אחת למדה מהשניה, היה רצון טוב לאנשים ועבדו מעבר לשעות העבודה... היה ברור מאליו ערך העבודה ועבודת הכפיים, גם החולים היו כאלה, היה ברור שאחד עוזר לשני"⁶⁸ ממרחק הזמן נראה כי ערכי התקופה, קרי עזרה הדדית ושיתוף פעולה הוטבעו היטב הן בצוות הרב מקצועי ובכללו המרפאות בעיסוק והן בחולים המאושפזים.

כפר שאול, מוסד ממשלתי בירושלים במסגרת שירותי בריאות הנפש של משרד הבריאות, היה בית החולים הפסיכיאטרי הראשון שנפתח ככפר עבודה, והפסיכיאטר ד"ר שוסברגר ניהל אותו. עבודת הריפוי בעיסוק התמקדה בתרגול תפקודי היום-יום בתחום ה-ADL כדי שהחולים יפתחו את התפקודים הבסיסיים כהרגל קבוע. בנוסף, הוקמו סדנאות לעבודות יד יצירתיות וסדנאות תעסוקה. והמרפאה בעיסוק החלה להפעיל קבוצות טיפוליות בנושאים שונים.⁶⁹ בשנות השישים מרבית אמצעי הטיפול בהם השתמשו בריפוי בעיסוק היו מתחום התרפיה באמנות: חוג לציור, חוג תאטרון ותזמורת. כדי להתמחות בטיפולים קבוצתיים קרא הצוות ספרות מקצועית בתחום הפסיכיאטריה וקיבל הדרכה ותמיכה מד"ר שוסברגר, מנהל הכפר. "הוא היה יוצא מן הכלל, הוא ברך כל רעיון והיינו יכולות ממש להתייעץ אתו. הוא היה נהדר ותמך בהכלל."⁷⁰

גם באזור השרון פעלו המרפאות בעיסוק בבית החולים "שלוותה" בגישה זהה לזו שבכפר שאול, והיו מעורבות בתחומי היצירה ועבודות היד וגם בתחום שעות הפנאי ופעולות התרבות.

⁶⁴ ריאיון עם חנה דוידזון, 13/1/10.

⁶⁵ דבר (21/11/54). לא מצוין שם הכותב.

⁶⁶ דבר (4/11/49).

⁶⁷ ריאיון חנה דוידזון, 13/1/10.

⁶⁸ שם, שם.

⁶⁹ גנדך ג- 4237/14. רות שמאע, בוגרת הקורס השני כתבה סיכום "ביקור בבתי חולים לחולי נפש באנגליה והשתתפות בקונגרס הבין-לאומי בשנת 1954."

⁷⁰ ריאיון עם בלה אפרתי, 9/6/13.

"בחדר הריפוי בעיסוק פגשו האורחים עשרות גברים ונשים עוסקים במלאכות ממלאכות שונות, רקמה, אריגה, תפירה, ריקוע וכו'. אחד החולים שר והאחרים החזיקו אחריו",⁷¹ נכתב בשנת 1957 בעיתון "דבר". בעבודה השיקומית השתמשו בעבודות יד שונות. אחראית המחלקה לריפוי בעיסוק העצימה את הקשר בין מחלקת ריפוי בעיסוק חזקה ומקצועית לבין רופא תומך. לטענתה, ד"ר רות יפה, מנהלת בית החולים, לימדה והדריכה את המרפאות בעיסוק וקידמה אותן מבחינה מקצועית.⁷²

בית החולים הפסיכיאטרי "מזרע" בגליל המערבי נפתח בשנת 1954 ככפר עבודה, כדי לתת מענה לאוכלוסייה גדולה של מטופלים, שרובם הגיעו בגלי העלייה "ונוקקו למסגרת שתוכל לקלוט אותם ולסייע להם להשיג את מירב השיפור. ... החשיבה הייתה להקים כפר כמיני-קוסמוס אוטונומי, שישרת את התושבים וגם ייצר מסגרות שונות המאפשרות מגעים טיפוליים מבוקרים".⁷³ מרפאות בעיסוק שעבדו בבית החולים "מזרע" חיזקו את הסברה בנושא הקשר בין המרפאות בעיסוק המוסמכות ובין רופאי בית החולים, קשר המשפיע על טיב העבודה המקצועית בריפוי בעיסוק. העבודה הרב צוותית בבית החולים "מזרע" תוארה "מאירת עיניים".⁷⁴ המרפאות בעיסוק המוסמכות השתתפו בישיבות צוות קבועות עם הרופאים הפסיכיאטרים והן למדו מהם הנחיית סוגים שונים של קבוצות טיפוליות. פרופסור חפץ לימד את המרפאות בעיסוק את עקרונות הטיפול הקבוצתי, בעקבות הדרכתיו הקימו המרפאות בעיסוק סוגים שונים ומגוונים של קבוצות טיפוליות.⁷⁵ בסיום כל מפגש קבוצתי הושקעו משאבים בניתוח התהליכים שעברו הקבוצה והמנחה, ובלימוד והכנה לקראת הפגישות הבאות.⁷⁶

ד"ר יהושע מאללר, מנהל בית החולים פרדסיה, הגדיר את עבודת הריפוי בעיסוק "טיפול עבודתי" מדורג, מעיסוק לשם העברת זמן להכשרה מקצועית.⁷⁷ לדידו, מרפאות בעיסוק היו אחראיות לאיבחון הכשרים התעסוקתי הביצועי והיצרני של המטופל בהתחשב בתכונותיו הנפשיות. מאללר המליץ השתתפות בקבוצות הטיפוליות ופעילויות בשעות הפנאי כדי להקנות למטופלים הרגלי משמעת, שיתוף פעולה, בקשת וקבלת ייעוץ ועזרה והסתגלות למציאות משתנה. בשלבים המאוחרים הייתה המרפאה בעיסוק מעורבת בבדיקת האפשרויות לעבודה מחוץ לכתלי בית החולים. "השירות התעסוקתי הוא אחד ממקומות המפגש בין החולה לסביבתו הטבעית, תעסוקתית, משפחתית וקהילתית כאחד".⁷⁸ בבית החולים הפסיכיאטרי בפרדסיה, הייתה מרפאה בעיסוק מוסמכת יחידה, בעוד שאר העובדים היו מדריכים מקצועיים ועובדים לא

⁷¹ דבר (1/2/57). לא מצוין שם הכותב.

⁷² ריאיון עם שושנה ינאי, 10/11/10.

⁷³ אתר האינטרנט של המרכז הרפואי לבריאות הנפש מזרע, סיפור המקום. נדלה בתאריך <http://www.mazra.org.il/?pageId=5537>. 1/5/14.

⁷⁴ ריאיון עם ברכה אנגלרד-לנגה, 12/3/12.

⁷⁵ שם, שם.

⁷⁶ שם, שם.

⁷⁷ מאללר, יי (1968). עמ' 10-15.

⁷⁸ שם, שם.

מוסמכים.⁷⁹ המרפאה בעיסוק הפעילה קבוצות טיפוליות מגוונות וניסתה לפתח מודל עבודה זה לזה שבבית החולים Shenley באנגליה ולעודד את אחריות החולים ואת עצמאותם.⁸⁰ לדוגמה, היא חילקה לחולים מפתחות לארונות האישיים כדי שיוכלו לשמור על בגדיהם ולהיות אחראים לתפוציהם. היא ניסתה לפתוח מספרה לאחד המאושפזים, ספר במקצועו. ברם, יוזמותיה התקבלו בהתנגדות עזה מצד הצוות הסיעודי. לדבריה היה מאבק עוצמתי בין שני המקצועות שנגע בגבולות האוטונומיה של החולים.⁸¹

מטרת הטיפול בריפוי בעיסוק בשנות החמישים והשישים הייתה השיקום המקצועי של החולים במטרה להחזירם למעגל העבודה. על פי הכתבה בראשית הפרק משנת 1956,⁸² היה ברור כי מטרה זו אינה ברת יישום עבור רוב החולים. עם זאת, הוקדשו משאבים ומאמצים להכשרת החולים למקצועות חלופיים מותאמים למצבם יכולותיהם וכישוריהם. מרפאות בעיסוק החלו להתמחות בטיפול קבוצתי וקבלו הדרכות כיצד להתייחס לתהליכים הקבוצתיים והפרטניים שעלו בקבוצות. השימוש בגישות דינמיות שהדגישו את הקשר הטיפולי, דרש מהמרפאות בעיסוק לפתח קשר עמוק עם המטופלים ולהתמחות בטכניקות הפעלה קבוצתיות ובמשחקים טיפוליים, לצרכי אבחון וטיפול.⁸³ לדוגמה, מרפאה בעיסוק הקימה חוג פסיכודרמה בבית החולים טלביה בהדרכת רופאה מהמחלקה אשר פיקחה על עבודת הקבוצה וסייעה בעיבוד החומר שעלה במפגשים הקבוצתיים. "היה מרגש ומאלף, הרגשתי שיש לנו כלים להתמודד עם מגוון פעילויות ששימשו כאמצעים טיפוליים. היה בכך הרבה סיפוק".⁸⁴ לפני הקמת הקבוצה נפגשה באקראי בשחקנית אורנה פורת אשר קישרה אותה למרים ברנשטיין כהן, שחקנית וחברה בהנהלת תאטרון הקאמרי. המרפאה בעיסוק קבלה אישור להסתובב מאחורי הקלעים בתאטרון, לפגוש במאפרות ובפועלי הבמה ולהכיר את התאטרון. כך רכשה כלים מקצועיים להתמחות בנושא ולהפעיל את הקבוצה.⁸⁵ הטיפול בחולי הנפש המאושפזים עבר שינוי בתקופה זו; מאשפוזים ארוכים ללא מעש, לסדנאות יצירה ועבודות יד ולסדנאות מקצועיות, כולל שילוב בעבודה הנעשית בבית חולים. שינוי זה העביר לחולים אחריות על התנהלותם ושיקומם.

בשנות השבעים מטרת הדיסציפלינה השיקומית הייתה ללמד את האדם המוגבל דרכים ואמצעים שיוכלו אותו לעצמאות מרבית בפעולות היום-יום ולחזרה לחיים פוריים ויצירתיים בחברה.⁸⁶ הדגש בטיפול היה בשיקום חברתי ובשיקום תעסוקתי. על כן עיקר הטיפול היה בהקשר קבוצתי במסגרת פעולות חברתיות ותעסוקתיות, והתמקד בהקניית הרגלי עבודה, בלימוד ותרגול לעצמאות בחיי היום-יום ובאבחון והערכה טרום מקצועיים. כמו כן, הריפוי בעיסוק בתחום הפסיכיאטריה התמקצע בנושא חדש ועסק בטיפול בהפרעות בתפיסה אשר השפיעו על התפקוד

⁷⁹ ריאיון עם ברכה אנגלרד-לנגה, 12/3/12.

⁸⁰ אנגלרד נסעה להשתלם בריפוי בעיסוק בכפרי עבודה ב- Shenley באנגליה.

⁸¹ שם, שם.

⁸² להלן עמ' 231.

⁸³ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 10.

⁸⁴ עדנה קוטב, רבי"ע של אז, <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547> נדלה בתאריך 14/12/15.

⁸⁵ שם.

⁸⁶ פריד, א' (1999). עמ' 19-20.

הקוגניטיבי. עקב אשפוזם של ילדים ובני נוער בבתי חולים פסיכיאטריים, נחשפו מרפאות בעיסוק לילדים ולמתבגרים בעלי לקויות למידה. הן התמקדו בטיפול בתפקודם והתעמקו בנושא לקויות הלמידה, לקויות בתפיסה החזותית וקשיים בהרגלי למידה שהפריעו לתפקוד המאושפזים. התפיסה הטיפולית הונעה מהלגיטימציה לשלב בהתערבויות הטיפוליות מגוון עשיר ואינסופי של אמצעים משמעותיים למטופלים.⁸⁷ העבודה התבצעה בטיפולים פרטניים ובטיפולים קבוצתיים.⁸⁸

בבתי החולים הגדולים כללו המחלקות לריפוי בעיסוק שתי יחידות עיקריות: יחידות במחלקות האקוטיות ויחידה מרכזית גדולה במחלקות הפתוחות. רבים מהעובדים במחלקות לריפוי בעיסוק במוסדות של משרד הבריאות היו עובדי תעסוקה לא מוסמכים וכוחות עזר. היחס בין מרפאות בעיסוק מוסמכות למדריכים מקצועיים לא מוסמכים השתנה: על כל מרפאה בעיסוק מוסמכת היו ארבעה-חמישה עובדים לא מוסמכים.⁸⁹ היה שוני בין המחלקות לריפוי בעיסוק במוסדות משרד הבריאות לאלו שבמוסדות קופת החולים הכללית, שבהן מספר העובדים הלא מוסמכים היה נמוך, והטיפול התמקד בשיקום טיפולי פונקציונלי.⁹⁰ כמו כן היה הבדל בין מחלקות לריפוי בעיסוק בתחום הפסיכיאטריה בבתי חולים כלליים ובין מחלקות בבתי חולים פסיכיאטריים. בבתי חולים כלליים היחידות לריפוי בעיסוק פסיכיאטרי היו קטנות עקב אשפוזים קצרי מועד, והעברת החולים לטיפול בקהילה או לאשפוז ארוך בבתי חולים פסיכיאטריים.

בשנות השבעים המשיכו להפעיל כפרי עבודה בבתי החולים הפסיכיאטריים של משרד הבריאות. לדוגמה, בכפר שאול השתנו מטרות הטיפול בריפוי בעיסוק, "הדגש בטיפול על חינוך חברתי לקראת אחריות ועצמאות...המטרה להגיש לחולה את אמצעי הביטוי והפורקן המתאימים ליכולתו ורצונו. בתהליך הטיפולי רוכש החולה יכולת התאמה חברתית".⁹¹ הצוות הרב מקצועי חלק את הטיפול לארבעה שלבים על פי שלבי ההחלמה: השלב הראשון, בשלב האקוטי של המחלה, היה במחלקת האשפוז וכלל מפגש קבוע עם המרפאה בעיסוק ועם חומרים ומכשירים במטרה לאפשר לחולה ביטוי יצירתי במסגרת קבועה המסייעת להכרת המציאות. בשלב השני הקשר בין המטופל למרפאה בעיסוק היה יציב יותר ותהליך העבודה כוון ליצירת מוצר סופי. בשלב השלישי הטיפול ניתן במסגרת קבוצתית, המטופל המשיך לעבוד על מוצר סופי בטיפול הפרטני אך הטיפול נעשה במחלקת הריפוי בעיסוק, בחדר בו היו מספר אנשים והייתה דרישה להתחלק בחומרים ובכלי העבודה וליצור קשר עם אנשים. בנוסף, המטופל השתתף בקבוצות טיפוליות: חוג לציור, חוג לחימר ופעילויות חברתיות. השלב הרביעי היה שלב תעסוקתי, במטרה להכין את החולים לחזרה לעולם העבודה. "החולה עובד באחד מבתי המלאכה או באחד מענפי המשק, שילוב זה מכין את החולה לקראת דרישות החברה, העבודה מותאמת לרקע האישי של החולה, לכישרונותיו וכשריו".⁹² הטיפול בריפוי בעיסוק בבית החולים כפר שאול השתנה בהתאם לתפיסות המקצועיות של הצוות הרב מקצועי והתפצל לשתי יחידות עיקריות בהתאם לשלבי

⁸⁷ פרוש, שי (2015).

⁸⁸ גנזך גל 15708/11. לינדנפלד רות. היקף פעילות הריפוי בעיסוק במחלקת הילדים, ביה"ח נס ציונה, לא מצוין תאריך על המסמך; ריאיון עם פרופ' שולה פרוש, 12/12/12.

⁸⁹ גזית, א', פסוול, ס' וקוטלר, צ' (1973). עמ' י-יג.

⁹⁰ שם, עמ' 9.

⁹¹ אפרתי, ב' (1972).

⁹² שם, שם.

המחלה: 1) מחלקות ריפוי בעיסוק צמודות למחלקות האשפוז האקוטי; 2) מרכז שיקומי לעבודות יד ובתי מלאכה לחולים בשלבי ההחלמה. במחלקות הצמודות קיבלו החולים בשעות הבוקר טיפולים פרטניים, ומשעות הצהריים ואילך נערכו פעילויות קבוצתיות.⁹³

תחום הפסיכיאטריה קיבל תנופה לאחר מלחמת יום הכיפורים. בבתי חולים פסיכיאטריים נפתחו מחלקות לטיפול בחיילים פוסט-טראומטיים, לדוגמה, בתי החולים "איתנים" בהרי ירושלים "מזרע" בגליל המערבי. במקצת בתי חולים פונו מאושפזים כדי לאפשר טיפול בחיילים הלומי קרב.⁹⁴ גם המכון לטיפול פיזיקלי של קופת חולים הכללית בחיפה הוסב למכון טיפול בהלומי קרב. הייתה זו הרחבה ייחודית כי המענה הטיפולי ניתן במסגרת אמבולטורית.⁹⁵ החיילים טופלו שלושה חדשים לערך ועברו שיקום שכלל טיפול במחלקות של הריפוי בעיסוק. השיטות שבהן השתמשו בטיפול בחולים פוסט טראומטיים היו שונות מאלה הנהוגות היום. הסברה הייתה שמנוחה, רגיעה ועיסוקים שאינם מזכירים את הטראומה יסייעו לריפוי מהיר.⁹⁶

2. יחידות שיקומיות של ריפוי בעיסוק בתחום בריאות הנפש בקהילה

השירות בתחום הפסיכיאטריה המשיך להתפתח: בבתי חולים ובמרפאות קופת חולים הוקמו מסגרות לטיפול יום ומחלקות פתוחות, ונפתחו יחידות שיקומיות בתחום בריאות הנפש בקהילה. המגמה הייתה מעבר ממודל רפואי למודל חברתי הומניסטי. למעבר לטיפול בקהילה היו היבטים רבים; פילוסופיים- מוסריים, כלכליים, סוציאליים ותפקודיים. הטיפול במסגרות הקהילה דרש התייחסות לבעיות בחיי היום-יום של המטופלים; לצרכים הנפשיים, הפיזיים והחברתיים, להשמה בעבודה ולהתייחסות לשעות הפנאי. לשם כך היה צורך ברצף טיפולי מלווה במעבר מבית החולים להשמה בקהילה; לפתח מערכת איבחון והערכה וליצור הזדמנויות להתנסויות בסימולציות שונות של מקומות עבודה.⁹⁷ אחת המסגרות בהן ניתן טיפול בקהילה היה בית חולים יום במרכז לבריאות הנפש ביפו. במרכז נבנה מטבח טיפולי במטרה לאפשר למשתקמים האמבולטוריים להתמודד עם קניית מצרכים, בישול, אפייה וניקוי. מתוך אמונה בחשיבות התרגול של מטלות יום-יומיות, בהקשר קבוצתי המעורר אינטראקציה בין חברי הקבוצה. המרפאה בעיסוק ערכה ביקורי בית בבתי המטופלים במטרה לזהות עוצמות וקשיים אשר השפיעו על תפקוד המטופלים בסביבתם הקרובה ולהתאים מטרות טיפול רלוונטיות עבור כל אחד מן המטופלים.⁹⁸

בקהילה הוקמו יחידות תעסוקתיות שיקומיות (יתו"ש) במטרה להקנות למטופלים הרגלי עבודה והתנסות ביחסי עבודה. חלחלה ההבנה שהחסמים בשיקום התעסוקתי אינם תלויים רק במיומנות הנדרשת בעבודה אלא באינטראקציה עם הסביבה ולפיכך קשורים לתהליך ההכנה

⁹³ שוסברגר, י', ופרינד, ד' (1972).

⁹⁴ ריאיון עם ברכה אנגלרד-לנגה, 12/3/12; מירה גל, אתר העמותה הישראלית לרבי"ע, נדלה בתאריך 14/12/15 <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547>

⁹⁵ אילה פדות (2007). נאום הפרידה מתפקיד המפקחת על הריפוי בעיסוק במחוז חיפה והגליל המערבי. <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547> נדלה מהאינטרנט בתאריך 14/12/15.

⁹⁶ ריאיון עם אורנה צרפתי, 2/2/11; ריאיון עם ברכה אנגלרד-לנגה, 12/3/12.

⁹⁷ הדס, נ' (1988). עמ' 55.

⁹⁸ שרה פרשטמן, רבי"ע של אז, <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547> נדלה בתאריך 15/12/15.

לשיקום התעסוקתי. החידוש ביחידות היה המעבר משימת הדגש על המוצר הסופי לתהליך ההשמה הארוך בו ניתנת תשומת לב למעבר ממעמד של חולה למשתקם. מרפאות בעיסוק שעבדו ביחידות בקהילה קיימו קשרים עם מפעלים באזור כדי לשלב את המטופלים בעבודות שונות.⁹⁹ בשנת 1973 הוקמה היחידה השיקומית במרכז הקהילתי לבריאות הנפש ביפו, בשיתוף הגיוניט ומשרד הבריאות, במטרה להיות מודל שיקומי לפיו יבנו יחידות שיקומיות נוספות לחולי נפש משתקמים בקהילה. היחידות שמשו צומת בין בתי החולים לקהילה, המשתקמים נזקקו להדרכה מתמדת, לסיוע בלמידה ובביצוע מטלות, לחיזוק התנהגויות הולמות למקום עבודה ולצמצום התנהגויות לא הולמות. היחידה ביפו נבנתה על פי מודל מדורג שהורכב משלושה רבדים: הקניית מיומנויות חברתיות במסגרת מועדון יום תעסוקתי, מתוך תפיסת מיומנויות חברתיות כבסיס לכל התנהגות עיסוקית. הקניית מיומנויות תעסוקתיות ביחידה, לשם כך הוקמו חמש סדנאות תפקודיות בנושאים שונים; פקידות, תפירה, חרושת, קפיטריה ובוטיק. והרובד האחרון, יישום התהליך השיקומי בקהילה. תחילה במפעלים שעובדים עם היחידה; במפעל מוגן לפקידות, במפעל מע"ש, ביחידת חרושת ובמתפרה תעשייתית, ובסוף התהליך השיקומי, השמה בעבודה בשוק הפתוח.¹⁰⁰ העבודה ביחידה הושתתה על העקרונות הבאים; (א) יש לפתח סביבה תפקודית-שיקומית המשכית ותומכת בקהילה. (ב) להשגת שיקום מוצלח צריך למצוא את העוצמות והכוחות של כל משתקם ולחזקן. (ג) קצב השיקום הוא אינדיבידואלי, יש להתייחס לרקע החברתי, הלימודי, המשפחתי והתעסוקתי של כל משתקם. (ד) שימת דגש על הסביבה בה יקלט המשתקם, התייחסות לסביבה כקובעת נורמות וחוקים שיש להסתגל אליהם. (ה) כדי להשיג שיקום אופטימלי יש לשאוף לשיתוף פעולה הדוק בין מטפל למטופל, לשים לב ליחסי התלות המתמשכים בין המטפל והמטופל וליכולת להתנתק מהתלות בהדרגה. בעקרונות אלה בוטאו תפיסות מתקדמות לזמן, שונות מהמודל הרפואי על פיו עבדו בתחום הפסיכיאטריה, בו נתפסו הרופא והמטפל כבעלי הידע. הקשר בין המטפל למטופל היה רצוף והמטופל נדרש לקחת אחריות, להיות מעורב ולתת משוב לכל שלב בתהליך. ההתייחסות לסביבה והתפיסה שיש להתאימה למשתקם היו חדשניות.¹⁰¹ העבודה ביחידות השיקום התעסוקתית בתחום בריאות הנפש התבססה על מרכזיות וחשיבות העבודה בחיי כל אדם. ועל התפיסה כי עבודה יוצרת רגיעה, מעלה את הדימוי העצמי, מאפשרת לאדם להתנסות בפעילויות חברתיות ותעסוקתיות ומפחיתה את הסימפטומים הפתולוגיים הקשורים למחלה.¹⁰²

מקצוע הריפוי בעיסוק השתלב בעבודת הזרם האנטי-פסיכיאטרי. תומכי הזרם הזה טענו שהפסיכיאטריה הממסדית פוגעת בזכויות אזרח ומרחיקה אנשים על סמך התרשמות סובייקטיבית. הם ראו באשפוז, כמו בשימוש בתרופות, מנגנון חברתי של הרחקה ונידוי. התרופות הפסיכיאטריות יצרו שינוי לטובה, וחולי נפש הצליחו להשתחרר מבתי חולים, אך נאלצו להתמודד עם תופעות הלואי הקשות של התרופות ועם הפגיעה בתפקודם. החלה לחלחל ההבנה שמקצת החולים הפסיכיאטריים אינם אמורים להיות מוצאים מהחברה ואינם זקוקים לאשפוז

⁹⁹ לוי, לי וזוסמן, נ' (1988). עמ' 10.

¹⁰⁰ להמן, נ' והדס, נ' (1992). עמ' H62-H55; הדס, נ' (1988). עמ' 55.

¹⁰¹ שם, שם.

¹⁰² מרוז, מ' והדס, נ' (1993). עמ' H37-H32; הדס, נ' (1992). עמ' H77-H69. הדס כתבה כי בשנת 1986 היו רק 12 מסגרות בארגונים שונים שעסקו בשיקום חולי נפש בקהילה.

במוסד סגור או פתוח, אלא זקוקים לטיפול ולליווי. בשנת 1974 פרסם פרופסור פרנץ בריל את הספר "בדרך לפסיכותרפיה הומניסטית" אשר ביטא את גישתו המיוחדת הממוקדת ברוח האדם ולא במחלה, ופתח מעון יום שיקומי.¹⁰³ "במעון היום החדש יש חדר לריפוי בעיסוק (ובו מקדחה, נול אריגה, מכשירים לעבודות שונות), חדר רופא ושני חדרי חולים",¹⁰⁴ נכתב על מעון היום לחולי נפש שנפתח בתל אביב, ולימים מרפאת רמת חן. ממשיכו, פרופסור יהודה פריד, ניהל את המרפאה הקהילתית ואת המעון לטיפול בחולי נפש בגישה הומניסטית ייחודית. במעון עבדו מרפאות בעיסוק שקיבלו על עצמן את גישת הפסיכיאטריה האירופאית האנטי ממסדית, והאמינו ביסודות הפילוסופיים שבבסיס זרם זה. המרפאות בעיסוק ברמת חן עבדו בהתאם לגישה ההומניסטית והמעייטו בשימוש בעבודות יד; הן הנחו קבוצות, ערכו אבחונים על פי שיטת פיאז'ה לבדיקת הכשרים הקוגניטיביים והתפיסתיים והתמקדו בקשיי התפיסה של החולים. למרות שהטיפול התבצע בגישה אירופאית, העבודה התבססה על כלים שנלמדו ממאמרים שפורסמו בירחון האמריקאי לריפוי בעיסוק (AJOT). פרופסור פריד אפשר למרפאות בעיסוק להיצמד למטופל וללמוד את השפה הפרטית שלו כדי למצוא את הדרך להכירו, לתקשר עמו ולהקל על סבלו. הזרם האנטי ממסדי בתחום הריפוי בעיסוק בבריאות הנפש ראה במודל הרפואי התעלמות מהמסר האמיתי של מייסדי מקצוע הריפוי בעיסוק. המרפאות בעיסוק שעבדו ברמת חן תפסו את מקצוען כמקצוע חברתי שמאפשר לשאוב מהחברה משאבים לטובת הפרט המוגבל.¹⁰⁵

יוזמה ייחודית בתחום בריאות הנפש במקצוע הייתה הטיפול במכורים לסמים במרכז הגמילה "הגפן" שנפתח בחיפה בשנת 1974.¹⁰⁶ מטרת הטיפול בריפוי בעיסוק הייתה להקנות למשתקמים מיומנויות תפקוד בסיסיות והרגלי עבודה, מתוך רצון לשקמם בבית, בחברה ובתעסוקה. על החשיפה לתחום טיפול חדש העידה אילה פדות "העבודה הייתה מרתקת והקהל שונה מכל מה שהכרנו אז".¹⁰⁷ אחוז גבוה מהמשתקמים היו נערות שעסקו בזנות כדי להמשיך ולממן רכישת סמים. הטיפול לא הצליח ולאחר שנתיים עבר השירות למסגרת של משרד הבריאות.

3. התייחסות טיפולית לשעות הפנאי של החולים

פנאי הוא אחד המרכיבים החשובים בתחושת הרווחה של האדם. פנאי וחיי פנאי הם אחת המטרות להם שואפים בעולם המודרני. להיות חופשי מעול העבודה, לעסוק במה שהלב חפץ, להשקיע זמן בפעילות הגורמת סיפוק, לפנאי תגמולים רבים והוא משמש כאמצעי להעלאת תחושת הרווחה של האדם, להגברת השליטה שלו על חייו ועל סביבתו ומהווה גורם הנאה מרכזי.¹⁰⁸

¹⁰³ פריד, י' (1982). עמ' 50-51.

¹⁰⁴ דבר (28/10/68).

¹⁰⁵ ריאיון עם נגה זיו, 2/4/12; ראיונות עם אביבה פריד, 1/5/12, 26/6/12.

¹⁰⁶ אילה פדות, נדלה מהאינטרנט בתאריך 14/12/15. <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547>

¹⁰⁷ שם, שם.

¹⁰⁸ וינבלט, נ' (1994). עמ' H116-H105.

המרפאות בעיסוק שעבדו בתחום בריאות הנפש ראו עצמן אחראיות לשעות הפנאי של החולים, לחלק הבידורי והחינוכי בהווי בתי החולים. הייתה לכך חשיבות רבה בשל העובדה שהאשפוזים בתחום בריאות הנפש היו ארוכים.¹⁰⁹ במסגרת ריפוי בעיסוק נוסדה בבית החולים בבית ים ספרייה, הוקמו חוגי שחמט, מוסיקה, ספרות, עיתונים, ריקודי עם, דרמה וציור. הובאו לשם עיתונים ויצא עיתון של החולים בשם "הדי הנפש".¹¹⁰ פעולות הנופש והתרבות שהיו באחריות המחלקה לריפוי בעיסוק, כללו מלבד החוגים גם מועדון שהיה פתוח בשעות הערב ושימש מקום מפגש חברתי ומקום לקריאה ולהאזנה לרדיו. במועדון התקיימו תכניות מיוחדות כערבי ריקודים, מסיבות, קבלות שבת, סרט שבועי וקונצרטים. פעילויות התרבות כללו גם טיולים, ביקורים בתאטרון ובתערוכות אמנות. הפעילויות מומנו מתקציב בידור ותרבות ומתקציב הריפוי בעיסוק.¹¹¹

ככפר שאול המחלקה לריפוי בעיסוק הייתה אחראית על פעולות התרבות בשעות הפנאי ובעיקר בחגים. העבודה בקבוצות כללה מערכת עיתון, חוג דרמה, חוג ספורט, טיולים קצרים וביקורים במוזיאונים ובתאטראות. כיוון שהטיפול התמקד בחינוך חברתי לקראת אחריות ועצמאות, המחלקה לריפוי בעיסוק הייתה אחראית לארגן פעולות עונתיות קבועות: יום ספורט ב"ג בעומר, נטיעת עצים בט"ו בשבט, טיולים שנתיים, נשפי פורים ומסיבות בחנוכה ובסוכות.¹¹² בהעסקת החולים בחוגים אלה נוצלו כל אמצעי הביטוי: תזמורת שיצאה להופעות, למשל הופעה בפני חולים בבית החולים אסף הרופא.¹¹³ חוג התאטרון של כפר שאול המחזיז כמה הצגות: "I like Mike", "החולה המדומה" ומחזה של שלום עליכם. כרטיס הכניסה להצגות היה תרומת ספר לספרייה הכפר. החוג הופיע גם מחוץ לכפר, באולמות בירושלים. לדוגמה באולם בית ליגת נשים. כדי שהחולים ירגישו בטוחים, היו תמיד בין השחקנים שני אנשי צוות, בראייה לאחור סיכמה המרפאה בעיסוק את העבודה "זה היה עולם ומלואו".¹¹⁴

צוות הריפוי בעיסוק בבית החולים "שלוותה" השקיע משאבים ומאמצים בפיתוח פעילויות פנאי בשעות הערב. בין הפעילויות היו הצגות, קונצרטים והכנת מסיבות בחגים.¹¹⁵ בבית החולים "טלביה" אירגנו המרפאות בעיסוק קבוצות בישול ובתחומי אמנות שונים: פסיכודרמה, ריקודים והאזנה לתקליטים כדי להעסיק את החולים. הן רצו לחשוף את החולים לחיי קהילה ולעולם התרבותי מחוץ לכותלי בית החולים. "מדי פעם לקחתי קבוצה עם מלוויים מבית החולים, והלכנו ברגל להצגות. למי היה כסף לאוטובוס, לא להם (החולים) ולא לי, והלכנו ברגל לראות הצגת אחר הצהריים. בדרך חזרה, התקרבו אליי אחד החולים ואמר: את יודעת שהייתה לי תכנית לברוח? החלטתי שזו הזדמנות לברוח, אבל נשארתי בגללך. כך היינו. זה כלל את הצוות

¹⁰⁹ להלן נספח מס' 3.

¹¹⁰ פריד, ד' (1961). עמ' 308-314.

¹¹¹ גנזך ג-17/4306. פעולות נופש ותרבות בבית החולים, נכתב בתאריך 15/8/60.

¹¹² שוסברגר, יי ופרוינד, ד' (1972).

¹¹³ ריאיון עם בלה אפרתי, 9/6/13. בשל השעה המאוחרת בה נגמרה ההופעה, ארגנה בלה אפרתי לחברי התזמורת לינה בחדרי המחלקה לפיזיותרפיה בבית החולים.

¹¹⁴ ריאיון עם בלה אפרתי, 9/6/13.

¹¹⁵ ריאיון עם שושנה ינאי, 10/11/10.

והעובדים והחולים המאושפזים.¹¹⁶ על אף החששות, העזו המרפאות בעיסוק ויצאו עם החולים מחוץ לכותלי בתי החולים.¹¹⁷

כיוון שמרפאות בעיסוק שהו בבתי חולים פסיכיאטריים בשעות אחר הצהריים והערב וארגנו פעילויות חברתיות ותרבותיות, הן פנו לסגן המנהל הכללי במשרד הבריאות כדי לקבל גמול כספי על שעות העבודה בערב. התשובה שהתקבלה הייתה "העובדים בריפוי בעיסוק אינם זכאים לקבל תוספת בעד עבודה במשמרת שניה".¹¹⁸ למרות הסירוב לתגמל את נשות הצוות על השעות בשעות הערב, הן המשיכו לעסוק בפעולות הפנאי והתרבות וראו בהן חלק אינטגרלי מתהליך השיקום של המטופלים. מרפאות בעיסוק זכו לתגמול כספי עבור שעות נוספות בשעות הערב רק בתקופה מאוחרת, בשנות השישים.¹¹⁹ העבודה בשעות אחר הצהריים והערב ללא תגמול כספי מחזקת את דבריה של נירה זוסמן כי המרפאות בעיסוק חשו ההתלהבות ורוח חלוצית, וראו חשיבות בעבודתן השיקומית. כמו כן תפיסתן המקצועית הייתה הוליסטית, הן נתנו מענה לעיסוקי שעות הפנאי ופעלו מתוך תחושת מחויבות מקצועית ולאומית.

4. התמקצעות המרפאות בעיסוק

כדי להעמיק את הידע המקצועי ולרכוש ניסיון נסעו מרפאות בעיסוק להשתלם בחו"ל. אחראית המחלקה לריפוי בעיסוק בכפר שאול, נסעה בשנת 1954 לאנגליה וביקרה במוסדות לחולי נפש במטרה ללמוד את הטיפול בריפוי בעיסוק בתחום הפסיכיאטריה. היא התרשמה מהתרגול של תפקודי היום-יום בתחום ה-ADL שנעשה שם כדי שהחולים יפתחו את התפקוד הזה כהרגל קבוע (habit training). כמו כן, התרשמה משימוש בעבודות יד יצירתיות בטיפולים הקבוצתיים (recreational active therapy) ומהמגוון הרב של אפשרויות תעסוקה שפותחו עבור החולים.¹²⁰

בשנות השישים צוות המחלקה לריפוי בעיסוק בכפר שאול כלל מרפאה בעיסוק מוסמכת אחת ומדריכי ריפוי בעיסוק שאינם מוסמכים.¹²¹ המרפאה בעיסוק המוסמכת, הציבה לעצמה מטרה; להעסיק בכל מחלקה מרפאה בעיסוק מוסמכת. כדי להתגבר על המחסור בכוח אדם מקצועי הסכימה להדריך תלמידות בהכשרה המעשית, ובזכות הקשר שנוצר בתקופות ההכשרה נענו התלמידות ובאו לעבוד בכפר. כך הצליחה למלא את השורות ולצרף מרפאה בעיסוק מוסמכת לכל אחת ממחלקות בית החולים.

מרפאה בעיסוק בבית החולים בפרדסיה ניצלה נסיעה לקונגרס מקצועי באנגליה ונשארה לעבוד בבית החולים הפסיכיאטרי Shenley ברטפורדשייר למשך שנה, כדי לצבור ניסיון מקצועי. בבית החולים Shenley שוכנו החולים בביתנים שנקראו 'וילות', כדי לעודד עצמאות ואחריות. בעבודה ברטפורדשייר התנסתה במגוון טיפולים קבוצתיים: קבוצות ביסול ואפייה, מפגשי שיחה,

¹¹⁶ ריאיון עם חנה דוידזון, 13/1/10.

¹¹⁷ ריאיון עם אליקימה גלזר, 24/11/10.

¹¹⁸ גנזך גל- 3444/1. מכתב מיי בר גיורא, סגן מנהל כללי במשרד הבריאות, בתאריך 21/10/62.

¹¹⁹ ריאיון עם בלה אפרתי, 9/6/13.

¹²⁰ גנזך ג- 4237/14. רות שמאע, בוגרת הקורס השני כתבה סיכום "ביקור בבתי חולים לחולי נפש באנגליה והשתתפות בקונגרס הבין-לאומי בשנת 1954."

¹²¹ ריאיון עם בלה אפרתי, 9/6/13. אפרתי החליפה בתפקידה את האחראית מימי גולדברג.

שירה ותרבות.¹²² מרפאה בעיסוק שהקימה קבוצת פסיכודרמה בבית החולים טלביה ניצלה את עבודתה הנוספת כדיילת בחברת אל-על כדי להשתלם בתחום אצל ד"ר מורנו מניו יורק. ההשתלמות בניו יורק העשירה את הידע שלה וחזקה אותה בבחירת האמצעים והכלים לעיבוד החומר והתכנים שעלו בפגישות הקבוצתיות.¹²³

חלק רב מהמרפאות בעיסוק שהעידו על פועלן בתחום בריאות הנפש, דיווחו על הדרכה רצופה שקבלו מהפסיכיאטרים שעבדו איתן. הדרכה זו, גם אם לא התבצעה בלימודים בחו"ל, קדמה את העשייה המקצועית, פיתחה את נושא הטיפול הקבוצתי, הביאה לגיוון בעבודה והעבירה את המוקד הטיפולי מעבודות היד לביטוי שמאפשרת העבודה היצירתית. ההדרכה העשירה את הידע של המרפאות בעיסוק בנושאי בריאות הנפש ונתנה סיפוק לפועלן המקצועי.¹²⁴

בשנת 1976 הצטרפה ברכה אנגלרד-לנגה לפיקוח על המקצוע במשרד הבריאות. כדי לייעל את עבודת המרפאות בעיסוק בתחום הפסיכיאטריה, הכינה באישור מנכ"ל משרד הבריאות קריטריונים לעבודה בריפוי בעיסוק.¹²⁵ ההנחיות הקיפו את עבודת המרפאות בעיסוק במחלקות סגורות, במחלקות חצי סגורות ובמחלקות פתוחות. בהנחיות נקבע היחס בין מספר החולים לצוות מוסמך ולכוחות עזר, והוחלט על מבנה חדר הריפוי בעיסוק וגודלו במחלקות שונות בהתאם למספר המטופלים במחלקה. ההנחיות כללו אמצעי בטיחות לשמירה על החולים ועל הצוות, ונהלים לשמירת ציוד וכלי עבודה מסוכנים במחלקה לריפוי בעיסוק ובסדנאות העבודה.¹²⁶ עיקר הקושי בתחום הפסיכיאטריה עדיין נגע בבעיית כוח האדם המקצועי. מספר העובדים הלא מוסמכים והמדריכים היה גבוה, והיה קושי לאייש תקנים של מרפאות בעיסוק מוסמכות. לדוגמה, בבית החולים "שער מנשה" המשרה של אחראית ריפוי בעיסוק הייתה פנויה במשך תשע שנים.¹²⁷

התמקצעות נוספת בתחום הפסיכיאטריה חלה עם חזרתה לארץ של ד"ר נעמי כץ בסיום לימודיה באוניברסיטת דרום קליפורניה.¹²⁸ כץ נתנה קורס ראשון בנושא תאוריות ריפוי בעיסוק בתחום הפסיכיאטריה והתמקדה בנושא הקוגניטיבי. הקורס הועבר לעשרים וחמש מרפאות בעיסוק מקופת חולים כללית וממשרד הבריאות שעבדו בשטח, ונתן לצוותים בישראל כלים יישומיים שיטתיים ואפשרות להעמקה בתאוריות עדכניות ובמחקר.¹²⁹ כץ פיתחה את הטיפול הקוגניטיבי בתחום הפסיכיאטריה בישראל. את הפחתת השימוש בעבודות היד והיצירה כאמצעי טיפולי רואה כץ כהשפעתה של התפיסה בארצות הברית ושל הרחבת הטיפול מבתי החולים

¹²² ריאיון עם ברכה אנגלרד-לנגה, 12/3/12.

¹²³ עדנה קוטב, רבי"ע של אז, <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547> נדלה מהאינטרנט 18/12/15.

¹²⁴ להלן עמ' 331.

¹²⁵ בשנים שבהן עבדה בפיקוח על הריפוי בעיסוק במשרד הבריאות.

¹²⁶ גנזך גל 15708/11. הנחיות המנכ"ל וקריטריונים בעבודה בריפוי בעיסוק בבתי חולים פסיכיאטריים, נכתב ע"י ברכה אנגלרד-לנגה.

¹²⁷ שם, מכתב מד"ר צבעון, מנהל בית החולים שער מנשה, לברכה אנגלרד-לנגה בתאריך 30/7/78.

¹²⁸ לימים פרופסור נעמי כ"ץ, נשלחה מטעם הדסה ללימודי תואר שני ושלישי באוניברסיטת דרום קליפורניה. ראו שער שלישי עמ' 258.

¹²⁹ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, העתק הרצאה שנשאה יעל הלוי באוקטובר 1998 בכנס העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק לרגל קבלת "אות המצוינות" בריפוי בעיסוק.

לקהילה. כאשר הריפוי בעיסוק בתחום הפסיכיאטריה עבר מבתי החולים לקהילה, הפעלת החולים באמצעות עבודות יד הפסיקה להיות רלוונטית. התאוריה הייחודית בריפוי בעיסוק התפתחה בארצות הברית, ובה המקצוע השתייך למקצועות המושתתים על אבחון ועל תאוריה. כמו כן, בעולם המערבי ירד ערכן של עבודות היד, והשימוש בהן כאמצעי טיפול הפסיקה להיות רלוונטי בשטח.¹³⁰

סיכום: התפתחות תחום בריאות הנפש בראי הריפוי בעיסוק

הטיפול התרופתי בחולי נפש אפשר למתן את תסמיני המחלה ואת התמונה האקוטית הקשה. בנוסף, הארגון מחדש של שירותי בריאות הנפש שינו את איכות הטיפול בחולי הנפש. הטיפול עבר בהדרגה ממחלקות סגורות למחלקות פתוחות, לכפרי עבודה ולטיפול במרפאות בקהילה. שינויים אלה העלו את מידת האוטונומיה של החולים. על אף כל האמור, רוב חולי הנפש טופלו במחלקות אשפוז לפרקי זמן ממושכים.¹³¹ חולי הנפש עדין הופלו לרעה והשירותים שקיבלו נפלו באיכותם מאיכות הטיפול הרפואי והשיקומי במחלות גופניות.

שבעה שינויים מקצועיים התפתחו בטיפול בריפוי בעיסוק בתקופה הנדונה: (א) מטרת הטיפול בריפוי בעיסוק הייתה העסקת החולים כדי לאפשר להם לחזור לתפקד באופן עצמאי; לשם כך תורגלו תפקודי היום יום (ADL), נפתחו סדנאות ונעשה ניסיון להחזירם למשלח ידם או לרכוש מקצוע חלופי. האפשרות שניתנה לחולים להעסיק את עצמם ולבחור את סדנאות התעסוקה החזירה להם את תחושת השליטה ואת האחריות על חייהם. בשנות השבעים החלו ניצני שיקום בקהילה ונפתחו מכונים ויחידות שיקום תעסוקתי. חלחלה התפיסה כי המיקוד בשיקום התעסוקתי אינם הסדנאות והמוצרים אלא תהליך ההשמה הכולל התייחסות לצד הרגשי התנהגותי, ליווי ממושך והתאמה של הסביבה לצרכי המשתקמים. (ב) מרפאות בעיסוק נסעו להעמיק את הידע המקצועי בחו"ל ויישמו את שיטות העבודה שלמדו בחו"ל בישראל. (ג) מרפאות בעיסוק ראו עצמן מחויבות להתייחס לשעות הפנאי של החולים. (ד) מרפאות בעיסוק היו חלק בלתי נפרד מצוות רב מקצועי, קיימו קשר הדוק עם פסיכיאטרים שתמכו בעבודתן, הדריכו אותן ועודדו עבודת צוות רב מקצועי. עבודה בדגם זה, כיוונה את הטיפול המקצועי בריפוי בעיסוק, חידדה את יעדיו, העניקה משמעות לטיפול והעצימה את המרפאות בעיסוק המוסמכות שעבדו במוסדות בהם היו חלק מהצוות הטיפולי. (ה) השימוש בקבוצה היה כלי לגיטימי להתערבות בריפוי בעיסוק. המרפאות בעיסוק הפעילו מגוון רחב של קבוצות טיפוליות תוך התייחסות לתהליכים הקבוצתיים והפרטניים שעלו בקבוצה ומתוך אמונה כי האדם הוא יצור חברתי השייך במהלך חייו למסגרות קבוצתיות שונות. לפיכך, השתתפות בתהליך קבוצתי הוא חלק אינטגרלי בתהליך הגדילה וההתפתחות של האדם. יתרה מזאת, הקבוצה היא "מיני קוסמוס", מסגרת תומכת המהווה אפשרות להתנסות וללמוד, והטיפול במסגרת קבוצתית מאפשר אינטראקציה, תקשורת ועשייה משותפת של חברי הקבוצה.¹³² (ו) המגמה השישית מלמדת על שינוי תפיסתי בנושא השימוש בעבודות יד ויצירה. העבודה הטיפולית בתחום בריאות הנפש אינה ממוקדת בעבודת היד והיצירה, אלא במשמעות של העבודה עבור החולים ובאפשרות של היצירה ככלי

¹³⁰ ריאיון עם פרופ' נעמי כ"ץ, 6/2/11.

¹³¹ להלן נספח מס' 3.

¹³² בן נאה, א', טל-סבן, מ' וקרן, נ' (2014). עמ' H7 - H24.

ביטוי. למרות השימוש בעבודות היד הן בטיפולים פרטניים והן בקבוצות הטיפוליות, חלחלה ההבנה ההוליסטית שעבודות היד והמלאכה הן אמצעי לקידום הבריאות וההסתגלות של המטופלים; ז) המגמה השביעית שהתפתחה בשנות השבעים מעידה על הרחבת תחומי ואמצעי הטיפול. מרפאות בעיסוק החלו לטפל בלקויות התפיסתיות והקוגניטיביות של חולים פסיכיאטריים, במטרה להקל על תפקודם היום-יומי למרות הלקויות. אמצעי הטיפול הותאמו לעיסוקים מגוונים, תואמי גיל, משמעותיים עבור המטופלים.

הפער בין מספר המרפאות בעיסוק המוסמכות לעובדים הלא מוסמכים במוסדות בריאות הנפש הצטמצם, אך עדיין היווה בעיה ומנע את התרחבות התחום ואת התפתחותו. יתרה מזאת, מיעוט המוסמכות בתחום מנע ממרפאות בעיסוק מוסמכות לחפש עבודה בתחום בריאות הנפש.

בזכות הגישה ההומניסטית של מקצוע הריפוי בעיסוק הרואה את האדם כמכלול, פיתחו מרפאות בעיסוק את תחום בריאות הנפש בישראל ותרמו לשיקומם ולרווחתם של החולים, וזאת מתוך מחשבה על עיסוקיהם בעת האשפוז ולאחריו ומתוך התייחסות לתפקודם, לסביבתם ולרצונם. הנקודה המשותפת לרבות מהמסגרות לטיפול בחולי הנפש הייתה הראייה ההומניסטית-הוליסטית של המרפאות בעיסוק שלוותה בתמיכה ובהדרכה של הפסיכיאטרים שהנחו אותן ולימדו אותן לעבוד בקבוצות טיפוליות תוך שימוש באמצעי טיפול שונים ומגוונים.

פרק שני: התמקצעות בתחום הפיזיקלי

תפקידים שונים לשיטת הריפוי בעיסוק, אחד החשובים שבהם היא העסקת החולה במלאכות שונות כדי להרגיע את נפשו, לבדר אותו ולסייע לו לשוב ולמצוא את דרכו לחיק משפחתו וסביבתו. תפקיד נוסף לריפוי בעיסוק אצל חולי שיתוק: סיוע בשיקומם של האברים הנגועים וסיגולם לתנועות כאלה שגם החולים הקשים שאינם יכולים לחזור לעבודה של ממש ילמדו לפחות לשרת את עצמם. במסגרת פעולה זו מעניקים לחולים הזקוקים לכך מכשירים שונים, המותאמים למצב החלקים הלוקויים בגופם ומלמדים אותם להיעזר בהם. ריפוי בעיסוק המלווה פעולת תרבות ענפה, שיעורים לשפות, לימודים במקצועות כגון: פקידות והנהלת חשבונות, שרטוט ותפירה, כריכה ועבודות עץ, מלאכת יד וכיוצא בהם.¹

כתבה זו שפורסמה בעיתון "דבר" בשנת 1954 מעידה על השינוי המקצועי שחל באותה תקופה בריפוי בעיסוק. תחום השיקום התפתח אחרי מלחמת העולם השנייה, והטיפול בפצועים בישראל נענה לאתגרי הזמן והמקום. עבודת הריפוי בעיסוק כחלק מהשיקום התמקדה בתרגול ולימוד פעילויות היום יום הבסיסיות (ADL), בתרגול ושיקום איברים פגועים, בפתיחת סדנאות מקצועיות, בהעסקת החולים בשעות הפנאי, ובתחום חדש התאמת הסביבה למצבו העכשווי של האדם. תחום זה כלל את התאמת המכשירים, להלן "אביזרי העזר", שהיה לאחד מאמצעי הטיפול המובילים במקצוע בנוגע לתפקודו הכולל של האדם בסביבתו. בכתבה הוצג הטיפול במקצוע לא רק בהקשר התעסוקתי של עבודות היד, אלא גם לראשונה עלתה האפשרות שהחולה לא יחזור לחברה כמפרנס וכעצמאי. הכתבה מהללת את מקצוע הריפוי בעיסוק כאחראי להסבה מקצועית ולמציאת פתרונות לתפקוד עצמאי בחיי היום-יום.

1. התפתחות בתחום הפיזיקלי

תחומי הטיפול: תפקודי היום-יום ותעסוקה

לאחר מלחמת העצמאות התרכזה העבודה בריפוי בעיסוק בתחום הפיזיקלי בבתי החולים הדסה, בית פיינסטון ובתל השומר, אשר קלט את החולים שנזקקו לשיקום ממושך.² לאה לוי רכזה את עבודת הריפוי בעיסוק בתל השומר ברוח עקרונות הטיפול שלמדה בבריטניה.³ הטיפולים התמקדו בתפקודי היום-יום ובנושא התעסוקתי; במציאת פתרונות להעסקת החולים; ובמציאת עבודות חלופיות לחולים שלא יכלו לחזור למשלח ידם טרם הפציעה או המחלה. לשם כך ארגנו המרפאות בעיסוק קורסים לכתביה במכונה, להנהלת חשבונות ולתכשיטנות.⁴ ונפתחו סדנאות לשיקום מקצועי בסמיכות למרכזים רפואיים.⁵

¹ דבר (27/4/54). מאת מחלקת ההסברה של מרכז קופת חולים, לא מצוין שם הכותב.

² מלניק, ב' (2010). עמ' 14-15. בשנת 1959 אוחדו בית פיינסטון ובית החולים לחולי ראות, בית לוינסטיין; פארו, ג' (2014). עמ' 65-75, 78-83; ריאיון עם אילנה מאי-ורדי, 8/7/10.

³ Palestine Post (18/11/50), לא מצוין כותב/ת הידיעה; לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 4.

⁴ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 4.

⁵ Sussman, N. (1989). p. 86

המרפאות בעיסוק בתל השומר עבדו במחלקות האורתופדיות והודרכו על ידי פרופסור ארנסט ספירא.⁶ החולים היו פצועי המלחמה, נפגעי חוט שדרה, נפגעי פעולות התגמול, חולי פרקים, חולים לאחר טראומות אורתופדיות, חולים מהמחלקה הנוירולוגית וקטועי ידיים. חלק מהעבודה נעשה במחלקות ליד מיטות החולים, וחלק במחלקה לריפוי בעיסוק. עם פתיחת מרכז השיקום בתל השומר בשנת 1963, עבר פרופסור ספירא לנהל אותו.⁷ המחלקה לריפוי בעיסוק פתחה במרכז השיקום שני חדרים: האחד לסדנאות תעסוקה ולנגרייה והשני לטיפולים פרטניים.⁸ המרפאות בעיסוק העריכו את תפקוד החולה, תרגלו עצמאות בתפקודי היום-יום והתאימו עבודה יצרנית לחולה לקראת השיקום המקצועי.⁹ משנת 1957 ואילך החלו המרפאות בעיסוק בבית החולים תל השומר להתמחות בלימוד ובתרגול השימוש בפרוטזות לקטועי ידיים,¹⁰ על סמך ניסיון מקצועי מעבודה עם 25 קטועי ידיים, נכתבה הדרכה בנושא – שיקומו של קטוע יד באמצעות השימוש בפרוטזות.¹¹ תחומי העיסוק בהם עבדו בבית החולים מיצבו את תפקודי היום יום ותפקודי הידיים כתחומי טיפול ייחודיים למקצוע הריפוי בעיסוק.

"מחנה ישראל", בית החולים של ארגון מלב"ן, פעל בשנים 1949 - 1966, וטופלו בו חולים כרוניים, חולים סיעודיים, מרותקים למיטה ותשושים שנוקו לאשפוז ממושך. שירותי השיקום כללו מחלקות לריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה. בבית החולים פעלה מחלקה לאבחון רפואי וסוציאלי, יחידה להערכה מקצועית וטרורם מקצועית, שירות לטיפול יום ובתי מלאכה תעסוקתיים, אשר נפתחו במטרה לאפשר לנכה להתפרנס מעמלו ולרכוש ניסיון תעסוקתי במסגרת מוגנת. בבתי המלאכה התנסו החולים בעבודות נגרות, תפירה, קרמיקה, גנות, גידול עופות ומכניקה פשוטה.¹² "במוסד מלב"ן התרגשו האורחים למראה החולים הכרוניים שמרביתם מבין העולים החדשים ואשר תהליכי שיקומם באמצעות ריפוי בעיסוק, לימוד מלאכה ואף מציאת דרך להתפרנס בכוחות עצמם מקנים להם מחדש מעמד בחברה".¹³ מגוון הסדנאות ובתי המלאכה אפשרו להתאים לכל חולה את התעסוקה המתאימה ליכולותיו ולהעדפותיו.

תחום שבו תרם מאוד הריפוי בעיסוק בשנות החמישים היה הטיפול בחולי שחפת.¹⁴ בבית החולים באר יעקב, בית החולים הגדול בארץ לטיפול במחלות ראות בעבר, נתמך הטיפול הרפואי

⁶ בבלי השתמשה במילה "אימוץ" לתאר את ההדרכה שקבלו המרפאות בעיסוק מפרופ' ספירא. ריאיון עם מרים בבלי, 6/10/11; ריאיון רחל רוזנברג, 28/4/10; עורי, א' (1996). עמ' 69-70. פרופסור ארנסט ספירא, 1905-1976, ממייסדי האורתופדיה והשיקום בישראל, ניהל את המחלקה לשיקום אורתופדי בתל השומר. בעבודתו שם דגש בהיבטים התעסוקתיים של החולים ויזם את המכלול של מרכז השיקום שכלל תעסוקה, מלאכה, ספורט, פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק.

⁷ פארן, ג' (2014). עמ' 120.

⁸ ריאיון עם מרים בבלי, 6/10/11; ריאיון עם רחל רוזנברג, 28/4/10.

⁹ שם, שם.

¹⁰ ריאיון עם מרים בבלי, 6/10/11.

¹¹ בבלי, מ' (1959). עמ' 11.

¹² גולדנר, ח' (2005). עמ' 69-120.

¹³ דבר (5/11/58). לא מצוין שם הכותב.

¹⁴ גנזך גל-12179/22, המוסדות לטיפול בשחפת היו: ביה"ח בצפת, באר יעקב, צריפין, אביחיל, בית לוינשטיין במגדיאל ואיתנים

בשירותי ריפוי בעיסוק ובשירותי תעסוקה.¹⁵ ד"ר צפרוני, מנהל בית החולים הדסה בצפת, תפס את המרפאה בעיסוק כתורמת להרגעתו הנפשית של החולה ולהסתגלותו למצבו החדש באמצעות העיסוק במלאכת יד. "צריך לנסוך בלב החולה בטחון שאכן מסוגל הוא לבצע עבודות נאות ומוצא הוא תוכן שימושי לתקופת שכיבתו הממושכת במוסד."¹⁶ התרופות החדשות שפותחו לטיפול בחולי שחפת צמצמו את זמן האשפוזים ואפשרו לחולים להשתתף בתהליך שיקומי אקטיבי שבו הם נדרשו להפעלה מבוקרת של גפיהם. "על המעסיקה לווסת את דרגות המאמץ של העבודה... עליה לשאוב אינפורמציה מהרופא, ובהתאם להוראותיו להגדיל את מספר שעות העבודה."¹⁷ צפרוני סבר כי ההשתתפות בעבודות המלאכה הייתה אמצעי לשיקום פיזי ונפשי, מעין שלב בהכשרת החולה לקראת חזרתו לקהילה: "כאן מועבר יצר העבודה הטבעי של בן האדם לפסים פרודוקטיביים."¹⁸ לשיקום התעסוקתי של חולי השחפת ולהתאמה בין היכולות התפקודיות להעדפות האישיות היה מקום נכבד, כי חלק מהחולים נאלצו לעבור הסבה מקצועית – "עומדים בפני הכורח לנטוש את המקצוע שעסקו בו לפני חלותם."¹⁹

הטיפול בישראל הושפע מהמקובל בארצות המערב במטרה להפעיל את החולים ולספק להם תעסוקה.²⁰ מוסד נוסף שבו טופלו חולי שחפת היה בית לוינשטיין במגדאל. אחד המאפיינים הייחודיים לישראל הייתה השונות התרבותית בין החולים. "רוב החולים באו ממחנות ההסגר, בבית החולים הם נפגשו בפעם הראשונה עם בחורה ישראלית וזה היה מיזוג תרבויות."²¹ מעבר לטיפול הפיזי והנפשי בחולי השחפת, השהות במוסדות עם חולים מארצות שונות דרשה מהמרפאות בעיסוק להתחשב בתרבות המטופלים בעת בחירת העיסוקים עבורם.

לאחר האיחוד של בית לוינשטיין עם בית פיינסטון פעלו שלוש מחלקות אשפוז: מחלקה לחולים לאחר שבץ מוחי; מחלקה לנפגעי חוט שדרה; ומחלקה לשיקום אורתופדי. משלהי שנות החמישים הופנו לבית לוינשטיין חולים שהיו זקוקים לשיקום נוירולוגי: חולים לאחר אירוע מוחי, נפגעי חוט שדרה ונפגעי חבלות ראש (Traumatic Brain Injury).²² בשנות השישים הטיפול התמקד בתרגול תפקודי היום-יום הבסיסיים (ADL) ובלמוד טכניקות לפעילות למרות המגבלה הפיזית.²³ חלק נכבד מהעבודה התמקד בשיקום ובאבחון מקצועי באמצעות מלאכות יד: סריגה, תפירה, נגרות, אריגה, קדרות ומלאכות נוספות, "בהתאם לחברה בישראל שהתבססה על עבודות יד יצרניות."²⁴ המחלקה לריפוי בעיסוק כללה חדר טיפול אחד, ללא חלוקה בין המחלקות. צוות

¹⁵ גולנדר, ח' (2005). עמ' 77.

¹⁶ אצ"מ J113/1978, הרצאתו של ד"ר א' צפרוני, מנהל ביה"ח הדסה בצפת בתאריך 23/1/53.

¹⁷ שם, שם.

¹⁸ שם, שם.

¹⁹ שם, שם.

²⁰ על ביקורה של רות שמעא, בוגרת הקורס השני, במוסדות לטיפול בחולי שחפת באנגליה להלן עמ' 256.

²¹ ריאיון עם אליקימה גלזר, 24/11/10.

²² איצקוביץ, מ', אברבוך, ש' ואלעזר, ב' (2002). עמ' 72-83. פארו, ג' (2014). עמ' 120-121.

²³ איצקוביץ, מ', אברבוך, ש' ואלעזר, ב' (2002). פארו, ג' (2014). עמ' 162. רינה אבני-קריביץ ניהלה את המחלקה לריפוי בעיסוק בבית לוינשטיין עד שנת 1969.

²⁴ איצקוביץ, מ', אברבוך, ש' ואלעזר, ב' (2002). מלניק, ב' (2010). עמ' 14-15.

הריפוי בעיסוק נהג לארגן תערוכות מעבודות החולים ולהשתמש בכסף ממכירת המוצרים לקניית ציוד וחומרים למחלקה. שינוי באמצעי הטיפול ומעבר מעבודות יד לתרגול תפקודי היום יום הונע מהדחף של המרפאות בעיסוק לחפש את ייחודן המקצועי. העיסוק הרב בתעסוקה ובעבודות היד לא סיפק את צוות הריפוי בעיסוק בבית לוינסטיין. במהלך השנים למד הצוות ופיתח את תחומי הטיפול הייחודיים למקצוע, התרחק מעבודות היד, התמקד והרחיב את תפקודי היום-יום (ADL) ואת נושא תפקודי הידיים.²⁵ "בכל בקר היינו מתרגלים ADL עם המטופלים במחלקה; לבוש, רחצה ואכילה".²⁶ במחלקה לריפוי בעיסוק הותאם מטבח טיפולי לתרגול בישול ואפייה.²⁷ מטרות הטיפול היו לאפשר לחולה תפקוד אופטימלי במסגרת יכולותיו הפיזיות והקוגניטיביות, ולהחזיר לחולה את בטחונו העצמי ואת אמונתו ביכולותיו.²⁸

אוכלוסייה נוספת שבה טיפלו בריפוי בעיסוק הייתה חולי פרקינסון. מטרת הטיפול הייתה לעודד ולהדריך את החולה ואת בני משפחתו לבצע פעילויות יום-יומיות בתחומי ההיגיינה, האכילה, הלבוש והניידות, לשמר את טווחי התנועה הקיימים ולמנוע דפורמציות.²⁹ האמצעים היו מלאכות יד בדגש על מתן אפשרויות בחירה לחולה. כמו כן, עבודת הריפוי בעיסוק כללה הכנה לחזור לעולם העבודה בקהילה או במפעל מוגן. העבודה התבצעה במטרה "לעורר בחולה את היזמה, לרכזו ולהוציאו ממחשבותיו האגוצנטריות ולעניינו בסובב אותו".³⁰

בראשית שנות החמישים המרפאות בעיסוק שעבדו בבתי חולים כלליים ובמחלקות השיקום היו אחראיות על ארגון מסיבות ופעילויות בשעות הפנאי, וראו תחום זה כחלק אינטגרטיבי מעבודתן. "עריכת מסיבות וקונצרטים הם חלק בלתי נפרד מתכנית עבודתנו במסגרת הריפוי בעיסוק".³¹ ראייה הוליסטית באשר לשעות הפנאי של המטופלים מעידה על אחריות אישית לרווחתם של המטופלים ולעמידתם השיקומי כאזרחים שיוכלו להשתלב בקהילה. נושא הפעילויות בשעות הפנאי בתחום הפיזיקלי השתנה רק במהלך שנות השישים, כאשר חלחלו לארץ התפיסות המקצועיות מארצות הברית ומבריטניה, והעבודה במקצוע התמקדה בתפקוד המוטורי – פיזי ובטיפול עצמי יום-יומי.

טיפול ריפוי בעיסוק בתחום הפיזיקלי בקהילה

מכונים לריפוי בעיסוק נפתחו בקהילה בעיקר בתחום הטיפול הפיזיקלי. כאמור, המכון הראשון נפתח בשנת 1965, ובשנות השבעים נפתחו עוד תשעה מכונים,³² מימצאי הסקרים בנושא שירותי הריפוי בעיסוק שנתנו בשנים 1972-1978, מלמדים על גידול מרשים במספרי המטופלים; רוב המטופלים היו גברים. האבחנות היו שברים בגפיים, מחלות פנימיות ומחלות נירולוגיות,

²⁵ איצקוביץ, מ', אברבוך, ש' ואלעזר, ב' (2002). ריאיון עם בטי אלעזר, 18/10/12.

²⁶ מורין עתי, רביע של אז, <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547>, נדלה בתאריך 20/12/15.

²⁷ שם, שם.

²⁸ איצקוביץ, מ', אברבוך, ש' ואלעזר, ב' (2002). ריאיון עם בטי אלעזר, 18/10/12.

²⁹ דפורמציה = שינוי צורה בפרקים עקב שרירים מקוצרים.

³⁰ גולדמן, ר' (1960).

³¹ אצ"מ J113/1979, מכתב מאילנה מאי-ורדי לפרופסור מן בתאריך 12/6/55.

³² להלן עמ' 296; בנספח מס' 4 מובא הגידול של מספר הטיפולים במכונים שנפתחו בקהילה בשנים 1972-1978.

מוגבלויות מולדות, מחלות כרוניות, ניתוחים וחולי נפש. המטופלים הופנו על ידי רופאים שיקומיים, אורתופדים, כירורגים, רופאי מחלקת תאונות, רופאי משפחה ורופאי ילדים. משך הטיפול הממוצע היה שלושה חדשים וחצי. 66.9% אחוזים מהחולים שסיימו את סדרת הטיפולים שהוקצתה להם השיגו את כל המטרות הטיפוליות והגיעו לשיקום מלא.³³ במכונים עבדו רק מרפאות בעיסוק מוסמכות. עובדה זו אפשרה לשנות את אמצעי הטיפול מעבודות יד וסדנאות תעסוקה להתמקדות בתפקודי היום-יום ובאביזרים הנדרשים לביצועם. במכונים הגישה לתעסוקה הייתה שונה. נבדקו היכולות התפקודיות, המוטוריות והתפיסתיות של החולה לעסוק בעבודות שונות. לאור הממצאים נעשתה עבודת השמה של המטופלים בסדנאות, במפעלים ובמפעלים מוגנים. מטרות הטיפול בריפוי בעיסוק היו: לימוד והדרכה לקראת עצמאות בפעולות היום-יום, כולל התאמת מכשירי עזר; חיזוק ושיפור תנועות מוגבלות; הגדלת היקף התנועה והתיאום בין התנועות; הערכת היכולת והכשרים של החולה; לימוד מחדש של הרגלי עבודה; ושילוב במסגרת תעסוקתית מחייבת.³⁴

דוגמה לעבודה ייחודית בקהילה היא הפרויקט הזמני שהקימה עיריית תל אביב. בסוף שנות החמישים גדלה אוכלוסיית העיוורים בארץ ומנתה 4,500 איש. 87 אחוזים מהם עולים מארצות האסלאם שהגיעו לארץ בשנים 1952-1956.³⁵ העולים העיוורים היו נטל כלכלי עקב חוסר יכולתם להשתלב בעבודה ולהשתכר למחייתם.³⁶ קבוצת העיוורים הייתה הטרוגנית, בגילאים שונים ובעלי רקע תרבותי, חברתי, חינוכי, כלכלי ועדתי שונה. עיריית תל אביב פתחה ביפו בשנת 1956 מועדון לעיוורים ובו יחידה לריפוי בעיסוק, כדי להעריך את הפוטנציאל השיקומי של המטופלים, לסייע בהשמתם בעבודה או במסגרת עבודה מוגנת, ללמדם לקרוא כתב ברייל ולנוע בביטחון. בתום שנות העלייה הגדולה חזר המועדון לפעול במתכונתו הרגילה כמועדון ולא היה עוד מסגרת שיקומית.³⁷

הרחבת השירותים בקהילה נתנה אותותיה גם בתחום השיקום התעסוקתי ובמרפאת קופת חולים הכללית נפתח מרכז הכוונה תעסוקתית.³⁸ העבודה במרכז התבצעה בשילוב צוות ממוסד העבודה; נבנו תחנות עבודה שונות והוערכו יכולת העבודה והרגלי העבודה של המשתקמים. בסיכום תהליך ההכוונה נכתב דו"ח עם המלצות להשמה מקצועית. המרפאה בעיסוק ביקרה במקומות ההשמה במטרה להתאים את תנאי הסביבה למשתקמים ולהקל את קליטתם במקומות העבודה שהתאימו להם.³⁹ דוגמה נוספת למרכז שיקום תעסוקתי, היה מרכז השיקום לפגועי טראומת ראש שנפתח בשנת 1973 במסגרת עבודת מחקר של המחלקה לפסיכולוגיה של אוניברסיטת בר אילן בשיתוף אגף השיקום של משרד הביטחון.⁴⁰ המרכז נפתח

³³ להלן נספח מס' 4.

³⁴ בבלי, מ' (1965).

³⁵ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 5.

³⁶ רומס, פ' (2012). עמ' 126.

³⁷ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 4; לוי, ל' (1968). עמ' 44-46.

³⁸ ריאיון עם מרים בבלי, 6/10/11. בהמשך עבר המרכז למרפאה ברמת אשכול ובהמשך למרפאת מעלות דפנה.

³⁹ שם; שולה שביט, נדלה מאתר העמותה לרבי"ע <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547> 15/12/15.

⁴⁰ טרטנר, ש' (1992). עמ' H68-H63. לימים מרכז השיקום על שם רקאנטי.

כמסגרת תעסוקתית עבור שנים עשר פגועי ראש קשים. לאור העובדה שחלק מהמשתקמים היו ללא ניסיון תעסוקתי, הורחבה והתפתחה המסגרת למסגרת עבודה מוגנת העונה על צרכי השיקום החברתי. מתוך תפיסה כי לפני העבודה על הכושר לחזור לעבודה יש לבנות מערך חדש של התנהגות והתמצאות בסביבה. השיקום ארך זמן ממושך עקב הפגיעה הכוללת; פגיעה בתפקודים פיזיים, קוגניטיביים, רגשיים ואישיותיים. נכים פגועי ראש התקשו בתהליך עיבוד אינפורמציה ולמידה חדשה. הליקוי בזכרון הגביר את הקושי להתמודד עם דרישות היום-יום. בנוסף התמודדו המשתקמים עם אובדן האישיות והזהות העצמית. חלק מהמשתקמים השתלבו בעבודה בקהילה וחלק נזקקו לשיקום נתמך במפעל מוגן או במרכז שיקום.⁴¹

חוק הנכות הכללית נכנס לתוקף בישראל באפריל 1974, והבטיח תשלום למבוטחי הביטוח הלאומי שעקב ליקוי גופני, שכלי או נפשי הנובע ממחלה, מתאונה או ממום מלידה לא היה באפשרותם להשתכר או לתפקד.⁴² מתוקף חוקי הנכות הכללית הופנו המבקשים קצבת נכות לאבחון תפקודי היום-יום. המוסד לביטוח לאומי בשיתוף קופת חולים כללית הקימו מכון להערכה תפקודית בבית לוינשטיין, במטרה להעריך לעומק יכולות רפואיות, פסיכולוגיות וחברתיות של המבקשים קצבת נכות. באפריל 1977 הוחל החוק גם על עקרות בית. פרופ' נחנזון, מנהל בית לוינשטיין, תמך בביצוע הערכת היכולת התפקודית בתנאים רגילים, והמכון קיבל את הסמכות לבצע הערכה תפקודית רב מקצועית. גם בבית החולים תל השומר ובחיפה נפתחו מכוניס להערכה תפקודית בהם עבדו מרפאות בעיסוק, והן השתתפו בוועדות הנכות של המוסד לביטוח לאומי, העריכו את תפקוד עקרות הבית במשימות היום-יום הבסיסיות והכינו אמצעי עזר להקלה על התפקוד.⁴³

בשל הראייה ההוליסטית והרצון להרחיב את הישגי המרכזים השיקומיים לקהילה ולבתי המטופלים נפתחו יחידות להמשך טיפול ומעקב. ביחידות אלה פותח נושא התאמות הדיור כדי להנגיש את ביתם של המטופלים לצרכיהם וליכולותיהם, ועדיין לאפשר להם להתגורר בקהילה.⁴⁴ התאמות הדיור נעשו כדי לאפשר לאדם לממש את הפוטנציאל שלו לעצמאות. השינויים בוצעו לאחר שהמרפאה בעיסוק הכירה את המטופל, את יכולת התפקוד שלו, את הפרוגנוזה שלו ואת רצונותיו וצרכיו. בנוסף, היה עליה להתמצא בתכניות בנייה, ולדעת את המידות המדוייקות של אביזרי ניידות ואמצעי עזר (הליכון ומעלון) בהם משתמש המטופל ואת המרחבים הנחוצים לתפקוד עצמאי עם אביזרי הניידות (רוחב פתח הדלתות, רוחב מעברים, ציר סיבוב). עקרונות העבודה בשינויי דיור היו; א) לאפשר לאדם הנכה נגישות לכל חלקי הבית. ב) לשאוף לחדר שירותים מותאם ואם ניתן, בצמידות לחדר השינה של האדם הנכה. ג) להתאים את החדר בו

⁴¹ שם, טרטנר נתנה דוגמה למשתקם שטופל במרכז במשך שבע שנים.

⁴² אתר המוסד לביטוח לאומי, נדלה מהאינטרנט - 25/2/13,

www.btl.gov.il/Publications/quarterly/general_disability/Pages

⁴³ החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, חוברת בהוצאת המוסד לביטוח לאומי (אין שם מחבר), The functional evaluation of disabled housewives under the national insurance law, March 1978; אלעזר, ב' (1977); לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 9; החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, דו"ח על כוח אדם בריפוי בעיסוק, נכתב ע"י עליזה קרני ויעל הלוי, לא מצוין תאריך (כנראה נכתב בשנת 1979). ; נאום הפרידה של אילה פדות, (2007). מפקחת רבי"ע במחוז חיפה והגליל המערבי, נדלה מהאינטרנט בתאריך 14/12/15. <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547>

⁴⁴ שם, שם; ; שחם, א' וזיו, ח' (1997). עמ' H43-H33. ; בארצות הברית התפתח תחום התאמות הדיור בשנות השישים. להלן עמ' 98.

ישהה האדם הנכה זמן רב; מטבח לאישה נכה, חדר ילדים לילד נכה, חדר עבודה. ד) להמליץ על שינויים תוך התחשבות במצבו התפקודי של המטופל, בפרוגנוזה שלו וביכולת הכלכלית שלו לממן את השינויים. עבודת ההתאמה נעשתה בשיתוף עם צוות רב מקצועי; אדריכלים, קבלנים, נציגי ביטוח לאומי ומשרד השיכון. ביחידות להמשך טיפול עלה הצורך בהרחבת השירות וביציאת המרפאות בעיסוק מהמכונים לביקורי בית. הטיפול בביקורי הבית התבסס על ייעוץ לחולה וסייע למרפאות בעיסוק להכיר את סביבת החולה ואת מאפייניה, ולתת מענה לצרכים התפקודיים הדחופים לחולה שנשאר לגור בקהילה. טיפול זה כלל הדרכות בתחום התפקוד היום-יומי (ADL), התאמות ריהוט, התאמת אביזרי עזר, מכשירים מותאמים ואמצעי נידות.⁴⁵

ההתמחות בהתאמות ושינויי דיור וההכרה בחשיבות התאמת הסביבה כדי לאפשר נגישות לכל בני האדם, יצרו שינוי בתפיסות החברה; תלמידות שנה ג' בבית הספר לריפוי בעיסוק בירושלים הכינו בשנת 1970 חוברת בשם; המדריך לנכה. החוברת כללה רשימת אתרים, מוזאונים, בתי קולנוע, תאטראות, בנקים, סניפי דואר, בתי כנסת, חנויות ואפילו מספרות נגישים לניידות עם כסא גלגלים.⁴⁶ חוברת זו הייתה ניצן לשינוי בתפיסה חברתית; מחברה המצפה מהנכה להשתנות ולהתאים את עצמו אליה, לחברה שמחויבת לאפשר לאנשים עם מוגבלויות לממש את זכותם להשתתפות שוויונית ופעילה בכל תחומי החיים, ולתת מענה הולם לצרכיהם של אנשים עם מוגבלויות באופן שיאפשר להם לחיות את חייהם בעצמאות מרבית, בפרטיות ובכבוד.⁴⁷

שימוש באמצעי טיפול ובגישות טיפול חדשות בשנות השבעים

השפעת ההתפתחות המקצועית בבריטניה ובארצות הברית הגיעה לישראל, וההתפתחות הטכנולוגית חשפה מרפאות בעיסוק לאמצעי טיפול חדש בתחום שיקום היד, הסדים, שפיתחו שתי מרפאות בעיסוק מרי ג'נס ונטלי בר בבריטניה בשנת 1960.⁴⁸ הסד הוא אמצעי טיפול משקם, משמר, מאחה רקמות רכות וגרמיות ומשמר תנוחה רצויה גם מעבר לשעות הטיפול הפעיל. הסדים הוכנו מחומרים תרמו-פלסטיים אשר רוככו בטמפרטורה נמוכה והותאמו מיד לצרכי המטופלים ולתפקודם. השימוש בסדים סטטיים ודינמיים שולב בטיפול בבעיות נוירולוגיות מרכזיות, אורתופדיות וכירורגיות בגפה עליונה. לשימוש בסדים מחומרים תרמיים הייתה השפעה אדירה על התפתחות המקצוע ועל טיפול במגוון רחב של פציעות ומחלות בתחום הטיפול ביד. אמצעי זה העמיק את הקשר עם המודל הרפואי.⁴⁹

⁴⁵ שחם, א' וזיו, ח' (1997). עמ' H43-H33.

⁴⁶ בית הספר לריפוי בעיסוק ירושלים, מדריך לנכה (1970). לא מצויין שם המחברות. החוברת הייתה אינדקס למקומות ציבוריים נגישים בירושלים.

⁴⁷ שינוי זה עוגן בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות התשנ"ח (1998). <http://index.justice.gov.il/Units/NetzivutShivyon/MercazHameidaLenegishut/HakikatNegishut/HukimTakanotUtkanim/Pages/HokShivionZchuyotLeanashimMugbalut.aspx>

⁴⁸ Wilcock, A. A. (2002). pp. 283- 328.

⁴⁹ שם, שם.

השימוש בסדים הרחב את תחומי הטיפול, ובהדרגה נכנסו מרפאות בעיסוק למחלקות הפלסטיקה וטיפולו בנפגעי כוויות.⁵⁰ בסוף שנות השבעים חיפשו המרפאה בעיסוק והצוות הרפואי במחלקת הפלסטיקה בבית החולים סורוקה פתרון יעיל לטיפול בצלקות המתפתחות לאחר כוויות.⁵¹ לאחר התעמקות בלימוד נושא הטיפול בכוויות נפתחה בראשית שנות השמונים במחלקה לריפוי בעיסוק בבית החולים סורוקה, מרפאה כלל ארצית לטיפול בצלקות.⁵²

המכון לריפוי בעיסוק בירושלים הכיל בשנת 1971 את אמצעי הטיפול הבאים; שני נולי שטיחים להגדלת טווחי תנועה בכתפים, נולי שולחן להגדלת טווחי תנועה במרפק כף היד והאצבעות. שולחן נגרות, משור אופנים, כלים לעבודות מתכת ונגרות, במטרה להפעיל את שורש כף היד והאצבעות, מסגרות אריגה עם התאמות שונות, מכונת מברשות לשיפור טווחי התנועה בשורש כף היד, משחקי חשיבה, משחקים לשיפור קאורדינציה עדינה, חוטי מתכת לעבודת צורפות, חוטי צמר, רקמה, מסרגות ומחטים. ומכונת תפירה ששימשה את המרפאות בעיסוק לתפור סדים רכים למטופלים. בהמשך הוכנסה אמבטיית מערבולת ואמבטיית פראפין לטיפול בצלקות, מטבח נגיש וחדר רחצה מותאם.⁵³ אמצעי הטיפול במכון מעידים מעבר משימוש בלעדי בעבודות יד להעסקת החולים, לשימוש בעבודות היד והיצירה כדי להפעיל באופן אקטיבי את הגפה העליונה ולשפר את טווחי התנועה. בהשוואה לשנות ייסוד המקצוע וראשית שנות החמישים, בהן השתמשו המרפאות בעיסוק באמצעי טיפול מתחום עבודות היד להפעלת הגפיים התחתונות והעליונות, בשנות השישים התמקדה עבודת הריפוי בעיסוק בתפקוד הגפיים העליונות בלבד. בהדרגה הוכנסו לשימוש אמצעי טיפול אחרים; סדים רכים וקשיחים, משחקי קופסה ומשחקי חשיבה מיוחדים שאפשרו את השילוב של התנועה העדינה והגסה הרצויות, בשילוב אתגר קוגניטיבי-תפיסתי. אמצעים למניעת צלקות והתאמה סביבתית של מטבח וחדר רחצה כדי ללמד את המטופלים כיצד אפשר לתפקד באופן עצמאי בסביבה מותאמת.⁵⁴

ההתמחות בהתאמות ושינויי דיור חידדה את המעבר מעבודות יד להתאמת אביזרי עזר, ריהוט ומכשירי בקרה סביבתית, במטרה להקל ולאפשר ביצוע משימות בבית ובסביבה הקרובה באמצעות אביזרים פשוטים ובאמצעות מוצרים טכנולוגיים. ואת ההתמחות באמצעי ניידות; כסאות גלגלים ידניים, כסאות גלגלים ממונעים, זחלילונים,⁵⁵ ומנופים, כדי לאפשר לאנשים נכים לממש את זכותם לניידות ולהשתמש בטכנולוגיה מסייעת למימוש זכות זו. התמחויות אלה, בעזרת אביזרים מיוחדים מכשירים מותאמים ועזרים טכנולוגיים, הרחיקו את המקצוע מעבודות היד ויצרו התאמה לעידן הטכנולוגי שהשפיע על ישראל בשנות השבעים.

במכוני הריפוי בעיסוק בקהילה הטיפול במבוגרים בעלי מוגבלות פיזית התמקד בשיפור היכולת התפקודית בחיי היום-יום, בהתקנת סדים ובהערכת יכולת העבודה. רוב הטיפולים

⁵⁰ ריאיון עם עוזי ואן סטרטן, 2/5/13; שולה שביט, <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547>

⁵¹ בכל מקרה קשה של כווייה נוצרת צלקת כתוצאה מגדילה פראית של תאים בשכבות עור תחתונות.

⁵² ריאיון עם עוזי ואן סטרטן, 2/5/13.

⁵³ שולה שביט, נדלה מאתר העמותה לרבי"ע 14/12/15. נדלה מאתר העמותה הישראלית לרבי"ע 14/12/15 <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547>

⁵⁴ ריאיון עם מרים בבלי, 6/10/11; ריאיון עוזי ואן סטרטן, 2/5/13; תמונות של אביזרי עזר בעמ' 283.

⁵⁵ זחליל = מעלון מדרגות לכסא גלגלים.

במכונים היו פרטניים, אך ניתנו גם טיפולים קבוצתיים. מספר החולים שקיבלו טיפול בכל מכון היה תלוי בשלושה גורמים: א) כמות החולים שהרופאים הפנו לטיפול ריפוי בעיסוק. להיכרות של רופאים עם המקצוע הייתה השפעה על מספר ההפניות; ב) הצוות שעבד בכל מכון, וכשר השייך והפרסום שלו; ג) מקומו של המכון והתנאים הפיזיים של המבנה.⁵⁶

עוד שינוי בגישת ואמצעי הטיפול בריפוי בעיסוק חל לאחר חשיפת הצוותים לגישות בובאט (NDT) וברונסטרום בטיפול בחולים לאחר אירוע מוחי.⁵⁷ המרפאות בעיסוק השתמשו בטכניקות טיפוליות של גישות אלה, שינו את אמצעי הטיפול בהם השתמשו ואת הדרך לתרגול תפקודי יום-יום במטרה להשיג תפקוד עצמאי. שינוי זה השפיע על הטיפול בחולים לאחר אירוע מוחי בפרט, ועל הטיפול השיקומי נוירולוגי בכלל.

על אף ההתקדמות המקצועית, בראשית שנות השבעים הייתה התנגדות בקרב צוותים רפואיים ובקרב מרפאות בעיסוק ותיקות לשינוי אמצעי הטיפול.⁵⁸ דוגמא קיצונית היא תגובת הצוות הרפואי וכוחות העזר במחלקות האורתופדית והפלסטית בבית החולים סורוקה בבאר שבע, אשר ציפו מהמרפאה בעיסוק להפעיל את החולים בעבודות יד. היא התמודדה עם ביקורות נוקבות ועם התנגדויות קשות, הן מצד הרופאים והאחיות והן מצד כוחות העזר, כשלא ענתה על ציפיותיהם ובחרה להשתמש באמצעי טיפול מתקדמים, אליהם נחשפה בשנות עבודתה בארצות הברית.⁵⁹ השינוי באמצעי וגישות הטיפול התקבל לעיתים בהתנגדות אשר מבטאת את המתח בין צייתנות והתבצרות במסגרות קיימות ליוזמה והפצת רעיונות חדשים.⁶⁰ המתח בלט כאשר היה שינוי בפרקטיקות טיפוליות ובגבולות מקצועיים ושימוש בגישות ואמצעים חדשים.

כל המסגרות שפעלו בארץ בתחום הריפוי בעיסוק הפיזיקלי התגייסו לענות לצרכים המשתנים של האוכלוסייה. החלוקה למחלקות, המגמה להפריד בין שיקום נוירולוגי לשיקום אורתופדי, הקמת סדנאות תעסוקה לשיקום התעסוקתי של החולים, והמעבר לשירות בקהילה נתנו מענה לצרכים בארץ. ההתמחות בביקורי בית בבית מטופלים, בהתאמות דיור, באביזרי העזר ובאמצעי נידות, ואבזור המכונים לריפוי בעיסוק במטבחים טיפוליים ובחדרי רחה מותאמים, שינו את אמצעי הטיפול. ההתקדמות המקצועית נעשתה לאור הצרכים שעלו בשטח, ובקצב אטי יותר מאשר בארצות הברית ובבריטניה. אמצעי הטיפול והטיפול על פי גישות שיקומיות חיזקו את הקשר עם המודל הרפואי בשנים שבהן בארצות הברית ובבריטניה החלה להישמע ביקורת על הצמידות למודל הרפואי, והחלה חזרה לראייה הוליסטית ולהתעמקות במודלים עיסוקיים. ייתכן כי התרבות הישראלית, שבשנות החמישים והשישים עדיין רוממה את מלאכות היד, הייתה זקוקה לצמידות עם המודל הרפואי כדי לקדם את המקצוע ולעגן את מעמדו בקרב מקצועות

⁵⁶ בבלי, מ' ודון, ר' (1978). על מספר הטיפולים במכונים להלן נספח 4.

⁵⁷ איצקוביץ, מ', אברבוך, ש' ואלעזר, ב' (2002).

⁵⁸ פרוש, ש' (2015). 'עבר הווה ועתיד בריפוי בעיסוק', פרופ' שולה פרוש העידה כי בהכשרתה הקלינית בתחום הפיזיקלי ניסתה ליצור קשר עם מטופל שלא היה מעוניין בעבודות היצירה ובקש ללמד אותה לשחק שח-מט. מדריכת ביה"ס בירושלים הוזעקה ע"י המדריכה המקומית לפתור את בעיית התלמידה ה"סוררת" אשר במקום לעבוד משחקת עם החולים. נדלה מאתר האינטרנט בתאריך 14/12/15 <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547>

⁵⁹ ריאיון עם עוזי ואן סטרטן, 2/5/13.

⁶⁰ ברטל, נ' (תשע"ה). עמ' 42

הבריאות. בשנות השבעים, השינויים הטכנולוגיים, התפתחות הרפואה וההתפתחויות במקצוע הריפוי בעיסוק הביאו לשינוי באמצעי הטיפול גם בישראל.

התמקצעות בתחום הטיפול בפגיעות פיזיקליות

מקצוע הריפוי בעיסוק בישראל היה מקצוע צעיר. כדי להעמיק את הידע המקצועי נסעו מרפאות בעיסוק להשתלם בבריטניה ובארצות הברית. לאה לוי עבדה כמרפאה בעיסוק בתקן צבאי בתל השומר, נסעה להשתלם באנגליה וחזרה לישראל.⁶¹ על רשמיה מהעבודה שם דיווחה ביום העיון של המרפאות בעיסוק, במטרה ללמוד את דפוסי העבודה ותחומיה שהיו נהוגים באנגליה ולאמצם בישראל.⁶² ברוח תפיסה זו, פעלה המחלקה לריפוי בעיסוק בבית החולים תל השומר. בשנות החמישים עבדו המרפאות בעיסוק במחלקות האורתופדיות והודרכו על ידי פרופסור ארנסט ספירא,⁶³ שלימד אותן ותמך בהן בפן המקצועי.⁶⁴

רות שמאע,⁶⁵ ביקרה בכפר לחולי שחפת באנגליה בשנת 1954. היא פרסמה את רשמיה: "בכפר חיו שלוש מאות משפחות שהתפרנסו מתעסוקה של שלוש שעות ביום. בכפר היו בתי מלאכה שקיבלו תעסוקה מהסביבה."⁶⁶ מידע זה חזק את המרפאות בעיסוק שעבדו בטיפול בחולי שחפת. רולי גולדמן, בוגרת הקורס הראשון, למדה תואר שני בייעוץ שיקומי באוניברסיטת ניו יורק (NYU). כאשר חזרה לארץ בשנת 1958 התקבלה לעבוד כמפקחת ארצית במלבין ויישמה את שיטות העבודה שלמדה בניו יורק.

הרחבת השירותים בקהילה נתנה אותותיה גם בתחום השיקום התעסוקתי. בשנת 1971 השתלמה בבלי ביחידה להערכת יכולת עבודה בצמידות לאוניברסיטת ניו יורק (NYU), במימון קופת חולים כללית, כדי שתוכל לפתח את נושא ההכוונה המקצועית ואת הקניית הרגלי עבודה למבוטחים בארץ. בבלי, חזרה לארץ וגמלה בה ההחלטה ליישם את העקרונות שלמדה בתחום השיקום התעסוקתי ולהפריד בין הטיפול במבוגרים לטיפול בילדים במכוני קופת חולים כללית.⁶⁷ סדים היו לאמצעי טיפול לגיטימי ושגרתי במכוני פיזיקליים, ובשנות השבעים הוכנסו לשימוש רחב בישראל. מרפאות בעיסוק מישראל נסעו להשתלם בנושא באנגליה ובארצות הברית.⁶⁸ כדי לחשוף את כלל המרפאות בעיסוק שעבדו בארץ בתחום הפיזיקלי לאמצעי זה, ערך הארגון השתלמות בנושא בהדרכת לין צ'שייר, מרפאה בעיסוק ראשית במרכז השיקום Farnham

⁶¹ *Palestine Post* (18/11/50), לא מצוין כותבת הידיעה; לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 4.

⁶² אצ"מ J113/1978, רשמים מיום עיון מתאריך 25/7/52.

⁶³ עורי, א' (1996). עמ' 69-70. פרופסור ארנסט ספירא, 1905-1976, ממייסדי האורתופדיה והשיקום בישראל, ניהל את המחלקה לשיקום אורתופדי בתל השומר. בעבודתו שם דגש בהיבטים התעסוקתיים של החולים וזים את המכלול של מרכז השיקום שכלל תעסוקה, מלאכה, ספורט, פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק.

⁶⁴ בבלי השתמשה במילה "אימוץ" לתאר את ההדרכה שקבלו המרפאות בעיסוק מפרופ' ספירא. ריאיון עם מרים בבלי, 6/10/11.

⁶⁵ רות שמאע, בוגרת הקורס השני, ייצגה את ישראל בקונגרס הבין-לאומי ועבדה בכפר העבודה כפר שאול בירושלים.

⁶⁶ גנזך ג-4237/14. סיכום ביקור בבתי חולים לחולי נפש באנגליה, והשתתפות בקונגרס הבין-לאומי בשנת 1954.

⁶⁷ ריאיון עם מרים בבלי, 6/10/11.

⁶⁸ ריאיון עם רותי לוי, 30/8/12; ריאיון עם עוזי ואן סטרטן, 2/5/13.

Park בבריטניה. ההשתלמות יצאה לפועל רק בשנת 1980.⁶⁹ עוזי ואן סטרטן למדה במיניסוטה קורס ריענון בו נחשפה לשיטה ייחודית לחבישות לחץ של חברת גיובסט (JOBST) הבריטית. בעקבות העמקה בנושא הורחב תחום הטיפול בנפגעי כוויות ונפתחה מרפאה ארצית בריכוז מרפאה בעיסוק.

ההתמקצעות חלה גם בגישות הטיפול שאליהן נחשפו מרפאות בעיסוק. במהלך שנות השבעים יושמו טכניקות טיפול מגישות בובאט (NDT) וברונסטרום בטיפול בחולים לאחר אירוע מוחי.⁷⁰ הקורס הראשון לטיפול בנפגעי אירועים מוחיים (CVA) על פי גישת בובאט התקיים בתל השומר בשנת 1977. בקורס השתתפו פיזיותרפיסטיות ומרפאות בעיסוק שלמדו את הטיפול על פי עקרונות הגישה שהתבססה על ידע נוירו פיזיולוגי. עקרונות אלה שינו את שיטות הטיפול בשיקום נוירולוגי, ומאז השתתפו מרפאות בעיסוק בקורסים להתמחות ולהתעמקות בגישה.⁷¹

⁶⁹ בבלי, מ' (1980). עמ' 10.

⁷⁰ איצקוביץ, מ', אברבוך, ש' ואלעזר, ב' (2002). להרחבה בנושא גישת בובאט (NDT) להלן עמ' 99.

⁷¹ איצקוביץ, מ', אברבוך, ש' ואלעזר, ב' (2002); לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 9.

2. התחום הגריאטרי

התפתחויות ברפואה, הארכת תוחלת החיים ועלייה במודעות הגבירו את הצורך לפתוח מסגרות שיקומיות לטיפול בקשישים. רוב המוסדות לטיפול בקשישים נפתחו על ידי ארגון מלב"ן. עם הירידה במספר חולי השחפת הוסבו כמה בתי החולים למרכזי שיקום לקשישים.⁷² אוכלוסיית הקשישים המאושפזים במוסדות מלב"ן הורכבה ברובה מעולים חדשים. במוסדות הגריאטריים ניתנו טיפולי פסיכודרמה, טיפול באמנות וריפוי בעיסוק בטיפולים פרטניים וקבוצתיים,⁷³ כולל תעסוקה.⁷⁴ ריפוי בעיסוק על ידי מרפאות בעיסוק מוסמכות ניתן בשלושה מוסדות; בית החולים בפרדס כץ, בית אבות בנתניה ומרכז גריאטרי נוה אבות, במוסדות אלה עבדו שש מרפאות בעיסוק מוסמכות.⁷⁵

בסוף שנות השישים נפתחו עוד מסגרות לטיפול בקשישים בבתי חולים ובקהילה. קופת חולים כללית הקימה את בית החולים "הרצל" בגדרה בנוסף ל"בית רבקה" בפתח תקוה. משרד הבריאות ניהל את בית החולים "פלימן" בחיפה ואת "בית ביר" בתל השומר. בתי האבות של מלב"ן: שמואל הרופא, פרדס חנה, נתניה וראשון לציון הועברו לאחריות משרד הבריאות. המחלקה לריפוי בעיסוק בבית החולים "עזרת נשים" בירושלים נפתחה מחדש, ובקהילה נפתחו מסגרות להמשך טיפול ומעקב, ומכונים לקשישים ששחררו ממסגרות אשפוז. מחלקות לריפוי בעיסוק נפתחו במקצת מוסדות אלה ובכמה בתי אבות.⁷⁶ בתי החולים הכלליים בהם ניתן ריפוי בעיסוק לאוכלוסייה גריאטרית היו: תל השומר, אסף הרופא, ברזילי באשקלון, בית החולים רוטשילד בחיפה.⁷⁷ בבתי החולים הכלליים נתנו טיפולי ריפוי בעיסוק מצומצמים במתכונת הטיפולים בתחום הפיזיקלי.⁷⁸ הטיפול בבתי החולים ובקהילה לא ענה על הצורך והיה פער בין אפשרויות הטיפול בריפוי בעיסוק גריאטרי בקהילה לבין הביקוש הרב.⁷⁹

בבית החולים הגריאטרי בפרדס כץ התנהלה העבודה במתכונת דומה לעבודה בבית לוינשטיין; החולים אובחנו על ידי מרפאה בעיסוק מוסמכת ובעלי הפוטנציאל השיקומי קבלו טיפול קוגניטיבי או טיפול מוטורי בחדר הריפוי בעיסוק.⁸⁰ שאר המטופלים קבלו שירותי תעסוקה על ידי מרפאות בעיסוק לא מוסמכות. כדי ל"חסוך" בזמן הטיפולים ולטפל בכמה שיותר חולים, הובאו החולים לטיפול על ידי סניטר. בבית החולים נפתחה מרפאה לטיפול בחולי אלצהיימר

⁷² לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 4.

⁷³ רומם, פי (2012). עמ' 102-122.

⁷⁴ רומם, פי (2012). עמ' 68-100; גולנדר, ח' (2005). עמ' 131-133; ריאיון עם ברכה אנגלרד-לנגה, 12/3/12. אנגלרד-לנגה העידה כי היה קושי בהעסקת מרפאות בעיסוק מוסמכות בתחום הגריאטרי. הקושי נבע מהעובדה שרוב העובדים במחלקות הריפוי בעיסוק במוסדות מלב"ן לא היו מוסמכים. לפיכך, חלק ניכר מהסדנאות התעסוקתיות הופעלו על ידי מרפאות בעיסוק לא מוסמכות.

⁷⁵ גזית, א', פסוול, ס' וקוטלר, צ' (1973). עמ' 29.

⁷⁶ עילם, ד' (1975). עמ' 3-4; ריאיון עם מרים בבלי, 6/10/11.

⁷⁷ גזית, א', פסוול, ס' וקוטלר, צ' (1973). עמ' ו-י.

⁷⁸ שם, עמ' 11.

⁷⁹ להלן נספח מס' 4, סעיף ג'.

⁸⁰ ריאיון פרופ' נאוה רצון, 3/1/16. פרופ' נאוה רצון הייתה בהכשרה הקלינית במחלקת פגועי ראש בבית לוינשטיין. הייתה צריכה לעבוד בשנת חובה במוסד של מלב"ן כי קבלה מילגה מהגוינט ויישמה בפרדס כץ את מודל העבודה של בית לוינשטיין.

שהמשיכו לגור בביתם עם בני זוגם. המטופלים הגיעו למועדון תעסוקתי וקבלו טיפולים פרטניים וטיפולים קבוצתיים בריפוי בעיסוק. לדוגמה, קבוצת אקטואליה שהתנהלה בשפת היידיש. המרפאה בעיסוק בשיתוף ובגיבוי מנהל בית החולים ד"ר משה זלצר, הפסיכיאטרית ד"ר ברטר ועובדת סוציאלית פיתחו תכנית מובנית בהתערבות עם החולים ובני משפחותיהם. לשם יישום מלא של התכנית יצאה המרפאה בעיסוק לביקורי בית כדי ללמד את המטופלים ובני המשפחה כיצד להכליל את הישגי הטיפול מחדר הטיפולים לבית. היא תרגלה איתם בבית טיפול עצמי (ADL) ושירות עצמי במטבח.⁸¹ הייתה לתכנית הצלחה כבירה; הנשים חזרו לתפקד במטבח ועם הגברים תרגלו הכנת ארוחות קלות. המשפחות דווחו שחלק מהמטופלים חזרו לתפקד במטבח. שיתוף בני הזוג בטיפול, יצר המשכיות לתרגול המשימות שנלמדו בטיפול. צוות בית החולים קבל בשמחה כל יזמה טיפולית בתחום הריפוי בעיסוק "כל יזמה שבאתי איתה מאוד שמחו ונתנו לי את כל המשאבים".⁸²

למרות הגידול במספר המוסדות לאוכלוסייה הגריאטרית וההתנתקות ההדרגתית מארגון מלב"ן, גם בשנות השבעים היה קושי לאייש תקנים בתחום הריפוי בעיסוק הגריאטרי. "מרפאות בעיסוק לא רצו לדרוך שם".⁸³ עם כניסתה של ברכה אנגלרד לתפקיד מפקחת השירות לריפוי בעיסוק במשרד הבריאות, היא פעלה לקדם את העבודה המקצועית בתחום הגריאטרי. לשם כך פיתחה טופס הערכה אחיד לשימוש כל המרפאות בעיסוק העובדות בתחום זה.⁸⁴ יתרה מזאת, אנגלרד ועליזה קרני מקופת חולים כללית יזמו פגישות של קבוצת מרפאות בעיסוק העובדות בתחום, כדי לענות על הצרכים של המרפאות בעיסוק שעבדו בשטח עם אוכלוסייה גריאטרית. "נושא הטיפול בחולה הזקן הוא נושא מתפתח שבזמנו נתנה לו תשומת לב מועטה בבית הספר... המשתתפות הדגישו את בדידותן והרגישו צורך לשבת ולדון מדי פעם בבעיות משותפות".⁸⁵ אנגלרד וקרני ניסו להעצים את המרפאות בעיסוק המוסמכות שעבדו בתחום באמצעות קבוצות עבודה וחשיבה משותפת.

כאמור, בשנות השבעים רוב העובדים במחלקות לריפוי בעיסוק במוסדות הגריאטריים הפרטיים והציבוריים עדיין היו מדריכים, מורים ועובדים לא מוסמכים. היה צורך ללמד את העובדים ולתת להם ידע מקצועי. לשם כך ארגנה אנגלרד קורסים. "השקענו מרץ, כסף ומחשבה ללמד קורסים ועבודה מסודרת." הקורסים ארכו 80 שעות, ולימדו בהם רופאים ומרפאות בעיסוק. זאת ועוד, כדי לעורר עניין בקורסים ולמשוך אליהם משתתפים, נלמדו בהם גם נושאים להשכלה כללית כמו חשיבה יוצרת וניהול זמן. אנגלרד המשיכה לפתח טפסים אחידים לרישום תכניות העבודה, מטרות הטיפול, בקרת יעילות והתקדמות. תהליך השינוי הזה נמשך זמן רב, ובביקורות שערכו מפקחות משרד הבריאות הן הקפידו לבדוק אם יש שימוש בכלים שנלמדו בקורסים.⁸⁶

⁸¹ שם.

⁸² שם.

⁸³ ריאיון עם ברכה אנגלרד-לנגה, 12/3/12.

⁸⁴ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 10; ריאיון עם ברכה אנגלרד-לנגה, 12/3/12.

⁸⁵ גנזך גל 15708/11. ברכה אנגלרד במכתב לעליזה קרני בתאריך 28/11/79.

⁸⁶ ריאיון עם ברכה אנגלרד-לנגה, 12/3/12.

3. התפתחות הריפוי בעיסוק בתחום הפיזיקלי בעקבות מלחמת יום הכיפורים

משנות ייסוד מקצוע הריפוי בעיסוק בישראל הכתיבה המציאות הישראלית את ההתקדמות. למלחמות ישראל הייתה השפעה נכרת על התקדמות השיקום בישראל ובמיוחד למלחמת יום הכיפורים, הנחשבת ליקו פרשת המים' בהקצאת משאבים למחקר ולשיקום. שיקום נפגעי המלחמה יצר שינוי בעמדות ותפיסות כלפי בעלי המוגבלויות והביא להתפתחות כל תחומי השיקום.⁸⁷ בתת פרק זה מצויינות שלוש דוגמאות בולטות להתקדמות ועיצוב מסגרות טיפוליות חדשות במקצוע הריפוי בעיסוק, בשל הצורך להעניק טיפול שיקומי מקצועי לפצועי מלחמת יום הכיפורים. היה זה בבחינת ניצול הזדמנויות לעיצוב מסגרות חדשות המעידות על התפתחות המקצוע.

ריפוי בעיסוק במרכז השיקום תל השומר

לאחר מלחמת ששת הימים ומלחמת ההתשה פנו נכי צה"ל למשרד הביטחון וביקשו להקים מרכז שיקום שיכלול מחלקה לנפגעי חוט שדרה בבית החולים תל השומר. סר לודוויג גוטמן,⁸⁸ מבכירי הרופאים השיקומיים בעולם, ביקר פעמיים בישראל והמליץ להעמיד בראש המחלקה את ד"ר רפאל רפי רוזין.⁸⁹ ד"ר רוזין גויס לצבא בשנת 1971 כדי להקים את המחלקה, וצוות בראשותו נסע במימון משרד הביטחון למרכזים שיקומיים גדולים בארצות הברית ובאנגליה, וביניהם לבית החולים סטוק מנדוויל באנגליה, כדי להשתלם וללמוד את הנושא.⁹⁰

במלחמת יום הכיפורים הגיעו לבית החולים תל השומר פצועים רבים. כדי לענות על צרכיהם נערך ארגון מחדש, מרכז השיקום בתל השומר היה למרכז הארצי לנפגעי חוט שדרה, מתוך תפיסה שיש לרכז פצועים בעלי אותו סוג פציעה כדי לסייע לשיקומם הפיזי והנפשי.⁹¹ הפצועים טופלו בשתי מחלקות שיקומיות: נפגעי חוט שדרה בשיקום נוירולוגי וקטועי גפיים בשיקום אורתופדי. עבודת צוות הריפוי בעיסוק התנהלה על פי החלוקה לשתי מחלקות השיקום. העבודה במחלקת השיקום הנוירולוגי נעשתה על פי שיטות העבודה של בית החולים סטוק מנדוויל. הטיפול בשיקום נפגעי חוט השדרה התמקד במטרה להגיע לעצמאות בכל התחומים: צרכי יום-יום כרחצה ולבוש, ביצוע מעברים, הכנת אוכל, וניידות. תרגול תפקודים מקצועיים וחברתיים בעזרת ציוד מותאם, אביזרי עזר ומכשירי בקרה סביבתית. הצוות סייע גם בהתאמת הדיור, סביבת העבודה והמכונית כדי לחזור לעצמאות בכל התפקודים. הטיפול במחלקת השיקום האורטופדי התמקד במטרה להגיע לעצמאות בכל תפקודי היום יום בעזרת ציוד מותאם, פרוטזות והתאמות דיור ותחבורה.

⁸⁷ פארן, גי (תשע"ד). עמ' 254-257.

⁸⁸ להרחבה בנושא סר לודוויג גוטמן, ראו הערה מס' 134 עמ' 32.

⁸⁹ פרופסור רפי רוזין, 1936-1985, מומחה לרפואה שיקומית מבית החולים הדסה, הקים את המחלקה לנפגעי חוט השדרה בתל השומר והתמנה למנהל אגף השיקום בשנת 1976. שימש ראש החוג לרפואה שיקומית וראש החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב. להרחבה ראו עורי, אי (1996). עמ' 48-57.

⁹⁰ ריאיון עם רותי לוי, 30/8/12; אתר האינטרנט של עמותת מילב"ת. נדלה ב- 17/4/13 מ:

<http://www.milbat.org.il/Hebrew/Pages/Professo%20RafiRozin.aspx>

⁹¹ פארן, גי (2014). עמ' 177-178.

עם סיום תהליכי השיקום של פצועי המלחמה, נסעה מרפאה בעיסוק שעבדה במרכז השיקום, להשתלם בקורסים מקצועיים בארצות הברית,⁹² כשחזרה בנתה בטריות אבחון וטיפול על פי הכלים המקצועיים שרכשה והיו מקובלים בארצות הברית. השימוש בכלים אלה הביא לנטישה מוחלטת של עבודות היד.⁹³ היחידה במימון משרד הביטחון פעלה בתל השומר במשך שמונה עשרה שנים, ותקציב משרד הביטחון אפשר לה לרכוש ציוד מתקדם ולהגדיל את כוח האדם המקצועי. המרפאה בעיסוק עבדה תחת פיקוחו של קצין רפואה ראשי והייתה אחראית על ארבעה תקנים של מרפאות בעיסוק בצה"ל: בתל השומר ובבתי הבראה של הצבא. בתום שמונה עשרה השנים עברה היחידה לידי משרד הבריאות.⁹⁴

הריפוי בעיסוק בבית לוינשטיין

פרופסור תיאודור נחזון, מנהל בית החולים, שינה את תהליך ההתמקצעות השיקומית בבית לוינשטיין וחילק את החולים למחלקות ייעודיות על פי סוג הפגיעה.⁹⁵ הוא חשף את הצוות למושגים, לגישות ולתאוריות מתחום רפואת השיקום, היה למוביל העיקרי להכרה במעמד הייחודי של בית החולים בארץ ובעולם ועודד את צוות הריפוי בעיסוק לחתור לשיפור בדרכי ההערכה והטיפול.⁹⁶ מיצוב בית לוינשטיין כמרכז שיקום לנפגעי מוח בשנות השישים, הניע את המרפאות בעיסוק לחפש דרכים ושיטות חדשות להערכה ולטיפול יעילים בחולים עם חבלות ראש.⁹⁷ עד שנת 1973 התמקדו הטיפולים בהחזרת הביטחון העצמי של החולים ובחיזוק אמונתם ביכולותיהם. טיפול זה נעשה באמצעות אימון החולים לתפקוד עצמאי מרבי בפעולות יום-יומיות, שיפור תפקודי הידיים ולימוד טכניקות הפעלת האיברים למרות המוגבלות הפיזית, באמצעות עבודות יצירה ומלאכות יד.⁹⁸

לצורך לספק טיפול לפצועי מלחמת יום הכיפורים הייתה השפעה רבה על התפתחות בית החולים בכלל, ועל המחלקה לריפוי בעיסוק בפרט. במשרד הביטחון בתאום עם משרד הבריאות וצה"ל הוחלט לייעד את בית לוינשטיין למרכז השיקום העיקרי לנפגעי ראש בישראל.⁹⁹ לבית

⁹² ריאיון עם רותי לוי, 30/8/12. לוי השתלמה במרכז השיקום האמריקאי- לאומי רנצ'וס לוס אנג'לס בקליפורניה שבו היו מחלקות שיקום לנפגעי חוט שדרה, לילדים ולקטועי גפיים. ובקורס בשיקום באוניברסיטת ניו יורק. תחום הריפוי בעיסוק במרכז השיקום לוס אנג'לס נחשב בעל רמה מקצועית גבוהה: האבחון, קביעת תכנית הטיפול והעבודה המקצועית בשטח נעשו באופן מסודר. צוות הריפוי בעיסוק בבית החולים מנה כמאה מרפאות בעיסוק שנחלקו לשלוש הירארכיות על פי התארים האקדמיים שלהן. במשך שלושה חדשים למדה לוי בקורס בו השתתפו מרפאות בעיסוק מכל העולם וצברה ניסיון בנושא בניית סדים מחומרים תרמופלסטים לגפה עליונה, התאמת ציוד לנכים, התאמת רכבי הסעה לנכים ושימוש בכלי אבחון סטנדרטיים.

⁹³ ריאיון עם רותי לוי, 30/8/12; אתר האינטרנט של עמותת מילב"ת. נדלה בתאריך 17/4/13 מ:

<http://www.milbat.org.il/Hebrew/Pages/Professo%20RafiRozin.aspx>

⁹⁴ ריאיון עם רותי לוי, 30/8/12.

⁹⁵ פארן, ג' (2014). עמ' 121.

⁹⁶ מלניק, ב' (2010). עמ' 14-15.

⁹⁷ איצקוביץ, מ', אברבוך, ש' ואלעזר, ב' (2002). עמ' 72-83; ריאיון עם שרה אברבוך, 20/9/12; ריאיון עם בטי אלעזר, 18/10/12.

⁹⁸ שם, שם.

⁹⁹ פארן, ג' (2014). עמ' 180.

החולים הופנו כל החיילים פצועי הראש מרחבי הארץ. הגידול הרב במספר החולים, ומצבם הייחודי, הצריכו התארגנות מחדש וחשיבה כיצד לענות על הצרכים.¹⁰⁰

רבים מפצועי מלחמת יום הכיפורים במחלקת פגיעות הראש היו חיילים צעירים שהציגו סימנים קליניים קשים שכללו ליקויים מוטוריים, שפתיים, קוגניטיביים והתנהגותיים. כמה מהפצועים עברו כורת דרך בשיקומם המוטורי-פיזי, אך נשאר להם ליקויים קוגניטיביים והתנהגותיים שבאו לידי ביטוי בבלבול, באי שקט או באפטיה.¹⁰¹ הצוות הרגיש שאין לו כלים לטפל באנשים שנפגעו בראשם. במהלך מלחמת יום הכיפורים שלח פרופ' נחנזון, מנהל בית לוינשטיין, מכתבים למרכזי שיקום גדולים בעולם בבקשה לשלוח מתנדבים כדי לענות על הצורך בכוח אדם מקצועי.¹⁰² ד"ר ראסק, מנהל ומייסד המכון לרפואה שיקומית באוניברסיטת ניו יורק, נענה לפנייה ושלח צוות שיקומי שפתח את תכנית 'השיקום הקהילתי' במסגרת הקהילה.¹⁰³ ברם, לא הגיעו מתנדבים מוסמכים לריפוי בעיסוק לעבודה במחלקות האשפוז בבית לוינשטיין. נחנזון סבר כי מרכז שיקום מקצועי זקוק לצוות שיקומי מקצועי הכולל גם מרפאים בעיסוק, ויש לעמוד על המשמר שאת התקנים במקצוע זה לא ימלאו אנשים שאינם מוסמכים.¹⁰⁴

בבית החולים נפתחו מחלקות ייחודיות בתחום הטיפול בנפגעי ראש: מחלקת טיפול נמרץ למחוסרי הכרה ומחלקה לשיקום חולים שסבלו מטרומות ראש. במחלקה לטיפול נמרץ טופלו החולים בגישה חדשנית במטרה לקצר את הזמן שנדרש לצאת ממצב חוסר ההכרה. הטיפול התמקד בגרייה שיטתית בכל ערוצי התחושה האפשריים: ראייה, מגע, טעם, ריח ושמיעה, ובהקפת החולים באנשים ובחפצים מעברם.¹⁰⁵ צוות הריפוי בעיסוק נטל חלק פעיל בגרייה בערוצי התחושה, והמחלקה בבית לוינשטיין "הייתה מן החלוצות בעולם"¹⁰⁶ בטיפול בחולים במצבים וגטיביים.¹⁰⁷

עקב מצבם הייחודי של הפצועים נעזר הצוות בספריו של הנורופסיכולוג היהודי אלכסנדר לוריא, שכתב שני תיאורי מקרה על ניסיונו בטיפול באוכלוסיית פגועי הראש.¹⁰⁸ אנשי הצוות הקדישו את שעות הערב כדי לנתח מה עשו בטיפול, מה הצליח ומה קידם כל חולה.¹⁰⁹ פרופסור לוי רחמני, נורופסיכולוג שהחל לעבוד בבית החולים, חלק עם הצוות מניסיונו הקליני ומהידע התאורטי שרכש. כך פותחו בבית לוינשטיין עקרונות טיפול בפגועי ראש טראומטיים שיושמו

¹⁰⁰ איצקוביץ, מ', אברבוך, ש' ואלעזר, ב' (2002). עמ' 72-83.

¹⁰¹ ריאיון עם שרה אברבוך, 20/9/12; ריאיון עם בטי אלעזר, 18/10/12.

¹⁰² גנזך כ-214, פרוטוקול מס' 8 מיום 19.3.74, דברי פרופ' נחנזון עמ' 6.

¹⁰³ פארן, ג' (2014). עמ' 182.

¹⁰⁴ גנזך כ-214, פרוטוקול מס' 8 מיום 19.3.74, דברי פרופ' נחנזון עמ' 6.

¹⁰⁵ איצקוביץ, מ', אברבוך, ש' ואלעזר, ב' (2002). עמ' 72-83; ריאיון עם שרה אברבוך, 20/9/12; ריאיון עם בטי אלעזר, 18/10/12.

¹⁰⁶ פארן, ג' (2014). עמ' 185.

¹⁰⁷ שם, שם.

¹⁰⁸ אלכסנדר לוריא, נורופסיכולוג יהודי רוסי נודע, ממייסדי תחום הנורופסיכולוגיה, חקר את הארגון המוחי ומחקריו היו בסיס למיפוי המוח. הוא כתב ספר המבוסס על תיאור מקרה של חייל שסבל מטרומה מוחית במלחמת העולם השנייה. ראו יובל, י' (2001). עמ' 315-317; ריאיון עם שרה אברבוך, 20/9/12.

¹⁰⁹ שם, שם.

בשלב מאוחר יותר גם בטיפול בחולים שלקו בנזק מוחי לא טראומטי כגון אירוע מוחי, הוצאת גידולים תוך-מוחיים, טרשת נפוצה ועוד. כיון שהליקויים ההתנהגותיים-קוגניטיביים הפריעו לתפקוד היום-יומי של החולים, התמקד צוות הריפוי בעיסוק בטיפול קוגניטיבי. התהליך שעברו אנשי הצוות היה הפוך: קודם רכשו ניסיון קליני, ורק לאחר מכן ניתחו והבינו את תפקוד החולים לאור ההתקדמות שחלה בחקר המוח.¹¹⁰ תחום הטיפול הקוגניטיבי בנפגעי ראש היה פרי פיתוח ישראלי מקורי וענה על הצרכים הייחודיים בישראל בטיפול בפצועי מלחמת יום הכיפורים.

בטיפול הקוגניטיבי נבדקו תהליכי החשיבה; קשב, ערנות, התמצאות, זכרון לטווח קצר, זכרון לטווח ארוך וזכרון עבודה, תפיסה, מיון וחשיבה סדרתית. והתהליכים המטה-קוגניטיביים; תכנון, ארגון, בקרה עצמית ומודעות. המרפאות בעיסוק התערבו בתחומים אלה כדי לשפר את תפקודו של האדם, ללמד אסטרטגיות פיצוי, ולהתאים את הסביבה למצב התפקודי של המטופל. אמצעי הטיפול היו מגוונים; תירגול תפקודי היום-יום (ADL) על פי הרצף הנכון, משחקי חשיבה, משימות דף ועפרון, תירגול שימוש בכסף, בישול, סידור הבית ועוד. ההפעלה הקוגניטיבית השתנתה ממטופל למטופל בהתאם למטרות הטיפול.

צוות הריפוי בעיסוק בבית לוינשטיין המשיך להתפתח ולהעמיק בנושא הערכה וטיפול בנפגעי טראומות ראש. ערכות האבחון הקוגניטיבי שהיו בארץ ובעולם לא נתנו מענה להערכת הליקויים הקוגניטיביים של נפגעי טראומות ראש. בסוף שנות השבעים, במשך עשור, פיתח הצוות את ערכת האבחון הקוגניטיבי LOTCA.¹¹¹ פיתוח האבחון נמכר באלפי עותקים, והידע והניסיון שנצברו במחלקה לריפוי בעיסוק בבית לוינשטיין מיצבו את המחלקה כמרכז ידע עולמי לטיפול קוגניטיבי.¹¹²

¹¹⁰ איצקוביץ, מ', אברבוך, ש' ואלעזר, ב' (2002). ריאיון עם שרה אברבוך, 20/9/12; ריאיון עם בטי אלעזר, 18/10/12.

¹¹¹ צוות הריפוי בעיסוק בבית לוינשטיין פיתח בעזרת פרופ' נעמי כץ את ה- LOTCA - Loewenstein Occupational Therapy Assessment, שמהווה נקודת מוצא לטיפול קוגניטיבי- תפקודי. האבחון שוקק על ידי חברת Maddak מניו ג'רזי ונמכרו אלפי מבחנים ברחבי העולם.

¹¹² איצקוביץ, מ', אברבוך, ש' ואלעזר, ב' (2002). ריאיון עם שרה אברבוך, 20/9/12; ריאיון עם בטי אלעזר, 18/10/12; ריאיון עם פרופ' נעמי כץ, 6/2/11.

הקמת מרכז ישראלי לבינוי ותחבורה-בהדרכת מרפאות בעיסוק

מילב"ת נולדה מהמפגש בין מצוקה לאהבה,
אהבת אדם ובין ידע רפואי שיקומי למומחיות
ומיומנות טכנולוגית.¹¹³

הקמת מרכז ישראלי לבינוי ותחבורה (להלן מילב"ת),¹¹⁴ הייתה אף היא פועל יוצא של הצורך לתת מענה שיקומי לפצועי מלחמת יום הכיפורים. דני ברק, מהנדס מכונות שניהל את מחלקת השירותים המדעיים במכון ויצמן, נפגש עם פצוע מלחמת יום הכיפורים שהיה בתהליך שיקום בבית החולים תל השומר. הוא פנה לצוות המקצועי וביקש לתכנן ולבנות בהתנדבות עבור הפצוע אביזרי עזר ייחודיים שלא ניתן למצוא כמוצרי מדף בארץ ובעולם. כך החל פרויקט שאליו גייס ברק עוד מהנדסים ממכון ויצמן ואת אנשי הצוות במרכז השיקום. הוא יצר קשר עם איגוד השיקום הבין-לאומי ועם פרופ' רפי רוזין שניהל את אגף השיקום בבית החולים תל השומר והיה יו"ר האגודה הישראלית לשיקום. יחד החליטו להקים מרכז קבע למציאת פתרונות לתכנון אביזרי עזר תפקודיים עבור פצועים ובעלי מוגבלויות. בשנת 1979 הוקמה ועדה שכללה את פרופ' רוזין, דני ברק ורותי לוי, מרפאה בעיסוק שעבדה בבית החולים תל השומר, במטרה לתכנן את הקמת מרכז המידע. לוי נסעה למרכז המידע הראשון בעולם לאביזרי עזר שהוקם בלונדון (DLF (Disabled Living Foundation), כדי להתרשם ממנו, ללמוד את דרכי פעולתו וליישם את שיטות העבודה במרכז שיקום בארץ. נכים מכל העולם הפנו שאלות למרכז בלונדון וביקשו למצוא עבורם אביזרי עזר מתאימים. במרכז המידע נפגשה לוי עם אביגיל נתן, מרפאה בעיסוק יהודייה שעבדה במרכז, ולאחר הפגישה ביניהן החליטה נתן לבוא לארץ לביקור ובמהלכו נפגשה עם צוות מילב"ת.¹¹⁵ שתי הפגישות עם צוות מילב"ת הניעו את אביגיל נתן לעלות לארץ, לעזור בהקמת המרכז, לשמור על קשר עם המרכז באנגליה (DLF) ולבצע את השינויים הנחוצים כדי להתאים את מילב"ת למציאות בישראל.¹¹⁶

פרופ' רוזין הציע למקם את מילב"ת במרתף הבניין על שם סר לודוויג גוטמן שבו שכן משרדו בבית החולים.¹¹⁷ המרכז נפתח בשנת 1981 במעמד הגב' עליזה בגין, רעיית ראש הממשלה דאז. שתי מרפאות בעיסוק עבדו והפעילו את המרכז, הן נעזרו במתנדבים בתכנון ובייצור אביזרי עזר שלא היו מוצרי מדף.¹¹⁸ המרכז התמחה בהתאמת מכשירים ואביזרים ייחודיים לחולים משותקים, לדוגמה, פעמון קריאה לאחות המופעל באמצעות הנחת יד, שולחן 'אחות אלמת' רחב עם אפשרות לסיבוב של 360 מעלות, מראות מתכווננות על זרועות קפיציות לשימוש החולים במחלקת נפגעי חוט השדרה שהיו מרותקים למיטה לפרקי זמן ממושכים.¹¹⁹ במילב"ת גם פיתחו

¹¹³ דויטשר, מ' (2011). עמ' 7-10.

¹¹⁴ מרכז ישראלי לעזרים בינוי ותחבורה.

¹¹⁵ ריאיון טלפוני עם אביגיל נתן, 22/7/12.

¹¹⁶ ריאיון עם רותי לוי, 30/8/12; נתן, א' (2011). עמ' 14-16; לוי, ר' (2011). עמ' 16-17.

¹¹⁷ פרידמן, א' (1988). עמ' 13-17.

¹¹⁸ ריאיון עם רותי לוי, 30/8/12; נתן, א' (2011). עמ' 14-16; לוי, ר' (2011). עמ' 16-17.

¹¹⁹ להלן עדויות על אביזרי העזר המיוחדים שפותחו במילב"ת, (עדויות של סורין הרשקו, פרופ' יקותיאל גרשוני ועומר יעקובסון) ועל תחומי ההתרחבות המקצועית שיזמה מילב"ת, נדלה מהאינטרנט בתאריך 13/12/15. <http://www.azarim.org.il/Hebrew/Articals/Documents/%D7%9E%D7%99%D7%93%D7%A2%D7%9>

צעצועים מיוחדים לילדים נכים שלא הצליחו להפעיל צעצועים רגילים. מילב"ת היה למרכז מידע של אביזרי עזר ואמצעי ניידות. היו במרכז קטלוגים ותמונות של אביזרי עזר ואביזרי טכנולוגיה מסייעת מכל העולם ותצוגה של מוצרים שיובאו לישראל. למעוניינים נתנה האפשרות להגיע למילב"ת ולהתנסות בהפעלת האביזר הרצוי טרם רכישתו. המכשירים שהוצגו היו מתקדמים לזמנם; מנופים, כסאות גלגלים ממונעים, רכבים מותאמים לנהיגת נכים ומכשירי בקרה סביבתית. ריכוז הידע המקצועי בנושא התאמות ואביזרים הביא לארגון ימי עיון וסדנאות בהם הועבר הידע למטפלים. לדוגמה, סדנת הושבה בה נבנו מושבים מותאמים (במטרה להשיג ישיבה יציבה) מקרטון גלי. "מילב"ת שם לו למטרה לרכז מידע על אביזרים לתפקודו העצמאי היומיומי של הנכה בבית, בבית הספר, בעבודה או בחברה. למידע שותפים המשפחה, צוות השיקום המטפל והקהילה."¹²⁰ מילב"ת הוא פרויקט ישראלי שנבע מהצורך לספק פתרונות שהיו בבחינת 'צו השעה' לפצועי מלחמת יום הכיפורים. הפרויקט התפתח והיה למרכז מידע ותצוגה מעודכן.

סיכום: המציאות המקומית מעצבת הריפוי בעיסוק

כל המסגרות שפעלו בארץ בתחום הריפוי בעיסוק הפיזיקלי התגייסו לענות לצרכים המשתנים של האוכלוסייה. בשנות החמישים ובראשית שנות השישים נעשתה העבודה השיקומית בתחום הפיזיקלי בבתי חולים ובמרכזי שיקום. החלוקה למחלקות, הקמת סדנאות תעסוקה, המגמה להפריד בין שיקום בתחום הנורולוגי לשיקום האורתופדי, והלגיטימציה להתייחס בטיפול לשיפור בתפקודי היום-יום ובתפקודי הידיים של המטופלים, אפיינו את המחלקות לריפוי בעיסוק. כל המחלקות אובזרו במכשירים מותאמים לביצוע מלאכות ועבודות יד (נולים, משורים, אופני ידיים) אשר אפשרו לשלב בין מטרות בתחום הפיזיקלי למוצרי מלאכה ותעסוקה. ועדין, הושם דגש על המוצר הסופי הן בסדנאות התעסוקה והן במחלקות. ההתקדמות המקצועית נעשתה בקצב אטי יותר בהשוואה לארצות הברית ולבריטניה. מרפאות בעיסוק השתלמו במדינות אלה ויישמו את העקרונות ואת הטכניקות שרכשו.

השינוי הגדול הושג לאחר מלחמת יום הכיפורים; הפניית משאבים לתחום השיקום במקביל להתפתחויות ברפואה ובטכנולוגיה, ותחושת האחריות לשיקום הפצועים שנפגעו בשירות המדינה, הביאו לפיתוח מרכזי השיקום, שכמה מהם פותחו בדומה למרכזים בחו"ל ואחרים היו פרי פיתוח ייחודי, חלוצי וישראלי. ההתקדמות ברפואה ובטכנולוגיה, המעבר לשירות בקהילה והרחבתו לביקורי הבית, ייעוץ בבתי מטופלים והמלצה על התאמות הסביבה במטרה לאפשר לאדם לחיות בסביבתו הטבעית, השימוש בגישות טיפוליות ותפיסות משתנות של הערך בעבודות היד הביאו לשינוי מהותי בגישות הטיפול, במטרות הטיפול וגם באמצעי הטיפול; מעבודות יד ויצירה לבניית סדים, מכשירים להקלת התפקוד היום-יומי, אביזרי עזר בבית, בסביבת המטופל ובמכונית, אמצעי נידות, טכנולוגיה מסייעת, התאמת הסביבה ושינויי דיור ושיקום תעסוקתי נתמך. השימוש באמצעי הטיפול החדשים והטיפול על פי גישות שיקומיות חיזקו את הקשר עם המודל הרפואי בשנים שבהן בארצות הברית ובבריטניה החלה להישמע ביקורת על הצמידות למודל הרפואי. מרפאות בעיסוק שנחשפו לשינויים המקצועיים ניצלו את ההזדמנויות ועיצבו מסגרות טיפול מתקדמות. העשייה החדשנית פרצה את הגבולות המוכרים של המקצוע, הביאה לקידום המטופלים ולהתפתחות המקצוע. שינויים אלה מעידים גם על שינוי ביחס החברה לנכים; מחברה אשר ציפתה מהנכה להתאים את עצמו אליה, לחברה אשר מוכנה להתאים את הסביבה כדי לאפשר לנכים עצמאות מרבית.

פרק שלישי: הטיפול בריפוי בעיסוק בילדים

1. טיפולי ריפוי בעיסוק בילדים בשנות החמישים והשישים

"הייתה אורה של התלהבות, לא לעשות חשבון של שעות ושל כסף... זה היה גורף בכל הארץ, הייתה מדינה חדשה והאורה הקרינה על המקצוע"1

חנה אלקן, מרפאה בעיסוק בוגרת הקורס הראשון העידה במילים אלה על ההתלהבות שאחזה במרפאות בעיסוק שטיפלו בילדים בשנות החמישים והשישים. בדבריה כרכה בין מציאות התקופה לבין המקצוע, ודבריה מצביעים על הקשר שראתה בין עבודתה לבין בניין הארץ. בעיניה מעבר לצורך הדחוף זה היה נדבך בעיצוב המדינה החדשה. הטיפול בילדים בשנים אלה, נועד לתת מענה על צרכי התקופה והתמקד בטיפול בילדים שנפגעו במגפת הפוליו ובטיפול בילדים נכים, שלא יכלו להשתלב במערכות החינוך הרגילות ללא מסגרת טיפולית תומכת. המסגרות העיקריות בהן טופלו ילדים בשנות החמישים היו במוסד אלי"ן בירושלים, בבית החולים אסף הרופא ובבית פיינסטון ברמות השבים (לימים בית לוינסטיין).

עדויות מוקדמות לטיפול בריפוי בעיסוק בילדים במסגרת מוסדית בה פעלה מערכת חינוכית הן ממוסד אלי"ן בירושלים, שהוקם בשנת 1932 לטיפול בילדים נכים ששהו במוסד במרכז העיר ירושלים בתנאי פנימייה.² במוסד שכלל כיתות לימוד קבלו הילדים טיפולים בריפוי בעיסוק על ידי מרפאה בעיסוק מוסמכת, בוגרת הקורס הראשון.³ עיקר העבודה התבססה על תעסוקה בעבודות יד יצירתיות בשילוב הפעלות ואביזרי עזר מתחום הטיפול האורתופדי.⁴ יש לציין כי באותן שנים תחום הילדים לא היה תחום נפרד בפני עצמו אלא השתייך לטיפול בבית חולים כללי, תכנית הלימודים של הקורס הראשון לא כללה קורס בריפוי בעיסוק בתחום הילדים. התייחסות לייחודיות הטיפול בילדים נעשתה במסגרת הקורסים בפסיכולוגיה, באורתופדיה ובריפוי בעיסוק בבית חולים כללי.⁵

מגפת הפוליו פרצה בישראל בשנת 1949 ושיאה היה בשנת 1950.⁶ בשלב השיקום טופלו הילדים שנדבקו במחלה בבתי החולים אסף הרופא בצריפין, בבית פיינסטון ברמות השבים ובאלי"ן בירושלים.⁷ כאמור, הצורך לטפל במספר הרב של ילדים חולי פוליו שינה את מערך השיקום לילדים; מרכז השיקום לילדים בבית החולים אסף הרופא נפתח בסיוע ארגון הבריאות

¹ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, ריאיון עם חנה אלקן, 1988, ראינה נירה זוסמן.

² המוסד נפתח בשנת 1932 ע"י ד"ר חנוך הנרי קלר לטיפול בילדים נכים. משנת 1939 נוהל ע"י ד"ר יעקב היילברנר. המוסד שכן לאורך שנות הארבעים בקומה הרביעית והשלישית ברחוב בן יהודה 3 בירושלים והיו בו מיטות ל-45 ילדים. בחור, א' (2014). עמ' 19-25; דרומי, מ'. (16/4/1939). *הצופה*, ; אתר האינטרנט של בית החולים אלי"ן <http://www.alyn.org.il/%D7%94%D7%99%D7%A1%D7%98%D7%95%D7%A8%D7%99%D7%94> נדלה בתאריך 24/4/14.

³ זוסמן, נ' (1993). עמ' H150; ריאיון עם ביה גרייבסקי, 17/5/10.

⁴ שם, שם.

⁵ HMO/51-11, תכנית הלימודים של הקורס הראשון והשלישי.

⁶ מובשוביץ, א' (2012). עמ' 11-23; פרידמן, ל' (2009) שישים שנה לפני שפעת החזירים תקפה את ישראל מגפת הפוליו, זכרונות משעת חרום. נדלה בתאריך 23/2/13 <http://www.haaretz.co.il/misc/1.1278071>

⁷ בחור, א' (2014). עמ' 55-66

העולמי ויוניצ"ף, במטרה לייסד מרכז שיקום לילדים נכים ולטפל בהם במתודות טיפוליות-מודרניות.⁸ מוסד אלי"ן עבר לשטח הכנסיה האורתודוקסית שליד מנזר סן סימון בשכונת קטמון בירושלים, כדי לפתוח מחלקה נוספת ולהגדיל את מספר המיטות במוסד בהדרגה ל-150.⁹ עם הגידול בנפגעי מגפת הפוליו השתנתה אוכלוסיית הילדים במוסד, 85% אחוזים מהמטופלים היו נפגעי פוליו ששהו במוסד משלושה חדשים עד ארבע שנים בממוצע.¹⁰ במוסד נפתחו כיתות לימוד, גן ילדים וגנון וסדנאות תעסוקה. 83 אנשי צוות רב מקצועי כולל מרפאות בעיסוק טפלו ב-150 ילדים.¹¹

תחומי העיסוק במסגרת הטיפול בילדים

הטיפול בריפוי בעיסוק בנפגעי הפוליו היה חלוצי, אוכלוסיית הילדים החולים בישראל אופיינה בגילאים מאוד צעירים בהשוואה לילדים נפגעי פוליו בארצות אחרות, עובדה שהצריכה חשיבה על מטרות טיפול והתאמת אמצעי טיפול מיוחדים לגילאי החולים, שלא היו בנמצא כמוצרי מדף טיפוליים.¹²

העבודה בריפוי בעיסוק הייתה הוליסטית וכללה התייחסות למרכיבי התפקוד הנדרשים מתלמיד בגיל הגן ובית ספר והכנת הילדים ללימודים בקבוצות קטנות, תרגול ולימוד ביצוע פעילויות יום-יומיות (ADL) עם ולמרות הנכות הפיזית ומחשבה על עתיד הילדים בקהילה וחשיפתם לקהילה מחוץ לכותלי בית החולים. העבודה התבססה על התאמת אמצעים טיפוליים לגילאי הילדים: בניית משחקים מותאמים, והכנה לקראת היציאה חזרה לקהילה.¹³ אלקן הרחיבה את כישוריה משנות עבודתה בבית החולים בתל השומר בבניית מכשירים טיפוליים מותאמים,¹⁴ והייתה הראשונה בישראל לקשר בין מנח ישיבה יציב לתפקודי מוטוריקה עדינה. לשם כך, בנתה את הכסא המותאם הראשון בארץ (insert) ופרסמה בעלון המרפאות בעיסוק את הכסא המיוחד ואת הדרך לבנייתו. "נראה שאחד מתפקידי הריפוי בעיסוק הפיזיקלי הוא יציבות נכונה, לכן חשובה תשומת לב לריהוט מתאים לצרכי החולה. אין ערך לטיפול הפונקציונלי הטוב ביותר כל עוד שאין התאמה בין מצב החולה לבין מנח תעסוקתו".¹⁵

חשיבות רבה נתנה להתנסויות מחוץ לכותלי בית החולים, מתוך התייחסות להקשר הטיפולי שיקומי ולצורך בחשיפת הילדים לחיי קהילה. צוות הריפוי בעיסוק ארגן הזדמנויות לילדים לצאת לטיולים וביקורים במקומות שונים כשדה התעופה ונסיעה ברכבת ליעדים שונים. "היינו

⁸ פארן, גי (2014). עמ' 111.

⁹ בחור, אי (2014). עמ' 59; דבר. (1/8/50). 'בית החולים לילדים נכים לבנין חדש', לא מצוין שם הכותב; על המשמר. (7/2/55). 'גמר בניית בית החולים בקטמון יחסל התור לילדים נכים', לא מצוין שם הכותב.

¹⁰ בחור, אי (2014). עמ' 59.

¹¹ להלן הערה מס' 9.

¹² ריאיון עם חוה אלקן, 1988, ראינה נירה זוסמן.

¹³ שם, שם.

¹⁴ פרסמה את המכשירים שבנתה בעלון המרפאות בעיסוק, אלקן, ח' (1950); ריאיון עם נירה זוסמן 17/3/10.

¹⁵ אלקן, ח' (1959). עמ' 12-13. איור של המושב המותאם שבנתה אלקן בעמ' 283.

מודעות להוציא את הילדים מבית החולים למציאות וגם להכניס מציאות לתוך בית החולים".¹⁶ נוצר קשר עם מנהל גן החיות ברחוב הדסה בתל אביב, הילדים יצאו לביקורים בגן החיות ובבית החולים נבנו שני כלובים של חיות שהושאלו מגן החיות כדי שהילדים יהיו אחראים לטיפול בהם.¹⁷ יש לציין כי תחום הטיפול בעזרת בעלי חיים התפתח בעולם רק בסיום המאה הקודמת,¹⁸ צוות הריפוי בעיסוק במרכז השיקום ראה בטיפול בבעלי חיים תחום עיסוק מרכזי בחיי ילדים והאמין בתרומת עיסוק זה להתפתחות מיומנויות סנסוריות, מוטוריות, קוגניטיביות, שפתיות, רגשיות, חברתיות והתנהגותיות אשר יקדמו את הילדים ויסייעו בתהליך שיקומם.

תחומי העיסוק בהם טיפלו המרפאות בעיסוק בתחום הילדים בשנות החמישים התייחסו לעצמאות בחיי היום יום, ללמידה והכנה לעבודה, למשחק ופנאי ועודדו השתתפות חברתית.¹⁹ המרפאות בעיסוק התאימו את מטרות ואמצעי הטיפול לצרכים התפקודיים של הילדים ולגילם וכך פותחו אמצעי טיפול מתחום המשחק והלמידה, מותאמים לחיי היום יום של ילדים. גם התאמת הסביבה נעשתה בהתאמה לגילאי המטופלים ומתוך רצון לענות על צרכיהם הייחודיים ולאפשר להם השתתפות אופטימלית.

2. ריפוי בעיסוק עם נפגעי שיתוק מוחין

"עלינו ליצור את התנאים המתאימים לריפוי בעיסוק כדי שהחולה יוכל לזכות בהתרשמות ובניסיונות חיים למניעת פיגור התפתחותו הרוחנית והגופנית".²⁰

עם ההתגברות על מגפת הפוליו, הטיפול בילדים הפגועים הוסב לטיפול בילדים נפגעי שיתוק מוחין.²¹ שתי המסגרות העיקריות בהן טופלו ילדים בריפוי בעיסוק השנות השישים היו מחלקת שיקום ילדים בבית החולים אסף הרופא שכללה גן ילדים וכיתות לימוד,²² וגן און ובהמשך בית הספר און.²³

בשנת 1962 הגיעה לביקור בבית הספר רחל רשבש, מרפאה בעיסוק שעלתה לארץ מבריטניה ורכשה ניסיון מקצועי בטיפול בילדים נפגעי שיתוק מוחין בבית החולים לילדים בלונדון. רשבש התקבלה לעבודה בתפקיד Teacher's Aid. למרות שהתקבלה לעבודה בתפקיד סיעת, רשבש, שהייתה בעלת ניסיון מקצועי, נתפסה בעיני הצוות והורים "מומחית, כי אנשים לא ידעו".²⁴

¹⁶ שם, שם.

¹⁷ שם, שם.

¹⁸ הארגון הבינלאומי למטפלים בעזרת בעלי חיים נוסד בשנת 2006. נדלה בתאריך 19/8/14 <http://www.aat-isaat.org/images/pdf/ISAAT%20Constitution%203%20Feb%202008.pdf>

¹⁹ וינטראוב, נ' ועמיתותיה, (2003) נדלה בתאריך 19/8/14.

²⁰ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה, אלקן, ח', ריפוי בעיסוק לנפגעים בשיתוק מוחין. לא מצוינת שנת הפרסום

²¹ בשנת 1964 אוחדו הארגונים שתל"ם ואילנשי"ל לארגון איל"ן. מובשוביץ, א' (2012)

²² אה"ג NY/65/74-0194, הצעה להרחבת מרכז שיקום ילדים בבית החולים אסף הרופא ליחידה להתפתחות הילד, אוקטובר 1970

²³ מובשוביץ, א' (2012) עמ' 11-23. בשנת 1961 הקימה רות קסל, עולה חדשה מקנדה ומורה לחינוך מיוחד שהתמחתה בעבודה עם ילדים נפגעי שיתוק מוחין, את מסגרת ההמשך, בית הספר און.

²⁴ ריאיון עם רחל רשבש, 13/2/12.

בהדרגה, נטשה את תפקידה כסייעת למורה והחלה לפתח את תחום הריפוי בעיסוק בבית הספר, קבלה חדר לטיפול והרחיבה את צוות המרפאות בעיסוק.²⁵

תחומי העיסוק בטיפול בנפגעי שיתוק מוחין

הריפוי בעיסוק בתחום הילדים התפתח בהתאם לידע שרכשה המרפאה בעיסוק ולמטרות הטיפוליות שהיו משמעותיות בעיניה ובעיני הצוות הרב מקצועי במסגרת. בבית ספר און תורגלו ונלמדו פעילויות היום יום (BADL) הבסיסי באופן עצמאי עם וללא מכשירי עזר. בתחום הלמידה עסקו בהקניית הרגלי למידה וביניהם לימוד כתיבה ידנית והקלדה במכונות כתיבה, על מנת לאפשר לתלמידים למלא תפקידים כלומדים עצמאיים. הוקדשו טיפולים בתחום העצמאות האינסטרומנטלית (IADL)²⁶ ובהכנה לחיים בקהילה: יציאה עם התלמידים לקניות במכולת, הכנת ארוחות קלות במטבח, פתיחת קיוסק למכירת מזון בהפסקות והתנסות בניידות בקהילה: חציית כבישים ונסיעה באוטובוסים.²⁷

מטרת הטיפול בריפוי בעיסוק במרכז השיקום באסף הרופא הייתה להגביר עצמאות, לפתח כישורי הסתגלות ולסייע לתלמיד להיות מעורב בעיסוקים שהינם בעלי מטרה, משמעות וחשיבות עבורו. כדי לשער מה הפוטנציאל השיקומי של כל תלמיד, נדרשו מהמרפאה בעיסוק ידע והבנה בשלבי ההתפתחות התקינה.²⁸ "על המרפא בעיסוק להתמצא בשלבי ההתפתחות התקינה כדי שידע מה יוכל לדרוש מילד שלקה בשיתוק מוח, לפי יכולתו הגופנית ורמתו השכלית".²⁹ לתלמידים הוקנו אפשרויות לרכישת עצמאות בתפקודי היום יום הבסיסיים, מתוך אמונה בהשפעה החיובית של הישגים אלה על ההתפתחות הרגשית והמוטיבציה של כל תלמיד. "חלקו של הריפוי בעיסוק מצטמצם בלימוד הפעולות היום-יומיות האישיות כגון, לבישה, אכילה, כתיבה וכו'. אי תלות מקסימלית תוסיף לנפגע בטחון עצמי ותעזור לו בהמשך התפתחותו הכללית".³⁰ לשם השגת המטרה "נכין ונקדם את הילד לקראת ביצוע פעולות רצוניות".³¹ להשגת המטרות השתמשו באמצעי טיפול ייחודיים, מותאמים לגיל הילדים ובידע מקצועי בתחומי האנטומיה, נירולוגיה וקניזיולוגיה. יש לציין כי באותן שנים לא היו בנמצא בישראל משחקים טיפוליים, ולא תיאוריות ייחודיות לריפוי בעיסוק בתחום הילדים.³² העבודה התבססה על גישה שיקומית- פונקציונלית ועל הידע המקצועי שרכשו המרפאות בעיסוק בהשתלמויות ובשהייה במוסדות שיקומיים לילדים בבריטניה. בשנת 1968, ציין ד"ר מנדל, מנהל מרכז השיקום לילדים בבית החולים אסף הרופא את הטיפול בלקויות תפיסתיות קוגניטיביות, כאחד מהנושאים בהם מתמקד הטיפול בריפוי

²⁵ שם, שם.

²⁶ IADL= כל הפעילויות של האדם בסביבת חייו למעט פעילויות הטיפול האישי. לדוגמה; הכנת מזון, הפעלת מכשירי חשמל, אחזקת הבית, טיפול תרופתי, בשימוש באביזרי תקשורת, יצוע קניות וסידורים מוסדיים וכספיים.

²⁷ ריאיון עם רחל רשבש, 13/2/12.

²⁸ הבנת ההתפתחות הלא- תקינה התבססה על ההתפתחות התקינה.

²⁹ אלקן, ח' (1961) ב. עמ' 6-8.

³⁰ שם, שם.

³¹ שם, שם. תנועות רצוניות הן תנועות מתוכננות ונשלטות כתוצאה מארגון במערכת העצבים המרכזית; במוח, בחוט השדרה ובשרירי השלד.

³² ריאיון עם ד"ר אלינור שניידר, 8/11/12. גם בשנות השבעים הוזמנו המשחקים הטיפוליים לארץ מחו"ל.

בעיסוק.³³ מנדל הדגיש את חשיבות עבודת הצוות הרב מקצועי והשווה את תפקיד המרפאה בעיסוק לנגן בתזמורת רבת נגנים בה הרופא הוא המנצח. לשם עבודה יעילה "חיבת המרפאה בעיסוק לרכוש ידיעות נרחבות בשטחים הקשורים בגדילה והתפתחות... מהם הכשרים והמיומנויות אותן רכש (התלמיד המטופל), כיצד הוא קולט ותופס דברים".³⁴ מאמרו של ד"ר מנדל הינו עדות לעבודת המרפאות בעיסוק בתחום התפיסתי- קוגניטיבי. ולשימוש במקצוע הרפוי בעיסוק לטיפול בלקויות בתפיסה החזותית ובקשיים בהרגלי למידה בסיסיים שהפריעו לתפקוד הילדים במחלקת השיקום.

השתלמות ורכישת ידע מקצועי

מרפאות בעיסוק שרצו להעמיק ולהשתלם בתחום הטיפול בילדים, נסעו למוסדות בבריטניה והשתלמו בקורסים ייחודיים לטיפול בילדים. נעמי להמן, בוגרת הקורס השני, נסעה להשתלם באנגליה בטיפול בילדים נכים וילדים עם הפרעות התנהגות.³⁵ חוה אלקן,³⁶ שעבדה בבית החולים תל השומר קבלה הצעה לפתוח מחלקה לריפוי בעיסוק לטיפול בילדים נפגעי פוליו בבית החולים אסף הרופא.³⁷ ההצעה הייתה כרוכה במלגת השתלמות מקצועית מטעם ארגון הבריאות העולמי (WHO) בבתי חולים ומוסדות לטיפול בילדים בבריטניה למשך ששה חדשים.³⁸ תכנית ההשתלמות אורגנה על ידי מיס מקדונלד, מנהלת בית הספר לריפוי בעיסוק באוקספורד וכללה ביקורים במוסדות ובתי חולים שיקומיים באדינבורו אוקספורד ולונדון.³⁹ אלקן חזרה לארץ ופיתחה את תחום הטיפול בילדים כתחום בלעדי על סמך ניסיונה המקצועי והשתלמותה בבריטניה.⁴⁰ רחל רשבש רכשה ניסיון מקצועי בשנתיים בהם עבדה במרכז השיקום באסף הרופא, בעבודתה בבית החולים לילדים בלונדון נחשפה לגישות הטיפול בילדים נפגעי שיתוק מוחין שהיו נהוגות בבריטניה.⁴¹

באמצעות הידע המקצועי שהביאו מרפאות בעיסוק מבריטניה הן הצליחו לפתח את תחום הטיפול בילדים נכים בריפוי בעיסוק תוך התייחסות כוללת לתפקודי הילד ביחס לגילו ולמאפיינים התרבותיים הייחודיים לישראל. הטיפול נגע בעיקר לתפקודי היום יום הבסיסיים והמורחבים בקהילה וכלל אמצעי טיפול מותאמים לגיל הילדים ובניית מכשירים מותאמים. כך נבנה תחום טיפול חדש, שונה מתעסוקה בעבודות יצירה ובמלאכות יד.

³³ מנדל, פי' (1968). עמ' 3-5

³⁴ שם, שם.

³⁵ לשון הפרוטוקול: ילדים מופרעים. אצ"מ J113/1978, פרוטוקול ישיבת הועדה לקורס לריפוי בעיסוק בתאריך 28/2/54

³⁶ חוה אלקן, בוגרת הקורס הראשון לריפוי בעיסוק בישראל.

³⁷ חוה אלקן בוגרת הקורס הראשון, עבדה במחלקה האורטופדית ובביתן מס' 19 בבית החולים תל השומר. אלקן, ח' (1959). עמ' 3-5; בתקופת לימודיה בקורס הראשון, יצרה חוה אמצעי טיפול יצירתיים שנלכחו ע"י גבי בלום לכנס המרפאות בעיסוק בדאלאס. ריאיון עם נירה זוסמן, 17/3/10.

³⁸ ריאיון עם חוה אלקן, 1988, ראינה נירה זוסמן.

³⁹ שם, שם.

⁴⁰ במהלך השנים הצטרפו אליה אביבה טנבלט ורחל רשבש. אביבה טנבלט, בוגרת הקורס השני עבדה במחלקת שיקום ילדים בבית החולים אסף הרופא. ארכיון בית הספר לריפוי בעיסוק, ירושלים; רחל רשבש, ילדת בריטניה, סיימה לימודי ריפוי בעיסוק בלונדון ועבדה באסף הרופא בין השנים 1957-1959, ריאיון עם רחל רשבש, 13/2/12.

3. פתיחת מכוני ריפוי בעיסוק לילדים

"בתחילה אנו עורכים סקר על כל ילד, על חולשותיו וצדדיו החזקים, מידת עצמאותו וחיייו היום-יומיים במשפחה ובחברה." ⁴²

במילים אלה בחרה אלינור שניידר, ⁴³ שפתחה את המרפאה הראשונה בריפוי בעיסוק לטיפול בילדים בחיפה, לתאר את תהליך הערכת הילדים שהופנו לטיפול. ⁴⁴ דבריה מצביעים על הערכת כלל העיסוקים של ילדים, תוך התחשבות במשפחתם ובסביבתם, תחומי טיפול רלוונטיים לימיו.

התפתחות תחום הטיפול בילדים בשנות השבעים מאופיינת בארבע מגמות; (א) פתיחת מכונים ייחודיים לטיפול בילדים בשנות השבעים (עד לפתיחת המכונים טופלו ילדים בגילאי בית ספר במרפאות למבוגרים). ⁴⁵ (ב) מעבר מטיפול בילדים עם צרכים מיוחדים, במסגרות החינוך המיוחד בבתי חולים ובמרכזי שיקום, ⁴⁶ לטיפול במסגרות קהילתיות, גם בילדים שנהנו מטיפול במטרה לסייע להתמודד עם "לקויות בתפיסה וקשיים בקואורדינציה". ⁴⁷ חלק נכבד מהילדים שהופנו למכונים היו ילדים שאובחנו עם Minimal Brain Dysfunction שמחמת לקויים באינטגרציה הבין חושית התקשו בתאום התנועתי והתפיסתי תנועתי. ⁴⁸ תחום הטיפול בילדים התרחב לטיפול בבעיות התפתחות והבשלה פסיכו-מוטורית וכלל ילדים שהשתלבו במערכות החינוך הרגיל. ⁴⁹ (ג) עלייה במספר המרפאות בעיסוק שעבדו בתחום הילדים. בשנת 1973, רק שמונה עשרה מרפאות בעיסוק מוסמכות עבדו עם ילדים עם לקויות פיזיות ופסיכיאטריות. מרפאה בעיסוק אחת עבדה בלשכת הבריאות בבאר שבע באבחון ילדים עם לקויות למידה ומשכורתה שולמה ממלבי"ן. ⁵⁰ בסוף שנות השבעים חל גידול במספר המרפאות בעיסוק שעבדו בתחום הילדים בשל הגידול במספר המסגרות שנפתחו לטיפול בילדים. (ד) העבודה במכונים התבצעה בליווי רופא שניהל את המכון.

⁴² הרפז, ת' (1976). 'ריפוי בעיסוק- מה זה?', הארץ שלנו חוברת 35, תשל"ו. העתונאית תמי הרפז ראינה את אלינור שניידר.

⁴³ לימים ד"ר אלינור שניידר, מרכזת תחום הטיפול בילדים בחוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה.

⁴⁴ ריאיון עם ד"ר אלינור שניידר, 8/11/12.

⁴⁵ בבלי, מ' ודון, ר' (1975).

⁴⁶ ארכיון החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, רשימת הכתבות בכתב העת המקצועי. עיון בכתבות שהתפרסמו בשנות החמישים והשישים מגלה כי מרבית המאמרים שהתפרסמו בתחום הילדים עסקו בטיפול בריפוי בעיסוק בילדים עם לקויות מורכבות ילדים עם מוגבלויות פיזיות רק שלושה מהמאמרים עסקו בטיפול בריפוי בעיסוק בילדים עם לקויות מורכבות בתחום החושי וההתנהגותי-נפשי; קנטור, מ' (1959). עמ' 17. דו"ח על הקונגרס הבינלאומי משנת 1958 מעיד כי אוכלוסיית הילדים המטופלים בישראל הייתה זהה לילדים שטופלו בארצות אחרות בסוף שנות החמישים. במקצוע הריפוי בעיסוק טופלו ילדים נפגעי שיתוק מוחין, פוליו, קטועי גפיים, ילדים עם לקות קוגניטיבית וילדים לקויי שמיעה וחרשים.

⁴⁷ קרני, ע' (1978). עמ' 3-5.

⁴⁸ Minimal Brain Damage - נזק מוחי מינימלי, מונח שהיה מקובל לתאור אוכלוסיית הילדים עם לקויות למידה וקשיים במוטוריקה עדינה בשנות השישים והשבעים. ראו סקלי, ר' (1968). עמ' 17; שני, ד' ונבו, ב' (2006).

⁴⁹ קרני, ע' (1978). עמ' 3-5.

⁵⁰ גזית, א', פסוול, ס' וקוטלר, צ' (1973).

כאמור, מרפאת ריש בחיפה הייתה המרפאה הראשונה לטיפול בילדים.⁵¹ גם בתחום זה נעזרו המפקחות על הריפוי בעיסוק בידע ובניסיון שהגיע לישראל מבריטניה וצפון אמריקה, וההתחלה הייתה ביוזמה אישית. עליזה קרני פנתה אל שניידר שעלתה לארץ מקנדה, בהצעה לפתוח מרפאה ייחודית לטיפול בילדים.⁵² שניידר קבלה ארבעה חדרים במרפאת ריש במרכז הכרמל והחלה לעבוד במרפאה באביב 1972, כמרפאה בעיסוק היחידה במרפאה. הילדים הופנו על ידי ד"ר נורמן כהן, פסיכיאטר, והיו עם מגוון רחב של לקויות; שיתוק מוחין, לקויות למידה, ליקויים תפקודיים וליקויים סנסו מוטוריים. העבודה התבצעה בהתאם לגישת הטיפול בקנדה,⁵³ על פיה ההורים היו צריכים להיות חלק פעיל ומעורב בטיפול. גישה זו הייתה מאוד מתקדמת בהשוואה למה שהיה נהוג בארץ ועוררה התנגדויות בקרב אנשי מקצוע.⁵⁴ היה צריך לצייד את המרפאה ולרכוש אמצעי טיפול. מכיון שלא היו בארץ משחקים ואמצעי טיפול מתאימים, הוזמנו משחקים וציוד מחו"ל. המרפאה התפתחה וגדלה ובהדרגה עלה מספר המרפאות בעיסוק לארבע שטפלו ב-65 ילדים.⁵⁵

חוויות הילדים מהטיפול היו חיוביות: "אני עובד על קריאה ובמיוחד אני אוהב לשחק. בהתחלה כשבאתי לכאן התרגשתי, עכשיו אני לא מתרגש, אני מאוד נהנה לעבוד".⁵⁶ "אני עוסקת במשחקים בהם מרימים את הידיים, כדי שכתפי תהיינה יציבות וחזקות...אני מרגישה שעבודות הריפוי בעיסוק נחמדות ועוזרות לי".⁵⁷ "המורה הפנה אותי לריפוי בעיסוק מפני שכתב ידי היה איום ולא קריא...אצל אלינור אני עושה עבודות מלאכה: מפית, קן מנצרים, חגורה מחבלים ומשחקים חינוכיים לפיתוח החשיבה ושרירי ידי. אני מרגיש שחל שיפור בכתב ידי. המורה אפילו בודקת ומבינה את מבחני".⁵⁸ "אני שמח שאני מצלית, אני רוצה להמשיך. זכור לי במיוחד שלמדתי כאן אלף-בית, עשיתי אותיות מפלסטלינה...עכשיו אני מרגיש כאן כמו בבית".⁵⁹ דיווחי הילדים מעידים על טיפול בהתייחסות לתפקודים שונים בחיי היום-יום של ילדים: קריאה וכתביה הקשורים ללקויות למידה, חיזוק חגורת הכתפיים לשיפור מוטוריקה עדינה, והתנסות במטלות מגוונות הדורשות תאום של שתי הידיים ועבודה מוטורית עדינה מדויקת. הטיפול התבצע באוירה נעימה ותומכת באמצעות משחקים במטרה להעלות את המוטיבציה של הילדים להשתתפות פעילה בטיפול.

⁵¹ אילה פדות, מרפאה בעיסוק שפתחה את המרפאה למבוגרים סברה "יש להפריד את נושא הילדים". <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547> נדלה מאתר העמותה הישראלית לרב"ע 14/12/15.

⁵² ריאיון עם ד"ר אלינור שניידר, 8/11/12. קרני ידעה ששניידר עברה הכשרות בתחום הילדים במסגרת לימודיה באוניברסיטת מונטריאול ואף התנדבה במחלקה לטיפול בילדים עם שיתוק מוחין בבית החולים במונטריאול. לפיכך, נחשבה מנוסה ומעורה בטיפול בילדים.

⁵³ ריאיון עם ד"ר אלינור שניידר, 8/11/12. שניידר יישמה את הגישה לה נחשפה בעת לימודיה והכשרתה בקנדה.

⁵⁴ שם, שם. שניידר הייתה מעורה בדרישות הטיפוליות בארצות הברית והקפידה לקבל הדרכה מקצועית (supervision) מד"ר איה אמיר.

⁵⁵ הרפז, ת' (1976). עמ' 9.

⁵⁶ שם, ג' בן שמונה.

⁵⁷ שם, ר' בת תשע.

⁵⁸ שם, י' בן עשר.

⁵⁹ שם, מ' בן שמונה.

כדי להעמיק ולרכוש ידע מקצועי, ניצלה שניידר את נסיעתה לארצות הברית ולקנדה ובקרה שם בשמונה מוסדות שונים לטיפול בילדים. עם חזרתה לארץ, רשמה דו"ח מפורט והעבירה אותו לפיקוח בקופת חולים במטרה שהמפקחות בארץ והגורמים המממנים יפתחו את המקצוע בישראל בדגמים בהם הוא התפתח בארצות הברית ובקנדה.⁶⁰

מרפאת ריש הייתה הסנונית הראשונה שבישרה פתיחת מכונים נוספים ייחודיים לטיפול בילדים, עדיין ביוזמה נשית-אישית. בשנת 1973 הציעה עליזה קרני לסו לוינשטיין,⁶¹ שעלתה מניו יורק לפתוח מכון לטיפול בילדים בקופת חולים כללית במחוז ירושלים. בתחילה נפתח המכון לילדים בתוך מרפאה למבוגרים ברחוב עמק רפאים. ד"ר נעמי אמיר,⁶² נוירולוגית ילדים מומחית בעלת שם עולמי, מבית החולים ביקור חולים, הייתה הראשונה שהפנתה ילדים למכון. בשנת 1975 עבר המכון למרפאה ייחודית לילדים ברמת אשכול שהכילה חדרי טיפול מרווחים.⁶³ על אף השינוי באוכלוסיית הילדים המטופלים והטיפול במסגרת הקהילה, העבודה הייתה בצמידות למודל רפואי וילדים הופנו לטיפול על ידי רופאים.⁶⁴

היחידה להתפתחות הילד בבית לוינשטיין נפתחה בשנת 1975 לאחר כשלוש שנים בהם עסקו צוות היחידה בתכנון, התארגנות והזמנת ציוד.⁶⁵ היחידה נפתחה כדי להגדיל את אוכלוסיית המטופלים, את טווח האבחנות ואת קשת גילאי המטופלים במוסד, מתוך שאיפה לפתוח יחידת אבחון וטיפול שיקומי שתספק טיפול אמבולטורי ותהווה גרעין למחלקת אשפוז שיקומית לילדים מרחבי הארץ.⁶⁶ ליחידה שנפתחה מלכתחילה לילדים הוקצו מספר חדריים בבניין ישן בבית החולים. בהדרגה, נוספו ביחידה עוד מקצועות טיפוליים והיחידה עברה לחדרים גדולים ומרווחים יותר. חדר הריפוי בעיסוק חולק למספר תחומים על פי תחומי העיסוק בהם טפלו: אמצעי מוטוריקה גסה, אמצעים למוטוריקה עדינה, תפקודי היום יום (ADL) ושולחן נגרות. כיון שלא היה בארץ ציוד שיקומי טיפולי מותאם לילדים, הציוד הוזמן מחו"ל לאחר עיון בקטלוגים פרופ' נחנזון, מנהל בית לוינשטיין נאם בטקס פתיחת היחידה והודיע שיופנו לטיפול ילדים ממסגרות רגילות ואכן, ליחידה הגיעו ילדים עם מגוון לקויות; ילדים עם תסמונות, מוגבלות שכלית, שיתוק מוחין, סרבול מוטורי, לקויות למידה, ובעיות התנהגות. בהדרגה, ירדו גילאי

⁶⁰ אלינור שניידר: מסקנות מהשתלמות, הוגש בתאריך 7/12/76; ריאיון עם ד"ר אלינור שניידר, 8/11/12.

⁶¹ מרפאה בעיסוק בוגרת תואר שני מאוניברסיטת ניו יורק NYU.

⁶² לימים פרופסור נעמי אמיר, 1931-1995, רופאת ילדים וחלוצה בתחום נוירולוגיה של ילדים, מומחית באפילפסיה, קוגניציה, דיספסיה והפרעות התפתחותיות אצל תינוקות וילדים. נולדה בשיקגו, סיימה לימודי רפואה באוניברסיטת ניו יורק בשנת 1952. ניהלה את המחלקה בביה"ח ביקור חולים והקימה מרכז שיקום וכן לילדים עם בעיות נוירולוגיות. נדלה בתאריך 3/3/13 מתוך אתר האינטרנט. jwa.org/encyclopedia/article/amir-naomi

⁶³ ריאיון עם סו לוינשטיין, 24/7/12.

⁶⁴ ריאיון עם ד"ר אלינור שניידר, 8/11/12.

⁶⁵ בצוות ההקמה היו ד"ר חנן קוסטף, מרים נייקרוב, קלינאית תקשרת וברניס מאירס מרפאה בעיסוק. ד"ר (ולימים פרופסור) חנן קוסטף נוירולוג ילדים, מייסד ומקים היחידה להתפתחות הילד ולשיקומו בבית לוינשטיין. היחידה הוקמה כמסגרת אבחונת שיקומית אמבולטורית לתינוקות וילדים עד גיל 18, פרופ' קוסטף עבד ביחידה בשנים 1974-1991. מלניק, ב'. (2010) עמ' 95; קוסטף, ח' (2002). עמ' 96-98.

⁶⁶ קוסטף, ח' (2002). עמ' 98

הילדים המופנים והמרפאות בעיסוק טפלו גם בפעוטות בני שנתיים.⁶⁷ הגילאים הצעירים של הילדים הגבירו את הצורך בהתמקצעות בטיפול על פי גישות התפתחותיות.

טיפול ריפוי בעיסוק בילדים באזור הדרום נוסד כמענה לצרכים ביזמת מרפאה בעיסוק. "בשנות השבעים לא היה טפול התפתחותי בדרום, ולא היו אנשי מקצוע שהתעניינו בהתפתחות הילד. אבל היה צורך, היו ילדים עם מוגבלויות ולקויות והיו הורים שהתקשו להתמודד עם הבעיות של הילדים", העידה לאחר שנים.⁶⁸ היא עברה להתגורר בבאר שבע והחלה לעבוד במחלקה האורתופדית בבית החולים סורוקה. מכיון שהייתה מנוסה בטיפול בילדים בקשה מד"ר וילהלמינה כהן,⁶⁹ מנהלת מחלקת הילדים בבית החולים סורוקה בבאר שבע, לעבור לעבוד במחלקת הילדים ונענתה בחיוב.⁷⁰ היא בדקה ואבחנה ילדים מאושפזים במחלקה ובסיום כל תהליך אבחון העבירה לבקשת הרופאים הבכירים במחלקה דו"ח מסכם. כך צברה לה מוניטין של "המומחית היחידה באזור הדרום לטיפול התפתחותי בילדים...אנשים אמרו, יש אחת שנותנת טפולים התפתחותיים בסורוקה, אם היא מטפלת אז היא בטח מומחית".⁷¹ הילדים טופלו במחלקת הילדים ובהדרגה נמצאה פינה במכון לריפוי בעיסוק למבוגרים. המיקום לא היה אידיאלי, "היה רעש מסביב ולהורים לא היה אכפת, כי זה היה הטיפול הכי טוב שניתן היה לקבל באותה תקופה. וככה דברים מתחילים". השמועה עשתה לה כנפיים, רופאים ואנשי צוות מבית החולים ששמעו על השירות פנו בבקשות לטפל בילדיהם ובילדיו שהכירו שהיו זקוקים לטיפול התפתחותי.⁷²

גם באזור הדרום קידמה ד"ר נעמי אמיר,⁷³ את מקצוע הריפוי בעיסוק, בכך שנתנה לעבודתה של חסי לובצקי גושפנקא מהתחום הרפואי. בשנת 1975 היא הודיעה ללובצקי שהיא תפנה אליה לטיפול ילדים מהדרום שנבדקו במרפאתה בירושלים. לובצקי הטילה ספק ביכולתה לטפל בהם. ד"ר אמיר שאלה בתגובה: "האם יש מישהו אחר שיכול לטפל בהם?" כאשר נענתה בשלילה הצהירה "בעיני את הכי טובה". על מתן המענה לילדים העידה לובצקי "כך נוצרים דברים, כשיש צורך מחפשים מי מתאים יודע או לא יודע",⁷⁴ מילים שיש בהן להעיד על יוזמות אישיות הן של

⁶⁷ ריאיון עם ברניס מאירס, 19/2/12.

⁶⁸ ריאיון עם חסי לובצקי, 2/5/13. חסי לובצקי, התנסתה בעבודה בתחום בילדים במכון קופת חולים בחדרה והשתתפה בקורס הראשון לטיפול ריפוי בעיסוק בתחום הילדים באוניברסיטת תל אביב.

⁶⁹ לימים פרופסור וילהלמינה כהן 1916-2000, ילידת הולנד שסיימה את לימודי הרפואה באמסטרדם ועלתה לארץ בשנת 1952. הייתה רופאת הילדים הראשונה בבאר שבע, מייסדת ומנהלת מחלקת הילדים בבית החולים המרכזי לנגב, לימים המרכז הרפואי סורוקה. אתר האינטרנט של המרכז הרפואי סורוקה, נדלה בתאריך 7/5/13. <http://hospitals.clalit.co.il/hospitals/soroka/he-il/MedUnits/Divisions/PediatricsDivision/Pages/WilhelminaCohen.aspx>

⁷⁰ ריאיון עם חסי לובצקי, 2/5/13. ד"ר כהן הציעה לה "תפקיד יוצא מן הכלל: את תעשי TLC", כאשר חסי שאלה מה כוונת הרפואה? ענתה ד"ר כהן Tender Loving Care. הסתבר שד"ר כהן התכוונה שתפקידה של חסי יהיה לעשות קצת "בייבי סיטר" על הילדים המאושפזים במחלקה. המעבר מבייבי סיטר לטיפול מקצועי נעשה גם הוא ביזמת חסי שהחליטה ש"תעשה קצת בייבי סיטר אבל במקביל תיישם את עקרונות הטיפול שלמדה בקורס"

⁷¹ שם, שם. היה פער בין תחושתה הסובייקטיבית כצעירה וחסרת ניסיון אשר חשבה "שכולם יודעים יותר ממנה", ליכולותיה לענות על צרכים, לספק טפולים לילדים ולמוניטין שרכשה באזור הדרום. ריאיון עם חסי לובצקי, 2/5/13.

⁷² ריאיון עם חסי לובצקי, 2/5/13.

⁷³ להלן הערה מס' 62.

⁷⁴ ריאיון עם חסי לובצקי, 2/5/13.

לובצקי והן של ד"ר אמיר שהניעו התפתחות מקצועית. בראשית שנות השמונים נפתח המכון להתפתחות הילד בבית החולים סורוקה, לצוות נוספו רופא התפתחותי קלינאית תקשורת ועובדת סוציאלית.⁷⁵

המיקום הגיאוגרפי הביא להתנסות בטיפול עם אוכלוסיות תרבותיות שונות. ילדים מכל אזור הדרום כולל ילדים בדואיים טופלו במסגרת המחלקה ובמסגרת אמבולטורית. ואולם, בשנות השבעים עדין לא נחקרה השפעת תפיסות תרבותיות על רצף וקצב ההתפתחות של ילדים מקבוצות אתניות שונות ואת ההבדלים בהשתתפות בפעילויות היום יום ובמיומנויות המוטוריות, הוויזואליות והקוגניטיביות הנגזרים מתפיסות הסביבה בה מתפתחים ילדים. זאת ועוד, במקצועות הבריאות עדין לא התפתחה המודעות לצורך בכשירות תרבותית (Cultural Competency) הכוללת ידע על אמונות ערכים ומנהגים, הבנת היחסים בין האמונות וההתנהגויות לגורמי החינוך והבריאות ופיתוח תכניות התערבות והערכה רגישות תרבותית.⁷⁶ ההזדמנות שניתנו להורי הילדים הבדואים נגזרו מהתיאוריות שנלמדו בקורסים התפתחותיים בלי להתחשב במרכיבים תרבותיים אופייניים לאוכלוסייה זו.⁷⁷

במקביל להקמת מכונים בקופת חולים כללית, הוקמו בישראל בסיוע מלב"ן חמש יחידות להתפתחות הילד בבתי חולים, בהן טופלו באופן אמבולטורי ילדים בגילאים צעירים.⁷⁸ מרפאות בעיסוק השתלבו בעבודת הצוותים הרב מקצועיים ביחידות בליווי והדרכה של רופא התפתחותי.⁷⁹ פיתוח התחום היה פרי יוזמתן של המרפאות בעיסוק שחיפשו את הדרכים המקצועיות והפרקטיקות הטיפוליות המתאימות לטיפול בתינוקות פעוטות וילדים. שולה פרוש העידה כי עשתה שימוש בגופי ידע מתחומי החינוך והפסיכולוגיה והתאימה אותם לטיפול ממוקד עיסוק לילדים בגילאים צעירים. במכון להתפתחות הילד בירושלים הטיפול כלל ביקורי בית בבתיים של תינוקות שנולדו עם לקויות שערך צוות היחידה.⁸⁰

⁷⁵ שם, שם.

⁷⁶ גולוס, ע', שריד, מ', וייל, מ', יוכמן, א' ווינטראוב, נ' (2014). עמ' H326 – H342.

⁷⁷ ריאיון עם חסי לובצקי, 2/5/13.

⁷⁸ היחידה ע"ש חנה חושי בביה"ח רוטשילד בחיפה, בנהריה, בתל השומר בירושלים ובחדרה.

⁷⁹ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 8-9.

⁸⁰ לדוגמה, שולה פרוש, לימים פרופסור שולה פרוש, מנהלת בית הספר לרבי"ע באוניברסיטה העברית בשנים 2007-2013 ומנהלת הלימודים המתקדמים (מוסמך ודוקטורט) בשנים 2003-2013. עבדה ביחידה להתפתחות הילד בירושלים. פרוש העידה כי התלוותה לפסיכולוגית התפתחותית שהגיעה לארץ מסיאטל ולמדה את השיטות שלה שנשענו על גופי ידע ממקצועות הפסיכולוגיה והחינוך. ריאיון עם פרופ' שולה פרוש, 12/12/12.

4. חשיפת המרפאות בעיסוק לגישות טיפול חדשניות בשנות השבעים

"ואז הכל השתנה, השינוי לא היה פשוט
למרפאות בעיסוק ולממונים עליהן, אבל הייתה
התלהבות והרגשה שנעשה שינוי חשוב".⁸¹
"השתתפתי בקורס NDT הראשון בארץ וזו
הייתה חוויה שעוררה שינוי במחשבה, קבלנו
כלים והשתמשנו בהם".⁸²

את גישות הטיפול המתקדמות ביותר למדו המרפאות בעיסוק הישראליות באופן מקרי ונחשפו לתיאוריות מובילות בתחום. היו אלה יוזמות אישיות שנשמכו על קשרים אישיים עם מרפאות בעיסוק יהודיות מארצות הברית שהגיעו לבקר בארץ. יוזמות אלה הובילו את תחום הילדים להתקדמות מקצועית מרשימה.

ההתמקצעות הראשונה בתחום הילדים הייתה ביזמת יעל הלוי שארגנה את קורס ההשתלמות הראשון בארץ באוניברסיטת תל אביב לאחר שלקחה על עצמה לפתח את תחום הילדים בקופת חולים כללית, כדי להקנות לצוות כלים לטיפול באוכלוסיית הילדים.⁸³ ארגון הקורס החל בקיץ 1974 וארך שנתיים, הקורס החל באוקטובר 1976 הסתיים בפברואר 1977 וכלל 250 שעות. בקורס נלמדו הנושאים; נוירולוגיה התפתחותית, פסיכולוגיה התפתחותית, פסיכיאטריה של הילד, הילד החריג במשפחה, ריפוי בעיסוק עם ילדים. ד"ר נעמי אמיר וד"ר חנן קוסטף היו בין הרופאים שלימדו בקורס.⁸⁴ קורס זה, היה המפגש הראשוני שקבץ מרפאות בעיסוק מכל רחבי הארץ במטרה להעמיק וללמוד את נושא הטיפול בילדים.

בשנת 1978 הגיעה לישראל שנה שפיגל, מרפאה בעיסוק יהודייה מארצות הברית, במטרה לבקר את בני משפחתה.⁸⁵ שפיגל הגיעה לביקור ביחידת הילדים בבית לוינשטיין לאחר שנדחתה במרפאות אחרות. שנה שפיגל נחשפה בארצות הברית לגישת האינטגרציה הסנסורית, דיווחה על הגישה למרפאות בעיסוק בבית לוינשטיין והסכימה ללמד את הצוות בישראל את עקרונות הטיפול בגישה.⁸⁶ גם המרפאות בעיסוק בירושלים נחשפו לשיטת האינטגרציה הסנסורית באופן מקרי.⁸⁷ למכון הילדים הגיעה מרפאה בעיסוק מארצות הברית שהייתה בקיאה בגישת הטיפול הסנסו-מוטורית בשם לין אנדרוז כדי להתנדב במכון. היא ערכה תצפיות על המרפאות בעיסוק בעת שטיפלו בילדים והדריכה אותן כיצד לטפל על פי עקרונות גישת האינטגרציה הסנסורית. לין

⁸¹ ריאיון עם ברניס מאיירס 19/2/12, בנושא החשיפה לטיפול בגישת אינטגרציה סנסורית-SI.

⁸² ריאיון עם רחל רשבש, 13/2/13.

⁸³ החוג לרב"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, קורס השתלמות לריפוי בעיסוק ילדים. יולי 1974; ריאיון עם ד"ר אלינור שניידר 8/11/121; ריאיון עם ברניס מאיירס 19/2/12; ריאיון עם סו לוינשטיין 24/7/12.

⁸⁴ שם, שם.

⁸⁵ ריאיון עם ברניס מאיירס 19/2/12. על גישת האינטגרציה הסנסורית להלן עמ' 99.

⁸⁶ ריאיון עם ברניס מאיירס 19/2/12; בשנת 1996 פרסם הארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק כי גישת האינטגרציה הסנסורית SI נחשבת לגישה הכי ידועה ושימושית במקצוע. ראו Gordon, D.M. 2009.

⁸⁷ ריאיון עם סו לוינשטיין, 24/7/12.

אנדרוז חשפה את צוות הריפוי בעיסוק לתחום חדש שגרם לשינוי בדרך העבודה. הצוות פנה לחפש חומר מקצועי ומאמרים על מנת להעמיק בתחום.⁸⁸

ללימוד גישת האינטגרציה הסנסורית הייתה השפעה רבת משמעות על מרפאות בעיסוק; הן שינו את מטרות, מהלך הטיפול ואמצעי הטיפול בהתאם לתיאוריית האינטגרציה הסנסורית, שינוי זה התקבל בהתנגדות בצוותים הרב מקצועיים בחלק מהמסגרות. "זה לא היה קל לעיכול לצוותים הרב מקצועיים שבתחילה הביעו התנגדות".⁸⁹ על אף ההתנגדות, מרפאות בעיסוק הרגישו "שקבלו כלים קונקרטיים לטיפול",⁹⁰ ועברו לעבוד בהתאם לגישה. מרפאות בעיסוק בתחום הילדים עשו שינוי בדרך העבודה ועבדו על פי גישת האינטגרציה הסנסורית שפותחה בארצות הברית, וכללה תיאוריה וכלים מקצועיים ייחודיים למקצוע.

בשנת 1978 התקיים הקונגרס הבינלאומי של המרפאות בעיסוק בישראל. לאור הידע על גישת טיפול ייחודית לטיפול בילדים, הועברו שתי סדנאות ללימוד גישת האינטגרציה הסנסורית, על ידי מרפאה בעיסוק יהודייה מארצות הברית בשם אנגי פרייס שהשתתפה בקונגרס.⁹¹ הרצון להעמיק וללמוד את עקרונות הגישה גבר ונוצר קשר עם מרפאה בעיסוק בשם מרי שניידר, יהודייה אמריקאית שהגיעה לירושלים בשל שנת השבתון של בעלה.⁹² שניידר הייתה מומחית בגישת האינטגרציה הסנסורית והייתה מורשית ללמד את קורס האבחון על פי הגישה בארצות הברית. סו לוינסטיין ארגנה קורס ללימוד האבחון בסלון ביתה, הקורס היה אינטנסיבי והשתתפו בו מרפאות בעיסוק מכל רחבי הארץ, ממכונים שונים של קופת חולים, מיחידות להתפתחות הילד וממסגרות חינוכיות. בקורס קבלו המשתתפות כלים מעשיים להערכה וטיפול, משתתפות הקורס זוכרות אותו כ"חוויה נהדרת".⁹³

ההתלהבות והחתיירה להעמקה בידע המקצועי הניעו מרפאות בעיסוק מישראל לנסוע לארצות הברית וללמוד את עקרונות הטיפול והאבחון של גישת האינטגרציה הסנסורית.⁹⁴ מטרת ההשתלמות בארצות הברית הייתה לחזור לישראל וללמוד מרפאות בעיסוק כיצד להעביר את האבחון הסטנדרטי של הגישה. העמקה בגישת הטיפול אפשרה לקלינאיות בשטח לנתח את תפקוד הילד המטופל על פי מרכיבי תפקוד מוטוריים, תחושתיים והתפתחותיים. מטרה נוספת הייתה להקים בארץ קבוצות עבודה של מרפאות בעיסוק מומחיות בגישה.⁹⁵ למרות הנטייה לבקר את

⁸⁸ שם, שם. סו לוינסטיין אינה זוכרת מי הפנה את לין אנדרוז וכיצד הגיעה, אנדרוז לא דברה עברית ולכן אי אפשר היה להעסיק אותה.

⁸⁹ ריאיון עם ברניס מאירס, 19/2/12.

⁹⁰ שם, שם.

⁹¹ ריאיון עם סו לוינסטיין, 24/7/12; ריאיון עם ד"ר אלינור שניידר, 8/11/12; החוג לרב"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, העתק הרצאה שנשאה יעל הלוי באוקטובר 1998 בכנס העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק. לרגל קבלת "אות המצוינות" בריפוי בעיסוק.

⁹² ריאיון עם סו לוינסטיין, 24/7/12; חוה בלוך, אתר העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק, <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547> נדלה בתאריך 15/12/15.

⁹³ ריאיון עם סו לוינסטיין, 24/7/12; ריאיון עם ברניס מאירס, 19/2/12.

⁹⁴ פרוש נסעה לשנת לימודים במכון של גיין איירס בלוס אנג'לס. ריאיון עם פרוש' שולה פרוש, 12/12/12; ברניס מאירס נסעה לשלושה חדשים לסינסנטי למכון של וירג'יניה סקרדיניה, תלמידתה של גיין איירס. בהשתלמות למדה את דרך העברת אבחון SIPT ופענוח הממצאים. ריאיון עם ברניס מאירס, 19/2/12.

⁹⁵ ריאיון עם ברניס מאירס, 19/2/12; בשנות השמונים ארגנה יעל הלוי מקופת החולים כללית. קורסים ללימוד הגישה וקורסים מתקדמים להכשר מרפאות בעיסוק להעביר את האבחונים.

השנים בהן מרפאות בעיסוק התמקדו במרכיבי תפקוד ועבדו על פי גישת האינטגרציה הסנסורית באופן בלעדי, למידה זו העשירה את הידע המקצועי, נתנה כלים מקצועיים ואפשרה להבין מה שורש הבעיה המונעת מהילד תפקוד איכותי תואם לגילו.⁹⁶ העידה שולה פרוש "היינו נרגשים מהעובדה שרכשנו כלים לצפות בדקדקנות בהתפתחות ילדים כבר בגיל הינקות, ולהשתמש בטרמינולוגיה מקצועית אשר התייחסה למרכיבי תפקוד. נעשינו מומחים בהבנת המיומנויות המעכבות את הילדים... מונחים כמו טונוס שרירים, א-סימטריה, קאורדינציית עין יד, אינטגרציה ויזומוטורית, נשיאת משקל, נישאו בגאון".⁹⁷ העבודה על פי הגישה הרחיבה את אוכלוסיית הילדים שהופנו לטיפול בריפוי בעיסוק, מטיפול בילדים עם לקויות תמורות לטיפול בילדים הלומדים במסגרות החינוך הרגיל וזקוקים לטיפול כדי לשפר את תפקודם.

הרחבת אוכלוסיית הילדים שקבלו טיפול גרמה להרחבת אמצעי הטיפול בהם השתמשו המרפאות בעיסוק. "כל מה שלמדנו יושם באופן מלא בעבודתנו, הושקע כסף רב בקניית ציוד ורכישת מבחן איירס".⁹⁸ במכונים לריפוי בעיסוק ציודו חדרי הטיפול בצעצועים ומשחקי חשיבה ובציוד להפעלה מוטורית גסה ולהפעלה חושית רב מערכתית המערבת מערכות חוש רבות;⁹⁹ נדנדות, ערסלים, סקוטרים, כדורי פיזיו, ארגזי כדורים ועוד. "המושג עיסוק קבל לגיטימציה לשלב בהתערבויות הטיפוליות שלנו מגוון אדיר ואינסופי של אמצעים".¹⁰⁰ הטיפול בילדים במסגרות קהילתיות משקף גם שינוי החברתי-תרבותי בחברה הישראלית, שינוי זה מתאים לחברה שהתגברה על מחלות הילדות ומוכנה לטפל גם בקשיים שהשפיעו על איכות החיים.

ההתקדמות המקצועית נתנה אותותיה גם בטיפול בילדים עם נכויות קשות, בבית החולים אליין בירושלים טופלו ילדים ובני נוער נכים. פרופסור מאיר מייקין,¹⁰¹ המנהל הרפואי בבית החולים אליין,¹⁰² המליץ למרפאה בעיסוק להשתלם במרכז השיקום Mary Marlborough באוקספורד.¹⁰³ פרופסור מייקין שאף לפתח את הנושא בבית החולים אליין בירושלים. כך נפתחה במחלקה לריפוי בעיסוק קליניקת הושבה. הניסיון מאנגליה תרם להתפתחות השרות עבור נכים בארץ. המאושפזים באליין קבלו כסאות גלגלים ממונעים ששפרו את איכות חייהם ואפשרו להם

⁹⁶ ריאיון עם פרופ' שולה פרוש, 12/12/12.

⁹⁷ פרוש, ש' (2015). נדלה מהאינטרנט 29/12/15. <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547>.

⁹⁸ חוה בלוך, נדלה מהאינטרנט בתאריך 14/12/15, <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547>.

⁹⁹ במטרה לגרות את המערכות החוש השונות: המערכת הוסיטובולרית (שינוי משקל ותנועה), המערכת הפרופריורצטיבית (תחושה עמוקה) והמערכת הטקטילית (חוש המישוש והמגע). הגרייה התחושית נתנת כדי לאפשר למוח לארגן את המידע החושי מהעיניים, אף, שרירים, אוזניים, ולהפיק תגובה מסתגלת ומותאמת. הגרייה נתנת באופן משחקי כדי לעודד השתתפות אקטיבית של הילד.

¹⁰⁰ פרוש, ש' (2015). טונוס שרירים = מתח השרירים, א-סימטריה = הבדלי צד בולטים, חוסר בסימטריה בין שני צידי הגוף, קאורדינציה עין-יד = תאום בין תנועות היד לעין. אינטגרציה ויזו-מוטורית = תכלול עבודת חוש הראייה והתפקוד המוטורי להפקת תגובה מסתגלת. נשיאת משקל = מושג התפתחותי, כדי לפתח את היכולת לבצע מניפולציות בכף היד יש לשאת משקל על כף היד בגיל הינקות בזחילה על שש.

¹⁰¹ פרופסור מאיר מייקין, 1919-2005, יליד בריטניה אשר שירת במלחמת העולם השנייה כרופא גדוד "רויאל סקוטס" עלה לארץ בשנת 1946 ועבד במחלקה הכירורגית בהדסה. הקים את המחלקה האורטופדית והתמנה בשנת 1959 למנהל בית החולים אליין לשיקום ילדים נכים. דרומי, א'. (2005) בחזית המאבק בשיתוק ילדים, הארץ. נדלה בתאריך 17/4/13 מאתר האינטרנט של עיתון הארץ www.haaretz.co.il/misc/1.1056589

¹⁰² ריאיון עם רותי לוי, 30/8/12.

¹⁰³ שם. במרכז השיקום נפתחה יחידה להושבת נכים שנתנה שירות לנכים מכל רחבי בריטניה. ביחידה ניתן ייעוץ בנושא התאמות הושבה וכסאות גלגלים לנכים הזקוקים למערכות הושבה תומכות כדי לשמור על מנח ישיבה.

ניידות עצמאית, החשיפה לציוד השיקומי הקיים בחו"ל אפשרה להזמין למאושפזים ולמבקרי מרפאות החוץ באליין ציוד שיקומי טכנולוגי ואביזרי עזר חדשים.¹⁰⁴

בשנת 1978 נערך בישראל הקורס הבסיסי הראשון בגישת בובאט (NDT) לטיפול בילדים עם שיתוק מוחין. היזמה לקורס הייתה של ד"ר נעמי אמיר, מנהלת המחלקה הנירולוגית לילדים בבית החולים ביקור חולים בירושלים והמנהלת הרפואית של הגן השיקומי שהקימה בסמוך לבית החולים.¹⁰⁵ ללימוד הגישה הגיעו לארץ מארצות הברית שתי פיזיותרפיסטיות ג'ון מור ורנה לניגרובר, שחלקו את הידע שלהן עם צוותים בישראל ונתנו כלים מקצועיים לפיזיותרפיסטיות מרפאות בעיסוק וקלינאיות תקשורת.¹⁰⁶ הקורס נערך בגן השיקומי והשתתפו בו 24 תרפיסטיות מהן ארבע מרפאות בעיסוק.¹⁰⁷ הידע והכלים המקצועיים העשירו ופתחו את המקצוע ואת תחום הילדים.¹⁰⁸

התרחבות מקצועית

ההתרחבות המקצועית בתחום הילדים כללה גם שינויים בגוף הארגוני, פיתוח מערך הדרכה מקצועית והקמת תכנית ייחודית בתחום המניעה. להתפתחות המקצוע בארצות הברית השפעה משמעותית על התפתחות המקצוע בארץ, אשר הוקם והתפתח בהתאמה לסטנדרטים המקצועיים בארצות הברית. בארצות הברית נכנסו מרפאות בעיסוק למערכת החינוך לאחר שנחקק החוק לחינוך המיוחד והתחום הפדיאטרי היה להתמחות פופולארית במקצוע.¹⁰⁹ הטיפול במסגרת הקהילה בישראל, והטמעת המקצוע במוסדות מחוץ לבתי החולים הביאו מרפאות בעיסוק להשתלב בעבודה במסגרות חינוכיות של החינוך המיוחד. המרפאות בעיסוק שנכנסו לעבוד במסגרות החינוך, עבדו על תקנים של עובדי עירייה, מורים מעשיים או מורים למלאכה,¹¹⁰ מרפאות בעיסוק שעבדו בבתי הספר לילדים עם מוגבלות שכלית או נכות פיזית, קבלו משכורות מאגודות איל"ן או אק"י.¹¹¹ האפשרות לעבודה בתנאי העסקה של עובדי הוראה קרצה למרפאות בעיסוק בעלות משפחה ומטופלות בילדים בגלל מספר שעות העבודה השבועיות

¹⁰⁴ ש.ש, ש.ש.

¹⁰⁵ הגן השיקומי הוקם בשנת 1971. חוה בלוד, <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547> נדלה 15/12/15.

¹⁰⁶ אוסף פרטי ג'ון מור, ניו יורק, רשימת המשתתפות בקורס הראשון שנערך בירושלים אפריל-יוני 1977.

¹⁰⁷ רחל רשבש וחסו לובצקי השתתפו בקורס הראשון. ש.ש, ש.ש.; תכתובת במייל עם ג'ון מור (ניו יורק) מתאריך 21/6/13.

¹⁰⁸ ריאיון עם רחל רשבש, 13/2/12; ריאיון עם חסו לובצקי 2/5/13. חסו לובצקי העידה כי ההשתתפות בקורס הקנתה לה מעמד של "מומחית גדולה".

¹⁰⁹ על ההתפתחות המקצועית בארה"ב לאחר חקיקת חוק החינוך המיוחד להלן עמ' 100.100.

¹¹⁰ גנזך כ-214/1, פרוטוקול ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מס' 8 מיום 19.3.74, דברי רות אלבגלי עמ' 3.; חוה בלוד, מרפאה בעיסוק בגן השיקומי בהנהלת פרופ' נעמי אמיר העידה שהיה לה תואר ראשון בפסיכולוגיה והייתה מרפאה בעיסוק מוסמכת. עבדה בשנה הראשונה כגננת בשעות הבקר ובשעות אחה"צ עם ילדים גדולים יותר, ליקויי למידה. רק בשנת עבודתה השנייה, עבדה על תקן של מרפאה בעיסוק. <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547> נדלה בתאריך 14/12/15.

¹¹¹ ריאיון עם רחל רשבש, 13/2/12, ריאיון עם סו לווינשטיין, 24/7/12.

והחופשות במשרד החינוך. אחד הגורמים לעצירת הנשירה המקצועית של מרפאות בעיסוק בשנות השבעים הייתה האפשרות לעבוד בשעות עבודה גמישות יותר ולקבל משכורות גבוהות יותר.¹¹²

כדי לשמור על הייחוד המקצועי ולעבוד באופן מסודר ומבוקר, פותחה מערכת הדרכה מקצועית. גם בנושא זה הייתה זו יזמה אישית. שולה פרוש,¹¹³ שכנעה את ד"ר דב תמיר ואת הגורמים המממנים בעיריית ירושלים שיש צורך בתקן של מדריכה למרפאות בעיסוק במסגרות משרד החינוך. ואכן, סו לוינשטיין וחיה בלוד עברו בין המסגרות והדריכו את המרפאות בעיסוק שעבדו במסגרות משרד החינוך. כדי להעמיק בלמידה נפגשה קבוצת המרפאות בעיסוק שעבדו בבתי הספר במחוז ירושלים ללמידה משותפת בשעות הערב. המפגשים אפשרו למרפאות בעיסוק לשתף בידע, להעלות שאלות ובעיות, ללמוד מתיאורי מקרה ולהעמיק בלימוד התיאוריות העדכניות שפורסמו במקצוע.¹¹⁴

כאשר מונה ד"ר תמיר לראש שירותי הבריאות בירושלים, הוא בקש לפתח וליישם את עקרונות הטיפול בילדים בעלי צרכים מיוחדים לתינוקות עם התפתחות תקינה.¹¹⁵ כך נולד פרויקט 'קידום' בטיפות החלב לסקירת התפתחות התינוקות בירושלים. עיקר העבודה בפרויקט היה מעקב אחר התפתחות התינוקות והדרכת האמהות, מתוך תפיסה כי לתורשה ולסביבה חשיבות משמעותית בהתפתחות. שנות החיים הראשונות מאופיינות בלמידה והיכרות עם העולם דרך החושים. התנסות במשחקים ומתקנים מגוונים מסייעות בפיתוח יכולות מוטוריות, תחושתיות, תפיסתיות ומאפשרות לילד ללמוד על העולם ולרכוש כלים התנהגותיים וחברתיים. בשיאו של הפרויקט עבדו מרפאות בעיסוק ב-16 תחנות טיפת חלב בעיר, חלק מהן בשכונות של תושבים משכבות סוציו אקונומיות קשות. היה זה פרויקט ייחודי בתחום המניעה וההדרכה,¹¹⁶ תחום חדש במסגרת הטיפול בקהילה אליו נכנסו מרפאות בעיסוק.

רק בסוף שנות השבעים החל מעבר הדרגתי ומרפאות בעיסוק החלו לעבוד במשרד החינוך על תקנים של מקצוע הריפוי בעיסוק.¹¹⁷ השינויים בשטח היו מהירים יותר מאשר התכנון והבקרה המקצועיים ואפשרו למרפאות בעיסוק לענות על צרכים ולהשתלב בעבודה במסגרות מגוונות בתחום החינוך והרווחה.

¹¹² ריאיון עם בלה אפרתי, 30/9/09.

¹¹³ לימים פרופסור שולה פרוש, מנהלת בית הספר לריפוי בעיסוק בשנים 2007-2013 ומנהלת לימודים מתקדמים (מוסמך ודוקטורט) בשנים 2003-2013.

¹¹⁴ ריאיון עם סו לוינשטיין, 24/7/12; חוה בלוד, ריפוי בעיסוק של פעם, אתר העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק, <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547>

¹¹⁵ ריאיון עם פרופ' שולה פרוש, 12/12/12.

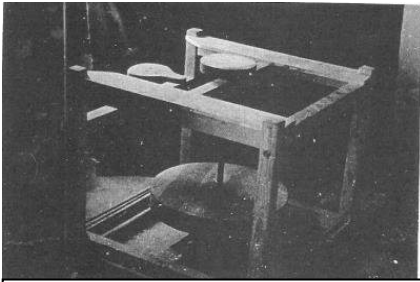
¹¹⁶ שם.

¹¹⁷ ריאיון עם סו לוינשטיין, 24/7/12; ריאיון עם רחל רשבש, 13/2/12.

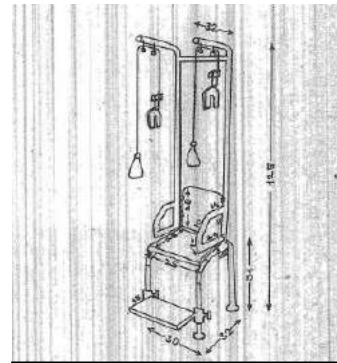
סיכום: שנות השבעים - האצת התפתחות הריפוי בעיסוק בילדים

בתחום הילדים חלה התפתחות מרשימה בשנות השבעים. כאמור, בשנות החמישים והשישים עבדו מספר מועט של מרפאות בעיסוק בטיפול בילדים עם לקויות מורכבות. תחומי העיסוק בהם טיפלו היו עצמאות בחיי היום יום, למידה, משחק ופנאי. המרפאות רכשו ידע בבריטניה והתאימו אותו לצרכי הילדים בישראל. הן השתמשו באמצעי טיפול מגוונים שכללו עבודות יד, אביזרי עזר, משחקים וצעצועים מותאמים וריהוט מותאם. בשנות השבעים נחשפו המרפאות בעיסוק לגישות טיפול נירו התפתחותיות. השימוש בגישות אלה בשילוב פתיחת מכונים ביוזמת מרפאות, והקמת מסגרות במשרד החינוך ובעיריות הביאו לגידול במספר הילדים שנהנו מטיפולי ריפוי בעיסוק ולמספר המרפאות בעיסוק שעבדו בתחום.

ניתן לעמוד על מספר מאפיינים להתפתחות תחום הילדים: (א) מרפאות בעיסוק בישראל היו קשובות ומעוררות לשינויים המקצועיים שחלו בארצות הברית ובבריטניה, בד בבד עם ערנות ומוטיבציה לתת מענה לצרכים המקומיים. במהלך השנים השתנתה הדרך בה עבר ידע לישראל, בשנים הראשונות היזמה באה מצד ארגון הדסה שגיש בארצות הברית הדרכה ותמיכה מאת בכירות המקצוע. בהדרגה, הידע עבר באמצעות מרפאות בעיסוק ישראליות שנסעו להשתלם בארצות הברית ובבריטניה בהמלצת ובתמיכת מוסד רפואי או ביזמה אישית. בנוסף, מרפאות בעיסוק ששפת האם שלהן הייתה אנגלית עלו לארץ או שנסעו להשתלם בקורסים מקצועיים. כך "יובאו" לארץ ידע מקצועי שהעשיר ופתח את עבודת המרפאות בעיסוק בכל ההתמחויות המגוונות במקצוע. (ב) העבודה בתחום הילדים במרפאות וביחידות להתפתחות הילד שינתה את אוכלוסיית הילדים המטופלים; המקצוע התרחב מעבודה עם ילדים עם לקויות קשות, שאינם משולבים במסגרות החינוך הרגיל, לטיפול בילדים המתפקדים בתחום הנורמה וזקוקים לטיפול קצר מועד וממוקד בשיפור איכות תפקוד. השינוי באוכלוסיית המטופלים מעיד על שינוי בתפיסה ובעמדות כלפי שיקום וטיפול, כתוצאה משינוי תפיסתי בארצות המערב אשר חלחל גם לחברה הישראלית. השינוי מלמד על התבססות וצמיחה של המדינה ושרותי הבריאות, והשקעת משאבים בטיפול בבעיות הנוגעות לאיכות תפקוד ולאיכות חיים. (ג) השימוש בגישות טיפול נירו התפתחותיות יצר שינוי במטרות ובאמצעי הטיפול. סדנאות היצירה ועבודות היד הוצאו מחדרי הטיפול ואת מקומם תפסו אביזרי עזר, מכונות כתיבה, צעצועים מותאמים, משחקי חשיבה, אביזרים לגירוי תנועה במרחב; נדנדות, ערסלים, סקוטרים וכדורים גדולים. ואמצעי טכנולוגיה מסייעת; התאמות הושבה וכסאות גלגלים ממונעים. (ד) השינויים טמנו בחובם פיתוח מערך הדרכה מקצועית מתוך התחשבות בצורך לליווי והדרכה מקצועית מסודרת. (ה) אפיון נוסף היה תמיכת רופאים שסייעו בשני אופנים: לימוד והדרכת הצוות והפניית מטופלים, עובדה שהעצימה את המרפאות בעיסוק בשטח והעלתה את ביטחונן המקצועי. (ו) מרפאות בעיסוק השתלבו בעבודה בקהילה, בעיקר במסגרות החינוך בתקנים של מורות טיפוליות, מורות למלאכה ומורות מעשיות. השינויים בשטח היו מהירים יותר מאשר במערכי הפקוח והבקרה המקצועיים. השינויים באו 'מלמטה' בשל צרכי השטח. (ז) השימוש בגישות טיפול נירו התפתחותיות בשילוב היציאה לטיפול במסגרת הקהילה הרחיבו את תחומי העשייה המקצועית והריפוי בעיסוק ונפתחה תכנית מניעה ראשונה בתחום הטיפול בילדים.



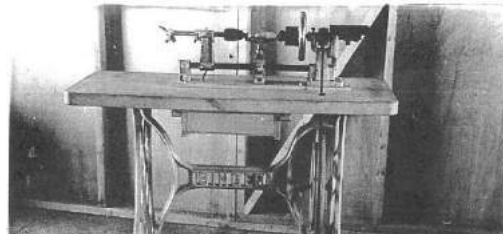
אובנים מותאמים, ביה"ס
לרבי"ע האוניברסיטה העברית



אינסרט-מושב
מותאם, ביה"ס לרבי"ע
האוניברסיטה העברית



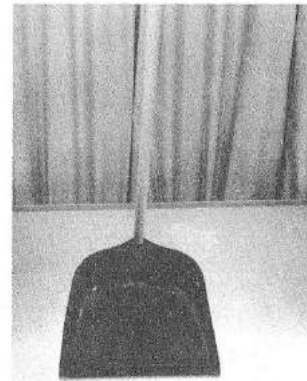
ביקור הגב' מרים אשכול
בביה"ס,
ביה"ס לרבי"ע האוניברסיטה



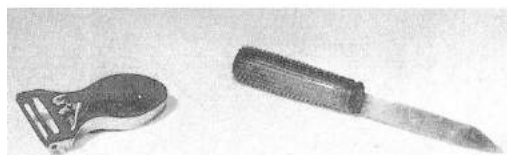
מחרטת עץ המונעת ברגל,
ביה"ס לרבי"ע האוניברסיטה



דלי לשטיפת רצפה ליד
אחת, ארכיון החוג לרבי"ע
אוניברסיטת חיפה



יעה עם ידית
ארוכה, החוג לרבי"ע
אוניברסיטת חיפה



קולפן מותאם, החוג לרבי"ע
אוניברסיטת חיפה

שער רביעי: התפתחות הגוף הארגוני של מקצוע הריפוי בעיסוק בשנים 1951-1979

"יחד עברנו את 'מחלות הילדות' של המקצוע,
התחזקנו, התבססנו והמשכנו הלאה לקראת
אתגרים חדשים אשר חיכו לנו בשנים הבאות."¹

נירה זוסמן תארה את התפתחות הגוף הארגוני של המקצוע והשתמשה במושג 'מחלות ילדות' כדי לציין את הגורמים שעכבו את התפתחות המקצוע. בשער זה אסקור את התפתחות הגוף הארגוני של המקצוע, בדגש על בחינת התפתחות מערך הפיקוח על המקצוע במשרד הבריאות, קרן נכות ובהמשך בקופת החולים הכללית ובמלב"ן, הרחבת הטיפול למוסדות בקהילה, פעילות הארגון הישראלי לריפוי בעיסוק, תוך ניתוח מחלות הילדות עימן התמודד המקצוע. לסיום אברר מה היו הסיבות שגרמו למרפאות בעיסוק מנוסות לדבוק במקצוע ולהאמין בכלים המקצועיים ולהתייחס לעבודתן כאל שליחות אישית- מקצועית.

פרק ראשון: הקמת מערך הפיקוח והשירות בריפוי בעיסוק

1. הקמת הפיקוח על הריפוי בעיסוק במשרד הבריאות והרחבת השירות

לפיקוח על המקצוע במשרד הבריאות חשיבות רבה בייצוגו במוסדות הממשלתיים ובקביעת המדיניות והסטנדרטים המקצועיים שלו. משרד הבריאות היה לגורם הרפואה הגדול והרשמי בישראל, להקמת הפיקוח במנגנון זה השלכות כפולות: הן כלפי פיתוח המקצוע בהירארכיות השונות של משרד הבריאות והקדשת משאבים תקציביים להרחבת השירותים תוך פיקוח מקצועי על הנעשה במוסדות משרד הבריאות והן בזכות ההכרה של המקצוע כפרופסיה עצמאית.

בשנת 1956 היו עשרים ושלוש יחידות לריפוי בעיסוק בישראל, שמונה במוסדות ובתי חולים של משרד הבריאות, שש במוסדות קרן נכות, חמש במוסדות הדסה, שלוש במוסדות מלב"ן ויחידה אחת של ארגון איל"ן. שמונה מהיחידות היו בתחום הפסיכיאטרי, בשבע יחידות טופלו חולי שחפת, בארבע ניתן טיפול פיזיקלי, שלוש יחידות לטיפול בילדים ומחלקה אחת בבית חולים כללי. שבעים ותשע מרפאות בעיסוק מוסמכות היו רשומות ברשומות משרד הבריאות, רובן הגדול למדו בישראל, שבע היו עולות חדשות.²

במנגנון משרד הבריאות היה מקצוע הריפוי בעיסוק באותה העת תחת פיקוח המחלקה לבריאות הנפש שנקראה בשנות החמישים "המחלקה להיגיינה רוחנית". מנגנון הפיקוח על המקצוע הוקם ביוזמתו של ד"ר לואי מילר, הרופא האחראי על תחום בריאות הנפש במשרד הבריאות.³ חנה דוידזון, בוגרת הקורס הראשון הייתה המפקחת הראשונה מטעם משרד הבריאות. דוידזון החלה את תפקיד הפיקוח בבתי חולים פרטיים ברמתים ובפתח תקווה, ופקחה

¹ נירה זוסמן מתוך: לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 5

² Sussman, N. (1989). p.82.

³ ריאיון עם חנה דוידזון 13/1/10.

על עובדים לא מוסמכים שהפעילו שירותי העסקת חולים במוסדות הפרטיים. בהמשך הורחב התפקיד והיא קבלה את הפיקוח על עבודת הריפוי בעיסוק בבתי החולים הממשלתיים⁴

דוידזון תפסה את תפקידה באופן הבא: "אני הייתי הכתובת לדאוג שיהיה אצלם הכל בסדר ויעבדו באופן מסודר בהתאם למה שאנו רצינו".⁵ דוידזון העבירה מידע בין המוסדות השונים במטרה להביא את תחום הריפוי בעיסוק לכל המוסדות ולפתח טיפול בחולי הנפש בסטנדרטים גבוהים וחדשים לתקופה בהתאם לתפיסה שיקומית הומנית, אותה תארה "תפיסה שהייתה חדשה לגמרי, להתעלם ממה שנדבק בהם בתור משוגעים אלא חולים שבעזרת טיפול נכון יכולים להתקדם".⁶

עיקר תפקיד המפקחת היה הדרכת צוותי הריפוי עיסוק המוסמכים והלא מוסמכים במסגרות הממשלתיות. במוסדות הפסיכיאטריים שעברו לפיקוח משרד הבריאות המפקחת לימדה את הצוות את עקרונות הטיפול בחולים פסיכיאטריים. לדוגמה, על צוות בית החולים הפסיכיאטרי שהוקם בבית הכלא במצודה ההוספיטלרית בעכו העידה דוידזון במבט לאחור: "בעכו היה עוד ימי הביניים אבל באתי בתור מפקחת ועשינו סדר שם. לא כל אחד רצה להפוך עולמות ולשנות את המקום לבית חולים ולא כפי שנשאר בימי האנגלים".⁷ אולם המפקחת רצתה "להפוך עולמות". תפקידה בפרויקט זה היה להקים שירותי תעסוקה שהופעלו על ידי עובדים לא מוסמכים ולהדריך את הצוות על פי עקרונות טיפול פסיכיאטריים מתקדמים. מידת המעורבות של המפקחת הייתה תלויה במספר המרפאות בעיסוק המוסמכות בכל מוסד: במוסדות בהם לא היו מרפאות בעיסוק מוסמכות נדרשה להשקיע זמן רב בהדרכת הצוות. משרד הבריאות הרחיב את מסגרות האשפוז ופתח עוד בתי החולים. כמו למשל בית החולים במזרע עליו העידה דוידזון "במזרע החולים היו בעצם חפשיים ללא מנעולים והם עבדו ועשו כל מה שאפשר לעשות בתוך בית החולים".⁸ השאיפה הייתה להנהיג מחלקות לריפוי בעיסוק ברוח מתקדמת לזמנה, תוך מתן אחריות וחופש יחסיים לחולים, במטרה לעודד את עצמאותם ולקדם את תפקודיהם.

רוב העובדים במוסדות הפסיכיאטריים היו מרפאים בעיסוק לא מוסמכים, שנכנסו למערכת בעת חירום והיו כח עבודה זמין וזול.⁹ לא בכל המוסדות היו ברורים הגבולות המקצועיים במעמד ובחלוקת התפקידים בין העובדים המוסמכים ללא מוסמכים, עובדה שערערה את מעמד המרפאות בעיסוק המוסמכות ואת יוקרת המקצוע. כאמור, המפקחת פעלה להסדיר את עבודתם ולהדריך אותם כיצד להפעיל את מחלקות התעסוקה בבתי החולים. בין העובדים הלא מוסמכים לריפוי בעיסוק למפקחות ולמרפאות בעיסוק המוסמכות שררו מתחים. בישיבת הועדה לריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה שהתקיימה בשנת 1952 התריעה דוידזון על המורכבות במעמד העובדים הלא

⁴ גנזך ג-138/7, מכתב מחנה דוידזון לד"ר מילר, מנהל המחלקה להיגיינה רוחנית בתאריך 19/5/52; לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 4.

⁵ במילה "אנו" הכוונה למרפאות בעיסוק מוסמכות, ריאיון עם חנה דוידזון 13/1/10.

⁶ ריאיון עם חנה דוידזון 13/1/10.

⁷ שם, שם.

⁸ שם, שם.

⁹ לדיון בנושא העובדים הלא מוסמכים להלן עמ' 304-306.

מוסמכים לריפוי בעיסוק, עקב מספרם הרב של העובדים הלא מוסמכים במקצוע.¹⁰ אולם בריאיון ממרחק הזמן היא ציינה כי " בתור מפקחת נסעתי ברחבי הארץ ולא זוכרת את המתחים בין מוסמכים ללא מוסמכים".¹¹ ייתכן כי מרחק השנים השפיע על כך, או אולי הסתייגותה בכך שעברה בין מוסדות ולא עבדה בהם בפועל. לפיכך, לא הייתה חשופה לאווירה בין צוותי המחלקות.

עוד בתקופת פיקוחה של דוידזון נעשו ניסיונות להכשיר את העובדים הלא מוסמכים. בבית החולים באר יעקב אורגן קורס שנמשך שנה לעובדים מעשיים.¹² בנוסף, אורגנו קורסי השתלמות Inservic Training,¹³ לעובדים לא מוסמכים שעבדו בשטח בסיוען של נירה הרמלין זוסמן שעבדה בבאר יעקב ורות שמאי שעבדה בכפר שאול.¹⁴ משך הקורסים נע בין ששה שבועות לשלושה חדשים, הקורס הראשון נפתח בכפר שאול.¹⁵ הכשרה זו נעשתה ככל הנראה ללא קשר עם גורמים מקצועיים בארצות הברית או בבריטניה, ובראייה לאחור הודתה דוידזון כי "הייתה מעט מאוד ספרות מקצועית".¹⁶ עדותה של דוידזון מלמדת על פעילות בתקופת חירום לאומית. למרות הניסיון הדל בשטח, תחושת השליחות והחובה הלאומית הניעו את פועלה להרחיב את המקצוע, בשנים בהן תפקדה כמפקחת היה תפקיד המפקחת הארצית בבחינת "עזרה ראשונה" לעובדים בשטח. דוידזון הקדישה מאמצים רבים בהדרכה אך לא הצליחה להתפנות לשימור הקשר עם הגורמים המקצועיים בארצות הברית, מה שעתיד היה להשליך על הפער בין התקדמות המקצועית בארצות הברית למצב בארץ.

אוטונומיה מקצועית-פרופסיה עצמאית

גרעין הריפוי בעיסוק בתחום הפיזיקלי במשרד הבריאות היה בבית החולים שיבא, כהמשך של המחלקה שהפעילו תלמידות הקורס מפתחת בית החולים הצבאי בתל ליטווינסקי בימי מלחמת העצמאות.¹⁷ עבודת הריפוי בעיסוק בכל בתי החולים השיקומיים נעשתה תחת פיקוח מרפאות בעיסוק מוסמכות.¹⁸ המקצוע התרחב לתחומים נוספים, כשמאירה קנטור, בוגרת הקורס הראשון ולימים מרכזת ומנהלת הקורס מונתה למפקחת על הריפוי בעיסוק בבתי החולים לחולי ראות.¹⁹ בשנת 1953 עזבה את תפקידה במשרד הבריאות ולא מונתה לה מחליפה. ייתכן שהיה קושי למצוא מרפאה בעיסוק מומחית בתחום או שהסיבה לכך היא הירידה במספר חולי הריאות בסוף שנות

¹⁰ ארכיון צה"ל תיק 83/685/1958, פרוטוקול ישיבת הוועדה לריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה מיום 13/1/52.

¹¹ שם, שם.

¹² להלן עמ' 305.

¹³ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 4. לוי וזוסמן כינו את ההשתלמויות שארגנה דוידזון Inservic Training, לא נמצא עוד שמוש במונח זה.

¹⁴ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 4.

¹⁵ ריאיון עם יעל יואלית, מרץ 1988, ראינה נירה זוסמן.

¹⁶ ריאיון עם חנה דוידזון 13/1/10.

¹⁷ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, ריאיון עם יעל יואלית מרץ 1988.

¹⁸ שם, שם.

¹⁹ גנזך ג-138/7, מכתב ממאירה קנטור (עמיאל) בתאריך 12/5/52. גנזך ג-138/8, חולי ראות טופלו במוסדות: ביה"ח אביחיל בירושלים, באר יעקב, נס ציונה, צריפין, צפת ואיתנים.

החמישים. באותה שנה נערכו חילופי כח אדם נוספים. חנה דוידזון, עזבה את תפקידה כמפקחת ארצית, עקב הקושי לנסוע לכל המסגרות. לדבריה "מפקחת ארצית היה יותר מדי בשבילי".²⁰

תפקיד המפקחת דרש עבודה במשרה מלאה ונסיעות מרובות ברחבי הארץ בתחבורה הציבורית; תנאי עבודה שלא התאימו לאימהות לילדים צעירים. לפיכך דוידזון הוחלפה ביעל יואלית, גם היא בוגרת הקורס הראשון.²¹ יעל יואלית ציינה כי כאשר החלה בעבודת הפיקוח הייתה כפופה לגב' שולמית קנטור, שעמדה בראש מערך הסיעוד במשרד הבריאות.²² מתחילת תפקידה, פעלה להפריד "בין שתי הרשויות",²³ קרי בין הפיקוח על הריפוי בעיסוק לפיקוח על מקצוע הסיעוד. זאת במטרה ליצור למקצוע מעמד בפני עצמו ולהיות כפופה רק למנכ"ל המשרד ומנהלי האגפים. ד"ר מילר אחראי על תחום בריאות הנפש וד"ר זימן, מנהל האגף לרפואה מונעת, תמכו ביואלית אשר העלתה את הנושא בישיבת הנהלת משרד הבריאות.²⁴ יואלית הצליחה להשיג למקצוע אוטונומיה במנגנוני משרד הבריאות ולהפריד את הקשר שלו עם מקצוע הסיעוד. המקצוע הוכר כתחום עצמאי בפני עצמו, הכרה שנתנה למקצוע לגיטימציה כאחד ממקצועות הבריאות. על תמיכתו המקצועית של ד"ר מילר שהיה אחראי על הפיקוח המקצועי העידה יואלית "בשנים בהם ד"ר מילר עמד בראש שירותי בריאות הנפש, הוא עזר לקדם ולפתח המערך גם בתחומים הפיזיקלי הילדים והגריאטריה".²⁵

האוטונומיה של המקצוע עמדה למבחן במספר מקרים. המקרה הראשון ארע בבית החולים הפסיכיאטרי באר יעקב. מנהלת מערך הסיעוד בבית החולים דרשה שמחלקת הריפוי בעיסוק תהיה מחלקה בפני עצמה תחת פיקוח האחות הראשית בבית החולים, כך שלמעשה האחראית הישירה על המרפאה בעיסוק הראשית תהיה אחות. אולם המרפאות בעיסוק בקשו שהאחריות הישירה עליהן תהיה של רופא²⁶ ההבדל בין רופא לאחות קשור הן ליוקרה של התחום והן למעמדו כפרופסיה עצמאית בצוות רב מקצועי הפועל על פי המודל הרפואי, על פיו רופא עומד בראש ההירארכיה הרב מקצועית ומתחתיו עובדי מקצועות הבריאות. המנהל הרפואי בבית החולים תמך בדעת האחיות הראשית, לפיכך בקשו המרפאות בעיסוק את התערבות המפקחת לריפוי בעיסוק במשרד הבריאות. כיון שלא ניתן היה לפתור את הבעיה במישור המקומי הפנתה אותה המפקחת למנהלים הרפואיים במשרד הבריאות בירושלים שהחליטו שהמקצוע יהיה תחת אחריות הרופא ולא האחיות.²⁷ גם בבית החולים הממשלתי בבת ים חוו המרפאות בעיסוק ניסיון לערער את האוטונומיה המקצועית עם מינוי אחות כאחראית על מרפאה בעיסוק מוסמכת עקב ויכוח בין מנהל המחלקה למרפאה בעיסוק. כאמור, מינוי אחות אחראית על מרפאה בעיסוק מוסמכת מערער את האוטונומיה המקצועית של המרפאה בעיסוק משום שבהירארכיה

²⁰ ריאיון עם חנה דוידזון 13/1/10.

²¹ גנזך ג-138/7; ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, ריאיון עם יעל יואלית מרץ 1988.

²² ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, ריאיון עם יעל יואלית מרץ 1988.

²³ שם, שם.

²⁴ שם, שם.

²⁵ שם, שם.

²⁶ Sachs, D. & Sussman, N.(1995)A. pp. E70-E71

²⁷ שם, שם.

המקצועית מרפאה בעיסוק אינה תחת פיקוח אחות אחראית אלא תחת פיקוח פסיכיאטר ומרפאה בעיסוק מפקחת. בהתערבות הפיקוח הממשלתי והנהלת בית החולים סוכל ניסיון זה.²⁸

ניסיון נוסף לערער את האוטונומיה המקצועית ארע במשרד הבריאות. מפקחת הסיעוד במשרד הבריאות ניסתה להכפיף את מפקחת הריפוי בעיסוק תחת סמכותה המקצועית. גם קונפליקט זה הובא בפני המנהלים הרפואיים במשרד שהחליטו לגבות את דעת המפקחת על הריפוי בעיסוק והעניקו לה אוטונומיה מקצועית. הריפוי בעיסוק הוגדר תחת ההירארכיה הרפואית כמקצוע עצמאי שאינו בסמכות הסיעוד.²⁹ קונפליקט זה היה מעין דגל ודוגמה להתנהלות המקצועית במשרד הבריאות שהעניקה למקצוע אוטונומיה. במסמכי הארכיונים נמצאו עוד עדויות לחבלי הלידה של המקצוע החדש במשרד בריאות שגם הוא היה בתהליכי בנייה וביסוס בשנות החמישים, דוידזון, המפקחת הראשונה במשרד הבריאות, דווחה על מוסדות שלא נתנו מעמד עצמאי למקצוע הריפוי בעיסוק, דוידזון שיערה כי ייתכן והסיבה הייתה גילן הצעיר של המרפאות בעיסוק שעבדו באותם מוסדות וחוסר ניסיון המקצועי. בנוסף היא התריעה על חוסר האחידות בזכויות המרפאות בעיסוק בין המסגרות השונות "כל מוסד מעניק גמול תפקיד לפי ראות עיניו".³⁰ ייתכן והמוסדות העדיפו למנות אחות במקום מרפאה בעיסוק כדי לחסוך תקני כח אדם ולהכפיף את הריפוי בעיסוק למקצוע הסיעוד. ההשלכה של הכפפה זו מלמדת על תפיסתם את המקצוע כשייך לתחום הסיעוד ולא כפרופסיה בפני עצמה. המרפאות בעיסוק ניסו לשמר את מעמדם כמקצוע עצמאי ופעלו להסדיר את מעמדם בהירארכיה בצוות רב מקצועי. זק"ש וזוסמן סברו שהניסיונות קרו דווקא במשרד הבריאות שהיה באותן שנים בתהליך התפתחות וייסוד. כיון שהדסה וקרן נכות היו מוסדות ותיקים יותר, לא נעשו בהם ניסיונות לשינוי הירארכיות מקצועיות מאורגנות שפעלו בותק על פי המודל ההירארכי האמריקאי. גם מלב"ן, שהיה ארגון חדש, היה בעל הנהלה אמריקאית ופעל על פי ההירארכיות הרפואיות של מקצועות הבריאות שהיו מקובלות בארצות הברית.³¹

בתחילת שנות השבעים השירות לריפוי בעיסוק במשרד הבריאות היה עדיין באגף הפסיכיאטרי ועסק בפיקוח על מוסדות פסיכיאטריים של משרד הבריאות ומוסדות פרטיים. היו מעט בתי חולים כלליים ומחלקות גריאטריות בהם נפתחו יחידות לריפוי בעיסוק תחת פיקוח המשרד. השינוי הושג עם העלייה בצורך בעקבות מלחמת יום הכיפורים. "מלחמת יום הכיפורים המחישה לצערנו ביתר שאת את חיוניות המקצוע והתארגנותו במסגרת רחבה יותר בתוך משרד הבריאות".³² מספר המוסדות בהם פעל שירות הריפוי בעיסוק במסגרת משרד הבריאות גדל; מחלקות התווספו בבתי חולים כלליים, בתי חולים גריאטריים ובתי חולים פסיכיאטריים כולל כפרי עבודה.³³ כדי לענות על צרכי השטח וליעל את העבודה היה צורך להקים שרות מקיף במשרד הבריאות ולהרחיב את תקני הפיקוח. מרפאות בעיסוק שעבדו בשטח הביעו את תמיכתן בהרחבת

²⁸ גנדן ג- 138/7 חלופת מכתבים בין ד"ר רבינוביץ, מנהל מחלקה ה' לד"ר מנגל, מנהל בית החולים באביב 1954.

²⁹ Sachs, D. & Sussman, N. (1995)A.

³⁰ ארכיון צה"ל תיק 83/685/1958, פרוטוקול ישיבת הוועדה לריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה מיום 13/1/52.

³¹ Sachs, D. & Sussman, N. (1995)A.

³² גנדן 12197/22- מכתב מרות אלבגלי נציגת הארגון לריפוי בעיסוק לפרופ' פדה, מנכ"ל משרד הבריאות בתאריך 9/1/74.

³³ גנדן 12197/22, רשימת מוסדות בהם יש מחלקות לריפוי בעיסוק.

השירות לריפוי בעיסוק במסגרת משרד הבריאות, במכתב תמיכה ששלחו אחראיות מחלקות בבתי חולים ברחבי הארץ למנכ"ל משרד הבריאות.³⁴

כדי ליעל ולמסד את טיב השירות הניתן במקצוע הריפוי בעיסוק הוכנה הצעה ל"מפתח תקן למרפאים בעיסוק".³⁵ ההצעה כללה את התקנים הנדרשים עבור סוגים שונים של מחלקות בבתי חולים כלליים, בתי חולים פסיכיאטריים, מרכזי שיקום ומרכזי החלמה. הודגש כי בקביעת תקנים ושעות טיפול נחוצות יש להתחשב ולקחת בחשבון התמחויות ספציפיות במקצוע הגוזלות זמן טיפולי של הקלינאי בשטח כגון; הכנת מכשור רפואי, טיפולים קבוצתיים כולל טיפול בשעות הערב. סביר שעקב הפצועים הרבים והנפגעים אחרי מלחמת יום הכיפורים, מרפאות בעיסוק היו במוסדות בשעות הערב כדי לעבוד עם המאושפזים על עיסוקיהם בשעות הפנאי.³⁶

בשנת 1977 הורחבו התקנים במשרד, הוקצו שלושה תקנים נוספים למערך הפיקוח הארצי אשר כלל ראש שירות, סגנית לראש שירות, מפקחת, מפקחת בתחום בריאות הנפש, מפקחת בתחום בריאות הציבור ומפקחת יועצת לתכנון ופיקוח.³⁷ ברכה אנגלרד- ברכה, בוגרת הקורס השביעי, שעבדה בתחום בריאות הנפש בבית החולים בפרדסיה, החלה משנת 1973 לעבוד בפיקוח הארצי על המקצועי ובשנת 1976 מונתה לסגניתה של יעל יואלית.³⁸ עם פרישתה של יואלית לגמלאות החליפה אותה אנגלרד לנגה בתפקיד ראש השירות הארצי של מקצוע הריפוי בעיסוק במשרד הבריאות.³⁹

במשרד הבריאות הוקמה ועדה לבדיקת קריטריונים למיפוי נוכחי ועתידי של כח אדם בריפוי בעיסוק. הוועדה בראשות פרופ' רפאל רוזין,⁴⁰ כללה את ברכה אנגלרד-לנגה ראש השירות, נציגות בתי הספר לריפוי בעיסוק, ראש האגף למחלות ממושכות וזקנה ויועץ לענייני תכנון ממשרד הבריאות.⁴¹ אנגלרד- לנגה תארה את העבודה בפיקוח הארצי במשרד הבריאות כ"מלחמה ניצחת" על תקנים בשטח ועל תקנים בשירות הארצי.⁴² כל תקן שהתפנה במשרד, היה בסכנה להילקח מהשירות לריפוי בעיסוק. אנגלרד נאלצה מספר פעמים לקבוע פגישות עם מנכ"ל וסמנכ"ל משרד הבריאות ולאיים בהתפטרות לאחר שגונבו לאוזניה שמועות על תקנים שהשירות עומד לאבד. הניסיונות להרחיב את השירות במשרד הבריאות כללו גם מאבקים בנושא תשתיות

³⁴ גנזך 12197/22, מכתב ממרפאים בעיסוק ראשיים במשרד הבריאות לפרופ' מנצ'ל, מנכ"ל משרד הבריאות בתאריך 15/6/75.

³⁵ עליזה קרני מקופת חולים כללית ויעל יואלית ממשרד הבריאות. גנזך גל 12134/8, מכתב מיעל יואלית ללשכת המנהל הכללי במשרד הבריאות בתאריך 19/6/74.

³⁶ שם, שם.

³⁷ גנזך גל 15708/11, הצעת תקציב שכתבה יעל יואלית לשנה התקציבית 1976/77; החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, העתק הרצאה שנשא יעל הלוי באוקטובר 1998 בכנס העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק לרגל קבלת "אות המצוינות" בריפוי בעיסוק.

³⁸ גנזך גל- 12179/22, ברכה אנגלרד התחילה לעבוד כסגנית מפקחת ארצית בתאריך 14/1/76; ריאיון עם ברכה אנגלרד- ברכה, 12/3/12.

³⁹ ריאיון עם ברכה אנגלרד- ברכה, 12/3/12.

⁴⁰ פרופסור רפאל (רפי) רוזין, מרכז השיקום בתל השומר וראש החוג לרפואה שיקומית באוניברסיטת תל אביב. בשנים 1978-1985 כיהן כראש החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב. ראו עורי, אי (1996). עמ' 53-55.

⁴¹ גנזך גל 15708/11 מכתב מפרופ' י' מנצ'ל המנהל הכללי במשרד הבריאות לחברי הוועדה בתאריך 24/10/78.

⁴² גנזך גל- 12179/22, הצעה לשנת 1976/77 שכתבה יעל יואלית; ריאיון עם ברכה אנגלרד- ברכה, 12/3/12.

ארגוניות.⁴³ זאת ועוד, היה צריך לשמור על קשר קבוע עם מוסדות ההכשרה. קרי, בתי הספר לריפוי בעיסוק בירושלים תל אביב וחיפה שמשדד הבריאות השתתף במימונם. המימון החלקי שהועבר לבתי הספר היה מתקציב השירות לריפוי בעיסוק והיה צריך לדאוג לשמור על הקיים ולהעביר את התקציב לבתי הספר.⁴⁴

המאבק להוספת תקנים זכה להצלחה. למרות שבמשדד הבריאות הוגדלו תקני המרפאות בעיסוק המפקחות, היה מאוד קשה למצוא מרפאות בעיסוק שיאיישו תקנים אלה.⁴⁵ אנגלרד פנתה למרפאות בעיסוק בכירות ומנוסות שיענו לאתגר ויבואו לעבוד במשדד במטרה לפתח את השירות ברמה הארצית. גם בנושא זה הקשר בין מקצוע נשי, עבודה במשרה מלאה הדורשת אחריות רבה ושעות עבודה רבות כאשר הגמול הכספי אינו אטרקטיבי, עשה את שלו. מרפאות בעיסוק לא נענו בקלות לאתגר.⁴⁶ עם זאת, לקלינאיות בשטח היה ברור שיש קשר ישיר בין המקום, המעמד ותחומי האחריות של המקצוע במשדד הבריאות למקומו ומעמדו בארץ בכלל ובין מקצועות הבריאות בפרט.

עיקר ההתרחבות המקצועית חלה לאחר מלחמת יום הכיפורים. את השינוי ניתן להסביר בשילוב בין העלייה בצרכים והרחבת שירותים בקהילה לבין התמורות שחלו בתפיסות ובעמדות בחברה הישראלית כלפי הנכים.⁴⁷ השינוי התודעתי גרם להתפתחות כל תחומי השיקום ובכללם מקצוע הריפוי בעיסוק.

2. הקמת הפיקוח על המקצוע בקופת החולים הכללית כשיקוף של התרחבות

הפיקוח על הריפוי בעיסוק במוסדות קופת החולים הכללית החל בסוף שנות החמישים, כשעליזה קרני בוגרת הקורס השני, קבלה בשנת 1958 את תפקיד המפקחת על הריפוי בעיסוק במוסדות קרן נכות. באותה שנה היו שבע מאות מיטות של הקרן ועוד מיטות בבתי חולים פרטיים שהיו תחת פיקוח הקרן.⁴⁸ שנה מאוחר יותר, מוזגה קרן נכות עם כל מוסדות קופת חולים כללית.⁴⁹ לקרני הוצע להקים את השרות ברמה ארצית ולפתח את המוסדות שעברו מקרן נכות לקופה. קרני הייתה צריכה לבנות את מערך הריפוי בעיסוק במוסדות קופת חולים כללית והבעיות העיקריות עימם התמודדה היו בניית וביסוס התפיסה המקצועית של המקצוע והעסקת מרפאות בעיסוק מוסמכות.⁵⁰ במוסדות קרן נכות לשעבר רוב המטופלים היו חולים כרוניים הן בתחום הפיזיקלי והן בתחום בריאות הנפש, בשנים אלה הצטמצמו האשפוזים של חולי ריאה אך התפיסה הטיפולית שיקומית הייתה של תקופות אשפוז ארוכות של אלה שכן אושפזו.⁵¹ בנוסף, הראייה

⁴³ שם, שם. לדוגמה, לקבל חדרים למפקחות ותקנים למזכירות.

⁴⁴ גנזך גל-12179/22, הצעה לשנת 1976/77 שכתבה יעל יואלית.

⁴⁵ על הנשירה מהמקצוע להלן עמ' 319-322.

⁴⁶ ריאיון עם ברכה אנגלרד-ברכה, 12/3/12.

⁴⁷ פארן, ג' (תשע"ד). עמ' 253-254.

⁴⁸ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת חיפה, ריאיון עם עליזה קרני מרץ 1988.

⁴⁹ אנגל, ש' (7/9/62). 'אשפוז חולי נפש ושיטות ריפוי חדשות'. דבר.

⁵⁰ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת חיפה, ריאיון עם עליזה קרני מרץ 1988.

⁵¹ להלן נספח מס' 3.

השיקומית של אותן שנים שאפה להחזיר את החולה למסגרת עבודה.⁵² תפיסה זו השפיעה על מטרות ואמצעי הטיפול בריפוי בעיסוק, אשר כוונו להחזיר את החולה למקום עבודתו הקודם ולחילופין, למצוא אפשרות לתעסוקה אחרת.

על מנת לפתח את שירותי הריפוי בעיסוק בקופת החולים כללית, נערך בשנת 1967 סקר בבית החולים בלינסון, במטרה לבחון מה אחוז החולים בבית חולים כללי הזקוקים לשירותי ריפוי בעיסוק.⁵³ מסקנות הסקר היו שמקצוע הריפוי בעיסוק נחוץ בטיפול בבית חולים כללי מכיון "שהריפוי בעיסוק יותר ממקצועות אחרים מופנה לאספקטים הבריאים של האישיות ובו בזמן שהחולה מקבל הכל מהצוות הרפואי מבלי לתת, דורש הטיפול בריפוי בעיסוק פעילות פיזית ונפשית" בעת הטיפול בריפוי בעיסוק נדרש החולה להשתתפות אקטיבית בביצוע המטלה. המקצוע נתפס כמסיע לאדם לחזור לסביבתו קהילתו ועיסוקו.⁵⁴ המיקוד ב"אספקטים הבריאים" חدد את התפיסה ההוליסטית במקצוע ואת ההסתכלות על עוצמותיו של החולה עצמו. תוצאות הסקר היו כי יש צורך לטפל בריפוי בעיסוק ברבע ממספר החולים המאושפזים. הטיפול נחוץ ביותר במחלקות עור, רדיום, ניירולוגיה, ניירוכירורגיה ופלסטיקה.⁵⁵ לאור המסקנות נערכו לפתוח מחלקות לריפוי בעיסוק בבתי חולים כלליים של הקופה.

במהלך שנות השבעים התפתח השירות לריפוי בעיסוק בקופת חולים הכללית תחת פיקוחן של עליזה קרני ויעל הלוי.⁵⁶ תפקידי הפיקוח על המקצוע בקופה כללו התווית מדיניות מקצועית, פיתוח השירות המקצועי תוך התאמת המצב הקיים לשינויים הדינמיים במערכת הבריאות וארגון השתלמויות והכשרת כח אדם כדי להעלות את רמת הטיפול.⁵⁷ בכל אחד מתשעת מחוזות הקופה הייתה מרפאה בעיסוק מחוזית שארגנה ופקחה על עבודת המרפאות בעיסוק שעבדו במרפאות. הניסיונות להרחיב את שירותי הריפוי בעיסוק נתקלו בקשיים. "לא היה קל ופשוט, היו מנהלי מחוז אשר לא הבינו מדוע הם צריכים את השירות".⁵⁸ הבקשות להגדיל את מספר המשרות במכון נענו במשפט "מה חשוב יותר, עוד מיטות בטיפול נמרץ או ריפוי בעיסוק?"⁵⁹ עם זאת, השירות התפתח; בשלוש מרפאות נפתחו יחידות להמשך טיפול ומעקב. ברשות הקופה היו שלושה בתי חולים גריאטריים ושלושה בתי חולים פסיכיאטריים בהם היו מחלקות לריפוי בעיסוק.

⁵² שם, שם.

⁵³ עליזה קרני יזמה את ביצוע הסקר. הסקר בוצע על ידי מרים בבלי. בבלי, מ' (1967).

⁵⁴ קרני, ע' (1967). הקדמה לסקר ריפוי בעיסוק בבית חולים כללי.

⁵⁵ בבלי, מ' (1967); ראיון פרופ' נאוה רצון, 3/1/16. בשנת 1981 פתחה רצון את השירות לריפוי בעיסוק בבי"ח בלינסון במחלקות ניירוכירורגית, אורתופדית, ניירולוגית, כירורגית כף יד, השתלות, כוויות, מרפאה ראומטולוגית, פנימיות וילדים. רצון העידה כי השתמשה בסקר שערכה בבלי כדי לפתח את השירות בבית החולים.

⁵⁶ יעל הלוי, בוגרת הקורס השישי, מפקחת בקופת חולים כללית ובהמשך מנהלת אדמיניסטרטיבית של תכנית ההסבה באוניברסיטת תל אביב. ראו עמ' 178.

⁵⁷ לבון IV-243-4-296B שירותי ריפוי בעיסוק- קופת חולים כללית, מסמך שכתבה עליזה קרני בתאריך 1/7/74.

⁵⁸ אילה פדות, <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547> נדלה מהאינטרנט בתאריך 14/12/15.

⁵⁹ שם, שם.

חמשה בתי חולים כלליים בהם הופעלו מחלקות לריפוי בעיסוק ובית חולים שיקומי, בבית לוינסטיין.⁶⁰

בסוף שנת 1978 וראשית 1979, כלל תקציב קופת חולים 145 משרות למרפאות בעיסוק מהם 94 משרות בבתי חולים ומרכזי שיקום ועוד 51 משרות במרפאות במחוזות.⁶¹ התגבורת בכוח אדם של בוגרות קורס ההסבה הראשון בתל אביב שינתה את היחס בין עובדים מוסמכים ללא מוסמכים ובקופת חולים היו רק 12 משרות של עובדים לא מוסמכים. ברם, 27 משרות נשארו לא מאוישות. מצב זה הקשה על התפתחות השירות המקצועי והרחבתו שכן, קרני והלוי תכננו לפתוח שירותי ריפוי בעיסוק בבתי החולים הכלליים; מאיר, כרמל, בלינסון והשרון ובבית החולים הגריאטרי בית רבקה.⁶² בסוף שנות השבעים חל גידול במספר המסגרות בהן פעלו יחידות לריפוי בעיסוק. על אף ההתרחבות המקצועית וכניסת בוגרות קורס ההסבה באוניברסיטת תל אביב לעבודה בשטח, החוסר בכח אדם מקצועי עדין ניכר גם במוסדות קופת חולים הכללית.

בצבא לא הוקם מערך פיקוח על המקצוע. נציגי הצבא השתתפו בישיבות ועדת הקורס לריפוי בעיסוק אך כבר בשנת 1952 הודיעו שאין אפשרות שהצבא ישתתף במימון הקורס. "לא נוכל מבחינות תקציביות לכח אדם להשתתף בתכניות הקורס".⁶³ עם העברת בתי החולים הצבאיים למשרד הבריאות,⁶⁴ נשארו בצבא מעט מרפאות בעיסוק בבית החולים מספר חמש לימים, תל השומר ובבתי ההבראה הצבאיים. התייעוד אינו מצביע על מספרן. עם זאת, המקורות מעידים על בעיות בנושא השוואת זכויות המרפאות בעיסוק בצבא לדרוג האחיות בשירות הצבא,⁶⁵ ובתנאי העסקתן של מרפאות בעיסוק בשירות סדיר.⁶⁶ לאחיות בשירות סדיר נחשבה השנה השנייה כשירות קבע. ד"ר ספירא בקש להשוות את תנאי המרפאות בעיסוק לתנאי האחיות וכתב "העובדות בריפוי בעיסוק באותה דרגה ויש להן השתלמות מלאה הדרושה לדרגה זו, המספר הוא קטן ואינני חושב כמוצדק לסרב להן את הזכויות שניתנו לאחיות".⁶⁷ תכתובות מעידות על הקושי במציאת מרפאות בעיסוק מוסמכות לעבודה בבתי ההבראה. כן היה ניסיון להכניס לעבודה אזרחיות ובתנאי שיהיו מרפאות בעיסוק מוסמכות.⁶⁸ לא ברור האם ניסיון זה צלח. נמצאו מסמכים בנושא תקציבי היחידות ורכישת חומרים לעבודות היד שנעשו במסגרת היחידות לריפוי בעיסוק.⁶⁹ מסמכים אלה אינם מעידים על מרפאות בעיסוק מוסמכות שעבדו בבתי ההבראה אלא

⁶⁰ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, רשימת מרפאים בעיסוק ראשיים בקופת חולים כללית, מסמך מתאריך 21/8/78.

⁶¹ בנספח מס' 4 יש התייחסות למרפאות בעיסוק רק במכונים ולא בבתי חולים עד אפריל 1978.

⁶² החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, דו"ח על כוח אדם בריפוי בעיסוק, נכתב ע"י עליזה קרני ויעל הלוי, לא מצוין תאריך. (כנראה נכתב בשנת 1979)

⁶³ ארכיון צה"ל תיק 83/685/1958, מכתב מרב סרן בנאל, ראש ענף רפואה לשולמית קנטור בתאריך 7/7/52.

⁶⁴ ארכיון צה"ל תיק 433/1308/1950; ריאיון עם נירה זוסמן 17/3/10. בתי החולים הצבאיים עברו לרשות משרד הבריאות, לשלושה בתי חולים גדולים תל השומר רמב"ם ואסף הרופא.

⁶⁵ ארכיון צה"ל תיק 83/685/1958, מכתב מסגן אלוף ליפמן לסא"ל ד"ר ספירא, ראש הענף האורטופדי במאי 1953.

⁶⁶ ארכיון צה"ל תיק 83/685/1958, מכתב מסא"ל ד"ר ספירא לראש ענף רפואה פעילה מתאריך 26/4/53.

⁶⁷ שם, שם.

⁶⁸ ארכיון צה"ל תיק 83/685/1958, מכתב מסגן אלוף ליצמן-ראש ענף רפואה פעילה למפקד בית הבראה 1.

⁶⁹ ארכיון צה"ל תיק 83/685/1958, מכתבים מרב סרן הרצברג-ראש מדור תקציבים למפקד בית הבראה 1 בתאריך 1/7/53 ולמפקד בית הבראה בתאריך 18/5/53.

על חומרי תעסוקה עבור המבריאים. המסמכים בנושא הריפוי בעיסוק בצבא מעידים על ניסיונות לגייס לעבודה בצבא מרפאות בעיסוק מוסמכות ולהציע תנאים אטרקטיביים למרפאות בעיסוק. אין במסמכים מידע המעיד על עיסוק במהות של המקצוע ובצורך בבניית מערך פיקוח ובקרה. הצבא גייס לשורותיו מרפאות בעיסוק מוסמכות בשעות חירום לטיפול שיקומי בפצועים.

3. התפתחות המקצוע והפיקוח בארגון מלב"ן

"ארגון מלב"ן היה ברכה למדינת ישראל, הם הכניסו סדר אמריקאי, עבודה שיטתית מסודרת, בה כל אחד יודע את מקומו, הם פעלו בדיוק בזמן. הכסף של הגוינט לא היה העיקר אלא ההבנה שחסרות פה מסגרות וצריך לעשות סדר בעניין".⁷⁰

הפיקוח על המקצוע במוסדות מלב"ן התאפיין בתחלופה. רגינה אדלשטיין, מרפאה בעיסוק מדרום אפריקה שעבדה בבית החולים באר יעקב הייתה המפקחת הראשונה במלב"ן,⁷¹ על תקופתה הקצרה בתפקיד אין מידע. שושנה כהן- פנחס, בוגרת הקורס הראשון החליפה אותה בתפקיד המפקחת בין השנים 1953-1958.⁷² תפקיד המפקחת הוגדר כ"אחראית למדור לריפוי בעיסוק". העבודה במלב"ן אורגנה על פי חלוקה לשני אגפים: האגף הרפואי והאגף לקשישים. המדור לריפוי בעיסוק נתן שירותים לשני האגפים עד שנת 1955 ומאז רק לאגף הרפואי.⁷³ כהן עזבה את עבודתה כמפקחת במלב"ן בשנת 1957. לא ברורה הסיבה לעזיבה. ייתכן והיא נעוצה בפער בין "השנתיים הראשונות במלב"ן, הייתה צמיחה, ארגנטי הרבה מחלקות והקמתי אותן",⁷⁴ לעובדה שלאחר ההקמה רוב עבודת המפקחת הייתה ארגונית והעבודה הטיפולית נעשתה על ידי עובדים לא מוסמכים. "הכל בנוי על כוחות עזר" העידה לאחר שנים.⁷⁵ לכהן לא נמצא תחליף מספק לאתגר ולמרץ שהושקעו בבניית המחלקות, כיון שהעובדים לא היו מוסמכים ואי אפשר היה להמשיך ולפתח את התחום במסגרת מוסדות מלב"ן. סיבה נוספת יכולה להיות המאמץ והמחיר האישי והמשפחתי שתבע תפקיד הפיקוח אשר לדבריה "גזל הרבה מרץ".⁷⁶

עליזה קרני, בוגרת הקורס השני, עבדה במשך שנה כמפקחת במלב"ן לאחר שכהן עזבה.⁷⁷ רולי גולדמן, בוגרת הקורס הראשון, שחזרה מלימודי תואר שני בייעוץ שיקומי באוניברסיטת ניו יורק, מונתה למפקחת הארצית בשנת 1958,⁷⁸ בעקבות פנייה מנציגי מלב"ן בבקשה לפקח על עבודת הריפוי בעיסוק במוסדות.⁷⁹ גולדמן העריכה כי הפנייה אליה הגיעה עקב העובדה שהנהלת

⁷⁰ ריאיון עם רולי גולדמן, 7/5/14.

⁷¹ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 3.

⁷² Sussman, N. (1989). p.53

⁷³ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, ריאיון עם שושנה כהן פנחס, 1988. ראינה נירה זוסמן.

⁷⁴ שם, שם.

⁷⁵ שם, שם.

⁷⁶ שם, שם.

⁷⁷ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 4. בשנת 1958 קבלה עליזה קרני את תפקיד המפקחת על הריפוי בעיסוק בקופת החולים הכללית ובמוסדות קרן נכות.

⁷⁸ שם, עמ' 8.

⁷⁹ ריאיון עם רולי גולדמן, 7/5/14, רולי גולדמן סיימה לימודי תואר שני ב- Rehabilitation Counseling

מלב"ן הייתה אמריקאית והיא רכשה את השכלתה המקצועית בתואר שני בשיקום בארצות הברית. בשנות הפיקוח של גולדמן עמד בראש האגף הרפואי פרופסור מרגולץ,⁸⁰ שהנהיג ישיבות קבועות של צוות רב מקצועי במשרדי מלב"ן בתל אביב.⁸¹

בשנתיים הראשונות, לאחר שיאי העלייה הגדולה, הייתה צמיחה במספר המחלקות לריפוי בעיסוק שנפתחו במוסדות מלב"ן. המפקחת הייתה מעורבת בהקמתן משלב התכנון ועד פתיחת המחלקות. רוב עבודת הפיקוח הוקדשה להדרכה במוסדות השיקומיים של מלב"ן. ובעיקר להדרכה בבית החולים לנכים מרותקים וחולים כרוניים מחנה ישראל.⁸² "שם היה המקבץ הכי גדול של צעירים ובעבודה שם הייתה תועלת".⁸³ במחנה ישראל הוקמו סדנאות ציור, קרמיקה, נגרות ורקמה. בנוסף, הקימו בית מלאכה בסיוע מימון משרד העבודה בו התנהל פס יצור בו הועסקו החולים שרכשו הרגלי עבודה. בשאר המוסדות דאגה המפקחת לארגון ואספקת חומרים ולביקורות והדרכות לצוות הלא מוסמך. שבוע העבודה של מפקחת במלב"ן הורכב מימי עבודה במשרד במרכז מלב"ן בתל אביב,⁸⁴ ומביקורים במוסדות ברחבי הארץ בתדירות ארבע-חמש פעמים במטרה להדריך צוותים. אחרי כל ביקור נכתב דו"ח שכלל המלצות יישומיות שיקומיות. בנוסף, המפקחת הדריכה את התלמידות שבאו להכשרות במוסדות מלב"ן, נתנה הרצאות והקדישה זמן גם ליחסי הציבור של המקצוע ושל ארגון מלב"ן.

עבודת הפיקוח כללה גם פתיחת תערוכות של עבודות החולים שנעשו במסגרת הטיפול בריפוי בעיסוק במוסדות מלב"ן.⁸⁵ בעבודה השיקומית עם עולים חדשים הודגש ההיבט התרבותי בהתייחסות אל העולים במוסדות מלב"ן והשוני בין אפשרויות התעסוקה שהציעו לעולים שונים בהתאם למוצאם ולרקע התרבותי ממנו באו.⁸⁶ דוגמה לשונות התרבותית באה לידי ביטוי בעיצוב חדר התעסוקה שהיה באחריות המחלקה לריפוי בעיסוק בבית החולים שער מנשה, שאוכלס בעולים מתימן. שושנה כהן ספרה כי את חדר התעסוקה "סדרו בסגנון תימני, ספסלים גבוהים עם כריות".⁸⁷ הדבר מעיד על הבנת חשיבות הרקע התרבותי לטיפול ממוקד בעיסוקי העולים, מתוך תפיסה טיפולית הקושרת בין הרקע התרבותי- חברתי לעיסוקים היום-יומיים ולערכי ועמדות המטופלים בנושאי בריאות, חולי, שיקום ומוגבלויות. מתוך תפיסה כי לתרבות השפעה על ההתנהגות למניעת מחלות, התמודדות עם מצבי חולי וחוסר תפקוד, החלטה על סוג הטיפול המומלץ ועל שביעות הרצון של המטופל מהטיפול שניתן לו.⁸⁸

⁸⁰ רומם, פי (2012). עמ' 169.

⁸¹ ריאיון עם רולי גולדמן, 7/5/14.

⁸² בית חולים שהקים מלב"ן לחולים כרוניים, נכים מרותקים וקשישים. בשנת 1954 הכיל 430 מיטות. ראו רומם, פי (2012). עמ' 29, עמ' 171.

⁸³ ריאיון עם רולי גולדמן, 7/5/14.

⁸⁴ שם, שם. ; ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, ריאיון עם שושנה כהן פנחס, 1988. ראינה נירה זוסמן.

⁸⁵ ריאיון עם רולי גולדמן, 7/5/14. ; ריאיון עם שושנה כהן פנחס, 1988.

⁸⁶ שם, שם.

⁸⁷ שם, שם.

⁸⁸ אברבוד, אי (תשע"ג).

הבעיה המרכזית של המפקחות במלב"ן הייתה הקושי להעסיק מרפאות בעיסוק מוסמכות: גלי העלייה הצריכו עובדים, מיקום רוב המוסדות היה בפריפריה, עובדה שהקשתה את ניידות העובדים שלא היה ברשותם רכב פרטי. המפקחות ניסו להעסיק מרפאה בעיסוק מוסמכת בכל מוסד כדי שתיתן הדרכה לצוות הלא מוסמך, אך התקשו לאייש את תקני המוסמכות. במבט לאחור, גולדמן אינה תולה את הקשיים במילוי מצבת כח אדם בהיבט המגדרי, דהיינו בעובדה שרובן המכריע של המרפאות בעיסוק היו נשים, אלא בקשיי הניידות והתחבורה.⁸⁹

התחלופה של מפקחות במלב"ן ובמשרד הבריאות בראשית שנות החמישים מרמזת על האפשרות שהמשכורת שהרוויחה מפקחת לא הייתה מספיק מתגמלת בהשוואה למאמץ שהיה כרוך במילוי תפקיד זה. בוודאי אם היה מדובר במפקחת בעלת משפחה, בתקופה בה רוב הנשים הנשואות בכלל ורוב האימהות בפרט לא עבדו מחוץ לביתן. המצב השתנה רק בסוף שנות החמישים, עליזה קרני יעל יואלית ורולי גולדמן מלאו את תפקידי המפקחות באופן רציף לאורך שנים. עבודה עקבית זו, אפשרה למפקחות להתמיד במשימות שהוצבו בפניהן, תוך היכרות מעמיקה הן עם המרפאות בעיסוק וצרכי השטח והן עם מנגנוני המוסדות בהם עבדו כמפקחות.

4. פיתוח והרחבת שירותי ריפוי בעיסוק בקהילה

*"אני מרגישה שהתמזל מזלי להיות שותפה
להרבה התחלות ואני שמחה שידעתי לקחת את
זה למקום של שינוי".⁹⁰*

בשנות השבעים ניכרו שינויים ותמורות בהתמחויות המקצועיות ובשירותי ותחומי הטיפול במסגרת הקהילה אשר הלכו והתרחבו, הללו במוקד הפרק. המעבר משירותים רפואיים בבתי חולים לשירותי בריאות בקהילה היה אחד מהסממנים לשינויים עולמיים וארציים של מערכת הבריאות אשר הושפעו מגורמים תקציביים ומהנחה שמערכת שירותי מניעה, מרפאות חוץ מכוני טיפול ומרפאות מעקב ישרימו את התהליך השיקומי ויסייעו בשילוב האדם בקהילתו. בישראל התהליך היה איטי והטיפול בקהילה ניתן במסגרות רפואיות, בעיקר במכונים לריפוי בעיסוק שנפתחו בתוך מרפאות קופת חולים.

המקום הראשון בו ניתן טיפול בריפוי בעיסוק במסגרת מרפאה בראשית שנות החמישים היה במרפאת הדסה ברחוב הסולל, לימים רחוב החבצלת בירושלים. מרפאה זו הייתה מסונפת למערך מרפאות החוץ של בית החולים הדסה. אילנה מאי ורדי, טיפלה בחולים שבאו למרפאה במסגרת עבודתה בבית החולים.⁹¹ בסוף שנות החמישים חלחלה ההבנה במשרד הבריאות וגם בקופת החולים הכללית שכדי לקדם את השירות לחולים ואת המקצוע יש לפתח מערך שירותים לטיפול בקהילה.⁹² יעל יואלית, המפקחת על הריפוי בעיסוק במשרד הבריאות, הגיעה להסכמה עם ד"ר מילר, בצורך לפתח שירותים במסגרת קהילתית, במכונים ובמרפאות טיפול בית.⁹³ הרציונל לפיתוח שירותים בקהילה התבסס על המודל הטיפולי של היחידה לטיפול בית המסונפת לבית

⁸⁹ שם, שם.

⁹⁰ ריאיון עם ברניס מאירס 19/2/12.

⁹¹ ריאיון עם אילנה מאי ורדי, 8/7/10.

⁹² גנזך ג-4237/14, מכתב מייעל יואלית לד"ר זילברשטיין בתאריך 16/7/59.

⁹³ גנזך ג-17 / 4306, סיכום שיחה שהתקיימה בין יעל יואלית וד"ר מילר בתאריך 23/10/60.

החולים Goldwater בניו יורק.⁹⁴ כדי לחזק את הצורך בהקמת מערך טיפול מקצועי בקהילה הודגש הקשר בין גוף לנפש, בין עצמאות בחיי היום יום לדימוי העצמי של האדם. "אותן הפעולות הנותנות לנו את ההרגשה של חופש תנועה, של עצמאיות, של אי תלות".⁹⁵ המסמך כלל התייחסות לתרבויות השונות של האוכלוסייה בארץ ולצורך להתאים את השירותים והפעילויות לחולה ולסביבתו, מתוך הנחה כי הריפוי בעיסוק שניב תוצאות טובות, מעשית ומנטלית,⁹⁶ הוא זה שיינתן בקהילה הטבעית של המטופל. הונח שטיפול בקהילה יכלול שלושה תחומים: תפקודי היום יום, התאמת מכשירים ואביזרי עזר והדרכה או פיקוח על תכניות שיקומיות. ההצעה יועדה לפתיחת שירותים הן לחולי נפש והן לחולים פיזיקליים בקהילה.⁹⁷

מגמת המעבר לשירותים בקהילה ניכרה גם בקופת חולים. קופת החולים הייתה בנויה ממחוזות על פי חלוקה גאוגרפית, לכל מחוז הייתה הנהלה רפואית ואדמיניסטרטיבית, בעלת מדיניות משלה ותפיסות טיפוליות ושיקומיות. כדי להצליח לפתוח מכונים לריפוי בעיסוק פעלה קרני במחוזות השונים ולא ברמה הארצית. קרני נמקה את החלטתה, "כל התחלה היא קשה, נכנסתי לבד, לא עם צוות או מחלקה...היה ברור שאי אפשר לעבוד עם כל הנהלה".⁹⁸ המכון הראשון בריפוי בעיסוק של קופת חולים נפתח במרפאת גאולים ביפו בפברואר שנת 1956. המכון נפתח "נוכח הצורך במתן ריפוי בעיסוק גם לחולה ולמוגבל שאינם מאושפזים ונמצאים בביתם, בנוסף לאלו הזקוקים להמשך טיפול לאחר עזיבתם את בית החולים".⁹⁹ הנהלת קופת חולים הדגישה את הייחוד בפתיחת המכון "מחלקה זו היא הראשונה מסוגה בטיפול אמבולטורי".¹⁰⁰ אוכלוסיית המטופלים במכון נחלקה לשלוש קבוצות: ילדים עם פגיעות פיזיקליות, מבוגרים הסובלים ממחלות כרוניות ומבוגרים הסובלים מבעיות אורתופדיות עקב תאונות. חדר הריפוי בעיסוק צויד בשולחן נגרות, נולי אריגה, כלי עבודה ומשחקים שונים. מרים בבלי אשר פתחה את המכון ציינה כי "בריפוי בעיסוק נדרשת מהחולה השתתפות פעילה בכל תהליך הטיפול. תנאי הכרחי לשיקום אופטימלי של החולה הוא עבודה משותפת של כל הצוות המטפל בחולה".¹⁰¹ לפיכך, העבודה נעשתה בהדרכת רופא שיקומי והצוות הרב מקצועי נפגש באופן קבוע בישיבות סדירות.¹⁰²

הרחבת הריפוי בעיסוק טמנה בחובה גם קשיים. מורכבות מצבם הנפשי של המטופלים עקב התמודדות החולים עם ההימצאות והתפקוד בקהילה היוותה קושי.¹⁰³ "בסביבה הבריאה חש החולה ביתר חריפות במגבלתו וקשה לו להתאים עצמו מבחינה פיזית ונפשית לדרישות וללחצים

⁹⁴ גנזך ג-4237/14 מכתב תודה ששלחה יעל יואלית לגבי קורנבאום, מרפאה בעיסוק בתאריך 9/12/58.

⁹⁵ גנזך ג-17 / 4306, הצעה לפיתוח טיפול ביתי בריפוי בעיסוק, נשלחה מיכל יואלית לד"ר זילברשטיין 1960.

⁹⁶ שם, שם. לשון המסמך

⁹⁷ שם, שם.

⁹⁸ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת חיפה, ריאיון עם עליזה קרני מרץ 1988.

⁹⁹ קרני, ע' (1969). ריפוי בעיסוק במרפאה.

¹⁰⁰ בבלי, מ' (1965).

¹⁰¹ בבלי, מ' (1966). דו"ח כולל על פעולות המחלקה לריפוי בעיסוק במרפאת גאולים.

¹⁰² שם, שם.

¹⁰³ שם, שם.

המופעלים עליו, ואנו מוצאים אותו לרוב מרוכז מאוד בעצמו ובמגבלתו, מדוכא וחסר בטחון", גרסה בבלי.¹⁰⁴ העימות התכוף עם הסביבה בה חי המטופל הדגיש לעיתים את המגבלה ושקף את הקושי והמגבלה. כדי לענות על צרכי המטופל ולהתאים את הטיפול לסביבתו פיתחה בבלי את שירות ביקורי הבית ויצרה קשר עם גורמי שיקום שפעלו באזור. לשם כך המליצה לפתוח מסגרות תעסוקתיות שיקומיות לחולים ולקשישים על מנת להחזירם לשוק העבודה. בבלי התריעה על המצב הקיים "אין מסגרות חברתיות תעסוקתיות אשר תקלוטנה חולים אלה כהמשך טיפול".¹⁰⁵ כדי לתת מענה לצרכים המליצה להקים מרפאות בערים אחרות ולהרחיב את מרפאת גאולים.

כדי שהעבודה במכונים תהיה מקצועית הקפידה קרני להעסיק רק מרפאות בעיסוק מוסמכות.¹⁰⁶ בסוף שנות השישים סכמה עליזה קרני את התקופה ודיווחה על 40 מרפאות בעיסוק מוסמכות שעבדו במוסדות ומכוני קופת חולים, את התפתחות המקצוע תארה קרני "אנחנו עדין נמצאים בשלב של פיתוח הריפוי בעיסוק בשירותי הבריאות השונים תוך שימת דגש על לימוד הבעיות המתלוות לתהליך הטיפול ושיקום החולה".¹⁰⁷

בשנות השבעים הורחבו שירותי הריפוי בעיסוק בקהילה ונפתחו מכונים לטיפול בקשישים, יחידות להמשך טיפול ומכונים לטיפול בילדים בגילאים צעירים.¹⁰⁸ תשעה מכונים לטיפול אמבולטורי הוקמו בשבעה מחוזות של קופת החולים הכללית.¹⁰⁹ למרות שהמכונים היו במסגרות קהילתיות, העבודה בהם הושתתה על המודל הרפואי, מספר המטופלים שהופנו למכונים היה תלוי בהיכרות הרופאים המטפלים עם המקצוע ובהפנייתם. מטופלים הופנו למכונים על ידי רופאים שיקומיים, אורתופדים, כירורגים, רופאי משפחה ורופאי ילדים. עקב חבלות, תאונות, מחלות כרוניות, ומוגבלויות מלידה.¹¹⁰

עם הגידול בשירות המקצועי של הריפוי בעיסוק, גדל גם הביקוש למקצוע.¹¹¹ משנת 1972 חלה עלייה במספר הפונים לכל מכון, במספר המטופלים ובמספר הכולל של טיפולים בריפוי בעיסוק. אחוז הילדים שפנו לטיפול והתקבלו עלה בכל שנה ומשך הזמן שהוקדש לכל טיפול עלה. נתנו טיפולים אינדיבידואליים, טיפולים קבוצתיים וטיפולים בבית החולה.¹¹² הטיפול במכונים בקהילה במבוגרים עם מוגבלויות נפשיות התמקד בהערכת יכולת עבודה ושיפור היכולת התפקודית בחיי היום יום.¹¹³ הטיפול במבוגרים עם מוגבלויות פיזיות התמקד בהדרכה לקראת עצמאות בפעולות יום יום, הגברת הביטחון בביצוע פעולות אלה, הגדלת טווחי תנועה ותיאום בין

¹⁰⁴ ש, ש. ש.

¹⁰⁵ ש, ש. ש.

¹⁰⁶ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת חיפה, ריאיון עם עליזה קרני מרץ 1988.

¹⁰⁷ קרני, ע' (1968). עמ' 30 - 31.

¹⁰⁸ החוג לר"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, דו"ח על כוח אדם בריפוי בעיסוק, נכתב ע"י עליזה קרני ויעל הלוי, לא מצוין תאריך. (כנראה נכתב בשנת 1979)

¹⁰⁹ המכון במרפאת 'גאולים' ביפו נסגר בשנת 1973. המכון בשמרון נפתח בשנת 1972. בבלי, מ' ודון, ר' (1975).

¹¹⁰ בבלי, מ' ודון, ר' (1978). להלן נספח מס' 4.

¹¹¹ בבלי, מ' ודון, ר' (1975); בבלי, מ' ודון, ר' (1978).

¹¹² נתונים על העלייה במספר הפונים, המטופלים והטיפולים במכוני קופת חולים הכללית בנספח מס' 4.

¹¹³ בבלי, מ' ודון, ר' (1978).

התנועות והתאמת אביזרי עזר במידה ונדרשו. בשנות השבעים פותחו כלים להערכה תפקודית, להכוונה וייעוץ על פי מוגבלויות שונות וקבוצות גיל שונות.¹¹⁴ בשנים 1972-1978 הטיפול הממוצע ארך שלושה וחצי חודשים.¹¹⁵ בהתאם לכך נוצר שוני במטלות של המרפאות בעיסוק בשדה הקליני.¹¹⁶ המרפאות בעיסוק בשטח נדרשו להרחיב את תפקידיהן מעבר לטיפול ישיר בחולה ולעסוק גם בהדרכת חולים, ארגון, השתלמות ופיתוח. ההתפתחות זו יצרה שינוי בעבודה המקצועית.

במהלך השנים 1972-1978 הייתה עלייה במספר המרפאות בעיסוק שעבדו במכוני קופת החולים ובמספר התקנים.¹¹⁷ ההרחבה העיקרית בתקנים חלה בשנים 1972-1975. כנראה בעקבות השלכות מלחמת יום הכיפורים והצורך בטיפול במסגרת הקהילה שהתערור בעקבותיה. רוב המרפאות בעיסוק עבדו בחלקיות משרה, עובדה שהתאימה למקצוע נשי בו רוב המועסקות הן נשים צעירות, נשואות ומטופלות במשפחות. הגידול במשרות במכונים היה בעיקר בתחום הטיפול בילדים. ההסבר שניתן בזמנו היה שהמודעות לטיפול בילדים גברה והושם דגש על אבחון יעוץ וטיפול מוקדמים לילדים שאובחנו עם לקות מוחית מינימלית (MBD)¹¹⁸ ולהוריהם ומוריהם.¹¹⁹ הגידול העיקרי במספר הטיפולים היה במחוזות בהם נפתח מכון נפרד לילדים והטיפול לא ניתן במכון למבוגרים. עובדה שמחזקת את הקשר בין שירות לביקוש. ואולם, השירותים בקהילה לקשישים ולחולים כרוניים לא הצליחו לעמוד בגידול המתבקש ולא הותאמו לצרכי האוכלוסייה.

¹¹⁴ ש.ש, ש.ש.

¹¹⁵ להלן נספח מס' 4 סעיף ב'.

¹¹⁶ ש.ש, ש.ש.

¹¹⁷ בבלי, מ' ודון, ר' (1978). באפריל 1972 היו עבדו 15 מרפאות בעיסוק ב- 9.75 משירות במכוני קופת חולים כללית ואילו באפריל 1978 עבדו 44 מרפאות בעיסוק ב- 30.5 משרות במכונים. להלן נספח מס' 4.

¹¹⁸ Minimal Brain Damage - נזק מוחי מינימלי, מונח שהיה מקובל לתאור אוכלוסיית הילדים עם לקויות למידה וקשיים במוטוריקה עדינה בשנות השישים והשבעים. ראו סקלי, ר' (1968). עמ' 17; שני, ד' ונבו, ב' (2006).

¹¹⁹ על פתיחת מכונים לטיפול בילדים ראו עמ' 272272.

סיכום: התרחבות ויצירת מנגנוני פיקוח

ההתפתחות המקצועית דרשה הקמת מערך פיקוח מקצועי שתרים למיצוב המקצוע ולהתרחבותו. בשנים הנדונות בשער זה הוקמו מנגנוני הפיקוח המקצועיים במשרד הבריאות, קופת חולים ובמלב"ן. המפקחות היו בוגרות שני הקורסים הראשונים, שרכשו את השכלתן המקצועית הבסיסית בקורס הישראלי. בשנות החמישים והשישים הוקדש חלק ניכר מעבודת המפקחות במשרד הבריאות ובמלב"ן להקמת מחלקות, להדרכת עובדים לא מוסמכים ולניהול התקציבי של המחלקות לריפוי בעיסוק. מיעוט המוסמכות שפיקחו במוסדות אלה, לא יכלו לבנות מערכי בקרה ותיכנון מקצועיים.

בקופת חולים כללית המצב היה שונה בשל שתי סיבות: האחת, המפקחת דאגה לקבל לעבודה במכוני קופת חולים מרפאות בעיסוק מוסמכות ובכך הצליחה למנוע כניסת כח אדם לא מקצועי למחלקות הריפוי בעיסוק. השנייה, מערך הפיקוח נוסד רק בשנת 1958, ייתכן ונבנה על סמך ניסיון המפקחות במוסדות משרד הבריאות ומלב"ן. בהדרגה, המקצוע התרחב והתבסס למרות ניסיונות לערער האוטונומיה המקצועית שקרו במוסדות משרד הבריאות ומלמדים על מעמדו של מקצוע צעיר בתהליכי התהוות והקמה. שינוי הושג רק בשנות השבעים, הוקצו תקנים נוספים למערך הפיקוח הארצי ולמרפאות בעיסוק בשטח והורחבו הקשרים עם מסגרות ההכשרה. הסקרים שערכה קופת חולים הכללית בשנת 1967 ובשנים 1975 ו-1978, מעידים על נתינת שירות לאור עבודת תיכנון מקצועית. תפקידי הפיקוח על המקצוע בקופה כללו התווית מדיניות מקצועית, פיתוח השירות המקצועי וארגון השתלמויות והכשרת כח אדם כדי להעלות את רמת הטיפול.

שירותי הריפוי בעיסוק בקהילה נפתחו עקב צרכי השטח. רוב המכונים נפתחו על ידי קופת חולים כללית לאוכלוסייה שנזקקה לטיפולים בתחום הפיזיקלי. קצב המעבר לשירות בקהילה היה איטי. מעבר זה טמן בחובו שני שינויים מהותיים; ראשית, העבודה במכונים התבססה על המודל הרפואי. בטיפולים הושם דגש על עצמאות בתפקודי היום יום, התאמת אביזרי עזר, הגדלת טווחי תנועה ותיאום בין התנועות. העבודה השיקומית התמקדה בניסיונות להשמה תעסוקתית חליפית ולא בתעסוקה במלאכות יד ויצירה. שנית, כדי למנף את המעמד המקצועי, במכונים הועסקו רק מרפאות בעיסוק מוסמכות.

המקצוע התפתח במוסדות משרד הבריאות קופת החולים הכללית ומלב"ן, ספקי הבריאות העיקריים במדינת ישראל בשנים שבמוקד מחקר זה. למרות הגידול והצמיחה במוסדות ובתחומים בהם הוכנס המקצוע, החוסר בכח אדם מקצועי היה למאפיין הבולט במקצוע. לא ניתן לנתק בין ההתפתחות המקצועית לנשים שפעלו לקדם את המקצוע ולהרחיב את המסגרות הטיפוליות. המסמכים מעידים על תרומתן הישירה של הנשים שקבלו על עצמן את תפקידי הפיקוח להתפתחות ולהתרחבות המקצועית. במהלך השנים הצליחו לקדם את המומחיות האדמיניסטרטיבית במקצוע ולפתח מערך פיקוח הכולל עבודת תכנון ובקרה.

פרק שני: הארגון לריפוי בעיסוק 1951-1979

בפרק זה אדון בפעילות הארגון הארצי של המרפאים בעיסוק אשר הוקם בטקס הסיום של הקורס הראשון בשנת 1949 ביזמת אתל בלום. פעילות הארגון התפרשה על פני תחומים רבים, שכולם נועדו להתפתחות והתרחבות המקצוע ולשמירת מעמדו בקרב מקצועות הבריאות. מסקירת הארגון, הקמתו ופועלו, ניתן להסיק אפוא על הניסיונות לשמור על מעמד המקצוע, תנאי העובדות בו ועל המקצועיות וההתעדכנות המקצועית. פעילות הארגון מתוארת על פי הנושאים להלן והרצף הכרונולוגי משנת 1951 ועד לשנת 1979.

1. חברות בארגון הבינלאומי והכרה בינלאומית למקצוע בישראל

ארגון המוסמכים לריפוי בעיסוק בישראל המשיך לפעול גם בשנות החמישים להשגת המטרות שנקבעו עם היווסדו בשנת 1949.¹ אחת המטרות שנקבעו אז הייתה כאמור "לבוא במגע עם כל הגורמים היכולים להיות לתועלת למקצוע",² בין היתר גורמים בינלאומיים.

מרפאות בעיסוק מהארץ היו שותפות בהקמת הארגון הבינלאומי לריפוי בעיסוק (WFOT).³ בשנת 1952 כונסה בליברפול פגישה של נציגות ארגונים לריפוי בעיסוק משש מדינות במטרה לייסד ארגון גג עולמי למרפאים בעיסוק.⁴ בפגישה השתתפו נציגות הארגון הישראלי שהיו שותפות להקמת הארגון הבינלאומי. השתתפות זו מעידה על הערכת הארגון הישראלי בקהילה הבינלאומית ועל מעורבות הארגון הישראלי בקידום והפצת המקצוע ברמה הבינלאומית. כתוצאה מפגישה זו נוסד הארגון הבינלאומי בשנת 1952. נציגות ישראל לא נכחו באירוע הייסוד אך שלחו הסכמתן בכתב וכך נכללה ישראל בין עשר המדינות הראשונות שהיו חברות בארגון הבינלאומי.⁵ את חברות הארגון הישראלי בארגון הבינלאומי פרשו החברות בישראל כהכרה בינלאומית של הארגונים לריפוי בעיסוק הנחשבים בעולם ברמתו הגבוהה של המקצוע בארץ.⁶

מרפאות בעיסוק מישראל השתתפו בכנסים בינלאומיים, ברוב המקרים במימון עצמי.⁷ נציגת הארגון הישראלי השתתפה בקונגרס הבינלאומי הראשון של הארגון הבינלאומי שהתקיים באוגוסט 1954.⁸ עם חזרתה לארץ, העלתה הנציגה על את רשמיה הכתב והפיצה אותם בקרב חברות הארגון.

הארגון הישראלי שלח נציגה להשתתף בקונגרס הבינלאומי השני שנערך באוגוסט 1958 בקופנהגן במעמד יושבת ראש הארגון, הלן ספקמן.⁹ בקונגרס השתתפו 700 מרפאות בעיסוק, שייצגו שלושים מדינות. הגידול במספר המרפאות בעיסוק והארגונים שהשתתפו בקונגרס, העיד

¹ בנושא הקמת הארגון הישראלי לריפוי בעיסוק ראו עמ' 76.

² ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, תקנות ארגון המוסמכים לריפוי בעיסוק 1949, מטרה ג'.

³ World Federation of Occupational Therapists

⁴ לאה לוי ואילנה מאי-ורדי היו ייצגו את הארגון הישראלי בפגישה. זוסמן, ני (1993). עמ' H154

⁵ שם, שם.

⁶ גנזך ג- 138/7, מכתב משושנה כהן, יור הארגון לד"ר נוימן במשרד הבריאות בתאריך 24/11/54.

⁷ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, קלטת שמע, ריאיון עם חוה אלקן 1988, ראינה נירה זוסמן.

⁸ רות שמאע, בוגרת הקורס השני שעבדה בכפר שאול הייתה נציגת הארגון. גנזך ג- 4237/14 סיכום ביקור בבתי חולים לחולי נפש באנגליה והשתתפות בקונגרס הבינלאומי בשנת 1954.

⁹ מאירה קנטור הייתה נציגת הארגון הישראלי בקונגרס בשנת 1958. קנטור, מ' (1959). עמ' 15-19.

על חשיבות הנושאים שעלו בקונגרס זה ועל המעמד שקבל הארגון הבינלאומי. הנושאים שהוצגו בקונגרס היו חינוך מרפאות בעיסוק, שיקום ילדים, טיפול בנפגעי שיתוק מוחין, שיקום פסיכיאטרי, טיפול ריפוי בעיסוק במוסדות גריאטריים, בתי מלאכה מוגנים, ביטוח מקצועי, תשלום פרטי והנושא האחרון אשר מעיד על התפתחות האקדמית של המקצוע בארצות הברית היה דרכי המחקר בשטח הריפוי בעיסוק. ההשתתפות בקונגרס אפשרה לנציגות הישראליות לחלוק ידע עם מרפאות בעיסוק ממדינות שונות, על פי ההתמחויות השונות במקצוע "המפגש עם נציגי הארצות השונות ואפשרות של החלפת דעות וניסיון".¹⁰ יתרה מזאת, בקונגרס עלו גם קשיים ובעיות מקצועיות הן בקליניקות בשטח והן במסגרות ההכשרה "הבעיות המעסיקות אנשי מקצוע בכל העולם זהות במידה מסוימת לבעיותינו אנו".¹¹ העובדה כי מרפאות בעיסוק ממקומות שונים חוות קשיים ובעיות מקצועיות זהות לבעיות המקצועיות עימן התמודדו מרפאות בעיסוק בישראל, אפשרה שיתוף בידע ובפתרונות.

נציגות הארגון הישראלי המשיכו לקחת חלק פעיל ולהשתתף בכנסים ובפגישות המועצה של הארגון הבינלאומי ובקונגרסים בשנים 1962, 1966, 1968, 1974.¹² השתתפות זו מעידה על מעורבותן בפעילות הארגון הבינלאומי ועל רצוןן ללמוד מהנעשה בארצות שונות כדי להמשיך ולפתח את המקצוע לאור ההתקדמות המקצועית. בקונגרסים הבינלאומיים נדונו נושאים בעלי עניין למרפאות בעיסוק ממדינות שונות, ביניהם הצורך בשימוש בטרמינולוגיה אחידה ובסטנדרטיזציה בינלאומית. כמו כן, עלה נושא התאמת שם המקצוע למהותו. מרפאות בעיסוק מכל רחבי העולם חשו כי שם המקצוע אינו מיצג באור נכון אותו.¹³

נציגות ישראליות השתתפו בישיבה העשירית של הארגון הבינלאומי שהתקיימה באוסלו, בישיבה נבחרה לוי לעורכת News letter- מידעון בינלאומי להחלפת מידע וניסיון קליני בין הארגונים בארצות שונות.¹⁴ לוי לקחה חלק גם במועצה בשנת 1974 והציעה ליצור סטנדרטים אחידים לקביעת היחס בין מספר החולים לכל מטפל וגודל החדר הדרוש לקיום סוגי טיפול שונים. לוי המליצה להרחיב אפשרויות לקידום המחקר המקצועי ולהשתמש באמצעי התקשורת וביחסי ציבור כדי לשפר את הדימוי המקצועי של המקצוע. בקונגרס הרביעי של הארגון הבינלאומי שנערך בוונקובר, מימנה ההסתדרות את השתתפותן של שלוש נציגות מישראל,¹⁵ בקונגרס זה החלו ההכנות לקונגרס החמישי, שתוכנן להתקיים בירושלים במרץ 1978.¹⁶ השתתפותן הפעילה של נציגות ישראל בקונגרסים ובישיבות הארגון הבינלאומי מעידה על היותן חלק אינטגרלי ותורם בארגון הבינלאומי.

¹⁰ שם, שם.

¹¹ שם, שם.

¹² ארכיון החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, בן שם, ע', ליבושיצקי, ד', שניידר, א' וזוסמן, נ' (1988). סקירה כרונולוגית של אירועים בארגון הארצי של המרפאים בעיסוק בישראל. (לא פורסם)

¹³ לויטס, י' (1959). עמ' 13-15.

¹⁴ לאה לוי ורות אלבגלי השתתפו בישיבה באוסלו. ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, בן שם, ע', ליבושיצקי, ד', שניידר, א' וזוסמן, נ' (1988).

¹⁵ שם, שם. מרים קליימן, לאה לוי ורות אלבגלי ייצגו את הארגון הישראלי.

¹⁶ שם, שם.

הארגון הישראלי שהחליט לארח את הקונגרס הבינלאומי השביעי בירושלים, ביקש לציין שלוש שנים למקצוע הריפוי בעיסוק בישראל.¹⁷ רות אלבגלי העידה שהיא "נלחמה" כדי שהקונגרס יתקיים בירושלים. לטענתה, באותה תקופה לא הצליחו ארגונים מקצועיים ממקצועות הבריאות לארח כנסים בינלאומיים בירושלים עקב המצב הביטחוני. ביום פתיחת הקונגרס אירע הפיגוע בכביש החוף (מרץ 1978) ועל אף המתח והאבל הקונגרס התקיים כסדרו בירושלים, בירת ישראל והעיר בה נוסד המקצוע בישראל. בקונגרס השתתפו אלף נציגים מהם 450 ישראליות. לאה לוי פתחה את הקונגרס ונעלה אותו בברכות לנציגים בבואם ובצאתם. בקונגרס זה הארגון הישראלי קבל את הגדרת המקצוע שנוסחה בשנת 1976 והפיץ מנשר בינלאומי בנושא שמירה על אתיקה מקצועית בבתי חולים ובמרפאות ומוסדות בקהילה.¹⁸

המעורבות הרבה של הישראליות בכנסים בינלאומיים, וגולת הכותרת של המעורבות שניכרה בקונגרס בירושלים, מצביעות על ההכרה במקצוע בישראל בקרב ארגונים ברחבי העולם; הכרה שהגיעה על אף היות הארגון צעיר למדי, יש בה כדי להצביע על רמתו הגבוהה. כמו כן היא תרמה לפיתוח המקצוע: הארגון הישראלי היה מחויב לעמידה בסטנדרטים שקבע הארגון הבינלאומי, ידע תיאורטי וניסיון מעשי עברו בין משתתפות הכנסים הבינלאומיים והעשירו את המרפאות בעיסוק הישראליות.

2. הצטרפות הארגון להסתדרות העובדים - רצון לעגן את זכויות המרפאות בעיסוק

כדי לשפר את תנאי השכר ולקבל את הגנתו וסיועו של איגוד מקצועי, הוחלט בארגון המרפאים בעיסוק בישראל להצטרף בשנת 1954 להסתדרות העובדים הכללית.¹⁹ ההצטרפות לוותה בהסתייגויות רבות ובלבטים שכן היה רצון לשמור על עצמאות מקצועית. ההצטרפות התאפשרה לאחר "שהובטחה עצמאות בהחלטות המקצועיות ושמירה על זכותו של הפרט שלא להצטרף להסתדרות".²⁰ לרשות הארגון הועמדו תקציב, גיבוי מקצועי במאבקי שכר ומזכיר, עו"ד שור, שהיה עסקן הסתדרותי והיה ממונה על מקצועות הבריאות.²¹ ההצטרפות להסתדרות לא הייתה ייחודית לארגון המרפאים בעיסוק, באותה תקופה הצטרפו המורים ועובדי מקצועות הבריאות להסתדרות על מנת לעגן ולארגן את זכויות העובדים.²²

ההצטרפות להסתדרות הביאה לשינויים בתקנון.²³ המטרה הראשונה של הארגון נשארה זהה לתקנון שחובר בשנת 1949 והייתה לייסד ארגון מקצועי שיהיה "ארגון של כל העובדים במקצוע ריפוי בעיסוק".²⁴ המטרה השנייה הייתה לטפל בענייניהם הארגוניים והמקצועיים של

¹⁷ דפי המרפאים בעיסוק, (מאי 1975). לא מצוין שם הכותב, ייתכן ונכתב על ידי לאה לוי- עורכת.

¹⁸ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה. בן שם, ע', ליבושיצקי, ד', שניידר, א' וזוסמן, נ' (1986).; ריאיון עם רות אלבגלי, 1/3/11.

¹⁹ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, קלטת שמע- ריאיון עם מרים קליימן, 1988. ראינה נירה זוסמן.

²⁰ זוסמן, נ' (1993). עמ' H154

²¹ בן-שם, ע', ליבושיצקי, ד', שניידר, א' וזוסמן, נ' (1986).; זוסמן, נ' (1993).

²² זוסמן, נ' (1993).

²³ נעשו שינויים במטרות הארגון שנקבעו בטקס הסיום של הקורס הראשון בשנת 1949. להלן עמ' 76.

²⁴ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, תקנון הארגון הארצי של המרפאים בעיסוק בישראל, מאי 1954.

חברי הארגון.²⁵ בהשוואה לתקנון הראשון הושמטו הפצת המקצוע והסברתו ואת מקומם תפס תפקיד הארגון כנותן חסות לעובדים וככתובת בנושאי שכר ודרוג לצורך קביעת שכר.

ארבע המטרות הבאות שנקבעו בתקנון, עסקו בקידום המקצוע על ידי השתלמויות מחקר הוראה והדרכה, בפיקוח על עבודתם המקצועית של חברי הארגון, בהתחייבות לערוך ימי עיון וכנסים מקצועיים, בהוצאת בטאון מקצועי והפצת ספרות מקצועית. מטרות שיש בהן כדי להעיד על הרצון לשמור על רמה מקצועית גבוהה באמצעות הפצת ידע וניסיון מקצועי בין חברות הארגון. לתקנון נוספה מטרה בנושא החקיקה: הארגון לקח על עצמו לפעול לחקיקה אשר תוביל להגדרת מסגרת מקצועית נאותה.²⁶ במטרה ליצור הפרדה בין המרפאות בעיסוק המוסמכות לעובדים הלא מוסמכים ולעגן את מעמד המוסמכים ברישום מסודר במשרד הבריאות.

נעשה שינוי ברוח הזמן גם בסעיף המגדיר מי זכאי להיות חבר בארגון. לפי התקנון החדש, עובדים לא מוסמכים שסיימו קורס להכשרת עובדים מעשיים בארץ או בחו"ל הורשו להגיש בקשה למזכירות הארגון להתקבל לארגון. גם אחים ואחיות מעשיים שעבדו חמש שנים רצופות במחלקות או ביחידות לריפוי בעיסוק הורשו להגיש למזכירות בקשות להצטרף לארגון.²⁷ במאי 1955 נוספו לתקנון קריטריונים שהגדירו מי נחשב "חבר מוסמך" בארגון וקבעו כי לועד הארגון יכולים להיבחר רק חברים מוסמכים.²⁸ זק"ש הבהירה כי בפועל היו שני מעמדות בארגון ורק מרפאים בעיסוק מוסמכים נחשבו חברים פעילים ויכלו לבחור ולהיבחר למוסדות הארגון.²⁹ בתקנון המחודש הוגדרו התנאים להפסקת חברות בארגון, נקבעו מבנה ומוסדות הארגון הארציים והמחוזיים ותדירות ישיבותיהם. מלבד תפקיד המזכיר, שאר התפקידים בארגון מולאו בהתנדבות על ידי חברות הארגון.³⁰ התקנון המחודש משקף את שיח התקופה, הנושא הבעייתי היה מעמד העובדים הלא מוסמכים, הקשר בינם למרפאות בעיסוק המוסמכות וההשלכות של הפער המספרי בין המוסמכות לעובדים הלא מוסמכים על מעמד ודימוי המקצוע, כפי שיוצג בפסקאות הבאות.

3. עובדים לא מוסמכים

*"עובדים לא מוסמכים היו החלק הארי של העובדים בבתי החולים הפסיכיאטריים והגריאטריים"*³¹

נושא העובדים הלא מוסמכים העסיק רבות את הארגון לריפוי בעיסוק. העובדים הלא מוסמכים היו בעלי ידע בתחומי היצירה והמלאכות השונות אך חסרי ידע בתחומי הרפואה והבריאות. רוב העובדים הלא מוסמכים היו מורים/ות למלאכה, בעלי מלאכה או אומנים שהפעילו את החולים במחלקות הריפוי בעיסוק. היחס בין מספר העובדים הלא מוסמכים לעובדים המוסמכים בשנות

²⁵ שם, שם.

²⁶ שם, שם.

²⁷ שם, סעיף 3 ב', ג'.

²⁸ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, 'הצעות לתוספות ותיקון התקנון, כפי שהוצע על ידי הוועד ביום 3/5/55.

²⁹ Sachs, D. & Sussman, N. (1995)B.

³⁰ זוסמן, נ' (1993).

³¹ ריאיון עם ברכה אנגלרד-ברכה, 12/3/12.

החמישים היה מרפאה בעיסוק מוסמכת לעשרה-עשרים עובדים לא מוסמכים. (1: 10-20) עובדה שגרמה לבעיות בדימוי ובמעמד המקצועי של המרפאים בעיסוק. תופעת העובדים המעשיים הלא-מוסמכים נפוצה בעיקר במוסדות מלב"ן ומשרד הבריאות. כדי לחזק את המקצוע מונו מרפאות בעיסוק מוסמכות למפקחות שהדריכו את העובדים הלא מוסמכים.³²

בארצות הברית, היה מעמד מוסדר לאסיסטנטים לריפוי בעיסוק וקורסים לאסיסטנטים נלמדו באופן קבוע, עובדה שעיגנה את מעמדם המקצועי והגדירה איזה סוגי טיפולים אסיסטנטים מורשים לתת ובהדרגת מי. בישראל הוצעה אפשרות זו ונדחתה על הסף מספר פעמים. בעיקר עקב החשש שאפשרות זו תאפשר להכניס למחלקות הריפוי בעיסוק עובדים שהוכשרו בלימודים מקוצרים, תפחית את הצורך הנוצר במרפאות בעיסוק מוסמכות ובעקיפין תדחה את תהליך השגת מעמד אקדמי למקצוע.³⁴ כדי לענות על הצורך בכח אדם מקצועי בשטח נפתחו בבתי חולים פסיכיאטריים קורסים מזורזים להכשרת עובדים לא מוסמכים, שארכו בין ששה שבועות לשלושה חדשים, הקורס הראשון נפתח בכפר שאול.³⁵ בארגון הקורסים הושקעו מחשבה ומשאבים כדי לקדם עבודה מסודרת ולפתח טפסים לתכנון העבודה ולמעקב אחר התקדמות המטופלים ואחר עבודת העובדים הלא מוסמכים.³⁶ בשנת 1953 נפתח קורס מקוצר שארך שנה להכשרת מרפאים בעיסוק בתחום הפסיכיאטרי בבית החולים באר יעקב.³⁷ קורס זה היה בלעדי ולא נוספו עוד קורסים שארכו שנה. כאשר נשאלה יעל יואלית, המפקחת על הריפוי בעיסוק במשרד הבריאות מדוע לא נפתחו עוד קורסים שארכו שנה הסבירה לאחר שנים "הקורס לא הצדיק את קיומו ולא נפתחו קורסים נוספים".³⁸ לא ברור מדוע סברה שהקורס לא הצדיק את קיומו. שושנה כהן, בוגרת הקורס הראשון, מפקחת במלב"ן ונציגת הארגון לריפוי בעיסוק, העלתה בישיבת וועדת הקורס את הנושא.³⁹ כהן סברה שיש לארגן קורסים נוספים ולאפשר לעובדים לא מוסמכים לרכוש ידע, כיון שבפועל הם נשאו באחריות לטיפול בחולים. הועדה דחתה את הצעתה של כהן בנימוק שיש לשמור על הרמה המקצועית. את הפתרון תלו במישור המקומי, כל מוסד חויב לדאוג להשתלמויות מקצועיות לעובדיו.⁴⁰

בעיית כוח האדם הלא מוסמך הייתה כה קרדינלית שהיא עלתה שוב בישיבת ועדת הקורס לריפוי בעיסוק בשנת 1959.⁴¹ ד"ר שור, נציג הארגון שיתף את הועדה בהצעה לערוך קורס מרוכז של לימודים במשך שלושה חדשים רצופים למשך שלוש שנים להסמכת עובדים מעשיים. שור הציע את האפשרות מטעם הארגון כדי לפתור את בעייתם של עובדים מעשיים שבמהלך השנים

³² זוסמן, נ' (1993).

³³ Sachs, D. & Sussman N. (1995)B.

³⁴ גא"ע 24491/72-73, דברי פרופסור גיונסון בפני הפקולטה לרפואה והדיון שנערך בעקבות הצעתה, בתאריך 27/5/73.

³⁵ ריאיון עם יעל יואלית, מרץ 1988, ראייתה נירה זוסמן.

³⁶ ריאיון עם ברכה אנגלרד-ברכה, 12/3/12.

³⁷ 84 p. (1989). Sussman, N. ; קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). עמ' 189 ; רומם, פ' (2012). עמ' 40.

³⁸ ארכיון ביה"ס לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הועדה המנהל מתאריך 2/1/73.

³⁹ אצ"מ J113/1978, פרוטוקול ישיבת הועדה לקורס לריפוי בעיסוק בתאריך 28/2/54.

⁴⁰ שם, שם.

⁴¹ אצ"מ J113/1980, פרוטוקול ישיבת הועדה המורחבת לקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 25/11/59.

עבדו במוסדות, רכשו ניסיון בעבודתם ורצו ללמוד ולהתקדם. חמישים עובדים פנו בבקשה ללמוד בקורס ואולם, רק שנים עשר מהם היו בעלי השכלה כללית שהתאימה לדרישות הקבלה. פרופסור אדלר בקש מחברי הועדה לאפשר לימודים למי שראוי לכך אך לבדוק כל מקרה לגופו כדי לשמור על הרמה המקצועית מחד גיסא ולסייע למצוקת כוח האדם מאידך גיסא.⁴² הקורס לא נפתח והבעיה לא נפתרה.

הריפוי בעיסוק לא היה המקצוע היחיד בו הוכנסו עובדים לא מוסמכים לעבודה בשנות החמישים. רייכל אשר חקרה את מערכת החינוך הישראלית, ציינה כי עם העלייה הגדולה הוכשרו מורים ומורות באופן מאולתר ולמערכת החינוך הישראלית הוכנסו מורים חסרי הכשרה.⁴³ אריאב וגרינפלד מצאו כי כניסת מורים חסרי השכלה מקצועית להוראה גרמה לירידת במעמד המקצוע.⁴⁴ שפירו ציין כי עם תום מלחמת העצמאות, עליית ניצולי השואה וקהילות שלמות מארצות האיסלאם היה צורך מידי בעובדים סוציאליים. כדי להתגבר על המחסור בעובדים הוכנסו לעבודה עובדים לא מוסמכים ובמקביל הורחבו שתי מסגרות ההכשרה ונפתח קורס מקוצר לעובדים סוציאליים.⁴⁵ במקצוע הסיעוד, יזם ארגון מלב"ן פתיחת קורסים לאחיות מעשיות, כדי להכשיר אחיות לעבודה עם העולים החדשים.⁴⁶ הפער המספרי בין האחיות המוסמכות והאחיות המעשיות החריף. ריבוי האחיות המעשיות שעבדו בשטח גרם לחוסר הבחנה ברורה בין התפקידים והסמכויות של האחיות המעשיות והמוסמכות. שחף טוענת כי ההכשרה המהירה של אחיות מעשיות והיותן הרוב במקצוע הסיעוד גרמו לירידה ביוקרת המקצוע ולנשירה מהמקצוע.⁴⁷ מצב החרום הלאומי והצורך בנותני שירות במקצועות הבריאות החינוך והסעד הביאה לזניחת ערכים מקצועיים, שטמנו בחובם גם העסקת אנשי מקצוע בלבד; ערכים ששקפו את תפיסת הדסה לפתח בישראל מערכות הכשרה אליטיסטיות במקצועות הבריאות ולגייס כח אדם איכותי למקצועות העזר ברפואה. התופעה של עובדים לא מוסמכים אופיינית למצבי חרום, כפי שהיה במדינת ישראל עם גלי העלייה הגדולה. עם זאת, הפתרון הזמני בהכנסת עובדים לא מקצועיים למערכות הבריאות החינוך והסעד היה בעכרי אנשי המקצוע וגרם לירידה בדימוי המקצוע וביוקרתו. עבודת העובדים הלא מוסמכים במחלקות לריפוי בעיסוק "הרסה את הדימוי של המקצוע, ריפוי בעיסוק נתפס כעבודות יד בלבד והרופאים לא ראו את התועלת בתיאוריה המקצועית", כפי שטענה ברכה אנגלרד.⁴⁸

⁴² שם, שם.

⁴³ רייכל, נ' (תשס"ח). עמ' 125 - 128.

⁴⁴ אריאב, ת' וגרינפלד, נ' (2007).

⁴⁵ שפירו, ש' (2010). עמ' 29 - 47.

⁴⁶ לדוגמה, מתוך 239 אחיות שעבדו במוסדות מלב"ן בשנת 1953, רק 39 היו מוסמכות. ראו רומם, פ' (2012). עמ' 38 - 41, 116 - 117.

⁴⁷ שחף, ש' (2014). עמ' 21 - 29.

⁴⁸ ריאיון עם ברכה אנגלרד - ברכה, 12/3/12.

4. מאמצים לשיפור תנאי שכר

"עדיפות ראשונה יש לתת לכך שלכל אחד
העוסק במקצוע זה, אם גבר או אם אשה, תהיה
משכורת שאפשר לפרנס בה משפחה."⁴⁹

נושא מרכזי שהעסיק את הארגון היה שיפור תנאי השכר שהיה נמוך יחסית בהשוואה לשכר אחיות או עובדי הוראה, גם לשם כך הצטרף הארגון להסתדרות העובדים. בתחילה דורגו המרפאות בעיסוק בדרוג אחיות, ושכרן היה זהה לזה של האחיות.⁵⁰ בשנת 1956 בעקבות יזמת הסתדרות האחיות, הופרד דרוג המרפאות בעיסוק מדרוג האחיות, הפרדה שיצרה הרעה בתנאי השכר:⁵¹ רק שכר היסוד הוצמד לדרוג האחיות; ללא תוספות בגין ותק וללא תוספת בית חולים. בנוסף, מרפאות בעיסוק לא יכלו להתקדם מעבר לדרגה ד' בדרוג האחיות.⁵² השוואה נוספת עם דרוג שכר המחנכים המוסמכים בשנת 1961 מוכיחה את הפער העצום בין שכר מורים מוסמכים בתפקידי חינוך (ללא תואר ראשון או שני) למרפאות בעיסוק מוסמכות.⁵³ ארגון המרפאות בעיסוק חבר לארגון הפיזיותרפיסטים ויחד פנו לנציבות שירות המדינה בקריאה להקים וועדה לפתח דרוג מקצועי אחיד,⁵⁴ ולטפל בשכר ובתנאי העבודה של מקצועות העזר הרפואיים.⁵⁵ פניות בנושא שכר הופיעו שוב בשנים הבאות, אולם לא נענו.⁵⁶

בסוף שנת 1960 עדיין לא הושג שיפור בתנאי השכר, הארגונים ניצלו את קורת הגג של ההסתדרות ואיימו לפתוח בשביתה.⁵⁷ היזמה לשביתה הראשונה נעשתה בשיתוף פעולה בין כוחות העזר והמרפאות בעיסוק בבית החולים לחולי נפש מזרע בצפון. בקיץ 1961 החליט ועד הפעולה של כוחות העזר והמרפאים בעיסוק לשבות עד למילוי דרישותיהם, בהן: תוספת בית חולים, תוספת לעבודה בשעות קיץ וחופשה שנתית.⁵⁸

הסתדרות האחיות השיגה לאחיות בתי החולים תוספת תשלום בגין עבודתן בבית חולים. נציגי הריפוי בעיסוק והפיזיותרפיה שעבדו בבתי חולים בקשו לקבל תוספת זו.⁵⁹ הוועדה הבין מוסדית שהוקמה לטיפול בפניית הארגונים דחתה פעמיים את תביעת הארגונים לתשלום תוספת

⁴⁹ גנזך כ-214/1, פרוטוקול מס' 8 מיום 19.3.74, דברי חבר הוועדה פרידמן עמ' 8.

⁵⁰ בהתאם לדרישתה של גב' בלום. ראו שער ראשון פרק עמ' 42.

⁵¹ לחלן טבלה השוואתית בנספח מספר 6, המבוססת על טבלאות שכר ומסמכים מראשית שנות השישים. גנזך גל-3488/3 דרוג אחיות בתוקף למפרע מיום 1/9/58; גנזך גל-3444/1, דרוג ותנאי עבודה פיזיותרפיסטים ועובדי ריפוי בעיסוק מיום 13/6/60.

⁵² שכר זה הקביל לדרגה ד' אחיות- ללא תוספות ותק. השכר המקסימלי שקבלו מרפאות בעיסוק בודדות בדרוג אישי לא עלה על 140 ל"י בשנת 1961 גנזך גל 3444/1, יעל יואלית לעליזה קרני מיום 31/1/61. "הדרגה הגבוהה ביותר הנתנת היום לעובד בבית חולים היא 140 ל"י יסודי". גנזך גל 3444/1, ריפוי בעיסוק בדרוג אישי 2/4/61.

⁵³ ארכיון הסתדרות המורים, דרוגי שכר מחנכים, לפי הסכם השכר מיום 31/12/61.

⁵⁴ גנזך גל 3444/1, דרוג הפיזיותרפיסטים והמרפאים בעיסוק מיום 2/5/56.

⁵⁵ גנזך ג-5149/6, מכתב שנשלח להנהלת משרד הבריאות בתאריך 15/5/56.

⁵⁶ גנזך ג-5149/6.

⁵⁷ גנזך גל-3444/1, איומים לשביתה בתאריך 30/12/62.

⁵⁸ גנזך גל-3444/1, מכתב ועד הפעולה להנהלת משרד הבריאות בירושלים בתאריך 9/7/61.

⁵⁹ גנזך גל 3444/1, מכתב מהארגון לריפוי בעיסוק בתאריך 14/12/62.

זו,⁶⁰ לאחר משא ומתן נענה מרכז קופת חולים לבקשה לשלם לעובדי מקצועות העוזר ברפואה שהועסקו בבתי חולים את התוספת, נציגי שאר המוסדות לא הסכימו. ד"ר שור, נציג הארגון לריפוי בעיסוק פנה לנציבות שירות המדינה, למשרד הבריאות ולהנהלת הדסה ולמרכז מלב"ן והודיע על הכוונה לשבות בגין אי תשלום התוספת.⁶¹ ואכן, הארגונים המקצועיים של הריפוי בעיסוק והפיזיותרפיה הכריזו על שביתה כללית בתאריך 30/12/62.⁶² בלה אפרתי, שעבדה בכפר שאול העידה "פעם אחת עשינו (מרפאות בעיסוק, פיזיותרפיסטים וטכנאי רנטגן) שביתה והיינו מאוד גאים". לא ברור לאורך כמה ימים נמשכה השביתה, אך היא השיגה את מטרתה שכן, החלו לנהל משא ומתן עם הארגונים. ארגון המוסמכים לריפוי בעיסוק והארגון הארצי לפיזיותרפיה פנו לנציבות המדינה לברור חוזר בנושא תנאי ההעסקה והדגישו את הצורך בקביעת דרוג עבודה מותאם לדרישות המיוחדות של שני המקצועות.⁶³ למרות שנציגי נציבות המדינה נכנסו למשא ומתן הם טרחו להבהיר לנציגי הארגונים את מעמדם ואת העובדה שעובדי מקצועות הבריאות לא היו מספיק חשובים למשק הישראלי בשנות השישים.⁶⁴

ההיבט המגדרי נתן אותותיו ועלה בבקשה לשינוי תנאי עבודה. בתחילת שנות השישים שבוע העבודה בדרוג המרפאות בעיסוק עמד על ארבעים שעות שבועיות.⁶⁵ הצרוף בין שבוע עבודה מלא ואימהות לילדים צעירים הקשה על אימהות להמשיך ולעבוד במקצוע. בבית החולים הדסה נעשו ניסיונות להשוות את שעות העבודה היומיות של מרפאות בעיסוק, אימהות לשני ילדים מתחת לגיל חמש, לשעות העבודה של אחיות במצב משפחתי זהה.⁶⁶ היזמה הצליחה, ההנהלה אפשרה למרפאות בעיסוק שהיו מטופלות בילדים צעירים להפחית את מספר שעות העבודה היומיות.⁶⁷ בשאר המוסדות הבעיה החמירה. מרפאות בעיסוק שנשאו וילדו ילדים נאלצו לעזוב את מקומות העבודה כיון שלא הרוויחו מספיק, משכורותיהן לא כיסו את ההוצאות המשפחתיות בגין העסקת מטפלות. יעל יואלית, המפקחת במשרד הבריאות הסבה את תשומת לב מנהלי המשרד לבעיה שהחריפה ולהשלכותיה על החוסר בכח אדם מקצועי. בעקבות פנייתה אישר מנגנון משרד הבריאות להעסיק מרפאות בעיסוק בחלקיות משרה. כך נמצא פתרון לאימהות עובדות שלא רצו להתחייב לעבוד שבוע עבודה מלא.⁶⁸ הצורך בפתרון היה דחוף בעיקר בהשוואה לזמן ולמקום. בשנות החמישים, נשים היו רבע מכלל המשתתפים בכח העבודה בישראל.⁶⁹ בשנת 1967, רק

⁶⁰ גנזך גל , 3444/1, מכתב לנציבות שירות המדינה, משרד הבריאות, מרכז קופת חולים, מרכז מלב"ן והנהלת הדסה בתאריך 26/7/62.

⁶¹ גנזך גל 3444/1, מד"ר שור לנציבות שירות המדינה, משרד הבריאות, מרכז מלב"ן והנהלת הדסה בתאריך 21/12/62.

⁶² גנזך גל 3444/1, מכתב לנציבות שירות המדינה בתאריך 20/12/62.

⁶³ אצ"מ J113/1979, מכתב מגבי פרידל אלנבוך, נציגת הארגונים להנהלת הדסה, נציבות המדינה, הנהלת מלב"ן והנהלת קופת חולים הכללית בתאריך 12/6/56.

⁶⁴ ריאיון עם בלה אפרתי, 10/6/13. "הייתי בועדה של ההסכם הקיבוצי הראשון, כאשר נפגשנו עם נציבי שירות המדינה הוא שאל: סליחה? אתם פועלי נמל? אתם רק מרפאים בעיסוק"

⁶⁵ גנזך ג- 5149/6.

⁶⁶ אצ"מ J113/1980, פרוטוקול ישיבה עם ועד העובדים בהדסה בתאריך 31/5/58.

⁶⁷ אצ"מ J113/1980, פרוטוקול ישיבה בין ועד העובדים בהדסה להנהלה בתאריך 31/1/58.

⁶⁸ גנזך גל- 3444/1, תכתובת בין יעל יואלית לסגן המנהל הכללי במשרד הבריאות בתאריכים 26/9/60, 23/5/60.

⁶⁹ סחייק, ר' וזנטי, ס' (2008). סטטיסטיקל 80, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, עמ' 8. נדלה בתאריך 9/7/13 http://www.cbs.gov.il/statistical/statistical60_heb.pdf.

28.6% אחוזים מכלל הנשים עבדו מחוץ לביתן. מספר הנשים הנשואות שעבדו היה נמוך יותר, רק 25.3% אחוזים מכלל הנשים הנשואות נמנו עם כח העבודה האזרחי. רוב הנשים בישראל תפקדו כעקרות בית במשרה מלאה, גברים רבים התנגדו ליציאת נשיהן לעבודה בעיקר לאחר הולדת ילדים.⁷⁰ נשים שיצאו לעבודה ולא הצליחו לכסות את ההוצאות בגין הטיפול בילדים היו בבעיה כפולה: הן היו שונות מרוב החברה הישראלית והמאמץ והמחויבות למקום העבודה לא השתלמו מבחינה כלכלית. הפתרון של משרות חלקיות ענה אפוא על הצורך הן של המקצוע והן של הנשים.

כשם שהיה צריך לטפל בבעיות השכר של נשים צעירות, עלו בעיות בשטח בקרב המרפאות בעיסוק שגילן היה מעל חמישים ובקשו להשוות את תנאי עבודתן עם תנאי האחיות במשרד הבריאות.⁷¹ חלק מועט מהמרפאות בעיסוק בגרו והיה צריך להתאים את תנאי העבודה לגילן כלומר, לקצר את שעות עבודתן. יואלית נמקה את בקשתה לקצר את שעות העבודה של נשים מבוגרות בצורך להגמיש את תנאי העבודה כדי להשאיר מרפאות בעיסוק מוסמכות במערכת.⁷² יואלית הדגישה את השפעת ההיבט המגדרי על המקצוע "רוב העובדים הם ברובם נשים וככל מקצוע שנשים עובדות בו ישנה נשירה גדולה בין העובדים בגלל נישואים ולידות".⁷³

עם מינויה של רות אלבגלי, מרפאה בעיסוק בוגרת קורס ג' לנציגת הארגון בשנת 1962, היא המשיכה לפעול לקביעת דרוג למרפאות בעיסוק במערכת הבריאות. הדרגות בשירות הציבורי לא נקבעו על פי המקצוע אלא לכל עובדת נקבעה דרגה, על פי הירארכיה בין מרפאות בעיסוק מהשורה למפקחות שהיו אחראיות על מספר תקנים.⁷⁴ כאמור, הריפוי בעיסוק חבר למקצועות נוספים בשירותי הבריאות; פיזיותרפיה, טכנאי א,א,ג, וטכנאי חדר ניתוח להשגת מטרה זו.⁷⁵ בשנת 1973 נחתם הסכם שכר בין משרד הבריאות, קופת החולים הכללית הדסה והארגון הארצי של המרפאים בעיסוק. ההסכם כלל את תנאי השכר וההעסקה של מרפאות בעיסוק ואת התוספת לעבודה בבית חולים, תוספת עבור השתלמות ותוספת ליום עבודה מפוצל. שעות העבודה השבועיות קוצרו מ-45 ל-40 שעות בשבוע.⁷⁶ בהסכם משנת 1977 נכללה תוספת וותק, תוספת עבור השכלה אקדמאית, קצובה לרכישת ספרות מקצועית, תוספת השתתפות במעונות לאם לילדים עד גיל 12. ההסכם כלל גם תוספת לעבודה במשמרת ערב ובמשמרות שבת וחג. עובדות בדרגה ז' ומעלה, קבלו אפשרות לקבל תמורה עבור עבודה בשעות נוספות.⁷⁷ נושא ההשתלמות של מרפאות בעיסוק נדון לעומק והוקמה ועדה לקביעת קריטריונים להשתלמות מוכרת, שכללה נציגים של משרד הבריאות, מנהלת בית הספר לריפוי בעיסוק, נציגת הארגון

⁷⁰ יזרעאלי, ד' (1999). עמ' 167-215.

⁷¹ גנזך גל 3444/1, מכתב לנציבות שירות המדינה מתאריך 3/2/61.

⁷² גנזך גל- 3444/1, מכתב ששלחה יעל יואלית למחלקות לריפוי בעיסוק במשרד הבריאות בתאריך 23/5/60.

⁷³ שם, שם.

⁷⁴ ריאיון עם רות אלבגלי, 1/3/11.

⁷⁵ גנזך גל 12134/8, מכתב ממר ריפטיין באמרכלות משרד הבריאות ליחידות המשרד בתאריך 24/4/74.

⁷⁶ גנזך גל 12134/8, ההסכם הקיבוצי בדבר המשכורות ותנאי העבודה של המרפאים בעיסוק שניתם בתאריך 23/8/73.

⁷⁷ גנזך גל 12134/8, הסכם קיבוצי שנערך ונחתם בתאריך 4/8/77; גנזך גל 12134/8, מכתב ממר פרסלר, אמרכל ביה"ח אברבנאל בבת ים למר קליין במשרד הבריאות בתאריך 14/4/74.

ונציגי קופת חולים הכללית.⁷⁸ ועדה נוספת הוקמה כדי לקבוע את התפקוד ומסלולי הקידום במקצוע הריפוי בעיסוק. הועדה קבעה את קצב ההתקדמות בדרגות ופרקי הזמן הדרושים לעלייה בדרגות.⁷⁹ בסוף שנות השבעים עלה מספר הנשים שהשתתפו בשוק העבודה, אך מרפאות בעיסוק מוסמכות היו עדין בין מיעוט הנשים שעבדו לפרנסתן מחוץ לכתלי ביתן. ארגון המרפאות בעיסוק ורות אלבגלי כנציגתו הצליחו לשנות את תנאי העסקה ואת תנאי השכר. השינויים הושגו לאחר משא ומתן מתמשך וכל הטבה שהושגה בתנאי השכר של המרפאות בעיסוק לוותה במאבקים.⁸⁰

5. מאמצי הארגון לשינוי מעמד המקצוע

הקשר של הארגון עם מרפאות בעיסוק בארצות הברית ובאנגליה הניב את ביקורה של גבי גליין אוונס, מנהלת בית הספר לריפוי בעיסוק בליברפול באנגליה ונציגת הארגון הבינלאומי לריפוי בעיסוק וארגון הבריאות העולמי (WHO) שהוזמנה לארץ על ידי ד"ר שור, נציג הארגון ומשרד הבריאות כדי לתת דין וחשבון על רמת המקצוע בישראל. אוונס הגיעה לישראל באוגוסט 1960, כדי לתווך עבורה את השפה ולערוך היכרות עם מבנה מערכת הבריאות, היא לוותה בביקורה על ידי יעל יואלית, מפקחת משרד הבריאות ומרים קליימן, מהארגון לריפוי בעיסוק אותה הכירה אוונס.⁸¹ בדו"ח שרשמה אוונס בתום הביקור היא ציינה את ההתלהבות של מרפאות בעיסוק שפגשה בכל המוסדות בהם סיירה ואת יחסי העבודה הטובים בקרב הצוות שאפשרו עבודה מיטבית למרות שלעיתים התנאים הפיזיים (המבנים) היו בעייתיים. במחנה ישראל התרשמה אוונס מסדנאות הנגרייה ועבודות מתכת בהם הועסקו המטופלים. בבית החולים הפסיכיאטרי בנס ציונה התרשמה במיוחד מהקורסים המשותפים עם משרד העבודה שכללו נגרות ותפירת שמלות. היא ציינה לשבח את "הדלת הפתוחה" בניהול בית החולים והתכוונה בכך לחופש היחסי שניתן למאושפזים. על העבודה בבית לוינסטיין כתבה כי העבודה מתבצעת בה "In traditional lines", ייתכן והתכוונה לשימוש בעבודות יד כאמצעי טיפול והגדירה את עבודות היד ריפוי בעיסוק מסורתי. אוונס שבחה את המחלקה המצוינת לריפוי בעיסוק באסף הרופא, המצוידת במטבח טיפולי מותאם ונגיש וחדר לאביזרים מותאמים לתפקוד יום-יומי.⁸² פרופסור מן העביר את הדו"ח שכתבה אוונס להנהלת הדסה בניו יורק.⁸³ ביקורה של אוונס השיג את מטרתו, היא העריכה את עבודת המרפאות בעיסוק בישראל כמקצועית וציינה את היוזמות המקוריות ששלו בין ריפוי בעיסוק מסורתי לחידושים שהתאימו לזמן ולמקום. הדו"ח שכתבה אוונס חיזק את המרפאות בעיסוק הישראליות אשר קבלו גושפנקא רשמית לעבודתן המקצועית ועיגן את מעמד הארגון הישראלי בארגון הבינלאומי כארגון מקצועי ומעודכן.

⁷⁸ גנזך גל 12134/8, מכתב מרות אלבגלי לפרופי מנצל, מנכ"ל משרד הבריאות בתאריך 18/3/76.

⁷⁹ גנזך גל 12134/8, זכרון דברים מפגישת ועדת התפקוד שהתקיימה בתל אביב בתאריך 9/12/76.

⁸⁰ גנזך גל 12134/8, מכתב מיעל הלוי, מ"מ מפקחת ריפוי בעיסוק במשרד הבריאות למר ריפטיין, סמנכ"ל אמרכלות בתאריך 24/9/74.

⁸¹ אוונס הכירה את קליימן מהשנים בהן למדה מרים קליימן בבית הספר לריפוי בעיסוק בליברפול שהיה בניהולה של אוונס. ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, קלטת שמע, ריאיון עם מרים קליימן 1988, ראינה נירה זוסמן.

⁸² אוונס, ג' (1961). עמ' 27-32; לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 8.

⁸³ אצ"מ J113/1979, פרופסור מן שלח את הדו"ח של גליין אוונס לגבי פרלמן בניו יורק בתאריך 20/2/61.

בשנת 1960 מינה הארגון ועדה במטרה לבחון אפשרויות לקידום נושא ההכרה האקדמית במקצוע. חברות הועדה היו עליזה קרני סגלא מלצר מרים קליימן ויעל יואלית.⁸⁴ מרפאות בעיסוק בכירות במקצוע בעלות מודעות גבוהה לחשיבות הנושא שלחלק מהן היו תארים שניים מאוניברסיטאות בחו"ל.⁸⁵ הן סברו כי יש לקדם את המקצוע באמצעות השגת הכרה אקדמית. לתפיסתן, להכרה אקדמית השפעה חיובית הן על התפתחות התחום וההתמקצעות בו והן על איכות המועמדות שיפנו ללימודי המקצוע.⁸⁶ את נחיצות ההכרה האקדמית תרצו בצורך להשתוות למקצועות אחרים מתחומי הרווחה והבריאות.⁸⁷ עליזה קרני וסגלא מלצר המשיכו לקדם את נושא האקדמיזציה מטעם הארגון הישראלי לריפוי בעיסוק.⁸⁸ הן הדגישו שההתפתחות בשירותי הרפואה, חדירה של תודעת השיקום והצפי לצרכים עתידיים מנחים אותם בבקשתן לפתח את המקצוע.⁸⁹

בשנת 1970 הרחיבה רות אלבגלי את היקף עבודתה בארגון, נתמנתה למזכירת הארגון בהסתדרות והייתה המרפאה בעיסוק הראשונה שהקדישה את כל פועלה המקצועי לתחום הארגון המקצועי.⁹⁰ אלבגלי החליפה את עליזה קרני וסגלא מלצר שהיו אחראיות לקידום נושא ההכרה האקדמית.⁹¹ לאחר שפניות הארגון לשר הבריאות, לשר העבודה, למשרד החינוך והתרבות ולמוסדות הבריאות אשר הקימו את בית הספר לריפוי בעיסוק לא נענו, בחר הארגון לפנות לכנסת במרץ 1973.⁹² הפניה באה כדי למצוא פתרון לבעיית מעמד המקצוע, לחוסר המתמשך בכח אדם מוסמך ומקצועי ולקושי לקבל הכרה אקדמית.⁹³ נושא מעמדם של עובדי ריפוי בעיסוק עלה לראשונה בישיבת ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת השביעית בשנת 1973.⁹⁴ בישיבה לא השתתפו נציגות מהמקצוע אלא נציגי משרדי הבריאות הביטחון והמשפטים. ישיבה בודדת בנושא לא הספיקה, שתי פגישות נוספות של הועדה עסקו במעמד המקצוע ובהן השתתפו נציגת הארגון רות אלבגלי, נציגי הועדה המנהלת של בית הספר ומפקחות משרד הבריאות וקופת חולים כללית, אשר הצליחו להביא נתונים בפני הועדה ולגיס תמיכה לשינויים משמעותיים:⁹⁵ הועדה המליצה

⁸⁴ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 7.

⁸⁵ לאה לוי ורולי גולדמן היו בעלות תואר שני בשיקום. Tamir, E. Raveh, M. & Ziff, E. (1985).

⁸⁶ הכט, א' (1961). עמ' ד-ז.

⁸⁷ שם, שם.

⁸⁸ עליזה קרני, מפקחת ארצית בקופ"ח כללית, בוגרת מחזור ב'. סגלא מלצר, ניהלה את ביה"ס לריפוי בעיסוק בשנים 1960-1962, בוגרת אוניברסיטת ניו יורק.

⁸⁹ החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, מכתב ששלחו סגלא מלצר ועליזה קרני באפריל 1966.

⁹⁰ בן שם, ע', ליבושיצקי, ד', שניידר, א' וזוסמן, נ' (1986).

⁹¹ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מכתב ששלחו קרני וסגלא מלצר בתאריך 7/8/70 לד"ר ד' ברכות, סגן המנהל הכללי במשרד הבריאות ולד"ר י' מרגולין, מנהל רפואי במלבין.

⁹² גנזך גל 12179/11 מכתב ממנכ"ל משרד הבריאות לאלבגלי על תמיכת המשרד בנושא אקדמיזציה.

⁹³ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מכתב לוועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מרות אלבגלי נציגת הארגון לריפוי בעיסוק בתאריך 7/3/73; יוסמן, נ', רצון, נ', ברט, א' וקלנר, ח' (1984). הקמת תכנית ריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב והתהליך לקראת אקדמיזציה, מאמר שנכתב במסגרת לימודי המאסטר באוניברסיטת ניו יורק, 1984.

⁹⁴ ארכיון הכנסת, ארכיון ממוחשב, פרוטוקול הועדה לשירותים ציבוריים מס' 173 מתאריך 19/6/73.

⁹⁵ גנזך כ-214/1, פרוטוקול ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מס' 8 מיום 19.3.74; כ-214/1, פרוטוקול של ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מס' 11 מיום 2/4/74.

לזרז את תהליך האקדמיזציה של המקצוע ולהקים בית ספר לריפוי בעיסוק במרכז הארץ. הועדה בקשה לפנות למשרד הסעד ולמשרד החינוך כדי לאפשר למרפאות בעיסוק לעבוד על תקנים של מרפאים בעיסוק. כמו כן, הוצע לפתוח קורסים כדי להסמיך את העובדים הלא מוסמכים כדי שיקבלו דיפלומה ויוכלו להשתלב בשוק העבודה כמוסמכים ולענות על החוסר בכח אדם מקצועי. הובהר שיש צורך להוציא את הפקוח על המקצוע מתחום בריאות הנפש ולהעבירו לאגף שעומד בפני עצמו. כלומר, להקים שרות לריפוי בעיסוק במשרד הבריאות.⁹⁶ בישיבות הועדה עלו הבעיות הבערות במקצוע. מסקנות הדיונים הכשירו את הקרקע לשינויים נדרשים ומהותיים במקצוע.

אלבגלי לקחה חלק פעיל בוועדות הכנסת אליהן הוזמנו נציגות המקצוע והצליחה לגייס את תמיכת חברי הכנסת לשינויים בניגוד לדעות חלק ממשותפי הועדה שהציעו לפתור את בעיית חוסר כח האדם בהעסקת מורות למלאכה. הסתייגות עקרונית בנושא ההכרה האקדמית העלתה חברת הכנסת אורה נמיר שתהתה "האם הנטייה של כל המקצועות להשיג תארים אקדמאיים אינה פוגעת באיכות הטיפול"? פרופ' נחנזון מנהל בית לוינסטיין שהשתתף בדיון הבהיר שהוא מעדיף עובד בעל תואר אקדמאי, "תואר אקדמאי אינו מוריד מאיכות הטיפול". אלבגלי הדגישה את הצורך בכח אדם מוכשר ומקצועי ופרופסור נחנזון תמך בדעתה "אסור לתת לאדם שאין לו כל חינוך רפואי לטפל בחולה. אנחנו צריכים אנשים שיבינו את החולה, שיבינו את המחלה ואת תהליכיה".⁹⁷

אלא שהחלטות לחוד ויישומן לחוד. במשך זמן רב לא נעשה דבר בכיוון זה. רות אלבגלי המשיכה להעלות את הבעיות איתן התמודד המקצוע ודרשה ממנכ"ל משרד הבריאות הסבר לעיכוב הטיפול בבעיות שהועלו בפני ועדת הכנסת.⁹⁸ אלבגלי דרשה ממנכ"ל משרד הבריאות ליישם את החלטות ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת אשר קבעה כי משרד הבריאות אחראי לקידום המקצוע, הן בקידום תהליך האקדמיזציה והן בהרחבת השירות לריפוי בעיסוק במשרד הבריאות, "אנו רואים הרחבת השירות לריפוי בעיסוק כצורך דחוף ומידי ודורשים התערבותך לשם ביצוע ההחלטה בהקדם האפשרי".⁹⁹ הייתה זו דרישה של הארגון לריפוי בעיסוק שאלבגלי שימשה נציגתו. כנציגת הארגון לאורך שנים נקראה אלבגלי להתמודד עם הבעיות הבערות במקצוע ובכללן החוסר המשוע בכח אדם מקצועי, מעמד המקצוע והקושי להשיג הכרה אקדמית. בתחילה המשיכה אלבגלי את דרכן של קודמותיה בתפקיד, שעשו זאת במקביל לעבודתן כמרפאות בעיסוק במסגרות שונות. כאשר נוכחה אלבגלי שאין מענה, העמידה את הבעיות בחזית וחשפה אותן בפני ועדת הכנסת. גם הטיפול בערוץ זה היה איטי אך השיג את מטרותו. הימצאותה של מרפאה בעיסוק שהקדישה את פועלה המקצועי לקידום המקצוע יצרה שינוי בדפוסי הפעולה של הארגון. אלבגלי הייתה חזרת מודעות ורצון להשיג שינויים בנושאים בהם פעל הארגון לקידום המקצוע. התפתחות התחום היא איפוא תוצר של יוזמות ופעולות בודדות של מרפאות בעיסוק.

⁹⁶ שם, שם.

⁹⁷ גנזך כ-214/1, פרוטוקול מס' 8 מיום 19/3/74, דברי פרופ' נחנזון, עמ' 11.

⁹⁸ גנזך גל 12179/11, מכתב מרות אלבגלי למנכ"ל משרד הבריאות בתאריך 3/9/75.

⁹⁹ גנזך גל 12179/11, מכתב מרות אלבגלי לפרופ' מנצ'ל, מנכ"ל משרד הבריאות בתאריך 22/6/75.

6. ידע הוא כח - השתלמויות וימי עיון

בתקנון הארגון המחודש נכלל ארגון ימי העיון השנתיים למרפאים בעיסוק באחריות הארגון, "פעילות תרבותית מדעית בין החברים על ידי פגישות להחלפת דעות, הרצאות ודיונים"¹⁰⁰. ימי עיון נערכו בכל שנה במרכז הארץ, בתל אביב או בירושלים, באולם של אחד מארבע המוסדות המממנים את הקורס. בדרך כלל נפתח יום העיון בהרצאת המנהל הרפואי. בהמשך הייתה הרצאה מקצועית של רופא או מרפאה בעיסוק ואחר כך לימוד טכניקות חדשות בעבודות יד להעסקת החולים. במהלך השנים תפסו את מקום עבודות היד הרצאות של מרפאות בעיסוק שהדגימו אביזרי עזר חדשים, או שיטות עבודה שהצליחו ליישם בתחום התפקוד היום-יומי (ADL). יום העיון הסתיים באסיפה הכללית של הארגון.¹⁰¹ בימי העיון שתפו נציגות הארגון ומרפאות בעיסוק שהשתתפו בקונגרסים בינלאומיים את חברות הארגון בחוויותיהן ובידע שצברו.¹⁰² מכאן, ימי העיון השנתיים אפשרו למרפאות בעיסוק לחלוק ידע מקצועי ולהתעדכן בהתפתחויות המקצועיות. הנושאים שהוצגו שקפו את התפתחויות המקצוע בעולם.

מלבד ימי העיון השנתיים גם נושא ההשתלמויות המקצועיות היה באחריות הארגון.¹⁰³ בימי העיון השנתיים עלו שאלות בנושא זה: האם לאפשר השתלמויות מקצועיות על חשבון שעות עבודה או בשעות הערב? השאלות בנושא מדגישות כי בשטח היה רצון ללמוד ולהעמיק אך באותן שנים לא היה מבחר קורסים מקצועיים רלוונטיים.¹⁰⁴ לבכירות במקצוע היה ברור הצורך בפיתוח מקצועי. יתרה מזאת, הן היו מודעות למגוון המצומצם של קורסים והשתלמויות בשפה העברית וסברו שניתן להשיג פיתוח מקצועי באמצעות שליטה בשפה האנגלית. לפיכך הציעו "לכלול לימוד מרוכז של השפה האנגלית בשנת הלימודים הראשונה (בלימודים) כדי לאפשר לתלמיד קריאה חופשית של חומר מקצועי".¹⁰⁵

הארגון היה מעורב גם בתחום ההדרכה המקצועית. המפקחות במשרד הבריאות ובקופת חולים ראו עצמן שותפות לפיתוח המקצועי של המרפאות בעיסוק ולקחו חלק בארגון ותכנון ימי עיון והשתלמויות. הצורך ליצור קבוצות עניין בתחומי ההתמחות השונים במקצוע גבר ככל שהאתגרים עימם התמודדו מרפאות בעיסוק גברו, זאת במטרה לשתף בניסיון מקצועי, לספק כלים מקצועיים ולהתעמק בלמידה משותפת. לאחר מלחמת יום הכיפורים הושקעו מאמצים

¹⁰⁰ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, תקנון הארגון סעיף 2 ו'.

¹⁰¹ לדוגמה, יום העיון של שנת 1960 התקיים בבית מלב"ן ברחוב קפלן בתל אביב וארך יומיים. יום העיון נפתח בהרצאתו של פרופסור מרגולץ, המנהל האגף הרפואי במלב"ן בנושא: "גישה חדשה לטיפול בחולה הכרוני", המשך בהרצאה של ד"ר א' גלטנר, מנהל בית החולים אסף הרופא בנושא ליקויים במחזור הדם במוח ובהמשך הרצאה של מר' ה' רוז, אורח מארצות הברית בנושא שיקום עיוורים. בהמשך היו הרצאות של מרפאות בעיסוק על שיטות להשגת התקדמות בטיפול בנושאי ADL, ליבון סוגיית העיסוק בתרבות ובשעות הפנאי של חולים מאושפדים ואסיפה שנושאה היה: "הגדרת הריפוי בעיסוק". ארכיון הגיונט, אוסף מלב"ן, קופסא 57/309/1, תכנית יום עיון ארצי, 5-6 לינואר 1960.

¹⁰² לדוגמה, רות שמעא שתפה בחוויותיה מביקור במוסדות פסיכיאטריים בבריטניה ומהקונגרס בשנת 1954. גנזך ג-4237/14 סיכום ביקור בבתי חולים לחולי נפש באנגליה והשתתפות בקונגרס הבינלאומי בשנת 1954; ביום העיון שהתקיים בנובמבר 1958 שתפו חוה אלקן מאירה קנטור ויעל יואלית ברשמייהן מהכנס הבינלאומי בקופנהגן. אצ"מ J113/1980, מכתב בנושא יום עיון באולם בית ההסתדרות ברחוב שטראוס בירושלים מתאריך 15/10/58.

¹⁰³ הכט, א' (1961). עמ' ד-ז.

¹⁰⁴ היום ניתן משקל רב לפיתוח המקצועי של עובדים במקצועות הבריאות והוא מוגדר "תהליך למידה מסודר, מוגדר בזמן, שמטרתו להעלות את ביצועי העובד ולשפרם". מתוך תפיסה כי הפיתוח המקצועי משפיע על הפיתוח האישי וגורם להעלאת שביעות הרצון של העובד ועל המשך עבודתו במקצוע. תורן, א' ובלבן, ר' (תש"ע). עמ' 152.

¹⁰⁵ הכט, א' (1961). עמ' ה'.

לכנס פגישות עבודה בין מרפאות בעיסוק שעבדו בתחומים זהים, במטרה להקים קבוצות עבודה משותפות.¹⁰⁶ היה זה ניסיון ראשון ליצור קבוצות עבודה על פי התמחויות שונות במקצוע.¹⁰⁷ על מנת לקדם את הרמה המקצועית של המרפאות בעיסוק בישראל, תמך הארגון בהשתלמויות להעמקת הידע בגישות טיפול חדשניות.¹⁰⁸ בנוסף, נפתחו קורסים באדמיניסטרציה לאחריות על מחלקות,¹⁰⁹ במטרה לפתח גופי ידע, עקרונות וסטנדרטים מקצועיים של שירות אחיד.¹¹⁰ הארגון שתף פעולה עם שלושת מוסדות ההכשרה והפיקוח במשרד הבריאות ובקופת חולים בפתיחת הקורס הראשון למדריכות קליניות.¹¹¹ בקורס הוכשרו מרפאות בעיסוק בשדה להדריך את התלמידות בהכשרות הקליניות. ארגון ימי העיון וההשתלמויות היו הכרחיים לשיתוף ידע והעמקה מקצועית, בכך תרם הארגון להעשרה המקצועית של המרפאות בעיסוק.

7. הוצאת כתב עת מקצועי כביטוי לידע מקצועי משותף

אחד מתפקידי הארגון לאורך השנים היה פרסום כתב עת מקצועי,¹¹² בתקנות הארגון נקבע "הוצאת בטאון מקצועי והפצת ספרות מקצועית בין חברי הארגון ובין הקהל הרחב".¹¹³ הידע המקצועי הוא אחד המאפיינים המהותיים בכל מקצוע, כל מקצוע אחראי ליצירת ואצירת ידע המשמש אותו בביצוע עבודתו הייחודית. לכתב עת מקצועי תפקיד חשוב בכך: הוא נותן ביטוי לידע המקצועי המשותף של חברי המקצוע ומאפשר שיתוף והפצת הידע בקרבם; מזמן יצירת שפה מקצועית משותפת אשר מקשרת בין אנשי המקצוע ומשמשת לשיח מקצועי ביניהם, כשהידע המצטבר הוא מאגר מקצועי המכוון את אנשי המקצוע ומועלות בו סוגיות, דילמות ופתרונות. כתב עת מקצועי משמש נדבך ביצירה ובשימור הזיכרון והמורשת הקולקטיבית של המקצוע והוא מעין חלון ראווה בו מציג המקצוע כלפי חבריו וכלפי מקצועות אחרים את הישגיו הייחודיים באמצעות הידע הכתוב המפורסם במאמרים ובדיווחים מן השטח.¹¹⁴ בשל כל אלה יש לו חשיבות רבה.

שלושה סוגי כתבות התפרסמו בכתב העת שגיליונו הראשון יצא לאור בשנת 1950: הראשון, כתבות בנושאי ריפוי בעיסוק בתחום הפיזיקלי הפסיכיאטרי והילדים, עם חלוקה בין תחומי המקצוע. בכתבות אלה הוצגו תיאורי מקרה, אביזרי עזר ואמצעי טיפול שפותחו בארץ. מטרת הכתבות מסוג זה הוא שיתוף הידע לכל חברות הארגון. מיעוט מהכתבות מהסוג הראשון עסקו

¹⁰⁶ יעל הלוי עבדה כממלאת מקום בתפקיד מפקחת על ריפוי בעיסוק במשרד הבריאות, במסגרת תפקידה יזמה את פגישות הלמידה המשותפת. גנוך 12197/22 מכתב מיעל הלוי בתפקיד ממלאת מקום במשרד הבריאות אל בתי חולים ממשלתיים מתאריך 14/8/74.

¹⁰⁷ גנוך 12197/22 מכתב מיעל הלוי בתפקיד ממלאת מקום במשרד הבריאות אל בתי חולים ממשלתיים מתאריך 14/8/74; גנוך גל 15708/11, מכתב מיעל יואלית במשרד הבריאות לעליזה קרני בתאריך 25/9/78.

¹⁰⁸ הארגון היה מעורב בארגון הקורס הראשון בגישת בובאט (NDT- Neuro Developmental Therapy), לטיפול בילדים בשנת 1977 ובקיום הקורס בגישת בובאט (NDT) לטיפול במבוגרים לאחר שבץ מוחי בשנת 1979.

¹⁰⁹ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 8-11.

¹¹⁰ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, העתק הרצאה שנשאה יעל הלוי באוקטובר 1998 בכנס העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק לרגל קבלת "אות המצוינות" בריפוי בעיסוק.

¹¹¹ בן שם, עי', ליבושיצקי, ד', שניידר, א' וזוסמן, נ' (1986).

¹¹² ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, בתקנון שנכתב בשנת 1949 עם ייסוד הארגון נקבע "הארגון יוציא לאור ירחון מקצועי וחמר מקצועי אחר בשפה העברית", סעיף 4 ד'.

¹¹³ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, תקנון הארגון סעיף 2 ז'.

¹¹⁴ בר-גל, ד' (2008). עמ' 363-379.

במלאכות יד. אלה שעסקו במלאכות הציגו את אפשרות הביטוי שמעניקה האומנות לחולים דהיינו, הרווח מהעיסוק היצירתי. לדוגמה, כתבתו של דוד שטיינהרט, מרפא בעסוק "אומנות הציור עם חולי נפש", שבה תאר וניתח את אפשרויות הביטוי שמאפשר הציור.¹¹⁵ הסוג שני של כתבות אפשר לחברות לעקוב אחר פעילות הארגון ולהתעדכן בנושאים מהותיים כהגדרת המקצוע, תוצאות אסיפת הארגון ובחירת סמל חדש לארגון. הסוג השלישי כלל רשמים מסמינרים, קונגרסים וביקורים בחוץ לארץ, בעיקר בבריטניה ובארצות הברית ובקונגרסים הבינלאומיים של המקצוע.¹¹⁶ למרות שהכתבות שהופיעו לא הציגו מחקרים מתודולוגיים, הם כללו תיאורי מקרה, אביזרי עזר, קבוצות טיפוליות וחידושים מקצועיים.

הבטאון הראשון יצא לאור בשנת 1950 ואולם, למרות השאיפה להוציא עלונים בתדירות שנתית, העלון הבא אחריו יצא רק בפברואר 1959. במשך שנתיים יצאו שני גיליונות לשנה ואז שוב הייתה הפסקה עד שנת 1968. זאת בשונה מארצות הברית ובבריטניה שבהן הופיעו כתבי עת מקצועיים באופן רציף. ייתכן והפער בין הרצוי למצוי נעוץ בעובדה שכל פעילויות הארגון היו התנדבותיות. מספר מועט של מרפאות בעיסוק שעבדו במשרות מלאות, התנדבו בזמן הפנוי לקבץ את הכתבות השונות ולערוך את כתב העת המקצועי. עובדה זו השליכה על אי רציפות הופעת הבטאון. חוסר הרציפות בהוצאת כתב העת מאפיין גם את שמו אשר שונה מספר פעמים; עלון מקצועי, ריפוי בעיסוק- עלון מקצועי, בטאון ארגון המוסמכים לריפוי בעיסוק, עלון המרפאים בעיסוק, דפי המרפאים בעיסוק ויהב- ידיעון המרפאים בעיסוק.¹¹⁷

בשנת 1968, במלאות עשרים שנים למקצוע בארץ פורסם גיליון חגיגי שהוקדש להתפתחות המקצוע בארץ. בפתח הגיליון פורסם מאמרו של פרופסור אמיל אדלר על עבודת המרפאים בעיסוק בתוך צוות השיקום. בהמשך הוצגה סקירה על העבודה הקלינית במוסדות קופת חולים, סקירה ושינויים בתכנית הלימודים בבית הספר לריפוי בעיסוק ודיווחים מהשטח הקליני של מרפאות בעיסוק ואנשי צוות שעבדו יחד עם מרפאות בעיסוק, רופא במרכז שיקום, פסיכולוגית ופסיכיאטרים.¹¹⁸ בשנת 1979 הוחלט לשנות את העלון המקצועי לדף מידע. הארגון המשיך להיות אחראי על פרסום דפי המידע והשתמש בהם כדרך להעברת אינפורמציה על פעילויות שוטפות וקורסים וכתחליף לעלון.¹¹⁹ הכתבות שפורסמו בכתב העת בראשית שנות השבעים לא היו במתכונת המקובלת של כתבי עת מקצועיים בהם הופיעו מאמרים מבוססים על מחקר אמפירי מסודר ושיטתי העומד בקריטריונים מדעיים.¹²⁰ רוב החומר שהופיע בכתב העת היה מידע על קורסים, ספרים חדשים, קורסים להעמקה מקצועית ושיתוף מניסיון של מרפאות בעיסוק שעבדו בגישות טיפול שונות. המעבר למקצוע אקדמי והחוסר במאמרים מדעיים מחקריים הביא לשינוי מהות העלון מכתב עת לדף מידע מקצועי.¹²¹ בר גיל טוען שכתב העת

¹¹⁵ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, עלון מקצועי נובמבר 1959.

¹¹⁶ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, רשימת הכתבות שהופיעו בעלון המקצועי בשנים 1950-1978.

¹¹⁷ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה.

¹¹⁸ גולדשמיד, ר' (1968). עמ' 19-28.

¹¹⁹ ארכיון החוג באוניברסיטת חיפה, בן שם, ע', ליבושיצקי, ד', שניידר, א' וזוסמן, נ' (1986).

¹²⁰ בר-גל, ד' (2008). עמ' 363-379.

¹²¹ רק בשנת 1990, עם הקמת העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק, נוסד כתב העת הישראלי לריפוי בעיסוק (IJOT), בו פורסמו ומפורסמים מאמרים מדעיים מבוססים על מחקר אמפירי.

אמור "לאצור את פירות המחקר התיאוריה וחוכמת המעשה ולהעמידם לרשות הפרקטיקה". אולם למעשה כתב העת משקף את הפער המהותי בין התיאוריה לפרקטיקה ואת המתח בין אנשי האקדמיה לאנשי השדה בנושא הרלוונטיות של תיאוריות מקצועיות ליישום בשטח ופתרון בעיות של מטופלים.¹²² הסממן הראשון למתח בין אנשי האקדמיה לאנשי השטח עלה בישיבת הארגון הארצי לריפוי בעיסוק לקראת סיום תהליך האקדמיזציה.¹²³ ייתכן והמעבר מעלון לדף מידע מסמן עוד מתח שהתחיל לבעבע בין מוסדות ההכשרה המקצועית לאנשי השטח במקצוע.

8. תגובת השטח לאקדמיזציה

רעיון האקדמיזציה היה משאת נפש למרפאות בעיסוק בישראל ואולם, כאשר הביצוע התקדם והמאמצים קרמו עור וגידים, עלו התנגדויות בקרב הצוותים המנוסים והוותיקים שעבדו בשטח. החששות שעלו מהשטח היו שיווצרו במקצוע פערים בין המרפאות הצעירות והבוגרות על רקע המעמד האקדמי השונה. עד אז, ההירארכיה המקצועית נקבעה על פי הניסיון המקצועי בשטח. החשש היה שמרפאות בעיסוק בעלות תואר ראשון, תתקשינה לקבל את סמכותן של המרפאות הוותיקות שנעדרו תואר והיו בעלות דיפלומה בלבד. אחת הסיבות שהעצימו את החשש בשנות השבעים הייתה העובדה שבהכשרות הקליניות הדריכו מרפאות בעיסוק מוסמכות את התלמידות שאמורות היו לקבל בקרוב תואר ראשון בריפוי בעיסוק. המתח נבע גם מחשש של מרפאות בעיסוק מנוסות שצעירות המתהדרות בתואר ראשון יתנשאו מעליהן, יזכו לשכר גבוה יותר ולקידום מקצועי.

בפגישה של הארגון לריפוי בעיסוק שהתקיימה לקראת קבלת האקדמיזציה, עלו התנגדויות חריפות מנשות השטח למהלך. בהצבעה שנערכה באסיפת הארגון הארצי אושר המשך תהליך האקדמיזציה ברוב לא גדול. למרות החששות וסימני השאלה הכריע רוב חברות הארגון כי יש להמשיך ולקדם את תהליך האקדמיזציה של המקצוע.¹²⁴ כאמור, ההתנגדויות נבעו מחששן של מרפאות בעיסוק ותיקות מאיבוד מעמדן המקצועי עקב פערים על רקע אקדמי.¹²⁵ שחף תארה את המתח בין אחיות בשטח שחששו משינויים לסגלי ההוראה בבתי הספר לאחיות שהעלו על נס את ההתמקצעות והכניסה לאקדמיה, כיחסים בין עובדי הצווארון הלבן לעובדי הצווארון הכחול.¹²⁶

על מנת לרכך את ההתנגדות לתהליך האקדמיזציה יזם הארגון הארצי מפגשי הסברה. בלה אפרתי, מנהלת בית הספר ערכה בשנת 1979 מפגשים אזוריים עם מרפאות בעיסוק שעבדו בשטח והשיבה על שאלות בנושא השלכות האקדמיזציה על מרפאות בעיסוק.¹²⁷ שחף תארה מהלך דומה שנוהל על ידי יחידת האחיות במשרד הבריאות,¹²⁸ במטרה לעודד את שיתוף הפעולה בין השירות הסייעודי והחינוך לסייעוד ולחדד את הצורך במעמד אקדמי כדי להגדיל את היוקרה המקצועית.¹²⁹

¹²² בר-גל, ד' (2008).

¹²³ להלן הסעיף הבא- תגובת השטח לאקדמיזציה.

¹²⁴ לא נשאו מסמכים ארכיוניים המעידים על אסיפה זו, המידע נלקח מראיונות. ריאיון עם ד"ר דליה זק"ש, 19/1/11; ריאיון עם אורנה צרפתי 2/2/11.

¹²⁵ ריאיון עם ד"ר דליה זק"ש, 19/1/11; ריאיון עם אורנה צרפתי 2/2/11.

¹²⁶ שחף, ש' (2014). עמ' 64-65.

¹²⁷ ידיעון המרפאים בעיסוק, גליון מס' 3, מאי 1980. הארגון הארצי של המרפאים בעיסוק.

¹²⁸ שחף, ש' (2014). עמ' 65.

¹²⁹ שם, שם.

במקצוע הריפוי בעיסוק אחד הפתרונות היה קיום קורסי השלמה למרפאות בעיסוק מוסמכות לתואר ראשון. קרי, קורסי השלמה מדיפלומה בריפוי בעיסוק לתואר ראשון במקצוע, בהם ילמדו מרפאות בעיסוק מוסמכות. במהלך שנות השמונים קוימו שלושה קורסים אשר אפשרו למרפאות בעיסוק ותיקות להשלים לימודים לתואר ראשון.¹³⁰ הביקוש לקורסי השלמה היה רב והקבלה ללימודים יצרה מתיחויות בשטח. אין ספק כי האסיפה בארגון הארצי סימנה קו פרשת מים של יצירת מתיחות ופער בין סגלי מסגרות ההכשרה למרפאות בעיסוק בשטח.¹³¹

סיכום: הארגון הישראלי לריפוי בעיסוק - חבלי צמיחה

הארגון הישראלי לריפוי בעיסוק ייצג את המרפאות בעיסוק הישראליות וראה עצמו חלק פעיל בארגון הבינלאומי משלבי הקמתו. מרפאות בעיסוק מישראל תפסו את עצמן כחלק תורם ונתרם מהחברות בארגון הבינלאומי, הן השתתפו בכנסים בינלאומיים והציגו בהם את ייחוד העבודה המקצועית בישראל. למרות ההבדלים בין התפתחות המקצוע במדינות שונות, חלק נכבד מהדיווחים מהכנסים כללו את הצד השווה, קשיים עימם התמודדו מרפאות בעיסוק ברחבי העולם. שיתוף בידע סייע להתקדמותן המקצועית של המרפאות בעיסוק הישראליות.

כאמור, הארגון פעל רבות למינוף מעמד המקצוע ותלה תקוות רבות בתהליך האקדמיזציה להובלת וקידום המקצוע. הארגון פעל לקדם מקצועית את המרפאות בעיסוק באמצעות השתלמויות, כתב עת מקצועי, הטבות בתנאי העבודה והשכר, הפרדה בין מרפאות בעיסוק מוסמכות לעובדים לא מוסמכים ושמירת קשר מקצועי עם הארגון הבינלאומי. אולם, משהמאמצים להכרה אקדמית קרמו עור וגידים, החל השטח לבעבע תוך העלאת הסתייגויות וחשש משינויי המעמדות במקצוע.

פועלן של מרפאות בעיסוק יוזמות ומנהיגות עובר כחוט השני בכל תחומי התפתחות המקצוע בישראל. גם פעילות הארגון הונעה מגילויי יוזמה, בחירת דפוסי פעולה וניתוב אנרגייה לניצול הזדמנויות של מרפאות בעיסוק שפעלו בארגון בהתנדבות. אלה הכירו בחשיבות התחום הארגוני ובצורך לשנות את המעמד המקצועי, תנאי השכר ותנאי העבודה של כלל המרפאות בעיסוק. יתרה מזאת, נציגות הארגון המקצועי תפסו את עצמן אחראיות להתקדמות המקצועית והארגונית של כלל המרפאות בעיסוק הישראליות. ההכרה כי העבודה בהתנדבות אינה מספקת ואינה עונה על הצרכים, הביאה למינוי מרפאה בעיסוק למזכירת הארגון בהסתדרות ולהקדשת כל פועלה המקצועי לעבודה בארגון ולהשקעת משאבים בתחום. הארגון הישראלי לריפוי בעיסוק הוקם כארגון מקצועי. ברם, פעילות הארגון הושפעה מההיבט המגדרי: לאורך כל שנות קיומו נתפס הארגון בהסתדרות כארגון המייצג מקצוע בעל דימוי נשי שרוב העוסקות בו הן נשים.

¹³⁰ ריאיון עם פרופסור נעמי כץ, 6/2/11; ריאיון עם אורנה צרפתי, 2/2/11.

¹³¹ ריאיון עם אורנה צרפתי, 2/2/11.

פרק שלישי: 'מחלות הילדות' של המקצוע

1. נשירה ומחסור בכח אדם

"במשך שנים אנו עדים לתופעה של נשירת כוחות מהשדה ובמיוחד של נשים נשואות."¹

דברים אלה, שנאמרו על ידי ברכה אנגלרד, המפקחת על המקצוע במשרד הבריאות בשנת 1979, מסכמים בעיה מרכזית שליוותה את המקצוע לאורך כל שנותיו והיא המחסור בכוח אדם מקצועי; מחסור במרפאים בעיסוק שרכשו את השכלתם בתחום. בעיה זו, לצד הנשירה של מרפאות בעיסוק מוסמכות אפיינו את המקצוע בד בבד עם התפתחותו המקצועית והארגונית.

בעית מחסור במרפאים בעיסוק מוסמכים ניכרה לאורך שנות החמישים והשישים, ונבעה מהעדר פנייה למקצוע מלכתחילה, עקב מיעוט הנשים שנרשמו ולמדו ריפוי בעיסוק ומנשירה מקצועית של מרפאות בעיסוק מוסמכות שעזבו את המקצוע מסיבות שונות. המרפאים בעיסוק היו מורכבים משתי קבוצות: האחת, אנשי מקצוע מוסמכים ומקצועיים שלמדו בקורסים ובבית הספר בירושלים. השנייה, עובדים לא מוסמכים שעבדו במחלקות לריפוי בעיסוק. בעוד עובדים לא מוסמכים לא חסרו, מצוקת כוח האדם ניכרה בקרב אנשי המקצוע המוסמכים.² המחסור בכח אדם מקצועי היה לבעיה העיקרית של המחלקות לריפוי בעיסוק בעיקר במוסדות משרד הבריאות ומלב"ן.

העובדה שהייתה למקצוע רק מסגרת הכשרה אחת, מוגבלת במספר התלמידות שניתן היה להכשיר, העצימה את הפער בין הצרכים למציאות. "קיים בארץ מחסור חמור במרפאות בעיסוק, בוגרי בית הספר אינם מספקים את צרכי המקצוע".³ בית ספר לריפוי בעיסוק בירושלים היה מסגרת ההכשרה היחידה שהכשירה כ- 25 בוגרות לשנה. הנשירה הייתה בעיה מרכזית שהיתוספה למחסור בכוח אדם מקצועי, אחוז הנשירה במקצוע היה מעל 50% אחוזים. הסיבות לנשירה היו בעיות משפחתיות,⁴ ותנאי עבודה קשים מבחינת שעות העבודה השבועיות ותנאי השכר, אשר גרמו למרפאות בעיסוק לנשור ממעגל העבודה במקצוע, לחפש עבודה במקצועות אחרים או לעבוד כמרפאות בעיסוק על תקנים של מקצועות אחרים: מורות טיפוליות או מורות בלתי מוסמכות.⁵ בנוסף, יותר משלושים מרפאות בעיסוק מוסמכות עזבו את הארץ ועבדו בחו"ל.⁶ 95% אחוזים מהמרפאות בעיסוק המוסמכות בארץ היו נשים, עובדה שהשפיעה על תכנון השירות; אימהות לילדים צעירים העדיפו לעבוד במשרות חלקיות, לפיכך היה צריך להכשיר מספר רב יותר של מרפאות בעיסוק ממספר התקנים הפנויים. חברי הועדה המנהלת של

¹ גנזך גל 15708/11, מכתב מברכה אנגלרד במשרד הבריאות לרות אלבגלי בארגון לרבי"ע בנושא: נשירת כוחות מהשדה, נכתב בתאריך 1/4/79.

² להלן נספח מס' 5 סעיף ב'.

³ מזכירות ביה"ס לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, דברי יעל יואלית, מפקחת ריפוי בעיסוק במשרד הבריאות. פרוטוקול ישיבת הועד המנהל מתאריך 8/7/69.

⁴ גנזך כ-214/1, פרוטוקול ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מס' 11 מיום 2.4.74, דברי רות אלבגלי עמ' 2.

⁵ לדוגמה, 15 בוגרות מתלמידות המחזור שסיים את לימודיו בשנת 1973, פנו לעבודה במשרד החינוך, לנשים מטופלות בילדים השתלם לעבוד במשרד החינוך ב'משרות אס' מאשר לעבוד במשרות חלקיות בשירותי הבריאות. גנזך כ-214/1, פרוטוקול ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מס' 8 מיום 19.3.74, דברי בלה אפרתי עמ' 4.

⁶ גנזך כ-214/1, פרוטוקול ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מס' 11 מיום 2.4.74, דברי רות אלבגלי עמ' 2.

בית הספר היו מודעים לבעיה זו, פרופ' נחנזון סבר כי מדובר באפיון של עבודה נשית ואף התריע בועדת הכנסת "עלינו להיות מציאותיים... זו תופעה שקיימת במקצועות נשיים, כאשר מתכננים את מספר התלמידים יש להביא בחשבון שגם במשך עשר, חמש עשרה שנה יעבוד רק חצי ממספר הבוגרים אבל אחר כך קרוב לודאי שחלק יחזור".⁷

בעיה נוספת הייתה נעוצה בכך שהמקצוע לא היה אקדמי, העדר הכרה אקדמית במקצוע יצר בעיה במסגרת העמקת הידע. מרפאות בעיסוק לא יכלו להשתלם בקורסים אוניברסיטאיים עם בוגרי תואר ראשון. עובדה שעצרה את אפשרויות ההתקדמות הקשורות למישור האקדמי. "היא נמצאת במצב שהיא נכנסת לשגרה של עבודה ללא יכולת להתפתח באיזה שהוא תחום מבחינה תיאורטית", נמסר ביחס לקושי של מרפאות בעיסוק מוסמכות להתקבל לקורסים מקצועיים בהם נדרש תואר ראשון.⁸ מרפאות בעיסוק שרצו להתקדם, פנו ללימודי תואר ראשון במקצועות אחרים ונשרו ממקצוע הריפוי בעיסוק.

ראשית שנות השבעים מאופיינות בהחרפת בעיית כוח האדם במקצוע, היו 200 תקנים פנויים במסגרות משרד הבריאות וקופת חולים.⁹ בעוד ששירותי הבריאות התפתחו, הוקמו מרפאות ומרכזי שיקום ומרפאות בעיסוק השתלבו בשירותי הרווחה והחינוך, המאפיין העיקרי של המקצוע נותר עדיין חוסר בכוח אדם לאיוש התקנים הקיימים.¹⁰ בבתי חולים ובמוסדות פסיכיאטריים וגריאטריים היחס בין מספר העובדים הלא מוסמכים למספר המרפאים בעיסוק המוסמכים לא השתנה לטובה בהשוואה לשנות השישים. יעל יואלית, ראש השירות במשרד הבריאות העידה שעל כל מרפאה בעיסוק מוסמכת יש 26 עובדים לא מוסמכים. לפיכך הסיקה "אני לא יכולה להגיד שזה ריפוי בעיסוק אלא תעסוקה"; במילים אחרות רוב העובדים במחלקות לריפוי בעיסוק של משרד הבריאות היו עובדים לא מוסמכים שהפעילו שירותי תעסוקה ולא ריפוי בעיסוק.¹¹

מלחמת יום הכיפורים הגבירה את הצורך במרפאים בעיסוק מוסמכים עקב מספרם הרב של הפצועים ושל החיילים שסבלו מתגובות הלם קרב. כל המרכזים הרפואיים זעקו לקבל לשורותיהם כוח אדם מקצועי.¹² מרפאות בעיסוק מוסמכות גויסו לבתי חולים ולבתי הבראה צבאיים ולמשך שישה שבועות עבדו תלמידות בית הספר בבתי הבראה. אולם הייתה לכך השלכה על המקצוע בתחומים האחרים. "ברגע שלקחו עובדי ריפוי בעיסוק מהמחלקות שלנו לבתי החלמה צבאיים היה עלינו לסגור מחלקות".¹³ המחסור החמור בכוח אדם גרם לדחייה בביצוע

⁷ שם, דברי פרופ' נחנזון, עמ' 6.

⁸ שם, דברי בלה אפרתי עמ' 4; החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, מסמך שכתבה ד"ר דליה זק"ש במרץ 1977 The manpower situation in occupational Therapy in ISRAEL and a prognosis of future needs; גזית, א', פסוול, סי' וקוטלר, צ' (1973). עמ' 13-15.

⁹ גנזך כ-214/1, פרוטוקול ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מס' 11 מיום 2.4.74, דברי רות אלבגלי עמ' 2.

¹⁰ לבון 2968-4-243-IV, מסמך שכתבה עליזה קרני, שירותי ריפוי בעיסוק קופת חולים כללית בתאריך 1/7/74.

¹¹ גנזך כ-214/1, פרוטוקול ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מס' 8 מיום 19.3.74, דברי יעל יואלית עמ' 11.

¹² החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, יוסמן, נ', רצון, נ', ברט, א' וקלנר, ח' (1984). הקמת התכנית לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב ותהליך לקראת אקדמיזציה, מאמר שנכתב כתרגיל במסגרת לימודי המאסטר לאוניברסיטת ניו יורק.

¹³ גנזך כ-214/1, פרוטוקול ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מס' 11 מיום 2.4.74, דברי עליזה קרני, עמ' 3.

תכניות להרחבת שירותים הן במסגרות בהן פעלה מחלקה לריפוי בעיסוק והן במסגרות חדשות בהן אמורות היו להיפתח תכניות חדשות. עובדה זו, האטה את התפתחות השרות המקצועי ולמפקחות השירות היה קושי בקביעת סדרי עדיפות לאן יש להפנות כוח אדם חדש. "האם להפנותו לשרות מבוסס אך המצוי במצוקת כוח אדם או להפנותו לשרות חדש על מנת להדביק את קצב ההתפתחות בשירותי הבריאות".¹⁴ לבעיית כח האדם המקצועי הייתה השפעה ישירה על התפתחות המקצוע בארץ.

עד שנת 1977, עם סיום לימודי ההסבה באוניברסיטת תל אביב,¹⁵ מקורות גיוס כוח האדם לעבודה היו בוגרות בית הספר בירושלים ומרפאות בעיסוק שהיו עולות חדשות מארצות המערב.¹⁶ מאז 1973 עלו לישראל ארבעים מרפאות בעיסוק אך רק עשרים מהן עבדו בארץ במקצוע.¹⁷ בשנת 1977 היו רשומות בארגון הישראלי לריפוי בעיסוק 502 מרפאות בעיסוק, 462 הוכשרו בישראל ויתר הארבעים הוכשרו בחו"ל.¹⁸ היה קושי בבדיקה מדויקת כמה מרפאות בעיסוק עבדו במקצוע כיון שהאינפורמציה ממוסדות פרטיים וממוסדות שאינם קשורים למערך הרפואי, כמשרד החינוך, לא הייתה מדויקת. במרץ 1977 שני המעסיקים הגדולים ביותר של מרפאות בעיסוק היו משרד הבריאות וקופת חולים כללית. גורמים נוספים בסקטור הציבורי היו בתי החולים של הדסה, בתי חולים פסיכיאטריים עירוניים, משרד החינוך, מוסדות קהילתיים ושירותי הרווחה. מקומות אלה היו תחת פקוח מקצועי. מבין 389 תקנים במגזר הציבורי אוישו 300 תקנים אך רק 182 על ידי מרפאות בעיסוק מוסמכות. שיעור העובדים הלא מוסמכים במקצוע ירד בהשוואה לשנות החמישים השישים וראשית שנות השבעים, אך העובדים הלא מוסמכים היו עדין מחצית מעובדי המחלקות לריפוי בעיסוק במוסדות פסיכיאטריים וגריאטריים. בסקטור הפרטי פעלו מחלקות לריפוי בעיסוק במוסדות גריאטריים ופסיכיאטריים ובבתי חולים לחולים כרוניים, לא בכולם היה פיקוח מקצועי או הדרכה מקצועית, עובדה שהקשתה על הערכת הצרכים בכוח אדם מקצועי. יוצאת דופן הייתה התנועה הקיבוצית, עשר מרפאות בעיסוק מוסמכות עבדו במקצוע בקיבוצים בהם גרו.¹⁹

תופעת הנשירה של נשים נשואות מהמקצוע המשיכה גם בסוף שנות השבעים. אנגלרד ציינה שנשים נשואות נטו לעזוב את המקצוע לאחר לידה עקב קשיים במקצוע ותנאי שכר נמוכים שלא כיסו את ההוצאות הכרוכות ביציאה לעבודה. אנגלרד הופתעה לגלות כי גם רווקות פרשו מהמקצוע לאחר חצי שנת עבודה, זאת לאחר שלוש שנות לימודים בהן הושקעו משאבים בהכשרתן ושנת חובה של עבודה במקצוע. בשיחות שערכה אנגלרד עם הפורשות הסתבר שגם

¹⁴ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, דו"ח על כוח אדם בריפוי בעיסוק, נכתב ע"י עליזה קרני ויעל הלוי, לא מצוין תאריך. (כנראה נכתב בשנת 1979); לבון 296B -4 -243 -IV, מסמך שכתבה עליזה קרני, שירותי ריפוי בעיסוק קופת חולים כללית בתאריך 1/7/74.

¹⁵ על תכניות הסבת בוגרות תואר ראשון למרפאות בעיסוק מוסמכות ראו עמ' 176-187.

¹⁶ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, דו"ח על כוח אדם בריפוי בעיסוק, נכתב ע"י עליזה קרני ויעל הלוי, לא מצוין תאריך. (כנראה נכתב בשנת 1979)

¹⁷ להלן נספח מס' 5 על מצבת כח אדם בריפוי בעיסוק. ; החוג לרבי"ע אוניברסיטת חיפה, מסמך שכתבה ד"ר דליה זק"ש במרץ 1977 The manpower situation in occupational Therapy in ISRAEL and a prognosis of future needs

¹⁸ שם, שם.

¹⁹ שם, שם.

רווקות נתקלו בקשיים לקיים את עצמן באופן עצמאי מהמשכורת ששולמה להן אם בחרו להתגורר במרכזי אוכלוסייה עירוניים. אנגלרד התריעה "כל נשירה של מרפאות בעיסוק מוסמכות ותיקות וצעירות מעמידה בספק את יכולתו של הריפוי בעיסוק, כשרות פרא רפואי, לעמוד בדרישות של המערכת הרפואית המתפתחת ומצרה את צעדינו בתכנון מסגרות חדשות".²⁰ בסוף שנת תשל"ח (1978-1979) נותרו בשרות לריפוי בעיסוק בקופת חולים כללית 27 משרות לא מאוישות. כדי להתאים את השירות לריפוי בעיסוק בקופת חולים להתפתחות מערכת הבריאות, תוכנן להרחיב את השירות בעוד 32 תקנים.²¹ אולם הבעיה לא הייתה תקנים, אלא איושם.

ניסיונות לפתרון המחסור בכח אדם מקצועי

כאמור, המחסור בלט בעיקר במוסדות מלב"ן ומשרד הבריאות. בשנת 1951, לנוכח הצורך שהלך וגבר, ניסו בארגון הג'וינט לגיס כח אדם איכותי ומקצועי לריפוי בעיסוק באמצעות הצעת מלגות לימודים בארצות הברית. "לתשומת לב המעוניינות בהשתלמות במקצועות סוציאליים בארצות הברית, כל המעוניינים באפשרות הניתנת על ידי מועצת הנשים היהודיות בארצות הברית, לקבל טיפנדיה להשתלמות במקצועות כגון: עבודה סוציאלית, טיפול בילדים, טיפול בתינוקות, ריפוי בעיסוק, רפואה, הוראה מיוחדת ועוד...הסטיפנדיות מיועדות לנשים בעלות ניסיון ממושך במקצוע. גברים מתקבלים במקרים מיוחדים בלבד". נכתב בהצעה.²² עם זאת, גם פיתוי זה לא פתר את הפער המספרי בין העובדים המוסמכים לעובדים הלא מוסמכים במוסדות מלב"ן.

בשנת 1959 הוחרפה הבעיה. היה קושי משמעותי במילוי מצבת כוח אדם של מרפאות בעיסוק מוסמכות במוסדות מלב"ן. למרות הניסיונות להקל על תנאי העבודה ולהציע תחבורה או תנאי העסקה טובים יותר מאשר במוסדות קרן נכות ומשרד הבריאות, רבות מהבוגרות סרבו לעבוד במוסדות מלב"ן. הממצאים מעלים כי קרוב לודאי שמספר סיבות היו הגורם לכך: (א) היחס בין מספר המרפאות בעיסוק המוסמכות לעובדים לא מוסמכים גרם לכך שבכל מוסד של מלב"ן עבדה מרפאה בעיסוק מוסמכת אחת שהדריכה את העובדים הלא מוסמכים. רבות מהמרפאות בעיסוק רצו לעבוד בצוות מקצועי שמנה מספר מרפאות בעיסוק. (ב) המרפאות בעיסוק המוסמכות קבלו תפקידי הדרכה ופיקוח על העובדים הלא מוסמכים, רבות מהן לא ראו את עצמן מתאימות לתפקידי פיקוח והעדיפו את העבודה הטיפולית כמרפאות בעיסוק מן השורה. רולי גולדמן, מפקחת במלב"ן הציעה להאריך את שנת החובה כדי למלא את החוסר בכוח אדם מקצועי במוסדות מלב"ן. גולדמן הניחה כי הארכת שנת החובה תחייב מרפאות בעיסוק מוסמכות לעבוד במוסדות מלב"ן וייתכן כי חלק מהן יישארו לעבוד במוסדות. היא התריעה כי הנהלת מלב"ן תסרב לממן את הקורס בריפוי בעיסוק אם בוגרות הקורס ימשיכו לסרב לעבודה במוסדות מלב"ן.²³

בבית לוינשטיין הצליחו לשמר כח אדם מקצועי איכותי; קופת חולים אפשרה למרפאות בעיסוק לעבוד במשרות חלקיות, מרפאות בעיסוק שילדו המשיכו לעבוד בבית החולים, על אף

²⁰ גנוך גל 15708/11, מכתב מברכה אנגלרד במשרד הבריאות לרות אלבגלי בארגון לרבי"ע בנושא: נשירת כוחות מהשדה, נכתב בתאריך 1/4/79.

²¹ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, דו"ח על כוח אדם בריפוי בעיסוק, נכתב ע"י עליזה קרני ויעל הלוי, לא מצוין תאריך. (כנראה נכתב בשנת 1979)

²² דבר (24/1/51).

²³ אצ"מ J113/1980, פרוטוקול ישיבת הוועדה המורחבת לקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 25/11/59

תנאי השכר בשירות הציבורי והעבודה התובענית. אברבוך שיערה כי הסיבה לכך שכוח אדם מקצועי ומיומן נשאר לעבוד במחלקה לריפוי בעיסוק בבית לוינשטיין, למרות החשיפה וההתמודדות עם חולים במצב קשה, טמונה בשילוב בין העניין והרמה המקצועית הגבוהה במחלקה, והעובדה שמדובר בנשים שהיו מפרנסות שניות במשפחה.²⁴

המציאות של קיפאון בפיתוח שירותים וגידול בביקוש לכוח אדם מקצועי מחד גיסא ועלייה בעלות ההכשרה של כוח אדם מאידך גיסא, הניעה את ארגון הגיונט לבצע שני מהלכים בשנות השבעים; א) להציע מלגות לתלמידות בית הספר לריפוי בעיסוק בתמורה להתחייבות לעבוד במוסדות מלב"ן-גיונט בשנת החובה.²⁵ ב) ארגון הגיונט שהיה שותף במימון בתי הספר לריפוי בעיסוק בירושלים ובחיפה, ערך סקר בהסכמת ובשיתוף הארגון לריפוי בעיסוק, במטרה לבדוק מהם הצרכים החיוניים להתפתחות המקצוע בארץ ולמקד את תשומת הלב לטיפול כוח האדם במקצוע. הנושא העיקרי שנבדק היה פוטנציאל כוח האדם המקצועי- מאגר המרפאות בעיסוק שלא עבדו בפועל במקצוע, זיהוי מאפיינים של נשירה מהתחום ודפוסי קריירות מקצועיות שכיחות הקשורות לנשירה. זאת מתוך ניסיון לאתר אפשרויות למשיכת כוח אדם חזרה אל השדה, להתחקות אחר הבעיה, הקיפה והסיבות לה. הוקמה ועדת היגוי שליוותה את הסקר ונערכו ראיונות עם 15-20 מרפאות בעיסוק מנוסות בתפקידים מרכזיים.²⁶ החומר שנאסף בראיונות שמש לאיתור שאלות הסקר שנשלח לכל המרפאות בעיסוק הרשומות בארגון.²⁷ חמש השאלות העיקריות שנשאלו בסקר היו מיהן המרפאות בעיסוק שעזבו את המקצוע ומה אפיון אותן? מתי התרחשה העזיבה? האם היו תקופות קריטיות בקריירה של מרפאות בעיסוק בהן גדלה ההסתברות לנשירה מהמקצוע? מה היו הסיבות הקשורות לקבלת ההחלטה לפרוש מהמקצוע? לאן עזבו המרפאות בעיסוק? מה הייתה זיקת הפורשת אל הדימוי המקצועי שלה ועל המקצוע.²⁸

ממצאי הסקר העלו כי העוזבת ה"שכיחה" הייתה אישה נשואה, אם לשניים או שלושה ילדים, אשר הייתה כבת 26 בעת הפרישה מהמקצוע, בעלת ותק מקצועי של כשלוש עד חמש שנים במקום עבודה אחד או בשניים.²⁹ 51 מתוך 73 מרפאות בעיסוק שעזבו את המקצוע ציינו אירוע ספציפי כלידה, שינוי מקום מגורים, נסיעה לחו"ל אשר היה קשור לפרישתן. אירוע אשר חיזק תפיסה לפיה השילוב בין חיי משפחה לקריירה אינו רצוי. 22 מרפאות בעיסוק שלא קשרו את עזיבתן לאירוע ספציפי נמקו בסיבות שקשורות לתנאי העבודה והשכר הירוד וסיבות אישיות שמקורן בחוסר סיפוק בעבודה, אכזבה מן המקצוע, קשיים בהגדרת תפקיד ובעיות ביחסי

²⁴ ריאיון עם שרה אברבוך, 20/9/12; ריאיון עם בטי אלעזר, 18/10/12.

²⁵ ריאיון פרופי נאווה רצון, 3/1/16. פרופי נאווה רצון קבלה מילגה מהגיונט ועבדה בשנת החובה בבית החולים הגריאטרי בפרדס כץ.

²⁶ גנזך גל 12179/22, פרוטוקול ישיבה מתאריך 13/7/76 לקראת הסקר של דרור רותם. הועדה כללה את רות אלבגלי, עליזה קרני, רולי גולדמן ד"ר צבי פיין ודרור רותם מהגיונט.

²⁷ שם, שם.

²⁸ גנזך גל 12179/22, פרטי- כל משיבת ועדת הסקר בנושא ריפוי בעיסוק שנערכה בבית הועד הפועל ביום 13/7/76; רותם, ד' (1981). נשירה מן השדה והזדמנויות להתפתחות מקצועית במקצוע הריפוי בעיסוק, הרצאה ניתנה בכנס השנתי של הארגון הארצי של המרפאים בעיסוק, 17/2/81.

²⁹ שם, שם.

אנוש.³⁰ מנתונים אלה עולה שרוב העוזבות נשרו מהמקצוע עקב שינוי סטטוס משפחתי או מקום מגורים. הנסיבות שהביאו מרפאות בעיסוק לעזוב את המקצוע הולידו תנאים שהקשו על החזרה לעבודה. הסיבות לקושי לחזור לעבודה במקצוע היו זמינות נמוכה של מקומות עבודה, העדר גמישות בתנאי העסקה, העדר תנאים סביבתיים כמעונות יום וגני ילדים והחשש לשוב לשדה ללא רענון מקצועי.³¹

רותם בדק גם את ההזדמנויות ללמידה ולהעשרה מקצועית ומצא כי רק בשנות השבעים נפתחו אפשרויות להשתלמויות ארוכות במקצוע.³² השתלמויות אלה נתפסו כמשאב שניתן לתגמל בו את העובדות. בדיקת נושאי ההשתלמויות הקצרות והארוכות והתאמתן לתחומים השונים במקצוע הוכיחה הזנחה של התחומים הפסיכיאטרי והגריאטרי יחסית לתחומי השיקום הפיזיקלי והילדים. יותר ממחצית הנשאלות בסקר העידו שיסכימו להקדיש מזמנן כדי לקבל העשרה מקצועית.³³ למפקחות המקצוע היה ברור שיש לשאוף להעשיר את המרפאות בעיסוק בשטח בלימודי העשרה והשתלמויות. "קידום נושאי כוח האדם יתבסס בין היתר על יצירת מערכת השתלמויות מקצועיות לעובדים".³⁴

2. תדמית הריפוי בעיסוק

*"ככל שהמקצוע התקדם כך גדל הפער בין איכותו להבנת הציבור את חשיבותו במערך הבריאות"*³⁵

כך סברה יעל הלוי, מפקחת על הריפוי בעיסוק בקופת חולים כללית. המקצוע לא היה מוכר ונתפס בעיני הציבור בתמיהה ובנעלם גדול, על כך הצביעו כל המרפאות בעיסוק שענו על שאלונים מטעם בית הספר לריפוי בעיסוק בירושלים,³⁶ לרגל חמישים שנה למקצוע בישראל. "היה בציבור חוסר ידע נרחב על מהות המקצוע, רק מי שנזקק לטיפול היה מודע לקיומו, קשרו את המקצוע עם עבודות יד".³⁷ נאמר בהתייחס לשנות החמישים והשישים.

מרפאות בעיסוק רבות תלו את המעמד הבעייתי של המקצוע בקשר בינו לבין תחום "עבודות היד". דימויו של המרפא בעיסוק עוות לא במעט בשל דעות קדומות ובלתי נכונות. אנשים רבים ובתוכם בעלי השכלה מזהים את המקצוע עם לימוד מלאכות יד כגון אריגה, רקמה, תפירה וכיוצ"ב. זוהי תפיסה מעוותת שמזה זמן רב אבד עליה הכלח", נכתב בכתב העת המקצועי.³⁸

³⁰ שם, שם.

³¹ שם, שם.

³² השתלמויות של 30 שעות ומעלה.

³³ רותם, ד' (1981). נשירה מן השדה והזדמנויות להתפתחות מקצועית במקצוע הריפוי בעיסוק, הרצאה ניתנה בכנס השנתי של הארגון הארצי של המרפאים בעיסוק, 17/2/81.

³⁴ גזית, א', פסוול, ס' וקוטלר, צ' (1973). עמ' 59.

³⁵ מזכירות ביה"ס לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, סקר על חמישים שנה למקצוע הריפוי בעיסוק בארץ, שאלון שמילאה יעל הלוי.

³⁶ מזכירות ביה"ס לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, סקר על חמישים שנה למקצוע הריפוי בעיסוק בארץ,

³⁷ שם, שם. שאלון שמילאה אילה נוטה.

³⁸ (אין שם מחבר) שלושים שנה ועוד אחת, יהב, ידיעון המרפאים בעיסוק. גליון מס' 3, מאי 1980.

"המקצוע בזמנו נחשב למשהו מקביל למורה למלאכה עם גוון רפואי קל",³⁹ העידה מרפאה בעיסוק ותיקה, ואחרת סיפרה שהיא "נתפסה כמורה למלאכה נותנת תעסוקה למוגבלים".⁴⁰ לידע התיאורטי של מקצוע השפעה על מעמדו; מקצועות שלעוסקים בהם שליטה על משאבי ידע המוגבלים עבור שאר הציבור, זוכים לתגמולים חברתיים גבוהים.⁴¹ מסיבה זו שאפו מרפאות בעיסוק להדגיש את המודלים הרפואיים ואת הרקע הרפואי התיאורטי עליו נשען הטיפול בריפוי בעיסוק ולא את עבודות היד והיצירה. אחת מדרכי ההתמודדות עם תדמית "עבודות היד" הייתה להוציא אותן מאחריות המחלקה הריפוי בעיסוק, במטרה להעלות את מעמד המקצוע. שרה אברבוך, אחראית מחלקת הריפוי בעיסוק במחלקה לנפגעי טראומות ראש בבית לוינשטיין, החליטה להוציא מחדר הריפוי בעיסוק את מלאכות היד ואת עבודות היצירה. הרציונל לשינוי היה רצונה להעלות את מעמד המקצוע ולנתק את הקשר בין הריפוי בעיסוק לבין עבודות המלאכה. מורות למלאכה שעבדו על תקני המחלקה לריפוי בעיסוק יצאו בהדרגה לגמלאות ובמקומן הצטרפו לצוות מרפאות בעיסוק מוסמכות. עבודות היד והיצירה עברו למחלקה לתרפיה באמנות.⁴² במהלך השנים במוקד מחקר זה, קבל המושג 'עיסוק' משמעויות רחבות אשר אפשרו לשלב בהתערבויות הטיפוליות מגוון עשיר ואינסופי של אמצעים, בחלק מהמחלקות עוררו השינויים באמצעי הטיפול התנגדויות בקרב מרפאות בעיסוק ותיקות ובקרב הצוותים הרב מקצועיים.⁴³

מקצוע בהתהוות מאפשר לאנשי המקצוע פתיחות לרעיונות, גילוי יוזמה ואת האפשרות לעסוק בתחומי טיפול קרובים לליבם. אחת מהסיבות העיקריות לדימוי של המקצוע ולחוסר הבנת מהותו בצבור, נובעת מכך שהמקצוע רחב, מתפרש על פני תחומים רבים והגבולות בינו למקצועות טיפוליים אחרים לא היו מספיק ברורים. רבות מהמרואינות העידו שהמקצוע לא היה מוגדר, עובדה שהעצימה את הקושי למתג אותו ולהסביר את מהותו.⁴⁴ "ריפוי בעיסוק הוא בעייתי להגדרה...קשה להגדיר בברור את תחומי המקצוע, גבולותיו ותוצאותיו".⁴⁵ וינטראוב חקרה את הזהות המקצועית של מרפאות בעיסוק ומצאה כי הקושי להגדיר ולתאר את המקצוע השפיע על הזהות המקצועית האישית והקולקטיבית של מרפאות בעיסוק והגביל את היכולת לתת שרות ממוקד בעיסוק. אלה הורידו את הביטחון והערך העצמי של מרפאות בעיסוק בעיני עצמן ובעיני הסביבה.⁴⁶ מחקרים ממקצוע הסיעוד תומכים בממצאים אלה ומלמדים כי הגדרת גבולות

³⁹ מזכירות ביה"ס לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, סקר - חמישים שנה למקצוע הריפוי בעיסוק בארץ.

⁴⁰ שם, שם.

⁴¹ בן פרץ, מ' (2009).

⁴² ריאיון עם שרה אברבוך, 20/9/12; ריאיון עם בטי אלעזר, 18/10/12.

⁴³ פרוש, ש' (2015). עבר הווה ועתיד בריפוי בעיסוק, הרצאה מרכזית בכנס ה-21 של העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק, ירושלים. יוני 2015. על ההתנגדות לשינוי אמצעי הטיפול להלן עמ' 252.

⁴⁴ מזכירות ביה"ס לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, סקר על חמישים שנה למקצוע הריפוי בעיסוק בארץ; Sachs, D. & Labovitz, D. R. (1994). pp. 997-1005

⁴⁵ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, טיוטת דברי הפרידה של יעל הלוי במסיבת הפרישה שלה בשנת 1995.

⁴⁶ וינטראוב, נ' (2009). עמ' H249-H272. וינטראוב ערכה סקר בשנת 2008, מימצאיה רלוונטיים לשנות האלפיים אך זורים אור על הזהות המקצועית בעשורים קודמים. היא מנתחת את הקושי בזהות מקצועית של מרפאות בעיסוק ברצון לאמץ את המודל הרפואי וזניחת הפרדיגמה העיסוקית.

התפקיד ותחומי האחריות הינם משמעותיים למניעת קונפליקט תפקידי, חוסר שביעות רצון, תחושת שחיקה ושיעורי עזיבה גבוהים.⁴⁷ ייתכן והגבולות הרחבים של המקצוע השפיעו על התדמית המקצועית ובעקיפין, גרמו לעזיבת התחום.

עוד בעיה בתדמית המקצוע קשורה להיותו חלק ממקצועות הבריאות. בתקופה בה העבודה השיקומית התבצעה על פי המודל הרפואי, הריפוי בעיסוק התמקד בשיפור תפקוד ובאיכות חיים ולא בהצלת חיים. בהירארכיה של בית חולים, הצלת חיים עומדת בראש הפרמידה. העידה מרפאה בעיסוק "נאבקנו להצדיק את קיומנו"⁴⁸, ואחרת דיווחה על יחס דומה מצד ראשי קופת החולים הכללית "מה חשוב יותר, עוד מיטות בטיפול נמרץ או ריפוי בעיסוק?"⁴⁹ מקצועות הבריאות היו משניים לרפואה ונהנו מפחות משאבים ומתדמית פחות יוקרתית. גם שם המקצוע "ריפוי בעיסוק" היה משמעותי יותר בתקופה בה העשייה התבצעה על פי המודל הרפואי. במונח "ריפוי" אין ביטוי לאספקטים החינוכיים, החברתיים והרגשיים בעבודה הטיפולית. יתרה מזאת, ריפוי הוא תוצאה סופית ואינו מבטא את התהליך הטיפולי הכולל הערכה והתערבות. חלק מהמטופלים אינם ברי ריפוי מושלם אלא צריכים להשלים עם מצבם החדש וללמוד לתפקד עם ולמרות מגבלותיהם.⁵⁰ ייתכן ולעובדה כי חלק מהמטופלים לא השיגו ריפוי מלא הייתה השפעה על תדמית המקצוע.

מקצוע הריפוי בעיסוק לא הצליח לפרסם את עצמו בקרב צוותים רפואיים. במחקר שנעשה בקרב רופאים בבית החולים הדסה ורופאי מרפאות בירושלים, הוכח כי רופאי בית החולים המליצו על יותר טיפולי ריפוי בעיסוק מרופאי מרפאות בקהילה. לרופאי הקהילה היה חסר מידע; מהן אפשרויות הטיפול ובאלו מכונים ניתן לקבלו.⁵¹ רופאי בית החולים הדסה הכירו את השירות במקצוע בשל העובדה שהשירות בבית החולים פעל ברציפות משנת 1946. ברם, רופאים בבתי חולים כלליים במרכז הארץ, בהם לא היו שירותי ריפוי בעיסוק, לא הכירו את המקצוע. היה צורך להסביר לרופאים מה השירות שניתן במקצוע הריפוי בעיסוק ומה תחומי הטיפול. העבודה היום יומית נעשתה במחלקות על ידי מתמחים צעירים שלא ידעו מה זה ריפוי בעיסוק "היה קשה לחנך את הרופאים".⁵² מרפאות בעיסוק השקיעו משאבים בהסבר לרופאים המתמחים אשר עזבו את המחלקות ועברו לסבב הבא בהתמחות.

בסוף שנות השישים נעשו ניסיונות לפרסם את המקצוע. רחל גולדשמיד, מנהלת בית הספר לריפוי בעיסוק, הייתה מקורבת לבתו של ראש הממשלה דאז, לוי אשכול. כדי לפרסם את המקצוע, הזמינה לתערוכה בבית הספר את מרים אשכול, רעיית ראש הממשלה, שהסכימה לסייע והגיעה לתערוכה מלווה בעיתונאים וצלמים. כך השיגה רחל גולדשמיד חשיפה תקשורתית לבית

⁴⁷ סילנר, ד', רסין, מ' וקנטי, ת' (תש"ע). עמ' 141.

⁴⁸ חני כהן, נדלה מאתר העמותה הישראלית לרבי"ע 14/12/15 <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547>

⁴⁹ איילה פדות, נדלה מהעמותה הישראלית לרבי"ע 14/12/15 <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547>

⁵⁰ רוה, מ' (1997). עמ' H48-H46; אברמוביץ, ת' (1996). עמ' H175-H174.

⁵¹ בבלי, מ' (1976).

⁵² ראיון פרופ' נאוה רצון, 3/1/16.

הספר ולמקצוע.⁵³ רחל קיוותה כי באמצעות החשיפה התקשורתית תצליח לחשוף את המקצוע ואת הבעיות הבוערות במעמדו לקובעי מדיניות ובכך אולי תימצא הדרך לשינוי. כלומר, לאחר שהיוזמות 'מגבוה' נכשלו, הגיעה יוזמה מלמטה, מנשות השטח.

המרפאות בעיסוק שפעלו בתחום ההסברה, התמודדו עם שני קונפליקטים עיקריים בנושאי מעמד ודימוי המקצוע; הראשון, פער בין מחויבות הגרעין הקשה של מרפאות בעיסוק למקצוע לבין הדימוי של המקצוע בציבור. השני, פער בין הדימוי האליטיסטי- פנימי של המרפאות בעיסוק, לדימוי המקצוע בקרב אלה מהצבור שהכירו אותו כשייך לתחום הוראת מלאכות יד ומתוך כך נחות משהו.⁵⁴

ההיבט המגדרי השפיע גם על התדמית של המקצוע. בשנות השבעים לא נעשו ניסיונות לשלב גברים במקצוע. המעטים שהיו במקצוע למדו בשנות החמישים או השישים. הקשיים לקבל הכרה אקדמית והפערים בנושא השכר, הרחיקו מועמדות ובוודאי מועמדים מהמקצוע. בשנת 1974 רק אחוז אחד מכלל המרפאים בעיסוק המוסמכים היו גברים.⁵⁵

בקרב המרפאות בעיסוק היו שחשו על בשרן את הקשר בין מגדר לתדמית המקצוע והיו שסברו שהבעיה אינה תלויה מגדר אלא נגזרת ממעמד כל העובדים הפרא רפואיים בשירותים הציבוריים. ברכה אנגלרד, שעמדה בראש השירות במשרד הבריאות וייצגה את המרפאות בעיסוק במשרד הבריאות ובוועדות בנושא שכר העידה כי נחשפה לתפיסה אשר הכלילה את כלל המרפאות בעיסוק כמפרנסות שניות, אשר יוצאות לעבודה בשל אלטרואיזם, גמול פנימי ותחושת סיפוק ולא במטרה להשתתף בפרנסת המשפחה.⁵⁶ מקצוע הריפוי בעיסוק נתפס כמקצוע נשי, אשר הווה משכורת שנייה במשפחה. לפיכך, היו שסברו כי התגמול הכספי יכול להישאר נמוך. רות אלבגלי, נציגת הארגון לריפוי בעיסוק סברה שתדמית המקצוע נגזרה מהעובדה שהמקצוע הוא מקצוע נשי אך נושא השכר הזעום נבע ממעמד המקצועות הפרא רפואיים בהסתדרות ובשרות הציבורי. היא נתמכה בדבריה בעובדה שמקצועות הבריאות בוועד הפועל קרי, הריפוי בעיסוק, הפיזיותרפיה וטכנאי הרנטגן היו בקבוצה אחת ורק טכנאי הרנטגן השיגו הטבות בתנאי העבודה והשכר. זאת למרות שבאותה תקופה, במקצוע הפיזיותרפיה היו יותר גברים מאשר בריפוי בעיסוק.⁵⁷ ייתכן שהתדמית המקצועית הושפעה מן העובדה שמקצועות הבריאות נחשבו ככלל מקצועות נשיים והתגמול היה בהתאם לכך.

⁵³ ריאיון עם רחל גולדשמיד, 21/5/13; ריאיון עם בלה אפרתי 9/6/13. להלן תמונה מביקור הגבי מרים אשכול. תמונה מביקור הגבי מרים אשכול בעמ' מס' 283.

⁵⁴ ריאיון עם רחל גולדשמיד; סקר- חמישים שנה למקצוע הריפוי בעיסוק בארץ, שאלון של רחל גולדשמיד.

⁵⁵ גנדן כ-214/1, פרוטוקול ועדת השירותים הציבוריים של הכנסת מס' 8 מיום 19.3.74, דברי רות אלבגלי עמ' 7.

⁵⁶ אנגלרד העידה כי שמעה לא פעם את האמירה: "מרפאות בעיסוק נשואות לרופאים, הן לא צריכות כסף". ריאיון עם ברכה אנגלרד- ברכה, 12/3/12.

⁵⁷ ריאיון עם רות אלבגלי, 1/3/11.

3. תערוכות- חלון הראווה של המקצוע

"לכל הסדנאות הייתה תוצרת, רצו שאנשים יראו מה האנשים האלה מסוגלים לעשות"⁵⁸

רולי גולדמן, מפקחת המדור לריפוי בעיסוק במלבין הסבירה במילים אלה את הסיבה לפתיחת התערוכות של עבודות החולים במסגרת טיפולם בריפוי בעיסוק, שחשיבותן הייתה טמונה בעיקר בחשיפת החברה הישראלית לאנשים ונשים עם מוגבלויות. רוב המחלקות לריפוי בעיסוק בבתי החולים הציגו את עבודות המטופלים מדי שנה,⁵⁹ תערוכות נפתחו גם במחלקות הצבאיות שפעלו בראשית שנות החמישים.⁶⁰ את רעיון התערוכות יזמה גבי בלום שהחלה במסורת זו בתערוכה שארגנה בשנת 1945 במלון וולדורף אסטוריה בניו יורק.⁶¹ גבי בלום המשיכה ביזמה ובסיוע לימודי הקורס הראשון פתחה תערוכה של מכשירי שיקום ואמצעי טיפול שבנו בוגרות הקורס. הקמת תערוכה הייתה מקובלת במחלקות לריפוי בעיסוק בארצות הברית ובבריטניה בשנות הארבעים.⁶² התערוכות היו ליחסי הציבור של המקצוע והן אומצו על ידי מחלקות לריפוי בעיסוק במסגרות שונות ברחבי הארץ. "זה היה מחויב המציאות לעשות תערוכות של עבודות יד של החולים. כך היה מקובל כל שנה".⁶³ העידה חנה דוידזון, שהקימה את המחלקה בבית החולים לחולי נפש בטלביה, היא הרגישה שמתקוף תפקידה כמרפאה בעיסוק עליה להתאמץ ולהציג את עבודות החולים בתערוכה, לטובת החולים ולטובת הציבור הרחב שייחשף למוצרי המטופלים ולבית החולים הפסיכיאטרי.

רוב התערוכות נפתחו בין כתלי בתי החולים ובכך גרמו לכניסת אנשים מהקהילה לתוך בתי חולים פסיכיאטריים. כך, שהתערוכות היוו גורם מזמין לאנשים להגיע אל בתי החולים, להפך את הנתק בין חולים מאושפזים, במיוחד חולי נפש שבהם דבקה תדמית בעייתית, לקהילות מתפקדות.

נפתחו גם תערוכות שרכזו עבודות חולים ממספר מוסדות. בירושלים נפתחה תערוכה ארצית של עבודות חולים מבתי חולים ממשלתיים של משרד הבריאות.⁶⁴ תערוכות משותפות התקיימו גם במרכז מלבין בתל אביב. בתערוכות המשותפות הוצגו עבודות ממספר מוסדות, מטרתן הייתה הסברה וחשיפה של המוצרים שהכינו מאושפזים בתוך כתלי המוסדות. "כדי שאנשים יחוו ויראו"⁶⁵ האפשרות לפרסום ולגריפת רווחים מהתערוכות הייתה גדולה יותר בערים כתל אביב וירושלים ולכן הביאו את התערוכות מהפריפריה למרכז כדי להעצים את החשיפה והפרסום.

⁵⁸ ריאיון עם רולי גולדמן, 7/5/14.

⁵⁹ גנזך ג- 4306/17, הזמנות לתערוכות ריפוי בעיסוק במחלקה הפסיכיאטרית בתל השומר, בבית החולים הפסיכיאטרי בעכו, בבית החולים לחולי ראות- אביחיל בירושלים.

⁶⁰ ארכיון צה"ל תיק 83/685/1958, מכתב מרס"ן פרידמן-קצין רפואה ראשי מתאריך 5/12/52.

⁶¹ להלן עמ' 38.

⁶² Wilcock, A. A. (2002).p.133

⁶³ ריאיון עם נירה זוסמן 17/3/10.

⁶⁴ גנזך ג- 138/7 הזמנה לתערוכה ארצית לריפוי בעיסוק, נובמבר 1952.

⁶⁵ ריאיון עם רולי גולדמן, 7/5/14.

מטרה נוספת הייתה מכירת העבודות במחירי עלות ושימוש בכסף לרכישת חומרים להכנת עבודות חדשות.⁶⁶ עבודות החולים העלו שאלות בנושא התשלום למוצרים שנעשו בסדנאות ומי זכאי לרכוש את העבודות. זוסמן ציינה את רצון החולים בבאר יעקב לקבל שכר עבור עבודתם ואת התמריץ שיכל שכר להוסיף לעבודת החולים. היא הבהירה את חשיבות המשוב החיובי לחולים שהתאמצו ועבדו קשה. "אין זה מוצדק שדין העובד יפה יהיה כדינו של זה שאינו עובד ומתבטל, יש להראות לחולים הערכה על עבודתם".⁶⁷

לתערוכות ניתן הד תקשורת: פתיחתן פורסמה באמצעי התקשורת והציבור הוזמן לרכוש את העבודות. "תערוכה של למעלה מ- 1500 מוצרים שונים של ריפוי בעיסוק נערכה השבוע בבית החולים למחלות פנימיות בפרדס כץ, השייך למלב"ן,⁶⁸ פורסם בעיתון חרות. לתערוכות הוזמנו אורחים מכובדים כשרי הבריאות, מנהלי בתי חולים ומנהלים רפואיים בקופת חולים. מטרת הזמנתם הייתה כפולה: פרסום התערוכה, אשר גרם בעקיפין פרסום למקצוע הריפוי בעיסוק ומשיכת אנשים מן השורה לבוא לתערוכה באמצעות ההודעה על בעלי תפקידים רמים האמורים לבקר בה.

לבד מהכרות וחשיפת הציבור, התערוכות חזקו את הקשר בין עבודות יד ואומנות, תרבות מקומית והיכולת להתפרנס באופן עצמאי ולא ליפול לנטל על החברה. דוידזון העידה על מאמצים לפתוח תערוכה בבית החולים טלביה. היא גייסה את עזרת התלמידות לריפוי בעיסוק שהיו בהכשרה כדי להקים את התערוכה. "עשינו תערוכה יחד עם שתים- שלוש תלמידות.... אחת למדה מהשנה, היה רצון טוב לאנשים ועבדו מעבר לשעות העבודה, היה ברור מאלינו ערך העבודה ועבודת הכפיים, גם החולים היו כאלה".⁶⁹ לדעתה של דוידזון החולים העריכו את הערך המוסף שנתנה להם העבודה. במילים אלה נתנה ביטוי לתפיסת ערך העבודה בריפוי בעיסוק בפרט ובמדינת ישראל בכלל. בקיץ 1953 נפתחה בבית החולים אלי"ן תערוכת עבודות שהכינו הילדים חולי הפוליו. בתערוכה הוצגו צעצועים מעץ, מפות רקומות, עבודות עור, סלים ומסגרות לתמונות.⁷⁰ הרציונל לתהליך הכנת המוצרים היה "לחנך את הילדים לעבודה מדויקת, להקנות להם הרגלי עבודה נכונים, ניצול חומרים שונים, לפתח את הדמיון היוצר ולעורר בילדים את חדות היצירה".⁷¹ דהיינו, העבודה הוצגה כאמצעי חינוכי ל"טובת הילדים", מטרת הצגת העבודות הייתה להוכיח לציבור שהילדים המאושפזים הם בעלי יכולת עבודה, יפרנסו את עצמם ולא יפלו לנטל על החברה.

בעבודות יד ניכר מיזוג של השפעות מגוונות, התערוכות אפשרו להפיץ הן תרבות ישראלית מקורית והן מאפיינים ייחודיים לכל עדה. ביום העיון של סיום לימודי הקורס השישי הציעה מאירה קנטור לכלול הרצאה על הרגלי החיים של העדות השונות ממבט אנתרופולוגי.⁷² הצעה זו

⁶⁶ שם, שם.

⁶⁷ הרמלין- זוסמן, נ' (1950).

⁶⁸ חרות. 22/12/52. 'תערוכה במלב"ן פרי עבודתם של מחלימים'. לא מצויין שם כותב הידיעה.

⁶⁹ ריאיון עם חנה דוידזון 13/1/10.

⁷⁰ בחור, א' (2014). עמ' 60.

⁷¹ אופיר, י' (4/9/53). 'כך נעזרים קורבנות השיתוק', חרות, בתוך בחור, א' (2014). עמ' 60.

⁷² אצ"מ J113/1980, פרוטוקול ישיבת הועדה המורחבת לקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 10/2/60

מהווה עדות להתייחסות שונה למטופלים על פי הרקע התרבותי שלהם במטרה לקבוע מטרות טיפול תואמות תרבות ובהתאם אמצעי טיפול שיתאימו לתרבות.

בכפר שאול ניצלו את התערוכה להדגמת התכנים שהעלו המטופלים בכל שלבי המחלה ואת מעורבות המרפאות בעיסוק בעבודה הטיפולית, דהיינו את הפן הטיפולי-ביטויי בשימוש בעבודות היצירה. "עשינו תערוכה של שלבי הטיפול במחלת נפש ומה קורה לחולים מאותו הרגע של פריצת הפסיכוזה ועל כל התהליך. היו צילומים ותערוכת קבע".⁷³ הצוות חילק את המחלה ותהליך השיקום לארבעה שלבים והשתמש בעבודות החולים כדי להדגים את התהליך הטיפולי שעברו חולים ואת ההתאמה בין השלב במחלה לעבודה היצירתית הבעתית במחלקת הריפוי בעיסוק. בתערוכה הוצגו אפוא עבודות בהתאמה לארבעה שלבים עיקריים בטיפול, אפרתי ציינה כי לעיתים היו נסיגות במצב המטופל ומעברים בין השלבים. השימוש בעבודות היצירה הוסבר כאמצעי טיפול תואם למצב הנפשי של המטופלים.⁷⁴

בבריטניה השתנה השימוש בתערוכות; בסוף שנות השישים ובראשית שנות השבעים נפתחו תערוכות בתחום הפיזיקלי בהם הוצגו אביזרי עזר, התאמות להנגשת הסביבה ואמצעי טיפול.⁷⁵ חלק מהתערוכות היו "ניידות" ואפשרו להעביר את האביזרים בין מרכזים רפואיים שונים ולפרסם את האביזרים שהוצגו בתערוכה. הרעיון חלחל לישראל ולאחר מלחמת יום הכיפורים הוקם המרכז הישראלי לעזרים בינוי ותחבורה להלן מילב"ת, בו הוצגו אביזרי עזר ניידות ותחבורה.⁷⁶

בראשית שנות השבעים, בשל הירידה בערך עבודות היד, פסקו המוסדות להציג תערוכות של עבודות החולים. עם זאת, היה צורך במיתוג המקצוע והעלאת המודעות לו; בבחינת דגם חדש ליחסי ציבור, כתחליף פרסומי לתערוכות. גם בקרב צוותים רפואיים שעבדו במוסדות שלא היו בהם מחלקות לריפוי בעיסוק, ההיכרות עם המקצוע הייתה מצומצמת.⁷⁷ בשלהי שנות השבעים חלחלה ההבנה בקרב בכירות הארגון והמקצוע שיש צורך בתחליף לתערוכות כדי ליצור יחסי צבור למקצוע. גם במקרה זה הדבר נעשה על ידי כוחות פנימיים של המקצוע: לאה לוי לקחה על עצמה את התפקיד והייתה ליו"ר הועדה ליחסי צבור והסברה של הארגון.⁷⁸ מרפאות בעיסוק השתתפו בסדנאות "מושגי יסוד בהסברה- דרכי יישום למקצוע הריפוי בעיסוק", שאורגנו על ידי מומחים מחברות פרסום. בסדנאות הוגדרו אוכלוסיות המטרה אליהן יש לכוון את ההסברה ונידונו הדרכים להשגתן. אחד מאמצעי ההסברה היה פרסום כתבות בעיתונות בהן מוסבר מהם תחומי הטיפול של המקצוע ולמי מיועד הטיפול.⁷⁹

⁷³ ריאיון עם בלה אפרתי, 24/7/12; אפרתי, ב' (1972). 'תערוכת הסברה', תהליך ההבראה בריפוי בעיסוק, עבודה ביטוי יצירה, כפר שאול, כפר עבודה ממשלתי, אוגוסט 1972.

⁷⁴ שם, שם.

⁷⁵ Wilcock, A. A. (2002).p.368

⁷⁶ בנושא מילב"ת ראו עמ' 264.

⁷⁷ מזכירות ביה"ס לרב"ע, תיק מידע היסטורי, סקר- יחמישים שנה למקצוע הריפוי בעיסוק בארץ.

⁷⁸ החוג לרב"ע אוניברסיטת חיפה, שלושים שנה ועוד אחת, יהב, ידיעון המרפאים בעיסוק, גליון מס' 3, מאי 1980.

⁷⁹ שם, שם.

כאמור, הקונגרס הבינלאומי השביעי של הארגון העולמי לריפוי בעיסוק התקיים בישראל, בית הספר והארגון הישראלי היו פעילים בארגון הקונגרס ובהשתתפות בו.⁸⁰ קונגרס זה נתפס בעיני חלק ממשותתפות הסקר לרגל חמישים שנה למקצוע כאירוע בעל השפעה שהעלה את קרנו של המקצוע בעיניהן ובציבור הישראלי.⁸¹

4. ריפוי בעיסוק כשליחות אישית ומקצועית

הריפוי בעיסוק טמן בחובו, לבד מההיבטים המקצועיים, פן רגשי רב ערך ותחושת שליחות במספר מובנים. הללו ניכרו הן בפנייה למקצוע, הן בתפקוד המרפאות בעיסוק ובקשריהן עם המטופלים, הן בתחושת הסיפוק שנלוותה לעשייה. בסעיף זה מובא קולן של מרפאות בעיסוק מנוסות שדבקו במקצוע מתוך אמונה בכלים המקצועיים המאפשרים סיוע לפרט ואפשרות לתרום לחברה באופנים שונים.⁸² מרפאות בעיסוק התייחסו לעבודתן כאל שליחות אישית ומקצועית שניכרה במספר מישורים:

⁸³ *מצאתי בעבודה זו סיפוק רב מאוד*.

א. סיפוק רגשי מהעבודה: כל המרפאות בעיסוק העידו כי העבודה במקצוע העניקה להן סיפוק. ההיבט הראשון שהעניק סיפוק מהעבודה הוא קשר מטפלת-מטופל. הקשר ייחודי ותורם לריפוי, אך גם משמעותי לתחושת הסיפוק. בשל הקשר שנתקם, הצלחת הטיפול מספקת גם את המטפלת הראשונה שהתייחסה להשפעה החיובית של הקשר המקצועי והבינאישי שנתקם בין המטפלת למטופל הייתה אתל בלום. "זה שנים שריפוי בעיסוק שימש כחיזוק לרוח האדם בזמן מחלה ובזמן בריאות",⁸⁴ ציינה בלום את החשיבות שיש לקשר בין מטפל למטופל על נפש האדם. היא תארה נערה בת 15, שאושפזה במרכז השיקום של הדסה שהוקם במלחמת העצמאות,⁸⁵ מאחר שסבלה משיתוק היסטרי שגרם לה להפסיק ללכת ולדבר.⁸⁶ בלום שחתרה ליצירת קשר טיפולי משמעותי עם הנערה, הצליחה לגרום לה לדבר, לחשוף את הסיבה לשיתוק, ובהדרגה אף לשבת וללכת. לאחר שהנערה שוחררה ממרכז השיקום סדרה לה עבודה בירושלים. סיפור זה, שאותו הגדירה בלום לאחר שנים, כיקר לליבה במיוחד, היה לגרסתה דוגמה לקשר שבין גוף לנפש שהוא מצד אחד גורם לתחלואה ומצד שני נקודת מוצא לריפוי. הקשר שנתקם בין המטפלת למטופלת הטיב לא רק עם הנערה: גם בלום שאבה סיפוק מהשיקום הכולל שהנערה עברה; גופני נפשי ותעסוקתי.

⁸⁰ ראיון עם רות אלבגלי 1/3/11; מזכירות ביה"ס לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הועד המנהל מתאריך 11/7/77.

⁸¹ מזכירות ביה"ס לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, סקר- יחמישים שנה למקצוע הריפוי בעיסוק בארץ.

⁸² ערכתי ניתוח תוכן ל- 36 הראיונות ולאחד עשר סיכומים באתר העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק במדור 'ריפוי בעיסוק של אז' וחיפשתי דפוסים השוואתיים ותמות בעלות נוכחות בולטת שחזרו על עצמם במספר רב של ראיונות.

⁸³ עדנה קוטב, רבי"ע של אז, נדלה בתאריך 22/12/15. www.isot.org.il/category.aspx?id=36547.

⁸⁴ בלום, ע' (1949).

⁸⁵ להרחבה בנושא מרכז השיקום ראו פארן, ג' (תשע"ד). עמ' 61-66.

⁸⁶ שיתוק היסטרי = שיתוק ללא סיבה פיזית- רפואית ניראת לעין. ארכיון החוג לרבי"ע חיפה, תמלול ראיון של בלום, 1983.

מרפאות רבות שאבו סיפוק מיצירת קשר בינן לבין מטופליהן, וראו בקשר את הצעד הראשון בדרך לשינוי. יצירת הקשר הטיפולי, היה בעיני חלק מהמרפאות עיקר הטיפול.⁸⁷ הייתה מי שראתה את עיקר המקצוע, "בניית אמון באמצעות עשייה".⁸⁸ מרפאות בעיסוק שעבדו בתחום התפתחות הילד העידו כי יצירת הקשר עם הילדים הייתה המטרה הראשונית בטיפול, כדי להשיג מטרה זו "השתמשתי תמיד בחלק הבריא של הילד".⁸⁹ מתוך תפיסה כי לקשר הטיפולי היה משקל מכריע במוטיבציה של הילדים להתקדם. "מאד אהבתי את המקצוע ואת כל המרפאות שפגשתי בדרך. קיבלתי סיפוק רב בעבודה עם הילדים, עם ההורים וגם עם אנשי צוות אחרים."⁹⁰ הסיפוק הושג לא רק מהטיפול בילד אלא מההתייחסות למערך המשפחתי, לטיפול בילד והוריו. "התרשמתי שהגישה החיובית וההקשבה להורים סיפקה להורים את התחושה שיש מי שמבין ומקשיב ומכיל את קשייהם".⁹¹ בראייה לאחור נקשרה הצלחת הטיפול לקשר עם ההורים "אני חושבת שההורים הגיעו אלי בשנת 1975 כי ידעתי להקשיב...הורים מחפשים אוזן קשבת". הוכחה לסיפוק מהעבודה בריפוי בעיסוק היו שנות העבודה הרבות במקצוע. "מי שנכנס להתפתחות הילד נשאר עד הפנסיה".⁹²

הסיפוק הרגשי מהסיוע למטופלים, היה כוח מניע לעשייתן של מרפאות בעיסוק בתחום בריאות הנפש. "מאחלת לכולם סיפוק והנאה מהמקצוע כמו שאני חווה גם היום",⁹³ תיארה מרפאה בעיסוק שעבדה עם ילדים במעון הפסיכיאטרי בתל-השומר. ההתייחסות למצוקות הנפשיות של המטופלים העשירה את העבודה, יצקה בה תוכן וסיפקה את העוסקות במלאכה. "ידעתי שצריך להתייחס לנפש",⁹⁴ העידה מרפאה בעיסוק שעבדה בבית חולים כללי. "העבודה הייתה עבורי חוויה יום יומית מרתקת ושואבת",⁹⁵ העידה מרפאה בעיסוק שעבדה בתחום בריאות הנפש ואחרת סיכמה, "וכך התחילו אחת עשרה שנים מעניינות ביותר, מאתגרות, מספקות...מצאתי בעבודה זו סיפוק רב מאוד".⁹⁶ המפקחת במלב"ן תרצה את ההדרכה האינטנסיבית שנתנה במחנה ישראל בסיפוק שקיבלה מהעבודה "שם הייתה תועלת, היו זקוקים לתכנית שתוציאם ממעגל חוסר היכולת...עבדתי כדי לקדם וללמד אותם" (את החולים במחנה ישראל).⁹⁷ לאחר שמחנה ישראל הועבר לתל השומר חזרה המפקחת לטפל בחולים "עצם העבודה שיכולתי לטפל באנשים זה היה יותר מכל דבר אחר...כאשר מטפלים והולכים צעד אחרי צעד,

⁸⁷ ראיון אביבה פריד,

⁸⁸ ניצה רבקה, רבי"ע של אז, נדלה בתאריך 29/12/15, <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547>.

⁸⁹ ראיון ברניס מאירס, 19/2/12.

⁹⁰ התכתבות עם סו לוינשטיין 27/12/15.

⁹¹ ראיון ד"ר חסי לובצקי, 2/5/13.

⁹² שם.

⁹³ רחלי לאה יעקב, רבי"ע של אז, נדלה מהאינטרנט 28/12/15. www.isot.org.il/category.aspx?id=36547.

⁹⁴ ראיון שושנה ינאי, 10/11/10.

⁹⁵ מירה גל, רבי"ע של אז, נדלה מהאינטרנט 23/12/15. www.isot.org.il/category.aspx?id=36547.

⁹⁶ עדנה קוטב, רבי"ע של אז, נדלה בתאריך 22/12/15. www.isot.org.il/category.aspx?id=36547.

⁹⁷ ראיון רולי גולדמן, 7/5/12.

רואים תוצאות".⁹⁸ הטיפול הפרטני הישיר הועדף בשל הסיפוק האישי והמקצועי מהשינוי במצב המטופלים. בהרבה מקרים היה קשר בין הסיפוק מהעבודה שחשה המרפאה בעיסוק לשוב שקבלה מהמטופלים ומהצוות הרב מקצועי "אני חייבת לציין שהיה לי סיפוק עצום בעבודתי וזכיתי להערכה רבה". ואחרת סיכמה "הייתה עבודה פורה".⁹⁹

"כאן מייסדים; התחושה של הראשוניות הייתה מורגשת, לבנות, לבנות יש מאין"¹⁰⁰

ב. האתגר והחידוש בפיתוח מקצוע חדש: המרפאות בעיסוק ראו עצמן חלוצות בפיתוח המקצוע והונעו משליחות להעמיק את המומחיות המקצועית. אלה באו לידי ביטוי ברצון לסייע למטופל להשיג את התפקוד האופטימלי עם ולמרות המגבלה באמצעות השימוש בגישות טיפול חדשניות, באמצעי טיפול ובהתרחבות לתחומי טיפול חדשים. המרפאות בעיסוק שעבדו בשנות החמישים בבית החולים תל השומר הונעו מרצון לשפר את מצב החולים ובנו את תחום השיקום הפיזיקלי; הן התמקדו בשיפור תפקודי היום-יום ותפקודי הידיים, פיתחו תכנית הדרכה בנושא; שיקום קטוע יד באמצעות השימוש בפרוטוזות. והפיצו את החוברת המקצועית הראשונה שנכתבה בעברית.¹⁰¹ בראייה לאחור תארו מרפאות בעיסוק את האתגר בפיתוח המקצועי. "אני מסתכלת בהשתאות מתמשכת על הגדילה וההתפתחות של מקצוע הריפוי בעיסוק".¹⁰²

פיתוח תחום הטיפול בילדים חולי פוליו בבית החולים אסף הרופא וייסוד תחום התאמת משחקים, צעצועים ומכשירים לילדים תוארו בהתלהבות.¹⁰³ האפשרות להעלות רעיונות חדשים והפתיחות להכניס ולקבל חידושים מצד הצוות הרפואי כולו, המריצו את העשייה הטיפולית. "הייתה אוירה של התלהבות, לא לעשות חשבון של שעות ושל כסף... זה היה גורף בכל הארץ, הייתה מדינה חדשה והאווירה הקרינה על המקצוע"¹⁰⁴ על אף הידע המוגבל אווירת ההתלהבות וחופש פעולה הביאו לשיתוף פעולה פורה ולרצון לקדם את המטופלים ואת המקצוע.¹⁰⁵

האתגר לפתח את המקצוע בתחומי הטיפול השונים עובר כחוט השני בין הראיונות; במכון להתפתחות הילד בירושלים חתרה המרפאה בעיסוק לרכוש ידע מקצועי ולפתח את תחום הריפוי בעיסוק בטיפול בילדים צעירים. "הריפוי בעיסוק נכנס עמוק לתחום הילדים בקשת הרחבה מהלקוי ועד הבריא".¹⁰⁶ לשם העמקה, נפגשו מרפאות בעיסוק בקבוצות למידה בשעות הערב.¹⁰⁷ "בתחילת הדרך, הרגשתי שאני חלק מקבוצה נהדרת של מרפאות בעיסוק שמפתחות את תחום הילדים. בעבודה שלי בהדרכה תמיד הדגשתי את השיתוף של מידע וניסיון, ואני מרגישה שאכן

⁹⁸ שם.

⁹⁹ ראיון פרופ' שולה פרוש, 12/12/11.

¹⁰⁰ ראיון פרופ' דליה מררי, 2/5/12.

¹⁰¹ ראיון מרים בבלי, 6/10/11.

¹⁰² נירה ערמון, שם.

¹⁰³ כץ, ני (1997). דברי פתיחה לזכרה לזכרה של חוה אלקן ז"ל, עמ' 138H.

¹⁰⁴ ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, ריאיון עם חוה אלקן, 1988, ראינה נירה זוסמן.

¹⁰⁵ שם.

¹⁰⁶ ראיון פרופ' שולה פרוש, 12/12/11.

¹⁰⁷ שם, אחת מהמרפאות בעיסוק הייתה סו לוינשטיין.

המרפאות בעיסוק היו מוכנות לשתף אחת את השנייה בידע שלהן והתפתחו ביחד".¹⁰⁸ השאיפה לפתח תחום חדש בטיפול חלחלה למרפאות בעיסוק שרצו להעמיק את הידע ולבנות שירות מקצועי ותפסו את תפקידן כמייסדות תחום, "אני מאושרת שהייתה לי הזכות להיות בין המייסדות של תהליכים שהטביעו את חותמם על עבודת הריפוי בעיסוק ושינו אותה למה שהיא היום". גם בניית מערך השירות לריפוי בעיסוק בבתי חולים כלליים ובבית חולים גריאטרי תוארה כיזמה של מרפאה בעיסוק "בכל מקום שבאתי- בניתי שירות. הייתה תחושת סיפוק, אני יזמית בנשמתי".¹⁰⁹

הקמת המערך הטיפולי בילדים עם בעיות התפתחות באזור הדרום תוארה גם היא כיזמה אישית במטרה לפתח את התחום, "לא היו אנשי מקצוע שהתעניינו בהתפתחות הילד.. אבל היה צורך, היה קשה להורים להתמודד עם הבעיות של הילדים". משמעות הראשוניות הייתה טיפול בתנאים לא מותאמים, בפינה במכון לריפוי בעיסוק. "היה רעש מסביב ולהורים לא היה אכפת כי זה היה הטיפול הכי טוב שניתן היה לקבל באותה תקופה. וככה דברים מתחילים". על אף הרעש, הקשיים וחוסר הביטחון היה ברור שיש לספק טיפול התפתחותי ממוקד עיסוק באזור הדרום. הטיפול בריפוי בעיסוק ניתן בבית החולים סורוקה גם למבוטחי קופות אחרות, מתוך אחריות לספק טיפול מקצועי ולפתח את התחום. "איך הגיעו להתפתחות הילד? דפקו בדלת ובקשו טיפול ומרגע זה הילד טופל לעיתים עד שהלך לכתה א'. אף אחד לא ספר (טיפולים) לא ספרו כלום ולא חייבו בכסף- כלום.. לא הייתה שאלה מי הפנה. הגיע מי שרצה, וטיפול נמשך כמה זמן שרצו". הרצון לפתח את תחום התפתחות הילד בדרום הניע את המרפאה בעיסוק.

האתגר בפיתוח התחום עלה גם בתיאור ההתנסות בהנחיית קבוצות טיפוליות והעמקה בהפעלת קבוצות מגוונות בתחום בריאות הנפש. "היה מרגש ומאלף, הרגשתי שיש לנו כלים להתמודד עם מגוון פעילויות ששימשו כאמצעים טיפוליים. היה בכך הרבה סיפוק".¹¹⁰ המרפאות בעיסוק שנענו לאתגר העידו על ניסיון בהפעלת קבוצות טיפוליות "זה היה עולם ומלואו".¹¹¹

בראייה לאחור סוכמה ההתפתחות המקצועית לאורך השנים. "כשאני רואה את המקצוע בפרספקטיבה של ארבעים שנה, המון דברים השתנו ואני חשבת שזה רק בתקופה שלנו שזה קורה, שזו תקופה יצרנית והבנתי שזה לא ככה... הרבה דברים השתנו. אני מרגישה שהתמזל מזלי להיות שותפה להרבה התחלות ואני שמחה שידעתי לקחת את זה למקום של שינוי... כי כשאני התחלתי לא היה כלום, לא ידעו מה זה ריפוי בעיסוק ולקח הרבה זמן עד שהתחלנו להבין מה זה והיום זה יותר ברור".¹¹²

מנהלות מסגרות ההכשרה סיכמו את האתגרים עימם התמודדו בבניית המסגרות. לאה לוי סכמה את ההרצאה שנשאה בשנת 1988, לרגל ארבעים שנות ריפוי בעיסוק בישראל במשפט "אם המחיר הוא יורשו של היום, דומני כי אנו מעבירים לידי הדורות הבאים ירושה שניתן להתברך

¹⁰⁸ סו לוינשטיין, 27/12/15.

¹⁰⁹ ראיון פרופ' נאוה רצון, 3/1/16.

¹¹⁰ עדנה קוטב, ריפוי בעיסוק של אז, <http://www.isot.org.il/category.aspx?id=36547>, נדלה בתאריך 14/12/15.

¹¹¹ ראיון עם בלה אפרתי, 9/6/13.

¹¹² ראיון ברניס מאירס, 19/2/12.

בה".¹¹³ ממרחק הזמן סיכמו את תחושתן על בניית מערכי ההכשרה, "הלימודים האקדמיים כתנאי כניסה לריפוי בעיסוק, הרמה הגבוהה של המקצוע בפרקטיקה, מביאים סיפוק רב ושמחה, ותחושת הישגיות אישית ומקצועית".¹¹⁴ העשייה המקצועית לוותה בתחושת ראשוניות חלוצית, "כאן מייסדים; התחושה של הראשוניות הייתה מורגשת, לבנות, לבנות יש מאין".¹¹⁵

"ריפוי בעיסוק הוא מקצוע סופר חברתי-פוליטי, בא לשאוב מהחברה משאבים לטובת הפרט המוגבל והנכה". 116

ג. תפיסת הריפוי בעיסוק כנתינה לאדם ולחברה: עשייה שיש בה מעבר לעבודה עם גמול כספי, הייתה גורם מרכזי אצל מרפאות רבות שבחרו בתחום. מרפאה בעיסוק שעבדה בתחום בריאות הנפש סכמה את שנות עבודתה במקצוע: "שנים מלאות עניין, למידה, העשרה עצמית ונתינה...ריפוי בעיסוק הוא מקצוע חשוב ותורם, הייתי ואני גאה להיות מרפאה בעיסוק".¹¹⁷ השימוש במילה נתינה מלמד על השקעה שהיא מעבר לעבודה לשם קבלת גמול כספי. היו מרפאות שהעידו על כך שהנתינה הייתה לא רק בממד האישי, אלא גם הלאומי, כך למשל אילנה מאי-ורדי ז"ל, ששילבה את שאיפתה למקצוע שיאפשר לה לתרום לחברה יחד עם עלייה לארץ ישראל.¹¹⁸ מקצוע הריפוי בעיסוק אפשר לה להשיג את שתי המטרות. הרצון לתרום לחברה באמצעות המקצוע, הופיע גם בראיונות של מרפאות בעיסוק שעבדו בשנות החמישים. "היה רצון טוב לאנשים ועבדו מעבר לשעות העבודה... היה ברור מאליו ערך העבודה ועבודת הכפיים, גם החולים היו כאלה, היה ברור שאחד עוזר לשני".¹¹⁹ אוירת ההתגייסות הלאומית למען הכלל השפיעה על עבודת המרפאות בעיסוק.

גם בשנות השבעים עבודה במקצוע נתפסה כתרומה לקהילה "הרגשתי שיש לי הזדמנויות רבות להתקדם מבחינה מקצועית וגם לתרום לקהילה".¹²⁰ "ריפוי בעיסוק הוא מקצוע חשוב ותורם. יש תמיד מקום לקדם, לפתח- וזה יקרה. הייתי ואני גאה להיות מרפאה בעיסוק".¹²¹ המקצוע אפשר למרפאות בעיסוק לחבר בין מימוש עצמי לנתינה. "המשמעות של מימוש עצמי ותרומה לאחרים הייתה מאוד מרכזית עבורי במקצוע ובעבודתי בבית חולים".¹²² "ריפוי בעיסוק שחק תפקיד מאוד משמעותי בחיי; נהנתי מן העבודה והנתינה",¹²³ היו שראו בעבודה הטיפולית

¹¹³ לוי, לי וזוסמן, נ' (1988). עמ' 12.

¹¹⁴ דליה זק"ש, רבי"ע של אז, נדלה מהאינטרנט 22/12/15. www.isot.org.il/category.aspx?id=36547.

¹¹⁵ ראיון פרופ' דליה מררי, 2/5/12.

¹¹⁶ ראיון אביבה פריד, 26/6/12.

¹¹⁷ שרה פרשטמן, רבי"ע של אז, נדלה מהאינטרנט 22/12/15. www.isot.org.il/category.aspx?id=3654.

¹¹⁸ ראיון אילנה מאי-ורדי, 8/7/10.

¹¹⁹ שם, שם.

¹²⁰ התכתבות עם סו לוינשטיין, 27/12/15.

¹²¹ שרה פרשטמן, רבי"ע של אז, נדלה מהאינטרנט בתאריך 29/12/15. www.isot.org.il/category.aspx?id=3654.

¹²² מירה גל, רבי"ע של אז, נדלה מהאינטרנט 23/12/15. www.isot.org.il/category.aspx?id=36547.

¹²³ מורין עתי, רבי"ע של אז, נדלה בתאריך 23/12/15. www.isot.org.il/category.aspx?id=36547.

את הדרך לחבר וליישם בין תיאוריות פילוסופיות-הומניות לפסיכיאטריה האנטי ממסדית¹²⁴ "התחברתי למקצוע שבחתי באמונה שהמקצוע יכול להתפתח ולשאת תפקיד גדול במימוש מחשבה זו; תרומה לחברה, תרומה לרפואה ולבריאות, לעתיד טוב יותר".¹²⁵ ויש שהתייחסו אל מקצוע הריפוי בעיסוק כמוביל שינוי חברתי "ריפוי בעיסוק הוא מקצוע סופר חברתי-פוליטי, בא לשאוב מהחברה משאבים לטובת הפרט המוגבל והנכה".¹²⁶

מרואינות רבות ממשיכות להתנדב בתחומים שקשורים למקצוע מתוך רצון להמשיך ולתרום לחברה ולקבל סיפוק מהיכולת להשפיע ולהטיב את איכות חייהם של אנשים עם מוגבלויות.¹²⁷

*"מה שאפיין אותנו הייתה הרוח החלוצית,
הרצון להצליח ולהוכיח את חשיבות המקצוע,
שלא רבים ידעו מה הוא ולשם מה הוא
דרוש".¹²⁸*

ד. אמונה בכלים המקצועיים של המקצוע: תחושת השליחות וההכרה בחשיבות התחום, הובילה את המרפאות לעמול לשם הפצת בשורת המקצוע, קרי, הרעיונות ההומניים- הוליסטיים העומדים בבסיס מקצוע הריפוי בעיסוק. "למקצוע יש תרומה הכי משמעותית לאנשים, עוסק בדברים המהותיים החשובים לבן האדם. הייתה במקצוע תמיד תפיסה של ה'לקוח במרכז'- אז לא נתנו לזה שמות, אבל עבדנו עם האדם על מה שחשוב לו, הגדרנו עם הלקוח תחומי עצמאות, ערבנו את המשפחות. הראייה הייתה תמיד שם, עוד לפני שקראו לזה בשמות. זו הייתה הגישה".¹²⁹ מרפאות בעיסוק ראו עצמן מחויבות להתייחסות המקצועית ההוליסטית הנוגעת למגוון העיסוקים של בני אדם "מקצוע הריפוי בעיסוק נוגע בכל תחומי החיים של המטופלים מההתארגנות בבית ועד פעילות פנאי. ועל כן רואים בנו כממלאות תפקיד מרכזי ביותר כחלק מהצוות הרב-תחומי במרכז לבריאות הנפש גה".¹³⁰

התפיסה המקצועית ההוליסטית אפשרה פתיחות לרעיונות ורצון לשתף צוותים מקצועיים בהישגים ובידע המקצועי שנצבר. מרפאות בעיסוק הרגישו כשליחות אשר מייצגות את המקצוע בקרב מקצועות הבריאות. "הייתה במקצוע פתיחות לרעיונות, חברי קופת חולים באו לתת יעוץ ללא תמורה".¹³¹ צוות היחידה להערכת יכולת עבודה בקופת חולים כללית הגיע למקומות ההשמה כדי להתאים את תנאי הסביבה למטופלים. "אלה היו ניסיונות שצמחו מהשטח, תחומים שריפוי בעיסוק יכל להוכיח את עצמו".¹³² השליחות התבטאה גם במחויבות לייצג את המקצוע

¹²⁴ ראיון נגה זיו, 2/4/12.

¹²⁵ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, טיוטת דברי הברכה של יעל הלוי במסיבת עשור חוג לריפוי בעיסוק בשנת 1995.

¹²⁶ ראיון אביבה פריד, 26/6/12.

¹²⁷ ראיון רחל רשבש, 13/2/12. נירה זוסמן, מורין עתי, מירה גל, שולה שביט, עדנה קוטב, ניצה רבסק, חני כהן,

¹²⁸ לוי, לי וזוסמן, נ' (1988). עמ' 5.

¹²⁹ ראיון פרופ' נאוה רצון, 3/1/16.

¹³⁰ ריקי כרמל, רבי"ע של אז, נדלה מהאינטרנט 24/12/15. www.isot.org.il/category.aspx?id=3654.

¹³¹ ראיון מרים בבלי, 6/10/11.

¹³² שם.

"כל אחד עשה מעל ומעבר, לא עשו חשבון אם מסוכן, הייתה אוירה אחרת".¹³³ לעיתים, בניית מערך המקצוע וההשתלבות בצוותים רב מקצועיים יצרה התנגדויות. "אחרי שעברתי את המכשלה הראשונה וראו את התרומה שלי, הייתי בסופו של דבר, ה-גורו של המחלקה. עבדנו בשיתוף פעולה וגם לאחר שעזבתי את המחלקה התקשרו אלי להתייעץ".¹³⁴ השליחות שבצעו את תפקידן נאמנה, זכו להיחשב בעלות ידע בקרב חבריהן לצוות הרב מקצועי.

ההתמקדות בתפקודי היום-יום ניתבה את עבודת כל המרפאות בעיסוק, כולל המרפאות בעיסוק שעבדו במסגרות חינוכיות; "תמיד עבדנו על עצמאות, זה היה החינוך המקצועי. חשבת איך לעזור לילדים בכתובה ובעצמאות. עבדנו על אכילה, לבוש, מטבח, קנייה במכלת, נתנו לנו לתכנן ועשיתי דברים כמו חנות. היה לנו קיוסק שפעל פעמיים בשבוע. יצאנו לרחוב ולימדנו לחצות כביש, ועם הבוגרים- אימוני נסיעה באוטובוס".¹³⁵

השליחות המקצועית התבטאה גם ברצון ללמד מרפאות בעיסוק את גישות הטיפול החדשניות. "להפיץ את בשורת המקצוע...השלב הבא היה ללמד עוד ועוד מרפאות בעיסוק שהתחילו לעבוד במרפאות שנפתחו בכל הארץ".¹³⁶

תחושת האלטרואיזם, השליחות המקצועית והאישית, הראייה ההומנית והתפיסה ההוליסטית של הגוף והנפש בנוסף לרצון לשנות את איכות חייהם של אנשים הוטבעו בסיפורי עבודתן של המרואיינות. "אני חושבת שהמקצוע עושה אחד מהדברים הכי יפים עלי אדמות, יש לי בעבודה הרבה רגעים מרנינים ומרגשים. אני הופכת חוסר יכולת ליכולת, עובדת עם אנשים מדהימים, סביבת העבודה היא אנושית רב צוותית; מפגש עם אנשים נדיבים עם תחומי ידע רבים ומוטיבציה לעזור. זו ארץ ישראל היפה! זה פורמט מנצח! על אף כל התסכולים...עד היום החדש שלי מלא ימים ברמת התרגשות אמתית וזה מדהים".¹³⁷

¹³³ ראיון רולי גולדמן, 9/5/10.

¹³⁴ ראיון פרופ' נאוה רצון, 3/1/16.

¹³⁵ ראיון רחל רשבש, 13/2/12.

¹³⁶ חוה בלוד, רבי"ע של אז, נדלה מהאינטרנט 22/12/15. www.isot.org.il/category.aspx?id=36547.

¹³⁷ ראיון שושי גולדברג-מאיר, 24/12/15.

סיכום: "התחזקנו התבססנו והמשכנו הלאה לקראת אתגרים חדשים"

במילים אלה תיארה נירה זוסמן את ההתגברות על מחלות הילדות של המקצוע.¹³⁸ אכן, בשנות החמישים והשישים העיבו מחלות הילדות על התפתחות המקצוע. המחסור בכח אדם מקצועי בלט לאורך השנים 1951-1979. המספר המועט של מרפאות בעיסוק מוסמכות ותופעת הנשירה מהמקצוע החריפו את הבעיה. להיבט המגדרי היה משקל כבד בנשירה מהמקצוע, מרפאות בעיסוק נשרו עקב שינויים במעמדן המשפחתי ושינוי מקום מגוריהן. זאת ועוד, רוב הנושרות התקשו לחזור לעבודה במקצוע. העובדה שמדובר במקצוע הקשור לתחום כישוריה של האישה, הקל על קבלת המקצוע בסוף שנות הארבעים. ברם, בשנות החמישים השישים ובראשית שנות השבעים ההיבט המגדרי היה בעכרי המקצוע עקב הקושי של נשים לעבוד במקצוע לאור תנאי התעסוקה.

התערוכות היו לחלון הראווה של המקצוע. כל מוסד ומחלקה לריפוי בעיסוק הציגו את עבודות החולים ומכרו אותן. התערוכות אפשרו לחשוף את הציבור לעבודות של אנשים מאושפזים, לקרב את החולים לקהילה ובאופן עקיף למקצוע הריפוי בעיסוק. הקמת תערוכה העידה על עבודות היצירה והאומנות שהכינו החולים ועל כך שהחולים עוסקים בעבודות כפיים. מכירת העבודות חזקה את ההנחה שהחולים אינם נופלים לנטל על החברה ומתפרנסים בכבוד. התערוכות חזקו את הקשר בין מקצוע הריפוי בעיסוק, עבודות יצירתיות ומלאכות יד והיכולת של חולים להתפרנס בכבוד, ערכים שהיו מקובלים בחברה הישראלית בתקופה הנדונה. תדמית המקצוע הושפעה מהירידה בהערכה לעבודות יד ולעבודות כפיים. עקב השימוש בעבודות יד כאמצעי טיפול ומספרם הרב של עובדים לא מוסמכים, נתפס המקצוע בציבור כעבודות מלאכה עבור החולים ולא כמקצוע ממקצועות הבריאות. אחת הדרכים לשנות את התדמית הייתה להוציא את הסדנאות לעבודות היד ממחלקות הריפוי בעיסוק בבתי חולים שיקומיים. בשנות השבעים המושג 'עיסוק' הורחב מעבודות יד ויצירה למגוון עשיר ואינסופי של אמצעים, משמעותיים לאדם ולסביבתו. במקביל, היה צורך בפרסום ושיווק שונים למקצוע. את התערוכות החליפו אולמות תצוגה של אביזרי עזר, אמצעי ניידות ונגישות וטכנולוגיה מסייעת.

מרפאות בעיסוק עסקו במקצוע מתוך אמונה בכלים המקצועיים ובאפשרות לתרום לחברה. הן התייחסו לעבודתן כאל שליחות אישית- מקצועית ושאפו להפיץ את "בשורת המקצוע". על אף מחלות הילדות עימן התמודדו המרפאות בעיסוק, מטרת העבודה במקצוע נבעה מאמונה בתפקיד הטיפולי, בכלים המקצועיים של המקצוע ומטיפול ממוקד עיסוק. בסוף שנות השבעים התגברו המרפאות בעיסוק על מחלות הילדות בשל השינוי בנושא ההכרה האקדמית, התפתחות הטכנולוגיה, הרחבת תחומי הטיפול ושימוש בגישות טיפול חדשות, התפתחות זו שינתה את התדמית המקצועית ומיצבה את המקצוע כאחד ממקצועות הבריאות.

¹³⁸ לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). עמ' 5.

סיכום: "הנה כי כן נסללה הדרך למקצוע רפואי חדש,

העתיד להיות ברכה לבוני מולדתנו"

מילות הכותרת שנאמרו על ידי אתל בלום בשנת 1949,¹ עם ראשית ייסוד המקצוע, משקפות את התפיסה שכרכה את התפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק בד בבד עם בניין הבית הלאומי, ומרמזות על יחסי הגומלין שבין ההתפתחות המקצועית לבניין הלאום; דברים המקבלים אישוש מפרקי עבודה זו העוסקים בהתפתחות המקצוע ומאפייניו בשנים 1940-1979.

התפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק בישראל, על מאפייניו הרעיוניים וביטוייו המעשיים, תוך ניתוח השפעת מגמות מערביות כמו גם המציאות המקומית עליו, מצויים במוקד מחקר זה. הללו, לבד מהוספת פרק חדש להיסטוריה של הרפואה ביישוב ובמדינת ישראל, מאירים על התרחשויות היסטוריות ותמורות חברתיות, מגדריות ותרבותיות ביישוב ובמדינה מזווית חדשה. השנים 1940-1979, למן היווסדות המקצוע על ידי אתל בלום ועד לקבלת הכרה אקדמית, הן מסגרת הזמן של המחקר הזה, ובהן התחולל הליך עיצוב המקצוע בתחומיו השונים: על מערכי השירות והפיקוח, על ההתמחויות המקצועיות, אמצעי תחומי הטיפול ומסגרות ההכשרה.

מגבלות מחקר זה קשורות בעיקר להעדר תיעוד בחלק מהנושאים. עם זאת, מגוון מקורות ראשוניים נאספו, נותחו ונשזרו יחדיו לכדי תמונה מקיפה המעידה על המקצוע, התפתחותו ומאפייניו. בפרקים השונים המהווים את ליבת העבודה, בולטים שלושה היבטים עיקריים שהם המהותיים בהתפתחות המקצוע, מאפייניו ותדמיתו:

1. התאמת מקצוע אמריקאי בייסודו לתנאים הייחודיים של היישוב ומדינת ישראל, והשפעת ההיבטים המערביים על התפתחות המקצוע המקומי.

2. יחסי הגומלין בין התפתחות המקצוע בארץ לבין המציאות המקומית על היבטיה הביטחוניים, הכלכליים והחברתיים.

3. ההשלכות ההדדיות שבין ההיבט המגדרי לבין התפתחות המקצוע, מאפייניו ותדמיתו.

להלן התובנות העיקריות בהקשרים הללו כפי שעולות מפרקי העבודה:

1. ההיבט המקצועי במבט היסטורי:

ממקצוע אמריקאי בזירה המקומית ליחסי גומלין בינלאומיים:

השפעות, קווי דמיון והתאמה בין התפתחות המקצוע בארצות הברית ובישראל- מקצוע הריפוי בעיסוק נוסד בשנת 1946 על ידי אתל בלום, יהודייה אמריקאית. לאורך השנים הנדונות התפתח המקצוע בארץ בהתאם למאפיינים המקצועיים של התחום בארצות הברית ובבריטניה. הדבר ניכר כבר בשלב הייסוד. מקצוע הריפוי בעיסוק שהתפתח בארצות הברית במלחמת העולם הראשונה, היה הדגם לחיקוי עבור המייסדת של המקצוע בארץ – אתל בלום. בלום ייסדה את המקצוע והשירותים בסטנדרטים שהכתיב הארגון האמריקאי לריפוי בעיסוק וקבלה את אישור בכירות הארגון האמריקאי לתכנית הלימודים של הקורס הראשון. היא הסתייעה בנשים ממוצא אמריקאי בארגון הדסה לשם השגת מימון להפעלת המקצוע בארץ ולשם יצירת קשרים עם

¹ בלום, ע' (1949).

גורמים מקצועיים מובילים בארצות הברית שליוו את המקצוע בארץ בשלבים השונים של התפתחותו. בלום הקימה את המחלקה הראשונה בהדסה בהר הצופים ואת מערכת ההכשרה הממוסדת של המקצוע. לבד משיטות הטיפול שהיו נהוגות שם, בלום השתמשה בפעולות שיווק ויחסי ציבור שהיו אופייניות לעולם המערבי, תוך שימוש בתקשורת, לשם השגת פרסום למקצוע. יחסי הציבור שעשתה למקצוע השיגו את יעדם והתקבלו בקשות לייעוץ מקצועי ולפתיחת מחלקות נוספות בריפוי בעיסוק. 'קרן נכות' של קופת חולים כללית, אשר הייתה זקוקה לאנשי מקצוע מתחום השיקום לטיפול בנכים ובחולים כרוניים, שיתפה פעולה עם הנהלת הדסה במימון וארגון הקורס. בלום חתרה להכרה מקצועית מסודרת ודאגה להסדיר את רישוי ורישום התלמידות במשרד הבריאות. כמו כן, הובילה את התלמידות לייסד את ארגון המרפאים בעיסוק הישראלי ולהוציא כתב עת מקצועי. כל זמן שבלום עמדה בראש המערכת היא הייתה נאמנה למודל המקצועי האמריקאי, התאימה את התפיסות האמריקאיות למציאות המקומית ופעלה לבסס את המקצוע בסטנדרטים אמריקאים.

בארצות הברית, השתנתה תכנית הלימודים בריפוי בעיסוק לאחר מלחמת העולם השנייה; צומצמו הסדנאות במלאכות יד ויצירה והורחבו הקורסים ברפואה, בתחומי הריפוי בעיסוק במחלקות שונות, בהקניית כלים טיפוליים והכנת הסטודנטיות לעבודה בתפקיד טיפולי שיקומי. גם בישראל נעשו שינויים בתכנית הלימודים כדי לשמור על סטנדרטים בינלאומיים שהוכתבו על ידי הארגון הבינלאומי ובראשו הארגון האמריקאי, אך רק בשנות השבעים הורדו שעות ומספר הסדנאות בעבודות היד והיצירה.

שוני ופערים בין הדגם בארצות הברית למקצוע המקומי –

ההתמחות הייתה למאפיין בולט בכל מקצועות הבריאות והרווחה, בארץ כבעולם המערבי. גם בתחום זה של התמחות מקצועית נעשו ניסיונות לפתח את המקצוע בהתאם להתפתחויות המקצועיות בארצות הברית ובבריטניה. ההתמחות המקצועית ופיתוח אמצעים טכנולוגיים שינו את מטרות הטיפול ואת אמצעי הטיפול מעבודות יד יצירתיות לטכניקות שיקומיות מבוססות על שיטות מדעיות. מקצוע הריפוי בעיסוק התמקד בהתאמת הסביבה והטכנולוגיות המסייעות לאדם כדי לאפשר לו לתפקד בחיי היום יום. בישראל השינויים החלו בשלב מאוחר יותר עקב הסיבות הבאות:

א. בארצות הברית, חוק Rehabilitation Act סעיף 504 משנת 1973 והחוק לחינוך מיוחד (PL- 94-142, IDEA) שחוקק בשנת 1975, אסרו על הפליית אנשים עם מוגבלויות בתכניות אשר מומנו על ידי הממשל הפדרלי ועגנו את זכותם של ילדים עם מוגבלויות לקבל תכניות חינוך מותאמות. חוקים אלה הרחיבו את השירות המקצועי ויצרו שינוי ביחס החברה אל אנשים עם מוגבלויות. בישראל השינויים החוקתיים המהותיים היו מאוחרים יותר.² עובדה

² חוק החינוך המיוחד התשמ"ח (1988), נדלה מהאינטרנט, 6/1/16 <http://cms.education.gov.il/EducationCMS/Units/Zchuyot/ChukimVeamanot/Chukim/HockKhinuh/Meuhad.htm>. חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות התשמ"ח (1998). נדלה מהאינטרנט, 6/1/16 http://www.nevo.co.il/law/html/Law01/p214m2_001.htm; חוק התכנון והבנייה התשכ"ה נדלה מהאינטרנט 7/1/16. פרק ה'1 לחוק התכנון והבנייה התשכ"ה (1965), המורה על סידורים מיוחדים לנכים בבניינים ציבוריים, תוקן רק בשנת תשמ"א (1981).

שהשפיעה על המשאבים שהוקדשו למקצועות השיקום וביניהם מקצוע הריפוי בעיסוק, על מעמדם החוקי וזכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות בחברה ועל יחס החברה כלפי אנשים עם מוגבלויות. ההתייחסות לשיקום כאל משימה לאומית והקצאת המשאבים אחרי מלחמת יום הכיפורים, יצרו גם שינוי ביחס החברה שהיה בעיקר כלפי אנשים עם מוגבלויות פיזיות.

ב. שירותי ריפוי בעיסוק במסגרות קהילתיות פעלו בארץ משנת 1965. הגורם המרכזי שפיתח שירותים בקהילה הייתה קופת חולים כללית. כדי לפתוח מכונים במסגרות קהילתיות נוספות, שאינן קשורות בהכרח למערכות הבריאות, היה צורך שהציבור והרשויות יכירו בחשיבות המקצוע. עד סוף שנות השבעים, התנאים בישראל לא בשלו לאפשרות כזו; מחלקות ומכונים נפתחו רק במסגרות מתחום הבריאות. ואכן, המקצוע התפתח במוסדות ומסגרות בהם נעשתה עבודה שיקומית בהדרכת רופאים. הטיפול על פי גישות שיקומיות חיזק את הקשר עם המודל הרפואי ונתן למרפאות בעיסוק כלים יישומיים ייחודיים לטיפול. עם זאת, "קיבע" את המקצוע במערכת הבריאות. הצמידות למודל הרפואי הייתה הכרחית לשנות ייסוד המקצוע אך מנעה התפתחות במסגרות שונות שאינן קשורות לתחום הבריאות.

ג. המרחק הגאוגרפי הקשה על רכישת המיומנויות שהתפתחו בארה"ב, והצריך לנסוע לחו"ל וללמוד גישות, טכניקות ושיטות טיפול. על אף המרחק, עם השנים מרפאות בעיסוק ישראליות נסעו להשתלם בארצות הברית ובבריטניה, לארץ "יובא" ידע מקצועי שהעשיר ופיתח את ההתמחויות במקצוע ואת עבודת המרפאות בעיסוק. מרפאות בעיסוק בישראל היו קשובות ומעוררות לשינויים המקצועיים שחלו בארצות הברית ובבריטניה, בד בבד עם ערנות ומוטיבציה לתת מענה לצרכים המקומיים.

ד. ההתמחויות המקצועיות שינוי את גבולות העשייה של המרפאות בעיסוק בשטח. בישראל קצב פיתוח שירותים בקהילה והטמעת גישות טיפול ותיאוריות ייחודיות היה איטי יותר מאשר בארה"ב. לפיכך, תהליך העיצוב המחודש של גבולות העשייה המקצועית ארך זמן. יתרה מזאת, עדויות מרפאות בעיסוק מלמדות על ההתנגדויות לשינוי בגישות אמצעי ומטרות הטיפול.

הבדל משמעותי נוסף בין התפתחות המקצוע בארצות הברית לישראל נגע לסוגיית העובדים הלא מוסמכים. בארצות הברית נפתחו קורסים לאסיסטנטים בריפוי בעיסוק כדי להכשיר כח אדם לטיפול. האסיסטנטים הוכשרו בקורסים שארכו שנתיים ויועדו לעבוד בעיקר בטיפול במסגרות קהילתיות, בהשגחת מרפאות בעיסוק מוסמכות. משנת 1956 הוסיפו להתקיים בארצות הברית קורסים לאסיסטנטים בריפוי בעיסוק ומעמדם הוסדר מבחינה חוקית ומקצועית. בישראל הוכנסו בשנות החמישים למחלקות הריפוי בעיסוק עובדים לא מוסמכים שהיו לחלק הארי של כח האדם ברוב המחלקות. בשנת 1953 נפתח קורס בודד להכשרת עובדים לא מוסמכים שארך שנה. ניסיונות לפתוח מערכת הכשרה לאסיסטנטים בריפוי בעיסוק נתקלו בהתנגדות מצד גורמים רבים, ביניהם הארגון, מנהלות מערכות ההכשרה ומפקחות במשרד הבריאות. ייתכן כי ההתנגדות עלתה עקב הקושי להתמודד עם העובדים הלא מוסמכים ועם התדמית המקצועית של המקצוע.

הפער בין ההתפתחות המקצועית בארצות הברית לישראל ניכר במיוחד בנושא ההכרה האקדמית ומצבת כח האדם במקצוע.

א. כוח אדם: בעוד בארצות הברית הוכפל מספר המרפאות בעיסוק עם סיום מלחמת העולם השנייה, בשל התפתחות הרפואה השיקומית והצורך באנשי מקצוע מכל מקצועות השיקום,

בישראל מספר המרפאות היה מצומצם בשל הגידול באוכלוסייה והפער בין מספר הבוגרות לצרכים הבוטריים בטיפול בפצועי מלחמת העצמאות ובחולים הכרוניים בקרב העולים החדשים. לא ניתן היה להגדיל את מספר המרפאות בעיסוק באופן שיהלום את הצורך הרב. הייתה רק מסגרת הכשרה אחת והקורס לא נפתח באופן קבוע בכל שנה. יתרה מזו, לאחר מלחמת העצמאות, החלה ירידה במספר התלמידות בקורסים. לכך היו השלכות על התפתחות המקצוע לאורך כל השנים הנדונות במחקר זה. בארצות הברית גדל מספר המרפאות בעיסוק פי חמש בשנות השבעים. בישראל, בסוף שנות השבעים נכנסו בוגרות תכניות ההסבה לשוק העבודה והתחילו לאייש תקנים פנויים. אלה הצליחו לצמצם את המחסור בכח אדם אך תקנים עדין נשארו לא מאוישים.

ב. מעמד מסגרת ההכשרה: התחום החל להתפתח בישראל שנים אחרי ארצות הברית, אך הפער היה משמעותי. בשנת 1964, קבל הקורס לריפוי בעיסוק מעמד של בית ספר קבוע. בשנה זו נפתחה באוניברסיטת קליפורניה תכנית ההסבה הראשונה לתואר שני במקצוע.

ג. הכרה אקדמית: בארצות הברית קבל המקצוע הכרה אקדמית בשנת 1932, בשנת 1964 נפתחה התכנית הראשונה ללימודי תואר שני במקצוע. בישראל החלו המאמצים להכרה אקדמית במקצוע בשנת 1960 מתוך מטרה להשוות את רמת ומעמד המקצוע לנהוג בארצות מערביות. הקושי העיקרי היה שינוי תפיסתי של ראשי האוניברסיטאות והעדר תמיכה תקציבית למימון שינוי זה. ההכרה הושגה רק בשנת 1979 בזכות עבודת הייעוץ של פרופסור ג'רי ג'ונסון, מבכירות הארגון האמריקאי ומנהלת מסגרות להכשרת מרפאות בעיסוק בארצות הברית.

על אף הפערים והשוני, המקצוע המקומי התפתח תוך השפעות מערביות משמעותיות עליו, שהתפתחו ליחסי גומלין ולשיתופי פעולה שניכרו בתכניות הלימודים וההכשרות, ההתמחויות המקצועיות והפעילות בארגון הבינלאומי.

2. התפתחות המקצוע בישראל כשיקוף של תמורות בחברה הישראלית

מקצוע הריפוי בעיסוק נוסד על פי דגמים אמריקאים מובנים, אך למציאות המקומית ולאילושי השעה היה משקל משמעותי בהתפתחות המקצוע בישראל. לאירועים היסטוריים, לתפיסות חברתיות ותרבותיות, ולהיבטים כלכליים במדינת ישראל משנות הארבעים עד לשנות השבעים הייתה השפעה משמעותית ואף מנוגדת על התפתחות המקצוע: מחד גיסא, הצורך במקצוע שיקומי לטיפול בפצועים ובעולים חולים וקשישים פיתח את התחום ותרם להבנה בצורך במקצוע שיקומי. מאידך גיסא, הצרכים המקומיים דחו את פיתוח מערך השירות המקצועי ומערכת ההכשרה והעיבו על התפתחות המקצוע. דהיינו, נתנה עדיפות תקציבית לטיפול בצרכי בריאות ובטחון בוטריים ומקצוע הריפוי בעיסוק לא תועדף ברמה מספקת שאפשרה את התפתחותו.

גורמים מקומיים שסייעו להתפתחות המקצוע:

ייסוד- הריפוי בעיסוק שהינו מקצוע שהתפתח מרעיונות הומניים נוסד ביישוב בשנים בהם תחום השיקום היה בראשיתו, בבתי חולים ובמוסדות רפואיים לא היו מקצועות שיקומיים ועדין לא הוקמו מרכזי שיקום בתחום הפיזיקלי ובתחום בריאות הנפש. החברה המתגבשת ביישוב חפשה פתרונות טיפוליים לחולים כרוניים ולנכים. התמקדות המקצוע בעיסוק המשפיע על חיי היום יום של כל אדם וחשיבותו הן לתפקוד האדם הן לתחושת שייכותו החברתית ולרווחתו, סייעו

בהפצת וקבלת המקצוע. האידיאולוגיה הציונית שאפה לתיקון החברה באמצעות עבודה יצרנית ובעיקר עבודת כפיים. המקצוע הוצג כדרך למנוע מנכים וחולים ליפול לנטל על החברה קרי, אזרחים יצרניים שאינם זקוקים לסעד.

התפתחות- מלחמת העצמאות שפרצה לפני סיום לימודי הקורס הראשון הובילה להתפתחות התחום ולצמיחתו המהירה. למרות הקושי להיענות לצרכים הגוברים ולספק שרות למחלקות רבות, גיוס הבוגרות לצבא סייע בהפצת המקצוע. בשנות צמיחת המדינה הצורך הגובר בכח אדם העיד גם על החדרת המקצוע לתחום השיקום בישראל.

תרומה לחברה היא אחד ממאפייניה של פרופסיה.³ המקצוע נמדד ביכולתו לסייע לחברה גם בתקופות חרום אשר הצריכו התגייסות ומאמצים. תקופות החרום הקשו על העבודה השגרתית אך הדגישו את תחושת השייכות וההזדהות הלאומית של המרפאות בעיסוק ואת תרומת המקצוע למאמצים הלאומיים בחברה המתהווה. יתרה מזאת, מרפאות בעיסוק ראו את עבודתן המקצועית כחלוצית ואת פועלן המקצועי כשותפות בבניית שרותי בריאות במדינה החדשה.

כאמור, הארגון הישראלי היה שותף בהקמת הארגון הבינלאומי ובהשתתפות פעילה בכנסיו. נציגות הארגון תפסו את עצמן כנציגות מדינת ישראל וראו את התפתחות המקצוע בארץ כחלק אינטגרלי מהקמת המדינה ושרותי הבריאות שבה. בקונגרסים הבינלאומיים פעלו בשליחות כפולה: נציגות מקצועיות ונציגות ישראליות ובכך הדגישו את ההתפתחויות המקצועיות במדינה צעירה. זאת ועוד, החשיבות של קיום הקונגרס הבינלאומי בשנת 1978 בירושלים מעידה על רצון למצב את ישראל כמדינה בה קיימים שרותי ריפוי בעיסוק מפותחים ומתקדמים.

שינוי משמעותי בגוף הארגוני של המקצוע הושג בעקבות מלחמת יום הכיפורים עם העלייה בצורך במקצוע שיקומי - טיפולי. הפיקוח על המקצוע הועבר מהאגף הפסיכיאטרי לאגף עצמאי וגדלו מספר המוסדות בהם פעל שירות הריפוי בעיסוק במסגרת משרד הבריאות; מחלקות התווספו בבתי חולים כלליים, בתי חולים גריאטריים ובתי חולים פסיכיאטריים.

תדמית- בשנות ייסוד המקצוע, התאימו יחסי הציבור שעשתה בלום בין ערכי המקצוע ליערך העבודה שהיה מקובל בארץ והדגישו את שיקום החולים כאזרחים יצרניים המפרנסים את עצמם ולא נופלים לנטל על החברה. עבודות יד ואומנות מייצגים תרבות מקומית וקשורים לארגון החיים וכינון זהות לאומית ומקצועית. הערכים התרבותיים ביישוב ובשנים הראשונות לאחר קום המדינה יצרו התאמה בין ערכי המקצוע לערכים שהיו מקובלים בישראל. העשייה הטיפולית התבססה על השימוש בעבודות יד ויצירה כאמצעי להסחת הדעת, להרגעה ולהעסקת החולים וכאמצעי לקידום מטרות טיפוליות: לתרגול, פיתוח הרגלי עבודה ושיפור הרגלי חיים.

בשנות החמישים והשישים התערוכות היו לחלון הראווה של המקצוע. כל מוסד ומחלקה לריפוי בעיסוק הציגו למכירה את עבודות החולים. התערוכות אפשרו לחשוף לציבור הרחב עבודות של אנשים מאושפזים, לקרב את החולים לקהילה ובאופן עקיף למקצוע הריפוי בעיסוק. הקמת תערוכה העידה על עבודות היצירה והאומנות שהכינו החולים ועל כך שהחולים עוסקים בעבודות כפיים. מכירת העבודות חזקה את ההנחה שהחולים אינם נופלים לנטל על החברה ומתפרנסים בכבוד.

³ ברטל, נ' (תשע"ה). עמ' 273

בשנות השבעים לאירועים המקומיים ולשינויים התודעתיים אחרי מלחמת יום הכיפורים הייתה השפעה חיובית על מערכות ההכשרה. תכניות ההסבה נפתחו בתל אביב ובחיפה בשל צרכים מקומיים, כדי לגשר על החוסר בכח אדם מקצועי. מנהלות וסגל תכניות ההסבה הונעו מלכתחילה מהתפיסה שיש ללמוד את המקצוע לתואר ראשון במסגרת אוניברסיטאית. תכניות ההסבה היוו דרך לקדם את ההכרה האקדמית ולהכשיר ולצרף למקצוע כח אדם מקצועי עם תואר ראשון כדי לגשר במהירות על החוסר בכח אדם מקצועי.

תחומי הטיפול- כדי לתאר את תרומת הגורמים המקומיים להתפתחות המקצוע ניתן לצטט את בלום: "המלחמה היא כח הורס, אך המחשבה והמאמצים המושקעים בה מעוררים כוחות יצירה בעלי ערך גם לעתות שלום. דוגמא בולטת לכך היא התפתחותו המהירה והמפתיעה של הריפוי בעיסוק".⁴ תחום הטיפול הפיזיקלי קבל תנופה לאחר מלחמת העצמאות. הטיפול בפצועים הקנה למקצוע הריפוי בעיסוק את הלגיטימציה להתמחות בתחום תפקודי הידיים, תפקודי היום יום והשיקום התעסוקתי. מלחמות ישראל היו מנוף להתפתחות מקצוע שיקומי-נשי; השינוי החברתי-התודעתי בעקבות מלחמת יום הכיפורים העניק תנופה לכל תחומי השיקום הרפואי וביניהם לריפוי בעיסוק. הצורך לשקם את פצועי מלחמות ישראל הניע את פתיחתם של שלושה מרכזים בתחום הפיזיקלי בהן נפתחו מחלקות לריפוי בעיסוק. הוקצאו משאבים, הוקמו יחידות ומכונים והורחבו המסגרות בהן פעלו שירותי הריפוי בעיסוק, אלה העמיקו וחיידדו את ההתמחויות במקצוע. המענה הגביר את הצורך ומספר המטופלים והטיפולים גדלו. בנוסף, המקצוע התרחב מטיפול בחולים כרוניים במוסדות אשפוז, לטיפול קצר מועד וממוקד בלקויות שהשפיעו על איכות חיים של מטופלים שהתגוררו בסביבתם הטבעית וקבלו טיפול במסגרת הקהילה. ההתקדמות הטכנולוגית ברפואה השפיעה גם על מקצוע הריפוי בעיסוק; אמצעי הטיפול השתנו, הטיפול התמקד בסדים, אביזרי עזר, ניידות ונגישות. תחום התאמות הדיוור התפתח כמענה לנכים שבקשו להתגורר בסביבתם הטבעית, היה זה פיתוח שהונע מהצרכים המקומיים; ניסיונות ראשוניים לאפשר לנכים את הזכות להשתתפות במארג החיים הפרטי והכרה בצורך לבצע התאמות בסביבה ולהעזר בסיוע כספי של הרשויות לצורך זה. השינוי החברתי תודעתי יצר שינוי בגישות הטיפול, אמצעי הטיפול ובאוכלוסיית המטופלים.

מחצית מהמרפאות בעיסוק המוסמכות עבדו בתחום בריאות הנפש. התרופות החדשות הקלו על התסמינים הפסיכיאטריים ואפשרו לטפל ברוב חולי הנפש במחלקות פתוחות ובמסגרות בקהילה. עבודת הריפוי בעיסוק התבצעה במחלקות ובסדנאות, המוקד באמצעי הטיפול עבר מהתוצר הסופי אל תהליך העשייה והביטוי. מרפאות בעיסוק התמחו בהעברת קבוצות טיפוליות מגוונות לעיתים בליווי והדרכת פסיכיאטרים. המוקד בשיקום התעסוקתי גם השתנה; הושם דגש על ההכנה לתפקיד עובד ועל תהליך ההשמה במקומות עבודה בקהילה. בנוסף, מרפאות בעיסוק החלו להתייחס לליקויים הקוגניטיביים תפיסתיים של מטופלים בבתי חולים פסיכיאטריים.

בשנות השבעים פעילות הורים וארגונים ופתיחת בתי ספר לחינוך מיוחד, מכונים בקהילה ומכונים להתפתחות הילד יצרו שינוי משמעותי בתחום הטיפול בילדים; מטיפול בילדים עם לקויות מורכבות, לטיפול במסגרת הקהילה בילדים עם מגוון לקויות, כולל לקויות קלות המשפיעות על איכות החיים. גילאי הילדים שהופנו לטיפול ירדו ונפתחה תכנית מניעה ראשונה בארץ. הפניית ילדים בגיל צעיר לטיפול ריפוי בעיסוק והתערבות טיפולית מוקדמת, אפשרו

⁴ בלום, ע' (1949).

להקנות לילד ולבני משפחתו מיומנויות וללמדם להתמודד עם הלקויות. מגוון אבחנות הילדים שהופנו לטיפול ריפוי בעיסוק מעיד על מחויבות החברה לרווחת הילדים ועל המקום המרכזי שנתנה החברה הישראלית לבריאות ואיכות החיים של הילדים. בשנות השבעים התגברה החברה הישראלית על הקשיים שהציבו המצב הביטחוני והעלייה ההמונית והתפתחה לפתח את תחום הטיפול בילדים שהיה לתחום משמעותי במקצוע.

התפתחות התחום הונעה משילוב בין צרכים שנבעו מהשטח ומהשפעת תפיסות החברה את חולי הנפש, הנכים והילדים שנזקקו לשיקום. בשנים במוקד מחקר זה חלו תמורות בתיעוש, בהתפתחות הטכנולוגיה והתפתחות הרפואה שהשפיעו על מטרות הטיפול, גישות הטיפול ואמצעי הטיפול. כמו כן, חל שינוי בהתייחסות החברה הישראלית אל הפרטים בתוכה וביניהם גם אנשים עם מוגבלויות. החברה עברה מתרבות קולקטיביסטית ממלכתית הסתדרותית לתרבות אינדיבידואליסטית עסקית שיווקית, המקבלת הישגיות ורצון להגשמה עצמית על חשבון ערכי הכלל. שינוי חברתי זה, אפשר להתייחס לאנשים שנחשבו בשולי החברה עקב מחלת נפש, מחלה כרונית, נכות מולדת או עיכוב התפתחותי. יתרה מזאת, נעשו צעדים ראשוניים לעבודה שיקומית על פי מודל ביו-פסיכו-סוציאלי, המשלב בין השיקום הפרטני של האדם עם המוגבלות למחויבות החברה לספק לאדם שירותי שיקום ולהתאים את הסביבה במטרה לאפשר לאדם עם מוגבלות לחיות בסביבתו הטבעית.

אירועים ותפיסות מקומיות שעיצבו את התפתחות המקצוע:

התפתחות - העבודה במקצוע צעיר שהוקם בתקופת חרום טמנה בחובה חסרונות; תלמידות הקורסים הראשון והשני התקשו לציין מי היו דגמי החיקוי שלהן מההיבט המקצועי (Role Model). לא היו לבוגרות הצעירות מודלים לחיקוי והתלמידות פיתחו בעצמן את הדיוקן האנושי – מקצועי. יתרה מזאת, עבודתן בשטח הייתה ראשונית והאחריות לפתוח וביסוס המקצוע נפלה על כתפיהן. הפיזור הגיאוגרפי של הבוגרות בין המוסדות ובתי החולים הצבאיים ברחבי הארץ הקשו על גיבוש אחידות מקצועית. זאת ועוד, בשנת 1951 נשאר בישראל מעט מרפאות בעיסוק מוסמכות שיכלו לתת הדרכה מקצועית ולקדם את עבודת הבוגרות. המציאות הקשה לצד העובדה שהמקצוע היה בתחילת דרכו לא אפשרו הדרכה מקצועית רציפה ומיסוד מספק של כנסים וימי עיון בהם עובר ידע מקצועי, עובדה שהקשתה על קידומן המקצועי של הבוגרות.

העדר מערכות פיקוח ובקרה במקצוע הקשו על העובדות במקצוע צעיר. הגבולות המקצועיים הרחבים במקצוע הריפוי בעיסוק אפשרו מחד גיסא, גילויי יוזמה ופתיחות לרעיונות. מאידך גיסא, חוסר הגבולות הברור בין המקצוע למקצועות טיפוליים אחרים יצר קונפליקטים מקצועיים וערער את מעמד המקצוע שגם כך היה בעמדת נחיתות עקב עזיבת המנהלות האמריקאיות. למרות שהיה צורך במרפאות בעיסוק מוסמכות וגיוס הבוגרות לצבא סייע בהפצת המקצוע והטמעתו במערכת הבריאות, הרי שבפועל למציאות הקשה בישראל היו גם השפעות מעכבות את התפתחות המקצוע.

הצורך במרפאות בעיסוק לטיפול בפצועי במלחמת העצמאות ובטיפול בעולים החדשים יצר תקדים של כניסת כח אדם לא מקצועי למקצוע הריפוי בעיסוק, בעיה שגרמה לפיחות במעמדו. הכנסת כח אדם לא מקצועי למחלקות לריפוי בעיסוק בשנות החמישים במטרה לטפל בחולים הכרוניים והקשישים שבאו בעלייה ההמונית, הייתה לבעיה מהותית במקצוע. הפער העצום בין

מספר המרפאות בעיסוק המוסמכות לעובדים הלא מוסמכים במקצוע צעיר ולא מבוסס, הקנו למקצוע תדמית המקשרת אותו לעבודות יד ולא לתחום השיקום. בנושא זה המענה על הצרכים המקומיים היה בעוכרי המקצוע. המקצוע לא הספיק להתבסס ולפתח את עתודות כח האדם המקצועי.

להיבט המקומי השפעה נכרת על התפתחות מערכת ההכשרה. מערכת ההכשרה התקשתה להביא לשינוי במעמדה עקב קשיי תקציב. הצורך לתת מענה לצרכים בוערים בתחומי הביטחון הבריאות והרווחה והעובדה שמדובר במקצוע לא מוכר, הקשו על התחייבות המוסדות המממנים את מערכת ההכשרה. יש להניח שחוסר ההשתתפות במימון נבע מהעדר משאבים ומסדרי עדיפויות באותה התקופה, שהריפוי בעיסוק לא היה בראשם. הקורס הארעי בריפוי בעיסוק הפך לבית ספר קבוע רק בשנת 1964, לאחר אינספור בקשות של כל הגורמים הטיפוליים הנוגעים בדבר וירידה במספר המועמדות והתלמידות. שינוי זה הושג מאוחר מדי, הפער בין צרכי השטח למספר הבוגרות הלך וגדל.

גם בנושא ההכרה האקדמית הגורמים המקומיים עכבו את התפתחות המקצוע. המאמצים להכרה אקדמית במקצוע החלו מתוך מטרה להשוות את רמת ומעמד המקצוע לנהוג בארצות מערביות ומתוך התחשבות בצרכים המקומיים ובחוסר בכח אדם מקצועי. ההנחה הייתה ששינוי המעמד ימשוך למקצוע כח אדם איכותי ומשכיל. בכירות המקצוע הניחו כי לימודים לתואר ראשון יעודדו פתיחת לימודי המשך לתארים מתקדמים ויקדמו את המחקר במקצוע. המאמצים נשאו פרי ובשנת 1979 אשרה המועצה להשכלה גבוהה להעניק תואר ראשון בריפוי בעיסוק.

תדמית- לעבודות היד והיצירה שהיו לאמצעי הטיפול הבולט במקצוע בשנות הארבעים והחמישים, הייתה גם השפעה מעכבת על התפתחות המקצוע בשל קביעת תדמיתו. המקצוע נתפס כמקצוע נשי והוכר בציבור כשייך לתחום הוראת מלאכות יד ומתוך כך נחות משהו. רק בראשית שנות השבעים, יצרו מספר תהליכים פחות במעמד עבודות היד, ברמה העולמית והמקומית - ישראלית: ירידה בערך עבודות היד ועבודות הכפיים והתפתחות טכנולוגית ושימוש בגישות טיפול חדשות, יצרו שינוי באמצעי הטיפול. מלאכות היד הוחלפו באביזרי עזר, משחקי חשיבה, אביזרי ניידות, התאמות ושינויי דיור, וטכנולוגיה מסייעת.

הניסיונות להשתמש בתערוכות כדי לפרסם את המקצוע ולהביא לשינוי במעמד הקורס לבית ספר קבוע לא הועילו. הירידה בערך עבודות היד הצריכה פרסום ושיווק שונים למקצוע. בלום הייתה מעורה בתרבות האמריקאית ומתחילת דרכה דאגה לפרסם ולשווק כל הישג מקצועי. בהשוואה אליה, המנהיגות הישראליות היו פחות מעורות בשיווק וביחסי צבור. תחום השיווק של המקצוע לקה בחסר.

במהלך השנים הקדיש הארגון מאמצים ומשאבים לפעילות במישור המקומי כדי להטיב את תנאי התעסוקה והשכר של המרפאות בעיסוק. לשם כך הצטרף הארגון להסתדרות העובדים ונעשו ניסיונות לשינוי מעמד המקצוע ושיפור תנאי העסקה. הארגון פעל להסדרת מעמד העובדים הלא מוסמכים והפרדה בין עובדים מוסמכים ללא מוסמכים. הארגון פעל רבות למינוף מעמד המקצוע בישראל ותלה תקוות רבות בהליך האקדמיזציה להובלת וקידום המקצוע. כדי להתגבר על המכשולים המקומיים פנה הארגון לוועדת הכנסת והצליח להביא להעלאת המודעות לבעיות המרכזיות במקצוע. בין קבלת החלטות ליישומן עברו שנתיים.

תחומי הטיפול- פעילות השירות הארצי לריפוי בעיסוק במשרד הבריאות הושפעה בעיקר מהגורמים המקומיים: השירות לריפוי בעיסוק היה תחת האגף הפסיכיאטרי ועסק בפקוח על מוסדות פסיכיאטריים של משרד הבריאות ומוסדות פרטיים. היו מעט בתי חולים כלליים ומחלקות גריאטריות בהם נפתחו יחידות לריפוי בעיסוק תחת פיקוח המשרד. בשנות החמישים והשישים הוקדש חלק ניכר מעבודת המפקחות במשרד הבריאות ובמלבין לבניית מחלקות חדשות, להדרכת עובדים לא מוסמכים ולניהול התקציבי של המחלקות לריפוי בעיסוק. מיעוט המוסמכות שפיקחו במוסדות אלה, לא יכלו לבנות מערכי בקרה ותכנון מקצועיים. כדי לענות על צרכי השטח וליעל את העבודה היה צורך להקים שירות מקיף ולהרחיב את תקני הפיקוח.

בישראל קצב המעבר לשירות בקהילה היה איטי, שירותי הריפוי בעיסוק בקהילה נפתחו מאמצע שנות השישים עקב צרכי השטח. רוב המכונים נפתחו על ידי קופת חולים כללית לאוכלוסייה שנזקקה לטיפול בתחום הפיזיקלי. העבודה במכונים התבססה על המודל הרפואי. תחום טיפולי הבית והתאמות הדיור התרחש כעשור לאחר שהתחום התפתח בארצות הברית. העבודה בתחום השיקום התעסוקתי התמקדה בניסיונות להשמה תעסוקתית חליפית ולא בתעסוקה במלאכות יד ויצירה. בשנות השבעים נפתחו מסגרות בודדות לטיפול בתחום בריאות הנפש בקהילה. במכונים הועסקו רק מרפאות בעיסוק מוסמכות. עקב העובדה שתהליך היציאה לקהילה היה רק במסגרות בתחום הבריאות, מרפאות בעיסוק שהשתלבו בעבודה במסגרות חינוך או רווחה, עבדו על תקנים של מקצועות אחרים. דהיינו, מרפאות בעיסוק עבדו במסגרות מגוונות בקהילה אך עבודתן השיקומית לא הוגדרה ריפוי בעיסוק. רק בשנים מאוחרות יותר הועסקו בתקנים של מרפאות בעיסוק.

שילוב גורמים מקומיים האטו את התפתחות המקצוע עד שנות השבעים: הצרכים המקומיים; האתגרים החברתיים, הכלכליים והביטחוניים הבוטחים שדרשו מענה מידי ומתוך כך מנעו פיתוח, מערכת הבריאות שהייתה בהתהוות, תפיסת המוגבלות כסטייה מן הנורמה, הדרת אנשים עם מוגבלויות והשקעה מועטה במערכות שיקום, חוסר ההלימה בין כח האדם המקצועי לצרכים בשטח והמרחק הגיאוגרפי מארצות הברית ומבריטניה, בהן חלה התקדמות מקצועית מרשימה, היקשו על ההיענות לצרכים הגוברים ועכבו את התפתחות המקצוע. עתות החרום ותקופות משבר הצריכו מאמץ רב, הגבירו את תחושת השייכות הישראלית וההזדהות הלאומית, אך הקשו על התפתחות המקצוע. התגברות על האתגרים המקומיים הושגה רק לאחר מלחמת יום הכיפורים; השיקום הפך למשימה לאומית, והחברה החלה להשקיע משאבים ולתת את הדעת לצרכיהם של אנשים עם מוגבלויות; נפתחו מחלקות שיקום חדשות ומכונים בקהילה, התפתחו גישות טיפול ייחודיות למקצוע והיה שינוי באמצעי הטיפול: מעבודת יד לאביזרי עזר, סדים, התאמות דיור וטכנולוגיה מסייעת.

ההכשרה המקצועית גדלה עם פתיחת תכניות ההסבה וקבלת ההכרה האקדמית. שינויים מקצועיים היו מענה לתמורות ברפואה ובחברה. השקעת המשאבים השפיעה על גילאי המטופלים ועל איכות הטיפול שהתמקד גם במניעה ובאיכות חיים ולא רק באנשים עם מוגבלויות מורכבות. חלו השפעות הדדיות בין מקצוע הריפוי בעיסוק והחברה הישראלית; התמורות החברתיות השפיעו על התפתחות המקצוע והתפתחות המקצוע השפיעה על החברה. ההכרה בחשיבות התאמת הסביבה כדי לאפשר נגישות לכל בני האדם, יצרה שינוי בתפיסות החברה; מחברה המצפה מהנכה להשתנות ולהתאים את עצמו אליה, לחברה שמחויבת לאפשר לאנשים עם

מוגבלויות לממש את זכותם להשתתפות שוויונית ופעילה בכל תחומי החיים. ולתת מענה הולם לצרכיהם של אנשים עם מוגבלויות באופן שיאפשר להם לחיות את חייהם בעצמאות מרבית, בפרטיות ובכבוד. הצורך הגובר בכח אדם העיד גם על החדרת המקצוע לתחום השיקום בישראל ועל שינוי בתפיסה השיקומית במדינת ישראל.

3. הריפוי בעיסוק ומאפייניו המגדריים

ההיבט המגדרי בריפוי בעיסוק ניכר בהקמת המקצוע, בהתפתחותו, ובעיצוב מאפייניו ותדמיתו.

הייסוד- בשנות הייסוד סייע המגדר על תפיסותיו המסורתיות ואף הסטריאוטיפיות שהבחינו בין תכונות גבריות ונשיות, ובין 'תפקידים גבריים' לתפקידים נשיים, בהחדרת התחום לחברה היישובית, שכן המקצוע נתפס כהרחבת תפקידיה המסורתיים של האישה לספרה הציבורית ובכך לא אתגר את החברה. אולם במשך השנים העיב ההיבט המגדרי על התפתחות המקצוע: השכר הלא הולם, ההתייחסות אל העובדת כאל מפרנסת שנייה, הנשירה מהמקצוע של נשים נשואות ואימהות מטופלות בילדים, הביאו למיצוב המקצוע בתור מקצוע נשי מובהק ופגעו בתדמיתו וביוקרתו.

בשנות הייסוד המפעל היה כולו על טהרת הנשים, הוגות ומבצעות המפעל היו נשים, הן בצוות הדסה בניו יורק והן בארץ ישראל. אתל בלום הייתה דמות יוצאת דופן שנקטה יוזמה ופעלה בספרה הציבורית לפיתוח המקצוע, בתקופה בה הודרו נשים מתפקידי הנהגה והספרה הציבורית הייתה נחלת גברים. בלום פעלה מתוך תחושה חזקה של שליחות וייעוד מקצועיים בסטנדרטים אמריקאים והוכיחה אישיות החלטית ומנהיגות משימתית. בתקופת ניהולה הצליחה לשמור על אוטונומיה ועצמאות מקצועית. האישיות של בלום, יכולותיה, ושאיפותיה האישיות, נפלו על קרקע פורייה. הזיהוי של הצורך בד בבד עם היכולות האישיות הביא להתפתחות התחום בארץ.

תלמידות הקורסים הראשונים ראו עצמן פורצות דרך בתחום המקצועי אך לא כקוראות תיגר על הסדר החברתי מגדרי. למרות שהמקצוע נשי וקידם נשים מבחינת השכלה ואפשרויות פרנסה, כאמור לא היה בו איום על גבולות המגדר בחברה. הריפוי בעיסוק נתפס כשייך למקצועות ההולמים את כישוריה המגדריים של האשה ומשום כך היה להכשירה לכך.⁵ דווקא משום כך, הייתה זו דרך עבור נשים לקדם את מעמדם בחברה באופן שקיבל לגיטימציה.⁶ הריפוי בעיסוק היה למקצוע שהוביל להשכלת נשים, להתפרנסותן באופן עצמאי, לפיתוחן האישי גם בשל גילויי היוזמות שגלו לו ולתרומתן המוערכת לחברה.

ההתפתחות- התפתחות המקצוע והתקדמות מקצועית הושפעו מהתקדמות הרפואה, הטכנולוגיה ושירותי הבריאות. בישראל הונעה ההתפתחות המקצועית מיוזמות אישיות, החל בפועלה של אתל בלום ובהמשך של מרפאות בעיסוק שפעלו לקדם את המקצוע. בשנות הייסוד, ההתפתחות המקצועית נעשתה בעזרת נציגות הדסה בניו יורק שפנו אל בכירות המקצוע בארצות הברית. בשנות החמישים השישים והשבעים, היוזמה הייתה של המרפאות בעיסוק בשטח, בארגון ובמסגרות ההכשרה. בזכות קשרים ויוזמות אישיות הצליחו מרפאות בעיסוק ישראליות להיחשף

⁵ תחומי עיסוק מסורתיים של נשים היו פעמים רבות דרך לקידומן של נשים. ראו שילה, מ' (תשס"ב). עמ' 144-149, 187.

⁶ פעילות פילנטרופית היוותה דרך לכניסת נשים לספרה הציבורית, גם הריפוי בעיסוק הופעל בשנת 1940 על ידי צוות מתנדבות. בנושא פעילות פילנטרופית ראו שילה, מ' (תשס"ב). עמ' 152-170.

לגישות טיפול מתקדמות, ללמוד אותן ולהשתמש בהן בטיפול. מיעוט מהמרפאות בעיסוק נסע להשתלם בחו"ל. הבודדות שהצליחו להשתלם בחו"ל שיתפו את המרפאות בעיסוק בידע המקצועי שרכשו, אם בכתבה בכתב העת המקצועי או בהרצאה ביום עיון. בכך העשירו את הידע המקצועי של המרפאות בעיסוק הישראליות. דרך נוספת להתפתחות והעמקה במקצוע הייתה לארגן קורסים מקצועיים ולהזמין לישראל אנשי מקצוע מומחים ללמד בקורסים.

כוח האדם- מקצוע הריפוי בעיסוק נתפס כמתאים לכישורים נשיים על פי התפיסה המגדרית המסורתית. נשים בחרו ללמוד את המקצוע בסוף שנות הארבעים מתוך רצון לשלב בין עבודות יד למקצוע פרא-רפואי, בשנות החמישים ממניעים אלטרואיסטיים ובשנות השישים והשבעים מתוך רצון להתמקצע במקצוע בתחום הבריאות והרווחה. ברם, לנשים נשואות ובעלות משפחה היה קשה להתמיד בלימודים ובהכשרות. דהיינו, נשים התקשו לשלב בין עולמן הפרטי להכשרתן המקצועית. עובדה שמעידה על תפיסות סטריאוטיפיות מגדריות שרווחו בחברה בנושא הקשר בין נישואים לרכישת מקצוע. תנאי הקבלה והלימודים הנוקשים העידו כי באותן שנים הכשרה מקצועית הייתה מיועדת בעיקר לרווקות.

לאורך כל התקופה המקצוע התאים לדרישות התעסוקה של מפרנסת שנייה. עם זאת, להיבט המגדרי היה משקל כבד בנשירה מהמקצוע, מרפאות בעיסוק נשרו עקב שינויים במעמד המשפחתי ושינוי מקום מגוריהן. השלכות מחסור זה העיבו על התפתחות המקצוע. העובדה שמדובר במקצוע הקשור לתחום כישוריה של האישה, הקל על קבלת המקצוע בסוף שנות הארבעים. ברם, בשנות החמישים השישים והשבעים ההיבט המגדרי היה בעכרי המקצוע עקב הקושי של נשים להישאר במקומות העבודה לאור תנאי העסקה.

התדמית- המרפאות בעיסוק שפעלו בתחום ההסברה התמודדו עם שני קונפליקטים עיקריים בנושאי מעמד ודימוי המקצוע; הראשון, פער בין מחויבות היגרעין הקשה של מרפאות בעיסוק שהיו מחויבות למקצוע והשקיעו בקידומו אנרגיות ומשאבים לבין הדימוי של המקצוע בציבור. השני, פער בין הדימוי האליטיסטי-פנימי של המרפאות בעיסוק, לדימוי המקצוע בקרב אלה מהצבור שהכירו אותו כשייך לתחום הוראת מלאכות יד ומתוך כך נחות משהו.

השינויים המרכזיים שעבר המקצוע הם התיאוריות וגישות הטיפול להן נחשפו מרפאות בעיסוק בשנות השבעים. אלה גרמו להתמחויות, לשימוש בכלי אבחון ומבחנים פורמליים, למציאת אמצעי טיפול תואמים ורלוונטיים לזמן ולמקום ולעזיבה של מלאכות היד. עזיבת מלאכות היד הייתה תולדה ישירה של שינויים בסדרי עדיפות שיצרו שינויים במקצוע בכל העולם.

הריפוי בעיסוק כזירה לפיתוח מנהיגות נשית

מאפיין בולט של המקצוע מראשיתו הוא תפקידן המשמעותי של הנשים שהובילו את התחום, פיתחוהו ועיצבוהו. המקצוע התפתח על ידי יוזמות אישיות של נשים שגילו כישורי מנהיגות, ניתבו אנרגיות לניצול הזדמנויות, קדמו את המקצוע והיו לפורצות גבולות. סוגית המנהיגות הנשית כפי שעולה מהדיון בהתפתחות הריפוי בעיסוק הוא מאפיין העובר כחוט השני לאורך כל ההיבטים שנבחנו במחקר. מהי מנהיגות? מנהיגות היא תופעה פסיכולוגית חברתית מוכרת ומורכבת שקשה להסבירה, לנתח ולמצוא בה חוקיות. פופר אמץ את הגדרתו של קוטר שמנהיגות היא הנעת אנשים לביצוע משימות לאורך זמן תוך כדי מיצוי אמצעי ההנעה שאינם אמצעי כפייה.⁷ לתפקוד

⁷ פופר, מ' (1996). עמ' 21-23.

המנהיג השפעה על המוטיבציה והמחויבות של העובדים בארגון, על נורמות ההתנהגות שלהם ועל פעילותם להשגת מטרות משותפות.⁸ מנהיגות מתפתחת כל הזמן אך אינה יכולה להתפתח אצל כל אחד, כדי שיהיה לאדם איזשהו פוטנציאל הנהגה חייבים להיות לו מוטיבציה, יכולת ותנאים סביבתיים- התפתחותיים שיאפשרו טיפוח תכונות הנהגה.⁹ היבטים אלה ניכרים בדיוקן של הנשים שהובילו את הריפוי בעיסוק.

קיימת במחקר התייחסות לפער בין מנהיגים מולדים למנהיגים שצריכים לרכוש את כישורי הנהגתם במהלך ביצוע תפקידים.¹⁰ בלום לא תארה את עצמה כילדה שהנהיגה את חברותיה אלא כתלמידה בשולי החברה עקב המגבלות שהציב אביה.¹¹ כלומר היא לא ראתה עצמה כמנהיגה טבעית. ברם, בגיל מבוגר יותר, ביצעה מהלכים ייחודיים, לקחה על עצמה את תפקיד המנהיגה והצליחה לבצעו מכורח הנסיבות, המציאות והסטנדרטים המקצועיים. מנהיגותה עוצבה אפוא עם העשייה. רבות מהמנהלות במסגרות ההכשרה והמנהיגות בשטח לא שאפו להיות מנהיגות, הנסיבות הביאו אותן לתפקיד זה.¹² כאמור, היה קשה לאיש חלק מתפקידי ההנהגה והפיקוח במקצוע. עם זאת, כל המנהיגות היו פעילות חברתית טרם כניסתן לתפקידי ההנהגה והניהול. ייתכן ובשנות הנעורים קבלו חלק מהכלים שסייעו להן להתמודד עם תפקיד המנהיגה.

גולדברג מציינת את החשיבות בניצול הזדמנויות שמספקות הסביבה והנסיבות להתנסות במנהיגות, כגורם מפתח מנהיגות.¹³ המנהיגות המקצועיות במסגרות ההכשרה, בגוף הארגוני ובקליניקות בשטח,¹⁴ ניצלו את ההזדמנויות ואת הנסיבות המקומיות שנקרו בדרכן כדי לקדם ולפתח את המקצוע. הן בחרו בדפוסי פעולה וניתבו אנרגיות לניצול הזדמנויות לפתח את המקצוע ולייסד מיזמים ומסגרות טיפול חדשות. במישור הציבורי, תרומתן בנושא המגדרי הייתה עקיפה ובלתי ישירה. אין אזכורים על השקפותיהן בנושא קידום מעמד הנשים,¹⁵ למרות שפועלן הביא לקידום של נשים שרכשו מקצוע ולהרחבת האפשרויות למקורות הכנסה לנשים.

מנהיגה מעצבת מציאות או מציאות מעצבת מנהיגה?

במחקר זה מוסטת תשומת הלב מההנהגה הלאומית ומוסבת להנהגה מקצועית של מקצוע צעיר. כאמור, הריפוי בעיסוק נתפס תחום נשי ומלכתחילה הייתה בו הנהגה נשית. יש הסוברים שסגנון המנהיגות אשר מטפחת עובדים צעירים להנהיג בעתיד, חשוב לנשים יותר מאשר לגברים כיון שהן

⁸ שחר, ר' (תשנ"ה). עמ' 9-18; פופר, מ' (תשנ"ט). עמ' 20.

⁹ להלן הערה מס' 7.

¹⁰ שם, שם.

¹¹ בלום בריאיון עם עם רוברטה בנאור, 1983.

¹² שחורי-רובין מצאה כי חלק מהמנהלות לא שאפו לנהל אלא הגיעו לתפקיד בדרך המקרה. שחורי-רובין, צ' (2011). עמ' 390.

¹³ גולדברג, ש' (תש"ע). עמ' 272-307.

¹⁴ המנהיגות של מסגרות ההכשרה בישראל: אתל בלום, מאירה קנטור, רחל גולדשמיד, לאה לוי, בלה אפרתי, יעל הלוי ודליה זק"ש. מנהלות הגוף הארגוני של המקצוע; יעל יואלית, ברכה אנגלרד-לנגה, עליזה קרני, יעל הלוי ורות אלבגלי והמנהיגות בשדה הקליני: לאה לוי, חוה אלקן, נירה זוסמן, מרים בבלי, בלה אפרתי, שולה פרוש, סו לוינשטיין, ברניס מאירס, רחל רשבש, רחל רוזנברג, ועוד....

¹⁵ למעט התייחסותה של ד"ר דליה זק"ש. להלן עמ' 307.

זקוקות לדוגמה של מנהיגה שהצליחה לפלס דרך לעמדת מפתח.¹⁶ סברה זו תואמת את מגמת ארגון הדסה לפתח תחום באמצעות מנהיגות אמריקאיות או מנהיגות שהוכשרו בארצות הברית ובשליבים מאוחרים, לאחר שהמקצוע התבסס, להעביר את ההנהגה למנהיגות מקומיות.¹⁷

ניתן לפרוט את תפקידי ההנהגה לתחומים הבאים: **מנהל כראש מערכת** - שיעורי נשים בתפקידי ניהול גבוה במקצועות בהם רוב המועסקות הן נשים. עניינן הגובר של נשים בקריירה, האקדמיזציה של שכבת הניהול, וצמיחתן של התמחויות חדשות בניהול, העלו את מספר הנשים שהגיעו לתפקידי ניהול בסוף המאה העשרים.¹⁸ עם זאת, סטראוטיפים מגדריים מלווים בדעות קדומות השפיעו על קידומן של נשים ועל מורכבות השילוב של תפקידי ההנהגה ו'נשיות'.¹⁹

למרות שינוי במספר הנשים שתופסות תפקידי ניהול והנהגת צוות, גם בראשית שנות האלפיים רוב העובדים והעובדות הצהירו שהיו מעדיפים לעבוד תחת מנהל גברי.²⁰ באופן מסורתי נהוג להעריך את הגבר כמי שיש לו את התכונות הרצויות להנהיג כיון שעל פי סטראוטיפים חברתיים לגברים יש יכולת הנהגה ומוטיבציה להתקדמות. במחקרים שנערכו בשנות השבעים הוכח כי גברים ונשים סברו שלמנהל מוצלח יש תכונות גבריות יותר מתכונות נשיות.²¹

לאורך השנים במוקד מחקר זה פעלו מקצועות פרא רפואיים על פי המודל הרפואי 'המסורתי' לפיו בראש הפירמידה עמד רופא, בדרך כלל גבר אשר פקח על נשים, גם אם הן היו בתפקידי ניהול. לפיכך, מעמדן של המנהלות לא איים על ההנהגה הגברית. מקומן כמנהלות תחום 'נשי' לא היה נדיר שכן שיעור הנשים המנהלות היה גבוה בתחומים בהם נשים היו רוב המועסקות.²² בתחומים אלה מקובלת 'המשכיות משימתית', הבכירים מגויסים מבין העובדים ובעיקר העובדות במשרות זוטרות, תופעה זו אופיינית למקצועות שמצריכים השכלה אקדמאית,²³ והריפוי בעיסוק הוא אחד ממקצועות אלה. עליזה קרני, יעל הלוי, ברכה אנגלרד-לנגה ורות אלבגלי עמדו בראש מערכות מתוך תפיסה חד משמעית של מקצוע הריפוי בעיסוק כפרופסיה עצמאית. הן פעלו להרחבת המסגרות הטיפוליות הן בבתי חולים והן בקהילה, ולקידום המקצוע והעוסקות בו. הקשיים העיקריים עימם התמודדו נגעו להיבטים המגדריים של המקצוע עקב חוסר היכולת לאייש תקנים.

המנהלות והמפקחות תפקדו **כנשות יחסי הצבור** של המקצוע. בלום יישמה את תורת מתן השרות האמריקאית, בה דגלו הנרייטה סאלד ונשות הדסה, עם יחסי הציבור המערביים. היא השכילה לנצל את אמצעי התקשורת ולהרחיב את ידע הציבור על המקצוע מטרותיו והישגיו. כדי

¹⁶ שחר, ר' (תשנ"ה).

¹⁷ הירש, ד' (תשס"ח).

¹⁸ יזרעאלי, ד' (1997). עמ' 56-75. 56% מבין הנשים הישראליות שהגיעו לתפקידי ניהול, הן אשכנזיות שמוצאן מאירופה או אמריקה.

¹⁹ רוזנברג-פרידמן, ל' (תשע"א). עמ' 411.

²⁰ Powell, G. N.(2003). pp. 133-156

²¹ שם, שם. עובדים ועובדות בדרגות שונות, כולל סטודנטים וסטודנטיות קשרו בין תפקיד ניהולי לגברים יותר מאשר לנשים. נשים מנהלות נתפסות כמרירות, קנאיות ואובססיביות להוכיח את כוחן.

²² יזרעאלי, ד' (1997); שחור-רובין, צ' (תשע"ג). עמ' 189-190.

²³ יזרעאלי, ד' (1997).

ליצור אהדה למקצוע ביישוב, השתמשה בלום ב'ערך העבודה' שהיה מושרש באתוס הציוני; היא הבהירה את חשיבות המקצוע השיקומי אשר מעניק לפצועים אפשרות להחזרת כושר העבודה ומונע את נפילתם כעול כלכלי על החברה. בשנות החמישים והשישים השתמשו המנהיגות בתערוכות עבודות החולים כדי לשווק ולפרסם את המקצוע. רחל גולדשמיד הייתה הראשונה שהבינה שכדי להשיג שינוי במעמד הקורס יש לנקוט ביחסי צבור מגוונים ולשנות אסטרטגיה. גולדשמיד השתמשה ברעיונות יצירתיים כדי לחשוף את המקצוע בפני נשים משפיעות בחברה הישראלית. לאה לוי סברה כי שיווק נכון של המקצוע יסייע לשינוי מעמדו ולחשיפתו. לשם כך הקימה את הועדה ליחסי צבור של הארגון. מתוקף תפקידה ארגנה סדנאות על ידי מומחים מחברות פרסום.²⁴

גישתן החינוכית של המנהיגות במסגרות ההכשרה השפיעה על התלמידות והובילה לשינוי מגדרי. האפשרות לרכישת השכלה מקצועית, גם אם הונעה ממטרה מקצועית טהורה, העצימה את התלמידות. בלום דגלה ברכישת ידע בסטנדרטים מערביים, הפנימה את המקצועיות האמריקאית וחינכה את התלמידות לאורה. סגנונות מנהיגות שונים נבדלים ברמת סמכות המנהיג ושתוף הפעולה שהמנהיג מאפשר לסביבתו.²⁵ בלום ניהלה את הקורס בסמכותיות, סגנון ניהול שהתאים לזמנה אך לא התאים לניהול והנהגה בשנות השישים והשבעים. המנהיגות בשנות החמישים השישים והשבעים השתמשו בסגנון מנהיגות 'נשי',²⁶ הכולל עידוד, העלאת מוטיבציה אישית, טיפוח לכידות הקבוצה ויצירת אחידות של המנהיג ופעיליו בראיית המטרה ובנכונות לפעול למענה.²⁷ עדויות בוגרות תכניות ההסבה מלמדות על קשר בלתי אמצעי בין הסטודנטיות לסגל ההוראה שהשפיע על תפיסות עולמן ועל הרצינות והנכונות ללמוד מקצוע חדש ולעסוק בו. רמת הלימודים הייתה גבוהה וכדי להבטיח כוח אדם אליטיסטי במקצוע, נקבעו תנאי קבלה נוקשים בגיוס תלמידות. כך שמרו על יוקרה מקצועית ועל המאפיינים האליטיסטיים של המקצוע.

המנהיגות בשדה הקליני הוכיחו כי אמונה בתפיסות ההומניות של המקצוע, אמונה בכלים המקצועיים וזימה אישית מביאים לבניית תחומי טיפול חדשים. לא ניתן להפריד בין ההתפתחות המקצועית ליוזמות אישיות של מרפאות בעיסוק שבנו פיתחו הרחיבו וביססו את התחום. המנהיגות היו נשים עצמאיות בעלות ידע וחזון מקצועיים. הן הנחילו למרפאות בעיסוק את התפיסה ההוליסטית של המקצוע, היו דמויות לחיקוי ועיצבו דור של מרפאות בעיסוק ישראליות.

הקשר ששמרו המנהיגות במסגרות ההכשרה ובשדה הקליני עם ארגונים מקצועיים בארצות הברית ובריטניה מעיד על הצלחתה של בלום בהנחלת תפיסתה. פועלן המקצועי של המנהיגות בקליניקות בשטח ובתפקידי הפיקוח הונע מיוזמות אישיות ומתפיסה חינוכית הדוגלת בקידום המקצוע וחשיפת המרפאות בעיסוק הישראליות לגישות טיפול מתקדמות. אם כן, לעשייתן המקצועית הייתה גם מטרה ציונית: לפתח בישראל שירותי ריפוי בעיסוק מתקדמים. פועלן המקצועי הונע מרצון לנתינה, לתרום לחברה ולממש את עצמן באמצעות העיסוק במקצוע. על אף

²⁴ ייתכן כי קבלה את ההשראה מהניסיון שצברה בתפקידה בשגרירות ישראל בווינגטון. להלן עמ' 300.

²⁵ פופר, מ' ורונו, א' (1992). על המנהיגות, משרד הביטחון, תל אביב. עמ' 58-66.

²⁶ רוזנברג-פרידמן, ל' (תשע"א); שחר, ר' (תשנ"ה). עמ' 9-19.

²⁷ שחר, ר' (תשנ"ה). עמ' 9-19.

היות התחום 'נשי', תחום הסובל לרוב מדימוי נחות, ניסו לבסס את יוקרתו באמצעות המקצועיות. הדימוי היוקרתי של חברות המקצוע השתמר בין היתר בזכות השתייכות המקצוע למקצועות הבריאות ולמודל הרפואי והתבסס בקרב חברות ותלמידות המקצוע בהשוואה למקצועות נשיים אחרים.

ניתן לומר כי המציאות הישראלית ומצבו של מקצוע הריפוי בעיסוק גרמו למרפאות בעיסוק לקבל על עצמן תפקידי הנהגה, משלקחו על עצמן את התפקיד, הן פנו לעצב את המציאות המקצועית. לא ניתן לנתק את פועלן של המרפאות בעיסוק מההקשרים החברתיים-תקופתיים של הקמת מערכת מקצועות הבריאות השיקומיים בישראל. ההכשרה והעבודה במקצוע הדגישו את המעשיות של נשים וניתבו אותם לעשייה מקצועית בתחומי בריאות רווחה וחינוך. הן נקטו יוזמה ופעלו ללא לאות בספירה הציבורית הישראלית. נשות המקצוע ראו בהתפתחות המקצוע חלק מעיצוב פני המדינה: הן פעלו לקידום והפצת המקצוע, ולשם בניין הלאום אך לא מטעמים פמיניסטיים אולם מתוך שלא לשמה בא לשמה. הקול הנשי הנחשף בעבודה זו הוא גם סיפור של חברה והוא משקף שינויים שהחלו בעשייה מסורתית של נשים והתפתחו למקצוע בעל גוף ידע, מסגרות הכשרה ומנגנוני פיקוח.

מטרת מחקר זה הייתה לתאר, לראשונה ובאופן מקיף ככל הניתן, את התפתחות מקצוע הריפוי בעיסוק ביישוב ובמדינה. מלבד שרטוט דיוקנו המשתנה של המקצוע בתקופה הנדונה, העבודה מראה כי הדיון בו הוא למעשה שיקוף של החברה היישובית והישראלית, על ההתרחשויות ההיסטוריות שפקדו אותה, התמורות החברתיות והכלכליות שאפיינו אותה, ערכיה ותפיסותיה. האירועים ההיסטוריים הדרמטיים שאפיינו את החברה בתקופה הנדונה; יחסי גומלין בין המציאות המקומית למקצועות הבריאות בעולם המערבי - יחסים שהיו חלק בלתי נפרד מעיצובה של החברה הישראלית; מאפייני החברה הישראלית, יחסה לנכים ולציבור הנזקקים שבה, ובראש ובראשונה יחסי המגדר שאפיינו אותה; הסיפור הנשי ששזור לאורך כל פרקי העבודה; כל אלה הם בני לווייה לסיפור ייסודו והתפתחותו של הריפוי בעיסוק, כשהדיון במקצוע שהיה חלק בלתי נפרד מבניין הלאום והמדינה מאיר עליהם באור חדש.

רשימת מקורות:

א. מקורות ראשוניים

ראיונות:

- הגב' בלה אפרתי (מנהלת בית הספר לריפוי בעיסוק 1978-1998) נערכו בתאריכים 30/9/09 , 24/7/12, 9/6/13 בירושלים, מראיינת- טובי מרגליות.
- הגב' רולי גולדמן (בוגרת הקורס הראשון, מפקחת במלב"ן ואחראית במרכז השיקום תל השומר) נערכו בתאריכים 9/5/10, 7/5/14 בתל אביב, מראיינת- טובי מרגליות.
- הגב' רחל גולדשמיד (בוגרת קורס רביעי, מנהלת בית הספר 1962-1970) נערכו בתאריכים 5/9/10, 21/5/13, בהרצליה, מראיינת- טובי מרגליות.
- הגב' אליקימה גלזר (בוגרת הקורס השני) נערך בתאריך 18/10/10, בתל אביב, מראיינת- טובי מרגליות.
- הגב' ביה גרייבסקי (בוגרת הקורס הראשון) נערך בתאריך 17/5/10 בירושלים, מראיינת- טובי מרגליות.
- הגב' חנה (הני) דוידסון (בוגרת הקורס הראשון ומפקחת במשרד הבריאות) נערך בתאריך 13/1/10 בראשון לציון, מראיינת- טובי מרגליות.
- הגב' אילנה ורדי- מאי (הדריכה בהכשרות קליניות, אחראית במרכז השיקום בהר הצופים) נערך בתאריך 8/7/10 בירושלים, מראיינת- טובי מרגליות.
- הגב' נירה זוסמן (בוגרת הקורס הראשון. סגל ההוראה באוניברסיטת חיפה) נערך בתאריך 17/3/10 בחיפה, מראיינת- טובי מרגליות. ראיון טלפוני בתאריך 17/8/10.
- הגב' רחל רוזנברג (בוגרת הקורס הראשון, אחראית התחום בבית אברהמס) נערך בתאריך 28/4/10 בתל אביב. מראיינת- טובי מרגליות.
- הגב' שושנה ינאי (בוגרת הקורס השני אחראית בשלוותה') נערך בתאריך 10/11/10 ברמת גן, מראיינת- טובי מרגליות.
- ד"ר דליה זק"ש (סגל החוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת חיפה) נערכו בתאריכים 19/1/11, 8/11/12 באוניברסיטת חיפה, מראיינת- טובי מרגליות.
- הגב' אורנה צרפתי (סגנית מרפאה בעיסוק ראשית משרד הבריאות) נערך בתאריך 2/2/11 בירושלים מראיינת- טובי מרגליות.
- פרופ' נעמי כ"ץ (פרופסור אמריטוס בביה"ס לריפוי בעיסוק באוניברסיטה העברית וראש מכון המחקר במכללה האקדמית 'אונו') נערך בתאריך 6/2/11 במכללת אונו, מראיינת- טובי מרגליות.
- הגב' רות אלבגלי (יו"ר הארגון לריפוי בעיסוק) נערך בתאריך 1/3/11 בתל אביב, מראיינת- טובי מרגליות.
- הגב' מרים בבלי (אחראית מחוז קופ"ח כללית) נערך בתאריך 6/10/11 בירושלים. מראיינת- טובי מרגליות.
- פרופ' שולה פרוש (מנהלת ביה"ס לריפוי בעיסוק באוניברסיטה העברית בשנים 2007-2013 ומנהלת לימודים מתקדמים בשנים 2003-2013) נערך בתאריך 12/12/11 בביה"ס לריפוי בעיסוק בירושלים, מראיינת- טובי מרגליות.
- הגב' רחל רשבש (אחראית צוות בביה"ס און) נערך בתאריך 13/2/12 ברמת אפעל, מראיינת- טובי מרגליות.
- הגב' ברניס מאירס (אחראית צוות במחוז השרון מכבי שרותי בריאות) נערך בתאריך 19/2/12 ברמת השרון, מראיינת טובי מרגליות
- הגב' ברכה אנגלרד לנגה (מרפאה בעיסוק ראשית במשרד הבריאות) נערך בתאריך 12/3/12 בפתח תקוה, מראיינת טובי מרגליות.
- הגב' אביבה פריד (סגל הוראה אוניברסיטת תל אביב) נערך בתאריכים 1/5/12, 25/6/12 באוניברסיטת תל אביב, מראיינת טובי מרגליות.

- הגב' נגה זיו (סגל הוראה אוניברסיטת תל אביב ותלמידת מחזור ההסבה הראשון בתל אביב) נערך בתאריך 2/4/12 באוניברסיטת תל אביב, מראינת טובי מרגליות.
- פרופ' דליה מררי (ראש החוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת תל אביב) נערך בתאריך 3/5/12 בפתח תקוה, מראינת טובי מרגליות.
- הגב' סו לוינשטיין (משרד החינוך) נערכו בתאריכים 24/7/12, 27/12/15 בירושלים. מראינת טובי מרגליות.
- הגב' רותי לוי (גמלאית צה"ל) נערך בתאריך 29/8/12 בגני תקוה, מראינת טובי מרגליות.
- הגב' שרה אברבך (אחראית צוות רב"ע בית לוינשטיין) נערך בתאריך 20/9/12 בבית לוינשטיין, מראינת טובי מרגליות.
- הגב' בטי אלעזר (אחראית צוות רב"ע בית לוינשטיין) נערך בתאריך 18/10/12 ברמת אביב, מראינת טובי מרגליות.
- ד"ר אלינור שניידר (סגל החוג לריפוי בעיסוק, אוניברסיטת חיפה) נערך בתאריך 8/11/12 באוניברסיטת חיפה, מראינת טובי מרגליות.
- ד"ר חסי לובצקי (מנהלת שירותי הריפוי בעיסוק במכון להתפתחות הילד בבית החולים סורוקה) נערך בתאריך 2/5/13 בלהבים, מראינת טובי מרגליות.
- עוזי ואן סטרטן (מנהלת שירותי הריפוי בעיסוק בבית החולים סורוקה) נערך בתאריך 2/5/13 בבאר שבע, מראינת טובי מרגליות.
- פרופ' נאוה רצון (אחראית ומפתחת השירות לריפוי בעיסוק בבי"ח בלינסון ומאיר) נערך בתאריך 3/1/16 באוניברסיטת תל אביב, מראינת טובי מרגליות.
- ראיון טלפוני עם דיוויד ורברטה בנאור (בנה וכלתה של בלום) נערך בתאריך 21/3/10, מראינת-טובי מרגליות.
- ראיון טלפוני עם שרה להב (בוגרת הקורס השני) נערך בתאריך 13/9/10, מראינת-טובי מרגליות.
- ראיון טלפוני עם נעמי סקלוט פיין (בוגרת הקורס השני) נערך בתאריך 31/10/10, מראינת-טובי מרגליות.
- ראיון טלפוני עם מיכל גלברט (בוגרת קורס ההסבה הראשון באוניברסיטת חיפה) נערך בתאריך 10/7/13, מראינת-טובי מרגליות.
- ראיון טלפוני עם דורית מגידו (בוגרת קורס ההסבה השני באוניברסיטת חיפה) נערך בתאריך 29/7/13, מראינת-טובי מרגליות.
- ראיון טלפוני עם אביגיל נתן (מייסדת מילב"ת) נערך בתאריך 22/7/12, מראינת-טובי מרגליות.
- ראיון טלפוני עם שושי גולדברג-מאיר (מנהלת מקצועית במילב"ת) נערך בתאריך 24/12/15, מראינת-טובי מרגליות.
- תמלול (טרנסקריפט) ראיון עם אתל בלום בנאור. נערך בקיץ 1983 בביתה ברוקוויל, מראינת-טובי מרגליות, כלתה, הגב' רוברטה בנאור.
- תמלול ראיון עם אתל בלום בנאור. נערך באוגוסט 1986. מראינת-טובי מרגליות, ליטה סמית לצורך עבודה במסגרת לימודי MA באוניברסיטת ניו יורק-NYU.
- תמלול ראיון עם אתל בלום בנאור. נערך בספטמבר 1987 ברוקוויל. מראינת-טובי מרגליות, ד"ר דליה זק"ש.

ארכיונים:

ארכיון ציוני מרכזי

ארכיון הדסה בניו יורק-HMO, המרכז להיסטוריה יהודית

גנזך האוניברסיטה העברית

גנזך המדינה

מכון לבון לחקר תנועת העבודה ע"ש פנחס לבון

ארכיון צה"ל

ארכיון הג'וינט

ארכיון הקיבוץ המאוחד יד טבנקין

ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה-

צילומים מארכיון בית הספר לריפוי בעיסוק בהר הצופים – רשימת הבוגרות, קוריקולום, שיבוצים בהכשרות קליניות.

ארכיונים פרטיים: של נירה זוסמן – בוגרת המחזור הראשון, סגל בחוג באוניברסיטת חיפה. לאה לוי- בוגרת המחזור הראשון, מנהלת ביה"ס בשנים 1970-1978. וחיה אלקן – בוגרת המחזור הראשון, מפתחת תחום הטיפול בילדים.

קלטות שמע של הריאיונות עם גב' בלום משנת 1987.

ריאיונות של מרפאות בעיסוק בכירות ראינה- נירה זוסמן בשנת 1988.

ארכיון בית הספר לריפוי בעיסוק, האוניברסיטה העברית, הפקולטה לרפואה.

תיק מידע היסטורי- מזכירות בית הספר

עלון המרפאים בעיסוק

שנתונים של מחזורי לימודים

ארכיון החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת תל אביב

תיקי ארכיון כולל ארכיון פרטי ותמלול הרצאות של יעל הלוי ז"ל

אוסף פרטי- גב' מרים בבלי, ירושלים. ד"ר אלינור שניידר, חיפה.

עיתונות:

הפועל הצעיר

דבר

הארץ

על המשמר

הבקר

דואר היום

Palestine Post

פרסומים בעלונים וכתבי עת מקצועיים

אבי יצחק, ת' (1981). = אבי יצחק, ת', סקר צרכים בכח אדם במרפאים בעיסוק באזור חיפה והצפון, בוצע בבית הספר לריפוי בעיסוק אוניברסיטת חיפה, בהזמנת הגיונט ישראל.

אדלר, א' (1950). = אדלר, א', יתחומי הרפואה הפיסיקלית, הרפואה, כרך ל"ט, חוברת ד', 1950.

אדלר, א' (1968). = אדלר, א', עבודת המרפאים בעיסוק בתוך צוות השיקום, עלון המרפאים בעיסוק, חוברת מאי 1968, עמ' 1-2.

אוונס, ג' (1961). = אוונס, ג', רשמים מביקור בארץ, בטאון ארגון המוסמכים למרפאות בעיסוק בישראל, מס' 4, מרץ 1961, עמ' 27-32.

אידלסון, ד' ורון- פולני, י' (תשי"ח). = אידלסון, ד' ורון-פולני, י', צעדים ראשונים בחינוך לעבודה ולחברה, הוצאת אורים, תל אביב, עמ' 13-29.

אלעזר, ב' (1977). = אלעזר, ב'. ריפוי בעיסוק וחוק עקרת הבית הנכה, דפי המרפאים בעיסוק, אוגוסט 1977.

אלקן, ח' (1950). = אלקן, ח', מכשירים מותאמים לריפוי בעיסוק, עלון מקצועי א', ארגון המוסמכים לריפוי בעיסוק, אפריל 1950, עמ' 3-5.

אלקן, ח' (1959). = אלקן, ח', כסא מותאם לילדים, ריפוי בעיסוק עלון מקצועי, נובמבר 1959, עמ' 12-13.

אלקן, ח' (1961). = אלקן, ח', דברי פרידה, בטאון ארגון המוסמכים לריפוי בעיסוק בישראל. מס' 4, מרץ 1961.

- אלקן, ח' (1961). ב. 'ריפוי בעיסוק לנפגעים בשיתוק מוחי', **בטאון ארגון המוסמכים לריפוי בעיסוק בישראל**. מס' 4, מרץ 1961. עמ' 6-8.
- אפרתי, ב' (1972). = אפרתי, ב', 'תערוכת הסברה, תהליך ההבראה בריפוי בעיסוק, עבודה ביטוי יצירה', **כפר שאול, כפר עבודה ממשלתי**, אוגוסט 1972
- אפרתי, ב' (1973). = אפרתי, ב', **ילקוט מקצועות-המרפא בעיסוק**, מכון הדסה לייעוץ בבחירת מקצוע, ב' צריקובר, ירושלים, פברואר 1973.
- בבלי, מ' (1959). = בבלי, מ', 'הדרכה לשיקומו של קטוע יד', **ריפוי בעיסוק עלון מקצועי**, נובמבר 1959, עמ' 11.
- בבלי, מ' (1965). = בבלי, מ', 'פתיחת מחלקה לריפוי בעיסוק ביפו', **עלים**. 18, הוצאת קופת חולים מחוז יפו, מרץ 1965.
- בבלי, מ' (1966). = בבלי, מ', **דו"ח כולל על פעולות המחלקה לריפוי בעיסוק במרפאת גאולים בשנת 1965**, פברואר 1966.
- בבלי, מ' (1967). = בבלי, מ', **סקר ריפוי בעיסוק בבית חולים כללי**, הסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל, מרכז קופת חולים, אפריל 1967.
- בבלי, מ' (1980). = בבלי, מ', 'השתלמויות ורשמים', **יהב, ידיעון המרפאים בעיסוק**, גיליון מס' 3, מאי 1980, עמ' 10.
- בבלי, מ' ודון, ר' (1975). = בבלי, מ' ודון, ר', **המכונים לריפוי בעיסוק במחוזות קופת חולים, היקף הטיפולים השיקומיים ותוכנם בשנים 1972/73 - 1974/75**. קופת חולים של הסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל, המדור לריפוי בעיסוק, המחלקה למחקר ולכלכלה רפואית, מאי 1975.
- בבלי, מ' ודון, ר' (1978). = בבלי, מ' ודון, ר', **סקר על המכונים לריפוי בעיסוק במחוזות קופת חולים שרות טיפולי שיקומי, נתונים ומגמות בשנים 1972/73 - 1977/78**. קופת חולים של הסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל, המדור לריפוי בעיסוק, המחלקה למחקר ולכלכלה רפואית, אוגוסט 1978.
- בז'ז'ינסקי, א' וברומברג, י' מ' (1949). = בז'ז'ינסקי, א' וברומברג, י' מ', 'נסיונות רפואיים במלחמת ירושלים', **הרפואה**, לו, א, 1949, עמ' 1-2.
- בלום, ע' (1949). = בלום, ע', 'ריפוי בעיסוק- דבר חדש בישראל', **איתנים**, 6, הוצא לאור ע"י מרכז קופת חולים, פברואר 1949.
- בן שם, ע', ליבושיצקי, ד', שניידר, א' וזוסמן, נ' (1986). = בן שם, ע', ליבושיצקי, ד', שניידר, א' וזוסמן, נ', **סקירה כרונולוגית של ארועים בארגון הארצי של המרפאים בעיסוק בישראל**, מאמר במסגרת לימודים לתואר באוניברסיטת ניו יורק, אפריל 1986. (לא פורסם)
- גולדמן, ר' (1960). = גולדמן, ר', 'שיקום חולים שלקו במחלת פרקינסון', **עלון האחות**, 27, האגף הרפואי, מחלקת אחיות מלב"ן, יולי 1960.
- גולדשמיד, ר' (1968). = גולדשמיד, ר', 'עשרים שנה לבית הספר לריפוי בעיסוק', **עלון המרפאים בעיסוק**, חוברת מאי, 1968, עמ' 19-28.
- גזית, א', פסוול, ס' וקוטלר, צ' (1973). = גזית, א', פסוול, ס' וקוטלר, צ', **ריפוי בעיסוק פעילות קיימת וקריטריונים לתכנון**, משרד הבריאות יחידת תכנון בתי חולים, טל- סקרים הנדסיים כלכליים, גבעתיים.
- גיורא, א' ז' (1959). = גיורא, א' ז', 'תפקידן של התחנות להיגינה נפשית', **הרפואה**, נז, ג, 1959, עמ' 64.
- היילפרין, ל' (1936). = היילפרין, ל', 'מחלות הרוח בין היהודים בארץ ישראל', **הרפואה**, יב, 1936, עמ' 203.
- היילפרין, ל' (1949). = היילפרין, ל', 'תצפיות נברופסיכיאטריות במלחמת ירושלים', **הרפואה**, לו, א, 1949, עמ' 11-13.
- הלוי, י' (1998). = הלוי, י', 'עדות לתמורות- ארבעים שנות מקצוע בארץ', הרצאת זוכת פרס המצוינות, **הכנס השנתי של העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק**, אוקטובר 1998.
- הכט, א' (1961). = הכט, א', 'עתיד המקצוע והחינוך בו', **בטאון ארגון המוסמכים לריפוי בעיסוק בישראל**, מס' 5, ספטמבר 1961, עמ' ד-ז.

- הס, צ' יי (1970). = הס, צ' יי, 'טיפול פסיכיאטרי בירושלים בזמן המנדט הבריטי', **קורות**, כרך ה' חוברת א'-ב', 1970. עמ' 99.
- הרמלין- זוסמן, נ' (1950). = הרמלין- זוסמן, נ', 'התפתחות וסידורי המחלקה לריפוי בעיסוק בבית חולים לחולי רוח בבאר יעקב', **עלון מקצועי א'**, אפריל 1950, עמ' 2-3.
- הרפז, ת' (1976). = הרפז, ת', 'ריפוי בעיסוק- מה זה?' **הארץ שלנו**, חוברת 35, תשל"ו, עמ' 9.
- ויזר, ה' יי (1946). = ויזר, ה' יי, 'ההכשרה לעבודה (rehabilitation) ובעיית האשפוז', **הרפואה**, ל, ו, 1946, עמ' 145-147.
- וינברג, א' (1949). = וינברג, א', 'לבעיות ההגינה הרוחנית בעולם ובארץ', **הרפואה**, לז, י, 1949, עמ' 141-143.
- וינברג, א' (1957). = וינברג, א', 'תוצאות מחקר בהסתגלות עולים', **הרפואה**, נב, י, 1957. עמ' 269.
- ויניק, ה' צ' והיילפרין, ב' (1970). = ויניק, ה' צ' והיילפרין, ב', 'סקירה על התפתחות הפסיכיאטריה בישראל', **קורות**, ה, ג-ד, עמ' 188.
- זיידה, יי (1949). = זיידה, יי, 'בעית החולה הכרוני בבתי החולים', **הרפואה**, לג, ג, 1949, עמ' 64-65.
- כהן, ד' (1940). = כהן, ד', 'ריפוי בעבודה בבית החולים האוניברסיטאי של הדסה', **ידיעות הדסה**, ז, ספטמבר 1940, עמ' 105.
- לוי, ל' (1968). = לוי, ל', 'שיקום עוורים', **עלון המרפאים בעיסוק**, חוברת מאי, 1968, עמ' 44-46.
- לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). = לוי, ל' וזוסמן, נ', 'ארבעים שנות ריפוי בעיסוק בישראל', הרצאה ניתנה בכנס: **ארבעים שנה למקצוע הריפוי בעיסוק בישראל**, הארגון הארצי של המרפאים בעיסוק, 1988, עמ' 1-12.
- לויטס, יי (1959). = לויטס, יי, 'רשמים מסמינר שנערך בלונדון למשתתפי הכנס הבינלאומי של ריפוי בעיסוק', **בטאון ארגון המוסמכים לריפוי בעיסוק בישראל**, מס' 1, פברואר 1959, עמ' 13-15.
- מאלר, יי (1968). = מאלר, יי, 'מקומו של הריפוי בעיסוק בצוות במוסד פסיכיאטרי שיקומי', **עלון המרפאים בעיסוק**, חוברת מאי, 1968, עמ' 10-15.
- מדריך לנכה (1970). = **מדריך לנכה**, הוצאת בית הספר לריפוי בעיסוק ובית ההוצאה כתר, לא מצויין שם הכותבות.
- מוזס, ר' (1959). = מוזס, ר', 'מגמות בפסיכיאטריה ומסגרת רפואית', **הרפואה**, נו, א, 1959, עמ' 8-10.
- מנדל, פ' (1968). = מנדל, פ', 'תפקיד המרפאה בעיסוק בצוות המטפל בילדים הסובלים משיתוק מוחין', **עלון המרפאים בעיסוק**, חוברת מאי, 1968, עמ' 3-5.
- מלצר, ס' (1976). = מלצר, ס', 'קורס ריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב', **דפי המרפאים בעיסוק**, מס' 3, יוני 1976, עמ' 8-10.
- סקלי, ר' (1968). = סקלי, ר', 'האספקט האורגני בפסיכיאטריה ילדים והטיפול המשולב עם ריפוי בעיסוק', **עלון המרפאים בעיסוק**, חוברת מאי, 1968, עמ' 16-19.
- עילם, ד' (1975). 'תכנית הטיפול בריפוי בעיסוק בבית החולים עזרת נשים בירושלים'. **דפי המרפאים בעיסוק**, הארגון הארצי של המרפאים בעיסוק, עמ' 3-4.
- פליסקין, ב' (1959). = פליסקין, ב', 'על תכנון שרותי בריאות הנפש', **הרפואה**, נו, ה, 1959, עמ' 119-121.
- פריד, ד' (1961). = פריד, ד', 'הריפוי בעיסוק בבית חולים פסיכיאטרי וערכו המשקם', **בריאות הצבור**, ד, 3, 1961, עמ' 308-314.
- פריד, יי (1982). = פריד, יי, 'שנה בלי פרופסור בריל ז"ל', **מידע לרופא**, 29, אדר תשמ"ב, עמ' 50-51.
- פרידמן, א' (1988) = פרידמן, א', 'מילב"ת המרכז הישראלי לאביזרי עזר בינוי ותחבורה לנכה', הרצאה ניתנה בכנס: **ארבעים שנה למקצוע הריפוי בעיסוק בישראל**, הארגון הארצי של המרפאים בעיסוק, 1988, עמ' 13-17.

קולצ'ר, ש' (1958). = קולצ'ר, ש', יחידה פסיכיאטרית בבית חולים כללי, **בריאות הצבור**, 1958, עמ' 5-10.

קלמוס, א' (1950). = קלמוס, א', יעל טיפול חופשי בחולי רוח', **הרפואה**, מד, יא, 1950, עמ' 250-252.

קנטור, מ' (1959). = קנטור, מ', ידו"ח על הקונגרס הבינלאומי השני של ריפוי בעיסוק, **בטאון המוסמכים לריפוי בעיסוק בישראל**, מס' 1, פברואר 1959, עמ' 15-19.

קרני, ע' (1968). = קרני, ע', ריפוי בעיסוק במסגרת קופת חולים הכללית, **עלון המרפאים בעיסוק**, חוברת מאי, 1968, עמ' 30-31.

קרני, ע' (1969). = קרני, ע', **ריפוי בעיסוק במרפאה, מכון לשיקום**, מחלקת ההסברה ויחסי ציבור של מרכז קופת חולים, 1969.

קרני, ע' (1975). = קרני, ע', ידברי פתיחה, **המכונים לריפוי בעיסוק במחוזות קופת חולים, היקף הטיפולים השיקומיים ותוכנם בשנים 1972/73 - 1974/75**. קופת חולים של הסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל, המדור לריפוי בעיסוק, המחלקה למחקר ולכלכלה רפואית, סיון תשל"ה, מאי 1975, עמ' 2.

קרני, ע' (1978). = קרני, ע', ידברי פתיחה, **סקר על המכונים לריפוי בעיסוק במחוזות קופת חולים שרות טיפולי שיקומי, נתונים ומגמות בשנים 1972/73 - 1977/78**. קופת חולים של הסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל, המדור לריפוי בעיסוק, המחלקה למחקר ולכלכלה רפואית. אב תשל"ח, אוגוסט 1978, עמ' 3-5.

רון-פולני, י' (1961). = רוך-פולני, י', **הניסיון הראשון בית הספר העמלני בתל אביב תרפ"ב-תרפ"ג**, אוצר המורה, עמ' 41-98.

רותם, ד' (1981). = רותם, ד', 'נשירה מן השדה והזדמנויות להתפתחות מקצועית במקצוע הריפוי בעיסוק בישראל', **הכנס השנתי לריפוי בעיסוק**, הארגון הארצי של המרפאים בעיסוק, פברואר 1981.

שוסברגר, י' (1957). = שוסברגר, י', יעל ריפוי חברתי, **הרפואה**, נב, י, 1957, עמ' 268.

שוסברגר, י' ופרוינד, ד' (1972). = שוסברגר, י' ופרוינד, ד', **תערוכת הסברה, תהליך ההבראה בריפוי בעיסוק**, כפר שאול, כפר עבודה ממשלתי, אוגוסט 1972.

ש' ב' (השם אינו מצויין) (1950). = ש' ב' (השם אינו מצויין), יעל בעיית אכסון נכים במוסדות, חוברת בית החולים העירוני הדסה ושרותי הרפואה הציבורית, **ידיעות עיריית תל אביב**, מאי-יולי, 1950.

ללא שם, (1950). = ללא שם, **עלון מקצועי א'**, ריפוי בעיסוק, אפריל 1950, ניסן תשי"י. עמ' 9-10

Bloom, E. (1945). = Bloom, E. To Speed Recovery. *Hadassa Newsletter*. October 1945

War Department, 1944 = Occupational Therapy TM8- 291. *War Department Technical Manual*. December 1944

ספרי זיכרונות:

דוידסון, ה' (1996). = דוידסון, ה', **בדרכי**, 1996, עמ' 40-57.

Levi, L. (1993). = Levi, L. **Living By Chapters**, Jerusalem, 1993. pp.19-23,173-177

ב. ספרות מחקרית

- אבירם, א' וגינת, י' (2006). = אבירם, א' וגינת, י', הקדמה, בתוך: א' אבירם וי' גינת (עורכים) **שירותי בריאות הנפש בישראל מגמות וסוגיות**, הוצאת צ'ריקובר, 2006, עמ' 9-19.
- אברמוביץ, ת' (1996). = אברמוביץ, ת', ריפוי בעיסוק כשם למקצוע, לשמר או לשנות, **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 5, 3, 1996, עמ' H175-H175.
- אדי-רקח, א' ואיילון, ח' (תשס"ה). = אדי-רקח, א' ואיילון, ח', 'מקצוע ההוראה ואי שוויון בין המינים בכניסה לתפקידים בבית הספר בשלושה מגזרי חינוך', **עיונים במינהל ובארגון החינוך**, 28, תשס"ה, עמ' 63-93.
- אדמון, צ' (תשס"ז) = אדמון, צ', הזכות לנגישות בחקיקה הישראלית ובחקיקה בעולם, בתוך: ד' פלדמן, י' דניאלי – להב ושי' חיימוביץ (עורכים) **נגישות החברה הישראלית לאנשים עם מוגבלות בפתח המאה העשרים ואחת**, הוצאת משרד המשפטים, 2007, עמ' 177-221.
- אורן, ד' ודגן, נ' (תשס"ז). = אורן, ד' ודגן, נ', המהפכה החקיקתית בתחום הנגישות, בתוך: ד' פלדמן, י' דניאלי – להב ושי' חיימוביץ (עורכים) **נגישות החברה הישראלית לאנשים עם מוגבלות בפתח המאה העשרים ואחת**, הוצאת משרד המשפטים, 2007, עמ' 135-175.
- אייזנשטדט, מ' ובר-גל, ד' (תש"ע). = אייזנשטדט, מ' ובר-גל, ד', 'הורתו ולידתו של בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד באוניברסיטה העברית 1953-1958', **חברה ורווחה ל**, 1, 2010, עמ' 9-27.
- אייזנשטדט, מ' (תשע"א). = אייזנשטדט, מ', התאחדות נשים עבריות לשווי זכויות ומאבקן לכינון תפקיד 'אם המשפחה' בארץ ישראל 1919-1948, בתוך: א' כתבן, מ' שילה ור' הלפרין-קדרי (עורכים) **חוקה אחת ומשפט אחד לאיש ולאשה, נשים זכויות ומשפט בתקופת המנדט**, אוניברסיטת בר אילן, תשע"א, עמ' 57-85.
- אייזנשטדט, ש' נ' (תשמ"ט). = אייזנשטדט, ש' נ', **החברה הישראלית בתמורותיה**, הוצאת מאגנס, האוניברסיטה העברית ירושלים, תשמ"ט, עמ' 304-342.
- איצקוביץ, מ', אברבוק, ש' ואלעזר, ב' (2002). = איצקוביץ, מ', אברבוק, ש' ואלעזר, ב', ריפוי בעיסוק, בתוך: א' איסקוב, וחי' רינג (עורכים) **אבני דרך בתולדות רפואת השיקום**, ישראל, 2002, עמ' 72-83.
- אלבוים-דרור, ר' (תשמ"ו). = אלבוים-דרור, ר', **החינוך העברי בארץ ישראל 1854-1914**, כרך א', הוצאת יד יצחק בן צבי ירושלים, תשמ"ה, עמ' 51-53.
- אלבוים-דרור, ר' (תשמ"ו). = אלבוים-דרור, ר', **החינוך העברי בארץ ישראל 1854-1914**, כרך ב', הוצאת יד יצחק בן צבי ירושלים, תשמ"ה, עמ' 341, 362.
- אלבוים-דרור, ר' (2001). = אלבוים-דרור, ר', האשה הציונית האידיאלית בתוך: י' עצמון (עורכת) **התשמע קולי, ייצוגים של נשים בתרבות הישראלית**, ירושלים, 2001, עמ' 95-115.
- אליצור, א' (2006). = אליצור, א', מיסוד ואל מיסוד ארגון שירותים אזורי לבריאות הנפש כתחליף, בתוך: א' אבירם וי' גינת (עורכים) **שירותי בריאות הנפש בישראל מגמות וסוגיות**, הוצאת צ'ריקובר, 2006, עמ' 25-41.
- אלישע, א' (תשנ"ח). = אלישע, א', עיירות הפיתוח, בתוך: צ', צמרת וחי', יבלונקה (עורכים) **העשור הראשון תש"ח-תשי"ח**, הוצאת יד יצחק בן צבי ירושלים, תשנ"ח, עמ' 104-112.
- אלמוג, ע' (תשנ"ז). = אלמוג, ע', **הצבר-דיוקן**, הוצאת עם עובד, תל אביב, 1997, עמ' 218-235.
- אלמוג, ע' (תשנ"ח). = אלמוג, ע', הצבר מת יחי היאפי, **מימד**, 12, תשנ"ח, עמ' 11-13.
- אלמוג, ע' (תש"ס). = אלמוג, ע', 'חלוצה צברית עקרת בית יאפית, שינויים בדמות האישה הישראלית ובמעמדה החברתי', **בקורת ופרשנות**, 34, תש"ס, עמ' 19-64.
- אלמוג, ע' (תשס"ד). = אלמוג, ע', **פרידה משרוליק**, הוצאת זמורה ביתן ואוניברסיטת חיפה, תשס"ד, עמ' 19-42.
- אלרואי, ג' (תשע"א). = אלרואי, ג', נשים בארץ ישראל בתקופת המנדט: היבטים דמוגרפיים, בתוך: א' כתבן, מ' שילה, ור' הלפרין-קדרי (עורכים) **חוקה אחת ומשפט אחד לאיש ולאשה, נשים זכויות ומשפט בתקופת המנדט**, אוניברסיטת בר אילן, תשע"א, עמ' 87-114.

אנדלווט, ר' (תשס"ח). = אנדלווט, ר', **מדיניות והתפתחות שרותי התזונה וההכשרה התזונתית באוכלוסייה היהודית בארץ ישראל מהנקה ועד הזנה בשנים 1909-1970**. חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת בן גוריון, הפקולטה למדעי הבריאות, המחלקה לניהול מערכות בריאות, באר שבע, תשס"ח.

אפרת, א' (1985). = אפרת, א', גאוגרפיה ישובית בישראל לקראת שנת אלפיים, **סקירה חדשית**, 2-3, צה"ל, 1985, עמ' 34-45.

אריאב, ת' וגרינפלד, נ' (2007). = אריאב, ת' וגרינפלד, נ', המתווים החדשים בהכשרה להוראה בישראל, השלכות למכללות האקדמיות לחינוך, **ירחון מכון מופ"ת**, 30, 2007, עמ' 4-8.

בבקוף-קמחי, ט' (2004). = בבקוף-קמחי, ט', **אמהות בעידן ההיי-טק, השפעת הבדלי תרבות על שילוב העבודה וחיי המשפחה**, חיבור לשם קבלת תואר מוסמך, היחידה למחקר תרבות, הפקולטה למדעי הרוח, בית הספר למדעי התרבות, אוניברסיטת תל אביב.

בונדי, ר' (תשמ"א). = בונדי, ר', **שיבא רופא לכל אדם**, זמורה ביתן, מודן, תל אביב, תשמ"א, עמ' 101-117.

בורוט, י' (1992). = בורוט, י', 'העיתונות היהודית בגרמניה בסוף המאה התשעה עשרה כמקור מידע היסטורי', **קשר**, 11, אוניברסיטת תל אביב, 1992, עמ' 27-35.

בחור, א' (2014). = בחור, א', **אלי"ן בית חולים שיקומי לילדים**, הוצאת איתי בחור, זכרון יעקב, תשע"ד, עמ' 19-25, 55-66.

ביגר, ג' (2003). = ביגר, ג', ירושלים בירת השלטון הבריטי בארץ ישראל 1917-1948, בתוך: י' בן אריה (עורך) **ירושלים בתקופת המנדט, העשייה והמורשת**, הוצאת יד יצחק בן צבי, ירושלים, 2003, עמ' 63-73.

ביז'אווי, ס' (1987). = ביז'אווי, ס', 'פמיניזם בישראל', **נגה**, חרף 1987, עמ' 7-11.

ביז'אווי-פוגל, ס' (תשע"א). = ביז'אווי-פוגל, ס', **מגדר אזרחות וזכויות אדם**, הוצאת האוניברסיטה הפתוחה, רעננה, תשע"א, עמ' 157-173.

בכר, ש' (1999). = בכר, ש', **עריכת דין בישראל, פמיניזציה של פרופסיה**, מכון גולדה מאיר לחקר עבודה וחברה, אוניברסיטת תל אביב, 1999.

בלום, נ' (2003). = בלום, נ', **התפתחות השיקום הרפואי בשלהי תקופת המנדט ובעשור הראשון לקיומה של מדינת ישראל (1940-1956)**, חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת חיפה, הפקולטה למדעי הרוח, החוג ללימודי ארץ ישראל, נובמבר 2003.

בלום, נ' (2006). = בלום, נ', **השיקום עשה היסטוריה, מערכות שיקום רפואי בישראל 1940-1956**, מכללת צפת, העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל, 2006, עמ' 9-42.

בן אליהו, ש' (1999). = בן אליהו, ש', בחינות הבגרות בלם או מנוף לשינוי חברתי ופדגוגי, בתוך: פלד, א' (עורך) **יובל למערכת החינוך בישראל**, כרך ב', משרד החינוך התרבות והספורט, ירושלים, עמ' 485-500.

בן אריה, י' (2003). = בן אריה, י', ירושלים בתקופת המנדט-סקירה היסטורית, בתוך: י' בן אריה (עורך) **ירושלים בתקופת המנדט, העשייה והמורשת**, הוצאת יד יצחק בן צבי, ירושלים, 2003, עמ' 3-25.

בן דב, נ' (תשס"ח). = בן דב, נ', ספרות ישראלית, בתוך: צ', צמרת וחי', יבלונקה (עורכים) **השלישי תשכ"ח-תשל"ח**, הוצאת יד יצחק בן צבי ירושלים, תשס"ח, עמ' 171-186.

בן נאה, א', טל-סבן, מ' וקרן, נ' (2014). = בן נאה, א', טל-סבן, מ' וקרן, נ', 'המשגה חדשה להתערבות קבוצתית בריפוי בעיסוק: טיפול קבוצתי וטיפול בקבוצה', **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 23, 2, מאי 2014, עמ' H7-H24.

בן נוו, ג', ברלוביץ י' ושני, מ' (2005). = בן נוו, ג', ברלוביץ י' ושני, מ', **מערכת הבריאות בישראל**, הוצאת משרד הבטחון, 2005, עמ' 65-87.

בן נוו, ג' ומגנזי ר' (2010). = בן נוו, ג' ומגנזי, ר', **היבטים כלכליים וחברתיים במערכת הבריאות בישראל**, הוצאת הספרייה, ראש העין, 2010, עמ' 7-12.

בן פורת, א' (תשס"א). = בן פורת, א', אי השוויון, בתוך: א' יער וז' שבט (עורכים) **מגמות בחברה הישראלית**, כרך א', האוניברסיטה הפתוחה, תשס"א, עמ' 535-557.

בן פרץ, מ' (2009). = בן פרץ, מ', **נייר עמדה בנושא מעמד המורה, כיוונים חדשים**. אוניברסיטת חיפה. 2009.

בן רפאל, א' (תשס"א). = בן רפאל, זהות קולקטיבית בישראל, בתוך: ח' הרצוג (עורכת) **חברה במראה**, הוצאת רמות ליד אוניברסיטת תל אביב, תשס"א, עמ' 489-514.

בראון, מ' (תשנ"ט). = בראון, מ', הנרייטה סאלד: החזון האמריקני הפרוגרסיבי של היישוב, בתוך: א' גל (עורך) **ישראל הנכספת, האידיאלים והדימויים של יהודי צפון אמריקה**, הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב והוצאת הספרייה הציונית, תשנ"ט, עמ' 48-67.

בראון, מ' (תשנ"ח). = בראון, מ', המאבק על הישגי תש"ח, מדיניות הביטחון של ישראל, בתוך: צ', צמרת וח', יבלונקה (עורכים) **העשור הראשון תש"ח-תש"ח**, הוצאת יד יצחק בן צבי ירושלים, תשנ"ח, עמ' 12-26.

בראון, מ' (תשס"א). = בראון, מ', כי מצפון תפתח הרעה, ביטחון ישראל, בתוך: צ', צמרת וח', יבלונקה (עורכים) **העשור השני תש"ח-תשכ"ח**, הוצאת יד יצחק בן צבי ירושלים, תשס"א, עמ' 343-365.

בראון, מ' (תשס"א). = בר-און, מ', **זיכרון ב'ספר', ראשיתה של ההיסטוריוגרפיה הישראלית של מלחמת העצמאות 1948-1958**, משרד הביטחון והוצאה לאור, תשס"א, עמ' 143-162.

ברגמן, ר' ומלצר, ג' (2004). = ברגמן, ר' ומלצר, ג', **מלחמת יום הכיפורים זמן אמת**, ידיעות אחרונות ספרי חמד, 2004.

ברטל, נ' (תשס"ב). = ברטל, נ', ייסוד בית-הספר לאחיות בירושלים על ידי המשלחת הרפואית של ציוני אמריקה בשנת 1918: המשך או מהפכה? בתוך: מ' שילה, ר', קרק וג' חזן-רוקס (עורכות) **העבריות החדשות, נשים ביישוב ובציונות בראי המגדר**, הוצאת יד יצחק בן צבי, ירושלים, תשס"ב, עמ' 270-291.

ברטל, נ' (תשס"ה). = ברטל, נ', **חמלה וידע, ראשית הסיעוד בארץ ישראל 1918-1948**, יד יצחק בן צבי, ירושלים, תשס"ה, עמ' 1-20, 121-151, 158-170, 262-281.

ברטל, נ' (תשע"ד). = ברטל, נ', 'שולמית קנטור, מבשרת תפיסת הפרופסיה בסיעוד הארץ-ישראלית, הרצאה במסגרת **יום מחקר של החברה הישראלית להיסטוריה של הסיעוד**, אוניברסיטת תל אביב. יוני 2014.

ברטל, נ' (תשע"ה). = ברטל, נ', **לצדך בדרך, פרקי היסטוריה של הסיעוד הישראלי 1936-2012**, הוצאת כרמל, ירושלים. עמ' 14-23, 37-62, 81, 328.

ברנשטיין, ד' (1980). = ברנשטיין, ד', 'המעברות בשנות החמישים', **מחברות למחקר וביקורת**, חוברת 5, עמ' 5-47.

ברנשטיין, ד' (תשמ"ז). = ברנשטיין, ד', **אשה בארץ ישראל: השאיפה לשוויון בתקופת היישוב**, הוצאת הקבוץ המאוחד, תשמ"ז, עמ' 70, 118.

ברנשטיין, ד' (1989). = ברנשטיין, ד', 'העליה ההמונית בשנות החמישים והשלכותיה', **סקירה חדשית**, לו, חוברת 3, צה"ל, ענף הסברה והשכלה, עמ' 24-31.

ברנשטיין, ד' (תשנ"ג). = ברנשטיין, ד', 'בין האשה האדם ובין אשת הבית' אשה ומשפחה בציבור הפועלים היהודי העירוני בתקופת היישוב, בתוך: רס, א' (עורך) **החברה הישראלית היבטים ביקורתיים**, תל אביב, תשנ"ג, עמ' 83-103.

ברנשטיין, ד' (תשס"ב). = ברנשטיין, ד' חקר נשים בהיסטוריוגרפיה הישראלית, נקודות מוצא, כיוונים חדשים ותובנות שבדרך, בתוך: מ' שילה, ר', קרק וג' חזן-רוקס (עורכות) **העבריות החדשות, נשים ביישוב ובציונות בראי המגדר**, הוצאת יד יצחק בן צבי, ירושלים, תשס"ב, עמ' 7-24.

ברנשטיין, ד' (תשס"ו). = ברנשטיין, ד', 'השמעת הקול הנשי ומגדור העבר-קווים לתחום מתפתח', **קתדרה**, 118, תשס"ו, עמ' 5-12.

ברנשטיין, ד' (תשס"ח). = ברנשטיין, ד', **נשים בשוליים, מגדר ולאומיות בתל אביב המנדטורית**, יד יצחק בן צבי, ירושלים, תשס"ח, עמ' 11-17.

ברקת, י' (תש"ע). = ברקת, י', **התפתחות השירותים הסוציאליים במערכת הבריאות בישראל בין השנים 1975-2007, לפני ולאחר החלתו של חוק ביטוח בריאות ממלכתי 1994**, מחקר היסטורי חברתי, חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת בן גוריון, הפקולטה למדעי הבריאות, המחלקה לניהול מערכות בריאות, באר שבע, תש"ע.

- בר-גל, ד' (2008). = בר-גל, ד', 'שלושים שנות פרסום מאמרים תשל"ח-תשס"ט', **חברה ורווחה**, כח, 4, 2008, עמ' 363-379.
- בר-גל, ד' (2010). = בר-גל, ד', 'יובל לאקדמיזציה של העבודה הסוציאלית בישראל 1958-2008', **חברה ורווחה**, ל, 1, 2010, עמ' 3-6.
- גולדבורט, י' (2003). = גולדבורט, י', **בריאות הנפש בישראל הצעירה: 1948-1959, פרסומים ומגמות**. עבודת מדעי יסוד, אוקטובר 2003. (לא פורסם)
- גולדברג, ש' (תש"ע). = גולדברג, ש', מנהיגות, בתוך: א' תורן, וא' פיקר (עורכות) **מנהיגות בלבן, ניהול סיעוד בבתי חולים**, הוצאת מאגנס, ירושלים, תשס"ט, עמ' 272-307.
- גולדשטיין, א' (תשס"ח). = גולדשטיין, א', הימין הציוני בעשור השלישי הדרך למהפך, בתוך: צמרת, צ' ויבלונקה, ח' (עורכים) **העשור השלישי תשכ"ח-תשל"ח**, הוצאת יד יצחק בן צבי ירושלים, תשס"ח, עמ' 324-339.
- גולוס, ע', שריד, מ', וייל, מ', יוכמן, א' ווינטראוב, נ' (2014). = גולוס, ע', שריד, מ', וייל, מ', יוכמן, א' ווינטראוב, נ', 'השפעת גורמים סביבתיים על התפתחות בנים מגנים חרדיים בישראל', **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 23, 1, פברואר 2014, עמ' H326 – H342.
- גולן, א' (תשנ"ח). = גולן, א', ההתיישבות בעשור הראשון, בתוך: צ' צמרת וח' יבלונקה (עורכים) **העשור הראשון תש"ח-תשי"ח**, הוצאת יד יצחק בן צבי ירושלים, תשנ"ח, עמ' 84-102.
- גולן, ט' (תשס"ב). = גולן, ט', **עבודה סוציאלית ביישוב 1931-1936, מוולנטריזם לפרופסיונליזם ומהגשת תמיכה לבינוי האומה**, חיבור לשם קבלת תואר מוסמך, המחלקה ללימודי ארץ ישראל אוניברסיטת בר אילן, רמת גן, תשס"ב.
- גולן, ש' (תשס"ח). = גולן, ש', מלחמת יום הכיפורים, בתוך: צ' צמרת וח' יבלונקה (עורכים) **העשור השלישי תשכ"ח-תשל"ח**, הוצאת יד יצחק בן צבי, ירושלים, תשס"ח, עמ' 130-149.
- גולנדר, ח' (תשס"ו). = גולנדר, ח', מלב"ן בשירות החולים הכרוניים והנכים בישראל, בתוך: ח' גולנדר וי' בריק (עורכים) **שליחות של חסד ואחוות אחים סיפורו של מלב"ן ג'וינט בישראל 1949-1975**, אשל, ירושלים, תשס"ו, עמ' 69-120.
- גולנדר, ח' (תשס"ו). = גולנדר, ח', מלב"ן בשירות הקשישים, בתוך: ח' גולנדר, וי' בריק (עורכים) **שליחות של חסד ואחוות אחים סיפורו של מלב"ן ג'וינט בישראל 1949-1975**, אשל, ירושלים, תשס"ו, עמ' 121-173.
- גילעת, י' (תשס"ט). = גילעת, י', **צורפות בכור היתוך, אומנויות יהודי תימן והתהוותה של התרבות החזותית הלאומית בישראל 1882-1967**, מכון בן גוריון לחקר הציונות, אוניברסיטת בן גוריון, תשס"ט, עמ' 1-16.
- גל, א' (תשמ"ח). = גל, א', 'מדינת ישראל האידיאלית בעיני הדסה' 1945-1955, **יהדות זמננו**, 4, תשמ"ח, עמ' 157.
- גלבע, מ' (1988). = גלבע, מ', 'קווים למתודולוגיה של חקר העיתונות', **קשר**, 3, אוניברסיטת תל אביב, לימודי עיתונאות, 1988, עמ' 39-43.
- גלבע, י' ורוזנבלום, ש' (2012). = גלבע, י' ורוזנבלום, ש', 'ייחודיות ההתערבות הטיפולית בריפוי בעיסוק בילדים מהמגזר החרדי', **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 21, 1, פברואר 2012, עמ' H7 – H18.
- גלבר, י' (תשמ"ט). = גלבר, י', 'יתיעוד בעל פה כמקור היסטורי, דפים לחקר תקופת השואה', **מאסף**, ז, תשמ"ט, עמ' 165-171.
- גלבר, י' (תשס"ז). = גלבר, י', 'היסטוריה זיכרון ותעמולה, הדיסיפלינה ההיסטורית בעולם ובארץ, ספרית אפקים, הוצאת עם עובד, תשס"ז, עמ' 251-297.
- גלברט, א' (תשע"ב). = גלברט, א', **התפתחות השירותים לטיפול בחולי הנפש ביישוב היהודי בארץ ישראל בתקופת השלטון הבריטי בשנים 1917-1948**, חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת בן גוריון, הפקולטה למדעי הבריאות, המחלקה לניהול מערכות בריאות, באר שבע, תשע"ב 2012.
- גליק, ר' (תשס"ו). = גליק, ר', **חויית ההגירה ועיצוב הזהות מחדש בכתיבתה האישית של חנה סנש**, חיבור לשם קבלת תואר מוסמך, המחלקה ללימודי מגדר, לימודים בין תחומיים, אוניברסיטת בר אילן, רמת גן, תשס"ו, עמ' 37-41.

גלס, י' (תשס"ב). = גלס, י' , עלייתן של נשים יהודיות אמריקניות לארץ-ישראל בשנים 1918-1939, בתוך: מ' שילה, ר' קרק וג' חזן-רוקס (עורכות) **העבריות החדשות, נשים ביישוב ובציונות בראי המגזר**, הוצאת יד יצחק בן צבי, ירושלים, תשס"ב, עמ' 84-108.

גרינברג, ע' והרצוג, ח' (1998). = גרינברג, ע' והרצוג, ח', **ויצ"ו-ארגון נשים וולנטרי בחברה מתהווה, תרומתה של ויצ"ו לחברה הישראלית**, הוצאת אוניברסיטת תל אביב, 1998, עמ' 96.

גרנית-הכהן, ע' (תשס"ח). = גרנית-הכהן, ע' , **אשה עבריה אל הדגל! שרותן של נשות היישוב בכוחות הבריטיים במלחמת העולם השנייה**, חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת בר אילן, המחלקה ללימודי ארץ ישראל, רמת גן, תשס"ח, עמ' 165-169.

דהאן-כלב, ה' (תשנ"ו). = דהאן-כלב, ה', זהות ישראלית בין עולים לותיקים, בתוך: ד' עופר (עורכת) **בין עולים לותיקים: ישראל בעלייה הגדולה 1948-1953**, הוצאת יד יצחק בן צבי, ירושלים, תשנ"ו, עמ' 177-191.

דוידוביץ, נ' ושורץ, ש' (2003). = דוידוביץ, נ' ושורץ, ש', **הגירה בריאות וכור ההיתוך הישראלי, עיונים בתקומת ישראל**, 13, 2003, עמ' 181-202.

דויטשר, מ' (2011). **דברי ימי מילבת'. 30 שנה למילבת**, מס' 11, עמ' 7-10.

דונר, ב' (תשס"ג). = דונר, ב', **משכית מארג מקומי, מוזיאון ארץ ישראל תל אביב, תשס"ג**, עמ' 63-69.

דורון, א' (תשמ"ח). = דורון, א', חיי יום-יום בירושלים של תש"ח, בתוך: מ' נאור (עורך) **ירושלים בתש"ח**, סידרת עידן 2, מרכז רחל ינאית בן צבי ללימודי ירושלים לנוער, ירושלים, תשמ"ח, עמ' 148-156.

דורון, ח', שורץ, ש' ווינקר, ש' (תשע"ה). = דורון, ח', שורץ, ש' ווינקר, ש', **רפואת המשפחה בישראל מקורותיה, תולדותיה ומשמעותה**, הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב, באר שבע. עמ' 19-23.

דרורי, ז' (תשס"ח). = דרורי, ז', סדק בשריונו של מרס: שקיעת מעמדו של צה"ל, בתוך: מ' שמש, וז' דרורי (עורכים) **טראומה לאומית מלחמת יום הכיפורים אחרי שלושים שנה ועוד מלחמה**, מכון בן גוריון לחקר ישראל והציונות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, תשס"ח, עמ' 307-323.

הדס, נ' (1988). = הדס, נ', שיקום חולה הנפש הממושך, הרצאה ניתנה בכנס: **ארבעים שנה למקצוע הריפוי בעיסוק בישראל**, הארגון הארצי של המרפאים בעיסוק, 1988, עמ' 55-57.

הדס, נ' (1992). = הדס, נ', **ביחד, קבוצת מרפאות בעיסוק העוסקות בשיקום לקראת הקהילה, כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 1, 2, 1992, עמ' H77-H69.

הדס-לידור, נ' ולכמן, מ' (2007). = הדס-לידור, נ' ולכמן, מ', **שיקום והחלמה בבריאות הנפש קריאה מנקודות מבט שונות**, הוצאה לאור ליתם, כפר יונה, 2007, עמ' 117-130.

הולצמן, א' ויזרעאלי, ד' (תש"ס). = הולצמן, א' ויזרעאלי, ד', **הכניסה הדיפרנציאלית של נשים להתמחויות ברפואה בישראל, בקרת ופרשנות**, 34, הוצאת אוניברסיטת בר אילן, רמת גן, תש"ס, עמ' 65-90.

הורוויץ, ב' (2000). = הורוויץ, ב', **כל חייל חזית, השרות הרפואי הצבאי בארץ ישראל ובמדינת ישראל**, משרד הבטחון, ההוצאה לאור. עמ' 195-312.

היימן, פ' (תשנ"ז). = היימן, פ', **האשה היהודיה בסבך הקידמה**, מקומה וייצוגה בעת החדשה, מרכז זלמן שזר לתולדות ישראל, ירושלים, תשנ"ז, עמ' 17-43, 49-58, 60-68.

היימן, פ' (2001). = היימן, פ', **תולדות עם ישראל בעת החדשה באספקלריה של מגדר**, בתוך: ר' לוין-מלמד (עורכת) **הרימי בכח קולך, על קולות נשיים ופרשנות פמיניסטית בלימודי היהדות**, ידיעות אחרונות, ספרי חמד, 2001, עמ' 145-153.

הירש, ד' (תשס"ח). = הירש, ד', **חברה ומפקחת, אחות בריאות הציבור היהודייה כסוכנת תרבות בתקופת המנדט, ציון, עג, ד, החברה ההיסטורית הישראלית, ירושלים, תשס"ח**, עמ' 453-484.

הירש, ד' (תשע"א). = הירש, ד', **המדיקליזציה של האמהות, יחסים אתניים וחינוך אמהות מזרחיות לטיפול 'היגיני' בתינוק בתקופת המנדט**, בתוך: מ' שילה, וג' כ"ץ (עורכים) **מגדר**

- בישראל, מחקרים חדשים על מגדר ביישוב ובמדינה, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, תשע"א, עמ' 106-139.
- הירש, ד' (תשע"ה). = הירש, ד', באנו הנה להביא את המערב, הנחלת היגיינה ובניית תרבות בחברה היהודית בתקופת המנדט, מכון בן גוריון לחקר הציונות, שדה בוקר. עמ' 284-287.
- הכהן, ד' (תשנ"א). = הכהן, ד', 'התכנית לקליטה ישירה של העלייה ההמונית בשנות החמישים ותוצאותיה', עיונים בתקומת ישראל, 1, תשנ"א, עמ' 359-378.
- הכהן, ד' (תשנ"ד). = הכהן, ד', עולים בסערה - העלייה הגדולה וקליטתה בישראל 1948-1953, יד יצחק בן צבי, ירושלים, תשנ"ד, עמ' 54.
- הכהן, ד' (תשנ"ח). = הכהן, ד', מדיניות העלייה בעשור הראשון למדינה, הניסיונות להגבלת העלייה וגורלם, בתוך: ד', הכהן, (עורכת) קיבוץ גלויות עלייה לארץ ישראל מיתוס ומציאות, מרכז זלמן שזר לתולדות ישראל, ירושלים, תשנ"ח, עמ' 285-316.
- הכהן, ד' (תשס"א). = הכהן, ד', עלייה וקליטה, בתוך: א' יער וז' שביט (עורכים) מגמות בחברה הישראלית, כרך א', האוניברסיטה הפתוחה, תשס"א, עמ' 382-389.
- הכהן, ד' (תשס"ח). = הכהן, ד', עולים ועלייה, בתוך: צ' צמרת, וחי' יבלונקה (עורכים) העשור השלישי תשכ"ח-תשל"ח, הוצאת יד יצחק בן צבי, ירושלים, תשס"ח, עמ' 304-317.
- הלמן, ע' (תשס"ח). = הלמן, ע', אור וים הקיפוח, תרבות תל אביבית בתקופת המנדט, אוניברסיטת חיפה, חיפה, תשס"ח, עמ' 16-17.
- הלמן, ע' (תשע"ב). = הלמן, ע', בגדי הארץ החדשה מדינת ישראל הצעירה בראי הלבוש והאופנה, מרכז שזר לחקר תולדות העם היהודי, ירושלים, תשע"ב, עמ' 9-18.
- הרמן, א' (תשל"ג). = הרמן, א', החינוך הגבוה, בתוך: אורמאן, ח' (עורך) החינוך בישראל, משרד החינוך, ירושלים, תשל"ג, עמ' 178-184.
- הרצוג, א' (2010). = הרצוג, א', על גב נשים, מגדר בין חינוך לחברה, בתוך: א' הרצוג, וצ' ולדן (עורכות) על גב המורות כוח ומגדר בחינוך, הוצאת כרמל, ירושלים, 2010, עמ' 9-22.
- הרצוג, א' (2010). = הרצוג, א', הפוליטיקה של מגדור החינוך, בתוך: א' הרצוג, וצ' ולדן (עורכות) על גב המורות כוח ומגדר בחינוך, הוצאת כרמל, ירושלים, 2010, עמ' 46-72.
- הרצוג, ח' (תשנ"ד). = הרצוג, ח', 'ארגוני נשים בחוגים האזרחיים: פרק נשכח בהיסטוריוגרפיה של היישוב', קתדרה, 70, תשנ"ד, עמ' 111-133.
- הרצוג, ח' (תשס"א). = הרצוג, ח', ידע כוח ופוליטיקה פמיניסטית, בתוך: ח' הרצוג (עורכת) חברה במראה, הוצאת רמות ליד אוניברסיטת תל אביב, תשס"א, עמ' 269-293.
- הרצוג, ח' (תשס"ח). = הרצוג, ח', לקראת שחרור האישה: ראשיתו של הגל השני של הפמיניזם בישראל, בתוך: צ' צמרת, וחי' יבלונקה (עורכים) העשור השלישי תשכ"ח-תשל"ח, הוצאת יד יצחק בן צבי, ירושלים, תשס"ח, עמ' 419-436.
- וינבלט, נ' (1994). = וינבלט, נ', 'ייעוץ חד פעמי בגישה קוגניטיבית התנהגותית לזקנים המטפלים בבני זוגם', כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 3,3, 1994, עמ' H116-H105.
- וינטראוב, נ' (2009). = וינטראוב, נ', 'מבעד למראה - מסע לחיפוש זהות מקצועית כמרפאה בעיסוק', כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 18, 4, 2009, עמ' H271-H249.
- זיו-ענבר, א' (תשנ"ו). = זיו-ענבר, א', לעולם תהיה עצמך, סיפור של הנרייטה סאלד, יד יצחק בן צבי והוצאת עם עובד, תשנ"ו, עמ' 153-169.
- זוסמן, נ' (1993). = זוסמן, נ'. 'התפתחות הריפוי בעיסוק בישראל בעשור הראשון לקיומו' 1946-1956, כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 2, 4, 1993, עמ' H156 - H146.
- זלשיק, ר' (תשס"ה). = זלשיק, ר', 'בריאות נפש חלוצית: 'חלוצים' 'חלוצות' ופסיכיאטרים חלוצים בפלשתינה של שנות העשרים', ישראל, 6, כתב עת לחקר הציונות ומדינת ישראל, היסטוריה תרבות וחברה, תשס"ה, עמ' 63-83.
- זלשיק, ר' ודודוביץ, נ' (2005). = זלשיק, ר' ודודוביץ, נ', פרספקטיבות היסטוריות על הגירה, מגדר ובריאות הנפש: מבט אל חברה רב תרבותית, בתוך: ר' לב-ויזל, ג' צוויקל, וני ברק (עורכות) שמרי נפשך בריאות נפשית בקרב נשים בישראל, אוניברסיטת בן גוריון, 2005, עמ' 21-41.

זלשיק, ר' ודוידוביץ, נ' (תשע"א). = זלשיק, ר' ודוידוביץ, נ', מגדר ובריאות הנפש בחברה היישובית ובעשור הראשון של המדינה, בתוך: מ' שילה, וג' כ"ץ (עורכים) **מגדר בישראל, מחקרים חדשים על מגדר ביישוב ובמדינה**, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, תשע"א, עמ' 306-335.

זלשיק, ר' ודוידוביץ, נ' (תשע"א). = זלשיק, ר' ודוידוביץ, נ', נשים משפט ובריאות נפש, בתוך: א' כתבן, מ' שילה, ור' הלפרין-קדרי (עורכים) **חוקה אחת ומשפט אחד לאיש ולאישה, נשים זכויות ומשפט בתקופת המנדט**, אוניברסיטת בר אילן, תשע"א, עמ' 447-467.

זמורה, א' (תשס"ב). = זמורה, א', **נשים עבריות ציוניות**, הוצאת ויצ"ו וגוונים, תשס"ב, עמ' 78-110.

זקבך, א' (תשע"ג). = זקבך, א', 'פעולת הנקם של מאיר הר ציון', **ישראל**, 21, 2013, עמ' 37-59.
זק"ש, ד' (1998). = זק"ש, ד', 'דבר יו"ר ועד העמותה לקידום מקצוע הריפוי בעיסוק בישראל', **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 7, 1998, עמ' H189-H187.

זק"ש, ד' (2001). = זק"ש, ד', 'תיאוריה עשייה ומחויבות חברתית בריפוי בעיסוק', **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 10, 2001, עמ' H166-H147.

חלמיש, א' (תשס"ג). = עליה לפי יכולת הקליטה הכלכלית, בתוך: א' בראלי, ונ' קרלינסקי (עורכים) **כלכלה וחברה בימי המנדט 1918-1948**, קרית שדה בוקר, תשס"ג, עמ' 178-216.

חלמיש, א' (תשמ"ח). = חלמיש, א', ההעפלה: ערכים, מיתוס ומציאות, בתוך: גרץ, נ' (עורכת) **נקודות תצפית, תרבות וחברה בארץ ישראל**, האוניברסיטה הפתוחה, תל אביב, עמ' 86-98.

חמדני, מ' (תשס"ג). = חמדני, מ', **תכניות הלימודים בחינוך המיוחד בשנים 1954-1997, תיעוד היסטורי של החינוך המיוחד**, משרד החינוך, מחלקת פרסומים, 2003.

חסדאי, י' (2005). = חסדאי, י', מלחמת יום הכיפורים, מבט אחרי שלושים שנה, בתוך: פ' יחזקאלי (עורך) **מלחמת יום הכיפורים ולקחיה**, משרד הבטחון ההוצאה לאור, תל אביב, 2005, עמ' 57-66.

חשביה, א' (תשמ"ח). = חשביה, א', ירושלים במצור ובקרב, בתוך: מ' נאור (עורך) **ירושלים בתש"ח**, סידרת עידן 2, מרכז רחל ינאית בן צבי ללימודי ירושלים לנוער, ירושלים, תשמ"ח, עמ' 9-19.

טולוב, י' וקנטר, א' (2014). = טולוב, י' וקנטר, א', 'של מי החיים שלי? המאבק להשבת האוטונומיה והכשרות המשפטית לאנשים עם מוגבלויות', **מעשי משפט, כתב עת למשפט ולתיקון חברתי**, ו, אוניברסיטת תל אביב הפקולטה למשפטים, תל אביב, 2014, עמ' 45-65.

טל, ה' (תשנ"ג). = טל, ה', **לתולדות שרותי הרפואה בנגב תש"ח-תש"ל, 1948-1970**, הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב, באר שבע, תשנ"ג, עמ' 88-98.

טרטנר, ש' (1992). = טרטנר, ש', 'מרכז שיקום נכי צה"ל, יפו', **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 1, 2, 1992, עמ' H68-H63.

יובל, י' (2001). **סערת נפש**. תל אביב: הוצאת קשת, עמ' 315-317.

יוסמן, נ' (2010). = יוסמן, נ', 'נירו-עיסוק: אשנב למוח ולעיסוק האנושי', **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 19, 2, 2010, עמ' H93-H71.

יזרעאלי, ד' (1994). = יזרעאלי, ד', 'על מעמדה של האשה בישראל: נשים בצבא', **בעיות בינלאומיות**, 63, (3-4), 1994, עמ' 21-26.

יזרעאלי, ד' (1997) א'. = יזרעאלי, ד', מנהלות בישראל בתוך: ע' מאור, (עורכת) **נשים-הכח העולה**, ספריית הפועלים, תל אביב, 1997, עמ' 56-75.

יזרעאלי, ד' (1997) ב'. = יזרעאלי, ד', 'משפחה ועבודה בחברה הישראלית', : תרבות מדיניות ונשים במשפחות שבהן שני מפרנסים בישראל, בתוך: ר' ולר ור' כהן (עורכות) **משפחה ודעות: מבט עכשווי על המשפחה**, משרד החינוך והתרבות, 1997, עמ' 80-107.

יזרעאלי, ד' (1999). = יזרעאלי, ד', המיגדור בעולם העבודה, בתוך: ד' יזרעאלי, א' פרידמן, ה' דהאן-כלב וחי' הרצוג (עורכות): **מין מגדר פוליטיקה**, הקבוץ המאוחד, תל אביב, 1999, עמ' 167-215.

ילון-חיימוביץ, ש', ועמיתיה (2006). = ילון-חיימוביץ, ש', זק"ש, ד', וינטראוב, נ', נוטה, א' ומזור, נ', **מרחב תהליך העשייה המקצועית בריפוי בעיסוק בישראל**, תל אביב, העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק, 2006.

יניב, ב' (תשס"ט). = יניב, ב', **מעשה רוקם, תשמישי קדושה מטקסטיל בבית הכנסת האשכנזי הספרדי והאיטלקי**, יד יצחק בן צבי והאוניברסיטה העברית בירושלים, תשס"ט, עמ' 9-10.

יער, א' ושביט, ז' (תשס"א). = יער, א' ושביט, ז', רקע היסטורי, בתוך: א' יער וז' שביט (עורכים) **מגמות בחברה הישראלית**, כרך א', האוניברסיטה הפתוחה, תשס"א, עמ' 51-55.

כץ, א' (תש"ס). = כץ, א', **תרבות הפנאי בישראל, תמורות בדפוסי הפעילות התרבותית 1970-1990**, האוניברסיטה הפתוחה, תל אביב, תש"ס, עמ' 3-31.

כץ, נ' (1992). = כץ, נ', **ריפוי בעיסוק ומדע העיסוק**, **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 3, 1992, עמ' H99-H91.

כץ, נ' (1997). = כץ, נ', **מדע העיסוק וריפוי בעיסוק בשנות ה-2000**, **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 6, 1997, עמ' H147-H134.

כץ, נ' (1999). = כץ, נ', **הבנת עיסוק האדם הבריא וחשיבותו לאנשים עם מוגבלות**, עיסוק כתוצאה וכדרך פעולה, **בראי הנפש**, 3, משרד הבריאות שרותי בריאות הנפש, היחידה לריפוי בעיסוק, 1999, עמ' 11-15.

כץ-אוצר, נ' וליפשיץ, נ' (2012). = כץ-אוצר, נ' וליפשיץ, נ', **עצמאות ובצידה אחריות**, התפתחות מקצועית בקרב מרפאים בעיסוק עצמאיים, **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 21, 2, 2012, עמ' H89-H99.

כרמל-חכים, א' (תשס"ח). = כרמל-חכים, א', **שלהבת ירוקה, חנה מיזל- מפעל חיים**, סדרת מגדר וקבוץ, יד טבנקין, רמת אפעל, תשס"ח, עמ' 162-186, 207-217.

כתבן, א' (תשע"א). = כתבן, א', **"נשים בטוגה של גבר" נתיב השתלבותן של נשים בפרופסיה המשפטית בארץ ישראל ובמדינת ישראל**, בתוך: מ' שילה, וגי כ"ץ (עורכים) **מגדר בישראל, מחקרים חדשים על מגדר ביישוב ובמדינה**, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, תשע"א, עמ' 263-305.

כתבן, א', שילה, מ' והלפרין-קדרי, ר' (תשע"א). = כתבן, א', שילה, מ' והלפרין-קדרי, ר', מבוא: זהויות מורכבות וזהויות מפוצלות, בתוך: א' כתבן, מ' שילה, ור' הלפרין-קדרי (עורכים) **חוקה אחת ומשפט אחד לאיש ולאשה, נשים זכויות ומשפט בתקופת המנדט**, אוניברסיטת בר אילן, תשע"א, עמ' 6-18.

להמן, נ' והדס, נ' (1992). = להמן, נ' והדס, נ', **היחידה השיקומית במרכז לבריאות הנפש ביפו**, תאוריה ויישום, **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 1, 2, 1992, עמ' H62-H55.

לובצקי, ח' (תש"ע). = לובצקי, ח', **שרותי בריאות לפריריה בעידן חוק בריאות ממלכתי**, חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת בן גוריון, הפקולטה למדעי הבריאות, המחלקה לניהול מערכות בריאות, באר שבע, תש"ע, עמ' 6-7, 23-38.

לוי, א' (תשנ"ב). = לוי, א', **מלאכה כמקצוע לימוד בבית הספר**, מבט היסטורי, בתוך: א' לוי, ר' רוז, וגי זליקוביץ (עורכים) **המקצוע מלאכה, צמיחתו והוראתו בבית הספר היסודי בישראל**, האגף לתכניות לימודים, משרד החינוך והתרבות, ירושלים, תשנ"ב, עמ' 6-54.

לוי, ל' וזוסמן, נ' (1988). = לוי, ל' וזוסמן, נ', **ארבעים שנות ריפוי בעיסוק בישראל**, **ארבעים שנה למקצוע הריפוי בעיסוק בישראל**, הארגון הארצי של המרפאים בעיסוק, 1988, עמ' 1-19.

לוי, נ' (1998). = לוי, נ', **פרקים בתולדות הרפואה בארץ ישראל 1799-1948**, הוצאת הקבוץ המאוחד, הפקולטה לרפואה הטכניון חיפה, 1998, עמ' 82-90, 175-193, 220-225.

לוי, ר' (2011). **דברי ימי מילבת**, 30 שנה למילבת, מס' 11, עמ' 16-17.

לייסנר, א' (תשע"א). = לייסנר, א', **ללדת ועוד איך**, חוקי הלידה הלאומיים בתקופת המנדט, בתוך: מ' שילה, וגי כ"ץ (עורכים) **מגדר בישראל, מחקרים חדשים על מגדר ביישוב ובמדינה**, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, תשע"א, עמ' 336-351.

ליסק, מ' (תשמ"ז). = ליסק, מ', **דימויי עולים**, **קתדרה**, 43, תשמ"ז, עמ' 125-144.

ליסק, מ' (תש"ן). = ליסק, מ', **עליה, קליטה, בניין חברה בארץ ישראל בשנות העשרים 1918-1920**, בתוך: מ' ליסק, א' שפירא, וגי כהן (עורכים) **תולדות היישוב היהודי בארץ ישראל**

- מאז העלייה הראשונה, תקופת המנדט הבריטי, חלק שני, מוסד ביאליק, ירושלים, תש"ן, עמ' 173-188.
- ליסק, מ' (תשנ"ו). = ליסק, מ', ארץ ישראל הראשונה וארץ ישראל השנייה, תהליכים מואצים של קיטוב חברתי תרבותי בשנות החמישים, בתוך: ד' עופר (עורכת) **בין עולים לותיקים: ישראל בעלייה הגדולה 1948-1953**, הוצאת יד יצחק בן צבי, ירושלים, תשנ"ו, עמ' 1-19.
- ליסק, מ' (תשנ"ח). = ליסק, מ', המהפכה הדמוגרפית חברתית בשנות החמישים, קליטת העלייה הגדולה. בתוך: א' שפירא (עורכת) **עצמאות, חמישים השנים הראשונות**, מרכז זלמן שזר לתולדות ישראל, ירושלים, 1998, עמ' 13-55.
- ליסק, מ' (תשנ"ט). = ליסק, מ', **העלייה הגדולה בשנות החמישים: כישלוננו של כור ההיתוך**, מוסד ביאליק, ירושלים, תשנ"ט, עמ' 134-136.
- ליפסון, ש' (תשל"ג). = ליפסון, ש', החינוך העל תיכוני, בתוך: אורמיאן, ח' (עורך) **החינוך בישראל**, משרד החינוך, ירושלים, תשל"ג, עמ' 173-178.
- מובשוביץ, א' (2012). = מובשוביץ, א', 'שישים שנות שילוב ושיקום נכים', **עלי איל"ן**, 37, 2012, עמ' 11-23.
- מונק, י' וגרץ, נ' (תשס"ח). = מונק, י' וגרץ, נ', הקולנוע הישראלי, בתוך: צ' צמרת וחי, יבלונקה (עורכים) **העשור השלישי תשכ"ח-תשל"ח**, הוצאת יד יצחק בן צבי ירושלים, תשס"ח, עמ' 205-216.
- מור, ש' (תשע"ב). = מור, ש', 'שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות בתעסוקה, מתיקון הפרט לתיקון החברה', **עיוני משפט**, לה, אוניברסיטת תל אביב הפקולטה למשפטים, תל אביב, עמ' 97-150.
- מורג-טלמון, פ' ועצמון, י' (תשע"ג). = מורג-טלמון, פ' ועצמון, י', **נשים מהגרות בישראל**, מוסד ביאליק, ירושלים, עמ' 9-21.
- מלמן, ב' (תשס"ב). = מלמן, ב', מותה של סוכנת: מגדר, זיכרון והנצחה, בתוך: מ' שילה, ר' קרק וג' חזן-רוקם (עורכות) **העבריות החדשות, נשים ביישוב ובצינונות בראי המגדר**, הוצאת יד יצחק בן צבי, ירושלים, תשס"ב, עמ' 413-433.
- מלניק, ב' (2010). = מלניק, ב', **דרך חדשה, חמישים שנות שיקום ויותר בבית החולים לוינסטיין 1959-2010**, דפוס חבצלת, 2010, עמ' 14-15, 95.
- מרגלית, מ' (1997). = מרגלית, מ', כיווני ההתפתחות בחינוך המיוחד בישראל: פרספקטיבה בינלאומית, בתוך: קופ, י' (עורך) **הקצאת משאבים לשירותים חברתיים 1997**, מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל, ירושלים, עמ' 171-202.
- מרגלית, מ' (1999). = מרגלית, מ', החינוך המיוחד, בתוך: א' פלד (עורך) **יובל למערכת החינוך בישראל**, כרך ג, ירושלים, עמ' 961-977.
- מרגלית-שטרן, ב' (תשס"ו). = מרגלית-שטרן, ב', **גאולה בכבלים, תנועת הפועלות הארץ ישראלית 1920-1939**, יד יצחק בן צבי, מכון שכטר ללימודי היהדות, ירושלים, תשס"ו, עמ' 324-345, 345-396.
- מרוז, מ' והדס, נ' (1993). = מרוז, מ' והדס, נ', 'היחידה להרגלי עבודה בשלוותה, טיפול תעשייתי עם מבט אל הקהילה', **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 2, 1, 1993, עמ' H32-H37.
- מרק, מ' וסגל, ג' (תשס"ט). = מרק, מ' וסגל, ג', 'הזכויות לשירותי בריאות הנפש ומדיניות הפעלתם בישראל, בין רפואה משפט וחברה', **משפט רפואי ביו-אתיקה**, 2, תשס"ט, עמ' 22-98.
- נאור, מ' (תשמ"ז). = נאור, מ', **עולים ומעברות 1948-1952**, יד יצחק בן צבי, ירושלים, תשמ"ז, עמ' 97-110.
- נדב, ד' (1998). = נדב, ד', **יובל למפעל השיקום – קווים לקורותיו**, בתוך: א' להב (עורך) **חמישים שנות שיקום**, תל אביב, 1998, עמ' 15-23.
- נדב, ד' (2002). = נדב, ד', 'ראשית שיקומם של נפגעים במערכות ישראל', בתוך: ד' הדרי (עורך) **נותנת, עלי זית וחרב**, ד', העמותה לחקר כח המגן על שם גלילי, משרד הביטחון וההוצאה לאור, 2002, עמ' 7-27.
- נדב, ד' (2008). = נדב, ד', **בדרכי השיקום, אגף השיקום במשרד הביטחון 1948-2005**, משרד הביטחון והוצאה לאור, תל אביב, 2008, עמ' 195.

- נתן, א' (2011). 'דברי ימי מילבת', **30 שנה למילבת**, ידיעון אינטרנט, מס' 11, עמ' 14-16.
- סבירסקי, ש', ועמיתיו (2001). = סבירסקי, ש', קונור, א', סבירסקי, ב' ויחזקאל, י', **נשים בשוק העבודה של מדינת הרווחה בישראל**, מרכז אדוה תל אביב, 2001, עמ' 11-18, 31, 36, 43, 66, 94-97, 100.
- סיון, ע' (תשנ"א). = סיון, ע', **דור תש"ח מיתוס דיוקן וזיכרון**, הוצאת מערכות משרד הביטחון, תשנ"א, עמ' 138-142.
- סטולר-ליס, ש' (תשס"ג). = סטולר-ליס, ש', 'כך אגדל תינוק ציוני, הבניית התינוק והאם הארץ-ישראלים באמצעות ספרי הדרכה להורים', **עיונים בתקומת ישראל**, 13, מאסף לבעיות הציונות היישוב ומדינת ישראל, תשס"ג, עמ' 277-295.
- סטולר-ליס, ש' (תשס"ו). = סטולר-ליס, ש', **הדרכה וקידום בריאות בחברות רב תרבותיות, המקרה של העלייה הגדולה לישראל 1949-1956**, חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת בן גוריון, הפקולטה למדעי הבריאות, המחלקה לניהול מערכות בריאות, באר שבע, תשס"ו.
- סטולר-ליס, ש', ושורץ, ש' (2004). = סטולר-ליס, ש' ושורץ, ש', 'לחמות בבערות ובהרגלים נחשלים: תפיסות ופרקטיקות של אחיות ורופאים כלפי עולים בעלייה הגדולה של שנות החמישים', **ישראל**, 6, 2004, עמ' 31-62.
- סטולר-ליס, ש' ושורץ, ש' (תשע"א). = סטולר-ליס, ש' ושורץ, ש', "ההגינה של חיי האשה לתקופותיה" מגדר לאומיות ועבודה בכתיבה של רופאת הנשים ד"ר מרים אהרונובה (1889-1967), בתוך: מ' שילה, וגי כ"ץ (עורכים) **מגדר בישראל, מחקרים חדשים על מגדר ביישוב ובמדינה**, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, תשע"א, עמ' 85-105.
- סילנר, ד', רסין, מ' וקנטי, ת' (תש"ע). = סילנר, ד', רסין, מ' וקנטי, ת', ניהול כח אדם בסיעוד, בתוך: א' תורן, וא' פיקר (עורכות) **מנהיגות בלבן, ניהול סיעוד בבתי חולים**, הוצאת מאגנס, ירושלים, תשס"ט, עמ' 121-150.
- ססר, א' (תשנ"ט). = ססר, א', **ששה ימים- שלושים שנה, מבט חדש על מלחמת ששת הימים**, הוצאת עם עובד, תל אביב, תשנ"ט, עמ' 7-16.
- ספרן, ח' (תשס"ב). = ספרן, ח', מאבק בין לאומי, ניצחון מקומי: רוזה וולט שטראוס והשגת זכות בחירה לנשים 1919-1926, בתוך: מ' שילה, ר' קרק וג' חזן-רוקס (עורכות) **העבריות החדשות, נשים ביישוב ובציונות בראי המגדר**, הוצאת יד יצחק בן צבי, ירושלים, תשס"ב, עמ' 315-330.
- ספרן, ח' (תשס"ו). = ספרן, ח', **לא רוצות להיות נחמדות: המאבק על זכות הבחירה לנשים וראשיתו של הפמיניזם החדש בישראל**, הוצאת פרדס, חיפה, תשס"ו, עמ' 113-149.
- עורי, א' (תשמ"א). = עורי, א', 'השיקום הרפואי בהיבט ההיסטורי'. **קורות**, ב, א-ב, תשמ"א, עמ' 61-66.
- עורי, א' (תשמ"ט). = עורי, א', 'היבטים רפואיים שיקומיים בטיפול בנכים בתקופת המנדט בארץ ישראל ובמלחמת העצמאות' 1920-1949, **הרפואה**, קטז, י', תשמ"ט, עמ' 549-551.
- עורי, א' (1996). = עורי, א', **מבוא לתולדות הרפואה השיקומית בישראל**, האגוד לרפואת שיקום בישראל, תל אביב, 1996, עמ' 11-18, 69-70.
- עמיקם, ב' (תשל"ט). = עמיקם, ב', התרחבות היישוב היהודי ותשתיתו הכלכלית, בתוך: ב' אליאב (עורך) **היישוב בימי הבית הלאומי, 1917-1948**, בית ההוצאה כתר, ירושלים, תשל"ט, עמ' 386-388.
- עפרון, י' (תש"ס). = עפרון, י', 'אחיות לוחמות ואימהות, אתוס ומציאות במבחן בנות דור 1948', **עיונים בתקומת ישראל**, 10, מאסף לבעיות הציונות היישוב ומדינת ישראל, תש"ס, עמ' 353-380.
- פארן, ג' (2014). = פארן, ג', "ותבוא בהם הרוח ויחיו ויעמדו על רגליהם", **התפתחות הרפואה השיקומית בישראל כבבואה לתמורות בחברה הישראלית (1948-1974)**, חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת בר אילן, המחלקה ללימודי ארץ ישראל, רמת גן, תשע"ד.
- פופר, מ' (1996). = פופר, מ', 'מנהיגים נולדים? מתפתחים?', **משאבי אנוש**, 1996, עמ' 21-23.
- פופר, מ' ורונו, א' (1992). = פופר, מ' ורונו, א', **על המנהיגות**, משרד הביטחון, תל אביב, 1992, עמ' 58-66.

- פופר, מ' (תשנ"ט). = פופר, מ', מנהיגות : היער ושבליו, בתוך: א' גונן, וא' זכאי (עורכים) **מנהיגות ופיתוח מנהיגות מהלכה למעשה**, משרד הביטחון תל אביב, תשנ"ט, עמ' 20.
- פוקו, מ' (1986). = פוקו, מ', **תולדות השגעון בעידן התבונה**, עברית: אהרן אמיר, הוצאת כתר, ירושלים, 1986, עמ' 38-56.
- פייגה, מ' (תשס"ח). = פייגה, מ', מלחמת יום הכיפורים בזכרון הישראלי- שבר מול המשכיות, בתוך: מ' שמש, וז' דרורי (עורכים) **טראומה לאומית מלחמת יום הכיפורים אחרי שלושים שנה ועוד מלחמה**, מכון בן גוריון לחקר ישראל והציונות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, תשס"ח, עמ' 351-367.
- פיינגולד, ב' (תשס"ח). = פיינגולד, ב', התאטרון הישראלי והמחזה המקורי, בתוך: צ' צמרת וח', יבלונקה (עורכים) **העשור השלישי תשכ"ח-תשל"ח**, הוצאת יד יצחק בן צבי ירושלים, תשס"ח, עמ' 187-204.
- פיקאר, א' (1999). = פיקאר, א', 'ראשיתה של העלייה הסלקטיבית בשנות החמישים', **עיונים בתקומת ישראל**, 9, 1999, עמ' 338-394.
- פיקאר, א' (2001). = פיקאר, א', 'רב תרבותיות- הדרך לכור היתוך חדש', **מפנה**, 34, 2001, עמ' 11-17.
- פלג, מ' (1997). = פלג, מ', נשים בעולם העבודה לקט נתונים סטטיסטיים, בתוך: ע' מאור (עורכת) **נשים- הכח העולה**, ספריית הפועלים, תל אביב, 1997, עמ' 286.
- פרוש, ש' (2003). = פרוש, ש' ריפוי בעיסוק על בסיס ראיות- Evidence based practice האתגר המקצועי במאה ה-21, **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 12, 2003, עמ' H74-H57.
- פרוש, ש' (2015). 'עבר הווה ועתיד בריפוי בעיסוק', **יחד עוסקים בעתיד, הכנס ה-21 של העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק**, ירושלים, יוני 2015.
- פריד, א' ועורי, א' (1990). = פריד, א' ועורי, א', הריפוי בעיסוק. בתוך: א' עורי, וע' שקד (עורכים) **מבוא לרפואה שיקומית**, הוצאת משרד הבטחון, תל אביב, 1990, עמ' 66-68.
- פריד, א' (1999). = פריד, א', 'מספר הארות על עקרונות השיקום של חולה הנפש הכרוני, מי באמת צריך תכנית שיקום?' **בראי הנפש**, 3, נובמבר 1999, עמ' 19-20.
- פריד, א' (2010). = פריד, א', **ריפוי בעיסוק: טיפול הומניסטי**, האוניברסיטה המשודרת, משרד הבטחון, תל אביב, 2010, עמ' 13-21.
- פריזל, א' (תש"ל). = פריזל, א', **התנועה הציונית בארצות הברית 1897-1914**, אוניברסיטת תל אביב והוצאת הקבוץ המאוחד, תש"ל, עמ' 171-177.
- צחור, ז' ורוטמן, ס' (תשס"א). = צחור, ז' ורוטמן, ס', המפה הפוליטית של מדינת ישראל, בתוך: צ' צמרת, וח' יבלונקה (עורכים) **העשור השני תשי"ח-תשכ"ח**, הוצאת יד יצחק בן צבי, ירושלים, תשס"א, עמ' 11-28.
- צמרת, צ' (תשנ"ג). = צמרת, צ', **ימי כור ההיתוך**, המרכז למורשת בן גוריון, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, תשנ"ג, עמ' 19-22, 78-90.
- צמרת, צ', יבלונקה, ח' (תשנ"ח). = צמרת, צ' ויבלונקה, ח', **העשור הראשון תשי"ח-תשי"ח**, הוצאת יד יצחק בן צבי ירושלים, תשנ"ח, עמ' 7-10.
- צמרת, צ', יבלונקה, ח' (תשס"א). = צמרת, צ' ויבלונקה, ח', **העשור השני תשי"ח-תשכ"ח**, הוצאת יד יצחק בן צבי ירושלים, תשס"א, עמ' 7-9.
- צמרת, צ', יבלונקה, ח' (תשס"ח). = צמרת, צ' ויבלונקה, ח', **העשור השלישי תשכ"ח-תשל"ח**, הוצאת יד יצחק בן צבי ירושלים, תשס"ח, עמ' 7-21.
- קאופמן, ח' (1996). = קאופמן, ח', 'יסודותיו ומרכיביו הלאומיים של המושג יהדות השרירים', **בתנועה, כתב עת למדעי החינוך הגופני והספורט**, מאי 1996, עמ' 261-262.
- קוזמינסקי, ל' (תשס"ה). = קוזמינסקי, ל', **מדברים בעד עצמם**, סגור עצמי של לומדים עם לקויות למידה, הוצאת יסוד ומכון מופ"ת, 2004, עמ' 91-94.
- קוסטף, ח' (2002). = קוסטף, ח', שיקום נוירופדיאטרי, בתוך: א' איסקוב, וח' רינג (עורכים) **אבני דרך בתולדות רפואת השיקום**, ישראל, 2002, עמ' 96-98.
- קלרמן, א' (תשמ"ז). = קלרמן, א', **להיות עם חפשי בארצנו, תמורות בקדימויות של מטרות הציונות והגשמתן הגאוגרפית**, החוג לגאוגרפיה, אוניברסיטת חיפה.

- קמיר, א' (תשס"ז). = קמיר, א', **כבוד אדם וחווה, פמיניזם ישראלי משפטי וחברתי**, הוצאת כרמל, ירושלים, תשס"ז, עמ' 70-80.
- קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ו). = קצבורג-יונגמן, מ', **החוויה היהודית האמריקנית: תולדות, מבואות, מקורות**, הוצאת האוניברסיטה הפתוחה, רעננה, עמ' 488-504.
- קצבורג-יונגמן, מ' (תשס"ח). = קצבורג-יונגמן, מ', **נשים ציוניות באמריקה, הדסה ותקומת ישראל**, מכון בן גוריון לחקר ישראל, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, תשס"ח, עמ' 18-35, 51-60, 11-128, 165-168, 213-219, 264-282.
- ראובני, י' (תשנ"ג). = ראובני, י', **ממשל המנדט בארץ ישראל 1920-1948 ניתוח היסטורי מדיני**, הוצאת אוניברסיטת בר אילן, תשנ"ג, עמ' 178-192.
- רגב, מ' (תשס"ג). = רגב, מ', **מבוא לתרבות ישראלית**, בתוך: א' יער וז' שביט (עורכים) **מגמות בחברה הישראלית**, כרך ב', האוניברסיטה הפתוחה, תשס"ג, עמ' 823-890.
- רובינשטיין, א' (תשל"ט). = רובינשטיין, א', **מיישוב למדינה – מוסדות ומפלגות**, בתוך: אליאב, ב' (עורך) **היישוב בימי הבית הלאומי 1917-1948**, הוצאת כתר, ירושלים, תשל"ט, עמ' 151-177, 223-227.
- רוה, מ' (1997). = רוה, מ', **ריפוי בעיסוק כשם למקצוע**, לשמר או לשנות, **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 6, 1, 1997, עמ' H48-H46.
- רוזין, א' (תשס"ב). = רוזין, א', **יתנאים של סלידה, היגינה והורות של עולים מארצות האיסלאם** בעיני ותיקים בשנות החמישים, **עיונים בתקומת ישראל**, 12, תשס"ב, עמ' 195-238.
- רוזין, א' (תשס"ח). = רוזין, א', **חובת האהבה הקשר יחד וקולקטיב בישראל בשנות החמישים**, הוצאת עם עובד, תשס"ח, עמ' 9-15, 223-263.
- רוזין, ט' (תשס"א). = רוזין, ט', **מה זה בכלל פמיניזם ואיך קרה שאנחנו לא יודעות על זה כלום**, הוצאת זמורה ביתן, תל אביב, תשס"א, עמ' 373-389.
- רוזנברג-פרידמן, ל' (תשס"ה). = רוזנברג-פרידמן, ל', **מהפכניות בעל כורחן, נשים ומגדר בציונות הדתית בתקופת היישוב**, הוצאת יד יצחק בן צבי, ירושלים, תשס"ה, עמ' 13-27, 50-81.
- רוזנברג-פרידמן, ל' (תשס"ו). = רוזנברג-פרידמן, ל', **זיהויות בקונפליקט בין שואה לתקומה: שליחות היישוב בריכוזי שארית הפליטה באירופה**, **ישראל**, 11, תשס"ו, עמ' 117-152.
- רוזנברג-פרידמן, ל' (תשס"ט). = רוזנברג-פרידמן, ל', **משימה לאומית- מסלול להעצמה נשית? המקרה של שליחות ק"ל בתקופת היישוב**, **מורשת ישראל**, 6, תשס"ט, עמ' 91-125.
- רוזנברג-פרידמן, ל' (2010). = רוזנברג-פרידמן, ל', **עדה סרני- גיבורה בלתי נשכחת? לשאלת מקומה של עדה סרני בזיכרון הקיבוצי**, **קתדרה**, 137, 2010, עמ' 147-178.
- רוזנברג-פרידמן, ל' (2010). = רוזנברג-פרידמן, ל', **הגברת בשמלה השחורה: מאפייני מנהיגותה של עדה סרני כראש המוסד לעלייה ב' באיטליה**, **עלי זית וחרב**, י, 2010, עמ' 100-130.
- רוזנברג-פרידמן, ל' (תשע"א). = רוזנברג-פרידמן, ל', **שמרנות פורצת דרך, לדמותן של מנהיגות ציוניות דתיות בתקופת היישוב**, בתוך: מ' שילה, ג' וכ"ץ (עורכים) **מגדר בישראל, מחקרים חדשים על מגדר ביישוב ובמדינה**, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, תשע"א, עמ' 409-438.
- רוזנפלד, ש' (1988). = רוזנפלד, ש', **עיתונות והיסטוריה**, **קשר**, 3, אוניברסיטת תל אביב לימודי עיתונאות, 1988, עמ' 1.
- רומס, פ' (2012). = רומס, פ', **מלב"ן, מוסד לטיפול בעולים נחשלים**, איתי בחור הוצאה לאור, זכרון יעקב, 2012.
- רומס, פ' ושוורץ, ש' (תשס"ו). = רומס, פ' ושוורץ, ש', **מלב"ן**, בתוך: ח' גולנדר, ו' בריק (עורכים) **שליחות של חסד ואחוות אחים סיפורו של מלב"ן גוינט בישראל 1949-1975**, אשל ירושלים, תשס"ו, עמ' 45-68.
- רזי, ת' (תשס"ט). = רזי, ת', **ילדי ההפקר, החצר האחורית של תל אביב**, הוצאת עם עובד, המכללה האקדמית ספיר, תשס"ט, עמ' 15-28.
- רזי, ת' (תשע"א). = רזי, ת', **ראויה המשפחה שיבנוה מחדש: תפיסות של המשפחה היהודית העירונית בתקופת המנדט**, בתוך: א' כתבן, מ' שילה, ור' הלפרין-קדרי (עורכים) **חוקה אחת ומשפט אחד לאיש ולאשה, נשים זכויות ומשפט בתקופת המנדט**, אוניברסיטת בר אילן, תשע"א, עמ' 21-56.

רייכל, נ' (תשס"ח). = רייכל, נ', **סיפורה של מערכת החינוך הישראלית**, מכון מופת והוצאת הספרים ע"ש מאגנס, ירושלים, תשס"ח, עמ' 125-128, 225-230.

רימלט, נ' (תש"ע). = רימלט, נ', **הפמיניזם המשפטי מתיאוריה למעשה, המאבק לשוויון בין המינים בישראל ובארצות הברית**, הוצאת הספרים של אוניברסיטת חיפה, תש"ע, עמ' 129-138, 141-153.

רם, א' (2001). = רם, א', **החברה החדשה בישראל בתחילת המאה החדשה**, בתוך: א' שפירא (עורכת) **מדינה בדרך החברה הישראלית בעשורים הראשונים**, מרכז זלמן שזר לתולדות ישראל, ירושלים, 2001, עמ' 256-294.

רשף, ש' ודרור, י' (תש"ן). = רשף, ש' ודרור, י', **החינוך העברי בימי הבית הלאומי 1919-1948**, בתוך: מ' ליסק (עורך) **תולדות היישוב היהודי בארץ ישראל מאז העלייה הראשונה, תקופת המנדט הבריטי**, חלק שלישי, מוסד ביאליק, ירושלים, תש"ן, עמ' 81-93.

שדה, ש' (תשס"ג). = שדה, ש', **החינוך המיוחד בישראל עד קום המדינה, תיעוד היסטורי של החינוך המיוחד בארץ**, משרד החינוך, מחלקת פרסומים, 2003, עמ' 30.

שובל, י' (1993). = שובל, י', **סוגיות מדיניות הנוגעות לבריאות האישה**. בתוך: **בריאות נשים בישראל. רב שיח שני**, שדולת הנשים בישראל, 1993, עמ' 61.

שובל, י' ואנסון ע' (תשס"א). = שובל, י' ואנסון ע', **העיקר הבריאות, מבנה חברתי ובריאות בישראל**, הוצאת מאגנס, ספריית אשכולות, תשס"א, עמ' 91-101, 103-108, 316-344.

שורץ, ש' (תשנ"ז). = שורץ, ש', **קופת חולים הכללית, עיצובה והתפתחותה כגורם המרכזי בשירותי הבריאות בארץ-ישראל, 1911-1937**, הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב, תשנ"ז, עמ' 61-68, 110-127, 142-157.

שורץ, ש' (1998) א'. = שורץ, ש', **הסתדרות נשים למען אמהות בארץ ישראל-פעילותן של הדסה והסתדרות נשים עבריות ויוצרי להקמת תחנות אם וילד בארץ ישראל בשנים 1918-1948**, **בטחון סוציאלי**, 1998, 51, עמ' 57-81.

שורץ, ש' (1998) ב'. = שורץ, ש', **מי יטפל באנשי ארץ ישראל? פעילותה של היחידה הציונית רפואית אמריקנית להקמתה של מערכת בריאות ציבורית בראשית תקופת המנדט, 1918-1921**, **עיונים בתקומת ישראל**, 8, 1998, עמ' 320-346.

שורץ, ש' (2000). = שורץ, ש', **קופת חולים הסתדרות ממשלה, מהלכים בעיצובה של מערכת הבריאות בישראל, 1947-1960**, הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב, 2000, עמ' 1-5, 61-94, 143-148, 182-190, 231-234.

שורץ, ש' (2009). = שורץ, ש', **לגדל דור בריא בארצנו: שישים שנות מדיניות בריאות הציבור בישראל, רפואה ומשפט**, 40, 2009, עמ' 10-23.

שחורי-רובין, צ' (תשנ"ח). = שחורי-רובין, צ', **מפעלים חינוכיים-בריאותיים של הדסה בארץ ישראל בתקופת המנדט הבריטי**, מחקר לשם מילוי חלקי של הדרישות לקבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת בן גוריון בנגב, באר שבע, תשנ"ח.

שחורי-רובין, צ' ושורץ, ש' (תשס"ד). = שחורי-רובין, צ' ושורץ, ש', **הדסה לבריאות העם, פעילותה הבריאותית-חינוכית של הדסה בארץ ישראל בתקופת המנדט הבריטי**, הספרייה הציונית-ההוצאה לאור של ההסתדרות הציונית העולמית, תשס"ד, עמ' 11-19, 20-40, 171-187.

שחורי-רובין, צ' (תשס"ו). = שחורי-רובין, צ', **יד"ר הלנה כגן, הרופאה שהפכה לאגדה, קתדרה**, 118, תשס"ו, עמ' 89-114.

שחורי-רובין, צ' (תשע"א). = שחורי-רובין, צ', **ד"ר בת שבע יוניס-גוטמן, לדמותה של רופאה ציונית, בתוך: מ' שילה, וגי כ"ץ (עורכים) מגדר בישראל, מחקרים חדשים על מגדר ביישוב ובמדינה**, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, תשע"א, עמ' 231-262.

שחורי-רובין, צ' (2011). = שחורי-רובין, צ', **יניהול ומגדר בארץ ישראל בשלהי התקופה העות'מאנית, 1889-1914**, **עיונים בתקומת ישראל**, 21, 2011, עמ' 373-404.

שחורי-רובין, צ' (תשע"ג). = שחורי-רובין, צ', **ד"ר טובה ישורון-ברמן, הגברת הראשונה בממלכת קופת חולים**, הוצאת ספרים דקל, תל אביב, תשע"ג, עמ' 157-177, 188-194.

שחורי-רובין, צ' (תשע"ד). = שחורי-רובין, צ', **רופאות ראשונות בארץ ישראל 1900-1918**, הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב, באר שבע, עמ' 178-180.

- שחם, ד' (1991). = שחם, ד', **ישראל 40 השנים**, עם עובד, תל אביב, תשנ"א, עמ' 306-325.
- שחם, אי וזיו, ח' (1997). – שחם, א' וזיו, ח', 'שינויי דיוור', **כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, 6, 1, 1997, עמ' H43-H33.
- שחף, ש' (2014). = שחף, ש', **אחות טובה דייה, הסיעוד בין אידיאל למציאות, ישראל 1960-1995**, רסלינג, תל אביב, 2014, עמ' 27-58, 61-205.
- שחר, ר' (תשנ"ה). = שחר, ר', מנהיגות של נשים וגברים בארגונים, הדמיון והשוני, בתוך: ש' לוי, וא' אלון (עורכים) **פוליטיקה זה כן בשבילי, הדרכים לפיתוח קריירה ציבורית ופוליטית בישראל**, שדולת הנשים בישראל, תשנ"ה, עמ' 9-18.
- שילה, מ' (תשמ"ו). = שילה, מ', 'עד כמה ניתן להשתמש בספרי זיכרונות כמקור היסטורי?', **קתדרה**, 23, תשמ"ו, עמ' 194-196.
- שילה, מ' (תשמ"ט). = שילה, מ', מיפו לירושלים: יחסה של ההסתדרות הציונית לירושלים בתקופת העליה השנייה, בתוך: ח' לבסקי, (עורכת) **ירושלים בתודעה ובעשייה הציונית**, מרכז זלמן שז"ר, ירושלים, תשמ"ט, עמ' 91-106.
- שילה, מ' (תשנ"ח). = שילה, מ', 'הזהות המשתנה של האישה העברית החדשה בארץ ישראל, **המכון לחקר תולדות קרן קימת**, 33, תשנ"ח.
- שילה, מ' (תשס"ב). = שילה, מ', **נסיכה או שבויה? החוויה הנשית של היישוב הישן בירושלים 1840-1914**, הוצאת הספרים של אוניברסיטת חיפה, זמורה ביתן, תשס"ב, עמ' 133-170.
- שילה, מ' (תשס"ב). = שילה, מ', חינוך נערות כאמצעי לעיצוב אישה חדשה וחברה חדשה: המקרה של בית הספר אוולניה דה רוטשילד 1854-1914, בתוך: מ' שילה, ר' קרק וג' חזן-רוקם (עורכות) **העבריות החדשות, נשים ביישוב ובציונות בראי המחקר**, יד יצחק בן צבי, ירושלים, עמ' 229-247.
- שילה, מ' (תשנ"ח). = שילה, מ', 'כיצד עוצבה דמותה של העבריייה החדשה ומה מאפייניה', **ציונות וחינוך לציונות**, ז', תשנ"ח, עמ' 118-122.
- שילה, מ' (תשס"ז). = שילה, מ', **אתגר המיגדר, נשים בעליות הראשונות**, ספריית הילל בן חיים, הוצאת הקיבוץ המאוחד, תשס"ז, עמ' 258-278.
- שילה, מ' (2004). = שילה, מ', 'לדמותה של האישה בעלייה השנייה: האזרחית', **ישראל**, 6, 2004, עמ' 83-105.
- שילה, מ' (תשע"א). = שילה, מ', קולות נשיים בדבר שוויון מגדרי וטובת האומה במאבק על זכות הבחירה ביישוב, בתוך: א' כתבן, מ' שילה, ור' הלפרין-קדרי (עורכים) **חוקה אחת ומשפט אחד לאיש ולאשה, נשים זכויות ומשפט בתקופת המנדט**, אוניברסיטת בר אילן, תשע"א, עמ' 221-251.
- שילה, מ' וכ"ץ, ג' (תשע"א). = שילה, מ' וכ"ץ, ג', חברה כמעצבת מגדר ומגדר כמעצב חברה, בתוך: מ' שילה, וג' כ"ץ (עורכים) **מגדר בישראל, מחקרים חדשים על מגדר ביישוב ובמדינה**, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, תשע"א, עמ' 1-19.
- שכטר, ת' (תשס"ד). = שכטר, ת', **רחל כצנלסון שזר, ביוגרפיה של מהפכנות תרבותית**, חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת בר אילן, המחלקה ללימודי ארץ ישראל, רמת גן, תשס"ד.
- שמידע, מ' וכך, י' (1994). = שמידע, מ' וכך, י', 'יוקרה בית ספרית ואוריינטציות חברתיות של תלמידים', **עיונים בחינוך**, 60-59, 1994, עמ' 125-132.
- שמיר, ב' (תשנ"ט). = שמיר, ב', סוד הקשר הכריזמטי, בתוך: א' גונן, וא' זכאי (עורכים) **מנהיגות ופיתוח מנהיגות מהלכה למעשה**, משרד הביטחון, תל אביב, תשנ"ט, עמ' 35-63.
- שני, ד' ונבו, ב' (2006). = שני, ד' ונבו, ב', 'סוגיות מרכזיות באבחון פסיכולוגי של ליקויי למידה', **מפגש לעבודה חינוכית סוציאלית**, 24, 2006.
- שפירא, א' (תשס"ג). = שפירא, א', 'מסתורי הביוגרפיה', **אלפים**, 8, תשס"ג, עמ' 225-239.
- שפירא, א' (2011). = שפירא, א', 'תש"ח בירושלים, יומנים מכתבים והיסטוריה', **עיונים בתקומת ישראל**, 21, 2011, עמ' 220-257.
- שפירא, א' (תשע"ד). = שפירא, א', **ככל עם ועם, ישראל 1882-2000**, מרכז זלמן שזר לתולדות ישראל, ירושלים, 2014.

- שפירו, ש', שרר, מ', לנגר, נ' ווייס, ע' (2002). = שפירו, ש', שרר, מ', לנגר, נ' ווייס, ע', 'התפתחות מקצוע העבודה הסוציאלית בישראל', **חברה ורווחה**, כב, 2, 2002, עמ' 1-9.
- שפירו, ש' (2010). = שפירו, ש', 'הכשרה לעבודה סוציאלית בישראל: מגמות וסוגיות', **חברה ורווחה**, ל, 1, 2010, עמ' 29-47.
- ששון-לוי, א' (תשס"ו). = ששון-לוי, א', **זהויות במדים, גבריות ונשיות בצבא הישראלי**, הוצאת מאגנס האוניברסיטה העברית בירושלים, ספריית אשכולות, הוצאת הקבוץ המאוחד תל אביב, תשס"ו, עמ' 40-46, 199-231.
- תדמור-שמעוני, ט' (תש"ע). = תדמור-שמעוני, ט', **שיעור מולדת, חינוך לאומי וכינון מדינה 1954-1966**, מכון בן גוריון לחקר ישראל, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, תש"ע, עמ' 215-233, 297-313, 314-324.
- תורן, א' ובלבן, ר' (תש"ע). = תורן, א' ובלבן, ר', פיתוח המשאב האנושי, בתוך: א' תורן, וא' פיקר (עורכות) **מנהיגות בלבן, ניהול סיעוד בבתי חולים**, הוצאת מאגנס, ירושלים, תש"ע, עמ' 151-178.
- תידור באומל, י' (תשס"ד). = תידור באומל, י', **גיבורים למופת, צנחני היישוב במלחמת העולם השנייה והזיכרון הקולקטיבי הישראלי**, הוצאת הספרים של אוניברסיטת בן גוריון בנגב, תשס"ד, עמ' 7-13.
- Ambrosi, E. Barker-Schwartz, K. (1995). = Ambrosi, E. Barker-Schwartz, K. The Profession's image, 1917-1925, Part 1: Occupational therapy as represented in the media, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 49, No 7, 1995, pp. 715-719
- Ayres, J. (1972). = Ayres, J. Sensory integration and learning disorders, Western psychological services, Los Angeles. 1972, pp. 13-36
- Barak-Fishman, S. (1993). = Barak-Fishman, S. *A Breath of life: Feminism in the american jewish community*, New York: Brandeis University Press. 1993, pp. 201-205
- Barker- Schwartz, K. (1992). = Barker- Schwartz, K. Occupational therapy and education: A shared vision, , *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 46, No 1, 1992, pp. 12-17
- Barker- Schwartz, K. (1992). = Barker- Schwartz, K. Examining the profession's legacy, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 46, No 1, 1992, pp. 9-10
- Barker- Schwartz, K. (2003) A. = Barker- Schwartz, K. in: Kramer, P. Hinjosa, J. Brasic-Royeen, C. (editors) *Perspectives in human occupation- participation in life*, Lippincot, William & Wilkins. 2003, pp. 18-31
- Barker- Schwartz, K. (2003) B. = Barker- Schwartz, K. The history of occupational therapy, in: Bledell- Crepeau, E. Chon, E. & Boyt-Schell, B. A. (ed). *Williard and Spackman's occupational therapy*, tenth edition, Lippincott William & Wilkins, Philadelphia, 2003, pp. 5-13
- Baum, M. C. (1983). = Baum, M. C. A look at our strengths in the 80's, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 37, No 7, 1983, pp. 451-455
- Baum, M. C. (2006). = Baum, M. C. Harnessing opportunities and taking responsibility for our future, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 60, No 3, 2006, pp. 249-255
- Bing, R. K. (1981). = Bing, R. K. Occupational therapy revisited: A paraphrastic journey, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 35, No 8, 1981, pp. 499-517

- Bing, R. K. (1992). = Bing, R. K. Point of departure (A play about founding the profession) *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 46, No 1, 1992, pp. 27-32
- Bledell- Crepeau, E. et al (2009) = Bledell- Crepeau, E. Boyt-Schell, B .A. & Chon, E. S. Contemporary occupational therapy practice in the united states' in: Bledell- Crepeau, E. Chon, E. & Boyt-Schell ,B .A. (ed)). *Williard and Spackman's occupational therapy*, eleventh edition, Lippincot William & Wilkins, Philadelphia, 2009, pp. 216-221
- Bocken, S. J. (1971). = Bocken, S. J. Legacy of moral treatment-1800's to 1910, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 25, No 5, 1971, pp. 223-225
- Bornat, J. & Diamond, H. (2007). = Bornat, J. & Diamond, H. Women's history and oral history: development and debates, *Women's History Review*, Vol 16, Issue 1, 2007, pp. 19-39
- Bossers, A. et al. (1999). = Bossers, A. Kernaghan, J. Hoogins, L. Merla, L. O'Connor, C. & Van Kessel, M. (1999). Defining and developing professionalism, , *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66, 1999, pp. 116-121
- Brayman, S. (2009). = Brayman, S. Occupational therapy professional organizations, , in: Bledell- Crepeau, E. Chon, E. & Boyt-Schell ,B .A. (ed). *Williard and Spackman's occupational therapy*, eleventh edition, Lippincot, William & Wilkins, Philadelphia, 2009, pp. 230-239
- Breines, E. B. (1988). = Breines, E. B. Redefining professionalism for occupational therapy, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 42, No 1, 1988, pp. 55-57
- Brown, M. (2009). = Brown, M. "Henrietta Szold." Jewish women: A comprehensive historical encyclopedia. Jewish Women's Archive. <http://jwa.org/encyclopedia/article/szold-henrietta>
- Cardwell, T. M. & Jacob, F. (1963). = Cardwell, T. M. & Jacob, F. Establishment of program for the education of occupational therapists, *The Council of the World Federation of Occupational Therapy 1958*, 1963, pp. 4-19
- Christiansen, C.H. & Haertl, K. (2014). = Christiansen, C.H. & Haertl, K. A contextual history of occupational therapy , in: Boyt Schell, B.A. Gillen, G. Scaffa, M. E. & Cohn, E.S. (ed)). *Williard and Spackman's occupational therapy*, twelfth edition, Lippincot, William & Wilkins, Philadelphia, 2014, pp. 9-34
- Cohen, E.S. & Crist, P. (1995). = Cohen, E.S. & Crist, P. Back to the future: New approaches to fieldwork education, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 49, No 2, 1995, pp. 103-106
- Cohen, W. N. (1975) = Cohen, W. N. *American jews and the zionist idea*, Ktav Publishing house. pp. 115-123
- Colman, W. (1990). = Colman, W. Recruitment standards and practices in occupational therapy 1900-1930 , *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 44, No 8, 1990, pp. 742-748

- Colman, W. (1992). = Colman, W. Maintaining autonomy: The struggle between occupational therapy and physical medicine , *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 46, No 1,1992, pp. 45-48
- Creighton, C.(1992). = Creighton, C. The origin and evolution of activity analysis, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 46, No 1,1992, pp. 63-69
- Crowe, T.K. (2009). = Crowe, T.K. Contemporary occupational therapy practice worldwide, , in: Bledell- Crepeau, E. Chon, E.& Boyt-Schell ,B .A. (ed). *Williard and Spackman's occupational therapy*, eleventh edition, Lippincot, William & Wilkins, Philadelphia, 2009, pp. 222-229
- Dash, J.(1979). = Dash, J. *Summoned to Jerusalem, Tha life of Henrietta Szold*, Harper & Row publishers, New York, Hagerstown, San Francisco, London, 1979
- Egan, M. (2001). = Egan, M. Canadian occupational therapy research: The little profession that could, *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68, 3 ,2001, pp. 143-148
- Etzioni, E.(1969) . = Etzioni, E. (ed) *The semi professions and their organizations: Teachers,nurses and social workers*, New York ,1969, pp. 54-81
- Evenson, M. E. (2009). = Evenson, M. E. Fieldwork: the transition from student to professional, , in: Bledell- Crepeau, E. Chon, E.& Boyt-Schell ,B .A. (ed). *Williard and Spackman's occupational therapy*, eleventh edition, Lippincot, William & Wilkins, Philadelphia, 2009, pp. 252- 261
- Fidler, G. S. (2000). = Fidler, G. S. Beyond the therapy model: Building our future, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 54, No 1 ,2000, pp. 99-101
- Fineman, I.(1961). = Fineman, I. *Woman of valor, The life of Henrietta Szold 1860-1945*, Simon and Schuster, New York, 1961
- Fiorentino, M. R. (1975). = Fiorentino, M. R. Occupational therapy: Realization to activation, *American Journal of Occupational Therapy*, 29, 1975, pp. 15-21
- Friedland, J.(1998). = Friedland, J. Occupational therapy and rehabilitation: An awkward alliance, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 52, No 5,1998, pp. 373-380
- Friedland, J. & Silva, J.(2008). = Friedland, J. & Silva, J. Evolving Identities: Thomas Bessell Kidner and occupational therapy in the United States, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 62, No 3, 2008,pp. 349-358
- Gillette, N.P. (1998). = Gillette, N.P. A vision for our future,Wilma Louise West 1916-1996, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 52, No 5, 1998, pp. 318-319
- Gordon, D.M. (2009). = Gordon, D.M. The history of occupational therapy , in: Bledell- Crepeau, E. Chon, E.& Boyt-Schell ,B .A. (ed)). *Williard and Spackman's occupational therapy*, eleventh edition, Lippincot, William & Wilkins, Philadelphia, 2009, pp. 202-215
- Hollis, I.L. (1979). = Hollis, I.L. Remember? 1979 Eleanor Clarke Slagle Lecture, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 33, 1979, pp. 493-499

- Hopkins, H.L. (1983). = Hopkins, H.L. An historical perspective on occupational therapy, in: Hopkins, H.L & Smith, H.D.(ed) *Williard and Spackman's occupational therapy*, Sixth edition, Lippincot, William & Wilkins, Philadelphia, 1983, pp. 3-25
- Hyman, P. E. (1998). = Hyman, P. E. Gender and the immigrant jewish experience in the United States, in: Baskin, J. R. *Jewish women in historical perspective*, wayne state university press, 1998, pp. 312- 336
- Imperatore-Blanche, E. & Henny-Kohler, E. (2000). = Imperatore-Blanche, E. & Henny-Kohler, E. Philosophy science and ideology: A proposal relationship for occupational science and occupational therapy, *Occupational Therapy International*, 7, 2, 2000, pp. 99-110
- Johnson, J.A. (1977). = Johnson, J.A. Nationally speaking- representative assembly address, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 31, No 9, 1977.
- Kasar, J. & Muscari, M. E. (2000). = Kasar, J. & Muscari, M. E. A conceptual model for the development of professional behaviors in occupational therapists, *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67, 1, 2000, pp. 42-50
- Kraus, V. (2002). = Kraus, V. *Secondary Breadwinners: Israeli Women in the Labor Force*. Westport, Connecticut, Praeger Publishers.
- Law, M. et al (1996). = Law, M. Cooper, B. Strong, S. Stewart, D. Rigby, P. & Letts, L. (1996). The person environment occupation model: A transactive approach to occupational performance, , *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 1996, pp. 9-23
- Lee-Swisher, L. & Page, C. G. (2005). = Lee-Swisher, L. & Page, C. G. *Professionalism in physical therapy*, St. louis Mo, Elsevier Saunders. pp.1-45
- Licht, S. (1967). = Licht, S. The founding and founders of the American occupational therapy association, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 21, No 5, 1967, pp. 269-277
- Litterst, T. A. E. (1992). = Litterst, T. A. E. Occupational therapy: The role of ideology in the development of a profession for women, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 46, No 1, 1992, pp. 20-25
- Llot, I. (2002). = Llot, I. Research, in: Wilcock, A. A. (ed) *Occupation for health, A journey from prescription to self help*, Vol 2, 2002 British Association and college of Occupational Therapists. pp. 319- 323, 372- 383
- Loomis, B.(1992). = Loomis, B. The Henry B. Favill school of occupations and Eleanor Clarke Slagle, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 46, No 1, 1992, pp. 34-37
- Low-Faglie, J.(1992). = Low-Faglie, J. The reconstruction aides, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 46, No 1, 1992, pp. 38-43
- Lysaght, R. & Wright, J. (2005). = Lysaght, R. & Wright, J. Professional strategies in work related practice: An exploration of occupational and physical therapy roles and approaches, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 59, No 2, 2005, pp. 209-217

- Lysack, C. (2009). = Lysack, C. Socioeconomic factors and their influence on occupational therapy, in: Bledell- Crepeau, E. Chon, E. & Boyt-Schell, B. A. (ed). *Williard and Spackman's occupational therapy*, eleventh edition, Lippincot, William & Wilkins, Philadelphia, 2009, pp. 68-78
- Maggie-Reitz, S. (1992). = Maggie-Reitz, S. A historical review of occupational therapy's role in preventive health and wellness, , *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 46, No 1, 1992, pp. 50-55
- Manderson, L. (2010). = Manderson, L. Making medical anthropology matter, *Medical Anthropology*, 29, 1, 2010, pp. 1-5
- Meyer, A. (1977). = Meyer, A. The philosophy of occupational therapy, reprinted from the archives of occupational therapy, (1922) Vol 1, pp. 1-10, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 31, No 10, 1977, pp. 639-642
- Mosey, C. A. (1985). = Mosey, C. A. Eleanor Clarke Slagle lecture, 1985: A monistic or a pluralistic approach to professional identity? *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 39, No 8, 1985, pp. 505-509
- Moyers, P. (2009). = Moyers, P. Occupational therapy practitioners: Competence and professional development, , in: Bledell- Crepeau, E. Chon, E. & Boyt-Schell, B. A. (ed). *Williard and Spackman's occupational therapy*, eleventh edition, Lippincot, William & Wilkins, Philadelphia, 2009, pp. 240- 251
- Peloquin, S. M. (1991)A. = Peloquin, S. M. Occupational therapy service: Individual and collective understanding of the founders, Part 1, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 45, No 4, 1991, pp. 352-359
- Peloquin, S. M. (1991)B. = Peloquin, S. M. Occupational therapy service: Individual and collective understanding of the founders, Part 2, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 45, No 8, 1991, pp. 733-743
- Powell, G. N. (2003) = Powell, G. N. *Leading people, in: Women and men in management*, 3rd ed, Sage London, 2003, pp. 133-156
- Rosner, J. B. (1990). = Rosner, J. B. Ways women lead, *Harvard Business Review*, 86, 1990, pp. 119-125
- Sachs, D. & Labovitz, D. R. (1994). = Sachs, D. & Labovitz, D. R. The Caring occupational therapist: Scope of professional roles and boundaries, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 48, No 11, 1994, pp. 997-1005
- Sachs, D. & Sussman N. (1995)A. = Sachs, D. & Sussman N. The strife for autonomy in the first decade of occupational therapy in Israel 1946-1956, *Israeli Journal of Occupational Therapy*, Vol 4, No 3, 1995, pp. E65-E77
- Sachs, D. & Sussman N. (1995)B. = Sachs, D. & Sussman N. Historical research: The first decade of occupational therapy in Israel: 1946-1956, *Occupational Therapy International* 2, 1995, pp. 241-256
- Scott, W.E. (1985). = Scott, W.E. Variables that contribute to leadership among female occupational therapists, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 39, no 6, pp. 379-385

- Spackman, C.S. (1972). = Spackman, C.S. Occupational therapy it's relations to allied medical services, in: Willard, H.S. & Spackman, C. S. (ed) *Williard and Spackman's occupational therapy*, fourth edition, Lippincot, Philadelphia, 1972, pp. 1- 11
- Sussman, N. (1989). = Sussman, N. *The History of occupational therapy in Israel: The first decade 1946-1956*, New York University, 1989, unpublished.
- Tamir, E. Raveh, M. & Ziff, E. (1985). = Tamir, E. Raveh, M. & Ziff, E. The academization process at the school of occupational therapy of the faculty of medicine of the Hebrew university Jerusalem, New york university, overseas program. Summer 1985, unpublished.
- Van Bruggen, H. (2001). = Van Bruggen, H. European network of occupational therapy in higher education: A five year review, *Occupational Therapy International*, 8 ,2, 2001, pp. 132- 138
- Weinberg, S. (2000). = Weinberg, S. The world of our fathers and the world of our mothers, *American Jewish History* 88, No 4, 2000, pp. 547- 556
- Weis, M. (2004). = Weis, M. The chosen body, the politics of the body in Israeli society, Stanford university press, Stanford, California, 2004. pp 9- 25.
- West, W.L. (1968). = West, W.L. Professional responsibility in times of change, 1967 Eleanor Clarke Slagle Lecture, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 22. 1968, pp.9-15
- Whitford, G. et al (2000). Whitford, G. Townsend, E. & Hocking, C. Reflections on a renaissance of occupation, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67, 2000, pp. 61-67
- Wilcock, A. A. (1998). = Wilcock, A. A. Reflection on doing being and becoming, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, 5, 1998, pp. 248-256
- Wilcock, A. A. (2000). = Wilcock, A. A. Development of a personal professional and educational occupational philosophy: An Australian perspective, *Occupational Therapy International*, 7 , 2, 2000, pp. 79-86
- Wilcock, A. A. (2002). = Wilcock, A. A. *Occupation for health, A journey from prescription to self help*, Vol 2, 2002 British Association and college of Occupational Therapists. pp. 131- 230, 283-319, 331- 351
- Wood, W. (2004). = Wood, W. The heart, mind and soul of professionalism in occupational therapy, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 53, No 3, 2004, pp. 249-257
- Yerxa, E. J. (1992). = Yerxa, E. J. Some Implications of occupational therapy's history for its epistemology, values, and relation to medicine, *American Journal of Occupational Therapy*, Vol 46, No 1, 1992, pp. 79-83
- Yerxa, E. J. (2000). = Yerxa, E. J. Occupational science :A renaissance of service to humankind through knowledge. *Occupational Therapy International*, 7 ,2, 2000, pp. 87-98
- Zeitlin, R. (1952). = Zeitlin, R. *Henrietta Szold record of a Life*, The Dial Press, New York, 1952, pp. 29-49

ג. אתרי אינטרנט

- ארגון הבריאות העולמי WHO . <http://www.who.int/about/en/>
- הארגון הבינלאומי לריפוי בעיסוק WFOT . <http://www.wfot.org/AboutUs/History.aspx>
- ארכיב נשים יהודיות- Encyclopedia Jewish women's archive
- הביטוח הלאומי www.btl.gov.il/Publications/quarterly/general_disability/Pages
- בית החולים אליין בירושלים.
- <http://www.alyn.org.il/%D7%94%D7%99%D7%A1%D7%98%D7%95%D7%A8%D7%99%D7%94%D7%95%D7%A2%D7%93%D7%94%20%D7%94%D7%A6%D7%99%D7%91%D7%95%D7%A8%D7%99%D7%AA%20%D7%9C%D7%91%D7%93%D7%99%D7%A7%D7%AA%20%D7%97%D7%A7%D7%99%D7%A7%D7%94%20%D7%9E%D7%A7%D7%99%D7%A4%D7%94.pdf>
- דו"ח הועדה הציבורית לבדיקת חקיקה מקיפה בנושא זכויות אנשים עם מוגבלויות 1997.
- <http://weblaw.haifa.ac.il/he/yedion/disabilitylaw/Documents/%D7%93%D7%95%D7%97%20%D7%94%D7%95%D7%A2%D7%93%D7%94%20%D7%94%D7%A6%D7%99%D7%91%D7%95%D7%A8%D7%99%D7%AA%20%D7%9C%D7%91%D7%93%D7%99%D7%A7%D7%AA%20%D7%97%D7%A7%D7%99%D7%A7%D7%94%20%D7%9E%D7%A7%D7%99%D7%A4%D7%94.pdf>
- הדסה . www.archive.hadassah.org/about/content/president_bios
- וינטראוב, נ', פישמן, ר', שרון, ג', רענן, ר', צדיק, ר', יודוביץ, ד', ווינוקר, מ' (2003).
- ריפוי בעיסוק במערכת החינוך, מתוך:
- <http://cms.education.gov.il/EducationCMS/Units/Special/Shacham/Miktzoaot/Habriaut/RipuyBeisuk.htm>
- זכרונות משעת חרום. <http://www.haaretz.co.il/misc/1.1278071>
- חוק החינוך המיוחד התשמ"ח (1988)
- <http://cms.education.gov.il/EducationCMS/Units/Zchuyot/ChukimVeamanot/Chukim/HockKhinuhMeuhad.htm>
- חוק התכנון והבנייה התשכ"ה - <http://makom-m.cet.ac.il/pages/item.asp?s=6&id=201&defid=-1&page=6&item=2024>
- חוק שוויון לאנשים עם מוגבלות התשנ"ח (1998)
- http://www.nevo.co.il/law/html/Law01/p214m2_001.htm
- הכנסת- לקסיקון מונחים. <http://main.knesset.gov.il/About/Lexicon/Pages/default.aspx>
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אתר סטטיסטיקל.
- http://www.cbs.gov.il/statistical/statistical60_heb.pdf
- המאגר הלאומי האמריקאי המקוון למדעי החיים ולרפואה, מילון מונחים רפואיים.
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>
- מחנה המעפילים בעתלית. www.atlitcamp.txt.co.il
- מרכז בובאט בלונדון (NDT) <http://www.bobath.org.uk/for-commissioners/bobath-therapy>
- המרכז הרפואי לבריאות הנפש מזרע. <http://www.mazra.org.il/?pageId=5537> העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק. www.isot.org.il
- המרכז הרפואי סרוקה <http://hospitals.clalit.co.il/hospitals/soroka/he-il/MedUnits/Divisions/PediatricsDivision/Pages/WilhelminaCohen.aspx>
- אתר משרד הבריאות, אברבוך, א' (תשע"ג). התמודדות עם פערים תרבותיים כחלק מהפעילות לצמצום אי השוויון בבריאות.

http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HRS/economy/conventions/Documents/26112012_8.pdf

אתר הבית של פרופסור אבי עורי. [/http://aviohry.com](http://aviohry.com)

עמותת מילב"ת. <http://jwa.org/encyclopedia/article/amir-naomi>

<http://www.milbat.org.il/Hebrew/Pages/Professo%20RafiRozin.aspx>

עיתון עמותת מילב"ת, מילב"ת און לייך 17, שלושים שנה למילב"ת.

<http://www.azarim.org.il/Hebrew/Articals/Documents/%D7%9E%D7%99%D7%93%D7%A2%D7%95%D7%9F%20%D7%90%D7%91%D7%99%D7%96%D7%A8%D7%99%20%D7%A2%D7%96%D7%A8/17.pdf>

שנתון סטטיסטי לישראל 1986, מסי 37, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

<http://www.cbs.gov.il/archive/shnaton47/shnatonh.htm#22>

נספחים

נספח מס' 1

*התאים הריקים, בשל העדר נתונים .

מס' הקורס	שנת תחילת הלימודים	* מס' המועמדות שהתקבלו ללימודים	* מס' המועמדות שהחלו לימודים	מס' הבגרות שסיימו לימודים
קורס ראשון ¹	1947	62	23	20
קורס שני ²	1949			21
קורס שלישי ³	1952	51	21	16
קורס רביעי ⁴	1954			17
קורס חמישי ⁵	1955			20
קורס שישי ⁶	1956			20
קורס שביעי ⁷	1958	24	17	16
קורס שמיני ⁸	1959	19	14	12
קורס תשיעי ⁹	1960			13
קורס עשירי ¹⁰	1961	27	21	19
קורס י"א ¹¹	1962	70	23	22
קורס י"ב ¹²	1963			22

¹ אצ"מ J113/1971 ; HMO/51-4 דו"ח שהעבירה בלום לנוי ירק בשנת 1947 ; HMO/51-7

² מזכירות ביה"ס לרב"ע ירושלים, תיק מידע היסטורי

³ אצ"מ J113/1977, פרוטוקול ישיבת ועדת הקורס לריפוי בעיסוק בתאריך 1/10/52 ; אצ"מ J113/1980 , מסמך מתאריך 24/11/58 ; תיק מידע היסטורי, בית הספר לריפוי בעיסוק, ירושלים, רשימת הבגרות.

⁴ אצ"מ J113/1980 , מסמך מתאריך 24/11/58

⁵ שם, שם.

⁶ אצ"מ J113/1981 , פרוטוקול ישיבת הוועדה המורחבת של הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 29/5/62

⁷ אצ"מ J113/1980 , מסמך מתאריך 24/11/58

⁸ תיק מידע היסטורי, בית הספר לריפוי בעיסוק, ירושלים. רשימת הבגרות.

⁹ אצ"מ J113/1981 , פרוטוקול ישיבת הוועדה המורחבת של הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 29/5/62

¹⁰ אצ"מ J113/1981 , פרוטוקול ישיבות וועדת הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימו בתאריכים 11/12/61 , 8/11/62

¹¹ אצ"מ J113/1981 , פרוטוקול ישיבת הוועדה של הקורס לריפוי בעיסוק שהתקיימה בתאריך 8/11/62

25				1964	קורס י"ג
11				1965	מחזור י"ד
26				1966	מחזור ט"ו
29				1967	מחזור ט"ז
22				1968	מחזור י"ז
33	37	88	220	1969	מחזור י"ח ¹³
32	44	121	315	1970	מחזור י"ט
25	35	130	280	1971	מחזור כ'
25	30	84	250	1972	מחזור כ"א
26	38	93	310	1973	מחזור כ"ב
36	39	166	420	1974	מחזור כ"ג
27	32	112	385	1975	מחזור כ"ד
33	33	121	395	1976	מחזור כ"ה
28	33	143	320	1977	מחזור כ"ו
13	16	142	290	1978	מחזור כ"ז
27				1979	מחזור כ"ח

¹² הנתונים על הקורסים יב- יד לקוחים מתיק מידע היסטורי, מזכירות ביה"ס לרב"ע ירושלים.

¹³ גא"ע 24491/78-79, לוח מס' 1- בוגרי בית הספר בעשר השנים האחרונות, חומר שהועבר לישיבת המועצה להשכלה גבוהה בספטמבר 1978. נתונים על מחזורים יח-כז.

נספח מס' 2

מנהלות מערכות ההכשרה בשנים 1947-1979

א. מנהלות הקורסים ובית הספר לריפוי בעיסוק בירושלים

שם המנהלת	שנות הניהול	הוכשרה כמרפאה בעיסוק
אתל בלום	1947-1949	אוניברסיטת ניו יורק
רוזלינד כהן	1949-1951	הקורס המקוצר, אוניברסיטת פילדלפיה
שולמית קנטור	1951-1953	אחות מוסמכת, אוניברסיטת קולומביה
מאירה קנטור ¹⁴	1953-1960	בקורס הראשון
סיגלא מלצר ¹⁵	1960-1962	אוניברסיטת ניו יורק
רחל גולדשמיד ¹⁶	1962-1970	בקורס הרביעי
לאה לוי ¹⁷	1970-1978	בקורס הראשון
בלה אפרתי ¹⁸	1978-1997	בקורס השישי

ב. מנהלות תכנית ההסבה באוניברסיטת תל אביב

סגלא שטרן	1975-1978	אוניברסיטת ניו יורק
יעל הלוי ¹⁹	1975-1978	בקורס השלישי בירושלים
מינה קפלן ²⁰	1978-1979	בקורס בירושלים

¹⁴ אצ"מ J113/1978, פרוטוקול ישיבת הוועדה לקורס לריפוי בעיסוק בתאריך 27/3/53

¹⁵ גא"ע 24491/72-73, נספח א' להצעה שהגישה פרופסור ג'רי ג'ונסון נכתב על ידי רחל גולדשמיד

¹⁶ אצ"מ J113/1981, מכתב ממר חן מנהל כח אדם בהדסה לאגף כח אדם בבי"ח איתנים בבקשה להפסיק עבודתה של רחל גולדשמיד באיתנים כדי שתנהל את הקורס בתאריך 7/7/62

¹⁷ מזכירות ביה"ס לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, פרוטוקול ישיבת הוועד המנהל מתאריך 31/7/78

¹⁸ ראינונת בלה אפרתי 30/9/09, 24/7/12; גא"ע 24491/78-79, פרטי סגל ההוראה צורפו להצעה שהועברה לאישור המועצה להשכלה גבוהה

¹⁹ מזכירות ביה"ס לרבי"ע, תיק מידע היסטורי, שאלון לרגל חמישים שנים למקצוע רבי"ע בישראל, 1997

²⁰ החוג לרבי"ע אוניברסיטת תל אביב, תיק מידע היסטורי, מכתב מסיגלא שטרן לעליזה קרני בתאריך 8/2/78

ג. מנהלת תכנית ההסבה באוניברסיטת חיפה

קורס אחד עשר בירושלים	1976-1983	דליה זק"ש ²¹
-----------------------	-----------	-------------------------

²¹ ראיון דליה זק"ש 8/11/12; איט/ אקם/ 13-15 / 44 / 6 הצעה להקמת ביה"ס לריפוי בעיסוק/ דליה זק"ש, 1978

נספח מס' 3

שהיה ממוצעת (ימים) לפי סוג האשפוז

על פי נתוני משרד הבריאות²²

שנה	אשפוז כללי	בריאות הנפש	מחלות ממושכות	שיקום	שחפת
1955	10.8	אין נתונים	אין נתונים	אין נתונים	אין נתונים
1956	10.3	אין נתונים	אין נתונים	אין נתונים	אין נתונים
1957	10.1	אין נתונים	אין נתונים	אין נתונים	אין נתונים
1958	9.9	אין נתונים	אין נתונים	אין נתונים	אין נתונים
1959	9.6	200.7	79.6	130.1	125.9
1960	9.5	228.8	70.1	113.9	73.1
1961	9.5	171.1	89.2	109	132
1962	9.2	190	68.7	100.1	128.3
1963	9.1	164.5	76.4	102.1	127.8
1964	9.1	180.5	87.3	108.8	99.5
1965	9.2	152.7	66.3	79.3	79
1966	9	140.8	80.7	133.1	81.5
1967	9.1	164.2	181.7	204.1	114.8
1968	9	153.5	148.6	70.4	78.2
1969	8.7	146.7	156	75.4	66.5
1970	8.6	154.8	242.6	93.1	58
1971	8.5	153	197.9	119.1	100.8
1972	8.5	150.9	221.4	115.1	101.6
1973	8.3	151.5	212.7	115.6	91.3
1974	8.2	139.1	261.8	106.3	81.1
1975	8	166.4	229.1	109.4	72.3
1976	7.6	152.7	202	82.8	73.7
1977	7.4	171.1	199.2	76.7	86.2
1978	7.1	195.3	197.4	74.1	73
1979	6.9	217.6	195.3	79.8	50.7

²² חקלאי, צ' (2014) מוסדות האשפוז והיחידות לאשפוז יום בישראל, 2013, חלק א'. משרד הבריאות, אגף המידע, ירושלים, תשע"ה. עמ' 240. http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mosadot2013_p1.pdf נדלה מהאינטרנט 20/12/15.

א. מספר החולים שקבלו טיפול בריפוי בעיסוק במכוני קופת חולים הכללית בשנים 1972-1978.

על פי הסקרים מהשנים 1975 ו-1978.²³

הערות	מספר החולים בכל המכונים	השנה
	957	1972/73
אחוז הילדים בגילאי 0-14 שקבלו טיפול במכונים בכל חדש עלה ב- 30% אחוזים מהשנים 1972/73 לשנים 1974/75.	1248	1973/74
בשנה זו טיפלה מרפאה בעיסוק במשרה מלאה ב-22 חולים לחדש.	1411	1974/75
מספר החולים המבוגרים שקבלו טיפול בריפוי בעיסוק גדל ב- 26% אחוזים. הגידול ניכר בעיקר במחוז ירושלים ובמחוז חיפה.	1647	1975/76
	2107	1976/77
	2282	1977/78

ב. מאפיינים דמוגרפים של החולים - בשנים 1972/73-1974/75:

מגדר	60% אחוזים גברים. 40% אחוזים נשים
גיל ממוצע	46.5 שנים
הפנייה לטיפול	37.7% הופנו על ידי רופאים שיקומיים. 29.3% הופנו על ידי אורתופדים וכירורגים. 8.3% הופנו על ידי רופאי מחלקת תאונות. 11.1% הופנו על ידי רופאי משפחה ורופאי ילדים.
אבחנות	49.2% - חבלה; שברים בגפיים עליונות ותחתונות 28.7% - מחלות פנימיות ונירולוגיות 10.7% - מוגבלות מולדת 11.4% - מחלות ממושכות, ניתוחים וחולי נפש
משך הטיפול	3.5 חודשים בממוצע. 71.7% - סיימו את סדרת הטיפולים שהוקצתה להם. 24.4% - הטיפול לא הסתיים מסיבות שונות.

²³ ריכוז נתוני שני הסקרים בנושא היקף הטיפולים במכונים לריפוי בעיסוק. בבלי, מ' ודון, ר' (1975). בבלי, מ' ודון, ר' (1978).

3.9% - היה צורך לסיים את הטיפול עקב החמרה במצבם.	
66.9% מ- 809 החולים שסיימו טיפול הגיעו לשיקום מלא. 15.3% אחוזים- זקוקים להמשך הדרכה ומעקב במכון. 17.8% זקוקים להמשך טיפול.	שיקום החולים

ג. מספר המשרות המאויישות במכונים לריפוי בעיסוק

על פי הסקר מאוגוסט 1978.²⁴

הערות	אחוז הגידול	מספר המשרות	השנה	
גידול המשרות ב- 33% אחוזים נבע מהגידול בתחום הטיפול בילדים. למרות המודעות לצורכי חולים כרוניים וחולים קשישים, לא הוגדלו המשרות לטיפול בחולים אלה.	_____	9.75	אפריל 1972	
	בשנים אלו גדל מספר המשרות באופן הבולט ביותר במחוזות תל אביב וחיפה.	20.5	11.75	אפריל 1973
		15.3	18	אפריל 1974
		30.6	23.5	אפריל 1975
		10.6	26	אפריל 1976
		5.8	27.5	אפריל 1977
		10.9	30.5	אפריל 1978

²⁴ בבלי, מי ודון, ר' (1978).

נספח מס' 5 - מצבת כח אדם בריפוי בעיסוק

על פי הנתונים שהוגשו לוועדת הרווחה של הכנסת בשנת 1973.²⁵

א. שינוי המרפאים בעיסוק המוסמכים בשנת 1972

מסגרת העבודה	מספר המוסמכים	המספר באחוזים
בתי חולים כלליים	45	18.5%
מכוני ריפוי בעיסוק במרפאות	22	9%
פסיכיאטריה	90	37%
ילדים ; במחלקות פסיכיאטריות, פיזיקליות ואבחון	18	7.5%
טיפול בית	4	1.5%
גריאטריה	16	6.5%
מרכזי שיקום	16	6.5%
שיקום עיוורים	1	0.5%
צה"ל	1	0.5%
ביה"ס לריפוי בעיסוק	5	2%
הארגון הארצי של המרפאים בעיסוק	1	0.5%
פיקוח ארצי	4	1.5%
בוגרי ביה"ס שעובדים בחו"ל	18	7.5%
סה"כ	241	100%

ב. מצבת כח אדם בריפוי בעיסוק לפי מוסדות

המוסד	מרפאים בעיסוק מוסמכים	מדריכים לא מוסמכים	עובדים אחרים (כוחות עזר)	סה"כ
משרד הבריאות	90	126	10	226
קופת חולים כללית	90	6		96
מלב"ן	10	34		44
הדסה	9			9
מוסדות פסיכיאטריים וכרוניים פרטיים ואחרים (אקיי"ם, איל"ן, מסגרות חינוכיות)	45		50	95
סה"כ	244	166	60	470

²⁵ גזית, א', פסוול, ס' וקוטלר, צ' (1973). עמ' 15-19.

נספח מספר 6-

סולם טבלאות שכר מרפאות בעיסוק בהשוואה לאחיות מוסמכות ולמחנכים מוסמכים.

א. טבלאות שכר מרפאות בעיסוק ואחיות מוסמכות

על פי נתונים ממסמכי גנוך המדינה²⁶

סולם משכורת אחיות ל"י לחודש	דרוג אחיות		דרוג פיזיותרפיסטים ומרפאים בעיסוק	
	תאור	דרגה	תאור	דרגה
166-(3*8)-142-(4*6)-118-(7*5)-83			פיזיותרפיסטים/מרפא בעיסוק מעשי	ח'
208 - (3*8)-169-(4*1)-165 - (5*5)- 140 - (5*8) - 100	אחות בתפקיד משמרת ערב או לילה / סגנית לאחות אחראית למחלקה מעל 80 מיטות / אחות אחראית למחלקה עד 35 מיטות		פיזיותרפיסטים/מרפא בעיסוק מוסמך	ז'
115 - (8*5) - 165 - (5*5) - 190 - (4*1) - 194 - (3*8) - 216	בשנה הראשונה 110, החל מהשנה השנייה 115.	אחות אחראית למחלקה 36 עד 80 מיטות	פיזיותרפיסטים/מרפא בעיסוק מוסמך העובד לבדו בבית חולים / פיזיותרפיסט/מרפא בעיסוק אחראי על מחלקה עד 6 עובדים נוספים	ו'
125 - (5*8) - 165 - (5*5) - 190 - (4*1) - 194 - (3*8) - 218	אחות ראשית בבי"ח קטן/ סגנית לאחות ראשית בבי"ח / אחות אחראית למחלקה מעל 80 מיטות		פיזיותרפיסט/מרפא בעיסוק אחראי על מחלקה על 7 עובדים ומעלה	ה'
140 - (5*8) - 180 - (7*10) - 250	אחות ראשית בבי"ח בינוני		מפקחת ארצית לפיזיותרפיה או ריפוי בעיסוק	1ד
170 - (7*15) - 275	אחות ראשית בבי"ח גדול/סגנית למפקחת ארצית			ג
210 - (6*15) - 300	אחות מפקחת ארצית לענף בתי חולים / אחות ראשית בבי"ח גדול			ב
270 - (6*10) - 330	מנהלת מחלקת האחיות			א

הערות:

1. הדרוג לגבי עובדי ריפוי בעיסוק במסגרת בתי החולים הממשלתיים הוא בהתאם לתפקיד ונמצא זהה לדרוג האחיות רק מבחינת גובה שכר היסוד בכל דרגה ודרגה.
2. דרגת המוצא, לכל מרפאה בעיסוק מתחילה ושאינה ממלאה תפקיד אחראי היא ח' אחיות, הדרוג הולך ועולה בהתאם לתפקיד.
3. התפקיד נקבע לפי מספר העובדים בריפוי בעיסוק עליהם מפקחת אחראית המחלקה.
4. סולם המשכורות של האחיות מתחיל בשכר היסוד ועולה בהתאם לוותק. המספר השמאלי בסוגרים מציין את שיעור תוספת הוותק השנתית והמספר הימני בסוגרים מציין את מספר השנים בהם תינתן התוספת באותו שיעור.
5. הדרוג המקסימלי למרפאה בעיסוק מוסמכת "לא יעבור על דרוג ד' אחיות".²⁷

²⁶ גנוך גל- 3488/3 דרוג אחיות בתוקף למפרע מיום 1/9/58; גנוך גל- 3444/1, דרוג ותנאי עבודה פיזיותרפיסטים ועובדי ריפוי בעיסוק מיום 13/6/60

²⁷ גנוך גל 3444/1, יעל יואלית במכתב לעליזה קרני מיום 31/1/61. "הדרגה הגבוהה ביותר הנתנת היום לעובד בבית חולים היא 140 ל"י יסוד". גנוך גל 3444/1, ריפוי בעיסוק בדרוג אישי 2/4/61.

ב. דרוגי שכר המחנכים המוסמכים²⁸

דרוגי שכר המחנכים (מוסמכים)				
השכר הכולל מתאריך 1.9.60	תוספת	דרגת יסוד חדשה 1.9.60	דרגת יסוד לפי הסכם 1958	שנה
236.2		105	105	1
277.8	19	137	120	3
289.9	21	149	128	4
300.8	22	160	138	5
357.8	31	217	186	10
398.8	36	258	222	15
450.8	50	303	254	20

הערה: שכר היסוד של מחנך מוסמך משנת הוותק הרביעית עבר את שכר היסוד של מפקחת ארצית בריפוי בעיסוק ששכרה היה בדרוג המקסימאלי במקצוע הריפוי בעיסוק.

²⁸ ארכיון הסתדרות המורים, דרוגי שכר מחנכים, לפי הסכם השכר מיום 31/12/61.

Development of the Occupational Therapy profession and services in Israel during the years 1940-1979, a reflection of social changes

Abstract

Occupational Therapy is a therapeutic-rehabilitative-educational profession which focuses on “occupation” – a group of activities related to studies, work and daily tasks conducted over diverse time and space. The goal of this research is to present for the first time the evolution of Occupational Therapy in Israel between the years 1940-1979 and to analyze its characteristics as a reflection of attributes and changes in the Israeli society. The research points to social and historic events which influenced the development of the profession as well as cultural and gender aspects of Israeli society as manifested from analysis of the profession and its development.

The research is based on primary resources: official documents from various archives, memoires, periodic journalism and personal interviews with students from the first courses and senior professionals. The material accumulated was analyzed and evaluated in comparison to secondary sources related to the development of health professions and occupational therapy in the United States and the United Kingdom. Analysis of the documentation was conducted by using research methodologies from diverse domains such as history, sociology and gender, with attributes from the development of para-medical studies.

The profession of occupational therapy was established in Western society from the humanistic approach which evolved in the 18th century and drew from the French Revolution which emphasized the centralism of the individual in all aspects of life, including health and sickness. The profession was intended to address people with chronic diseases and to rehabilitate the disabled and wounded. The profession received a boost during the two World Wars as a result of the large number of casualties. In Israel the profession was established in 1946 in the Hadassah Hospital in Jerusalem as an initiative of Ethel Bloom, who opened the first clinic and announced the enrollment to the first course for Certified Occupational Therapists. The course developed through cooperation between Hadassah in Israel and New York, the Foundation for the Disabled in Kupat Holim and, after the establishment of the State of Israel, assisted by the Ministry of Health and the American Joint Distribution Committee's (JDC) institutions for the Care of Handicapped Immigrants (MALBEN).

The dissertation is divided into four sections. The first one deals with the establishment of the profession between 1940-1950 and the way in which its founder, Ethel Bloom, shaped it. This section analyzes Bloom's unique persona along with the story of the students in the first course in Israel. The goal of this section is to present the development of the profession with emphasis on its founder, an unknown female voice who shaped a new para-medical profession. Bloom's unique figure is absent from the historic-medical and the gender research. This fact is pronounced in view of her activities beyond the establishment of the profession, which manifested in institutional organization, development of formal education and creation of a professional organization. The research investigates her motives, her gender and Zionist views and the means she used to execute her plans.

Apart for illuminating a feminine-leader portrait, the section describes the evolution of the profession in Israel. The profession was established in Israel during years in which Rehabilitation was at its early stages. Hospitals and medical institutes had no physical or mental rehabilitation centers. Due to the large demand, it was decided that one department within the Hadassah Hospital was insufficient and to address the need, an educational framework for the certification of occupational therapists was required.

The first course for certified Occupational Therapists was opened in 1947 in the spirit of Hadassah's professional morals. The course was managed by a committee which kept in touch with senior professionals in the U.S. Maintaining standards similar to the ones established by the American organization was highly important. In order to provide professional help and teach in the course, four certified occupational therapists were brought in from the U.S. to Israel. By the time the War of Independence started, the various departments in the medical institutes were opened to cater to the students' needs. By the time the students completed their studies, the departments adapted to the needs from the field. The graduates of the first course were sent to the IDF hospitals, Foundation for the Disabled institutes and Hadassah. Despite the concerns that not all graduates will find jobs, the harsh reality revealed the need for certified occupational therapists.

Crafts and artwork were the prominent therapeutic tools in the profession. Apart for the medical attribute, they fit the Zionist ideology which aspired to create a new society based on nurturing creative work, especially manual labor. Implementation of this value prevailed in occupational therapy and rehabilitation of children and adults alike

so as to combine them in society to sustain themselves and prevent them from becoming a burden.

Working in a new profession, which was established during difficult times, had its drawbacks; the graduates from the first two courses had no professional role model to follow. The students developed on their own individual-professional profile. Moreover, their work in the field was groundbreaking and they bore the responsibility for development and establishment of the profession. The absence of professional checks and balances and the substantial professional boundaries in occupational therapy allowed them, on the one hand, to initiate and be open to new ideas. On the other hand, the vague professional boundaries created conflicts with other therapeutic professions and disturbed the status of the profession. The harsh reality in Israel had also negative implications on the development of the profession.

Bloom not only founded the profession, but also obtained, after much effort, its formal recognition. She looked after the registration and certification of the students in the Ministry of Health and led the students in establishing the Israeli Society of Occupational Therapy. Bloom acted from a strong sense of professional mission and resolute driven by American standards and exhibited a determined personality and goal-oriented leadership. She was an exceptional figure who took the initiative and acted in the public sphere during times when women were prevented from key positions in numerous areas and the public sphere was dominated by men. During her reign, she managed to maintain professional autonomy and independence. The first section, then, presents a groundbreaking portrait of a woman, the establishment of a new para-medical profession while illuminating on the ties between Israel and the U.S. which helped shape the local profession.

The second section deals with the training system of the profession. The section is comprised of three chapters, the first one dealing with the changes which were formulated in the curriculum and clinical training in order to meet international standards which were set by the World Federation of Occupational Therapists. These changes reflect the conflict between the local needs to the desire to advance the profession in the spirit of the professional views in the U.S. and the U.K.

The second chapter deals with the development of the professional training system as a result of needs from the field. In 1947 a temporary course for Occupational Therapy was

opened, which turned into a permanent school in 1964, after years of requests to change the status of the course and declining enrollment in the school.

Occupational therapists aspired to follow the American model in training, which emphasized deep knowledge and professionalism. Concurrently, efforts were made to achieve academic recognition in Occupational Therapy. This was done in order to attain a status to the profession similar to Western countries in order to attract high-quality and highly-educated personnel to join, which was essential for the profession given the growing local needs. Seniors in the profession believed that a Bachelor's Program will encourage the introduction of programs for advanced degrees and foster research in the subject. Dr. Jerry Johnson, a member of the American Occupational Therapy Association (AOTA), a consultant and Head of the Dept. for Occupational Therapy at Boston University, was invited to provide guidance to the process. She sorted out the curriculum after meeting all parties involved and expressed her adamant opinion the need for close cooperation between occupational therapists who worked in clinics to the staff at the school. The efforts succeeded when in 1979 the Israel Council for Higher Education (ICHE) gave full accreditation and recognized the School of Occupational Therapy of the Hebrew University Medical Faculty as the first academic occupational therapy program in Israel. Positioning of the profession as an academic one was an important step in its promotion and public image.

Up to 1975, the training system consisted of one institute, the School of Occupational Therapy of the Hebrew University. Further progress was achieved when in 1975-1976 the Universities of Tel-Aviv and Haifa launched retraining programs. These programs were intended for graduates with Bachelor's degrees in Social Sciences and designed to further advance the academic recognition and train professional personnel with Bachelor's degrees to meet the shortage in professional therapists. The idea behind the retraining programs was conceived with the idea that the profession has to be taught as a Bachelor's program in an academic institute.

The third chapter in this section focuses on women as the driving force in the development and training of the profession: students, administrators and occupational therapists in the training staff. The gender issue is substantial throughout the discussion on the development of Occupational Therapy, from its founder Ethel Bloom, through the students and feminine working force which was the main source of therapists and up to the image of the profession. The profession of Occupational Therapist is

considered befitting women and matching their skills according to the traditional stereotypical gender concept, as it is conceived as an expansion of their traditional roles in the public sphere. However, as time went by, it was discovered that the profession was not suitable to all women. The admission and tough academic requirements showed that the profession was mainly suitable for single women. Married women and ones with families found it difficult to keep up with the studies and professional training. The admission requirements were very rigorous between 1947-1979, even during the years in which there was a decline in enrollment and a shortage in professionals and the school's management remained adamant about the admission requirements and selection of candidates. On the other hand, the strict admission requirements and small number of students fostered a family-like feeling among students and gave them and the graduates a sense of privilege. This, too, contributed to the image of the profession.

The chapter deals with the attributes of the administrators in the training apparatus. They committed to working in difficult conditions at the institutional infrastructure level, the training framework and the training facilities. Their commitment was total, spanned over long periods and they were driven by professional mission; the administrators were motivated by the belief in the profession's tools, its holistic aspects and in the need to expand it within community care programs. Their initiative, need to maintain professional autonomy and desire to advance the profession from an academic and professional point of view was their driving force. Concurrently their actions evolved the status of women in the Israeli society who participated in the public sphere out of professional mission.

The third section deals with the professional development of Occupational Therapy between 1951-1979, after Bloom left Israel for personal reasons. Professionalism is one of the prominent factors in all health and welfare professions, and this section deals with experience in the main subjects of this profession: Psychiatry, physical and children care. In the psychiatric arena, the occupational therapists worked in hospitals, work communities and organized diverse workshops. The therapy was significant in institutes where multi-disciplinary teamwork took place under the guidance of a psychiatrist. Occupational therapists specialized in group therapy and leveraged the support of the group for the benefit of its individual.

The rehabilitation institutes which operated in Israel in the area of physical rehabilitation rallied to address the changing needs of the population, which was influenced by the evolving Israeli society and the various historical events that took place during the period in question, especially wars. The need to rehabilitate the Israel's wounded after the Yom Kippur War triggered the establishment of three Occupational Therapy centers for physical rehabilitation: the Rehabilitation Center in Tel HaShomer Hospital, the Loewenstein Hospital Rehabilitation Center in which the subject of Traumatic Brain Injury was developed and MILBAT - the Israel Center for Technology and Accessibility. The move to provide service to the community and adaptation of accessories addressed the needs. Community service improved and the concept of house calls and accessibility was developed in order to enable individuals to fit in their natural environment.

Needs arising from the field, such as large waves of Aliyah with large families and children, diseases and the polio epidemic drove the subject of children therapy. During the Fifties and Sixties, occupational therapists treated children with complex disabilities. During the move to community services, children were brought to adult centers. The increased demand has driven the founding of centers dedicated to children and the number of therapies and patients grew. The adaptation of neuro-developmental new approaches expanded the expertise of the therapists and provided them with unique tools.

This section points out that the involvement of local elements actually slowed down the development of the profession up to the Seventies: the burning needs which required immediate attention and thus halted development, the evolving health system, the incompatibility between the professional staff to the need arising from the field and the geographical distance to the U.S. and U.K. in which vast professional progress was being achieved slowed down the profession's progress. Professional expansion was accomplished due to a change in the profession's social image after the Yom Kippur War, which was realized in the allocation of more resources to various health services, therapeutic and rehabilitation, in Israel.

The fourth section focuses on the evolution of the organizational institute; the establishment of a professional oversight organization within the Ministry of Health, Kupat Holim and MALBEN; the activities of the Israeli Society of Occupational Therapy

and the deinstitutionalization movement along with the launch of occupation therapy services within the community.

During the Seventies, a change was attained in the organizational structure of the profession. The supervision over the profession was transferred from the Psychiatric Dept. to an independent one and the number of institutes in which Occupational Therapy operated under the Ministry of Health grew; departments were added to general, geriatric and psychiatric hospitals. Occupational therapy services were added to regional Kupat Holim clinics, in the Child Development Units and within educational frameworks. The section also describes the reasons which impeded the development and growth of the profession, namely, the gap between the number of certified and uncertified therapists. Throughout the entire period which was investigated, the shortage in qualified personnel in the profession was evident, and many open positions remained vacant. The shortage in qualified personnel was mainly a result of the fact that the profession was unsuitable for mothers, which was demonstrated in the high dropout rate from the profession. The gender aspect was a significant factor contributing to dropout. Female occupation therapists left the profession due to change in their marital status, namely, establishment of a family and relocating to another town. The gender factor impacted the Occupational Therapy's professional image, which is also analyzed in the section. The crafts and artwork which were the prevailing therapeutic method in the Fifties had a professional impact on Occupational Therapy. The profession was regarded as a feminine one and the public conceived it as craft education, thus inferior to other para-medical professions. The end of the chapter brings the voices of experienced occupational therapists who expressed a belief in the profession and the professional tools. They saw their work as a mission, personally and professionally. During the early Seventies, as the significance of crafts declined, technological progress in Occupational Therapy along with new therapeutic methods were introduced, crafts gave way to accessories, mobility and accessibility. This development changed the professional image and positioned it as one of the medical professions.

The gender aspect shaped the foundation of the profession, its development, its essence and characteristics as well as the women who worked in it. The profession developed by personal initiatives of women with leadership skills, who took advantage of opportunities, actively participated in international conferences, advanced the

profession and became groundbreakers by integrating in the Israeli society with growing professionalism. The training and experience in their profession emphasized their pragmatism and steered them to professional deeds in health, welfare and education. The women professionals saw the development of the profession as part of shaping Israel: they evolved and spread the profession for the benefit of the nation, not to advance feminist issues, but rather because they recognized its importance. The gender aspect also clouded the profession: professionals were underpaid, treated as secondary breadwinners, deterred mothers and married women, had an image of a “feminine” profession, hurt its image and the women who worked in it.

The goal of this research is to present for the first time and in detail the evolution of Occupational Therapy in Israel. Apart for outlining a sketch of the evolving profession during the period in question, the dissertation demonstrates that its discussion reflects the society in Israel, the historical events which it underwent, the social and economic changes that characterized it and its evolving values and views. The dramatic historical events which characterized the society during the period in question, the interactions between the local reality to health issues in the Western World which were inseparable from shaping of the Israeli society; the attributes of the Israeli society, its attitude towards the disabled and the needy, and above all the gender relations which characterized it; the feminine story intertwined in this dissertation; all these accompany the foundation and evolution of Occupational Therapy, whereas the discussion deals with a profession which was inseparable from the evolution of the country and the nation and shed new light on them.

Table of Contents

Acknowledgements

Table of Contents

Glossary and Abbreviations

Abstract	x
Introduction	1
Research Goal and Questions	1
Research Questions and Topics.....	2
Chronological Timeline	3
Theoretical Background and Research Status.....	3
Research Methodology	8

Section I: Occupational Therapy Services in Israel as an Outcome of a Woman's Lifetime Achievement: Ethel Adina Bloom Benor

<u>Introduction</u> : Historical Background	13
1. Development of Occupational Therapy in the United States between 1917-1950 ..	13
2. The Periodic Context	17
<u>Chapter 1</u> : 'Going Into the Unknown': Feminine Initiative.....	35
1. The Life of Ethel Adina Bloom	36
2. Implanting the Idea and Obtaining the Resources	44
Summary: "New Country – New Profession"	51
<u>Chapter 2</u> : End of Act is the Act Itself	53
1. Inauguration of the Occupational Therapy Department in Mt. Scopus	53
2. Planning of the First Course in Occupational Therapy	54
3. Establishment of an Instructional Framework-Launch of the First Course	57
Summary: End of Act is the Constraint Itself	65
<u>Chapter 3</u> : 'War is a Destructive Power'	67
1. Drafting of Occupational Therapists-Introduction of Occupational Therapy to the Center of Society	69
2. Shortened Military Course	71
Summary: "Insufficient Occupational Therapists"	73
<u>Chapter 4</u> : Evolution of the Profession in the Society and its Specialization	75
1. Graduation Ceremony of the First Course	75
2. Establishment of the Professional Association	76
3. Beginning of the Second Course in 1949 Addressing the Needs in Israel.....	79
Summary: A proper machinery to control the practice of OT in Israel	80
<u>Chapter 5</u> : Departure of the Profession's Founders Prior to its Positioning	81
1. Bloom's Leadership Characteristics	83

2. Type of Leadership, Leader or Administrator?	84
3. Why was Bloom Absent from the Israeli Collective Memory?.....	88
Summary: “Much of my life's strength, intuition-whatever, went into that project”	93

Section II: Professional Training in Occupational Therapy between 1951-1979

Introduction: Historical Context	95
1. Evolution of the Profession in the U.S. and U.K. between 1951-1979	95
2. The Periodic Context: Israel between 1951-1979	107
<u>Chapter 1: The Course and College of Occupational Therapy between 1951-1979 .</u>	135
1. The Occupational Therapy Course between 1951-1964	135
2. The School of Occupational Therapy between 1964-1979	144
Summary: The Syllabus and Training Programs in the Course and School	148
<u>Chapter 2: The Evolution of the Training Program Status</u>	149
1. From a Course to School 1947-1964	149
Summary: From a Temporary Course to a Permanent School	156
2. The Race to Academics	157
Summary: Academic Recognition	175
3. The Re-training Program in Occupational Therapy for Bachelor's Degree	176
Summary: The Re-training Program as a Response to Demand	187
<u>Chapter 3: Feminine Power – Students, Staff and Training Administrators</u>	189
1. The Students from the School and Re-training Programs between 1951-1979	189
Summary: The Characteristic of Students in Occupational Therapy	207
2. Training Administrators and Staff	208
Summary: The Characteristic of Students in Occupational Therapy	223

Section III: Professionalism in Occupational Therapy in Israel Between 1951-1979

Introduction:	
1. People with disabilities - changes in the perceptions of Israeli society.....	225
2. Professionalism in health professions.....	231
<u>Chapter 1: Specialization in the Field of Psychiatry</u>	233
1. Development in Psychiatry between 1951-1979	233
2. Rehabilitation units in the community.....	239
3. Therapeutic Approach to Patients’ Free Time	241
4. professionalism.....	243
Summary: The Evolution of Mental Health	245
<u>Chapter 2: Specialization in the Field of Physical Rehabilitation</u>	247
1. Specialization in the Field of Physical Rehabilitation	247
2. Geriatrics	258
3. Evolution of Physical Rehabilitation as a Consequence of Wars	260

Summary: Reality Defines Occupational Therapy Care	266
<u>Chapter 3: Occupational Therapy Care in Children</u>	267
1. Occupational Therapy Care in the 50s and 60s	267
2. Occupational Therapy Care with Cerebral Palsy	269
3. Opening Institutes of Occupational Therapy for Children	272
4. Exposing the Occupational Therapists to New Therapy Techniques	277
Summary: The 70s – Acceleration of Occupational Therapy for Children	282

Section 4: The Evolution the Organizational Structure of Occupational Therapy in Israel Between 1951-1979

<u>Chapter 1: Establishment of OT Service and Supervision Organization</u>	285
1. Establishment of Professional Supervision Within the Ministry of Health and Expansion of Service	285
2. Establishment of Professional Supervision Within Kupat Holim Klalit as a Reflection of Expansion	291
3. Evolution of the Profession and its Supervision in MALBEN	294
4. Development and Expansion of OT Services in the Community	296
Summary: Expansion and Establishment of Supervision Mechanisms	300
<u>Chapter 2: The Occupational Therapy Organization between 1951-1979</u>	301
1. Membership in the International Organization and International Recognition ..	301
2. Joining the Histadrut Union to Secure the Rights of the Therapists	303
3. Non-certified Therapists	304
4. Efforts to Improve Wages	307
5. Efforts to Improve the Profession’s Status	310
6. Knowledge is Power – Professional Training and Workshops	313
7. Publication of Magazine as a Testament to Combined Professional Knowledge	314
8. Reaction to the Academic Status of the Profession	316
Summary: The Israel Society of Occupational Therapy – Labor Pains	317
<u>Chapter 3: ‘Childhood Diseases’ of the Profession</u>	319
1. Dropout and Shortage in Personnel	319
2. The Image of Occupational Therapy	324
3. Exhibitions – The Showcase of the Profession	328
4. Occupational Therapy as a personal and professional mission.....	331
Summary: Strengthening and consolidation.....	338

Summary: “The Road to a New Profession has been Paved, a Blessing to the Builders of Our Nation”

1. The Professional Aspect from a Historical Perspective: From an American Profession in the Local to International Relations	339
2. The Evolution of the Profession in Israel as a Reflection of Social Changes	342

3. Occupational Therapy and its Gender Characteristics	348
<u>References</u>	354
A. Primary Resources	354
Interviews	354
Archives	355
Press Clips	356
Publications in Journals and Professional Magazines.....	356
Memoires	359
B. Research Literature	360
C. Internet Web Sites	380
Appendix 1	382
Appendix 2	384
Appendix 3.....	386
Appendix 4.....	387
Appendix 5.....	389
Appendix 6.....	390

Table of Contents in English

Abstract in English	i
---------------------------	---

This work was carried out under the supervision of

Dr. Lilach Rosenberg- Friedman

Martin (Szutz) Department of Land of Israel Studies

and Archaeology

Bar Ilan University

**Development of the Occupational Therapy profession
and services in Israel during the years 1940-1979,
a reflection of social changes**

TOVA MARGALIT

The Martin (Szutz) Department
of Land of Israel Studies and Archaeology

Ph.D Thesis

Submitted to the Senate of Bar-Ilan University

Ramat Gan, Israel

January 2016