

האם פיזיותרפיסטים סולדים משמנים או לחילופין כועסים על אנשים שאינם פעילים גופנית?

מיכל אלבוים גביזון, PH.D, BPT

אוניברסיטת חיפה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, החוג לפיזיותרפיה.

160 ק"ג ומחלת עור מפושטת בכל גופו. היה זה יום חם וכולו היה רטוב מזיעה. נדף ממנו ריח נוראי. לא ידעתי מה לעשות ותהיתי לעצמי: איך אני אמורה בכלל לבדוק אותו? איך אגע בו? איך אמצא נקודות טופוגרפיות בין הררי השומן? איך אני אעזור לו לשכב על המיטה/לקום מהמיטה? הרי צריך מנוף לשם כך... הוא עורר בי גועל ומצד שני ריחמתי עליו. הרגשתי שאני לא מבינה איך אדם הצליח להזניח את עצמו בצורה כזאת. בהמשך, הוא סיפר לי שהוא קונה כמויות של בורקס ופשוט בולע אותם. לא אוכל, בולע. ומאז התאונה הוא השמין יותר כי כואב לו בכל הגוף. לאורך כל הטיפול הוא עורר בי גועל, אבל גם הרבה אמפתיה."

יש להניח שלא אחת נתקלנו במטופל שעורר בנו דחייה ו/או סלידה בגלל מראה חיצוני. נשאלת השאלה האם כפועל יוצא מכך, במודע או שלא במודע, טיפלנו בו אחרת. כיצד נזהה אפליה על רקע זה וכיצד עלינו להתמודד איתה?

שיקולים

מקרה זה מעורר דילמה שבפתרונה מעורבים השיקולים הבאים:

➤ מספר רב של מחקרים שנערכו בארה"ב הדגימו את תופעת ה-"Obesophobia" בקרב רופאים ושאר אנשי מערכת הבריאות עם השלכות שליליות על הטיפול הרפואי הניתן לאוכלוסייה זו¹⁻³. מתוצאות שאלון אנונימי אשר נשלח ל-400 רופאים נמצא כי שליש מהם דיווחו על טיפול במטופל שמן כסיטואציה שמעוררת בהם חוסר נוחות עד כדי רתיעה ודחייה. רופאים אלו קישרו בין השמנה להיגיינה ירודה, עוינות, חוסר יושרה וחוסר שיתוף פעולה.¹ כדי לסבר את האוזן (העין), נציין שעפ"י תוצאות השאלון "השמנה" דווחה כסיטואציה שלילית, הרביעית בשכיחותה בקרב רופאים, כאשר קדמו לה שלושה סיטואציות שליליות נוספות והם: התמכרות לסמים, אלכוהוליזם ומחלות נפש.¹ במחקר נוסף, מדגם של 318 רופאים משפחה, הראה כי שני שליש מהרופאים דיווחו, שעל פי ניסיונם האישי, המטופלים השמנים הם חסרי שליטה עצמית. 40%

לפני מספר שבועות פורסמה באחד ממוספי סוף השבוע כתבה בשם "אפליה במשקל כבד" מאת רן רזניק.⁴ כתבה זו עוררה עניין רב ופתחה בשיח ציבורי כפי שניתן היה לראות ולשמוע באמצעי התקשורת השונים. עיקרי הדברים שהועלו בכתבה היו היחס השלילי והמזלזל של הממסד הרפואי במדינת ישראל כלפי אנשים בעלי עודף משקל. בכתבה מוצגת התביעה הראשונה במדינת ישראל, שהוגשה על ידי חולה שאושפזה לבירור של כאבי בטן חזקים וממושכים, כנגד בית החולים. "Obesophobia" ("שמנופוביה") הוא מושג המתייחס לפחד וחרדה מאנשים בעלי עודף משקל, הגורר יצירת מסכת עמדות ותפיסות כלפי האדם השמן כניחן בתכונות נלוות שליליות כמו עצלנות, היעדר משמעת עצמית, כוח רצון ואופי חלש. התייחסות זו עלולה להוביל למגוון תופעות שליליות של אפליה בתחומי חיים רבים. למשל, בתחום הבריאות האפליה עלולה לגרום לזלזול בתלונות ולאי קבלת טיפול הולם. בתעסוקה, האפליה עלולה לגרום לאי קבלה לעבודה או לעיכוב בקידום. כמו כן, התייחסות זו עלולה לגרום לבעיות רפואיות ונפשיות כגון: בידוד חברתי, אנוורקסיה ובעיות אכילה, בפרט בקרב מתבגרות.

במסגרת מדור האתיקה הנוכחי ברצוני להפנות את הזרקור אל קהל הפיזיותרפיסטים. כאנשי מקצוע המשפיעים ותורמים לקידום ושינוי נושאי הבריאות בתחום הפיזיותרפיה, עלינו להיות מעורים בשיח הציבורי הנ"ל ולברר האם גם בקרב פיזיותרפיסטים קיימת אפליה כלפי מטופלים שמנים.

תיאור מקרה

מ. הינה פיזיותרפיסטית שסיימה את לימודיה לפני כשנה. עם סיום לימודיה החלה לעבוד במכון. היא שיתפה אותי בחוויה אישית שעברה לאחרונה. לדבריה: "אתמול קיבלתי מטופל חדש, באבחנה מהרופא היה רשום שיקום אורתופדי לאחר תאונת דרכים. דבר לא הכין אותי לקראת המפגש עם המטופל. בשעה הנקובה בצהרי היום נכנס לטיפול בחור כבן 18 הולך עם קביים. למראהו "חטפתי חום". לפני עמד בחור ענק, עם השמנה קיצונית של מעל

מקרב הרופאים הללו ציינו גם כן כי מטופלים אלו הם עצלנים.² מחקרים נוספים בדקו את שכיחות תופעת ה-"Obesophobia" בקרב דיאטניות, האמונות לטפל באוכלוסייה זו. במחקר שבדק את עמדותיהן של 439 דיאטניות מוסמכות נמצאו רגשות מעורבים כלפי אוכלוסייה זו.⁴ במחקר אחר הודגמו תפיסות ועמדות שליליות כלפי מטופלים שמנים בקרב 234 דיאטניות מוסמכות ו-64 סטודנטים לתזונה.⁵ במחקר שנערך בארץ ע"י ד"ר אסנת סיטון, נכללו 300 דיאטניות מקופת חולים מכבי וכללית, נמצאו ממצאים דומים למחקרים קודמים שנערכו בעולם, כאשר חלק לא מבוטל מהדיאטניות הביעו רגשות שליליים יותר כלפי המטופלים השמנים. רגשות אלו הובילו להתנהגות שלילית ואפליה: הימנעות ממגע בין אישי, זמן טיפול קצר יותר מזה שניתן לאחרים ואפילו תמיכה בטיפול כפוי. למיטב ידיעתנו אין בנמצא מחקרים החוקרים את היחס של פיזיותרפיסטים כלפי אנשים עם עודף משקל. כיוון שטיפול הפיזיותרפיה כולל לעתים קרובות צורך במגע ישיר, יש להניח שתופעה דומה של אפליה תמצא גם בקרב פיזיותרפיסטים. כמו כן יש לזכור שמדובר באוכלוסייה די שכיחה כפי שעולה מנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2011), המדווחים על שיעור של 49% מהאוכלוסייה בארץ כסובלת מעודף משקל או השמנת יתר.³

➤ אחד מעקרונות הקוד האתי של הפיזיותרפיה בישראל הינו: "הפיזיותרפיסט יעניק יחס של כבוד לכל אדם וישמור על זכויות המטופל". בהרחבה: "הפיזיותרפיסט ימנע מאפליה, קבלת החלטות מקצועיות או משוא פנים, בגין מחלה, נכות, מגדר, דת, לאום וגיל". עקרונות אלו משותפים לכל מקצועות הבריאות. בעקבות השיח הציבורי המתעורר אודות תופעת ה-"Obesophobia" ("שמנופוביה") והצגתה בוועדת לזכויות הילד בכנסת (בחודש יולי, 2012), החלה פעילות חוקתית בניסיון לעדכן את החוק לאיסור לשון הרע, חוק זכויות החולה וחוק זכויות התלמיד, כך שיכללו איסור מפורש של אפליה על רקע משקל בפרט ועל רקע צורת גוף ככלל. אם כן, קיים צורך בהעלאת מודעות הפיזיותרפיסטים לקיומה של תופעה זו, כולל דיון בצורך לעדכון הקוד האתי של הפיזיותרפיה בישראל.

➤ יחד עם היותנו מטפלים האמונים "על מתן שירות מקצועי, אחראי ואיכותי, המתבסס על סטנדרטים

מקובלים וידע עדכני" (מתוך הקוד האתי של הפיזיותרפיה בישראל) אנו גם בני אדם. רגשות מעורבים של אמפתיה ודחייה כלפי מטופלים, כפי שמתואר בתיאור המקרה, הינם טבעיים. ולכן, יש ללמד את הסטודנטים לפיזיותרפיה כיצד להתמודד עם רגשות אלו, כחלק מתהליך ההכשרה שלהם. תהליך למידה זה צריך להמשיך לאורך החיים המקצועיים של המטפל. יש ליצור מסגרות מובנות של למידה ותמיכה במטפל, שיעזרו לו להכיל תחושות שליליות כלפי המטופל ולמנוע תחושת תסכול ושחיקה.

➤ מהמחקרים השונים עולה כי רוב אנשי מקצועות הבריאות (רופאים, דיאטניות ואחיות) תולים את הסיבה העיקרית לאי ירידה במשקל בחוסר ההיענות הטיפולית של המטופלים השמנים ובאי לקיחת אחריות אישית.^{6,5} כמו כן נמצא כי אנשי מקצועות הבריאות אינם רואים בחוסר יעילות את תוכניות הדיאטה כגורם לכישלון בירידה במשקל.^{6,5} בעיה נוספת שמלווה את בעיית ההשמנה הינה חוסר פעילות גופנית, אשר היא חלק מאותו מעגל "רשע" של חוסר פעילות גופנית המוביל לעליה במשקל וחוזר חלילה. בנוסף, חוסר פעילות גופנית גורר גם פגיעות וכאבים במערכת שריר-שלד, שלא פעם מצריכים טיפולי פיזיותרפיה. אין ספק שחלק מהבעיה נובעת מחוסר היענות של המטופל להנחיות המטפלים. מעבר להטלת והעברת האחריות למטופל, עלינו לשאול את עצמנו האם המטופל מסוגל לשנות את הרגלי החיים והאכילה שלו. האם אנו נותנים לו כלים ליצירת שינוי משמעותי זה, או רק מחזקים בו את תחושת האשמה שממילא כבר קיימת אצלו? האם העובדה שרופא אומר לבעל עודף המשקל כי בעיה זו מזיקה לבריאותו(במקרים קיצונים אפילו יכולה להרוג אותו), וכי עליו לרדת מיד במשקל, אכן מסייעת למטופל? האם ניתנו כלים מעשיים לביצוע שינוי מהותי באורך החיים? האם התפריט המודפס שניתן ע"י הדיאטנית יעזור בביצוע השינוי הנחוץ? האם ההנחיה של פיזיותרפיסט למטופל עם בעיות ברכיים או "דורבן ברגל" כי עליו לרדת במשקל מועילה? האם קבוצת ההתעמלות במכון מסייעת ברכישת הרגלים לאורח חיים בריא יותר? האם הבורקסים ושאר מיני מאפה המוגשים במסיבות הכיתתיות בבית הספר של ילדנו (כן, גם בהפסקות האוכל של כנסי הרפואה) מעודדים חינוך לאורח חיים בריא מגיל צעיר? מתוך כך יש לעורר שאלות גם ברמה ציבורית: האם קיימות בארץ מסגרות

יתר של המטופלים ועד כמה יבטחו בהם המטופלים בכל הנוגע לירידה במשקל. התוצאות הראו כי 30% מהרופאים שמשקלם תקין שוחחו עם המטופלים על הנושא, לעומת 18% מהרופאים בעלי עודף משקל. 80% מהרופאים שמשקלם תקין האמינו שהמטופלים יבטחו בהמלצתם בנוגע למשקלם, לעומת 69% מהרופאים השמנים. באשר לפעילות גופנית, 53% מהרופאים שמשקלם תקין האמינו שיוכלו להמליץ למטופלים שלהם על פעילות גופנית לירידה במשקל, בהשוואה ל-37% מהרופאים השמנים. אולם ההבדל המשמעותי ביותר היה בדרך בה רופאים מעריכים את משקלם של המטופלים: 93% מהרופאים שמשקלם היה שווה או נמוך מזה של המטופלים אבחנו אצלם עודף משקל, בהשוואה ל-7% מהרופאים השמנים, שמרביתם העדיפו להתעלם מהבעיה אצל המטופל.⁶ השאלה המתבקשת היא האם למטופל השמן כדאי לפנות לרופא שמן?!!

האם בתחום הפיזיותרפיה קיימת תופעת ה-"Obesophobia", שהינה הפרה מתמשכת של אחד מהסעיפים הבסיסיים של הקוד האתי והוא: "הפיזיותרפיסט יספק שירות מקצועי מיומן ובטוח ללא כל אפליה"? האם הסטנדרטים המקצועיים של המטפלים מושפעים מעמדות שליליות וידע קודם מוטעה ומכליל אודות אוכלוסיות שונות כגון מטופלים בעלי משקל עודף. דוגמה זו הינה פרטית, אך ניתן לכולל במסגרת דיון זה קבוצות נוספות שאינן עומדות בסטנדרטים המקצועיים של אורח חיים בריא כגון חוסר פעילות גופנית (שלרוב מלווה/גורם לבעיות השמנה). במידה ותופעת ה-"Obesophobia" (או לחילופין "שמנופוביה") קיימת בקרבנו כיצד יש להתמודד איתה כדי למגר אותה?

ציבוריות המעודדות אורח חיים בריא בצורה מעשית ונגישה לכל הרמות הסוציו-אקונומיות באוכלוסייה? האם קיימות מסגרות המשלבות בתוכן צוות רב מקצועי ש"תוקף" את מגפת ההשמנה ונגזרותיה מכל צדדי הבעיה?

➤ פעמים רבות אין הערכות מתאימה של מוסדות הרפואה לטיפול באנשים בעלי עודף משקל, למרות העלייה בשכיחותם באוכלוסייה. חוסר הערכות זו באה לידי ביטוי בתנאי האשפוז, כוח אדם ובציוד הרפואי. למשל, בתחום השיקום, יש לבחון עד כמה ערוכים מרכזי השיקום לאנשים בעלי עודף משקל מבחינת גודל המיטה, זמינות כוח אדם לצורך סיעוד ושיקום המטופל וזמינות מנופים לצורך הרמת המטופל.

➤ אוריה לא אוהדת כלפי אנשים שמנים מצד אנשי הרפואה נמצאה כגורמת לירידה בשכיחות הפניה לטיפול רפואי בקרב אוכלוסייה זו, עקב החשש להתנהגות לא הולמת ופגיעה אישית מצד המטפלים. מעניין כי בקרב נשים, תופעה זו הייתה בולטת יותר.^{6,5} אין באפשרותנו לענות על השאלה: כמה מטופלים שמנים (אם בכלל) אינם פונים לטיפול פיזיותרפיה עקב החשש לתגובה שלילית של הצוות המטפל?

➤ "האם הסנדלר הולך יחף"? או במילים פחות עדינות- "האם הפיזיותרפיסט מקיים אורח חיים בריא ובעל משקל גוף תקין"? מהם ההשלכות המעשיות של התשובה? במחקר, שנערך לאחרונה על ידי חוקרי אוניברסיטת ג'ון הופקינס, השתתפו 500 רופאים שנשאלו עד כמה הם מאמינים שיוכלו לטפל בהשמנת

מקורות

1. Klein D., Najman J., Kohrman A.F., Munro C. Patient characteristics that elicit negative responses from family physicians. *J Fam Pract.* 1982; 14(5):881-8.
2. Price J.H., Desmond S.M., Krol R.A., Snyder F.F., O'Connell J.K. Family practice physicians' beliefs, attitudes, and practices regarding obesity. *American Journal of Preventive Medicine.* 1987; 3(6):339-45.
3. Puhl R., Brownell K.D. Bias, discrimination, and obesity. *Obesity research.* 2001 Dec; 9(12):788-805.
4. McArthur L.H., Ross J.K. Attitudes of registered dietitians toward personal overweight and overweight clients. *Journal of the American Dietetic Association.* 1997 Jan; 97(1):63-6.
5. Oberrieder H., Walker R., Monroe D., Adeyanju M. Attitudes of dietetics students and registered dietitians toward obesity. *J Am Dietetic Assoc.* 1995; 95:914-6.
6. Bleich S.N., Bennett W.L., Gudzone K.A., Cooper L.A. Impact of physician BMI on obesity care and beliefs. *Obesity (Silver Spring).* 2012 May; 20(5):999-1005.