



מכון חרוב (ע"ר)
The Haruv Institute (R.A.)

ניסיון, עמדות וצרכי הכשרה של רופאי ילדים בסוגיות של איתור, טיפול ודיווח על ילדים נפגעי הזנחה והתעללות

רמי בנבנישתי
מירב ידוב



אדר ב' תשע"א
אפריל 2011

“עץ הדעת ועץ החיים נטועים בליבם”

“The tree of knowledge & the tree of life are planted in their hearts”



משרד הרווחה והשירותים החברתיים



מכון חרוב (ע"ר)
The Haruv Institute (R.A.)

ניסיון, עמדות וצרכי הכשרה של רופאי ילדים בסוגיות של איתור, טיפול ודיווח על ילדים נפגעי הזנחה והתעללות

רמי בנבנישתי
מירב ידוב

אדר ב' תשע"א אפריל 2011

תוכן

9	שיטה
9	כלי המחקר
9	ממצאים
15	דיון
18	מקורות

רשימת לוחות

9	לוח 1: התפלגות היקף ההכשרה בתחומי הפגיעה בילדים
10	לוח 2: התפלגות הניסיון המקצועי של הרופאים בנושאים של פגיעה בילדים
11	לוח 3: התפלגות העמדות לגבי המצבים המצדיקים דיווח
12	לוח 4: התפלגות ההערכות באשר לתוצאות חיוביות ושליליות של דיווח
13	לוח 5: הערכה באיזו מידה פגיעה של הורים בילדים שלהם, היא בעיה חמורה בישראל לפי רופאי ילדים וכלל הציבור ..
14	לוח 6: מידת ההסכמה של הרופאים שהם זקוקים להכשרה נוספת בכל אחד מהנושאים

איתור ילדים נפגעים, הטיפול בהם והדיווח עליהם לגורמים המתאימים בקהילה (פקידי סעד או משטרה), הינם תפקידים חשובים ביותר של אנשי המקצוע העובדים במערכת הבריאות. העובדה כי מערכת זו היא ציבורית אוניברסאלית, הפוגשת ילדים ברצף התפתחותם מלידה ועד בגרות, וזו המערכת היחידה שיש לה הרשאה חברתית וחוקית לבצע בדיקות גופניות, התפתחותיות ונפשיות בקטינים, מקנה לה אחריות רבה בזיהוי ובטיפול בילדים נפגעי הזנחה והתעללות. במערכת זו, לרופאי הילדים תפקיד מרכזי באיתור ובטיפול בילדים נפגעים מתוך היותם בקשר מקצועי קרוב לילד ולמשפחתו החל משעת הלידה. משום כך, ישנה חשיבות רבה לבחון את זווית הראייה של רופאי הילדים בכל הנוגע לסוגיה זו, במטרה ללמוד מהניסיון שלהם, להבין את התייחסותם לנושא המורכב של דיווח לרשויות על חשד לפגיעה בילד וללמוד על צרכי ההכשרה שלהם. זאת, במטרה לפתח באמצעות הידע הנרכש, תוכניות לימודיות ייחודיות והכשרות מקצועיות שיתמכו בעבודתם החשובה.

מכון חרוב שם לו למטרה להגביר את יכולתה של מערכת הבריאות בכלל ושל גורמי הבריאות בקהילה בפרט לתרום לתהליכים של מניעה, איתור וטיפול במקרים של פגיעה בילדים במשפחתם. דו"ח זה מביא ממצאי מחקר שנערך בקרב רופאי ילדים, כדי להגביר את ההבנה של הניסיון שלהם בתחום ההתמודדות עם הפגיעה בילדים, עמדותיהם באשר לדיווח על חשד לפגיעה בילד, והצרכים שלהם בתחום ההכשרה לאיתור ולטיפול בילדים הנפגעים מהזנחה ומהתעללות. לאן ודובוביץ' (Lane & Dubowitz, 2009) הדגישו את האחריות הרבה המוטלת על אנשי מערכת הבריאות, ובפרט, על רופאי הילדים בכל הקשור לאיתור ילדים נפגעים. רופאי הילדים הם אלו שנמצאים בקשר ובמגע ישיר עם ילדים החל מלידתם, ולמעשה הם הגורם המקצועי, ולעיתים הבלעדני, שמלווה משפחות בתקופה חיים זו. כתוצאה מכך, לעיתים קרובות, הם אלה הראשונים שעשויים לאתר ולזהות פגיעות פיזיות, פגיעות רגשיות או הזנחה אצל ילדים. כמובן, שבמקרים בהם עולה חשד לפגיעה, עליהם לדווח לגורמי הטיפול בקהילה.

בניתוח הממשק בין רופאי ילדים, ובעיקר אלו העוסקים ברפואת ילדים בקהילה, ושאינם נמנים על המומחים הספורים המתמחים בתחום זה, עולה שהתהליך המבטיח טיפול נכון באירועים הקשורים לפגיעה בילדים מכיל מספר מרכיבים מרכזיים. החלק הראשון הוא זיהוי המוקדם של סימנים לפגיעה אפשרית בילד. זיהוי זה מתבצע פעמים רבות כחלק ממפגש שגרתי עם ילדים, ולא דווקא מתוך תלונה ספציפית לנושא הזנחה והתעללות, או מתוך חשד מוקדם שיש סיכון לפגיעה כזו. משום כך, נדרשים ידע, מודעות ומיומנות באבחון סימנים ראשוניים של פגיעה בילדים, העולים, לעיתים בתהליכי טיפול שגרתיים, שחלקם קצרים וממוקדים בתלונה ברורה וספציפית אחרת. בהקשר כזה, ברור שנדרשות מיומנויות מקצועיות המאפשרות לזהות סימנים ותסמינים גם, ובעיקר, כשהם מוקדמים בתהליך הפגיעה בילד, ומשום כך אינם מתבטאים בתופעות בולטות.

בין הגורמים הנוספים הבולטים לקושי באיתור מוקדם ניתן למנות קשיים בהגדרת המושגים של הזנחה והתעללות, בעיקר בהקשרים בינרבתיים מורכבים והעדר ידע מספק לשם זיהוי יעיל של חשד לפגיעה. הממצאים בתחום זה מגיעים בעיקר ממחקרים על האוכלוסייה הרחבה, ולא דווקא על רופאים, אך יש בה לקחים חשובים להבנת הקושי של רופאים לזהות שמדובר בפגיעה בילדים.

הגדרת הפגיעה בילדים היא חברתית ביסודה ומשתנה עם הזמן. כך למשל, ההכרה בהזנחה כפגיעה בילדים ובעלת משמעויות לא פחות חשובות משל פגיעה פיזית התרחשה רק בעשורים האחרונים (Erickson & Egeland, 2002; Giovannoni, 1989). שינויים חברתיים אלו מצביעים על כך שאין המדובר בדרך כלל על הגדרה פיזיולוגית חד משמעית, אלא על הגדרות חברתיות מוסכמות בנקודת זמן מסוימת, ובקרב חלק מהקבוצות החברתיות המרכיבות את החברה. משום כך, אין להתפלא שיש שונות רבה בהחלטה האם מקרה מסוים מהווה פגיעה.

כך למשל, לאו, ליו, ויוונג (Lau, Liu, Yu, & Wong, 1999) הציגו בפני נבדקים במחקרם בהונג קונג תרחישים שונים ושאלו אותם האם מדובר בהתעללות. רוב הנבדקים סיווגו מקרים של התעללות גופנית כמקרה התעללות, אך יתר סוגי ההתעללות לא סווגו לרוב ככאלה על ידי הנבדקים. באופן דומה, שמיד ובנבנישטי (Schmid & Benbenishty, in press) ערכו סקר בקרב מדגם מייצג של הציבור הבוגר בישראל ומצאו שונות לא מבוססת בהתייחסות של המשיבים לאירועים השונים שהוצגו בפניהם. כך למשל עלה שלגבי מספר התנהגויות הוריות יש הסכמה רבה שהן מהוות פגיעה.

הסכמה רבה במיוחד הייתה כשמדובר בהתנהגויות מיניות לא מקובלות כמו צפייה משותפת בקלטות פורנוגרפיות ועירום של האב בנוכחות ילדה בת 12. כמו כן, מעל ל-95% מהמשיבים הסכימו שבמקרה שבו אם לילד בן שבע, שנגע בחומרי ניקוי מסוכנים במטבח, צרבה אותו ביד עם הסיגריה שלה כדי שלא ישלח ידיים למקומות מסוכנים, יש משום התעללות בילד. יחד עם זאת, סטירה חזקה על ידי אם לילד המשתולל בסופרמרקט, נתפסה כהתנהגות המהווה התעללות פיזית רק בקרב 65.2% מהמשיבים.

ההבדלים בהגדרות קשורים לעוצמת הפגיעה וגם לאופייה. למשל, שור (1998) מצא שרופאים נטו לראות מקרים שבהם היו סימני פגיעה פיזיים כמצביעים על סכנה רבה יותר לילד, מאשר מקרים שבהם הפגיעות היו יותר פסיכולוגיות ופגיעות הקשורות להזנחה. ממצא זה דומה למה שהתקבל במחקר, שבו ציינו רופאי ילדים שכשאין עדות פיזית קשה להם הרבה יותר לדווח (Theodore & Runyan, 2006).

בנוסף, הבדלים בהגדרות נובעים מגישות תרבותיות שונות. דוגמה מובהקת להבדלים בין תרבויות היא ההתייחסות למידה שבה ענישה גופנית של ילדים מקובלת ולגיטימית בתרבויות שונות. במהלך השנים חלה ירידה משמעותית בקבלה של ענישה גופנית כדרך חינוכית לגיטימית, ושינוי משמעותי זה בא לידי ביטוי בחקיקה במקומות רבים בעולם (כולל בישראל) ובאמנה לזכויות הילד האוסרת במפורש על שימוש בענישה גופנית. למרות זאת, גם כיום יש הבדלים בינאשיים ובינתרבותיים ביחס לענישה גופנית. המחקרים של גרסיה והררו (Gracia & Herrero, 2008a, 2008b) שנערכו בספרד וב-14 מדינות באירופה מצביעים על כך כי גברים, בעלי השכלה נמוכה יותר, ומבוגרים יותר, דיווחו על רמות גבוהות יותר של קבלה של עונש גופני. בנוסף, בהשוואה בין מדינות, נמצא כי במדינות שבהן הנטייה הציבורית הייתה לא לקבל את השימוש בעונש גופני כדרך לחינוך ילדים היו אותן המדינות בעלות שיעורים נמוכים של מוות ילדים כתוצאה מטיפול לא נאות. לעומת זאת, במדינות שבהן העונש הגופני היה מקובל יותר חברתית, שיעורי הפגיעה בילדים היו גבוהים יותר. ברמה האישית, מי שהראה קבלה גבוהה יותר של שימוש בעונש גופני נטה להאמין כי אלימות כלפי ילדים פחות שכחה בארצו. כמו כן, חוקרים אלו מצאו קשר ברור: מי שתמכו בענישה גופנית חשבו שהבעיה של התעללות גופנית בארצם אינה נפוצה. כלומר, התפיסה של חומרת הבעיה החברתית, ובכך גם המודעות לה, גם הן מושפעות מעמדות אישיות ומנורמות תרבותיות (על מחקר בישראל ראו Gofin, Levav, & Kohn, 2004).

גם כשההגדרה של התופעה מוסכמת, נדרשת רמה מסוימת של מיומנות כדי לזהותה. בעוד שסימנים פיזיים מסוימים בולטים לעין, סימנים אחרים פחות ברורים ודורשים ידע ומיומנות לקשור בינם לבין פגיעה. כך למשל, הסימנים ההתנהגותיים והפסיכולוגיים המאפיינים פגיעות אחרות, כמו הזנחה נפשית וחלק מהפגיעות המיניות, אינם תמיד מוכרים לאנשי המקצוע. יתרה מזו, כדי לזהות חלק מהסימנים יש צורך בחיפוש מידע היזום על ידי הרופא, כגון באמצעות שיחה עם הילד ועם הוריו. היכולות הנדרשות כדי ליצור קשרי אמון עם ילד, בעיקר ילד שנפגע על ידי מבוגרים אחרים, ועם הוריו, ובעיקר הורים החוששים מההשלכות של הבדיקה המעמיקה, להגיע למידע שגם הילד וגם ההורים אינם רוצים לחלוק, ולהעריך את כל המידע שנאסף באופן הראוי כדי להגיע להערכה תקפה של החשד לפגיעה, אינן חלק ממגוון המיומנויות שיש לכל אחד מהרופאים.

שלב מרכזי בתהליך המוביל מאיתור מדויק ומוקדם לטיפול יעיל, הוא שלב הדיווח של הרופא לרשויות הרווחה או המשטרה היכולות לבדוק לעומק את החשד ולטפל במקרה בדרך הראויה. מכאן, שלמידה שבה רופאים מודעים לצורך לדווח, מוכנים לדווח, ויודעים למי וכיצד לדווח, יש חשיבות מכרעת לטיפול הנכון במקרים שבהם יש חשד לפגיעה בילדים. לפי החוק בישראל (חוק העונשין [תיקון מס' 26], התש"ן-1990), כשאיש מקצוע, כגון רופא ילדים, מזהה חשד לפגיעה בילד עליו לדווח לפקיד סעד בקהילה או למשטרה. חובת דיווח מעין זו קיימת ברבות ממדינות המערב, בחלקן באמצעות חקיקה ובחלק אחר בדרך של קביעת כללי דיווח מחייבים לאנשי המקצוע (Bunting, Lanzenbatt, & Wallace, 2010). למרות החקיקה והכללים, עדויות מכל העולם מצביעות על כך שאנשי מקצוע והציבור נמנעים מלדווח, גם כשהם יודעים על אירועים הנחשבים בעיניהם פגיעה בילדים (ראו סקירה מקפת אצל Bunting et al., 2010).

למשל, בנסלי ועמיתיה (Bensley et al., 2004) מצביעים על כך שרבים מהמקרים של פגיעה בילדים לא מדווחים. בין היתר הם מצטטים את מחקרם של סורנסון ופטרסון (1994) שבו נמצא שלמרות ש-48% ממקרי הרצח של ילדים נעשו

במסגרת המשפחה, והיו כנראה רק שיאים של מעשי התעללות קודמים, רק ב-8% מהם היו דיווחים קודמים על פגיעה בילדים. ממצאים דומים התקבלו במחקרים שבחנו אירועים של פגיעה קיצונית בילדים, שלהם קדמו פגיעות חמורות פחות, שלא דווחו (למשל, רימסזה ועמיתיו 2002, Rimsza, Schackner, Bowen, & Marshall).

מחקרים שנערכו בקרב אנשי מערכת הבריאות (אחיות, רופאים, רופאי ילדים, מתלמדים) מצביעים על אחוזי דיווח נמוכים אודות ילדים שיש לגביהם חשד לפגיעה, למרות שזוהו סימנים מחשידים. במחקרם של ואן-הארנגטון, דאבס וארמסטרונג (Van Haeringen, Dabbs, & Armstrong, 1998) שנערך באוסטרליה, דווח כי 43% מהרופאים החליטו שלא לדווח על חשד לפגיעה למרות שהיה להם חשד להתעללות. מחקר נוסף שנערך בקרב אחיות לבריאות הילד בשוודיה הצביע על בעיה דומה: רק שלושה מתוך עשרה ילדים שהיה לגביהם חשד לפגיעה דווחו לשירותי הרווחה בקהילה (Lagerberg, 2001). בסקר שנערך בקרב רופאי ילדים בארה"ב נמצא ש-10% מהרופאים דיווחו כי בשלב כלשהו בקריירה שלהם היו להם חשדות לפגיעה אולם הם לא דווחו על כך לרשויות המתאימות (Theodore & Runyan, 2006). בורס והאג (Borres & Hagg, 2007) במחקרם בשבדיה, מצאו כי 67% מהרופאים, העדיפו שלא לדווח על חשד לפגיעה מסיבות שונות למרות שהיו עדויות לפגיעה. מחקרים נוספים שנערכו, מצביעים על מגמה זו. באנגליה דווח כי מתוך 60% מהמקרים שהיה לגביהם חשד לפגיעה, דווחו לשירותי הרווחה 47% בלבד, בעוד 13% לא דווחו כלל (Lazenbatt et al., 2004; Lazenbatt & Freeman, 2006).

מספר גורמים הוזכרו כחסמים לדיווח, גם באותם המקרים שלרופא יש חשד המצדיק דיווח. ראשית, הידע לגבי דרישות החוק עלול להיות חלקי ולא מדויק. בעוד שסביר שכל הרופאים יודעים שמטלת עליהם חובה לדווח, יש סימנים לכך שלא כולם ערים לסף החשד שממנו חייבים לדווח ורבים חושבים, שכדי לדווח על מקרי הזנחה והתעללות יש צורך ברמת ביטחון גבוהה (Bunting et al., 2010). כך למשל נמצא במחקרם של פלאהרטי ואחרים (Flaherty et al., 2008) כי 90% מהרופאים דיווחו כי עליהם לחוש ביטחון רב כשהם מדווחים לרשויות. אך דווח גם על הטעות ההפוכה של המחשבה שהחוק מטיל על רופאים חובת דיווח גם אם אין להם חשד אמיתי (Foreman & Bernet, 2000). סוגיות אחרות הקשורות לידע על דיווח, הן אלו המתייחסות למידת האנונימיות של המדווח והאם ניתן לתבוע אזרח או איש מקצוע שדיווחו על חשד אמיתי לפגיעה בילד. מי שחוששים מחשיפה ומתביעה עלולים להימנע מדיווח, אלא במקרים 'בטוחים בלבד'. כך למשל מדווחים בבנישתי ושמיד (2010) שיש אי בהירות גדולה לגבי מידת החשאיות של המדווח (22.8% לא ענו לשאלה האם ניתן לדווח באופן אנונימי) והסכנה לתביעה נגדם, גם אם הדיווח נעשה בניקיון כפיים (29.4% לא ענו על השאלה).

גורם נוסף המשמש כחסם בפני דיווח הוא טיב היחסים של רופאים עם המשפחה. מחקרים תארו את הקושי של אנשי המקצוע להאמין כי משפחות המטופלות על ידם, הנתפסות כמשפחות הדואגות לילדיהן הינן משפחות פוגעות (Borres & Hagg, 2007). גם החשש של אנשי המקצוע, כי דיווח לשירותי הרווחה או למשטרה ייפגע ביחסי האמון שלהם עם המשפחה, משפיע על אחוזי דיווח נמוכים. רופאים רבים פוחדים שמא הדיווח יגרם לחוסר שיתוף פעולה ואי הגעה של הילד לטיפול (Bannon & Carter, 2003). מנגד, אחרים מאמינים שבזכות יחסיהם הטובים עם ההורים, הם יכולים לתקן את המצב באופן יעיל יותר מאשר שירותי הרווחה או גורמים משטריים, ומשום כך אינם רואים מקום לדיווח לרשויות (Lawrence & Brannen, 2000).

במחקרים שנערכו בקרב רופאים ציניו חלקם שהם נמנעים מלדווח מכיוון שאינם סומכים על שירותי הרווחה שיטפלו בעניין בדרך יעילה (Borres & Hagg, 2007; Van Haeringen et al., 1998). יתרה מזו, נמצא שרופאים שדיווחו בעבר ולא זכו למענה הולם משירותי הרווחה, נטו לדווח פחות. כמו כן, רופאים ציניו שהשקעת זמן ומאמץ בדיווח, והחשש שמא יזמנו להיעיד בבית משפט גרמו להם לאי דיווח (Bannon & Carter, 2003). עם זאת, ממחקרה של פלהרטי ועמיתיה (Flaherty et al., 2008) עולה כי למרות שרופאים דיווחו על ניסיון קודם שלילי עם שירותי הרווחה, הדבר לא הביא לידי שיעורי דיווח נמוכים. יתרה מכך, רופאים דיווחו כי במקרים של ילדים נפגעים הם דיווחו לשירותים בקהילה, ולו במחיר איבוד הקשר עם המשפחה או המטופל.

לדיווח על ידי רופא עלול להיות מחיר משמעותי. חלק מהמחיר הינו הפגיעה ביחסים עם המשפחה ואף אובדן המשפחה כלקוח. חלק אחר מהמחיר שמשלם הרופא נובע מהצורך להשתתף בתהליכים משפטיים ואחרים הגוזלים זמן יקר מהרופא ומטילים עליו מעמסה רגשית לא קלה. רופאים הערים למחיר הנדרש מהם עלולים לבחור שלא לדווח. הספרות בתחום זה מזהה גורמים נוספים ורבים המהווים חסמים לדיווח הקשורים לאיש המקצוע (כגון ניסיון מקצועי, אמונות, ערכים תרבות), מאפייני המקרה (כגון מידת החזרה על הפגיעה וחומרתה, הסבר ההורים לפגיעה ואמינות), היסטוריה של המטופל והמשפחה) וההקשר הארגוני שבו מתפקד איש המקצוע (מדיניות הארגון, מידת העידוד לדיווח והתמיכה באנשי מקצוע המדווחים) (Bunting et al., 2010; Borres & Hagg, 2007; Jenny et al., 2007; Lane & Dubowitz, 2009).

חלק מהותי מהגורמים לקשיים ומגבלות של רופאים באיתור ילדים בסיכון ובדיווח עליהם נובע מהעדר הכשרה וחינוך מספקים בתחום זה. העדר הכשרת אנשי המקצוע הינו במספר מישורים, החל מהעדר הכשרה בסיסית הקשורה לאבחון ולזיהוי ילדים נפגעים, העדר מיומנות ייחודיות וכשרים ספציפיים ועד לחוסר מידע מספק בכל הקשור לתהליכי הדיווח (Bunting et al., 2010; Kenny & McEachern, 2002). לפי ברקוביץ' (Berkowitz, 2008) חוסר ההכשרה הולמת לאיתור ולזיהוי ילדים נפגעים נעוץ במספר גורמים, המהותי ביניהם הינו חוסר הכשרה מספקת אודות ממצאים רפואיים הקשורים לילדים נפגעים, כולל הכישלון לזהות מקרים קלאסיים של גרימת טראומה. לטענתה, חוסר הכשרה מספקת נובע בעיקר משתי סיבות: מחסור בתוכניות לימודים הולמות והעדר ניסיון קליני. מאמר זה מביא דוגמאות של אבחנה שגויה בטיפול בילדים נפגעי התעללות, משום שהרופאים המטפלים לא הכירו ולא זיהו את הסימנים המחשידים.

דוגמא נוספת להעדר הכשרה הקשורה לאבחון ילדים נפגעים ניתן לראות במחקרם של ג'ני, היימל, ריטזן, ריינארט ואי (Jenny, Hymel, Ritzen, Reinert, & Hay, 1999). במחקר זה תועדו 173 ילדים מתחת לגיל שלוש שהגיעו לבדיקה כתוצאה מפגיעת ראש שנגרמה מאלימות פיזית. ב - 31% מהמקרים לא עלה חשד מצד הרופאים להתעללות, למרות שהיו סימנים מחשידים שאנשי מקצוע מיומנים היו צריכים לזהות. מודעות לקויה לילדים נפגעים מקורה, אפוא, לעיתים, במגבלות של ההכשרה המקצועית (Bannon & Carter, 2003).

מחקרים רבים שנעשו בקרב רופאי ילדים הצביעו על כך שרופאים רבים מודעים למגבלות ההכשרה שלהם ומבקשים הכשרה והדרכה נוספות. רופאים דיווחו על מחסור בהכשרה הולמת לאורך תקופת ההתמחות בעיקר סביב נושאים הקשורים לאיתור ולטיפול בילדים נפגעים פיזית ומינית (Arnold, Spiro, Nichols, & King, 2005; Biehler, Apolo, & Burton, 1996; Dubowitz, 1988; Giardino, Brayden, & Sugarman, 1998; Leder, Emans, Hafler, & Rappaport, 1999; Levi & Brown, 2005). מעבר לכך, רופאים אף דיווחו כי אינם מסוגלים לזהות סימנים מדויקים לפגיעה בקרב ילדים (Kenny & McEachern, 2002). בורס והאג (Borres & Hagg, 2007) מצאו במחקרם כי 49% מהרופאים הביעו צורך בהכשרה ממוקדת סביב איתור סימפטומים המאפיינים ילדים נפגעים. מחקר של וורד ועמיתיו (Ward et al., 2004) העלה ש 92% מהמתמחים ברפואת ילדים ביקשו הכשרה מקצועית נוספת בעיקר סביב איתור ילדים נפגעים מינית, איסוף ראיות משפטיות ומתן עדות בבית המשפט.

חלק נוסף מההכשרה הנדרשת קשורה לרכישת מיומנויות וכשרים ספציפיים המסייע בהתמודדות עם האתגר של זיהוי ילדים נפגעים ועבודה מקצועית עם המשפחה בעקבות הזיהוי. העבודה עם ילדים נפגעים דורשת מיומנות רבה בתחומים שונים כגון בדיקות רפואיות ייעודיות, איסוף מידע על הילד ומשפחתו, התמודדות עם תגובות המשפחה, פיתוח מיומנויות תקשורת, תיעוד הממצאים ויכולת קבלת החלטות (Bannon & Carter, 2003; Wills, Ritchie, & Wilson, 2007).

במחקרן של גלזר וחו (Glasser & Chen, 2006) שנערך בקרב 82 אנשי צוות בבית חולים שיבא דווח כי למעלה מ- 30% מהמשיבים תיארו חוסר נוחות לשוחח עם הילד ומשפחתו על חשד לפגיעה. חוסר הנוחות הוסבר על ידי המשיבים כנובע מהעדר מיומנות מתאימה וחוסר הכשרה הולמת בכל הקשור להתמודדות עם המשפחה סביב נושא הפגיעה. ממצאי מחקר נוספים הצביעו על צורך בהכשרה מסוג זה (Paavilainen, Astedt Kurki, Paunonen-Ilmonen, & Laippala, 2002).

במחקרם של בן יהודה, עטר שוורץ, זיו, ידוב ובנבנישתי (2010) נבחנו מהם הצרכים ותחומי ההכשרה הנדרשים על ידי אחיות ורופאים. ממצאי המחקר העלו את הצורך בהכשרה מעשית של אנשי המקצוע סביב נושאים הקשורים להכרת המערכת המשפחתית של משפחות פוגעות. מעבר לכך, נמצא כי קיים צורך בלמידת מערכת החוקים והנהלים הרלוונטיים לדיווח על התעללות והזנחת ילדים. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרים נוספים (Alvarez, Kenny, 2004; Donohue, & Carpin, 2004) בהם דווח כי אנשי המקצוע אינם מכירים את לשון החוק דיה ואת פרוצדורת הדיווח, דבר שמהווה חסם לדיווח. במחקרם של קיני (Kenny, 2001a, 2001b) ושל קיני ומקאיחרן (Kenny & McEachern, 2002) אף נמצא כי לעיתים אנשי המקצוע מחזיקים בתפיסות מוטעות בכל הקשור לתהליכי דיווח.

מכאן שהעדר הכשרה מספקת מתבטא בעיקר בשלושה תחומים עיקריים: העדר הכשרה בסיסית בכל הקשור לאיתור סימנים מקדימים, העדר מיומנויות תקשורת עם המשפחה והילד והעדר ידע בכל הקשור לחוקים ולתהליכי דיווח. ממצאים אלו מדגישים את החשיבות הרבה שיש להכשרה המקצועית ואת הצורך בהגברת החינוך, הידע והמומחיות סביב איתור, זיהוי ודיווח על ילדים נפגעים (Bannon & Carter, 2003).

בשל המודעות ההולכת וגדלה להכשרה מקצועית כצורך בסיסי לאיתור, זיהוי וטיפול בילדים נפגעים, נערכו מחקרים העוסקים בתרומת הכשרה המקצועית ותוכניות הלימוד השונות לתפקוד אנשי המקצוע בתחום הבריאות, ובפרט בקרב רופאים מתחומים שונים. בר-און (1998) מצא במחקרו כי רופאים שעברו תוכנית הכשרה מיוחדת לזיהוי ילדים נפגעים היו בעלי מיומנות טובה יותר בהבחנה בין התעללות לתאונות אצל ילדים. בנוסף, תוכנית ההכשרה הקנתה לרופאים ידע סביב התקשורת עם המשפחה ויכולת לתפקוד יעיל יותר בעבודת צוות. במחקר נוסף שנערך בניו-זילנד השתתפו כ-700 חברים בצוותים רפואיים שקבלו הכשרה במשך 38 ימים. לאחר ההכשרה נראה כי אנשי הצוות היו יותר בטוחים בזיהוי ובהערכה של ילדים נפגעים. ניכר כי ההכשרה העלתה את רמת הידע ואת תחושת הנוחות (comfort) שלהם סביב זיהוי והתמודדות עם ילדים נפגעי הזנחה והתעללות. יתרה מכך, הצוותים הרפואיים הביעו צורך בהכשרה ובתמיכה מתמדת (Wills, Ritchie, & Willson, 2008).

מחקר נוסף שמצביע על חשיבות ההכשרה בחן לאורך חמש שנים מהם הצרכים של אנשי מערכת הבריאות (רופאים, מתמחים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים) בכל הקשור לילדים נפגעים, ובהתאם לכך ניתנו תוכניות הכשרה. ממצאי המחקר הראו כי ההכשרה הביאה לידי שיפור ניכר בעמדות ובאמונות של אנשי המקצוע בכל הקשור לאיתור ולהתמודדות עם ילדים נפגעים (Agirtan et al., 2009). גם סטארלינג, הייסלר, פאלסון ויומאנס (Starling, Heisler, Paulson, & Youmans, 2009) בחנו את יעילות תוכניות ההכשרה לרופאים העובדים בתחומים שונים. במחקר זה נמצא כי תוכנית ההכשרה של רופאי הילדים סיפקה הכשרה טובה יותר ביחס לתוכניות הכשרה שקבלו רופאים העוסקים ברפואת חדר מיון ורפואת משפחה. מעבר לכך, נמצא כי מתמחים ברפואת ילדים דיווחו על רכישת ידע, על תחושת נוחות טובה יותר ועל הכשרה יעילה יותר ביחס לרופאים בתחומים האחרים.

לסיכום, מחקר זה מתמקד ברופאי משפחה והקשר המקצועי שלהם לסוגיית הפגיעה בילדים. המחקר בוחן את הניסיון שלהם בתחום זה, העמדות והידע שלהם בכל הקשור לדיווח, והצרכים שהם מזוהים להכשרה בסוגיות של איתור, טיפול ודיווח על ילדים נפגעי הזנחה והתעללות.

שיטה מדגם והליך

המחקר מבוסס על ראיונות טלפוניים עם מדגם מקרי של רופאים הנמצאים ברשימת רופאי הילדים בישראל. נעשתה פנייה טלפונית לכל אחד מהרופאים ברשימה. לאחר שנבדק שהמדובר ברופא ילדים הפעיל בתחום זה שאינו בפנסיה בחמש השנים האחרונות, הוצע לרופא להשתתף בסקר טלפוני ותואם עמו זמן מתאים. השאלונים מולאו על ידי המראיין והם מכילים כל פרט אישי מזהה על הרופאים שהשתתפו במחקר.

מתוך הרשימות נעשתה פנייה ל- 393 רופאים שהתאימו להיכלל במדגם. מתוכם 73 (18.6%) סרבו להשתתף, לדברי רובם בעיקר עקב לחצי זמן, 120 (30.5%) הסכימו להשתתף אך לא ניתן היה לתאם אתם זמן מתאים למרות ניסיונות חוזרים, ו- 200 רופאים (שיעור השבה של 50.9% מתוך סך מי שהתאימו להיכלל במדגם) רואיינו. מתוכם למחצית היו לפחות 26 שנות וותק (ממוצע 25.07 וס"ת 11.12). כשליש מתוכם עד גיל 50, שלישי בין 50 ל-60 ושליש נוסף מבוגרים יותר. כמעט חצי מהמשתתפים (43.5%) עובדים בקופות חולים, כ-30% בבתי חולים, וכ-9% במרפאות פרטיות.

כלי המחקר

לא נמצאו בספרות כלים שעוסקים בשאלות המחקר ותוקפו על ידי מפתחי הכלי. משום כך, כלי המחקר היה שאלון מובנה שעצבנו על סמך הספרות המקצועית בתחום והכיל היגדים שנלקחו ממחקרים קודמים שנערכו בעולם (Bannon & Carter, 2003, Lawrence & Brannen, 2000) וכן ממחקר שערכנו בקרב אנשי רפואה בישראל (Ben Yehuda et al., 2010). לכלי המחקר היו מספר מרכיבים:

- א. **רקע** - מאפיינים דמוגרפיים ומקצועיים כגון מגדר, מקום עבודה, וותק וגיל.
- ב. **התנסות** - מספר המקרים שאותם אתרו ועליהם דיווחו במהלך עבודתם המקצועית ומידת ההתנסות שלהם בפעילויות שונות, כגון השתתפות בועדות מקצועיות והופעה בבתי משפט.
- ג. **הכשרה** - מאפייני ההכשרה בתחום של פגיעה בילדים במסגרת לימודי הרפואה, ההתמחות והשתלמויות במהלך העבודה.
- ה. **בעיה חברתית** - הערכתם עד כמה הפגיעה בילדים היא בעיה חברתית חמורה.
- ו. **עמדות וידע לגבי דיווח** - ששה היגדים לגבי מצבים המצדיקים דיווח ו-14 היגדים על התוצאות לדעתם של דיווח על פגיעה בילדים.
- ז. **צורכי הכשרה** - 16 היגדים לגבי צורכי ההכשרה שלהם בתחומים שונים.
- ח. **תפקיד הרופא** - שאלה פתוחה לרופא "באיזו מידה הזנחה והתעללות בילדים היא לדעתך בעיה בריאותית הדורשת מעורבות של רופא הילדים?".

ממצאים

הכשרה והתנסות מקצועית

הרופאים התבקשו לתאר את ההכשרה שקיבלו בשלבים שונים של הקריירה המקצועית שלהם.

לוח 1: התפלגות היקף ההכשרה בתחומי הפגיעה בילדים

מעיקה	בסיסית	כלל לא קיבלתי או מינימאלית	
%	%	%	
2.0	21.5	76.5	לימודי רפואה באוניברסיטה
12.5	49.0	37.5	כחלק מההתמחות
31.5	44.0	24.0	השתלמויות שונות במהלך העבודה

ניתן לראות שכשלושה רבעים מהמשיבים מדווחים שלימודי הרפואה באוניברסיטה לא כללו התייחסות לנושא הפגיעה בילדים (או כללו הכשרה מינימאלית בלבד). כשליש מהרופאים מדווחים שקבלו הכשרה מעמיקה במהלך עבודתם המקצועית, וכ-12.5% קבלו הכשרה זו כחלק מההתמחות שלהם. שיעור נכבד מהמשיבים ציינו שקיבלו הכשרה בסיסית או כחלק מההתמחות או בהשתלמויות שונות במהלך העבודה. בבדיקה נוספת נמצא שלכשליש מהמשיבים (36.5%) הייתה הכשרה מעמיקה במסגרת כלשהי, ולעומת זאת רק ל-13% אין כלל הכשרה או שהיא מינימאלית. כדי לאפיין את מידת ההכשרה שקיבל כל רופא ולבחון השערות באשר לקשר בין ההכשרה לבין עמדות שונות, יצרנו מדד שסיכם את כל הפרטים הקשורים לעומק ההכשרות שקיבל במסגרות השונות.

הרופאים נשאלו על המידה שבה הייתה להם התנסות מקצועית כרופא באירועים של חשד לפגיעה בילדים במשפחה. הובהר שבביטוי פגיעה בילדים הכוונה להזנחה או התעללות פיזית, מינית, רגשית מצד ההורים וקרובי משפחה אחרים.

לוח 2: התפלגות הניסיון המקצועי של הרופאים בנושאים של פגיעה בילדים

יותר	עד 10	עד 5	אף מקרה	
%	%	%	%	
34.2	21.1	38.2	6.5	היה לך חשד להתעללות או הזנחה של ילד/משפחה בטיפולך
26.5	13.0	41.0	19.5	היית שותף לדיון מקצועי (למשל עם רופאים אחרים או עובד סוציאלי) בנושא של ביור חשד לפגיעה בילדים
26.0	14.0	48.5	11.5	דיווחת על חשד לפגיעה בילד לשירותי הרווחה
4.5	5.0	19.0	71.0	דיווחת על חשד לפגיעה בילד למשטרה
0.5	1.5	11.0	87.0	העדת בבית המשפט בנושא הזנחה והתעללות

מלוח 2 ניתן לראות שלרבים מאוד מרופאי הילדים היו מקרים שבהם היה להם חשד להזנחה או התעללות של ילד ומשפחה שבטיפולם: רק ל-6.5% לא היה אף מקרה כזה, לכחמישית היו בין חמישה לעשרה מקרים ולכשליש היו אף יותר מקרים של חשד. מעל ל-80% מהרופאים היו שותפים לדיון מקצועי בתחום זה, ואצל כרבע מהרופאים היו דיונים כאלה על מספר רב של מקרים (יותר מעשרה) במהלך השנה האחרונה.

באשר לדיווח, נמצא ששיעור גבוה מהרופאים דיווח לרשויות הרווחה על חשד לפחות פעם אחת (88.5%), כרבע דיווחו על יותר מעשרה מקרים בשנה האחרונה. שיעור המדווחים למשטרה נמוך באופן משמעותי- רק 29% דיווחו לפחות פעם אחת ורק 4.5% דיווחו על יותר מעשרה מקרים למשטרה. שיעור המעידים בבית המשפט בנושא הזנחה והתעללות היה נמוך בהשוואה לשיעור המדווחים- 13%.

באופן כללי, נראה שהרופאים נוטים לדווח על חשד. בבדיקה שערכנו עולה שרק כ-5% מהרופאים מדווחים שהיה להם חשד ובכל זאת לא דיווחו אף לא פעם אחת לרווחה או למשטרה. מתוך 76 רופאים להם היה חשד בנוגע לילד אחד עד לחמישה ילדים רק 9 (11.8%) לא דיווחו אף לא פעם אחת, ומתוך 110 רופאים שהיה להם חשד ביותר מחמישה מקרים, רק רופא אחד (0.9%) לא דיווח אף לא פעם אחת. עם זאת, המחקר הנוכחי אינו מאפשר לנו לזהות בכמה מקרים בדיוק היה חשד אך לא היה דיווח.

הצדקה לדיווח

שאלנו את הרופאים למידת הסכמתם עם היגדים הנוגעים למצבים המצדיקים דיווח. באופן כללי ההיגדים התייחסו למידה שבה יש צורך בדיווח רק במצבים קיצוניים יותר כגון רק אם יש סימנים חד משמעיים לפגיעה בילד או שיש דפוס מתמשך של פגיעה בילדים.

לוח 3: התפלגות העמדות לגבי המצבים המצדיקים דיווח

לא יודע / לא ענה	לא מסכים	לא כל כך מסכים	די מסכים	מאוד מסכים	
%	%	%	%	%	
8.3	46.8	22.7	11.6	10.6	צריך לדווח רק אם ישנם סימנים חד משמעיים לפגיעה בילד
8.3	5.1	11.6	23.1	51.9	צריך לדווח גם אם החשד לא מבוסס דיו, כדי להבטיח המשך בירור
7.9	62.5	18.1	5.6	6.0	צריך לדווח רק אם ההורים לא משתפים פעולה עם המטפל
8.8	76.9	7.4	3.7	3.2	צריך לדווח רק אם ישנו דפוס מתמשך של פגיעה בילדים
9.3	82.4	5.1	2.8	0.5	צריך לדווח רק אם מדובר בפגיעה רצינית

1 פריט שקודד הפוך בעת חישוב המדד.

מהלוח ניתן ללמוד שרוב הרופאים נוטים להצדיק דווח גם כשהעדויות אינן חד משמעיות, ואינם מסכימים שצריך לדווח רק אם יש דפוס מתמשך של פגיעה בילדים, או רק אם ההורים אינם משתפים פעולה או רק כשהמדובר בפגיעה רצינית. יצרנו מדד המאפיין את המידה שבה הרופא מסכים שיש צורך בעדויות חד משמעיות כדי לדווח (המהימנות הפנימית של המדד היא 0.671). נמצא שהממוצע הוא 3.52 (ס"ת = 0.54), הנמצא בין לא כל כך מסכים ללא מסכים (שרק עדויות חד משמעיות מצדיקות דיווח).

נמצא שהמידה שבה הרופאים חשים שמן הראוי לדווח גם כשהחשד אינו חד משמעי קשורה לניסיון שלהם - ככל שיש להם יותר ניסיון בתחום זה הם מוכנים לדווח גם כשהחשד אינו מבוסס דיו - $p < .001$ ($r = 0.30$).

הצגנו לרופאים שאלה הנוגעת לכללים הנוגעים לדיווח, ושאלנו עד כמה הם מסכימים: 'אם אתה כרופא מאמין שהורים פוגעים בילד שלהם ומדווח על זה למשטרה או לעובד סוציאלי, והם בודקים ומוצאים שזה לא נכון, המשטרה או המשפחה יכולים לתבוע אותך על כך שהאשמת את ההורים לשווא'. זו שאלה דומה לשאלה שהצגנו למדגם מייצג של בוגרים בישראל. אחד הממצאים המעניינים הוא ש-30% לא ידעו להשיב על שאלה זו. זהו שיעור דומה מאוד למה שהתקבל במחקר בקרב מדגם מייצג של אזרחים בוגרים - 29.4%. שיעור המסכימים עם היגד זה (25%) נמוך בהרבה מאשר בקרב הציבור הרחב (47.9%) ושיעור הלא מסכימים עם ההיגד (44.9%) גבוה מאשר בקרב הציבור הרחב (22.7%).

תוצאות הדיווח

הצגנו בפני הרופאים שורה של היגדים הנוגעים לתוצאות אפשריות של דיווח על חשד לפגיעה בילדים. חלק מההיגדים התייחסו לתוצאות אפשריות חיוביות כגון יצירת שיפור משמעותי אצל הילד ומניעת פגיעה בילדים האחרים, וחלק אחר התמקד בתוצאות אפשריות שליליות גם עבור הילד (כגון פגיעה מצד המשפחה) וגם עבור הרופא, כגון עומס רגשי ועומס זמן.

לוח 4: התפלגות ההערכות באשר לתוצאות חיוביות ושליליות של דיווח

מאוד מסכים	די מסכים	לא כל כך מסכים	לא מסכים	לא יודע / לא ענה	
%	%	%	%	%	
26.5	44.5	15.0	8.0	6.0	בדרך כלל הדיווח מונע פגיעה גם בילדים אחרים במשפחה
10.0	35.0	39.0	8.5	7.5	בדרך כלל הדיווח מביא לשיפור משמעותי במצבו של הילד
1.5	13.5	33.5	41.5	10.0	בדרך כלל הדיווח גורם לפגיעה נוספת בילד מצד משפחתו
9.0	24.0	29.0	29.5	8.5	בדרך כלל הדיווח גורם לקשיים רגשיים גדולים לילד
1.0	4.0	20.0	67.5	7.5	בדרך כלל הדיווח גורם לנזק יותר גדול לילד עקב המעורבות של השירותים השונים
2.5	9.5	14.5	71.0	2.5	בדרך כלל הדיווח מיתר כי השירותים החברתיים בלאו הכי לא יטפלו בזה ביעילות
1.0	6.0	12.5	76.0	4.5	בדרך כלל הדיווח לא עוזר לילד, כי במילא אי אפשר לעזור במקרים כאלו
19.5	48.5	16.5	10.0	5.5	בדרך כלל הדיווח פוגע באמון בין הרופא המטפל למשפחה
26.5	45.5	16.0	5.5	6.5	בדרך כלל הדיווח מביא לכך שהמשפחה נמנעת מלהגיע לטיפול אצל הרופא
1.0	4.0	11.5	80.5	3.0	בדרך כלל הדיווח מיתר כי בדרך כלל הרופא יכול לפתור את הבעיה עם המשפחה
20.0	34.0	16.5	27.5	2.0	בדרך כלל הדיווח גורם לעומס זמן רציני אצל הרופא המדווח
29.5	36.5	14.5	16.5	3.0	בדרך כלל הדיווח גורם לעומס רגשי רב אצל הרופא המדווח
6.0	28.0	22.0	32.5	11.5	בדרך כלל הדיווח מסכר את הרופא המדווח בעימותים עם המערכות השונות, כגון בתי משפט
6.5	43.5	30.5	13.5	6.0	בדרך כלל הדיווח מביא לתגובה עוינת או אלימה כלפי הרופא מצד ההורים

מתוך הלוח עולה שבאופן כללי הנטייה של הרופאים היא לראות את הדיווח כחיובי וכמביא לתוצאות חיוביות יותר מאשר שליליות, עבור הילד שיש חשד שנפגע. רק כחמישה אחוז חושבים שהדיווח מיתר כי הרופא יכול לפתור את הבעיה, רק כשבעה אחוז חושבים שהדיווח לא עוזר לילד כי במילא אי אפשר לעזור במקרים כאלה ורק 12% חושבים שהדיווח מיתר כי שירותי הרווחה לא יטפלו בזה ביעילות. לעומת זאת, כ-70% חושבים שדיווח מונע את הפגיעה בילדים אחרים במשפחה, וכ-75% אינם חושבים שדיווח יגרום לפגיעה גדולה יותר בילד.

יחד עם זאת, רבים מהמשיבים מזהים מחירים שמשלמים רופאים המדווחים. כך למשל, כ-68% מהרופאים מסכימים שדיווח פוגע באמון של המשפחה ברופא, 66% מסכימים שדיווח מפעיל עומס רגשי רב על הרופא ו-54% הסכימו שדיווח גורם לעומס זמן רציני אצל הרופא. לא נמצא קשר עקבי בין תפיסת התוצאות לבין הרקע של הרופאים. לסיכום חלק זה בקשנו לבדוק את המודעות של הרופאים לנושא הפגיעה בילדים ולכן הם התבקשו להעריך עד כמה בעיית הפגיעה בילד היא בעיה חמורה. זו שאלה הדומה לשאלה שהצגנו למדגם מייצג בקרב הציבור בישראל (בנבנישתי ושמיד, 2010). לוח 3 מציג את התפלגות התשובות בקרב רופאי הילדים והציבור.

לוח 5: הערכה באיזו מידה פגיעה של הורים בילדים שלהם, היא בעיה חמורה בישראל לפי רופאי ילדים וכלל הציבור

רופאי ילדים	כלל הציבור	
%	%	
0.9	1.7	כלל לא
20.8	12.7	במידה נמוכה
43.5	35.3	במידה בינונית
15.3	21.3	במידה רבה
8.8	20.9	במידה רבה מאוד
10.6	8.0	לא ידוע/מסרב לענות
100.0	100.0	סה"כ

מהלוח עולה שהרופאים נוטים לראות את הבעיה כפחות חמורה מאשר הציבור הרחב - לעומת 20.9% מהציבור שראו אותה כבעיה חמורה במידה רבה מאוד, הרי רק 8.8% מהרופאים חשבו כך ולעומת 14.4% מהציבור שחושב שבעיה זו אינה קיימת או רק במידה נמוכה, השיעור בקרב הרופאים הוא 21.7%.

לא מצאנו שום מאפיין רקע של הרופאים הקשור להערכתם את חומרת הבעיה.

צורכי הכשרה

שאלנו את הרופאים עד כמה הם זקוקים להכשרה נוספת בתחומים שונים.

לוח 6: מידת ההסכמה של הרופאים שהם זקוקים להכשרה נוספת בכל אחד מהנושאים

מסכים לא כלל לא מסכים	לא כל כך מסכים	די מסכים	מאד מסכים	
%	%	%	%	
17.2	11.1	34.3	37.4	להכיר את מערכת החוקים והנהלים הרלבנטית לדיווח על התעללות והזנחת ילדים
20.2	8.1	28.8	42.9	להתמודד עם הורים שמגיבים באופן קשה על החשד נגדם
19.7	9.8	24.4	46.1	לדבר עם ילדים כדי לבדוק חשד שנפגעו
17.9	13.3	28.6	40.3	לזהות ילד שעבר פגיעה מינית במשפחה
20.8	10.7	34.5	34.0	להכיר את עבודתם של חוקרי ילדים
22.7	11.1	35.9	30.3	להכיר את עבודת המשטרה בנושא של ילדים נפגעים
20.9	13.3	26.5	39.3	לדבר עם ההורים כדי לבדוק חשד להזנחה והתעללות
20.7	14.1	32.8	32.3	להכיר את עבודתם של פקידי הסעד המטפלים בילדים שנפגעו
28.2	8.7	24.6	38.5	לעבוד בצוות רב מקצועי במקרים של חשד לפגיעה
23.5	15.3	27.6	33.7	לזהות ילד שהוריו מתעללים בהם רגשית
24.5	17.3	33.7	24.5	להגביר את היכולת שלך להבדיל בין פגיעה מכוונת לתאונה
36.4	10.6	25.3	27.8	לדעת מה לכלול בדיווח על חשד
34.3	18.2	23.7	23.7	לזהות ילד שהוריו מזניחים אותו
44.4	11.6	20.7	23.2	לדעת למי צריך לדווח על חשד
33.3	23.7	22.7	20.2	לדעת מה הן השפעות של הזנחה והתעללות
31.5	29.4	24.4	14.7	להכיר את הסימנים והסימפטומים של אבחנה מבדלת

מתוך הלוח עולה שלשיעור ניכר של הרופאים יש צורכי הכשרה בתחומים רבים. למעשה, כשני שליש מהרופאים מסכימים שיש להם צורכי הכשרה בעשרה תחומים שונים. בין התחומים הבולטים הם:

- להכיר את מערכת החוקים והנהלים הרלבנטית לדיווח על התעללות והזנחת ילדים
- להתמודד עם הורים שמגיבים באופן קשה על החשד נגדם
- לדבר עם ילדים כדי לבדוק חשד שנפגעו
- לזהות ילד שעבר פגיעה מינית במשפחה
- להכיר את עבודתם של חוקרי ילדים
- התחומים שבהם רופאים חשו שהם זקוקים לפחות הכשרה היו:
- לזהות ילד שהוריו מזניחים אותו
- לדעת למי צריך לדווח על חשד
- לדעת מה הן השפעות של הזנחה והתעללות
- להכיר את הסימנים והסימפטומים של אבחנה מבדלת

מצאנו שסך צורכי ההכשרה נמצאו במתאם מובהק עם הניסיון של הרופאים בנושא הפגיעה בילדים - לרופאים שהיו בעלי פחות ניסיון היו יותר צורכי הכשרה ($r = -.30, p < .001$), וכך גם הרופאים שלהם הייתה פחות הכשרה מוקדמת בתחום זה ציינו צורך גדול יותר בהכשרה ($r = .21, p < .01$).

תפקיד הרופא

שאלנו את הרופאים שאלה פתוחה "באיזו מידה הזנחה והתעללות בילדים הינה בעיה בריאותית הדורשת מעורבות של רופא הילדים?". לשאלה זו התקבלו מגוון של תשובות בהן בולטת הסכמה כי במידה רבה הזנחה והתעללות הינה בעיה בריאותית. רבים מהרופאים רואים את עצמם כאחראים לאבחון ראשוני של הילד, וכמחויבים להתערב ולדווח לגורמים בקהילה על חשד לפגיעה במטרה למנוע המשך פגיעה בילד.

לשאלה "האם יש לך עוד הערות או מחשבות נוספות באשר לנושא הזנחה והתעללות בילדים" התקבלו תשובות שונות המשקפות את הרצונות והציפיות של הרופאים בכל הקשור להכשרה ולעבודה מערכתית עם הגורמים בקהילה. מגוון התשובות היה רב וביניהם עלה: הצורך בהכשרה ממוקדת, למידת האבחנה המבדלת בין הזנחה להתעללות, למידת החוק באופן מפורט ורכישת ידע סביב תרבויות שונות בהקשר של פגיעה בילדים. כמו כן עלה הצורך בחידוד הנהלים סביב חובת הדיווח והרצון לעבודה משותפת ומתואמת עם כל גורמי הטיפול בקהילה.

דיון

מחקר זה בחן עד כמה רופאי ילדים נחשפו במהלך עבודתם המקצועית למקרים של חשד לפגיעה בילדים, באיזו מידה הם דיווחו על חשד זה, ומה הן עמדותיהם לגבי דיווח. מהממצאים של הסקר בקרב מדגם מקרי של רופאי הילדים ניתן להתרשם שזיהוי חשד לפגיעה בילדים אינו תופעה נדירה. למעשה, לפחות מעשירית מהרופאים לא היה אף אירוע כזה, ולכשליש מהם היו יותר מעשרה מקרים מעין אלו. ייתרה מזו שיעור גבוה מאוד של הרופאים השתתף בדיון מקצועי בתחום זה (מעל לשלושה רבעים). יחד עם זאת, ניתן להתרשם שיש קבוצת רופאים, בערך כרבע מהם, שבעבודתם הם נחשפים למספר רב של מקרי פגיעה בעוד שישנם כאלו שחשיפתם נמוכה במידה משמעותית. סביר להניח שהניסיון נובע משילוב של עניין אישי של הרופא בנושא זה עם עבודה מקצועית בסביבות שונות, שחלקן חושפות את הרופא ליותר מקרים של חשד.

אחת מהסיבות המרכזיות למחקר הנוכחי נבע מתוך החשש שלרופאי ילדים יש עמדות המביאות לכך שהם נמנעים מדיווח על חשדותיהם. חשש זה מבוסס על הספרות המקצועית הנוטה להצביע על חסמים לדיווח. למשל, מחקרים שנערכו באוסטרליה ובשוודיה הראו שרק חלק קטן ממקרי החשד לפגיעה דווחו (Van Haeringen et al., 1998). גם ניתוח בדיעבד של השתלשלות מקרים בהם הייתה פגיעה קשה (או רצח) ילדים, הראה שהחשד שהיה קיים במקרים רבים לא הביא לדיווח במועד ולפיכך לא נמנעה הפגיעה (Rimsza et al., 2002).

הממצאים שהתקבלו הם שונים באופן משמעותי ממה שהיה צפוי על פי הספרות. רוב רובם של רופאי הילדים במחקר זה דיווחו לרשויות הרלוונטיות על לפחות מקרה אחד של פגיעה וכרבע דיווחו על יותר מעשרה מקרים במהלך השנה האחרונה. מצאנו רק רופאים בודדים שאמרו שזיהו מספר מקרים של חשד ולא דיווחו אף לא פעם אחת. המחקר הנוכחי אינו יכול להצליב תשובות אלו של הרופאים עם דיווחים בפועל, כמו כן אין באפשרותנו לאמוד באיזה אחוז מהמקרים של חשד לא היה דיווח. יחד עם זאת, דברי הרופאים על המידה שבה דיווחו נמצאים בהלימה רבה גם לעמדות החיוביות שאותם הביעו לגבי הצורך בדיווח.

המספרות עולה שלרופאים יש לעתים גישה המצדיקה דיווח רק במקרים שהעדויות הן חד משמעויות, שניתן לזהות דפוס מתמשך של פגיעה או שההורים אינם משתפים פעולה (Flaherty et al., 2008). ייתרה מזו, יש עדויות בספרות על כך שחלק מהרופאים חשדניים לגבי יעילות הטיפול של שירותי הרווחה וסומכים יותר על ההתערבות שלהם ונטוים להימנע מדיווח כדי לטפל בעצמם במקרה (Bunting et al., 2010). התמונה שהתקבלה במחקר הייתה שונה באופן משמעותי - אמנם כחמישית מסכימים שצריך לדווח רק אם ישנם סימנים חד משמעיים לפגיעה בילד, אך כשלושה רבעים אומרים שצריך לדווח גם אם החשד לא מבוסס דיו, כדי להבטיח המשך בירור. למעשה כחמישה אחוזים או פחות הסכימו שיש לדווח רק אם הפגיעה היא רצינית או רק אם יש דפוס מתמשך.

גם ההערכות הנוספות של הרופאים שהשתתפו במחקר הן עקביות עם גישה המחזקת את הצורך בדיווח. הנטייה של הרופאים היא לראות את הדיווח כחיוני וכמביא לתוצאות חיוביות יותר מאשר שליליות, עבור הילד שיש חשד שנפגע. למעשה כשלושה רבעים חושבים שדיווח מונע פגיעה בילדים אחרים ואינו גורם לפגיעה גדולה יותר בילד. פחות מעשרה אחוז חושבים שהדיווח מיותר כי הרופא יכול לפתור את הבעיה, או שהדיווח לא עוזר לילד כי במילא אי אפשר לעזור במקרים כאלה.

מעניינת העובדה שתמיכה רבה כל כך בדיווח, אינה נובעת מכך שהרופאים אינם ערים למחיר שיש לדיווח עבורם. באופן עקבי למדי, הרופאים מסכימים שלדיווח עלול להיות מחיר. כשני שלישי מהם מסכימים שדיווח פוגע באמון של המשפחה ברופא ושהדיווח מפעיל עומס רגשי רב על הרופא. מעל למחצית מהרופאים גם ציינו את סוגיית עומס הזמן על הרופא המדווח. אלו הם עמדות שנמצאו גם אצל רופאים במחקרים אחרים בעולם (למשל, Flaherty et al., 2008). כאמור, עמדות אלה באשר למחיר האישי הן בלתי תלויות, בעמדה הגורסת שהדיווח הוא חשוב לילד ומשום כך יש לדווח. נראה שהמחויבות הראשונה של הרופאים היא לרווחתם ושלומו של הילדים בטיפולם. גם במחקרם של פלהרטי ועמיתיה בארה"ב (Flaherty et al., 2008), רופאים אמרו כי במקרים של ילדים נפגעים הם דיווחו לשירותים בקהילה, ולו במחיר איבוד המשפחה או המטופל.

הכשרה של רופאי הילדים בתחום הפגיעה בילדים והצרכים שלהם בתחום זה היו מוקד מרכזי של המחקר. רצינו לאפיין את ההכשרה שקיבלו ולזהות צרכים לגבי הכשרה בהמשך. ככלל, נראה שעבור מרבית הרופאים ההכשרה במהלך הלימודים הבסיסיים בלימודי הרפואה באוניברסיטה היא מינימאלית. יחד עם זאת, שיעור ניכר מהרופאים קבלו הכשרה נוספת במהלך השנים שעברו מאז לימודיהם. כשליש מהרופאים מדווחים שקיבלו הכשרה מעמיקה בנושא זה ורק ל-13% אין כלל הכשרה או שהיא מינימאלית.

למרות ההכשרה שיש לחלק ניכר מהרופאים, רוב רובם מזהים צורך בהכשרה נוספת בתחומים רבים. חלק מהצרכים הבולטים התייחסו לימוניות הקשורות להתמודדות עם הורים ולשיחה עם ילדים. אלו הם מיומנויות לא פשוטות שהצורך בהדרכה כדי לבצעם כראוי עלה גם במחקר קודם בקרב אנשי רפואה בישראל (Ben Yehuda et al., 2010). נראה שכדאי להקנות מיומנויות מסוג זה אי אפשר להסתפק בהרצאות פרונטאליות, וחיוני ליצור אפשרויות לתרגול, סימולציה וקבלת משוב. הניסיון המצטבר בתחום של סימולציות רפואיות מצביע על היעילות שלהם (Ziv et al., 2006). אולם, ככל הידוע לנו, טרם נערכו הדרכות של רופאים שהמוקד שלהם הוא בקידום המיומנויות שלהם בתשאול ילדים ובהתמודדות עם תגובות קשות של הורים. יש מקום לשקול הזדמנויות להדרכות מעין אלו, שיתמקדו בהקניית מיומנויות ובתרגולם בסביבה מובנת המעניקה משוב יעיל להמשך למידה.

בנוסף, נראה שיש מקום גם להכשרה המשלבת אנשי מקצוע אחרים העוסקים בתחום של הפגיעה בילדים, כגון אנשי משפט וחוקרי ילדים. החשיבות של עבודה רב-מקצועית בתחום זה ידועה ומתועדת. אולם, במציאות נתקלים אנשי המקצוע לא אחת בקשיים בשיתוף במידע ובעבודה משולבת למענם של ילדים שיש חשד שנפגעו. משום כך, יש לראות במפגשי ההדרכה גם הזדמנות להיכרות הדדית של גופי המקצוע השונים, ולא רק הדרכה לרופאים או לעובדים סוציאליים. מן הראוי למצוא מסגרות הדרכה שישלבו אנשי מקצוע ממספר תחומים שילמדו ביחד זה מזה וזה על זה.

מהממצאים של המחקר עולה, שכל תכנון של מענה לצורכי הדרכה של רופאי ילדים חייב להתחשב בשונות הגדולה בניסיון שיש להם בתחום זה ובהקשר המקצועי שבו הם מתפקדים. מצאנו שיש מספר ניכר של רופאים שלהם התנסויות רבות בזיהוי ילדים בחשד ובדיווח עליהם, לעומת קבוצה אחרת שניסיונה והכשרתה מועטים. כמו כן, מצאנו שסך צורכי ההכשרה נמצאו במתאם מובהק עם הניסיון של הרופאים בנושא הפגיעה בילדים, משמע לרופאים שהיו בעלי פחות ניסיון היו יותר צורכי הכשרה, וכך גם הרופאים שלהם הייתה פחות הכשרה מוקדמת בתחום זה ציינו יותר צורכי הכשרה (אם כי גם המנוסים העלו צרכים להכשרה).

שונות זו בקרב הרופאים חשובה, משום שהיא מצביעה על כך שיש לזהות יעדים שונים להתערבות ולהדרכה, בהתאם לקבוצה שאליה משתייך רופא הילדים. כפי שעולה גם מהחלקים האחרים בשאלון, יש קשר עקבי בין עומק הניסיון שיש לרופא לבין עמדותיו וצרכיו. המחקר הנוכחי אינו מאפשר לזהות את המאפיינים הבולטים של רופאים או של קריירות

מקצועיות החושפות את רופאי הילדים באופן דיפרנציאלי למקרים של פגיעה. מן הראוי להמשיך ולבחון סוגיה זו, כדי לפלח את קבוצת רופאי הילדים בדרכים שיאפשרו לעצב עבור כל קבוצה התערבויות הדרכתיות שונות. כבר בשלב זה ברור שיש מקום לזהות קבוצה של רופאי ילדים שלהם מעט מאוד הכשרה בתחום זה, ושייתכן שעקב אופי מקום העבודה שלהם אינם נחשפים למקרים של פגיעה בילדים (או שבמקומות אלו אין מודעות לתופעה זו ולכן הם אינם מזהים אותם) ולקדם את ההכשרה הבסיסית שלהם. כמו כן, יש מקום לאתר אנשי מקצוע בעלי רקע עמוק יותר בתחום זה ולבחון את האפשרות לקדם חלק מהמיומנויות הלא-רפואיות שלהם, העשויות להשפיע על מידת האפקטיביות שלהם בדיבוב ילדים ובעבודה מול הורים הנסערים מהחשד שמא פגעו בילדם.

לסיכום, התמונה המתקבלת מתגובות רופאי הילדים באשר לזיהוי ולדיווח היא מעודדת. נראה שהרופאים ערים לצורך בדיווח, מדווחים, לפחות במידה מסוימת, למרות שהם מודעים למחירים שהם עלולים לשלם. מגוון ועומק ההתנסויות של הרופאים הפועלים בשטח מחייב מציאת פתרונות הדרכתיים דיפרנציאליים, ביניהם כאלה שידיגשו את האופי האינטרדיסציפלינארי של עבודה במקרים של פגיעה בילדים, וכאלה שידיגשו את המיומנויות הבינאישיות הלא רפואיות של רופאים אלו.

מקורות

- Agirtan, C. A., Akar, T., Akbas, S., Akdur, R., Aydin, C., Aytar, G., et al. (2009). Establishment of interdisciplinary child protection teams in Turkey 2002–2006: Identifying the strongest link can make a difference! *Child Abuse & Neglect*, 33, 247–255.
- Alvarez, K. M., Kenny, M. C., Donohue, B., & Carpin, K. M. (2004). Why are professionals failing to initiate mandated reports of child maltreatment, and are there any empirically based training programs to assist professionals in the reporting process? *Aggression and Violent Behavior*, 9, 563–578.
- Arnold, D. H., Spiro, D. M., Nichols, M. H., & King, W. D. (2005). Availability and perceived competence of pediatricians to serve as child protection team medical consultants: A survey of practicing pediatricians. *Southern Medical Journal*, 98, 423–428.
- Bannon, M. J., & Carter, Y. H. (2003). Paediatricians and child protection: the need for effective education and training. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 560–562.
- Bar-On, M. (1998). Teaching residents about child abuse and neglect. *Academic Medicine*, 73, 573–574.
- Ben Yehuda, Y., Attar-Schwartz, S., Ziv, A., Jedwab, M., & Benbenishty, R. (2010). Child Abuse and Neglect: Reporting by Health Professionals and their Need for Training. *Israel Medical Association Journal*, 12, 598–602.
- Bensley, L., Simmons, K. W., Ruggles, D., Putvin, T., Harris, C., Allen, M., et al. (2004). Community responses and perceived barriers to responding to child maltreatment. *Journal of Community Health*, 29, 141–153.
- Berkowitz, C. D. (2008). The paradigm child abuse recognition and reporting: supports and resources for changing. *Pediatrics*, 122, 510–513.
- Biehler, J. L., Apolo, J., & Burton, L. (1996). Views of pediatric emergency fellows and fellowship directors concerning training experiences in child abuse and neglect. *Pediatric Emergency Care*, 12, 365–369.
- Borres, M. P., & Hagg, A. (2007). Child abuse study among Swedish physicians and medical students. *Pediatrics International*, 49, 177–182.
- Bunting, L., Lazenbatt, A., & Wallace, I. (2010). Information Sharing and Reporting Systems in the UK and Ireland: Professional Barriers to Reporting Child Maltreatment Concerns. *Child Abuse Review*, 19, 187–202.
- Dubowitz, H. (1998). Children's responses to the medical evaluation for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 22, 581–584.
- Erickson, M. F., & Egeland, B., (2002). Child neglect. In J. E., Myers, L., Berliner, Briere, J., C. T. Hendrix, Jenny, C., & Reid, T. A. (Eds.). *Handbook of child maltreatment* (2nd Ed.) (pp. 3–20). Thousand Oaks,

Cal.: Sage.

Flaherty, E. G., Sege, R. D., Griffith, J., Price, L. L., Wasserman, R., Slora, E., et al. (2008). From suspicion of physical child abuse to reporting: Primary care clinician decision-making. *Pediatrics*, 122, 611-619.

Foreman T, Bernet W. (2000). A misunderstanding regarding the duty to report suspected abuse. *Child Maltreat*, 5, 190-196.

Giardino, A. P., Brayden, R. M., & Sugarman, J. M. (1998). Residency training in child sexual abuse evaluation. *Child Abuse & Neglect*, 22, 331-336.

Giovannoni, J. (1989). Substantiated and unsubstantiated reports of child maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 11, 299-318.

Glasser, S., & Chen, W. (2006). Survey of a pediatric hospital staff regarding cases of suspected child abuse and neglect. *Israel Medical Association Journal*, 8, 179-183.

Gofin, R., Levav, I., & Kohn, R. (2004). Attitudes and opinions on corporal punishment among urban Israeli Jews. *Israel JOURNAL of Psychiatry and Related Sciences*, 41, 90-97.

Gracia, E., & Herrero, J. (2008a). Is it considered violence? The acceptability of physical punishment of children in Europe. *Journal of Marriage and Family*, 70, 210-217.

Gracia, E., & Herrero, J. (2008b). Beliefs in the necessity of corporal punishment of children and public. *Child Abuse & Neglect*, 32, 1058-1062.

Jenny, C., Christina, C. W., Hibbard, R. A., Kellogg, N. D., Spivack, B. S., Stirling, J., et al. (2007). Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, 119, 1232-1241.

Jenny, C., Hymel, K. P., Ritzen, A., Reinert, S. E., & Hay, T. C. (1999). Analysis of missed cases of abusive head trauma. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 281, 621-626.

Kenny M, McEachern A. (2002). Reporting suspected child abuse: A pilot comparison of middle and high school counselors and principals. *Journal of Child Sexual Abuse*, 11, 5-75.

Kenny, M. C. (2001a). Child abuse reporting: teachers' perceived deterrents. *Child Abuse & Neglect*, 25, 81-92.

Kenny, M. C. (2001b). Compliance with mandated child abuse reporting: Comparing physician and teachers. *Journal of Offender Rehabilitation*, 34, 9-23.

Lagerberg, D. (2001). A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. I. Characteristics of the nurses. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1583-1601.

Lane, W. G., & Dubowitz, H. (2009). Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: Do we need child abuse experts? *Child Abuse & Neglect*, 33, 76-83.

- Lau, J. T. F., Liu, J. L. Y., Yu, A., & Wong, C. K. (1999). Conceptualization, reporting and underreporting of child abuse in Hong Kong. *Child Abuse & Neglect*, 23, 1159-1174.
- Lawrence, L. L., & Brannen, S. J. (2000). The impact of physician training on child maltreatment reporting: A multi-specialty study. *Military Medicine*, 165, 607-611.
- Lazenbatt, A., & Freeman, R. (2006). Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary healthcare professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 227-236.
- Lazenbatt A, Russell M, Freeman R, Marcenus W. (2004). Child physical abuse: health professionals' perceptions, diagnosis and responses. *British Journal of Community Nursing*, 9, 291-298.
- Leder, M. R., Emans, S. J., Hafler, J. P., & Rappaport, L. A. (1999). Addressing sexual abuse in the primary care setting. *Pediatrics*, 104, 270-275.
- Levi, B. H., & Brown, G. (2005). Reasonable suspicion: A study of Pennsylvania pediatricians regarding child abuse. *Pediatrics*, 116, E5-E12.
- Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P., Paunonen-Ilmonen, M., & Laippala, P. (2002). Caring for maltreated children: a challenge for health care education. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 551-557.
- Rimsza, M. E., Schackner, R. A., Bowen, K. A., & Marshall, W. (2002). Can child deaths be prevented? The Arizona Child Fatality Review Program experience. *Pediatrics*, 110.
- Schmid, H., & Benbenishty, R. (in press). Public attitudes toward child maltreatment in Israel: Implications for policy. *Children and Youth Service Review*.
- Shor, R. (1998). Pediatricians in Israel: Factors which affect the diagnosis and reporting of maltreated children. *Child Abuse & Neglect*, 22, 143-153.
- Sorenson, S. B., & Peterson, J. G. (1994). Traumatic child death and documented maltreatment history, Los-Angeles. *American Journal of Public Health*, 84, 623-627.
- Starling, S. P., Heisler, K. W., Paulson, J. F., & Youmans, E. (2009). Child Abuse Training and Knowledge: A National Survey of Emergency Medicine, Family Medicine, and Pediatric Residents and Program Directors. *Pediatrics*, 123, E595-E602.
- Theodore, A. D., & Runyan, D. K. (2006). A survey of pediatricians' attitudes and experiences with court in cases of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 30, 1353-1363.
- Van Haeringen, A. R., Dadds, M., & Armstrong, K. L. (1998). The child abuse lottery - Will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22, 159-169.
- Ward, M. G. K., Bennett, S., Plint, A. C., King, W. J., Jabbour, M., & Gaboury, I. (2004). Child protection: a neglected area of pediatric residency training. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1113-1122.

Wills, R., Ritchie, M., & Wilson, M. (2008). Improving detection and quality of assessment of child abuse and partner abuse is achievable with a formal organisational change approach. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 44, 92–98.

Ziv, A., Erez, D., Munz, Y., Vardi, A., Barsuk, D., Levine, I., et al. (2006). The Israel Center for Medical Simulation: A paradigm for cultural change in medical education. *Academic Medicine*, 81, 1091–1097.



מכון חרוב (ע"ר)
The Haruv Institute (R.A.)

מכון חרוב (ע"ר): רח' קרן היסוד 38, ירושלים 92149
טל: 077-5150300, פקס: 077-5150304
מיסודה של קרן שוסטרמן - ישראל (ע"ר)

www.haruv.org.il