

פגיעה מינית והשלכותיה במערכת הבריאות

ד"ר שיר דפנה-תקוע, ד"ר הילה לייבוביץ-דיאמנט
וד"ר אנה פדואה

פיזיולוגים ולתסמינים נפשיים, כאחד. רוב הפגיעות המיניות מתרחשות בתקופת הילדות וההתבגרות, ועם זאת השפעת הפגיעה אינה מסתיימת בזמן הילדות אלא נמשכת לאורך כל החיים.⁷ פגיעה מינית היא אירוע טראומטי ביו-פסיכופיזיולוגי⁸ המהווה נטל משמעותי על הגוף.⁹ נטל זה גורם לרמה גבוהה של דחק ועוררות ממושכים על המערכת הפיזיולוגית, משפיע על חוזק המערכת החיסונית, ולאורך זמן אף עלול להשפיע על התפרצות מחלות אקוטיות ועל התפתחות מחלות כרוניות במהלך החיים. הספרות המקצועית מתארת את האופן שבו גורמת פגיעה מינית לעומס על המערכת הפיזיולוגית והנפשית כאחד כ-Toxic Stress.¹⁰

פגיעה מינית ובריאות במעגל החיים

פגיעה מינית בילדות היא פגיעה בגוף ובנפש של הילד/ה הנפגעת, ומהווה גורם לחץ בעל מאפיינים טראומטיים החושפים את הנפגע או את הנפגעת לטווח רחב של השפעות ראשוניות ומתמשכות.¹¹ הספרות המחקרית מתארת קשרים בין פגיעה מינית בילדות להתפתחות מחלות כרוניות מסוימות,¹² אשר ביניהן ניתן למצוא הפרעות במערכת העיכול,¹³ סוכרת,¹⁴ סרטן,¹⁵ כאב כרוני,¹⁶ וכן בעיות בתחום הגניקולוגיה, סימפטומים של מצוקה נפשית

בשלושת העשורים האחרונים, גוברת ההכרה הציבורית בתופעת הפגיעה המינית בילדות כבעיה חברתית רחבת היקף בישראל ובעולם כולו. עמה, גדלה תשומת הלב המחקרית להשלכות הפגיעה על בריאותם הפיזית והנפשית של קורבנותיה.¹ שיעורי הפגיעה המינית בילדות מוערכים בכ-25%-45% בקרב נשים וכ-15%-30% בקרב גברים.²

על-פי נתונים אלו, שרובם דיווחים רטרוספקטיביים - כלומר, בגירות ובגירים שדיווחו על היסטוריה של פגיעה מינית בילדותם, אחת מכל ארבע נשים ואחד מכל שישה גברים חוו פגיעה מינית בתקופת הילדות וההתבגרות.³ מיזם טריאנה^{4,5} שנערך בישראל בשנים 2011-2014, בדק 12,035 ילדים ובני נוער מגיל 12 ועד גיל 17. במחקר נשאלו הילדים והילדות, ישירות, על סוג ועל מידת האלימות כלפיהם ונמצא כי אחוזי הפגיעה המינית בישראל כמעט זהים בקרב נערים ובקרב נערות. מחקרים אפידמיולוגיים נוספים מצביעים על כך שתופעת הפגיעה המינית בילדות מתרחשת בכל שכבות האוכלוסייה ללא הבדלי דת, תרבות, לאום, מעמד חברתי, רמת השכלה או רמת הכנסה.

פגיעה מינית מוגדרת על ידי DSM-V⁶ כאירוע טראומטי אשר עלול לגרום לתסמינים

בארץ ובעולם מתמודדות עם ההשלכות הכלכליות של הטיפול בחולים של נפגעים ושל נפגעות במהלך החיים.^{23,27}

נפגעי ונפגעות טראומה, מביעים מנעד רחב ומשתנה של תלונות גופניות וסימפטומים של מצוקה רגשית, אשר מצריכים תשומת לב רפואית ומשאבים מערכתיים רבים.^{28,29} על אף הקשר המובהק בין פגיעה מינית למחלות מסוימות, לעיתים קרובות מגיע הבריור הרפואי לכדי מיצוי כאשר נמצא כי החולי והתלונות הגופניות אינם מתאימים לאבחנה של מחלה מוכרת.³⁰ במקרים כאלו, מאובחנים המטופלות והמטופלים בהפרעת ביטוי גוף - סומטיזציה, ללא ממצא אורגני. הפרעה זו מוגדרת ב- DSM-V כקיום סימפטומים גופניים שגורמים לחרדה או להפרעה בתפקוד היומיומי וכוללים בין היתר מחשבות, רגשות והתנהגויות שנובעים מן המצב הנפשי. הספרות הקיימת על נפגעי ונפגעות פגיעה מינית בילדות מתארת דיווחים על ביטויים פיזיים ללא ממצא אורגני כגון: התקפים הדומים להתקפים אפילפטיים, כאבים בזמן במתן שתן, קושי בבליעה, רגישות לריחות ולטעמים, חוסר תחושה בחלקי גוף ועוד. בנוסף, מדווחים נפגעים ונפגעות על סימפטומים של מצוקה נפשית כגון: דיכאון, סימפטומים פוסט טראומתיים, הפרעות שינה וניסיונות אובדניים, הפרעות חרדה, פגיעה עצמית והתמכרות לסמים ולאכזוהול, כשהפגיעה עלולה גם להוות טריגר להתפרצות מחלות נפש בקרב מתבגרים ומתבגרות.³¹

המחקר מתעד גם קשר חזק בין טראומה מינית לדיסוציאציה. מנגנון הדיסוציאציה, אשר מופעל כתגובה לטריגרים כרוניים או מצטברים של טראומה, משמש להפחתת רמת החרדה במהלך הטראומה ולאחריה. דיסוציאציה עשויה להתבטא בסימפטומים פסיכולוגיים או בביטויים גופניים, כאשר הביטוי הגופני של דיסוציאציה מוגדר כ"דיסוציאציה סומטית".

ופיזית במהלך ההיריון והלידה, הריון בסיכון גבוה ולידות מכשירניות.^{17,18} בנוסף, שורדי ושורדות פגיעה מינית בילדות מדווחים על בעיות בתפקוד המיני.^{19,20}

תחום שבו השלכות הפגיעה המינית בתקופת הילדות ניכרות במיוחד הוא הפרעות אכילה: כיום, ידוע ששיעור ניכר מהנשים הסובלות מהפרעות אכילה עברו פגיעות מיניות בילדות, כאשר מחקרים מסוימים מצאו ששיעורן מגיע ל-80%.²¹ הרעבה עצמית ובולמיה משמשות כאסטרטגיית התמודדות עם הקשיים שנגרמים לנפגעות התעללות מינית בילדות, בהם הערכה עצמית נמוכה, אשמה, שנאה עצמית, חוסר אונים והיעדר שליטה.²² הענישה העצמית, המגולמת בהפרעות האכילה, נועדה לשכך תחושות אלו.

ברוב מסגרות הטיפול המסונפות למערך בריאות הנפש, לא מתבצעת הפרדה בין נשים לגברים, וברובן גם אין אגפים ופרוטוקולים מיוחדים עבור נשים וגברים עם היסטוריה של פגיעה מינית.²³ מסגרות אלו יוצרות ניתוק מהזולת, ובמקרים רבים נכפית בהן האכילה על המטופלות באמצעים כמו זונדה, קשירה וענישה, כאשר הטיפול מותנה בקבלת איסורים והגבלות חמורים. התערבות זו נוטלת מהמטופלות את כוחן ואת תחושת השליטה שלהן, הפגועה בלאו הכי, ולכן אינה מסייעת בהחלמתן. לעתים, צורות התערבות אלו אף משחזרות את הטראומה, ועלולות לדרדר את מצבן הנפשי והגופני של המטופלות הללו. הידע המחקרי, העוסק בהשפעות ארוכות טווח של פגיעה מינית, מעלה כי נפגעים ונפגעות עושים שימוש תכוף יותר בשירותי בריאות מאשר האוכלוסייה הכללית. שיעורי הפניה לרופא המטפל בשל סומטיזציה או דיכאון גבוהים יותר.²⁴ בנוסף מספר הפניות למר"ד (רפואה דחופה) וכן אשפוזים של נפגעות גבוה מזה שבכלל האוכלוסייה.^{25,26} מערכות הבריאות

נפגעי ונפגעות תקיפה מינית בשרותי הבריאות, קיימת גם תופעה של הימנעות מטיפול רפואי (Noncompliance). הימנעות זאת יכולה להתבטא גם בסירוב לנטול תרופות, על כל המשתמע מכך; נפגעות מדווחות גם על קושי בביצוע בדיקה עצמית לגילוי גוש בשד, וקיימת בקרבן גם הימנעות מבדיקת סקר לסרטן צוואר הרחם - PAP SMEAR, המובילה לחוסר אבחון מוקדם של סרטן צוואר הרחם.²⁶

כפי שנסקר לעיל, שיעור הנפגעים והנפגעות באוכלוסייה הכללית גבוה ביותר, ובמהלך החיים הבוגרים מתאפיינת אוכלוסיית הנפגעים בהזדקקות רבה מן הממוצע לשרותי מערכת הבריאות. מנגד, בדיקה, אשפוז או ניתוח עלולים ליצור מציאות הנתפסת כחזרה של הנפגעות/ת למצב תלתי ותחושת חוסר אונים של הגוף. במצב זה, עלולה להיפגע יכולת השיפוט לגבי הצורך האובייקטיבי בבקשת עזרה מהצוות הרפואי, בניוד, בשיכון כאבים, בשימוש בתרופות להשראת שינה וכדומה. מצב זה יכול לעכב את תהליך ההחלמה ולגרום לאשפוזים ממושכים ולא אפקטיביים.

שימוש בשירותים רפואיים לנפגעי ולנפגעות תקיפה מינית בישראל

ככל אזרחי ואזרחיות מדינת ישראל, נפגעי ונפגעות תקיפה מינית משתמשים במערכת הבריאות לכל אורך מעגל החיים. עם עליית המודעות להשלכות הבריאותיות של פגיעה מינית, עולה הצורך להתמודד עם הצרכים הייחודיים של נפגעות ושל נפגעים גם באופן מערכתי. כיום, תשומת הלב המערכתית מופנית לקטינים ולחסרי ישע. בשנים האחרונות הוכשרו, ביוזמת משרד הבריאות, רופאים/ות, אחים/ות ועובדים/ות סוציאליים/ות לנושא פגיעה מינית בקטינים והוקמו מרכזי הערכה רפואית לילדים ולילדות נפגעים.

על הצוות הרפואי להכיר בכך שבהליכים רפואיים רבים מתקיימים תרחישים שעשויים להוות טריגר להצפת זיכרונות הפגיעה או לחוויות של חוסר שליטה.³² נפרט דוגמאות של מקרים בהם הבדיקה הרפואית, הטיפול הרפואי או הסיטואציה הרפואית יכולים להיתפס כחוסר שליטה, חוסר אונים או מצב משפיל ומאיים עבור נפגעות ונפגעים ובכך להפוך לטראומה מחודשת: בדיקה בתנוחה דומה לזו שהייתה בזמן התקיפה ובפרט בדיקה גניקולוגית, קשירת הידיים במהלך ניתוח, שכיבה או ישיבה כאשר הדמות הסמכותית, הרופא/ה או האח/ות, רוכנת מעל, החדרת עירווי נזולים, שימוש בג'ל (בעיקר מחומם) לצורך בדיקת US, הסרת הבגדים בחדר בדיקה או נעילת הדלת. באופן ספציפי, בתחומי רפואת שיניים ורפואת אף אוזן גרון נוצר קושי בבדיקה שכן, פעמים רבות, האזורים הנבדקים במסגרת זו מתקשרים לפגיעה ויוצרים טריגר.

מצבים כאלה יכולים להתקשר באופן ישיר לתקיפה ובעלי פוטנציאל לרה-טרומטיזציה. חלק מהנפגעות ומהנפגעים יעדיפו שלא לחוות שוב תחושה של חוסר שליטה על הגוף, ולכן יימענו מבדיקות אלה אף במחיר הזנחת הבריאות.³³ ההימנעות מבדיקות, הדיסוציאציה וההיענות הנמוכה לטיפול מפורשים על-ידי הצוות הרפואי כחוסר רצון לשתוף פעולה, מגדילים את הפער ואת חוסר ההבנה בין הצוות הרפואי לנפגע. ובכך לא נותנים מענה ראוי ומתאים למטופל/ת ומחליטים עבורו/ה, מכורח הנסיבות, החלטות שאינן נכונות עבורו/ה. חלק גדול מהתופעות הללו, במפגש בין נפגעי ונפגעות תקיפה מינית לגורמים רפואיים, נובע מכך שהמודעות אינה מספקת ונכון להיום, רוב אנשי הצוות הרפואי בישראל אינם מתשאלים באופן שגרתי על היסטוריה של פגיעה מינית כחלק מהתשאול הרפואי.

בשל כך, במקביל לשימוש הממוצע הנרחב של

כחלק ממערך ייעודי לטיפול בנפגעי ובנפגעות תקיפה מינית יש צורך בהעלאת מודעות, בלימוד ובחינוך של צוותים רפואיים להתייחסות לאירועים טראומטיים של אלימות ופגיעה בעברם של המטופלים ושל המטופלות ונטילת אנמנזה רפואית מקיפה בהתייחס לאירועים אלו כחלק מהחולי שלהם ושהן, לכן קיימת חשיבות עליונה להטמעת התכנים הללו בכל מוסדות הסיעוד, הרפואה והפרא-רפואה בישראל: החל בלימודים האקדמאים, דרך ההכשרה המקצועית וכלה בלימודי ההמשך. במקביל, יש להקים צוותים רב-מקצועיים רחבים הכוללים צוותים של רופאים/ות, אחים/ות סיעודיים ועובדים/ות סוציאליים/ות אשר יקבלו הכשרה מיוחדת לטיפול בנפגעות ובנפגעים ויספקו לאוכלוסיית מטופלים זו טיפול ייעודי בתוך מערכת הבריאות.

באופן ספציפי, נדרש מערך לטיפול מותאם בנפגעות תקיפה מינית הסובלות מהפרעות אכילה, אשר חרף המודעות לשיעורן הגבוה, אינו קיים עדיין. עקרונות הטיפול המותאם מתבססים על השבת הכוח לנפגעות, הפחתת בידודן וצמצום סיטואציות הגורמות לתחושה של חוסר ישע על-ידי הגדלת טווח הבחירה הנתון בידיהן. קיימת חשיבות רבה לשילוב הידע מתחום הטיפול בפגיעות מיניות בטיפול בהפרעות אכילה, כדי לאפשר למטופלות טיפול יעיל ומתאים, ולצמצם את פוטנציאל הנזק מהטיפול עצמו. נוסף על הצורך בשינוי תפיסת הטיפול בנשים נפגעות במערך בריאות הנפש הקיים, רצוי לפתוח מסגרות אשפוז בקהילה בפריסה ארצית, אשר יהוו את האפשרות המועדפת לאשפוז עבור נפגעות הסובלות מהפרעות אכילה, ויקטינו את הצורך לאשפוז במוסדות פסיכיאטריים.

חשוב לבנות סביבת טיפול רפואי בטוחה מכילה ומוגנת הן מבחינה פיזית והן מבחינה רגשית עבור הנפגעים והנפגעות, ובכלל זאת

אולם מערכת הבריאות בישראל, בדומה לרוב מערכות הבריאות בעולם, אינה מותאמת להתמודדות עם הצרכים הרפואיים המיוחדים של הנפגעים והנפגעות בשלבי החיים המאוחרים יותר: בגרות, בהריון ובלידה, בגילאי המעבר ובזקנה. מאחר ששיעור הנפגעים והנפגעות באוכלוסייה הוא גבוה, יש צורך בהקמת מערך מיוחד לטיפול נפשי ופיזי בנשים ובגברים שחוו טראומות של פגיעה מינית בילדות. הסיבות להקמת מערך כזה הן רבות: כפי שפירטנו בחלק הקודם, אוכלוסייה זו נזקקת יותר מן הממוצע לשירותי מערכת הבריאות, עלולה לסבול מקשיים וממצוקות במהלך בדיקות וטיפולים רפואיים ואף לחוות הליכים רפואיים מסוימים כטראומה מחודשת.

התנאי הבסיסי ביותר להענקת טיפול מותאם הוא הכרה וידע אודות הטיפול בנפגעות ובנפגעים ואולם, רוב אנשי ונשות הצוות הרפואי בישראל אינם נוהגים לשאול על היסטוריה של פגיעה מינית כחלק מהתשאול הרפואי השגורתי. מחקרים שבדקו מדוע נמנע הצוות הרפואי מתשאול בנושא, מצאו כי לרוב הקושי נובע מחשש לקבל תשובה חיובית אודות פגיעה מינית ומחוסר ידיעה או הבנה לגבי המשך הטיפול.²⁴ הימנעות זו משדרת למטופלות ולמטופלים חוסר לגיטימציה לחשוף את היסטורית הפגיעה ואף ויוצרת תחושת השתקה מצד הצוות הרפואי ומערכת הבריאות.

לעתים קרובות, בשל היעדר ידע מוקדם, תלונות סומטיות או סימפטומים של דיסוציאציה סומטית אינם מובנים ומטופלים בהתאם לרקע ההיסטוריה הטראומתית. כתוצאה מכך, הסבל הפיזי לא זוכה למזור, המטופלים והמטופלות ממשיכים לצרוך שירותי בריאות ללא מענה מותאם, מתווסף נטל בלתי נחוץ על שירותי הבריאות וההזדמנות לאנמנזה מקיפה ולהתאמת הטיפול הרפואי והנפשי המיטבי למטופל או למטופלת מוחמצת.

דגש על הנגשתו בכל רחבי הארץ. כמו כן, כחלק מהרפורמה בבריאות הנפש, יש צורך להקצות, בכל מרפאה, צוות מומחה לטיפול בנפגעי ובנפגעות תקיפה מינית בילדות ובבגרות. מומלץ להקים צוותים יעודים אשר יוכשרו לטיפול רפואי בנפגעי ובנפגעות תקיפה מינית ובנוסף לכך, רצוי להציג בחדרי ההמתנה במרפאות ובחדרי המיון דפי מידע, כתבות ואף סרטוני הסברה המתייחסים לתהליך הרפואי הצפוי ובכך להקל על המטופלות ולהעניק להן תחושת שליטה במהלך ההליך הרפואי. כמו כן, יש צורך בשיתופי פעולה בין מערכת הבריאות ובין גופים אחרים בעלי מומחיות בטיפול בשורדות ובשורדים כגון מרכזי הסיוע, גורמי הרווחה ועוד.

שיר דפנה-תקוע (Ph.D) בית הספר לעבודה סוציאלית מכללה אקדמית אשקלון, שירות לעבודה סוציאלית מרכז רפואי קפלן.

הילה לייבוביץ-דיאמנט (MD) חטיבת נשים ויולדות, מרכז רפואי קפלן.

אנה פדואה (MD) חטיבת נשים ויולדות, מרכז רפואי יצחק שמיר, קמפוס אסף הרופא.

לאפשר למטופלת לבקש נוכחות של אדם קרוב בעת האנמנזה או הבדיקה. להימנע משאלות ומבדיקות מיותרות שאינן רלוונטיות או חיוניות לטיפול או לאבחנה ובעיקר להימנע משאלות בזמן הבדיקה הגופנית על מיטת הבדיקה. לפני ביצוע בדיקה גופנית רצוי כי אשת הצוות הרפואי תסביר למטופלת אודות הבדיקה: תציג את הסיבה לבדיקה, תתאר את הליך הבדיקה ותציג את הצידוד שישמש בזמן הבדיקה. פרטים אלה יקלו על המטופלת ויאפשרו לה שליטה והתאמת ציפיות. בנוסף, יש להציע, במידת האפשר, תנוחה אלטרנטיבית לבדיקה, הגבהה של מיטת הבדיקה כדי שהמטופלת תוכל לצפות במתרחש ולחוש בשליטה ובבדיקות מסוימות, כגון בדיקות גניקולוגיות, המצריכות מכשור ניתן להציע למטופלת לסייע בהליך.

כמו כן, ניתן לשאול מראש את המטופלת, האם יש משהו שיקשה או יקל עליה לעבור את הבדיקה וכן מומלץ להזכיר לה כי ניתן להפסיק את הבדיקה בכל רגע.

השירות לטיפול בנפגעים ובנפגעות בילדותם צריך להיות מוצע לציבור גם בקופות החולים ובמרפאות החוץ בבתי החולים, תוך שימת