



משרד הבריאות



מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות

קולן של נשים נפגעות אלימות: תפיסותיהן את הטיפול בהן בבית-החולים

דבורה איציק ♦ זהר לביא-סהר
משרד הבריאות

אירית אלרועי ♦ רויטל גרוס
מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל

תמצית מחקר

רקע

בשנת 1999 אושרה ותוקצבה על-ידי הממשלה תכנית ארצית ייחודית לאיתור, זיהוי וטיפול בנשים נפגעות אלימות במשפחה באמצעות מערכת הבריאות.

החל משנת 2000, התכנית מופעלת במגזרי הבריאות השונים: בבתי-החולים, בקהילה, ובתחנות טיפת חלב. מטרתה של התכנית בבתי-החולים בהן היא מופעלת, היא להגדיל את שיעור האיתור של נשים נפגעות אלימות על-ידי צוות בית-החולים, ולתת להן טיפול ראשוני על-ידי פגישה עם עובדת סוציאלית שהוכשרה לנושא. במסגרת טיפול זה העובדת הסוציאלית גם מכינה עם האשה תכנית שחרור והפניה לטיפול המשך במסגרות שירות בקהילה, בהתאם לרצון האישה. כמו-כן, כשבועיים לאחר שחרורה של האישה מבית-החולים העובדת הסוציאלית יוצרת עמה קשר כדי לברר האם היא מיישמת את התכנית והאם היא זקוקה לעזרה כדי ליישמה.

משרד הבריאות ביקש ממכון ברוקדייל לבדוק באמצעות פנייה ישירה למדגם נשים, כיצד הן תופסות את ההתערבות הטיפולית בבית-החולים, בכלל, ואת תרומת שיחת המעקב, בפרט.

שיטת המחקר

אוכלוסיית המחקר כללה נשים שנפגעו מאלימות בן-זוגן, שאותרו וטופלו בבתי-חולים כלליים בישראל, קיבלו שירותי עבודה סוציאלית במהלך שהותן בבית-החולים, והסכימו להשתתף במחקר.

בתקופת המחקר עובדות סוציאליות טיפלו ב-401 נשים ב-13 בתי-החולים בהם התקיימה התכנית. משיקולים אתיים, נעשה גיוס הנשים למחקר אך ורק על-ידי העובדות הסוציאליות שפנו לנשים וביקשו את הסכמתן. אוכלוסיית המחקר כללה 208 נשים שנשאלו והסכימו להשתתף במחקר. מתוכן רואיינו 151 נשים, ושיעור ההיענות היה 73%. הראיונות נערכו טלפונית במהלך החודשים יוני 2004-דצמבר 2005. נערכה השוואה בין מאפייני הנשים שרואיינו (151 נשים) לבין מאפייני הנשים שהשתתפו בתכנית אך לא רואיינו, כדי לאמוד את השלכות חוסר הכיסוי המלא של אוכלוסיית היעד. בהשוואה בין שתי הקבוצות לא נמצאו הבדלים מובהקים במשתני הרקע ובמאפייני הפגיעה.

עם זאת, יכולת ההכללה של הממצאים לכלל המשתתפות בתכנית מוגבלת, מאחר שייתכן כי הן שונות מהמרואיינות במאפיינים שלא נמדדו. למרות מגבלה זו, חשיבות המחקר היא בכך שהוא מציג, לראשונה, את נקודת המבט של נפגעות האלימות עצמן לגבי הטיפול שקיבלו כשפנו לבית-החולים. תפיסותיהן מספקות תובנות ייחודיות שיסייעו למשרד הבריאות ולבתי-החולים לשפר את הטיפול בקבוצה זו, שקולה נשמע לראשונה.

ממצאים עיקריים

המאפיינים העיקריים של הנשים שרואיינו הם: 68% הן בגילים שבין 18-39, 68% בעלות השכלה תיכונית ופחות, 68% לא עובדות או עקרות בית. כמחציתן (48%) יהודיות (27% עולות), ו-52% ערביות. כשני-שלישים מהנשים נשואות, וכשלושה-רבעים מהן אמהות לילדים. חמישים ואחד אחוזים דירגו את בריאותן כבינונית עד גרועה, ו-80% דיווחו על רמת דיכאון גבוהה.

ברוב המקרים (92%) סוג הפגיעה שדווחה היא פיזית, והיא דורגה כחומרת פגיעה קלה (77%). ב-60% דווח כי סוג הפגיעה היא נפשית, כאשר ניתן היה לסמן יותר מסוג פגיעה אחת.

מן הנתונים עולה כי כ-32% מהנשים דיווחו כי הן הסתירו את הבעיה עד שפנו לבית-החולים, וכי שיעור נמוך של הנשים נמצאות בקשר עם השירותים המטפלים.

באופן כללי עולה כי הנשים מרוצות מהטיפול הרפואי לו זכו. רוב הנשים (69%) רואות בתשואל על אלימות חלק מתפקידן של הצוות הרפואי, והיו מרוצות במידה רבה או רבה מאוד (54%) מכך שהצוות הרפואי שאל אותן בנוגע לאלימות כלפיהן. כשהנשים נשאלו אם יש צורך לחייב את צוות בית-החולים (רופא, אחות ועו"ס) לדווח למשטרה על מקרה האלימות מבלי לשאול את הנפגעת, התשובות היו חצויות, כאשר 47% מהנשים טענו שיש לחייב את הצוות הרפואי לדווח.

שיעורים גבוהים של הנשים דיווחו על שביעות רצון גבוהה מהטיפול של העובדת הסוציאלית. המרואיינות דיווחו כי "מידה רבה" או "רבה מאוד": הרגישו נוח לדבר עם העובדת הסוציאלית על אירוע האלימות (84%), העובדת הסוציאלית נתנה להן יחס טוב (94%), באמת דאגה להן (94%), הקדישה להן מספיק זמן באופן אישי (90%), ענתה על כל השאלות שלהן (78%), שיתפה את הנפגעת בהחלטות (79%), וידאה שהבינו את האפשרויות שהוצגו להמשך טיפול בבעיה (91%), והתעניינה לגבי מצבם של הילדים (82%). שיעור נמוך יחסית של הנשים (39%) דיווחו כי השיחה עם העובדת הסוציאלית עוררה אצלן תקוות שניתן לשנות את המצב. בסך-הכל, 62% מהמרואיינות דיווחו שקיבלו מהעובדת הסוציאלית את הסיוע שרצו ב"מידה רבה" או "רבה מאוד".

במסגרת הטיפול של העובדת הסוציאלית בנפגעת, כלולה גם הכנה, בשיתוף האישה, של תכנית להמשך קבלת טיפול לאחר השחרור מבית-החולים, ובעיקר הפניה לשירותים בקהילה, וכן שיחת מעקב עם האישה לאחר שחרורה כדי לבדוק מה מצבה ולברר אם יישמה את תכנית המשך הטיפול. כמחצית מהנשים (54%) ראו את תכנית הטיפול שהוכנה עמן כמתאימה להן, רצו לבצעה (63%), והרגישו שהן מסוגלות לבצעה (60%) ב"מידה רבה" או "רבה מאוד". חמישים וחמישה אחוזים מהנשים דיווחו כי יישמו את התכנית ב"מידה רבה" או רבה מאוד". מן הנתונים עולה כי בנוסף לתחושות החיוביות (אני לא לבד, הרגשה טובה, למישהו אכפת ממני) שעלו אצל האישה בעקבות שיחת המעקב, שיחה זו נתפסת על-ידי הנשים כמשמעותית להמשך ביצועה של תכנית הטיפול; 50% מהמרואיינות ציינו כי שיחת המעקב סייעה להן להמשיך ולבצע את התכנית.

מן הנתונים עולה כי ברוב הנושאים יותר ממחצית מהנשים מדווחות כי תכנית הטיפול תרמה להן רבות וכי הן מרגישות יותר מסוגלות להתמודד עם בעיית האלימות, בהשוואה לעבר. בהתאם לכך, שיעור גבוה יחסית מדווחות על שיפור לעומת העבר בשלושה נושאים: מוטיבציה לטפל בבעיה (73%), מסוגלות לפנות לעזרה לקבלת עזרה (60%), ומסוגלות לספר לאנשי מקצוע על בעיית האלימות (60%).

סיכום וכיוונים לשיפור התכנית

ניתן לסכם ולומר כי מנקודת המבט של הנשים שרואיינו במחקר זה ניכר שלתכנית האיתור והטיפול בנשים נפגעות אלימות הפונות לבתי-החולים יש תרומות משמעותיות לרווחת הנשים. כמו-כן עולה כי שיחת מעקב עם העובדת הסוציאלית לאחר השחרור מבית-החולים מהווה מרכיב חשוב המסייע למחצית מהנשים להמשיך את יישום תכנית הטיפול שעיקרה שמירת הקשר עם השירותים בקהילה.

עם זאת, ממצאי המחקר הצביעו גם על היבטים של התכנית שניתן להמשיך ולשפר על מנת לענות בצורה טובה יותר על הצרכים השונים של הנשים נפגעות האלימות. שכן, בין שליש למחצית מהנשים לא דיווחו על שביעות רצון גבוהה ממספר היבטים של הטיפול שקיבלו. כמו-כן, יש מקום לבחון באיזו מידה הטיפול הניתן בבית-החולים עונה על הצרכים של נשים מרקע תרבותי שונה, זאת משום שמן הממצאים עולה כי הנשים היהודיות עשו יותר שימוש מהערביות במידע שניתן להן ואף דיווחו על תרומה רבה יותר של הטיפול שקיבלו, אם כי הערביות היו מרוצות יותר מהיבטים אחרים של הטיפול, כגון מתחושות הנוחות שביחה עם העובדת הסוציאלית. בעקבות כך ייתכן כי יעלה הצורך בליבון הנושא עם העובדות הסוציאליות, ובהכנת תכניות טיפול שונות המותאמות לנפגעות אלימות מקבוצות האוכלוסייה השונות. בנוסף, חשוב לבחון את התאמת התכנית לצרכים של נשים במצבים שונים, שכן נמצא כי נשים הנמצאות במעגל האלימות מעל שנה נוטות יותר לבצע את תכנית הטיפול מנשים שמצויות באלימות פחות משנה. לבסוף, חשוב לבחון את מודל הטיפול בבית-החולים, בעיקר את ההיבט הנוגע למתן עזרה אינסטרומנטלית לנפגעת (עזרה כלכלית, עזרה סיעודית), והאופן שבו תכנית המשך הטיפול מותאמת למצבה של האישה.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
1	1.1 אלימות כלפי נשים ומערכת הבריאות
4	1.2 תכנית משרד הבריאות לטיפול בנשים נפגעות אלימות בבת-חולים
4	1.3 מטרות המחקר וחשיבותו
5	2. שיטת המחקר
5	2.1 המדגם ואוכלוסיית המחקר
7	2.2 כלי המחקר ואיסוף הנתונים
8	2.3 אופן ניתוח הנתונים
8	3. ממצאים
8	3.1 מאפייני הנשים שרואיינו במחקר
10	3.2 מאפייני האלימות
11	3.3 פעילות הנפגעת עד לפנייה לבית-החולים וקשר עם שירותי הרווחה
12	3.4 תפיסות הנשים בנוגע למאפייני תופעת האלימות
12	3.5 הטיפול באישה על-ידי הצוות הרפואי
13	3.6 תפיסת האישה את תפקיד הצוות הרפואי (רופא ואחות)
14	3.7 דיווח על האלימות למשטרה
14	3.8 הערכת האישה את הטיפול של העובדת הסוציאלית בבית-החולים
17	3.9 הערכת תכנית הטיפול
19	3.10 הערכת שיחת המעקב
20	3.11 תרומות נתפסות של התכנית על-ידי האישה
23	4. סיכום ודיון
24	4.1 מאפייני הנשים שטופלו והיערכות בית-החולים למתן מענה
25	4.2 הטיפול באישה על-ידי הצוות הרפואי
25	4.3 דיווח וחובת דיווח על פגיעת אלימות למשטרה
26	4.4 הערכת הטיפול של העובדת הסוציאלית
27	4.5 הערכת תכנית הטיפול ושיחת המעקב עם העובדת הסוציאלית
28	4.6 תרומות נתפסות של התכנית
28	4.7 סיכום
29	ביבליוגרפיה
31	נספח א : השוואה בין המרואיינות במחקר לבין משתתפות התכנית שלא רואיינו
34	נספח ב' : תוצאות ניתוח רב-משתני

רשימת לוחות

- 9 לוח 1 : מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של הנשים
- 11 לוח 2 : מאפייני הפגיעה
- 12 לוח 3 : תפיסות הנשים בנוגע למאפייני תופעת האלימות (אחוז הנשים העונות "מסכימה מאוד")
- 13 לוח 4 : התייחסות הצוות הרפואי (רופא, אחות)
- 14 לוח 5 : דיווח האישה על הטיפול של העובדים הסוציאליים בבית-חולים
- 16 לוח 6 : הערכת הטיפול של העובדת הסוציאלית
- 18 לוח 7 : הערכת תכנית הטיפול
- 20 לוח 8 : הערכת שיחת המעקב
- 21 לוח 9 : תרומות נתפסות של התכנית
- 22 לוח 10 : השפעת התכנית על מסוגלות נתפסת

רשימת לוחות בנספחים

נספח א

- 32 לוח א-1 : השוואה בין הנפל למרואיינות

נספח ב

- לוח ב-1 : משתנים הקשורים בהסתרת בעיית האלימות עד למפגש עם עובדת סוציאלית בבית-החולים
- 34
- לוח ב-2 : משתנים הקשורים ברצון לבצע את תכנית הטיפול על-ידי האישה
- 34
- לוח ב-3 : משתנים הקשורים בביצוע תכנית הטיפול על-ידי האישה
- 35
- לוח ב-4 : משתנים הקשורים בתחושה כי הטיפול תרם לאישה במידה רבה
- 35
- לוח ב-5 : משתנים הקשורים בתחושת מסוגלות גבוהה
- 36