

פדיטון

Pediton



ירחון החברה הישראלית
לרפואת ילדים בקהילת (חיפ"א)
ההסתדרות הרפואית בישראל



יצרנית משפחת אנפמיל,
נוטרמיגן, ופרג'סטימיל.
1-800-22-6470

**החברה הישראלית לרפואה אמבולטורית
מרכינה ראש ואבלה על מותו בטרם עת
של פרופ' ג'סטין פסוול,**
אחד מעמודי התווך של רפואת הילדים בישראל.
אנו משתתפים באבלה הכבד של המשפחה. חיפ"א משתתף גם באבלו של בית
החולים ע"ש אדמונד ולילי ספרא לילדים בתל השומר
שפרופ' פסוול היה מהוגיו ומקימיו.

דבר העורך
שלום,

מוגש לכם פדיטון יוני, שהוא האחרון בעריכתו. אני מעביר את עט העורך לדר' יאיר בר דוד, ומעתה אשמש כחבר פעיל במערכת. מספר עקרונות הנחו אותי בבחירת החומר לכל חודשון.

1. תקצירים ומאמרי סקירה המבוססים על עבודות שבוצעו בישראל או נכתבו על ידי רופאים ובעלי מקצוע ישראלים.
 2. בחינת מוסכמות ואף ערעור עליהן באמצעות מאמרים/רפואה מבוססי עבודות (EBM) או פרקטיקה (EBP).
 3. מאבק חסר פשרות, באמצעות מאמרים מבוססים כיאות, בשיטות טיפול שאינן מבוססות, אינן רפואיות ושעלולות להזיק לילדים.
 4. עידוד הרפואה המונעת על כל היבטיה ומאבק בהתנגדות הלא מבוססת.
 5. בחינת השימוש המופרז באנטיביוטיקה ועידוד להימנע ממנה - על סמך מידע אמין ומבוסס. אני מקווה שהצלחתי בכל אלה.
- אני מודה לוועד חיפ"א שנתן לי את האפשרות לעשות את כל אלה, ולמערכת הפדיטון ובעיקר לפרופ' משה ברנט שהתנדב לעזור בעריכה ועשה זאת בחן ומקצועיות שהיו לעילא ולעילא. תודה גם לכל מי שתרמו מאמרים ותקצירים, לבתי הדפוס ולחברת ההפצה. תודה מיוחדת לחברת מיד ג'ונסון ולשרון נציגתה הבלתי נלאית, שבזכותם החודשון קיים.

אני מאחל הצלחה לדר' בר דוד ולרפואת הילדים האמבולטורית בישראל.

שאינו בשל דיו עלול הגירוי לגרום לתגובה דלקתית ולדימום. מטרת המחקר הייתה לבדוק את המהלך הפרוספקטיבי של דימום רקטלי בתינוקות יונקים, וההשפעה של החשיפה לחלב פרה ולחיידיק המעיים.

שיטות: במחקר השתתפו 40 תינוקות מגיל שבוע ועד שנה, שאושפזו עקב דימום רקטלי שנצפה בעין, ואשר לא חייב התערבות כירורגית. בקבוצת הביקורת נכללו 64 תינוקות בריאים, בני אותו גיל. התינוקות ניזונו מחלב אם, חלב אם ותוספת פורמולה, או הזנה מפורמולה בלבד. התינוקות נבדקו על ידי אותם הרופאים חודש לאחר הופעת הדימום הרקטלי ובגיל שנה. מכל משתתף ומתינוקות

דימום רקטלי בתקופת הינקות: בירור קליני, אלרגי ומיקרוביולוגי

רקע: דימום רקטלי, סימן מדאיג המחייב המשך בירור, מהווה סיבה ל-0.3% מההפניות לחדר מיון ילדים בכל הגילאים. בתינוקות יונקים, ההסבר העיקרי הינו הגירוי האנטגיני הנרחב לו נחשף המעי הצעיר שאינו בשל (על ידי מזון, וירוסים, חיידקים). המעי הבוגר מסוגל להתמודד עם כל אלה, אך במעי

המערכת:
ד"ר דני מירון, ד"ר שמואל גור
פרופ' משה ברנט

משתתפים:
מ. שטיין
צ. גרוסמן

כתובת המערכת:
מחלקת ילדים א'
מרכז רפואי העמק, עפולה 18101
טלפון: 04-6494316/216
דוא"ל: miron_da@clalit.org.il



לכל סימפטום
פתרון עם יתרון



1800-22-64-70

על נסיון הזנה חוזר בפורמולות חלביות לאחר הפסקת הזנה בחלב פרה והיעלמות הסימפטומים, כדי לצמצם את השיעור של האבחנות השגויות (positive false). בתינוקות עם יציאות דמיות נמצא ריכוז נמוך של ביפיודוקטריה יחסית לאלה של התינוקות הבריאים ויתכן שממצא זה תרם לרגישות המעי ולדימומים.

הערות העורכים: מדובר במחקר בו בוצע בירור מעמיק מאוד לסיבת הדימום הרקטלי. מסקנת החוקרים היא שאחוז הסובלים מאלרגיה לחלב הינו נמוך מהמקובל לאור הניסיון החוזר לחשיפה לחלב פרה. עם זאת, יש לזכור שבמחקר נכללו רק תינוקות ללא סיבות אורגניות אחרות לדימום רקטלי. לכן, בכל מקרה של דם מן החלחלות יש לשלול גם סיבות כירורגיות ואחרות לדימום.

Arvola T et al. Rectal Bleeding in Infancy: Clinical, Allergological, and Microbiological Examination. Pediatrics 2006; 117: 760-768

היו יציאות ריריות או דמיות, כאבי בטן והקאות. רק תינוק אחד סבל מאנמיה משמעותית ונזקק לעירוי דם ותוספת ברזל. ב-23 תינוקות הדימום נמשך יותר משבועיים (מוצע 6 ימים). במרבית המקרים היה קרוב משפחה מדרגה ראשונה שסבל מתופעות אטופיות. ב-38% נצפתה דרמטיטיס אטופית. במרבית המקרים הבירור האלרגי היה שלילי.

בבדיקה קולונוסקופית נצפתה אדמיות מוקדית במעי הגס ב-51% מהחולים שבהם נערכה הבדיקה. כיבים ברירית המעי נצפו ב-33% מן הביופסיות, ודלקת ואאזינופיליה ב-23% מהן. הימנעות מחלב פרה הפחיתה את מס' ימי הדימום הרקטלי בתינוקות שאובחנו כסובלים מאלרגיה לחלב פרה. תרבויות צואה לחידקים היו שליליות - למעט מקרה אחד שבו צמח קמפילובקטר פילורי. בתינוקות עם יציאות דמיות נמצא ריכוז נמוך של ביפיודוקטריה יחסית לאלה של התינוקות הבריאים. בגיל שנה, 7 תינוקות סבלו מאלרגיה לחלב פרה, ו-5 מאלרגיות למס' מזונות. דרמטיטיס אטופית וממצאים קולונוסקופיים דלקתיים היו קשורים לאלרגיה לחלב פרה בגיל שנה.

מסקנות: הסיבה העיקרית לדימום רקטלי בגיל התינוקות הינה אלרגיה לחלב פרה. החוקרים ממליצים

בקבוצת הביקורת נלקחו דגימות דם (ספירת דם, שקיעת דם, CRP, אלבומין, נתרן ואשלגן), ודגימת צואה (תרבות, וירוסים וכן anti-trypsin 39/21 מתוך 40 התינוקות עם דימום רקטלי עברו קולונוסקופיה ונלקחו ביופסיות מרירית המעי.

בכל ביקור נערכה בדיקה לנוכחות דרמטיטיס אטופית וחומרמה. בתחילת המחקר ובסימום נלקחו דגימות דם לרמת IgE כללית וספציפית לחלב, ביצה ודגנים. חודש אחרי תחילת המחקר נעשו תבחני עור לחלב פרה, ביצה ודגנים. אבחנה של אלרגיה לחלבון חלב פרה נקבעה בשתי דרכים: 1. היעלמות הדימום הרקטלי והדרמטיטיס לאחר הפסקת החשיפה לחלב פרה והופעתם שוב בעקבות חשיפה מחודשת. 2. הופעת סימפטומים חשודים לאלרגיה לחלב פרה שעברו אבחון באשפוז. על מנת להעריך את השפעת השינוי בתזונה, התינוקות שסבלו מדימום רקטלי חולקו באקראי לשתי קבוצות: לראשונה הופסק מתן פרומולה על בסיס חלב פרה (במקום הפרומולה הם קיבלו פרומולה ללא חלבון הפרה) למשך חודש ואח"כ הם הוחזרו לפרומולה הקודמת. לקבוצה השנייה לא שונתה התזונה.

תוצאות: 55% מהתינוקות שסבלו מדימום רקטלי היו זכרים. משך הדימום היה 1-50 (ממוצע 10 ימים) סרם האשפוז, ובנוסף לדימום התלונות השכיחות

כצפוי, בשליש מהילדים שסבלו מדלקת מפרקים נמצא ANA חיובי, אך גם ב-17% מחולי הלויקמיה. LDH היה גבוה ב-78% מחולי הלויקמיה וב-38% מחולי דלקת הפרקים. לכן, שתי בדיקות אלה לא סייעו בהבחנה בין שתי המחלות. רמת Uric acid נלקחה רק במקרים מעטים בילדים שאובחנו כסובלים מדלקת פרקים, ולכן לא ניתן היה להשוות בין שתי הקבוצות. 80% מחולי דלקת המפרקים ו-69% מחולי הלויקמיה עברו בדיקת הדמיה כבר במפגש הראשון. דלדול עצם ותפליט ריאתי נמצא בשתי הקבוצות במידה שווה. בחולי לויקמיה נמצאו גם ממצאים אבחנותיים אחרים.

מסקנות: בשלבים המוקדמים של לויקמיה, משטח הדם לא תמיד אבחנתי. לכן, השילוב של הממצאים ההמטולוגיים הנ"ל וכאבים ליליים מחשידים לכיוון של ממאירות ומחייבים המשך בירור המטולוגי אונקולוגי עוד טרם הפנייה ליעוץ ראוטולוגי.

הערות המערכת: אחת הבעיות השכיחות ברפואה הראשונית הינה ההחלטה על איזה בירור לערוך ומה דחיפות ההפנייה למרפאת מומחים ילדים הסובלים מתסמינים מפרקיים. מחקר זה, המתבסס על בדיקה גופנית וספירת דם, מקל על קבלת ההחלטות ומידת דחיפות ההפניה להמשך בירור וטיפול. Olcay Y et al. A Multicenter Case-Control Study on Predictive Factors Distinguishing Childhood Leukemia From Juvenile Rheumatoid Arthritis. Pediatrics 2006;117:840-844

מהביקור הראשון בתיקיהם של ילדים שנבדקו במרפאה הראוטולוגית לפני התחלת טיפול. נסקרו הנתונים בתיקיהם של ילדים שכבר אובחנו כסובלים מדלקת מפרקים ראוטואידית, או מלויקמיה בעת ביצוע המחקר. השאלון שנשלח לרופאים כלל מס' שאלות על התלונות (כאבי מפרקים ליליים), ממצאים במפרקים בבדיקה גופנית, תשובות מעבדה בסיסיות, ANA חיובי, מספר תסויות בתחום התקין הנמוך (150-250000), מס' תאי דם לבנים נמוך מ-4000 לממ"ק והמוגלובין נמוך מ-11 גר/דל', רמות מעל הנורמה של LDH ו Uric acid, וממצאי הדמיה.

תוצאות: התקבלו נתונים על 71 ילדים חולי ALL ו-206 ילדים עם דלקת מפרקים ראוטואידית. כאב לילי נמצא רק ב-17% מחולי דלקת המפרקים בהשוואה ל-65% מחולי הלויקמיה. רק ל-25% מהילדים עם לויקמיה נמצאו תאים אבחנותיים (blast cells) במשטח הדם בבדיקה הראשונה. שלושת הפקטורים המחשידים ביותר לאבחנה של לויקמיה היו: משטח הדם תקין, כאבים ליליים שהעירו את הילד משנתו, מס' תאי הדם הלבנים נמוך ומס' תסויות בתחום התקין נמוך. השילוב של לממאירות, ושילוב של כאב לילי ושני ערכים המטולוגיים נמוכים היה אבחנתי עם רגישות 100% וספציפיות 85%. נתון זה בלט יותר בקבוצת הילדים חולי הלויקמיה עם משטח דם תקין (46% לעומת 28%, הבדל כמעט משמעותי סטטיסטית).

גורמים להבחנה בין דלקת מפרקים ראומטואידית (דמ"ר) ללויקמיה

מחקר רב מרכזי בנושא

רקע: שיעור ההיארעות השנתי של דמ"ר הינו 2-20/100,000 ילדים. האבחנה מתבססת על קריטריונים אבחנותיים ועל שלילה של אבחנות אחרות, כגון זיהומים ומחלות ממאירות. מאחר שאין בנמצא בדיקה אבחנתית ספציפית לדמ"ר, האבחנה הסופית מתבססת על אנמיה, בדיקה גופנית, ובדיקות מעבדה והדמיה. 15-30% ממקרי הלויקמיה בילדים, ובעיקר ALL, עלולים להתבטא בתחילה בסימפטומים של המערכת הגרמית-שרירית ולחקות סימפטומים של דלקת מפרקים. במקרים אלה, השינויים בתמונת הדם הינם מינימאליים או אף אינם קיימים. אבחנה שגויה גורמת לדחיית הטיפול ולהתקדמות המחלה הממארת.

שיטות: במחקר רב מרכזי זה נבדקו הנתונים



לכל סימפטום פתרון עם יתרון

בחסות
MeadJohnson
Nutritional
פרמהבסט

1800-22-64-70

סטרואידים בשיאוך בתינוקות

הגיעה העת לבחינה מחודשת

שתי עבודות הבוחנות את מקומם של הסטרואידים בטיפול בתינוקות מצפצפים התפרסמו לאחרונה ב-NEJM. יצוין, שכבר בשנת 2000 פרסם ה-NEJM את תוצאות ה-CAMP study, מחקר שבדק את ההשפעות ארוכות הטווח של טיפול מונע פעמיים ביום בסטרואידים בשיאוף (בבדוזונייד), בילדים בגילאי בית ספר עם אסטמה קלה עד בינונית. המחקר הראה שהטיפול אכן הביא לשליטה טובה על תסמיני וסימני האסטמה, אך לא השפיע על המהלך הטבעי של המחלה. מספר חדשים אחרי הפסקת הטיפול במשאים המצב הבסיסי של מחלת האסטמה חזר לקדמותו. הועלו אז טענות כנגד עורכי המחקר, שאילו הוחל בטיפול מוקדם יותר מגיל בית הספר, או אז ניתן היה לראות שיפור גם במהלך הטבעי של המחלה.

הפרמטרים הללו לא היה הבדל בין שתי קבוצות הטיפול. מסקנת החוקרים היא שלטיפול אינטרמיטנטי בסטרואידים אצל תינוקות מצפצפים אין אפקט מיטיב על התסמינים וגם לא על הקטנת המעבר למצב של אסטמה פרסיסטנטית.

הערת המערכת: דומה ששתי העבודות הללו צריכות להביא את כלולו לבחינה מחודשת של הטיפול בסטרואידים בשיאוף בשנים הראשונות לחיים. מדובר בתרופות רבות-עוצמה, שקיים לגביהן חשש, ולו מזערי, של פגיעה בקצב הצמיחה. כעת, לראשונה, יש בידינו נתונים המעמידים בסימן שאלה גדול את יעילותן של התרופות הללו - הן כטיפול והן כמניעה - בגיל הצעיר מאד. יש צורך מידי לחדד את ההתוויות ולמנוע מצב של שימוש יתר ומיותר. באחרונה ניתן אזתרומידין לטיפול באסתמה להזכירכם אין Ebm לכך והתרופה גם אינה רשומה להתוויה זו.

העבודה הראשונה ניסתה לבחון בדיוק את השאלה הזו. 285 ילדים מצפצפים בגילאי שנתיים-שלוש, עם גורמי סיכון להתפתחות אסטמה בעתיד (מפורט במאמר), חולקו לשתי קבוצות. קבוצה אחת קיבלה במשך שנתיים פלוטיקוזון 88 מיקרוגרם פעמיים ביום, וקבוצה אחרת פלצבו לאותו פרק זמן. לאחר תום שנתיים של התערבות, נערך מעקב לאורכה של שנה נוספת, ובמהלך שנה זו נבחנו התסמינים של אסטמה. התוצאות הראו שלא היה הבדל משמעותי בין שתי הקבוצות מבחינה זו, מה שמוכיח את הטענה שלסטרואידים אין השפעה מיטיבה על המהלך הטבעי של המחלה - גם אם מתחילים טיפול מונע בהם בגיל מוקדם. תוצאות נוספות, שמאשרות את שהוכח כבר במחקר ה-CAMP היו, שבמהלך השנתיים של הטיפול השליטה בתסמינים הייתה טובה יותר בקבוצת המטופלים, אף כי נצפתה האטה קלה בצמיחה אחרי שנתיים של טיפול, אך זו חלפה ברובה בתום שלוש השנים.

עבודה נוספת בחנה האם טיפול בסטרואידים בשיאוף במהלך כל אירוע אקוטי של סימפטומים (טיפול אינטרמיטנטי) עשוי להקטין את מידת המעבר של תינוקות מצפצפים למצב של אסטמה קבועה. לצורך זה, 411 תינוקות בריאים בני חודש חולקו לשתי קבוצות: אחת קיבלה בכל צפוף קורס של בודזונייד 400 מק"ג ליום למשך שבועיים, החל מהיום השלישי להופעתו, ואחת קיבלה פלצבו. המחקר נמשך 3 שנים והפרמטרים שנבחנו היו שיעור הסימנים והתסמינים לאורך, שיעור המעבר לשלב של persistent asthma, וקצב הצמיחה. בכל

Guilbert TW et al. Long-Term Inhaled Corticosteroids in Preschool Children at High Risk for Asthma. New Eng J Med 2006 (May); 354:1985-1997.

Bisgaard H, et al. Intermittent Inhaled Corticosteroids in Infants with Episodic Wheezing. New Eng J Med 2006 (May); 354:1998-2005.

פגיעה מינית בילדים: קוים מנחים לאיתור וזיהוי

אסף בן-ליש ושי שורר

התוכנית להכשרת מטפלים
בטראומה נפשית (M.A.), בית
הספר לעבודה סוציאלית,
אוניברסיטת חיפה.

פגיעה מינית בילד (פג"י) מוגדרת ככל פעילות מינית שמעורב בה ילד, ואשר מטרתה הנאה מינית של מבוגר או ילד מבוגר ממנו. פג"י כוללת כל מגע באזורים האוראלי, גניטאלי, אנו-רקטאלי, אזור החזה, חשיפה של אברי מין, חשיפה כפויה לחומרים פורנוגרפיים או השתתפות בהפקה של חומרים כאלה. שיעור השכיחות של פגיעה מינית עולה בהתמדה, ובספרות מדובר על כ- 12%-38% מכלל הבנות, ו- 9%-3% מכלל הבנים. סוג ה-פג"י השכיח ביותר הוא גילוי עריות. יותר

מ-80% מן התוקפים הם קרובי משפחה/ מכרים של הילד-לרוב הורים, מהם כ- 97% הם גברים. נשים אינן מדווחות כמתעללות מינית בילדים, לא מעט בגלל הבלבול שחש הילד בשעת המעשה המגונה שמבוצע על ידי האם/ המטפלת. על פי רוב הילד לא יודע האם המעשה המיני הוא חלק מן הטיפול בו, או שמא יש כאן פגיעה מכוונת בו. פג"י, בעיקר אם נעשתה בידי בן משפחה קרוב, היא אירוע טראומטי בעל השלכות ארוכות טווח, המתבטאות בתסמינים שונים של מצוקה וחרדה. הפגיעה המתרחשת בתוך המשפחה נעשית פעמים רבות כחלק מן ההתנהלות המשפחתית היומיומית, ואינה מלווה בפגיעה פיזית קיצונית/ חיצונית. פג"י יכולה להביא לפניות רבות לרופא, לכאורה בגין תלונות על בעיות רפואיות שונות ומגוונות, אולם רק בכ- 15% מן המקרים ימצאו עדויות לה בבדיקה הגופנית. לפיכך חשוב לדעת לזהות פגיעה כזו גם לפי סימנים שאינם פיזיולוגיים/אורגניים, ולהפנות את הקורבן והמשפחה להמשך טיפול מתאים. שמירת המגעים המיניים כסוד היא חלק בלתי נפרד מהפגיעה המינית. כל הצדדים השותפים בפגיעה - התוקף, הקורבן והסביבה - מעוניינים בהמשך קיומו של הסוד. הפוגע אינו רוצה להתגלות ולהיענש, הקורבן אינו רוצה להכיר בעובדת הפגיעה בו, והסביבה מתקשה להכיר בפגיעה המינית מפני שהנושא מאיים על קיומה השליו. עובדה זו מקשה על הרופא לזהות את הילד הפונה אליו כקורבן.



לכל סימפטום
פתרון עם יתרון

בחסות
Mead Johnson
Nutritional
פרמהבסט

1800-22-64-70

לכן יש להכיר ולזהות סימנים התנהגותיים שונים אצל הילד, היכולים להעיד על פגיעה מינית אפשרית ברקע הפניה למרפאה.

סימנים ותסמינים של פגיעה מינית, שיכולים להיראות במהלך בדיקה גופנית אצל רופא.

מרבית הסמנים והתסמינים אינם מהווים כשלעצמם עדות מספקת לפג"י, אך יכולים לשמש נורת אזהרה להמשך בירור וטיפול.

* בגדים קרועים או מוכתמים, שכבות ביגוד רבות מיד.

* הימנעות מחשיפת הגוף / איברים מוצנעים, פחד ממגע הרופא, פחד להישאר לבד עם הרופא.

* פגיעה גופנית או תולדות של פגיעות חוזרות ללא הסבר מניח את הדעת, או מחלות שאינן אופייניות בילדים (מחלות מין, דימום לא מוסבר באזורים מוצנעים, סימני חבלות ופגיעות בעור, פגיעה בעכוז, וכיוצ"ב).

* הפגיעות הנ"ל אינן מוסברות באופן הגיוני או משכנע על ידי ההורה. סתירות בהסבר ההורה/הסבר מגומגם או מתבייש, האשמת גורם מצד שלישי בפגיעה בילדה.

סימנים התנהגותיים אצל הילדה:

* ידע חריג ביחס לגיל בנוגע למין; סיפורים יוצאי דופן הקשורים במין, רמזים בנוגע לפגיעה מינית. * התנהגות מינית חריגה במשחק עם צעצועים או חברים. אוננות מופרזת, סקרנות מופרזת ומופגנת ביחס לנושאי מין ולאברי מין. מודעות מוגזמת לגוף. * נסיגה התפתחותית: הרטבת לילה, חזרה למציצת אצבע, כתמים של צואה על הבגדים.

* היגינה ירודה (לא מתקלח/ת, פחד ממקלחת-שם הסוד גלוי), או הקפדה יתרה על ניקיון. * בעיות בנושאי אכילה / הפרעות אכילה. פחדים ופוביות, דיכאון, אפאטיות, התנהגות כנועה. * שינויי התנהגות קיצוניים (בכי ללא סיבה ברורה, אגרסיביות, התנהגות מוחצנת, בריחות מהבית, עבריינות, התנהגות הרסנית או אובדנית, עיסוק מופרז באש).

* הבדלי התנהגות בין זו שבנוכחות ההורים לזו שאינה בנוכחותם. פחד מהימצאות חברת ההורים, או בסביבת מבוגרים מסוימים. הימנעות ממבוגרים, ע"פ רוב מגברים. פחד משיבה הביתה. * חוסר ריכוז, עייפות כרונית, הפרעות שינה, בעיות דיבור ובהבעה.

* בעיות של זיכרון, תופעות ניתוק ודיסוציאציה (משיכחון ניתוקי Dissociative Amnesia ופוגה ניתוקית), הפרעת נתק מן העצמי Depersonalization, הפרעות סומטו-פורמיות והפרעות המרתיות (קונברסיביות), ועד הפרעת זהות מנותקת (DID-Dissociative Identity Disorder).

המלצות למהלך הבדיקה הגופנית:

אם הילדה/ה אכן עברה/ה פג"י, יכולה הבדיקה הרפואית להוות רה-טראומטיזציה של האירוע, ללא קשר למידת העדינות וההתחשבות של הגורמים המעורבים. להלן מספר המלצות במטרה למזער את הסיכוי לפגיעה כזו:

* הסבר על מהלך הבדיקה לילדה/ה, לפני ביצועה.

* יש לתת לילדה/ה את האפשרות לבצע את הפעולות בעצמו/ה, עד כמה שניתן.

* יש לאפשר לילדה/ה לבחור האם המשך הבדיקה תעשה על ידי רופאה או רופא.

מספר שאלות מנחות יכולות לסייע בהבהרת חשד בנוגע לפגיעה מינית בעברה של הילדה. יש לשאול את השאלות בעדינות וברגישות, עם או ללא נוכחות ההורים.

* אימוץ גישה של שאלות פתוחות: "ומה קרה אז?"; "האם קרה עוד משהו?".

* "האם יש משהו שקשור לגוף שלך, שאת מתביישת בו, או מתביישת לספר?"

* "האם קורה/ה/ קרה בעבר משהו שהיית מעדיפה שלא יקרה?"

* "האם משהו נגע בגופך בצורה שלא היית רוצה שיגע?"

* "האם יש בגופך אזורים שהם "רק שלך"? האם יש אזורים בגופך שגם אחרים נוגעים בהם?"

* "האם את אוהבת להתקלח? כן/ לא/ למה?"

* יש לשאול את ההורים על הרגלי הילדה: האם חלו שינויים בהרגלי המקלחת שלה; האם מגלה בעייתיות בנוגע להחלפת בגדים; האם הבחינו בנסיגה התנהגותית אצל ילדתם.

במידה שמתעורר חשד שאינו ברור לרופא, מומלץ במידת האפשר לחזור אל הילדה כעבור זמן מה, לבדיקה/ שיחה נוספת.

את השיחה ניתן להתחיל בדיבור על נושאים כלליים כדי לבנות אמון מצד הילדה, ואז לנסות ולהתחקות אחר סימני הפגיעה מוזכר לעיל.

מה לעשות אם נחשף הסוד?

במידה שבמהלך בדיקה או טיפול בילדה/ה נחשפת פגיעה מינית, תגובה תומכת תוביל להתמודדות מוצלחת יותר של הילדה/ה בהמשך. לרופא המטפל יש השפעה קריטית בנקודה זו. חשוב מאד שלא יציג הלב קיצוני ולא חוסר אמון במידע שאליו נחשף.

חשוב שלא יירתע מגילוי הסוד, לא יתעלם ולא יכחיש מידע המתקבל מצד הילדה. הימנעות מחשיפת הפגיעה המינית תביא לסגירת הסוד אצל הילדה, שהיא בגדר טראומה נוספת עבורו.

יש לזכור שבמקרה שנחשפה פגיעה מינית בילדה/ה קיימת חובת דיווח לרשויות מצד הרופא או כל גורם מקצועי המעורב בטיפול בילדה.

יש לעודד את הילדה ואת ההורה המלווה אותו לפנות לעזרה מקצועית בטווח הזמן המידי. עזרה ראשונה נפשית לנפגעי תקיפה מינית ניתן לקבל באופן אנונימי במרכזי הסיוע. קווי החירום הארציים פועלים 24 שעות ביממה:

קו לנשים: 1202

קו לנערים: 1203

קו לנשים ערביות: 04-6566813

קו לנשים דתיות: 02-6730002

קו באמריקה: 1-800-220-230

בנוסף להפניה להמשך טיפול ו/או למרכזי הסיוע, מומלץ לקיים מעקב טלפוני אחר הפונה בטווח של שבוע עד כחודש לאחר הגילוי - במטרה לוודא האם באמת פנה להמשך טיפול.

למידע נוסף ניתן לפנות לאתרים הבאים:

מקום: מידע וסיוע לקורבנות ולמטפלים בתקיפה מינית: <http://www.macom.org.il/childsigns.asp>
מינית: <http://www.macom.org.il/longterm.asp>
טראומה ודיסוציאציה בישראל <http://www.tdil.org>
האיגוד לסיוע לקורבנות תקיפה מינית בישראל <http://www.1202.org.il>
Trauma- pages: <http://www.trauma-pages.com/ts-warng.htm>



לכל סימפטום פתרון עם יתרון

בחסות
MeadJohnson
Nutritionals
פרמהבסט

1800-22-64-70

