

Phillips, McDonald, & Kishbaugh. (2017). Using Evidence Based Home Visiting for Preventing Intergenerational Adverse Childhood Experiences. *Psychology*, 8, 2516-2533 <http://www.scirp.org/journal/psych>

הקדמה

בדיקות חדשות של תוצאות טראומות בילדות הביאו לממצאים שמעידים על כך שמצוקות ילדות קיצוניות לא רק קשורות להתנהגויות לא רצויות בבגרות ובבגרות אלא שקיים גם גורם סיכון בין-דורי הקשור לחוויות שליליות בגיל צעיר. מחקר ACEs (חוויות ילדות שליליות) המקורי (1998) ומחקרים רבים בעקבותיו מראים שחשיפה לטראומת ילדות משפיעה על האופן בו בני נוער ומבוגרים תופסים ומגיבים לעולם ומשפיעה באופן שלילי על היבטים רבים של הרווחה החברתית, רגשית ופיזית שלהם. הרעיון שהורים שחווים טראומת ילדות מצויים בסיכון גבוה יותר להעברת הטראומה לילדיהם – עם השלכות למגוון בעלי עניין לרבות מקבלי החלטות, אנשי מקצוע הבריאות, מחנכים וספקי שירותי חברה ואנוש – הוא המוקד של הניתוח הנוכחי.

נחקר טראומות ילדות תוך התמקדות בשכיחות ACEs והמידה בה הם משפיעים בשלילה על תוצאות בריאות ותוצאות חברתיות. לאחר מכן נבדוק איך הורים שהיו קורבנות לטראומת ילדות עלולים שלא במכוון לחשוף את ילדיהם לחוויות טראומטיות ולהעביר טראומה מדור לדור. דיון זה יתמקד במיוחד בתיאוריית ההתקשרות והשפעתה על היחסים עם הורים במהלך שני דורות. לאחר מכן נטען כי מטרתן של תוכניות ביקורי בית מבוססות ראיות (EBHV) שונות (כמו Early Head Start (EHS), Healthy Families America (HFA), Parents as Teachers (PAT), and Nurse Family Partnership (NFP) היא בעיקר לשבור את מעגל הטראומה הבין-דורי.

עמדה זו אינה חדשה ותוכניות ביקורי בית רבות כוללות יוזמות עם מטרה זו. אנו טוענים כי תוכניות אלה מתמקדות בחיזוק הקשר בין המטפל לילד כדי להקטין את הסבירות שהילד יחווה את אותן סוגי טראומות. ההיגיון מאחורי ההצעה הוא שתוכניות EBHV ישרתו נשים "בסיכון" בגלל מגוון גורמים דמוגרפיים (חד-הוריות, גיל בעת ההיריון, מתחת לקו העוני וכו'); ישרתו נשים במהלך ההיריון ו/או זמן קצר לאחר הלידה ויציעו הזדמנות מצוינת למניעת החשיפה לטראומה; יהוו שירותי התערבות שינתנו במקביל לתקופת ההתקשרות המתפתחת בין האם לילד. התוצאות החיוביות הפוטנציאליות הקשורות לתוכניות ההתערבות יידונו ביחס ליכולת של התוכניות ליצור תוצאות וביחס ליישום התוכנית, לרבות נתונים מניתוח עלות/תועלת שיספקו הקשר נוסף לקבלת החלטות מדיניות.

2. חוויות ילדות שליליות

מחקרים על ההשפעה של טראומות ילדות מצטברים כבר עשרות שנים. חוקרים של פסיכופתולוגיה התפתחותית, שהחל כתחום עצמאי בשנות השישים, הובילו להבנה הראשונית לגבי התפקיד של גורמי סביבה על חוויות הילד ובריאותו הנפשית ומצאו כי

גורמים קיימים בסביבה החברתית של הילד קשורים להתנהגויות בריאות-סיכון בשלב מאוחר יותר בחייו, והיו החוקרים הראשונים שתיארו הזנחה, התעללות וצורות אכזריות אחרות במונחים של השפעה מצטברת, טווח הניגודיות השלילי והשפעות ארוכות טווח על הבריאות הנפשית והגופנית של האדם במהלך כל חייו.

מחקר ACE המקורי שנערך בביה"ח קייזר בסאן דייגו קליפורניה, היה הניסיון הראשון לבדוק באופן מקיף את פוטנציאל היחסים בין ACEs לבין תוצאות בריאות שליליות בשנות הבגרות. המחקר היה חדשני במיוחד משום שהגיע לשיאו בתיאור של 3 קטגוריות של טראומה אפשרית (התעללות, הזנחה ואי תפקוד ביתי) והאירועים הנובעים מכל אלה - גורמי סיכון למחלות, איכות חיים נתפסת, שימוש בטיפול בריאות ותמותה/תחלואה. קידוד בסגנון-פקטור שימש כדי להבהיר את הקשר בין היארעות של טראומת ילדות לבין תוצאות בריאות שליליות מאוחרות יותר. בנוסף, גורמי סיכון בריאותיים נבדקו ביחס לחוויות מצטברות של ACEs, אשר הביאו להסבר מפורט יותר על השיעור בו תוצאות בריאות שליליות גוברות כפונקציה של גידול בציונים של שאלון ACE. עם נתונים אלה, החוקרים הצליחו לחקור ולחבר בין משתנים אחרים לרבות בריאות נפשית, אסטרטגיות התמודדות, מניעה, אופציות התערבות והשלכות על מדיניות הבריאות הקשורות למחזור מתמשך של ACEs.

2.1. הגדרה

על מנת להתחיל לחקור ACEs ואת היחסים שלהם לתוצאות בריאותיות חשוב להבין מה נכלל מבחינה קטגורית בחוויית ילדות שלילית. אירועים טראומטיים הוגדרו באופן נרחב בספרות המחקר; מונחים שונים שימשו כדי לתאר אירועים אלה, לרבות התעללות, הזנחה והתאכזרות. עם זאת, אף הגדרה יחידה לא שילבה את הממדים המושגיים של מבנים אלה לקטגוריה רחבה יותר של מצוקת ילדות. למטרה זו, קלמקיס וצ'נדלר (2014) פיתחו הגדרת עבודה של ACEs כדי לכלול אלמנטים שונים של טראומה לשם יצירת מסגרת עבור מתודולוגיית סינון מתוקננת יותר. החוקרים דבקו בגישת 5 הצעדים של Norris (1982) לשם הבהרת מושגים ודבר זה הוביל להגדרה שמקיפה דפוסים של טראומה שניתן לקבץ ולהפוך אותם למונח מוכר יותר שיתאים לשימוש בין-תחומי. מודל אופרטיבי זה הביא להגדרה הבאה:

"חוויות ילדות נוגדות הן אירועי ילדות, המשתנים בחומרתם ולעתים כרוניים, המתרחשים במשפחת הילד או בסביבתו החברתית וגורמים נזק או מצוקה, ובכך מפריעים לבריאות הפיזית או הנפשית ולהתפתחות של הילד."

גם עם ההגדרה המושגית של ACEs, פירוט נוסף לתוך קטגוריות של התנהגות יכול לסייע בהארת סוג הטראומה הספציפי הקשור לתוצאות בריאות שליליות ומאיזו בחינה. אם כי יש ללא ספק אירועים אחרים שניתן לקטלג כטראומטיים, עוזר לתאר קטגוריות ספציפיות כדי לספק את הסולם האמין ביותר להתייחסות במערכים קליניים או מקצועיים אחרים ולמטרה של תקנון 'סף הקבלה' לחוויה טראומטית. וכפי שמוגדר ע"י המרכזים לבקרה ומניעת מחלות

(CDC), ACEs מתרחשים ב-3 קטגוריות: התעללות, הזנחה ואי תפקוד משפחתי. בתוך קטגוריות אלה, ה-CDC זיהה 10 תת-קטגוריות: התעללות כוללת התעללות פיזית, רגשית ומינית; הזנחה כוללת פיזית ורגשית; ואי תפקוד הבית כולל מחלות נפש, אלימות כלפי האם, גירושין, קרוב משפחה כלוא ושימוש בחומרים אסורים. השאלות לגבי כל תת-קטגוריה מרכיבות את שאלון 10 הפריטים שמשמש כדי להפיק ציון ACE אישי.

2.2. שכיחות ACE

מחקרים שבודקים את השכיחות של ACEs נערכו בד"כ בדיעבד והמבוגרים נשאלו אם חוו אחד מה-10 הסוגים של טראומת ילדות. המחקרים הראו ש-ACE שכיחים למדי ובמחקר מסוים 52% מהמשיבים חוו חוויות אלה. הקטגוריה הנפוצה ביותר הייתה ש-26% חיו עם מישוה מכור לסמים, 22% עברו התעללות מינית, 19% חיו בבית עם בעיות נפשיות ו-13% חיו בבית בו המטפלת הנשית הייתה קורבן לאלימות ביתית.

אחד הממצאים החשובים ביותר של מחקר ACE המקורי היה שאירועים שליליים אלה קשורים משמעותית לשורה של התנהגויות סיכון בריאותיות בקרב מבוגרים וכי היחסים היו ספציפיים למינון כך שככל שעלה ה-ACE המדווח כך עלו התנהגויות הסיכון והצטברו. יחסי מינון-תגובה נמצאו גם ביחס לתוצאות מבוגרים. משיבים שחוו ארבע או יותר קטגוריות של ACE היו בעלי סיכוי של פי 2.2 למחלת לב איסכמית, פי 2.4 יותר לשבץ מוחי, פי 2.4 סיכוי לצהבת ופי 2.2 לבריאות לקויה בהשוואה למי שלא נחשפו ל-ACEs.

בחינה של מודל הפירמידה (איור 1) מסביר כיצד ACE משפיע על התנהגויות סיכון. על פי המודל, חוויית טראומת ילדות לא מבטיחה בהכרח תוצאת בריאות שלילית בבגרות (כלומר חשיפה להתעללות נפשית כילד אינה מובילה בפני עצמה לשבץ בגיל מבוגר) אלא החוויה של הטרומה מציתה שרשרת אירועים שמביאה בסופו של דבר לתוצאות שליליות לרבות מחלה, נכות ומוות בגיל מוקדם. וכמו באיור 1, ההתקדמות התיאורטית היא: ראשית, ילדים שחווים אירוע שלילי אחד או יותר סובלים מלקויות חברתיות, רגשיות ו/או קוגניטיביות (למשל חוסר יכולת לתת אמון באחרים או לתפקד בביה"ס), שמגבירים את הסבירות שכמבוגרים הם יעסקו התנהגויות סיכון בריאותיות (התמכרות, נשירה מביה"ס). התנהגויות אלה יובילו להתחלה של מחלה או לקות (למשל בעיות כבד כתוצאה משתייה), אשר בתורה תגביר סבירות למוות מוקדם. למרות ש-CDC ציין פערים במודל, במיוחד בשני המעברים הראשונים, הספרות מספקת תמיכה אמפירית גדולה יותר לדפוס זה. בסקירה של ספרות רלבנטית שעוסקת באופן בו התעללות בילדים משפיעה על התפתחות עצבית, אחד המחקרים מראה כיצד סביבה מזניחה ומתעללת משפיעה על גודל אזורי התפתחות של המוח ועל הכימיה העצבית של המוח. מחקרים נוספים הראו כי רמות גבוהות של לחצים מובילות לאי-וויסות של המערכת הלימבית ומובילה לחיזוט מחדש של המוח שגורם לילדים להיות חרדים יותר ובעלי תגובות-יתר לרמזים חברתיים שליליים כמו פנים כועסות של

אחרים. ולכן אין ספק שישנן ראיות שמראות כי טראומת ילדות מובילה לשינויים במוח הקשורים ללקויים חברתיים, רגשיים וקוגניטיביים.

למרות אפיון CDC של "הפער המדעי" בין לקות חברתית, רגשית וקוגניטיבית והאימוץ של התנהגויות סיכון, יש ראיות אמפיריות לקשר בין השניים. מבלי לרמז על סיבתיות, הכרה בקשר עוזרת להבהיר את ההזדמנות להתערבות כאמצעי להפסיק את המחזוריות הזו. ילדים שגדלים במשקי בית עם רמות גבוהות של עימותים יש להם סיכוי גדול יותר לעסוק בהתנהגות שמציבה אותם בסיכון למגוון תוצאות בריאות שליליות. מודל נוסף ועקבי עם הפירמידה הוא מודל משפחות בסיכון שמניח כי אימוץ התנהגויות סיכון נובעת מחסכים רגשיים וחברתיים שנובעים מהקשרים חברתיים משפחתיים טראומטיים. המחקר הראה כי ילדים עם תגובות אוטונומיות וחסרות וויסות ללחצים – שהושפעו מכך שגדלו במשפחות בסיכון – היה להם סיכוי גדול יותר לעסוק בהתנהגויות סיכון שונות. **ולסיכום, מטפלים מבוגרים שהתמודדו עם חוויות טראומטיות כילדים נוטים לחשוף ילדים שבטיפולם לסוגים דומים של חוויות. ולכן חשוב עבור המתערבים לשבור את המעגל של חשיפה לטראומה בין-דורית.**

2.3. תוצאות בריאות של מבוגרים

המטרה העיקרית של מחקר ACE הראשוני הייתה לזהות תוצאות בוגרים שליליות הקשורות לטראומת ילדות. ברגע שהתבהר המתאם החזק הקיים בין ACEs לבריאות בוגרים, זוהו 10 התנהגויות סיכון כמחוננים של תחלואת מבוגרים ותמותה. גורמי הסיכון כללו עישון, השמנת-יתר, חוסר תנועה פיזית, מצב רוח דיכאוני, ניסיונות התאבדות, אלכוהוליזם, התמכרות לסמים, התמכרות הורית, מספר גדול של בני זוג למין והיסטוריה של מחלות מין. גורמי סיכון אלה מצויים באוכלוסייה אותה משרתות תוכניות EBHV. בגלל חומרתם תוצאות בריאות המבוגרים השליליות הקשורות ל-ACEs יכולות להוביל לתלות ארוכת טווח במערכת הבריאות ולכן צמצום בהסתמכות על מערכות הבריאות מצד אוכלוסיה זו היא יתרון נוסף של ההשתתפות בהתערבויות EBHV. בעת ההשתתפות בתוכניות ביקורי בית מעודדים את האמהות לשפר את התנהגות הבריאות השלילית שלהם ולהוות דוגמה חיובית לילדים. דבר זה יכול להוביל לשימוש קצר טווח יותר בשירותי מערכת הבריאות, הן עבור הילד והן עבור אמו.

המחקר סביב נושא זה צמח וכולל תיאורים מפורטים של הקשרים בין ACEs של תוצאות מנטאליות ופיזיות שליליות רבות, כולל רעיונות אובדניים, חרדה, התמכרות לסמים, סרטן. רשימה זו, למרות שאינה מלאה, מסבירה את הסיכונים הקשורים באי-טיפול בהעברה בין-דורית של טראומה.

3. תיאוריית ההתקשרות

החשיפה הראשונה של התינוק לאינטראקציה אנושית היא עם המטפל העיקרי שלו – האם בד"כ. עשרות שנות מחקר מצביעות על כך שליחסים אלה משמעות מכריעה ומתמשכת לכל

חייו. אחת הגישות לטיפול ביחסים אלה היא שימוש במבנים מתיאוריית ההתקשרות של בולבי. התיאוריה מתמקדת בקביעה כי הילד, מינקות ועד 30 חודש, זקוק ליחסים חמים, אינטימיים ומתמשכים עם האם כדי למנוע תוצאות בריאות מנטאליות שליליות כמבוגר. בתיאוריה זו "חסך מנטאלי" מתייחס להיעדר חיבה מצד האם כלפי הילד בכל נקודה בתקופת התפתחות זו. חסך אמהי הוא הסיבה להתקשרות חלשה או חסרה בין הילד לאם ללא קשר לנוכחות הפיזית שלה, משך זמן היעדר החיבה או חומרת החסך. תוך הסתמכות על כך, בולבי היה אחד הראשונים שקישר בין חסך אמהי לתוצאות נפשיות של ילדים. התיאוריה של בולבי, שמעוגנת באתיולוגיה, פיזיולוגיה, פסיכואנליזה ופסיכולוגיה התפתחותית ויש לה השלכות התנהגותיות גם בגיל מבוגר, מהווה יסוד בפיתוח עבודה קלינית עם ילדים ומשפחות.

ד"ר איינסוורת' הרחיבה את התיאוריה וזיהתה 3 קטגוריות נפרדות של חיבור שקורות בין תינוקות למטפל הראשי שלהן: התנהגות של בטחון, התנהגות חרדה-אמביוולנטית או חרדה/נמנעת. בהתקשרות בטוחה הילד חש בטוח לחקור בנוכחות המטפל אך הופך עצבני בעת פרידה ומקבל בשמחה את האיחוד מחדש. התקשרות חרדה/אמביוולנטית מצטיינת בחרדה ואי-ביטחון בנוכחות המטפל; תינוקות מודאגים כאשר המטפל עוזב אך גם מתקשים להתאחד איתו מחדש בגלל המצוקה. ילדים עם התקשרות חרדתית/נמנעת יציגו ככל הנראה רגשות כעס ובד"כ אינם מוטרדים מנוכחות או היעדר המטפל. הם נמנעים ביעילות מהמטפל משום שהם מאמינים שאינם יכולים לסמוך עליו לקבלת צרכיהם. אינטראקציות יסודיות אלה יכולות לאחר מכן לבוא לידי ביטוי בהפנמה והחצנה של התנהגויות כמו התמכרויות לחומרים מסוכנים, הפרעות אכילה, התנהגויות בסיכון גבוה, ולהשפיע על יחסים חשופים לכל חייהם. התקשרות של ילד למטפלו תלויה במידה רבה בנוכחות הרגשית והפיזית של ההורה מתחילת החיים. הורה כעוס או דוחה באופן כרוני יחזק ככל הנראה התקשרות נמנעת. באותה מידה אי היכולת של ההורה להגיב לרמזי הילד וצרכיו לתשומת לב תיצור התקשרות אמביוולנטית. המצב המנטאלי של ההורה משפיע גם הוא על ההתקשרות. הורה במצב תמידי של לחץ, טראומה או פאניקה יכול להעביר שלא במתכוון רגשות כאלה באופן לא מילולי לילד, שלאחר מכן יפנה רגשות אלה לתוכו. ילדים שחווים התקשרויות בטוחות חברותיים יותר ולכן יש להם סיכוי טוב יותר לתרום באופן חיובי לחברה כמבוגרים, משום שהתקשרויות בטוחות מעודדות את ההתפתחות הקוגניטיבית, רגשית, חברתית ופסיכולוגית שלהם. חמש השנים הראשונות לחיי הילד הן שנים מכרעות להתפתחות זו וטיפול בהתקשרויות אמביוולנטיות או נמנעות בשלב מוקדם בתהליך ההתפתחות יש בו פוטנציאל לצמצם את ההשלכות העתידיות של התקשרות לא בטוחה.

התקשרות ואוכלוסיות בסיכון

במשפחות מתעללות, מזניחות או לא יציבות, הסיכוי לביסוס התקשרות בטוחה יורד מהותית. גורמים סוציו-דמוגרפיים, כמו עוני וחד-הוריות, מציבים את הילד בסיכון גדול יותר

לתוצאות שליליות מכל הסוגים. מאחר והתפתחות הילד תלויה בחלקה בהיענות של המטפל ובמזגו לטראומות העבר של המטפל יש להן חשיבות רבה והן מהוות גורמי סיכון חשובים להתקשרות לא בטוחה עם הילד. הורה כזה יעביר זאת לילד ויצור התקשרות לא-מאורגנת ביניהם. טראומה שנובעת מהתעללות בילדות יכולה לבוא לידי ביטוי בתחושות של דיכאון, תוקפנות, הימנעות, הישג אקדמי נמוך ובעיות בריאות או התמכרות. כל אלה יוחמרו במצב של מעמד סוציו-אקדמי נמוך. אותם גורמים עצמם הם אפיונים הוריים שכיחים הקשורים להתעללות בילד וכך המעגל של חוויות מצוקה בילדות חוזר על עצמו והופך לבין-דורי. ההשפעה של חוויות נוגדות מצטברות, הנובעות בחלקן מהורות לא תקינה, מגבירה את הפוטנציאל להתנהגויות בסיכון גבוה שנמשך לחיים הבוגרים ולהפך, התקשרות בטוחה ניכרת מסגנון הורות רך ומגיב שמוביל להתפתחות בריאה. אם כי חסך אמהי אינו קורה באופן בלעדי בקרב אוכלוסיות בסיכון, אמהות מאוכלוסיות אלה נוטות ליצור התקשרויות לא בטוחות עם ילדיהם. לרוע המזל, נטען שהפרופילים הפסיכולוגיים שלנו ניתנים לשינוי, ולכן התערבות עם גורמים הקשריים חיוביים כמו טיפול קשוב יותר יכולה לצמצם את ההשפעה של חוויות שליליות ראשוניות.

4. תוכניות ביקורי בית

תוכניות אל עובדות כבר עשרות שנים אך קיימות סוגי תוכניות שונות בעלויות שונות. עם זאת התוכניות קשורות ע"י שיטת השירות וההעברה, יעד העזרה לילדים דרך עזרה להורים ויעד המתמקד בילדים קטנים. ע"י עזרה לאמהות ללמוד טכניקות הוריות תומכות ובניית כישורי התמודדות בריאים, התוכניות מעודדות יציבות בבית ונחשבות אסטרטגיה מגינה ומונעת.

אם כי לכל תוכנית כזו יש דרישות זכאות ספציפיות, ישנם אלמנטים של סיכון סוציו-דמוגרפי שכלולים בכל אוכלוסיות היעד. המיקוד בהתערבות לפי הצורך נובע בחלקו מהסיכון שבהעברה בין-דורית הקשור בפגיעות נפשית של האם. ובמיוחד, שיעורים גבוהים של חוויות ילדות נוגדות קשורות להשכלה הורית נמוכה (34%), פסיכופתולוגיה הורית (33%), עימותים זוגיים (23%) ויחסי הורה-ילד לא טובים (16%). אמהות לומדות כישורי תגובה והתמודדות דרך השתתפות בתוכניות התערבות מוקדמות ובסופו של דבר מצליחות לחזק ולנהל התקשרות בטוחה עם התינוקות שלהן, בעיקר אם ההרשמה לתוכנית מתרחשת במהלך ההיריון.

התערבויות דרך תוכניות EBHV

ראיות רבות מצביעות על תוכניות מניעה כמו ביקורי בית כעל תוכניות חוסכות בעלויות בנושא התעללות בילד. התקוות הן כי דרך התערבות, גם הורים וגם ילדים יצליחו לעצור את מעגל הטראומה. ראיות להמשכיות בין-דורית פשוטה של מצוקות ילדות אין חד-משמעיות. חוויות ילדות קשות מאתגרות לעתים קרובות ע"י גורמים מגינים מאוחרים יותר כמו תמיכה מבן הזוג. לפיכך נראה כי אין בהכרח קשר בין חווית הילד לחוויות ההורה.

באופן זה נראה שיש תקווה שהעברה בין-דורית של סיכון יכולה להצטמצם וכי ילדים שגדלים במשפחות שמקבלות את שירותי EBHV מצוידים טוב יותר לשם בחירות בריאות בחייהם המבוגרים.

בסקירות מטא-אנליטיות רבות, תוכניות ביקורי בית מקצועיות הופיעו כאחת מתוכניות המניעה האפקטיביות ביותר עבור התעללות בילדים ונותרו אחת מההתערבויות הנחקרות ביותר. רבים מעידים על יתרונות התוכניות שעולים במידה רבה על עלויות היישום כאשר הן נמדדים כנגד 7 תוצאות מוגדרות מראש, לרבות התעללות והזנחה בילד, הישגים חינוכיים וצניחה בפשיעה.

5. ניתוח עלות/תועלת

הוערך כי עלות לכל החיים של התעללות לא גורלית בילד יכולה להגיע ל-\$210,000 למקרה לא-גורלי ו-1.3 מיליון \$ למקרה גורלי. הערכות אלה לוקחות בחשבון תוצאות בריאות קצרות וארוכות טווח, אובדן יצרנות, עלויות רווחת הילד וצדק פלילי, ועלויות של חינוך מיוחד. כלל העלות לכל החיים לחברה של כל מקרי ההתעללות (הערכות 2008 579,000 לשנה) הוא 124 מיליארד \$. עלויות אלה מאירות את הצורך בהתערבות ומניעה לאוכלוסיות בסיכון. שותפות משפחה/אחות (NFP) היא אחת מתוכניות ביקורי הבית הרווחות ביותר בספרות ויש לה גוף מחקר אמפירי תומך ורציני, ומודל מובנה ומגובש המתאים גם לבעיות שמתעוררות בפעם הראשונה. בספרות התוכנית קשורה להשפעה חיובית על ציוני הילד והתנהגותו החיובית וצמצום בדיווחי ההתעללות שלו. צמצום במונחים אלה מוביל לצמצום כולל בעלות מערכת הרווחה של הילד, מערכת הבריאות והמערכת הפלילית. אם כי התוצאות מעורבות, מרבית מחקרי ביקורי הבית מצאו כי התערבות מוקדמת של ביקורי בית יכולה לשפר תוצאות קצרות וארוכות טווח עבור ילדים בסיכון או בהתעללות משום שהן משפיעות בחיוב לא רק על התוצאות לעיל אלא גם על יחסי אם-ילד. החשיבות של בית יציב ובטוח, קשוב ומטפל כגורם שממתן תוצאות של חוויות שליליות ידוע וחלק גדול מההצלחה של תוכניות ביקורי הבית מיוחס ליכולות של תוכניות אלה להשפיע על הסביבה הביתית ויחסי ההורים עם הילד.

6. השלכות מעשיות והשלכות למדיניות

יש צורך במימון פדראלי ומדינתי כדי לשמור על תחזוקה והתרחבות של התוכניות.

6.1 בעלי עניין

בגלל רוחב התחום המושפע מהיארעות והעברה של חוויות ילדות שליליות, אין פלא שיש קבוצה מגוונת של בעלי עניין החל מאנשי מקצועות בריאות הנפש ועד לגופי חקיקה, המעוניינים במחקר הקיים בנושא. ההשפעה ארוכת הטווח על בריאות הציבור הביאה למספר נושאים שזוהו כשיקולים חשובים שיש לעשות מצד הצדדים לעניין: נדונו נושאים רבים הקשורים למערכות כמו (א) שיטות מימון, (ב) יחסי עבודה ושיתופי פעולה בין גופים, (ג) מדיניות ופרקטיקה של הפניה, (ד) גישה לשירותים, (ה) איכות השירות, (ז) מחקרים.

חשוב לקחת בחשבון את נקודות הראות של בעלי העניין כאשר מתכננים ומיישמים טיפולים, שכן תוצאות משופרות במערכות הבריאות הציבוריות הן החשובות ביותר ליצירת שינוי

6.2. תוצאות תוכניות EBHV

הטיעון הבולט ביותר לגבי הרלבנטיות של תוכניות ביקורי בית מגיע מהתוצאות הקשורות להשתתפות משפחתית. בסקירות של תוכניות אלה נמצא כי התערבות מוקדמת בשלב שלפני לידה, התערבות בעצימות גבוהה ומעורבות הורית גבוהה הם האלמנטים האפקטיביים ביותר באסטרטגיות ההגנה. שיפור בריאות הילד דרך הביקורים הומלצו חזור והמלץ בחקיקה.

היכולת למדוד תוצאות ילד חיוביות הפכה חשובה במיוחד בעת הערכת יתרונות ההשתתפות עבור משפחות בסיכון גבוה ונמצא כי במשפחות אלה התוכניות השפיעו בחיוב על טיפול אמהי, תגובתיות אמהית, חום/רגישות כלפי הילד, שמירת מיקוד בילד וכתוצאה מכך – שיפור התפקוד הקוגניטיבי והחברתי של הילד. לאינטראקציה בין המבקר וההורה והאינטראקציה של ההורה עם הילד יש השפעה משככת על הסיכון להעברה בין-דורית של חשיפה למצוקות ילדות.

מסקנות

אם כי לא ניתן למנוע לחלוטין את ההיארעות של ACEs, חוסן הילד ועמידותו בפני התעללות נמצא קשור בחוזקה לגורמי ההגנה של הילד ברמת המשפחה ומצביע על כך שבית יציב ותומך יכול לקדם תפקוד פעיל בקרב מי שחווה התאכזרות. הוכח כי יש בכוחה של סביבה תומכת להקטין חוויות טראומה מתמשכות. לאחר זיהוי גורמי התמיכה, ניתן להקטין העברה של חוויות טראומה שונות. תפקוד בינאישי מוגבר בין האם לילד מועיל בצמצום הסיכון של תוצאות שליליות הקשורות ל-ACEs. המציאות של ACEs מפכחת ועדיין יש כמות עצומה של חוסר ידע הקשור לאירועים אלה ולכן יש צורך לגשת למחקרי ACEs מנקודות ראות שונות ורבות.