

היפגעות ילדים בישראל

דו"ח 'בטרם' לאומה 2017

2017



בטרם
פשוט לשמור על הילדים

המועצה הלאומית
לבטיחות בית ופנאי

המועצה הלאומית
לטרומה ורפואה דחופה

המועצה הלאומית
לבריאות הילד ולפדיאטריה

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר



היפגעות ילדים בישראל

דו"ח 'בטרם' לאומה 2017

נטלי ניר
יותם אופיר
אושרי וייס
שרון לוי

עורכת: אסתי גולן





איגרת שר הבריאות לדו"ח 'בטרם' לבטיחות ילדים 2017

בישראל של המאה ה-21 קיימת רפואה מתקדמת ותוחלת החיים גדלה משנה לשנה. אנו גאים במערכת הבריאות שלנו ובהצלחותיה.

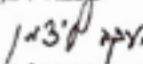
יחד עם זאת, יש עוד הרבה מה לשפר וליישם. נושא אחד חשוב מאין כמוהו הוא בטיחות הילדים והתאונות בהם הם מאבדים את חייהם.

בשנת 2017 יצאה לדרך התכנית הלאומית לבטיחות ילדים בחובלת משרד הבריאות ובשיתוף עם משרדי הממשלה השותפים למשימה החשובה - בטיחות ילדי ישראל. תכנית זו תסייע להביא לצמצום משמעותי של תאונות הילדים בישראל.

ברצוני לברך ולחזק את ידי כל הנושאים במלאכת הקודש אשר מקדמים את תחום בטיחות הילדים בכל המישורים על מנת לקדם את מדינת ישראל להיות מדינה מובילה בבטיחות ילדיה.

דו"ח זה מסמל עבורנו את המחויבות של כולנו למשימה החשובה. הדו"ח מאפשר לכולנו להתעמת עם הנתונים הכואבים והחשובים, לראות את מגמות השינוי, ללמוד מהם, לגבש מדיניות פעולה, וכל זאת בכדי למקד את הפעולות באופן מקצועי ואפקטיבי למניעה.

האימרה "כל המציל נפש אחת כאילו הציל עולם ומלואו" מלווה אותי לאורך כל הדרך וביתר שאת במסגרת תפקידי כשר הבריאות. אני מתחייב להמשיך לקדם ולתמוך בתחום בטיחות הילדים למען הילדים.

כבוד רב,

הרב יעקב ליצמן, ח"ר
שר הבריאות

חברי ועדת ההיגוי

יו"ר, ד"ר יצחק ברלוביץ
יו"ר המועצה הלאומית לבטיחות בית ופנאי, משרד הבריאות

חברי ועדת ההיגוי לפי סדר הא"ב

פרופ' מאיר אורן

יו"ר המועצה הלאומית לטראומה ורפואה דחופה
יו"ר הוועדה היועצת לאירוע ביולוגי חריג, משרד הבריאות

גב' אוליביה בלום

מנהלת אגף בכיר דמוגרפיה ומפקד, הלשכה המרכזית
לסטטיסטיקה

פרופ' ידידיה בנטור

מנהל המכון הארצי למידע בהרעלות, מרכז רפואי רמב"ם

ד"ר בשארה בשארת

יו"ר החברה לקידום בריאות האוכלוסייה הערבית,
ההסתדרות הרפואית

פרופ' אביב גולדברט

מנהל מחלקה ילדים ב', המרכז הרפואי סורוקה ויו"ר חיפ"ק

גב' אסתי גולן

מנהלת אגף מחקר ופיתוח, ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים

פרופ' דודי גרינברג

יו"ר חטיבת הילדים, המרכז הרפואי סורוקה

ד"ר ניהאיה דאוד

המחלקה לבריאות הציבור, אוניברסיטת
בן-גוריון בנגב

פרופ' יהודה דנון

נשיא אוניברסיטת אריאל, מייסד ארגון 'בטרם'
לבטיחות ילדים

פרופ' חזי וייסמן

מנהל מלר"ד ילדים, מרכז שניידר לרפואת
ילדים בישראל

מר יעקב וכטל

הממונה על התקינה, משרד הכלכלה והתעשייה

מר רותם זהבי

ממונה ארצי לבטיחות במוסדות חינוך, משרד החינוך

גב' ציונה חקלאי

מנהלת תחום מידע, משרד הבריאות

פרופ' יעקב יהב

חבר ועד מנהל, ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים

גב' מירי כהן

מנהלת תחום בכיר שרותי הצלה ועזרה ראשונה,
משרד הבריאות

פרופ' פרנסיס מימוני

יו"ר המועצה הלאומית לפדיאטריה, משרד הבריאות

פרופ' דרור מנדל

מנהל מחלקה פגים וילודים, מנהל ביה"ח לילדים "דנה דואק",
מרכז רפואי תל-אביב

גב' אורלי סילבינגר

מנכ"לית ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים

פרופ' קובי פלג

מנהל המרכז לחקר טראומה ורפואה דחופה, מכון גרטנר

פרופ' משה רוח

יו"ר מכבי שירותי בריאות וחבר ועד מנהל ארגון 'בטרם'
לבטיחות ילדים

גב' נעמה רותם

ראש אגף בריאות, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

דברי יו"ר ומנכ"ל לית ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים

אנו מתכבדים להגיש לכם את דוח 'בטרם' לאומה 2017, השישי במספר, המשקף את תמונת המצב של היפגעות הילדים בישראל.

נתוני הדוח מראים כי חלה ירידה משמעותית של 46% בתמותת ילדים לאורך 15 שנה (2000-2014). כמו כן נתוני הדוח מראים כי חלה ירידה משמעותית של 26% בנתוני אשפוז ילדים עקב תאונות באותה תקופה. זוהי בשורה של ממש המראה כי בפעילות מתמשכת לאורך שנים ניתן לעשות שינוי שמשמעותו חשובה לכל כך הרבה ילדים ומשפחות בישראל.

לאורך השנים פועל ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים בשיטתיות ובעקביות לאיסוף נתוני היפגעות של ילדים בישראל. נתונים אלה ואחרים מנותחים במחלקת המחקר בארגון, זאת מאחר ורק מידע מהימן ונתונים מבוססים יכולים להביא להתאמת תכניות לאוכלוסיות הפגיעות, ולסייע בהורדת ההיפגעות באופן משמעותי.

דוח זה מוגש לכם שותפינו לדרך, הפועלים לצמצום תופעת היפגעות הילדים בתאונות ועוסקים בהצלת חיי הילדים. אנו רואים בדוח תשתית מקצועית חשובה למען הנושא. הדוח כולל מידע ונתונים רבים היכולים לסייע בקביעת מדיניות ובתוכניות לקידום בטיחות הילדים בישראל.


ברצוננו להודות לשותפים שסייעו להוצאת הדוח ולחברי וועדת ההיגוי שליוו את כתיבתו באמצעות ניסיונם העשיר. אנו תקווה כי מלאכת איסוף וניתוח הנתונים תסייע לכל מי שרוצה ויכול להצטרף למען שינוי תרבות בטיחות הילדים ולמען הפחתת היפגעות הילדים מתאונות.

בברכה,



אורלי סילבינגר

מנכ"ל לית ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים



עופר נאמן

יו"ר ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים

תודות

אנו רוצים להודות למי שלקחו חלק באיסוף הנתונים ותרמו לעיצוב ולהפקת הדו"ח

איסוף הנתונים

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה

גב' אוליביה בלום

גב' נעמה רותם

המרכז לחקר טראומה ורפואה

דחופה, מכון גרטנר

פרופ' קובי פלג

גב' עדי גבעון

גב' אירה רדומיסלנסקי

משרד הבריאות

גב' ציונה חקלאי

ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים

גב' נירי הראל

גב' שרון רונן

ייעוץ והפקה

ייעוץ סטטיסטי

מר סער גרשון

ד"ר אריה רייטר

עריכה לשונית

גב' אילנה צ'יפמן

עיצוב גרפי והפקה

חברת 'דעתה'

דבר יושבי ראש המועצות הלאומיות

דוח בטרם לאומה 2017, תמונת מצב היפגעות הילדים בישראל הינו הדוח המקיף היחידי שמעניק לכלל המערכות הציבוריות הדואגות לבטיחות הילדים במדינת ישראל תמונת מצב עדכנית ומפורטת בהיבט של היפגעות הילדים מתאונות לא מכוונות.

הדוח הנוכחי מדגיש כי במהלך 15 השנים האחרונות חלה ירידה משמעותית בתמותה ובאשפוז של ילדים עקב היפגעות בלתי מכוונות. ירידה זו היא הודות לשיפור הטיפול במערכת הבריאות ובד בבד גם למאמצי המניעה של גופים רבים, שהובילו לצמצום ההיפגעות בקרב האוכלוסייה בישראל. יתרה מזו, הירידה בתמותה עקב היפגעות לא מכוונות בקרב ילדים היא פי 1.5 מהירידה בתמותת ילדים עקב מחלות.

למרות הירידה הניכרת, ישראל עדיין נמצאת במקום נמוך בהשוואה לשאר מדינות ה-OECD. עלינו להמשיך לקדם ביתר שאת את עבודת המניעה בעיקר בהתייחסות להיפגעות הילדים בתאונות בית ופנאי, בהן טרם נמצא השיפור המיוחל.

המלאכה עוד מרובה ואסור להרפות ידיים. כמו גם בתחומים אחרים במדינת ישראל, ילדים מהחברה הערבית, וילדים במעמד סוציו אקונומי נמוך נמצאים בסיכון גבוה יותר להיפגעות בהשוואה לכלל הילדים. דבר זה מדגיש ומבליט את הפערים החברתיים ואת המצאות התשתיות הלקויות בחלק מהרשויות בישראל.

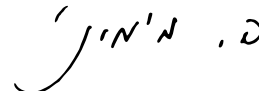
המועצות הלאומיות קוראות לממשלה ולשלטון המקומי להצטרף למלאכה החשובה, וביחד להוביל לטובת קידום בטיחות הילדים בישראל. אנו מברכים את משרד הבריאות על הובלת התכנית הלאומית לבטיחות ילדים ומחזקים את ידיו להצלחה ולהפחתת היפגעות ילדי ישראל מתאונות.



ד"ר יצחק ברלוביץ
יו"ר המועצה הלאומית
לבטיחות בית ופנאי



פרופ' מאיר אורן
יו"ר המועצה הלאומית
לטרואמה ורפואה דחופה



פרופ' פרנסיס מימוני
יו"ר המועצה הלאומית
לבריאות הילד ולפדיאטריה

תוכן עניינים

תמונת מצב היפגעות ילדים בישראל

תקציר

1. מבוא

1.1 הקדמה

1.2 מטרות הדו"ח

1.3 סיווגים והגדרות

1.4 מקורות מידע

1.5 הצגת הנתונים

1.6 מבנה הדו"ח

2. מגמות בהיפגעות ילדים

2.1 מקורות הנתונים, הגדרות ושיטה

2.2 מגמות בפניות לחדר מיון, באשפוז ובתמותה של ילדים עקב היפגעות

2.3 מגמות בתמותת ילדים מהיפגעות

2.3.1 תמותה מהיפגעות בלתי מכוונות ביחס לתמותה ממחלות

2.3.2 לאום

2.3.3 קבוצות גיל

2.3.4 תאונות מובילות

2.3.5 זירת ההיפגעות

2.3.6 מחוזות

2.3.7 רמה חברתית-כלכלית

12

14

16

16

17

17

18

20

20

22

22

24

26

26

29

30

31

35

38

40

3. השוואות בינלאומיות

3.1 מקורות הנתונים, הגדרות ושיטה

3.2 תמותה מהיפגעות בלתי מכוונות בישראל ובמדינות ה-OECD

3.3 שינויים ארוכי טווח בתמותה בישראל ובמדינות ה-OECD

3.4 שינויים ארוכי טווח במנגנוני היפגעות עיקריים בישראל ובמדינות ה-OECD

3.5 קשרים בין מגמות בהיפגעות כתוצאה מתאונות דרכים, תאונות בית ופנאי, היפגעות מכוונות ומחלות

4. היפגעות ילדים לפי חומרת ההיפגעות

4.1 מקורות הנתונים, הגדרות ושיטה

4.2 חומרת ההיפגעות, מין וגיל

4.3 חומרה וסיבת ההיפגעות

5. היפגעות ילדים לפי זירת ההיפגעות

5.1 מקורות הנתונים, הגדרות ושיטה

5.2 זירת ההיפגעות ודרגת החומרה של הפגיעה

5.3 זירת ההיפגעות וסיבת ההיפגעות

5.4 זירת ההיפגעות וגיל

5.5 זירת ההיפגעות, סיבת ההיפגעות וגיל

5.6 זירת ההיפגעות ולאום

5.7 זירת ההיפגעות ועונה

5.8 זירת ההיפגעות ויום בשבוע

42

42

43

45

48

49

52

52

54

56

58

58

60

61

63

64

67

68

68

86 .7. היפגעות ילדים בישראל לפי יישובים ומחוזות

- 86 7.1 מקורות הנתונים, הגדרות ושיטה
- 87 7.2 היפגעות לפי יישובים
- 96 7.3 היפגעות לפי מחוזות ולפי לאום היישוב

100 ביבליוגרפיה

103 صورة عامة حول اصابات الأطفال في اسرائيل

109 An Overview of Child Injuries in Israel

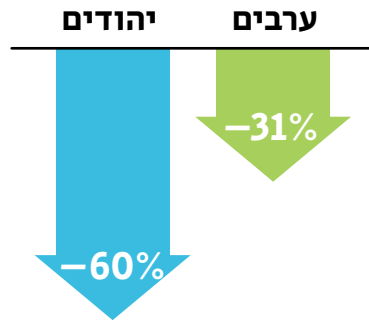
70 .6. היפגעות ילדים לפי קבוצות אוכלוסייה

- 70 6.1 מקורות הנתונים, הגדרות ושיטה
- 72 6.2 דפוסי היפגעות ילדים לפי לאום יישוב המגורים
 - 73 6.2.1 לאום יישוב המגורים וגיל
 - 74 6.2.2 לאום יישוב המגורים ומין
 - 74 6.2.3 לאום יישוב המגורים וזירת ההיפגעות
 - 75 6.2.4 לאום יישוב המגורים וסיבת ההיפגעות
- 76 6.3 דפוסי היפגעות ילדים לפי קבוצות אוכלוסייה בלאום הערבי
 - 77 6.3.1 קבוצות אוכלוסייה בלאום הערבי וגיל
 - 78 6.3.2 קבוצות אוכלוסייה בלאום הערבי ומין
 - 78 6.3.3 קבוצות אוכלוסייה בלאום הערבי וזירת ההיפגעות
 - 79 6.3.4 קבוצות אוכלוסייה בלאום הערבי וסיבת ההיפגעות
 - 80 6.3.5 מגמות לפי קבוצות אוכלוסייה בלאום הערבי
- 81 6.4 דפוסי היפגעות ילדים לפי רמת חרדיות בלאום היהודי
 - 82 6.4.1 רמת החרדיות של יישוב המגורים וגיל
 - 83 6.4.2 רמת החרדיות של יישוב המגורים ומין
 - 83 6.4.3 רמת החרדיות של יישוב המגורים וזירת ההיפגעות
 - 84 6.4.4 רמת החרדיות של יישוב המגורים וסיבת ההיפגעות
 - 85 6.4.5 מגמות לפי רמת החרדיות של יישוב המגורים

תמונת מצב היפגעות ילדים בישראל

מגמות בתמותה מהיפגעות לפי לאום

הפער גדל

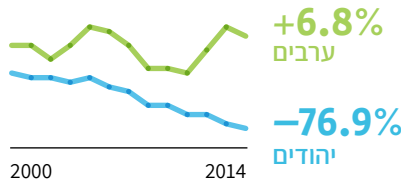


הירידה בקרב ילדים יהודים גדולה פי 2 מאשר אצל ילדים ערבים



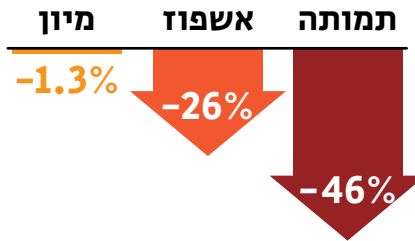
הפער כתוצאה מהבדלים בתאונות רכב מנועי

אחוז השינוי



מגמות לפי רמות היפגעות

ירידה חדה בתמותה



ירידה בתמותה ובאשפוז במהלך השנים 2000-2014



תאונות דרכים הינה הסיבה השכיחה ביותר לתמותה



נפילה הינה הסיבה השכיחה ביותר לאשפוז

מספר ילדים בשנה

רמת היפגעות

116

ממוצע שנים 2013-2015

תמותה



20,600

ממוצע שנים 2012-2014

אשפוז



202,000

ממוצע שנים 2012-2014

פניות לחדר מיון



1,221,000

שנת 2014

טיפול רפואי בקהילה



2,655,000

אוכלוסיית ילדי ישראל בגילאי 0-17

ממוצע שנים 2012-2014

מקורות: תמותה - ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים, מיזם NAPIS, מאגר תיעוד היפגעות מהתקשורת. **אשפוז** - מאגר מידע מרכזי אשפוזים, משרד הבריאות, שירותי מידע ומחשוב, תחום מידע. **פניות למיון** - מאגר מידע ביקורים במיון, משרד הבריאות, שירותי מידע ומחשוב, תחום מידע. **טיפול רפואי בקהילה** - הערכה על פי סקר דיווח עצמי של היפגעות בני נוער: הראל, יוסי ואחרים (2014) נוער בישראל - בריאות, רווחה נפשית וחברתית, ודפוסי התנהגויות סיכון בקרב בני נוער בישראל. **אוכלוסיית ילדים בישראל** - נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

אוכלוסיות בסיכון

מגמות לפי קבוצות גיל

ילדים חרדים

בעלי שיעורי תמותה גבוהים באוכלוסייה היהודית

X2

הסיכון לתמותה של ילדים חרדים בגילאי 0-4 ו-15-17 גבוה פי 2 בהשוואה לילדים בכלל הישובים היהודיים

ילדים בדואים

נמצאים בסיכון הגבוה ביותר לתמותה



1 מתוך 5 ילדים באוכלוסייה הערבית הינו בדואי



1 מתוך 3 ילדים ערבים שמתו עקב היפגעות הינו בדואי

ילדים בחברה הערבית

הבדלים ניכרים בזירות ההיפגעות בין קבוצות אוכלוסייה בחברה הערבית

דרוזי, מוסלמי וערבי-מעורב*



זירת הדרך

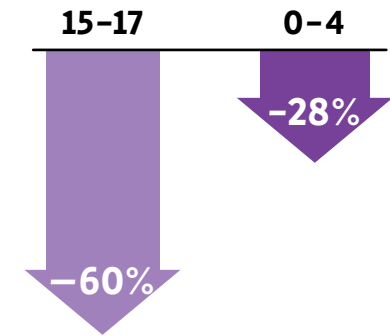
בדואי במחוז דרום



זירת הבית וחצר הבית

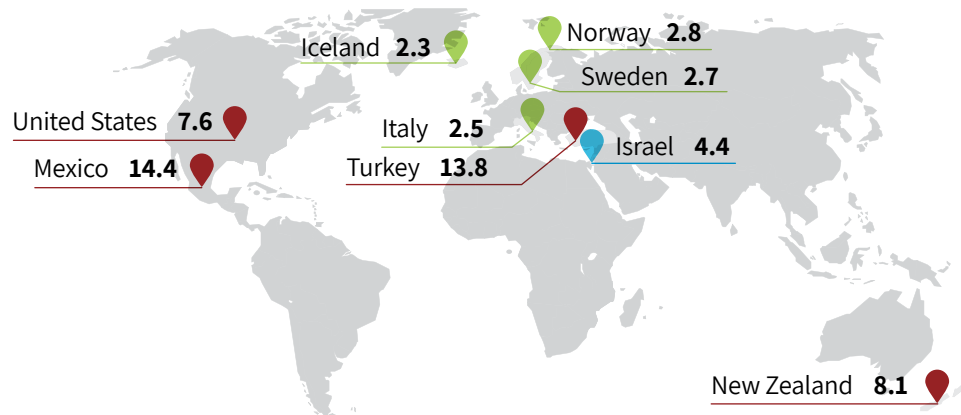
* יישובים בהם אחוז התושבים המוסלמים, הנוצרים או הדרוזים אינו עולה על 80%

גילאים בסיכון עיקרי



הירידה בהיפגעות בקרב ילדים בגילאי 15-17 גדולה פי 2 מאשר אצל ילדים בגילאי 0-4

השוואה בינלאומית



מקרא

שיעורי תמותה

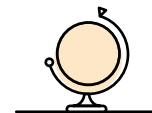
גבוהים

בינוניים

נמוכים

Country Name 0.0

שיעור תמותה ל-100,000 ילדים 2011-2013



ישראל במקום 22 בשיעורי התמותה מבין 35 מדינות ה-OECD

תקציר

לממצאים הללו, נמצא כי סיכון התמותה של ילד ערבי בהשוואה לזה של ילד יהודי גבוה במיוחד בזירת הדרך, בעוד סיכון האשפוז גבוה במיוחד בזירת הבית. ממצאים אלה על זירת הדרך בחברה הערבית עשויים להיות מוסברים באמצעות נתונים דומים ממדינות שונות בהם צי הרכב גדל בקצב מהיר לצד תשתיות שעדיין לא מתפתחות באופן מספק ומתאים. ממצאים לאומיים על שיעורי חגירה וריסון נמוכים באופן משמעותי בקרב ילדים במגזר הערבי גם כן רומזים על הגורמים לסיכונים המוגברים של ילדים ערבים בזירת הדרך.

בהסתכלות על קבוצות אוכלוסיה שונות בישראל, זוהו מספר תופעות המחייבות תכנון ייעודי ומותאם על מנת לצמצם היפגעות ילדים בקרב אותם קהילות: נמצא כי שיעור התמותה של ילדים המתגוררים ביישובים בדואים במחוז דרום גבוה משמעותית מהשיעור הממוצע בכלל היישובים הערביים. בקרב החברה הבדואית, הסיכון לתמותה של ילדים גבוה במיוחד עבור ילדים בגילאי לידה עד 4 (פי 2.0) ובקרב ילדים בגילאי 14-10 (פי 2.1). כמו כן, ביישובים בדואים במחוז דרום, חלקן היחסי של היפגעויות המתרחשות בזירת הבית גבוה בהשוואה לחלקן היחסי בהיפגעות בכלל היישובים הערביים. מנגד, חלקן היחסי של ההיפגעויות המתרחשות בדרך ביישובים אלו נמוך. ממצא זה על היפגעויות ביישובים הבדואים במחוז דרום שונה באופן ניכר מיתר קבוצות האוכלוסייה בחברה הערבית, בהן אחוז ההיפגעויות המתרחשות בזירת הדרך גבוה מזה שבזירת הבית. על בסיס הממצאים הללו יש חשיבות מירבית להתאמת תוכניות מניעה ייעודיות וממוקדות עבור הקבוצות השונות בחברה הערבית בישראל, בהתאם למאפייני ההיפגעות של כל קבוצה.

בחברה היהודית נמצא כי יישובים בעלי רמת חרדיות גבוהה מאופיינים בשיעורי תמותה גבוהים של ילדים עקב תאונות, אך בשיעורי אשפוז ופנייה למיון נמוכים בהשוואה ליישובים בהם אין רוב חרדי. יש לציין כי לא נבחנו בדו"ח זה שיעורי פניות למוקדי חירום בקהילה וייתכן כי הם עשויים להסביר פער זה. ממצאים אלו מעניינים לבחינה מעמיקה, היות ויתכן כי פערים אלו קשורים בין היתר להבדלים בדפוסי השימוש בשירותים רפואיים בקרב הקבוצות השונות. עוד נמצא כי שיעורי ההיפגעות גבוהים במיוחד ביישובים אלו בקרב בני 17-15 (פי 2.0) ולידה עד 4 (פי 2.1), בהתאמה. הממצאים מצביעים על חשיבות התאמת תוכניות מניעה ממוקדות לקבוצות הגיל הללו בחברה החרדית.

ממשלת ישראל אישרה את התוכנית הלאומית לבטיחות ילדים בדצמבר 2016, בסיכומו של תהליך תכנון מפורט. התוכנית, אשר מנוהלת על ידי משרד הבריאות, כוללת יעדים ברורים ומדידים להיפגעות ובטיחות ילדים. קידום איסוף נתונים בכלל רמות החומרה על פי סטנדרט Minimum Data Set אשר מומלץ על ידי ארגון הבריאות העולמי יאפשר המשך מעקב אחרי המגמות לאורך זמן. מרכיב מרכזי שחשוב לקדם במסגרת התוכנית הלאומית לבטיחות ילדים הינו התמקדות בפעילות מניעה מוכחת שהינה ייעודית לקבוצות האוכלוסייה הנמצאות בסיכון הגבוה ביותר להיפגעות ואשר זוהו במסגרת הדו"ח הנוכחי. צעדים אלו יאפשרו לישראל להגיע להישגים הדומים למדינות ה-OECD אשר הצליחו לצמצם את שיעורי ההיפגעות בקרב ילדים באופן המשמעותי ביותר.

היפגעות בלתי מכוונת מהווה גורם מרכזי לתמותה ולתחלואה של ילדים ובני נוער בישראל ובעולם. הדו"ח הנוכחי מציג תמונת מצב עדכנית ומפורטת של ההיפגעות הבלתי מכוונת של ילדים ובני נוער בישראל על מנת לקדם מדיניות ופעילות מניעה ממוקדת ויעילה. בהסתכלות על מגמות לאורך 15 שנים אנו עדים להמשך ירידה משמעותית בתמותה ובאשפוז ילדים עקב היפגעות בלתי מכוונת. ירידה זו נזקפת הן לשיפורים בטיפולים הרפואיים והן למאמצי המניעה של מקרי תאונות בחברה. בהשוואת מגמות של תמותת ילדים ממחלות לתמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת, נצפה לאורך השנים צמצום משמעותי יותר, פי 1.5, בתמותת ילדים מהיפגעות, ראייה נוספת להצלחות במניעת תאונות קשות בקרב ילדים ובני נוער.

הירידה בתמותת ילדים מהיפגעות בישראל דומה לירידה החצינית במדינות ה-OECD, העומדת על כ-55%. מתוך 35 מדינות ה-OECD, ישראל נמצאת במקום ה-22 בשיעורי תמותת ילדים מהיפגעות, מה שמצביע על מקום ניכר לשיפור. בבחינת זירות ההיפגעות, נמצא כי בולט השיפור במגמות בתאונות דרכים בישראל לעומת תאונות בית ופנאי, בדומה לממצאים במדינות ה-OECD.

באשר לקבוצות גיל, קבוצת סיכון בולטת הינה קבוצת הגיל 'לידה עד 4 שנים', אשר בולטת בעיקר בשיעור גבוה של היפגעות בזירת הבית וחצר הבית. נמצא כי בקרב קבוצת גיל זו חלה ירידה מתונה בלבד בתמותה מהיפגעות לאורך השנים, זאת בשונה משאר קבוצות הגיל, בהן חלו ירידות משמעותיות בתמותה מהיפגעות.

בבחינת מגמות התמותה כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת לאורך השנים עולה כי הירידה בתמותה בחברה הערבית חדה הרבה פחות בהשוואה לירידה בחברה היהודית. פערים בשיעורי ההיפגעות בין שתי האוכלוסיות, אשר נצפו בעבר, ממשיכים להתקיים ואף גדלים עם השנים, כך שילדים ובני נוער ערבים נמצאים תחת סיכון היפגעות מוגבר באופן גורף, ללא תלות בגילם, ביחס לילדים יהודים. יתר על כן, סיכון זה גובר ככל שעולה חומרת ההיפגעות. בהתאם, הפער בין ילדים ערבים לילדים יהודים בשיעורי התמותה גבוה יותר מהפער בשיעורי האשפוז, וזה גבוה יותר מהפער בשיעורי הפניות למיון. הממצאים הללו מצביעים על הבדלים בין החברה הערבית לחברה היהודית בהתנהגויות סיכון לצד הימצאות של תשתיות לקיוות בבית ובדרך בסביבת ילדים.

הירידה בתמותה מתאונות דרכים בקרב ילדים יהודים משמעותית הרבה יותר מזו שבקרב ילדים ערבים (פי 2.7). בקרב ילדים ערבים קיימת מגמת ירידה בתמותה כתוצאה מתאונות כהולכי רגל, אך לעומת זאת בתאונות במעורבות רכב מנועי לא חל שינוי, ואף נראה שישנה נטייה לעלייה קלה. נראה שהפער בין הירידה החדה מאד שהתרחשה בקרב ילדים יהודים בתמותה מתאונות רכב מנועי לבין העדר ירידה בקרב ילדים ערבים, מסביר את רוב הגידול בפער בין ילדים יהודים לילדים ערבים בשיעורי התמותה מהיפגעות בשנים האחרונות. בהתאם



פרק 1: מבוא

1.1 הקדמה

היפגעות בלתי מכוונת ממשיכה להיות גורם מרכזי למוות ותחלואה של ילדים בישראל ובעולם. לרוב הילד הנפגע הינו בריא ופעיל טרם ההיפגעות, והשלכותיה הינן ארוכות טווח ופוגעות באיכות החיים של הנפגע ומשפחתו. ארגון הבריאות העולמי הכריז על היפגעות ילדים "מגיפה" הפוגעת בחברה כולה. נתוני דו"ח היפגעות ילדים העולמי של ארגון הבריאות העולמי מלמדים כי מידי יום למעלה מ-2,000 ילדים ובני נוער מתים כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת שהיתה ניתנת למניעה, ומדי שנה מיליוני ילדים סובלים מנכויות וממוגבלויות כתוצאה ממנה (Peden et al., 2008).

מבין הגורמים השונים לתמותת ילדים, היפגעות מושפעת במיוחד מאי-שוויון חברתי (Sethi, 2008). כמו כן, למרות הירידה שחלה בתמותת ילדים עקב היפגעות לאורך השנים, מגמה זו בולטת יותר בחברות מפותחות לעומת חברות מתפתחות (Kahn et al., 2015). המחקר מלמד שקיים חוסר שוויון בגישה למשאבים הנדרשים לשמור על בריאות ובטיחות הילדים בחברה, כאשר קיימת גישה יותר טובה למשאבים הללו בקבוצות אוכלוסיה במעמד סוציאקונומי גבוה (Laflamme et al., 2010). בקרב חברות מעוטות יכולת בולטת דלות המשאבים, הסיכונים בסביבה, והמחסור במנגנונים בלתי-מוחשיים, כגון השגחה והדרכה (Schwebel 2007). תהליכים של גלובליזציה, עיור, עליה בנסועה ושינויים בסביבה עלולים אף הם להשפיע לרעה על בטיחות ילדים ולהגביר את הפערים בין אוכלוסיות שונות (Towner 2008).

היפגעות בתאונות דרכים הינה מגמה שהשתנתה לאורך השנים, עם התפתחותן של מדינות שונות. למרות שתאונות דרכים ממשיכות להיות גורם מוביל לתמותה של ילדים כתוצאה מהיפגעות ברחבי העולם, חל צמצום במגמת ההיפגעות מגורם זה לאורך השנים במדינות המפותחות, כולל מדינות אירופה וארה"ב (Peden et al., 2008). על-פי ארגון הבריאות העולמי, למעלה מ-90% ממקרי התמותה מהיפגעות בדרכים הם במדינות ברמת הכנסה נמוכה או בינונית, למרות שבמדינות אלה נמצאים רק 54% מכלי התחבורה בעולם (WHO, 2013). מדינות מפותחות עם ציי רכב גדולים הפגינו ירידה באחוז תאונות הדרכים לקילומטר נסועה לאורך השנים, וכך גם בישראל (Evans 2014). לצד ממצא זה ניתן לראות שחלקן של תאונות בית ופנאי הולך ותופס חלק ניכר יותר בהיפגעות הילדים במדינות מפותחות. מגמה זו בולטת במיוחד בקרב קבוצות הגיל הצעירות ביותר.

תופעת היפגעות הילדים בעולם, לצד הידע שהצטבר עם השנים על הדרכים לצמצום התופעה, הביאו ארגונים בינלאומיים לצאת בקריאה למדינות לפעול לקידום בטיחות ילדים ולמניעת היפגעותם. אסיפת הבריאות העולמית קיבלה החלטה על פעילות מקיפה למניעת היפגעות ילדים במאי 2011 (החלטה WHA64.A64.R27). הברית האירופית לבטיחות ילדים, קידמה ולוותה ייזום תכניות לאומיות לבטיחות ילדים בקרב המדינות החברות בברית.

3. זירת ההיפגעות

הזירה או סוג המקום בו התרחשה ההיפגעות, כגון בית, כולל חצר הבית, מרחב ציבורי, או דרכים. סוג הפעילות בה היה מעורב הנפגע בעת האירוע (למשל, נסיעה, רחצה, לימודים).

5. מוצר או גורם מעורב

מוצר או גורם שמעורב במקרה ההיפגעות, כולל חפצים, בעלי חיים וכד'.

4. פעילות בעת ההיפגעות

סיווג זה הינו סטנדרט מינימלי מומלץ לתיעוד ואיסוף נתוני היפגעות (Minimum Data Set). סטנדרט זה הותאם לשימוש בישראל על ידי ארגון 'בטרם' במסגרת המערך הלאומי לנתוני היפגעות ובטיחות ילדים ומהווה בסיס למחקר ולקבלת החלטות לקידום בטיחות ילדים ומניעת היפגעויות.

במרבית המאגרים בישראל סיווג ההיפגעות נעשה על-פי המערכת הבינלאומית לסיווג מחלות (ICD: International Classification of Diseases), שהופקה על ידי ארגון הבריאות העולמי. בשנת 1998 החל השימוש במהדורה העשירית של הסיווג. בישראל ישנם מאגרים העושים שימוש במהדורה התשיעית, ואחרים העושים שימוש במהדורה העשירית. סיווג נסיבות ההיפגעות במקרה של גורם חיצוני נעשה בעזרת מטריצת ה-External Codes (E-Codes), המשלבת כוונה עם מנגנון ההיפגעות.²

לאום: העיבודים בדו"ח, המבוססים על נתוני קובץ הפטרות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס) ועל קובץ רישום טראומה שמנוהל במרכז לחקר טראומה ורפואה דחופה במכון גרטנר, מבוצעים בחלוקה לשתי קבוצות: א. יהודים ואחרים ב. ערבים. בכדי להקל על הקריאה, נעשה שימוש במינוח 'יהודים' במקום ב- 'יהודים ואחרים' לאורך הדו"ח. עיבודים המבוססים על נתוני 'מאגר תיעוד היפגעויות מהתקשורת' המנוהל על ידי ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים מבוצעים בחלוקה לשתי קבוצות: א. יהודים ב. ערבים.

קבוצות אוכלוסייה: בדו"ח מוגש פרק ובו התייחסות ייחודית לקבוצות אוכלוסייה שונות. הנתונים המוצגים בו מתייחסים למועצות מקומיות ועירויות בלבד, ולא ליישובים במועצות אזוריות, כאשר החלוקה לקבוצות מבוססת על מאפייניה של הרשות. הסיווג מתייחס לשלוש אוכלוסיות: כלל האוכלוסייה, יהודים, וערבים.

ממשלת ישראל נענתה לקריאה זו עם העברת החלטת ממשלה מס' 4289 בפברואר 2012, החלטה שהובילה לייזום שותפות בין-משרדית של 16 משרדי ממשלה וגופים לאומיים בהובלת משרד הבריאות. שותפות זו פעלה במהלך שנתיים לתכנון תכנית פעולה לאומית לניהול וקידום בטיחות ילדים בישראל. בדצמבר 2016 אישרה ממשלת ישראל בתקציב המדינה את התכנית הלאומית לבטיחות ילדים. משרד הבריאות ינהל את התוכנית ואת המעקב אחר יישומה, תוך מאמץ לקדם את יעדיו בתחום. בכך, ישראל מקדימה מדינות רבות המקדמות מדיניות למען בטיחות אזרחיהן הילדים.

1.2 מטרות הדו"ח

המטרה העיקרית של דו"ח זה הינה הצגת תמונה מקיפה ועדכנית של היפגעות ילדים בישראל ברמות החומרה השונות. הדו"ח כולל בחינת מגמות היפגעות ילדים בישראל ובעולם לאורך זמן והתמקדות בתופעת ההיפגעות לפי משתנים מרכזיים, כולל זירה וקבוצת אוכלוסייה, בשנים האחרונות. עיקר ההתמקדות הינה בהיפגעות בלתי מכוונות, עם זאת, על מנת שניתן יהיה למקם את תופעת ההיפגעות הבלתי מכוונת בקרב ילדים בהקשרים רחבים יותר, בפרקים הראשונים של הדו"ח מוצגת תמונה כוללת של היפגעות ותחלואת ילדים בישראל ובעולם.

1.3 סיווגים והגדרות

ילדים: על-פי הגדרת החוק בישראל, ילד הינו קטין מגיל לידה ועד יום הולדתו ה-18. במהלך הדו"ח, כאשר מוצגות קבוצות גיל, קבוצת הגיל העליונה כוללת ילדים עד היום האחרון באותו שנתון. כך, לדוגמא, קבוצת גיל 15-17 כוללת ילדים עד יום הולדתם ה-18.

היפגעות: מוגדרת כפגיעה חיצונית או פנימית שנגרמה על-ידי מגע פיסי או חומר רעיל על פני הגוף או בתוכו, תוך גרימת נזק (צדקה, פ. והלפרין, ב., 2002). ארגון הבריאות העולמי ממליץ לסווג היפגעות על בסיס שיטת הסיווג הבינלאומית של פציעות חיצוניות (International Classification of External Injuries: ICECI)¹. בשיטה זו היפגעות מסווגות על-פי המימדים הבאים:

2. סוג או מנגנון

זיהוי הכוח החיצוני שגרם לפגיעה ולנזק שנגרם: נפילה, כלי רכב ממונע, חנק, שריפה, טביעה, הרעלה, וכד'.

1. כוונה

פגיעות מכוונות הן כאלה הנגרמות בכוונה תחילה על-ידי אדם נגד עצמו (למשל, בהתאבדות) או נגד אדם אחר (למשל, במקרי אלימות). היפגעויות לא מכוונות או תאונות נגרמות במקרה.

¹ לפרוט שיטת הסיווג בהמלצת ארגון הבריאות העולמי, ראה: <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/iceci/en/index.html>

² פירוט שיטת השיוך והקבצת מקרי התמותה מובא בפרוטומי הלמ"ס וארגון הבריאות העולמי. ראה: <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/iceci/en/index.html>

1.4 מקורות מידע

בדו"ח הנוכחי, נעשו לראשונה מספר שינויים בנתוני התמותה:

1. הפרדה של היפגעות בלתי מכוונות מהיפגעות מכוונות, כך שנתוני התמותה המוצגים לאורך הדו"ח מתייחסים להיפגעות בלתי מכוונות בלבד.

2. שימוש בשני מקורות נתונים להבנת תופעת התמותה מהיפגעות בלתי מכוונות: קובץ הפטירות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס) ומאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת' של ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים, כפי שמפורט למטה.

שני שינויים אלו מסייעים לדיוק הממצאים ולהעשרתם, ובהתאם להבנה טובה ומלאה יותר של תופעת תמותה מהיפגעות בלתי מכוונות.

יחד עם זאת, בשל אותם שינויים, על הקורא לשים לב לשתי נקודות בעת קריאתו את הדו"ח הנוכחי: 1. מספר מקרי התמותה המוצג בפרק 'מגמות' והמבוסס על קובץ הפטירות נמוך יותר מהמספר שהוצג בדוחות קודמים (בשל ניכוי היפגעות המכוונות מהנתונים). 2. מספר מקרי התמותה בלוחות המתבססים על מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת' גבוה יותר באופן עקבי, בהיותו מאגר רחב ומלא יותר.

1. נתוני תמותת ילדים בישראל:

א. **קובץ הפטירות:** מתעדכן בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס) בהתאם לרישום הודעות הפטירה במשרד הפנים. סיבות המוות נרשמות בלמ"ס על-פי סיבת המוות המובילה בהודעת הפטירה, כפי שנרשם על ידי הרופא שקבע את המוות ועל-פי סיווג המחלות הבינלאומי (ICD). החל מקובץ פטירות 1998, נרשמות כל סיבות המוות וסיבת המוות המובילה על-פי סיווג ICD-10. בנוסף, משלימה הלמ"ס מידע ממקורות אחרים, כגון: נתוני תאונות דרכים ממשטרת ישראל, נתוני התאבדות ממשרד הבריאות, חקירות אפידמיולוגיות בלשכות הבריאות, המכון לרפואה משפטית במשרד הבריאות, בירורים בבתי חולים ועוד. הממצאים המוצגים בדו"ח זה מתבססים על ממוצעים של השנים 2000-2014.

ב. **מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת':** הינו חלק מהמערך הלאומי לנתוני היפגעות ובטיחות ילדים המנוהל על ידי ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. מקור נתוני המאגר הינו כתבות בעיתונות הדפוס והאינטרנט, הארצית והמקומית, בשפות עברית, ערבית, אנגלית ורוסית. המאגר נבנה על בסיס סטנדרט ה- Minimum Data Set המומלץ על ידי ארגון הבריאות העולמי להבנת 'נסיבות ההיפגעות'. מאחר ונתוני התקשורת מתקבלים באופן שוטף, ניתן להציג באמצעותם תמונת היפגעות עדכנית וכן להרחיב ולהשלים את המידע המתקבל ממקורות אחרים. בהשוואה שנערכה בין נתוני המאגר לבין קובץ הפטירות של הלמ"ס, עבור השנים 2008-2014, נמצא כי מספר מקרי התמותה במאגר התקשורת גדול בצורה משמעותית ממספר המקרים שסווגו ככאלה שנגרמו כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונות בידי הלמ"ס. הממצאים המוצגים בדו"ח מתבססים על השנים 2008-2015.

1. **כלל האוכלוסייה:** בהסתכלות על כלל האוכלוסייה פולחו הרשויות לשלוש קבוצות, על בסיס נתוני הלמ"ס מתוך "הרשויות המקומיות בישראל, 2014".

- א. יהודים – רשות ש-80% או יותר מתושביה הינם יהודים,
- ב. ערבים – רשות ש-80% או יותר מתושביה הינם ערבים,
- ג. מעורבים – יתר היישובים.

2. **יהודים:** הרשויות היהודיות פולחו תוך התייחסות לרמת החרדיות. זו נקבעה על בסיס אחוז הילדים ברשות הלומדים במוסדות לימוד הנמצאים תחת פיקוח חרדי, כמצוין בקובץ התלמידים של משרד החינוך לשנת הלימודים תשע"ה, על-פי הפילוח שלהלן:

רמת חרדיות	1	2	3	4
אחוז מהילדים ברשות לומדים במוסד לימוד תחת פיקוח חרדי	0%-25%	26%-50%	51%-75%	76%-100%

3. **ערבים:** ככלל, הרשויות הערביות פולחו תוך התייחסות לדת היישוב, על בסיס נתוני הלמ"ס מתוך "הרשויות המקומיות בישראל, 2014". יוצאי הדופן הינם היישובים הבדואים בדרום, הנכללים תחת קטגוריה נפרדת, בשל המאפיינים הייחודיים של אוכלוסייה זו. הרשויות הנוצריות והצ'רקסיות נוכו מן הניתוח בשל מספרן הקטן. פילוח יתר הרשויות בוצע כדלהלן:

- א. מוסלמים - רשות ערבית ש-80% או יותר מתושביה הינם מוסלמים,
- ב. דרוזים – רשות ערבית ש-80% או יותר מתושביה הינם דרוזים,
- ג. ערבים מעורבים - רשות ערבית שאחוז התושבים המוסלמים, הנוצרים או הדרוזים בה אינו עולה על 80%,
- ד. בדואים בדרום – יישובים מוכרים בנגב בהם מתגוררים בדואים: חורה, לקיה, כסיפה, ערעה-בנגב, רהט, שגב שלום, תל שבע.

מכוונת. באופן כללי, ניתן לקבוע כי הכוונה שבהיפגעות מתבהרת ככל שרמת החומרה של הפגיעה גבוהה יותר. אולם בשל העמימות שבהגדרת המושג "הכוונה בפגיעה", הדו"ח עוסק בכל הפניות למלר"ד בגין היפגעות, ללא הבחנה בין פגיעות מכוונות להיפגעות לא מכוונות.

כדי להציג הבדלים לאורך זמן או הבדלים בין קבוצות שונות, שאינם מושפעים משינויים בגודל האוכלוסייה, בחלק מהעיבודים מחושבים שיעורי הפניות למלר"ד יחסית לגודל האוכלוסייה. מאחר שהנתונים מתייחסים למספר הפניות ולא למספר הפונים, ואילו השיעור מחושב יחסית לגודל האוכלוסייה, ישנה במדד זה הטיה מסוימת. שיעורי הפניות למלר"ד ל-10,000 ילדים חושבו על בסיס גודל האוכלוסייה לפי גיל בשנה הרלוונטית, כפי שמפרסמת הלמ"ס. הממצאים המוצגים בדו"ח מתבססים על ממוצעים של השנים 2012-2014.

4. נתונים בינלאומיים השוואתיים:

לקוחים מתוך מאגר נתוני Global Burden of Disease (GBD). לפרויקט GBD שותפים 1,800 חוקרים מ-120 מדינות והוא ממומן ע"י הקרן של ביל ומלינדה גייטס בשיתוף אוניברסיטת ושינגטון וארגון הבריאות העולמי. ה-GBD הינו המחקר האפידמיולוגי הבינלאומי המקיף ביותר והוא כולל מידע על תמותה ותחלואה ממחלות ומפציעות. המידע מוצג ברמה גלובלית וברמה של אזורים ומדינות. הממצאים המוצגים בדו"ח מתבססים על נתונים עבור גילאי לידה עד 14 של מדינות OECD, לשנים 1995-2013.

כדי להציג נתונים שאינם מושפעים משינויים בגודל האוכלוסייה, שיעורי התמותה בחלק מהעיבודים מחושבים יחסית לגודל האוכלוסייה. שיעורי תמותה ל-100,000 ילדים חושבו על בסיס גודל האוכלוסייה לפי גיל בשנים הרלוונטיות, כפי שמפרסמת הלמ"ס.

2. נתוני אשפוז ילדים בישראל:

א. מאגר מידע אשפוזים: מנוהל במשרד הבריאות. המאגר כולל נתונים דמוגרפיים, נתונים לגבי אשפוזים, אבחנות ופעולות. הנתונים מתקבלים באופן שגרתי מ-24 בתי חולים. אפיון סיבת ההיפגעות נעשה על-פי ה-E-Code. הקריטריונים להגדרת היפגעות מבוססים על קודים של אבחנות (ICD9= 800-999).

המאגר מכיל נתונים המקיפים את החלק הארי של האשפוזים בבתי החולים הכלליים בישראל, ומשום כך ניתן ליצור באמצעותם תמונה רחבה של דפוסי האשפוזים עקב היפגעות של ילדים ושל היקפם. הממצאים המוצגים בדו"ח מתבססים על ממוצעים של השנים 2012-2014.

ב. קובץ רישום טראומה: מנוהל במרכז לחקר טראומה ורפואה דחופה במכון גרטנר, תל השומר. הקובץ כולל נתונים על נפגעי טראומה שאושפזו ב-19 בתי חולים: שיבא, בי"ח לגליל מערבי-נהריה, שערי צדק, וולפסון, ברזילי, זיו, פוריה, ביה"ח הסקוטי-נצרת, העמק, לניאדו, רמב"ם, יוספטל, קפלן, הלל יפה, הדסה, איכילוב, בלינסון, סורוקה ואסף הרופא. הקריטריון להגדרת היפגעות מבוסס על קודים של אבחנות (ICD= 800-959).

קובץ הטרומה מכיל משתנים רבים ומאפשר הצגה מעמיקה של אפיוני המאושפזים וההיפגעות. בנוסף, בקובץ נכללים גם נתונים על נפגעים שמתו בחדר מיון. בקובץ לא נכללים מקרים של חנק, הרעלות וטביעות, ובנוסף, פגיעות מכוונות לא תמיד מדווחות ככאלה. הממצאים המוצגים בדו"ח מתבססים על ממוצעים של השנים 2010-2012.

כדי להציג הבדלים לאורך זמן או הבדלים בין קבוצות שונות, שאינם מושפעים משינויים בגודל האוכלוסייה, בחלק מהעיבודים מחושבים שיעורי האשפוז יחסית לגודל האוכלוסייה. שיעורי אשפוז ל-10,000 ילדים חושבו על בסיס גודל האוכלוסייה לפי גיל בשנים הרלוונטיות, כפי שמפרסמת הלמ"ס.

3. נתוני פניות למרכזים לרפואה דחופה בישראל:

הנתונים נמצאים במאגר מידע מרכזי של ביקורים בחדרי מיון, המנוהל בתחום מידע במשרד הבריאות וכולל נתונים דמוגרפיים ונתוני ביקור בחדרי מיון בבתי החולים לאשפוז כללי, בהתאם לרישום בבתי החולים. כל רשומה מייצגת פנייה למרכז לרפואה דחופה (מלר"ד), כך שחלק מהרשומות מתייחסות לפניות חוזרות של אותו פונה. לפיכך, הנתונים מייצגים את מספר הפניות ולא את מספר הפונים.

מרבית בתי החולים אינם רושמים אבחנות במיון, לכן אפיון הביקורים במיון בגין פגיעה מבוסס על סיבות הכניסה לביה"ח בלבד. כמו כן, בתהליך הקבלה למלר"ד לא ניתן לקבוע באופן חד-משמעי אם ההיפגעות שבגינה פנה הילד למלר"ד בבית החולים הייתה מכוונת או לא

1.5 הצגת הנתונים

בדו"ח זה מוצגים לוחות דו-ממדיים המתבססים על 'הערכים הידועים' במשתנים השונים ואינם כוללים מקרים שניתן להם הערך 'לא ידוע' (missing values). משום כך, ייתכנו הבדלים בסך המקרים שמופיעים בלוחות שונים.

הנתונים במספר לוחות מבוססים על ממוצעים שעוגלו למספרים שלמים. לפיכך, ייתכן שהעמודות והשורות בלוחות אלה אינם מסתכמים לאותו המספר. השיעורים והאחוזים המוצגים בדו"ח מעוגלים, לעומת זאת, עד ספרה אחת אחרי הנקודה העשרונית. לכן, התפלגות המספרים השלמים והאחוזים אינם בהכרח בהלימה מלאה.

לאורך הדו"ח, רצף השנים המוצג בכל תרשים ולוח מצוין בכותרותו.

1.6 מבנה הדו"ח

הדו"ח בנוי באופן שהולך ומתמקד: בראשיתו מוצגים עיקרי הממצאים והמלצות לפעולות מניעה. לאחר מכן, מוצגות המגמות העיקריות של היפגעות ילדים בישראל לאורך חמש-עשרה שנים, וסקירה השוואתית בינלאומית. בהמשך, מוגש פרק המתמקד בממד הזירה כמאפיין מוביל בהבנת תופעת ההיפגעות החשוב לפיתוח פעולות מניעה ממוקדות. כמו כן, מוצגים נתוני ההיפגעות של ילדים לפי קבוצות האוכלוסייה השונות בישראל. את הדו"ח חותם פרק העוסק בהתפלגות ההיפגעות לפי יישובים ומחוזות. לאורך כל הדו"ח קיימת אינטגרציה של הנתונים מהמקורות השונים על מנת לספק תמונה הוליסטית של תופעת היפגעות ילדים בישראל.

התקציר מסכם את עיקרי הממצאים ומציג קריאה לפעולה לקובעי מדיניות ואנשי מקצוע בישראל.

פרק 1: המבוא כולל התייחסות למטרות הדו"ח, סיווגים והגדרות של מושגים מרכזיים ותיאור מפורט של מקורות המידע.

פרק 2: מציג מגמות ושינויים לאורך זמן בשיעורי הפניות לחדר מיון, באשפוזים ובתמותה של ילדים עקב היפגעות.

פרק 3: השוואות בינלאומיות, בהן מוצגים היקפי התמותה כתוצאה מהיפגעות של ילדים בגילאי לידה עד 14 במדינות ה-OECD, ומוצג מיקומה היחסי של ישראל במדדי ההיפגעות השונים.

פרק 4: מציג היפגעות לפי רמות החומרה, כולל התייחסות לשיעורים והתפלגויות הפניות לחדרי מיון, מקרי האשפוז והתמותה של ילדים עקב היפגעות.

פרק 5: מציג היפגעות ילדים בישראל תוך התמקדות בזירת ההיפגעות. הפרק כולל התייחסות לתמותה, אשפוז ומיון לפי זירות ההיפגעות ולפי משתנים נוספים כגון גיל, מין, מנגנון, ועונות השנה.

פרק 6: היפגעות ילדים לפי קבוצות אוכלוסייה. הפרק מתבסס על נתוני תמותה ואשפוז ומציג תמונה מקיפה של מאפייני ההיפגעות בקרב הקבוצות השונות.

פרק 7: היפגעות ילדים בישראל לפי יישובי המגורים של הנפגעים, כולל התפלגות הפניות למיון, אשפוזים ומקרי התמותה בכל יישוב. בנוסף, מוצגים נתוני היפגעות של ילדים לפי מחוזות גיאוגרפיים.

בכל פרק מוצגות שיטות המחקר העיקריות ששימשו לעיבודים המוצגים.



פרק 2: מגמות בהיפגעות ילדים

בפרק זה מוצגות מגמות בשיעורי הפניות לחדרי מיון, באשפוז ובתמותה של ילדים עקב היפגעות. בחלק הראשון מוצגות מגמות עבור שלושת רמות החומרה (פניה למיון, אשפוז ותמותה) במספרים גולמיים ובישעורים. כמו כן, מוצגת השוואה של אחוז השינוי בהיפגעות לאורך השנים בין רמות החומרה השונות של ההיפגעות. בחלק השני של הפרק מוצגות בהרחבה מגמות בתמותת ילדים כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת על-פי שני מקורות נתונים - קובץ פטירות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס) ומאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת' של ארגון 'בטרם'. בחינת המגמות הינה של משתנים שונים, כדוגמת זירות היפגעות, קבוצות גיל, לאום וכו', בהתאם לשדות הנתונים בכל מקור נתונים.

2.1 מקורות הנתונים, הגדרות ושיטה

מקורות הנתונים

בפרק מגמות שימשו מקורות הנתונים הבאים:

נתוני פניות למלר"ד בישראל - משרד הבריאות, מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון (2004-2014)

נתוני אשפוז ילדים בישראל - משרד הבריאות, מאגר מידע מרכזי אשפוזים (2000-2014)

נתוני תמותת ילדים בישראל - הלמ"ס, קובץ פטירות (2000-2014); ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים, מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת' (2008-2015)

הגדרות ושיטה

ממוצע נע תלת שנתי

השיעורים ואחוזי השינוי המוצגים בתרשימים המופיעים בפרק זה מבוססים על ממוצעים נעים תלת-שנתיים. ממוצע נע תלת-שנתי הוא ממוצע של שלוש שנים המחושב כדלהלן: השיעורים בכל אחת מהשנים מחושבים כממוצע של שלוש שנים - השנה הקודמת, השנה הנוכחית והשנה הבאה. לדוגמא: הממוצע הנע של שיעור הפניות למיון בשנת 2005 חושב כממוצע של שיעורי הפניות למיון בשנים 2004-2006, והממוצע הנע של שיעור הפניות למיון בשנת 2013 חושב כממוצע של שיעורי הפניות למיון בשנים 2012-2014 ומכאן השם **ממוצע נע**. לפיכך, הנתונים של השנה הראשונה ושל השנה האחרונה משמשים אמנם לחישוב הממוצעים הנעים, אך הם לא מופיעים בפני עצמם בלוחות השונים בעמודה הרלוונטית המתייחסת לממוצעים נעים, וגם אינם מופיעים בתרשימים. השימוש בממוצעים נעים נועד למתן תנודתיות שעשויה לנבוע מהבדלים מקריים בין השנים, בפרט בתמותה, המאופיינת במספר מקרים קטן.

קצב שינוי ממוצע לאורך תקופה נחקרת מחושב על ידי סכימה של קצבי השינוי השנתיים על פני כל השנים וחלוקת הערך המתקבל במספר השנים הנכללות בתקופה הנחקרת.³

שיעור כולל ארבע שנתי

כאשר נעשה שימוש בנתונים המתבססים הן על תאים סטטיסטיים קטנים יחסית והן על מגמה לאורך שמונה שנים בלבד (כפי שהיה זמין במאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת'), חולק טווח השנים לשתי תקופות וחושב שיעור כולל ארבע-שנתי עבור כל תקופה. השוואת השיעורים בין התקופות סייעה ללמוד על המגמה תוך התגברות על תנודתיות אקראית בין השנים ועל טווח שנים מצומצם יחסית לחישוב שיעורים נעים.

הערות

במגמות המתייחסות לשלוש רמות החומרה (מיון, אשפוז ותמותה) כפי שהם מופיעים בפרק זה, הנתונים העוסקים ברמות מיון ואשפוז מתייחסים להיפגעות בלתי מכוונת ומכוונת כאחד. יחד עם זאת, הנתונים העוסקים ברמת התמותה מתייחסים להיפגעות בלתי מכוונת בלבד. הסיבה לכך הינה שבנתוני תמותה ישנה הפרדה לאורך השנים בין היפגעות בלתי מכוונת להיפגעות מכוונות. לעומת זאת, עבור נתוני אשפוז הפרדה כזו איננה זמינה בנתונים לאורך השנים, ובנתוני מיון לא קיימת הפרדה ברורה בין היפגעות בלתי מכוונות למכוונות.

בעת קריאת הנתונים המתייחסים לשלוש רמות החומרה כדאי לדעת כי בנתוני אשפוז פחות מכ-10% ממקרי ההיפגעות הינם מקרים המתייחסים להיפגעות מכוונת, ואילו בנתוני מיון כ-3% ממקרי ההיפגעות מתייחסים באופן ברור להיפגעות מכוונת וכ-30% ממקרי ההיפגעות נכללים תחת הקטגוריה 'כונה לא ידועה', קטגוריה הכוללת מקרים שבשלב הקבלה למיון לא ניתן היה לקבוע בבירור אם לשייכם ל-'היפגעות בלתי מכוונת' או ל-'היפגעות מכוונת'.

יש לשים לב כי הממצאים הנוגעים לתמותה בפרק זה מבוססים על שני מקורות נתונים שונים: נתוני תמותה של הלמ"ס ונתוני מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', כאשר בנתוני מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת' מספר מקרי התמותה גבוה יותר באופן עקבי לאורך השנים. מומלץ לזכור פער זה בין שני המקורות בעת קריאת הדו"ח וההתייחסות לנתונים ולמצאים.

ממוצע נע חמש שנתי

כאשר נעשה שימוש בנתונים המתאפיינים בתאים סטטיסטיים קטנים מאד באופן יחסי, ואשר לפיכך, חשופים לתנודתיות אקראית רבה יותר לאורך השנים, חושבו בלוחות ובתרשימים ממוצעים נעים חמש-שנתיים. לדוגמא: הממוצע הנע של שיעור התמותה בשנת 2012 חושב כממוצע של שיעורי התמותה בשנים 2010-2014, והממוצע הנע של שיעור הפניות למיון בשנת 2011 חושב כממוצע של שיעורי הפניות למיון בשנים 2009-2013. לפיכך, הנתונים של השנתיים הראשונות ושל השנתיים האחרונות משמשים אמנם לחישוב הממוצעים הנעים, אך הם לא מופיעים בפני עצמם בתרשימים או בלוחות.

אחוז השינוי

אחוז השינוי מחושב כיחס באחוזים בין הממוצע הנע התלת-שנתי / החמש-שנתי של שיעור ההיפגעות בסוף התקופה הנחקרת לבין הממוצע הנע התלת-שנתי / החמש-שנתי של שיעור ההיפגעות בתחילת התקופה הנחקרת, כאשר מערך זה מוחסרים ה-100% המיוחסים לתחילת התקופה הנחקרת ומוגדרים כבסיס ההשוואה. לדוגמא, אחוז השינוי בשיעור ההיפגעות בין שנת 2013 לשנת 2005 יחושב כך:

$$100\% - 100\% \text{ (ממוצע תלת-שנתי 2012-2014) } * 100\% \text{ (ממוצע תלת-שנתי 2004-2006)}$$

מרבית התרשימים בפרק זה כוללים עמודה לצד התרשים ובה מצויין 'אחוז השינוי'. הערכים בעמודה זו מייצגים את השינוי לאורך כלל התקופה הנבחנת.

קצב שינוי

קצב שינוי מבוסס על ממוצע נע של שיעורים (תלת-שנתי / חמש-שנתי) ומחושב באמצעות נתוניהן של שתי שנים סמוכות, כך שהשיעור שנמצא בשנה המוקדמת יותר מוחסר מהשיעור בשנה המאוחרת יותר, והערך שמתקבל מחולק בשיעור שנמצא בשנה המוקדמת יותר. לדוגמא, קצב השינוי של שיעור התמותה בין השנים 2005 ל-2006 מחושב כך:

$$\frac{\left(\text{שיעור התמותה בשנת 2006} \right) - \left(\text{שיעור התמותה בשנת 2005} \right)}{\text{שיעור התמותה בשנת 2005}}$$

³ לדוגמא, חישוב קצב שינוי ממוצע בפניות למיון בין השנים 2006-2010: קצב השינוי במיון: שנת 2006: -0.8%, שנת 2007: -1.3%, שנת 2008: -1.8%, שנת 2009: 0.3%, שנת 2010: 0.8%. סה"כ קצב שינוי = -2.7%. קצב שינוי ממוצע: -2.7/5 = -0.54%

2.2 מגמות בפניות לחדר מיון, באשפוז ובתמותה של ילדים עקב היפגעות

לוח 1: פניות של ילדים לחדר מיון עקב היפגעות, 2004-2014, אשפוזים של ילדים עקב היפגעות, 2000-2014 ותמותה של ילדים עקב היפגעות, 2000-2014, מספרים וממוצעים נעים תלת שנתיים של שיעורים

במהלך השנים 2000-2014

שנה	פניות למיון		אשפוזים		מקרי תמותה	
	מספר	שיעור ל-10,000	מספר	שיעור ל-10,000	מספר	שיעור ל-100,000
2000	-	-	24,402	-	138	-
2001	-	-	24,510	112.2	150	6.4
2002	-	-	24,318	110.1	130	6.2
2003	-	-	24,115	109.5	130	5.9
2004	177,312	-	25,274	109.2	137	5.5
2005	180,753	780.7	25,214	107.7	109	5.5
2006	182,666	772.7	24,049	104.3	135	5.0
2007	180,556	759.8	24,166	101.2	107	4.8
2008	180,989	745.4	24,262	98.5	100	3.8
2009	179,806	747.9	23,111	96.0	65	3.5
2010	190,565	758.6	23,405	92.6	96	3.2
2011	197,670	774.4	22,745	88.8	82	3.7
2012	203,366	776.2	21,649	85.5	104	3.5
2013	204,269	770.4	22,281	82.9	88	3.5
2014	205,738	-	22,102	-	83	-



לוח 1 מציג מספרים ושיעורים נעים עבור תמותת ילדים עקב היפגעות בלתי מכוונת (בשנים 2000-2014), אשפוזי ילדים עקב היפגעות (בשנים 2000-2014) ופניות של ילדים למיון עקב היפגעות (בשנים 2004-2014). לאורך חמש-עשרה השנים 2000-2014 חלה ירידה חדה בתמותה מהיפגעות בלתי מכוונת: בשנת 2000 מתו 138 ילדים עקב היפגעות בלתי מכוונת לעומת 83 ילדים שמתו מסיבה זו בשנת 2014. ממוצע השיעורים התלת-שנתי הינו 6.4 לכל 100,000 ילדים בתחילת התקופה הנחקרת (2000-2002) ויורד ל-3.5 לכל 100,000 בסוף התקופה הנחקרת (2012-2014). כך, אחוז השינוי בשיעורי התמותה על פני חמש-עשרה השנים הנחקרות, המחושב על-פי היחס באחוזים בין סוף התקופה הנחקרת לתחילת התקופה הנחקרת, מצביע על ירידה משמעותית של 46.0% (תרשים 1).

יש לשים לב כי הירידה בשיעורי התמותה אינה אחידה או עקבית. למשל, בשנת 2006 חלה עלייה לעומת שנת 2005, וכך גם בשנת 2010, בה חלה עלייה לעומת שנת 2009. עם זאת, סביר שעלויות אלה נובעות מתנודתיות מקרית ואין להסיק מהן על עלויות בשיעורי התמותה באותן שנים. באשר לנתוני האשפוז עקב היפגעות, מסתמנת, בהתאם ללוח 1, מגמה של ירידה עקבית ואחידה למדי בשיעורי האשפוז: מ-112.2 אשפוזים ל-10,000 ילדים בתחילת התקופה הנחקרת (2000-2002) ישנה ירידה ל-82.9 אשפוזים לכל 10,000 ילדים בסוף התקופה הנחקרת (2012-2014). אחוז השינוי בשיעורי האשפוזים על פני חמש-עשרה שנים אלה, המחושב על-פי היחס באחוזים בין סוף התקופה הנחקרת (ממוצע שיעורי האשפוז בשנים 2012-2014) לתחילת התקופה הנחקרת (ממוצע שיעורי האשפוז בשנים 2000-2002), מצביע על ירידה של 26.1% (תרשים 1). מספר הפניות הגולמי של ילדים לקבלת טיפול במרכזים לרפואה דחופה (מלר"ד) עקב היפגעות אמנם גדל בין השנים 2004-2014 (לוח 1). עם זאת, כאשר שיעורי הפניות מתוקננים ביחס לגודל האוכלוסייה, מסתמנת מגמה של יציבות עם נטייה לירידה קלה מאד. אחוז השינוי בשיעורי הפניות למיון, המחושב על-פי היחס באחוזים בין סוף התקופה הנחקרת לתחילת התקופה הנחקרת מצביע על ירידה של 1.3% בפניות לחדר מיון (תרשים 1).

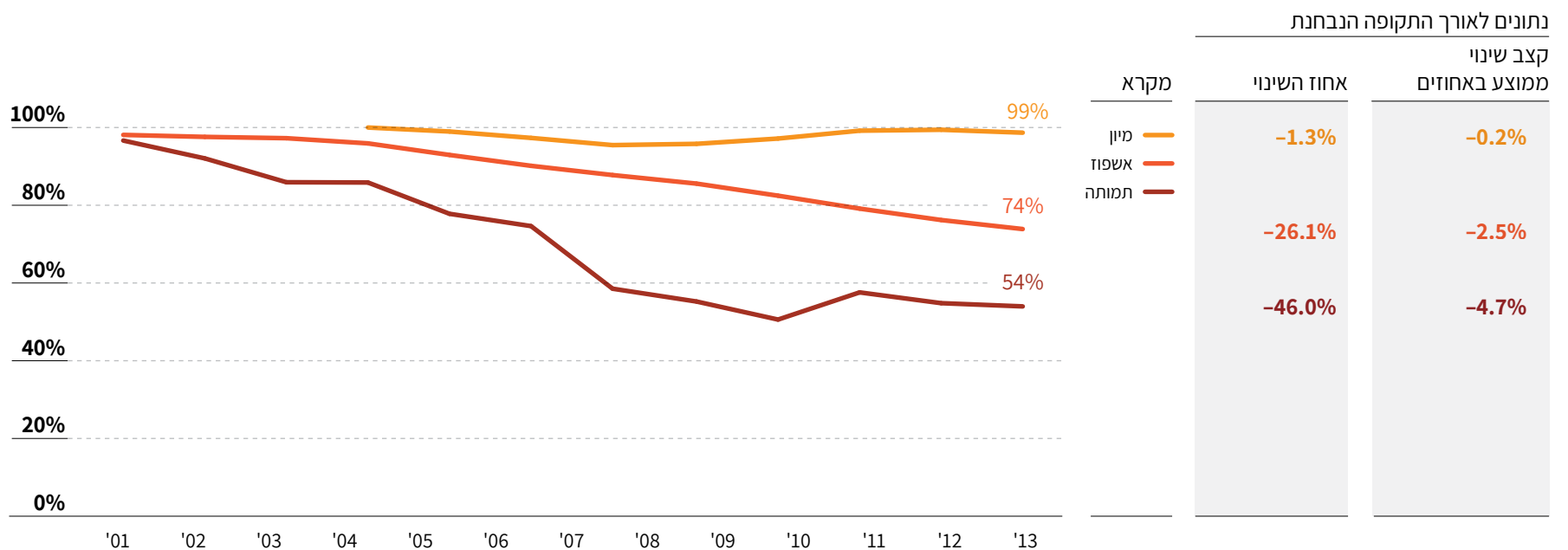
בארבע השנים האחרונות. לעומת זאת, באחוזי הפניות למיון לא מסתמנת מגמה ברורה: ירידה של כ-1.3% בלבד בהשוואה לתחילת התקופה הנחקרת, כאשר קצב הירידה הממוצע הוא 0.2% בשנה בלבד.

העובדה שהירידה בשיעורי התמותה גבוהה בהרבה מאשר הירידה בשיעורי האשפוז והפניות למיון מרמזת על כך שבנוסף לשיפור במניעת ההיפגעות חל שיפור גם באיכות הטיפול הרפואי (Siman-Tov et al. 2012). בנוסף, חשוב לזכור שישנם גורמים נוספים שעשויים להשפיע על המגמות בשיעורי האשפוז והפניות למיון, כגון שינויים במדיניות האשפוז של בתי החולים או שינויים במידה שבה הציבור נוטה לפנות למרכזי טיפול בקהילה, כדוגמת מרכזי 'ט.ר.מ' או המרכזים של קופות החולים הגדולות, כחלופה לפנייה למיון.

בתרשים 1 מוצגות זו לצד זו מגמות השינוי עבור רמות החומרה השונות של ההיפגעות (פניות למיון, אשפוז ותמותה). בתרשים זה, מעבר להצגת אחוז השינוי עבור כל רמת חומרה של היפגעות, חושב גם קצב השינוי הממוצע לאורך התקופה הנחקרת כסכום של אחוזי השינוי השנתיים על פני כל השנים מחולק במספר השנים⁴.

מהנתונים עולה כי במהלך השנים 2002-2013 קצב הירידה הממוצע בשיעורי התמותה היה 4.7% בשנה. לעומת זאת, קצב הירידה הממוצע בשיעורי האשפוז היה 2.5% בשנה, כאשר קצב הירידה עלה לאורך התקופה, מקצב ירידה ממוצע של כ-1% בארבע השנים הראשונות לקצב ירידה ממוצע של כ-3% בארבע השנים שלאחריהן, ולקצב ירידה ממוצע של כ-3.5%

תרשים 1: השינוי השנתי באחוזי הפניות למיון בשנים 2005-2013, אחוזי האשפוזים ואחוזי התמותה בשנים 2001-2013 ביחס לתקופות הבסיס



מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים מיוחדים לנתוני תמותה של הלמ"ס, נתוני אשפוזים של מאגר מידע מרכזי אשפוזים במשרד הבריאות, ונתוני מאגר מידע ביקורים במיון, משרד הבריאות, שירותי מידע ומחשב, תחום מידע. * נתוני תמותה מבוססים על ממוצעים נעים תלת-שנתיים של שיעורים ל-100,000, נתוני אשפוז ומיון מבוססים על ממוצעים נעים תלת-שנתיים של שיעורים ל-10,000.

⁴ לדוגמה, חישוב קצב שינוי ממוצע בפניות למיון: אחוזי השינוי במיון: שנת 2006: -0.8%, 2007: -1.3%, 2008: -1.8%, 2009: 0.3%, 2010: 0.8%. סה"כ אחוזי שינוי = -2.7. קצב שינוי ממוצע: -2.7/5 = -0.54%

2.3 מגמות בתמותת ילדים מהיפגעות

בחלק זה ייבחנו בהרחבה מגמות בתמותה מהיפגעות בלתי מכוונת של ילדים, לפי משתנים שונים כגון זירות היפגעות, קבוצות גיל, לאום וכו', ובהתבסס על שני מקורות נתונים: נתוני הלמ"ס, קובץ פטירות לשנים 2000-2014, ונתוני ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים, מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת' לשנים 2008-2015.

השיעורים ואחוזי השינוי שמוצגים בלוחות ובתרשימים המופיעים בפרק זה מבוססים ברובם, כמו בחלקו הראשון של הפרק, על ממוצעים נעים תלת-שנתיים. יחד עם זאת, כאשר נעשה שימוש בנתונים המתאפיינים בתאים סטטיסטיים קטנים יחסית, החשופים לתנודתיות אקראית רבה יותר בין השנים, חושבו בלוחות ובתרשימים ממוצעים נעים חמש-שנתיים. זאת ועוד: כאשר נעשה שימוש בנתונים המתבססים הן על תאים סטטיסטיים קטנים יחסית והן על מגמה לאורך שמונה שנים בלבד (טווח המידע שהיה זמין במאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת'), חולק טווח השנים לשתי תקופות וחושב שיעור כולל ארבע-שנתי עבור כל תקופה. השוואת השיעורים בין התקופות סייעה ללמוד על המגמה תוך התגברות על תנודתיות אקראית בין השנים ועל טווח שנים מצומצם יחסית לחישוב שיעורים נעים חמש-שנתיים.

אחוזי השינוי בלוחות ובתרשימים מחושבים על-פי היחס באחוזים בין סוף התקופה הנחקרת לתחילת התקופה הנחקרת, כתלות בשנים שלגביהם ישנם נתונים זמינים עבור כל מקור נתונים.

מגמות בתמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת - קובץ פטירות, למ"ס

בחלק זה נבחנו מגמות בתמותה מהיפגעות בלתי מכוונת של ילדים המתבססות על נתוני הלמ"ס, לשנים 2000-2014. המשתנים אליהם מתייחסות המגמות המוצגות בחלק זה הינם לאום, קבוצות גיל וסוגי תאונות. בנוסף, ישנה התייחסות לחלק היחסי של התמותה מהיפגעות בלתי מכוונת מתוך כלל מקרי התמותה.

2.3.1 תמותה מהיפגעות בלתי מכוונת ביחס לתמותה ממחלות

הירידה בתמותה מהיפגעות בלתי מכוונת לאורך התקופה הנחקרת גבוהה פי 1.5 מהירידה בתמותה ממחלות. בעוד שהירידה בתמותה מהיפגעות בלתי מכוונת גבוהה משמעותית בקרב ילדים יהודים לעומת ילדים ערבים, הירידה בתמותה ממחלות דומה בשתי האוכלוסיות.

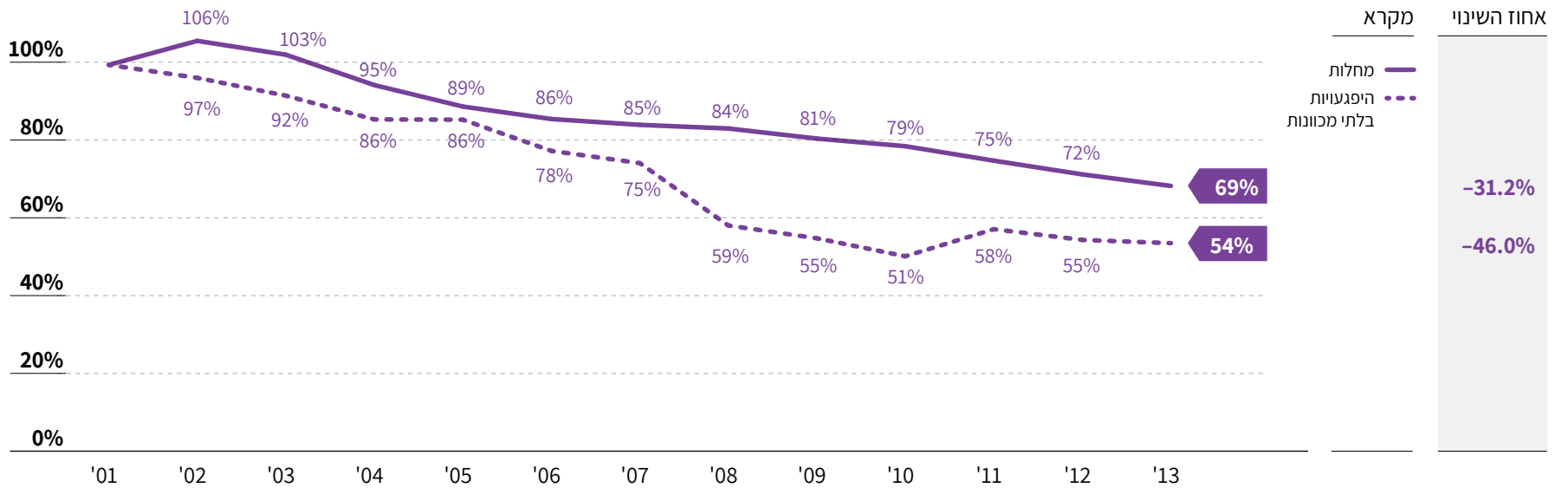
תמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת מהווה בשלוש השנים האחרונות של התקופה הנחקרת (2012-2014) כ-9% מכלל מקרי התמותה, לעומת חלק יחסי של כ-12% בשלוש השנים הראשונות לתקופה הנחקרת (ירידה של כ-3% בחלק היחסי מכלל התמותה). לעומתה, תמותת ילדים ממחלות מהווה, בשלוש השנים האחרונות לתקופה הנחקרת, כ-87% מתוך כלל מקרי התמותה, לעומת חלק יחסי של כ-86% בשלוש השנים הראשונות לתקופה הנחקרת (עלייה של כ-1% בחלק היחסי מכלל התמותה).

לוח 2 ותרשים 2 מלמדים כי לאורך חמש-עשרה השנים האחרונות, אחוז הירידה בשיעור התמותה של ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת היה גבוה משמעותית מאחוז הירידה בשיעור התמותה של ילדים ממחלות (46.0% לעומת 31.2% בהתאמה). כלומר, הירידה בתמותה מהיפגעות בלתי מכוונת לאורך התקופה הנחקרת גבוהה פי 1.5 מהירידה בתמותה ממחלות.

לוח 2: תמותה מהיפגעות בלתי מכוונת ותמותה ממחלות, 2000-2014, מספרים, שיעורים ל-100,000 ילדים, חלק יחסי מתוך כלל התמותה יחס שיעורים

שנה	מספרים		שיעורים תלת-שנתיים		חלק יחסי מתוך כלל התמותה		יחס שיעורים / מחלות / מחלות היפגעות בלתי מכוונת
	מחלות	היפגעות בלתי מכוונת	מחלות	היפגעות בלתי מכוונת	מחלות	היפגעות בלתי מכוונת	
2000	786	138	-	-	-	-	-
2001	989	150	6.4	43.4	12.5%	84.9%	6.8
2002	1058	130	6.2	46.1	11.6%	86.5%	7.4
2003	1005	130	5.9	44.5	11.5%	86.7%	7.5
2004	930	137	5.5	41.1	11.6%	86.5%	7.5
2005	873	109	5.5	38.7	12.2%	85.7%	7.0
2006	877	135	5.0	37.3	11.5%	86.0%	7.5
2007	877	107	4.8	36.7	11.2%	85.9%	7.7
2008	872	100	3.8	36.3	9.1%	87.9%	9.7
2009	884	65	3.5	35.1	8.9%	88.0%	9.9
2010	832	96	3.2	34.3	8.4%	88.9%	10.6
2011	848	82	3.7	32.7	9.9%	87.4%	8.8
2012	813	104	3.5	31.1	9.9%	87.5%	8.9
2013	763	88	3.5	29.8	10.1%	87.0%	8.6
2014	798	83	-	-	-	-	-

תרשים 2: השינוי השנתי באחוזי התמותה מהיפגעויות בלתי מכוונות ומחלות בשנים 2001-2013 ביחס לתקופת הבסיס, מבוסס על ממוצעים נעים תלת-שנתיים של שיעורים ל-100,000 ילדים



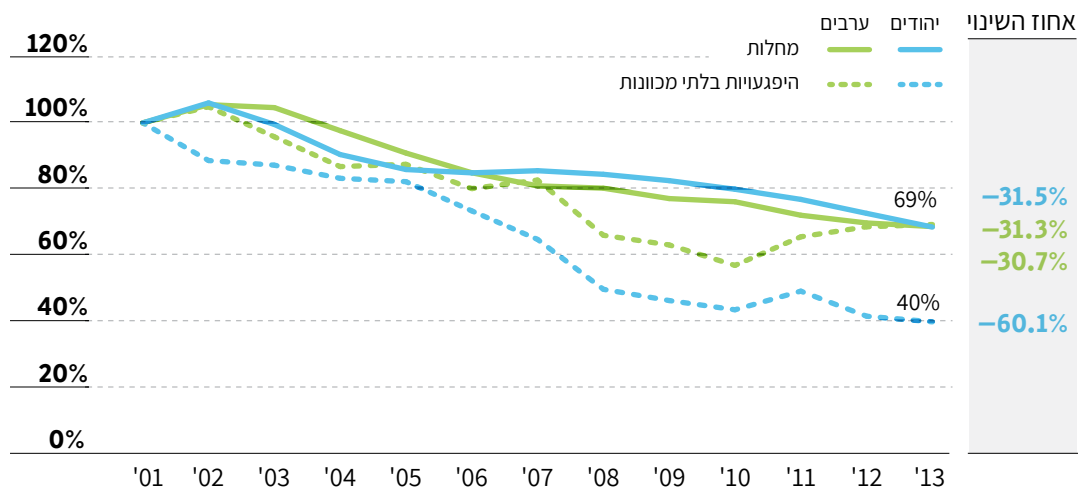
מקור: ארגון 'בטרם' לבריאות ילדים. עיבודים מיוחדים לנתוני תמותה של הלמ"ס.

נראה כי יחס שיעורי התמותה בין ילדים ערבים ליהודים כתוצאה מהיפגעויות בלתי מכוונות עלה משמעותית לאורך חמש-עשרה השנים הנחקרות, מיחס ממוצע של 2.7 בשלוש השנים הראשונות לתקופה הנחקרת ליחס ממוצע של 3.9 בשלוש השנים האחרונות לתקופה הנחקרת, מצא המעיד על שיפור משמעותי במניעת היפגעויות ילדים בחברה היהודית לעומת ילדים בחברה הערבית.

השוואת יחס שיעורי התמותה ממחלות בין ילדים ערבים לילדים יהודים מלמד כי, לאורך חמש-עשרה השנים הנחקרות, לא היה שינוי ביחס זה והוא עומד על 2.3 בממוצע שלוש השנים האחרונות של התקופה הנחקרת (בדומה למדי ליחס הממוצע בשלוש השנים הראשונות לתקופה הנחקרת- 2.4). כך, שלאורך התקופה הנחקרת, הירידה באחוזים בשיעור התמותה ממחלות בקרב ילדים ערבים ויהודים הייתה דומה מאד ועמדה על כ-31% בסיום התקופה הנחקרת. זאת לעומת פער גדול באחוזי הירידה בתמותה מהיפגעויות בלתי מכוונות בין ילדים ערבים (31%) לילדים יהודים (60%). (לוח 3 ותרשים 3)

לוח 3: תמותה מהיפגעויות בלתי מכוונות וממחלות, בקרב יהודים וערבים, 2000–2014, מספרים, שיעורים ל-100,000 ילדים ויחס שיעורים

שנה	מספרים				שיעורים - תלת שנתי				יחס שיעורים ערבים/יהודים	
	יהודים	ערבים	יהודים	ערבים	מחלות	היפגעויות בלתי מכוונות	מחלות	היפגעויות בלתי מכוונות	מחלות	היפגעויות בלתי מכוונות
2000	88	415	50	371	-	-	-	-	-	-
2001	69	553	81	436	4.6	32.1	11.5	74.9	2.5	2.3
2002	64	578	66	480	4.1	34.1	12.0	79.0	2.9	2.3
2003	65	523	65	482	4.0	32.0	11.0	78.3	2.7	2.5
2004	68	467	69	463	3.8	29.1	10.0	73.1	2.6	2.5
2005	57	451	52	422	3.8	27.6	10.0	68.1	2.7	2.5
2006	65	468	70	409	3.4	27.3	9.2	63.6	2.7	2.3
2007	50	471	57	406	3.0	27.5	9.5	60.6	3.2	2.2
2008	39	485	61	387	2.3	27.1	7.6	60.1	3.3	2.2
2009	31	470	34	414	2.1	26.5	7.2	57.8	3.4	2.2
2010	44	461	52	371	2.0	25.7	6.5	57.0	3.3	2.2
2011	34	465	48	383	2.3	24.7	7.5	54.0	3.3	2.2
2012	48	448	56	365	1.9	23.3	7.9	52.2	4.1	2.2
2013	27	417	61	346	1.8	22.0	8.0	51.4	4.3	2.3
2014	32	422	51	376	-	-	-	-	-	-



תרשים 3: השינוי השנתי באחוזי התמותה מהיפגעויות בלתי מכוונות וממחלות, בקרב יהודים וערבים, בשנים 2001–2013 ביחס לתקופת הבסיס, מבוסס על שיעורים נעים תלת-שנתיים ל-100,000 ילדים

מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים מיוחדים לנתוני תמותה של הלמ"ס.

2.3.2 לאום

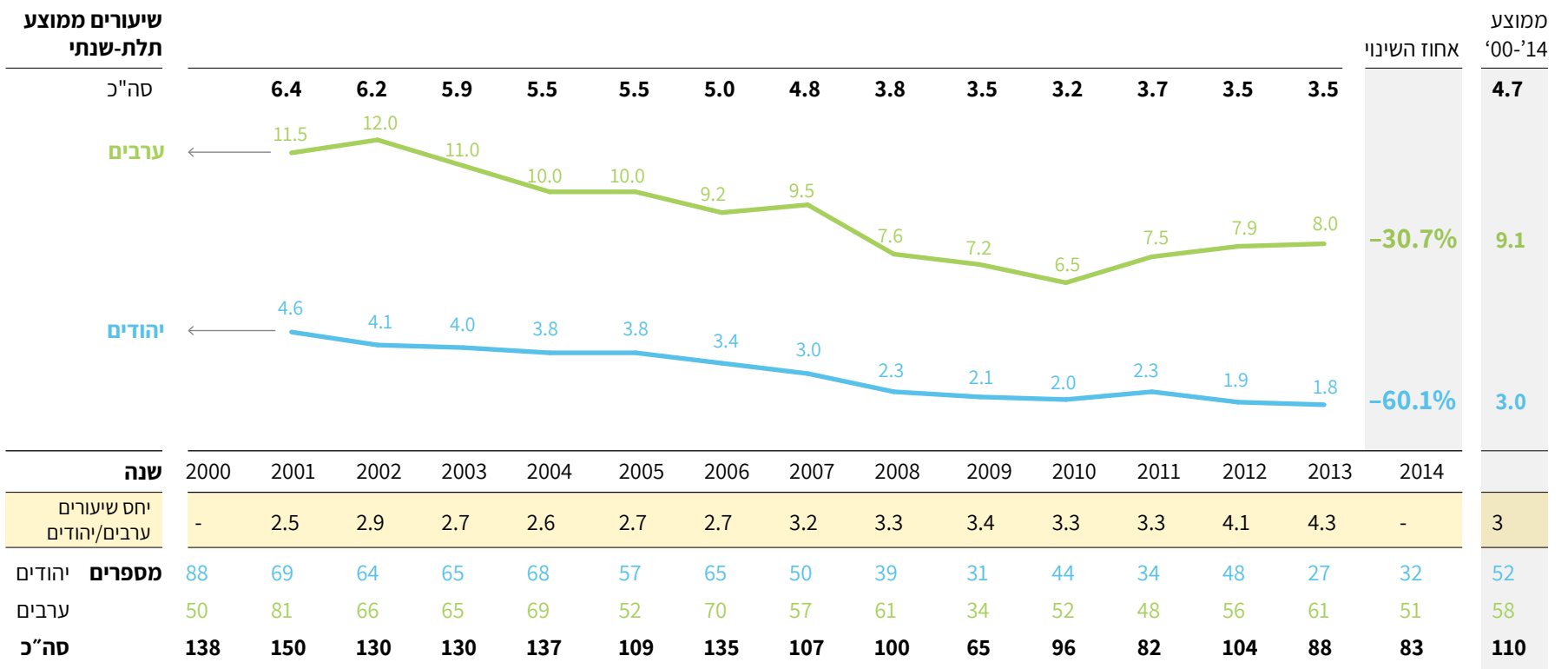
בבחינת מגמות לאורך חמש-עשרה שנים ניתן לראות שהירידה בתמותה מהיפגעות בלתי מכוונת בקרב ילדים יהודים כפולה מהירידה בקרב ילדים ערבים (ירידה של כ-60% לעומת ירידה של כ-31% בהתאמה).

בשתי קבוצות האוכלוסייה מסתמנת אמנם מגמת ירידה בתמותה, אך הירידה בקרב הילדים היהודים חדה יותר. כך, לאורך חמש-עשרה השנים, בהשוואה בין תחילת התקופה הנחקרת לסופה, הירידה בהיפגעות בקרב ילדים יהודים עומדת על 60.1% ואילו בקרב ילדים ערבים על 30.7% בלבד (תרשים 4).

יש לשים לב שחלק גדול יחסית מהפער במגמות בין ילדים יהודים לילדים ערבים הינו נגזרת של השנתיים האחרונות. למעשה, ההפרש בירידה בשיעורי התמותה בין ילדים יהודים לילדים ערבים מתחילת התקופה הנחקרת ועד לשנת 2011 הינו כ-15% בלבד, בעוד יתר ההפרש, העומד על כ-15% נוספים, נובע מהשנתיים האחרונות, עקב ירידה משמעותית בקרב ילדים יהודים ועליה קלה בקרב ילדים ערבים. יחד עם זאת, מוקדם עדיין להסיק מסקנות לגבי המגמה בכל אחת מהאוכלוסיות על בסיס השנתיים האחרונות, ומומלץ לפיכך להמשיך לעקוב אחר המגמות על מנת לקבל אינדיקציה טובה יותר לגביהן.

בכל אחת מהשנים 2000-2014 שיעורי התמותה מהיפגעות בלתי מכוונת בקרב ילדים ערבים היו גבוהים באופן בולט משיעורי התמותה בקרב ילדים יהודים. הפערים בין שתי קבוצות האוכלוסייה הם כאלו שהסיכון של ילד ערבי להיהרג כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת גבוה פי 3.0 מהסיכון של ילד יהודי, בממוצע לחמש-עשרה השנים הנחקרות (תרשים 4). זאת ועוד: נראה כי יחס הסיכונים בין ילדים ערבים לילדים יהודים גדל עם השנים, כאשר בשלוש השנים האחרונות לתקופה הנחקרת יחס זה עומד על 3.9 בממוצע לרעת הילדים הערבים (לעומת יחס של 2.7 בממוצע עבור שלוש השנים הראשונות לתחילת התקופה הנחקרת).

תרשים 4: תמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת בקרב יהודים ובקרב ערבים, 2000-2014, מספרים, ממוצעים נעים תלת שנתיים של שיעורים ל-100,000 ילדים ויחס שיעורים



מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים מיוחדים לנתוני תמותה של הלמ"ס.

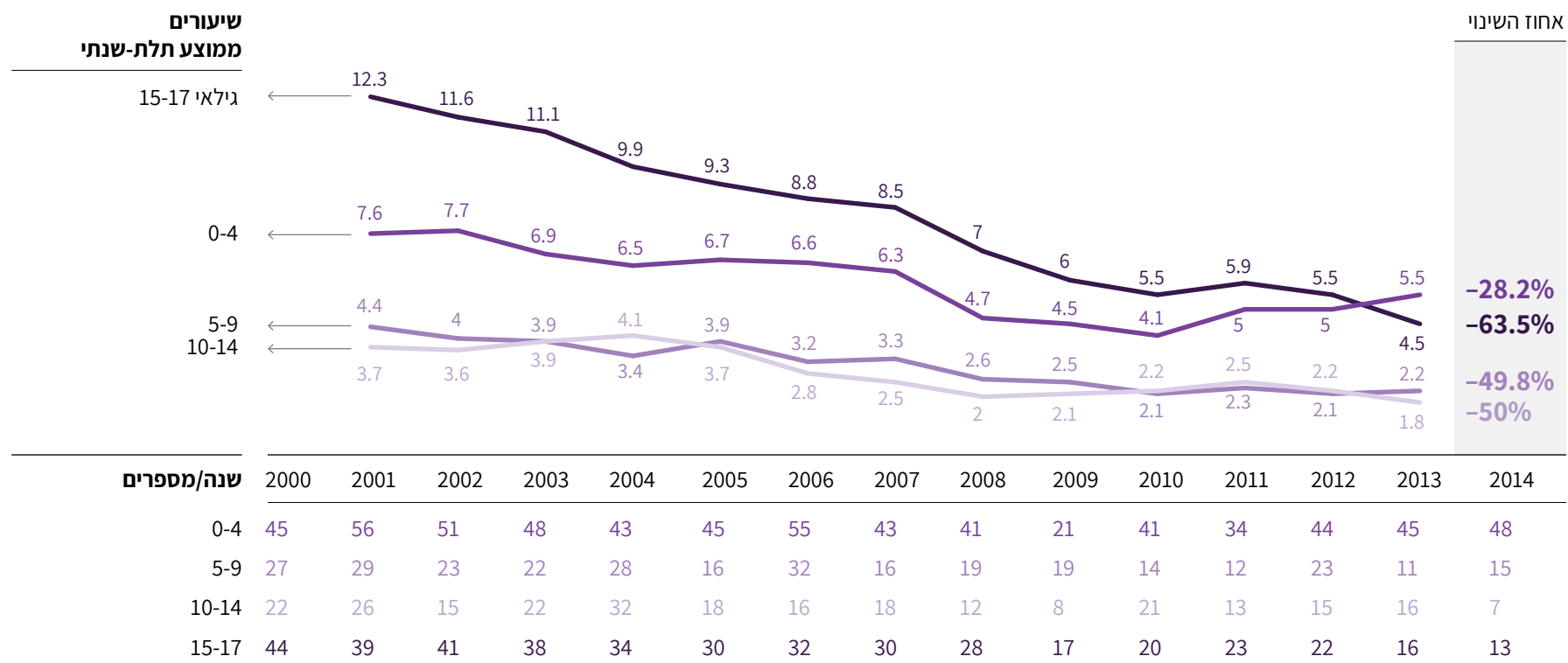
2.3.3 קבוצות גיל

קבוצות הגיל הנמצאות בסיכון הגבוה ביותר לתמותה מהיפגעות בלתי מכוונת הינן 'לידה עד 4 שנים' ו-'15-17 שנים' (שיעורים של 5.6 ו-4.5 לכל 100,000 ילדים בהתאמה). עם זאת, בקרב בני הנוער חלה הירידה המשמעותית ביותר (של כ-64%) לאורך התקופה הנחקרת ואילו בקרב הקבוצה הצעירה חלה ירידה מתונה בלבד (של 28%).

תרשים 5 מציג מגמות בתמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת לפי קבוצות גיל. כיוון שמגמת התמותה מהיפגעות בלתי מכוונת של ילדים בגילאי 'לידה עד שנה' דומה לזו של ילדים בגילאי 1-4, בתרשים 5 מוצגות המגמות בתמותה של ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת כאשר קבוצת הגיל 'לידה עד שנה' וקבוצת הגיל 1-4 שנים מאוחדות בקבוצת גיל אחת – 'לידה עד 4 שנים', להלן 0-4. בכל קבוצות הגיל מסתמנת מגמה של ירידה בשיעורי התמותה במהלך העשור: בגילום הצעירים (0-4 שנים, 5-9 שנים ו-10-14 שנים) מגמת הירידה אינה אחידה ומאופיינת

בתנודתיות, בעוד שבקרב בני הנוער (גילאי 15-17) מסתמנת מגמה ברורה של ירידה עקבית בשיעורי התמותה⁵. עוד ניתן לראות כי לאורך התקופה הנבחנת היתה ירידה חדה מאוד בשיעור התמותה בקרב גילאי 15-17 (ירידה של כ-64% סה"כ) לעומת ירידה של כ-50% בקרב כל אחת מקבוצות הגיל 5-9 ו-10-14 וירידה מתונה יחסית, של כ-28%, בקרב קבוצת הגיל 0-4. משמעות אחוזי ירידה אלו בקרב כל אחת מקבוצות הגיל היא שבעוד שבתחילת התקופה הנבחנת הסיכון להיפגעות בלתי מכוונת של גילאי 15-17 היה הגבוה ביותר (וגבוה בכ-50% יותר מאשר הסיכון של גילאי 0-4), הרי שבסוף התקופה הנבחנת המגמה התהפכה והסיכון של גילאי 0-4 הפך להיות גבוה בכ-20% מאשר הסיכון של גילאי 15-17. כך, נכון להיום, קבוצת הגיל אשר נמצאת בסיכון הגבוה ביותר להיפגעות בלתי מכוונת הינה קבוצת הגיל 0-4, עם שיעור תמותה של 5.5 לכל 100,000 ילדים, ואחריה קבוצת הגיל 15-17, עם שיעור תמותה של 4.5 לכל 100,000 ילדים.

תרשים 5: תמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת לפי קבוצות גיל, 2000-2014, מספרים וממוצעים נעים תלת שנתיים של שיעורים ל-100,000 ילדים



מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים מיוחדים לנתוני תמותה של הלמ"ס.

⁵ מלבד שנת 2009, שבה שיעורי התמותה היו נמוכים באופן חריג.

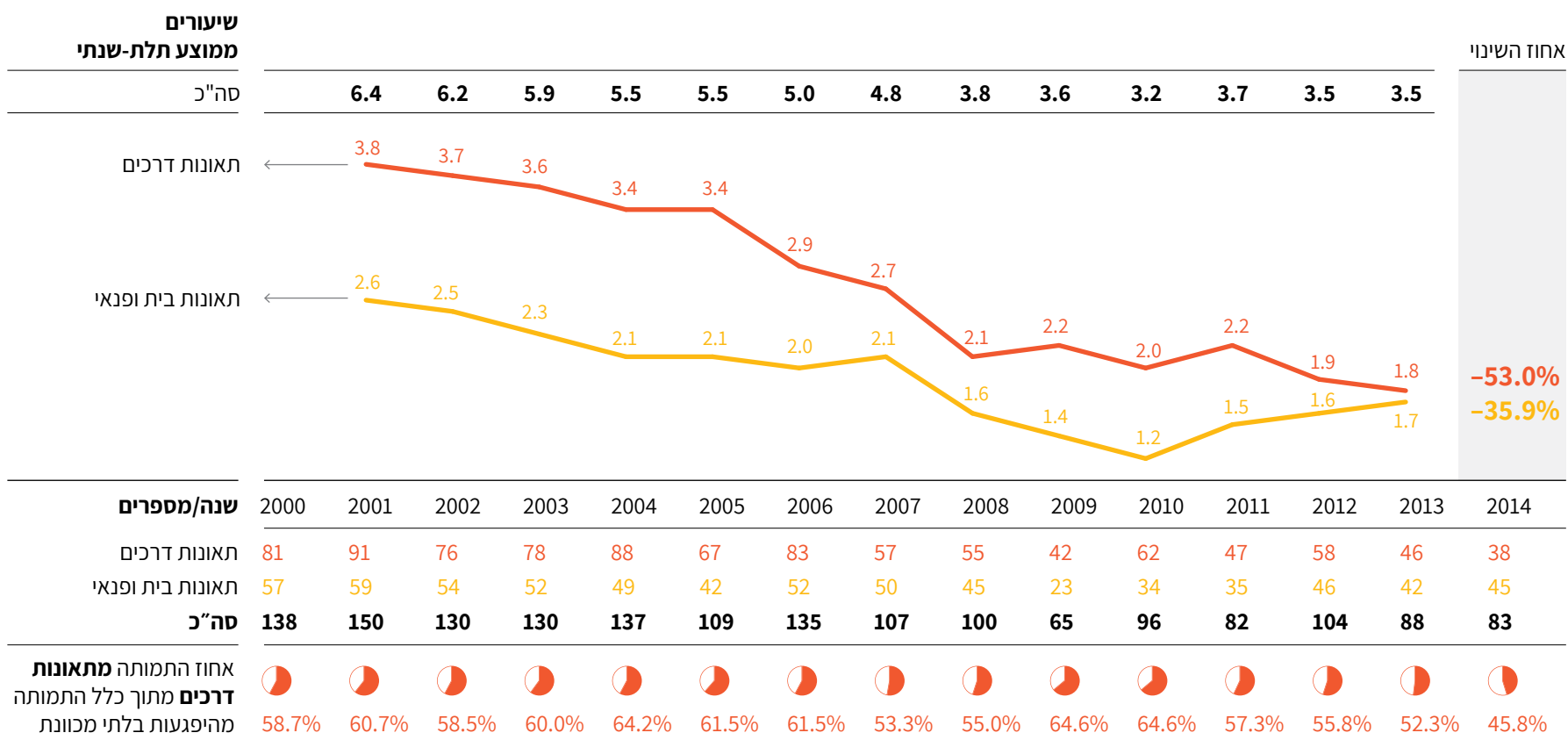
2.3.4 תאונות מובילות

לאורך התקופה הנחקרת, הירידה בתמותה מתאונות דרכים עומדת על כ-53%, בעוד הירידה בתמותה כתוצאה מתאונות בית ופנאי עומדת על כ-36%. הירידה בתמותה מתאונות דרכים נובעת במידה דומה יחסית מהירידה בתמותה מתאונות רכב מנועי והירידה בתמותה מתאונות כהולכי רגל. הירידה בתמותה מתאונות בית ופנאי נובעת בעיקר מירידה בתמותה מתאונות מ'סיבה לא מוגדרת', אם כי גם לירידה בתמותה מחנק תרומה לא מבוטלת לירידה בתאונות בית ופנאי.

תרשים 6 מציג נתונים על מספר הילדים שמתו כתוצאה מהיפגעות בתאונות דרכים ובתאונות בית ופנאי ואת שיעוריהם באוכלוסייה, וכן את חלקה של התמותה בתאונות דרכים מכלל התמותה מהיפגעות בלתי מכוונת בשנים 2000-2014. במהלך חמש-עשרה שנים אלה מסתמנת מגמה של ירידה הן בשיעורי התמותה בתאונות דרכים והן בשיעורי התמותה בתאונות בית ופנאי.

כפי שניתן לראות בתרשים 6, אחוז הירידה בתאונות דרכים על פני חמש-עשרה השנים הינו 53.0% ואחוז הירידה בתאונות בית ופנאי הינו 35.9%. עוד עולה כי בשלוש השנים האחרונות אחוז התמותה בתאונות דרכים מתוך כלל התמותה הינו נמוך באופן יחסי ועומד על כ-51%, לעומת כ-60% בממוצע בשנים הקודמות בתקופה הנחקרת, דבר המעיד על מגמה של ירידה מסוימת בחלקה של התמותה מתאונות דרכים מתוך כלל התמותה.

תרשים 6: תמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת עקב תאונות דרכים ותאונות בית ופנאי 2000-2014, מספרים וממוצעים נעים תלת שנתיים של שיעורים ל-100,000 ילדים

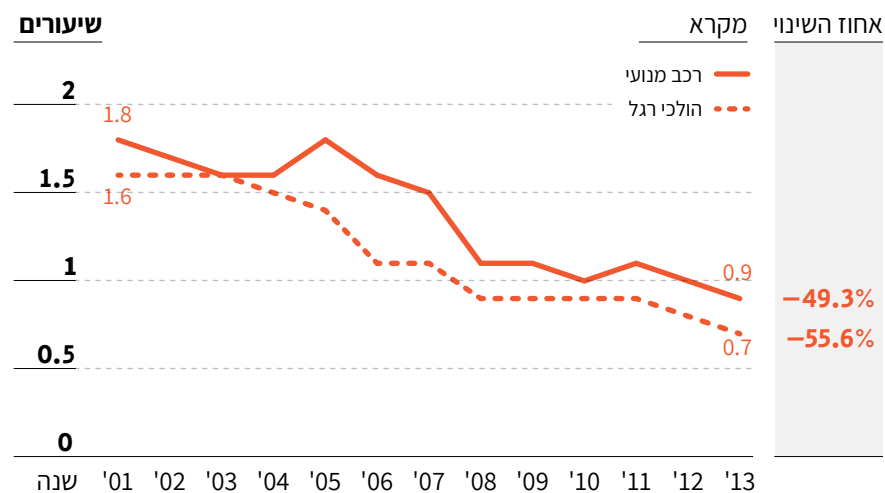


מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים מיוחדים לנתוני תמותה של הלמ"ס.

תמותת ילדים בתאונות דרכים: במעורבות כלי רכב מנועי וכהולכי רגל

בין השנים 2000-2014 נהרגו 969 ילדים בתאונות דרכים, מתוכם הרוב המכריע (כ-91%) נהרגו בתאונות בהן היה מעורב כלי רכב מנועי (כ-49%) או בהיותם הולכי רגל (כ-42%). בתרשים 7 מוצגות מגמות הירידה בשיעורי הילדים שנהרגו כהולכי רגל או במעורבות כלי רכב מנועי. אחוז הירידה בתמותת הולכי הרגל היה 55.6% ואחוז הירידה בתמותת נפגעים במעורבות כלי רכב מנועי היה 49.3%.

תרשים 7: תמותת של ילדים בתאונות דרכים במעורבות כלי רכב מנועי וכהולכי רגל, ממוצעים נעים תלת-שנתיים של שיעורים ל-100,000 ילדים, 2001-2013



מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים מיוחדים לנתוני תמותה של הלמ"ס.

תמותת ילדים בתאונות בית ופנאי: טביעה וחק

בין השנים 2000-2014 נהרגו 685 ילדים בתאונות בית ופנאי, מתוכם בכרבע מהמקרים (25%) לא הוגדרה סיבת ההיפגעות. נראה כי לאורך השנים חלה ירידה משמעותית בתאונות שלא הוגדרה להן סיבת ההיפגעות וכי ירידה זו אחראית למרבית הירידה בכלל תאונות בית ופנאי.

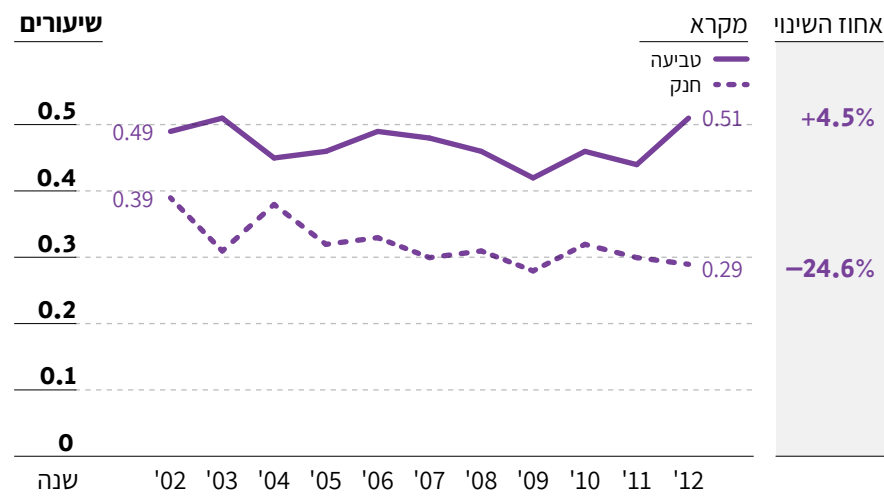
באשר לתאונות שכן הוגדרה עבורן סיבת ההיפגעות, בכ-58% מתוכן הסיבה היא טביעה או חנק (כ-35% וכ-23% בהתאמה), אשר מהוות את שתי הסיבות העיקריות לתמותת ילדים בתאונות בית ופנאי. בתרשים 8 מוצגות מגמות הירידה בשיעורי הילדים שמתו עקב טביעה או חנק. השיעורים ואחוזי השינוי המוצגים בתרשים 8 מבוססים על ממוצעים נעים חמש-שנתיים. השימוש בממוצעים נעים חמש-שנתיים עבור המגמות בתמותה מטביעה ומחנק נעשה בשל מספרים קטנים יחסית בסוגי תמותה אלה (178 ו-116 לאורך כל חמש-עשרה השנים בהתאמה)

אשר הניבו תנודתיות רבה גם בעת שימוש בממוצעים נעים תלת-שנתיים. המעבר לממוצעים נעים חמש-שנתיים מסייע במיתון התנודתיות שיכולה לנבוע מהבדלים מקריים בין השנים.

באשר לתמותה מחנק, נראה כי הייתה ירידה מסוימת לאורך השנים בשיעורי התמותה, כך שאחוז הירידה בתמותה מחנק עומד בסוף התקופה הנחקרת על 24.6%. לעומת זאת, נראה כי לא היה כל שינוי בשיעורי התמותה מטביעה לאורך השנים, ואף יש נטייה לעלייה קלה מאד של 4.5% בסוף התקופה הנחקרת.

זאת ועוד, בחמש השנים האחרונות, אחוז התמותה מטביעה מתוך כלל התמותה מתאונות בית ופנאי הינו גבוה פי 1.5 מהאחוז המקביל עבור השנים הקודמות בתקופה הנחקרת. עם זאת, יש לסייג ממצא זה שכן ייתכן והוא קשור לכך שחלקה היחסי של ההיפגעות הלא מוגדרת בתאונות בית ופנאי ירד משמעותית עם השנים וכך עלו החלקים היחסיים של ההיפגעות אחרות.

תרשים 8: תמותת ילדים בתאונות בית ופנאי מטביעות ומחנק, 2002-2012, ממוצעים נעים חמש-שנתיים של שיעורים ל-100,000 ילדים



מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים מיוחדים לנתוני תמותה של הלמ"ס.

תמותה עקב היפגעות בתאונות דרכים ובתאונות בית ופנאי בקרב יהודים וערבים

לאורך חמש-עשרה שנים חלה ירידה משמעותית בשיעורי תמותה מתאונות דרכים ומתאונות בית ופנאי הן בקרב ילדים יהודים והן בקרב ילדים ערבים. יחד עם זאת, הירידה בתמותה מתאונות דרכים בקרב ילדים יהודים משמעותית הרבה יותר מזו שבקרב ילדים ערבים (פי 2.7), בעוד שהירידה בתמותה מתאונות בית ופנאי דומה בשתי האוכלוסיות.

לוח 4: תמותת ילדים מתאונות דרכים ומתאונות בית ופנאי בקרב יהודים וערבים, 2000-2014, מספרים

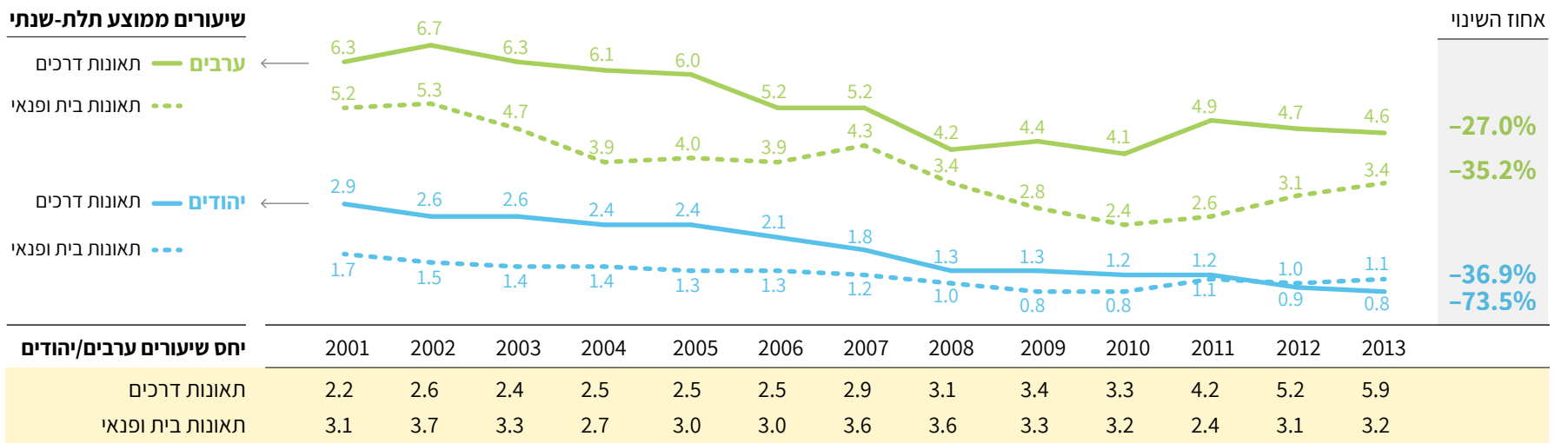
שנה	יהודים		ערבים	
	תאונות דרכים	תאונות בית ופנאי	תאונות דרכים	תאונות בית ופנאי
2000	53	35	28	22
2001	45	24	46	35
2002	42	22	34	32
2003	40	25	38	27
2004	45	23	43	26
2005	34	23	33	19
2006	44	21	39	31
2007	27	23	30	27
2008	21	18	34	27
2009	22	9	20	14
2010	26	18	36	16
2011	19	15	28	20
2012	20	28	38	18
2013	13	14	33	28
2014	12	20	26	25

מלוח 4 ומתרשים 9 עולה כי בקרב ילדים יהודים מסתמנת מגמה של ירידה הן בשיעורי התמותה מתאונות דרכים והן בשיעורי התמותה מתאונות דרכים רציפה ומשמעותית מהירידה בשיעורי התמותה מתאונות בית ופנאי: אחוזי הירידה בשיעורי התמותה בקרב ילדים יהודים בין תחילת התקופה הנחקרת וסוף התקופה הנחקרת היו 73.5% ו-36.9% בתאונות דרכים ובתאונות בית ופנאי, בהתאמה.

גם בקרב ילדים ערבים מסתמנת מגמה של ירידה לאורך חמש-עשרה השנים בשיעורי התמותה בתאונות דרכים (27.0%) ובתאונות בית ופנאי (35.2%). יחד עם זאת, בקרב ילדים ערבים הירידה בשיעור התמותה מתאונות דרכים הרבה פחות חדה בהשוואה לילדים יהודים. כך, אחוז הירידה בשיעורי התמותה בתאונות דרכים בקרב ילדים ערבים נמוך פי 2.7 מאחוז הירידה בקרב ילדים יהודים ואילו אחוז הירידה בשיעורי התמותה בתאונות בית ופנאי דומה למדי לאחוז הירידה בקרב ילדים יהודים.

מהסתכלות לאורך חמש-עשרה השנים כולן, עולה כי בשלוש השנים האחרונות הפער בסיכון לתמותה מהיפגעות בין ילדים ערבים ליהודים הינו גדול משמעותית לתאונות דרכים (פי 5.1) מאשר לתאונות בית ופנאי (פי 3.2) (לוח 4). זאת להבדיל מתחילת התקופה הנחקרת, בה הפער בסיכון לתמותה מהיפגעות בין ילדים ערבים ליהודים היה גדול משמעותית לתאונות בית ופנאי (פי 3.4) מאשר לתאונות דרכים (פי 2.4).

תרשים 9: תמותת ילדים מתאונות דרכים ומתאונות בית ופנאי בקרב יהודים וערבים, 2001-2013, ממוצעים נעים תלת-שנתיים של שיעורים ל-100,000 ילדים ויחס שיעורים



מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים מיוחדים לנתוני תמותה של הלמ"ס.

תמותת ילדים במעורבות כלי רכב מנועי וכהולכי רגל לפי לאום

הפער הגבוה בין ילדים ערבים לילדים יהודים בתאונות דרכים נגזר מיחס שיעורים גבוה בין שתי האוכלוסיות, הן בתאונות במעורבות רכב מנועי (4.9) והן בתאונות כהולכי רגל (5.7). לאורך התקופה הנחקרת היה גידול בפערים אלה בין שתי האוכלוסיות, בפרט בתאונות רכב מנועי. פער זה נגזר מירידה חדה מאד לאורך השנים בתמותה מתאונות רכב מנועי בקרב ילדים יהודים (כ-77%) לעומת חוסר שינוי כלל לאורך השנים בתמותה מסוג זה בקרב ילדים ערבים.

על מנת להעמיק את ההבנה לגבי מגמת השינוי בשיעורי התמותה בתאונות דרכים בין ילדים יהודים לערבים, לוח 5 ותרשים 10 מציגים מגמות בתמותת ילדים כהולכי רגל ובתמותת ילדים במעורבות כלי רכב מנועי, לפי לאום.

לאורך חמש-עשרה השנים הנחקרות, שיעורי התמותה של ילדים ערבים, הן כהולכי רגל והן במעורבות כלי רכב מנועי, גבוהים בהרבה משיעורי התמותה בקרב ילדים יהודים. שיעורי התמותה של ילדים ערבים כהולכי רגל גבוהים משיעורי התמותה במעורבות כלי רכב מנועי, מלבד השנתיים האחרונות, בהן שיעורי התמותה של ילדים ערבים במעורבות רכב מנועי גבוהים יותר משיעורי התמותה שלהם כהולכי רגל. ייתכן ומסתמן שינוי מגמה, אם כי מוקדם עדיין לקבוע זאת. בקרב היהודים קיים דפוס הפוך: לאורך התקופה הנחקרת, שיעורי התמותה של ילדים כהולכי רגל נמוכים משיעורי התמותה במעורבות כלי רכב מנועי, אם כי בשנתיים האחרונות לתקופה הנחקרת ייתכן ומסתמן שינוי מגמה: קווי המגמה עבור שיעורי התמותה לפני סוגי תאונות דרכים אלה כמעט ומתלכדים ומעידים על שיעורים דומים למדי.

הפערים בין ילדים יהודים לערבים (בפרט במעורבות רכב מנועי) לא הצטמצמו, אלא גדלו לאורך השנים: יחסי שיעורי התמותה בין ילדים ערבים ליהודים עבור תאונות במעורבות רכב מנועי ותאונות כהולכי רגל עמדו על 1.3 ו-4.6 בהתאמה לשלוש השנים הראשונות של התקופה הנחקרת, ואילו היחסים המקבילים בשלוש השנים האחרונות של התקופה הנחקרת הינם 4.9 ו-5.7 בהתאמה (תרשים 10).

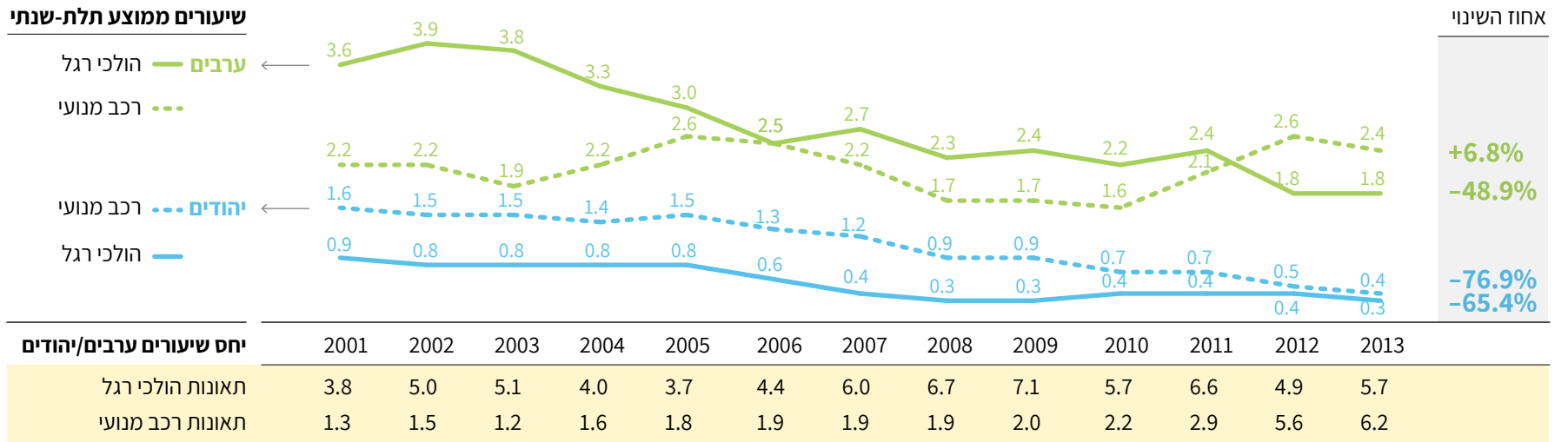
בקרב ילדים יהודים נצפו, לאורך השנים, מגמות ברורות של ירידה, הן בשיעורי התמותה כהולכי רגל והן בשיעורי התמותה במעורבות כלי רכב מנועי: אחוז הירידה בשיעור התמותה כהולכי רגל הינו 65.4%, ואילו בתאונות במעורבות כלי רכב מנועי אחוז הירידה הינו 76.9%.

בקרב ילדים ערבים קיימת מגמה של ירידה בתמותה בתאונות כהולכי רגל, כך שאחוז הירידה עומד על 48.9%. לעומת זאת, בתאונות במעורבות רכב מנועי לא היה כל שינוי לאורך חמש-עשרה השנים הנחקרות ואף נראה כי ישנה נטייה לעלייה קלה של 6.8% בסוף התקופה הנחקרת. נראה שהפער בין הירידה החדה מאד בתמותה מתאונות רכב מנועי בקרב ילדים יהודים לבין העדר ירידה בקרב ילדים ערבים מסביר את רוב הגידול בפער בין ילדים יהודים לילדים ערבים בשיעורי התמותה מהיפגעות בשנים האחרונות.

לוח 5: תמותה מתאונות דרכים כהולכי רגל ובמעורבות כלי רכב מנועי, בקרב יהודים וערבים, 2000-2014, מספרים

שנה	יהודים		ערבים	
	תאונות הולכי רגל	תאונות רכב מנועי	תאונות הולכי רגל	תאונות רכב מנועי
2000	21	28	16	12
2001	16	25	25	16
2002	8	26	21	10
2003	14	21	23	13
2004	15	29	26	11
2005	12	18	13	18
2006	13	26	17	20
2007	4	21	19	10
2008	6	15	17	14
2009	8	11	10	10
2010	4	20	22	10
2011	9	9	13	13
2012	7	12	14	21
2013	5	5	11	20
2014	7	5	14	9

תרשים 10: מגמות בתמותת ילדים בתאונות דרכים כהולכי רגל ובמעורבות כלי רכב מנועי, בקרב יהודים וערבים, 2001-2013, ממוצעים נעים תלת-שנתיים של שיעורים ל-100,000 ילדים ויחס שיעורים



מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים מיוחדים לנתוני תמותה של הלמ"ס.

בחינה של כלל הזירות בהן מתרחשות היפגעות בלתי מכוונות מלמדת כי שלוש הזירות המרכזיות, האחראיות על כ-90% ממקרי התמותה מהיפגעות בלתי מכוונות, הן זירת הבית וחצר הבית, זירת הדרך וזירת המרחב הציבורי. לפיכך, המגמות בחלק זה מתייחסות בנפרד לכל אחת משלוש זירות מרכזיות אלה ואינן מתייחסות באופן נפרד לזירות מוסד חינוכי, מקום עבודה ו'מקום אחר'. יחד עם זאת, למרות שזירות אלה אינן מקבלות התייחסות ייחודית, הן באות לידי ביטוי בקטגוריית 'סך הזירות' המופיעה לאורך הלוחות הבאים בפרק זה. כלומר, קטגוריית 'סך הזירות' כוללת את כלל זירות ההיפגעות: בית וחצר הבית, דרך, מרחב ציבורי, מוסד חינוכי, מקום עבודה ו'מקום אחר'.

בבחינת ממוצעים נעים תלת-שנתיים (תרשים 11), אנו רואים ששיעור התמותה בכל הזירות יחד ירד משיעור של 5.3 לשיעור של 4.4 לכל 100,000 ילדים, המסתכם בירידה של 18.1% בשיעור התמותה לאורך התקופה הנחקרת. הירידה הגדולה ביותר בשיעור התמותה הינה בזירת 'הדרך', ירידה משיעור של 2.2 לשיעור של 1.7 לכל 100,000 ילדים לאורך התקופה הנחקרת. כך, אחוז הירידה בשיעור התמותה בזירה זו לאורך השנים עומד על 30.9%, ולמעשה זירה זו אחראית לכ-70% מכלל הירידה בתמותה לאורך התקופה הנחקרת. בזירת 'הבית וחצר הבית' חלה ירידה של כ-10.6% בשיעור התמותה, ואילו בזירת 'המרחב הציבורי' חלה ירידה של כ-19.1% בשיעור התמותה.

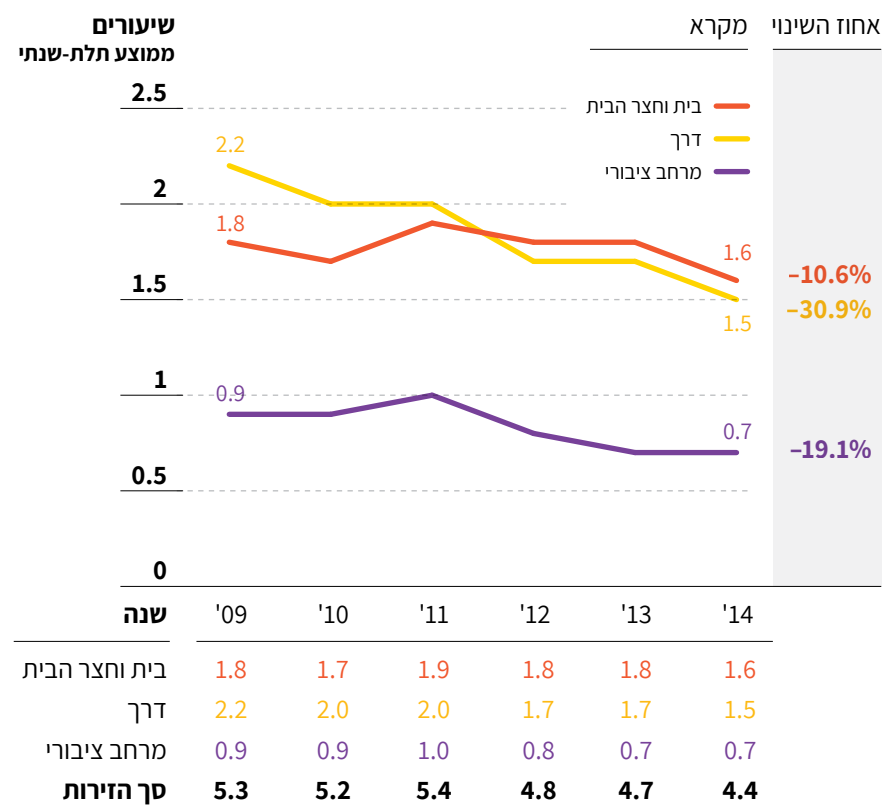
מגמות בתמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונות - נתוני מאגר תקשורת, ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים

בחלק זה נבחנו מגמות בתמותה מהיפגעות בלתי מכוונות של ילדים על בסיס נתוני מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', לשנים 2008-2015. המשתנים אליהם מתייחסות המגמות המוצגות בחלק זה הינם: זירת ההיפגעות, מחוזות ורמה כלכלית-חברתית, כולל התייחסות ללאום בחלק מהמדדים.

2.3.5 זירת ההיפגעות

הירידה העיקרית בתמותה מהיפגעות בלתי מכוונות נגזרת מזירת 'הדרך', אשר אחראית לכ-70% מהירידה בשיעור התמותה לאורך התקופה הנחקרת. זירת ה'דרך' הינה גם הזירה בה חל הגידול המשמעותי ביותר בפער בין ילדים ערבים ליהודים בשיעורי התמותה לאורך זמן (פי 1.7). להבדיל, בזירת הבית וחצר הבית חל דווקא צמצום מסוים בפער בין שתי אוכלוסיות אלה (פי 0.89).

תרשים 11: מגמות בתמותה של ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת בשלוש זירות מרכזיות, 2009-2014, ממוצעים נעים תלת-שנתיים של שיעורים ל-100,000 ילדים



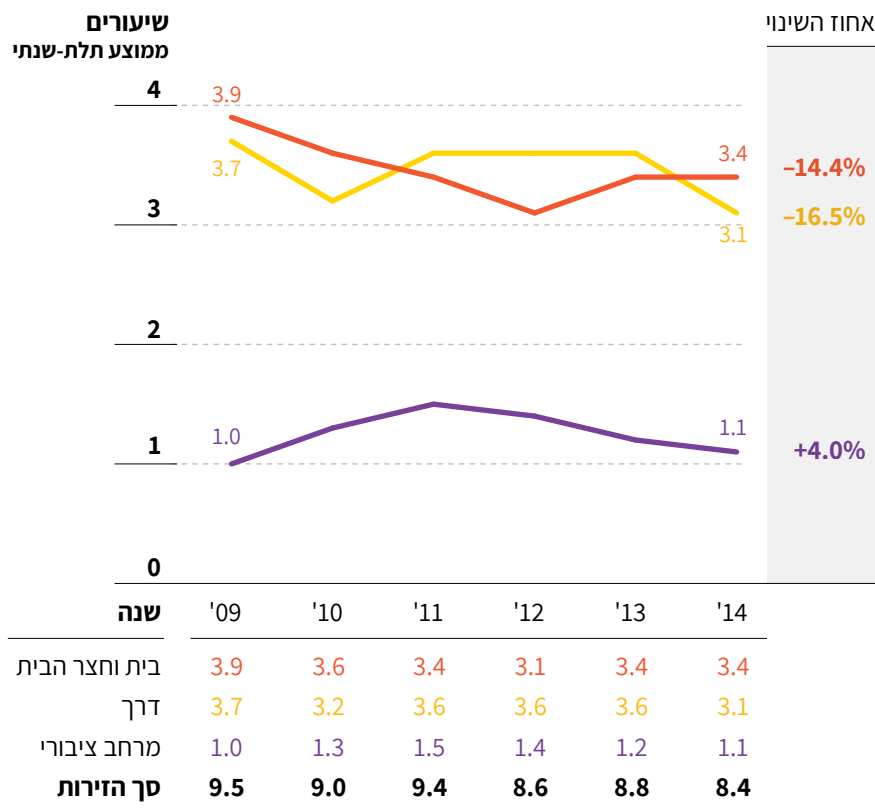
מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים לנתוני תמותה ממאגר 'תיעוד היפגעות ילדים מהתקשורת'

בחינה של תרשימים 12 ו-13 מעלה כי בכל אחת מהשנים 2009-2014 שיעורי התמותה מהיפגעות בלתי מכוונת בקרב ילדים ערבים, בכל אחת משלוש הזירות המרכזיות, היו גבוהים משיעוריה בקרב ילדים יהודים.

כאשר משווים את תחילת התקופה הנחקרת (2009-2011) לסוף התקופה הנחקרת (2012-2014), נראה כי יחס הסיכונים בין ילדים ערבים לילדים יהודים גדל עם השנים, מיחס סיכונים ממוצע העומד על 2.6 לרעת הילדים הערבים בשנים 2009-2011 ליחס סיכונים ממוצע המגיע ל-3.2 לרעת הילדים הערבים בשנים 2012-2014. הגידול בפער בין שתי האוכלוסיות, בין שתי תקופות זמן אלה, נובע בעיקר מגידול משמעותי בפער בין שתי האוכלוסיות בזירת 'הדרך' (פי 1.7). כך, בשלוש השנים האחרונות לתקופה הנחקרת (2012-2014) יחס השיעורים הממוצע בין שתי האוכלוסיות מגיע לכ-4.0 לרעת הילדים הערבים לעומת יחס שיעורים של 2.3 בתחילת התקופה הנחקרת. גם בזירת 'המרחב הציבורי' חל גידול מסוים בפער בין שתי האוכלוסיות, פי 1.3, בהשוואה בין תחילת התקופה הנחקרת לסוף התקופה הנחקרת (יחסי שיעורים של 1.7 ו-2.3 בהתאמה). להבדיל, בזירת הבית וחצר הבית חל דווקא צמצום מסוים בפער, פי 0.89, בין שתי האוכלוסיות, כך שבשלוש השנים האחרונות לתקופה הנחקרת יחס השיעורים הממוצע בין שתי האוכלוסיות מגיע לכ-3.2 לרעת הילדים הערבים (לעומת יחס שיעורים של 3.6 בתחילת התקופה הנחקרת).

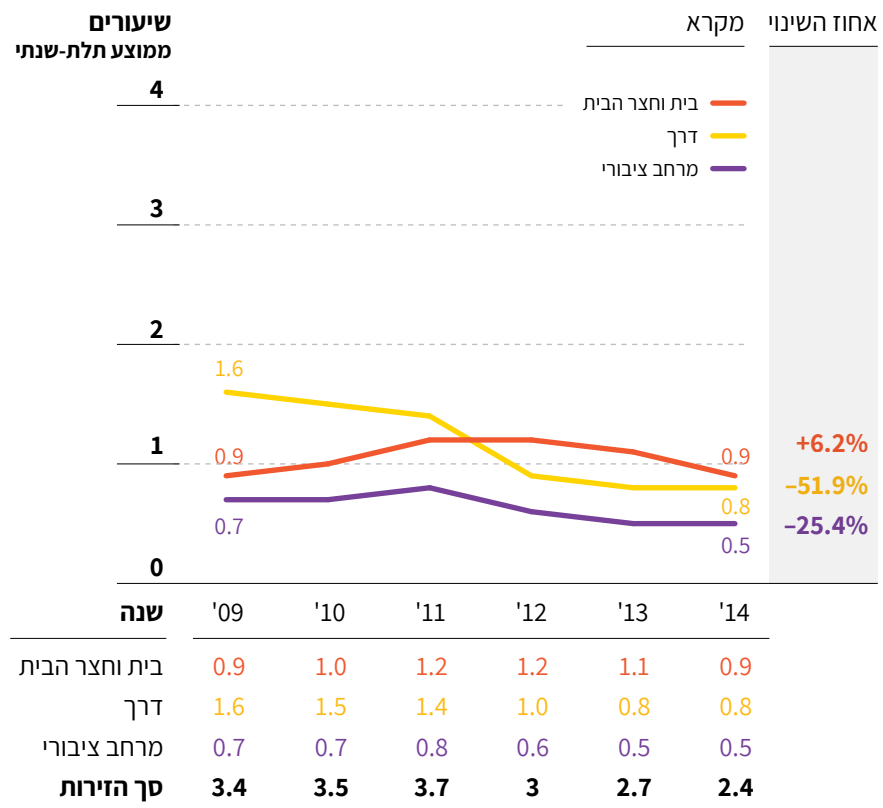
מהתבוננות על ילדי החברה היהודית בלבד, לאורך התקופה הנחקרת, עולה כי חלה ירידה בתמותה מהיפגעות בלתי מכוונת, משיעור של 3.4 לשיעור של 2.4 לכל 100,000 ילדים יהודים (תרשים 12). הזירה בה חלה הירידה המשמעותית ביותר בשיעור התמותה בקרב ילדים יהודים הינה זירת 'הדרך', עם 51.9% ירידה בשיעור התמותה לאורך התקופה הנחקרת. בזירת 'המרחב הציבורי' חלה ירידה של כ-25.4% בשיעור התמותה ואילו בזירת 'הבית וחצר הבית' לא חל כל שינוי בשיעור התמותה לאורך התקופה הנחקרת, ואף חלה עלייה קטנה של כ-6.2%. בהתבוננות על ילדי החברה הערבית בלבד, לאורך התקופה הנחקרת, עולה כי חלה ירידה בתמותה מהיפגעות בלתי מכוונת, משיעור של 9.5 לשיעור של 8.4 לכל 100,000 ילדים ערבים (תרשים 13). בזירת 'הדרך' ובזירת 'הבית וחצר הבית' נמצאו ירידות מתונות יחסית (16.5% ו-14.4% בהתאמה) בהשוואה בין שלוש השנים הראשונות והאחרונות לתקופה הנחקרת. בזירת 'המרחב הציבורי' לא חל כל שינוי בשיעור התמותה לאורך התקופה הנחקרת ואף חלה עלייה קטנה של כ-4.0%.

תרשים 13: מגמות בתמותת ילדים ערבים מהיפגעות בלתי מכוונת בשלוש זירות מרכזיות, 2009-2014, ממוצעים נעים תלת-שנתיים של שיעורים ל-100,000 ילדים



מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים לנתוני תמותה ממאגר 'תיעוד היפגעויות ילדים מהתקשורת'

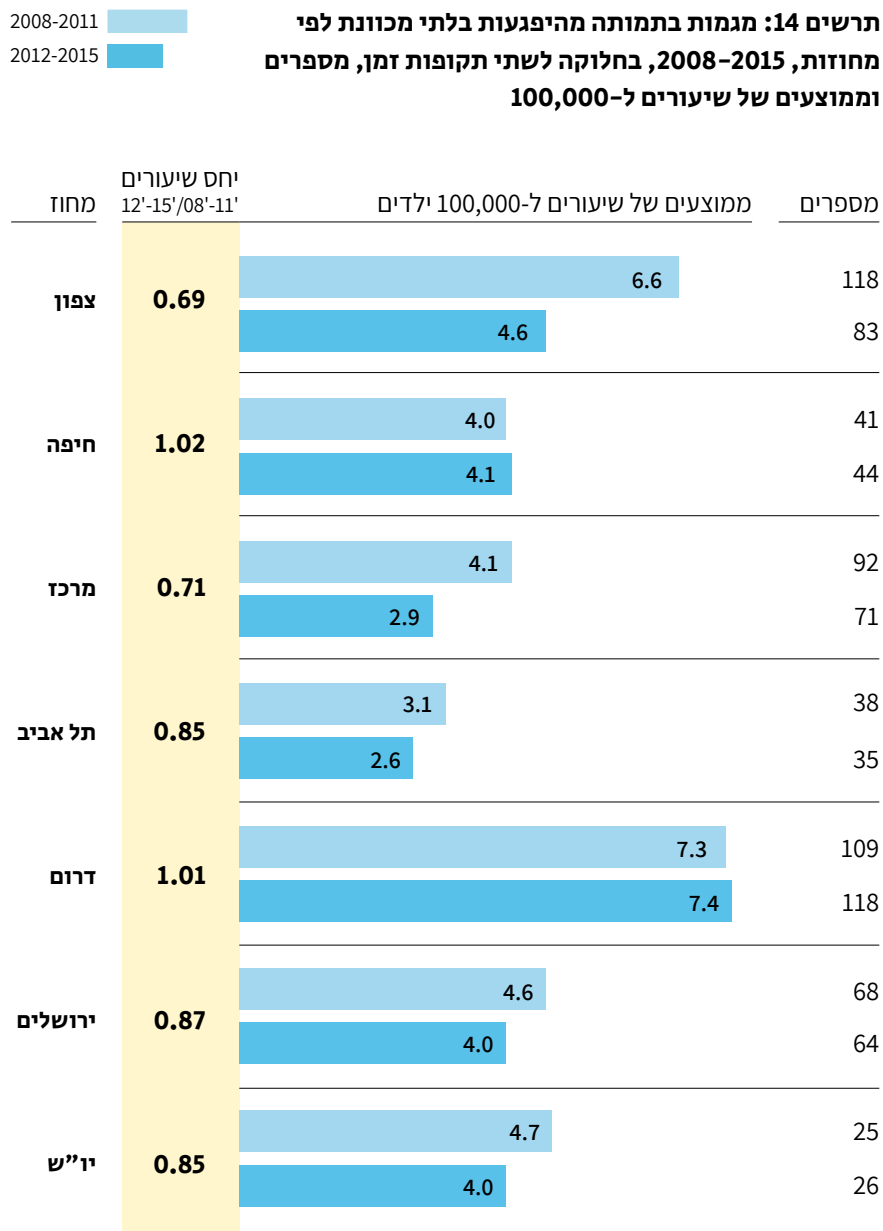
תרשים 12: מגמות בתמותת ילדים יהודים מהיפגעות בלתי מכוונת בשלוש זירות מרכזיות, 2009-2014, ממוצעים נעים תלת-שנתיים של שיעורים ל-100,000 ילדים



מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים לנתוני תמותה ממאגר 'תיעוד היפגעויות ילדים מהתקשורת'

2.3.6 מחוזות

תרשים 14: מגמות בתמותה מהיפגעות בלתי מכוונת לפי מחוזות, 2008-2015, בחלוקה לשתי תקופות זמן, מספרים וממוצעים של שיעורים ל-100,000



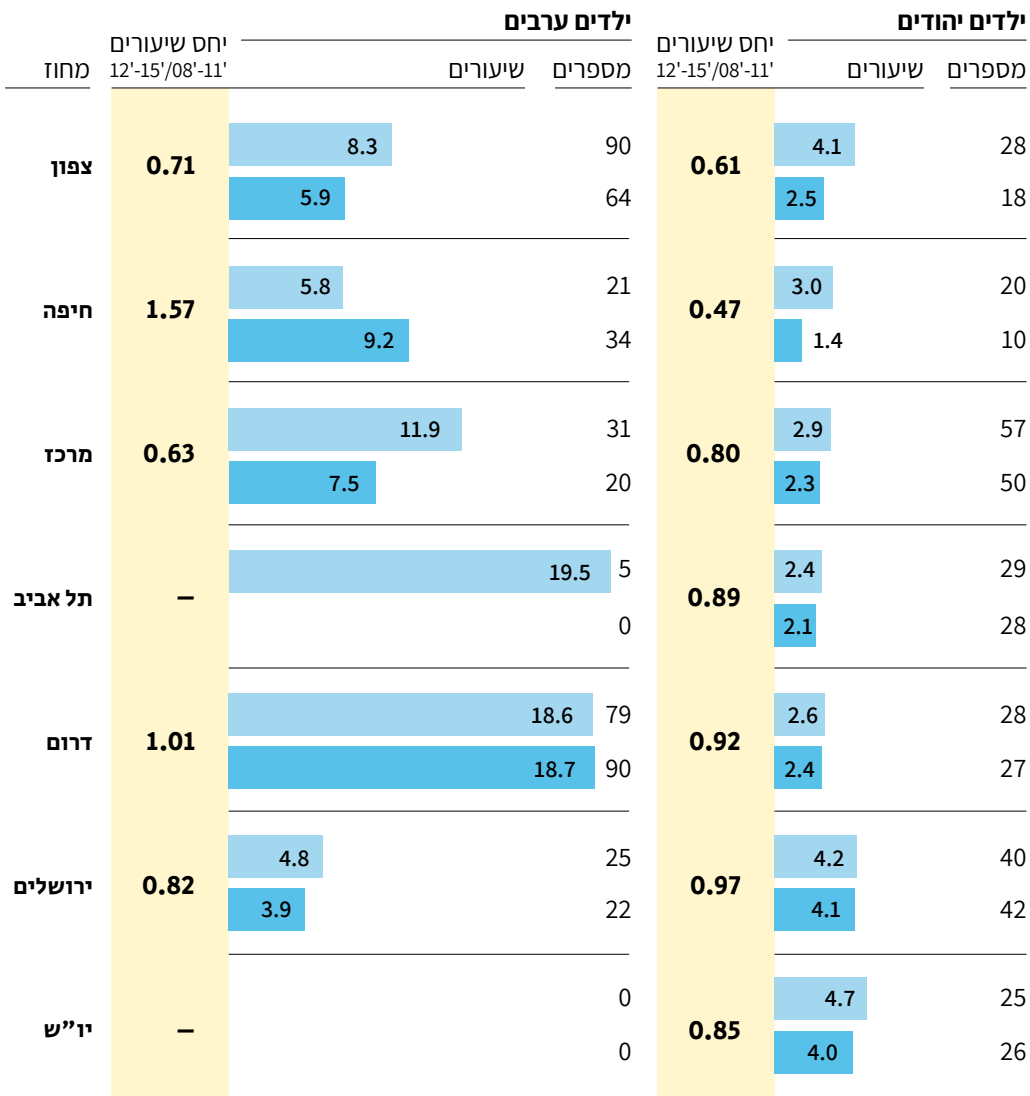
הירידה הגדולה ביותר בתמותה כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת נצפתה במחוזות צפון ומרכז והיא נגזרת מירידה בשיעור התמותה הן של ילדים יהודים והן של ילדים ערבים. במחוזות דרום וחיפה לא היה כל שינוי בשיעור התמותה: בדרום חוסר-השינוי הינו תולדה של חוסר שינוי בשתי אוכלוסיות הילדים (יהודים וערבים), ואילו במחוז חיפה חוסר-השינוי הינו תולדה של מגמות מנוגדות בשתי האוכלוסיות: ירידה משמעותית בתמותה בקרב ילדים יהודים ועלייה משמעותית בקרב ילדים ערבים.

בחלק זה המתייחס למחוזות, נבחנו מגמות לא לאורך שנים עוקבות, אלא בחלוקת תקופת הזמן הנחקרת (2008-2015) לשתי תקופות עוקבות. התקופה הראשונה כוללת את ארבע השנים הראשונות לגביהן קיימים נתונים במאגר (2008-2011) והתקופה השנייה כוללת את ארבע השנים האחרונות לגביהן קיימים נתונים במאגר (2012-2015). עבור כל תקופה חושב שיעור כולל ארבע-שנתי. באופן זה ניתן היה למתן תנודתיות שעשויה לנבוע מהבדלים מקריים בין השנים, בפרט בתמותה בחלוקה למחוזות, המתאפיינת בתאים סטטיסטיים קטנים יחסית עבור שנה בודדת.

התבוננות בתרשים 14 מלמדת כי המחוזות בהם חלה הירידה הגדולה ביותר בשיעור התמותה בשנים 2012-2015, בהשוואה לשנים 2008-2011, הינם: מחוז צפון (משיעור של 6.6 לשיעור של 4.6 לכל 100,000 ילדים) ומחוז מרכז (משיעור של 4.1 לשיעור של 2.9 לכל 100,000 ילדים). למעשה, בשני מחוזות אלה חלה ירידה של כ-30% בשיעור התמותה בהשוואה שבין ארבע השנים הראשונות של התקופה הנחקרת לארבע השנים האחרונות שלה. במחוז תל אביב, מחוז ירושלים ומחוז יו"ש חלו גם כן ירידות בשיעורי התמותה מהיפגעות בלתי מכוונת בהשוואה שבין שתי התקופות. אולם, הירידות במחוזות אלה היו מתונות יותר ועמדו על כ-15%-13%. לעומת זאת, במחוז חיפה ובמחוז דרום לא חלו שינויים בשיעורי התמותה מהיפגעות בלתי מכוונת, כך ששיעור התמותה בארבע השנים הראשונות לתקופה הנחקרת עמד על 4.0 במחוז חיפה ועל 7.3 במחוז דרום, זאת לעומת שיעורים של 4.1 ו-7.4 בהתאמה בארבע השנים האחרונות לתקופה הנחקרת.

מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים לנתוני תמותה ממאגר 'תיעוד היפגעויות ילדים מהתקשורת'

תרשים 15: מגמות בתמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת בקרב יהודים וערבים לפי מחוזות, 2008-2015, בחלוקה לשתי תקופות זמן, מספרים וממוצעים של שיעורים ל-100,000 ילדים



מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים לנתוני תמותה ממאגר 'תיעוד היפגעות ילדים מהתקשורת'

בחינה של השינוי בשיעורי התמותה בכל אחד מהמחוזות לפי לאום, כפי שמופיע בתרשים 15, מעלה כי מגמת השינוי בין השנים 2012-2015 לשנים 2008-2011 שונה בקרב ילדים יהודים ובקרב ילדים ערבים.

בקרב ילדים יהודים, ישנה ירידה משמעותית (של כ-40% עד 50%) בשיעור התמותה במחוזות צפון וחיפה, כך שבארבע השנים האחרונות של התקופה הנחקרת שיעורי התמותה במחוזות אלה עומדים על 2.5 ו-1.4 לכל 100,000 ילדים בהתאמה, לעומת שיעורים של 4.1 ו-3.0 בהתאמה בשנים 2008-2011. בקרב ילדים ערבים ישנה גם כן ירידה משמעותית (של כ-30%) בשיעור התמותה במחוז צפון, משיעור של 8.3 בארבע השנים הראשונות של התקופה הנחקרת לשיעור של 5.9 בארבע השנים האחרונות של התקופה לכל 100,000 ילדים. לעומת זאת, שלא כמו בקרב ילדים יהודים, במחוז חיפה חלה עלייה משמעותית בשיעור התמותה של ילדים ערבים, עליה של קרוב ל-60%, כך שבארבע השנים האחרונות לתקופה הנחקרת שיעור התמותה של ילדים ערבים במחוז חיפה עומד על 9.2 לעומת שיעור של 5.8 לכל 100,000 ילדים בארבע השנים הראשונות של התקופה.

באשר למחוז מרכז, חלו ירידות בשיעורי התמותה הן בקרב ילדים יהודים, כ-20%, והן בקרב ילדים ערבים, כ-40%, בהשוואה בין ארבע השנים הראשונות של התקופה הנחקרת לארבע השנים האחרונות של התקופה. לעומת זאת, במחוז דרום נראה כי הן בקרב ילדים ערבים והן בקרב ילדים יהודים לא חל שינוי משמעותי בשיעורי התמותה בהשוואה בין שתי התקופות. במחוז ירושלים נראה כי אין כל שינוי בשיעור התמותה בקרב ילדים יהודים ואילו בקרב ילדים ערבים ישנו שינוי מסוים, אולם יש לסייג זאת, שכן מקרי היפגעות של ילדים ערבים תושבי מזרח ירושלים לא בהכרח מדווחים ומיוצגים בתקשורת הישראלית (המהווה מקור נתונים במאגר 'תיעוד היפגעות ילדים מהתקשורת'), ולא ברור אם הדיווח או אי הדיווח על מקרים אלה עקבי לאורך השנים.

באשר למחוז יו"ש ומחוז תל אביב, עבור שניהם נבחנו מגמות בקרב ילדים יהודים בלבד, שכן במחוז יו"ש נכללו בדו"ח זה יישובים יהודים בלבד ואילו במחוז תל אביב אוכלוסיית הילדים הערבים וגודל התא הסטטיסטי של מספר הילדים שמתו עקב היפגעות בלתי מכוונת הינם קטנים יחסית, כך שלא מתאפשרת הסקת מסקנות סטטיסטית.

במחוזות אלה עולה, כי שיעור התמותה של ילדים יהודים מהיפגעות בלתי מכוונת ירד במקצת בארבע השנים האחרונות לתקופה הנחקרת בהשוואה לארבע השנים הראשונות (ירידה של כ-11% ושל כ-15% בהתאמה).

2.3.7 רמה חברתית-כלכלית

חלו ירידות בשיעורי התמותה כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת בכל שלושת הרמות של היישובים. ביישובים המסווגים ברמה חברתית-כלכלית בינונית (אשכולות 4-6) חלה הירידה הגדולה ביותר בארבע השנים האחרונות. עולה שירידה זו נגזרת בעיקרה מירידה משמעותית מאד, בגובה של כ-72%, בשיעור התמותה ביישובים הנמנים על אשכול 6.

בחלק זה, סיווג היישובים לפי הרמה החברתית-כלכלית של אוכלוסייתם בוצע בהתאם לאשכולות אשר פורסמו על-ידי הלמ"ס, והינם עדכניים לשנת 2013. בנוסף, בדומה לחלק הקודם שעסק במחוזות, ההתבוננות במגמות לפי רמה חברתית-כלכלית התבצעה על-ידי חלוקת תקופת הזמן הנחקרת (2008-2015) לשתי תקופות זמן עוקבות. התקופה הראשונה כוללת את ארבע השנים הראשונות עבורם יש נתונים במאגר (2008-2011) והתקופה השנייה כוללת את ארבע השנים האחרונות עבורם יש נתונים במאגר (2012-2015).

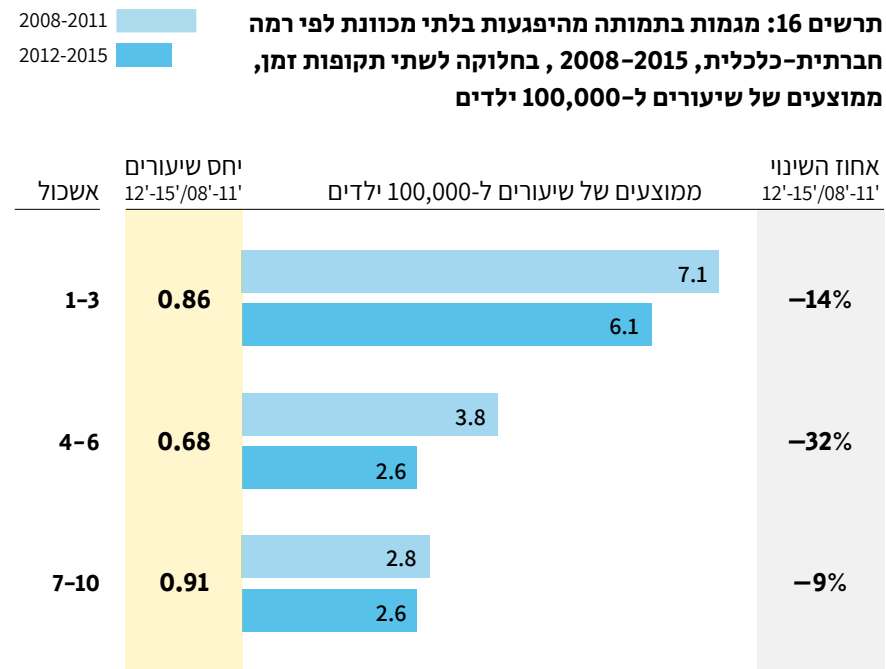
הנתונים בלוח 6 ובתרשים 16 מעלים כי עבור כל שלוש הרמות החברתיות-כלכליות של יישובים (אשכולות 1-3, אשכולות 4-6 ואשכולות 7-10), ישנה ירידה בשיעורי התמותה בארבע השנים האחרונות לתקופה הנחקרת בהשוואה לארבע השנים הראשונות של התקופה. בקרב יישובים הנמנים על אשכולות 1-3 ובקרב יישובים הנמנים על אשכולות 7-10 ישנן ירידות מתונות יחסית: ירידה של כ-14% עבור היישובים הנמנים על אשכולות 1-3 (משיעור של 7.1 לשיעור של 6.1 לכל 100,000 ילדים) וירידה של כ-9% עבור היישובים הנמנים על אשכולות 7-10 (משיעור של 2.8 לשיעור של 2.6 לכל 100,000 ילדים). לעומת זאת, בקרב היישובים הנמנים על אשכולות 4-6 ישנה ירידה משמעותית של כ-32% (משיעור של 3.8 לשיעור של 2.6 לכל 100,000 ילדים), אשר נגזרת בעיקר מיישובים באשכול 6, עבורם נדקף הפער הגדול ביותר בשיעורי התמותה בין שתי התקופות (ירידה של כ-72%): 4.9 לכל 100,000 ילדים עבור ארבע השנים הראשונות של התקופה הנחקרת לעומת 1.4 לכל 100,000 ילדים עבור ארבע השנים האחרונות של התקופה הנחקרת.

לוח 6: מגמות בתמותה מהיפגעות בלתי מכוונת לפי רמה חברתית-כלכלית, 2008-2015, בחלוקה לשתי תקופות זמן, מספרים ושיעורים ל-100,000 ילדים

אשכול ורמה חברתית-כלכלית	מספרים		שיעורים		יחס שיעורים 12'-15' / 08'-11'
	12' - 15'	08' - 11'	12' - 15'	08' - 11'	
1	75	66	12.4	13.4	0.92
2	79	94	5.7	7.3	0.79
3	98	115	4.6	5.5	0.83
רמה נמוכה (1-3)	252	275	6.1	7.1	0.86
4	32	35	3.8	4.4	0.86
5	34	28	2.8	2.4	1.15
6	14	47	1.4	4.9	0.28
רמה בינונית (4-6)	80	110	2.6	3.8	0.68
7	45	40	3.0	2.9	1.03
8	35	41	2.1	2.8	0.77
9	4	3	3.1	2.4	1.30
10	0	0	0.0	0.0	----
רמה גבוהה (7-10)	84	84	2.6	2.8	0.91

מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים לנתוני תמותה ממאגר 'תיעוד היפגעות ילדים מהתקשורת'

תרשים 16: מגמות בתמותה מהיפגעות בלתי מכוונת לפי רמה חברתית-כלכלית, 2008-2015, בחלוקה לשתי תקופות זמן, ממוצעים של שיעורים ל-100,000 ילדים



מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים לנתוני תמותה ממאגר 'תיעוד היפגעות ילדים מהתקשורת'



פרק 3: השוואות בינלאומיות

בכדי ללמוד על מצבה של מדינת ישראל בנושא היפגעות ילדים ביחס למדינות העולם, מוצגת בפרק זה תמונת מצב של תמותת ילדים בישראל עקב היפגעות בהשוואה למדינות ה-OECD (לשנים 2011-2013). בנוסף, מוצגים שינויים ארוכי-טווח בשיעורי התמותה מהיפגעות בלתי מכוונת בישראל ובשאר מדינות ה-OECD, לרבות התייחסות לשינויים במגננוני ההיפגעות העיקריים: תאונות דרכים ותאונות בית ופנאי. השוואות אלו נעשו תוך הסתכלות על פרק זמן של 16 שנים.

3.1 מקורות הנתונים, הגדרות ושיטה

מקורות הנתונים

מקור הנתונים בו נעשה שימוש בפרק זה הינו: נתונים בינלאומיים השוואתיים, מתוך מאגר נתוני GBD - Global Burden of Disease. לפרויקט GBD שותפים 1,800 חוקרים מ-120 מדינות והוא ממומן באמצעות הקרן של ביל ומלינדה גייטס בשיתוף אוניברסיטת וושינגטון וארגון הבריאות העולמי. הפרויקט מופעל על ידי ה-Institute for Health Metrics and Evaluation, הפועל באוניברסיטת וושינגטון. ה-GBD הינו המחקר האפידימיולוגי הבינלאומי המקיף ביותר כיום, והוא כולל מידע על תמותה ותחלואה ממחלות ומפציעות. המידע במחקר מוצג ברמות שונות: גלובלית, אזורית ולפי מדינות. הממצאים המוצגים בדו"ח מתבססים על נתוני מדינות OECD עבור ילדים בגילאי לידה עד 14, מכיוון שאין במאגר נתונים נפרדים על גילאי 15-17, אלא על קבוצת הגיל 15-19. הנתונים הינם עבור השנים 2013-1995. השנים הללו נבחרו בכדי לאפשר התבוננות ארוכת-טווח במגמות בשיעורי התמותה.

הגדרות ושיטה

הגדרת היפגעות בלתי מכוונת, תאונות בית ופנאי ותאונות דרכים

בנתוני ה-GBD היפגעות (Injury) כוללת בתוכה ארבע קטגוריות: תאונות תחבורה⁶, תאונות בלתי מכוונות⁷, אלימות ופגיעה עצמית, וכוחות טבע או מלחמה. על-מנת שניתן יהיה להתייחס לכלל ההיפגעות הבלתי מכוונות באשר הן, בוצעה האחדה של שתי הקטגוריות: תאונות תחבורה (Transport Injuries) ותאונות בלתי מכוונות (שאיננה כוללת תאונות תחבורה) לכדי קטגוריה אחת של 'היפגעות בלתי מכוונת'. שמה של הקטגוריה: 'תאונות בלתי מכוונות' (שאינה כוללת תאונות תחבורה) הומר בפרק זה ל-'תאונות בית ופנאי', וזאת על-מנת להבחין

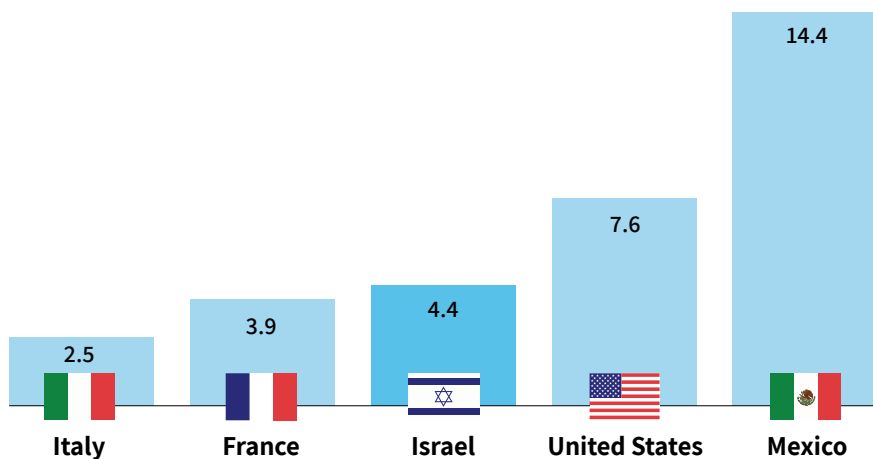
⁶ הקטגוריה של תאונות תחבורה כוללת את מגננוני ההיפגעות: תאונות דרכים בקרב הולכי רגל, רוכבי אופניים, רוכבי אופנוע ורכב ממונע; תאונות דרכים אחרות; ותאונות תחבורה אחרות (לדוגמא, תאונות בתחבורה ציבורית).

⁷ הקטגוריה של תאונות בלתי מכוונות כוללת את מגננוני ההיפגעות: נפילה, טביעה, שריפה, חום וחומרים חמים, הרעלה, חשיפה לכוחות מכניים ובכלל זה חנק, היפגעות מבעלי חיים והיפגעות כתוצאה מגוף זר.

בתרשים 17 מוצגים שיעורי תמותה ממוצעים, לשנים 2011-2013, עקב היפגעות בלתי מכוונת של ילדים מגיל לידה עד גיל 14, בישראל ובארבע מדינות מייצגות: צרפת, איטליה, ארה"ב ומקסיקו. ארבע מדינות אלה נבחרו כיוון שהנתונים שלהן מייצגים היטב את תופעת ההיפגעות במדינות ה-OECD: צרפת הינה המדינה החצינונית; איטליה הינה המדינה הגדולה ביותר מבחינת אוכלוסיית ילדים משמעותית, שבה שיעורי התמותה הם נמוכים יחסית; ארה"ב הינה המדינה הגדולה ביותר מבין כלל מדינות ה-OECD; ומקסיקו הינה המדינה בה שיעורי התמותה הינם הגבוהים ביותר. ההתבוננות בארבע מדינות מייצגות חוסכת מצד אחד התבוננות מעמסה מבחינת ריבוי נתונים, בכל אחת מ-35 המדינות, ומאידך מאפשרת מבט רחב יותר מאשר על מדד כולל ואחיד לכלל מדינות ה-OECD.

מתרשים 17 עולה כי שיעורי התמותה בישראל גבוהים בכ-75% משיעורי התמותה באיטליה, המייצגת מדינות עם אוכלוסיית ילדים משמעותית ששיעורי התמותה שלהן נמוכים. בנוסף, שיעורי התמותה בישראל גבוהים בכ-13% משיעור התמותה בצרפת, שהינה המדינה החצינונית בדירוג מדינות ה-OECD מבחינת סיכון לתמותה מהיפגעות. לעומת זאת, שיעורי התמותה בישראל נמוכים בכ-42% בהשוואה לארה"ב ונמוכים בכ-70% בהשוואה למקסיקו, המדינה עם שיעורי התמותה הגבוהים ביותר.

תרשים 17: שיעורי תמותה ממוצעים, לשנים 2011-2013, עקב היפגעות בלתי מכוונת של ילדים בגילאי לידה עד 14, בישראל ובארבע מדינות נוספות: צרפת, איטליה, ארה"ב ומקסיקו



מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים לנתוני תמותה ממאגר 'נתוני GBD - Global Burden of Disease'

בינה לבין הקטגוריה המאוחדת שנוצרה, הכוללת בתוכה גם תאונות תחבורה (כלומר, תאונות דרכים). שמה של הקטגוריה 'תאונות תחבורה' תורגם בפרק זה ל-'תאונות דרכים' על מנת ליצור אחידות בטרמינולוגיה לאורך הדו"ח כולו עבור קטגוריות בעלות תוכן ומהות זהים.

שיעור תמותה חצינוני לכלל מדינות ה-OECD

על מנת להגיע למדד אחד כולל של שיעור תמותה עקב היפגעות בלתי מכוונת לכלל מדינות ה-OECD אשר אינו מושפע מערכים קיצוניים, חושב עבור 35 המדינות שיעור תמותה חצינוני (הכולל, כאמור, 'תאונות בית ופנאי' ו-'תאונות דרכים') לכל 100,000 ילדים.

המידע המקורי בנתוני ה-GBD מתייחס בנפרד לקבוצות הגיל 0-4 ו-5-14, כך שעל מנת לקבל תמונת מצב כוללת עבור הילדים בגילאי לידה עד 14, בפרק זה אוחדו נתוני שתי קבוצות הגיל 0-4 ו-5-14, זאת על בסיס גודל האוכלוסייה של ילדים בקבוצות גיל אלו בכל אחת מהמדינות ועבור כל אחת מהשנים 1995-2013.

כללי

כל המדדים שיוצגו במהלך הפרק מבוססים על שיעורי תמותה תלת-שנתיים, זאת בכדי לקבל מדדים יציבים יותר של שיעורי התמותה ושל המגמות לאורך השנים.

3.2 תמותה מהיפגעות בלתי מכוונת בישראל ובמדינות ה-OECD

שיעור התמותה מהיפגעות בלתי מכוונת בישראל גבוה במעט משיעור התמותה החצינוני בכלל מדינות ה-OECD. שיעור התמותה בישראל גבוה משמעותית משיעורי התמותה בשש המדינות עם שיעורי התמותה הנמוכים ביותר.

בשנים 2011-2013 שיעור התמותה החצינוני מהיפגעות בלתי מכוונת בקרב מדינות ה-OECD עמד על 3.9 מקרי תמותה ל-100,000 ילדים בשנה. שיעור התמותה בישראל היה מעט גבוה יותר ועמד על 4.4 ל-100,000 ילדים. ישראל ממוקמת במקום ה-22 מבין 35 מדינות ה-OECD במדד זה. כלומר, 21 מדינות מדורגות גבוה מישראל עם שיעורי תמותה נמוכים יותר ו-13 מדינות מדורגות נמוך מישראל עם שיעורי תמותה גבוהים יותר. המדינות בהן שיעורי התמותה הם הנמוכים ביותר (ל-100,000 ילדים) הן: לוקסמבורג (2.3), איסלנד (2.3), איטליה (2.5), שבדיה (2.7), נורבגיה (2.8) וספרד (2.8). המדינות בהן שיעורי התמותה הם הגבוהים ביותר (ל-100,000 ילדים) הן: מקסיקו (14.4), טורקיה (13.8), לטביה (10.2), ניו-זילנד (8.1), ארה"ב (7.6), צ'ילה (7.4) ואסטוניה (7.0).

שיעור תמותה גבוה באופן משמעותי שיעור תמותה חציוני שיעור תמותה נמוך באופן משמעותי

כאשר שיעור תמותה גבוה באופן משמעותי הוגדר למדינות שסטו לפחות בסטיית תקן אחת מעל החציון, ושיעור תמותה נמוך באופן משמעותי הוגדר ביחס לשאר המדינות (ולא ביחס לחציון), שכן עבור שיעורים נמוכים ישנו חסם תחתון (שיעור 0 עבור 0 מקרי תמותה) ולכן הגדרת החריגה באמצעות סטיית תקן אחת איננה מתאימה.

בלוח 7 מוצגים, עבור כל אחת מ-35 מדינות ה-OECD, שיעורי תמותה ממוצעים עקב היפגעות בלתי מכוונת של ילדים בגילאי לידה עד 14, ודירוג במדד זה, לשנים 2011-2013. בנוסף, מוצגים לשם ההשוואה, בין היתר, שיעורי תמותה ממוצעים ודירוג במדד זה לשנים 1995-1997, שהינן השנים הראשונות לתקופה הנחקרת. המדינות אשר סווגו כבעלות שיעור תמותה נמוך, גבוה או חציוני מודגשות בלוח 7 בהתאם למפתח הצבעים הבא:

לוח 7: תמותה מהיפגעות בלתי מכוונת בקרב ילדים בגילאי לידה עד 14, במדינות ה-OECD, בשנים 2011-2013. שיעורים ל-100,000 ילדים, ממוצע תלת-שנתי

דירוג	שם המדינה	שיעור תמותה ל-100,000 ילדים 2011-2013	אוכלוסיית הילדים בגילאי 0-14 ממוצע לשנה 2011-2013	מספר מקרי המוות בפועל	שיעור תמותה ל-100,000 ילדים 1995-1997	דירוג בתקופת הבסיס (1995-1997)
1	*Luxembourg	2.3	90,359	2	7.1	11
2	*Iceland	2.3	65,352	2	5.7	3
3	Italy	2.5	8,408,536	213	6.5	7
4	Sweden	2.7	1,573,600	42	4.5	1
5	Norway	2.8	910,774	25	6.3	4
6	Spain	2.8	6,910,833	196	7.3	14
7	Germany	2.9	10,761,849	310	6.3	5
8	Denmark	2.9	973,609	28	6.4	6
9	United Kingdom	2.9	10,781,342	315	5.7	2
10	Finland	3.0	869,473	26	7.2	13
11	Ireland	3.2	989,901	31	6.9	10
12	Netherlands	3.2	2,895,988	93	6.5	8
13	Slovenia	3.2	288,606	9	8.7	19
14	Greece	3.5	1,610,020	57	8.7	21
15	Austria	3.6	1,216,541	44	6.7	9
16	Switzerland	3.8	1,190,385	45	7.2	12
17	Hungary	3.8	1,424,631	54	8.7	20
18	France	3.9	11,700,152	461	8.3	17
19	Japan	3.9	16,731,414	660	7.9	15
20	Czech Republic	4.0	1,501,301	60	10.3	24
21	Portugal	4.2	1,589,979	66	16.0	30
22	Israel	4.4	2,112,969	92	9.3	23
23	Australia	4.6	4,278,065	198	8.4	18
24	Poland	4.9	5,557,571	270	12.5	28
25	Belgium	5.1	1,838,133	94	8.3	16
26	Canada	5.3	5,527,288	291	9.2	22
27	South Korea	5.8	7,533,179	438	23.7	31
28	Slovak Republic	6.4	794,344	51	11.4	25
29	Estonia	7.0	202,395	14	29.1	33
30	Chile	7.4	3,674,314	272	15.6	29
31	United States	7.6	61,695,142	4,684	11.8	26
32	New Zealand	8.1	883,755	71	12.1	27
33	Latvia	10.2	298,072	30	31.4	34
34	Turkey	13.8	19,579,248	2,703	34.3	35
35	Mexico	14.4	35,454,960	5,121	28.3	32

* בשל גודל האוכלוסייה הקטן יחסית במדינות אלו, מדד שיעורי התמותה התלת-שנתיים חשוף לרמה גבוהה של תנודתיות ויש להתייחס אליו בהסתייגות.

3.3 שינויים ארוכי טווח בתמותה בישראל ובמדינות ה-OECD

לוח 8: שינוי כולל בשיעורי תמותה מהיפגעות בלתי מכוונת בקרב ילדים בגילאי לידה עד 14, במדינות ה-OECD, בשנים 2011-2013 בהשוואה לשנים 1995-1997, באחוזים

מספר מקרי התמותה לשנה שנמנעו בזכות הירידה, מתוקננים לאוכלוסייה של 2 מיליון ילדים, ממוצע לשנה	אחוז ירידה* כולל בשיעורי התמותה מהיפגעות בלתי מכוונת בשנים 2011-2013 לעומת השנים 1995-1997	שם המדינה
442	-76.0%	Estonia
358	-75.5%	South Korea
236	-73.9%	Portugal
423	-67.5%	Latvia
95	-67.4%	Luxembourg
110	-63.0%	Slovenia
90	-61.4%	Spain
80	-61.1%	Italy
152	-61.0%	Poland
125	-61.0%	Czech Republic
409	-59.7%	Turkey
104	-59.6%	Greece
67	-59.1%	Iceland
84	-58.0%	Finland
98	-56.3%	Hungary
69	-55.4%	Norway
70	-54.6%	Denmark
69	-54.6%	Germany
74	-53.8%	Ireland
98	-52.8%	Israel
88	-52.6%	France
163	-52.4%	Chile
67	-51.1%	Netherlands
78	-49.8%	Japan
278	-49.0%	Mexico
55	-48.6%	United Kingdom
68	-47.5%	Switzerland
62	-46.3%	Austria
74	-44.5%	Australia
100	-43.8%	Slovak Republic
78	-42.5%	Canada
36	-40.3%	Sweden
64	-38.4%	Belgium
83	-35.4%	United States
80	-33.2%	New Zealand

בישראל הירידה בתמותת ילדים כתוצאה מהיפגעות דומה לירידה החציונית במדינות ה-OECD העומדת על כ-55%. מדינות בהן היתה ירידה חדה מאד בשיעורי התמותה לאורך השנים הן: אסטוניה, דרום קוריא, פורטוגל, לטביה ולוקסמבורג. לו היתה מתרחשת בישראל ירידה דומה, שיעורי התמותה בישראל בסוף התקופה הנחקרת היו עומדים על כמחצית משיעורי התמותה בפועל ומשתווים לשיעורי התמותה במדינות בעלות הסיכון הנמוך ביותר לתמותה מהיפגעות.

שיעור התמותה החציוני בקרב מדינות ה-OECD עמד על 8.4 ל-100,000 ילדים בשנים 1995-1997, המהוות את שנות הבסיס להשוואה. לאורך כל התקופה הנחקרת (16 שנים) התרחשה ירידה של 54.6% בשיעור התמותה החציוני, בעוד בישראל התרחשה במהלך תקופה זו ירידה של 52.8% בשיעור התמותה (לוח 8). כך, גובה הירידה בשיעור התמותה בישראל דומה מאוד לגובה הירידה בשיעור התמותה החציוני במדינות ה-OECD.

עוד ניתן לראות כי המדינות בהן הירידה בשיעור התמותה, לאורך התקופה הנחקרת, היתה חדה באופן משמעותי בהשוואה לירידה החציונית של מדינות ה-OECD, הן: אסטוניה (ירידה של 76.0%), דרום קוריא (ירידה של 75.5%), פורטוגל (ירידה של 73.9%), לטביה (ירידה של 67.5%) ולוקסמבורג (ירידה של 67.4%), אם כי במקרה האחרון יש להתייחס לנתון בהסתייגות בשל גודלה הזעיר של אוכלוסיית המדינה. מדינות בהן הירידה בשיעור התמותה היתה פחות חדה, באופן משמעותי, מאשר הירידה החציונית של מדינות ה-OECD, הן: ניו זילנד (ירידה של 40.3%), ארה"ב (ירידה של 35.4%), בלגיה (ירידה של 38.4%), שבדיה (ירידה של 40.3%), קנדה (ירידה של 42.5%) וסלובקיה (ירידה של 43.8%).

לוח 8 מציג, עבור כל אחת מ-35 מדינות ה-OECD, את אחוז הירידה הכולל בשיעורי התמותה מהיפגעות בלתי מכוונת בין השנים 2011-2013 לשנים 1995-1997. מדינות בהן הירידות היו נמוכות או גבוהות משמעותית בהשוואה לירידה החציונית במדינות ה-OECD סומנו בהתאם למפתח הבא:

- ירידה נמוכה משמעותית ביחס לחציון (לפחות סטיית תקן אחת מתחת לחציון)
- הירידה החציונית בשיעור התמותה במדינות ה-OECD
- ירידה גבוהה משמעותית ביחס לחציון (לפחות סטיית תקן אחת מעל לחציון)
- לשם נוחות ההתמצאות, מדינת ישראל הודגשה באופן הבא:
- מדינת ישראל

* אחוז שלילי מבטא ירידה בהיפגעות. לכן ככל שהמרחק מ-0 הוא גדול יותר הירידה היא חדה יותר.

תרשים 19 מציג את הדירוג של כל המדינות בשיעור היפגעות הילדים במדינה בשנות הבסיס, תחילת התקופה הנחקרת (1995-1997) ואת השינוי בדירוג עד לשנים 2011-2013.

מדינות שעלו או ירדו בדירוג באופן משמעותי סומנו בהתאם למפתח הבא:

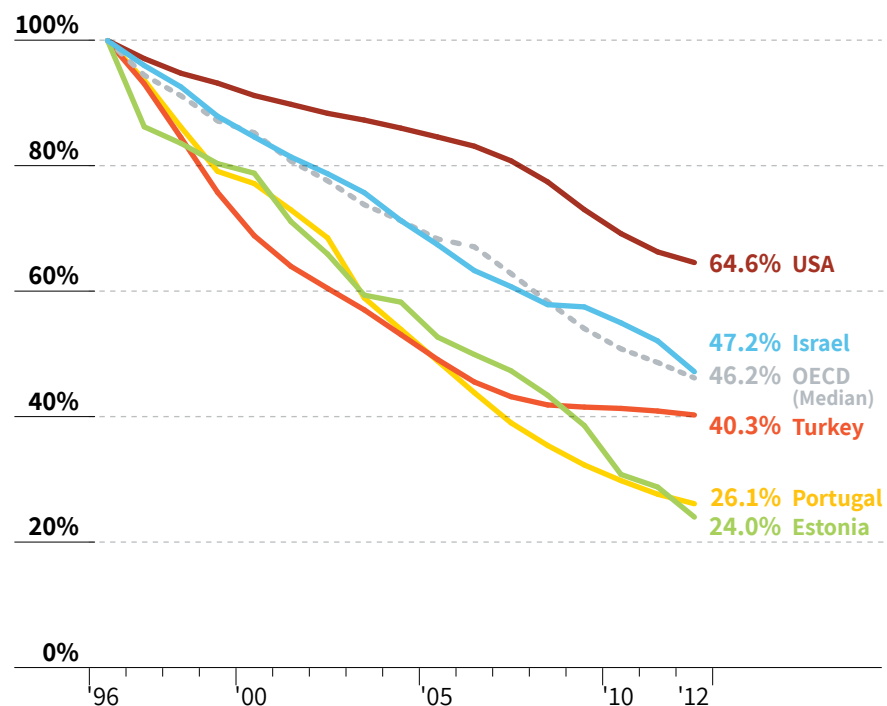
מדינות שירדו באופן משמעותי בדירוג
מדינות שעלו באופן משמעותי בדירוג
לשם נוחות ההתמצאות, מדינת ישראל הודגשה באופן הבא:
מדינת ישראל

שבע המדינות הראשונות בדירוג בתחילת התקופה הנחקרת נשארו בעשיריה הראשונה בדירוג בסוף התקופה הנחקרת. עליות בולטות בקרב מדינות שדורגו בחציון העליון בתחילת התקופה הנחקרת נצפו עבור לוקסמבורג: עלייה של 10 מקומות מהמקום ה-11 למקום הראשון, אם כי יש לסייג זאת לאור גודל האוכלוסייה בלוקסמבורג שגורם לחוסר יציבות המדד, וספרד: עלייה של 8 מקומות מהמקום ה-14 למקום ה-6. בקרב המדינות שדורגו בחציון התחתון בתחילת התקופה הנחקרת התרחשה בדרך כלל עלייה.

מדינות שהצליחו לשנות את הדירוג שלהן לטובה באופן משמעותי הן: פורטוגל (מהמקום ה-30 למקום ה-21) ויוון (מהמקום ה-21 למקום ה-14). מדינות שבהן התרחשה ירידה בולטת בדירוג הן: ניו-זילנד (מהמקום ה-27 למקום ה-32), ארה"ב (מהמקום ה-26 למקום ה-31) ואוסטרליה (מהמקום ה-18 למקום ה-23). נוסף לכך, הפערים הגדולים בשיעורי התמותה בין ארה"ב וניו זילנד לבין 8 המדינות שהיו מדורגות אחריהן הצטמצמו במידה ניכרת במהלך התקופה. פערים אלו עמדו על כ-110% בתחילת התקופה הנחקרת והגיעו לכ-20% בלבד בסוף התקופה הנחקרת.

תרשים 18 מציג מגמות במספר מדינות נבחרות המייצגות מגוון רחב של דפוסי ירידה בהיפגעות. מתוך התרשים עולה כי בארה"ב הירידה בשיעור התמותה היתה נמוכה יחסית לאורך השנים, כאשר במחצית השנייה של התקופה קצב הירידה התגבר ועמד על כ-4% לשנה החל משנת 2006. הירידה בישראל בשיעור התמותה נמצאה דומה יחסית לירידה החציונית בשיעור התמותה בקרב מדינות ה-OECD, הן מבחינת שיעורי הירידה הכולל והן מבחינת קצב הירידה בתקופות שונות, שעמד על כ-4.5% לשנה לאורך התקופה כולה. בטורקיה נרשמה ירידה חדה יותר מאשר הירידה החציונית, אך בשנים האחרונות ניכרת התמתנות קיצונית של קצב הירידה השנתי שעמד על כ-1% בשנה החל משנת 2008. בפורטוגל ואסטוניה התרחשה ירידה חדה מאוד של כ-75% בשיעורי התמותה לאורך התקופה. בפורטוגל נראה שינוי מגמה של התמתנות בשיעור הירידה השנתי בשנים האחרונות ואילו באסטוניה קצב הירידה התגבר בשנים האחרונות (תרשים 18).

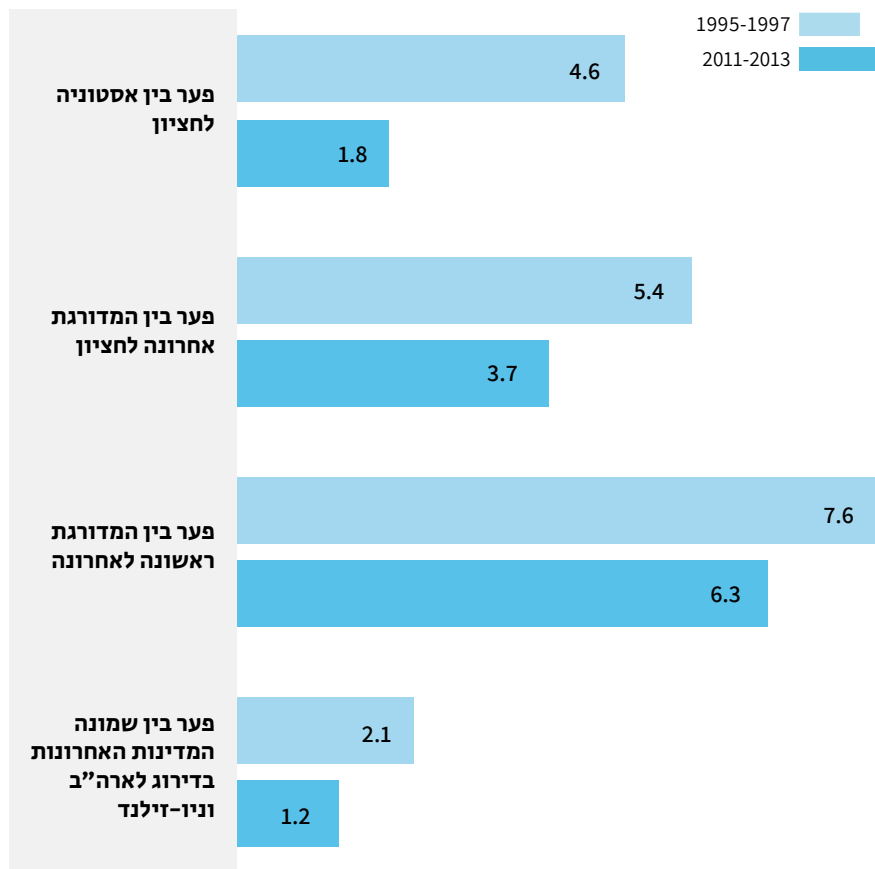
תרשים 18: השינוי לאורך השנים באחוזי התמותה של ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת ביחס לתקופת הבסיס, בחמש מדינות נבחרות, מבוסס על שיעורים ל-100,000 ילדים, ממוצע נע תלת-שנתי



מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים לנתוני תמותה ממאגר 'נתוני Global Burden of Disease - GBD'

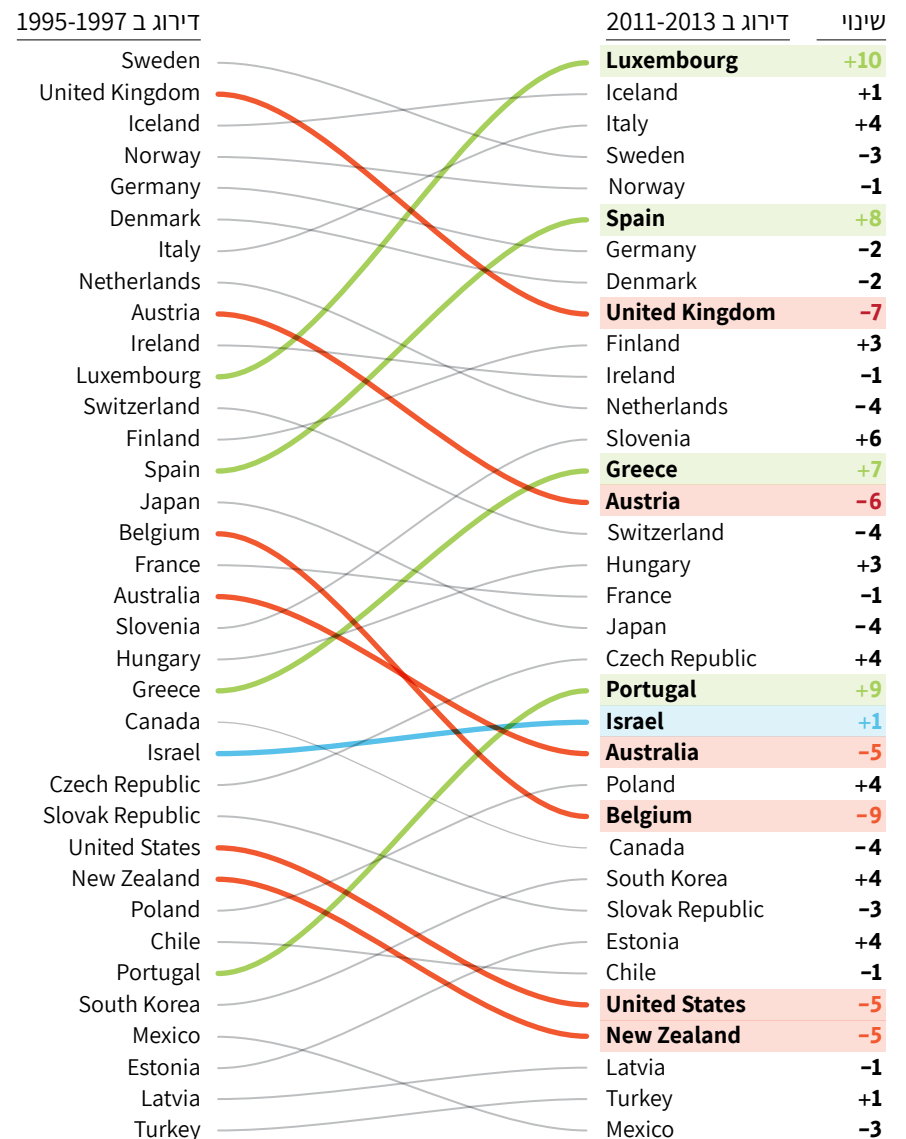
מאפיין נוסף לאורך התקופה הנחקרת הינו הנטייה לצמצום פערים בשיעורי התמותה מהיפגעות בין המדינות המדורגות ראשונות ואחרונות (תרשים 20). כך למשל, היחס בין המדינה המדורגת אחרונה למדינה המדורגת ראשונה ירד מ-7.6 בתחילת התקופה הנחקרת ל-6.3 בסוף התקופה הנחקרת, והיחס בין המדינה המדורגת אחרונה למדינה החציונית ירד מ-5.4 בתחילת התקופה הנחקרת ל-3.7 בסוף התקופה, כלומר הפער הצטמצם בכ-39%.

תרשים 20: הבדלים בפערים בשיעורי התמותה מהיפגעות בלתי מכוונת, בין תקופת הבסיס (1995-1997) לסוף התקופה (2011-2013), יחס שיעורים



מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים לנתוני תמותה ממאגר 'נתוני GBD - Global Burden of Disease'

תרשים 19: שינויים בדירוג מדינות ה-OECD בשיעורי תמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת בסוף התקופה הנחקרת (2011-2013) לעומת תחילת התקופה הנחקרת (1995-1997)



3.4 שינויים ארוכי טווח במנגנוני היפגעות עיקריים בישראל ובמדינות ה-OECD

במהלך התקופה הנבחנת שיעורי התמותה מתאונות דרכים ירדו במידה רבה יותר מאשר שיעורי התמותה מתאונות בית ופנאי כמעט בכל המדינות, ובכללן ישראל.

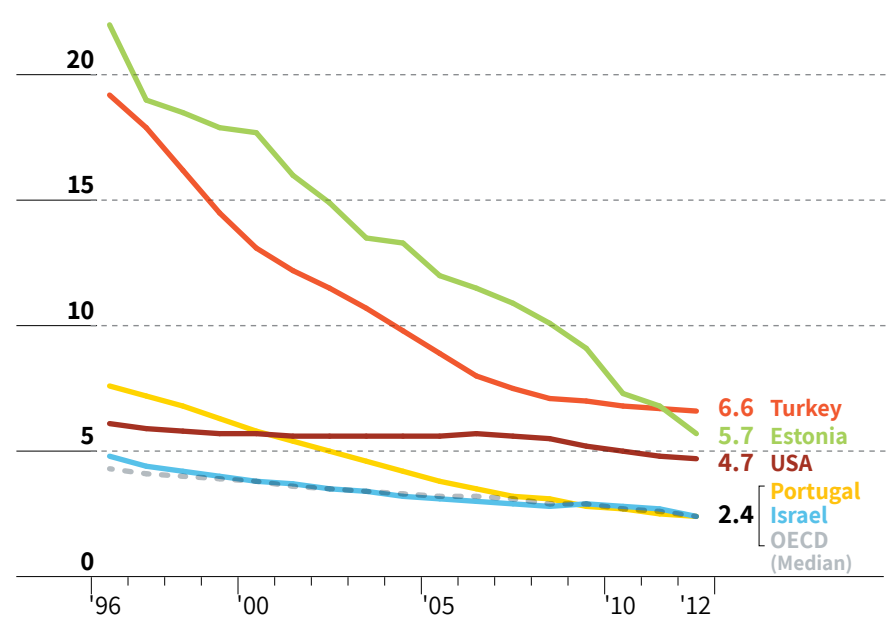
שיעור התמותה החציוני מתאונות בית ופנאי במדינות ה-OECD בשנים 2011-2013 עומד על 2.4 מקרי תמותה ל-100,000 ילדים. שיעור התמותה החציוני מתאונות דרכים עומד על 1.5 ל-100,000 ילדים. בתחילת התקופה הנחקרת (1995-1997) שיעורי התמותה היו 4.2 ו-4.1 בהתאמה. עולה מכך שהחלק היחסי של תאונות בית ופנאי מכלל מקרי התמותה מהיפגעות בלתי מכוונת עלה מכ-51% בתחילת התקופה הנחקרת לכ-62% בסוף התקופה. שיעור התמותה בישראל מתאונות בית ופנאי, בסוף התקופה הנחקרת, עומד על 2.4 ל-100,000 ילדים והוא זהה לשיעור התמותה החציוני בקרב מדינות ה-OECD. מדינות בהן שיעורי התמותה בתאונות בית ופנאי ל-100,000 ילדים הינם נמוכים יחסית הן איסלנד (1.3), איטליה

(1.4), לוקסמבורג (1.5), דנמרק (1.6), ושבדיה (1.6). מדינות בהן שיעורי התמותה הם גבוהים במיוחד ל-100,000 ילדים הן מקסיקו (9.2), לטביה (8.2), טורקיה (6.6), אסטוניה (5.7), ניו-זילנד (5.4), ארה"ב (4.7) וצ'ילה (4.5). שיעור התמותה מתאונות דרכים בישראל בשנים 2011-2013 עומד על 1.9 מקרי תמותה ל-100,000 ילדים בממוצע בשנה. שיעור זה הינו גבוה משיעור התמותה החציוני בקרב מדינות ה-OECD, העומד על 1.5 מקרי תמותה בשנה. ישראל מדורגת במקום ה-23 מבחינת שיעורי התמותה של ילדים בתאונות דרכים.

מדינות הבולטות בשיעורי תמותה נמוכים מתאונות דרכים, ל-100,000 ילדים, הן לוקסמבורג (0.8), בריטניה (0.9), שבדיה (1.0) ונורבגיה (1.0). מדינות הבולטות בשיעורי תמותה גבוהים מתאונות דרכים הן טורקיה (7.2), מקסיקו (5.3), צ'ילה (2.9), ארה"ב (2.9) וניו זילנד (2.7).

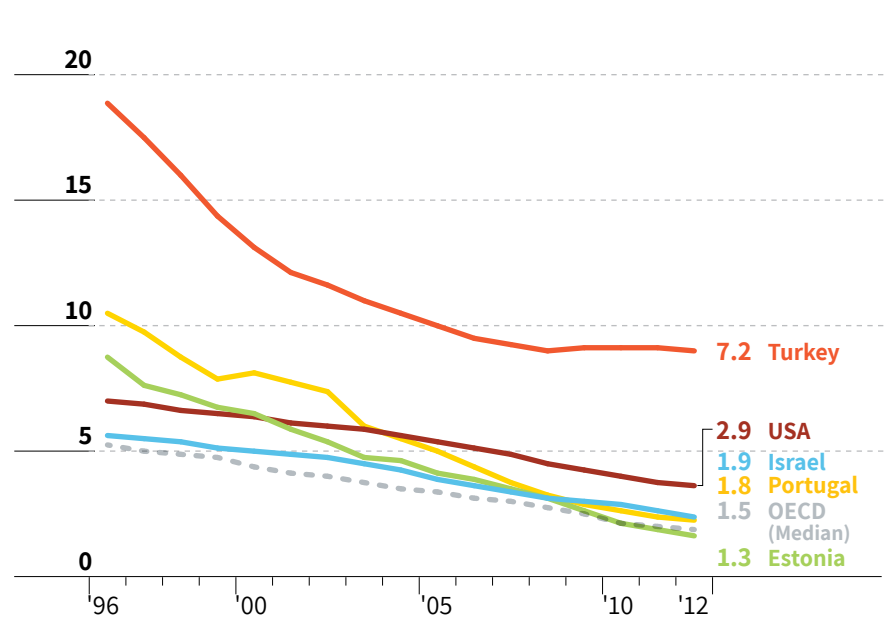
תרשימים 21 ו-22 מציגים מגמות בשיעורי תמותה מתאונות בית ופנאי ומתאונות דרכים בחמש מדינות נבחרות: אסטוניה ופורטוגל שבולטות בירידה חדה במיוחד לאורך התקופה הנחקרת; טורקיה ששיעורי הירידה בה היו חדים במיוחד לאורך מרבית התקופה, אך חווה עצירה במגמת הירידה בשנים האחרונות; ארה"ב שהינה המדינה הגדולה ביותר; וישראל.

תרשים 21: מגמות בשיעורי תמותה מתאונות בית ופנאי בישראל ובארבע מדינות נבחרות, שיעורים ל-100,000 ילדים, ממוצע נע תלת-שנתי



מקור: ארגון 'בטרם' לבריאות ילדים. עיבודים לנתוני תמותה ממאגר 'נתוני GBD - Global Burden of Disease'

תרשים 22: מגמות בשיעורי תמותה מתאונות דרכים בישראל ובארבע מדינות נבחרות, שיעורים ל-100,000 ילדים, ממוצע נע תלת-שנתי



מקור: ארגון 'בטרם' לבריאות ילדים. עיבודים לנתוני תמותה ממאגר 'נתוני GBD - Global Burden of Disease'

3.5 קשרים בין מגמות בהיפגעות כתוצאה מתאונות דרכים, תאונות בית ופנאי, היפגעות מכוונת ומחלות

קיים קשר חזק בין מידת הירידה בתמותה מתאונות בית ופנאי, תאונות דרכים ומחלות, כך שבמדינות שבהן היתה ירידה חדה באחד משלושת המדדים הללו היתה גם בדרך כלל ירידה חדה בשני המדדים האחרים. ניתוח הקשר בין המשתנים הללו ושיעורי התמותה מצביע על אפשרות של גורם משותף המוביל לירידה בתמותה ממחלות, מתאונות בית ופנאי ותאונות דרכים.

במסגרת סעיף זה בחנו את הקשרים בין המגמות בהיפגעות כתוצאה מתאונות דרכים, תאונות בית ופנאי, היפגעות מכוונת ומחלות. מטרת הבדיקה היתה לבחון באיזו מידה המגמות השונות מתואמות זו עם זו. השנים שנבחנו הן 1995-2013, באמצעות ממוצעים נעים תלת-שנתיים ונכללו בנייתוח כל 35 מדינות ה-OECD.

ראשית, נבחן הקשר בין סך הכול הירידה בתמותה מתאונות בית ופנאי, תאונות דרכים, מחלות (כל הסיבות בחיסור היפגעות) ומהיפגעות מכוונת, באמצעות מתאמי פירסון (לוח 9). נמצא כי כלל המתאמים היו בינוניים-חזקים, מלבד המתאם בין השינוי בתמותה ממחלות לשינוי בתמותה מתאונות בית ופנאי שהיה חזק עד חזק מאוד ועמד על 0.752.

לוח 9: בחינת הקשר בין הירידה במחלות, היפגעות בלתי מכוונת (תאונות בית ופנאי ותאונות דרכים), והיפגעות מכוונת, בקרב ילדים במדינות ה-OECD, בשנים 1995-2013

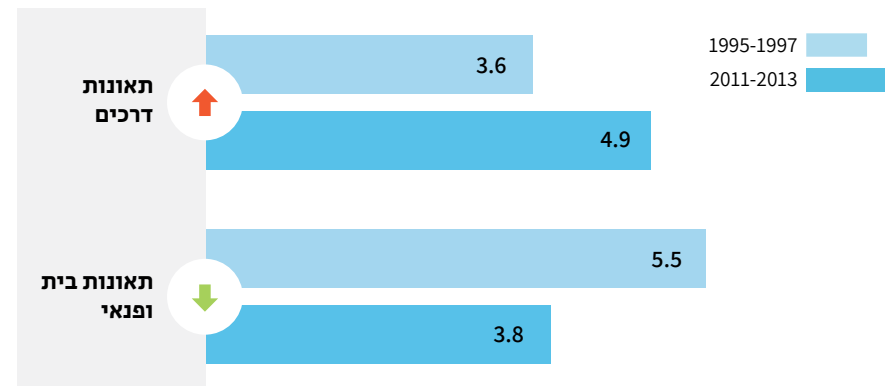
מחלות	תאונות בית ופנאי	תאונות דרכים	היפגעות מכוונת
1	0.752	0.456	0.512
-	1	0.498	0.501
-	-	1	0.435

* כל המתאמים מובהקים ברמת מובהקות של 0.01.

הסיבה לשינוי בחלקן היחסי של תאונות דרכים ותאונות בית ופנאי מתוך כלל מקרי התמותה מהיפגעות בלתי מכוונת הינה שהירידה שהתרחשה לאורך התקופה בתמותה מתאונות דרכים חדה יותר מהירידה שהתרחשה בתאונות בית ופנאי. הירידה החצינית בשיעורי התמותה מתאונות דרכים עומדת על 63.1% ואילו הירידה החצינית בתאונות בית ופנאי עומדת על 49.1%. הירידה בתאונות דרכים הייתה חדה יותר ב-32 מתוך 35 מדינות ה-OECD, ובכלל זה גם ישראל. שלוש המדינות היחידות בהן הירידה בשיעורי התמותה מתאונות בית ופנאי הייתה חדה יותר מאשר הירידה בתאונות דרכים הינן: מקסיקו, טורקיה וצ'ילה. הירידה בתאונות בית ופנאי בישראל הייתה זהה לירידה החצינית בקרב מדינות ה-OECD ועמדה על 49.1% לאורך התקופה הנחקרת כולה.

הבדל מעניין נוסף בין שני מנגוני היפגעות אלו הוא שלאורך התקופה הפערים בין המדינות השונות בתאונות הדרכים נטו להתרחב ואילו בתאונות בית ופנאי נטו להצטמצם. ביטוי לתופעה זו ניתן לראות ביחס בין שיעורי התמותה מתאונות דרכים של המדינה האחרונה בדירוג לבין המדינה החצינית, שעלה מ-3.6 בתחילת התקופה הנחקרת ל-4.9 בסוף התקופה, בעוד שהיחס המקביל עבור תאונות בית ופנאי קטן מ-5.5 ל-3.8 (תרשים 23).

תרשים 23: יחס שיעורי תמותה מתאונות דרכים ומתאונות בית ופנאי בין המדינה האחרונה בדירוג לבין המדינה החצינית בדירוג, בתחילת התקופה הנחקרת (1995-1997) ובסוף התקופה הנחקרת (2011-2013)



מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים לנתוני תמותה ממאגר 'נתוני Global Burden of Disease - GBD'

הסבר אפשרי לממצא זה הוא שישנו קשר בין שיעור ההיפגעות בתאונות דרכים במדינה למספר המכוניות לנפש (רמת מינוע) במדינה. ייתכן שבמדינות מתפתחות יחסית, כגון מקסיקו וטורקיה, הייתה עלייה חדה יותר ברמת המינוע במהלך התקופה הנחקרת מאשר במדינות העשירות יותר. עלייה זו מיתנה את הירידה בתמותה מתאונות דרכים במדינות אלו, דבר שהוביל להגדלת הפערים בין לבין שאר מדינות ה-OECD.

מבחינת התרומה הייחודית המובהקת של שלושת המשתנים המנבאים להסבר השונות באחוז השינוי בתמותה מתאונות דרכים, לאף אחד משלושת המשתנים המנבאים שנבחנו לא הייתה תרומה ייחודית מובהקת לניבוי. מכיוון שהמשתנה הקרוב ביותר למובהקות היה המשתנה של אחוז השינוי בתמותה מתאונות בית ופנאי ומכיוון שמשתנה זה נמצא כבעל מתאם חזק עד חזק מאוד למשתנה של אחוז השינוי בתמותה ממחלות, בחנו מודל נוסף שבו נכללו שני משתנים מנבאים בלבד: אחוז השינוי בתמותה מהיפגעות בלתי מכוונת ושיעור התמותה מתאונות דרכים בתחילת התקופה.

מודל זה נמצא כמובהק והסביר 23.2% מהשונות באחוז השינוי בתמותה מתאונות דרכים: (Adjusted r square=0.232, p<0.006). מבחינת התרומה הייחודית של המשתנים המנבאים להסבר השונות במשתנה המנובא, נמצא שלמשתנה אחוז השינוי בתמותה מתאונות בית ופנאי הייתה תרומה ייחודית מובהקת (Beta=0.585, p=0.002), אך למשתנה של שיעור התמותה מתאונות דרכים בתחילת התקופה לא הייתה תרומה ייחודית מובהקת לניבוי אחוז השינוי בתמותה מתאונות דרכים (Beta=0.192, p=0.264).

הקשר הישיר בין שיעור התמותה מתאונות דרכים בתחילת התקופה הנחקרת לאחוז השינוי לאורך התקופה, היה בעל כיוון חיובי, שמשמעותו ירידה חדה פחות במדינות ששיעור התמותה בהן בתחילת התקופה היה גבוה יחסית, זאת בניגוד לכיוון ההשפעה של המשתנה המקביל במקרה של תמותה מתאונות בית ופנאי. יחד עם זאת, אפקט זה לא היה מובהק וייתכן שבמקרה של תאונות דרכים הקשר בין שיעור התמותה בתחילת התקופה לאחוז השינוי לאורך התקופה הושפע משני כוחות מנוגדים: מחד, אפקט של 'פירות נמוכים' שגורם לכך שבמדינות בהן שיעור התמותה היה גבוה יותר בתחילת התקופה הנחקרת קל יותר להוריד את שיעור התמותה ביחס לנקודת ההתחלה, ומאידך גורם נוסף - כגון עלייה חדה יותר ברמת המינוע בקרב המדינות המתפתחות שייתכן ומיתנה את הירידה בשיעורי התמותה במדינות אלו.

בשלב השני ביצענו שני ניתוחי רגרסיה לינארית: אחד שבו המשתנה המנובא היה שיעור הירידה הכולל מתאונות דרכים. בניתוח הראשון הוכנסו כמשתנים מנבאים שיעור התמותה מתאונות בית ופנאי בתחילת התקופה הנחקרת, שיעור הירידה בתמותה ממחלות ושיעור הירידה בתמותה מתאונות דרכים. המשתנה של שיעור התמותה מתאונות בית ופנאי בתחילת התקופה הנחקרת נכלל במודל בכדי למדוד ולנטרל את ההשפעה האפשרית של 'אפקט פירות נמוכים', לפיו קל יותר להשיג ירידה חדה בשיעורי התמותה כאשר שיעור התמותה ההתחלתי גבוה באופן יחסי (ניתן לראות בכך גם 'אפקט תקרה' או 'רגרסיה לממוצע').

מודל הכולל את שלושת המשתנים הללו מסביר את מרבית (62.3%) השונות במשתנה המנובא - שיעור הירידה בתאונות בית ופנאי (Adjusted r square=0.628, p<0.001).

מבחינת התרומה הייחודית של כל אחד משלושת המשתנים המנבאים, בהסבר השונות של המשתנה התלוי, נמצאה תרומה מובהקת למשתנה שיעור הירידה בתמותה ממחלות (Beta=0.528, p<0.001), תרומה עם מובהקות גבולית לשיעור הירידה בתמותה מתאונות דרכים (Beta=0.237, p=0.054) ותרומה ייחודית מובהקת לשיעור התמותה מתאונות בית ופנאי בתחילת התקופה הנחקרת (Beta=-0.282, p=0.021).

הקשר בין המשתנים המנבאים למשתנה המנובא הוא כזה שככל שהייתה ירידה חדה יותר בתמותה ממחלות ומתאונות דרכים, כך הייתה ירידה חדה יותר בתמותה מתאונות בית ופנאי, כאשר התרומה של הירידה מתאונות דרכים להסבר הירידה בתאונות בית ופנאי הינה חלשה יותר ועל גבול המובהקות. העובדה ששיעור הירידה בתמותה ממחלות ניבא בצורה מובהקת את שיעורי התמותה מתאונות בית ופנאי, מעל ומעבר לשיעורי התמותה מתאונות בית ופנאי בתחילת התקופה הנחקרת, מעידה על כך שככל הנראה ישנו גורם משותף העומד בבסיס חלק גדול מהשינוי בשיעורי התמותה ממחלות ומתאונות בית ופנאי יחד. מרכיב זה עשוי להיות, למשל, שיפורים טכנולוגיים ואחרים באיכות הטיפול הרפואי אשר מובילים לירידה בשיעורי התמותה הן ממחלות והן מתאונות בית ופנאי. לעניין שיעורי התמותה בתחילת התקופה, נמצא שככל ששיעורי התמותה במדינה מסוימת היו גבוהים יותר בתחילת התקופה, הירידה בתמותה הייתה חדה יותר. נטייה זו של הקשר מצביעה על כך שמדינות בהן שיעורי התמותה היו גבוהים באופן יחסי בתחילת התקופה נהנו בממוצע מירידה חדה יותר ממדינות בהן שיעורי התמותה היו נמוכים יחסית. תופעה זו עשויה לנבוע הן מאפקט של 'פירות נמוכים' והן מסיבות אחרות שאפשרו למדינות החלשות יותר לצמצם את הפער בינן לבין המדינות החזקות.

במודל השני השתמשנו במשתנים של שיעור התמותה מתאונות דרכים בתחילת התקופה הנחקרת ושיעור הירידה בתמותה ממחלות ומתאונות בית ופנאי כמשתנים מנבאים, כאשר אחוז השינוי בתמותה כתוצאה מתאונות דרכים היה המשתנה המנובא. מידת הניבוי של המודל הזה הייתה חלשה בהרבה מאשר המודל הראשון והוא הסביר רק 23.8% מהשונות בירידה בתמותה מתאונות הדרכים (Adjusted r square=0.238, p<0.01).



פרק 4: היפגעות ילדים לפי חומרת ההיפגעות

בפרק זה מוצגים שיעורי והתפלגויות הפניות לחדרי מיון, מקרי האשפוז והתמותה של ילדים עקב היפגעות. נתוני ההיפגעות בכל אחת מדרגות החומרה מוצגים בפילוח לפי מין וגיל הנפגעים ולפי סיבת ההיפגעות: תאונת בית ופנאי או תאונת דרכים.

4.1 מקורות הנתונים, הגדרות ושיטה

מקורות הנתונים

בפרק זה שימשו מקורות הנתונים הבאים:

נתוני פניות למלר"ד בישראל – משרד הבריאות, מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון (2012-2014).

נתוני אשפוז ילדים בישראל – המרכז לחקר טראומה ורפואה דחופה במכון גרטנר, קובץ רישום טראומה (2010-2012).

נתוני תמותת ילדים בישראל – ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים, מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת' (2011-2015).

הגדרות ושיטה

אפיון סיבות ההיפגעות

סיבות ההיפגעות לפיהן מנותחים הנתונים בפרק זה מתבססות על סטנדרט ה-MDS. תחת סטנדרט זה מוגדרים מנגנוני היפגעות שונים, אותם ניתן לחלק לשלוש קטגוריות: תאונות בית ופנאי, תאונות דרכים ו-אחר. הקטגוריה 'אחר' כוללת מקרים בהם סיבת ההיפגעות אינה ידועה, או שקיים בהם חשד לפגיעה מכוונת או מחלה. על מנת לאפשר השוואה בין נתוני הפנייה למלר"ד, האשפוז והתמותה של ילדים עקב היפגעות, הותאמו ככל הניתן סיבות ההיפגעות מן המקורות השונים לסטנדרט ה-MDS (המוטמע במאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת'), כמוצג בלוח 10.

נתוני 'מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון' של משרד הבריאות מבחינים בין פנייה למיון עקב 'סיבות חיצוניות' וסיבות אחרות (מחלה, לידה או סיבה שאינה ידועה). תחת 'סיבות חיצוניות' ישנה הבחנה בין פגיעה מכוונת להיפגעות בלתי מכוונת. 'היפגעות בלתי מכוונת' כוללת מספר קטגוריות של סוגי היפגעויות: תאונות בית ופנאי, תאונות דרכים ו-פגיעות לא מכוונות אחרות. קטגוריה נוספת הינה כוונה לא ידועה, המתייחסת למקרים שבשלב הקבלה למיון לא ניתן היה לקבוע בבירור אם לשייכם ל-'היפגעות בלתי מכוונת' או ל-'היפגעות מכוונת'. סביר להניח שבהמשך תהליך המיון או האשפוז מתבררות הכוונה וסיבת הפנייה. מכיוון שכך, השכיחות בפועל של חלק מהסיבות הידועות גבוהה מהשכיחות המופיעה בלוחות. נסיבות הפגיעה בנתוני האשפוז ב-'קובץ רישום הטראומה' מבחינות אף הן בין פגיעה מכוונת להיפגעות בלתי מכוונת. 'היפגעות בלתי מכוונת' כוללת מספר קטגוריות של סוגי היפגעות: תאונות בית ופנאי, תאונות דרכים ו-אחר.

הקטגוריות 'תאונות בית ופנאי' ו-'תאונות דרכים'. זאת, מאחר והקטגוריה 'כוונה לא ידועה' בנתוני 'מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון' כוללת כ-29% מסך המקרים, ולכן מקשה על השוואת חלקן היחסי של סיבות ההיפגעות השונות להיפגעות המובילה לפנייה למיון, לאשפוז ולתמותה.

חלק 4.2 ('חומרת ההיפגעות לפי מין וגיל') עושה שימוש בכלל סיבות ההיפגעות המפורטות בלוח 10. נתוני הפנייה למיון כוללים, בנוסף לסיבות אלו, סיבות נוספות הנמצאות תחת הקטגוריה 'סיבות חיצוניות': פגיעה מכוונת (1.4% מהמקרים), פעולת איבה (0.1% מהמקרים) ותאונת עבודה (0.4% מהמקרים). חלק 4.3 ('חומרת וסיבת ההיפגעות') כולל רק את סיבות ההיפגעות הנמצאות תחת

לוח 10: התאמת סיבות ההיפגעות לפי 'מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון' ולפי קובץ 'רישום הטראומה' לסטנדרט ה-MDS

סיבת ההיפגעות	סיבות ההיפגעות כפי שמדווחות בדו"ח זה	סיבות ההיפגעות לפי מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת' (סטנדרט ה-MDS)	סיבות ההיפגעות לפי קובץ 'רישום הטראומה'	סיבות ההיפגעות לפי 'מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון'
תאונות בית ופנאי	נפילה, חבלה, חתך	נפילה מכה/חבלה חתך/דקירה	נפילה מכה מחפצים/אנשים חתכים/הידקרות כוויות/שריפות	נפילה, חבלה, חתך
	כוויה/שריפה	כוויה הרעלה/כוויה (למקרים של שריפה בלבד)		כוויה שריפה שאיפה
	טביעה	טביעה	*	טביעה
	הרעלה	הרעלה	*	הרעלה
	מכת חום/חשמל	מכת חום/התייבשות התחשמלות	אחר	מכת חום/חשמל
	גוף זר	גוף זר	אחר	חדירת גוף זר
	פגיעת בעל חיים	פגיעת בעל חיים	פגיעה מחיות	פגיעה לא מכוונת / חבלה אחרת
	חנק	חנק	*	פגיעה לא מכוונת / חבלה אחרת
	תאונת בית ופנאי אחרת	הילכדות אחר	אחר	פגיעה לא מכוונת / חבלה אחרת
	תאונות דרכים	הולך רגל / נמצא בסביבת הרכב	נמצא בסביבת הרכב הולך רגל	הולך רגל
רוכב אופניים		רוכב אופניים או גלגלים קטנים - תאונת דרכים רוכב אופניים או גלגלים קטנים - תאונה עצמית**	אופניים	
נוסע/נהג ברכב מנועי		נוסע ברכב נהג ברכב	נוסע ברכב נהג רכב	תאונת דרכים
תאונת דרכים אחרת		משתמש ברכב ממונע אחר נוסע בתחבורה ציבורית	נהג/נוסע אופנוע אחר/לא מוגדר	
		אחר	רוכב בעלי חיים	
אחר	פגיעה אחרת	סיבה לא ידועה חשד לבעיה בריאותית חשד לפגיעה מכוונת	אחר	כוונה לא ידועה

*נתוני קובץ 'רישום הטראומה' אינם כוללים מקרים של חנק, הרעלות וטביעות.

**לפי סטנדרט ה-MDS, סיבת ההיפגעות 'רוכב אופניים או גלגלים קטנים - תאונה עצמית' נכלל תחת 'תאונות בית ופנאי'. מאחר ונתוני 'מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון' וקובץ 'רישום הטראומה' אינם מבחינים בין תאונות מסוג זה לבין תאונות דרכים במעורבות אופניים, ההתייחסות אל סיבת היפגעות זו בפרק הנוכחי תהיה תחת 'תאונות דרכים'.

כללי

4.2 חומרת ההיפגעות, מין וגיל

שיעורי הפנייה למיזון, האשפוז והתמותה של ילדים עקב היפגעות גבוהים כולם בקרב בני 8 בהשוואה לבנות. פער זה בסיכון להיפגעות גדל ככל שחומרת ההיפגעות גבוהה יותר ועם העלייה בגיל.

תרשים 24 מציג את התפלגות מקרי הפנייה למיזון עקב היפגעות מסיבות חיצוניות, ואת התפלגות מקרי האשפוז ותמותת הילדים מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי גיל הנפגע. כמו כן, מוצג היחס בין שיעורי הפנייה למיזון, האשפוז והתמותה של כל קבוצת גיל לאלו הממוצעים.

שיעור פניות ילדים ובני נוער למיזון הינו הגבוה ביותר בקרב קבוצת הגיל 1-4: שיעור של 881.0 ל-10,000 ילדים, בהשוואה ל-769.9 ל-10,000 ילדים בקרב כלל אוכלוסיית הילדים ובני הנוער. סך מקרי הפנייה למיזון בקרב קבוצת הגיל 1-4 מהווים כ-28.5% מקרב כלל מקרי הפנייה למיזון של ילדים ובני נוער, בעוד שחלקה בקרב אוכלוסיית הילדים ובני הנוער הוא 24.9% בלבד. קבוצות הגיל 10-14 ו-15-17 אף הן בעלות שיעורי פנייה למיזון גבוהים ביחס לכלל אוכלוסיית הילדים ובני הנוער: 815.2 ו-785.1 מקרים ל-10,000 ילדים, בהתאמה.

שיעור הפנייה הנמוך ביותר למיזון הינו בקבוצת הגיל לידה עד שנה: 444.7 מקרים ל-10,000 ילדים. שיעור הפנייה למיזון נמוך גם בקרב קבוצת הגיל 5-9: שיעור של 693.3 מקרים לעומת 769.9 מקרים ל-10,000 ילדים בכלל אוכלוסיית הילדים ובני הנוער.

שיעור האשפוז הגבוה ביותר עקב תאונה, בקרב ילדים ובני נוער, הינו של קבוצת הגיל לידה עד שנה: שיעור של 52.2 ל-10,000 ילדים, בהשוואה ל-41.7 ל-10,000 ילדים בקרב כלל אוכלוסיית הילדים ובני הנוער. סיכון האשפוז של בני קבוצת גיל זו גבוה פי 1.25 מהסיכון הממוצע.

שיעורי האשפוז הינם במתאם הפוך לגיל, והינם הנמוכים ביותר בקרב קבוצות הגיל 10-14 ו-15-17: 37.2 ו-37.3 מקרים ל-10,000 ילדים, בהתאמה.

שיעורי התמותה מהיפגעות בקרב ילדים ובני נוער הינם הגבוהים ביותר בקרב קבוצות הגיל לידה עד שנה ו-15-17: 7.8 ו-8.4 ל-100,000 ילדים, בהתאמה, בהשוואה ל-4.4 ל-100,000 ילדים בקרב כלל אוכלוסיית הילדים ובני הנוער. שיעורי התמותה של בני קבוצות הגיל לידה עד שנה ו-15-17 גבוהים פי 1.77 ופי 1.90 משיעור התמותה הממוצע, בהתאמה.

שיעורי התמותה בקבוצות הגיל 5-9 ו-10-14 הינם הנמוכים ביותר: 2.3 ו-2.7 מקרים ל-100,000 ילדים, בהתאמה.




המספרים המוצגים בלוחות ובתרשימים מבוססים על ממוצעים שעוגלו למספרים שלמים. לפיכך, ייתכן שסכום העמודות לא זהה לסה"כ.

האחוזים המוצגים בלוחות ובתרשימים מעוגלים עד ספרה אחת אחרי הנקודה העשרונית, ולכן התפלגות המספרים והאחוזים אינה בהכרח בהלימה מלאה.

עמודת הסה"כ ושורת הסה"כ בלוחות ובתרשימים לא כוללות מקרים שקיבלו את הערך 'לא ידוע' עבור אחד או יותר מהמשתנים המוצגים.

לצורך בדיקת הבדלים בין שיעורים נעשה שימוש בסיכון יחסי (Relative Risk, RR), המייצג את היחס בין ההסתברות שההיפגעות תתרחש בכל אחת משתי קבוצות משוות (למשל, בבנים לעומת בנות), או בין קבוצת העניין ליתר הקבוצות (למשל, בין קבוצת הגיל 1-4 ליתר קבוצות הגיל). שיעורים מתוארים כנבדלים זה מזה אם נמצאו שונים ברמת מובהקות של 0.05 לפחות.

סימון המובהקות בלוחות ובתרשימים נעשה באופן הבא:

הבדל מובהק ברמת מובהקות של:	סימון בלוחות	סימון בתרשימים
0.01	**	
0.05	*	
ללא מובהקות		

לוח 11 מציג את התפלגות ושיעורי מקרי הפנייה למיון עקב היפגעות מסיבות חיזויות, ואת התפלגות ושיעורי מקרי האשפוז והתמותה של ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי מין הנפגע. שיעורי הפנייה למיון, האשפוז והתמותה גבוהים כולם בקרב בנים בהשוואה לבנות. מעבר לכך, ככל שחומרת ההיפגעות גבוהה יותר כך גדל הסיכון היחסי של בנים בהשוואה לבנות: בעוד שיעור הפנייה למיון של בנים גבוה פי 1.7 מזה של בנות, שיעורי האשפוז והתמותה בקרב בנים גבוהים פי 2.2 ו-2.3 מאלו של בנות, בהתאמה.

לוח 11: היפגעות ילדים לפי חומרת ההיפגעות ומיון: פנייה לחדר המיון (2012-2014), אשפוז (2010-2012), ותמותה (2011-2015), בממוצע בשנה, מספרים, אחוזים ושיעורים

ספר	בנים	בנות	סה"כ	
מספר	132,163	72,141	204,304	פנייה למיון
אחוז	64.7	35.3	100	
שיעור ל-10,000	971.6**	557.3	769.9	
מספר	7,432	3,216	10,648	אשפוז
אחוז	69.8	30.2	100	
שיעור ל-10,000	56.9**	25.9	41.8	
מספר	84	34	118	תמותה
אחוז	71.2	28.8	100	
שיעור ל-100,000	6.2**	2.6	4.4	

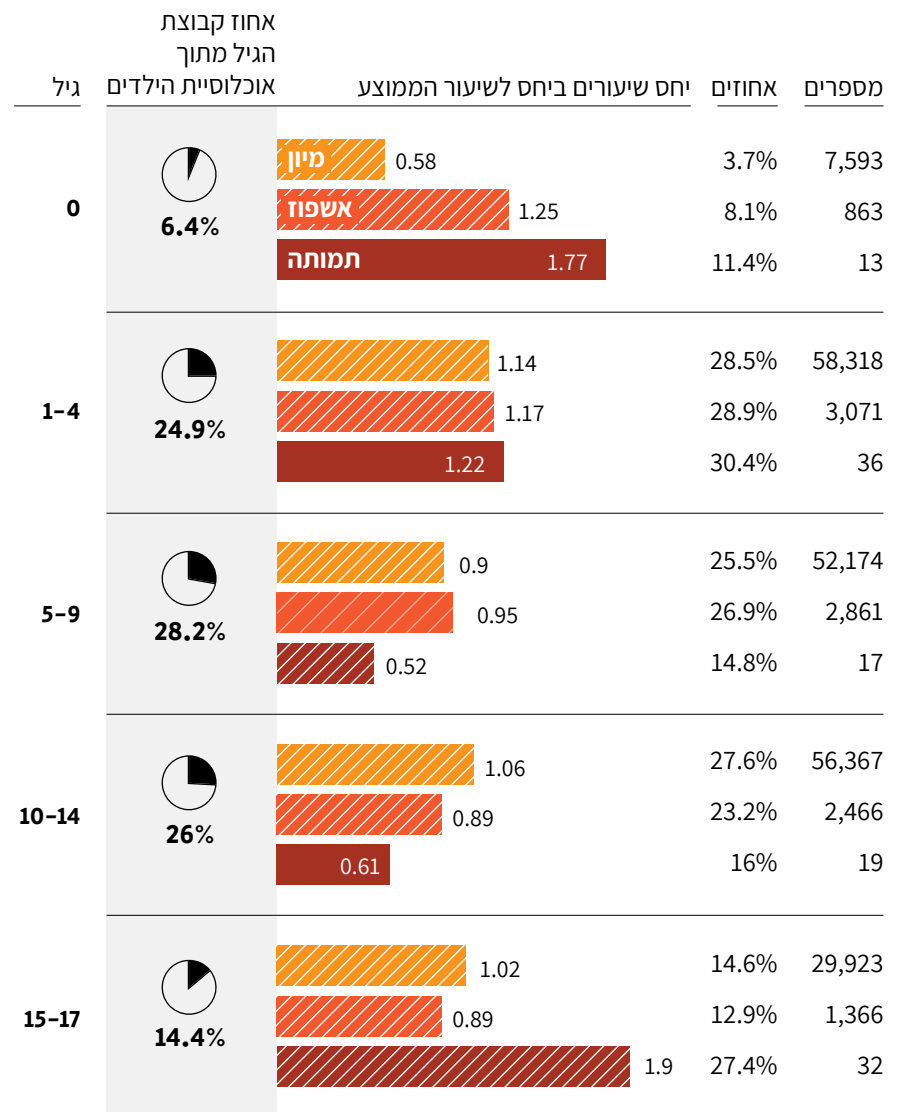
מקורות: מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים; קובץ רישום טראומה, המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, מכון גרטנר; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון, משרד הבריאות.

תרשים 25 מציג את שיעורי מקרי הפנייה למיון עקב היפגעות מ'סיבות חיזויות', את שיעורי מקרי האשפוז והתמותה של ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי מין וגיל הנפגע ואת יחס השיעורים בין בנים לבנות עבור כל אחת מחומרות ההיפגעות וקבוצות הגיל.

שיעורי הפנייה למיון והאשפוז בקרב כל קבוצות הגיל גבוהים יותר בקרב בנים בהשוואה לבנות, ופער זה גדל והולך עם העלייה בגיל. יחד עם זאת, מגמה זו בולטת יותר בשיעורי האשפוז בהשוואה לשיעורי הפנייה למיון: בקרב קבוצת הגיל לידה עד שנה שיעורי הפנייה למיון והאשפוז של בנים גבוהים בהשוואה לבנות פי 1.1 ו-1.2, בהתאמה. בקרב בני 15-17 שיעור הפנייה למיון של בנים בהשוואה לבנות גבוה פי 2.4, בעוד ששיעור האשפוז של בנים גבוה פי 4.4 משיעור האשפוז של בנות.

בהתייחס לשיעורי התמותה, לא נמצא הבדל בין סיכון ההיפגעות של בנים לזה של בנות בקרב הגילאים לידה עד 9. עם זאת, יש לסייג ממצא זה בכל הנוגע לקבוצת הגיל לידה עד שנה עקב מספר המקרים הקטן. פער בשיעורי התמותה, לרעת הבנים, קיים בקבוצות הגיל 10-14 ו-15-17, באופן המצביע אף הוא על מתאם חיובי עם הגיל.

תרשים 24: היפגעות ילדים לפי חומרת ההיפגעות וגיל: פנייה לחדרי מיון (-2012), אשפוז (2010-2012), ותמותה (2011-2015), בממוצע בשנה, מספרים, אחוזים ויחס שיעורים ביחס לממוצע



מקורות: מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים; קובץ רישום טראומה, המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, מכון גרטנר; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון, משרד הבריאות.

4.3 חומרה וסיבת ההיפגעות

ככל שחומרת ההיפגעות גבוהה יותר, כך גדל חלקן היחסי של תאונות דרכים בתופעת ההיפגעות הילדים. בעוד נפילה, חבלה וחתך הינן סיבות ההיפגעות השכיחות המובילות לפנייה למיין ולאשפוז, תאונות דרכים בהן הילד הולך רגל, נמצא בסביבת הרכב או משתמש ברכב מנועי הן הגורמים העיקריים לתמותת ילדים.

לוח 12 מציג את התפלגות מקרי הפנייה למיין, האשפוז והתמותה של ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי הסיבות המפורטות שגרמו להיפגעות, ובחלוקה לסיבות ההיפגעות 'תאונות בית ופנאי' ו-'תאונות דרכים'. תרשים 26 מציג את התפלגות המקרים בכל אחת מדרגות החומרה בחלוקה ל-'תאונות בית ופנאי' ו-'תאונות דרכים'.

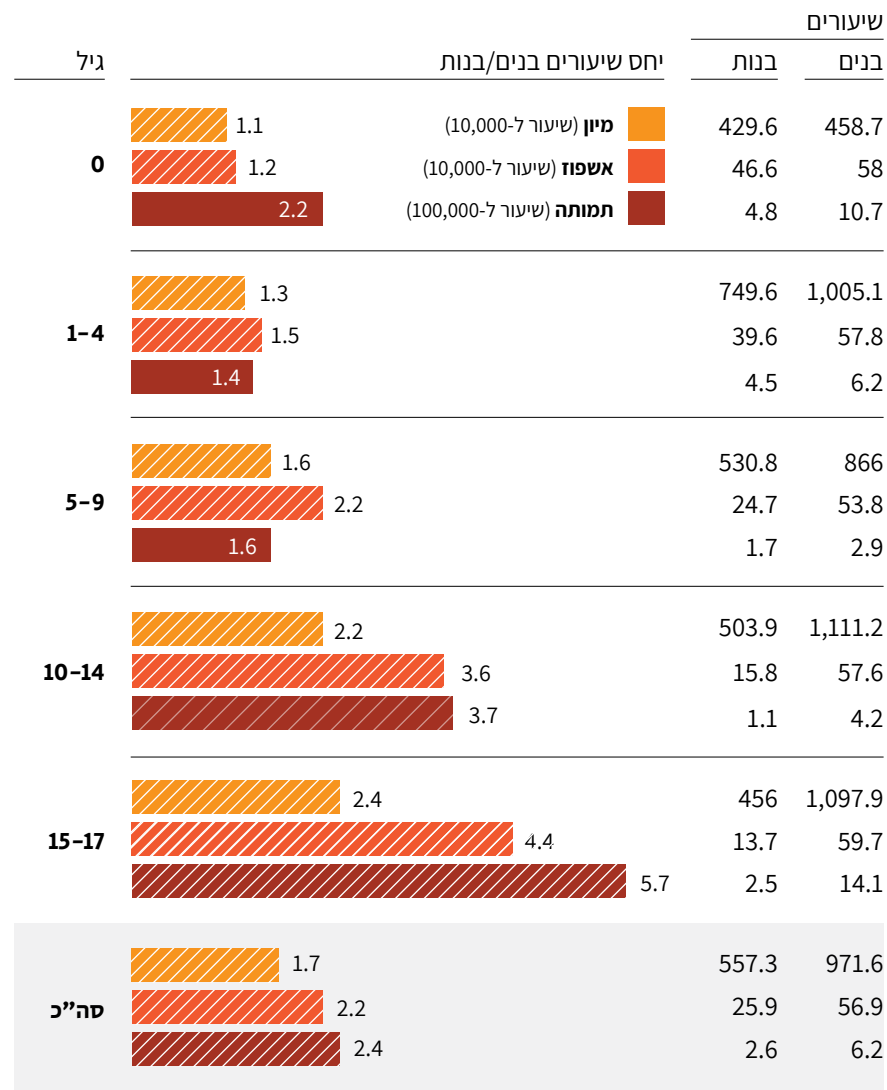
יש לציין כי ככל הנראה קיים חסר בנתוני מקרי ההרעה ב'מאגר מידע מרכזי ביקורים במיין' של משרד הבריאות. עיבוד נתונים שבוצע על סמך מידע הנאסף עבור ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים על ההיפגעות ילדים בקרב 10 מלר"דים בישראל מעלה כי מספר מקרי ההרעה המובילים לפנייה למיין הינו כפול מהמדווח בדו"ח זה, כנראה עקב סיווג שגוי כ-'מחלה'. מנתוני המרכז הארצי למידע בהרעות עולה כי, מתוך 31,519 מקרי הרעות שדווחו ב- 2012, כ-53.2% היו של ילדים ובני נוער עד גיל 18. בכ-17.4% מכלל מקרי ההרעה שדווחו למרכז נדרשה פנייה למיין ובכ-2.6% מהמקרים נדרש אשפוז (Bentur et al. 2014). לאור זאת, יש להתייחס בהסתייגות להיקף מקרי ההרעה המוצג להלן.

תאונות בית ופנאי מהוות את הסיבה הראשונה בשכיחותה להיפגעות ילדים בכל דרגות החומרה. יחד עם זאת, ככל שחומרת ההיפגעות גבוהה יותר כך קטן חלקן מסך מקרי ההיפגעות: 87.9%, 78.8% ו-50.4% ממקרי הפנייה למיין, האשפוז והתמותה, בהתאמה.

תאונות בית ופנאי מסוג נפילה, חבלה וחתך הן הגורם לרוב מקרי הפנייה למיין והאשפוז: 72.4% ו-66.5% מהמקרים, בהתאמה. עם זאת, סיבות אלו מסבירות רק 11.2% ממקרי התמותה. תאונות בית ופנאי שכיחות נוספות המובילות לתמותת ילדים הינן טביעה (16.5% מהמקרים) וחתך (9.6% מהמקרים).

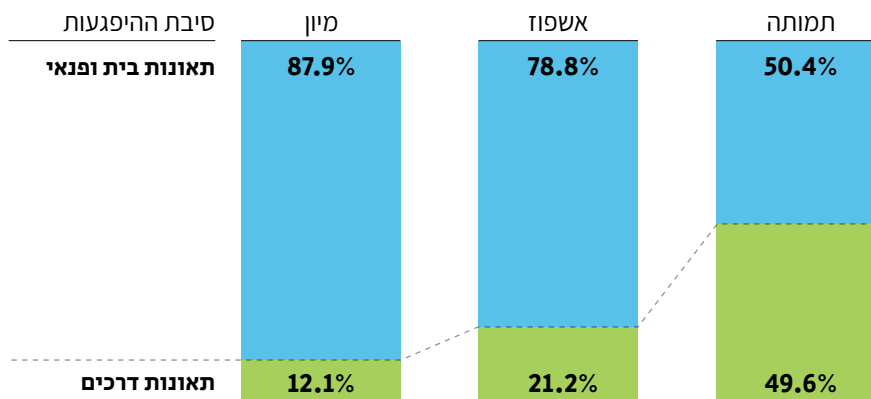
חלקן של תאונות הדרכים בהיפגעות המובילה לתמותה גדול משמעותית בהשוואה להיפגעות המובילה לאשפוז ולפנייה למיין: 49.6%, 21.2% ו-12.1% מהמקרים, בהתאמה. מתוך כלל תאונות הדרכים, תאונות בהן הנפגע הינו הולך רגל או נמצא בסביבת הרכב (כגון דריסה בעת נסיעה לאחור) הינן הגורמים המובילים למקרי האשפוז (7.6% מהמקרים) והתמותה (24.9% מהמקרים). בעוד שבסוג תאונת הדרכים השני בשכיחותו כגורם לאשפוז ילדים, הילד הנפגע הינו 'רוכב אופניים' (7.4% מהמקרים), בסוג תאונת הדרכים השני בשכיחותו כגורם תמותה, הילד הנפגע הינו 'נוסע/נהג ברכב מנועי' (22.2% מהמקרים).

תרשים 25: היפגעות ילדים לפי חומרת ההיפגעות, מין וגיל: פנייה לחדרי מיון (2012-2014), אשפוז (2010-2012), ותמותה (2011-2015), בממוצע לשנה, שיעורים ויחס שיעורים בין בנים לבנות



מקורות: מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים; קובץ רישום טראומה, המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, מכון גרטנר; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי ביקורים במיין, משרד הבריאות.

תרשים 26: היפגעות ילדים לפי חומרת וסיבת ההיפגעות: פנייה לחדרי מיון
אשפוז (2012-2014), ותמותה (2010-2012), ותמותה (2011-2015), באחוזים



מקורות: מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים; קובץ רישום טראומה, המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, מכון גרטנר; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון, משרד הבריאות.

לוח 12: היפגעות ילדים לפי חומרת וסיבת ההיפגעות: פנייה לחדרי מיון (2012-2014), אשפוז (2010-2012), ותמותה (2011-2015), בממוצע בשנה, מספרים ואחוזים

סיבת ההיפגעות	פנייה למיון		אשפוז		תמותה	
	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז
תאונות בית ופנאי	123,519	87.9	8,390	78.8	51	50.4
נפילה, חבלה, חתך	101,797	72.4	7,079	66.5	11	11.2
גוף זר	5,682	4.0	***		0	0.2
כוויה/שריפה	1,861	1.3	676	6.3	6	5.9
הרעלה	862	0.6	*		2	1.6
טביעה	73	0.1	*		17	16.5
מכת חום/חשמל	40	0.0	***		3	3.1
חנק	***		*		10	9.6
פגיעת בעל חיים	***		102	1.0	0	0.4
תאונת בית ופנאי אחרת	13,204	9.4	534	5.0	2	2.0
תאונות דרכים	16,992	12.1	2,259	21.2	51	49.6
הולך רגל / נמצא בסביבת הרכב			804	7.6	25	24.9
רוכב אופניים	**		793	7.4	2	2.4
נוסע/נהג ברכב מנועי			544	5.1	23	22.2
תאונת דרכים אחרת			118	1.1	0	0.2
סה"כ	140,511	100%	10,649	100%	102	100%

* נתוני קובץ 'רישום הטראומה' אינם כוללים מקרים של חנק, הרעלות וטביעות.
 ** נתוני 'מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון' אינם כוללים פירוט של סיבות ההיפגעות תחת 'תאונות דרכים'.
 *** סיבת ההיפגעות כלולה תחת 'תאונות בית ופנאי אחרת'.
מקורות: מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים; קובץ רישום טראומה, המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, מכון גרטנר; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון, משרד הבריאות.

פרק 5: היפגעות ילדים לפי זירת ההיפגעות

בפרק זה מוצגים שיעורים והתפלגויות של מקרי האשפוז והתמותה של ילדים עקב היפגעות, לפי הזירה בה נפגעו. נתוני ההיפגעות מפולחים, מעבר לכך, לפי משתנים נוספים: סיבת ההיפגעות, גיל, לאום, עונת השנה ויום בשבוע.

5.1 מקורות הנתונים, הגדרות ושיטה

מקורות הנתונים

בפרק זה שימשו מקורות הנתונים הבאים:

נתוני אשפוז ילדים בישראל – המרכז לחקר טראומה ורפואה דחופה במכון גרטנר, קובץ רישום טראומה (2010-2012).

נתוני תמותת ילדים בישראל – ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים, מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת' (2011-2015).

הגדרות ושיטה

אפיון זירות ההיפגעות

הזירות לפיהן מנותחים הנתונים בפרק זה מתבססות על מערכת סיווג וקידוד בינלאומית: ה-ICECI (International Classification of External Causes of Injury). הכלי הותאם על ידי ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים לשימוש בישראל כסטנדרט ה-MDS (Minimum Data Set) – מפתח בסיסי לתיעוד היפגעות ילדים. סטנדרט זה הוטמע במאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת', ממנו לקוחים נתוני התמותה בפרק זה. המידע המינימאלי הנדרש על-פי סטנדרט ה-MDS כולל, בין היתר, את מקום ההיפגעות, ומתייחס לחמש זירות היפגעות מובחנות: בית או חצר הבית, דרך, מוסד חינוכי, מרחב ציבורי ומקום עבודה. על מנת לאפשר השוואה בין נתוני תמותה לנתוני אשפוז ילדים, הותאמו קטגוריות מקום ההיפגעות בהן נעשה שימוש בקובץ 'רישום הטראומה' לזירות ההיפגעות המוגדרות בסטנדרט ה-MDS, כמוצג בלוח 13.

לוח 13: התאמת מקום ההיפגעות לפי קובץ 'רישום הטראומה' לסטנדרט ה-MDS

מקום ההיפגעות לפי קובץ 'רישום הטראומה'	מקום ההיפגעות לפי סטנדרט ה-MDS מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת'	זירות ההיפגעות כפי שמדווחות בדו"ח זה
בית (כולל את חצר וחניית הבית)	בית וחצר הבית	בית וחצר הבית
רחוב / כביש	דרך	דרך
בית ספר (כולל גן ילדים)	מוסד חינוכי	מוסד חינוכי
מקום ספורט	מרחב ציבורי	מרחב ציבורי (כוללת גם את הקטגוריות 'מקום עבודה' ו-'מקום אחר')
מגרש משחקים		
אחר (כולל: מקום ציבורי / מסחרי / בילוי / מקום אחר)	מקום עבודה	

אפיון דרגת החומרה של הפגיעה

בהתייחס לנתוני קובץ רישום הטראומה, מדד חומרת הפגיעה - ה-ISS (Injury Severity Score), הניתן לכל חולה טראומה שאושפז, מבטא את ההשפעה המשולבת של מספר פגיעות שונות. הוא נגזר ישירות מהאבחנות שניתנו לנפגע ותורם לניבוי סיכויי ההישרדות שלו. טווח הצינונים שהמדד מקבל הוא 1-75⁸, המקובצים לארבע דרגות חומרה: קל (1-8), בינוני (9-14), קשה (16-24) ואנוש (25-75).

כללי

המספרים המוצגים בלוחות ובתרשימים מבוססים על ממוצעים שעוגלו למספרים שלמים. לפיכך, ייתכן שסכום העמודות לא זהה לסה"כ.

האחוזים המוצגים בלוחות ובתרשימים מעוגלים עד ספרה אחת אחרי הנקודה העשרונית, ולכן התפלגות המספרים והאחוזים אינה בהכרח בהלימה מלאה.

עמודת הסה"כ ושורת הסה"כ בלוחות ובתרשימים לא כוללות מקרים שקיבלו את הערך 'לא ידוע' עבור אחד או יותר מהמשתנים המוצגים.

לצורך בדיקת הבדלים בין שיעורים נעשה שימוש בסיכון יחסי (Relative Risk, RR), המייצג את היחס בין ההסתברות שההיפגעות תתרחש בכל אחת משתי קבוצות שמושוות זו לזו (למשל, בערבים לעומת יהודים), או בין קבוצת העניין ליתר הקבוצות (למשל, בין קבוצת הגיל 1-4 ליתר קבוצות הגיל).

לצורך בדיקת הבדלים בין פרופורציות נעשה שימוש במבחן מובהקות לפרופורציות המתבסס על השוואת חלקן היחסי של ההיפגעויות בכל זירה בקרב קבוצת העניין לחלקן היחסי של ההיפגעויות בכל זירה בקרב כלל הקבוצות שנכללו בנייתוח. (למשל, השוואת חלקן היחסי של ההיפגעויות בזירת הבית וחצר הבית בקרב קבוצת הגיל 15-17 לחלקן היחסי של ההיפגעויות בזירת הבית וחצר הבית בכלל קבוצת הגיל שנכללו בנייתוח).

סימון המובהקויות בלוחות ובתרשימים נעשה באופן הבא:

הבדל מובהק ברמת מובהקות של:	סימון בלוחות	סימון בתרשימים
0.01	**	
0.05	*	
ללא מובהקות		

⁸ המדד מחושב כסכום הריבועים של שלושת ציוני החומרה הגבוהים ביותר לפי שיטת קידוד ה-AIS (Abbreviated Injury Scale), המתייחסים לאבחנות באזורים שונים בגוף. אופן החישוב מכתוב נקודות של 'חוסר רציפות': ISS לא יכול לקבל לדוגמא את הערך 15.

5.2 זירת ההיפגעות ודרגת החומרה של הפגיעה

בזירות הבית והדרך מתרחשים כ-75% וכ-69% ממקרי ההיפגעות הילדים המובילים לתמותה ולאשפוז, בהתאמה. מתוך מקרי האשפוז, בשתי זירות אלו מתרחשות 68% מהפגיעות באורח קל ובינוני, כ-80% מהפגיעות באורח קשה, וכ-85% מהפגיעות באורח אנוש.

בתרשים 27 מוצגים שיעורים והתפלגויות של מקרי התמותה והאשפוז של ילדים כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת לפי זירת ההיפגעות ודרגת החומרה של הפגיעה. בנוסף, מצוין ממוצע ימי האשפוז עבור מקרי ההיפגעות בכל זירה.

זירות ההיפגעות 'בית וחצר הבית' ו-'דרך' הינן הזירות העיקריות בהן מתרחשות היפגעות המובילות הן לתמותה (כ-36% מהמקרים בכל אחת) והן לאשפוז (כ-41% ו-28% מהמקרים, בהתאמה). בשתי הזירות הללו יחד מתרחשות כשני שלישים (68%) מהפגיעות באורח קל או בינוני, כ-80% מהפגיעות באורח קשה, כ-85% מהפגיעות באורח אנוש, וכ-75% מהפגיעות המובילות לתמותה.

בזירת הבית נמצא המספר הגדול ביותר של היפגעות באורח קל, בינוני וקשה. עם זאת, חלקן היחסי של ההיפגעות המתרחשות בזירה זו ומסתיימות בפגיעה בינונית (כ-38%) נמוך בהשוואה לאחוז ההיפגעות המתרחשות בזירה זו מתוך כלל ההיפגעות (כ-41%), וכך גם בנוגע להיפגעות המסתיימות בפגיעה אנושה (כ-27%).

היפגעות בזירת הדרך בולטת במיוחד בחלקה היחסי הגבוה מתוך כלל ההיפגעות המובילות לפגיעה קשה (כ-39%) ואנושה (כ-58%). חלקן היחסי של ההיפגעות המתרחשות בזירה זו ומסתיימות בפגיעות בדרגות חומרה אלו גבוה בהשוואה לאחוז ההיפגעות המתרחשות בזירה זו מתוך כלל ההיפגעות (28%). ההפך הוא הנכון בנוגע לחלקן היחסי של היפגעות המתרחשות בדרך ומסתיימות בפגיעה קלה (כ-27%). מעבר לכך, היפגעות המתרחשות בזירת הדרך מובילות למספר ימי אשפוז גבוה בהשוואה להיפגעות ביתר הזירות.

תרשים 27: היפגעות ילדים לפי זירת ההיפגעות ודרגת החומרה של הפגיעה: אשפוז (2010-2012), ותמותה (2011-2015), בממוצע לשנה, מספרים, אחוזים, שיעורים וממוצע מספר ימי האשפוז

מקרי אשפוז				מקרי תמותה							
דרגת חומרה	מס' ימי אשפוז	שיעור ל-10,000	אחוז מסה"כ המקרים	מספר המקרים	שיעור ל-100,000	אחוז מסה"כ המקרים		מספר המקרים			
אנוש	קשה	בינוני	קל								
27.4%	41.9%	38.2%	41.5%	3.0	17.0	40.8%	4,341	1.6	38.0%	43	בית וחצר הבית
58.4%	38.6%	29.8%	26.5%	3.6	11.7	28.0%	2,978	1.6	37.4%	42	דרך
3.2%	4.2%	8.9%	9.2%	2.2	3.7	8.9%	943	0.2	4.5%	5	מוסד חינוכי
11.0%	15.3%	23.1%	22.9%	2.9	9.4	22.4%	2,388	0.9	20.1%	23	מרחב ציבורי

בזירת הבית התרחשו מרבית מקרי ההיפגעות אשר הובילו לתמותה ואשפוז עקב כוויה או שאיפת עשן (כ-90% וכ-86% מהמקרים), נפילה (כ-62% וכ-51% מהמקרים), וחתך/דקירה (כ-57% וכ-59% מהמקרים). רוב מקרי התמותה מחנק והרעלה התרחשו אף הם בזירה זו (כ-71% וכ-75% מהמקרים).

בזירת המרחב הציבורי התרחשו מרבית מקרי הטביעה אשר הובילו למוות (כ-79%).

מקרי היפגעות מסוג מכה/חבלה אשר הובילו לתמותה ואשפוז, נמצאו נפוצים הן בזירת הבית (כ-47% וכ-43% מהמקרים, בהתאמה) והן בזירת המרחב הציבורי (כ-35% וכ-33% מהמקרים, בהתאמה). פגיעת בעל חיים שכיחה אף היא בבית (50% ממקרי התמותה וכ-30% ממקרי האשפוז) ובמרחב הציבורי (50% ממקרי התמותה וכ-39% ממקרי האשפוז).

5.3 זירת ההיפגעות וסיבת ההיפגעות

בזירת הבית מתרחשים מרבית מקרי ההיפגעות עקב כוויה/שריפה, נפילה, חתך/דקירה ומכה/חבלה המובילים לתמותה או לאשפוז, וכן מרבית מקרי החנק וההרעלה המובילים לתמותה. מרבית מקרי הטביעה המובילים לתמותה מתרחשים בזירת המרחב הציבורי.

בלוחות 14 ו-15 מוצגות התפלגויות מקרי התמותה והאשפוז של ילדים כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת לפי זירת ההיפגעות וסיבת ההיפגעות.

כצפוי, רובן המכריע של תאונות דרכים אשר הובילו הן לתמותה והן לאשפוז התרחשו בזירת הדרך (כ-80% וכ-95% מהמקרים, בהתאמה).

לוח 14: התפלגות מקרי היפגעות ילדים לפי זירות ההיפגעות בכל אחת מסיבות ההיפגעות: אשפוז (2010-2012), ותמותה (2011-2015), בממוצע בשנה, מספרים ואחוזים

מקום ההיפגעות / מנגנון	נפילה	תאונת דרכים	מכה/חבלה	כוויה/שריפה	חתך/דקירה	פגיעת בעל חיים	חנק	הרעלה	טביעה	אחר*	סה"כ
תמותה	62.1%	16.4%	47.1%	89.7%	57.1%	50.0%	71.1%	75.0%	21.4%	62.5%	38.0%
בית וחצר הבית	0.0%	80.3%	11.8%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%	11.5%	37.4%
דרך	3.4%	1.2%	5.9%	0.0%	0.0%	0.0%	13.3%	12.5%	0.0%	13.5%	4.5%
מוסד חינוכי	34.5%	2.0%	35.3%	10.3%	42.9%	50.0%	13.3%	12.5%	78.6%	12.5%	20.1%
מרחב ציבורי	6	49	3	6	1	0	9	2	17	19	112
אשפוז	51.4%	0.3%	43.4%	86.1%	58.7%	30.2%				26.5%	40.8%
בית וחצר הבית	9.2%	94.6%	7.9%	1.4%	9.2%	29.5%				31.4%	28.0%
דרך	12.2%	0.3%	15.4%	1.0%	5.5%	1.0%		**		11.2%	8.9%
מוסד חינוכי	27.2%	4.8%	33.3%	11.5%	26.6%	39.3%				30.9%	22.4%
מרחב ציבורי	5,388	2,259	1,182	676	509	102				534	10,649
סה"כ (מספר)											

* בנתוני התמותה, הקטגוריה 'אחר' כוללת את הסיבות: גוף זר, הילכדות, מכת חום/התייבשות, התחשמלות, סיבה לא ידועה, חשד לבעיה בריאותית או פגיעה מכוונת.

** נתוני קובץ 'רישום הטראומה' אינם כוללים מקרים של חנק, הרעלות וטביעות.

מקורות: מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים; קובץ רישום טראומה, המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, מכון גרטנר.

נפילה הינה מנגנון ההיפגעות השכיח ביותר המוביל לאשפוז בזירות הבית, המוסד החינוכי והמרחב הציבורי, ובפער ניכר מיתר המנגנונים (כ-64%, כ-70% וכ-62% מהמקרים, בהתאמה). שונות גדולה יותר קיימת במנגנונים השכיחים המובילים לתמותה בזירות אלו: תאונת דרכים בזירת הבית (כ-19% מהמקרים), חנק בזירת המוסד החינוכי (24% מהמקרים) וטביעה בזירת המרחב הציבורי (כ-58% מהמקרים).

נפילה היא סיבת ההיפגעות השכיחה ביותר המובילה לאשפוז בזירות הבית, המוסד החינוכי והמרחב הציבורי. אל מול זאת, סיבות התמותה השכיחות ביותר בזירות אלו הינן: תאונת דרכים בזירת הבית, חנק במוסד החינוכי, וטביעה במרחב הציבורי.

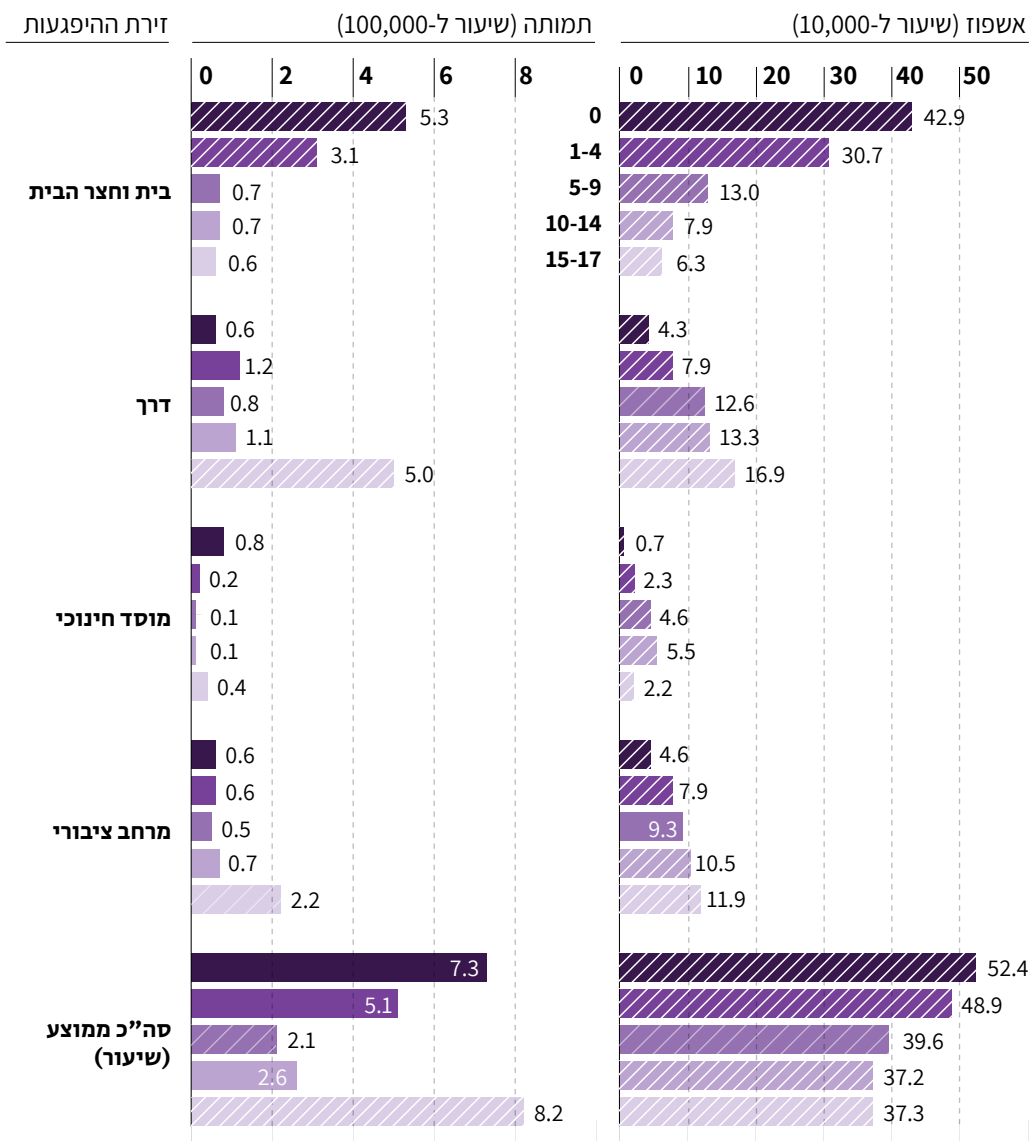
תאונת דרכים הינה סיבת ההיפגעות השכיחה ביותר בזירת הדרך המובילה הן לתמותה והן לאשפוז (כ-93% וכ-72% מהמקרים, בהתאמה).

לוח 15: התפלגות מקרי היפגעות ילדים לפי סיבות ההיפגעות בכל אחת מזירות ההיפגעות: אשפוז (2010-2012), ותמותה (2011-2015), במוצע לשנה, מספרים ואחוזים

מקום ההיפגעות	מקרי תמותה					מקרי אשפוז				
	מקום ההיפגעות	בית וחצר הבית	דרך	מוסד חינוכי	מרחב ציבורי	סה"כ (מספר)	בית וחצר הבית	דרך	מוסד חינוכי	מרחב ציבורי
נפילה	8.5%	0.0%	4.0%	8.8%	6	63.8%	16.6%	69.9%	61.5%	5,388
תאונת דרכים	18.8%	93.3%	12.0%	4.4%	49	0.2%	71.8%	0.6%	4.6%	2,259
מכה/חבלה	3.8%	1.0%	4.0%	5.3%	3	11.8%	3.1%	19.3%	16.5%	1,182
כוויה/שריפה	12.2%	0.0%	0.0%	2.7%	6	13.4%	0.3%	0.7%	3.3%	676
חתך/דקירה	1.9%	0.0%	0.0%	2.7%	1	6.9%	1.6%	3.0%	5.7%	509
פגיעת בעל חיים	0.5%	0.0%	0.0%	0.9%	0	0.7%	1.0%	0.1%	1.7%	102
חנק	15.0%	0.5%	24.0%	5.3%	9					-
הרעלה	2.8%	0.0%	4.0%	0.9%	2			**		-
טביעה	8.5%	0.0%	0.0%	58.4%	17					-
אחר*	28.2%	5.2%	52.0%	10.6%	19	3.3%	5.6%	6.4%	6.9%	534
סה"כ (מספר)	43	42	5	23	112	4,341	2,978	943	2,388	10,649

* בנתוני התמותה, הקטגוריה 'אחר' כוללת את הסיבות: גוף זר, הילכדות, מכת חום/התייבשות, התחשמלות, סיבה לא ידועה, חשד לבעיה בריאותית או פגיעה מכוונת.
 ** נתוני קובץ 'רישום הטראומה' אינם כוללים מקרים של חנק, הרעלות וטביעות.
מקורות: מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים; קובץ רישום טראומה, המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, מכון גרטנר.

תרשים 28: היפגעות ילדים לפי זירת ההיפגעות וגיל: אשפוז (2010-2012), ותמותה (2011-2015), בממוצע בשנה, שיעורים



מקורות: מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבריאות ילדים; קובץ רישום טראומה, המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, מכון גרטנר.

5.4 זירת ההיפגעות וגיל

עם העלייה בגיל הולך וקטן אחוז ההיפגעות המתרחש בזירת הבית, וגדל אחוז ההיפגעות המתרחש בזירות הדרך והמרחב הציבורי, בין אם אלו מובילות לאשפוז או לתמותה. בזירת המוסד החינוכי, שיעורי האשפוז של בני 5-14 גבוהים, בעוד ששיעורי התמותה אינם נבדלים בין קבוצות הגיל השונות.

בתרשימים 28 ו-29 מוצגים שיעורים והתפלגויות של מקרי התמותה והאשפוז של ילדים כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת לפי זירת ההיפגעות ולפי גיל.

בזירת הבית בני קבוצות הגיל לידה עד שנה ו-1-4 בולטים במעורבותם בהיפגעות המובילה לתמותה ולאשפוז. ככלל, שיעור ההיפגעות בזירה זו הולך וקטן עם העלייה בגיל, כך ששיעורי התמותה והאשפוז כתוצאה מהיפגעות בזירת הבית של ילד המשתייך לקבוצת הגיל לידה עד שנה גדולים מאלו של ילד המשתייך לקבוצת הגיל 15-17 פי 8.8 ו-6.8, בהתאמה. בנוסף, בבית מתרחשים מרבית מקרי ההיפגעות המובילים לתמותה ולאשפוז בקרב קבוצות הגיל לידה עד שנה (כ-73% וכ-82% מהמקרים, בהתאמה) ו-1-4 (כ-82% וכ-63% מהמקרים, בהתאמה).

זירות הדרך והמרחב הציבורי מתאפיינות במגמה הפוכה. שיעורי האשפוז של ילדים בקבוצת הגיל 15-17 כתוצאה מהיפגעות בזירות הדרך והמרחב הציבורי גדולים מהשיעורים של קבוצת הגיל שנה עד לידה פי 3.9 ו-2.6, בהתאמה. בזירות אלו מתרחשים מרבית מקרי ההיפגעות המובילים לאשפוז בקרב קבוצות הגיל 5-9 (כ-56% מהמקרים), 10-14 (כ-64% מהמקרים) ו-15-17 (כ-77% מהמקרים).

באופן דומה, שיעורי התמותה בזירות הדרך והמרחב הציבורי גבוהים באופן משמעותי בקרב קבוצת הגיל 15-17, בהשוואה ליתר קבוצות הגיל. בזירות אלו מתרחשים מרבית מקרי ההיפגעות המובילים לתמותה בקרב קבוצות הגיל 5-9 (כ-63% מהמקרים), 10-14 (כ-70% מהמקרים) ו-15-17 (כ-88% מהמקרים).

בזירת המוסד החינוכי בני קבוצות הגיל 5-9 ו-10-14 בולטים במעורבותם בהיפגעות המובילה לאשפוז. לעומת זאת, שיעורי התמותה עקב היפגעות בזירה זו אינם שונים בקבוצות הגיל השונות.

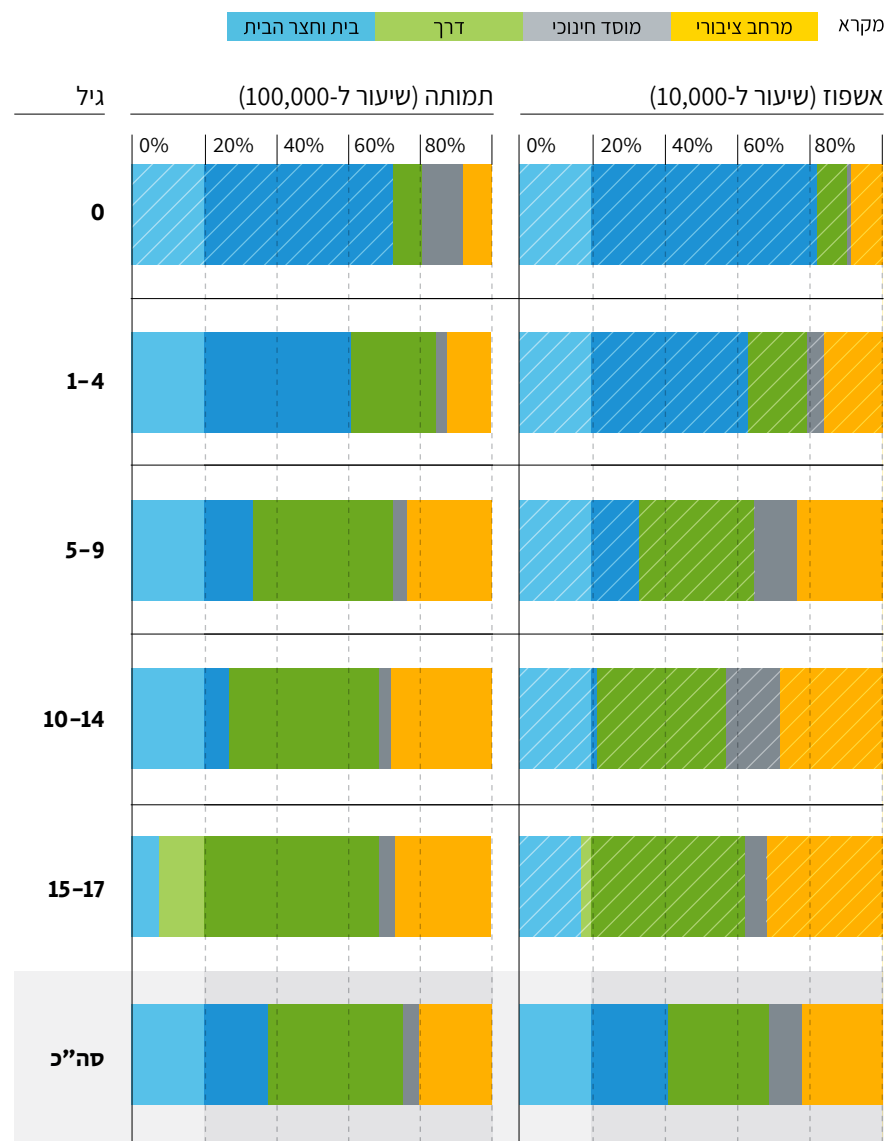
5.5 זירת ההיפגעות, סיבת ההיפגעות וגיל

בלוחות 16 ו-17 מוצגת התפלגות מקרי התמותה של ילדים כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת לפי סיבת ההיפגעות וגיל, בזירות הבית והדרך. התפלגות מקרי התמותה בזירות 'מרחב ציבורי' ו-'מוסד חינוכי' אינה מוצגת עקב מיעוט מקרים. ההתייחסות כאן אל סיבות ההיפגעות השכיחות הינה בהשמטת הסיבות הנכללות תחת הקטגוריה 'אחר'.

בזירת הבית, סיבת ההיפגעות השכיחה ביותר בקרב קבוצות הגיל לידה עד שנה ו-14-10 הינה חנק (כ-42% וכ-21% מהמקרים, בהתאמה). בבני 14-10, כלל מקרי החנק נגרמו עקב כריכת חבל סביב הצוואר במסגרת משחק. בגילאי לידה עד שנה, לעומת זאת, החנק נגרם מסיבות מגוונות, ובראשן חנק ממזון, שקיות ניילון וכלי מיטה (כרית, שמיכה ומזרן).

בקבוצות הגיל 1-4, 9-5 ו-17-15, סיבות ההיפגעות השכיחות בבית ובחצר הבית המובילות לתמותה הינן דריסת ילד הנמצא בסביבת הרכב (המכונה גם 'דריסה בעת נסיעה לאחור' או 'תאונת חצר'), כווייה/הרעלה עקב שריפה ונפילה, בהתאמה.

תרשים 29: היפגעות ילדים לפי זירת ההיפגעות וגיל: אשפוז (2010-2012), ותמותה (2011-2015), בממוצע בשנה, אחוזים



מקורות: מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת', ארגון 'בטרים' לבטיחות ילדים; קובץ רישום טראומה, המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, מכון גרטנר.

לוח 16: תמותת ילדים עקב היפגעות בבית ובחצר הבית (2011-2015), התפלגות סיבת ההיפגעות בכל קבוצת גיל, בממוצע בשנה, מספרים ואחוזים

סיבת ההיפגעות / גיל	0	1-4	5-9	10-14	15-17	סה"כ (אחוז)	סה"כ (מספר)
תאונות בית ופנאי	57.8%	53.4%	70.4%	58.3%	58.3%	57.3%	24
חנק	42.2%	5.8%	3.7%	20.8%	0.0%	14.7%	6
כוויה/הרעלה (כתוצאה משריפה)	2.2%	13.6%	25.9%	8.3%	8.3%	11.8%	5
טביעה	4.4%	11.7%	7.4%	8.3%	0.0%	8.5%	4
נפילה	2.2%	8.7%	11.1%	8.3%	25.0%	8.5%	4
מכה/חבלה	2.2%	5.8%	0.0%	4.2%	0.0%	3.8%	2
חתך/דקירה	0.0%	0.0%	3.7%	4.2%	16.7%	1.9%	1
הרעלה	0.0%	4.9%	3.7%	0.0%	0.0%	2.8%	1
פגיעת בעל חיים	0.0%	0.0%	3.7%	0.0%	0.0%	0.5%	0
תאונת בית ופנאי אחרת	4.4%	2.9%	11.1%	4.2%	8.3%	4.7%	2
תאונות דרכים	0.0%	34.0%	18.5%	0.0%	0.0%	19.0%	8
נמצא בסביבת הרכב	0.0%	32.0%	11.1%	0.0%	0.0%	17.1%	7
הולך רגל	0.0%	1.9%	3.7%	0.0%	0.0%	1.4%	1
תאונת דרכים אחרת	0.0%	0.0%	3.7%	0.0%	0.0%	0.5%	0
אחר	42.2%	12.6%	11.1%	41.7%	41.7%	23.7%	10
חשד לבעיה בריאותית או פגיעה מכוונת	8.9%	1.9%	3.7%	4.2%	25.0%	5.2%	2
סיבה לא ידועה	33.3%	10.7%	7.4%	37.5%	16.7%	18.5%	8
סה"כ (מספר)	9	21	5	5	2	-	42

מקור: מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים.

ו-15-17 (כ-25% מהמקרים). בקרב קבוצות גיל אלו בולטת גם היפגעות בתאונות דרכים כהולך רגל (40%, כ-52%, כ-38% ו-25% מהמקרים, בהתאמה). מעבר לכך, בקבוצת הגיל 15-17 חלק ניכר מהמקרים (כ-24%) נגרמים גם על-ידי תאונות דרכים כנהג/נוסע ברכב ממונע אחר, בפרט אופנוע/קטנוע.

בזירת הדרך, סיבת ההיפגעות השכיחה ביותר בקרב קבוצת הגיל לידה עד שנה הינה תאונות דרכים - נוסע ברכב (40% מהמקרים). מנגנון זה הינו גורם עיקרי להיפגעות בזירת הדרך גם בקבוצות הגיל 1-4 (30% מהמקרים), 5-9 (29% מהמקרים), 10-14 (כ-46% מהמקרים)

לוח 17: תמותת ילדים עקב היפגעות בדרך (2011-2015), התפלגות סיבת ההיפגעות בכל קבוצת גיל, בממוצע לשנה, מספרים ואחוזים

סיבת ההיפגעות / גיל	0	1-4	5-9	10-14	15-17	סה"כ (אחוז)	סה"כ (מספר)
תאונות בית ופנאי	40.0%	15.0%	0.0%	0.0%	3.2%	5.3%	2
מכה/חבלה	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.1%	1.0%	0
חנק	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%	0.5%	0
תאונת בית ופנאי אחרת	40.0%	15.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.8%	2
תאונות דרכים	40.0%	85.0%	100.0%	97.3%	96.8%	93.8%	39
הולך רגל	0.0%	40.0%	51.6%	37.8%	25.3%	33.7%	14
נוסע ברכב	40.0%	30.0%	29.0%	45.9%	25.3%	30.8%	13
נהג/נוסע ברכב ממונע אחר	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	24.2%	11.1%	5
רוכב אופניים	0.0%	5.0%	9.7%	13.5%	1.1%	5.3%	2
נהג ברכב	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.5%	4.8%	2
נמצא בסביבת הרכב	0.0%	10.0%	3.2%	0.0%	1.1%	2.9%	1
תאונת דרכים אחרת	0.0%	0.0%	6.5%	0.0%	9.5%	5.3%	2
אחר	20.0%	0.0%	0.0%	2.7%	0.0%	1.0%	0
סיבה לא ידועה	20.0%	0.0%	0.0%	2.7%	0.0%	1.0%	0
סה"כ (מספר)	1	8	6	7	19		42

מקור: מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבריאות ילדים.

5.6 זירת ההיפגעות ולאום

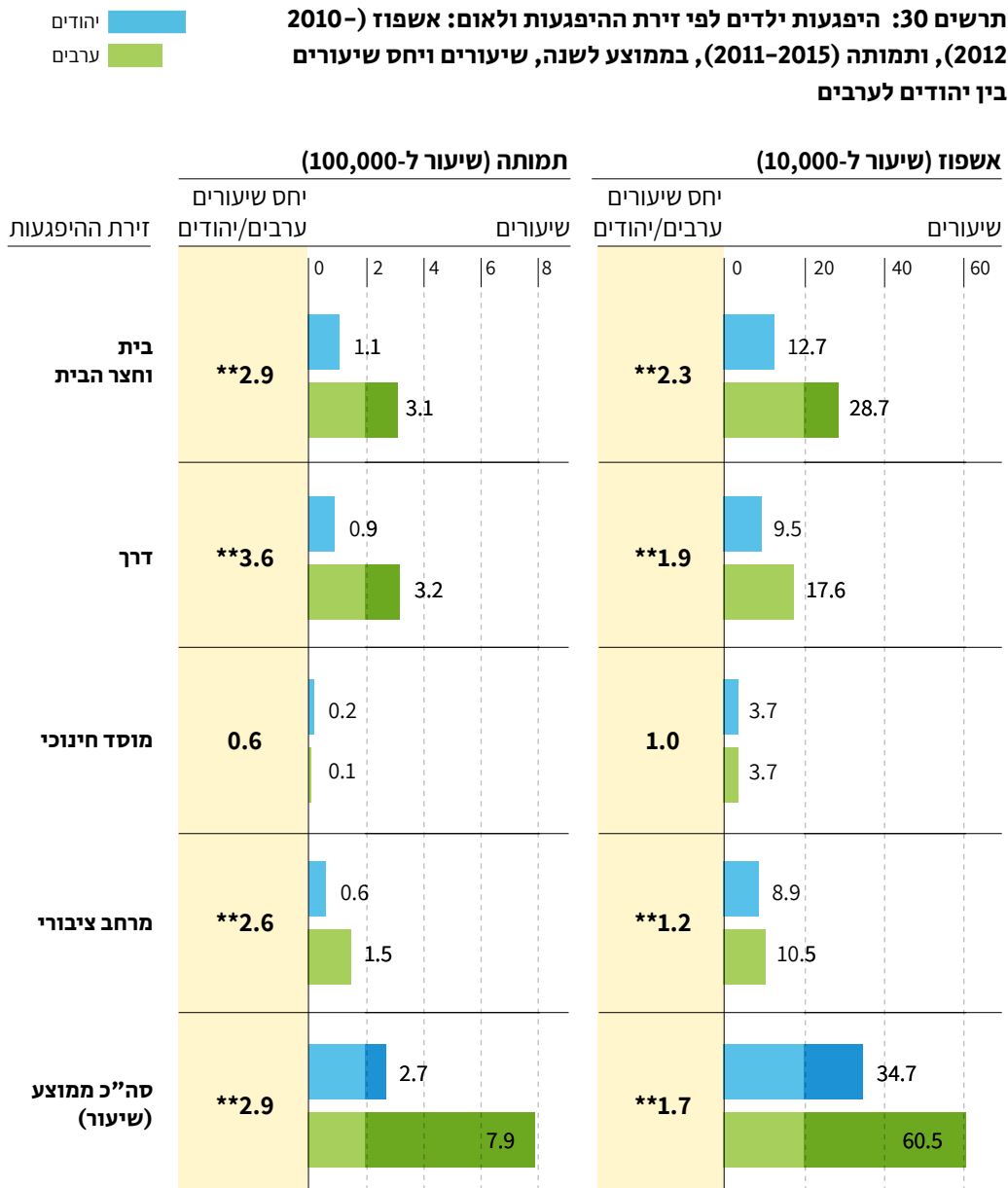
שיעורי ההיפגעות של ילדים ערבים גבוהים בכלל הזירות בהשוואה לאלו של ילדים יהודים, פרט לזירת המוסד החינוכי. סיכון התמותה של ילד ערבי ביחס לזה של יהודי גבוה במיוחד בזירת הדרך, בעוד הסיכון לאשפוז גבוה במיוחד בזירת הבית.

בתרשים 30 מוצגים שיעורי התמותה והאשפוז של ילדים עקב היפגעות בלתי מכוונת לפי מקום ההיפגעות ולפי לאום. כמו כן, מוצגים בתרשים יחסי שיעורי התמותה והאשפוז בין ערבים ליהודים בכל אחת מזירות ההיפגעות.

בקרב שתי קבוצות האוכלוסייה שיעורי ההיפגעות הגבוהים ביותר הם בזירות הבית והדרך. ככלל, הסיכון של ילד ערבי להיפגע מתאונה גבוה מהסיכון של ילד יהודי, בין אם זו מובילה לאשפוז (פי 1.7) או לתמותה (פי 2.9).

הפער בין סיכון התמותה של ילד ערבי לזה של ילד יהודי גבוה במיוחד בהיפגעות המתרחשת בדרך (פי 3.6). במקרים של תאונות המובילות לאשפוז, פער זה גבוה במיוחד בזירת הבית (פי 2.3).

בזירת המוסד החינוכי, לעומת זאת, לא נמצא הבדל בין סיכון ההיפגעות של ילד יהודי לזה של ילד ערבי, בין אם התאונה מובילה לאשפוז או לתמותה.



מקורות: מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים; קובץ רישום טראומה, המרכז הלאומי לחקר טראומה ורפואה דחופה, מכון גרטנר.

5.7 זירת ההיפגעות ועונה

מספר ההיפגעות המובילות לתמותה גבוה בחודשי הקיץ. בבסיס עונתיות זו עומדת עלייה במספר ההיפגעות המתרחשות במרחב הציבורי, ובפרט טביעות.

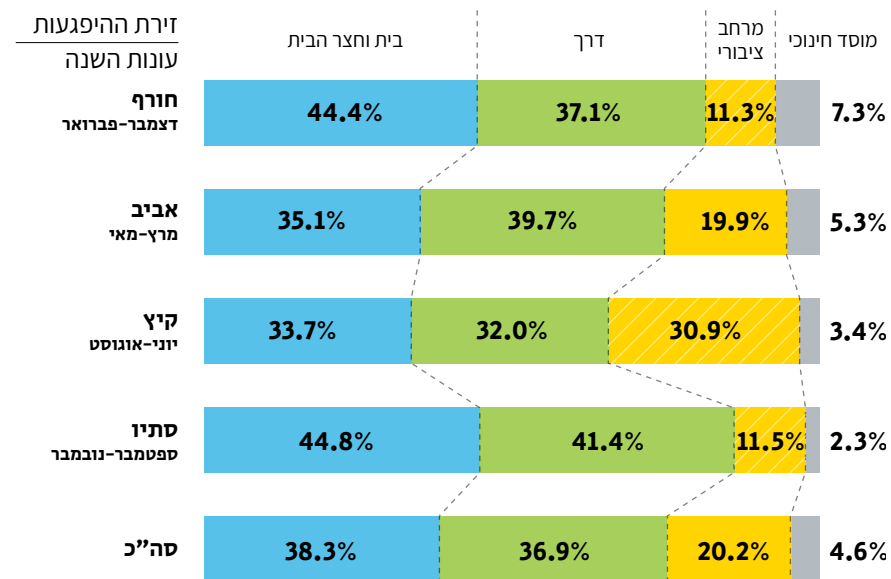
בתרשים 31 מוצגת התפלגות מקרי התמותה של ילדים כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת לפי זירת ההיפגעות ולפי עונת השנה.

מספר ההיפגעות המובילות לתמותה גבוה בחודשי הקיץ (ממוצע של 36 מקרים) ונמוך בחודשי הסתיו (ממוצע של 17 מקרים), בהשוואה ליתר עונות השנה.

חלקן היחסי של היפגעות המתרחשות במרחב הציבורי בעונת הקיץ גדול ביחס ליתר העונות. היפגעות מסוג טביעה הינן הגורם המרכזי לכך: כ-78% מן התאונות המתרחשות בעונת הקיץ במרחב הציבורי הינן מסוג זה.

בחודשי החורף והסתיו, לעומת זאת, נמוך חלקן היחסי של היפגעות המתרחשות במרחב הציבורי, כנראה עקב תנאי מזג האוויר בחודשים אלו של השנה, המגבילים את משך הבילוי מחוץ לבית במהלך שעות הפנאי.

תרשים 31: תמותת ילדים עקב היפגעות (2011-2015), התפלגות זירת ההיפגעות בכל עונה, בממוצע לשנה, אחוזים



מקור: מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים.

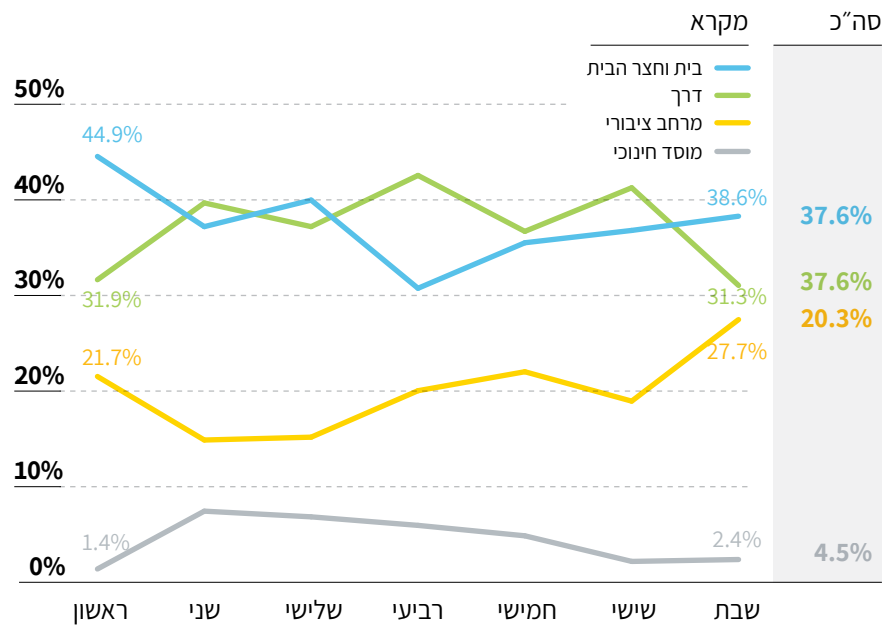
5.8 זירת ההיפגעות ויום בשבוע

לא נמצאו הבדלים בהתפלגות ההיפגעות המובילות לתמותה בזירות השונות על פני ימי השבוע.

בתרשים 32 מוצגת התפלגות מקרי התמותה של ילדים כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת לפי זירת ההיפגעות ולפי היום בשבוע.

ככלל, ההיפגעות המובילות לתמותה מתפלגות באופן אחיד על פני ימי השבוע. לא נמצאה בולטות מובהקת להתפלגות מקרי התמותה על פני ימי השבוע השונים באף אחת מן הזירות.

תרשים 32: תמותת ילדים עקב היפגעות (2011-2015), התפלגות זירת ההיפגעות בכל יום בשבוע, בממוצע לשנה, אחוזים



מקור: מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים.



פרק 6: היפגעות ילדים לפי קבוצות אוכלוסייה

בפרק זה מוצגים שיעורים והתפלגויות של פניות לחדרי מיון, אשפוז ותמותה של ילדים עקב היפגעות, לפי קבוצת האוכלוסייה אליה הם משתייכים, ותוך התייחסות למשתנים נוספים: גיל, מין, זירת ההיפגעות וסיבת ההיפגעות. בחלקו הראשון של הפרק מוצגים נתוני ההיפגעות לפי לאום יישוב המגורים של הילד: יהודי, ערבי או מעורב יהודי-ערבי. בחלקו השני מוצגים נתונים המתייחסים ללאום הערבי בלבד, לפי קבוצת האוכלוסייה אליה משתייך יישוב המגורים של הילד: מוסלמי, דרוזי, בדואי במחוז דרום וערבי מעורב. בחלקו השלישי של הפרק מוצגים נתוני היפגעות המתייחסים ללאום היהודי בלבד, לפי רמת החרדיות של היישוב בו מתגורר הילד.

6.1 מקורות הנתונים, הגדרות ושיטה

מקורות הנתונים

בפרק קבוצות אוכלוסייה שימשו מקורות הנתונים הבאים:

נתוני פניות למלר"ד בישראל – משרד הבריאות, מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון (2012-2014)

נתוני אשפוז ילדים בישראל – משרד הבריאות, מאגר מידע מרכזי אשפוזים (2012-2014)

נתוני תמותת ילדים בישראל – ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים, מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת' (2008-2015).

הגדרות ושיטה

אפיון קבוצות אוכלוסייה בחברה הערבית

הרשויות הערביות פולחו תוך התייחסות לדת היישוב, על בסיס נתוני הלמ"ס מתוך הפרסום "הרשויות המקומיות בישראל" לשנת 2014. הרשויות הנוצריות והצ'רקסיות נוכו מן הניתוחים בשל מספרן הקטן. יוצאי דופן היו היישובים הבדואים במחוזות צפון ודרום, אשר נכללו תחילה תחת שתי קטגוריות נפרדות.

ניתוחי שונות חד-כיווניים הראו כי קבוצת האוכלוסייה השונות נבדלות זו מזו במגוון משתנים סוציו-דמוגרפיים: המדד החברתי-כלכלי של הלמ"ס (2013), מדד הפריפריאליות של הלמ"ס (2004), אחוז בני ה-0-17 מתוך אוכלוסיית היישוב, והמרחק לבית החולים הקרוב. יחד עם זאת, ניתוחי ההמשך הראו כי היישובים הבדואים בצפון אינם נבדלים מיישובים מוסלמים אחרים

ניתוחי שונות חד-כיווניים העלו כי ארבע הקבוצות נבדלות זו מזו במגוון משתנים סוציו-דמוגרפיים: המדד החברתי-כלכלי של הלמ"ס (2013), מדד הפריריאליות של הלמ"ס (2004) ואחוז בני ה-0-17 מתוך אוכלוסיית היישוב.

כללי

המספרים המוצגים בלוחות ובתרשימים מבוססים על ממוצעים שעוגלו למספרים שלמים. לפיכך, ייתכן שסכום העמודות לא זהה לסה"כ.



האחוזים המוצגים בלוחות ובתרשימים מעוגלים עד ספרה אחת אחרי הנקודה העשרונית, ולכן התפלגות המספרים והאחוזים אינה בהכרח בהלימה מלאה.

עמודת הסה"כ ושורת הסה"כ בלוחות ובתרשימים לא כוללת מקרים שקיבלו את הערך 'לא ידוע' עבור אחד או יותר מהמשתנים המוצגים.

לצורך בדיקת הבדלים בין שיעורים נעשה שימוש בסיכון יחסי (Relative Risk, RR), המייצג את היחס בין ההסתברות שההיפגעות תתרחש בכל אחת משתי קבוצות שמשוות זו לזו (למשל, בערבים לעומת יהודים), או בין קבוצת העניין ליתר הקבוצות (למשל, בין קבוצת הגיל 1-4 ליתר קבוצות הגיל).

לצורך בדיקת הבדלים בין פרופורציות נעשה שימוש במבחן מובהקות לפרופורציות המתבסס על השוואת חלקן היחסי של ההיפגעות בכל זירה בקרב קבוצת העניין לחלקן היחסי של ההיפגעות בכל זירה בקרב כלל הקבוצות שנכללו בניתוח (למשל, השוואת חלקן היחסי של ההיפגעות בזירת הבית וחצר הבית ביישובים יהודיים לחלקן היחסי של ההיפגעות בזירת הבית וחצר הבית בכלל היישובים שנכללו בניתוח).

שיעורים ופרופורציות מתוארים כנבדלים זה מזה אם נמצאו שונים ברמת מובהקות של 0.1 לפחות, כאשר סימון המובהקות בלוחות ובתרשימים נעשה באופן הבא:

הבדל מובהק ברמת מובהקות של:	סימון בלוחות	סימון בתרשימים
0.01	**	
0.05	*	
ללא מובהקות		

באף אחד ממשתנים אלו, ולכן הוחלט על איחוד שתי קבוצות האוכלוסייה הללו. הפילוח הסופי של היישובים בוצע, לפיכך, כדלהלן:

ה. מוסלמי (N=41) - רשות ערבית ש-80% או יותר מתושביה הינם מוסלמים.

ו. דרוזי (N=12) - רשות ערבית ש-80% או יותר מתושביה הינם דרוזים.

ז. ערבי מעורב (N=11) - רשות ערבית שאחוז התושבים המוסלמים, הנוצרים או הדרוזים בה אינו עולה על 80%.

ח. בדואי במחוז דרום (N=7) - יישובים מוכרים בנגב בהם מתגוררים בדואים: חורה, לקיה, כסיפה, ערעה-בנגב, רהט, שגב שלום, תל שבע.

אפיון רמת חרדיות

מאחר והנתונים אשר שימשו לכתיבת דו"ח זה הינם של אוכלוסיית הילדים ובני הנוער, זוהתה רמת החרדיות של היישובים לפי סוג הפיקוח של מוסדות הלימוד, כמצוין בקובץ התלמידים של משרד החינוך לשנת הלימודים תשע"ה. עבור כל יישוב חושב אחוז התלמידים הלומדים במוסדות הפיקוח החרדי מתוך כלל התלמידים הלומדים במוסדות החינוך היהודי.

על מנת לתקף עד כמה שניתן שיטה זו, נעשה שימוש בתוצאות האמת של הבחירות לכנסת ה-20 (משנת 2015), בהתבסס על לוגיקה דומה לזו בה נקטו פרידמן ושות' (2011), אולם ברמת היישוב ולא האזור הסטטיסטי:

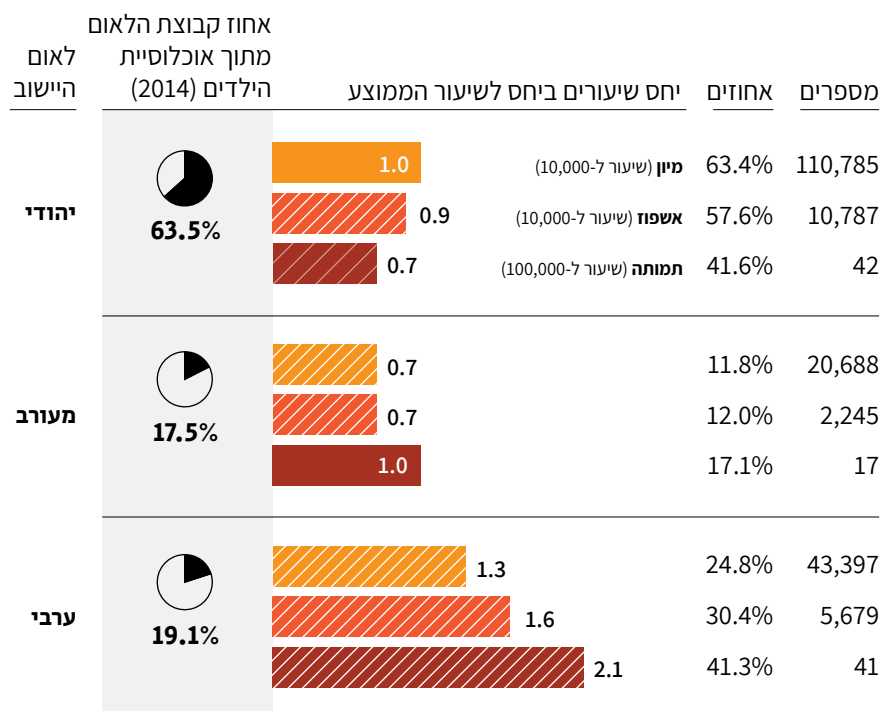
עבור יישובים בהם אחוז ההצבעה למפלגה 'יהדות התורה המאוחדת' היה נמוך מ-10%, היחס הינו לאחוז המצביעים למפלגה זו כאחוז החרדים ביישוב.

עבור יישובים בהם אחוז ההצבעה למפלגה 'יהדות התורה המאוחדת' היה גבוה מ-10%, היחס הינו לאחוז החרדים ביישוב כסכום של אחוז המצביעים למפלגות 'יהדות התורה המאוחדת', 'ש"ס' ו-'יחד'.

מתאם פירסון בין שתי שיטות סיווג אלו עבור עיריות ומועצות מקומיות יהודיות נמצא גבוה (r=0.86). כהמשך לכך, וכפי שתואר בפרק המבוא, פולחו היישובים היהודיים לארבע רמות חרדיות:

רמת חרדיות	1	2	3	4
אחוז מהילדים ברשות הלומדים במוסד לימוד תחת פיקוח חרדי	0%-25%	26%-50%	51%-75%	76%-100%
מספר היישובים	93	8	6	7

תרשים 33: היפגעות ילדים לפי לאום יישוב המגורים: פנייה לחדרי מיון (-2012), (2014), אשפוז (2012-2014), ותמותה (2008-2015), במוצע לשנה, מספרים, אחוזים ויחס שיעורים ביחס למוצע



מקורות: מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת', ארגון 'בטרים' לבטיחות ילדים; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי אשפוזים, משרד הבריאות; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון, משרד הבריאות.

6.2 דפוסי היפגעות ילדים לפי לאום יישוב המגורים

בחלק זה ייבחנו דפוסי היפגעות ילדים לפי לאום יישוב המגורים, בהתאם לסיווג אשר תואר בפרק המבוא (חלק 1.3: 'סיווגים והגדרות'). נתוני ההיפגעות מפולחים, מעבר לכך, לפי משתנים נוספים: גיל, מין, זירת ההיפגעות וסיבת ההיפגעות.

סיכון ההיפגעות של ילד המתגורר ביישוב ערבי גבוה בהשוואה לזה של ילד המתגורר ביישוב מעורב יהודי-ערבי או יהודי, וגדל ככל שעולה חומרת ההיפגעות. שיעורי הפנייה למיון, האשפוז והתמותה של ילדים המתגוררים ביישובים ערביים גבוהים פי 1.3, 1.6 ו-2.1 מהשיעורים הממוצעים, בהתאמה.

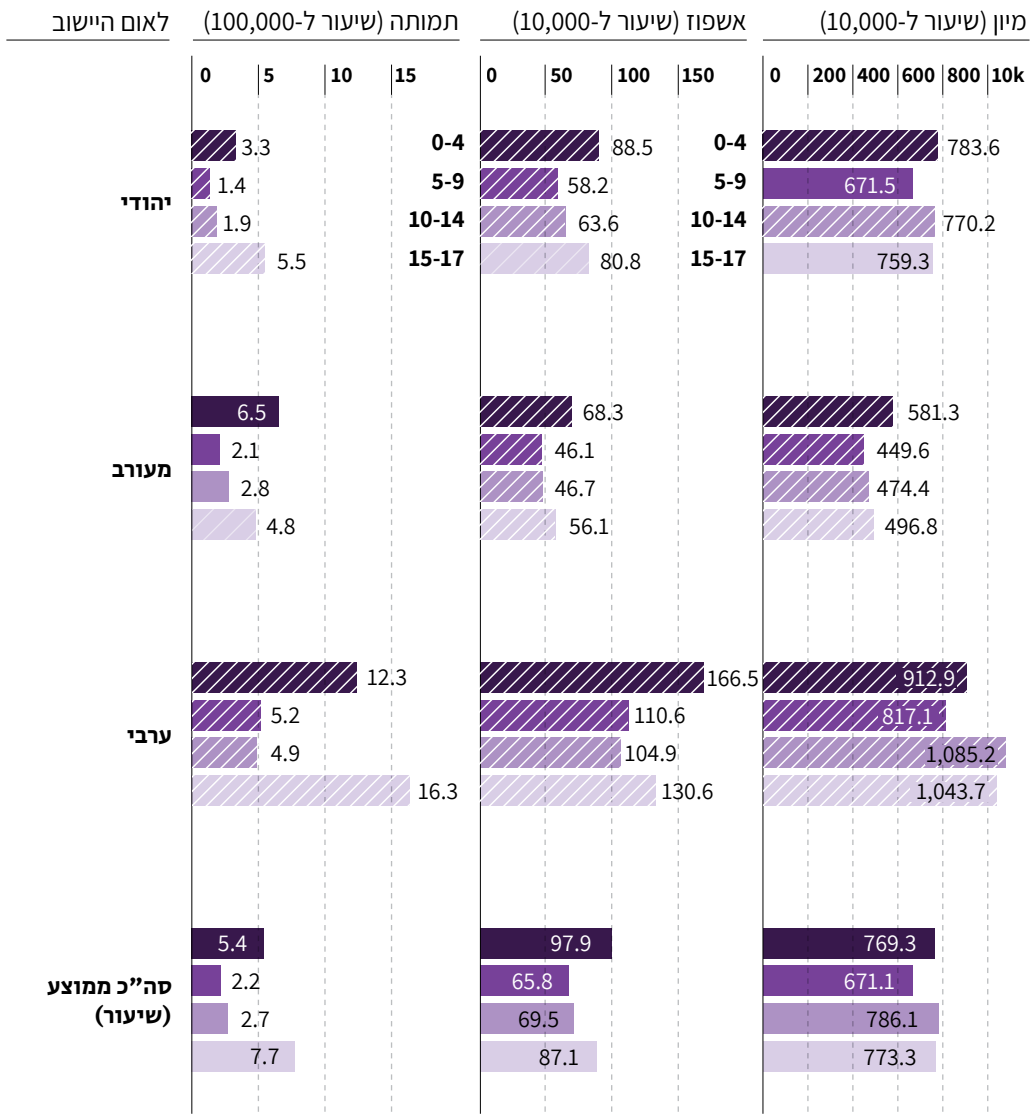
תרשים 33 מציג את התפלגות מקרי הפנייה למיון והאשפוז של ילדים עקב היפגעות מסיבות חיצוניות, ואת התפלגות מקרי התמותה של ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי לאום יישוב המגורים של הנפגע. כמו כן, מוצג היחס בין שיעורי הפנייה למיון, האשפוז והתמותה של כל לאום לאלו הממוצעים.

שיעורי הפנייה למיון, האשפוז והתמותה של ילדים ובני נוער המתגוררים ביישובים ערביים (969.2 מקרים ל-10,000 ילדים, 126.8 מקרים ל-10,000 ילדים, ו-8.9 מקרים ל-100,000 ילדים, בהתאמה) גבוהים כולם בהשוואה לשיעורים הממוצעים (744.4 מקרים ל-10,000 ילדים, 79.7 מקרים ל-10,000 ילדים, ו-4.2 מקרים ל-100,000 ילדים, בהתאמה). מעבר לכך, סיכון ההיפגעות של ילד המתגורר ביישוב ערבי עולה ככל שחומרת ההיפגעות גבוהה יותר: שיעורי הפנייה למיון, האשפוז והתמותה ביישובים ערביים גבוהים פי 1.3, 1.6 ו-2.1 מהשיעורים הממוצעים, בהתאמה.

בקרב ילדים המתגוררים ביישובים יהודיים, שיעור הפנייה למיון קרוב לשיעור הממוצע (743.2 לעומת 744.4 מקרים ל-10,000 ילדים), ואילו שיעורי האשפוז והתמותה נמוכים מהשיעורים הממוצעים (72.4 לעומת 79.7 מקרים ל-10,000 ילדים, ו-2.7 לעומת 4.2 מקרים ל-100,000 ילדים, בהתאמה).

ביישובים מעורבים שיעורי הפנייה למיון ושיעורי האשפוז של ילדים ובני נוער נמוכים בהשוואה לשיעורים הממוצעים (503.9 לעומת 744.4 מקרים ל-10,000 ילדים, ו-54.7 לעומת 79.7 מקרים ל-10,000 ילדים, בהתאמה). לעומת זאת, שיעור התמותה בקרב ילדים תושבי יישובים אלו זהה למוצע (4.2 מקרים ל-100,000 ילדים).

תרשים 34: היפגעות ילדים לפי לאום יישוב המגורים וגיל: פנייה לחדרי מיון (2012-2014), אשפוז (2012-2014), ותמותה (2008-2015), בממוצע לשנה, שיעורים



6.2.1 לאום יישוב המגורים וגיל

ילדים ובני נוער המתגוררים ביישובים ערביים נמצאים בסיכון מוגבר להיפגעות ללא תלות בגילם. סיכון התמותה והאשפוז של ילדים המתגוררים ביישובים אלו גבוה במיוחד בטווח הגילאים לידה עד 9, בעוד שסיכון הפנייה למיון גבוה במיוחד בקרב בני 10-14.

בתרשים 34 מוצגים שיעורי מקרי הפנייה למיון והאשפוז של ילדים עקב היפגעות מסיבות חיצוניות, ושיעור מקרי התמותה של ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי לאום יישוב המגורים של הנפגע וגילו.

מן הנתונים עולה כי ילדים ובני נוער המתגוררים ביישובים ערביים נמצאים בסיכון היפגעות מוגבר באופן גורף, ללא תלות בגילם או בחומרת ההיפגעות. בהשוואה לשיעור הממוצע, סיכון התמותה והאשפוז של ילדים המתגוררים ביישובים ערביים גבוה במיוחד בקרב קבוצת הגיל לידה עד 9 (פי 2.3 ו-1.7, בהתאמה). קבוצת הגיל הנמצאת בסיכון הגבוה ביותר לפנות למיון עקב היפגעות הינה של בני 10-14 (פי 1.4).

שיעורי התמותה והאשפוז של ילדים ובני נוער המתגוררים ביישובים יהודיים נמוכים בקרב כל קבוצות הגיל מאלו הממוצעים, ללא קבוצת גיל בעלת סיכון היפגעות מופחת באופן בולט בהשוואה לאחרות. בהתייחס לשיעורי הפנייה למיון, בעוד קבוצות הגיל 10-14 ו-15-17 הינן בעלות שיעורים נמוכים בהשוואה לממוצע, קבוצת הגיל 0-4 נמצאת בסיכון מוגבר.

ביישובים מעורבים יהודיים-ערביים נמצאו שיעורי פנייה למיון ואשפוז נמוכים בהשוואה לממוצעים בכל קבוצות הגיל. יש לסייג ממצא זה בכך ששיעורים אלו מתייחסים בין היתר לאוכלוסיית ירושלים בכללותה, המהווה כ-80% מאוכלוסיית היישובים המערובים, אך לא כוללים את מספר הפניות לחדרי המיון והאשפוזים בבתי החולים הנמצאים במזרח העיר. שיעורי התמותה של ילדים ובני נוער המתגוררים ביישובים מעורבים קרובים לאלו הממוצעים ברוב קבוצות הגיל, פרט לקבוצה 15-17, שהינה בעלת שיעור נמוך מהממוצע.

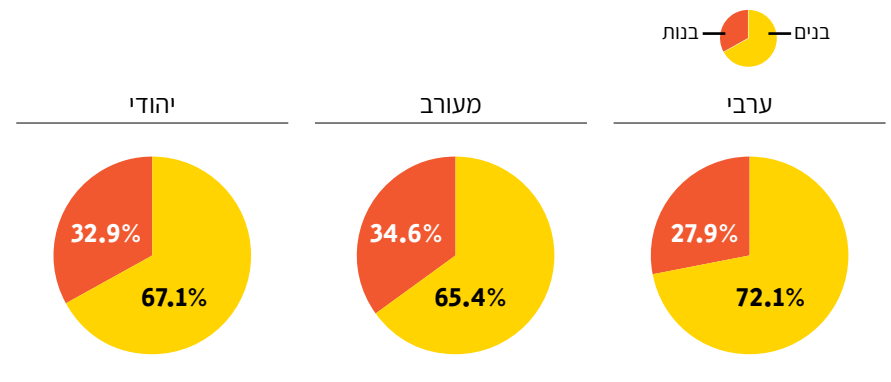
מקורות: מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי אשפוזים, משרד הבריאות; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון, משרד הבריאות.

6.2.2 לאום יישוב המגורים ומין

כשני שלישים ממקרי התמותה בגין היפגעות בלתי מכוונת הינם של בנים.

בתרשים 35 מוצגת התפלגות מקרי התמותה של ילדים כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי לאום יישוב המגורים של הנפגע ומינו. כשני שלישים ממקרי התמותה הינם של בנים, וזאת ללא הבדלים מובהקים בין יישובים בעלי לאום שונה.

תרשים 35: התפלגות מקרי תמותת ילדים עקב היפגעות (2008-2015) לפי לאום יישוב המגורים ומין הנפגע, בממוצע בשנה, מספרים ואחוזים



מקור: מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', ארגון, בטרם, לבטיחות ילדים.

6.2.3 לאום יישוב המגורים וזירת ההיפגעות

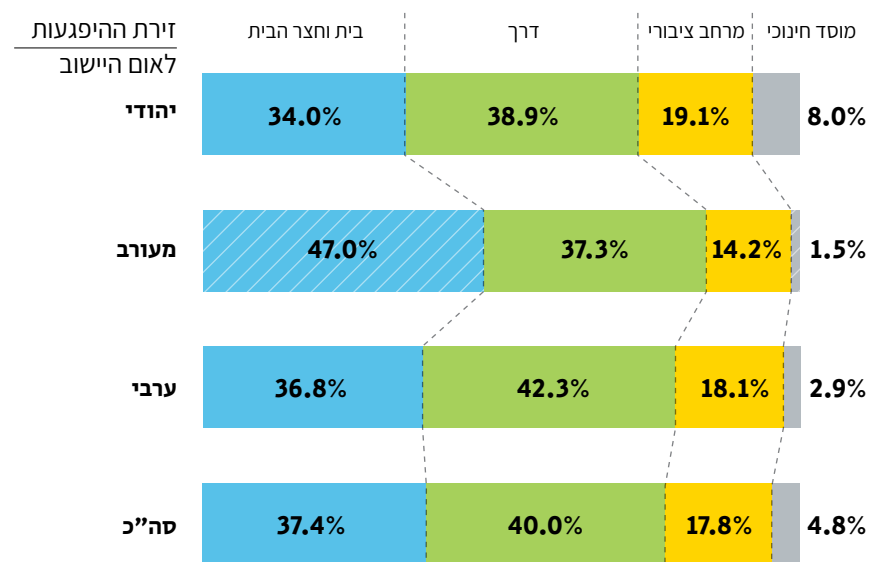
שכיחותן היחסית של היפגעות המתרחשות במוסדות חינוכיים ומובילות לתמותה גבוהה ביישובים יהודיים ונמוכה ביישובים מעורבים. ביישובים מעורבים גבוהה שכיחותן היחסית של תאונות המתרחשות בבית ובחצר הבית ומובילות לתמותה.

בתרשים 36 מוצגת התפלגות מקרי התמותה של ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי לאום יישוב המגורים של הנפגע וזירת ההיפגעות.

ביישובים יהודיים, חלקן היחסי של היפגעות המתרחשות במוסדות חינוך גבוה בהשוואה לחלקן היחסי של היפגעות המתרחשות בזירה זו בכלל היישובים.

ביישובים מעורבים, חלקן היחסי של היפגעות המתרחשות בזירת הבית גבוה בהשוואה לחלקן היחסי בהיפגעות בכלל היישובים. מנגד, חלקן היחסי של היפגעות המתרחשות במוסדות חינוך ביישובים אלו נמוך.

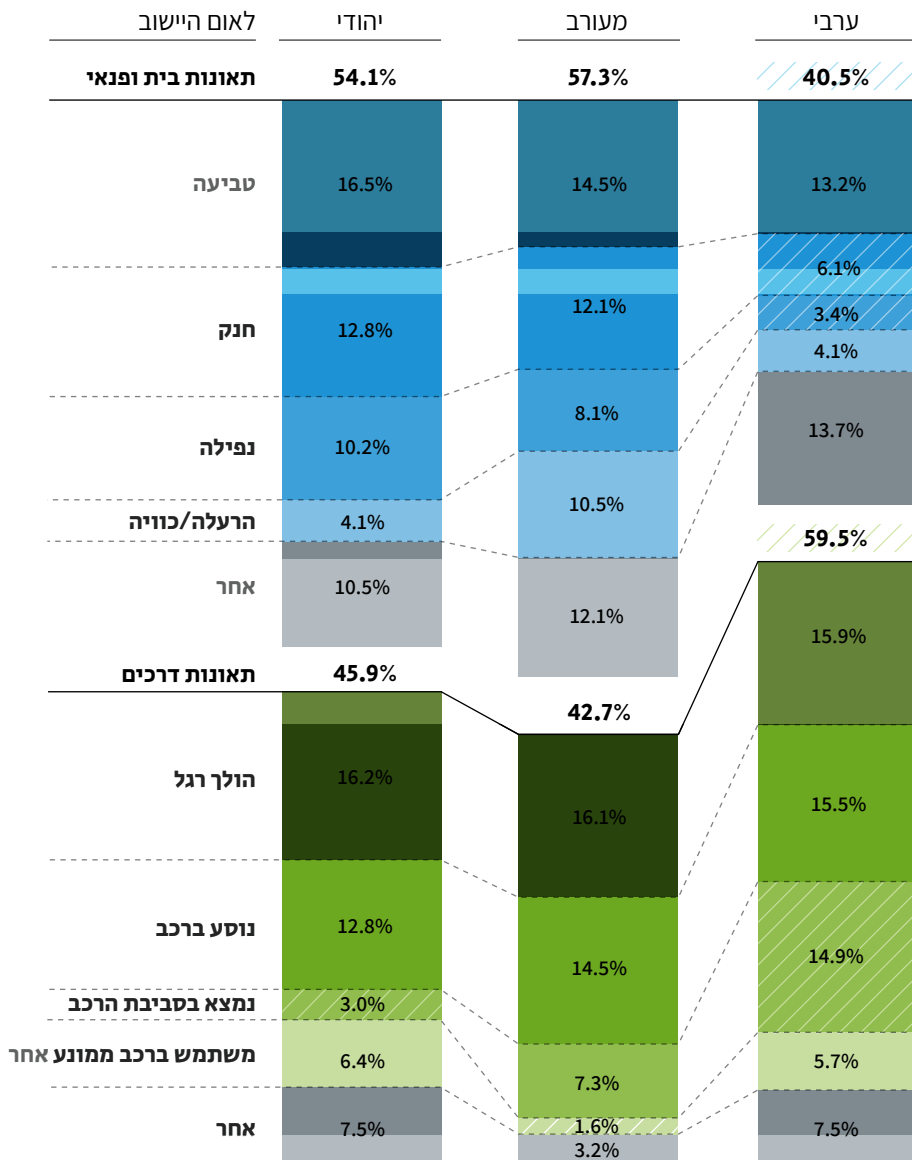
תרשים 36: התפלגות מקרי תמותת ילדים עקב היפגעות (2008-2015) לפי לאום יישוב המגורים וזירת ההיפגעות, בממוצע לשנה, אחוזים



מקור: מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', ארגון, בטרם, לבטיחות ילדים.

6.2.4 לאום יישוב המגורים וסיבת ההיפגעות

תרשים 37: התפלגות מקרי תמותת ילדים עקב היפגעות (2008-2015) לפי לאום יישוב המגורים וסיבת ההיפגעות, בממוצע בשנה, אחוזים



מקור: מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשרות', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים.

שכיחותן היחסית של תאונות בית ופנאי המובילות לתמותה נמוכה ביישובים ערביים וגבוהה ביישובים מעורבים בהשוואה לשכיחותן בקרב כלל היישובים. ההפך הוא הנכון בנוגע לתאונות דרכים.

בתרשים 37 מוצגת התפלגות מקרי התמותה של ילדים כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי לאום יישוב המגורים של הנפגע וסיבת ההיפגעות. סיבות ההיפגעות המוצגות הינן אלו הנכללות בקטגוריות 'תאונות בית ופנאי' ו-'תאונות דרכים'. כאשר תחת שתי קטגוריות אלו מוצגות סיבות ההיפגעות אשר שכיחותן לשנה עולה על 5 מקרים. סיבות ההיפגעות שלא נכללו תחת שתי קטגוריות אלו, לרבות סיבות היפגעות הנכללות תחת 'אחר' בכל קטגוריה, מוצגות בתרשים תחת 'אחר'.

ביישובים ערביים, חלקן היחסי של תאונות בית ופנאי נמוך בהשוואה לחלקן היחסי בהיפגעות בכלל היישובים. נראה כי בבסיס ממצא זה עומדת שכיחות נמוכה באופן יחסי של היפגעות מסוג חנק ונפילה. לעומת זאת, חלקן היחסי של תאונות דרכים בקרב יישובים ערביים, ובפרט של תאונות בהן הילד הנפגע נמצא בסביבת הרכב (תאונות חצר), גבוה ביחס לממוצע.

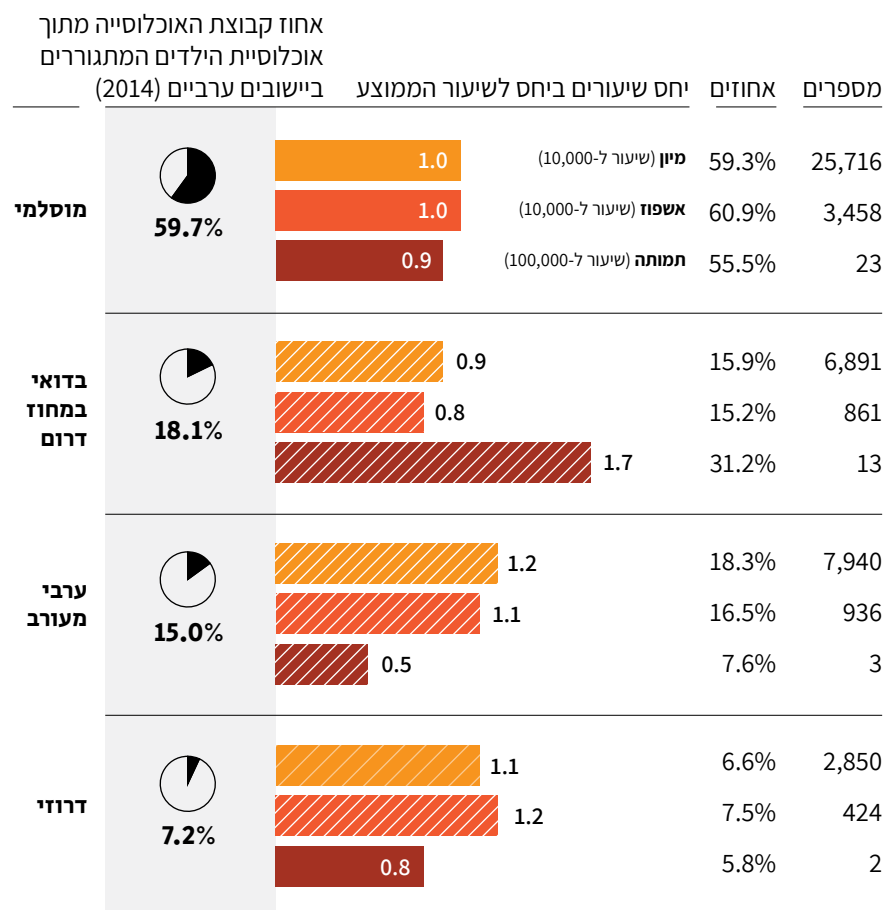
ביישובים מעורבים, חלקן היחסי של תאונות בית ופנאי, ובפרט של היפגעות מסוג הרעלה/כוויה עקב שריפה, גבוה בהשוואה לחלקן היחסי בהיפגעות בכלל היישובים. מנגד, חלקן היחסי של תאונות הדרכים ביישובים אלו נמוך בהשוואה לממוצע. בפרט, חלקן היחסי של תאונות דרכים בהן הילד הנפגע משתמש ברכב ממונע אחר (למשל אופנוע או טרקטורון) נמוך ביחס לחלקן היחסי בכלל היישובים.

חלקן היחסי של תאונות הבית והפנאי והדרכים בקרב יישובים יהודיים לא נבדל מזה של כלל היישובים. יחד עם זאת, שכיחותן של תאונות דרכים בהן הילד הנפגע נמצא בסביבת הרכב נמצאה נמוכה בקרב יישובים אלה.

6.3 דפוסי היפגעות ילדים לפי קבוצות אוכלוסייה בלאום הערבי

ביישובים דרוזיים, שיעור התמותה קרוב לשיעור הממוצע: 7.2 לעומת 9.0 מקרים ל-100,000 ילדים, בהתאמה. שיעורי האשפוז והפנייה למיון, בדומה למצב ביישובים ערביים מעורבים, הינם גבוהים מהשיעורים הממוצעים: 153.4 לעומת 126.8 מקרים ל-10,000 ילדים, ו-1032.0 לעומת 969.2 מקרים ל-10,000 ילדים, בהתאמה.

תרשים 38: היפגעות ילדים לפי קבוצת האוכלוסייה של יישוב המגורים: פנייה לחדרי מיון (2012-2014), אשפוז (2012-2014), ותמותה (2008-2015), בממוצע לשנה, מספרים, אחוזים ויחס שיעורים ביחס לממוצע



בהשוואה לשיעור התמותה הממוצע מתאונות בקרב ילדים בכלל היישובים הערביים, סיכון התמותה של ילדים המתגוררים ביישובים בדואיים במחוז דרום גבוה פי 1.7, בעוד שהסיכון לתמותה של ילדים המתגוררים ביישוב ערבי מעורב נמוך פי 0.5. שיעורי האשפוז והפנייה למיון גבוהים מהממוצע בקרב ילדים המתגוררים ביישובים ערביים מעורבים ודרוזים, ונמוכים מהממוצע ביישובים בדואיים במחוז דרום.

תרשים 38 מציג את התפלגות מקרי הפנייה למיון והאשפוז של ילדים עקב היפגעות מסיבות חיצוניות, ואת התפלגות מקרי התמותה של ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי קבוצת האוכלוסייה אליה משתייך יישוב המגורים של הנפגע. כמו כן, מוצג היחס בין שיעורי הפנייה למיון, האשפוז והתמותה של כל קבוצה לשיעורים הממוצעים.

שיעורי הפנייה למיון, האשפוז והתמותה של ילדים ובני נוער המתגוררים ביישובים מוסלמיים (958.2 מקרים ל-10,000 ילדים, 128.9 מקרים ל-10,000 ילדים, ו-8.3 מקרים ל-100,000 ילדים, בהתאמה) דומים כולם לשיעורים הממוצעים (962.2 מקרים ל-10,000 ילדים, 126.8 מקרים ל-10,000 ילדים, ו-9.0 מקרים ל-100,000 ילדים, בהתאמה).

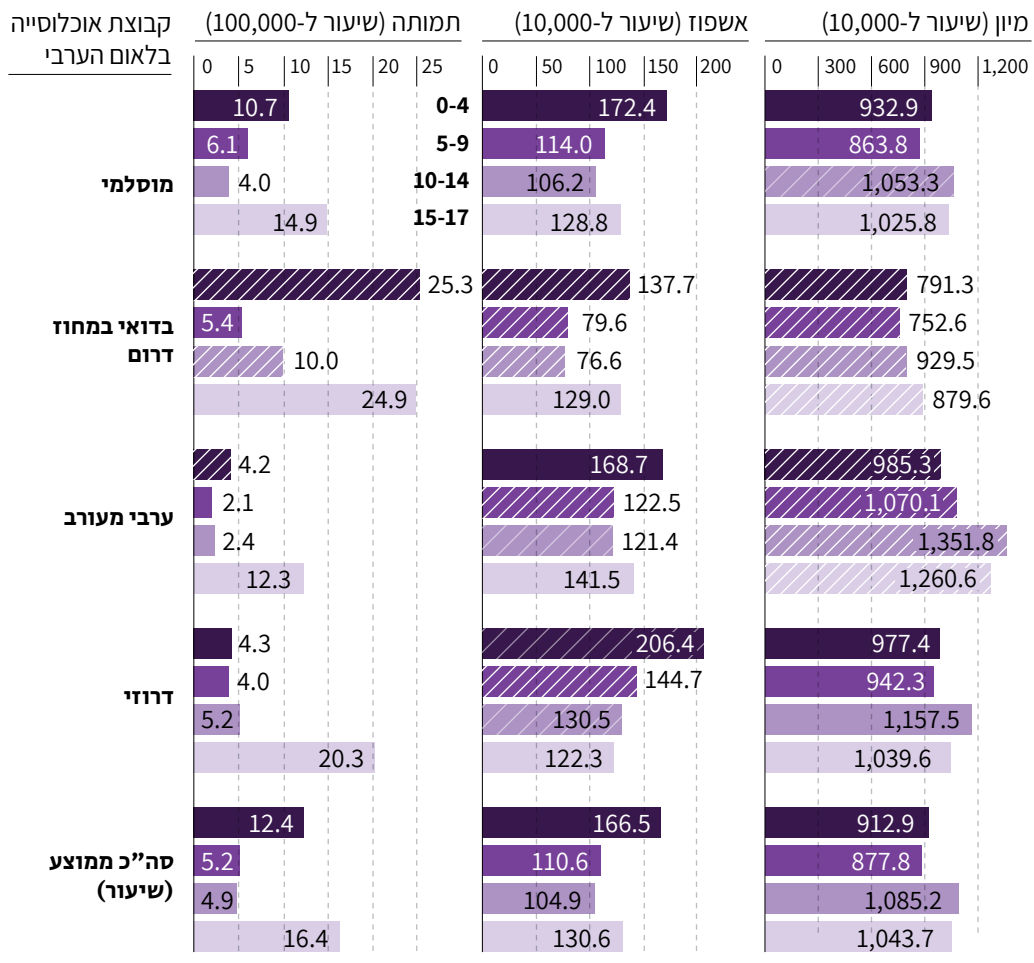
שיעור התמותה של ילדים המתגוררים ביישובים בדואיים במחוז דרום גבוה משמעותית מהשיעור הממוצע: 15.4 לעומת 9.0 מקרים ל-100,000 ילדים, בהתאמה. מקרי התמותה של ילדים ובני נוער המתגוררים ביישובים הבדואיים בדרום מהווים כ-31.2% מכלל מקרי התמותה של ילדים ובני נוער המתגוררים ביישובים ערביים, בעוד שחלקה של קבוצת אוכלוסייה זו מכלל אוכלוסיית הילדים ובני הנוער ביישובים הערביים הוא 18.1% בלבד. לעומת זאת, שיעורי האשפוז והפנייה למיון של ילדים המתגוררים ביישובים בדואיים בדרום הינם נמוכים בהשוואה לשיעורים הממוצעים: 103.2 לעומת 126.8 מקרים ל-10,000 ילדים, ו-825.5 לעומת 969.2 מקרים ל-10,000 ילדים, בהתאמה.

ביישובים ערביים מעורבים נמצא דפוס הפוך: בעוד ששיעור התמותה הוא נמוך בהשוואה לממוצע (4.5 לעומת 9.0 מקרים ל-100,000 ילדים), הן שיעור האשפוז והן שיעור הפנייה למיון הינם גבוהים בהשוואה לממוצע (137.2 לעומת 126.8 מקרים ל-10,000 ילדים, ו-1163.0 לעומת 969.2 מקרים ל-10,000 ילדים, בהתאמה).

מקורות: מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי אשפוזים, משרד הבריאות; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון, משרד הבריאות.

בהתייחס לשיעורי הפנייה למיזן, ביישובים בדואיים במחוז דרום נמצאו שיעורים נמוכים מן הממוצע בקרב כל קבוצות הגיל, בעוד שביישובים מוסלמיים שיעור הפנייה למיזן נמוך רק בקרב קבוצת הגיל 10-14. ביישובים ערביים מעורבים, לעומת זאת, נמצאו שיעורי פנייה למיזן גבוהים מן הממוצע בקרב כל קבוצות הגיל. ביישובים דרוזיים, שיעורי הפנייה למיזן גבוהים מן הממוצע בגילאים לידה עד 14.

תרשים 39: היפגעות ילדים לפי קבוצת האוכלוסייה של יישוב המגורים וגיל: פנייה לחדרי מיון (2012-2014), אשפוז (2012-2014), ותמותה (2008-2015), בממוצע לשנה, שיעורים



מקורות: מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבריאות ילדים; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי אשפוזים, משרד הבריאות; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי ביקורים במיזן, משרד הבריאות.

6.3.1 קבוצות אוכלוסייה בלאום הערבי וגיל

בהשוואה לכלל היישובים הערביים, סיכון התמותה של ילדים המתגוררים ביישובים בדואיים במחוז דרום גבוה במיוחד בקרב גילאי לידה עד 4 (פי 2.0) ו-10-14 (פי 2.1). ביישובים ערביים מעורבים, שיעורי האשפוז והפנייה למיזן גבוהים במיוחד בקבוצת הגיל 10-14 (פי 1.2) ו-15-17 (פי 1.2). ביישובים דרוזיים, שיעורי האשפוז גבוהים במיוחד בקבוצת הגיל 5-9 (פי 1.3).

בתרשים 39 מוצגים שיעורי מקרי הפנייה למיזן והאשפוז של ילדים עקב היפגעות מסיבות חיצוניות, ושיעור מקרי התמותה של ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי קבוצת האוכלוסייה אליה משתייך יישוב המגורים של הנפגע וגילו. מן הנתונים עולה, ראשית, כי קבוצות הגיל הנמצאות בסיכון מוגבר משתנות בהתאם לחומרת ההיפגעות: בני 15-17 הינם בעלי שיעור התמותה הגבוה ביותר (16.4 מקרים ל-100,000 ילדים), ילדים בגילאי 0-4 הינם בעלי שיעור האשפוז הגבוה ביותר (166.5 מקרים ל-10,000 ילדים), ובני 10-14 הינם בעלי שיעור הפנייה למיזן הגבוה ביותר (1085.2 מקרים ל-10,000 ילדים).

סיכון התמותה המוגבר של ילדים המתגוררים ביישובים בדואיים במחוז דרום נובע משיעורי תמותה גבוהים מן הממוצע של ילדים ובני נוער מקבוצות הגיל 0-4 (פי 2.0), 10-14 (פי 2.1) ו-15-17 (פי 1.5). ביישובים ערביים מעורבים וביישובים דרוזיים נמצאו שיעורי תמותה נמוכים מן הממוצע בקבוצת הגיל 0-4 (4.2 ו-4.3 מקרים ל-100,000 ילדים, לעומת ממוצע של 12.4 מקרים ל-100,000 ילדים).

בהמשך לזאת, בכל הנוגע לשיעורי תמותה, ניכרים דפוסי קשרים שונים בין קבוצות האוכלוסייה לבין קבוצות הגיל. ביישובים בדואיים במחוז דרום, שיעור התמותה בקבוצות הגיל 0-4 ו-15-17 דומה, בעוד שביתר קבוצות האוכלוסייה שיעור התמותה בקרב בני 15-17 גבוה מזה של קבוצת הגיל 0-4. נוסף על כך, ביישובים דרוזיים וביישובים ערביים מעורבים שיעורי התמותה של בני 5-9 ו-10-14 דומים. לעומת זאת, ביישובים בדואיים במחוז דרום שיעור התמותה של בני 10-14 גבוה מזה של בני 5-9, בעוד שביישובים מוסלמיים שיעור התמותה של בני 5-9 גבוה מזה של בני 10-14. יש לציין כי מגמות אלה אינן מובהקות.

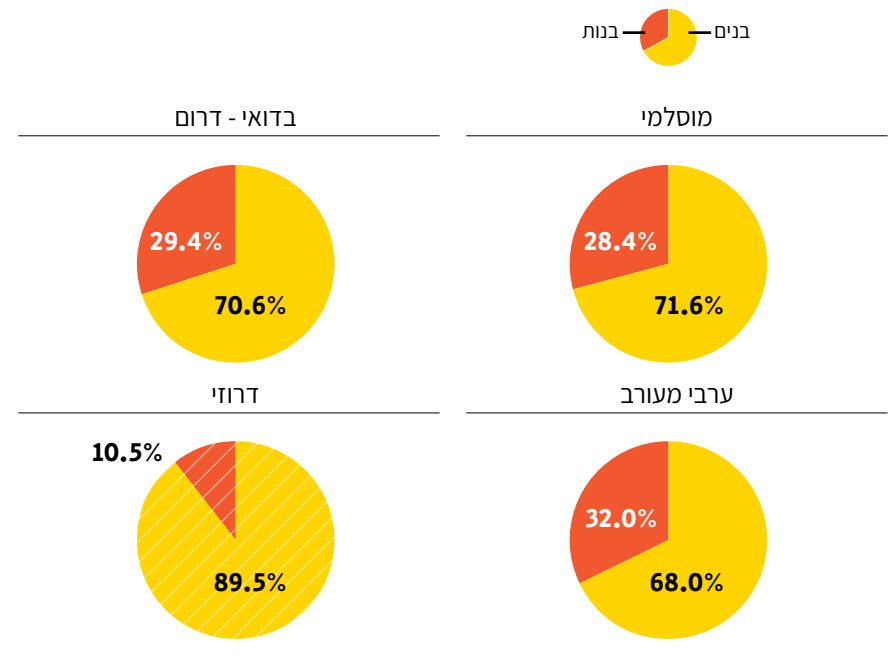
שיעור האשפוז הממוצע הנמוך של ילדים המתגוררים ביישובים בדואיים בדרום נגזר משיעורי אשפוז נמוכים מן הממוצע בקרב קבוצת הגיל 0-4, 5-9 ו-10-14. הסיכון המוגבר לאשפוז של ילדים המתגוררים ביישובים דרוזיים נובע משיעורי אשפוז גבוהים בקרב אותן שלוש קבוצות גיל. סיכון האשפוז המוגבר של ילדים המתגוררים ביישובים ערביים מעורבים, לעומת זאת, נובע משיעורי אשפוז גבוהים מן הממוצע בקרב קבוצות הגיל 5-9 ו-10-14 בלבד.

6.3.2 קבוצות אוכלוסייה בלאום הערבי ומין

אחוז מקרי התמותה של בנים מתוך סך מקרי התמותה בגין היפגעות בלתי מכוונת גבוה בקרב יישובים דרוזיים, בהשוואה לכלל היישובים הערביים.

בטרשים 40 מוצגת התפלגות מקרי התמותה של ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי קבוצת האוכלוסייה אליה משתייך יישוב המגורים של הנפגע ומינו. ככלל, 72% ממקרי התמותה בקרב יישובים ערביים הינם של בנים. יוצאי דופן מבחינה זו הינם יישובים דרוזיים, בהם מקרי התמותה של בנים מהווים כ-90% מכלל מקרי התמותה בגין היפגעות בלתי מכוונת.

תרשים 40: התפלגות מקרי תמותת ילדים עקב היפגעות (2008-2015) לפי קבוצת האוכלוסייה של יישוב המגורים ומין הנפגע, בממוצע לשנה, מספרים ואחוזים



מקור: מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', ארגון, בטרם, לבטיחות ילדים.

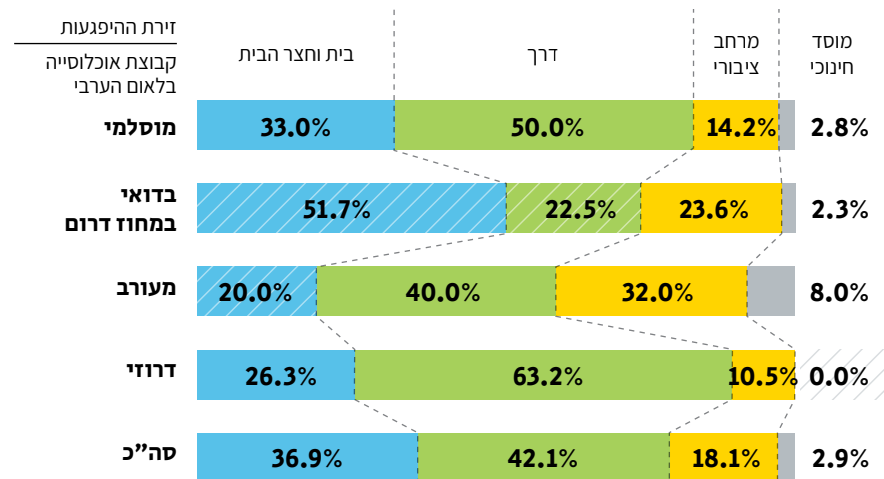
6.3.3 קבוצות אוכלוסייה בלאום הערבי וזירת ההיפגעות

השכיחות היחסית של היפגעות המתרחשות בבית ובחצר הבית ומובילות לתמותה היא גבוהה ביישובים בדואיים במחוז דרום ונמוכה ביישובים ערביים מעורבים. בהתייחס לתאונות המתרחשות בזירת הדרך, שכיחותן גבוהה בקרב יישובים מוסלמיים ודרוזיים ונמוכה בקרב יישובים בדואיים במחוז דרום.

בטרשים 41 מוצגת התפלגות מקרי התמותה של ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי קבוצת האוכלוסייה אליה משתייך יישוב המגורים של הנפגע וזירת ההיפגעות. הן ביישובים מוסלמיים והן ביישובים דרוזיים, חלקן היחסי של היפגעות המתרחשות בזירת הדרך גבוה ביחס לחלקן היחסי של היפגעות המתרחשות בזירה זו בכלל היישובים הערביים. מעבר לכך, ביישובים דרוזיים, אחוז ההיפגעות המתרחשות בזירת המוסד החינוכי נמוך בהשוואה לאחוז ההיפגעות הממוצע.

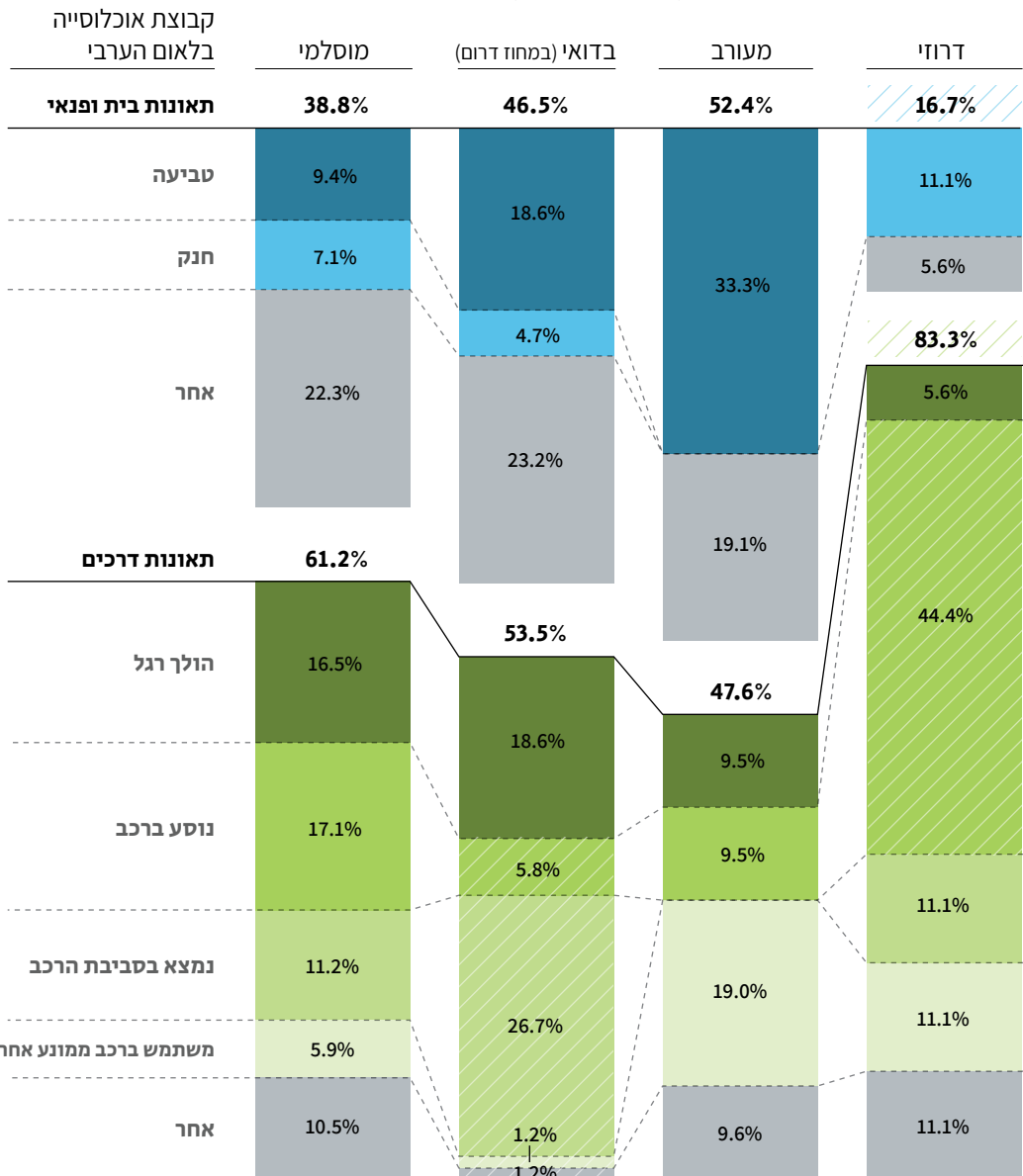
ביישובים בדואיים במחוז דרום, חלקן היחסי של היפגעות המתרחשות בזירת הבית גבוה בהשוואה לחלקן היחסי בהיפגעות בכלל היישובים. מנגד, חלקן היחסי של ההיפגעות המתרחשות בדרך ביישובים אלו נמוך. ממצא זה בקרב ילדים תושבי היישובים הבדואיים במחוז דרום שונה באופן משמעותי מיתר קבוצות האוכלוסייה, בהן אחוז ההיפגעות המתרחשות בזירת הדרך גבוה מזה שבזירת הבית. ביישובים ערביים מעורבים, אחוז ההיפגעות המתרחשות בבית נמוך בהשוואה לאחוז ההיפגעות הממוצע.

תרשים 41: התפלגות מקרי תמותת ילדים עקב היפגעות (2008-2015) לפי קבוצת האוכלוסייה של יישוב המגורים וזירת ההיפגעות, בממוצע לשנה, אחוזים



מקור: מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', ארגון, בטרם, לבטיחות ילדים.

תרשים 42: התפלגות מקרי תמותת ילדים עקב היפגעות (2008–2015) לפי קבוצת האוכלוסייה של יישוב המגורים וסיבת ההיפגעות, בממוצע לשנה, אחוזים



מקור: מאגר תיעוד היפגעות מהתקשורת, ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים.

6.3.4 קבוצות אוכלוסייה בלאום הערבי וסיבת ההיפגעות

השכיחות היחסית של תאונות בית ופנאי המובילות לתמותה, ובפרט של טביעות, היא נמוכה ביישובים דרוזיים וגבוהה ביישובים ערביים מעורבים. תאונות דרכים בהן הילד הנפגע נוסע ברכב שכיחות באופן בולט ביישובים דרוזיים. ביישובים בדואיים במחוז דרום ישנה שכיחות גבוהה של תאונות בהן הילד הנפגע נמצא בסביבת הרכב.

בתרשים 42 מוצגת התפלגות מקרי התמותה של ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי קבוצת האוכלוסייה אליה משתייך יישוב המגורים של הנפגע וסיבת ההיפגעות. סיבות ההיפגעות המוצגות הינן אלו הנכללות בקטגוריות 'תאונות בית ופנאי' ו-'תאונות דרכים'. תחת שתי קטגוריות אלו מפורטות סיבות ההיפגעות אשר שכיחותן לשנה עולה על שני מקרים. סיבות היפגעות שלא נכללו תחת שתי קטגוריות אלו, לרבות סיבות היפגעות הנכללות תחת 'אחר' בכל קטגוריה, מוצגות בתרשים תחת 'אחר'.

ביישובים דרוזיים, חלקן היחסי של תאונות בית ופנאי נמוך בהשוואה לחלקן היחסי בהיפגעות בכלל היישובים. בבסיס ממצא זה עומדת, בין היתר, העובדה כי במהלך תקופת הזמן הנחקרת לא התרחשו כלל מקרי תמותה מטביעה בקרב קבוצת אוכלוסייה זו. לעומת זאת, חלקן היחסי של תאונות דרכים בקרב יישובים דרוזיים, ובפרט של תאונות בהן הילד הנפגע היה נוסע ברכב, גבוה ביחס לממוצע. מנגד, שכיחותן של תאונות דרכים בהן הנפגע היה הולך רגל נמוכה בקרב יישובים אלה.

ביישובים ערביים מעורבים, חלקן היחסי של תאונות מסוג טביעה גבוה בהשוואה לחלקן היחסי בהיפגעות בכלל היישובים הערביים. לעומת זאת, חלקן היחסי של תאונות מסוג חנק ושל תאונות דרכים בהן הילד הנפגע נמצא בסביבת הרכב נמוך ביחס לממוצע.

ביישובים בדואיים במחוז דרום, חלקן היחסי של תאונות דרכים בהן הילד הנפגע נמצא בסביבת הרכב גבוה בהשוואה לחלקן היחסי של תאונות אלו בהיפגעות בכלל היישובים הערביים. מנגד, שכיחותן של תאונות דרכים בהן הנפגע נסע ברכב מנועי (פרטי או ממונע אחר, כגון אופנוע או טרקטורון), נמוכה ביישובים אלו בהשוואה לממוצע.

6.3.5 מגמות לפי קבוצות אוכלוסייה בלאום הערבי

ירידה מתונה, אך לא מובהקת, נמצאה בשיעור התמותה ביישובים ערביים ככלל, ומוסלמיים בפרט. ירידה של כ-3% נמצאה בשיעור האשפוז, אשר נובעת בעיקרה מירידה בשיעור האשפוז של ילדים המתגוררים ביישובים בדואיים במחוז דרום. עלייה של כ-5% נמצאה בשיעור הפנייה למיון, ומיוחסת לכלל קבוצות האוכלוסייה, פרט ליישובים ערביים מעורבים.

תרשים 43 מציג מגמות בשיעור תמותת ילדים כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת, ובשיעורי האשפוז והפנייה למיון של ילדים עקב היפגעות מסיבות חיצוניות, לפי קבוצת האוכלוסייה אליה משתייך יישוב המגורים של הנפגע.

בהתייחסות לשיעורי התמותה, תקופת הזמן הנחקרת (2008-2015) חולקה לשתי תקופות זמן עוקבות, בנות 4 שנים כל אחת. עבור כל תקופה חושב שיעור כולל, הן עבור קבוצות האוכלוסייה בנפרד והן עבור כלל הקבוצות יחד. בין שתי תקופות הזמן הנחקרות חלה ירידה מתונה, אך לא מובהקת, של כ-10% בשיעור התמותה הכולל, אשר כנראה נובעת מירידה מתונה בשיעור התמותה של ילדים תושבי יישובים מוסלמיים.

בהתייחסות לשיעורי האשפוז והפנייה למיון, תקופת הזמן הנחקרת (-2009) חולקה לשתי תקופות זמן עוקבות בנות 3 שנים כל אחת. ירידה מתונה אך מובהקת, של כ-3%, נמצאה בין שיעור האשפוז הכולל בתקופת הזמן הראשונה (2009-2011, 132.6 מקרים ל-10,000 ילדים) לשיעור זה בתקופת הזמן השנייה (2012-2014, 128.5 מקרים ל-10,000 ילדים). פילוח היישובים לפי קבוצות האוכלוסייה מעלה כי ירידה זו נובעת בעיקרה מירידה בשיעור האשפוז של ילדים המתגוררים ביישובים בדואיים במחוז דרום: 118.5 לעומת 108.9 מקרים ל-10,000 ילדים. בקרב יתר קבוצות האוכלוסייה לא נמצאו הבדלים בשיעורי האשפוז בין שתי תקופות הזמן הנחקרות.

עלייה של כ-5% חלה בשיעור הפנייה למיון הכולל בין תקופת הזמן הראשונה (2009-2011, 927.4 מקרים ל-10,000 ילדים) לתקופת הזמן השנייה (-2012, 2014, 973.2 מקרים ל-10,000 ילדים). מקורה של עלייה זו בעלייה בשיעורי הפנייה למיון ביישובים מוסלמיים (+6%), ביישובים בדואיים במחוז דרום (+9%) וביישובים דרוזיים (+3%). לא נמצא שינוי בשיעור הפנייה למיון ביישובים ערביים מעורבים.

תרשים 43: פניות של ילדים לחדרי מיון, 2009-2014, אשפוזים של ילדים, 2008-2011
2009-2014 ותמותה של ילדים, 2008-2015, לפי קבוצת האוכלוסייה של יישוב המגורים, בממוצע לשנה, ובהשוואה בין שתי תקופות זמן, שיעורים



מקורות: מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי אשפוזים, משרד הבריאות; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון, משרד הבריאות.

6.4 דפוסי היפגעות ילדים לפי רמת חרדיות בלאום היהודי

בחלק זה ייבחנו דפוסי היפגעות ילדים המתגוררים ביישובים יהודיים, לפי רמת החרדיות של יישוב המגורים, בהתאם לסיווג אשר תואר בראשיתו של פרק זה (חלק 6.1: 'מקורות הנתונים, הגדרות ושיטה'). נתוני ההיפגעות מפולחים, מעבר לכך, לפי משתנים נוספים: גיל, מין, זירת ההיפגעות וסיבת ההיפגעות. לבסוף, מוצגות מגמות בהיפגעות ילדים בקרב כל אחת מרמות החרדיות.

בהשוואה לכלל היישובים היהודיים, יישובים בעלי רמת חרדיות 3 ו-4 (כלומר יישובים בעלי רוב חרדי) מאופיינים בשיעורי תמותה גבוהים של ילדים עקב תאונות, אך בשיעורים נמוכים של אשפוז ופנייה למיון.

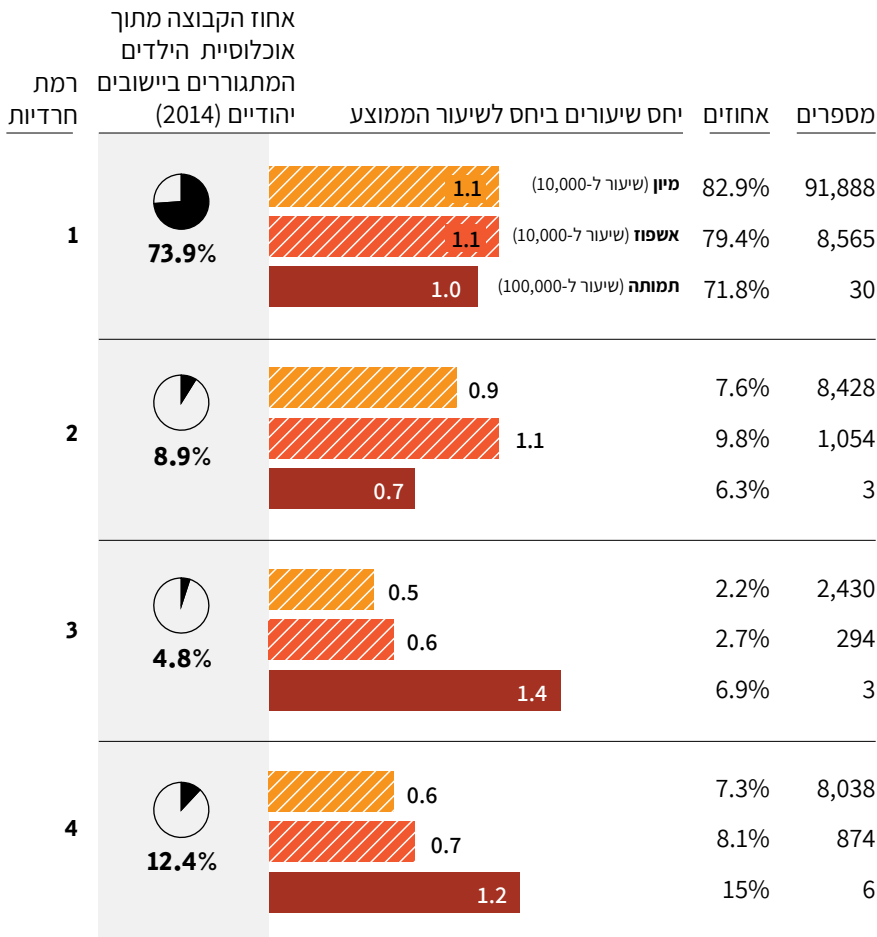
תרשים 44 מציג את התפלגות מקרי הפנייה למיון והאשפוז של ילדים עקב היפגעות מסיבות חיצוניות, ואת התפלגות מקרי התמותה של ילדים כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי רמת חרדיות יישוב המגורים של הנפגע. כמו כן, מוצג היחס בין שיעורי הפנייה למיון, האשפוז והתמותה של כל רמת חרדיות לשיעורים הממוצעים.

הבדלים ניכרים, אך לא מובהקים, נמצאו בין שיעור תמותת ילדים ובני נוער המתגוררים ביישובים בעלי רמת חרדיות 2, 3 ו-4 לבין השיעור הממוצע (2.0, 3.8 ו-3.3 לעומת 2.7 מקרים ל-100,000 ילדים, בהתאמה). עם זאת, לא נמצא קשר ישיר בין רמת החרדיות לבין סיכון התמותה. בעוד סיכון התמותה של ילדים המתגוררים ביישובים בעלי רמת חרדיות 1 (הנמוכה ביותר) דומה לממוצע, הסיכון עבור ילדים המתגוררים ביישובים בעלי רמת חרדיות 2 נמוך מן הממוצע, וביישובים בעלי רמת חרדיות 3 ו-4 הוא גבוה מן הממוצע (עם פער לרעת יישובים בעלי רמת חרדיות 3).

ביישובים בעלי רמת חרדיות 1, הן שיעור האשפוז והן שיעור הפנייה למיון גבוהים פי 1.1 מהשיעורים הממוצעים (77.8 לעומת 72.4 מקרים ל-10,000 ילדים, ו-834.5 לעומת 743.2 מקרים ל-10,000 ילדים, בהתאמה). יישובים המשתייכים לרמת חרדיות 2 מאופיינים בשיעור אשפוז גבוה מן הממוצע (79.3 לעומת 72.4 מקרים ל-10,000 ילדים), לעומת שיעור פנייה למיון נמוך מהממוצע (634.4 לעומת 743.2 מקרים ל-10,000 ילדים). לבסוף, יישובים בעלי רמת חרדיות 3 ו-4, שהינם בעלי רוב חרדי, הינם בעלי שיעורי אשפוז (40.8 ו-47.3 מקרים ל-10,000 ילדים, בהתאמה) ופנייה למיון (337.0 ו-435.3 מקרים ל-10,000 ילדים, בהתאמה) נמוכים מן הממוצע (72.4 ו-743.2 מקרים ל-10,000 ילדים, בהתאמה).

יש לציין כי לא נבחנו בדו"ח זה שיעורי פניות למוקדי חירום בקהילה וייתכן כי הם עשויים להסביר את הפער ביישובים בעלי רמת חרדיות גבוהה, בין שיעורי תמותה גבוהים של ילדים עקב תאונות לשיעורי אשפוז ופנייה למיון נמוכים, בהשוואה ליישובים בהם אין רוב חרדי.

תרשים 44: היפגעות ילדים לפי רמת החרדיות של יישוב המגורים: פנייה לחדרי מיון (2012-2014), אשפוז (2012-2014), ותמותה (2008-2015), בממוצע לשנה, מספרים, אחוזים, יחס שיעורים ביחס לשיעור הממוצע



מקורות: מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי אשפוזים, משרד הבריאות; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון, משרד הבריאות.

6.4.1 רמת החרדיות של יישוב המגורים וגיל

בתרשים 45 מוצגים שיעור מקרי הפנייה למיון והאשפוז של ילדים עקב היפגעות מסיבות חיצוניות, ושיעור מקרי תמותת ילדים כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי רמת חרדיות יישוב המגורים של הנפגע וגילו.

מן הנתונים עולה, ראשית, כי בעוד שקבוצת הגיל 15-17 הינה בעלת שיעור התמותה הגבוה ביותר בקרב תושבי היישובים היהודיים שנכללו בניתוח (5.5 מקרים ל-100,000 ילדים), קבוצת הגיל 0-4 הינה בעלת השיעורים הגבוהים ביותר של אשפוז (88.5 מקרים ל-10,000 ילדים) ופנייה למיון (783.6 מקרים ל-10,000 ילדים).

ביישובים בעלי רמת חרדיות 1 (הנמוכה ביותר), סיכון האשפוז הגבוה נובע משיעורי אשפוז גבוהים פי 1.1 מן הממוצע של ילדים ובני נוער מקבוצות הגיל 0-4, 10-14 ו-15-17. שיעור הפנייה למיון ביישובים אלו גבוה בקרב כלל קבוצות הגיל.

ביישובים בעלי רמת חרדיות 2 נמצא שיעור תמותה נמוך מן הממוצע בקרב קבוצת הגיל 0-4 (1.5 לעומת 3.3 מקרים ל-100,000 ילדים). שיעורי אשפוז גבוהים פי 1.1 ו-1.2 מן הממוצע נמצאו בקרב קבוצות הגיל 0-4 ו-5-9, בהתאמה. כלל קבוצות הגיל ביישובים אלו (רמת חרדיות 2) הינן בעלות שיעורי פנייה נמוכים מן הממוצע למיון.

ביישובים בעלי רמת חרדיות 3, נמצא כי קבוצת הגיל 15-17 היא בעלת שיעור תמותה גבוה פי 2.3 מהשיעור הממוצע. לעומת זאת, כלל קבוצות הגיל הינן בעלות שיעורי אשפוז ופנייה למיון נמוכים מן הממוצע.

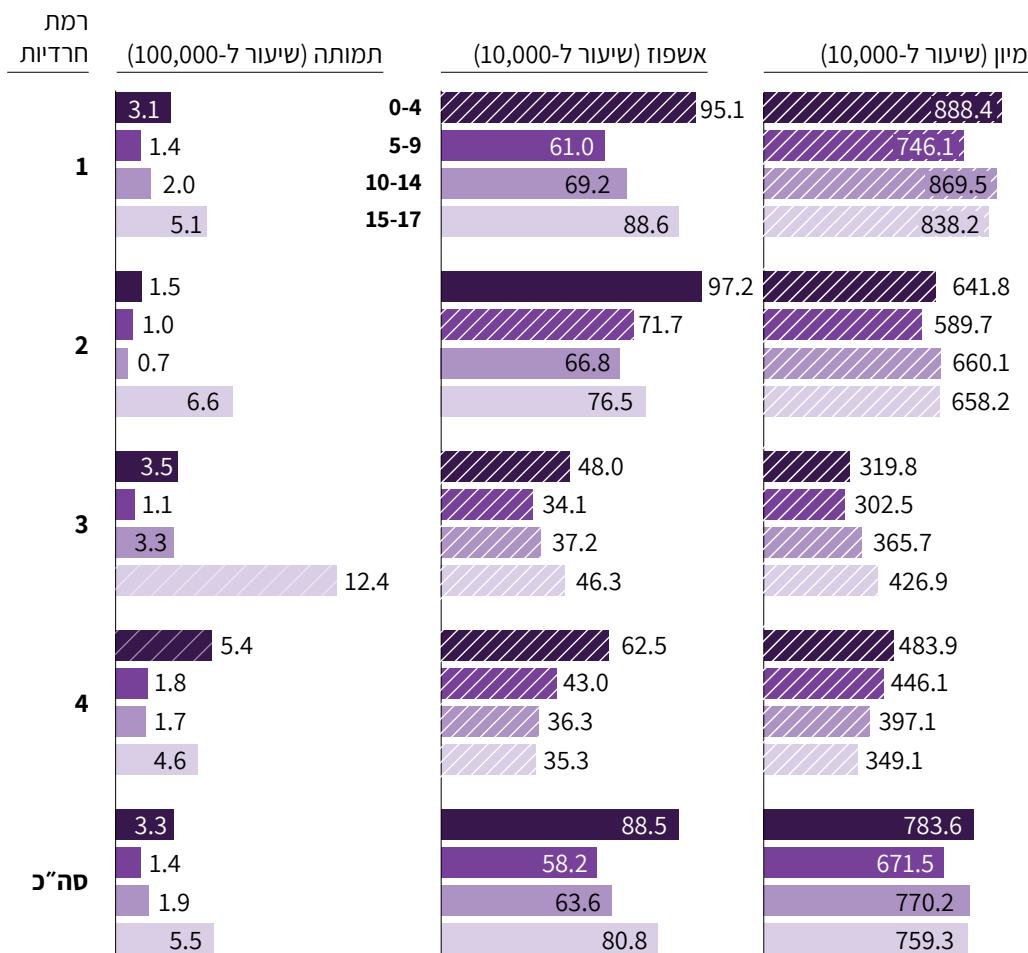
ביישובים בעלי רמת חרדיות 4 (הגבוהה ביותר), קבוצת הגיל 0-4 היא בעלת סיכון תמותה גבוה פי 1.6 מהממוצע לקבוצת הגיל, בעוד כלל קבוצות הגיל הן בעלות שיעורי אשפוז ופנייה למיון נמוכים מן הממוצע.

בכל הנוגע לשיעורי התמותה, ניכרים דפוסי קשרים שונים בין רמות החרדיות לבין קבוצות הגיל. ביישובים בעלי רמת חרדיות 1-3 שיעורי התמותה של בני 15-17 גבוהים מאלו של בני 0-4 (פי 1.6, 4.4 ו-3.5, בהתאמה). ביישובים בעלי רמת חרדיות 4, לעומת זאת, שיעורי התמותה בקרב שתי קבוצות גיל אלו דומים.

בהתייחס לשיעורי האשפוז, בכלל רמות החרדיות פרט ל-3, שיעורי האשפוז של בני 0-4 גבוהים מאלו של בני 15-17 (פי 1.1, 1.3 ו-1.7 ביישובים ברמות החרדיות 1, 2 ו-4, בהתאמה).

בהשוואה לכלל היישובים היהודיים, סיכון התמותה של ילדים המתגוררים ביישובים בעלי רמת חרדיות 3 ו-4 גבוה בקרב בני 15-17 (פי 2.0) ולידה עד 4 (פי 2.1), בהתאמה. ביישובים בעלי רמת חרדיות 1, שיעורי הפנייה למיון והאשפוז גבוהים בהשוואה לממוצע בכל קבוצות הגיל, פרט לשיעור האשפוז בקרב בני 5-9. ביישובים בעלי רמת חרדיות 2, ילדים בגילאי לידה עד 9 נמצאים תחת סיכון מוגבר לאשפוז.

תרשים 45: היפגעות ילדים לפי רמת החרדיות של יישוב המגורים וגיל: פנייה לחדרי מיון (2012-2014), אשפוז (2012-2014), ותמותה (2008-2015), בממוצע לשנה, שיעורים



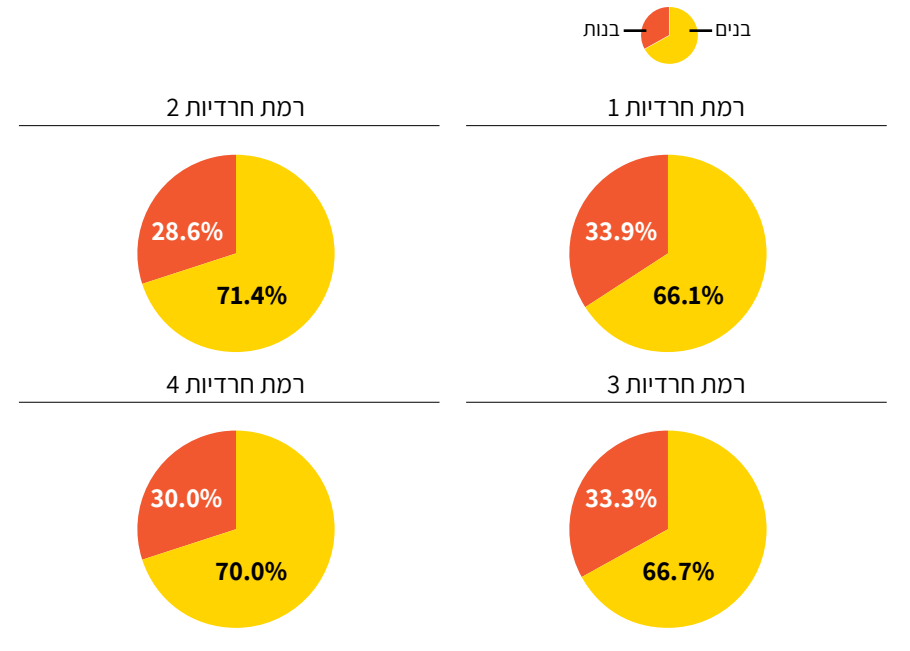
מקורות: מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי אשפוזים, משרד הבריאות; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון, משרד הבריאות.

6.4.2 רמת החרדיות של יישוב המגורים ומין

התפלגות מקרי התמותה של בנים ובנות מתוך סך מקרי התמותה בגין היפגעות בלתי מכוונת דומה ביישובי מגורים ברמות החרדיות השונות.

בטרשים 46 מוצגת התפלגות מקרי תמותת ילדים כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי רמת החרדיות של יישוב המגורים של הנפגע ומינו. כשני שליש ממקרי התמותה הינם של בנים, וזאת ללא הבדלים מובהקים בין יישובים בעלי רמת חרדיות שונה.

תרשים 46: התפלגות מקרי תמותה של ילדים עקב היפגעות, 2008-2015, לפי רמת החרדיות של יישוב המגורים ומין, בממוצע לשנה, אחוזים



מקור: מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', ארגון, בטרם, לבטיחות ילדים.

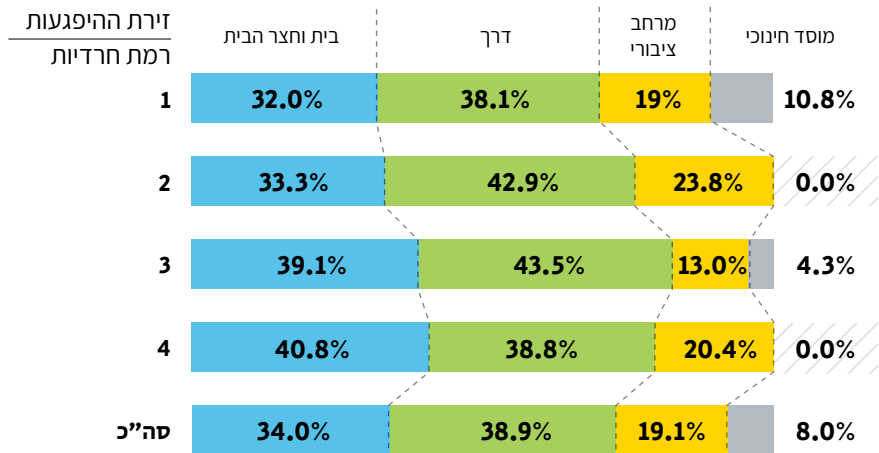
6.4.3 רמת החרדיות של יישוב המגורים וזירת ההיפגעות

יישובים בעלי רמת חרדיות 2 ו-4 מאופיינים בשכיחות יחסית נמוכה של היפגעות המתרחשות במוסדות חינוך ומבילות לתמותה.

בטרשים 47 מוצגת התפלגות מקרי התמותה של ילדים עקב היפגעות בלתי מכוונת, לפי רמת חרדיות יישוב המגורים של הנפגע וזירת ההיפגעות.

הן ביישובים מרמת חרדיות 2 והן ביישובים מרמת חרדיות 4 (הגבוהה ביותר), חלקן היחסי של היפגעות המתרחשות במוסדות חינוך נמוך ביחס לחלקן היחסי של ההיפגעות המתרחשות בזירה זו בכלל היישובים היהודיים. מעבר לכך, הנתונים מצביעים על מגמה לפיה ככל שעולה רמת החרדיות של היישוב, כך גדל חלקן היחסי של ההיפגעות המתרחשות בבית ובחצר הבית.

תרשים 47: התפלגות מקרי תמותת ילדים עקב היפגעות (2008-2015) לפי רמת החרדיות של יישוב המגורים וזירת ההיפגעות, בממוצע לשנה, אחוזים



מקור: מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', ארגון, בטרם, לבטיחות ילדים.

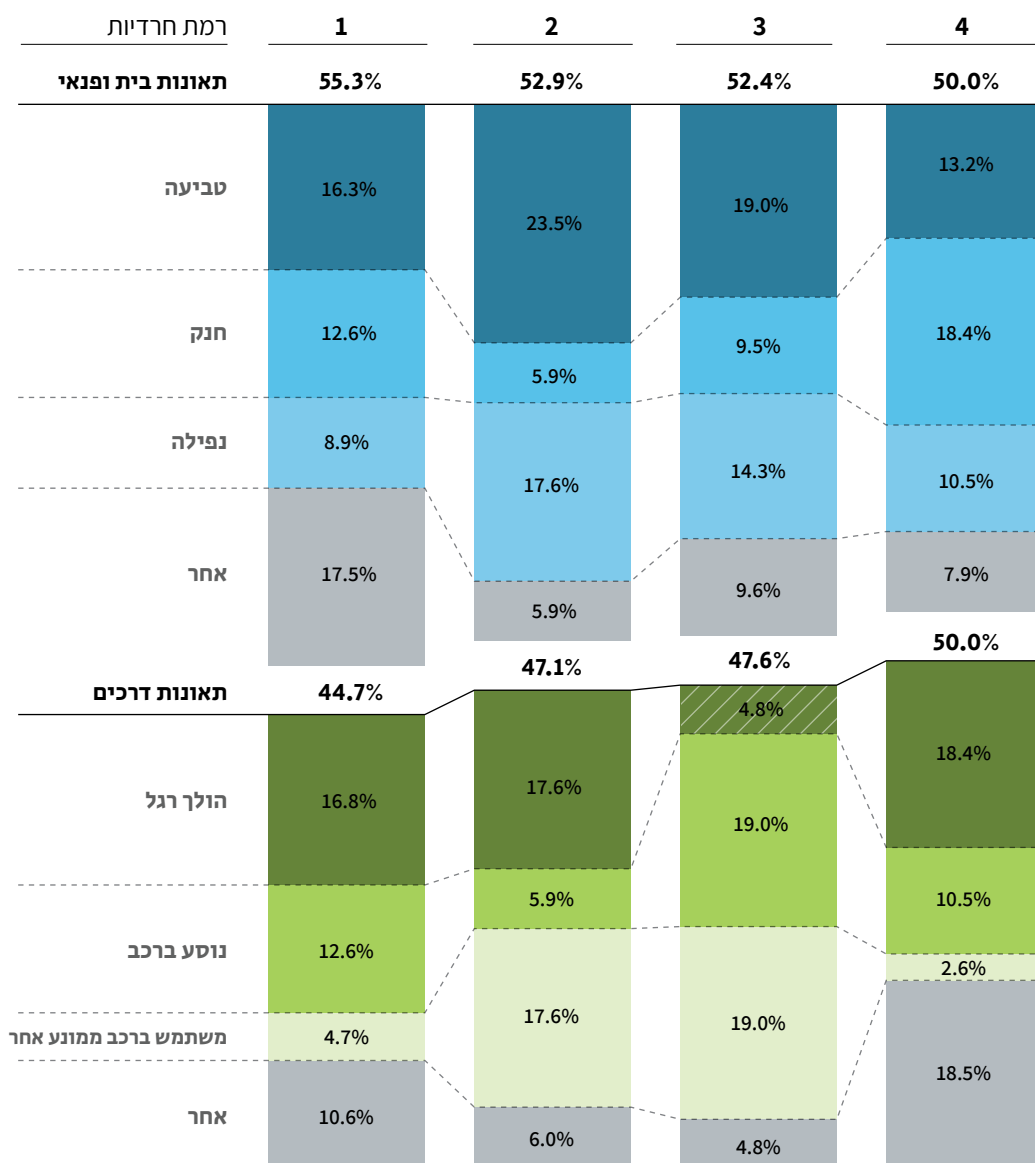
תרשים 48: התפלגות מקרי תמותת ילדים עקב היפגעות (2008–2015) לפי רמת החרדיות של יישוב המגורים וסיבת ההיפגעות, בממוצע לשנה, אחוזים

6.4.4 רמת החרדיות של יישוב המגורים וסיבת ההיפגעות

ככלל, יישובים הנבדלים ברמת חרדייתם אינם נבדלים בשכיחות היחסית של תאונות בית ופנאי ותאונות דרכים. עם זאת, יישובים בעלי רמת חרדיות 3 מאופיינים בשכיחות יחסית נמוכה של תאונות דרכים בהן הילד הנפגע הולך רגל.

בתרשים 48 מוצגת התפלגות מקרי תמותת ילדים כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי רמת חרדיות יישוב המגורים של הנפגע וסיבת ההיפגעות. סיבות ההיפגעות המוצגות הינן אלו הנכללות בקטגוריות 'תאונות בית ופנאי' ו-'תאונות דרכים'. תחת שתי קטגוריות אלו מפורטות סיבות היפגעות שלא נכללו תחת שתי קטגוריות אלו, לרבות סיבות היפגעות הנכללות תחת 'אחר' בכל קטגוריה, מוצגות בתרשים תחת 'אחר'.

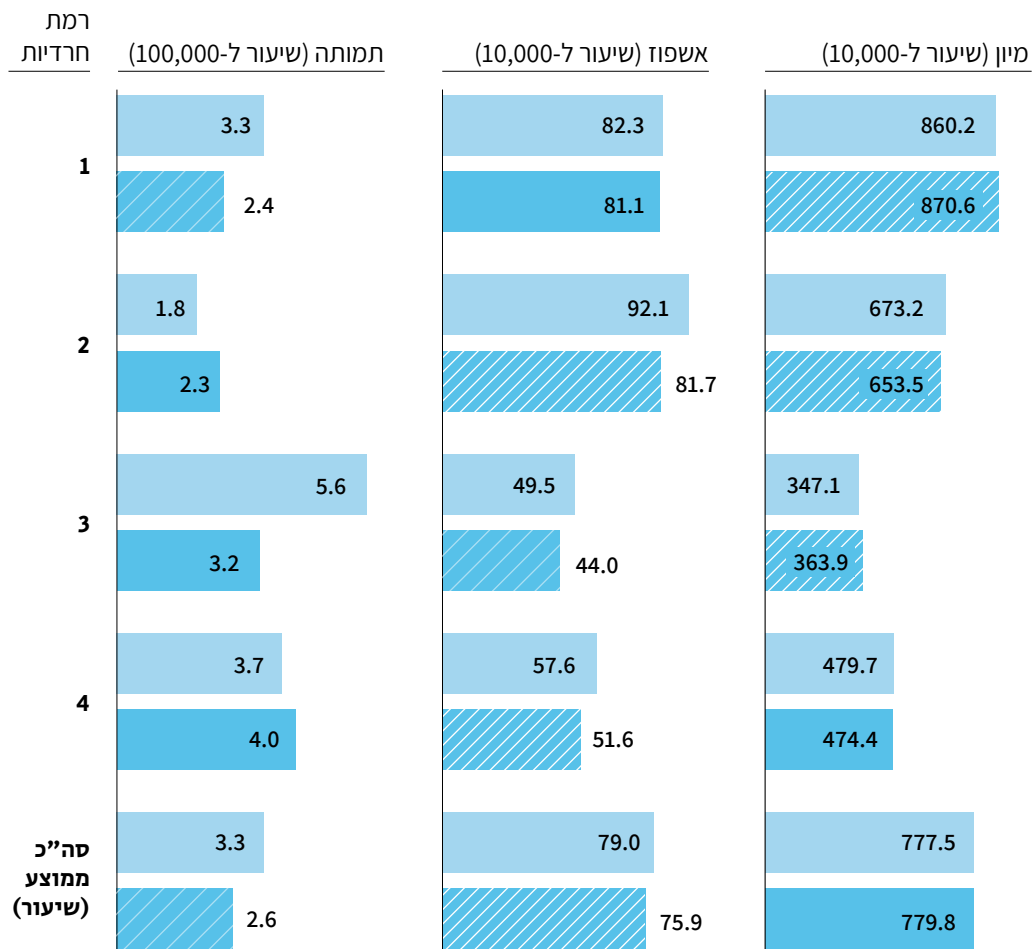
ככלל, אין הבדלים משמעותיים בחלקן היחסי של תאונות הבית והפנאי ושל תאונות הדרכים ברמות החרדיות השונות. יחד עם זאת, תאונות דרכים בהן הילד הנפגע הולך רגל נמצאו שכיחות פחות מן הממוצע ביישובים בעלי רמת חרדיות 3.



מקור: מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים.

ברמת חרדיות 2 נמצאה ירידה של כ-3% בנתון זה. ברמת החרדיות 4 לא נמצא הבדל בשיעורי הפנייה למיון בשתי תקופות הזמן הנחקרות.

תרשים 49: פניות של ילדים לחדרי מיון עקב היפגעות, 2009-2014, אשפוזים של ילדים עקב היפגעות, ותמותה של ילדים עקב היפגעות, 2008-2011
2012-2015, לפי רמת החרדיות של יישוב המגורים, במוצע לשנה, שיעורים



6.4.5 מגמות לפי רמת החרדיות של יישוב המגורים

ירידה של כ-21% נמצאה בשיעור התמותה ביישובים יהודיים, וזו נובעת מירידה בשיעור התמותה בעלי רמות חרדיות 1 ו-3. ירידה של כ-4% נמצאה בשיעור האשפוז הכולל ביישובים יהודיים, אשר מיוחסת לכלל רמות החרדיות פרט ל-1. בהתייחס לשיעורי הפנייה למיון, נמצאה עלייה בקרב ילדים תושבי יישובים בעלי רמת חרדיות 1 ו-3, וירידה ביישובים בעלי רמת חרדיות 2.

תרשים 49 מציג מגמות בשיעור התמותה של ילדים עקב היפגעות בלתי מכוונת, ובשיעורי האשפוז והפנייה למיון של ילדים עקב היפגעות מסיבות חיצוניות, לפי רמת חרדיות יישוב המגורים של הנפג. מן הנתונים עולה כי בין תקופת הזמן הראשונה (2008-2011) לתקופת הזמן השנייה (2012-2015) חלה ירידה מובהקת של כ-21% בשיעור התמותה של ילדים בכלל היישובים היהודיים (משיעור של 3.3 לשיעור של 2.6 מקרים לכל 100,000 ילדים). פילוח היישובים לפי רמת החרדיות מעלה כי ירידה זו נובעת מירידה של 27% בשיעור התמותה ביישובים בעלי רמת חרדיות 1 (משיעור של 3.3 לשיעור של 2.4 מקרים לכל 100,000 ילדים), וכן מירידה משמעותית, גם אם לא מובהקת, של 43% בשיעור התמותה ביישובים בעלי רמת חרדיות 3 (משיעור של 5.6 לשיעור של 3.2 מקרים לכל 100,000 ילדים).

בניתוח שיעורי האשפוז והפנייה למיון, תקופת הזמן הנחקרת (2009-2014) חולקה לשתי תקופות זמן עוקבות בנות 3 שנים כל אחת. ירידה קלה אך מובהקת, של כ-4%, נמצאה בין שיעור האשפוז בכלל היישובים היהודיים בתקופת הזמן הראשונה (2009-2011, 79.0 מקרים ל-10,000 ילדים) לשיעור זה בתקופת הזמן השנייה (2012-2014, 75.9 מקרים ל-10,000 ילדים).

פילוח היישובים לפי רמת החרדיות מעלה כי ירידה זו נובעת מירידה בשיעור האשפוז ביישובים המשתייכים לכלל רמות החרדיות, פרט לרמה 1. ירידה של כ-11% נמצאה בשיעורי האשפוז של יישובים המשתייכים לרמות החרדיות 2 ו-3, בהתאמה. ירידה של כ-10% נמצאה בשיעור האשפוז של יישובים המשתייכים לרמת החרדיות 4.

פילוח לשיעורי התמותה והאשפוז, לא נמצא שינוי בשיעור הפנייה למיון בכלל היישובים היהודיים בין תקופת הזמן הראשונה (2009-2011, 777.5 מקרים ל-10,000 ילדים) לתקופת הזמן השנייה (2012-2014, 779.8 מקרים ל-10,000 ילדים). יחד עם זאת, נמצאו מגמות הפוכות בכיוון בשיעורי הפנייה למיון בין רמות החרדיות השונות. ביישובים בעלי רמת חרדיות 1 ו-3 נמצאו עליות של כ-1% וכ-5% בשיעורי הפנייה למיון, בהתאמה. מנגד, ביישובים

מקורות: מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי אשפוזים, משרד הבריאות; עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון, משרד הבריאות.

פרק 7: היפגעות ילדים בישראל לפי יישובים ומחוזות

בפרק זה מוצגים נתוני פניות למיזון, אשפוזים ומקרי תמותת ילדים כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת, לפי יישוב מגורי הילדים. הנתונים מתייחסים ל-165 יישובי מגורים אשר מונים, כל אחד, 5,000 תושבים ומעלה.

בחלק הראשון מוצגים עבור כל יישוב, באמצעות לוח 18, שיעורי הפניות למיזון, שיעורי האשפוזים ושיעורי התמותה עקב היפגעות בלתי מכוונת, כאשר עבור כל יישוב מוצג מידע לגבי השיוך המחוזי, לאום היישוב, קבוצת האוכלוסייה ביישוב⁹, האשכול החברתי כלכלי של היישוב וממוצע אוכלוסיית הילדים ביישוב בשנים 2012-2014.

בחלק השני מוצגים הנתונים עבור שלוש רמות החומרה של ההיפגעות (פניות למיזון, אשפוזים ותמותה) לפי חלוקה מחוזית, תוך השוואה בין יישובים יהודיים, ערביים ומערבים יהודים-ערבים.

7.1 מקורות הנתונים, הגדרות ושיטה

מקורות הנתונים

בפרק זה נעשה שימוש במקורות הנתונים הבאים:

נתוני פניות למלר"ד בישראל – משרד הבריאות, מאגר מידע מרכזי ביקורים במיזון (2012-2014)

נתוני אשפוז ילדים בישראל – משרד הבריאות, מאגר מידע מרכזי אשפוזים (2012-2014)

נתוני תמותת ילדים בישראל – ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים, מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת', (2008-2015)

הגדרות ושיטה

כללי

הממצאים מוצגים לפי יישוב המגורים של הילד ולא לפי היישוב שבו אירעה ההיפגעות.

היישובים מסודרים לפי מחוזות, כאשר בתוך כל מחוז היישובים מסודרים לפי לאום היישוב, בסדר שלהלן: יישובים ערביים, יישובים יהודיים ויישובים מערבים יהודים-ערבים, ומוצגים בסדר אלפביתי. הממצאים המוצגים, הנסמכים על נתוני משרד הבריאות, כוללים תחת מחוז יהודה ושומרון יישובים יהודיים בלבד. אוכלוסיית הילדים ביישוב מחושבת כממוצע אוכלוסיית הילדים ביישוב בשנים 2012-2014.

⁹ המידע בלוח 18 לגבי קבוצת אוכלוסייה ביישוב מתבסס על אפיון קבוצת האוכלוסייה בחברה הערבית ואפיון רמת החרדיות של יישובים יהודיים, בהתאם לאמור בפרק 6 חלק 6.1. עם זאת, על מנת להקל על ההתבוננות, עבור יישובים יהודיים ישנה בלוח התייחסות לשתי רמות מובחנות בלבד: 'רמת חרדיות 4' (מצויינת בלוח כיישוב 'יהודי חרדי') ו'רמת מובהקות 1' (מצויינת בלוח כיישוב 'יהודי לא חרדי').

חשוב לציין כי העובדה שיישוב מסוים נכלל בקטגוריה של 'דומה לממוצע הארצי' אינה מעידה בהכרח על כך ששיעורי ההיפגעות בו אינם גבוהים או נמוכים מהממוצע, אלא רק על כך שההבדלים בין שיעורי ההיפגעות ביישוב לשיעור ההיפגעות הארצי אינם גדולים מספיק ואינם מובהקים מבחינה סטטיסטית כאשר רמת הביטחון שנקבעה למבחן היא של 95%.

7.2 היפגעות לפי יישובים

כל היישובים בעלי שיעורי תמותה גבוהים מהממוצע הארצי הינם יישובים ערביים, קיימת בולטות שלילית משמעותית ליישובים ערביים במחוז דרום. כ-75%-70% מהיישובים בעלי שיעורי אשפוז או מיון גבוהים מהממוצע הארצי הינם יישובים ערביים, כאשר ישנה בולטות שלילית ליישובים ערביים במחוז צפון וחיפה. שיעורי אשפוז ושיעורי פניה למיון נמוכים נצפו ביישובים במחוז ירושלים, יישובים במחוז יהודה ושומרון ויישובים חרדים או בעלי אוכלוסייה חרדית משמעותית.

מלוח 18 עולים הממצאים הבאים:

שיעורי תמותה

שיעורי תמותה גבוהים מהממוצע הארצי נצפו בשבעה יישובים, כולם ערביים. שניים מיישובים אלה הם ממחוז צפון (טמרה ועראבה), אחד ממחוז המרכז (טייבה) וארבעה ממחוז דרום (חורה, כסיפה, רהט ותל שבע). מבין היישובים שניתן היה לסווגם ביחס לממוצע הכלל-ארצי (יישובים המונים כ-10,000 ילדים לשנה נתונה לכל הפחות), חורה ורהט נמצאו בעלי שיעורי התמותה הגבוהים ביותר (17.6 בכל יישוב), פי 3.8 מממוצע שיעור התמותה הכלל-ארצי. ממצאים אלה תואמים מחקרים קודמים (כמו 'היפגעות ילדים מתאונות בחברה הערבית בישראל: נייר עמדה'¹⁰), שהצביעו על כך שאוכלוסיית הערבים בדרום המדינה, שמורכבת ברובה המכריע מילדים בדואים, סובלת משיעורים גבוהים במיוחד של תמותה כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת.

בשבעה יישובים, כולם יהודיים, נמצאו שיעורי תמותה נמוכים משמעותית מהממוצע הארצי. שניים ממחוז מרכז (פתח תקווה וראשון לציון), שלושה ממחוז תל אביב (הרצליה, חולון ורמת גן) ושניים ממחוז דרום (אשדוד ואשקלון). חשוב לציין שלמבחן בו נעשה שימוש ישנה מגבלה מסויימת מבחינת יכולתו לאתר יישובים שנמצאים בסיכון מופחת לתמותה מהיפגעות, מכיוון שמספר מקרי התמותה ביישוב אינו יכול להיות מספר שלילי. עובדה זו מובילה לכך שעבור יישובים שאוכלוסיית הילדים שלהם קטנה מעשרים אלף תושבים לא ניתן לקבוע שהם בסיכון מופחת גם אם שיעורי ההיפגעות בהם נמוכים מאוד. למעשה, לא ניתן לייחס להם סיכון מופחת אפילו אם התרחש בהם מקרה תמותה אחד בלבד בשמונה השנים האחרונות (בדומה למה שאירע ברעננה, למשל) או לא התרחש בהם אף מקרה תמותה.

קביעת רמת הסיכון של יישוב

קביעת נקודת ייחוס - נקודת הייחוס שנקבעה הינה ממוצע שיעור ההיפגעות הארצי, כך ששיעור ההיפגעות בכל יישוב השווה לממוצע שיעור ההיפגעות הארצי, ולא לשיעור ההיפגעות הממוצע של 165 היישובים שנכללו בלוח 18. הסיבה לכך הינה ש-165 היישובים שנכנסו ללוח 18 אינם מייצגים את כלל היישובים בארץ ואין להם מכנה משותף מהותי, פרט להיותם יישובים המונים מעל 5000 תושבים והיותם יישובים ברשות עצמם (ולא חלק ממועצה כלשהי). ממוצע שיעור ההיפגעות הארצי, לעומת זאת, מייצג את כלל היישובים בארץ.

התאמת מבחן סטטיסטי להתפלגות נתוני ההיפגעות ביישובים לפי רמות חומרת ההיפגעות - על מנת לקבוע את רמת הסיכון של יישוב בכל אחת מרמות ההיפגעות, תוך הגעה לרגישות מקסימלית מבחינת היכולת לזהות יישוב ברמת סיכון גבוהה או נמוכה ואבחנה בין מספר רמות סיכון (בעיקר אלה הגבוהות), הותאם לכל רמת ההיפגעות מבחן סטטיסטי ספציפי בהתאם למאפייני ההתפלגות:

מדד סיכון יחסי - RR (Relative Risk), המתבסס על ההתפלגות הבינומית, לבחינת הסיכון היחסי בין שתי קבוצות, הותאם לבחינת היפגעויות ברמת התמותה והאשפוז. כך, חושב סיכון יחסי (RR) לכל יישוב עבור שיעור התמותה עקב היפגעות בלתי מכוונת ובדומה עבור שיעור האשפוזים עקב היפגעות בלתי מכוונת, כאשר נקודת הייחוס הינה, בהתאמה, השיעור הממוצע הכלל-ארצי של תמותה והשיעור הממוצע הכלל-ארצי של אשפוזים עקב היפגעות בלתי מכוונת. טעות התקן ורווחי הסמך שחושבו לכל סיכון יחסי סייעו לסווג את היישובים השונים לאחת משלוש רמות סיכון להיפגעות, הן ברמת התמותה והן ברמת האשפוז, כאשר כל רמה מובחנת מהשנייה באופן מובהק:

מעל לממוצע הארצי	דומה לממוצע הארצי	מתחת לממוצע הארצי
ברמת התמותה, המאופיינת בתאים סטטיסטיים קטנים יחסית לכל יישוב, לא נעשה סיווג לפי רמת סיכון עבור יישובים בהם אוכלוסיית הילדים הממוצעת לשנה נתונה מונה פחות מ-10,000, שכן ביישובים אלה מרווח הטעות רחב מאוד ויש קושי בהסקת מסקנות סטטיסטיות תקפות ואמינות. לפיכך, יישובים אלה לא קיבלו כל סימול בצבע והמשמעות הינה שלא ניתן להסיק מסקנות סטטיסטיות לגבי אותם נתונים.		
מבחן Z לצורך השוואת ממוצעים הותאם לבחינת היפגעויות ביישובים ברמת הפניות למיון, כאשר שיעורי הפניות האלו בכל יישוב תוקנו והסטיות מהממוצע בוטאו ביחידות תקן. בהתאם לציוני התקן ורווחי הסמך שחושבו, סווגו היישובים השונים לאחת מחמש רמות סיכון להיפגעות ברמת חומרה של פנייה למיון, המובחנות באופן מובהק זו מזו:		
הרבה מאוד מעל לממוצע הארצי	דומה לממוצע הארצי	מתחת לממוצע הארצי
הרבה מעל לממוצע הארצי		
מעט מעל לממוצע הארצי		

¹⁰ ניר נ., גלעד א., אפל א., וייס א., גולן א. היפגעות ילדים מתאונות בחברה הערבית בישראל: נייר עמדה. פתח תקווה: 'בטרם' - המרכז הלאומי לבטיחות ולבריאות ילדים, מס' פרסום 40, יולי 2016.

שיעורי אשפוז

חמישה מתוך שבעת היישובים אשר סווגו כבעלי שיעורי תמותה גבוהים מהמוצע הכלל-ארצי סווגו גם כבעלי שיעורי אשפוז גבוהים מהמוצע הכלל-ארצי. שני היישובים בהם לא מתקיימת התאמה זו בין שיעורי תמותה ואשפוז גבוהים הינם חורה וכסיפה אשר בדרום: הראשון נמצא כבעל שיעור אשפוז הדומה לשיעור הממוצע הכלל-ארצי והשני נמצא כבעל שיעור אשפוז הנמוך משיעור הממוצע הכלל-ארצי.

באשר לכלל היישובים שעבורם נמצא שיעור אשפוז גבוה בהשוואה לשיעור הכלל-ארצי, עולה כי קרוב ל-75% מהם הינם יישובים ערביים, כ-21% הינם יישובים יהודיים וכ-5% הינם יישובים יהודיים-ערביים מעורבים.

בשונה מהממצא של רמת התמותה, לפיו מחוז דרום הינו בעל בולטות שלילית בתמותה עקב היפגעות, הרי שברמת האשפוז עולה כי מחוז צפון הינו בעל בולטות שלילית: 75% מהיישובים במחוז זה סווגו כבעלי שיעור אשפוז גבוה ביחס לממוצע הכלל-ארצי, ו-88% מהיישובים הערביים במחוז סווגו כך. עוד בולטים לשלילה: מחוז חיפה אשר כמחצית מכלל היישובים שבו וכ-82% מהיישובים הערבים שבו סווגו כבעלי שיעור גבוה מהמוצע. במחוז דרום, לעומת זאת, 5 מתוך 21 יישובים (שהם כ-24%) סווגו כבעלי שיעור אשפוז גבוה מהמוצע, מתוכם 4 יישובים ערביים (המהווים כ-57% מכלל היישובים הערביים במחוז). עוד עולה כי 15 היישובים בהם שיעורי האשפוז הם הגבוהים ביותר הינם כולם יישובים ערביים במחוזות חיפה וצפון, כאשר ב-12 יישובים מתוכם שיעורי האשפוז גבוהים פי 2 ויותר מהמוצע הארצי. מבין 44 יישובים ששיעורי האשפוז בהם גבוהים לפחות פי 1.5 מהמוצע הארצי, 7 בלבד הם יישובים יהודיים: קריית עקרון ובני עיי"ש (מרכז), ערד (דרום), אור עקיבא (חיפה), שלומי, חצור הגלילית וצפת (צפון). יישוב אחד הוא יישוב יהודי-ערבי מעורב (עכו) והשאר יישובים ערביים כאשר 33 מתוכם הם ממחוזות צפון וחיפה וארבעה ממחוזות דרום ומרכז.

מתוך כלל היישובים היהודיים שסווגו כבעלי סיכון גבוה לאשפוז (16 יישובים), 12 יישובים הינם מאשכולות 4-6, יישוב אחד מאשכולות 1-3 ו-3 יישובים מאשכולות 7-9. לעומת זאת, מתוך כלל היישובים היהודיים שסווגו כבעלי סיכון נמוך לאשפוז, 5 יישובים בלבד מהאשכולות הבינוניים (4-6), לעומת 7 יישובים מהאשכולות 1-3 ו-18 יישובים מהאשכולות 7-9. כלומר, באשכולות הבינוניים יותר יישובים יהודיים סווגו כבעלי סיכון גבוה לאשפוז מאשר כבעלי סיכון נמוך לאשפוז (12 יישובים לעומת 5 יישובים בהתאמה), בעוד שבקרב יישובים מאשכולות נמוכים (1-3) וגבוהים (7-9), מספר היישובים שסווגו כבעלי סיכון נמוך להיפגעות גבוה בהרבה מאשר מספר היישובים שסווגו כבעלי סיכון גבוה להיפגעות (25 יישובים לעומת 4 יישובים בהתאמה). ממצא זה מרמז על כך שמבחינת שיעורי האשפוז בקרב יישובים יהודיים, היישובים שנמצאים בסיכון גבוה יחסית להיפגעות הם דווקא יישובים מהרמה הכלכלית-החברתית הבינונית ולא יישובים מהרמה הכלכלית-החברתית הנמוכה, כפי שהיינו מצפים.

מבין 31 היישובים ששיעורי האשפוז שלהם נמצאו נמוכים משמעותית בהשוואה לממוצע הכלל-ארצי, 91% הינם יישובים יהודיים: 11 מהם נמנים על מחוז מרכז, 6 נמנים על מחוז תל אביב, 6 נוספים נמנים על מחוז יהודה ושומרון, 5 נמנים על מחוז דרום ושניים נמנים על מחוז ירושלים. שאר היישובים (שהם למעשה שלושה יישובים סה"כ) הינם: היישוב הערבי ג'ת ממחוז חיפה, היישוב היהודי-ערבי המעורב ירושלים והיישוב הערבי כסיפה שבמחוז דרום. מתוך חמישה יישובים שזוהו כחרדים מובהקים, ארבעת היישובים ביתר עילית, אלעד, מודיעין עילית ובני ברק הם בעלי שיעורי אשפוז נמוכים משמעותית מהמוצע הארצי. בנוסף, 6 מתוך 8 יישובים במחוז יהודה ושומרון סווגו כבעלי שיעורי אשפוז נמוכים משמעותית מהמוצע הארצי.

שיעורי פניות למיון

כאשר בוחנים את היישובים שסווגו כבעלי שיעורים גבוהים בהרבה מאד מהמוצע הארצי של פניות למיון, התמונה המתקבלת הינה בולטות ליישובים ערביים (מהווים כ-70%) ובולטות ליישובי הצפון (מהווים כ-75%), בדומה לממצאים שהתקבלו ברמת האשפוז. בנוסף, מעניין לציין שתחת סיווג זה של יישובים בהם שיעור הפניות למיון גבוה בהרבה מהמוצע הארצי, לא נכנס אף יישוב ערבי ממחוז דרום (בשונה מהבולטות הגבוהה שהיתה ליישובים אלה ברמת התמותה ומהנוכחות הלא מבוטלת שהיתה ליישובים אלה ברמת האשפוז). לעומת זאת, היישובים ממחוז דרום שנמצאו בולטים מאד בשיעור הפניות למיון הינם שני יישובים יהודיים: אשקלון ועומר. הסבר אפשרי לתופעה זו קשור לכך שעבור בדואים הפונים למיון ומגיעים מאחד היישובים הלא מוכרים בנגב, מוקלד במערכת בית החולים היישוב הקרוב ביותר כיישוב מגוריו של הפונה, ולפיכך ייתכן, לפחות לגבי עומר, שחלק לא מבוטל מהפניות למיון שמיוחסות לו, הינן, למעשה, פניות למיון של בדואים מיישובים לא מוכרים בנגב. יישובים יהודיים נוספים שנמצאה להם בולטות משמעותית מבחינת שיעור הפניות למיון הינם חצור הגלילית, צפת, קצרין ואור עקיבא, שלושת הראשונים ממחוז צפון והאחרון ממחוז חיפה.

הרמה השנייה מבחינת גובה שיעור הפניות למיון (שיעור פניות 'הרבה מעל לממוצע הארצי') מאופיינת גם היא בריבוי יישובים ממחוז צפון (13 מתוך 22 היישובים ברמה זו הינם ממחוז צפון), כשני שלישים מהם יישובים ערביים. לעומת זאת, רוב היישובים הערביים במחוז דרום הינם בעלי שיעור פניות למיון הדומה לממוצע הכלל-ארצי.

מבין היישובים ששיעורי הפניות שלהם למיון נמצאו נמוכים משמעותית מהמוצע הכלל-ארצי, 90% הינם יישובים יהודיים: 6 מהם במחוז חיפה, 4 במחוז יהודה ושומרון ו-3 במחוז מרכז. בקרב המחוזות ירושלים, צפון, חיפה, תל אביב ודרום מסווגים תחת קטגוריה זו (שיעור פניות נמוך מהמוצע הארצי) שני יישובים או יישוב אחד בלבד כל אחד. בנוסף, ישנה בולטות חיובית ליישובים חרדיים מבחינת שיעור הפניות למיון. כך, שלושת היישובים שבהם שיעורי הפניות למיון הם הנמוכים ביותר הינם יישובים חרדיים או יישובים שיש בהם אוכלוסייה חרדית משמעותית (בית שמש, ביתר עילית ומודיעין עילית).

לוח 18: היפגעות ילדים לפי יישובים: שיעורי פניות למיון (2012-2014), אשפוז (2012-2014) ותמותה (2008-2015) עקב היפגעות בלתי מכוונת גילאי 0-17, בממוצע לשנה

מתחת לממוצע הארצי הרבה מאוד מעל לממוצע הארצי

יישוב	מחוז	לאום היישוב	קבוצת אוכלוסייה	אשכול חברתי כלכלי	ממוצע אוכלוסיית הילדים בגילאי 0-17, 2012-2014	שיעור פניות למיון ל-10,000 ילדים 2012-2014	שיעור האשפוזים ל-10,000 ילדים 2012-2014	שיעור מקרי מוות ל-100,000 ילדים 2008-2015*
כלל-ארצי					2,654,571	770.0	82.9	4.6
אבו סנאן	מחוז צפון	ערבי	ערבי מעורב	3	4,654	1,039.3	112.5	5.4
אכסאל	מחוז צפון	ערבי	מוסלמי	3	5,383	1,196.4	140.6	2.3
אעבלין	מחוז צפון	ערבי	ערבי מעורב	3	4,683	665.5	116	8
בועייה-נוג'דאת	מחוז צפון	ערבי	בדואי - צפון	2	3,607	1,360.5	158	6.9
ביר אל-מכסור	מחוז צפון	ערבי	בדואי - צפון	2	3,380	1,044.3	176.5	3.7
בית ג'ן	מחוז צפון	ערבי	דרוזי	3	3,782	929.9	134	6.6
בסמת טבעון	מחוז צפון	ערבי	בדואי - צפון	2	2,828	726	121.4	8.8
בענה	מחוז צפון	ערבי	מוסלמי	2	3,106	597.8	90.1	4
ג'דידה-מכר	מחוז צפון	ערבי	מוסלמי	2	7,640	1,029.6	134.8	4.9
ג'ולס	מחוז צפון	ערבי	דרוזי	4	1,940	953.5	110	---
דבורייה	מחוז צפון	ערבי	מוסלמי	3	3,755	1,220.6	139.4	16.6
דייר אל-אסד	מחוז צפון	ערבי	מוסלמי	3	4,617	678.6	124.9	13.5
דייר חנא	מחוז צפון	ערבי	מוסלמי	3	3,541	983.7	116.7	10.6
זרזיר	מחוז צפון	ערבי	בדואי - צפון	2	2,957	942.5	146.6	12.7
חורפיש	מחוז צפון	ערבי	דרוזי	4	2,108	1,273.0	164.5	---
טובא-זנגרייה	מחוז צפון	ערבי	בדואי - צפון	2	2,360	1,488.9	227.4	21.2
טורעאן	מחוז צפון	ערבי	מוסלמי	3	5,212	1,259.2	146.4	4.8
טמרה	מחוז צפון	ערבי	מוסלמי	2	12,076	571.7	105.2	9.3
יאנוח-ג'ת	מחוז צפון	ערבי	דרוזי	3	2,274	1,269.2	181.7	5.5
יפיע	מחוז צפון	ערבי	מוסלמי	3	6,780	1,449.4	174.5	3.7
ירכא	מחוז צפון	ערבי	דרוזי	3	5,866	1,116.0	149.4	6.4

* שיעור התמותה השנתי חושב ביחס לאוכלוסיית הילדים הכוללת ביישוב במשך שמונה שנים (כלומר סכום האוכלוסייה במהלך שמונה השנים).

שיעור מקרי מוות ל-100,000 ילדים	שיעור האשפוזים ל-10,000 ילדים	שיעור פניות למיון ל-10,000 ילדים	ממוצע אוכלוסיית הילדים בגילאי 0-17, 2012-2014	אשכול חברתי כלכלי	קבוצת אוכלוסייה	לאום היישוב	מחוז	יישוב
2008-2015	2012-2014	2012-2014						
---	101.6	572.2	5,086	2	מוסלמי	ערבי	מחוז צפון	כאבול
23.4	168.2	1,069.2	3,211	3	דרוזי	ערבי	מחוז צפון	כסרא-סמיע
4.2	122.7	1,102.5	2,960	4	ערבי מעורב	ערבי	מחוז צפון	כפר יאסיף
8.7	140.6	1,069.9	8,583	2	מוסלמי	ערבי	מחוז צפון	כפר כנא
11	170.8	1,019.5	7,925	2	מוסלמי	ערבי	מחוז צפון	כפר מנדא
17.1	167.8	845.5	5,839	2	מוסלמי	ערבי	מחוז צפון	מג'ד אל-כרום
---	121.4	726.4	3,515	3	דרוזי	ערבי	מחוז צפון	מג'דל שמס
8.2	123	1,087.0	7,587	2	ערבי מעורב	ערבי	מחוז צפון	מגאר
16.1	184.6	1,332.8	3,106	2	מוסלמי	ערבי	מחוז צפון	משהד
2.5	115.7	619.8	5,071	2	מוסלמי	ערבי	מחוז צפון	נחף
2.4	160.7	1,604.3	25,970	3	ערבי מעורב	ערבי	מחוז צפון	נצרת
1.1	110.2	756.6	10,922	3	מוסלמי	ערבי	מחוז צפון	סח'נין
---	116.3	1,281.3	1,720	4	ערבי מעורב	ערבי	מחוז צפון	עילבון
12.1	252.9	1,537.9	3,097	2	מוסלמי	ערבי	מחוז צפון	עילוט
2.6	130.6	948.8	4,876	2	מוסלמי	ערבי	מחוז צפון	עין מאהל
12.5	126.1	933.9	9,962	2	מוסלמי	ערבי	מחוז צפון	עראבה
---	121.8	1,179.0	1,696	4	ערבי מעורב	ערבי	מחוז צפון	פקיעין (בוקייעה)
16.8	130.3	802.6	2,226	4	ערבי מעורב	ערבי	מחוז צפון	ראמה
3.8	133.2	1,153.9	6,531	3	מוסלמי	ערבי	מחוז צפון	ריינה
21.4	151.4	1,314.3	2,333	3	בדואי - צפון	ערבי	מחוז צפון	שבלי - אום אל-גנם
10.1	135.4	768.3	2,486	2	מוסלמי	ערבי	מחוז צפון	שעב
3.6	105.9	660.1	13,847	3	ערבי מעורב	ערבי	מחוז צפון	שפרעם
4.6	73.8	859	5,417	4	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז צפון	בית שאן
---	134.3	1,284.9	2,903	4		יהודי	מחוז צפון	חצור הגלילית
---	83	1,110.3	12,453	4		יהודי	מחוז צפון	טבריה

שיעור מקרי מוות ל-100,000 ילדים	שיעור האשפוזים ל-10,000 ילדים	שיעור פניות למיון ל-10,000 ילדים	ממוצע אוכלוסיית הילדים בגילאי 0-17, 2012-2014	אשכול חברתי כלכלי	קבוצת אוכלוסייה	לאום היישוב	מחוז	יישוב
2008-2015	2012-2014	2012-2014						
1.8	77.3	613.3	6,990	7	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז צפון	יקנעם עילית
4.5	75.7	395.7	11,179	6	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז צפון	כרמיאל
1.7	93.3	985.5	7,431	4		יהודי	מחוז צפון	מגדל העמק
1.8	107	967.2	14,078	6	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז צפון	נהרייה
2.2	107	1,171.9	11,281	5	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז צפון	עפולה
2.9	127.3	1,356.2	13,041	2		יהודי	מחוז צפון	צפת
---	109.5	1,213.6	1,887	5	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז צפון	קצרין
6.1	90.7	1,098.2	6,134	5	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז צפון	קריית שמונה
---	62.4	805.3	2,136	8	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז צפון	רמת ישי
6.5	137.3	1,183.5	1,918	5	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז צפון	שלומי
--	102.4	830.2	5,922	5		מעורב	מחוז צפון	מעלות-תרשיחא
2.7	90.1	1,128.3	9,173	5		מעורב	מחוז צפון	נצרת עילית
2.9	138.5	912	13,067	4		מעורב	מחוז צפון	עכו
5.2	126.7	868.1	21,760	2	מוסלמי	ערבי	מחוז חיפה	אום אל-פחם
6.6	111	983.4	11,290	3	מוסלמי	ערבי	מחוז חיפה	באקה אל-גרביה
20.1	130.2	1,038.8	3,738	2	מוסלמי	ערבי	מחוז חיפה	בסמ"ה
12.3	177.7	1,100.5	6,115	2	מוסלמי	ערבי	מחוז חיפה	ג'סר א-זרקא
---	49.3	535.7	4,125	4	מוסלמי	ערבי	מחוז חיפה	ג'ת
2.5	181.1	997.6	5,042	4	דרוזי	ערבי	מחוז חיפה	דאלית אל-כרמל
11.6	111.6	1,071.2	6,454	4	מוסלמי	ערבי	מחוז חיפה	כפר קרע
8.7	113.8	1,068.1	5,770	2	מוסלמי	ערבי	מחוז חיפה	מעלה עירון
6.9	182.7	865.9	3,630	4	מעורב	ערבי	מחוז חיפה	עספיא
4.1	96.5	802.9	9,084	3	מוסלמי	ערבי	מחוז חיפה	ערערה
13.3	126.4	1,059.0	4,693	2	מוסלמי	ערבי	מחוז חיפה	פורידיס
---	124.4	1,356.7	4,449	5	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז חיפה	אור עקיבא

שיעור מקרי מוות ל-100,000 ילדים	שיעור האשפוזים ל-10,000 ילדים	שיעור פניות למיון ל-10,000 ילדים	ממוצע אוכלוסיית הילדים בגילאי 0-17, 2012-2014	אשכול חברתי כלכלי	קבוצת אוכלוסייה	לאום היישוב	מחוז	יישוב
2008-2015	2012-2014	2012-2014						
---	65.8	796.5	5,168	8	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז חיפה	בנימינה-גבעת עדה
1.7	69	683.6	7,436	8	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז חיפה	זכרון יעקב
3.9	100.8	1,014.7	22,515	6	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז חיפה	חדרה
---	105.1	828.8	4,629	4	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז חיפה	טירת כרמל
---	106.7	686.6	5,185	7	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז חיפה	נשר
2.2	91.8	1,076.0	11,115	7	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז חיפה	פרדס חנה-כרכור
2.8	77.4	569.8	13,443	6	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז חיפה	קריית אתא
4.3	76.5	489.1	8,622	7	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז חיפה	קריית ביאליק
---	64.4	603.5	4,502	8	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז חיפה	קריית טבעון
---	78.5	519.3	7,684	5	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז חיפה	קריית ים
---	80.8	502.3	8,660	7	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז חיפה	קריית מוצקין
2.5	82.3	581.8	4,979	2	יהודי - חרדי	יהודי	מחוז חיפה	רכסים
4.1	115.8	709.9	61,179	7	יהודי - לא חרדי	מעורב	מחוז חיפה	חיפה
3.2	107.9	1,312.5	3,863	2	מוסלמי	ערבי	מחוז מרכז	ג'לג'וליה
10.4	119.4	826.2	2,401	3	מוסלמי	ערבי	מחוז מרכז	זמר
9.3	131.3	808.1	16,095	3	מוסלמי	ערבי	מחוז מרכז	טייבה
8.7	130.1	1,029.3	8,611	4	מוסלמי	ערבי	מחוז מרכז	טירה
13.8	70.6	1,275.0	9,067	3	מוסלמי	ערבי	מחוז מרכז	כפר קאסם
9.6	140.6	841.6	9,125	2	מוסלמי	ערבי	מחוז מרכז	קלנסווה
---	67.6	719.9	4,093	8	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	אבן יהודה
3.4	45.7	644	25,773	2	יהודי - חרדי	יהודי	מחוז מרכז	אלעד
2	59.7	842.2	6,143	7	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	באר יעקב
---	47.7	871.3	2,165	7	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	בית דגן
---	131.1	892.8	1,628	5	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	בני עיי"ש
---	53.3	833.1	8,498	8	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	גבעת שמואל

שיעור מקרי מוות ל-100,000 ילדים	שיעור האשפוזים ל-10,000 ילדים	שיעור פניות למיון ל-10,000 ילדים	ממוצע אוכלוסיית הילדים בגילאי 0-17, 2012-2014	אשכול חברתי כלכלי	קבוצת אוכלוסייה	לאום היישוב	מחוז	יישוב
2008-2015	2012-2014	2012-2014						
3.9	108	808.7	9,567	7	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	גדרה
1.6	97.5	540.4	7,662	7	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	גן יבנה
2.6	55.5	890	4,746	8	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	גני תקווה
2.4	59.2	882.1	15,765	8	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	הוד השרון
3.5	104.8	687.3	10,587	6	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	יבנה
4.7	68.2	942.1	8,014	8	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	יהוד
---	57.1	679.5	2,570	9	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	כוכב יאיר
---	108	809.1	7,127	7	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	כפר יונה
4.7	77.8	943.5	24,006	8	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	כפר סבא
2.2	43.6	302.7	33,574	8	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	מודיעין-מכבים-רעות
---	103.6	897.1	3,894	8	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	מזכרת בתיה
1.7	58.1	654	14,466	8	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	נס ציונה
4	116.9	902.4	53,710	6	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	נתניה
---	94	994.3	1,348	8	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	פרדסייה
2.2	38.8	1,034.7	63,215	7	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	פתח תקווה
1.9	62.3	590.7	6,478	8	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	קדימה-צורן
---	151.2	1,036.0	2,954	5	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	קריית עקרונ
2	47.9	886.1	12,655	7	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	ראש העין
2.1	56.4	716.7	58,359	7	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	ראשון לציון
4.4	107.4	787.4	36,895	7	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	רחובות
0.7**	77.6	766.8	18,601	8	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	רעננה**
3.6	43.4	638	6,917	9	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	שוהם
---	69.2	776.8	4,145	8	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז מרכז	תל מונד
5.8	97.6	1,019.7	23,627	4		מעורב	מחוז מרכז	לוד
6.5	102	1,077.5	21,148	4		מעורב	מחוז מרכז	רמלה

** שיעור התמותה ברעננה נמוך משמעותית מהממוצע הארצי, אך יחס הסיכונים לא עמד ברמת המובהקות הנדרשת (אם כי הוא היה מאוד קרוב אליה) ולכן סווג כ-'דומה לממוצע הארצי'.

יישוב	מחוז	לאום היישוב	קבוצת אוכלוסייה	אשכול חברתי כלכלי	ממוצע אוכלוסיית הילדים בגילאי 0-17, 2012-2014	שיעור פניות למיון ל-10,000 ילדים	שיעור האשפוזים ל-10,000 ילדים	שיעור מקרי מוות ל-100,000 ילדים
						2012-2014	2012-2014	2008-2015
אור יהודה	מחוז תל אביב	יהודי	יהודי - לא חרדי	5	10,211	908.8	70.8	1.2
אזור	מחוז תל אביב	יהודי	יהודי - לא חרדי	7	3,124	845.1	85.4	---
בני ברק	מחוז תל אביב	יהודי	יהודי - חרדי	2	80,149	536.7	57.5	3.1
בת ים	מחוז תל אביב	יהודי	יהודי - לא חרדי	5	26,458	973.4	98.6	1.9
גבעתיים	מחוז תל אביב	יהודי	יהודי - לא חרדי	8	13,045	747.7	47.3	1
הרצלייה	מחוז תל אביב	יהודי	יהודי - לא חרדי	8	20,984	678.3	63.9	---
חולון	מחוז תל אביב	יהודי	יהודי - לא חרדי	6	47,252	787.2	79	2.1
קריית אונו	מחוז תל אביב	יהודי	יהודי - לא חרדי	8	10,600	917.3	50.3	1.2
רמת גן	מחוז תל אביב	יהודי	יהודי - לא חרדי	8	32,670	822.3	71	1.1
רמת השרון	מחוז תל אביב	יהודי	יהודי - לא חרדי	9	11,932	638.4	45	1
תל אביב-יפו	מחוז תל אביב	מעורב	יהודי - לא חרדי	8	85,141	1,020.1	84.9	5
אורנית	מחוז יו"ש	יהודי	יהודי - לא חרדי	8	2,696	942.2	43.3	4.6
אלפי מנשה	מחוז יו"ש	יהודי	יהודי - לא חרדי	8	2,674	867.7	63.6	4.7
אריאל	מחוז יו"ש	יהודי	יהודי - לא חרדי	6	4,236	867.9	51.1	---
ביתר עילית	מחוז יו"ש	יהודי	יהודי - חרדי	1	28,442	264	28.1	6.6
גבעת זאב	מחוז יו"ש	יהודי	יהודי - לא חרדי	6	5,393	446.9	39.6	2.3
מודיעין עילית	מחוז יו"ש	יהודי	יהודי - חרדי	1	37,741	274.5	46.3	2.3
מעלה אדומים	מחוז יו"ש	יהודי	יהודי - לא חרדי	6	12,940	357.3	37.1	1
קרני שומרון	מחוז יו"ש	יהודי	יהודי - לא חרדי	5	2,278	866.4	89.3	5.5
חורה	מחוז דרום	ערבי	בדואי - דרום	1	10,659	801.5	88.2	17.6
כסיפה	מחוז דרום	ערבי	בדואי - דרום	1	9,898	538.5	57.9	10.1
לקיה	מחוז דרום	ערבי	בדואי - דרום	1	5,746	908.4	120.7	10.9***
ערערה-בנגב	מחוז דרום	ערבי	בדואי - דרום	1	8,563	668	93.8	11.7***
רהט	מחוז דרום	ערבי	בדואי - דרום	1	31,877	947	116.7	17.6

*** שיעורי התמותה בישובים אלה גבוהים משמעותית מהממוצע הארצי. יחד עם זאת, המובהקות של יחס הסיכונים בינם לבין הממוצע הארצי לא נבחנה מכיוון שהם אינם עומדים בקריטריון שנקבע לבחינת המובהקות של אוכלוסייה, כך שתמנה לפחות עשרת אלפים ילדים. אין להסיק מכך שישושים אלה אינם בסיכון גבוה להיפגעות.

שיעור מקרי מוות ל-100,000 ילדים	שיעור האשפוזים ל-10,000 ילדים	שיעור פניות למיון ל-10,000 ילדים	ממוצע אוכלוסיית הילדים בגילאי 0-17, 2012-2014	אשכול חברתי כלכלי	קבוצת אוכלוסייה	לאום היישוב	מחוז	יישוב
2008-2015	2012-2014	2012-2014						
34.0***	144.4	1,000.7	4,777	1	בדואי - דרום	ערבי	מחוז דרום	שגב-שלום
11	116.8	895.6	10,191	1	בדואי - דרום	ערבי	מחוז דרום	תל שבע
4.5	62.8	740.3	8,380	3		יהודי	מחוז דרום	אופקים
5.9	86.7	1,191.9	12,688	6	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז דרום	אילת
1.6	67.8	323.1	68,667	5		יהודי	מחוז דרום	אשדוד****
1.5	92.3	1,480.5	33,157	5	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז דרום	אשקלון
2.8	87.4	1,140.9	52,709	5	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז דרום	באר שבע
3.9	82.9	811.4	9,695	4	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז דרום	דימונה
---	82.9	698.7	3,096	4	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז דרום	ירוחם
---	38.5	1,042.7	2,340	9	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז דרום	מיתר
4	64.6	659.5	12,378	3		יהודי	מחוז דרום	נתיבות
6.1	90	1,240.1	2,038	9	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז דרום	עומר
3.8	137.7	1,097.6	6,632	4		יהודי	מחוז דרום	ערד
4.3	67.3	675.6	14,565	4		יהודי	מחוז דרום	קריית גת
3.7	103.5	667.4	6,797	3	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז דרום	קריית מלאכי
2	88	1,187.1	6,099	4	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז דרום	שדרות
9.9	62.3	608.2	2,516	3	מוסלמי	ערבי	מחוז ירושלים	אבו גוש
4.1	33	203.2	48,892	2		יהודי	מחוז ירושלים	בית שמש
---	44.1	427	6,885	8	יהודי - לא חרדי	יהודי	מחוז ירושלים	מבשרת ציון
4.2	44.6	401.8	330,510	3		מעורב	מחוז ירושלים	ירושלים

**** הישוב אשדוד הינו הישוב היחיד ששיעורי ההיפגעות בו נמצאו נמוכים באופן מובהק מהממוצע הארצי בכל שלושת המדדים: מיון, אשפוז ותמותה. --- ביישובים בהם אוכלוסיית הילדים מונה פחות מ-10,000 ילדים לשנה נתונה, לא חושבו שיעורי תמותה.

מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים, מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', (2008-2015); משרד הבריאות, מאגר מידע מרכזי אשפוזים (2012-2014), משרד הבריאות, מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון (2012-2014)

7.3 היפגעות לפי מחוזות ולפי לאום היישוב

בסעיף זה מוצגים שיעורי התמותה, שיעורי האשפוז ושיעורי הפניות למיון בכל אחד משבעת המחוזות (צפון, חיפה, תל אביב, מרכז, ירושלים, יהודה ושומרון ודרום) תוך השוואה בין יישובים יהודיים, יישובים ערביים ויישובים מעורבים יהודיים-ערביים בכל מחוז והפערים ביחסי השיעורים בין ערבים ליהודים בכל אחד מהמחוזות. כאמור בראשית הפרק, יש לזכור כי הממצאים המוצגים, הנסמכים על נתוני משרד הבריאות, כוללים תחת מחוז יהודה ושומרון יישובים יהודיים בלבד.

הפער בין ילדים ערבים לילדים יהודים בשיעורי התמותה (יחס שיעורים של 3.5) גבוה יותר מהפער בשיעורי האשפוז (יחס שיעורים של 1.8) וזה גבוה יותר מהפער בשיעורי הפניות למיון (יחס שיעורים של 1.3). ברמת התמותה, הפער הגדול ביותר בין ילדים ערבים ליהודים נצפה במחוז דרום (יחס שיעורים של 5.9). ברמת האשפוז, הפערים הגדולים ביותר נצפו במחוז ירושלים והמרכז (יחס שיעורים של 1.8 ו-1.7 בהתאמה) ואילו ברמת המיון הפער הגדול ביותר נצפה במחוז ירושלים (יחס שיעורים של 2.6).

שיעורי תמותה

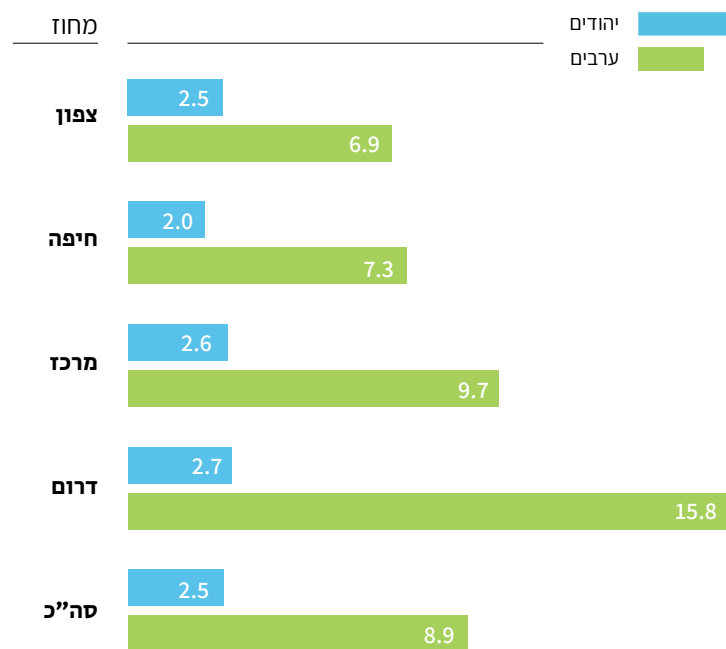
בלוח 19 ובתרשים 50 מוצגים שיעורי התמותה בכל מחוז בחלוקה לשלושת סוגי היישובים.

לוח 19: שיעורי תמותה ביישובים יהודיים וערביים ויחס השיעורים לפי מחוז, שיעורים ל-100,000 ילדים, 2008-2015

מחוז	שיעורי תמותה		
	יישובים יהודיים	יישובים ערביים	יישובים מעורבים
צפון	2.5	6.9	2.2
חיפה	2.0	7.3	4.1
תל אביב	1.9		5.0
מרכז	2.6	9.7	6.1
ירושלים	3.6	*	4.2
יהודה ושומרון	3.5		3.5
דרום	2.7	15.8	5.9
סה"כ	2.5	8.9	4.3

*לא חושב שיעור תמותה כיוון שאוכלוסיית הילדים מונה פחות מ-10,000 ילדים
מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים, מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', (2008-2015)

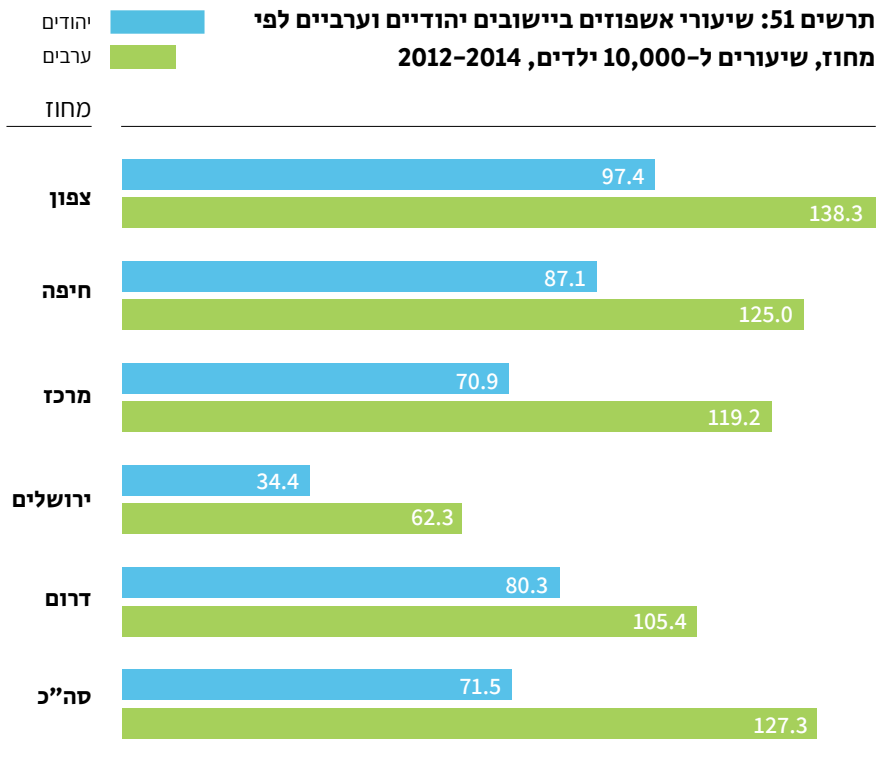
תרשים 50: שיעורי תמותה ביישובים יהודיים וערביים לפי מחוז, שיעורים ל-100,000 ילדים, 2008-2015



מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים, מאגר 'תיעוד היפגעות מהתקשורת', (2008-2015)

מהלוח ומהתרשים עולה:

שיעורי התמותה מהיפגעות במחוז דרום גבוהים משמעותית מהממוצע הארצי ושיעורי התמותה במחוזות תל-אביב ומרכז נמוכים משמעותית מהממוצע הארצי. בשאר המחוזות שיעורי התמותה דומים לממוצע הארצי. בחלוקה לפי לאום, שיעור תמותה גבוה במיוחד נצפה ביישובים ערביים במחוז הדרום (שיעור של כ-15.8 מקרי מוות מהיפגעות ל-100,000 ילדים בשנה). שיעורי תמותה גבוהים מהממוצע הארצי נצפו גם ביישובים ערביים במחוזות מרכז, חיפה וצפון. שיעורי תמותה נמוכים משמעותית מהממוצע הארצי נצפו ביישובים יהודיים במחוזות תל-אביב, חיפה, צפון, מרכז ודרום. בשני מחוזות שיעור התמותה ביישובים יהודיים היה דומה לממוצע הארצי: ירושלים ויהודה ושומרון. עולה מכך שהסיכון של ילד ערבי ממחוז דרום להיהרג כתוצאה מהיפגעות בלתי מכוונת גבוה פי 8.3 מהסיכון של ילד יהודי במחוז תל-אביב.



מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים, מאגר 'תיעוד היפגעויות מהתקשורת', (2008-2015)

מהלוח ומהתרשים עולה:

המחוזות בהם שיעורי האשפוז הם הגבוהים ביותר הינם: מחוז צפון (שיעור של כ-125 אשפוזים ל-10,000 ילדים בשנה). המחוזות בהם שיעורי האשפוז הם הנמוכים ביותר הינם: מחוז ירושלים ומחוז יהודה ושומרון (שיעור של כ-41-43 אשפוזים בכל אחד מהמחוזות ל-10,000 ילדים בשנה).

בחלוקה לפי לאום, השיעורים הגבוהים ביותר של אשפוזים נצפו הן בקרב יהודים והן בקרב ערבים במחוז צפון, אם כי זהו המחוז היחיד בעל שיעור אשפוז של ילדים יהודים הגבוה מהממוצע הכלל-ארצי. בקרב ערבים נצפתה חריגה שלילית בשיעור האשפוזים גם עבור מחוזות חיפה, מרכז ודרום. בקרב יישובים מעורבים יהודיים-ערביים נצפו שיעורי אשפוז גבוהים מהממוצע הארצי במחוזות צפון, חיפה ומרכז. שיעורי אשפוז נמוכים מהממוצע הארצי נצפו במחוז ירושלים, בילדים תושבי יישובים יהודיים ומעורבים יהודיים-ערביים, כמו גם במחוז יהודה ושומרון (הכולל בדוח זה יישובים יהודיים בלבד).

לגבי יישובים מעורבים יהודיים-ערביים, נמצא שיישובים אלה אינם שונים במובהק מהממוצע הארצי בכל המחוזות. הפער בין יישובים ערביים ליהודיים בכלל המחוזות עומד על כ-25%. כלומר, הסיכון של ילד ערבי להיפגעות גבוה פי 3.5 מהסיכון של ילד יהודי. הפער הגדול ביותר נצפה במחוז דרום (יחס שיעורים של 5.9) ואילו הפער הקטן ביותר נצפה במחוז צפון (יחס שיעורים של 2.8).

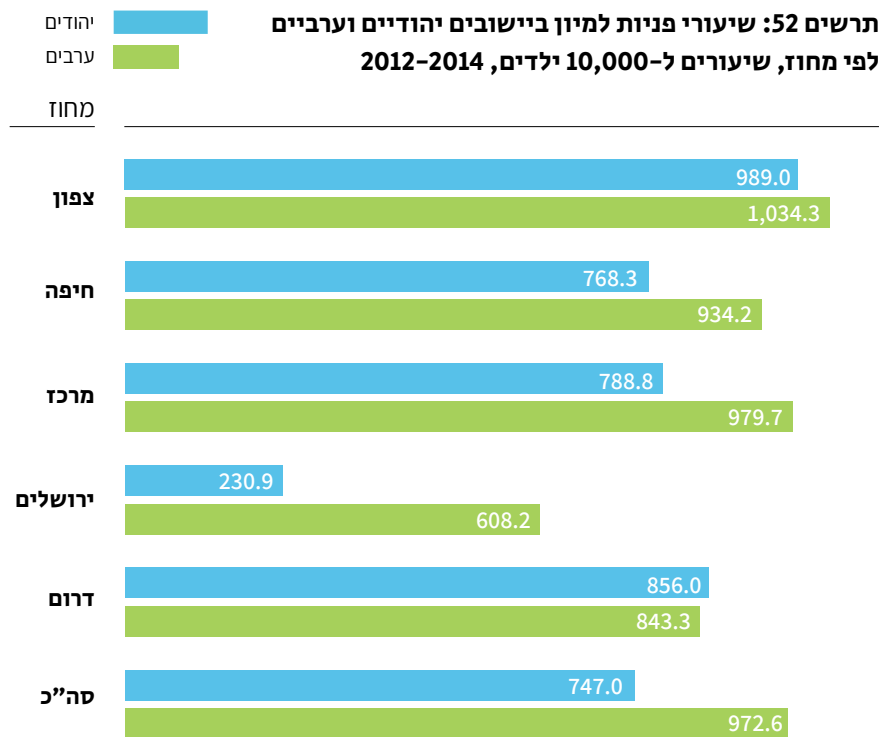
שיעורי אשפוזים

בלוח 20 ובתרשים 51 מוצגים שיעורי האשפוזים בכל מחוז בחלוקה לשלושת סוגי היישובים.

לוח 20: שיעורי אשפוזים ביישובים יהודיים וערביים ויחס השיעורים לפי מחוז, שיעורים ל-10,000 ילדים, 2012-2014

מחוז	שיעורי אשפוזים			יחס שיעורים / ערבים / יהודים
	יישובים יהודיים	יישובים ערביים	יישובים מעורבים	
צפון	97.4	138.3	115.2	1.4
חיפה	87.1	125.0	115.8	1.4
תל אביב	67.4		84.9	
מרכז	70.9	119.2	99.7	1.7
ירושלים	34.4	62.3	44.6	1.8
יו"ש	40.9			
דרום	80.3	105.4		1.3
סה"כ	71.5	127.3	66.9	1.8

מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים מיוחדים לנתוני משרד הבריאות, מאגר מידע מרכזי אשפוזים (2012-2014)



מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון, משרד הבריאות.

מהלוח ומהתרשים עולה:

המחוז שבו שיעורי הפניות למיון הם הגבוהים ביותר הוא מחוז צפון (שיעור של כ-1,017 פניות ל-10,000 ילדים בשנה), והמחוזות שבהם שיעורי הפניות הם הנמוכים ביותר הינם מחוזות ירושלים ויהודה ושומרון (כ-379 ו-367 פניות ל-10,000 ילדים בשנה, בהתאמה).

בחלוקה לפי לאום, שיעורים גבוהים של פניות למיון נצפו במחוז צפון בכל שלושת סוגי היישובים: יהודי, ערבי ויהודי-ערבי מעורב, אם כי ביישובים ערביים נצפו השיעורים הגבוהים ביותר והחריגים ביותר בהשוואה לממוצע הכלל-ארצי. בנוסף, נצפו שיעורים גבוהים של פניות למיון במחוז מרכז ביישובים ערביים וביישובים יהודיים-ערביים מעורבים. במחוז תל אביב ביישובים מעורבים ובמחוז חיפה ביישובים ערביים נצפו גם כן שיעורי פניות גבוהים מעט מהממוצע הכלל-ארצי. שיעורי פניות נמוכים מהממוצע הכלל-ארצי נצפו בירושלים בשלושת סוגי היישובים: יהודי, ערבי ויהודי-ערבי מעורב, וכך גם במחוז יהודה ושומרון.

הפער בשיעורי האשפוז בין ערבים ליהודים בכלל המחוזות עומד על כ-80%. כלומר, הסיכון של ילד ערבי לאשפוז עקב היפגעות גבוה פי 1.8 מהסיכון של ילד יהודי. הפערים הגדולים ביותר נצפו במחוז ירושלים (יחס שיעורים של 1.8) ומרכז (יחס שיעורים של 1.7), ואילו הפערים הקטנים ביותר נצפו במחוז דרום (יחס שיעורים של 1.3).

שיעורי פניות למיון

בלוח 21 ובתרשים 52 מוצגים שיעורי הפניות לחדרי מיון בכל מחוז בחלוקה לשלושת סוגי היישובים.

לוח 21: שיעורי פניות למיון ביישובים יהודיים וערביים ויחס השיעורים לפי מחוז, שיעורים ל-10,000 ילדים, 2012-2014

מחוז	שיעורי פניות למיון				
	יחס שיעורים / ערבים יהודים	סה"כ שיעורי פניות למיון במחוז	יישובים מעורבים	יישובים ערביים	יישובים יהודיים
צפון	1.0	1,016.6	965.2	1,034.3	989.0
חיפה	1.2	808.0	709.9	934.2	768.3
תל אביב		799.1	1,020.1		725.7
מרכז	1.2	826.9	1,047.0	979.7	788.8
ירושלים	2.6	378.6	401.8	608.2	230.9
יו"ש		367.4			367.4
דרום	1.0	852.8		843.3	856.0
סה"כ	1.3	770.0	613.3	972.6	747.0

מקור: ארגון 'בטרם' לבטיחות ילדים. עיבודים מיוחדים לנתוני מאגר מידע מרכזי ביקורים במיון, משרד הבריאות.

מחוז חיפה בולט מבחינת שיעורי אשפוז גבוהים מהממוצע הכלל-ארצי כאשר הבולטות נגזרת מיישובים ערביים ומיישובים מעורבים יהודיים-ערביים. יחד עם זאת, שיעורי התמותה ושיעורי הפניות למיין דומים לממוצע הכלל-ארצי.

במחוז מרכז נצפו שיעורי אשפוז ושיעורי פניות למיין גבוהים ביישובים ערביים וביישובים מעורבים יהודיים-ערביים, אולם לא נרשמה חריגה ברמת כלל המחוז.

לעומת זאת, במחוז ירושלים ובמחוז יהודה ושומרון נצפו שיעורי אשפוז ושיעורי פניות למיין נמוכים מהממוצע הכלל-ארצי. במחוז יהודה ושומרון הדבר נכון עבור כלל המחוז (אם כי יש לזכור שהמחוז עצמו כולל בדוח זה יישובים יהודיים בלבד), ובמחוז ירושלים הדבר נכון עבור שלושת סוגי היישובים, להוציא יישובים ערביים אשר נמצאו נמוכים רק בשיעורי הפניות למיין בעוד ששיעורי האשפוז שלהם דומים לממוצע הכלל-ארצי.

הפער בשיעורי הפניות למיין בין ערבים ליהודים בכלל המחוזות עומד על כ-30%. כלומר, הסיכון של ילד ערבי לפנות למיין עקב היפגעות גבוה פי 1.3 מהסיכון של ילד יהודי. הפערים הגדולים ביותר נצפו במחוז ירושלים (יחס שיעורים של 2.6), ואילו במחוז צפון ובמחוז דרום לא היה כל הבדל משמעותי, אם בכלל, בין יהודים לערבים מבחינת שיעור הפניות למיין.

סיכום הממצאים בנושא פניות למיין, אשפוז ותמותה עקב היפגעות, לפי מחוזות

פערים בין יהודים לערבים

הפערים בין ערבים ליהודים בשיעורי התמותה (יחס שיעורים של 3.5) גבוהים יותר מהפערים בשיעורי האשפוז (יחס שיעורים של 1.8) ואלה גבוהים יותר מהפערים בשיעורי הפניות למיין (יחס שיעורים של 1.3). הסבר אפשרי להבדל זה הוא שהפגיעות של ילדים ערבים נוטות להיות חמורות יותר (ראה פרק זירות). בנוסף, פניות למיין ואשפוז (כאשר רמת החומרה קלה יחסית) מושפעות מגורמים נוספים מעבר לעצם ההיפגעות, כמו מידת הנגישות של בית החולים והמוטיבציה לפנות לבית חולים לעומת שימוש באמצעי טיפול אלטרנטיביים. עבור לא מעט יישובים ערביים הנגישות לבתי החולים נמוכה וייתכן גם שבקרב האוכלוסייה הערבית, לפחות בחלקה, המוטיבציה לפנות לבתי חולים פחותה ביחס לאוכלוסייה היהודית. כך, ייתכן שלמרות מספר היפגעויות גדול יותר בקרב האוכלוסייה הערבית, ההבדלים ברמת האשפוז והפניות למיין בבתי חולים בהשוואה לאוכלוסייה היהודית, הם למעשה קטנים יותר ומשמעותיים פחות.

פערים בין מחוזות

שיעורי התמותה הגבוהים ביותר נמצאו בקרב יישובים ערביים בדרום (בקרב האוכלוסייה הבדואית). יחד עם זאת, שיעורי האשפוז ביישובים אלה גבוהים מהממוצע הכלל-ארצי, אולם נמוכים משיעורי האשפוז ביישובים ערביים במחוזות צפון, חיפה ומרכז, ואילו שיעורי הפניות למיין ביישובים אלה נמצאו דומים לממוצע הכלל-ארצי.

מחוז צפון בולט מבחינת שיעורי אשפוז ושיעורי פניות למיין גבוהים מהממוצע הכלל-ארצי, הן בקרב ערבים והן בקרב יהודים (לרבות יישובים מעורבים יהודיים-ערביים), אך במידה רבה יותר ביישובים ערביים. עם זאת, שיעורי התמותה במחוז הצפון אינם גבוהים משמעותית מהממוצע הארצי.

ביבליוגרפיה

Bentur, Y., Lurie, Y., Cahana, A., Kovler, N., Bloom-Krasik, A., Gurevych, B., & Klein-Schwartz, W. (2014). Poisoning in Israel: annual report of the Israel Poison Information Center, 2012. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*, 10(11), 686-692.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2013). *National Action Plan for Child Injury Prevention*. National Centers for Injury Prevention and Control.

Evans, L. (2014). Traffic fatality reductions: United States compared with 25 other countries. *American Journal of Public Health*, 104(8), 1501-1507.

Peden, M. M. (Ed.). (2008). *World Report on Child Injury Prevention*. World Health Organization.

World Health Organization. (2009). *Global Status Report on Road Safety 2013: supporting a Decade of Action*. Geneva: World Health Organization; 2013.

Laflamme, L., Hasselberg, M., & Burrows, S. (2010). 20 years of research on socioeconomic inequality and children's: unintentional injuries understanding the cause-specific evidence at hand. *International Journal of Pediatrics*, 2010.

Khan, U. R., Sengoelge, M., Zia, N., Razzak, J. A., Hasselberg, M., & Laflamme, L. (2015). Country level economic disparities in child injury mortality. *Archives of Disease in Childhood*, 100(Suppl 1), S29-S33.

Schwebel, D. C. & Gaines, J. (2007). Pediatric unintentional injury: behavioral risk factors and implications for prevention. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(3), 245-254.

Sethi, D. (2008). *European Report on Child Injury Prevention*. WHO Regional Office Europe.

Towner, E. & Towner, J. (2009). Child injury in a changing world. *Global Public Health*, 4(4), 402-413.

Siman-Tov, M., Radomislensky, I., & Peleg, K. (2013). Reduction in trauma mortality in Israel during the last decade (2000-2010): The impact of changes in the trauma system. *Injury*, 44(11), 1448-1452.

ניר נ., גלעד א., אפל א., וייס א., גולן א. היפגעות ילדים מתאונות בחברה הערבית בישראל: נייר עמדה. פתח תקווה: 'בטרם' - המרכז הלאומי לבטיחות ולבריאות ילדים, מס' פרסום 40, יולי 2016.

פרידמן, י., שאול-מנע, נ., פוגל, נ., רומנוב, ד., עמדי, ד., פלדמן, מ., ואחרים (2011). שיטות מדידה ואמידת גודלה של האוכלוסייה החרדית בישראל. אוחזר מתוך <http://www.cbs.gov.il/publications/tec25.pdf>

צדקה, פ., הלפרין, ב. (2002). פגיעות בישראל. בתוך שמר, י., בראל, ו. היפגעות בישראל. ירושלים: הוצאת מאגנס, תשס"ב.



اصابات الأطفال في اسرائيل

تقرير "بطيرم" للأمة 2017

نتالي نير
يوتام أوفير
أوشري فايس
شارون ليفي

اعداد: إستي جولان



اعلان رقم 1100
مؤسسة "بطيرم" لسلامة الأطفال، تشرين أول 2017



ملخص

تقرير للأمة: صورة عامة حول إصابات الأطفال في إسرائيل

تبيّن أن احتمال الموت لدى الطفل العربي مقارنة مع طفل يهودي مرتفع بشكل خاص على حلبة الطريق، في حين أن احتمال دخول المستشفى للعلاج مرتفع بشكل خاص في الحلبة المنزلية.

يمكن تفسير تلك النتائج حول حلبة الطريق في المجتمع العربي بواسطة بيانات ومعطيات مماثلة من بلدان مختلفة التي ازدادت فيها كمية السيارات بسرعة كبيرة التي لا تتماشى مع البنى التحتية التي لم تتطور بعد بشكل كافٍ ومناسب. كما تشير النتائج الوطنية، بشأن انخفاض معدلات وضع حزام الأمان بشكل كبير في المجتمع العربي، إلى عوامل الخطر المتزايدة وسط الأطفال العرب على الطرقات.

وفي دراسة مختلف الفئات السكانية في إسرائيل، تم تحديد عدد من الظواهر التي تتطلب تخطيطاً خاصاً ومصمماً من أجل الحد من إصابات الأطفال وسط تلك المجتمعات: تبيّن أن معدل وفيات الأطفال الذين يعيشون في تجمعات بدوية في الجنوب أعلى بكثير من المعدل المتوسط في مجمل القرى والمدن العربية. احتمال وفاة الأطفال، في الوسط البدوي، مرتفع وبشكل خاص وسط الأطفال بعمر الولادة حتى 4 سنوات (أكبر بمرتين) ووسط الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 10-14 سنة (2.1 مرة).

إضافة إلى ذلك، فإن نسبة الإصابات التي تحدث في المنزل في التجمعات السكانية البدوية في الجنوب، مرتفعة مقارنة بحصتها النسبية في المناطق العربية الأخرى. ومن ناحية أخرى، فإن الحصة النسبية للإصابات التي تحدث في هذه المناطق منخفضة. تختلف هذه النتيجة حول الإصابات في التجمعات البدوية في المنطقة الجنوبية اختلافاً كبيراً عن المجموعات السكانية الأخرى في المجتمع العربي، حيث تكون بها نسبة الإصابات التي تحدث في الطرقات أعلى مما هي عليه في المنزل. استناداً إلى تلك النتائج، هناك أهمية قصوى لملاءمة برامج وقاية خاصة وموجهة لمختلف الفئات في المجتمع العربي في إسرائيل، وفقاً لخصائص ومميزات الإصابة لكل مجموعة.

تبيّن في المجتمع اليهودي، أن التجمعات السكانية التي بها درجة تدبير (حريديم) عالية تتميز بارتفاع معدلات وفيات الأطفال جراء الحوادث، ولكن معدلات دخول المستشفى والإحالات إلى غرفة الطوارئ أقل مما هي عليه في المناطق التي لا توجد فيها أغلبية متديّنة (حريديم). تجدر الإشارة إلى أن هذه الدراسة لم تفحص معدلات الإحالات إلى مراكز الطوارئ المجتمعية وقد تفسر هذه الفجوة، والتي تعتبر مثيرة للاهتمام لإجراء فحص أعمق لأن هذه الفجوات قد تكون ذات صلة، في جملة أمور، بالفروق في أنماط استخدام الخدمات الطبية وسط الفئات المختلفة. تبيّن أيضاً أن نسبة الإصابات مرتفعة بشكل خاص في هذه المناطق وسط الذين تتراوح أعمارهم بين 15 - 17 سنة (أكبر بمرتين) ووسط عمر الولادة حتى 4 (2.1) على التوالي، مما يدل على أهمية ملاءمة برامج الوقاية المخصصة للفئات العمرية تلك في المجتمع المتدين (الحريديم).

وافقت الحكومة الإسرائيلية على البرنامج / الخطة الوطنية لسلامة الأطفال في كانون أول 2016، في ختام عملية تخطيط مفصلة. ويشمل البرنامج الذي تديره وزارة الصحة أهدافاً واضحة وقابلة للقياس حول إصابة الأطفال وسلامتهم. وسيتم تعزيز جمع البيانات على جميع المستويات وفق معيار Minimum Data Set الذي أوصت به منظمة الصحة العالمية يمكن استمرار رصد المعطيات لفترة زمنية طويلة. أحد العناصر الرئيسية للخطة الوطنية لسلامة الأطفال هو التركيز على أنشطة الوقاية التي تستهدف الفئات السكانية الأكثر عرضة للإصابة والتي تم تحديدها في هذا التقرير. تلك الخطوات ستتمكن إسرائيل من تحقيق إنجازات مماثلة في بلدان منظمة بلدان التعاون الاقتصادي (OECD) التي نجحت في تقليص معدلات الإصابات وسط الأطفال بشكل كبير جداً.

تشكل الإصابة غير المتعمدة عاملاً رئيسياً في وفيات ومرض الأطفال والمراهقين في إسرائيل والعالم. يقدم التقرير الحالي صورة آتية ومفصلة حول الإصابات غير المتعمدة وسط الأطفال والمراهقين في إسرائيل من أجل تعزيز سياسات وأنشطة هادفة وفعالة للوقاية. على عدة أصعدة، وعلى مدار 15 سنة لوحظ انخفاض بارز في معدل وفيات الأطفال ومعدل مكوث الأطفال في المستشفى للعلاج جراء إصابة غير متعمدة. هذا الانخفاض يعود إلى تقدّم في العلاجات الطبية وجهود الوقاية من الحوادث في المجتمع. مقارنة مع معدلات وفيات الأطفال نتيجة أمراض وبين وفيات الأطفال جراء إصابة غير متعمدة، لوحظ خلال السنوات انخفاض أكبر بـ 1.5 مرة، من الوفيات جراء إصابة، دليلاً آخرًا على النجاح في تفادي ومنع وقوع حوادث خطيرة وسط الأطفال والمراهقين.

إن الانخفاض في وفيات الأطفال جراء الإصابات في إسرائيل يشبه الانخفاض المتوسط في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، الذي يبلغ حوالي 55٪. من بين البلدان الـ 35 في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، تحتل إسرائيل المرتبة 22 في معدلات وفيات الأطفال جراء إصابة، مما يشير إلى تحسّن كبير. عند فحص الحالات التي تؤدي إلى إصابات، تبيّن أن التحسّن البارز كان في مجال حوادث الطرق في إسرائيل مقارنة بالحوادث المنزلية وأوقات الفراغ، على غرار النتائج في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD).

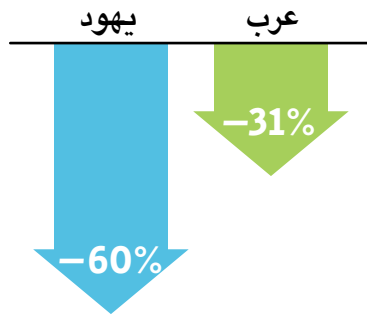
أما بالنسبة للفئات العمرية، فإن المجموعة الأكثر عرضة للخطر هي الفئة العمرية "بعمر الولادة حتى 4 سنوات"، وتظهر بشكل خاص الإصابة في المنزل وفي ساحة المنزل. تبيّن أنه يوجد انخفاض معتدل بحالات الوفاة الناجمة عن الإصابات على مدار السنين، على عكس الفئات العمرية الأخرى، حيث كان هناك انخفاض كبير في الوفيات الناجمة عن الإصابة.

يتبيّن من دراسة حالات الوفاة الناجمة عن الإصابات غير المتعمدة على مرّ السنين، أن انخفاض معدل الوفيات في المجتمع العربي أقل بكثير منه في المجتمع اليهودي. لا تزال الفجوات في معدلات الإصابة بين المجتمعين، التي لوحظت في الماضي، قائمة بل وتزايدت على مرّ السنين، بحيث يتعرّض الأطفال وأبناء الشبيبة العرب إلى خطر الإصابة بشكل متزايد، بغضّ النظر عن أعمارهم، بالمقارنة مع الأطفال اليهود. وعلاوة على ذلك، يزيد هذا الخطر كلما زادت شدة الإصابة. وتبعاً لذلك، فإن الفجوة بين الأطفال العرب واليهود في معدلات الوفيات أعلى من الفرق في معدلات الدخول إلى المستشفيات والمكوث فيها للعلاج، وهو أعلى من الفجوة في معدل التوجه إلى غرفة الطوارئ. وتشير هذه النتائج إلى وجود اختلافات بين المجتمع العربي والمجتمع اليهودي في سلوكيات خطرة إلى جانب وجود بنى تحتية غير صالحة في المنزل وفي الشارع وفي محيط الأطفال.

إن الانخفاض في الوفيات الناجمة عن حوادث الطرقات وسط الأطفال اليهود أكبر بكثير من معدل وفيات الأطفال العرب جراء حوادث طرق (2.7 مرة). وسط الأطفال العرب هناك انخفاض في الوفيات جراء الحوادث كمشاة، ولكن في حوادث السيارات لم يكن هناك أي تغيير، ويبدو أن هناك ارتفاعاً طفيفاً. يبدو أن الفجوة بين الانخفاض الحاد في الوفيات وسط الأطفال اليهود الناجمة عن حوادث السيارات وبين عدم وجود انخفاض كذلك وسط الأطفال العرب، يفسر معظم الزيادة في الفجوة بين الأطفال اليهود والعرب في معدلات الوفيات الناجمة عن الإصابات في السنوات الأخيرة. وفقاً لهذه النتائج،

مستويات في معدل الوفيات
جراء اصابة حسب القومية

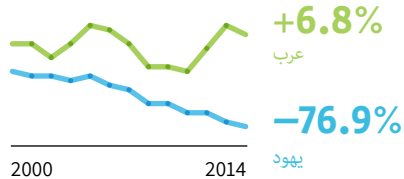
الفجوة تكبر



الانخفاض وسط الاطفال اليهود أكبر بـ مرتين منه وسط الأطفال العرب

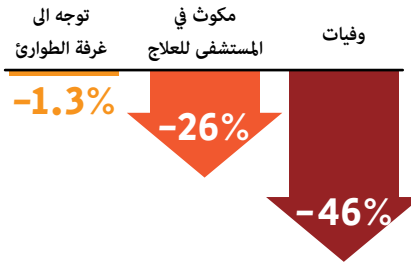
الفجوة جراء الاختلافات في
حوادث الطرق بين السيارات

نسبة تغيير



مستويات حسب الاصابة

هبوط حاد بالوفيات



هبوط بالوفيات وبحالات المكوث في المستشفى خلال السنوات 2000 - 2014

حادث طرق هو المسبب
الاكثر شيوعا للوفاةالسقوط/ الوقوع هو المسبب
الأكثر شيوعا للمكوث في المشفى

عدد الأطفال في سنة

تداعيات الاصابة

116

معدل السنوات 2013-2015

وفيات



20,600

معدل السنوات 2012-2014

مكوث بالمشفى
للعلاج

202,000

معدل السنوات 2012-2014

توجهات لغرفة
الطوارئ

1,221,000

سنة 2014

علاج طبي في
العيادات المجتمعية

2,655,000

مجملة تعداد الأطفال في اسرائيل بالاعمار 0-17

معدل ما بين السنوات 2012-2014

مراجع:

وفيات - مؤسسة "بترم" لسلامة الاطفال، مبادرة NAPIS، ارشيف توثيق الاصابات التي وردت في الصحافة.
المكوث في المشفى للعلاج - ارشيف معلومات مراكز العلاج ضمن المكوث في المشفى، وزارة الصحة، خدمات معلوماتية ومحوسبة.
توجهه لغرف الطوارئ - ارشيف معلومات حول زيارات للعلاج في غرف الطوارئ، وزارة الصحة، خدمات معلوماتية ومحوسبة.
علاج طبي في المجتمع - تقدير وفق استبيان تبليغ شخصي عن اصابة أبناء الشبيبة: هارثيل، يوسي وآخرون (2014).
الشبيبة في اسرائيل - صحة، رفاه نفسي واجتماعي، وسلوكيات خطرة وسط أبناء الشبيبة في اسرائيل.
جمهور الأطفال في اسرائيل - معطيات دائرة الاحصاء المركزية.

مجموعات سكانية في خطر

الأطفال الممتزمتين المتدينين اليهود

نسبة الوفيات وسطهم مرتفعة في المجتمع اليهودي

X2

حالات الوفاة وسط الأطفال من المجتمع المتدين
المتزمت (حريديم) في الاعمار 0-4 و-15-17 تزيد
بـ مرتين عن الحالات بشكل عام في معظم التجمعات
السكنية اليهودية

الأطفال البدو

أكثر جمهور معرض لخطر الموت



1 من 5 أطفال في المجتمع
العربي هو بدوي



1 من 3 أطفال عرب توفوا
جراء اصابة هو بدوي

الأطفال في المجتمع العربي

فوارق بارزة في حلقات الاصابات بين
المجموعات المختلفة في المجتمع العربي

درزي، مسلم، عربي-مختلط*

بدو القطاع الجنوبي



الطرق

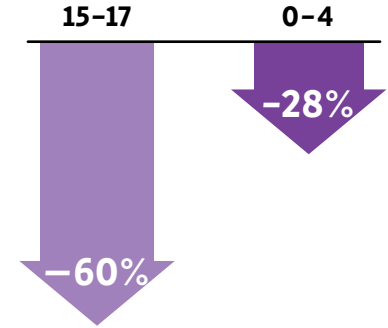


في البيت وساحة البيت

*تجمعات سكانية التي فيها نسبة السكان المسلمين،
المسيحيين أو الدرزي لا تتعدى 80%

مستويات حسب فئات عمرية

الأعمار المعرضة للخطر بشكل أساسي



على مدار السنين الانخفاض وسط
الاطفال بأعمار 15-17 أكبر بمرتين
منها وسط الأطفال بعمر 0-4 سنوات

مقارنة دولية

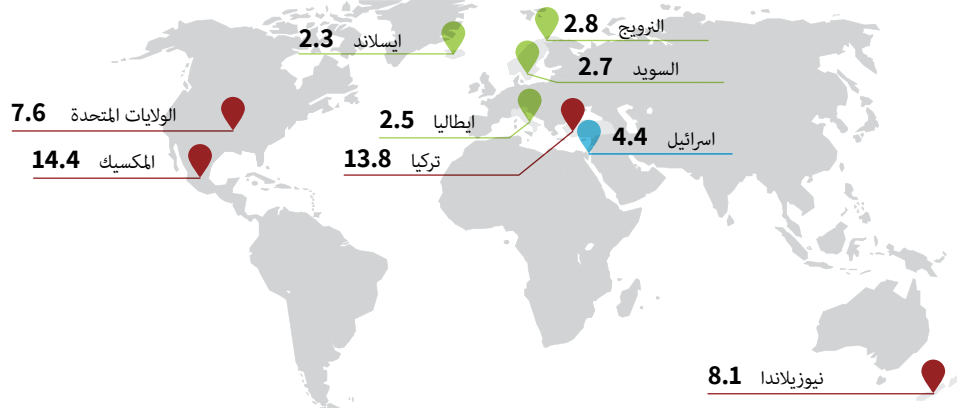
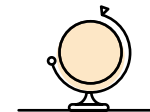
مفتاح

نسبة الوفيات

مرتفعة

متوسطة

منخفضة



Country Name 0.0

نسبة الوفيات لـ 100,000
طفل في السنوات 2011 - 2013

اسرائيل في المكان 22 من
بين 35 دولة من مجموعة

OECD - الـ

Furthermore, the proportion of injuries occurring in the home is significantly higher in Bedouin towns in the South District as compared to home injuries throughout the Arab population in Israel. On the other hand, the proportion of road injuries for children in Bedouin towns is relatively low as compared to the rest of the Arab population in Israel. Based on these findings, it is imperative to adapt unique and focused prevention programs for the various groups within Israel's Arab community, adjusted to each group's particular injury patterns.

In the Jewish community in Israel, data reveals that Ultra-Orthodox settlements are characterized by higher rates of child injury mortality, but the rates of hospitalization and ED visits are lower as compared to communities with no ultra-Orthodox majority. It should be noted that this report did not study rates of visits to community-based emergency services, which might explain this discrepancy. This data is worthy of further study, since it is possible that these gaps are linked to different patterns of medical services in use by the different population groups. Injury mortality rates in Ultra-Orthodox settlements are particularly high for 15-17 year olds and ages 0-4 (2.0 times higher and 2.1 times higher, respectively). These findings also demonstrate the importance of adapting focused prevention programs specific to these age groups in the ultra-Orthodox community.

The Government of Israel ratified the National Child Safety Action Plan (CSAP) in December 2016, following a detailed planning process. The CSAP, managed by the Ministry of Health, contains clear measurable goals on child injuries and safety. The promotion of data collection at all levels of injury severity using the Minimum Data Set standard recommended by the World Health Organization will enable continued monitoring of trends over time. An additional important component of the CSAP which should be promoted is a focus on proven prevention programs tailored to specific population groups that are at the highest level of risk for injury as identified in this report. These measures will enable Israel to achieve similar results to those OECD Member countries that have most significantly and successfully reduced child injury rates.



Report to the Nation: An Overview of Child Injuries in Israel

Unintentional injuries are a major cause of mortality and morbidity among children and adolescents in Israel and across the world. This report presents an up-to-date and detailed review of unintentional injuries of children and adolescents in Israel, in order to promote effective and targeted policy and preventative action. An examination of trends over 15 years reveals a significant reduction in mortality and hospitalizations of children as a consequence of unintentional injury. This reduction is a result of improvements in medical treatments, as well as proactive injury prevention efforts. A comparison of trends in child mortality as a result of disease with child injury mortality reveals a more significant reduction, 1.5 times greater, in child injury mortality over these years. This is further evidence of success in preventing serious accidents among children and adolescents.

The decrease in child mortality as a result of injuries in Israel is similar to the median decrease among OECD Member countries, a reduction of about 55%. Israel is ranked 22 out of 35 OECD Member countries in terms of child injury mortality, indicating that there remains much room for improvement. With regards to the location of injuries, a significant improvement was found in rates of injuries resulting from road accidents as compared with injuries at home and during leisure activities. This finding is similar to data from other OECD Member countries.

When analyzed according to age groups, data reveals that the age group at the highest risk of injury in Israel is that of children at the age of birth to four, where there is a particularly high rate of injuries in the home and yard. There has only been a moderate decline in injury mortality rates for this age group throughout the 15 years, in contrast with other age groups where there have been more significant decreases in injury mortality rates.

Trends in injury mortality rates also reveal that decreases are less pronounced in the Arab population as compared to the Jewish population in Israel. These previously noted gaps in injury rates between the two population groups have persisted and even continue to grow. Thus, Arab children and adolescents are universally at a higher risk of injury, regardless of their age group, as compared

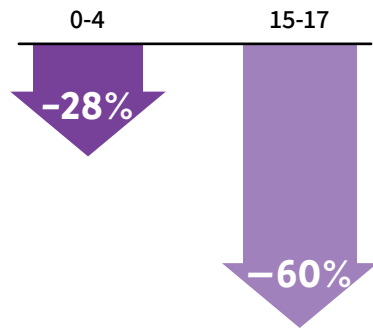
to Jewish children and adolescents. Moreover, the risk increases in parallel with the severity of the injury: the gap in mortality rates between Arab children and Jewish children is accordingly greater than the gap in hospitalization rates, which is, in turn, higher than the gap in rates of emergency department (ED) visits. These findings point to differences between Arab and Jewish societies in terms of risk behaviors, as well as inadequate infrastructure in Arab children's home and road environments.

The decline in mortality due to road accidents is much more significant for Jewish children than for Arab children (2.7 times greater). There is a certain decline in mortality rates for Arab children injured as pedestrians, but there has been no change in mortality rates for child passengers and teen drivers in the Arab community. There seems to even be a slight increase. This very sharp decline in deaths due to road accidents among Jewish children as compared with the absence of any such decline in mortality rates due to road accidents among Arab children explains most of the gap between the two population groups in overall injury mortality rates in recent years. The findings further reveal that an Arab child's mortality risk on roads is particularly high as compared to the risk for a Jewish child; on the other hand, the risk of hospitalization for an Arab child is particularly high for injuries in the home. The trends reported for road accident injuries in the Arab population is similar to data from countries where the number of vehicles has increased rapidly but the corresponding infrastructure is not yet sufficiently developed. Furthermore, national surveys report significantly lower rates of seatbelt and child restraint use among children in the Arab population in Israel which may also be related to higher risks of child injury on roads.

An analysis of different population groups in Israel revealed several phenomena that require unique targeted planning in order to reduce child injuries in those communities. The mortality rate for children living in Bedouin towns in the South District is significantly higher than the average rate for all Arab settlements in Israel. The risk of mortality for Bedouin children is particularly high among those aged birth to four (2.0 times higher) and children ages 10-14 (2.1 times higher).

Trends by Age Group

AGE GROUPS AT HIGH RISK



Decline in Injury Trends for Children Age 15-17 Double That of Children Age 0-4

Communities at Risk

CHILDREN IN THE ARAB COMMUNITY

Significant Differences in Place of Injury between the Different Arab Communities

Bedouins in the South



Home & Yard

Druze, Muslim, and Mixed-Arab*



Roads

*Localities in which the Muslim, Christian or Druze population do not exceed 80%

BEDOUIN CHILDREN

At the Highest Risk for Injury Mortality



1 of 5 Children in the Arab Population are Bedouin



1 of 3 Children in the Arab Population that Died of Injury are Bedouin

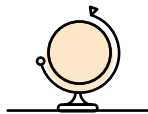
ULTRA-ORTHODOX JEWISH CHILDREN

Highest Mortality Rates in the Jewish Population

X2

Ultra-Orthodox Children Age 0-4 and 15-17 are at Double the Risk for Injury Mortality Compared to Children in All Jewish Communities

International Comparison



Israel Ranked 22 out of 35 OECD Member Countries for Child Injury Mortality Rates

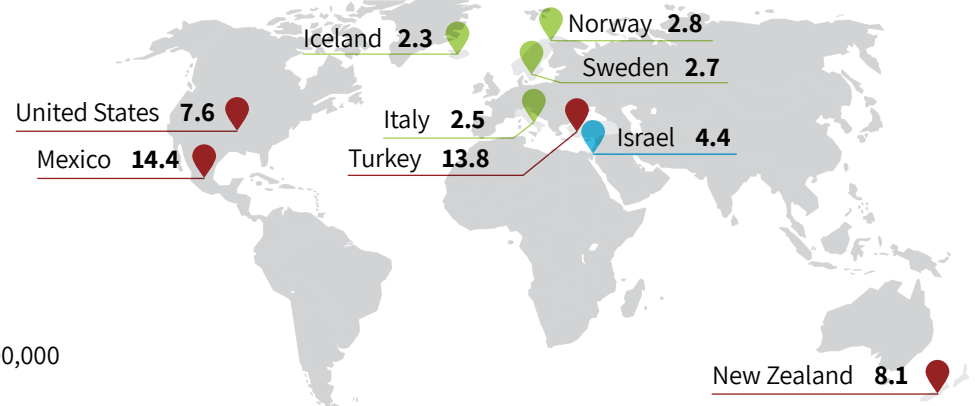
Legend

Mortality Rates





- High
- Medium
- Low

Country Name **0.0**

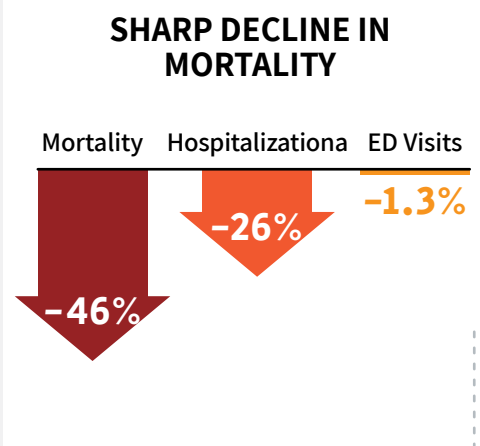
Injury Mortality Rates per 100,000 Children 2011-2013



An Overview of Child Injuries in Israel

Annual Number of Children	Injury Severity Level
 Mortality	116 Average years 2013-2015
 Hospitalization	20,600 Average years 2012-2014
 Emergency Department Visits	202,000 Average years 2012-2014
 Medical Treatment in the Community	1,221,000 For 2014
2,655,000 Child Population in Israel, Ages 0-17 Average years 2012-2014	
<p>Sources: Mortality - Beterem- Safe Kids Israel, National Pediatric Injury and Safety Surveillance (NAPIS), Media Surveillance Database. Hospitalization - Central Hospitalization Database, Ministry of Health, Information and Computer Services, Information Area. Emergency Department Visits - ED Visits Database, Ministry of Health, Information and Computer Services, Information Area. Medical Treatment in the Community - Estimate based on Survey of Self-Report of Youth Injuries: Harel-Fisch, Yossi and others (2014) Health Behaviors in School-Aged Children (HBSC). Child Population in Israel - Central Bureau of Statistics.</p>	

Trends by Injury Severity Level



Decline in Mortality & Hospitalization Rates over the Years 2000-2014

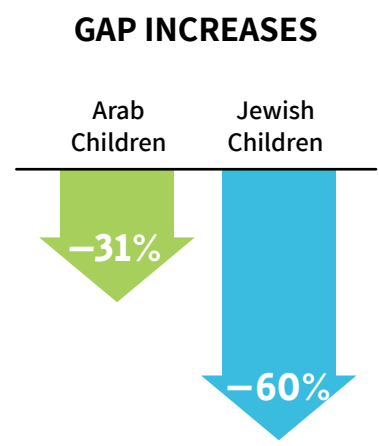


Road Accidents
Leading Cause of Deaths



Falls Leading Cause of Hospitalizations

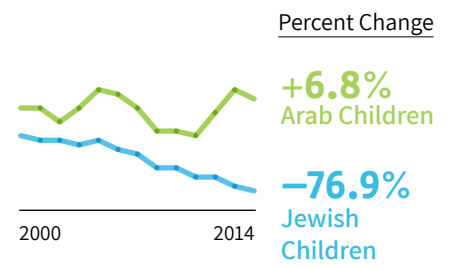
Injury Mortality Trends by Population



Decline Among Jewish Children is Double That of Arab Children



Gap Due to Differences
in Motor Vehicle Crashes



CHILD INJURIES IN ISRAEL

‘BETEREM’ NATIONAL REPORT 2017

Natalie Nir
Yotam Ophir
Oshri Weiss
Sharon Levi

Editing: Esti Golan



Publication No. 1100
‘Beterem – Safe Kids Israel’, October 2017.



פשוט לשמור על הילדים

2017