**למה כל כך קשה לדווח?**

**המחסומים לביצוע חובת הדיווח בקרב אחיות הקהילה בישראל**

**רקע**

 CHILD MALTREATMENT הוא המינוח המקצועי המקובל בעולם להגדרת דפוסים שונים של התעללות ופגיעה בילדים והזנחתם. בישראל טרם אומץ מינוח מקביל שזכה להסכמה רחבה. נהוג להבחין בין ארבעה סוגי התעללות, המוכרים גם בחוק הישראלי: התעללות פיזית, התעללות נפשית, התעללות מינית והזנחה. הזנחה יכולה להתבטא באופן פיזי או באופן רגשי.

התעללות בילדים והזנחתם היא תופעה חברתית קשה ומורכבת, הן מבחינת זיהויה והטיפול בה והן מבחינת השלכותיה על הפרט, המשפחה והחברה כולה (Gilbert et al., 2009a, 2015; NCANDS, 2007). בשנים האחרונות הולך וגובר העיסוק בנושא זה בקרב אנשי מקצוע ממגוון דיסציפלינות, בקרב קובעי המדיניות ובציבור בכלל (ארזי, סבו ובן סימון, 2017). אף שקיימות הגדרות שונות לכל סוג התעללות, קשה לתחום את הגבולות ביניהן, ולא פעם התעללות מסוג אחד כוללת בתוכה גם מאפיינים של סוג אחר. כך למשל, ניתן למצוא בהתעללות פיזית מרכיבים רבים של התעללות רגשית, בהתעללות מינית – מרכיבים של התעללות פיזית וכן הלאה (גולדשטיין, ). התעללות בילדים עשויה להתרחש הן בצורת פגיעה ישירה בהם והן בצורות עקיפות, כגון חשיפה לאירועי אלימות במשפחה, צפייה בהתעללות באדם אחר או בידוד חברתי ורגשי (Green, 2020).

תופעת ההתעללות בילדים והזנחתם שכיחה בישראל ובעולם (Herendeen, 2014). בארה"ב ההערכה היא שאחד מכל שבעה ילדים חווה התעללות או הזנחה בשנה האחרונה ((CDC,2020. בישראל, לפי הערכת גורמי הרווחה (מדד האלימות של ויצ"ו, 2021), אחד מכל חמישה ילדים חווה פגיעה מידי מבוגר, ומספר הילדים שחווים אלימות ישירה או נחשפים לאלימות בביתם עומד על כ-600,000, שהם כ-20% מאוכלוסיית הילדים במדינה. זו אינה תופעה שניתן להתעלם ממנה או להדחיקה.

לכל סוגי הפגיעה בילדים השלכות מיידיות והשלכות לטווח הארוך, העשויות להשפיע על כל מסלול חייו של הילד[[1]](#footnote-1) בהיבט הגופני והבריאותי, הנפשי, הרגשי ואף הכלכלי (Van der Hart, Nijenhuis, & Steele ,2006)). ארגון הבריאות העולמי מעריך כי בכל שנה מתים בעולם כ-40,000 ילדים כתוצאה ישירה של התעללות והזנחה. על פי אותו הדוח, שיעור זה אינו משקף במלואו את היקף התמותה, וככל הנראה היא גדולה בהרבה (WHO,2020). לא נמצאו נתונים על מקרי תמותה של ילדים בעקבות התעללות והזנחה בישראל.

מחקרים מראים כי ילדים עשויים לפתח רגשות אשמה קשים בשל תחושת אחריות להתעללות, ועלולים להידרדר לשימוש בסמים ובאלכוהול, לזנות או לניסיונות התאבדות (Gilbert et al., 2015). בטווח הארוך, ההתעללות מותירה בקורבנותיה צלקות רגשיות, שאם אינן מטופלות כראוי ובזמן, עשויות לפגוע ביחסים הבין-אישיים של הקורבנות בבגרותם (Green, 2020). ככל שמשך הפגיעה ותדירותה גבוהים יותר, כן מתעצמות ההשלכות, גם אם המעשים עצמם לא היו חמורים ביותר. בקרב מבוגרים שחוו פגיעה בילדותם, יש סבירות גבוהה לסיבוכים בריאותיים גופניים וסיכוי גבוה פי שניים לדיכאון חמור בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. נמצא כי גברים שחוו אלימות בילדותם עשויים לפתח בבגרותם תסמינים גופניים כגון מיגרנות, בעיות כבד וכלי דם, ונמצאים בסיכון ללקות בפסיכוזה. לעומת זאת, נשים שחוו אלימות עשויות לפתח דיכאון ולהיקלע למערכות יחסים אלימות (Costigan, 2016). ככל שהפגיעה נחשפת ומטופלת מוקדם יותר, כן עולה הסיכוי להצלחת הטיפול ולצמצום הנזק שנגרם, אולם למרבה הצער, נדירים המקרים שבהם ההתעללות מתגלה מייד או תוך זמן קצר (Waller & Everill &Waller, 1995 ).

בניסיון לתת מענה לבעיה, מדינות רבות חוקקו חוקים ופיתחו מערכות למניעה ולהתמודדות עם התעללות בילדים (Mathews & Bross, 2015). בין השאר, מוטלת חובה על אנשי מקצוע הבאים במגע עם ילדים לדווח לרשויות על מקרי התעללות (Gateway, 2016). בישראל, במסגרת חוק העונשין ("החוק למניעת התעללות בקטינים וחסרי ישע", 1989), חובה על כל אדם – ובאופן מוגבר ומפורש על אנשי מקצועות הבריאות בשירותי האשפוז ובקהילה – לדווח לפקיד הסעד (עובד/ת סוציאלי/ת) או למשטרה על כל מקרה שבו קיים חשד סביר כי נעברה עבירה בקטין או בחסר ישע. רשימת העבירות כוללת: עבירות של סיכון החיים והבריאות, עבירת מין, נטישה או הזנחה, תקיפה או התעללות, וכן עבירות של סחר בבני אדם. העובר על הוראה זו דינו מאסר של שישה חודשים. החוק מפרט את כל מקצועות הבריאות שעליהם חלה חובת הדיווח: "רופא, אחות, עובד סוציאלי, פסיכולוג, או עוסק במקצוע פרה-רפואי". חשוב להדגיש כי חובת הדיווח גוברת על החסיונות המקצועיים הטיפוליים. יתרה מזו, חובת הדיווח איננה רק חובה חוקית, אלא גם חובה מוסרית שנועדה להציל ילדים ממצבי פגיעה והתעללות.

על פי החוק, לאחר קבלת הדיווח, עו"ס לחוק הנוער יבדוק את החשדות וינסה לקבל מידע נוסף על הילד ומשפחתו ממערכות החינוך והבריאות. בהתאם לנתונים שקיבל, יעביר העו"ס את הדיווח למשטרה בצירוף המלצתו לפעול או להימנע מפעולה. בנסיבות מסוימות הוועדה יכולה גם להחליט על מתן פטור זמני, עד שתתקבל החלטה אחרת. במקרים מסוימים יכול העו"ס לחוק הנוער לפנות לוועדה מיוחדת, "ועדת פטור", שבסמכותה להעניק פטור מהעברת הדיווח אם מתברר שהילד אכן נתון להתעללות – ואפילו חמורה – אולם במקביל עולה שמעורבות המשטרה או העמדה לדין עלולים לגרום לפגיעה בילד. אם הדיווח נמסר ישירות למשטרה, המשטרה תעביר אותו לעו"ס לחוק הנוער ולא תפעל לפני שתיוועץ בו, אלא אם כן נדרשת פעולה מיידית שאינה סובלת דיחוי, ורשויות הרווחה יפעלו במישור ההגנה על הקטין והטיפול במשפחה. יצוין שרשויות אכיפת החוק ורשויות הרווחה פועלות באפיקים שונים: המשטרה אחראית לחקירת החשודים והעמדתם לדין, ורשויות הרווחה אחראיות לטיפול בילד ובמשפחה (גושן, 2020).

בעקבות קביעת החובה בחוק, לצד הסברה מקיפה בנושא, עלתה המודעות לדיווחים באופן דרמטי, בעיקר בקרב חלק מאנשי המקצוע; בשנת 1998 הוגשו לעובדים הסוציאליים לחוק הנוער  21,765 דיווחים, ואילו בשנת 2009 עלה מספרם ל-45,588 – עלייה של כ-109% תוך עשור. למרות זאת, מספר הדיווחים לרשויות מן הציבור הרחב מגיע רק ל-10% מכלל המקרים. בשנת 2018 הופנו כ-50,000 דיווחים חדשים על קטינים לטיפולם של עובדים סוציאליים או למשטרה. סיבות הדיווח השכיחות ביותר היו הזנחה (31%), התעללות פיזית (25%) והתעללות מינית (12%). עוד עולה מהנתונים כי מרבית הפגיעות בקטינים (72%) בוצעו בידי מבוגר אחראי במשפחה (משרד הרווחה,2017). למעשה, רוב מקרי הפגיעה בילדים אינם מוכרים לרשויות. סקר אפידמיולוגי לאומי רחב-היקף, שבחן את תופעת ההתעללות והפגיעה בילדים ובני נוער בישראל, מדגים את העובדה כי היקף ההתעללות וההזנחה בילדים רחב הרבה יותר מהמדוּוח. הסקר נערך בין השנים 2011–2014 והקיף 12,035 ילדים ובני נוער מגיל 12 עד 17. מממצאי המחקר עולה שמעל למחצית ממשתתפי המחקר היו חשופים לסוג אחד או יותר של פגיעה, ללא קשר לדרגת החומרה. כרבע מהנפגעים דיווחו שהם חוו שני סוגים של פגיעות, ושליש מהם דיווחו על ריבוי פגיעות (3–6 סוגים שונים של פגיעות) (לב-ויזל ואיזיקוביץ, 2016). עשירית ממשתתפי המחקר דיווחו שהפוגע השתמש בחפץ כלשהו. רבע מהילדים דיווחו שהפגיעה גרמה להם לפציעה, וכחמישית מהם פנו לקבלת טיפול רפואי.

זיהוי התופעה ואבחונה במועד מוקדם ככל האפשר הוא לא רק תנאי הכרחי להצלת הילד הפגוע, אלא גם חוסך טיפול רפואי מתמשך בנפגעים, העתידים לצרוך שירותי בריאות במהלך חייהם עקב הפגיעה. במרפאות הראשוניות בקהילה, במסגרת קופות החולים, האחיות מטפלות בילדים המגיעים בשל עניין רפואי או מניעתי, ומטפלות גם בהורים ובמעגלי המשפחה לאורך שנים. הן רואות את הילדים גדלים ומתפתחים ומייצרות קשר אישי ואמון מול המשפחות. בעת ביקור אצל האחות מופיעים ההורה והילד כיחידה משפחתית אורגנית, מה שמאפשר התבוננות וצפייה בילד, בהורה ובדינמיקה ביניהם. לפיכך האחיות נמצאות בעמדה ייחודית ומהותית, הנותנת להן הזדמנות לזהות ולאתר מקרים של התעללות או הזנחה ולהתערב לפי הצורך.

למרות חובת הדיווח, ולמרות ההזדמנויות שיש לאחיות לאתר מקרים רלוונטיים, מחקרים רבים מעידים על כך שאנשי המקצוע מתקשים לדווח, וכי רמת הדיווח נמוכה מאוד יחסית להיקף התופעה (Davies et al., 2009b; Gilbert, 2011). זוסמן (2017) בדקה את נטיית האחיות לדווח, ומצאה כי פחות ממחצית מהן ממלאות את תפקידן כמתחייב בחוק במה שנוגע לדיווח על התעללות והזנחה של ילדים. היא הציגה לאחיות תיאורי מקרה שנבנו כך שיעוררו חשד להתעללות והזנחה, וציפתה שמרביתן ייטו לדווח; אולם שיעור הנטייה לדווח, כפי שנתקבל במחקר, עמד על 44% בלבד. סביר להניח שהנטייה לדווח היא אומדן יתר של הדיווח בפועל – כלומר, הדיווח בפועל נמוך אף יותר (Feng & Levine, 2005). על פי נתוני המועצה לשלום הילד (שנתון סטטיסטי, 2016), הדיווחים מטעם עובדי הבריאות (צוותי בתי החולים, קופות החולים ותחנות טיפת חלב) היוו רק כ-6% מסך הדיווחים לרשויות באותה השנה. יתרה מכך, מ-2010 עד 2015 ירד מספר הדיווחים מצד אנשי מקצוע במערכת הבריאות מ-3,654 ל-3,371. מבין 3,173 ילדים שאותרו ודווחו, 1,428 אותרו בבתי חולים, 873 בקופות החולים ו-473 בתחנות טיפת חלב. שיעורי דיווח דומים נרשמו גם ב-2018 (שנתון סטטיסטי, 2019). עיקר הדיווחים של אחיות הקהילה הם לעו"ס לחוק הנוער, במקום השני לשירותי הרווחה בקהילה, ורק במקום האחרון למשטרה.

תת-הדיווח של אנשי מקצוע בישראל דומה למדינות רבות בעולם. לדוגמה, באוסטרליה רופאים ואחיות מחויבים על פי החוק לדווח על התעללות בילדים; אולם רק 2-4% מהדיווחים מגיעים מאנשי מקצועות הבריאות – למרות שהשכיחות המשוערת של התעללות פיזית בילדים באוסטרליה היא בין 5% ל-18%. בארה"ב נמצא כי מבחינת היקף הדיווחים ממגזרים שונים על חשד להתעללות, אנשי מקצוע העובדים במערכת הבריאות, כגון רופאים ואחיות, נמצאו במקום הרביעי והאחרון (אחרי מורים, עובדי רשויות החוק, עובדים סוציאליים ועובדי בריאות הנפש) Sedlak & Ellis, 2014)).

תוצאות מחקרים בתחום מצביעות על מגוון גורמים ומחסומים המקשים על האחיות לבצע את חובתן החוקית (Rolim et al., 2014). נמצא כי האחיות חשות שאין להן ההכשרה והכלים הדרושים, הן כדי לזהות סימנים מחשידים והן כדי להתערב בהתאם. הדברים עולים בקנה אחד עם מחקר ישראלי, שלפיו עובדי מערכת הבריאות חשים כי הידע שלהם בנוגע לזיהוי וטיפול במקרים מועט עד בינוני בלבד, במיוחד בתחומים של התעללות נפשית והזנחה (Ben Natan et al., 2012), וכי מקרים רבים אינם מדוּוחים (Fraser, Mathews, Walsh, Chen, & Dunne, 2010).

מחסומים נוספים לדיווח הם תחושת אי-אמון במוסדות הרווחה והמשטרה המטפלים בחקירות; האחיות חוששות כי הגורמים המטפלים לא יטפלו כנדרש ואז ייגרם נזק נוסף לילד ולמשפחה. הן גם חוששות כי הן חשופות לתביעות ויישאו באחריות משפטית לגבי הדיווח (Ben Natan et al., 2012). בנוסף, הפגיעה האפשרית בקשר הטיפולי שבין האחות למטופל ולמשפחתו עלולה לעכב ואף לבלום לחלוטין את החלטתה לדווח (Kuruppu, Forsdike, & Hegarty, 2018).

מגפת הקורונה הביאה לחיינו מציאות חדשה ושינויים רבים. מצד אחד, ההתכנסות בבתים מגבירה את הסיכוי שנשים וילדים יחוו אלימות בתוך הבית, ומצד שני – כללי הריחוק החברתי והגבלת הפעילות במשק מקשים על האיתור של יחידים ומשפחות בסיכון ועל מתן טיפול וסיוע למי שנפגעים מאלימות (בין השאר בשל הנוכחות המתמדת של הגורמים האלימים בבית) (Coulton et al., 2007; Haas et al., 2018; Warren & Font, 2015). נתוני המועצה לשלום הילד (2021) מצביעים על כך שב-2020 חלה ירידה של כ-19% במספר הקטינים שאותרו בקופות החולים ודוּוחו לרשויות הרווחה או למשטרה כנפגעי אלימות במשפחה ופגיעה מינית, בהשוואה ל-2019 (שנתון סטטיסטי, 2021).

אף כי בעולם נעשו מחקרים שונים בדבר המחסומים לדיווח בקרב אחיות, כמעט שלא בוצעו מחקרים איכותניים ביחס למחסומים אלו בקרב אחיות בקהילה. לאור הפער הגדל בין שכיחות מקרי ההתעללות וההזנחה באוכלוסייה לבין איתורם ודיווחם במסגרת החוק, ולאור מעמדן הייחודי של האחיות בקהילה, חשוב לחקור לעומק את תפיסת האחיות ביחס לקשיי הדיווח. חשיבות זו אף עולה לנוכח הדיווחים על עלייה במקרי האלימות כלפי ילדים בתקופת הקורונה. ממצאי המחקר הנוכחי עשויים לתרום לבניית תוכנית הכשרה מתאימה לאחיות.

**מטרה**

לזהות את המחסומים המונעים מאחיות[[2]](#footnote-2) הקהילה לדווח על מקרים שבהם הן חושדות באלימות או בהזנחה כלפי ילדים.

**שיטות**

עמדות האחיות נבדקו במסגרת מחקר איכותני המתבסס על שיטות איכותניות לאיסוף מידע, באמצעות ריאיונות עומק חצי-מובנים.במחקר זה השימוש בשיטות המחקר האיכותני היו המתאימות ביותר, כיוון שבבסיס הריאיון עומד הרצון להבין את תפיסת הנשאלות ואת המשמעות שהן מייחסות לדילמות בנוגע לדיווח על אלימות פיזית של הורים כלפי ילדיהם. הריאיון אִפשר לאחיות להתבטא בשפתן, על פי תפיסות עולמן, העמדות והדעות שלהן. הוא נערך על בסיס מדריך ריאיון הכולל תחומי מפתח משמעותיים, אך היה גמיש ונתן מקום לדיאלוג בין המראיינת למרואיינת ולביטוי אישי משמעותי (Poth & Creswell, 2018), שכן האחיות התבקשו לשתף בדילמות ובסיטואציות שלא פעם עוררו אצלן תחושות אשמה וחוסר ביטחון. כדי לקבל מידע גלוי ואמין ולהגיע להבנה מעמיקה של המחסומים, התייחסנו אליהן מנקודת ההסתכלות של המחקר האיכותני.

20 אחיות קהילה השתתפו במחקר, כולן עובדות במרפאות ראשוניות במסגרת קופות החולים. המשתתפות גויסו בשיטה של "כדור שלג" ומפה לאוזן. לשיטת דגימה זו תועלות משמעותיות במחקר מסוג זה, כיוון שנדרשת חקירה מעמיקה של עמדות בנושא רגיש. במצב שבו אחיות מתבקשות לשוחח על מחסומים אישיים ועל התפיסות שלהן ביחס להתעללות, שלא תמיד עולות בקנה אחד עם העמדות הרשמיות של המערכת ושאין עליהן תמימות דעים, נכון לדבר על הדברים בשיחה אישית. תרומה נוספת של שיטה זו היא יצירת בסיס אמון על סמך המלצת אחות מכרה, וכך גדל הסיכוי לקבל מהמרואיינת מידע מלא ומקיף ככל שניתן. משך הראיונות היה כשעה. לאחר תיאום טלפוני, אשר כלל הסבר של החוקרת על מטרת הפגישה והבטחה לשמירה על אנונימיות, נקבעו פגישות במקומות העבודה של האחיות. עם שלוש אחיות נוהלו ראיונות טלפוניים.

נושאי הראיונות והשאלות המנחות גובשו על בסיס הספרות העולמית בנושא, שיחות מקדימות עם מומחים בתחום – ביניהם עובדות סוציאליות המרכזות ועדות לטיפול באלימות בקופות החולים – ומנהלת "מרכז הגנה" לטיפול בקטינים נפגעים בקהילה. הריאיון התמקד בעולמות התוכן הבאים: ידע לגבי החוק ודרכי הדיווח, מחסומים לדיווח, תפיסת האחיות בנוגע להתעללות בילדים, וניסיונן הקודם בדיווח ומול הרשויות. לאחר הסכמה מראש של האחיות, כל הראיונות הוקלטו, תומללו ונותחו ניתוח תוכן לפי שיטת הקטגוריזציה (מיון וניתוח קטגורי). בדרך זו ניתן למצוא דפוסים חוזרים ונשנים, תמות, מגמות וקטגוריות מושגיות שימושיות. (Strauss & Corbin, 1990; Miles & Huberman, 1984; Lincoln and Guba 1985 ). הקווים המנחים בניתוח הנתונים במחקר הנוכחי היו כדלקמן:

בשלב הראשון נאספו כל האמירות של המרואיינות בתשובה לשאלות שהוצגו להן. בשלב השני מוינו האמירות למספר קטגוריות משנה, המשקפות את הבסיס המשותף לתשובות המרואיינות על כל שאלה ושאלה. בשלב השלישי נותחו האמירות ביחס לכל שאלה בנפרד, תוך איתור עמדותיהן של המרואיינות לפי קטגוריות המשנה. לאחר ניתוח זה התקבלה תמונה המתארת את עמדותיהן של האחיות.

**ממצאים**

נתונים דמוגרפיים רלוונטיים

* 20 אחיות השתתפו במחקר.
* כל המשתתפות הן נשים.
* הגיל הממוצע הוא 45.
* כולן בעלות ותק של 14 שנים כאחיות במרפאות ראשוניות בקהילה.
* 5 אחיות עובדות במרפאות קטנות (אחות אחת במשמרת) ו-15 במרפאות שבהן יש שתי אחיות או יותר במשמרת.
* 12 אחיות סיימו את לימודי הסיעוד בישראל, ו-8 למדו בחו"ל והשלימו בארץ את הדרישות לקבלת הרישיון לעסוק בסיעוד.
* 17 אחיות לא דיווחו מעולם על חשד לאלימות בילדים; 10 מבין אלה סיפרו כי נתקלו במקרים שבהם התעורר אצלן חשד לפגיעה, אך הן לא דיווחו. רק שלוש מבין המשתתפות דיווחו על חשד לאלימות בילדים.
* כל המשתתפות עברו לפחות חמש פעמים בעשור האחרון הכשרה במקום עבודתן בנושא חובת הדיווח. 7 אחיות השלימו הכשרה של כשעה פעם בשנה באמצעות לומדה של משרד הבריאות. 9 אחיות השלימו הכשרה של כשעה פעם בשנה במסגרת ישיבת צוות סיעודי עם עובדת סוציאלית, בנושאי אלימות באופן כללי. 4 אחיות השתתפו במסגרת מקום עבודתן בימי עיון של מספר שעות בנושאי אלימות כלליים, אשר כללו תרחישים.

**ממצאים לפי קטגוריות**

1. אי-הכרת החוק ודרכי הפעולה במסגרתו

הצגנו לאחיות את השאלה כדלקמן: "**האם את מכירה את החוק למניעת התעללות בילדים ובחסרי ישע ואת דרישותיו?"**

בעניין חובת הדיווח, **כל** האחיות ציינו כי הן מכירות את חובתן החוקית לדווח למשטרה או לעובד סוציאלי במקרה שמתעורר בהן חשד סביר כי התרחשה פגיעה בילד או בחסר ישע. בתשובה לשאלה על המשמעות המשפטית של אי-דיווח מבחינת האחות, **כל** האחיות השיבו כי אי-דיווח הוא עבירה שעשויה לגרור גם מאסר. לדוגמה, אחות אחת ציינה: "אני יודעת שאני חייבת לדווח לרשויות במקרה של חשד להתעללות, ואם לא אדווח ויקרה משהו, עלולים להאשים אותי."

בתשובה לשאלתנו מהי הדרישה בחוק לחשד "סביר" המחייב דיווח, **מרבית** האחיות ציינו שלצורך דיווח הן חייבות להגיע לרמת ודאות גבוהה, על ידי איסוף וביסוס "ראיות" התומכות בחשד שלהן. לדוגמה, אחות אחת סיפרה: "נתקלתי במקרה של אב שהגיע עם ילדה עם חבלה, והוא לא נתן לילדה לדבר בכלל ונראה לי עצבני, וזה עורר בי חשד שמשהו לא בסדר, אבל לא הרגשתי מספיק בטוחה, אז החלטתי לזמן אותו שוב כדי לנסות לקבל עוד מידע לפני שאני מחליטה לדווח."

לגבי הכרת תהליך הטיפול בידי הרשויות לאחר הדיווח, נמצא כי האחיות אינן מכירות את התהליך שהרשויות מחויבות לבצע במסגרת החוק. **מרבית** האחיות חושבות כי האפשרות העיקרית לטיפול בידי הרשויות היא הוצאת ילדים מהבית. לדוגמה, אחות אחת ציינה כי "אם אדווח למשטרה, אני מדמיינת את הסיטואציה שיגיעו הביתה שוטרים ומיד ייקחו את הילדים." אחרת אמרה, "אני לא מבינה את ההבדל בין פקיד סעד למשטרה, הם יתנפלו על המשפחה באמצע הלילה."

נראה אפוא כי למרות ההפנמה של חובת הדיווח, חוסר ההבנה של הגדרת החוק ל"חשד סביר" ושל התהליך לאחר הדיווח יוצר אצל האחיות מחסום לקיום חובתן החוקית.

 2. חוסר בידע ובהכשרה לביסוס חשד סביר

בנושא הידע שאלנו את המשתתפות, "**האם את חשה שיש לך מספיק ידע מקצועי הדרוש לזיהוי אירועים של התעללות, והזנחה בילדים, כדי ליישם את חובת הדיווח**?"

**מרבית** האחיות חושבות שכאשר יש סימנים פיזיים חיצוניים נראים לעין ומוחשיים יותר, יש להן יכולת טובה יותר לבסס חשד סביר לאלימות. אולם כאשר מדובר בסוגי אלימות אחרים, כגון הזנחה או אלימות מינית, נדרשת מהן רמת ודאות גבוהה יותר כדי לדווח על חשד לאירוע. משתתפת אחת הסבירה כי "כאשר יש ביקורים חוזרים במרפאה בעקבות חבלות או שברים שלא מתאימים קלינית לתיאור האירוע, קל יותר להעלות את החשד מאשר במקרים אחרים הקשורים להזנחה." אחות אחרת ציינה, "קל לי לראות אירועים של אלימות פיזית כי הסימנים בולטים על הגוף, אבל התעללות נפשית והזנחה לא רואים בעין, וקשה לבסס חשד באירועים מהסוגים הללו."

עוד עולה מהתשובות כי לאחיות ידע מצומצם בלבד בנוגע להגדרות סוגי הפגיעות הקבועות בחוק. הן אינן מכירות הגדרה ברורה להזנחה. אחת מהן אמרה: "לא ברור לי מהי הזנחה; האם מדובר בבגדים שלובש הילד, במשקל שלו, בניקיון שלו, יכולים להיות הרבה דברים שאולי מצביעים על זה, אבל לא מובן מתי בדיוק צריך לדווח."

באשר להכשרה שאלנו, "**האם עברת תוכנית הכשרה ייעודית בנושא? באיזו תדירות? מה היו התכנים ומה היה יכול היה לסייע לך בהעמקת הידע?**"

הממצאים מלמדים על הכשרות מקומיות, מצומצמות ושונות זו מזו במקומות העבודה השונים. רוב ההכשרות היו בנות שעה אחת פעם בשנה. מבין שלוש האחיות שדיווחו לרשויות בעבר, אחת השתתפה בהכשרה שנתית לצוות הסיעוד שאותה העבירה עובדת סוציאלית במתקן, ושתיים השתתפו בהכשרה במסגרת ימי עיון. רוב האחיות ציינו כי הן חשות שההכשרה שקיבלו מצומצמת מאוד, והן לא מרגישות שרכשו את הכלים לבצע תשאול לילד או להורים. לדוגמה: "גם אם הייתי מבינה את ההגדרה, אני לא יודעת איך לתשאל את ההורים או את הילד, מתי ואיזה שאלות לשאול את ההורים."

רוב האחיות אמרו שהיו רוצות הכשרה נוספת מעמיקה בהיבטים שונים: ביצוע סימולציות של מקרים להבנת רמת התשאול הנדרשת, רשימה מפורטת של סימנים מחשידים להזנחה או לפגיעה מינית, העמקה בהגדרות ובכלים לביסוס חשד סביר. ככלל, התחושה שלהן היא שאין להן מספיק ידע והכשרה לזיהוי הסימנים באופן המאפשר לבסס חשד סביר, ודבר זה מהווה מחסום לדיווח.

3. חשש האחות מהשלכות הדיווח על המטופל, על משפחתו ועל עצמה

1. הטיפול העתידי במטופל

שאלה: "**האם היחסים עם המשפחה מהווים שיקול בהחלטתך לדווח?**"

**כשלושה רבעים מהאחיות** סבורות כי הדיווח ישפיע לשלילה על מערכת היחסים שלהן עם המשפחה. הן חוששות שהמשפחה תכעס ותאבד אמון בהן בפרט ובצוות הרפואי בכלל, דבר שעלול להביא לכך שלא יפנו לטיפול רפואי בעתיד. בהקשר זה אמרו המשתתפות בין השאר, "אני מכירה את המשפחה לאורך שנים, מטפלת בהורים ובילדים והם סומכים עלי. הם לא יבואו אלי יותר"; "אם המשפחה תדע שדיווחתי, בפעם הבאה שהילד ייפגע הם לא יבואו אלי"; "אם ישמעו בקהילה שדיווחתי, בין אם הדיווח יהיה נכון ובין אם שגוי, פשוט יפחדו לבוא אלי."

1. ה"כתם" על המטופל ומשפחתו, במיוחד במקרה של דיווח שגוי

שאלה: "**האם השפעת הדיווח על המשפחה מהווה שיקול בהחלטתך לדווח?**"

**כל האחיות** חשות שעצם הדיווח עלול לגרום נזק למשפחה, במיוחד אם הוא מוטעה. אחות אחת ציינה: "ייכנסו לבית הספר של הילד וכולם יראו שלוקחים אותו," ואחרת הוסיפה: "איך הילד שגם ככה נפגע יראה שבאים לחקור או לעצור את ההורים שלו? זה נורא. אני חוששת שאני מייצרת כתם על המשפחה, שילווה אותה זמן רב ויפגע נפשית גם בילד וגם בסביבה שלו."

הווה אומר, חששן של האחיות מפגיעה בקשר הבין-אישי ומהשלכות הדיווח על המשפחה מהווה מחסום לדיווח.

1. השלכות על האחות המדווחת

שאלה:"**האם השפעת הדיווח עלייך מהווה שיקול בהחלטה אם לדווח?**"

**כמחצית** מהאחיות הביעו חשש שאם ייוודע למשפחת הילד על עצם הדיווח, היא ומשפחתה יעמדו בסכנה לאלימות, כולל אלימות פיזית. בנוסף, חלקן ציינו גם את החשש מההיבטים המשפטיים של הדיווח. למשל, משתתפת אחת אמרה, "אם יקראו לי לבית המשפט, אני אצטרך להעיד? אני לא יודעת איך וזה מפחיד." ואחרת אמרה, "אם הדיווח היה מוטעה, האם המשפחה תוכל לתבוע אותי? אני לא רוצה להסתבך."

שלוש האחיות שדיווחו בעבר ציינו שהן לא קיבלו משוב מהרשויות ואף לא מהארגון שבו הן עובדות, ולא ידוע להן מה עלה בבירור ואם הדיווחים נמצאו נכונים. אחת מהן הוסיפה, "לאחר שדיווחתי ניסיתי לברר מה קרה ואם הנושא טופל, אך אמרו לי שבגלל סודיות אני לא יכולה לקבל משוב." אחות נוספת אמרה, "גם לא ידעתי בכלל מה נעשה עם התלונה שלי, וגם פגשתי אחר כך שוב את המשפחה והרגשתי נורא."

4**. סביבת העבודה ושיתוף עמיתים**

בנושא זה שאלנו, "**האם יש גורמים בסביבת העבודה אשר משפיעים על ההחלטה לדווח?**"

**מרבית** האחיות ציינו שכחלק מרצונן לבסס את החשד בטרם ידווחו, הן יעדיפו להתייעץ עם אשת צוות שהן סומכות עליה. האחיות שעובדות במרפאה קטנה, בדרך כלל לבדן, הביעו את החשש מ"גודל האחריות" הנלווית לדיווח, כאשר אין להן איש צוות זמין להתייעץ עמו בו במקום. מעֵבר לכך, המשתתפות דיווחו כי לעיתים הן חוששות להתייעץ עם עובדת סוציאלית. אחיות שעובדות עם עו"ס שהן מכירות באופן אישי בצוות הרגישו בנוח יותר.

אצל שלוש האחיות שדיווחו על חשדות בעבר, שתי נקודות מרכזיות אפיינו את הדיווח: ראשית, הוא נעשה במקרה של מצב מסכן חיים או במצב שנראה כפגיעה פיזית מתמשכת; שנית, הדיווח בוצע רק אחרי מספר מפגשים נוספים, שבהם הן אספו עוד ועוד מידע, ואף שוחחו עם הרופא המטפל ועם גורמים נוספים כדי לבסס את החשד טרם הדיווח.

**דיון בממצאים**

לפני למעלה מעשרים שנה, בנובמבר 1989, התקבל בכנסת תיקון מס' 26 לחוק העונשין, הידוע יותר בשם ה"חוק למניעת התעללות בקטינים ובחסרי ישע". במסגרת תיקון זה נחקק גם סעיף 368ד לחוק העונשין, ובו נקבעה חובת דיווח לרשויות במקרים של חשד לפגיעה ולהתעללות בקטינים ובחסרי ישע. החלת החוק הגדירה את חובת הדיווח על פגיעה בקטינים כנורמת התנהגות הנדרשת מכל אדם – הן מכלל האזרחים והן מאנשי מקצוע הבאים במגע עם הקטין – והפרתו הוגדרה כעבירה פלילית. מטבע הדברים, אחריותם של אנשי המקצוע לפי החוק מוגברת, וגם העונש המוטל עליהם אם לא דיווחו גדול יותר מזה המוטל על אזרח רגיל.

מחקרים מלמדים כי קביעת חובת הדיווח בחוק העלתה במידה ניכרת את המודעות לתופעה שהייתה מושתקת בעבר, וכי שיעור הדיווחים הכללי בחברה הישראלית בגין חשדות להתעללות בקטינים גדל במאות אחוזים. לא זו בלבד, אלא שהתברר כי רובם המכריע (יותר מ-90%) נמצאו דיווחי אמת. למרות העלייה בהיקף הדיווחים בקרב כלל הציבור, עדיין רק מיעוט מהדיווחים מגיע מאחיות הקהילה, אף על פי שהן אמורות להיות מקור ראשון במעלה לזיהוי התופעה. היינו, אף כי האחיות מכירות את הדרישה לדווח, נראה כי יישום החוק קשה ומורכב.

הבנת החוק לפרטיו

מחסום אחד העולה ממחקרנו הוא חוסר ההבנה של המונח "חשד סביר" כפי שנקבע בחוק. בעוד שמרבית האחיות חשות שכדי לבצע את חובתן החוקית, עליהן **לבסס** תחילה את החשד ולהימנע מדיווח שגוי – הוראת החוק אינה מחייבת ודאות ואינה מטילה על המדווחים לאשש את החשדות. המחוקק אף אינו מגדיר מהו בדיוק חשד סביר, ולכן הדבר נתון לשיקול דעתו של האדם. מבחן הסבירות הוא השאלה מה היה אדם סביר עושה באותו מצב. רוח החוק מעודדת דיווח ובדיקה של כל חשד, גם אם יופרך בהמשך. אי-הבנת החוק מובילה למצוקה מקצועית רבה, הגוררת לעיתים הימנעות מדיווח במקרים המתאימים. ממצאינו עולים בקנה אחד עם ממצאי מחקרים נוספים (Wu & Feng, 2005; Feng & Levine, 2005), שלפיהם ההחלטה לא לדווח נבעה מ"אי-ודאות לגבי הראיות".

קושי נוסף הוא חוסר ההיכרות של רוב האחיות עם התהליך המתבצע מרגע הדיווח; נראה שההימנעות מלדווח נובעת במידה רבה מתוך פחד עמוק שהפעולה הראשונה של הרשויות תהיה להוציא את הילדים מן הבית. האמת היא שעל פי החוק, לאחר שהעו"ס מקבל את הדיווח, עליו לבדוק את החשדות ולנסות לקבל מידע נוסף על אודות הילד ומשפחתו ממערכת החינוך, הבריאות וכד'. בהתאם לנתונים שקיבל, העו"ס מעביר את הדיווח למשטרה בצירוף המלצתו לפעול או להימנע מפעולה. כפי שצוין לעיל, עו"ס לחוק הנוער יכול לפנות ל"וועדת פטור", שבסמכותה להעניק פטור מהעברת הדיווח אם מתברר שהילד אכן נתון להתעללות, ואפילו חמורה, אולם יש חשש שמעורבות המשטרה או העמדה לדין יגרמו לפגיעה בקטין. אם הדיווח נמסר ישירות למשטרה, המשטרה תעביר אותו לעו"ס לחוק הנוער ולא תפעל לפני שתיוועץ בו, אלא אם כן נדרשת פעולה מיידית. רשויות אכיפת החוק ורשויות הרווחה פועלות באפיקים שונים: המשטרה אחראית לחקירת החשודים ולהעמדתם לדין, ורשויות הרווחה מופקדות על הטיפול בקטין והגנה עליו. בפועל, רוב הילדים שעוברים התעללות או הזנחה אינם מוּצאים מביתם ומטופלים במסגרת הקהילה. חשוב לציין כי בהשוואה בינלאומית, ישראל היא בין המדינות עם השיעור הגבוה ביותר של ילדים המטופלים בקהילה ולא מוצאים מביתם.

על פי הממצאים שלנו, התפיסה כי "אם אדווח, יוציאו את הילד מהבית" יוצרת בקרב האחיות אי-אמון במערכות וברשויות. הן חוששות כי הדיווח, בין אם יאומת ובין אם לאו, יגרור תגובה מיידית ובלתי מידתית, שעלולה לפגוע שלא בצדק בהורים ו/או בילד. ביטוי לפחד מתגובה כזאת ניתן לראות בנתוני המועצה לשלום הילד (2016) כי ילדים שאותרו בבתי החולים, בקופות החולים ובתחנות טיפת חלב בישראל מופנים להמשך טיפול קודם כול אל עו"ס לחוק הנוער, אחר כך לשירותי הרווחה בקהילה, ורק מיעוטם מופנים למשטרה.

חוסר הכשרה הולמת

ממצאינו מעלים כי האחיות חשות שאין להן הידע המקצועי הדרוש לזיהוי סימנים מחשידים. גם הממצאים של בן נתן ועמיתיה ( Ben Natan, Faour, Naamhah, Grinberg, & Klein-Kremer, 2012)) מראים כי עובדי בריאות רבים מודעים לחובתם החוקית, אך חשים כי הם חסרים את הידע, ההכשרה והכלים הנדרשים לזיהוי ולהתערבות במצבים כאלו באופן מקצועי. אחיות ציינו כי אין להן די ידע על התפתחות פסיכו-סקסואלית ופסיכו-סוציאלית נורמטיבית אצל ילדים, ולכן קשה להן לאבחן חריגים. רולים ועמיתיה (Rolim, Moreira, Gondim, Paz, & Vieira, 2014) מצאו כי תפיסת האחיות ביחס להכשרה הלא מספקת שלהן בתחום היא המחסום העיקרי שלהן בקיום חובת הדיווח.

הנושאים הללו נלמדים כחלק מתוכנית הליבה בבתי הספר לסיעוד, אך בדיקה שערכנו במספר מוסדות מגלה שונוּת גדולה בתכנים ובהיקף השעות במסגרות ההכשרה השונות, ובאופן כללי ההיקף נע בין שעות בודדות ליום עיון אחד בלבד לכל אורך תוכנית הלימודים.

יתר על כן, בחוק העונשין המחוקק אינו קובע הגדרה כוללת להתעללות גופנית, ומסתפק בהצגת יסודות העבֵרה והתכונות המאפיינות התעללות בכלל והתעללות גופנית בפרט. ההגדרה המעורפלת מקשה על קביעת נקודת החיתוך שיקבעו מהו טיפול לקוי או פוגעני (במקרה של התעללות) ומתי צרכים נחשבים כבלתי מסופקים (במקרה של הזנחה). אמנם ב-2003 פורסם חוזר מנכ"ל מס' 03/25, המגדיר דרכי איתור וזיהוי של קטינים נפגעי התעללות והזנחה, אבל עדיין אין הסכמה רחבה וגורפת בין אנשי המקצוע על ההגדרות המדויקות.

היעדר הגדרה מוסכמת מותיר מקום רב לפרשנויות ולתפיסות ערכיות שונות המשפיעות על האיתור, על הנטייה לדווח ועל דרכי הטיפול, ומקשה על האחיות לעמוד בדרישות החוק. הבדלים בין-תרבותיים ובין-מגדריים משפיעים על החוויה ועל הפרשנות לסימנים המחשידים (Ellis & Sedlak, 2014). למשל, מחקר איכותני באוסטרליה (Fraser et al., 2010) בדק את הגורמים המשפיעים על קבלת ההחלטות של אחיות הקהילה, ומצא כי הזנחה והתעללות רגשית קשות יותר להגדרה בעיני האחיות.

מחקר איכותני אחר (Ho & Gross, 2015) בדק כיצד אחיות מחליטות מהי התנהגות הורית מקובלת ומהי התנהגות הורית של התעללות בילדים. אף שלא הייתה הסכמה על הגדרת ההתנהגויות ההוריות המקובלות ושאינן מקובלות, מסיבות שונות, דעות האחיות היו מגוּונות ולא אחידות בכל הנוגע לשימוש בכוח פיזי כסוג של משמעת. עובדה זו יכולה להשפיע גם על הנטייה לזהות התעללות בילדים ולדווח עליה.

בנושא התעללות והזנחה של ילדים עבור אנשי המקצוע בארגון (Ellis & Sedlak, 2014), ברבות מן הפעולות הללו לא נכלל ניסוח הגדרות אחיד ומוסכם על התעללות בילדים והזנחתם, וגם אם כן, הוא לא חרג אל מעבר ליוזמה מסוימת.

מעֵבר לכך, נראה כי גם אם עולה חשש, מתעורר קושי לברר אותו מול ההורים ומול הילד. כדי לזהות חלק מהסימנים דרושות שאלות יזומות, כגון בשיחה עם ההורים ו/או עם הילד. לצורך ביסוס חשד סביר יש להגיע למידע שגם ההורים וגם הילד אינם רוצים לשתף בו. גלזר וחן (Chen & Glasser, 2006) מצאו כי בקרב כ-80 אנשי צוות בבית החולים שיבא, למעלה מ-30% הביעו תחושת אי-נוחות לשוחח עם הילד ומשפחתו על חשד לפגיעה. המשיבים חשו כי אין להם המיומנויות המתאימות לכך, והכשרתם גם לתשאול וגם להתמודדות עם תגובות המשפחה מצומצמת ולוקה בחסר. במחקרם של (X) ציינו האחיות כי לא קל להפנות שאלות ישירות להורים, ונדרשת הכשרה במיומנויות תקשורת לשם כך. במחקר ביקשו האחיות רשימת בדיקה שתנחה אותן בשאלות מתאימות.

האחיות במחקרנו דיווחו שכאשר אופי הפגיעה בילד הוא פיזי ויש סימנים נראים לעין, קל יותר לבסס חשד והן חשות ביטחון גבוה יותר לדווח. גם רופאי ילדים ציינו שכשאין עדות פיזית קשה להם הרבה יותר לדווח ( 2006(Runyan & Theodore, . הסימנים ההתנהגותיים והפסיכולוגיים המאפיינים פגיעות אחרות, כגון הזנחה נפשית וחלק מהפגיעות המיניות, לא תמיד מוכרים לאנשי המקצוע. הנטייה לדווח גוברת ככל שההתעללות מסכנת יותר את הילד ((Lagerberg, 2004. ממצאיו של פרייזר ועמיתיו (Fraser, Mathews, Walsh, Chen, & Dunne, 2010) מצביעים על תת-דיווח משמעותי בנוגע לאלימות רגשית. חוסר הידע והניסיון מובילים את האחיות להססנות אשר מתעצמת במקרים אלו.

חוזר מנכ"ל מספר 03/25 מ-2003 מחייב תוכנית הכשרה תקופתית לצוותים, כולל ניתוח אירועים והפקת לקחים בכל מקרה של חשד לפגיעה בקטין מצד האחראי עליו. המטרה היא שהאפשרות של התעללות או הזנחה תיבדק **כחלק בלתי נפרד מתהליך הבירור** – כולל האנמנזה הרפואית והסיעודית, הבדיקה והאבחנה המבדלת. ואכן, משרד הבריאות מוביל מהלכים רבים ברמה הארצית לפיתוח כלים ותוכניות הכשרה לכל אנשי מקצועות הבריאות. במסגרת זו פותחה ערכת הדרכה לבתי החולים וערכה נוספת למטפלים בקהילה. אלא שמדוח מבקר המדינה (משרד מבקר המדינה, 2015) עולה כי אמנם משרדי החינוך, הבריאות והכלכלה נקטו בשנים האחרונות פעולות להכשרת העובדים האמורים לאתר קטינים כאלה, אך המשרדים האמורים לא מיפו את הצרכים שנותרו בהכשרה כזאת, וחלקם לא קבעו יעדים כמותיים בעניין זה לשנים הבאות. חובת הדיווח לבדה, ללא הכשרה הולמת של אנשי המקצוע, אין בה די כדי לסייע ולתת מענה אמיתי להיקפי התופעה.

השלכות הדיווח על הנוגעים בדבר

ממצאינו מראים כי שלושה רבעים מהאחיות חושבות שהדיווח יפגע במערכת היחסים שלהן עם המשפחה. אחיות דיווחו כי גם כאשר הן נתקלות באירוע המעורר את חשדן, הפגיעה האפשרית במערכת היחסים עם המשפחה מהווה שיקול נכבד בהחלטתן. במיוחד הן חוששות מההשלכות במקרה שיתברר בהמשך שהדיווח איננו נכון (Wu & Feng, 2005; Flaherty & Sege, 2005; Nayda, 2005). הפגיעה באמון עלולה, לדבריהן, להרתיע הורים פוגעים מלהביא את ילדיהם לקבלת טיפול מונע וטיפול רפואי, דבר שיכול לגרור פגיעה נוספת בבריאותו ובהתפתחותו התקינה של הילד. בשיח הטיפולי, חובת הסודיות היא לב ליבו ה"חוזה הטיפולי" בין המטפל למטופל, והפרתה מערערת את האמון שהוא מאושיות הטיפול. במחקרם של בנבנישתי ודוב (2010) נמצא כי כ-70% מהרופאים מסכימים שדיווח פוגע באמון של המשפחה ברופא, והמשמעות איננה רק בבחינת מניעת עזרה מהקורבן, אלא אף מרֵעה את המצב (דורון,2012).

האחיות בקהילה מקיימות קשר רב שנים עם המטופל ומשפחתו, ופעמים רבות הן אף מתגוררות באותה קהילה עצמה ומכירות את המשפחה גם ממעגלי חיים אחרים. הקשר האישי יכול לשמש מחסום במובן זה שהוא יוצר "נקודה עיוורת" אצל אנשי המקצוע, וזו יכולה לתרום להורדת הסטנדרטים שלהם לגבי טיפול טוב דיו (Schols, de Ruiter, & Ory, 2013). אחיות סיפרו בריאיון כיצד התחמקו מלדווח על משפחות שהכירו היטב, בפרט במקרים של היכרות אישית עם מעגלי המשפחה הרחבים של המטופלים. במחקר שבדק את המחסומים לדיווח אצל אחיות אמרה אחת המשתתפות: "אם האחות מכירה את המשפחה, זה נהיה קשה. אם היא חברה של המשפחה, במיוחד במקומות קטנים, היא לא תחשוב שעליה לדווח, אתה יודע, חברים של המשפחה" (Scott & Fraser, 2015). נראה כי החשש לפגוע ביחסי האמון ובמערכת התמיכה החברתית החמה שהאחות בנתה עם הילד ומשפחתו; ההשלכות השליליות הצפויות על המשפחה; וחוסר הביטחון בשאלה אם אמנם המקרה מצדיק דיווח – כל אלה יחד מעצימים את הסיכוי שהאחות תבחר להימנע מלדווח (Flaherty et al., 2006; Francis et al., 2012).

סוגיה נוספת היא השלכות הדיווח על האחות עצמה. החוק בישראל אינו מאפשר להטיל חיסיון על זהות המדווח, כך שהאחות עלולה להיחשף לתגובות קשות, לרבות אלימות מצד הורי הילד וקרוביהם (פבר, 2010) – במיוחד במקרים שבהם האחות ומשפחתה הם חלק מאותה קהילה (מטיוס, 2008).

ממצאינו ביחס למחסום בעקבות החשש מתגובת נקמה של המשפחה על הדיווח ( ;2004, Carpin, & Donohue, Kenny, Alvarez 2015, Ken) דומים לאלה של חוקרים אחרים: במחקר שבדק את הסיבות לאי-דיווח בקרב רופאי שיניים, שליש מתוך 306 משיבים דיווחו כי הם חוששים שתופעל כלפיהם אלימות (Carines, 2005). בסקר שבדק 56 רופאים מומחים להתעללות והזנחה (Flaherty et al., 2013), 52% מהמשיבים תיארו תחושת איום על ביטחונם האישי, 23% תיארו חשש מפרסום סיפורים בעלי אופי שלילי ו-16% ציינו כי הם חוששים מתביעות בגין רשלנות. במחקר אחר הצביעו אנשי מערכת הבריאות על צורך בהכשרה ממוקדת בנושאים הבאים: כיצד לעמוד בבית משפט, כיצד לשוחח עם ילד שעבר התעללות, וכיצד להתייחס להורים שמגיבים בכעס בחקירת ילדם )2010, Benbenishty, & Jedwab, Ziv, Yehuda Ben ,).

במציאות הקיימת העובדים הסוציאליים והמשטרה מנוּעים, מטעמים מקצועיים, משפטיים ומעשיים, מלמסור מידע על החקירה. אלא שללא משוב ומידע על תוצאות הדיווח, האחות המדווחת אינה יכולה ללמוד ממקרה למקרה (פסח, 2010). היא עשויה לחוש אובדן שליטה וכי הדברים התגלגלו לא כפי שרצתה. בארה"ב תיארו אחיות תחושות של אי-אמון בעבודה מול שירותי הרווחה, שכן השירות למען הילד אינו מעדכן את האחיות בהתקדמות החקירה ובתוצאותיה, ומתוך כך גם מתערער האמון בכך שהדיווח יסייע לילד )2014.

החשיבות של שיתוף עמיתים

ממצאי מחקרנו מצביעים על כך שאם האחות עובדת לבד ואין לה איש צוות אחר להתייעץ עמו, היא תתקשה לדווח במקרה שהתעורר אצלה חשד סביר להתעללות או הזנחה. כאשר החשד מתעורר בזמן המפגש במרפאה, האחות גם עוברת טלטלה רגשית וחשה רצון לשוחח עם איש צוות נוסף. לעומת זאת, במרפאות שבהן עובדות מספר אחיות, האפשרות להתייעץ עם אחות אחרת או עם רופא מקלה את ההחלטה לדווח. ממצאינו בעניין זה דומים לאלה של פאבילאיינן ועמיתיו (Paavilainen, Paunonen, & Kurki-Astedt, 2000), כי כאשר יש חשד להתעללות והזנחה של ילד, האחות או הרופא פונים להתייעצות עם איש מקצוע אחר, על פי רוב בתוך הצוות. פנייה להתייעצות עם איש מקצוע מחוץ לבית החולים כמעט שלא מתרחשת (שם). זוסמן (2017) מצאה כי אחיות טיפת חלב יעדיפו לפנות לעובדת סוציאלית שהיא חלק מצוות המרפאה.

**סיכום ומסקנות**

דיווח על התעללות והזנחה הוא חובה מקצועית המעוגנת בחוק. החלת החוק בישראל בשנת 1989 יצרה מציאות חדשה, אשר מצביעה על מחויבות חוקית ומוסרית הן של כלל החברה והן של אנשי המקצוע לשבור את קשר השתיקה סביב התעללות בילדים. למרות זאת, גם היום שיעורי הדיווח בקרב אחיות בקהילה נמוכים מאוד. נראה כי קיים קושי מתמשך החל משלב הזיהוי ועד שלב הדיווח לרשויות. כפי שהוצג במחקר זה, חובת הדיווח לבדה, ללא הכשרה ייעודית בנושא המלוּוה במשאבים המתאימים, אין בה די כדי להעלות את שיעור הדיווחים.

כדי שהאחיות יוכלו לעמוד בחובה החוקית והמוסרית שלהן, על קובעי המדיניות לנסח כללים ברורים ומוסכמים להגדרות של פגיעות שונות, וכן לקביעת קיומו של "יסוד סביר" לחשוב כי נעברה עבירה. יש לגבש ולהוציא לפועל מדיניות הכוללת הכשרה מעמיקה ומתן כלים לאחיות בכל שלב בתהליך. אלו צריכים להילמד הן בבתי הספר לסיעוד והן בארגוני הבריאות בקהילה. כמו כן, בכל ארגון צריך להיות מנגנון שיגן על האחות, יסייע לה להתמודד עם הפחד מתגובת המשפחה ויספק לה תמיכה בכל מקרה – בין אם הדיווח התברר כנכון ובין אם נמצא מוטעה.

**מקורות**

1.Center of Disease Control and Prevention (2014). Injury Prevention & Control: Division of Violence Prevention. Available at: http://www.cdc.gov/violenceprevention/childmaltreatment/definitions.html <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/childmaltreatment-facts-at-a-glance.pdf>

2.Green M. (2020). Nurses' Adherence to Mandated Reporting of Suspected Cases of Child Abuse. *Journal of pediatric nursing*, *54*, 109–113. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.06.007>

3. מדד האלימות של ויצ"ו לשנת 2019-2020. [מדד האלימות של ויצו לשנים 2019-2020 (wizo.org.il)](http://www.wizo.org.il/page_35805)

4.משרד הרווחה והשירותים החברתיים, האגף לשירותים אישיים וחברתיים, השירות לילד ולנוער (2017 .)דו"ח פניות לעובדים סוציאליים לחוק הנוער והטיפול בהן – סיכום ממצאים, שנת 2016.

5. לב-ויזל ר' ואיזיקוביץ' צ' (2016). אלימות כלפי ילדים ובני נוער בישראל: בין שכיחות לדיווח. גורמים מעודדים מול גורמים מעכבים דיווח. דו"ח מחקר למשרד החינוך. חיפה: אוניברסיטת חיפה וטראינה טכנולוגיות בע"מ.

. 6. Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York: W. W. Norton.

7. WHO(2020). Child maltreatment fact sheets. [Child maltreatment (who.int)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment)

8. Gilbert, L.K., Breiding, M. J., Merrick, M. T., Thompson, W. W., Ford, D. C., Dhingra, S. S. & Parks, S. E. (2015). Childhood adversity and adult chronic disease: an update from ten states and the District of Columbia, 2010. American Journal of Preventive Medicine. 48: 345-9.

9. חוק העונשין, חובת הדיווח. **(תיקון מס' 108) תשע"א-2010**.

10.Gateway, C. W. I. (2016). Mandatory reporters of child abuse and neglect. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children’s Bureau.

.11 המועצה הלאומית לשלום הילד (2016)ילדים בישראל: שנתון סטטיסטי. ירושלים: המועצה הלאומית לשלום הילד: המרכז למחקר ועיצוב מדיניות.

12. המועצה הלאומית לשלום הילד (2019) ילדים בישראל: שנתון סטטיסטי. ירושלים: המועצה הלאומית לשלום הילד: המרכז למחקר ועיצוב מדיניות

13.Sedlak, A. J., & Ellis, R. T. (2014). Trends in child abuse reporting. Handbook of child maltreatment (pp. 3-26). Dordrecht, Holland: Springer

14.Rolim, A. C. A., Moreira, G. A. R., Gondim, S. M. M., Da Silva Paz, S., & De Souza Vieira, L. J. E. (2014). Factors associated with reporting of abuse against children and adolescents by nurses within primary health care. Revista Latino-Americana De Enfermagem, 22(6), 1048-1055.

15. Ben Natan, M., Faour, C., Naamhah, S., Grinberg, K., & Klein-Kremer, A. (2012). Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse. International Nursing Review, 59(3), 331.

16.Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., & Dunne, M. (2010). Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. International Journal of Nursing Studies, 47(2), 146-153. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015.

17.Kuruppu, J., Forsdike, K., & Hegarty, K. (2018). 'it's a necessary evil': Experiences and perceptions of mandatory reporting of child abuse in Victorian general practice. Australian Journal of General Practice, 47(10), 729–733

18. Coulton, C. J., Crampton, D. S., Irwin, M., Spilsbury, J. C., & Korbin, J. E. (2007). How neighborhoods influence child maltreatment: A review of the literature and alternative pathways. Child abuse & neglect, 31(11-12), 1117-1142

19. Warren, E. J., & Font, S. A. (2015). Housing insecurity, maternal stress, and child maltreatment: An application of the family stress model. Social Service Review, 89(1), 9-39

20. Haas, B. M., Berg, K. A., Schmidt-Sane, M. M., Korbin, J. E., & Spilsbury, J. C. (2018). How might neighborhood-built environment influence child maltreatment? Caregiver perceptions. Social Science & Medicine, 214, 171-178.

.21 המועצה הלאומית לשלום הילד (2021) ילדים בישראל בצל מגפת הקורונה: שנתון סטטיסטי. ירושלים: המועצה הלאומית לשלום הילד: המרכז למחקר ועיצוב מדיניות

22. פסח נ, . (2010).חובת הדיווח במערכת הבריאות בתוך לדווח או לא לדווח – זו השאלה: -רב שיח בעניין חובת הדיווח במערכות ציבוריות שונות ובקרב הציבור הרחב משפחה, . 420 – 410 ,במשפט

23. פבר מ.(2010). בין "טיפולי "ל" פלילי": חובת הדיווח מנקודת ראותם של פקידי הסעד משפחה במשפט, 365-347.

24. Cairns, AM., Mok, JY.,Welbury, RR. (2005). The dental practitioner and child protection in Scotland British Dental Journal, 199(8), 517-520

25. Mathews, B., & Bross, D. C. (2015). Introduction. In B. Mathews, & D. C. Bross (Eds.), *Mandatory reporting laws and the identification of severe child abuse and neglect* (pp. xix– xxv). Dordrecht, The Netherlands: Springer.

26. Herendeen PA, Blevins R, Anson E, Smith J. Barriers to and consequences of mandated reporting of child abuse by nurse practitioners. J Pediatr Health Care 2014;28:e1‑7.

1. 27. Centers for Disease Control and Prevention. “Child Abuse & Neglect: Fast Facts.” Accessed July 31, 2020. https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/fastfact.html [↩︎](https://www.dosomething.org/us/facts/11-facts-about-child-abuse#fnref1)
1. כל האמור בלשון זכר מתייחס לשני המינים כאחד. [↑](#footnote-ref-1)
2. כל האמור בלשון נקבה מתייחס לנשים וגברים כאחד. [↑](#footnote-ref-2)