

**הגורמים הקשורים לנטייה לדווח על התעללות והזנחה של ילדים בקרב אחיות
טיפת חלב**

מחקר לשם מילוי חלקי של הדרישות לקבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה"

מאת

נורית זוסמן

הוגש לסנאט אוניברסיטת בן גוריון בנגב

דצמבר 2017

י"ט בכסלו תשע"ח

באר שבע

הגורמים הקשורים לנטייה לדווח על התעללות והזנחה של ילדים בקרב אחיות טיפת חלב

מחקר לשם מילוי חלקי של הדרישות לקבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה"

מאת

נורית זוסמן

הוגש לסנאט אוניברסיטת בן גוריון בנגב

אישור המנחה

אישור דיקן בית הספר ללימודי מחקר מתקדמים ע"ש קרייטמן

דצמבר 2017

כסלו תשע"ח

באר שבע

העבודה נעשתה בהדרכת

פרופ' ורד סלונים-נבו

במחלקה לעבודה סוציאלית

ע"ש שפיצר

בפקולטה למדעי הרוח והחברה

הצהרת תלמיד המחקר עם הגשת עבודת הדוקטור לשיפוט

אני החתום מטה מצהיר/ה בזאת: (אנא סמן):

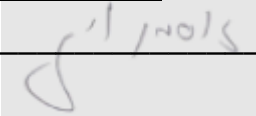
___√___ חיברתי את חיבורי בעצמי, להוציא עזרת ההדרכה שקיבלתי מאת מנחה/ים.

___ החומר המדעי הנכלל בעבודה זו הינו פרי מחקרי מתקופת היותי תלמיד/ת מחקר.

___ בעבודה נכלל חומר מחקרי שהוא פרי שיתוף עם אחרים, למעט עזרה טכנית הנהוגה בעבודה ניסיונית. לפי כך מצורפת בזאת הצהרה על תרומתי ותרומת שותפי למחקר, שאושרה על ידם ומוגשת בהסכמתם.

תאריך 21/3/2018

שם התלמיד/ה נורית זוסמן

חתימה 

תודה מכל הלב למנחת הדוקטורט **פרופ' ורד סלונים-נבו** על
ההנחיה, הליווי, העידוד והתמיכה.

להורי היקרים והאהובים, **לילי ומשה לאונר**, עבודה זו מוקדשת
בראש ובראשונה לכם. אתם דחפתם אותי תמיד ללכת וללמוד, ואני גאה
שזכיתם לראות אותי מסיימת בהצלחה גם את התואר השלישי.

תודה מכל הלב לבעלי האהוב, **שי**, על התמיכה לאורך כל שנות
הלימודים. לילדינו הנפלאים **מור, חן ורון**, אני מאחלת לכם שתלמדו
ותעסקו בתחום שיהיה בעל משמעות עמוקה עבורכם ועבור החברה.

תודה לחברתי היקרה, **רותי הלוי**, שגיבשה בי את הביטחון.

תודה רבה ל**גב' מרים פייס**, אחות מפקחת מחוז מרכז משרד
הבריאות (בדימוס), שהאמינה בי, עוד לפני שנים, וסייעה בכל דרך.

תודה לד"ר **קלי ספורטה**, על הייעוץ הסטטיסטי.

תודה ל**גב' דניאלה כורם** ולד"ר **תמי הנר**, על הסיוע בעריכה.

תודה ל**פרופ' רמי בנבנישתי**, על הסיוע בכל פניה ועל העזרה
בבניית תיאורי המקרה.

תודה מקרב לב, לאחיות טיפת חלב בכללית ובמשרד הבריאות, על
שיתוף הפעולה.

תודות לביטוח לאומי על סיועו במימון

עבודה זו מוקדשת גם לסבתי האהובה
גב' גיטה פלץ ז"ל , שנטעה בי את אהבת
האדם ואהבת העשייה.
"הרבה אנשים מחזיקים בדעה שגויה
לגבי הגורמים לאושר אמתי.
אושר לא מושג באמצעות סיפוק עצמי,
אלא מתוך נאמנות למטרה נעלה"
הלן קלר

תוכן עניינים

עמוד		
1	.....	מבוא 1
2	.....	סקירת ספרות 2
2	.....	התעללות והזנחה של ילדים 2.1
3	.....	היקף תופעת התעללות והזנחה של ילדים 2.1.1
4	.....	ההיבט החוקי בהתעללות והזנחה של ילדים 2.1.2
5	.....	אחיות טיפת חלב 2.2
7	.....	דיווח של אנשי מקצוע על התעללות והזנחה 2.3
7	.....	מאפייני רקע אישיים של אנשי המקצוע הקשורים לנטייה לדווח 2.3.1
9	.....	מאפייני רקע מקצועיים של אנשי המקצוע הקשורים לנטייה לדווח 2.3.2
10	.....	מאפייני סביבה ארגונית וחברתית של אנשי המקצוע שקשורים לנטייה לדווח 2.3.3
11	.....	ידע ומגע קודם (חשיפה), של אנשי המקצוע שקשורים לנטייה לדווח 2.3.4
12	.....	מאפיינים של מקרה ההתעללות וההזנחה הקשורים לנטייה לדווח 2.4
12	.....	רמת הסיכון לילד הקשורה לנטייה לדווח 2.4.1
13	.....	עמדות כלפי דיווח 2.5
13	.....	עמדות 2.5.1
14	.....	הקשר בין עמדה להתנהגות 2.5.2
14	.....	הקשר בין עמדות כלפי דיווח לבין הנטייה לדווח 2.5.3
16	.....	סיכום 2.6
18	.....	השערות המחקר 2.6
19	.....	מודל המחקר 2.7
20	.....	שיטה 3
20	.....	אוכלוסיית המחקר 3.1
20	.....	מדגם 3.2
22	.....	כלים 3.3
22	.....	כלים לבדיקת המשתנים התלויים 3.3.1
25	.....	כלים לבדיקת המשתנים הבלתי תלויים 3.3.2
26	.....	מהימנות כלי המחקר 3.3.3
27	.....	הליך 3.4
28	.....	סוגיות אתיות 3.4.1
29	.....	איסוף הנתונים 3.4.2
29	.....	ניתוח סטטיסטי 3.5

31	.....	ממצאים	4
31	.....	חלק א.	4.1
30	.....	הצגה תיאורית של הממצאים	4.1.1
32	.....	קשרים בין המשתנים הבלתי תלויים למשתנה התלוי – הנטייה לדווח	4.1.2
35	.....	קשרים צולבים בין המשתנים הבלתי תלויים למשתנה התלוי – הנטייה לדווח	4.1.3
35	.....	מודל מנבא רב משתני של הנטייה לדווח על התעללות והזנחה	4.1.4
36	.....	חלק ב.	4.2
37	.....	קשרים בין העמדות כלפי דיווח לבין המשתנים הבלתי תלויים	4.2.1
39	.....	מודל מנבא רב משתני של העמדות כלפי דיווח	4.2.2
41	.....	חלק ג.	4.3
41	.....	מודל תיווך	4.3.1
44	.....	ההשפעה המתווכת של עמדות כלפי דיווח על הקשר בין המאפיינים המקצועיים לנטייה לדווח	4.3.2
44	.....	ההשפעה המתווכת של עמדות כלפי דיווח על הקשר בין מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית לנטייה לדווח	4.3.3
45	.....	ההשפעה המתווכת של עמדות על הקשר בין ידע ומגע קודם עם הנושא לבין הנטייה לדווח	4.3.4
46	.....	ממצאי המחקר על פי ההשערות	4.4
49	.....	דיון	5
51	.....	הנטייה לדווח על התעללות והזנחה של ילדים	5.1
51	.....	עמדות כלפי דיווח על התעללות והזנחה של ילדים והקשר שלהן עם הנטייה לדווח	5.2
52	.....	קשרים ישירים ועקיפים (דרך עמדות כלפי דיווח) בין קבוצות המאפיינים לבין הנטייה לדווח	5.3
52	.....	הקשר הישיר והעקיף (דרך עמדות) בין מאפייני הרקע האישיים לבין הנטייה לדווח	5.3.1
53	.....	הקשר הישיר והעקיף (דרך עמדות כלפי דיווח) בין מאפייני רקע מקצועיים לבין הנטייה לדווח	5.3.2
56	.....	הקשר הישיר והעקיף (דרך עמדות כלפי דיווח) בין מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית לבין הנטייה לדווח	5.3.3
58	.....	הקשר הישיר והעקיף (דרך עמדות כלפי דיווח) בין ידע ומגע קודם עם נושא ההתעללות וההזנחה לבין הנטייה לדווח	5.3.4
60	.....	מגבלות המחקר	5.4
62	.....	תרומת המחקר	5.5
63	.....	הצעות למחקר עתידי	5.6
64	.....	רשימת מקורות	6

עמוד	רשימת הלוחות	מספר לוח
20	..... מאפייני רקע אישיים	1
21	..... מאפייני רקע מקצועיים	2
23	..... חלוקת סוגי תיאורי המקרה לאחיות	3
26	..... מהימנות כלי המחקר	4
29	..... דרכי איתור המשתתפות במחקר	5
31	..... התפלגות משתני המחקר	6
33	..... קשרים בין המשתנים הבלתי תלויים לנטייה לדווח	7
36	..... רגרסיה לוגיסטית לניבוי הנטייה לדווח על התעללות והזנחה	8
38	..... קשרים בין המשתנים הבלתי תלויים לעמדות כלפי דיווח	9
40	..... רגרסיה מרובה לניבוי עמדות כלפי דיווח על התעללות והזנחה	10

רשימת איורים

עמוד		מספר איור
19	השפעות ישירות ועקיפות של מאפייני האחות על הנטייה לדווח : מאפייני רקע אישיים, מקצועיים, מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית, ידע ומגע קודם עם נושא התעללות והזנחה.....	1
41	קשר סיבתי מתוּוּך (עקיף) בין משתנים.....	א 2
41	קשר סיבתי ישיר בין משתנים.....	ב 2
43	הקשר המתוּוּך של עמדות כלפי דיווח על הקשר בין ידע לנטייה לדווח.....	3
44	ההשפעה המתוּוּכת של עמדות כלפי דיווח על הקשר בין השכלה לבין נטייה לדווח.....	4
44	הקשר המתוּוּך של עמדות על הקשר בין מאפייני הסביבה הארגונית (סוג תחנת טיפת חלב) לבין הנטייה לדווח על התעללות והזנחה.....	5
45	הקשר המתוּוּך של עמדות על הקשר בין מאפייני הסביבה הארגונית (מערכת היחסים בצוות) לבין הנטייה לדווח על התעללות והזנחה.....	6
45	הקשר המתוּוּך של עמדות על הקשר בין מאפייני הסביבה הארגונית (מערכת היחסים עם הרווחה) לבין הנטייה לדווח על התעללות והזנחה.....	7
46	הקשר המתוּוּך של עמדות כלפי דיווח על הקשר בין ידע לנטייה לדווח.....	8

תקציר

רקע

התעללות והזנחה של ילדים היא תופעה עולמית, אשר עלולה לגרום להפרעות קשות לילד, במהלך חייו. מדינות מתמודדות עם תופעה זו בדרכים שונות. דיווח על התעללות והזנחה של ילדים הוא חובה על פי חוק, על כל אזרח בישראל, וחובה מוגברת עבור אנשי מקצוע מתחומים שונים. מחקרים רבים מעידים על כך שאנשי המקצוע מתקשים לדווח, וכי רמת הדיווח נמוכה מאוד, יחסית להיקף התופעה. אחיות טיפת חלב, אשר נמנות עם אנשי המקצוע שחלה עליהם חובת הדיווח, הן הגורם המקצועי הראשון שפוגש את ההורה והילד בקהילה, לאחר הלידה.

שאלות המחקר

המחקר עוסק בגורמים שעשויים להשפיע על רמת הדיווח על התעללות והזנחה של ילדים, בקרב אחיות טיפת חלב. המחקר בודק את התרומה של מאפיינים שונים לנטייה של אחיות טיפת חלב לדווח על התעללות והזנחה של ילדים. כיון שלאחיות יש גם עמדות כלפי דיווח העשויות לשמש כגורם מתווך לנטייה לדווח, המחקר הנוכחי בוחן גם את הקשר שבין המאפיינים השונים לעמדותיהן של האחיות כלפי דיווח.

שיטה

נבדקים: במחקר הנוכחי השתתפו 341 אחיות טיפת חלב העובדות בתחנות ובמרפאות בכל רחבי הארץ, מתוכם, 106 אחיות ממשרד הבריאות ו-235 משירותי בריאות כללית, כולן נשים. גילן הממוצע 45 שנים, כולן אחיות מוסמכות.

כלים: נתוני המחקר נאספו באמצעות שאלונים לדיווח עצמי, אשר בדקו את המשתנה התלוי (הנטייה לדווח על התעללות והזנחה של ילדים), המשתנה המתווך (עמדות כלפי דיווח), והמשתנים הבלתי תלויים, לפי ארבע קבוצות: מאפייני רקע אישיים, מאפייני רקע מקצועיים, מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית, ידע ומגע קודם עם התעללות והזנחה של ילדים.

הליך: איסוף הנתונים נערך באמצעות שאלונים שנשלחו למשתתפות בדואר האלקטרוני האירגוני או באמצעות שאלונים למילוי, שחולקו בישיבות צוות למשתתפות אשר לא ענו על השאלון האינטרנטי.

ממצאים

מניתוח הנתונים עלה כי מאפייני הרקע המקצועיים של אחיות טיפת חלב חשובים בקביעת הנטייה לדווח על התעללות והזנחה של ילדים. ההשכלה נמצאה קשורה הן ישירות והן בעקיפין (בתיווך עמדות כלפי דיווח) לנטייה לדווח. הוותק בטיפת חלב והתפקיד הניהולי נמצאו קשורים ישירות לנטייה לדווח. מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית (סוג תחנת טיפת חלב, מערכת היחסים בצוות ומערכת היחסים עם שירותי הרווחה) חשובים, אלא שהשפעתם על הנטייה לדווח על התעללות והזנחה הייתה עקיפה, כלומר, דרך העמדות כלפי דיווח. למאפייני הידע והמגע הקודם עם נושא התעללות והזנחה של ילדים הייתה תרומה מזערית לנטייה לדווח. רק הידע בנושא התעללות והזנחה של ילדים נמצא קשור, וגם הוא רק בעקיפין (דרך העמדות כלפי דיווח). לא נמצאו קשרים בין מאפייני הרקע האישיים של אחיות טיפת חלב לנטייתן לדווח על התעללות והזנחה של ילדים.

דיון, מסקנות והמלצות

מחקר זה הינו הראשון שבדק את הגורמים הקשורים לנטייה של אחיות טיפת חלב לדווח על התעללות והזנחה של ילדים. על מנת לחקור את הנושא קיים צורך בראיה כלל-מערכתית וגישה אינטרדיסציפלינרית שתשלב התייחסות לאלמנטים מתחומים שונים כגון: פסיכולוגיה, סוציולוגיה, פסיכולוגיה חברתית, סיעוד, רפואה וחוק ומשפט. מכאן חשיבותן הרבה של תוצאות המחקר ליישום ההמלצות בתוכניות ההכשרה של אחיות ובשדה הקליני.

אחד הנושאים העיקריים, שהבעייתיות שלו נחשפה במחקר הנוכחי, הוא אי הבנת לשון החוק, ואי-ההלימה בין דרישות החוק לבין הנעשה בפועל. מחד גיסא, על-פי לשון החוק, כל אזרח במדינה חייב לדווח אישית כאשר יש לו חשד סביר של התעללות והזנחה של ילד, כאשר על אנשי מקצוע מתחומים שונים מוטלת חובה מוגברת. מאידך גיסא, בהנחיות חוזר המנהל הכללי (משרד הבריאות, 2003) הוגדרו תהליכי עבודה של אנשי מקצועות הבריאות, הכוללים כמה שלבים עד לדיווח. מכאן נראה כי יש בלבול בשאלה מי, מתי ואיך צריך לדווח, ומה נחשב דיווח על-פי החוק. גילוי זה יכול להסביר את שיעורי הדיווח הנמוכים של אנשי מקצועות הבריאות.

המחקר הנוכחי מהווה צעד חשוב בהבנת ההשפעה של משתנים שונים על הנטייה לדווח על התעללות והזנחה של ילדים. אף על פי שמחקרים רבים מצאו כי לעמדות כלפי דיווח יש תפקיד מרכזי בנטייה לדווח, באף אחד מהמחקרים לא נבדקה ההשפעה המתווכת של העמדות כלפי דיווח על הנטייה לדווח. בתהליך ההכשרה של אחיות טיפת חלב מומלץ לקיים הכשרה קבועה במקומות העבודה, מותאמת לקהל היעד הספציפי ולנהלים הארגוניים במקום העבודה. בעתיד מומלץ לחקור את ההשפעה המתווכת של עמדות כלפי דיווח, בקשר שבין מאפיינים שונים של אנשי המקצוע לבין הנטייה לדווח, ובמיוחד בקשר בין מאפייני סביבת העבודה, לבין הנטייה לדווח.

מילות מפתח: התעללות והזנחה של ילדים, דיווח, אחיות, טיפת חלב, עמדות כלפי דיווח, מאפייני רקע אישיים, מאפיינים מקצועיים, מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית, ידע ומגע קודם עם התעללות והזנחה של ילדים.

1. מבוא

הגישה הרווחת בישראל היא, כי האחריות להבטחת שלום הילד וההגנה עליו מוטלת על החברה. הכרה רשמית לכך אפשר למצוא באשרור האמנה בדבר זכויות הילד משנת 1991 ובחקיקת חוק העונשין (ספר החוקים, 1989). נתוני המועצה לשלום הילד מראים כי בשנת 2015 היו 43,971 דיווחים של עובדים סוציאליים לחוק נוער על חשד להתעללות לסוגיה. 33.5% מהדיווחים היו בגין הזנחה, 26.1% בגין התעללות פיזית, 11.0% בגין התעללות מינית ו-6.5% בגין התעללות רגשית. אין נתונים על מאפייני המקרים שנתגלו כתוצאה מדיווחים אלה, אולם פורסם כי רק 7.3% מהדיווחים נתגלו כדיווחי שווא (המועצה לשלום הילד, 2016).

על-פי חוק העונשין, חלה חובת דיווח במקרים שבהם עלה חשד כי ילד עבר התעללות או הזנחה (ספר החוקים, 1989). דיווח על התעללות והזנחה הוא חובה מקצועית המעוגנת בחוק, אך כאשר יש חשד להתעללות או הזנחה – יש לטפל בילד עצמו עוד לפני הדיווח, וזו משימה קשה ומורכבת עבור אנשי מקצוע ובכללם האחיות. מחקרים מתארים קשיים של אנשי מקצוע (כגון: רופאים, אחיות, מורים) בטיפול במקרים של חשד להתעללות ולהזנחה של ילדים (Eisbach & Driessnack, 2010; Flaherty et al., 2008). ואכן במחקר של מקשרי (McSherry, 2007) אמרו אנשי מקצוע מתחומים שונים, שלדעתם הטיפול בהתעללות ובהזנחה של ילדים נמצא באחריותה של מערכת הרווחה, בעוד אנשי המקצוע עצמם חייבים רק לדווח (McSherry, 2007).

כדי לנסות להבין את הגורמים הקשורים לדיווח על התעללות והזנחה, בדק המחקר הנוכחי את מאפייני האחות – מאפייני הרקע האישיים והמקצועיים, מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית ומשתני ידע ומגע קודם עם התעללות והזנחה של ילדים, ואת מאפייני המקרה – סוג ההתעללות ורמת הסיכון בתיאורי המקרה. התפיסה שבבסיס המחקר הנוכחי רואה במאפיינים אלה גורמים עיקריים המשפיעים על אחיות טיפת חלב. משתנים אלה, בהקשר של התעללות והזנחה, נחקרו בקרב אנשי צוות שונים לפני שנבדקו בקרב אחיות טיפת חלב בישראל.

יש מחקרים על הגורמים הקשורים לדיווח של אנשי מקצוע, אך רק מעטים מהם חקרו דיווח של אחיות. לא נערכו מחקרים דומים בישראל בקרב אחיות טיפת חלב. לפיכך, אלה הן מטרות המחקר העיקריות:

1. לבדוק מהן עמדותיהן של אחיות טיפת חלב לגבי דיווח על התעללות והזנחה של ילדים, ואת הקשר בין העמדות לבין המאפיינים השונים של האחות.
2. לבחון כיצד המאפיינים האישיים, המקצועיים, מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית ומשתני ידע ומגע קודם תורמים לנטיית האחות לדווח על חשד להתעללות והזנחה של ילדים.

2. סקירת ספרות

המחקר הנוכחי עוסק בגורמים הקשורים בנטייה לדווח על התעללות והזנחה של ילדים בגיל הרך, תוך בדיקה של משתנים רבים מתחומים שונים. מכיוון שתופעת ההתעללות וההזנחה של ילדים בגיל הרך היא מורכבת מאוד וקשה לכל אדם, יש להניח שהיא עוד יותר קשה לאנשי המקצוע, כיוון שעוסקים בטיפול ישיר בילדים. סקירת הספרות תתייחס להיבטים האפידמיולוגיים, הדמוגרפיים, הפסיכוסוציאליים והקליניים הנוגעים לנושא זה.

מפאת אופיו ומורכבותו של נושא המחקר הנוכחי, לא היה מקום לצאת לחקירה מתוך תיאוריה מוגדרת אחת. על מנת לחקור את הנושא היה צורך לגשת למחקר מתוך ראייה כלל-מערכתית וגישה אינטרדיסציפלינרית שתשלב התייחסות לאלמנטים מתחומים שונים כגון: פסיכולוגיה, סוציולוגיה, פסיכולוגיה חברתית, סיעוד, רפואה וחוק ומשפט. בנוסף, יש לזכור כי מדובר במחקר ראשוני בנושא, דבר שחייב גמישות, תוך אי הצמדות למסגרת תאורטית מוגדרת אחת.

2.1 התעללות והזנחה של ילדים

התעללות והזנחה של ילדים, לפי הגדרת המרכז העולמי למניעה ולבקרה על מחלות (Center of Disease Control and Prevention), הם מעשה או מחדל או סדרה של מעשים או מחדלים, שעושה הורה או אחראי אחר (מורה, מטפל, איש דת וכדומה) ואשר תוצאתם פגיעה, פוטנציאל לפגיעה או סכנה של פגיעה בילד. מעשים אשר גורמים או עלולים לגרום נזק לילד יכולים להתבצע במכוון או שלא במכוון. עוד מצוין כי כאשר מדובר על התעללות בילדים יש להדגיש את מעשי המטפל ולא דווקא את תוצאותיהם (Center of Disease Control and Prevention, 2014).

לאחרונה הוכנס המונח "התעללות והזנחה של ילדים" לסיווג הקליני המסייע בקביעת אבחנה, והוא מופיע בפרסום האגודה האמריקאית לפסיכיאטריה (American Psychiatric Association, 2013). מונח מוכר וזמין במערכות אבחון מרכזיות יכול לסייע לאנשי מקצוע מתחומים שונים (פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, אנשי סיעוד בפסיכיאטריה, רופאי ילדים ונוירולוגים) להתייחס באופן דומה, לזהות, למנוע ולטפל (Slep, Heyman, & Foran, 2015). ההגדרה לפי DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) עוסקת בהתעללות בילדים. היא מחלקת את המונח הכוללני (child maltreatment) לארבע קטגוריות:

התעללות פיזית (DSM-5, 995.54, V61.21): פגיעה פיזית בילד שגרם הורה, מטפל או אדם אחר האחראי על הילד, שלא כתוצאה מתאונה. אין זה משנה אם הייתה כוונה לפגוע בילד או לא. לדוגמה: נשיכה, הכאה, צביטה, טלטול, זריקה, כווייה (American Psychiatric Association, 2013).

התעללות מינית (DSM-5, 995.53, V61.21): כל פעילות מינית המערבת את הילד והמעניקה סיפוק מיני להורה, למטפל או לאדם אחר שאחראי על הילד או לאחרים (גם ללא מגע ישיר עם הילד). דוגמאות: ליטוף אברי המין של הילד, חדירה, גילוי ערויות, אונס, מעשי סדום, מעשים מגונים, ניצול ללא מגע, לדוגמה: בכפייה ישירה או עקיפה, כלומר מתוך הפעלת כוח פיזי ישיר או באמצעות מניפולציה רגשית כמו פיתוי או סחיטה או במסגרת יחסי תלות, מרות, חינוך או השגחה, ואיום על ילד שעליו להשתתף בפעילות פן יבולע לו (American Psychiatric Association, 2013).

התעללות פסיכולוגית (רגשית) (DSM-5, 995.51, V61.21): פעילות מילולית או סמלית (לדוגמא: סילוק בובה או שמיכה אהובה מהילד) שנגרמה בידי הורה, מטפל או אדם אחר שאחראי על הילד, הגורמת פגיעה פסיכולוגית משמעותית לילד או שיש לה פוטנציאל לכך. דוגמאות: נזיפה, השפלה או העלבה, איומים, פגיעה באנשים או בחפצים שחשובים לילד, או הרחקתם ממנו, הגבלה פיזית של הילד (כגון קשירה) (American Psychiatric Association, 2013).

הזנחה (DSM-5, 995.52, V61.21): פעולה חשודה או מאומתת של מעשה או מחדל יוצא דופן הנעשה בידי הורה או מטפל אחר, במניעת צרכים בסיסיים מהילד, אשר גרמה לפגיעה פיזית או שיש פוטנציאל לפגיעה פיזית או פסיכולוגית. דוגמאות להזנחה: נטישה, אי-השגחה מתאימה, אי סיפוק צרכים רגשיים או פסיכולוגיים, אי דאגה להשכלה, לטיפול רפואי, למחסה, ללבוש (American Psychiatric Association, 2013).

ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) מציין, כי התעללות בילדים היא בעיה עולמית, והיא עלולה לגרום לבעיות קשות לילד בהמשך חייו. אף על פי שארגון הבריאות העולמי עוקב אחר נתונים של מדינות עניות ומתפתחות, עדיין חסר מידע על המצב במדינות רבות. עוד מציין ארגון הבריאות העולמי, כי על פי מחקרים בינלאומיים כרבע מכלל המבוגרים מדווחים, שסבלו מהתעללות פיזית כילדים, ואחת מתוך חמש נשים מדווחות, כי סבלה מהתעללות מינית כילדה. בנוסף, ילדים רבים מספרים על חוויות של התעללות רגשית והזנחה (World Health Organization, 2016).

המחקר הנוכחי יתייחס לנטייה לדווח על ארבעת הקטגוריות: התעללות פיזית, התעללות מינית, התעללות פסיכולוגית (רגשית) והזנחה.

2.1.1 היקף תופעת ההתעללות וההזנחה של ילדים

ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) מציין, כי 5% עד 50% מהילדים בעולם סובלים מהתעללות או מהזנחה, תלוי באזור. בחלק ממדינות אפריקה 65% מהילדים סובלים מהתעללות פיזית ו-55% סובלים מהתעללות מינית. באירופה – 29.1% סובלים מהתעללות רגשית, 22.9% מהתעללות פיזית, 9.6% מהתעללות מינית. בארה"ב נעשה בשנת 2008 אומדן באמצעות ראיונות טלפוניים, שהעלה כי כ-10% מהילדים ובני הנוער סבלו מפגיעה כלשהי, כולל התעללות פיזית, התעללות רגשית, הזנחה וחיפה מהבית. 6% היו חשופים לפגיעה מינית (World Health Organization, 2016). בישראל נתוני המועצה הלאומית לשלום הילד (2016) מראים, כי בשנת 2015 היו 43,971 דיווחים של עובדים סוציאליים לחוק הנוער על חשד להתעללות לסוגיה. 33.5% (13,759) מהדיווחים היו על הזנחה, 26.1% (10,722) היו על התעללות פיזית, 11.0% (4,530) היו על התעללות מינית ו-6.5% (2,681) היו על התעללות פסיכולוגית (רגשית). 22.9% נוספים (9,412) היו על טיפול ואשפוז פסיכיאטרי, נוער מעורב בפלילים, ניסיונות התאבדות והתמכרויות ואחר. יש לציין כי רק 7.3% מהדיווחים הללו נתגלו כדיווחי שווא (המועצה לשלום הילד, 2016).

ככל שהילד צעיר יותר, כך הוא חשוף יותר להתעללות והזנחה (Centers of Disease Control and Prevention, 2014). בשנת 2012 נמצא שכ-27% מהילדים שעברו התעללות והזנחה בארה"ב היו בני שלוש שנים ומטה, כ-20% היו בני שלוש ועד חמש שנים, והיתר בני חמש שנים ומעלה. ככל שהגיל עולה, שיעור הילדים שעברו התעללות הולך ופוחת. ילדים בני שנה ומטה היו חשופים יותר מהאחרים (9.21 מתוך 1,000 ילדים). עוד נמצא באותו דו"ח, כי שיעור הילדים בני שנה שעברו התעללות והזנחה הוא 11.8 ל-1,000

ילדים, שיעור בני שנתיים שעברו התעללות והזנחה הוא 11.9 ל-1,000, ובני 3 שנים – 11.6 ל-1,000 (U.S. Department of Health and Human Services, 2013).

ההתעללות וההזנחה עלולים להיות קשים עד כדי תמותה. ארגון הבריאות העולמי מציין, כי שיעור התמותה העולמי של ילדים בעקבות התעללות והזנחה עומד על 2.25 מקרי מוות למאה אלף ילדים. כשלושה רבעים (74.8%) ממקרי מוות אלה היו בקרב ילדים מתחת לגיל 3 שנים. השיעור הגבוה ביותר של תמותת ילדים מתחת לגיל 5 שנים בעקבות התעללות נמצא במדינות אפריקה, והוא עומד על 17.9 מקרים למאה אלף כשמדובר בבנים ו-12.7 מקרים למאה אלף כשמדובר בבנות. השיעור הנמוך ביותר של תמותת ילדים בעקבות התעללות נמצא במדינות אירופה, במדינות מערב האוקיינוס השקט (ארה"ב) ובמדינות הים התיכון (World Health Organization, 2015).

בארה"ב קיימת מערכת רישום ודיווח מפורטת בנושא, והאומדן הוא של כ-1,640 ילדים מתו בשנת 2012 בעקבות התעללות והזנחה (Center of Disease Control and Prevention, 2014). משנת 2009 ועד 2013 ירד שיעור תמותת הילדים בעקבות התעללות והזנחה ל-12.7%. בשנת 2013 נמצא כי 69.9% ממקרי התמותה של ילדים (919 ילדים) אירעו בעקבות הזנחה, 44% בעקבות התעללות פיזית (582 ילדים) ו-0.8% בעקבות התעללות מינית (10 ילדים). יש לציין, כי ייתכנו מקרים שבהם ילד סובל מסוגים שונים של התעללות והזנחה, ולכן סכום האחוזים של כל סוגי ההתעללות עולה על 100% (U.S. Department of Health and Human Services, 2013). לא נמצאו נתונים על מקרי תמותה של ילדים בעקבות התעללות והזנחה בישראל (המועצה לשלום הילד, 2016).

2.1.2 ההיבט החוקי של התעללות והזנחה של ילדים

אחד הכוחות שהניעו את השינויים בגישתו של המשפט הישראלי לזכויות הילד לאורך שנים הוא הצטרפותה של ישראל לאמנה לזכויות הילד בשנת 1991 ולאחריו חקיקתו של חוק יסוד: כבוד האדם וחירותו בשנת 1992 (מורג, 2010). מיד עם חקיקת החוק הובהר כי חוק זה, המסמל את המעבר של המשפט הישראלי לעידן של זכויות, חל גם על ילדים (מורג, 2010). ההסכמה הבינלאומית על זכויות ילדים באה לידי ביטוי באמנה בדבר זכויות הילד (כתבי אמנה, 1989). מן האמנה עולה, כי מדינות העולם הבינו שכדי לאפשר אכיפת זכויות ומעמד של ילדים, יש לקבוע לא רק את הזכויות עצמן, אלא גם את היקף האחריות של המדינות, שאם לא כן תישארנה הזכויות בגדר הצהרות. מנוסח האמנה יוצא, כי אי אפשר לחייב את כל המדינות ברמה הגבוהה ביותר, כיוון שיכולתן הכלכלית שונה. סעיף 4 לאמנה קובע:

המדינות החברות ינקטו צעדים נאותים, תחקיקתיים, מנהליים ואחרים, למימוש הזכויות המוכרות באמנה זו. באשר לזכויות כלכליות, סוציאליות ותרבותיות, ינקטו המדינות החברות אמצעים כאמור, עד מירב המידה הניתנת על פי המשאבים שברשותם, ומקום שדרוש, במסגרת שיתוף הפעולה הבינלאומי (רוטלוי, 2010, עמ' 64).

יש לזכור, כי רק הכרה בזכויותיהם של ילדים תביא לידי כיבודם כבני אדם. התייחסות להגנת הילד כאל זכות, ולא כאל צורך בלבד, היא שתאפשר לו לדרוש את זכויותיו. אם הנחת המוצא היא, שילדים הם ככל האדם, ועל כן הם זכאים לכל זכויות האדם, יש להבהיר באילו זכויות מדובר ועל מי מוטלת האחריות ליישמן. הרחבת זכויות הילד הנה נדבך בהתפתחות המשפטית והחברתית של מעמד הילד והיא נבטה על

רקע עידן שהכיר וקידם את עיקרון טובת הילד, שלפיו הילד אינו נתון לשליטתם המוחלטת של הוריו, וטובתו העצמאית ראויה להגנה. עיקרון טובת הילד נקבע כשיקול ראשון במעלה בפעולות הנוגעות בילדים (מורג, 2010).

יש לשים לב, כי ככל שמכירים בזכויות רבות יותר לילדים, כך מתרחבת האוטונומיה שלהם וההורים חשים מאוימים יותר, כיוון שסמכותם נחלשת. כחלק מאותו תהליך, מגבירות רשויות המדינה שמעניקות שירותים לילדים ולמשפחות (חינוך, רווחה ובריאות) את מעורבותן בחיי הילדים, על חשבון תפקידם המסורתי של ההורים. הקמת מערכות מידע מסודרות וגלויות מדגימות את התחזקות המדינה הדואגת לרווחת אזרחיה, לבריאותם ולביטחונם. דוגמה למערכת מידע כזו היא חובת הדיווח המעוגנת בסעיף 368D בחוק העונשין (מורג, 2010).

בחוק העונשין (ספר החוקים, 1989) מצוינת במפורש חובתו של כל אזרח, ובמיוחד חובתם של אנשי מקצועות הבריאות, החינוך, העבודה הסוציאלית והחוק והמשפט, לדווח לעובד הסוציאלי לחוק הנוער או למשטרה על כל מקרה שלגביו יש יסוד סביר לחשוב, כי נעברה עבירה נגד קטין או חסר ישע. העובר על הוראה זו דינו מאסר שישה חודשים. החוק מפרט את כל מקצועות הבריאות שעליהם חלה חובת הדיווח: "רופא, אחות, עובד סוציאלי, פסיכולוג או עוסק במקצוע פארה-רפואי" (ספר החוקים, 1989, עמ' 121). הנחיות לגבי דרכי יישום חוק העונשין בישראל, במערכת הבריאות, הופצו בחוזר משרד הבריאות, 2003 (נספח 11): טיפול בנפגעי אלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע. החוזר מתייחס לכלל המסגרות והמקצועות בתחום הבריאות, מגדיר את חובת הדיווח ומפרט את דרכי הטיפול עם התעוררות החשד. ראש שירותי בריאות הציבור וקופות החולים פרסמו נהלים פנימיים על בסיס נהל זה. בשנת 2003 הופצו חוזרי מנכ"ל מורחבים ומפורטים נוספים המנחים את הצוותים הרפואיים בדבר האיתור והזיהוי, דרכי הבירור וביצוע האבחנה המבדלת במקרה לחשד להתעללות או להזנחה. בין תדריכים אלה גם הנחיות לגבי אופן הדיווח, כנדרש בחוק, והעברת מידע למשטרה ולעובד הסוציאלי לחוק הנוער (חוזר משרד הבריאות, 2003, נספח 11): "בשירותי בריאות בקהילה ובטיפות החלב יש לערב עובדת סוציאלית הממונה על הנושא או מרכזת הוועדה הקבועה לנושא אלימות, הכול על פי הנהלים הנהוגים בארגון" (סעיף 5.3.2, עמ' 6).

2.2 אחיות טיפת חלב

שירותי טיפת חלב הם חלק מתחום הרפואה המונעת (preventive medicine) המתמקד במניעת מחלות ובגילוי מוקדם. אחד המרכיבים המרכזיים בתחום הרפואה המונעת הוא שירותי הרפואה המונעת האישית. בישראל ניתנים שירותים אלה במסגרת תחנות טיפת חלב (לוי, 2008). טיפת חלב היא מרפאה המספקת שירותי בריאות ורפואה בתחום קידום בריאות ומניעה לנשים הרות, לתינוקות ולילדים מלידה עד גיל 6 שנים, ובני משפחותיהם (משרד הבריאות, 2013). תחנות טיפת חלב פזורות בכל רחבי הארץ ומופעלות על-ידי לשכות הבריאות של משרד הבריאות וקופות החולים. שמן של תחנות טיפת חלב שונה כמה פעמים. תחילה כונו "תחנות טיפת חלב"; בשנות ה-80 הוסב שמן ל"תחנות לבריאות המשפחה" ולאחר מכן ל"תחנות אם וילד". למרות שינוי זה, בעבודה זו יעשה שימוש בשם המסורתי המוטמע בציבור ובשירותי בריאות כללית: תחנות טיפת חלב. בתחנות טיפת חלב ניתן שירותי בידי אחיות בריאות הציבור, המתמחות בתחום זה.

עם השנים ירד מספר התחנות שמפעיל משרד הבריאות ועלה מספר התחנות של שירותי בריאות כללית. הנתון האחרון שנמצא משנת 2007 ממרכז המידע והמחקר של הכנסת, מעיד שיותר מ-53% מהתחנות מופעלות בארץ על-ידי קופות החולים (מתוכן 43% מופעלות על-ידי שירותי בריאות כללית), בעוד 42% מהתחנות מופעלות על-ידי משרד הבריאות (לוי, 2008).

במושבים, בקיבוצים ובכפרים אפשר למצוא שירותי טיפת חלב בהם עובדת בדרך כלל רק אחות אחת (חיסונים, בדיקות מעקב, ייעוץ והכוונה), וזאת בנוסף לשירותים אחרים שהיא אחראית עליהם, כמו טיפול בחולים. גם במרפאות עירוניות ובמרכזים לבריאות הילד של שירותי בריאות כללית ניתנים שירותי טיפת חלב וטיפול בחולים. במרפאות אלו יש בדרך כלל כמה אנשי צוות (כגון: אחיות, רופאים). טיפת חלב היא השירות הראשון שפוגשות משפחות צעירות, והוא מלווה אותן, ללא תשלום, במגוון נושאים: היריון, הכנה ללידה והורות. אחיות טיפת חלב עוסקות במעקב, הדרכה וייעוץ תקופתי לגדילה ולהתפתחות של הילדים, חיסונים, בדיקות ראייה, תקשורת ושפה, הפניה לבדיקות סקר לגילוי מוקדם של ליקויי בריאות, ייעוץ והכוונה למסגרות אבחוניות וטיפוליות, ביקור בית לאחר לידה ראשונה, לפי הצורך, וגם איתור אלימות במשפחה. בדרך כלל מגיעים הילדים לתחנה באופן שגרתי ובמועדים קבועים. בעת הביקור מופשטים התינוקות לחלוטין לצורך שקילה, בדיקה גופנית או תצפית קלינית, והדבר מקל על הרופא או האחות למצוא סימנים אפשריים להתעללות או להזנחה. המעקב בטיפת חלב הוא המקום הטוב ביותר לזיהוי מצב של התעללות והזנחה בגיל הרך (מימון ומילר, 2011).

לפי ההנחיות שניתנו לצוות טיפת חלב (מימון ומילר, 2011), המצבים הבאים צריכים לעורר חשד להתעללות בילדים או הזנחתם: (1) הופעה חיצונית, כגון לבוש מלוכלך או שאינו מתאים לעונות השנה; (2) הפרעה בשגשוג ("FTT", "Failure to Thrive"), כלומר, אם הילד איבד ממשקלו או לא עלה במשקל כמצופה בגילו, לפי עקומות הגדילה (אם כי הפרעה בשגשוג יכולה להיגרם גם ממחלות או מסיבות אחרות); (3) סימני חבלה על גופו; (4) רעב תמידי; (5) התנהגות אדישה; (6) השתוקקות קיצוניות למגע; (7) העסקה עצמית: התינוק מטלטל את גופו וראשו אחורה וקדימה; (8) רתיעה ממוגע גופני; (9) אי היענות או אדישות של ההורה לצרכי התינוק, לדוגמה: ההורה לא מרים אותו בתגובה לבכיו; (10) התנהגות רגרסיבית, לדוגמה: הילד חוזר להרטיב לאחר שנגמל.

צוות טיפת חלב מונחה להתייעץ עם הצוותים לילד בסיכון [ועדת אלימות – ועדה קבועה לנושא אלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע (נספח 11, נהלי משרד הבריאות, עמ' 4)] הפועלים בהנהלת המחוזות של משרד הבריאות, ולדווח לעובד סוציאלי לחוק הנוער ברשות המקומית שבה מתגורר הילד או למשטרה (מימון ומילר, 2011). בספרות אפשר למצוא המלצות לגבוש צוות רב-מקצועי שיאפשר להתרשם גם מהמצב המשפחתי הכללי ומקיומם של גורמים סביבתיים שונים, העלולים להביא להפרעה בשגשוג, כגון: אלימות בבית, הזנחה, השכלה נמוכה (ברנסקי, 2011).

2.3 דיווח של אנשי מקצוע על התעללות והזנחה

חוקרים מצאו, כי קיימת שונות בין מגזרים מקצועיים שונים בהיקף הדיווחים לרשויות. בארה"ב, המקור העיקרי לדיווח הוא אנשי מקצועות החינוך (כגון: מורים, יועצים). אלה מעבירים את רוב הדיווחים לשירות למען הילד; המקור השני הוא אנשי מקצועות החוק והמשפט (כגון: שוטרים, עורכי-דין); המקור השלישי הוא אנשי מקצוע העובדים במערכת בריאות הנפש והעבודה הסוציאלית; המקור הרביעי הוא אנשי מקצוע העובדים במערכת הבריאות (כגון: רופאים, אחיות) (Sedlak & Ellis, 2014). על פי המועצה לשלום הילד (2016), מספר הדיווחים שדיווחו עובדי בריאות (צוותי בתי-החולים, קופות-החולים וטיפות-החלב) מאז שנת 2010 ועד 2015, ירד מ-3,654 ל-3,173. מבין הילדים שאותרו ודווחו (3,173) – 1,824 אותרו בבתי-חולים, 873 ילדים אותרו בקופות-החולים ו-473 אותרו בתחנות טיפת חלב.

על פי המועצה לשלום הילד (2016), ילדים שאותרו בבתי חולים, בקופות החולים ובטיפות החלב בישראל מופנים בדרך כלל להמשך טיפול אל עו"ס לחוק הנוער, במקום השני לשירותי הרווחה בקהילה, והמקום האחרון הוא המשטרה. אנשי מקצועות הבריאות תופסים את נושא ההתעללות וההזנחה כבעיה רפואית, ומסווגים את הבעיה כסוג של מחלה. בדרך כלל, גילוי ילד שעבר התעללות או הזנחה מתחיל בממצא טראומטי במרפאה או בבית-החולים, המהווה לעיתים "קצה הקרחון". במרבית המקרים, סיפור ההתעללות כולל הרבה יותר מאשר אותו ממצא טראומטי אחד, שעליו מועבר דיווח לרווחה או למשטרה. דיווח יכול להיות בגין התעללות פיזית, אך להימנות גם על קטגוריות נוספות (התעללות רגשית, מינית והזנחה), לדוגמא: ילד שסובל מהתעללות פיזית, אבל גם מהזנחה והתעללות רגשית (Eisikovits, Davidov, Sigad, & Lev-Wiesel, 2015).

חוקרים מצביעים על גורמים המשפיעים על נטייתם של אנשי מקצוע מתחומים שונים לדווח על התעללות והזנחה: (1) מאפייני רקע אישיים של איש המקצוע; (2) מאפייני רקע מקצועיים; (3) מאפייני סביבה ארגונית וחברתית; (4) מאפייני מקרה ההתעללות וההזנחה; (5) ידע ומגע קודם (חשיפה לתופעה) עם נושא ההתעללות וההזנחה (Flaherty et al., 2006; Flaherty, Schwartz, Jones, & Sege, 2013; Jones et al., 2008; Sedlak & Ellis, 2014).

2.3.1 מאפייני רקע אישיים, של אנשי המקצוע, הקשורים לנטייה לדווח

בעבודה זו נבדק הקשר בין משתני רקע אישיים של אחיות טיפת חלב, שחלה עליהם חובת הדיווח, לבין הנטייה לדווח. המשתנים הינם: תפקידי הורות (היותן אימהות לילדים), גיל האחות ומגזר. לגבי תפקידי ההורות, נמצאה נטייה גבוהה יותר לדווח בקרב רופאים ואחיות שהם הורים בעצמם (Ben Natan, Faour, Naamhah, Grinberg, & Klein-Kremer, 2012). אפשר להסביר זאת בכך, שמעצם היותם הורים הם כנראה מעורבים יותר רגשית בנושא (Fraser, Mathews, Walsh, Chen & Dunne, 2010). גיל האחות נמצא כמשתנה מנבא בהערכת הסיכון של האחות להתעללות רגשית ולהזנחה. כלומר, ככל שהאחות הייתה מבוגרת יותר, כך היא העריכה שהילד נמצא בסיכון רב יותר במקרים של התעללות רגשית והזנחה. לגבי מגזר, במחקר שנערך בישראל נמצא כי אחיות ורופאים מהמגזר הערבי נטו פחות לדווח על התעללות והזנחה בקרב ילדים מאשר אחיות ורופאים מהמגזר היהודי (Ben Natan et al., 2012). יתכן

וניתן לקשור זאת לערכים ולתפיסות אישיות של האחות. הו וגרוס (Ho & Gross, 2015) בדקו כיצד אחיות מחליטות מהי התנהגות הורית של התעללות בילדים ומהי התנהגות הורית מקובלת. במחקר לא נמצאה הסכמה בין האחיות המשתתפות בשאלה מהי התנהגות הורית מקובלת, נמצאו דעות מגוונות ולא אחידות בכל הנוגע לשימוש בכוח פיזי כסוג של הטלת משמעת. יתכן ולממצא זה השפעה על הנטייה לזהות התעללות בילדים ולדווח עליה (Ho & Gross, 2015).

לאנשי המקצוע, שחלה עליהם חובת דיווח, יש ערכים ותפיסות אישיות משלהם. הבדלים בין-תרבותיים ובין-מגדריים משפיעים על חווייתם ועל פרשנותם לסימנים המחשידים (Sedlak & Ellis, 2014). תרבויות וחברות שונות מתייחסות להתעללות ולהזנחה של ילדים באופן שונה ומגדירות אותן אחרת (Cicchetti & Toth, 1993). יש תרבויות, שבהן התנהגות מסוימת כלפי ילד נחשבת להתעללות ולהזנחה ואילו בתרבויות אחרות, אותה התנהגות נחשבת שיטת חינוך ידועה, מקובלת ומוצדקת. בדברנו על שונות תרבותית מדובר גם בתרבות ובמוצא של הילדים והמשפחה וגם בתרבות ובמוצא של אנשי המקצוע. עם זאת, צייקטי וטוס (Cicchetti & Toth, 1993) טוענים, כי אומנם יש שונות תרבותית, אך יש גם קונצנזוס לגבי התנהגות הורית ברמה הבסיסית והמינימאלית, בדאגה לילדים.

בנושא יישום חובת הדיווח בהקשר התרבותי, מדווחת הספרות על ממצאים שאינם חד-משמעיים. במחקרים נמצא שמוצא הילד משפיע על הנטייה לבצע בדיקות ולדווח על התעללות והזנחה (Lane, 2015; Rubin, Monteith, & Christian, 2002; Ryznar, Rosado, & Flaherty, 2015). מחקרים אחרים מתארים קושי של אנשי מקצוע בני אותו מוצא לפעול בניגוד לתרבותם. למשל, איבנו ועמיתיו (Ibanez, Borrego, Jr., Pemberton, & Terao, 2006) בחנו 378 סטודנטים אמריקאים לבנים, היספנים ואפרו-אמריקאים באמצעות תיאורי מקרה. הם בדקו את המוצא האתני של המשיב על השאלון וכיצד הוא מקבל או לא מקבל את שיטות המשמעת השונות. התוצאות מדגימות, כי משתנה תרבותי אחד משפיע על נטיות לדווח בקבוצת מוצא אחת בלבד, אינו יכול להיות מיושם על כל קבוצות המוצא האתניות האחרות. יש הבדלים בין חברות בנורמות תרבותיות הנוגעות להתנהגות מתעללת ומזניחה, וגם בתוך חברה חלים שינויים עם הזמן (Straus & Kantor, 2005).

מחקרים בדקו גם הבדלים בהתמודדות של אנשי מקצוע ממוצא שונה מארה"ב. אשטון (Ashton, 2010) בדקה באמצעות תיאורי מקרה אם יש הבדלים בעמדות של עובדים סוציאליים לגבי התעללות פיזית ודיווח, לפי המוצא האתני שלהם. הממצאים העלו הבדלים בעמדות על פי המוצא האתני של העובדים הסוציאליים, אולם לא נמצאה השפעה למוצא האתני על הכוונה לדווח על התעללות. החוקרת התרשמה, כי הערכים המקצועיים של העובד הסוציאלי, גוברים על העמדות האישיות המושפעות מהמוצא האתני בביצוע פעולות מקצועיות כמו הכוונה לדווח על התעללות (Ashton, 2010).

במחקר שנערך בישראל (Haj-Yahia, 2000) נמצא, כי עובדים סוציאליים ערבים הסכימו על הגדרת התנהגות של התעללות, בעיקר אם היא כללה תיאור של סימנים פיזיים על גוף הילד, או במקרים של אלימות מינית. עם זאת, לא נמצאה הסכמה לגבי הגדרה של המונח הזנחה. באופן כללי, המשתתפים היו ערים יותר לסימנים פיזיים של התעללות, מאשר לסימנים התנהגותיים או רגשיים, או לסימנים הקשורים להתנהגות ההורים. לא נערכה השוואה עם עובדים סוציאליים יהודיים.

במחקר הנוכחי יבדקו מאפייני הרקע האישיים של אחיות טיפת חלב: גיל, מגדר, מצב משפחתי, רמת דתיות ושפת אם. כמו כן, ייבדק הקשר של משתנים אלה עם הנטייה לדווח.

2.3.2 מאפייני רקע מקצועיים, של אנשי המקצוע, הקשורים לנטייה לדווח

משתני הרקע המקצועיים, של אחיות טיפת חלב, שנבדק הקשר בינם לבין הנטייה לדווח הם: השכלה, תפקיד ניהולי, וותק מקצועי. במחקר אחד בנושא שנערך בקרב אחיות בטייוואן, לא נמצא קשר בין שלושת המאפיינים המקצועיים הללו (השכלה, ותק מקצועי ותפקיד ניהולי) לבין הנטייה לדווח (Feng & Levine, 2005). מחקר אחר שנערך בברזיל, בקרב אחיות בקהילה (Rolim et al., 2014), מצא הבדל מובהק בין אחיות בעלות נטייה לדווח, לעומת אחיות שלא נטו לדווח מבחינת הוותק המקצועי שלהן והוותק בעבודה במרפאה הנוכחית.

ההתמודדות של אנשי המקצוע, העוסקים באופן תדיר בהתעללות ובהזנחה של ילדים, היא קשה ומורכבת מאוד. בסקר שנערך בקרב 56 רופאים מומחים להתעללות והזנחה (Flaherty et al., 2013), מתואר שהתמודדותם הייתה קשה ביותר, עד כי חלקם הביעו תחושת שחיקה קשה ורצון בהסבה מקצועית. במחקר מתוארת תחושת איום על הביטחון האישי (52% מהמשיבים), חשש מתלונות לממונים עליהם (50%), חשש מפרסום סיפורים בעלי אופי שלילי (23%) וחשש מתיבעות על רשלנות (16%). אומנם לא כל אנשי המקצוע עוסקים בצורה אינטנסיבית כזו בנושא התעללות והזנחה, אך ניכר כי ההתמודדות עם דילמות אלו מורכבת ובעלת השפעה אישית רבה.

דו"ח מבקר המדינה (משרד מבקר המדינה, 2015) ציין, כי למערכת הבריאות תפקיד חשוב בזיהוי ובאיתור של קטינים נפגעים, ועל כן, חשוב להכשיר את עובדיה בעניין זה. בנבנישתי וידוב (2011) העלו, כי חלק מהותי מקשיי הרופאים לאתר ילדים בסיכון ולדווח עליהם נובע מאי-הכשרה מספקת לצוותים הרפואיים בתחום זה, ובכלל זה הכשרה בסיסית באבחון וזיהוי ילדים פגועים. גם ההסתדרות הרפואית בישראל הדגישה את החשיבות שבהכשרת הצוותים, כדי שיוכלו לזהות סימני מצוקה ולאפשר נגישות לחשיפת דבר הפגיעה (ההסתדרות הרפואית, 2013). דו"ח המבקר מציין כי למשרד החינוך, למשרד הבריאות ולמשרד הכלכלה יש תפקיד חשוב בהכשרת העובדים הרלוונטיים במסגרות האמורות לאתר קטינים שנפגעו מהתעללות והזנחה. אמנם בשנים האחרונות נקטו המשרדים הללו פעולות להכשרת העובדים, אולם, בפעולות שנקטו עד כה אין די. על כל משרד לקבוע תכנית עבודה, ובה יעדים כמותיים לביצוע, בנוגע להכשרת עובדים שטרם הוכשרו ובנוגע לשימור הידע וריענונו בקרב עובדים שכבר הוכשרו (משרד מבקר המדינה, 2015).

מאז 2013 מקודמת בכנסת הצעת חוק להכשרות אנשי מקצוע בנושא זיהוי ודיווח על התעללות בילדים (הכנסת העשרים, 2015). בהצעת החוק מוצע, כי אנשי מקצוע העובדים במערכת הבריאות, במערכת הרווחה או במערכת החינוך, אשר עיסוקם מותנה בקבלת רישיון או תעודה, או שתעודה היא תנאי להעסקתם, יחויבו בהכשרה ייעודית בנושא זיהוי ודיווח על התעללות בילדים, כתנאי לקבלת הרישיון או התעודה. כיום מוטלת על אנשי מקצוע חובת דיווח במקרים של התעללות הקבועים בחוק, אולם כדי לזהות סימנים ותסמינים העולים לעיתים בהליכי טיפול שגרתיים נדרשים ידע, מודעות ומיומנות באבחון (הכנסת העשרים, 2015).

כאמור, במחקר הנוכחי יבדקו מאפייני הרקע המקצועיים של אחיות טיפת חלב: השכלה, ותק מקצועי, ותק מקצועי בטיפת חלב ותפקיד ניהולי. בנוסף ייבדק הקשר של משתנים אלה עם הנטייה לדווח.

2.3.3 מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית של אנשי המקצוע, הקשורים לנטייה לדווח

מחקרים קודמים אשר בדקו את הקשר שבין משתני הסביבה האירגונית והחברתית של אחיות לבין הנטייה לדווח, התמקדו במחקרים קודמים נבדק רק היחסים עם שירותי הרווחה. מחקרים רבים מצאו קשר בין ממשקי העבודה של האחיות עם שירותי הרווחה לבין רמות הדיווח על התעללות והזנחה של ילדים (Carleton, 2006; Herendeen et al., 2014; Lagerberg, 2001; Rowse, 2009). במחקר של הרנדין ועמיתיה (Herendeen et al., 2014) בארצות-הברית תיארו האחיות תחושות של אי-האמון בעבודה מול שירותי הרווחה, כי השירות למען הילד אינו מעדכן את האחיות בהתקדמות ובתוצאות החקירה, ומכאן גם אי-אמון בכך שדיווח על התעללות והזנחה יסייע לילד (Herendeen et al., 2014). במחקר אחר שערך לאגרברג (Lagerberg, 2001) בשוודיה, רק כשליש מהאחיות שרואיינו ציינו, שדיווחו לרשויות על חשד להתעללות והזנחה של ילדים. נמצאה תחושת עוינות בין רשויות הבריאות (שהאחיות הן חלק מהן) לבין שירותי הרווחה. רופאי ילדים, כפי שעולה במחקר של פלהרטי ועמיתיה (Flaherty et al., 2006), מאמינים שלטובתו של הילד יש לדווח לרשויות. עם זאת, רבים מהרופאים שהשתתפו במחקר סיפרו על ההשלכות השליליות של הדיווח (56%), ובכללן חשש מפני איבוד מטופלים בשל פנייה לרשויות (Flaherty et al., 2006).

כדי להבין את הגורמים הקשורים בדיווח, יש להכיר בעובדה שמדובר בפעולה משמעותית, כבדת משקל, וייתכן שלהתנהגות המדווחים יש קשר לידע ולציפיות שלהם לתגובת הרשויות לדיווח (Sedlak & Ellis, 2014). כך גם כשמדובר בנטייה של אנשי מקצוע אחרים לדווח. זלמן (Zellman, 1990) מצא, כי אחת הסיבות המרכזיות שבגינן אנשי מקצוע לא דיווחו, היא תפיסתם כי המשך הטיפול בילד לאחר הדיווח לרשויות לא יהיה מספק. ממצאים דומים עלו גם במחקר איכותני של ג'ונס ועמיתיו (Jones et al., 2008) שמצאו, כי אם לאנשי המקצוע היה ניסיון שלילי עם שירותי הרווחה, הם לא ידווחו. חוקרים הניחו שכדי לקדם את הדיווח של אנשי מקצוע, כדאי שמקום העבודה יפרסם הנחיות ברורות בעניין הדיווח, וידגיש את חשיבות מחויבותם המקצועית (Sedlak & Ellis, 2014). לעיתים ההנחיות הן שהדיווח לא ייעשה ישירות לצוותי הגנת הילד, אלא יעבור הערכה נוספת של עמיתים, מנהלים או אנשי מקצועות אחרים. גישה זו יכולה לרמוז על קשר אפשרי בין הנטייה לדווח לבין מספר אנשי המקצוע העובדים במרפאה. קיימים מצבים בהם האחות הינה איש המקצוע היחיד, כמו במרפאת כפר. ניתן להניח כי ימצא הבדל בנטייה לדווח במקרים בהם האחות עובדת לבד במרפאה, לעומת הנטייה לדווח במקרים בהם קיים צוות של אחיות, אחות אחראית מרפאה ואנשי צוות נוספים (רופאים, עובד-סוציאלי). משתנים אלה לא נבדקו במחקרים אחרים. גישה זו נמצאה גם בנתוני המחקר הלאומי בארה"ב (National Incidence Study – NIS). נמצאו הבדלים בין מקצועות שונים: רבים מאנשי מקצועות החינוך (20%) חושבים שצריך אישור כדי לדווח, אך בשיעורים נמוכים יותר גם אנשי מקצועות הבריאות (4%) ואנשי מערכת ביטחון הפנים (2%) (Sedlak et al., 2010). גם בארץ יש ארגונים המנחים לפנות קודם לאישור של מנגנון-על שיכול לתת ייעוץ והכוונה בנושא לאנשי המקצוע בארגון. אך גם אם קיימות הנחיות פנימיות כאלו, אין בהן בהכרח כוונה שאנשי המקצוע לא יוכלו לדווח ישירות בעצמם (Sedlak & Ellis, 2014). במחקר הנוכחי יבדקו משתני הסביבה האירגונית והחברתית של אחיות טיפת חלב: סוג תחנת טיפת החלב, מספר האחיות העובדות בתחנה, היחסים בין חברי הצוות וקשר עם שירותי הרווחה. כמו כן, ייבדק הקשר של משתנים אלה עם הנטייה לדווח.

2.3.4 ידע ומגע קודם (חשיפה לתופעת ההתעללות וההזנחה של ילדים) של אנשי

המקצוע, הקשורים לנטייה לדווח

משתני ידע ומגע קודם (חשיפה) עם תופעת ההתעללות וההזנחה של ילדים אשר הקשר בינם לבין הנטייה לדווח נבדק במחקרים קודמים: ידע, הכשרה וניסיון. במחקר שבדק את צורכי ההכשרה, העמדות והניסיון של אנשי מקצועות הבריאות בישראל בכל הנוגע לדיווח על מקרים של חשד להתעללות והזנחה (Ben Yehuda, Ziv, Jedwab, & Benbenishty, 2010), הצביעו אנשי המקצוע על הצורך בהכשרה בחמישה תחומים עיקריים: (1) כיצד להעיד בבית-המשפט; (2) כיצד לשוחח עם ילד שיש חשד שעבר התעללות; (3) כיצד להתייחס לתגובות הילד בזמן בדיקה גופנית; (4) כיצד להתייחס להורים שמגיבים בכעס בזמן חקירה של ילדם; (5) מיומנויות של עבודה בצוות. פרייזר ועמיתיה (Fraser et al., 2010) ציינו כי גם כשהאחיות מכירות את החוק וקיבלו הכשרה – לא נמצא קשר בין ההכשרה שקיבלו לבין עמדותיהן ונטייתן לדווח. מחקר אחר העלה ממצאים אחרים. במחקר שנערך בקרב פסיכולוגים בבתי-ספר (Lusk, Zibulsky, & Viesel, 2015) נמצא, כי הגורם המשמעותי לדיווח היה ידע בנושא חובת הדיווח ובנושא ההתעללות וההזנחה של ילדים.

סמיט (Smith, 2006) בדק את הידע וההבנה של 332 סטודנטים במהלך לימודיהם ומסיימם, במקצועות שחלה עליהם חובת דיווח (התפתחות הילד והמתבגר, מדעי החברה, חינוך מיוחד, עבודה סוציאלית, הוראה, משפטים, סיעוד ולימודי ממשל). במחקרו נתבקשו המשתתפים לדרג את הגורמים החשובים הכלולים במונח התעללות (כגון רמת החומרה) ולציין אם תיאור המקרה שהוצג בפניהם אכן מתאר התעללות. נמצא כי סטודנטים שהתקשו לציין את האירועים המתוארים כהתעללות היו פחות מודעים להגדרות החוק. הסטודנטים בחרו לדווח רק אם היו בטוחים שהאירוע הוא התעללות והזנחה (Smith, 2006).

במחקר איכותני שנערך בסקוטלנד בקרב אחיות קהילה (Crisp & Lister, 2004) נמצאו חילוקי דעות לגבי האחריות המקצועית של האחיות בתחום ההתעללות וההזנחה של ילדים, בעיקר בעת ביקורי בית. לעיתים, האחיות היו הראשונות לזהות חשד להתעללות או הזנחה של ילד, אולם חלק מהאחיות במחקר חשו שזיהוי התעללות או הזנחה של ילד אינו מתפקידן.

כפי שניתן לראות, משתני ידע ומגע קודם עם נושא ההתעללות וההזנחה שנבדקו, הם בעיקר משתנים שעסקו בקשר שבין הנטייה לדווח לבין ידע והכשרה. משתנים אלה זכו לסיקור רחב למדי, ורוב תכניות ההתערבות הקיימות היום מעניקות ידע והכשרה לאנשי הצוות. יש לציין כי חלק מתוכניות ההכשרה חושפות את האחיות, באמצעות התנסות במשחקי תפקידים, להתעללות והזנחה. ההכשרה מתבצעת בהשתתפות שחקנים כמטופלים. במהלך הסימולציה נחשפות האחיות למקרי-דמה שמשאירים עליהן רושם עז. האחיות מתנסות בשאלת השאלה: "האם קיימת אלימות במשפחה" או "האם קיימת אפשרות שהתינוק חווה אלימות?". יחד עם זאת, כאמור, הקשר של משתנים אלה עם הנטייה לדווח אינו חד-משמעי.

במחקר הנוכחי יבדקו משתני ידע ומגע קודם (חשיפה) עם תופעת ההתעללות וההזנחה של ילדים: ידע בנושא התעללות והזנחה, הכשרה בנושא התעללות והזנחה, מגע קודם עם חשד להתעללות והזנחה של ילדים ודיווח בעבר.

2.4 מאפיינים של מקרי התעללות והזנחה, הקשורים לנטייה לדווח

במחקר שנערך בקרב 1,500 אחיות קהילה בשוודיה, שמטרתו להעריך את יכולת הזיהוי והדיווח של האחיות, נמצא כי המודעות לנושא ההתעללות וההזנחה של ילדים היא נמוכה. במחקר זה נמצא, כי שיעור הדיווח על בנים גבוה יותר מדיווח על בנות, וגבוה על גילאי 4 – 6 שנים, יותר מאשר על גילאים אחרים (Lagerberg, 2001). מכאן עלתה המלצה לבדוק את הנטייה לדווח אצל אחיות המטפלות בילדים צעירים יותר, וגם בבנות. במחקר איכותני (Eisbach & Driessnack, 2010) סיפרו אחיות, שקשה להן להעריך אם מקרה מסוים מצדיק דיווח. אם האחיות בטוחה בידע ובמימונות שלה בהערכת הילד, היא תעמיק בפרטי המקרה, ועם זאת תחשוש מדיווח. אם האחיות מהססת בשלב הראשון, קבלת ההחלטה הופכת למורכבת ומתעכבת מאוד.

מחקר איכותני באוסטרליה (Fraser et al., 2010) בדקו את הגורמים המשפיעים על קבלת ההחלטות של אחיות הקהילה. נמצא כי הזנחה והתעללות רגשית קשות יותר להגדרה בעיני האחיות. הן תיארו חוסר ביטחון בדיווח לשירותי הרווחה, והעדיפו להדריך את המשפחות בעצמן כדי לא לאבד את אמונן. החוק מחייב דיווח בכל מקרה שבו מתעורר חשד סביר, אך לעיתים לא ברור מהו חשד סביר. ייתכנו מקרים שבהם חשד סביר הוא התרשמות סובייקטיבית של אדם אחד, ולא של אדם אחר. מחקרים עסקו בבדיקת המאפיינים השונים של המקרה (הילד, המשפחה) שבהם נתקבלה ההחלטה לדווח (Benbenishty, 1992; Zellman, 2003; & Chen, 2003). מחקרים שבדקו מאפיינים של אנשי המקצוע (Feng, Chen, Fetzer, 2012; & Lin, 2012) העלו, כי אנשי מקצוע חשבו לעיתים שיהיה קל יותר להתעלם מהמקרה ולא לדווח, או להמתין שמישהו אחר ידווח. ייתכן שחשבו שחומרת המקרה אינה מחייבת דיווח. במחקר אחר (Flaherty, Jones, & Sege, 2004) ציינו רופאים, כי חשו שאין להם מספיק זמן במרפאה לקבל החלטה לדווח, וההתלבטות מלווה אותם גם מחוץ לשעות העבודה. לעיתים הממצאים מעוררי החשד אינם ודאיים, והדילמה מתחדדת. מחקר אחר (Flaherty et al., 2006) העלה שהסיבה השכיחה ביותר (50%) לכך, שרופאי הילדים לא דיווחו היא תפיסתם שהם יוכלו לעבוד עם המשפחה ולפתור בעיותיה ללא התערבות חיצונית. הסיבה השנייה בשכיחותה (43%) היא אי-ודאות שהפגיעה אכן נגרמה עקב התעללות.

2.4.1 רמת הסיכון לילד הקשורה לנטייה לדווח

נבנו כלי מדידה שונים למדידת רמת הסיכון לילד בשל מקרי התעללות והזנחה. מטרתם להעריך את חומרת פוטנציאל ההשפעה של הפגיעה על המשך התפתחותם של הילדים הנפגעים (Bavolek, 1984; Cicchetti & Toth, 1993). חוקרים מצאו, כי רמת הסיכון לילד משפיעה על ההחלטה לדווח (Cowen, 1992; Lagerberg, 2004; Zellman, 1999). מחקר שבדק 1,601 אחיות העוסקות בבריאות הילד בשירות המונע בשוודיה מצא, כי הדיווח על התעללות והזנחה קשור לרמת הסיכון לילד. שיעור הדיווח הגבוה ביותר נמצא במקרי התעללות פיזית או מינית. יש לציין, כי סימנים פיזיים מסוימים בולטים לעין, אך סימנים אחרים פחות ברורים ודורשים ידע ומיומנות כדי לקשר בינם לבין פגיעה. סימנים כאלה וסימנים התנהגותיים ופסיכולוגיים המאפיינים פגיעות אחרות, כמו הזנחה נפשית, לעיתים אינם מוכרים לאנשי המקצוע (בנבנישתי וידוב, 2011). ככל שהמקרים שתוארו היו מסוכנים יותר לילד, גברה הנטייה לדווח (Lagerberg, 2004).

במקרים חמורים אנשי המקצוע מדווחים בדחיפות למען ביטחון הילד. החשש שהמצב יתדרדר והילד ימשיך להיפגע, מזרז את דחיפות הדיווח. אך לא תמיד הדיווח דחוף. במחקר איכותני (Feng et al., 2012) שבדק התנהגות של מורים עלה, כי מורים אינם ממהרים לדווח, אלא אם הם מתרשמים שיש דחיפות מיידית. לעיתים סיבת העיכוב בדיווח היא תחושות חרדה המלוות את אנשי הצוות ותחושה שאין מספיק זמן לבצע הערכה כנדרש (Feng et al., 2012).

זלמן (Zellman, 1992) מצא, שאנשי מקצוע נוטים יותר לדווח כשלמשפחה יש היסטוריה קודמת של התעללות (Zellman, 1992). תוצאות דומות נמצאו במחקר איכותני אחר (Jones et al., 2008) שבחן דיווח בפועל של קלינאים. הוא ערך ראיונות טלפוניים ומצא שהיכרות עם המשפחה, משוב מיועצים ומעמיתים לעבודה וההיסטוריה של כל מקרה, משפיעים על החלטות לדווח. מהמחקר עולה, כי הדיווח יתבצע, כנראה, במקרים שבהם אין התאמה בין סיפור המקרה של המשפחה לבין מאפייני הפגיעה של הילד, ולאחר שהקלינאי שלל אבחנות אחרות, או כשהמשפחה מתעכבת במתן טיפול. במחקר איכותני (Feng et al., 2012) נמצא, כי כאשר אנשי מקצוע מאמינים שהמשפחה היא המקום הטוב ביותר עבור הילד, הם חשים קונפליקט. אנשי המקצוע עלולים להתקשות בקבלת החלטות בין "לגרום לטוב" לבין "לא לפגוע" (Feng et al., 2012). שברור שלמאפייני מקרה ההתעללות ולרמת הסיכון לילד בתיאורי המקרה יש קשר לנטייה לדווח על מקרה ההתעללות (לדוגמא: סביר להניח שבמקרה התעללות קשה מאוד, שמעמיד את הילד בסיכון גבוה, האחות תדווח). במחקר הנוכחי, על מנת לנטרל את המשתנה רמת הסיכון לילד, נעשה שימוש בתיאורי המקרה, באופן כזה שלא ישפיע על ניתוח הגורמים הקשורים לנטייה לדווח וישמשו לרנדומיזציה בלבד.

2.5 עמדות כלפי דיווח

מחקרים העוסקים בנטייה לדווח על התעללות והזנחה של ילדים, בדקו לעיתים גם את עמדותיהם של אנשי המקצוע כלפי נושא ההתעללות וההזנחה של ילדים וכלפי דיווח. להלן, נסקור הספרות העוסקת בעמדות, הקשר בין עמדה להתנהגות והקשר שבין העמדות כלפי דיווח לנטייה לדווח על התעללות והזנחה של ילדים.

2.5.1 עמדות

המונח "עמדה" הוגדר על ידי פסיכולוגים שונים כ"נכונות להגיב באופן מסוים על גירויים שנתקלים בהם" (נדלר, 1990). הגישה הרווחת היום שמה דגש על ההיבט הרגשי בעמדה, ועל פיה העמדה היא נטייה נלמדת להגיב בצורה אוהדת או לא אוהדת על גירוי נתון. בשנת 1970 החל ארגון הבריאות העולמי ליזום סקרי ידע, עמדות והתנהגות (Knowledge, Attitudes, Practices – KAP) כדי ליצור בסיס לקביעת אסטרטגיה ומדיניות לקידום הבריאות. מאז 1994 נערך בישראל סקר כזה מדי שנתיים. בסקר שאלות ליבה קבועות הבודקות ידע בנושא התנהגויות בריאות (כגון זמינות טיפול תרופתי לגמילה מעישון), עמדות בנושאים הקשורים לבריאות (כגון עמדות כלפי התחסנות נגד שפעת) והרגלי אכילה. בסקר נשאלות גם שאלות משתנות, כגון: נכונות להשתמש בקו טלפוני ובאפליקציה סולארית לתמיכה בגמילה מעישון ונטילת

תוספי תזונה (משרד הבריאות, 2015). לא נערך סקר בנושאים הקשורים לידע, עמדות ודיווח על התעללות והזנחה של ילדים.

2.5.2 הקשר בין עמדה להתנהגות

פישביין ואזין (Fishbein & Ajzen, 1975) חקרו את הקשר בין עמדות להתנהגות באמצעות תיאוריית ההתנהגות המתוכננת (The Theory of Planned Behavior). התיאוריה עוסקת בכוונה של אדם לבצע התנהגות מסוימת. על פי התיאוריה כוונה התנהגותית של אדם כוללת שלושה גורמים:

- א. עמדה כלפי ההתנהגות.
- ב. הנורמה הסובייקטיבית: תפיסת האדם את הלחצים החברתיים המופעלים עליו לבצע או לא לבצע את ההתנהגות.
- ג. שליטה התנהגותית נתפסת: האמונה ביכולת האישית לבצע את ההתנהגות. האמונה מבוססת על ניסיון אישי קודם ועל ניסיונותיהם של אחרים, המשפיעים על תפיסת רמת הקושי בביצוע ההתנהגות (Fishbein & Ajzen, 1975).

מחקרים שונים השתמשו בתיאוריה ובמודל של פישביין ואזין (Fishbein & Ajzen, 1975) בבדיקת הכוונה להתנהגותית לדווח על התעללות והזנחה של ילדים. פנג ולוין (Feng & Levine, 2005) לדוגמה, בדקו באמצעות מודל זה ידע ועמדות כלפי דיווח בקרב 1,400 אחיות בטאיוואן. נמצאו קשרים בין ההתמחות המקצועית של אחיות, ניסיון קודם בדיווח ורמת ההכשרה שהאחיות קיבלו, לבין הכוונה להתנהגותית לדווח. גם בן-נתן ועמיתיה (2012) השתמשו במודל זה במחקר שערכו בישראל, ומצאו כי הגורם המרכזי שהשפיע על הנטייה לדווח בקרב אחיות ורופאים העובדים בבתי-חולים ובמרפאות הקהילה, הוא עמדותיהם לגבי אחריותם המקצועית, כאנשי מקצוע, להגן על הילד מפני התעללות והזנחה (Ben Natan et al., 2012).

לא נמצא מחקר שהשווה את עמדותיהן של אחיות לגבי דיווח, באזורים שונים בעולם. חוקרים טוענים שיש הבדלים תרבותיים, התנהגותיים ותפיסתיים בין יחידים בארצות המזרח והמערב (Nisbett, 2010), ומחקרים מצאו הבדלים בעמדות כלפי דיווח על התעללות והזנחה בקרב עובדים סוציאליים בהיבטים חברתיים-תרבותיים שונים בישראל (Haj-Yahia, 2000), הבדלים בתפיסות של עובדים סוציאליים בארה"ב (Ashton, 2010) ושל מורים במלזיה (Choo, Walsh, Chinna & Tey, 2013). מחקר איכותני שנערך באוסטרליה מתאר את הקשיים בקבלת החלטות של אנשי מקצוע (רופאים, אחיות, מורים ושוטרים) שחלה עליהם חובת דיווח (Francis et al., 2012).

2.5.3 הקשר בין עמדות כלפי דיווח לבין הנטייה לדווח על התעללות והזנחה של ילדים

עמדות חיוביות של אנשי מקצוע כלפי דיווח על התעללות והזנחה הן שלב חשוב בדרך להעלאת שיעור הדיווח. חוקרים העריכו, כי בארצות שבהן לא חלה חובת דיווח על אנשי מערכת החינוך, כמו במלזיה (Choo et al., 2013), יש שיעור נמוך של דיווח בקרב המורים, לעומת מדינות אחרות (כמו ארה"ב או אוסטרליה), שבהן שיעור הדיווח של מורים גבוה הרבה יותר. צ'ו ועמיתיו (Choo et al., 2013) סבורים, כי

העלאת המודעות והחשיבות של טיפול בתופעת ההתעללות וההזנחה והדיווח עליהן הוא צעד חשוב לקידום החקיקה בנושא, במלזיה.

מחקרים שונים עסקו בקשר בין הנטייה לדווח לבין עמדות של אנשי מקצוע כלפי דיווח. באופן כללי, נמצא, כי עמדות אישיות שליליות שימשו מחסום מפני דיווח (O'Toole, Webster, O'Toole & Lucal, 1990; Zellman, 1999), וחסרונות הדיווח נמצאו עולים על יתרונותיו:

- א. חשש מפני דיווח שיתברר בהמשך שאינו נכון ויגרום נזק לקשר עם המשפחה (Feng & Wu, 2005; Flaherty & Sege, 2005; Nayda, 2005).
- ב. תמיכה בענישה פיזית של ילדים כהתנהגות הורית מקובלת (Feng & Levine, 2005). מחקר איכותני בדק כיצד אחיות מחליטות מהי התנהגות הורית של התעללות בילדים ומהי התנהגות הורית מקובלת. אף שלא הייתה הסכמה על הגדרת התנהגויות הוריות מקובלות או לא מקובלות כלל, מסיבות שונות, דעות האחיות מגוונות ואינן אחידות בכל הנוגע להסכמה על שימוש בכוח פיזי כסוג של משמעת. עובדה זו יכולה להשפיע גם על הנטייה לזהות התעללות בילדים ולדווח עליה (Ho & Gross, 2015).

גם עמדות מקצועיות שליליות יכולות להוות מחסום מפני דיווח:

- א. אי אמון בעבודה עם רשויות הרווחה (Herendeen, Blevins, Anson, & Smith, 2014; Rolim, 2014; Moreira, Gondim, Da Silva Paz & De Souza Vieira, 2014) (יידון בהמשך).
- ב. חשש מפני פגיעה במוניטין המקצועי (O'Toole et al., 1999) ומפני פרסום סיפורים בעלי אופי שלילי על אנשי המקצוע או מפני תביעות על רשלנות (Flaherty et al., 2013). ולהלן גם עמדות מקצועיות ואישיות שליליות, אשר שימשו מחסום כלפי דיווח:
 - א. חשש מפני תגובת נקמה של המשפחה על הדיווח (Alvarez, Kenny, Donohue, & Carpin, 2004; Kenny, 2015). במחקר בקווינסלנד (Scott & Fraser, 2015) עלה, שבעקבות איומי המשפחה חששו הרופאים שאם הם ידווחו על המשפחה, המשפחה לא תבקש סיוע לילד אם ייפצע בפעם הבאה. אחיות סיפרו בריאיון שהתחמקו מלדווח על משפחות שהכירו היטב. אחות אחת אמרה: "אם האחות מכירה את המשפחה, זה הופך את זה לקשה. אם היא חברה של המשפחה, במיוחד במקומות קטנים, הן לא חושבות שעליהן לדווח, אתה יודע, חברים של המשפחה. הם לא חושבים שזה יכול לקרות" (Scott & Fraser, 2015).
 - ב. עמדות הקשורות בערכי הפרטיות של המשפחה (Lusk et al., 2015) או בנסיבות אחרות של המשפחה. לדוגמה: בזמן שעובד סוציאלי מטפל במשפחה שיש בה חשד להזנחה של ילד, אנשי מקצוע אחרים מתערבים גם הם במצב המשפחתי. הם יכולים לגרור ולהשהות את הדיווח על התעללות בזמן שהמשפחה טרודה באתגרים ובנושאים אחרים. הם חוששים שהדיווח עלול להעצים את הבעיות המשפחתיות (Tanner & Turney, 2003).

יש הסכמה שדיווח על התעללות והזנחה של ילדים הוא חלק מתפקידה של האחות (Taylor & Bradbury-Jones, 2015), אך כמה חוקרים סברו, כי עמדות חיוביות כלפי דיווח על התעללות והזנחה, מביעות רצון עז לסייע לילד גם מתוך שיקולים אחרים (Rolim et al., 2014). עמדותיה האישיות של אחות יכולות להיות מושפעות ממקומות אישיים. ייתכן, שחוותה התעללות או הזנחה כילדה בעצמה או שהייתה עדה להתעללות או להזנחה של ילד במהלך חייה. לא נמצאו מחקרים שבדקו קשר זה.

ראיונות שנערכו עם אנשי מקצוע שחלה עליהם חובת הדיווח (אחיות, רופאים, עובדים סוציאליים ומורות) העלו דילמות הקשורות לזכויות של ילדים וגם זכויות של הורים (Feng et al., 2012). המרואיינים תיארו אתגרים באיזון בין אוטונומיה מקצועית, יתרונות וחסרונות של דיווח, מציאת תועלת במעשה הדיווח ורצון לצדק. הם חשו שאין פתרונות טובים שלא יגרמו נזק לילד ולמשפחה. בין הדילמות – עירוב של סטיגמה ולחץ של נורמות תרבותיות (עמדות אישיות), מחסור בזמן ואי בהירות לגבי תוצאות הדיווח (עמדות מקצועיות). ההתלבטויות מונעות מאיש מקצוע לפעול לפי הדרישות החוקיות והאתיות. לדוגמה, כאשר הוא חש סימפטיה למשפחה ולקשייה, ומאמין שההורה לא התכוון לפגוע בילד: "היא הייתה המטפל היחיד לילד החולה, אפשר להבין שהיא התעייפה, הייתה מותשת ודעתה הוסחה. תאונות הן בלתי נמנעות במצבים כאלה." (Feng et al., 2012, p. 278); או כשהוא מתלבט בין נורמות תרבותיות לעומת אחריות: "משמעת לילדים היא עניין משפחתי. הורה שואל אותי על הבת שלו, שנמצאת בגיל ההתבגרות, אבל עזבה את הבית וגרה עם בחור. היא משתכרת מאלכוהול לפעמים ואז יוצאת למרוצי מכוניות. האם אני לא צריך לתקן את ההתנהגות ולחנך אותה לפני שהמצב יחמיר?" (Feng et al., 2012, p. 278). פנג ועמיתיו (Feng et al., 2012) סברו, כי החוק יסייע לחזק עמדות מקצועיות חיוביות כלפי דיווח. אחיות אמרו: "החוק מצדיק את הדיווח וזה מקל עלינו"; "עדיין נדווה גם אם ההורה מתנגד. נאמר לו שזו אחריותנו על פי החוק להגנת רווחת הילד". החוק מסייע כאסטרטגיה מול ההורים ומחזק עמדות מקצועיות, כאשר אין דרך אחרת: "לעיתים רחוקות אנו מזכירים את החוק בהתחלה. שיחה על החוק גורמת להורה להרגיש שהוא נדחק לקצה הצוק. אנחנו משתמשים בחוק כאשר שום דבר אחר לא עוזר" (Feng et al., 2012, p. 278).

דילמות אלו מתוארות בספרות כדילמות אתיות ומערבות עמדות אישיות ומקצועיות. הכוונות הטובות העומדות מאחורי חובת הדיווח מציבות דילמות אתיות רבות בפני אנשי הצוות. בראש סדר העדיפות של אנשי המקצוע עומדת טובת הילד, אך המדווחים חוששים שיעמידו בסכנה את מערכת התמיכה החברתית החמה שבנו עם המשפחה והילד, יחד עם חוסר הביטחון בשאלה אם המקרה מצדיק דיווח, ודאגות לגבי ההשלכות השליליות שבדיווח (Flaherty et al., 2006; Francis et al., 2012). במחקר הנוכחי נבדקו העמדות המקצועיות של אחיות טיפת חלב.

2.6 סיכום

המחקר הנוכחי מבקש לבדוק מודל של גורמים הקשורים לדיווח של אחיות טיפת חלב על התעללות והזנחה של ילדים. הדיווח הוא חובה מקצועית המעוגנת בחוק ובנהלי משרד הבריאות, אך כאמור, לפני ביצוע הדיווח יש לטפל קודם כל בילד עצמו, וטיפול כזה עשוי להיות קשה, ממושך ומורכב, עבור אנשי המקצוע ובכללם האחיות. אחיות טיפת חלב שעוסקות ברפואה מונעת, מהוות הגורם הראשון שפוגש את המשפחה בקהילה, לאחר הלידה. הביקורים בטיפת חלב נעשים באופן שיגרותי ובמועדים קבועים. מכאן החשיבות של ביצוע מחקר זה בקרב אחיות טיפת חלב.

מהספרות העוסקת בדיווח על ידי אנשי מקצועות הבריאות עולה, כי שיעורי הדיווח של אנשי מקצוע העובדים במערכת הבריאות (לדוגמא: רופאים, אחיות) הוא נמוך יחסית למקצועות אחרים שחלה עליהם

חובת הדיווח (Sedlak & Ellis, 2014). כמו כן, נמצא פער בין מספר אירועי ההתעללות בילדים לבין מספר הדיווחים על כך מצד הצוות הרפואי (Eisikovits et al., 2015).

חוקרים מצביעים על גורמים שונים, שנבדקו במחקרים שונים, המשפיעים על נטייה של אנשי מקצוע מדיסציפלינות שונות לדווח על התעללות והזנחה:

- (1) **מאפייני רקע אישיים של איש המקצוע**: מעט מאוד מחקרים עוסקים בהשפעה של משתני הרקע האישיים על הנטייה לדווח. קיימים מספר מחקרים בארץ ובעולם שעסקו בבדיקה כיצד תרבויות וחברות שונות מתייחסות להתעללות ולהזנחה של ילדים באופן שונה ומגדירות אותן אחרת, אך בנושא יישום חובת הדיווח בהקשר התרבותי, הספרות מדווחת על ממצאים שאינם חד-משמעיים. במחקר הנוכחי יבדקו מאפייני הרקע האישיים של אחיות טיפת חלב והקשר שלהם עם הנטייה לדווח.
- (2) **מאפייני רקע מקצועיים**: מן הספרות עולה כי קיימות תוכניות הכשרה בנושא זיהוי ודיווח על התעללות בילדים בארץ ובעולם. ההתמודדות של אנשי מקצוע עם התופעה של התעללות והזנחה של ילדים היא קשה ומורכבת מאוד ותוארו תחושות וחששות רבים. מעט מאוד מחקרים עוסקים בקשר שבין מאפייני רקע מקצועיים של אחיות לבין הנטייה לדווח. במחקר האחד שנמצא, שנעשה בקרב אחיות בטייוואן, לא נמצא קשר בין שלושת המאפיינים המקצועיים שנבדקו לבין הנטייה לדווח (Feng & Levine, 2005). לא נמצא מחקר דומה בארץ. המחקר הנוכחי יבדוק את מאפייני הרקע המקצועיים של אחיות טיפת חלב והקשר שלהם עם הנטייה לדווח.
- (3) **מאפייני סביבה ארגונית וחברתית**: בארץ קיימים נהלים המסייעים לקביעת תהליכי עבודה במקומות שונים (משרד הבריאות, 2003). ישנם מקומות עבודה שפיתחו מנגנון התייעצות עם עמיתים וכן, נמצאה השפעה של פעילות הגומלין של אנשי המקצוע עם שירותי הרווחה על הנטייה לדווח (Jones et al., 2008). המחקר הנוכחי יבדוק את מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית של אחיות טיפת חלב בארץ והקשר שלהם עם הנטייה לדווח.
- (4) **ידע ומגע קודם (חשיפה לתופעה) עם נושא ההתעללות וההזנחה**: נמצא כי הגורם המשמעותי לדיווח בקרב פסיכולוגים היה ידע בנושא חובת הדיווח ובנושא התעללות והזנחה של ילדים (Lusk et al., 2015). מחקר שסקר בארץ את צרכי ההכשרה, העמדות והניסיון של אנשי מקצועות הבריאות בישראל בכל הנוגע לדיווח על מקרים של חשד להתעללות והזנחה (Ben Yehuda et al., 2010) אמנם בדק גם אחיות, אך לא בהכרח אחיות טיפת חלב. חוקרים דיווחו, כי אחיות העובדות עם ילדים חשות חוסר ביטחון בבואן לדווח על התעללות והזנחה שלהם (Fraser et al., 2010).

עוד עולה מן הספרות, כי מחקרים שונים עסקו בקשר בין עמדות של אנשי מקצוע כלפי דיווח לבין הנטייה לדווח. נמצא כי עמדות שליליות שימשו מחסום מפני דיווח (O'Toole et al., 1999; Zellman, 1990). על פי התפיסה העומדת מאחורי המחקר הנוכחי, יבדקו כאמור, המאפיינים האישיים והמקצועיים של האחיות, מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית, ידע ומגע קודם עם נושא התעללות וההזנחה, כל אחד מהמאפיינים בנפרד וכולם יחד כגורמים העיקריים המשפיעים על הנטייה של אחיות טיפת חלב לדווח. משתנים אלה נחקרו בנפרד בקרב אנשי מקצוע שונים, מדיסציפלינות שונות אך טרם נבדקו בחיבור כל המשתנים ואף טרם נבדקו בקרב אחיות טיפת חלב בישראל.

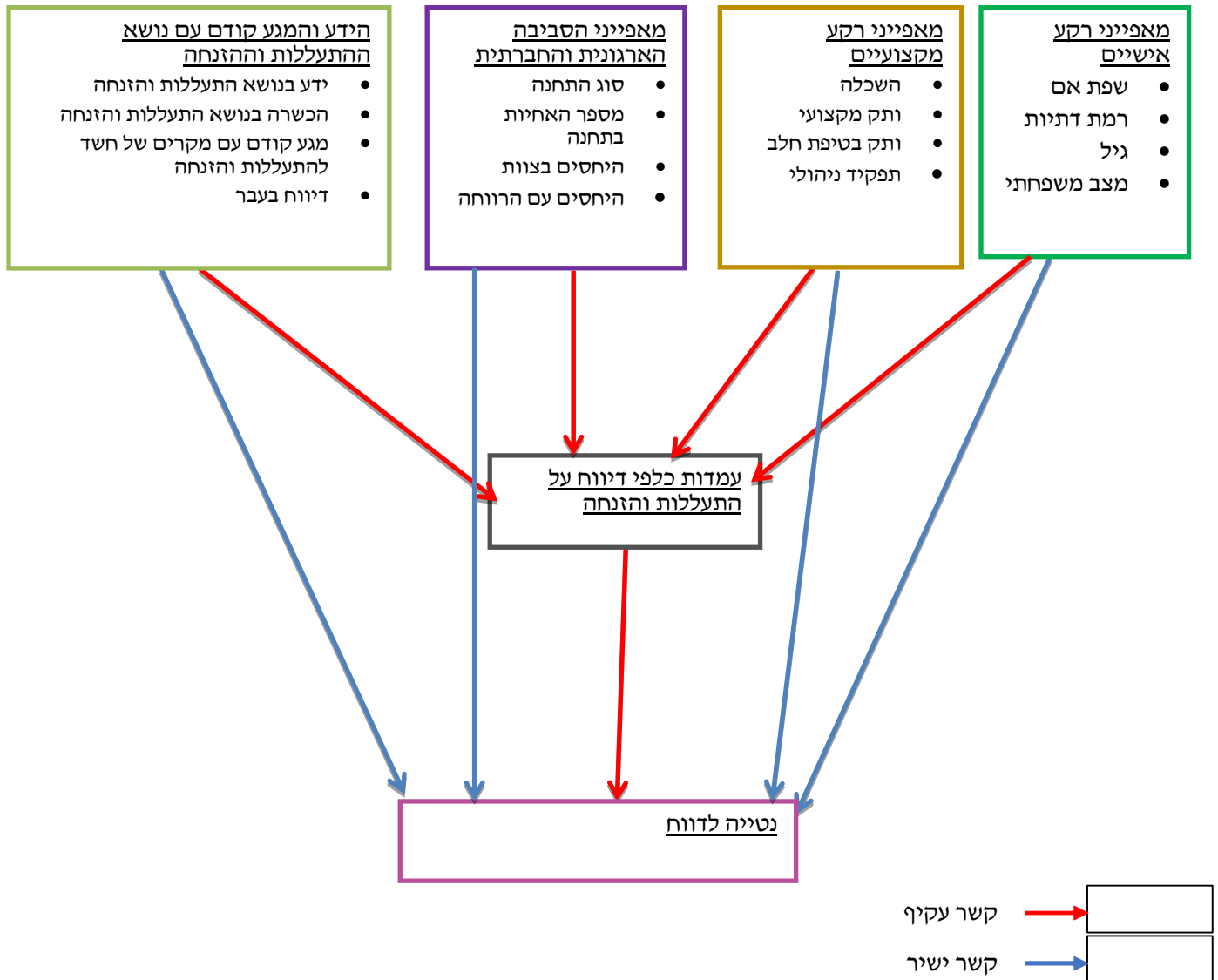
2.6 השערות המחקר

1. ארבע קבוצות של משתנים קשורים ישירות למשתנה התלוי (נטייה לדווח על התעללות והזנחה):
מאפייני רקע אישיים:
 - א. ככל שרמת הדתיות של האחות תהיה גבוהה יותר, כך הנטייה לדווח תהיה נמוכה יותר.
 - ב. שפת אם עברית תהיה שכיחה יותר בקרב אחיות שייטו יותר לדווח.
 - ג. ככל שהאחות תהיה מבוגרת יותר, כך היא תטה יותר לדווח.מאפייני רקע מקצועיים:
 - א. ככל שתעלה רמת ההשכלה של האחות כך תעלה נטייתה לדווח.
 - ב. אחיות ותיקות יותר ייטו יותר לדווח.
 - ג. אחיות בעלות תפקיד ניהולי ייטו יותר לדווח לעומת אחיות שאינן בתפקיד ניהולי.מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית:
 - א. הנטייה לדווח בקרב אחיות במרפאות כפריות או אחיות העובדות לבדן במרפאה תמצא נמוכה יותר מהנטייה לדווח בקרב אחיות העובדות בצוות, במרפאות עירוניות ובמרכזים לבריאות הילד.
 - ב. ככל שהיחסים בצוות ימצאו טובים יותר, כל האחיות ייטו יותר לדווח.
 - ג. ככל שהיחסים עם שירותי הרווחה ימצאו טובים יותר, כך האחיות ייטו יותר לדווח.משתני ידע ומגע קודם עם נושא ההתעללות וההזנחה:
 - א. אחיות בעלות ידע רב יותר בנושא ההתעללות וההזנחה של ילדים ייטו יותר לדווח.
 - ב. אחיות שקיבלו הכשרה בנושא התעללות והזנחה של ילדים ייטו יותר לדווח.
 - ג. אחיות שהיה להן מגע קודם עם מקרי התעללות והזנחה של ילדים או שדיווחו בעבר על התעללות והזנחה ייטו יותר לדווח.
2. ימצא קשר חיובי בין העמדות כלפי דיווח על התעללות והזנחה לבין הנטייה לדווח.
3. יימצא קשר בין מאפייני רקע אישיים (גיל, רמת דתיות ושפת אם), מאפייני רקע מקצועיים (השכלה, ותק מקצועי, ותק בטיפת חלב ותפקיד ניהולי), מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית (סוג התחנה, מספר האחיות בתחנה, היחסים בצוות והיחסים עם הרווחה), משתני ידע ומגע קודם עם נושא ההתעללות וההזנחה (ידע בנושא התעללות והזנחה, הכשרה בנושא התעללות והזנחה, מגע קודם עם מקרים של חשד להתעללות והזנחה ודיווח בעבר) לבין עמדות כלפי דיווח.
4. העמדות כלפי דיווח יתווכו את הקשר שבין מאפייני רקע אישיים (גיל, רמת דתיות ושפת אם), מאפייני רקע מקצועיים (השכלה, ותק מקצועי, ותק בטיפת חלב ותפקיד ניהולי), מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית (סוג התחנה, מספר האחיות בתחנה, היחסים בצוות והיחסים עם הרווחה), משתני ידע ומגע קודם עם נושא ההתעללות וההזנחה (ידע בנושא התעללות והזנחה, הכשרה בנושא התעללות והזנחה, מגע קודם עם מקרים של חשד להתעללות והזנחה ודיווח בעבר), לבין הנטייה לדווח.

2.7 מודל המחקר

איור 1 מציג את מודל המחקר, הכולל השפעות ישירות ועקיפות על הנטייה לדווח.

איור 1. השפעות ישירות ועקיפות של מאפייני האחות על הנטייה לדווח: מאפייני רקע אישיים, מקצועיים, מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית, ידע ומגע קודם עם נושא התעללות והזנחה



3. שיטת המחקר

3.1 אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר מונה כ-2000 אחיות טיפת חלב ברחבי ישראל, העובדות במרפאות ובתחנות טיפת חלב במשרד הבריאות, קופות-החולים כללית, מכבי, לאומית, מאוחדת, עיריית תל אביב ועיריית ירושלים.

3.2 מדגם

המדגם הוא מדגם נוחות של 341 אחיות טיפת חלב, מתוכן 235 עובדות בתחנות טיפת חלב של שירותי בריאות כללית ו-106 העובדות בתחנות טיפת חלב של מחוז מרכז במשרד הבריאות. לוח 1 מציג את מאפייני הרקע האישיים של האחיות.

לוח 1: מאפייני רקע אישיים (N=341)

משתנה וערכים	אחיות משרד הבריאות	אחיות הכללית	סך-הכול (אחוז מכלל המדגם)
מצב משפחתי			
רווקות	4	8	12 (4%)
נשואות	74	215	289 (85%)
גרושות	10	23	33 (10%)
אלמנות	4	3	7 (1%)
שפת אם			
עברית	53	184	237 (70%)
רוסית	23	36	59 (17%)
ערבית	14	16	30 (9%)
אחר	6	8	14 (4%)
רמת דתיות			
דתיות	22	53	75 (22%)
מסורתיות	29	41	70 (21%)
חילוניות	40	151	191 (57%)

מלוח 1 אפשר ללמוד כי מרבית האחיות במשרד הבריאות ובכללית שהשתתפו במחקר הנוכחי נשואות (85%), הגיל הממוצע 45 שנים (סטיית תקן: 10.3). טווח הגילים 24-72 שנים, כולן נשים. שפת האם של רובן עברית (70%), ואחר כך רוסית (17%) וערבית (9%). רוב האחיות במחקר הנוכחי הן חילוניות (57%). לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות.

לוח 2 מציג את מאפייני הרקע המקצועיים של האחיות.

לוח 2 : מאפייני רקע מקצועיים (N=341)

משתנה וערכים	אחיות משרד הבריאות	אחיות הכללית	סך-הכול (אחוז מכלל המדגם)
השכלה			
אחיות מוסמכות	27	55	82 (25%)
אחיות מוסמכות בעלות תואר ראשון	50	146	196 (60%)
אחיות מוסמכות בעלות תואר שני	21	29	50 (15%)
ותק מקצועי			
עד 10 שנים	19	58	77 (23%)
מעל 10 שנים	85	169	254 (77%)
ותק מקצועי בטיפת חלב			
עד שנתיים	11	44	55 (16.5%)
בין שנתיים לחמש שנים	11	44	55 (16.5%)
5 עד 10 שנים	19	40	59 (18%)
מעל 10 שנים	63	100	162 (49%)
תפקיד ניהולי			
אחיות בתפקיד ניהולי	36	73	109 (32%)
אחיות שאינן בתפקיד ניהולי	55	177	232 (68%)
גודל המדגם	91	250	341 (100%)

בלוח 2 אפשר לראות, כי מרבית המשתתפות הן אחיות מוסמכות בעלות תואר ראשון (60%), בעלות ותק מקצועי מעל 10 שנים כאחיות (77%). רוב האחיות במדגם הן אחיות שאינן בתפקיד ניהולי (68%). בבדיקה נמצא הבדל מובהק במאפייני הרקע המקצועיים בין אחיות משרד הבריאות לאחיות הכללית בוותק מקצועי: $\chi^2(1) = 4.94; p < .016$ ובוותק המקצועי בטיפת חלב: $\chi^2(1) = 12.77; p < .005$. לא נמצא הבדל מובהק בין אחיות משרד הבריאות לאחיות הכללית במאפיינים האחרים (השכלה: $\chi^2(1) = 3.29; p < .566$ ותפקיד ניהולי: $\chi^2(1) = 3.29; p < .070$).

3.3 כלים

3.3.1 כלים לבדיקת המשתנים התלויים

1. שאלון בקרה לבדיקה עד כמה מעריכה האחות שהילד נמצא בסיכון בהתייחס לתיאורי

מקרים

נבנה שאלון על מנת לבדוק עד כמה האחות מעריכה שאכן הילד נמצא בסיכון להתעללות והזנחה. מאחר ותיאורי המקרה נבנו מראש כאירועים של התעללות והזנחה, אשר יש לדווח עליהן לרשויות הרווחה או למשטרה, שאלון זה משמש רק כבקרה לכך שאכן האחיות מעריכות שהילד נמצא בסיכון. בשאלון מוצגים תיאורי מקרים מחיי העבודה של אחות טיפת חלב, המתבקשת להעריך אם מדובר בהתעללות בילד או הזנחה. השימוש בתיאורי מקרה נפוץ במחקרים העוסקים בדיווח על התעללות והזנחה (Feng & Levine, 1992; Zellman, 1990; Zellman, 1992; Ko & Koh, 2007; Kenny, 2000; 2005). במחקר הנוכחי חיברה החוקרת את תיאורי המקרה, כי בספרות לא נמצאו תיאורי מקרה המתאימים לעולם התוכן של אחיות טיפת חלב.

בשלב הראשון ערכה החוקרת מחקר גישוש בקרב אחיות טיפת חלב. האחיות נשאלו: "תארי לי מקרים שבהם התלבטת לגבי דיווח על התעללות והזנחה של ילד". כך התקבלו תיאורי מקרה מעולמות התוכן של אחיות טיפת חלב. בשלב השני, לצורך תיקוף תוכן, נמסרו ארבעה סיפורי רקע לשיפוטן של שמונה אחיות, כל אחת בנפרד. אחיות אלה, הן מומחיות בתחום סיעוד הילד או טיפת חלב, והן נבחרו כיוון שלא נמצאו אחיות מומחיות בתחום ההתעללות וההזנחה של ילדים. ביניהן אחות מוסמכת ומנהלת המחלקה לרפואה מונעת (טיפות חלב) באגף קהילה בכללית, בעברה אחות קהילה ממחוז דרום; אחות מוסמכת ורכזת רפואה מונעת (טיפות חלב) במחוז ירושלים; אחות מוסמכת, בעברה אחות בכירה באונקולוגית ילדים בבי"ח שניידר; אחות מוסמכת ורכזת תחום הנקה בכללית; אחות מוסמכת, בעברה אחות אחראית מחלקת פגים בסורוקה; אחות ורכזת למידה מקוונת בכללית, בעברה אחות ילדים בבי"ח מאיר; אחות מוסמכת, בעברה אחות בכירה במחלקת ילדים בבי"ח כרמל; אחות מוסמכת ומנהלת המחלקה לחינוך והכשרה בסיעוד בכללית, בעברה אחות קיבוץ. האחיות המומחיות התבקשו להגיב על כל סיפור רקע ולענות: האם המקרה המתואר הוא התעללות והזנחה של ילד, לדעתן, והאם תדווחנה על המקרה לרווחה או למשטרה.

בין שמונה האחיות המומחיות השופטות הייתה הסכמה לגבי שני סיפורי מקרה, שלדעתן תיארו אירועים של התעללות והזנחה, אשר עליהם יש לדווח לרווחה או למשטרה. כמו-כן, טענו המומחיות, שהסיפורים צריכים להיות יותר קצרים וענייניים. החוקרת תיקנה וניסחה את שני סיפורי המקרה מחדש, ולאחר התיקון אישרו המומחיות את הסיפורים.

כל המשתתפות במחקר עצמו קיבלו את אותם שני סיפורי מקרה, אך עם משפטי סיום שונים: כל משפט סיום תיאר סוג התעללות שונה (התעללות מינית, פיזית, רגשית או הזנחה). (הסיפורים מוצגים להלן).

מהימנות: העקיבות הפנימית נבדקה פעמיים במחקר הנוכחי לגבי שני תיאורי המקרה. העקיבות הפנימית לגבי תיאור מקרה ראשון: Cronbach's Alpha=0.72. העקיבות הפנימית לאחר קריאת תיאור המקרה השני: Cronbach's Alpha=0.70.

תיאור המקרה הראשון:

שרה היא אימא לארבעה ילדים, הקטנה היא תינוקת בת 7 חודשים, מהריון לא רצוי. בביקור בתחנה ראית ששרה במצב רגשי לא טוב. את מכירה אותה ויודעת ששרה הייתה ילדת רווחה, מוזנחת בעצמה, ולכן, לא נמצאת בקשרים טובים עם משפחתה. שרה סיפרה שהתינוקת בוכה המון, יותר מילדיה האחרים.

להלן 4 משפטי הסיום של המקרה הראשון:

1. התעללות מינית: "...היא חושבת שבנה הבכור בן ה-15, שהשאירה במקום הבייביסיטר, התפשט לידה ונגע לה באברי המין".
2. הזנחה: "...היא חושבת שהתינוקת רוצה לשגע אותה. במהלך הביקור היא פתחה את החיתול וראית תפרחת חיתולים קשה מאוד, ממש דלקת".
3. התעללות פיזית: "...את מתרשמת שהתינוקת בוכה כשמחליפים לה חיתול, וכשהיא מפשיטה אותה, את רואה שני סימני כווייה עגולים ברגל ימין, שנראים כמו מסיגריה. שרה מנסה להסתיר אותם".
4. התעללות רגשית: "...היא אומרת שאינה יכולה לחבק אותה, לנשק אותה או לומר לה דברי חיבה".

תיאור המקרה השני:

רינה היא אם יחידנית, יש לה הורים שתומכים בה ובתינוק, איתם היא מתגוררת. קיבלת מידע מבי"ח על התקף פסיכוטי שעברה במחלקת יולדות. הערכת הפסיכיאטר היא שיש חשד לדיכאון. כשרינה הגיעה לתחנה הסתבר, שהיא לא מוכנה ללכת לטיפול, אבל את מתרשמת שהתינוק בוכה כשמחליפים לו חיתול...

להלן 4 משפטי הסיום של המקרה השני:

1. התעללות מינית: "...ורינה אומרת שהיא חוששת שהבייביסיטר בן ה-14 שהשאירה אתו ליטף לו את אברי המין".
2. הזנחה: "...במהלך הביקור היא פתחה את החיתול וראית תפרחת חיתולים קשה מאוד, ממש דלקת".
3. התעללות פיזית: "...וכשהיא מפשיטה אותו, את רואה שני סימני כווייה עגולים ברגל ימין, שנראים כמו מסיגריה. רינה מנסה להסתיר אותם".
4. התעללות רגשית: "...ורינה נוזפת בו שיפסיק כבר, כי אם לא, נשבר לה ממנו והיא לא סובלת אותו, היא תשאיר אותו ותברח".

תיאורי המקרה חולקו בין המשתתפות באופן מבוקר ומתוכנן, כך שתתקבלנה תשובות לכל סוגי המקרים בצורה דומה. על פי רשימת האחיות נעשתה חלוקה רציפה של סוגי השאלונים השונים ובקרה על השאלונים שהוחזרו. לוח 3 מתאר את חלוקת תיאורי המקרה שהתקבלו מאחיות הכללית ומאחיות משרד הבריאות.

משתתפות	התעללות פיזית	הזנחה	התעללות מינית	התעללות רגשית	סך-הכל
אחיות משרד הבריאות	26	36	18	26	106
אחיות הכללית	25	29	29	23	106
סך-הכל	171	186	163	162	682

ציין : לאחר כל תיאור מקרה הוצגו בשאלון כמה שאלות למשתתפת, אשר בדקו עד כמה לדעת האחות התינוק נמצא בסיכון אם לא תהיה התערבות מקצועית. התשובות נתנו על סולם ליקרט בן חמש דרגות (1) "כלל לא"; (5) "במידה רבה מאוד". ככל שהציון נמוך יותר, הוא מעיד שהאחות חושבת שהתינוק פחות נתון בסכנה.

מאחר ותיאורי המקרה נבנו מראש כאירועים של התעללות והזנחה, אשר יש לדווח עליהם לרווחה או למשטרה, והשימוש בתיאורי המקרה נעשה לשם רנדומיזציה בין המקרים, אכן לא נמצא קשר בין סוג הפגיעה בתיאורי המקרה (פיזית, מינית, רגשית והזנחה) לבין הנטייה לדווח ($\chi^2(3) = 6.44; p < .092$) ובכל תיאורי המקרה בחינת ההתפלגות העלתה, כי כמעט כל האחיות (90.6%) העריכו כי התינוק נמצא בסיכון במידה רבה או רבה מאוד.

2. שאלון נטייה לדווח על אירוע של התעללות והזנחה על פי תיאורי המקרים (נספח 2)

בהמשך לשאלון עד כמה האחות מעריכה שאכן מדובר בהתעללות או הזנחה על-פי תיאורי המקרים, כל משתתפת נשאלה כיצד תפעל במקרה שקראה, והתבקשה לסמן תשובה אחת לפי אפשרויות שונות לפעולה, ובכללן האפשרות שלא לדווח ולא לנקוט שום פעולה. השאלון נלקח מתוך Educators and Child Abuse Questionnaire שפיתח קני (Kenny, 2000) ונועד להעריך מיומנויות בזיהוי סוגים שונים של התעללות של ילדים. השאלון תוכנן כך, שישמש כלי להערכת תפקוד של מורים ואנשי חינוך. בחלק מהשאלון יש תיאורי מקרה, והמשיב מתבקש לבחור אפשרות אחת כיצד יגיב, מתוך האפשרויות הבאות: (1) אדווח לרווחה או למשטרה; (2) אדווח לממונה עליי; (3) אעביר את ההחלטה לדיווח לאיש מקצוע אחר (עובדת סוציאלית, רופא, אחר); (4) אמתין לראיות נוספות להתעללות ואז להזנחה; (5) אשוחח עם האם או עם בן משפחה אחר; (6) לא אדווח ולא אנקוט שום פעולה.

ציין : כיוון שהחוק דורש דיווח לרווחה או למשטרה, סומנה התגובה הראשונה כתשובה נכונה (1). כל התגובות האחרות מתארות אי דיווח, ולכן סומנו כתשובות שאינן נכונות (0).

תוקף ומהימנות : במחקרים קודמים לא פורסמו בדיקות תוקף ומהימנות. מדובר בשאלה ישירה המאפשרת תשובה נכונה (דיווח כחוק) או לא נכונה (כל שאר האפשרויות). לכן לא היה צורך בבדיקות תוקף ומהימנות במחקר זה.

3. שאלון עמדות כלפי דיווח על התעללות והזנחה של ילדים (נספח 3)

השאלון כולל 10 היגדים, והמשתתפות התבקשו לסמן מהי עמדתן לגביהם על סולם ליקרט בן חמש דרגות: (1) "כלל לא"; (5) "במידה רבה מאוד" (בנבנישתי ושמיד, 2010; בנבנישתי, תקשורת אישית, 6.11.2011). ככל שהציון גבוה יותר, הוא מעיד שעמדותיה של האחות כלפי דיווח חיוביות יותר. דוגמא להיגד: "בתקופה האחרונה יש היסטריה מוגזמת באשר לפגיעה בילדים".
ציון: הציון הסופי הוא חישוב ממוצע ציוני ההיגדים.
תוקף ומהימנות: במחקרים קודמים לא נבדק תוקף. המהימנות בשיטת עקיבות פנימית, במחקר הנוכחי, היא: Cronbach's Alpha=0.64.

3.3.2 כלים לבדיקת המשתנים הבלתי תלויים

1. שאלון מאפייני רקע אישיים (נספח 4)

- א. שפת אם ומידת דתיות: השאלה: דרגי את מידת הדתיות שלך: א. דתייה, ב. מסורתית, ג. חילונית.
- ב. משתנים סוציו-דמוגרפיים: בשאלון שאלות הנוגעות למשתנים הבאים: מין, גיל, מצב משפחתי.

2. שאלון מאפייני רקע מקצועיים (נספח 4)

- א. השכלה: הכשרה מעשית, השכלה אקדמית.
- ב. ותק: מה מספר שנות העבודה כאחות? מה מספר שנות העבודה כאחות טיפת חלב?
- ג. תפקיד ניהולי במקום העבודה: השאלה: האם הנך בעלת תפקיד ניהולי? כן/לא.

3. שאלון מאפייני סביבה ארגונית וחברתית

- א. סוג המרפאה או התחנה – כפרית, עירונית, מרכז לבריאות הילד או תחנה לבריאות המשפחה.
- ב. מספר אחיות – טיפת חלב העובדות בפועל בתחנה.
- ג. היחסים בצוות (נספח 5) – שאלות על מערכת היחסים של האחיות בין לבין עזמן ועל מערכת היחסים של האחיות עם אנשי מקצוע אחרים, באמצעות שאלון מערכת יחסים מקצועיים בצוות. היגד לדוגמא: "אחיות תמיד נכונות לעזור זו לזו במהלך העבודה". ההיגדים נלקחו מתוך שאלון הכלי פותח לצורך בדיקת מאפיינים של צוותי סיעוד במחלקות בתי-חולים והשפעתם על תוצאות הטיפול. הכלי תורגם לעברית במחקר של נופר (2011), ושתי עמיתות דוברות אנגלית תרגמו בחזרה לאנגלית. עקיבות פנימית לאחר התרגום: Cronbach's Alpha=0.86.
ציון: בשאלון המקורי 14 חלקים, ומתוכם נלקחו שניים למטרת המחקר הנוכחי. מחברי השאלון המקורי מציינים כי אפשר להשתמש באופן מודולארי בחלקיו, יחד ולחוד (Adams et al., 1995). השאלון בנוי מהיגדים, והנבדקים מתבקשים לסמן את רמת הסכמתם לגביהם על גבי סולם ליקרט בן ארבע דרגות: 1 – "לא מסכימה כלל"; 4 – "מסכימה בחלט". הציון ניתן לפי חישוב ממוצע הניקוד לכלל השאלות. ככל שהציון הממוצע גבוה יותר, כך האחות מעריכה את מערכת היחסים המקצועיים בצוות כטובה יותר.

מהימנות ותוקף: מחברי השאלון המקורי מדווחים כי תוקף הקריטריון נמצא טוב (Adams et al., 1995). הם בדקו את מהימנותו בשאלות על יחסים בקרב הצוות ומצאו $Cronbach's Alpha=0.91$. העקיבות הפנימית במחקר הנוכחי: יחסים בקרב הצוות $Cronbach's Alpha=0.85$.

ד. היחסים עם הרווחה (נספח 6) – נבדקו באמצעות שאלון ובו שאלות על ניסיון בעבודה עם שירותי הרווחה, העוסקים בטיפול בדיווח על התעללות והזנחה של ילדים. היגד לדוגמא: "אנשי המקצוע ברווחה העוסקים בתחום התעללות והזנחה של ילדים מתורגלים ומיומנים מאוד". שאלון זה הוא תרגום שאלון של הרנדין ועמיתיו (Herendeen et al., 2014) על ניסיון של ממשקי עבודה עם שירותי הרווחה. את השאלון תרגם מתורגמן ותורגם תרגום חוזר.

צינון: בכלי 5 היגדים לבדיקת ניסיון עם שירותי הרווחה בנושא התעללות והזנחה. התשובות ניתנות על סולם ליקרט בן 5 דרגות: (5) "מסכימה מאוד", (1) "לא מסכימה כלל". ככל שהצינון הממוצע גבוה יותר, כך האחות מעריכה את מערכת היחסים המקצועיים בצוות כטובה יותר.

מהימנות: במחקר של הרנדין ועמיתיו (Herendeen et al., 2014) $Cronbach's Alpha=0.82$. העקיבות הפנימית במחקר הנוכחי: $Cronbach's Alpha=0.65$.

תוקף: במחקר של הרנדין ועמיתיו (Herendeen et al., 2014) נערך ניתוח גורמים, ובו נמצא פקטור אחד שהסביר 59.5% מהשונות של הפריטים בשאלון, בטעינות גבוהה או שווה ל-0.65.

4. ידע ומגע קודם עם נושא התעללות והזנחה

עולמות התוכן שנבדקו הם: ידע בנושא התעללות והזנחה, הכשרה שהאחות קיבלה בנושא התעללות והזנחה של ילדים, מגע קודם עם מקרי התעללות והזנחה של ילדים, ודיווח בעבר.

א. שאלון ידע על התעללות והזנחה (נספח 7)

השאלון נלקח ממחקר של היבארד וזולינגר (Hibbard & Zollinger, 1990), שבדק ידע של אנשי מקצוע (רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ועורכי דין) בנושא התעללות מינית (Hibbard & Zollinger, 1990). לי (Lee, 2008) השתמשה בכלי זה והתאימה אותו לשימוש לשאלון בדיקת ידע לאחיות בנושא התעללות והזנחה של ילדים. היגד לדוגמא: "ברוב המקרים של התעללות והזנחה של ילדים יש מרכיב של פגיעה פיזית".

צינון: בכלי 11 היגדים לבדיקת ידע על התעללות והזנחה. התשובות ניתנו על סולם ליקרט בן 5 דרגות: 1 – "כלל לא מסכימה"; 5 – "מסכימה מאוד". ככל שהצינון הממוצע גבוה יותר, כך האחות בעלת ידע רב יותר.

תוקף: אין נתונים.

מהימנות: לי ועמיתיה (Lee, 2008) בדקו את תוקף התוכן של שאלון הידע ומצאו עקיבות פנימית $Cronbach's Alpha=0.75$ (Lee, Fraser, & Chou, 2007). גם במחקרה של לי (Lee, 2008) נמצאה $Cronbach's Alpha=0.75$. שני מתרגמים תרגמו כל אחד בנפרד את הכלי מאנגלית לעברית במחקר הנוכחי. העקיבות הפנימית במחקר הנוכחי: $Cronbach's Alpha=0.63$.

ב. שאלון הכשרה שהאחות קיבלה בנושא התעללות והזנחה של ילדים

השאלה: האם המשתתפת קיבלה הכשרה בנושא התעללות והזנחה של ילדים? כן/לא

ג. מגע קודם עם מקרי התעללות והזנחה של ילדים

השאלה : ניסיון במהלך הקריירה המקצועית בתחום התעללות והזנחה של ילדים (כמה מקרים פגשה : מקרה אחד / יותר ממקרה אחד / אף פעם).

ד. דיווח בעבר

האם האחות דיווחה אי פעם על חשד להתעללות והזנחה של ילדים? כן/לא

3.3.3 מהימנות כלי המחקר

תת פרק זה מציג את מהימנות כלי המחקר. לוח 4 מציג את סיכום המהימנות של כלי המחקר.

לוח 4 : מהימנות כלי המחקר

אלפא קרוונבך במחקר הנוכחי	אלפא קרוונבך במחקרים אחרים	שאלון
לא ניתן לחשב אלפא קרוונבך		שאלת הנטייה לדווח על אירוע התעללות / הזנחה בהתייחס לתיאורי המקרים
Cronbach's Alpha=0.64, N=321		שאלון עמדות כלפי דיווח על התעללות והזנחה של ילדים
לא ניתן לחשב אלפא קרוונבך		שאלון מאפייני רקע אישיים
לא ניתן לחשב אלפא קרוונבך		שאלון מאפייני רקע מקצועיים
שאלון על מערכת היחסים בצוות Cronbach's Alpha=0.85, N=310	שאלון על מערכת היחסים בצוות Cronbach's Alpha=0.91	מערכת היחסים בצוות
Cronbach's Alpha=0.65, N=316	Cronbach's Alpha=0.82 (Herendeen et al., 2014)	מערכת היחסים עם הרווחה
Cronbach's Alpha =0.63, N=321	Cronbach's Alpha = 0.75 (Lee, 2008)	שאלון ידע על התעללות והזנחה

3.4 הליך

הליכי האיתור היו שונים במשרד הבריאות ובכללית. תחילה אותרו אחיות **טיפת חלב במשרד הבריאות**. נערכה פניה לביצוע מחקר ארצי לאחיות טיפת חלב במשרד הבריאות, אולם התקבלה הסכמה לביצוע במחוז מרכז בלבד. החוקרת נפגשה עם מנהלות התחנות, הציגה את עצמה ומסרה מידע כללי על המחקר ועל המסגרת שבה הוא מתבצע. היא הסבירה על דרך העברת השאלונים וחזרתם, וקיבלה את אישורן לערוך את המחקר. אז נמסרו לידיה רשימות של תחנות טיפת חלב השייכות למחוז. החוקרת העבירה לכל תחנת טיפת חלב מעטפות ובהן שאלונים כמספר האחיות העובדות בתחנה, סך הכל 170 שאלונים. מנהלות התחנות חילקו את השאלונים לאחיות. לאחר מילוי השאלונים החזירו אותם האחיות בדואר הפנימי למנהלות. בסך-הכל הוחזרו 113 שאלונים. מתוכם נפסלו 7 שאלונים כי חסרו בהם תשובות על יותר מ-40% מהשאלות. מספר השאלונים שנעשה בהם שימוש במחקר הנוכחי הוא 106 (62%).

איתור האחיות **בשירותי בריאות כללית**. כיוון שהחוקרת עבדה באותו זמן בשירותי בריאות כללית והייתה לה נגישות רבה יותר אל ההנהלה. היא נפגשה עם האחיות הראשית של הכללית, עם ראש אגף סיעוד בקהילה ועם האחיות הממונה על השירות המונע בשירותי בריאות כללית. בפגישות אלה הציגה את מטרת המחקר וקיבלה אישור. כמו כן, נפגשה עם מרכזות תחום טיפת חלב במחוזות, הציגה את המחקר וקיבלה את הסכמתן להשתתפות. נציגה בכל מחוז, שתפקידה ריכוז התחום, מסרה לחוקרת רשימות של תחנות טיפת חלב. השאלונים נשלחו למשתתפות באמצעות הדואר האלקטרוני. נבנה שאלון אינטרנטי ובו שאלות סגורות באמצעות תוכנת "נמלה", שהיא כלי ארגוני לביצוע סקרים. השאלון האינטרנטי נשלח לדואר האלקטרוני הארגוני האישי של 500 אחיות טיפת חלב שבכללית ובו בקשה להשתתף במחקר (נספח מס' 1). נשלחו ארבע תזכורות לאחיות שלא השיבו את השאלון, לאחר שבועיים עד שלושה שבועות. 191 שאלונים התקבלו באמצעות הדואר האלקטרוני, ומתוכם נפסלו 50 שאלונים שחסרו בהם תשובות על יותר מ-40% מהשאלות. בסך הכול נכנסו למחקר 141 שאלונים (28%) שהוחזרו באמצעות הדואר האלקטרוני.

כדי להעלות את שיעור ההיענות נפגשה החוקרת עם אחיות טיפת חלב בישיבות צוות של המחוזות צפון, שרון, שומרון, ירושלים, דרום, מרכז ודן-פתח-תקווה. החוקרת הציגה מידע כללי על המחקר ועל המסגרת שבה הוא נערך, וביקשה מהאחיות שלא השיבו באינטרנט למלא עותק שאלון קשיח. כך נוספו 94 שאלונים. סך הכול התקבלו 235 שאלונים מהכללית (47% החזרה).

3.4.1 סוגיות אתיות

האישורים במשרד הבריאות כללו פניה לראש שירותי בריאות הציבור ולאחות מפקחת מחוז. בתאריך ה-7 במרץ, 2014, המחקר קיבל את אישורו של ראש שירותי בריאות הציבור, המשמש כוועדת הלסינקי לתחנות טיפת חלב במשרד הבריאות. בתאריך 29 במאי, 2014, התקבל אישור מהאחות המפקחת על מחוז מרכז במשרד הבריאות. כמו כן, נתקבל בתאריך 29 בספטמבר, 2014, אישור מוועדת האתיקה של המחלקה לעבודה סוציאלית, באוניברסיטת בן גוריון.

בשירותי בריאות כללית, התקבל אישור מוועדת הלסינקי למחקרים בקהילה, ברמה הארצית של שירותי בריאות כללית, בתאריך ה-29 באוקטובר, 2015. בתאריך ה-25 בפברואר, 2016, בישיבת רכזות רפואה מונעת במחוזות שירותי בריאות כללית, אישרו את המחקר אישור מנהלי. פנייה לנבדקת להסכמה מדעת להשתתפות במחקר, צורפה לשאלון.

3.4.2 איסוף הנתונים

נבנו שאלונים – עותק אינטרנטי ועותק קשיח (נייר). לשאלונים צורפה פניה למשתתפות ובה הובטחה שמירה על סודיות ואנונימיות של תשובותיהן לשאלונים. השאלון כלל בקשה להסכמה מדעת להשתתפות במחקר. בנוסף, הודגש כי האחיות יכולות לפנות באופן אישי לעורכת המחקר במידה ויעלו שאלות הנוגעות לנושא המחקר ולמילוי השאלונים. אחות אחת יצרה קשר ושאלה על אנונימיות מול המנהלות. משך הזמן הדרוש למילוי השאלון הינו כ-30 דקות. איסוף הנתונים ממשרד הבריאות ומהכללית נמשך כעשרה חודשים. משלוח ואיסוף הנתונים ממשרד הבריאות נערך באמצעות שאלונים שנשלחו למשתתפות נעשה באמצעות שאלונים למילוי על נייר שחולקו למשתתפות. משלוח ואיסוף הנתונים מהכללית נעשה באמצעות הדואר האלקטרוני או בקישור לאתר אינטרנט, או באמצעות שאלונים למילוי על נייר שחולקו למשתתפות בישיבות צוות, אשר לא ענו על השאלון האינטרנטי.

לוח 5: דרכי האיתור של המשתתפות במחקר (N=341)

סך-הכול	איסוף בישיבות צוות	דואר אלקטרוני	באמצעות מנהלות התחנות, במעטפות	דרך האיתור
341	94	141	106	מספר השאלונים שהתקבלו
100%	28%	41%	31%	אחוז ההחזרה

מלוח 5 עולה, שהקבוצה הגדולה ביותר ענתה באמצעות הדואר האלקטרוני (41%), אחריה, באמצעות המנהלות, במעטפות סגורות (31%), ולבסוף איסוף בישיבות הצוות (28%). אחוז ההיענות בשלוש דרכי האיסוף היה דומה.

3.5 ניתוח סטטיסטי

1. הסטטיסטיקה התיאורית כוללת מידע כדלקמן: מאפייני רקע אישיים, מאפייני רקע מקצועיים, מאפייני סביבה ארגונית וחברתית וידע ומגע קודם עם נושא התעללות והזנחה.
2. מכל שאלון נבחר בצורה רנדומאלית תיאור מקרה אחד (מתוך שניים שהמשתתפת ענתה עליהם), בו נותחו הנתונים ונערכו ניתוחי קשרים בין משתנים.

3. נערכו ניתוחי רגרסיה לוגיסטית לבדיקת תרומת כל המשתנים המנבאים נטייה של האחות לדווח על התעללות והזנחה של ילדים.
4. נערכה בדיקת הקשר המתווך של עמדות כלפי דיווח.

4. ממצאים

ממצאי המחקר יוצגו להלן. בחלק הראשון תוצג התפלגות משתני המחקר, יבדקו קשרים בין המשתנים הבלתי תלויים למשתנה התלוי (הנטייה לדווח על התעללות והזנחה), יבדקו קשרים צולבים בין משתנים ויוצג מודל מנבא רב-משתני. בחלק השני יוצגו קשרים בין העמדות כלפי דיווח לבין המשתנים הבלתי תלויים ויוצג מודל מנבא רב-משתני של עמדות. בחלק השלישי יתואר את מודל התיווך ולאחריו תיבדק השאלה באיזו מידה העמדות משמשות גורם מתווך. לבסוף, יובאו ממצאי בדיקת ההשערות.

4.1 חלק א

4.1.1 הצגה תיאורית של הממצאים

לוח 6 מציג את משתני המחקר. למשתנים קטגוריאליים הוצגו שכיחות והתפלגות של כל קטגוריה, למשתנים רציפים הוצג הממוצע וסטיית תקן. טווח הציונים למשתנים הרציפים הובאו בתחתית הלוח.

לוח 6 : התפלגות משתני המחקר (N=341)

קבוצת משתנים	שם המשתנה	קטגוריה	שכיחות והתפלגות (%)	ממוצע וסטיית תקן
	הנטייה לדווח על התעללות והזנחה	נוטות לדווח	151 (44.8%)	
		לא נוטות לדווח	186 (55.2%)	
	עמדות כלפי דיווח			3.9 (0.5)
מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית	סוג טיפת החלב	כפרית	119 (35.3%)	
		עירונית	94 (27.9%)	
		מרכז לבריאות הילד	33 (9.8%)	
		תחנות משרד הבריאות	91 (27.0%)	
	מספר האחיות בתחנה			2.8 (1.5)
	היחסים בצוות			3.2 (0.4)
	היחסים עם הרווחה			3.5 (0.7)
	ידע בנושא התעללות והזנחה			3.4 (0.5)
ידע ומגע קודם עם נושא התעללות והזנחה	הכשרה בנושא התעללות והזנחה	קיבלו הכשרה	240 (72.1%)	
		לא קיבלו הכשרה	93 (27.9%)	
	מגע קודם עם חשד להתעללות והזנחה של ילדים	מעולם לא נתקלו בחשד	83 (24.9%)	
		נתקלו פעם אחת	61 (18.3%)	
		נתקלו יותר מפעם אחת	189 (56.8%)	
	דיווח בעבר	דיווחו בעבר	97 (29.7%)	
		לא דיווחו בעבר	230 (70.3%)	

מספר אחיות בתחנה : טווח 1 – 8

היחסים בצוות: טווח 1 – 4, ככל שהציון גבוה יותר, האחות מעריכה את היחסים בצוות כטובים יותר
היחסים עם הרווחה: טווח 1 – 5, ככל שהציון גבוה יותר, האחות מעריכה את היחסים עם הרווחה כטובים יותר
ידע בנושא התעללות והזנחה: טווח 1 – 5, ציון גבוה יותר מעיד על ידע רב יותר בנושא
עמדות כלפי דיווח: טווח 1 – 5, ציון גבוה יותר מעיד על יחס חיובי יותר כלפי דיווח

מלוח 6 עולה, כי מכלל המדגם (341 אחיות) רק 151 אחיות, שהן כמחצית המדגם (44.8%), **נוטות לדווח** על התעללות והזנחה של ילדים, ואילו 186 אחיות (55.2%) אינן נוטות לדווח. מהתבוננות על התפלגות משתנה **עמדות כלפי דיווח** עולה, כי ציון עמדות האחיות כלפי דיווח על התעללות והזנחה במחקר הנוכחי הוא 3.9 (טווח 1 – 5). התפלגות של מאפייני **הסביבה הארגונית והחברתית** מעלה, כי כשליש מהאחיות שהשתתפו במחקר הנוכחי עובדות במרפאות כפריות (35.3%), פחות משליש עובדות במרפאות עירוניות (27.9%), פחות משליש עובדות בתחנות טיפת חלב של משרד הבריאות (27.0%), ומעט אחיות עובדות במרכזים לבריאות הילד (9.8%). מספר האחיות בתחנה הוא כשלוש אחיות במוצע, (טווח 1 – 8). הציון הממוצע שנתנו האחיות למערכת היחסים בצוות הוא גבוה למדי, 3.2 (טווח 1 – 4); וליחסים עם הרווחה – 3.5 (טווח 1 – 5). מהתפלגות של קבוצת מאפייני **ידע ומגע קודם עם נושא התעללות והזנחה** עולה, כי ציון הידע שקיבלו האחיות בנושא התעללות והזנחה של ילדים הוא 3.4 (טווח 1 – 5). מרבית האחיות ציינו שקיבלו הכשרה בנושא התעללות והזנחה של ילדים (72.1%). כשלושה רבעים (75.1%) מהאחיות במדגם נתקלו בחשד למקרי התעללות והזנחה פעם אחת או יותר, אך רק כשליש (29.7%) דיווחו בעבר על התעללות והזנחה של ילדים.

4.1.2 קשרים בין המשתנים הבלתי תלויים למשתנה התלוי – הנטייה לדווח

לוח 7 מציג את הקשרים בין המשתנים הבלתי תלויים למשתנה התלוי – הנטייה לדווח על התעללות והזנחה, תחילה הקשרים עם המשתנים הקטגוריאליים במבחני χ^2 ואחר כך הקשרים עם המשתנים הרציפים במבחני t.

לוח 7: קשרים בין המשתנים הבלתי תלויים לנטייה לדווח (N=341)

שם המשתנה	קטגוריה	לא נטו לדווח	נטו לדווח	ערך χ^2	df	מובהקות
שפת אם	עברית	134 (58.0%)	97 (42%)	3.79	3	$p < .285$
	רוסית	32 (54.2%)	27 (45.8%)			
	ערבית	14 (46.7%)	16 (53.3%)			
	אחר	5 (35.7%)	9 (64.3%)			
רמת דתיות	דתייה	39 (52.7%)	35 (47.3%)	1.11	2	$p < .575$
	מסורתית	42 (60.9%)	27 (39.1%)			
	חילונית	102 (54.5%)	85 (45.5%)			
רמת השכלה	מוסמכת	50 (63.3%)	29 (36.7%)	8.30*	2	$P^* < 0.05$
	תואר ראשון	111 (56.9%)	84 (43.1%)			
	תואר שני	19 (38.0%)	31 (62.0%)			
ותק מקצועי	עד 10 שנים	47 (61.0%)	30 (39.0%)	1.32	2	$p < .251$
	מעל 10 שנים	134 (53.6%)	116 (46.4%)			
ותק בטיפת חלב	עד שנתיים	41 (74.5%)	14 (25.5%)	11.37**	3	$p^{**} < .01$
	2 – 5 שנים	28 (50.9%)	27 (49.1%)			
	5 – 10 שנים	33 (55.9%)	26 (44.1%)			
	מעל 10 שנים	77 (48.7%)	81 (51.3%)			
עבודה בתפקיד ניהולי	בעלת תפקיד ניהולי	48 (44.4%)	60 (55.6%)	7.44**	1	$p^{**} < .01$
	לא בתפקיד ניהולי	134 (60.4%)	88 (39.6%)			
סוג התחנה	כפרית	63 (52.9%)	56 (47.1%)	1.27	3	$p < .735$
	עירונית	55 (58.5%)	39 (41.5%)			
	מרכז לבריאות הילד	20 (60.6%)	13 (39.4%)			
	משרד הבריאות	48 (52.7%)	43 (47.3%)			
הכשרה בנושא	לא קיבלה הכשרה	60 (64.5%)	33 (35.5%)	4.48*	1	$p^* < .05$
	קיבלה הכשרה	124 (51.7%)	116 (48.3%)			
מגע קודם עם מקרים של חשד	אף פעם	56 (67.5%)	27 (32.5%)	6.95*	2	$p^* < .05$
	פעם אחת	33 (54.1%)	28 (45.9%)			
	יותר מפעם אחת	95 (50.3%)	94 (49.7%)			
דיווח בעבר	לא דיווחה בעבר	63 (64.9%)	34 (35.1%)	5.14*	1	$p^* < .05$
	דיווחה בעבר	118 (51.3%)	112 (48.7%)			

שם המשתנה	לא נטו לדווח		נטו לדווח		ערכי t	df	מובהקות
	ממוצע	ס.ת.	ממוצע	ס.ת.			
גיל	44.36	10.26	45.28	10.08	0.80	315	$p < .427$
עמדות כלפי דיווח	3.89	10.26	4.03	10.08	2.41**	333	$p^{**} < .01$
ידע בנושא התעללות והזנחה	2.61	10.26	2.64	10.08	.59	332	$p < .558$
מספר האחיות העובדות בתחנה	2.86	10.26	2.72	10.08	.86	326	$p < .392$
היחסים בצוות	3.14	10.26	3.17	10.08	.64	322	$p < .524$
היחסים עם הרווחה	3.45	10.26	3.56	10.08	1.53	328	$p < .127$

מלוח 7 עולה כי הנטייה לדווח על התעללות והזנחה נמצאה קשורה למשתנים הבאים:

- רמת השכלה: ככל שרמת ההשכלה עולה, כך עולה הנטייה לדווח.
- ותק בטיפת חלב: ההבדל העיקרי הוא בין ותק נמוך בטיפת חלב (עד שנתיים) לבין ותק של שנתיים ויותר. כרבע (25.5%) מן האחיות בעלות הוותק הנמוך נוטות לדווח, לעומת כמחצית (49.1%) מבעלות ותק של שנתיים ומעלה. לפיכך, הופק משתנה דיכוטומי (ותק של עד שנתיים וותק של שנתיים ומעלה) והוא ישמש בנייתוחים שבהמשך.
- עבודה בתפקיד ניהולי: האחיות העובדות בתפקיד ניהולי נוטות יותר לדווח (55.6%) מאשר אחיות שאינן בתפקיד ניהולי (39.6%).
- הכשרה בנושא התעללות והזנחה של ילדים: אחיות שקיבלו הכשרה נוטות יותר לדווח (48.3%) מאשר אחיות שלא קיבלו הכשרה (35.5%).
- מגע קודם עם מקרים של חשד להתעללות והזנחה: ככל שלאחיות היו יותר מגעים קודמים עם מקרים של חשד להתעללות והזנחה – גוברת הנטייה לדווח. עם זאת, ההבדל העיקרי הוא בין אחיות שלא נחשפו (שלא היה להן מגע קודם) למקרים של חשד להתעללות והזנחה לבין אחיות שנחשפו לפחות פעם אחת. רק כשליש מהאחיות שלא נחשפו בכלל נוטות לדווח (32.5%) לעומת כמחצית (49.7%) מהאחיות שנחשפו לפחות פעם אחת.
- דיווח בעבר: אחוז גבוה יותר מהאחיות שדיווחו בעבר, נוטות לדווח (48.7%), מאשר אחיות שלא דיווחו בעבר (35.1%).
- עמדות כלפי דיווח: אחיות שהביעו עמדות חיוביות יותר כלפי הצורך בדיווח ($M = 4.03$), נוטות יותר לדווח מאשר אחיות בעלות עמדות חיוביות פחות כלפי דיווח ($M = 3.89$).

4.1.3 קשרים צולבים בין המשתנים הבלתי תלויים למשתנה התלוי – הנטייה לדווח

כדי שלא יוכנסו משתנים דומים למודל המחקר נבחן הקשר בין משתנים דומים. שני משתנים דומים הם ותק מקצועי וותק בטיפת חלב. כיוון שרק הוותק בטיפת חלב נמצא קשור לנטייה לדווח על התעללות והזנחה, ניתוח הממצאים יימשך עם משתנה זה בלבד. שני משתנים אחרים שנמצאו קשורים בקשר חד-משתני מובהק עם הנטייה לדווח ושעשויים להיות דומים הם רמת השכלה והכשרה בנושא. בבדיקה לא נמצא קשר בין רמת השכלה והכשרה בנושא התעללות והזנחה ($\chi^2(1) = 2.07; p < .096$). שני משתנים דומים נוספים הם מגע קודם (חשיפה לתופעה) עם מקרים של חשד להתעללות והזנחה ודיווח בעבר. אפשר להניח בבירור כי אחות שדיווחה בעבר, נחשפה למקרים התעללות והזנחה. ואכן בבדיקה נמצא קשר חזק ומובהק בין מגע קודם עם מקרים של חשד להתעללות והזנחה ודיווח בעבר ($\chi^2(1) = 202.50; p < .000$). כיוון שמבחינה תיאורטית יש מקום לשני משתנים אלה, הושארו שניהם בניתוח מודל רב-משתני של הנטייה לדווח על התעללות והזנחה.

4.1.4 מודל מנבא רב-משתני של הנטייה לדווח על התעללות והזנחה

כדי לבחון אם התרומה של כל אחד ממשתנים אלה תישמר גם בשילוב כל האחרים, נערכה רגרסיה לוגיסטית. בנוסף, כדי לוודא שהתרומה של המשתנים הללו נשמרת גם בשילוב מאפייני הרקע האישיים (גיל, שפת אם, רמת דתיות) נערכה הרגרסיה בשלבים. בשלב ראשון הוכנסו מאפייני הרקע האישיים בלבד. בשלב שני הוכנסו מאפייני הרקע האישיים יחד עם מאפייני הרקע המקצועיים ומשתני ידע ומגע קודם עם הנושא, שנמצאו בעלי קשר מובהק עם הנטייה לדווח. בשלב השלישי הוכנסו רק מאפייני הרקע המקצועיים ומשתני ידע ומגע קודם עם הנושא, שנמצאו בעלי קשר מובהק ($p < 0.01$) עם הנטייה לדווח. לוח 8 מציג את תוצאות הרגרסיה הלוגיסטית.

לוח 8 : רגרסיה לוגיסטית לניבוי הנטייה לדווח על התעללות והזנחה (N=341)

Model Summary (df) χ^2	EXP(B)	WALD	S.E.	B	שם המשתנה	קבוצה	שלב
(3) 2.43	1.00	.48	.01	.00	גיל	מאפייני רקע אישיים	ראשון
	.70	2.26	.24	-.36	שפת אם		
	.97	.04	.14	-.03	רמת דתיות		
(9) 26.39**	.98	1.17	.01	-.01	גיל	מאפייני רקע אישיים	שני
	.68	2.27	.25	-.38	שפת אם		
	.98	.13	.14	-.01	רמת דתיות		
	2.06	4.73*	.33	.73	השכלה	מאפייני רקע מקצועיים	
	2.38	5.20*	.38	.87	ותק בטיפת חלב		
	1.69	4.27*	.25	.53	תפקיד ניהולי		
	1.16	.28	.28	.15	הכשרה		
	1.43	.77	.41	.37	מגע קודם	ידע ומגע קודם (חשיפה לתופעה) עם נושא התעללות והזנחה	
	.98	.00	.38	-.04	דיווח בעבר		
	(6) 22.73**	2.21	5.90*	.32	.79	השכלה	מאפייני רקע מקצועיים	שלישי
2.02		3.69	.37	.70	ותק בטיפת חלב		
1.61		3.83	.24	.48	תפקיד ניהולי		
1.11		.14	.27	.10	הכשרה	ידע ומגע קודם (חשיפה לתופעה) עם נושא התעללות והזנחה	
.30		.04	.40	.41	מגע קודם		
.92		.04	.37	-.08	דיווח בעבר		

* $p < 0.01$

שפת אם : 0 = לא עברית, 1 = עברית
 רמת דתיות : 0 = דתית, 1 = חילונית
 השכלה : 0 = אחות מוסמכת ותואר ראשון, 1 = תואר שני.
 ותק בטיפת חלב : 0 = עד שנתיים, 1 = מעל שנתיים.
 תפקיד ניהולי : 0 = אחות שאיננה בתפקיד ניהולי, 1 = אחות בתפקיד ניהולי.
 מגע קודם עם מקרי חשד להתעללות והזנחה : 0 = לא נתקלה מעולם במקרי חשד, 1 = נתקלה במקרי חשד.
 דיווח בעבר : 0 = לא דיווחה בעבר על חשד להתעללות והזנחה, 1 = דיווחה בעבר על חשד להתעללות והזנחה.

מלוח 8 עולה, כי המודל, בשלב הראשון שבו הוכנסו מאפייני הרקע האישיים בלבד, איננו מובהק

- ($\chi^2(3) = 2.49, p < .475$). בשלב השני, שבו הוספו גם מאפייני הרקע המקצועיים (השכלה, ותק בטיפת חלב ותפקיד ניהולי) ומשתני ידע ומגע קודם (הכשרה, מגע קודם ודיווח בעבר) נמצא מובהק ($\chi^2(9) = 26.52, p < 0.01$) ומנבא את המשתנים הבאים: רמת השכלה, ותק בטיפת חלב ותפקיד ניהולי. בשלב השלישי הוכנסו רק המשתנים שנמצאו בעלי קשר מובהק עם הנטייה לדווח (השכלה, ותק בטיפת חלב, תפקיד ניהולי, הכשרה, מגע קודם ודיווח בעבר). השונות המוסברת ירדה מעט וגם דרגות החופש ירדו ($\chi^2(6) = 22.73, p < 0.01$). המשתנה היחיד שנשאר מובהק הוא רמת ההשכלה.
- מכאן נבחר המודל השני כמודל המסביר, ומבין ששת המנבאים שנמצאו בקשרים עם הנטייה לדווח, נמצאה לשלושה מהם תרומה מובהקת לניבוי הנטייה לדווח – רמת השכלה, ותק בטיפת חלב ותפקיד ניהולי. עיון בערכי EXP(B) יכול לסייע להבין במונחי סיכויים מהי התרומה של כל אחד מהמשתנים הללו לנטייה לדווח:
- הסיכוי של אחות בעלת תואר שני לדווח הוא פי 2.06 מהסיכוי של בעלת תואר ראשון או הסמכה.
 - הסיכוי של אחות בעלת ותק בטיפת חלב של מעל עשר שנים לדווח הוא פי 2.38 משל אחות בעלת ותק של פחות מעשר שנים.
 - הסיכוי של אחות בתפקיד ניהולי לדווח הוא פי 1.69 מהסיכוי של אחות שאיננה בתפקיד ניהולי.

4.2 חלק ב

4.2.1 קשרים בין העמדות כלפי דיווח לבין המשתנים הבלתי תלויים

- כזכור, המשתנה עמדות כלפי דיווח הוא ציון הממוצע של 10 היגדים בסולם ליקרט בן חמש דרגות. ככל שהציון גבוה יותר, הוא מעיד שעמדתה של האחות כלפי הדיווח חיובית יותר.
- לוח 9 מציג את תוצאות של בדיקת הקשרים בין העמדות כלפי דיווח לבין המשתנים הבלתי תלויים. יש לציין, כי הקשרים עם העמדות נבדקו באחד משלושה אופנים ויוצגו לפי הסדר הבא:
- עבור משתנים בדידים בעלי יותר משתי קטגוריות נערכו ניתוחי שונות חד-כיווניים.
 - עבור מנבאים בעלי שתי קטגוריות נערכו מבחני t.
 - עבור מנבאים רציפים, מכיוון שהעמדות כלפי דיווח הוא משתנה רציף, חושבו מתאמי פירסון ונבדקה מובהקותם.

לוח 9: קשרים בין המשתנים הבלתי תלויים לעמדות כלפי דיווח (N=341)

שם המשתנה	קטגוריה	ממוצע ציון עמדות (SD)	ערך F	df	מובהקות
שפת אם	עברית	3.96 (0.51)	.65	3,337	$p < 1$
	רוסית	3.95 (0.60)			
	ערבית	3.82 (0.62)			
	אחר	3.89 (0.67)			
רמת השכלה	מוסמכת	3.89 (0.56)	3.03	2,338	$P^* < 0.05$
	תואר ראשון	3.93 (0.53)			
	תואר שני	4.12 (0.54)			
ותק בטיפת חלב	עד שנתיים	3.96 (0.56)	.89	3,337	$p < 1$
	2 – 5 שנים	3.90 (0.59)			
	מעל 5 – 10 שנים	3.93 (0.53)			
	מעל 10 שנים	3.96 (0.54)			
סוג התחנה	כפרית	3.88 (0.58)	6.51	3,337	$p^{***} < .000$
	עירונית	3.92 (0.51)			
	מרכז לבריאות הילד	3.73 (0.58)			
	משרד הבריאות	4.14 (0.48)			
שם המשתנה	קטגוריה	ממוצע ציון עמדות (SD)	ממצאי מבחן t	df	מובהקות
רמת דתיות	דתייה	3.89 (0.56)	-2.08	339	$p < .750$
	חילונית	4.00 (0.53)			
ותק מקצועי	עד 10 שנים	3.97 (0.51)	.49	339	$p < .621$
	מעל 10 שנים	3.94 (0.56)			
עבודה בתפקיד ניהולי	בעלת תפקיד ניהולי	3.95 (0.53)	.83	339	$p < .314$
	לא בעלת תפקיד ניהולי	3.94 (0.57)			
הכשרה בנושא התעללות והזנחה של ילדים	לא קיבלה הכשרה	3.88 (0.57)	-1.40	339	$p < .162$
	קיבלה הכשרה	3.97 (0.53)			
מגע קודם עם מקרים של חשד להתעללות והזנחה	אף פעם לא נחשפה	3.91 (0.57)	-.73	335	$p < .465$
	נחשפה למקרים	3.96 (0.54)			
דיווח בעבר	לא דיווחה בעבר	3.89 (0.55)	-.92	329	$p < .357$
	דיווחה בעבר	3.95 (0.54)			
שם המשתנה	מתאמי פרסון	מובהקות			
גיל	-.01	$p < .908$			
ידע בנושא התעללות והזנחה	.36***	$P^{***} < .001$			
מספר האחיות העובדות בתחנה	-.00	$p < .941$			
היחסים בצוות	.15**	$P^* < .01$			
היחסים עם הרווחה	.15**	$P^* < .01$			

- מן הניתוחים לבדיקת ההשפעות של משתני המודל על העמדות כלפי דיווח עולה התמונה הבאה :
- א. העמדות כלפי דיווח לא נמצאו קשורות עם אף אחד ממאפייני הרקע האישיים.
 - ב. העמדות כלפי דיווח נמצאו קשורות רק עם אחד מתוך ארבעה מאפייני הרקע המקצועיים – ההשכלה, נמצא, כי ככל שהאחיות משכילות יותר, כך עמדותיהן כלפי דיווח חיוביות יותר, כלומר, הן תומכות יותר בדיווח.
 - ג. העמדות כלפי דיווח נמצאו קשורות לשלושה מתוך ארבעה ממאפייני הסביבה הארגונית והחברתית:
 1. העמדות וסוג תחנת טיפת חלב: בתחנות טיפת חלב של משרד הבריאות ממוצע העמדות היה גבוה יותר ($M=4.15$) לעומת תחנות הכללית ($M=3.87$).
 2. עמדות והיחסים בצוות: ככל שהיחסים בצוות היו טובים יותר כך עמדותיהן של האחיות כלפי הדיווח נמצאו חיוביות יותר ($r = .15, p < .01$).
 3. עמדות והיחסים עם הרווחה: ככל שהיחסים עם הרווחה היו חיוביים יותר, כך גם עמדותיהן של האחיות כלפי הדיווח נמצאו חיוביות יותר ($r = .15, p < .01$).
 - ד. העמדות כלפי דיווח נמצאו קשורות עם אחד מתוך ארבעת משתני הידע והמגע הקודם (ידע בנושא התעללות והזנחה). ככל שלאחות היה ידע רב יותר בנושא, כך עמדותיה היו חיוביות יותר ($r = .36, p < .001$).

4.2.2 מודל מנבא רב-משתני של העמדות כלפי דיווח

כזכור, המשתנים רמת השכלה, סוג התחנה, היחסים בצוות, היחסים עם הרווחה וידע בנושא התעללות והזנחה נמצאו קשורים באופן מובהק לעמדות כלפי דיווח על התעללות והזנחה. כדי לבחון אם התרומה של כל אחד ממשתנים אלה תישמר גם בשילוב כל האחרים נערכה רגרסיה מרובה. בנוסף, כדי לוודא שהתרומה של המשתנים הללו נשמרת גם בשילוב מאפייני הרקע האישיים (גיל, שפת אם, רמת דתיות) נערכה הרגרסיה בשלבים, כלומר בשלב ראשון הוכנסו משתני הרקע האישיים, בשלב השני הוכנסו משתני הרקע האישיים והמשתנים שנמצאו קשורים באופן מובהק לעמדות כלפי דיווח (רמת השכלה, סוג תחנה, היחסים בצוות, היחסים עם הרווחה וידע). בשלב השלישי הוכנסו רק המשתנים שנמצאו קשורים באופן מובהק לעמדות כלפי דיווח על התעללות והזנחה (רמת השכלה, סוג תחנה, היחסים בצוות, היחסים עם הרווחה וידע). לוח 10 מציג את תוצאות הרגרסיה.

לוח 10 : רגרסיה מרובה לניבוי עמדות כלפי דיווח על התעללות והזנחה (N=341)

df	F	R ²	t	Beta	S.E.	B	שם המשתנה	קבוצה	שלב	
3,286	.35	.00	-0.45	-0.02	.00	-0.00	גיל	מאפייני רקע אישיים	ראשון	
			-1.13	-0.06	.03	-0.04	שפת אם			
			1.22	.06	.03	.04	רמת דתיות			
8,281	8.89***	.20	-0.32	-0.01	.00	-0.00	גיל	מאפייני רקע אישיים	שני	
			-0.43	-0.02	.03	-0.01	שפת אם			
			1.12	.05	.03	.03	רמת דתיות			
			1.91*	.08	.07	.11	רמת השכלה			מאפייני מקצועיים
			3.01**	.15	.02	.06	סוג התחנה			
			2.13*	.11	.07	.15	היחסים בצוות				מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית
			2.52*	.13	.04	.11	היחסים עם הרווחה			
6.92***	.34	.05	.38	ידע	ידע ומגע קודם (חשיפה לתופעת התעללות והזנחה של ילדים) עם הנושא					
5,335	17.43***	.20	1.30	.06	.04	.05	רמת השכלה	מאפייני מקצועיים	שלישי	
			3.69***	.18	.06	.22	סוג התחנה			
			2.13*	.11	.07	.15	היחסים בצוות			מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית
			2.64**	.13	.04	.11	היחסים עם הרווחה			
			6.79***	.33	.05	.37	ידע			ידע ומגע קודם (חשיפה לתופעת התעללות והזנחה של ילדים)

*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$,

מלוח 10 עולה, כי השלב הראשון (בו הוכנסו משתני הרקע האישיים בלבד) אינו מובהק סטטיסטית. בשלב השני נוספו גם משתנים שנמצאו מובהקים בקשרים החד-משתנים מקבוצות מאפייני הרקע המקצועיים: רמת השכלה, מקבוצת מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית: סוג תחנה, היחסים בצוות, היחסים עם הרווחה ומקבוצת ידע ומגע קודם (חשיפה לתופעת התעללות והזנחה של ילדים): ידע. מודל זה נמצא מובהק סטטיסטית ($F(8,281)=8.89, p<0.001$). המשתנים רמת השכלה, סוג תחנה, היחסים בצוות, היחסים עם הרווחה וידע עדיין מובהקים, ובשלב זה תרמו 20% להסבר השונות של עמדות כלפי דיווח, מתוכם לידע נמצאה התרומה הגבוהה ביותר ($\beta=6.92, p<0.001$) לניבוי עמדות.

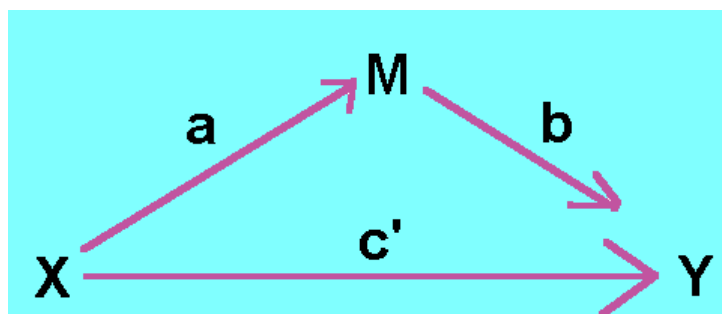
בשלב השלישי הוכנסו רק המשתנים שנמצאו מובהקים בקשרים החד-משתנים (ללא מאפייני הרקע האישיים): רמת השכלה, סוג תחנה, היחסים בצוות, היחסים עם הרווחה וידע. המודל בשלב זה נמצא מובהק סטטיסטית ($F(5, 335)=17.43, p<0.001$). הוצאת משתני הרקע האישיים תרמה במעט לשונות המוסברת של עמדות. מבין שלושת המודלים המודל השלישי מציג את השונות המוסברת הגבוהה ביותר. מבין חמשת המנבאים שנמצאו בקשרים עם עמדות כלפי דיווח, לכולם, פרט לרמת השכלה, נמצאה תרומה מובהקת לניבוי העמדות – מקבוצת מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית: סוג התחנה, היחסים בצוות, היחסים עם הרווחה ומקבוצת ידע ומגע קודם (חשיפה לתופעת התעללות והזנחה של ילדים): ידע.

4.3 חלק ג

4.3.1 מודל תיווך

במאמר רב-ההשפעה של בארון וקני (Baron & Kenny, 1986), דנו החוקרים בתנאים הנדרשים לטענה כי הקשר הסיבתי בין שני משתנים הוא מתוּוּך, כלומר עקיף – קרי דרך משתנה שלישי M (איור 2א) ולא ישיר (ראה איור 2ב). איורים 2א ו-2ב.

איור 2א: קשר סיבתי מתוּוּך (עקיף) בין משתנים (Kenny, 2016)



איור 2ב: קשר סיבתי ישיר בין משתנים (Kenny, 2016)



החוקרים טוענים, כי כדי לבסס את הטענה שהקשר בין הסיבה (X באיור 2א) לתוצאה (Y באיור 2א) פועל דרך המשתנה המתוּוּך (M באיור 2א), יש לעבור דרך ארבעה צעדים:

צעד 1: להראות שיש מתאם בין הסיבה הנטענת (X באיור 2ב) לתוצאה (Y באיור 2ב). דבר זה בא לידי ביטוי בבדיקת המובהקות והחוזק של נתיב c (איור 2ב).

צעד 2 : להראות שהסיבה (X באיור א2) במתאם עם המשתנה המתווך (M באיור א2). דבר זה בא לידי

ביטוי בבדיקת המובהקות והחוזק של נתיב a (איור א2).

צעד 3 : להראות שהמשתנה המתווך (M באיור א2) במתאם עם המשתנה התלוי (Y באיור א2). דבר זה בא

לידי ביטוי בבדיקת המובהקות והחוזק של נתיב b (איור א2).

צעד 4 : כדי להראות כי הקשר בין הסיבה לתוצאה מתווך באופן מלא על ידי M, יש להראות כי ההשפעה

של הסיבה על התוצאה נעלמת עם הכללת המשתנה המתווך בניבוי. במילים אחרות, יש לבצע רגרסיה שבה

ינובא המשתנה התלוי (Y) על ידי המשתנה הבלתי תלוי (X) והמשתנה המתווך (M). אם ההשפעה של

המשתנה הבלתי תלוי על התלוי שנתקבלה מובהקת (נתיב C באיור ב2 – בדיקת צעד 1), נעלמת (c' באיור

א2 אינו מובהק), יש אינדיקציה לתיווך מלא.

המאמר של בארון וקני (Baron & Kenny, 1986) עורר מחלוקת גדולה בין חוקרים (Hayes, 2013; MacKinnon, Krull, & Lockwood, 2000; Rucker, Preacher, Tormala, & Petty, 2011 העיקרית התמקדה בצעד 1 שהציבו בארון וקני (1986), כלומר, הדרישה שכדי לבסס טיעון שהקשר בין המשתנה הבלתי תלוי לתלוי הוא מתווך, הכרחי להראות שיש קשר בין המשתנה הבלתי תלוי למשתנה התלוי. חוקרים רבים טוענים, כי אין צורך בצעד 1 (כלומר להראות שיש קשר בין המשתנה הבלתי תלוי למשתנה התלוי) לביסוס טיעון לגבי תיווך (Zhao, Lynch, & Chen, 2011; Rucker et al., 2011; Hayes, 2013; Zhao et al., 2010) ועמיתיו (Zhao et al., 2010) טוענים, לדוגמה, כי רק כשהתיווך הוא חלקי ימצא קשר בין המשתנה הבלתי תלוי למשתנה התלוי, ואילו כשהוא מלא לא ימצא קשר. מקינן ועמיתיו (MacKinnon, 2007 Fairchild, & Fritz, 2007) טוענים, כי כשההשפעה של המשתנה הבלתי תלוי על המשתנה התלוי היא בכיוון הפוך מזה של המשתנה המתווך על המשתנה התלוי, לא יהיה קשר בין המשתנה הבלתי תלוי לתלוי, אף שהקשר הוא מתווך, כי שתי ההשפעות יבטלו זו את זו. הייז (Hayes, 2013) ופרל (Pearl, 2014) מראים, כי קשרים סיבתיים הם מאוד מורכבים באופיים ונוטים לכלול קשת רחבה של משתנים וסוגים רבים ומורכבים של קשרים ביניהם.

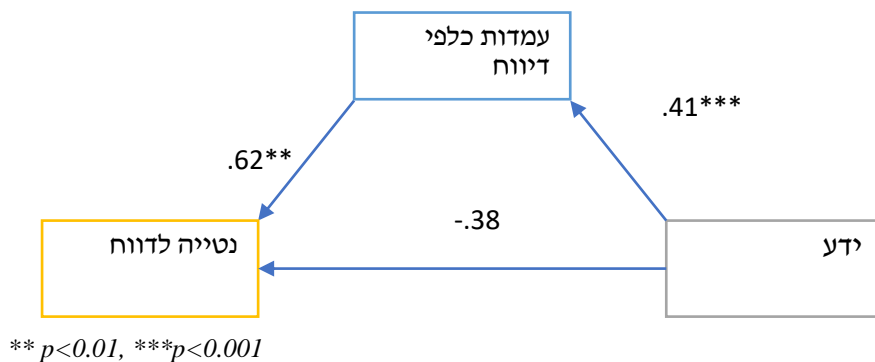
היום יש הסכמה בקרב חוקרים (Hayes, 2013; Pearl, 2014; Zhao et al., 2010) כי כדי לבסס טיעון על תיווך, אין צורך להראות כי המשתנה הבלתי תלוי קשור לתלוי (צעד 1 אצל בארון וקני (Baron & Kenny, 1986). כשהתיווך הוא חלקי – הקשר הישיר בין X ל-Y ייחלש עם הכללת M כמנבא לרגרסיה. כשהתיווך הוא מלא – לא יהיה קשר בין המשתנה הבלתי תלוי לתלוי.

כזכור, עבור חלק מהמשתנים הבלתי תלויים לא נמצא קשר עם המשתנה התלוי (צעד 1), אך הם נמצאו קשורים לעמדות (המשתנה המתווך). ייתכן, כי הדבר נובע מכך שהקשר ביניהם לבין המשתנה התלוי הוא בעל אופי של תיווך מלא. במקרה הזה, כפי שהוסבר, לא אמור להימצא קשר בין המשתנה הבלתי תלוי למשתנה התלוי.

כדי לבדוק את האפשרות שהעמדות מתווכות תיווך מלא את הקשר בין המשתנים הבלתי תלויים שנמצאו קשורים לעמדות (מבין מאפייני הרקע המקצועיים – השכלה; מבין מאפייני הסיבה הארגונית והחברתית – סוג תחנת טיפת החלב, היחסים בצוות והיחסים עם הרווחה; ומבין משתני הידע והמגע הקודם – ידע), לבין המשתנה התלוי – הנטייה לדווח, נעשה שימוש במאקרו (MACRO) של הייז (Hayes, 2013) : באמצעות SPSS ה-MACRO מאפשר לחוקרים לבדוק מודלים סיבתיים שונים (74 מודלים)

באופן פשוט. המודלים ומספריהם מופיעים בקובץ המהווה מדריך למשתמש במאקרו. מה שעל החוקר לעשות הוא לבחור את המודל המתאים למודל הסיבתי שהוא משער שקיים, לציין ב-SPSS את מספרו ואת שמות המשתנים במונחי מחקר, המתאימים לתפקיד במודל (ראו צילומי מסך בנספח 8). כך, לדוגמה, מודל של תיווך פשוט כמו במחקר הנוכחי, מופיע במדריך כמודל 4 (נספח 9). כדי לבדוק את האפשרות שהשפעת היחסים בצוות (X) על הנטייה לדווח (Y) מתווכת דרך העמדות כלפי דיווח (M), בתוכנת ה-SPSS יש לציין את מספר המודל ואת שמות המשתנים המהווים את X ו-Y. מתקבל פלט וממנו גוזרים את מקדם ההשפעה של כל משתנה על האחרים. לדוגמה, ההשפעה של הידע על העמדות כלפי דיווח (0.41) היא למעשה מתאם פירסון בין שני המשתנים. מקדמי ההשפעה של הידע (-.38) והעמדות כלפי דיווח (.62) על הנטייה לדווח הם מקדמי הרגרסיה שהתקבלו ברגרסיה שבה המשתנה התלוי היה הנטייה לדווח והמשתנים הבלתי תלויים היו הידע והעמדות כלפי דיווח, כפי שנתון באיור 3.

איור 3: הקשר המתווכ של עמדות כלפי דיווח על הקשר בין ידע לנטייה לדווח

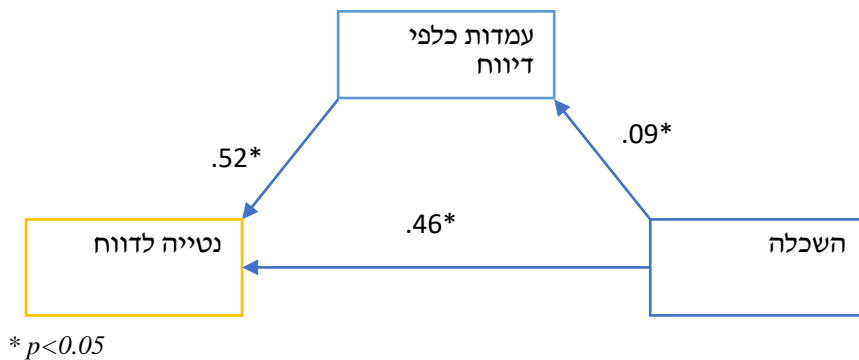


בנוסף לכך, הפלט מספק בדיקה של האפשרות שההשפעה מתווכת באמצעות בדיקת רווחי הסמך. אם ערך 0 (שבעצם טוען שאין השפעה מתווכת לפי H_0) הוא מחוץ לרווח, פירושו שיש אינדיקציות לתיווך. איור 3 מעלה כי הידע קשור באופן עקיף (דרך העמדות כלפי דיווח) לנטייה לדווח (effect = .26, SE = .10, CI: .08) (to .48, 95%, 5000 bootstrap samples).

4.3.2 ההשפעה המתווכת של עמדות כלפי דיווח על הקשר בין המאפיינים המקצועיים לבין הנטייה לדווח

כזכור, העמדות נמצאו קשורות רק למשתנה מקצועי אחד: השכלה. השכלה נמצאה קשורה לנטייה לדווח. לכן, נבדקה השאלה אם השפעת ההשכלה על הנטייה לדווח היא משולבת, כלומר, הן ישירה והן מתווכת. איור 4 מביא את ממצאי בדיקת התיווך, ובכללם ערכי מקדמי ההשפעה.

איור 4 : ההשפעה המתווכת של עמדות כלפי דיווח על הקשר בין השכלה לבין נטייה לדווח

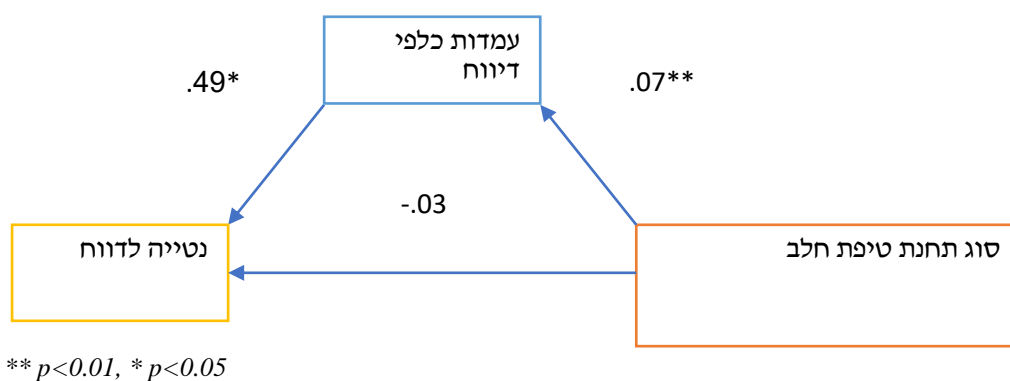


איור 4 מעלה, כי ההשכלה תורמת הן ישירות והן בעקיפין (דרך עמדות כלפי דיווח) לניבוי הנטייה לדווח על התעללות והזנחה, ואומנם שתי השפעות האלה נמצאו מובהקות (לקשר ישיר: effect = .46, SE= .18, effect = .05, SE= .04, CI: .01 to .14, ולקשר עקיף: CI: .09 to .83, 95%, 5000 bootstrap samples (95%, 5000 bootstrap samples).

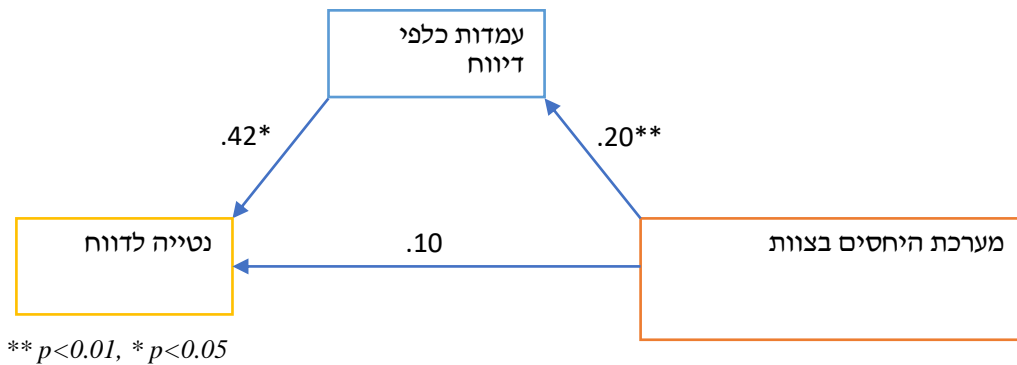
4.3.3 ההשפעה המתווכת של עמדות על הקשר בין מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית לבין הנטייה לדווח על התעללות והזנחה

כזכור, שלוש מבין ארבע קבוצות המשתנים של מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית נמצאו קשורות לעמדות כלפי דיווח. משתנים אלה לא נמצאו קשורים לנטייה לדווח. לפיכך נבדקה השאלה אם יש למשתנים אלה השפעה עקיפה. איורים 5, 6, 7 מציגים את הממצאים ובכללם את ערכי מקדמי ההשפעה.

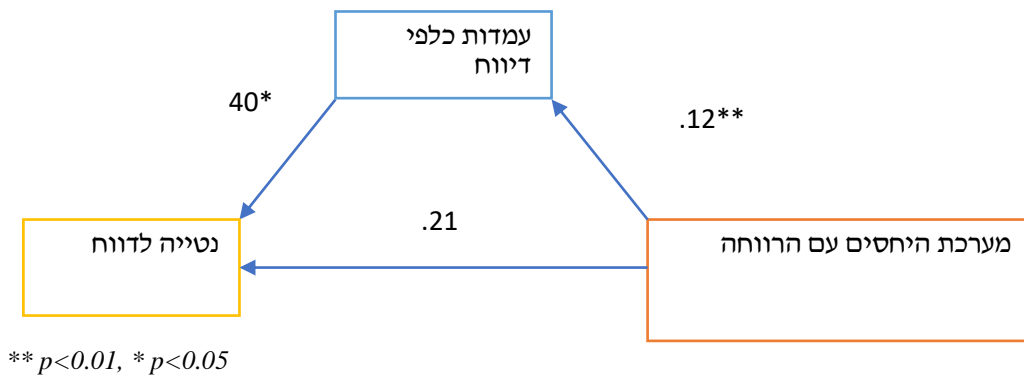
איור 5 : הקשר המתווכ של עמדות על הקשר בין מאפייני הסביבה הארגונית (סוג תחנת טיפת חלב) לבין הנטייה לדווח על התעללות והזנחה



איור 6 : הקשר המתווך של עמדות על הקשר בין מאפייני הסביבה הארגונית (מערכת היחסים בצוות) לבין הנטייה לדווח על התעללות והזנחה



איור 7 : הקשר המתווך של עמדות על הקשר בין מאפייני הסביבה הארגונית (מערכת היחסים עם הרווחה) לבין הנטייה לדווח על התעללות והזנחה

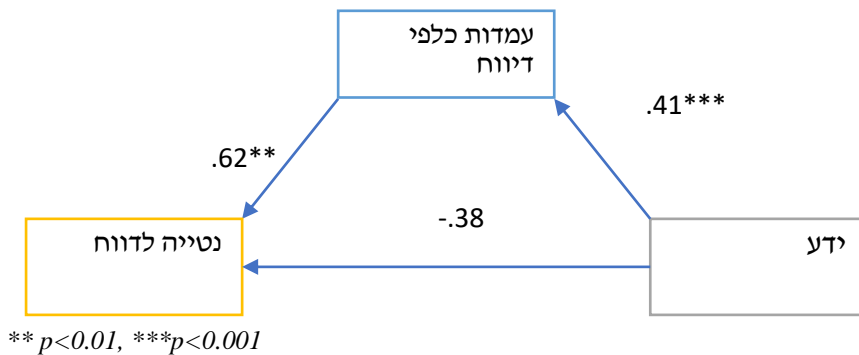


איורים 5, 6, 7 מעלים כי שלושת המשתנים של מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית תורמים (דרך עמדות כלפי דיווח) לניבוי הנטייה לדווח. ואומנם ההשפעה העקיפה נמצאה מובהקת עבור שלושתם (סוג תחנת טיפת חלב : effect = .04, SE=.02, CI: .008 to .09, 95%, 5000 bootstrap samples ; מערכת היחסים בצוות : effect = .09, SE=.06, CI: .007 to .241, 95%, 5000 bootstrap samples ; מערכת היחסים עם הרווחה : effect = .05, SE=.04, CI: .001 to .15, 95%, 5000 bootstrap samples).

4.3.4 ההשפעה המתווכת של עמדות על הקשר בין ידע ומגע קודם עם הנושא לבין הנטייה לדווח

כזכור, מבין כל משתני הידע והמגע הקודם רק הידע נמצא קשור לעמדות כלפי דיווח. משתנה זה לא נמצא קשור לנטייה לדווח. לפיכך, נבדקה השאלה אם יש למשתנה זה השפעה עקיפה. איור 8 מציג את ממצאי בדיקת התיווך ובכללם את ערכי מקדמי ההשפעה.

איור 8 : הקשר המתווך של עמדות כלפי דיווח על הקשר בין ידע לבין הנטייה לדווח



איור 8 מעלה, כי הידע קשור באופן עקיף (דרך העמדות כלפי דיווח) לנטייה לדווח (effect = .26, SE=.10, (CI: .08 to .48, 95%, 5000 bootstrap samples).

לסכום, מן הניתוחים עולה התמונה הבאה :

- א. העמדות כלפי דיווח נמצאו מתווכות בקשר שבין ההשכלה לבין הנטייה לדווח.
- ב. העמדות כלפי דיווח נמצאו מתווכות בקשר שבין שלושה מתוך ארבעה ממאפייני הסביבה הארגונית והחברתית (סוג טיפת החלב, יחסים בצוות ויחסים עם הרווחה) לבין הנטייה לדווח.
- ג. העמדות כלפי דיווח נמצאו מתווכות בקשר שבין אחד מתוך ארבעה משתני הידע והמגע הקודם (ידע בנושא התעללות והזנחה) לבין הנטייה לדווח.

4.4 ממצאי המחקר על פי ההשערות

כזכור, בתחילה הוצגו המשתנים באופן תיאורי, אחר כך הוצגו קשרים ישירים בין הנטייה לדווח לבין ארבע קבוצות משתנים (מאפייני רקע אישיים, מאפייני רקע מקצועיים, מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית, ידע ומגע קודם עם הנושא). בהמשך נבדקו הקשרים בין קבוצות המשתנים לבין העמדות כלפי דיווח. לבסוף, נבדקו העמדות כלפי דיווח כמשתנה המתווך את הקשר בין ארבע קבוצות של משתנים (מאפייני רקע אישיים, מאפייני רקע מקצועיים, מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית וידע ומגע קודם עם הנושא) לבין הנטייה לדווח (המשתנה התלוי).

בהשערה הראשונה שוער, כי ימצא קשר בין ארבע קבוצות של משתנים לבין המשתנה התלוי (נטייה לדווח) : מאפייני רקע אישיים, מאפייני רקע מקצועיים, מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית, ידע ומגע קודם עם הנושא. בבדיקה נמצא כי הנטייה לדווח –

- א. לא נמצאה קשורה עם אף אחד ממאפייני הרקע האישיים.
- ב. נמצאה קשורה לשלושה מתוך ארבעה מאפייני הרקע המקצועיים : השכלה, ותק בטיפת חלב ותפקיד ניהולי. ככל שרמת ההשכלה עולה הנטייה לדווח עולה, אחיות בוותק של מעל שנתיים ואחיות בעלות תפקיד ניהולי נוטות יותר לדווח.

- ג. לא נמצאה קשורה עם אף אחד ממאפייני הסביבה הארגונית והחברתית¹.
- ד. נמצאה קשורה עם שלושה מתוך ארבעה משתני הידע והמגע הקודם: הכשרה בנושא התעללות והזנחה: אחיות שקיבלו הכשרה נוטות יותר לדווח; מגע קודם עם מקרי חשד להתעללות: ככל שלאחיות היו יותר מגעים קודמים עם מקרים של חשד להתעללות והזנחה – גוברת הנטייה לדווח; ודיווח בעבר: אחיות שדיווחו בעבר נוטות לדווח מאשר אחיות שלא דיווחו בעבר.

בהשערה השנייה שוער שימצא קשר בין העמדות כלפי דיווח לבין הנטייה לדווח. כמשוער, האחיות שנוטות לדווח הביעו עמדות חיוביות יותר כלפי הצורך בדיווח מאשר האחיות הלא-נוטות לדווח. השערה 2 אוששה.

ההשערה השלישית הייתה כי ימצא קשר בין מאפייני רקע אישיים, מאפייני רקע מקצועיים, מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית, משתני ידע ומגע קודם עם הנושא לבין עמדות כלפי דיווח. מן הניתוחים עולה התמונה הבאה:

- א. העמדות כלפי דיווח לא נמצאו קשורות עם אף אחד ממאפייני הרקע האישיים.
- ב. העמדות כלפי דיווח נמצאו קשורות רק עם אחד מתוך ארבעת מאפייני הרקע המקצועיים: השכלה. ככל שהשכלה עולה, העמדות כלפי דיווח חיוביות יותר ועולה הנטייה לדווח.
- ג. העמדות כלפי דיווח נמצאו קשורות לשלושה מתוך ארבעת מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית: סוג תחנת טיפת חלב: בתחנות טיפת חלב של משרד הבריאות ממוצע העמדות גבוה יותר לעומת תחנות טיפת חלב של הכללית; יחסים בצוות: ככל שהיחסים בצוות טובים יותר, כך עמדותיהן של האחיות כלפי דיווח נמצאו חיוביות יותר; יחסים עם הרווחה: ככל שהיחסים עם הרווחה טובים יותר, כך עמדותיהן של האחיות כלפי דיווח נמצאו חיוביות יותר.
- ד. העמדות כלפי דיווח נמצאו קשורות עם אחד מתוך ארבעת משתני הידע והמגע הקודם: ידע בנושא התעללות והזנחה של ילדים. ככל שלאחות ידע רב יותר, כך עמדותיה חיוביות יותר.

¹ יש לציין כי תרומת המשתנים הסביבתיים נבדקה כשיחידת הניתוח הייתה האחות הבודדת. מסיבות סטטיסטיות, היה רצוי לבחון שאלה זו תוך שימוש בניתוח רב-רמתי (HLM). ניתוח זה מאפשר לבחון את השאלה גם ברמת הפרט וגם ברמת הקבוצה (סוג תחנת טיפת החלב). במחקרנו לא יכולנו לבצע ניתוח רב-רמתי, שכן, כדי לבצע ניתוח כזה צריך שיהיו לנו נתונים על 30 קבוצות (סוגי תחנות) לפחות ובכל קבוצה (סוג תחנה) כ-30 נחקרים. ליתר פירוט, היינו צריכים נתונים על לפחות 30 תחנות טיפת חלב כפריות, 30 תחנות עירוניות, 30 תחנות של המרכז לבריאות הילד ו-30 תחנות של משרד הבריאות, ובכל אחת לאסוף נתונים על 30 אחיות לפחות. אף שהמדגם במחקרנו כלל 341 אחיות טיפת חלב, הרי המבנה הקיים של תחנות טיפת החלב מבחינת סוג התחנה ומספר האחיות בכל אחת, אינו מאפשר לעשות ניתוח רב-רמתי.

בהשערה הרביעית ציפינו שהעמדות כלפי דיווח יתווכו את הקשר שבין מאפייני רקע אישיים, מאפייני רקע מקצועיים, מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית, וידע ומגע קודם עם הנושא, לבין הנטייה לדווח. מן הניתוחים עולה התמונה הבאה:

א. העמדות כלפי דיווח לא נמצאו מתווכות בקשר שבין אף אחד ממאפייני הרקע האישיים לנטייה לדווח.

ב. העמדות כלפי דיווח נמצאו מתווכות בקשר שבין ההשכלה לבין הנטייה לדווח.

ג. העמדות כלפי דיווח נמצאו מתווכות בקשר שבין שלושה מתוך ארבעת מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית (סוג תחנת טיפת חלב, יחסים בצוות ויחסים עם הרווחה) לבין הנטייה לדווח.

ד. העמדות כלפי דיווח נמצאו מתווכות בקשר שבין אחד מתוך ארבעה משתני הידע והמגע הקודם (ידע בנושא התעללות והזנחה) לבין הנטייה לדווח.

לסיכום, לאחר ניתוח הממצאים, נמצא:

א. **מאפייני רקע אישיים**: לא נמצאו קשורים לנטייה לדווח.

ב. **מאפייני הרקע המקצועיים**: נמצאו קשרים מובהקים חיוביים בינם לבין הנטייה לדווח עם השכלה, ותק בטיפת חלב ותפקיד ניהולי. השכלה נמצאה בקשר חיובי הן ישירות והן בעקיפין דרך עמדות כלפי דיווח, לנטייה לדווח. לשלושה משתנים מקבוצת המאפיינים המקצועיים נמצאה תרומה מובהקת במודל רב-משתני לניבוי הנטייה לדווח – רמת השכלה, ותק בטיפת חלב והתפקיד הניהולי.

ג. **מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית**: נמצאה רק השפעה עקיפה על הנטייה לדווח, כלומר, דרך העמדות כלפי דיווח.

ד. **מאפייני הידע והמגע הקודם**: נמצאו קשרים מובהקים ישירים בין הכשרה בנושא התעללות והזנחה, מגע קודם עם מקרי חשד להתעללות ודיווח בעבר לבין הנטייה לדווח. ידע נמצא קשור רק בעקיפין (דרך העמדות כלפי דיווח) לנטייה לדווח.

5. דיון

המחקר הנוכחי נערך בקרב אחיות טיפת חלב. תחנות טיפת חלב הן המקום הראשון שבו אפשר לאסוף מידע שיטתי ורציף, במסגרת הקהילה, על טיפול נאות בילד, ואף על פי כן לא נעשו בהן מחקרים בנושא זה. המחקר הנוכחי בדק את הנטייה לדווח על ההתעללות וההזנחה של ילדים, ומוקד המחקר היה המשתתפים המנבאים נטייה זו. לצורך זה קיבלו 341 אחיות טיפת חלב תיאורי מקרה שנבנו כך, שיעוררו חשד להתעללות והזנחה, והן נתבקשו לציין כיצד היו פועלות. לאחר מכן, נמדדו העמדות כלפי דיווח והמשתתפים שעשויים להיות רלבנטיים לניבוי הנטייה לדווח. המשתתפים שנמדדו היו מארבע קבוצות של מאפייני האחות: מאפייני רקע אישיים, מאפייני רקע מקצועיים, מאפייני סביבה ארגונית וחברתית, ידע ומגע קודם עם התופעה.

ההשערות עוסקות בכך שיימצא קשר בין כל אחת מארבע קבוצות המאפיינים לבין הנטייה לדווח (השערה 1); יימצא קשר בין העמדות לנטייה לדווח (השערה 2); יימצא קשר בין קבוצות המאפיינים לעמדות (השערה 3); והעמדות יתווכו בקשר שבין כל אחת מארבע קבוצות המאפיינים לבין הנטייה לדווח (השערה 4). במלים אחרות, שוער שהקשרים בין קבוצות המאפיינים לבין הנטייה לדווח יהיו גם ישירים (השערה 1) וגם עקיפים (השערה 4).

נמצא כי מבין קבוצות המאפיינים, המאפיינים החשובים לקביעת הנטייה לדווח הם מאפייני הרקע המקצועיים. מתוך קבוצת מאפייני הרקע המקצועיים, ההשכלה נמצאה קשורה הן ישירות והן בעקיפין, דרך העמדות כלפי דיווח, לנטייה לדווח. כך, שככל שרמת ההשכלה עלתה, הנטייה לדווח עלתה, וככל שרמת ההשכלה עלתה, העמדות כלפי דיווח היו חיוביות יותר ועלתה הנטייה לדווח. ותק בטיפת חלב ותפקיד ניהולי נמצאו קשורים ישירות בקשר חיובי לנטייה לדווח. אחיות עלות ותק של מעל שנתיים ואחיות בעלות תפקיד ניהולי נטו יותר לדווח. עוד נמצא, כי קבוצת מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית היא חשובה, אלא שהשפעתם של המאפיינים על הנטייה לדווח נמצאה רק עקיפה, כלומר, דרך עמדות כלפי דיווח. לקבוצת מאפייני ידע ומגע קודם עם התעללות וההזנחה של ילדים הייתה תרומה מזערית לנטייה לדווח. רק הידע נמצא קשור בקשר חיובי, וגם הוא רק בעקיפין (דרך העמדות). להלן, נדון בנטייה לדווח ובקשר שלה עם העמדות כלפי דיווח, ולאחר מכן, נתייחס לתוצאות בדיקת ההשערות.

5.1 הנטייה לדווח על התעללות וההזנחה של ילדים

מן התוצאות עולה, כי פחות ממחצית מהאחיות ממלאות את תפקידן כמתחייב מהחוק במה שנוגע לדיווח על התעללות וההזנחה של ילדים. כאמור, תיאורי המקרה נבנו כך שיעוררו חשד להתעללות וההזנחה, ולכן צפוי שמרביתן ייטו לדווח. אך שיעור הנטייה לדווח, על פי המתחייב מהחוק, שנתקבל במחקר, נמוך למדי – 44.8%. עם זאת, ממצא זה תואם ממצאי מחקרים אחרים, שבהם הנטייה לדווח נמדדה גם בדרכים אחרות. חוקרים מדדו את הנטייה לדווח באופנים שונים. יש שייחסו את הנטייה לדווח לניסיון בדיווח בעבר (Mathews et al., 2008), ומצאו כי 42.6% מהאחיות במדגם של 930 אחיות ביי"ח באוסטרליה השיבו, שדיווחו בעבר במוצע פעם אחת עד פעמיים. חוקרים אחרים (Davidov, Nadorff, Jack, & Coben, 2012) ייחסו את הנטייה לדווח בהתאמה לתיאורי מקרה, שבהם נבדקה הנטייה לדווח בקרב

מבקרי בריאות בארה"ב על מקרי אלימות במשפחה. שם שיעור הנטייה לדווח היה 40% (Lee, 2008).
בדקה במחקרה נטייה לדווח אצל אחיות מטאיוואן, באמצעות תיאורי מקרה, ומדדה זאת, באמצעות
סולם ליקרט, באמצעות שאלות על מידת הסיכון לילד שבתואר, על מידת הדרישה לדווח עליו לפי החוק,
על השפעת הדיווח על משפחת הילד ועד כמה תרצה האחות לדווח. מחקר זה מצא כי 43.4% מהאחיות
שחשדו בהתעללות והזנחה אכן דיווחו. יש לזכור, כי במחקר הנוכחי נמדדה הנטייה לדווח ולא הדיווח
בפועל. סביר כי הנטייה לדווח היא אומדן יתר של הדיווח בפועל, כלומר, הדיווח בפועל נמוך אף יותר
(Feng & Levine, 2005).

חוקרים סברו כי אנשי מקצוע ידווחו יותר אם מקום העבודה שלהם מפרסם הנחיות ברורות כיצד
עליהם לעשות זאת, ומדגיש את חשיבות מחויבותם המקצועית (Sedlak & Ellis, 2014). לעיתים קיימות
הנחיות לא לדווח ישירות לצוותי הגנת הילד, אלא לעבור הערכה נוספת ואישור לדווח בידי עמיתים,
מנהלים או אנשי מקצועות אחרים. גישה זו נבדקה במחקר הלאומי בארה"ב (National Incidence Study
NIS –). נמצא, כי בין אנשי מקצועות החינוך יש שיעור גבוה יחסית (20%) שחושבים שנחוץ אישור נוסף
כדי לדווח, ובשיעורים נמוכים יותר בין אנשי מקצועות הבריאות (4%) ואנשי מערכת ביטחון הפנים (2%)
(Sedlak et al., 2010).

הנהלים בארץ ניסו לסייע בקביעת הליכי עבודה במקומות תעסוקה, החל מחוזר המנהל הכללי (משרד
הבריאות, 2003) וכלה בנהלים פנימיים, כגון ועדות אלימות בבתי-חולים ובקופות חולים (מימון ומילר,
2011). עם זאת, עדיין יש בלבול רב בשאלה כיצד מדווחים, מי מדווח ועל מה יש לדווח (Francis et al.,
2012). ישנם ארגונים, שבהם יש הנחיה לפנות קודם לאישור של מנגנון-על שיכול לתת ייעוץ והכוונה
בנושא התעללות והזנחה של ילדים עבור אנשי המקצוע בארגון (Sedlak & Ellis, 2014). תמונה זאת
מבטאת את הקושי שבהגדרת החוק, המציין שחובת הדיווח היא אישית. מסתבר, שבפועל יש בעיות
המקשות על יישום החוק כלשונו, כמו עמימות החוק עצמו (מה פירוש "חובת דיווח אישית?"), קושי של
האחות לקבל על עצמה אחריות כשמדובר בנושא בעל השלכות כבדות ואווירה בארגון המעודדת העברת
החשד להתעללות לגורם גבוה יותר. לאחרונה, הועברו למנהלת ביי"ס לאחיות הנחיות להוראת התחום
ממנהל הסיעוד במשרד הבריאות ואליהן צורף תרשים זרימה, ובו שולבו לפחות חמישה שלבים לפני
הנחיה לבצע את הדיווח (נספח 10). זאת בניגוד ללשון החוק, שעל פיו מספיק חשד סביר כדי לפנות לעו"ס
לחוק הנוער או למשטרה.

מעניין לצפות באילו תשובות בחרו אותן אחיות, אשר לא נקטו באפשרות המתחייבת מלשון החוק
(55.2%). מסתבר, כי אף אחת לא בחרה באפשרות של אי נקיטת פעולה כלשהי (דיווח לממונה – 13%,
העברת ההחלטה לגורם מקצועי אחר כגון עובד סוציאלי או רופא – 26%). יש שני גורמים אפשריים לאי-
דיווח כנדרש בחוק: (1) אי ידיעת לשון החוק במדויק (דיווח נחשב רק אם דווח לרווחה או למשטרה) ולכן
לדעתן, הן פעלו לפי החוק; (2) חשש מפני אחריות וחוסר ביטחון בשיקול הדעת האישי ("אמתין לראיות
נוספות" – 2%, "אשוחח עם האם או עם בן משפחה אחר" – 14%). מובן, ששתי האפשרויות האלה אינן
סותרות זו את זו. כך או כך, הפתרון לאי הנטייה לדווח הנובעת מגורם אחד שונה מהפתרון לאי הנטייה
הנובעת מגורם אחר. ממצאים דומים מופיעים במחקרים שבהם רוב המשתתפות, שבחרו שלא לדווח, עשו
זאת כיוון "שלא היו בטוחות לגבי הראיות" (Feng & Levine, 2005; Feng & Wu, 2005; Herendeen
et al., 2014) או שלא היו בטוחות לגבי אחריותן המקצועית (Ben Natan et al., 2012). נמצא, כי הגורם
העיקרי שהשפיע על הנטייה לדווח של אחיות ורופאים העובדים בבי"ח ובמרפאות הקהילה, היה

עמדותיהם לגבי אחריותם המקצועית להגן על הילד מפני התעללות והזנחה. גם במחקר של גלזר וחרן (Glasser & Chen, 2006), שנערך אף הוא בארץ, נמצא כי רק 32.4% מהאחיות שהשתתפו במחקר אמרו שידווחו על חשד בעצמן, אחוז נמוך יותר מאחוז הרופאים, העובדים הסוציאליים והסטודנטים לרפואה. תפקידה של כל אחות, על פי הספרות, כולל הגנה על הילד (Taylor & Daniel, 2005). האחות נדרשת לנקוט פעולה בהתמודדות עם התעללות והזנחה של ילדים, על-פי חוקי המדינה שבה האחות עובדת. אם התעורר חשד כי אדם פגיע חווה כל צורה של התעללות, חובה לנקוט פעולה מתאימה כדי להגן עליו (Taylor & Bradbury-Jones, 2015).

נראה, כי כדי לפתור את בעיית אי הכרת לשון החוק, יש ליצור מסגרות לימודים קבועות להכשרת אחיות בנושא. תכניות לימודים אלו צריכות לא רק להגדיר את תכני ההכשרה – לשון החוק, סימנים לאיתור מוקדם, זיהוי סוגי ההתעללות והפנייה לקבלת טיפול (Kenny, 2015), אלא גם לעסוק בדרכי הפעולה האלטרנטיביות, שאינן דיווח לרווחה או למשטרה. כדי לטפל בחשש מפני האחריות, על ההכשרה לעסוק גם בסוגיות אתיות ומוסריות ובחובה המקצועית של אנשי המקצוע להגן על הילדים, תוך הדגשת התפקיד החשוב של האחיות בהגנה ובמניעת התעללות והזנחה של ילדים, ובכך לשנות מקצה לקצה את חייהם ועתידם של הילדים (Kenny, 2015).

5.2 עמדות כלפי דיווח על התעללות והזנחה של ילדים והקשר שלהן עם

הנטייה לדווח

כזכור, מספר רב של מחקרים בחנו את הקשר בין העמדות כלפי דיווח על התעללות והזנחה של ילדים לבין הנטייה לדווח. במרבית המחקרים נמצאו עמדות חיוביות של אנשי מקצוע כלפי דיווח, וכן, נמצא קשר חיובי בין עמדות על דיווח לבין הנטייה לדווח (Ben Natan et al., 2012; Davidov et al., 2012; Fraser et al., 2010; Rolim et al., 2014). כזכור, נמצאו גם עמדות שליליות כלפי דיווח ששימשו מחסום לדיווח (O'Toole et al., 1999; Zellman, 1990). נראה, כי המונח 'עמדות' כולל בתוכו היבטים רבים. אכן במחקרים רבים נמצא, כי לעמדות תפקיד מרכזי. אך עד כה לא נבדקה השפעתו כמשתנה מתווך בקשר שבין המאפיינים השונים (מאפייני רקע מקצועיים, מאפייני סביבה ארגונית וחברתית, ידע ומגע קודם עם התופעה) לבין הנטייה לדווח, כפי שנעשה במחקר הנוכחי. העמדות כלפי דיווח עוסקות בנכונות של האחיות לדווח. העמדה כלפי דיווח נעה במנעד רחב מאוד של דילמות (רגשיות, חברתיות, מוסריות) שיכולות להשפיע על התנהגותה ועל הנטייה לדווח, עלולות לבלבל אותה ולגרום לה להימנע מעיסוק בתחום ואולי אף להתעלמות ממקרים של חשד. נראה, שמדובר בדילמות אתיות. קיימות כוונות טובות מאחורי חובת הדיווח, אך זו מציבה דילמות אתיות רבות בפני האחיות. בראש סדר העדיפות עומדת טובת הילד, אך האחיות ואנשי המקצוע חוששים שיעמידו בסכנה את מערכת התמיכה החברתית החמה שנבנתה עם המשפחה והילד. בנוסף, לעיתים קרובות קיים חוסר ביטחון בשאלה אם המקרה מצדיק דיווח, המלווה בדאגה לגבי ההשלכות השליליות של הדיווח (Flaherty et al., 2006; Francis et al., 2012). להלן, הדיון לגבי כל אחת מקבוצות המשתנים עם הנטייה לדווח ועם העמדות כלפי דיווח במתווך בקשר שבין כל אחת מארבע קבוצות המאפיינים לבין הנטייה לדווח.

5.3 קשרים ישירים ועקיפים (דרך עמדות כלפי דיווח) בין קבוצות המאפיינים לבין הנטייה לדווח

בחלק זה נדון באופן שיטתי בתוצאות בדיקת השערות 1, 3, ו-4 לכל קבוצת מאפיינים בנפרד: (א) מאפייני רקע אישיים; (ב) מאפייני רקע מקצועיים; (ג) מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית; (ד) משתני ידע ומגע קודם עם נושא ההתעללות וההזנחה; נשווה לספרות בתחום ונדון במשמעות היישומית של הממצאים. כזכור, השערה 1 עוסקת בקשר הישיר של קבוצת המאפיינים עם הנטייה לדווח, השערה 3 עוסקת בקשר שבין קבוצת המאפיינים לבין העמדות כלפי דיווח (המשתנה המתווך) והשערה 4 בהשפעה העקיפה של קבוצת המאפיינים על הנטייה לדווח דרך העמדות. לכן, כדי לתת תמונה אינטגרטיבית, ככל האפשר, לגבי כל קבוצת משתנים, הדיון בה ייעשה תוך התייחסות לשלוש ההשערות גם יחד.

5.3.1 הקשר הישיר והעקיף (דרך עמדות) בין מאפייני הרקע האישיים לבין הנטייה לדווח

אף אחד ממשתני הרקע האישיים שנבדקו במחקר הנוכחי (גיל, מגדר, מצב משפחתי, רמת דתיות, שפת אם) לא נמצא קשור לנטייה לדווח. אומנם מעט מחקרים עסקו בקשר שבין משתני הרקע האישיים של המדווח לבין הנטייה לדווח, אך ממצא זה תואם במידה רבה מאוד את התמונה העולה מן הספרות שבחנה שאלה זו (Ko & Koh, 2007; Korhonen, Pietilä, & Vehviläinen-Julkunen, 2010), ובמיוחד בקרב אנשי מקצוע שעליהם חלה חובת דיווח (Feng & Levine, 2005; Glasser & Chen, 2006; Rolim et al., 2014).

למרות ממצאים אלה שעולים מן הספרות, ניתן היה להניח, כי משתנה כמו גיל האחות יימצא קשור לנטייה לדווח. טווח הגילאים של האחיות במחקר הנוכחי נע בין 24 ל-72 שנים, כך שענו על השאלון גם אחיות מבוגרות. כזכור, בעקבות ההסכמה הבינלאומית על זכויות הילדים נכנסה האמנה לזכויות הילד בישראל לתוקף בשנת 1991. כך שניתן להניח, כי עמדותיהן של אחיות מבוגרות אלו, על התעללות וההזנחה של ילדים, היו לפני 27 שנים ויותר, והושפעו מהחברה בה הן חיו. מאז 1991, חל שינוי בהכרה בילדים כבעלי זכויות, בגישת המשפט הישראלי, כפי שניתן להתרשם מפסק הדין מאותם ימים של השופטת בייניש:

”שאלת הלגיטימיות של ענישה גופנית של ילדים בידי הורים אינה מיוחדת לנו, ומתמודדות אתה מדינות רבות אחרות. ניתן למצוא מגוון גישות לעניין זה, אשר השוני ביניהן נובע מתפיסות ערכיות, חברתיות, חינוכיות ומוסריות שהתפתחו במשך השנים בחברות שונות” (מורג, 2010, עמ' 127-128).

בשנות הששים, השבעים והשמונים של המאה הקודמת, לפני האמנה לזכויות הילד, היחסים והענישה בתוך המשפחה היו עניין משפחתי שבין ההורים לילדים. כילדה באותן שנים, אני עדיין זוכרת את הענישה הפיזית בבית, שהייתה אצלנו ואצל חברותי. לא היה מקרה נדיר לראות סימנים כחולים על זרועותיו של ילד, אך לאנשים בסביבה לא הייתה לגיטימציה לשאול למהות הסימנים הכחולים. מכאן יש להניח, כי גם האחיות שעבדו באותה תקופה ופגשו ילדים כחלק מעבודתן, התייחסו אז באופן שונה לסימנים של חשד להתעללות וההזנחה, לעומת היום.

באופן דומה, במחקר הנוכחי היה צפוי שימצא הבדל בין אחיות טיפת חלב בעלות רקע תרבותי שונה לבין נטייתן לדווח. אף אחד מהמחקרים שעסקו בהבדלים בין אנשי מקצוע מתרבויות שונות, ביישום חובת הדיווח, לא הניב תוצאות חד-משמעיות (Lane et al., 2002; Ryznar et al., 2015). במחקר שנערך בישראל נמצא, כי אחיות ורופאים מהמגזר הערבי נטו פחות לדווח על התעללות והזנחה בקרב ילדים מאשר אחיות ורופאים מהמגזר היהודי (Ben Natan et al., 2012).

לא נמצא קשר בין אף אחד ממשותני הרקע האישיים לבין העמדות, ומכאן בהכרח לא יכול להיות קשר עקיף של המשתנה דרך העמדות, אם המשתנה אינו קשור לעמדות. אמנם הספרות מדווחת על כמה מחקרים שהראו, כי יש קשר חיובי בין עמדות כלפי התעללות והזנחה לבין משתנים אישיותיים, כגון אמון ביכולת העצמית (Herendeen et al., 2014) וחוללות עצמית (Herendeen et al., 2014; Lee, Dunne,) (Chou, & Fraser, 2012), אך לא מתוארים מחקרים, שבחנו את ההשפעה של משתני רקע אישיים (מאפיינים דמוגרפיים). מהמחקר הנוכחי ניתן להתרשם, כי העמדות של האחיות כלפי דיווח על התעללות והזנחה של ילדים לא שאינם מושפעות כלל ממאפיינים אישיים, אלא שהשפעתם של המאפיינים המקצועיים היא רבה יותר.

במחקר הנוכחי נמצא, כי מבין קבוצות המאפיינים, המאפיינים החשובים לקביעת הנטייה לדווח הם מאפייני הרקע המקצועיים. השערה זו אוששה ברובה. העמדות המקצועיות הוטמעו עם רכישת המקצוע, תוך הבנה והכרה כי כנשות מקצוע מתחום הבריאות חלה על האחיות חובה מקצועית, על פי חוק ובהתאם לנהלים. מכאן גם ניתן להסביר את הממצאים בכך, שהעמדות המקצועיות של האחיות גברו על העמדות האישיות שלה.

5.3.2 הקשר הישיר והעקיף (דרך עמדות כלפי דיווח) בין מאפייני רקע מקצועיים לבין הנטייה לדווח

הנטייה לדווח נמצאה קשורה לשלושה מתוך ארבעת מאפייני הרקע המקצועיים שנמדדו (השכלה, ותק בטיפת חלב ותפקיד ניהולי), כך שההשערה אוששה ברובה. הנטייה לדווח הייתה גבוהה יותר, ככל שרמת ההשכלה הייתה גבוהה יותר, הוותק בטיפת חלב היה גבוה יותר ואצל האחיות ששימשו בתפקיד ניהולי. ממצאים אלה חשובים, כיוון שבספרות כמעט שלא מדווחים מחקרים שעסקו בקשר שבין מאפייני רקע מקצועיים לבין הנטייה לדווח. יתרה מכך, במחקר האחד שנמצא שנעשה בקרב אחיות בטייוואן לא נמצא קשר בין שלושת המאפיינים המקצועיים שנבדקו (השכלה, ותק מקצועי ותפקיד ניהולי) לבין הנטייה לדווח (Feng & Levine, 2005).

רמת השכלה: ממצא חשוב, העולה מן המחקר הנוכחי הוא, כי לרמת ההשכלה הייתה השפעה ישירה ועקיפה (בתיווך עמדות) על הנטייה לדווח. חשיבותו של ממצא זה בולטת לאור העובדה, כי לא נמצאו מחקרים שעסקו בהשפעה של ההשכלה על הנטייה לדווח, אם ישירות ואם בעקיפין. אפשר היה להניח כי עלייה ברמת ההשכלה תורמת לעלייה ברמה הידע הספציפי בנושא התעללות והזנחה, ולכן, היא משפיעה ישירות על הנטייה לדווח. אפשרות זאת כנראה אינה סבירה, כיוון שהתואר השני (בניהול מערכות בריאות, בסיעוד או בכל תחום אחר) אינו עוסק ישירות בנושא זה, ולכן, אינו מקנה ידע ספציפי לגביו, או תורם לגיבוש עמדות כלפי הנושא.

האפשרויות להסביר את הממצא: האחיות בעלות תואר שני שונות במאפייניהן מאחיות מוסמכות או מאחיות שלמדו רק תואר ראשון. ליתר פירוט, ייתכן כי הן מאופיינות בכך שהן מעוניינות להרחיב את האופקים ושהן נוטות להיות מעורבות בנושאים חברתיים יותר מאשר אחיות בעלות תואר ראשון או אחיות מוסמכות. תרומת ההשכלה להגדלת הנטייה לדווח, מחד גיסא, ולעמדות החיוביות, מאידך גיסא, לא באה מתוך ידע ספציפי אלא ממקור יותר כללי, קרי – הרחבת האופקים. ליתר פירוט, רמת ההשכלה משפיעה לא בגלל השינוי ברמת הידע הספציפי, אלא בגלל נטייתה להגדיל את המעורבות בנושאים חברתיים, ציבוריים ופוליטיים (קורטיוקוב, 2013). בורדיה (Bourdieu, 1988) דן במשמעותו של המרחב האוניברסיטאי והשיח התרבותי והחברתי שהוא יוצר עבור הלומד, מעבר לתפקיד או להקניית דעת והשכלה. ההשכלה האקדמית נתפסת בעיניו לא רק כמדע טהור, אלא כדעת תרבותית המושפעת מהקשרים חברתיים-תרבותיים ספציפיים המעצבת את הלומד. הדעת האקדמית, ההמשגה של הידע והשימוש בו מעצבים את הזהות ומסייעת לאדם לבחון את ערכיו ועמדותיו ולהתמודד עם ערכים חדשים (Bourdieu, 1988).

ותק בטיפת חלב: במחקר הנוכחי נמצא הוותק בטיפת חלב קשור ישירות בקשר חיובי לנטייה לדווח, בעיקר בוותק של שנתיים ומעלה. אין מחקרים העוסקים בוותק של אחות טיפת חלב והקשר עם הנטייה לדווח, אולם, נמצאו מחקרים שבדקו את הקשר של הוותק המקצועי של האחות ואנשי מקצוע אחרים לבין הנטייה לדווח.

בקרב מורים יש לוותק המקצועי במקום העבודה השפעה על הכוונה לדווח (O'Toole et al., 1999), כך עלה במחקר שנעשה בבתי-ספר באוהיו. נמצא, כי מורים בעלי ותק רב יותר בעבודה, נטו פחות לזהות מקרי התעללות והזנחת ילדים בתיאורי המקרה שהוצגו להם, כמקרי התעללות והזנחה, אך לא נטו פחות לדווח. ממצאים אלה יכולים להעיד על כך, ששנות העבודה הרבות של המורים השפיעו על פרשנותם לסימנים חשודים של התעללות והזנחה, שכן, כנראה הם כבר נתקלו בכך פעמים רבות. תוצאה זו נמצאה גם במחקר איכותני בקרב רופאים (Flaherty et al., 2004), ובו התיימה העיקרית המתוארת לנטייה לדווח היא חשיבות הניסיון האישי של הרופאים בזיהוי ודיווח במקרים של חשד להתעללות בילדים.

קיינ וציפמן (2008) תיארו אחיות במחלקה לרפואה דחופה בבתי-חולים במערב אוסטרליה (Keane & Chapman, 2008). במחקר זה נמצא, כי אין לאחיות מיומנויות וניסיון בנושא התעללות והזנחה, בעוד אלה חשובים מאוד, וזאת משום שהעבודה במחלקה לרפואה דחופה נעשית לרוב בתנאי לחץ. מחקר שנערך בברזיל בקרב אחיות בקהילה (Rolim et al., 2014) מצאו הבדלים מובהקים בין אחיות בעלות נטייה לדווח, לעומת אחיות שלא נטו לדווח מבחינת הוותק המקצועי שלהן והוותק בעבודה במרפאה הנוכחית.

הוותק של האחות בטיפת חלב מיצב כנראה את מעמדה כאדם וכסמכות מקצועית שניתן להתייעץ עמו. יש להניח, כי אחות בעלת וותק מכירה את הקהילה היטב, וכאשר היא מחליטה לדווח על התעללות והזנחה, סביר שהיא מכירה את ההורים והילד (לדוגמא: תחלואה במשפחה, אם קיים רקע של אלימות, מצב סוציו-אקונומי, יכולת תמיכה במשפחה המורחבת). הכרות זו לרוב מעמיקה יותר מזו של אחות טיפת חלב ללא וותק מקצועי משמעותי בטיפת חלב או מזו של אחות טיפת חלב שפוגשת את המשפחה רק בביקורים השגרתיים בתחנה.

תפקיד ניהולי: במחקר הנוכחי נמצא התפקיד הניהולי בטיפת חלב קשור ישירות בקשר חיובי לנטייה לדווח. אחיות בעלות תפקיד ניהולי נטו יותר לדווח. לא נמצאו מחקרים העוסקים בקשר של תפקיד האחות, כלומר מעמדה ההיררכי בארגון, כמנהלת צוות של אחיות, ראש צוות או מרכזת תחום, לבין דיווח על התעללות והזנחה. מערכת הבריאות בנויה באופן מסורתי במבנה היררכי, ואנשי מקצועות הבריאות משמרים היררכיה זו. כאשר יש חשד למקרה התעללות, ההחלטה היא בדרך-כלל של הרופא הבכיר, למרות הדרישה מכל חברי הצוות לדווח לרשויות על כל חשד. במחקר שנערך באוסטרליה על 10 אחיות, הן דיווחו שלהרגשתן הן כפופות לרופאים הן בזיהוי והן בדיווח על התעללות. במילים אחרות, גם אם הן חשבו שזיהו מקרה והן היו רוצות לדווח עליו, הן חשו שאינן יכולות לעשות זאת, שכן, הדבר לא בסמכותן אלא בסמכות הרופא (Nayda, 2005). גם אלברז ועמיתיו (Alvarez et al., 2004) מצאו, שכאשר יש חילוקי דעות בין איש מקצוע לבין הממונה עליו בעניין הדיווח, איש המקצוע חש תסכול וחוסר ביטחון. מכאן ייתכן, כי מנהלות נוטות יותר לדווח מפני שהן חשות שזו אחריותן, ולכן קיימת אווירה ארגונית שלפיה האחריות לדווח מוטלת עליהן. זוהי חרב פיפיות, מכיוון שככל שהמנהל נוטה לקחת יותר אחריות הוא יותר ריכוזי, ולכן, אולי, מעביר מסר עקיף לאחות שלא תפעל בעצמה במקרים כאלה אותם תעביר לטיפול המנהל. באופן דומה, ייתכן אף כי ההנחיות הארגוניות תומכות בכך שהאחות לא תדווח ישירות, אלא תשלח את המקרה להערכה נוספת ולאישור מנהלים (Sedlak & Ellis, 2014). ייתכן שממצאי המחקר הנוכחי, שאחיות בתפקידים ניהוליים נוטות יותר לקבל החלטה לדווח מאשר אחיות שאינן בתפקיד ניהולי, משקפים את ההנחיות של הארגון. אחיות שאינן מנהלות מעבירות את ההחלטה לדיווח לאחר, ולכן, חשות שאחריותן המקצועית נמוכה, יחסית לאחות בתפקיד ניהולי.

5.3.3 הקשר הישיר והעקיף (דרך עמדות כלפי דיווח) בין מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית לבין הנטייה לדווח

אף אחד ממאפייני הסביבה הארגונית והחברתית לא נמצאו קשורים ישירות לנטייה לדווח. עם זאת, שלושה מתוך ארבעת מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית (סוג התחנה, היחסים בצוות והיחסים עם הרווחה) נמצאו קשורים לעמדות ולנטייה לדווח, דרך עמדות כלפי דיווח. ההשערה אוששה ברובה.

סוג תחנת טיפת החלב: סוג התחנה הוא משתנה המעיד על האזור שבו נמצאת התחנה (כפרית, עירונית, מרכז לבריאות הילד ותחנות טיפת חלב של משרד הבריאות) ועל הרכב אנשי הצוות העובדים בתחנה. כזכור, אחות בתחנה או במרפאה כפרית עובדת, בדרך כלל, לבד ונותנת שירותי טיפת חלב וטיפול בחולים בקהילה קטנה, ולעיתים היא אף מתגוררת במקום ומהווה חלק מהקהילה שהיא משרתת. לעומת זאת, במרפאה עירונית או במרכז לבריאות הילד עובדים אנשי צוות נוספים (כגון: אחיות, רופאים), ואילו בתחנות משרד הבריאות עובדות לרוב כמה אחיות יחד. עובדה זו יכולה לעצב את עמדותיה של האחות בנושא, ולתת הסבר לכך שהאחות עלולה לחשוש יותר במרפאה כפרית, שכן, בעצם הדיווח והפרת החיסיון יפגעו בבסיס האמון שעליו נשען הקשר הטיפולי עם המשפחה (Francis et al., 2012). חוקרים תיארו חשש מפני נקם בעקבות הדיווח, בעיקר בסביבת עבודה קטנה, כמו במרפאה כפרית (Mathews et al., 2008). שפירו (Schapiro, 2008) עסקה בשאלה זו, ובדקה אם בקהילה קטנה שבה האחות פוגשת משפחות, תהיינה משפחות שהאחות תיתן להן הזדמנות נוספת לפני דיווח על הזנחה. האם דילוג אחד על ביקור במרפאה או כמה דילוגים ייחשבו להזנחה? היכן הגבול? ההמלצות עוסקות בבניית תכנית טיפול בשיתוף המשפחה, ואילו הדיווח הוא התערבות מאוחרת יותר, לאחר שנעשו מספר ניסיונות לסייע למשפחה. חוקרים מדווחים על קושי של אנשי המקצוע להחליט אם לדווח על התעללות והזנחה או להתמודד עם טיפול שהוא מורכב, כי המשפחה לא נענית לטיפול ואינה משתפת פעולה (Sedlak & Ellis, 2014). במילים אחרות, ההתלבטויות כאן הן רבות, ולסוג תחנת טיפת החלב יש משמעות, הן מבחינת היקף וטיב היחסים עם הקהילה בה שוכנת תחנת טיפת החלב והן מבחינת היקף וטיב היחסים בין חברי הצוות לבין עצמם.

מערכת היחסים בין חברי הצוות: מערכת היחסים בין חברי הצוות קשורה לתחושת האחות כלפי עמיתיה לעבודה כמקור להתייעצות, כשהיא מתלבטת בתחומים מקצועיים כמו בדיווח על מקרה התעללות והזנחה של ילד.

פאבילאין ועמיתיו (Paavilainen, Astedt-Kurki & Paunonen, 2000) מפיילנד עסקו בשאלה, כיצד אחיות ורופאים מזהים ומטפלים בילדים עם חשד להתעללות והזנחה במחלקות בבתי-חולים. ממצאי המחקר עולה, כי כאשר ישנו חשד להתעללות והזנחה של ילד, האחות או הרופא פונים להתייעצות עם איש מקצוע אחר, לרוב בתוך הצוות. פנייה להתייעצות עם איש מקצוע מחוץ לבית-החולים כמעט שלא מתרחשת (Paavilainen et al, 2000). לכן, פנייה לעובדת סוציאלית הממונה על הנושא או למרכזת ועדת אלימות, שאיננה חלק מצוות המרפאה, אינה תמיד המענה המתאים ביותר לאחות טיפת חלב. מכאן ברור, שאם האחות מרגישה שאיננה יכולה להתייעץ עם איש צוות אחר, מפני שהיא עובדת לבד (כגון אחות במרפאה כפרית), או מכיוון שמערכת היחסים בצוות אינה תומכת, תהיינה עמדותיה כלפי דיווח גורם משמעותי בנטייה לדווח על התעללות והזנחה של ילדים.

חוקרים מאוסטרליה תיארו את תהליך קבלת ההחלטות של אנשי מקצוע (רופאים, אחיות, מורים ושוטרים) שחלה עליהם חובת דיווח (Francis et al., 2012). כיוון שהתהליך אפוף בלבול ואי-ודאות, מתייעצים אנשי המקצוע עם עמיתים לעבודה. במחקר של לי (Lee, 2008) שבוצע בטאיוואן, בקרב אחיות, נמצא שתמיכה חברתית מצד עמיתים לעבודה הייתה המנבא החזק ביותר לנטייה של האחיות לדווח, במקרים שהאחיות העריכו שרמת חומרתם גבוהה. לעומת זאת, כשמדובר בחשד בהתעללות והזנחה שהאחיות העריכו שרמת חומרתו אינה גבוהה, אזי רמת הביטחון של האחיות עצמה הייתה המנבא החזק ביותר לדווח (Lee, 2008). אחות שתחושה תמיכה רבה יותר מעמיתיה לעבודה, תוכל לנהל שיח ולמצוא אוזן קשבת להתלבטויות ולקושי הרב בהתמודדות עם מקרים של התעללות והזנחה של ילדים.

מערכת היחסים עם שירותי הרווחה: מחקרים רבים מצאו קשר בין ממשקי העבודה של האחיות עם שירותי הרווחה לבין רמות הדיווח על התעללות והזנחה של ילדים (Carleton, 2006; Herendeen et al., 2009; Rowse, 2009; Lagerberg, 2001; 2014). במחקר של הרנדין ועמיתיה (Herendeen et al., 2014), שנערך בארצות-הברית, תיארו האחיות תחושות של אי-אמון בעבודה מול שירותי הרווחה, מפני שהשירות למען הילד לא עדכן את האחיות בהתקדמות ובתוצאות החקירה, ומכאן גם אי-האמון בכך שדיווח על התעללות והזנחה יסייע לילד (Herendeen et al., 2014). במחקר אחר שערך לאגרברג (Lagerberg, 2001), בשוודיה, רק כשליש מהאחיות שראיינו ציינו, שדיווחו לרשויות על חשד להתעללות והזנחה של ילדים. נמצאה תחושת עוינות בין רשויות הבריאות (שהאחיות הן חלק מהן) לבין שירותי הרווחה. שני הצדדים שומרים על הגבולות המקצועיים בקפדנות. סיפרה אחת האחיות (עמי' 1597):

"השירותים החברתיים עובדים יותר מדי בלי ליצור קשר עם המרכז לבריאות הילד ועם גן הילדים. הפעילות החסויה מקבלת פרשנות שונה על ידי האחיות במרכז לבריאות הילד, ולפעמים זה מהווה מכשול לשיתוף הפעולה בין הגורמים השונים, כך ששמירת הסודיות הופכת להיות יותר חשובה משמירה על רווחת הילדים" (Lagerberg, 2001).

האחיות המרואיינות ציינו שהן חשות נחותות במעמדן, לעומת שירותי הרווחה, בשל השמירה על הסודיות מפניהן. גם במחקר שערכו פילץ ו-ואכטל (Piltz & Wachtel, 2009) באוסטרליה, אחד המחסומים שמנעו מאחיות לדווח היה דעה שלילית על שירותי הרווחה. גם באנגליה דיווחו אחיות על אי-אמון בשירותי הרווחה (Rowse, 2009). גורם מעכב נוסף בהקשר זה הוא אי קבלת משוב ומידע על תוצאות הדיווח משירותי הרווחה (Flaherty et al., 2008; Flaherty et al., 2006; Zellman, 1992). המדווח אינו רשאי לקבל מידע על התקדמות החקירה בשל חובת הסודיות. וכך המדווח, אשר ממשך את הקשר עם המשפחה, נשאר באי ידיעה. בנוסף, נמנעת ממנו האפשרות ללמוד ממקרה למקרה ולהסיק מסקנות. בדרך זו מתוארת בספרות הדילמה בין דיווח לאי-דיווח, ואנשי המקצוע בוחרים לעיתים שלא לציית לחובת הדיווח, ולהיצמד לעמדתם הסובייקטיבית שאולי זוהי טובת הילד (Francis et al., 2012). מחקר אחר מצא, כי האחיות חוששות מלחץ של הרווחה על המשפחה, דבר שיחמיר את מערכת היחסים בתוכה ובכך יגדל האיום על הילד, וכל זה בגלל התערבותה של האחיות (Eisbach & Driessnack, 2010). לסיכום, סביבת העבודה (הגורמים הסביבתיים) יוצרת אקלים המעודד או מעכב את הנטייה לדווח. במחקר הנוכחי נתקבלה השפעה זו דרך העמדות. ממצא זה חשוב, שכן, בספרות ההתמקדות הייתה, בדרך כלל, בקשר עם הרווחה, אך מסתבר כי משתנים נוספים של הסביבה תורמים לנטייה לדווח.

5.3.4 הקשר הישיר והעקיף (דרך עמדות כלפי דיווח) בין ידע ומגע קודם עם נושא

ההתעללות וההזנחה לבין הנטייה לדווח

הנטייה לדווח על התעללות וההזנחה נמצאה קשורה עם שלושה מתוך ארבעת משתני הידע והמגע הקודם (הכשרה בנושא התעללות וההזנחה, מגע קודם עם מקרי חשד להתעללות ודיווח בעבר) ולא נמצאה קשורה לידע בנושא. בדומה לכך, מדווחות הספרות על קשרים בין הנטייה לדווח לבין מאפיינים אלה. עם זאת, אחד מתוך ארבעת משתני ידע ומגע קודם (ידע בנושא התעללות וההזנחה) נמצא קשור לעמדות כלפי דיווח ולנטייה לדווח דרך עמדות כלפי דיווח. השערה זו אוששה ברובה.

ידע בנושא התעללות וההזנחה של ילדים: הספרות חלוקה לגבי הקשר בין ידע בנושא התעללות וההזנחה

של ילדים לבין דיווח על כך. יש מחקרים המתארים קשרים של אחיות בדיווח, בעיקר עקב חוסר ידע בנושא, וממליצים לבדוק כיצד אחיות מבצעות הערכה קלינית במקרה של חשד להתעללות וההזנחה ואיך הן מחליטות לפעול (Eisbach & Driessnack, 2010; McSherry, 2007). מחקרים אחרים מצאו קשר חיובי בין ידע של האחיות לבין נטייה לדווח (Feng & Levine, 2005; Feng & Wu, 2005; Fraser et al., 2010). נמצאו גם מחקרים, שבהם לא נמצא קשר בין ידע על התעללות וההזנחה לבין נטייה לדווח (Ben Natan et al., 2012). נמצא גם, כי אחיות חשות ביטחון רב יותר בדיווח על מקרה התעללות פיזית ומינית, שהם תחומים מוחשיים וברורים יותר, מאשר על התעללות רגשית וההזנחה.

במחקר איכותני שבדק תפיסות של אחיות ביי"ס בסקוטלנד, אמרו האחיות, כי הידע שצברו הגיע בעיקר מניסיון החיים ולא מתוכניות הכשרה (Hackett, 2013). גם במחקר אחר, שבדק את מקורות הידע של אנשי מקצוע (רופאים, אחיות, עובדים סוציאליים, שוטרים ופסיכולוגים) על התעללות מינית בילדים, כמחצית המשתתפים שענו על שאלוני הידע (50.8%) אמרו, שראו לפחות שני מקרים של התעללות מינית בילד במהלך חודש, ו-20.5% מהמשיבים אמרו שפגשו חמישה מקרים בחודש ויותר. אנשי הצוות שהפגינו ידע רחב יותר בנושא היו אלה שקיבלו הכשרה מסודרת, והם סיפרו על יותר ניסיון בעשייה, כלומר פגשו חמישה מקרים ויותר בחודש. כלומר, נמצא שידע קשור ללימודים ולהכשרה, אך גם לניסיון מקצועי (Hibbard & Zollinger, 1990).

בחלק מהמחקרים נבדק ידע באמצעות הערכת רמת הידע הסובייקטיבית של הנבדקים (Eisbach & Driessnack, 2010; Houlihan, Sharek, & Higgins, 2013; Rolim et al., 2014). ידע לנבדקים במחקר (Feng & Levine, 2005; Lee, 2008; Pakis, 2015), כפי שנעשה גם במחקר הנוכחי. חוקרים מצאו, כי ידע של אחיות בטאיוואן ניבא בעוצמה הרבה ביותר את הנטייה לדווח (Feng & Wu, 2005). ידע בנושא התעללות וההזנחה נבדק במחקר זה באמצעות קריאת תיאורי מקרה ומענה של שתי שאלות בסולם ליקרט: (1) "האם למיטב דעתך המקצועית מדובר במקרה של התעללות?" (2) "לדעתך, האם את נדרשת לפי החוק לדווח על מקרה זה?" (Feng & Wu, 2005, p. 341). כלומר, המשתנה ידע בנושא התעללות וההזנחה נבחן בדרכים שונות. במחקר הנוכחי ציון שאלון הידע הממוצע של האחיות היה בינוני (3.4 בתוך טווח סולם 1 – 5). הידע בנושא התעללות וההזנחה נלמד באופן לא מוסדר (ראו בהמשך בסעיף ההכשרה). כך אפשר להסביר את ההבדלים בין הממצאים במחקרים השונים, שלא בהכרח בדקו ידע, וכך אפשר להסביר את ממצאי המחקר הנוכחי לגבי הקשר העקיף של הידע עם הנטייה לדווח, בתיווך

העמדות. ייתכן, שהתחומים שנבדקו במחקרים אחרים אינם עוסקים ישירות רק בידע של האחות, אלא מערבים בתוכם גם עמדות, ומכאן גם הקשר לנטייה לדווח.

הכשרה: מחקרים שונים בדקו את ההכשרה של אחיות בנושא התעללות והזנחה של ילדים. חוקרים מתארים שאחיות בטאיוואן כלל לא קיבלו הכשרה בנושא (Feng & Levine, 2005). במחקרים אחרים עלה, כי אחיות ברמות הכשרה אחרות, שעובדות עם ילדים, חשות חוסר ביטחון לדווח. הקושי עולה בעיקר במקרים של התעללות רגשית והזנחה, גם כשהן מכירות את החוק (Fraser et al., 2010). לא נמצא קשר במחקר הנוכחי בין ההכשרה לעמדות של האחיות ועל כוונתן לדווח. חוקרים הציעו עולמות תוכן להכשרה בתחום, חלקם עוסקים בגורמי סיכון: ההיסטוריה של אלימות במשפחה, שימוש באלכוהול ובסמים במשפחה, חולי נפשי שאינו מטופל, חוסר מיומנויות הוריות, לחץ והעדר תמיכה במשפחה. לעיתים האחות פוגשת מצבים אלה במהלך עבודתה עם אנשים מבוגרים, וחשוב שבראייה רחבה יותר תתייחס גם להיבטים של תפקוד הורי, שיכולים להשפיע על הסביבה בבית ועל הילדים (Taylor & Bradbury-Jones, 2015).

נמצא מחקר אחד שאפשר ללמוד ממנו על תרומת ההכשרה של האחיות. במחקר של הרנדין (Herendeen et al., 2014) הוצגו עמדות של אחיות מומחיות ברפואת ילדים בארה"ב. אחות מומחית (Nurse Practitioner) היא בעלת סמכויות מורחבות, שהוכרו בארה"ב בשנת 1995, כולן בעלות תואר שני לפחות. במחקר זה נעשה אומדן להבנת היכולת של האחיות המומחיות לזהות ילדים בסיכון להתעללות והזנחה. נמצא, שכשני שלישים (69%) מהאחיות במדגם מרגישות בטוחות ביכולותיהן לזהות חשד להתעללות. כמו כן, 58% מהן חשות הערכה עצמית גבוהה ליכולתן לטפל בילדים שנפגעו מהתעללות. יותר ממחצית מהמשיבות (53%) מאמינות, שקיבלו מספיק הכשרה ואימון בנושא התעללות בילדים. לעומתן, 21% חושבות שההכשרה והאימון אינם מספקים (Herendeen et al., 2014). לאחרונה, בישראל, נכלל הנושא כלימודי חובה בתוכנית הלימודים בכל בתי-הספר לסיעוד, ומוצעת ערכת הדרכה למטפלים בשירותי הבריאות בקהילה, ובה הסבר מהי התעללות והזנחה של קטינים ומה תפקיד האחיות בנושא. עם זאת, הנהלות המוסדות אינן חייבות לספק ריענון ועדכון תקופתי לצוותים הרפואיים המטפלים בילדים (צימרמן, ריטבו, פסח וקרני, 2010). רק לאחרונה יצאה הנחיה להדרכת אחיות בנושא זה באשפוז ובקהילה.

עם זאת, ייתכן שאפשר להקיש מרמת ההשכלה של האחיות המומחיות לגבי הערכתן את יכולתן לטפל במקרי חשד להתעללות והזנחה של ילדים, שהרי מומחיות היא השכלה פורמאלית. מחקרים אחרים מעידים שאחיות (Taylor & Bradbury-Jones, 2015) וסטודנטים לסיעוד (Waibel-Duncan, 2006) חוששים להתמודד עם הנושא, כיוון שאינם משוכנעים, כי האחריות המקצועית במקרים אלה דומה לאחריותם המקצועית בנושאים אחרים. לא ברור אם החשש נובע מהיעדר הכשרה בנושא או מצירוף סיבות שונות שתוארו לעיל.

מגע קודם (חשיפה לתופעה) עם נושא ההתעללות וההזנחה של ילדים: אחיות שלא נחשפו בעבודתן למקרים של חשד להתעללות והזנחה של ילדים, סיפרו על תחושות של חוסר ביטחון לטפל בנושא (Hornor & Herendeen, 2014). המגע הקודם עם נושא ההתעללות וההזנחה של ילדים חשוב לא רק בהיבט המקצועי.

קייין וצ'פמן (Keane & Chapman, 2008) בדקו את עבודת האחות במחלקה לרפואה דחופה בבתי-חולים במערב אוסטרליה. לשם הגיעו ילדים עם חבלות ותלונות שונות, לעיתים קשות מאוד, הדורשות טיפול דחוף. במקומות אלה חיונית המיומנות של האחות באיתור מקרי התעללות והזנחה, ולו בשל הדחיפות והעבודה הלחוצה. גם במחקר של קייין וצ'פמן (Keane & Chapman, 2008) תוארו האחיות כחסרות מיומנויות וניסיון בנושא בדרך כלל. במרפאות הקהילה ותחנות טיפת חלב המפגש עם הילד ומשפחתו פחות לחוץ. בדרך כלל הפגישה מתוכננת מראש, ונקבעת לשם ביצוע פעולות שונות (הדרכה, חיסון, בדיקות). טיבו של מפגש כזה מאפשר שיחה בעלת אופי רגוע יחסית. המפגש יכול להמשך זמן רב יותר ותינתן גם התרשמות חוזרת. מכאן ייתכן, שלאחות בטיפת חלב ייקח יותר זמן להתרשם ממקרה של התעללות והזנחה ולהגיע למסקנה שמדובר במקרה כזה, בהשוואה לאחות העובדת במקומות אחרים (כמו המחלקה לרפואה דחופה בבית החולים). מתבקש גם להניח, שאחות שלא נחשפה לחשד להתעללות והזנחה של ילדים גם לא דיווחה מעולם על חשד שכזה, כפי שיידון להלן.

דיווח בעבר : הנטייה לדווח נמדדה במחקר הנוכחי על סמך תיאורי מקרה. מחקרים אחרים בדקו את הנטייה לדווח באמצעות התנהגות האחות בעבר (Ben Yehuda et al., 2010; Pakis, 2015). כזכור, האחיות נשאלו: "האם דיווחת אי פעם על מקרה של חשד להתעללות והזנחה?". במחקר הנוכחי ענו כשלושה רבעים (70.7%) מהמשתתפות "כן" על שאלה זאת. הנטייה לדווח כפי שהיא באה לידי ביטוי במחקר הנוכחי נמצאה אצל פחות ממחצית מדגם האחיות (44.8%). יש לשער, כי הפער נובע מהעובדה שהמחקר הנוכחי בדק אם המשתתפת ציינה שדיווחה רק לרווחה או למשטרה (כמתחייב מהחוק), ואילו דיווח לכל גורם אחר (ממונה, איש מקצוע אחר וכדומה) לא נחשב דיווח. גם השאלה על הנטייה לדווח בעבר הייתה כללית, כך שבקבוצת המדווחות נכללו גם משתתפות שדיווחו לגורמים אחרים ולא רק לרווחה או למשטרה, כמתחייב מהחוק. פנג ו-ו (Feng & Wu, 2005) מצאו, כי רק 14% מהמשתתפות דיווחו בעבר על מקרה אחד או יותר של חשד להתעללות והזנחה של ילדים, ואילו 21% מהמשתתפות אמרו שחשדו במקרה כזה, אך לא דיווחו.

לסיכום, משתני ידע ומגע קודם עם נושא ההתעללות וההזנחה שנבדקו, הם בעיקר משתנים, שעסקו בקשר שבין הנטייה לדווח לבין ידע והכשרה. משתנים אלה זכו לסיקור רחב למדי, ורוב תכניות ההתערבות הקיימות היום מעניקות ידע והכשרה לאנשי הצוות. עם זאת, כאמור, הקשר של משתנים אלה עם הנטייה לדווח אינו חד-משמעי. במחקר הנוכחי נמצא, שלידע יש השפעה על הנטייה לדווח, אלא שהיא עקיפה ופועלת דרך עמדות. לעומת זאת, למשתנים מגע קודם עם חשד להתעללות והזנחה ודיווח בעבר, נמצא קשר ישיר עם הנטייה לדווח.

5.4 מגבלות המחקר

כאמור, 53% מהתחנות הפועלות בארץ הן של קופות החולים (מתוכן 43% שייכות לשירותי בריאות כללית). 42% מהתחנות שייכות למשרד הבריאות, ו-5% שייכות לעיריות ירושלים ותל אביב. במחקר הנוכחי נבדקה כל אוכלוסיית אחיות טיפות החלב בשנת 2016, אך רק בשתי מסגרות: שירותי בריאות כללית ומחוז המרכז של משרד הבריאות. אמנם אלו כוללות את רוב תחנות טיפת החלב בארץ, אך

הארגונים שלא נכללו במחקרנו עלולים להיות שונים במהותם, במיוחד מבחינת האקלים הארגוני, והדבר יכול להשפיע על משתני המחקר (עמדות ונטייה לדווח). לדוגמה, סביר שתחנת טיפת חלב בניהול עירוני מתנהלת באורח שונה מאשר תחנה בניהול ארגוני בריאות (קופת חולים, משרד הבריאות). אקלים ארגוני זה, כפי שהתרשמנו מתוצאות המחקר לגבי השפעת הסביבה הארגונית, עשוי להיות משמעותי בקביעת העמדות והנטייה לדווח.

מגבלה אחרת קשורה במדידת המשתנה התלוי – הנטייה לדווח. כזכור, במחקר הנוכחי הנטייה לדווח על התעללות והזנחה נבדקה באמצעות תיאורי מקרה, שניבנו כך שיעוררו חשד להתעללות והזנחה. לא נבדקה תגובת האחות ונטייתה לדווח באירועי אמת של חשד להתעללות והזנחה. כמו כן, יתכן שהאחות תנסה לרצות את החוקרים, כך שתגיב לתיאורי המקרה, כמצופה ממנה.

מגבלה נוספת היא אי-אחידות במדידת מושג הידע, בנוגע לחשד להתעללות והזנחה. בספרות נמצאו באופן כללי, שני סוגי מדידות של ידע, על פי שני סוגי שאלונים: שאלונים שמדדו ידע סובייקטיבי (Eisbach & Driessnack, 2010; Houlihan et al., 2013; Rolim et al., 2014) ושאלונים שמדדו ידע אובייקטיבי (Feng & Levine, 2005; Lee, 2008; Pakis, 2015). במחקר הנוכחי נעשה שימוש בשאלון הידע של לי (2008), כלומר נמדד ידע אובייקטיבי. עם זאת, שאלון הידע הוא בעייתי כי הוא רב-ממדי, כלומר בודק היבטים שונים של ידע, כגון זיהוי סימנים המאפשרים אבחון של התעללות והזנחה, ידע על החוק, סוגי הפגיעה, ומהי התעללות.

דברים דומים אפשר לומר על מדידת מושג העמדה כלפי דיווח על התעללות והזנחה. כזכור, מקדם המהימנות שהתקבל במחקר הנוכחי היה נמוך למדי (אלפא של קרונבך – 0.64), והדבר יכול להעיד על ההטרוגניות של המושג או על היותו מדד לא טוב דיו.

5.5 תרומת המחקר

תרומה לידע

תחנות טיפת חלב הן המקום הראשון שבו אפשר לאסוף מידע שיטתי ורציף, במסגרת הקהילה, על טיפול נאות בילד, ואף על פי כן, לא נעשו בהן מחקרים בנושא זה. המחקר הנוכחי בדק את הנטייה לדווח על ההתעללות וההזנחה של ילדים, ומוקד המחקר היה המשתנים המנבאים נטייה זו. זוהי אחת התרומות החשובות של המחקר הנוכחי.

יתרה מכך, מחקרים קודמים בחנו את השפעת משתנים שונים על הנטייה לדווח, אך בדרך-כלל התרכזו במספר מועט של משתנים; ואילו במחקר הנוכחי נעשה ניסיון להסביר את ההבדלים בנטייה לדווח בעזרת מדידת משתנים רלוונטיים במגוון רחב ומקבוצות שונות: מאפייני רקע אישיים ומקצועיים של האחות, מאפייני הסביבה הארגונית והחברתית, ידע על התופעה ומגע קודם עמה.

בנוסף, אף על פי שבמחקרים רבים נמצא כי לעמדות תפקיד מרכזי בנטייה לדווח, אף אחד מהמחקרים לא בדק את ההשפעה המתווכת של העמדות על הנטייה לדווח. ואומנם התוצאות העלו, שלא רק מרבית המשתנים מכל הקבוצות הללו (למעט מאפייני רקע אישיים שלא נמצאו קשורים) הסבירו את הנטייה לדווח, אלא עבור חלקן ההשפעה באה לידי ביטוי רק בעקיפין – דרך העמדות. לכן, ללא בדיקת שאלת התיווך, לא היה נחשף התפקיד החשוב שממלאים חלק מהמשתנים. למשל, סביבת העבודה (הגורמים הסביבתיים) נמצאה משפיעה על הנטייה לדווח רק דרך העמדות. ללא בדיקה זו, אפשר היה להחמיץ את מקומה החשוב של סביבת העבודה (היוצרת את האקלים המעודד או המעכב) על הנטייה לדווח.

תרומה יישומית

זהו מחקר ראשון בקרב אחיות טיפת חלב לבדיקת הגורמים הקשורים לנטייה של אנשי מקצוע לדווח על התעללות וההזנחה של ילדים, ובכך הוא מהווה נדבך נוסף לידע הנצבר בנושא. טיפת חלב היא השירות הראשון שאליו פונה ההורה לאחר הלידה, ומכאן חשיבותן הרבה של תוצאות המחקר ליישום ההמלצות בתוכניות ההכשרה ובשדה הקליני.

אחד הנושאים העיקריים, שהבעייתיות שלו נחשפה במחקר הנוכחי, הוא אי הבנת לשון החוק, ואי-ההלימה בין דרישות החוק לבין הנעשה בפועל. מחד גיסא, על-פי לשון החוק, כל אזרח במדינה חייב לדווח אישית כאשר יש לו חשד סביר של התעללות והזנחה של ילד, כאשר על אנשי מקצוע מתחומים שונים מוטלת חובה מוגברת. מאידך גיסא, בהנחיות חוזר המנהל הכללי (משרד הבריאות, 2003) הוגדרו תהליכי עבודה של אנשי מקצועות הבריאות, הכוללים כמה שלבים עד לדיווח (נספח 11).

להלן ההמלצות בתחום זה:

1. לבנות נהלים תוך-אירגוניים המתווים את דרכי הפעולה של הצוות, ברוח החוק.
2. לבנות תכנית הדרכה לסטודנטים לסיעוד ולאחיות טיפת חלב.
3. ללוות את האחיות, באמצעות מנטור, מומחה בנושא התעללות והזנחה של ילדים, אשר יכיל את רגשותיהן ויאפשר להן להתייעץ עמו.

על תכנית ההכשרה לכלול דיונים בנושא, סימולציה והיכרות עם עבודתם של הגורמים השונים בשירותי הרווחה למען הילד. תכנית עבודה זו, תינתן לא רק בעת התחלת העבודה, אלא כריענון, במועדים שונים, לאחיות ותיקות.

לסיום, לנוכח הממצאים עולה אפשרות שהדעת לא ניתנה עליה, אך היא כנראה מאוד סבירה, המצביעה על כך שיש לפעול לשינוי החוק. חז"ל אמרו: "אין גוזרין גזירה על הצבור, אלא אם כן רוב הצבור יכולין לעמוד בה. קודם הנהגת תקנות וגזירות, על בית דין לבדוק אם רוב הציבור יכול לעמוד בה" (מסכת עבודה זרה, ל"ו, א'). הרושם הוא שהמחוקק לא בדק אם החוק כלשונו הוא בר יישום.

5.6 הצעות למחקר עתידי

מומלץ מחקר נוסף בארגונים שלא נכללו במחקר הנוכחי, אשר עשויים להיות שונים במהותם. לדוגמה, סביר שתחנת טיפת חלב בניהול עירוני מתנהלת באורח שונה מאשר תחנה בניהול ארגוני בריאות (קופת חולים, משרד הבריאות). האקלים הארגוני, כפי שנמצא במחקר זה, עשוי להיות משמעותי בקביעת העמדות והנטייה לדווח. לפיכך, רצוי לבחון את שאלות המחקר גם בתוך ארגונים אחרים. הרגשות העזים והקשיים הרבים שהועלו אחיות המתמודדות עם התעללות והזנחה של ילדים, מעלות את הצורך לבחון סוגיות אלו במחקר איכותני, על מנת ללמוד לעומק את הדרכים בהן ניתן יהיה לתמוך באחיות. בנוסף, ראוי לבצע מחקר, איכותני באופיו, כגון ראיונות עומק עם קבוצות מיקוד, כדי לבחון מגוון של שאלות שיכולות ללמד ביתר עומק על הנושא, כגון: מה אחיות יודעות על הנושא, איזה ידע חסר להן לדעתן, מה הסיבות שגורמות להן להימנע מדיווח מהם סוגי המסרים הגלויים והסמויים שהן מקבלות.

משום חשיבותו של משתנה הידע, ראוי שיוקדש מחקר נפרד לבניית שאלון. הבסיס לבניית השאלון הוא התיאוריה שבמסגרתה תובהר מהות המשתנה, דרכי המדידה שלו ודרכים לתיקופו ולהבטחת מהימנותו. דברים דומים אפשר לומר על משמעות מושג העמדה כלפי דיווח על התעללות והזנחה. כזכור, מקדם המהימנות שהתקבל במחקר הנוכחי היה נמוך למדי (אלפא של קרונבך – 0.64), משום חשיבותו של משתנה זה ראוי שיוקדש מחקר נפרד לבניית שאלון עמדות כלפי הנושא, והבסיס לבנייתו תהיה התיאוריה שבמסגרתה תובהר משמעותו, דרכי המדידה ודרכים למדידת מאפייניו הפסיכומטריים.

6. מקורות

- בנבנישתי, ר. וידוב, מ. (2011). ניסיון, עמדות וצרכי הכשרה של רופאי ילדים בסוגיות של איתור, טיפול ודיווח על ילדים נפגעי הזנחה והתעללות. ירושלים: מכון חרוב. נדלה ב-14 בינואר, 2015, מאתר: <http://haruv.org.il/Uploads/dbsAttachedFiles/physicianemail.pdf>
- בנבנישתי, ר. ושמיד, ה. (2010). סקר עמדות הציבור כלפי פגיעה בילדים והדיווח לרשויות. ירושלים: מכון חרוב. נדלה ב-31 בדצמבר 2014 מאתר: <http://www.haruv.org.il/Uploads/dbsAttachedFiles/articlesemail.pdf>
- ברנסקי, ד. (2011). הפרעה ושגשוג. בתוך: י. אורקין, י. אמיתי ומ. חונוביץ. (עורכים). **בריאות התינוק והפעוט, מידע שימושי לצוות טיפת חלב**. תל-אביב: דיונון מבית פרובוק. עמ' 323-325.
- ההסתדרות הרפואית (2013). טיפול נפשי לקטינים נפגעי תקיפה מינית. **עמדת ההסתדרות הרפואית בישראל: לקראת דיון בוועדה המיוחדת לזכויות הילד**. ירושלים: ההסתדרות הרפואית בישראל והאיגוד הישראלי לפסיכיאטריה של הילד והמתבגר. נדלה ב-12 ביולי, 2015, מאתר: <http://www.ima.org.il/Ima/FormStorage/Type7/sexualAbuse2013.pdf>
- הכנסת העשרים (2015). **הצעת חוק הכשרות לאנשי מקצוע בנושא זיהוי ודיווח על התעללות בילדים**. פ/129/20. ירושלים: הכנסת העשרים. נדלה ב-22 ביוני 2015 מאתר: www.knesset.gov.il/privatelaw/data/20/1247.rtf
- המועצה הלאומית לשלום הילד (2016). **ילדים בישראל: שנתון סטטיסטי**. ירושלים: המועצה הלאומית לשלום הילד: המרכז למחקר ועיצוב מדיניות.
- כתבי אמנה (1989). אמנה בדבר זכויות הילד. כתבי אמנה 1038, כרך 31. נדלה ב-18 בנובמבר 2017 מאתר: <http://www.justice.gov.il/Units/InternationalAgreements/Documents/CRC.pdf>
- לוי, ש. (2008). **תחנות טיפת חלב בישראל: 1997 - 2007**. ירושלים: הכנסת, מרכז המידע והמחקר. נדלה ב-9 באוגוסט, 2015, מאתר: <http://www.patients-rights.org/uploadimages/teepot-halav-beisrael1997-2007.pdf>
- מורג, ת. (2010). עשרים שנה אחרי: תפיסת זכויות הילד על פי האמנה בדבר זכויות הילד. בתוך ת. מורג וי. רחמים (עורכים). **זכויות הילד והמשפט הישראלי**. תל אביב: רמות אוניברסיטת תל-אביב. עמ' 15 – 128-127, 61.
- מימון, מ. ומילר, ש. (2011). התעללות והזנחה. בתוך: י. אורקין, י. אמיתי, ומ. חונוביץ. (עורכים). **בריאות התינוק והפעוט, מידע שימושי לצוות טיפת חלב**. תל-אביב: דיונון מבית פרובוק. (עמ' 559-562).
- מסכת עבודה זרה. (ללא תאריך). **תלמוד בבלי, סדר נזיקין**. דף ל"ו, פרק א', נדלה ב-31 באוגוסט, 2017, מאתר: http://kodesh.snunit.k12.il/b/l/14702_036a.htm
- משרד הבריאות (2003). **איתור זיהוי וטיפול בקטינים נפגעי התעללות והזנחה**. חוזר המנהל הכללי מס' 25/03. ירושלים. נדלה ל-3 לינואר, 2015 מאתר: http://www.health.gov.il/hozer/mk25_2003.pdf
- משרד הבריאות. סקר ידע, עמדות והתנהגות Knowledge, Attitudes, Practices - KAP. נדלה ב-4 לספטמבר, 2015 באתר: http://www.health.gov.il/UNITSOFFICE/ICDC/HEALTH_SURVEYS/Pages/KAP.asp

משרד הבריאות. **טיפות חלב - תחנות לבריאות המשפחה**. נדלה ב-28 בנובמבר, 2013 מאתר :
http://www.health.gov.il/Subjects/pregnancy/health_centers/Pages/family_health

משרד מבקר המדינה (2015). משרד הרווחה והשירותים החברתיים, היבטים בטיפול בקטינים נפגעי תקיפה מינית או אלימות. דו"ח שנתי 65 ג' לשנת 2015. ירושלים. נדלה ב-16 ביולי 2015 מאתר :
www.mevaker.gov.il/he/Reports/Report_290/.../65C-222-ver-3.docx

נדלר, א. (1990). יחידה 9: פסיכולוגיה חברתית. **מבוא לפסיכולוגיה**. חטיבה שלישית. תל-אביב : האוניברסיטה הפתוחה. עמ' 15 – 33.

נופר, ח. (2011). **עידוד לתנועתיות ותנועות זקופות בלידה בקרב מיילדות : הקשר בין ידע, עמדות, כוונות התנהגות ויישום ובין מאפייני אקלים אירגוני**. חיבור לשם קבלת תואר "מוסמך", אוניברסיטת תל-אביב.

ספר החוקים, (1989). **חוק העונשין (תיקון מספר 26)**, תש"ן-1989 סימן ו'1, 368ד', חובת דיווח.

צימרמן, ש., ריטבו, ב., פסח, נ. וקרני, נ. (2010). **לדווח או לא לדווח - זו השאלה : רב-שיח בעניין חובת הדיווח במערכות ציבוריות שונות ובקרב הציבור הרחב**. משפחה במשפט, ג'-ד'. הוד השרון : המרכז לזכויות הילד והמשפחה במכללת "שערי משפט".

רוטלוי, ס. (2010). אחריות המדינה בקידום זכויות ילדים. בתוך ת. מורג וי. רחמים (עורכים). **זכויות הילד והמשפט הישראלי**. אוניברסיטת תל-אביב, תל אביב : רמות. עמ' 63 – 74.

קורטיוקוב, ד. (2013). **השכלה גבוהה בישראל ובמדינות ה-OECD : מבט השוואתי**. עיבוד דו"ח ארגון ה-OECD. התאחדות הסטודנטים בישראל, מחלקת מחקר ומדיניות. נדלה ב-20 באוגוסט, 2017 מאתר :
<http://din-online.info/per59.html>

Adams, A., Bond, S., & Arber, S. (1995). Development and validation of scales to measure organisational features of acute hospital wards. *International Journal of Nursing Studies*, 32(6), 612-627.

Alvarez, K. M., Kenny, M. C., Donohue, B., & Carpin, K. M. (2004). Why are professionals failing to initiate mandated reports of child maltreatment, and are there any empirically based training programs to assist professionals in the reporting process? *Aggression and Violent Behavior*, 9(5), 563-578. doi: 10.1016/j.avb.2003.07.001

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*. Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

Ashton, V. (2010). Does ethnicity matter? social workers' personal attitudes and professional behaviors in responding to child maltreatment. *Advances in Social Work*, 11(2), 129-143.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173

Bavolek, S. (1984). *Handbook for the AAPI: Adult-adolescent parenting inventory*. Park City, UT: Family Development Resources, Inc.

- Ben Natan, M., Faour, C., Naamah, S., Grinberg, K., & Klein-Kremer, A. (2012). Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse. *International Nursing Review, 59*(3), 331.
- Ben Yehuda, Y., Ziv, A., Jedwab, M., & Benbenishty, R. (2010). Child abuse and neglect: Reporting by health professionals and their need for training. *The Israel Medical Association Journal, 12*(10), 598-602.
- Benbenishty, R., & Chen, W. (2003). Decision making by the child protection team of a medical center. *Health & Social Work, 28*(4), 284-292.
- Bourdieu, P. (1988). *Homo academicus*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Carleton, R. A. (2006). Does the mandate make a difference? reporting decisions in emotional abuse. *Child Abuse Review, 15*(1), 19-37.
- Center of Disease Control and Prevention (2014). Injury Prevention & Control: Division of Violence. Prevention (Accessed 18.11.2017). Available at: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/childmaltreatment/definitions.html>
<http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/childmaltreatment-facts-at-a-glance.pdf>
- Choo, W. Y., Walsh, K., Chinna, K., & Tey, N. P. (2013). Teacher reporting attitudes scale (TRAS) confirmatory and exploratory factor analyses with a Malaysian sample. *Journal of Interpersonal Violence, 28*(2), 231-253.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (Eds.). (1993). *Child abuse, child development, and social policy. advances in applied developmental psychology*. Norwood, NJ: Ablex.
- Cowen, P. S. (1999). Child neglect: Injuries of omission. *Pediatric Nursing, 25*(4), 401-405, 409-418.
- Crisp, B., & Lister, P. (2004). Child protection and public health: Nurses' responsibilities. *Journal of Advanced Nursing, 47*(6), 656-663.
- Davidov, D. M., Nadorff, M. R., Jack, S. M., & Coben, J. H. (2012). Nurse home visitors' perceptions of mandatory reporting of intimate partner violence to law enforcement agencies. *Journal of Interpersonal Violence, 27*(12), 2484-2502.
- Eisbach, S. S., & Driessnack, M. (2010). Am I sure I want to go down this road? hesitations in the reporting of child maltreatment by nurses (report). *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 15*(4), 317-323. doi: 10.1111/j.1744-6155.2010.00259.x
- Eisikovits, Z., Davidov, J., Sigad, L., & Lev-Wiesel, R. (2015). The social construction of disclosure: The case of child abuse in Israeli society. In B. Mathews & D.C. Bross (Eds.). *Mandatory reporting laws and the identification of severe child abuse and neglect* (pp. 395-413). Dordrecht, Holland: Springer.
- Feng, J., & Levine, M. (2005). Factors associated with nurses' intention to report child abuse: A national survey of Taiwanese nurses. *Child Abuse & Neglect, 29*(7), 783-795.

- Feng, J., Chen, Y., Fetzer, S., Feng, M., & Lin, C. (2012). Ethical and legal challenges of mandated child abuse reporters. *Children and Youth Services Review, 34*(1), 276-280. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.10.026>
- Feng, J., & Wu, Y. B. (2005). Nurses' intention to report child abuse in Taiwan: A test of the theory of planned behavior. *Research in Nursing & Health, 28*(4), 337-347. doi: 10.1002/nur.20087
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley Pub. Co.
- Flaherty, E. G., Jones, R., & Sege, R. (2004). Telling their stories: Primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse. *Child Abuse & Neglect, 28*(9), 939-945.
- Flaherty, E. G., & Sege, R. (2005). Barriers to physician identification and reporting of child abuse. *Pediatric Annuals, 34*(5), 349-356.
- Flaherty, E. G., Sege, R., Price, L. L., Christoffel, K. K., Norton, D. P., & O'Connor, K. G. (2006). Pediatrician characteristics associated with child abuse identification and reporting: Results from a national survey of pediatricians. *Child Maltreatment, 11*(4), 361-369.
- Flaherty, E. G., Sege, R. D., Griffith, J., Price, L. L., Wasserman, R., Slora, E., . . . Angelilli, M. L. (2008). From suspicion of physical child abuse to reporting: Primary care clinician decision-making. *Pediatrics, 122*(3), 611-619.
- Flaherty, E. G., Schwartz, K., Jones, R. D., & Sege, R. D. (2013). Child abuse physicians: Coping with challenges. *Evaluation & the Health Professions, 36*(2), 163-173. doi: 10.1177/0163278712459196
- Francis, K., Chapman, Y., Sellick, K., James, A., Miles, M., Jones, J., & Grant, J. (2012). The decision-making processes adopted by rurally located mandated professionals when child abuse or neglect is suspected. *Contemporary Nurse, 41*(1), 58-69.
- 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>
- Glasser, S., & Chen, W. (2006). Survey of a pediatric hospital staff regarding cases of suspected child abuse and neglect. *he Israel Medical Association Journal, 8*(3), 179-182.
- Hackett, A. J. (2013). The role of the school nurse in child protection. *Community Practitioner, 86*(12), 26-29.
- Haj-Yahia, M. M. (2000). Child maltreatment: The approach of Arab social workers in Israel. *International Social Work, 43*(2), 149-161.
- Hayes, A. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY: Guilford Press.

- Herendeen, P. A., Blevins, R., Anson, E., & Smith, J. (2014). Barriers to and consequences of mandated reporting of child abuse by nurse practitioners. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(1), e1-e7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.06.004>
- Hibbard, R. A., & Zollinger, T. W. (1990). Patterns of child sexual abuse knowledge among professionals. *Child Abuse & Neglect*, 14(3), 347-355. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90006-F](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(90)90006-F)
- Ho, G. W. K., & Gross, D. A. (2015). Pediatric nurses' differentiations between acceptable and unacceptable parent discipline behaviors: A Q-study. *Journal of Pediatric Health Care*, 29(3), 255-264. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.12.004>
- Honor, G., & Herendeen, P. (2014). Advanced practice nursing in child maltreatment: Practice characteristics. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(5), 438-443.e1. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.02.003>
- Houlihan, D., Sharek, D., & Higgins, A. (2013). Supporting children whose parent has a mental health problem: An assessment of the education, knowledge, confidence and practices of registered psychiatric nurses in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 287-295. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01923.x
- Ibanez, E. S., Borrego Jr., J., Pemberton, J. R., & Terao, S. (2006). Cultural factors in decision-making about child physical abuse: Identifying reporter characteristics influencing reporting tendencies. *Child Abuse & Neglect*, 30(12), 1365-1379. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.007>
- Jones, R., Flaherty, E. G., Binns, H. J., Price, L. L., Slora, E., Abney, D., . . . Sege, R. D. (2008). Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: Report of the child abuse reporting experience study research group. *Pediatrics*, 122(2), 259-266.
- Keane, C., & Chapman, R. (2008). Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 16(1), 5-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2007.11.006>
- Kenny, D. (2016). Mediation. (Accessed 24.10.2017). Available at: <http://davidakenny.net/cm/mediate.htm>
- Kenny, M. C. (2015). Training in reporting of child maltreatment: Where we are and where we need to go. In B. Mathews & D.C. Bross (Eds.). *Mandatory reporting laws and the identification of severe child abuse and neglect* (pp. 327-346). Dordrecht, Holland: Springer.
- Kenny, M. C. (2000). Educators and child abuse questionnaire. *PsycTESTS*, doi: 10.1037/t20114-000; Full; Full text; 999920114_full_001.pdf
- Ko, C., & Koh, C. (2007). The influence of abuse situation and respondent background characteristics on Korean nurses' perceptions of child sexual abuse: A fractional factorial design. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1165-1176. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.05.009

- Korhonen, T., Pietilä, A., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2010). Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? – a questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 24*(1), 65-74. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00686.x
- Lagerberg, D. (2001). A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. I. characteristics of the nurses. *Child Abuse & Neglect, 25*(12), 1583-1601.
- Lagerberg, D. (2004). A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. II. Characteristics of the children. *Acta Paediatrica, 93*(5), 692-701.
- Lane, W. G., Rubin, D. M., Monteith, R., & Christian, C. W. (2002). Racial differences in the evaluation of pediatric fractures for physical abuse. *JAMA 288*(13), 1603-1609.
- Lee, P. Y. (2008). *Child abuse and neglect reporting among nurses in Taiwan: Professional knowledge, perceptions, attitudes, and self-efficacy* (Unpublished doctoral dissertation). University of Queensland, Brisbane, Australia.
- Lee, P. Y., Fraser, J. A., & Chou, F. H. (2007). Nurse reporting of known and suspected child abuse and neglect cases in Taiwan. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 23*(3), 128-137.
- Lee, P. Y., Dunne, M. P., Chou, F., & Fraser, J. A. (2012). Development of the child abuse and neglect reporting self-efficacy questionnaire for nurses. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences, 28*(1), 44-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kjms.2011.10.032>
- Lister, P. G., & Crisp, B. R. (2005). Clinical supervision in child protection for community nurses. *Child Abuse Review, 14*(1), 57-72. doi: 10.1002/car.873
- Lusk, V. L., Zibulsky, J., & Viesel, K. (2015). Child maltreatment identification and reporting behavior of school psychologists. *Psychology in the Schools, 52*(1), 61-76.
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology, 58*, 593-614. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085542 [doi]
- MacKinnon, D. P., Krull, J. L., & Lockwood, C. M. (2000). Equivalence of the mediation, confounding and suppression effect. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research, 1*(4), 173-181.
- Mathews, B., Fraser, J., Walsh, K., Dunne, M., Kilby, S., & Chen, L. (2008). Queensland nurses' attitudes towards and knowledge of the legislative duty to report child abuse and neglect: Results of a state-wide survey. *Journal of Law and Medicine, 16*(2), 288-304.
- McSherry, D. (2007). Understanding and addressing the "neglect of neglect" why are we making a mole-hill out of a mountain? *Child Abuse & Neglect, 31*(6), 607-614.
- Nayda, R. (2005). Australian nurses and child protection: Practices and pitfalls. *Collegian, 12*(1), 25-28. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1322-7696\(08\)60479-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1322-7696(08)60479-5)
- Nisbett, R. (2010). *The geography of thought: How Asians and Westerners think differently and why*. New York, NY: Simon and Schuster.

- O'Toole, R., Webster, S. W., O'Toole, A. W., & Lucal, B. (1999). Teachers' recognition and reporting of child abuse: A factorial survey. *Child Abuse & Neglect, 23*(11), 1083-1101. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(99\)00074-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(99)00074-5)
- Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P., & Paunonen, M. (2000). School nurses' operational modes and ways of collaborating in caring for child abusing families in Finland. *Journal of Clinical Nursing, 9*(5), 742-750.
- Pakis, I. (2015). Investigation of the awareness and knowledge about child abuse and negligence among doctors and nurses working in the east part of Turkey. *Romanian Journal of Legal Medicine, 23*(2), 151-156.
- Pearl, J. (2014). Interpretation and identification of causal mediation. *Psychological Methods, 19*(4), 459-481. doi: 10.1037/a0036434 [doi]
- Piltz, A., & Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Australian Journal of Advanced Nursing, 26*(3), 93-100.
- 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.
- Rowse, V. (2009). Children's nurses' experiences of child protection: What helps? *Child Abuse Review, 18*(3), 168-180.
- Rucker, D. D., Preacher, K. J., Tormala, Z. L., & Petty, R. E. (2011). Mediation analysis in social psychology: Current practices and new recommendations. *Social and Personality Psychology Compass, 5*(6), 359-371. doi: 10.1111/j.1751-9004.2011.00355.x
- Ryznar, E., Rosado, N., & Flaherty, E. G. (2015). Understanding forearm fractures in young children: Abuse or not abuse? *Child Abuse & Neglect, 47*, 132-139. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.008>
- Schapiro, N. A. (2008). Medical neglect of children: Reporting issues for nurse practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners, 4*(7), 531-534.
- Scott, D., & Fraser, J. (2015). Mandatory reporting of child abuse and neglect by health professionals. In B. Mathews & D.C. Bross (Eds.). *Mandatory reporting laws and the identification of severe child abuse and neglect* (pp. 381-393). Dordrecht, Holland: Springer.
- Sedlak, A. J., & Ellis, R. T. (2014). Trends in child abuse reporting. *Handbook of child maltreatment* (pp. 3-26). Dordrecht, Holland: Springer.
- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Peta, I., McPherson, K., & Greene, A. (2010). Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4). *Washington, DC: US Department of Health and Human Services. Retrieved on July, 9, 2010.*
- Slep, A. M. S., Heyman, R. E., & Foran, H. M. (2015). Child maltreatment in DSM-5 and ICD-11. *Family Process, 54*(1), 17-32. doi: 10.1111/famp.12131

- Smith, M. (2006). What do university students who will work professionally with children know about maltreatment and mandated reporting? *Children and Youth Services Review*, 28(8), 906-926.
- Straus, M. A., & Kantor, G. K. (2005). Definition and measurement of neglectful behavior: Some principles and guidelines. *Child Abuse & Neglect*, 29(1), 19-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.08.005>
- Tanner, K., & Turney, D. (2003). What do we know about child neglect? A critical review of the literature and its application to social work practice. *Child & Family Social Work*, 8(1), 25-34.
- Taylor, J., & Daniel, B. (Eds.). (2005). *Child neglect practice issues for health and social care*. London, England: Jessica Kingsley Publishers.
- Taylor, J., & Bradbury-Jones, C. (2015). Child maltreatment: Every nurse's business. *Nursing Standard*, 29(29), 53-58. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/ns.29.29.53.e9636>
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (Ed.). (2013). *Child maltreatment 2012*. Washington, DC.
- Waibel-Duncan, M. (2006). Prospective nurses' appraisals of screening for child neglect in primary care settings. *Pediatric Nursing*, 32(1), 13-17.
- World Health Organization (2015). Child maltreatment. Washington, DC: Children's Bureau. (Accessed 18.11.2017). Available at: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>
<https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm2015.pdf>
- World Health Organization (2016). Child maltreatment. (Accessed 18.11.2017). Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/> / http://www.who.int/topics/child_abuse/en/
- Zellman, G. L. (1990). Child abuse reporting and failure to report among mandated reporters: Prevalence, incidence, and reasons. *Journal of Interpersonal Violence*, 5(1), 3-22.
- Zellman, G. L. (1992). The impact of case characteristics on child abuse reporting decisions. *Child Abuse & Neglect*, 16(1), 57-74.
- Zhao, X., Lynch, J. G., Jr., & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of Consumer Research*, 37(2), 197-206.

נספחים

אח/ות יקרה,

אני פונה אליך במסגרת מחקר העוסק בנושא התעללות והזנחה של ילדים שאני עורכת כחלק מלימודי הדוקטורט באוניברסיטת בן-גוריון בנגב, במחלקה לעבודה סוציאלית, בהנחיית פרופ' ורד סלונים-נבו. מטרת המחקר היא להרחיב את הידע הקיים בנושא התעללות והזנחה של ילדים. ידע רב יותר בנושא עשוי לשפוך אור ולסייע לאבחון ולטיפול נכון יותר. במילוי השאלון תעזור/י לנו להרחיב את הידע הקיים בנושא.

יש חשיבות רבה להקפיד על מילוי ההוראות ומענה על כל השאלות. חשוב לציין כי אין תשובות נכונות ולא נכונות. אח/יות מטפלות בילדים בדרכים שונות, ולכן חשוב לנו לדעת מה את/ה חושב/ת וכיצד את/ה פועל/ת. בבקשה ענו על כל שאלה בהתאם להתנהגותך ובחרו את התשובה הקרובה ביותר לדרך בה את/ה פועל/ת. ברצוננו לציין כי היענותך חשובה מאוד ותהווה תרומה חיונית להצלחת המחקר. עם זאת, מודגש כי ההשבה על השאלון היא בהתנדבות ואינה חובה.

תודה רבה

נורית זוסמן

טלפון: 050-4057175

מייל: nuritzsm@gmail.com

נספח 2: שאלון הנטייה לדיווח על התעללות והזנחה

6. כיצד תפעלי? (בחירה של אופציה אחת בלבד)

- אדווח לרווחה או למשטרה
- אדווח לממונה עלי
- אעביר את ההחלטה לדיווח לאיש מקצוע אחר (עובדת סוציאלית, רופא, אחר)
- אמתין לראיות נוספות להתעללות ו/או הזנחה
- אשוחח עם האם או עם בן משפחה אחר
- לא אדווח ולא אנקוט בשום פעולה

7. אם החלטת לא לדווח ולא לנקוט בשום פעולה, מה הסיבה שבגינה החלטת לא לדווח?

מסכימ/ה בהחלט (7)	מסכימ ה/ (6)	די מסכימ/ה (5)	נייטרלי (4)	די לא מסכימ/ ה (3)	לא מסכימ/ה (2)	לא מסכימ/ה כלל (1)		
7	6	5	4	3	2	1	א	חוששת מדיווח על מקרה שיסתבר שאינו התעללות ו/או הזנחה
7	6	5	4	3	2	1	ב	לא רוצה להיראות טיפשית בעיני אחרים
7	6	5	4	3	2	1	ג	מדובר באירוע לא נעים שאצטרך לקחת בו חלק
7	6	5	4	3	2	1	ד	לא מעוניינת לקחת חלק בהליכים משפטיים
7	6	5	4	3	2	1	ה	דיווח על התעללות ו/או הזנחה רק גורם לבעיות למשפחה ולילד
7	6	5	4	3	2	1	ו	חושבת שזה לא מתפקידי
7	6	5	4	3	2	1	ז	חוששת שיש פרשנות אחרת להתנהגות שהיא חלק מסגנונות תרבותיים שונים

נספח 3: שאלון עמדות על דיווח

במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה בינונית	במידה קטנה	כלל	
5	4	3	2	1	בתקופה האחרונה יש היסטריה מוגזמת באשר לפגיעה בילדים
5	4	3	2	1	חשוב לשמור בצורה קפדנית על זכויות ההורים, גם כשיש חשש לפגיעה בילד
5	4	3	2	1	טובת הילד צריכה להיות השיקול החשוב ביותר של האחות
5	4	3	2	1	דיווח פוגע קשה בסודיות המקצועית שאנו מחויבים לה
5	4	3	2	1	האיתור של ילדים נפגעי התעללות והזנחה והדיווח עליהם הוא באחריותם של אנשי מקצוע המתמחים בנושא זה (עובדים-סוציאליים, חוקרי ילדים ורופאים)
5	4	3	2	1	צריך לדווח רק אם ישנם סימנים חד משמעיים לפגיעה בילד
5	4	3	2	1	צריך לדווח גם אם החשד לא מבוסס דיו, כדי להבטיח המשך בירור
5	4	3	2	1	צריך לדווח רק אם ההורים לא משתפים פעולה עם המטפל
5	4	3	2	1	צריך לדווח רק אם ישנו דפוס מתמשך של פגיעה בילדים
5	4	3	2	1	בהחלטה על דיווח יש למצוא איזון בין הצורך להגן על הילד לבין צרכיו האחרים

נספח 4 : שאלון מאפייני רקע אישיים ומקצועיים

פרטים סוציו דמוגרפיים

60. גיל: _____

61. גבר / אישה

62. מצבך משפחתי: א. רווק/ה. ב. נשוא/ה. ג. גרוש/ה. ד. אלמנ/ה.

63. דרג/י את מידת הדתיות שלך: א. חרדית. ב. דתיה. ג. מסורתית. ד. חילונית

פרטי רקע מקצועיים:

64. מהי השכלתך?

א. אחות מוסמכת

ב. אחות מוסמכת בעלת תואר אקדמאי ראשון

ג. אחות מוסמכת בעלת תואר אקדמאי שני

65. וותק מקצועי כאחות

א. עד שנתיים

ב. בין שנתיים לחמש שנים

ג. 5-10 שנים

ד. מעל 10 שנים

66. וותק מקצועי כאחות טיפת חלב

א. עד שנתיים

ב. בין שנתיים לחמש שנים

ג. 5-10 שנים

ד. מעל 10 שנים

67. מהו מספר המקרים בהם פגשת מקרים של חשד התעללות והזנחה של ילד?

א. פעם אחת

ב. יותר מפעם אחת

68. האם דיווחת מעולם על מקרה של חשד להתעללות ו/או הזנחה? כן / לא

69. האם קיבלת הכשרה או קורס בנושא הזנחה ו/או אלימות במשפחה? כן / לא

70. האם הינך בתפקיד ניהולי? כן / לא

נספח 5: היחסים בצוות

מסכימ/ה בהחלט	מסכימ/ה	לא מסכימ/ה	כלל לא מסכימ/ה	
4	3	2	1	אחיות בתחנה מפגינות כבוד רב אחת לרעותה
4	3	2	1	אחיות עלולות להיות מרשעות זו לזו
4	3	2	1	אחיות תמיד נכונות לעזור זו לזו במהלך העבודה
4	3	2	1	קיים הרבה חוסר שקט מתחת לפני השטח
4	3	2	1	צוות האחיות בתחנה עובד היטב יחד
4	3	2	1	אני חש/ה שהאחיות בתחנה לא מתקשרות זו עם זו כפי שהיו צריכות
4	3	2	1	מידע חשוב מועבר תמיד הלאה
4	3	2	1	אנו חולקות/ים רעיונות דומים לגבי סדרי עדיפויות בתחנה
4	3	2	1	אחיות תומכות באופן פעיל זו בזו כשהן מנסות רעיונות חדשים
4	3	2	1	מטפלים ממקצועות בריאות אחרים אינם משתפים פעולה עם שיטות העבודה של האחיות
4	3	2	1	מחלוקות עם מטפלים ממקצועות בריאות אחרים נותרות לא פתורות
4	3	2	1	מטפלים ממקצועות בריאות אחרים לא יהיו מוכנים לדון עם האחיות על שגרות עבודה חדשות שלהם
4	3	2	1	יש הבנה טובה בנינו לבין מטפלים ממקצועות אחרים באשר לתחומי האחריות שלנו
4	3	2	1	מטפלים ממקצועות בריאות אחרים מתעלמים מנוחות צוות האחיות כאשר הם מתכננים את עבודתם
4	3	2	1	טיפול הניתן על ידי מטפלים ממקצועות בריאות אחרים נותן לי סיבה לדאגה
4	3	2	1	מטפלים ממקצועות בריאות אחרים חושבים שהם ברמה גבוהה יותר מהאחיות

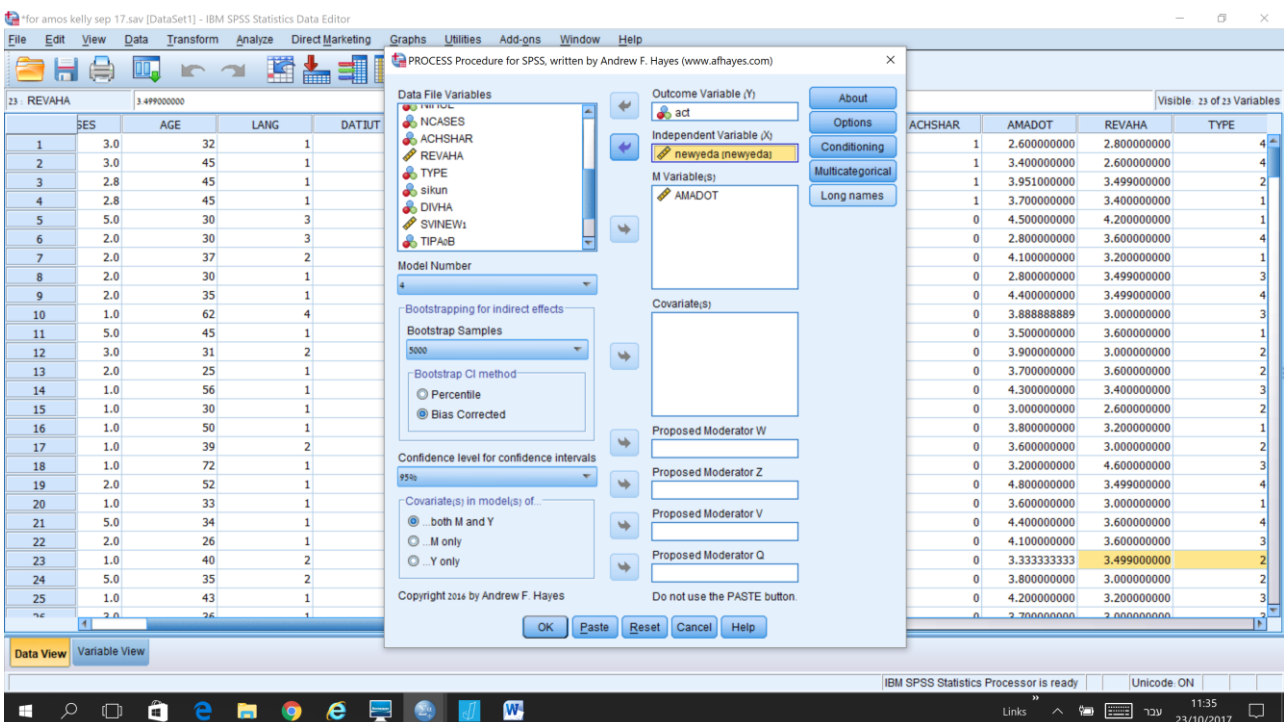
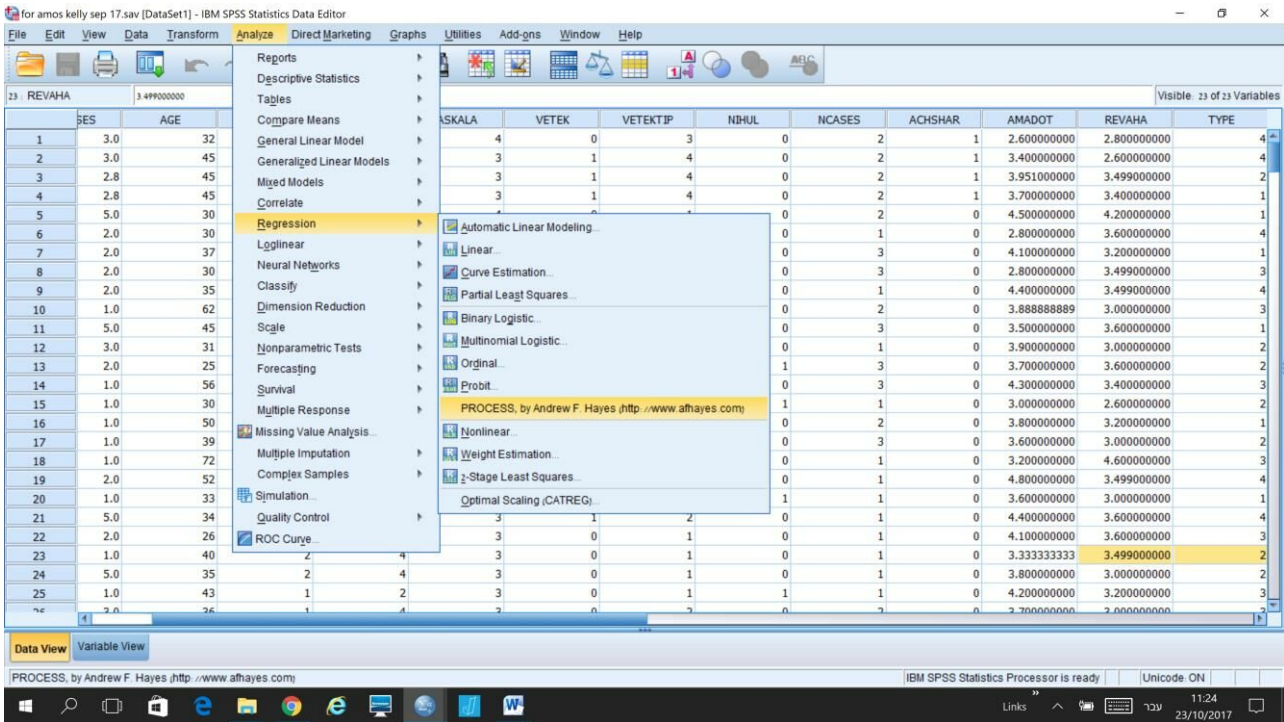
נספח 6: היחסים עם הרווחה

מסכימ/ה מאוד	די מסכימ/ה	נייטרלי	די לא מסכימ/ה	כלל לא מסכימ/ה	
5	4	3	2	1	אנשי המקצוע ברווחה העוסקים בתחום התעללות והזנחה של ילדים מתורגלים ומיומנים מאוד
5	4	3	2	1	שירותי הרווחה מעדכנים אותי על התקדמות ובמיקום החקירה לגבי דיווחים שביצעתי
5	4	3	2	1	דיווח על התעללות והזנחה מיטיב עם מצבם של הילדים הנפגעים
5	4	3	2	1	דיווח על התעללות והזנחה מיטיב עם מצבם של המשפחות של הילדים הנפגעים
5	4	3	2	1	ניסיון העבר שלי גורם לי לרצות לדווח יותר בעתיד לרווחה על התעללות והזנחה
5	4	3	2	1	דיווח לגורם פנימי בארגון בו אני עובדת, ולא לרווחה או למשטרה יעלה את מספר הדיווחים שלי

נספח 7: שאלון ידע

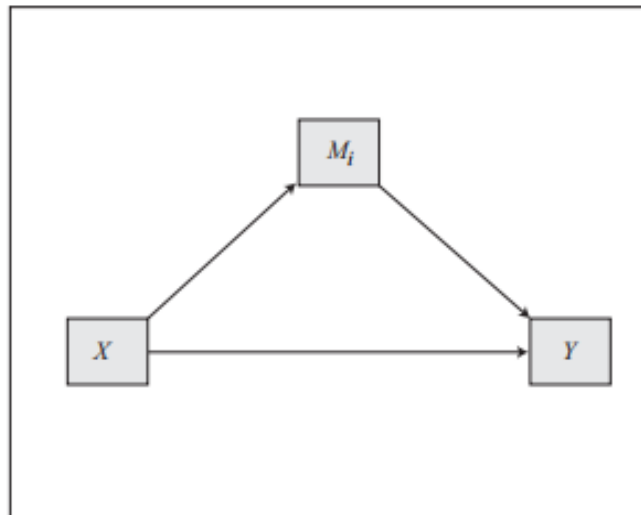
מסכימ/ה מאוד	די מסכימ/ה	נייטרלי	די לא מסכימ/ה	כלל לא מסכימ/ה	
5	4	3	2	1	ברוב המקרים של התעללות והזנחה של ילדים יש מרכיב של פגיעה פיזית
5	4	3	2	1	ילדים שעברו התעללות או הזנחה לרוב ישתפו מישהו בסמיכות למועד ההתעללות או ההזנחה
5	4	3	2	1	ברוב המקרים, ילדים עברו התעללות מינית על-ידי זרים
5	4	3	2	1	אנשי מקצוע שדיווחו על מקרה של חשד להתעללות או הזנחה של ילד יכולים להיתבע אם המקרה לא עמד במבחן בית המשפט
5	4	3	2	1	רוב המבוגרים המתעללים בילדים עברו בעצמם התעללות כילדים
5	4	3	2	1	במקרים של הזנחה של ילד, לאיש המקצוע צריכות להיות ראיות פיזיות לפני שהוא מדווח על המקרה לשירותי הרווחה
5	4	3	2	1	שירותי הרווחה בודקים רק דיווחים של אנשי מקצוע על התעללות והזנחה
5	4	3	2	1	הרבה ילדים ומתבגרים הבורחים מהבית חוו התעללות (פיזית, מינית או רגשית) או הזנחה לפני שברחו
5	4	3	2	1	ילדים שעברו הזנחה צריכים לעבור בדיקה פיזיולוגית על ידי רופא
5	4	3	2	1	לילד שעבר התעללות או הזנחה יהיו סימנים פיזיים
5	4	3	2	1	ניתן לזהות את אלה המתעללים בילדים לפי התנהגותם

נספח 8: צילומי מסך: שימוש במקרו (MACRO) של הייז (Hayes, 2013) ב-SPSS

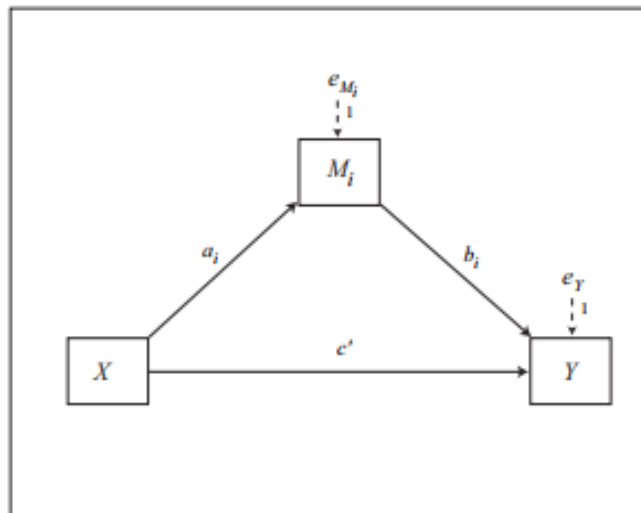


Model 4

Conceptual Diagram



Statistical Diagram

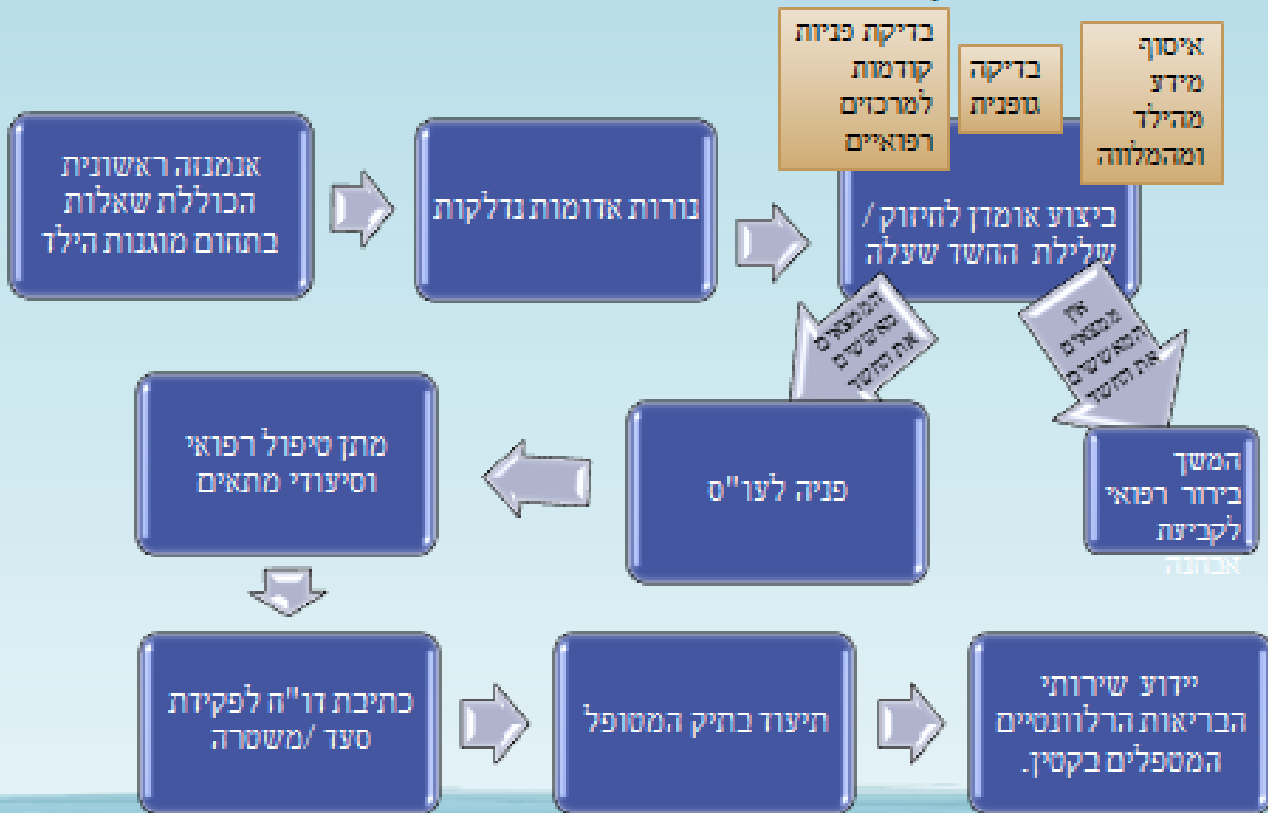


Indirect effect of X on Y through $M_i = a_i b_i$

Direct effect of X on $Y = c'$

*Model 4 allows up to 10 mediators operating in parallel

התהליך הסיעודי הנדרש לפי חוזר מנכ"ל



מדינת ישראל, משרד הבריאות 

חוזר המנהל הכללי

מס' 25/03 תאריך כ"ד חשוון, תשס"ד (19.11.03)

נושא: איתור זיהוי וטיפול בקטינים נפגעי התעללות והזנחה

1. כללי:

חוזר זה בא להסדיר את זרכי הטיפול של שירותי הבריאות באשפוז ובקהילה, בכל מקרה בו מתעורר חשד לפגיעה ולהתעללות בקטינה ע"י האחראי עליו.

לאלימות כלפי קטינים תוצאות בריאותיות גופניות ונפשיות עד נכות ומות. על המטפלים במערכת הבריאות לגלות ערנות לסימנים הקלוניים וההתנהגותיים ולנקוט באמצעי הטיפול וההגנה הנדרשים במקרים אלה.

2. מטרות

- 2.1 הגדרת דרכי האיתור והזיהוי של קטינים נפגעי התעללות והזנחה.
- 2.2 קביעת תהליך הברור והטיפול עם התעוררות החשד לפגיעהבקטיין.
- 2.3 קביעת דרכי דווח והעברת מידע לפקיד הסעד ו/או למשטרה כנדרש בחוק ובנוהל.
- 2.4 קביעת דרכי הרישום ותיעוד הראיות לצורך מיצוי ההליך המשפטי.

2/..

- 2.5 קביעת דרכי המעקב אחר קטינים שהופנו להמשך טיפול.
2.6 הגדרת חובת הכשרה שוטפת בנושא למטפלים בילדים במקצועות הרפואה, הסיעוד ומקצועות הבריאות.

3. הגדרות

קטין - אדם שטרם מלאו לו 18 שנה.

אחראי על הקטין:

- א. בן משפחה - לרבות מי שהיה בן משפחה והוא אחד מאלה: בן זוג, הורה, או בן זוג של הורה, סב או סבתא, צאצא או צאצא של בן הזוג, אח או אחות, ניס או ניסה, דוד או דודה, אחיין או אחיינית.
ב. מי שהקטין מתגורר עמו או נמצא עמו דרך קבע, מי שאחראי לצורכי מחייתו, בריאותו, חינוכו או שלומו של הקטין.

מטפל - כמוגדר בחוק זכויות החולה התשנ"ו 1996.

פקיד סעד לחוק הנוער - עובד סוציאלי שנתמנה ע"י שר העבודה והרווחה ופועל מטעם אגף הרווחה ברשות המקומית, בעל סמכויות ואחריות מתוקף חוק לפעול להגנה, טיפול ושיקום של קטינים או חסרי ישע הנמצאים בסיכון.

חוקר ילדים - עובד משרד הרווחה, בעל מינוי מטעם שר המשפטים לחקירת ילדים מתחת לגיל 14 בעבירות של אלימות בידי אחראי, הזנחה או פגיעות מיניות (כקורבנות, חשודים או עדים), בעל סמכויות להגן על הילד בהליך המשטרתי והמשפטי, כולל אישור או מניעת בדיקות רפואיות ופסיכולוגיות לצורך ההליך המשפטי.

"התעללות" - פגיעה פיזית, מינית או נפשית, אם במעשה, אם במחדל, ואם בהזנחה מתמשכת.

"הזנחה" - מחדל או פעולה מתמשכת של מניעה מהילד את צרכיו כגון: מזון, לבוש, צרכי לינה, וצרכי חיים חיוניים אחרים (טיפול רפואי, טיפול מונע, חינוך, או גירויים סביבתיים), במידה הדרושה לשמירת שלומו ובריאותו.

חבלה של ממש - פגיעה המותירה סימן כגון: שטף דם, שבר, שריטה, כוויה וכד'.
3/..

חבלה חמורה - פגיעה קשה המצריכה טיפול או שיקום ממושך או פגיעה העלולה לגרום נכות.

ועדת אלימות - ועדה קבועה לנושא אלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע.

4. דרכי איתור נזיהוי

4.1 בכל מפגש עם קטיין בחדר מיון, במרפאה, בתחנה או בבית המטופל, וכמיוחד באירועים של טראומה, יגלה המטפל ערנות מרבית לסימנים מעוררי חשד לקיומה של "התעללות" או "הזנחה" כמפורט בנספח מס' 1 המצורף לנהל זה.

4.2 יש לכלול את האפשרות לקיומה של התעללות או הזנחה ע"י "האחראי על הקטיין" כחלק בלתי נפרד מתהליך הבירור - כולל האנמנזה הרפואית והסיעודית, הבדיקה והאבחנה המבדלת.

4.3 בבתי החולים - על האחראי על קבלת חולים לערוך את הסידורים הנדרשים לקבלת מידע על אשפוזים קודמים ופניות קודמות למחלקה לרפואה דחופה (מלר"ד) בביה"ח וסיבתן, כחלק מהליכי הקבלה השגרתיים של קטינים.

4.4 בשירותי הבריאות בקהילה - על האחראי על היחידה לערוך את הסידורים הנדרשים לקבלת מידע על אשפוזים, טיפולים רפואיים, ביקורים אצל מומחים ושכיחות ביקורים במרפאה כחלק מהליכי הקבלה והטיפול השגרתיים.

5. דרכי פעולה עם התעוררות חשד לפגיעה בקטיין

עם התעוררות חשד ראשוני שהקטיין נפגע מהתעללות או הזנחה, יש לנקוט בפעולות הבאות:

5.1 עריכת אומדן ראשוני של הפגיעה ונכילל זה:

- א. איסוף מידע מהילד והמלווה על נסיבות הפגיעה. (בתשאול הילד יש להיזהר משאלות מדריכות כדי לא "לזהם" את עדותו כאמור בסעי' 6.4ג)
- ב. בדיקת סיבת פניות קודמות לקבלת טיפול רפואי כגון: אשפוזים קודמים, פניות קודמות למחלקה לרפואה דחופה /אירועים רלבנטיים רפואיים ואחרים מתוך הרשומה הרפואית.

4/..

- ג. במקרה של חבלה גופנית בילד צעיר:
- יש לבצע בדיקה גופנית מקיפה ללא בגדים, רצוי ע"י רופא ילדים, לאיתור/ שלילת הימצאותן של חבלות נוספות ו/או קודמות.
 - יש לשקול ביצוע צילומי רנטגן לצורך סקירת שלד מלאה.
- בדיקות אלה חשובות במיוחד לילדים עד גיל שנתיים - שלוש.
- ד. בחבלות ראש יש לבצע בדיקת קרקעית עיניים לאיתור דימומים כדי לזהות תסמונת טלטול תינוקות (shaken baby syndrom).

5.2 יש לשים לב במיוחד לסימנים הבאים העשויים להעיד על חבלה מכוונת:

- א. איחור בפניה לקבלת טיפול לאחר חבלה;
- ב. פגיעה גופנית שאינה מוסברת;
- ג. אי התאמה בין ההסבר לבין הממצא הגופני, לרבות ביחס לגילו ויכולותיו המוטוריות של הקטין;
- ד. שינוי גרסאות או שוני בגרסאות בין המלווים ו/או הילד לגבי סיבת הפגיעה;
- ה. אי התאמה בין ההסבר לבין הממצא הגופני על רקע הביומכניקה של הפגיעה;
- ו. חבלות חוזרות באותו אזור, או באזורים שונים;
- ז. ריבוי סימנים לפגיעות שנגרמו בזמנים שונים;
- ח. שחרור קטין מביה"ח ע"י הורה/אפוטרופוס בניגוד להוראת הרופא;
- ט. עזיבה בלתי מתואמת של קטין נפגע חבלה את בית החולים, או בדרך לאשפוז או בזמן החשהיה והבדיקות בחדר המיון או במלר"מ וכדומה.

5.3 יש לראות בכל מקרה חשד להתעללות - מצב הדורש פעולה מיידית כמפורט להלן, גם כאשר אין המדובר בחבלה של ממש:

5.3.1 . בבית החולים-

- א. יש לקרוא לעובדת הסוציאלית/הכוננת של ביה"ח (חוזר מנכ"ל מס' 20/90 מיום 28.8.90).
- ב. יש לאסוף מידע על פניות לקבלת טיפול בבתי חולים נוספים באזור (חוזר מנכ"ל מס' 20/03 מיום 23.9.03)
- ג. יש להשהות, במידת הצורך, את הקטין בביה"ח עד לסיום הברור, כנדרש בנוהל טיפול בנפגעי אלימות (חוזר מנכ"ל מס' 20/90 מיום 28.8.90).

5/..

- 5.3.2 בשירותי בריאות בקהילה ובטיפות חלב - יש לערב עובדת סוציאלית הממונה לנושא או מרכזת הועדה הקבועה לנושא אלימות הכל על פי הנהלים הנהוגים בארגון.
- 5.3.3 בדיקה גופנית מקפת של הנפגע להערכת חומרת הפגיעה ובירור אפשרות של חבלות נוספות.
- 5.3.4 מתן טיפול רפואי ו/או סעודי נדרש.
- 5.3.5 דווח והתייעצות עם פקיד סעד ו/או משטרה כנדרש על פי התיקון לחוק העונשין סעי' 368 ד (חובת דווח על קטינים וחסרי ישע) - התשי"נ, 1989. (כמפורט בסעיף 6 להלן).
- 5.3.6 תיעוד בתיק המטופל (ראה סעיף 8 להלן).
- 5.4 בכל שלבי הזיהוי והטיפול יש לשמור על העקרונות הבאים:
- א. יש לערוך את הברור באווירה שקטה ואוהדת, תוך שמירה על פרטיות מרבית מבלי לשפוט את תאירוע או הנוגעים בדבר;
- ב. הברור יעשה תוך הקשבה למסרים המילוליים והבלתי מילוליים שהמטופל/המלווה מבטאים;
- ג. אין לחקור את הקטין הנפגע או המלווה מעבר לנדרש לצורך הגשת הטיפול הרפואי/ סעודי ולצורך ביסוס או שלילת חשד סביר ל"התעללות", המחייב דווח על פי החוק.
- ד. יש לשוחח עם הקטין הנפגע ביחידות וזאת רק כמידת האפשר, באם אין התנגדות שלו או של המלווה ואם אין בהפרדה זו כדי לגרום נזק לקטין.
- ה. עקרונות השיחה עם הקטין מפורטים בנספח מס' 1 לנוהל זה.
- 5.5 הפניית הקטין להמשך בירור:
- 5.5.1 בתי החולים - הפנית הקטין לאשפוז/השהיה/בדיקות נוספות תעשה בליווי איש צוות על מנת להבטיח כי הגיע למחלקה.

- 5.5.2 בשירותי הבריאות בקהילה ובטיפות חלב - הפניה קטין נפגע לטיפול ו/או המשך ברור במחלקה לרפואה דחופה תעשה במצבים הבאים:
- א. מצבים המחייבים קבלת טיפול רפואי דחוף שלא ניתן לתתו במרפאה ("חבלה חמורה", "חבלה של ממש"). ההפניה תעשה בצרוף הודעה בדבר חשד לאלימות במשפחה, בע"פ ובכתב;
 - ב. נדרשת בדיקה רפואית מקיפה יותר, כגון: צילום רנטגן (מומלץ להפנות למחלקה לרפואה דחופה בבית חולים);
 - ג. צורך בהשהיית הקטין לברור או להסתכלות;
 - ד. צורך בהשהיית הקטין במסגרת מוגנת עד לארגון התנאים הנדרשים להגנתו;
 - ה. במצבים אחרים, על פי שיקול דעת.

על הגורם האחראי במרפאה/תחנה, או הממונה מטעמו, ליידע את הרופא הבכיר במחלקה לרפואה דחופה על הפנית הקטין ולוודא כי הגיע וטופל כנדרש.

במידה והקטין נשלח לבדיקות נוספות במסגרת שירותי הבריאות בקהילה, על המטפל לוודא כי הבדיקות בוצעו, לעקוב אחר קבלת התוצאות, פענחן ולהמשיך את הטיפול בקטין בהתאם להן.

6. דרכי הדיווח לפקיד הסעד או למשטרה

6.1 אחריות הדיווח

6.1.1 חוק העונשין מחייב דיווח, בהקדם האפשרי, לפקיד הסעד או למשטרה בכל מקרה בו יש למטפל יסוד סביר לחשוב כי נעברה עבירה מסוגים מסוימים (עבירות מין, פגיעה פיזית ונפשית, הזנחה וכד') בקטין או בחסר ישע, ע"י האחראי עליו.

6.1.2 חובת הדיווח חלה ישירות ובאופן אישי על המטפל המזהה את החשד. אי דיווח מהווה עבירה על החוק שדינה מאסר עד שישה חדשים.

6.1.3 חובת הדיווח כנדרש בחוק, חלה על המטפל בקהילה גם אם הקטין הופנה למחלקה לרפואה דחופה.

7/..

6.1.4 אין המטפל נדרש לבסס את החשד לעומקו. האחריות לביסוס החשד וחקירת הנפגע או הנחשד כפוגע הנם באחריות המשטרה ו/או פקיד הסעד ו/או בידי חוקר הילדים לגבי ילדים עד גיל 14.

6.1.5 החובה לדווח על פגיעה בקטין או בחסר ישע ע"י הי"א תראי עליו, על פי הוראות חוק העונשין, גוברת על חובת הסודיות הרפואית, וזאת בהתאם לסעיף 20(א)2 לחוק זכויות החולה.

6.1.6 במצבי עמימות או ספק לגבי עצם הפגיעה או אופן הדיווח יש להיוועץ בחברי הוועדה הקבועה לנושא האלימות במוסד הרפואי אשר ינחו ויסייעו בתהליך הברור, קביעת תוכנית הטיפול והמעקב. ניתן גם להוועץ ישירות בפקיד הסעד ללא מסירת פרטים מזהים על הנפגע, בשלב ראשון.

6.2 תליך הדיווח:

6.2.1 מטפל שזיהה כי לגבי קטין או חסר ישע קיים חשש כאמור בסעיף 6.1 לעיל, יעביר, לפי עניין, הודעה לפקיד הסעד לחוק נוער ו/או למשטרה, ויתאם עימם את המשך הטיפול. את ההודעה יש להעביר בהקדם האפשרי, תוך הבטחת שלומו של הנפגע.

6.2.2 ניתן לדווח במקביל גם למשטרה וגם ולפקיד הסעד.

6.2.3 כאשר מדובר בקטין המוכר כמפגר, יש לדווח לפקיד הסעד לחוק הסעד (טיפול במפגרים) - 1969.

6.2.4 כאשר מדובר בקטין עד גיל 14, תזמן המשטרה, לאחר הוועצות עם פקיד הסעד, חוקר ילדים לביצוע החקירה.

6.2.5 את שיקול הדעת למי מהגורמים המוסמכים לדווח על המקרה - יש להפעיל בזהירות, תוך התחשבות בגורמים שונים, שהחשובים מביניהם הם: טובת הקטין ורמת הסיכון לקטין מה"חשוד" בביצוע העבירה, דהיינו, האם המקרה מחייב, מבחינת חומרתו ואופיו, התערבות משטרתית מיוחדת ללא דיחוי, או לא.

8/..

- 6.2.6 מומלץ לדווח למשטרה כאשר הקטין נמצא בסיכון מיידית, או שיש צורך בהתערבות חקירתית מיידית. דוגמאות למקרים כאלה:
- במצבים של חבלה חמורה;
 - במקרים של התנהגות אלימה של הורה/אפוסטרופוס במוסד הרפואי;
 - חשש ממשי לאיום על חסר הישע / הקטין או על מי מבני המשפחה;
 - חשש שהורים/ האחראי על הקטין לא ישתפו פעולה בפעולות הנדרשות לטיפול והגנה מיידית עליו;
 - תייר או אדם העומד לעזוב את הארץ, בין אם מדובר בפוגע או בקטין הנפגע;
 - ישנו חשש להידרדרות מצבו הרפואי של הקטין באופן שימנע את יכולתו למסור עדות;
 - אי זמינות פקיד הסעד, בזמן סביר לפי נסיבות המקרה.

- 6.2.7 בין אם הדיווח הנו לפקיד הסעד או ישירות למשטרה מסלולי הטיפול דומים:
- אם המקרה מדווח ישירות למשטרה - החוק מחייב את המשטרה להודיע על הדיווח לפקיד הסעד ולקבל ממנו הוראות, למעט במקרה שאינו סובל דיחוי.
- אם המקרה מדווח לפקיד הסעד - הוא חייב, על פי החוק, להעביר את הדיווח על המקרה למשטרה, אלא אם קיבל אישור מ"ועדת פטורי" מיוחדת לעניין זה שרשאית לאשר לו להימנע, זמנית או סופית, מלדווח על המקרה למשטרה ופתיחת ההליך הפלילי.

6.3 אופן ההודעה

- 6.3.1 הודעה לפקיד הסעד ו/או למשטרה תימסר טלפונית, ותאושר מיד בכתב. אם לא ניתן למסור הודעה בטלפון, תישלח ההודעה מיידית בדרך המתאימה לפי הנסיבות. טופס הודעה לפקיד הסעד/ למשטרה על חשד לאלימות במשפחה, מצורף להלן בנספח מסי 3.
- 6.3.2 העתק טופס זה יתועד בתיק המטופל.
- 6.3.3 על הגורם המדווח לוודא כי פנייתו לפקיד הסעד או למשטרה התקבלה והיא מטופלת.

9/..

6.3.4 האחריות המלאה להמשך הטיפול בנפגע לאחר הדיווח מוטלת על פי החוק על פקיד הסעד והמשטרה.

6.3.5 ניתן לפנות לפקיד הסעד המחוזי או לקצין אחראי במשטרה, בכל מקרה בו מתעורר ספק לגבי אופן הטיפול במקרה לאחר הדיווח.

6.4 מסירת מידע על פי דרישת פקיד הסעד/חוקר ילדים/ משטרה

6.4.1 מסמכותם החוקית של הגורמים הנ"ל לקבל כל מידע הדרוש לצורך החקירה וההגנה על הקטין או חסר הישע, לרבות מידע רפואי. אין במסירת מידע על פי הכללים דלהלן משום הפרת חוק זכויות החולה, ופגיעה זו בסודיות הרפואית מותרת מכוח החוק.

- 6.4.2 כאשר מתקבלת פניה יזומה על ידי גורם מהמנויים לעיל לקבלת מידע או חוות דעת רפואית, יש לשתף פעולה תוך שמירה על הכללים הבאים: העברת המידע צריכה להיעשות על סמך פניה בכתב תוך ציון
- א. פרטי המידע הנדרשים לצורך החקירה ופרטי המבקש.
 - ב. אין להעביר את התיק הרפואי המקורי, ואין להעבירו בשלמותו, אלא רק צילום של החלקים הרלוונטיים או שהתבקשו, כמקובל.
 - ג. יש להבטיח העברה נאותה של המסמכים תוך שמירה מרבית על חיסיון המידע (מסירה ביד או דואר רשום והכל כמקובל בד"כ לגבי רשומות רפואיות).
 - ד. יש לתעד את הפניה ואת העברת המידע - בתיק המטופל.

7. שחרור ומעקב

7.1 בכל מקרה בו נמסר דווח לפקיד הסעד או למשטרה יש לפעול על פי הנחיותיהם ביחס להמשך הטיפול בקטין.

7.2 על הגורם המאתר לידע, ככל הניתן, את שירותי הבריאות הרלבנטיים המטפלים בקטין (כגון: רופא משפחה/ילדים, אחות טיפת חלב, רופא מומחה). ההודעה על האירוע תימסר בע"פ או על גבי הטופס המצויב ותתועד ברשומה (נספח 2).

10/..

7.2.1 כאשר האיתור נעשה בבית החולים - יש ליידע את העובדת הסוציאלית הממונה לנושא בקופת החולים המבטחת.

7.2.2 כאשר האיתור נעשה במרכז לרפואה דחופה בקהילה (מר"מ, מלר"ם) - יש להיוועץ מיידית על אופן הטיפול והשחרור של הקטין הנפגע עם העובדת הסוציאלית הממונה לנושא בקופת החולים המבטחת.

7.2.3 כאשר האיתור נעשה במסגרת טיפת חלב יש ליידע את העובדת הסוציאלית הממונה לנושא בקופת החולים המבטחת.

7.3 על העובדת הסוציאלית הממונה לנושא בקופת החולים המבטחת, להעביר את המידע לידיעת גורמי הבריאות הרלבנטיים המטפלים בקטין במסגרת קופת החולים ושירותי בריאות הצבור (טיפות חלב).

8. תיעוד

תיעוד מדויק ומפורט ברשומה הרפואית חיוני להמשך הטיפול בקטיף הנפגעת ולמיצוי הדין עם הפוגע.

8.1 במקרה של חשד להתעללות גופנית יש לתאר באופן מפורט ברשומה הרפואית את מיקום הפגיעה, הגודל, הצורה והצבע. במידת האפשר יש לצלם את הפגיעה לפני הטיפול הרפואי.

8.2 בכל מקרה של התעוררות חשד יש למלא טופס "הודעה על חשד לפגיעה בקטין" (נספח 3), ולצרפו לתיק המטופל. העתקו יועבר למרכזת ועדת האלימות במחוז/ביה"ח.

9. הכשרה

טיפול בקטינים (ילדים ונוער) החשובים להתעללות והזנחה הנו תחום הדורש הכשרה שוטפת ועדכון ידע ומיומנויות.

9.1 על מנהל הארגון/מחוז אחראי לקבוע תוכנית הכשרה תקופתית בנושא לצוותים המטפלים בקטינים.

9.2 על האחראי על המחלקה לרפואה דחופה, באשפוז ובקהילה לוודא כי כל צוות המלק"ד, לרבות חברי צוות חדשים, עברו הכשרה מתאימה ומכירים את נוהלי הטיפול בקטינים נפגעי אלימות במשפחה. מומלץ לערוך ניתוח אירועים והפקת לקחים כחלק מהפעילות המחלקתית השוטפת.

10. אסמכתאות:


- תקנות בריאות העם (הודעה על חשש אלימות), התשל"ו - 1976.
- פרק י סימן ו1 לחוק העונשין תשל"ז-1977.
- חוק הנוער (טיפול והשגחה), תש"ך-1960.
- חוק הסעד (טיפול במפגרים) תשכ"ט-1969.
- חוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996.
- חוק לתיקון דיני הראיות (הגנת ילדים) תשס"ו-1955.
- חוזר המנהל הכללי מסי 20/90 מיום 28.8.90, בנושא: טיפול בנפגעי אלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע.
- חוזר שירותי אשפוז מיום 17.12.93 בנושא: תשלום עבור שירותים רפואיים לנפגעי עבירות מין או לנפגעי אלימות במשפחה.
- חוזר מנכ"ל מסי 3/94 מיום 21.1.94, בנושא: הודעה על חשד בקטין בחסר ישע או אלימות במשפחה
- חוזר מנהל רפואה מסי 46/47 מיום 11.7.97 בנושא: תעודות רפואיות למשטרה.
- חוזר המנהל הכללי מסי 3/2002 מיום 28.2.02 בנושא: הרחבת סל הבריאות לשנת 2002.

- חוזר מנהל רפואה מסי 0062/2002 מיום 16.12.02 בנושא: קטינים נפגעי התעלות.
- חוזר המנהל הכללי מסי 20/03 מיום 23.9.03 בנושא: העברת מידע בין מוסדות רפואיים לאיתור וזיהוי קטינים וחסרי ישע נפגעי אלימות במשפחה.

הואילו להביא תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

בכבוד רב

ד"ר בעז לב



העתק: חייב דני נוה, שר הבריאות

לאה/17535

**נספח מס' 1
רשימת סימנים מזהים:**

סימני זיהוי התנהגותיים	סימני זיהוי פיזיים
<p align="center"><u>בהתנהגות הילד</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - נראה ממוחל ומאויים בצורה חריגה; - פחד כולט ממגע מיסי; - אינו מגיב לכאב או להנאה; - עצבני באופן חריג; - נראה תמיד לא מאושר; - נראה מודאג או מבולבל; - חסר הבעה, קפוא; - חשש מקשרים עם מבוגרים; - מגלה חשש ביחסיו עם בני משפחה וחשש מיוחד וברור מפני אחד מבני המשפחה; - מגלה צייתנות חריגה וכוללת כלפי אחד מבני משפחתו; - התנהגות "דביקה" וידידותית בצורה מוגזמת; - התנהגות קיצונית: תוקפנות או התכנסות והסתגרות שינוי פתאומי בהתנהגות; - התדרדרות פתאומית בלימודים; - גניבת מזון או בקשת מזון; - העדרויות / שוטטות; - התמכרויות; - התנהגות מינית שאינה מותאמת לגילו; - או ידע רב מדי על מין שאיננו מותאם לגילו; 	<p align="center"><u>התעללות פיזית:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - מגיעות על המנים (פנסים סביב העיניים, לסת שבורה, אף שבור, שפה פצועה או נפוחה); - חבורות או חתכים באזור הצוואר כאשר ההסבר הניתן אינו תואם את סימני הפגיעה; - חבלות באיזורים פנימיים של הזרועות והגפיים התחתונות; - חבורות המופיעות בקבוצות, בשלבים שונים של ריפוי; - חבורות בצורת של חפץ כגון כף יד, לפיתה, אכזס חלורת, חוטי חשמל וכו'; - שריטות בלתי מוטברות או סימני רצועות; - כוויות (שנגרמו למשל מנוזל חם, סיגריות, מנהץ לוחט); - סימני נשיכות במיוחד אם הן בגודל פיו של מבוגר; - סדקים או שברי עצמות בלתי מוסברים; - צומרוניים שבורות; - סימני קרחת העלולים להעיד על תלישת שער; - כל פגיעה פיזית או אחרת שהילד או הוריו אינם מספקים עליהם הסבר מתקבל על הדעת;
<p align="center"><u>בהתנהגות ההורה</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - חזרה מאוד חשדני או מגיב בתוקפנות בהתנגדות ללקיחת האנמנוה; - חיסר עקביות בהסבר הניתן למגיעה או חוסר התאמה בין גירסאות של ההורה/ים ושל הילד ההורה אינו יוצר עם הילד קשר עין; - ההורה אינו נוטה לתקשר עם הילד בקול או אינו מגיב לקול שלו; - ההורה אינו מגיב כשהילד מגלה סימנים של חיסר נוחות או מציקה; - ההורה פונה לילד בכינויי גנאי, מעליב ומוע; - ההורה מתייחס לילד בחוסר רגישות או בחוסר היענות כולטים: אותה גו באופן לא נעים; - ההורה מאשים את הילד בבעיות משפחתיות שונות; 	<p align="center"><u>התעללות ופגיעה מינית</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - קשיים בהליכת או בישיבה; - בגדים קרועים או מוכתמים בדם; - תלונה על כאב או נירוי בישבן או באברי המין; - זיהומים או שטפידם חוזרים באברי המין; - זיהומים חוזרים נדרכי השתן; - עצירות, נאבי בטן; - ריח בלתי נעים או בלתי רגיל; - מחלת מין / הריון;
<p align="center"><u>מידע נוסף על הילד או המשפחה</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - הילד עד לאלמנות בין הוריו - ההורים כמעט אינם נמצאים עם הילד - תאור דרכי ענישה חריגות - סדרי שינה בבית המשרורים תמיתה 	<p align="center"><u>הזנחה</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - אינו מקבל טיפול רפואי הולם, אחר בפניה; - אינו מגיע למעקבים, או למתן חיסונים; - אינו מקבל עזרים רפואיים הנחוצים לו; - אהומים, מצעים אשר אינם מטופלים; - מצב היגייני ירוד; - תת הזונה; - חולשה פיזית עייפות תמידית; - פיגור התפתחותי; - לבוש בבוזים שאינם תואמים את עונה השנה;

חשוב לזכור:

- ילד שנחשף להתעללות או הזנחה יראה לרוב כמה סימנים לכך ולא רק סימן אחד. חלק מן הסימנים המתוארים נצפים אצל ילדים הסובלים מליקויים אורגניים או בריאותיים שונים. חלק מהסימנים יכולים להיות תוצאה של תאונה או פגיעה מקרית בלחי מכוונת. יש לברר בעדינות עם הילד ועם המלווה אותו מה מקור הפגיעה ולבחון האם ההסבר הניתן מתאים לסימני הפגיעה. בשיחה עם הילד יש לנהוג בזהירות. יש להמנע:
- א. מלהציע תשובות אפשריות לילד;
 - ב. מללחוץ עליו לענות לשאלה שאינו מעונין לענות עליה;
 - ג. מלחזור ולשאול את הילד אותה שאלה שוב ושוב (דבר המתפרש אצל הילד כאילו התשובה שנתן אינה נכונה);
 - ד. מלחקור את הילד על הארוע מעבר לנדרש לביסוס "חשד סביר".

בכל מקרה של התעוררות החשד רצוי וניתן להוועץ בגורמים המוסמכים (פקיד הסעד או עובד סוציאלי של מערכת הבריאות הממונה על הנושא – בקופות החולים, בבתי החולים בלשכות הבריאות המחוזיות) אשר יסייעו וינחו אתכם כיצד לנהוג.

לצורך קיום חובת הדווח די בחשד סביר ואין צורך בידיעה ודאית כי הקטין הוא קורבן להתעללות. אין בדיווח הנעשה על פי דרישת החוק משום הפרה של חוק זכויות החולה לאור קיומה של חובת דיווח הקבועה כדין ובהתאם לסעיף 20(א)2 לחוק זכויות החולה.

כללית - בכל מקרה של התעוררות חשד יש לגלות ערנות גם למצבם של קטינים נוספים במשפחה.

- 3 -

נספח מס' 2 - העברת מידע לקהילה*

סודי רפואי

שם ביה"ח/קופ"ח: _____
שם היחידה: _____
טל: _____
תאריך: _____

לכבוד
ד"ר _____

מרפאה _____

הצידון: הודעה על היפנועות ילד

מדבקת החולה
(מדבקה גדולה עם פרטים)

הנייל הגיעה ל: (מיון ילדים/טראומה/מרפאה מקצועית/מלר"ד קהילה/אחר _____)

בנלל: _____

לידיעתך ולמעקב.

בברכה,

חתימה

4/..

* העתק יישמר במלר"ד לצורך מעקב אחר פניות חוזרות

נספח מס' 3

שם המוסד: _____
(בית"ח / מרפאה/תחנה)
תאריך: _____ שעה: _____
כתובת: _____ טל: _____

טופס דיוח על חשד להתעללות או הזנחה של קטין

שם הילד/ה: _____ מס' ת.ז. _____
תאריך לידה: _____ ארץ לידה: _____
כתובת: _____ מס' טלפון _____
שם האב: _____ שם האם: _____

מצב משפחתי של ההורים:

שנת עליה אם/אב _____ ארץ לידה אם/אב _____

תאריך התגעה לבית החולים /מרפאה / תחנה:

סיבת הפניה:

האם הגיעו בזמן סביר לאחר הפגיעה:

גורם מפנה:

בלוויו מו הגיע/ה הילד/ה:

סיבת הרווח לפקיד סעד/משטרה:

ממצאים רפואיים רלוונטיים (תיעוד):

האם הילד/ה אושפז/ה או נזקק/ה לטיפול רפואי:

2/..

- 2 -

האם היו אשפוזים קודמים/ביקורים קודמים בחדר המיון וסיבתם: _____

האם היו דווחים קודמים מבויה"ח/מרפאה/תחנה לפקיד הסעד על הילד/ה או ילדים אחרים במשפחה? פרט/י: _____

האם נמסר דווח למשטרה/פקיד סעד _____

האם הדווח לפקיד סעד/משטרה הובא לידיעת ההורים: _____

התיחסות ההורים לאירוע/התרשמות ראשונית: _____

התרשמות ראשונית מהילד/ה: _____

חתימה

תפקיד

שם ומשפחה

טופס משוב מפקיד הסעד לבית החולים/מרפאה/תחנה

אל: _____

מאת פקיד הסעד _____

בקשר להפניית קטין/ה _____ אלי, הנני להודיעכם כי:

הדיווח התקבל אצל _____ בתאריך _____

3/..

הדיווח דועבר לטופול פקוד/ת הסעד _____
טלפון: _____

הדיווח דועבר לטיפול שבר/ת סוציאליזות _____
טלפון: _____

אין מקום לטיפול נוסף.

בברכה,

חתימה _____ תאריך: _____

Synopsis

Background

Child abuse and neglect is a global phenomenon that is liable to cause the child severe difficulties during his life. Countries are contending with this phenomenon in a variety of ways. Reporting child abuse and neglect is the statutory obligation of every citizen in Israel, and enhanced obligation is imposed on professionals in various fields. Many studies attest that professionals are finding it difficult to report, and that the ratio of reporting is very low relative to the magnitude of the phenomenon. Family health center nurses, who are among the professionals under the reporting obligation, are the first professionals who meet parents and children in the community after a child is born.

Research Questions

The study deals with the factors that are likely to affect the ratio of reporting on child abuse and neglect among family health center nurses. The study investigates the contribution of various factors to the tendency of family health center nurses to report child abuse and neglect. Since family health center nurses also have positions about reporting that may constitute a mediating factor to the tendency to report, the current study also examines the correlation between the various characteristics and the nurses' positions on reporting.

Method

Participants: The current study included 341 family health center nurses (all female) working at family health centers and clinics throughout Israel. Of these, 106 are Health Ministry nurses and 235 from the HMO Clalit. Their average age is 45 and all are registered nurses.

Tools: The research data were collected using self-reporting questionnaires testing the dependent variable (the tendency to report child abuse and neglect), the mediating variable (positions on reporting), and the independent variables, according to four groupings: personal background characteristics, professional background characteristics, characteristics of the

social and organizational environment, and prior knowledge of and contact with child abuse and neglect.

Procedure: The data were collected by means of questionnaires sent to the participants via organizational email or distributed during team meetings to participants who did not respond to the internet questionnaire.

The analysis of the data found that the professional background characteristics of family health center nurses are important in shaping the tendency to report child abuse and neglect. Education was found to affect the tendency to report both directly and indirectly (by mediating the positions on reporting). The seniority at a family health center and the managerial role were found to directly affect the tendency to report. The characteristics of the social and organizational environment (type of family health station, relationships among the staff and the relationships with the welfare services) were important, but their effect on the tendency to report on abuse and neglect was indirect, i.e. through their positions on reporting. We found that the characteristics of prior knowledge of and contact with the subject of child abuse and neglect had a negligible effect on the tendency to report. Only knowledge about the subject of child abuse and neglect was found to be pertinent and, even then, only indirectly (through their positions on reporting). We did not find any correlations between the personal background characteristics of family health center nurses and their tendency to report child abuse and neglect.

Discussion, Conclusions, and Recommendations

This study is the first to analyze the factors that influence the tendency to report child abuse and neglect among family health center nurses. To study the issue, it is necessary to take a systemic view and a multidisciplinary approach integrating elements from different fields such as psychology, sociology, social psychology, nursing, medicine, and the legal and justice systems, and hence the great importance of this study's findings for implementing the recommendations for nursing training programs and the clinical field.

One of the key problematic issues that the current study exposed is a lack of understanding of the language of the law and the lack of congruence between the legal requirements and what is done in practice. On the one hand, according to the language of the law, every citizen is

personally obligated to report if he has a reasonable suspicion that a child is being abused or neglected, while a heightened obligation applies to professionals in various fields. On the other hand, the guidelines in the Director-General's circular (Health Ministry, 2003) defined work processes for health professionals, which include several stages until a case is reported. Consequently, it appears that there is some confusion regarding who is required to report, when and how a report must be made, and what is considered a report in compliance with the law. This discovery might explain the low reporting ratios among health professionals.

The current study is a crucial step in understanding the effect of different variables on the tendency to report child abuse and neglect. Although many studies have found that positions on reporting play a leading role on the tendency to report, none of the studies examined the mediating effect of position on reporting on the tendency to report. In the process of training family health center nurses, we recommend holding ongoing training sessions at the nurses' places of employment; these must be adapted to the specific target audiences and the organizational procedures already in place at these places of employment. For the future, we recommend investigating the mediating effect of positions on reporting on the link between professionals' characteristics and the tendency to report, and in particular the link between the characteristics of the working environment and tendency to report.

Key words: child abuse and neglect, reporting, nurses, family health centers, positions about reporting, personal background characteristics, professional characteristics, characteristics of the social and organizational environment, prior knowledge of and contact with child abuse and neglect.

Approved by the advisor

Approved by the Dean of the Kreitman School of Advanced Graduate Studies

December 2017

Beer-Sheva

This work was carried out under the supervision of Prof. Vered Slonim-Nevo

The Charlotte B. and Jack J. Spitzer Department of Social Work

Faculty of Humanities and Social Sciences

**Factors relating to the tendency to report child abuse and
neglect among family health center nurses ("Tipat Halav")**

**Thesis submitted in partial fulfillment
of the requirements for the degree of
"DOCTOR OF PHILOSOPHY"**

by

Nurit Zusman

**Submitted to the Senate of Ben-Gurion University
of the Negev**

**Thesis submitted in partial fulfillment
of the requirements for the degree of
"DOCTOR OF PHILOSOPHY"**

by

Nurit Zusman

**Submitted to the Senate of Ben-Gurion University
of the Negev**

December 2017

Beer-Sheva