

1974-2024

50



מאירס ג'וינט  
ברוקדייל

# פגיעות מיניות ביחסי מטפל-מטופל במערכת הבריאות בישראל – ממדי התופעה, מאפייניה והשפעותיה

רחל ניסנהולץ-גנות    שרביט פיאלקו  
תמי ברוש    ברוך רוזן

עריכת לשון: רויטל אביב מתוק  
תרגום לאנגלית (תקציר ותמצית): דוד סימר  
עיצוב גרפי: ענת פרקו טולדנו

המחקר הוזמן על ידי משרד הבריאות ומומן בסיועו

**מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל**

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

[brook@jdc.org](mailto:brook@jdc.org) | [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

ירושלים | אדר ב' תשפ"ד | מרץ 2024

# תקציר

## רקע

התופעה של פגיעות מיניות בין מטפלים למטופלים במערכת הבריאות היא תופעה חמורה ויש לה השפעות מרחיקות לכת על בריאותם של הנפגעים. הנתונים על אודות התופעה בישראל הם מועטים וחלקיים. משרד הבריאות פנה אל מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל כדי שיבחן את היקף התופעה בישראל, מאפייניה והשפעותיה.

## מטרות

לספק הערכה ראשונית על אודות היקף התופעה בקרב אוכלוסיית הנשים הבוגרות בישראל (בנות 21 ויותר), לאפיין אותה וללמוד על השיח המתנהל ברשת בנושא.

## שיטה

המחקר נערך בשנת 2023 וכלל שיטות מחקר מעורבות: (1) סקר אינטרנטי שהועבר למדגם מייצג של 963 נשים בוגרות בישראל, (2) ראיונות עומק עם 10 מטופלות שעברו פגיעה מינית במערכת הבריאות ועם 7 נשות מקצוע העוסקות בתחום ו-(3) ניתוח השיח המתנהל ברשת בנושא.

## ממצאים עיקריים

כשליש (37%) מהנשים שהשתתפו במחקר דיווחו על פגיעה מינית שהתרחשה במערכת הבריאות במהלך חייהן עד כה, בדומה לשיעור הנשים שדיווחו על פגיעה מינית שהתרחשה שלא בתוך מערכת הבריאות (39%). 22% מהנשים שהשתתפו בסקר דיווחו כי נפגעו בחמש השנים שלפני הסקר. סוגי הפגיעות הנפוצות היו מבטים (28% מכלל המשיבות) ואמירות (26%). בכ-70% מהמקרים הגורם הפוגע היה רופא, וכמעט מחצית מהרופאים הפוגעים היו גניקולוגים. מרבית הפגיעות (78%) התרחשו בקהילה. רק 7% מהנשים שנפגעו דיווחו לגורמים רשמיים על הפגיעה ורק 15% מהנשים שנפגעו פנו לקבלת סיוע כלשהו. כשליש מהנפגעות ויתרו על טיפול רפואי בעקבות הפגיעה. 20% מהנפגעות ציינו שהן חשות פחד וחרדה ו-19% ציינו שאיבדו אמון במטפלים וברופאים בעקבות הפגיעה.

הראיונות עם נשות המקצוע העלו אתגרים בולטים בטיפול בתופעה, בהם: קשיים ארגוניים ובירוקרטיים, המחסור ברופאים, הגנה על פוגעים ומיקום לא מספק של הנושא בסדר העדיפויות של מערכת הבריאות.

ניתוח השיח המתנהל ברשת העלה כי השיח על פגיעות מיניות המתרחשות במערכת הבריאות מתקיים בעיקר בכתבות (50%) וברשתות החברתיות (41%). ציון הסנטימנט, שהוא ציון המודד את יחס הגולשים כלפי מערכת הבריאות, היה שלילי מאוד ובכ-53% מהדיונים הובע חוסר אמון במערכת הבריאות.

## סיכום והמלצות

מהמחקר עלה כי תופעת הפגיעות המיניות בין מטפלים למטופלות במערכת הבריאות בישראל היא תופעה נפוצה, ויש לה השפעות שליליות על בריאותה הנפשית והגופנית של הנפגעת. למרות השכיחות הגבוהה של התופעה, מספר התלונות נמוך וישנה תופעה של תת-דיווח. מהמחקר עולה כי מומלץ לפעול במישורים האלה:

**הכשרה:** ביצוע הכשרה תקופתית לעובדי מערכת הבריאות בנושא.

**מודעות:** העלאת המודעות של נבדקות לזכויות שלהן והשקת קמפיין בנושא.

**סמכויות והליכים:** הרחבת הסמכויות של הממונה מטעם משרד הבריאות וכן החלת חובת הליך בירור מזורז בנושא וקביעת עונשי מינימום למי שהורשע בפגיעה מינית במטופלת במהלך טיפול רפואי. נוסף על כך יש לבחון את האפשרות שלא לשמור על פרטיות הפוגע, כאשר הוא עובר למקום עבודה אחר. כך ימנעו מקרים שבהם מטפל עזב את מקום עבודתו עקב פגיעה מינית שביצע, עבר למקום עבודה אחר והמשיך לפגוע שם במטופלות.

## רקע

פגיעה מינית היא מונח הכולל מגוון רחב של התנהגויות ומעשים הנעשים בכפייה על רקע מיני ומגדרי כלפי אדם ללא הסכמתו. הרוב המוחלט של קורבנות הפגיעה המינית הן נשים. פגיעה מינית המתרחשת במערכת הבריאות נושאת פנים רבות וכוללת כל פעולה בעלת אופי מיני החורגת או מתעלמת מגבולות אתיים או חוקיים החלים על המטפל.

פגיעה מינית המתרחשת במערכת הבריאות בהקשר של טיפול פיזי או נפשי היא תופעה העשויה לשאת אופי מילולי או פיזי, ונעה על רצף החל ממבטים ואמירות, דרך מגע פיזי בלתי הולם ושימוש בכוח ועד לאונס. האיסור על פגיעות מיניות במערכת הבריאות בישראל מעוגן בחוק העונשין (תשל"ז, 1977) ובחוק למניעת הטרדה מינית (תשנ"ח 1998).

הנתונים על אודות תופעת הפגיעות המיניות המתרחשות במערכת הבריאות בישראל (להלן: התופעה) הם מועטים וחלקיים. הסברה הרווחת היא כי מדובר בתת-דיווח ניכר וכי היקף הפניות לנציבות שירות המדינה ולמרכזי הסיוע לנפגעות תקיפה מינית אינו משקף את היקף התופעה. לפיכך, פנה משרד הבריאות אל מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל וביקש לערוך מחקר שיבחן את היקף התופעה בישראל, מאפייניה והשפעותיה.

## מטרות

1. לספק הערכה ראשונית על אודות היקף התופעה בקרב נשים בוגרות בישראל ועל אודות שיעור התלונות המדווחות מסך הפגיעות
2. לבדוק מהו סוג ואופי הפגיעות המיניות המתרחשות במערכת הבריאות ומהו ההקשר שבו הן מתרחשות
3. לזהות אוכלוסיות פגיעות על פי מאפייני רקע
4. לבחון מה הם הסוגיות והאתגרים המרכזיים הנוגעים למנגנון הקיים לתלונות ולטיפול בתופעה
5. לבחון את תחושת המוגנות מפני פגיעה מינית המתרחשת במערכת הבריאות בקרב נשים בוגרות בישראל
6. ללמוד על השיח המתנהל ברשת על אודות התופעה

## שיטה

המחקר נערך בשנת 2023 וכלל שיטות מחקר מעורבות:

1. סקר אינטרנטי שהועבר באמצעות חברת פאנל למדגם מייצג של נשים בנות 21 ויותר בישראל. המדגם שוקלל לפי קבוצת אוכלוסייה וגיל
  2. ראיונות עומק עם עשר מטופלות שעברו פגיעה מינית במערכת הבריאות ועם שבע נשות מקצוע בכירות העוסקות בתחום של פגיעות ובטיפול בהן במערכת
  3. ניתוח השיח ברשת בישראל על אודות התופעה. את סקירת השיח ביצעה חברת "באזילה" המתמחה בניטור שיחות ברשת
- המחקר בוצע בליווי ועדת היגוי שכללה בעלי תפקידים רלוונטיים במשרד הבריאות, בקופות החולים, בבתי החולים ובארגוני נפגעות. המחקר קיבל את אישור ועדת האתיקה של המכון והנחקרות נתנו את הסכמתן להשתתף במחקר לפני מילוי השאלון ולפני הראיונות.

## ממצאים עיקריים

פגיעה מינית המתרחשת במערכת הבריאות היא תופעה רווחת. נמצא כי כשליש (37%) מהנשים הבוגרות בישראל שהשתתפו במחקר חוו פגיעה כזאת לפחות פעם אחת בחייהן עד כה, ו-22% דיווחו על פגיעה כזאת בחמש השנים שלפני המחקר. נתון זה דומה לשיעור הדיווח של נפגעות שלא בתוך מערכת הבריאות – 39%. סוגי הפגיעות הנפוצים ביותר היו: מבטים (28% מכלל המשיבות) ואמירות (26% מכלל המשיבות). סוגי פגיעה נוספים שדווחו על ידי שיעורים גבוהים מן המשיבות כללו: בקשה חריגה או מעוררת אי-נוחות להתפשט (13%), נגיעות (13%), הצעות מיניות (9%) ואונס או ביצוע מעשים מיניים בכפייה (5%).

בכ-70% מהמקרים הגורם הפוגע היה רופא, וכמעט מחצית מהרופאים הפוגעים היו גניקולוגים. מרבית מהפגיעות (78%) התרחשו בקהילה, בעיקר במרפאות קופת חולים (50%).

למרות השיעורים הגבוהים של פגיעות מיניות, רק 7% מהנשים דיווחו לגורמים הרשמיים על פגיעה מינית. הסיבות הנפוצות ביותר לאי-דיווח היו חוסר ודאות בנוגע לתקינות מעשה המטפל (23%), תפיסת המקרה כלא חמור (17%) ובושה (13%). חסמים נוספים לדיווח שעלו בראיונות הם אמפתיה כלפי הפוגע וחשש מפגיעה בפרנסתו, וכן חשש של הנפגעת שתזדקק לקבלת שירות רפואי מהפוגע בעתיד.

כשליש מהנפגעות שלא דיווחו (32%) ציינו שהעלאת מודעות לנושא, פרסום או מתן מידע על אודות הגורמים שאליהם אפשר לפנות היו יכולים לעזור להן להגיש תלונה.

24% מהנשים שחוו פגיעה מינית דיווחו שלמיטב ידיעתן יש גורם אחראי הממונה על מניעת פגיעה מינית וטיפול בתלונות במקום שבו קרתה הפגיעה, ו-7% מהנפגעות דווחו שראו פרסום בולט בנוגע לפרטי התקשרות עימו.

רק 15% מהנשים שחוו פגיעה מינית דיווחו שפנו לגורם כלשהו לסיוע, אף על פי ש-28% מהנפגעות דיווחו על נזק נפשי מהאירוע ו-9% דיווחו על נזק אישי או חברתי. 20% דיווחו שעד היום יש להן כחדים, חששות ואו חרדות בגלל האירוע.

כשליש (32%) מהנפגעות ויתרו על טיפול רפואי בגלל האירוע. בקרב אלו שוויתרו על טיפול רפואי, 34% ויתרו על טיפול בתחום של רפואת נשים ו-48% ויתרו על ביקור אצל רופא בתחום אחר.

הקבוצות שבדרך כלל סובלות בשכיחות גבוהה יותר מהתופעות השליליות שהוזכרו הן נשים צעירות, נשים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך, נפגעות אונס ונשים שעברו פגיעה מינית גם מחוץ למערכת הבריאות.

הראיונות שהתבצעו עם נפגעות ועם נשות מקצוע מהתחום חיזקו והעמיקו את הממצאים שהתקבלו בסקר. נוסף על כך נשות המקצוע העלו אתגרים בולטים בטיפול בתופעה, בהם: קשיים ארגוניים ובירוקרטיים, מחסור ברופאים, הגנה על פוגעים על ידי עובדים אחרים וה"גילדה" המקצועית, ומיקום לא מספק של הנושא בסדר העדיפויות של מערכת הבריאות. לצד זאת חלקן ציינו כי חל שיפור ניכר בטיפול בנושא בשנים האחרונות.

ההמלצות שעלו מהראיונות כללו העלאת מודעות לנושא בקרב נשים ובקרב צוותים רפואיים, סיקור ופרסום הנושא בתקשורת, איתור אקטיבי של נפגעות והנגשת תהליך הגשת התלונה, ליווי מותאם של מתלוננות, ושיפור הטיפול בתלונות קיימות, בין היתר באמצעות הטלת סנקציות משמעותיות יותר על פוגעים.

ניתוח שיח הרשת העלה כי הזירה העיקרית שבה התקיים השיח על פגיעות מיניות במערכת הבריאות היא זירת הכתבות (50%), אחריה זירת הרשתות החברתיות (41%), אחר כך טוויטר (7%) ולבסוף פורומים שונים (2%). הגורם הפוגע ברוב המקרים שעלו בשיח הרשת הוא רופא (60%) והפתרונות הבולטים בשיח למצב הם שלילת רישיון (35%), החמרת הענישה (12%) וכן סינון קפדני במהלך תהליך גיוס העובדים (11%). ציון הסנטימנט, שהוא הציון המודד את יחס הגולשים כלפי מערכת הבריאות הבא לביטוי ברשת ונע בין 10 ל-(-10), עומד על (-9.7), כלומר ציון שלילי מאוד. כמו כן בכ-53% מהדיונים הובע חוסר אמון במערכת הבריאות.

## סיכום

מהמחקר עלה כי תופעת הפגיעות המיניות בין מטפלים למטופלות במערכת הבריאות היא תופעה נפוצה. רצף הפגיעות המיניות רחב ונע ממבטים ועד אונס, כאשר הביטויים השכיחים יותר של הפגיעות הללו הם מבטים ואמירות. עוד עולה כי מרבית הפגיעות המיניות התבצעו בקהילה על ידי רופאים, מחציתם גניקולוגים.

המחקר מראה כי לפגיעות מיניות שהתרחשו במערכת הבריאות ישנן השפעות שליליות על הנפגעת, חלקן עלולות להימשך גם זמן רב. אך למרות השכיחות הגבוהה של התופעה, כמות התלונות בגין פגיעות אלו נמוכה למדי. חלק מהסיבות לכך עשויות להיות נעוצות בחשש של הנפגעות שגורמים מוסמכים לא יאמינו לתלונה כזו, וכן חשש שאין מספיק מוטיבציה לגורמים השונים לטפל בתלונות מסוג זה.

בין ההמלצות של המרואיינות לטיפול בנושא עלו גם המלצות כמו: העלאת מודעות לנושא וסיקור נרחב שלו בתקשורת, טיפול יעיל יותר בתלונות, החמרת ענישה נגד מטפלים שפגעו, נקיטת צעדי השעיה והימצאות גורם מלווה במרפאות.

גם מניתוח שיח הרשת אפשר ללמוד על חוסר הנוחות שחש הציבור בשל התופעה וניכר כי אמון הציבור במערכת וביכולתה לטפל במקרים הללו הוא נמוך וכי יש ציפייה לפעול בחומרה, עד כדי שלילת רישיון, כנגד מטפלים שפגעו במטופלות.

ממצאי המחקר הוצגו לצוות שעסק בנושא במשרד הבריאות. בינואר 2024 הקים המשרד צוות חדש ומורחב שמטרתו לעסוק בנושא פגיעות מיניות המתרחשות במערכת הבריאות.

## תרומת המחקר

המחקר בחן את ממדי התופעה של פגיעות מיניות במערכת הבריאות בישראל, את מאפייניה ואת תפיסותיהן של הנפגעות בנוגע להתייחסות המערכת לפגיעה, במקרה של תלונה. ממצאי המחקר יסייעו לקובעי המדיניות לגבש מדיניות להתמודדות עם התופעה, כולל בניית תוכניות לצמצום ומניעה, ויתרמו למנגנון הקיים של תלונות וטיפול בפגיעות מיניות במערכת הבריאות בישראל. אחת מהפעולות שכבר נעשו על ידי משרד הבריאות, עוד טרם פרסום הממצאים לציבור, הוא הקמת צוות לשיפור וקידום המניעה והטיפול בפגיעות מיניות במשרד הבריאות. נוסף על כך מחקר ראשוני וחשוב זה פותח פתח למחקרים נוספים בתחום על אודות מגמות לאורך זמן בפגיעות מיניות במערכת הבריאות, פגיעות מיניות במסגרת תחום בריאות הנפש ופגיעות מיניות בין צוותים רפואיים.

## המלצות

מהמחקר עולה כי מומלץ לפעול במישורים האלה:

הכשרה: יש לבצע הכשרה שנתית לעובדים במערכת הבריאות בנושא פגיעות מיניות, בדגש על פגיעות במטופלות ומטופלים. מומלץ שהכשרה זו תכלול גם עובדים המהווים "קו הראשון" במפגש עם מטופלות לאחר פגיעה, כגון מזכירות רפואיות ועובדי סיעוד. רצוי שההכשרות ישלבו דיונים והיבטים מעשיים.

העלאת מודעות: יש לפעול להעלאת מודעות הן לזכות של כל נבדקת ונבדק להיבדק בנוכחות אדם שלישי בחדר הן לקיומן של ממונות בארגוני הבריאות השונים. נוסף על כך מומלץ להשיק קמפיין ציבורי להעלאת מודעות לנושא הפגיעות המיניות, לרבות מה נחשב לפגיעה, מהן זכויות המטופל בבואו לקבל טיפול רפואי, כיצד להימנע מיצירת סביבה מינית עוינת וכדומה.

סמכויות והליכים: יש להעניק לנציב הקבילות של משרד הבריאות את הסמכות לנקוט צעדים נגד איש צוות שהוגשה נגדו תלונה, לרבות השעיה לזמן מה ממקום עבודתו. נוסף על כך רצוי לקיים חובת הליך בירור מזורז, ולשם כך מומלץ להגדיל את מצבת כוח האדם ולהוסיף נציבות נוספות. כמו כן יש לבחון את האפשרות החוקית שלא לשמור על פרטיות הפוגע, כאשר הוא עובר למקום עבודה אחר. כמו כן מומלץ לקבוע בחקיקה עונש מינימום מרתיע למי שפגע מינית במטופלת במהלך טיפול רפואי.



## דברי תודה

אנו מודות לנשות המקצוע במשרד הבריאות שיזמו מחקר זה וסייעו בביצועו: ענת לייכטר, הממונה על טיפול בהטרדות מיניות על ידי מטפלים; ד"ר זהר לביא-סהר, מנהלת המחלקה למניעת אלימות במשפחה ותקיפה מינית; לירון זוהר, יועצת מנכ"ל לשוויון מגדרי ומניעת הטרדות מיניות (לשעבר). תודה לאנשי המשרד שתמכו במחקר: ד"ר בעז לב, נציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים ואיילת גרינבאום, סמנכ"לית בכירה לתכנון אסטרטגי.

ברצוננו להודות גם לחברי וחברות ועדת ההיגוי על המידע הרב ועל נקודות המבט הייחודיות שהוסיפו למחקר, בייחוד בכל הקשור להבאת קולן של נפגעות. חלק נכבד מחברות הוועדה עוסקות באופן יום-יומי בסיוע לנשים שנפגעו מתקיפה מינית ועושות עבודת קודש: יעל אייזן, עובדת סוציאלית לרווחת העובד וממונה על פי חוק למניעת הטרדה מינית ב'מאוחדת'; נגה איזנשטיין, סטודנטית באגף שיוויון מגדרי, נציבות שירות המדינה; עו"ד יפית איצקוביץ, סגנית מנהל אגף בכיר משמעת בנציבות שירות המדינה; נורית איתן גוטמן, עו"ס ארצית וממונה ארצית למניעת הטרדה מינית ב'כללית'; טליה בן אבי-שטיינברג, ממונה על שוויון מגדרי ויועצת המנכ"ל לקידום נשים במשרד הבריאות; עו"ד אודליה נעה דוידי, תובעת בכירה ואחראית תחום הטרדות מיניות בנציבות שירות המדינה; חגית דמארי, סגן עו"ס ארצית וסגנית ממונה ארצית למניעת הטרדה מינית ב'כללית'; קרן דקל-גרינבלט, משפטנית ויזמת חברתית, הילה ורנר, מייסדת וחברה בוועד המנהל של me2med טיפול ומניעת פגיעות מיניות בקרב צוותי רפואה; ניבאל ח'מיסי, מנהלת מחלקת נשים ויולדות בבי"ח נצרת; נורית טמסוט, מנהלת עבודה סוציאלית ואחראית על מניעת הטרדה מינית בבי"ח אסותא אשדוד; שרה טנקמן, מנכ"לית קרן בריאה; מולוגטה מהרי, מנהל תחום ייצוג הולם ותכנון אסטרטגי ומדיניות, אגף השוויון המגדרי בנציבות שירות המדינה; יעל נבון, ממונה על מניעת הטרדה מינית ב'לאומית'; אורית סוליציאנו, מנכ"לית איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית; עו"ד דני סרור, מכספי-סרור משרד עורכי דין; טלי צינמון, ממונה על מניעת הטרדה מינית ב'מכבי'; ד"ר עו"ד כרמית קלר-חלמיש, מנהלת תחום המחקר באיגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית; תמר ריין-פישברן, מנהלת משאבי אנוש בבית החולים שערי צדק (לשעבר); ויעל שרר מנהלת הלובי למלחמה באלימות מינית.

אנו מודות לכל הנשים שהשקיעו מזמנן להשיב על השאלון, ובכך סייעו להעלות את הנושא של פגיעות מיניות המתרחשות במערכת הבריאות לסדר היום.

תודה מיוחדת למרואיינות, נשות המקצוע שחשפו בפנינו היבטים שונים ומורכבים של העיסוק בפגיעות מיניות במערכת הבריאות וכמובן לנפגעות שפתחו את ליבן, גם כשזה היה כרוך בקושי, שיתפו וסיפרו את סיפורן האישי ואפשרו לנו, ולו לזמן קצר, לחוש מקרוב את הקושי העצום של אישה, מטופלת, שנפגעה על ידי מטפל.

הסיוע הרב של כל המוזכרים כאן הוא שאפשר לנו להוציא לפועל את המחקר החשוב הזה ועל כך תודתנו.

# תוכן עניינים

1	1. מבוא
1	1.1 רקע
1	1.2 סקירת ספרות
6	2. מטרות המחקר
7	3. שיטה
7	3.1 הסקר
7	3.2 המדגם ואיסוף הנתונים
8	3.3 שקלול המדגם
9	3.4 ראיונות העומק
9	3.5 ניתוח השיח ברשת
9	3.6 אתיקה
10	4. ממצאים
10	4.1 מאפייני המדגם
11	4.2 ממצאי הסקר והראיונות
20	4.3 ממצאי ניתוח השיח ברשת
21	5. מגבלות המחקר
22	6. סיכום
23	6.1 תרומת המחקר
24	7. המלצות
25	מקורות

## רשימת לוחות

8	לוח 1: מאפייני הרקע וקבוצות השקלול
8	לוח 2: ייצוגיות לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה
10	לוח 3: השוואת מאפיינים דמוגרפיים בין המדגם לאוכלוסייה
12	לוח 4: שיעור הנפגעות

## רשימת תרשימים

- 12 תרשים 1 : מקצוע המטפל שפגע
- 13 תרשים 2: היכן התרחשה הפגיעה
- 13 תרשים 3: שיעורי דיווח לגורם רשמי
- 14 תרשים 4: סיבה עיקרית לאי-דיווח
- 15 תרשים 5: מודעות לגורם האחראי על נושא ההטרדה המינית ושילוט בולט במקום שבו קרתה הפגיעה
- 16 תרשים 6: שיעורי פנייה לסיוע
- 17 תרשים 7: גורמים שהיו מסייעים לנפגעת להתלונן (בקרב מי שלא דיווחה לאף גורם רשמי)
- 18 תרשים 8: סוגי נזקים כתוצאה מהפגיעה

# 1. מבוא

## 1.1 רקע

בדוח מבקר המדינה משנת 2020 דווח כי בשנים 2015–2017 התקבלו במשרד הבריאות ובקופות החולים 302 תלונות של מטופלים על הטרדה מינית בידי איש צוות רפואי. עוד נכתב בדוח כי: "במשרד הבריאות לא הוכן סקר מקיף שממפה ומפלח את תופעת הפגיעות המיניות במערכת הבריאות על כל רבדיה על מנת לאמוד את ממדיה" (מבקר המדינה, 2020, עמ' 130). הצורך בעריכת סקר מקיף לשם מתן אומדן, מיפוי ופילוח התופעה מובע גם בנייר עמדה מטעם שדולת הנשים בישראל ואיגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית, שהתבסס על סקר ראשוני שנערך בקליניקה המשפטית באוניברסיטת חיפה בשיתוף עם עמותת איתך-מעכי – משפטניות למען צדק חברתי (גרינבלט וקליין, 2016). הסקר כלל 300 משיבות ומצא שיעורים גבוהים מאוד של פגיעות מיניות שהתרחשו במערכת הבריאות. יותר מ-30% מהנשים דיווחו על פגיעה מינית כלשהי על ידי המטפל במהלך טיפול רפואי, מחצית מהפגיעות היו פיזיות ומחציתן מילוליות. עוד נמצא כי יותר מ-50% מהנפגעות בחרו שלא לדווח לגורם רשמי. מבין אלו שפנו לגורם כלשהו, ב-90% מהמקרים הטיפול בתלונה לא מוצה. עם זאת, בנייר העמדה שבו הובאו ממצאי הסקר לא פורסם כל פירוט בנוגע לשיטת הסקר, ועל כן, הוא אינו יכול לשמש למדידת היקף התופעה באוכלוסייה.

משום כך, פנה משרד הבריאות אל מכון מאיר-רס-ג'וינט-ברוקדייל כדי שיבצע מחקר שיבחן את היקף התופעה והשפעותיה. בשיתוף משרד הבריאות הקים המכון ועדת היגוי שליוותה את המחקר. ועדת ההיגוי מורכבת מנציגי המשרד, מנציגות ארגוני נשים ומנציגי ציבור בעלי עניין בנושא.

## 1.2 סקירת ספרות

### פגיעות מיניות וניצול יחסי מרות

פגיעה מינית היא מונח הכולל מגוון רחב של התנהגויות ומעשים הנעשים בכפייה על רקע מיני ומגדרי כלפי אדם ללא הסכמתו. הרוב המוחלט של קורבנות הפגיעה המינית הן נשים. בישראל בכל שנה אלפי נשים פונות לארגוני הסיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית, כאשר אחת מכל שלוש נשים ואחד מכל שישה גברים יחוו פגיעה מינית במהלך החיים (איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית, 2020).

פגיעה מינית כוללת גם מקרים שבהם ישנו ניצול של יחסי מרות באופן שמונע נתינת הסכמה מדעת. בפסיקה נהוג לבחון את השאלה אם התקיימו יחסי מרות בין הצדדים על פי ארבעה קריטריונים<sup>1</sup>: פערי כוח, הפרשי גיל, יכולת השפעה והיוזמה לביצוע המעשים. יחסי מרות יכולים להתקיים בסוגים שונים של מערכות יחסים וקשרים, ושאלת קיום יחסי מרות מבססת עבירה גם כאשר ישנה הסכמה לכאורה מצד הקורבן ופעמים רבות מחריפה את העבירה והעונש.

<sup>1</sup> פסק דין בנושא הטרדה מינית במקום העבודה סע'ש 2597-01-15, פלונית נ' אלמוני, ניתן ביום 27.1.2019

## פגיעה מינית ביחסי מטפל מטופל במערכת הבריאות

מערכת היחסים בין מטפלים למטופלים עברה במשך השנים תמורות באופייה, כפועל יוצא של שינוי בגישות ונורמות הנהוגות בעולם הרפואה. בארבעים השנים האחרונות התפתח מעבר הדרגתי מיחסים פטרנליסטיים, שבהם הרופאים מקבלים החלטות בעבור המטופלים, ליחסים שוויוניים יותר בדגש על השמת המטופל במרכז, כאדם היודע מה טוב עבורו ומקבל את ההחלטות עבור עצמו. יחד עם זאת, חשוב לזכור שהיחסים בין מטפלים למטופלים אינם סימטריים מיסודם במובנים רבים – המטופל זקוק למטפל בעוד המטפל אינו נזקק למטופל, למטפל יש ידע שלעיתים אין למטופל, המטפל מחזיק במידע רגיש של המטופל וכדומה (גרנות, 2017).

יחסי מטפל מטופל מושתתים בראש ובראשונה על שלושה עקרונות יסוד – אמון, יושר ושקיפות הדדית. אחד העקרונות החשובים לעניינינו ביחסי מטפל מטופל הוא איסור ניצול. הקוד האתי של הרופאים קובע כי הרופא לא יפר את אמון המטופל ולא ינצל אותו לרעה מבחינה פיזית, נפשית או כלכלית כאשר הסכמת המטופל לא תגרע מאחריות הרופא (רכס, 2014).

פגיעות, ניצול והטרדות מיניות ביחסי מטפל מטופל הם מונחים המתארים מנעד רחב של התנהגויות פסולות על רקע מיני מצד מטפלים כלפי מטופליהם. הפגיעה נושאת פנים רבות וכוללת כל פעולה בעלת אופי מיני החורגת או מתעלמת מגבולות אתיים או חוקיים החלים על המטפל. המונח מתייחס למגע מיני, וכל התנהגות או פעולה אחרת המתבצעת על רקע מיני, גם באמצעות שפה או מחוות. כמו כן שימוש בהומור מיני או יצירת סביבה מינית עוינת, או ביצוע בדיקות רפואיות ללא צורך רפואי ומתוך מניע מיני של המטפל, עשויים להיחשב כהתנהגות פסולה המפרה את עקרונות מערכת היחסים בין מטפלים למטופלים (DuBois et al., 2019b).

במחקר זה הגדרנו "פגיעה מינית" כאחת מההתנהגויות האלה: אונס; סחיטה, אימים, הפעלת לחץ, שימוש בכוח פיזי או אחר בקשר לקיום מעשה בעל אופי מיני; הצעות בעלות אופי מיני; התנהגות בעלת אופי מיני, כגון התנשפויות או התפשטות; מגע פיזי בעל אופי מיני; בקשה להתפשט באופן הגורם לחוסר נוחות וללא צורך טיפולי; אמירות בעלות אופי מיני; ונעיצת מבטים מבזה ומינית ללא צורך טיפולי.

## איסור על קיום קשר מיני עם מטופלים

הימנעות מיחסי מיניים עם מטופלים היא עיקרון אתי מאז ימי היפוקרטס (Pérez et al., 2006). התפיסה העומדת מאחורי איסור זה היא שמגע מיני מכל סוג שהוא בין מטפל למטופל לעולם לא יכול להיות בהסכמה, מכיוון שהוא מבוסס על פערי כוחות ונעשה תוך ניצול האמון שהמטופלים רוחשים למטפל (Federation of State Physician Health Program, 2019). איגודים רפואיים רבים מרחבי העולם אוסרים על כך ומכירים בנזק הפוטנציאלי של יחסים אלו (Collier, 2016).

[החוק למניעת הטרדה מינית, תשנ"ח-1998](#) מגדיר את הקשר בין מטפל למטופל ככזה שמתקיימים בו יחסי מרות וקובע כי הצעות או התייחסויות בעלות רקע מיני כלפי מטופל, במסגרת טיפול נפשי, בריאותי, רפואי או פרה-רפואי, תוך ניצול תלות של המטופל במטפל, נחשבות להטרדה מינית גם אם המוטרד לא הראה למטריד כי אינו מעוניין בכך. בישראל, [סעיף 347 לחוק העונשין](#), [התשל"ז-1977](#) אוסר במפורש על קיום יחסי מין בין מטפל למטופל בתחום בריאות הנפש בלבד, בתקופת הטיפול ועד שלוש שנים לאחר סיומו.

בשנת 2021 פורסם חוזר מנכ"ל משרד הבריאות העוסק בנושא טיפול בתלונות בעקבות פגיעה או הטרדה מינית במהלך טיפול רפואי. בחוזר מנכ"ל זה מגדיר המשרד את מערכת היחסים בין מטפל למטופל כזו המתקיימים בה יחסי תלות ומרות וגם יחסים בהסכמה מוגדרים אסורים ונצלניים. עם זאת, יחסים בהסכמה, למעט בתחום בריאות הנפש, נחשבים לעבירת משמעת בלבד (משרד הבריאות, 2021).

בנייר עמדה של ההסתדרות הרפואית בישראל משנת 2002 נקבע כי קשר מיני בין רופא ומטופל שנמצא בטיפולו אינו אתי ועשוי לגרום נזק למטופל. גם קשר מיני עם מטופל לשעבר עשוי להיות לא אתי ופוגעני ועל כן נדרשת תקופת צינון של שנה לפחות (או שלוש שנים במקרה של טיפול פסיכיאטרי) (ההסתדרות הרפואית בישראל, 2002).

## היקף התופעה

אמידת התופעה של פגיעות מיניות ביחסי מטפל מטופל היא משימה סבוכה. האומדנים הקיימים בספרות אינם מלאים הן מכיוון שהם מגיעים, פעמים רבות, מדיווחים עצמיים של מטפלים או מתלונות שהוגשו נגד מטפלים, הן מכיוון שמרבית המטופלים הנפגעים לא מדווחים על אירועים שאירעו.

נתונים ממחקרים שונים בארצות הברית מצביעים על כך שתופעת הפגיעות המיניות המתרחשות במערכת הבריאות היא תופעה רחבה (AbuDagga et al., 2019). זאת אף שניתוח נתונים על סנקציות ותשלומים בגין פגיעות מיניות מצביע על מספר קטן מאוד של רופאים שהתמודדו עם תלונות מסוג זה. במחקרים שהתבססו על נתונים מנהליים בארצות הברית עלה כי רוב הפוגעים הם גברים בני 40 ויותר (Cohen et al., 2009; Dehlendorf & Wolfe, 1998). בחלק ניכר מהמקרים הפגיעה הייתה מתמשכת (DuBois et al., 2019b; et al., 2019a), ומרבית הנפגעות הן נשים (Cohen et al., 2009; DuBois et al., 2019a).

מחקר שבחן ידע של אחים ואחיות בנושא מצא כי יש חוסר מודעות בקרבם בכל הנוגע להגדרה של פגיעות מיניות בידי צוות רפואי וכן בנושאים של תיעוד ודיווח בגין אירועים שקרו (Burnham, 2000).

מחקר שבחן מקרים של פגיעות והטרדות מיניות שהתבצעו על ידי רופאים, אחיות ומיילדות באנגליה מצא כי כאשר הפגיעות התבצעו על ידי גברים, כפי שאירע ברוב המקרים, הם התאפיינו בריבוי קורבנות ובפגיעה חד-פעמית, ואילו כאשר הפוגעת הייתה אישה, הפגיעה הייתה לרוב פגיעה מתמשכת באותו קורבן. עוד נמצא כי יש כמה תגובות אופייניות בקרב הפוגעים לאישומים נגדם: הכחשת האישומים, טענה לאי גרימת נזק למטופל והאשמת הקורבן או גורמים אחרים (Searle, 2019).

במחקר מגרמניה, המבוסס על דיווח עצמי של מטופלים בני 14 ויותר, עלה כי 4.5% מהנשים ו-1.4% מהגברים דיווחו על מגע או הטרדה מינית על ידי צוות רפואי אי פעם במהלך החיים. עוד נמצא כי כשליש מהמקרים אירעו בהיות המטופל מתחת לגיל 18 ושליש אירעו ללא הסכמת המטופל. 3.2% מהנשים ו-0.6% מהגברים דיווחו על בדיקות גופניות מיותרות ו-2.5% מהנשים ו-0.6% מהגברים דיווחו על הטרדה מינית. במרבית הפגיעות הגורם הפוגע היה רופא גבר והפגיעה התרחשה בקהילה. החוקרים מציעים כי ריבוי הפגיעות בקהילה נובע מכך שבמסגרות הקהילתיות הנפגעים נמצאים פעמים רבות לבד עם המטפלים בזמן הטיפול, בעוד במסגרת אשפוז לרוב ישנה נוכחות של חולים אחרים ועמיתים. בהתייחס לנתוני האוכלוסייה של גרמניה בשנת 2020 ההערכה היא כי כשני מיליון מהתושבים חוו פגיעה או הטרדה מינית על ידי צוות רפואי במהלך

חייהם. השכיחות הגבוהה של התופעה עומדת בסתירה לדיווח המועט על אירועים לרשויות בגרמניה, כ-600 מקרים בשנה בממוצע (Clemens et al., 2021).

כמו בפגיעות מיניות בהקשרים אחרים, מרבית הנפגעות על ידי גורם מטפל הן נשים. כמו כן בדומה לפגיעות מיניות באופן כללי נמצא כי אחד מגורמי הסיכון לפגיעה מינית הוא פגיעה מינית קודמת ופעמים רבות כזאת שאירעה בילדות. תופעה זו מכונה רה-וויקטימיזציה של הקורבן (Disch & Avery, 2001). גורמי סיכון נוספים לפגיעה מינית הם קיומה של פגיעה נפשית ומוגבלות פיזית (רוני, 2015).

נתונים מישראל שפורסמו בדוחות השנתיים של איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית מצביעים על היקף נרחב של פגיעות על ידי גורם מטפל (מתחומי הבריאות, בריאות הנפש וטיפול אלטרנטיבי) שדווחו למרכזי הסיוע. בשנת 2020 דווח על 364 פגיעות (המהוות 2.6% מהפניות החדשות למרכזי הסיוע באותה שנה) (איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית, 2021), ובשנת 2021 דווח על 587 פגיעות (המהוות 4% מהפניות החדשות למרכזי הסיוע באותה שנה) (איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית, 2022).

## השפעות הפגיעה המינית

ההשפעות הפסיכולוגיות בקרב מטופלים שחוו פגיעה מינית על ידי מטפל כוללות דיכאון, כעס, שימוש לרעה בסמים ואלכוהול, חוסר אמון, בושה והאשמה עצמית (Disch & Avery, 2001; DuBois et al., 2019a). הפגיעה במטופלים עלולה אף לגרום השפעה על הבריאות הפיזית, שכן חוסר האמון ברופאים גורר פעמים רבות הימנעות מקבלת טיפול רפואי (Tschan, 2013). במישור הציבורי פגיעה שמתפרסמת עלולה לפגוע באמון הציבור במטופלים (Skipper & Schenthal, 2012) ולהגביר עלויות של טיפולים פסיכולוגיים ואחרים (Morton, 2012).

## תת דיווח

אחד הקשיים באמידת ההיקף האמיתי של פגיעות מיניות הוא העובדה שנפגעי תקיפה מינית פעמים רבות אינם מדווחים לרשויות על הפגיעה שאירעה. מדד האלימות הלאומי לישראל משנת 2014 מראה כי שיעור הדיווח למשטרה (ביחס לפגיעות שהתרחשו) בין השנים 2003–2010 על עבירות מין עומד על 6% בלבד. לצורך השוואה, שיעור הדיווח במקרים של שוד עומד על 40% (המשרד לביטחון לאומי, 2014). תופעת תת הדיווח בנוגע לפגיעות מיניות נובעת בין היתר מהעובדה שהקורבנות לעיתים רבות סובלות מטראומה בעקבות התקיפה ונוסף על כך היחס אליהן מצד המשטרה ובתי המשפט אינו רגיש דיו ועשוי לגרום להן לטראומה משנית (לרר, 2017). כמו כן פעמים רבות קורבנות חווים תחושות של בושה והאשמה עצמית (Binder, 1981). בהקשר של פגיעות מיניות ביחסי מטפל מטופל, נראה כי תופעת תת-הדיווח חמורה אף יותר. הסטטיסטיקה הזמינה מארצות הברית משנת 2016 המבוססת על סקרי דיווח עצמי של נפגעים, מצביעה על דיווח לרשויות בכחות מ-10% מהמקרים. שיעור זה נמוך משמעותית משיעור הדיווח הכללי בגין עבירות מין בארצות הברית שעמד בשנת 2017 על 40% (DuBois et al., 2019a).

## הטיפול בתלונות על פגיעה מינית

הטיפול בתלונות על פגיעה מינית עשוי להתנהל בשלושה מישורים: המישור המשמעותי, המישור הפלילי והמישור האזרחי. נפגעים יכולים לבחור אם להשתמש באחד או יותר מאפיקי הפעולה הללו.

במישור המשמעותי, מטופלים שנפגעו יכולים לפנות למוסד הרפואי שבו התרחשה הפגיעה או לנציב קבילות הציבור למקצועות רפואיים דרך טופס תלונה אינטרנטי, מוקד טלפוני, מייל, דואר או פקס. במישור הפלילי הפנייה נעשית למשטרה ובמישור האזרחי, הנפגע פונה בתביעה לבית משפט.

חוזר מנכ"ל משרד הבריאות משנת 2021 (משרד הבריאות, 2021) קובע את הכללים למניעת פגיעה והטרדה מינית במהלך טיפול רפואי וקובע את דרכי הטיפול בתלונות על פגיעות שהתרחשו בכל מסגרות הבריאות בישראל, לרבות טיפול שהתבצע על ידי מטופלים עצמאיים. החוזר מטיל על המוסדות את האחריות לקיים הכשרות והדרכות להטמעת ההנחיות והכללים הכתובים בו, ולשמור על הסביבה הטיפולית בטוחה, מכבדת ונטולת הטרדות מיניות מילוליות או פיזיות. כמו כן החוזר מגדיר כללים ליצירת סטנדרט של טיפול ושל עבודת המטופלים במהלך בדיקה או טיפול רפואי, לרבות הסכמה לבדיקות חודרניות טרם הבדיקה ובמהלכה. עוד הוא קובע כי יש ליידע באמצעות שילוט בשפות הרלוונטיות על הזכות להימצאות אדם נוסף בחדר הטיפולים וככל האפשר לאפשר את בחירת מינו של אדם זה.

החוזר מכיל עקרונות לטיפול בתלונות, בהם: התלונה לא תשפיע לרעה על הטיפול במתלונן ולא תמנע ממנו לקבל טיפול נאות; המתלונן יוכנה למטפל אחר מייד עם הגשת התלונה; ממצאים, מסקנות ודרכי טיפול יימסרו למתלונן בתוך שבועיים מסיום הטיפול בתלונה; המתלונן יכול לערער על ההחלטה שהתקבלה; דיווח יימסר לאפוסטרופוס במקרה של פגיעה בקטינים; הטיפול בתלונה יתועד; פרטיות המתלונן תישמר; והטיפול בתלונה יעשה ביעילות ובזמן סביר. החוזר קובע כי כל מוסד וארגון רפואי ימנה איש צוות שיהיה אחראי לטיפול בתלונות (בעדיפות לאיש צוות ממקצוע טיפולי – פסיכולוג או עו"ס) ויפרסם הוראות בנושא מניעת פגיעה והטרדה מינית ואופן הטיפול בתלונות בגלוי ובאופן נגיש למטופלים ומטפלים. ההוראות יכללו את שם הממונה במוסד האחראי לטיפול בתלונות ואת פרטי נציב קבילות הציבור במשרד הבריאות וכן את דרכי ההתקשרות עימם.

בישראל ישנם ארגוני סיוע רבים לנפגעי ונפגעות תקיפה מינית בפריסה ארצית וגם כאלו המטפלים באוכלוסיות מיוחדות, כגון האוכלוסייה החרדית והערבית. הארגונים פועלים ברמה הפרטנית ומעניקים מגוון שירותים, בהם: הפעלת קווי חירום, סיוע וליווי בהליך הפלילי והאזרחי, קבוצות תמיכה, סדנאות חינוך, הכשרות לאנשי מקצוע ועוד. ברמה האזורית הארגונים עוסקים בהעלאת מודעות ובחיזוק הקשרים עם הקהילות שבתוכן הם פועלים. איגוד מרכזי הסיוע, המאגד תשעה ארגוני סיוע, מפרסם בכל שנה דוח מסכם המכיל מידע רב בנוגע לתלונות שהתקבלו אצלם (ר' למשל, איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית, 2021).

לסיכום, הערכת היקף התופעה של פגיעות מיניות המתרחשות במערכת הבריאות היא משימה מורכבת. שיעורי הדיווח על פגיעות כאלה לגורם רשמי מוערכים בין 5%–10%, כלומר בין 90%–95% מהפגיעות אינן מדווחות כלל. נוסף על כך היקף התופעה שונה בקרב נשים וגברים, וכ-90% מהפניות שהוגשו בחמש השנים האחרונות לארגוני הסיוע הוגשו על ידי נשים. מכך אפשר להעריך בזהירות כי היחס בין נשים לגברים בפגיעה מינית הוא 9:1, אם כי ייתכן שהיקף התופעה בקרב גברים גבוה יותר אך שיעור הדיווח נמוך משמעותית בקרבם. לפיכך, החליט צוות המחקר להתמקד בפגיעות מיניות בקרב נשים בלבד.



## 2. מטרות המחקר

מטרות המחקר כפי שהוגדרו הן:

1. לספק הערכה ראשונית על אודות היקף התופעה בקרב נשים בוגרות (בנות 21 ויותר) בישראל ועל אודות שיעור התלונות המדווחות מסך הפגיעות
2. לבדוק מהו סוג ואופי הפגיעות המיניות המתרחשות במערכת הבריאות ומהו ההקשר שבו הן מתרחשות
3. לזהות אוכלוסיות פגיעות על פי מאפייני רקע
4. לבחון מה הם הסוגיות והאתגרים המרכזיים הנוגעים למנגנון הקיים לתלונות וטיפול בתופעה
5. לבחון את תחושת המוגנות מפני פגיעה מינית המתרחשת במערכת הבריאות בקרב נשים בוגרות בישראל
6. ללמוד על השיח המתנהל ברשתות על אודות התופעה

## 3. שיטה

המחקר נערך בשנת 2023 וכלל שיטות מחקר כמותיות ואיכותניות. כלי המחקר כללו: (1) סקר בקרב מדגם מייצג של נשים בארץ, (2) ראיונות עומק עם נפגעות פגיעה מינית שהתרחשה במערכת הבריאות ועם נשות מקצוע בכירות העוסקות בתחום הפגיעות המיניות והטיפול בהן ו(3) ניתוח של השיח ברשת.

### 3.1 הסקר

הסקר הועבר למדגם מייצג של אוכלוסיית הנשים בארץ באמצעות חברת פאנל (חברה מסחרית לעריכת סקרים). שאלון הסקר כלל שבעה חלקים:

1. שאלת סינון שבה נבדק אם המשיבה עברה מקרה של פגיעה מינית במערכת הבריאות. משיבה שהשיבה שלא עברה פגיעה מינית במערכת הבריאות, הועברה לאפיק קצר שבו נשאלה אם עברה פגיעה מינית שלא במערכת הבריאות. משיבה שעברה פגיעה במערכת הבריאות הועברה לחלקים הנוספים של השאלון
2. שאלות שעסקו במאפייני הפגיעות, לרבות: המקום שבו בוצעה הפגיעה והתדירות שבה קרתה
3. שאלות שנגעו לדיווח ולתלונה על הפגיעות, לרבות: האם התלוננה ומיהו הגורם שאליו פנתה
4. שאלות בנוגע לפנייה לגורמים שונים שלא לצורך הגשת תלונה, לאחר הפגיעה במערכת הבריאות, למשל לצורך תמיכה נפשית, בדיקה או טיפול רפואי
5. שאלות שעסקו בהשפעות מתמשכות של הפגיעה שחוותה המשיבה, לרבות: הימנעות מקבלת טיפול והשפעות נפשיות שונות
6. שאלות שעסקו בידע על זכויות ותחושת ביטחון
7. שאלות דמוגרפיות שונות

### 3.2 המדגם ואיסוף הנתונים

הסקר נערך באמצעות חברת פאנל בין ינואר למאי 2023. הפצת השאלון נעשתה באמצעות שליחת דואר אלקטרוני והודעות למשתמשי היישומון של חברת הפאנל. השאלון הופץ בעברית ובערבית. הדגימה התבצעה בעזרת מכסות של גיל וקבוצת אוכלוסייה (יהודיות ואחרות, ערביות) בהתאם לגודל האוכלוסייה בישראל.

בסך הכול השיבו על שאלון הסקר 1,064 נשים בנות 21–70. מתצפיות אלו הוסרו 101 תצפיות של נשים שסירבו לענות על השאלה המרכזית במחקר ("האם עברת אי פעם פגיעה מינית בקשר עם מטפל או מטפלים במערכת הבריאות בישראל?"), תצפיות של נשים שהשיבו על פחות ממחצית מהשאלות בחלקים שונים של השאלון ותצפיות של נשים שדיווחו שנפגעו במערכת הבריאות אך מניתוח השאלות הפתוחות שלהן עלה כי לא נפגעו על ידי גורם מטפל.

מדגם המשיבות הסופי עמד על 963 תצפיות.

### 3.3 שקלול המדגם

גודלה של אוכלוסיית המחקר (נשים תושבות ישראל בנות 21 ויותר) היה 2,418,300 נשים יהודיות ו-539,700 נשים ערביות, ובסך הכול 2,958,000 נשים. לאחר סיום איסוף הנתונים, המדגם שוקלל לפי קבוצת אוכלוסייה (יהודיות ואחרות, ערביות) וגיל בהתאם ללוח 1.

לוח 1: מאפייני הרקע וקבוצות השקלול

מאפייני רקע	מספר קבוצות השקלול	קבוצות השקלול
קבוצת אוכלוסייה	2	יהודיות ואחרות / ערביות
קבוצת גיל	4	34-21 44-35 54-45 +55

נוצריות שאינן ערביות, בנות תרות אחרות ומי שלא סווגו במרשם האוכלוסין כיהודיות, מוסלמיות או נוצריות.

מן הלוח עולה כי יש 8 קבוצות ( $2 \cdot 4 = 8$ ). חישוב המשקל של כל אחת מן הקבוצות נבע מן היחס בינה ובין גודלה באוכלוסייה. שלבי חישוב המשקלות:

1. ניפוח של משקל כל תצפית לפי  $\frac{N_j}{n_j}$ , כאשר  $N_j$  הוא גודל הקבוצה ה- $j$  ( $1 \leq j \leq 8$ ) באוכלוסייה (בהתבסס על נתוני [הלמ"ס, 2020](#)) ו- $n_j$  הוא גודל הקבוצה ה- $j$  במדגם המשיבים.
  2. לצורך חזרה לגודל המדגם המקורי, מקדם הניפוח של כל תצפית חולק בממוצע הכללי של מקדמי הניפוח במדגם.
- לוח 2** אפשר לראות את תוצאות השקלול בקרב הקבוצות השונות.

לוח 2: ייצוגיות לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה (באחוזים)

יהודיות ואחרות לפני שקלול	יהודיות ואחרות לאחר שקלול / אוכלוסייה	משקל לתקנון קבוצה	ערביות לפני שקלול	ערביות לאחר שקלול / אוכלוסייה	משקל לתקנון קבוצה	גיל
30	27	0.938	45	40	0.791	34-21
26	20	0.779	25	20	0.712	44-35
23	16	0.719	18	18	0.880	54-45
21	37	1.804	12	22	1.591	+55
<b>100</b>	<b>100</b>		<b>100</b>	<b>100</b>		<b>סך הכול</b>

### 3.4 ראיונות העומק

ראיונות העומק נערכו עם עשר מטופלות שעברו פגיעה מינית במערכת הבריאות ועם שבע נשות מקצוע בכירות העוסקות בתחום הפגיעות המיניות והטיפול בהן.

מרבית המטופלות שרואיינו גויסו למחקר באמצעות הסקר ומיעוטן באמצעות הפניה של נשות המקצוע. חלק מנשות המקצוע שרואיינו גויסו בהמלצת ועדת ההיגוי המלווה וחלקן בשיטת 'כדור השלג'.

הראיונות עם הנפגעות עסקו בתיאור הפגיעה, השפעותיה, תגובת הסביבה לפגיעה, דיווח ופנייה לקבלת סיוע ובהמלצותיהן לשיפור תהליך הדיווח וחיזוק שירותי הטיפול והסיוע. הראיונות עם נשות המקצוע עסקו בתיאור היקפי וסוגי הפגיעות שלהן נחשפו, תהליך הליווי והטיפול, נקודות החוזקה ואתגרי המערכות ובהמלצותיהן לעתיד. כל הראיונות הוקלטו ועובדו בעזרת תוכנת "אטלס" לניתוח תוכן.

### 3.5 ניתוח השיח ברשת

כדי ללמוד על השיח המתנהל ברשת על אודות התופעה של פגיעות מיניות המתרחשות במערכת הבריאות בקשר שבין מטפלים למטופלים, הסתייע צוות המחקר בחברת "באזילה".

ניתוח השיח נערך בשני שלבים: בשלב הראשון הועלתה לרשת שאילתה, באמצעות המערכות של חברת באזילה, בקשר ל"פגיעות מיניות". בשאילתה זו עלו כ-1,000 דיונים ברשת. כל הדיונים היו בין התאריכים 1.5.2020 ו-30.4.2022. כל הדיונים נקראו ומהם נבחרו 150 דיונים בדגימת cherry picking (מעבר ראשוני על השיח ובחירת דיונים רלוונטיים בלבד). בשלב השני, נותחו 150 הדיונים על פי הפרמטרים: נושא השיחה, סוג הפגיעה, מגדר והתייחסות למידת האמון במערכת הבריאות.

### 3.6 אתיקה

המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל והחוקרים פעלו בהתאם להנחיות הוועדה.

למשתתפות הסקר ולמראיינות הובהר כי ההשתתפות במחקר היא על בסיס התנדבות בלבד והן אינן מחויבות להשתתף בו וכן כי הן יכולות לסרב לענות על חלק מהשאלות או על כולן. צוין כי החוקרים מתחייבים לשמור בסודיות מלאה את זהות המראיינות, וכי כל המידע שיימסר בסקר או בריאיון ישמש לביצוע עיבודים סטטיסטיים ואחרים בלבד ללא אפשרות לזהות את המראיינות. לאחר מכן הן התבקשו לתת הסכמה להשתתף במחקר (בראיונות ההסכמה הייתה בעל פה). החוקרים ביקש מן המראיינות שהשתתפו בראיונות העומק רשות להקליט אותן לטובת תמלול מלא של דבריהן, והתמלול שימש רק את החוקרים. בתום הסקר/הריאיון המשתתפות הוכנו לדף המרכז קישורים ופרטי התקשרות עם גורמים שונים, לצורך קבלת מידע, הגשת תלונה וקבלת סיוע נפשי או אחר, למי שעברו פגיעה מינית במערכת הבריאות והיו מעוניינות בכך (בראיונות – בתום הריאיון נשלח מייל למשתתפת המכיל מידע זה). כמו כן פרטי הקשר של החוקרים היו זמינים למשתתפות בכל עת.

## 4. ממצאים

### 4.1 מאפייני המדגם

לאחר שקלול המדגם בחנו החוקרים את מאפייניו ואת התאמתם למאפייני אוכלוסייה שונים. **לוח 3** מתאר את מאפייני המדגם וממנו עולה כי מאפייני המדגם לפי גיל וקבוצת אוכלוסייה (לאחר שקלול) זהים למאפייני האוכלוסייה וכי הפיזור הגאוגרפי של המשיבות דומה למאפייני האוכלוסייה. זאת להוציא ייצוג חסר לנשים חרדיות (2% לעומת 10% באוכלוסייה) וייצוג יתר לאקדמאיות (61% לעומת 43%). בנוגע להתפלגות המשיבות לפי רמת הכנסה, שיעורן של המשתייכות לחמישון התחתון (20%) זהה להתפלגות האוכלוסייה, יש ייצוג יתר לחמישוני ההכנסה 2-4 וייצוג חסר למשתייכות לחמישון העליון (72%-8% במדגם לעומת 40%-20% באוכלוסייה, בהתאמה).

#### לוח 3: השוואת מאפיינים דמוגרפיים בין המדגם לאוכלוסייה (באחוזים) ^

מדגם (לאחר שקלול) N=963	אוכלוסייה (השנתון הסטטיסטי, 2020) N=2,958,000	אוכלוסייה (הסקר החברתי, 2022) N=2,995,417
קבוצת גיל		
21-34	29	29
35-44	20	20
45-54	17	17
+55	34	34
קבוצת אוכלוסייה		
יהודיות ואחרות ערביות	82	82
18	18	18
דתיות (בקרבי יהודיות בלבד)	98	90
2	2	10
השכלה אקדמית	61	43
לא אקדמאיות	39	57
הכנסה נטו למשק בית (מכל מקורות ההכנסה)	20	61
חמישון תחתון	72	31
חמישוני 2-4	8	31
חמישון עליון	8	31
מחוז מגורים	11	16
ירושלים ויו"ש	11	16
הצפון	12	17
חיפה	18	13
המרכז	29	24
תל אביב	16	18
הדרום	10	12

^ הנתונים על גיל וקבוצת אוכלוסייה לקוחים מהלמ"ס, 2020. בסיס נתונים זה היווה את הבסיס לשקלול. הנתונים על מאפיינים דמוגרפיים נוספים לקוחים מהסקר החברתי של הלמ"ס 2022 (נתונים משוקללים, עיבוד עצמי של החוקרים), נתוני הסקר החברתי מתייחסים לאוכלוסייה בת +20, במדגם בנות +21.

## 4.2 ממצאי הסקר והראיונות

### שיעור הנפגעות וסוגי הפגיעות

כפי שעולה מלוח 4, פגיעה מינית המתרחשת במערכת הבריאות היא תופעה נפוצה. 37% מהנשים הבוגרות בישראל חוו פגיעה כזאת לפחות פעם אחת במהלך חייהן עד כה, ו-22% דיווחו על פגיעה כזאת במהלך חמש השנים שלפני המחקר. סוגי הפגיעות הנפוצים ביותר היו מבטים (28% מכלל המשיבות) ואמירות (26% מכלל המשיבות). סוגי פגיעה נוספים שדווחו על ידי שיעורים גבוהים מהמשיבות כללו: בקשה להתפשט (13%), נגיעות (13%), הצעות מיניות (9%) ואונס או ביצוע מעשים מיניים בכפייה (5%). מן הראיונות עלו דוגמאות לפגיעות השונות, על כל רצף הפגיעה. אחת המרואיינות סיפרה על אמירות שנאמרו לה בהיותה קטינה:

”היה משהו מאוד לא נעים במפגש, הוא לא נגע בי פיזית אבל הוא נתן לי המון הערות שהיום אני יודעת שהן לא מתאימות. בתור נערה בפעם ראשונה, אפילו ילדה, לא כל כך נערה, בגיל 13 מגיעה לרופא נשים. לא כל כך ידעתי לעבד את הדברים. הוא העיר לי על שיער הגוף שלי, הוא העיר על היכולת לפתוח את הרגליים בבדיקה, משהו שגרם לי מאוד להתכווץ אבל לא הבנתי שהוא לא תקין.” (מרואיינת 9)

בכמה מהראיונות תוארו הצעות מיניות חוזרות, וכן עלה הנושא של מגע שלא בהסכמה במהלך לידה אשר נחוה כפגיעה מינית. מרואיינת שנפגעה מבקשה להתפשט ציינה כי התברר לה מאוחר יותר כי התנהגות פוגענית זו היא חלק מדפוס התנהגות של המטפל:

”אני באתי לרופא, הייתי בת 20 ומשהו, סטודנטית לרפואה, כאב לי הגרון, הייתי צריכה לקבל כנראה טיפול אנטיביוטי, פתחתי את הפה, אבל הוא ביקש שאני אפתח את החזייה וארים את החולצה ועשה לי בדיקת שד, בשביל מה?! פשוט את לא מבינה את זה, את לא קולטת את זה [...] מסתבר שהוא עשה את זה גם לגיסתי והוא עשה את זה גם לחמותי, וזה ברור לך שזה המון.” (אשת מקצוע 3)

39% מהנשים דיווחו על פגיעה מינית מחוץ למערכת הבריאות. בקרב נשים שנפגעו במערכת הבריאות, שיעור זה גבוה בהרבה ועומד על 62%. בקרב נשים שלא נפגעו במערכת הבריאות שיעור זה עומד על 26%.

לוח 4: שיעור הנפגעות (באחוזים) (N=963)

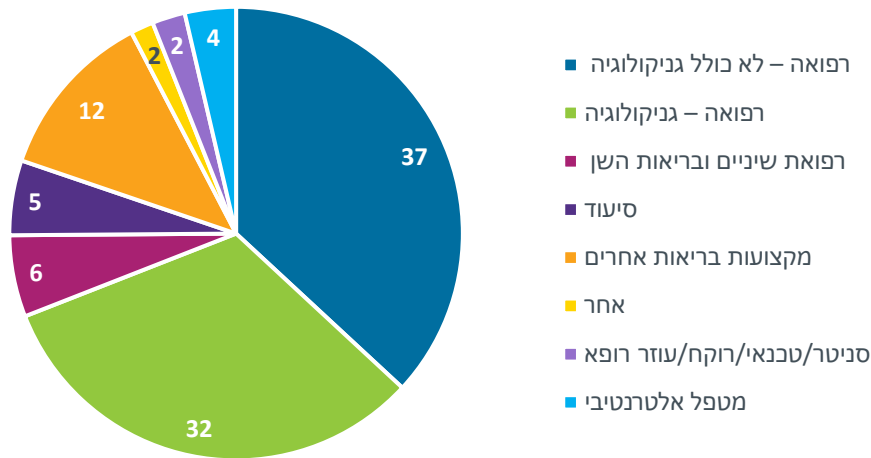
שיעור הנפגעות בחמש השנים שלפני המחקר	שיעור הנפגעות אי פעם בחיים עד כה	
22	37	נפגעות <sup>^</sup>
15	28	מבטים
11	26	אמירות
5	13	בקשה להתפשט
5	13	נגיעות
2	5	מעשה מגונה בעצמם בפנייך
4	9	הצעות מיניות
2	4	סחיטה ואיומים
1	5	אונס או ביצוע מעשים מיניים בכפייה

<sup>^</sup> מי שנפגעה בכל סוג של פגיעה על ידי גורם מטפל במערכת הבריאות (בחירה מרובה)

**מאפייני הפגיעות**

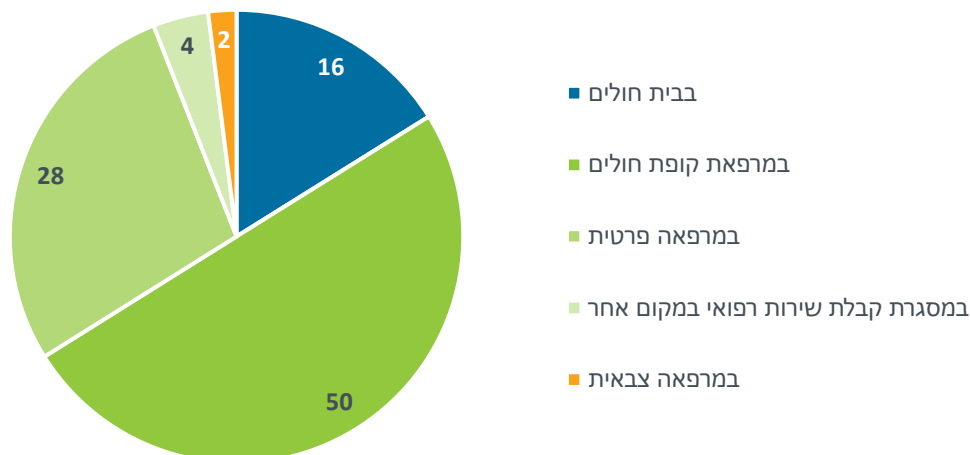
כפי שמוצג ב**תרשים 1**, בכ-70% מהמקרים הגורם הפוגע היה רופא, וכמחצית מהרופאים הפוגעים היו גניקולוגים. ב-12% מהמקרים הגורם הפוגע היה ממקצוע בריאות שאינו רפואה או סיעוד. 17% מהנפגעות דיווחו על פגיעה חוזרת אצל אותו מטפל ו-3% דיווחו על חמש פגיעות או יותר אצל אותו מטפל (לא מופיע בתרשים).

**תרשים 1: מקצוע המטפל שפגע (באחוזים)**



כפי שמוצג ב**תרשים 2**, רוב (78%) הפגיעות התרחשו בקהילה – בעיקר במרפאת קופת חולים (50%) אך גם הרבה מאוד במרפאות פרטיות (28%). עוד 16% מהפגיעות התרחשו בבית חולים.

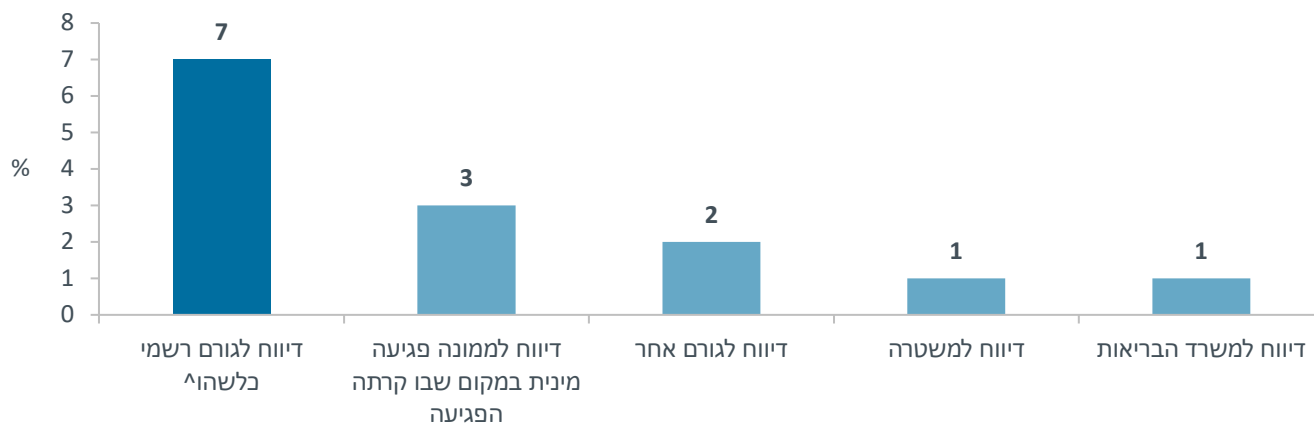
### תרשים 2: היכן התרחשה הפגיעה (באחוזים)



### דיווחים, הגשת תלונות ופניות לסיוע

למרות השיעורים הגבוהים של פגיעות מיניות, רק 7% מהנשים דיווחו לגורמים הרשמיים על פגיעה מינית. כפי שמוצג ב**תרשים 3**, כמחצית מהדיווחים (3%) היו לממונה של הפוגע; בשיעורים קטנים אף יותר היו דיווחים למשטרה, למשרד הבריאות, או גורם אחר. כפי שמוצג ב**תרשים 4**, הסיבות הנפוצות ביותר לאי-דיווח היו אי-ודאות בנוגע לתקינות מעשה המטפל (23%), תפיסת המקרה כלא חמור (17%) ובושה (13%).

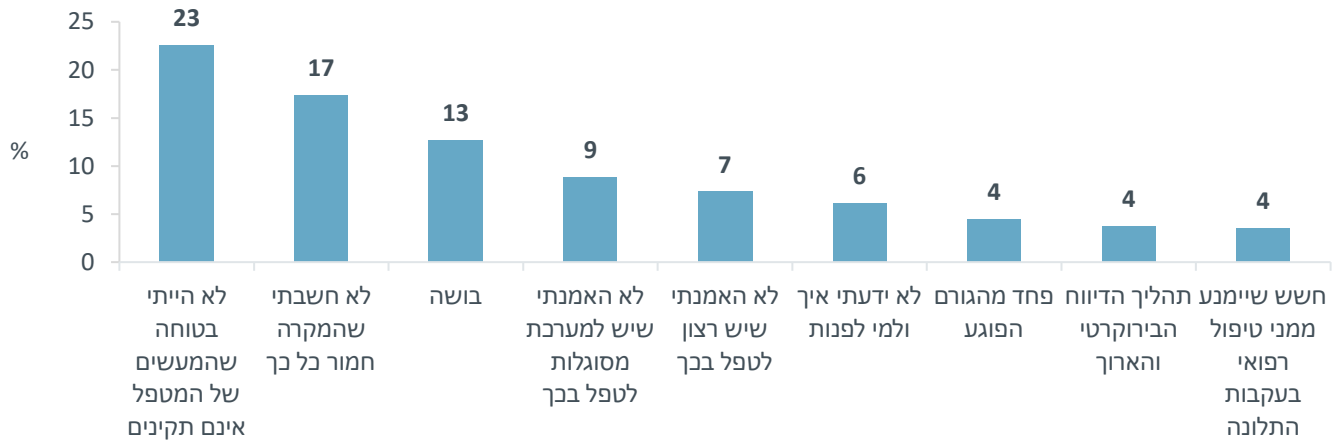
### תרשים 3: שיעורי דיווח לגורם רשמי (באחוזים)



^ מי שדיווחה על הפגיעה לגורם רשמי כלשהו (בחירה מרובה, העמודות אינן משלימות ל-100%)



#### תרשים 4: סיבה עיקרית לאי-דיווח (באחוזים)



בראיונות העומק היו מרואיינות שהתייחסו דווקא לסיבות נפוצות פחות לאי דיווח, והביעו חוסר אמון בכך שיש למערכת מסוגלות או רצון לטפל בכך:

” יצאתי וסיפרתי למזכירה, אז היא אומרת 'מה הוא נחשב רופא נהדר' וזה. ואז היה לי ברור כבר, ממה שהיא אמרה, שאין למה [להגיש תלונה]”. (מרואינת 7)

בראיונות עלו גם היבטים של פערי כוח בין המטפלים למטופלות, המרתיעים מפני דיווח:

” מה הסיכוי שלי הקטנה, חסרת אונים מול הפרופ' הבכיר הזה ומן הסתם כל הפרופסורים את יודעת, עושים איזושהי אגודה כזאת [...] אז אתה מרגיש קטן ואומר טוב אין טעם. [...] תמיד רופא יכול להגיד 'מה את רוצה, בדקתי, זה היה במסגרת הטיפול, זה היה במסגרת הרפואה'”. (מרואינת 2)

” אני חושבת שבשביל להתלונן צריך תודעה [...] תודעה להפרשי הכוח, תודעה לכל הדינמיקה החברתית הזאת. [מי שמתלוננת אלון] נשים שיש להן תודעה ויש להן משאבי כוח [...] את צריכה להיות בן אדם ביקורתי בחיים כדי ללכת לרופא ולא להאמין שאת יושבת מול אלוהים [...] מי שאני מכירה [שהתלוננן] הן יחסית נשים יותר אליטה, השכלתית, מעמדית.” (אשת מקצוע 2)

היו מרואיינות שהביעו חשש מפני פגיעה נוספת – פחד מתביעת דיבה, ביקורת והאשמת קורבן וחשש מחשיפה והשחרת שמו. חלק מהחסמים הנוספים לדיווח, שהזכירו המרואיינות, כוללים אמפתיה כלפי הפוגע וחשש מפגיעה בפרנסתו, וכן חשש של הנפגעת שתזדקק לקבל שירות רפואי מהפוגע בעתיד, בפרט באזורי פריפריה שבהם יש מחסור ברופאים בעלי התמחויות מסוימות.

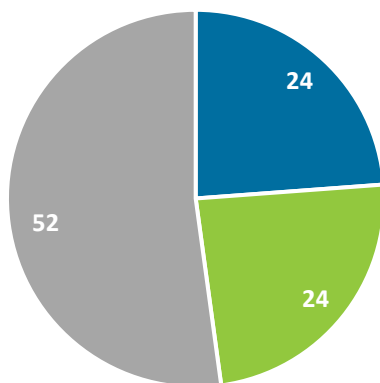
אחת מנשות המקצוע היטיבה לתאר את הקושי של הנפגעות להתלונן ואת התהליך שהן עוברות עד שמבשילה ההחלטה לדווח:

” בדרך כלל כשקורית פגיעה במערכת הבריאות, אישה, עוד לפני שהיא הולכת למשטרה להתלונן, משתפת את הסביבה הקרובה ובודקת כדי לקבל פידבק האם היא לא טועה בהרגשות שלה, האם ההבנה שלה היא לא הבנה שגויה, זאת אומרת, האם זה לא בראש שלה שאולי הוא החדיר יותר מדי את האצבע בבדיקה הגניקולוגית, האם זה לא התחושה שלה שלא צריך לבדוק את השדיים בבדיקה אורתופדית כשכואב הגב [...] הן קודם כל רוצות שיקוף או תיקוף לזה שמה שהן מרגישות ומה שהן חושבות על מה שהן עברו הוא נכון [...] לפעמים יש היסוס גדול, יש ספק גדול האם באמת נעברה בי עבירה, האם זה לא חלק מהטיפול [...] ולאחר שהן מקבלות תיקוף להרגשה שלהן, הן צריכות לאזור אומץ וללכת להתלונן למשטרה.“  
(אשת מקצוע 4)

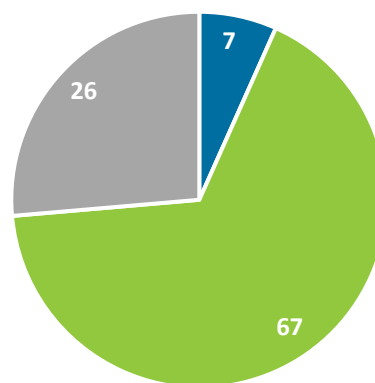
כפי שעולה מתרשים 5, רק 24% אחוז מהנפגעות היו מודעות לכך שבמוסד שבו התרחשה הפגיעה ישנו גורם שממונה על נושא ההטרדה המינית, ורק 7% מהנפגעות ראו פרסום בולט עם פרטי התקשרות לגורם זה.

#### תרשים 5: מודעות לגורם האחראי על נושא ההטרדה המינית ושילוט בולט במקום שבו קרתה הפגיעה (באחוזים)

למיטב ידיעתך, האם יש גורם אחראי הממונה על מניעת פגיעה מינית וטיפול בתלונות במקום שבו קרתה הפגיעה?



האם ראית פרסום בולט במקום שבו קרתה הפגיעה בנוגע לפרטי הגורם האחראי ודרכי ההתקשרות עימו?

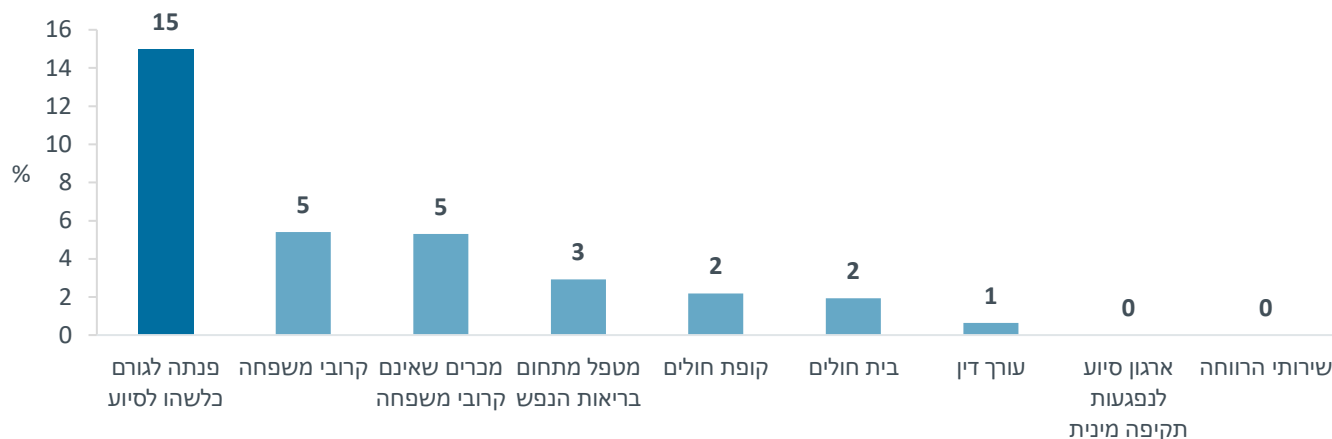


■ כן ■ לא ■ לא יודעת / לא זוכרת

כפי שעולה מתרשים 6, רק 15% מהנשים שחוו פגיעה מינית דיווחו שפנו לגורם כלשהו לסיוע. מרבית הפניות הן למכרים (5%) או לקרובי משפחה (5%), ורק 3% מהנפגעות פנו למטפל מתחום בריאות הנפש. לא נמצאה במדגם מי שפנתה לארגוני הסיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית וכן לא נפגעות שפנו לשירותי הרווחה.

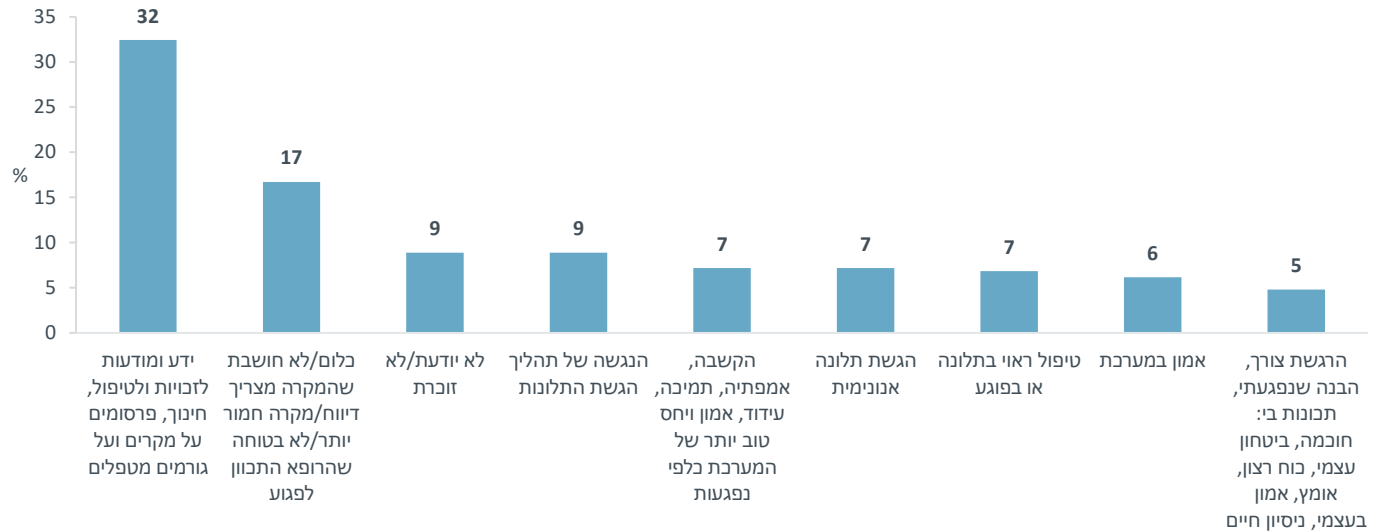
בחלק מהמקרים שבהם פנו מרואיינות לבני משפחה, כאמור, היו אלה בני המשפחה שעודדו אותן לפנות לגורמים נוספים. שתי מרואיינות סיפרו כי מייד לאחר הפגיעה פנו למזכירה בקופת חולים, שהיוותה עבורן כתובת ידיוותית ונגישה. שתי מרואיינות סיפרו על פנייה לקבלת טיפול נפשי ואחת על פנייה למרכז סיוע.

#### תרשים 6: שיעורי פנייה לסיוע (באחוזים)



32% מהנפגעות שלא דיווחו ציינו שהעלאת מודעות לנושא, פרסום או מתן מידע על אודות הגורמים שאליהם אפשר לפנות היו יכולים לעזור להן להגיש תלונה (תרשים 7). 17% מהנפגעות שלא התלוננו דיווחו כי שום דבר לא היה מסייע להן להתלונן, מכיוון שלא היו מעוניינות בכך או שלא חשבו שהמקרה מצדיק דיווח. גורמים נוספים שהיו מסייעים להן לדווח הם הנגשת תהליך הגשת התלונות (9%), שיפור היחס של המערכת כלפי נפגעות (7%), מתן אפשרות לדיווח אנונימי (7%), טיפול ראוי בתלונה (7%), אמון במערכת (6%) וגורמים הקשורים במאפיינים ובכוחות של הנפגעת עצמה (6%).

## תרשים 7: גורמים שהיו מסייעים לנפגעת להתלונן (בקרוב מי שלא דיווחה לאף גורם רשמי) (באחוזים)



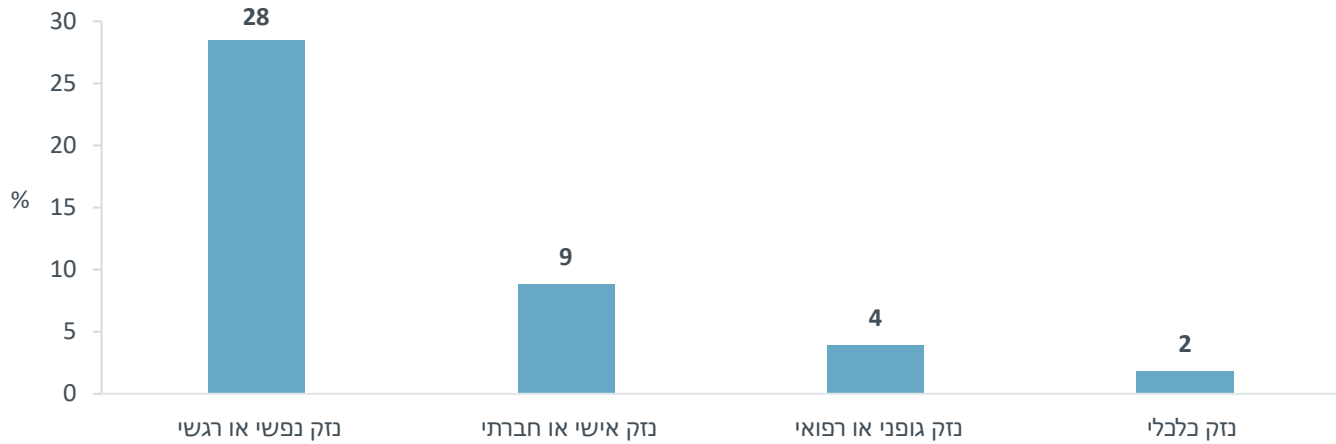
המרוויאיות ציינו גם גורמים שעלו פעמים רבות בסקר ככאלה שיעודדו דיווח, כמו תהודה ציבורית של מקרים שבהם הורשעו פוגעים וגם גורמים שעלו פעמים מועטות בסקר, כמו טיפול ראוי בתלונות קיימות. שני גורמים אלו עלו בראיונות בתור גורמים קריטיים לעידוד דיווח והגשת תלונה. גם הצורך בפרסום מידע מקיף על אודות תהליך הדיווח באמצעי התקשורת, הוזכר בכמה הראיונות:

צריך להיות קמפיין נקודתי על איך מתלוננים, מה קורה כשאת מתלוננת, כמה זמן ייקח לתלונה עד שהיא תתברר, מה מצופה ממך – פשוט שקיפות. כיום נשים לא יודעות מה לצפות, והן מפחדות, מפחדות שהן סתם יתלוננו. (אשת מקצוע 5)

## נזקים, השפעות מתמשכות ויתור על שירותים

כפי שעולה מתרשים 8, 28% מהנפגעות דיווחו על נזק נפשי מהאירוע ו-9% דיווחו על נזק אישי או חברתי. 13% דיווחו שבעקבות הפגיעה הן הרגישו קושי נפשי שהיה להן קשה להתמודד עימו בכוחות עצמן ללא סיוע או טיפול נפשי כלשהו, אך רק 16% מהן אכן קיבלו טיפול נפשי. בקרב הנשים שדיווחו על נזק מהאירוע, 59% גם דיווחו שהן עדיין סובלות, כאשר הפגיעות המתמשכות השכיחות ביותר הן פחדים, חששות ו/או חרדות (20%), אובדן אמון ברופאים ומטפלים (19%), וכחד ממטפלים שהם גברים או בחירה במטפלות שהן נשים (19%). כ-10% מהנפגעות דיווחו על פגיעה מתמשכת במידה רבה או רבה מאוד (לא מוצג בתרשים).

## תרשים 8: סוגי נזקים כתוצאה מהפגיעה (באחוזים)



עדויות לנזק נפשי חמור או מתמשך עלו גם בראיונות עם הנפגעות, שחלקן דיווחו על חשש מהפוגע גם כעבור שנים. אחת המרואיינות דיווחה על השפעה שלילית של הפגיעה על הקשר עם בן זוגה ושתי מרואיינות סיפרו שהשפעות הפגיעה התחזקו לאחר שילדיהן הפכו למתבגרים:

” זה הולך איתי. אני חושבת שגם עכשיו כשיש לי בת מתבגרת, אז זה משהו שעוד יותר מלווה אותי, איך ליצור לה אמון מבלי לחשוש ולקוות בשבילה שהיא תקבל חוויה אחרת.” (מרואיינת 9)

32% מהנפגעות ויתרו על טיפול רפואי בגלל האירוע. בקרב אלו שוויתרו על טיפול רפואי, 34% ויתרו על טיפול בתחום של רפואת נשים ו-48% ויתרו על ביקור אצל רופא בתחום אחר.

התופעה של ויתור על טיפול רפואי בשל חשש מפגיעה מינית קיימת גם בקרב נשים שלא דיווחו על פגיעה מינית במערכת הבריאות. אך השיעור בקרבן (5%) נמוך בהרבה מהשיעור בקרב נשים שדיווחו על פגיעה מינית במערכת הבריאות (32%).

מן הראיונות עלו גם כן התייחסויות לווייתור על טיפול רפואי בעקבות הפגיעה, בליווי הסברים אפשריים בנוגע להימנעות, כפי שציינה אחת מנשות המקצוע:

” נשים שחוו את הפגיעה בתוך מערכת הבריאות פשוט נמנעות מללכת לרופאים. לא רק רופאים שפגעו בהם, לא רק לפסיכולוגים שפגעו, או לגניקולוגים, לא הולכים בכלל, הן והמערכת גמרו. הן כבר לא רוצות שום דבר, הן פוחדות, הן חוששות, הן איבדו אמון במערכת, הן לא רוצות להתעסק עם זה בכלל, הן כבר לא תהיינה במקום הזה שמישהו שהן הולכות אליו לקבל מזר יעשה להן משהו רע, וההימנעות הזו מקבלת טיפול היא איומה ונוראית, כי באמת, זה מסכן חיים, וכמובן יש מחלות שחייבים לטפל וחייבים לקבל טיפול וההימנעות הזו היא איומה, איומה, אבל בהחלט שמעתי, שמעתי ולא מאחת.“ (אשת מקצוע 4)

## אתגרי המערכת

נשות המקצוע שרואינן נשאלו על האתגרים המרכזיים שבפניהם ניצבת מערכת הבריאות בבואה לטפל בתופעה. הן הצביעו על אוזלת ידה של המערכת הציבורית, ועל הקשיים הבירוקרטיים והארגוניים הכרוכים בשינוי המצב הקיים, שמונעים הפסקת העסקה או הטלת סנקציות משמעותיות דיין על פוגעים. גם המחסור ברופאים, בפרט בהתמחויות ייחודיות, מחמיר את הקשיים הללו ומרתיע מפני נקיטת צעדים כנגד רופאים שפגעו.

נוסף על כך חלק מנשות המקצוע העלו תחושה של הגנה על פוגעים על ידי ה"גילדה" המקצועית, וכן חשש של עובדים אחרים העדים לפגיעות לדווח עליהן. עוד הצביעו נשות המקצוע על מיקום נמוך של הנושא בסדר העדיפויות של מערכת הבריאות ומקבלי ההחלטות. כמה מרואיינות העלו גם את הקושי שבטיפול בתלונות שנמצאות בתחום האפור, שבהן מטשטש הגבול שבין יחס לא הולם והיעדר קבלת הסכמה מדעת ובין פגיעה מינית. לצד כל אלו, כשנשאלו על חוזקות המערכת, חלקן ציינו כי חל שיפור ניכר בטיפול בנושא בשנים האחרונות.

## המלצות המרואיינות

המרואיינות נשאלו מה לדעתן אפשר לעשות ברמה החברתית כדי לעודד דיווח, לצמצם את התופעה ולשפר את הטיפול בה. רובן המליצו על העלאת המודעות להתנהלות הנחשבת לפגיעה מינית ולאפיקי הדיווח האפשריים הן בקרב האוכלוסייה הכללית הן בקרב הצוותים הרפואיים, זאת לצד סיקור תקשורתי נרחב:

” צריך לעשות פה הסברה, גם להעצים את הנשים, גם ליידע את הרופאים מה מצופה מהם, להנכיח את זה במרחב הציבורי, כי אז אתה מייצר בעצם נורמה תרבותית חדשה, איך הדברים מתנהלים במערכת הבריאות, ואז גם לעשות קמפיין מאוד נקודתי סביב פגיעות מיניות, לומר לנשים, זכותן לקבל טיפול [ב] מרחב בטוח.“ (אשת מקצוע 5)

המלצה נוספת שעלתה היא איתור אקטיבי של נפגעות והנגשת תהליך הגשת התלונה, למשל על ידי מינוי אחראיות שטח במרפאות, עריכת סקרים יזומים בנוגע לרופאים ומתן אפשרות לדיווח אנונימי. חלק מהמרואיינות ציינו שתמיכה רבה יותר במתלוננות, הכוללת מענה טיפולי מותאם, היא חשובה.

צריכה להיות חקיקה שאם המערכת, מישהי מתלוננת על הטרדה מינית, צריך לתמוך בה, קודם כל להגיד לה: 'אנחנו מאמינים לך'. דבר שני, צריך להגיד לה: 'אנחנו רוצים לתת לך תמיכה נפשית, כי אנחנו יודעים שאת סובלת, שקשה לך.' (אשת מקצוע 3)



היו מרואיינות שהזכירו את הצורך ביעול הטיפול בתלונות קיימות, הכולל התייחסות רצינית ומהירה לתלונות בד בבד עם החמרת הענישה של פוגעים. נשות המקצוע הציעו בהקשר זה להטיל סנקציות משמעותיות יותר על הפוגעים, הכוללות גם השעיה ויותר על חיסיון הפוגעים. עוד עלו כמה המלצות כלליות יותר הקשורות בשינוי מערך הטיפול בתלונות באמצעות הפרטה והקמת ועדות משמעת חיצונית וכן למחויבות רבה יותר של משרד הבריאות לנושא.

### ניתוחים לפי מאפיינים דמוגרפיים וכלכליים

[בנספח 'ממצאים מניתוח דו-משטני ורב-משטני'](#) מובאים תרשימים המציגים את השכיחות של כל המשתנים שצוינו לעיל לפי מגוון מאפיינים דמוגרפיים וכלכליים של המשיבות לסקר.

הקבוצות שבדרך כלל סובלות בשכיחות גבוהה יותר מהתופעות השליליות של הפגיעה הן נשים צעירות, נשים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך, נפגעות אונס ונשים שעברו גם פגיעה מינית מחוץ למערכת הבריאות.

### 4.3 ממצאי ניתוח השיח ברשת

מניתוח השיח ברשת עלה כי הזירה העיקרית שבה התקיים השיח על פגיעות מיניות שהתרחשו במערכת הבריאות היא זירת הכתבות (50%), אחריה זירת הרשתות החברתיות (41%), אחר כך טוויטר (7%) ולבסוף פורומים שונים (2%).

הנושאים המרכזיים שעלו בדיונים הללו הם חשיפה של הפוגע בפרשה (27%), תלונות על השתקת מקרים (21%) וחשיפת מקרה של פגיעה מינית (13%). בכ-76% מהשיחות הופנתה אצבע מאשימה כלפי גורם מסוים, כאשר האשמה העיקרית בשיח הופנתה כלפי מערכת הבריאות (29%), כלפי רופאים (25%) וכלפי הפרקליטות (14%).

על פי ניתוח השיח, הגורם הפוגע ברוב המקרים הוא רופא (60%), לאחר מכן מטפל מתחום בריאות הנפש (פסיכולוג/פסיכיאטר) (16%) ואח (10%).

הפתרונות הבולטים בשיח למצב הם שלילת רישיון (35%), החמרת הענישה (12%) וסינון קפדני בתהליך גיוס העובדים (11%).

ציון הסנטימנט, שהוא הציון המודד את יחס הגולשים כלפי מערכת הבריאות הבא לביטוי ברשת ונע בין 10 ל-(-10), עומד על (-9.7), כלומר ציון שלילי מאוד. כמו כן בכ-53% מהדיונים הובע חוסר אמון במערכת הבריאות.

## 5. מגבלות המחקר

מדגם המשיבות בסקר מייצג את האוכלוסייה הנחקרת לפי שני פרמטרים: גיל וקבוצת אוכלוסייה (יהודיות ואחרות, ערביות). עם זאת, הוא מוטה עקב ייצוג יתר של נשים בעלות השכלה אקדמית (61% במדגם לעומת 43% באוכלוסייה), וכן עקב ייצוג חסר של נשים חרדיות (2% במדגם לעומת 10% באוכלוסייה) (ר' לוח 3 לעיל).

הגיל המקסימלי שנמצא במדגם הוא 70, לא הצלחנו להגיע בעזרת הסקר לנשים בנות +70.

כמו כן הסקר נערך באמצעות חברת פאנל והמשיבות תוגמלו על המענה כספית או באמצעות שוברים בסכומים נמוכים, אם כי התגמול היה מינורי (סדר גודל של עד עשרה שקלים למשתתפת).



## 6. סיכום

המחקר בחן את תופעת הפגיעות המיניות בין מטפלים למטופלות במערכת הבריאות. ממצאי המחקר התבססו על שילוב כלים כמותיים ואיכותניים, שכללו סקר של פאנל אינטרנטי וראיונות עומק הן עם נפגעות, שהסכימו לשתף בחוויה שלהן, הן עם נשות מקצוע, שכללו מנכ"ליות מארגונים הפועלים לטובת נפגעות תקיפה מינית ועורכות דין העוסקות בהגנה על נשים שנפגעו.

מהסקר עלה כי תופעת הפגיעות המיניות בין מטפלים למטופלות במערכת הבריאות היא תופעה נפוצה ושיעורה דומה לשיעור הפגיעות מחוץ למערכת הבריאות. הרצף של הפגיעות המיניות רחב ונע ממבטים ועד אונס, כאשר הביטויים השכיחים יותר של הפגיעות המיניות הללו הם מבטים ואמירות.

מן הנתונים עלה כי מרבית הפגיעות המיניות התבצעו בקהילה, במסגרת טיפול בקופת החולים, במרפאה פרטית או אחרת. ייתכן שהדבר נובע מכך שהטיפול במרפאה בקהילה מתבצע, בדרך כלל, במפגש בין הרופא למטופלת ללא נוכחות של גורם נוסף. בבתי חולים המטופלת נמצאת בדרך כלל עם צוות מטפל ולכן ה"הזדמנות" לפגיעה היא שכיחה פחות. נוסף על כך בבתי החולים מתקיימים פחות מפגשים בין רופא למטופל. עוד עלה מן הנתונים כי אף שמטפלים שפגעו מינית במטופלות מגיעים מתחומים שונים, מרבית הפגיעות מתבצעות על ידי רופאים. הסבר אפשרי לכך יכול להיות שבחלק מהמפגשים, במיוחד עם רופאים, המטופלת נמצאת חשופה באופן מלא או חלקי, מה שעלול לעודד פגיעה בה בתואנה שזהו חלק מ"הטיפול הרפואי". מראיונות העומק עלה כי אף המטופלות מהססות לעיתים להגדיר פגיעה ככזו, שמא מדובר בחלק לגיטימי מהטיפול או הבדיקה.

נתוני הסקר מצביעים על כך שלפגיעה מינית במערכת הבריאות ישנן השפעות שליליות על הנפגעת, שחלקן עלולות להימשך גם זמן רב. ההשפעות המרכזיות שעלו מנתוני הסקר הן חששות, פחדים ואובדן אמון ברופאים ובמטפלים. השפעה נוספת היא הימנעות מקבלת טיפול רפואי. אישה שנמנעת מטיפול רפואי לאורך זמן מסתכנת בהרעה משמעותית של מצב בריאותה, תופעת לוואי חמורה של הפגיעה המינית, ובכך היא נפגעת פעמיים.

עוד עלה מן הנתונים כי למרות השכיחות הגבוהה של התופעה, כמות התלונות בגין פגיעות מיניות במערכת הבריאות היא נמוכה למדי. חלק מהסיבות לכך עשויות להיות נעוצות בחשש שגורמים מוסמכים לא יאמינו לתלונה כזו, וכן חשש שאין מספיק מוטיבציה לגורמים השונים לטפל בתלונות מסוג זה. זה המקום לציין שבמרבית הפעמים, קשה להוכיח פגיעה מינית במסגרת טיפול רפואי, משום שהטיפול מתקיים, בדרך כלל, בנוכחות של הנפגעת והפוגע בלבד ומשום שבמסגרת הטיפול הרפואי המטופלת אינה יכולה לדעת תמיד מתי ישנה חציית גבול מצד המטפל.

מראיונות העומק אפשר ללמוד על התפיסות והתחושות של נפגעות ושל נשות המקצוע. בדומה לממצאי הסקר גם אצל המרואיינות עלו מקרים של פגיעות שנשנו אצל אותו מטפל ובכלל הראיונות עלה כי מרבית הפוגעים הם רופאים ומרביתם גניקולוגים. עוד עלה בראיונות חוסר אמון במערכת ומיעוט של פניות לגורמים רשמיים, כך רוב הנפגעות שרואיינו ציינו כי פנו לסיוע בן משפחה. חוסר אמון עשוי לנבוע מכך שאין בסמכותן של ממונות לפעול בחומרה כנגד רופא ומחוסר הרצון של ארגוני בריאות להפסיק עבודה של רופאים. חלק מהמרואיינות שיערו שיייתכן שבמצב שבו יש מחסור חמור ברופאים, כמו המצב בישראל, קשה לקופות החולים (וגם לבתי החולים) לוותר על שירותים של רופא, עד כדי תחושה של "טיוח" והגנה של המערכת על פוגעים.

עם זאת, ראוי לציין כי נשות המקצוע הדגישו כי יש שיפור לעומת העבר בכל הקשור לטיפול של המערכת בנושא של פגיעות מיניות, וכן העלו את הקושי של טיפול בתלונות שנמצאות בתחום האכזר.

בין ההמלצות של המרואיינות לטיפול בנושא עלו גם המלצות, כמו: העלאת המודעות לנושא וסיקור נרחב שלו בתקשורת, טיפול יעיל יותר בתלונות, החמרת הענישה של מטפלים שפגעו, נקיטת צעדי השעיה והימצאות גורם מלווה במרפאות.

גם מניתוח שיח הרשת אפשר ללמוד על חוסר הנוחות שחש הציבור בשל התופעה. בדומה לממצאי הסקר גם משיח הרשת עלה שמרבית הפוגעים הם רופאים. עוד עלה כי אמון הציבור במערכת וביכולתה לטפל במקרים הללו הוא נמוך וכי יש ציפייה לפעול בחומרה, עד כדי שלילת רישיון, כנגד מטפלים שפגעו במטופלות.

## 6.1 תרומת המחקר

המחקר בחן את ממדי התופעה של פגיעות מיניות במערכת הבריאות בישראל, את מאפייניה ואת תפיסותיהן של הנפגעות בנוגע להתייחסות המערכת לפגיעה, במקרה של תלונה. ממצאי המחקר יסייעו לקובעי המדיניות לגבש מדיניות להתמודדות עם התופעה, כולל בניית תוכניות לצמצום ומניעה, ויתרמו למנגנון הקיים של תלונות וטיפול בפגיעות מיניות במערכת הבריאות בישראל.

אחד האפיקים המרכזיים להעלאת מודעות לנושא וכן להעלאת אמון הציבור בגורמים המטפלים בפגיעות מיניות עובר בצוות שהוקם בינואר 2024 לטיפול והמניעה והטיפול בפגיעות מיניות במשרד הבריאות. מטרתו של הצוות היא "לתכלל את העבודה הנעשית במשרד, למפות את הצרכים והחסמים ולייצר ביחד עם היחידות המקצועיות אסטרטגיה משרדית ותוכניות התערבות בנושאים אלה". אף שסמכותו של הצוות רחבה יותר מטיפול בנפגעות תקיפה מינית על ידי מטפלים, יש בו כדי לסייע להגביר את האמון ולצמצם את היקפי התופעה. מחקר ראשוני וחשוב זה פותח פתח למחקרים נוספים בתחום על אודות מגמות לאורך זמן בפגיעות מיניות במערכת הבריאות, פגיעות מיניות במסגרת תחום בריאות הנפש ופגיעות מיניות בין צוותים רפואיים.

## 7. המלצות

מאחר שמדובר בתופעה נפוצה במערכת הבריאות, מומלץ לנקוט בצעדים האלה:

### הכשרה

1. יש לבצע הכשרה שנתית לעובדים במערכת הבריאות בנושא פגיעות מיניות, בדגש על פגיעות במטופלות ומטופלים. מומלץ שהכשרה זו תכלול גם עובדים המהווים "קו ראשון" במפגש עם מטופלות לאחר פגיעה, כגון מזכירות רפואיות ועובדי סיעוד, ותספק להם כלים לזיהוי פגיעה ולהתמודדות עימה. רצוי שההכשרות ישלבו דיונים והיבטים מעשיים.

### העלאת מודעות

2. יש לפעול להעלאת המודעות הן לזכות של כל נבדקת ונבדק להיבדק בנוכחות אדם שלישי בחדר הן לקיומן של ממונות בארגוני הבריאות השונים. זאת, בין היתר, באמצעות שילוט בולט וקמפיין ייעודי. הקמפיין ישמש גם להעלאת מודעות לנושא וגם להעלאת מודעות לזכויות של המטופלות.

### סמכויות והליכים

3. יש להעניק לנציב הקבילות במשרד הבריאות את הסמכות לנקוט צעדים נגד איש צוות שהוגשה נגדו תלונה, לרבות השעיה לזמן מה ממקום עבודתו.
4. רצוי לקיים חובת הליך בירור מזורז במקרים של פגיעות מיניות במערכת הבריאות. הליך זה יכלול את הגורמים המטפלים בנושא, בדגש על הפרקליטות ועל משטרת ישראל.
5. כדי לקיים בירור מזורז יש להרחיב את מצבת כוח האדם ולמנות ממונות נוספות.

### סנקציות

6. חשוב לבחון את האפשרות שלא לשמור על פרטיות הפוגע כאשר הוא עובר למקום עבודה אחר. כך ימנעו מקרים שבהם מטפל עזב את מקום עבודתו עקב פגיעה מינית שביצע, עבר למקום עבודה אחר והמשיך לפגוע שם במטופלות.
7. ראוי להחמיר משמעותית ובאמצעות חקיקה את עונשו של מי שפגע מינית במטופלת במהלך טיפול רפואי. מומלץ לקבוע עונש מינימום מרתיע.

## מקורות

- איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית. (2022). דוח שנתי 2022: צדק אזרחי? על הליכים משפטיים נזיקיים במקרי כניעה מינית. [https://www.1202.org.il/images/arcci\\_annual\\_report\\_2022.pdf](https://www.1202.org.il/images/arcci_annual_report_2022.pdf)
- איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית. (2021). דוח שנתי 2021. [https://www.1202.org.il/images/arcci\\_annual\\_report\\_2021\\_-\\_hebrew.pdf](https://www.1202.org.il/images/arcci_annual_report_2021_-_hebrew.pdf)
- איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית. (2020). אלימות מינית בישראל: תוכנית עבודה לממשלת ישראל ה-35. תוכנית לאומית למיגור האלימות המינית בישראל ולקידום זכויות נפגעות ונפגעים. [https://fs.knesset.gov.il/23/Committees/23\\_cs\\_bg\\_579375.pdf](https://fs.knesset.gov.il/23/Committees/23_cs_bg_579375.pdf)
- גרינבלט, ק. וקליין, ל. (2016). נייר עמדה בנושא פגיעה והטרדה מינית במהלך טיפול רפואי. שדולת הנשים בישראל ואיגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ולנפגעי תקיפה מינית. <https://knesset.gov.il/committees/heb/material/data/maamad2016-02-09.pdf>
- גרנות, ט. (2017). לקוחות או מטופלים? נותני שירות או מטפלים? על אוטונומיה, עשיית הטוב ופטרנליזם ביחסי מטפל מטופל. ביטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל, כ"ט(1), 7-12. <https://www.ions.org.il/07-12.pdf>
- ההסתדרות הרפואית בישראל. (2002). נייר עמדה בנושא יחסי מין בין רופא ובין מטופל. <https://www.ima.org.il/MainSiteNew/ViewCategory.aspx?CategoryId=975>
- הלמ"ס (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה). (2020). אוכלוסייה - שנתון סטטיסטי לישראל 2020 - מספר 71. [אוכלוסייה - שנתון סטטיסטי לישראל 2020 - מספר 71](https://www.cbs.gov.il/2020/70b/2020-70b-102-Hatrada.pdf)
- לרר, מ. (2017). בתי משפט מיוחדים לדין בעבירות מין – סקירה משווה. הכנסת: מרכז המחקר והמידע. [https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/5f343da0-2157-e711-80d5-00155d0a6d26/2\\_5f343da0-2157-e711-80d5-00155d0a6d26\\_11\\_8044.pdf](https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/5f343da0-2157-e711-80d5-00155d0a6d26/2_5f343da0-2157-e711-80d5-00155d0a6d26_11_8044.pdf)
- מבקר המדינה. (2020). יישום החוק למניעת הטרדה מינית. בתוך: דוח שנתי 170 (עמ' 111-224). מדינת ישראל. <https://www.mevaker.gov.il/sites/DigitalLibrary/Documents/2020/70b/2020-70b-102-Hatrada.pdf>
- המשרד לביטחון לאומי. (2014). מדד אלימות לאומי לישראל – 2014. נדלה בתאריך 12.07.23 מ- [https://www.gov.il/he/departments/publications/reports/violence\\_index\\_2014](https://www.gov.il/he/departments/publications/reports/violence_index_2014)
- משרד הבריאות. (2021). חוזר מנכ"ל מספר 06/2021: טיפול בתלונות בעקבות פגיעה או הטרדה מינית במהלך טיפול רפואי. [https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mk06-2021/he/files\\_circulars\\_mk\\_mk06\\_2021.pdf](https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mk06-2021/he/files_circulars_mk_mk06_2021.pdf)
- רוני, א. (2015). נשים עם מוגבלויות – תקיפה, פגיעה ואלימות מינית. אשה לאשה, מרכז פמיניסטי חיפה. [https://fs.knesset.gov.il/20/Committees/20\\_cs\\_bg\\_394151.pdf](https://fs.knesset.gov.il/20/Committees/20_cs_bg_394151.pdf)

רכס, א. (2014). אתיקה רפואית – כללים וניירות עמדה. ההסתדרות הרפואית בישראל, הלשכה לאתיקה. <https://www.knesset.gov.il/committee's/heb/material/data/pnim2015-07-14-00-03.pdf>

AbuDagga, A., Carome, M., & Wolfe, S. M. (2019). Time to end physician sexual abuse of patients: Calling the U.S. medical community to action. *Journal of General Internal Medicine*, 34(7), 1330-1333. doi:10.1007/s11606-019-05014-6

Binder, R. L. (1981). Why women don't report sexual assault. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 42(11), 437-438. PMID: 7298584.

Burnham, V. J. (2000). *Nurses' perceived knowledge of sexual misconduct in nursing and allied health professions*. Gonzaga University.

Clemens, V., Brähler, E., & Fegert, J. M. (2021). #patientstoo - professional sexual misconduct by healthcare professionals towards patients: A representative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, e50. doi:10.1017/S2045796021000378

Cohen, C., Kelian, R. L., Oliveira, R. A., Gobbetti, G. J., & Massad, E. (2009). Sexual harassment in the physician-patient interaction: Analysis of charges against doctors in the state of São Paulo. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 64(11), 1075-1083. doi:10.1590/S1807-59322009001100007

Collier, R. (2016). When the doctor-patient relationship turns sexual. *Canadian Medical Association Journal*, 188(4), 247-248. doi:10.1503/cmaj.109-5230

Dehlendorf, C. E., & Wolfe, S. M. (1998). Physicians disciplined for sex-related offenses. *Jama*, 279(23), 1883-1888. doi:10.1001/jama.279.23.1883

Disch, E., & Avery, N. (2001). Sex in the consulting room, the examining room, and the sacristy: Survivors of sexual abuse by professionals. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 71(2), 204-217. doi:10.1037/0002-9432.71.2.204

DuBois, J. M., Anderson, E. E., Chibnall, J. T., Mozersky, J., & Walsh, H. A. (2019a). Serious ethical violations in medicine: A statistical and ethical analysis of 280 cases in the United States from 2008-2016. *The American Journal of Bioethics: AJOB*, 19(1), 16-34. doi:10.1080/15265161.2018.1544305

DuBois, J. M., Walsh, H. A., Chibnall, J. T., Anderson, E. E., Eggers, M. R., Fowose, M., & Ziobrowski, H. (2019b). Sexual violation of patients by physicians: A mixed-methods, exploratory analysis of 101 cases. *Sex Abuse*, 31(5), 503-523. doi:10.1177/1079063217712217

Federation of State Physician Health Program. (2019). Statement on sexual misconduct in the medical profession. <https://www.fsphp.org/assets/docs/Sexual%20Misconduct%20in%20the%20Medical%20Profession%20Statement%20May%202019.pdf>

Morton, K. (2012). *Professional sexual misconduct as a breach of trustworthiness: A moral typology of doctors who have engaged in professional sexual misconduct*. PhD thesis, Medicine, Dentistry & Health Sciences, Department of Psychiatry & Department of Philosophy, The University of Melbourne. <https://rest.neptune-prod.its.unimelb.edu.au/server/api/core/bitstreams/053b1996-b805-52dd-ab08-7ed9293304dc/content>

Pérez, S. G., Gelpi, R. J., & Rancich, A. M. (2006). Doctor-patient sexual relationships in medical oaths. *Journal of Medical Ethics*, 32(12), 702-705. doi:32/12/702

Searle, R. (2019). *Sexual misconduct in health and social care: Understanding types of abuse and perpetrators' moral mindsets*. Report for Professional Standards Authority, University of Glasgow. <https://www.professionalstandards.org.uk/publications/detail/sexual-misconduct-in-health-and-social-care-understanding-types-of-abuse-and-perpetrators-moral-mindsets>

Skipper, G. E., & Schenthal, S. (2012). Part I--special from Missouri physicians health program. sexual misconduct by professionals: A new paradigm of understanding. *Missouri Medicine*, 109(3), 184-186. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22860280/>

Tschan, W. (2013). Abuse in doctor-patient relationships. In: A. Riecher-Rössler & C. García-Moreno (Eds.), *Violence against Women and Mental Health* (pp. 129-138). S. Karger AG. <https://doi.org/10.1159/000343292>