



מאירס - ג'זינט - מכון ברזקדייל  
MYERS - JDC - BROOKDALE INSTITUTE  
مايرس - جوينت - معهد بروكديل

מרכז אנגלברג לילדים ולנוער

## הערכת מרכזי ילדים-הורים

דוח מסכם

דורי ריבקיין

בהשתתפות: סמדר שמעיה-ידגר, מיכל שמש,  
רחל סבו-לאל, יואה שורק

המחקר בוצע ביוזמה של אשלים והשירות לילד ונוער במשרד  
הרווחה והשירותים החברתיים, ומומן בסיועם

דוח מחקר



דמ-533-09

# הערכת מרכזי ילדים-הורים

## דוח מסכם

דורי ריבקיין

בהשתתפות:

סמדר שמעיה-ידגר, מיכל שמש, רחל סבו-לאל, יואה שורק

המחקר בוצע ביוזמה של אשלים והשירות לילד ונוער במשרד הרווחה  
והשירותים החברתיים, ומומן בסיועם

אפריל 2009

ירושלים

ניסן תשס"ט

**מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל**

מרכז אנגלברג לילדים ולנוער

ת"ד 3886

ירושלים 91037

טלפון : 02-6557400

פקס : 02-5612391

כתובת באינטרנט : [www.jdc.org.il/brookdale](http://www.jdc.org.il/brookdale)

דואר אלקטרוני : [brook@jdc.org.il](mailto:brook@jdc.org.il)



## פרסומים נוספים של המכון בנושאים קשורים

אבו-עסבה, ח'י.; ריבקין, ד.; שריתח, פ.; מרגולין, ת. (טרם יצא לאור) **הערכת מרכז ילדים-הורים בשפרעם**. מסאר-מכון מחקר, תכנון וייעוץ חינוכי ומאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים. (עומד לצאת לאור בשיתוף עם המפעלים המיוחדים של המוסד לביטוח לאומי)

בן רבי, ד.; עמיאל, ש.; כהן-נבות, מ.; דולב, ט.; כאהן-סטרבצ'ינסקי, פ.; ריבקין, ד. 2008. **עשור ל"אשלים": פעילות, הישגים ואתגרים לעתיד**. (לרכישה יש לפנות ל"אשלים" [www.ashalim.org.il](http://www.ashalim.org.il))

דולב, ט.; סבו-לאל, ר.; בן-רבי, ד. 2008. **פקידי הסעד לחוק הנוער בישראל: תפקידים, דרכי עבודה ואתגרים**. מ-08-512.

דולב, ט.; סבו-לאל, ר.; שמיד, ה.; בר ניר, ד. בשיתוף: בן-רבי, ד.; טילקין, ר. 2008. **מדיניות "עם הפנים לקהילה" - מחקר הערכה**. דמ-08-516.

בן-רבי, ד.; חסין, ט. 2006. **פנימיות קהילתיות ופנימיות יום: דרכי עבודתן ומצב הילדים וההורים**. דמ-06-477.

פרץ, ר.; צמח-מרום, ת.; אבוטבול, נ. 2005. **מועדוניות השירות לילד ולנוער במשרד הרווחה - המצב לפני הפעלת שיטת הרף על-פי דיווח המדריכים**. דמ-05-464.

דולב, ט.; בו-רבי, ד. (עורכות) 2003/2002. **ילדים בסיכון: סוגיות וכיוונים בפיתוח שירותי רווחה לילדים בסיכון: ספר הכנס**. באנגלית: מ-03-102; בעברית: מ-02-98.

דולב, ט. בבנישת, ר.; טימור, א. 2001. **ועדות החלטה בישראל: ארגון, תהליכי עבודתן ותוצאותיהן - דוח מסכם**. דמ-01-382.

להזמנת הפרסומים ניתן לפנות למאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ת"ד 3886, ירושלים 91037  
טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: [brook@jdc.org.il](mailto:brook@jdc.org.il)

## תמצית המחקר

### מרכזי ילדים-הורים

מרכז ילדים-הורים הינו שירות קהילתי חדשני המכוון לענות על צרכים של ילדים בסיכון ושל הוריהם. המרכזים מיועדים לילדים בגיל בית-הספר היסודי עם בעיות רגשיות והתנהגותיות שנוצרו על רקע טיפול הורי לקוי ולהוריהם. המרכזים פועלים על מנת לשפר את מצב הילדים בתחום הרגשי, החברתי והתנהגותי, לשפר את היחסים בין הילדים וההורים, ולשפר את הטיפול וההתייחסות של ההורים לילדיהם, על מנת לאפשר המשך גדילתם בחיק משפחתם.

המרכזים מופעלים על-ידי השירות לילד ונוער במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, ועל-ידי המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות, אשלים ועמותות מפעילות. המרכז הראשון נפתח ב-1998 בחיפה, ומאז נפתחו כ-30 מרכזים נוספים ברחבי המדינה. את המרכז מפעיל צוות רב-מקצועי, הוא מעוצב כבית ופועל בעיקר בשעות אחר-הצהריים. מטופלים בו כ-100 ילדים והורים ומשך הטיפול בו הוא כשנה. הילדים וההורים מגיעים יחד למרכז. חלק מההתערבויות משותפות לילדים ולהורים וחלקן נפרדות. עקרונות הפעולה של המרכזים מבוססים על גישות חדשות לטיפול בילדים בסיכון והוריהם, וכוללים: טיפול ממוקד בקשר ילד-הורה; ראיית המשפחה כיחידה שלמה; השתתפות המשפחה בעיצוב הטיפול; תכנית ייחודית לכל משפחה; שימוש בכלים טיפוליים יצירתיים וחוויתיים; חלוקת אחריות בין המרכז למחלקה לשירותים חברתיים; קשר קבוע בין המרכז לבין בית-הספר והמשך הטיפול במחלקה לשירותים חברתיים לאחר סיום הטיפול במרכז.

### מחקר ההערכה

פיתוח המרכזים לווה במחקר הערכה שבוצע על-ידי מאירס-ג'וניט-מכון ברוקדייל ביוזמה ובמימון של "אשלים" והשירות לילד ונוער במשרד הרווחה והשירותים החברתיים. ההערכה נועדה לספק לקובעי המדיניות ולמפתחי השירות מידע שיסייע לעצב את המודל של מרכזי ילדים-הורים ולקבל החלטות לגבי פיתוחו ופריסתו. ההערכה התייחסה הן לתהליכי יישום המרכזים והפעלתם, והן לתוצאותיהם בעבור הילדים וההורים. המחקר התייחס לאפיון הילדים והמשפחות המטופלים במרכזי ילדים-הורים והתאמתם לאוכלוסיית היעד; ליישום עקרונות ההפעלה של המרכזים; לתשומות לילדים ולמשפחות; להשפעת הטיפול במרכזים על הילדים ועל הטיפול ההורי, ולמשוב של המטופלים במרכזים על העזרה שקיבלו.

במחקר השתתפו תשעה מרכזי ילדים-הורים ברחבי הארץ, והמחלקות לשירותים חברתיים המפעילות אותם. אוכלוסיית המשפחות והילדים כללה 153 משפחות שטופלו במרכזים אלה בשנים 2000-2004. המחקר כלל גם קבוצת השוואה של 138 משפחות עם בעיות בתחום ההורות, שנדגמו מ-20 מחלקות לשירותים חברתיים ביישובים שבהם לא היה קיים השירות של מרכזי ילדים-הורים. בנוסף, מאפייני הילדים וההורים הושושו לנתונים שנאספו במסגרת ניסוי "קהילה 2000" ממדגם של 1,309 ילדים מ-11 מחלקות לשירותים חברתיים (דולב, בן רבי, וסבו-לאל, 2006).

המידע נאסף באמצעות מגוון כלים שכללו :

1. **שאלון לעו"ס במחלקה לשירותים חברתיים** שמולא לגבי כל משפחה ולכל ילד שלוש פעמים : בעת ההפניה למרכז (145 משפחות), בסיום הטיפול (109 משפחות), ובמעקב לאחר כשנה (95 משפחות).
2. **שאלון למטפלת במרכז ילדים-הורים** שמולא בסיום הטיפול במרכז (139 משפחות).
3. **שאלון לאם** שמולא בריאיון עם האם בעת ההפניה (135 אמהות), ובמעקב, כשנה לאחר סיום הטיפול (49 שאלונים).
4. **תיעוד של פעילויות העובדים** במרכזים, מולא במשך שבועיים ב-2002 (96 עובדים).
5. **ראיונות עומק וקבוצות מיקוד עם** אנשי מפתח בשירות לילד ונוער ובאשלים, מנהלים ועובדים סוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים, מנהלים וחברי צוות במרכזי ילדים-הורים, אמהות, אבות וילדים שטופלו במרכזים.

### **מאפייני המשפחות והתאמתן לאוכלוסיית היעד של המרכזים**

**הגדרת אוכלוסיית היעד :** אוכלוסיית היעד של מרכזי ילדים-הורים מוגדרת בתע"ס<sup>1</sup> כילדים בני 5-12 עם בעיות רגשיות או התנהגותיות שנוצרו על רקע טיפול הורי לקוי; והורים שמתקשים להעניק לילדיהם תנאים סבירים להתפתחות תקינה, אך בעלי יכולת לשפר את תפקודם כהורים. בשנים הראשונות להקמתם נתפסו המרכזים על-ידי חלק מעובדי המחלקות לשירותים חברתיים, כשירות שאמור לתת הזדמנות טיפולית אחרונה למשפחות ה"קשות ביותר" לפני הוצאת הילדים למסגרות חוץ-ביתיות. במשך הזמן השתנתה הגדרת אוכלוסיית היעד והתגבשה הסכמה, כי אין באפשרות המרכזים להועיל למשפחות נטולות מוטיבציה ויכולת להשתנות. כמו-כן, ישנה הסכמה שהמרכז אינו מיועד למשפחות בהן שני הורים מוגבלים בתפקודם עקב פיגור שכלי, התמכרות פעילה, או מחלת נפש פעילה. כמו-כן, המרכזים מיועדים לתת טיפול למשפחות בהן שני ההורים (או ההורה היחיד במשפחה חד-הורית) מוכנים לקחת על עצמם להשתתף בטיפול.

המאפיינים החברתיים-כלכליים של הילדים בטיפול מרכזי ילדים-הורים, וכן מצבם הרגשי, החברתי והלימודי והטיפול ההורי בהם, הושו למאפיינים של מדגם של ילדים ב-11 מחלקות לשירותים חברתיים, שמייצגים בצורה טובה את כלל הילדים בטיפול מערכת הרווחה.

**מאפיינים חברתיים-כלכליים :** מרבית הילדים (78%) היו בטווח הגילים המוגדר 5-12. בטיפול השתתפו גם ילדים נוספים במשפחה, שהיו מבוגרים יותר (11% מהילדים) או צעירים יותר (11%). כמחצית מן הילדים (53%) חיים במשפחות חד-הוריות. אצל 9% מן המשפחות בהן ההורים לא חיים יחד, ההורה שאינו משמורן היה מעורב בטיפול במרכז. ב-16% מן המשפחות ילד אחד, ב-23% שני ילדים, וב-44% שלושה ילדים ויותר. עשרים ושלושה אחוזים מהילדים חיים במשפחה שבה ראש משק הבית אינו עובד. ל-20% מהילדים יש הורה שסובל ממחלת נפש, התמכרות, עבריינות או פיגור.

---

<sup>1</sup> תע"ס 8.38, "מרכזי ילדים הורים", מתאריך 1.7.2003

בהשוואה למדגם של 11 המחלקות לשירותים חברתיים, שיעור המשפחות החד-הוריות הוא גבוה יותר בקרב המטופלים במרכזים (53% לעומת 36%). לעומת זאת, שיעור המשפחות בהן ראש משק הבית אינו עובד נמוך יותר (23% מן המשפחות המטופלות במרכזים לעומת 41% במחלקות לשירותים חברתיים); ב-20% מן המשפחות במרכזים יש הורה שסובל מפיגור, התמכרות, עבריינות או מחלת נפש, לעומת 41% בקרב כלל הילדים בטיפול המחלקות.

**מצבם הרגשי, החברתי והלימודי של הילדים:** העובדים הסוציאליים המפנים דיווחו בעת ההפניה ביחס ל-67% מן הילדים על סימנים של עצב וחרדה, לגבי 29% דווח דימוי עצמי נמוך, לגבי 34% דווחו התנהגויות אנטי-חברתיות ולגבי 47% דווח על בעיות חברתיות. בתחום הלימודי, ל-47% מן הילדים היו בעיות בהתנהגות הלימודית, ולגבי שיעור זהה (47%) דיווחו העובדים המפנים על הישגים נמוכים מהרמה המקובלת בכיתה. שיעור הילדים עם בעיות היה גבוה יותר במרכזים מאשר בקרב מדגם הילדים בטיפול 11 המחלקות לשירותים חברתיים.

**הטיפול ההורי:** בעת ההפניה למרכז ילדים-הורים, דיווחו העובדים הסוציאליים על רמת הטיפול ההורי לפי תחומים שונים. הבעיות השכיחות ביותר היו בעיות בקשר הרגשי עם הילד (79%) ובעיות בהקפדה על כללי התנהגות (69%). בעיות אחרות פחות שכיחות היו: היעדר השגחה מתאימה (24%), בעיות בקשר של ההורים עם מסגרות החינוך (24%) וטיפול יומיומי לקוי (18%). גם בתחום הטיפול ההורי היה שיעור גבוה יותר של בעיות בקרב הילדים שהופנו למרכזים בהשוואה למדגם הילדים בטיפול 11 המחלקות. לדוגמה, בעיות בקשר הרגשי של ההורים עם הילד דווחו לגבי 79% מילדי המרכזים, לעומת 34% מכלל הילדים בגילם בטיפול המחלקות; בעיות בהקפדת ההורים על כללי התנהגות דווחו לגבי 69% מילדי המרכזים, בהשוואה ל-26% מן הילדים בטיפול המחלקות. לעומת זאת, אחוז הילדים שסבלו מטיפול יומיומי לקוי של ההורים היה דומה בשתי הקבוצות.

שיעור המשפחות עם קשיים כלכליים וחברתיים היה קטן בהשוואה לאוכלוסייה המטופלת במחלקות לשירותים חברתיים, אך, מצד שני, שיעור הילדים עם בעיות בתחום הרגשי, ביחסי ילדים-הורים ובמרבית התחומים של טיפול הורי, היה גדול ביחס לשיעור בקרב כלל האוכלוסייה המטופלת במחלקות לשירותים חברתיים.

רוב הילדים (81%) הופנו בשל צירוף של בעיות אצל הילדים ובעיות בטיפול ההורי. עשרים וארבעה אחוזים מן הילדים היו בטיפול פקידי סעד, ולגבי 16% מן הילדים נשקל סידור חוץ-ביתי בשנה האחרונה.

הנתונים על אודות מאפייני הילדים והמשפחות מצביעים על התאמה לאוכלוסיית היעד של מרכזי ילדים-הורים, כפי שהתגבשה במהלך השנים, דהיינו ילדים עם קשיים רגשיים וחברתיים, והורים עם קשיים ביחסים ובטיפול בילדיהם אך בעלי פוטנציאל לשינוי.

## ההתערבות במרכז ילדים-הורים

על מנת לבחון את המידה שבה עקרונות ההפעלה נטמעו במהלך ההתפתחות של המרכזים, נבדקו הנתונים על פי תקופות. בתקופה הראשונה נכללו המשפחות שהחלו את הטיפול במרכזי ילדים-הורים בשנים 2001-2000; ובתקופה השנייה נכללו המשפחות שהחלו את הטיפול בשנים 2003-2002.

**גיבוש תכניות טיפול:** לפי המודל, הפגישות הראשונות עם המשפחה מוקדשות להערכה, ובסיומה מגבשים תכנית הכוללת את יעדי הטיפול, ואת האמצעים בהם יושגו. בגיבוש התכנית אמורים להשתתף בנוסף למטפלים במרכז גם עו"ס המשפחה במחלקה לשירותים חברתיים והמשפחה עצמה. שבעים ושבעה אחוזים מן האמהות דיווחו שהשתתפו בפגישה שבה דיברו על סוג הטיפול שיקבלו, 45% מהן דיווחו כי שאלו אותן לגבי ההעדפות שלהם. על פי האמהות, בכל המקרים בהן נשאלו, גם התחשבו ברצונותיהן. ההשוואה בין התקופות מעידה על שיפור מסוים במידת השיתוף של המשפחות בתכנון הטיפול: 50% מן האמהות שטופלו בתקופה השנייה השיבו כי נשאלו ביחס לפעילויות המועדפות והתחשבו ברצונן, לעומת 39% מן האמהות שטופלו בתקופה הראשונה.

**סוגי הטיפול הניתנים:** מרכזי ילדים-הורים מיועדים לתת טיפול אינטנסיבי, באמצעות מגוון הרכבי טיפול ושיטות טיפול, על פי צורכי המשפחות. הטיפול נועד לילד ולמשפחה, כשדגש מיוחד ניתן לכלי טיפול ביצירה והבעה (expressive therapies)<sup>2</sup>, בהיותם מתאימים לילדים ולמבוגרים, מתאימים למטופלים המתקשים בתקשורת מילולית, ומוסיפים גיוון והנאה לטיפול. בנוסף, המרכזים מציעים הדרכה במיומנויות על-ידי אם הבית, ופעילות קבוצתית. הנתונים הבאים על אודות פעילות המרכזים לקוחים מתוך תיעוד הפעילות של העובדים.

- ♦ **הרכב המשתתפים בפגישות הטיפוליות** - ב-39% משעות הטיפול השתתפו ילדים והורים ביחד, ב-31% השתתפו ילדים בלבד, וב-30% הורים בלבד.
  - ♦ **פעילות קבוצתית** - 24% משעות הטיפול היו קבוצתיות: ב-53% מתוכן השתתפו בקבוצה הורים וילדים, ב-29% השתתפו בקבוצה רק ילדים, וב-18% רק הורים.
  - ♦ **כלי הטיפול** - ב-66% מן הפגישות הטיפוליות, וב-86% מן הפגישות הקבוצתיות נעשה שימוש בכלי טיפול ביצירה והבעה. בשאר הפגישות הטיפול נעשה באמצעות שיחה ללא כלים נוספים. כלי הטיפול השכיחים היו טיפול בעזרת משחק, אומנות או בעלי חיים. בשאלונים לאמהות, כלי הטיפול שצינו כתורמים ביותר היו שיחה וטיפול באמנות.
- מרבית שעות הטיפול בילדים (93%) הוקדשו לטיפול ביצירה והבעה. הדבר נכון גם לגבי טיפולים משותפים לילדים והורים (81%). לעומת זאת, בטיפולים בהם נכחו הורים בלבד, נעשה בעיקר שימוש בשיחה (84%).

בראיונות העומק עם ההורים, ציינו רבים את דרכי הטיפול המיוחדות, את ההתאמה שלהן למשפחה, את התחושה של הכיף ושל יצירת החיבור בין הורים לילדים. חלק ציינו שבזכות הטיפול ביצירה ובהבעה השיגו שינויים שלא היו מגיעים אליהם בדרכים אחרות.

<sup>2</sup> כגון משחק, אומנות, תנועה, חממה/גינון, בעלי חיים, הדרכה במיומנויות, פסיכודרמה וכד'.



**השתתפות המשפחה בטיפול** : מרכזי ילדים-הורים מציעים טיפול אינטנסיבי יחסית. על פי תכניות הטיפול, 18% מהמשפחות הוזמנו למרכז פעמיים בשבוע, ו-82% פעם בשבוע. היקף זה של טיפול גבוה מאוד בהשוואה לטיפול "רגיל" הניתן במחלקות לשירותים חברתיים, בתדירות ממוצעת של פגישה אחת לחודש (על פי נתוני קבוצת ההשוואה). רבות מן המשפחות מתקשות בהתארגנות היומיומית ובהתמדה במסגרות, וחלקן התקשו להתמיד בטיפול במרכזים. בפועל 14% מן המשפחות הגיעו פעמיים בשבוע, 60% פעם בשבוע, ו-27% הגיעו אחת לשבועיים או לעתים רחוקות יותר. במשך הזמן חל שיפור בהתמדה של המשפחות: בקרב משפחות שהחלו את הטיפול בשנים 2002-2003 רק 8% מן המשפחות לא התמידו לעומת 24% מן המשפחות שהחלו את הטיפול בשנים 2000-2001. ייתכן ששיפור זה נובע מבחירה קפדנית יותר של משפחות מתאימות, וייתכן שהוא נובע מהבדלים בדרכי העבודה.

נבדקה גם ההתמדה של המשפחות על פי משך הטיפול. רוב המשפחות שהיו בטיפול מעל שנה (64%) התמידו בטיפול והגיעו מדי שבוע, ואילו בקרב אלה שהיו בטיפול פחות משנה רק 39% הגיעו מדי שבוע. עשרה אחוזים מן המשפחות שהיו בטיפול מעל שנה לא התמידו (נעדרו לפחות פעמיים בחודש). לא ברור מדוע משפחות אלה קיבלו אפשרות להמשיך מעבר לזמן הקבוע, מבלי שניצלו את הטיפול בצורה סבירה.

**השתתפות אבות בטיפול** - בדומה לשירותים נוספים למשפחות, השתתפות של האבות הייתה פחותה משל האמהות. בכמחצית מן המשפחות האבות לא גרים עם הילדים, ורובם לא היו שותפים לטיפול. ארבעים ושבעה אחוזים מן האבות שהשתתפו בטיפול, הגיעו כמעט תמיד, לעומת 61% מן האמהות. עם זאת, יש לציין שפער זה קטן בהשוואה למצב בטיפול במחלקה לשירותים חברתיים. כך, למשל, בקבוצת ההשוואה של משפחות דומות (קבוצת ההשוואה של המחקר) רק 35% מן האבות נפגשו בחודשים האחרונים עם העובדת הסוציאלית, לעומת 65% מהאמהות.

**דיוני הערכה במרכז** : המרכזים מקיימים הערכות ביניים במהלך הטיפול ("דיוני הערכה") בהן בוחנים את התקדמות הטיפול, ומעדכנים במידת הצורך את תכנית הטיפול. על פי דיווח המטפלים במרכז, דיוני הערכה התקיימו ביחס ל-81% מן המשפחות. בכל הדיונים השתתפו המטפל במרכז וההורים (לפחות הורה אחד). ב-81% מהדיונים השתתף נציג המחלקה לשירותים חברתיים, וב-7% השתתף גם נציג בית-ספר.

בנוסף, **ועדת תכנון טיפול והערכה** התקיימה ביחס ל-82% מן המשפחות במהלך הטיפול או בסופו. היקף ההשתתפות של ההורים בוועדות אלה עלה מ-70% בתקופה הראשונה ל-81% בתקופה השנייה. מגמה זאת תואמת את מאמצי שירותי הרווחה ככלל להגביר את השתתפות ההורים בוועדות, ולא רק בהקשר של מרכזי ילדים-הורים.

**פעילות העובדים במרכזי ילדים-הורים** : בנוסף לפגישות הטיפוליות עם בני המשפחה, צוות המרכז עוסק בהדרכה, התייעצות, ישיבות צוות, קשר עם המחלקה לשירותים חברתיים, בית-הספר וגורמים אחרים, תיאומים, תיעוד ועוד. על פי תיעוד פעילויות העובדים, כשליש בסך-הכל משעות העבודה

במרכזים מוקדשים לעבודה ישירה עם המטופלים בפגישות טיפוליות, ועוד 16% לקשר עם גורמים שונים כגון המחלקה לשירותים חברתיים ובית-הספר; 26% מהזמן מוקדש לישיבות, התייעצויות והדרכות; ו-24% מן הזמן לעבודה מינהלית (כתיבה, תיעוד, ניירת, או כל פעילות אחרת). חלוקת הזמן בין המשימות שונה, כצפוי, בין בעלי התפקידים. למשל, מנהלי המרכזים מקדישים 15% מן הזמן לפגישות טיפוליות, העובדים הסוציאליים - 34%, והמטפלים המקצועיים - 51%.

## **עבודה משותפת עם המחלקה לשירותים חברתיים**

**מעורבות העו"ס בטיפול במשפחה במרכז ילדים-הורים:** מרכזי ילדים-הורים פועלים במסגרת המחלקות לשירותים חברתיים. המרכז והמחלקה אמורים להתחלק באחריות על הטיפול במשפחה ולשמור על קשר רציף במהלכו, כשהעו"ס של המשפחה במחלקה ממשיכה להיות מתאמת הטיפול (case manager) של המשפחה במשך כל התקופה ומטפלת בצרכים נוספים של המשפחה. מראיונות עם עובדים במרכזים ובמחלקות עלה, כי עקרון זה אינו פשוט ליישום. מרבית העובדים, הן במחלקות והן במרכזים, מצדדים באופן עקרוני במעורבות העו"ס במחלקה בטיפול במשפחה במרכז. עם זאת, העובדות הסוציאליות במחלקות מלינות על כך שהמטפלים במרכז מצפים מהן לטפל בעיקר בנושאים הטכניים. כמו-כן, הן נאלצות לקבוע סדר עדיפויות בעבודתן וקשה להן להתפנות לפגישות במרכז, כשהן אחראיות על משפחות רבות נוספות. מטפלים במרכזים טענו שהעובדות במחלקות לא תמיד מבצעות במהירות את המטלות שלהן, ואילו עובדות המחלקות טוענות כי אנשי המקצוע במרכזים לא תמיד פתוחים לשתף את עובדת המחלקה בהתלבטויות ביחס למשפחה.

על פי דיווח המטפלים במרכזים, העובדת הסוציאלית במחלקה הייתה מעורבת בתכנון הטיפול באופן מלא ביחס ל-56% מהמשפחות, ועל פי דיווח העובדות הסוציאליות רק ביחס ל-30% מן המשפחות. על פי מנהלי הטיפול במרכזים, העובדות הסוציאליות במחלקה השתתפו ברוב או בכל הפגישות של צוות המרכז ביחס למשפחה לגבי 66% מהמשפחות; על פי דיווח העובדות הסוציאליות, הדבר נכון רק ביחס ל-44% מהן. בפגישות טיפוליות של המשפחה במרכז השתתפו 12%-13% מהעובדות הסוציאליות במחלקות, ועל כך יש הסכמה בין שני המקורות. רק 12% מן העובדות הסוציאליות במחלקות דיווחו כי נתקלו בקשיים בעבודה עם המרכז, כאשר התלונה השכיחה ביותר הייתה על כך שהמרכז לא דיווח לגבי הטיפול במשפחה ולא עירב במידה מספיקה את המחלקה. הפער בין דיווח מנהלי הטיפול במרכז לבין דיווחי העובדת הסוציאלית במחלקה מצביע על כך שהיו מקרים בהם המטפל במרכז היה סבור ששתף את העובדת הסוציאלית, אך העובדת הסוציאלית לא הרגישה ששותפה. בהשוואה בין התקופות, חלה ירידה בהיקף ההשתתפות של העובדות הסוציאליות במחלקה בתכנון הטיפול ובדיונים במרכז בתקופה השנייה לעומת הראשונה.

**התערבות העו"ס במחלקה למען המשפחה במהלך הטיפול במרכז:** העובדות הסוציאליות דיווחו כי במהלך הטיפול במרכז שוחחו בטלפון עם 94% מן המשפחות, נפגשו עם 80% מהן במחלקה, וערכו ביקורי בית אצל 48% מהמשפחות. עם 16% מן המשפחות קיימו פגישות קבועות, ועם 64% על פי הצורך. לעומת הירידה באחוז המשפחות שהעובדות הסוציאליות של המחלקה היו מעורבות לגביהן בתכנון הטיפול ובדיונים במרכז, בתקופה השנייה גדל אחוז המשפחות לגביהן בוצעו פעולות שונות. למשל, בתקופה השנייה 90% מהמשפחות נפגשו עם העובדת הסוציאלית במחלקה במהלך הטיפול,

לעומת 67% בתקופה הראשונה. בראיונות עמן דיווחו 75% מן האמהות כי היה להן קשר עם העובדת הסוציאלית במחלקה במהלך הטיפול (לעומת 94% על פי דיווח העובדות הסוציאליות). כשנשאלו האם העובדת הסוציאלית עזרה למשפחה במהלך הטיפול, 37% מהאמהות השיבו בחיוב, 39% השיבו בשלילה, 12% אמרו כי לא היו זקוקים לעזרתה, ו-12% השיבו כי לא היו בקשר איתה.

## סיום הטיפול

**משך הטיפול במרכז ילדים-הורים:** הטיפול במרכזי ילדים-הורים נועד להיות קצוב בזמן ולהימשך שנה, עם אפשרות להארכה בחצי שנה נוספת באישור ועדת תכנון טיפול והערכה. בפועל משך הטיפול הממוצע היה 16.4 חודשים, אך 40% מן המשפחות היו בטיפול מעבר לשנה וחצי: 19% עד שנתיים, ו-21% מעל שנתיים. בשתי התקופות משך הטיפול היה דומה: ב-2000-2001 הטיפול נמשך 17 חודשים בממוצע, וב-2002-2003, 15.8 חודשים. עם זאת, בין התקופה הראשונה לשנייה ירד שיעור המשפחות שטופלו זמן ארוך במיוחד, או זמן קצר במיוחד. כפי הנראה, במהלך הזמן נבחרו משפחות יותר מתאימות לטיפול במרכז ילדים-הורים, כך שהיו פחות מקרים של נשירה, וכן הייתה יותר הקפדה על מגבלת הזמן ונמנעו טיפולים ארוכים מאוד.

מרבית המטפלים במרכזים ובמחלקות לשירותים חברתיים סבורים כי משך הזמן שנקבע הוא קצר מדי לרוב המשפחות, ונחוץ זמן רב יותר לבניית קשר, לכניסה לתהליך טיפולי ולהפנמת השינויים. עם זאת, המפקחים של שירות ילד ונוער, סבורים כי משך הזמן שנקבע יכול להספיק, אם הטיפול יתמקד במטרות מוגדרות, ואם ייעשה שימוש יעיל בזמן. בראיונות עמן נשאלו גם האמהות האם לדעתן הטיפול במרכז הסתיים בזמן המתאים. כשליש (35%) השיבו שכן, ואילו 61% מהן השיבו כי הטיפול הסתיים לפני הזמן המתאים, ורק 4% סברו כי הטיפול נמשך זמן רב מדי. עם זאת, רוב האמהות שהיו בטיפול במשך 12-18 חודשים סברו כי משך הזמן היה מתאים. מעניין לציין, שדווקא בקרב האמהות שהיו בטיפול ארוך מאוד (מעל 24 חודש) היה שיעור גבוה במיוחד של אמהות שסברו שהטיפול הסתיים מוקדם מדי. כפי הנראה, מדובר בקבוצה של משפחות שמתקשות לסיים את הטיפול, גם כאשר הוא נמשך זמן רב, או שמשפחות אלה זקוקות לעזרה לאורך זמן ואין להן מקור סיוע אחר.

## הטיפול במשפחה במחלקה לשירותים חברתיים לאחר סיום הטיפול במרכז

על פי המודל, הטיפול במרכז ילדים-הורים הוא חלק מרצף הטיפול במחלקה לשירותים חברתיים. הטיפול הוא קצוב בזמן ובסיומו מגבשים המרכז, המחלקה לשירותים חברתיים והמשפחה תכנית להמשך טיפול במסגרת המחלקה, הכוללת גם מתן שירותים נוספים על פי הצורך. העובדת הסוציאלית במחלקה אחראית לעקוב אחרי מימוש התכנית. רציפות הטיפול מרכזית למודל, מכיוון שמרכזי ילדים-הורים נועדו לשרת ילדים בסיכון ומשפחותיהם שזקוקים לעזרה ארוכת-טווח ולתמיכה במגוון תחומים.

**תכנון המשך הטיפול:** לפי דיווח המטפלים במרכזים, ל-68% מהמשפחות גובשה תכנית המשך בסיום הטיפול (בתקופה הראשונה ל-61%, ובתקופה השנייה ל-75%). אצל מחצית מכלל המשפחות, גובשה

תכנית טיפול שכללה שיחות עם העובדת הסוציאלית במחלקה. השירות השכיח לילדים היה מועדוני (11% מכלל הילדים); 3% מכלל הילדים הופנו לפנימיית יום, ו-2% לטיפול חוץ-בית.

על פי דיווח מנהלי הטיפול, רק במקרים בודדים (5%) גובשה תכנית ללא מעורבות המשפחה. תמונה אחרת מתקבלת מן השאלונים לאמהות, כשנה לאחר סיום הטיפול. רק 22% מן האמהות דיווחו שנקבעה תכנית המשך, ו-78% דיווחו שלא נקבעה. רק אם אחת (2%) דיווחה שהייתה מעורבת בקביעת התכנית. הפער בין דיווח האמהות לדיווח המטפלים מצביע על כך, שגם אם נקבעה תכנית המשך, וההורים אף שותפו בקביעתה, האמהות לא חוו או לא זכרו את קביעת התכנית, ולא תפסו אותה כמשמעותית.

**המשך הטיפול במחלקה לאחר סיום הטיפול:** בראיונות עם האמהות במעקב דיווחו 58% שהן נפגשות עם העובדת הסוציאלית לפי הצורך, ו-2% דיווחו שיש להן פגישות קבועות עם העובדת הסוציאלית. שלושים ושניים אחוזים מהן דיווחו כי אין למשפחה קשר עם המחלקה, 8% דיווחו כי המשפחה בקשר עם המחלקה, אך ללא פגישות עם העובדת הסוציאלית. בראיונות עומק עם הורים, היו שסיפרו שהם מתקשים לפנות למחלקה לשירותים חברתיים להמשך טיפול, למרות הצורך, בגלל העומס של העובדות הסוציאליות, והאווירה השונה, בהשוואה לאווירה הביתית והחמה במרכז ילדים-הורים. חלקם סיפרו, שהם ממשיכים להיעזר בעת הצורך בצוות המרכז, למרות שהטיפול הסתיים. בראיונות שקיימנו עם צוות המרכזים והמחלקות, שני הצדדים היו מודעים לכך שלא מתקיים מעקב של המחלקה אחרי כל המשפחות והילדים שהיו בטיפול המרכזים. שני הצדדים אמרו, שאין במחלקות לשירותים חברתיים מענה שיכול להוות המשך לטיפול במרכז ילדים-הורים.

### **תוצאות הטיפול במרכז ילדים-הורים**

תוצאות הטיפול נבחנו במחקר באמצעות השוואה בין מצבם הרגשי והחברתי של הילדים, הטיפול ההורי ועמדות האמהות ביחס להורות בעת ההפניה למרכז, לבין מצבם בעת סיום הטיפול. מקור הדיווח בשתי נקודות הזמן היו העובדות הסוציאליות במחלקות לשירותים חברתיים, והאמהות עצמן שדיווחו ביחס לעמדותיהן. לצורך השוואה נבדק גם השינוי שחל בקבוצת ההשוואה. יש לציין כי ההשוואה מוגבלת, מכיוון שקבוצת ההשוואה הייתה שונה במאפייניה מן הקבוצה שטופלה במרכז ילדים-הורים, בעיקר בשיעור נמוך יותר של בעיות רגשיות חברתיות ולימודיות בקרב הילדים.

**השפעת המרכז על הילדים:** תוצאות הטיפול נבחנו ביחס לשישה תחומים רגשיים התנהגותיים: עצב וחרדה, בעיה בדימוי העצמי, התנהגות אנטי-חברתית, בעיות בהתנהגות הלימודית, ובעיות חברתיות. בשני תחומים חלה ירידה מובהקת בהיקף הבעיות אצל המטופלים במרכז: שיעור הילדים עם בעיות בהתנהגות הלימודית ירד מ-61% בעת ההפניה ל-43% בסיום הטיפול, ושיעור הילדים עם התנהגות אנטי-חברתית ירד מ-46% בעת ההפניה ל-34% בסיום הטיפול; בקבוצת ההשוואה, לעומת זאת, לא חלו שינויים משמעותיים בתחומים הללו. בקבוצת ההשוואה עלה באופן מובהק שיעור הילדים עם סימני עצב וחרדה (מ-38% ל-52%), בעוד שבקרב הילדים שטופלו במרכז ירד שיעורם, ירידה שאינה מובהקת, מ-76% ל-70%.

**השפעת הטיפול במרכז על יחסי ילדים-הורים והטיפול ההורי:** התוצאות בקרב ההורים נבחנו ביחס לשמונה תחומים: בעיות בקשר הרגשי עם הילד (אב ואם), בעיות בהקפדה על כללי התנהגות (אב ואם), היעדר השגחה מתאימה, טיפול יומיומי לקוי, בעיות בקשר עם מסגרת החינוך של הילד, עירוב הילדים בבעיות בין ההורים, ואלימות פיזית או רגשית (כולל חשד לאלימות). מהממצאים עלה כי חלה ירידה מובהקת בשיעור הילדים הסובלים מאלימות רגשית, או שיש לגביהם חשד לאלימות פיזית (מ-31% ל-21%), ובשיעור הילדים עם בעיות בקשר הרגשי עם האב (מ-91% ל-70%). בבעיות בקשר הרגשי עם האם, ובעיות בהקפדה על כללי התנהגות אצל האם, ניכרת מגמה בלתי מובהקת של שיפור בקרב המטופלים במרכזים (אחוז הבעיות בקשר הרגשי עם האם ירד מ-81% ל-71%, ואחוז הבעיות בהקניית כללי התנהגות על-ידי האם ירד מ-65% ל-56%), לעומת מגמה בלתי מובהקת של החמרה בקרב קבוצת ההשוואה, שבה אחוז הבעיות בקשר הרגשי עם האם עלה מ-59% ל-67%, ואחוז הבעיות בהקניית כללי התנהגות על-ידי האם עלה מ-41% ל-51%. בקרב האמהות שטופלו במרכזי ילדים-הורים חל שיפור מובהק בעמדות ביחס ליכולתן ההורית, לעומת קבוצת ההשוואה, בה חל שיפור קטן יותר, ובלתי מובהק. בתחומים אחרים שנבדקו לא הצביעו הנתונים על שינויים במצב הילדים או בטיפול ההורי.

### **שביעות רצון ומשוב המשתתפים**

בקרב ההורים שהתראיינו באמצעות השאלונים וגם בראיונות עומק, הובעה שביעות רצון גבוהה מן הטיפול במרכזי ילדים-הורים: 71% מן האמהות היו מרוצות מאוד מן הטיפול במרכז, 25% היו מרוצות, ורק 4% לא היו כל-כך מרוצות מן הטיפול. לשם השוואה, בקרב האמהות המטופלות במחלקה לשירותים חברתיים ביישוב שאין בו מרכז ילדים-הורים, 38% היו מרוצות מאוד, 27% מרוצות, 14% לא כל-כך מרוצות, ו-21% לא מרוצות בכלל. האמהות דיווחו על שביעות רצון גבוהה מן המטפלים במרכז - כל האמהות היו מרוצות מן הקשר האישי עם המטפלת, 99% אמרו שהיא התייחסה בהבנה, ו-87% כי עזרה בפתרון בעיות. בקרב קבוצת ההשוואה 85% היו מרוצות מן הקשר האישי עם העובדת הסוציאלית, 74% אמרו שהיא התייחסה בהבנה, ו-64% שהיא עזרה לפתור בעיות. בראיונות עומק עמם, ההורים הדגישו מספר היבטים של הקשר עם צוות המרכז: קרבה וחמימות, הבנה, היעדר שיפוטיות והיעדר איום. מעניין לציין, כי למרות הפער הגדול בשביעות הרצון בין הטיפול במרכז לבין הטיפול במחלקה (96% מהאמהות מרוצות מהטיפול במרכז לעומת 65% בלבד במחלקה), הפער בשביעות הרצון מן הקשר עם המטפלת/עובדת סוציאלית היה קטן יותר (100% מרוצות במרכז, לעומת 85% מרוצות במחלקה). כפי הנראה, האמהות המטופלות במחלקה מבדילות בין הקשר האישי עם העובדת, ממנו הן לרוב מרוצות, לבין הטיפול הניתן במכלול של המחלקה. האמהות נשאלו גם לגבי תרומת הטיפול במרכז לכל אחד מן הילדים: ביחס ל-48% מן הילדים השיבה האם כי הטיפול תרם מאוד לילד, וביחס ל-31% מהילדים, שהטיפול תרם. כמו-כן, נשאלו האמהות על השפעות ספציפיות של הטיפול: 66% מן האמהות דיווחו כי חל שיפור ביחסים שלהן עם הילד. אחוז האמהות שהעידו על שיפור אצל הילד בתחומים שונים היה כדלהלן: בתחום הרגשי - 63%, בהתנהגות הילד בבית - 62%, ביחסים של הילד עם אחים - 52%, בתחום החברתי - 51%, ובהתנהגות הילד בבית-הספר - 46%. בראיונות הפתוחים, הורים סיפרו כיצד עזר להם הטיפול במרכז: הם למדו להקשיב יותר לילדים מחד, ולשים גבולות מאידך, למדו לתת תשומת לב לילדים, במקום לפצות אותם במתנות חומריות. גם הילדים סיפרו בקבוצת מיקוד עמם על תרומת המרכז. הם הדגישו את הכיף ואת החמימות במרכז,

ואת ההזדמנות לפעילות עם ההורים. ילדים סיפרו שהמרכז עזר להם ביחסים עם ההורים, ובביטחון העצמי, וביכולת לקבל גבולות שמציבים ההורים. שלושים וחמישה אחוזים מן האמהות ציינו כי יש דברים שניתן לשפר במרכז ילדים-הורים. ההצעות השכיחות היו: יותר שעות טיפול, יותר פעילויות מיוחדות, ופחות תחלופה של מטפלים.

## **מצב הילדים בעת המעקב**

המעקב אחר הילדים נערך כשנה לאחר תום הטיפול באמצעות שאלון לעובדת הסוציאלית של המשפחה במחלקה לשירותים חברתיים. לגבי 47% מן הילדים לא ניתן היה להשיג מידע בעת המעקב, מכיוון שלא היו בטיפול המחלקה לשירותים חברתיים, כך שבמעקב היה ייצוג-יתר לילדים שהזדקקו להתערבות המחלקה. כרבע מהילדים שנכללו במעקב, עברו משבר או אירוע שהצריכו התערבות של פקיד סעד. 17% מן הילדים היו בטיפול חוץ-ביתי בעת המעקב, ולגבי 24% נוספים נשקל סידור כזה. משמעות נתונים אלה היא שלגבי קבוצה לא קטנה של ילדים הטיפול במרכז לא מנע את הישנות מצבי המשבר ואת הצורך בטיפול חוץ-ביתי.

עם זאת, לא נמצאו הבדלים בין סיום הטיפול למעקב בשיעור הילדים עם בעיות בתחום הרגשי, החברתי והלימודי; בתחומים בהם הושג שיפור במהלך הטיפול (בעיות לימודיות והתנהגות אנטי-חברתית) השיפור נשמר גם במעקב. גם בתחום הטיפול ההורי לא עלה שיעור הילדים עם בעיות, בין סיום הטיפול למעקב. היציבות בשיעור הבעיות בין סיום הטיפול לבין המעקב נוגדת את המגמה השכיחה של עלייה בשיעור הבעיות בקרב ילדים בטיפול שירותי הרווחה ככל שגיל הילדים עולה. משמעות ממצא זה היא שלמרות שמצבי סיכון חזרו לגבי חלק מן הילדים, בסך-הכל מצב הילדים כקבוצה נשאר יציב והישגי המרכז נשמרו.

## **נקודות חוזק ואתגרים**

### **נקודות החוזק של מרכזי ילדים-הורים**

1. אוכלוסיית היעד של המרכזים מורכבת ממשפחות עם ילדים בני 5-12 שיש להם בעיות רגשיות או התנהגותיות, שנוצרו על רקע טיפול הורי לקוי, וכן הורים שאינם מסוגלים להעניק לילדיהם תנאים סבירים להתפתחות תקינה, אך בעלי יכולת לשפר את תפקודם כהורים. במהלך התהוותם גיבשו מרכזי ילדים-הורים הבנה ברורה מי האוכלוסייה אותה הם נועדו לשרת ויכולים לשרת. המרכזים מטפלים בילדים בסיכון ובמשפחותיהם, עם שיעור גבוה של קשיים רגשיים וחברתיים בקרב הילדים ובטיפול ההורי. עם זאת, המרכזים נמנעים מלטפל במשפחות עם קשיי התפקוד העמוקים והמתמשכים ביותר, אשר אין להן פוטנציאל להפיק תועלת מן הטיפול.
2. המרכזים מציעים למשפחות מגוון גדול של טיפול ביצירה והבעה, טיפול קבוצתי, ופעילויות מהנות ואטרקטיביות בעבור המשפחות.
3. המרכזים מתייחסים לצרכים של הילדים ושל ההורים דרך טיפולים במגוון הרכבי הטיפול: ילדים, הורים ומשפחות וקבוצות מכל הסוגים.

4. המרכזים יוצרים אווירה נעימה ומזמינה. ההורים והילדים חווים את היחס של הצוות כקרוב ובלתי שיפוטי. אווירה זאת מתוארת כשונה מן האווירה במחלקה לשירותים חברתיים שבה ההורים חווים התייחסות פחות חמה ומקבלת, ובה השהות פחות נעימה, למרות שהמטופלים מבינים, כפי הנראה, את המעמסה על העובדת הסוציאלית.
5. שביעות הרצון של ההורים המטופלים במרכזים גבוהה. בנוסף לאווירה ולקשרים הטובים עם המטופלים, הם העריכו את הטיפולים ביצירה ובהבעה ובהרכבים משפחתיים שונים, וכן את ההתייחסות לצרכים הרגשיים של הילדים. רבים מהם מעידים על תובנות ושינויים שרכשו בטיפול במרכז, על השפעה חיובית של המרכזים על הקשר בינם לבין ילדיהם, ועל מצבם הרגשי וההתנהגותי של הילדים. הורים ציינו במיוחד את היכולת לשים גבולות לילדים, קשב רב יותר לצרכים של הילדים, פחות מריבות ותקשורת טובה יותר בבית. כמו-כן, הם העידו על שיפור בהתנהגות הילדים, בקשרים החברתיים שלהם, ובתפקודם בבית-הספר.
6. ממצאי המחקר מצביעים על ירידה מובהקת בהיקף ההתנהגות האנטי-חברתית, ובהתנהגות הלימודית בקרב הילדים. ייתכן שהטיפול במרכז אף מנע החמרה של מצב הילדים בתחום של עצב וחרדה. כמו-כן, חלה ירידה מובהקת בשיעור הילדים הסובלים מאלימות פיזית או רגשית, או שיש חשד לאלימות פיזית כלפיהם; השתפרו באופן מובהק הקשר הרגשי של האבות עם הילדים, ותחושת המסוגלות של האמהות. ראוי לקחת בחשבון, כי על פי הספרות, ביותר ממחצית המחקרים על התערבות ביחסים במשפחה בקרב ילדים בסיכון נמצא אפקט קטן בלבד של ההתערבות ( Cedar & Levant, 1990; Chaffin et al., 2001; Giblin et al., 1985; Lazer et al., 2001; Macleod & Nelson, 2000).
7. מצב הילדים בתחום הרגשי, החברתי והלימודי, וכן הטיפול ההורי נשארו יציבים, גם בעת המעקב, כחצי שנה עד שנה לאחר תום הטיפול. זאת, בניגוד למגמה השכיחה של החמרה בבעיות בתחומים אלה עם הגיל.

## אתגרים וסוגיות לדיון

1. המעורבות של העובדים הסוציאליים של המחלקות במרכזי ילדים-הורים היא חלקית, ואף הייתה ירידה במידת המעורבות במהלך תקופת המחקר. הממצאים מעידים על חוסר בהירות ביחס לתפקיד העובדת הסוציאלית במחלקה לגבי הטיפול במשפחה במרכז. יש צורך להגדיר בצורה ברורה יותר את התפקידים של העובדת הסוציאלית של המשפחה, ואת מידת המעורבות הנדרשת והמציאותית בעבודה, בהינתן הצורך שלה לקבוע סדרי עדיפות בעבודתה במחלקה.
2. העיקרון של עבודה משותפת עם מסגרות החינוך של הילדים מיושם באופן חלקי. יש צורך להגדיר את מהות הקשר (עדכון או טיפול משותף), את תחומי הקשר (לימודים, או תחומים נוספים כמו מצב חברתי בכיתה), היקף הקשר (לגבי כל הילדים או חלקם), ומי אחראי לניהול הקשר (מטפל במרכז ילדים-הורים או עובד סוציאלי במחלקה) ?
3. מרבית הטיפולים במרכזי ילדים-הורים נמשכו מעבר לזמן המרבי הקבוע בנהלים. רוב המטופלים במרכזים והעובדים במחלקות, אינם מקבלים את העיקרון של טיפול קצוב בזמן, הדורש בחירה של

- מטרות חלקיות והתמקדות בהן. לטענתם, דרוש זמן רב יותר ליצירת קשר עם המשפחה, לרכישת אמון לפני שמתחיל תהליך שינוי, וכן נדרש זמן להטמיע את השינויים שנרכשים.
4. קיימת בעיה ביישום העיקרון של רצף טיפול בין המרכז למחלקה בסיום הטיפול. לא לכל המשפחות מגובשת תכנית להמשך טיפול וחלק גדול מן המשפחות אינן נמצאות בקשר קבוע עם המחלקה לאחר סיום הטיפול. לדעת המטפלים במרכזים ועובדי המחלקות אין במחלקה מענים שיכולים לענות באופן מספק על צורכי המשפחות. ייתכן שיחול שפור עם תוספת המענים במחלקות במסגרת מדיניות "עם הפנים לקהילה" המאפשרת למחלקות להמיר מכסות של טיפול חוץ-ביתי לטובת פיתוח שירותים בקהילה.
5. מרכזי ילדים-הורים מעוצבים, הן פיזית והן באווירה השורה בהם, בהתאם לעקרונות המודל. עיצוב זה שונה מהמקובל במחלקות לשירותים חברתיים; במרכזים יש עיצוב מזמין, והמטפלים פנויים ואינם מטפלים בו זמנית במספר גדול של משפחות. ייתכן שפערים אלה מקשים על המשפחה ליזום פנייה למחלקה להמשך טיפול עם סיום הטיפול במרכז.
6. יש מקום לבחון פיתוח של התערבויות או מענים נוספים, שיכולים להוות המשך לטיפול המרכז, באינטנסיביות נמוכה יותר. דוגמאות לכך יכולות להיות הצטרפות העובדת הסוציאלית במחלקה לחלק האחרון של הטיפול במרכז ילדים-הורים, על מנת להכשיר את הקרקע להמשך הקשר עמה במחלקה לאחר הסיום. אפשרות אחרת, היא קבוצת מעקב משותפת למרכז ילדים-הורים ולמחלקה לשירותים חברתיים, המהווה גשר בין טיפול המרכז לטיפול המחלקה. כמו-כן, במידה שקיימים מענים חדשים בקהילה, למשל, בעקבות המדיניות "עם הפנים לקהילה", או התכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון, יש מקום לתשומת-לב מיוחדת להפניית משפחות בוגרות המרכז למענים אלה.



## אחרית דבר - המשך פיתוח השירות

דינה שלום ועמליה בן שוהם<sup>3</sup>

הצלחת מרכז ילדים-הורים כמענה טיפולי, לצד המעון הרב-תכליתי, היוותה עדות לכך שניתן לקדם ילדים בסיכון והוריהם, ולטפל בהם בשירות בקהילה. הצלחה זו סימנה "פריצת דרך" בהתפתחותם של מענים טיפוליים קהילתיים נוספים. ההצלחה של שירותים אלה תרמה גם לביסוס התפיסה המקצועית החדשה שכדי להשיג שינוי אצל ילדים צריך לעשות התערבות משולבת שתתייחס הן להורים והן לילדים.

פיתוח המודל הראשון של מרכז ילדים-הורים לגילאי 5-12 נבע מצורך שאותר בשירותי הרווחה. ילדים רבים בקבוצת גיל זו הופנו לסידור חוץ-ביתי, ובעיקר לפנימיות. בין הילדים המופנים היו קבוצות ילדים והורים שניתן היה לשפר את מצבם ולמנוע את הוצאת הילדים לו היה קיים בקהילה מענה טיפולי בשבילם.

המרכזים הראשונים, לפי מודל הבסיס, פותחו בערים בינוניות וגדולות כאשר במהלך הפיתוח והקמת המרכזים שמנו דגש על התאמתם לאוכלוסיות שונות, כגון החרדים והערבים. התוצאות החיוביות לילדים בסיכון ולהוריהם כיוונו את המובילים במשרד הרווחה והשירותים החברתיים ובאשלים לפעול ליישום המודל באוכלוסיות ביישובים בגדלים שונים. מכיוון שהמודל הראשון פעל בהצלחה ביישובים בגודל בינוני ומעלה, היה חשוב לתת שירות דומה לאוכלוסיות ביישובים קטנים, שמספרם רב. ביישובים הקטנים לא ניתן היה להקים את מודל הבסיס מסיבות של תקציב, גודל האוכלוסייה ומספר הלקוחות הפוטנציאלי. לכן, המודל הותאם לשירות ביישובים אלה, ופותח מודל ליישובים קטנים סמוכים, "מרכז ילדים-הורים אזורי נייד", בו הצוות של המרכז עובר מיישוב ליישוב ופוגש את המטופלים ביישוב שלהם. פיתוח נוסף הוא "מרכז אזורי נייד", מקבץ של יישובים קטנים החוברים ליישוב גדול יותר, בו ממוקם המרכז, וההורים והילדים נוסעים אל היישוב הגדול. המודל נמצא מתאים למועצות אזוריות או לרשויות שיש בהן כבר שירותים משותפים אזוריים אחרים.

לאחר התמודדות עם מגוון המודלים לגילאי 5-12, הוחל בפיתוח של מודלים לגילים שונים. היום אנו רואים התחלה של מודלים חדשים למתבגרים, בהם הועתקו, בהתאמה לגיל ההתבגרות, העקרונות המרכזיים המנחים את עבודת מרכזי ילדים-הורים: השותפות עם המטופלים, העבודה המערכתית, והתפיסה שמטפלים הן בילד והן בהוריו; והשימוש בטיפולים חווייתיים ובמגוון אנשי צוות. ניצנים של פיתוח והתאמת המודל לעבודה עם ילדים בסיכון בגיל הרך והוריהם החלו אף הם לבלב.

---

<sup>3</sup> דינה שלום - לשעבר מפקחת ארצית קהילה, שירות ילד ונוער, משרד הרווחה; עמליה בן שוהם - מרכזת פרויקט מרכזי ילדים-הורים, אשלים

כיום קיימים, או שנמצאים בשלבי פיתוח והקמה, 48 מרכזי ילדים-הורים הפועלים במודלים השונים:

♦ לילדים בגיל החביון (5-12) ולהוריהם:

- מודל בסיס - 29

- אזורי נייד - 3

- אזורי נייד - 3

♦ למתבגרים ולהוריהם - 6

♦ לילדים בגיל רך ולהוריהם - 7

ההערכה המחקרית של מרכזי ילדים-הורים ליוותה את מרכזי ילדים-הורים כ"הערכה מעצבת". בכל שלב של המחקר הועבר המשוב מהחוקרים לאנשי המטה ולשותפים בהפעלת המרכזים ברשויות המקומיות. לאור המשוב הוכנסו שיפורים ושינויים במודל ובצורת העבודה. כך, למשל, בוצעה התאמה של המרכזים לצורכי האוכלוסייה המקבלת את השירות.

להלן יובאו מספר נקודות מרכזיות שעלו בתהליך התפתחות מרכזי ילדים-הורים, החל בהקמתם ועד היום.

### **הקמת יחידות טיפוליות קטנות על פי עקרונות מרכז ילדים-הורים**

במשרד הרווחה והשירותים החברתיים נדונה כעת השאלה: האם להקים ביישובים קטנים יחידות טיפוליות קטנות לילדים והורים, כך שלכל מחלקה מקומית לשירותים חברתיים תהיה יחידה קטנה משלה עם מספר קטן של אנשי מקצוע; או, יש להמשיך לפתח את המודלים האזוריים בהם יש מספר אנשי צוות קבועים, עם יתרונות של צבירת ידע, מגוון אנשי מקצוע וצוות העובדים במשותף. השותפים לתכנית מבינים כי מודל יישובי קטן אינו מרכז ילדים-הורים; עם זאת, יש לברך על המגמה המתרחבת ועל ההבנה של אנשי המקצוע כי עבודה טיפולית במשפחות מחייבת התערבות והתייחסות משפחתית ומערכתית.

### **טיפול בבני גילים שונים**

נושא נוסף בו עסקנו מתחילת פיתוח מרכזי ילדים-הורים היה האם באותו מרכז אפשר/צריך לטפל בגילאים שונים? השאלה אינה לגבי שימוש באותו מבנה פיזי, הדבר ודאי ניתן; אלא, האם אותו צוות צריך ויכול לטפל בכל הגילאים. משרד הרווחה והשירותים החברתיים ואשלים כיוונו לפיתוח מודלים שונים ונפרדים לכל גיל לאור שתי תפיסות. התפיסה האחת היא שהתערבות טיפולית בכל קבוצת גיל מצריכה התמחות מקצועית ייחודית. התפיסה השנייה, המשלימה את הקודמת, היא שהמערך הטיפולי (סט הטיפול) ההולם בכל גיל קשור למשימות התפקודיות המשתנות של ההורים ולמשימות ההתפתחותיות של הילד לפי גילו, ולכן המערך המתאים בגיל חביון הוא מערך משפחתי, והמערך המתאים בגיל התבגרות הוא פגישות נפרדות להורים ולמתבגרים.

## **מאפייני האוכלוסייה המתאימה לטיפול במרכז**

מודל מרכז ילדים-הורים אינו חלופה לילדים במצב סיכון המחייב את השמתם מחוץ לביתם, אלא הוא מהווה מענה לקבוצת ילדים והורים שיש סיכוי לשיקומם בקהילה, אם יינתן להם מענה טיפולי מתאים. לאור הנאמר הוגדרו המאפיינים של האוכלוסייה המתאימה לטיפול במרכז. בהתחלת הפעלת המודל היה צורך לפעול כדי למנוע הפניית משפחות עם מאפיינים מורכבים יותר. התופעה, שתוארה במחקר, של הפניית משפחות עם מאפיינים מורכבים חוזרת על עצמה בכל הקמה של מרכז ילדים-הורים חדש. יש צורך בעבודה ובליווי של מובילי התכנית להתאמת השירות לאוכלוסייה הנכונה, ולמניעת פגיעה בילדים אחרים הזקוקים למענים אחרים.

בתום שנת עבודה ראשונה של כל מרכז חדש מתברר שמתגבשות ההבנה והלמידה של השירות הסוציאלי ביישוב לגבי האוכלוסייה המתאימה אשר תוכל ליהנות מהשירות.

## **משך הטיפול במרכז ילדים-הורים**

לפי המודל מאפייני האוכלוסייה משפיעים על משך הטיפול במרכז ועל הבנת הקשר בין המרכז לבין המחלקה לשירותים חברתיים. התפיסה שמדובר בילדים והורים ברי-שיקום, ושכמותם יש עוד רבים בקהילה, הובילה להגדרת משך הטיפול במרכז כטיפול בטווח בינוני של 12-18 חודשים. ההנחה הייתה שאם יטופלו המשפחות עם המאפיינים שהוגדרו (ולא משפחות מורכבות יותר), ניתן יהיה בזמן זה, תוך השקעת תשומות רבות, להביא ל"עליית מדרגה" תפקודית (ולא לשינוי בכל תחומי החיים). כך שבעתיד, לאחר תקופת הטיפול, ניתן יהיה לענות על צורכי המשפחות בעזרת מענים אינטנסיביים פחות. בנוסף, למקומות שמתפנים על-ידי המשפחות שמסיימות טיפול יופנו משפחות אחרות שרבות כמוהן בקהילה.

## **הבניית הקשר עם המחלקה לשירותים חברתיים**

משך הזמן הקצוב השפיע על הבניית הקשר עם המחלקה לשירותים חברתיים. תחילה, במובן של הציפיות - מדובר במשפחות שאינן עוזבות את טיפול המחלקה, אלא שבפרק זמן מוגדר הן מקבלות טיפול אינטנסיבי יותר. לכן, חשוב שעו"ס המשפחה ילווה את המשפחות: יפנה את המשפחות המתאימות, ילווה אותן במהלך הטיפול במרכז, ישלים מענים נוספים לפי הצורך, ויהיה ערוך למתן הטיפול המתאים לאחר סיום התקופה במרכז. העו"ס יטפל גם בהפניית משפחות חדשות נוספות למקומות שהתפנו במרכז וחוזר חלילה. תפיסה זו נתקלה בקשיים לא מעטים: בגלל עומס המשימות של עובדי המשפחה במחלקות לשירותים חברתיים, העובדים רצו להפנות את המשפחה למרכז ילדים-הורים ולהוריד אותה ממצבת התיקים שלהם, דבר שמביא לניתוק הקשר במהלך הטיפול, ומקשה על החזרת האחריות הטיפולית למחלקה בסיום הטיפול במרכז. כפי שעלה במחקר, הדבר הביא גם לכך שהמרכזים רצו להמשיך לטפל במשפחות. התוצאה הייתה שלא התפנה מקום למשפחות נוספות שיכלו להפיק מהטיפול.

זוהי סוגיה דינמית שלא ניתן לפתור בהוראה מהנהלת משרד הרווחה והשירותים החברתיים, אלא צריך לעבוד עליה כל הזמן עם המרכזים ועם העובדים הסוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים, כדי שמרב המשפחות המתאימות יפיקו תועלת מהטיפול במרכזים.

## **חלוקת התפקידים בין עו"ס מחלקה לבין עו"ס המרכז**

השותפות המקצועית של המרכז עם המחלקה לשירותים חברתיים מעלה את שאלת חלוקת התפקידים בין עו"ס המחלקה לבין עו"ס המרכז. ברור שיש נושאים שהם באחריות בלעדית של המחלקה, כמו סיוע חומרי, תיווך עם גורמים שונים בקהילה ומחוצה לה; בעוד שהטיפול בקשר הורה-ילד הוא בעיקר באחריות הצוות הטיפולי של המרכז. עם זאת, ניתנת אפשרות לעו"ס המחלקה לשמש כמטפל במרכז בחלק מהמשפחות המופנות. בנושא חלוקת התפקידים והאחריות מתעוררת בעיה, בעיקר כאשר נדרשות התערבויות עם גורמים נוספים בקהילה הרלוונטיים לטיפול במשפחה, כמו בית-ספר או מועדונית. האם עו"ס הלשכה אחראי על הקשר או מטפל המרכז? מה יקרה כאשר המשפחה תסיים את הטיפול במרכז ויידרש המשך קשר עם המערכות הנוספות בקהילה? לדעתנו, אין תשובה אחת. יש לבחון, לגבי כל משפחה, מה מתאים לה, ולקחת בחשבון את המשאבים העומדים לרשות המטפלים השותפים בתכנית ההתערבות. יש לבחון סוגיה זו תוך כדי תהליך ההתערבות, בוועדות החלטה ובדיוני ההערכה. בכל מקרה, חשוב לזכור את הזמניות של המרכז בקשר הטיפולי של שירותי הרווחה עם המשפחה.

## **ועדות לתכנון טיפול והערכה (ועדות החלטה)**

המודל של מרכזי ילדים-הורים קובע שמשפחה תופנה לטיפול במרכז על-ידי ועדה לתכנון טיפול והערכה, והיא הגורם שבאמצעותו משפחה מסיימת את הטיפול. בדיון הסיום בונים תכנית להמשך התערבות ומעקב למשפחה.

החלק הראשון, דהיינו, הפניית המשפחה באמצעות הוועדה, יושם כמעט באופן מלא, אך תהליך הסיום באמצעות הוועדה יושם באופן חלקי בשנים הראשונות להקמת המרכזים. כיום, בעקבות תהליך של עבודה ולמידה במרכזים, וכן בעקבות הרפורמה בוועדות לתכנון טיפול והערכה במחלקות לשירותים חברתיים, אותה מוביל משרד הרווחה והשירותים החברתיים, קיים שינוי לטובה בתחום זה.

## **חשיבות הקשר עם בית-הספר**

המודל של מרכז ילדים-הורים מדגיש את חשיבות השותפות של אנשי חינוך בוועדות ההיגוי, ואת החשיבות של בניית תכנית התערבות משותפת בכל משפחה. כל זאת, לאור התפיסה שהמשימה ההתפתחותית של ילדים היא הצלחה בלימודים. לכן, חשוב, בין שאר המטרות הטיפוליות, להתייחס להישגים הלימודיים ולהתנהגות בבית-הספר.

המרכיב במודל של השתתפות נציגי חינוך בוועדות ההיגוי של מרכזי ילדים-הורים מיושם רק באופן חלקי. בשלבים הראשונים של הקמת המרכזים נציגי החינוך היו שותפים פעילים בתהליך, אך בהמשך פרשו מהשתתפות בוועדות, והמחלקות לשירותים חברתיים והמרכזים לא המשיכו בבניית שותפות זו. עם זאת, התפתחה שותפות חלקית עם מסגרות החינוך המסוימות בהן לומדים הילדים המטופלים, אך בשלב עריכת המחקר הנושא עדיין לא הוטמע באופן מלא.

הממצאים של המחקר כיוונו את מובילי התכנית לחדד את חשיבות הנושא בעבודת המרכזים, ובנוסף הוקצו משאבים לאתגר את הצוותים במרכזים לפתח תכניות התערבות המשלבות לימודים ובית-ספר.

### **טיפול חווייתיים (לא מילוליים)**

לפני 10 שנים היה מרכז ילדים-הורים אחד השירותים הטיפוליים הקהילתיים הראשונים ששילבו מטפלים המתמחים בטיפול החווייתי (לא מילולי) ונוצרה במרכז מסגרת עם מגוון מענים טיפוליים. יש תגובה טובה של המטופלים למענים אלו אשר הלכו והתרחבו ונעשו מגוונים יותר עם כניסת טיפולים, כגון גינון טיפולי ובעלי חיים. מהמחקר עולה שבפועל עיקר הטיפול החווייתי מכוון לילדים, אך גם מבוגרים יכולים להפיק תועלת מסוג התערבות כזה, לעתים יותר מטיפול מילולי. חשוב לפתח את המענה החווייתי לכל הגילאים.

### **עבודה עם אבות**

המודל מדגיש את חשיבות העבודה עם שני ההורים. בפועל התמונה הייתה מגוונת: מרכזים שהצליחו לשלב את האבות מתחילת הטיפול, לעומת מרכזים שבדומה לשירותים טיפוליים אחרים, עבדו בעיקר עם האמהות. המודעות של אנשי הטיפול בכל השירותים משתנה בשנים האחרונות, וכך גם אצל הצוות במרכזים ואצל מובילי התכנית. הראייה לכך היא הגידול במספר האבות השותפים בטיפול, בצד התפתחות שיטות, גישות ומענים טיפוליים שמתאימים לאבות. בחלק גדול מהמרכזים מתקיימת בשנים האחרונות עבודה עם אבות לא משמורנים, הן אבות המתגוררים באותו יישוב והן אבות הגרים ביישובים אחרים. זהו נושא שיש להמשיך ולפתח. יש לעודד מרכזים ומחלקות לשירותים חברתיים להשתתף בתהליך, הן משום שילדים לא מעטים חיים במשפחות בהם ההורים חיים בנפרד (כמחצית מן הילדים המטופלים במרכזים), והן משום שגם האב הינו משמעותי לילד.

### **המבנה הפיזי בו שוכן המרכז**

בעזרת גורמים שונים הצלחנו למקם את השירות במבנים ראויים המכבדים את המשפחות ואת הצוות הטיפולי. למבנה הפיזי יש חשיבות רבה ביצירת סביבה מאפשרת וידידותית למשפחות, המאפשרת גם מגוון של סוגי התערבות לא קונבנציונליים. עם זאת, שביעות הרצון של ההורים וההצלחה הטיפולית קשורים בראש ובראשונה ליחס של הצוות המטפל ולמענים הטיפוליים המגוונים. אנו עדים למרכזים שפעלו בתנאים אשר אינם עומדים בקנה אחד עם דרישות התכנית, אך איכות המענה הטיפולי וסגנון העבודה הביאו לשינוי מהותי במצבן של המשפחות. חום וקבלה ושותפות עם מטופלים, שהינם מעקרונות היסוד של מרכז ילדים-הורים, משפיעים על המטופלים ועל האפשרות לסייע להם לבצע שינוי במצבם. תנאים הולמים במבנה המשדר ידידותיות וחום הם חיוניים, אך אינם תחליף לגישה מקצועית ומקבלת.

### **אחוז שעות הטיפול הישיר של העובדים הסוציאליים**

בעקבות הממצא לגבי האחוז הנמוך של שעות הצוות המוקדשות לטיפול ישיר בוצעו בדיקה והתערבות בנושא. הקצאת זמן לפגישות עם שותפי טיפול בקהילה מהווה חלק מתכנית הטיפול, ולכן חשוב באותה מידה שיוקדש לכך זמן כמו הזמן המוקדש לטיפול ישיר. בעקבות הממצאים, נדרשו כל מנהלי

המרכזים והעובדים לבחון את ניצול הזמן שלהם כך שניתן למצות ולייעל את זמן הטיפול. יש לזכור כי כל ההתערבויות הטיפוליות הן חלק ממערך הטיפול במרכז שמביא להצלחה ולשינוי במשפחה.

### **תוצאות השיפור בתפקוד אצל הילדים ואצל ההורים**

מובילי התכנית והצוותים במחלקות לשירותים חברתיים ובמרכזים חשים סיפוק רב שהצליחו להפעיל שירות שהביא לתוצאות של שיפור בתפקוד אצל הילדים וגם אצל ההורים. תוצאות אלה נשמרות גם אחרי שהטיפול הסתיים (מעקב לאחר שנה), דהיינו, חל שינוי משמעותי, קפיצת המדרגה התפקודית אליה שאפנו. התוצאות מחזקות את ההרגשה שהצלחנו לפתח מענה משמעותי. גם בשדה אנו עדים להצלחה זו. גורמים שונים בקהילה, כמו מורים ופסיכולוגים, מפנים משפחות למחלקה לשירותים חברתיים בבקשה לקבל את הטיפול במרכז לאור ההתנסות של משפחות קודמות.

החזון שהמרכזים יהפכו למרכז ידע בקהילה בנושא קשר ילדים-הורים מתגשם אף הוא. המרכזים מקיימים השתלמויות לצוותים בקהילה ומנחים קבוצות הורים בשותפות עם גורמים מקצועיים אחרים בקהילה.

## תודות

ברצוננו להודות לכל אותם אנשים שעזרו לנו בביצוע המחקר, ובהכנת הדוח.

למנהלות ולחברי הצוות במרכזי ילדים-הורים בבית מיה חיפה, נס ציונה, , ירושלים-דרום, ירושלים-חרדי, ירושלים-לב העיר, טירת כרמל, חולון, באר שבע ולוד ; למנהלות ולצוות המחלקות לשירותים חברתיים ביישובים אלה.

להורים ולילדים שטופלו במרכזים אלה, שהקדישו מזמנם ושיתפו אותנו במחשבותיהם ובחוויותיהם ביחס לשירות זה.

לעובדות הסוציאליות וללקוחות המחלקה לשירותים חברתיים בקבוצת ההשוואה באריאל, אשקלון, בני ברק, בת ים, הוד השרון, זיכרון יעקב, טבריה, יהוד, ירוחם, מיתר, נשר, נהרייה, נתניה, ערד, פתח תקוה, צפת, קציר-חריש, רחובות, רמת השרון, ותל אביב.

לשותפינו במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, מוטי וינטר, ולמפקחי הקהילה בשירות לילד ולנוער.

לשותפינו באשלים, שרה טוב, שחר שומן, חנה פרימק ושרית מוסרי.

לחן תמיר, מנהלת יחידת עבודת שדה במאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל; וליהודית פינס, אילנה טורבסקי, אריאל אבוקסיס וליזה יהושע, מרכזות עבודת השדה במחקר..

לטלל דולב, לשעבר מנהלת מרכז אנגלברג לילדים ולנוער במאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל; לטלי שלומי; לחגית סלע, מזכירת המרכז; לאסף שרון, היועץ הסטטיסטי; ולכל חברינו במרכז אנגלברג לילדים ולנוער ובמכון ברוקדייל.

תודה חמה ומיוחדת לדינה שלום, לשעבר מפקחת ארצית לשירותים בקהילה בשירות לילד ולנוער; ולעמליה בן שהם, פרויקטורית מרכזי ילדים-הורים באשלים.

תודה גם לבלהה אלון על עריכת הדוח וללסלי קליינמן על הבאתו לדפוס.

## תוכן העניינים

1	1. מבוא
2	2. מרכזי ילדים-הורים : תיאור השירות
3	3. מחקר ההערכה
9	4. מאפייני המשפחות והתאמתן לאוכלוסיית היעד של המרכזים
15	5. דרכי העבודה במרכז ילדים-הורים
32	6. תוצאות הטיפול במרכז ילדים-הורים
35	7. משוב המשפחות ביחס למרכז ילדים-הורים ותוצאות הטיפול
43	8. הטיפול במשפחה במחלקה לשירותים חברתיים לאחר סיום הטיפול במרכז
46	9. מצב הילדים בעת המעקב
50	מקורות
	<b>נספחים</b>
51	נספח א : מרכיבי המדדים לתיאור מצב רגשי וחברתי של הילדים, ולתיאור הטיפול ההורי, ותחושת יכולת הורית
53	נספח ב : מאפייני הילדים המטופלים במרכזים ובקבוצת ההשוואה בתחילת הטיפול/ במדידה הראשונה
54	נספח ג : איסוף המידע בכלי המחקר השונים
55	נספח ד : בחינת מאפייני המשפחות והילדים שלגביהם התקבל מידע בסיום הטיפול במרכז ובעת המעקב בהשוואה לכלל הילדים, לפי מקור המידע



## רשימת לוחות

- 4 : לוח 1 : התפלגות המשפחות במחקר על פי המרכז בו טופלו
- 6 : לוח 2 : כלי מחקר כמותיים - מקור המידע, התכנים העיקריים, מועד איסוף המידע, ומספר המשפחות והילדים
- 7 : לוח 3 : כלי מחקר איכותניים - מועד הריאיון, סוג הריאיון, מספר הראיונות ותכנים עיקריים
- 10 : לוח 4 : התפלגות הילדים על פי גילם בתחילת הטיפול במרכז ילדים-הורים
- 10 : לוח 5 : התפלגות המשפחות על פי מספר הילדים במשפחה
- 11 : לוח 6 : מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של הילדים שטופלו במרכזים, בהשוואה למדגם של ילדים בטיפול 11 מחלקות לשירותים חברתיים
- 12 : לוח 7 : ילדים במרכזי ילדים-הורים עם בעיות שונות בתחום הרגשי, החברתי והלימודי, בהשוואה למדגם של ילדים מ-11 מחלקות לשירותים חברתיים
- 12 : לוח 8 : שיעור הילדים הסובלים מאלימות פיזית, מינית או רגשית
- 13 : לוח 9 : הילדים עם בעיות שונות בטיפול ההורי, בהשוואה למדגם של ילדים מ-11 מחלקות לשירותים חברתיים
- 14 : לוח 10 : הטיפול בילדים במחלקות לשירותים חברתיים לפני ההפניה למרכז ילדים-הורים
- 14 : לוח 11 : סיבות ההפניה למרכז
- 15 : לוח 12 : השתתפות הורים בתכנון טיפול
- 15 : לוח 13 : תכנית הביקורים ומספר שעות הפעילות בתכנית הטיפול
- 16 : לוח 14 : התפלגות שעות הטיפול על פי הרכב המשתתפים בפגישה
- 17 : לוח 15 : השימוש בכלי טיפול שונים בפגישות עם מטופלים ממשפחה אחת ובקבוצות
- 17 : לוח 16 : התפלגות שעות הטיפול על פי סוג הטיפול והרכב הטיפול
- 17 : לוח 17 : הערכת האמהות את התרומה של הטיפול בכלים שונים
- 18 : לוח 18 : הערכת האמהות את התרומה של הטיפול בהרכבי משתתפים שונים
- 19 : לוח 19 : התפלגות המשפחות על פי תדירות ההגעה הממוצעת בפועל לטיפול במרכז
- 19 : לוח 20 : האם ההורים הגיעו באופן סדיר לטיפול במרכז?
- 20 : לוח 21 : מספר דיוני ההערכה שנערכו עם המשפחה

- 21 לוח 22 : השתתפות הורים בוועדות לתכנון טיפול והערכה (וועדות החלטה) במהלך הטיפול או בסופו
- 21 לוח 23 : התפלגות שעות העבודה של בעלי תפקידים שונים במרכזים בין המשימות
- 23 לוח 24 : מעורבות עו"ס המשפחה בטיפול במשפחה במרכז, על פי דיווח מנהל הטיפול במרכז ועל פי דיווח עו"ס במחלקה
- 23 לוח 25 : מעורבות עו"ס המשפחה בטיפול במשפחה במרכז, לפי תקופות
- 24 לוח 26 : פעולות שביצעו עו"ס המשפחה בעבור המשפחה במהלך הטיפול במרכז
- 26 לוח 27 : המשפחות והילדים שקיבלו שירותים שונים במהלך הטיפול במרכז
- 27 לוח 28 : שיתוף פעולה עם בית-הספר של הילד במהלך הטיפול במרכז, לפי תקופות
- 28 לוח 29 : התפלגות המשפחות על פי משך הטיפול במרכז, לפי תקופות
- 29 לוח 30 : האם משך הטיפול היה מתאים, לדעת המטפלים ולדעת האמהות
- 29 לוח 31 : הערכת האמהות האם משך הטיפול היה מתאים, לפי משך הטיפול בפועל
- 30 לוח 32 : האם המשפחה הייתה מעורבת בגיבוש תכנית המשך טיפול בסיום? על פי מנהל טיפול, לפי תקופות
- 31 לוח 33 : דיווח האמהות ביחס להשתתפות בקביעת תכנית להמשך טיפול
- 31 לוח 34 : מרכיבים שונים בתכניות המשפחות והילדים להמשך טיפול
- 34 לוח 35 : ילדים עם בעיות לימודיות, חברתיות ורגשיות, בעת ההפניה ובסיום
- 35 לוח 36 : הילדים עם בעיות בטיפול ההורי בעת ההפניה ובסיום הטיפול
- 36 לוח 37 : שביעות רצון מהטיפול, והמלצה למשפחות אחרות לקבל טיפול במרכז
- 37 לוח 38 : משוב האמהות במרכז ילדים-הורים ובקבוצת ההשוואה ביחס למטפל/עו"ס
- 39 לוח 39 : הערכת האמהות את תוצאות הטיפול ביחס לילדים בתחומים שונים
- 40 לוח 40 : אמהות שדיווחו כי קיבלו עזרה בתחומים שונים במרכז
- 44 לוח 41 : ביצוע המרכיבים בתכניות הטיפול - לפי דיווח העו"ס במחלקה
- 44 לוח 42 : תדירות הקשר (פגישות או טלפונים) בין בני המשפחה לעו"ס במחלקה בעת המעקב לפי דיווח העו"ס במחלקה
- 45 לוח 43 : שביעות רצון של האמהות מן הטיפול של המחלקה לאחר סיום הטיפול במרכז, מן הטיפול במרכז ילדים-הורים, ובקבוצת ההשוואה

- 47 לוח 44 : התפלגות הילדים על פי גילם בתחילת הטיפול במרכז ילדים-הורים ובעת המעקב
- 48 לוח 45 : ילדים שקיבלו התערבויות מיוחדות במחלקות לשירותים חברתיים מסיום הטיפול במרכז ועד המעקב
- 48 לוח 46 : שיעור הילדים עם בעיות בתחום הרגשי החברתי והלימודי בעת ההפניה, בסיום הטיפול ובמעקב
- 48 לוח 47 : שיעור הילדים עם בעיות בטיפול ההורי בעת ההפניה, בסיום הטיפול ובמעקב
- 49 לוח 48 : ציון ממוצע של האמהות בסקלה לדיווח תחושות לחץ ויכולת בהורות (PSOC), בעת ההפניה ובעת המעקב

### **רשימת לוחות בנספחים**

- 53 לוח ב-1 : מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של הילדים במרכזים ובלשכות
- 53 לוח ב-2 : הילדים עם בעיות בטיפול שמקבלים מהוריהם בקרב מטופלים במרכז ילדים-הורים ובקבוצת השוואה בתחילת הטיפול
- 53 לוח ב-3 : הילדים עם בעיות בתחום הלימודי, הרגשי והחברתי בקרב מטופלים במרכזים ובקבוצת השוואה בתחילת הטיפול/מדידה ראשונה
- 54 לוח ג-1 : מספר המשפחות לגביהן מולאו כל אחד מסוגי השאלונים במחקר והסיבות לאי-מילוי השאלונים
- 54 לוח ג-2 : התפלגות המשפחות על פי משך הזמן בין סיום הטיפול במרכז לבין ביצוע המעקב עם העו"ס ועם האם

## 1. מבוא

אחד היעדים של מערכת הרווחה הוא לדאוג לצורכיהם של ילדים המגלים קשיים חברתיים ורגשיים על רקע ליקויים בטיפול שהם מקבלים מהוריהם, או בשל מערכות יחסים בעייתיות במשפחה. בשנים האחרונות שירותי הרווחה והחינוך מחפשים דרכים להתערב לא רק במקרים קיצוניים של אלימות פיזית או מינית, אלא גם במצבים אחרים, כגון הזנחה פיזית, הזנחה או אלימות רגשית, או קשיים בהקניית כללי התנהגות.

מרבית המענים שהוצעו עד כה לילדים שאינם זוכים לטיפול משביע רצון מהוריהם, או שחיים במשפחות בהן היחסים בין ההורים לבין הילדים מעורערים, היו משני סוגים: הוצאת הילד מבית ההורים, אם באופן מלא לסידור חוץ-ביתי; ואם לחלק משעות היום למעון, מועדונית, או אומנה יומית, על מנת להעניק לילד טיפול חלופי לטיפול ההורים, או להשלים את הליקוי בטיפול הניתן על-ידי ההורים. סוג אחר של מענה היה טיפול מקצועי ספציפי, על-פי-רוב טיפול פסיכולוגי בעבור הילד או אחד ההורים; ולעתים רחוקות יותר, טיפול המכוון לבעיה שממנה סובל ההורה, למשל, טיפול גמילה בעבור הורים המכורים לסמים. מכנה משותף של סוגי המענים הללו הוא, שהם אינם נותנים מענה כוללני למגוון הצרכים של הילד ושל כל בני המשפחה, ושאינם מגדירים את שיפור מערכת היחסים במשפחה או את שיפור הטיפול ההורי כמוקד ההתערבות.

בארץ ובעולם רווחות כיום תפיסות חדשות בתחום הטיפול בילדים שאינם זוכים לטיפול הולם מהוריהם. תפיסות אלה כוללות:

- ♦ התייחסות לילד כחלק מהמשפחה ובניית תכניות התערבות הלוקחות בחשבון את צרכיהם של ההורים ובני משפחה נוספים ואת מערכת היחסים ביניהם.
- ♦ טיפול המתייחס לצרכים שונים של הילד ושל המשפחה - רגשיים, חברתיים ולימודיים.
- ♦ התייחסות לילדים ולמשפחות כאל חלק מהקהילה שבה הם חיים תוך ניסיון לספק מערכת תומכת למשפחות בתוך הקהילות ובהסתמך על המשאבים הקיימים בקהילה.
- ♦ התייחסות "בונה" לילדים ולמשפחות - התערבות המכוונת לחיזוק הכוחות של הילד והמשפחה ולא התמקדות בחולשות ובעיות.
- ♦ שיתוף הילדים וההורים בכל שלבי ההתערבות החל מקביעת היעדים, דרך תכנון ההתערבות וקבלת ההחלטות ביחס לפתרונות והמענים המתאימים, וכלה במציאת הדרכים והמשאבים לביצוע ההתערבות (דולב, 1998).

מרכז ילדים-הורים הוא שירות חדשני המכוון לענות על הצרכים של ילדים בסיכון והוריהם בקהילה. "בית מיה", מרכז הילדים-הורים הראשון, החל לפעול בחיפה ב-1998. במהלך השנים הורחב השירות באמצעות השירות לילד ונוער במשרד הרווחה, אשלים, הרשויות המקומיות ועמותות מפעילות. ב-2006 הגיע מספר המרכזים ביישובים שונים ברחבי המדינה ל-26. פיתוח המרכזים לווה במחקר הערכה שבוצע על-ידי מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ביוזמה ובמימון של אשלים. המחקר נערך בשנים 1999-2004 בתשעה מרכזי ילדים-הורים, ובחן את אוכלוסיית המרכזים, את דרכי העבודה ויישום עקרונות ההפעלה, ואת תוצאות ההתערבות. הדוח הנוכחי מסכם את מחקר ההערכה.

## 2. מרכזי ילדים-הורים: תיאור השירות<sup>4</sup>

### 2.1 אוכלוסיית היעד

א. ילדים גילאי 5-12 עם בעיות רגשיות או התנהגותיות שנוצרו על רקע טיפול הורי לקוי.  
ב. הורים שאינם מסוגלים להעניק לילדיהם תנאים סבירים להתפתחות תקינה, אך בעלי יכולת לשפר את תפקודם כהורים.

### 2.2 מטרות

מטרת המרכזים למנוע מצבי סיכון של ילדים או לצמצם אותם על-ידי שיפור היחסים בין ילדים והורים, שיפור התפקוד של ההורים בטיפול ובהתייחסות לילדיהם במצבי הזנחה מתמשכת ואלומות מטרות נוספות של המרכזים הן:

1. לאפשר את המשך גדילתם של הילדים במשפחתם תוך הבטחת שלומם והתפתחותם התקינה
2. לשפר את רווחת הילדים בתחומים הפיזי, החברתי, הרגשי והלימודי
3. לגייס שירותים נוספים הקיימים בקהילה בעבור הילדים וההורים

### 2.3 דרכי עבודה ועקרונות הפעלה

מרכז ילדים-הורים הוא שירות טיפולי רב-מקצועי הניתן במסגרת שירותי הרווחה למשפחות וילדים. המשפחות מופנות למרכז על-ידי ועדה לתכנון טיפול והערכה<sup>5</sup> של המחלקה. במרכז ילדים-הורים מתבצעת הערכה של צורכי הילדים וההורים כבסיס לתכנון וליישום טיפול בעבורם. במרכזים ניתנים טיפולים בהרכבים שונים (כגון הורה-ילד, משפחתי, פרטני); ובשיטות טיפול שונות, כגון טיפול באמנות, טיפול בעזרת בעלי חיים, טיפול בתנועה, או שיחה. מרכיב מרכזי בטיפול הוא התנסות של ההורים ושל הילדים בחוויות חיוביות משותפות בתחומים שונים: יצירה, משחק, ופעילויות יומיומיות כגון בישול ואכילה ביחד. המרכזים מאוישים בעובדים סוציאליים, פסיכולוגים, מטפלים באומנויות (או באמצעי טיפול ייחודיים אחרים), ובאם בית או מדריכים. המרכזים פועלים בשעות אחר-הצהריים והערב, ומטפלים בו זמנית ב-25 משפחות (100 ילדים והורים). במהלך ההתערבות ממשיכה העובדת הסוציאלית של המשפחה במחלקה לשירותים חברתיים להיות אחראית על ניהול הטיפול במשפחה, ולהיות שותפה לתכנון הטיפול במרכז ילדים-הורים ולהערכת ההתקדמות. בטיפול במרכז מעורבים גם גורמים משמעותיים נוספים בקהילה, כגון בית-הספר. הטיפול במרכז ילדים-הורים מוגבל לשנה, עם אפשרות להארכתו בשישה חודשים נוספים באישור ועדה לתכנון טיפול והערכה. בסיום הטיפול מתקיים דיון בוועדת תכנון והערכה בו מגבשים חברי הוועדה: צוות המרכז והמשפחה, תכנית להמשך טיפול בילדים ובהורים, עליה אחראית העובדת הסוציאלית של המשפחה במחלקה שאחראית גם למעקב אחר המשפחה.

<sup>4</sup> על פי הוראה 8.38 בתע"ס "מרכז ילדים הורים", משרד הרווחה, 2003.

<sup>5</sup> ועדת החלטה בשמה הקודם

## עקרונות הפעלה

1. הטיפול ממוקד בילד ובמשפחה כביחידה שלמה מתוך התחשבות בצרכים של כל פרט במשפחה ובצורכי המשפחה כמשפחה
2. המשפחה משתתפת בעיצוב תכנית הטיפול ובהערכת השינויים וההתקדמות
3. חלוקת האחריות לטיפול במשפחה בין המרכז לבין המחלקה לשירותים חברתיים, כאשר ניהול הטיפול הוא בידי עובדת סוציאלית במחלקה
4. גיבוש תכנית ייחודית לכל משפחה, המותאמת לצרכים וליכולות של המשפחה
5. שימוש בכלים טיפוליים יצירתיים
6. קשר קבוע בין המרכז לבין גורמים נוספים בקהילה המטפלים בילד ובמשפחה.

## 3. מחקר ההערכה

### 3.1 מטרת המחקר ושאלות המחקר

מחקר ההערכה נועד לספק לקובעי המדיניות ולמפתחי מערכת השירותים לילדים ומשפחות מידע שיסייע לעצב את המודל של מרכזי ילדים-הורים ולקבל החלטות לגבי פיתוחו ופריסתו. ההערכה נערכה כ"הערכה מעצבת", המכוונת ללמידה ולהסקת מסקנות כבסיס לשיפור ולקבלת החלטות במהלך הביצוע. בכל שלב של המחקר ניתן משוב, שנועד לסייע בהפקת לקחים ולהכנסת שינויים ושיפורים, והתאמה של המרכזים לצורכי האוכלוסייה המקבלת שירות. באופן ספציפי, התייחס המחקר לשאלות הבאות:

1. מיהם הילדים והמשפחות המטופלים במרכזי ילדים-הורים, האם הם מתאימים לאוכלוסיית היעד של השירות?
2. כיצד מיושמים עקרונות הפעלה של מרכזי ילדים-הורים?
3. מהן התשומות לילדים ולמשפחות?
4. כיצד משפיע הטיפול במרכזי ילדים-הורים על מצב הילדים ועל הטיפול ההורי?
5. מה דעתם של המטופלים בשירות על פעולתו ועל השפעתו?

### 3.2 שיטה

#### א. אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר כללה שלוש קבוצות עיקריות:

1. משפחות וילדים שטופלו במרכזי ילדים-הורים
2. קבוצת השוואה - משפחות הדומות במאפייניהן לאוכלוסיית היעד של מרכזי הילדים-הורים אשר לא טופלו במרכזי ילדים-הורים
1. משפחות וילדים שטופלו במרכזי ילדים-הורים - 173 משפחות (458 ילדים) שטופלו בתשעה מרכזי ילדים-הורים, כמפורט בלוח 1.

**לוח 1: התפלגות המשפחות במחקר על פי המרכז בו טופלו**

המרכז	מספר המשפחות	אחוז
<b>סך-הכל</b>	<b>173</b>	<b>100</b>
ירושלים דרום	39	22
ירושלים לב העיר	29	17
חיפה	19	11
נס ציונה	18	10
טירת כרמל	17	10
ירושלים צפון (חרדי)	16	9
באר שבע	13	8
חולון	11	6
לוד	11	6

המשפחות שנכללו במחקר החלו את הטיפול במרכזים בתקופה שבין ינואר 2000 לנובמבר 2003, וסיימו את הטיפול בין מארס 2001 ליולי 2004.<sup>6</sup>

**2. קבוצת השוואה** - קבוצת השוואה נועדה ללמוד על תוצאות הטיפול במרכז ילדים-הורים לעומת מצב בו לא היה ניתן טיפול במסגרת זאת. באמצעות קבוצת השוואה נבדקה גם ההשערה שבהיעדר טיפול במרכז הייתה חלה הרעה במצב הילד וההורים. במחקר הנוכחי לא הייתה אפשרות מוסרית או מעשית להקצות באופן מקרי משפחות לקבוצת ניסוי (מרכז ילדים-הורים) ולמנוע טיפול ממשפחות שיוקצו לקבוצת ביקורת. לכן, נבחרה קבוצת השוואה של משפחות שהתאימו לאוכלוסיית היעד של מרכזי ילדים-הורים, אך לא יכלו לקבל טיפול זה כי לא היה מרכז ביישובם. לשם כך נדגמו 20 מחלקות לשירותים חברתיים ביישובים שאין בהם מרכז ילדים-הורים: אריאל, אשקלון, בני ברק, בת ים, הוד השרון, זיכרון יעקב, טבריה, יהוד, ירוחם, מיתר, נשר, נהרייה, נתניה, ערד, פתח תקוה, צפת, קציר-חריש, רחובות, רמת השרון ותל אביב. עו"סים במחלקות אלה התבקשו לבחור בעבור המחקר חמש משפחות בכל יישוב שענו על הקריטריונים הבאים:

1. במשפחה ילדים בני 7-14.
2. במשפחה בעיות בתחום של הורות.
3. במשפחה בעיות במספר תחומים.
4. ההורים אינם סובלים ממחלות נפש, פיגור שכלי או התמכרויות.
5. ההורים מסכימים להתראיין לצורך המחקר.
6. ישנה עובדת סוציאלית שמכירה את המשפחה ויכולה להתראיין.

קבוצת השוואה כללה 138 משפחות עם 340 ילדים. בנוסף, הושוּו מאפייני הילדים בטיפול מרכזי ילדים-הורים למדגם של 1,309 ילדים בטיפול המחלקות לשירותים חברתיים. ב-11 יישובים<sup>7</sup> אשר השתתפו בניסוי "קהילה 2000" (דולב ואחרים,

<sup>6</sup> למעט שתי משפחות שהתחילו את הטיפול ב-1999 ומשפחה אחת שסיימה את הטיפול בינואר 2005.

2006). השוואה בין המאפיינים של הילדים ושל המשפחות שטופלו במרכז, לבין המאפיינים של קבוצה זאת, מאפשרת ללמוד למי מבין לקוחותיהן הועידו מחלקות הרווחה את המרכזים. יש להבחין בין קבוצה זאת לבין קבוצת ההשוואה למחקר, שנבחרה כך שתהיה דומה לאוכלוסיית המרכזים.

## **ב. מקורות המידע**

1. **צוות מרכזי ילדים-הורים** (מנהל/ת, מטפלים מקצועיים וסמך-מקצועיים)
2. **עובדים סוציאליים**
  - ♦ במחלקות לשירותים חברתיים שהפנו משפחות למרכז
  - ♦ במחלקות לשירותים חברתיים ביישובים בהם אין מרכז ילדים-הורים (קבוצת השוואה)
3. **מנהלי מחלקות לשירותים חברתיים**
4. **מפקחות קהילה בשירות ילד ונוער**
5. **הורים**
  - ♦ שטופלו במרכזי ילדים-הורים
  - ♦ שלא טופלו במרכזי ילדים-הורים
6. **ילדים** שטופלו במרכזי ילדים

## **כלים לאיסוף מידע כמותי**

ההערכה עשתה שימוש בכלים כמותיים ואיכותניים. כלי המחקר הכמותיים מפורטים בלוח 2.

כפי שניתן לראות בלוח, מספר המשפחות והילדים לגביהם התקבל מידע בסיום הטיפול ובמעקב היה קטן מאשר בתחילת הטיפול. הדבר נבע בעיקר מקושי לאתר עובד סוציאלי שמכיר את המשפחה ושיכול לפנות אל האם ולבקש את הסכמתה להתראיין. בנספח ג מפורטות הסיבות לאי-מילוי השאלונים.

---

<sup>7</sup> אילת, ראשון לציון, נס ציונה, כפר סבא, מודיעין, מודיעין עילית, חוף הכרמל, קצרין, סחנין, כרמיאל, וטבריה.



**לוח 2: כלי מחקר כמותיים - מקור המידע, התכנים העיקריים, מועד איסוף המידע, ומספר המשפחות והילדים**

מועד	כלי המחקר*	תכנים עיקריים	מועד איסוף המידע	מספר המשפחות (והילדים) לגביהם התקבל מידע
<b>תחילת טיפול</b>	שאלון לעו"ס במחלקה	מאפייני המשפחה מצב הילד, הטיפול ההורי, התערבות המחלקה	2003-2001	145 משפחות (305 ילדים)
	שאלון להורה	עמדות ותחושות ביחס להורות	2003-2001	135
<b>מהלך הטיפול</b>	טופס לתיעוד פעילות העובד במרכז	חלוקת הזמן לפי משימות (טיפול, ישיבות, תיעוד וכו') סוג הטיפול והמשתתפים	2002	96 עובדים 2,369 שעות
	<b>סיום טיפול</b>	שאלון למנהל טיפול במרכז	תשומות המרכז קשר עם מחלקה וגורמים אחרים הערכת תוצאות הטיפול מעורבות העו"ס בטיפול במרכז	2005-2002
שאלון לעו"ס במחלקה		מצב הילד והמשפחה בעת סיום הטיפול המשך הטיפול במחלקה	2005-2002	109 (202)
<b>כשנה לאחר סיום הטיפול</b>	שאלון לעו"ס במחלקה	מצב הילד והמשפחה כשנה לאחר סיום הטיפול המשך הטיפול במחלקה	2005-2003	95 (190)
	שאלון להורה	עמדות לגבי הורות ורווחה אישית של ההורה משוב על הטיפול צורכי המשפחה לאחר הסיום	2005-2003	49 (110)

\* כל הכלים, למעט טופס לתיעוד פעילות העובד, מולאו בראיונות טלפונים

**איסוף מידע איכותני**

המידע האיכותני נאסף בשלושה כלים עיקריים:

1. ראיונות חצי-מובנים - ריאיון פתוח, על פי פרוטוקול (פנים-אל-פנים או בטלפון)
2. קבוצות מיקוד - ריאיון קבוצתי עם 6-8 משתתפים, על פי פרוטוקול
3. חקר מקרים - במחקר זה המקרים היו משפחות, ובחקר המקרים נערך ריאיון חצי-מובנה ביחס לטיפול במשפחה במרכז ילדים-הורים עם שלושה גורמים: עו"ס המחלקה, מטפלים במרכז, ואחד ההורים.

**לוח 3: כלי מחקר איכותניים - מועד הריאיון, סוג הריאיון, מספר הראיונות ותכנים עיקריים**

מועד	סוג הריאיון ומספר הראיונות	עם מי נערך הריאיון	תכנים עיקריים
תחילת המחקר 2000	ראיונות עומק עם אנשי מקצוע (21)	מפקחות שירות ילד ונוער נציגי אשלים	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ מטרות המרכזים</li> <li>♦ האוכלוסייה המטופלת והתאמתה לאוכלוסיית היעד</li> <li>♦ העבודה המשותפת עם המחלקות לשירותים חברתיים ושירותים נוספים</li> <li>♦ דרכי הטיפול במרכז</li> <li>♦ תוצאות הטיפול</li> <li>♦ הטיפול במרכז ילדים-הורים ובמחלקה לשירותים חברתיים</li> </ul>
	קבוצות מיקוד (2)	עו"סים במחלקות לשירותים חברתיים	
סוף המחקר 2005	ראיונות עומק עם אנשי מקצוע (20)	מפקחות שירות ילד ונוער נציגי אשלים	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ משך הטיפול במרכז</li> <li>♦ הטיפול במשפחה במחלקה לשירותים חברתיים בזמן הטיפול במרכז ולאחר סיומו</li> <li>♦ הקשר של המרכז עם בית-הספר</li> <li>♦ השתתפות אבות בטיפול</li> <li>♦ תוצאות הטיפול במרכזים</li> <li>♦ שביעות הרצון והשפעת הטיפול במרכז</li> <li>♦ הצרכים של המשפחה והמשך הטיפול במחלקה לאחר סיום הטיפול במרכז</li> <li>♦ שביעות הרצון והשפעת הטיפול במרכז</li> </ul>
	קבוצות מיקוד עם אנשי מקצוע (8)	עו"סים במחלקות לשירותים חברתיים	
	ראיונות חצי מובנים עם הורים שטופלו במרכזים (14)	חברי צוות במרכזים אמהות אבות	
	קבוצת מיקוד עם ילדים (2)	קבוצת פסיכודרמה במרכז בבאר שבע	

\* ארבעת המרכזים/מחלקות היו בית מיה בחיפה, נס ציונה, ירושלים דרום וקריית מלאכי. בשלב האחרון הוחלפה קריית מלאכי בבאר שבע

**ג. מערך המחקר**

ניתוח הנתונים מתייחס להשוואות הבאות:

1. השוואת מאפייני הילדים שטופלו במרכזי ילדים-הורים לבין מאפיינים של מדגם של ילדים מטופלים ב- 11 מחלקות לשירותים חברתיים (ניסוי "קהילה 2000").
2. השוואה בין מצב הילדים וההורים בתחילת הטיפול לבין מצבם בסיומו בקרב הילדים וההורים שטופלו במרכזי ילדים-הורים, ובקבוצת ההשוואה
3. השוואת הנתונים על פי תקופת הטיפול - על מנת ללמוד על מגמות והתפתחות המרכזים חולקו הילדים והמשפחות לפי המועד בו החל הטיפול:

(1) תקופה ראשונה - 2001-2000

(2) תקופה שנייה - 2003-2002

#### ד. מגבלות המחקר

1. **קבוצת השוואה** - כאמור, בהיעדר אפשרות להקצות באופן מקרי משפחות לקבוצת ביקורת, נבחרה קבוצת השוואה על פי הקריטריונים של אוכלוסיית היעד של מרכזי ילדים-הורים. בפועל, קבוצת השוואה הייתה שונה במספר מאפיינים מקבוצת המטופלים במרכזי ילדים-הורים (בעיקר, בשיעור נמוך יותר של בעיות בטיפול ההורי ובמצבם הרגשי והחברתי של הילדים). מכיוון שכך, היכולת להסיק באמצעות קבוצת השוואה מה היה קורה למשפחות המטופלות במרכז אלמלא טיפול זה, מוגבלת.

2. **מידע מוגבל על מצב הילדים** - ביחס לחלק מן הילדים חסר מידע מסוגים שונים ומסיבות שונות, והעיקריות הן:

- ♦ היעדר קשר של המחלקה לשירותים חברתיים עם המשפחה בסיום הטיפול - המידע על מצב הילדים נאסף מן העובדים הסוציאליים של המשפחות במחלקות לשירותים חברתיים. בעת ההפניה נאסף מידע על 145 משפחות. בחלק מן המקרים, בסיום הטיפול לא נמצא במחלקה עובד סוציאלי שהיה בקשר עם המשפחה ויכול היה למסור מידע לגביה, כך שבסיום הטיפול התקבל מידע מן העו"ס במחלקה רק ביחס ל-109 משפחות, ובעת המעקב (לפחות חצי שנה לאחר הסיום), רק ביחס ל-95 משפחות. מידע מן האמהות של הילדים היה מוגבל גם הוא מכיוון שהפנייה אליהן נעשתה באמצעות המחלקות לשירותים חברתיים, ובעת המעקב התקבל מידע רק מ-49 אמהות.

- ♦ היעדר היכרות של עו"ס המחלקה עם הילדים - גם במקרים בהם התראיינו העו"סים במחלקה לגבי המשפחות בסיום הטיפול, היו מקרים לא מעטים בהם העובדת התחלפה ולא הכירה את הילדים, או שלא הייתה איתם בקשר, ולא יכלה למסור מידע על מצבם הרגשי, החברתי והלימודי של הילדים.

- ♦ קושי להכליל מן הילדים ש"התמידו" במחקר (כלומר, שנאסף עליהם מידע בכל השלבים) לגבי כלל הילדים, לרבות אלה ש"נשרו" מן המחקר, כלומר אלה שלא ניתן היה לאסוף עליהם מידע בסיום או במעקב. אחת הדרכים לבדוק זאת היא על-ידי השוואה בין מאפייני ה"מתמידים" לבין אלה של כלל הילדים על פי המאפיינים בתחילת הטיפול. כפי שמפורט בנספח ד, ברוב המאפיינים שנמדדו בתחילת הטיפול לא היה הבדל בין שתי קבוצות הילדים שלגביהם התקבל מידע על תוצאות הטיפול בסיום הטיפול ובמעקב, והם היו דומים לכלל הילדים שטופלו במרכז. עם זאת, נמצאו כמה הבדלים בין הילדים שנכללו בסיום הטיפול ובמעקב לבין הילדים שלא ניתן היה לאסוף מידע עליהם, כמפורט בנספח ד.

- ♦ בתכנית המחקר המקורית היה אמור להתקבל מידע על מצבם הרגשי, החברתי והלימודי של הילדים מן המורים בבתי-הספר, באמצעות המרכז, ובהסכמת ההורים. במהלך המחקר הסתבר כי לגבי מרבית הילדים לא היה קשר בין המרכז לבית-הספר, ולא הייתה אפשרות לקבל מידע מן המורים באופן כזה. המידע על אודות מצב הילדים, לרבות בתחום הלימודי, התקבל מן העובדות הסוציאליות במחלקות לשירותים חברתיים.

## 4. מאפייני המשפחות והתאמתן לאוכלוסיית היעד של המרכזים

### 4.1 הגדרת אוכלוסיית היעד

על פי התע"ס של מרכזי ילדים-הורים (יוני 2003) השירות מיועד לילדים גילאי 5-12 עם בעיות רגשיות או התנהגותיות שנוצרו על רקע טיפול הורי לקוי; ולהורים שאינם מסוגלים להעניק לילדיהם תנאים סבירים להתפתחות תקינה, אך בעלי יכולת לשפר את תפקודם כהורים.

עם זאת, בראיונות שנערכו בסמוך להקמת המרכזים (ב-2000), נמצאו הבדלים בתפיסות המרואיינים לגבי אוכלוסיית היעד של המרכזים. בקרב חלק מעובדי המחלקות לשירותים חברתיים, המרכז נתפס כשירות שאמור לתת הזדמנות טיפולית אחרונה למשפחות ה"קשות ביותר" לפני הוצאת הילדים למסגרות חוץ-ביתיות. עובדים אלה הביעו אכזבה מכך שבמשך הזמן המרכזים החלו לסגן את המשפחות שיתקבלו לטיפול:

"בהתחלה באו אלינו ללשכה בשאיפה גדולה. אמרו 'כל המשפחות שהתייאשתם מהן, שאתן לא מצליחות להשיג שינוי, להפנות למרכז'. אבל לאט לאט המשפחות שמקבלים הן לא המשפחות הקשות ביותר אלא משפחות שיש להן מוטיבציה, שיש איזשהו סיכוי לשינוי. כי המשפחות האחרות שבפועל תוכנן לגביהן השירות לא מצליחות." (עו"ס במחלקת רווחה)

עובדי המרכזים, לעומת זאת, ציינו כי המשפחות המתאימות הן משפחות עם בעיות פחות מורכבות, בעלות מוטיבציה ונכונות לשינוי. חלקם הגיעו למסקנה זאת בעקבות ניסיונות לטפל ב"משפחות רב-בעייתיות", שלא היו מסוגלות להפיק תועלת מהטיפול במרכז. משפחות אלו מאופיינות גם בחוסר אמון בממסד ובחוסר שיתוף פעולה עם שירותי הרווחה. יש צורך בהשקעת זמן רב ב"חיזור" אחר משפחות אלו. כמו-כן הן זקוקות לליווי ארוך יותר מזה שניתן במרכז (שנה עד שנה וחצי). מנהלות המרכזים ציינו כי הן מודעות לכך שהמרכז אינו אמור להיות שירות אליטיסטי, שעושה סלקציה במשפחות, אלא אמור לתת שירות לאוכלוסייה בעייתית. עם זאת, הן טוענות כי אין טעם בהשקעת משאבים רבים במשפחות שאינן יכולות להיעזר בסיוע המוצע להן במרכז. כמו-כן נטען כי הפניית משפחות אלו אף עשויה ליצור אצלן חוויית כישלון נוספת. גם בקרב עובדי המחלקות יש המקבלים גישה זאת:

"משפחות עם ילדים בסיכון, שלא מוכנות לשתף פעולה צריך להפנות לטיפול של גורם סמכותי שיכול להפעיל את החוק, ולא למרכז ילדים-הורים." (עו"ס מחלקת רווחה)

למרות שלא הייתה הסכמה בין המרואיינים לגבי מידת הסיכון ומורכבות הבעיות של המשפחות בהן המרכזים אמורים לטפל, הייתה תמימות דעים לגבי מטופלים שאינם מתאימים למרכז ילדים-הורים: משפחות בהן שני הורים מוגבלים בתפקודם עקב פיגור שכלי, התמכרות פעילה, או מחלת נפש פעילה; משפחות עם בעיות זוגיות קשות, או קשיים כלכליים חמורים. נראה כי סוגיה זאת מעסיקה פחות את המעורבים כעת מאשר בשנים הראשונות להפעלת המרכזים, וקיימת הסכמה שהמרכזים אינם יכולים לטפל במשפחות הקשות ביותר, ויש צורך בשירותים אחרים בעבור משפחות אלה.

## 4.2 מאפיינים סוציו-דמוגרפיים

### גיל הילדים

מרכזי ילדים-הורים מיועדים לקבוצת גיל מסוימת - ילדים בני 5-12. כפי שמראה הלוח הבא, מרבית הילדים (78%) היו בטווח גילים זה בתחילת הטיפול. עם זאת, 11% מהילדים צעירים יותר, ו-11% מהם מבוגרים יותר. יש לציין, כי על פי התע"ס יש מזה מספר שנים הגבלת גיל במערכת המיכון המשרדית האחראית על התשלומים בעבור השירות ולכן החריגות בגיל צומצמו.

### לוח 4: התפלגות הילדים על פי גילם בתחילת הטיפול במרכז ילדים-הורים

N	סך-הכל
298	100
4-0	11
8-5	41
12-9	37
16-13	8
17+	3

מקור: שאלון מנהל טיפול

נראה, כי התפלגות זאת משקפת את המאמץ לשמור על גבולות קבוצות הגיל שהמרכזים מיועדים להן, עם חריגות מסוימות המתבקשות מן הגישה המתייחסת לכל המשפחה. עם זאת, יש מקום לבחון כיצד משתלבים בטיפול אחים קטנים או גדולים יותר מקבוצת הגיל המוגדרת.

### מספר הילדים במשפחה

מספר הילדים במשפחה בממוצע הוא 2.8. ב-16% מן המשפחות ילד יחיד, ב-23% שני ילדים, ב-21% שלושה ילדים, וב-23% משפחות ארבעה ילדים ויותר. במרכז לאוכלוסייה החרדית בירושלים מספר הילדים הממוצע במשפחה היה 4.3.

### לוח 5: התפלגות המשפחות על פי מספר הילדים במשפחה (באחוזים)

N	סך-הכל
145	100
ילד אחד	20
שני ילדים	29
שלושה ילדים	24
ארבעה ילדים	12
חמישה ילדים	8
שישה ילדים ויותר	7
ממוצע	2.8

מקור: על פי שאלון עו"ס הפניה

בלוח 6 מובאים מאפיינים סוציו-דמוגרפיים נבחרים של הילדים בטיפול מרכזי ילדים-הורים בהשוואה למדגם של 1,309 ילדים בטיפול שירותי הרווחה, מתוך נתונים שנאספו במסגרת הפרויקט "קהילה 2000" (דולב, בן רבי וסבו-לאל, 2006).

**הרכב המשפחה** - ב-53% מן המשפחות הילדים גרים עם הורה אחד (48% עם האם ו-6% עם האב); 40% מן הילדים גרים עם שני ההורים, ו-7% גרים עם האם ובן-זוגה לחיים. שיעור המשפחות החד-

הוריות הוא גבוה, בהשוואה לכלל הילדים המטופלים בשירותי הרווחה (53% לעומת 37%). בקרב המרואיינים הועלו שתי השערות לריבוי המשפחות חד-הוריות: קשיי הורות ששכיחים יותר בקרב משפחות חד-הוריות. השערה אחרת היא שנשים מוזמנות יותר ונענות יותר לטיפול במרכזים כמו בשירותים אחרים, ולכן קל יותר לגייס משפחות חד-הוריות שבראשן עומדת אישה. אצל חלק קטן מן המשפחות בהן ההורים לא חיים יחד (9%) ההורה שאינו משמורן היה מעורב בטיפול במרכז.

**לוח 6: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של הילדים שטופלו במרכזים, בהשוואה למדגם של ילדים בטיפול 11 מחלקות לשירותים חברתיים (באחוזים)**

מדגם של ילדים מ-11 מחלקות לשירותים חברתיים*	משפחות שטופלו במרכזי ילדים-הורים	N
1,309	321	סך-הכל
100	100	משפחות חד-הוריות
37	53	עולים
15	5	ראש משק בית אינו עובד**
41	23	4 ילדים ויותר במשפחה
28	23	הילדים גרים עם הורה אחד לפחות עם בעיה בתפקוד, פיגור, מחלת נפש, עבריינות או התמכרות
41	20	

מקור: שאלון עו"ס בהפניה

\* מתוך נתונים שנאספו במסגרת ניסוי "קהילה 2000" ב-11 מחלקות לשירותים חברתיים. מדגם זה אינו קשור לקבוצת ההשוואה שנבחרה לצורך המחקר  
 \*\* האב במשפחה דו-הורית, וההורה עמו גרים הילדים, במשפחה חד-הורית

בשאר המאפיינים המובאים בלוח, שיעור המשפחות עם קשיים נמוך יותר בקרב המשפחות המטופלות במרכזי ילדים-הורים בהשוואה לכלל המשפחות בטיפול המחלקות לשירותים חברתיים. ברבע (23%) מן המשפחות ראש משק הבית אינו עובד, בהשוואה ל-41% בקרב כלל הילדים בטיפול המחלקות; 23% מן המשפחות הן משפחות גדולות (ארבעה ילדים או יותר) לעומת 28% במדגם 11 המחלקות. הדבר נכון גם ביחס לאחוז העולים (5% לעומת 15%).

ישנה הסכמה שמרכזי ילדים-הורים אינם מתאימים לטפל בהורים עם פיגור, מחלות נפש, התמכרות או עבריינות. בפועל, 20% מן הילדים שטופלו במרכזים גרו עם הורה שסבל מבעיה מסוג זה, אם כי רק במקרים ספורים הדבר היה נכון לגבי שני ההורים. בתחום זה ישנו הבדל ניכר במאפייני הילדים שטופלו במרכזים, לעומת כלל הילדים בטיפול המחלקות לשירותים חברתיים, אשר 41% מהם חיים עם הורה שסובל מפיגור, התמכרות, עבריינות או מחלת נפש.

### 4.3 מצבם הרגשי, החברתי והלימודי של הילדים

מרכזי ילדים-הורים מיועדים לילדים הסובלים מבעיות רגשיות והתנהגותיות על רקע קשיים במערכת היחסים במשפחה וליקויים בטיפול ההורי. העובדות הסוציאליות המפנות נשאלו לגבי כל ילד על קיומם של 17 פריטי התנהגות הלקוחים מתוך שאלון CBCL (Achenbach & Edelbrock, 1991), אשר מעידים על בעיות בתחום הרגשי והחברתי. פריטים אלה מתייחסים לשישה תחומי בעיות, כמפורט

בנספח א. הלוח הבא מציג את שיעור הילדים שסבלו מבעיה אחת לפחות, בכל אחד מן התחומים. יש לציין כי קיומה של בעיה אחת בתחום אינו מעיד על מצב קליני או בעיה מאובחנת.

**לוח 7: ילדים במרכזי ילדים-הורים עם בעיות שונות בתחום הרגשי, החברתי והלימודי, בהשוואה למדגם של ילדים מ-11 מחלקות לשירותים חברתיים (באחוזים)**

מדגם של ילדים מ-11 מחלקות לשירותים חברתיים	ילדים שטופלו במרכזי ילדים-הורים	N
1,309	305	סך-הכל
100	100	עצב וחרדה
23	67	דימוי עצמי נמוך
17	29	בעיות במצב חברתי
25	38	התנהגות אנטי-חברתית
20	34	בעיות בהתנהגות לימודית
27	47	הישגים לימודיים נמוכים
אין נתונים	47	מקור: שאלון עו"ס בהפניה

הערות: 1. האחוזים אינם מצטברים ל-100% מכיוון שחלק מן הילדים סובלים מיותר מבעיה אחת. 2. קיומה של בעיה אחת בתחום אינה מעידה על מצב קליני או בעיה מאובחנת.

הבעיות השכיחות אצל הילדים היו עצב וחרדה מהם סבלו 67% מן הילדים, ובעיות בהתנהגות הלימודית והישגים לימודיים נמוכים שאפיינו 47% מן הילדים. שיעור הילדים עם בעיות היה גבוה יותר בכל התחומים מאשר בקרב מדגם הילדים ב-11 מחלקות לשירותים חברתיים.

**4.4 הטיפול שהילדים מקבלים מהוריהם**

על פי הגדרת אוכלוסיית היעד, מרכזי ילדים-הורים נועדו למשפחות בהם הטיפול ההורי הוא לקוי. העובדים הסוציאליים המפנים התבקשו לדווח לגבי כל ילד בנפרד על הטיפול שקיבל מן ההורים בעת ההפניה למרכז. בלוח הבא אחוז הילדים שסבלו, או שהיה חשד שסבלו, מסוגים שונים של אלימות (פיזית, מינית או רגשית). אלימות רגשית הוגדרה כהענשה חריפה, הענשה ללא קשר למעשים, או השפלה של הילד. אלימות או חשד לאלימות דווחו לגבי 37% מן הילדים בסך-הכל. עשרים אחוזים מהילדים סבלו מאלימות רגשית, ולגבי 22% היה חשד לאלימות רגשית. שמונה אחוזים סבלו מאלימות פיזית, לגבי 12% נוספים היה חשד לאלימות פיזית, ולגבי 7% מן הילדים היה חשד לאלימות מינית.

**לוח 8: שיעור הילדים הסובלים מאלימות פיזית, מינית או רגשית**

305	N
100	סך-הכל
8	אלימות פיזית
12	חשד לאלימות פיזית
0	אלימות מינית
7	חשד לאלימות מינית
20	אלימות רגשית (הענשה חריפה, הענשה ללא קשר למעשים או השפלה)
37	לפחות אחד מהני"ל

מקור: שאלון לעו"ס בעת ההפניה  
 הערה: המספרים אינם מסתכמים ל-100% מכיוון שחלק מן הילדים סובלים מיותר מבעיה אחת.

בלוח הבא מובאים ממצאים על הילדים שסבלו מבעיות שונות בטיפול ההורי: טיפול יומיומי לקוי, בעיות בהשגחה, בעיות בקשר עם מסגרת החינוך, אי-הקפדה על כללי התנהגות, ובעיות בקשר הרגשי עם הילד. בכל תחום, נשאל העו"ס המפנה לגבי כל ילד ביחס לכמה פריטים מתוך 19 פריטים, המופיעים בנספח א. בלוח מובא שיעור הילדים לגביהם דיווח העו"ס על קיומה של בעיה אחת לפחות באותו תחום. כפי שניתן לראות, הבעיות השכיחות ביותר היו עירוב הילדים במריבות בין ההורים, בעיות בקשר הרגשי עם הילדים, ובעיות בהקפדה על כללי התנהגות. בדומה למצב הבעיות הרגשיות והחברתיות של הילדים, גם בתחום הטיפול ההורי היה שיעור גבוה יותר של בעיות בקרב הילדים שהופנו למרכזים בהשוואה למדגם של ילדים בטיפול המחלקות לשירותים חברתיים.

**לוח 9: הילדים עם בעיות שונות בטיפול ההורי, בהשוואה למדגם של ילדים מ-11 מחלקות לשירותים חברתיים (באחוזים)**

מחלקות	מדגם של ילדים מ-11 מחלקות לשירותים חברתיים*	ילדים שטופלו במרכזי ילדים-הורים	
	1,309	305	N
	100	100	סך-הכל
	42	73	עירוב ילדים במריבות*
	***42		בעיות בקשר הרגשי עם הילד
		80	אצל האם
		90	אצל האב **
	***44		בעיות בהקפדה על כללי התנהגות
		69	אצל האם
		76	אצל האב ***
	16	22	בעיות בהשגחה
	19	23	בעיות בקשר עם מסגרת חינוך
	10	16	בעיות בטיפול היום יומי

מקור: שאלון לעו"ס בהפניה

הערה: המספרים אינם מסתכמים ל-100% מכיוון שניתן היה לציין יותר מבעיה אחת

\* מתייחס ל-162 ילדים שחיים עם שני ההורים או עם הורה ובן/בת-זוג, התקבל מידע ביחס ל-120 ילדים

\*\* מתייחס ל-157 ילדים שחיים עם האב, התקבל מידע ביחס ל-127 ילדים

\*\*\* מתייחס ל-157 ילדים שחיים עם האב, התקבל מידע ביחס ל-113 ילדים

\*\*\*\* בנתונים של המחלקות לשירותים חברתיים אין הבחנה בין אב לאם

מרבית המשפחות היו ותיקות בטיפול המחלקה: 71% היו מטופלות שלוש שנים לפחות כאשר 43% היו מטופלות יותר מחמש שנים. כרבע מן הילדים היו בטיפול פקיד סעד: 8% על פי צו, ו-18% לאור החוק. שמונה אחוזים מן הילדים היו בעבר בסידור חוץ-ביתי, ולגבי 16% נוספים נשקלה ההוצאה מן הבית, 22% השתתפו במסגרת אחר-צהריים מטעם המחלקה לשירותים חברתיים. בסך-הכל בין רבע לשליש מבין הילדים היו מוכרים כילדים בסיכון גבוה לפני ההפניה למרכז.



**לוח 10: הטיפול בילדים במחלקות לשירותים חברתיים לפני ההפניה למרכז ילדים-הורים**

N	סך-הכל
305	ותק בטיפול המחלקה
100	עד שנתיים
27	3-5 שנים
28	מעל 5 שנים
43	טיפול פקיד סעד
8	בצו בית משפט
18	בצל החוק
74	לא
8	טיפול חוץ-ביתי
16	שהו בסידור חוץ-ביתי בעבר
22	נשקל סידור חוץ-ביתי בשנה האחרונה
	מסגרות אחר-צהריים

מקור: על פי שאלון עו"ס הפניה

לסיכום, הנתונים על אודות מאפייני הילדים והמשפחות מצביעים על התאמה גבוהה לאוכלוסיית היעד של מרכזי ילדים-הורים, שנועדו לשרת ילדים עם קשיים רגשיים וחברתיים, והורים עם קשיים ביחסים עם ילדיהם ובטיפול בהם, בעלי פוטנציאל לשינוי. אמנם הייתה ציפייה התחלתית שמרכזי ילדים-הורים יוכלו לטפל במשפחות עם בעיות מתמשכות ("כרוניות"), או במשפחות עם ילדים בסיכון גבוה המועמדים לטיפול חוץ-ביתי. בפועל, המרכזים טיפלו במשפחות מעט יותר מבוססות מבחינה חברתית וכלכלית, עם קשיים ממוקדים בתחום ההורות, אך לרוב לא במידה שהצריכה טיפול חוץ-ביתי או התערבות קיצונית אחרת. הדבר בא לידי ביטוי בנתונים המצביעים על כך שמחד, שיעור המשפחות עם קשיים כלכליים וחברתיים היה קטן בהשוואה לאוכלוסיה המטופלת במחלקות לשירותים חברתיים, ומאידך, שיעור הילדים וההורים עם בעיות בתחום הרגשי וביחסי ילדים-הורים, היה גדול ביחס לאוכלוסייה זו.

ברוב המקרים (81%), מנהלי הטיפול ציינו בין הסיבות להפניה גם סיבות שקשורות להורים (הזנחה, אלימות, בעיות ביחסי ילדים-הורים, בעיות בהצבת גבולות), וגם בעיות אצל הילדים (רגשיות, התנהגותיות, חברתיות ולימודיות) (לוח 11). במיעוט המקרים צוינו בעיות בהורות בלבד (11%) או בעיות אצל הילדים בלבד (8%).

**לוח 11: סיבות ההפניה למרכז (באחוזים)**

N	סך-הכל
139	בעיות בתחום ההורות בלבד (כגון אלימות, הזנחה, בעיות ביחסי ילדים-הורים ובהצבת גבולות)
100	בעיות אצל הילדים בלבד (בעיות רגשיות, חברתיות, לימודיות או התנהגותיות)
11	בעיות הורות וגם בעיות של הילדים
8	
81	

מקור: על פי שאלון למנהל טיפול

## 5. דרכי העבודה במרכז ילדים-הורים

הפרק הבא מתייחס להיבטים שונים של עבודת המרכזים, ומנסה לבחון את האופן שבו מיושמים עקרונות ההפעלה השונים, כגון בניית תכנית טיפול ייחודית בשיתוף המשפחה, מתן טיפול להורים ולילדים, ושימוש בכלי טיפול יצירתיים ומגוונים.

### 5.1 גיבוש תכנית הטיפול במרכז

על פי מודל העבודה, הפגישות הראשונות עם המשפחה מוקדשות להיכרות ולהערכת הצרכים, הקשיים, היכולות וההעדפות שלה. בתום תהליך ההערכה, מגובשת בעבור כל משפחה תכנית טיפול ייחודית, במסגרתה נקבעים יעדי הטיפול, והאמצעים בהם יושגו. השאיפה היא לבנות תכנית שכוללת כמה סוגי טיפול בעבור המשפחה, בהתאם לצרכים של הילדים וההורים. בגיבוש התכנית אמורים להשתתף המטפלים במרכז, עו"ס המשפחה במחלקה לשירותים חברתיים והמשפחה עצמה.

**השתתפות ההורים בתכנון הטיפול:** 77% מן האמהות דיווחו שהשתתפו בפגישה שבה דיברו על סוג הטיפול שיקבלו, 45% מהן דיווחו כי שאלו אותן לגבי ההעדפות שלהם. בכל המקרים הללו האמהות דיווחו שהתחשבו ברצונותיהם. ההשוואה בין התקופות מעידה על שיפור מסוים במידת השיתוף של המשפחות בתכנון הטיפול.

#### לוח 12: השתתפות ההורים בתכנון טיפול

סך-הכל	2001-2000	2003-2002	
47	21	26	N
100	100	100	סך-הכל
77	74	80	השתתפנו בפגישה שבה דיברו איתנו על סוג הטיפול שנקבל במרכז
45	39	50	שאלו אותנו באילו פעילויות היינו רוצים להשתתף והתחשבו ברצוננו
			מקור: שאלון לאם

**מתכונת הטיפול המתוכננת:** בלוח הבא מובאת התפלגות המשפחות על פי תדירות הביקורים ומספר שעות הטיפול המתוכננות.

#### לוח 13: תכנית הביקורים ומספר שעות הפעילות בתכנית הטיפול (באחוזים)

סך-הכל	
100	N
139	תדירות מתוכננת
82	פעם בשבוע
18	פעמיים בשבוע
	מספר השעות המתוכננות בשבוע
40	שעה
40	שעתיים
13	שלוש שעות
7	ארבע שעות ויותר
	מקור: שאלון למנהל הטיפול במרכז בסיום הטיפול

רוב המשפחות (82%) הוזמנו למרכז אחת לשבוע, ו-18% מהמשפחות, פעמיים. מספר השעות המתוכננות היה לרוב שעה (40%) או שתיים (40%), אך חלק מהמשפחות הוזמנו לשלוש שעות ויותר (20%). מידת האינטנסיביות של הטיפול על פי התכנית היא גבוהה בעבור רוב המשפחות ביחס למקובל במחלקה לשירותים חברתיים או בתחנה לטיפול במשפחה או לבריאות הנפש.

## 5.2 פעילות טיפולית במרכז

אחד מן העקרונות המקצועיים של מרכזי ילדים-הורים הוא השימוש במגוון הרכבי טיפול ושיטות טיפול, על פי צורכי המשפחות. הרכבי הטיפול כוללים פגישות פרטניות עם ילד או הורה, פגישות עם שני ההורים, פגישות דיאדיות של הורה וילד, ופגישות משפחתיות. כמו-כן, המרכזים מציעים מגוון שיטות טיפול ביצירה ובהבעה,<sup>8</sup> שאינן מבוססות על שיחה בלבד, שמתאימות לילדים ולהורים, ושמזמינות חוויות משותפות מהנות בעבור המשפחה. התערבות נוספת היא הדרכה של אם הבית או מדריך במיומנויות שונות, כגון בישול והתארגנות משפחתית לעבודות הבית. במרכזים פועלות גם קבוצות למען הרכבים שונים (כגון ילדים ומשפחות) ובכלי טיפול שונים. הנתונים הבאים על אודות פעילות המרכזים לקוחים מתוך תיעוד פעילות העובדים בעשרה מרכזים, במשך שבועיים באפריל ובמאי 2002.

### א. הרכב המטופלים בפגישות

הנתונים מצביעים על שימוש בכל ההרכבים הטיפוליים, כשפגישות בהרכב משפחתי היו הנפוצות ביותר, הן בפגישות עם משפחה אחת (39%) והן בפגישות הקבוצתיות (53%).

### לוח 14: התפלגות שעות הטיפול על פי הרכב המשתתפים בפגישה

פגישות עם מטופלים ממשפחה אחת	פגישות קבוצתיות	
595	187	N (שעות)
100	100	סך-הכל
31	29	ילד
30	18	הורה או הורים
39	53	משפחתי או דיאדי

מקור: טופס לתיעוד פעילות עובדים במרכז  
 ברוב המכריע של הפגישות הטיפוליות נעשה שימוש בטיפול ביצירה והבעה, בסך-הכל ב-86% מן הפגישות הקבוצתיות, וב-66% מן הפגישות האחרות השתמשו בטיפול ביצירה והבעה. כלי הטיפול השכיחים היו טיפול בעזרת משחק, אומנות או בעלי חיים. יש לציין שנמצאה שונות רבה בין המרכזים במידת השימוש בכלי טיפול ביצירה והבעה, שהייתה קשורה למספר כלי הטיפול שעמדו לרשותם. בשלושה מבין עשרת המרכזים שנבדקו היו 6-7 כלי טיפול ביצירה והבעה, בארבעה מרכזים היו 3-5 כלי טיפול, ובשלושת המרכזים הנותרים רק כלי אחד או שניים. הבדלים אלה נעוצים בתפיסות המקצועיות של המנהלים, וכן ביכולתם לגייס משאבים נוספים, כגון מתנדבים וסטודנטים.

<sup>8</sup> כגון משחק, אומנות, תנועה, חממה/גינון, בעלי חיים, הדרכה במיומנויות, פסיכודרמה וכד'.

**לוח 15: השימוש בכלי טיפול שונים בפגישות עם מטופלים ממשפחה אחת ובקבוצות (באחוזים)**

פגישות עם בני משפחה אחת	פגישות קבוצתיות		
595	187	N	
100	100	סך-הכל	
34	14	שיחה	
22	49	שילוב של שיחה וכלים נוספים	
13	8	משחק	
13	5	אומנות	
10	1	בעלי חיים	
4	9	הדרכה של אם בית או מדריך במיומנויות	
2	4	תנועה ודרמה	
2	10	אחר	

הלוח הבא מציג את הקשר בין סוג הטיפול להרכב הטיפול. לשם כך, חולקו כלי הטיפול לשני סוגים: טיפול בשיחה בלבד, וטיפול ביצירה ובהבעה, הכולל שילוב של שיחה וטיפול ביצירה ובהבעה).

**לוח 16: התפלגות שעות הטיפול על פי סוג הטיפול והרכב הטיפול**

סך-הכל	ילד	דיאדי או משפחתי	הורה או הורים	
595	186	228	181	N
100	100	100	100	סך-הכל
34	7	19	84	שיחה בלבד
66	93	81	16	טיפול ביצירה ובהבעה*

\* כגון משחק, אומנות, תנועה, חממה/גינון, בעלי חיים, הדרכה במיומנויות, פסיכודרמה וכד'

מהלוח עולה כי שיחה בלבד משמשת בעיקר למבוגרים ואילו בהתערבויות עם ילדים נעשה יותר שימוש בטיפול ביצירה ובהבעה. כך, 93% משעות הטיפול בילדים בלבד הוקדשו לטיפול ביצירה ובהבעה, ובטיפול שבו משתתפים ילדים והורים (דיאדי או משפחתי) 81% משעות הטיפול היו בכלי טיפול ביצירה ובהבעה. בפגישות עם הורים בלבד נעשה שימוש מועט יחסית בכלי טיפול ביצירה ובהבעה (16%). תמונה שונה במקצת התקבלה בפגישות הקבוצתיות, בהן בכמחצית מן הפגישות עם ההורים השתמשו בכלי טיפול ביצירה ובהבעה.

האמהות נשאלו על מידת התרומה של כלי טיפול שונים אליהם הן נחשפו. כפי שניתן לראות בלוח הבא. כלי הטיפול שנחשבו לתורמים ביותר היו שיחה וטיפול באמנות.

**לוח 17: הערכת האמהות את התרומה של הטיפול בכלים שונים**

לא תרם	תרם	תרם מאוד	סך-הכל	N	
9	28	63	100	46	שיחה
6	33	61	100	18	טיפול באמנות
10	40	50	100	10	טיפול בעזרת בעלי חיים
10	40	50	100	20	הדרכה של אם בית או מדריך במיומנויות

מקור: מתוך שאלון מעקב לאמהות; מספר המשיבות על כלי טיפול אחרים היה קטן (10 או פחות)

בראיונות עם ההורים, ציינו רבים את דרכי הטיפול המיוחדות, את ההתאמה שלהן למשפחה, את התחושה של הכיף ושל יצירת החיבור בין הורים לילדים. חלק ציינו שבזכות הטיפול ביצירה ובהבעה השיגו שינויים שלא היו מגיעים אליהם בדרכים אחרות. לדוגמה, טיפול בעזרת בעלי חיים:

"זה עזר מאוד עם חיות, זה דבר מומלץ לכל ילד, אני הייתי משתתפת בחוג הייתי נכנסת איתו, ראיתי איך היה מלטף ומה הגבולות שיש בין החיות... הוא וגם אני מאוד אוהבים בעלי חיים."

אב מספר על הטיפול בציור:

"לפני כן הייתי מאוד סגור, זו הייתה אחת הבעיות בזוגיות, וגם שמה [במרכז] הייתי סגור, כל הציורים שלי היו סגורים, אבל רב-גוניים עם הרבה חיים בפנים, אבל סגורים. ומשם למדתי דרך להיפתח. העולם לא כל-כך מאיים, האנשים לא כל-כך מאיימים. התחלתי לדבר וזה הוסיף לי המון."

אם מספרת על הטיפול במשחק ובאמנות:

"כאן, הייתה מרביצה לשק אגרוף, המון כעס היה לה. בהתחלה הייתה מציירת הכל שחור, לאט לאט ציירה פרחים בצבעים. השחור הזה מראה שהייתה במצוקה. אחר-כך התחילה גם בבית להיות יותר רגועה. השתפרה, דיברה פחות בכעס, התחילה יותר ללמוד."

ואם אחרת מספרת על הביבליותרפיה (טיפול באמצעות קריאה וסיפורים) של בן-הזוג:

"הביבליו-תרפיסטית הייתה מקסימה, בעלי נפתח אליה כמו שלא נפתח בחיים. מי שהוא ביבליו-תרפיסט הוא יותר יצירתי ורחפני... אבל בשבילו זה היה ממש טוב. המרכז ילדים-הורים שינה אותו. הוא היה אדם סגור וציני וסרקסטי ועכשיו אין לנו את זה יותר, למד שם לדבר ולהגיד."

#### לוח 18: הערכת האמהות את התרומה של הטיפול בהרכבי משתתפים שונים (באחוזים)

לא תרם	תרם	תרם מאוד	סך-הכל	N	
5	32	63	100	43	האם לבד
6	40	54	100	35	האם עם ילד אחד
24	47	29	100	17	שני ההורים
13	30	57	100	30	כל המשפחה
16	32	52	100	25	בקבוצה עם הורים
6	28	67	100	18	בקבוצה עם הורים וילדים
					בפעילויות מיוחדות, כגון מסיבות, טיולים, ימי הולדת
8	33	59	100	39	

מקור: שאלון מעקב לאמהות

על פי הערכת האמהות הטיפול תרם במידה הרבה ביותר כאשר נערך בנוכחות האם לבדה (63% ציינו כי "תרם מאוד"), או בקבוצה עם הורים וילדים (67%). טיפול בנוכחות שני ההורים, ללא הילדים, נתפס באופן בולט כפחות תורם (רק 29% אמרו שהוא "תרם מאוד").

#### השתתפות בטיפול

מרכזי ילדים-הורים מציעים מסגרת טיפולית אינטנסיבית יחסית, בעבור משפחות, שחלקן מתקשות בהתארגנות היומיומית, ובהתמדה. לרשות רוב המשפחות לא עומד רכב פרטי, וההגעה למרכז עם הילדים כרוכה לעתים בקשיים. על פי תכניות הטיפול 82% מהמשפחות היו אמורות להגיע לטיפול במרכז פעם בשבוע, ו-18% פעמיים (לוח 19), אף משפחה לא תוכננה להגיע בתדירות נמוכה מפעם בשבוע.

**לוח 19: התפלגות המשפחות על פי תדירות ההגעה הממוצעת בפועל לטיפול במרכז**

2003-2002	2001-2000	סך-הכל	
69	69	138	N
100	100	100	סך-הכל
7	15	15	פעמיים בשבוע
62	54	58	פעם בשבוע
19	9	14	פעם בשבועיים
12	23	13	פעם בחודש ופחות

מקור: שאלון למנהל טיפול במרכז

על פי הדיווח של מנהלי הטיפול, 73% מן המשפחות התמידו בטיפול - 15% מהן הגיעו פעמיים בשבוע בממוצע, ו-58% הגיעו פעם בשבוע. יתר המשפחות, 27%, לא התמידו: 14% הגיעו רק פעם בשבועיים, ו-13% הגיעו אחת לחודש או פחות. יש לציין, שעם הזמן השתפרה ההתמדה של המשפחות ובתקופה השנייה ירד שיעור המשפחות שהגיעו פעם בחודש או פחות ל-12%, לעומת 23% בתקופה הראשונה.

נבדקה גם ההתמדה של המשפחות על פי משך הטיפול. רוב המשפחות שהיו בטיפול מעל שנה (64%) התמידו בטיפול, ואילו בקרב אלה שהיו בטיפול פחות משנה, 61% לא הגיעו מדי שבוע. עם זאת, 10% מן המטופלים מעל שנה וחצי החסירו פעמיים בחודש או יותר. לא ברור מדוע משפחות אלה קיבלו אפשרות להמשיך מעבר לזמן הקבוע, מבלי שניצלו את הטיפול בצורה סבירה.

בדומה לשירותים נוספים למשפחות, ההשתתפות של האבות הייתה פחותה משל האמהות. על פי דיווח מנהלי הטיפול, 62% מן האמהות הגיעו כמעט תמיד, לעומת 49% מן האבות. עם זאת, יש לציין שפער זה קטן בהשוואה למצב הטיפול במחלקה לשירותים חברתיים. לדוגמה, בקבוצת ההשוואה דווח כי רק 35% מן האבות נפגשו בחודשים האחרונים עם העובדת הסוציאלית, לעומת 65% מן האמהות.

**לוח 20: האם ההורים הגיעו באופן סדיר לטיפול במרכז? (באחוזים)**

אבות	אמהות	
76	130	N
100	100	סך-הכל
49	62	כמעט תמיד
20	22	לעיתים קרובות
14	12	לעיתים רחוקות
17	5	כמעט שלא

**פעילות היישוג של המרכז** - אחד מעקרונות הפעולה של המרכזים הוא יישוג (reaching out), כלומר פעילות של הצוות לעודד את המשפחה להגיע לטיפול ולהתמיד בו, חרף הקשיים. עקרון זה כרוך בדילמה בעבור הצוות המקצועי: מצד אחד, נדרשות סובלנות וסבלנות כלפי משפחות שנעדרות מהטיפול, בתקווה לגייס אותן לטיפול במשך הזמן. מצד שני, משפחות אלה תופסות מקום של משפחות אחרות שהיו יכולות ליהנות מן הטיפול במרכז. המטפלים נשאלו לגבי הפעולות שנקטו ביחס

למשפחות שנעדרו זמן רב מן הטיפול: ל-41% מן המשפחות הללו נערך ביקור בית, עם 36% יצרו המטפלים קשר בטלפון, ביחס ל-9% עורב פקיד סעד, ולגבי 14% מן המשפחות לא ננקטו כל פעולות. אם כן, הטיפול במרכזי ילדים-הורים מתקיים אצל רוב המשפחות באינטנסיביות גבוהה יחסית, של מפגש פעם בשבוע. השתתפות האבות קטנה אמנם משל האמהות, אך הפער קטן בהשוואה להשתתפות אבות בשירותים אחרים. למרות פעולות שונות שננקטו על-ידי צוות המרכזים, כרבע מן המשפחות אינן מתמידות, חלק מאלה שאינן מתמידות מטופלות גם תקופה ארוכה. יש מקום לחשוב על משך הזמן שבו נכון להמשיך לטפל במשפחה שאינה מגיעה בקביעות.

### 5.3 דיוני הערכה של המרכז

מרכז ילדים-הורים מקיים הערכות ביניים במהלך הטיפול ("דיוני הערכה") בהן בוחנים המטפלים במרכז ובמחלקה לשירותים חברתיים עם המשפחה את הטיפול עד לנקודה זאת, ומעדכנים במידת הצורך את תכנית הטיפול. על פי דיווח המטפלים במרכז, דיוני הערכה התקיימו ביחס ל-81% מן המשפחות. יש לציין, כי בין השנים לא נמצא הבדל בהיקף קיום דיוני הערכה. המטפלים נשאלו על אודות המשתתפים בדיון ההערכה האחרון - בכל הדיונים השתתפו ההורים (לפחות אחד), ב-81% מהדיונים השתתף נציג המחלקה לשירותים חברתיים, וב-7% השתתף גם נציג בית-ספר.

#### לוח 21: מספר דיוני הערכה שנערכו עם המשפחה (באחוזים)

N	סך-הכל
139	לא התקיים דיון הערכה כלל
100	דיון אחד
19	2 דיונים
14	3 דיונים
29	4 דיונים ויותר
17	
21	

מקור: שאלון מנהל טיפול

דיונים ביחס למשפחה מתקיימים גם בפורומים נוספים. ביחס ל-82% מן המשפחות התקיימה ועדת תכנון טיפול והערכה במהלך הטיפול או בסופו, וביחס ל-44% מהמשפחות, התקיימה פגישה רב-מקצועית אחרת עם משתתפים מחוץ למרכז, בנוסף לעו"ס של המחלקה לשירותים חברתיים. על-פי-רוב, ההורים השתתפו בוועדות לתכנון טיפול והערכה (וועדות החלטה). כפי שניתן לראות בלוח 22, היקף ההשתתפות של ההורים עלה מ-70% בתקופה הראשונה ל-81% בתקופה השנייה. מגמה זאת תואמת את מאמצי שירותי הרווחה ככלל להגביר את השתתפות ההורים בוועדות תכנון טיפול והערכה, ולא רק בהקשר של מרכזי ילדים-הורים.

**לוח 22: השתתפות הורים בוועדות לתכנון טיפול והערכה (ועדות החלטה) במהלך הטיפול או בסופו (באחוזים)**

2003-2002	2001-2000	סך-הכל	
54	53	107	N
100	100	100	סך-הכל
81	70	76	השתתפו
19	30	24	לא השתתפו

מקור: שאלון מנהל טיפול

**5.4 פעילות העובדים במרכזי ילדים-הורים**

צוות המרכז עוסק בפעילויות שונות בנוסף על הפגישות הטיפוליות עם בני המשפחה: הדרכה; התייעצות עם אנשי צוות במרכז; ישיבות צוות; פגישות ושיחות טלפון עם צוות המחלקה לשירותים חברתיים, בית-הספר וגורמים אחרים; תיאומים; תיעוד; ועוד. בלוח הבא ניתן לראות כיצד מתחלק הזמן של העובדים השונים בין המשימות הללו, על פי בדיקה של שבועיים של פעילות בתשעה מרכזים.

**לוח 23: התפלגות שעות העבודה של בעלי תפקידים שונים במרכזים בין המשימות (באחוזים)**

אם בית ומדריכים	מטפלים מקצועיים	עובד/ת סוציאלית	מנהל/ת	סך-הכל	
543	423	558	651	2,369	סך-הכל שעות עבודה
100	100	100	100	100	סך-הכל
37	51	34	15	34	פגישות טיפוליות
19	26	26	32	26	ישיבות והדרכות
16	8	17	23	16	מקצועיות קשר עם שירותים אחרים
28	14	23	30	24	תיעוד ועבודה מינהלית

בסך-הכל, כשליש משעות העבודה של העובדים במרכזים מוקדשות לעבודה ישירה עם המטופלים בפגישות טיפוליות. שאר הזמן מוקדש לפעילויות שלא בנוכחות המטופלים: 26% לישיבות, התייעצויות והדרכות, 24% מן הזמן לתיעוד ועבודה מינהלית (כתיבה או כל פעילות מינהלית אחרת), 16% מן הזמן מוקדש לקשר עם שירותים אחרים. חלוקת הזמן בין המשימות שונה, כצפוי, בין בעלי התפקידים. למשל, מנהלי המרכזים מקדישים 15% מן הזמן לפגישות טיפוליות, העובדים הסוציאליים - 34%, והמטפלים המקצועיים - 51%.

**5.5 עבודה משותפת עם המחלקה לשירותים חברתיים**

מרכזי ילדים-הורים פועלים במסגרת המחלקות לשירותים חברתיים, כאשר המרכז והמחלקה אמורים להתחלק באחריות על הטיפול במשפחה ולשמור על קשר רציף במהלכו. העובדת הסוציאלית



של המשפחה במחלקה ממשיכה להיות מנהלת הטיפול (case manager) של המשפחה במשך כל התקופה ומטפלת בצרכים נוספים של המשפחה.

מראיונות עם עובדים במרכזים ובמחלקות עלה כי עקרון זה אינו פשוט ליישום. מרבית העובדים, הן במחלקות והן במרכזים, מצדדים באופן עקרוני במעורבות העו"ס במחלקה בטיפול במשפחה במרכז. כמו-כן, הן נאלצות לקבוע סדרי עדיפויות בעבודתן וקשה להן להתפנות לפגישות במרכז, כשהן אחראיות על משפחות רבות נוספות. מטפלים במרכזים טענו שהעובדות במחלקות לא תמיד מגיבות במהירות הנדרשת בביצוע המטלות שלהן, ואילו עובדות המחלקות טוענות כי אנשי המקצוע במרכזים לא תמיד פתוחים לשתף את עובדת המחלקה בהתלבטויות ביחס למשפחה. חלקן מבטאות מורת רוח מכך שהמרכז עוסק רק בטיפול, ומשאיר להן בעיקר את העבודה הטכנית. כפי שאמרה אחת העובדות במחלקה:

"המשפחה עוברת לטיפול 'יוקרתי טהור' והעבודה השחורה נשארת לי. זה מחזיר את העובד הסוציאלי כמה שנים אחורה אל הקטע החומרי מאוד. זה גם קטע של הדימוי העצמי שלי כעובדת. 'האם זה מה שנשאר מהתפקיד שלי? משפחה שטיפלתי בה כל-כך הרבה שנים, ליוויתי אותה, אני מכירה אותה, אז התפקיד שלי עכשיו זה רק לרשום אותם למועדוניות, להשיג בשבילם תרומות ודברים כאלה?!"

מנהל הטיפול במרכז והעו"ס במחלקה נשאלו ביחס להיבטים שונים של שיתוף הפעולה ביחס לכל אחת מן המשפחות. בלוח 24 מובאים הנתונים רק על המשפחות לגביהן התקבל מידע משני הגורמים. על פי דיווח מנהלי הטיפול במרכז, העו"ס במחלקה הייתה מעורבת בתכנון הטיפול באופן מלא ביחס ל-56% מהמשפחות, באופן חלקי ביחס ל-33% מהן, ולא הייתה מעורבת כלל רק ביחס ל-11% מהמשפחות. על פי דיווח העו"סיות במחלקות היקף המעורבות בתכנון טיפול היה קטן יותר: ביחס ל-30% מן המשפחות הייתה להן מעורבות מלאה בתכנון, ביחס ל-41% מהמשפחות הייתה להן מעורבות חלקית, וביחס ל-28% לא הייתה מעורבות כלל. על פי מנהל הטיפול במרכז, העו"סיות במחלקה השתתפו ברוב או בכל הפגישות של צוות המרכז ביחס למשפחה לגבי 66% מהמשפחות; על פי דיווח העו"סיות, הדבר נכון רק ביחס ל-44% מהן. בפגישות טיפוליות של המשפחה במרכז השתתפו 12%-13% מהעו"סיות במחלקות, ועל כך יש הסכמה בין שני המקורות. רק 12% מן העו"סיות במחלקות דיווחו כי נתקלו בקשיים בעבודה עם המרכז: התלונה השכיחה ביותר הייתה על כך שהמרכז לא דיווח ולא עירב במידה מספיקה את המחלקה לגבי הטיפול במשפחה.

**לוח 24: מעורבות עו"ס המשפחה בטיפול במשפחה במרכז, על פי דיווח מנהל הטיפול במרכז ועל פי דיווח עו"ס במחלקה (באחוזים)**

לפי מנהל הטיפול במרכז	לפי עו"ס מחלקה	N
99	99	סך-הכל
100	100	האם עו"ס מחלקה השתתפה בתכנון הטיפול במרכז?
56	30	כן, באופן מלא
33	42	כן, באופן חלקי
11	28	לא
66	44	האם עו"ס מחלקה השתתפה בישיבות המרכז ביחס למשפחה?
19	40	בכולן או ברובן
15	16	בחלק קטן
12	13	לא
88	87	האם עו"ס מחלקה השתתפה בפגישות טיפוליות במרכז?
		כן
		לא

הערה: נכללו רק המשפחות לגביהן התקבל דיווח גם ממנהל הטיפול וגם מעו"ס המחלקה

מהנתונים עולה כי בשלבים השונים של הטיפול על-פי-רוב הייתה מעורבות של עובדות המחלקות, אבל לעתים קרובות היא הייתה חלקית, ולפעמים נעדרה כליל. מנהלי הטיפול במרכז דיווחו על שכיחות גבוהה יותר של מעורבות, ועל מעורבות רבה יותר של העו"ס בטיפול. מכיוון שמדובר באותן משפחות ממש, נראה שהיו מקרים בהם המטפל במרכז היה סבור ששיתף את העו"ס, אך העו"ס לא תפס את עצמו שותף במידה זהה.

על פי דיווח העו"סים במחלקות חלה ירידה בהיקף המעורבות שלהן בטיפול במרכז במשך ארבע השנים שנבדקו. ב-2001-2002 העו"ס השתתפה בתכנון הטיפול ביחס ל-81% מן המשפחות, ורק ביחס ל-64% מהן ב-2002-2003. כמו-כן, הצטמצמה ההשתתפות שלהן בדיוני המרכז ביחס למשפחות שבאחריותן מ-52% ל-34%.

**לוח 25: מעורבות עו"ס המשפחה בטיפול במשפחה במרכז, לפי תקופות (באחוזים)**

2003-2002	2001-2000	סך-הכל	N
50	53	103	סך-הכל
100	100	100	עו"ס מחלקה השתתפה בתכנון הטיפול במרכז (באופן מלא או חלקי)*
64	81	72	עו"ס מחלקה השתתפה בישיבות המרכז ביחס למשפחה (רובן או כולן)*
34	52	43	עו"ס מחלקה השתתפה בפגישות טיפוליות במרכז שיתוף הפעולה בין עו"ס המשפחה למנהל הטיפול תואר כ"טוב מאוד"
9	16	13	
71	61	66	

מקור: על פי דיווח עו"ס המחלקה  
\*  $p < 0.05$  במבחן חי בריבוע

מממצאים אלה עולה כי העקרון של קשר רציף בין המרכז למחלקה לשירותים חברתיים מיושם באופן חלקי. יש צורך להגיע להבנה ברורה יותר של כל הגורמים ביחס למהות הקשרים הללו, ולהגדיר דרכי עבודה משותפות שיקדמו את מטרת הטיפול במשפחות, כך שהמרכזים והמחלקות לשירותים חברתיים יוכלו לעמוד בהם. לדוגמה, האם עובדת סוציאלית במחלקה אמורה להשתתף בכל דיוני המרכז ביחס לילד, או רק בצמתים מרכזיים? כיצד תהיה העובדת הסוציאלית במחלקה מעורבת גם בתכנים של הטיפול? מי אחראי לשמירת הקשר בין המרכז למחלקה? כמו-כן, לא ברור מה נדרש מן העו"ס במחלקה כמנהלת המקרה - עד כמה היא אמורה להתערב, וגם לא ברור כמה זמן היא צריכה להקדיש למשפחה. יש לציין כי המושג מנהל מקרה אינו מוגדר בתע"ס למרות שהוא מופיע בהקשר לשירותים שונים.

#### הטיפול של עו"ס המחלקה במשפחה במהלך הטיפול במרכז

העובדות הסוציאליות דיווחו כי נפגשו במהלך הטיפול של המשפחה במרכז ילדים-הורים עם 80% מן המשפחות במחלקה, שוחחו בטלפון עם 94% מהן וערכו ביקורי בית אצל 48% מהמשפחות; עם 16% מן המשפחות קיימו פגישות קבועות, ועם היתר, על פי הצורך. הן פגשו 96% מן האמהות, 60% מן האבות (מתוך אלה שגרים עם הילדים). כמו-כן, העובדות במחלקות הכינו דוחות או תסקירים ביחס ל-66% מן המשפחות, טיפלו בהסדרת שירותים בעבור 62% מהמשפחות, ועזרו בהסדרת סיוע כספי וחומרי בעבור 53% מהן.

#### לוח 26: פעולות שביצעו עו"ס המשפחה בעבור המשפחה במהלך הטיפול במרכז (באחוזים)

N	סך-הכל
103	פגישות במחלקה
100	שיחות טלפון
80	ביקור בית
94	פגישות קבועות
48	הכנת דוחות ותסקירים
16	הסדרת שירותים
66	הסדרת סיוע כספי וחומרי
62	מקור: דיווח עו"ס המחלקה
53	

העובדות נשאלו גם ביחס למעורבותן עם כל אחד מן הילדים במשפחה. הן דיווחו כי היו בקשר עם המטפל במרכז ביחס ל-66% מהילדים, פגשו בעצמן 46% מהם והיו בקשר עם המורה או עם הגנת של 42%.

בקבוצות מיקוד שהתקיימו בתחילת המחקר עם עובדות סוציאליות במחלקות ועם עובדי המרכזים, עלו חילוקי דעות ביחס לאחריות המחלקה ביחס למשפחה במהלך הטיפול במרכז. בקרב עובדות המחלקות והמרכזים היו שסברו שהמרכז צריך לטפל בענייני המשפחה בתחומים נוספים בנוסף לתחום של יחסי ילדים-הורים. בראיונות עם ההורים, היו דוגמאות לכך שצוות המרכז עזר להם לקבל עזרה גם ביחס לתחומים שאינם קשורים ליחסי ילדים-הורים. למשל:

"הם מאוד מנסים לעזור בדברים שמשפיעים על המשפחה. כמו חג פסח, כשלא היה לי כסף וכשלא היה לנו חשמל בבית, כשפניתי למטפלת שלי וסיפרתי לה

עד כמה זה השפיע עליי, היא נכנסה לתמונה, לא זוכרת מה היא עשתה, דרך הלשכה סידרו לי עזרה. מאוד מאוד עזרו לי." "ביקשתי עזרה מהמרכז ותמכו בי והוציאו מכתב חד-משמעי למשרד הרווחה שאני צריך אישור להחזקת עובדת זרה בבית."

במהלך הזמן, התגבשה במחלקות לשירותים חברתיים הסכמה, כי העובדת במחלקה תמשיך להיות אחראית לעזור למשפחה בכל הצרכים הנוספים, וש"התיק נשאר במחלקה". הממצאים משקפים שינוי זה, כאשר בתקופה השנייה גדל אחוז העובדות הסוציאליות שביצעו פעולות שונות ביחס למשפחה. למשל, בתקופה השנייה 90% מהמשפחות נפגשו עם העו"ס במחלקה במהלך הטיפול, לעומת 67% בתקופה הראשונה; בתקופה השנייה כל המשפחות שוחחו בטלפון עם העו"ס, לעומת 83% בתקופה הראשונה; ועו"ס המחלקה הכינו דוחות או תסקירים ביחס ל-82% מן המשפחות, לעומת 51% בתקופה הראשונה.

### **משוב האמהות על מעורבות העו"ס במהלך הטיפול**

בראיונות עמן, דיווחו 75% מן האמהות כי היה להן קשר עם העו"ס במחלקה במהלך הטיפול. בסך-הכל 37% מן האמהות דיווחו כי העובדת הסוציאלית עזרה למשפחה במהלך הטיפול, 39% השיבו כי לא עזרה למשפחה, 12% אמרו כי לא היו זקוקים לעזרתה, ו-12% כי לא היו בקשר איתה. אחת האמהות שטופלה במרכז ילדים-הורים סיפרה:

העו"ס בלשכה נתנה לי להרגיש בנוח, אבל לא נתנה לי מענה כמו שהייתי צריכה. היא עזרה לי בכך שהמליצה לי ללכת למרכז, אבל שם נתנו לי מענה. הם היו בקשר איתה, עם העו"ס שלי ברווחה, אבל היא לא יכלה לעזור לי. אז המשכתי להיפגש איתה כי היא חייבת לדווח לממונים שמעליה מה קורה איתי."

האמהות נשאלו אם העובדת הסוציאלית במחלקה הייתה מעורבת בטיפול במרכז. חמישים ושבעה אחוזים מהאמהות השיבו שכן, 36% השיבו שלא, ו-6% לא היו בטוחות. בשלבים הראשונים של הפעלת המרכזים, שמענו מחלק מן העובדים במרכז חשש, שהמעורבות של העו"ס בטיפול תיתפס כחודרנית, ותפריע למשפחות. בקרב 26 אמהות שדיווחו כי העו"ס הייתה מעורבת בטיפול, 22 השיבו כי מעורבותה עזרה או עזרה מאוד, ורק ארבע אמהות השיבו כי מעורבותה הפריעה. בקרב 13 אמהות שדיווחו כי העו"ס לא הייתה מעורבת, ארבע השיבו שאילו הייתה מעורבת היה הדבר מפריע להן, ותשע אמהות השיבו שהדבר לא היה משנה להן.

**שירותים שניתנו למשפחה במהלך הטיפול במרכז** - מרכז ילדים-הורים אינו עונה על כל הצרכים של המשפחות, ובמקרים רבים שירותים נוספים נחוצים למשפחה במהלך הטיפול במרכז. מחד, יש מקום לתת שירותים רבים כדי לתמוך בתהליך הטיפול ולנצל את התנופה שלו. מאידך, משאבי המחלקה מוגבלים ויש מקום לתת שירותים למשפחות שאינן מקבלות את השירות של מרכז ילדים-הורים. כמו-כן, יש משפחות שיכולתן לצרוך שירותים נוספים בנוסף על הטיפול במרכז ילדים-הורים מוגבלת.

## לוח 27: המשפחות והילדים שקיבלו שירותים שונים במהלך הטיפול במרכז

שירותים למשפחה	אחוזים	שירותים לילדים	אחוזים
<b>סך-הכל</b>	<b>100</b>	<b>סך-הכל</b>	<b>100</b>
סומכת	15	מסגרת צהריים רגילה	23
תכנית "הקן" או יחדיו	5	מסגרת צהריים טיפולית	8
קייטנת אמהות	11	חונך	17
טיפול קבוצתי להורה/ים	13	שיעורי עזר	8
טיפול משפחתי או זוגי	5	טיפול רפואי מיוחד	9
טיפול פסיכולוגי להורה	4	טיפול פסיכיאטרי	8
חוג הורים	7	טיפול פרה-רפואי	6
טיפול גמילה	7	טיפול קבוצתי	9
שיקום מקצועי	7	טיפול פסיכולוגי	6
ייעוץ משפטי	7	אומנה יומית	1
עזרה ביתית	2		
שירות כלשהו למשפחה	45	שירות כלשהו לילד	63

הערות: 1. המספרים אינם מסתכמים ל-100% מכיוון שניתן היה לקבל יותר משירות אחד  
2. המספרים אינם כוללים שירותים שניתנו במסגרת המרכז

בסך-הכל, המשפחות המטופלות במרכזים קיבלו שירותים (בנוסף לאלה שניתנו במרכז) בהיקף מעט גבוה מאלה שקיבלה קבוצת ההשוואה: 23% מן הילדים קיבלו מסגרת צהריים (לעומת 17% בקבוצת ההשוואה); 15% מן המשפחות קיבלו סומכת (לעומת 11%); 17% מהילדים קיבלו חונך (לעומת 11%). ייתכן שההבדלים בהיקף השירותים שקיבלו הילדים נובע גם מהיקף הבעיות שלהם ביחס להיקף הבעיות בקרב קבוצת ההשוואה. עם זאת, נראה שמדיניות המחלקות הייתה להשקיע יותר משאבים במשפחות הללו.

### 5.6 קשר של המרכז עם בתי-הספר של הילדים

על פי המודל, המרכז נמצא בקשר עם בית-הספר של הילד, המהווה גורם מרכזי בסביבתו ושהתפקוד בו חיוני להתפתחותו. לעתים קרובות בית-הספר הוא זה שמזהה את הבעיה, מתמודד עם הקשיים של הילד ובעקיפין עם המשפחה, ובסופו של התהליך הטיפולי גם יוכל להעריך את השיפור בתפקודו של הילד בעקבות טיפול. בית-הספר יכול גם להשתלב בתכנית הטיפול של המרכז, ולתת התערבויות ומענים בהתאם. מערכת החינוך, ובכלל זה בית-הספר, מציעה אף היא שורה של מענים לילד, כגון טיפול על-ידי היועצת, מורה טיפולית, חונך, סיעת, טיפול פסיכולוגי ואבחון באמצעות השירות הפסיכולוגי ומתן מענים טיפוליים נוספים באמצעות מתי"א בבית-הספר. מן הראוי שמענים אלה יתואמו גם עם המרכז. קיימת אפשרות לדרגות שונות של שיתוף פעולה כשהמינימלי הוא יידוע בית-הספר שהילד מטופל וקבלת מידע על מצב הילד מן המורה; המשך בהתייעצות הדדית על הטיפול בילד בבית-הספר וגם במרכז, ועד להפעלת תכנית טיפולית משותפת. לעתים, צוות המרכז מסייע לפתור בעיות בין בית-הספר לבין ההורים. לדוגמה, סיפרה מטפלת במרכז ילדים-הורים:

"פעם עשינו תיקון מערכת יחסים בין מנהלת לאימא. כשהמנהלת ראתה שיש עוד גוף שמטפל בהם מיד שילבה איתנו ידיים והציעה טיפולים מטעמה, ומבית-הספר המשיכו טיפול בקו שאנחנו בנינו פה - והיינו מספר פעמים שם בבית-הספר וזה אחרי שהמערכת רצתה לפלוט את הילד."

אחד ההורים ציין בריאיון עמו, שנדרשה מעורבות רבה יותר של המרכז לעזור לפתור בעיות עם בית-הספר:

"אני חושב שכן הייתה התערבות של המרכז בבית-ספר, אבל אולי לא מספיק יצרו קשר עם יועצת חינוכית, ועם המחנכת. לא יודע לומר עד כמה היה קשר עם בית-הספר אבל פן כזה מאוד חשוב. אם יש מקום שנקרא מרכז ילדים-הורים אז הוא גורם גישור נייטרלי יותר ויכול לגלות בעיות ולתת כלים לפתרונות בבעיות במסגרות כאלה."

במסגרת המחקר נאספו נתונים מן המטפלים במרכז ומן העו"ס במחלקה, ביחס לקשר שלהם עם בית-הספר.

**לוח 28: שיתוף פעולה עם בית-הספר של הילד במהלך הטיפול במרכז, לפי תקופות (באחוזים)**

2003-2004	2001-2000	סך-הכל	
			<b>קיום קשר עם המורה או הגננת</b>
			<b>N (ילדים)</b>
55	60	115	<b>סך-הכל</b>
100	100	100	העו"ס במחלקה והמטפל במרכז היו בקשר
44	42	43	רק המטפל במרכז היה בקשר
18	13	12	רק העו"ס במחלקה היה בקשר
11	13	16	לא היה קשר
27	32	29	
			<b>נציג בית-הספר השתתף בישיבה ביחס למשפחה (ועדת תכנון טיפול והערכה, דיון הערכה, או פגישה רב-מקצועית)</b>
			<b>N (משפחות)</b>
69	71	140	<b>סך-הכל</b>
100	100	100	כן
39	44	42	לא
61	56	58	

מקור: שאלון למנהל טיפול ולעו"ס במחלקה

קשר עם בית-הספר התקיים לגבי רוב הילדים (71%) - אצל 43% מהילדים גם המטפל במרכז וגם העו"ס במחלקה היו בקשר עם המורה או הגננת; ביחס ל-16% רק המטפל; ביחס ל-12% רק העו"ס במחלקה, וביחס ל-29% מן הילדים, לא היה קשר מצד אף אחד מהם. אצל 42% מהמשפחות הייתה השתתפות של נציג בית-הספר בפגישה ביחס לילדים. לא נמצא הבדל מובהק בין התקופות בנתונים ביחס לשיתוף הפעולה עם בית-הספר.

בקבוצות מיקוד שהתקיימו בתקופה הראשונה של פעילות המרכזים, חלק מן המטפלים הביעו חשש שיצירת קשר עם המורה תיצור סטיגמה לגבי הילד, במיוחד כשמדובר בילד שאינו ה"מטופל המזוהה", וכשהמורה אינה מודעת לכך שהמשפחה בטיפול. מטפלים אחרים סברו שקשר עם בית-הספר נחוץ רק במקרים מיוחדים. בקבוצות מיקוד שהתקיימו שלוש שנים לאחר מכן, סיפרו מטפלים באחד המרכזים שבמהלך הזמן הורחב הקשר שלהם עם בתי-הספר, ושהיום הוא מתקיים באופן שגרתי לגבי כל הילדים בתחילת הטיפול. עם זאת, בקבוצות המיקוד למדנו שעל-פי-רוב, הקשר עם בית-הספר הוא לצורך החלפת מידע ועדכון, ולעתים רחוקות מעורב גורם מבית-הספר באופן פעיל בתכנית הטיפול של הילד.

עדיין אין פרקטיקה אחידה במרכזי ילדים-הורים ביחס לקשר שלהם עם בית-הספר ונותרו כמה שאלות לא ברורות: האם אמור להתקיים קשר ביחס לכל הילדים או רק לגבי המתקשים? מי אחראי

לקשר - המחלקה, המרכז, או שניהם? והאם הקשר עם בית-הספר מתייחס רק ללימודים של הילד, או גם לצרכיו הרגשיים והחברתיים?

## 5.7 סיום הטיפול

### א. משך הטיפול במרכז ילדים-הורים

הטיפול במרכזי ילדים-הורים נועד להיות קצוב בזמן ולהימשך שנה, עם אפשרות להארכה בחצי שנה נוספת באישור ועדת תכנון טיפול והערכה. בפועל, משך הטיפול הממוצע היה 16.4 חודשים, אך 40% מן המשפחות היו בטיפול למעלה משנה וחצי: 19% עד שנתיים, ו-21% מעל שנתיים.

#### לוח 29: התפלגות המשפחות על פי משך הטיפול במרכז, לפי תקופות

2003-2002	2001-2000	סך-הכל	
69	70	139	N
100	100	100	סך-הכל
16	13	14	עד חצי שנה
14	24	19	6-11 חודשים
32	20	27	12-18 חודשים
23	14	19	19-24 חודשים
10	14	12	25-30 חודשים
4	14	9	מעל 30 חודשים
15.8	17.0	16.4	ממוצע
7.7	10.6	9.2	סטיית תקן

מקור: שאלון למטפל במרכז

בהשוואה לפי השנים, חלה ירידה קטנה, אך לא מובהקת, במשך הטיפול: משך הטיפול הממוצע בקרב משפחות שהחלו את הטיפול בשנים 2001-2000 היה 17 חודשים, ובקרב אלה שהחלו ב-2002-2003, הממוצע היה 15.8 חודשים. עם זאת, חלה התכנסות של משכי הטיפול סביב התקופה המקובלת: בתקופה הראשונה היה שיעור גבוה של טיפולים קצרים שארכו פחות משנה (37%, לעומת 30% בתקופה השנייה), וכן של טיפולים ארוכים מאוד שנמשכו שנתיים ויותר (28%, לעומת 14% בתקופה השנייה); סטיית התקן ירדה מ-10.6 ל-7.7 בין התקופות. כפי הנראה במהלך הזמן נבחרו משפחות יותר מתאימות לטיפול במרכז ילדים-הורים, כך שהיו פחות מקרים של נשירה, וכן הקפידו יותר במגבלת הזמן ומנעו טיפולים ארוכים מאוד.

מחד, הדעה הרווחת שהושמעה בקבוצות המיקוד שקיימנו עם המטפלים במרכזים ועם העובדים במחלקות לשירותים חברתיים, הייתה כי בעבור רוב המשפחות, משך הזמן של שנה עד שנה וחצי הוא קצר מדי ונחוץ זמן רב יותר לבניית קשר, כניסה לתהליך טיפולי ולהפנמת השינויים. מאידך, המפקחים של שירות ילד ונוער, סבורים כי משך הזמן יכול להספיק, אם הטיפול יתמקד במטרות מוגדרות, ואם יעשה שימוש יעיל בזמן.

המטפלים במרכז נשאלו ביחס לכל משפחה, האם משך הטיפול התאים לדעתם למשפחה. ביחס ל-49% מהמשפחות השיבו המטפלים שהמועד היה מתאים, ביחס ל-47% שהיה מוקדם מדי וביחס ל-4% כי מועד סיום הטיפול היה מאוחר מדי.

**לוח 30: האם משך הטיפול היה מתאים, לדעת המטפלים ולדעת האמהות (באחוזים)**

	מטפלים	אמהות	
N	139	49	
סך-הכל	100	100	
קצר מדי	47	62	
מתאים	49	33	
ארוך מדי	4	5	

מקור: שאלון למטפל במרכז ושאלון לאמהות

**לוח 31: הערכת האמהות האם משך הטיפול היה מתאים, לפי משך הטיפול בפועל (באחוזים)**

משך הטיפול בפועל			הערכת האמהות	N
סך-הכל	קצר - פחות משנה וחצי	ארוך - מעל שנה וחצי		
39	17	22	סך-הכל	100
100	100	100	קצר מדי	68
62	53	68	מתאים	27
33	41	27	ארוך מדי	4
5	6	4		

גם האמהות נשאלו לדעתן על משך הטיפול שעברו.<sup>9</sup> מרביתן (62%) השיבו כי הטיפול הסתיים לפני הזמן המתאים; 33% אמרו שהטיפול הסתיים בזמן מתאים, ורק 4% סברו כי הטיפול נמשך זמן רב מדי. עם זאת, רוב האמהות שהיו בטיפול במשך 12-18 חודשים סברו כי משך הזמן היה מתאים. מעניין לציין, שדווקא בקרב האמהות שהיו בטיפול ארוך מאוד (מעל 24 חודש) היה שיעור גבוה במיוחד של אמהות שסברו שהטיפול הסתיים מוקדם מדי. כפי הנראה, מדובר בקבוצה של משפחות שמתקשות לסיים את הטיפול, גם כאשר הוא נמשך זמן רב, או שזקוקות לעזרה לאורך זמן ואין להן מקור סיוע אחר.

בראיונות הפתוחים עם הורים, הם סיפרו על הקושי להפסיק את הטיפול בזמן שנקבע. בדומה לאנשי המקצוע, דיברה אחת האמהות על קטיעת תהליך לפני שהושלם:

"אני הרגשתי שזה לפני הזמן, הטיפול, הייתה לי הרגשה שזה לא מספיק, כי הרגשתי התקדמות בעבודה וקטיעה באמצע. אם הייתה עוד שנה היה יותר מושלם ממה שהיה".

לעומתה, רוב ההורים לא דיברו במושגים של התקדמות, אלא על זה שמשוהו טוב נגמר, ושהם רוצים עוד:

"לא רצינו להפסיק את הטיפול במרכז ילדים-הורים, אבל לא הייתה ברירה."  
 "אם אפשר הייתי חוזרת היום."  
 "היינו שמחים שימשיך, תמיד יש מה ללמוד, בן אדם תמיד רוצה ללמוד עוד משהו."  
 "הייתי במרכז שנה וחצי אחר-כך היה לי קשה כשהפסיקו לי את זה. הם הרגישו שהטיפול הצליח."

<sup>9</sup> ראוי להזכיר, כי אחד המאפיינים של הנשים שהשתתפו במעקב היה משך טיפול ארוך (נספח 4)



"הבנתי שיש לחץ במרכז ילדים-הורים ועוד משפחות מחכות לטיפולים. אני בטוח אם היה אפשר היינו ממשיכים. ביקשתי להמשיך. והמנהלת נתנה לנו יותר ממה שנותנת בדרך כלל לכל משפחה."  
 "מאוד הצטערנו שגמרנו שמה. שנה וחצי זה עבר מהר, לא הרגשתי. בכינו שמה לעזוב."

שתי אמהות דיברו על התעייפות מן הטיפול. אחת סיפרה שהבן רצה להפסיק, למרות שהיא רצתה להמשיך:

"הילד כבר במחצית השנה השנייה התעייף, היה לו קשה להמשיך, אבל אני הרגשתי צורך בעוד, אפילו לבד".

אם אחרת, סיפר על הקלה בטווח הקצר בלבד:

"בהתחלה זו הייתה הקלה שנגמר - עשינו את זה. כל שבוע, כל שבוע היינו הולכים. בסוף הייתה הקלה. התעייפתי. אבל אחרי תקופה הבנתי כמה זה היה חשוב לי."

### ב. תכנון המשך הטיפול

על פי המודל, הטיפול במרכז ילדים-הורים הוא חלק מרצף הטיפול במחלקה לשירותים חברתיים. על פי התע"ס הטיפול הוא קצוב בזמן ובסיומו מתקיימת ועדת החלטה, בה מסכימים המרכז, המחלקה לשירותים חברתיים והמשפחה על תכנית להמשך טיפול במסגרת המחלקה, הכוללת גם מתן שירותים נוספים על פי הצורך.

לפי דיווח המטפלים במרכזים, ל-68% מהמשפחות גובשה תכנית המשך בסיום הטיפול, ול-32% לא גובשה תכנית להמשך. במשך הזמן חל שיפור מסוים, ובין התקופות עלה שיעור המשפחות להן גובשה תכנית טיפול מ-61% ל-75%. את התכנית מגבשים, על פי המודל, נציגי המחלקה לשירותים חברתיים, המרכז, המשפחה וגורמים רלבנטיים נוספים, כגון בית-הספר. להשתתפות המשפחה בגיבוש התכנית שלה יש חשיבות מיוחדת. מנהלי הטיפול, והאמהות עצמן, נשאלו ביחס להשתתפות המשפחה בגיבוש תכנית הטיפול. על פי דיווח מנהלי הטיפול, רק במקרים בודדים (5%) גובשה תכנית ללא מעורבות המשפחה (לוח 32).

**לוח 32: האם המשפחה הייתה מעורבת בגיבוש תכנית המשך טיפול בסיום? על פי מנהל טיפול, לפי תקופות (באחוזים)**

2003-2002	2001-2000	סך-הכל	
65	65	130	N
100	100	100	סך-הכל
71	55	63	הייתה מעורבת
3	6	5	לא הייתה מעורבת
26	39	32	לא גובשה תכנית בסיום

מקור: שאלון מנהל טיפול

הערה: לא התקבל מידע ביחס ל-9 משפחות

תמונה אחרת מתקבלת מן השאלונים לאמהות, כשנה לאחר סיום הטיפול. רק 22% מן האמהות דיווחו שנקבעה תכנית המשך, ו-78% דיווחו שלא נקבעה. רק אם אחת (2%) דיווחה שהייתה מעורבת

בקביעת תכנית. הפער בין דיווח האמהות למטפלים יכול להצביע על כך, כי האמהות שנכללו במעקב לא חוו או לא זכרו את קביעת התכנית, ולא תפסו אותה כמשמעותית.

### לוח 33: דיווח האמהות ביחס להשתתפות בקביעת תכנית להמשך טיפול

סך-הכל	N
45	סך-הכל
100	המשפחה השתתפה בקביעת תכנית המשך
2	המשפחה לא השתתפה בקביעת תכנית המשך
20	לא גובשה תכנית המשך
78	מקור: שאלון מעקב לאם
	הערה: ארבע אמהות לא השיבו על השאלה

על פי דיווח מנהלי הטיפול ברוב המקרים (73%) תכנית הטיפול, אם גובשה, הייתה מקובלת על כל המשפחה. עם זאת, ב-27% מן המשפחות הובעה הסתייגות מהתכנית.

אצל מחצית המשפחות, גובשה תכנית טיפול שכללה שיחות עם העו"ס במחלקה. בקרב הילדים, השירות השכיח היה מועדונית (11%). שישה ילדים הופנו לטיפול חוץ-ביתי, ו-3% לפנימיית יום.

### לוח 34: מרכיבים שונים בתכניות המשפחות והילדים להמשך טיפול (באחוזים)

הורים/משפחה	ילדים
109	190
100	100
17	7
32	16
3	11
	3
	7

מקור: שאלון עו"ס סיום במחלקה  
 הערות: 1. האחוזים הם מכלל המשפחות, כולל אלה שלא גובשה להן תכנית טיפול  
 2. האחוזים אינם מסתכמים ל-100% מכיוון שמשפחה יכולה לקבל יותר ממרכיב אחד.

### ג. המשך קשר עם המרכז

הקשר של המשפחה עם המרכז מסתיים באופן פורמלי עם סיום הטיפול, והמשך הטיפול במשפחה אמור להיות במחלקה לשירותים חברתיים. בקבוצות מיקוד עם מטפלים במרכזים, ועם עובדים סוציאליים במחלקות, הובע תסכול על כך שהמחלקה לשירותים חברתיים אינה מסוגלת לספק מענה מתאים בעבור המשפחות בסיום הטיפול. בראיונות הפתוחים עם ההורים הסתבר שחלק מן המשפחות עדיין נעזרות במרכז.

"הדלת במרכז ילדים-הורים נשארה בשבילי פתוחה. אם אני רוצה אני יכולה לפנות למטפלת שהייתה לי. היא כמו חברה, אני תמיד יכולה להתייעץ איתה. אבל זה פחות קורה מאז שעזבנו את המרכז."  
"עד היום אני בקשר, כל דבר שיש לי אני מתקשרת אל המטפלת שהייתה לי. הייתי בקשר איתה לדווח לה על כל צעד טוב שקרה עם הבת שלי כי רק איתה אני יכולה לדבר. אני לא בקשר עם מישהו אחר. היא אמרה לי 'אני איתך לאורך כל הדרך' וזה נורא כיף שיש לך מישהו שמקשיב לך."

בעבור חלק מההורים עצם הידיעה שהם יכולים להתקשר, מאוד עוזרת:

"גם עכשיו התחושה הזאת שיש לי שאני יכולה להתקשר אליה [המטפלת] ולהרגיש נוח."  
"זה בית פתוח בשבילי, אני יכולה להתקשר בכל מצב. גם דברים טובים אני מבשרת להם."  
"אמרו שאם יש בעיה - תמיד אפשר לחזור ולהתקשר. לא יצרתי קשר איתם, רק כמה פעמים."

חלק סיפרו שגם המרכז יוזם את הקשר:

"אחרי שהסתיים המשכתי להיות בקשר עם המרכז. לפעמים אני הייתי מתקשרת, לפעמים הם מתקשרים לשאול מה נשמע, מה קורה, למסור ד"ש."  
"עד היום הם עוזרים לי, לפעמים מזמינים אותי לפגישה - מספיק שאת שומעת שיש לך קול שמקשיב לך ותומך בך."  
"אני הולכת כל יום חמישי להתחזק עם המדריכה לפסיכודרמה, מספרת לה מה קורה לי. אמרתי לה שאני רוצה להתחזק כאישה, כאימא. אני מודה להם שהם חשבו עלי. יכלו להגיד 'עשינו' וזהו. מנהלת המרכז מתקשרת להגיד שנה טובה, היא עדיין עושה את זה."

ורק אם אחת סיפרה על אכזבה, שהקשר עם המרכז הסתיים:  
"הקשר עם המרכז התמוסס, דעך. לא היה המשך, חבל."

## 6. תוצאות הטיפול במרכז ילדים-הורים

כאמור, המטרות העיקריות של מרכזי ילדים-הורים הן:

1. להביא לשיפור במצב הילדים בתחום הרגשי, החברתי, וההתנהגותי
2. להביא לשיפור ביחסים בין הילדים להוריהם
3. להביא לשיפור בתפקוד ההורים בטיפול ובהתייחסות לילדיהם.

תוצאות הטיפול בטווח הקצר (מיד לאחר סיום הטיפול) נבחנו על-ידי השוואה בין מצב הילדים, והטיפול ההורי בעת ההפניה למרכז, לבין מצבם בעת סיום הטיפול. מקור הדיווח בשתי נקודות הזמן היו העובדות הסוציאליות במחלקות לשירותים חברתיים. מכיוון שמצב הילדים היה יכול להשתפר או להחמיר גם ללא טיפול המרכז, נבדק גם השינוי שחל במהלך כשנה במצבם של ילדים ואמהות בקבוצת ההשוואה של המחקר (משפחות וילדים עם מאפיינים דומים המטופלים במחלקות לשירותים חברתיים ביישובים שבהם אין מרכז ילדים-הורים, ראו פרק השיטה). במסגרת המחקר נבחנו גם תוצאות הטיפול לטווח ארוך יותר, באמצעות שאלוני המעקב. ממצאים אלה יוצגו בפרק נפרד.

במסגרת המחקר ניתן היה לבחון את תוצאות הטיפול רק ביחס לילדים, שלגביהם התקבל מידע מהעו"ס במחלקה בתחילת הטיפול ובסיומו. מתוך 304 ילדים שנאסף עליהם מידע בהפניה, התקבל מידע מן העו"ס בסיום הטיפול ביחס ל-202 ילדים. כיוון ש"התמדה" במחקר אינה מקרית, הושוו הנתונים שהתקבלו בעת ההפניה ביחס לילדים שלגביהם התקבל מידע גם בסיום הטיפול עם הנתונים של הילדים שלגביהם לא התקבל מידע בסוף המחקר כמפורט בנספח ד. ביחס למרבית המאפיינים שנבדקו, לא היה הבדל בין הילדים לגביהם התקבלו נתונים בסוף הטיפול לבין הילדים שלגביהם לא התקבלו נתונים בסוף הטיפול. עם זאת, היו מספר הבדלים. בקרב הילדים שעליהם התקבל מידע הן מן העו"ס בסיום הטיפול היה

1. שיעור גבוה יותר של ילדים עם בעיות רגשיות בעת ההפניה
2. שיעור גבוה יותר של משפחות בהן ההורים התמידו בטיפול במרכז
3. שיעור גבוה יותר של משפחות שטופלו במשך יותר משנה במרכז
4. שיעור גבוה יותר של משפחות שהעו"ס במחלקה לשירותים חברתיים הייתה מעורבת לגביהן בטיפול במרכז.

## 6.1 השפעת הטיפול במרכז על הילדים

תוצאות הטיפול נבחנו ביחס לשישה תחומים רגשיים/התנהגותיים: עצב וחרדה, בעיה בדימוי העצמי, התנהגות אנטי-חברתית, בעיות בהתנהגות הלימודית, ובעיות חברתיות. המדדים לבחינת מצבים אלה מבוססים על שאלון אכנבך לילדים אותו מילאו העובדים הסוציאליים במחלקה לשירותים חברתיים, ומפורטים בנספח א.

בשני תחומים חלה ירידה מובהקת בהיקף הבעיות אצל מטופלי המרכז: שיעור הילדים עם בעיות בהתנהגות הלימודית ירד מ-61% בעת ההפניה ל-43% בסיום הטיפול ושיעור הילדים עם התנהגות אנטי-חברתית ירד מ-46% בעת ההפניה ל-34% בסיום הטיפול. שיעור הילדים שהפגינו סימנים של עצב וחרדה ירד מ-76% ל-70%, ירידה בלתי מובהקת. כמעט שלא חל שינוי בשיעור הילדים עם בעיות בדימוי העצמי ובמצב החברתי. חשוב לציין, כי בקבוצת ההשוואה לא ירד שיעור הילדים עם בעיות באף אחד מן התחומים, ואף חלה עלייה מובהקת בשיעור הילדים עם סימני עצב וחרדה (מ-38% ל-52%). משמעות נתונים אלה היא, כי אלמלא הטיפול במרכז, ייתכן שהייתה חלה החמרה בתחום זה. נראה כי השפעות הטיפול במרכז ילדים-הורים ניכרות יותר בהתנהגות הילד כלפי הסביבה (בעיות "מוחצנות"), וניכרות פחות בחוויה הרגשית שלו עם עצמו (בעיות "מופנמות"). עם זאת, העובדה שבקבוצת ההשוואה עלה שיעור הילדים הסובלים מעצב וחרדה יכולה להצביע על כך שהמרכז סייע גם בתחום הזה.

**לוח 35: ילדים עם בעיות לימודיות, חברתיות ורגשיות, בעת ההפניה ובסיום (באחוזים)**

תחומים	מרכזים			קבוצת השוואה			
	N	לפני הטיפול	בסיום הטיפול	P	N	מדידה בסיסית	כעבור שנה
בעיות בהתנהגות לימודית	118	61	43	*0.03	76	48	51
עצב וחרדה	103	76	70	0.289	80	38	52
דימוי עצמי נמוך	118	36	39	0.527	64	21	29
בעיות במצב חברתי	98	45	44	0.866	68	20	20
התנהגות אנטי-חברתית	118	46	34	*0.02	79	27	31

מקור: דיווח העו"ס  
 הערה: מתייחס לילדים בני 5 ויותר  
 \* p<0.05

**6.2 השפעת הטיפול במרכז על יחסי ילדים-הורים והטיפול ההורי**

התוצאות בקרב ההורים נבחנו ביחס לשמונה תחומים: בעיות בקשר הרגשי עם הילד (אב ואם), בעיות בהקפדה על כללי התנהגות (אב ואם), היעדר השגחה מתאימה, טיפול יומיומי לקוי, בעיות בקשר עם מסגרת החינוך של הילד, עירוב הילדים בבעיות בין ההורים, ואלמוות פיזית או רגשית (כולל חשד לאלמוות פיזית). חלה ירידה מובהקת ( $p<0.05$ ) בשיעור הילדים הסובלים מאלמוות פיזית או רגשית (מ-31% ל-21%), ובשיעור הילדים עם בעיות בקשר הרגשי עם האב (מ-91% ל-70%). בתחומים אחרים לא נמצאו תוצאות מובהקות, אך בשלושה תחומים ניכרת מגמה (בלתי מובהקת) של שיפור בטיפול ההורי: שיעור הילדים עם בעיות בקשר הרגשי עם האם ירד מ-81% בעת ההפניה ל-71% בסיום הטיפול; שיעור הילדים שלאיים בעיה בהקפדה על כללי התנהגות ירד מ-65% ל-56%; ושיעור הילדים עם בעיות בטיפול היומיומי ירד מ-18% ל-13%. לעומת זאת, באחוז הבעיות של הורים בקשר עם מסגרת החינוך לא חל שינוי (22% בעת ההפניה ובסיום הטיפול), ובתחום ההשגחה על הילדים אף עלה שיעור הילדים עם בעיות מ-21% בעת ההפניה ל-27% בסיום הטיפול (לא מובהק). בקבוצת השוואה לא חלו שינויים מובהקים באף אחד מתחומי הטיפול ההורי, אך חלה מגמת הרעה בשניים מן התחומים בהם ניכרה מגמת שיפור בקרב המטופלים במרכזי ילדים-הורים: בתחום הבעיות בקשר הרגשי בין האם לילד עלה אחוז הילדים עם בעיות מ-59% ל-67%, ובבעיות בהקפדת האם על כללי התנהגות חלה עלייה מ-41% ל-51%.

לוח 36: הילדים עם בעיות בטיפול ההורי בעת ההפניה ובסיום הטיפול (באחוזים)

קבוצת השוואה			מרכזים			תחומים		
P	כעבור שנה	מדידה בסיסית	N	P	בסיום הטיפול	לפני הטיפול	N	
0.56	8	10	102	0.134	13	18	110	בעיות בטיפול היומיומי
0.82	15	14	91	0.239	27	21	109	בעיות בהשגחה
0.19	17	22	95	1.00	22	22	115	בעיות בקשר עם מסגרת חינוך
0.15	50	41	90	0.230	56	65	96	בעיות הקפדה על כללי התנהגות - אם
		חסרים נתונים*		1.00	62	62	42	בעיות הקפדה על כללי התנהגות - אב
0.23	67	59	94	0.160	71	81	103	בעיות בקשר רגשי עם הילד - אם
		חסרים נתונים*		*0.006	70	91	53	בעיות בקשר רגשי עם הילד - אב
		חסרים נתונים*		0.42	67	75	40	הורים מערבים ילדים במריבות
0.80	16	15	92	*0.00	21	31	127	אלימות פיזית או רגשית (כולל חשד)

\* לא נכללו נתונים ביחס לאבות וביחס לעירוב הילדים במריבות בין ההורים בקבוצת השוואה מכיוון שהתקבל מידע לגבי מספר קטן של מקרים

לסיכום, בקרב הילדים שטופלו במרכז פחתו הבעיות בהתנהגות הלימודית ובהתנהגות אנטי-חברתית. בקרב ילדים שלא טופלו במרכז, חלה עלייה בשיעור הילדים הסובלים מעצב וחרדה. הממצאים ביחס להשפעת הטיפול במרכזים על הטיפול ההורי מצביעים על ירידה בהיקף האלימות או חשד לאלימות ועל שיפור בקשר הרגשי עם האב, אם כי צריך לסייג שבשני התחומים הללו אין נתונים להשוואה. כמו-כן, בקשר הרגשי של האם ובהקפדה על כללי התנהגות ישנה מגמה לא מובהקת של שיפור, לעומת החמרה בקרב משפחות שלא טופלו במרכזים. בתחומים אחרים שנבדקו לא הצביעו הנתונים על שינויים במצב הילדים או בטיפול ההורי.

בהבנת ממצאים אלה, כדאי לקבל פרספקטיבה מן הספרות שהצטברה על תוצאות של תכניות התערבות עם הורים לילדים בסיכון. בגלל הקושי להסיק ממחקר בודד על התערבות מסוימת, נערכו מחקרי מטה-אנליזה, שניתחו באופן מקובץ את הנתונים ממחקרים רבים בנושא. Lazer ושותפיו ניתחו את התוצאות של 665 מחקרים שבחנו 260 תכניות (2001); מחקרי מטה-אנליזה נוספים נעשו על-ידי Giblin ואחרים (1985), Cedar & Levant (1990), Macleod & Nelson (2000), ו-Chaffin ואחרים (2001). בחלק גדול מן המקרים, התוצאות היו מאכזבות: יותר ממחצית המחקרים דיווחו על אפקט קטן בלבד של ההתערבות.

## 7. משוב המשפחות ביחס למרכז ילדים-הורים ותוצאות הטיפול

משוב המשפחות התקבל משאלוני מעקב ל-49 אמהות, ומראיונות עומק עם 14 הורים שנדגמו מתוך רשימה, ושהסכימו להתראיין. על מנת לדעת אם האמהות שרואיינו מייצגות את כלל האמהות שטופלו במרכזים, הושו נתונים שהתקבלו ביחס למשפחות אלה בכלים אחרים לכלל המשפחות. האמהות שהתראיינו התאפיינו בשיעור גבוה יותר של:

1. בעיות רגשיות בקרב הילדים בעת ההפניה

2. ילדים שלגביהם נשקל סידור חוץ-ביתי לפני ההפניה למרכז
3. התמדה של ההורים בטיפול במרכז
4. טיפול במרכז במשך יותר משנה
5. משפחות לגביהן העריך המטפל במרכז כי הפיקו תועלת מן הטיפול

בנספח ד מפורטים מאפייני האמהות שרואיינו בהשוואה לכלל האמהות, וכן הסיבות שבגללן אמהות אחרות לא רואיינו.

## 7.1 שביעות רצון כללית

מרבית האמהות היו מרוצות מאוד מן הטיפול (71%), 25% היו מרוצות, ורק 4% לא היו כל-כך מרוצות מן הטיפול. לשם השוואה, בקרב האמהות המטופלות במחלקה לשירותים חברתיים ולא במרכז ילדים-הורים, 38% היו מרוצות מאוד, 27% מרוצות, 14% לא כל-כך מרוצות, ו-21% בכלל לא מרוצות.

### לוח 37: שביעות רצון מהטיפול, והמלצה למשפחות אחרות לקבל טיפול במרכז

האם היית ממליצה למשפחות נוספות לקבל טיפול במרכז?	בסך-הכל האם את מרוצה מהטיפול במרכז?	N
49	49	סך-הכל
100	100	מאוד
78	71	כן
22	25	לא כל-כך
0	4	בכלל לא
0	0	

## 7.2 משוב ביחס למטפלים ודרך הטיפול

האמהות דיווחו על שביעות רצון גבוהה מן המטפלים במרכז: כל האמהות היו מרוצות מן הקשר האישי עם המטפלת, 98% אמרו שהיא התייחסה בהבנה, ו-87% כי עזרה בפתרון בעיות. בקרב קבוצת ההשוואה 85% היו מרוצות מן הקשר האישי עם העובדת הסוציאלית, 74% אמרו שהעובדת התייחסה בהבנה, ו-64% שהיא עזרה לפתור בעיות. מעניין לציין, כי למרות שנמצא פער גדול בשביעות הרצון בין הטיפול במרכז לטיפול במחלקה (96% מהאמהות מרוצות מהטיפול במרכז לעומת 65% בלבד במחלקה), הפער בשביעות הרצון מן הקשר עם מטפלת/עובדת סוציאלית היה קטן יותר (100% מרוצות במרכז, לעומת 85% מרוצות במחלקה). כפי הנראה, האמהות המטופלות במחלקה מבדילות בין הקשר האישי עם העובדת, ממנו הן לרוב מרוצות, לבין הטיפול הניתן במכלול במחלקה והתנאים הקיימים במחלקה.

**לוח 38: משוב האמהות במרכז ילדים-הורים ובקבוצת השוואה ביחס למטפל/עו"ס (באחוזים)**

מרכז (ביחס למטפל/ת במרכז)	קבוצת השוואה (ביחס לעו"ס במחלקה)		
49	150		N
100	100		סך-הכל
100	85	אני מרוצה מהקשר איתה	
98	74	התייחסה אלי בהבנה	
87	64	עזרה לי לפתור בעיות	

בראיונות הפתוחים עמם, ההורים סיפרו על היבטים שונים של הטיפול שהם העריכו במיוחד. הם סיפרו שהמטפלים במרכז נתנו תחושה שהמשפחה רצויה:

"אם איחרנו, היו מתקשרים כל הדרך ושאלו 'איפה אתם? קשה להגיע?' דאגו גם שהלשכה תסדר לי הסעות."  
 "עצם זה שיכולתי תמיד להרים טלפון אף פעם לא אמרה 'אני עסוקה'. יש להם באמת אחריות רצינית כלפי המשפחה."

הורים חוו במרכז קבלה והיעדר שיפוטיות, במיוחד אלה שעברו חוויה שונה במחלקה לשירותים חברתיים:

"הרגשתי תחת הפרוזה/קטורים של הרווחה. מרכז ילדים-הורים נתן לי הרגשה שאין לי ממי לפחד."  
 "עצם זה שלא מאיימים עליך, לא באים להכשיל אותך אלא לעזור לך. ואז את באה עם כל האמת שלך, זה לא לחרטט."  
 "...אהבה, רגש, אין שיפוטיות או ביקורת. מקום מאוד פתוח."  
 "האנשים שם ממש מקסימים ויש להם פתיחות גדולה למסגרת המשפחה המאוד שונה שבחרנו לנו."

**ראיית כוחות:** הורים סיפרו שהמטפלים במרכז עזרו להם לראות את הכוחות שלהם, את הדברים שבהם הם מצליחים כהורים, ואת הדברים הטובים אצל בני-הזוג ואצל הילדים:

"זה מכניס דברים לפרופורציות אחרות אתה יכול לראות ככה את הבעיות אחרת. מה שעוזר, לפעמים כשאתה בבית שלך הפרופורציות הולכות לאיבוד, פתאום במקום אחר אתה רואה גם את הדברים הטובים ומחזק אותם."  
 "עזרו לי לראות המון דברים טובים שאני עושה כאימא. לפני כן חשבתי שאני אימא חרא ומזיקה לילדים שלי. אבל הילדה תלמידה טובה והילד נבון. עשינו שם ארוחת ערב, המטפלת אף פעם לא ראתה משפחה מתפקדת כל-כך יפה, הילד חותך סלט פירות, האבא ערך, הבן והבת עשו פנקייק, הבת הפכה פנקייקים. מותר לילדים אצלי במטבח הכל מגיל שנתיים חוץ משמן רותח ואש. אנחנו אוכלים והם מפנים שולחן, יודעים לשטוף כלים ולכל אחד מטלות בבית."  
 "פתאום ראיתי גם דברים טובים שיש במשפחה שלי. מפרידים שם אותך מהבן-זוג ומחזיקים אותך מאחורה ואתה יכול לראות גם מה בסדר בבן-זוג, איפה החיבורים ואיפה אין מלחמה."  
 "מצאתי שם הרבה תשובות שאני כן אימא טובה, שאני לא אפס כמו שעשה לי להאמין הגרוש שלי. נתנו לי הרגשה שאני אימא, בן-אדם, שיש לי זכות לגדל את הילד שלי."



ההורים תיארו את הקשר עם המטפלים **קשר קרוב וחם** :

"הם בכו איתנו כשבכינו."

"לא הרגשתי שהיא מטפלת שלי אלא כמו אימא. הקשר עם האנשים היה מאוד משמעותי."

"קיבלנו הרבה אהבה וחום והילדים נקשרו למטפלים."

### **כיף לילדים**

"הוא [הילד] שמח לבוא ורצה. היה מתאכזב אם לא הייתי מגיע לפעמים. מאוד חיכה לזה. חוץ מהמפגשים שהיה נשאר בדעת מיעוט שדברים לא עובדים כמו שהוא חושב, אבל שמח להגיע לשם."

"הילדים ממש אהבו להגיע לשם."

"עד היום הקטן שלי, כשאנחנו עוברים בכביש: 'לא הולכים ל- [המטפל שלון]?'"  
"הבן בן 4-3½, הוא מאוד אהב ללכת שם. לפעמים ישן צהריים, שומע שיש מרכז ילדים-הורים, היה קם בשמחה. הוא אהב לשחק שמה."

**התאמת ההתערבות למשפחה** - הורים ציינו את הגמישות של המרכז :

"ראינו שבטיפול דרך החיות, הבן שלי מאבד מהר מאוד עניין אז עברנו למשחקים. היינו משחקים אמת או חובה ודרך המשחקים יצאו הדברים. בייחוד 'יד על הלב' שהוא משחק מעולה."

"המפגשים עצמם במרכז ילדים-הורים, היו באופן מאוד מותאם למצב שלנו. הייתה שיחה של המשפחה יחד ומשחק, נורא נחמד וטבעי."

### **הצעות לשיפור**

שלושים וחמישה אחוזים מהאמהות השיבו בחיוב על השאלה "האם יש דברים שניתן היה לשפר במרכז ילדים-הורים". הבקשות השכיחות היו יותר שעות טיפול, יותר פעולות מיוחדות, ופחות תחלופה של מטפלים. גם בראיונות הפתוחים הורים הביעו רצון לקבל עזרה נוספת במרכז :

### **רצון בבילויים משותפים בחוץ**

"אם היה תקציב יותר גדול היו מעניקים יותר יציאות לבחוץ, איך להיות יותר מלוכדים, איך גם לבלות ביחד."

### **רצון שהמרכז יתן מענה לכלל הצרכים של הילדים**

"כשבונים מרכז אחד, צריך שיטפל בסוגים שונים של בעיות. יש כל מיני הורים, יש הורים שאין להם סמכות, יש שמגוננים מדי, יש אנאלפביתיים. המקום לא בנוי לתת מענה על דברים עמוקים יותר, הכל צריך להיות מאורגן. נאמר שזו משפחה עם אלימות ובדרך מגלים שלילד יש בעיית דיבור, אתה צריך לפתוח עוד דלת, למצוא את המומחה, שלא תהיה ביורוקרטיה, לרכז במקום אחד את כל המענים למשפחה, להכות בברזל בעודו חם. שיהיה מקום עם כמה קומות."

"המרכז לא נותן מענה לבעיות ספציפיות כמו הצורך של הבן שלנו בקלינאית תקשורת. האישה שטיפלה בנו הייתה ביבליו-תרפיסטית ויותר התאים לנו מרפא זוגי. בקטע של הילדים לבן שלנו התאימה מישהי שתעשה איתו דברים. היה צורך במגוון רחב יותר של סוגי מרפאים, מרפאה בעיסוק, חונכים של ילדים. החונכים בדרך כלל מתנדבים ולא מקצועיים."

### 7.3 תפיסת ההורים את תוצאות הטיפול

בראיונות עמם, ההורים הביעו הערכה רבה לתוצאות של הטיפול. אחת האמהות הרגישה שהטיפול במרכז חילץ אותה ואת ילדיה ממעגל של איום לפירוק המשפחה:

"החרדה המתמדת מרחפת מעל הבית, הילדים שלך, זה דבר ש... די היום, בזכות הטיפול במרכז ילדים-הורים, לא יכולים לצאת מהבית, רק על גופתי המתה ואשמור על זה... נתנו לנו הזדמנות, מי יכול לאהוב אותם כמונו? ושירותי רווחה ובתי-הספר אומרים לנו עכשיו תענוג. איך אתם מגדלים טוב את הילדים. בשירותי הרווחה אומרים: הקטנים עלו על דרך המלך, רואים שטוב להם, פורחים, לא מתוסכלים."

#### א. תוצאות בקרב הילדים

האמהות נשאלו לגבי תרומת הטיפול במרכז לכל אחד מן הילדים: ביחס ל-48% מן הילדים השיבה האם כי הטיפול תרם מאוד לילד, וביחס ל-31% מהילדים, שהטיפול תרם. כמו-כן, נשאלו האמהות על השפעות ספציפיות של הטיפול: 67% מן האמהות דיווחו כי חל שיפור ביחסים שלהן עם הילד. אחוז האמהות שהעידו על שיפור אצל הילד בתחומים שונים היה גבוה: בתחום הרגשי - 71%, בהתנהגות הילד בבית - 70%, בתחום החברתי - 68%, ביחסים של הילד עם אחים - 62%, ובהתנהגות הילד בבית-הספר - 57%.

#### לוח 39: הערכת האמהות את תוצאות הטיפול ביחס לילדים בתחומים שונים

N	סך-הכל
110	הילד אהב/אהב מאוד להגיע לטיפול
100	הטיפול במרכז תרם/תרם מאוד לילד
82	הטיפול גרם לשיפור/שיפור רב ביחסים ביני לבין הילד
79	בעקבות הטיפול חל שיפור* (N=83)
67	בהתנהגות הילד בבית-הספר
57	בהתנהגות הילד בבית
70	ביחסים עם אחים
62	בתחום החברתי
68	בתחום הרגשי
71	בלימודים
57	

\* לא כולל מקרים בהם השיבה האם "לא יודעת להעריך", או "לא הייתה בעיה בתחום"

מגוון השינויים אצל הילדים בא לידי ביטוי גם בראיונות הפתוחים:

"הוא השתנה בהתנהגות, פחות התפרצויות, יותר מעריך לימודים ואנשים מסביבו."

"שלושה חודשים היא לא נכנסה לשיעור טבע, לא רצתה לראות את המורה, את הכיתה. בסוף הוציאה שם 100 במבחן. היום, כשאני מבקשת ממנה לשטוף כלים, לקפל כביסה, היא כבר לא עונה לי בכעס. היום יודעת להעריך כל דבר שאני נותנת לה, אפילו סיכה, יש לה לב כמוני."

"הילדים יותר שמחים מאז. זה הוסיף להם לביטחון העצמי."

"הילדה מאוד סגורה כמוני. היא הייתה מדמיינת הרבה, מבלבלת בין עולם הדמיון לעולם המציאות. תוך כדי משחק עלו בעיות שהיו לה בעקבות הריבים בין ההורים. המטפלת שלה עזרה לה המון, היום היא פחות בורחת לדמיון."  
 "לפני כן, הבת שלנו הייתה משקרת לנו כל הזמן. גנבה לנו, הייתה שקועה לחלוטין בעולם הדמיון, וזה נפסק במרכז ילדים-הורים, 90% מהיעילות של הטיפול זה כלפי הבת."

## ב. תרומת המרכז להורים

### לוח 40: אמהות שדיווחו כי קיבלו עזרה בתחומים שונים במרכז (באחוזים)

N	סך-הכל
48	הקשר שלי עם הילדים
100	ההרגשה שלי כאימא באופן כללי
94	ההתמודדות שלי עם קשיים מיוחדים של הילדים
94	היכולת שלי לשים לילדים שלי גבולות ושישמעו בקולי
84	הקשר שלי עם מסגרות החינוך של הילדים
81	היחסים ביני לבין בעלי (רק ביחס לאמהות שחיות עם בן-זוג)
67	יחסים בין הילדים לבין עצמם
67	הקשר שלי עם שירותים אחרים בקהילה
63	התארגנות בבית ועם סידורים
52	
43	

התחומים שצוינו בשאלונים בשכיחות גבוהה בלשו גם בראיונות הפתוחים עם ההורים:

#### להבין טוב יותר את הילדים

"המטפלת שלי נתנה לי לראות עוד אנשים. בהתחלה כנראה ראיתי רק את עצמי: 'למה עושים לי את זה, למה זה קורה לי'. למשל, אם רבנו, אני והבת הגדולה, חשבתי שאני צודקת וסופר צודקת. היום אני חושבת שהכעס שלה הוא מצטבר ושייך להרבה מצבורים של דברים ולא רק לדבר עצמו שהיא כועסת עליו."

"לאט לאט, תוך כדי המשחקים, הקשר עם הבן שלי התחזק. בהתחלה היו לו התפרצויות, זורק עליי. למדתי במרכז לגשת אליו בצורה אחרת, להבין אותו שלא קל לו וקשה לו שאני ואמא שלו נפרדנו, ויש דרך להגיע אליו בסופו של דבר. עצם החיזוק של הקשר, זה באיזשהו מקום הגדיל אמון בין הבן שלי לבני זוג זה אחד הדברים שנשמר וממשיך גם היום."

"עזרו לי יותר לדעת איך לדבר איתו, איך להתנהג איתו ולהבין אותו, להדריך אותו נכון. כמו, למשל, להעביר לו יותר חיזוקים, להיות קשובה אליו, להגיע יחד להסכמות עם אופציות שהוא נותן ואני נותנת. היום אני יודעת יותר איך להתנהג איתו במהלך היוםיומי, יש פחות התפרצויות ויותר האזנה מצידו, כשאני מעבירה לו מסר, יש לי יותר ביטחון עצמי כאמא, ואני מרגישה שהוא יותר מקשיב לי."

"למדתי לדבר אל הילד שלי בגובה העיניים שנבין אחד את השני, אימא טובה נהייתי. למדתי תקשורת עם הילד."

#### הורים אחרים סיפרו שלמדו להתייחס לילדים, במקום לתת פיצוי חומרי:

"לא הייתה לי סבלנות לשחק עם הילדים. היום אני מרגישה שאני יכולה לשבת עם הילדים. חשבתי שבמותרות ובמתנות אני מעניקה לילד הכל, פה למדתי שהילד צריך שישחקו איתו שידברו איתו."

"אנחנו היינו בשיטה 'תהיי ילדה טוב תקבלי...' את כל הילדים שלי גידלתי בחומרות. הייתי עסוק בסם: 'קחו כסף תעזבו אותי.'"  
"כשהבן שלי היה בוכה, הייתי אומרת 'בוא תתלבש, הולכים לקניון'. היום למדתי לשבת איתם. הייתי כל הזמן קונה לו, והייתי מלווה כסף בשביל לקנות לו. הוא היה אז בן 5-6. חמש שנים היה לבד וקיבל הכל. הייתה לי חנות צעצועים בבית. היום הוא יודע כשאיך, אין."

רבים מן ההורים סיפרו על השינוי **ביכולת שלהם להציב גבולות לילדים**, ולגרום לילדים לשמוע בקולם:

"הבנות הגדולות שלי כל הזמן היו מבטלות אותי, היו אומרות לבת הקטנה 'אני רוצה לראות שאמא תעז לומר לדבר איתך'. רצו לשוב לי את המילה. המטפלת במרכז לימדה אותי להגיב לזה, לשים גבולות. היא אמרה לי: 'אל תפחד'. היא נתנה לי ביטחון ולימדה אותי שאנחנו הבוס פה, והילדים פה ואנחנו לא צריכים ללכת על הביצים ולפחד לחנך אותם. אחת הבנות שלי איימה עליי שתלך למשפחה אומנת, הייתה מתנשאת עליי. אמרתי שלא יכול להיות שתתנשא עליי, ותיתן לי תחושה של 'אל תשכחי את רק נרקומנית'. כל פעם אמרתי למטפלת שלי שאני חוששת איך לענות לה. במשך הזמן הבנתי שלא צריך לחשוש."

דוגמה אחרת:

"היו שלבים שאני ויתרתי יותר מדי לילדים, ויתרתי להם על הגבולות. הייתי נכנע שהיום אני חושב, אסור לי היה. דיברו איתי על איך לשים גבולות. היום יש לילדים גבולות ויודעים שאם אני אומר לא אז לא. פעם הייתי נכנע ויותר מדי סלחני וותרן, וזה מאוד עזר לי."

### ג. תרומות המרכז להורים בתחומים נוספים

#### שיפור ביחסים הזוגיים

"זה עזר לנו גם לחיי היומיום, לא רק עם הילדים, דיברו איתנו על הזוגיות שלנו, ואיך אנחנו עם הילדים, והוויכוחים שלנו."  
"גם עם הבעל - יותר טוב. פעם הייתי רוצה כל הזמן שיבין אותי - היום אני יודעת שהוא לא יכול..."  
"למדנו להיות מתונים יותר. עדיין יש מריבות. לא זוג יונים. אבל נהיינו יותר סבלנים ורגועים."  
"לפעמים זה עוזר להגיע להחלטות לפרק משפחה או להעביר לפאזה אחרת כמו שקרה אצלנו. הגענו לשם להמון החלטות שלא הצלחנו להגיע לבד או בטיפול פסיכולוגי שחופרים בו."

#### שיפור בתחום הכלכלי

"עזרו לנו לנהל תקציב וחלוקת תקציב בינינו. עכשיו הוא מבין יותר טוב שנולדו לו ילדים והוא צריך לעזור. עכשיו נותן כסף. פעם גם את זה לא היה נותן לי."  
"למדתי לחשוב מה יותר חשוב לך - מעיל לילד? גבינה? לעשות שיקול בכסף. פעם לא עשיתי סטופ. היום אני מבזבזת בטעם. פעם רציתי לקנות מזגן. הייתי הולכת קונה. לא חושבת - מיד קונה. היום - רק כשמתאפשר."

"התחלנו לקחת אומץ על שינויים אחרים, שיפצנו את הבית. לפני כן חיינו בתוך דייסה, פירקנו את כל הבית ושינינו, לפני כן לא היו בבית גבולות של חדרים. בבלגן בבית שעשינו תוך כדי טיפול היה לנו קל להפריד וליצור אבחנה: שהילדים הם לא חלק מההורים. פתאום זה עשה המון סדר במשפחה."

### **משוב הילדים ביחס לטיפול במרכז**

הדברים הבאים לקוחים משיחה שקיימנו עם ילדים שהשתתפו בקבוצת פסיכו-דרמה באחד המרכזים. הילדים סיפרו מה הם אוהבים במרכז:

"יש פה המון חום ואהבה."

"ימי הולדת של המשפחה, בבית לא היינו חוגגים יום הולדת, היינו מעבירים כמו יום רגיל."

"אהבתי את המטפלת, היינו מביעים את עצמנו בכתיבה ובציור. אהבתי מאוד לבשל עם אם הבית, היא לימדה אותנו כל מיני מטעמים. אהבתי תיאטרון ואת המדריך של התיאטרון. אם הייתה לי בעיה שחשבתי שאי-אפשר לפתור והיינו מציגים את הבעיה ופותרים אותה ככה וגם כיף להציג מול אנשים."

"אני אוהב את היחס החם שיש כאן, יחס ביתי, התבשילים של אם הבית. את אנשי צוות התיאטרון ואת כל צוות המרכז. אהבתי את ההצגות, החזרות. את החיות שהיו כאן, בהתחלה מאוד פחדתי והכרתי את החיות. אהבתי את השיתוף של ההורים והילדים שנוצר. שעשינו דברים יחד עם ההורים שהם מביאים לך תשומת-לב. הם היו משתתפים גם בתיאטרון. אהבתי את הפעילות עם החיות, אהבתי לטפל בחיות, ובציורים עם המרפאה באמנות, זה היה כיף."

"אני מאוד אהבתי את התבשילים. כשאם הבית הייתה מדברת איתי הייתי נרגע מתרכז. אני אוהב גם את החיות, לא ויתרתי על התיאטרון, אפילו שהייתי חולה."

"אני אוהבת במרכז את האימא של כולם, אם הבית, את האווירה השקטה והטובה."

"אהבתי גם במרכז את האווירה השקטה, הנעימה והשלווה. והכי הכי את האנשים שאוהבים ומבינים ותומכים."

"אני אוהבת את התיאטרון הורים וילדים ואת הבמאי, היינו חוגגים את ימי ההולדת של המשפחה ולא היינו מפספסים על אף אחד. הייתי מביעה את עצמי בכתיבה ובציור וכו'."

"אהבתי מאוד את שעת האוכל שהיינו מכינים מטעמים טעימים ועוגות שאם הבית לימדה אותנו."

"אני אוהב לעשות במרכז תיאטרון, לשחק, לעשות דברים כיפיים, לקרוא ספרים, לשחק "שיבולים", לשחק בכדור, לעשות קפוארה ולצייר, ועוד דברים כיפיים וללמוד. אני רוצה להמשיך בתיאטרון."

שאלנו את הילדים גם מה הם לא אוהבו במרכז:

"לא אהבתי את הדיבורים הארוכים."

"הייתי רוצה לבוא בשעה אחרת כי אני מפסיד את הסדרות שאני אוהב בטלוויזיה."

"לא אהבתי את המדריכה החינוכית ואת משחקי הקופסה."

"אני לא הכי אהבתי את הדיבורים שלהם ואני רוצה לבוא אחר כדי לא לפספס את הסדרות שלי בטלוויזיה."

לבסוף, ביקשנו מן הילדים לספר לנו, במה המרכז עזר להם :

"המרכז עזר לי בזה שקודם כל הזמן לא הקשבתי למורה ובמרכז המטפלות אמרו לי שאני מאוד צריך להקשיב לחברים ולמורים שלי ובאמת זה עזר לי ובמיוחד ... (שם של מטפלת) שביום אחד אח שלי צחק על איזה ילד והיא סיפרה לנו סיפור על חיות והסיפור הזה עזר לי בזה שאני קצת משתפר בלא לצחוק על ילדים."

"המרכז עזר לי להבין שאתי שאין אז אין! זה דבר שאמא שלי ניסתה הרבה פעמים לגרום לי להבין אך לצערה היא לא הצליחה ותמיד דרשתי ודרשתי! אבל אחרי שהגעתי למרכז אם הבית והמטפלות הם טיפלו בנו והם עזרו לי להבין שכשאין אז אין! וכמובן שבעוד מלא דברים. והתיאטרון זה הדבר שהכי הכי עזר לי בלדעת שגם מכלום אפשר לעשות הרבה."

"למדתי שלא תמיד צריך לדרוש משהו, שאם אי-אפשר היום, יהיה מחר."

"לפני שבאתי למרכז היו לי בעיות עם האחים וההורים והייתי פותרת אותם בצורות ממש קיצוניות. כשבאנו למרכז למדנו דרך ציור שחושבים לעצמנו 'מה כבר ציור יכול ללמד אותנו?' אבל בכל זאת היינו עושים פעילות דרך ציור והיינו לומדים המון פשוט המון."

"היה שיתוף פעולה ותשומת-לב מההורים יותר מאשר בבית. היו לי כל-כך הרבה בעיות עם ההורים שאני בעצמי לא ידעתי לפתור אותם. והנה באתי למרכז ונפתרת בעיה אחר בעיה. חשוב לי להזכיר שלא כל הבעיות נפתרו במרכז, היו בעיות מסוימות שפתרתי אותן לבד בתקופה האחרונה אבל לפחות היו לי כלים."

"זה נתן לי ביטחון שאם יש לי בעיה שאני לא אתבייש להגיד. לפני שבאתי לפה הייתי ילדה ביישנית ועכשיו לא". (לשאלה: מה עזר לה שלא תהיה ביישנית? ענתה:) "בתיאטרון, אף פעם לא עליתי על במה, בפעם הראשונה התביישתי ואחר-כך לא."

## 8. הטיפול במשפחה במחלקה לשירותים חברתיים לאחר סיום הטיפול

### במרכז

על הטיפול במחלקה לאחר שהמשפחות סיימו את הטיפול במרכז למדנו מראיונות מעקב עם עובדות המשפחה במחלקות לשירותים חברתיים לגבי 95 משפחות (190 ילדים), ומראיונות עם 49 אמהות (110 ילדים). ראיונות המעקב התקיימו על-פי-רוב חצי שנה עד שנה מסיום הטיפול (ראו נספח ג). לא התקבל מידע ביחס ל-33 מתוך 136 משפחות שסיימו את הטיפול, מכיוון שהמשפחה לא הייתה בקשר עם המחלקה.

בתום הטיפול במרכז ילדים-הורים, המשפחה ממשיכה על-פי-רוב בטיפול המחלקה לשירותים חברתיים. מרבית המשפחות זקוקות לעזרה ארוכת-טווח בתחומים שונים. העובדת הסוציאלית במחלקה אחראית גם לעקוב אחרי מימוש תכנית הטיפול שגובשה במרכז, ולהבטיח את רציפות הטיפול במשפחה. אחד האבות שהשתתף בטיפול ביטא זאת:

"בתור טיפול יחיד זה לא יכול להספיק, זה יכול להיות תחנה. זה טוב כחוויה והרפתקה בתור פתיח. האנשים שהולכים שם לטיפול הם אנשים שגם אחר-כך יצטרכו עוד ועוד תמיכה בדרך."

מדיווח העו"ס לגבי 190 ילדים, עולה כי ל-47% מהם נקבעה תכנית להמשך טיפול לילד בסיום הטיפול במרכז, ל-38% מהילדים לא נקבעה תכנית להמשך טיפול, ולגבי 15% מהילדים לא ידוע אם נקבעה תכנית להמשך טיפול.

מהעו"ס התקבל מידע לגבי תכניות טיפול של 68 משפחות. לגבי חלק מן הילדים (89) דווח על תכניות טיפול פרטניות. בחלק מן התכניות היו מספר מרכיבים: בסך-הכל התקבל מידע על 95 מרכיבים נפרדים בתכניות הטיפול. בלוח 41 מוצגים נתונים על ביצוע תכניות הטיפול על פי מרכיביהן. מרבית המרכיבים בוצעו, או שהיו בתהליך ביצוע בעת הדיווח. חלק מן המרכיבים לא בוצעו בשל חוסר שיתוף פעולה, או בשל היעדר טיפול של המחלקה.

#### לוח 41: ביצוע המרכיבים בתכניות הטיפול - לפי דיווח העו"ס במחלקה

תכניות להורים או למשפחה	תכניות לילדים	
68	89	מספר המשפחות/ילדים
95		מספר המרכיבים בתכניות הטיפול (בחלק מן התכניות היו מספר מרכיבים)
<b>100</b>	<b>100</b>	<b>סך-הכל</b>
70	70	המרכיב בוצע או בתהליך ביצוע
14	6	המרכיב לא בוצע בשל היעדר שיתוף פעולה של ההורים או הילד
12	3	המרכיב לא בוצע בשל היעדר טיפול של המחלקה לשירותים חברתיים
4	7	המרכיב לא בוצע - לא ידוע מאיזו סיבה
0	15	לא ידוע

בלוח 42 מובאים נתונים על המשפחות עמן היה לעו"ס קשר. עם 34% מהאמהות התקיים קשר פעם בשבועיים או יותר, ועם האחרות פחות. הקשר עם האבות ועם הילדים היה פחות שכיח: עם 43% מן האבות, ועם 52% מן הילדים לא היה קשר כלל.

#### לוח 42: תדירות הקשר (פגישות או טלפונים) בין בני המשפחה לעו"ס במחלקה בעת המעקב\* לפי דיווח העו"ס במחלקה

ילדים N=190	אבות N=38	אמהות N=95	
<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>סך-הכל</b>
3	21	34	פעם בשבועיים או יותר
45	37	55	פעם בחודש או פחות
52	43	11	בכלל לא

\* לא כולל 33 משפחות שלא נמצאות כלל בקשר עם המחלקה, ולכן לא התקבל לגביהן מידע

לא מפתיע שהאמהות פחות מרוצות מן הטיפול במחלקה מאשר במרכז ילדים-הורים. שביעות הרצון של האמהות מן הטיפול במחלקה לאחר סיום הטיפול במרכז אף נמוכה מעט מזו של האמהות בקבוצת ההשוואה שלא טופלו במרכז ילדים-הורים. למשל, שיעור האמהות שאינן מרוצות בכלל הוא 18%, לעומת 9% בקבוצת ההשוואה. ייתכן שהדבר קשור לקושי שבמעבר מן המרכז עם הטיפול האינטנסיבי והאווירה המיוחדת, חזרה למציאות של טיפול במחלקה העמוסה לשירותים חברתיים.

**לוח 43: שביעות רצון של האמהות מן הטיפול של המחלקה לאחר סיום הטיפול במרכז, מן הטיפול במרכז ילדים-הורים, ובקבוצת השוואה (באחוזים)**

	במרכז ילדים-הורים	במחלקה - בעת המעקב	במחלקה - קבוצת השוואה
N	49	30	150
<b>סך-הכל</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
מרוצה מאוד	71	29	33
מרוצה	25	39	41
לא כל-כך מרוצה	4	14	17
בכלל לא מרוצה	0	18	9

כפי שסיפרו אמהות:

"הקשר עם העובדת הסוציאלית בלשכה לא מי יודע מה. היא אמרה לי 'את יכולה לבוא לשיחות איתי'. אבל לא רציתי שיחה איתה, זה שונה משיחה עם המטפלים במרכז ילדים-הורים כי הם פסיכולוגים. היא [העובדת בלשכה] שומעת. רושמת. עוד ידע לתיק. אני מספרת לה על בעיות עם הבן הגדול, לא מזיז להם."

ואם נוספת:

"אחרי הטיפול במרכז סיימתי גם את הקשר עם העו"ס ברווחה. הרגשתי שמיציתי, כי שם זה לא היה שיחות ועזרה כמו במרכז, יותר שיחה על בעיות כלכליות ולא נזקקתי לעזרה הזאת. במרכז, חבל על הזמן, תמכו. אני אומרת שהמקום הזה יכול לתת יותר כלים מאשר ברווחה עצמה. ברווחה מה היא כבר יכולה לעזור? אין תקציב, זה, זה."

יש לציין שלאחת האמהות הייתה חוויה אחרת. בעקבות הטיפול במרכז היא הצטרפה לפעילות קהילתית במחלקה:

היום אני משתתפת בוועדת היגוי של לשכת הרווחה. הם בחרו אותי כמי שיכולה לצאת לשטח ולעזור למשפחות. זה טוב שיש אנשים שמשתמשים בשירותי הרווחה ועוזרים לאנשים אחרים. כשאת רואה מצוקות של אחרים, את מבינה שהמצוקות שלך מתגמדות. היום למדתי שבלשכה הם כל-כך רוצים לעזור ולתת ולהעניק ואין להם מאיפה. תמיד חשבתי שמסרבים לתת כי לא רוצים לתת. למדתי גם להעריך אותם. פעם כעסתי. למדתי להקשיב."

עשרים ושבעה אחוזים מן האמהות שרואיינו השיבו כי המשפחה זקוקה לעזרה. הצרכים השכיחים ביותר היו עזרה כלכלית, סיוע בתעסוקה, מועדונית לילד, ושיחות טיפוליות.

בראיונות שקיימנו עם צוות המרכזים והמחלקות, שני הצדדים היו מודעים לכך, שלא מתקיים מעקב אחר המשך סיוע של המחלקה לכל המשפחות המטופלות במרכזים לאחר הסיום. שני הצדדים אמרו שאין במחלקות לשירותים חברתיים מענה שיכול להוות המשך לטיפול במרכז ילדים-הורים. בראיונות עם הורים, היו שסיפרו שהם מתקשים לפנות למחלקה לשירותים חברתיים להמשך טיפול, למרות הצורך, בגלל העומס של העובדות הסוציאליות, והאווירה השונה, בהשוואה לאווירה הביתית והחמה במרכז ילדים-הורים. יש לקוות כי הרחבת משאבי המחלקות באמצעות מדיניות "עם הפנים לקהילה" הצמיחה עוד מענים גם לילדים וגם להורים ואולי המצב היום השתפר מעט.



לסיכום, ישנו קושי ביישום העקרון של טיפול קצוב בזמן במרכז ילדים-הורים, שלאחריו המשך טיפול במחלקות לשירותים חברתיים. מרבית הטיפולים במרכזי ילדים-הורים נמשכים זמן רב מן הקבוע על פי המודל. בשליש מן המקרים כמעט, לא נקבעת תכנית להמשך טיפול במחלקה לשירותים חברתיים. היקף הקשר של המשפחות עם המחלקות לאחר הטיפול במרכז הוא קטן מן המתוכנן. רבים בקרב המטפלים במרכזים, העובדים הסוציאליים במחלקות וההורים, סבורים כי המחלקה אינה יכולה להציע המשך מתאים לטיפול במרכז ילדים-הורים. יש מקום לברר אלו מענים של המחלקה לשירותים חברתיים יכולים להוות המשך למרכז ילדים-הורים, כשברור שמדובר בשירות באינטנסיביות נמוכה יותר. למשל, ייתכן שיש צורך בפגישות טיפוליות משותפות עם העו"ס במחלקה ועם המטפלת במרכז ילדים-הורים, בסמוך לסיום הטיפול. אפשרות אחרת היא קבוצת מעקב המופעלת על-ידי אנשי מקצוע ממרכז ילדים-הורים והמחלקה לשירותים חברתיים, שתוכל להוות גשר בין שתי מסגרות הטיפול. צריך לבחון גם את האפשרות של תהליך הפרידה מהמרכז וירידה הדרגתית באינטנסיביות הטיפול במרכז, תוך כדי יצירת קשר עם שירותים אחרים בקהילה.

## 9. מצב הילדים והטיפול ההורי בעת המעקב

במסגרת המעקב נאסף מידע על אודות מצב הילדים, לרוב חצי שנה עד שנה וחצי לאחר סיום הטיפול (משך הזמן שעבר בין סיום הטיפול במרכז לבין ביצוע המעקב עם העו"ס ועם האם מפורט בנספח ג, לוח ג-2). העובדות הסוציאליות במחלקות לשירותים חברתיים מסרו מידע ביחס ל-95 משפחות ו-190 ילדים מתוך 298 ילדים שסיימו את הטיפול. יש לציין כי לגבי חלק מן מהילדים לא היה לעובדות הסוציאליות מידע מפורט. הדבר עולה בקנה אחד עם דיווחן כי מסיום הטיפול הן פגשו 48% מהילדים, והיו בקשר עם מורות של 44% מן הילדים בלבד. כמו-כן, בעת המעקב רואיינו אמהות שטופלו במרכז: נערכו ראיונות עם 55 אמהות ביחס ל-110 ילדים. במרבית המקרים בהם לא מולא שאלון עו"ס, הסיבה הייתה שהמשפחה איננה בטיפול המחלקה. סיבה זאת הייתה שכיחה גם ביחס לשאלוני אמהות שלא מולאו. במקרים נוספים, העו"ס לא פנתה לקבל את הסכמת האם להתראיין. רק במקרים נדירים סירבה האם להתראיין לאחר שפנו אליה. הסיבות לכך שלא מולאו שאלוני עו"ס ושאלוני אם בעת המעקב מפורטות בנספח ג, בלוח ג-1.

על מנת לדעת אם הילדים שנכללו במעקב מייצגים את כלל הילדים שטופלו במרכזים, הושוו נתוני ההפניה של הילדים הללו לאלה של כלל הילדים, כמפורט בנספח ד. הילדים שלגביהם התקבל מידע מן

העו"ס בשלב המעקב התאפיינו בשיעור גבוה יותר של:

- ♦ התמדה של ההורים בטיפול במרכז
- ♦ משך טיפול של יותר משנה
- ♦ בעיות רגשיות רבות יותר בקרב הילדים
- ♦ מעורבות העו"ס בתכנון המשך הטיפול

שלושת המאפיינים הראשוניים ברשימה הנ"ל אפיינו גם את הילדים שלגביהם התקבל מידע מן האמהות בעת המעקב, בהשוואה לשאר הילדים שטופלו במרכזים. בנוסף, בקרב הילדים שאמהותיהם השתתפו במעקב היו -

- ♦ יותר ילדים שלגביהם נשקל סידור חוץ-ביתי לפני ההפניה למרכז
- ♦ יותר משפחות לגביהן העריך המטפל במרכז כי הפיקו תועלת מן הטיפול במרכז

משמעות הדברים הינה, כי הילדים שהשתתפו במעקב בקרב העובדים הסוציאליים והאמהות היו ילדים יותר "קשים" (יותר ילדים עם בעיות רגשיות, ויותר ילדים אשר נשקל לגביהם סידור חוץ-ביתי), ילדים שהעובדות הסוציאליות היו יותר מעורבות בטיפול בהם, וילדים אשר הוריהם התמידו בטיפול במרכז לאורך זמן. צריך לקחת בחשבון נתונים אלה כאשר בוחנים את נתוני המעקב.

בלוח 44 מפורטים גילאי הילדים בתחילת הטיפול ובמעקב. קבוצת הגיל השכיחה בעת ההפניה הייתה של בני 5-8, ובעת המעקב קבוצת הגיל השכיחה הייתה של בני 9-12.

**לוח 44: התפלגות הילדים על פי גילם בתחילת הטיפול במרכז ילדים-הורים ובעת המעקב**

גיל בזמן המעקב	גיל בתחילת הטיפול	N
178	298	סך-הכל
100	100	4-0
3	11	8-5
20	41	12-9
51	37	16-13
24	8	17+
2	3	

על פי הנתונים שמסרו העובדות הסוציאליות, כרבע מהילדים שנכללו במעקב, עברו משבר או אירוע שהצריך התערבות של פקיד סעד, 17% היו בטיפול חוץ-ביתי, ולגבי 24% נוספים נשקל סידור כזה. כרבע מהילדים השתתפו במסגרת אחר-צהריים (לוח 45). כלומר, חלק לא מבוטל מן הילדים הם עדיין ילדים בסיכון. צריך לזכור, שאלה גם הילדים שהיה להם סיכוי רב יותר להכלל במעקב, מכיוון שהעו"ס נדרשה למעורבות איתם, ובקרב הילדים שנכללו במעקב היה מראש שיעור גבוה יותר של ילדים עם בעיות רגשיות בעת ההפניה, בהשוואה לכלל הילדים. לדוגמה, ל-43% מהילדים הייתה בעיה בתחום של התנהגות אנטי-חברתית בהשוואה ל-34% מכלל הילדים (לוח 46).

**לוח 45: ילדים שקיבלו התערבויות מיוחדות במחלקות לשירותים חברתיים מסיום הטיפול במרכז ועד המעקב (באחוזים)**

בעת ההפניה	בעת המעקב	
190	190	N
100	100	סך-הכל
24	30	התערבות פקיד סעד
		טיפול חוץ-ביתי
17	0	נמצא בטיפול חוץ-ביתי
16	12	נשקל טיפול חוץ-ביתי בוועדת תכנון טיפול והערכה
8	6	נשקל טיפול חוץ-ביתי (אך לא בוועדת תכנון טיפול והערכה)
26	56	מסגרות אחר-צהריים
41	100	דיון בוועדת תכנון טיפול והערכה בשנה האחרונה*

הערה: המספרים אינם מסתכמים ב-100% מכיוון שניתן היה לענות על יותר מאפשרות אחת \* ההפניה למרכז ילדים-הורים נעשית בוועדת תכנון טיפול והערכה

**לוח 46: שיעור הילדים עם בעיות בתחום הרגשי החברתי והלימודי בעת ההפניה, בסיום הטיפול ובמעקב**

בהפניה למרכז	בסיום הטיפול	במעקב	N	
100	100	100		סך-הכל
63	49	49	75	בעיות בהתנהגות לימודית
73	66	62	68	עצב וחרדה
35	43	35	68	דימוי עצמי נמוך
42	45	50	60	בעיות במצב חברתי
43	29	29	77	התנהגות אנטי-חברתית

הערה: המספרים אינם מסתכמים ב-100% מכיוון שניתן היה לענות על יותר מאפשרות אחת

לא נמצאו הבדלים מובהקים בשיעור הבעיות של הילדים בין סיום הטיפול למעקב, ובתחומים בהם הושג שיפור במהלך הטיפול (בעיות לימודיות והתנהגות אנטי-חברתית) השיפור נשמר גם במעקב.

**לוח 47: שיעור הילדים עם בעיות בטיפול ההורי בעת ההפניה, בסיום הטיפול ובמעקב**

בהפניה למרכז	בסיום הטיפול	במעקב	N	
100	100	100		סך-הכל
19	14	6	83	בעיות בטיפול היומיומי
20	26	19	78	בעיות בהשגחה
16	18	22	87	בעיות בקשר עם מסגרת חינוך
77	73	69	74	בעיות בקשר הרגשי עם הילד - אם
93	71	86	28	בעיות בקשר הרגשי עם הילד - אב
62	56	59	64	בעיות הקפדה על כללי התנהגות - אם
57	57	62	21	בעיות הקפדה על כללי התנהגות - אב
35	23	16	83	אלימות רגשית, פיזית או מינית - או חשד לאלימות

הערה: המספרים אינם מסתכמים ב-100% מכיוון שניתן היה לענות על יותר מאפשרות אחת

גם בתחום הטיפול ההורי לא חלו שינויים בשיעור הילדים עם בעיות, בין סיום הטיפול למעקב. בהבנת הנתונים ביחס למעקב, יש לקחת בחשבון שהמגמה שנמצאה בקרב ילדים שטופלו במרכזי ילדים-הורים - מגמה של ירידה בשיעור הבעיות, או שמירת רמה יציבה - נוגדת את המגמה השכיחה של עלייה בשיעור הבעיות בקרב ילדים בטיפול המחלקות לשירותים חברתיים עם העלייה בגיל. בממוצע,

עברו 25 חודשים בין תחילת הטיפול לבין דיווח העו"ס בסיום הטיפול, ו-9.5 חודשים נוספים בין סיום הטיפול למעקב (סך-הכל 34.5 חודשים). המשמעות של הנתונים היא שהילדים גדלו כמעט בשלוש שנים בממוצע, ולא גדל היקף הבעיות בטיפול ההורי. זאת, בניגוד למחקרים אחרים שמצאו יותר בעיות בטיפול ההורי ככל שהילדים גדלים. למשל, בנתונים מהערכת ניסוי "קהילה 2000", שיעור הילדים עם 3 בעיות בטיפול ההורי היה 17% בקרב בני 0-5, 26% בקרב בני 6-11, ו-38% בקרב בני 17-12. הדבר נכון גם לגבי בעיות לימודיות וחברתיות של הילדים, ששיעורם בקרב הילדים שטופלו על-ידי המחלקות ב"קהילה 2000" הגיע ל-27% בגיל 0-5, 46% בגיל 6-11, ו-62% בגיל 12-17.

בעת המעקב בקרב האמהות נבדקה גם תחושת היכולת והסיפוק בהורות, באמצעות סקלת PSOC (Johnston & Mash, 1989). האמהות התבקשו לציין עד כמה הן מסכימות עם 14 אמירות המבטאות תחושות חיוביות ושליטיות ביחס להורות, כגון "אני מבינה, שמה שאני עושה משפיע על הילדים שלי, וזה עוזר לי לפתור את הבעיות איתם"; או, לחילופין, "לפעמים, אני מרגישה שהילד שלי קובע לי במקום שאני אקבע לילדי". הציונים בסקלה נעים בין 1-4, כאשר הציון 4 מציין הסכמה עם משפט המבטא תחושה חיובית, או היעדר הסכמה עם משפט המבטא תחושה שלילית. הציון הכללי בסקלה הוא ממוצע הציונים בפריטים כך שציון גבוה בסקלה משקף תחושת סיפוק ויכולת גבוהה. הסקלה המלאה מפורטת בנספח א.

**לוח 48: ציון ממוצע של האמהות בסקלה לדיווח תחושות לחץ ויכולת בהורות (PSOC), בעת ההפניה ובעת המעקב**

37	N
2.91	מדידה ראשונה
3.24	מדידה שנייה (מעקב)
0.00	מובהקות P

בקרב האמהות שטופלו במרכזי ילדים-הורים עלה הציון הממוצע בסקלה המבטא תחושת יכולת הורית באופן מובהק.

## מקורות

דולב, ט. 1998. "הטיפול בילדים הסובלים מהזנחה והתעללות והחיים בסביבה מסכנת". בתוך: **תכנית תלת שנתית 1998-2000. אשלים**. אשלים, העמותה לתכנון ולפיתוח שירות לילדים ובני נוער בסיכון ומשפחותיהם, ירושלים.

דולב, ט.; בן רבי, ד.; סבו-לאל, ר. 2006. **תכנית 'קהילה 2000' השלב הראשון של התכנית: תכנון תכניות יישוביות והטמעת שינויים בדרכי עבודה של ועדות תכנון טיפול והערכה**. מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים (דוח פנימי).

משרד הרווחה. 2003. **הוראה 8.38 בתע"ס מרכזי ילדים-הורים**. ירושלים.

Achenbach, T.M.; and Edelbrock, C.S. 1991. *Manual for the Child Behavior Checklist 4-18 and 1991 Profile*. University of Vermont, Burlington.

Cedar, B; and Levant, R.F. 1990. "A Meta-analysis of the Effects of Parent Effectiveness Training". *American Journal of Family Therapy* 18 (4):375-384.

Chaffin, M.; Bonner, B.L.; and Hill, R.F. 2001. "Family Preservation and Family Support Programs: Child Maltreatment Outcomes Across Client Risk Levels and Program Types". *Child Abuse & Neglect* 25:1269-1289.

Giblin, P.; Sprenkle, D. H.; and Sheehan, R 1985. "Enrichment Outcome Research: A Meta-analysis of Premarital and Family Interventions". *Journal of Marital and Family Therapy* 11(3):257-271.

Johnston, C.; and Mash, E.J. 1989. "A Measure of Parenting Satisfaction and Efficacy". *Journal of Clinical Child Psychology* 18(2):167-175.

Lazer, J.I.; Goodson, B.D.; Bernstein, L.; and Price, C. 2001. *National Evaluation of Family Support Programs, Volume A: The Meta-analysis*. Abt Associations Inc, Cambridge.

Macleod, J.; and Nelson, G. 2000. "Programs for the Promoting of Family Wellness and the Prevention of Child Maltreatment: A Meta-analytic Review". *Child Abuse & Neglect* 24(9):1127-1149.

## **נספחים**

**נספח א: מרכיבי המדדים לתיאור מצב רגשי וחברתי של הילדים, ולתיאור הטיפול ההורי, ותחושת יכולת הורית**

**מצב רגשי וחברתי של ילדים (לפחות בעיה אחת בתחום):**  
(מתוך סקלת CBCL, 1991, Achenbach & Edelbrock)

### **תוקפנות**

אלים, תוקפני, מתפרץ בזעם

### **חרדה ודיכאון**

חרדות או פחדים מעבר למקובל  
מרבה לבכות  
אינו מגלה סקרנות והתעניינות בסביבתו  
סימני דיכאון או עצב  
שקט או מסויג מדי

### **דימוי עצמי ירוד**

מבטא תחושה שאינו שווה  
מבטא תחושה שאיש אינו אוהב אותו

### **התנהגות אנטי-חברתית**

מסתבך במריבות  
אלים כלפי ילדים  
מקלל  
גונב, מסיג גבול  
מחבל ברכוש

### **בעיות חברתיות**

לא יוצר קשר עם ילדים  
אינו אהוד בחברת הילדים  
אין לו חבר קרוב

### **הטיפול ההורי (לפחות בעיה אחת בתחום)**

#### **טיפול יומיומי לקוי**

אינו מקבל מזון מתאים  
אינו לבוש בהתאם לעונה ולגילו  
לא נראה נקי  
לא מקבל טיפול רפואי בעת הצורך

#### **בעיות בהשגחה**

אינו נמצא בהשגחה מתאימה לגילו ולצרכיו  
נשאר לבדו שעות רבות

#### **בעיות בקשר עם מסגרות חינוך**

דואגים שהילד ילך בקביעות ויגיע בזמן למסגרת חינוכית

נמצאים בקשר עם המסגרת החינוכית  
דאגה שהילד ימלא חובותיו במסגרת החינוכית

### **הקפדה על כללי התנהגות**

אינם מקפידים על כללי התנהגות עקביים  
אינם משבחים את הילד על התנהגות טובה  
אינם מעירים לילד על התנהגות לא טובה

### **בעיות בקשר הרגשי עם הילד**

אינם עוסקים עם הילד בפעילות משותפת (משחק, טיול, קניות, בית כנסת וכו')  
אינם מתייחסים ומגיבים בצורה מתאימה לרגשות שמביע הילד  
אינם מבטאים התעניינות בילד ובגדילתו  
אינם משוחחים עם הילד על נושאים שחשובים לו  
אין מגע פיזי מתאים בינם לבין הילד  
אינם מבטאים גאווה בילד ובהישג

### **אלימות פיזית ורגשית**

הילד סובל מאלימות פיזית  
ישנו חשד שהילד סובל מאלימות פיזית  
ההורים מענישים את הילד באופן חריף  
ההורים מענישים את הילד ללא קשר למעשיו  
ההורים משפילים או מעליבים את הילד

### **תחושת הסיפוק והיכולת ההורית (סקלת PSOC של Johnston and Mash)**

הציון 4 מציין הסכמה מלאה עם משפט המבטא תחושה חיובית, או אי-הסכמה מלאה עם משפט המבטא תחושה שלילית, כך שציון גבוה בסקלה משקף תחושת סיפוק ויכולת גבוהה.

1. אני מבינה, שמה שאני עושה משפיע על הילדים שלי, וזה עוזר לי לפתור את הבעיות איתם
2. אני יודעת שאפשר ליהנות מלהיות אימא, אבל קשה לי עם הגיל שבו הילד/ים שלי נמצאים עכשיו
3. בסוף היום אני מרגישה שלא השגתי הרבה בתור אימא
4. לפעמים, אני מרגישה שהילד שלי קובע לי במקום שאני אקבע לילדי
5. אימא שלי קיבלה הכנה טובה יותר ממני להיות אימא טובה
6. אימא חדשה יכולה ללמוד ממני כיצד להיות אימא טובה
7. אני מסתדרת בתור אימא ופותרת בקלות את הבעיות כשהן מתעוררות
8. אחד הדברים הקשים בלהיות אימא זה שאת לא יודעת אם את מצליחה בתפקיד או לא
9. כאימא, אני מרגישה לפעמים שאני לא מספיקה כלום
10. אני מרוצה מן היכולת שלי לטפל בילד/ה שלי
11. אני מבינה הכי טוב מה מטריד את הילד/ה שלי
12. יש דברים שאני יותר מוכשרת ומתעניינת בהם מאשר להיות אימא
13. אני מרגישה מאוד נוח עם התפקיד שלי כאימא
14. אם היה יותר מעניין להיות אימא הייתי משתדלת יותר
15. אני יודעת שאני מסוגלת להיות אימא טובה
16. להיות אימא גורם לי להרגיש מתוחה ומודאגת
17. להיות אימא זה מתנה

**נספח ב: מאפייני הילדים המטופלים במרכזים ובקבוצת השוואה בתחילת הטיפול/במדידה הראשונה**

**לוח ב-1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של הילדים במרכזים ובלשכות (באחוזים)**

מחלקה 340=N	מרכז 321=N	
44	48	משפחות חד-הוריות
8	5	עולים
*16	*23	ראש משק בית אינו עובד
*84	*72	שלוש שנים ויותר בטיפול הרווחה
19	20	אחד ההורים לפחות עם בעיה בתפקוד (פיגור, מחלת נפש, עבריינות, התמכרות)

\* ההבדלים בין מרכז למחלקה נמצאו מובהקים

\*\* הלוח מתייחס רק לילדים שלגביהם התקבלו נתונים מלאים בתחילת הטיפול ובסיומו, ולכן המספרים שונים מאלה שמוצגים במאפייני הילדים בגוף הדוח, שמתייחסים אל כל הילדים.

**לוח ב-2: הילדים עם בעיות בטיפול שמקבלים מהוריהם בקרב המטופלים במרכז ילדים-הורים ובקבוצת השוואה בתחילת הטיפול (באחוזים)**

קבוצת השוואה	מרכזי ילדים-הורים	
7	15	בעיות בטיפול היומיומי
11	21	בעיות בהשגחה
40	77	עירוב ילדים במריבות
14	20	בעיות בקשר עם מסגרת חינוך
31	53	בעיות בהקפדה על כללי התנהגות (אצל האם)
42	65	בעיות בקשר הרגשי עם הילד (אצל האם)

**לוח ב-3: הילדים עם בעיות בתחום הלימודי, הרגשי והחברתי בקרב מטופלים במרכזים ובקבוצת השוואה בתחילת הטיפול/מדידה ראשונה (באחוזים)**

קבוצת השוואה	מרכזי ילדים-הורים	
23	42	בעיות בהתנהגות לימודית*
23	63	בעיות במצב הרגשי*
14	27	ביטויים גופניים לבעיות נפשיות*
9	28	דימוי עצמי נמוך*
10	29	בעיות במצב חברתי*
14	32	התנהגות אנטי-חברתית*

\* ההבדלים בין מרכז למחלקה נמצאו מובהקים



## נספח ג: איסוף המידע בכלי המחקר השונים

לוח ג-1: מספר המשפחות לגביהן מולאו כל אחד מסוגי השאלונים במחקר והסיבות לאי-מילוי השאלונים

מנהל טיפול	שאלון אם בעת ההפניה	עו"ס הפניה	עו"ס סיום	עו"ס מעקב	אמהות מעקב
<b>153</b>	<b>153</b>	<b>153</b>	<b>153</b>	<b>153</b>	<b>153</b>
<b>139</b>	<b>135</b>	<b>145</b>	<b>109</b>	<b>95</b>	<b>49</b>
<b>סך-הכל מולא שאלון הסיבות לאי-מילוי שאלון</b>					
נשירה מהטיפול במרכז אחרי פגישות ספורות					
14	0	0	15	17	17
המשפחה לא בטיפול מחלקה					
0	0	0	15	33	33
לא הושלם עקב סיום המחקר					
0	0	0	1	4	4
סירוב					
0	0	0	4	0	4
טלפון שגוי					
0	0	0	0	0	7
המחלקה/המרכז לא פנו אל האם בבקשה להתראיין*					
0	0	0	0	0	39
0	18	8	9	4	0
אחר					

לוח ב-2: התפלגות המשפחות על פי משך הזמן בין סיום הטיפול במרכז לבין ביצוע המעקב עם העו"ס ועם האם

אם	עו"ס מחלקה	N
49	95	100
100	100	10
9	10	39
25	39	33
41	33	7
7	7	7
11	7	7
7	4	4

**נספח ד: בחינת מאפייני המשפחות והילדים שלגביהם התקבל מידע בסיום הטיפול במרכז ובעת המעקב בהשוואה לכלל הילדים, לפי מקור המידע**

שאלון לעו"ס במחלקות לשירותים חברתיים בעת המעקב	שאלון לעו"ס במחלקות לשירותים חברתיים במרכז	שאלון לעו"ס במחלקות לשירותים חברתיים במרכז	שאלון לעו"ס במחלקות לשירותים חברתיים בעת ההפניה	
49	95	109	145	<b>מאפייני משפחות</b>
64	56	54	54	N
45	44	44	43	משפחה חד-הורית
				מעל 5 שנים בטיפול המחלקה
				קשר עם המחלקה לפחות פעם בשבוע
42	47	49	44	בשנה שקדמה לטיפול במרכז
14	18	17	17	בעיה בתפקוד חברתי הורים
				בעיה חמורה במסוגלות ההורית לפי
18	26	27	26	הערכת עו"ס מפנה
45	47	49	53	התחילו טיפול במרכז ב-2000-2001
*65	*63	*63	57	הורים התמידו בטיפול
*17	*22	*26	29	טיפול פחות משנה
				משפחה הפיקה תועלת מהטיפול
*91	81	79	78	(לפי מנהל טיפול במרכז)
				עו"ס מחלקה מעורבת בתכנון
63	**72	**70	59	טיפול בסיום המרכז
				<b>מאפייני ילדים</b>
110	190	202	304	N
*30	19	20	16	נשקלה הפניה לחוץ-ביתי
23	30	27	26	ילד בטיפול פקיד סעד
				בעיות רגשיות אצל הילד ב-2 תחומים
*73	**66	**65	54	או יותר
75	70	71	69	בעיה בטיפול ההורי ב-2 תחומים לפחות
0	7	5	6	ילד הופנה לפנימייה או פנימיית יום
				בסוף הטיפול

\* p<0.05

\*\* p<0.001

לא נמצא הבדל בין הילדים לגביהם התקבל מידע בסיום הטיפול ובמעקב לבין כלל הילדים במחקר במרבית המאפיינים שנבדקו. עם זאת, בקרב הילדים שעליהם התקבל מידע מן העו"ס בסיום הטיפול ובמעקב היה שיעור גדול יותר של:

1. משפחות בהם ההורים התמידו בטיפול
2. משפחות שטופלו יותר משנה
3. משפחות שהעו"ס הייתה מעורבת בתכנון הטיפול שלהן בסיום הטיפול במרכז
4. ילדים עם בעיות רגשיות רבות יותר בעת ההפניה

בקרב הילדים שעליהם התקבל מידע מן האמהות במעקב היה שיעור גדול יותר של:

1. משפחות בהם ההורים התמידו בטיפול

2. משפחות שטופלו יותר משנה
3. משפחות שהפיקו תועלת מהטיפול במרכז, להערכת המטפל במרכז
4. ילדים עם בעיות רגשיות רבות יותר בעת ההפניה
5. ילדים שלגביהם נשקל סידור חוץ-ביתי, לפני ההפניה למרכז