



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון

**מרכז חירום טיפולי
ליולדים ולהורים
בקרית-אתא
מעקב מחקרי**

מ ר כ ז ח י ר ו ם ט י פ ו ל י
ל י ל ד י ם ו ל ה ו ר י ה ם ב ק ר י ת - א ת א

מ ע ק ב מ ח ק ר י

מוגש

למוסד לביטוח לאומי - המחלקה למפעלים מיוחדים

חביבה בר

ירושלים, אייר תשנ"ח, מאי 1995

ה ק ד מ ה

מושג הילד בסיכון מוכר היום למערכת הרווחה ולציבור הרחב ומוסכם, שעל גורמי הרווחה לספק לו את השרותים הדרושים להגנתו. כבר קשה לזכור, שלפני שנים ספורות בלבד הוכר הצורך בשירותים אלה. בפברואר 1989, עם פטירתה של מורן דנמיאס ז"ל בת כ-3 מטבריה בעקבות התעללות ממושכת, התפתחה בחברה הישראלית מודעות לגבי הצורך לשאת באחריות קולקטיבית כלפי כל ילד בסיכון. הכנסת פתחה את הדלת לכך על ידי הקמת ועדה מיוחדת לתופעת ההתעללות בילדים. באוגוסט 1989 הגישה הוועדה את המלצותיה, שאחת מהן היתה "מתן מענים טיפוליים לילדים הנמצאים בסיכון ולהוריהם".

לאור התפתחויות אלה התחילה המחלקה למפעלים מיוחדים לחפש שותפים לחקמת המודל שיתן את המענים הדרושים, בהתחשב ברעיונות שהחלו כבר להתגבש על ידי משרד העבודה והרווחה (העו"ר), הגוינט וכ"ו. בנובמבר 1990 אושר מרכז החרום הישראלי הראשון לילדים ולהוריהם, בקרית אתא, כמפעל מיוחד של המוסד לביטוח לאומי, שיופעל על ידי האגודה "בית לכל ילד בישראל" בתמיכת משרד העבודה והרווחה. גוינט ישראל היה שותף בייזום ובמימון המרכז בקרית אתא בכל שלביו.

הבעייתיות הכרוכה בנושא יצרה אתגר רציני לגורמים המבצעים בשטח, וחדבר גרם לעיכובים רבים בפתיחת המרכז. רק באוקטובר 1993 פתח המרכז את שערו לילד הראשון.

ברצוני להודות לכל צוות החינוכי אשר ליווה את המרכז בתקופתו הנסיונית:

- | | |
|-----------------|--|
| גבי מרים פבר | - פקידת סעד ראשית לחוק הנוער, משרד העו"ר |
| גבי חנה סלוצקי | - פקידת סעד ארצית לחוק הנוער, משרד העו"ר |
| גבי חנה מילר | - מנהלת "בית לכל ילד" |
| גבי נעמי פינטון | - מנהלת מחלקת מפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי |
| גבי חנה כץ | - ראש תחום ילדים בסיכון, גוינט ישראל |
| מר טוביה וינר | - מרכז השרות לילד ולנוער, משרד עו"ר חיפה |
| גבי חוה הגג | - פקידת סעד מחוזית לחוק הנוער, משרד העו"ר חיפה |
| מר שמואל כהן | - פקיד סעד מחוזי, משרד העו"ר חיפה |
| מר אליצור בלום | - מפקח פנימיות משרד העו"ר חיפה |
| מר יצחק פרי | - אחראי על חוק הנוער עיריית חיפה |
| גבי אביבה רשפון | - מנהלת הלשכה לשרותי רווחה ק. אתא |
| מר איציק משניות | - מנהל מרכז חרום לילדים ק. אתא |

תודה מיוחדת לכל צוות המרכז בניהולו המסור של מר איציק משניות, המתמודד במקצועיות ובגישה אנושית חמה עם משברים ולחצים שוטפים הפוקדים את הנוקקים לשרותי המרכז.

המחלקה למפעלים מיוחדים, בניהולה של הגבי נעמי פינטון, השקיעה את מיטב כוחותיה המקצועיים במהלך שנת הנסיון הראשונה להקמת המרכז. תודה לגבי טניה ליף, מרכזת המפעלים המיוחדים, אשר לוותה את הפרויקט באופן אישי במשך כל השנה הראשונה.

מעבר להשתתפות במימון ובפורומים השונים שליוו את הקמת המרכז, המוסד לבטוח לאומי חבטיח את המעקב המחקרי בתקופה הראשונית. דו"ח זה מסכם את שמונת חודשי הפעילות הראשונים של המרכז שהוקם.

תודה לכל מי שתרום לבניית המערכת המחקרית: גבי הדסה האז, ד"ר תמי צמח, ד"ר חיים כהן והגבי יחודית סלעי.

תודה מיוחדת לחוקרת הראשית, גבי חביבה בר ממכון גוטמן למחקר חברתי שמושי, אשר השקיעה ותרמה את מיטב יכולתה המחקרית למען קידום שרות חשוב זה.

לא נותר לנו אלא לאחל המשך עבודה פוריה במרכז החרום בקרית אתא ובמרכזים נוספים שכבר פועלים חיום ביתר חלקי הארץ. תקוותנו היא שהמשך פריסת מסגרות כאלה ברחבי הארץ, תגביר את בטחונם של ילדי ישראל, ותצמצם את האלימות כלפיהם במשפחה.

שלמה כהן
סמנכ"ל מחקר ותכנון

ה ב ע ת ת ו ד ה

=====

תודתי והערכתי נתונח לכל אנשי צוות המרכז אשר בנוסף לעומס ולאחריות הטיפולית הכבדה המוטלת עליהם ניאותרו לחשקיע ממרצם ומזמנם למילוי שפע השאלונים שעליהם מבוססת הערכה מעצבת זו.

תודה על האירות וקבלת הפנים החמה לה זכיתי בכל ביקורי החודשיים במרכז. ראויים לציון מיוחד הם הגבי הדס פוכבי ומנחל המרכז מר איציק משניות שמעורבותם במחקר ובעיקר בתהליך איסוף הנתונים ובשיחות על מימצאי הביניים חיתה רבה ומכרעת ולולא הם לא היה חומר גלם לעבודה זו. הם תרמו לי רבות מנסיונם בחיי חיום-יום במרכז ובהארותיהם. להם התודה והתוקרה.

תודה מיוחדת לגבי נעמי פינטון, מנחלת המחלקה למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי אשר חיתה שותפה בכל שלבי המחקר. כמו כן חיתה תרומתה רבה בעיצוב השאלונים יחד עם הגבי יהודית סלעי ממשד העבודה והרווחה וד"ר חיים כהן. כמו-כן תודה לגבי דבי עובדיה ולגבי אתי לופז על השקעתן הגדולה ותרומתן לסימול השאלונים הרבים ועל השיחות המאלפות שליוו את עבודתנו המשותפת.

כן ברצוני לחודות לגבי חנה מילר, מנחלת "אגודת בית לכל ילד בישראל", ולד"ר רבקה נוביק, האחראית על המחקר באגודה, אשר ליוו, מרחוק אך מתוך אמון, את עבודת המחקר.

תודה לצוות מכון גוטמן: לגבי נעמי מנצור, למר מאיר חזי, לגבי זהבה אלון, ולגבי חיה גרשש, על מסירותם ותרומתם הרבה בהפקת המחקר בשלביו השונים.

תבינה בר

ת מ צ י ת ה מ י מ צ א י ם

- מרכז החירום הטיפולי לילדים ולהוריהם בקרית אתא הוקם כמענה לילדים הנמצאים במצבי סכנה הנובעים מהזנחה ומחתעללות קשה ויש הכרח להרחיקם מהבית.
- ייחודו של המרכז, בתוך מגוון השירותים הקיימים, בכך שהוא מיועד לספק הגנה פיזית וטיפול מידי קצר מועד לאוכלוסיית יעד זאת בלבד.
- המרכז כולל מקלט לילדים ושירותים אבחוניים וטיפוליים.
- במרוצת שמונת החודשים הראשונים לחקמת מרכז החירום הטיפולי לילדים ולהוריהם בקרית אתא בנובמבר 1993, ליוותה הערכה מחקרית את פעולותיו.
- בתקופה זו התקבלו במרכז 29 ילדים אשר טופלו על-ידי 28 חברי צוות טיפולי ומדריכים כאחד. ההערכה מתבססת על מגוון כלים מחקרניים.
- ההערכה התמקדה בתיאור המרכז כפי שהוא תיפקד בתקופת ההערכה, מבחינת דפוסי קליטה, אבחון, התערבות וטיפול בילדים בעת שהייתם במרכז וגם עקבה אחר המשך הטיפול בהם לפחות בתקופה הראשונה שלאחר עזיבתם את המרכז. וכן בתיאור גיבוש נוחלים ודפוסי עבודה של הצוות והמרכז על מורכבותם וייחודיותם.
- מאחר שאלו היו מוקדי ההערכה נכללו בנתונים ובמימצאים: כל הילדים שהיו בקשר כלשהו עם המרכז - גם אלה ששהו בו יום ועד לילד ששהו בו למעלה מ-150 ימים; כל הילדים גם כאלה שהיו לגביהם נתונים חלקיים או מעטים וגם ילדים שהיו לגביהם נתונים מלאים, מפורטים ועשירים במיוחד; כל 35 שבועות ההערכה כולל ששה שבועות שבהם היתה שביתת העובדים הסוציאליים שהשפיעה רבות על עבודת המרכז.
- להלן המימצאים העיקריים:
- מחצית מהילדים שנקלטו במקלט גרים עם שני ההורים הביולוגיים, באופן קבוע או לסירוגין.
 - שני-שלישים מהנקלטים סבלו מהזנחה רגשית ופיזית. כשליש בנוסף לחזנחה גם סבלו מחתעללות פיזית של אחד או שני ההורים. שבעה ילדים סבלו מחתעללות מינית.
 - לשכת הרווחה היתה מעורבת בזיהוי של 25 ילדים, מערכת החינוך ב-19 ילדים והמשטרה ב-15 ילדים.
 - נמצא קשר ברור בין ריבוי הסיבות לקבלת הילד למרכז המעיד על מידת המצוקה שלו לבין טיב, משך וסוגי הטיפול שהוא זכה להם במרכז.
 - נמצאה אבחנה בין ילדים מוזנחים לבין ילדים שהוריהם התעללו בהם, מבחינת אבחון הילד והצבת משימות טיפוליות.
 - צוות המרכז עבד בשותפות עם גורמים בקהילה לגבי 24 מילדי המרכז.
 - השחות הממוצעת במרכז היתה 63 יום. 8 ילדים שהו מעל שלושה חודשים.
 - שני-שלישים מהילדים שבו לבתיהם כאשר הגורמים בקהילה אחראים להמשך הטיפול.
 - מתוך 21 הילדים ששחררו, כל הילדים שזכו לטיפול מתמשך (15) זכו למעקב מצד צוות המקלט.
 - נמצא קשר בין תחושת המתח בעבודה להרגשת סיפוק מהעבודה, הצוות הטיפולי יותר מהמדריכים חש פחות במתח ויותר בסיפוק.
 - בסיכום הדו"ח מובאות מסקנות יישומיות לקידום הטיפול האפקטיבי בילדים וכן לקידום סיכויי הצלחה והתמדה של הצוות במערכת.

תוכן העניינים

1	מבוא
11	חלק א: ילדי המרכז
11	פרק א: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של הילדים שטופלו במרכז ומשפחותיהם
15	פרק ב: תהליך ההפניה והקליטה במרכז
23	פרק ג: תהליך הטיפול בילד ובמשפחתו בעת שהייה במרכז
59	פרק ד: תהליך השחרור
67	פרק ה: תהליך המעקב והטיפול לאחר השחרור
71	חלק ב: תפקוד המרכז וצוותו
71	פרק א: אפיוני הצוות
77	פרק ב: תפקוד המרכז
93	פרק ג: הערכת תחושת הסיפוק בעבודה
97	חלק ג: מבט על תקופת ההערכה
103	חלק ד: מבט כללי על הממצאים ומסקנות יישומיות
119	סקירת ספרות: דבי עובדיה - המוסד לביטוח לאומי
133	נספחים
135	נספח א: מצבת הילדים במרכז ומצבת שאלוני כוח האדם לפי שבוע וילד
137	נספח ב: מדדים
139	נספח ג: נספח מתודולוגי
141	נספח ד: פירוט תכני השאלונים

מ ב א

א. רקע

בישראל, מידי שנה, מוצאים מביתם ילדים בסיכון על פי צו בית משפט בגלל הזנחה ו/או פגיעה פיזית או נפשית. המענים שהיו קיימים עבור ילדים אלה עד לאחרונה נועדו לטפל בילדים עם בעיות מגוונות ללא התמקדות במתן מענה הולם ייחודי לטיפול בבעיותיהם המיוחדות של ילדים אלה. המרכז עליו מדווח בדו"ח זה ומרכזים הדומים לו באים לספק מענה מידי, אבחוני וטיפולי-ספציפי לילדים בסיכון ולחוריהם.

מרכז החירום הטיפולי לילדים בסיכון וחוריהם הוקם בקרית אתא באוקטובר 1993 על ידי אגודת בית לכל ילד בתמיכתם של: משרד העבודה והרווחה, המוסד לביטוח לאומי וגוינט - ישראל, ונועד לשרת את איזור הצפון.

על המרכז ומטרותיו ניתן ללמוד מחוזר המנהל הכללי של משרד העבודה והרווחה מיום 17.10.93.

1. כללי

המרכז הוא שרות לילדים הנמצאים במצבי סכנה הנובעים מהזנחה ומהתעללות מצטברת, או הנמצאים במצבי סכנה המחייבים הרחקה מיידית מהבית. מצבים אלו מחייבים התערבות מקיפה, אינטנסיבית ומתוכננת.

ילדים אלו חיים עם משפחותיהם ובאים מכל שכבות האוכלוסייה. מצבי הסכנה שבהם מדובר נובעים מגורמים שונים. כמו משבר חריף בחיי המשפחה. כתוצאה מכך, הילדים חשופים להתעללות פיזית, מינית, נפשית, למחסור בסיפוק צרכיהם הבסיסיים, להזנחה קיצונית מצטברת.

בחינת החיקף המספרי הידוע של הבעיה מדגישה את עוצמתה.

מורכבות הסוגיה, המוגדרת כתופעת הילד המוכח והמוזנח (abused) לגווניה, מחייבת בניית דרכי התמודדות המשלבים בתוכם ראייה הוליסטית ממוקדת ומקיפה. מערך השירותים הקיים כיום מתמודד עם משימות האיתור, הדיווח והאבחון, אך מתקשה להעמיד את חלופות ההתערבות המתאימות. כתוצאה מכך, נוצר חלל במערך השרותים, אשר שימש כזרז להקמת המרכז.

על רקע זה, תוכננה מסגרת חדשה הכוללת בתוכה מקלט לילדים במצבי חירום והתעללות קשים, יחידת אבחון והתערבות קצרת מועד ויחידה אבחונית, טיפולית ויעוצית-אקסטרנית.

המסגרת אמורה לספק מגוון של מענים התערבותיים להתמודדות עם צרכי הילדים ומשפחותיהם.

המערך הטיפולי של המרכז יסקף את המעבר שחל בעשור האחרון המתבטא בין היתר בראייה המחייבת הפסקת ההתנחגות הפוגעת, מתן דגש למסוגלות לשינוי והכרח בחשיבות מסוגלות החורות. תפיסת עולם זו משתקפת בעובדה שהמרכז יחיה מוגן אך לא חסוי.

טובת הילד היא זו שתנחה את פעולות המרכז.
המרכז יעבוד בגישה של עבודה משותפת עם העובדים הסוציאליים שבמחלקות לשירותים חברתיים, ועם כלל הגורמים הטיפוליים בקהילה המעורבים ברווחת הילד ומשפחתו. כמו כן יהיה המרכז מקור ייעוץ וחדרכה לגורמים אלו.

2. אוכלוסיית היעד

מרכז החירום נועד לשרת ילדים בגילאי 0-14, אך למעשה נועד המרכז לשרת רק ילדים מגיל 6-14 (הגיל לא יהיה מדד יחיד לקליטה, אלא גם מאפייני התנהגות ובעייתיות).

המרכז מיועד לטיפול בילדים ובחוריהם על בסיס צו בית משפט בלבד, כלכלו:

- א. ילדים הזקוקים למקלט בשעת אסון או משבר חריף.
- ב. כאשר יש חשד שנעברה עבירה של התעללות פיזית, נפשית או מינית בתוך המשפחה.

3. תמטרות

מטרות מרכז החירום הן:

- א. להגן על ילדים.
- ב. לסייע להתמודדות של ילדים וחורים במצבי חירום המחייבים ניתוק חד מחבית, ולחפוך את המשבר להזדמנות לשינוי ולגדילה.
- ג. לסייע להתמודדות של ילדים וחורים במצבי משבר, חירום או סיכון בעת שהות הילד בחיק המשפחה.
- ד. לקדם את יכולתם של נותני שירותים טיפוליים בקהילה להתערב במצבי חירום של משבר קיצוני במשפחה ו/או התעללות בילדים.
- ה. לפתח דרכי התערבות חדשות ויעילות ולשמש מקור ידע וייעוץ בנושא ילדים בסיכון.

4. תפוקות מצופות

התפוקות מתייחסות למטרות המרכז כפי שהן חוגדרו לעיל ומתמקדות בשתי אוכלוסיות יעד:

1. ילדים וחוריהם המטופלים על-ידי המרכז.
 2. נותני שירותים בקהילה שיש להם קשר עם המרכז - פקידי סעד לחוק נוער, וכן העובדים שיש להם או היה להם קשר ישיר עם המרכז באמצעות ילדים וחורים שבטיפולם.
- התפוקות תתייחסנה בראש ובראשונה לתוצאות ההתערבות, דהיינו השגת מטרות ההתערבות. כמו כן תתייחסנה התפוקות לביצוע, דהיינו באיזה מידה מתבצע התהליך הטיפולי המתוכנן, אשר אמור להביא לתוצאות המצופות.

4.1 ילדים והורים המטופלים על ידי המרכז:

- הגנה על ילדים.
- אבחון אינטנסיבי ומהיר של ילדים וחוריהם והצעה לתוכנית התערבות (התוכנית תידון ותאושר בועדת החלטה).
- גיוס הכוחות של הילד, החורים והמסגרות התומכות בקהילה, בהתמודדות עם המשבר המידי ועם התוכנית הטיפולית.
- לבצע התוכנית הטיפולית בהתאם ללוח הזמנים שנקבע (כולל התערבות ישירה ו/או ייעוץ לעו"ס במחלקה ו/או מעקב).
- חשגת מטרות הטיפול על פי לוח הזמנים.

4.2 נותני שרותים בקהילה

- ידע ומודעות ביחס למרכז, תפקידיו ודרכי הנגישות אליו.
- ידע וטכנולוגיות לגבי טיפול במצבי משבר חריפים והתעללות.
- שיפור בדפוסי עבודה ספציפיים במצבי משבר בעבודה עם המרכז.

דו"ח מחקרי זה מדווח על דרך הפעלתו של המרכז שהוקם בקרית-אתא בשמונת החודשים הראשונים לקיומו.

3. ההערכה המחקרית

1. מטרות ההערכה

להערכה שתי מטרות עיקריות: (1) קבלת משוב על אופן ההפעלה של המרכז -- מאספקטים פיזיים, מנחליים, ארגוניים ומקצועיים. (2) הערכת התוצרים בהתייחס למטרות המרכז.

ההערכה התמקדה בסוגיות הבאות:

- מדיניות ונוהלי שמירת הקשר בין הילד, המרכז והחורים.
- אפיוני כוח האדם במרכז, חלוקת התפקידים בין אנשי הצוות והערכתם את המידה בה המערכת איפשרה להם לבצע את תפקידם ומה היו הקשיים.
- תהליך השחרור - תכנונו, המעורבים בהחלטה עליו ועל עיתויו, החכנות לקראתו ומערך הליווי אחר הילד ומשפחתו לאחר עזיבת המרכז.
- תיאור דרכי האבחון והטיפול בילד ובמשפחתו.
- האם ובאיזו מידה השיג המרכז את מטרותיו האופרטיביות.
- באיזו מידה תרמו התשומות השונות שהושקעו במרכז לחשגת מטרות אלו.
- באיזו מידה שופר מצב הילדים עקב החגנה והטיפול שניתנו להם, כיצד,
- ובאילו תחומים השיפור ניכר יותר.

- עד כמה מהווה המרכז מענה לצרכי אוכלוסיות היעד הן מבחינת היקף ומגוון המטופלים, היקף והרכב התשומות הטיפוליות לכל מטופל, ואופי תכניות הטיפול ארוכות הטווח המומלצות על ידי המרכז והמתקבלות על ידי בית המשפט.

2. מעמד ההערכה

שמונת החודשים הראשונים להפעלת המרכז (מ-3.11.93 ועד 5.7.94) לוו בהערכה המתבססת על איסוף מידע ונתונים שיטתי שוטף וקבוע ממספר מקורות: טפסים למילוי עצמי של כל חברי צוות המרכז, רישומי פרוטוקולים ותיקים וכן שיחות עם אנשי המרכז.

3. האוכלוסייה הנחקרת

ילדי המרכז

בתקופת ההערכה 3.11.93 - 5.7.94 טופלו במרכז 29 ילדים ובני נוער (לחלן "ילדים"). מתוכם שותררו עד לסיום תקופת ההערכה 21 ילדים.

צוות המרכז

בתקופת ההערכה נכללו בצוות המרכז 28 עובדים. 7 מתוכם מוגדרים כצוות הטיפול (לחלן "צוות טיפולי") הכולל את מנהל המרכז, הפסיכולוגית, שלושה עובדים סוציאליים (לחלן: עו"ס), אם הבית והמורה. כמו כן כולל צוות המרכז גם מבשלת, אשת אחזקה ומזכירת המרכז. במרוצת התקופה 21 סטודנטים מילאו תפקידי מדריכים (לחלן "המדריכים") במשמרות שונות ולפרקי זמן שונים (חלקם חתמידו כל תקופת ההערכה וחלקם עזבו או הצטרפו לצוות במועדים שונים במרוצת ההערכה).

4. כלי ההערכה

מגוון של כלים נוצרו כדי ללמוד על הילדים שטופלו במרכז ועל דרכי עבודתו כדלקמן:

מידע על כל אחד מן הילדים

(1) שאלונים מובנים (סגורים בחלקם) למילוי עצמי של אנשי הצוות הכוללים שני סוגים: (א) שאלונים שבועיים. (ב) סידרת שאלונים לגבי כל ילד שמולאו על ידי אנשי הצוות בהתאם לתהליך הטיפול: שאלון קליטה, שאלון אינטייק, דו"ח על החתנהגות החברתית והאפקטיבית של הילד ושאלון שחרור (פירוט מדויק של השימוש בהם מופיע בעמוד הבא).

(2) תיקי חילדים שבמרכז מחם ניתן היה ללמוד ולחעמיק באפיון מצב הילד ומשפחתו לפני ובזמן השחייה במרכז ובעיקר לעקוב אחר יישום תהליך הטיפול במרכז, וחליווי והמעקב הטיפולי לאחר שהילד עזב את המרכז.

מידע על דרכי עבודת המרכז וצוותו

(1) באמצעות יומני עבודה מובנים וסגורים למילוי עצמי של כל אחד מאנשי הצוות שמטרתם תיעוד העבודה השוטפת במרכז מידי שבוע.

(2) פרוטוקולים של ישיבות המליאה השבועיות של צוות המרכז.

(3) שיחות תקופתיות (אחת לחודש) עם מנחל המרכז ואשת הקשר לביצוע החערכה.

(4) ביקורים סדירים במרכז ומגע בלתי אמצעי עם הילדים ואנשי הצוות שנכחו בעת הביקור.

כלי המחקר*

=====

<u>שם הכלי</u>	<u>למי מיועד</u>	<u>ממלא</u> <u>השאלון</u>	<u>תכיפות מילוי</u> <u>השאלון והכלי</u>
טופס קליטה (כרטיס 01)	לכל ילד המופנה למרכז (כולל ילדים שיידחו)	עובד סוציאלי של המרכז בסיוע של העובד הסוציאלי בקהילה.	בעת ההפנייה
שאלון אינטייק (כרטיסים 02-04)	לכל ילד שמתקבל (לכל סוג טיפול פנימיח/ אקסטרני)	עובד סוציאלי של המרכז	בעת ההפנייה
דו"ח התנהגות חברתית ואפקטיבית של הילד (כרטיס 06-08)	לכל ילד בטיפול	מטפל אישי	אחת לחודש (כשלושח דו"חות במשך הטיפול)
טופס שחרור סיום טיפול (כרטיס 05)	לכל ילד שמסיים טיפול/משתחרר	אחראי על הילד	בעת שחרור/ סיום הטיפול
דו"ח התערבויות הצוות בטיפול בילד ובמשפחתו - שאלון לעו"ס/פסיכולוגית	לכל ילד במרכז	עו"ס/ פסיכולוגית	כל שבוע
דו"ח התערבויות הצוות בטיפול בילד ובמשפחתו - שאלון למדריך (כרטיסים 08-20)	לכל ילד במרכז	מדריכים	כל שבוע
יומן עבודה שבועי	אנשי הצוות	כל אחד מאנשי הצוות	כל שבוע
תיקי הילדים	לכל ילד	סקירות של עו"ס ורישומים של אנשי צוות	לא קבועה
פרוטוקולים		רישום ישיבות מליאה	כל שבוע
שיחות		מנהל המרכז אשת הקשר ואחרים	אחת לחודש

ג. מגבלות ההערכה המחקרית והשתמעויותיהם

להערכה מגבלות של תוקף ומחימנות הקשורות בדיווח עצמי ונוספים להם קשיים האופייניים לבדיקת שינויים לאחר הפעלת התערבויות (פירוט לחלן). כמו כן, המימצאים הם ראשוניים ומתייחסים לתקופת זמן מוגבלת ולקבוצות קטנות יחסית של ילדים ואנשי צוות.

עיתוי ההערכה - כאמור, ההערכה החלה במקביל לפתיחת המרכז לקליטת ילדים 3.11.93 ונמשכה כשמונה חודשים עד 5.7.94. עם זאת תחילת העבודה הקשורה בהפעלת המרכז (איתור מקום, רכישת ציוד, גיוס כוח אדם וחכשרתו ועוד) החלה זמן רב קודם לכן (יותר משנה לפני מועד הפתיחה). בפתיחת המרכז חלו עיכובים רבים ושיבושים בגלל התנגדויות השכנים לפתיחת מרכז החירום לילדים במקום בו הוא הוקם. כמו כן חיו חילופי מנהלים סמוך מאד למועד פתיחת המרכז לקליטת ילדים. שיבושים אלו לא תרמו לתחושות של בטחון ויציבות אצל הצוות המקורי שגויס והוכשר לעבודה במרכז, תחושות שהן חשובות לכל צוות העוסק בהקמת פרויקט חדש וחדשני ובזדאי לצוות של פרויקט כה מורכב ורגיש כמו מרכז החירום לילדים.

אף כי שביתת עובדים סוציאליים היא אירוע נדיר, הרי שבתוך תקופת ההערכה פרצה שביתת העו"ס שנמשכה כשבעה שבועות. השביתה פרצה כחודש לאחר חופשת הפסח שהיא כשלעצמה דיללה את היקף החפניות של ילדים למרכז כך שבמשך כשליש מתקופות ההערכה (10 שבועות מתוך 35 שבועות המחקר) היו מעט חפניות, צמצום בהיקף הילדים ולכן גם של הצוות במרכז, וכן עוכב הביצוע של תכניות טיפוליות ארוכות טווח כולל שחרור ילדים למסגרות חוץ-ביתיות.

מספר הנחקרים והיעדר דיווח מלא עליהם -- המספר הקטן של הנחקרים -- 29 ילדים ו-28 אנשי צוות מחייב נקיטת זהירות מירבית בהכללת המימצאים, אך גם מגביל מאד את העיבודים המחקריים.

יתר על כן, המילוי השבועי של שאלון לכל ילד על ידי כל אחד מאנשי הצוות הטיפולי והמדריכים, משך השעות השונה של כל ילד במרכז, מספר שונה של אנשי צוות טיפולי ומדריכים בשבועות השונים של ההערכה יוצר עושר נתונים רב לגבי חלק מן הילדים (עד יותר מ-230 שאלונים שבועיים לילד בכל תקופת שהייתו במרכז) לעומת היעדר נתונים שבועיים לגבי חלק אחר (ל-5 ילדים אין שאלונים שבועיים כלל). כמו כן העומס הרב והנצבר שהיה מוטל על הצוות כולו ועל הצוות הטיפולי בפרט, לא איפשר תמיד, בעיקר בתקופה האחרונה של ההערכה, למלא שאלונים שבועיים, כך שלגבי 12 ילדים אין כלל שאלונים שבועיים של הצוות הטיפולי.

כדי להתגבר על מגבלה זו השתמשנו בשיטות ניתוח רב-משתניות מותאמות לקבוצות קטנות (POSAC -- ראה הסבר קצר בנספח). יתירה מזו, בגלל מספר הנחקרים הקטן ניתן לראות בממצאים מגמות ונטיות בכיוון זה או אחר בלבד ואין להתייחס יתר על חמידה למספרים ולאחוזים עצמם.

קשיים במדידת שינויים -- כאשר אנו בודקים את השינוי שחל בין מועדים שונים (מקליטת חילד במרכז לאורך נקודות זמן רבות במשך שהייתו במרכז ועד לשחרור ממנו ואף לאחר מכן בתקופת המעקב) אנו עומדים בפני סוגיות רבות כמו - מה ייחשב לשינוי משמעותי? איזה היקף של שינוי באיזה כיוון? כיצד ניתן לפרש חוסר שינוי של מטופלים או שינויים מחזוריים של עליה/שיפור, ירידה/נסיגה ושוב עליה/שיפור באפקטים של שינויים, דחינו בכיוונים משתנים וסותרים? ואם שינוי כלשהו התרחש, אך בכיוון בלתי רצוי? מתי יש למדוד את השינוי כדי שייחשב משמעותי? ומה המשמעות של שינוי כאשר הבדיקה נערכת בסמוך לזמן שחרור חילד מהמרכז? ומה ניתן ללמוד מכך על משך זמן אפקט השינוי על חילד ועל חוריו.

מינוחי השאלונים

כמקובל, שאלוני המחקר נוצרו עוד טרם שנפתח המרכז והחלה עבודת הצוות על כן לעיתים המינוחים השגורים בשאלונים הינם כלליים מדי, כפופים למספר פרשנויות אפשרויות (כגון המינוח בעיות משמעת) ואף אינם מדויקים.

7. מבנת הדו"ח

מספר כללים הנחו את דרך הצגת ההערכה: (1) הממצאים מוצגים בשני חלקים נפרדים בחתאם לאוכלוסיות הנחקרים: (א) ילדי המרכז ו-(ב) תפקוד המרכז וצוותו, ובסופם פרק סיכום המציג מבט כללי על הממצאים ומסקנות יישומיות. (2) בחלק הראשון המיועד לילדי המרכז ישנם מספר פרקים לפי תחליך הטיפול בילד ובמשפחתו החל בהפניה ובקליטה ועד למעקב שלאחר השחרור. (3) הממצאים הנוגעים לילדים מוצגים בתחילה ברמת כלל הילדים, ואחר כך מוזכרים אפיוני הילדים הבולטים במיוחד. כל הממצאים מוצגים ברמת ילדים כיחידים, אף כי חלקם משתייכים לאותה משפחה כיון שלכל ילד אפיוני מצוקה ייחודית משלו שהיא תוצר משולב של אישיותו, גילו, תגובותיו למצב ויחס שונה של החורח כלפיו. (4) מוזכרים רק אותם קשרים (מיתאם פירסון) בין משתנים שנמצאו מובהקים לפחות $p < 0.05$. (5) 35 שבועות ההערכה חולקו על בסיס בדיקה אמפירית ל-4 תקופות לפי: מספר הילדים המטופלים במרכז בכל תקופה, ולפי הערכות הצוות את אופרת המרכז. בתקופה הראשונה -- 11 שבועות כשמספר הילדים נע מ-1 עד 9 כשרובם משתייכים לקבוצות משפחתיות ואופרת המרכז רגילה (דומה למוצע הכללי). תקופה זו מכונה תקופת ההתארגנות. התקופה השנייה -- 9 שבועות (משבוע 12 ועד 20) ובה 10-13 ילדים, רבים מהם מתבגרים ובכללם 4 בנים

שהוגדרו על ידי הצוות הטיפולי כבעלי יקשי התנהגותי ושלוש מתוכם אף כלא מתאימים למרכזי. ילד אחד מהם אף הופנה והתקבל למרות התנגדות המרכז. זוהי תקופת שיא המתח על פי הערכות הצוות (לחץ יתקופת השיא במספר הילדים). בתקופת השלישית -- 9 שבועות (משבוע 21 ועד שבוע 29) והיא מקבילה לתקופת חופשת הפסח ורוב תקופת שביתת העו"ס והיא התקופה הרגועה ביותר להערכת הצוות ובה היו בתחילתה 9 ילדים וברובה 2 ילדים (לחץ יתקופת הרגיעה). התקופה הרביעית -- 6 שבועות (משבוע 30 עד שבוע 35) ובה 5-8 ילדים, באוירה רגילה של פעילות (לחץ יתקופת הפעילות). (6) בחלק השני המתייחס לצוות המרכז ולתפקודו יובאו בתחילה מימצאים "אובייקטיביים" כפי שהם עולים מן הפרוטוקולים ולאחריהם מימצאים המבוססים על עמדות הצוות כפי שבאו לידי ביטוי בשאלונים. (7) בסיום מובא דיון כוללני המשקף כיוונים שעולים מן המימצאים, תוך מתן דגש על מסקנות יישומיות שנובעות מהפעלת המרכז והשוואה בין החזון (כפי שהוא משתקף בחזר מנכ"ל) למעשה (מימצאי המחקר בשמונת חודשי ההערכה). לפני הנספחים מובאת סקירת ספרות.

ח ל ק א : י ל ד י ה מ ר כ ז

פ ר ק א

מ א פ י נ י מ ס ו צ י ו - ד מ ו ג ר פ י מ ש ל י ל ד י ה מ ר כ ז ו מ ש פ ח ו ת י ה מ

מין וגיל. במרוצת שמונת חודשי ההערכה טופלו במרכז 29 ילדים, המשתייכים ל-20 משפחות. 17 מהם בנות ו-12 בנים. ניתן לחלק את הילדים לשלוש קבוצות גיל בעת ההפנייה הצעירים -- 9 ילדים (31%) היו בני 4-6; 9 ילדים היו בני 7-10; וכן 11 מתבגרים -- 5 מהם היו בני 11 ו-6 היו בני 12-13. כאמור בתקופת השיא במספר הילדים בולט מספר המתבגרים הגבוה.

ישוב המגורים. רב הילדים (24 מהם המהווים 83%) היו מישובים סמוכים למרכז במרחק של עד שעת נסיעה, בכללם כל הקריות, חיפה, טירת הכרמל, נשר ונהריה. שלושה ילדים (10%) הגיעו מנצרת עילית, מכרמיאל וחדרה. 2 ילדים (7%) טופלו במרכז אף כי אין הם שייכים לאיזור הצפון לאחר שהם טופלו בעבר במרכז החירום בירושלים ונוקקו מחדש לשירות זה, אך מטעמים טיפוליים הועדף המרכז המרוחק מביתם.

15 ילדים (52%) חיים עם שני החורים הביולוגיים באופן קבוע או לפחות לסירוגין. 10 ילדים (34%) חיים עם האם הביולוגית כשאין אב תורג. הוריהם של 12 ילדים (41%) נשואים וחיים יחד. הורי 10 ילדים (34%) הם גרושים.

התעללות שכיחה יותר במשפחות בהן יש זוג הורים נשואים ($r=.50$).

ארץ לידה. 22 מן הילדים (76%) הם ילידי ישראל, 4 (14%) עלו מאתיופיה ו-3 (10%) עלו מארצות חבר העמים.

ילדים ילידי ישראל בוגרים יותר ($r=.44$) וסובלים יותר מהתעללות ($r=.46$).

כל הילדים שלא נולדו בישראל חיים במשפחות חד-הוריות ולמעט שני ילדים יתומים מאם לכולם אין כלל דמות אב.

מספר האחים והאחיות. רב הילדים גדלו במשפחות בהן יש לפחות שני ילדים כשרובם גדלו בבית. מספר גדול יותר של ילדים יש במשפחות בהם החורים נשואים ($r=.54$). ככל שגיל האחים צעיר יותר, כן סובלים הילדים מהזנחה ($r=.63$).

הימצאות אחים במרכז. כמחצית הילדים הגיעו למרכז לבדם. 8 ילדים (27%) באו עם אח אחד נוסף (דחינו, 4 זוגות אחים), שלושה ילדים השתייכו למשפחה אחת וארבעה ילדים אחרים למשפחה אחרת.

ילדים שגם אחיהם טופלו במרכז בניגוד לילדים שהגיעו לבדם, שחו בממוצע יותר זמן במרכז ($r=.46$). כמו כן צוינו יותר מניעים לקבלתם ($r=.63$). אף כי אין הם סובלים מהתעללות בעיקר ($r=-.47$).

שהייה קודמת מחוץ לבית. 19 ילדים (65%) לא שחו בעבר, טרם קליטתם במרכז, מחוץ לביתם. הילדים שחיה להם נסיון בעבר בשהייה מחוץ לבית היו יותר בכפרי ילדים ובמשפחות אומנות. ילדים אלו היו בוגרים יותר ($r=.56$) חוריהם גרושים ($r=.43$) וחם שחו זמן ממוצע רב יותר במרכז ($r=.44$).

מצב סוציו-כלכלי של המשפחה. לגבי 20 ילדים יש מידע, ולו חלקי, על מצבה הכלכלי של משפחתם. 12 ילדים (71% מתוך 17 שיש לגביהם מידע בעניין זה) הצעירים יותר, חיים בתנאים פיזיים וחומריים גרועים המשקפים גם את רמת ההזנחה הכללית של הילד ($r=.86$). 18 ילדים (62%) חיים במשפחות בהן עבודה היא מקור ההכנסה העיקרי. במשפחות של: 9 ילדים (45%) מקבלים קיצבת ביטוח לאומי, 2 ילדים (10%) - חבטחת הכנסה, 4 ילדים (20%) - קצבאות אחרות. למשפחות של 3 ילדים (15%) עוזרים קרובי משפחה ו-5 (25%) ילדים חיים במשפחות בהן מקור ההכנסה הוא סל עלית.

אבות ואמהות של 15 ילדים (52% מכלל הילדים) עובדים: האבות של 9 ילדים (60% מן האבות העובדים) במשרה מלאה ובאופן קבוע, ואילו האמהות, גם כן של 9 ילדים (60%) עובדות במשרה חלקית ולא קבועה. רק לגבי 17 ילדים (59%) ידועה השכלת החורים. השכלת שני החורים דומה -- 10-11 שנות לימוד. 8 ילדים (27%) חיים עם אמהות ואבות המגדירים עצמם מסורתיים. ל-14 ילדים (48%) אמהות חילוניות בחשוואה ל-9 ילדים (31%) שאבותיהם חילוניים.

ילדי משפחות שמקור הכנסתם העיקרי אינו עבודה, צעירים יותר ($r=.62$), חוריהם גרושים ($r=.64$), צוינו סיבות רבות לקבלתם למרכז ($r=.55$), והם סובלים מרמת מצוקה גבוהה יחסית ($r=.45$).

שירותים שהילד והמשפחה קיבלו קודם לכניסה למרכז. רב הילדים שטופלו במרכז לא קיבלו כל שירות מן הקהילה בה הם חיו. ילדים שקיבלו שירותים חיים יותר במשפחות שבחן החורים גרושים ($r=.53$), 8 ילדים (27%) שחו באומנה יומית. 6 ילדים (21%) קיבלו טיפול נפשי וחורי 3 ילדים (10%) קיבלו אף הם טיפול נפשי פרטני.

4 ילדים (14%) שחו במסגרות בשעות אחר-הצתריים.

הערכת היחסים במשפחה. לגבי לפחות 13 מן הילדים (45%) אין רלבנטיות או אפשרות לבחינת היחסים הזוגיים של החורים כי הילדים יתומים מאחד החורים או שהם חיים במשפחות חד-חוריות או שאין מידע לגביהם. אצל רוב החורים החיים יחד (של 11 ילדים) יש מתחים, ריבים, קשרים בעייתיים. ואף אלימות פיזית או לפחות חלוקת תפקידים בעייתית. אצל מיעוטם (חורי 6 ילדים 21%) קיימים יחסי עזרה ואף חיבה לפחות במידה מסוימת.

רב החורים הביולוגיים שאינם חיים עם ילדיהם (8 מתוך 10 - 80%) אינם משתפים פעולה עם החורה שמגדל את הילד; עם זאת רק 4 (50%) מתוכם מפריעים להורה המגדל. חורי 9 ילדים (31%) התעללו (פיזית ו/או מינית) לא רק בהם אלא גם בילדים אחרים במשפחה.

15 ילדים (52%) חיים במשפחות שלהן קשרים טובים עם המשפחה המורחבת. בנוסף להיעדרות מוחלטת של אחד ההורים מחיי 8 ילדים (27%) בגין מות, השאריות בחו"ל או ניתוק מגע מוחלט, להורים הקיימים של רוב הילדים (23% 79%) יש לפחות בעיה אחת גופנית, נפשית או התנהגותית. על פי דיווחי הצוות, תבעיה השכיחה ביותר בקרב אמהות (ל-8 ילדים 27%) היא הפרעות נפשיות ואילו תבעיות השכיחות אצל האבות הן עבריינות (7 ילדים 24%) והתמכרות לסמים או לאלכוהול (6 ילדים 21%). כחמישה מהם (71%) נמצאים בכלא.

רב הילדים חיים במשפחות בהן יש שילוב של בעיות או בגלל שלאחד ההורים יש מספר בעיות או שלשני ההורים יש בעיות או בגין קיומן של בעיות אצל החורח היחיד הקיים בעולמם, כמפורט לחלן:

לוח א-1: הילדים לפי מספר הבעיות במשפחה

	מספר הילדים	%
סח"כ	29	100
0 בעיות	6	21 ¹
בעיה אחת	13	45 ²
שתי בעיות	3	10 ³
שלוש בעיות	3	10 ⁴
ארבע בעיות	1	3
שבע בעיות	3	10

- 1 (בכלל זה ילד שאין לו אף דמות חורח).
- 2 (מתוכם ל-4 ילדים אין אב או דמות אב).
- 3 (לילדה אחת אין אם).
- 4 (לשני ילדים אין דמות אב).

הזנחה שכיחה יותר במשפחות בהן לאב יש הפרעות נפשיות. ילדים של אבות בעלי רקע עברייני, מכורים, וכלואים, ושל אמהות העוסקות בזנות -- משתייכים יותר למשפחות בהן יש שני הורים נשואים המתעללים פחות בילדיהם ($r=.60$). מצוקה גבוהה יותר יש לילדי אמהות נכות גופנית ($r=.41$) או מכורות לסמים או לאלכוהול ($r=.43$).

סיכום*

- בקרב 29 הילדים ששהו במרכז והמשתייכים ל-20 משפחות, היו 17 בנות ו-12 בנים בטווח הגילים מ-4 ועד 13.1/2, שגילם הממוצע היה 8. רובם היו מישובים סמוכים למרכז; ילדי הארץ אם כי היו גם 7 ילדי עולים מאתיופיה ומחבר העמים. כל ילדי העולים היו במשפחות חד-הוריות; 15 מן הילדים שהו במרכז כשלפחות גם אחד מאחיהם שוהה בו זמנית במרכז.
- עבור כשני-שלישים מן הילדים (19) זהו נסיונם הראשון מחוץ לבית והם חיים במשפחות בהן מקור ההכנסה העיקרי הוא עבודה.
- כמחצית הילדים חיים עם שני ההורים הביולוגיים באופן קבוע או לסירוגין. הורי 10 ילדים גרושים וילדים רבים (34%) גרים רק עם האם.
- להורי כשליש מן הילדים יש מספר בעיות גופניות נפשיות או התנהגותיות. הבעיה השכיחה ביותר של אמהות היא הפרעות נפשיות ואצל האבות עבריינות והתמכרות לסמים או לאלכוהול.

* רשימת הישובים/חלשכות מהם הגיעו הילדים למרכז: קרית-אתא, קרית-ביאליק, קרית-חיים, קרית-מוצקין, נשר, חוף הכרמל וחיפה, טירת הכרמל, נהרית, נצרת-עילית, כרמיאל, חדרה וירושלים.

ת ה ל י ך ה ה פ נ י ה ו ה ק ל י ט ה ב מ ר כ ז

1. סיבות ההפניה

כל הילדים הופנו למרכז בתוקף צו בית-משפט. מרביתם (26 ילדים 90%) בתוקף צו חירום ו-3 (10%) בתוקף צו החלטי. רק הפניתם של 3 ילדים (10%) היתה מתוכננת מראש.

לוח ב-1: שכיחות גורמי סיכון שהובילו להפנית הילד למרכז

מספר ילדים %		מספר ילדים %		
17	5	65	19	הזנחה רגשית במידה מסכנת
17	5	59	17	הזנחה חומרית במידה מסכנת
17	5	55	16	חשש סביר להתעללות פיזית
				גורמים אחרים: הזנחה
		32	9	התעללות פיזית מוכחת של האם
11	3	25	7	התמוטטות תפקיד החורות
		24	7	התעללות פיזית מוכחת של האב
4	1	24	7	חשש סביר להתעללות מינית
3	1	21	6	נטישת הילד על ידי החורים

אירועים של הזנחה רגשית וחומרית וכן חשש להתעללות פיזית הם השכיחים ביותר בחיי ילדים שהופנו למרכז. כמו-כן, כשליש מהילדים חוו סוגים שונים של התעללויות מחד וכרבע מהם משברים שונים אצל החורים שהביאו להפסקת תפקודם כחורים, מאידך.

לגבי רוב הילדים יותר מגורם אחד הוביל לתוצאתם מן הבית, והם סבלו ממספר גורמי סיכון. בו-זמנית כאשר קרוב לשני-שלישים מהילדים סבלו מחזנחה רגשית ומחזנחה פיזית. כששליש מהם סבלו בנוסף לחזנחה גם מהתעללות של אחד או של שני החורים. מהתעללות מינית מוכחת או מחשש לה סבלו 6 בנות ובן אחד (24%).

לוח ב-2: כמות וסוג גורמי הסיכון מהם סבלו הילדים טרם הפנייתם

אפיוני גורמי הסיכון מהם סבלו הילדים:			מספר גורמי הסיכון מהם סבלו הילדים:		
מספר הילדים	%	מספר הילדים	%	מספר הילדים	%
29	100	29	100	29	100
5	17	9	31	9	31
12	41	2	7	2	7
6	21	6	21	6	21
6	21	8	27	8	27
6	21	4	14	4	14

לאור הממצאים יצרנו שלושה מדדים מדד מצוקה - שהוא פרופיל המשקף את מגוון גורמי הסיכון מהם סבלו הילדים טרם הפנייתם למרכז; מדד התעללות פיזית - המבחין בין ילדים שסבלו מהתעללות פיזית של שני החורים, של אחד מהם ועד ילדים שכלל לא סבלו מהתעללות פיזית; ומדד הזנחה - המשקף הזנחה מלאה -- רגשית וחומרית, הזנחה חלקית בתחום אחד והיעדר הזנחה (ראה פירוט בנספח א').

מדד המצוקה נמצא קשור יותר להזנחה חומרית ($r=.48$), אך גם להזנחה רגשית ($r=.45$), ולחיעדר מטפל בילד ($r=.41$). סימני ההזנחה הגלויים הם חוסר לבוש מתאים ($r=.45$), חוסר נקיון אישי ($r=.41$), היעדר מזון מתאים וארוחות סדירות ($r=.40$) והיעדר חברים ($r=.48$). ככל שהמצוקה רבה יותר כן היו יותר שיקולים לקבלת הילד למרכז ($r=.55$), חושקעו בילדים אלו יותר פגישות טיפוליות ($r=.73$) ונמצא שיש חשיבות לחשאירם את מלוא משך חשהות במרכז (תקופת שלושת החודשים שהם זמן חשהות המוגדר בחוזר המנכ"ל), כי אז הם מגלים יותר אמון בצוות ($r=.81$), מפתחים קוד מוסרי פנימי (מבטאים צער וחרטה) ($r=.91$) ומוכנים יותר לחשקיע מאמץ כדי להצליח ($r=.81$).

הזנחה והתעללות הם ברוב המקרים -- אם כי לא תמיד -- שני דפוסי התנהגות שונים של החורים הדורשים אבחון וטיפול שונים גם בילדים.

מדד הזנחה משקף יותר חסר ואי-יכולת של החורים לטפל ולחשגיח על ילדיהם בחתאם לצרכיהם החומריים ($r=.97$) והרגשיים ($r=.77$). הזנחה שכיחה יותר במשפחות תד-הוריות ובמשפחות בחן האם סובלת מנכות ($r=.41$). הוצאת הילד למרכז מלווה בחסכמה ($r=.60$). משפחות אלו מוכרות יותר לשירותים החברתיים וזכו יותר גם בעבר לקבלת מגוון שירותים ($r=.46$). הזנחה קלה יותר יחסית לאבחון כשהדגש בטיפול הוא בחיזוק כשר ההתמודדות של הילד ($r=.56$).

התעללות (על פי המדד והמימצאים במחקר זה) היא יותר פגיעה אקטיבית פיזית של אחד או שני ההורים בילד והיא קשורה להפיכת הילד לקורבן של ההורים בגלל מצוקותיהם, לרוב ביחסים הזוגיים. אזי, הם משפילים את הילד ($r=.59$), מגנים אותו ($r=.66$), ומענישים אותו ($r=.66$). עם זאת בצד ההתעללות קיימת גם מסגרת משפחתית בה לילד יש ספרים ומקום להכין שיעורים ($r=.54$), המבטאה עניין ותשומת לב של ההורים בילד ואף קיימת הקפדה (לרוב נוקשה) על כללים עקביים ($r=.64$), וסדר יום קבוע ($r=.76$). ההורים נמצאים בקשר עם המסגרת החינוכית ($r=.52$), ואף מקפידים לשלם עבורה ($r=.65$). ילדים שחוריהם התעללו בהם סובלים יותר מחשפעות על אישיותם: פגיעה ביכולת הריכוז ($r=.72$), וחוסר בטחון ($r=.54$), הילדים סובלים מחרדות ($r=.49$), ומסימני זכאון ($r=.45$), מתחושה שהם לא אהובים ($r=.48$), ואף מתחושת "שעיר לעזאזל" ($r=.54$). הטיפול בילדים אלו מורכב וקשה והם מבטאים יותר חוסר אמון בצוות ($r=.58$) ורצון לברוח מהמרכז ($r=.49$). עיקר הטיפול במצבי התעללות ממוקד בחיזוק כשר ההתמודדות של ההורים ($r=.51$), ושיפור יחסיהם הזוגיים ($r=.58$). ילדים בוגרים ($r=.62$), ילדי משפחות שבהן ההורים נשואים ($r=.50$), ויותר ילדים בתקופות השיא במספר הילדים ובתקופת הרגיעה של המרכז סבלו מהתעללות.

הסיבות המוגדרות להפנית הילד למרכז היו: 9 ילדים (31%) הופנו בגלל הזנחה קשה ועזובה רגשית ופיזית, 12 ילדים (41%) הופנו בגלל הכאות, התעללות ואלימות כאשר 8 (66%) מתוכם התלוננו על כך; 6 ילדים (21%) נזקקו למסגרת מגנה עליהם או מפניהם, בכללם: 2 ילדים (33%) שחיו נתונים לניצול מיני על ידי גורם מחוץ למשפחה, ו-2 ילדים שהגיבו בצורה אלימה כלפי אמותיהם ו/או רכוש; 2 ילדים (10%) אינם מבקרים ביקור סדיר בבית הספר ו/או משתתפים במעשי עבריינות עם החורה.

2. הגורמים המפנים

כאמור בכל 29 ההפניות למרכז היתה מעורבות של פקיד סעד. בזיהוי הסיכון של 25 מן הילדים (86%) היתה שותפה לשכת הרווחה ובתוכה כצפוי שני מקורות עיקריים סייעו במידה שווה באיסוף המידע שהביא להחלטה להפנות את הילד למרכז, עו"ס בקהילה ופקידי סעד מקומיים. עיקר מעורבותם התבססה על טיפול מתמשך במשפחותיהם של 15 ילדים (52%). מעורבות גורמי קהילה היתה בעיקר במשפחות בהן ההורים גרושים ($r=.43$), כשעיקר המצוקה של הילדים אינה נובעת מהתעללות ($r=-.42$).

ועדת ההחלטה של 15 ילדים (52%) התקיימה טרם או מיד בסמוך למועד הגעתם למרכז, ואילו אצל יתרים (48%) התקיימה ועדת ההחלטה במועד מאוחר יותר, כשעיקר המעורבות היתה, כצפוי, המלצה על הוצאה מהבית.

4 ילדים (14%) נשלחו לבית חולים כדי לבדוק ו/או לוודא סימני תבלה.

גורמים נוספים שימשו כגורמי איתור הסיכון:

המשטרה היתה מעורבת ב-15 הפניות של ילדים (52%). 6 ילדים (21%) נחקרו על ידי חוקרת נוער; הורי 6 ילדים (21%) נעצרו; ונגד הורי ילד אחד (3%) הוגשה

תלונה במשטרה. גם נגד 2 ילדים (7%) חוגשו תלונות במשטרה על ידי הוריהם. ילדים שחמשטרה היתה מעורבת בזיכוי הסיכון שלהם או כמקור מידע על מצבם סבלו יותר מחתעללות ($r=.47$).

מערכת החינוך היתה מעורבת באיתור הסיכון של 19 מהילדים (65%), כש-7 מן הילדים (37%) פנו ביוזמתם או דיווחו על מצבם בשיחה עם פסיכולוגית בית-הספר. באיתור הסיכון של 6 מן הילדים (21%) היתה מעורבות של גורמים אחרים מקהילת המשפחה כגון שכן; ועל מצבם של 4 ילדים (14%) דווח על ידי קרוב משפחה.

3. נסיבות הקליטה במרכז

רוב הילדים הגיעו למרכז בשעות בהן נמצא הצוות הטיפולי ו-25 מהם (86%) הגיעו מלווים בפקידת סעד או עובד סוציאלי.

בשישה מתוך שמונת החודשים התקבלו בכל חדש כ-3-4 ילדים (10%-14%).

בחודש פברואר התקבלו רק 2 (7%) ובדצמבר -- כחדש לאחר פתיחת המעון לקליטת ילדים -- התקבלו 6 ילדים (21%).

ילדים שהתקבלו בחודשים הראשונים, שהו בממוצע זמן ארוך יותר במרכז ($r=.63$), הצוות הטיפולי העריך שהם קיבלו מגוון רחב יותר של טיפולים ($r=.75$), שהיה מותאם גם לריבוי חסיבות לקבלתם במרכז ($r=.55$). בחודשים המאוחרים יותר נתקבלו יותר ילדים שסבלו מחזנחה ($r=.40$).

רוב גדול של 21 ילדים (72%) ביטאו הסכמה להוצאתם מהבית.

כמחצית מהילדים (13) בטאו נכונות ורצון להיקלט במרכז. 5 ילדים (17%) בכו בעת הבאתם למרכז, 2 ילדים (7%) היו מבולבלים ו-2 (7%) שתקו. 2 ילדים (7%) ניסו לברוח וילדה אחת סירבה לקיים קשר עם המשפחה, הצוות הטיפולי תיאר 12 ילדים (41%) שנדרשה, בעת הגעתם, פעילות מיוחדת של הרגעה או הימצאות עם הילד (4 ילדים המהווים 14%), או מתן הסבר על הסיבות להוצאתם מן הבית (3 ילדים - 10%). אמהות של 6 ילדים (21%) ואבות של 2 ילדים (14%) הביעו הסכמה להוצאת הילד מהבית. 12 ילדים (41%) הוצאו ישירות מהמסגרות החינוכיות בהן הם שהו כך שהוריהם לא ידעו על כך בעת החגעה עצמה אלא מספר שעות לאחר מכן. 12 אבות ואמהות הביעו התנגדות ממשית. התנגדות זו לא היתה מלווה בויכוחים חריפים (אצל חורי 22 ילדים 76%) ואו באלימות פיזית (של חורי 24 ילדים). חורי 6 ילדים (21%) היו אמביבלנטיים וחורי 4 ילדים (14%) בכו למרות הסכמתם. המשפחה התנגדה להוצאת 4 מן הילדים (14%), דבר שהגביר את קשיי הפרידה שלהם. חורי 3 ילדים (10%) הגיבו באלימות פיזית וחורי 2 ילדים נוספים (7%) באלימות מילולית.

4. מצב הנקלטים

מתוך 21 ילדים (72%) שהיה מידע ברור ביחס למצבם הבריאותי בעת הקליטה, רובם היו בריאים. 5 ילדים (24%) קיבלו טיפול תרופתי באמצעות רטלין, ל-2 ילדים (9%) היו קשיי נשימה אלרגיים או אלרגיה בעור; ו-2 ילדים (9%) סבלו מליקויים מוטוריים. ילד אחד (5%) סבל מאסטמה (כרונית) והיה חשד לאפילפסיה אצל ילד אחד.

כבר בעת הקליטה לאור מידע קודם וכתוצאה מאבחון מידי, הוגדרו 12 ילדים (41%) כתוקפנים על הצוות רובם (7 ילדים 24%) היו תוקפנים כלפי ילדים אחרים ויתרם: כלפי רכוש (2 ילדים - 7%); כלפי אחים ששהו עמם במרכז (ילד אחד - 3%); או תוקפנות עצמית (ילד אחד - 3%).

ל-10 ילדים (34%) היו בעיות אכילה לרובם בעיות של אכילת יתר, (7 ילדים); 2 ילדים אכלו בצורה לא מספקת ולא בריאה וילד אחד סבל מהרעבה; 8 ילדים (27%) סבלו מבעיות בשנתם; 6 ילדים (21%) סבלו מהרטבה בעיקר בשעות השינה; 6 ילדים (21%) "עסקו" בבריחות אם באופן דמיוני (3 ילדים) או בנסיונות לברוח או להסתתר; 4 ילדים (14%) לא שלטו על צרכיהם; 3 ילדים (10%) הוגדרו כמתפקדים ברמת פיגור קל.

5. שיקולי קבלת הילדים למרכז

צוות המטפלים התבקש להעריך עשרה שיקולים העשויים להוות הסבר לקבלת הילדים למרכז וניתן להתייחס אליהם כקריטריוני קבלה.

לוח ב-3: התפלגות הילדים לפי סדר שיקולי קבלתם למרכז

השיקול היווה "במידה רבה ומסויימת" סיבה לקבלת הילד:	מספר הילדים	%
1. סכנה לחמשך פגיעה פיזית	27	93
2. סכנה לחמשך הזנחה רגשית	23	80
3. סכנה לחמשך הזנחה פיזית	22	76
4. הילד נפגע קשה ומצב המערכת המשפחתית אינו ברור	21	72
5. אין מי שמטפל בילד	12	41
6. חשד סביר לפגיעה ללא ביסוס חוקי	8	30
7. סכנה מיידית לילד בגלל המשך התעללות מינית	7	25
8. הילד בסכנה אבל יש הבטחה לשיתוף פעולה של המשפחה	12	41
9. הילד בסכנה אבל טראומת הניתוק מהמשפחה יותר מסכן	4	14
10. הילד בסכנה, אבל יש פרטנר מגן במשפחה	1	4

בסוגריים מצויין מספרי ואחוזי הילדים ששיקול זה היווה הסבר לקבלתם "במידה רבה".

השיקולים השכיחים ביותר לקבלת הילדים למרכז היו סכנה לחמשך פגיעה פיזית, חזנחה רגשית ופיזית, ואי בחירות מצב המערכת המשפחתית למרות הפגיעה הקשה בילד.

במקרים רבים לא היה שיקול בודד שמסביר את קבלת הילד למרכז אלא מספר שיקולים בו-זמנית.

לוח ב-4: מספר השיקולים המסבירים את קבלת הילד למרכז

מספר הילדים		%
סחי"כ	29	100
שיקול אחד	7	24
שני שיקולים בו-זמנית	10	35
שלושה שיקולים בו-זמנית	7	24
ארבעה שיקולים בו-זמנית	5	17

מספר שיקולים גבוה שכיח יותר: במצב של חזנחה ($r=.45$). את קבלת הילדים החיים במשפחות שבהן החורים גרושים ($r=.59$); וכן ילדים שלא נולדו בישראל מסבירים מספר שיקולים ($r=.41$); וכך גם את קבלת הילדים שמקום מגוריהם רחוק יותר ($r=.49$). ככל שחיו יותר שיקולים לקבלת הילד, כן חזקה נטית האם לחסכים להוצאת הילד

מחבית ($r=.48$).

מעורבות של המשטרה מהווה שיקול מספיק לקבלת הילד במרכז ועל כן אין נדרשים במצב זה שיקולים רבים.

6. גיבוש נוחלי קליטת הילדים*

מיד עם קבלתו של הילד הראשון התעוררה השאלה מה וכיצד מסבירים לילד לאן הוא הגיע ומה צפוי לו במרכז. הוחלט שבעת הקליטה, איש הצוות הטיפולי שקולט את הילד יסביר לו במדויק באופן כן ובחיר לאן הוא הגיע ומה הם כללי ההתנהגות במרכז. חקו המנחה את אנשי הצוות הוא "לחסביר לילד את כל האמת אודות המקום". "הסיפור האישי של כל ילד שנקלט במרכז חוצג על ידי המטפל האישי או על ידי האחראי על הילד בפני כל הצוות בישיבת המליאה הקרובה ביותר ליום בו נקלט.

* מבוסס על רישומי הפרוטוקולים של ישיבות המליאה השבועיות.

28 מן הילדים (90%) הוצגו כך בפני המליאה. רק ילדה אחת שהשתחררה הביתה ביום למחרת קליטתה אינה מוזכרת ברישומי הפרוטוקולים. בממוצע הוצגו הילדים במליאה 4 ימים לאחר הגעתם למרכז, כאשר 9 ילדים (כשליש מהילדים) הוצגו בפני הצוות תוך יממה מאז הגעתם, ורק לגבי 4 ילדים (14%) נדחתה הצגתם במליאה יותר משבוע מאז שהגיעו למרכז.

"בסיפור האישי" נכללו פרטים כמו גילו של הילד, הרקע המשפחתי והסיבות לחוצאתו מן הבית, ותגובותיו להפנייתו למרכז. קשיים ומגבלות בולטים. בכל המקרים התבקש הצוות לשים לב באופן מיוחד ולרשום בפירוט מירבי במחברת הקשר את התנהגויותיו של הילד בחשתלבותו הכללית במרכז, קשיי הסתגלות, יחסיו עם אחיו ו/או ילדים אחרים במרכז, ביטויי פחד, עצבות וכעס, התנהגויות חברתיות ומיניות חורגות. כמו-כן ניתנו הנחיות לגבי דרכי הקשר של הילד עם המשפחה. לגבי תשעה מן הילדים הועלו בקשות נוספות הן לאיסוף מידע על תגובותיהם לצרכי אבחון וגיבוש הטיפול בעיקר של ילדים שרמת תפקודם היתה נמוכה וחסירה לכך לא היתה ברורה, והן לדגשים טיפוליים (כגון: התעקשות על נקייון אישי; טיפול רפואי תרופתי או אחר; סיכון לבריחה ודרכי התגובה במצב כזה; לא לאפשר פריצת גבולות של ילד מניפולטיבי במיוחד; לא לאפשר משחקי "שחזור" של מצב ההתעללות; לא לחשאייר את הילד ללא השגחה, כך שהוא יהיה כל הזמן בפיקוח; טיפול בילד בעת התקף אפילפטי ובמיוחד הרחקת יתר הילדים ועוד).

במחצית חודש פברואר (בערך במחצית תקופת ההערכה) התעוררה שאלה רצינית ביחס לתהליך מיון הילדים המופנים והנקלטים בעקבות העזבת ילד הרסני שחוגדר כלא מתאים למרכז. סוכם שקליטת ילדים חייבת להתבסס בנוסף לאפיוניו היחודיים של הילד על שני קריטריונים נוספים: (1) הרכב הילדים הקיים באותה עת במרכז. דהיינו, בחינת פוטנציאל הסיכון לילדים הנמצאים כבר במרכז והם חסרי ישע ועלולים להחפך לקורבנות של ילדים אלימים המועמדים לקליטה. וכן בחינת סיכויי היקלטותו של ילד יחיד מקבוצתו שקיים מרחק תרבותי עצום בינו לבין יתר הילדים המצויים באותה עת במרכז; (2) כוחות הצוות הקיימים לטיפול ולקידום הילד הנקלט.

סיכום

• אירועים של הזנחה רגשית וחומרית וכן חשש להתעללות פיזית הם השכיחים ביותר בחיי ילדים שהופנו למרכז. רב הילדים סבלו ממספר גורמי סיכון קשים בו-זמנית טרם הפנייתם. קרוב לשני-שלישים סבלו מהזנחה רגשית ופיזית וכשליש מהם סבלו בנוסף להזנחה גם מהתעללות פיזית של אחד או של שני ההורים. מהתעללות מינית מוכחת או מחשש לה סבלו 6 בנות ובן אחד.

- הסיבות המוגדרות להפנית הילדים למרכז היו: הזנחה קשה ועזובה רגשית ופיזית (9 ילדים); הכאות והתעללות (12 ילדים); נזקקות למסגרת מגנה עליהם או מפניהם (6 ילדים); ביקור לא סדיר במערכת החינוך ו/או השתתפות עם ההורה במעשי עבריינות (2 ילדים).
- לשכת הרווחה היתה מעורבת בזיהוי הסיכון של 25 מן הילדים (בנוסף למעורבות פקיד הסעד בהפניות של כל הילדים); המשטרה היתה מעורבת ב-15 הפניות (במקרים אלו מספיק שיקול אחד לקבלת הילד) ומערכת החינוך בהפניות של 19 מהילדים.
- רוב הילדים היו בריאים בעת קליטתם שהיתה ברובה בשעות שבהן נמצא הצוות הטיפולי. רוב הילדים הסכימו להוצאתם מהבית. 25 מהילדים הגיעו מלוויים בפקידת סעד עם עובדת סוציאלית. 12 מהילדים הוגדרו כתוקפניים; ל-10 ילדים היו בעיות אכילה ושיעור דומה סבלו מתגובות דכאוניות; 8 ילדים סבלו מבעיות שינה.
- השיקולים הנפוצים ביותר לקבלת הילדים למרכז היו סכנה להמשך פגיעה פיזית, הזנחה רגשית ופיזית ואי-בהירות מצב המשפחה למרות הפגיעה הקשה בילד. בדרך כלל היה יותר משיקול אחד לקבלת הילד.

פ ר ק ג ת ה ל י ך ה ט י פ ו ל ב י ל ד ו ב מ ש פ ח ת ו ב ע ת ה ש ה י י ה ב מ ר כ ז

1. המטרות והתכניות הטיפוליות שעוצבו לילדי המרכז

עיקרי התכנית הטיפולית בילד ובמשפחתו מתבססת על הגדרת השיקולים שהביאו להחלטה לקבל את הילד ומשפחתו למרכז. 17 מן הילדים (59%) התקבלו בגלל שלא היתה אפשרות לגדלם במשפחתם בזמן הפנייתם למרכז. מתוכם 11 ילדים (73%) שלא היתה אפשרות כלשהי לגדלם במשפחה ו-6 ילדים (27%) שחיו זקוקים לטיפול בעת משבר בתפקוד של הוריהם; 12 ילדים (41%) נוספים התקבלו כי הם היו בסיכון או חשו שהם בסיכון והיו זקוקים לאבחון.

לגבי כמחצית מן הילדים היה שיקול מידי נוסף לקבלתם והוא הזדקקותם של ילדים אלה להרגעה ולסיפוק צרכיהם הפיזיים והרגשיים.

כבר בעת קליטתם של 12 מן הילדים (41%) הוגדר המרכז כשלב ביניים בחיפוש פתרון קבע. רק משפחות של 4 ילדים (14%) שונים הוגדרו בעת הקליטה כבלתי ניתנות לטיפול בגלל היעדר הורים או היעדר תפקוד הורי או ניתוק הקשר של החורים עם הילד; ולגבי 5 ילדים (17%) שהובאו בפני ועדת החלטה טרם גובשה תכנית הטיפול בעת מילוי שאלון האינטייק, לגבי כל יתר הילדים הוגדרו יעדים לאבחון ולטיפול גם במשפחותיהם בהתאם לטיב הידע והמידע שהיה ברשות המטפל ו/או האחראי לטיפול בעת הקליטה. משפחות 9 ילדים (31%) הוגדרו כזקוקות לאבחון מעמיק שלהן בכללן משפחת ילד אחד שהופנתה לאבחון נוסף בתחנה לטיפול באלימות במשפחה בקהילתה. במשפחות 4 ילדים (14%) היה צורך לטפל בהסרת התנגדותן לקליטת הילד במרכז ובעיקר לגייס את שיתוף הפעולה שלהן למען שלום הילד; משפחות 7 ילדים (24%) הוגדרו כזקוקות לטיפול משפחתי מעמיק. בנוסף ליעדים עיקריים אלו לגבי משפחות של 5 ילדים (17%) הושם דגש בגיוס גורמים קהילתיים נוספים לקידום המשפחה.

במקביל הוגדרו עיקרי התכנית הטיפולית של 25 מן הילדים (86%). רק לגבי 4 ילדים (14%) טרם גובשה התכנית (בעת מילוי שאלון האינטייק) כי לא התקיימה ועדת החלטה. 8 ילדים (27%) נזקקו לאבחון מעמיק שלהם כולל בדיקת התאמתם למרכז. לגבי כל יתר הילדים הוגדרו תחומי טיפול: הרגעה ושיקום ההזנחה (8 ילדים 27%); עיבוד חטראומות שחו בעבר כגון קשר אמביבלנטי לחורים, מעברים רבים ממקום למקום, פרידה מהחורים וכד'; וקידום יכולות שאמורות לסייע לילד בהתמודדותו בעתיד כולל קידום יכולתו לארגן ולחבין את המציאות המורכבת והקשה בה הוא חי וכן הכנת לקראת שינויים ומעברים צפויים בעתיד.

לגבי רוב הילדים הוגדרו מספר תחומי טיפול בשילובים שונים עם דגש הן על עיבוד חוויות העבר והן הכנתו של הילד לקראת העתיד.

במטרה להעמיק בסוגית מטרות הטיפול בילד ובמשפחתו נתבקש המטפל ו/או האחראי על הילד להעריך עד כמה שמונח מטרות שונות היוו מוקדי טיפול והתערבות בילד ובמשפחתו.

לוח ג-1: מדרג מטרות העבודה של הצוות עם הילד ומשפחתו

מספר הילדים שעבורם זו מטרה "במידה רבה" %	N	סטיית		
		תקן	ממוצע	
93	27	(.26)	2.93	1. מתן חגנה וצרכים רגשיים
86	25	(.56)	2.79	2. אבחון מעמיק של הילד ומשפחתו
79	23	(.51)	2.76	3. בניית תכנית התערבות לטווח ארוך
69	20	(.62)	2.62	4. חיזוק כשר החתמודדות של הילד
66	19	(.63)	2.59	5. מתן חגנה וצרכים חומריים
41	12	(.80)	2.17	6. חיזוק כשר החתמודדות האישית של ההורים
38	11	(.80)	2.14	7. גיוס משאבים קהילתיים לילד ולמשפחתו
3	1	(.53)	1.29	8. טיפול לשיפור היחסים הזוגיים של ההורים

* ככל שהממוצע גבוה יותר, כן היווה התחום מטרת עבודה במידה רבה יותר.

קיימת חלימה גבוהה בין צרכי הילדים (כפי שבאו לידי ביטוי באירועים שקדמו לחפניתם ובשיקולי קבלתם למרכז) לבין מטרות הטיפול בהם. יתר על כן, יש רצף טיפולי בעל חשיבות ומשמעות בסדר מטרות העבודה. רצף זה מבטא היענות לצרכים מידיים וגלויים במישור הרגשי שבו החסך הוא העמוק והנפוץ ביותר, לאחר מכן התעמקות באבחון שכתוצאה ממנו ניתן יהיה לבנות תכנית התערבות לטווח ארוך, תוך שימת דגש רב יותר על חיזוק הילד וכשר החתמודדותו ורק לאחר מכן על קידום וחיזוק המשפחה (כולל טיפול לשיפור היחסים הזוגיים אף כי הוא רלבנטי ומרכזי רק למספר משפחות קטן) תוך הסתייעות במשאבים קהילתיים.

ככל שהילדים סבלו מהתעללות כן הוצבו להם יותר מטרות טיפוליות ($r=.58$). כצפוי, לגבי רוב הילדים לא היתה לצוות רק מטרה טיפולית אחת. יתירה מזו לגבי רוב הילדים היו לפחות ארבע מטרות טיפוליות.

לוח ג-2: מספר המטרות הטיפוליות שהוצבו לילדים בו-זמנית

מספר הילדים %		
100	29	סה"כ
3	1	מטרה טיפולית אחת
3	1	שתי מטרות טיפוליות
10	3	שלוש מטרות טיפוליות
24	7	ארבע מטרות טיפוליות
28	8	חמש מטרות טיפוליות
31	9	שש מטרות טיפוליות

השילוב השכיח ביותר בטיפול הוא מתן חגנה וצרכים רגשיים וחומריים המשולבים באבחון מעמיק מחד או בבניית תכנית התערבות, מאידך. ניתן להבחין בין שני כיוונים ראשיים של דגשים טיפוליים. בהתאם להערכת המשך הטיפול בילד: ככל שחמצב מוגדר וידוע כבר בעת הקליטה ונוטה בכיוון של החזרת הילד הביתה, כן מושם דגש רב בצד מתן הצרכים הרגשיים גם על גיוס משאבים קהילתיים כדי לסייע לילד ולמשפחה ביחד לצאת ממצב המצוקה בו הם נמצאים (11 ילדים - 38% מאופיינים כך). כאשר המצב אינו מוגדר דיו בעת הקליטה או כאשר קיימת הערכה שיחיה צורך למצוא מסגרת חוץ-ביתית לילד, הדגש הוא על הצרכים הרגשיים של הילד ללא השקעת זמן ניכרת בגיוס משאבי הקהילה (18 ילדים - 62% מאופיינים כך).

2. הטיפול הישיר שניתן לילדים במרכז

2.1. משך זמן הטיפול

כבר בסמוך למועד הקליטה העריך האחראי ו/או המטפל של הילד כמה זמן ימשך הטיפול. רק לגבי ילד אחד לא היתה אפשרות הערכה כזו. לגבי רוב גדול של הילדים (20 ילדים 69%) החערכה היתה שהם ישו במרכז 3 חודשים דחיינו מלוא התקופה. רק לגבי 5 ילדים (17%) החערכה היתה שהם ישו ימים ספורים בלבד. משך השחות הממוצעת של ילד שעזב את המרכז היה 63 ימים. 8 ילדים (27%) שו במרכז לתקופה העולה על 3 חודשים. ו-11 ילדים (38%) שו במרכז (כולל ילדים שטרם עזבו) לתקופה של עד חודש ימים. ילדים שנקלטו בתקופה הראשונה שו בו למשך זמן ארוך יותר בחשוואה לנקלטים ביתר התקופות. ילדים שסבלו בעיקר מהזנחה שו במרכז משך זמן קצר יותר ($r=.63$). ככל שילד שח במרכז תקופה ארוכה יותר, כך הוא נהנה ממגוון טיפולים רחב יותר ($r=.81$).

לוח ג-3: משך שהות הילדים במרכז

ילדים שעזבו:		מספר הילדים	%
סה"כ		21	100
יום אחד		4	19
עד שבוע - 2-6 ימים		2	9
עד חודש - 21 ימים		1	4
חודש עד חודשיים - 40-57 ימים		3	15
חודשיים עד שלושה - 86-93 ימים		4	19
יותר משלושה חודשים - 98 ימים		1	4
102 ימים		3	15
125 ימים		2	9
152 ימים		1	4

ילדים שטרם עזבו:		מספר הילדים	%
סה"כ		8	100
עד חודש - 9-30 ימים		4	50
חודש עד חודשיים - 41 ימים		3	38
יותר משלושה חודשים - 118 ימים		1	12

2.2. סיפוק צרכים

צרכים בסיסיים. טרם שנתאר את אפיוני סיפוק הצרכים הבסיסיים על ידי הצוות, יש מקום להתייחס בהרחבה לאפיוני המצוקה והחסך של צרכים אלו שבחם חיו הילדים. 10 ילדים (34%) לא זכו בבתיחם כלל למזון מתאים ולארוחות סדירות, ללבוש מתאים ולא דאגו לנקיונם האישי. מתוכם ל-5 ילדים (17%) לא חיו בגדים ומיטה משלהם. לעוד 9 ילדים (31%) ניתנו צרכים אלו רק במידה מסויימת. טיפול רפואי וטיפול שיניים לא ניתן כלל ל-17 ילדים (59%). וכאשר מדובר על השגחה מתאימה לגיל ולצרכיו אף לא ילד אחד זכה להם במידה רבה ו-20 ילדים (69%) לא נהנו מכך בכלל. לעומת זאת, ל-12 מן הילדים (41%) היתה פינה לדברים שלהם ול-15 מן הילדים (52%) חיו ספרים ומשחקים. האחרונים סבלו פחות מהזנחה ויותר מהתעללות ($r=.54$).

סיווג הילדים לפי מדד המצוקה ושיקולי הקבלה חיו מורכבים כי בבסיסם הם יותר איכותיים ופחות כמותיים. לעומת זאת, ניתן לסווג את הילדים על פי עומק ההזנחה ואי סיפוק הצרכים הבסיסיים לפי מספר התחומים שבחם היתה הזנחה ומידת החומרה של ההזנחה, דהיינו באופן כמותי ברור. סיווג זה משתקף בתרשים הפרופילים בעמוד הבא, ובלוח המסכם את היקף ההזנחה לחלו.

לוח ג-4: עוצמת ההזנחה לפי מספר התחומים בהם הבית לא סיפק צרכים בסיסיים

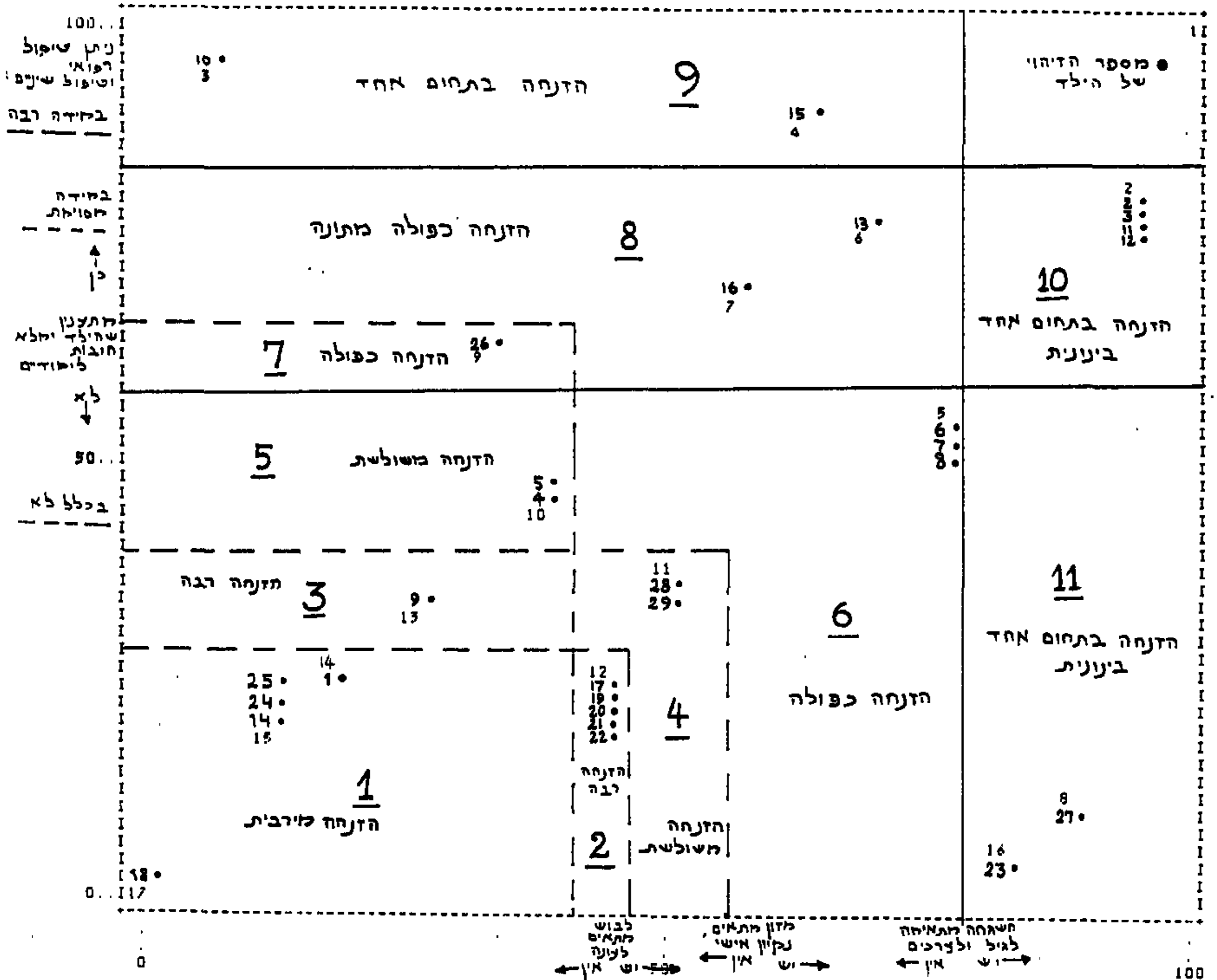
מספר הילדים %		סה"כ
100	29	מספר האזור בתרשים*
18	5	1 הזנחה מירבית
18	5	2 הזנחה ב-5 תחומים - בכל התחומים מלבד לימודים
3	1	3 הזנחה ב-5 תחומים - בכל התחומים מלבד לבוש מתאים
7	2	4 הזנחה משולשת - לא כולל הזנחה לימודית
7	2	5 הזנחה משולשת - כולל הזנחה לימודית.
10	3	6 הזנחה כפולה - לא כולל הזנחה לימודים
3	1	7 הזנחה כפולה - כולל הזנחה לימודית
7	2	8 הזנחה כפולה מתונה
7	2	9 הזנחה בתחום אחד - אי-השגחה מתאימה לגיל
13	4	10 הזנחה בתחום אחד - ברמה בינונית
7	2	11. הזנחה בתחום אחד - ברמה בינונית

* התרשים מופיע בעמוד הבא

רוב הילדים (63%) סבלו מהזנחה במספר תחומים כשיותר ממחציתם (15 ילדים) סובלים מהזנחה בשלושה תחומים לפחות.

כלל הצוות אחראי על מתן כלל הצרכים של הילד ועל הגנתו, עם זאת, היו אלה המדריכים שנשאלו ספציפית על מוקדי החשקעה של הצוות בתחום סיפוק הצרכים הבסיסיים ואילו הצוות הטיפולי נתבקש להתייחס יותר לאפיוני הטיפול שניתן לילד ולמשפחתו. הנתונים על סיפוק הצרכים הבסיסיים של הילדים, כפי שדווחו על-ידי המדריכים, מתבססים על 2,713 שאלונים.

תרשים ג-1: מרכיבי ההזנחה ועוצמתה, לפי המידה בה הבית מספק צרכים בסיסיים



לוח ג-5: מדרג דרכי הטיפול של צוות המדריכים בילדי המרכז בתחום האישי
(N=2,713)

מספר הילדים שהחשקעה בהם היתה גבוהה מחממוצע	%		
<u>חשקעה בטיפול בתגובות לפגיעה "במידה רבה ומסוימת"</u>			
13	(39)*	87	1. הרגעה באמצעות מגע אישי ופיזי
12	(32)	82	2. הרגעה באמצעות שיחה והקשבה לרגשות
11	(19)	63	3. הרגעה באמצעות משחק
10	(11)	48	4. חקפדה לתת לילד תנאים מיוחדים
9	(9)	25	5. הרגעה על ידי שימוש באמצעי אחר
11	(4)	25	6. הרגעה באמצעות אוכל
7	(3)	23	7. טיפולים רפואיים
<u>עבודה עם הילד על נושאים אישיים ב"מידה רבה ומסוימת"</u>			
11	(27)	76	1. מצב הרוח של הילד
14	(25)	70	2. שמירה על נוחלי הבית
13	(11)	54	3. טיפוח אישי (אכילה, לבוש, הגיינה)
12	(6)	29	4. בעיות שקורות בליכה
10	(4)	8	5. התערבויות אחרות

* בסוגריים מצוין אחוז החשקעה "במידה רבה".

כצפוי, רוב הילדים נזקקו להרגעה סביב הפגיעות שלהם ודרכי הטיפול היו מגוונות ושוונות, ורובן הופעלו בו-זמנית. הדרכים השכיחות ביותר היו חיבוק ומגע פיזי, שיחות והקשבה לרגשות, ואף משחק משותף עם הילד. לא פחות חשוב מכך היה להקנות לילד תחושה של קיום בטוח (מקום) שאותו סיפק הצוות במתן תנאים מיוחדים לילדים. בין היתר ציינו המדריכים שהצוות נתן: - תשומת לב אישית לילד דרך הימצאות איתו, כולל הרמת הילדים על הידיים (והגדרת גבולות ההיענות לדרישה זו של הילדים) מתן גירויים שכליים, ספיגת כעסים, ובמתן ממתקים; - דרך אחרת היתה להבטיח לילד מרחב פרטי לעצמו הכולל זמן ומקום בו הוא יכול להיות ללא חברת ילדים אחרים ו/או אחים שלו ואף שמירה והבלטת רכושו האישי; - גם הדגשת בגרות הילד ומתן הזדמנות לנהוג באופן בוגר (יציאה החוצה מן המרכז או צפייה בטלוויזיה). כן היו אמצעים בהם השתמש הצוות לחיזוק הבטחון והייחוד של הילדים;

חדר לחיזוקם של ילדים מסויימים היתה דוקא הסכמים וחטלת תפקידים אחראיים כולל שיתוף בעבודת המרכז, היו - בגלל קטאח בין הילדים הוחלט שיש להימנע ממתן מתנות אישיות וכתובת פתקאות אישיות לילדים; - היו ילדים שהצוות נזקק לבודדס בזמן התפרצות כדי להקנות להם ולאחרים תחושת בטחון וגבולות. בהקשר זה נדונו דרכי תגובה הולמות במצבי התפרצות (חיבוק, ולא חסימת פה, אחיזה וכד' תוך שימוש בכח פיזי מתון למניעת הרס ופגיעה בעצמם, פגיעה באחרים --ילדים וצוות-- ופגיעה ברכוש). כמו-כן הוחלט על שיבוץ גבר בכל משמרת. חדר ההרגעה נועד למטרות אלו. סוגית חדר ההרגעה -- מטרותיו, השימוש בו, יחס הילדים כלפיו, ייעודו ובלעדיות השימוש בו וכן תרומתו לתפקוד המדריכים -- לובנו בהרחבה על ידי הצוות כולו בחודש ינואר. השיבותו של חדר ההרגעה עלתה גם כאשר השכנים התלוננו על רעש בכלל ובשעות מסויימות בפרט; - נוסף על כך ילדים רבים הורגעו באמצעות עבודות יצירתיות מסוגים שונים. בתקופת ההתארגנות של המרכז היה שימוש רב יותר באמצעים אלו בטיפול בילדים.

9 ילדים (31%) סבלו מבעיות אוכל ישירות, אך גם ילדים אחרים חוו הרגעה באמצעות אוכל. הרגעה זו חייבה לעיתים להרבות במתן אוכל ואף לקבוע שעת ממתקים יומית (הרעיון לשעה זו עלה בחודש פברואר ובחודש אפריל נדרש הצוות להגדיר את כמויות הממתקים ומשך הזמן הרצוי לשעה זו תוך החלטה שלא תהיה אפשרות להחלפת הממתקים) ולעיתים המצב חייב לסייע לילדים להרגע שלא באמצעות חדר המוכרת מן הבית של אכילת כמויות יתר ואף דאגה למעקב רפואי כדי לא לעלות במשקל.

הסוגית של מתן טיפול רפואי כללה התייחסות מרגיעה "לכאבים" גם ללא התערבות גורם רפואי; מתן אמבטיות וטיפולים מונעי כינים ואלרגיות כולל נוהל מעקב אחר טיפול בכינים; ליווי הילדים לרופא במרפאה המקומית, ליווי ילדים לבדיקה, צילום ואף אשפוז בבי"ח (ילדה אחת אושפזה בבית-חולים ל-3 ימים וכל העת היה איתה מדריך); וכמובן מתן תרופות קבועות לילדים. הצורך לתת תרופות בזמנים קבועים מספר פעמים ביום לילדים שונים - חייב עיצוב נוהל מתן תרופות, מה גם שחלק מן הילדים התנגד ללקיחת התרופות. הנוהל הראשוני של מתן התרופות עוצב בחודש דצמבר, אך היה צורך לחזור לעדכנו שוב בחודש יולי. לכל משמרת חייב להיות אחראי על מתן התרופות החותם במחברת הקשר שאכן ניתנה התרופה. התרופות נשמרות בחדר המדריכים.

הטיפול במצבי הרוח המתחלפים של הילדים העסיק מאד את הצוות. עיקר התמודדויותיו נדרשו בעת מצבי השתוללות והתפרצות אלימה וגם בעת התפרצויות של בכי, כעס, קללות שחיו פרי יוזמתו של חילד או היסחפות אחרי אחרים. גם מצבי התבודדות, חרדה, עצב ודכאון דרשו פעילות רבה של הצוות. פעילות נוספת סייעה לילדים שביטאו קושי סביב קליטתם של ילדים חדשים במרכז. פעילות חשובה היתה הקשבה וקיום שיחות פרטניות עם הילדים על מה שקורה להם "כאן ועכשיו" ובמידה רבה גם על עתידם והצעד המתחייב מכך של פרידה מהמרכז.

נוהלי הבית

השקעה בעבודה עם הילדים על שמירת נוהלי הבית נועדה בראש ובראשונה להקנות להם הרגלי התנהגות נאותים, להקנות תחושת בטחון ויציבות המסגרת, לבסס יחסי אמון בין הילד לצוות ובין הילד לילדים אחרים ולרסן התפרצויות מזיקות והתנהגויות הרסניות ורק לאחר מכן לשמור על הבית וצידו. יתר על כן, אחדות ונחישות של הצוות כולו בהקפדה על שמירת נוהלי הבית מסייעת רבות למנוע מצבים הדורשים אחרי התפרצותם טיפול מורכב וקשה במיוחד וגם תחושות של חוסר אונים. נוהלי הבית מסדירים את החיים במרכז תוך נסיון לתת מרחב מירבי לפרטיות ולצרכיו הייחודיים של כל ילד, אך מתוך התחשבות חדדית בצרכי אחרים כיחידים ובצרכי המרכז כיחידה כוללת, על כן הם מתייחסים לכל מישורי החיים בבית. לא פלא, איפוא, שתחום זה דרש השקעה מסיבית מצד הצוות וככל שמספר הילדים גדל כן החשקעה בתחום זה היתה רבה יותר. העיסוק בהם היה נחלתו של הצוות בישיבות המליאה במרוצת כל חודשי ההערכה. היתה הערכה כבר בחודש אפריל (כחצי שנה לאחר הפתיחה) שקיימת הפנמה והתנסות מספקת של הצוות בחוקים ובכללים והמסגרת ברורה ומסודרת. בחודש יוני הוחלט על רישום מסודר ומלא של כל הנוהלים לפי נושאים, כדי לאפשר עדכונים בהתאם לצרכים ולניסיון. נוהלי הבית מתייחסים לכמה מישורים: (1) אחזקת המבנה והקפדה על תפקוד תקין, (2) קשר בין הילד למשפחה, (3) שגרת היום-יום, (4) בעיות בליכה.

(1) אחזקת המבנה והקפדה על תפקודו הנאות -- שמירה על נקיון וסדר בחדרים, במטבח ובמקומות המשותפים חינו גם תפקידם של הילדים ונעשה בתורנויות מסודרות הרשומות על הלוח; הדלתות החיצוניות נעולות ורק בירור באינטרקום מאפשר פתיחתן; המעבר בין חדרי הצוות, חדרי הטיפול, והמזכירות לבין חדרי הילדים, הכיתות והמטבח חייב להיות נעול, לשם כך, בכל משמרת חייב להיות אחראי על המפתחות. חדרים שאינם בשימוש -- נעולים; האחריות על שמירת המשחקים, הקלטות, ציוד חיצירה - היא משותפת לילדים ולמדריכים המשתמשים בהם; תחזוקת הגינה ופרוייקט משק החי גם הם באחריות משותפת.

שמירת שבת, כשרות, הפרדת כלים הלבניים ובשריים מחייבת את כולם (אי-הקפדה על כללים אלה עלולה למנוע אוכל חם בשבת).

(2) נוהלי שמירת הקשר בין הילד למשפחתו - נוהלים אלו עוצבו, גובשו ועודכנו עם קבלת הילד הראשון ובמרוצת כל התקופה. לכל ילד מעוצבת על ידי המטפל והאחראי לטיפול מתכונת קשר מותאמת לו ולמשפחתו והוא אחראי לחודיע עליה לילד ולמשפחה; עצם החודעה לתורים על מקום הימצאות הילד נשקל בכל מקרה לגופו כדי לאפשר מירב הבטחון וההצלחה של הילד בשיקומו. כבר בחודש הראשון למרכז עוצב נוהל האזנה לשיחות טלפון המבחיר את: עיתוי השיחה, מי רשאי להתקשר, קיומם של האזנה מקצועית לשיחה כשרק חבר בצוות הטיפולי רשאי להאזין. את מגבלות משך זמן השיחה המותאמת באורכה לצרכי הילד. על דרכי ההקפדה על שמירת נוהל זה דן הצוות מחדש בכל כמה חודשים. גם נוהל ביקורי הורים/משפחה עוצב כבר בחודש הראשון. ביקור

חייב תיאום מראש עם המטפל האחראי; רק הילד פוגש את משפחתו ויתר הילדים אינם רשאים לחיות באגף הביקורים; ביקור הורים מחייב פעמים רבות טיפול בתגובות הילד ומשפחתו בעת הביקור וטיפול בתגובות הילד לאחר הביקור; אין מוסרים מידע למשפחה טרם שהצוות הטיפולי אישר את המידע; יש מקום להציב גבולות לחורים הן לגבי עיתוי השיחות והביקורים כפי שסוכם והן לגבי כמויות המזון שהם מביאים לילד, שכן הורים רבים מנסים לעקוף תיאומים וסיכומים אלו; בחודש יוני לובן פתרון אפשרי לקשיים שיצרו ביקורי משפחות ביום ג' שהוא יום ישיבות המליאה של הצוות.

(3) נוחלים הקשורים בשגרת היום-יום במרכז עוצבו במרוצת כל התקופה ועודכנו בהתאם להרכב הילדים וחתנהגויותיהם במרכז. נוהל השכמה דיפרנציאלי לצעירים ולבוגרים כך שמשכימי הקום לא יפריעו למאחרים לחשכים. הקפדה על קימה וסדר יום קבוע; דרכי הטיפול בילדים מרטיבים ומלכלכים; חדרי שינה נפרדים לבנים ובנות; כל ילד מתקלח לבד ובדלת סגורה; שעת שינה קבועה או גמישה בהתאם לגיל; הקפדה על לבוש אסתטי של הילדים במשך כל שעות היום; הקפדה על צורת הישיבה בארוחות שאינה מפרידה בין הילדים לפי גילם והקפדה על נימוסי שולחן. ארגון מסודר של פעילויות אחר הצהריים ושל שיחות ערב קבוצתיות; אי השארת ילדים לבדם בחדר; דרכי החשגחה והרכב המדריכים כשיוצאים מחוץ למרכז בכלל ולבריכה בפרט.

נוהל קבלת שבת - הדלקת נרות, מפה וחלות על חשולחן, לבוש חגיגי ותכנית.
המדריכים אחראים לקיים מסגרת חגיגית זו. ארגון החגים ומסיבות מיוחדות לילדים.

מתוך 22 ילדים (76%) שחתנהגויותיהם המיניות היו ידועות, 8 ילדים (36%) בטאו התנהגויות מיניות חריגות לעיתים קרובות או תמיד. היה צורך לעצב ולחדרין מה הן דרכי התגובה החולמות להתנהגויות חיזור בין הילדים, להתנהגויות מיניות, חד-מיניות, דו-מיניות ובנוכחות צופים, כולל עירום, אוננות, מין אורלי ודחיפת ידיים לאברי מין. התנהגויות אלו העסיקו את הצוות במספר ישיבות בחדשים ינואר ומרץ, וחייבו פיקוח צמוד של המדריכים תוך הפרדת מתבגרים מצעירים כדי למנוע חתנהגויות כאלו בפומבי או להגן על ילדים מפני התנהגויות של ילדים אחרים. כמו-כן הוצבו גבולות ברורים ואחידים למגעים פיזיים בין הילדים בכלל ובין המתבגרים בפרט. הרחקת ילדים מאוננים מילדים אחרים והפנייתם לחדרם והימצאות בו לבדם.

(4) לילדים רבים היו בעיות בלילה. הקושי העיקרי של הילדים היה להרדם או בעיות בעת השינה. מתוך 20 הילדים (69%) שלגביהם היה ידע ברור על דפוסי השינה שלהם, 7 ילדים (35%) סבלו מקשיי הרדמות מחד ושינה רבה מדי מאידך. כמו כן 6 ילדים (30%) סבלו מסיוטי לילה ומפחדים. בנוסף לכך היו בעיות בלילה שהתבטאו בהרטבת, בנשימות עמוקות או בבכי ובתגובות חרדה. סוגית תפקוד המדריכים במשמרת הלילה בכלל וטיפולם בבעיות המתעוררות בלילה בפרט העסיקו את הצוות פעמים רבות ובמרוצת כל התקופה (בנובמבר, דצמבר, מרץ, אפריל ומאי). כמו-כן היו טענות על אי תפקוד נאות של משמרת זו. לבסוף סוכם שחל איסור מוחלט על שינה במשמרת הלילה

(שתי מדריכות הושעו בסוף חודש אפריל לתקופה של שבוע כי הן נרדמו במשמרת הלילה); יש תפקידים רבים שמשמרת זו אחראית להם: פיקוח ופטרול מתמידים בחדרי הילדים; רחיצת כלים שנשארו מחערב; כביסות, קיפולן, וארגון הבגדים בארונות; ניקוי חמייבש; מילוי המיחם והדלקתו; הדלקת הבויילר לפני ההשכמה; חורקת פח האשפה לפח השכונתי המרכזי; ארגון המשחקים ותליית יצירות הילדים; ארגון דפי הדיווח היומיים לתיקי הילדים; המדריכים סברו שעומס העבודה במשמרת זו רב בכלל ובעיקר כאשר צומצם כח האדם בגלל מיעוט ילדים ובפרט בעת שהם ישנו בשתי קומות נפרדות. ביוני הוארכה משמרת זו עד לשעה 7:00 הזמן בו מגיעה אם-הבית.

צרכים חינוכיים

חורי 10 ילדים (34%) לא דאגו שהילדים ילכו למסגרת חינוכית כלשהי. היו אף ילדים שלא ביקרו בבית ספר חודשים ארוכים בגלל הזנחה או בגלל שיתופם במעשי עבריינות של החורים. גם מקרב החורים שדאגו שילדיהם ילכו למסגרת חינוכית רק שני שלישים (11 מתוך 17 הילדים) מהם דאגו שהילד ימלא את חובותיו החינוכיות, ובה בעת דאגו שלילד יהיה מקום לחכנת השיעורים. קשר סדיר עם בית הספר וחגן היה לחורי 9 ילדים (53%); אך רק חורי 4 ילדים (28%) שילמו את התשלומים שנדרשו במסגרת החינוכית. לילדים רבים היה פוטנציאל לימודי גבוה מן החישיגים המוכחים. שעות הבוקר של המרכז הוקדשו ללימוד בחתאם לגיל הילד וליכולותיו, לחסכים שהוא צבר ובהתאם לדרישות הנורמטיביות של בית הספר. הדגש בפעילות זו היה בחקניית הרגלי למידה שיטתיים הכוללים השקעת מאמץ, התמדה, פיתוח הסקרנות האינטלקטואלית ותחושת הישג.

צרכים חברתיים

החוויה הקשה בה היו הילדים בבתיהם פגעה גם ביכולותיהם החברתיות מצד אחד, אך לעיתים הפכה את חברת הילדים לעוגן משמעותי, מן הצד השני. רק ל-9 ילדים (31%) איפשרו החורים לפתח קשרים חברתיים מתאימים ורק ל-8 מן הילדים (27%) איפשרו החורים פעילות עצמאית בחתאם לגילם, ובכל זאת רוב הילדים (24 - 83%) יוצרים קשרים עם ילדים אחרים וכמחציתם (15 מן הילדים) אף אחודים בחברת הילדים ול-9 מן הילדים (31%) יש חבר או חברה קרובים. יש מספר דפוסי קשרים חברתיים בולטים (אף כי הם אינם אקסקלוסיביים): (1) התחברות לילדים מבוגרים מן הילד עצמו - 14 ילדים (48%) מעדיפים בוגרים מהם על פני צעירים מהם (3 ילדים בלבד - 10%). חברות עם ילדים בוגרים אופיינית יותר לילדים המתקשים ליצור קשרים חברתיים ויותר בקרב אלה שאינם אחודים בחברה. (2) יחסים תוקפניים עם אחרים - הסתבכות במריבות (9 ילדים - 31%) קללות באופן מופרז (8 ילדים - 27%), אלימות כלפי ילדים אחרים (7 ילדים - 24%), חבלות ברכוש (4 ילדים - 14%), וכן גניבות והסגת גבול שקרו אצל 4 מן הילדים (14%). יחסים תוקפניים אופייניים יותר לבנים מאשר לבנות ($r=.50$), לבוגרים (מתבגרים) יותר מאשר לצעירים ($r=.65$), ולתקופת שבה היה שיא במספר הילדים יותר מאשר בכל יתר התקופות. (3) הסתגרות והתבודדות

שכיחות אצל 9 מן הילדים (31%), הסתגרות וחתבודדות קורות גם בקרב ילדים שאחודים בחברה וגם בקרב חלא-אחודים. (4) 5 מן הילדים (17%) ניתן להגדירם כ"שעירים לעזאזל" מבחינה חברתית. ילדים אלה בוגרים יותר ($r=.62$), חוו התעללות ($r=.54$), ושהו במרכז בתקופת השיא במספר הילדים.

רוב הילדים אינם מתקשים בתחום חברתי אחד בלבד אלא מתקשים במספר תחומים בו-זמנית.

לוח ג-6: מספר תחומי הקושי החברתי

מספר הילדים %		
100	29	סח"כ
14	4	קושי בתחום חברתי אחד
24	7	קושי חברתי בשני תחומים בו-זמנית
10	3	קושי חברתי בשלושה תחומים בו-זמנית
10	3	קושי בארבעה תחומים בו-זמנית
21	6	קושי חברתי בחמישה תחומים בו-זמנית
21	6	קושי חברתי בששה תחומים ויותר בו-זמנית

לרוב, התנהגות ויחסים תוקפניים מסוג אחד מלווים בהתנהגויות ויחסים תוקפניים מסוגים אחרים. ילדים החשים עצמם כ"שעירים לעזאזל" נוטים מצד אחד יותר להתבודד ולהסתגר ובה בעת כאשר הם מקיימים מערכות יחסים עם אחרים אלו נוטות להיות תוקפניות המתבטאות בקללות ובאלימות עם ילדים אחרים מצד אחד ובגניבות ובחבלות ברכוש מן הצד השני.

כצפוי, התחום החברתי העסיק את הצוות בהשקעותיו הטיפוליות.

לוח ג-7: מידרג השקעות הצוות בעבודה עם הילד על נושאים חברתיים

מספר הילדים שחשקעה בהם היתח גבוהה מהממוצע	%	חיתח השקעה "במידח רבה ומסויימת" בנושא:
10	(15)	63 1. סיוע ביצירת קשרים עם ילדים
10	(21)	57 2. אלימות פיזית - כשהילד הוא התוקף
		3. מריבות מילוליות עם ילדים במידח לא סבירח
13	(16)	56 4. סיוע בבניית קשרים תקינים עם אנשי הצוות
11	(11)	49 5. אלימות פיזית - הילד בתור קורבן
8	(9)	46 6. השתתפות הילד בפעולות קבוצתיות
10	(9)	45 7. פעילויות נוספות ואחרות בתחום החברתי
-	(3)	6

* בסוגריים מצוין אחוז החשקעה "במידח רבה".

גם בתחום החברתי השקעות הצוות הולמות את הצרכים של הילדים הן ביצירת קשרים עם חברת השווים והן בסיוע ליצירת קשרים עם אנשי הצוות. היחסים התוקפניים לסוגיהם הם בראש רשימת ההשקעות הספציפיות, בנוסף לסיוע כללי ביצירת קשרים חברתיים. בין הפעילויות הקבוצתיות שהוצעו לילדים היו טיולים, משחקים ומשחקי סימולציה וכן תוגים שונים. רב המאמץ הושקע לאפשר לילדים להשתלב ולשתף פעולה בכלל ולטפח את הרצון שלהם ללמוד ולהתקדם בכיתה, בפרט.

2.3. הטיפול בילד

ל-19 מן הילדים (65%) היה איש צוות טיפולי אחד שדאג להם. הן כמטפל אישי והן כאחראי כללי. ל-10 ילדים (34%) היו שני אנשי צוות טיפולי שהיו אחראים עליהם כשהאחד הוא האחראי על הילד שעיקר תפקידו לבצע את הקליטה, קבלת התחלטות הראשונות, האבחון והטיפול, והשני הוגדר כמטפל האישי שתפקידו קשור יותר ביחידת המקלט של המרכז. בתקופת ההתארגנות (התקופה הראשונה של המרכז) היתה נטיה לחלק את הטיפול בילד ואת הטיפול בילדי משפחה אחת בין מספר חברי צוות טיפולי ואילו בתקופות מאוחרות יותר היתה האחדה של האחראי והמטפל, וכן ריכוז הטיפול בילדי משפחה אחת אצל אותו איש צוות טיפולי. האחראים על הילדים והמטפלים היו העובדים הסוציאליים של המרכז ובכללם המנהל (בתחילה היו שלושה ואח"כ נוספה עובדת סוציאלית בכירה) וכן הפסיכולוגית של המרכז.

אפיוני האישיות והתגובות של הילדים בהם טיפלו במרכז בעת קליטתם. לרובם היו קשיים מסוגים שונים. רוב גדול של הילדים (22 - 76%) היו לפחות לעיתים קרובות מבולבלים, נטו לבכות (20 ילדים - 69%) בטאו חרדות ופחדים (19 ילדים, 65%) ואף ביטאו סימנים של עצב ודכאון (18 ילדים, 62%). כשל-12 ילדים (41%) היו שינויים קיצוניים במצב הרוח שלהם. מחצית הילדים (14 - 48%), היו אימפולסיביים ו-11 מהם (38%), גילו עקשנות לפחות לעיתים קרובות. 11 מן הילדים (38%) נטו לחתנחג לעתים קרובות בצורה ילדותית מכפי גילם, אך במקביל - 9 מן הילדים (31%) התנחגו בצורה בוגרת יותר מכפי גילם. בעוד ש-11 ילדים (38%) ביטאו אופטימיות, שמחה ושביעות רצון לעיתים קרובות, 16 ילדים (55%) ביטאו לעיתים קרובות תחושות של חוסר ערך עצמי -- "תחושה שאיני שווה" ותחושות שאין איש אוהב אותם (14 ילדים - 48%). תחושות קשות אלו אפיינו יותר את הבוגרים ($r=.70$), את הילדים שהוריהם התעללו בהם ($r=.48$), והיו נפוצות יותר בתקופת השיא במספר הילדים במרכז. 7 מן הילדים (24%) אופיינו כמגיבים באלימות, תוקפנות והתפרצויות זעם כמעט תמיד (בעת שמולא שאלון האינטייק) ובמקביל 10 ילדים (34%), היו שקטים ומסויגים. ילדי משפחות בהן החורים גרושים היו יותר שקטים ומסויגים ($r=.48$), ואילו ילדים ממשפחות בהן החורים נשואים (5 מהם - 17%), ביטאו יותר רגשות חרטה לעיתים קרובות ($r=.47$). יחד עם זאת, כמחצית מן הילדים (15) ביטאו רגשות באופן מילולי לעיתים קרובות ו-16 מהם (55%) הגיבו בצורה חולמת למצבי פרידה. יתירה מזו, 18 מן הילדים (62%) גילו

סקרנות ביחס לסביבתם לפחות לעיתים קרובות ו-10 מן הילדים (34%) היו בעלי יכולת ריכוז בפעילות בה הם עסקו. 16 מן הילדים (55%) דאגו לחפציהם ו-9 מהם (31%) טיפלו וטפחו את עצמם. לעומתם 7 ילדים (24%) פגעו או חזיקו פיזית לעצמם ו-6 ילדים (21%) התלוננו על כאבים או סבלו ממחלות פסיכוסומטיות.

כאשר אנו בוחנים את פרופיל התגובות הרגשיות וההתנהגותיות של הילדים ניתן לחלקם ל-3 קבוצות לפי הרכב תגובותיהם: (1) ילדים שרוב תגובותיהם חיוביות ותואמות למצב (כמו למשל, אופטימיות, יכולת ריכוז, סקרנות, טיפוח עצמי, ביטוי רגשות באופן מילולי, ועוד), ואשר לחם מעט תגובות קשות (אימפולסיביות, עקשנות, שינויים קיצוניים במצב רוח, עצב, זכאון, תחושת חוסר ערך עצמי, ועוד) - 2 ילדים (7%). (2) ילדים שמגיבים באופן מעורב אך במידה שווה בין התגובות החיוביות לקשות - 13 ילדים (45%). (3) ילדים שעיקר תגובותיהם קשות - 14 ילדים (48%). הפרופיל השכיח ביותר הוא של 6 ילדים (21%) שסבלו מבעיות אכילה, התלוננו על כאבים, סבלו מסייטי לילה והתנהגו באופן ילדותי ובה בעת חשו שאיש אינו אוהב אותם ושהם אינם שווים ועוד 5 ילדים (17%) שסבלו מרוב המרכיבים של פרופיל זה.

חשוב לציין, שמידת הפגיעה בילד, הבאה לידי ביטוי בקשייו, בתגובות רגשיות ובחתנהגותיות, אינה פועל יוצא רק של מגוון חפגיעות ואו עומק החזנה וחפגיעה אלא היא כנראה גם פועל יוצא של גיל הילד וכוחותיו. אישוש לכך אנו מקבלים בשני אופנים: (1) השוואת דרכי התגובה של אחים מאותה משפחה שפרופיל המצוקה שלהם דומה, מגיבים באופן שונה כשהנטיה היא שהצעירים מגיבים עם יותר קושי. (2) חמשת הילדים (17%) שנפגעו ממצב החזנה הקיצוני ביותר כאשר כל הצרכים הבסיסיים היו בלתי מסופקים (הם לא קיבלו בבית מזון ולבוש מתאימים, נקיון אישי, טיפול רפואי, השגחה והתעניינות התואמים את צרכי הילד בהתאם לגילו) מגיבים באופן שונה, חלקם בעיקר בתגובות קשות וחלקם בתגובות חיוביות וקשות במידה דומה.

תכני הטיפול

תכני הטיפול בילדים היו מגוונים עם דגשים ייחודיים לילדים שונים כנדרש מן השונות הרבה של צרכי הילדים, הפגיעות בהם ותכניות ההתערבות והטיפול. חמשת המטפלים -- שהם עובדים סוציאליים והפסיכולוגית -- של המרכז העריכו את מידת החשקעה שלהם בטיפול בילדים השונים במרוצת שמונת חודשי ההערכה באמצעות 237 שאלונים. בדומה לצוות המדריכים הצוות הטיפולי היה אמור למלא שאלון התערבויות טיפוליות, לכל ילד מידי שבוע. אין התייחסות שבועית של הצוות הטיפולי ל-11 ילדים (38%), שרובם שחו במרכז זמן קצר ביותר. בתקופות הרגיעה וההתארגנות יותר מאשר בתקופת השיא במספר הילדים ובתקופת הפעילות היה לצוות הטיפולי יותר "פנאי מקצועי" במהלך העבודה השוטפת לחשקיע בשאלוני המחקר, שבאופן טבעי לא היו בראש סדר הקדימויות בעבודת המטפלים. מחערכות שבועיות אלו עולה סדר התכנים של חשקעת הצוות, כפי שמוצג בלוח ג-8.

השינוי הדרסטי ביותר בחיי הילדים היה חניתוק מחבית ובו השקיע הצוות עבודה רבה ביותר. במסגרת זו השקיע הצוות זמן ומאמץ גם כדי להגדיר, לעצב ולבסס את הקשר של איש הצוות עם הילד. בתקופת הרגיעה היתה החשקעה בתחום זה הניכרת ביותר בשל האפיונים הייחודיים של שניים מן הילדים שהיו באותה עת במרכז. תחום טיפולי נוסף בו השקיע הצוות זמן רב יחסית, היה תחום המשפחה בכללותה ובמיוחד החורח הפוגע כשסביבו היו יותר שיחות מאשר סביב החורח הלא-פוגע. מידת דומה של השקעה טיפולית היתה בפגיעה ו/או בהתעללות שהילד חווה -- השייכת יותר לעברו -- כולל עיסוק ישיר ועקיף בקושי. במקביל השקיע הצוות גם בטיפול המכוון למצבים מן החווה ולקראת העתיד (לקראת החלטת השופט, "כאן ועכשיו" הקשור במרכז וכן חכנה לקראת העתיד בטווח הקצר כמו יציאה לחופשות הביתה ובטווח הארוך - סידור הקבע לילד כולל טיפול בהתנגדויותיו לסידור זה).

**לוח ג-8: מידרג ההשקעה של הצוות הטיפולי בשיחות עם הילד
על הנושא המשפחתי**

מספר הילדים שחשקעה בהם גבוהה מהממוצע N=18	סטיית תקן	ממוצע*	התקיימו שיחות על:
7	(.84)	2.05*	1. חניתוק מחבית
11	(.82)	1.85	2. המשפחה באופן כללי
8	(.87)	1.75	3. החורח הפוגע
4	(.90)	1.68	4. אחר (חכנות לקראת.. כאן ועכשיו)
10	(.88)	1.66	5. הפגיעה/ההתעללות
9	(.84)	1.66	6. החורח הלא פוגע

* ככל שהממוצע גבוה יותר כן החשקעה בילד היתה רבה יותר.

תחומים המפריעים לילד

גם כאשר תכנון הטיפול הוא קפדני ותואם את צרכי הילד קיימים קשיים שונים שחם חלק מהווית המרכז ועלולים להפריע לילד. הצוות הטיפולי נתבקש לחעריך עד כמה הפריעו לכל ילד במחלך השבוע שישה תחומי קושי שונים.

לוח ג-9: מדרג תחומי קושי במרכז לפי סדר הפרעתם לילד

מספר הילדים שהחשקעחבהם גבוהה מחממוצע	ממוצע*	סטיית תקן	תחומי קושי:
18			
9	2.10	(.65)	1. יחסים חברתיים עם הילדים
7	2.00	(.72)	2. יחסים עם משפחתו
-	1.86	(1.07)	3. אחר: יחסים עם אחים/קשר עם האב
6	1.50	(.63)	4. יחסים עם הצוות
8	1.45	(.68)	5. התנאים הסביבתיים
8	1.44	(.56)	6. פעולות (פורמליות ולא פורמליות)

* ככל שהממוצע גבוה יותר, כך המרכיב הפריע יותר.

התחום המקשה ביותר על הילדים הוא היחסים החברתיים עם ילדים אחרים, כאשר לכמחצית מן הילדים תחום זה הפריע במיוחד. גם היחסים עם המשפחה בכלל ולעיתים התנגדותה לסידור הילד במרכז ו/או לקבלת טיפול ותחומים ספציפיים כמו יחסים עם האחים שבמרכז או קשר עם האב הם תחומי הקושי הבאים. שלושת תחומי ההפרעה הבאים קשורים ישירות להוויית המרכז: היחסים עם הצוות, התנאים הסביבתיים (כמו אוכל, פרטיות ונוחלי המרכז בכללם הקושי לקבל גבולות מפריעים במיוחד ל-8 מן הילדים - 27%); כך גם לגבי חובת החשתתפות בפעולות פורמליות ובלתי פורמליות. התקופה בה הפרעות אלו היו הבולטות ביותר היא תקופת השיא במספר הילדים בניגוד לשתי תקופות שבהן ההפרעות היו מתונות יותר, תקופת ההתארגנות (הראשונה) ותקופת הפעילות (האחרונה).

2.4. הטיפול בקשרי הילד עם המשפחה ובמשפחה עצמה

הטיפול בקשר שבין הילד למשפחתו התבסס כצפוי על אפיוני הקשר שהיה קיים בין כל אחד מן החורים והילד, על כן נתאר בתחילה אפיונים אלו. היות שתחום היחסים עם כל אחד מן החורים הוא כח מרכזי לחיי הילד, נבחן תחום זה באמצעות משתנים רבים: אופני ההתייחסות והתגובות לילד של האם ושל האב בנפרד; והטיפול של החורים בילד כחצי השנה שקדמה להפנייתו.

אפיוני הקשר בין ההורה (איתו גר הילד) לילד קשר אם-ילד

לוח ג-9: אופי ההתייחסות ותגובות האם לילד טרם הפנייתו למרכז

מספר הילדים		%	סה"כ
		<u>27</u>	
<u>התייחסויות חיוביות "במידה רבה ומסויימת":</u>			
18	67		מתעניינת במה שקורה לילד
12	44		האם והילד עוסקים בפעילות משותפת
3	11		מגיבה בצורה מתאימה לרגשות הילד
<u>התייחסויות לא חיוביות "במידה רבה ומסויימת":</u>			
17	63		מענישה באופן מוגזם
16	59		מתעללת פיזית
13	48		משפילה ואומרת שהילד לא שווה
8	30		מתעללת באחים/אחיות אחרים
3	11		מתעללת מינית/מקיימת קשר מיני עם הילד

* ל-2 ילדים אין אמחות.

ככל שהחשקעה הנדרשת מן האם גדולה יותר -- עניין, עיסוק משותף, תגובה תואמת רגשות -- כך מצטמצם היקף הילדים שזכה לה. במקביל הענשה מוגזמת היתה שכיחה יחסית אבל גם התעללות פיזית. השפלות המדכאות את אישיות הילד גם הן היו נחלת כמחצית הילדים שחיו עם אמם. התייחסויות חיוביות יותר מאפיינות ילדים שלא סבלו מהזנחה קיצונית ($r=.69$) והתייחסויות קשות כמו השפלה של האם, שכיחות יותר בקרב ילדים שסבלו מהתעללות של החורים ($r=.59$). התעללות פיזית של האם בילד ובאחיו מאפיינת ילדים שהוריהם נשואים ($r=.50$).

רוב הילדים היו חשופים להתנהגויות חיוביות ולא חיוביות מסוגים שונים בו-זמנית.

לוח ג-10: שכיחות פרופילים של אפיוני מצב יחסי-האם עם הילד

סח"כ	מספר הילדים	%
++++++	27	100
		המצב המשופר ביותר: אם מתעניינת, עוסקת בפעילות משותפת, מגיבה בצורה תואמת רגשות, לא מענישה, לא משפילה ומתעללת
+++++-	3	11
		האם מתעניינת, עוסקת בפעילות משותפת, לא מגיבה באופן תואם רגשות, לא מענישה, לא משפילה ומתעללת
++----	7	26
		האם מתעניינת, עוסקת בפעילות משותפת, לא מגיבה באופן תואם רגשות, מענישה, משפילה ומתעללת
+-----	5	19
		האם מתעניינת, לא עוסקת בפעילות משותפת, לא מגיבה באופן תואם רגשות, מענישה, משפילה ומתעללת
----+++	2	7
		האם לא מתעניינת לא עוסקת בפעילות משותפת, לא מגיבה באופן תואם רגשות, לא מענישה, לא משפילה ולא מתעללת
-----+	3	11
		האם לא מתעניינת, לא עוסקת בפעילות משותפת, לא מגיבה באופן תואם רגשות, מענישה, לא משפילה ולא מתעללת
-----	4	15
		המצב הקשה ביותר: אם לא מתעניינת, לא עוסקת בפעילות משותפת, לא מגיבה בצורה תואמת רגשות, מענישה, משפילה ומתעללת

רוב גדול של הילדים (24 - 89%) נפגעו מיחסייהם עם האם. חלקם בגלל היעדר חתייחסויות חיוביות מצידה (3 - 11%); חלקם בגלל אדישות ואי-התייחסות מוחלטת מצד האם (2 - 7%); חלקם בגלל חשיפה לחתייחסויות לא חיוביות בלבד (4 - 15%), ויתרם בגלל חתייחסויות סותרות של האם ברמות שונות של חומרה ממעטת (3 - 11%), ועד חמורה (12 - 44%), כשבניהם שלוש ילדות שסבלו גם מחתעללות מינית. החתייחסות הקשה ביותר של האם אופיינית לבנים בלבד (4-15%) כאשר שלוש מתוכם היו במשפחות חד-הוריות.

קשר אב-ילד

לוח ג-11: אופי ההתייחסות ותגובות האב לילד טרם הפניתו למרכז

מספר הילדים	%	
18		סה"כ
		<u>התייחסויות חיוביות "במידה רבה ומסויימת":</u>
15	83	מתעניין במה שקורה לילד
10	55	האב והילד עוסקים בפעילות משותפת
1	5	מגיב בצורה מתאימה לרגשות הילד
		<u>התייחסויות לא חיוביות "במידה רבה ומסויימת":</u>
13	72	מעניש באופן מוגזם
11	61	מתעלל פיזית
11	61	משפיל ואומר שהילד לא שווה
9	50	מתעלל באחים/אחיות אחרים
3	17	מתעלל מינית

ל-11 ילדים אין אבות או שחם אינם בקשר כלשהו עם הילד.

מספר קטן יותר של ילדים היה חשוף לאב בכלל ולאב החי יחד עם המשפחה או לפחות מצוי בקשר איתה, בפרט. שיעור גבוה יותר של אבות. מאשר אמהות התעניינו במה שקורה לילדיהם ואף עסקו עימם בפעילות משותפת אך רק ילד אחד (בהשוואה ל-3 ילדים שזכו לכך מצד האם) זכה לתגובות החולמות את רגשותיו מצד האב. בצד יותר יחס חיובי קיים גם יותר יחס לא חיובי. אבות הענישו יותר, השפילו והתעללו גם באחים וגם מינית יותר מאמהות וחם התעללו פיזית במידה דומה. גם אבות כצפוי, אינם מגיבים כלפי ילדיהם רק בדפוס תגובה אחד וקיימת מורכבות דומה לזו שנמצאה בקשרי האם עם הילד.

לוח ג-12: שכיחות פרופילים של אפיוני מצב יחסי האב עם הילד

מספר הילדים		%	סה"כ
18	100		
1	5		+++---
מתעניין בילד, עוסק בפעילות משותפת, לא מגיב באופן תואם רגשות, לא מעניש, לא משפיל, לא מתעלל פיזית			
1	5		---+++
לא מתעניין, עוסק בפעילות משותפת, לא מגיב באופן תואם רגשות, לא מעניש, לא משפיל, לא מתעלל פיזית, מתעלל מינית			
2	12		+++---
מתעניין, עוסק בפעילות משותפת, לא מגיב באופן תואם רגשות, מעניש, לא משפיל, לא מתעלל פיזית			
1	5		+++---
מתעניין, עוסק בפעילות משותפת, לא מגיב באופן תואם רגשות, מעניש, משפיל ומתעלל פיזית			
9	50		++----
מתעניין, עוסק בפעילות משותפת, לא מגיב באופן תואם רגשות, מעניש, משפיל ומתעלל (בכללם 2 ילדות שסבלו גם התעללות מינית)			
4	23		-----
לא מתעניין, לא עוסק בפעילות משותפת, לא מגיב באופן תואם רגשות, מעניש, משפיל, מתעלל			

אין ולו ילד אחד שזכה לדפוס של יחסים תקינים עם האב. עם זאת, יחסים פחות קשים עם האב יש רק לבנות. רוב הילדים (14% - 78%) סבלו מיחסים טעוני סתירות עם האב. מצד אחד עניין ועיסוק מיידי ובזמנית מן הצד השני הענשה, השפלה והתעללות (10% - 55%), או הענשה בלבד (11% - 11%).

יחסי הורים-ילד

כאשר בוחנים את השילוב של יחסי ההורים עם הילד ילמע ילד אחד שלא בקשר עם אף אחד מן ההורים) אנו מוצאים שהילדים נחלקים ל-3 קבוצות, כאשר ההתייחסויות שנמצאו אמפירית כקובעות הן: התענינות של האב מצד אחד, והתעללות פיזית של האב מן הצד השני. ניתן לתאר את הקבוצות על פי עוצמת הקושי ממעט הקושי אל הקושי הרב יותר. (1) ילדים שזכו לאם מתעניינת ולאב לא מתעלל (4% - 14%), (2) אם מתעניינת ואב מתעלל (15% - 53%) ובמצב הקשה ביותר - (3) אם לא מתעניינת ואב מתעלל (2 בניים - 7%). כמו-כן ישנם 7 ילדים (25%) שלחם אם לא מתעניינת ואב לא קיים.

כאמור, טיב היחסים בין ההורים לילד נבחנו בדרך נוספת והיא הערכת הטיפול בילד בחצי השנה שקדמה להפניה. התייחסנו כבר בסעיף על הצרכים החינוכיים של הילד לטיפול ההורים בתחום זה וכך גם לגבי צרכיו החברתיים ועתה נתייחס לאופי הטיפול הכללי של ההורים בילד.

לוח ג-13: טיב הקשר והטיפול של ההורים בילד בחצי השנה שלפני ההפניה

סח"כ	מספר הילדים	%
	28'	
קשר וטיפול חיובי בילד "כמעט תמיד ולעיתים קרובות" דאגה לסדר יום קבוע לילד	12	43
מגע פיזי מתאים	7	25
הקפדה על כללי התנהגות עקביים	6	21
שיחה עם הילד על נושאים החשובים לו	5	18
מבטאים גאווה בילד ובחישגיו	5	18
הדרישות מהילד מתאימות ליכולתו	4	14
משבחים על התנהגות טובה	3	11
קשר וטיפול לא חיובי בילד "כמעט תמיד ולעיתים קרובות"		
מגנים הילד על התנהגות לא טובה	18	64
הילד נשאר לבדו במשך שעות	13	46
מענישים ללא קשר למעשים	12	43
הילד צפה/השתתף באירוע סמים, אלכוהול ומין	4	14

* ילד אחד היה יתום מאם וחסר כל קשר עם האב:

דאגה לסדר יום קבוע היא ההתייחסות החיובית הנפוצה ביותר וגם היא היתה מנת חלקם של 43% מן הילדים בלבד. התנהגויות חיוביות אקטיביות המחזקות את אישיות הילד כמו שיחה, ביטויי גאווה, מתן שבחים והתאמת הדרישות ליכולת, היו נחלת מיעוט מן הילדים. לעומת זאת, רבים מן הילדים היו חשופים להתנהגויות לא חיוביות אקטיביות כגון גינוי והענשה או הזנחה המתבטאת בחשירות לבד שעות רבות גם של ילדים צעירים יחסית.

ילדים לחורים נשואים זוכים למסגרת חיים ברורה ומתייחסת שבה יש הקפדה על כללי התנהגות עקביים ($r=.75$); דאגה לסדר יום קבוע ($r=.70$), שיחה עם הילד על נושאים החשובים לו ($r=.52$) ודאגה שהילד ימלא את חובותיו ($r=.50$); אך בה בעת דפוסים אלו אופייניים לילדים שהוריהם התעללו בהם ($r=.64$, $r=.76$, $r=.52$, $r=.49$), בהתאמה להתנהגויות הני"ל). עם ילדים בוגרים החורים משוחחים יותר ($r=.41$), אך גם מגנים ($r=.43$), ומענישים ($r=.41$) אותם יותר. צפייה באירועים חקשורים

לסמים, אלקוהול והתנהגות מינית קשורים עם חיים במשפחה בה החורים גרושים (r=.81).

ניתן לאפיין את הטיפול --בכל מישוריו-- שהילדים קיבלו במשפחותיהם ל-5 קבוצות בהתאם למורכבות שלהן: (1) 3 ילדים (10%) שסבלו מיחס שלילי שחיה מלווח בהזנחה חינוכית. (2) 6 ילדים (21%) שסבלו מהזנחה חינוכית, (3) 4 ילדים (14%) שסבלו מיחס שלילי מצד החורים (גינוי, ענישה וכד'), (4) 4 ילדים (14%) סבלו מיחס שלילי המלווח בהזנחה חינוכית ובמקביל נהנו גם מיחס חיובי. (5) 12 ילדים (41%) שסבלו מיחס שלילי אבל נהנו גם מיחס חיובי (נאות, תשבחות וכד').

את 13 הילדים שנשארו לבד שעות רבות ניתן לחלק לשתי קבוצות: האחת, ובה 9 ילדים (69%) שבנוסף להזנחה, הוריהם לא נתנו להם יחס חיובי. וחשנית, בה 4 ילדים (31%) אשר הוזנחו ונחשפו למצבי עבריינות אך הוריהם התייחסו אליהם גם ביחס חיובי.

מגעי הילד עם המשפחה

במרוצת שנותיו של הילד במרכז מושם דגש רב על שמירה ושיקום הקשר של הילד עם החורים והמשפחה בכל מקרה שהדבר אפשרי. הקשר מתקיים בשני אופנים, שיחות טלפון כבר מן השעות ו/או הימים הראשונים להימצאות הילד במרכז וכן ביקורים של החורים במרכז המתרחשים בדרך כלל בשלב טיפולי מוקדם יותר ליציאת הילד לביקורים בבית. ביקורים של הילד בבית מחייבים הבטחת תנאים מאפשרים להצלחת הביקור והתקדמות בטיפול, ועל כן הם מתרחשים בשלב מאוחר יותר. כמו כן יכולים השיחות והביקורים להתקיים ביוזמת החורים והמשפחה או ביוזמת הילד והצוות הטיפולי.

חלוח הבא מציג תמונה כוללת והשוואתית של המגעים השבועיים של הילד עם משפחתו בארבעה היבטים: (1) לא התקיים או התקיים המגע; (2) אם התקיים מגע, מה היו מספר המגעים בשבוע (ככל שהמוצע גבוה כן התקיימו יותר מגעים); (3) תגובת הילד ברצף הבא: תגובה שלילית, לא ידועה, מעורבת, חיובית (ככל שהמוצע גבוה התגובה חיובית או כוללת גם מרכיבים חיוביים); (4) תגובת החורים (כשהרצף והמשמעות זהה לזו שמפורטת לגבי תגובת הילד).

לוח ג-14: השוואת מגעים שבועיים שונים של הילד עם משפחתו (N=18)

	שיחות טלפון משפחה-ילד	שיחות טלפון ילד-משפחה	שיחות טלפון חאם במרכז	שיחות טלפון חאם במרכז	שיחות טלפון חאם במרכז	שיחות טלפון חאם במרכז
לא היה/חיה קשר	1.69	1.36	1.76	1.39	1.14	1.38
מספר מגעים	4.25	3.17	1.75	1.68	1.05	1.89
תגובת הילד	3.66	3.74	3.70	3.00	3.75	3.84
תגובת חורים	3.53	3.58	3.44	2.85	3.67	3.16

דפוס שכיח של קשר בין הילד למשפחה היו שיחות טלפון ביוזמת המשפחה. שיחות רבות מסוג זה התקיימו. הילד וחוריו הגיבו בצורה חיובית לקשר זה, אך באופן השוואתי הילד פחות מעדיף מחוריו ופחות מאופני קשר אחרים את שיחות הטלפון מן המשפחה.

שיחות טלפון מן הילד אל המשפחה התקיימו פחות מצורות קשר אחרות, אך כאשר הם התקיימו היו הרבה שיחות כאלה. התגובות של הילד ושל החורים נוטות להיות חיוביות.

ביקור האם התרחש יותר מכל סוג אחר של קשר אך בכמות ממוצעת וגם התגובות לביקורים אלו אף כי הן היו חיוביות כשלעצמן הרי שבאופן השוואתי לתגובות על קשרים אחרים הן מצויות ברמה חיובית בינונית.

היו פחות ביקורים של האב בהשוואה לכמות ביקוריה של האם, והתגובות לביקורים אלו הן של הילד והן של החורים לא היו חיוביות ובהשוואה, הן היו הפחות חיוביות בהשוואה לתגובות לכל סוגי הקשרים האחרים.

כאמור שיקולים ותנאים רבים מלווים את ביקור הילד בביתו, וכך נמצא שדפוס קשר זה הוא מוגבל -- התקיים מעט ובמספר מגעים קטן אך הוא זוכה לתגובה חיובית במיוחד מצד החורים, אבל גם מצד הילד.

ביקורים של קרובי משפחה נוספים התרחשו לעיתים ובכמות לא גדולה ובכל זאת הילד הגיב אליהם באופן מאד חיובי, בניגוד לתגובת החורים שהיתה פחות חיובית.

הצוות הטיפולי מסכם שמגע הילד עם משפחתו מאופיינים מחד, בפגישות טובות (48%) המלוות ברצון של הילד למגעים רבים יותר ובהערכה שבעקבות הטיפול הקשר של הילד עם המשפחה משתפר. מאידך, קיימים קשיים במגעים (30%) המלווים בקשיי תפקוד של החורים בזמן הביקור ו/או השיחה הטלפונית ובתחושות אמביבלנטיות ובחתנהגויות סותרות של הילד בזמן המגע או בעקבותיו. כמו כן קיימים קשיים בעצם קיום המגע הן בגלל היעדרות חורים (מצויים בבית סוהר, בחו"ל) והן בגלל שתאבחון וחיפול מחייבים מניעת קשר בין הילד לחורים, מצב שהוא נדיר יחסית.

הטיפול במשפחה

תמונה כוללת והשוואתית של קיום קשרים עם הרכבים שונים של המשפחה והיקפם מלמדת שקיימת הלימה גבוהה בין המציאות שבה חיו הילדים והרכב משפחתם לבין ההשקעות של הצוות הטיפולי בתחום זה. עם האם התקיים קשר הדוק יותר מאשר עם האב או עם שני החורים יחד, אף כי כאשר התקיים קשר, כמות המגעים אינה שונה. כזכור ל-11 ילדים (38%) אין אב או אין קשר עמו וילדים רבים חיים במשפחות חד-הוריות. גם מגעים עם אחד החורים או שניהם והילד התקיימו אף כי בכמות לא גדולה במיוחד. כמות המגעים הרבה עם המשפחה המורחבת היא פועל יוצא של נסיונות לשקם ילדים במשפחתם המורחבת ולא להוציאם למסגרת מוסדית.

לוח ג-15: השוואת ההשקעה השבועית בשיחות/עבודה עם הרכבים שונים של המשפחה

משפחה מורחבת	אחד/שני חורים+ ילד	חורים יחד	אב	אם	
1.26	1.30	1.24	1.20	1.53	לא חיה/היה קשר
2.26	1.55	1.33	1.64	1.64	מספר מגעים

• ככל שהמוצע גבוה יותר, כן התקיים קשר והיו מספר מגעים רב יותר.

עתה נבחן את טיב הקשרים עם כל גורם במשפחה יותר לעומק.

קשר טיפולי עם האם

אצל 8 מתוך 17 הילדים (47%) שהצוות הטיפולי קיים קשר עם אמם, הקשר היה הדוק במיוחד. במסגרת הקשר עלו בעיקר הנושאים הבאים: טיב הקשר של האם עם הילד במרכז סביב ביקורי האם במרכז, הצורך בהצבת גבולות ובמסגרת התואמת את צרכי הילד (49%); תכנון המשך הטיפול לאחר שהיית הילד במרכז (18%); וכן העמקת החיכרות, האבחון ותיאום הציפיות עם האם (22%); טיפול בתכנים ונושאים הקשורים באם עצמה יותר מאשר בילד ו/או בקשריה עמו (11%).

קשר טיפולי עם האב

בתקופת ההתארגנות של המרכז יותר מאשר בתקופות אחרות ובמסגרת טיפול ב-6 ילדים (21%) בעיקר, התקיים קשר הדוק עם האב. האב היה מעורב בעיקר בסוגית הקשר שלו עם הילד (77%); וכן בהעמקת החיכרות והאבחון של יחסי האב עם הילד ועם המרכז (23%).

קשר טיפולי עם ההורים ביחד

רק במסגרת הטיפול ב-5 ילדים (17%) התקיים קשר עם שני ההורים גם יחד וקשר זה לא היה הדוק ותכוף במיוחד. הנושא המרכזי במפגשים טיפוליים אלו היה עתידו של הילד ותכנון המסגרת אליה יעבור או יחזור עם סיום שהייתו במרכז.

קשר טיפולי עם אחד/שני ההורים והילד

רק במסגרת הטיפול באותם חמשת הילדים שהוריהם נפגשו יחד עם המטפלים התקיים גם סוג קשר נוסף בו שולב הילד ואז נושא השיחה היה טיב הקשר של ההורים עם הילד והבחרת התהליך הטיפולי במרכז. קשרים מסוג זה התקיימו בכמות גדולה יותר בתקופת ההתארגנות (הראשונה) של המרכז מאשר בתקופת הרגיעה והפעילות.

קשר טיפולי עם המשפחה המורחבת

קשרים מסוג זה התקיימו במסגרת טיפול ב-9 ילדים (31%) ובעיקר בתקופת הפעילות (האחרונה) במרכז סביב תכנון המשך הטיפול בילד.

2.5. קשרים עם גורמים בקהילה

לשירותי הקהילה האמורים להכיר בחשיבות המרכז ובתרומתו לקהילה והמפנים את הילדים למרכז יש תפקיד מכריע באבחון ובשיקום ילדים בסיכון. כאמור, הם מהווים מקור מידע עיקרי על הרקע ממנו בח הילד כולל ההערכה של מידת סיפוק הצרכים הבסיסיים, איתור ואבחון הפגיעה בילד וכן הם מספקים מידע חיוני לועדת החלטה הקובעת שהילד יוצא בצו מן הבית. לא רק בשלב שלפני החפניה ובשלב הראשון של הקליטה יש להם חשיבות מרכזית, אלא גם בשלב הטיפול השוטף בילד ויותר מזה במשפחה הם נוטלים חלק מרכזי ובוודאי שבשלב תכנון עתידו של הילד חשובה מעורבותם. תיאורנו כבר בפרק ב' המתאר את נסיבות וגורמי החפניה את תפקידם במסירת מידע על הילד, עתה נבחן האם היה תכנון לעבודה עם גורמי קהילה הן בעת הקליטה והן במהלך העבודה ובסעיף הבא המסכם את הטיפול בעת שחרור הילד נבחן האם היתה השקעה בפועל בתחום זה.

בטיפול של רוב הילדים שהתקבלו למרכז לאחר קבלת הכרעה שהם ישארו במקלט (24 ילדים - 83%) אכן הוגדרו תכנים לקשר עם גורמים קהילתיים. רק לגבי 5 ילדים (17%) שנקלטו במרכז לא הוגדר קשר כזה. ניתן לחלק את תכני העבודה עם הקהילה לארבעה תחומים: (1) גיבוש חלוקת תפקידים של הלשכה מצד אחד ושל המרכז מצד שני בטיפול בילד ובמשפחתו (24%). החלוקה כצפוי, השאירה לקהילה את הטיפול בחורים ולמרכז את הטיפול בילד ובקשריו עם המשפחה. (2) קבלת החלטות וגיבוש תוכנית התערבות ארוכת טווח לגבי הילדים (30%). (3) גיוס גורמים ומשאבים של הקהילה במאמץ משותף למצוא מסגרת מתאימה לילדים (22%). (4) בטיפול ב-6 ילדים (25%) לא הוכרע - בעת מילוי שאלון האינטייק המדווח כאן - מה יהיה טיב ותכני הקשר עם הקהילה כי טרם גובשה החלטה סופית של ועדת החלטה. במהלך הטיפול בילדים נתבקש הצוות הטיפולי להעריך האם בשבוע האחרון התקיימו קשרים מסוגים שונים עם גורמים קהילתיים בנושא הילד.

הקשר ההדוק והתכוף ביותר עם גורמים קהילתיים היה איסוף מידע על הילד ומשפחתו ומסירת מידע מחד והתייעצויות, מאידך. מוקד ההתייעצויות היה סביב תיאום ודיווח לפני בית המשפט וועדת החלטה ובעיקר לגיבוש תכנית טיפולית וגיבוש החלטה עליה. בתקופת המתח היו יותר מגעים עם גורמים בקהילה לצרכי התייעצות ובנית תכנית עתידית.

מהחתייחסות המפורטת של הצוות הטיפולי, ניתן לקבל אישור שחתכנים שגובשו לקשר עם הקהילה בעת הקליטה, אכן בוצעו במהלך הטיפול בילדים בהתאם ל"קריירת הטיפול בילד". איסוף ומסירת מידע בתחילה (20%), חלוקת תפקידים בהמשך (25%), ואחר כך גיבוש תכנית עתידית וחיפוש סידור מתאים (40%), ותכנים נוספים ספציפיים (15%).

לוח ג-16: השוואת ההשקעה השבועית בתכנים שונים עם גורמים בקהילה

תחום תוכן אחר	איסוף מידע	בנית תכנית עתידיה	התייעצויות	
1.19	1.50	1.65	1.69	לא היה/היא קשר
1.25	2.00	1.55	1.97	מספר המגעים
גורמים טיפוליים וחינוכיים מחוץ ללשכה	גורמים שונים בקהילה	עו"ס+פקיד סעד	עו"ס	עם מי בעיקר היה הקשר

כאשר נתבקש הצוות הטיפולי להעריך האם היה מקום להתערבויות נוספות במרוצת השבוע שלא נעשו מסיבה כלשהי -- ולמרות שהיו רק מעט התייחסויות--התחום שהוזכר יותר (60%) מכל תחום אחר היה העמקת הקשר עם גורמים בקהילה וכן שיפור חלוקת התפקידים בין המרכז ללשכה. התערבויות אחרות שצוינו בהקשר זה, היו הצורך בנוכחות של איש צוות בביקורי המשפחה במרכז (20%) וחיפוש פתרון טיפולי חלופי לפתרון היחיד שנמצא - הוצאה מן הבית במקום החזרת הילדה הביתה (20%).

סיכום מוקדי ההשקעה של הצוות

בעת השחרור של 21 מן הילדים (72%) ששהו במרכז העריכו המטפלים מה היתה מידת ההשקעה בשמונה מוקדים שונים. ניתן להתייחס להערכה זו כסיכום הטיפול שניתן לילדים בפועל.

לוח ג-17: מידרג מוקדי ההשקעה בפועל של הצוות - הערכה בעת השחרור

סח"כ	מספר הילדים	%
21		
1. מתן מסגרת הגנה וצרכים רגשיים	20	95 (**)
2. מתן מסגרת הגנה וצרכים חומריים	21	100 (76)
3. אבחון מעמיק לילד ולמשפחתו	20	95 (62)
4. בנית תכנית טיפול והתערבות/השמה לטווח ארוך	16	76 (57)
5. טיפול לחיזוק כשר התמודדות של הילד	15	75 (55)
6. גיוס משאבים קהילתיים משלימים	14	67 (38)
7. טיפול לחיזוק כשר התמודדות של החורים	14	66 (14)
8. טיפול לשפר את היחסים הזוגיים של החורים	2	9 (-)

* ככל שהמוצע גבוה יותר, כן התקיים קשר והיה מספר מגעים רב יותר
 ** בסוגריים מצוין מספר ואחוזי הילדים שההשקעה בהם בתחום היתה ניכרת.

כללית, קיימת חלימה גבוהה בין הצבת המטרות הטיפוליות לצוות בעת הקליטה לבין הערכת מוקדי ההשקעה בעת השחרור. ההשקעה הניכרת ביותר של הצוות היתה בתחום שהוגדר גם כמטרה ראשונה של עבודתו - מתן חגנה וסיפוק הצרכים הרגשיים הבסיסיים. אף כי הצוות העריך בעת הקליטה שמתן חגנה וצרכים חומריים לא יהיה מטרה מרכזית (מטרה חמישית מתוך שמונה המטרות), הרי שבפועל כל הילדים ששחררו מן המרכז דרשו השקעה בתחום זה ואף השקעה ניכרת. ככל שילדים חיו במצוקה גבוהה יותר, כן ההשקעה בתחום הצרכים החומריים היתה ניכרת יותר ($r=.57$). אבחון מעמיק של הילד ומשפחתו היה מטרה חשובה (השנייה) ואכן הושקע בו בכלל ובמידה ניכרת אצל כשני-שלישים מהילדים. ככל שהילד שהחזיק שחזר יותר במרכז, כן הושקע יותר באבחון מעמיק שלו ושל משפחתו ($r=.85$), בבניית תכנית טיפול והתערבות ($r=.77$), ובטיפול לחיזוק כשר התמודדותו של הילד ($r=.80$). השקעה ניכרת בחיזוק כשר ההתמודדות של הילדים קשורה באי התעללות של ההורים בילד ($r=.56$), ואילו טיפול לחיזוק כשר ההתמודדות של ההורים קשורה יותר באי הזנחה שלהם את הילדים ($r=.51$), וכך גם טיפול לשיפור היחסים הזוגיים קשור יותר להתעללות ($r=.49$).

בגיוס משאבי הקהילה הושקע יחסית יותר מאשר העריכו בעת הקליטה. השקעה ניכרת בתחום זה קשורה בשחות ארוכה יותר במרכז ($r=.62$), בטיפול בילדים שחוריהם נשואים ($r=.58$).

כראוי וכצפוי, כל ילד לא קיבל השקעה טיפולית רק במוקד אחד, אלא במספר מוקדים. ניתן לאפיין את הילדים הן על פי כמות המוקדים שהושקעו בהם והן על פי פרופיל איכותי של מוקדי הטיפול בילד.

לוח ג-18: סיווג הילדים לפי מספר ותכני ההשקעה הטיפולית בהם

סיווג הילדים לפי מספר מוקדי ההשקעה הטיפולית		סיווג הילדים לפי תכני ההשקעה הטיפולית	
מספר הילדים	%	מספר הילדים	%
21	100	21	100
בנוסף למתן צרכים רגשיים וחומריים התמקד הטיפול:			
7	33	1	5
6	29	1	5
5	24	8	39
4	19	3	14
3	14	3	14
2	10	4	19
מוקד השקעה ניכרת אחד	5	1	5

כפי שעולה מן הלוח ניתן לאפיין את הילדים בהתאם לשני כיוונים של השקעה טיפולית אבחון מעמיק מחד וגיוס משאבי קהילה מאידך, אף כי חלק גדול מן הילדים נהנו משני מוקדים אלה גם יחד בנוסף להשקעה במתן הגנה וסיפוק צרכיהם הרגשיים והחומריים.

דרך נוספת לבחינת מידת ההשקעה הטיפולית בילד חיתה באמצעות השאלונים השבועיים הן של הצוות הטיפולי והן של צוות המדריכים. על פי התערבות השבועיות של הצוות הטיפולי מוזכרים 8 ילדים (27%) -- 5 בנות ו-3 בנים -- כ"מושקעים" ביותר ואילו צוות המדריכים מציין 9 ילדים (31%) -- 6 בנים ו-3 בנות -- כילדים "המושקעים" ביותר מבחינתם. רק שלושה מן הילדים -- 2 בנים ובת אחת -- מופיעים בשני הצוותים כ"מושקעים" ביותר. מימצא זה יכול אולי לשקף את חלוקת התפקידים הדיפרנציאלית בין המדריכים למטפלים וכן את אי "תיוג" הילדים כטעונו השקעה ברמת הצוות בכללותו כאשר כל קבוצה מתמקדת בתחומים משלה כך שסך הכל יותר ילדים זוכים להשקעה רבה; ככל שילד שחח במרכז זמן ארוך יותר כן הוא זכה להשקעה במוקדים טיפוליים רבים יותר ($r=.81$).

יותר השקעה טיפולית ניתנה לילדים שחלח התמוטטות בתפקודי התורות של הוריהם ($r=.56$). וכן לילדים שסבלו מחתעלות הוריהם ($r=.65$), ואף כי חס הקפידו על כללי התנהגות ($r=.51$), ולא לילדים שסבלו מחזנח חומרית ($r=.51$). הושקע יותר בילדים שהיה ברור שהם נפגעו קשות אף כי מצב המערכת המשפחתית שלהם לא היה ברור ($r=.54$), בילדים שאמם התעללה גם באחיחם ($r=.74$), ואביחם נטה לחשפילם ($r=.66$), ובילדים שבטאו סימני דכאון ועצב ($r=.87$) השקיע הצוות מגוון רחב יותר של טיפולים.

ככל שחשקעה הטיפולית חיתה רבה ומגוונת יותר כן חל שיפור בתגובותיו הרגשיות וביחסיו של הילד עם הצוות. הוא נטה יותר לחייך ולצחוק ($r=.87$), הוא שיתף את הצוות במה שקרה לו ($r=.82$), וגילה בו אמון ($r=.54$), אך הוא גם הרשה לעצמו יותר לבכות ולחיות עצוב ($r=.71$).

אחת הדרכים לעקוב אחר השינויים שחלו בילדים בגין הימצאותם במקלט והטיפול לו הם זכו במרכז היא בחינת מצבם של הילדים בשלושה מועדים שונים - חודש, חודשיים ושלושה חודשים לאחר היקלטותם, באמצעות שאלוני דיווח על התנהגות רגשית וחברתית, נתבקשו המטפלים להעריך אחת לחודש את מצב הילד בשבעה תחומים (1) מצב רגשי כללי; (2) בטחון עצמי; (3) תחושות שייכות למסגרת; (4) יחסים עם בני גילו; (5) יחסים עם סגל המרכז; (6) שמירה על כללי התנהגות; (7) השתתפות בפעולות.

10 מן הילדים שחו במרכז פחות מחודש ואין בדיקה זו מתייחסת אליהם. מצבם של 19 מן הילדים הוערך כעבור חודש, של 10 מתוכם גם כעבור חודשיים ושל 7 מתוכם גם כעבור שלושה חודשים.

(1) מצב רגשי כללי

לוח ג-19: שינויים בהתנהגויות אפקטיביות וחברתיות של הילדים בשלושה מועדים - הערכת מצב רגשי כללי (השוואת ממוצעים)

כעבור 3 חודשים		כעבור חודשיים		כעבור חודש		סח"כ
SD	N=7 מ"מ	SD	N=10 מ"מ	*SD	N=19 מ"מ	
(.53)	2.43	(.83)	2.22	(.59)	2.42	מצב רגשי כללי**
(.38)	2.14	(.63)	2.20	(.59)	2.33	מחייך וצוחק
(.38)	2.00	(.71)	2.00	(.27)	2.25	במצב רוח טוב
(.55)	2.57	(.55)	2.50	(.71)	2.17	מרוצה מהחיים היום-יומיים
(.82)	2.40	(.70)	2.40	(.74)	2.00	יודע להעסיק את עצמו
(.79)	2.43	(.67)	2.30	(.73)	2.16	מסוגל להתרכז ורגוע
(.75)	1.71	(.79)	2.20	(.77)	2.53	יודע להנות מדברים
(.57)	2.57	(.70)	2.40	(.80)	2.47	לא מגלה התנהגות מינית חריגה
(.79)	2.57	(.85)	2.30	(.69)	2.29	לא פוגע בעצמו
(.78)	2.43	(.94)	2.00	(.88)	2.18	אין לו סיוטי לילה
(.75)	1.71	(.82)	1.70	(.85)	2.05	לא מתלונן הרבה על כאבים
(.53)	1.57	(.98)	2.10	(.77)	2.00	לא פוחד וחרד
(.54)	1.33	(.73)	1.56	(.78)	1.56	לא צועק ומתפרץ
						לא בוכה ועצוב

* סטיית תקן

** ככל שהממוצע גבוה יותר כך הרמה/השינוי הוא בכיוון חיובי.

לאחר משבר הפרידה וחצורך להסתגל למרכז המתרחשים בימים הראשונים לאחר החיקלטות, הרי שהחודש הראשון במרכז מהווה עבור רוב הילדים תקופה של שינוי דרסטי לעומת מה שהם חוו למצב של רגיעה, הנאה וסיפוק מחיי היום-יום. עם הזמן מתרחשים תהליכים נוספים: העמקה בטיפול המאפשרת (והחייבת לאפשר) להעלות גם תכנים וחוויות קשות שיש צורך להתמודד איתם כדי לשקם את הילד; הניתוק המתמשך מהמשפחה והיחסים האמביבלנטיים איתם; והקשיים המלווים את התערבות לקראת העתיד יוצרים מצבים רגשיים מורכבים יותר. חשוב לציין שהנחת העבודה בטיפול אינה שיפור והתפתחות בקו ישר עולה אלא ספירלה שבה יש התקדמות בצד חזרה והעמקה בקושי.

מצב הרוח ושביעות הרצון מחיי היום-יום משקפים מצב זה לפיו בתחילה יש שיא חיובי ועם הזמן יש ירידה בשניהם. ילדים נוטים לחייך ולצחוק יותר בהתחלה ולקראת סיום השחיה במרכז ופחות באמצע התקופה. לטיפול יש תרומה משמעותית

בקידום יכולתו של הילד להעסיק את עצמו לחיות מרוכז ורגוע ובמקביל גם לחנות מדברים. ילדים שלא סבלו מהתעללות מרוצים יותר מחיי היום-יום ($r=.75$), והם במצב רוח טוב יותר ($r=.56$), והטיפול מקדם אותם יותר בתחומי היכולת לחתרוז ($r=.72$), ולהעסיק את עצמם ($r=.65$).

מן הצד השני, תרומה דומה של הטיפול ניכרת במיוחד במצבים קשים של פגיעה עצמית, סיוטי לילה ותלונות על כאבים שאף כי הם אינם שכיחים הם מתמעטים עם הזמן. לא כן באשר לגילוי התנהגויות מיניות חריגות ככל שהילדים השיים בטוחים יותר בעצמם ובמצבם במרכז, כך הם "חופשיים" ממעצורים, יוזמים או נסחפים אחר יוזמות של אחרים. כמו בתחום המיני, כך גם בהתנהגויות תוקפניות של צעקות והתפרצות המתחזקות עם הזמן. גם פחדים, עצבות ובכי הם במגמת התחזקות כעבור שלושה חודשים. כנראה לקראת השינויים העתידיים להתרחש לאחר עזיבת המרכז נאלצים הילדים לחזור לחוש חוסר ודאות, ולחוות פרידה ואת הצורך להסתגל מחדש אם מדובר על מסגרת חוץ-ביתית או לחזור לזכרונות מן העבר כאשר מדובר בשיבה הביתה. ילדים בוגרים יותר בולטים בכך שהם יותר פוגעים בעצמם ($r=.64$), ומתלוננים על כאבים ($r=.54$), כבר בחודש הראשון ולקראת העזיבה הם יותר בוכים ועצובים ($r=.87$).

(2) בטחון עצמי

לוח ג-19 (המשך): שינויים בהתנהגויות אפקטיביות וחברתיות של הילדים בשלושה מועדים - הערכת הבטחון העצמי (השוואת ממוצעים)

סח"כ	כעבור חודש	כעבור חודשיים	כעבור 3 חודשים
	N=19 מ"מ	N=10 מ"מ	N=7 מ"מ
בטחון עצמי**	SD	SD	SD
לא מרגיש ש"לא שווה הרבה"	2.16	2.00	1.50
יש לו בטחון עצמי	(.90)	(.67)	(.55)
	2.00	1.80	1.57
	(.88)	(.91)	(.79)

* סטיית תקן

** ככל שהממוצע גבוה יותר כך הרמח/השינוי הוא בכיוון חיובי.

הטיפול בתחום של חיזוק הילד באמצעות חקנית תחושת בטחון עצמי ותחושה של ערך ושווי עצמי הוא קשה. יש שיפור בחודש הראשון כאשר מתוך 16 ילדים (55%) שבטאו תחושה שאין הם שווים בעת קליטתם רק לגבי 10 ילדים (62%) היתח הערכת דומה כעבור חודש, אך עם הזמן לא מתחזקים הבטחון והערך העצמי של כלל הילדים, כן מתחזק בטחונם של ילדים שחוריהם לא התעללו בהם ($r=.54$, $r=.72$, $r=.76$), בהתאמה לתקופות).

(3) תחושת שייכות למסגרת

לוח ג-19 (המשך): שינויים בהתנהגויות אפקטיביות וחברתיות של הילדים בשלושה מועדים תחושת השייכות למסגרת (השוואת ממוצעים)

כעבור 3 חודשים		כעבור חודשיים		כעבור חודש		ס"ח"כ
SD	<u>N=7</u> מ"מ	SD	<u>N=10</u> מ"מ	*SD	<u>N=19</u> מ"מ	
						<u>תחושת שייכות למסגרת**</u>
(.57)	2.40	(.63)	2.20	(.51)	2.56	מרגיש שמקבלים אותו ומבינים אותו
						לא רוצה לברוח מרגיש שהמקום לא טוב לו
(.53)	2.57	(.70)	2.40	(.70)	2.53	

* סטיית תקן

** ככל שהממוצע גבוה יותר כך הרמה/השינוי הוא בכיוון חיובי.

תחושת השייכות למרכז הבאה לידי ביטוי הן בתחושת קבלה וחבנה והן באי-רצון לברוח ממנו גבוהה כעבור חודש ומתחזקת לקראת העזיבה. אף כי קיים קושי מסויים המתגלה כעבור חודשיים. ילדים שהוריהם התעללו בהם יותר אמביבלנטיים כלפי המרכז ולפחות בחודש הראשון מגלים יותר רצון לברוח. ילדים שהוריהם נשואים מרגישים שמקבלים ומבינים אותם יותר מילדי הורים גרושים ($r=.69$).

(4) יחסים עם בני הגיל

לוח ג-19 (המשך): שינויים בהתנהגויות אפקטיביות וחברתיות של הילדים בשלושה מועדים - הערכת יחסים עם בני הגיל (השוואת ממוצעים)

כעבור 3 חודשים		כעבור חודשיים		כעבור חודש		ס"ח"כ
SD	<u>N=7</u> מ"מ	SD	<u>N=10</u> מ"מ	*SD	<u>N=19</u> מ"מ	
						<u>יחסים עם בני הגיל**</u>
(.55)	2.57	(.72)	2.60	(.67)	2.28	יש לו חברים
(.76)	2.29	(.77)	2.50	(.64)	2.17	קושר קשרים טובים עם ילדים ילדים אחרים אינם מציקים לו, רוצים בחברתו
(.95)	2.29	(.84)	2.40	(.78)	2.44	לא מתבודד שקוע בעצמו
(.69)	2.14	(.74)	1.90	(.73)	2.18	

* סטיית תקן

** ככל שהממוצע גבוה יותר כך הרמה/השינוי הוא בכיוון חיובי.

הטיפול מקדם את היכולות החברתיות של הילדים בעיקר במה שקשור בחברות וקשירת קשרים טובים עם הילדים מחד, ובמידה מסוימת ובמגמה פחות ישרה גם לאי התבודדות ולאי שקיעה בעצמם, מאידך. פחות שינויים חיוביים מתרחשים בתגובות החברתיות כלפי מעשים של ילדים אחרים כאשר הצקות וחרחוקות מתחזקים עם הזמן. ילדים שהוריהם לא התעללו בהם הינם בעלי יכולת טובה יותר לקשור קשרים עם ילדים אחרים ($r=.53$).

(5) יחסים עם צוות המרכז

לוח ג-19 (המשך): שינויים בהתנהגויות אפקטיביות וחברתיות של הילדים בשלושה מועדים - הערכת יחסים עם צוות המרכז (השוואת ממוצעים)

כעבור 3 חודשים		כעבור חודשיים		כעבור חודש		סח"כ
<u>N=7</u> מ"מ	SD	<u>N=10</u> מ"מ	SD	<u>N=19</u> מ"מ	*SD	
<u>יחסים עם צוות המרכז**</u>						
2.71	(.49)	2.70	(.48)	2.79	(.43)	לא חושש ומפחד מאנשי צוות
2.43	(.53)	2.90	(.31)	2.56	(.62)	אפשר לשוחח אתו, להסביר לו דברים
2.29	(.75)	2.60	(.70)	2.53	(.62)	מדבר ומשתף אנשי צוות במה שקורח לו
2.29	(.49)	2.50	(.71)	2.50	(.52)	מגלה אמון בצוות
2.50	(.55)	2.40	(.84)	2.21	(.79)	שומע בקול הצוות
2.17	(.75)	2.50	(.71)	2.11	(.90)	לא רב ומתווכח על כל דבר

* סטיית תקן

** ככל שהממוצע גבוה יותר כך הרמה/השינוי הוא בכיוון חיובי.

חישג חשוב ומרשים של הצוות הוא פיתוח יחסים עם רוב מוחלט של הילדים ללא מורא ופחד כבר מן התקופה הראשונה ובעקביות לכל אורך הטיפול/השהיה במרכז. יחסים כאלה שונים במידה רבה מהיחסים שהיו לילדים עם הוריהם או לפחות עם אחד מהם. רק 4 ילדים (14%) חשו לעיתים רחוקות חשש מאנשי הצוות בחודש הראשון וכעבור שלושה חודשים רק שני ילדים חשו כך (7%). בנים חוששים יותר מבנות ($r = .80$).

תקופת הפריחה ביחסים עם הצוות היא כעבור חודשיים, אזי יש שיא ביכולת של הילד לשוחח ולשתף ויש פחות התנגשויות סביב ציות ומשמעת. עם זאת, כעבור שלושה חודשים, יש ירידה בטיב היחסים עם הצוות לרמה הנמוכה אף מזו של החודש הראשון למעט בתחום החשוב של המשמעת שבו קיימת השתפרות כל הזמן. יתכן וירידה זו משקפת את ההכנות הרגשיות העמוקות של הילדים לקראת הפרידה מהצוות.

בנות יותר מבנים נוטות לשתף את הצוות ונטיה זו מתחזקת עם הזמן ($r=.53$),
 $r=.74$, $r=.74$ (בהתאמה לתקופות). בוגרים משתפים יותר ($r=.64$).
 ככל שעובר הזמן ותחושת ההיכרות עם הצוות והמרכז גוברת, כך גם מתחזקים
 הריבים והוויכוחים ($r=.69$), נוטים יותר מאחרים לגלות אמון בצוות -- ילדים
 במצוקה רבה ($r=.81$), וילדים שחוריהם לא התעללו בהם ($r=.58$).

(6) שמירה על כללי התנהגות

לוח ג-19 (המשך): שינויים בהתנהגויות אפקטיביות וחברתיות של הילדים
 בשלושה מועדים -- הערכת השמירה על כללי התנהגות (השוואת ממוצעים)

סחיכ	כעבור חודש N=19		כעבור חודשיים N=10		כעבור 3 חודשים N=7	
	SD	מ"מ	SD	מ"מ	SD	מ"מ
שמירה על כללי התנהגות**						
אם עושה משהו לא בסדר, מצטער ומתחרט	(.59)	2.53	(.48)	2.70	(.52)	2.53
בדרך כלל מתנהג כמו שצריך	(.83)	2.16	(.83)	2.22	(.83)	2.00
לא חורס דברים ומחבל בחפצים	(.84)	2.47	(1.03)	2.20	(.79)	2.43
לא משתולל פוגע ותוקף אנשים	(.83)	2.37	(.95)	2.30	(.76)	2.29

* סטיית תקן

** ככל שהממוצע גבוה יותר כך הרמה/השינוי הוא בכיוון חיובי.

בתחום של רכישת נורמות התנהגות יש צורך בתקופת הפנמה ורכישה והדבר ניכר בשיא
 שמשתקף כעבור חודשיים בהערכת הצוות שהילדים מתנהגים כמו שצריך וכאשר אין זה
 כך, הם מביעים צער וחרטה. לא כן באשר לבלימת התנהגויות חרסניות ותוקפניות.
 בתחום זה דוקא כעבור כחודש ניכרים ההישגים המירביים ולאחר מכן יש "פריקת עול"
 בעיקר במה שנוגע לתגובות תוקפניות ופוגעות בזולת, שהם דפוס מוכר יותר לילדים
 מאשר דיאלוג, שליטה עצמית ואיפוק.

הבעת צער וחרטה מאפיינת יותר ילדים שחוריהם לא התעללו בהם ($r=.76$), אך הם
 באים מרקע של מצוקה קשה ($r=.91$). וכן יותר אצל ילדים ממשפחות שבהן החורים
 נשואים ונטיה זו אצלם מתחזקת עם הזמן ($r=.70$, $r=.80$, $r=.92$), בהתאמה לתקופות).

(7) השתתפות בפעולות

לוח ג-19 (המשך): שינויים בהתנהגויות אפקטיביות וחברתיות של הילדים בשלושה מועדים - הערכת השתתפות בפעולות (השוואת ממוצעים)

כעבור 3 חודשים		כעבור חודשיים		כעבור חודש		סה"כ
<u>N=7</u> מ"מ	SD	<u>N=10</u> מ"מ	SD	<u>N=19</u> מ"מ	SD	
<u>השתתפות בפעולות</u>						
2.29	(.49)	2.40	(.70)	2.41	(.71)	עושה מאמץ, משתדל להצליח בפעולה
2.33	(.52)	2.56	(.73)	2.28	(.83)	לא מפריע בפעולה, שומע לקול המנחה

* סטיית תקן

** ככל שחממוצע גבוה יותר כך הרמה/השינוי הוא בכיוון חיובי.

השתתפות פעילה בפעילויות בדומה לשמירה על כללי התנהגות דורשת מידה מסוימת של הסתגלות בתחילה. עם הזמן וככל שהוויית המרכז נעשית מוכרת יותר, גדלה תחושת הבטחון במסגרת ולאחר המאמץ של ביסוס הרושם יורדת הנטייה של הילדים לחשקיע ולהתאמץ.

בנות משקיעות יותר מאמץ ומשתדלות יותר להצליח בפעולות מאשר בנים ($r=.67$), כך גם ילדים בעלי רקע של מצוקה ($r=.81$), וילדים שחוריהם לא התעללו בהם ($r=.58$).

סיכום

* יעדים לאבחון ולטיפול מעמיק הוצבו לרוב משפחות הילדים. רק משפחות של 4 ילדים (14%) הוגדרו בעת הקליטה כבלתי ניתנות לטיפול בגלל סיבות אובייקטיביות התלויות בהורים עצמם.

* כבר בעת הקליטה היתה הערכה ש-20 מן הילדים ישו במרכז תקופה מירבית של כשלושה חודשים.

* קיימת הלימה גבוהה בין צרכי הילדים כפי שהם באו לביטוי בתיאור גורמי הסיכון מהם סבלו הילדים טרם הפנייתם למרכז ובשיקולי קבלתם לבין מטרות הטיפול, כשלכל ילד הוצבו מספר מטרות. רצף הדגשים במטרות הטיפול משקף היענות לצרכים מידיים וגלויים במישור הרגשי -- בו החסך הוא העמוק והנפוץ ביותר, לאחר מכן התעמקות באבחון, בניית תכנית התערבות לטווח ארוך תוך חיזוק הילד וכשר התמודדותו ולאחר מכן טיפול במשפחה תוך הסתייעות במשאבים קהילתיים.

- רוב הילדים סבלו בבתיהם מהזנחה במספר תחומים כשיותר ממחציתם בהזנחה משולשת של צרכים ותנאים רגשיים, חברתיים וחינוכיים בסיסיים.
- הצוות הטיפולי השקיע במספר תחומים בו-זמנית בסדר הבא: הניתוק מהבית, המשפחה באופן כללי, ההורה הפוגע, מצב הילד בהווה והכנתו לעתיד, הפגיעה/ההתעללות וההורה הלא פוגע.
- תחומי הקושי שהפריעו לילד בעת שהייתו במרכז היו היתסים בכלל והיתסים החברתיים בפרט, עם ילדים אחרים, עם המשפחה, עם אחים ועם הצוות ורק אחר כך התנאים הסביבתיים והפעולות שבהן הוא השתתף.
- רוב גדול של הילדים (24 ילדים) נפגעו מיחסיהם עם האם. חלקם בגלל העדר תגובות חיוביות מצידה (3), חלקם בגלל אדישות ואי-התייחסויות (2); חלקם בגלל חשיפה להתייחסויות לא חיוביות בלבד; (4) ויתרם בגלל התייחסויות סותרות -- חיוביות ושליליות בעוצמה מתונה (3) ועד חמורה (12).
- מספר קטן יותר של ילדים חשוף לאב. שיעור גבוה יותר מן האבות התעניינו בילדיהם ואף עסקו עמם בפעילות משותפת אך בצד יחס חיובי יותר האבות הענישו, השפילו והתעללו גם באחים כולל התעללות מינית יותר מהאמהות.
- הקשר ההדוק ביותר התקיים בין המרכז והאם והדבר עולה בקנה אחד עם אפיוני ההרכב המשפחתי ואופי היחסים המשפחתיים של הילדים.
- המרכז, כצפוי, קיים קשרים גם עם גורמים קהילתיים לגבי רוב הילדים (24) כשמוקדי הקשר היו: גיבוש חלוקת תפקידים בין הלשכה (הורים ומשפחה) למרכז (הילד); קבלת החלטות וגיבוש תכנית התערבות ארוכת טווח, גיוס משאבי הקהילה למציאת מסגרת הולמת; כמו כן התקיים קשר פתוח ולא מוגדר שהיה גם הוא בעיקרו סביב איסוף ומסירת מידע מחד והתייעצויות, מאידך.
- כללית, נמצאה הלימה גבוהה בין הצבת המטרות הטיפוליות לצוות בעת הקליטה לבין הערכת מוקדי ההשקעה בעת השחרור שהיו רבים ומגוונים בו-זמנית. סדר מוקדי ההשקעה היה: מתן מסגרת הגנה וצרכים רגשיים; מתן מסגרת הגנה וצרכים חומריים (שלא הוצב כמטרה כה גבוהה); אבחון מעמיק לילד ולמשפחה; בניית תכנית טיפול והתערבות לטווח ארוך; טיפול לחיזוק כשר ההתמודדות של הילד; גיוס משאבי הקהילה (הושקע בכך יותר מההערכה הראשונית בעת הצבת המטרות הטיפוליות); ולבסוף טיפול לחיזוק כשר ההתמודדות של ההורים ושיפור יחסיהם הזוגיים.
- על פי הערכות הצוות הטיפולי 8 ילדים זכו להשקעה רבה ועוד 9 ילדים זכו להשקעה רבה מצד צוות המדריכים (רק שני ילדים מתוכם זהים).
- ככל שההשקעה הטיפולית היתה רבה ומגוונת יותר, כן חל שיפור בתגובות הרגשיות (נטיה לחייד ולצחוק) וביחסיו של הילד עם הצוות (שיתוף ומתן אמון) וכן היתה תחושה שהילד הרשה לעצמו יותר לבכות ולהיות עצוב.

פ ר ק ד ת ה ל י ך ה ש ח ר ו ר

1. השיקולים וסיבות השחרור

במרוצת שמונת חודשי ההערכה שוחררו כאמור 21 ילדים מהמרכז (72%); שני ילדים (9%) בתקופת ההתארגנות (הראשונה); 6 ילדים (29%) בתקופת השיא במספר הילדים (חודש מרץ); 12 ילדים (57%) בתקופת הרגיעה (חודש אפריל ומאי); וילד אחד בתקופת הפעילות האחרונה - (5%). בעוד שניתן למצוא שני ריכוזים של ימי קליטת ילדים במחצית החודש (8 ילדים) ובסופו (5 ילדים), הרי שימי השחרור היו פזורים באופן אחיד על פני כל ימות החודש.

כאמור, תקופת שחייתו של הילד במרכז מתוכננת להיות מוגבלת וכבר בעת הקליטה ברור וידוע שכיוון הטיפול הוא שהילד יעזוב כעבור פרק זמן מסויים שבו הוא קיבל מקלט, אבחון וטיפול משמעותיים. שיקולי השחרור יכולים להיות קשורים בילד עצמו או במרכז. כאשר מדובר בשיקולים הנוגעים לילד יש התייחסות: להשלמת האבחון, להתקדמות הטיפול, לחיזוק כשר ההתמודדות של הילד ומשפחתו ולמציאת סידורים הולמים שיבטיחו את עתידו של הילד בבית, תוך העברתו לגורם בקהילה או מחוץ לבית במסגרת קבועה; שיקולים הנוגעים למרכז מתייחסים: לצרכים ניהוליים שלו דחינו למיצוי תקופת השחייה המקסימלית וגם לאי התאמת הילד למרכז.

לוח ד-1: מידוג השיקולים שתרמו להחלטה לשחרר הילד מהמרכז

		מספר הילדים		%		
		21				סח"כ
1.	השלמת תהליך האבחון ובנית תכנית הטיפול	15	(13%)	71	(62%)	
2.	חיזוק כשר ההתמודדות של הילד	15	(10)	72	(48)	
3.	השלמת ההכנה והעברה לגורם בקהילה	14	(8)	67	(38)	
4.	חיזוק כשר ההתמודדות של המשפחה	10	(6)	48	(29)	
5.	הסתיימה התקופה המקסימלית	7	(7)	35	(35)	
6.	שיקול טיפול/נסיבתי אחר	10	(4)	48	(19)	
7.	התפנה מקום להשמת הילד במסגרת קבועה	6	(5)	29	(24)	
8.	התנהגות הילד לא מתאימה לנוחלי המרכז	2	(2)	9	(9)	
9.	צרכים ניהוליים של המרכז	1	(-)	5	(-)	

בסוגריים מצויין מספר* ואחוזי** הילדים שהשיקול תרם במידה רבה לשחרורם.

נמצא ששיקולים קשורים בילד ובמצבו בעת השחרור --- התקדמות תחליך האבחון, הטיפול והערכת הישגיו וחיזוק התמודדויות הילד ומשפחתו -- הם שיקולים מכריעים יותר מאשר שיקולים קשורים במרכז אך גם יותר מחשיקול המתייחס לעתיד הילד כמו מציאת מקום לחשמח במסגרת קבועה.

בין השיקולים האחרים שהוזכרו היו אי הימצאותה של ילדה אחת בסיכון למרות תלונתה, המשך טיפול בקהילה (של 4 ילדים - 14%); אי-החזרת ילד אחד מביקור במשפחה הקולטת, ואי-מציאת מסגרת חוץ ביתית הולמת לילדה אחת. השיקולים הקשורים בילד קשורים גם בהשקעה רבה יותר של הצוות בכמות ובמגוון של טיפולים ($r=.85$). ככל שהילד שהחזיר זמן רב יותר במרכז, כן השיקול לשחרור ממוקד. בו אישית: בהשלמת האבחון ובנית תכנית טיפולית ($r=.88$), בחיזוק כשר ההתמודדות שלו ($r=.72$), וגם בהשלמת החעברה לגורם בקהילה ($r=.56$). עם זאת, כצפוי, משך שהייה ארוך יותר במרכז מעלה את הסבירות שהתקופה המקסימלית לשהייה הסתיימה ($r=.72$). בדומה לכל הסוגיות המורכבות שהערכה זו עוסקת בהן כך גם לגבי שיקולי שחרור הילד. לא היה רק שיקול אחד לשחרור אלא מספר שיקולים בו זמנית. לגבי ילדים רבים (13 מהחווים 62% מהמשוחררים) היו מספר שיקולים בו-זמנית שתרמו במידה רבה להחלטה לשחרר את הילד.

לוח ד-2: מספר ותכני השיקולים שהביאו לשחרור הילדים

סיווג הילדים לפי מספר שיקולי השחרור		סיווג הילדים לפי מספר שיקולי השחרור	
מספר הילדים	%	מספר הילדים	%
21	100	21	100
5	24	5	24
3	14	3	14
4	19	4	19
8	38	8	38
3	14	3	14
8	38	8	38

קיימת חלימה גבוהה בין מטרות הטיפול, הערכות מוקדי ההשקעה הטיפולית בסיום הטיפול ושיקולי השחרור של הילדים. אותם ילדים אשר הושקעו רבות בקשר הטיפולי עם הוריהם שוחררו בגלל חיזוק ההתמודדות הן של הילד והן של הוריו (לאחר שנוצרו תנאים הולמים לחזרתם הביתה בעקבות הטיפול); לעומתם שמונת הילדים (38%) ששוחררו למרות שאף אחד מן המרכיבים הטיפוליים לא הושלם שוחררו בגלל שיקולים ונסיבות ייחודיים. עבור חמישה מהם (24%), לא הוצבו כבר בעת הקליטה מטרות טיפוליות בתחומים אלו; וכן בגלל נסיבות שלא איפשרו השקעה טיפולית משמעותית (2) בניס לא התאימו למרכז למרות פגיעותם הקשה, ואי-התאמה זו היתה ברורה כבר לאחר אבחון קצר; וכן בן אחד שלא שב מביקור בבית קרובים). יתרה מזו, אף כי לא חוזקה יכולת ההתמודדות של כל החורים שתכנית האבחון והטיפול עבורם הושלמה, בכל זאת אחד או שני החורים של 8 ילדים (38%) התחייבו לשיתוף פעולה טיפולי לאחר השיבה הביתה של ילדיהם. ושני אחים חזרו לתקופת נסיון בפיקוח בבית.

2. הגורמים המעורבים בהחלטת השחרור

כפועל יוצא ישיר מן השיתוף של גורמי קהילה לכל אורך הקליטה והטיפול בילד ובמשפחתו אך טבעי שגורמים אלה בנוסף לצוות הטיפולי של המרכז יהיו מעורבים בהחלטה לשחרר את הילד. עד כמה מעורבים גורמים נוספים ניתן ללמוד מן הלוח הבא.

לוח ד-3: מידת מעורבותם של גורמים שונים בהחלטת השחרור

מספר הילדים	%	סח"כ
21		סח"כ
20*	95	חצוות הטיפול במרכז
14	67	פקיד סעד של הלשכה
7	33	עובד סוציאלי של הלשכה
4	19	פקיד סעד מחוזי
4	19	קרובי משפחה
3	14	מטפלים משפחתיים (פרטיים)

* שחרורו של ילד אחד היה יותר תוצר של נסיבות מאשר של החלטה מגובשת.

קיימת מעורבות של גורמים נוספים -- בעיקר מקצועיים ומקהילת הילד ומשפחתו -- אם כי היא איננה נוהל הכרחי בכל החלטות השחרור. מעורבות של פקיד הסעד המחוזי נדרשה רק במקרים מיוחדים. בשני מקרים (9%) שבחן תקופת השחייה המירבית במרכז הסתיימה ולמרות החלטה לתוציא את הילדות מן הבית היה קושי גדול למצוא מסגרת חוץ-ביתית תואמת. לבסוף רק אחת הילדות אכן סודרה מחוץ לביתה והשנייה נאלצה לחזור הביתה אף כי היתה הערכה שסידור זה אינו תואם את צרכיה (ביום בו סיימו

את איסוף הנתונים במרכז שבה ילדח זו למרכז לאחר שהייה בלתי מוצלחת בבית במשך 9 שבועות). שני המקרים הנוספים היו של בנים (9%) שהוגדרו כבלתי מתאימים למרכז.

החלטות השחרור היו תוצר של שיקול דעת של מספר גורמים מקצועיים. בהחלטות השחרור של רוב הילדים (16 המתווים 76%) היו מעורבים בהחלטה שני גורמים לפחות, המרכז וגורם נוסף בדרך כלל עויס של הלשכה. ביותר ממחצית החלטות השחרור (57%) היו מעורבים שלושה גורמים ויותר.

3. תהליך הפרידה של הילד מהמרכז

מרכיב חשוב בתהליך טיפול משמעותי הוא שלב ההכנה לפרידה והפרידה עצמה. לשלב זה משנה חשיבות עבור ילדים שחוו בחייהם נטישות ופרידות רבות, שרובן היו פתאומיות לא מתוכננות ונתפסו כשרירותיות ובלתי מובנות למעט הסבר אחד אפשרי גם אם הוא אינו נכון -- "שחילד אשם בעזיבה". חוויות הפרידה הכה כואבות והבלתי מעובדות פגעו בילדים במישורים רבים ובהם האמון אותו הם יכולים לתת לאנשים, תחושת הבטחון והיציבות בחיים ועוד. דוקא לאחר החוויה המשמעותית שהם עברו במרכז רק הכנה מספקת ותואמת לפרידה עשויה היתה לחשלים את הטיפול. ואכן עם כל הילדים שהשתחררו מן המרכז היו פגישות הכנה לפרידה. גם עם ילדים ששהו יום אחד במרכז התקיימו שיחות טיפוליות המכינות אותם וגם את הוריהם לקראת מה שעתיד לקרות עם שובם הביתה. ככל שהילד אופיין במצוקה גבוהה יותר ($r=.73$), ככל שחיה מגוון סיבות רחב יותר לקבלתו ($r=.67$), וכן הוצבו לטיפול מגוון של מטרות ($r=.50$), כן התקיימו יותר פגישות הכנה לקראת השחרור.

פגישות ההכנה לקראת השחרור התקיימו עם הילד -- בממוצע יותר פגישות מאשר עם בני משפחה אחרים; עם כל אחד מן ההורים -- עם האם יותר מאשר עם האב; ועם ההורים והילד במשותף -- יותר מאשר עם אחד ההורים בנפרד; וגם עם בני משפחה נוספים במספר מקרים.

לוח ד-4: המספר הממוצע של פגישות הכנה עם בני המשפחה לקראת השחרור

ממוצע	פגישות הכנה לקראת השחרור עם:
5.8	הילד בנפרד
4.4	אחד/שני ההורים והילד יחד
4.3	האם
2.7	האב
1.4	בני משפחה נוספים

ככל שהילד שחה זמן ממושך יותר במרכז, כן התקיימו יותר פגישות עם האם ($r=.84$), עם אחד/שני ההורים והילד יחד ($r=.81$), וגם עם האב ($r=.62$).

גם ריבוי בכמות ובמגוון הטיפולים שהילד קיבל במרכז קשור עם ריבוי פגישות עם האם ($r=.76$) ועם האב ($r=.65$).

חלק מתחליך החכנה לקראת השחרור ועזיבת המרכז כלל גם היכרות עם הפנימיות והמעונות המשפחתיים של 4 מתוך ששת הילדים (67%) שחופנו אליהם. היכרות זו כללה פגישות של הילד עם המטפל במרכז בהן המטפל תיאר לילד את המקום, הקשיב לרגשותיו כלפי סידור זה וחכשיר את "ליבו" ותודעתו של הילד לקראת קליטתו במסגרת חוץ-ביתית פעם נוספת, בנוסף לכך כל הילדים הללו נסעו לפחות פעם אחת טרם העזיבה לבקר ולחכיר מקרוב את הפנימיות והמעונות המשפחתיים בכלל ואת הצוות הטיפולי והעו"ס שיקלוט את הילד במקום החדש, בפרט.

4. לאן עזבו הילדים

לוח ד-5: המסגרת אליה הופנה הילד בעקבות השחרור מהמרכז

מספר הילדים	%	
21	100	סחי"ב
13	62	חזר לבית - בלי שחל שינוי בהרכב המשפחה
1	5	חזר לבית - הוצא מגורם המפריע
1	5	לבית קרובי משפחה
6	28	לפנימיות/מעון משפחתי

שני-שלישים מן הילדים ששהו במרכז חזרו לבתיהם וכשליש הועברו לסידורים חוץ-ביתיים רובם לפנימיות/מעון משפחתי. כל הילדים ששהו תקופות קצרות במרכז (עד 30 יום) והשתחררו -- שבו לבתיהם. אין השיעור הגבוה של ילדים החוזרים לבתיהם מעיד שבכל המקרים זהו הסידור המתאים ביותר לצרכי הילד, אף כי ברוב המקרים היתה הערכה שלאחר הטיפול שניתן למנוע את המשך הטראומות לילד ובעיקר כאשר נעשה טיפול במשפחה וייעשה טיפול מלווה המשכי בחורים -- זהו סידור אפשרי. במיעוט קטן של מקרים (3 ילדים - 14%) היתה החזרה הביתה בניגוד לחמלצה הטיפולית של הצוות, במקרה אחד לא היה בנמצא סידור חוץ-ביתי חולם, ושני אחים חזרו למשפחתם לתקופת נסיון לאחר קביעת השופט שחסתמכה על חמלצת גורמים טיפוליים פרטיים בניגוד לחמלצת המרכז.

אפיוני הילדים ששבו לבתיהם: ילדים שטרם הפנייתם למרכז סבלו חם ואחיחם מהתעללות פיזית ($r=.62$) ובעיקר מאם מענישה ($r=.84$) מתעללת ($r=.72$), ומשפילח ($r=.57$), וחמטרה היתה מעורבת בהוצאתם מן הבית ($r=.44$). ילדים לאבות שלהם יותר שנות לימוד ($r=.84$), אך בעלי רקע של עבריינות ($r=.50$). שחוריהם מקיימים גם יחסי חיבה ($r=.85$), ויחסי עורח ($r=.61$), ויש לחם בבית ציוד בסיסי מתאים

($r=.85$). ילדים שהוריהם מקפידים על כללי התנהגות עקביים ($r=.55$), דואגים לסדר יום קבוע ($r=.47$), ואף מקיימים מגע פיזי תואם עם הילד ($r=.53$), אך בגין הפגיעות -- הענשה מוגזמת, השפלות והתעללות פיזית בעיקר מצד האם - יש לילד תחושה שהוא "לא שווה הרבה" ($r=.67$), והוא נוטה להתבודד ושקוע בתוך עצמו ($r=.67$).

אפיוני הילדים שהוצאו לפנימיות/מעונות משפחתיים: ילדים לחורים שחתמוטטו בתפקידם ($r=.87$), ובעת קליטתם למרות הפגיעה הקשה בהם לא היתה ברורה המערכת המשפחתית ($r=.72$). ילדים שביטאו התנגדות להוצאתם מן הבית. ($r=.48$), אך הגיעו למרכז בגין צו החלטי או התקיימה ועדת החלטת עוד טרם קליטתם במרכז ($r=.58$). ילדים שאחיהם בוגרים יותר ($r=.53$). הם שהו במרכז זמן ממושך יותר ($r=.52$). ואחד ממוקדי הטיפול העיקריים היה בניית תכנית טיפול וחשמה לטווח ארוך ($r=.50$). ילדים לחורים המתנהגים באלימות פיזית האחד כלפי השני ($r=.79$), ואף יותר מכך החורה שאינו חי בבית-הילד מפריע לחורה המגדל אותו ($r=.85$). לקראת השחרור והעזיבה לפנימיה התקיימו יותר פגישות משותפות לילד, לאחד/לשני החורים ולמטפל ($r=.60$).

5. השירותים החברתיים אליהם הופנו הילד ומשפחתו לאחר השחרור

לאור השיעור הגבוה של ילדים שחזרו הביתה ולאור ההכרה שהטיפול שקיבלו הילד והחורים בעת שהיית הילד במרכז הינו זמני וכדי לאפשר ולהבטיח תשתלבות וגדילה מוצלחת של הילד במשפחה, יש הכרח לערב ולשלב שירותים נוספים מן הקהילה בחמשן הטיפול. יתירה מזו, גם הורי הילדים שחושמו בפנימיות ובמעונות משפחתיים הופנו על ידי המרכז לשירותים חברתיים נוספים בעיקר ללשכת הרווחה כדי שתהיה סמכות מקצועית שתקיים קשר עם החורים ותדאג לקשרים שלהם עם ילדיהם שמחוץ לבית.

לוח ד-6: השירותים החברתיים אליהם הופנו הילד ומשפחתו לאחר השחרור

מספר ילדים	%	
17	81	לשכת רווחה - פקיד סעד, עובד סוציאלי
14	67	בית הספר - מורה, פסיכולוג
		נורמים נוספים - מרכז שיפור למידה, גורמי עזר,
10	48	תחנה לטיפול פסיכולוגי ומשפחתי ומעקב פסיכיאטרי
2	9	מרכז להתפתחות הילד
1	5	קופת חולים - רופא, אחות

ילדי משפחות שסבלו מחזנה ($r=.49$), שבהן החורים גרושים ($r=.46$), ששהו יותר זמן במרכז ($r=.65$), וזכו למגוון טיפולים בעת שהייתם ($r=.75$), הופנו ללשכת הרווחה. גם למופנים למרכז להתפתחות הילד אפיונים דומים.

סיכום

- 21 ילדים מתוך 29 ילדים שוחררו במהלך התקופה. שיקולים הקשורים בילד ובמצבו בעת השחרור דהיינו, בהתקדמות תהליך האבחון, הטיפול והערכת ההישגים -- חיזוק התמודדויות הילד ומשפחתו -- הם שיקולים מכריעים יותר מאשר שיקולים הקשורים במרכז (סיום התקופה המקסימלית, התאמת הילד למרכז וצרכיו הניהוליים) או בעתיד הילד.
- החלטות השחרור הן תוצר של שיקול דעת של מספר גורמים בעיקר של המרכז עם גורמים מקצועיים מקהילת הילד ומשפחתו, אם כי זה אינו נוהל הכרחי. פקיד סעד מחוזי מעורב רק במקרים מיוחדים.
- רק הכנה מספקת ותואמת לפרידה עשויה להשלים את התהליך הטיפולי בילד. עם כל הילדים שהשתחררו היו פגישות הכנה לפרידה, בממוצע היו יותר מחמש. גם עם ההורים כל אחד בנפרד ובמשותף עם הילד -- התקיימו יותר מארבע פגישות בממוצע.
- 4 מתוך ששת הילדים שעזבו למסגרות חוץ ביתיות ביקרו כחלק מההכנה לפרידה במעונות המשפחתיים ובפנימיות אליהם הם עזבו.
- שני-שלישים מהילדים ששהו במרכז שבו לבתיהם ויתרם הופנו לפנימיות ומעונות משפחתיים לאחר שהיה ממוצעת של 63 ימים במרכז. 8 ילדים שהו במרכז לתקופה העולה על 3 חודשים.
- רוב הילדים ומשפחותיהם הופנו למספר שירותים חברתיים בו-זמנית, לאחר שחרורם כשהראשון ביניהם לשכת הרווחה.

פ ר ק ה ת ה ל י ד ך ה מ ע ק ב ו ה ט י פ ו ל ל א ח ר ה ש ח ר ר ו ר

1. תכנון הליווי והמעקב הטיפולי אחר הילד

בעת מילוי טופס השחרור של הילד נתבקש הצוות הטיפולי לדווח מי הם הגורמים איתם מתוכנן המשך קשר של המרכז בהקשר לילד; מה תוכן הקשר ותכיפותו המתוכננת. בשלב זה דווח שמתוכנן מעקב אחר כל הילדים ששחררו. ועבור מחציתם (11 ילדים) מתוכנן ליווי ומעקב עם יותר מגורם אחד. הגורם עימו מתוכנן הקשר החדוק ביותר, גם אם לא תמיד קבוע, הוא עם העו"ס ופקיד הסעד בלשכה. קשר עם הלשכה מתוכנן כחלק מהמעקב אחר 17 ילדים מתוך 21 ילדים (81%) ששחררו. כפי שכבר נמצא באשר לגורמים אליהם מופנים הילד ומשפחתו, גם כאשר מדובר בליווי ומעקב טיפולי לא רק עבור ילדים שחזרו לבתיהם מתוכנן קשר עם הלשכה אלא גם לגבי חלק מן הילדים שהושמו במסגרות חוץ-ביתיות. גם קשר עם בית הספר מתוכנן לגבי 5 ילדים (24%) ועם גורמי רפואה מתוכנן קשר כמעקב אחר 2 ילדים (9%). אחר כל הילדים שהופנו למסגרות חוץ-מוסדיות מתוכנן קשר עם אותן מסגרות. עבור ילדים רבים (13 - 62%) מתוכנן רק מעקב; עבור כל יתר הילדים מתוכנן שילוב בין מעקב וקשר טיפולי עם הילד ו/או עם חוריו כשלוש חלקים הטיפולי קודם למעקב. עם כמחצית מן הילדים (10) מתוכנן קשר שיכלול גם המשך הטיפול בילד; ועבור 8 מן הילדים (38%) הליווי יכלול מעקב יחד עם המשך טיפול בחורים.

תכיפות המעקב אחר כמחצית מן הילדים (10) היא מזדמנת. כאשר תוכננה תכיפות קבועה התכנון היה לקשר אינטנסיבי בתחילת התקופה שלאחר השחרור שילך ויפחת עם הזמן. כאשר הקשר העתידי קבוע לגמרי התכנון היה שהוא יתקיים אחת לשבועיים.

2. הליווי והמעקב הטיפולי אחר הילד

הרישומים בתיקי הילדים והפרוטוקולים של ישיבות המליאה איפשרו לנו לחשלים את תהליך ההערכה וללמוד על דפוסי הליווי והמעקב כפי שחם התבצעו בפועל. (כמובן בסייג אחד והוא שניתן היה להתייחס רק לאותן פעולות ליווי שדווחו במליאה השבועית או בתיק הילדים). מתוך 21 הילדים ששחררו לא נמצא דיווח כלשהו במליאה וגם לא רישום בתיק הילד, לגבי המעקב אחר 3 ילדים (14%) שחזרו לבתיהם.

ההתייחסויות/דיווחים במליאה - טרם העזיבה

עוד טרם שעזבו ילדים רבים (14 - 67%) חיתה התייחסות אחת במליאה לעזיבתם, לעוד 4 ילדים (29%) היו התייחסויות בשתי ישיבות מליאה טרם העזיבה. התייחסות זו חיתה אצל רוב הילדים הללו (10 ילדים) של האחראי לטיפול ולעיתים במקומו של

אחראי זה ההתייחסות היתה של המנהל או איש צוות טיפולי אחר (2 ילדים).
 ההתייחסות כללה הודעה על מועד העזיבה (כל הילדים); לאן עוזב הילד (כל
 הילדים); תכנון המשך חליווי והמעקב הטיפולי (כל הילדים); ותכנון מסיבת הפרידה
 מחילד (5 ילדים המחויים 43%).

התייחסויות/דיווחים במליאה ובתיק לאחר העזיבה

היתה התייחסות במליאה ל-15 ילדים (71%) לאחר שחרורם מהמרכז. לרוב הילדים (11
 - 73%) היתה התייחסות בשתיים ואף שלוש ישיבות מליאה. ההתייחסות הראשונה
 במליאה היה בחלק מן המקרים (6 ילדים - 40%) בישיבת המליאה. הסמוכה לעזיבה (עד
 שבוע מיום העזיבה); בחלק דומה מן המקרים (5 ילדים) ההתייחסות היתה תוך
 שבועיים מיום העזיבה; התייחסות מאוחרת יותר עד חודש ויותר מיום העזיבה היתה
 לגבי 4 ילדים (27%).

כל ההתייחסויות במליאה אחרי השחרור היו של האחראי על התיק. הדיווח התייחס
 לתחומים שונים כמפורט בלוח הבא:

לוח ה-1: תחומי הדיווח במליאה על המעקב אחר המשתחררים

מספר הילדים		%
סה"כ	15	
מצב הילד וטיב השתלבותו	15	100
מצב המשפחה וטיב שיתוף הפעולה עמה	12	80
אופי חליווי והמעקב הטיפולי של המרכז	6	40
ביקור בפנימיה	5	33
פניות של הילדים לשמירת קשר עם המרכז (מכתבים, ביקורים)	4	27
ביקור בבית הילד	4	27
אופי וטיב שיתוף הפעולה עם הלשכה	1	7

בדרך כלל, ההתייחסויות כללו דיווח על מספר תחומים בו-זמנית. חשוב לציין
 שנערכו ביקורים אצל 4 מתוך ששה הילדים (67%) שהופנו למוסדות תוך שבוע מיום
 עזיבתם. תוכנן ביקור אצל שני הילדים הנוספים שאחד מהם עזב את המרכז ממש סמוך
 לסיום החערכה.

לפחות אחד מן הדיווחים במליאה לאחר השחרור התייחס לקשיים עם החורים. חורי
 12 ילדים מתוך 15 (80%) גילו התנגדויות לטיפול באופנים שונים. רובם (חורי 11
 ילדים - 73%) לא קיימו את מלוא הבטחתם להגיע לכל הפגישות (או בתכיפות שנקבעה);

אב אחד לא קיים קשר כלשהו עם הילד; ומשפחה של ילד אחד הגישה ערעור לבית המשפט על החלטתו להוציא את הילד למסגרת חוץ-ביתית.

בתיקי 9 מן הילדים (43%) ששוחררו נמצא רישום חמתייחס למעקב הטיפולי אחר הילדים שעזבו את המרכז ומשפחותיהם. ברישומים אלו יש דיווח בו-זמנית על מספר נושאים: הפגישות הטיפוליות שנערכו עם הילד ומשפחתו, הדגשים והמטרות הטיפוליות (5 ילדים - 55%); יש התייחסות לטיב הקשר עם הלשכה (3 ילדים - המחוויים 30%); יש התייחסויות והסברים למה לא נערכו פגישות טיפוליות (2 ילדים - 22%); ויש מכתבים המזכירים להורים את החסכם הטיפולי עמם ודורשים שחחורים יקיימו אותו כלשונו (6 ילדים - 67%).

סיכום

• תוכנן ליווי ומעקב טיפולי אחר כל הילדים ועבור מחציתם עם יותר מגורם אחד, בעיקר עם העובדת הסוציאלית ופקיד הסעד בלשכה. וכמובן עם כל המוסדות אליהם עזבו הילדים שלא שבו לביתם. בישיבות המליאה ובתיקי הילדים היה דיווח על ביצוע הליווי והמעקב הטיפולי.

• התייחסות לעזיבת 14 מן הילדים ששוחררו היתה עוד טרם העזיבה הממשית כאשר בדרך כלל האחראי לטיפול דיווח על מועד העזיבה, לאן עוזב הילד, תכנון המשך המעקב ותכנון מסיבת הפרידה אצל חלק מן הילדים.

לאחר העזיבה היתה התייחסות ל-15 מן העוזבים (מתוך 21) כשלרובם ההתייחסות היתה בסמוך לזמן העזיבה. אצל 4 ילדים שעזבו למסגרות חוץ-ביתיות נערך ביקור תוך שבוע מיום עזיבתם ותוכנן ביקור גם אצל שני הילדים הנוספים. ההתייחסות והדיווח בישיבות המליאה היה למספר תחומים בו-זמנית כשהשכיחים ביניהם היו מצב הילד וטיב השתלבותו לאחר העזיבה, מצב המשפחה וטיב שיתוף הפעולה עמה וכן אופי הליווי והמעקב הטיפולי של המרכז.

ח ל ק ב: ת פ ק ו ד ה מ ר כ ז ו צ ו ו ת ו

פ ר ק א א פ י ו נ י ה צ ו ו ת

חלק אי הוקדש לתיאור והערכת המרכז על החשקעה ותוצאותיה מנקודת המבט של מצב הילדים. עתה נשלים את התמונה במה שנוגע לצוות המקצועי ולעיצוב נוחלי העבודה. חלק זה מבוסס על השאלונים השבועיים שמילא כל אחד מחברי הצוות, על ניתוח תוכן של הפרוטוקולים של ישיבות המליאה השבועיות וכן על שיחות עם מנחל המרכז ויחידים מן הצוות הטיפולי.

צוות המרכז כולל אנשים ממקצועות, עיסוקים ותפקידים שונים, היקף האנשים בצוות חשתנה בתקופות שונות; היקף משרתם, משך תפקודם במרכז וזמני המשמרת בה הם עבדו בעיקר, וכמובן גם תחומי האחריות שלהם - אינם אחידים. ובכל זאת ניתן לחתייחס ואכן קיימת התייחסות ל-28 האנשים שתיפקדו במרוצת התקופה מ-3.11.93 ועד 5.7.94 במרכז כצוות המרכז (להלן: "צוות"). עם זאת, חשונות הרבה בין שתי קבוצות המרכיבות את צוות המרכז חייבו בנוסף למבט הכולל, לבחון כל אחת מהן באופן ייחודי וגם תוך השוואות לקבוצה השנייה. על כן בנוסף לנתונים הכמותיים על הצוות כולו, נציג גם: (1) נתונים כמותיים המתייחסים לצוות הטיפולי הכולל שבעה אנשים ובחם: המנחל, העובדים הסוציאליים, הפסיכולוגית, אם הבית והמורה (להלן: "צוות טיפוליי"). (2) נתונים כמותיים המתייחסים בסך-הכל ל-18 מדריכים (להלן: "המדריכים"), אף כי בכל שבוע מספר המדריכים שעבדו היה שונה. צוות המדריכים היה מורכב מ-10 מדריכות ומ-8 מדריכים.

במהלך כל שמונת חודשי ההערכה מילאו 28 חברי צוות המרכז 640 שאלונים, מתוכם 194 חיו של הצוות הטיפולי ו-392 שאלונים של המדריכים. יתר השאלונים שייכים לצוות האחזקה והמזכירות של המרכז. מספר השאלונים השבועיים לא היה אחיד. בצוות הטיפולי הטווח היה מ-2-3 שאלונים, שבועיים בתקופת השיא במספר הילדים ל-7 שאלונים בתקופות החתארגנות והרגיעה. בצוות המדריכים הטווח היה מ-10 שאלונים לשבוע בתקופת הרגיעה (בה היה המספר המינימלי ביותר של מדריכים בגין חופשת הפסח ובעיקר השביתה) ועד 15 שאלונים בתקופת החתארגנות. מן הראוי להדגיש שהתמונה המצטיירת מן השאלונים מבוססת כמובן רק על אלו שהתקבלו והללו מייצגים את העובדים שמילאו אותם ולא את אלו שנמנעו מלהשיב מסיבות שונות ומגוונות (לחץ ועומס בעבודה, היעדרות מן העבודה, כולל בזמן השביתה, מחלה, מילואים ועוד).

כמו-כן נעשה ניתוח התוכן על 31 ישיבות מליאה (רק רישומי 4 פגישות לא קיימים), ובנוסף לאלו יש רישומים של שתי ישיבות שקדמו לפתיחת המרכז לקליטת הילדים, ורישום של ישיבה אחת לאחר הסיום המתייחסת לשבוע האחרון של איסוף הנתונים. סך הכל 34 פרוטוקולים של ישיבות מליאה.

ניתוח התוכן התייחס לשבעה תחומי תפקוד: (1) הערכה כללית של המנהל את תפקוד מרכז והצוות בשבוע האחרון; (2) התייחסויות לנושאים כלליים כגון טקס פתיחת מרכז, היסון הצוות וכד', (3) מצב הילדים - הטיפול הישיר בהם והטיפול בקשר לד-משפחה ובמשפחה עצמה; (4) כוח אדם וקידום המקצועיות שלו; אתיקה מקצועית הגדרת תפקידים; (5) שיבוץ וסידור עבודה; (6) גיבוש החלטות טיפוליות; (7) חזקת המבנה.

בחלק זה נתייחס לחמישה מן התחומים הנוגעים לתפקוד המרכז בכלל והצוות בפרט. שני התחומים הנוגעים לילדים, לטיפול בהם ובמשפחותיהם ולאחזקת המבנה התייחסנו פרק ג'. כזכור, חולקה תקופת ההערכה ל-4 תקופות משנה על פי מספר הילדים ובעיקר היחס שבין נקלטים, משוחררים ושוהים, ועל פי הערכת הצוות את מידת המתח במרכז: (1) תקופת ההתארגנות - מהשבוע הראשון עד השבוע ה-11. בתקופה זו שחו במרכז 1 עד 9 ילדים ושחררו 2. (2) תקופת השיא במספר הילדים. מהשבוע ה-12 ועד לשבוע ה-20. בתקופה זו שחו במרכז 10-13 ילדים צעירים ומתבגרים גם יחד נקלטו 7 ילדים ושחררו 6 ילדים. (3) תקופת הרגיעה - מהשבוע ה-21 ועד השבוע ה-29. בתקופה זו שחו במרכז מ-2 ועד 9 ילדים. נקלטו 5 ושחררו 12 ילדים. (4) התקופה האחרונה שכונתה תקופת הפעילות מהשבוע ה-30 ועד לשבוע 35. בתקופה זו שחו במרכז 5-8 ילדים. נקלטו 7 ילדים ושחררו ילד אחד.

חצת המרכז וצוותו תעשה גם היא תוך השוואה בין ארבע התקופות.

1. בחירה ותחלופה של כוח האדם

רוב הצוות הטיפולי נבחר לעבודה זמן רב (יותר משנה) טרם פתיחת המרכז ב-3.11.93 ואף עבר השתלמויות בתקופת זו, אך בשל בעיות הקשורות בהתנגדויות חשכיים לחקמת המרכז במיקומו הנוכחי לא יכול היה הצוות להתחיל בעבודתו כפי שחל ציפו. יתירה מזו, הדמות הבכירה ביותר בצוות -- מנחל המרכז, נבחר ונכנס לתפקידו זמן קצר טרם פתיחת המרכז ולקליטת ילדים על כן לא היה מעורב בבחירת רוב חברי הצוות הטיפולי וגם לא בבחירת רוב המדריכים שעבדו בתקופת ההערכה אותם בחר מנחל שהחלף.

חברי הצוות הטיפולי היו בעלי הכשרה מקצועית וניסיון עשיר בעבודה. חמדריכים היו כולם סטודנטים, רובם למדו לתואר מוסמך במדעי ההתנהגות, עבודה סוציאלית ופסיכולוגיה. את צוות המדריכים הדריכו במהלך העבודה הפסיכולוגית ומנחל המרכז במשותף.

שינויים בצוות הטיפולי: בסוף תקופת השיא במספר הילדים (בשבוע 20) הצטרפה לצוות עובדת סוציאלית בכירה, בסוף תקופת ההערכה התחלפה הפסיכולוגית. כאמור קיבל הצוות הטיפולי השתלמות טרם פתיחת המרכז ובמהלך העבודה קיבל חדרה שבועית ממומחית חיצונית.

בצוות המדריכים היו שינויים רבים: שתי מדריכות עזבו בתקופות ההתארגנות והרגיעת. הסיבות המוצהרות לעזיבתן היו אישיות. בתקופת הפעילות (האחרונה) היתה תחלופה רבה. 6 מן המדריכים (גברים ונשים כאחד) עזבו ובמקומם השתלבו מדריכים חדשים שנבחרו על ידי המנהל והצוות הטיפולי. הסיבות לעזיבה היו: מעבר לעיר אחרת בגין סיום לימודים ו/או נישואין; חיפוש עבודה קבועה ולא במשמרות לאחר סיום לימודים לקבלת תואר ועוד. בשיחות עם יחידים מן הצוות הטיפולי הובעה ההתרשמות שמדריכים שעבדו במספר משמרות קטן מידי שבוע, נטו יותר לעזוב (5 מתוך ששת העוזבים בסוף התקופה עבדו מעט משמרות). ניתן אולי לשער שמיעוט משמרות מקשה על ההתקשרות למרכז ותפיסתו כמקום עבודה בו ניתן להשתלב לתקופה ארוכה ואף לפתח קריירה מקצועית.

2. תנאי העבודה

מיעוט מן העובדים במרכז (11% בלבד) הם עובדים במשרה מלאה. בין העובדים הללו ניתן לציין את המנהל, אם הבית והמורה. יתר העובדים --מקרב הצוות הטיפולי וכל המדריכים-- עובדים במשרה חלקית בהיקף שונה. רובם (65%) עובדים בחצי משרה; כחמישית (22%) בשלושה רבעים של משרה; ומיעוט (4%) מן המדריכים עובדים ברבע משרה. עבור חלק מן העובדים בחלקיות משרה, המרכז הוא מקום עבודתם היחיד ועבור חלק אחר זהו מקום עבודה נוסף. עם זאת, בתקופת השביתה של העובדים הסוציאליים כאשר מספר הילדים במרכז ירד לכדי 2 ילדים בשבועות מסויימים, הצטמצם מספר המדריכים במשמרת והדבר השפיע על היקף משרתם של מדריכים רבים והקשה מאד עליהם ועל הצוות בכללותו.

המרכז בהיותו גם מקלט מתפקד 24 שעות ביממה, שבעה ימים בשבוע.

הצוות הקבוע עובד בהיקף מלא ללא קשר למצבת הילדים. היקף משרתם של מדריכים שונים היה כאמור תוצר של (1) תנאים וצרכים משתנים של הילדים והמרכז (2) של המדריכים.

(1) בין התנאים והצרכים של הילדים והמרכז ניתן לציין למשל בחודש מרץ ואפריל את ההכרח לצמצם את המשמרות ואת מספר המדריכים במשמרת בגלל מיעוט הילדים (בזמן שביתת העובדים הסוציאליים) שחייב הערכות מחודשת. הערכות זו היתה מורכבת מאד כי היו לה מטרות רבות: לעמוד בתקציב המוגבל; לחלק את נטל העבודה המצומצמת בצורה שיוונית; לשמר את כל המדריכים במצבת כוח האדם לתקופה שאחרי הצמצום -- כאשר יהיה צורך בכולם, וכדי למנוע חיפוש והתחייבות לעבודות אחרות; ובה בעת לקיים את דרישות הטיפול בילדים השוהים במרכז בצורה נאותה. המדריכים הביעו תחושות של מצוקה ויאוש כלפי מצב זה. הפתרונות היו מגוונים: ניצול ימי חופשה מצטברים, וכן תיקוני שכר ותשלום עבור "תקופת החמתנה".

כבר בסוף חודש מאי הן בגלל הגידול במספר הילדים, והן בגלל השתלבות ילדים קטנים וילדים שאינם שולטים על הצרכים, היה צורך בשיבוץ שלושה מדריכים למשמרת. בכל תקופה בה היו מתבגרים וילדים צעירים היה צורך להפריד את פעילויותיהם ולהגביר פיקוח על המגעים בין הילדים בכל המשמרות. יתר על כן בחודש יוני נדרשה הערכות מוגברת של מערך המדריכים כדי למלא את הצרכים בכל המשמרות ותתורנויות וגם להיענות לצרכי המדריכים שתיו בתקופת מבחנים באוניברסיטה.

הפתרונות שהוצעו בתקופה זו היו לוח משמרות דו-חודשי כולל לוח אפשרויות החלפה של כלל המדריכים כדי למנוע שימוש במחברת קשר למטרות דיווח על החלפת משמרות.

(2) בין התנאים והצרכים הקשורים במדריכים ניתן לציין למשל חופשות חגים כמו למשל ליל הסדר וחופשת חול המועד פסח שחייבו התארגנות מיוחדת (כי שתי ילדות לא יצאו לביקור במשפחותיהן); חופשות לבחינות וחופשת הקיץ.

בתחילה, חלוקת היממה למשמרות חיתה כדלקמן: משמרת הבוקר מתחילה בערך ב-6:15 ומסתיימת בשעות אחר-הצהריים המוקדמות (14:30). משמרת הערב מתחילה בשעה זו ומסתיימת ב-22:30, שמונה שעות חלילה הן כמובן שייכות למשמרת חלילה. הצוות הטיפולי עובד בעיקר במשמרת הבוקר והמדריכים מאיישים את משמרות הערב וחלילה כאשר בכל משמרת כונן שהוא איש הצוות הטיפולי.

קיים קשר בין עבודה במשרת מלאה לבין עבודה במשמרת בוקר ($r=.45$). יתר על כן בצוות הטיפולי נמצא שככל שמישחו עובד במשמרת בוקר כן הוא חש יותר סיפוק מעבודתו ($r=.51$), ואף מעריך שאוירת המרכז בשבוע שחלף חיתה רגועה יותר ($r=.24$). קשר דומה -- בין משמרת בוקר והערכת האוירה כרגועה -- אם כי חלש יותר, נמצא גם בקרב המדריכים ($r=.15$).

סוגיות חלוקת העבודה בין המשמרות, שעות החלפה ביניהן, שיבוץ מדריכים לכל משמרת, העברת המידע ממשמרת למשמרת העסיקו את הצוות במספר רב של ישיבות מליאה בתקופות שונות.

כבר בנובמבר הופעלה מחברת הקשר בה נרשמים כל האירועים וההערות שקרו במשמרת, כולל שאלות לאנשי הצוות. היה צורך גם בחודשים דצמבר ינואר ואפילו אפריל ויוני לחזור ולרענן את הרציונל לקיומה של מחברת הקשר ואת חנוהלים הקשורים בה. כניסת כל איש צוות לעבודה במשמרת היא דרך הכניסה התחתית כדי לאפשר -- לפני המפגש עם הילדים -- קריאה במחברת הקשר. בנוסף לכך אחראי המשמרת מדווח בעל פה לאחראי המשמרת הבאה על מה שהתרחש במשמרת. בחודש אפריל נדון נוהל העברת עונשים ממשמרת למשמרת. כמו כן נדונו כללים של סודיות ואתיקה מקצועית באשר למיקום מחברת הקשר; אי העברת מידע ממנה לילדים; ואי שותפם ברישום. בחודש דצמבר הועלתה האפשרות שמדריכים יעבדו

* מצויינים מקדמים הנמוכים מ-30. רק אם הם מובהקים ב- $P<.01$. ראוי להזכיר שמצויינים רק מקדמים שנמצאו מובהקים $P<.05$.

במשמרות קבועות. מספר המדריכים במשמרת מבוסס על שיקול הדעת של המנהל ואם הבית על פי היכרותם את מספר וצרכי הילדים; סוכם שיש לעשות תכנון וסידור עבודה חודשי והחלפת משמרת תחיה באחריות בלעדית של המדריך המתחלף יחד עם הודעה לאחראי המשמרת; בחדש מאי היתה תזכורת לנוהל זה; כבר בחודשים דצמבר-ינואר סוכם כי לכל קבוצת ילדים יחיה מדריך אחראי כדי להגביר את תחושת היציבות והקביעות בחייהם ויש להודיע על כך לילדים. מדריך זה ידאג לפעילויות מתוכננות (מראש) ולא רק "יעביר את זמן המשמרת" או יענה לדרישות וללחצים מצד הילדים; אין להבטיח שום דבר לגבי המשמרת הבאה.

בחדש מרץ הועלתה אפשרות לקיים חוגים קבועים שיהיו פתוחים לבחירת הילדים. כמו כן הוחלט בחודש מרץ לארגן לוח פעילויות ותכניות חודשיות שיכלול גם את שמות האחראים בכל משמרת והלוח יתלה בחדר המדריכים.

במרוצת החודשים נובמבר, פברואר, מרץ ומאי, דנו בישיבות המליאה על סוגית זמני החלפת המשמרות והדיוק המתחייב מכך.

בחדש יוני התעורר צורך לרענן את נוהל רישום שעות העבודה וחלוקתם לפי משמרות כדי לדייק במתן השכר הדיפרנציאלי ולהבטיח מילוי אמין של דפי הדיווח.

בחדש יוני עודכן נוהל הגעת כונן מהצוות הטיפולי למרכז. החלטה זו היא לשיקול דעתו הבלעדי של הכונן ואינה במסגרת תפקידיו והשפעתו של המדריך. כמו-כן עודכן נוהל החודעה לכונן על אי-הגעת מדריך למשמרת. כן סוכם כי צמצום כוח אדם במשמרת מחייב הודעה מיידית לכונן ולמדריכי המשמרת.

בחדש יולי התעורר הצורך לליבון הרכב הצוות, הנדרש בכל משמרת כי רמת האלימות בין הילדים ובינם לבין המדריכים היתה גבוהה ונדרש לעיתים כוח פיזי לריסון תגובות אלימות בעת התפרצות. על כן הוחלט על שיבוץ גבר בכל משמרת.

סיכום

• צוות המרכז נבחר ברובו תקופה ארוכה לפני פתיחת המרכז לקליטת ילדים. רק מנהל המרכז השתלב בצוות תקופה קצרה לפני הפתיחה, לאחר שהחליף את המנהל הראשון. במהלך תקופת ההערכה היו מספר חילופין בצוות המדריכים ותוספת של עו"ס בכירה לצוות הטיפולי. סמוך לאחר סיום ההערכה התחלפה גם הפסיכולוגית. חברי הצוות הטיפולי כולם בעלי הכשרה ונסיון מקצועיים מוכחים והמדריכים הם בשלבים שונים של תהליך למידה והכשרה מקצועית במדעי ההתנהגות בכלל ובתחום הרווחה בפרט.

• מיעוט אנשי הצוות עובדים במשרה מלאה, רובם עובדים בחצי משרה, כאשר המרכז הוא מקום עבודה נוסף או בלעדי בנוסף ללימודים.

היקף משרתם של אנשי הצוות הטיפולי קבוע ואילו היקף משרתם של המדריכים והיקף המדריכים בכל משמרת משתנה. הוא מותנה במצבת הילדים השוהים במרכז מבחינת: (1) מספרם (למשל בתקופת שביתת העובדים הסוציאליים, תקופת חגים ובחינות); (2) גילם (למשל צעירים שאינם שולטים על סוגרים); (3) קבוצות גיל מגוונות (צעירים ומתבגרים); (4) אופי הילדים ותגובותיהם (ילדים אלימים מחייבים יותר מדריכים ובעיקר שיבוץ גבר בכל משמרת).

פ ר ק ב ת י פ ק ו ד ה מ ר כ ז

1. הערכות כלליות

בישיבות מליאה רבות היתה התייחסות כוללנית של המנהל לתפקוד המרכז בשבוע האחרון. מתוך בחינת התייחסויות אלו עולה התמונה הבאה.

בחודש נובמבר הביע המנהל הערכה לתפקוד המדריכים והערכה שלמרות העבודה הקשה יש תחושת התקדמות חיובית ושנעשתה כבדת דרך משמעותית בכלל ובעניין הנוחלים וסדר היום בפרט.

בחודש דצמבר היתה התייחסות לעייפות הצוות מכתובה ומהתייחסות רצינית לדיווחים הנדרשים, אבל היה ציון מיוחד לכך שרמת הרעש, ועל כן רמת החפרעה לשכנים, ירדה בצורה משמעותית.

בחודש ינואר היו מעט התייחסויות כלליות. כן הוזכר הצורך והרצון לצעוד צעד מקצועי נוסף קדימה שדרך למימושו היא שיבוץ עבודה קבוצתית מובנית ומתוכננת עם הילדים לשעות אחר-הצהריים.

בחודש פברואר היו מספר התייחסויות: לקשיי המשמעת בבית, לקשיי הצוות להתנהג באופן סמכותי ולחקפיד על גבולות ונוחלים ברורים. הצוות הוזמן לשתף וללמד דרכים להשתלט על ילדים בעייתיים ובמיוחד ילדים במצבי התפרצות אלימה. כמו כן היתה התייחסות לצורך בגיבוש מדיניות של קבלת ילדים לאחר מספר נסיונות קליטה קשים במיוחד שלמעשה נבעו מאי-התאמת הילדים למרכז.

בתחילת חודש מרץ היתה התייחסות רצינית לצורך לחפש פתרונות לפיקוח ושליטה על הילדים כדי לא אפשר להם להתנהג מינית בצורות חריגות או כאלו המסכנות ילדים אחרים. כמו כן, היתה התייחסות לתפקוד המדריכים. להערכת המנהל מגיעים המדריכים למרכז ללא רצון, חשק וכוח ובכך טמונה תחושת הנשלטות שלהם בניגוד לתחושת שליטה. אך כבר במחצית חודש מרץ היתה הערכה שחל שיפור גדול באוירת הבית.

בחודש אפריל היו מספר התייחסויות למתח הן סביב היחסים בין המדריכים לצוות הטיפולי והן סביב התפוסה הנמוכה של המרכז שהורידה את כמות המשמרות ומספר המדריכים בכל משמרת אך הוסיפה לעובדים מטלות.

גם בתחילת חודש מאי היתה הערכה קשה בגלל השלכות השביתה על עבודת המרכז ומצבת הילדים. במחצית חודש מאי היתה התייחסות להשתוללות של ילד ותגובות השרשרת שליוו אירוע זה. לקראת סוף החודש ירד המתח אך עומס העבודה גדל עם קליטתם של מספר ילדים צעירים. באותה עת פנה המנהל לצוות לחזור וללבן את הנוחלים כדי לעדכנם ולגבשם.

בחודש יוני החתייחסויות היו לתחושת התרופפות בעבודה שבאה לידי ביטוי הן במיעוט דיווחים במחברת הקשר, דבר שהקשה על הצוות להעריך את מצב הילדים ואת התקדמותם והן באי-התקדמות בגיבוש הנוחלים. עם זאת, החערכה היתה שדרכי ההתמודדות משתכללות ומשתפרות אך הדרך עדיין ארוכה.

בתחילת חודש יולי החערכה היתה שאף כי המצב במרכז חיובי, יש תחושה בצוות של חוסר אונים ושחרבה פעמים "שום דבר לא עוזר", בעיקר במצבי התפרצויות ואלומות.

2.

חלוקת התפקידים ותחזוקת כוח האדם

עוד טרם שנפתח המרכז לקליטת הילדים נערכו לפחות שתי ישיבות בהן לובנו תחומי האחריות של כל קבוצת עובדים במרכז כולל גבולות התפקיד והאחריות. כן נבדקו התחושות של המדריכים לגבי גבולות התפקיד והאחריות. התעוררה שאלה מרכזית לגבי המידה בה התפקיד של המדריך הוא טיפולי. ועד כמה תיאור התפקיד עונה לציפיות המדריכים. בתחילה היתה תחושה של עמימות רבה לגבי התפקיד, לגבי חלוקת התפקידים ולגבי תפקוד המרכז. לדוגמא עליו שאלות כגון: כיצד מעירים את הילדים בבוקר אמצעות מוסיקה שקטה, ליטוף, אמירת "בוקר טוב" מה לגבי ילדים שלא רוצים לקום? מה עושים עם ילדים שרבים? כתוצאה מהיעדר הגדרה ברורה וסגורה של תפקיד המדריך, ומחעדר "סט חוראות מגובש" ולוח זמנים ברור התעוררו שאלות רבות (כגון, מי אנחנו המדריכים? הורים? ספקי צרכים מידיים וליווי במהלך היום?) מידת שיתוף הילדים בתפקוד המרכז -- חכנת ארוחות תורנויות וכד' האם יספיק זמן המקלחת? האם יספיקו המים החמים ועוד?) כמו כן עלו דילמות רבות שחלקן נשאו לא פתרון חד משמעי.

עם הזמן גובשו נוחלים, הצוות רכש נסיון ותפקוד הבית קיבל דפוסים ברורים יותר. עם זאת היו תחושות של עומס, שחיקה וקושי. היה צורך בתחזוק שוטף וקבוע גם של צוות המדריכים (בנוסף לצוות הטיפולי) הן ברמת הקבוצה והן ברמת יחידים. לצורך זה התקיימו החל מחודש מרץ פגישות הדרכה קבוצתיות אחת לשבועיים. בכל פעם עם הצי מהמדריכים בליווי הפסיכולוגית והמנחל. פגישות אלו היו בנוסף לישיבות המליאה השבועיות בהרכב של הצוות כולו. עוד קודם לכן בחודש ינואר החל סבב שיחות של הצוות הטיפולי עם כל מדריך באופן אישי. בחודש פברואר היו תחושות רבות של קושי ועומס סביב מספר נושאים: לחץ ההתארגנות לקראת טקס הפתיחה הרשמי של המרכז, טענות המדריכים שהצוות הטיפולי אינו מסייע דיו לטיפול שוטף עם הילדים ושוב היה ליבון והבחרה של חלוקת התפקידים, תחושת קושי רבה עם הילדים ועידוד לאנשי הצוות הן לחפש פתרונות מקוריים למצבי קושי רבים והן לסייע לעקביות טיפולית ברורה ועקבית של כל הצוות תוך הקפדה על נוחלים וגבולות עם כל אחד מהילדים בנפרד ועם כולם יחד. כמו כן היו קשיים עם נסיונות החורים לבחון את הגבולות ותחזים שנקבעו איתם ואף לנסות לחפר אותם, באותה עת היתה תחושת פגיעה מקצועית מאי-קבלת בית-המשפט את המלצת הצוות הטיפולי אף כי החערכה היתה שחיפול והחשקעה בילדים נשאו תוצאות חיוביות (בגלל שביתת העובדים הסוציאליים). עם זאת, עלתה גם האפשרות של הגמשת גבולות כדי לחימנע ממריבות והתפרצויות של ילד ששתה תקופה ארוכה ו"נתקע" במרכז.

בתחילת חודש מרץ התעורר הצורך להתייחסות ליחסים בצוות. המדריכים הביעו עייפות, שחיקה ותחושת נשלטות. תחושות אלו היו בניגוד לתחושת השיתוף שהצוות הטיפולי ניסה לכוון אליה, תחושת שיתוף בעיצוב הנוהלים, דרכי ההתמודדות עם קשיי הילדים ובכלל שהצוות הטיפולי ניסה לכוון אליה. בתחילת חודש אפריל היה מתח ביחסי הצוות סביב קיום פגישת מדריכים עצמאית וביוזמתם שדווח עליה למנהל. בישיבת המליאה שלאחריה התעוררו מספר סוגיות שדרשו התמודדות: (1) תחושה שאין מספיק הזדמנויות להעלות נושאים לליבון; במסגרת הקיימת של ההדרכה (של המדריכים) אין תחושה של פתיחות וקבלה והיא אינה עונה על הצרכים, מסגרת ההדרכה היא בהרכב חלקי של המדריכים והיא עדיף לדעתם שתתקיים בפורום מלא. (2) יש "נזילות" רבה מדי של תפקיד המדריך המותנה במצבת הילדים ויש ריבוי ועומס מטלות רב במיוחד במשמרת הלילה. (3) רמת החכשרה והקידום המקצועי אינו מספיק יחסית לקשיי העבודה. (4) מורכבות היחסים בין אנשי הצוות כאשר כל העת יש שילוב בין יחסים מקצועיים ואישיים וחדבר מקשה ומבלבל מאד. המדריכים הציעו לקבל הדרכה בפורום מלא על ידי מדריך היצוני. במקביל הואץ קצב השיחות האישיות של הצוות הטיפולי עם כל מדריך.

בחודש יוני נדרשה המליאה לעסוק בישיבותיה. הובחר שוב שתוכחות בישיבות אלו והגעה בזמן היא חובה על כל אחד מאנשי הצוות. אי יכולת לחשתתף בהן מחייב: חודעה מראש והתעדכנות בפרוטוקול כדי שלא יוצרו הכלים בידיעת הנעשה במרכז. בזמן ישיבות המליאה יהיה איש מצומצם של המשמרת; לא יתקיימו ביקורי הורים ומשפחות; ולא תהיה התכנסות של אנשי צוות רבים במטבח -- כל אלה כדי לאפשר תפקוד יעיל של המרכז ובמקביל קיום ישיבה פוריה שבה שותפים מירב אנשי הצוות.

בחודש יוני הובעו שוב בישיבות המליאה תחושות קשות מצד המדריכים. הם השו תסכול, אי מימוש ציפיות והרגשה שהם "סעיף תקציבי". בין היתר הם פירטו שהם חשים שבגלל מגבלות תקציב מגבילים אותם; אין הם מקבלים הדרכה מתאימה אף כי הם מוכנים לקבל הדרכות מקצועיות גם אם זמן ההדרכות לא ישולם; הם קבוצת מועסקים חנוזפת על ידי קבוצת המעסיקים (הצוות הטיפולי) המגובשת והמאוחדת; הם כורעים תחת נטל הטיפול הפיזי בילדים קטנים שאינם שולטים על הסוגרים. יתר על כן חלק מהמדריכים אף אינם רואים זאת כחלק מתפקידם; הם חשים אחריות כבדה על הילדים אך הם מנוטרלים משותפות בקבלת החלטות.

בחודש יולי מוקד הקושי היה יותר בתחושות של חוסר אונים בכלל הצוות והעדר דרכי תגובה הולמות להתנהגויות האלימות של הילדים גם כאשר מושקע מאמץ במניעת ההתפרצויות או בהרגעתן כבר בהתחלה. גם הקושי להתמודד עם גניבות של ילד אחד עוררו תחושות קשות.

3. הקצאת זמן הצוות לתחומי עיסוק שונים
 מידי שבוע נתבקשו כל אנשי הצוות להעריך איזו כמות מזמנם (טווח התשובות
 האפשריות היה 0%-80%) הוקדשה ל-12 תחומי עיסוק שונים החיוניים לתפקוד המרכז
 והטיפול בילדים.
 כמו כן, אנשי הצוות יכלו לציין תחום נוסף שלו הם הקדישו את זמנם ולא
 צויין ספציפית בשאלון השבועי.

לוח 3-1: מידרג תחומי העיסוק לפי כמות הזמן הממוצעת שהוקדשה להם בצוות כולו
 במרוצת שבוע

ממוצע הזמן שחוקדש ¹ סטיית תקן	ממוצע	ממוצע הזמן שחוקדש ¹ סטיית תקן	אחוז חדיווחים-לא עסקתי בתחום	
3.72	(1.96)	20		1. התמודדות עם בעיות משמעת
3.62	(1.81)	11		2. שיחות לא פורמליות עם הילדים בזמן רגיעה
3.43	(2.04)	65		3. ארגון והפעלת פעולות קבוצתיות
3.38	(2.01)	15		4. עזרה לילדים בתפקוד היום-יומי
3.32	(2.42)	35		5. תחזוקת המבנה וארגון אספקת השרותים
3.21	(2.19)	69		6. שיחות טיפוליות עם הילדים
2.83	(1.86)	30		7. תכנון ותאום עבודה בצוות
2.71	(1.85)	79		8. שיחות עם משפחות הילדים
2.71	(1.14)	85		9. שיחות עם גורמים קהילתיים
2.33	(1.81)	23		10. דיווח וכתביבה
1.76	(.98)	92		11. ביקורים אצל גורמים קהילתיים
1.46	(.50)	95		12. הפעלת קבוצה טיפולית עם הילדים

* ממוצע זה מתייחס רק לתשובות "עסקתי בתחום לפחות בהיקף של 10%-80% מזמני" בשבוע האחרון. ככל שהממוצע גבוה יותר, כך הוקדש לתחום יותר זמן.

היקף אי-העיסוק בתחום מייצג בעיקר את חלוקת התפקידים בצוות -- בין הצוות הטיפולי למדריכים. יחד עם זאת, שני התחומים האחרונים בסדר משקפים שהצוות בכללותו והצוות הטיפולי בפרט, לא השקיעו זמן רב בביקורים אצל גורמים קהילתיים אף כי הם קיימו עימם שיחות; וזמן מועט אף יותר הוקדש לקבוצות טיפוליות של חילדים. יתכן שאמצעי זה של טיפול קבוצתי לא היה נפוץ במרכז בגין הייחודיות של כל ילד (מבחינת המשפחה, הפגיעה, דרכי התגובה והתכנית הטיפולית) וגם בגלל הגיוון הרב בגילאי חילדים.

התחומים שלהם הקדיש הצוות את הזמן הרב ביותר קרוב ל-40% נוגעים לשילוב, חילדים במרכז להעסקתם ולתפקודם. והזמן הרב ביותר הוקדש להתמודדות עם בעיות המשמעת בכלל זה הקניית הרגלים להתנהגות ולתפקוד העונים על צרכי הילד אך גם מתחשבים בצרכים של אחרים - ילדים ובוגרים. גם לשיחות לא פורמליות הוקדש נתח משמעותי של הזמן. תחזוקת המבנה וארגון אספקת השירותים יותר מכל תחום אחר השתנתה בתקופות שונות ובין חברי צוות שונים (סטית התקן הגדולה ביותר) והיא מותנית במספר חילדים השוחים במרכז, במשמרת בה עובדים; ובתפקיד של ממלא השאלון. לשיחות טיפוליות עם חילדים הוקדש יותר מ-30% מהזמן. לתחזוקת הצוות -- תכנון ותיאום עבודתו, לשמירת הקשר עם הקהילה והמשפחה ולדיווח -- הכולל כתיבה במחברת תוך פירוט ההתרחשויות שהיו במשמרת ביחס לכל אחד מן חילדים -- הוקדש בין 20% ל-30% מזמנו של הצוות.

חברי צוות שאינם נמנים על הצוות הטיפולי והמדריכים ציינו שחלק מזמנם הוקדש לעבודות משרד כ-80%+ וחלק אחר ציינו שכ-30% מזמנם הוקדש לשיבות צוות.

3.1. הקצאת הזמן של הצוות הטיפולי

זמנו של הצוות הטיפולי התחלק בין שרות המקלט והיחידה האינטרנית בעיקר, לבין השרות האקסטרני. בתקופת ההערכה רק חלק מן הזמן של הצוות הטיפולי ורק הזמן שלו הוקדש למתן שירותים לילדים שכבר השתחררו מן המרכז, ורק מיעוטם דיווחו על שירותים אלו. כאשר התייחסנו לליווי ולמעקב הטיפולי אחר ילדים שהשתחררו ציינו את השיעור הגבוה של המגעים עם חילדים והמשפחות אף כי חלקם גילו התנגדויות להמשך הטיפול. לא מפליא איפוא שאחד העיסוקים העיקריים של הצוות הטיפולי (במסגרת השירות האקסטרני) היה כתיבה בעיקר של סיכומי פגישות טיפוליות שהיו עם הילד והמשפחה, אך גם פניות חוזרות ונשנות למשפחות לקיים את התחייבויותיהן -- לתחומים אלו הוקדש יותר מ-50% מן הזמן שהוקדש לשירות האקסטרני. אך פניות אלו כמו גם השיחות עם המשפחות, עם הגורמים בקהילה ואף התכנון והתיאום בצוות שלהם הוקדש כ-30%-40% מהזמן (שהוקדש לשירות האקסטרני) נועדו למעשה כדי להבטיח את קידום הטיפול בילד עצמו כשלעיסוק זה הוקדש יותר מ-60% מהזמן.

מן הראוי לציין שככל שהזמן שהוקדש לדיווח זה וכתובה היה גדול יותר, כך הערכת הסיפוק של הצוות הטיפולי מהעבודה היתה רבה יותר ($t=54$). את השירות האקסטרני בכלל ואת השיחות הטיפוליות עם הילדים בפרט, ביצעו יותר אותם שותפים לצוות הטיפולי שעובדים במשרה חלקית ($t=80$), אך משובצים במשמרת בוקר ($t=60$).

עתה נבחן את הקצאת הזמן העיקרי של הצוות הטיפולי לתחומי עיסוק שונים במסגרת שרות הפנימית. הלוח הבא מציג את סדר התחומים לפי כמות הזמן השבועי של הצוות הטיפולי שהוקצה להם בממוצע. כן תעשה השוואה בין הצוות הטיפולי למדריכים מבחינת כמות וסדר התחומים להם הם מקדישים זמן.

לוח ב-2: מידרג הקצאת הזמן לתחומי עיסוק שונים - השוואת הצוות הטיפולי למדריכים

מדריכים			צוות טיפולי			
סטיית תקן	ממוצע	מדרג	סטיית תקן	ממוצע	מדרג	
(1.94)	3.09	4	(1.58)	5.29	1	ארגון והפעלת פעולות קבוצתיות
(1.16)	1.98	7	(1.85)	4.08	2	תכנון ותאום העבודה בצוות
(1.75)	3.57	2	(1.91)	3.99	3	שיחות לא פורמליות עם הילדים
(1.39)	2.60	5	(3.08)	3.94	4	תחזוקת המבנה וארגון אספקת השירותים
(1.36)	2.35	6	(2.47)	3.79	5	שיחות טיפוליות עם הילדים
(1.08)	1.33	10	(1.96)	3.15	6	שיחות עם משפחות הילדים
(.95)	1.70	8	(2.13)	3.13	7	דיווח וכתובה
(1.89)	4.01	1	(1.94)	3.03	8	התמודדות עם בעיות משמעת
(1.71)	3.62	3	(2.48)	2.83	9	עזרה לילדים בתפקוד היום-יום
(-)	-	-	(1.19)	2.76	10	שיחות עם גורמים קהילתיים
(-)	-	-	(.96)	1.77	11	ביקורים אצל גורמים קהילתיים
(.50)	1.67	9	(.46)	1.38	12	הפעלת קבוצה טיפולית עם הילדים

* ממוצע זה מתייחס רק לתשובות "עסקתי בתחום לפחות בחיפף של 10% מזמני". ככל שהממוצע גבוה יותר, כך הוקדש לתחום יותר זמן.

למעלה מ-50% במוצע מן הזמן של חברי הצוות הטיפולי שהשיבו לשאלון, הוקדש לארגון והפעלת פעולות קבוצתיות. התכנון והתיאום בעבודה דרש כ-40% מן הזמן והוא התבצע במהלך העבודה השוטפת, בפגישות קצרות ביום העבודה למשל בעת חילופי המשמרות וכמובן בעת ישיבות המליאה. זמן דומה הוקדש על ידי הצוות הטיפולי לתחזוקת המבנה וארגון אספקת השירותים בכלל. אבל גם מתן טיפול חומרי לילדים מסוגים שונים כמו לקיחת הילדים לרופאים ולבדיקות במרפאות ובבתי חולים (כולל התאמת דיאטה) קנית ביגוד אישי, התאמת משקפיים ועוד. מימצא זה עולה בקנה אחד עם המרכזיות של מתן סיפוק לצרכים החומריים, מבחינת מוקדי השקעת הצוות, לאחר סיפוק הצרכים הרגשיים תחום זה הוזכר כתחום הטיפול השני. יתירה מזו התייחסות ומתן מענים לצרכים חומריים מהווה גם רכיב חשוב בסיפוק הצרכים הרגשיים של ילדים בצד הרכיב המרכזי של שיחות טיפוליות, שלהן הוקדש למעלה מ-30% מזמנו של הצוות הטיפולי. שיעור זמן דומה הוקדש לדיווח וכתובה בתיקי הילדים, חכנת מזכרים לועדות ההחלטה ולבית המשפט וכן מילוי שאלוני המחקר. הצוות הטיפולי משקיע רק חלק לא גדול מזמנו (פחות מ-30%) בעזרה לילדים בתפקוד היום-יומי שלהם. הקשר עם גורמים בקהילה הוא חיוני אך הוא נעשה באמצעות שיחות טלפוניות לרוב או בשיחות ישירות עם העובדת הסוציאלית בעת הבאת הילד למרכז. קשרים מסוג זה התבצעו יותר מאשר ביקורים בקהילות הדורשים זמן יקר. המרכז בקרית-אתא המשרת מרחב גיאוגרפי כה גדול ומפוזר מחוייב לשקול את הקצאת הזמן למגעים עם הקהילה, כך שהוא יפיק את מירב התועלת תוך הקצאת הזמן החכרחי אך המינימלי.

ככל שהיקף המשרה של העובד בצוות הטיפולי גדול יותר כן הוא מקצה יותר להפעלת קבוצה טיפולית ($r=.75$), ובה בעת פחות זמן לשיחות טיפוליות ($r=.72$); לשיחות לא פורמליות עם הילדים ($r=.41$), ולשיחות עם משפחות הילדים ($r=.41$); זמן להתמודדות עם בעיות משמעת ($r=.30$); לדיווח וכתובה ($r=.28$); לתחזוקת המבנה ($r=.22$); ולתכנון ותיאום עבודת הצוות ($r=.21$).

עובדים במשמרת הבוקר מקדישים יותר זמן בעיקר להפעלת פעולות קבוצתיות ($r=.57$), אך גם לתחזוקת המבנה ($r=.34$), לעזרה לילדים בתפקוד היום-יומי ($r=.27$), ולהתמודדות עם בעיות משמעת ($r=.26$).

הערכת אורת המרכז כרגועה יותר קשורה עם הקדשת יותר זמן לשיחות טיפוליות עם הילדים ($r=.21$), ובה בעת להקדשת פחות זמן להתמודדות עם בעיות משמעת ($r=.45$), ופחות זמן לשיחות עם גורמים בקהילה בנוגע להפניות שחרורים ושירותים משלימים ($r=.21$). הזמן הרב ביותר של הצוות הטיפולי לשיחות עם גורמי הקהילה הוקדש בתקופת המתח וגם בתקופת ההתארגנות.

עובד טיפולי מעריך שחוא מסופק יותר מעבודתו ככל שהזמן המוקדש לדיווח וכתובה רב יותר ($r=.54$).

עם הזמן פוחת משך הזמן שמוקדש לצרכי תיאום ועבודה בצוות ($r=.30$), דבר היכול להעיד אולי שהנוחלים גובשו והופנמו והם מאפשרים תפקוד נאות. התקופה הראשונה של המרכז דרשה יותר מ-40% מזמן הצוות לצרכי תכנון ותיאום בהשוואה לכ-30% מזמנו בתקופות הרגיעה והפעילות.

התמודדות עם בעיות משמעת היתה בשיאה בתקופת השיא במספר הילדים כ-40% מהזמן של הצוות הטיפולי בהשוואה לכ-20% בתקופת הרגיעה.

3.2. הקצאת הזמן של המדריכים

את הזמן הרב ביותר (כ-40%) מקדישים המדריכים להתמודדות עם בעיות משמעת. פעילויות הקשורות ישירות בילדים -- שיחות לא פורמליות עמם, עזרה בתפקוד יום-יומי וארגון פעולות קבוצתיות -- דורשות כ-30% מזמנם של המדריכים ואף יותר. המדריכים משקיעים פחות זמן בארגון העבודה, בדיווח עליה וגם בעבודה הטיפולית הישירה באמצעות שיחות עם הילד ובודאי שיחות עם המשפחות. עם גורמים בקהילה אין להם כל קשר.

גם אצל המדריכים, בדומה לקשר שנמצא בצוות הטיפולי, ככל שמקדישים זמן רב יותר להתמודדות עם בעיות משמעת, כך מעריכים שאוירת המרכז מתוחה יותר ($r=.51$), התסכול בעבודה רב יותר ($r=.18$), והעבודה מתבצעת במשמרת בוקר ($r=.17$). עם זאת ככל ששבוע ההערכה מאוחר יותר, כן מקדישים המדריכים פחות זמן לתחום המשמעת ($r=.21$), יתכן והדבר קשור בשיפור היכולת המקצועית וחניסיון שלהם בפתרון סוגיות כאלו וגם כנראה בגלל הרכב הילדים שבתקופת המתח דרש מהמדריכים את הקדשת הזמן המירבית כ-50% מזמנם - להתמודדות עם בעיות משמעת.

המדריכים מעריכים את אוירת המרכז כרגועה יותר אם הם משקיעים פחות זמן בדיווח וכתיבה ($r=.19$), ופחות זמן בעזרה לילדים בתפקוד יום-יומי ($r=.18$). בתקופה האחרונה במרכז הקדישו המדריכים במיוחד הרבה זמן (כ-50%) לעזרה לילדים בתפקוד היום-יומי ויותר מבכל תקופה אחרת. כזכור, בתקופה זו היו במרכז מספר ילדים קטנים שטרם שלטו בצרכיהם והדבר דרש השקעה רבה מן המדריכים באותה תקופה והם גם הביעו הסתייגויות סביב נושא זה בישיבות המליאה.

המדריכים חשים סיפוק רב יותר בעבודתם ככל שהם מקדישים יותר זמן לשיחות טיפוליות עם הילדים ($r=.23$).

חלוקת העבודה בין שני הצוותים -- הצוות הטיפולי והמדריכים -- ניכרת גם בהבדלים הגדולים והמובהקים בסדר ובכמות השקעת הזמן ב-9 (מתוך 12) תחומי עיסוק שונים.

ההבדלים בולטים במיוחד בשה תחומים (מבחינת סדר יחסי שלהם) ובזמן המוקדש לעוד שלושה תחומים.

הצוות הטיפולי משקיע יותר מן המדריכים בתחומים הבאים:

- ארגון והפעלת פעולות קבוצתיות (מקום 1 לעומת מקום 4 אצל המדריכים. לתחום מוקדש יותר מ-50% מזמן הצוות הטיפולי לעומת כ-30% מזמן המדריכים).

- תכנון ותיאום עבודה בצוות (מקום 2 לעומת 7 מוקדש כ-40% מזמן הצוות הטיפולי לעומת כ-20%).

- שיחות עם משפחות הילדים (מקום 6 לעומת 10. מוקדש כ-39% מזמן הצוות הטיפולי לעומת יותר מ-10%).
- תחזוקת המבנה (מקום 4 לעומת 5. אך הפער בולט בכמות הזמן המוקדש כ-40% מזמן הצוות הטיפולי לעומת פחות מ-30%).
- שיחות טיפוליות עם הילדים (מקום 5 לעומת 6, אבל פער ניכר בזמן קרוב ל-40% מזמן הצוות הטיפולי לעומת ויותר מ-20%).
- דיווח וכתובת (מקום 7 לעומת 8, אבל פער ניכר בזמן יותר מ-30% מזמן הצוות הטיפולי לעומת פחות מ-20%).
- המדריכים משקיעים יותר מן הצוות הטיפולי בתחומים הבאים:
- התמודדות עם בעיות משמעת (מקום 1 לעומת 8 בצוות הטיפולי. מוקדש כ-40% מזמן המדריכים לעומת כ-30% מזמן הצוות הטיפולי).
- עזרה לילדים בתפקוד היום-יומי (מקום 3 לעומת 9. מוקדש קרוב ל-40% מזמן המדריכים לעומת פחות מ-30%).
- הפעלת קבוצה טיפולית עם ילדים (מקום 9 לעומת 12. ופער גם בזמן המוקדש לתחום).
- חשוב לציין שהמדריכים מקדישים יותר זמן לגורם טעון ומעורר מתח ותסכול - התמודדות עם בעיות משמעת ופחות זמן לגורם התורם לסיפוק ולתערכת האוירה כרגועה - שיחות טיפוליות עם הילדים. ומצב הצוות הטיפולי הפוך ולכן מנקודת המבט של הקצאת זמן לתחומי סיפוק לעומת קושי - פחות קשה.

4. מוקדי בעיות

צוות המרכז נתבקש להעריך באיזו מידה עשרה תחומים שונים היוו מוקדי בעיות שהקשו על הפעלה מוצלחת של הפנימיה מידי שבוע.

לוח ב-3: מידרג התחומים שהיוו מוקדי בעיות - הערכת הצוות

ממוצע*	ממוצע*	סטיית תקן	
2.50	(1.02)		1. משמעת מריבות והתפרעויות בין הילדים
3.29	(.86)		2. אי הכרת דרכי תגובה הולמות לאירועים
3.32	(.84)		3. יחסים בתוך הצוות (תיאום ושיתוף פעולה)
3.58	(.73)		4. פעולות קבוצתיות מאורגנות
3.58	(.71)		5. תחזוקה ואספקת שרותים פיזיים
3.61	(.74)		6. הפרעות ואי-שקט במשמרת לילה
3.66	(.62)		7. אירועים בהם הנוהל לא תקין
3.71	(.70)		8. מידת שיתוף פעולה ועזרה מגורמים קהילתיים
3.81	(.55)		9. שיבושים בשיחות ובטיפול במשפחות הילדים
3.88	(.48)		10. גורמים טרדניים בשכונת

* ככל שתמוצע נמוך יותר, התחום היווה מוקד בעיה במידה רבה יותר.

חיזוק למימצא בדבר הקושי הכרוך בהתמודדות בבעיות משמעת ומריבות בין הילדים
 אנו מקבלים מאיזכור תחום זה כמוקד הראשון של הקושי. כאן מוזכרים בעיקר
 התפרצויות אלימות, מריבות וקשיי התנהגות בכלל ובגלל השתלבות ילדים חדשים
 בפרט. קשור לכך גם מוקד הקושי השני שהוזכר והוא אי-הכרת דרכי תגובת חולמות
 לאירועים, בעיקר במצבי התפרצויות ומריבות קשים עם ילדים בגיל ההתבגרות וכן
 התבלטויות לגבי מה עושים בשילדים דורשים טיפול ייחודי. יחסים בתוך הצוות הם
 מוקד קושי שלישי. כאן מוזכרים בעיקר קשיים בתיאום וחוסר תיאום, בבעיות בחלוקת
 תפקידים ובעומס. קבוצת התחומים הבאה מתייחסת לחבטחת תפקודם ושלומו של הילדים
 במרכז: הקושי נובע מריבוי ילדים וממגוון הגילים שלהם; הקושי באחזקה שוטפת של
 המרכז; ומקשיי הרדמות ושינה המלווים גם בהתעוררויות בשעה מוקדמת. אף כי
 קיימים גורמים טרדניים בשכונה (הקובלים בעיקר על הרעש אך גם על הניקיון
 והחניה) השיא בבעיות בתחום זה היה בשבוע התשיעי ולאחר מכן היתה ירידה באזכור
 תחום זה כתחום של קושי. גם בטיפול עם המשפחות אף כי מתרחשים שיבושים (ריבוי
 פניות של המשפחה שלא על פי ההסכם עמם), וכך גם בקשר עם גורמי קהילה הרי שהם
 אינם מוגדרים כמוקדי בעיות המקשים על הפעלה מוצלחת של הפנימיה. תחום אחר
 שהוזכר במיוחד היה השיבושים שחלו בגין שביתת העובדים הסוציאליים שהקשו מאד על
 תפקוד המרכז ובעיקר על שחרור וקליטה של ילדים. כמו כן, צויין שחקירת משטרה
 עקב תלונת ילד הקשתה גם היא על הצוות.

4.1 מוקדי הבעיות של הצוות הטיפולי

לוח ב-4: מידרג התחומים שהיוו מוקדי בעיות - השוואת הצוות הטיפולי למדריכים

מדריכים			צוות טיפולי			
סטיית תקן	ממוצע	מדרג	סטיית תקן	ממוצע	מדרג	
(.97)	2.23	1	(.82)	2.79	1	משמעת, מריבות והתפרעויות בין הילדים
(.75)	3.40	3	(.91)	3.04	2	יחסים בתוך הצוות
(1.81)	3.97	9	(.99)	3.18	3	שיתוף הפעולה ועזרה מגורמים קהילתיים
(.90)	3.25	2	(.80)	3.25	4	אי-הכרת דרכי תגובת חולמות לאירועים
(.64)	3.70	7	(.64)	3.50	5	אירועים בהם הנוהל לא תקין
(.34)	3.94	8	(.77)	3.60	6	שיבושים בשיחות ובטיפול במשפחות
(.79)	3.47	6	(.57)	3.71	7	תחזוקה ואספקת השרותים הפיזיים
(.81)	3.43	4	(.57)	3.75	8	פעולות קבוצתיות מאורגנות
(.31)	3.92	10	(.56)	3.76	9	גורמים טרדניים בשכונה
(.82)	3.46	5	(.57)	3.79	10	תפרעות ואי-שקט במשמרת לילח

* ככל שהממוצע נמוך יותר, התחום היווה מוקד בעיה במידה רבה יותר.

ככל שהצוות הטיפולי מציין יותר את מוקד הקושי העיקרי - משמעת, מריבות והתפרעויות -- כן הוא מעריך שאוירת המרכז מתוחה יותר ($r=.48$), וכן יש לכך קשר עם חיותו עובד במשרה מלאה ($r=.20$). כצפוי התקופה המתוחה מאופיינת באופן בולט ומובהק באזכור רב יותר של תחום המשמעת כמוקד בעיות זאת בשונה מבכל יתר התקופות.

ככל שמציינים יותר את היחסים בתוך הצוות כמוקד קושי - תחום המוזכר כשני בסדר - כן מעריכים בצוות הטיפולי שהסיפוק מהעבודה קטן יותר והתסכול רב יותר ($r=.25$). קושי סביב היחסים בצוות בולט גם הוא בתקופת השיא במספר הילדים בניגוד לתקופת הפעילות (האחרונה) בה כנראה יושרו החדורים ונמצאו מתכונות עבודה שאפשרו שיתוף בין הצוות הטיפולי למדריכים.

ככל שמציינים פחות את השיתוף והעזרה מגורמי קהילה כמוקד בעיות, כן הסיפוק מהעבודה רב יותר ($r=.31$), והתקופה אותה מעריכים מאוחרת יותר ($r=.26$). יתכן שגם בתחום זה הוסדרו עם הזמן דרכי שיתוף ועזרה שתאמו יותר את הצרכים. התקופה בה מוזכר תחום זה כמוקד קושי עיקרי, היא דוקא תקופת הרגיעה ובמיוחד בעת שביתת העובדים הסוציאליים.

אזכור אי-הכרת דרכי תגובה חולמות לאירועים כמוקדי קושי קשור להערכת העבודה כמתסכלת יותר מאשר כנותנת סיפוק ($r=.32$), ולהערכת אוירת המרכז כמתוחה ($r=.26$). גם התחום החמישי בין מוקדי הקושי - אזכור אירועים בהם תנוחל לא תקין כמוקד בעיות קשור בצוות הטיפולי עם פחות הערכה שהעבודה מספקת ($r=.36$), ובעיקר כשהעובד אינו עובד במשמרת בוקר ($r=.29$).

שיבושים בשיחות ובטיפול במשפחות הילדים כמוקד קושי אף כי הוא תחום המוזכר במקום שישי הוא קשור בצוות הטיפולי להערכת תחושת הסיפוק מהעבודה יותר אזכור שיבושים מסוג זה קשורים לפחות תחושת סיפוק ($r=.37$). עובדים מן הצוות הטיפולי העובדים במשמרת בוקר מזכירים פחות תחום זה כמוקד בעיות ($r=.49$).

אזכור תחזוקה ואספקת שירותים כמוקד קושי קשורה בצוות הטיפולי עם הערכת אוירת המרכז. ככל שתחום זה מוזכר פחות כמוקד קושי, כך האוירה מוערכת כרגועה יותר ($r=.23$). מציינים תחום זה יותר עובדים במשרה מלאה ($r=.48$). התקופה בה מוזכרים קשיים רבים יותר בתחזוקה הם תקופת השיא במספר הילדים בעיקר בניגוד לתקופה הרגועה.

ככל שהצוות הטיפולי מזכיר פחות את הפעולות הקבוצתיות המאורגנות כמוקד קושי, כך הוא מעריך יותר את האוירה כרגועה ($r=.22$). בתקופת השיא במספר הילדים מוזכר גם תחום זה יותר כמוקד קושי.

אין הצוות הטיפולי מייחס לגורמים טרדניים בשכונת משקל רב כמוקד בעיות ואין הוא מושפע ביתר הערכותיו מתחום זה בניגוד לתחום ההפרעות בלילה.

אף כי תחום זה מוזכר פחות מכל תחום אחר כמוקד קושי בכל זאת ככל שמזכירים אותו פחות כך הסיפוק של הצוות הטיפולי מהעבודה רב יותר ($r=.37$).

4.2. מוקדי הבעיות של המדריכים

המדריכים בדומה לצוות הטיפולי מזכירים את המשמעת והמריבות כמוקד הבעיות הראשון וככל שהם מזכירים תחום זה יותר, כך הם מעריכים שאוירת המרכז מתוחה יותר ($r=.67$), קשר זה חזק יותר בקרב המדריכים מאשר בצוות הטיפולי, קיימת נטיה להיות יותר מתוסכלים אישית מהעבודה ($r=.15$); ולעבוד יותר במשמרות הבוקר ($r=.26$). המדריכים כמו הצוות הטיפולי מזכירים שהמשמעת היוותה מוקד בעיות יותר בתקופה המתוחה ופחות מכל בתקופה הרגועה.

המוקד השני של הבעיות שחוזר על-ידי המדריכים היה אי-הכרת דרכי תגובה הולמות לאירועים. ככל שהזכירו פחות תחום זה, כך העריכו שאוירת המרכז רגועה יותר ($r=.38$), ותחושת הסיפוק מהעבודה רבה יותר ($r=.28$). ככל שהשבוע היה מאוחר יותר, כך העריכו המדריכים פחות שתחום זה מתווה מוקד של קושי ($r=.32$). המדריכים חשו יותר את הקושי באי-הכרת דרכי התגובה בתקופה המתוחה.

היחסים בצוות חוזרו כמוקד קושי שלישי אך מלבד אזכורם במיוחד בתקופת השיא במספר הילדים בדומה לצוות הטיפולי, אין תחום זה קשור עם הערכות אחרות של המדריכים.

פעולות קבוצתיות מאורגנות מקשות על המדריכים במידה גדולה יחסית בכלל והקשה במיוחד בתקופת השיא במספר הילדים וצויין במיוחד על ידי מדריכים העובדים במשמרת בוקר ($r=.34$). אזכור פעולות אלו קשור בהערכתם את אוירת המרכז. ככל שהתחום מוזכר פחות האוירה מוערכת כרגועה יותר ($r=.26$).

למדריכים מהוות הפרעות במשמרת לילה מוקד קושי חמישי ומוזכרות יותר בתקופת הפעילות מאשר בתקופת החתארגנות. קיימת נטיה לפיה ככל שהמדריכים מציינים שהפרעות בלילה מהוות פחות מוקד של קושי, כך אוירת המרכז מוערכת כרגועה יותר ($r=.17$).

ככל שהמדריכים מציינים פחות את המוקד השביעי של הבעיות - תחזוקה ואספקת שרותים פיזיים לפנימיה כך הם נוטים להעריך שהעבודה גורמת להם ליותר סיפוק ($r=.17$). התקופה בה המדריכים מזכירים במיוחד בעיות בתחום זה היא תקופת הפעילות.

ככל שמציינים פחות אירועים שבהם הנוחל לא תקין כמוקד בעיות, כך מעריכים המדריכים שאוירת המרכז רגועה יותר ($r=.20$), שהסיפוק שלהם מהעבודה רב יותר ($r=.20$), והשבוע אליו מתייחסים מאוחר יותר ($r=.22$). גם תחום זה מוזכר יותר כמוקד בעיות בתקופת השיא במספר הילדים. המדריכים מציינים פחות את השיבושים בטיפול במשפחות, בקשר עם הקהילה והשכנים כמוקדי בעיות ואזכור תחומים אלה אינו קשור להערכות נוספות שלהם.

קיימים מספר הבדלים ניכרים ומובהקים בין שני הצוותים. הצוות הטיפולי ציין יותר מהמדריכים את התחומים הבאים כמוקדי בעיות:

- שיתוף פעולה ועזרה מגורמים קהילתיים (מקום 3 לעומת 9 ופער ניכר בממוצע).

- שיבושים בשיחות ובטיפול במשפחות הילדים (מקום 6 לעומת 8 ופער ניכר בממוצע).

- אירועים בהם הנוחל לא תקין (מקום 5 לעומת מקום 7 ופער ניכר בממוצע).

יחסים בתוך הצוות (מקום 2 לעומת 3 ופער ניכר בממוצע).

המדריכים מציינים יותר מהצוות הטיפולי את התחומים הבאים כמוקדי בעיות:

- פעולות קבוצתיות מאורגנות (מקום 4 לעומת 8 ופער ניכר בממוצע).

- הפרעות ואי שקט במשמרת הלילה (מקום 5 לעומת 10 ופער ניכר בממוצע).

- אי-הכרת דרכי תגובה חולמות לאירועים (מקום 2 לעומת 4)

- משמעת מריבות וחתפרעויות בין הילדים (אף כי אין פער בסדר, יש פער בממוצע).

- הצוות הטיפולי מציין כמוקדי קושי יותר מגעים וקשרים שאינם קשורים ישירות בטיפול בילדים כמו קשרים עם גורמים קהילתיים, עם משפחות הילדים, וכן לנוחלים ויחסים בצוות. לעומת זאת, המדריכים מציינים יותר תחומי תפקוד הקשורים ישירות בטיפול בילדים.

5. המלצות ושינויים

בסיום השאלון השבועי נתבקשו אנשי הצוות לציין את המלצותיהם לשינויים בנוחלי עבודת המרכז. רק מעטים מבין אנשי הצוות התייחסו לכך. ההתייחסויות של הצוות הטיפולי היו: הצעה להקפיד יותר על נוחלי החפניה למרכז; מתן הדרכת ראשונית ושוטפת לאנשי הצוות ביחס לנוחלים בכלל וביחס לנוחלי הבטיחות בפרט.

המדריכים ביקשו יותר השקעה בהדרכתם בתחומים ספציפיים: לגבי נוחלי הקליטה וטיפול בילד חדש בעיקר בשעות הערב; וכן הכשרתם לטיפול במצבים של איום או נסיון לבצע בריחה; וכן קידום כללי של היכולת המקצועית שלהם, הגדרת תפקידם וטיפול כוח האדם; המדריכים ציינו גם את הצורך בתוספת כוח אדם לאור העומס.

הערכת אגירת המרכז

6.

על המרכז ותפקודו ניתן ללמוד בנוסף לזמן המוקדש לתחומי עיסוק שונים למוקדי הבעיות ולחמלצות לשינויים גם מהערכת הצוות את אגירת המרכז. 57% מאנשי הצוות העריכו את אגירת המרכז כרגועה בכללם 7% שחעריכו אותה כרגועה מאד. 43% מאנשי הצוות העריכו את האגירה כמתוחה, בכללם 4% שחעריכוה כמתוחה מאד.

קיימים הבדלים גדולים ומובחנים בהערכות אגירת המרכז של הצוות הטיפולי בחשוואה להערכות של המדריכים. 69% מן הצוות הטיפולי בחשוואה ל-49% מן המדריכים העריכו שהאגירה במרכז רגועה. ובכל זאת, יש תמימות דעים הן של הצוות הטיפולי והן של המדריכים שבשבעות ה-12 עד ה-20 היתה האגירה במרכז המתוחה ביותר.

ככל שהאגירה מוערכת כרגועה יותר, כך תחושת הסיפוק מן העבודה גדולה יותר, הן של המדריכים ($r=.17$) אבל בעיקר של הצוות הטיפולי ($r=.29$). קיימת נטיה לחעריך את האגירה כרגועה יותר, ככל שעובדים מן הצוות הטיפולי עובדים במשמרת הבוקר ($r=.24$), וככל שהמדריכים עובדים במשמרת הלילית ($r=.15$), וחשבו מאוחר יותר ($r=.15$).

ובפירוט רב יותר הערכת אגירת המרכז כמתוחה יותר קשורה בצוות הטיפולי

עם:

השקעת יותר זמן בהתמודדות עם בעיות משמעת, מריבות והתפרעויות ($r=.45$).
ציון בעיות משמעת והתפרעויות כמוקד בעיות ($r=.48$).
יותר תחושת תיסכול מהעבודה ($r=.30$).
ציון אי-הכרת דרכי תגובה חולמות לאירועים כמוקד בעיות ($r=.26$).
ציון תחזוקה ואספקת שרותים פיזיים כמוקד בעיות ($r=.23$).
ציון פעולות קבוצות מאורגנות כמוקד בעיות ($r=.22$).
השקעת פחות זמן בשיחות טיפוליות עם הילדים ($r=.21$).
השקעת יותר זמן בשיחות עם גורמים קהילתיים ($r=.21$).
עבודה במשמרת בוקר ($r=.24$).

ובצוות המדריכים הערכת אגירת המרכז כמתוחה יותר קשורה עם:

ציון משמעת, מריבות והתפרעויות כמוקדי בעיות ($r=.67$).
הקדשת יותר זמן להתמודדות עם בעיות משמעת ומריבות ($r=.51$).
ציון פעולות קבוצתיות מאורגנות כמוקדי בעיות ($r=.26$).
ציון אירועים בהם הנוהל לא תקין כמוקדי בעיות ($r=.20$).
נטיה להקדיש יותר זמן לדיווח וכתובה ($r=.19$).
נטיה להקדיש פחות זמן לעזרה לילדים בתפקוד יום-יומי ($r=.18$).
נטיה לחוש תסכול מהעבודה ($r=.17$).
נטיה לציון הפרעות ואי-שקט במשמרת הלילה כמוקד בעיות ($r=.17$).

בשתי הקבוצות סוגית המשמעת כמוקד קושי וכמוקד של השקעת זמן כמו גם פעולות קבוצתיות מאורגנות כמוקד קושי קשורים בהערכת האוירה כמתוחה. פחות זמן המוקדש לקשר ישיר עם הילדים - בצוות הטיפולי פחות זמן המוקדש לשיחות טיפוליות עם הילדים ובקרב המדריכים כאשר הם משקיעים פחות בעזרה לילדים בתפקוד - קשור לאוירת מתח במרכז. אוירה מתוחה קשורה גם עם פחות סיפוק בעבודה.

סיכום

- המרכז מתפקד 24 שעות ביממה המחייבות שלוש משמרות כשהצוות הטיפולי בעיקרו עובד בשעות הבוקר ויש כונן בכל משמרת.
- מספר המדריכים בכל משמרת מבוסס על שיקול דעת המנהל ואם הבית על פי היכרותם את מספר הילדים וצרכיהם. לעיתים, בעיקר כאשר היה מספר יחסית גבוה של ילדים צעירים שלא שלטו על הצרכים, הביעו המדריכים טענות ודרישות להגדלת המספר במשמרת בעיקר בחלק מן המשמרות.
- החל מן היום הראשון נדרש הצוות לעצב נוהלי התייחסות וטיפול מפורטים הקשורים בילדים.
- במקביל עוצבו, גובשו ועודכנו נוהלים ודפוסי עבודה הקשורים בתפקוד הצוות, בחלוקת התפקידים ובתחזוקת כוח האדם.
- תיחזוק הצוות היה באמצעות הדרכה על ידי מומחית חיצונית לצוות הטיפולי והדרכה למדריכים על ידי הפסיכולוגית ומנהל המרכז בהרכב של חצי מקבוצת המדריכים, אחת לשבועיים בסמוך לזמן ישיבת המליאה השבועית.
- בישיבות המליאה היה דיווח שוטף על הנעשה במרכז (מצב ותיאור אפיוני הילדים הנקלטים, המשוחררים והשוחים) ועל דרישות האבחון והטיפול בכל ילד והתקדמותו, כן נדונו סוגיות הקשורות בתפקוד הצוות בעיקר המדריכים וביחסי הצוות. סוגיות אלו היוו מקור קושי (תחושות תסכול, אי מימוש ציפיות וניצול) ודרשו התייחסויות חוזרות ונשנות, כי לא היתה תחושה שהמענים שניתנו מספקים ותורמים זיים מקצועית ואישית. קשיים אלו גברו גם לנוכח הקשיים הרבים בעבודה עצמה שלעיתים הביאו להרגשת חוסר אונים או חוסר עקביות ואחידות בדפוסי התגובה של רכיבים שונים של הצוות.
- הצוות כולו השקיע זמן רב בהתמודדות עם בעיות משמעת. אך המדריכים הקדישו לכך זמן רב הרבה יותר מן הצוות הטיפולי.
- מימצא ראוי לציון הוא שככל שהזמן שהוקדש לדיווח וכתובה היה גדול יותר, כך תחושת הסיפוק של הצוות הטיפולי מהעבודה היתה רבה יותר.
- מוקד הבעיות העיקרי של הצוות הוא משמעת, מריבות והתפרעויות בין הילדים (המדריכים מציינים תחום זה יותר); יחסים בתוך הצוות גם הם מהווים מוקד קושי למדריכים ויותר מכך אף לצוות הטיפולי.

הקטנת מידת הבעייתיות והקושי בתחומים אלו במיוחד של הצוות הטיפולי קשורה:

בשיתוף ועזרה מגורמי קהילה; בקידום דרכי תגובה הולמות; ובגיבוש נוהלים תקינים.

לצוות המדריכים מוקדי בעיות וקושי אחרים ונוספים כמו פעולות קבוצתיות מאורגנות, הפרעות ואי-שקט במשמרת לילה ותחזוקה ואספקת השירותים הפיזיים. • יותר ממחצית אנשי הצוות העריכו את אוירת המרכז כרגועה ו-43% מהם העריכו אותה כמתוחה. אך קיימים הבדלים גדולים ומובהקים בין הצוות הטיפולי הנוטה להעריך את האוירה כרגועה יותר לבין המדריכים הנוטים יותר להעריך את האוירה כמתוחה.

בשתי הקבוצות סוגית המשמעת כמוקד קושי וכמוקד של השקעת זמן, כמו גם פעולות קבוצתיות מאורגנות כמוקד קושי קשורים בתערכת אוירת המרכז כמתוחה. אוירה מתוחה קשורה עם פחות סיפוק בעבודה. המתח גובר בצוות הטיפולי ככל שמוקדש פחות זמן לקשר ישיר עם הילדים (לפחות זמן המוקדש לשיחות טיפוליות עם הילדים). ובצוות המדריכים המתח גובר ככל שמוקדש פחות זמן לעזרה לילד בטיפודו.

פ ר ק ג ה ע ר כ ת ת ח ו ש ת ה ס י פ ו ק ב ע ב ו ד ת

שאלה אחת התייחסה לתחושות האיטיות של אנשי הצוות במרכז. אנשי הצוות נתבקשו להעריך את מידת הסיפוק או התסכול שהם חשו מעבודתם בשבוע שעבר, על פני סולם מ-1 תסכול רב, ועד 9-סיפוק רב.

לוח ג-1: תחושת הסיפוק שחש הצוות מעבודתו - השוואות כלל הצוות, הצוות הטיפולי והמדריכים (באחוזים)

	כלל הצוות	הצוות הטיפולי	המדריכים	
	N=611	N=190	N=365	
9 סיפוק רב	6	7	3	
8	25	23	20	
7	28	31	30	
6	18	15	21	
5	16	15	18	
4	6	6	6	
3	2	2	2	
2	-	-	-	
1 תסכול רב	-	-	-	
	ממוצע סטית תקן (1.43) 6.63	ממוצע סטית תקן (1.53) 6.58	ממוצע סטית תקן (1.33) 6.42	

אנשי הצוות כולם ובכללם הצוות הטיפולי והמדריכים נוטים להיות יותר מסופקים מעבודתם מאשר מתוסכלים ממנה. הצוות הטיפולי נוטה לחוש מעט יותר סיפוק מן המדריכים.

ככל שהשבוע מאוחר יותר, קיימת נטיה לפיה יורדת תחושת הסיפוק של הצוות הטיפולי ($r=.24$). עובדי משמרת הבוקר בצוות הטיפולי מביעים סיפוק רב יותר ($r=.5$). כאמור, ככל שאוירת המרכז מוערכת כרגועה יותר, כך תחושת הסיפוק חזקה יותר בעיקר בצוות הטיפולי ($r=.29$).

אין תמימות דעים ביחס לתקופה שבה תחושת הסיפוק היתה החזקה ביותר. בצוות הטיפולי חשו בתקופת ההתארגנות את הסיפוק המירבי (ממוצע - 7.08) ובתקופה הרגועה את הסיפוק המועט ביותר (ממוצע - 6.14). לעומתם המדריכים חשו את הסיפוק הרב ביותר בתקופה הרגועה (ממוצע - 6.72) ואת הסיפוק המועט ביותר בתקופה השיא במספר הילדים (ממוצע - 6.08).

ובפירוט רב יותר תחושת תיסכול בעבודה קשורה בצוות הטיפולי עם:

- פחות זמן המוקדש לדיווח וכתובת (r=.54).
- חקדשת פחות זמן לשיחות טיפוליות עם הילדים (r=.53).
- עבודה שלא במשמרת הבוקר (r=.51).
- יותר ציון שיבושים בשיחות ובטיפול במשפחות הילדים (r=.37).
- יותר ציון הפרעות ואי-שקט במשמרת הלילה במשפחות הילדים (r=.37).
- יותר ציון אירועים בהם הנוחל לא תקין כמוקד בעיות (r=.36).
- יותר ציון אי-הכרת דרכי תגובה הולמות לאירועים (r=.32).
- יותר ציון שיתוף ועזרה מגורמי קהילה כמוקד בעיות (r=.31).
- יותר ציון יחסים בצוות כמוקד בעיות (r=.25).

ובצוות המדריכים תחושת תסכול בעבודה קשורה עם:

- יותר ציון אי הכרת דרכי תגובה הולמות כמוקד קושי (r=.28).
- פחות זמן המוקדש לתחזוקת המבנה ואספקת שרותים חומריים (r=.24).
- פחות זמן המוקדש לעזרה לילדים בתפקוד היום-יומי (r=.24).
- יותר ציון אירועים בהם הנוחל לא תקין כמוקד קושי (r=.20).
- נטיה לחקדיש פחות זמן לעזרה לילדים בתפקוד יום-יומי (r=.15).
- נטיה לחקדיש פחות זמן לשיחות לא פורמליות עם הילדים (r=.15).
- נטיה לחקדיש יותר זמן להתמודדות עם בעיות משמעת (r=.18).
- נטיה להזכיר תחזוקה ואספקת שרותים פיזיים כמוקד קושי (r=.17).
- נטיה להזכיר משמעת מריבות והתפרעויות כמוקד קושי (r=.15).

תחושות התסכול או הסיפוק של הצוות הטיפולי קשורים באופן ברור עם תחומי התפקוד שלהם הן מבחינת השקעת הזמן והן מבחינת הערכת מוקדי הקושי. אף כי אותם תחומי תפקוד מוזכרים גם בצוות המדריכים, הרי הקשרים הלשים יותר ולכן ניתן להגדירם רק כנטיה לקשר.

תאוריה מוערכת כרגועה יותר ככל שעובדים במשמרת הבוקר (r=.24), וככל שחמדריכים עובדים במשרה חלקית (r=.15), והשבוע מאוחר יותר (r=.15).

סיכום

- אנשי הצוות נוטים לחוש יותר סיפוק מאשר תסכול בעבודתם. הצוות הטיפולי חש מעט יותר סיפוק מן המדריכים.
- תחושות של תסכול או סיפוק של הצוות הטיפולי (ואותה מגמה אם כי חלשה יותר קיימת בקרב המדריכים) קשורות עם תחומי התפקוד שלהם הן מבחינת השקעת הזמן ומוקדי הקושי.
- תחושות סיפוק קשורות בהקדשת יותר זמן להבטחת הטיפול והקיום היום-יומי של הילדים (שיחות טיפוליות של הצוות הטיפולי, תחזוקת המבנה, עזרה לילדים ושיחות לא פורמליות של המדריכים). ופחות צורך להתמודד עם בעיות משמעת מצד אחד. וליחסים צוותיים תקינים ולתפקוד מקצועי נאות (הכרת דרכי תגובה וקיום נוהלים תקינים) וללא שיבושים מן הצד השני.

ח ל ק ג: מ ב ט ע ל ת ק ו פ ת ה ה ע ר כ ה א פ י ו נ י א ר ב ע ת ק ו פ ת ה מ ש נ ה

תקופת החערכה חולקה ל-4 תקופות משנה על פי מספר הילדים ובעיקר היחס המספרי שבין הנקלטים, המשוחררים וחשוחים וכן על פי הערכת מידת המתח במרכז: (1) תקופת ההתארגנות - נמשכה 11 שבועות מחשבוע הראשון עד לשבוע ה-11, מ-3.11.93 ועד 18.1.94. (2) תקופת השיא במספר הילדים - נמשכה 9 שבועות מחשבוע ה-12 ועד לשבוע ה-20, מ-19.1.94 ועד 22.3.94. (3) תקופת הרגיעה - נמשכה אף היא 9 שבועות מחשבוע ה-21 ועד לשבוע ה-29, מ-23.3.94 ועד 24.5.94. (4) תקופת הפעילות - נמשכה 6 שבועות מחשבוע ה-30 ועד לשבוע ה-35, מ-25.5.94 ועד 5.7.94. עתה נשרטט קוים מאפיינים לכל תקופה, כאשר מצוינים רק אותם מימצאים שהתקופה בולטת בהם (באופן מובחן) בהשוואה לתקופות אחרות.

(1) תקופת ההתארגנות

בתקופה זו נקלטו 11 ילדים ושוחררו 2 ילדים. היקף הילדים בכל שבוע היה מילד אחד ועד תשעה ילדים ששהו בו-זמנית במרכז. במקביל עבדו 6-7 חברי הצוות הטיפולי ו-12-15 מדריכים.

אפיוני הילדים. בתקופה זו היו יותר: ילדים צעירים שלהם אחים בוגרים, והחיים בצפיפות דיור גבוהה; ילדים שגם אחיהם נמצאים במרכז; ילדים שסבלו מחתעללות פיזית של תאם ואו האב ובעיקר השפלות מהאב, וילדים שחיה לגביהם חשש לחתעללות מינית.

ילדים שאבותיהם בטאו התנגדות להעברתם למרכז.

ילדים שהגיעו למרכז לאחר ועדת החלטה כשהם סובלים מחזנחה רגשית, ופגיעה קשה אם כי מצב המשפחה לא ברור, אך חובעה נכונות לשיתוף פעולה. הילדים הגיבו יותר בבכי, בעצב ובפחד מצד אחד, אך גם היו מסוגלים להתרכז לגלות אמון, להשתדל, להתאמץ ולהצליח.

בתקופה זו היו פחות ילדים שסבלו מחזנחה של הצרכים הבסיסיים כמו מזון, לבוש חולם ונקיון אישי.

בתקופה זו השקיע ונקט הצוות על פי דיווחי המדריכים יותר בהתנהגויות הטיפוליות ובדרכים הבאות: עבודה עם הילד על חיותו אליים ותוקפן אך גם עם אחרים על חיותם קורבן. על מריבות מילוליות תוך סיוע בניצירת קשרים עם ילדים אחרים וגם עם הצוות ועל השתתפות הילד בפעולות. לצרכי הרגעת הילדים היה יותר שימוש במגע פיזי, מתן אוכל, משחקים וטיפוח אישי גם בהקפדה לתת תנאים מיוחדים במקביל הושקע מאמץ רב בשמירה על נוחלי הבית.

פקיד סעד היה מעורב בשחרורם של שני הילדים ששחררו. מניעי השחרור היו: השלמת תהליך האבחון וחיפול בהם הושקע מאמץ רב וכן בחיזוק כשר החתמודדות של המשפחה וגם של הילד ובמקביל הושלמו חסידורים למעבר לקהילה וחיילד תופנת לבית הספר. כמו-כן התנהלו שיחות רבות עם האם. בתקופה זו שחו במרכז 3 מן הילדים המושקעים ביותר על ידי הצוות הטיפולי, ו-3 ילדים (שוניים מאלו של הצוות הטיפולי) שהושקע בהם מאמץ רב של המדריכים.

אפיוני עבודת הצוות ותפקוד המרכז. בתקופה זו הוקדש הזמן הרב ביותר של הצוות הטיפולי וגם של המדריכים לתכנון ותיאום העבודה עם אנשי צוות אחרים כולל הדרכה. וכן הוקדש יותר מזמנו של הצוות הטיפולי להפעלת קבוצה טיפולית עם הילדים ולמגע ושיחות עם גורמים קהילתיים, אף כי אלו לא היוו מוקד של בעיות באותה תקופה.

ההפרעות ואי-השקט בלילה מצויינים פחות כמוקדי בעיות של המדריכים ושל הצוות הטיפולי, אף כי מדריכים רבים שהתייחסו לשבוע זה (בשאלונים) שובצו למשמרת לילה.

הצוות הטיפולי חש את הסיפוק הרב ביותר.

(2) תקופת השיא במספר הילדים

בתקופה זו נקלטו 7 ילדים (5 בנים ושתי בנות) ושחררו 6 ילדים. בכל שבוע שחו במרכז 10 עד 13 ילדים בו זמנית. במקביל עבדו ודיווחו על תקופה זו (באמצעות השאלונים) 2-6 אנשי צוות טיפולי ו-13-8 מדריכים. דחינו אף כי היו יותר ילדים במרכז והיתה יותר דינמיות בקליטה ובשחרור שלהם, פעילות זו פחות מדווחת באמצעות השאלונים, סביר להניח שיש לכך קשר לעומס הרב.

אפיוני הילדים. בתקופה זו היו יותר: נקלטים בוגרים ששחו בעבר בפנימיה. לגבי שלושה בנים שנקלטו ושחררו בתקופה זו עלתה השאלה בדבר מידת התאמתם למרכז, ולגבי שניים מהם הוחלט שהתנהגותם האלימה מאד ואפיוניהם אינם תואמים. הילד השלישי חיה בבחינת "נטע זר" במרכז בגלל ריחוק תרבותי רב. בעת ובעונה אחת שחו במרכז ילדים צעירים ובוגרים שחייבו שתי מסגרות פעילות ותפקוד שונות ומופרדות כדי להתאימן לצרכים הדיפרנציאליים וגם כדי לתגן על הצעירים מפני הבוגרים. בתקופה זו עוצבו הנוחלים בדבר חיתרונות "היחסיים" של הבוגרים (שעת שינה מאוחרת, צפיה בטלוויזיה בשעות מאוחרות יותר, השכמה נפרדת מן הצעירים תוך חקפדה שהאחרונים לא יפריעו).

הילדים שנקלטו בתקופה זו סבלו מהזנחה רגשית ו/או מחתעללות בעיקר מצד האב. משפחותיהם קיבלו מהלשכה שירותים שונים עבור הילד כגון אומנה יומית, מסגרת לשעות אחר הצהריים ואף טיפול נפשי. לילדים אלה היו תגובות אימפולסיביות, עקשניות, אלימות ותוקפניות המתבטאות גם באלימות כלפי ילדים וגם בחסתבכויות ובמריבות. כמו-כן הם בטאו דכאון ועצב, תחושת חוסר ערך עצמי והעדר אהבה, יחד עם תחושת "שעיר לעזאזל", והעדר אופטימיות. הילדים הרבו לבכות, להיות עצובים, לחתלונן על כאבים ולא לציית לצוות.

הצוות הקדיש זמן רב לעבודה עם הילדים על תגובותיהם האלימות, על המריבות המילוליות ובמקביל על פיתוח יכולות וקשרים חברתיים גם בקבוצה עם ילדים אחרים ועם אנשי הצוות. הצוות הירבה בשיחות הרגעה ובחקשבה לרגשות הילדים תוך מתן תנאים מיוחדים. במקביל היה צורך לעסוק בבעיות רבות שהתעוררו בלילה. מוקד הטיפול בילדים ששוחררו היה חיזוק יכולת ההתמודדות שלהם ושל חוריהם, יחד עם גיוס משאבי הקהילה. 5 מבין שמונת הילדים המושקעים ביותר על ידי הצוות הטיפולי נקלטו בתקופה זו וכן 4 מתשעת הילדים המושקעים ביותר על ידי המדריכים.

אפיוני עבודת הצוות ותפקוד המרכז. מיעוט מן המדריכים עבדו במשמרת הבוקר ובמשרה מלאה. וכאמור הצוות הטיפולי וגם המדריכים העריכו שתקופה זו היתה המתוחה ביותר במרכז (על סמך הערכה זו נקראת כך התקופה). זוהי תקופת שיא בכמות הזמן שהוקדשה על ידי הצוות הטיפולי והמדריכים גם יחד להתמודדות עם בעיות של משמעת, מריבות והתפרצויות. המדריכים הקדישו גם זמן רב לדיווח וכתובה, ליחסים בצוות, לארגון פעולות קבוצתיות ולתחזוקה ואספקת שירותים -- כולם היוו גם מוקדי בעיות וקושי.

במקביל מציינים המדריכים יותר שאי-ידיעת דרכי תגובה הולמות והיעדר נוחל תקין לאירועים מסויימים הם מוקדי בעיות לעומת מיעוט הקושי עם גורמים טרדניים בשכונה.

המדריכים חשו בתקופה זו את המידה הרבה ביותר של התסכול.

(3) תקופת הרגיעה

בתחילת תקופה זו היתה חופשת הפסח, לאחר מכן בחמישה מתוך תשעת השבועות (של התקופה) היתה שביתת העובדים הסוציאליים. שני אירועים אלו שיבשו קשות את הטיפול בילדים (כולל קליטה ושחרור) ואת תפקוד המרכז.

בתקופה זו נקלטו 4 ילדים (בן אחד ושלוש אחיותיו), שוחררו 12 ילדים ושחזרו בו-זמנית במרכז, מ-9 ילדים בתחילת התקופה ועד 2 ילדים בסיומה. במקביל עבדו וחשיבו לשאלונים 4-7 חברי צוות טיפולי ו-8 עד 13 מדריכים.

אפיוני הילדים. בתקופה זו היו יותר ילדים שנקלטו בגלל התמוטטות תפקיד החורים (התעללות מלווה בהזנחה פיזית ורפואית חמורה) שהתנגדו נחרצות להוצאת ארבעת ילדיהם מתבית. המשטרה וגם גורמים נוספים בקהילה (בית הספר, הלשכה) היו מעורבים בהוצאת הילדים.

אף כי הילדים שנקלטו היו בסכנה -- הם סבלו מהתעללות פיזית של שני החורים וגם מהתעללות באחים -- הובטח שיתוף הפעולה עם החורים שהתמודדותם ויחסייהם הזוגיים יחד עם גיוס משאבי הקהילה היוו את מוקדי הטיפול.

ילדים שנקלטו בתקופה זו שחו זמן קצר מאד במרכז. בחלטה לשחרר את הילדים חיתה יותר מעורבות של פקיד הסעד.

הדגש הטיפולי העיקרי היה שיחות והקשבה ופחות מתן הגנת וצרכים פיזיים והקניית נוחלי הבית ואף פחות דגש טיפולי על תגובות אלימות ובניית קשרים עם הצוות.

אפיוני עבודת הצוות ותפקוד המרכז. הצמצום ההדרגתי במספר הילדים במרכז בגין שחרור ילדים רבים ואי-קליטת ילדים חדשים (פועל יוצא משולב של חופשת הפסח ושבתת העובדים הסוציאליים) גרמו לשיבושים רבים: צומצם היקף עבודתם של המדריכים המותנח במצבת הילדים, צומצם מספר המדריכים בכל משמרת, העומס שחוטל על המדריכים ששובצו גדל. הדבר הביא לצמצום בשכר המדריכים ולאיום שחלק מהמדריכים יתחייב לעבודה אחרת ויעזוב, ולתחושות קשות של תסכול ואי-יציבות בגלל העדר עבודה.

זוהי תקופת השיא של המשרות החלקיות הקטנות של המדריכים.

אזירת המרכז הוגדרה כרגועה ביותר. הזמן של המדריכים והצוות הטיפולי שהוקדש לבעיות משמעת היה בהיקף של עד 20-27% מזמנם לעומת 40% ו-50% מזמנם בתקופות אחרות (המתח). הוקדש מעט זמן של הצוות הטיפולי להפעלת קבוצה טיפולית ושל כל הצוות לתכנון ותיאום, לדיווח וכתובה. הוקדש פחות זמן של המדריכים לעזרה בתפקוד היום-יומי של הילדים, כל מוקדי הבעיות חוזקרו פחות.

המדריכים העריכו שבתקופה זו הם היו המסופקים ביותר בניגוד להערכת הצוות הטיפולי שחש פחות סיפוק מבכל תקופה אחרת.

ההערכה הכללית באותה תקופה חיתה שקיימת הפנמה של הנוחלים וחתנסות מספקת של הצוות עם החוקים והכללים והמסגרת ברורה ומסודרת.

(4) תקופת הפעילות

בתקופה זו נקלטו 7 ילדים (4 בנות ו-3 בנים) ושחרר ילד אחד. מספר הילדים ששהו במרכז עלה בהדרגה מ-5 ל-8 ילדים. במקביל עבדו וחשיבו לשאלונים 4-6 אנשי הצוות הטיפולי ו-8-11 מדריכים.

אפיוני הילדים. בתקופה זו היו יותר: נקלטים צעירים, חלקם אף כאלה שאינם שולטים על הסוגרים. ילדים שסבלו מהזנחה קשה, ואו חוו התעללות פיזית מצד האב וכן התמוטטות התפקוד של הוריהם ואו הפרעות נפשיות של האם, כך שלמעשה לא היה מי שיטפל בילדים ואף כי הפגיעה בילדים חיתה קשה וברורה לא היה ברור מצב המערכת המשפחתית. 6 מתוך 7 הילדים שנקלטו באו ממשפחות חד-הוריות ושההורים בהן גרושים ושהיו מוכרות ללשכה ואף קיבלו ממנה שירותים לילד כמו: אומנה יומית, מסגרת לשעות אחר הצהריים ואף טיפול נפשי. האמהות אף כי הן דאגו לילדים, הן לא הגיבו בצורה התואמת את רגשות הילד. עם זאת, היקף ההתעללות הפיזית של האם והחשפלות מצד האב היה מצומצם ביותר. הילדים סבלו פחות מתחושה של חוסר ערך עצמי והיעדר אהבה.

טיפול ההרגעה שניתן להם היה על ידי מגע פיזי, אוכל, משחק וטיפול אישי. הוקדש מאמץ וזמן לחקניית נוהלי הבית ושמירה עליהם. היו לילדים אלו בעיות רבות בלילה.

אפיוני עבודת הצוות ותפקוד המרכז. הזמן הרב ביותר של צוות המדריכים הוקדש לעזרה לילדים בתפקוד היום-יומי, דבר שעורר גם קשיים מרובים אצל המדריכים בגלל הצורך בהחלפת חיתולים לחלק מן הילדים. לא מפליא איפוא שאספקת השירותים הפיזיים היוות עבורם מוקד הבעיות העיקרי בתקופה זו. גם הפרעות ואי שקט בלילה היה מוקד קושי בולט.

הזמן הרב ביותר של הצוות הטיפולי להפעלת קבוצה טיפולית חושקע בתקופה זו, ובמקביל ארגון פעולות קבוצתיות היה הפחות בעייתי. מוקד של קושי עבור הצוות הטיפולי היה שיתוף הפעולה והעזרה מגורמים קהילתיים.

בתקופה זו הוחלט על רישום מסודר ומלא של הנוחלים לפי נושאים.

חלק ד: מבט כללי על המימצאים ומסקנות יישומיות

מרכז החירום בקרית אתא לילדים בסיכון והוריהם נועד לתת מענה לצרכי ילדים ומשפחות במצבי סכנה, תזנחה ובשעות משבר. את המרכז בשמונת החודשים הראשונים של הפעלתו מ-3.11.93 ועד 5.7.94 ליוותה הערכה מעצבת שמימצאיה הוצגו בדו"ח זה ומבט כללי עליהם יוצג להלן. עם זאת, חשוב לציין שהמימצאים של המחקר הם רבים, מורכבים וראויים לעיון מדוקדק על אף היותם ראשוניים ומתייחסים לתקופת זמן מוגבלת ולקבוצות קטנות של ילדים ואנשי צוות.

האוכלוסייה הנחקרת כללה: 29 ילדים שנקלטו במרכז בתקופת ההערכה בכללם 21 ילדים ששוחררו עד סיום ההערכה; ובמקביל 28 חברי צוות המרכז -- 7 מתוכם בצוות הטיפול (מנחל המרכז, עובדים סוציאליים, פסיכולוגית, אם חבית והמורה); ו-21 מדריכים. המימצאים מבוססים על: ארבעה שאלונים שונים בהיקף של 500 שאלות ויותר שמולאו עבור כל ילד - שאלון קליטה ואינטייק (ומולאו בעת/סמוך לקליטה), דו"ח התנהגות חברתית ואפקטיבית (שמולא אחת לחודש ולכל היותר שלושה לילד) ושאלון שחרור (שמולא לאחר עזיבת הילד את המרכז); 194 שאלונים של הצוות הטיפולי ו-2,713 שאלוני מדריכים שהיו אמורים למלא כל שבוע עבור כל ילד; 640 שאלונים של כלל אנשי הצוות לדיווח שבועי; 34 פרוטוקולים של ישיבות המליאה השבועיות של הצוות; תיקי הטיפול של 29 חילדים ששחו במרכז; ושיחות עם מנחל המרכז ואשת הקשר למחקר ומגע בלתי אמצעי עם חילדים בעת ביקורים חודשיים סדירים במרכז.

חלק א: ילדי המרכז

מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של ילדי המרכז ומשפחותיהם

* בקרב 29 הילדים ששחו במרכז והמשתייכים ל-20 משפחות, היו 17 בנות ו-12 בנים בטווח הגילים מ-4 ועד 13.1/2, שגילם הממוצע היה 8. רובם היו מישובים סמוכים למרכז; ילידי הארץ אם כי היו גם 7 ילדי עולים מאתיופיה ומחבר העמים. כל ילדי העולים היו במשפחות חד הוריות; 15 מן הילדים שחו במרכז כשלפחות גם אחד מאחיהם שוהה בו זמנית במרכז; עבור כשני-שלישים מן הילדים (19) זהו נסיונם הראשון מחוץ לבית והם חיים במשפחות בהן מקור ההכנסה העיקרי הוא עבודה.

כמחצית הילדים חיים עם שני החורים הביולוגיים באופן קבוע או לסירוגין. חורי 10 ילדים גרושים וילדים רבים (34%) גרים רק עם האם. לחורי כשליש מן הילדים יש מספר בעיות גופניות נפשיות או התנהגותיות. הבעיה השכיחה ביותר של אמהות היא הפרעות נפשיות ואצל האבות עבריינות והתמכרות לסמים או לאלכוהול.

* רשימת הישובים/חלשכות מחם הגיעו הילדים למרכז: קרית-אתא, קרית-ביאליק, קרית-חיים, קרית-מוצקין, נשר, חוף הכרמל וחיפה, טירת הכרמל, נהריה, נצרת-עילית, כרמיאל, חדרה וירושלים.

סיבות ההפניה

* אירועים של הזנחה רגשית וחומרית וכן חשש להתעללות פיזית הם השכיחים ביותר בחיי ילדים שחופנו למרכז. רב הילדים סבלו ממספר גורמי סיכון קשים בו-זמנית טרם הפנייתם. קרוב לשני-שלישים סבלו מהזנחה רגשית ופיזית וכשליש מהם סבלו בנוסף להזנחה גם מהתעללות פיזית של אחד או של שני ההורים. מהתעללות מינית מוכחת או מחשש לה סבלו 6 בנות ובן אחד.

מדד המצוקה שמשקף את כל מגוון גורמי הסיכון מהם סבלו הילדים טרם הפנייתם - נמצא קשור יותר להזנחה חומרית ורגשית ולהעדר מטפל בילד. ככל שהמצוקה רבה יותר, כן היו יותר שיקולים לקבלת הילד למרכז והושקעו בו יותר פגישות טיפוליות. במרוצת שלושת חודשי שהותם במרכז פיתחו ילדים אלו אמון, קוד מוסרי פנימי ונכונות להשקיע מאמץ כדי להצליח.

החערכה איפשרה לבחון את המסוגלות ההורית לפי רוב הקריטריונים שהציע השופט פורת לאומדן התכונות החוריות*. השופט התייחס: ליכולת לספק לילד צרכים פיזיים הולמים; מסוגלות לתכנן סדר יום; לספק לילד צרכים נפשיים והתפתחותיים בסיסיים; מסוגלות לחבין את הצרכים הנפרדים המשתנים של הילד, והעדפת צרכיו על צרכי החורה; יציבות בהתנהגות החורה; מסוגלות להיפרד מן הילד ולתת לו להתפתח ולחיות עצמאי; להעניק לילד ערכים תרבותיים, חברתיים ומוסריים; מסוגלות להצבת גבולות לילד; מסוגלות לתקן נזקים וחסכים אצל הילד; התאמה להיות דמות הורית מספקת להפנמה חיובית של ערכים ודמויות אצל הילד.

כאשר בוחנים את מדדי ההזנחה וההתעללות וקשריהם עם משתנים אחרים, ניתן למצוא שתי קבוצות של קשיים במסוגלות החורית של הורי ילדי המרכז.

מדד ההזנחה המשקף את דרגתה (מהזנחה מלאה - רגשית וחומרית ועד היעדר הזנחה) -- משקף יותר חורות חסרה ואי-יכולת של ההורים לטפל ולחשגיה על ילדיהם בהתאם לצרכיהם החומריים והרגשיים. הזנחה שכיחה יותר במשפחות חד-הוריות או במשפחות בהן האם סובלת מנכות. ועל כן הוצאת הילד מהמשפחה לוותה בחסכמתה. משפחות אלו מוכרות יותר לשירותים החברתיים וזכו לקבל מגוון שירותים. הזנחה קלה יותר יחסית לאבחון. סימני ההזנחה הגלויים היו חוסר לבוש מתאים, חוסר נקיון אישי, היעדר מזון מתאים וארוחות סדירות והיעדר חברים. הדגש בטיפול הוא על חיזוק כשר החתמודדות של הילד.

התעללות פיזית על פי המדד -- המבוסס על היקף ההתעללות -- היא יותר חורות לקויה המתבטאת בהתנהגות ובתגובות סותרות, בפגיעה אקטיבית פיזית בילד של אחד או שני החורים בצד התייחסות אליו. התעללות קשורה יותר בהפיכת הילד לקורבן של החורים בגלל מצוקותיהם, לרב ביחסים הזוגיים אזי הם משפילים אותו, מגנים ומענישים. אך בצד ההתעללות קיימת מסגרת משפחתית המספקת תנאים פיזיים, עניין ותשומת לב כולל הקפדה

* זכי, משח (1992). "מודל להערכה פסיכולוגית של מסוגלות חורית: שיטות וסוגיות". פסיכולוגיה ומשפט גליון מסי' 7: 30-33.

על כללים עקביים, סדר יום וקשר עם המסגרת החינוכית. ילדים אלו נפגעו ביכולת הריכוז, סובלים מחרדות, סימני דכאון, חוסר בטחון ומתחושה שהם לא אחובים ואף ישעירים לעזאזל. הם מבטאים יותר רצון לברוח מהמרכז ויותר חוסר אמון בצוות. הטיפול בילדים אלו מורכב וקשה. מיקוד הטיפול הוא יותר בחיזוק כשר ההתמודדות של ההורים ושיפור יחסייהם הזוגיים.

• הסיבות המוגדרות להפנית הילד למרכז היו: הזנחה קשה ועזובה רגשית ופיזית (9 ילדים); הכאות והתעללות (12 ילדים); נזקקות למסגרת מגנה עליהם או מפניהם (6 ילדים); ביקור לא סדיר במערכת החינוך ו/או השתתפות עם ההורה במעשי עבריינות (2 ילדים).

• לשכת הרווחה היתה מעורבת בזיהוי הסיכון של 25 מן הילדים (בנוסף למעורבות פקיד הסעד בהפניותם של כל הילדים); המשטרה היתה מעורבת ב-15 הפניות (במקרים אלו מספיק שיקול אחד לקבלת הילד) ומערכת החינוך בהפניות של 19 מהילדים.

תהליך ההפנייה והקליטה במרכז

נסיבות הקליטה במרכז

• רוב הילדים היו בריאים בעת קליטתם שחיתה ברובה בשעות שבהן נמצא הצוות הטיפולי. רוב הילדים הסכימו להוצאתם מחבית. 25 מהילדים הגיעו מלוויים בפקידת סעד עם עובדת סוציאלית. 12 מהילדים הוגדרו כתוקפניים; ל-10 ילדים היו בעיות אכילה ושיעור דומה סבלו מתגובות דכאוניות; 8 ילדים סבלו מבעיות שינה.

שיקולי הקבלה

• השיקולים הנפוצים ביותר לקבלת הילדים למרכז היו סכנה לחמשך פגיעה פיזית, הזנחה רגשית ופיזית ואי-בהירות מצב המשפחה למרות הפגיעה הקשה בילד. בדרך כלל היה יותר משיקול אחד לקבלת הילד.

• במהלך עבודת המרכז סוכם שבנוסף לאפיונו הייחודיים של הילד כקריטריוני קבלה יש לשקול גם (1) הרכב הילדים הקיים באותה עת במרכז כולל פוטנציאל הסיכון של חסרי הישע להפוך לקורבנות או מידת הריחוק התרבותי בין נקלט פוטנציאלי לבין יתר הילדים; (2) כוחות הצוות הקיימים לטיפול וקידום הנקלט.

תהליך הטיפול בילד ובמשפחתו בעת השתייה במרכז

אפיוני המטרות והתכניות הטיפוליות לילד

• 8 ילדים נזקקו לאבחון מעמיק בעת קליטתם; ל-17 ילדים הוגדרו כבר בעת קליטתם תחומי טיפול: הרגעה ושיקום ההזנחה, עיבוד הטראומות והקשר להורים וקידום יכולות התמודדות והכנת הילד לשינויים ולמעברים הצפויים בעתיד. ל-4 ילדים לא גובשה תכנית טיפולית להם וגם לא למשפחתם בעת מילוי השאלון כי טרם התקיימה ועדת החלטה.

- יעדים לאבחון ולטיפול מעמיק הוצבו לרוב משפחות חילדים. רק משפחות של 4 ילדים (14%) הוגדרו בעת הקליטה כבלתי ניתנות לטיפול בגלל סיבות אובייקטיביות תלויות בהורים עצמם.
- כבר בעת הקליטה היתה הערכה ש-20 מן הילדים ישו במרכז תקופה מירבית של כשלושה חודשים.
- קיימת הלימה גבוהה בין צרכי הילדים כפי שהם באו לביטוי בתיאור גורמי הסיכון מהם סבלו הילדים טרם הפנייתם למרכז ובשיקולי קבלתם לבין מטרות הטיפול, כשלכל ילד הוצבו מספר מטרות. רצף הדגשים במטרות הטיפול משקף היענות לצרכים מיידיים וגלויים במישור הרגשי -- בו החסך הוא העמוק והנפוץ ביותר, לאחר מכן התעמקות באבחון, בנית תכנית התערבות לטווח ארוך תוך חיזוק הילד וכשר התמודדותו ולאחר מכן טיפול במשפחה תוך הסתייעות במשאבים קהילתיים.
- רוב הילדים סבלו בביתם מהזנחה במספר תחומים כשיותר ממחציתם בהזנחה משולשת של צרכים ותנאים רגשיים, חברתיים וחינוכיים בסיסיים.
הטיפול בילד עצמו
- ל-19 מן הילדים היה איש צוות טיפולי אחד שדאג להם ול-10 ילדים היו אחראי טיפול כללי ומטפל גם יחד.
- הטיפולים השכיחים בפגיעה של הילד היו מגע אישי ופיזי, שיחות והקשבה לרגשות, משחק ומתן תנאים מיוחדים. במסגרת הטיפול הושם דגש על מצב הרוח של הילד, הקניית נוחלי הבית ושמירה עליהם לחיזוק היציבות והבטחון בחיי הילד וטיפול אישי. בכל אחד מתחומים אלו היו מגוון של דרכי התערבות מצד כל אנשי הצוות; עוצבו וגובשו במהלך התקופה נוחלים ודפוסי תגובה שכולם מכוונים לקדם את הטיפול בילדים, כך שהתוצאות תחיינה העמוקות, הרבות והתואמות ביותר את צרכי הילדים.
- הצוות בכללותו קידם גם את הצרכים החינוכיים והחברתיים של הילדים במגוון דרכים כדי להתמודד עם הפגיעות הקשות בעיקר ביכולות החברתיות שלהם, ועם התגובות התוקפניות, האלימות והמתפרצות מצד אחד והמסתגרות והדכאוניות מן הצד השני.
- מידת הפגיעה בילד הבאה לביטוי במגוון קשייו ותגובותיו הרגשיות וההתנהגותיות אינה פועל יוצא רק של מגוון הפגיעות ו/או עומק הזנחה. אלא היא כנראה גם פועל יוצא של גיל הילד וכוחותיו. אבחנה זו מבוססת: על השוואת דרכי התגובה של אחים מאותה משפחה שפרופיל המצוקה שלהם דומה אך הם מגיבים באופן שונה כשהנטיה היא שהצעירים יותר מגיבים קשה; על חמישה ילדים שנפגעו מהזנחה קיצונית כאשר לא סופק להם אף לא אחד מצרכיהם הבסיסיים ובכל זאת הם הגיבו באופן שונה. חלקם בעיקר בתגובות קשות וחלקם גם בתגובות חיוביות במידה דומה לתגובות הקשות.
- הצוות הטיפולי חשקיע במספר תחומים בו-זמנית בסדר הבא: הניתוק מהבית, המשפחה באופן כללי, החורח הפוגע, מצב הילד בחוץ והכנתו לעתיד, הפגיעה/ההתעללות והחורח הלא פוגע.
- תחומי הקושי שהפריעו לילד בעת שהייתו במרכז היו היחסים בכלל והיחסים החברתיים בפרט, עם ילדים אחרים, עם המשפחה, עם אחים ועם הצוות ורק אחר כך התנאים הסביבתיים והפעולות שבחן הוא השתתף.

הטיפול בקשר ילד-משפחה ובמשפחה עצמה

• הטיפול בקשרי הילד עם המשפחה התבסס גם על אפיוני הקשרים עם כל הורה ועם שניהם גם יחד. ככל שהחשקעה הנדרשת מן ההורה רבה יותר - גילוי עניין בילד, עיסוק משותף ובעיקר תגובה תואמת רגשות - כך מצטמצם היקף הילדים שזכו לה.

רוב גדול של הילדים (24 ילדים) נפגעו מיחסייהם עם האם. חלקם בגלל העדר תגובות חיוביות מצידה (3); חלקם בגלל אדישות ואי-התייחסויות (2); חלקם בגלל חשיפת להתייחסויות לא חיוביות בלבד; (4) ויתרם בגלל התייחסויות סותרות -- חיוביות ושליליות בעוצמה מתונה (3) ועד חמורה (12).

מספר קטן יותר של ילדים חשוף לאב. שיעור גבוה יותר מן האבות התעניינו בילדיהם ואף עסקו עמם בפעילות משותפת אך בצד יחס חיובי יותר האבות הענישו, השפילו והתעללו גם באחים כולל התעללות מינית יותר מהאמהות.

כאשר בוחנים את שילוב יחסי ההורים עם הילד ניתן לחלק את הילדים לשלוש קבוצות על פי עוצמת הקושי: (1) ילדים שזכו לאם מתעניינת ולאב לא מתעלל (4 ילדים שמצבם היחסי פחות קשה). (2) אם מתעניינת ואב מתעלל (15). (3) אם לא מתעניינת ואב מתעלל. כמו כן היתה קבוצה של 7 ילדים שלחם אם לא מתעניינת ואב לא קיים, לילד אחד לא היו דמויות של הורים.

את הטיפול שהילדים קיבלו במשפחותיהם ניתן לאפיין כך: (1) 3 ילדים סבלו מיחס שלילי מלווה בהזנחה חינוכית. (2) 6 ילדים סבלו מהזנחה חינוכית. (3) 4 ילדים סבלו מיחס שלילי מצד ההורים -- גינוי וענישה. (4) 4 ילדים סבלו מיחס שלילי המלווה בהזנחה חינוכית, אך נהנו גם מיחס חיובי. (5) 12 ילדים סבלו מיחס שלילי אבל נהנו גם מיחס חיובי -- גאוח, תשבחות וכד'.

• דפוס שכיח של קשר בין הילד למשפחה בעת חשהייה במרכז היו שיחות טלפון ביוזמת המשפחה. התקיימו שיחות רבות כאלה שזכו לתגובות חיוביות מצד הילד והוריו. אך הילד מעדיף צורות קשר אחרות כמו ביקור בני משפחה, ביקור של הילד בבית או שיחות טלפון מן הילד אל המשפחה. גם ביקורי האם התקיימו בתכיפות ובשיחות גבוהה יחסית, אם כי הם זוכים באופן השוואתי, לדפוס קשר אחרים, לתגובה חיובית בינונית.

• הקשר ההדוק ביותר התקיים בין המרכז והאם והדבר עולה בקנה אחד עם אפיוני ההרכב המשפחתי ואופי היחסים המשפחתיים של הילדים. תכני הקשר הן עם אחד ההורים והן עם שניהם היו סביב עצם המגעים וטיב הקשר שלהם עם ילדיהם; דפוס תגובה וחינוך ובעיקר הצורך בהצבת גבולות; והתאמת ההתייחסות לצרכי הילד; וכן תכנון המשך הטיפול בילד.

קשרים עם גורמים בקהילה

• המרכז, כצפוי, קיים קשרים גם עם גורמים קהילתיים לגבי רוב הילדים (24) כשמוקדי הקשר היו: גיבוש חלוקת תפקידים בין הלשכה (הורים ומשפחה) למרכז (הילד); קבלת החלטות וגיבוש תכנית התערבות ארוכת טווח, גיוס משאבי הקהילה למציאת מסגרת הולמת; כמו כן התקיים קשר פתוח ולא מוגדר שחיה גם הוא בעיקרו סביב איסוף ומסירת מידע מחד והתייעצויות, מאידך.

סיכום מוקדי ההשקעה של הצוות

• כללית, נמצאה חלימה גבוהה בין הצבת המטרות הטיפוליות לצוות בעת הקליטה לבין הערכת מוקדי ההשקעה בעת השחרור שהיו רבים ומגוונים בו-זמנית. סדר מוקדי ההשקעה היה: מתן מסגרת הגנה וצרכים רגשיים; מתן מסגרת הגנה וצרכים חומריים (שלא הוצב כמטרה כה גבוהה); אבחון מעמיק לילד ולמשפחה; בניית תכנית טיפול והתערבות לטווח ארוך; טיפול לחיזוק כשר החתמוּדדות של הילד; גיוס משאבי הקהילה (הושקע בכך יותר מההערכה הראשונית בעת הצבת המטרות הטיפוליות); ולבסוף טיפול לחיזוק כשר החתמוּדדות של ההורים ושיפור יחסיהם הזוגיים.

על פי הערכות הצוות 8 ילדים זכו להשקעה רבה מצד הצוות הטיפולי ועוד 9 ילדים זכו להשקעה רבה מצד צוות המדריכים (ורק שני ילדים מתוכם זהים).

• ככל שהשקעה הטיפולית היתה רבה ומגוונת יותר, כן הל שיפור בתגובות הרגשיות (נטיה לחייך ולצחוק) וביחסיו של הילד עם הצוות (שיתוף ומתן אמון) וכן היתה תחושה שהילד הרשה לעצמו יותר לבכות ולהיות עצוב.

הטיפול בילדים ובעקבותיו השינוי במצבם אינו בקו ליניארי אלא בספירלה. בתחומים שונים הקושי הוא בתחילה ואחר כך הל שינוי הדרגתי מתמיד בכיוון חיובי (יכולת ריכוז, העסקה עצמית, הנאה מדברים, תלונות על כאבים, פגיעה עצמית וסיוטי לילה, קיום קשרים טובים עם ילדים, משמעת ועוד). בתחומים אחרים הלח הקלה בהתחלה, שיא הקושי היה באמצע התקופה (לאחר כחודשיים) ואח"כ שוב הלח הקלה והשתפרות (בכי, תחושת קבלה, הבנה ורצון לברוח מהמרכז, התבודדות ושקיעה עצמית, הרס דברים וחבלה בחפצים, השקעת מאמץ); בתחום היחסים עם הצוות (שיתוף, שיחה, אמון וציות) תקופת "הפריחה" היא כעבור חודשיים ואחר כך לקראת העזיבה יש קשיי פרידה; בתחומים אחרים ההקלה היא רק בהתחלה ואחר כך יש התחזקות הקושי (מצב הרוח ושביעות הרצון, גילוי התנהגויות מיניות חריגות, פחד, צעקות, בטחון עצמי ותחושת ערך עצמי. הצקות של ילדים, השתוללויות ותוקפנות).

תהליך השחרור

שיקולים וסיבות השחרור

• 21 ילדים מתוך 29 ילדים שוחררו במהלך התקופה. שיקולים הקשורים בילד ובמצבו בעת השחרור דחינו, בהתקדמות תהליך האבחון, הטיפול והערכת ההישגים -- חיזוק התמודדויות הילד ומשפחתו -- הם שיקולים מכריעים יותר מאשר שיקולים הקשורים במרכז (סיום התקופה המקסימלית, התאמת הילד למרכז וצרכיו הניהוליים) או בעתיד הילד.

• החלטות השחרור הן תוצר של שיקול דעת של מספר גורמים בעיקר של המרכז עם גורמים מקצועיים מקהילת הילד ומשפחתו, אם כי זה אינו נוהל הכרחי. פקיד סעד מחוזי מעורב רק במקרים מיוחדים.

תהליך הפרידה של הילד מהמרכז

• רק חכנה מספקת ותואמת לפרידה עשויה לחשלים את התהליך הטיפולי בילד. עם כל הילדים שהשתחררו היו פגישות חכנה לפרידה, בממוצע היו יותר מחמש. גם עם תחורים כל אחד בנפרד ובמשותף עם הילד -- התקיימו יותר מארבע פגישות בממוצע.

בתיקי הילדים יש פירוט של היקף המגעים, טיב הקשר של המשפחה עם המרכז ועם הלשכה ומכתבי הזמנה להורים לקיים את ההסכמים הטיפוליים שהוחלט עליהם במלואם ובאופן קפדני לטובת הילד.

חלק ב: תפקוד המרכז וצוותו

אפיוני הצוות

- * צוות המרכז נבחר ברובו תקופה ארוכה לפני פתיחת המרכז לקליטת ילדים. רק מנהל המרכז השתלב בצוות תקופה קצרה לפני הפתיחה, לאחר שהחליף את המנהל הראשון. במהלך תקופת ההערכה היו מספר חילופין בצוות המדריכים ותוספת של עו"ס בכיר לצוות הטיפולי ובסמוך לאחר סיום ההערכה התחלפה גם תפסיכולוגית. חברי הצוות הטיפולי כולם בעלי הכשרה ונסיון מקצועיים מוכחים והמדריכים הם בשלבים שונים של תהליך למידה והכשרה מקצועית במדעי ההתנהגות בכלל ובתחום הרווחה בפרט.
- * מיעוט אנשי הצוות עובדים במשרה מלאה, רובם עובדים בחצי משרה, כאשר המרכז הוא מקום עבודה נוסף או בלעדי בנוסף ללימודים.
- * היקף משרתם של אנשי הצוות הטיפולי קבוע ואילו היקף משרתם של המדריכים והיקף המדריכים בכל משמרת משתנה. הוא מותנה במצבת הילדים השוחים במרכז מבחינת: מספרם (למשל בתקופת שביתת העובדים הסוציאליים, תקופת חגים ובחינות), גילם (למשל צעירים שאינם שולטים על סוגרים), קבוצות גיל מגוונות (צעירים ומתבגרים); אופי הילדים ותגובותיהם (ילדים אלימים מחייבים יותר מדריכים ובעיקר שיבוץ גבר בכל משמרת).
- שינויים אלו היוו מרכיב בתחושת העייפות, העומס ולעיתים השחיקה והיאוש של המדריכים והם נוספו על קשיי התפקוד והטיפול היום-יומי בילדים.

אפיוני המרכז

- * המרכז מתפקד 24 שעות ביממה המחייבות שלוש משמרות כשהצוות הטיפולי בעיקרו עובד בשעות הבוקר ויש כוון בכל משמרת.
- מספר המדריכים בכל משמרת מבוסס על שיקול דעת המנהל ואם הבית על פי היכרותם את מספר הילדים וצרכיהם. לעיתים, בעיקר כאשר היה מספר יחסית גבוה של ילדים צעירים שלא שלטו על הצרכים, הביעו המדריכים טענות ודרישות להגדלת המספר במשמרת בעיקר בחלק מן המשמרות.
- * החל מן היום הראשון נדרש הצוות לעצב נוהלי התייחסות וטיפול מפורטים הקשורים בילדים: נוהלי קליטת ילד חדש, סדר היום במרכז, נוהלי חשכמה, ארוחות (צורת הישיבה וההתנהגות בהם) טיפוח אישי ומקלחות, לימודים, תכנון וביצוע פעילויות וחוגים אחר הצהריים, "נוהל שעת ממתקים". נוהלי יציאה מהמרכז כולל לבריכה, נוהלי קבלת שבת (ושמירה על כשרות ושבת), חגים ומסיבות כולל מסיבות פרידה. נוהל מתן תרופות, נוהל טיפול בחולים ונוהלי בטיחות. עיצוב דפוסי תגובת במצבים שונים, בעיקר בעת התפרצויות אלימות, תחושות זכאון ודרישות לתשומת לב ויחס מיוחד. נוהל התקשרויות והאזנה לשיחות טלפון ולביקורים של בני משפחה במרכז, ועמידה מול התנגדויות ולחצי החורים. לכל אורך תקופת השחייה במרכז. במהלך כל התקופה גובשו, עוצבו ועודכנו נוהלים ודפוסי עבודה לאחר שקרו מצבים בהם התפקוד הלקוי הצביע על צורך בחתייחסויות נוספות או בפירוט וריענון הנוהלים.

במקביל עוצבו, גובשו ועודכנו נוהלים ודפוסי עבודה הקשורים בתפקוד הצוות, בחלוקת התפקידים ובתחזוקת כוח האדם. נוהלים ודפוסי עבודה אלו התייחסו: להגדרות התפקיד, לגבולות האחריות והסמכות (לא מעט מתחים ובירורים נדרשו סביב סוגיות אלו, כשלמדריכים היו תחושות של עומס יתר באחריות ובנשיאה בעול והעדר תחושת שותפות וסמכות בקבלת החלטות בכלל ובעיצוב הנוהלים ודפוסי העבודה בפרט); נוהל לתכנון ולשיבוץ כוח אדם למשמרות השונות לחודש ואחר כך אף לחודשיים מראש; נוהל החלפת השיבוץ למשמרת וחודעה על כך; נוהל הודעה על שינוי והיעדרות ממשמרת; נוהל אזעקת כונן משמרת למרכז; נוהל כניסה לעבודה במשמרת הכולל קריאת מחברת הקשר בה רשומים כל האירועים וכל הפרטים הנוגעים להתנהגות הילדים בכל משמרת וגם הנחיות ושאלות למשמרת הבאה; נוהל רישום ודיווח קפדני במחברת הקשר ובכל דרכי הדיווח הנוספות הדרושות לאבחון ולטיפול משמעותיים; זמני החלפת משמרת וחמטלות השונות בכל משמרת; נוהל אחראי משמרת והעברת אחריות. לוח פעילויות וחופשות מתוכנן מראש וידוע לכל הצוות; נוהל דיווח שעות עבודה.

תיחזוק הצוות היה באמצעות הדרכה על ידי מומחית היצונית לצוות הטיפולי והדרכה למדריכים על ידי הפסיכולוגית ומנהל המרכז בהרכב של חצי מקבוצת המדריכים, אחת לשבועיים בסמוך לזמן ישיבת המליאה השבועית.

בישיבות המליאה היה דיווח שוטף על הנעשה במרכז (מצב ותיאור אפיוני הילדים הנקלטים, המשוחררים והשוהים) ועל דרישות האבחון והטיפול בכל ילד והתקדמותו, כן נדונו סוגיות הקשורות בתפקוד הצוות בעיקר המדריכים וביחסי הצוות. סוגיות אלו היו מקור קושי (תחושות תסכול, אי מימוש ציפיות וניצול) ודרשו התייחסויות חוזרות ונשנות, כי לא היתה תחושה שהמענים שניתנו מספקים ותורמים דיים מקצועית ואישית. קשיים אלו גברו גם לנוכח הקשיים הרבים בעבודה עצמה שלעיתים הביאו לחרגשת חוסר אונים או חוסר עקביות ואחידות בדפוסי התגובה של רכיבים שונים של הצוות.

הקצאת זמן הצוות לתחומי עיסוק שונים

• הצוות כולו השקיע זמן רב בהתמודדות עם בעיות משמעת. אך המדריכים הקדישו לכך זמן רב הרבה יותר מן הצוות הטיפולי. הקדשת זמן לשיחות לא פורמליות עם הילדים ולעזרה לילדים בתפקוד היום-יומי הוא נחלת רבים מן הצוות בעיקר המדריכים. גם ארגון והפעלת פעולות קבוצתיות ותחזוקת המבנה אף כי הם היו באחריות עיקרית של מספר בעלי תפקידים ספציפיים דרשו זמן רב יחסית. הצוות הטיפולי עסק יותר בתכנון ובתיאום עבודת הצוות ושיחות טיפוליות עם הילדים, עם משפחות הילדים וגורמים קהילתיים.

• מימצא ראוי לציון הוא שככל שהזמן שהוקדש לדיווח וכתובה היה גדול יותר, כך תחושת הסיפוק של הצוות הטיפולי מהעבודה היתה רבה יותר. אחד החסברים האפשריים לכך הוא שהכתיבה בתהליך הטיפולי מחווה אמצעי חשוב ומשמעותי לעיבוד, לגיבוש ולהמשגח עבור המטפל.

מוקדי בעיות

• מוקד הבעיות העיקרי של הצוות הוא משמעת, מריבות והתפרעויות בין הילדים (המדריכים מציינים תחום זה יותר); יחסים בתוך הצוות גם הם מחוויים מוקד קושי למדריכים ויותר מכך אף לצוות הטיפולי.

הקטנת מידת הבעייתיות וחקושי בתחומים אלו במיוחד של הצוות הטיפולי קשורה: בשיתוף ועזרה מגורמי קהילה; בקידום דרכי תגובה הולמות; ובגיבוש נוחלים תקינים. לצוות המדריכים מוקדי בעיות וקושי אחרים ונוספים כמו פעולות קבוצתיות מאורגנות, הפרעות ואי-שקט במשמרת לילה ותחזוקה ואספקת השירותים הפיזיים.

הערכת אגירת המרכז

• יותר ממחצית אנשי הצוות העריכו את אגירת המרכז כרגועה ו-43% מהם העריכו אותה כמתוחה. אך קיימים הבדלים גדולים ומובהקים בין הצוות הטיפולי הנוטה להעריך את האגירה כרגועה יותר לבין המדריכים הנוטים יותר להעריך את האגירה כמתוחה.

• בשתי הקבוצות סוגית המשמעת כמוקד קושי וכמוקד של השקעת זמן, כמו גם פעולות קבוצתיות מאורגנות כמוקד קושי קשורים בהערכת אגירת המרכז כמתוחה. אגירה מתוחה קשורה עם פחות סיפוק בעבודה. המתח גובר בצוות הטיפולי ככל שמוקדש פחות זמן לקשר ישיר עם הילדים ולפחות זמן המוקדש לשיחות טיפוליות עם הילדים. ובצוות המדריכים המתח גובר ככל שמוקדש פחות זמן לעזרה לילד בתפקודו.

הערכת תחושת הסיפוק מהעבודה

• אנשי הצוות נוטים לחוש יותר סיפוק מאשר תסכול בעבודתם. הצוות הטיפולי חש מעט יותר סיפוק מן המדריכים.

• תחושות של תסכול או סיפוק של הצוות הטיפולי (ואותה מגמה אם כי חלשה יותר קיימת בקרב המדריכים) קשורות עם תחומי התפקוד שלהם הן מבחינת השקעת הזמן ומוקדי הקושי.

תחושות סיפוק קשורות בהקדשת יותר זמן להבטחת הטיפול וחקיום היום-יומי של הילדים (שיחות טיפוליות של הצוות הטיפולי, תחזוקת המבנה, עזרה לילדים ושיחות לא פורמליות של המדריכים). ופחות צורך להתמודד עם בעיות משמעת מצד אחד. וליחסים צוותיים תקינים ולתפקוד מקצועי נאות (הכרת דרכי תגובה וקיום נוחלים תקינים) וללא שיבושים מן הצד השני.

מחזון למעשה

מן התמונה המשתקפת משמונת החודשים הראשונים של הקמת מרכז החירום לטיפול בילדים וחוריהם בקרית אתא, שהיוו את תקופת ההערכה, ניתן לומר שהחזון לטפל בילדים בסיכון המחייבים הרחקה מיידית מהבית - היה למעשה. בתקופה זו היה מיקוד והתכוונות באחת משתי אוכלוסיות היעד - הילדים וחוריהם. כשטובת הילד הנחתה את פעולות המרכז היתה הפסקה של ההתנהגות הפוגעת, ניתן דגש להערכה ולקידום המסוגלות לשינוי תוך הכרה בחשיבות המסוגלות החורית בכל מקרה שהדבר התאפשר. כצפוי, כל ארגון ושרות חדש משקיע את עיקר מאמציו בתקופה הראשונה להקמתו בעיצוב ובגיבוש פנימי (טיפול בילדים חמופנים ובחוריהם ובדפוסי עבודה ותפקוד של הצוות והמרכז) טרם שהוא פונה לעצב ולגבש את דפוסי הקשר שלו עם גורמים נוספים יהיו חשובים ורלבנטיים ככל שיהיו. זו

בודאי היתה אחת הסיבות המרכזיות לאי פתיחת יחידת האבחון, הטיפול והייעוץ האקסטרני באותה תקופה (מיד עם פתיחת המרכז). רק בשלב שני שהחל כנראה, לאחר תום תקופת ההערכה, ניתן לצפות להשגת התפוקות המצופות באשר לאוכלוסית היעד השנייה - נותני שרותים בקהילה שיש להם קשר עם המרכז. בשלב זה, שבו צפוי שיהיה פחות מתח כתוצאה מחשתלבות שירות חדש במערך השרותים הקיימים, נדרשים הכל - המרכז וגורמי הקהילה גם יחד - להשקיע מאמצים מגוונים ורבים כדי לקדם את השותפות ושיתוף הפעולה ביניהם על בסיס היכרות והכרה הדדית. שותפות זו חיונית לקידום ולביסוס השרות החדש ולהפיכתו לזמין ולרלבנטי לקהילה. יתר על כן, שותפות זו עשויה להבטיח רצף טיפולי בילד ובהוריו וכל העת כולל בזמן אבחון הילד על ידי שרותי הקהילה ולא פחות מכך גם בזמן שחיית הילד במרכז; ליישום מלא ומשמעותי יותר של ההמלצות להמשך הטיפול ולשימוש מקיף יותר בשירות חדש זה על ידי גורמי הקהילה. שותפות זו מחייבת תיאום ציפיות, ידע ומודעות הן של הצרכים של כל אחד מחשירותים והן של המענים שהמרכז יכול לתת לקהילות כדי לקדם טיפול במצבי משבר שעיקרם מענה זמני שלפניו ואחריו יש לשרותי הקהילה חשיבות ואחריות רבה. מרכיבים של יוזמה, פניה אקטיבית בנוסף להיענות לחפניות, קידום ההכרה במומחיות של אנשי המרכז וביכולתם לתת ייעוץ והדרכה בתחומם -- בשלבים שונים בטיפול הקהילה בילד ובהוריו ובעיקר במומחיותם באבחון -- כולם עשויים לתרום רבות להצבת המרכז במערך השרותים החשובים ותתורמים ביותר לקהילה ובמתן השרות למלוא פוטנציאל הילדים וההורים הזקוקים לו.

המרכז סיפק לכל הילדים ששהו בו שירותי מקלט והגנה ולרוב הילדים ולהוריהם גם שרותי אבחון והתערבות קצרת מועד שכללו את הרכיבים שתוכננו. רכיבים אלו כללו הערכת מסוגלות ההורים לשינוי, גיבוש תכניות התערבות והמלצות להמשך טיפול בילד ובמשפחתו. חל שיפור במתכונת גיבוש התכניות הספציפיות לילדי המרכז עם גורמים טיפוליים בקהילה לקראת תום תקופת ההערכה.

היה יישום של תהליכי החפניה והקבלה למרכז כולל הטיפול בילד, בהוריו ובקשר ביניהם ואף סיומו של התהליך כולל הכנת הילד, הוריו וגורמים בקהילה ברוח העקרונות המנחים שגובשו בחוזר המנכ"ל ומשקפים את התפיסה הכוללת שלאורה אמור שרות חדש זה לפעול. שלב האבחון של הילד והוריו דורש עדיין שימת לב למקומו בתהליך ולחשלותיו על הקשר עם שרותי הקהילה.

כאמור, יחידת אבחון טיפול וייעוץ אקסטרני עצמאית (שאיננה מלוות בטיפול או במעקב אחר הילדים ששהו במרכז וחזרו לבתייהם) ושירותי ייעוץ והדרכה לאנשי מקצוע לא פעלו בתקופת ההערכה.

אין ספק שתקופת ההערכה היתה קצרה ושיקפה יותר תהליכים ראשוניים -- התלבטות, חיפוש דרך, קשיי התחלה ועוד -- בהפיכת החזון במלואו למציאות, אך התקופה מאז ההערכה איפשרה קידום שלם יותר והשגה של המטרות שהוצבו והתפוקות המצופות.

מסקנות יישומיות

המסקנות היישומיות מאורגנות סביב שני מוקדים. מוקדים אלו מייצגים את המערכות המרכיבות את עולמו של המרכז: הילדים, כולל יחסי המרכז והקהילה, והצוות.

קידום הטיפול האפקטיבי בילדים

1. קריטריוני קבלה של ילדים. אין ספק שכל הילדים המופנים למרכז הם ילדים בסיכון עם זאת יש לשקול היטב, בנקודת זמן מסוימת, מי הם הילדים המתאימים לקליטה במרכז. ילדים שנקלטים ואינם מתאימים -- מסיבות התלויות בהם או בעיקר בגלל חרכב הילדים במרכז -- עלולים להזיק ולסכן אחרים במרכז -- צעירים וחלשים מהם או אף אנשי צוות בהתפרצויות אלימות ותוקפנות קיצונית. אך יתכן גם מצב בו ילדים כאלה יחוו בעצמם במקום תקופת רגיעה ושיקום חוויה קשה מדי אם הילדים השוהים במרכז עלולים להתנכל להם -- לא על רקע התנהגות קונקרטיה ומוגבלת היכולה להשתנות ולחיות מטופלת, אלא על רקע של גורם מולד (כגון צבע עור). חשוב לחדגיש שהרכב הילדים כגון -- ריבוי בנים מתבגרים -- בנקודת זמן מסוימת, הוא אשר צריך להנחות את קבלתם של ילדים נוספים יותר מאשר מספר הילדים ואפיונים ייחודיים של ילדים כיחידים.

2. אבחון המצוקה ומוקד הפגיעה של הילד. יש לידע גורמים רבים בקהילה (מורים בבתי ספר, מדריכים במתנסיים וכד') הבאים במגע יום-יומי וישיר עם ילדים על סימנים גלויים של מצוקה כללית הקשורה יותר להזנחה חומרית ולהיעדר מטפל בילד: חוסר לבוש מתאים לעונה, חוסר נקיון אישי והיעדר מזון מתאים וגם בדידות והיעדר חברים.

אבחון מוקד הפגיעה חיוני לעיצוב מוקדי הטיפול, כמו כן חשוב כדי לעצב את תכנית הטיפול להעריך את כוחותיו של הילד ולקחת בחשבון את גיל הילד. הזנחה מאפיינת יותר הורות חסרה ומסוגלות הורית נמוכה ועל כן מוקד הטיפול הוא חיזוק כשר החתמודדות של הילד. בכלל זה חכנת הילד לקראת דרישות החסתגלות למסגרות חוץ-ביתיות.

התעללות היא יותר פגיעה אקטיבית של הורים טעוני קשיים בילד המלווה בחתייחסויות סותרות של ההורים (תשומת לב, תשבחות, הקפדה על סדר יום ומסגרת בצד גינוי, ענישה, השפלה והתעללות פיזית). התייחסויות אלו פוגעות בצורה עמוקה בנפשו של הילד. מיקוד הטיפול הוא בחיזוק כשר החתמודדות של ההורים תוך דגש על שיפור הזוגיות שלהם מתוך מגמה שהילד ישוב לביתו. הילדים הפגועים ביותר הם הילדים הסובלים משילוב של הזנחה עמוקה והתעללות של שני ההורים.

3. גיל הילדים הנקלטים. יש מקום להגמיש את הגיל כי ילדים רבים שנקלטו במרכז הגיעו מלווים באחים צעירים מתחת לגיל 6.

4. תקופת השהייה המירבית במרכז

סוגית תקופת השהייה המרבית במרכז אינה חד משמעית לאור המימצאים. שינויים משמעותיים בהתנהגות ובתגובות הילדים כגון פיתוח אמון וקוד מוסרי פנימי יחד עם נכונות להתאמץ כדי להצליח התרחשו בתום תקופת שלושת החודשים. אך תקופת הפריחה ביחסים עם הצוות היתה כעבור חודשיים. עם זאת, 6 מתוך 21 הילדים שהשתחררו שהו במרכז יותר מ-100 ימים. וילדה נוספת -- שלא עזבה את המרכז בתום איסוף הנתונים -- שהתה גם היא תקופה ארוכה יותר. רק ילד אחד "נתקע" במרכז בגלל אילוץ בגין שביתת העובדים הסוציאליים, לגבי יתר הילדים קבעו שיקולים טיפוליים את משך שהותם. כמו כן לפחות לגבי ילדה אחת ששהתה במרכז פחות מ-100 ימים והשתחררה, היתה רמה גבוהה של ודאות בצוות הטיפולי ששחרורה נבע מסיום תקופת השהייה המקסימלית, ואי מציאת מסגרת הולמת לצרכיה. השיבה הביתה של הילדה לא הוערכה -- על ידי צוות המרכז -- כמבטיחה את המשך התהליך הטיפולי שהיה משמעותי מאד בעת שהייתה במרכז. ואכן ביום סיום איסוף הנתונים חזרה ילדה זו למרכז.

עם זאת, ניתן לומר שלגבי אותם ילדים שהאבחון הטיפולי כבר בשלבים הראשוניים שלו, מחייב את הוצאתם מהבית יש מקום להשקיע בחיפוש מסגרת חוץ-ביתית בשיתוף עם גורמי הקהילה מוקדם ככל האפשר. הקדמת שלב זה עשויה להבטיח המשך טיפול נאות גם ללא הארכת השהות במרכז מעבר לשלושה חודשים.

5. הידוק וטיפול הקשר של הילד עם המשפחה

אין ספק בדבר חשיבות ההקמה של שירות חיוני וחשוב זה לילדים בסיכון ולמשפחותיהם. על סמך המחקר לא ניתן לקבוע האם יש מקום להקים מרכזי חירום באיזורים ובישובים נוספים, עם זאת ברור שיש חשיבות רבה לטיפול הקשר שבין הילד למשפחתו ושקירבה גיאוגרפית בין המרכז לקהילת הילד מקלה על קשר זה. קירבה זו חשובה כדי לאפשר קשר בין הילד למשפחה בעת שהייתו במרכז וכדי לאפשר המשך טיפול בילד ובמשפחתו לאחר השחרור או כדי לאפשר טיפול בילדים שהוחזרו הביתה כי לא היה הכרח לתת להם שירותי מקלט. בתחום זה של הקשר בין הילד למשפחה יש לטפח דפוסי קשר הדוקים בכל מצב שהדבר מתאפשר. דפוסי אלו רצוי שיכללו יותר שיחות יזומות על ידי הילד למשפחה וגם ביקורים בבית כדי שהניתוק של הילד ממשפחתו יחיה מינימלי וכדי להגדיל את סיכויי שיקום הקשר בין הילד וחוריו, בטווח המידי ובעיקר בטווח הארוך. כמו כן יש מקום להידוק הקשר של המרכז עם המשפחה כדי לחפכה לשותפה עיקרית בשיקומה.

6. יחסי המרכז עם גורמים מפנים בקהילה

במסגרת ההערכה לא ניתן היה ללמוד על מידת הידע והמודעות של גורמים בקהילה לקיומו של המרכז ולייחודו הטיפולי, אך אין ספק שיש מקום להשקיע בהפצת מידע ובהגברת מודעות בתחום זה מחד גיסא, ובטיפול השותפות בין המרכז לבין גורמים אלו מאידך גיסא, כדי לאפשר לילדים נוספים בסיכון לחיעזר בשירותיו הייחודיים של המרכז.

פעולות אלו חשובות הן כדי להימנע מתקופות שבהן קצב הפניית חילדים הוא דליל ויש לכך השלכות על תפקוד המרכז ועל תחושות הסיפוק של הצוות. והן כדי שילדים רבים יאובחנו ויזכו להתערבות קצרת המועד שהיא בתחום האחריות והמומחיות של המרכז.

כאמור, יש לבחון דרכים נוספות של קשר ותקשורת שיתוף ושותפות בין המרכז לגורמים קהילתיים. שותפות זו חשובה גם כי תחום זה הוא חיוני לטיפול נאות בילדים בכל השלבים: בשלב הקליטה, בשלב הטיפול ובשלב החזרה של הילד הביתה. קשר זה חיוני גם כי הוא מתקשר הן עם מוקד של בעיות והן עם היעדר סיפוק בצוות הטיפולי האחראי לתחום זה. כמו כן, נמצא שבתקופת ההערכה הראשונה ככל שהיו פחות שיחות עם גורמי קהילה, כן אירת המרכז רגועה יותר לדעת הצוות הטיפולי. עם זאת, חשוב להדגיש שאף כי הוקדש יותר זמן לשיחות עם גורמים בקהילה בשבועות ההערכה האחרונים, תחום זה הוזכר פחות כמוקד של קושי ובמקביל גבר הסיפוק מן העבודה. דהיינו, סביר להניח שחל שיפור ונצבר ניסיון חיובי יותר בקשר שבין המרכז לקהילות הילדים. יש לחזק מגמה זו.

קידום סיכויי ההצלחה וההתמדה של הצוות במערכת עבודה מורכבת ותובענית

1. בחירה. חשוב לבחור אנשי צוות בעלי רקע ונסיון מקצועי ופורמלי (או מדריכים לקראת סוף תהליך הכשרתם) כשחיוני שכולם יהיו בעלי מוטיבציה גבוהה לעבוד עם ילדים בסיכון במרכז, לאחר שהם יודעים ומודעים יותר לאפיוני המקום.

2. הכשרה וסוציאליזציה מטרימה. אלו כוללים: גיבוש ציפיות ריאליות סביב התפקיד והישגיו; הכרה שהתקדמות בטיפול אינה בקו ישר אלא בספירלה מורכבת; כל עובד שמתקבל צריך לדעת: הגדרת תפקידו ואת תחומי האחריות וגבולות הסמכות שלו ושל אחרים בצוות. סוגיה זו של הגדרת תפקידים היא חלק בלתי נפרד מעיצוב מערכת בה יש מפגש יום-יומי הדוק בין מספר בעלי תפקידים שונים שלהם תפיסה עצמית מקצועית ותפקידית מסוימת וגם תפיסת תפקיד הזולת מוגדרת. תפיסות אלו של בעלי התפקידים חשובים דורשות תיאום.

3. ארגון מערכת העבודה והמשמרות ושיבוץ אנשים במשמרת כך שתהיה מערכת קבועה ושוויונית ופחות משתנה, ומותנית במספר הילדים, או לחילופין, מציאת הסדרי תשלום לתקופות "חיובש" שיבטיחו התמדה. טוב יהיה אם שיבוץ המדריכים למשמרות יהיה שילוב בין רצונם ובחירתם לבין הערכת הכישורים והיכולת הבולטים שלהם וכגון תוראה, יכולת ארגון חוגים, ניהול שיחות קבוצתיות ואישיות, הרגעה לקראת השכבה, הקניית בטחון למתקשים לישון ועוד).

4. שיבוץ המדריכים במספר רב של משמרות שבועיות כך שיוכלו לפתח יותר קירבה ומחויבות למרכז מחד, וכדי שיוכלו לטפל ישירות בילדים, מאידך. הטיפול הישיר בילדים יותר מאשר רכיבים אחרים של העבודה, הוא ממקורות הסיפוק של אנשי הצוות.

5. הקפדה על חלוקת מאמץ ועומס כך שיתאים: לדרישות הטיפול בילדים (גיל הילדים אחד או יש בוגרים ויש צעירים; שחיה של מספר רב של ילדים חדורשים טיפול פיזי כמו החלפת חיתולים וכד'), וליכולות השונות של אנשי צוות שונים כיחידים וכשתי תת-קבוצות -- צוות טיפולי ומדריכים. כמו כן חשוב שהצוות הטיפולי יהיה רגיש, וקשוב לתחושות קשות שמתעוררות עקב דימוי ורושם. שחלוקת המאמץ לא שוויונית.

יש להתייחס לסוגיות אלו בישיבות המליאה. חשוב שההתייחסות ליחסים בצוות לא תהיה רק פועל יוצא של הבעת התמרמרות ותסכול אלא תעשה באופן יזום (על ידי המנהל ו/או הצוות הטיפולי), קבוע ותקופתי.

6. שיתוף ממשי, קבוע ונראה (כך שיהיה ידוע ומודע) של כלל אנשי הצוות במירב התחומים ובעיקר בעיצוב ובגיבוש נוחלי עבודה הנוגעים לכל אנשי הצוות.

7. תחזוקת הצוות תוך כדי עבודה באמצעות הדרכה. הדרכה זו אמורה: (1) לקדם מיומנויות מקצועיות; (2) לאפשר עיבוד הקשיים. המלווים עבודה טיפולית כח מורכבת וקשה, כולל ההכרח להתקשר ולהפרד מילדים רבים לאחר תקופות של קשר קצר אך אינטנסיבי; (3) ליבון ועיבוד הרגשות המתלווים לעבודה בצוות כח הטרונגי. כולל עיבוד תחושות של תסכול וחוסר הצלחה בצוות, מצב העלול להקטין את סיכויי ההתמדה של הצוות. הדרכה מקצועית זו חייבת להיות שוטפת, בפורום קבוצתי מלא, מדי שבוע, בזמן ומקום קבועים.

חשוב שהקבוצה ונותן ההדרכה המקצועית יתפכו להיות גם מערכת תמיכה שתאפשר פתיחות, קבלה ואי-שיפוטיות ועל כן יש להפריד בין פורום הערכת התפקוד כולל הביקורת עליו (ישיבות מליאה ושיחות אישיות) לבין פורום הקידום המקצועי והתמיכה.

על כן גורם חיצוני שאינו מעורב ישירות במערכת יחסי עבודה נראה כמתאים ביותר הן עבור הצוות הטיפולי והן עבור המדריכים.

יש לשקול קידום וחיזוק מקצועי של אנשי צוות כיחידים גם על ידי מתן הדרכה תקופתית אישית לחברי הצוות תוך מיקוד בייחוד של תפקידם ותחומי האחריות שלהם (הוראה, משמרות שונות וכד').

יש גם מקום לקידום המומחיות של כלל אנשי הצוות ובמשותף על ידי השתלמויות הן בתקופת החכשרה ולא פחות מכך במהלך העבודה כך שיוכלו לשמש כמומחים עבור השירותים בקהילה בתחום זה. יש להתמקד בחכשרת הצוות גם במספר מצבים נפוצים במרכז ומעוררי קושי ולעיתים אף תחושות של חוסר אונים ויאוש. בין המצבים הללו ניתן להזכיר: (1) דרכים למניעה ולהרגעה של ילדים טרם התפרצות ובעיקר צורות אחיזה בילדים אלימים ומשתוללים; (2) כיצד להגיב במצבים שבהם הילדים מתנהגים בצורה פרובוקטיבית (בכלל ומינית בפרט) כלפי ילדים אחרים וכלפי הצוות; (3)

העמקת היכולת להכיל כעס ולהגיב בצורה אמפטית; לתת תשומת לב גם לאותם ילדים ישקטים שבניגוד לימפרייעים אינם מאלצים את אנשי הצוות בדרכים שונים להתייחס כדי להרגיע ולחשקיט אותם. (4) כיצד לאבחן את המידה הראויה של היענות לילד הזקוק לתשומת לב וצורות ההיענות התואמות ביותר מבלי לגלוש ל"פינוק יתר" ומבלי לעורר תחושות של קנאה מצד ילדים אחרים; (5) בנוסף לכך דרכים לשיפור היכולת הקבוצתית של הצוות להציב גבולות ולהתנהג בצורה עקבית ונחושח ללא כעס ונוקשות; (6) קידום דרכי הקשר עם המשפחה מחד, ועם גורמי קהילה מאידך, והיכולת להפכם לשותפים מלאים בתהליך האבחון והטיפול בילד.

• כפי שהוחלט במרכז, ראוי לערוך רישום מלא ומפורט של נוחלי הטיפול והעבודה ועדכונם בעת הצורך.

כל אחד מקובצי הנוחלים ודפוסי העבודה שעוצבו במרכזים הקיימים חייב לשמש כבסיס ידוע ומוכר להתחלת העבודה במרכז חדש שיקום. ועל בסיס קבצים אלו יתאים ויעדכן המרכז החדש את הנוחלים התואמים ביותר לצרכיו. עם זאת, השימוש בקבצים הקיימים עשוי לחקטין את תחושת העמימות, אי הבטחון והמתח, בצוות בכלל ובין תת-קבוצות בצוות בפרט, האופייני לתקופת ההתארגנות הראשונה.

יש מקום לבחון את האפקטיביות ארוכת הטווח של הטיפול בילד ובמשפחתו במועדים שונים שלאחר השחרור. אך, כל מחקר עתידי המתוכנן להתבצע במרכז החירום עצמו באמצעות אנשי הצוות חייב להתייחס למידת העומס שמחקר כזה מטיל על הצוות בנוסף לדרישות ולמאמץ שהעבודה הטיפולית תובעת מהם.

ס ק י ר ת ס פ ר ו ת

דבי עובדיה - המוסד לביטוח לאומי

התופעה של התעללות פיסית ונפשית בילדים וחזנתם מוכרת משחר החיסטוריה, אך לא זכתה להתייחסות מיוחדת בחוק ומצד סוכני החברה השונים. כך עד המאה ה-19. ההתייחסות לנושא מקורה בתפיסת החברה את מידת אחריותה כלפי הילד. עד המאה ה-17 הילד הוגדר, גם חוקית, כרכוש הבלעדי של הוריו. ביטוי לכך נמצא בחוק שנחקק בשנת 1646 במסצ'וסטס שקבע כי להורים יש זכות לתבוע את ילדם בגין עקשנות ואי ציות ועל פי החוק ניתן להעניש את הילד - כולל עונש מוות.

מסיבות רבות הקחילות נרתעו מלחתערב במקרים של התעללות בילדים, לא רק במישור של חקיקה אלא אף במישור של הכרה וטיפול ישיר בבעיה (Ebeling et al (ed.), 1975). אחד הגורמים לרתיעה זו הוא הנושא של זכויות ההורים, אשר תמיד קיבל קדימות לעומת הנושא של זכויות הילדים. כך, לדוגמה, ב-1875 חוקקו בארה"ב חוקים להגנת בעלי חיים, אך לא חוקקו חוקים שיגנו על ילדים מפני התעללות ו/או הזנחה. אמנם היו ארגוני צדקה שדאגו לילדים חסרי בית, נטושים ויתומים, אך לא היה ולו חוק אחד שהציע הגנה לילד מן הסוג שניתן לבעלי חיים.

המקרה המפורסם בניו יורק בשנת 1874 של Mary Ellen, אשר עונתה קשות על ידי מבוגרים וקיבלה הגנה מכוח החוק להגנת בעלי חיים, עורר אזרחים רבים בארה"ב להקים תנועות פרטיות להגנת ילדים הידועות בשם

"Societies For Prevention the of Cruelty To Children" (SPCC). הארגון השני מסוג זה - חברת מסצ'וסטס - נוסד בבוסטון 1878. ארגון זה התפתח לסוכנות פרטית בהיקף לאומי שנקרא היום "שירותים להגנה על הילד - Child Protective Services".

למרות שמאז שנת 1875, חלה התקדמות משמעותית בטיפול בילדים הנתונים בסיכון עברה יותר מחצי מאה עד שתחום האחריות להגנה על הילד מפני התעללות, הפך להיות המנדט של הסוכנויות הסוציאליות הציבוריות. זאת, באמצעות חקיקת החוק הסוציאלי בשנת 1935 (Encyclopedia of Social Work).

התייחסות לזכויות הילד נמצאה לראשונה באנגליה בתחילת המאה ה-19. שם ניתן למצוא חקיקה בנושא של שעות עבודה לילדים. באילינוי שבארצות הברית נוסף בשנת 1899 בית משפט ראשון לנוער - עובדה המשקפת תפיסה הרואה צורך להתייחס לילד ביחס מיוחד ובהגנה משפטית מיוחדת (קדמן, 1990). בתחילת המאה ה-20 החלה ההתייחסות לילד כאל ישות משפטית נפרדת ולא כאל רכוש של הוריו.

1. מעמד הילד בחוק

רוב מערכות השיפוט האנגלו-אמריקאיות הן בעלות מערכת חוקים רחבה, יחסית, בנושא הטיפול הבלתי הולם בילדים (Dingwall et al, 1983). נושא ההתערבות החברתית בחיי המשפחה לשם הגנה על הילד מופיע בשלושה חוקים של הפרלמנט הבריטי: חוק הילדים -

Children Act - (CA) 1948, חוק הילדים והנוער - Children and Young Persons Act (CYPA) מ-1963 ומ-1969.

החוק שנחקק בשנת 1948 הציע טיפול וולונטרי. החשגחה וטיפול הם עניין שברצון רק מחבחינה שאין מרחיקים ילדים מבתיחם ללא הסכמת ההורים. חוק זה רלוונטי בעיקר במקרים של הזנחה, שבחם אפשר לשאת ולתת עם החורים לשם העברת הילד לטיפול אלטרנטיבי. החוק מתיר לרשויות ליטול מהחורים את האחריות על הילד. במקרה שהחורים מתנגדים להתערבות מצד הרשות והרשות עומדת על כך, מסתמכים על חוק הילדים והנוער 1969, המאפשר לבית המשפט לנוער לחוציא צווים הקשורים לטיפול בילדים. הצווים ניתנים לפי תנאים מפורשים לגבי כל ילד שהוא מוזנח, נמצא בסכנה או עבר עבירה.

חוק הילדים והנוער 1963 - מחייב את הרשויות המקומיות למנוע הכנסתם של ילדים לטיפול אך מאפשר להם לספק סוגים שונים של תמיכה משפחתית.

במקרה שרשות מקומית מקבלת מידע שמצביע על צורך להגיש תביעה בקשר לילד, ועל סמך חוק שנחקק ב-1969, הדבר דורש שהמידע ייבדק, אלא אם כן הרשות איתנה בדעתה שפעולה זו לא תועיל לילד ואינה מעוררת עניין ציבורי. כאשר פעולת הרום הכרחית, צוות הרשות, כמו כל אזור, יכול לתבוע מחשופט לסדר את הילד במקום בטוח (שם).

גם חוק הילדים (CA) 1948 וגם חוק הילדים והנוער (CYPA) 1969 מגדירים את חסיבות שבחן הרשויות המקומיות יכולות להתערב, וכן את קנה המידה שבחם שופטים יכולים להשתמש בהחלטתם באיזו פעולה לנקוט (שם).

בארצות הברית החתייחסות להתעללות בילדים באה בעקבות השיפת התופעה באמצעות הרפואה. הדיווחים הרפואיים בשנות ה-40 וה-50 על פציעות חמורות של ילדים צעירים בעקבות התעללות הגבירו את ההתעניינות בנושא בקרב אנשי מקצוע (Dingwall et al, 1983). התעניינות זו גברה עם הגדרתם של Kempe וחבריו ב-1962 את "סינדרום הילד המוכח". הדיווח שלהם הוביל להקצאת משאבים כספיים וכוח אדם כדי לטפל בבעיה. ב-1963 13 מדינות בארה"ב חוקקו חוקים המחייבים דיווח על מקרים של התעללות בילדים או הזנחתם, ועד 1967 כל מדינה בארה"ב חוקקה חוק דומה המחייב דיווח על ילדים מוכים ו/או מוזנחים. בשנת 1973 כל מדינה חוקקה חוק המחייב דיווח על כל המקרים שבחם נחשדה התעללות בילדים (Lucht, 1975).

בשנת 1974 הוגשה הצעת חוק בקונגרס נגד התעללות בילדים, כשהמטרות העיקריות הן: לחקצות כספים לנושא, ליצור מרכז ציבורי לטיפול בילדים מוכים, לספק לחורים יועץ ולהגדיר את המושגים של "התעללות בילדים והזנחה". הצעות אלו חפכו לחוק בינואר 1974 (Gallinger et al, 1985).

חוק האימוץ ורווחת הילד מ-1980 תומך בהשארת הילד בביתו, במקרה שחדבר אפשרי, ובחנקת השירותים הנדרשים למשפחה כדי למנוע את הוצאת הילד ממשפחתו. הרעיון העומד ביסוד החוק הוא, שהשארת הילד בביתו גורמת לנוק הקטן ביותר לכל המעורבים (שם).

Paulsen ואחרים (1966) מציינים ארבע מסגרות של אמצעים חוקיים הנהוגים בארצות

חברית:

(1) החוק הפלילי;

(2) חוק הנוער;

(3) החוק לדיווח על התעללות בילדים;

(4) ייסוד "שירות הגנתי" לילד כחלק משירותי הרווחה לילד.

כל אחד מהמערכים מלווה במאפיינים ובעייתיות משלו:

(1) תביעה משפטית אינה יעילה, מכיוון שהפרוצדורה דורשת זמן רב. אשמת ההורים קשה להוכחה, שכנוע בית המשפט, והרשעת ההורים לא קלים בפרט במקרים של התעללות בילדים אשר מתרחשת ללא עדים. התחלת פרוצדורה משפטית בדרך כלל מבטלת את הסיכויים לשפר את מצב הילד בבית. העוינות שמגלה המשפחה גורמת לטיפול בה להיות בלתי אפשרי.

(2) חוקי הנוער, הקשורים להתעללות ולהזנחה ילדים חוקקו אומנם בכל מדינות ארה"ב, אך ההגדרות שונות ממדינה למדינה, והדבר משפיע על סוג ההתערבות בחיי המשפחה למען הגנת הילד. ההגדרות מחייבות תנאים מסוימים שרק הם מאפשרים הגשת תביעה נגד הורים.

(3) כשילד מוזנח או מוכה בדרך כלל אין הוא יכול לקבל שירות הגנתי, אלא אם כן מצבו נודע ללשכות הסוציאליות או לבית המשפט. החוק מעלה את האפשרות שילדים שנפגעו מהתעללות יזוהו ויובאו לידיעת הסוכנות להגנת הילד ו/או לרשות המשפטית. בעצם, חוק הדיווח הינו טכניקה לאיתור הילדים.

(4) ייסוד שירותי הגנה לילד בתוך המערכת של שירותי הרווחה לילד הינו אחד הביטויים של הדיווח על ילדים מוכים ו/או מוזנחים בחוק. החוק להגנת הילד, שנחקק בקונגרס בשנת 1974, מעניק תמיכה כספית למדינות שמכינות תוכניות מיוחדות להגנה על הילד.

התבדל הבולט ביותר בין אנגליה לארצות הברית הינו לגבי חוקי חובת הדיווח, המחייבים אנשי מקצוע להודיע על חשדותיהם לגבי טיפול לקוי בילד לגורם מוסמך. בכל מדינות ארצות הברית יש חוקים כאלה ואילו באנגליה הם אינם קיימים (Dingwall et al, 1983). עם זאת, כל מי שאינו מדווח על ילד בסיכון באנגליה יצטרך להתמודד עם סנקציות ציבוריות - שיכולות להיות יעילות בדיוק כמו העונשים הכתובים בחוקים האמריקאים.

העקרון שעליו מבוססים החוקים באנגליה ובארצות הברית, ושעל פיהם עובדים המוסדות החברתיים השונים, הינו: האופי הזמני של התערבות המדינה. הטיפול של גורם אחר, במקום ההורים, צריך להיות המפלט האחרון וישמש רק כפעולה זמנית, שתאפשר זמן לסייע להורים לחזור למצב שבו ניתן להחזיר את הילדים הביתה (שם).

2. שירותי הגנה לילד

החוקים החדשים העניקו בסיס לפעול למען ילדים בסיכון, אשר זוחו על ידי סוכנות המגנה על הילד, המוסדות המטפלים בו או במקרים שהמשטרה מפנה את המקרה לבית המשפט. עם זאת, לא היו קוים ברורים בדבר האחריות של הסוכנויות השונות לאתר ילדים בסיכון (Class, 1963).

יישום החוקים תלוי ביחס האנשים וביוזמתם לזכות מקרים של אי ציות לחוק ונקיטת פעולה מתאימה לגיוס פתרונות זמניים (Dingwall et al, 1983). הבעיה המיוחדת בנושא של טיפול לקוי בילדים היא, שהילדים לעיתים קרובות חסרי יכולת לחפש פתרונות בעצמם. פעם היה זה עניין של ארגונים וולנטרים של אזרחים שאכפת להם, גם באנגליה וגם בארצות הברית, ובחזרה האחריות עברה למוסדות המדינה. האפקטיביות של הקהילה במקרים של ילדים הנתונים בסיכון תלויה באחריות שהמחלקה לשירותים סוציאליים מקבלת על עצמה.

ילדים מוזנחים, מוכים, או נתונים ברמת סיכון גבוהה בגלל בעיות במצב משפחתם זקוקים להגנה מיוחדת מהסוכנויות המגנות של הקהילה. השירות להגנת הילד מיועד למנוע מילדים להתנסות בחוויות מזיקות נוספות, למנוע המשך הזנחה או התעללות ולשמור על תפקוד מספיק של ההורים. במקרה שתפקוד מספיק של ההורים אינו מתאפשר, תפקידם להרחיק את הילד מביתו למקום שבו יקבל טיפול נאות (Stein, 1981).

באנגליה, לפי החקיקה להגנת הילד, הסמכויות והחובות מרוכזים בידי המחלקות לשירותים חברתיים של הרשויות המקומיות, ומבוצעים בעיקר על ידי עובדים סוציאליים מוסמכים. מחלקות אלה מטפלות בקבוצות אוכלוסייה נוספות, כגון: זקנים, חולים וכיוצא בזה. עובדים סוציאליים מאתרים מעט מקרים אפשריים של טיפול לקוי בילדים. זאת כיוון שהשירותים החברתיים במהותם הם מגיבים - פועלים על פי פניות - ולא יוזמים (שם).

בארצות הברית, הדאגה שתוארה בעבודתם של Kempe ואחרים (1962) בשנות ה-60 וחשיפת התופעה של התעללות בילדים במדיה גרמה ליצירת תיקונים בחוק לביטוח סוציאלי, אשר תובעים ששירותי ההגנה ינתנו לכל הילדים שבסיכון. ברוב מדינות ארצות הברית האחריות החוקית להתקין שירותי הגנה לילד מוטלת על השירותים הסוציאליים (Carol & Haase, 1987).

תפקידם של שירותי ההגנה הם:

- א. התמקדות בבעיות משפחתיות הנובעות מהזנחה, מהתעללות או מניצול ילדים;
- ב. הענקת הגנה לילדים בסיכון, בהסכמת ההורים או בלעדיה - מכוח החוק.
- ג. נקיטת יוזמה במקרים שדווח להם על התעללות בילד ו/או הזנחתו;
- ד. שיתוף פעולה עם סוכנים שונים בחברה, לדוגמה: משטרה, בית-ספר, אחריות ציבוריות, שכנים וכיוצא בזה (Stein, 1981).

נראה שלאנגליה ישנה מערכת ברורה יותר, בעלת משאבים רבים יותר מאשר בארצות רבות אחרות, כולל ארצות הברית (Dingwall et al, 1983). בסקר של פרנסיס (1972) (ראה אצל Dingwall et al, 1983) צויינה ירידה בהתערבותם של ארגונים וולונטריים בארצות הברית, ללא עליה מקבילה בהתערבותם של השירותים החברתיים. השירותים באנגליה, למרות הקיצוצים התקציביים לאחרונה, פועלים כנראה על בסיס משאבים גבוה יותר.

א. הרחקת הילד מביתו

החוקים המאפשרים הרחקת הילד מביתו, הן באנגליה והן בארצות הברית, מופעלים רק במקרה שטובת הילד מחייבת הוצאתו מהבית. באנגליה חוק הילדים והנוער (CYPA) 1969 מאפשר לבתי המשפט לנוער להוציא צווים הקשורים לטיפול בילדים, במקרה של פניה מן הרשות המקומית, המשטרה או איש מוסמך (Dingwall et al, 1983).

שני הצווים השכיחים הם:

- (1) צווי פיקוח והשגחה - דורשים מחרשות למנות אדם שיעץ, יסייע ויטיידד עם הילד. צווים אלה אינם נותנים זכות כניסה לבית הילד ולא מאפשרים הוצאתו מהבית - אלא לצורך בטחונו. צווים אלה ניתנים לתקופה של עד שלוש שנים.
- (2) צווי טיפול - מעבירים את כל הסמכויות והחובות של הורי הילד לרשות המקומית, ללא הגבלה - עד ליום הולדתו ה-18 של הילד.

בארצות הברית הילדים מוצאים מביתם למשפחה אומנת, לאימוץ או לטיפול מוסדי.

משפחה אומנת - שתי דרכים להשמת הילד במשפחה אומנת:

(א) ההורים מוסרים את הילד מרצונם. דבר זה עלול לקרות בשעת משבר משפחתי, לדוגמה, כשהורה מתאשפו ואין איש שיכול לדאוג לילד בביתו.

(ב) כאשר הורים אינם מסכימים להעביר את הטיפול בילדים לגורם אחר, הילדים מועברים בתוקף הוראת בית המשפט לנוער. שירות ההגנה צריך לשכנע את בית המשפט שיש להעביר את הילד לבית חלופי ולחוכיח שהילד אינו יכול להיות מוגן בביתו הוא (Stein, 1981).

אימוץ - מטרת האימוץ לאפשר לילדים, שאחרת לא היה להם בית, לקבל בית ולחנות מחיי משפחה. עם האימוץ מועברות כל הזכויות והחובות שהיו בין הילד ובין ההורים הטבעיים להורים המאמצים (שם).

מוסד - המוסד בא לטפל בילדים הנצרכים לטיפול מיוחד ושאינו מתאפשר אצל משפחות מאמצות או אומנות. המוסדות שונים וניתנים למיון על פי גודלם, מיקומם או מטרתם.

תופעות של ילד מוכה מאוד, ילד עם פיגור שכלי או עם מחלת נפש הינם קריטריונים אחדים שמשפיעים על הוצאת הילד מביתו. אין טיפולוגיה כללית מקובלת שמאפשרת לקטלג את הסיבות להרחקת ילד מביתו. בבדיקות השונות דווח על שימוש בקטגוריות שונות המאפשרות הרחקת ילד מביתו ואף העברתו ממדינה למדינה בארצ"ב, או לפעמים קטגוריות שונות במקומות שונים באותה מדינה. לדוגמה, במסצ'וסטס אשפוז הורה בבית חולים לחולי נפש צוין כסיבה לכך ש-23% מהילדים המאומצים נשלחו לאימוץ (Gruber, 1978), ואילו בנשוויל ובטנסי אין קטגוריה כזאת אך דווח על כך ש-12 ילדים אומצו בעקבות בעיות רגשיות של ההורה (Marvin & Ralph, 1977).

העברת ילד למוסד כרוכה במספר בעיות: בעיה רצינית שנתגלתה בשנים האחרונות ושמשכה תשומת לב היא התעללות בילדים במוסד. דווח על כך שמוסדות אינם מעניקים לילדים יותר מאשר החזקה במוסד. בנוסף, הילדים, השוחים במוסדות סובלים מסטיגמה חברתית המשפיעה לרעה על אפשרויותיו של הילד בעתיד. ריחוקו של הילד מחקחילח יוצר

חוסר יכולת לאינטראקציה עם הקהילה, וחסר זה מגביל את ידיעתו ואת יכולתו להשתמש בשירותים החברתיים. אלו הן מקצת הסיבות שעוררו תנועה בשם "Deinstitutionalization", שהציבה לעצמה כמטרה לחוציא את הילדים ממוסדות ולהעבירם לטיפול שירותי הקהילה, או לפחות לחקטין את מספר הילדים השוחים במוסד (שם).

הרפורמה העיקרית במדיניות רווחת הילד ושיושמה בשנים האחרונות, הגדילה את חלקו של ההורה בטיפול בילד. אחת השיטות להגברת התערבות ההורה בטיפול בילד העניקה לחורים אחריות ספציפיות לרווחת ילדם, כמו לרכוש לו את הביגוד ועוד (1989, Jensen & Whittater). התערבות ההורה בטיפולו השגרת/היום-יומי של הילד במסגרת חוץ ביתית יכולה לקבל צורות מגוונות. ביקורו של ההורה במקום הטיפול הינה אסטרטגיה שהוכחה היטב.

תוצאות מחקרים שונים מצביעות על כך שלתדירות ביקורי ההורה בתקופת שהיית הילד מחוץ לבית יש קשר להצלחת שיבתו של הילד למשפחתו הביולוגית (Balcerzak (ed.), 1989). חקמת מרכזים משפחתיים הינה אחד הביטויים של ההכרה בחשיבות שיתוף החורים ובחגש אחריותם בטיפול בילדם.

ב. מרכזים משפחתיים

רוב המרכזים המשפחתיים מופעלים על ידי גורמים וולנטריים וחלקם מופעל על ידי רשויות מקומיות (Holman, 1989). המרכזים המשפחתיים מציעים קשת רחבה של תמיכה למשפחות אשר כוללת בדרך כלל טיפול וחשגחה על ילדים, יעוץ אישי, קבוצות תמיכה לפתרון בעיות מיוחדות, הדרכה בחינוך ילדים, קבוצות סיוע לחורים ועוד. קבוצות החורים הינן פתוחות לכל דורש ועוסקות בנושאים שונים כמו: טיפול בילדים, סדרת טיפוח ויופי, תדרוך רפואי. הנושאים העולים בקבוצת החורים כוללים את החששות של החורים ממפגש עם אנשים אחרים, רגשי החרטה שלהם בעקבות חכאת ילדיהם וקבלת תמיכה אחד מהשני.

במחקר של Phelan (1983) (רי אצל Holman, 1989) על חלק מהמרכזים המשפחתיים הראשונים שאורגנו על ידי ה-Children's Society באנגליה הוא זיחה שלוש תכונות משותפות:

- (1) הם בדרך כלל ממוקמים בשכונות שיש בהן שכיחות בולטת של "בעיות חברתיות" (דיוור גרוע, רמת עוני גבוהה) הקשורות ברוב המקרים עם שיעור גבוה של השמת ילדים בטיפול.
- (2) הם נוטים לחוציא לפועל את הכוחות של המשפחות לצורך שיפור מצבן במקום לחדביק להם תוית של "בעיות".
- (3) השירותים שלהם מיועדים להיות זמינים לקהילות מקומיות, ומגיבים לצרכים האמיתיים של האנשים.

De'Alb (1985), אחרי שבדק אינפורמציה מ-250 מרכזים משפחתיים באנגליה, הוסיף למרכזים אלה תכונות נוספות משותפות שחשובות שבתן: עבודה עם החורים בנוסף לעבודה עם הילדים, שימת דגש על השתתפות בטיפול מצד האנשים שמתמשים במרכז, כשהמוקדים הם - הגברת ביטחונם העצמי, היכולת והדימוי העצמי של החורים (שם).

ג. שילוב שירותים

בעקבות עבודתם של Kempe וחבריו (1962) פותח בתחילת שנות ה-60 מודל טיפולי רב מימדי במרכז הרפואי בדנוור בפיקוחו של Kempe. מטרת המודל להעניק טיפול מקיף לילד שאובחן בבית החולים כילד בסיכון. המודל משלב בתוכו טיפול של אנשי מקצוע שונים שבמסגרת תפקידם מסוגלים לתרום לרווחת הילד שבסיכון. בקבוצת הטיפול היו: רופא ילדים, פסיכיאטר, אחות, עובד סוציאלי ועובד בלתי מקצועי, והצוות תיפקד במשך 24 שעות ביממה (Pelton, 1981).

פרוייקט דנוור ופרוייקטים אחרים, שחתבססו על שירותי בתי חולים, נועדו לתת שירותים לטווח קצר. למרות ששירות מסוג זה אמור לטפל במורכבות שבמתן עזרה למשפחות במצוקה, הוא מסוגל לשרת מספר קטן של מטופלים בלבד, מאחר שהוא דורש השקעה גדולה של שעות עבודה מצד אנשי מקצוע. בנוסף לכך, תוכנית המבוססת על שירותי בית חולים מטפלת במקרים הקשים ביותר של התעללות, וכמעט שאינה מטפלת במקרים של התעללות והזנחה (שם).

חיתרונות של שירות מקיף הוא בכך שיותר מקורות טיפול מוצעים בכל רגע שהמטופל נדרש להם (Daniels & Tucker 1989). ההתקדמות לקראת שירות אינטגרטיבי מחייבת אחריות של הצוות. ללא עבודת צוות מגובשת, איתנה וחלוקת תפקידים ברורה במישור הניהולי אינטגרציה אפקטיבית לא תחזיק מעמד.

מספר שירותים להגנת הילד פיתחו אמצעים לקבלת דיווח על ילדים בסיכון ופרסמו מספרי טלפון, בהם ניתן לחשיג אנשי צוות 24 שעות ביממה. מספר שירותי הגנה נעזרים בצוות רב-מקצועי - Staff Team - הדומה לזו שבמודל של המרכז הרפואי בדנוור. השימוש בצוות רב-מקצועי מאפשר במקרים מסויימים גמישות גדולה יותר לעומת אלו המצויים בסידורים האפשריים כאשר משפחה נמצאת במשבר. צעד זה מונע משירותים להתחייב למתודות שמרניות, מכיוון שהרקע, החכשרה והעניין המיוחד של כל אחד מאנשי הצוות יכולים לתרום להתייחסות חדשנית לצורכי המשפחה. יתרון נוסף, הוא שהעבודה בצוות מאפשרת תמיכה חזקת המפחיתה את התלות בקבלת הערכה מחמשפחה, וכמו כן אחריות משותפת כשמדובר בקבלת החלטה גורלית, כגון, האם להשאיר ילד בטיפולו של הורה אשר פצע אותו. (שם).

שירות אינטגרטיבי אחר, המתייחס ליחידה המשפחתית כולה, הינו מרכז דוגמת Bowen Center בשיקגו. הוא יוצא מהנחה, שמשפחות שבתן יש התעללות נצרכות למערכת שירותים חמוגלת כמבנה אחד אשר מונע צורך לחפש שירותים במקום נוסף. מרכז משפחתי אחר בסאן-פרנציסקו הוקם כדי להעניק סביבה תומכת, הדומה לזו של משפחה מורחבת, ולהתייחס לכל הבעיות בכל שעה ביממה. יש בו, לדוגמה, תרפיח קבוצתית, קו חרום 24 שעות וכי (שם).

ניחול משולב, שהוא פונקציונאלי במקרים של משבר משפחתי חמור, צריך לשקף תפיסה ששירותי החגנה ניתנים לילד כמכלול על ידי אנשי מקצוע שעובדים בצוותא כיחידה אחת. דוגמה לכך היא הקבוצה להגנת הילד בחונוולו (Helfer & Schmidt, 1976), שרובה מורכבת מעובדי השירות להגנת הילד, ובנוסף לחם מפקח רפואי, פסיכולוג, אחות בריאות הציבור ועורך דין, המקיימים קשר עם תחנת המשטרה במשך כל שעות היממה. המטרות של קבוצת החגנה לילד ספציפיות וכוללות:

(א) קבלת דיווחים על חשד להתעללות או הזנחת ילד;

(ב) הערכת המצב;

(ג) התערבות בשעת משבר כאשר הדבר הכרחי;

(ד) הכנת תוכנית מיידית כדי להגן על הילד;

(ה) פיתוח המלצות לתרפיה ארוכת טווח;

לקבוצה זו יש אופי של טיפול חרום במצבי משבר חמורים. היא אינה צריכה להיות אחראית לתרפיה ארוכת טווח ואף לא להיות באת-כוח של השירות הסוציאלי בבית המשפט לנוער. טיפול לטווח ארוך במשפחות אלה דורש גישה שונה ומערכת שירות שמאפשרת גמישות וחופש במידה רבה - נתונים שאינם הכרחיים לטיפול חרום.

3. ניצול מיני של ילדים

ניצול מיני של ילדים הינו תחום מורכב מאוד. ראשית, ישנן הגדרות שונות למונח "ניצול מיני". שנית, הפגיעה המינית הינה יחודית בכך שהעדים היחידים למקרה בדרך כלל הם הקורבן והתוקפן (לייב, שטרנברג ואספלין, 1993). עובדה זו הביאה לנסיונות להערכת מהימנות ותקפות עדויות הילדים, אשר מקובל לתפוס אותם כבעלי יכולת לשונית מוגבלת, בעלי זכרון חלש ובעלי נטיה לבלבל בין דמיון ומציאות. Hallett (1993) טוען שהקריטריון הקובע להפעלת האישום הפלילי הינו איכות הראיות ואין חתייחסות לטובת הילד/הקורבן.

תגובות ילדים לתקיפה מינית שונה על פי גילם (שרים, 1989). ילד בגיל הרך אינו מסוגל לחבין את הכוונות האמיתיות של העבריין. כמו כן, כאשר הילד מרגיש שהוא שיתף פעולה, על ידי חיענותו לפיתויים, ירגיש אשמה ואולי לא יפנה לעזרה.

מניעת ניצול מיני הינה בעיקר בחינוך הילדים מחו ניצול מיני, הרחבת מודעותם מי עלול להיות מנצל פוטנציאלי, ללמד אותם שיש להם זכות לשלוט על הגישה לגופם, לתאר מגוון של "מגעיים" - טובים ולא טובים, לחדגיש אלו צעדים על הילד לנקוט במקרה של ניצול מיני ולהבהיר לילד שאף פעם הוא אינו אשם במקרים כאלה (Reppucci & Haugaard, 1989).

הטיפול בילד שהיה קורבן לניצול מיני מחייב הערכה זהירה של מצב הילד (הקורבן) ומאמצים למנוע ניצול מיני נוסף. אם העבריין הינו בן משפחה עדיף להוציאו מהמשפחה במקום להוציא את הילד (הקורבן) מחוץ לבית. שיטת הטיפול וחדגש בטיפול משתנים לפי שלב התפתחותו של הילד, כושרו הקוגניטיבי, משך הניצול המיני וטיבו, מידת תמיכת המשפחה ועוד (שם).

4. בישראל

בישראל הבסיס החוקי לדאגת המדינה לילדים הזקוקים להשגחה ולהגנה, בהיותם מופקרים, או שנשקפת להם סכנה בביתם - מבחינה מוסרית, נפשית או גופנית - הוא עדיין סעיף 16 של "פקודת העבריינים הצעירים", שהותקן על ידי הממשלה המנדטורית בשנת 1937(1). סעיף 16 קובע את הנסיבות, היכולות להוות עילה להבאת ילד או נער בפני בית המשפט, כזקוק להשגחה ולהגנה, את דרכי הסידור שבית המשפט יכול לצוות עליהן לגבי הילד, כאשר, לאחר חקירה, אמנם מצא אותו זקוק להשגחה ולהגנה. ילדים אשר סודרו מחוץ לביתם על סמך סעיף 16, אין הוריהם רשאים להוציאם ממקום סידורם בניגוד לצו בית המשפט.

בתי המשפט בישראל הדגישו כי עקרון "טובת הילד" הינו עקרון-על, ועל פיו בלבד יש להכריע בסכסוכי משמורת של ילדים. כל שיקול אחר משני לעומתו וצריך להידחות מפניו. בכל מקרה שבו יוכח לבית המשפט כי דרישת הורה לקבלת הילד לחזקתו עומדת בסתירה לטובת הילד, יהיה בית המשפט חופשי להכריע בשאלת החזקה כפי שמתחייב מהאינטרסים של הילד (שניט, 1987). כאשר אין ההורים מבטיחים את התנאים החכרתיים לבריאותם הגופנית, הנפשית והרוחנית של ילדיהם, נשמט הבסיס לזכותם החורית לגדל את ילדיהם בעצמם.

העובדים הסוציאליים קיבלו בחוק תפקיד מרכזי ביישומו של עקרון "טובת הילד" (שם). פקיד הסעד מתפקד כמומחה רשמי ובלתי תלוי הנדרש להמליץ על הפתרון העדיף לטובת הילד.

טיפול במשפחות הנתונות בסיכון

בתחילת שנת 1975 הוקמה אגודת "בית לכל ילד" במגמה להציע שיטות טיפול במשפחות הנכשלות בתפקודן כבר בתחילת דרכן, תוך שימת דגש בשיפור מצב ילדיהן (ברש, 1981). בתחילה פעלה האגודה כפרוייקט ניסויי שלווה במחקר. המשפחות שהגיעו לטיפול במסגרת זו היו רב בעייתיות. רובן עברו ניסיונות שונים לקבל עזרה לפני הגיען לאגודה. הפניות באו בעיקר ממחלקות לשירותים חברתיים, מהשירות למען הילד ומגורמים אחרים, כגון: טיפות חלב ובתי חולים.

הפרוייקט התמקד בארבעה סוגי טיפול במשפחות:

- (1) טיפול פרטני אינטנסיבי למשפחה;
- (2) טיפול משלים - התערבויות הקשורות בחיזוק המשפחה, כאשר הילד נמצא בביתו;
- (3) טיפול תחליפי - טיפולים הקשורים בהוצאת ילדים מהבית;
- (4) ייעוץ לגבי שירותים אחרים.

בתום שנתיים נמצא שיפור בתפקוד ההורים, בתפקוד הילדים ושימוש מבוקר בהוצאת הילדים מהבית.

ממצאים אלו היו הבסיס שעליו פיתחה האגודה כלי טיפול נוספים במשפחות שבהן יש ליקוי בחורות. ליכטנשטיין ויוטקובסקי (1981) תיארו את העבודה הטיפולית שנעשתה בשנים 1979-1981 באגודת "בית לכל ילד". הן הבחינו בין הורים המסוגלים לשנות את טיב הורותם במשך התהליך הטיפולי ובין הורים שאינם מסוגלים לכך.

התקופה הראשונה של כניסת המשפחה לטיפול מתמקדת סביב קביעת אבחנה המאפשרת לבנות תוכנית טיפולית (שם). המטפל מתייחס לשני מרכיבים ושוקל את היחס ביניהם. המרכיב הראשון הוא הסיכון הפיסי והנפשי המידי של הילד, והשני הוא הרצון והיכולת של ההורים לשנות את תפקודם ואת ההתייחסות לילדיהם. הורים שהיו מסוגלים לעמוד על צורכי הילדים והתחילו את תהליך שינוי תפקודם כהורים קיבלו עזרה בטיפול משלים, כגון מעונות יום, אומנת יום וכיו, כדי לאפשר את השארת הילדים בבית.

תוכנית נוספת שנוסתה באגודה "בית לכל ילד" (ויטקובסקי, 1981) הופעלה בצורת מועדון טיפולי, כטיפול משלים לילדים במקרים שבהם אובחן ליקוי בהורות. התוכנית נוסתה בעבודה עם 24 ילדים מ-11 משפחות בגיל שנתיים וחצי עד שש שנים.

התוכנית מכוונת לפיתוח הרגשת הערך העצמי והכבוד העצמי ולפיתוח דימוי עצמי חיובי. חלק אחר בתוכנית מאפשר לילדים להכיר, כי חלק ניכר מהתנהגות ההורים כלפיהם נובע ממצבים נפשיים של ההורים שאינם קשורים לילד עצמו. כך מאפשרים התקרבות להורה, הכרה וקבלת חולשותיו. היחסים הבלתי פורמליים, השותפות וחלוקת האחריות בין חברי הצוות מקנים אגירה ביתית חמה וגמישה התורמת לטיפול בילדים.

"יחדיו" הינה שיטת התערבות נוספת שפותחה על ידי אגודת "בית לכל ילד" (פקר, קמפ-מאייר ונוביק, 1990). "יחדיו" פותחה כשיטת התערבות קבוצתית ופרטנית למען משפחות זנוחות עם ילדים רכים, שהתפתחותם נתונה בסיכון, במטרה לקדם את החורות. בשלב הראשון מושם הדגש על האמהות עצמן, בעיקר על טיפוח. בשלב השני הדגש מושם על הקניית מיומנויות הוריות, ואילו השלב השלישי מתמקד בעזרה עצמית וחדדית. בשתי קבוצות האמהות, שהגיעו לשלב האחרון, הן גילו יוזמה ואחריות לחמשך פעילותן בעתיד.

הטיפול בילד מחוץ לביתו

הוצאת הילד מביתו היא צעד שנעשה לאחר שיקולים רבים. מררי (1978), שחיה מנחל השירות לילד ולנוער במשרד העבודה, ציין שצעד זה נעשה לאחר שנבדקות כל האפשרויות הקיימות במשפחה ובקהילה, אשר בעזרתן ניתן לטפל ולעזור לילד.

ההחלטה להוציא ילד מביתו מתקבלת רק אם וכאשר מתקיים אחד משני התנאים הבאים:

(א) הבית אינו מסוגל למלא את תפקידו כלפי הילד;

(ב) הילד אינו מסוגל להתפתח כראוי בתוך משפחתו וקהילתו (שם).

הוצאת הילד מביתו היא גם פונקציה התלויה ביכולת ההורים לקבל אחריות ולהבטיח טיפול יום-יומי קבוע ועקבי בילד (ליכטנשטיין וויטובסקי, 1981). ככל שיכולת ההורים מוגבלת, ירבו הסיכויים להוצאת הילד מהבית.

ליכטנשטיין וויטובסקי (1981) מציינות ארבעה מצבים, המעידים על סכנה חמורה להתפתחותם של ילדים:

(1) כאשר נעשים בבית מעשים ברורים שמגמתם להזיק לילד, ואין ההורים מסוגלים

להפסיק את המעשה;

(2) כאשר ניכרת הזנחה של הילדים וניכרים ליקויים חמורים בתנאי החזנה, החיגיגה והטיפול הרפואי בילד;

(3) כאשר לא ניתנת הגנה לילד, ולא מונעים ממנו מלחכנס למצבים מסוכנים מבחינה פיסית ונפשית;

(4) כאשר אין הילד זוכה בדמויות קבועות. לפעמים ילדים מתגלגלים מבית לבית בין קרובים, שכנים ואף זרים.

תנאי ראשוני לסידורו של ילד במסגרת שמחוץ לביתו הוא, שהוריו יסכימו לדרך טיפול זו. בחעדר הסכמת ההורים, כאשר יש הכרח להפנות את הילד למסגרת טיפול חלופית, מבוצע הסידור על פי חוק הנוער (טיפול והשגחה) תש"ך-1960 (מררי, 1978).

מסגרות חלופיות לטיפול בילד:

1. משפחה אומנת משפחה טבעית, המקבלת לטיפול 1-5 ילדים. למשפחות אומנות מופנים בדרך-כלל ילדים בגיל הרך ובגיל בית-הספר היסודי, היכולים לחיקלט במסגרות לימודים שבקהילה ולהשתלב בחיי הקהילה.

2. מעון משפחתי משפחה טבעית, הקולטת בביתה לשם טיפול עד 16 ילדים. במעון המשפחתי אבי המשפחה זואג לפרנסת משפחתו הטבעית, אך משתתף בחינוך הילדים שבאומנה. במסגרת זו מועסק גם כח עזר.

3. המעון (מוסד) מסגרת פנימייתית שיש בה מ-24 ילדים עד כמה מאות. ניתן למיין את המוסדות לפי אופי הילדים. בין המעונות יש מעונות לילדים "רגילים", לילדים הזקוקים לחינוך מיוחד, לילדים חריגים או מופרעים ועוד (שם).

4. אימוץ הענקת הורים חלופיים לקטין מכוח סעיף 16 לחוק אימוץ ילדים, תשמ"א-1981 (שניט, 1987). חוק אימוץ זה מוסיף תנאים לחוק האימוץ הראשון שנקבע בארץ ב-1960. היחסים בין ההורה המאמץ לילד המאומץ דומים ליחסים בין הורים טבעיים לבין ילדיהם. האימוץ מנתק את הקשר שבין המאומץ לבין הוריו הטבעיים.

על פי דו"ח מבקר המדינה מ-1985 יש בארץ מעט מוסדות טובים לילדים ולכן קטנים סיכוייו של הילד, המוצא מבית הוריו, להגיע למקום טוב באמת. בגלל מבנה המערכת המוסדית בארץ, חייב ילד לעבור ממוסד למוסד, לעתים יותר מפעם אחת, במשך שנות התפתחותו. המצב במשפחות האומנות אינו טוב, אולי אף גרוע יותר: במקומות רבים אין פיקוח מספיק ואין הדרכה, שיבטיחו כי הילדים החוסים במשפחות האומנות יזכו ליחס נאות (דו"ח מבקר המדינה, 1983). לעיתים מתפרסמים גילויים על יחס בלתי הולם ולעיתים אפילו אכזרי, או על התעללות בילדים החיים במוסדות או במשפחות אומנה (המועצה הלאומית לשלום הילד, 1987).

מרחבי (1988) טוענת, שייתכן שאי אפשר להפוך מוסדות ילדים לתחליף מלא לבית טוב, אך אפשר לשפר מאוד את המצב במוסדות ולהופכם למקומות שבחם מקבלים ילדים חינוך הולם, מתפתחים היטב ומבלים ילדות מאושרת. לדעתה, ישראל, כמדינת רווחה, אינה יכולה להתעלם מסבלם של ילדים מוזנחים ועזובים, שאינם זוכים לתנאים מינימליים של חינוך, חדרוש לחם כדי להופכם לאזרחים מחשורה.

ב י ב ל י ו ג ר פ י ה

1. ילדים הזקוקים להשגחה ולחגגת. משרד הסעד, המחלקת למחקר ותכנון, ירושלים, תש"ן, 1960.
2. מבקר המדינה, דו"ח שנתי מס. 34 לשנת 1983, השירות לילד ולנוער.
3. מבקר המדינה, דו"ח שנתי מס. 36 לשנת 1985, ביצוע חוק הנוער (טיפול והשגחה).
4. המועצה הלאומית לשלום הילד. ילדים במוסדות פנימייתיים בישראל, אפריל, 1987.
5. ברש, מ. "חטיפול במשפחות בסיכון באגודת בית לכל ילד בשנים 1975-1977", חברת ורווחת, כרך ד, מס. 2, 1981.
6. יוטקובסקי, ר. "ילדים בסיכון - דרכי טיפול", חברת ורווחת, כרך ד', מס. 2, 1981.
7. ליכטנשטיין ט. ויוטקובסקי ר. "הורות לקויה - דרכי אבחון וטיפול", חברת ורווחת, כרך ד, מס. 2, 1981.
8. לייב מ, שטרנברג ק. ואספלין פ. "ראיון ילדים צעירים קורבנות של עבירות מין", בתוך מ. חובב (עורך) פגיעות מיניות בילדים, הוצאת צריקובר, 1993.
9. מרחבי, ד. "סידור חוץ ביתי מנקודת מבטו של מחנך", חברת ורווחת, כרך ט, מס. 1, 1988.
10. מררי, ת. "חטיפול בילד מחוץ לביתו", חברת ורווחת, 1978, כרך א, מס. 4, 1978.
11. פקר, פ. קמפ-מאייר מ. ונוביק ר. "ייחודי" - אמחות במצוקה רב-דורית לחורות מטפחת ועצמאית", חברת ורווחת, י, מס. 3, 1990.
12. קדמן, י. ירחון קציני צה"ל, נובמבר 1990.
13. שניט, ד. חוק, הפרט ושירותי הרווחת, הוצאת מאגנס, ירושלים, תשמ"ח, 1987.
14. שרים, א. עבירות מין בקטינים. דרכי מניעה וטיפול, ירושלים אופסט, 1989.
15. Balcerzak E. A. (ed.), Group Care of Children, Transition Toward the Year 2000, Child Welfare League of America, Washington DC, 1989.
16. Encyclopedia of Social Work, National Association of Social Workers, Silver Spring, Maryland, p. 223, 1987.
17. Carrol A. C. and Haase C. C., "The Function of Protective Services in Child Abuse and Neglect", in The Battered Child, edited by R. E. Helfer and R. S. Kempe, The University of Chicago Press, Chicago and London, 1987.
18. Class, N. E., "Some Comments on Child Welfare", in Child Welfare, vol. 42, March 1963.

19. Daniels J.K. and Tucker O. J., "Transforming the Child-care Institution into a Family-oriented Care System", in Group Care of Child edited by Balcerzak E. A., 1989.
20. Dingwall R., Eekelaar J. and Murray T., "The Institutional Framework and Research Design", in Protection of Children, Basil Blackwell, 1983.
21. Ebling B. N. and Hill A. D. (eds), Child Abuse: Intervention and Treatment, Publishing Sciences Group, Inc. Acton Massachusetts , 1975.
22. Gallinger D. and Meier J. and Carney, J., Sociolegal Approaches for Helping Assaulted Children, Taylor and Francis, London and Philadelphia, by College Hill Press, Inc., 1985.
23. Gruber R. A., Children in Foster Care: Destitute, Neglected...Betrayed, New York, Human Science Press, 1978.
24. Hallett C., "Working Together in Child Protection", in Adoption and Fostering, Quarterly Journal Volume 17, Number 4, Winter 1993.
25. Helfer R. E. and Schmidt B.D., "The Community-based Child Abuse and Neglect Program", Child Abuse and Neglect, edited by R. E. Helfer and C. H. Kempe, Ballinger Publishing Company, 1976.
26. Holman, R., Putting Families First, Prevention and Child Care, MacMillan, Basingstoke, 1988.
27. Holman, R., "Family Centers", in Child Abuse and Neglect, edited by D. Hevery and E. Ash, 1989.
28. Jenson J. M. and Whittater J. K., "Parental Involvement in Children's Residential Treatment", in Group Care of Children, edited by Balcerzak E. A., 1989.
29. Kempe C. H., "The Battered Child Syndrome", in Journal of the American Medical Association, vol. 181, no. 7, 1962.
30. Lucht C., "Providing a Legislative Base for Reporting Child Abuse", in Fourth National Symposium on Child Abuse, Denver: American Human Association, 1975.
31. Marvin R., B. and Ralph R. B., A Comprehensive Emergency Services System for Neglected and Abused Children, New York, Vantage Press, 1977.

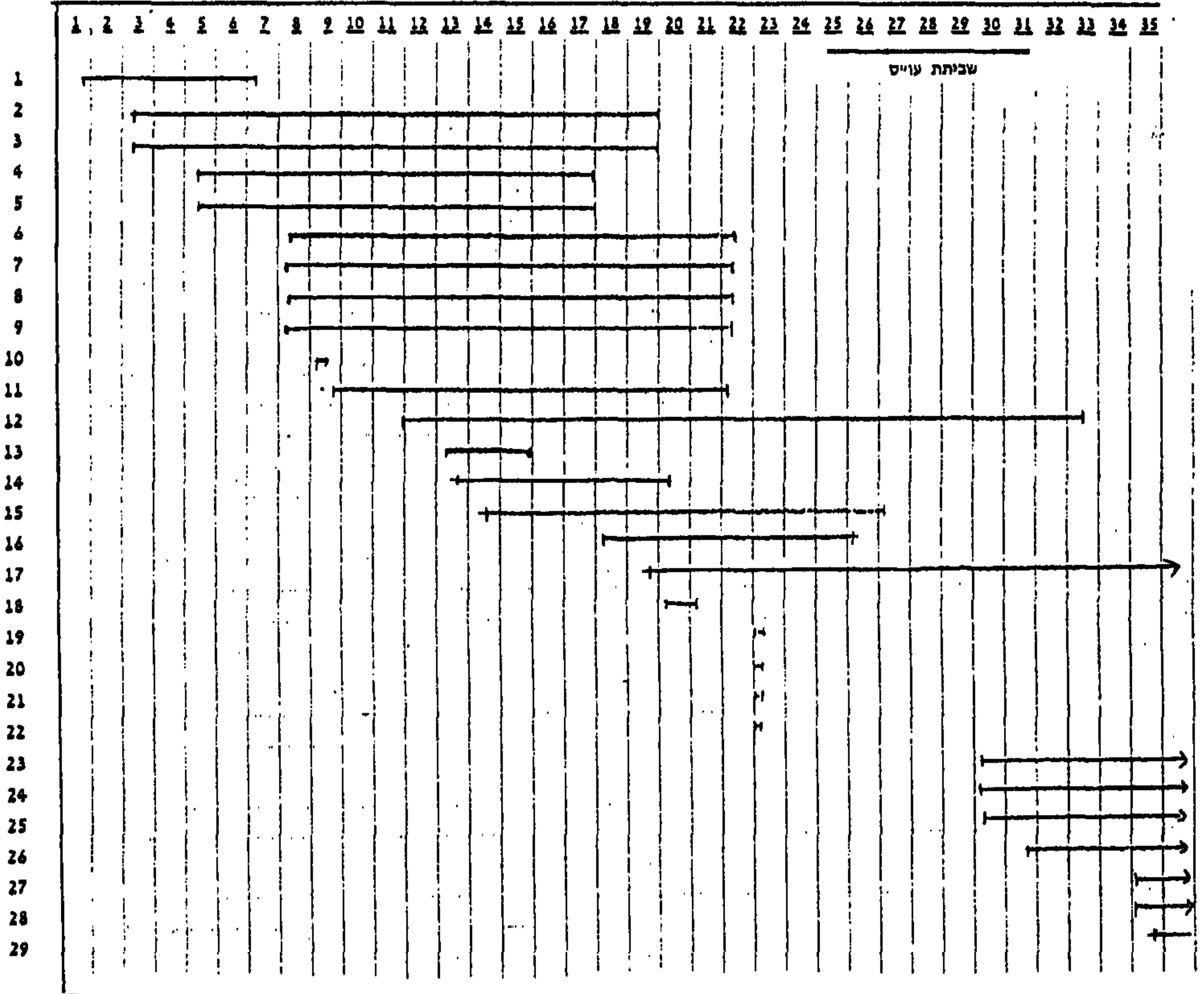
32. Paulsen M., Parker G. and Adelman L., "Child Abuse Reporting Laws: Some Legislative History", George Washington Law Review, 1966.
33. Pecora J. P. and Whittaker J.K. and Maluccio A.N., The Child Welfare Challenge, Walter de Gruyter, Inc., New York, 1992.
34. Pelton H. L. (eds), The Social Context of Child Abuse and Neglect. Human Sciences Press, 1981.
35. Reppucci and Haugaard, 1988 and 1989, in The Child Welfare Challenge, Pecora J. P. and Whittaker J.K. and Maluccio A.N., Walter de Gruyter Inc., New York, 1992.
36. Stein T. J., "Social Work Practice", Child Welfare, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1981.

נספחים

נ ס פ ח א

מצבת הילדים במרכז ומצבת שאלוני כוח האדם לפי שבוע וילד

מס' שבוע



* סך חל מספר הילדים בכל שבוע.
 ** סח"כ מספר שאלוני הצוות חטיפולי בכל שבוע.
 *** סח"כ מספר שאלוני המדריכים בכל שבוע.

נספח ב
מדדים

בניית המדדים הסתמכה על מספר שיקולים: (א) שיקול תכני של השאלות: כל שאלה הוגדרה מלכתחילה על בסיס ההיגיון והתיאוריה כשייכת לעולם התוכן של המדד. (ב) המהימנות של כל מדד נבדקה על פי מדד אלפא של קרונברך. המדדים חושבו על בסיס חיבור אריתמטי של השאלות הנכללות במדד באופן, שהמשקל של כל שאלה ושאלה במדד זהה, תוך שימוש בציונים גולמיים. (כל המדדים כוללים גם שאלות שבהן היה חסר מידע).

מדד מצוקה - סיכום מגוון האירועים שקדמו לחפניית הילד למרכז

מספר השאלות המרכיבות את המדד - 14
מהימנות (אלפא) - .55

<u>מספרי הזיכוי של הילדים בכל רמח</u>											<u>מסי הילדים %</u>		
											100	N=21	סך הכל
25	24	5	4	29	28	19	9	13	15	34	10	מצוקה גבוהה	
27	22	21	16	6	10	20	12	26	17	14	38	11	מצוקה בינונית
		23	8	7	11	3	1	2	18	28	8	מצוקה נמוכה	

מדד התעללות

מספר השאלות המרכיבות את המדד - 2
מהימנות (אלפא) - .71

<u>מספרי הזיכוי של הילדים בכל רמח</u>											<u>מסי הילדים %</u>		
											100	N=21	סך הכל
						20	19	15	13	12	20	5	התעללות של שני החורים
					1	26	23	17	11	6	64	16	אחד מן החורים
25	24	14	29	28	10	9	8	3	2				
						27	7	5	4	16	4	לא היתה התעללות	

מדד הזנחה

מספר השאלות המרכיבות את המדד - 2
מהימנות (אלפא) - .85

<u>מספרי הזיכוי של הילדים בכל רמח</u>											<u>מסי הילדים %</u>		
											100	N=21	סך הכל
20	19	18	17	16	14	13	9	5	4	1	68	18	הזנחה חומרית ורגשית
					29	28	26	25	24	22	21		
						27	15	12	10	6	24	5	הזנחה חומרית או רגשית
									3	2	8	2	לא היתה הזנחה

מדד שיקולי קבלת הילד למרבו

מספר השאלות המרכיבות את המדד - 9
מחימנות (אלפא) - .69.

מס' הילדים %

<u>מספרי הזיחוי של הילדים בכל רמח</u>											100 N=21		סך הכל
											31	9	שיקולים רבים
1	4	5	6	9	14	17	28	29			38	11	מספר שיקולים
8	12	13	15	16	18	23	24	25	26	27	31	9	מספר קטן של שיקולים

מדד מטרות טיפוליות

מספר השאלות המרכיבות את המדד - 7
מחימנות (אלפא) - .66.

מס' הילדים %

<u>מספרי הזיחוי של הילדים בכל רמח</u>											100 N=21		סך הכל
											48	14	מטרות טיפוליות רבות
21	22	1	5	6	7	8	9	11	12	13			
											52	15	מטרות טיפוליות מעטות

מדד סיכום מוקדי ההשקעה של הצוות

מספר השאלות המרכיבות את המדד - 12
מחימנות (אלפא) - .97.

מס' הילדים %

<u>מספרי הזיחוי של הילדים בכל רמח</u>											100 N=21		סך הכל
											38	8	מספר מוקדי טיפול רבים ושההשקעה בהם חיתה במידה רבה
											29	6	מספר מוקדי טיפול וההשקעה בהם ברמות שונות
											33	7	מספר קטן של מוקדי טיפול וההשקעה בהם חיתה ברמות שונות

מדד מניעים וסיבות לשחרור הילד

מספר השאלות המרכיבות את המדד - 11
מחימנות (אלפא) - .13.

מס' הילדים %

<u>מספרי הזיחוי של הילדים בכל רמח</u>											100 N=21		סך הכל
											38	8	מניעים רבים נשקלו
											33	7	מספר מניעים נשקלו
											29	6	מספר קטן של מניעים נשקלו

ג ס פ ח
ג ס פ ח . מ ת ו ד ו ל ו ג י

POSAC

חשיטה ששימשה לבחינת מבנה הפרופילים של חוקרים וחסדר בנייתם היא POSAC. זהו אמצעי המיועד לחקל על ראית החוקיות הקיימת בחומר רב משתני כאשר גם המרחב הקטן ביותר (SSA) הוא רב מימדי. הדרך היא לטפל קודם בקטעי הפרופיל הכללי של החוקר על ידי חסתכלות כוללנית וסימולטנית בפרופילים של חוקרים בתת-קבוצה של שאלות המוגדרות לפי שטחות התחום. במחקר הנוכחי ניסינו לחגיע לטיפולוגיות מצומצמות של חוקרים שכל אחת מהן ניתנת לתאור בשני מימדים. תנאי לדו-מימדיות הוא שתחיה משמעות תכנית לשני כיוונים מסויימים במרחב: חכיוון האחד וחכיוון המפריד. חכיוון האחד וחכיוון המפריד ניצבים זה לזה. החלוקה בכיוון המפריד נוצרת משני משתנים בסיסיים הנותנים פירוש יותר לציר ה-X של סקלוגרמת הפרופילים, ומשתנה נוסף הנותן פירוש יותר לציר ה-Y של הסקלוגרמה. כל יתר משתני הפרופיל נמצאים בין שני המשתנים הבסיסיים, כלומר, הם במידה רבה פונקציה של השניים.

לחסבר מפורט על חשיטה קרא:

- Shye, S. and Elizur, D. (1976). Worries about deprivation of job rewards following computerization: A partial order scalogram analysis. *Human Relations* 29, No.1.
- Shye, S. (1978). Partial order scalogram analysis. In Shye, S. (ed.) *Theory Construction and Data Analysis in the Behavioral Sciences*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Shye, S. (1981) *An Integrated Method for Scaling Subjects and Structuring Their Multivariate Attributes: Description and Illustration of Partial Order Scalogram and Lattice Analysis*. Jerusalem: Israel Institute of Applied Social Research.
- Shye, S. (1985). *Multiple Scaling: The Theory and Application of Partial Order Scalogram Analysis*. Amsterdam: North Holland, 1985.
- Levy, S. (1980). Partial orders of Israeli settlements by adjustive behavior. *Israel Social Science Research*, Vol.2:44-65.
- Levy, S. (1985). Partial order analysis of crime indicators. *Social Indicators Research*, 16:195-188.
- Levy, S. and Guttman, L. (1985). The partial order of severity of thyroid cancer with the prognosis of survival. In J.F. Marcotorchino, J.M. Proth and J. Janssen (eds.) *Data Analysis in Real Life Environment: Ins and Outs of Solving Problems*. Elsevier Science Publisher, B.V., pp.111-119.

נספח ד פירוט תכני השאלונים

שאלונים שבועיים

- כל אחד מאנשי הצוות הטיפולי (מנהל המרכז, עו"ס פסיכולוגית, אם הבית והמורה) מילא שאלון לכל ילד ובו התייחסות לתחומים הבאים:
- מידת החשקעה בשיחות/עבודה עם הילד על נושא משפחתי ופירוט ההתערבויות.
- מידת החשקעה בשיחות/עבודה עם המשפחה (קיום קשר כזה, מספר המגעים, הרכב המשתתפים ותכני הקשר).
- מידת החשקעה בשיחות/עבודה עם גורמים קהילתיים בנושא הילד (קיום קשר כזה, מספר המגעים, הרכב המשתתפים ותכני הקשר).
- הערכת תנאים, יחסים ומצבים שהפריעו לילד באופן מיוחד.
- הערכת קיום קשרים מסוגים שונים בין הילד למשפחתו (האם וכמה מגעים היו מכל סוג והערכת תגובות הילד והחורים).

שאלון קליטה

- מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של הילד.
- תגובות הילד ומשפחתו להוצאתו מהבית והגעתו למרכז.
- פירוט האירועים שקדמו להפניית הילד למרכז.
- "היסטורית" השחייה מחוץ לבית.
- מצבו חבריאותי והכללי של הילד.

שאלון אינטייק

- מקורות המידע וגורמי זיחוי אירוע הסיכון של הילד ותכני מעורבותם.
- שיקולי קבלת הילד למרכז ופירוט סיבות ההפנייה.
- מטרות לעבודת הצוות ועיקרי תכנית הטיפול בילד ובמשפחה ותכנית העבודה עם גורמים בקהילה.
- היסטורית היחסים בין החורים ופירוט מצבם ותפקודם האישי וחזוגי בעת ההפניה.
- פירוט מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של ילדי המשפחה והכנסותיה.
- הערכת התנאים החומריים, הרגשיים והחינוכיים שהבית סיפק.
- יחסם של כל אחד מן החורים כלפי הילד וחיפול החורי בו.

- סקירה מפורטת של הטיפול שהילד קיבל מחוריו בחצי השנה שקדמה לחפנייה והערכת מצבו, תפקודו ותגובותיו.
- סקירת השירותים שהילד והמשפחה קיבלו והערכת תרומתם.

דו"ח על ההתנהגות החברתית והאפקטיבית של הילד

דו"ח זה מולא אחת לחודש על-ידי המטפל האישי של הילד ובחן שינויים במצבו הרגשי הכללי, ברמת הבטחון העצמי שלו, בתחושת השייכות למסגרת, ביחסי הילד עם בני גילו וביחסיו עם סגל המרכז.

שאלון שחרור

- מאפיינים כלליים של שהיית הילד במרכז.
- הגורמים שחיו מעורבים בהחלטה לשחררו מהמרכז.
- שיקולי החלטת השחרור.
- תהליך ההכנה לשחרור של הילד ושל חוריו ובני משפחתו.
- סקירת השירותים החברתיים אליהם הופנו הילד ומשפחתו.
- סיכום מוקדי ההשקעה הטיפולית של הצוות בילד.
- מסגרת ההשמה לאחר עזיבת המרכז (הבית או מסגרת חוץ-ביתית).
- תכנית המעקב (הגורם עמו מתוכנן המשך קשר, תכני הקשר ותכיפותו).

יומני עבודה שבועיים כוללים מידע על:

- תחומי השקעת הזמן של כל אחד מאנשי הצוות.
- מוקדי הבעיות שהקשו על הפעלה מוצלחת של המרכז.
- הערכת אוירת המרכז.
- הערכת מידת הסיפוק/התסכול מן העבודה.

NATIONAL INSURANCE INSTITUTE
Research and Planning Institute

**Emergency Treatment Center for Children
and their Parents
in Kiryat Ata**

by
Haviva Bar

Jerusalem, May 1995

ABSTRACT

The emergency treatment center for children and their parents in Kiryat Ata was set up to provide immediate care of children who are at risk from neglect or abuse, and whom it is imperative to remove from their home.

The emergency center is unique of its kind. It differs from other existing services in that it is designed to provide physical shelter and immediate short-term treatment specially for this target population.

The center contains a shelter for children and provides diagnostic and treatment services.

During the first eight months of its existence, commencing in November 1993, the emergency center's activities were accompanied by an evaluation research. During that period 29 children were admitted and treated by 28 professional and para-professional staff members. The evaluation is based on a variety of research tools.

The evaluation focused on a description of the functioning of the center, in terms of diagnosis, intervention and treatment of children admitted and on the center's ongoing treatment for a limited period after the children were released. Also dealt with was the crystallization of the unique and complex procedures and working patterns of staff and center as a whole.

The evaluation covered the following: all children who stayed at the center for any length of time from one day to over 150 days; all children, for whom any data were available, whether partial or complete. The evaluation covered 35 weeks of activity, including six weeks during which there was a strike of social workers, which greatly affected the center's functioning.

The following are the main findings:

- * Half of the children who were admitted live with both biological parents, either permanently or sporadically.
- * Two-thirds of the children suffered from emotional and physical neglect; a third, apart from neglect, suffered also from physical abuse from one or both parents. Seven of the children were victims of sexual abuse.
- * 25 of the children were identified by the social welfare bureau, 19 by educational institutions, and 15 by the police.
- * A clear correlation was found between the number of reasons for admitting the child -- testifying to the extent of the child's distress -- and the nature, duration and type of treatment he/she received.
- * A distinction was made between children who had been neglected and children who had been abused, with respect to the diagnosis and planning of treatment.
- * With regard to 24 children, the staff worked together with community services.
- * The average stay of the children at the center was 63 days. 8 children stayed over three months.
- * Two-thirds of the children returned home, with community services taking over responsibility for continuation of treatment.
- * Of 21 children who were released, all those who received ongoing treatment (15 children) were followed up by the center's staff.
- * A correlation was found between the sense of tension at work and a feeling of satisfaction from the work -- the professional staff felt less tension and more satisfaction than the para-professional staff.

The report draws practical conclusions for promoting effective care of the children at risk and for strengthening the success and endurance of the center's staff.



THE NATIONAL INSURANCE INSTITUTE
Research and Planning Administration

**EMERGENCY TREATMENT CENTER
FOR CHILDREN AND THEIR PARENTS
IN KIRYAT ATA**

Demonstration Projects

No. 56

Jerusalem, Israel, May 1995

540056.0 9505 י.פ.