



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

מרכז אנגלברג לילדים ולנוער

הערכת מרכזי ילדים-הורים

דוח מסכם

דורי ריבקיין

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

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

דוח מחקר



דמ-533-09

תמצית המחקר

מרכזי ילדים-הורים

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

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

מחקר ההערכה

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

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

המידע נאסף באמצעות מגוון כלים שכללו :

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

מאפייני המשפחות והתאמתן לאוכלוסיית היעד של המרכזים

הגדרת אוכלוסיית היעד : אוכלוסיית היעד של מרכזי ילדים-הורים מוגדרת בתע"ס¹ כילדים בני 5-12 עם בעיות רגשיות או התנהגותיות שנוצרו על רקע טיפול הורי לקוי; והורים שמתקשים להעניק לילדיהם תנאים סבירים להתפתחות תקינה, אך בעלי יכולת לשפר את תפקודם כהורים. בשנים הראשונות להקמתם נתפסו המרכזים על-ידי חלק מעובדי המחלקות לשירותים חברתיים, כשירות שאמור לתת הזדמנות טיפולית אחרונה למשפחות ה"קשות ביותר" לפני הוצאת הילדים למסגרות חוץ-ביתיות. במשך הזמן השתנתה הגדרת אוכלוסיית היעד והתגבשה הסכמה, כי אין באפשרות המרכזים להועיל למשפחות נטולות מוטיבציה ויכולת להשתנות. כמו-כן, ישנה הסכמה שהמרכז אינו מיועד למשפחות בהן שני הורים מוגבלים בתפקודם עקב פיגור שכלי, התמכרות פעילה, או מחלת נפש פעילה. כמו-כן, המרכזים מיועדים לתת טיפול למשפחות בהן שני ההורים (או ההורה היחיד במשפחה חד-הורית) מוכנים לקחת על עצמם להשתתף בטיפול.

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

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

¹ תע"ס 8.38, "מרכזי ילדים הורים", מתאריך 1.7.2003

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

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

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

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

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

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

ההתערבות במרכז ילדים-הורים

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

עבודה משותפת עם המחלקה לשירותים חברתיים

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

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

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

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

סיום הטיפול

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

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

הטיפול במשפחה במחלקה לשירותים חברתיים לאחר סיום הטיפול במרכז

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

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

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

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

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

תוצאות הטיפול במרכז ילדים-הורים

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

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

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

שביעות רצון ומשוב המשתתפים

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

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

מצב הילדים בעת המעקב

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

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

נקודות חוזק ואתגרים

נקודות החוזק של מרכזי ילדים-הורים

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

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

אתגרים וסוגיות לדיון

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

מטרות חלקיות והתמקדות בהן. לטענתם, דרוש זמן רב יותר ליצירת קשר עם המשפחה, לרכישת אמון לפני שמתחיל תהליך שינוי, וכן נדרש זמן להטמיע את השינויים שנרכשים.

4. קיימת בעיה ביישום העיקרון של רצף טיפול בין המרכז למחלקה בסיום הטיפול. לא לכל המשפחות מגובשת תכנית להמשך טיפול וחלק גדול מן המשפחות אינן נמצאות בקשר קבוע עם המחלקה לאחר סיום הטיפול. לדעת המטפלים במרכזים ועובדי המחלקות אין במחלקה מענים שיכולים לענות באופן מספק על צורכי המשפחות. ייתכן שיחול שפור עם תוספת המענים במחלקות במסגרת מדיניות "עם הפנים לקהילה" המאפשרת למחלקות להמיר מכסות של טיפול חוץ-ביתי לטובת פיתוח שירותים בקהילה.

5. מרכזי ילדים-הורים מעוצבים, הן פיזית והן באווירה השורה בהם, בהתאם לעקרונות המודל. עיצוב זה שונה מהמקובל במחלקות לשירותים חברתיים; במרכזים יש עיצוב מזמין, והמטפלים פנויים ואינם מטפלים בו זמנית במספר גדול של משפחות. ייתכן שפערים אלה מקשים על המשפחה ליזום פנייה למחלקה להמשך טיפול עם סיום הטיפול במרכז.

6. יש מקום לבחון פיתוח של התערבויות או מענים נוספים, שיכולים להוות המשך לטיפול המרכז, באינטנסיביות נמוכה יותר. דוגמאות לכך יכולות להיות הצטרפות העובדת הסוציאלית במחלקה לחלק האחרון של הטיפול במרכז ילדים-הורים, על מנת להכשיר את הקרקע להמשך הקשר עמה במחלקה לאחר הסיום. אפשרות אחרת, היא קבוצת מעקב משותפת למרכז ילדים-הורים ולמחלקה לשירותים חברתיים, המהווה גשר בין טיפול המרכז לטיפול המחלקה. כמו-כן, במידה שקיימים מענים חדשים בקהילה, למשל, בעקבות המדיניות "עם הפנים לקהילה", או התכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון, יש מקום לתשומת-לב מיוחדת להפניית משפחות בוגרות המרכז למענים אלה.

אחרית דבר - המשך פיתוח השירות

דינה שלום ועמליה בן שוהם³

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

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

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

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

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

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

♦ לילדים בגיל החביון (5-12) ולהוריהם:

- מודל בסיס - 29

- אזורי נייד - 3

- אזורי נייד - 3

♦ למתבגרים ולהוריהם - 6

♦ לילדים בגיל רך ולהוריהם - 7

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

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

הקמת יחידות טיפוליות קטנות על פי עקרונות מרכז ילדים-הורים

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

טיפול בבני גילים שונים

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

מאפייני האוכלוסייה המתאימה לטיפול במרכז

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

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

משך הטיפול במרכז ילדים-הורים

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

הבניית הקשר עם המחלקה לשירותים חברתיים

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

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

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

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

ועדות לתכנון טיפול והערכה (ועדות החלטה)

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

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

חשיבות הקשר עם בית-הספר

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

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

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

טיפול חווייתיים (לא מילוליים)

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

עבודה עם אבות

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

המבנה הפיזי בו שוכן המרכז

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

אחוז שעות הטיפול הישיר של העובדים הסוציאליים

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

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

תוצאות השיפור בתפקוד אצל הילדים ואצל ההורים

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

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

תוכן העניינים

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

רשימת לוחות

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

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

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

רשימת לוחות בנספחים

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