

# מבגש

## לעבודה חינוכית-סוציאלית

כרך כ"ז • גיליון 49-50

סיוון תשע"ט-טבת תש"ף יוני-דצמבר 2019

יוצא לאור על ידי:



# שביעות הרצון של ילדים מהשהות ומהטיפול במרכז חירום ומידת השתתפותם בקבלת החלטות, על פי תפיסת אנשי מקצוע

עפרה יצחק כהן וענת זעירא

## תקציר

בעשורים האחרונים החלו לעסוק בישראל ובעולם כולו בסוגיות הקשורות למעמדו של הילד, לזכויותיו ולחובותיו. עקרונות של חיים, הישרדות והתפתחות, טובת הילד, השתתפות ושוויון מהווים אבן יסוד בחקיקה, בשפיטה ובמחקר. המחקר שעליו מבוסס מאמר זה מצטרף לנעשה בתחום המחקרי ובוחן את נקודת המבט של אנשי מקצוע על שביעות רצון של ילדים בגילים 8–14 מהשהות ומהטיפול במרכזי חירום ועל מידת השתתפותם בהליך הטיפול. נבדק הקשר בין משתני הרקע של אנשי המקצוע לבין נקודות המבט שלהם על שביעות רצון הילדים וכן על השתתפות הילדים בקבלת החלטות. כמו כן נבדק הקשר בין נקודת המבט שלהם על שביעות רצון הילדים לבין האופן שבו הם תופסים את השתתפות הילדים בקבלת החלטות. במחקר השתתפו 147 אנשי מקצוע משמונה מרכזי חירום, אשר מילאו שאלונים אנונימיים. הממצאים מצביעים על כך שרוב אנשי המקצוע חשבו שהילדים במרכזי חירום שבעי רצון מהשהות ומהטיפול. ממוצע שביעות הרצון של הילדים על פי אנשי מקצוע עם ותק מעל חמש שנים נמצא גבוה מזה שגרסו בעלי ותק קטן יותר. אנשי מקצוע עם ותק מעל חמש שנים חשבו שהילדים מעורבים בתכנון וביישום ההתערבות יותר מאנשי מקצוע ותיקים פחות. כמו כן, נשים חשבו כך יותר מאשר גברים ואנשי מקצוע מהתחום הטיפולי יותר מאשר אלה שאינם עוסקים בתחום הטיפולי. עוד נמצא קשר חיובי מובהק בין תפיסות אנשי מקצוע ביחס להשתתפות ילדים בקבלת החלטות בענייניהם לתפיסתם ביחס לשביעות הרצון של הילדים. ייחודו של המחקר הוא בתרומתו לגוף הידע על האופן שבו אנשי מקצוע תופסים את מצבם של ילדים השהוים במרכזי חירום, ובתרומתו לפיתוח מודלים של שיתוף ילדים והעלאת שביעות רצונם.

**מילות מפתח:** ילדים בסיכון, שביעות רצון, השתתפות, תפיסות של אנשי מקצוע, מרכז חירום

## מבוא

פגיעה בילדים על ידי הזנחה והתעללות מצד הוריהם, שאמורים להיות אמונים על שלומם ורווחתם, היא בעיה חברתית חמורה, המעסיקה קובעי מדיניות, אנשי מחקר ואנשי טיפול. למדינה ישנה אחריות במקרים כאלה, באמצעות חוקים שמטרתם להגן על ילדים במצבי סיכון. בין השאר, החוקים מסמיכים את העובד הסוציאלי על פי חוק להוציא קטין בסיכון מביתו למסגרת חוץ-ביתית (כנסת ישראל, תש"ך). בהסתמך על החוק, ילדים עוברים ממשמורת הוריהם למסגרות חוץ-ביתיות, כגון:

פנימיות, משפחתונים, משפחות אומנה או משפחות מאמצות (פבר, 2007). במקרים שבהם ילד נמצא בסכנה חמורה, יש צורך להעניק לו הגנה מיידית. צורך זה הביא להקמתם של מרכזי חירום.

מרכז חירום הוא מסגרת להתערבות בזמן משבר המיועדת לילדים עד גיל 14 אשר נמצאים במצבי סכנה, ילדים שחוו הזנחה חמורה או התעללות ברמה המחייבת הגנה מיידית מחוץ לבית. מטרת הטיפול במרכז חירום היא כפולה: (א) לשמש מקלט לילדים שהתעללו בהם ולטפל בהם; (ב) לבנות עבורם תוכנית טיפול לעתיד. במסגרת זו עורכים אבחון והערכה ראשונית לתפקוד המערך המשפחתי. אלה נערכים בתנאי פנימייה ובהליך אינטנסיבי ומיועדים להכריע בשאלת המסוגלות ההורית להעניק טיפול הולם לילד, ובאופי המסגרת הקבועה וארוכת טווח שאליה יועבר הילד. בכל מרכז שוהים בין 12–20 ילדים בו-זמנית (פריד, פיגלסון וסלוצקי, 2010), ומתוכם 40% הובאו לשם כתוצאה מסכנה מיידית לחייהם (ברמן, 2017). סיבות ההפניה למרכזי חירום מגוונות: הזנחה חמורה (36%), כשל הורי המשולב בבעיות התנהגות של הילד (26%), התעללות מינית (11%), פגיעה פיזית בילד (9%) וסיבות אחרות (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2017). משך השהות במרכז חירום הוא 3–6 חודשים בממוצע. בישראל 13 מרכזי חירום הפזורים ברחבי הארץ. המרכזים מופעלים על ידי עמותות, בעוד הפיתוח והפיקוח הם באחריות משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. במרכזים צוות עובדים רב-מקצועי המקיים את חיי היום-יום של הבית לאורך היממה: עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ומטפלים אחרים וכן צוות חינוכי. לכל מרכז יש אם בית וקבוצת מדריכים הנמצאים עם הילדים ברציפות, יומם ולילה. המרכז הוא אפוא סביבה כוללת המתייחסת לכל צרכיו של הילד. בשל המקום החשוב שתופסים אנשי המקצוע בחייהם של הילדים השוהים במרכזי חירום, חשוב להבין כיצד הם תופסים את חוויית השהות של הילדים במרכזים. מטרת המחקר הייתה לבחון את תפיסות אנשי המקצוע בנוגע לשביעות רצון הילדים מהשהות במרכז החירום ובנוגע להשתתפותם בקבלת החלטות בענייניהם.

### שביעות רצון מהשהות במרכז חירום וחשיבותה לילדים

שביעות הרצון של ילדים השוהים במרכזי חירום היא מושג מורכב להגדרה. המורכבות נובעת מכך שיש להתייחס הן למשמעות שביעות הרצון, שהיא רב-מימדית, והן לאפיונים של האוכלוסייה הנחקרת. מקובל להגדיר שביעות רצון מהחיים על פי מדדים חברתיים חיצוניים המבטאים את רמת חייו של היחיד והמשפיעים על חייו בתחומים שונים, כגון: בריאות, רווחה, קשרי חברות, ביטחון ופנאי (Evans, Burns, Robinson, & Garrett, 1985), ועל פי מדדים אישיים פנימיים, המבטאים את הפער הקיים לדעת היחיד בין איכות חייו לממדי השוואה שונים, כדוגמת: ציפיותיו, שאיפותיו וחויותיו, כמו גם תפיסותיו באשר למצבם של אחרים והשלכותיהם על שביעות רצונו (Keng & Hooi, 1995). אצל ילדים השוהים במרכזי חירום, נוסף על המדדים החברתיים החיצוניים והמדדים האישיים הפנימיים, מתקיימת גם אינטראקציה ייחודית עם אנשי המקצוע במשך 24 שעות ביממה,

לתקופה משמעותית, ולכן יש צורך להתייחס אף לשביעות רצונם מהטיפול הניתן להם במרכזי החירום.

המונח "שביעות רצון מטיפול" מתייחס למידה שבה הטיפול ממלא אחר השאיפות, הרצונות והמשאלות של המטופל מהשירות. לווקוף ודשיין (Levkoff & DeShane, 1979) ציינו ששביעות רצון של מטופלים מוערכת לפי הפונקציה שהמפגש מילא עבורם ומהערכת הקשר בינם לבין המטפלים; כלומר, באיזו מידה המפגש הביא לתוצאות ולהשגת המטרות, ומה היה טיב היחסים בין המשתתפים במפגש. חוקרים אחרים התייחסו לשלושה מרכיבים עיקריים של שביעות רצון המטופל ממפגשו עם השירות: רלוונטיות – הטווח שבו השירות נותן מענה לבעיותיו של המטופל; השפעה – הטווח שבו השירות משפיע ומקל על בעיותיו של המטופל; סיפוק – הטווח שבו התהליכים הקיימים בשירות מעלים את הדימוי והערך העצמיים של המטופל ונותנים לו הרגשה של כוח ואינטגרציה. לטענתם, מטופלים מתייחסים ברמות שונות לכל אחד ממרכיבי שביעות הרצון שצוינו (Reid & Gundiach, 1983). על פי המודל שפיתחו כץ, גוטק, קאן וברטון (Katz, Gutek, Kahn, & Barton, 1975), ניתן להצביע על גורמים אחדים המשפיעים על שביעות רצונם של מטופלים: קשר בין תכונות השירות ושביעות רצון המטופלים ממגעם עימו; קשר בין תכונות המטופלים ושביעות רצונם ממגעם עם השירות; קשר בין גורמים סובייקטיביים או אובייקטיביים הקשורים למפגש עם השירות. ניתן לומר אפוא שהמונח "שביעות רצון" הוא רב-ממדי, והוא יכול הן לבטא ביקורת על השירות והן לשמש ככלי לבדיקת יעילותו. שביעות רצון אינה תכונה או מצב קבוע, אלא תוצאה של אינטראקציה משתנה בין האדם לסביבתו, על כל מרכיביה, והיא עשויה להשתנות בפרקי זמן שונים של הטיפול (Zastowny, Roghmann, & Cafferata, 1989).

ילדים השוהים במרכזי חירום מגיעים אליהם מנסיבות חיים קשות מאוד. ברוב המקרים נסיבות אלו אילצו אותם להיערך נפשית ולפתח דרכי התמודדות לא יעילות, שלחלקן יש השלכות קשות ביותר על ההסתגלות הרגשית, החברתית והתפקודית. בנוסף, הוצאתם מרשות הוריהם נעשית לרוב בניגוד לרצונם או לרצון הוריהם או בניגוד לרצון שני הצדדים גם יחד. כתוצאה מכך, היציאה מן המסגרת המוכרת והמעבר למסגרת אחרת יוצרים משבר נפשי. הילדים מוצפים ברגשות שליליים, כגון: כעס, ריקנות, חוסר שקט, חרדה והאשמה. יוצא שהמפגש בין אנשי המקצוע לילדים במרכז חירום הוא בעייתי מעצם טבעו. מצבם הנפשי והרגשי של הילדים מקשה עליהם לפעול למען עצמם, והם גם אינם תמיד יכולים להביע בצורה ברורה את תפיסותיהם וחוויותיהם. הקושי לקבל מידע ישיר מן הילדים עצמם על חוויות השהות במרכזי החירום, לצד המיקום המרכזי והמשמעותי של אנשי המקצוע בחיי הילדים השוהים במרכזים אלו, הובילו למטרת המחקר הנוכחי – לבחון את שביעות רצונם של הילדים מנקודת מבטם של אנשי המקצוע.

הספרות באשר לתפיסותיהם של אנשי מקצוע ביחס לשביעות רצון של ילדים בכלל ושל ילדים הנמצאים במצבי סיכון בפרט, דלה מאוד. סקירת הספרות העלתה

בעיקר מחקרים שבדקו קשר בין משתני רקע של הילדים לשביעות רצונם (בן רבי, 1990; בן שלמה, 2000; בנבינשתי ושיף, 2003; צומן, Barber, Delfabbro, & 2003; Gilman & Hendwerk, 2001; Gilman & Barry, 2003; Cooper, 2001). מחקר אחד, שנערך בישראל במרכז הורים וילדים, השווה בין תפישות של עובדים סוציאליים, הורים וילדים באשר לשביעות הרצון של הילדים שקיבלו טיפול במרכזים. נמצא שהערכת העובדים הסוציאליים הייתה נמוכה מזו שדווחה על ידי ההורים או על ידי הילדים עצמם (שרון, 2016).

נוסף על בחינת שביעות רצון הילדים במרכז חירום מנקודת מבטם של אנשי מקצוע, המחקר בדק את תפיסת אנשי המקצוע ביחס למידת ההשתתפות של הילדים בתהליכים הקשורים לענייניהם במהלך השעות במרכז החירום.

## מהגנה לזכויות: השתתפות ילדים בהחלטות הנוגעות לענייניהם

"זכויות הילד" ו"טובת הילד", הם מונחים העומדים בבסיסה של החשיבה החברתית המודרנית בכל הנוגע לילדים בכלל ולהתעללות בילדים בפרט. ביטוי לכך ניתן למצוא באמנות בין-לאומיות, בחוקים ובהצהרות מדיניות: הצהרת ז'נבה לזכויות הילד (League of Nations, 1924), הצהרה בין-לאומית בדבר זכויות הילד (The United Nations, 1959) והאמנה הבין-לאומית לזכויות הילד (1992, עמ' 221), שמדינת ישראל אף היא חתומה עליה. האמנה מגדירה את זכויות היסוד של הילד ואת חובת המדינות לקיימן ויוצרת זיקה הדוקה בין זכויות הילד לבין זכויות האדם בכלל (גל, 2007). עיקר ערכה של האמנה הוא בביטוי שהיא מעניקה לשינוי בתפיסת מעמד הילדים בחברה וזכויותיהם. ביסודה, האמנה משקפת מעבר מתפיסה של הגנה לתפיסה של זכויות. היא כוללת מספר עקרונות מרכזיים: שוויון, טובת הילד, החיים, ההישרדות וההתפתחות, והחשוב לענייננו הוא סעיף 12, שעוסק בעקרון השתתפות ילדים בהחלטות הנוגעות לחייהם.

עקרון ההשתתפות כולל שני היבטים, שכל אחד מהם הוא זכות בפני עצמה. ההיבט הראשון, בסעיף 12(1), קובע: "תינתן לילד המסוגל לחוות דעתו, זכות להבעה באופן חופשי תוך מתן משקל ראוי לדעותיו בהתאם לגילו ומידת בגרותו של הילד"; כלומר, ילדים זכאים להביע את דעותיהם ללא כפייה או הגבלה כלשהי הן באשר לעצם ההתבטאות והן באשר לתוכנה (רוטלוי, 2006). ההיבט השני, בסעיף 12(2), קובע: "תינתן לילד הזדמנות להישמע בכל הליך שיפוטי או מנהלי הנוגע לו במישרין או בעקיפין". החידוש הוא לא בזכותו של הילד להישמע, אלא בחובתם של אלו שהחלטותיהם ופעולותיהם משפיעות על הילד להתחשב בדעותיו. סייג לזכות זו מופיע ברעיון הכשירות המתפתחת (סעיף 12[1] באמנה): "הזכות להישמע מוקנית רק כאשר הילד מסוגל לגבש את דעותיו, והמשקל שיינתן להן יהיה תואם את גילו ובגרותו הנפשית".

זכות הקטין להיות שותף להליכים הנוגעים לענייניו עוררה בקרב אנשי מקצוע דיון ביקורתי, שבא לידי ביטוי בשתי גישות עיקריות: האחת היא הגישה הפטרנליסטית הטהורה, אשר רואה בקטין חסר כשרות וכישורים, ולפיכך גורסת כי אין לשתפו

כלל; הגישה השנייה מושפעת מהאמנה, והיא משלבת את הילד בהליכים הנוגעים לו כחלק מההכרה בזכויותיו העצמאיות, ובראשן הזכות להשתתפות (ניב-יגודה, 2008). התומכים בגישה הפטרנליסטית מדגישים כי לילדים אין הרצון והכשירות להשתתף וכי החשיפה למידע רגיש עלולה לפגוע בהם (בן אריה, וינדמן ונחנסון-אנקרי, 2008; עוזיאל, 2012; Hart, 1992) וכן כי אין בכוחם של ילדים להבין את משמעות ההשתתפות והשלכותיה (Van Bijleveld, Dedding, & Bunders-Aelen, 2013). המתנגדים לגישה זו טוענים כי השתתפות הילד בהליך קבלת ההחלטות ממקמת אותו במרכז ההליך הדין בענייניו, תורמת להתפתחותו הרגשית והחברתית, מעלה את ביטחונו העצמי, גורמת לו להבין את מצבו טוב יותר ונותנת בידו כלים להיות בעתיד אזרח משתתף ומשפיע (Bessell, 2011; Cashmore, 2002; Fortin, 1998; Munro, 2001). השתתפות אף מכילה ערך חינוכי התפתחותי – היא מסייעת לילדים לגבש את זהותם האישית ולהתנסות בהקשבה לזולת ובביטוי עצמי, ועל כן היא יכולה להיחשב מרכיב מרכזי בהתפתחותם של ילדים (Ochaita & Espinosa, 1997).

נוסף על כך, עקרון ההשתתפות חשוב גם כי הוא עשוי להניב תוצאות טובות לחברה בכללותה: ראשית, ילדים המיומנים בקבלת החלטות באופן משותף עם אחרים ייהפכו עד התבגרותם למקבלי החלטות סובלנים יותר, המכבדים את עצמם ואת זולתם; שנית, שיתוף ילדים בהחלטות מיטיב עם סביבתו של הילד, לרבות בית הספר, המשפחה והקהילה, שכן עולמם ודעותיהם של ילדים נהפכים למוכרים יותר, וערכי הדמוקרטיה מיושמים הלכה למעשה (Flekkooy & Kaupman, 1997); שלישית, הכוח שמעניקה הזכות להשתתף מחזק את מעמד הילדים, הן כקבוצה והן באופן אינדיווידואלי, ומשפר את יכולתם להגן על עצמם (Fortin, 1998) ולקדם פיתוח שירותים ומענים שיתאימו להם (בן אריה ועמיתים, 2008; עוזיאל, 2012; שורק וריבקין, 2010; Head, 2011).

לאורך השנים התפתחו מודלים שונים המתארים את הליך ההשתתפות בקבלת החלטות. המודל ששימש חוקרים רבים והיווה השראה לפיתוחם של מודלים נוספים (Franklin, 1997; Shier, 2001; Thomas, 2002; Treseder, 1997) הוא המודל של הרט (Hart, 1992). מודל זה פותח במקור עבור תכנון עירוני, תוך שימת דגש על קבוצות בני נוער ומיזמים ציבוריים. הרט אף הציע "סולם השתתפות", הכולל דרגות שונות של שיתוף ילדים בהחלטות, החל מאי-שיתוף מוחלט או שיתוף מועט ועד לקבלת החלטות ביוזמת הקטין. בתחתית הסולם הציב הארט את ה-manipulation, זו המופעלת על הקטין תוך הדרתו מההליכים הנוגעים לו, וביסוס השתלטות הבגיר על ההליכים. הדרגה השנייה – decoration – היא מצב שבו הבגיר מדיר את הקטין מההליכים הנוגעים לו, תוך יצירת מראית עין של שיתוף. הדרגה השלישית – tokenism – היא מצב שבו נעשית פעולה סמלית שנותרת בבחינת "מס שפתיים", על מנת לצאת ידי חובה. שלוש הדרגות האלה מציינות היעדר השתתפות (non participation). מהדרגה הרביעית מתחילה השתתפות הולכת וגוברת, עד הגיעה לרמה הגבוהה ביותר: assigned but informed היא מצב שלפיו החלטות הבגירים מתקבלות תוך יידוע הקטין והעברת המידע הרלוונטי לידיעתו; הדרגה החמישית –

consulted and informed – היא מצב שלפיו, בנוסף למידע הניתן לקטין ויידועו, גם מתייעצים עימו טרם קבלת ההחלטה, ביחס להעדפותיו; הדרגה השישית – adult-initiated shared decisions with children – מבטאת שיתוף אמיתי ופעיל של הקטין בהליכים הנוגעים לו, כאשר הבגיר הוא הצד אשר יוזם את השיתוף; הדרגה השביעית – child-initiated and directed – היא מצב שבו הקטין הופך למכוון העיקרי של הליך שיתופי; לבסוף, הדרגה השמינית – child-initiated shared decisions with Adult – היא הליך קבלת ההחלטות המתבצע ביוזמת הילד, תוך שהוא משתף את הבגיר בעמדותיו והחלטותיו. הרט (Hart, 1992) טען עוד שלא בכל מקרה יש לשאוף לרמה הגבוהה ביותר של ההשתתפות. כלומר הרמה הרצויה של השתתפות בתהליכים שונים תלויה בהקשר של התרחשותם. בדרך כלל, קובעי מידת ההשתתפות של לקוחות – ילדים ומבוגרים – בתהליכי קבלת החלטות בענייניהם הם אנשי המקצוע. משום כך, חשוב לראות את זווית הראייה שלהם באשר להשתתפות ילדים.

### תפיסות אנשי מקצוע באשר להשתתפות ילדים

בעשורים האחרונים התפתח גוף ידע מחקרי על תפיסות של מבוגרים בכלל ושל אנשי מקצוע בפרט ביחס לזכות הילד להשתתפות בקבלת החלטות בעניינו. רוג'רס ורייטסמן (Rogers & Wrightsman, 1978) בחנו את עמדות הציבור ביחס לזכויות הילד ומצאו שכלל שגיל הנחקר מבוגר יותר, כך ירדה תמיכתו בזכויות להגדרה עצמית. ממצא זה חזק גם במחקר מאוחר יותר של בורנסטד, פרדמן וסמית (Bohrnstedt, Fredman, & Smith, 1981). מחקרים שניסו לבחון את מידת התמיכה של מבוגרים בזכויות הילד בהקשר של גילו, מצאו כי תמיכת המבוגרים בזכות הילד להגדרה עצמית עולה עם העלייה בגיל הילד (Bohrnstedt et al., 1981; Helwig, 1997; Peterson-Badali, Ruck, & Ridley, 2003). מחקרים שהתייחסו למגדר העלו שנשים תומכות בזכויות חברתיות-כלכליות של הילד יותר מאשר גברים, אך אין הבדל בתמיכה בזכויות להגדרה עצמית (Peterson-Badali et al., 2003; Peterson-Badali & Ruck, 2008; Rogers & Wrightsman, 1978).

סקירת הספרות הצביעה שהיקף המחקר שבחן את תפיסותיהם של אנשי מקצוע ביחס לזכות הילד להשתתפות בהליכים בענייניו הוא מצומצם למדי (Manful & McCrystal, 2010). אחד המחקרים מצא כי בעוד שמטפלים לא תמכו בזכות הילד להשתתף בהיבטים שונים בחייו (למשל: בבית ספר, במשפחה או בקהילה), הם תמכו בזכותו להשתתף בהליכים שנגעו לשירותי הרווחה (Shemmings, 2000). בדומה, גם במחקרה של קושר (2016) נמצאה תמיכה של העובדים הסוציאליים בזכותו של הילד להשתתפות בתהליכי קבלת החלטות בענייניו בתחום הרווחה. במחקרם של מנפול ומקקריסטל (Manful & McCrystal, 2010) נמצא שמטפלים פירשו את זכויות הילד כזכויות שנועדו להגן מפני פגיעה, ורק מעטים מתוכם התייחסו ליכולתו להשתתף בקבלת החלטות בענייניו. סקירת מחקרים בתחום השתתפות ילדים בשירותי הרווחה העלתה שבמרבית המחקרים, עובדים סוציאליים סברו כי

לעיתים קרובות השתתפות הילד אינה נכונה ואינה מתאימה (Van Bijleveld et al., 2013). מחקר שנערך בפינלנד העלה כי מטפלים ביטאו עמדה בעד השתתפות, אולם בפועל מרבית הילדים מתחת לגיל 12 לא השתתפו בהליכים הנוגעים לענייניהם (Polkki, Vomanen, Pursiainen, & Riikonen, 2012). מחקרו של עוזיאלי (2012) העלה כי 54% מאנשי המקצוע סברו שזכות ההשתתפות עומדת לכל תלמיד, ללא קשר לגילו או מגבלותיו. בנוסף, החוקר מצא כי 60% מאנשי המקצוע חשבו שיש לאפשר לתלמידים המשתתפים בדיון ליטול בו חלק פעיל. ממצאים אלה קיבלו חיזוק במחקרה של שרון (2016), שלפיו 45.1% מהעובדים הסוציאליים חשבו שלילדים צריכה להיות זכות להשתתפות בוועדות הנוגעות לענייניהם אשר מתקיימות במרכז הורים וילדים, ו-50.7% מהם ציינו שהיו רוצים שיתנו לילדים להשתתף בדיון, להביע דעתם, לשאול שאלות ולענות על שאלות של אחרים.

### הקשר בין שביעות רצון לבין השתתפות בקבלת החלטות

לא נמצאו מחקרים שבחנו את הקשר בין תפיסת אנשי המקצוע באשר להשתתפות ילדים לבין תפיסתם באשר לשביעות רצונם של הילדים מהטיפול שאותו הם מקבלים. משום כך, נסקור כאן בקצרה מחקרים שנערכו על האופן שבו ילדים ובני נוער רואים את הקשר שבין השתתפות ושביעות רצון מהטיפול.

מחקרים שונים הצביעו על כך שהשתתפות ילדים בהחלטות הנוגעות לטיפול במחלתם מגבירה את שביעות רצונם מהטיפול. ההשתתפות גם אפשרה להם לשמור על תחושת שליטה במצבם והקלה עליהם את ההתמודדות עם טיפול פיזי כואב (Coyne, 2006; Runeson, Hallstrom, Elander, & Hermeren, 2002; Shir, 2003; Karver, & Hubberstey, 2001). הברסטי (Hubberstey, 2001), שבדק מעורבות של ילדים והורים בתכנון תוכניות הטיפול בשירותים החברתיים, גילה שככל שהמעורבות רבה יותר, היא מניבה תוצאות טובות יותר עבור ההורים והילדים. מחקר אחר מצא שהשתתפות ילדים עשויה להוביל להגברת תחושת הביטחון והמוגנות של הילדים ולהגברת מידת שביעות רצונם (Vis, Strandbu, Holtan, & Thomas, 2010). עוד נמצא שילדים שהשתתפו בתהליך התמודדו טוב יותר עם הלחץ שקשור לחוסר ודאות של הסדרי הטיפול (Munro, 2001), וילדים שלא היו מעורבים בקבלת החלטות בענייניהם הביעו רגשות של חוסר אונים (Leeson, 2007). במחקר שנערך להערכת תוכנית לשיתוף ילדים בהליכים משפטיים הנוגעים להם בבתי משפט בישראל, 62% מהילדים שהשתתפו בתהליך דיווחו שההשתתפות עזרה להם, ושהיו שבעי רצון מהתהליך (שורק וריבקין, 2010). במחקרו של עוזיאלי (2012), מעל 50% מהילדים וההורים דיווחו שהעובדה שנתנו להם להביע את דעתם גרמה לכך שהיו שבעי רצון מאנשי המקצוע, שהקשיבו לדבריהם ונהגו בהם בכבוד ובצורה הוגנת. כאמור, סקירה זו מתייחסת לדרך ראיית הדברים של הילדים עצמם, ולא להתייחסותם של אנשי מקצוע.

לסיכום, ניתן לומר שהתחום המחקרי בנושא תפיסת שביעות הרצון של ילדים על ידי אנשי מקצוע מצומצם למדי. תפיסת אנשי מקצוע ביחס להשתתפות בקבלת



החלטות של ילדים קיבלה התייחסות רחבה יותר, אך לא נמצאו מחקרים שבחנו את תפיסת אנשי המקצוע ביחס להשתתפות ילדים השהים במרכזי חירום בהחלטות הנוגעות לענייניהם. זאת ועוד, נמצאו מחקרים מעטים שבחנו את הקשר בין שני המשתנים – שביעות רצון והשתתפות בקבלת החלטות – מזווית הראייה של הילדים. יוצא אפוא שחסר ידע מחקרי על הקשר בין שיתוף הילדים בתהליכי קבלת החלטות בענייניהם לבין שביעות רצונם מתהליך הטיפול וההשתתפות מנקודת המבט של המטפלים (Bradshaw, Keun, Rees, & Gaswami, 2011). בחינת משתנים אלו אכן חשובה להוספת ידע, אך היא חשובה בעיקר מכיוון שילדים בכלל וילדים השהים במרכזי חירום בפרט נמצאים בעמדה מוחלשת בחברה. לרוב הם אינם יכולים לתבוע ולממש את זכויותיהם בעצמם וזקוקים לתיווך.

לדרך שבה אנשי מקצוע תופסים את שביעות רצונם ומידת השתתפותם של ילדים במרכזי חירום יש השלכות על מצבם של הילדים. יש עדויות לכך ששמיעת דעתו של הילד תלויה במידה רבה בעמדות ובדרכי פעולה של אנשי המקצוע (בן אריה ובויאר, 2002; דולב ובן רבי, 2002). אנשי מקצוע העובדים עם ילדים במרכזי חירום הם האחראים ברוב המקרים להגדרת זכויות הילדים במרכזים אלו ולהענקתן. הזכות להשתתפות של ילדים הנמצאים במרכזי חירום על פי רוב אינה נגישה להם ישירות, אלא מתווכת על ידי אנשי המקצוע הבאים עימם במגע. הם המחליטים ברוב הפעמים אם זכות ההשתתפות תמומש, תורחב או תוגבל. מכאן, שמימוש מוצלח של זכות ההשתתפות והעלאת רמת שביעות הרצון של הילדים תלויים במידה רבה בתפיסה שיש לאנשי מקצוע (Cherney & Shing, 2008); זאת במיוחד בכל הנוגע למבוגרים הנמצאים בעמדת כוח וסמכות כלפי ילדים (Cherney & Shing, 2008; Peterson-Badali, Morine, Ruck, & Slonim, 2004). לעמדתם קיימת אף השפעה משמעותית על ההתנסות בפועל של הילדים במימוש זכות ההשתתפות (Peterson-Badali et al., 2004).

רוק, קיטינג, אברמוביץ' וקוגל (Ruck, Keating, Abramovitch, & Koegl, 1998) הדגישו כי האופן שבו אנשי מקצוע תופסים את זכויות הילדים, לרבות הזכות להשתתפות, עשוי להשפיע גם על תפיסת הילדים, כמו ביחס לנושאים ערכיים ומוסריים אחרים שבהם עמדת אנשי המקצוע מועברת בדרך של חברות – באופן ישיר, על ידי דיון או על ידי עצם הענקת הזכות או שלילתה (Day, Peterson-Badali, & Ruck, 2006). מכאן שלאנשי המקצוע תפקיד מפתח בעיצוב חייהם וגורלם של ילדים השהים במרכזי החירום ובקבלת החלטות משמעותיות הנוגעות לחייהם. בידיהם נמצאים הן הסמכות והכוח ליישם את הזכות להשתתפות והן היכולת להגביר את שביעות הרצון של הילדים מהשהות ומהטיפול במרכזי החירום. מכאן שקיימת חשיבות רבה לבחון הן את תפיסת אנשי מקצוע באשר לשביעות הרצון של הילדים מהשהות והטיפול במרכזי החירום והן את תפיסתם באשר למידת השתתפות הילדים בהליך הטיפול. הבנה טובה יותר של תפיסות אלה עשויה לשפר את הליכי קביעת המדיניות והפרקטיקה בנוגע לילדים שנמצאים במסגרות של השמה חוץ-ביתית.

## שאלות המחקר

המטרה הכללית של המחקר הייתה לבחון את תפיסת אנשי המקצוע ביחס לשביעות רצונם של ילדים השוהים במרכזי חירום וביחס להשתתפותם של הילדים בקבלת החלטות בענייניהם. שאלות המחקר הספציפיות היו:

1. מה תפיסת אנשי המקצוע ביחס לשביעות רצונם של הילדים מהשהות במרכזי החירום?
2. האם יש קשר בין משתני הרקע של אנשי המקצוע לבין תפיסתם ביחס לשביעות הרצון של הילדים מהשהות במרכזי החירום?
3. מה תפיסת אנשי המקצוע ביחס להשתתפותם של הילדים בקבלת החלטות בענייניהם?
4. האם יש קשר בין משתני הרקע של אנשי המקצוע לבין תפיסתם בנוגע להשתתפות הילדים בקבלת החלטות בענייניהם?
5. האם יש קשר בין תפיסת אנשי המקצוע בנוגע להשתתפות הילדים בקבלת החלטות בענייניהם לבין תפיסתם בנוגע לשביעות הרצון של הילדים מהשהות במרכז החירום?

## שיטת המחקר

### אוכלוסיית המחקר והמדגם

בישראל ישנם 13 מרכזי חירום. נעשתה פנייה לעשרה מתוכם (מרכז אחד סגר את שעריו, השני מאכלס ילדים בגיל הרך, ואחד נפתח לאחר שהחל איסוף הנתונים), ושמונה נענו לבקשה להשתתף במחקר. השתתפות אנשי המקצוע בכל מרכז הייתה התנדבותית, ובסך הכול 147 אנשי מקצוע (מתוך כמאתיים) מילאו את שאלוני המחקר. מאפייני הרקע של אנשי המקצוע הם כדלקמן: רובם היו נשים (69%); ממוצע הגיל היה 34.08 ( $SD=0.832$ ); רוב רובם נולדו בישראל (90%); כמחציתם היו נשואים (48%). מתוך המשתתפים 28% היו עובדים סוציאליים ו-28% מדריכים. ממוצע הוותק המקצועי שלהם היה 3.88 שנים. 38% מהמדגם היו בעלי תואר שני. 52% מכלל אנשי המקצוע לא עברו קורסי הכשרה לאחר סיום לימודי המקצוע.

### כלי המחקר

#### המשתנה התלוי: תפיסת שביעות הרצון של הילדים במרכזי חירום על ידי

#### אנשי מקצוע

מכיוון שבספרות לא היה כלי לבחינת תפיסת שביעות הרצון של ילדים על ידי אנשי מקצוע בכלל, קל וחומר מהשהות והטיפול במרכזי חירום, חובר כלי במיוחד למטרת מחקר זה. פיתוח הכלי התבסס על עבודתה של קבוצה בין-לאומית של חוקרים

(ISCWeB) שבוחנת תפיסות סובייקטיביות של ילדים צעירים ביחס לרווחתם ושביעות רצונם בתחומי חיים שונים (Rees & Main, 2015). לשאלון במחקר הנוכחי נוספו שאלות ייחודיות למרכז חירום. השאלון נבחן במחקר ניסיוני, ונעשו בו התאמות קלות בהתאם להערות שהתקבלו.

אנשי המקצוע התבקשו להתייחס ל-23 היגדים (לדוגמה: "היה להם מקום שקט ללמוד"; "הילדים פיתחו קשרי חברות") ולדרג את מידת ההסכמה עם כל היגד על סולם ליקרט בן 5 דרגות (מ-1 לא מסכים כלל, ועד 5 – מסכים מאוד). נוסף על כך, אנשי המקצוע התבקשו לציין בסולם ליקרט בן 5 דרגות (מ-1 – מאוד שבע רצון, עד 5 – מאוד לא שבע רצון), מה לדעתם מידת שביעות הרצון של הילדים במרכז החירום. במטרה לצמצם את מספר ההיגדים בוצע ניתוח גורמים מגשש בגישת Varimax. לאחר השמטת חמישה היגדים בשל רמת טעינות נמוכה מ-0.4, חולצו ארבעה גורמים שהסבירו 52.06% מהשונות: שביעות רצון מאנשי מקצוע, שהסביר 24.09% מהשונות ( $\alpha=.773$ ); שביעות רצון חברתית, שהסביר 12.24% מהשונות ( $\alpha=.693$ ); שביעות רצון ממרכז חירום, שהסביר 8.26% מהשונות ( $\alpha=.678$ ); שביעות רצון אישית, שהסביר 7.45% מהשונות ( $\alpha=.661$ ). המהימנות הפנימית הכוללת של הכלי הייתה טובה ( $\alpha=.831$ ).

#### לוח: 1 תוצאות ניתוח גורמים מגשש – כלי לבחינת תפיסות ביחס לשביעות רצון ילדים

| הגורם                   | פריטים                 | ניתוח גורמים מגשש |                |
|-------------------------|------------------------|-------------------|----------------|
|                         |                        | % שונות מוסברת    | מהימנות פנימית |
| שביעות רצון מאנשי מקצוע | 20, 24, 29, 34, 38, 48 | 24.09             | .773           |
| שביעות רצון חברתית      | 11, 17, 21, 22, 26     | 12.24             | .693           |
| שביעות רצון ממרכז חירום | 11, 12, 13, 40, 41, 43 | 8.26              | .678           |
| שביעות רצון אישית       | 35, 36, 37             | 7.45              | .661           |

#### המשתנים הבלתי תלויים

**רקע אישי:** דיווח אישי של המשתתפים על גילם, המגדר (נשים=1; גברים=0), ארץ הלידה (ישראל=1; אחר=0), שנת עלייה ומצב משפחתי (בזוגיות=1; ללא זוגיות=0).  
**רקע מקצועי:** רמת השכלה (תואר שני ומעלה=1; תואר ראשון ומטה=0), מקצוע (טיפול=1; אחר=0), ותק מקצועי (מעל חמש שנים=1; מתחת לחמש שנים=0) והכשרה בתחום טיפול בילדים (כן=1; לא=0).

#### תפיסת אנשי מקצוע את מידת ההשתתפות של הילדים בקבלת החלטות

המשתנה נמדד באמצעות כלי מחקר שנבנה במיוחד למחקר הנוכחי. פיתוח הכלי התבסס על השאלון של עוזיאלי (2012). הכלי כולל 20 היגדים ושאלות המתארים כיצד אנשי המקצוע תופסים את השתתפות הילדים בקבלת החלטות בהיבטים שונים, לדוגמה: "הילדים יכלו להחליט על פעילויות בשעות הפנאי". אנשי המקצוע התבקשו לציין, באיזו מידה הם מסכימים עם כל אחד מההיגדים, על פני סולם ליקרט

בעל חמש דרגות (מ=1 לא מסכים כלל, ועד 5=מסכים מאוד). חלק מן ההיגדים והשאלות היו ייחודיים למרכזי חירום, לדוגמה: "האם לדעתך, לכל הילדים הנמצאים במרכז חירום צריכה להיות זכות להשתתף בהחלטות לגבי עתידם? (כן/לא)". לוח 2 מציג את הממצאים של ניתוח גורמים מגשש. כפי שרואים בלוח, לאחר שהושמטו ארבעה היגדים, חולצו שלושה גורמים, שהסבירו 46.9% מהשונות: "הילדים מעורבים בתכנון ויישום" הסביר 24.41% מהשונות ( $\alpha=.743$ ); "הבעת דעה" הסביר 12.39% מהשונות ( $\alpha=.700$ ); "הבנה ויישום" הסביר 9.49% מהשונות ( $\alpha=.021$ ).

## לוח 2: תוצאות ניתוח גורמים מגשש – כלי לבחינת תפיסות ביחס להשתתפות ילדים בקבלת החלטות

| הגורם                 | פריטים                         | ניתוח גורמים מגשש |                |
|-----------------------|--------------------------------|-------------------|----------------|
|                       |                                | % שונות מוסברת    | מהימנות פנימית |
| מעורבות בתכנון ויישום | 51, 50, 47, 45, 44, 43         | 24.41             | $\alpha=.743$  |
| הבעת דעה              | 56, 54, 39, 33, 31, 30, 19, 18 | 12.39             | $\alpha=.700$  |
| הבנה ויישום           | 53, 52                         | 9.49              | $\alpha=.021$  |

שאלנו את אנשי המקצוע גם לדעתם על השתתפות הילדים בקבלת החלטות: "האם לילדים צריכה להיות זכות להשתתף בקבלת החלטות לגבי עתידם? (כן/לא)". אם איש המקצוע ציין שאין זכות, הוא נשאל, מי לדעתו לא צריך להשתתף (1=ילדים עם בעיות רגשיות; 2=ילדים צעירים מדי; 3=ילדים שאינם שומרים על כללי ההתנהגות; 4=בנים; 5=בנות; 6=אחר). ניתן היה לסמן יותר מתשובה אחת. כמו כן, שאלנו, "האם הילדים במרכז החירום שלו הוזמנו לוועדה לתכנון וטיפול? (כן/לא)".

בהתבסס על סולם ההשתתפות של הרט (Hart, 1992) שאלנו את אנשי המקצוע: "כיצד נהוג לשתף ילדים?" הצגנו בפניהם סדרת פריטים מדורגת, והיה עליהם לציין לגבי כל אחד מהפריטים, אם אפשרות זו נהוגה במרכז החירום שלהם: 1=מקיימים את הוועדה מבלי לומר לילד ומבלי להזמין; 2=מודיעים לילד שיש דיון בוועדה, אבל לא מזמינים אותו לדיון; 3=מזמינים את הילד לשבת ולצפות בדיון; 4=הילד נוכח בדיון בוועדה ומסבירים לו מה קורה, מבלי לתת לו להביע את דעתו; 5=מאפשרים לילד להביע את דעתו בפני הוועדה, מבלי לשתף אותו בדיון; 6=משתפים את הילד בדיון – נותנים לו להביע את דעתו, לשאול שאלות ולענות על שאלותיהם של אחרים; 7=מבקשים מהילד להביע את דעתו, אך אין לו מה להגיד. ככל שהדרגה גבוהה יותר, מידת השיתוף של הילד רבה יותר.

## הליך המחקר

בכל מרכז חירום היה איש קשר שסייע בהעברת השאלונים לאנשי המקצוע שעובדים באותו המרכז. חלק מאנשי המקצוע מילאו את השאלון האנונימי במהלך ישיבת צוות, ואחרים עשו זאת בזמנם החופשי. המחקר והליכיו קיבלו אישור מוועדת האתיקה האוניברסיטאית וממשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. נערך מחקר מקדים בקרב עשרה אנשי מקצוע, ונעשו שינויים קלים בשאלון בהתאם להערותיהם. הנתונים נאספו במהלך החודשים מאי 2013–אוקטובר 2014.

## ממצאים

### שביעות רצון

רוב אנשי המקצוע חשבו שהילדים במרכזי חירום שבעי רצון מהשהות והטיפול ("שבעי רצון" – 63.3%, ו"מאוד שבעי רצון" – 13.6%). בהמשך לבדיקת ההשערה שיש הבדל במוצע שביעות הרצון הכללית שיוחסה לילדים בין בעלי ותק של מעל חמש שנים לבין בעלי ותק של מתחת לחמש שנים, נערך מבחן  $t$  למדגמים בלתי תלויים. הממצאים מצביעים על הבדל מובהק בין הממוצעים ( $t(143)=2.71, p=(.00)$ ): ממוצע שביעות רצון כללית שיוחסה לילדים בקרב אנשי מקצוע עם ותק של מעל חמש שנים ( $M=4.02, SD=0.32$ ) נמצא גבוה מממוצע שביעות רצון כללית שייחסו להם בעלי ותק של פחות מחמש שנים ( $M=3.85, SD=0.35$ ). לבדיקת ההשערה שיש הבדל בין בעלי ותק של מעל חמש שנים לבין בעלי ותק של מתחת לחמש שנים במוצע שביעות הרצון החברתית שהם ייחסו לילדים, נערך מבחן  $t$  למדגמים בלתי תלויים. הממצאים מצביעים על הבדל מובהק בין הממוצעים ( $t(143)=-2.96, p=0.0$ ) ממוצע שביעות הרצון החברתית של הילדים על פי אנשי מקצוע עם ותק של מעל חמש שנים ( $M=3.56, SD=0.61$ ) נמצא גבוה מממוצע זה על פי בעלי ותק של פחות מחמש שנים ( $M=3.25, SD=0.60$ ), לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הממוצעים של משתני הרקע האחרים.

### השתתפות בקבלת החלטות

אנשי המקצוע נשאלו, אם לדעתם יש לילדים זכות להשתתף בקבלת החלטות בענייניהם. רובם (58.5%) חשבו שאין לילדים זכות כזו. מתוכם 82.5% חשבו שלילדים צעירים אין כלל זכות להשתתף בקבלת החלטות; 37% חשבו שלילדים עם בעיות רגשיות אין זכות להשתתף בקבלת החלטות, ו-17% חשבו שלילדים עם בעיות התנהגות אין זכות להשתתף בקבלת החלטות.

עוד עלה כי 55.8% מאנשי המקצוע דיווחו שילדים הוזמנו להשתתף בוועדה לתיאום, תכנון וטיפול. אנשי המקצוע נשאלו גם, כיצד נהוג לשתף ילדים בוועדות המתקיימות במרכז החירום שלהם. 67.3% מהם ציינו שמודיעים לילד שיש דיון בוועדה לתיאום, תכנון וטיפול, אך לא מזמינים אותו (דרגה 2), 44.2% ציינו שמאפשרים לילד להביע את דעתו בפני הוועדה מבלי לשתף אותו בדיון (דרגה 5), ו-43.5% ציינו שמשתפים את הילד בדיון – נותנים לו להביע את דעתו, לשאול שאלות ולענות על שאלותיהם של אחרים (דרגה 7).

לבדיקת ההשערה שקיים קשר בין זכות ההשתתפות לבין הזמנת הילדים לוועדה לתיאום, תכנון וטיפול, נערך מבחן  $\chi^2$  ונמצא שהקשר בין המשתנים אינו מובהק ( $\chi^2(1, N=133)=10.74, p=.01$ ). בנוסף נבדקה ההשערה שקיים קשר בין תפיסת הזכות להשתתפות לבין סולם ההשתתפות. נמצא שהקשר מובהק רק בין הזכות להשתתפות לבין דרגה 2, שלפיה, "מודיעים לילד שיש דיון בוועדה, אבל לא מזמינים אותו לדיון" ( $\chi^2(1, N=132)=5.95, p=.01$ ). עוד נבדק הקשר בין הזמנת הילדים לוועדה לבין תפיסת רמת ההשתתפות בפועל. בלוח 3 ניתן לראות כי הקשר בין

הזמנה לוועדה לכל אחת מדרגות ההשתתפות הוא חיובי ומובהק, למעט דרגה 4: "הילד נוכח בדיון בוועדה ומסבירים לו מה קורה, מבלי לתת לו להביע את דעתו".

### לוח 3: קשר בין דיווח אנשי המקצוע על הזמנה לוועדה לתיאום, תכנון וטיפול לבין דיווח על דרגת ההשתתפות

| הזמנה לוועדה לתיאום, תכנון וטיפול דרגת ההשתתפות | כן | לא  |    |     |                |    |      |
|-------------------------------------------------|----|-----|----|-----|----------------|----|------|
|                                                 | N  | (%) | N  | (%) | c <sup>2</sup> | df | p    |
| 1                                               | 10 | 40  | 15 | 60  | 5.37           | 1  | .020 |
| 2                                               | 50 | 53  | 45 | 47  | 10.10          | 1  | .001 |
| 3                                               | 28 | 88  | 4  | 12  | 14.55          | 1  | .000 |
| 4                                               | 8  | 50  | 8  | 50  | 0.694          | 1  | .405 |
| 5                                               | 48 | 74  | 17 | 26  | 13.42          | 1  | .000 |
| 6                                               | 56 | 88  | 8  | 12  | 52.17          | 1  | .000 |
| 7                                               | 31 | 78  | 9  | 22  | 9.94           | 1  | .002 |

כדי לבחון את ההבדלים בין ותק מקצועי של מעל חמש שנים לבין ותק קטן יותר, בגורם "מעורבות בתכנון ויישום", נערך מבחן  $t$  למדגמים בלתי תלויים. נמצא הבדל מובהק בין הממוצעים ( $t(143)=-2.77, p=.00$ ). ממוצע אנשי מקצוע בעלי ותק של חמש שנים ויותר ( $M=3.64, SD=0.49$ ) גבוה מממוצע אנשי מקצוע בעלי ותק קטן יותר ( $M=3.34, SD=0.70$ ). על מנת לבחון את ההבדלים לפי מגדר, בגורם "מעורבות בתכנון ויישום", נערך מבחן  $t$  למדגמים בלתי תלויים. נמצא הבדל מובהק בין הממוצעים ( $t(145)=-2.13, p=.0.3$ ) הממוצע בקרב הנשים ( $M=3.52, SD=0.64$ ) גבוה מזה של הגברים ( $M=3.27, SD=0.65$ ). לבדיקת ההבדלים בין אנשי מקצוע מהתחום הטיפולי לעומת כאלה שאינם עוסקים בתחום זה, בגורם "מעורבות בתכנון ויישום", נערך מבחן  $t$  למדגמים בלתי תלויים. נמצא הבדל מובהק בין הממוצעים ( $t(142)=-2.44, p=.01$ ). ממוצע אנשי מקצוע מהתחום הטיפולי ( $M=3.60, SD=0.47$ ) נמצא גבוה מממוצע אנשי מקצוע מתחומים אחרים ( $M=3.35, SD=0.72$ ). לא נמצאו הבדלים מובהקים בין משתני הרקע האחרים בגורמים השונים של השתתפות.

### שביעות רצון והשתתפות בקבלת החלטות

לבסוף, בדקנו גם את הקשר בין שני המשתנים התלויים – תפיסת אנשי מקצוע את שביעות הרצון של הילדים ותפיסת אנשי מקצוע את השתתפות הילדים בקבלת החלטות בענייניהם. לוח 4 מציג את המתאמים בין מרכיבי השתתפות בקבלת החלטות למרכיבי שביעות רצון. כפי שנראה בלוח, נמצאו קשרים מובהקים בעוצמה בינונית עד גבוהה בין כל מרכיבי השתתפות בקבלת החלטות לבין מרכיבי שביעות רצון (למעט המרכיב "מבוגרים מחליטים, הילדים מבינים ומיישמים"), לבין שביעות רצון מאנשי מקצוע, לבין שביעות רצון חברתית ולבין שביעות רצון אישית.

במיוחד בולט הקשר בין המרכיב "מבוגרים מחליטים, דעותיהם של הילדים נלקחות בחשבון" לבין שביעות רצון כללית ( $r=.567, p<.01$ ), לבין שביעות רצון מאנשי מקצוע ( $r=.567, p<.01$ ), לבין שביעות רצון חברתית ( $r=.173, p<.01$ ) ולבין שביעות רצון ממרכז חירום ( $r=.400, p<.01$ ) ולשביעות רצון אישית ( $r=.45, p<.01$ ).

#### לוח 4: מתאמי פירסון בין תפיסת אנשי המקצוע את השתתפות הילדים לבין תפיסתם את שביעות הרצון של הילדים

| שביעות רצון אישית | שביעות רצון חברתית | שביעות רצון מאנשי מקצוע | שביעות רצון כללית | קבלת ההחלטה | הבעת דעה | מעורבות בתכנון ויישום | השתתפות כללית           |
|-------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|-------------|----------|-----------------------|-------------------------|
|                   |                    |                         |                   |             |          |                       | השתתפות כללית           |
|                   |                    |                         |                   |             |          |                       | -                       |
|                   |                    |                         |                   |             |          |                       | מעורבות בתכנון ויישום   |
|                   |                    |                         |                   |             |          |                       | -.773**                 |
|                   |                    |                         |                   |             |          |                       | הבעת דעה                |
|                   |                    |                         |                   |             |          |                       | -.392**                 |
|                   |                    |                         |                   |             |          |                       | קבלת ההחלטה             |
|                   |                    |                         |                   |             |          |                       | -.565**                 |
|                   |                    |                         |                   |             |          |                       | שביעות רצון כללית       |
|                   |                    |                         |                   |             |          |                       | -.537**                 |
|                   |                    |                         |                   |             |          |                       | שביעות רצון מאנשי מקצוע |
|                   |                    |                         |                   |             |          |                       | -.514**                 |
|                   |                    |                         |                   |             |          |                       | שביעות רצון חברתית      |
|                   |                    |                         |                   |             |          |                       | -.338**                 |
|                   |                    |                         |                   |             |          |                       | שביעות רצון ממרכז חירום |
|                   |                    |                         |                   |             |          |                       | -.445**                 |
|                   |                    |                         |                   |             |          |                       | שביעות רצון אישית       |
|                   |                    |                         |                   |             |          |                       | -.293**                 |

$p < .01^{**}$

## דין

לא אחת נדרשים שירותי הרווחה באמצעות ועדות תיאום, תכנון וטיפול, להתמודד עם השאלה, מהי טובתו של קטין הנמצא במצבי סיכון וסכנה. שאלה זו מורכבת במיוחד, מאחר שמדובר בהחלטה שעלולה להשפיע השפעה מהותית על רווחתו של הקטין. במקרים אלו מתעוררת שאלת מעמדו של הילד בשיתוף בהליכים הנוגעים לעניינו ובמידת שביעות רצונו ממצבו. המחקר הנוכחי ביקש להתחקות אחרי תפיסתם של אנשי מקצוע בנוגע לשביעות רצונו של הילד מהשהות והטיפול במרכז חירום ובנוגע למידת ההשתתפות של ילדים בקבלת החלטות, הן במהלך השהות במרכז חירום והן בדינוי הוועדה לתכנון וטיפול.

## שביעות רצון

מרכז חירום הוא מסגרת סמכותית ומקיפה, שבה המפגש עם אנשי המקצוע ועצם הטיפול ומימושו הם מורכבים ובעייתיים. רוב רובם של הילדים השהים במרכז חירום חוו אירועים טראומטיים, שכללו חשיפה לאלימות או לחוויות אלימות

קשות, פגיעות מיניות, הזנחה קשה, אובדן או נטישה של דמות משמעותית. בנוסף, הוצאתם מרשות הוריהם נעשית לרוב בניגוד לרצונם של שני הצדדים. מדובר בהתערבות טיפולית-סמכותית (דוידזון-ערד, 1990). כתוצאה מכך, נוצר משבר נפשי, הדורש מהם כוחות רבים ומשאבי התמודדות עצומים. לדרך שבה אנשי מקצוע תופסים את שביעות רצון הילדים מהשהות והטיפול במרכז חירום יש השלכות על ביסוס מערכת היחסים ביניהם לבין הילדים ועל מציאת דרכים להטבת מצבם ולהקלת סבלם ומצוקותיהם. מכאן החשיבות הרבה בבחינת שביעות רצון הילדים מנקודת מבטם של אנשי מקצוע העובדים במרכז חירום.

נמצא שאחוז גבוה מאנשי המקצוע חושבים שילדים שבעי רצון מהשהות והטיפול במרכזי חירום. ממצאי המחקר הנוכחי סותרים את ממצאי מחקרה של שרון (2016), שלפיהם עובדים סוציאליים העריכו את רמת שביעות הרצון של הילדים כנמוכה. ייתכן שמרבית האנשים מקשרים במחשבתם ילדים שהוצאו מביתם למרכזי חירום לעצבות ומדמיינים מצב אפל וקודר. בניגוד אליהם, אנשי המקצוע, החשופים לאקלים במרכז החירום ומכירים את הילדים, חושבים שלצד הקושי הטמון בהתמודדות, הילדים מסוגלים למצוא צדדים חיוביים במצב ולהתמקד בהם. על פי תפיסתם של אנשי המקצוע, דבר זה מאפשר להם להיות שבעי רצון מהשהות והטיפול במרכז חירום.

לא נמצאו קשרים מובהקים סטטיסטית בין משתני הרקע של אנשי המקצוע לבין תפיסתם את שביעות הרצון של הילדים, למעט ותק מקצועי. אחד הדברים שיכולים להסביר את אי-מציאת הקשר בין משתני הרקע האחרים לתפיסת שביעות הרצון הוא ההומוגניות של אנשי המקצוע בחלק גדול ממשתני הרקע שנבדקו.

ביחס לקשר שנמצא בין תפיסת שביעות הרצון של הילדים לוותק מקצועי, שלפיו ממוצע שביעות הרצון הכללית שיוחסה לילדים על ידי אנשי מקצוע עם ותק של מעל חמש שנים גבוה מהממוצע שיוחס להם על ידי בעלי ותק של פחות מחמש שנים, ניתן לשער שאנשי מקצוע ותיקים יותר נאמנים ומחויבים יותר למערכת מאשר עובדים ותיקים פחות. עבודתם במרכז חירום לאורך זמן רב מלווה בעומסים פיזיים ורגשיים רבים. הנאמנות והמחויבות לעבודתם במרכז חירום מסייעות להם להתמודד עם הקשיים ומחזקות את תפיסתם שהילדים שבעי רצון, גם אם לפעמים מתעורר בכך ספק. לעומתם, ייתכן שאנשי המקצוע הצעירים בוחנים את המערכת בביקורתיות גדולה יותר.

אחת מן המטרות המרכזיות של השירותים לילדים בסיכון, הן בקהילה והן במסגרות חוץ-ביתיות, היא לאפשר לילד להחליף את דפוס ההתקשרות הבלתי מסתגל בדפוס של התקשרות בטוחה. להשגת מטרה זו, הילד זקוק לאווירה מאפשרת, בטוחה, רגועה וידידותית, תוך שהות במערכת יחסים יציבה ומתמשכת. משך השהות של ילד במרכז חירום הוא 6.2 חודשים בממוצע (לוי וסבו-אל, 2016). על אף זאת, תפיסת אנשי המקצוע היא שמרכז החירום מהווה מקום ידידותי ובטוח שבו מתקיימות אינטראקציות חברתיות נעימות (Moos, 1974), מה שבהכרח מביא לתפיסה חיובית שלהם את שביעות הרצון של הילדים.



## השתתפות בקבלת החלטות

לנוכח מיקומם המרכזי של אנשי המקצוע במימוש זכות ההשתתפות של ילדים הנמצאים במרכז חירום, הממצא שלמעלה ממחצית אנשי המקצוע שהשתתפו במחקר חושבים שלילדים אין זכות להשתתף בקבלת החלטות בענייניהם הוא מטריד. עם זאת, הוא אינו מפתיע, ונמצאה לו תמיכה במחקרים אחרים. שנמינגס (Shenmings, 2000) מצא שמטפלים לא תמכו בזכות הילד להשתתף בקבלת החלטות בהיבטים שונים בחייו. בדומה, מנפול ומקקריסטל (Manful & McCrystal, 2010) ציינו כי מטפלים לא התייחסו ליכולת הילד להשתתף בקבלת החלטות בעניינו. אף מחקרים אחרים מחזקים את ממצאי המחקר הנוכחי ומעידים שאין משתפים מספיק את ההורים והילד בהחלטות המתקבלות בעניינו (Aard-Davidzon, 2009; Benbenishty, 2008; Brawn, 2003; Lubin, 2009). מחקרה של שרון (2016) העלה ש-54.9% מהעובדים הסוציאליים חושבים שלילדים לא צריכה להיות הזכות להשתתפות. ממצאים אלו מנוגדים לתפיסה הרווחת, שלפיה אנשי מקצוע רואים חשיבות בשיתוף ההורים והילדים גם במצבים של ילדים בסיכון, שהטיפול נכפה עליהם לפי חוק (Firestone, 2009; Gilligan, 2000; Wulczyn, 2004). סנדרס ומייס (Sanders & Mace, 2006) ציינו במאמרם את התפיסות שבגינן מטפלים ממעטים לשתף ילדים: על פי תפיסה אחת, השתתפות עשויה לפגוע בזכות לילדות מאושרת ולהעמיס אחריות יתר על הילדים; תפיסה אחרת גורסת כי דעות של ילדים עשויות להיות לא אמיתיות ומטות. גם ויס, הולטן ותומס (Vis, Holtan, & Thomas, 2012) ציינו כי ישנן תפיסות של מטפלים המהוות מכשול בשיתוף הילדים – תפיסה שלפיה ההשתתפות אינה הכרחית וכן תפיסה שלפיה השתתפות עשויה להזיק לילד. יוצא אפוא שלמרות החשיבות הרבה של השתתפות ילדים בהחלטות הנוגעות לחייהם, ואף שישנה בכך הכרה בחוקים ובאמנה בין-לאומית, יישום ההשתתפות מתבצע באופן חלקי ביותר.

השתתפות ילדים בהחלטות הנוגעות לחייהם אין משמעותה מתן זכות הכרעה לילדים בכל החלטה הנוגעת להם, אלא מתן זכות להשתתף בתהליך קבלת החלטות שמשפיעות עליהם, וזכות לכך שלדעתם יינתן משקל בקבלת ההחלטה (רוטלוי, 2006). עיקרון זה מבטא יחס של כבוד לאוטונומיה של הקטין, אך הוא גם תורם תרומה משמעותית לקידום תהליך קבלת ההחלטות, היות שהוא מאפשר חשיפה לנקודת המבט של הילדים. יתרה מזו, השתתפות הילדים בהחלטות משפרת את יכולת אנשי הוועדה לקבל החלטות שתיתנה מענה טוב יותר לילדים ותזכינה לשיתוף פעולה גדול יותר, כשתגיע העת ליישמן, גם אם הן אינן עולה בקנה אחד עם רצונותיהם של הילדים (Cashmore, 2002; Munro, 2011; Shier, 2001; Van, 2013). (Bijleveld et al., 2013).

עוד עלה מהמחקר, שמרבית אלו שחושבים שלילדים אין זכות להשתתף בקבלת החלטות בענייניהם, סבורים כי לילדים צעירים אין זכות להשתתף בקבלת החלטות כלל. ואכן, מחקרים הצביעו על כך שהתמיכה של המבוגרים בזכות הילד להגדרה

עצמית גוברת עם העלייה בגיל הילד. אנשי מקצוע תופסים את הילדים הצעירים כחלשים ופגיעים במיוחד, וההתנגדות להשתתפותם נובעת בעיקר מרצונם לגונן עליהם (מורג, 1995). יצוין כי מחוק יסוד כבוד האדם וחירותו משנת 1992, שבו הוגדרו זכויות האדם, עולה כי מעצם היות הקטין אדם עומדות לו כל זכויות היסוד הנמנות בחוק, ללא תלות בגילו או במידת התפתחותו (כנסת ישראל, תשנ"ב).

במחקרנו נמצאו קשרים מובהקים בין מספר משתני רקע (ותק, מגדר ומקצוע) לבין תפיסת ההשתתפות בקבלת החלטות. הספרות מצביעה על מגמה דומה ביחס למגדר, שלפיה נשים תומכות בזכויות חברתיות כלכליות של הילד יותר מאשר גברים, אך אין הבדל מגדרי בתמיכה בזכויות להגדרה עצמית (Peterson-Badali, 1978; Rogers & Wrightsman, 1978; Peterson-Badali & Ruck, 2008; et al., 2003). מחקרים אחרים מצאו שככל שאיש המקצוע מבוגר יותר, תמיכתו בזכויות להגדרה עצמית של הילדים נמוכה יותר (Bohrnstedt et al., 1981; Rogers & Wrightsman, 1978).

המחקר בדק גם כיצד באה לידי ביטוי ההשתתפות בוועדות לתיאום, תכנון וטיפול המתקיימות בזמן שהותו של הילד במרכז חירום. רוב אנשי המקצוע ציינו כי מודיעים לילד שיש דיון בוועדה, אך לא מזמינים אותו להשתתף בו. ממצאי המחקר מחזקים את מה שעלה במחקרים אחרים. מחקר אחד העלה ששליש מהילדים השתתפו בוועדות תכנון וטיפול, אך השפעתם על ההחלטות הייתה מועטה (אלפנדרי, 2016). מחקר אחר שבדק את היקף ההשתתפות של ילדים מאנגליה בהליכים שונים בענייניהם, תוך התמקדות בוועדות שבהן מתקבלות החלטות בנושא ילדים בסיכון, מצא כי ילדים הוזמנו רק ל-4.9% מהוועדות, ובפועל השתתפו רק 3.7% (Sanders & Mace, 2006). לעומת זאת, במחקרים שנערכו בנורווגיה נמצאו שיעורים גבוהים יותר של שיתוף ילדים (Vis & Thomas, 2009) בדומה, גם עוזיאלי (2012) מצא ש-80.4% מאנשי הצוות דיווחו על נוכחות התלמידים בדיון בוועדת ההשמה אשר בסמכותה לקבוע את זכאותם לשירותי חינוך מיוחד.

בהתאם לשלבים שתוארו על ידי הרט (Hart, 1992), ניתן לומר שאנשי המקצוע שהשתתפו במחקר הנוכחי דירגו ילדים במרכזי חירום בדרגות הנמוכות של השתתפות, דבר הנוגד את עקרון השתתפות ילדים באמנה הבין-לאומית בדבר זכויות הילד. האמנה, שמדינת ישראל חתומה עליה, קובעת בסעיף 12(2) כי תינתן לילד הזדמנות להישמע בכל הליך שיפוטי או מנהלי הנוגע לו במישרין או בעקיפין. על פי האמנה, הזכות להשתתפות כוללת לא רק את הזכות להישמע, אלא גם את הזכות לקחת חלק פעיל בקבלת ההחלטה. על פיה יש לאפשר לילדים לבטא את דעתם, לעצב את מחשבותיהם ולקבל החלטות רלוונטיות לחייהם. השתתפות מכילה ערך חינוכי התפתחותי. היא מסייעת לילדים לגבש את זהותם האישית ולהתנסות בהקשבה לזולת ובביטוי עצמי (Ochaita & Espinosa, 1997). ההשתתפות תורמת גם להתפתחות הרגשית והחברתית של הילד, מעלה את ביטחונו העצמי, מסייעת לו להבין טוב יותר את מצבו ונותנת בידו כלים להיות בעתיד אזרח משתתף ומשפיע (Bessell, 2011; Cashmore, 2002; Fortin, 1998; Munro, 2001). לילד המוזמן לדיון

בוועדה לתכנון וטיפול יש הזדמנות מחד גיסא להקשיב ולקבל מידע, ומאידך גיסא – להביע את מחשבותיו, את רצונותיו, את עמדותיו ואת רגשותיו. במהלך הדיון הילד יכול לשמוע את דבריהם של משתתפי הוועדה, להשתתף ולספר על קשייו מנקודת מבטו ולציין את העדפותיו ואת ציפיותיו. לילדים הנמצאים במרכזי חירום אין על פי רוב שליטה על המתרחש בחייהם. דווקא בשל כך, חשוב מאוד לאפשר להם ליטול חלק בתהליך קבלת החלטות בענייניהם (Bell, 2002; Leeson, 2007; McLeod, 2007; Munro, 2001). ילדים אלו נתפסים כילדים תלתיים ופגיעים, הזקוקים להגנה וביטחון. תפקיד אנשי המקצוע הוא לתמוך בהם ולסייע להם לקחת אחריות על חייהם (Willow, Marchant, Kirby, & Neala, 2004). עליהם לאפשר את השתתפות הילדים בהתאם ליכולותיהם ולתחום העניין. ההחלטה הטובה ביותר תתקבל כאשר בדיון ייטלו חלק גם הילדים וישתפו בנקודת מבטם האישית וגם אנשי המקצוע יביאו את הידע המקצועי ואת ניסיונם. בהקשר זה, מן הראוי לצטט את יאנוש קורצ'אק: "זכותו הראשונה והבלתי ניתנת לערעור של הילד היא להביע את מחשבותיו ולקחת חלק פעיל בשיקולנו ובפסיקתנו על אודותיו. כאשר נגדל לכדי כבוד ואמון, כאשר הילד עצמו ייתן אמון ויאמר מה זכותו – תהייה פחות חידות ושגיאות" (קורצ'אק, 2009).

אחד מממצאי המחקר הצביע על קשר בין תפיסת אנשי המקצוע את השתתפות הילדים בקבלת החלטות לבין תפיסתם את שביעות הרצון של הילדים; כלומר אנשי מקצוע שהחזיקו בעמדות חיוביות כלפי השתתפות של הילדים בקבלת החלטות בענייניהם, העריכו את רמת שביעות הרצון של הילדים במרכז חירום כגבוהה יותר, ולהפך. ייתכן שהדבר נובע מרצונם של אנשי מקצוע לפרש את המציאות לפי תפיסותיהם. הממצא מתאים למגמה שנמצאה במחקרים אחרים, שלפיה יש קשר חיובי בין השתתפות לקוחות לבין שביעות רצון, קשר המקל על ההתמודדות במצבי קושי (Coyne, 2006; Runeson et al., 2002; Shirk & Karver, 2003). במחקר שנערך בארץ במרכזי הורים וילדים נמצא ששיתוף ההורים בטיפול בילדים תרם להצלחת הטיפול ולשביעות רצונם ממנו (ריבקין, 2009). ובתחום שונה – רובינסון ותומסון (Robinson & Thomson, 2001) מצאו קשר חיובי בין שיתוף חולים בהליך הטיפול הרפואי ומתן מידע על המחלה לבין שביעות הרצון של החולים מהטיפול. גם גרינפלד וקפלן (Greenfield & Kaplan, 1988) ציינו כי שיתוף חולים בהחלטות לטיפול במחלתם מעלה את שביעות רצונם מהטיפול ומגביר את המודעות לחשיבות שינוי הרגלים. ניתן לצפות שככל שרמת ההשתתפות של הילד בהחלטות הנוגעות לחייו תהיה גבוהה יותר, כך תעלה שביעות רצונו.

ממצא נוסף חשף קשר בין אחד ממרכיבי ההשתתפות, "המבוגרים מחליטים, דעותיהם של הילדים נלקחות בחשבון", לבין שביעות רצון על כל מרכיביה. ייתכן שהממצא מצביע על כך שעל פי תפיסתם של אנשי המקצוע, התייעצות עם ילדים על החלטות הנוגעות לענייניהם מעלה את שביעות רצונם מהשהות והטיפול במרכז חירום. הממצאים תואמים לממצאי מחקרים נוספים בתחום הרווחה, שבחנו את הקשר בין השתתפות לשביעות רצון מנקודת מבטם של ילדים, וגילו שילדים שקיבלו

מידע והתייעצו עימם על דרכי הטיפולים ואופיים הרגישו שמחים יותר ובטוחים בעצמם כבני אדם בעלי זכויות (Coyne, 2006). שיתוף ילדים בקבלת החלטות והקשבה לדעותיהם תורמים לרווחתם ולשלומם, משום שהם מקנים להם תחושות השפעה ושליטה מסוימות על חייהם (Fattore, Mason, & Watson, 2009).

למרות מורכבות הדבר, קיימת מחויבות לקדם את עקרון ההשתתפות, מתוך הכרה בחשיבותו ובתרומתו להעלאת שביעות רצונו של הילד מהשהות והטיפול במרכזי חירום. יש לספק לילדים השהים במרכזים אלו הזדמנויות וסביבה לפיתוח מיומנויות, ביטחון וידע לנוע מעמדה סבילה להשתתפות פעילה. ניתן להשיג זאת באמצעות קידום זכויותיהם, ובראש ובראשונה על ידי הבטחת השתתפותם בקבלת החלטות בענייניהם. ההנחה היא שמפגש בין ילדים מעורבים ובעלי ידע לבין אנשי מקצוע המעודדים מעורבות של ילדים ומספקים להם ידע ותנאים לשיתוף אמיתי, יוביל לאינטראקציה באיכות גבוהה בין הילדים לאנשי המקצוע, ובעקבותיה לשיפור משמעותי בשביעות רצונם של הילדים ובשיתופם בקבלת החלטות בענייניהם. יש להדגיש כי אחד הגורמים המשמעותיים להשגת המטרה שלשמה הוקמו מרכזי החירום היא היכולת להתאימם לצרכים של הילדים. ככל שמרכזי החירום יערבו יותר את הילדים ויקדישו תשומת לב רבה יותר לבדיקת ציפיותיהם ושביעות רצונם מהשהות והטיפול, כך מרכזים אלו יהיו איכותיים ומקצועיים יותר וישיגו את מטרתם ביתר שאת.

## מגבלות המחקר

למחקר כמה מגבלות מתודולוגיות. ראשית, השימוש בדגימת נוחות מגבילה את היכולת להכליל את ממצאי המחקר מעבר למשתתפיו. עם זאת, מדובר במחקר ראשוני, שמטרתו הייתה לבחון את שביעות הרצון של ילדים מהשהות והטיפול במרכזי חירום ואת מידת השתתפותם בהליך הטיפול, מנקודת המבט של אנשי המקצוע המטפלים בהם. לכן, גם אם משתתפי המחקר אינם מייצגים את כל אנשי המקצוע במרכזי החירום בארץ, השתתפותם פתחה צוהר להבנת המורכבות של תפישותיהם באשר לשביעות הרצון של הילדים מהשהות במרכזי החירום ובאשר להשתתפותם של הילדים בקבלת החלטות בענייניהם. מגבלה אחרת מתייחסת לאיכות המדידה של משתני המחקר – כלי המחקר למדידת תפישות אנשי המקצוע נבנו במיוחד למטרת המחקר הנוכחי, בהתבסס על הספרות התאורטית והמחקרית שנעשתה בנושא. השימוש בכלים נעשה אך ורק במחקר הנוכחי, כך שהם לא עמדו במבחני תקפות ומהימנות במדגמים נוספים בארץ ובעולם. מכאן עולה צורך להמשיך ולבדוק את הכלים במחקרים נוספים.

## מסקנות והמלצות

אחד האתגרים המרכזיים של העבודה הסוציאלית הוא למצוא דרכים לגשר בין נותני השירותים למקבליהם ולעצב מחדש את הקשרים ביניהם, על מנת להבטיח שירות "טוב דיו" (רוזנפלד, 2003). המחקר תורם לגוף הידע על ילדים השהים

במרכזי חירום בארץ, וממצאיו עשויים לסייע לקובעי המדיניות ולמטפלים לבסס את המדיניות והפרקטיקה על נתונים אמפיריים, ובכך לתרום לשיפור רווחתם של הילדים הנמצאים במרכזי החירום (Maluccio, Ainsworth, & Thoburn, 2000; Poertner, McDonald, & Murray, 2000). כדי לחזק את תוקף הממצאים ולהעמיק את ההבנה במשמעותם, מוצע למצוא דרכים להתמודד עם האתגר של בדיקת תפיסותיהם ועמדותיהם של הילדים עצמם ביחס לשיעור רצונם מהטיפול והשיתוף שלהם, ולהשוות בין תפיסותיהם של אנשי מקצוע לבין תפיסותיהם של הילדים ביחס לשיעור רצון מהטיפול ומשיתופם בקבלת החלטות.

מבחינה מעשית, מומלץ לקיים הכשרות לאנשי מקצוע במרכזי החירום בנושא השתתפות בקבלת החלטות של ילדים. על ההכשרה לכלול ידע תאורטי, אך חשוב לא פחות – קיום סדנאות לבירור החסמים ומתן כלים להתמודדות איתם. עוד מוצע, לבדוק את יישום עקרון ההשתתפות הלכה למעשה ואת השפעתו על הילד.

## מקורות

- אלפנדר, ר' (2016). הערכת רפורמה ארצית בתחום הגנת הילד שנועדה לשפר השתתפות ילדים בקבלת החלטות. **ביטחון סוציאלי**, 99, 13–30.
- האמנה הבין-לאומית בדבר זכויות הילד (1992). **כתבי האמנה 1038, כרך 31**. זמין באתר [https://www.nevo.co.il/Law\\_html/Law09/amana-1038.pdf](https://www.nevo.co.il/Law_html/Law09/amana-1038.pdf)
- בן אריה, א' ובוניאר, י' (2002). האזרח הקטן בישראל: אזרחות וילדות – זיקה והשפעה. **ביטחון סוציאלי**, 63, 236–270.
- בן אריה, א', וינדמן, ר' ונחנסון-אנקרי, ר' (2008). **השתתפות ילדים בתהליכי עיצוב מדיניות הילד בישראל**. ירושלים: האוניברסיטה העברית בירושלים והמועצה הלאומית לשלום הילד.
- בן רבי, ד' (1990). **ילדים באומנה – רקע משפחתי ומצב בעת השמה**. עבודת מוסמך. האוניברסיטה העברית בירושלים.
- בן שלמה, נ' (2000). **תפקוד הורי של הורים שהושמו כילדים בסידור חוץ-ביתי**. עבודת דוקטור. אוניברסיטת בר-אילן.
- בנבשית, ר' ושיף, מ' (2003). **מחקר מעקב אחר בוגרי "אור שלום" בגילאי 18 ומעלה: דו"ח מחקר**. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- ברמן, צ' (2017). **ילדים בישראל שנתון 2016**. ירושלים: המועצה הלאומית לשלום הילד ומכון חרוב.
- גל, ט' (2007). ילדים נפגעי עבירה והזכות להשתתפות. בתוך ת' מורג (עורכת), **זכות הילד והמשפט הישראלי** (עמ' 267–298). תל אביב: רמות.
- דוידזון-ערד, ב' (1990). **קבלת החלטות בדבר הוצאת ילדים מוכים ומוזנחים מבתיים על ידי פקידי סעד לחוק נוער**. עבודת מוסמך. אוניברסיטת תל-אביב.
- דולב, ט' ובן רבי, ד' (2002). האמנה בדבר זכויות הילד: עקרונות, כללים ויישומים בישראל. **ביטחון סוציאלי**, 63, 131–153.
- כנסת ישראל (תש"ך). **חוק הנוער (טיפול והשגחה)**, תש"ך–1960. ירושלים: הכנסת.
- כנסת ישראל (תשנ"ב). **חוק יסוד כבוד האדם וחירותו, תשנ"ב–1992**. ירושלים: הכנסת.
- לוי, ד' וסבו-אל, ר' (2016). **הטמעת הנוהל לקיצור משך השהות של ילדים במרכזי החירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים**. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ומשרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- מורג, ת' (1995). אתגרים חדשים בהגדרת גבולות הילדות והבגרות לאור האמנה הבינלאומית בדבר זכויות הילד. **ביטחון סוציאלי**, 44, 108–116.

- משרד הרווחה והשירותים החברתיים (2017). **סקירת השירותים החברתיים לשנת 2016**. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- ניב-יגודה, ע' (2008). עמדות קטינים עם מחלות מסכנות חיים, ביחס לזכות ההשתתפות בהליך הרפואי. **בטאון הסיעוד האונקולוגי בישראל**, 3(3), 12–6.
- עוזיאל, ע' (2012). **עקרון ההשתתפות הלכה למעשה: שיתוף התלמיד בועדת השמה**. עבודת דוקטור. האוניברסיטה העברית בירושלים.
- פבר, מ' (2007). מדוע הוקמו מרכזי חירום. בתוך ש' כהן (עורכת), **בית עם חלון: מרכזי חירום לילדים ובני משפחותיהם**. ירושלים: אשלים.
- פריד, ב', פיגלסון, פ' וסלוצקי, ח' (2010). **מרכזי חירום: מידע על מרכזי חירום לאנשי מקצוע**. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- צומן, ש' (2003). **שביעות רצון מהחיים של ילדים בפנימייה שיקומית: קשרים עם מאפייני רקע ומאפייני שהות**. עבודת מוסמך. האוניברסיטה העברית בירושלים.
- קורצ'אק, י' (2009). **כיצד לאהוב ילדים** (תרגם י' צוק). הקיבוץ המאוחד.
- קושר, ח' (2016). **זכות הילד להשתתפות: עמדות ותפיסות בקרב ילדים, הורים ועובדים סוציאליים**. עבודת דוקטור. האוניברסיטה העברית בירושלים.
- רוזנפלד, י' (2003). למידה מהצלחות – כיצד לעצב עבודה סוציאלית ההולמת את מיועדיה. **חברה ורווחה**, 4(4), 361–377.
- רטלוי, ס' (2006). אחריות המדינה בקידום זכויות ילדים. **המשפט**, 22, 3–11.
- ריבקין, ד' (2009). **הערכת מרכזי ילדים הורים: דו"ח מסכם**. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- שורק, י' וריבקין, ד' (2010). **הערכת התוכנית הניסיונית לשיתוף ילדים בהליכים משפטיים הנוגעים להם בבתי משפט לענייני משפחה**. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- שרון, ר' (2016). **השתתפות ילדים ושביעות רצון מטיפול. המקרה של מרכזי ילדים והורים**. עבודת דוקטור. האוניברסיטה העברית בירושלים.
- Aard-Davidzon, B., & Benbenishty, R. (2008). The role of workers' attitudes and parent and child wishes in child protection workers assessments and recommendations regarding removal and reunification. *Children and Youth Services Review*, 30, 107–121.
- Barber, J. G., Delfabbro, P. H., & Cooper, L. L. (2001). The predictors of unsuccessful transition to foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(6), 785–790.
- Bell, M. (2002). Promoting children's rights through the use of relationship. *Child and Family Social Work*, 7(1), 1–11.
- Bessell, S. (2011). Participation in decision making in out-of-home care in Australia: What do young people say? *Children and Youth Services Review*, 33, 496–501.
- Bohrnstedt, G. W., Freedman, H. E., & Smith, T. (1981). Adult perspectives on children's autonomy. *Public Opinion Quarterly*, 45, 443–462.
- Bradshaw, J., Keung, A., Rees, G., & Goswami, H. (2011). Children's subjective well being: International comparative perspectives. *Children and Youth Services Review*, 33, 548–556.
- Brawn, L. (2003). Mainstream of margin? The current use of family group conference in child welfare practice in the UK child and family. *Social Work*, 8, 331–340.
- Cashmore, J. (2002). Promoting the participation of children and young people in care. *Child Abuse & Neglect*, 26, 837–847.
- Cherney, I. D., & Shing, Y. L. (2008). Children's nurturance and self-determination rights: A cross-cultural perspective. *Journal of Social Issues*, 64, 835–856.

- Coyne, I. (2006). Consultation with children in hospital parents' and nurses': Children perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 61–71.
- Day, M. D., Peterson-Badali, M., & Ruck, M. D. (2006). The relationship between maternal attitude & young's people attitude toward children rights. *Journal of Adolescence*, 29, 193–207.
- Evans, D. R., Burns, J. E., Robinson, W. E., & Garrett, O. J. (1985). The quality of life questionnaire: A multidimensional measure. *American Journal of Community Psychology*, 13, 305–322.
- Fattore, T., Mason, J., & Watson, E. (2009). When children are asked about their wellbeing: Towards a framework for guiding policy. *Child Indicator Research*, 2, 57–77.
- Firestone, G. (2009). Empowering parents in child protection mediation: Challenges and opportunities. *Family Court Review*, 47, 98–115.
- Flekkoy, M. G., & Kaufman, N. H. (1997). *The participation rights of the child: Rights and responsibilities in family and society*. London: Jessica Kingsley.
- Fortin, J. (1998). *Children's rights and the developing law*. London, Edinburgh, & Dublin: Butterworths.
- Franklin, B. (1997). The ladder of participation in matters concerning children. In J. Boyden, & J. Ennew (Eds.), *Children in focus: A manual for participatory research with children*. Stockholm: Grafisk Press.
- Gilligan, R. (2000). The key role of social workers in promoting the well-being of children in state care: A neglected dimension of reforming policies. *Child and Family Social Work*, 14, 267–276.
- Gilman, R., & Barry, J. (2003). Life satisfaction and social desirability among adolescents in a residential treatment setting: Changes across time. *Residential Treatment for Children & Youth*, 21(2), 19–42.
- Gilman, R., & Hendwerk, M. L. (2001). Changes in life satisfaction as a function of stay in residential setting. *Residential Treatment for Children & Youth*, 18(4), 47–65.
- Greenfield, S., & Kaplan, S. H. (1988). Patients participation in medical care. *Journal of General Internal Medicine*, 3(5), 448–457.
- Hart, R. (1992). *Children's participation: From tokenism to citizenship*. Florence: UNICEF international child Development Center.
- Head, B. W. (2011). Why not ask them? Mapping and promoting youth participation. *Children and Youth Services Review*, 33, 541–547.
- Helwig, C. C. (1997). The role of agent and social context in judgments of freedom of speech and religion. *Child Development*, 68, 484–495.
- Hubberstey, C. (2001). Client involvement as a key element of integrated case management. *Child and Youth Care Forum*, 30, 83–97.
- Katz, D., Gutek, B. A., Kahn, R. L., & Barton, E. (1975). *Bureaucratic encounters: A pilot study in the evaluation of government services*, Institute for social research. Ann Arbor, MI: University of Michican.
- Keng, A. K., & Hooi, W. S. (1995). Assessing quality of life in Singapore: An exploratory study. *Social Indicators Research*, 35, 71–91.



- League of Nations (1924). *Geneva Declaration of Rights of the Child of 1924*. League of Nations O.J. Spec. Supp. 21, at 43.
- Leeson, C. (2007). My life in care: Experiences of non-participation in decision-making processes. *Child & Family Social Work*, 12, 268–277.
- Levkoff, S., & DeShane, M. R. (1979). Evaluation of services by clients: An idea whose time it yet to come! *Journal of Gerontological Social Work*, 2, 55–65.
- Lubin, J. (2009). Are we really looking out for the best interests of the child? Applying the New Zealand model of family group conferences to cases of child neglect in the United States. *Family Court Review*, 47, 129–147.
- Maluccio, A., Ainsworth, F., & Thoburn, J. (2000). *Child welfare outcome research in the United States, the United Kingdom and Australia*. Washington, DC: CWLA Press.
- Manful, E., & McCrystal, P. (2010). Conceptualization of children's rights: What do child care professionals in Northern Ireland say? *Child Care in Practice*, 16, 83–97.
- McLeod, A. (2007). Whose agenda? Issues of power and relationship when listening to looked-after young people. *Child and Family Social Work*, 12, 278–286.
- Moos, R. H. (1974). *Evaluating treatment environments: A social ecological approach*. New York: J. Wiley.
- Munro, E. (2001). Empowering looked-after children. *Child & Family Social Work*, 6, 129–137.
- Munro, E. (2011). *The Munro review of child protection final report: A child-centred system*. London: The Stationery Office.
- Ochaita, E., & Espinosa, M. A. (1997). Children's participation in family and school life: A psychological and developmental approach International. *Journal of Children's Rights*, 5, 279–297.
- Peterson-Badali, M., Morine, S. L., Ruck, M. D., & Slonim, N. (2004). Predictors of maternal and early adolescent attitudes toward children's nurturance and self determination rights. *Journal of Early Adolescence*, 24, 159–179.
- Peterson-Badali, M., & Ruck, M. D. (2008). Studying children's perspectives on self-determination and nurturance rights: Issues and challenges. *Journal of Social Issues*, 64, 749–769.
- Peterson-Badali, M., Ruck, M. D., & Ridley, E. (2003). College students' attitudes towards children's nurturance and self-determination rights. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 730–755.
- Poertner, J., McDonald, T. P., & Murray, C. (2000). Child welfare outcomes revisited. *Children and Youth Services Review*, 22, 780–810.
- Polkki, P., Vornanen, R., Pursiainen, M., & Riikonen, M. (2012). Children's participation in child protection processes as experienced by foster children and social workers. *Child Care in Practice*, 18, 107–125.
- Rees, G., & Main, G. (Eds.) (2015). *Children's views on their lives and well-being in 15 countries: An initial report on the Children's Worlds survey, 2013-14*. York, UK: Children's Worlds Project (ISCWeB).
- Reid, P., & Gundlach, J. (1983). A scale for the measurement of consumer satisfaction with services. *Journal of Social Service Research*, 7, 37–67.



- Robinson, A., & Thomson, R. (2001). Variability in patient preferences for participating in medical decision support tools. *Quality in Health Care*, 10, 134–138.
- Rogers, C. M., & Wrightsman, L. S. (1978). Attitudes toward children's rights. *Journal of Social Issues*, 34(2), 59–68.
- Ruck, M. D., Keating, D. P., Abramovitch, R., & Koegl, C. J. (1998). Adolescents' and children's knowledge about rights: Some evidence for how young people view rights in their lives. *Journal of Adolescence*, 21, 275–289.
- Runeson, I., Hallstrom, I., Elander, G., & Hermeren, G. (2002). Children's participation in the decision-making process during hospitalization: an observational study. *Nursing Ethics*, 9, 583–598.
- Sanders, R., & Mace, S. (2006). Agency policy and the participation of children and young people in the child protection process. *Child Abuse Review*, 15, 89–109.
- Shemmings, D. (2000). Professional attitudes to children's participation in decisionmaking: Dichotomous accounts and doctrinal contests. *Child and Family Social Work*, 5, 235–243.
- Shier, H. (2001). Pathways to participation: Openings, opportunities and obligations. *Children and Society*, 15, 107–117.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452–464.
- Thomas, N. (2002). *Children, family and the state: Making- decision and child participation*. London: Macmillan/Bristol: Policy Press.
- Treseder, P. (1997). *Empowering children and young people: Promoting involvement in making-decision training manual*. London: Save the Children Fund and Children's Rights Office.
- The United Nations (1959). Declaration of the Rights of the Child. O.A. res 1386 (XIV).
- Van Bijleveld, G. G., Dedding, C. W. M., & Bunders-Aelen, J. F. F. (2013). Children's and young people's participation within child welfare and child protection services: A state-of-the-art review. *Child and Family Social Work*, 20, 129–138.
- Vis, S., Holtan, A., & Thomas, N. (2012). Obstacles for child participation in care and protection cases: Why Norwegian social workers find it difficult. *Child Abuse Review*, 21, 7–23.
- Vis, S. A., Strandbu, A., Holtan, A., & Thomas, N. (2010). Participation and health: A research review of child participation in planning and decision-making. *Child and Family Social Work*, 16, 325–335.
- Vis, S. A., & Thomas, N. (2009). Beyond talking – children's participation in Norwegian care and protection cases. *European Journal of Social Work*, 12, 155–168.
- Willow, C., Marchant, R., Kirby, P., & Neala, B. (2004). *Young children's citizenship: Idea into practice*. York: York Publishing Services.
- Wulczyn, F. (2004). Family reunification. *The Future of Children*, 14, 95–113.
- Zastowny, T. R., Roghmann, K., & Cafferata, G. L. (1989). Patient satisfaction and use of health services: Explorations in causality. *Medical Care*, 27, 705–723.