

זכויות הילד במרכזי חירום: שביעות רצון ומידת השתתפות בקבלת החלטות, מנקודת מבטם של הילדים ושל אנשי המקצוע

מאת

עפרה יצחק-כהן* ואשר בן-אריה**

המחקר עורך השוואה בין נקודת המבט של ילדים בגילאי 8-14 ששהו במרכזי חירום ובין נקודת מבטם של אנשי המקצוע העובדים במרכזי החירום, ביחס לשביעות רצונם של הילדים והשתתפותם בקבלת החלטות בעניינם. במחקר השתתפו 147 אנשי מקצוע ו-47 ילדים משמונה מרכזי חירום, אשר נדגמו בדגימת נוחות. אנשי המקצוע והילדים מילאו שאלון אנונימי. הממצאים העלו שרוב (85%) אנשי המקצוע היו שבעי רצון מהטיפול שהילדים קיבלו במרכזי חירום, בעוד שיעור הילדים שהיו מרוצים היה נמוך בהרבה (66%). כמו כן, רוב (91.5%) הילדים סברו שיש לילדים זכות להשתתף בקבלת החלטות, בעוד שיעור אנשי המקצוע שחשבו כך היה פחות ממחצית. עוד נמצא שעל פי תפיסת אנשי מקצוע, ילדים משתתפים יותר בקבלת החלטות בעת שהותם במרכז חירום בהשוואה לאופן שבו תופסים הילדים את השתתפותם. ראוי לבחון את תפיסת אנשי המקצוע בנוגע לשביעות הרצון של הילדים מהשהות ומהטיפול במרכזי חירום ואת מידת השתתפותם בהחלטות בעניינם ולהשוואתה לנקודת מבטם של הילדים. פערים בתפיסות עשויים להביא לידי שינוי במדיניות ובפרקטיקה להגברת ההתאמה בין אנשי המקצוע לילדים.

א. מבוא

ב. מרכזי חירום

1. נקודות מבט של אנשי מקצוע וילדים – היבט מחקרי
2. שביעות רצון – הגדרה

* דוקטור, עובדת סוציאלית מחוזית, שירותי בריאות כללית, מחוז דן-פתח תקווה.
** פרופסור, דקן ביה"ס לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית ע"ש פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית בירושלים, מנכ"ל מכון חרוב.

3. השוואה בין נקודת מבט של אנשי מקצוע לזו של ילדים – סקירה מחקרית
 4. השתתפות ילדים בקבלת החלטות
 5. הגישה הפטרנליסטית וגישת האוטונומיה
 6. מודל ההשתתפות של הארט
 7. השתתפות ילדים בקבלת החלטות – היבט מחקרי
- ג. שיטת המחקר**
1. אוכלוסיית המחקר והמדגם
 2. הליך איסוף הנתונים
 3. כלי המחקר
 4. המשתנים הבלתי תלויים
 - (א) מאפייני רקע
 - (ב) תפיסת אנשי מקצוע / ילדים בנוגע למידת ההשתתפות של הילדים בקבלת החלטות
 5. המשתנה התלוי: תפיסת שביעות הרצון של הילדים במרכזי חירום
 6. ממצאים
 - (א) הבדלים בשביעות רצון של אנשי מקצוע מהטיפול לעומת שביעות הרצון של הילדים
 - (ב) הבדלים בתפיסת שביעות רצון לפי גורמים ואוכלוסייה
 - (ג) הבדלים בתפיסה ביחס להשתתפות הילד בקבלת החלטות
- ד. דיון**
1. שביעות רצונם של הילדים מהשהות ומהטיפול במרכזי חירום
 2. תפיסות אנשי מקצוע בנוגע לשביעות הרצון של הילדים מהשהות ומהטיפול במרכזי חירום
 3. הבדלים בין ילדים לאנשי מקצוע ביחס לשביעות הרצון של הילד
 4. תפיסת הילדים בנוגע להשתתפותם בקבלת החלטות בעניינם
 5. תפיסת אנשי מקצוע בנוגע להשתתפות הילדים בקבלת החלטות בעניינם
 6. הבדלים בין תפיסות של ילדים ובין תפיסות של אנשי מקצוע ביחס להשתתפות הילד בקבלת החלטות בענייניו
 7. הקשר בין שביעות רצון של ילדים ובין השתתפות בקבלת החלטות
- ה. מגבלות המחקר**
1. מדגם המחקר
 2. איכות המדידה של משתני המחקר
 3. הליך איסוף הנתונים במחקר
- ו. סיכום והמלצות**
1. המלצות למדיניות
 2. המלצות לפרקטיקה

א. מבוא

אחד הגורמים המרכזיים שעיצבו את התייחסות החברה והמשפט בישראל לתופעת ההתעללות בילדים בתוך המשפחה¹ הוא התיקון לחוק העונשין משנת 1989, בסעיפים 368א ו-368ח לחוק העונשין, התשל"ז-1977. תיקון זה מוכר גם בשם חוק הגנה על קטינים וחסרי ישע.² בשנת 2021 הופנו 59,933 דיווחים חדשים על קטינים לטיפולם של עובדים סוציאליים לחוק הנוער (טיפול והשגחה), התש"ך-1960, בחשד להיותם נפגעי התעללות והזנחה.³ ילדים נפגעי התעללות והזנחה הם ילדים החיים במצבים המסכנים אותם במשפחתם ובסביבתם, וכתוצאה של מצבים אלה נפגעה יכולתם לממש את זכויותיהם על פי האמנה הבין-לאומית לזכויות הילד⁴ בתחומים האלה: קיום פיזי והתפתחות, השתייכות למשפחה, למידה ורכישת מיומנויות, רווחה ובריאות רגשית, השתייכות והשתתפות חברתיות, הגנה מפני אחרים ומפני התנהגויות מסכנות שלהם את עצמם.⁵

לתופעת ההתעללות בילדים יש השלכות שליליות הן בטווח הקצר והן בטווח הארוך. מחקרים שבחנו השלכות בטווח הקצר ציינו כי ילדים החווים התעללות סובלים מבעיות רבות: עיכוב או פיגור תפקודים חברתיים, קשיים בתפקוד, קושי בהצבת מטרות והשגתן, אפאתיות, הערכה עצמית נמוכה, ליקוי בזיכרון, קשיי ריכוז, הישגים נמוכים בלימודים, התנהגות של בריחה ממסגרות, השחתת רכוש והתנהגות אלימה כלפי האחר.⁶ ההתעללות היא גורם סיכון ממשי למגוון רחב של סוגי תחלואה פסיכיאטרית וגופנית.⁷ קורבנות התעללות נוטים לסבול

- 1 תמר מורג "חובת הדיווח – אחרי עשרים שנה" נקודת מפגש 1, 16 (2010).
- 2 חוק העונשין (תיקון מס' 26), התש"ן-1989, ס"ח 10 (להלן: תיקון מס' 26 לחוק העונשין).
- 3 **ילדים בישראל – שנתון 2022** (המועצה הלאומית לשלום הילד, אריאל דוד עורך ראשי 2022). בין הסיבות לדיווח לעובדים סוציאליים לחוק הנוער, שיעור הדיווחים הגבוה ביותר (22%) היה בגין התעללות פיזית. יתר הדיווחים (28%) על פגיעות היו בגין הזנחה (18%) והתעללות מינית (10%).
- 4 אמנה בדבר זכויות הילד, כ"א 31, 221 (נפתחה לחתימה ב-1989, אושרה ונכנסה לתוקף ב-1991) (להלן: האמנה בדבר זכויות הילד או האמנה).
- 5 **דין וחשבון הוועדה הציבורית לבדיקת מצבם של ילדים ובני נוער בסיכון ובמצוקה** 21 (2006).
- 6 Dante Cicchetti & Sheree L. Toth, *A Developmental Psychopathology Perspective on Child Abuse and Neglect*, 34 J. AM. ACAD. CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY 541 (1995); Patrick Tomlinson, *Assessing the Needs of Traumatized Children to Improve Outcomes*, 22 J. SOC. WORK PRAC. 359 (2008).
- 7 Natalie Sachs-Ericsson, Dan Blazer, E. Ashby Plant & Bruce Arnow, *Childhood Sexual and Physical Abuse and the 1-Year Prevalence of Medical Problems in the National Comorbidity Survey*, 24 HEALTH PSYCHOL. 32 (2005); Natalie Sachs-Ericsson, Kathleen Kendall-Tackett & Annya Hernandez, *Childhood Abuse, Chronic Pain, and Depression in the National Comorbidity Survey*, 31 CHILD ABUSE & NEGLECT 531 (2007).

מבעיות רפואיות כרוניות, כגון בעיות גינקולוגיות, בעיות נוירולוגיות, כאב כרוני, ובעיקר מהפרעות נפשיות כגון PTSD, דיכאון, חרדה ומחשבות אובדניות.⁸

המדיניות בישראל – כבמקומות אחרים בעולם, דוגמת ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה ואנגליה – היא לאפשר לילדים שיש חשד להתעללות והזנחה כלפיהם להישאר, ככל שזה אפשרי, במסגרת משפחתם.⁹ בבסיס מדיניות זו עומדת הנחה שהמקום הטוב ביותר להתפתחות תקינה של הילד הוא בית הוריו.¹⁰ במהלך השנים פיתח משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים מגוון של שירותים במסגרת הקהילה הנותנים מענה לבעיות של הילד והמשפחה במקום המגורים ובתמיכת הקהילה. ההתערבויות הטיפוליות מגוונות, ובכללן שילוב במסגרות קהילתיות מתאימות, כמו מועדוניות, מעונות רב־תכליתיים, מרכזי ילדים־הורים ועוד. נוסף על כך התפתחו שירותים חוץ־ביתיים שנועדו לילדים הזקוקים להוצאה מהבית לפרק זמן קצר או ממושך, מסיבות הקשורות בילד עצמו או במשפחתו, אשר מסכנות אותו או אינן מאפשרות את התפתחותו התקינה. אלה כוללים מעונות פנימייתיים, מעונות משפחתיים ומשפחות אומנה.¹¹ לב ההליך הוא ועדות תכנון, טיפול והערכה.¹² ועדות אלו ממלאות תפקיד מכריע בהחלטה על מסגרות הטיפול בילד בקהילה ועד כדי הוצאת ילד מרשות הוריו, באופן זמני או לצמיתות. במצבים שבהם השתכנעה הוועדה שהילד זקוק למסגרת חוץ־ביתית והמשפחה אינה מסכימה, נעשית פנייה לבית המשפט לנוער לשם הוצאת צו חירום במטרה להורות על הוצאת הילד להשגמה חוץ־ביתית. במסגרת זו מוכרו הקטין כ"נזקק", והשמתו מחוץ לבית נעשית ללא הסכמת הוריו.¹³

- 8 .Karl Kirkland, *Assessment and Treatment of Family Violence*, 14 J. FAM. PRAC. 713 (1982)
- 9 .Fred Wulczyn, *Family Reunification*, 14 FUTURE CHILD. 94 (2004); Anat Zeira, *New Initiatives in out-of-Home Placements in Israel*, 9 CHILD & FAM. SOC. WORK 305 (2004)
- 10 .Duncan Lindsey, Sacha Martin & Jenny Doh, *The Failure of Intensive Casework Services to Reduce Foster Care Placements: An Examination of Family Preservation Studies*, 24 CHILD. & YOUTH SERVICES REV. 743 (2002)
- 11 עדנה שמעוני ורמי בנבנישתי **ילדים נפגעי התעללות והזנחה ובמצבי סיכון ומצוקה השוהים במסגרות חוץ ביתיות והמטופלים בקהילה: רקע, מצב ותוצאות** 8 (דוח מחקר, מכון חרוב 2011).
- 12 ועדת תכנון, טיפול והערכה פועלת במחלקה לשירותים חברתיים בכל רשות מקומית. מיהות הוועדה ותוכן תפקידה מעוגנים בחוזר מנכ"ל משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. ראו הוראה 8.9 (ועדת תכנון טיפול והערכה – תפקידה ודרכי עבודתה) לתקנון עבודה סוציאלית (11.1.2017).
- 13 שמעוני ובנבנישתי, לעיל ה"ש 11, בעמ' 9; **ילדים בישראל – שנתון 2020: כולל נתונים ממספר הקורונה** 98 (אריאל דוד עורך ראשי, מכון חרוב, המועצה לשלום הילד 2020) (להלן: **ילדים בישראל – שנתון 2020**). בין השנים תשע"ד לתשע"ח שיעור הילדים שהושמו בידי משרד הרווחה במסגרות חוץ ביתיות עלה בכ-18% (מ-10,570 ל-12,439 ילדים). באותה תקופה עלה מספר הילדים בישראל בכ-9% (מ-2,682,000 ל-2,934,000 ילדים).

הסמכות להוצאת ילדים ממשמורת הוריהם מעוגנת בחוק הנוער ובתקנות שהותקנו מכוחו.¹⁴ חקיקה זו נועדה להגן על ילדים הנמצאים במצבים המחייבים התערבות של רשויות המדינה. במקרים שבהם העובד הסוציאלי סבור כי קטין הוא נזקק ונשקפת לו סכנה מיידית או שהוא זקוק לטיפול רפואי או טיפול אחר שאינו סובל דיחוי, חוק הנוער מקנה לו סמכות לפעול לאלתר על ידי הפעלת אמצעי חירום.¹⁵ ילדים הנמצאים במצבי התעללות והזנחה המחייבים את הוצאתם מהבית באופן מיידי מופנים למסגרת אבחונת במרכז חירום.

מטרת המחקר הנוכחי היא לבחון את ההבדלים בין התפיסה של הילדים לזו של אנשי המקצוע שטיפלו בהם במרכזי החירום ביחס לשביעות הרצון של הילדים מהשהות והטיפול במרכזי החירום ומהשתתפותם בהליך הטיפול. המאמר מתחיל בתיאור מסגרת מרכזי החירום. בהמשכו יש התייחסות תאורטית ומחקרית לשביעות הרצון של הילדים והשתתפות ילדים בקבלת החלטות. הושם דגש מיוחד בתיאור המודל של הארט (Hart), שהינו כלי ניתוחי המסייע בהערכת מנגנוני השיתוף הקיימים. בחלק של שיטת המחקר מתוארים האוכלוסיות והמדגם, הליך איסוף הנתונים, כלי המחקר, המשתנים והממצאים.

ב. מרכזי חירום

מרכזי חירום הוקמו על ידי השירות לילד ולנוער סמוך לחקיקת חוק הגנה על קטינים וחסרי ישע בשנת 1989.¹⁶ המדובר במסגרת להתערבות בזמן משבר, המיועדת לילדים עד גיל 14

- 14 תקנות הנוער (טיפול והשגחה) (סדרי דין), התשל"א-1970; תקנות הנוער (טיפול והשגחה) (הוראות שונות), התשכ"ב-1962.
- 15 ס' 11 לחוק הנוער: "אמצעי חירום: (א) היה עובד סוציאלי לפי חוק הנוער (טיפול והשגחה) סבור כי קטין הוא נזקק ונשקפת לו סכנה תכופה או שהוא זקוק לטיפול רפואי או אחר שאינו סובל דיחוי, רשאי הוא לנקוט בכל האמצעים הדרושים לדעתו למניעת אותה סכנה או למתן אותו טיפול אף ללא הסכמת האחראי על הקטין, ובלבד שלא יוחזק קטין יותר משבוע ימים מחוץ לרשותו של האחראי עליו אלא באישור בית המשפט. (ב) אין בהוראות סעיף קטן (א) כדי להסמיך עובד סוציאלי לפי חוק הנוער (טיפול והשגחה) להורות ללא הסכמת האחראי על הקטין, כי הקטין ייבדק בדיקה פסיכיאטרית או כי יאושפו בבית חולים, אך רשאי העובד הסוציאלי לנקוט אחת מאלה: (1) לפנות בעניינו של הקטין לפסיכיאטר מחוזי, על מנת שישקול אם להורות כי הקטין יובא בדחיפות לבדיקה פסיכיאטרית לפי סעיף 6 לחוק טיפול בחולי נפש; (2) להביא קטין לבית חולים לשם בדיקה רפואית, נפשית וגופנית, בידי פסיכיאטר מומחה לילדים ולנוער, לצורך החלטה לפי סעיף 5 לחוק טיפול בחולי נפש."
- 16 במסגרת תיקון מס' 26 לחוק העונשין. מרכזי החירום מופעלים על ידי עמותות, והפיתוח והפיקוח הם באחריות משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים (כיום משרד הרווחה והביטחון החברתי). במרכזים פועלים צוות עובדים רב-מקצועי המקיים את חיי היומיום של הבית לאורך היממה וכולל עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ומטפלים אחרים, וכן צוות חינוכי. לכל מרכז יש אגף בית וקבוצת מדריכים השוהים עם הילדים ברציפות, יומם ולילה.

אשר חוו הזנחה חמורה או התעללות ברמה המחייבת הגנה מיידית מחוץ לבית. למרכז חירום מופנים ילדים בשתי דרכים: האחת באמצעות צו חירום המופעל על ידי עובד סוציאלי לחוק הנוער כאשר מדובר במצב של סכנה מיידית, והאחרת בצו ביניים מאת בית משפט לאחר דיון והמלצה של ועדת תכנון, טיפול והערכה.

מרכז חירום נועד לענות על שני צרכים עיקריים: (1) לשמש מקלט לילדים עד גיל 14 שחוו התעללות; (2) לשמש מסגרת בעלת מנגנון מקצועי לאבחון הילדים הפגועים, לטיפול בהם ולסיוע בתכנון עתידם.¹⁷ 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 הטווח שאליה יועבר. בכל מרכז שוהים בין 14 ל-20 ילדים בר־זמנית. 40% מתוכם הובאו לשם בצו חירום מחשש לסכנה ממשית לשלומם. סיבות ההפניה למרכזי חירום מגוונות וכוללות: הזנחה חמורה (36%), כשל הורי המשולב בבעיות התנהגות של הילד (26%), התעללות מינית (11%), פגיעה פיזית (9%) והשאר מסיבות אחרות.¹⁸ משך השהות במרכז חירום הוא בין שלושה לשישה חודשים במוצע.¹⁹

ברחבי הארץ הוקמו 13 מרכזי חירום, בהם מרכזי חירום מיוחדים לאוכלוסיות ספציפיות, כגון מרכז חירום מסורתי־דתי, מרכז חירום חרדי, מרכז לחברה הערבית ומרכז לאוכלוסייה הבודואית. בתשעה ממרכזי החירום יש שתי יחידות המשלימות זו את זו ופועלות זו לצד זו: היחידה הפנימייתית והיחידה הטיפולית־ייעוצית.²⁰ היחידה הטיפולית־ייעוצית (אקסטרנית) מטפלת בילדים שמצבם מאפשר את המשך שהייתם בבית, או בילדים ששהו חודשים מספר במרכז הפנימייתי ועל פי המלצת ועדות תיאום, תכנון וטיפול חזרו לביתם, אך זקוקים להמשך

17 מרים פבר "מדוע הוקמו מרכזי החירום" בית עם חלון: מרכזי חירום לילדים ובני משפחותיהם 17, 13 (שלומית כהן עורכת, מהדורה שנייה 2007).

18 סקירת השירותים החברתיים 2016 9 (משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, מתו"ה – אגף למחקר, תכנון והכשרה 2017).

19 דגנית לוי ורחל סבו־לאל הטמעת הנוהל לקיצור משך השהות של ילדים במרכזי חירום של משרד הרווחה והשירותים החברתיים 5 (דמ-727-16, מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, משרד הרווחה והשירותים החברתיים 2016). ואולם, למעשה, בהשוואה בין השנים 2010, 2013 ו-2015, השהות הממוצעת של ילד במרכז חירום הייתה דומה – בין 6.2 חודשים ל-6.5 חודשים; בשנת 2015 עמד ממוצע חודשי הטיפול במסגרות החירום על כשישה חודשים; ממוצע חודשי השהות בבתי מעבר לגיל הרך המיועדים לזמן שהות של עד שנה היה 10.9 חודשים; הגיל הממוצע של ילדים בסיכון המטופלים במסגרות חירום אינטרניים הוא שש שנים ותשעה חודשים. בנקודה זו עולות שאלות רבות: מהו אורך השהות הרצוי והיעיל ביותר? מתי השהות במרכז החירום ארוכה מדי ועלולה לפגוע בילדים? מתי ההקפדה על אורך שהות של שלושה חודשים עלולה אף היא לפגוע?

20 רחל סבו־לאל ופידא ניג'ם-אכתילאת היחידות הטיפוליות־ייעוציות במרכזי החירום לילדים בסיכון: פעילות היחידות לאור תכנית השדרוג i (דוח מחקר, דמ-614-12, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, מרכז אנגלברג לילדים ולנוער 2012).

מעקב וטיפול.²¹ היחידה הפנימייתית (אינטרנית) של מרכז החירום פועלת כל ימות השנה, 24 שעות ביממה. היא נועדה לאפשר לילדים פסק זמן בתקופת משבר להם ולמשפחה, לסייע להתמודדות של ילדים והורים במצבי חירום, לערוך אבחון דינמי של הילד ושל מערכת יחסיו עם המשפחה, להמליץ על תוכנית טיפול המשכית לילד ולערוך אותה.²² במרכז חירום צוות עובדים המקיימים את חיי היומיום של הבית לאורך היממה וצוות מקצועי טיפולי, שהינו בין-מקצועי וכולל עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ומטפלים אחרים וכן צוות חינוכי.²³ את חיי היומיום של הבית מחזיקים אם הבית וקבוצת מדריכים הנמצאים עם הילדים ברציפות, יומם ולילה.²⁴ כיוון שמדובר בילדים שהוצאו מבתיהם ועברו לגור במרכז חירום, מרכז החירום נדרש לספק להם חדר ומיטה, מזון, מקלחת ובגדים.²⁵ לכל אלה דואגים אנשי הצוות בתפקידיהם השונים. המרכז הוא אפוא סביבה כוללנית המתייחסת לכל צרכיו של הילד.²⁶ במהלך שנת 2021 הוצאו למרכזי חירום 460 ילדים במצבי סכנה.²⁷

כאמור, הילדים שהוצאו מהבית למרכזי חירום יצאו בצו של בית משפט, בניגוד לרצונם או לרצון הוריהם. ברוב המקרים אלה ילדים שסבלו מהתעללות או הזנחה, אך יש גם ילדים שהוצאו מהבית עקב קשיים רגשיים והתנהגותיים שלהם וקושי של ההורים לתת מענה לקשיים אלה.²⁸ הילדים המופנים למרכזי חירום סובלים מקושי אחד או יותר: קשיים בתפקוד ההורי ומסוגלות הורית נמוכה. לרוב הילדים מגיעים ממשפחות רב-בעייתיות הסובלות מקשיים במגוון תחומי חיים: עוני, אבטלה, בעיות דיור, מחלות נפש, התמכרויות, חולי ונכות ועוד. גם ההורים של ילדים אלו סובלים לעיתים קרובות מרמות גבוהות של חרדה ודיכאון ומדימוי עצמי נמוך;²⁹ ההתמודדות של ההורים עם הבעיות, וכן ההיסטוריה שלהם עצמם – לעיתים קרובות גם הם באים ממשפחות רב-בעייתיות וחווי התעללות והזנחה בילדותם – כל אלה גורמים קשיים של ממש בהורות: הזנחה, התעללות מסוגים שונים, קושי בהצבת גבולות

21 פבר, לעיל ה"ש 17, בעמ' 18–19.

22 שם, בעמ' 17.

23 שלומית כהן "מבוא" בית עם חלון: מרכזי חירום לילדים ובני משפחותיהם 21, 27 (שלומית כהן עורכת, מהדורה שנייה 2007).

24 שם.

25 שם.

26 שם.

27 ילדים בישראל – שנתון 2020, לעיל ה"ש 13, בעמ' 98.

28 גלית הראל, תהילה עצמון, ליאת שפירא ורחל דקל "התערבות קבוצתית עם אימהות שילדיהן הוצאו מהבית" חברה ורווחה לג 501 (2013); אילנה לביא חוויית הפרידה של אמהות בעקבות השמת ילדיהן במסגרות פנימייתיות (עבודת גמר לתואר "מוסמך בעבודה סוציאלית", אוניברסיטת בר-אילן, 2000).

29 Eli Buchbinder & Orit Bareqet-Moshe, *Hope and Siege: The Experiences of Parents Whose Children were Placed in Residential Care*, 28 RESIDENTIAL TREATMENT FOR CHILD. & YOUTH 120 (2011); FROMA WALSH, STRENGTHENING FAMILY RESILIENCE (2nd ed. 2006).

לילדים, חוסר יכולת להגן על הילדים מסכנות מבחון, סיכון הילדים בתוך הבית, טשטוש גבולות בין הורים לילדים, בלבול בהיררכיה, חוסר אונים, אי־בהירות בזהות ההורית, קושי ביכולת של ההורים לחוש אמפתיה כלפי ילדיהם ועוד.³⁰ קשיי תפקוד של הילדים מתבטאים בבעיות בתחום הרגשי, הנפשי, ההתנהגותי והלימודי וכן בעיות מעורבות המובילות לקשיים בתפקוד ההורי ולקשיי תפקוד של הילד.³¹ המשאבים העומדים לרשות ההורים כדי להתמודד עם אתגרי ההורות דלים או אינם קיימים, וכך האופציה היחידה הקיימת היא הוצאת הילדים מהבית במטרה להגן עליהם ולספק את צורכיהם.

המסגרת הפנימיית של מרכזי החירום מאפשרת לאנשי המקצוע להיות בצומת של המפגש בין הורים לילדיהם בסביבה שונה מן הבית, וכך להעמיק את ההבחנה בין פגיעות עמוקות למצוקות זמניות, בין הורים בלתי מסוגלים להורים הזקוקים ומסוגלים לקבל עזרה ובין סוגים שונים של עזרה שילדים זקוקים לה כדי להתגבר על הפרעות הנרכשות לאחר חוויות קשות של התעללות פיזית, נפשית, מינית ושל הזנחה עמוקה.³² ההנחה היא שעזרה לילדים נפגעים באמצעות הוצאתם מרשות הוריהם איננה פתרון מספק, וכל ניסיון התערבות עם ילדים ללא תהליך מקביל עם הוריהם עלול לגרום טראומה ונזק נוסף לילד, שממילא חווה חוויות טראומטיות.³³ מכאן שכדי לעזור לילד יש צורך לסייע להורה, וההשפעה החיובית של הטיפול תלויה בכך במידה רבה.³⁴ נקודה מרכזית בעבודה עם ההורים היא העלאת המודעות שלהם לצורכי הילדים וכן לתוצאות הקשות של פגיעתם בילדים.³⁵ הריקוד העדין, בין התייחסות לצורך של ההורים להגן על עצמם ובין הצורך להגן על ילדיהם מפניהם, מחייב לבחון לעומק את האפשרויות של שיפור ההורות, כדי לבחון אם הילדים יוכלו לחזור לחיות עם הוריהם.³⁶ המשפחה עוברת תהליך טיפולי הכולל, בין היתר, עבודה על הקשר הורה־ילד והדרכה בנוגע

- 30 הראל, עצמון, שפירא ודקל, לעיל ה"ש 28.
 31 שם.
 32 פבר, לעיל ה"ש 17, בעמ' 18.
 33 ראו JOSEPH GOLDSTEIN, ALBERT J. SOLNIT & SONJA GOLDSTEIN, THE BEST INTERESTS OF THE CHILD: THE LEAST DETRIMENTAL ALTERNATIVE (1996).
 34 מנקודת מבטם של ההורים, המטפלים מייצגים את הממסד המערער על מעמדם כהורים. ההורים עלולים לראות את המטפלים כבעלי כוח רב, הפועלים להחליש אותם ולפגוע בקשריהם עם הילדים. המטפלים מצידם עלולים אף הם למצוא את עצמם חשים איבה ועוינות כלפי ההורים הפוגעים. עם זאת, ייתכן שתיווצר מערכת יחסים חיובית בין ההורים ובין המטפלים במהלך השהות במרכז החירום, וזו עשויה להתפתח לחוויה של שותפות בנוגע לגורלם של ילדי המשפחה. ראו כהן, לעיל ה"ש 23, בעמ' 31.
 35 Freda Feigelson & Yitzhak Lander, *Working with Parents in Israeli Emergency Centers for Children at Risk*, in WORKING WITH PARENTS: LEARNING FROM OTHER PEOPLE'S EXPERIENCES 61 (Ann Wheal ed., Russell House Pub. 2000).
 36 נעמי רוכמן "הורות והטיפול בה במרכז חירום" בית עם חלון: מרכזי חירום לילדים ובני משפחותיהם 220, 221 (שלומית כהן עורכת, מהדורה שנייה 2007).

לקשייו הרגשיים של הילד ולטיפול נכון יותר בו. במרכז החירום נמצאים אפוא ההורים, לא פחות מילדיהם, במוקד העבודה הטיפולית.

נוסף על ההיבט הטיפולי, במרכזי חירום קיימת אף התייחסות להיבט הלימודי. אוכלוסיית הילדים במרכז חירום הינה הטרוגנית מבחינות רבות: גיל, רמת הלימוד, בעיות רגשיות ונפשיות, קשיים חברתיים והתנהגותיים. מדובר בדרך כלל בילדים שההפרעות הנפשיות וההתנהגותיות שלהם חמורות, לעיתים קרובות בגלל ההיסטוריה של ההתעללות, ורבים מהם סובלים מקשיי למידה (חלקם עד כדי פיגור קל) על רקע חסך סביבתי או הזנחה קשים.³⁷ עם זאת, לכולם יש מאפיינים משותפים, כמו קיומו של מצב חירום, היסטוריה קשה של התעללות נפשית, פיזית או מינית שבעטייה הורחקו מן הבית. קיים אפוא קושי רב במיון ילדים אלה למסגרת לימוד על פי המקובל במערכת החינוכית. הכיתה הלימודית במרכז חירום פועלת על פי מודל ייחודי, שבאמצעותו מנסים להתאים את המסגרת החינוכית לצורכי הילדים, למאפייניהם ולהטרוגניות שלהם.³⁸ על פי המודל הלימודי במרכז החירום, מיון הילדים ושילובם בקבוצות לימוד נעשה לפי הרמה הלימודית ועל פי המצב הנפשי-חברתי, וגורמים כמו גיל ומין הם משניים. שיטת העבודה היא פרטנית-קבוצתית, באופן שהילד מתחיל ללמוד בשיעורים פרטניים ובהדרגה משתלב בקבוצות לימוד קטנות ולאחר מכן גדולות יותר.

לאורך כל התהליך הדגש הוא בקשר טיפולי עם הילד ובהוראה משקמת, ונשמר הרצף בין הדינמיקה בכיתה הלימודית ובין החיים במרכז. גם בתחום הקשיים הלימודיים קיים ניסיון לשתף את ההורה בתהליך ההערכה.³⁹ המודל מושתת על רכיבים דינמיים והומניסטיים. נוסף על הלמידה הפעילה מודגשים היבטים של למידה חווייתית, ועבודה מושקעת בטיפוח הייחודיות של כל ילד וילד, תוך התחשבות בקשייו הקוגניטיביים והנפשיים.

בתקופת השעות במרכז החירום מגבש צוות המרכז תוכנית טיפול בשיתוף עם גורמי הקהילה. ההחלטות וההמלצות יגובשו סופית במסגרת ועדת תכנון, טיפול והערכה. הוועדה ממליצה בדרך כלל על אחת מהחלופות: הילד יחזור לביתו והמשך הטיפול יהיה במסגרת הקהילה; הילד יחזור לביתו והמשך הטיפול יהיה במסגרת היחידה הטיפולית-ייעוצית; הילד יושם בסידור חוץ-ביתי: פנימייה, משפחה אומנת ועוד.⁴⁰

- 37 ג'ומנה נשאשיבי וזיאד מסאלחה "המודל החינוכי במרכז החירום אעבלין לילדים בסיכון מן המגזר הערבי" בית עם חלון: מרכזי חירום לילדים ובני משפחותיהם 181, 187 (שלומית כהן עורכת, מהדורה שנייה 2007).
- 38 שם, בעמ' 184.
- 39 שם, בעמ' 188.
- 40 בתיה פריד, פרדה פיגלסון וחנה סלוצקי מרכזי חירום: חוברת מידע לאנשי מקצוע 16 (מהדורה שלישית 2010).

1. נקודות מבט של אנשי מקצוע וילדים – היבט מחקרי

לאורך השנים התבססו מחקרים רבים על נקודת המבט של אנשי מקצוע בסוגיות שונות הקשורות למטופלים בכלל וילדים שטופלו במסגרות הרווחה בפרט. הסיבות נעוצות בקושי הרב להשיג מידע מהמטופלים עצמם, ובהנחה של אנשי המקצוע שהמטופלים לא יוכלו למסור דיווחים אובייקטיביים.⁴¹ בשנים האחרונות התחזקה עמדה המייחסת משמעות רבה לנקודת מבטם של מטופלים בכלל ושל ילדים בפרט, זאת מאחר שמחקר הבוחן משתנים הקשורים למטופל עצמו אינו יכול להתעלם מנקודת מבטו הסובייקטיבית של המטופל.⁴² כמו כן, חל שינוי בתפיסה בנוגע ליכולתם של המטופלים, מקומם וזכויותיהם ובמיוחד – שינוי הגישה כלפיהם.⁴³ המפתח לידע על אופן הסיוע למטופלים מצוי בידיהם של המטופלים, כך שבאמצעות שיתוף פעולה בין מטופלים למטופלים ניתן יהיה ליצור דגמי התערבות יעילים יותר.⁴⁴

יוצא אפוא שקיימת חשיבות בשילוב המטופל במחקר והפיכתו למקור הערכה שווה ערך למטפל, כך שהידע הנצבר יתבסס על שני המקורות גם יחד. בהתייחסות לילדים כמטופלים מתחדדת ההבנה שהשלב ההתפתחותי שבו מצוי הילד, הידע, הערכים, ניסיון החיים, הרעיונות החינוכיים, ההתניות החברתיות והרצונות האישיים הם בסיס להבדל בין תפיסת ילדים לתפיסת מבוגרים. התוצר הטוב ביותר מתקבל כאשר הילד והמבוגר מקבלים אחריות משותפת. נוצר שיתוף פעולה אופטימלי המשלב בין האינטרסים של הילד ותפיסת עולמו ובין הידע והניסיון המקצועי של המבוגר.⁴⁵

המחקר הנוכחי השווה בין תפיסת הילדים לתפיסת אנשי המקצוע ביחס לשביעות רצון והשתתפות בקבלת החלטות במרכז חירום. חשיבות שילובם של הילדים במחקר היא בחשיפת עולמם, השקפותיהם ועמדותיהם ביחס לשביעות רצונם מהשהות והטיפול במרכז החירום ומידת השתתפותם בהליך קבלת החלטות בעניינם. קיימת חשיבות בהקשבה לקולותיהם של הילדים, תוך ניסיון להביא לידי ביטוי את תפיסתם ביחס לשביעות רצונם והשתתפותם

George Stricker, *The Test of Time: Strupp and Hadley's Tripartite Model of Mental Health* 41 (1977), 17 CLINICAL CHILD PSYCHOL. & PSYCHIATRY 631 (2012)

Asher Ben-Arieh, James McDonell & Shalhevet Attar-Schwartz, *Safety and Home-School Relations as Indicators of Children Well Being: Whose Perspective Counts?*, 90 Soc. INDICATORS RES. 339 (2009)

אדוארד פרגר "מעורבות פונים בתהליכי הערכת טיפול במרכז יום לבריאות נפש" *חברה ורווחה* ד 255 (1981).

יונה מ' רוזנפלד "שותפות – קווים לפיתוח פרקטיקה עם ולמען אוכלוסיות מובסות" *חברה ורווחה* יג 225 (1992).

Naima T. Wong, Marc A. Zimmerman & Edith A. Parker, *A Typology of Youth Participation and Empowerment for Child and Adolescent Health Promotion*, 46 AM. J. COMMUNITY PSYCHOL. 100 (2010)

בהליכים. הם אלו שעברו את החוויה ויכולים להעריך באופן הטוב ביותר את התהליך על כל רכיביו. ברם, קיימת חשיבות גם בשילובם של אנשי המקצוע. לדרך שבה אנשי מקצוע תופסים את מידת שביעות רצונם והשתתפותם של ילדים במרכזי חירום יש השלכות על מצבם של הילדים. עדויות שונות העלו ששמיעת דעתו של הילד תלויה במידה רבה בעמדות ובדרכי פעולה של אנשי המקצוע.⁴⁶ אנשי מקצוע העובדים עם ילדים במרכזי חירום אחראים ברוב המקרים הן לשביעות רצונם של הילדים והן להגדרת זכויותיהם של הילדים במרכזי חירום ולהענקתן.

הנגשה של זכות ההשתתפות לילדים הנמצאים במרכזי חירום על פי רוב אינה ישירה, 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 של הילדים תלוי במידה רבה בתפיסה שיש לאנשי מקצוע.⁴⁷ לעמדתם קיימת אף השפעה רבה על ההתנסות בפועל של הילדים במימוש זכות ההשתתפות.⁴⁸ האופן שבו אנשי מקצוע תופסים את זכויות הילדים, לרבות הזכות להשתתפות, עשוי להשפיע גם על תפיסת הילדים, כמו ביחס לנושאים ערכיים ומוסריים אחרים בהם עמדת אנשי המקצוע מועברת בדרך של סוציאליזציה: באופן ישיר על ידי דיון או על ידי עצם הענקת הזכות או שלילתה.⁴⁹

יוצא אפוא שמחקר המשלב בין האינטרסים של הילדים ותפיסת עולמם ובין הידע והניסיון המקצועי של אנשי המקצוע יכול לשקף לאנשי המקצוע וקובעי מדיניות את המציאות של הילדים, כפי שזו נתפסת על ידיהם. פערים בתפיסות עשויים להביא לידי שינוי במדיניות ובפרקטיקה להגברת ההתאמה בין אנשי מקצוע לילדים.

2. שביעות רצון – הגדרה

מקובל להגדיר שביעות רצון מהחיים על פי שני סוגים של מדדים: (א) מדדים חברתיים חיצוניים, המבטאים את רמת חייו של היחיד והמשפיעים על חייו בתחומים שונים, כגון

46 אשר בן-אריה ויפעת בויער "האזרח הקטן בישראל": אזרחות וילדות זיקה והשפעה" ביטחון סוציאלי 63, 236 (2002).

47 Isabelle D. Cherney & Yee L. Shing, *Children's Nurturance and Self-Determination Rights: A Cross-Cultural Perspective*, 64 J. SOC. ISSUES 835 (2008)

48 Michele Peterson-Badali, Stephany L. Morine, Martin D. Ruck & Naomi Slonim, *Predictors of Maternal and Early Adolescent Attitudes Toward Children's Nurturance and Self-Determination Rights*, 24 J. EARLY ADOLESCENCE 159 (2004)

49 David M. Day, Michele Peterson-Badali & Martin D. Ruck, *The Relationship Between Maternal Attitude and Young People's Attitude Toward Children's Rights*, 29 J. ADOLESCENCE 193 (2006)

בריאות, רווחה, קשרי חברות, ביטחון ופנאי;⁵⁰ (ב) מדדים אישיים פנימיים, המבטאים את הפער הנתפס על ידי היחיד בין איכות חייו לממדי השוואה שונים, כדוגמת ציפיותיו, שאיפותיו, חוויותיו כמו גם תפיסותיו באשר למצבם של אחרים והשלכותיהם על שביעות רצונו.⁵¹ שביעות רצון של ילדים השוהים במרכזי חירום היא מושג מורכב להגדרה. המורכבות נובעת מכך שיש להתייחס הן למשמעות המושגית, שהיא רב־ממדית, והן לאפיונים של האוכלוסייה הנחקרת.

בהתייחס לילדים השוהים במרכזי חירום, גורמי חוסן חשובים בהקשר זה הם תחושה של מחוברות חברתית, תמיכה מקבוצת השווים ומאנשי הצוות ואקלים חיובי.⁵² גורמים הקשורים ברמות נמוכות של שביעות רצון כוללים קונפליקטים, אלימות וקשיי הסתגלות פסיכר-סוציאליים.⁵³ נוסף על שני סוגי המדדים – מדדים חברתיים חיצוניים ומדדים אישיים פנימיים – מתקיימת אינטראקציה ייחודית עם אנשי המקצוע במשך 24 שעות ביממה לתקופה ניכרת, ולכן קיים אף הצורך להתייחס לשביעות רצון מהטיפול הניתן להם במרכזי החירום.

שביעות רצון מטיפול מתייחסת למידה שבה הטיפול ממלא אחר השאיפות, הרצונות והמשאלות של המטופל מהשירות. היא מוערכת לפי הפונקציה שהמפגש מילא עבורם ומהערכת הקשר בינם לבין המטפלים.⁵⁴ קיימים שלושה רכיבים עיקריים של שביעות הרצון של המטופל ממפגשו עם השירות: רלוונטיות (הטווח שבו השירות נותן מענה לבעיותיו של המטופל); השפעה (הטווח שבו השירות משפיע על המטופל ומקל את בעיותיו); סיפוק (הטווח שבו התהליכים הקיימים בשירות מעלים את הדימוי והערך העצמי של המטופל ונותנים לו הרגשה של כוח ואינטגרציה. מטופלים מתייחסים ברמות שונות לכל אחד מרכיבי שביעות הרצון שצוינו.⁵⁵ על פי המודל שפיתחו כץ, גוטק, קאן וברטון ניתן להצביע על כמה

- David R. Evans, Joan E. Burns, Wendy E. Robinson & Owen J. Garrett, *The Quality of Life Questionnaire: A Multidimensional Measure*, 13 AM. J. COMMUNITY PSYCHOL. 305 (1985) 50
- Kau Ah Keng & Wang Siew Hooi, *Assessing Quality of Life in Singapore: An Exploratory Study*, 35 SOC. INDICATORS RES. 71 (1995) 51
- Kate A. Levin & Candace Currie, Family Structure, *Mother-Child Communication, Father-Child Communication, and Adolescent Life Satisfaction: A Cross-Sectional, Multilevel Analysis*, 110 HEALTH EDUC. 152 (2010) 52
- Bettina F. Piko, *Satisfaction with Life, Psychosocial Health and Materialism among Hungarian Youth*, 11 J. HEALTH PSYCHOL. 827 (2006) 53
- Sue Levkoff & Michael R. DeShane, *Evaluation of Services by Clients: An Idea whose Time it Yet to Come!*, 2 J. GERONTOLOGICAL SOC. WORK 55 (1979) 54
- P. Nelson Reid & James H. Gundlach, *A Scale for the Measurement of Consumer Satisfaction with Services*, 7 J. SOC. SERVICE RES. 37 (1983) 55

גורמים המשפיעים על שביעות רצונם של מטופלים: ⁵⁶ קשר בין תכונות השירות ובין שביעות הרצון של המטופלים ממגעיהם עם השירות; קשר בין תכונות המטופלים ובין שביעות רצונם ממגעיהם עם השירות; קשר בין גורמים סובייקטיביים/אובייקטיביים הקשורים למפגש עם השירות.

ניתן אפוא לומר שהמושג "שביעות רצון" הוא רב־ממדי ויכול לבטא הן ביקורת על השירות והן כלי לבדיקת יעילותו. שביעות רצון אינה תכונה או מצב קבוע אלא תוצאה של אינטראקציה משתנה בין האדם לסביבתו על כל רכיביה, אשר עשויה להשתנות בפרקי זמן שונים של הטיפול. ⁵⁷ מדידת שביעות הרצון בקרב ילדים המטופלים במרכזי חירום תהא אפוא מורכבת במיוחד נוכח טבעו הבעייתי של המפגש בין הילד לאנשי המקצוע.

3. השוואה בין נקודת מבט של אנשי מקצוע לזו של ילדים – סקירה מחקרית

מחקרים שערכו השוואה בין נקודת המבט של מבוגרים לזו של הילדים העניקו נקודת ראות נוספת חשובה, וזו אפשרה לעמוד על הפערים בין עמדות הילדים לבין האופן שבו תופסים המבוגרים את עמדותיהם. מחקר שערך השוואה בין נקודות המבט של אנשי מקצוע ובין אלה של ילדים בנושאים של שביעות רצון והשתתפות בקבלת החלטות מצא שעובדים סוציאליים העריכו את שביעות הרצון של הילדים כנמוכה יותר מזו שדווחה על ידי הילדים. ⁵⁸ מחקרם של לין ומור מצא פערים בין תפיסת מטופלים לתפיסת מטפליהם באשר לרכיבי הטיפול. ⁵⁹ המחקר הראה שקיימים מדדים החשובים בעיני המטופלים יותר מאשר בעיני הצוות המטפל, והם: סביבה פיזית, היבטים פסיכולוגים של הטיפול, מקצועיות ותפקיד המטפל בטיפול עצמאותו של המטופל. ⁶⁰

לעומת זאת, מחקר אחר הראה התאמה גבוהה בין הערכות המטפל לבין הערכות הפונה במדד הרווחה הנפשית של הפונה ובהערכה של חומרת הבעיות והתקדמות הטיפול, למעט

Daniel Katz, Barbara A. Gutek, Robert L. Kahn & Edward Barton, *Bureaucratic Encounters: A Pilot Study in the Evaluation of Government Services* (University of Michigan 1975) 56

Thomas R. Zastowny, Klaus J. Roghmann & Gail L. Cafferata, *Patient Satisfaction and the Use of Health Services: Explorations in Causality*, 27 MED. CARE 705 (1989) 57

רונית שרון *השתתפות ילדים ושביעות רצון מטיפול: המקרה של מרכזי ילדים והורים* 58 (חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", האוניברסיטה העברית בירושלים 2016).

Mary R. Lynn & Kathryn Moore, *Relationship Between Traditional Quality Indicators and Perceptions of Care*, 5 SEMINARS FOR NURSE MANAGERS 187 (1997) 59

איילת מקרוס "תפקיד העובד הסוציאלי בחברה משתנה מנקודת המבט של עובדים סוציאליים ולקוחותיהם" *חברה ורווחה* כו 135 (2006). 60

ברכיבי הקשרים החברתיים ואובדן שליטה.⁶¹ גם סירליס מצאה שהמטפלים והמטופלים העריכו את בעיות המטופל באותם תחומים ובאותו סדר התפלגות בין התחומים.⁶² ממצאים אלו סותרים את מחקרה של זוהר,⁶³ שלפיו כ־80% מהמקרים הנחקרים הייתה אי־הסכמה בין ציפיותיו של המטופל מהטיפול לבין היעדים הטיפוליים, כפי שראה אותם המטפל וכפי שבאו לידי ביטוי באסטרטגיה הטיפולית. ממצאי מחקר נוסף העידו על מידה רבה של אי־הסכמה בהגדרת הבעיות הפסיכו־סוציאליות של המטופל אצל העובדים הסוציאליים והמטופלים.⁶⁴ יוצא אפוא שקיימים מחקרים שערכו השוואה בין נקודת המבט של אנשי מקצוע ובין זו של מטופליהם אשר בהם ניתן למצוא ממצאים סותרים ביחס לפער בין התפיסות. המחקר הנוכחי מצטרף למחקרים בנושא ועורך השוואה בין תפיסות אנשי מקצוע למטופלים ילדים, ביחס לשביעות הרצון של הילדים ומידת השתתפותם במרכזי חירום.

4. השתתפות ילדים בקבלת החלטות

בשנת 1991 אשררה מדינת ישראל את האמנה בדבר זכויות הילד. האמנה במהותה כוללת כמה עקרונות מרכזיים: שוויון, טובת הילד, חיים, הישרדות והתפתחות והחשוב לענייננו, המעוגן בסעיף 12 לאמנה, הוא עקרון ההשתתפות של ילדים בהחלטות הנוגעות לחייהם. עקרון ההשתתפות כולל שני רכיבים, אשר כל אחד מהם הוא זכות בפני עצמה; הראשון מעוגן בסעיף 12(1), ולפיו תינתן "לילד המסוגל לחוות דעה משלו את הזכות להביע דעה כזו בחופשיות, בכל עניין הנוגע לו, תוך מתן משקל ראוי לדעותיו, בהתאם לגילו ולמידת בגרותו של הילד". במילים אחרות, ילדים זכאים להביע את דעותיהם ללא כפייה או הגבלה כלשהי הן כאשר לעצם ההתבטאות והן כאשר לתוכנה.⁶⁵ הרכיב השני, שמעוגן בסעיף 12(2) לאמנה, הוא ש"תינתן לילד הזדמנות להישמע בכל הליך שיפוטי או מינהלי הנוגע לו במישרין או בעקיפין". החידוש אינו בזכותו של הילד להישמע אלא בחובתם של אלו שהחלטותיהם ופעולותיהם משפיעות על הילד להתחשב בדעותיו. סייג לזכות זו מופיע ברעיון הכשירות המתפתחת (סעיף

61 יעל גירון, מירב ברזון, ארנה כהן ודפנה פרומר "תחושת רווחה לפני התערבות מקצועית ואחריה: התאמה בין תפיסת הפונה לתפיסת העובד הסוציאלי" **חברה ורווחה** כא 255 (2001).

62 Elizabeth A. Sirls, *Client-Counselor Agreement on Problem and Change*, 63 SOC. CASEWORK 348 (1982). ראו גם Elisabeth Mutschler & Aaron Rosen, *Evaluation of Treatment Outcome by Client and Social Worker*, 106 SOC. WELFARE F. 156 (1979).

63 ארדה זוהר **תהליכים טיפוליים במבוי סתום** (עבודת גמר לתואר "מוסמך בפסיכולוגיה", אוניברסיטת תל־אביב 1997).

64 דבורה איציק וגיייל אוסלנדר "הגדרת בעיות מידת ההתאמה בין עובדים סוציאליים בבתי-חולים ובין מטופליהם" **חברה ורווחה** טז 401 (1996); דרורית גוטפרוינד **ציפיות תפקיד של קציני מבחן ושל מטופלים עברייני סמים ומרמה בשרות מבחן למבוגרים** (עבודת גמר לתואר "מוסמך בעבודה סוציאלית", האוניברסיטה העברית בירושלים 1994).

65 סביונה רוטלוי "אחריות המדינה בקידום זכויות ילדים" **המשפט** 22, 3 (2006).

12(1) לאמנה, כאמור) – "הזכות להישמע מוקנית רק כאשר הילד מסוגל לגבש את דעותיו, והמשקל שיינתן להן יהיה תואם את גילו ובגרותו הנפשית".⁶⁶

עקרון ההשתתפות כולל ארבעה מאפיינים מרכזיים: הזכות להביע דעה; הזכות שדעה זו תובע בחופשיות; הזכות שלעמדתו של הקטין יינתן משקל ראוי בהתאם לגילו ולמידת בגרותו; הזכות למידע. ילדים מסוגלים לעצב דעה מגיל מוקדם מאוד, והאמנה אינה מגדירה גיל שהוא גבול תחתון באשר לזכותם של ילדים להשתתפות.⁶⁷ ההתייחסות היא לילד כאל אדם אקטיבי היכול לעצב דעה, אלא אם כן הוכח מעל לכל ספק כי הילד נטול יכולת זו. נטל ההוכחה מוטל על הטוען כי הילד אינו יכול לעצב דעה.⁶⁸ האמנה שמה דגש בזכות להביע דעה ללא כפייה או מגבלה כלשהי. לילד יש חופש מלא שלא לבטא את דעתו אם אינו מעוניין בכך, ואין להפעיל עליו לחץ להביע את דעתו בניגוד לרצונו. ההתייחסות למשקל שיש לתת לעמדת הילד מבהירה כי לא די בשמיעה של הילד וכי יש לשקול ברצינות את דבריו ולהביא אותם בחשבון. האמנה מעניקה לילד את הזכות להשתתף באופן גדול והולך בפעילויות בחברה ולקחת חלק בקבלת החלטות הנוגעות לחייו ככל שהוא מתבגר. השתתפות הילד צריכה להיות מותאמת לכשריו המתפתחים ולעקרון טובת הילד. כמו כן, יש לאזן את עקרון ההשתתפות גם עם הזכויות באמנה המסדירות הגנה על הילד ועל זכויותיו העוסקות בהתפתחותו.⁶⁹ ייחודו של סעיף 12 לאמנה הוא שכאשר הדבר נוגע בהחלטות המשפיעות על הילד, עולה הדרישה לא רק לאפשר לילד חופש ביטוי כי אם גם לשמוע אותו באמת ולתת לדבריו את המשקל הראוי.⁷⁰

עקרון ההשתתפות מגלם בתוכו כפל מטרות: המטרה הראשונה היא מתן ביטוי מפורש ומשמעותי להכרה בילד כנושא זכויות עצמאי בנפרד ובמנותק מן המבוגרים האחראים לו או המטפלים בו, ולזכותו לקחת חלק בעיצוב מהלך חייו ובהכרעות בענייניו. העיקרון קובע לא רק את זכותם של הילדים לבטא את דעתם, אלא גם את החובה של הגורם המחליט להעניק משקל ראוי לדבריהם, משקל אשר ייקבע בשים לב לגילם ולמידת בגרותם. הטלת חבות זו היא המקנה משמעות יישומית להשתתפות הילדים.⁷¹ עקרון ההשתתפות מעמיד את הילד במרכזו של

- 66 הוועדה לבחינת עקרונות יסוד בתחום הילד והמשפט ויישומם בחקיקה דוח הוועדה: חלק כללי 207 (משרד המשפטים 2003).
- 67 עשוי להיווצר מצב שבו הילד יהיה בעל דעה משלו אך יתקשה להביעה. במקרים כאלה יש לסייע לילד להישמע. כך, לדוגמה, בנוגע לילדים עם צרכים מיוחדים נדרשות התאמות והתחשבות מיוחדת.
- 68 הנחת המוצא היא שכל ילד יכול להביע את רגשותיו ואת דעותיו, בין אם באופן מילולי ובין אם בתקשורת בלתי מילולית, ויש למצוא את הדרך הנאותה לאפשר לכל ילד להביען.
- 69 MALFRID GRUDE FLEKKOY & NATALIE HEVENER KAUFMAN, THE PARTICIPATION RIGHTS OF THE CHILD: RIGHTS AND RESPONSIBILITIES IN FAMILY AND SOCIETY (Jessica Kingsley Pub. 1997).
- 70 וזאת בניגוד לס' 13 לאמנה, המעגן את חופש הביטוי של הילד באופן כללי ואינו מתייחס לעצם חובת השמיעה של הילד.
- 71 מורג "חובת הדיווח", לעיל ה"ש 1.

תהליך קבלת ההחלטות בענייניו ומעניק מקום מרכזי לנקודת מבטו בהחלטות העוסקות בו. המטרה השנייה היא הכרה בחשיבותה של ההשתתפות להעצמת ילדים, לעידוד, לקידום, לטיפוח ולהבטחת זכויותיהם מתוך כוונה לחזק את מעמדם באוכלוסייה בהווה ובעתיד. חולשתו החברתית של הילד מעמידה אותו בסיכון מיוחד שיקופחו זכויותיו כאדם בשל היעדר יכולתו לעמוד על זכויותיו ולהגן על עצמו מפני שלילתן על ידי המבוגרים. ללא הקנייה של זכות ההשתתפות יקשה על החברה למנוע את התממשות הסיכון שבקיפוחם של ילדים באופן יעיל.

דברים אלה מקבלים דגש מיוחד שעה שעסקינן ביישום עקרון ההשתתפות בהליך התערבות שנכפה מכוח החוק על הילד והוריו. העובדה שמדובר בהליך שנכפה על הילד והוריו מאירה את עקרון ההשתתפות של ילדים אלו באור שונה: טובת הילד מול זכותו.

5. הגישה הפטרנליסטית וגישת האוטונומיה

בחינה מעמיקה ביחס לזכותו של הילד להיות שותף בהחלטות הנוגעות לענייניו מגלה ספקטרום רחב ביחס לתפיסת זכויותיו של הילד. מחד גיסא, הגישה הפטרנליסטית: עקרון "טובת הילד"; מאידך גיסא, גישת האוטונומיה: עקרון "זכויות הילד". על פי עקרון טובת הילד כובד המשקל בנוגע לקבלת החלטה עובר מהילד אל המבוגר הרלוונטי, והוא המחליט עבור הילד מתוך מגמה של קידום מרבי של האינטרסים שלו.⁷² בעיניהם של המצדדים בגישה זו, ילדים הם חלשים ופגיעים, חסרים ניסיון חיים, אינם מסוגלים להגן על עצמם, ולכן עלולים להיות קורבן של החלטותיהם. יותר מכך, קטינים אינם יכולים לקדם בעצמם, באופן ראוי, את האינטרסים שלהם או ליישם את הזכויות שניתנו להם, כיוון שטרם הגיעו להתפתחות שכלית ופיזית מלאה.⁷³ מכאן שילדים אינם מסוגלים לפעול באופן אוטונומי או לחשוב באופן רציונלי. יש אפוא לנקוט דרך פטרנליסטית בנוגע לשיתוף קטינים בהליך קבלת החלטות בעניינם.

בניגוד לעיקרון זה, על פי עקרון "זכויות הילד" לילד נתונות זכויות כיצור אוטונומי בעל זכויות ואינטרסים עצמאיים. לפי עיקרון זה, יש להתייחס אל ילדים בדיוק כמו למבוגרים ולאפשר להם להחליט בנוגע לגורלם בעצמם.⁷⁴ תפיסת עולם זו גורסת כי לילד, כלכל אדם, מוענקות זכויות אדם. מכאן שכל הזכויות המוענקות לבגיר מוקנות גם לקטין. הקטין רשאי

72 Robert H. Mnookin, *Thinking about Children's Rights-Beyond Kiddie Libbers and Child Savers*, 16 STAN L. REV. 24 (1981).

73 תמר מורג "אתגרים חדשים בהגדרת גבולות הילדות והבגרות לאור האמנה הבינלאומית בדבר זכויות הילד" **ביטחון סוציאלי** 44, 108 (1995).

74 MICHAEL FREEMAN, *THE MORAL STATUS OF CHILDREN: ESSAYS ON THE RIGHTS OF THE CHILD* 344 (Martinus Nijhoff Pub. 1997).

לדרוש שיוענקו לו זכויות אלו, והוא בעל הזכות להוציאן מן הכוח אל הפועל.⁷⁵ המצדדים בזכות הילד להשתתפות מציינים כי זכות ההשתתפות מעמידה את הילד במרכז לא רק כמושא ההחלטות אלא כגורם אקטיבי. כמו כן עשויה ההשתתפות להביא להחלטה מותאמת יותר המתקבלת בענייניו של הילד הן בשל ההתרשמות הבלתי אמצעית מהילד והן בשל האינפורמציה שעשויה להתקבל במפגש כזה, על רצונו וצרכיו של הילד וגם על נסיבות עובדתיות הקשורות בחייו שלא תמיד יובאו על ידי הגורמים האחרים.

6. מודל ההשתתפות של הארט

המודל של הארט עומד על מדרג של השתתפות.⁷⁶ הוא נכתב במקורו ביחס לתכנון עירוני ונוסח במחשבה על קבוצות בני נוער ופרויקטים ציבוריים. על פי המודל, הזכות להשתתפות איננה עשויה מקשה אחת וניתן להבחין בדרגות שונות, החל מהיעדר השתתפות, דרך שיתוף מועט ההולך ומתרחב ועד קבלת החלטה ביוזמת הקטין. בתחתית הסולם מניפולציה, זו המופעלת על הקטין ומבססת את השתלטות הבגיר. בשלב השני דקורציה, מקום שבו לא ניתנת לקטין היכולת האמיתית להיות שותף. השלב השלישי הינו זה שבו שיתופו של הקטין מסתכם באותן פעולות סמליות שעשייתן נותרת בבחינת "מס שפתיים" כדי לצאת ידי חובה. שלושת השלבים הראשונים מייצגים את היעדר השתתפות. החל מהשלב הרביעי מוצג מדרג השתתפות באופן הולך וגובר עד רמת השתתפות גבוהה. בשלב הרביעי מתקבלות החלטות אגב ידוע הקטין והעברת המידע הרלוונטי לידיעתו. בשלב החמישי, נוסף על האינפורמציה שניתנת בידי הקטין וידועו, מתקיימת גם התייעצות עם הקטין טרם קבלת ההחלטה ביחס לעמדותיו, רצונותיו ותחושותיו. בשלב השישי קיים שיתוף אמיתי ופעיל של הקטין בהחלטותיו של הבגיר מצד הבגיר וביוזמתו. החל מהשלב השביעי, הקטין הוא המכוון העיקרי של הליך שיתופו, ולבסוף, בשלב השמיני, הליך קבלת ההחלטות מתבצע ביוזמת הילד תוך כדי שיתופו של הבגיר בעמדותיו ובהחלטותיו. הארט מוסיף וטוען שלא בכל מקרה יש לשאוף לרמה הגבוהה ביותר של ההשתתפות וכי הרמה הרצויה תלויה בהקשר.

המודל שפיתח הארט והמשך תרומתו לשיח הזכויות של ילדים בכלל, והזכות להשתתפות בפרט,⁷⁷ הביאו להתפתחות ההבחנה בין השתתפות של קטינים ובין השתתפות משמעותית של

75 יחיאל ש' קפלן "זכויות הילד בפסיקה בישראל – ראשית המעבר מפרטנליזם לאוטונומיה" המשפט 303 (2002).

76 ROGER A. HART, CHILDREN'S PARTICIPATION: FROM TOKENISM TO CITIZENSHIP (UNICEF, Innocenti Essays No. 4 1992).

77 ROGER A. HART, CHILDREN'S PARTICIPATION: THE THEORY AND PRACTICE OF INVOLVING YOUNG CITIZENS IN COMMUNITY DEVELOPMENT AND ENVIRONMENTAL CARE (Routledge 1997).

קטינים.⁷⁸ השתתפות של קטינים תלויה בפעולה אקטיבית של הקטין; לעומת זאת, השתתפות משמעותית של קטינים בהחלטות הנוגעות לעניינים רואה בגורם האחראי את זה שאמור להוביל את הליך ההשתתפות של הקטין, לעודדו ולתמוך בו.⁷⁹

7. השתתפות ילדים בקבלת החלטות – היבט מחקרי

מחקרים מעידים על כך שילדים ומתבגרים מכירים את זכויותיהם, לרבות זכות ההשתתפות.⁸⁰ ברי כי נוסף על הידע וההבנה של זכויותיהם יש חשיבות במימושן,⁸¹ ואחריות המדינה לעודד זאת. סקירת הספרות מצביעה על פער בין מדיניות מוצהרת, הבאה לידי ביטוי בחקיקה והנחיות ושעל פיה יש להבטיח זכותם של ילדים להשתתפות, ובין היקף שיתופם של הילדים.⁸² ההסבר לפער נעוץ בשני חסמים עיקריים: עמדות אנשי מקצוע ביחס לתפיסת הילדים כחסרי יכולת שיפוט, חשש מפגיעה בילדים במסגרת ההשתתפות והתנגדות להכרה בילדים כבעלי זכויות. חסם נוסף מתייחס להיעדר מיומנויות וקשיים רגשיים של אנשי מקצוע בכל הנוגע לשיתוף ילדים.⁸³ הספרות המחקרית מצביעה על כך ששיתוף ילדים בכלל וילדים בסיכון

- THE PARTICIPATION RIGHTS OF ADOLESCENTS: A STRATEGIC APPROACH (Working Paper 78
.Series, Unicef, Aug. 2001)
- JULIAN COHEN & JUDITH EMANUEL, POSITIVE PARTICIPATION: CONSULTING AND INVOLVING 79
YOUNG PEOPLE IN HEALTH-RELATED WORK: A PLANNING AND TRAINING RESOURCE
(Healthwise and the Health Education Authority 1998)
- Asher Ben-Arieh & Shalhevet Attar-Schwartz, *An Ecological Approach to Children's* 80
Rights and Participation: Interrelationships and Correlates of Rights in Different
Ecological Systems, 83 AM. J. ORTHOPSYCHIATRY 94 (2013); Pesanayi Gwirayi & Almon
Shumba, *Children's Rights: How Much do Zimbabwe Urban Secondary School Pupils*
Know?, 19 INT'L J. CHILD. RTS. 195 2011; Charles C. Helwig, Martin D. Ruck & Michele
Peterson-Badali, *Rights, Civil Liberties, and Democracy*, in HANDBOOK OF MORAL
.DEVELOPMENT 46 (Melanie Killen & Judith G. Smetana eds., 2nd ed. 2013)
- Michele Peterson-Badali & Martin D. Ruck, *Studying Children's Perspectives on Self-* 81
Determination and Nurturance Rights: Issues and Challenges, 64 J. SOC. ISSUES 749
(2008).
- Ganna G. Van Bijleveld, Christine W.M. Dedding & Joske F.G. Bunders-Aelen, *Children's* 82
and Young People's Participation within Child Welfare and Child Protection Services: A
State-of-the-Art Review, 20 CHILD & FAM. SOC. WORK 129 (2015)
- INTERNATIONAL PERSPECTIVES AND EMPIRICAL FINDINGS ON CHILD FINDINGS CHILD 83
PARTICIPATION: FROM SOCIAL EXCLUSION TO CHILD-INCLUSIVE POLICIES (Tali Gal &
International (להלן: Benedetta Faedi Duramy eds., Oxford Univ. Press 2015)
Svein Arild Vis, Amy Holtan & Nigel Thomas, *Obstacles for Child* ;(Perspectives
Participation in Care and Protection Cases-Way Norwegian Social Workers Find it
Difficult, 21 CHILD ABUSE REV. 7 (2012)

בפרט תורם לקבלת החלטות מיטיבות בעניינם.⁸⁴ עוד עלה שבעוד במקרים של שיתוף ילדים במצבי סיכון נמצאו התערבויות אפקטיביות יותר והשמות חוץ-ביתיות נמצאו יציבות יותר, הרי שבמקרים שבהם ילדים בסיכון לא שותפו היו כאלה שביטאו את רצונם בדרכים אחרות, כגון בריחה ומרד.⁸⁵ מחקרים אחרים הצביעו על חוויה מעורבת. לצד חוויות טובות ומעצימות דיווחו ילדים שפעמים רבות הם מצאו שתהליך ההשתתפות אינו רלוונטי, משעמם ולעיתים משפיל.

על פי אחד המחקרים, ילדים פיתחו ציפיות לשיתוף משמעותי וביטאו אכזבה, תסכול וכעס כאשר חשו שהשיתוף אינו כן.⁸⁶ במחקר שנערך עם בגירים צעירים בוגרי השמות חוץ-ביתיות, הם הביעו כעס על כך שכאשר היו בני נוער לא ניתן להם מידע מלא על מצבם ועל תהליכי קבלת החלטות בעניינם.⁸⁷ מחקרים מצביעים על כך שילדים ששותפו חשו כי השפיעו על עניינים טריוויאליים אבל לא על הסוגיות המהותיות, כגון מידת הקשר שיהיה להם עם ההורה הביולוגי.⁸⁸ ההשתתפות בתהליך מעניקה לילדים תחושת הכרה בחוויה שלהם, ביכולות שלהם ובקיומם כבני אדם,⁸⁹ והיא עונה על הצורך שלהם בתחושת שליטה על חייהם, בייחוד במצבים של קושי ומצוקה שבהם תחושה זו נשללה מהם. ההשתתפות מאפשרת לילדים בכלל וילדים בסיכון בפרט תהליך הדרגתי של קבלת אחריות לחייהם.⁹⁰

מחקר שהשווה את דעותיהם של אנשי מקצוע בתחום הגנת ילדים בסיכון עם אלה של ילדים בסיכון בעצמם מצא שילדים רצו להיות שותפים להליכי קבלת החלטות בעניינם הרבה יותר מכפי שאנשי מקצוע היו מוכנים לאפשר להם.⁹¹ מחקרו של עוזיאלי בחן שיתוף תלמידים בהחלטות של ועדת השמה.⁹² נמצא כי 75% מן התלמידים סברו שזכות ההשתתפות עומדת לכל תלמיד ללא קשר לגילו או מגבלותיו. לעומתם, רק 54% מאנשי המקצוע צידדו בזכות זו.

84 מורג "אתגרים חדשים", לעיל ה"ש 73.

85 שם.

86 INTERNATIONAL PERSPECTIVES, לעיל ה"ש 83.

87 Sharon Bessell, *Participation in Decision-Making in Out-of-Home Care in Australia: What do Young People Say?*, 33 CHILD. & YOUTH SERVICES REV. 496 (2011)

88 Judy Cashmore, *Promoting the* ; לעיל ה"ש 82, Van Bijleveld, Dedding & Bunders-Aelen *Participation of Children and Young People in Care*, 26 CHILD ABUSE & NEGLECT 837 (2002).

89 Robyn Fitzgerald, Anne Graham, Anne Smith & Nicola Taylor, *Children's Participation as a Struggle over Recognition: Exploring the Promise of Dialogue*, in A HANDBOOK OF CHILDREN AND YOUNG PEOPLE'S PARTICIPATION: PERSPECTIVES FROM THEORY AND PRACTICE 293 (Barry Percy-Smith & Nigel Thomas eds., Routledge 2010)

90 Cashmore, לעיל ה"ש 88.

91 KATHLEEN MARSHALL, CHILDREN'S RIGHTS IN THE BALANCE: THE PARTICIPATION-PROTECTION DEBATE (The Stationery Office Books 1997)

92 ערן עוזיאלי **עקרון ההשתתפות הלכה למעשה: שיתוף התלמיד בוועדת השמה** (חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", האוניברסיטה העברית בירושלים 2012).

60.7% מאנשי המקצוע מסכימים שהשלב השישי, שלפיו קיים שיתוף אמיתי ופעיל של הקטין בהחלטותיו של הבגיר מצד הבגיר וביוזמתו, מייצג את רמת ההשתתפות הרצויה, בעוד 47.9% מהתלמידים חשבו שיש לתת את ההחלטה הבלעדית היכן ילמדו בידי התלמידים. במחקר אחר עלה כי להערכת אנשי המקצוע שטיפלו בעניינים של הילדים, 71% מהילדים שנשמעו נתרמו מההשתתפות. אף ש־93% מהילדים סברו שהזמנת ילדים להשתתפות היא רעיון טוב, רק 62% מהילדים שהשתתפו דיווחו כי ההשתתפות עזרה להם.⁹³ קושר העלתה שילדים תמכו בזכות השתתפותם במידה רבה יותר מהמבוגרים.⁹⁴ ממצא זה מחזק מחקרים אחרים, שלפיהם אנשי מקצוע נוטים לתמוך במידה נמוכה יותר בזכות הילד להשתתפות בהשוואה לילדים.⁹⁵ עוד נמצא ש־64.3% מקרב הילדים ו־45.1% מקרב העובדים הסוציאליים חושבים שילדים צריכה להיות הזכות להשתתפות בוועדות תכנון, טיפול והערכה.⁹⁶ יוצא אפוא שקיימים פערים בין תפיסות ילדים לבין תפיסות אנשי מקצוע במגוון נושאים. המחקר הנוכחי ממשיך את מגמת המחקרים שצוינו לעיל ועורך השוואה בין תפיסת הילדים בנוגע לשביעות רצונם והשתתפותם בקבלת החלטות בעניינם לבין תפיסתם של אנשי המקצוע.

ג. שיטת המחקר

1. אוכלוסיית המחקר והמדגם

אוכלוסיית המחקר כללה שתי קבוצות: ילדים ששהו במרכז חירום בגילים 8–14 ואנשי מקצוע העובדים במרכזי החירום: עובדים סוציאליים, פסיכולוגיים ומטפלים אחרים, וכן צוות חינוכי, אם בית ומדריכים. למטרת המחקר נדגמו דרך שמונה מרכזי חירום בארץ, שתי קבוצות מדגם בלתי תלויות בשיטת דגימה לא הסתברותית.

מתוך כ־120 ילדים השתתפו 47 שנדגמו בדגימת נוחות. 63.8% בנים בגיל ממוצע של 11 (SD=1.8, M=11); 91.5% הם ילידי הארץ; אביהם של 57% נולד בישראל ו־32% לא ידעו לציין את ארץ לידת האב. 45% מהילדים שהו בין שלושה לשישה חודשים במרכז החירום. שיעור דומה שהה בין שבעה לעשרה חודשים. 76.6% הועברו לפנימייה, ורק 17% חזרו הביתה והיתר למשפחות אומנה או למשפחתון.

93 יואה שורק ודורי ריבקין הערכת התכנית הניסיונית לשיתוף ילדים בהליכים משפטיים הנוגעים להם בבתי משפט לענייני משפחה (דוח מחקר, דמ-559-10, מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, מרכז אנגלברג לילדים ולנוער (2010)).

94 חניטה קושר זכות הילד להשתתפות: עמדות ותפיסות בקרב ילדים, הורים ועובדים סוציאליים (חיבור לשם תואר "דוקטור לפילוסופיה", האוניברסיטה העברית בירושלים (2016)).

95 Nicola Taylor, Anne B. Smith & Karen Nairn, *Rights Important to Young People: Secondary Student and Staff Perspectives*, 9 INT'L J. CHILD. RTS. 137 (2001).

96 שרון, לעיל ה"ש 58.

מתוך כמאתיים אנשי המקצוע שהשתתפו, 147 נדגמו בדגימת נוחות. רובם נשים (69%); ממוצע הגיל 34.08 (SD=0.832); רובם נולדו בישראל (90%); כמחציתם נשואים (48%). מתוך המשתתפים, 28% היו עובדים סוציאליים ו-28% מדריכים. ממוצע ותק מקצועי של כלל אנשי המקצוע הוא 3.88 שנים. השכלתם של 38% מתוך המדגם היא תואר שני. 52% מכלל אנשי המקצוע לא עברו קורסי הכשרה לאחר הלימודים.

2. הליך איסוף הנתונים

איסוף הנתונים נערך בנפרד עבור הילדים ועבור אנשי המקצוע. בשלב ראשון נעשתה פנייה לעשרה מתוך 13 המרכזים שפועלים כיום בישראל (מרכז אחד סגר את שערי, אחד מאכלס ילדים בגיל הרך ואחד נפתח לאחר שהחל איסוף הנתונים). שמונה מתוכם נענו לבקשה להשתתף במחקר.

נערך מחקר מקדים בקרב עשרה אנשי מקצוע, ונעשו שינויים קלים בשאלון בהתאם להערותיהם. הנתונים נאספו במהלך החודשים מאי 2013 עד אוקטובר 2014. איסוף המידע מאנשי המקצוע התבצע בכל מרכז חירום בסיוע איש קשר. את השאלון, שהיה אנונימי והורכב משאלות סגורות, מילאו חלק מאנשי המקצוע במהלך ישיבת צוות ואחרים עשו זאת בזמנם החופשי.

לפני איסוף המידע מהילדים נערך מחקר חלוץ בקרב עשרה ילדים בגילים 8–14 שלא היו במרכזי החירום, וכן בקרב חמישה ילדים ששהו במרכז חירום שלא נכללו באוכלוסיית המחקר עצמה. הליך זה סייע לבחון את מידת הבהירות של השאלות, ונעשו התאמות בכלי המחקר בהתאם להערותיהם. מסיבות אתיות לא התאפשר לקבל רשימה של ילדים אשר שהו במרכז חירום, מנהלי מרכזי חירום ביקשו מאיש מקצוע מטעמם לאתר ילדים ולפנות באופן אישי להורה או לאפוטרופוס של הילדים כדי לקבל את הסכמתם להשתתפות הילדים במחקר. עם קבלת הסכמה בכתב, נמסרו לחוקרת הפרטים האישיים ליצירת קשר. הילדים מילאו את השאלון האנונימי, שהיה מורכב ברובו משאלות סגורות במרכז החירום בנוכחות איש צוות. משך מילוי השאלון היה כרבע שעה.

בשל קשיים ניכרים בגיוס ילדים ובקבלת אישור הוריהם להשתתפות במחקר, שאלוני הילדים נאספו לאורך תקופה ארוכה, מסוף 2013 ועד לתחילת 2017. מסיבות אתיות לא התאפשרה פנייה ישירה לאוכלוסיית המחקר אלא באמצעות אנשי מקצוע העובדים במרכז חירום. לאחר קבלת האישור ממשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים נעשו פניות חוזרות ונשנות למנהלי מרכזי החירום במטרה לגייסם לשיתוף פעולה. לאחר כמה ניסיונות נתנו חלקם את הסכמתם וראו חשיבות רבה בעריכת מחקר מסוג זה, ואילו אחרים לא שיתפו פעולה מהטעמים הבאים: חוסר כוח אדם, קושי באיתור מועמדים, חשש לחשיפת מידע אישי על הילדים ובני משפחתם וכן חשש לפגיעה רגשית נוספת בילדים. מנהלי מרכזי החירום, שהביעו את הסכמתם, מינו איש מקצוע מטעמם לאיתור המועמדים למחקר. אנשי המקצוע שמונו לא התפנו לביצוע המשימה. היה צורך ב"חיזור" אחריהם לאורך זמן. חלקם הודיעו שאינם יכולים

להשקיע זמן באיתור ילדים המתאימים למחקר ובניסיון להחתים את הוריהם על כתב הסכמה. היו אנשי מקצוע אחדים שהתנגדו באופן עקרוני לביצוע המחקר, בטענה שהוא עשוי לפגוע רגשית בילדים. אנשי מקצוע אחדים ניאותו לסייע באיסוף הנתונים. גם אלו האחרונים הצליחו להחתים הורים מעטים על כתב הסכמה להשתתפות ילדם במחקר.

הקושי באיסוף הנתונים התגלה גם אצל ההורים והילדים. מדובר במשפחות רב־בעייתיות הסובלות מקשיים במגוון תחומי חיים, שאינן פנויות דיין למילוי שאלון. נוסף על כך, אלו הורים שילדם הוצא מרשותם בניגוד לרצונם, בצו של בית משפט. אפשר לשער ששורר חוסר אמון בינם לבין הגורמים המטפלים, ומסיבות אלו גם הורים שהביעו הסכמה בכתב סירבו לאחר מכן לשתף פעולה. בכמה מקרים, שבהם היו ההורים פרודים או גרושים, נאלצו לפנות להסכמת שני ההורים ובמקרים מסוימים אף לעורכי הדין של שני הצדדים.

3. כלי המחקר

המחקר כלל שני סוגי שאלונים: האחד לאנשי מקצוע והאחר לילדים. בכל אחד מהם היו שלושה חלקים: פרטי רקע; תפיסת ההשתתפות של הילד בקבלת החלטות בענייניו; תפיסת שביעות הרצון של הילד מהשהות והטיפול במרכז חירום.

4. המשתנים הבלתי תלויים

(א) מאפייני רקע

הילדים התבקשו לענות על סדרה של שאלות רקע אישיות: גיל, מין, ארץ לידה, ארץ לידת האב, שנת עלייה של הילד. מאפייני מסגרת: כמה זמן שהה במרכז החירום, היכן מתגורר כיום, מסגרת לימודית והאם נמצא במסגרת חינוך מיוחד. השאלות שהופנו לאנשי המקצוע כללו: דיווח אישי של המשתתפים על גילם, המגדר, ארץ לידה, שנת עלייה ומצב משפחתי. רקע מקצועי: רמת השכלה, מקצוע, ותק מקצועי והכשרה בתחום ילדים.

(ב) תפיסת אנשי מקצוע / ילדים בנוגע למידת ההשתתפות של הילדים בקבלת החלטות

המשתנה נמדד באמצעות כלי מחקר שנבנה במיוחד למחקר הנוכחי. פיתוח הכלי התבסס על השאלון של עוזיאלי,⁹⁷ אשר נוספו לו שאלות ייחודיות למרכזי חירום, לדוגמה: "האם לדעתך, לכל הילדים הנמצאים במרכז חירום צריכה להיות זכות להשתתף בהחלטות בנוגע לעתידם?"

97 עוזיאלי, לעיל ה"ש 92, בנה סולם בעל שמונה שלבים, המתאר רמות שונות לשיתוף התלמיד בדיונים בוועדות השמה. הסולם בנוי באופן ליניארי: כל שלב מכיל את הקודמים לו ומוסיף עליהם – החל מקיום הוועדה מבלי ליידע את התלמיד (שלב 1) ועד למתן הזכות לתלמיד לקבוע בעצמו היכן ילמד (שלב 8).

כן/לא". בכלי עשרים היגדים המתארים את תפיסתם של אנשי המקצוע/הילדים בנוגע להשתתפות הילדים בקבלת החלטות בהיבטים שונים. ביחס לכל היגד התבקשו אנשי המקצוע/הילדים לציין באיזו מידה הם מסכימים עם ההיגד, בסולם לייקרט⁹⁸ שבו חמש דרגות (מ-1 = לא מסכים כלל ועד 5 = מסכים מאוד). נערך ניתוח גורמים מגשש על אוכלוסיית אנשי המקצוע. לאחר שהושמטו ארבעה היגדים, חולצו שלושה משתנים שהסבירו 46.9% מהשונות: "הילדים מעורבים בתכנון ויישום", שהסביר 24.41% מהשונות ($\alpha = .743$); "הבעת דעה", שהסביר 12.39% מהשונות ($\alpha = .700$); "הבנה ויישום", שהסביר 9.49% מהשונות ($\alpha = .021$).⁹⁹ מודל גורמי זהה נמצא גם עבור מדגם הילדים.

בהתבסס על המודל של הארט שאלנו את אנשי המקצוע: כיצד נהוג לשתף ילדים?¹⁰⁰ הצגנו לפני אנשי המקצוע סדרת פריטים מדורגת: 1 = מקיימים את הוועדה בלי לומר לילד ובלי 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 בלי לתת לו להביע את דעתו; 5 = מאפשרים לילד להביע את דעתו בפני הוועדה בלי לשתף אותו בדיון; 6 = שיתפו את הילד בדיון – נתנו לו להביע את דעתו, לשאול שאלות ולענות על שאלותיהם של אחרים; 7 = ביקשו מהילד להביע את דעתו אך לא היה לו מה להגיד. ככל שהדרגה גבוהה יותר, מידת השיתוף של הילד רבה יותר. בכל אחד מהפריטים היה צריך לציין אם אפשרות זו נהוגה במרכז החירום שלהם (כן/לא). אנשי המקצוע התבקשו לציין את האפשרויות הנהוגות אצלם במרכז החירום; מהילדים ביקשנו לסמן את האפשרות המתאימה ביותר במקרה שלהם. התשובות על "סולם השתתפות" מדורג: ככל שהדרגה גבוהה יותר, מידת השיתוף של הילד רבה יותר.

נוסף על כך, שאלנו את אנשי המקצוע/הילדים לדעתם על השתתפות הילדים בקבלת החלטות: "האם לילדים צריכה להיות זכות להשתתף בקבלת החלטות בנוגע לעתידם? (כן/לא)". אם איש המקצוע ציין שאין זכות, הוא נשאל מי לדעתו אינו צריך להשתתף (1=ילדים עם בעיות רגשיות; 2=ילדים צעירים מדי; 3=ילדים שאינם שומרים על כללי

98 טכניקת סילום, שמטרתה לתת אפשרות לדרג משתנים שאין בעבורם יחידת מידה קבועה ומוסכמת, היא סוג מסוים של סולם סדר, שבו מגדירים את הציון של הנחקר כסכום פשוט של הציונים החלקיים שהוא מקבל על סמך תשובותיו לשאלות שוות משקל, המרכיבות את הסולם. שאלות שלא עמדו במבחן תקיפות מוצאות מהמחקר, והציון האמור מתייחס רק לשאלות שעברו מבחן זה.

99 השאלון של המחקר הנוכחי נבנה במיוחד למטרות המחקר. לכן, נבדק אילו פריטים אינם שייכים למטרה העיקרית שאותה נועד השאלון לבדוק ואילו פריטים שייכים לאיזה עולם תוכן. בשיטה זו צמצמנו את השאלון, שהיה מורכב ממספר רב של פריטים, לנושאים ספורים ומוגדרים. ניתוח הגורמים מתבסס על גודל המתאמים בין הפריטים. כל פריט שהטעינות שלו בגורם נמוכה מ-40 הושמט מהניתוח.

100 HART, לעיל ה"ש 76.

ההתנהגות; 4=בנים; 5=בנות; 6=אחר). ניתן היה לסמן יותר מתשובה אחת. כמו כן, שאלנו אם הילדים במרכז החירום הוזמנו לוועדה לתכנון, טיפול והערכה.

5. המשתנה התלוי: תפיסת שביעות הרצון של הילדים במרכזי חירום

מאחר שבספרות לא נמצא כלי לבחינת תפיסתם של אנשי מקצוע בנוגע לשביעות הרצון של ילדים 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 בנוגע לרווחתם ולשביעות רצונם בתחומי חיים שונים.¹⁰¹ לשאלון במחקר הנוכחי נוספו שאלות ייחודיות למרכזי חירום. השאלון נבחן במחקר ניסיוני ונעשו בו התאמות קלות בהתאם להערות שהתקבלו.

אנשי המקצוע/הילדים התבקשו להתייחס ל־23 היגדים הבודקים את מידת ההסכמה עם ההיגד בסולם לייקרט של חמש דרגות (מ־1 לא מסכים כלל ועד־5 מאוד מסכים). לדוגמה: "היה להם מקום שקט ללמוד"; "הילדים פיתחו קשרי חברות". נוסף על כך התבקשו אנשי המקצוע/הילדים לציין בסולם לייקרט של חמש דרגות (מ־1 מאוד שבע רצון עד 5 מאוד לא שבע רצון) מה לדעתם מידת שביעות הרצון של הילדים במרכזי חירום. במטרה לצמצם את מספר ההיגדים בוצע ניתוח גורמים מגשש על אוכלוסיית אנשי המקצוע בגישת Varimax.¹⁰² לאחר השמטת חמישה היגדים בשל רמת טעינות נמוכה מ־0.4, חולצו ארבעה גורמים שהסבירו 52.06% מהשונות:¹⁰³ שביעות רצון מאנשי מקצוע, שהסביר 24.09% מהשונות (α=.773); שביעות רצון חברתית, שהסביר 12.24% מהשונות (α=.693); שביעות רצון ממרכזי החירום, שהסביר 8.26% מהשונות (α=.678); שביעות רצון אישית, שהסביר 7.45% מהשונות (α=.661). המהימנות הפנימית הכוללת של הכלי הייתה טובה (α=.831). מודל גורמי זה נמצא גם עבור מדגם הילדים.

6. ממצאים

(א) הבדלים בשביעות רצון של אנשי מקצוע מהטיפול לעומת שביעות רצון של הילדים

CHILDREN'S VIEWS ON THEIR LIVES AND WELL-BEING IN 15 COUNTRIES: A REPORT ON THE CHILDREN'S WORLDS SURVEY, 2013–14 (Gwyther Rees & Gill Main eds., Children's Worlds Project 2015) 101

שיטת רוטציה אורתוגונלית שמפשטת את הגורמים. 102

ראו לעיל ה"ש 99. 103

רוב אנשי המקצוע דיווחו שלדעתם הטיפול שניתן לילדים במרכזי החירום משביע רצון (61.2% שבעי רצון; 23.8% מאוד שבעי רצון). לעומתם, 66% מהילדים דיווחו על שביעות רצון כזו (23.4% שבעי רצון; 42.6% מאוד שבעי רצון).

כדי לבדוק את ההשערה בנוגע להבדל בממוצע של דירוג שביעות הרצון מהטיפול בין אנשי המקצוע לילדים נערך מבחן t למדגמים בלתי תלויים. נמצא הבדל מובהק בין הממוצעים $t(52.61) = 2.26, p < 0.028$. אנשי מקצוע דיווחו על שביעות רצון מטיפול גבוהה יותר מאשר הילדים (4.6 לעומת 4.2 בהתאמה).

לוח מספר 1: שונות בתפיסה ביחס לשביעות הרצון של הילד

ילדים		אנשי מקצוע		היגד
M	SD	M	SD	
3.94	1.16	4.31	0.51	הרגישו בטוחים
3.51	1.30	3.92	0.86	היה מקום שקט ללמוד
4.26	0.84	3.17	0.82	היו נחמדים האחד לשני
4.28	1.08	3.69	0.78	פיתחו קשרי חברות
4.15	1.14	3.50	0.63	הילדים היו שבעי רצון מהילדים האחרים
3.83	0.99	3.46	0.64	שביעות רצון ממרכז חירום
4.11	1.25	4.55	0.63	המטפלים התייחסו ברצינות לקשיים של הילדים

לוח מספר 1 מציג את השונות בין תפיסת אנשי המקצוע לבין תפיסת הילדים ביחס לשביעות הרצון של הילד. כפי שרואים בלוח, ממוצע אנשי מקצוע גבוה באופן מובהק מזה של קבוצת הילדים בהיגדים: "הילדים הרגישו בטוחים" $t(51.97) = 2.11, p < 0.039$; "לילדים היה מקום שקט ללמוד" $t(59.62) = 2.04, p > 0.045$ ו-"המטפלים התייחסו ברצינות לקשיים של הילדים" $t(53.72) = 2.35, p < 0.022$. לעומת זאת, ממוצע קבוצת הילדים גבוה באופן מובהק מזה של אנשי מקצוע ביחס להיגדים: "הילדים פיתחו קשרי חברות" $t(61.92) = 3.53, p < 0.001$; "הילדים היו שבעי רצון מהילדים האחרים במרכז חירום" $t(55.54) = 3.69, p < 0.001$ ו-"שביעות רצון ממרכז חירום" $t(57.36) = 2.35, p < 0.022$.

(ב) הבדלים בתפיסת שביעות רצון לפי גורמים ואוכלוסייה

על מנת לבחון את ההבדלים בין תפיסת אנשי המקצוע לתפיסת הילדים לפי הגורמים שביעות רצון מאנשי מקצוע, שביעות רצון חברתית, שביעות רצון אישית ושביעות רצון ממרכז חירום, נערך מבחן t למדגמים בלתי תלויים. הממצאים מצביעים על הבדל מובהק בין הממוצעים $t(52.54) = 2.36, p < 0.022$. ממוצע שביעות הרצון של הילדים מאנשי מקצוע, על פי תפיסת אנשי המקצוע גבוה (M= 4.44, SD= 0.41) בהשוואה לקבוצת הילדים (M= 4.12, SD= 0.89).

עוד נמצא הבדל מובהק בין הממוצעים ביחס לשביעות רצון חברתית ($t(62.16) < 3.90, p = 0.001$), כך שהממוצע של קבוצת הילדים היה גבוה ($M = 4.02, SD = 0.72$) בהשוואה לזה של קבוצת אנשי המקצוע ($M = 3.40, SD = 0.55$). לא נמצא הבדל מובהק בין קבוצת אנשי המקצוע לקבוצת הילדים ביחס לשביעות רצון אישית ושביעות רצון ממרכז חירום.

ג) הבדלים בתפיסה ביחס להשתתפות הילד בקבלת החלטות

שיעור הילדים החושבים שיש לילדים זכות להשתתף בקבלת החלטות בעניינם הוא יותר מכפול מזה של אנשי המקצוע (91.5% לעומת 41.5% בהתאמה). בדומה, מתוך אנשי המקצוע שחושבים שאין לילדים זכות להשתתף בקבלת החלטות בעניינם, 82.5% חושבים שילדים צעירים אין כלל זכות להשתתף בקבלת החלטות, לעומת 39% מהילדים שהשתתפו במחקר שחושבים כך. כמו כן, 37% מאנשי המקצוע חושבים שילדים עם בעיות רגשיות אין זכות להשתתף בקבלת החלטות בעניינם, לעומת 16% מהילדים. עם זאת, 17% מאנשי המקצוע חושבים שילדים עם בעיות התנהגות אין זכות להשתתף בקבלת החלטות בעניינם, לעומת 51% מהילדים שחושבים כך.

שיעור אנשי המקצוע שדיווחו על כך שילדים הוזמנו להשתתף בוועדה לתכנון, טיפול והערכה היה דומה לזה של הילדים (55.8% ו-55% בהתאמה). משתתפי המחקר נשאלו גם כיצד נהוג לשתף ילדים בוועדות; 67.3% מאנשי המקצוע ציינו שמודיעים לילד שיש דיון, אבל לא מזמינים אותו (לעומת 21% בקרב הילדים), 44.2% ציינו שמאפשרים לילד להביע את דעתו בפני הוועדה בלי לשתף אותו בדיון (לעומת 6% בקרב הילדים) ו-43.5% ציינו ששיתפו את הילד בדיון או נתנו לו להביע את דעתו, לשאול שאלות ולענות על שאלותיהם של אחרים (לעומת 11% בקרב הילדים).

לוח מספר 2: שונות בתפיסה ביחס להשתתפות

ילדים		אנשי מקצוע		היגד
M	SD	M	SD	
3.76	1.24	4.30	0.57	הקשיבו לילדים
3.48	1.31	2.95	0.85	השתתפות בקבלת החלטות חשובות
3.74	1.51	4.32	0.78	עודדו אותם לומר מה שהם חושבים
4.17	1.23	4.58	0.53	הוסבר להם לאן הם הגיעו
4.43	1.05	4.78	0.43	הסבירו להם את כללי ההתנהגות

לוח מספר 2 מציג את השונות בין תפיסתם של אנשי המקצוע לבין תפיסת הילדים ביחס להשתתפות ילדים בוועדה לתכנון, טיפול והערכה. כפי שניתן לראות, ממוצע אנשי המקצוע גבוה באופן מובהק מזה של קבוצת הילדים ביחס להיגדים: "הקשיבו לילדים" ($t(52.79) < 2.90, p = 0.005$), "עודדו אותם לומר את מה שהם חושבים" ($t(51.53) < 2.50, p < 0.016$), "הסבירו להם

לאן הם הגיעו" ($t(51.62)2.21, p < 0.031$) ו- "הסבירו להם את כללי ההתנהגות" ($2.20, 0.032$) $p < (51.05)$. לעומת זאת, ממוצע קבוצת הילדים גבוה ביחס להיגד: "השתתפו בקבלת החלטות חשובות" ($t(57.43)-2.55, p < 0.013$).

ד. דיון

1. שביעות רצונם של הילדים מהשהות ומהטיפול במרכזי חירום

המחקר הנוכחי בחן את שביעות רצונם של הילדים מהשהות ומהטיפול במרכזי חירום מתוך תפיסה שחשוב להתמקד בילדים כקבוצת אוכלוסייה מובחנת, הראויה למדיניות ייחודית לקידום רווחתה.

במחקר נשאלו הילדים על שביעות רצונם מכמה גורמים: מזון, דיור, לינה ותנאים ללמידה. ממצאי המחקר מלמדים שמרבית הילדים ציינו כי אכלו היטב, היו שבעי רצון מהחדר שלנו בו, ישנו היטב בלילה, וליותר ממחצית מהילדים היה מקום שקט ללמוד בו. ילדים היוצאים מבתים לסידור חוץ-ביתי, ובכלל זה מרכז חירום, עוברים תהליך התקשרות אל המקום החדש שאליו הועברו. עזיבת הבית גורמת לערעור של תחושת הביטחון והזהות שמקום המגורים סיפק ולפגיעה ברווחה הנפשית,¹⁰⁴ זאת גם אם הבית היה מקום שבו התרחשה ההתעללות בילד. באופן כללי, התקשרות למקום מוגדרת כקשר או כחיבור רגשי בין האנשים ובין מקומות מסוימים,¹⁰⁵ ובהגדרה רחבה יותר, התקשרות למקום היא תופעה מורכבת, הכוללת היבטים שונים של בניית קשר בין אנשים ובין מקומות. לתופעה זו יש השפעות על הרגש כלפי מקום מסוים, על הידע שיש עליו ועל האמונות הקשורות בו, וכן על ההתנהגויות והפעילויות שמתקיימות בו.¹⁰⁶ התקשרות למקום אינה התקשרות לשטח הפיזי בלבד, אלא גם התקשרות לאנשים אשר גרים בו.¹⁰⁷ כך אפשר לשער שילדים השוהים במרכז חירום יוצרים תפיסות אמוציונליות וקוגניטיביות ומקנים למקום משמעויות פיזיות, חברתיות ופסיכולוגיות שקשורות אליהם, הן כיחידים והן כנציגים של קבוצות חברתיות. משמעויות אלו הן הבסיס לשביעות רצונם ממרכז החירום. הסביבה היא חלק מרכזי מחיי הילדים ומיכולתם לשמור על תחושה של

C. Rollero & N. De Piccoli, *Does Place Attachment Affect Social Well-Being?*, 60 EURO. 104
REV. APPLIED PSYCHOL. 233 (2010)

M. Carmen Hidalgo & Bernardo Hernandez, *Place Attachment: Conceptual and Empirical* 105
Questions, 21 J. ENVTL. PSYCHOL. 273 (2001)

Rollero & ; PLACE ATTACHMENT XII (Irwin Altman & Setha M. Low eds., Springer 1992) 106
De Piccoli, לעיל ה"ש 104.

Rollero & De Piccoli, שם. 107

רווחה נפשית.¹⁰⁸ שביעות רצון גבוהה של הילדים משפיעה על דרכי ההתמודדות שלהם עם מצוקה ועם מצבי חיים דוחקים.¹⁰⁹ מחקרים מראים ששביעות רצון גבוהה מסייעת בהתמודדות, שכן היא מניעה את מיומנותו החברתית של הילד ואת סקרנותו, מקדמת אותו בקבלת החלטות ומעוררת אותו לחשיבה יצירתית. כך, ילדים ששביעות רצונם גבוהה יגיבו על אירועים שליליים במהירות רבה יותר, ולכן יתמודדו עימם טוב יותר, ואילו ילדים שאינם שבעי רצון יתקשו להתמודד עם מצבי לחץ.

ממצא אחר, במחקר הנוכחי, העלה ש־57% מהילדים היו מרוצים מאנשי הצוות. באופן כללי, נמצא שמתופלים נוטים לייחס לאנשי מקצוע עוצמה מקצועית, ולכן הם נותנים אמון רב ביכולתם להושיט להם סיוע ועזרה באופן המשביע את רצונם.¹¹⁰ גם במחקרים אחרים נמצא שלילדים יש קשר טוב עם הדמויות המטפלות.¹¹¹ בהתייחס לממצאי המחקר הנוכחי נראה כי בשלב הראשוני נרקם במרכז החירום קשר בין אנשי המקצוע לילדים. אנשי המקצוע צריכים למצוא את הדרך למפגש עם הילדים, שלעיתים קרובות חוששים ונרתעים. יש חשיבות רבה להיווצרות ברית טיפולית חיובית בין הילדים השוהים במרכז חירום למטפליהם. אלו ילדים שלרוב נתונים במצב של חוסר אמון בסביבה, ותחושת הביטחון הלקויה והשבורה משפיעה על הילד מבחינה רגשית וחברתית. ילדים אלו מתקשים מאוד לקיים קשרים של אמון ולפתח אינטימיות המאפשרת להיעזר ולהיתמך בסביבה. תחושת הביטחון הבסיסי ויכולתם להשתתף במערכת יחסים בין־אישית משמעותית כלשהי נפגעו עמוקות. מערכת יחסים המושתתת על מתן ביטחון לילדים ואמונה בכוחותיהם וביכולותיהם עשויה ליצור חוויה מתקנת ומיטיבה.¹¹² מרכז החירום, שהינו סביבה בטוחה ויציבה, מלווה באינטראקציות שבהן התנהגויות אנשי

- Lynne C. Manzo, *Beyond House and Haven: Toward a Revisioning of Emotional Relationships with Places*, 23 J. ENVTL. PSYCHOL. 47 (2003) 108
- Robert Biswas-Diener & Ed Diener, *The Subjective Well-Being of the Homeless, and Lessons for Happiness*, 76 SOC. INDICATORS RES. 185 (2006) 109
- הלל שמיד וקלרה סבג הערכת יעילות ואפקטיביות של ארגונים המספקים שירותי סיעוד לזקנים (האוניברסיטה העברית בירושלים 1991). 110
- Trudy Festinger, *No One Ever Asked Us—A Postscript to Foster Care*; 58 ש"ל 58 (1983); Alison McLeod, 'A Friend and An Equal': *Do Young People in Care Seek the Impossible from Their Social Workers?*, 40 BRIT. J. SOC. WORK 772 (2010); WAYNE MITIC & BONNIE LEADBEATER, THE FOUNDATIONS OF CHILD HEALTH AND WELL-BEING IN BRITISH COLUMBIA: A DISCUSSION DOCUMENT IN PREPARATION FOR THE DEVELOPMENT OF CHILD HEALTH INDICATORS IN BRITISH COLUMBIA (UNICEFF 2009); Bianca Thoilliez, *How to Grow up Happy: An Exploratory Study on the Meaning of Happiness Voices*, 4 CHILD INDICATORS RES. 323 (2011); GWYTHER REES, JONATHAN BRADSHAW, HARIDHAN GOSWAMI & ANTONIA KEUNG, UNDERSTANDING CHILDREN'S WELL-BEING: A NATIONAL SURVEY OF YOUNG PEOPLE'S WELL-BEING (Report, The Children's Society 2010); JUDY CASHMORE & MARINA PAXMAN, *WARDS LEAVING CARE: FOLLOW UP FIVE YEARS ON* (2006) 111
- .JOHN BOWLBY, ATTACHMENT AND LOSS vol. 3 (Loss: Sadness and Depression) (1998) 112

הצוות מותאמות ברגש, מסייע לילדים לפתח תחושה פנימית של ביטחון.¹¹³ נראה שהחוויה הרגשית שנבנית בתוך הקשר הטיפולי ומידת תחושתו של הילד שהוא נראה, מובן, חשוב ומשותף הן מהגורמים המשפיעים ביותר על תפיסת שביעות הרצון מהטיפול. ככל שהחוויה הרגשית חיובית יותר, כך נחוה הקשר כעוגן בטוח, כמקור לסיוע, תמיכה וביטחון ולכן הוא נחוה כמיטיב יותר. הממצא שיותר ממחצית מהילדים שבעי רצון מהטיפול הניתן להם במרכז החירום מלמד שמרכז החירום, חרף היותו זמני, הוא מקום לחוויה מתקנת ותורם לרווחתם של הילדים השוהים בו.

ואולם, אי-אפשר להתעלם מהסבר אחר שמספקת התאוריה של מילר,¹¹⁴ ולפיה ילדים שאינם זוכים בילדותם לאקלים ראוי להתפתחות תקינה – קרי אהבה, סובלנות, כבוד ואמפתיה לצורכיהם – ילמדו לוותר על צרכים אלה, לא ירשו לעצמם לכעוס על הוריהם ויהיו עסוקים בריצוים. על רקע תאוריה זו אפשר להניח שילדים המופנים למרכזי חירום אינם זוכים לגדול באקלים ראוי להתפתחות תקינה. לכן הם עושים כל שביכולתם כדי לזכות באהבת המבוגרים שבסביבתם, ובנסותם לרצות אותם הם מדווחים על מידת שביעות רצון גבוהה מהמטפלים. נקודה נוספת שמן הראוי לציין היא שבזמן מילוי השאלון על ידי הילד נכח במקום איש צוות, דבר העלול להקשות חילוץ של נקודת המבט הכנה של הילדים, ילדים שכאמור מושפעים מהמבוגרים ועסוקים בריצוים.

2. תפיסות אנשי מקצוע בנוגע לשביעות הרצון של הילדים מהשהות ומהטיפול במרכזי חירום

במחקר הנוכחי נמצא ששיעור גבוה מאנשי המקצוע (85%) חושבים שילדים שבעי רצון מהשהות ומהטיפול במרכזי החירום. ממצאי המחקר הנוכחי סותרים את ממצאי מחקרה של שרון,¹¹⁵ שלפיהם עובדים סוציאליים העריכו שרמת שביעות הרצון של הילדים נמוכה. ייתכן שמרבית האנשים מקשרים במחשבתם ילדים שהוצאו מביתם למרכזי חירום לתחושת עצבות ומדמיינים תמונה אפלה וקודרת. לעומתם, אנשי מקצוע, החשופים לאקלים במרכזי החירום ומכירים את הילדים, חושבים שלצד הקושי הטמון בהתמודדות הילדים מסוגלים למצוא צדדים חיוביים במצב ולהתמקד בהם. דבר זה, על פי תפיסתם של אנשי המקצוע, מאפשר לילדים להיות שבעי רצון מהשהות ומהטיפול במרכזי החירום. הסבר נוסף לתפיסה של שביעות רצון

Mary Dozier, Elizabeth Higley, Kathleen E. Albus & Anna Nutter, *Intervening with Foster Infants' Caregivers: Targeting Three Critical Needs*, 23 *INFANT MENTAL HEALTH J.* 541 (2002); ALICIA F. LIEBERMAN, CHANDRA GHOSH IPPEN & PATRICIA VAN HORN, DON'T HIT MY MOMMY: A MANUAL FOR CHILD-PARENT PSYCHOTHERAPY WITH YOUNG WITNESSES OF FAMILY VIOLENCE (2005).

114 אליס מילר *הדרמה של הילד המחונן* (1979).

115 שרון, לעיל ה"ש 58.

גבוהה של הילדים מנקודת מבטם של אנשי המקצוע נעוץ בהשערה שמדובר בעובדים נאמנים, מסורים ומתמסרים למטרה. קיים אצלם חיבור רגשי למקום עבודתם, המושפע בין היתר מהיחסים של אנשי המקצוע עם התפקיד. אנשי המקצוע מייחסים משמעות יתרה לתפקידם, והדבר מעורר אצלם תחושת מסוגלות ואת התחושה שרמת שביעות רצונם של הילדים מהשהות ומהטיפול במרכזי חירום גבוהה.

3. הבדלים בין ילדים לאנשי מקצוע ביחס לשביעות הרצון של הילד

ההסברים להבדלים בתפיסות בין אנשי מקצוע למטופלים־מבוגרים וילדים סובבים סביב כמה צירים: סיבות הקשורות במטופלים, סיבות הקשורות במטופלים וסיבות הקשורות בהבדלים בין שתי הקבוצות. מטופלים נוטים להעצים את תוצאות הטיפול ולראות אותן חיוביות יותר יחסית למטופלים, בעיקר בסיום הטיפול, וזאת כדי להצדיק את המשאבים שהושקעו בטיפול. רמת ההסכמה עולה כאשר תוצאות ההתערבות נתפסות חיוביות, ויורדת כאשר תוצאות הטיפול שליליות.¹¹⁶ למטופלים יש ידע והכשרה מקצועית המאפשרים להם שיפוט אובייקטיבי יותר,¹¹⁷ אולם הם גם עשויים לגרום להטיה אצל המטפל, בתפיסתו בנוגע לרמת שביעות הרצון של המטופלים. המטפל מונחה על ידי קווים מנחים תאורטיים שיכולים להטות את הערכתו, והטיה זו היא הבסיס לפערים.¹¹⁸ באשר להבדלים בין הקבוצות, יש הטוענים שהמקור לפערים בתפיסת המטפל והמטופל קשור לסטטוס שונה ונבדל, הכולל תפקידים שונים, אשר כל אחד מהם דורש דרישות שונות ולכל אחד מהם מופנות ציפיות שונות. הבדלים אלה גורמים לפערים בתפיסות ביניהם.¹¹⁹

רוב אנשי המקצוע הביעו שביעות רצון מהטיפול שניתן לילדים במרכז החירום בעוד רק מחצית מהילדים היו שבעי רצון מהטיפול. סקירת הספרות העלתה כי אנשי מקצוע ומטופלים נוטים לציין נקודת מבט חיובית הרבה יותר משלילית, כאשר הם מסכימים ביניהם כי הטיפול באופן כללי עזר.¹²⁰ אנשי מקצוע דירגו את הטיפול ברמה גבוהה יותר, בהשוואה לקבוצת

- Nolan Zana, Kana Enomoto & Chi-AH Chun, *Treatment Outcomes of Asian and White-American Clients in Outpatient Therapy*, 22 J. COMMUNITY PSYCHOL. 177 (1994) 116
 Marshall O. Zaslave, Thomas J. Ungerleider & Marielle C. Fuller, *How Psychiatric Hospitalization Helps: Patient Views Vs. Staff Views*, 142 J. NERVOUS & MENTAL DISEASE 568 (1966) 117
 John E. Carr & John Whittenbaugh, *Sources of Disagreement in the Perception of Psychotherapy Outcomes*, 25 J. CLINICAL PSYCHOL. 16 (1969) 118
 Eric J. Cooley & Ronald Lajoy, *Therapeutic Relationship and Improvement as Perceived by Clients and Therapists*, 36 J. CLINICAL PSYCHOL. 562 (1980) 119
 Kevin S. McCarthy & Jacques P. Barber, *The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions: Initial Report (MULTI)*, 19 PSYCHOTHERAPY RES. 96 (2009) 120

הילדים. קיימת סתירה בין ממצאי המחקר הנוכחי לבין מחקר אחר, אשר טען שבאופן כללי ניכרת אצל מטופלים נטייה לדרג את התוצאות בצורה יותר חיובית מאשר המטופלים.¹²¹ הסבר נוסף שיכול להסביר את הממצא הוא הרקע ליצירת הקשר בין הילדים השוהים במרכזי חירום לבין אנשי המקצוע. ילדים אלו מגיעים לקשר מטפל-מטופל בניגוד לרצונם, ומצבם הרגשי מאופיין ברגשות של ריקנות, פחד, חרדה והאשמה. הם יתקשו להעריך את תוצאות הטיפול בצורה חיובית.

הממוצע של קבוצת אנשי המקצוע בשביעות רצון מאנשי מקצוע גבוה באופן מובהק בהשוואה לזה של קבוצת הילדים, בעוד ממוצע קבוצת הילדים היה גבוה באופן מובהק בשביעות רצון חברתית. ממצאים אלו מצביעים על העובדה שצרכים ואינטרסים של ילדים אינם זהים בהכרח לאלו של אנשי המקצוע, ולעיתים הם שונים אלה מאלה ואף מנוגדים. אנשי המקצוע נוטים להעצים את תוצאות ההתערבות לאור הרצון שלהם להיטיב עם הילדים. רצון זה יכול להוביל להערכה חיובית מיידית.¹²² במחקרה של ארזי נמצא כי תפיסתו הסובייקטיבית של הילד בנוגע למצבו יכולה לנבא את מצבו הרגשי טוב יותר מהערכתיו של העובד הסוציאלי.¹²³ ניתן להסביר את הפער בתפיסות בין אנשי מקצוע לילדים ביחס לשביעות רצון חברתית בכך שילדים במרכז החירום מהווים מעין קבוצת תמיכה זה לזה. קבוצת החברים חווה את המשבר כמו כל אחד מהפרטים בה, ולכן היא נתפסת כתומכת, מזדהה ומפרגנת. הילדים במרכז חירום הופכים להיות הדמויות המשמעותיות בחייו של הילד בתקופת שהותו שם, והם משמשים לו מעין מראה המאפשרת לו להכיר ולבחון את עצמו. לעומתם, אנשי המקצוע נחשפים לרמת מגעים גבוהה בין הילדים. לצד מגעים חברתיים חיוביים נגלים לעיניהם תוקפנות, קונפליקטים ומריבות של הילדים זה עם זה. ניתן לשער שאנשי המקצוע תופסים זאת ככשל באופיו של הילד או תוצר של היסטוריית חייו ולא כתופעה נורמטיבית של החיים החברתיים, ולכן, לתפיסתם, שביעות הרצון החברתית של הילדים השוהים במרכז חירום נמוכה בהשוואה לאופן שבו תופסים אותה הילדים.

4. תפיסת הילדים בנוגע להשתתפותם בקבלת החלטות בעניינם

רוב רובם של הילדים חושבים שיש לילדים זכות להשתתף בקבלת החלטות. על פי ממצאי המחקר, נראה שהילדים מודעים לזכותם הבסיסית להשתתפות מעשית בתהליכים שיש להם

EVALUATING MENTAL HEALTH PRACTICE: METHODS AND APPLIATIONS (Derek Milne ed., 2016). 121

David Horenstein, Kent B. Houston & David S. Holmes, *Clients', Therapists' and Judges' Evolutions of Psychotherapy*, 20 J. COUNSELING PSYCHOL. 149 (1973) 122

טל ארזי תפיסת המונחות כמנבאת את תחושת הבדידות, הערך העצמי, ומצוקה נפשית בקרב ילדים שהוגדרו בסיכון ע"י שרותי הרווחה (חיבור לקבלת תואר "דוקטור בפילוסופיה", אוניברסיטת תל-אביב 2004). 123

השפעה על גורלם. עוד אפשר לומר שלילדים השוהים במרכז חירום, למרות קשייהם הרבים וחוויותיהם המורכבות, יש מה לומר וחשוב להם להיות שותפים בתהליך קבלת ההחלטות. ממצאים אלה מתאימים למחקר הערכה שנעשה בארץ ובחן שיתוף ילדים בהליכים משפטיים בבתי משפט לענייני משפחה. המחקר מצא ש-93% מהילדים סברו שיש להם זכות להשתתפות בהליכים משפטיים ושיתופם בדיון חשוב והכרחי.¹²⁴ ממצא זה דומה לממצאי מחקרים בעולם שבחנו תפיסות אוניברסליות כלפי הרעיון של זכויות הילד. במחקרים אלה דווח שיותר ממחצית הנבדקים, ילדים בני עשר ויותר, סברו שמגיעות להם זכויות של הגדרה עצמית והשתתפות.¹²⁵ מחקר שבחן את אופן השתתפותם של תלמידים בוועדות השמה בישראל העלה ש-75% מהילדים סברו שזכות ההשתתפות עומדת לכל תלמיד, ללא קשר לגילו או למגבלותיו. גם מחקרה של שרון העלה ש-64.5% מהילדים תמכו בזכות ההשתתפות של ילדים בוועדות המתקיימות במרכז הורים וילדים.¹²⁶ גם מלטון ולימבר מצאו במחקרם שילדים שהתבקשו לענות על השאלה אם מגיעות להם זכויות ואם כן – אילו זכויות, ציינו בעיקר זכויות של הגדרה עצמית, השתתפות וחופש ביטוי.¹²⁷ במחקר הנוכחי, 53% מהילדים חושבים שילדים עם בעיות התנהגות אין זכות להשתתף בקבלת החלטות בעניינם; ייתכן שהדבר נובע מן המחשבה שילד ש"אינו מתנהג יפה", ראוי שיקבל עונש באמצעות אי-השתתפות בקבלת החלטות בעניינו.

באופן דומה למחקרה של שרון,¹²⁸ גם במחקר זה 40% מהילדים חושבים שילדים צעירים אין זכות להשתתפות. אפשר לשער שילדים נתפסים גם בעיני הילדים עצמם כתלתיים, פסיביים וזקוקים להגנה, ולכן הם אינם יכולים להשתתף בקבלת החלטות, תהליך שהמבוגרים אמונים עליו. עוד עלה שקרוב למחצית מהילדים לא ידעו להשיב מהי ועדה לתכנון, טיפול והערכה.

הממצא תואם נתון שלפיו פחות ממחצית מהילדים דיווחו שקיימו את הוועדה בלי ליידעם ובלי להזמיןם. רק עשירית מהילדים הוזמנו להשתתף בדיון וניתנה להם הזדמנות להביע את דעתם, לשאול שאלות ולענות על שאלות. מחקרים שבדקו גורמים המשפיעים על שיתוף ילדים בוועדות מצאו שככל שהחלטה הייתה מורכבת וקשה יותר, כך דחקו אנשי המקצוע את

124 שורק וריבקין, לעיל ה"ש 93.

Martin D. Ruck, Daniel P. Keating, Rona Abramovitch & Christopher J. Koegl, 125 *Adolescents' and Children's Knowledge about Rights: Some Evidence for How Young People View Rights in Their Lives*, 21 J. ADOLESCENCE 275 (1998).

126 שרון, לעיל ה"ש 58.

Gary B. Melton & Susan P. Limber, *What Children's Rights Mean to Children: Children's Own Views*, in THE IDEOLOGIES OF CHILDREN'S RIGHTS 167 (International Studies in Human Rights, vol. 23, Michael. Freeman & Philip E. Veerman eds., Martinus Nijhoff Pub. 1992).

128 שרון, לעיל ה"ש 58.

השתתפותו של הילד עוד לשוליים. עוד נמצא כי לטיב היחסים של הילד עם העובדת הסוציאלית ולעמדת אנשי הצוות יש השפעה גדולה על שיתוף הילד.¹²⁹ בהקשר של ילדים השוהים במרכזי חירום, שהם לרוב ילדים נפגעי התעללות, חשוב מאוד להשיב להם שליטה. ילדים אלו רגילים לחוויה של פסיביות מול מבוגרים שמנווטים את חייהם בלי שיש להם אפשרות להשפיע. השתתפות בקבלת החלטות משיבה תחושה של שליטה ושל מסוגלות עצמית. השבתה של תחושת השליטה היא עיקרון בסיסי בתהליך ההחלמה מטראומה של התעללות. ההעצמה נועדה להפחית את תחושת חוסר האונים שנרכשה במהלך ההתעללות.¹³⁰ כאשר ילדים משיגים שליטה כזאת במסגרת יחסיהם עם אנשי המקצוע במרכז החירום, הם יכולים לרכוש אותה גם מחוץ ליחסים אלה. לילדים בכלל ולילדים בסיכון בפרט יש קושי לבטא את השקפותיהם ודעותיהם. ככל שיהיו תנאים רבים יותר שיאפשרו שיתוף, כך יממש הילד במידה רבה יותר את זכותו להשתתפות בקבלת ההחלטות המתאימות ביותר עבורו, דבר שבהכרח יגביר את סיכויי ההצלחה.

במדינות רבות בעולם, דוגמת גרמניה והולנד, שיתוף ההורים והילד בקבלת החלטות הנוגעות לחייהם מעוגן בחקיקה.¹³¹ בחקיקה אין התייחסות מיוחדת לילדים בסיכון, אולם מסגרתה ואכיפתה הן בסיס למימוש זכויותיהם גם של ילדים בסיכון. בישראל טרם אומצה בחוק האמנה בדבר זכויות הילד, כך שבפועל אי־אפשר לאכוף במישרין את קיום הוראותיה.¹³² עם זאת, האמנה משמשת מקור משפטי פרשני, ולפיו מדינת ישראל מתחייבת לקדם את עקרונות האמנה ביחס לקטינים, לרבות חקיקת חוקים ומתן פרשנות שיפוטית המקיימת זכויות ילדים לפי החקיקה הקיימת. על קובעי המדיניות ברשויות הרווחה ובלשכות לשירותים חברתיים לפתח מנגנונים אשר יסייעו לאכוף את ההמלצות של משרד הרווחה לשתף ילדים בוועדות תכנון, טיפול והערכה בשירותים החברתיים.

5. תפיסת אנשי מקצוע בנוגע להשתתפות הילדים בקבלת החלטות בעניינם

יש הטוענים שאין די ביצירת הזדמנויות עבור הילדים להשמיע את קולם מאחר שהיכולת להשפיע ולשנות תלויה במידה רבה בתפיסתם ובתפקיד שממלאים מבוגרים בזירות

Nigel Thomas & Barry Percy-Smith, 'It's about Changing Services and Building Relationships': *Evaluating the Development of Children in Care Councils*, 17 CHILD & FAM. SOC. WORK 487 (2012)

.MARTIN E.P. SELIGMAN, HELPLESSNESS: ON DEVELOPMENT, DEPRESSION & DEATH (1992) 130

Annemiek T. Harder, Maren Zeller, Mónica López, Stefan Köngeter & Erik J. Knorth, *Different Sizes, Similar Challenges: Out of Home Care for Youth in Germany and the Netherlands*, 22 PSYCHOSOCIAL INTERVENTION 203 (2013)

132 מורג "אתגרים חדשים", לעיל ה"ש 73.

ההשתתפות של ילדים.¹³³ במחקר הנוכחי נשאלו אנשי המקצוע אם לדעתם יש לילדים זכות להשתתף בקבלת החלטות בענייניהם. יותר ממחציתם חושבים שאין לילדים זכות כזאת. לנוכח תפקידם המרכזי של אנשי המקצוע במימושה של זכות ההשתתפות של ילדים השוהים במרכז החירום, הממצא שלמעלה ממחצית אנשי המקצוע שהשתתפו במחקר חושבים שילדים אין זכות להשתתף בקבלת החלטות בענייניהם מטריד. עם זאת, הוא אינו מפתיע, ונמצאה לו תמיכה במחקרים אחרים.

שמינגס מצא שמטפלים לא תמכו בזכות הילד להשתתף בקבלת החלטות בהיבטים שונים בחייו.¹³⁴ מנפול ומקריסטל ציינו כי מטפלים לא התייחסו ליכולת הילד להשתתף בקבלת החלטות בענייניו.¹³⁵ מחקרים נוספים מחזקים את ממצאי המחקר הנוכחי ומעידים שהדבר לא תמיד נעשה ואין משתפים די את ההורים ואת הילד בהחלטות המתקבלות בענייניו.¹³⁶ עוזיאלי העלה שרק 54% מאנשי המקצוע תמכו בזכות התלמידים להשתתף בוועדת השמה.¹³⁷ ממצא זה חוזק במחקרה של שרון,¹³⁸ שבו עלה כי 54.9% מהעובדים הסוציאליים חושבים שילדים לא צריכה להיות זכות להשתתפות. מחקרים אחרים הצביעו על קונפליקט בתפיסות הילדות של מבוגרים. כך, למשל, מחקר שנערך באוסטרליה, בקרב 124 משתתפים שבאים במגע עם ילדים בני 8–12 במסגרת עבודתם, העלה כי מבוגרים מייחסים לילדים יכולות וזכות להשתתפות ופיתוח יכולות וכישורים לעתיד, ועם זאת סבורים כי הם זקוקים להגנה.¹³⁹

במחקר שנערך בארצות הברית נמצא כי 48% מהמבוגרים מאמינים כי חשוב לנסות ולאחר עמדות של מתבגרים כאשר מקבלים החלטות הנוגעות אליהם, ומבוגרים בשיעור דומה החזיקו בעמדה שחשוב לתת למתבגרים הזדמנויות רבות כדי להפוך את קהילותיהם למקום טוב

Greg Mannion, *Going Spatial, Going Relational: Why "Listening to Children" and Children's Participation Needs Reframing*, 28 DISCOURSE: STUD. CULTURAL POL. EDUC. 405 (2007).

David Shemmings, *Professionals' Attitudes to Children's Participation in Decision-Making: Dichotomous Accounts and Doctrinal Contests*, 5 CHILD & FAM. SOC. WORK 235 (2000).

Esmeranda Manful & Patrick McCrystal, *Conceptualization of Children's Rights: What do Child Care Professionals in Northern Ireland Say?*, 16 CHILD CARE IN PRACTICE 83 (2010).

Bilha Arad-Davidzon & Rami Benbenishty, *The Role of Workers' Attitudes and Parent and Child Wishes in Child Protection Workers' Assessments and Recommendation Regarding Removal and Reunification*, 30 CHILD. & YOUTH SERVICES REV. 107 (2008); Jesse Lubin *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*, 47 FAM. CT. REV. 129 (2009).

עוזיאלי, לעיל ה"ש 92.

שרון, לעיל ה"ש 58.

Jonathon Sargeant, *Adults' Perspectives on Tweens' Capacities: Participation or Protection?*, 39 CHILD. AUSTRALIA 9 (2014).

יותר.¹⁴⁰ עם זאת, מבוגרים מגלים קשיים בדיאלוג עם ילדים כאשר אלה משמיעים את קולם. כך, למשל, במחקר רחב היקף שנעשה בצפון אירלנד כדי לבחון את יישום אמנת זכויות הילד התגלה כי עמדותיהם של תלמידים לא נשמעו כלל או זכו להתייחסות מצומצמת מאוד ולא יישומית.¹⁴¹

ממצאים אלו מנוגדים לתפיסה הרווחת, שלפיה אנשי מקצוע רואים חשיבות בשיתוף ההורים והילדים, וזאת גם במצבים של ילדים בסיכון שהטיפול נכפה עליהם לפי חוק.¹⁴² אם כן, לתפיסתם של אנשי המקצוע, זכויות ההשתתפות של ילדים בקבלת החלטות נבדלות מאלו של מבוגרים; ייתכן שהדבר נובע מחשיבה שצורכיהם ויכולותיהם של ילדים, ובמידה רבה האינטרסים שלהם, שונים מאלו של מבוגרים. הגבלת זכויות זו מעוגנת בתפיסה שחירויות מטילות על האדם אחריות, אחריות שלעיתים קרובות קטינים עדיין אינם מסוגלים לעמוד בה ולהשתמש בחירויותיהם באופן שקול ומושכל בלי להזיק לעצמם. כמו כן, ילדים הם אוכלוסייה פגיעה ותלותית במיוחד, החסרה את היכולת שיש למבוגרים לעמוד ברשות עצמם, ועל כן הם זכאים להגנה מוגברת.¹⁴³

אם כן, לא הילד עצמו הוא המקבל החלטות בעניינו אלא המבוגרים, שהרי לילד חסרה היכולת להכיר באינטרסים האמיתיים שלו. הקונפליקט הוא בין תפיסה מקצועית פטרנליסטית המבוססת על עליונות מקצועית ובין תפיסה מקצועית המדגישה את עצמאותם של הילדים, את השמירה על האוטונומיה שלהם, את ההעצמה שלהם במתן מידע ובעידוד יכולתם לבחור ולקבל החלטות עצמאית. העצמה, כפי שציינה בלנד,¹⁴⁴ פירושה לאפשר לאתר לפעול. סדן הוסיפה כי "במשמעותה המקורית העצמה היא ייפוי כוח – אישור לפעול בשם החברה, מעין האצלת סמכויות במישור החברתי והאישי".¹⁴⁵ ההתערבות הפרטנית הפועלת בדרך של העצמה פרטנית היא תהליך של התפתחות אישית.

- Peter C. Scales et al., *The Role of Neighborhood and Community in Building Developmental Assets for Children and Youth: A National Study of Social Norms Among American Adults*, 29 J. COMMUNITY PSYCHOL. 703 (2001) 140
- URSULA KILKELLY ET AL., CHILDREN'S RIGHTS IN NORTHERN IRELAND (Northern Ireland Commissioner for Children and Young People Research 2004) 141
- Gregory Firestone, *Empowering Parents in Child Protection Mediation: Challenges and Opportunities*, 47 FAM. CT. REV. 98 (2009); Robbie Gilligan, *The Key Role of Social Workers in Promoting the Well-Being of Children in State Care—A Neglected Dimension of Reforming Policies*, 14 CHILD. & SOC. 267 (2000); Fred Wulczyn, *Family Reunification*, 14 CHILD. FAM. & FOSTER CARE 94 (2004) 142
- Vis, Holtan & Thomas, לעיל ה"ש 83. 143
- Rosemary E. Bland, *Keyworkers Re-Examined: Good Practice, Quality of Care and Empowerment in Residential Care of Older People*, 27 BRIT. J. SOC. WORK 585 (1997) 144
- אלישבע סדן העצמה ותכנון קהילתי: תיאוריה ופרקטיקה של פתרונות חברתיים אנושיים 12 (1997). 145

סנדרס ומייס ציינו במאמרם את התפיסות שבגינן מטפלים ממעטים לשתף ילדים: 146 השתתפות עשויה לפגוע בזכות לילדות מאושרת ולהעמיס אחריות יתרה על הילדים, ודעות של ילדים עשויות להיות לא אמיתיות ומוטות. גם ויס, הולטן ותומאס ציינו כי יש תפיסות של מטפלים המציבות מכשול בפני שיתוף הילדים, 147 תפיסה שלפיה ההשתתפות אינה הכרחית וכן תפיסה שלפיה השתתפות עשויה להזיק לילד. כך, למרות החשיבות הרבה בהשתתפות ילדים בהחלטות הנוגעות לחייהם ולמרות ההכרה בחוקים ובאמנה בין־לאומית, יישום ההשתתפות מתבצע באופן חלקי ביותר.

המחקר גם בדק כיצד באה לידי ביטוי ההשתתפות בוועדות תכנון, טיפול והערכה המתקיימות בזמן שהותו של הילד במרכז החירום. רוב אנשי המקצוע ציינו כי מודיעים לילד שיש דיון בוועדה, אבל לא מזמינים אותו. ממצאי המחקר מחזקים דברים שעלו במחקרים אחרים. מחקר אחד העלה ששליש מהילדים השתתפו בוועדות תכנון, טיפול והערכה, אך גם אלו שהשתתפו – השפעתם על ההחלטות הייתה מועטה. 148 מחקר אחר שבדק את היקף ההשתתפות של ילדים מאנגליה בהליכים שונים בעניינם, מתוך התמקדות בוועדות שבהן מתקבלות החלטות בנושא ילדים בסיכון, מצא כי ילדים הוזמנו רק ב־4.9% מהוועדות ובפועל השתתפו רק 3.7% מהם. 149 לעומת זאת, במחקרים שנערכו בנורווגיה נמצאו שיעורים גבוהים יותר של שיתוף ילדים. 150 גם עוזיאלי מצא ש־80.4% מאנשי הצוות דיווחו כי התלמידים נכחו בדיון בוועדת ההשמה אשר בסמכותה לקבוע את זכאותו של תלמיד לשירותי חינוך מיוחד. 151 ההחלטה הטובה ביותר תתקבל כאשר הילדים ישתתפו בדיון וישתפו את שאר המשתתפים בנקודת מבטם האישית, וגם אנשי המקצוע יביאו את הידע המקצועי ואת ניסיונם. בהקשר זה ראוי לצטט את יאנוש קורצ'אק: "זכותו הראשונה והבלתי ניתנת לערעור של הילד היא להביע את מחשבותיו ולקחת חלק פעיל בשיקולינו ובפסיקתנו על אודותיו. כאשר נגדל לכדי אמן, כאשר הילד עצמו ייתן ויאמר מה זכותו תהינה פחות חידות ושגיאיות". 152

- Robert Sanders & Sam Mace, *Agency Policy and the Participation of Children and Young People in the Child Protection Process*, 15 CHILD ABUSE REV. 89 (2006) 146
- Svein Arlid Vis, Amy Holtan & Nigel Thomas, *Obstacles for Child Participation in Care and Protection Cases—Why Norwegian Social Workers Find it Difficult*, 21 CHILD ABUSE REV. 7 (2012) 147
- רוית אלפנדרי "הערכת רפורמה ארצית בתחום הגנת הילד שנועדה לשפר השתתפות ילדים בקבלת החלטות" **ביטחון סוציאלי** 99, 13 (2016). 148
- Sanders & Mace, לעיל ה"ש 146. 149
- Svein Arild Vis & Nigel Thomas, *Beyond Talking – Children's Participation in Norwegian Care and Protection Cases*, 12 EURO. J. SOC. WORK 155 (2009) 150
- עוזיאלי, לעיל ה"ש 92. 151
- יאנוש קורצ'אק **כיצד לאהוב ילדים** (צוק יעקב מתרגם, 1983). 152

6. הבדלים בין תפיסות של ילדים ובין תפיסות של אנשי מקצוע ביחס להשתתפות הילד בקבלת החלטות בענייניו

שיעור הילדים שחושבים כי יש לילדים זכות להשתתף בקבלת החלטות בענייניהם הוא יותר מכפול מזה של אנשי המקצוע (91.5% לעומת 41.5%, בהתאמה). ממצא זה מדגים את החשיבות שילדים רואים בזכותם להשתתף בהחלטות הנוגעות לחייהם בהשוואה לזו שמייחסים לכך אנשי המקצוע, שתמיכתם בזכות ההשתתפות קטנה בהרבה. ייתכן שיש למצוא את האיזון בין הזכות למימוש ההשתתפות של הילד ובין האחריות המקצועית וההערכה של אנשי המקצוע. שיתוף במרכזי חירום מבוסס על איזון ביחסי הכוחות בין צוות המטפלים לילדים. ברוב המקרים מדובר בילדים שעלולים להיתקל בקשיים מהותיים ברצותם לבטא את השקפותיהם ודעותיהם.¹⁵³ אין בכוחם של הילדים לעמוד על זכותם להשתתף בדיון באופן ממש, והם תלויים במבוגרים שיאפשרו להם ויסייעו להם.¹⁵⁴ יתרה מזו, במרכזי חירום שוהים ילדים שעברו חוויות קשות במסגרת משפחתם. ההתעללות שחוו אותם ילדים היא תוצר של אי-שוויון ביחסי הכוחות בחברה ושל עמדות המייחסות לילדים חולשה ונחיתות בהשוואה למבוגרים. ילדים נתונים בעמדת כוח נחותה, ולכן הם מתקשים להגן על עצמם מפני התעללות. דווקא ילדים אלו זקוקים לתמיכתם של המבוגרים ולסיוע במתן אפשרות להביע את עמדתם. המעבר לתפיסה האוטונומית הוא חלק ממהפך חברתי כללי בשאלה של זכויות הילדים על חייהם בשלל מערכות יחסים של הילד עם המדינה והחברה. בהקשר של מערכת שירותי הרווחה, שינוי זה דורש, מחד גיסא, חינוך מחדש של אנשי המקצוע במרכזי חירום, ומאידך גיסא, העצמה של הילדים כדי לעשותם לשותפים ואחראים לחייהם בבחירת ההחלטות בענייניהם. הליכים אלה, שבמרכזם עומדת שאלת יכולתם של הורי הילד לתפקד כהורים מיטיבים, הם מטבעם הליכים רגישים, והשתתפות ישירה של הילד בהם עשויה לא אחת לפגוע בטובתו. גם חלק ניכר מהמידע הנוגע לילדים עצמם הוא מידע רגיש לילדים. עם זאת, הספרות המחקרית, שנדונה בהרחבה בסקירת הספרות ובפרק הדיון, מצביעה על כך שהפגיעה אינה בעצם הזכות להשתתפות ישירה אלא בדרך שבה היא מתבצעת.

מעבר לגורליות ההחלטות שעשויות להתקבל לטווח הארוך, מדובר בתהליכים מתמשכים המתקיימים בענייניו של הילד ומשפיעים על חייו בהווה ובעתיד, ולפיכך יש חשיבות לכך שלא יהיה מנותק מהם. את הזכות להשתתפות יש לממש בכל ההליכים הטיפוליים והמשפטיים

153 ורד סלונים-נבו ויצחק לנדר "האם טובת הילד יכולה להתקיים בנפרד מטובת המשפחה? מחשבות והמלצות לשינוי" *חברה ורווחה* כד 401 (2004).

154 Huge Matthews, Melanie Limb & Mark Taylor, *Young People's Participation and Representation in Society*, 30 GEOFORUM 135 (1999); Helen May, *Whose Participation is it Anyway? Examining the Context of Pupil Participation in the UK*, 32 BRIT. J. SPECIAL EDUC. 29 (2005).

הנוגעים לילד, החל מהוצאתו מבית הוריו וכלה בהליך סידורו.¹⁵⁵ לעומת אנשי המקצוע, רוב הילדים חושבים שלילדים עם בעיות התנהגות אין זכות להשתתף בקבלת החלטות בענייניהם, אולי מתוך תפיסה שהתנהגות שלילית פוגעת בזכויות הילד. השתתפות נתפסת בעיני הילדים כחיזוק שמקבלים על התנהגות טובה. מכאן שילדים המתנהגים באופן שלילי אינם זכאים להשתתף בקבלת החלטות בעניינם.

יותר ממחצית אנשי המקצוע דיווחו שילדים הוזמנו להשתתף בוועדה תכנון, טיפול והערכה. גם יותר ממחצית הילדים דיווחו שהוזמנו להשתתף בוועדה. אנשי המקצוע והילדים גם נשאלו כיצד נהוג לשתף ילדים בוועדות. רוב אנשי המקצוע ציינו שמודיעים לילד שיש דיון, אבל לא מזמינים אותו. פחות ממחצית מהילדים דיווחו שקיימו את הוועדה בלי ליידעם ובלי להזמין. כך מתקבלת רמת התאמה גבוהה יותר בין המטפל למטופל, כאשר הם מתבקשים להתייחס לתחומים הניתנים לצפייה ישירה, יחסית למשתנים שצריך להעריך אותם, והם מבוססים על שיפוט הסובייקטיבי של כל אחד מהם.¹⁵⁶ ממצאי המחקר הנוכחי מלמדים שהן אנשי מקצוע והן הילדים תופסים את ההשתתפות של הילדים בשלבים הראשונים על פי המודל של הארט,¹⁵⁷ שלבים המייצגים היעדר השתתפות.¹⁵⁸

בהשתתפות הילד בהליכים ובהחלטות בענייניו, בד בבד עם מסירת מידע הולם והסבר נאות על המתרחש ועל הצפוי, יש כדי להסיר מעט מהחששות של הילד, להביא לתוצאות טובות יותר בענייניו ולהגביר את הסיכוי שישתף פעולה בנוגע להחלטות שנקבעו בנוגע אליו. יתרה מזו, השתתפות הילד בהליכים מאפשרת לחברי הוועדה להתרשם ממנו באופן בלתי אמצעי. בנוכחותו משפיע הילד על ההליך ומוסיף נדבך של עומק, רגשות, אנושיות, אמפתיה והתחשבות בו כאדם בעל אישיות נפרדת וייחודית. זכות ההשתתפות מקדמת בהדרגה הבניה של אוטונומיה אישית של הילד. זוהי הזדמנות עבור הילד ללמידה, לחיזוק האוטונומיה ותחושת האינדיווידואליות שלו ולחיזוק התפיסה שהוא עצמו גורם משפיע על מהלך חייו ועל האחרים בחייו. כך, למשל, בעניין ילדים בסיכון שהוצאו מביתם למרכזי חירום, הימנעות מהיוועצות עימם בנוגע לתוצאות הרצויות של ההליך מפירה את זכותם להשתתפות ומונעת מהם לממש את רצונותיהם הייחודיים בהקשר של תוצאות ההליך.

על פי תפיסתם של אנשי מקצוע, מידת השתתפותם של ילדים בקבלת החלטות בעת שהותם במרכז חירום גבוהה מהמידה שבה שהילדים תופסים את השתתפותם. אפשר להסביר את אי־ההתאמה בהכשרתו המקצועית של המטפל. רובנשטיין ובלוך טוענים כי לנוכח העובדה

155 קפלן, לעיל ה"ש 75.

Bonnie L. Green, Goldine C. Gleser, Walter N. Stone & Rita F. Seifert, *Relationships among Diverse Measures of Psychotherapy Outcome*, 43 J. CONSULTING & CLINICAL PSYCHOL. 689 (1975)

157 HART, לעיל ה"ש 76.

158 Thomas & Percy-Smith, לעיל ה"ש 129.

שלמטפלים יש ניסיון, הכשרה וידע מקצועי החסרים למטופלים, אפשר לצפות שמטפלים ומטופלים יגדירו את המשתנים השונים באופן שונה.¹⁵⁹ הרקע המקצועי של המטפלים מוביל אותם להגדרה ממושטת ורחבה יותר. מוטשלה ורוזן משערים כי ייתכן שההבדלים בתפיסות בין אנשי מקצוע למטופלים נובעים מהבדלים במערכות הערכים השונות שלהם.¹⁶⁰ מלוצ'יו התבסס על תאוריית המערכות וטען כי המטופל והמטפל יוצרים בתחילת הקשר מערכת חברתית חדשה, אשר רמת החוזק והבהירות של גבולותיה משתנה בהתאם לתהליך הטיפול.¹⁶¹ בדיקת ההבדלים בתפיסות בשלבים שונים של הקשר מראה כי ההבדלים באים לידי ביטוי בעיקר בשני שלבים: בתחילת הטיפול ובסוף הטיפול. בשלבים אלו גבולות המערכת חלשים יותר, ברורים פחות ובטוחים פחות, ולכן מידת ההסכמה עולה בשלבים אלו ויורדת בשלבים אחרים.¹⁶²

מטרת ההשתתפות היא ליצור שותפות בקבלת ההחלטה, לא ביטול דעתו של האחר. ברוב המקרים התוצרים הטובים ביותר מתקבלים כאשר הילד והמבוגר מקבלים עליהם אחריות משותפת. כך נבנה שיתוף פעולה מיטבי, המשלב בין האינטרסים של הילד ותפיסת העולם שלו ובין הידע המקצועי וניסיון החיים של המבוגר; חלוקת האחריות מאפשרת לילד לעבור תהליכי העצמה ולחוות קבלת החלטות מבלי לחוש נטוש על ידי המבוגרים המלווים אותו.¹⁶³ במחקר הערכה של שורק וריבקין נבחנה השתתפות ילדים בהליכים משפטיים בענייניהם.¹⁶⁴ נמצא שמרבית הילדים שהשתתפו, בני 10–12, תמכו בהשתתפות והרוויחו ממנה. יש עדויות לכך שגיל ההתבגרות המוקדמת הוא תקופה אידיאלית למיקוד מאמצים ברכישת מיומנויות של השתתפות.¹⁶⁵

העמדה שלפיה ילדים יכולים לקבל החלטות בנוגע לחייהם קידמה מאוד את תהליך העצמתם של הילדים והפיכתם לשותפים בקבלת ההחלטות, אך בה בעת יצרה עימותים חדשים ביחסים בין אנשי מקצוע לילדים, שכן לא לגמרי ברור מהו הידע האמיתי הנדרש לילד כדי שיוכל לקבל החלטה מושכלת. אנשי המקצוע יכולים לפרוס לפני הילד ידע מבוסס ואמין – אך האם הילד מסוגל לבקר את המידע כבעל ניסיון מקצועי? אנשי המקצוע צריכים לסייע לילדים

- Hiasaura Rubenstein & Mary H. Bloch, *Helping Clients Who Are Poor: Worker and Client* 159
Perceptions of Problems, Activities and Outcomes, 52 SOC. SERVICE REV. 69 (1978)
- Mutschler & Rosen, לעיל ה"ש 62. 160
- ANTHONY N. MALUCCIO, LEARNING FROM CLIENTS: INTERPERSONAL HELPING AS VIEWED BY 161
 CLIENTS AND SOCIAL WORKERS (Free Press 1979)
- Allan J. Schwartz & Harold S. Bernard, *Comparison of Patient Therapist Evaluation of* 162
Time-Limited Psychotherapy, 18 PSYCHOTHERAPY: THEORY, RES. & PRAC. 101 (1981)
- Wong, Zimmerman & Parker, לעיל ה"ש 45. 163
- שורק וריבקין, לעיל ה"ש 93. 164
- Judith Torney-Purta & Jo-Ann Amadeo, *Participatory Niches for Emergent Citizenship in* 165
Early Adolescence: An International Perspective, 633 ANNALS AM. ACAD. POLI. & SOC.
 SCI. 180 (2011)

להגיע להחלטה הטובה ביותר עבורם. כדי שילד יוכל לקבל את ההחלטה הטובה ביותר עבורו, עליו להבין ולדעת את כל החלופות העומדות לפניו. העצמת הילד על ידי מתן מידע תביא לאוטונומיה רבה יותר. אפשר שדחיקת העמדה הפטרנליסטית לחלוטין היא טעות, שכן ביסוד העמדה לא עומד הכוח במובנו ההיררכי אלא כוח שמקורו בידע. איש המקצוע אינו יכול לכפות על הילד את דעתו ותפיסתו, אך גם הפיכת היחסים בין אנשי המקצוע לילדים ליחסים שוויוניים אינה אפשרית; איש המקצוע מונע מהידע, ההבנה והניסיון, ואילו הילד זקוק לידע, ובלעדיו לא יוכל לקבל את ההחלטה הטובה עבורו.¹⁶⁶

מערכת היחסים בין איש המקצוע לילד אינה שוויונית. זו מערכת יחסים עדינה ומורכבת. יש בה ילד הזקוק לעזרה ומולו איש מקצוע שביכולתו להציע את העזרה. פורנר מציעה לשתף את המטופל ברציונל להחלטה, אך לא לוותר על הפטרנליזם כרכיב מרכזי ביחסי מטפל־מטופל.¹⁶⁷ עמדתה זו מוצאת חיזוק בממצאי סקר שהראה שהמטופלים אינם מבקשים אוטונומיה מלאה ביחסיהם עם מטפלים, אלא את הכבוד וההכרה בצורכייהם.¹⁶⁸ איש המקצוע בטוח בכל ליבו, על סמך ניסיונו והידע שצבר, בדבר הנכון והראוי במקרה של הילד בנושא הנידון, ואילו הילד מפעיל שיקולים שאינם בהכרח קשורים למצבו, שיקולים הכוללים חששות, אמונות, דעות והישענות על מידע הזורם אליו ממקורות שונים. לילד יש ידע, אך אין לו ידע מתאים ויכולת לנתח מצב ולקבל החלטות. מחקרה של קושר,¹⁶⁹ שבדק את התפיסה וההבנה של ילדים בבית ספר יסודי בנוגע למושג הזכויות בבית הספר, מצא שיותר ממחצית הילדים תמכו בכך שההורים או צוות בית הספר יחליטו עבורם בעניינים ובתהליכים מקצועיים.

חוק הנוער מחייב את בית המשפט לשמוע את עמדתו של הילד טרם השמתו במסגרת חוץ־ביתית ובטרם תתקבל החלטה להחזירו לחזקת הוריו.¹⁷⁰ העיקרון המחייב לשתף את הילד בהחלטה בא לידי ביטוי גם באמנה בדבר זכויות הילד.¹⁷¹ הוא נובע הן מן החובה להתייחס אל הילדים כאל יצורים אוטונומיים ונושאי זכויות, שעמדתם בדבר גורלם רלוונטית בעת קבלת החלטה בענייניהם, והן מן ההנחה שבידי הילד מידע רלוונטי שאינו מצוי בידי גורמים אחרים – על יחסיו עם הוריו ועל הסיכונים הנשקפים לו. חרף זאת, לפחות כמה מבתי המשפט לנוער אינם מקפידים לשמוע את עמדת הילדים. לכך מצטרפת העובדה שמשדר הרווחה עצמו אינו בוחן את עמדת הילדים ואינו מציג את עמדתם ואת מלוא המידע הרלוונטי לפני בתי המשפט.

Gérard Reach, *Patient Autonomy in Chronic Care: Solving a Paradox*, 8 PATIENT PREFERENCE & ADHERENCE 15 (2014)

Veronique Fournier, *The Balance between Beneficence and Respect for Patient Autonomy in Clinical Medical Ethics in France*, 14 CAMBRIDGE Q. HEALTH CARE ETHICS 281 (2005)

ש.ם. 168

קושר, לעיל ה"ש 94. 169

ס' 8 לחוק הנוער. 170

ס' 12 לאמנה. 171

הקשבה כנה והוגנת לצרכים השונים, מתוך התייחסות רלוונטית לילדים, תסלול את הדרך למימוש זכויותיהם.

7. הקשר בין שביעות רצון של ילדים ובין השתתפות בקבלת החלטות

נבדק הקשר בין תפיסת שביעות הרצון לתפיסת השתתפות הילדים בקבלת החלטות בענייניהם. בשתי אוכלוסיות המחקר נמצאו קשרים מובהקים וחיוביים בין השתתפות הילד בקבלת החלטות בענייניו ובין שביעות הרצון מהשהות והטיפול במרכז חירום. במילים אחרות, אנשי מקצוע וילדים שהחזיקו בעמדות חיוביות כלפי השתתפות הילדים בקבלת החלטות בענייניהם העריכו את רמת שביעות הרצון של הילדים במרכז חירום כגבוהה יותר, ולהפך.¹⁷² הרעיון של רווחה ואיכות חיים מושרש בחוויה האישית של בני אדם. ילדים חווים את חייהם ואת איכות חייהם באופן מיוחד להם.¹⁷³ התעלמות מהם ואפילו התייעצות חלקית איתם אינה מקיימת את התפיסה הבסיסית של רווחה, והיא יוצרת מציאות שאינה משקפת בהכרח את מצבם של הילדים.¹⁷⁴ ממצאי המחקר הנוכחי תואמים ממצאי מחקרים בתחום הרווחה; אלה גילו שילדים שקיבלו מידע ושהתייעצו עימם בקשר לדרכי הטיפול ואופיו הרגישו שמחים יותר ובטוחים בעצמם כבני אדם בעלי זכויות.¹⁷⁵ הממצא מתאים למגמה שנמצאה במחקרים אחרים, שהראתה קשר חיובי בין השתתפות לקוחות ובין שביעות רצון, קשר שמקל את ההתמודדות במצבי קושי.¹⁷⁶

- Laura Lundy, *The United Nations Convention on the Rights of the Child and Child Well-Being*, in HANDBOOK OF CHILD WELL-BEING: THEORIES, METHODS AND POLICIES IN GLOBAL PERSPECTIVE 2439 (Asher Ben-Arieh, Ferran Casas, Ivar Frønes & Jill E. Korbin eds., (HANDBOOK OF CHILD WELL-BEING : הספר להלן) Springer 2014) 172
- Asher Ben-Arieh, Ferran Casas, Ivar Frønes & Jill E. Korbin, *Multifaceted Concept of Well-Being*, in HANDBOOK OF CHILD WELL-BEING Charles C. Helwig, Martin ; 1 בעמ' 1, שם, *Well-Being*, in HANDBOOK OF CHILD WELL-BEING D. Ruck & Michele Peterson-Badali, *Rights, Civil Liberties, and Democracy*, in HANDBOOK OF MORAL DEVELOPMENT 46 (2nd ed. Melanie Killen & Judith Smetana eds., 2014) 173
- Ferran Casas, *Subjective Social Indicators and Child and Adolescent Well-Being*, 4 CHILD INDICATORS RES. 555 (2011) 174
- Imelda Coyne, *Consultation with Children in Hospital: Children, Parents' and Nurses' Perspectives*, 15 J. CLINICAL NURSING 61 (2006); Stephen R. Shirk & Marc Karver, *Prediction of Treatment Outcome from Relationship Variables in Child and Adolescent Therapy: A Meta-Analytic Review*, 71 J. CONSULTING & CLINICAL PSYCHOL. 452 (2003) 175
- Ingrid Runeson, Inger Hallström, Gunnel Elander & Göran Hermerén, *Children's Participation in the Decision-Making Process During Hospitalization: An Observational Study*, 9 NURSING ETHICS 583 (2002) 176

גם מחקרים שנערכו באנגליה, בדרום אמריקה, באוסטרליה ובניו זילנד, שעסקו בתהליכי שותפות של ילדים ומתבגרים בתהליכי טיפול ובשביעות רצונם מהטיפול,¹⁷⁷ העלו ממצאים דומים. מחקרים אלה מצאו שבביעות הרצון של הילדים והמתבגרים תלויה בכמה תנאים: הזדמנות לבחור את דרך השותפות בטיפול, גישה למידע ישיר על הטיפול, היכולת ליהנות ממטפל שאפשר לסמוך עליו ומדיניות של שירות תומך. במחקר ניסיוני שנעשה בארץ, להערכת תוכנית לשיתוף ילדים בהליכים משפטיים הנוגעים להם בבתי משפט, דיווחו 93% מהילדים שהזדמנותם להשתתף בתהליך הייתה רצויה טוב. 62% מהילדים שהשתתפו בתהליך דיווחו שהשתתפות עזרה להם ושהיו שבעי רצון מהתהליך. נוסף על כך, 77% מההורים לילדים שהשתתפו בהליך בית המשפט הביעו שביעות רצון מהשתתפות ילדיהם בהליך המשפטי.¹⁷⁸ במחקרו של עוזיאלי עלה שיותר מ-50% מהילדים וההורים דיווחו שהעובדה שנתנו להם להביע את דעתם גרמה לכך שהיו שבעי רצון מאנשי המקצוע שהקשיבו לדברי הילדים, לא זלזלו בהם ונהגו בהם בצורה הוגנת.¹⁷⁹ מחקר אחר מדווח שכאשר מקשיבים לילדים רמות האושר שלהם עולות.¹⁸⁰ גם מחקרים בתחום שירותי הבריאות מצביעים על כך שהשתתפות ילדים בהחלטות הנוגעות לטיפול רפואי מגבירה את שביעות רצונם מהטיפול. רובינסון ותומסון מצאו קשר חיובי בין שיתוף חולים בהליך הטיפול הרפואי ומתן מידע על המחלה ובין שביעות הרצון של החולים מהטיפול.¹⁸¹ גם גרינפילד ואחרים ציינו כי שיתוף חולים בהחלטות על טיפול במחלתם מעלה את שביעות רצונם מהטיפול ומגביר את המודעות לחשיבות בשינוי הרגלים.¹⁸² אפשר לצפות שככל שרמת ההשתתפות של הילד בהחלטות הנוגעות לחייו תהיה גבוהה יותר כך תעלה שביעות רצונו. מחקרים אחרים הראו שהשתתפות ילדים ובני נוער בקבלת החלטות אפשרה להם לשמור על תחושת שליטה במצבם הרפואי והקלה עליהם את ההתמודדות עם טיפול פיזי מכאיב.¹⁸³ במחקר אחר נמצא שהשתתפות

- Judy Cashmore, *Children's Participation in Family Law Decision-Making: Theoretical Approaches to Understanding Children's Views*, 33 CHILD. & YOUTH SERVICES REV. 515 (2011) 177
- שורק וריבקין, לעיל ה"ש 93. 178
- עוזיאלי, לעיל ה"ש 92. 179
- Thoilliez, לעיל ה"ש 111. 180
- A. Robinson & R. Thomson, *Variability in Patient Preferences for Participating in Medical Decision Making: Implication for the Use of Decision Support Tools*, 10 QUALITY IN HEALTH CARE i34 (2001) 181
- Sheldon Greenfield et al., *Patients' Participation in Medical Care: Effects on Blood Sugar Control and Quality of Life in Diabetes*, 3 J. GEN. INTERNAL MED. 448 (1988) 182
- Coyne, לעיל ה"ש 175; Runeson, Hallström, Elander & Hermerén; לעיל ה"ש 176. 183

הילדים בטיפול הרפואי סייעה להגברת תחושת השליטה והפחיתה חרדה וחששות שגרמו הטיפולים הרפואיים.¹⁸⁴

מחקר של ויס ואחרים,¹⁸⁵ שעסק בתחומי בריאות ועבודה סוציאלית, מצא שלהשתתפות ילדים בהליכים עשויה להיות השפעה בריאותית, בעיקר משום שהליך ההשתתפות עצמו הוא טיפולי ומוביל להחלטות טובות יותר ולהתאמה טובה יותר של שירותים לילד. על פי מחקר זה, השתתפות מוצלחת של ילדים עשויה להוביל להגברת תחושת הביטחון וההגנה של הילדים ולמידה גבוהה יותר של שביעות רצונם. עוד נמצא שילדים שהשתתפו בתהליך התמודדו טוב יותר עם הלחץ שקשור לחוסר ודאות של הסדרי הטיפול.¹⁸⁶ נמצא שילדים שלא היו מעורבים בקבלת החלטות הביעו רגשות של חוסר אונים.¹⁸⁷ במחקר שנערך בבית חולים אירלנד, במחלקת ילדים, נבדקו פרספקטיבות של הורים, של אחיות ושל ילדים בקשר לשותפות של ילדים בתהליך הטיפול הרפואי בהם. מרבית ההורים חשו שילדיהם צריכים להיות שותפים בקבלת ההחלטות, לחיזוק ביטחונם ולשיפור תחושתם הכללית, והביעו שביעות רצון משיתוף ילדיהם בטיפול.¹⁸⁸

ה. מגבלות המחקר

למרות הייחודיות של המחקר, שהוא נדיר ביכולתו להשוות בין תפיסות של ילדים ובין אלה של אנשי מקצוע במרכז חירום, יש לו כמה מגבלות מתודולוגיות.

1. מדגם המחקר

במחקר זה נעשה שימוש בדגימת נוחות. שיטה זו, למרות יעילותה, פוגעת בייצוגיות המדגם, לפיכך יש לנהוג משנה זהירות בהכללתם של ממצאי המחקר הנוכחי על כלל האוכלוסייה. המדגם במחקר הנוכחי כלל שתי קבוצות אוכלוסייה: ילדים ואנשי מקצוע. נעשה מאמץ להביא להטרוגניות גדולה ככל האפשר במדגם הילדים על ידי החלטה לדגום ילדים מכל מרכזי

- Jennifer L. Kelsey et al., *Risk Factors for Stress Fracture among Young Female Cross-Country Runners*, 39 MED. & SCI. IN SPORTS & EXERCISE 1457 (2007) 184
- Svein Arild Vis, Astrid Strandbu, Amy Holtan & Nigel Thomas, *Participation and Health – A Research Review of Child Participation in Planning and Decision-Making*, 16 CHILD & FAM. SOC. WORK 325 (2011), לעיל ה"ש 150. 185
- Eileen Munro, *Empowering Looked After Children*, 6 CHILD & FAM. SOC. WORK 129 (2001). 186
- Caroline Leeson, *My Life in Care: Experiences of Non-Participation in Decision-Making Processes*, 12 CHILD & FAM. SOC. WORK 268 (2007). 187
- Coyne, לעיל ה"ש 175. 188

החירום בארץ. מניתוח של משתני הרקע של הילדים אפשר ללמוד שמדגם הילדים לוקה ברמת ייצוגיות נמוכה. חסר מידע על מצבם של הילדים ועל סיבת הגעתם למרכז החירום. כך, הממצאים של המחקר הנוכחי אינם משקפים בהכרח את תפיסת הזכות להשתתפות ושביעות הרצון של כלל הילדים השוהים במרכזי חירום.

לפי התכנון המקורי היה מדגם הילדים אמור לכלול מאה ילדים ששהו במרכזי חירום, אך במדגם השתתפו 47 ילדים בלבד. מספר זה, שהוא קטן באופן יחסי, אינו מאפשר לבחון מודלים רב־משתנים של הקשר בין מאפייני הרקע של אנשי המקצוע והילדים ובין תפיסת שביעות רצונם של הילדים מהשהות והטיפול במרכז חירום, ואף אינו מאפשר לבחון מודלים רב־משתנים בין מאפייני הרקע של אנשי המקצוע והילדים להשתתפות בקבלת החלטות בענייניהם. כל שהיה אפשר לבחון הוא משתנה בלתי תלוי אחד לצד משתנה תלוי – ולא מגוון משתנים בלתי תלויים, ובכלל זה הקשר בינם ובין המשתנה התלוי של שביעות רצון. יש לבדוק מודלים כאלה במחקרים עתידיים, ומוצע שייעשו על מספר גדול הרבה יותר של נחקרים. לעומת מדגם הילדים, מדגם אנשי המקצוע היה גדול יותר (147 אנשי מקצוע מתוך כמאתיים אנשי צוות), ואפשר להניח שהוא גם מייצג יותר. עם זאת, אין בידינו מידע על הבדלים בין אלה שהשתתפו במחקר לאלה שבחרו שלא לעשות כך, ולכן יש לנקוט זהירות בכל ניסיון להכליל את ממצאי המחקר מעבר למדגם.

2. איכות המדידה של משתני המחקר

מגבלה אחרת נוגעת לאיכות המדידה של משתני המחקר: כלי המחקר שמדדו את תפיסת הנחקרים ביחס לשביעות רצון ולהשתתפות בקבלת החלטות מבוססים על כלי מחקר שנבנו במיוחד למטרת המחקר הנוכחי, על סמך הספרות התאורטית והמחקרית בנושא. השימוש בכלים נעשה אך ורק במחקר הנוכחי, כך שהם לא עמדו במבחני תקפות ומהימנות במדגמים אחרים בארץ ובעולם. מכאן עולה שאלה בדבר תוקף המבנה של הכלי. שיטה מקובלת לבחון תוקף מבנה של כלי היא באמצעות ניתוח גורמים.¹⁸⁹ ניתוח גורמים שנערך לכלים העלה כי החלוקה לגורמים שהונחה מראש אינה תקפה, ולפיכך נעשה מבנה חדש של גורמים והיה הכרח להוריד כמה פריטים. עם זאת, ראוי לציין כי המהימנות הפנימית של כל גורם בכלי של שביעות רצון וכן בכלי של השתתפות בקבלת החלטות הייתה גבוהה. נעשה ניסיון להגדיל את תוקף התוכן של הכלים על ידי התאמתם לתאוריה. כך לדוגמה, הכלי להשתתפות הילד בקבלת החלטות בענייניו הותאם לסולם ההשתתפות של הארט¹⁹⁰ ונכללו בו שלבי ההשתתפות. נעשה ניסיון – להתאים את הכלי של שביעות רצון להגדרות כפי

Gerald J. Bostwick & Nancy S. Kyte, *Measuring Variables, in* SOCIAL WORK RESEARCH AND EVALUATION: FOUNDATIONS OF EVIDENCE-BASED PRACTICE 181 (9th ed. Richard. M. Grinnell & Yvonne A. Unrau eds., 2011).
HART, לעיל ה"ש 76. 190

שהן מופיעות בספרות. עוד נעשה ניסיון לשפר את השאלון על ידי עריכת מחקר חלוץ בקרב עשרה ילדים שלא היו במרכז חירום, בני 8–14, וכן בקרב חמישה ילדים ששהו במרכז חירום ולא נכללו באוכלוסיית המחקר. הילדים סייעו לבחון את מידת הבהירות של השאלות, ונעשו התאמות בכלי המחקר בהתאם להערותיהם. כמו כן נערך מחקר מקדים בקרב עשרה אנשי מקצוע, ונעשו שינויים קלים בשאלון בהתאם להערותיהם. נוסף על כך, נעשו ניסיונות לשתף את הילדים ואת אנשי המקצוע בעיצובם של ממדי ההערכה על ידי שימוש בכלים איכותניים, כגון ראיונות עומק או קבוצות מיקוד, אולם הדבר לא צלח.

3. הליך איסוף הנתונים במחקר

המחקר בחן את הקשר בין שביעות רצון מהשהות והטיפול במרכז חירום ובין המשתנים הבלתי תלויים – מאפייני רקע והשתתפות בקבלת החלטות – המוצגים בנקודת זמן אחת. מחקר כזה אינו מאפשר לבחון השתנות של שביעות הרצון על פני מאפייני השהות במרכז חירום ותהליכי השתתפות. הוא אינו מאפשר לבדוק אם הקשרים שנמצאו כאן משקפים סיבתיות או שמא אלה קשרים סטטיסטיים הנובעים ממקורות אחרים, שאינם סיבתיים. אחת הדרכים להתמודד עם מגבלה זו היא עריכת מחקר אורך, שבו יהיה אפשר לעקוב אחר שביעות הרצון של הילדים מהשהות והטיפול ומהשתתפותם בקבלת החלטות בענייניהם.

מגבלה אחרת נובעת מהתקופה הארוכה שבה נאספו הנתונים. כדי להתגבר על איומים על התוקף הפנימי, שמקורם בהפרש זמנים, יש לשאוף לכך שאיסוף הנתונים יתבצע בתקופה קצרה ככל האפשר. במחקר הנוכחי התגלו קשיים ניכרים בגיוס הילדים ובקבלת אישור מהוריהם להשתתפות הילד במחקר, קשיים שפגעו ביכולת לאסוף את הנתונים בתקופת זמן קצרה. חרף התקופה הארוכה של איסוף הנתונים, הדבר לא פגע במהימנותם ובתוקף שלהם. סקירת הספרות העלתה כי חל שינוי במדיניות שעליה הצהיר משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, בהתאם למחקר בתחום ילדים בסיכון. הגישה המשתקפת מהצהרת המדיניות מקדמת את שיתוף הילד בקבלת החלטות בענייניו. עם זאת, בניגוד לנעשה במדינות מפותחות אחרות, מדיניות זו כמעט אינה מקבלת ביטוי בחקיקה, בנהלים ובתקנות שמנחים את אנשי המקצוע בשיתוף הילד בקבלת החלטות בענייניו. כך, חרף הזמן שחלף, רוב שינויי המדיניות והמלצות הוועדות שדנו בנושא אינם מוצאים ביטוי הולם בשטח, ונדרשת עבודה רבה, ובכלל זה עריכת מחקרים נוספים בנושא, כדי להטמיע את מדיניות משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.

מגבלה נוספת נוגעת להטיית חוקר. הטיית חוקר עלולה להיווצר בשלושה מצבים עיקריים: כאשר הילד רוצה, במודע או שלא במודע, להרשים את המראיין; כאשר הילד נרתע, במודע או שלא במודע, מלהשיב ככנות וחושש שהמידע יימסר לגורמים חיצוניים ויזיק לו. כדי למנוע הטיית חוקר נעשה ניסיון להקפיד על ניסוח השאלות כך שלא ישתמע מהן כיוון רצוי למענה, ונשאלו שאלות באותו נושא בכמה ניסוחים במטרה לבחון את עקביות המענה.

1. סיכום והמלצות

המחקר הנוכחי התמקד בזכות ההשתתפות ובשביעות רצונם של ילדים מהשהות והטיפול במרכז חירום מנקודת מבטם של הילדים עצמם ושל אנשי המקצוע. תרומתו העיקרית של המחקר היא, קודם כולל, בעצם היותו מחקר הנותן ביטוי, לראשונה, לקולם של ילדים השהים במרכז חירום בנוגע לשביעות רצונם מהשהות והטיפול במרכז החירום ומהשתתפותם בקבלת החלטות. בכך הוא ממשיך את מגמת המחקרים הרואים חשיבות בשמיעת קולם של הילדים, מתוך התמקדות באוכלוסיית המחקר – ילדים בסיכון שהוצאו מבתם למרכז חירום. הם אלו שעברו את החוויה הטיפולית ויכולים להעריך באופן הטוב ביותר את תהליך הטיפול על רכיביו. חשוב לתת לקולם של הילדים להישמע ככל שהדבר אפשרי. שמיעת קולם של הילדים מוסיפה ממד להבנה של אנשי המקצוע; היא מדגישה את חשיבות הלמידה מכל מקורות הידע – הידע הרציונלי, ובייחוד האינטואיטיבי - וכן את הצורך לפרש את המציאות לפי חוויותיהם של הילדים. מתן קול לתפיסתם של הילדים עצמם מאפשר להבין את תפיסתם של אלה המושפעים ביותר מההחלטה על ההוצאה מהבית, לבחון את המצב ולמצוא דרכים לשפרו. תרומה נוספת נוגעת להשוואה בין קבוצת הילדים לקבוצת אנשי המקצוע. השוואה בין אנשי מקצוע לילדים יכולה ליצור תמונה מקיפה יותר של שביעות רצונם של הילדים והשתתפותם בקבלת החלטות. סקירת הספרות הצביעה על מחקרים מעטים שערכו השוואה בין תפיסתם של אנשי מקצוע לזו של הילדים. המחקרים שעסקו בנקודת המבט של הילדים לא עסקו באוכלוסיית הילדים ששהתה במרכז חירום. לכן חסר ידע מחקרי על הקשר בין תהליכי שיתוף ילדים בקבלת החלטות בענייניהם ובין שביעות רצונם מהטיפול מנקודת מבטם של אנשי המקצוע ושל הילדים. המחקר שופך אור על סוגיות שטרם נחקרו ומוסיף ידע לגוף הידע הקיים. תרומת המחקר ניכרת לא רק בהוספת ידע, אלא גם ביכולותיו לזהות את הפערים והתחומים הראויים לשינוי. הוא משמש בסיס לפיתוח מדיניות ולפיתוח מודלים של התערבות בתחום של ילדים בסיכון השהים במרכז חירום. לאור כל אלה, יש חשיבות להמלצות בתחום המדיניות והפרקטיקה ולקיום מחקרים נוספים, כאלו שיבחנו את הממצאים שהתקבלו.

1. המלצות למדיניות

רבים מהילדים השהים במרכז חירום מתקשים לקיים דו-שיח טיפולי ואף נמנעים ממנו, משום שנסיבות חייהם הקשות לימדו אותם להשתמש במנגנוני הגנה נוקשים של הכחשה ורציונליזציה. אלה מקשים את התהליך הטיפולי ופוגעים בשביעות הרצון של הילדים מהטיפול. אנשי המקצוע חייבים אפוא להטות אוזן, להקשיב לילדים, לזהות את נקודת מבטם ולתת מקום לדעותיהם ועמדותיהם ביחס לקשר בין הילד לאיש המקצוע.

בישראל אין מדיניות ברורה ואחידה בכל הנוגע לזכות הילד להשתתפות בקבלת החלטות בענייניו. בשני העשורים האחרונים קמו בכנסת שלוש ועדות שבחנו את סדרי עבודתן של ועדות תכנון, טיפול והערכה,¹⁹¹ והמלצותיהן נוגעות לרכיבים של שיתוף הילד. מומלץ שמערכת המשפט בישראל תבחן אם וכיצד אפשר לעגן בחוק את זכותם של הילדים להיות שותפים להחלטות חשובות בחייהם. ההשתתפות צריכה להיות מבוססת על עקרונות האמנה, ובהם שיתוף במידע, התאמת המידע למידת הבנתו של הילד, הזכות להביע דעה ומתן משקל ראוי לדעתו של הילד. ההשתתפות תותאם לצרכיו, ליכולותיו ולרצונותיו של הילד.

צעד נוסף בדרך למימוש זכות ההשתתפות של ילדים בכלל ושל ילדים בסיכון בפרט הוא מתן משקל ראוי לדעותיו של הילד. רכיב זה, שמקורו באמנה בדבר זכויות הילד, מבקש להעניק משקל גובר לרצונו המוצהר של הילד, אם זה הוכיח בגרות ויכולת מפותחת. יש חשיבות רבה לעיגון זכות ההשתתפות, ובכלל זה זכות הילד להשמיע את דעתו, בחקיקה ובמדיניות. משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים פרסם נהלים בנושא, ברם לא די בפרסום נהלים – יש לקיים פיקוח ובקרה על יישומם הלכה למעשה.

זכויות הילדים לא יושגו במלואן כל עוד יש אנשי מקצוע החסרים ידע וכלים הדרושים ליישומן. כדי להשתית תרבות חיים הרואה בילדים אזרחים שווי זכויות ומעניקה להם אפשרויות להישמע, להשתתף ולזכות בהגנה, חובה על אנשי המקצוע לדעת את עקרונותיה של אמנת זכויות הילד ולהכיר את פרשנויותיה. יש חשיבות לחינוך והסברה באמצעות סדנאות חווייתיות והכשרות המתמקדות בדילמות אתיות, בעמדות ובקשיים רגשיים מול יישום זכות ההשתתפות של הילד.

כדי שזכויות ימומשו, לא די שהן יחוקקו בחוק, לא די בהפצת המידע על קיומן, רצוי שתהיה במרכזי החירום תרבות תומכת זכויות. בתרבות כזאת כל הצדדים מכירים בתועלת ההדדית ובערך המוסרי של הזכויות ופועלים על פי תהליכים מסודרים של דיאלוג ובניית הסכמות, ומנגנונים ברורים ומאזנים במקרים של התנגשות.

ממצאי המחקר הנוכחי מלמדים על השוני בין תפיסות הילדים בנוגע לזכות ההשתתפות של הילדים ובין אלה של אנשי המקצוע. ילדים נוטים לתמוך בזכות הילד להשתתפות במידה רבה יותר מאנשי מקצוע. הממצאים מלמדים שלילדים יש נקודת מבט שונה, סובייקטיבית, על זכות ההשתתפות. צריך אפוא להתייחס לנקודת המבט של הילדים – הן בפיתוח תאוריה והן בגיבוש תוכניות שידגישו את חשיבות השתתפותם של ילדים השוהים במרכזי חירום – במסגרת תהליך ההתמודדות שלהם עם מצבם, וצריך לתת בידי אנשי המקצוע העובדים במרכזי החירום כלים מעשיים ליישום ההשתתפות הלכה למעשה.

191 **דין וחשבון של ועדת ייעוץ לקביעת סמכות "ועדות החלטה" ודרך התנהלותן מול פקידי הסעד למיניהם** (2002); ועדה לתכנון, טיפול והערכה **החלטות צוות היישום** (2004); דין וחשבון הוועדה לבחינת מדינות המשרד בנושא הוצאה של ילדים למסגרות חוץ-ביתיות ונושא הסדרי ראייה **דוח ביניים** (2014).

2. המלצות לפרקטיקה

הזכות למידע היא רכיב יסודי בדרך למימוש זכותם של ילדים השוהים במרכז חירום להיות שותפים בהחלטות חשובות בחייהם. חשובה מסירה מדויקת ומלאה של מידע על ההליך ועל תפקידם בו. המידע צריך להימסר באופן זהיר, ומתוך הכרה בשונות הקיימת בין הילדים השוהים במרכז חירום מבחינה רגשית, התנהגותית וקוגניטיבית. למידע יש השלכות משמעותיות על עתידו של הילד, ומכאן נובעת החשיבות הרבה שבהעברת המידע בצורה סדורה, רגישה ומתאמת לצרכיו של הילד וליכולותיו. מתן מידע עשוי להגביר את תחושת השייכות והמעורבות של הילד ובכך להגשים את זכותו להשתתפות. שיתוף ילדים באופן זהיר ומחושב עדיף מגישה המגוננת על הילדים עד כדי מניעת שיתופם בהליכים מסוג זה. בשלב הראשון ראוי שאנשי המקצוע יבחנו את מידת הבשלות של הילד להיות שותף להחלטות בענייניו. ראוי שמשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים יפתח מגוון דרכים ואפשרויות למתן מידע לילדים. דרכים אלה צריכות להיות מותאמות לילדים בגילים שונים וברמות התפתחות שונות. כך לדוגמה, יש חשיבות לכתובת חוברת הסברה, בשפות שונות, שבה יוסבר מהי ועדת תכנון, טיפול והערכה, מהי זכות ההשתתפות ואילו חלופות קיימות. החוברת, ראוי שתכתב ברמת הבנה של ילד בן שש.

אחד הדברים החשובים למימוש זכות הילדים להיות שותפים בקבלת החלטות בענייניהם היא הזכות להביע ולהישמע בחופשיות, כלומר ההכרה בזכותו של הילד להתבטא בכל דרך, מילולית ושאינה מילולית. לצד זאת מוטלת על אנשי המקצוע העובדים במרכזי חירום אחריות לדאוג לכך שהילד יביע את דעותיו, רצונותיו, עמדותיו ותחושותיו. על משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים ליצור אצל הילד תחושות של מעורבות, שייכות ושיתוף. תחושות אלו מעצימות את האחריות האישית אצל הילד ביחס להחלטה בענייניו. בכוחן של תחושות אלה לשפר את יחסו של הילד להחלטה שהתקבלה בענייניו. יש ליצור תשתית תקשורתית המעודדת ילדים השוהים במרכזי חירום לממש את זכות ההשתתפות בענייניהם ומאפשרת להם לעשות זאת. יש לפתח דרכים מותאמות, שיעודדו את הילדים להביע את דעתם בדרך ישירה או עקיפה באמצעות ציור או משחק. יש ליצור מנגנונים של משוב חוזר כדי לוודא שהילדים הבינו את שהוסבר להם.

מימוש הזכות להשתתפות ילדים השוהים במרכז חירום והעלאת שביעות רצונם מהשהות והטיפול תלויים במידה רבה במשאבים העומדים לרשות מרכז החירום, ובראשם כוח אדם מקצועי שקיבל הכשרה מתאימה לעבוד עם ילדים אלו. כאמור, וכפי שמעידים הממצאים, הן השתתפות הילדים והן שביעות רצונם תלויות בהתנהלות של אנשי המקצוע העובדים במרכזי החירום. אפשר שהתנהלות זו מושפעת, בין היתר, מתפיסתם של אנשי המקצוע בנוגע להשתתפות הילדים בקבלת החלטות בענייניהם, וכן מהמיומנויות המקצועיות שלהם. כדי שבידי אנשי המקצוע, על מגוון תפקידיהם, יהיו הכלים הקליניים והתקשורתיים לשיתוף הילדים ולהעלאת שביעות רצונם, בקבוצות הגיל השונות, צריך לפתח תוכניות הכשרה ייחודיות, בעלות תכנים לימודיים מתאימים. אלה צריכים לכלול הסברים על התפיסה שבבסיס

עקרון ההשתתפות, דיון בסוגיות ובלבטים הכרוכים בשיתוף ילדים, לרבות התייחסויות לאותם מצבים שבהם אי-אפשר לקיים שיתוף, הקניית כלים המעודדים השתתפות ילדים ופיתוח גישה תרפויטית, זאת לאורך כל תקופת עבודתם במרכז החירום.

מימוש הזכות תלוי גם בהכנת הילדים להשתתפות בקבלת החלטות בענייניהם. במהלך ההכנה אפשר לאתר את הצרכים האישיים של הילד ואת הדרכים להעצמתו באופן המותאם לגילו ולרמת בגרותו. מומלץ לערוך סדנאות לילדים עצמם, שבהן יינתן מידע על עקרון ההשתתפות, מידע על תהליך ההשמה ועל האפשרויות העומדות לפניהם, אימון בסגור עצמי, מיומנויות תקשורת וקבלת החלטות. סדנה כזאת תאפשר לילדים לעבור למצב של השתתפות פעילה בקבלת ההחלטה, מתוך הבנת האפשרויות העומדות לפניהם ובעזרת שימוש בכלים יישומיים.

כדי שזכות ההשתתפות תמומש, היא זקוקה לתרבות תומכת, תרבות שתסייע בהטמעת השינויים הנדרשים לשיתוף ילדים השוהים במרכזי חירום. מומלץ אפוא שבכל מרכז חירום תפעל יחידת שיתוף שמטרתה להתאים את ההנחיות והנהלים לעקרון ההשתתפות באמצעות עידוד רעיונות ויוזמות של אנשי המקצוע, ובפיתוח תוכניות ארוכות טווח שיאפשרו די זמן להטמיע את השינוי, להעריך את הקשיים ביישום של עקרון ההשתתפות ולסייע להתמודדות עימם.

יש לעשות כל מאמץ לשוחח עם הילדים על משמעות ההחלטה. אם מתגלים הבדלים בין ההעדפה של הילדים להחלטתם של אנשי המקצוע, מן הראוי שייפתח דיון בין שני הצדדים להבהרת עמדתם. על איש המקצוע לעשות זאת בצורה אמפתית ואכפתית אך ברורה. יש להמשיך וללמוד מן הניסיון שנצבר בעולם בכל הנוגע למודלים של שיתוף ילדים בכלל ושל ילדים בסיכון בפרט. יש להמשיך בהערכת השירותים כדי ללמוד על הצעדים שנקטו ליצירת שותפות, על המכשולים האפשריים ועל השפעת השותפות על שביעות הרצון של הילדים.