To cite this article: Yafit Danieli, Sharon Snir, Dafna Regev & Michal Adoni-Kroyanker (2019): Suitability of the art therapy room and changes in outcome measures in the education system, International Journal of Art Therapy

To link to this article: https://doi.org/10.1080/17454832.2018.1564778

הקשר בין תפיסת חדר הטיפולים ושביעות הרצון הממנו, בקרב מטפלות באמנות העובדות במערכת החינוך, לבין שינוי במדדי תוצאה

יפית מושיאשווילי – דניאלי, שרון שניר, דפנה רגב ומיכל אדוני-קרויאנקר

תקציר

מחקר זה בחן את הקשר בין התאמתו של חדר הטיפול באמנות כפי שהיא נתפסת על ידי המטפלת העובדת בו, ושביעות הרצון ממנו בקרב 36 מטפלות באמנות העובדות במערכת החינוך, לבין מדדי תוצאת טיפול אצל 55 מטופליהן. המטפלות ענו על שאלון אודות תפיסותיהן ביחס למידת התאמתו של חדר הטיפול באמנות לטיפול שהן מקיימות בו, ולגבי שביעות רצונן ממנו. המטופלים מילאו שאלונים בנוגע לתפיסה עצמית ולבדידות, והוריהם והמחנכות שלהם דווחו על בעיות התנהגות של הילדים המטופלים, לפני ואחרי הטיפול. מדדי תוצאת הטיפול חושבו באמצעות ציוני ההפרש בין שתי המדידות. בניתוח הממצאים לא נמצא קשר בין מדדי תפיסות החדר לבין מדדי התוצאה. אולם, בחינה אקספלורטיבית של מתאמים בין פריטים בודדים של שאלון תפיסת החדר לבין מדדי התוצאה הראתה תמיכה מסויימת בהשערות, כאשר תפיסות חיוביות יותר של המטפלות בנוגע למיקום החדר, התאמת הציוד והחומרים שבו, התאמת הריהוט, היות החדר מזמין לעשייה אמנותית ויכולתו לאפשר ביטוי של טווח רחב של רגשות, נמצאו קשורות לשיפור גדול יותר במדדי תוצאה.

הקשר בין תפיסת חדר הטיפולים ושביעות הרצון הממנו, בקרב מטפלות באמנות העובדות במערכת החינוך, לבין שינוי במדדי תוצאה

המודעות בנוגע לחשיבות של שילוב של טיפולים באמצעות אמנויות במערכת החינוך גוברת בשנים האחרונות (Cobbett, 2016; Deboys, Holttum, & Wright, 2016; McDonald & Drey, 2017; Snir, et al, 2017), לצד ההבנה כי בית הספר אינו יכול להסתפק רק בצרכים האקדמים של התלמידים (Atkins, Hoagwood, Kutash & Seidman, 2010), וכי התיחסות לצרכים החברתיים והרגשיים הנה בעלת חשיבות רבה (Randick & Dermer, 2013). למרות עדויות הולכות ומצטברות בנוגע למשמעותו הרבה של שילוב זה (Freilich & Shechtman, 2010; Gladding, 2011; Robinson, 2009; Spier, 2010), נראה כי שילובם של מטפלים במערכת החינוך כרוך עדיין באתגרים רבים הנובעים מהמפגש שבין שתי השפות: זו החינוכית וזו הטיפולית (Regev, Green-Orlovich & Snir, 2015). אחד ממוקדי הקושי המתוארים בספרות הנו יכולתה של מערכת החינוך לספק חדרי טיפול מותאמים לצרכי הטיפול (Dornai, Snir & Regev, in writing; Snir, et al, 2017). מחקר זה, המהווה חלק ממחקר רחב יותר על טיפול באמנות במערכת החינוך, עסק בסוגית חשיבותם של חדר הטיפול באמנות עבור הצלחת הטיפולים המתקיימים בהם, ובחן את הקשר בין שינוי במדדי תוצאה לבין תפיסותיהן של מטפלות באמנות העובדות במערכת החינוך בנוגע למידת ההתאמה של חדר הטיפולים בו הן עובדות ושביעות הרצון ממנו.

חדר הטיפול באמנות מספק את המסגרת ההכרחית לעבודה טיפולית (Case & Dalley, 2014) ומאופיין בהתאם לגישה התיאורטית שבה דוגלת המטפלת, אישיותה, מאפייני האוכלוסייה המטופלת בו, ובהתאם לתנאי המוסד שבו מתקיים הטיפול (Brown, 2008). לחדר הטיפול יש השפעה על ההתקשרות הראשונית בין המטפלת למטופל (Wood, 2000), והוא ניתפס כסביבה המגלמת בתוכה את פונקציית 'המיכל וההכלה' (Bion, 1967). בטיפול באמנות החדר מקבל חשיבות יתרה, כאשר אופן הנגשתם של החומרים מהווה מרכיב מרכזי בתהליך הטיפולי (Hilbuch, Snir, Regev & Orkibi, 2016). חדר כזה מוגדר על ידי תאורטיקאנים וקלינאים כמקום המאפשר לחזור שוב ושוב על תהליך מתמשך של עשיית אמנות (Wix, 2010), מקום שבו ה"בלאגן" יכול להיות נסבל לפחות חלק מהזמן (Wood, 2000). כך, ניתן לטעון כי החדר מציע את המיכל הפיזי, בעוד המטפלת מציעה את המיכל הנפשי (Case & Dalley, 2014).

נראה כי לפי תפיסותיהם של תיאורטיקנים וקלינאים, חדר הטיפול באמנות צריך להיות מקום נעים המעורר תחושת ביטחון, והמאפשר יצירתיות ועשייה אמנותית. בפועל, במערכת החינוך ישנם טיפולים באמצעות אמנות המתקיימים בחדרים שיועדו במקורם לתפקיד שונה, למשל עבודה במחסן או בחדר האחות, חדרים החשופים לרעשים, או חדרים בהם ישנם שותפים בו זמניים לחדר (Czamanski-Cohen, 2010; Dornai, et al., in writing; Snir et al., 2017). סיטואציה זו, כפי שתוארה על ידי מטפלות באמנות במערכת החינוך שנתבקשו לתאר את החדר בו הן עובדות ואת משמעותו עבור עבודתן כמטפלות, יוצרת קרע בחוויה האינטימית שמתהווה בחדר, מפריעה לתכנים רגישים להיות מועלים ומדוברים באופן ספונטאני וגלוי (Dornai, et al., in writing), ומקשה על התהליך הטיפולי, ועל יכולתו של התלמיד להתמקד ביצירה ובעולמו הפנימי (עופר-ירום, 2007). מאפיינים כאלו של החדר יוצרים, לתפיסתן של המטפלות שרואיינו, תחושה שהמרחב הטיפולי אינו מוגן, מה שמקשה על יצירת ההפרדה בין המרחב הטיפולי למרחב הבית ספרי (Regev, Green-Orlovich, & Snir, 2015). הקושי בתנאים הפיזיים נובע בעיקר מחוסר התאמה בין החדר לבין הטיפול המיועד להתרחש בו, ונראה כי חלק מהקשיים ניתנים לפתרון וחלקם מקשים על הטיפול באופן שלא ניתן לטפל (Moriya, 2006). קשיים שונים אלו עלולים לפגוע ביעילותו של הטיפול באמנות בבתי ספר.

למרות ההגדרות הברורות והחשיבה שעומדת מאחורי מאפייניו של חדר הטיפול באמנות, נראה כי לא בהכרח הגדרות אלו אכן מתקיימות במערכת החינוך (Dornai, et al., in writing). כתוצאה מכך, מטפלות רבות עדיין מתמודדות עם קשיים בחדרים בהן הן עובדות. לקשיים אלו, עשויות להיות השלכות על איכות הטיפול, ועל יעילותו בסיוע למטופלים. מחקר זה בחן את הקשר בין שינוי במדדי תוצאה לבין מידת ההתאמה של חדר הטיפולים ושביעות הרצון ממנו עבור מטפלות באמנות העובדות במערכת החינוך. השערת המחקר הייתה כי ימצא קשר חיובי בין מידת ההתאמה ושביעות הרצון של המטפלות מהחדר בו הן מקיימות את הטיפולים, לבין משתני תוצאה של המטופל, בדידות ותפיסה עצמית, ולבין סולמות מדדי תוצאה שדווחו על ידי המחנכות וההורים של המטופלים.

שיטה

משתתפים

המחקר, המהווה חלק ממחקר רחב יותר שבדק את הגורמים המקדמים והמעכבים טיפול באמנות במערכת החינוך, התבסס על שאלונים סגורים שמילאו 36 מטפלות באמנות, המועסקות במערכת החינוך בישראל, ו-55 מטופלים, מחנכות וההורים שלהם. המטפלות, אשר אותרו על ידי מנהלות המחקר, הסכימו לקחת חלק במחקר בתמורה לקורס בן 60 שעות עם ציון בנושא "מחקר בטיפול באמנות" וזיכה אותן בתמורה בגמול השתלמות. גיל המטפלות שהשתתפו נע בין 28-62 (M=46, SD=6.9). הוותק של 15 מהמטפלות בטיפול באמנות מאז סיום הלימודים נע בין 5-10 שנים, ארבע מתוכן בעלות ותק של פחות מחמש שנים, ו-17 מתוכן בעלות ותק של מעל 10 שנים. באשר לגישות התיאורטיות על פיהן עובדות המטפלות,

מחק:

שלוש מהמטפלות ציינו כי אינן עובדות על פי גישה טיפולית מסוימת, שבע עובדות בגישה פנומנולוגית, שש עובדות בגישה פסיכו-דינמית, ארבע עובדות בגישה הקוגניטיבית-התנהגותית (CBT), אחת עובדת בגישת יחסי אובייקט, אחת עובדת בגישה אינטר-סובייקטיבית, ו- 14 עובדות בגישה אינטגרטיבית. המטופלים של מטפלות אלו, אשר השתתפו אף הם במחקר, היו כאלו שקיבלו זכאות לשירותי חינוך מיוחד בחינוך הרגיל, הופנו לטיפול במסגרת בית-הספר בסטינג פרטני או קבוצתי, ולא היו מטופלים בטיפול רגשי נוסף. במחקר הרחב השתתפו 89 מטופלים, ובמחקר הנוכחי נאסף מידע מ-55 מטופלים שמטפלותיהם מילאו שאלון בנוגע לחדר בו הן עובדות עמם. מטופלים אלו, 30 בנים ו-16 בנות, היו בכיתות א-ז בעת ביצוע המחקר. גילם נע בין 6 - 13 (M=10.3, SD=1.6). חמישים ושניים מהמטופלים הינם ילידי ישראל, אחד מחבר המדינות לשעבר, ואחד סימן "אחר". עשרים ושמונה מתוכם הוגדרו ממעמד סוציו-אקונומי בינוני, 15 ממעמד נמוך ותשעה ממעמד גבוה. ארבעים ושמונה מהמטופלים הם יהודים ושבעה מוסלמים, 21 מהטיפולים התקיימו בסטינג פרטני, 24 בסטינג קבוצתי, שישה בסטינג דיאדי ולגבי שישה מטופלים לא צוין הסטינג.

כלי המחקר

שאלון התאמת חדר הטיפול - מטפלת. שאלון זה, שנבנה במיוחד לצורך המחקר הנוכחי, כולל בתוכו שני חלקים. החלק הראשון, "תנאים פיזיים", בודק את תפיסותיה של המטפלת בנוגע למידת ההתאמה של תנאי העבודה בחדר הטיפולים בו היא עובדת. המטפלות נשאלו עד כמה כל אחד מ-11 הממדים של חדר הטיפול מתאים בעיניה לצרכי הטיפול המתקיים בו (למשל: מקום לאחסון עבודות של מטופלים), והשיבו באמצעות סולם בטווח 1 (*מאוד לא מתאים*) (1) עד 5 (*מאוד מתאים*). החלק השני, "איכויות", בודק את תפיסותיה בנוגע לאיכויותיו של החדר ועד כמה הן מתקיימות בו (למשל: החדר הינו מקום מזמין לעשייה אמנותית) באמצעות סולם עם טווח 1 (*לא מתקיים בכלל*) ועד 5 (*מתקיים במידה רבה*). בשני חלקי השאלון קיימת גם האופציה לסמן 0 עבור "לא רלוונטי". במחקר הנוכחי מהימנות החלק הראשון של השאלון הייתה 0.71, ושל החלק השני בשאלון 0.88. מפאת גודל המדגם, לא ניתן היה לערוך תיקוף מגשש או מאשש של השאלון, והשימוש בו במחקר זה נערך באופן אקספלורטיבי בלבד.

מחק: "

שאלון תפיסה עצמית- מטופל. שאלון "What am I like?" של הארטר (Harter, 1982) כולל 24 פריטים לבדיקת תפיסה עצמית. במקורו, השאלון מניב את הערכת הילד הנבחן לגבי עצמו על פי ארבעה סולמות שונים: סולם לימודי, חברתי, פיזי וכללי. במחקר הנוכחי, עקב ריבוי מדדי תוצאה, נעשה שימוש בציון כולל המחושב כממוצע של כל פריטי השאלון. השאלון בנוי מ- 24 פריטים. כל פריט כולל זוג משפטים הופכיים המוקראים לפני הילד ברצף. לגבי כל זוג משפטים על המשתתף/ת לענות עם איזה משפט הוא מסכים ועד כמה. כך למעשה, בוחר הילד ראשית באחד משני המשפטים. לדוגמא 'לחלק מן הילדים קשה להתחבר עם חברים" לעומת "לילדים אחרים זה די קל". בין המשפטים מוקראת המילה "אבל" ועל הילד לציין עם איזה מבין שתי האמירות הללו הוא מסכים. אז, הילד מציין עד כמה נכון לגביו ההיגד שבחר,

בעזרת סולם ליקרט בעל שתי רמות 1- "ממש נכון עבורי" ל-2- "די נכון עבורי". שאלון זה הועבר לילדים משתתפי המחקר פעמיים: פעם אחת בראשית השנה (שאלוני Pre), ופעם נוספת בתום השנה, עם סיום הטיפול (שאלוני Post). מהימנות מסוג אלפא של קרונבך לציון הכולל בשאלון זה היתה טובה מאוד, 0.82 עבור ההעברה הראשונה ו-0.87 עבור ההעברה השנייה.

שאלון בדידות - מטופל. גירסה עברית (Margalit & Ben-Dov, 1995) של השאלון "Loneliness Questionnaire" (Asher, Parkhust, Hymel & Williams, 1990). השאלון כולל 24 פריטים, מתוכם 8 מסיחים, ו 16 פריטים המתמקדים בתחומים חברתיים ורגשיים (לדוגמא, 'קל לי להתיידד עם חברים חדשים בבית הספר'). על הילד לציין בנוגע לכל פריט, עד כמה הוא מתאים לו בעזרת באמצעות סולם עם טווח 1 (לא נכון) ועד 5 (נכון). השאלון שמולא על ידי הילדים משתתפי המחקר לפני תחילת הטיפול (שאלוני Pre) ופעם נוספת בסיום הטיפול (שאלוני Post), מפיק ציון יחיד המתאר את מידת הבדידות אותה חווה הילד. מהימנות מסוג אלפא של קרונבך עבור הציון הכללי בנוסח העברי של השאלון הנה טובה בדרך כלל, כאשר המתרגמים דיווחו על מהימנות גבוהה של 0.86. (Margalit & Ben-Dov, 1995). במחקר הנוכחי ציון האלפא הכללי בתחילת הטיפול היה 0.88 ובסוף הטיפול 0.91.

שאלון בעיות התנהגות – אכנבך - מורה והורה. נוסח עברי של כלי המאפשר הערכה, וכן מדידה של שינויים בהתנהגות ובתפקוד של ילדים לאורך זמן ו/או בעקבות טיפול (Achenbach & Edelbrock, 1983). השאלון הועבר בשתי גרסאות – גרסת דיווח למורה (TRF) – הבנויה מ- 113 פריטים וגרסת דיווח להורה (CBCL) – הבנויה מ- 109 פריטים. עבור כל פריט, ממלא השאלון מתבקש להקיף בעיגול את אחת האפשרויות: "אינו נכון לגביו" (0), "נכון לעיתים" (1), "נכון לגביו תמיד" (2), בכדי לתאר את נוכחותה של הבעיה המתוארת בהיגד. הפריטים בכל אחת מגרסאות הכלי מתחלקים לשמונה תתי סולמות. שמונה תתי סולמות אלו יכולים להיות מקובצים הלאה לשלושה תתי סולמות גדולים יותר: בעיות מופנמות, הכולל את תתי הסולמות חרדה/דכאון, הסתגרות/דיכאון ותלונות סומטיות; בעיות מעורבות, הכולל את תתי הסולמות בעיות חברתיות, בעיות בחשיבה ובעיות קשב; ובעיות מוחצנות, הכולל את תתי הסולמות התנהגות תוקפנית והתנהגות עברינית. הורי המטופל והמורה מילאו את השאלון פעמיים: פעם אחת לפני תחילת טיפול (שאלוני Pre), ופעם שנייה בסוף הטיפול (שאלוני Post). בגלל ריבוי הכלים במחקר, נעשה שימוש במחקר זה רק בשלושת הסולמות הגדולים: בעיות מופנמות, בעיות מעורבות ובעיות מוחצנות. מהימנות אלפא מסוג קרונבך לסולמות אלו בשתי ההעברות, מחנכות והורים, לפני ואחרי טיפול, הייתה טובה ברוב המקרים, ונעה בין 0.84 ל-0.91.

הליך

המטפלות הוזמנו לקחת חלק במחקר באמצעות הפצת הזמנות במערכת החינוך ודרך ארגון המטפלים באמצעות אמנויות בישראל, יה"ת. כל מטפלת בחרה בתחילת שנת הלימודים אחד או שניים מבין

מטופליה, אשר לומדים בכיתות א'-ז' ושהם והוריהם הסכימו להשתתפות במחקר. איסוף הנתונים במחקר נעשה דרך תוכנת קואלטריקס. המטופלים מילאו את השאלונים בעזרת נסיינית קבועה אשר הגיעה לבית הספר, בתיאום עם המטפלת, וסייעה לילדים להבין את השאלות ולהקליד את תשובותיהם. המטופלים מילאו שאלון "בדידות" ו"תפיסה עצמית" בתחילה ובסוף שנה. המחנכות וההורים מילאו שאלון "בעיות התנהגות - אכנבך" בתחילה ובסוף שנה.

אתיקה מקצועית וסודיות

במכתב הפניה למטפלות, להורים ולמטופלים ובכתב ההסכמה עליו חתמו, הובהר למשתתפים כי אין הם מחויבים להשתתף במחקר, וכי הם רשאים להפסיק את השתתפותם בכל שלב, מבלי שהדבר יפגע בהם או בטיפול. כן הובטח להם כי זהותם תישמר חסויה הן בתהליך איסוף הנתונים והן בפרסום ממצאי המחקר. על מנת לשמור על הסודיות, ולמנוע זיהוי של ממלאי השאלונים, כל ילד, הוריו, המחנכת שלו והמטפלת שלו, קיבלו קוד זיהוי בעל ארבע ספרות אשר ניתן להם על ידי מנהלת המחקר שלא הייתה לה גישה אל השאלונים המלאים. קוד זה סייע להצליב בין נתונים שנאספו עבור אותו ילד ממקורות שונים במהלך שנת הלימודים, תוך שמירה על סודיות מלאה. ההשתתפות במחקר קיבלה אישור ממנהלות בתי הספר בהן הוא התנהל. המחקר הרחב שבמסגרתו נכתב מחקר זה, אושר על ידי לשכת המדען הראשי במשרד החינוך ועל ידי ועדת האתיקה של הפקולטה לבריאות ולרווחה באוניברסיטת חיפה.

ממצאים

ניתוחים מקדימים

על מנת לבחון את הקשר בין איכות החדר לבין איכות הטיפול המתקיים בו, חושב ההפרש בין מדידות ה-pre לבין מדידות ה- post. ברוב הסולמות, חושב ההפרש כציון pre פחות ציון post, על מנת לקבל מדד הפרש בעל אופי חיובי: ככל שציון ההפרש גבוה יותר, כך נוצר שינוי חיובי יותר בין המדידה הראשונה לשנייה. בסולם התפיסה העצמית, שהוא סולם חיובי, חושב ציון ההפרש כציון post פחות ציון pre, על מנת לשמור על ציון חיובי יותר עבור שיפור גדול יותר.

הקשר בין תפיסות החדר לבין מדדי התוצאה

לאחר שנמצא כי מרבית משתני המחקר מתפלגים נורמלית, השערת המחקר לפיה ימצא קשר חיובי בין שני הסולמות: תנאים ותפיסות בנוגע לחדר, לבין משתני התוצאה נבדקה בעזרת מבחן פירסון. לא נמצאו קשרים מובהקים בין סולמות אלו, וההשערה לא אוששה.

מאחר והשערת המחקר לא אוששה, בחנו באופן אקספלורטיבי את הקשר בין מתאמים בפרטים בודדים בשאלון תפיסת החדר לבין כל מדדי התוצאה. שימוש כזה בפריט בודד (A single-item measure of social) הוכח בעבר כיעיל מבחינה מחקרית (למשל אצל: Gogol et al., 2014; Postmes, Haslam & Jans, 2013). בדיקה זו נעשתה בעזרת מבחן א-פרמטרי מסוג ספירמן. כפי שניתן לראות מטבלה 1, לא נמצאו

מתאמים בין תפיסות החדר לבין ההפרשים במדדי התוצאה כפי שדווחו על ידי הילד. לעומת זאת, ניתן לראות מספר מתאמים מובהקים בין פריטי תפיסות החדר לבין מדדי תוצאה כפי שדווחו על ידי המחנכות ועל ידי ההורים.

הכנס טבלה 1 בערך כאן

- נמצא מתאם חיובי מובהק בין תפיסת מיקום החדר במוסד כמתאים, לבין שיפור במצב הילד מבחינת בעיות מעורבות כפי שדווחו על ידי המחנכות (r=.272, p<0.05), ההורים (r=.266, p<0.05), ומבחינת בעיות מופנמות כפי שדווחו על ידי ההורים (r=.326, p<0.05).
- שיפור בבעיות מופנמות לפי דיווח המחנכות, היה קשור לתפיסה חיובית של הציוד והחומרים בחדר (r=.263, p<.05), להתאמת הריהוט בחדר (r=.282, p<.05), ולנוכחות השותפים בחדר (r=.375, p<.01). שיפור זה היה קשור גם לתפיסה של החדר כמזמין לעשייה אמנותית (r=.331, p<.01) ולשביעות רצון באופן כללי מהחדר (r=.244, p<.05).
- שיפור בבעיות מעורבות, לפי תפיסת המחנכות, נמצא קשור גם לתפיסת החדר כמקום מזמין לעשייה אמנותית (r=.278, p<0.05), וכמאפשר ביטוי של טווח רחב של רגשות (r=.249, p<.05).
- לסיום, בניגוד להשערות המחקר, נמצא מתאם שלילי מובהק בין תפיסת החדר כמותאם מבחינת קיום ציוד וחומרים המתאימים ונחוצים לסוג הטיפול, לבין שיפור מצב הילד מבחינת בעיות מעורבות (r=-.318, p<0.05).

דיון

מטרת המחקר הייתה לבחון את הקשר בין שינוי במדדי תוצאה לבין מידת ההתאמה של חדר הטיפולים ושביעות הרצון ממנו עבור מטפלות באמנות העובדות במערכת החינוך. השערת המחקר לא אוששה, אולם נתקבלה תמיכה מסוימת בה דרך בחינה אקספלורטיבית של הנתונים.

בבחינת השערת המחקר לא נמצא אישוש להשערה באשר לקיומו של קשר בין תפיסות של מטפלות בנוגע למאפייני החדר בטיפול באמנות לבין מדדי תוצאה של טיפולים המתקיימים בהם. על פי ממצאים אלו, לפחות באופן בו מדדנו את הקשר בין שני הגורמים, מאפייני החדר, כפי שהם נתפסים על ידי המטפלות במחקר זה, אינם קשורים למדדי התוצאה. אפשרות זו, שאינה מתיישבת עם הנחות תיאורטיות בנוגע לחשיבותו של חדר הטיפולים (למשל: Case & Dalley, 2014; Wood, 2000) , כן נתמכת במידה מסוימת בדיווחים שונים לגבי טיפול באמנות המתקיים ללא חדר טיפולים ייעודי ומוגדר, כמו למשל טיפול באמנות המתקיים לעיתים בבתי חולים, על מיטת החולה וללא קירות מגנים, בחלל הפתוח. למרות מגבלות אלו, מטפלים מדווחים על היותם של טיפולים אלו אפקטיביים (וינפלד-יהודיין, 2013 ; Case, 2011; Johnson, 2008), מה שמציע שגורמים אחרים מעבר למאפייני החדר עשויים לתפוס תפקיד מרכזי יותר ביצירת סביבה טיפולית איכותית.

יחד עם זאת, כאשר בחנו את הקשר בין פריטי השאלון של תפיסת מאפייני החדר הבודדים, לבין מדדי התוצאה השונים, מצאנו תמיכה מסויימת דרך מתאמים בודדים בהשערת המחקר. ראשית, נמצא שככל שתפיסת המטפלות את החדר כמותאם מבחינת מיקום החדר במוסד הייתה חיובית יותר, כך גם דיווח המחנכות על בעיות מעורבות ודיווח ההורים על בעיות מעורבות ומופנמות הצביע על שיפור גדול יותר. בהתאמה לכך, במחקר שהתקיים במקביל ובחן תפיסות של מטפלים בנוגע למשמעות מאפייני החדר ביעילות הטיפול (Dornai, et al., in writing), העלו מטפלים באמצעות אמנות טענה לפיה מיקום החדר במרחב הבית ספרי משמעותי, מאחר וכאשר החדר מרוחק מעט משאר החדרים במוסד ובעל איכויות בידוד טובות, מתאפשר למטפלת ולמטופלים ליצור מרחב בו אין השפעה של אלמנטים מבחוץ ובכך נוצרת חווית קירבה ייחודית התורמת לטיפול.

בנוסף, נמצא שככל שתפיסת המטפלות את החדר כמותאם מבחינת שותפים לחדר, ריהוט, ציוד וחומרים וכמזמין לעשייה אמנותית הייתה חיובית יותר, כך גם חל שיפור גדול יותר בדיווח המחנכות על בעיות מופנמות. בדומה, ככל שתפיסת המטפלות את החדר כמזמין לעשייה אמנותית וכמקום המאפשר טווח רגשות רחב הייתה גבוהה יותר, כך גם חל שיפור גדול יותר בדיווח המחנכות על בעיות מעורבות. על פי הנחות תיאורטיות של טיפול באמנות, ליכולת להבעה אמנותית חשיבות רבה בתהליך הטיפולי, כאשר המטופל מוזמן לבטא ולבחון את הרגשות והתפיסות שבעולמו הפנימי דרך האמנות (Kramer, 1971; Rubin, 2011). בהתאמה לכך, יתכן שבמצבים בהם החדר מזמין לעשייה אמנותית, המטופלים מצליחים יותר לבטא את עצמם דרך האמנות, ביטוי זה מאפשר למטפלת ולמטופלים לבחון יחד את עולמם הפנימי (Rubin, 2011; Kramer, 1971), ולכן יתכן שיש שיפור רב יותר במצבם.

לצד העובדה כי מרבית המתאמים שנמצאו בין פריטי שאלון תפיסת החדר, לבין מדדי התוצאה נמצאים בכיוון ששיערנו, מצאנו שככל שהחדר נתפס דווקא כפחות מותאם מבחינת הציוד והחומרים שבו, כך חל שיפור גדול יותר מבחינת בעיות מעורבות, על פי ההפרש שחושב על דיווחי ההורים לפני ואחרי הטיפול. מאחר והתפיסה בנוגע לחשיבות החומרים בחדר הטיפולים מתוארת במאמרים שונים (למשל: Hilbuch, Snir, Regev & Orkibi, 2016; Moon, 2010; Wood, 2000; Snir & Regev, 2013), נראה כי ממצא זה דורש בחינה נוספת במחקרי המשך. האפשרות כי תפיסות המחנכות בנוגע למצב הילד מבחינת בעיות מעורבות הפוכה לתפיסות המחנכות, נשללה לאחר בחינת המתאמים בין הסולמות השונים כפי שדווחו על ידי מחנכות והורים, ולא נמצא מתאם שלילי.

לצד העובדה כי מדובר במחקר ראשוני בעל אופי אקספלורטיבי, נראה כי ממצאיו מהווים תמיכה מסוימת בנוגע לחשיבות התאמת החדר לצרכי טיפול באמנות, עבור תוצאות הטיפול. אולם, למחקר זה מספר מגבלות. ראשית, מצב החדר במחקר זה נבחן באמצעות שאלון חדש שנבנה לצורך המחקר. לאור מספר המשתתפות הקטן, לא ניתן היה לתקף את השאלון תיקוף Exploratory, או Confirmatory, עניין שיכול

להיות מטופל במחקר המשך. שנית, לצד העובדה כי לעיתים נעשה שימוש במחקר בפריטים בודדים Gogol (et al., 2014; Postmes, Haslam & Jans, 2013), וכי כל פריט בחן היבט אחר של החדר, ובהחלט יתכן כי חדרים מסוימים יהיו מתאימים בהיבט אחד, ולא מתאימים בהיבט אחר, עדיין שימוש כזה בפריטים בודדים מפחית את מהימנותו של הכלי, ודרך כך גם את תוקפו של המחקר. שנית, השאלון נותח דרך עמדתה הסובייקטיבית של המטפלת, ולצד החשיבות הרבה שיש לעמדתה, יש חשיבות לבחון את החדר גם בעזרת פרמטרים נוספים כגון תצפיות מובנות בחדרים, דיווחי מטופלים, ועוד. נושא זה מתחבר לבעייתיות הקיימת בשאלוני דיווח עצמי סביב רצייה חברתית, או רגישות למשתנים מתערבים העשויים להשפיע על מילוי השאלון, ורצוי יהיה במחקרי המשך לשלב שיטות מחקר נוספות כמו למשל ראיונות, קבוצות מיקוד תצפיות, או צילומים, בכדי לבחון את השפעת מימדי החדר, ואת הקשר בין מימדים אלו לבין מדדי תוצאה. לסיום, במחקר מתאמי כגון זה קיים קושי בהסקה בנוגע למתאמים שנמצאו, כאשר נוכחותו של משתנה שלישי עשויה להשפיע על המתאמים שנמצאו. למשל, יתכן כי איכות העבודה המערכתית משפיעה הן על תפיסתה של המטפלת את תנאי עבודתה, והן על איכות הטיפול שהיא מעניקה למטופלים, וכי באופן כזה נוצרו הקשרים בין המשתנים שנצפו במחקר זה. ראוי לציין כי במקרה הנוכחי, העובדה ששני המדדים: תפיסות החדר ומדדי תוצאה דווחו על ידי אנשים שונים, מפחיתה את הסיכוי כי מדובר במאפיין אישיותי הצובע את שני המדדים בגוון דומה.

ביבליוגרפיה

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised behavior profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.

Asher, S. R., Parkhurst, J. T., Hymel, S., & Williams, G. A. (1990). Peer Rejection and Loneliness in Childhood. In S. R. Asher & J. D. Cole (Eds.), Peer Rejection in Childhood, 253-273. New York: Cambridge University Press.

Bion, W.R., (1967). *Second Thoughts*. London, England: Heinemann.

Brown, C (2008). Very toxic-Handle with care: Some aspects of the maternal function in art therapy. *International Journal of Art Therapy*. 13(1), 13-24. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1080/17454830802069935

Case, C. (2011). The handbook of art therapy. Second edition. Routledge.

Case, C., & Dalley, T. (2014). The art therapy room, *The Handbook of Art Therapy Routledge.*, 60-83. USA, Canada: Routledge.

Czamanski-Cohen, J. (2010). "Oh! Now I remember": The use of a studio approach to art therapy with internally displaced people, *The Arts in Psychotherapy*, 37(5) 407-413. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2010.09.003

Deboys, R., Holttum, S., & Wright, K. (2016). Processes of change in school-based art therapy with children: A systematic qualitative study, *International Journal of Art Therapy*, 1-14. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1080/17454832.2016.1262882

Freilich, R., & Shechtman, Z. (2010). The contribution of art therapy to the social, emotional, and academic adjustment of children with learning disabilities. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 97–105. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2010.02.003

Gogol, K., Brunner, M., Goetz, T., Martin, R., Ugen, S., Keller, U., Fischbach, A., & Preckel, F. (2014). "My Questionnaire is Too Long!" The assessments of motivational-affective constructs with three-item and single-item measures. *Contemporary Educational Psychology,* 39(3), 188-205. Retrieved from https://ssl.haifa.ac.il/science/article/pii/,DanaInfo=.awxyCwholvloou4sr9Qu76+S0361476X14000204

Gladding, S. T. (2011). *The creative arts in counseling (4th ed.).* Alexandria, VA: American Counseling Association.

Harter, S. (1982). The Perceived Competence Scale for Children. *Child Development*, 53, 87-97. Retrieved from https://doi.org/10.2307/1129640

Hilbuch, A., Snir, S., Regev, D., Orkibia, H. (2016). The role of art materials in the transferential relationship: Art psychotherapists' perspective. *The Arts in Psychotherapy*, 49, 19–26. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2016.05.011

Johnson, A. (2008). Art Therapy and Pediatric Hemodialysis: Creating therapeutic space in an open unit medical setting, Unpublished doctoral dissertation, Concordia University, Montreal, Canada.

Kramer, E. (1971). Art as therapy with children. New York, NY: Schocken Books.

Margalit, M., & Ben-Dov, I. (1995). Learning disabilities and social environments: Kibbutz versus city comparisons of social competence and loneliness. *International Journal of Behavioral Development,* 18(3), 519-536.

McDonald, A., & Drey, N. S. (2017). Primary-school-based art therapy: A review of controlled studies. *International Journal of Art Therapy: Inscape,* , 1-12. 10.1080/17454832.2017.1338741

Moon, C. H. (2010). *Materials & Media in Art therapy*. New York: Routledge.

Moriya. D. (2006). Ethical issues in school art therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 23(2), 59-65. doi: 10.1080/07421656.2006.10129643.

Cobbett, S. (2016). Reaching the hard to reach: Quantitative and qualitative evaluation of school-based arts therapies with young people with social, emotional and behavioural difficulties. *Emotional and Behavioural Difficulties, 21*(4), 403-415. 10.1080/13632752.2016.1215119

Snir, S., Regev, D., Keinan, V., Abd El Kader-Shahada, H., Salamey, A., Mekel, D., . . . Alkara, M. (2017). Art therapy in the israeli education system – a qualitative meta-analysis. *International Journal of Art Therapy: Inscape,* 1-11. 10.1080/17454832.2017.1409775

Snir, S., & Regev, D. (2013). A dialog with five art materials: Creators share their art making experiences. *Arts in Psychotherapy, 40*(1), 94-100. doi:10.1016/j.aip.2012.11.004

Spier, E. (2010). Group art therapy with eighth – grade students transitioning to high school. *Journal of the American Art Therapy Association*, 27(2), 75-83. doi: 10.1080/07421656.2010.10129717.

Postmes, T., Haslam, S. A., & Jans, L. (2013). A single-item measure of social identification: Reliability, validity, and utility. *British Journal of Social Psychology*, 52(4), 597-617.

Randick, N.M., & Dermer, S.B. (2013). The relationship of school art therapy and the American school counselor national model. Art Therapy: *Journal of the American Art Therapy Association*, 30(1), 30-35. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1080/07421656.2013.757507

Regev, D., Green-Orlovich, A., & Snir, S. (2015). Art therapy in schools – The therapist's perspective. *The Arts in Psychotherapy*, 45, 47-55. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2015.07.004

Robinson, K. S. (2009). Part of the team: Art therapy with pre-school children with developmental delays and disabilities in a children's treatment centre Setting, *Canadian Art Therapy Association Journal*, 22(2), 34-43. doi: 10.1080/08322473.2009.11434781.

Rubin, J. A. (Ed.) (2001), Approaches to Art Therapy, Theory and Technique (2nd. Ed.).New York, NY: Routledge.

Rubin, J. A. (2011). *Child art therapy*. John Wiley & Sons.

Wix, L. (2010). Studios as Locations of Possibility: Remembering a History. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 27(4), 178-183. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1080/07421656.2010.10129388

Wood, C. (2000). *The significance of studios*, Inscape, 5:2, 40-53.

טבלה 1

הקשר בין מתאמים בפרטים בודדים בשאלון תפיסת חדר לבין מדדי התוצאה

	מטופלים			מחנכות			הורים		
	בדידות	תפיסה עצמית	בעיות מופנמות	בעיות מוחצנות	בעיות מעורבות	בעיות מופנמות	בעיות מוחצנות	בעיות מעורבות	בעיות מופנמות
המקום בו נמצא החדר שלי במוסד	.061 (N=50)	.000 (N=49)	-.082 (N=50)	.224 (N=50)	.272* (N=50)	.326* (N=47)	.002 (N=47)	.266* (N=47)	.326* (N=47)
גודל החדר	-.224 N=50)	-.134 (N=49)	.141 (N=50)	-.048 (N=50)	.099 (N=50)	-.168 (N=47)	.098 (N=47)	.004 (N=47)	-.168 (N=47)
בידוד קולות (חדירת רעשים מבחוץ)	-.048 (N=50)	.041 (N=49)	.027 (N=50)	-.035 (N=50)	.199 (N=50)	.078 (N=47)	-.042 (N=47)	-.101 (N=47)	.078 (N=47)
פתחים בחדר (דלתות וחלונות)	.099 (N=50)	.130 (N=49)	-.062 (N=50)	.059 (N=50)	.074 (N=50)	-.161 (N=47)	.010 (N=47)	-.030 (N=47)	-.161 (N=47)
מקום לאחסון עבודות של מטופלים	-.095 (N=49)	-.097 (N=48)	.128 (N=48)	-.025 (N=48)	.074 (N=48)	-.016 (N=45)	.071 (N=45)	.025 (N=45)	-.016 (N=45)
יכולת שמירה על פרטיות	-.212 (N=50)	-.068 (N=49)	-.172 (N=50)	-.004 (N=50)	.044 (N=50)	.010 (N=47)	-.157 (N=47)	.083 (N=47)	.010 (N=47)

ציוד וחומרים המתאימים ונחוצים לסוג הטיפול	-.052 (N=50)	-.202 (N=49)	.263* (N=50)	.198 (N=50)	.077 (N=50)	-.239 (N=47)	-.318* (N=47)	-.177 (N=47)
ריהוט בחדר	-.078 (N=50)	-.075 (N=49)	.282* (N=50)	.152 (N=50)	.084 (N=50)	-.135 (N=47)	-.212 (N=47)	.061 (N=47)
ניקיון	.076 (N=50)	.100 (N=49)	.029 (N=50)	.060 (N=50)	.079 (N=50)	-.191 (N=47)	-.019 (N=47)	-.093 (N=47)
שותפים לחדר	.069 (N=42)	.088 (N=41)	.375** (N=42)	.229 (N=42)	.117 (N=42)	.087 (N=41)	.142 (N=41)	.127 (N=41)
תנאי בטיחות	.059 (N=50)	-.178 (N=49)	.005 (N=50)	.070 (N=50)	.039 (N=50)	.018 (N=47)	.064 (N=47)	-.194 (N=47)
החדר מאפשר אינטימיות	.024 (N=50)	.176 (N=49)	-.036 (N=50)	.173 (N=50)	-.037 (N=50)	-.167 (N=47)	-.018 (N=47)	-.186 (N=47)
החדר מאפשר לי תחושת ביטחון	.006 (N=50)	.093 (N=49)	-.093 (N=50)	.164 (N=50)	.115 (N=50)	-.095 (N=47)	.171 (N=47)	-.172 (N=47)
החדר מאפשר תחושת ביטחון למטופלים	-.028 (N=50)	.103 (N=49)	.112 (N=50)	.195 (N=50)	.058 (N=50)	.026 (N=47)	.171 (N=47)	-.102 (N=47)
החדר משמש כמיכל עבורי כמטפלת	.136 (N=50)	.170 (N=49)	.108 (N=50)	.055 (N=50)	.026 (N=50)	-.108 (N=47)	.046 (N=47)	-.151 (N=47)
החדר משמש כמיכל עבור מטופלי	.031 (N=50)	.175 (N=49)	-.008 (N=50)	.080 (N=50)	.003 (N=50)	-.079 (N=47)	.106 (N=47)	-.139 (N=47)
החדר הינו מקום מזמין לעשייה אמנותית	-.035 (N=50)	-.040 (N=49)	.331** (N=50)	.278* (N=50)	.109 (N=50)	.020 (N=47)	-.021 (N=47)	-.038 (N=47)
החדר מאפשר ביטוי של טווח רגשות רחב	-.132 (N=50)	-.132 (N=49)	.126 (N=50)	.249* (N=50)	.040 (N=50)	.013 (N=47)	-.089 (N=47)	-.142 (N=47)

*. מובהקות ברמה של 0.05

**. מובהקות ברמה של 0.01