

בית ספר על יסודי משגב 240481

04-9801111, ד"נ משגב 20179

A close-up photograph of a horse's head, focusing on its eye and the flowing white mane. The horse's eye is dark and expressive, looking slightly to the side. The mane is long and wispy, framing the eye.

**הקשר בין מגדרו של הנבדק והסמכתו או אי הסמכתו בתחום הטיפול,
לעמדתו ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים
מהפרעת קשב וריכוז.**

מדעי החברה, 2011

שם: ליאת לוין

ישוב: יובלים

ת.ז: 203637897

פלאפון: 0542030679

שם המנחה: נטע גלימידי

ישוב: יובלים

מקום עבודה: עמותת "אנוש"

הקדמה

**"להיות מטפל ברכיבה משמעו
ליצור בעזרת סוסים מצבים "מדמי חיים"
לאפשר למטופל ללמוד על עצמו,
למצוא דרכים חדשות.
ליצור מרחב "מקודש" בו מותר לטעות,
לשמוח, לבכות, לצמוח.
לא להתפשר.
לעשות הכל עבורם,
עבורי,
להצליח."**

סוסים ואנשים

עבודתי עוסקת בעמדות של אנשים שונים (מטפלים מול חסרי הסמכה בתחום הטיפול, וגברים מול נשים), ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעות קשב וריכוז.

בחרתי לכתוב על עמדות ביחס לרכיבה טיפולית כיוון שנושא זה קרוב אלי ומעניין אותי מאוד. אני עצמי רוכבת על סוסים כבר כמעט עשור ובשנתיים האחרונות אני גם מדריכת רכיבה על סוסים. כחלק מעבודתי בחוות הסוסים "עץ הזית" בכפר ורדים בה אני עובדת ולומדת, למדתי להכיר את העולם העצום והמדהים הזה של רכיבה טיפולית. בחווה אני לוקחת חלק בשיעורים טיפוליים ומגלה כל רגע עוד ועוד על עולמם המופלא והקסום של מטופלים שונים הסובלים מלקויות שונות, הנעות בין קשיי למידה והתנהגות עד שיתוק או פיגור קשה.

כאשר בחרתי לכתוב עבודת גמר בתחום מדעי החברה, ידעתי כי בכוונתי לכתוב על נושא הרכיבה הטיפולית מאחר ונושא זה ריתק אותי במיוחד ורציתי להעמיק את הידע בתחום. החלטתי להתמקד ברכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז, כיוון שמדובר באוכלוסייה גדולה במיוחד, שלעיתים יש הממעיטים מערכם של הקשיים איתם מתמודדים הילדים, ופחות מייחסים חשיבות לטיפול בהם.

המטרה העיקרית של עבודה זו, מעבר להעמקת הידע האישי שלי ומעבר למסקנות המחקר, היא הנסיון להעלאת המודעות לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית. כיום אחוז קטן מאוכלוסיית הילדים הסובלים מבעיות של קשב וריכוז מטופלים באמצעות רכיבה טיפולית. עובדה זו נעוצה בחוסר הידיעה בקרב הורים, מטפלים ורופאים לערוץ טיפולי זה, ולייחודיות שבהתערבות זו.

כתיבת העבודה ואיסוף הנתונים היה חלק מרתק במהלך הכנת העבודה, ועם כל מקור שמצאתי וכל עמוד שכתבתי הרחבתי את ידיעותי בתחום.

חלק הכנת השאלון והפצתו היה קשה מאוד כי בתחילה לא הייתי בטוחה מה תהיה אוכלוסיית המחקר אותה אני הולכת לבדוק וכאשר החלטתי להתמקד במטפלים נאלצתי להתמודד עם קושי גדול מאוד בעקבות מיעוט הגברים המטפלים באיזור מגוריי. אך בעזרת הרבה אנשים מדהימים בסביבתי הקרובה והרחוקה יותר, הצלחתי להתגבר על הקושי הזה, כמו על קשיים אחרים בהם נתקלתי במהלך הכתיבה.

אז זה המקום להגיד תודה רבה: לנטע גלימידי שהנחתה אותי ועזרה לי לצאת מכל המשברים, אם זה בעזרה הפרקטית ואם בעידוד ותמיכה נפשית. ללילך תורג'מן, האחראית על עבודות הגמר במדעי החברה בבית ספרי, שנכנסה לתהליך כתיבת העבודה שלי מאוחר יחסית ואין ספק שעזרה גם לי וגם לנטע בבניית תבנית העבודה ובדגשים רבים שנתנה לאורך כל הדרך. לישראל בן דור, רכז עבודות הגמר בבית ספרי שדחף ועודד ובעיקר ציפה ולא נתן לי אפשרות לאכזב אותו ואת עצמי.

שוב המון המון תודה לכולם,

מקווה שתהנו מקריאת העבודה.



תוכן עניינים

2	הקדמה
6	מבוא
9	פרק 1: רכיבה טיפולית על סוסים
9	1.1 טיפול מהו ?
9	1.2 בין האדם לחיה
10	1.3 שימוש בסוסים כסוכני טיפול
12	1.4 ייחוד הסוסים כמטפלים
13	1.4.1 תרומתו של הסוס לתהליך הטיפול
15	1.4.2 גורמים המשפיעים על מידת יעילות הטיפול
18	פרק 2: הפרעת קשב וריכוז – ADHD\ADD
18	2.1 מהי הפרעת קשב וריכוז
19	2.1.1 תאור נזירולוגי של הפרעת הקשב והריכוז
22	2.1.2 הסבר הרקע הגנטי להפרעה
23	2.2 אבחנה בין ADHD ל- ADD
24	2.3 טיפול בהפרעת קשב וריכוז
26	2.4 הכוחות של הסובלים מההפרעה
29	פרק 3: עמדות
29	3.1 מאפייני העמדה
29	3.2 מרכיבי העמדה
30	3.3 תפקידי העמדה
31	3.4 רכישת עמדות
31	3.4.1 רכשית עמדות בצורה סבילה
31	3.4.2 רכשית עמדות בצורה פעילה
32	3.5 הקשר בין עמדה להתנהגות
33	3.6 מדידת עמדות

37	פרק 4: הבדלים בין נשים לגברים.....
37	4.1 מין או מגדר.....
38	4.2 מאפיינים ביולוגיים.....
39	4.3 מאפיינים פסיכולוגיים:.....
43	פרק 5: אוכלוסיית המטפלים.....
43	5.1 עבודה סוציאלית.....
44	5.2 פסיכולוגיה.....
46	פרק 6: הסבר סוגיית המחקר על פי תיאוריות ומחקרים מתחום הפסיכולוגיה.....
46	6.1 המחקר של ארונסון לשכנוע על-ידי מומחים.....
46	6.2 הגישה הפונקציונליסטית לחיברות – החיברות מנקודת הראות של החברה.....
	6.3 הסבר סוגיית המחקר על פי הגישה הפונקציונליסטית לחיברות והמחקר של ארונסון על השפעת מומחים על עמדות.....
48	סיכום החלק התאורטי.....
49	מבוא למחקר שדה.....
54	ממצאים.....
56	דיון ומסקנות.....
75	סיכום.....
82	ביבליוגרפיה.....
84	נספחים.....
86	הצעת העבודה.....
86	שאלון עמדות.....
93	

מבוא

העיקרון אומנם נראה פשוט – באים לרכב ולהנות מהסוס – אך יש כאן הרבה מעבר לכך. רכיבה טיפולית משלבת היבטים גופניים, רגשיים-נפשיים וקוגניטיביים ובכך תורמת לאוכלוסיות מגוונות של מטופלים. היכולת לשלוט בחייה כה גדולה והקשר הרגשי שנרקם עמה הופכים את הסוס לכלי טיפולי מהמדרגה הראשונה ולגורם מוטיבציה להתאמץ ולהשתפר.

אחד מהיתרונות הבולטים של רכיבה טיפולית הוא שהיא מהווה דרך נעימה ושונה לטפל - להוריד את רמת המתחים והחרדות, לפתח אמון, להעלות הערכה עצמית וביטחון עצמי, למקד את היכולת להתרכז, לפתח מערכות תנועה ותאום, להביע התחשבות גדולה יותר בזולת ולעודד יחסי חברות.

ילדים הסובלים מהפרעות קשב וריכוז, שהם האוכלוסייה הגדולה ביותר המטופלת באמצעות רכיבה טיפולית, מקבלים מטיפול זה רבות בכל אחד מהתחומים: קוגניטיבי, רגשי-נפשי, פסי-מוטורי וחברתי.

החשיבות הרבה של עבודה זו היא בהעלאת המודעות לתחום הרכיבה הטיפולית ולהיבטים הרבים בהם הוא תורם למטופלים בו. תחום הרכיבה הטיפולית הפך בשנים האחרונות לפופולרי מאוד בזכות התדמית המושכת שיש לו ובזכות סיבסוד קופות החולים של חלק גדול מאוד מהטיפול. למרות זאת רבים אינם מודעים לגוונים השונים הקיימים בתוך תחום זה ולתועלות הרבות שהוא מביא לסוגי המטופלים השונים. מטרת העבודה היא לבדוק עמדות של אנשים שונים ביחס לתחום הרכיבה הטיפולית. בחרתי להתמקד בשאלת החקר: מהו הקשר בין מגדרו של הנבדק והסמכתו או אי הסמכתו בתחום הטיפול, לעמדתו ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז.

השערותי הן:

1. קיים קשר בין מגדרו של הנבדק לעמדתו ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז: לנשים תהיה עמדה חיובית יותר מאשר לגברים.
 2. קיים קשר בין הסמכתו או אי הסמכתו של הנבדק בתחום הטיפול, לעמדתו ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז: למטפלים, בעלי הסמכה בתחום הטיפול, תהיה עמדה חיובית יותר מאשר לנבדקים חסרי הסמכה בתחום הטיפול.
- המשתנים הבלתי תלויים בעבודה זו הם: מגדר (גברים מול נשים) והסמכה בתחום הטיפול (מטפלים מול נבדקים חברי הסמכה בתחום הטיפול).
- המשתנה התלוי בעבודה, המושפע ממגדר הנבדק ומהסמכתו או אי הסמכתו בתחום הטיפול, הוא עמדות הנבדקים.



את שאלת החקר ואת ההשערות אבדוק באמצעות שאלוני עמדות, שאותם אחלק לאוכלוסיית המחקר שלי – 30 גברים, 30 נשים, 30 מטפלים ו-30 נבדקים חסרי הסמכה בתחום הטיפול.

שאלון העמדות יבדוק את עמדות הנבדקים על ידי 23 היגדים הבוחנים את שלושת מרכיבי העמדה: קוגניטיבי, התנהגותי ורגשי. השאלון יבדוק את רמת הסכמתם של הנבדקים עם כל אחד מההיגדים, וכך את עמדתם הכללית.

בעבודה זו אסקור את תחום הטיפול באמצעות רכיבה טיפולית על סוסים ואת הפרעת הקשב והריכוז. בנוסף אציג את מושג העמדה ואת משמעותו, את ההבדלים בין המינים ואת מאפייני אוכלוסיית המטפלים. עוד אציג את הגישה הפונקציונליסטית לחיברות ואת מחקרו של ארונסון (1963), עליהם התבססתי בהשערותי ובמחקרי. לאחר הסקירה התיאורטית אציג את תהליך המחקר ואת תוצאותיו, ואסקור את המסקנות הנובעות ממנו.

לצורך כתיבת עבודה זו אתבסס על מקורות מידע רבים, כמו מאמרים מאתרי מוסדות התומכים ברכיבה הטיפולית, סיפורת פסיכולוגית ופסיכיאטרית המסקרת את הפרעת הקשב והריכוז, סיפרי לימוד ממגמת מדעי החברה ומתוכנית הלימוד של האוניברסיטה הפתוחה ועוד רבים ושונים.



חלק תיאורטי

פרק 1: רכיבה טיפולית על סוסים

על מנת לענות על שאלת החקר של עבודה זו בנוגע לעמדות ביחס להתערבות באמצעות רכיבה טיפולית על סוסים עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז, יש להבין תחילה מהי רכיבה טיפולית על סוסים.

ראשית, בפרק זה אציג מהו טיפול, מהו טיפול באמצעות בעלי חיים ומתוך זה, מהו טיפול באמצעות רכיבה על סוסים. בפרק תוצג ההיסטוריה של תחום טיפולי זה, האופן בו הוא התפתח, צורותיו השונות של הטיפול והאופן בו הוא מתבצע כיום. בנוסף, יוצגו בפרק היתרונות של רכיבה טיפולית לסוגים שונים של נכויות והפרעות, והייחודיות של סוסים כחיות המשמשות לטיפול.

1.1 טיפול מהו ?

כדי להתחיל לסקור את תחום הרכיבה הטיפולית יש להבין ראשית את הגדרת המושג טיפול.

על פי ההגדרה המילונית המופיעה במילון אבן שושן (1987), טיפול הינו: "התעסקות בדבר, טרחה בדבר והשגחה עליו שיגדל ויתפתח כראוי". אחרים מגדירים טיפול כתהליך של שינוי בו מתרחשת בנייה וצמיחה בעולמו הפנימי של המטופל. שינוי זה מתבטא בתחושות ורגשות, בדפוסי המחשבה וב'עצמי'- במהות הפנימית שמרכיבה אותו, בהתבוננות על העולם. בטיפול עצמו נמצא הידע בקרב המטפל והמטופל, והצמיחה מתרחשת מהאינטראקציה ומהקשר ביניהם. על פי הדר (2001) בכל סוג טיפול, בין אם הוא פסיכותרפי או טיפולי אלטרנטיבי, עיקר ההתנהלות הוא בקשר מטפל- מטופל וחלוקת התפקידים ביניהם. לדברי יאלום (2002) מרבית המטופלים חווים קונפליקטים בתחום האינטימיות ויוצאים נשכרים מהטיפול אך ורק בזכות ההתנסות במסכת יחסים אינטימית עם המטפל. רוזנהיים (1990) גם הוא מדבר על יחסי מטופל- מטפל במושגים של חברים למסע. לטענתו, הקשר בין המטופל למטפל הוא הגשר שעליו יכול המטופל לצעוד אל עצמו. (חן, 2010)

1.2 בין האדם לחיה

תחום טיפולי אחד מיני רבים, הכולל תחתיו תתי תחומים רבים ומפותחים, הוא הטיפול באמצעות בעלי חיים. שליו (1996) מגדיר תחום זה כשימוש בחיות כעזר טיפולי ושיקומי לטיפול במגוון רחב של מצוקות אנושיות פיסיות ונפשיות גם יחד.

כבר בתקופת יוון העתיקה היה ידוע כי השפעת המגע עם חיות היא בעלת השלכות נפשיות משמעותיות. במהלך המאות ה- 18 וה- 19 ידוע על כמה ניסיונות ראשוניים לטפל בחולים באמצעות חיות משק ומחמד. בנוסף ידוע על תכנית טיפולית באמצעות חיות לילדים נכים, שהופעלה בבליגיה כבר במאה התשיעית לספירה. השימוש הטיפולי הראשון בחיות בארה"ב מתועד לשנת 1919 בבית חולים פסיכיאטרי בווישינגטון שבו הוצע להשתמש בכלבים אישיים לטובת החולים. תחום זה זכה להכרה בשנת 1988 כאשר פורסם דוח ראשות הבריאות האמריקנית בו היו המלצות רבות להרחבת המחקר וביסוסו. (שליו, 1996)

רבות דובר על תרומתם של בעלי חיים לבריאות הפיזית, המנטאלית והרגשית של בני האדם. לוינסון (1972), מייסד הטיפול התראפי בעזרת בעלי חיים, טוען כי קשר אדם – חיה יכול לשמש כגורם מחסן ומונע הפרעות נפשיות על ידי חיזוק האגו של הילד, כגורם מחנך לאחריות, לחיי משפחה והורות ולקבלת עובדות חיים בלתי נמנעות (מחלה, מוות), וכגורם רב ערך בסיטואציה טיפולית. שליו (1996) הטוען כי תכונתה הבסיסית של חיית המחמד היא קבלה מלאה של כל אדם באשר הוא ללא קשר למצבו או נכותו, מעמיק וגורס כי על פי התפיסה הפסיכואנליטית, בעלי חיים משמשים בראש ובראשונה כאובייקטים להשלכה¹ (projection) ולהתקה² (displacement) של יצרי הליבידו³ המודחקים. מי-רון שורק (2005) פסיכולוגית הנעזרת בבעלי חיים, מפרטת במאמרה את אופן רכישת מנגנונים אלו באומרה כי על מנת שהאדם ישליך או יתיק את דחפיו המאיימים על בעל החיים, צריך להתרחש סוג של התקשרות בינו לבין החיה. בנוסף טוענת מי-רון שורק כי להיעדר מילוליות בקשר שבין האדם לחיה יש יתרונות רבים. האדם המורגל בתקשורת מילולית הופך את הדיאלוג למונולוג, אשר בו הוא משליך על החיה את פרשנויותיו והחיה מצדה איננה מסוגלת להכחיש, לאשר או לסייג. היעדר התגובתיות המילולית חוסכת ביקורת ושיפוטיות הנפוצות במערכות היחסים האנושיות.

כהן (1996) כותבת במאמרה "בעלי חיים ככלי טיפולי" על קשר אדם – חיה, מהפן של סיפוק הצורך במגע. היא טוענת כי לילדים צורך עז במגע שאינו תואם תמיד לצורך של מבוגרים במרחבם האישי. רוב בעלי החיים מקבלים כל מגע ובכל עת. מעבר לכך, מגע עם בעל חיים הוא לגיטימי ואין לילד מה להתבייש בו. בנוסף מסבירה כהן את דברי שליו (1996) הטוען כי בעל החיים פועל ליצירת קשר למטפל וזה מסיבות שונות. בעל החיים מספק נושא שיחה ומהווה תחום עניין משותף, הוא עוזר למטופל להירגע, לשכוח שהוא בטיפול ולחוש פחות מאוים ממצב הטיפול. הטיפול בנוכחות בעל חיים מהנה יותר ועל כן מגביר את המוטיבציה של המטופל (חן, 2010).

1.3 שימוש בסוסים כסוכני טיפול

תחת התחום הרחב של הטיפול באמצעות בעלי חיים, קיימים טיפולים רבים ושונים, וביניהם נמנית גם הרכיבה הטיפולית. בתרפיה זו נעשה שימוש בתכונותיו ותנועותיו של הסוס, בגירוי הסביבה הפתוחה, במגע עם בעל חי, בקשר עם המטפל ועוד, על מנת לטפל בקשיים רבים ומגוונים מתחום הנפש, הגוף, ההתנהגות והקשרים החברתיים בחיי המטופל (חן, 2010).

¹ **השלכה** - מנגנון הגנה בו האדם מייחס לגורם אחר את הרגשות, הדחפים והתשוקות שהוא עצמו חווה. ייחוס זה אינו נעשה באופן מכוון, אלא באופן בלתי מודע, כך שהאדם אכן חווה בפועל כי האדם האחר הוא שחווה דחפים אלו.

² **התקה** - מונח בתיאוריה הפסיכואנליטית של זיגמונד פרויד. למונח זה שתי משמעויות דומות אך נפרדות. במשמעות האחת, התקה הינו אחד ממנגנוני ההגנה שבהם עושים בני האדם שימוש על מנת למנוע מתכנים מאיימים לעלות למודעות. במשמעות הנוספת, התקה הינה מנגנון שבאמצעותו תוכן מאיים הופך לתוכן ניטראלי במלאכת החלום.

³ **ליבידו** - מונח בו בחר אבי הפסיכואנליזה זיגמונד פרויד על מנת לתאר את האנרגיה הנפשית העומדת בבסיס האינסטינקטים המיניים.

רכיבת סוסים היא אמצעי טיפולי אלטרנטיבי, אשר ניתן להשתמש בו כדי לשפר את איכות חייהם של המטופלים ולהגיע לתוצאות חיוביות מבחינה בריאותית.

ברכיבה טיפולית משתמשים בסוס ובפעילויות הקשורות בו כדי להשיג מגוון מטרות טיפוליות כולל מטרות גופניות, רגשיות, חברתיות, קוגניטיביות, התנהגותיות וחינוכיות. לא מדובר כאן אך ורק בפעילויות שונות של פנאי ושל טיפול אלא שמים גם דגש על התפתחות היחסים בין הרוכב והסוס. ברכיבה טיפולית משתמשים גם בגישה של עבודת צוות כדי לספק טיפול אישי, ומדריך הרכיבה נמצא בלב ההתערבות. למדריך חייב להיות רקע חזק של עבודה עם סוסים יחד עם גישה חיובית למצבים מגוונים, הבנה טובה של נכויות ולקויות המשתתפים ומודעות להשפעתו על הרוכב.

1.3.1 התפתחות הרכיבה הטיפולית והגישות השונות

מאז תקופת יוון העתיקה משתמשים בסוסים כסוכני בריאות, וכבר בשנת 340 לפנה"ס, היפוקרטס⁴, המכונה "אבי הרפואה המערבית", דיבר על "קצבה המרפא של הרכיבה". סופר כי היוונים הציעו רכיבת סוסים כדי לרומם את רוחם של לוחמים שנפגעו ואנשים אשר סבלו ממחלות חשוכות מרפא. תועלתה הגופנית והרגשית של רכיבת סוסים מתוארת בספרות מאז המאה ה-16, כאשר הורו על רכיבה כתרופה נגד דלקת פרקים ובעיות ניאורולוגיות וכמו כן נגד מצב רוח ירוד (לסיק, שינבר, פוסט, ריברה ולמון, 2004).

במחקר בתחום זה כיום, מקובלות כמה סברות לגבי התחלת השימוש השיטתי בסוסים למטרות שיקום מטופלים בתקופה המודרנית. סברה אחת מאמינה כי התחלת השימוש ברכיבה טיפולית באופן ממוסד ושיטתי הייתה בשנת 1901 בבית חולים אורטופדי באוסווסטרי, אנגליה (שליו, 1996). אך דעה אחת סבורה כי הרכיבה הטיפולית החלה מאוחר יותר, רק בשנות ה-50 של המאה העשרים, בדנמרק, על ידי ליז הרטל, שבעצמה הייתה נכה בעקבות שיתוק ילדים, וזכתה במדליית כסף ברכיבה באולימפיאדת הלסינקי. הגישה השלישית גם היא תומכת בכך שהרכיבה החלה בשנות החמישים, אך על פי גישה זו הרכיבה הטיפולית התפתחה באנגליה ובגרמניה, במקביל, בשני תחומים שונים. באנגליה התפתח התחום בכיוון הספורט המקצועי המותאם למוגבלים ואילו בגרמניה התפתח התחום בכיוון הטיפול המנטאלי והפיסי. התומכים בגישה זו מאמינים גם כי בשלב מאוחר יותר (לא ידוע מתי בדיוק), התפתחה גישה נוספת לרכיבה הטיפולית המתמקדת בעיקר בחינוך (מתוך אתר האגודה לרכיבה טיפולית בישראל).

הגישות השונות האלו, לאופייה ולמטרתה של הרכיבה הטיפולית, משלימות זו את זו ותומכות זו בזו. כיום כל מדריך לרכיבה טיפולית בוחר לעצמו את אופן הטיפול המתאים לו, לחווה בה הוא עובד, לסוס ולמטופל, תוך התבססות על כל גישות אלו.

למרות שהטיפול באמצעות סוסים נפוץ ביותר בגרמניה, אשר בה בתי חולים רבים מחזיקים מסלולי רכיבה, תוכניות רכיבה נפוצו גם באירופה כולה ובצפון אמריקה. מרכזי הרכיבה הראשונים בארה"ב הוקמו בשנות השישים, ואיגוד הרכיבה הצפון אמריקאי לנכים (NARHA) נוסד בשנת 1969. היום קיימים קרוב ל 700

⁴ היפוקרטס - אחד מגדולי המרפאים והפילוסופים של יוון העתיקה, נחשב לאבי הרפואה המודרנית.

מרכזי NARHA בארה"ב ובקנדה, והם תומכים ב יותר מ- 30,000 אנשים הסובלים ממגוון רחב של נכויות, וביניהם: פגיעה טראומטית במוח, שבץ, פגיעה בעמוד השדרה, טרשת נפוצה, לקויות קוגניטיביות, שיתוק מוחי, לקויות למידה, בעיות התנהגותיות, פיגור שכלי, בעיות רגשיות, אוטיזם ורבות נוספות.

בארץ קיימות חוות רבות הנותנות שירותים טיפוליים לאנשים עם מוגבלויות שונות ומגוונות, וקופות החולים מאפשרות סבסוד חלקי של הטיפול, לפי סוג וחומרת ההפרעה. ההפנייה לטיפול זה נעשית בדרך כלל על ידי הגורם המטפל בילד בין אם זה רופא ילדים, רופא משפחה, עובד סוציאלי או כל גורם אחר, ורק לאחר המלצת הגורם המטפל על טיפול ברכיבה טיפולית ניתן הסיבסוד לטיפול. גם במידה והגורם המטפל אינו מפנה את הילד לטיפול זה יש אפשרות לפנות ישירות לחוות הנותנות את שירותי הטיפול אך בדרך זו לא ניתן סיבסוד לטיפול מטעם קופות החולים.

גם היום (כמו בתקופת התפתחות הגישות לרכיבה הטיפולית), קיימים תחומים שונים ברכיבה, המאפשרים למטפל לעבוד עם מטופלים בעלי הפרעות שונות, ולהגיע למטרות שונות אותן הוא מציב לעצמו ולמטופל בתחילת הטיפול. התחומים בהם מדובר הם: הרפואי, החינוכי והספורטיבי (חן, 2010).

בתחום הרפואי, הרפואה מקדמת מטופלים בעלי מוגבלויות פיזיות. מטרתה לשפר את שיווי המשקל, היציבה, הקואורדינציה, הנשימה הדיבור ועוד. לתרום לאיזון המתח בשרירים, וליצור התפתחות הדרגתית של תהליכי תנועה יסודיים (כגון שליטה על תנועות ראש, תנועה תוך סיבוב הגוף) באמצעות תנועת הסוס הקצבית.

התחום החינוכי מתמקד באוכלוסיה בעלת מוגבלויות נפשיות ורגשיות, מוגבלויות התפתחותיות, ליקוי למידה, בעיות התנהגות ועוד. מטרת הרכיבה היא הפחתת רמות חרדה, תסכול ופחד, פיתוח אמון, הגברת ההערכה העצמית ובאופן עקיף גם הקניית הרגלי למידה והתנהגות חברתית. שיפור יכולת הריכוז, פיתוח מערכת סנסו-מוטורית, לימוד מיומנויות חברתיות, התחשבות בזולת ועוד (דניאלי, 1999).

תחום הספורט - תחום זה מתעסק גם הוא באנשים עם מוגבלויות נפשיות או גופניות שונות ויוצא מנקודת ההנחה כי העיסוק בספורט מביא לשיפור בבריאות הגופנית והנפשית. ההישג, שהוא מרכיב בולט בספורט, יכול לבוא כביטוי להישג אישי או תחרותי. עבודת הצוות עשויה לקדם אינטגרציה חברתית והרכיבה מאפשרת לאדם הנכה להרגיש כשווה (חן, 2010).

1.4 ייחוד הסוסים כמטפלים

סוסים הם יצורים המשרים השראה, מושכים את תשומת לבנו ומגרים את דמיוננו. הם מרשים לנו לעצב אותם על פי צרכינו, אך יחד עם זאת הם נשלטים על ידי דפוסים מולדים, אשר מלמדים אותנו לתקשר ללא מילים. הם מאתגרים אותנו באופנים רבים לא רק גופנית אלא גם מחשבתית ורגשית (לסיק, שינבר, פוסט, ריברה ולמון, 2004).

1.4.1 תרומתו של הסוס לתהליך הטיפול

ברכיבה הטיפולית הסוס הוא שותף מלא לתהליך הטיפול ותכונות טבעיות רבות שלו מנוצלות במהלך הטיפול להעצמת אישיותו של המטופל.

תרומתו הרגשית של הסוס

ייתכן כי אחת התועלות המשמעותיות ביותר של הרכיבה על סוס היא הביטחון וההערכה העצמית הנובעת מהיכולת לתמרן חיה, אשר משקלה קרוב ל-500 ק"ג. בגלל גודלו של הסוס הוא נתפס אצל רוב בני האדם ובעיקר אצל ילדים כחיה חזקה, אצילית ועוצמתית. עובדה זו עלולה לגרום לפחד אצל המטופלים אך במהלך הטיפול, בזכות היותו של הסוס חיה צייתנית ועדינה, ורצונו לרצות את רצון הרוכב, המטופלים לומדים לשלוט בו ולהנהיג אותו כך שבעצם נוצר אפקט הפוך המעצים את הביטחון העצמי והמנהיגות של הרוכב. שיפור ביכולות המנהיגות של המטופל נגרם בעיקר בזכות העובדה שסוסים, כמו רוב היונקים, חיים בטבע בקבוצות, לשם הישרדות. הסוס מטבעו חי כחיה עדרית, כאשר בכל עדר קיימת מערכת ברורה מאוד של מעמדות בהיררכיה. בכל עדר, הסוסים מחולקים לשתי קבוצות: קבוצה אחת שבראשה עומד הזכר המנהיג שמרביע את כל הנקבות בעדר, וסוסה דומיננטית שבדרך כלל מחליטה על התנהלות העדר (מתי לעצור לאכול, לאן ללכת, את מי לנדות מהעדר ועוד). בקבוצה השנייה נמצאים הסוסים הזכרים הנחותים מהמנהיג. סוסים אלו יחכו להזדמנות בה הזכר הדומיננטי נחלש, אם מפאת גילו המתקדם או בגלל מחלה או פציעה והגיע השעה להחליף אותו בסוס צעיר וחזק ממנו. רק אז ינסה אחד הסוסים, בדרך כלל הדומיננטי מבין קבוצת הזכרים, לקרוא עליו תיגר. כך גם אצל הנקבות, ברגע שהסוסה הדומיננטית ביותר נחלשת, סוסה דומיננטית אחרת תנסה להיאבק בה ולקחת את מקומה בהנהגה (גרנדין וג'ונסון, 2006).

במהלך ביות הסוס והפיכתו לחיית מחמד, האדם לקח על עצמו את תפקיד מנהיג העדר, גם מבחינת האחריות לסוסים וגם מבחינת השליטה בהם בזמן האילוף והרכיבה עליהם.

ברכיבה טיפולית מנצלים עובדה זו בהבהרה לסוס שכל זמן שרוכבים עליו, הרוכב הוא המנהיג. על הסוס ללמוד לציית לרוכב, לסמוך עליו ולבטוח בו, ואילו על הרוכב ללמוד להנהיג את הסוס בצורה מתחשבת והחלטית, מה שמפתח בקרב המטופל חוש מנהיגות וביטחון עצמי.

ידוע גם כי ההתנסות ברכיבה משפרת את היכולת לקחת סיכונים, את השליטה הרגשית והמשמעת העצמית; היא מגבירה את היעילות העצמית ומקדמת את התפתחות הסבלנות (לסיק, שינבר, פוסט, ריברה ולמון, 2004). ייתכן גם, כי תגובותיו המהירות והפידבק המיידי של הסוס לילד מספקות לו את אותה ההיענות האמפתית הנחוצה לו לצורך בניית גרעין עצמי מלוכד. ברגע שמפנים הילד את התגובות של ההיענות האמפתית הנחוצה לו, הוא מתפנה מצורך בניית גרעין עצמי ומאפשר לעצמו למידה (אופנהיימר, 2000). לפי התיאוריה של יאלום (2002) ניתן לשער שהרכיבה הטיפולית מסירה את המכשולים החוסמים את דרכו של המטופל, על מנת שיוכל להתפתח לאדם בוגר ובשל המגשים עצמו.

על פי תיאוריית ההגשמה העצמית של מאסלו, הרכיבה הטיפולית ממלאת צורך מסוים אשר נוטה בחסר אצל המטופל. צורך זה יכול להיות ברמת הצרכים הפיזיולוגיים, בתחושת הביטחון הפיזי או בצורך חברתי. ברגע שצורך זה בא על סיפוקו, מתפנה המטופל לעלות שלב בפירמידת השלבים, לעבר מימוש הפוטנציאל וההגשמה העצמית. לפי מאסלו, נטיותיו המולדות של האדם מנוסחות במונחים של צרכים המניעים את התנהגותו. הרכיבה בעצם הנה מקור חיצוני לסיפוק מניע החסך, הפועל כדי למלא חוסר מסוים באלמנטים חיוניים לקיומו הפיסי והפסיכולוגי של האדם (חן, 2010).

תרומתו העצבית-שרירית של הסוס

סוסים מספקים גירוי עצבי-שרירי ייחודי באמצעות תנועתם. תנועתו של הסוס יכולה להיות קצרה, בינונית או ארוכה, וניתן למדוד אותה בעזרת הרגשתו של הרוכב. התנועה הקצבית התלת-ממדית של הסוס מזכירה את הליכתו של האדם; זאת אומרת, פסיעתו של הסוס מניעה את האגן של הרוכב באותה תנועה סיבובית ובאותה תנועה מצד-אל-צד, כפי שקורה בהליכתם של בני האדם. הילוכו הקצבי והדינמי של הסוס מעורר צורך תמידי אצל הרוכב להסתגל לתנועתו של הסוס. זוהי תגובתו הפסיכולוגית הטבעית של הרוכב, אשר משתמשים בה כדי לקדם כוח, שיווי משקל, קואורדינציה, גמישות וביטחון.

עבור אדם הסובל מנכות מסוימת, התפיסה של תנועה וחופש עשויה להוות זרז לשיפור רפואי. בזמן ששיטות ריפוי מסורתיות עלולות להגיע לרמה, אשר בה המטופל מאבד את המוטיבציה להמשיך ולנסות, ההתרגשות של הרכיבה מעוררת את הרוכב ומעודדת מטופלים רבים לעבוד ולהתגבר על כל אי נוחות ולהתמודד עם אתגרים גדלים כדי לשפר את יכולותיהם וכישוריהם. רכיבת סוסים מספקת הזדמנות לאנשים נכים להשתתף ולהצליח במקום שבו אנשים בריאים רבים מהססים ופוחדים לנסות (לסיק, שינבר, פוסט, ריברה ולמון, 2004). בנוסף, אנשים בעלי שיתוק בחלקם התחתון, הנצרכים לכסא גלגלים, ורגילים לראות את העולם מנקודת מבט נמוכה (בערך גובה מותניים של אדם עומד) משנים את זווית ראייתם ברגע שהם עולים על סוס, והופכים לגבוהים יותר מאנשים רגילים. ידוע כי גובה הסתכלות מעניק לאדם תחושה המייצגת את מעמדו ביחס לאנשים אחרים, ולכן הרכיבה משפרת את תחושת הביטחון של אנשים אלו.

החום והתנועה של גופו של הסוס עשויים גם לעזור בהפחתת עוויתות בשרירים, במיוחד בשרירים המופנמים של הרגליים (בליס, 1997). כמו כן, לפעילויות כגון עלייה על הסוס וירידה ממנו, שימת האוכף על הסוס והורדתו וטיפול הסוס יש השפעה מועילה על הרחבת טווח התנועה של הפרקים. מרכיב אינטגרלי של תכנית רכיבה טיפולית הוא השימוש במגוון תרגילים כדי לענות על צרכים אישיים ומטרות טיפוליות. תרגילים אלה כוללים מתיחות, חיזוק, הרפיה ומפתחים כישורים של שיווי משקל וקואורדינציה. לדוגמא, אפשר להשתמש בעמידה בארכובות כדי לחזק את השרירים המיישרים של הברך, הירך, ופלג הגוף העליון ולשפר את שיווי המשקל. תרגילים אחרים לגפיים העליונות ופלג הגוף העליון, הניתנים לביצוע על גב הסוס, כוללים נגיעה באוזני הסוס ובזנבו, סיבוב של פלג הגוף העליון עם זרועות מושטות והתמתחות כדי להגיע לארכובה השמאלית והימנית (לסיק, שינבר, פוסט, ריברה ולמון, 2004).

רכיבה טיפולית על סוסים משפיעה על כל האישיות ויש לה השפעה מכרעת על מערכות רבות בגוף. מדווחים כי לסוג זה של התערבות ישנה תועלת גופנית, פסיכולוגית וחינוכית. ההנמקה לשימוש ברכיבת סוסים כמכשיר טיפולי מבוססת על התפיסה, כי הרכיבה מספקת חוויה תחושתית-מוטורית, אשר תורמת לאדם הנכה התפתחות, תחזוקה, שיקום והעצמת הכישורים הגופניים. חוויה תחושתית-מוטורית זו מערבת תחושות של חוסר שיווי משקל וטשטוש, אשר מעוררות את תגובותיו של הרוכב מבחינת הכיוון ושיווי המשקל, מפני שנדרשת הסתגלות מתמדת בהתאם להילוכו, מהירותו וכיוונו של הסוס. בנוסף יכולתו של הסוס להרגיש את הרוכב ולהגיב אליו והיחסים ההדדיים בין הרוכב והסוס תורמים למגוון רווחים רפואיים חשובים.

1.4.2 גורמים המשפיעים על מידת יעילות הטיפול

מידת התועלת, אשר המטופל עשוי להפיק מרכיבתו על הסוס, תלויה בגורמים רבים כגון סוג הלקות וחומרתה, המוטיבציה של הרוכב וההתאמה בין הסוס והרוכב. כדי להועיל לרוכב במידה מרבית על מדריך הרכיבה לבחור בסוס התואם את צרכיו של המטופל. לדוגמא, ייתכן שאדם הסובל משליטה חלשה בפלג הגוף העליון זקוק לסוס איטי עם הליכה חלקה, עד שהוא מתחזק מספיק כדי לעמוד באתגרים קשים יותר. בניגוד לכך, ייתכן כי רוכב הסובל מניוון שרירים זקוק לסוס המספק יותר תנועה כדי לעורר את השרירים. בניגוד למכונות אימון, אשר נוטות לעבוד רק על קבוצת שרירים אחת בכל פעם ואינה דורשת תנועות גוף טבעיות, הרכיבה דורשת מהאדם להשתמש בכל גופו, בפלג הגוף העליון, בזרועות, בכתפיים, בראש וברגליים כדי לנווט ולשלוט במהירות הסוס ובו זמנית לשמור על שיווי המשקל. לימוד הכישורים הקוגניטיביים והגופניים הנדרשים כדי להשיג תקשורת מלאה עם הסוס יוצר אצל הרוכב מודעות לנקודות החוזק שלו עצמו ולנקודות התורפה (לסיק, שינבר, פוסט, ריברה ולמון, 2004).

במחקרים שנעשו על תרומתה של הרכיבה הטיפולית, אין אחדות דעים לגבי המשתנה התורם לשינוי בסוג זה של טיפול. ישנם מחקרים המדגישים את התרומה הפסיכולוגית המתבטאת בשיפור בדימוי העצמי (גתי, 2002), בהגברת הביטחון העצמי (שליו, 1996), ביצירת מוטיבציה, הנאה והנעה (בקי, 2005) ובהגברת היצירתיות והרוחניות (שקדי, 2004). משתנה נוסף הנו התרומה הפיזיולוגית המתבטאת אצל הרוכב בשיפור יציבה ושיווי משקל, נרמול טונוס, שיפור בטווחי תנועה וקואורדינציה, הגברת הקלט החושי ותרגול כללי של מערכות השרירים הגדולות (דניאלי, 1999). גם במישור החברתי מראים מחקרים כי הרכיבה הטיפולית תורמת לרוכב. מחקרה של שקדי (2004) מראה כי באמצעות עבודה בקבוצה על גב סוס, מושגים יתרונות חברתיים כגון השתלבות במסגרת חברתית, אינטגרציה בעבודה, כיבוד הישגים של אחרים ועוד (חן, 2010).

שקדי (2004) מסבירה במאמרה "רכיבה טיפולית מלמדת מטה תקשורת בחינוך" כי הסוס, כפי שהוא נתפס על ידינו כיום, הוא בעל חיים רגיש ביותר, בעל יכולת ליצור מערכת קשרים עם האדם. שקדי משוכנעת שלא רק שהסוס הנע מהווה בעל חיים רגיש ביותר, אלא שהוא נולד עם היכולת לעורר השראה בבני אנוש

באמצעות חלומות, סמלים, גיבורי אגדות ודימויים, עד לרמות "מטה תקשורת" (תקשורת לא מילולית) הפונות למחשבות האדם בהכרתו ובתת ההכרה שלו. חוויית האדם והסוס מביאה ליצירתיות, רוחניות, איחוד ו"קשר מיסטי", לשיפור בביטחון עצמי, להכרת האדם את עצמו ולהשגת רמות חשיבה גבוהות יותר. בקי (2005) עובדת סוציאלית ומדריכת רכיבה טיפולית, מחזקת טענות אלו ואומרת כי לסוס רגישות רבה ויכולת לתת פידבק לאדם הנמצא בסביבתו. הסוס חש את האדם ומגיב אליו כמראה המשקפת את המצב בו נמצא האדם שלידו. בנוסף היא טוענת כי שגרת הטיפול בסוס (ניקוי התאים, האכלה, השקיה ועוד) מלמדת על נתינה וקבלה, מפתחת אחריות ומשמעת, מפעילה את שיקול הדעת, מעודדת רגישות, מפתחת את מיפוי הגוף ודימוי עצמי, מלמדת הקשבה לצורכי האחר ועוד (בתוך אתר המחלקה לזואולוגיה באוניברסיטת תל אביב).

באתר האינטרנט "סוסים- הפורטל הישראלי" מפרטים מספר אנשי מקצוע את תרומתו הפיזית-חושית של הסוס על אנשים בעלי מוגבלויות. הסוס מטפל בכל הגוף של הרוכב עליו. השארות במצב יציב על גב הסוס, שליטה בקואורדינציה של ידיים ורגליים, ישיבה מאוזנת ויציבה, כל אלו תורמים לבריאותו הפיזית מוטורית של המטופל. בנוסף, הסוס הוא חיה רב חושית. כתוצאה ישירה מכך, עצם הישיבה על הסוס מעוררת את חושיו של המטופל, עקב הגירויים הרבים, ומעלה את רמת הריכוז שלו לעצמו, לסוס, למטפל ולסביבה. היתרון הנוסף וכנראה המשמעותי ביותר של הסוס הוא התנועתיות שלו. תנועת הסוס היא תלת ממדית והיא זהה להליכה אנושית. תנועתו הקצבית תורמת ליציבותו של הרוכב, משפרת עוויתות ובצירוף חום גופו של הסוס גם מסייעת בשחרור שרירים (חן, 2010).

לסיכום, רכיבה טיפולית על סוסים ככל טיפול אחר מהווה תהליך של שינוי בו מתרחשת בנייה וצמיחה בעולמו הפנימי של המטופל. שינוי זה מתבטא בתחושות ורגשות, בדפוסי המחשבה וב'עצמי'- במהות הפנימית שמרכיבה אותו, בהתבוננות על העולם. בטיפול עצמו נמצא הידע בקרב המטפל והמטופל, והצמיחה מתרחשת מהאינטראקציה ומהקשר ביניהם.

רכיבה טיפולית היא תחום טיפול המשלב בתוך הטיפול את הקשר עם הסוס בנוסף לאינטראקציה עם המטפל, ואת הרכיבה על הסוס על מנת לטפל בקשיים רבים ומגוונים מתחום הנפש, הגוף, ההתנהגות והקשרים החברתיים בחיי המטופל.

תחום הרכיבה טיפולית התפתח מכמה גישות שונות כאשר כל אחת מהן מדגישה תחום שונה וכיום כל מדריך לרכיבה טיפולית בוחר לעצמו את אופן הטיפול המתאים לו, לחווה בה הוא עובד, לסוס ולמטופל, תוך התבססות על כל הגישות, מכיוון שכולן משלימות זו את זו ותומכות זו בזו.

ניתן להגיד כי יתרונות הרכיבה הטיפולית רבים ונוגעים כמעט בכל אחד מתחומי החיים ויכולים להשפיע על כל אדם בהתאם למגבלותיו. תרומתו של הסוס המהווה חלק בלתי נפרד מהטיפול מתבססות בעיקר על האופן בו המטפל מעצים את התכונות הטבעיות של הסוס ומשתמש בהן לפתרון קשיים רבים בחיי המטופל. במהלך הטיפול, השימוש בסוסים תורם לשיפור יכולת המנהיגות של המטופל, היכולת לקחת סיכונים,

המשמעת העצמית והסבלנות שלו. תנועתו עוזרת לשיחרור השרירים, פיתוח שיווי המשקל ולתחושת הנאה מרובה.

כעת, לאחר סקירת תחום הרכיבה הטיפולית על סוסים, ניתן להתחיל ולחקור על האוכלוסייה אליה מתייחסת שאלת החקר כאוכלוסייה המטופלת ברכיבה הטיפולית – ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז.

פרק 2: הפרעת קשב וריכוז – ADHD\ADD

חלק גדול מהאוכלוסייה המטופלת באמצעות רכיבה טיפולית על סוסים הם ילדים הסובלים מהפרעות קשב וריכוז. מטרת פרק זה היא לסקור את הרקע של המטופלים ברכיבה טיפולית כדי שתהיה באמצעותנו האפשרות להבין את השוני של ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז מילדים אחרים, את מאפייניהם וצרכיהם היחודיים. לאחר מכן נוכל להסיק מהי ההשפעה הייחודית של טיפול באמצעות רכיבה טיפולית על מצבם של הילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז.

פרק זה יעסוק בתאור הפרעת קשב וריכוז. בפרק יצגו הגורמים להפרעה, הסיבות להתפתחות ההפרעה, השלכות של ההפרעה על חיי היום של הסובלים ממנה, שוני, דמיון ואבחנה בין הפרעת קשב וריכוז המלווה בהיפראקטיביות, להפרעה ללא היפראקטיביות, דרכים להתמודדות עם ההפרעה ועוד.

2.1 מהי הפרעת קשב וריכוז

הפרעת קשב וריכוז היא הפרעה המשפיעה על התפקוד היום יומי של הלוקים בה, והיא נחשבת הפרעה שכיחה, הנפוצה בכל שכבות האוכלוסייה. ההערכה המקובלת היא שבישראל ההפרעה נמצאת אצל בערך 5% מאוכלוסיית הילדים. לעומת זאת, יש הטוענים כי שיעור הילדים הסובלים מההפרעה בפועל, ולא מגיעים לידי איבחון, עומד על כ-20 אחוזים. מספר הבנים שההפרעה מאובחנת אצלם גדול בערך פי שלושה ממספר הבנות המאובחנות. ההנחה היא שחלק מן הפער באבחנה בין בנים לבנות נובע מזיהוי מהיר יותר של ההפרעה אצל הבנים בגלל ההיפראקטיביות שלהם שהיא באופן טבעי גבוהה יותר מאשר אצל בנות (בן דוד, 2009).

המקור המדויק הגורם להפרעה עדיין אינו ברור באופן חד משמעי למדע אבל ידוע כי קיימים גורמים רבים המשפיעים עליה ועל עוצמתה, הכוללים, בין היתר, את הגורם הביולוגי, הגורם הסביבתי, הגורם החינוכי ועוד. התחום המפותח ביותר כיום, בו נעשים רוב המחקרים ובו גם מושגת ההתפתחות הגדולה ביותר, הוא זה החוקר את הגורם הביולוגי להפרעה. הגורם הביולוגי-גנטי הוא זה היוצר את ההפרעה ואילו הגורמים האחרים משפיעים על האופן בו היא תבוא לידי ביטוי ועל האופן בו האדם והחברה מתמודדים איתה.

שמה של ההפרעה – "הפרעת קשב וריכוז", למעשה אינו תואם את מהות ההפרעה. לילדים הסובלים מההפרעה אין בעיה בקשב שלהם או ביכולתם להתרכז. ידוע לנו על ילדים רבים המסוגלים לשחק משחק מסויים במשך שעות רבות ברמת ריכוז מדהימה או לצפות בטלוויזיה ולהקדיש משאבי קשב בלתי נגמרים לפעילויות שמעניינות אותם, למרות שהם מאובחנים כלוקים בהפרעה. על פי ד"ר מרתה ברידג' דנקלה, מטפלת ומדענית, הפרעת קשב וריכוז קשורה למעשה **להפניית הקשב והיכולת לשלוט ולמקד את הקשב.** (מתוך אתר "אטנגו").

הפניית קשב תקינה, כלומר כזו המאפשרת יכולת לימודית טובה, דורשת מידה רבה של שליטה עצמית ויכולת להשלים משימות גם כאשר התגמול וההנאה אינם מידיים.

כיום ידוע כי הפרעת קשב וריכוז היא הפרעה שמקורה הוא נוירולוגי, שמקורה באי תפקוד מסויים של חלקים במוח, הגורמת לקשיים בהקשבה וריכוז, למידה וזיכרון, וקשיים ביכולת לעבד ולמייין מידע וגירויים שונים (גרוסמן). ההפרעה מורכבת מבעיות בטווח הקשב, שליטה על דחפים ורמת פעילות. בעיות אלו באות לידי ביטוי בליקוי ברצונו או ביכולתו של הילד לשלוט בהתנהגותו בזמן ביצוע מטרות ובהשלכות עתידיות (ד"ר א. ברקלי, 2003).

2.1.1 תאור נוירולוגי של הפרעת הקשב והריכוז

כדי להבין את אופן הפעולה של הפרעת קשב וריכוז, חשוב להבין את האנטומיה של הקשב. גוף האדם כולו מרושת בתאי עצב, נוירונים, המעבירים מידע מאחד לשני, מהמוח אל איברי הגוף ובחזרה. במוח, המקום בו מעובד כל המידע המגיע אל הגוף, בין אם הוא מגיע מחוץ לגוף - כגירוי חיצוני הנקלט על ידי אחד החושים, ובין אם הוא מגיע מתוכו – מאיזורים שונים בגוף, מצוי המצבור הגדול ביותר של תאי עצב והם נמצאים בצפיפות רבה כדי לאפשר מעבר יעיל ומהיר של מידע. בין כל נוירון לנוירון קיים מרווח בו נוצר הקשר ביניהם, הקרוי סינפסה. מעבר המידע בתוך תאי העצב נעשה באמצעות זרם חשמלי ואילו מעבר המידע בין כל תא עצב לאחר נעשה בסינפסה, על ידי חומרים כימיים הנקראים נוירוטранסמיטורים, המופרשים מתא אחד, ובעת חיבורם אל תא עצב אחר הם מפעילים בו את תהליך מעבר הזרם החשמלי. (ד"ר רם, 2010)

הליקוי הביולוגי הקיים, ככל הנראה, במוחם של אנשים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז, הוא בחיבורים העצביים, הנוירונים, הדרושים לעיבוד מידע שוטף וקשב ברור במוח. הפרעה מטבולית⁵ זו מגבילה את פיתוח החיבורים העצביים, והצפיפות העצבית הנדרשת לעיבוד יעיל של כל הגירויים שקולט הגוף. בנוסף, מגבילה זו מובילה לחוסר איזון ביצירת המעבירים הכימיים הבין-עצביים, הנוירוטранסמיטורים, וחציצה עצבית לקויה הגורמת לחוסר איזון נוסף בין העיבוד באונה הימנית והשמאלית של המוח (גרוסמן).

המודלים העדכניים ביותר שמתארים מה קורה במוחם של אנשים עם הפרעות קשב וריכוז מציעים שישנם אזורים מסוימים של המוח המושפעים מההפרעה. אזורים אלו כוללים את האונות הקדמיות, המנגנון המעבד של קליפת המוח (הקורטקס) והמערכת הלימבית, כאשר כל איזור כזה אחראי על תפקודים ספציפיים. האונות הקדמיות עוזרות לנו להתרכז במשימה, למקד את תשומת הלב שלנו, להחליט החלטות טובות, לתכנן, ללמוד, לזכור מה שלמדנו ולהתנהג בצורה מתאימה בכל מצב נתון.

המנגנון המעבד של הקורטקס מונע מאיתנו להיות היפראקטיביים, מלהגיד דברים שהם לא במקום ומלהתרגז במצבים לא הולמים. מנגנון זה עוזר לנו לעכב את ההתנהגות שלנו כדי שלא נתנהג בצורה לא הולמת ולא מתאימה למצב הנתון. אומרים ש-70% מהמוח תפקידו לעכב את ה-30% האחרים. כאשר המנגנונים המעכבים לא עובדים כמו שצריך, אנחנו נראה תופעות כגון התנהגות אימפולסיבית, מזג חם, יכולת קבלת החלטות לקויה, היפראקטיביות וכד'.

⁵ הפרעה מטבולית – הפרעה הקשורה בתהליכים לא תקינים של חילופי חומרים בגוף.

המערכת הלימבית היא הבסיס לרגשות שלנו ולעירנות ולדריכות שלנו. מערכת לימבית תקינה, מאפשרת מעבר תקין בין רגשות, רמות תקינות של אנרגיה, דפוסי שינה תקינים ורמות נורמליות של התמודדות עם לחצים. תפקוד לא תקין של המערכת הלימבית יתבטא בבעיות בתחומים אלו. אצל אדם עם פעילות יתר של מערכת זו, נראה תנודות חדות במצב הרוח והתפרצויות לא מוסברות. יתכן ונראה גם גירוי יתר, נראה כי הוא נבהל בקלות, שהוא נוגע בכל דבר סביבו ושהוא דרוך יתר על המידה. הפרעות קשב וריכוז עלולות להשפיע על אחד, שניים או על כל האיזורים הנ"ל, מה שגורם לסוגים השונים של ההפרעה (מתוך אתר "אטנגו").

עמדה נוספת טוענת כי הליקוי הקיים במוחם של הסובלים מההפרעה הוא ביצור הנוירורנסמיטור דופמין. למרות שנוירונים המפרישים דופמין הם יחסית מעטים, הם מרוכזים באזורים מאוד ספציפיים של המוח שמרכיבים את מערכת התגמול של המוח. זוהי המערכת העצבית שאחראית על יצירת תחושות ההנאה שנוצרות ע"י פעילויות מהנות אם זה אכילת שוקולד, חיבוק או משחק.

למרות כל זאת, התיאור של דופמין כחומר הכימי שגורם להנאה, הוא ממש לא מושלם. לדוגמא, מחקרים מראים כי מערכת התגמול של דופמין פועלת גם כשמכריחים אנשים לאכול משהו שלא בהכרח עושה תיאבון או כשאדם מתחיל לנשום לאחר שעצר את נשימתו. מצבים אלה הם מצבים מאוד לא נעימים, ולמרות זאת, הנוירונים מפרישים דופמין. מעובדה זו ניתן להסיק שהנוירורנסמיטור, דופמין, קשור יותר לקשב ומוטיבציה ולא רק להנאה ותגמול. ישנן עדויות גוברות המציעות כי המטרה העיקרית של הדופמין היא לעזור לנו להעריך באופן יעיל את הסביבה. חוקרי דופמין רבים אומרים כי הדופמין מאפשר לנו להעריך במהירות את גודל וחשיבות המחשבות והרעיונות שלנו. כאשר אנחנו רואים משהו שאנחנו רוצים, ולא משנה אם זה שוקולד, או כוס מים, רק ראיית האובייקט גורמת לרצון רגשי חזק שגורם לנו לפעול. העולם מלא באפשרויות, והדחפים הדופמינרגיים שלנו עוזרים לנו לבחור מה לעשות.

הסבר זה מחזיר אותנו להפרעת קשב וריכוז. ישנו מיצבור של תאי עצב המחובר בין מערכת התגמול הדופמינרגית לקורטקס הפרה-פרונטלי, האונות הקדמיות, – אזור שאחראי בין היתר על הקשב שלנו. ההיגיון שעומד מאחורי עובדה זו הוא שתחושה או רעיון שגורמים להפרשה מוגברת של דופמין, יותר סביר שיגרמו להפניית הקשב שלנו אליהם. במילים אחרות, הקורטקס הפרה-פרונטלי עכשיו נמצא בקשב למה שהדופמין הפנה אותו אליו.

כפי שצויין קודם, הבעיה בהפרעות קשב וריכוז איננה חוסר קשב. כאמור, ילדים עם הפרעות קשב וריכוז יכולים להתרכז במשך זמן ארוך במיוחד, אך קשב זה דורש סף עניין וגירוי גבוהים ולכן הם אינם מסוגלים להתרכז במהלך שיעור משעמם, בעוד שהם כן יכולים להישאר מרוכזים שעות רבות במשחקי מחשב. מעניין כי מחקרים שונים הראו שההבדלים בין בני האדם ביכולות הקשב שלהם, נגרמים ע"י שינויים קטנים בקוד הגנטי בגנים שאחראיים על הפרשת דופמין כגון מקטע שנקרא COMT. ככל שאצל אדם מסוים יש יותר הפרשה של דופמין, תהיה לו גם יכולת קשב טובה יותר.

טיפול הולם להפרעות קשב וריכוז, יגרום להפרשת דופמין מוגברת וכך, רמת העניין בנושאים שלא התעניינו בהם קודם, עולה וקל יותר להפנות אליהם את הקשב (מתוך אתר "אטנגו").

חוקרים שונים דבקים בטענה כי בנוסף לדופמין קיימים שני נוירטרנסמיטורים נוספים המעורבים בתסמינים של הפרעות קשב וריכוז, והם: סרוטונין ונוראדרנלין. הסרוטונין נמצא כקשור לויסות מצבי רוח, לתוקפנות ולהתנהגות אימפולסיבית ונוראדרנלין משויך, בין היתר, לשליטה על מצבי עירות ודריכות. הפרשה מאוזנת של שלושת החומרים האלו היא פקטור חשוב לתפקוד תקין.

במאמר המפורסם באתר "אטנגו", המציע שיטה לאימון המוח ולשיפור משמעותי של קשב וריכוז, מציינת הדרך בה אפשר לזהות את השוני בתפקוד המוח בין אנשים הלוקים בהפרעת קשב וריכוז ובין אלו שלא. על פי מאמר זה, את חוסר התקינות במוח, על איזוריו השונים, ניתן לראות בעזרת מדידה של הגלים החשמליים במוח בעזרת מכשיר שנקרא EEG Electroencephalograph). במדידה כזאת, נעזרים באלקטרודות שמוצמדות לקרקפת ומודדות את דפוס הגלים החשמליים במוח. תדרי הגלים מצויינים באותיות יווניות כאשר כל אות מציינת טווח תדרים אחר וכל טווח תדרים מאפיין מצב מסוים שבו אנו נמצאים:

גלי דלתא – מאפיינים מצב של שינה

גלי תיטא – מאפיינים מצב של "חלימה בהקיץ" (מצב שמאפיין אנשים בעלי הפרעת קשב וריכוז מסוג ADD)
גלי אלפא – מאפיינים מצב של רגיעה

גלי ביתא – מאפיינים מצב של ריכוז ויכולת הפקת קוגניציה טובה

גלי ביתא 2 – מאפיינים מצב של ריכוז עד דריכות קלה

גלי ביתא 3 – מאפיינים מצב של דריכות ועירנות גבוהה (מצב שמאפיין אנשים בעלי הפרעת קשב וריכוז עם היפראקטיביות ADHD)

גלי ביתא 4 – מאפיינים מצב של דריכות גבוהה מאוד

כאשר משווים תוצאות EEG של ילדים שיש להם הפרעות קשב וריכוז עם תוצאות EEG של אלו שאין להם הפרעות קשב וריכוז, לעתים קרובות רואים שילדים עם הפרעות קשב וריכוז מראים פעילות יתר של גלים בתדירות נמוכה יותר (תיטא ואלפא). הדפוס הנפוץ ביותר שרואים אצל ילדים עם הפרעות קשב וריכוז הוא דפוס של פעילות יתר של גלי תיטא. דפוס זה נמצא אצל כ-80% מהילדים שיש להם הפרעה כזו.

לעומת זאת, אצל מרבית מהמתבגרים והמבוגרים שמאובחנים כבעלי הפרעות קשב וריכוז, רואים פעילות יתר של גלי אלפא, כאשר פעילות גלי תיטא היא נורמלית. פעילות היתר בגלי אלפא מאפיינת מצב שבו מרכזי העיבוד במוח פועלים אך נכשלים בהקצאת משאבים למשימה שעליהם לבצע. כך נוצר מצב שבו יתכן ותהיה חוויה של "שמעתי את הקול שלך אבל אין לי מושג מה אמרת הרגע". בעזרת דרכי טיפול שונות ניתן לשנות את הדפוס הזה ולבצע ויסות של גלי המוח כך שתעלה הפעילות של גלי ביתא 1 שנדרשים למצב של קשב וריכוז אופטימליים (מתוך אתר "אטנגו").

גלי המוח השונים, הם אלה שגורמים להפרשת הנוירטרנסמיטרים מתאי העצב. גלים בתדרים נמוכים יותר (דלתא, תיטא ואלפא) נוטים לגרום לשחרור מוגבר של סרוטונין. לעומת זאת, גלים בתדרים גבוהים יותר (ביתא 1) נוטים לגרום לשחרור מוגבר יותר של דופמין. ע"י ויסות של גלי המוח, שנעשה בשיטות טיפול שונות, ניתן להביא לשחרור הכמות הנדרשת של נוירטרנסמיטרים ובעיקר של דופמין. העליה ברמות

הדופמין במוח, תביא ליכולת ריכוז טובה הרבה יותר ותתרום להפחתת התסמינים של הפרעות הקשב והריכוז. כאמור, הפרשה מאוזנת של שלושת החומרים האלה נדרשת לתפקודו תקין של האדם.

2.1.2 הסבר הרקע הגנטי להפרעה

הפרעת קשב וריכוז נחשבת להפרעה שמושפעת במידה רבה מגנים, אך עד כה, גורמים גנטיים אלו לא נמצאו ע"י החוקרים. לפני מספר שנים, פורסם מחקר חדש ב-Molecular Psychiatry שמזהה מאות וריאציות של גנים שמופיעים בתדירות גבוהה יותר אצל ילדים בעלי הפרעות קשב וריכוז לעומת ילדים שאין להם תסמונת זו. רבים מגנים אלו הוכרו כבר בעבר כמשחקים תפקיד בתהליכי למידה, התנהגות, תפקוד מוחי והתפתחות עצבית אך לא קישרו אותם מעולם ספציפית להפרעות קשב וריכוז.

הכותבת הראשית של המחקר, ד"ר ג'וזפין אליה, פסיכיאטרית ומומחית להפרעות קשב וריכוז בבית החולים לילדים בפילדלפיה, אומרת שבגלל השינויים הגנטיים שנמצאו מעורבים בהתפתחות המערכת העצבית, יתכן ובסופו של דבר הם יאפשרו לחוקרים לפתח יכולת להתערבות מוקדמת אצל ילדים עם הפרעות קשב וריכוז.

במחקר המדובר, נבדקו שינויים מבניים (מקטעים מסוימים שחסרים או מוכפלים) ב-DNA. מקטעים אלו, נמצאו לאחרונה כמשפיעים על הפרעות רבות, כולל אוטיזם וסכיזופרניה. לכל אחד יש מקטעים כאלו ב-DNA אך לא כל השינויים המבניים קורים באזורים שמשפיעים על התבטאות הגן. המחקר הנוכחי הוא הראשון שבדק את תפקידם של מקטעים אלו בהפרעות קשב וריכוז.

כל מקטע DNA שכזה לבדו, הוא נדיר מאוד, אך כאשר יש מספר שינויים באזורים קריטיים ב-DNA, זה עלול להעלות את הסיכון להפרעה מסוימת. ד"ר פיטר ווייט (Wight, 2003) אחד ממובילי המחקר העוסק בגנטיקה מולקולרית, אמר כי כאשר החל המחקר, ב-2003, החוקרים ציפו למצוא קומץ גנים שמהווים גורם סיכון להפרעות קשב וריכוז. במקום זה, מצאו שיתכן ויש מאות גנים שמעורבים, אך אצל כל בן-אדם חלק אחר מגנים אלו עובר שינוי מבני. עם זאת, אם כל קבוצת הגנים הזאת פועלת באותה צורה, התוצאה תהיה זהה - הפרעות קשב וריכוז. תופעה זו עלולה להסביר למה לילדים עם הפרעות קשב וריכוז יש סימפטומים מעט שונים אחד מהשני (מתוך אתר "אטנגו").

החוקרים לקחו דגימות DNA מקבוצת ילדים גדולה מאוד בבית החולים. הם ניתחו 335 דגימות DNA של ילדים עם הפרעות קשב וריכוז ומשפחותיהם והשוו אותם ליותר מ-2,000 ילדים שאין להם את ההפרעה. נמצא שיש מספר דומה של מקטעים עם שינויים מבניים אצל שתי הקבוצות, אך התגלו דפוסים מסוימים שהם ייחודיים לאלו עם הפרעות הקשב. בין 222 המקטעים המורשים שנמצאו אצל משפחות בהם יש הפרעות קשב וריכוז, נמצא כי מספר רב מאוד של המקטעים מופיעים בגנים המזוהים עם הפרעות נזיר-התפתחותיות אחרות כגון אוטיזם, סכיזופרניה ותסמונת טורט. המקטעים שנמצאו אצל משפחות עם הפרעות קשב וריכוז גם גרמו לשינוי בגנים שחשובים לתפקודים פסיכולוגיים ונזירולוגיים כגון למידה, התנהגות, העברה סינפטית והתפתחות מערכת העצבים.

ד"ר ווייט אומר שהגישה בה הם נקטו במחקר הייתה של מערכות ביולוגיות. הם שייכו גנים לקבוצות שיש להם תפקוד דומה. הם מצאו שהגנים שיש להם יותר סיכוי להיות משונים באנשים בעלי הפרעות קשב וריכוז ומשפחותיהם, הם גנים שמשפיעים על תפקודים שיש בהם הגיון מבחינה ביולוגית. לדוגמה, נמצאו 4 מחיקות (deletions) של DNA בגן שלאחרונה קושר לתסמונת restless leg syndrome שזוהי סוג של הפרעת שינה שמופיעה בתדירות גבוהה אצל מבוגרים עם הפרעות קשב וריכוז. מחיקה נוספת, נמצאה בגן של קולטן לגלוטמט. גלוטמט זהו מוליך עצבי, חלבון שמעביר אותות במוח. בזמן שתרופות להפרעות קשב וריכוז פועלות בעיקר על המוליכים העצביים דופמין וסרוטונין, הממצא החדש הזה עלול להצביע על תפקיד חשוב שמשחק הגלוטמט, לפחות אצל חלק מבעלי הפרעות קשב וריכוז.

ווייט אומר שככל שמתעמקים יותר בגנטיקה של הפרעה כל כך מורכבת כמו הפרעות קשב וריכוז, מוצאים יותר ויותר גנים שמעורבים ולעתים שייכים למשפחות גנים שונות אחת מהשנייה. מחקר של תפקוד הגנים השונים מאפשר זיהוי של מסלולים ביולוגיים שיתכן ומעורבים בהפרעה הנוירו-פסיכיאטרית הזו.

החוקרים אומרים שחלק מהמסלולים הביולוגיים שמעורבים בהפרעות קשב וריכוז עלולים להיות שותפים גם בהפרעות נוירולוגיות אחרות. באותו אופן, ישנה חפיפה כלשהי בין מקטעי הגנים שנמצאו אצל בעלי הפרעות קשב וריכוז ובין אלו שנמצאו באוטיזם, סכיזופרניה והפרעות נוירולוגיות אחרות. חפיפה זו, אינה מפתיעה מכיוון שלבעלי הפרעות קשב וריכוז, יש בהרבה מקרים גם הפרעה אחת או יותר מהפרעות אלו. למרות זאת, ככל שהחוקרים לומדים יותר על גנים ספציפיים שמעורבים בהפרעות נוירולוגיות אלו, כך התקווה גדלה שבעתיד, יוכלו למצוא תרופות המותאמות אישית לבן-אדם לפי הפרופיל הגנטי שלו כדי שהטיפול יהיה יותר ממוקד ויעיל.

2.2 אבחנה בין ADHD ל- ADD

כפי שצוין קודם הפרעת קשב וריכוז באה לידי ביטוי בצורות שונות מאדם לאדם ולרוב נוטים להבחין בין ADHD ל- ADD, אך חשוב להבין שהמונחים ADD ו- ADHD מתייחסים לאותה אבחנה רפואית ומהווים תסמונת אחת.

בעשורים האחרונים המינוח הרפואי של הפרעת קשב הוגדר מחדש, על מנת לפרט מספר וריאציות שונות וחשובות של התסמונת. באמצע המאה ה-20 השתנה שמה האבחוני של הפרעת קשב. בתחילה התייחסו אל התסמונת כאל "נזק מוחי מינימאלי", "הפרעה מינימאלית בתפקוד המוח", "ליקויים בלמידה/התנהגות" ו"היפראקטיביות". ככל שהעמיק הידע וגברה המודעות לכך שההגדרה שכוללת את המילים "נזק מוחי", אינה מתאימה, חלק מההגדרות האלו הפכו בעיתיות. בשנות הששים המאוחרות, הפרעת קשב כונתה "תגובה היפרקינטית בילדות", למרות שאנשי מקצוע רבים הבחינו שרבים מהילדים שאובחנו כסובלים מבעיות קשב, אינם מפגינים סימנים של היפראקטיביות. בשנות השמונים, אגוד הפסיכיאטרים האמריקאי

הציג במדריך האבחון והסטטיסטיקה להפרעות נפשיות⁶ (DSM-III) את "ADD / הפרעת קשב", כתופעה שיכולה לכלול או שלא לכלול היפראקטיביות. מספר שנים מאוחר יותר, כאשר המדריך לאבחון נבדק מחדש (DSM-III-R) המונח ADD הוחלף במונח ADHD (הפרעת קשב והיפראקטיביות). במהדורות מאוחרות יותר של מדריך DSM התחילו להציג את תסמונת ADHD ואת תתי הסוגים השונים שלה.

כך המונח ADD, שהשתמשו בו בעבר הפך מיושן. כיום המונח הרפואי הנכון להפרעת קשב הוא ADHD. מדריך DSM-IV - מבחין בין שלושה תתי סוגים של ADHD:

1. הפרעת חוסר קשב בעיקרה. (זו שכונתה בעבר ADD)

2. הפרעה היפראקטיבית ואימפולסיבית בעיקרה.

3. הפרעה משולבת. (זו שכונתה בעבר ADHD)

כשליש מהאנשים שיש להם הפרעת קשב וריכוז ADHD לוקים בהפרעת קשב בעיקרה (ADHD-I), כלומר הם אינם לוקים בהתנהגות היפראקטיבית או בפעלתנות יתר, שמאפיינת את תתי הסוגים האחרים של הפרעת קשב וריכוז. למרות שרבים עדיין משתמשים בטעות במונח ADD – הפרעת קשב, בהתייחסם אל תת סוג זה של הפרעת קשב, כפי הנראה משום שהוא אינו מכיל את המילה היפראקטיביות, כיום המונח ADD הוא מונח אבחוני שגוי ומיושן בלשון הרפואי, ולכן גם את אלו הלוקים בהפרעת קשב וריכוז, ללא החלק ההיפראקטיבי, משייכים תחת אותה תסמונת הנקראת ADHD. המומחים בישראל, המאבחנים את ההפרעה, משתמשים בעיקר במדריך האבחנה והסטטיסטי למחלות נפש (DSM-IV) המפורסם באגודה האמריקאית לפסיכיאטריה, במטרה לאבחן את הביטויים השונים של ADHD. בהתבסס על הקריטריונים של DSM-IV, מאובחנים שלוש הסוגים השונים של ADHD (דר' רפפורט).

2.3 טיפול בהפרעת קשב וריכוז

הטיפול בילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז הוא מגוון ורחב מאוד, ויש לוודא כי לכל ילד אכן מוענק הטיפול המתאים לאופן בו ההפרעה באה אצלו לידי ביטוי. הטיפול עצמו מורכב משני תחומים עיקריים: טיפול תרופתי וטיפול פסיכולוגי, שכדי להגיע לתוצאה הרצויה, שהיא שיפור במצבו של הילד, יש לשלב בין שניהם.

⁶ DSM - ספר האבחנות הפסיכיאטריות האמריקאי, שמטרתו לאבחן ולסווג את הפרעות הנפש על פי תסמיניהן. את הספר מוציאה לאור האגודה הפסיכיאטרית האמריקאית.

DSM-III - המהדורה השלישית, יצאה לאור בשנת 1980

DSM-IV - המהדורה הרביעית, יצאה לאור בשנת 1994

נראה שתרופות הן האמצעי הכי מפורסם והכי שנוי במחלוקת לטיפול ב- ADHD. מאות המחקרים שנערכו מצביעים על כך שתרופות מעוררות, תרופות אנטי דיכאוניות, ואחרות, עשויות לעזור במידה ניכרת לבעלי ADHD (דר' א. ברקלי, 2003), אך נאמר גם כי הן לא מתאימות לכולם באופן גורף, ויש היוצאים נגדן בחריפות. הטיפול התרופתי מותאם להבנת האטיולוגיה הביולוגית של הפרעה, ונכללות בו תרופות מסוגים שונים המתאימות לתסמינים שונים של הפרעה.

להלן סוגי התרופות השונים, המקובלים כיום:

טיפול בממריצים – שימוש באמפטמינים⁷ לטיפול בהפרעה ידוע כבר משנת 1937, והבולט שבהם הוא ה"ריטלין" (Methylphenidate), שהוכנס לשימוש בשנות ה-70. הריטלין מגביר את פעולת הדופמין במוח ומופיע בשלוש צורות: (א) ריטלין, הפעיל במשך כארבע שעות; (ב) ריטלין (SR) המשתחרר באיטיות ופעיל במשך חמש עד שבע שעות; (ג) קונצרטה, תרופה חדשה בישראל, שהיא ריטלין המשתחרר באיטיות ופעיל במשך כ-12 שעות. תופעות הלוואי השכיחות של תרופות אלה הן עוררות מוגברת, הפרעות שינה, עליה בלחץ הדם והדופק, כאבי ראש, כאבי בטן, וירידה בתיאבון. תופעות אלה הן הפיכות וחולפות תוך זמן קצר. תרופה ממריצה נוספת היא ה"ניתן" (Pemoline). התרופה פעילה במשך 8-12 שעות והרמה האפקטיבית מתקבלת רק לאחר כשבוע של טיפול. אחת מתופעות הלוואי של התרופה היא פגיעה בתפקודי הכבד, ומשום כך יש להקפיד על בדיקות מעקב לעתים קרובות. הטיפול ב- Adderall - מקובל בארה"ב וכיום הוכנס לשימוש גם בארץ. תרופה זו שונה מהריטלין, ומורכבת מארבעה סוגים של מלחי אמפטמינים. נהוג להשתמש בה במקרים בהם הטיפול בריטלין אינו יעיל, אך יש גם קלינאים הבוחרים להתחיל את הטיפול בהפרעה עם תרופה זו.

טיפול בחומרים ללא ממריצים - לפני כשנתיים אושרה לשימוש בארה"ב תרופה בשם "סטרטה" (atomoxetine), המשפיעה על הנוירורנסמיטור נוראפינפרין. היא נמצאה יעילה לטיפול בסימפטומים של הפרעת הקשב והריכוז בדומה לתרופות הממריצות ויעילותה אף בולטת במקרים שבהם אין סימפטומים של פעילות-יתר. כיום משתמשים בתרופה זו בקרב מתבגרים שאינם מגיבים לטיפול בממריצים או סובלים מתופעות הלוואי של הריטלין. תרופה זו הוכנסה לאחרונה לשימוש גם בישראל.

טיפול בתרופות אנטי-דיכאוניות - במתבגרים שאינם מגיבים לטיפול בתכשירים ממריצים או שיש להם תחלואה נלווית של הפרעה כפייתית-טורדנית או דיכאון, מקובל לטפל באמצעות תרופות אנטי-דיכאוניות (SSRI), המעלות את רמת הסרוטונין במוח, כגון "פרוזק" ו"סרוקסט". בהשוואה לתרופות ממריצות יעילות אמנם מתמשכת אך מושגת באופן איטי יותר. לעתים יש אף צורך בשילוב של טיפול בממריצים ובתרופות אנטי-דיכאוניות מכיוון שתרופה מסוג אחד בלבד אינה יעילה בטיפול בהפרעת הקשב והריכוז ובהפרעה הנלווית.

⁷ **אמפטמינים** - חומרים ממריצים סינטטיים

תרופות אחרות – מתבגרים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז, מטיקים או שיש להם תחלואה נלווית של תסמונת טורט מטופלים ב"קלוניריט" (Clonidine) שמיועדת לטיפול בלחץ דם גבוה ומיגרנות. במקרים של שימוש בתרופה זו יש להקפיד על בדיקות מעקב תכופות עקב הסיכון לירידה משמעותית של לחץ הדם. במקרים של מתבגרים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז ואינם מגיבים לטיפול קונבנציונלי ניתן להציע טיפול ב"זייבן" (Bupropion) תרופה זו מוכרת כיום בארץ לטיפול בהפסקת עישון, ובארה"ב היא ניתנת לטיפול בהפרעה כטיפול בלעדי או בשילוב עם ממריצים.

בחירת התרופה המתאימה נעשית על ידי הגורם המטפל בהתחשב בעוצמת ההפרעה ובמידת הפגיעה בתחומי התפקוד השונים (טוראל וד"ר שניידרמן, 2003).

טיפול פסיכולוגי

התשובה לקשיים שבהם נתקלים ילדים עם תסמינים של ADHA אינה בטיפול תרופתי בלבד. לאנשים הסובלים מ-ADHD קשיים נוספים, שלא מקבלים מענה על ידי הטיפול התרופתי, אשר עלולים לגרום בעיות חמורות להם וגם לזולת. יש להם חלומות, רגשות, מחשבות ותקוות כמו לכל אדם אחר, ואחד הסיכונים הממשיים באבחנת הילד כלוקה בהפרעת קשב וריכוז הוא התרכזות רבה מידי במונחי האבחנה וההשלכות של בעיותיו הנירולוגיות בלבד.

אחד ההיבטים המכריעים בטיפול ב-ADHD, תהיה תוכנית הטיפול אשר תהיה, הוא שמירה על תקווה. מרבית המשפחות והילדים נתקלו פעמים חוזרות ונשנות בכישלונות, דחייה ותסכול, במשך זמן רב מאוד. רבים מהם חשבו להרים ידיים, אחרים כבר עשו זאת, אך בעזרת נחישות, סיוע מיומן ומעט מזל, יתחיל מצב הדברים להשתפר מרגע ההבנה שדבר מה אינו כשורה. רוב הילדים ירגישו הקלה כשיגלו, כי ישנן דרכים שבהן ניתן לעזור להם ושאכן מצליחות להשיג את מטרתן, וירצו להיות מעורבים מן ההתחלה בקבלת ההחלטות. הדרכת הילד באופן רגיש ובונה תאפשר לו לקחת חלק מלא בטיפול ותחזק את ידיו, כך שיוכל בסופו של דבר לפתור בהצלחה קשיים רבים הקשורים להפרעת הקשב והריכוז, באופן עצמאי (מנדן וארסלוס, 1999).

העיקרון הבסיסי והמנחה בטיפול של ילדים עם הפרעת קשב וריכוז ובעיות דומות הוא לעזור להם למקד, לשמר רמה אופטימאלית של קשב ולמנוע תגובות אימפולסיביות על מנת שהם יוכלו ללמוד ולממש את הפוטנציאל הגלום בהם. בהיבט זה חשובים יצירת סביבה מובנת, מאורגנת אשר אפשר לחזות מראש, ציפיות ברורות ועקביות ומתן של פידבק מידי (יואל, 2010).

2.4 הכוחות של הסובלים מההפרעה

למרות ההתמקדות בהשפעה השלילית של הפרעת הקשב והריכוז על חיי הלוקים בה, חשוב לזכור כי ישנן תכונות רבות אצל ילדים ומבוגרים בעלי הפרעות קשב וריכוז שמהווים דווקא יתרון. על מנת שתכונות אלו באמת יהוו יתרון, צריך ללמוד איך להביא אותן לידי ביטוי. במאמר "למרות איך שזה נראה, להפרעות קשב וריכוז יש גם יתרונות!" מפורטים כמה מהיתרונות הבולטים של הפרעות קשב וריכוז:

1. **אמפתיה.** זהו יתרון גדול מאוד ותכונה שלא קיימת אצל כולם. אנשים עם הפרעות קשב וריכוז בד"כ מסוגלים להתחבר מהר מאוד לאנשים. הרבה פעמים, בגלל שהם משדרים תחושה של קרבה ואינטימיות, אנשים רבים מתקרבים אליהם ומחפשים אצלם תמיכה רגשית. בדרך כלל, הם גם מקבלים אותה ובגדול.
2. **יצירתיות.** רבים מהאנשים עם הפרעות קשב וריכוז מתאפיינים ביצירתיות רבה. להרבה ציירים, פסלים, כתבים, מעצבים, מוסיקאים ואומנים יש הפרעות קשב וריכוז. נראה שקל להם יותר להתרכז בעבודה מסוג כזה ולהיות מקוריים ומתחכמים. אנשים בעלי הפרעות קשב וריכוז הם יוצרים נהדרים גם כשמדובר באימפרוביזציה, יצירה ספונטנית, הצעת רעיונות חדשניים וכד'.
3. **התלהבות.** ההתלהבות היא גם כן תכונה שמשותפת להרבה מהאנשים בעלי הפרעות קשב וריכוז. מכיוון שהרבה פעמים הם מרגישים משועממים ומתוסכלים מהעבודה שלהם, הם מחפשים אחר מקומות מעניינים אחרים שמלהיבים אותם ושבהם הם מצליחים. ישנה תחושה טובה מאוד וסיפוק רב שנובעים מההצלחה בהשגת מטרה כלשהי ולכן ההתלהבות ניכרת בהם לעתים קרובות. נקודה נוספת היא שאנשים רבים מרגישים שאין להם את היכולת להתמודד עם דברים מסוימים בחייהם וכתוצאה מכך, יתכן והם יהיו צריכים להתמודד עם בעיות שנגרמות מתחושת חוסר היכולת הזו. לעומת זאת, אנשים בעלי הפרעות קשב וריכוז, אוהבים להתנסות במשימות שנראות כביכול בלתי אפשריות ולהוכיח לכולם שהם כן מסוגלים, בניגוד לציפיות של אחרים. גם כאן באה לידי ביטוי תכונת ההתלהבות.
4. **היפר-פוקוס.** תכונה נוספת שנפוצה אצל אנשים עם הפרעות קשב וריכוז היא היכולת להתמקד באופן אינטנסיבי בדברים מסוימים. לדוגמה, אם לאדם יש מטרה שאותה הוא מחליט להשיג, הוא יעשה מאמצים רבים להתמקד באותה מטרה והוא יתעקש לא להזניח את מה שהוא השיג. רבים מבין אלו שיש להם את התכונה הזו, מסוגלים להיות ממוקדי מטרה בשאיפה להצליח וזה מביא אותם להישגים מרשימים בתחומים שונים. באנגלית יש ביטוי שנקרא דרייב (Drive), כלומר "הנעה" ואכן רבים מבעלי הפרעות קשב וריכוז הינם "מונעים" מכח פנימי למטרות שהם בוחרים.
5. **חוש הומור.** פעמים רבות אצל אנשים עם הפרעות קשב וריכוז הוא חוש הומור מצוין. נראה שחוש ההומור ממש טבוע באנשים כאלו. יתכן וזה נובע מהצורך לדעת שאפשר לקחת דברים בקלות. אגב, תכונה זו קשורה גם ליצירתיות הבולטת אצל בעלי הפרעת קשב וריכוז ולכן מתוקף היותם יצירתיים, גם חוש ההומור מפותח.
6. **חוזק נפשי.** הצורך להתמודד עם מצבים קשים מביא איתו את הצורך לפתח תכונה חשובה מאוד של חוזק נפשי. אנשים בעלי הפרעות קשב וריכוז מתמודדים ללא הפסקה עם אתגרים. זהו דווקא דבר חיובי מכיוון שזה מצריך פיתוח חוזק נפשי שמאפשר להם לעמוד חזרה על הרגליים ולהוכיח לכולם שהם יכולים. כך, פעמים רבות, מכשולים רק הופכים אנשים עם הפרעות קשב וריכוז לחזקים יותר.
7. **זווית ראייה שונה.** יתרון גדול מאוד של אנשים בעלי הפרעות קשב וריכוז הוא שהם רואים את העולם בצורה שונה משאר האנשים. הבדל זה בפרספקטיבה גורם לעניין רב באינטראקציה איתם ובצורה שבה הם מנהלים את חייהם (מתוך אתר "אטנגו").

לסיכום, הפרעת קשב וריכוז היא הפרעה נפוצה מאוד באוכלוסיה, שמקורה עדיין לא ברור במדויק למדע, הגורמת לקשיים בהפניית הקשב ומיקודו. הליקוי הביולוגי הקיים שככל הנראה גורם להפרעה, נמצא במוחם של אנשים הסובלים ממנה, והוא בחיבורים העצביים, הנוירונים, הדרושים לעיבוד מידע שוטף וקשב ברור במוח. קיימים שלושה נוירטרנסמיטורים שכנראה, חוסר איזון בהפרשתם גורם ליכולת נמוכה של הפניית הקשב. נוירטרנסמיטורים אלה הם דופמין, הקשור לקשב ומוטיבציה, המאפשר לאדם להעריך במהירות את גודל וחשיבות המחשבות והרעיונות שלו, סרוטונין הנמצא כקשור לויסות מצבי רוח, לתוקפנות ולהתנהגות אימפולסיבית ונוראדרנלין המשויך, בין היתר, לשליטה על מצבי עירות ודריכות.

בעשורים האחרונים המינוח הרפואי של הפרעת קשב הוגדר מחדש, על מנת לפרט מספר וריאציות שונות וחשובות של התסמונת. בעקבות העמקת הידע הקיים בתחום הפרעות הקשב והריכוז וגילויים שונים במשך השנים, שותנה ההגדרה של ההפרעה מספר פעמים כך שהמונח ADD, שהשתמשו בו בעבר הפך מיושן. כיום המונח הרפואי הנכון להפרעת קשב הוא ADHD. מדריך DSM-IV מבחין בין שלושה תתי סוגים של ADHD: הפרעת חוסר קשב בעיקרה (זו שכונתה בעבר ADD), הפרעה היפראקטיבית ואימפולסיבית בעיקרה והפרעה משולבת. (זו שכונתה בעבר ADHD).

הטיפול בהפרעת הקשב והריכוז הוא רחב, מגוון ומכיל בתוכו כמה תחומים. הטיפול התרופתי בלוקים בהפרעה מחולק לכמה סוגי תרופות עיקריים: טיפול בממריצים, טיפול בחומרים לא ממריצים, טיפול בתרופות אנטי-דיכאוניות ותרופות אחרות. בנוסף קיים תחום הטיפול הפסיכולוגי שמטרתו העיקרית היא עזרה בבעיות חברתיות-נפשיות המתלוות להפרעה.

למרות הקשיים הרבים שחווים אנשים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז במהלך חייהם, חשוב לזכור כי הפרעה זו יכולה להיות מלווה בתכונות המהוות חוזק עבור הלוקים בה, כמו אמפתיה, יצירתיות, התלהבות, היפר-פוקוס, חוש הומור, חוזק נפשי וזוית ראייה שונה.

מפרק זה אנו למדים כי ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז, בין אם היא מלווה בהיפראקטיביות ובין אם לא, זקוקים לטיפול כלשהו כדי להקל על מצבם. אחד הטיפולים האפשריים הינו טיפול באמצעות רכיבה על סוסים, ומכאן ניתן לבדוק עמדות ביחס לטיפול זה עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז.

פרק 3: עמדות

בבואי לענות על שאלת החקר של העבודה עלי לנתח עמדות של הנבדקים. לשם כך, ראשית, יש לבחון מקרוב את המושג עמדה ואת משמעותו. בפרק זה תוצג משמעות המושג עמדה, על מאפייניה ומרכיביה. בנוסף, יובאו בפרק תפקידי העמדה בחיי הפרט והחברה, אופן רכישת העמדה ומספר שיטות לקביעת עוצמת העמדה.

המושג עמדה הינו אחד המושגים הנידונים ביותר בפסיכולוגיה החברתית בת ימינו. המושג נוגע ליחסיו של האדם עם עולמו החברתי והחומרי ועם עצמו, כמו גם לנטייתו של הפרט להעריך אנשים, חפצים או נושאים לחיוב או לשלילה (שורצוולד ורוקס, 2000). עמדה היא מושג מופשט שבאמצעותו אנו יכולים להסביר התנהגות מסוימת של אדם ולעיתים אף לחזות אותה (בר-אל ונוימאיר, 1996). העמדה מוגדרת כהערכה כללית וקבועה יחסית שיש לפרט מסוים על אנשים, על עצמו, על אובייקטים ועל נושאים מסוימים.

3.1 מאפייני העמדה

לעמדה ישנם חמישה מאפיינים התורמים להבנת המושג ומגדירים אותו (בר-אל ונוימאיר, 1996).

יציבות יחסית – העמדות עשויות להשתנות, אך מקובל לייחס להן תכונה של יציבות לאורך זמן.

כלליות העמדה – עמדה מתייחסת להרבה מצבים, אנשים או אובייקטים והיא לא ספציפית לאובייקט מסוים.

כיוון העמדה – לכל עמדה יש כיוון, חיוביות או שליליות (בעד או נגד), בנוגע לאובייקט.

עוצמת העמדה – תיתכן עוצמה שונה של תמיכה או התנגדות כלפי הנושא (עזה מאוד, חזקה או מתונה).

מרכזיות העמדה – לכל עמדה יש חשיבות ומרכזיות שונות אצל כל אדם.

3.2 מרכיבי העמדה

מקובל לחלק את העמדה לשלושה מרכיבים: הכרתי (קוגניטיבי), רגשי והתנהגותי.

המרכיב ההכרתי כולל את כל מערכת השיקולים והטיעונים הרציונאליים המרכיבים את היחס כלפי האובייקט (זיו וזיו, 2001). כאשר אנו נתקלים בגירוי חדש, המערכת מעבדת אותו כדי להבין מה משמעותו, וחלק מהעיבודים הללו כוללים שיפוט וגיבוש עמדה לגביו.

המרכיב הרגשי כולל את הרגשות שהאובייקט מעורר באדם. העמדה מתגבשת באמצעות תחושות של דחייה או קבלה לאובייקט (זיו וזיו, 2001).

המרכיב ההתנהגותי מהווה את נכונות הפרט להתנהג בדרך חיובית או שלילית, כלפי נושא העמדה, (בר-אל ונוימאיר, 1996), האופן בו האדם נוטה לפעול כלפי אובייקט העמדה (שורצוולד ורוקס, 2000).

באופן טבעי ניתן לצפות כי ישנו קשר בין שלושת רכיבי העמדה, ובנוסף, יש לצפות לקשר בינה לבין ההתנהגות בפועל. ואולם לא תמיד נמצא קשר זה. יש אפילו חוקרים שטוענים ששלושת מרכיבי העמדה הם בעצם שלוש צורות תגובה שונות שיש לבני אדם כלפי אובייקט העמדה – הם נרכשים באופן שונה, מאוכסנים בזיכרון בנפרד, ולא בהכרח נוצרת זיכה ביניהם (שורצוולד ורוקס, 2000).

ישנן שתי גישות נוספות, מוכרות פחות ונפוצות פחות בשימושן, בנוגע למרכיבי העמדות. גישה אחת מציעה "לסלק" את הרכיב ההתנהגותי מהגדרת העמדה. גישה זו, הגישה הדו-רכיבית, מתייחסת לרכיבים הקוגניטיבי והרגשי בלבד, ועל פיה, ייתכנו עמדות הקשורות להתנהגות, וייתכנו גם עמדות שאינן קשורות אליה. כך או כך ההגדרה עצמה אינה קושרת עמדה להתנהגות. הגישה השנייה, הגישה החד-רכיבית, אינה מבחינה בין הערכה לרגש והיא בעצם בודקת עוצמת ההערכה והרגש (שורצוולד ורוקס, 2000).

בחלק המחקרי של העבודה, בעת ניתוח תוצאות השאלונים, ובחינת עמדות הנבדקים, אתייחס לעמדה על פי הגישה התלת-רכיבית, הנפוצה והמקובלת ביותר כיום.

אחת השאלות המרכזיות שניתן לשאול בנושא העמדה היא מה התועלת שבעמדות? לשם מה האדם מגבש עמדות? אם כך, היום ידוע שקשה לתאר עולם חברתי או אנושי בלי עמדות.

3.3 תפקידי העמדה

באופן כללי העמדות מזיקות ומועילות כאחד. מצד אחד, עמדותיו של האדם הן חלק בסיסי וחשוב בחייו. ללא עמדות האדם לא יצליח לקבל החלטות חשובות, לא ידע כיצד להגיב על אירועים עד כדי כך שלא יהיה על מה לדבר עם אנשים אחרים (בר-אל ונוימאיר, 1996). העמדות מסייעות לאדם להכניס סדר וארגון בעולמו וחוסכות לו אנרגיה בכך שהן מונעות ממנו את הצורך לבחון מחדש את התנהגותו בכל עת שהוא נתקל בגירוי כלשהו (שורצוולד ורוקס, 2000). בנוסף יוצרות העמדות מכנה משותף בין חברי קבוצה חברתית. מנגד, הן עלולות ליצור יחס של אפליה, בהתייחסותנו אל בני אדם בצורה מסויימת רק משום שהם חברים בקבוצה חברתית מסויימת.

אחד התפקידים שהעמדות ממלאות הוא התפקיד הקוגניטיבי – העמדות מספקות לאדם מסגרת לסיווג המידע הישן שברשותו והחדש שהוא קולט. במקום לזכור ולטפל בהמון פרטי מידע, האדם מסווג לקבוצות ובדרך זו מצמצם את מספר הפריטים שעליו לזכור. ברכשו פריט חדש של מידע הוא משתדל לשבצו לאחת הקבוצות הקיימות ואין הוא צריך לקבוע מחדש שוב ושוב עמדה מיוחדת כלפיו.

תפקיד נוסף אותו ממלאות העמדות הוא תפקיד חברתי – אדם מחזיק במערכת עמדות של קבוצה חברתית מסוימת, מזדהה עם אותה קבוצה ודבר זה מעניק לו גמולים שונים כגון הרגשת כוח, הערכה מצד חברי הקבוצה, הרגשת השתייכות ועוד. זהו התפקיד החברתי שממלאות העמדות מבחינתו של הפרט. מבחינת הקבוצה, הן משמשות בסיס ליצירת זהות קבוצתית בהיותן מכנה משותף לכל חברי הקבוצה. תפקיד חברתי נוסף שממלאות העמדות הוא באפשרותן לתת לפרט מוצא לגיטימי לרגשי איבה ודחפי הרס. במקום להפנות מגמות שליליות אלה כלפי עצמו או כלפי אובייקטים מקובלים בקבוצתו, מפנה אותם האדם כלפי אובייקטים

שהקבוצה מתירה לבטא עמדות שליליות כלפיהם. בכך גם מאפשרות העמדות לקבוצה לבסס את זהותה וזהות היחידים שבה (שורצוולד 1978).

בנוסף לזאת ממלאות העמדות גם תפקיד פסיכולוגי – העמדות מספקות הגנה על ה"אני". לעיתים אדם מאמץ לעצמו עמדות מסויימות משום שהן מסייעות לו להתגונן מפני אמת לא נעימה על עצמו או על זולתו. העמדות מסייעות לאדם "לעצום עיניים" ולסלק את המציאות או להתעלם ממנה (שורצוולד ורוקס, 2000).

3.4 רכישת עמדות

העמדות מתגבשות במהלך תקופה ארוכה ובשלבים שונים של חיינו. קיימות מספר דרכים לרכישת עמדה – חלק מן העמדות מתגבשות תוך מחשבה זהירה ועמוקה, ואילו אחרות "צומחות" מאליהן. את דרכי רכישת העמדות של הפרט ניתן לחלק לשתי דרכים עיקריות: רכישה סבילה ורכישה פעילה (שורצוולד ורוקס, 2000).

3.4.1 רכישת עמדות בצורה סבילה

ברכישת העמדות הסבילה ניתן לראות כי האדם רוכש את עמדותיו בעקבות התניות, דרכי למידה שונות. אחת מדרכי הלמידה, היא התניה קלאסית – כלומר, למידת קשר בין שני אירועים. בתהליך ההתניה הקלאסית לומד האדם לקשר בין גירויים שאינם קשורים זה בזה באופן טבעי, מתוך התנסויותיו בסביבה. לדוגמא, ילד עשוי ללקק שפתיים ולחוש רעב כאשר הוא מקבל ציון טוב בבי"ס, מאחר והתרגל לקבל מהוריו שוקולד לאחר כל הצלחה לימודית. כלומר, בפעם הראשונה בה קיבל הילד ציון טוב סביר להניח שהציון לא קושר אסוציאטיבית לשוקולד, אך התנסויותיו של הילד לימדו אותו לקשר בין ציון טוב לממתק. (מתוך אתר "בטיפולנט")

דרך למידה נוספת היא התניה אופרנטית – כלומר, למידת קשר בין פעולה לתוצאותיה. על פי עקרון ההתניה האופרנטית, התנהגויות נרכשות על ידי הצמדת פעולות לחיזוקים חיוביים או שליליים. האדם לומד לזהות כיצד משפיעות פעולותיו על הסביבה והתנהגותו מתעצבת באמצעות למידה זו. (מתוך אתר "בטיפולנט"). האדם נוטה לחזור על פעולות שהביאו לו תוצאות חיוביות, ונמנע מלחזור על מעשים שגררו תוצאות שליליות.

דרך שלישית לרכישת עמדות היא למידה תצפיתית – כלומר, באמצעות התבוננות באנשים שמסביב וחיקויים. רוב האנשים יחקו עמדות והתנהגויות של אנשים אחרים שהם הבחינו כי תוצאותיהן חיוביות, ללא צורך בניסיון אישי.

3.4.2 רכישת עמדות בצורה פעילה

ברכישת העמדות בצורה הפעילה נזכרות שתי דרכים של רכישת עמדות: השאיפה לאיזון הכרתי ורכישת עמדות לתועלת האדם.

השאיפה לאיזון הכרתי מבוססת על תיאוריית האיזון ההכרתי של היידר⁸ המסבירה בעיקר שינוי עמדות, אך רלוונטית גם לרכישתן הראשונית (שורצוולד ורוקס, 2000). לפי התאוריה, מערכת היחסים של כל אדם עם הזולת בנויה כמשולש, שקודקודיו הם האדם, הזולת ואובייקט המעניין את שניהם. היחסים בין שלושת הקודקודים יכולים ליצור מצבים מאוזנים ונוחים או מצבים לא מאוזנים המעוררים מתח. בנוסף לכך, לפי גישה זו האדם אינו יצור סביל המגיב לגירויי הסביבה, אלא משתדל לצייר לעצמו תמונה משמעותית והגיונית של העולם שמסביבו. במקרה של הפרת תחושת ההרמוניה והאיזון בין אדם לזולתו, מניחה התאוריה כי ינסו השניים להגיע לפשרה בכך שאחד מהם ישנה את עמדתו על האובייקט. כך למעשה נרכשות העמדות לפי השאיפה לאיזון הכרתי.

הדרך שנייה לרכישת עמדות בצורה פעילה היא רכישת עמדות לתועלת האדם. יש פסיכולוגים חברתיים רבים התופסים את בני האדם כיצורים שקולים והגיוניים, העורכים לעצמם את מאזן היתרונות והחסרונות שבכל מצב, ומשתדלים להשיג את מרב התגמולים. אדוארדס (1954) היה הראשון שניסח גישה זו בהקשר של קבלת החלטות, וכינה אותה "גישת הערך הצפוי". לפיה, לפני שהאדם מאמץ עמדה כלשהי, הוא מתחשב בערכים (רווח או עלות) הצפויים מן הצעד הזה ובסיכויים שיתממשו הלכה למעשה. גישת הערך הצפוי גורסת שהאדם יאמץ לו את אותן עמדות המבטיחות לו את מרב התועלת (שורצוולד ורוקס, 2000). נוסח עדכני יותר של גישה זו הציעו פטי (1981) ושותפיו ב"תיאוריית התגובה ההכרתית". לפי תאוריה זו, כאשר אדם מאזין למסר או קורא אותו, עולות בו תוך כדי מחשבות בתגובה לדברים. אלה יכולות להיות אסוציאציות חיוביות או שליליות, והן הקובעות בסופו של דבר איזו עמדה הוא יאמץ בנושא הנידון. בניגוד לטענה שעמדות מתגבשות מתוך מפגש אישי עם מצבים, נמצא שרוב העמדות שרוכש האדם מבוססות לא על התנסות ישירה כי אם על הידע שהוא שואב מאחרים. מעבר לכך כל תרבות, בהקנותה ערכים לחברה, מלמדת אותם גם את העמדות הרצויות. מצב כזה נקרא "הקניית עמדות" והינו ביטוי המציין את אותם מצבים שבהם נעשה ניסיון להקנות עמדות או לשנות עמדות הנוגעות לנושאים שונים (זיו וזיו, 2001).

3.5 הקשר בין עמדה להתנהגות

עמדות הן דבר תאורטי, הן נמצאות במוחו של האדם. אם כך, האם יש קשר בין עמדתו של האדם להתנהגותו בפועל?

קודם לכן ראינו כי אחד ממרכיבי העמדה הוא הרכיב ההתנהגותי, אך מרכיב זה מהווה רק את נכונותו של האדם לפעול בדרך מסויימת ולא את אופן פעולתו בפועל. לפי חוקרים רבים נמצאו מדדים רבים להשתנות הקשר בין עמדה להתנהגות:

⁸ פריץ היידר היה אבי הזרם של פסיכולוגית "המדען התמים", זרם תיאוריות הייחוס. הנחת היסוד של התיאוריות היא שהאדם מנסה ללמוד על כוונות, נטיות, עמדות, ותכונות של עצמו ושל אחרים מתוך התבוננות בהתנהגות ובנסיבות התרחשותה.

גורם ראשון המשפיע על הקשר שבין עמדה להתנהגות הוא אופן רכישת העמדה. הקשר הדוק יותר כשהעמדה מתגבשת בעקבות מגע מוחשי עם אובייקט העמדה מאשר בדרך עדיפה. ההתנסות הישירה נותנת לאדם מידע רב ומוחשי על האובייקט, לפיכך הוא בטוח בעמדתו וקל לו לשלוף אותה מן הזיכרון. עמדה שנרכשה בעקבות התנהגות מבטיחה קשר הדוק בינה לבין ההתנהגות בעתיד כלפי האובייקט. הקשר שבין עמדה להתנהגות מושפע גם מבהירות העמדה. העמדה נעשית בהירה או ברורה יותר ככל שיש לאדם מידע רב יותר בנושא. מדד זה פותח לאחר שדוידסון (1985) ועמיתיו בחנו את הקשר בין עמדות של סטודנטים על מועמדים לכהונת ראש העיר. החוקרים שאלו את עצמם אם כמות המידע שיש לסטודנטים על המועמדים ועל המצע העומד על הפרק תשפיע על הקשר שבין עמדותיהם להתנהגותם. לאחר תוצאותיהם, קבעו כי בהירות העמדה ועומק הבנתה הם שישפיעו על ההתנהגות בהתאם. עמדתו של אדם בנושא נעשית ברורה יותר ככל שיש לו מידע רב יותר בנושא. בנוסף לידע שיש לאדם, בהירות העמדה מושפעת גם מניסיונו המעשי של הפרט בנושא. נגישות העמדה לתודעה היא גם מדד המשפיע על הקשר בין עמדה להתנהגות. יש קשר הדוק בין עצמת העמדה לנגישותה. עמדות חלשות בדרך כלל נגישות פחות, אבל גורמי מצב עשויים להעלותן למודעות ובכך לחזקן. עמדות הנגישות לתודעה מנבאות התנהגות טוב יותר מעמדות שאינן נגישות לה. מדעני חברה העלו גם את הטענה, שיש הבדלים בין אישיים במידת הקשר שבין העמדה להתנהגות. סניידר (1979) מניח, שיש אנשים שעמדותיהם משמשות להם מורה דרך פנימי, ולעומתם כאלה המתאימים את התנהגותם לנסיבות. אצל הראשונים ההתנהגות משקפת נאמנה את רגשותיהם, אמונותיהם ועמדותיהם הפנימיות, ואילו האחרונים מנסים לשוות להתנהגותם את הרושם החיצוני. לפיכך אפשר לצפות שימצא קשר חזק יותר בין העמדה להתנהגות בקבוצה הראשונה מאשר באחרונה. היכולת לשלוט בהתנהגות בהתאם לנסיבות כדי לטעת בזולת את הרושם החיצוני נקראת "ניטור עצמי", והיא זהה בעצם ליכולת משחק. אנשים כאלה מתנהגים בחביבות כלפי אנשים שהם שונאים, או מבטאים עמדות בניגוד להשקפתם. ברור שאי אפשר לצפות לעקיבות רבה בין עמדותיהם להתנהגותם (שורצוולד ורוקס, 2000).

3.6 מדידת עמדות

עד כה עסקנו במושג עמדה – מהי, מהם מאפייניה ומרכיביה, אופן רכישתה והקשר שבינה לבין התנהגות, אך כדי לדעת לעשות שימוש בעמדותיהם של אחרים ולהסיק מסקנות מעבודות הבדקות עמדות באופן כללי, ומעבודה זאת באופן ספציפי, יש לדעת כיצד מודדים את עמדותיהם של הנבדקים.

הדרך הנפוצה ביותר לבדיקת עמדות היא באמצעות שאלון עמדות המחולק לנבדקים, וזאת בשל המשאבים המעטים יחסית הדרושים להכנתו, להפצתו ולניתוחו.

לבניית שאלון העמדות יש ארבע גישות מרכזיות: סולם בוגרדוס (1925), סולם תירסטון (1929), סולם ליקרט (1930) וסולם גוטמן (1950).

השיטות כפי שיוצגו מיד, אמנם שונות זו מזו, אבל קיימת הנחה ראשונית עלייה אין חילוקי דעות בין ארבעת הגישות והיא, שאף שהעמדות הן ייחודיות וסובייקטיביות, הן ניתנות למדידה ואפשר לתת להן ייצוג מספרי (שורצוולד, 1978).

סולם זה משמש למדידת מרחק חברתי ביחס לקבוצות חברתיות שונות, עמדתו של הפרט כלפי קבוצה חברתית כלשהי. הסולם בנוי מפריטים אחדים המדורגים לפי מידת הנכונות לקבל את בני הקבוצה החברתית הנידונה, כאשר כל פריט מצוין על ידי מספר. השאלון בנוי כטבלה כאשר הטורים מתייחסים למידת הקרבה והשורות מתייחסות לקבוצות החברתיות השונות. ציון העמדה של הנחקר ייקבע לפי דרגת הקרבה הרבה ביותר שהוא נכון לקיים עם אנשים מן הקבוצה שהוא מתבקש להעריך, כלומר על פי ספרת הפריט הנמוכה ביותר שדרג. בין רמות הקרבה השונות אין מרחקים שווים כלומר, המרחק בין רמת הקרבה הגבוהה ביותר לרמת הקרבה השנייה אינו שווה למרחק בין הרמה השנייה לשלישית. עם זאת יש להניח כי אדם שבחר ברמת הקרבה הגבוהה ביותר (המצויינת על ידי הספרה הנמוכה ביותר – 1) מקבל גם את כל רמות הקרבה הקודמות (המצויינות בספרות הולכות וגדולות על פי המרחק של הפרט ביחס לקבוצה החברתית). אדם שבחר ברמת הקבלה הגבוהה ביותר של הקבוצה מבטא את הגישה החיובית ביותר כלפי קבוצה זו, כלומר עמדתו היא החיובית ביותר (שורצוולד, 1978).

מדידת עמדות על פי סולם תרסטון:

בניגוד לסולם בוגרדוס, בו אין אנו יודעים מהו המרחק שבין כל שלבי הסולם השונים, שיטתו של תרסטון הנקראת "סולם המרווחים הנראים כשווים", מנסה להתגבר על בעיה זו. בשלב הראשון בבניית הסולם מנסח החוקר משפטים רבים (בין 100 ל-200), הנוגעים לאובייקט העמדה. עליו לנסח את משפטיו בצורה ברורה ומובנית. חלק ממשפטים אלה חייבים לבטא עמדה חיובית מאוד כלפי אובייקט העמדה, אחרים שלילית מאוד, והשאר עמדות ביניים בין שני קצוות אלה. כל אחד מהמשפטים האלה מודפס על כרטיס או על רצועת נייר. בשלב השני נותן החוקר את המשפטים לקבוצת אנשים, והם מתבקשים לסווג משפטים אלה ל-11 ערמות שוות פחות או יותר. בערמה הראשונה, המסומנת במספר 1, עליהם להניח את המשפטים שנראים להם כחיוביים ביותר, ובערמה ה-11 את המשפטים השליליים ביותר. בין שתי הערמות הקיצוניות עליהם להניח את המשפטים המבטאים עמדות ביניים על פי כיוון העמדה ומידת קיצוניותה. בערמה האמצעית עליהם להניח עמדות סתמיות, שאינן מבטאות הערכה חיובית או שלילית כלפי אובייקט העמדה. על סמך סיווג זה נותן החוקר לכל משפט ערך מספרי, לכל משפט. אותם משפטים שרוב האנשים סיווגו לקטגוריה אחת או לקטגוריות קרובות, נחשבות למשפטים טובים, שכן ה"שופטים" מסכימים ביניהם על מיקומם. עתה יכול החוקר לבחור לו משפטים שיש עליהם הסכמה. מלבד זאת הוא יודע מהו ערכו המספרי של כל משפט. הוא אפילו יכול לבחור לו משפטים שהמרווח שביניהם יהיה שווה. בדרך כלל בוחר לו החוקר כ-20 משפטים כאלה ובונה מהם סולם חדש. את השאלון החדש נותן החוקר לקבוצת הנחקרים שהוא מבקש לבדוק ולהעריך את עמדותיהם. הנחקרים מתבקשים לציין ליד כל משפט שבשאלון אם הם מסכימים לו או לא. עמדת הנחקר נקבעת לפי ממוצע הערך המספרי של המשפטים שעליהם הביע הסכמה. מובן שבשאלון הנמסר לנחקר לא מסומנים הערכים המספריים של כל משפט, והפריטים מסודרים בסדר אקראי, שאינו לפי סדר דרגותיהם בסולם. יתרונו הגדול של סולם תרסטון הוא בכך שמשמעות המשפטים ומובנם נקבעים על ידי הנחקרים. ה"שופטים" שמתבקשים בשלב הראשון של בניית השאלון לסווג את המשפטים

לקטגוריות, נלקחים מאותה אוכלוסייה שעמדותיה ייבחנו אחר כך בסולם זה. בדרך זו מובטחת התאמה בין המשמעות שמייחסים החוקר והנחקרים למשפטים המובאים בשאלון. אך הקושי העיקרי שבסולם תרסטון הוא בבנייתו. זו מצריכה עבודות הכנה מרובות, ולפיכך ממעטים החוקרים להשתמש בו. זאת ועוד, הייצוג המספרי של ערכי הסולם תקף רק אם מובטח לחוקר כי דעות השופטים משקפות נאמנה את דעות האוכלוסייה שתחקר (שורצוולד, 1978).

מדידת עמדות על פי סולם ליקרט:

השיטה שפיתח ליקרט למדידת עמדות נקראת "שיטת סיכות ההערכות". גם בשיטה זו, כמו גם בקודמות שהוצגו, מציגים לנחקר סדרת משפטים שהחוקר מחבר ביחס לאובייקט העמדה, אבל במקום לציין לכל משפט אם המשיב מסכים לו או לא, הוא מתבקש לציין לכל משפט עד כמה הוא מסכים לנאמר, מתוך מספר דרגות נתונות. ציונו של המשיב נקבע על פי סכום תגובותיו על המשפטים שבשאלון. כדי להבטיח שלשאלון אכן הוכנסו פריטים טובים, מחשבים לכל הנחקרים את סכום תשובותיהם. אחר כך בודקים ל-25 אחוזים מקרב הנחקרים שציוניהם נמוכים ביותר, ול-25 אחוזים מקרב הנחקרים שציוניהם הגבוהים ביותר, אילו פריטים מאבחנים בין שתי קבוצות אלה, כלומר, שאדם בעל עמדה מצדדת עונה על הפריט באופן יותר חיובי מאשר אדם בעל עמדה מתנגדת. את הפריטים שאינם מאבחנים בין נחקרים מנפים מן השאלון, ומחשבים מחדש לכל נחקר את ציון העמדה שלו. רוב החוקרים מעדיפים את סולם ליקרט על פני סולמות אחרים משום שקל יחסית להכינו. יחד עם זאת מונים בסולם זה גם חסרונות. בהצגתו לנחקרים מופיעים משפטים רבים שבסופו של דבר ינופו ולא יעשה בהם שימוש. יש גם חולקים על ההנחה שיש לתת משקל שווה לכל השאלות, כפי שהדבר נעשה בשיטה זו (שורצוולד, 1978).

מדידת עמדות על פי סולם גוטמן:

סולם גוטמן הינו דרך לפתור בעיות שעולות משיטת מדידת העמדות על פי סולם בוגרדוס. ההנחה בסולם בוגרדוס הייתה כי אדם שבחר ברמת קרבה גבוהה, יסכים גם לכל רמות הקרבה הנמוכות ממנה, אולם בוגרדוס לא הביא כלים שבאמצעותם ניתן להבטיח כי דרגות הקרבה אכן מסודרות מן הקרבה הרבה ביותר לקרבה המעטה ביותר. איננו בטוחים כי הרמות השונות אכן בסדר המוצג בשאלון, ואפשר שכיוון הפוך, ואולי אין הבדל בין רמות אלה. גוטמן פיתח טכניקה המאפשרת להתגבר על ליקוי זה, בשיטתו המכונה "הסולם המצטבר". סולם גוטמן בנוי מסדרת משפטים שאפשר להציבם על סולם בעלל ממד אחד הבודק נקודת התייחסות אחת. הרצף יכול להיות בנוי ממשפטים שקל לאדם להסכים לנאמר בהם, עד משפטים שהוא יתקשה להסכים להם. לעיתים הרצף יהיה ממשפטים המחייבים מידע רב, עד משפטים שאינם מחייבים ידע רב, ולעיתים ממשפטים המחייבים מאמץ רב, עד משפטים המחייבים מאמץ מועט. ההנחה בכל אחד מן הרצפים הללו היא אחת – אדם הנכון להתחייב למאמץ רב יהיה נכון גם למאמץ מועט ממנו. אדם בעל ידע רב ודאי ידע לענות גם על שאלות שאינן מצריכות ידע רב. אדם שמסכים למשפטים שקשה להסכים להם ודאי יסכים למשפטים שקל להסכים להם. אבל לא להפך. בניית הסולם מורכבת. בחירת הפריטים נעשית על פי רוב בדרך האינטואיציה והשכל הישר, וטעונה בדיקה אמפירית (שורצוולד, 1978).

כדי לבחור בשאלון מסויים בעבודה הבודקת עמדות של אנשים יש לחשוב על סוג העמדות הנבדקות ואת האמצעים העומדים לרשות החוקר, כדי להגיע לתוצאה המשקפת באופן הכי אמין את עמדות הנבדקים.

פרק זה בא לסקור, להסביר, ולפרט את המושג עמדות כדי לאפשר מתן תשובה מושכלת ומופרטת על שאלת החקר של העבודה, הבודקת עמדות של מטפלים אל מול עמדות של אוכלוסיה ללא הסמכה בתחום הטיפול.

לסיכום, ראינו כי לעמדה חמישה מאפיינים: יציבות יחסית, כלליות, כיוון, עוצמה ומרכזיות, וכי היא בנוייה משלושה מרכיבים: המרכיב הקוגניטיבי, המרכיב הרגשי והמרכיב ההתנהגותי.

העמדה ממלאת כמה תפקידים: תפקיד קוגניטיבי - מסגרת לסיווג המידע הישן שברשותו והחדש שהוא קולט, תפקיד חברתי - ביסוס זהות הקבוצה וזהות היחידים שבה, הרגשת השתייכות לקבוצה והערכה מצד חבריה, המחזיקים באותה מערכת עמדות ותפקיד רגשי - הגנה על ה"אני".

רכישת העמדות נעשית בצורה סבילה, בהתניה קלאסית, התניה אופרנטית או בתהליך שך למידה תצפיתית, ובצורה פעילה, בתהליך השאיפה לאיזון הכרתי או בתהליך הנקרא רכישת עמדות לתועלת האדם. נמצא כי הקשר בין עמדת האדם לבין התנהגותו בפועל קשור למידת החודק של העמדה, בהירותה ועומקה, ולאישיותו של האדם - יש אנשים שעמדותיהם משמשות להם מורה דרך פנימי, ולעומתם כאלה המתאימים את התנהגותם לנסיבות. אצל הראשונים ההתנהגות משקפת נאמנה את רגשותיהם, אמונותיהם ועמדותיהם הפנימיות, ואילו האחרונים מנסים לשוות להתנהגותם את הרושם החיצוני.

הדרך הנפוצה ביותר לבדיקת עמדות היא באמצעות שאלון עמדות המחולק לנבדקים, וזאת בשל המשאבים המעטים יחסית הדרושים להכנתו, להפצתו ולניתוחו. לבניית שאלון העמדות יש ארבע גישות מרכזיות: סולם בוגרדוס (1925), סולם תירסטון (1929), סולם ליקרט (1930) וסולם גוטמן (1950).

פרק זה עזר מאוד לגיבוש בחירת סוג שאלון העמדות המתאים לעבודתי, ולשלב ניתוח תוצאות השאלונים, כדי להגיע למסקנות ולענות על שאלת החקר המוצעת.

פרק 4: הבדלים בין נשים לגברים

אחד מהמשתנים הבלתי תלויים בעבודתי, המשפיעים על תוצאות המחקר הוא מין הנבדק. על מנת להבין את תוצאות המחקר ואת השינויים שאני צפויה לראות בתשובותיהם של הנבדקים והנבדקות עלי להבין ראשית מהו מין, מהם ההבדלים בין המינים, במובנים השונים, וכיצד הם עשויים להשפיע על תוצאות המחקר. בעקבות כל הנאמר עד כה, פרק זה יתאר מהו מין ומהו מגדר, והוא יעסוק בהבדלים בין המינים בתקופות שונות ובתחומים שונים בחייהם.

4.1 מין או מגדר

מין, על פי הגדרתו המילונית, הוא "כלל התכונות והשינויים האנטומיים והפיסיולוגיים היוצרים הבדל ברור בין זכר לנקבה בעולם החי או הצומח" (בן-שושן, 1987). בתחום הפסיכולוגיה נהוג להגביל את השימוש במושג מין לאותם מקרים שבהם נדרשת הבחנה בין בני אדם על בסיס ביולוגי, ובמקרים אלה המושג מתפרש על פי הגדרתו המילונית. אך מכיוון שבמפגש אקראי בין אנשים אין אפשרות לזהות כל אדם על בסיס ביולוגי, נוכל לזהות את מין האדם על פי תווים חיצוניים ומרכיבי התנהגות מסוימים. הבחנה זו נקראת מגדר (gender) ופירושה הבחנה בין גברים לנשים על סמך קריטריונים חברתיים, פסיכולוגיים ותרבותיים. בשונה מההגדרה הביולוגית של המילה מין, מגדר הוא הגדרה חברתית תרבותית הכוללת בתוכה את כל אותם מרכיבים לא ביולוגיים של מין, הנתפסים בתרבות כמתאימים לזכרים או לנקבות. המושג מגדר אושר על ידי האקדמיה ללשון העברית כמקביל ל-gender רק בשנת 1997 ולכן בספרים ומאמרים רבים שנכתבו לפני שנה זו עדיין ניתן לראות את השימוש במילה מין גם לציון הבדלים בין מיני האדם על פי קריטריונים חברתיים-תרבותיים (מלאך-פיינס, 1997).

אם כן לצירוף "הבדלים בין המינים" ולצירוף "הבדלי מגדר" משמעויות שונות. בצירוף הראשון הכוונה להבדלים ביולוגיים בין נשים לגברים, או להבדלים שיש להם בסיס ביולוגי מובהק. בצירוף השני הכוונה היא למכלול ההבדלים האחרים בין נשים לגברים – הבדלים בהתנהגות, בתפיסה עצמית, בתפקידי מין במאפיינים פסיכולוגיים ועוד, שההנחה היא כי הבדלים אלה הם תוצאה של גורמים חברתיים ותרבותיים, כלומר נלמדים (מלאך-פיינס, 1997).

כל התיאוריות הקלאסיות הדנות בהתפתחות האדם מדברות על הבדלים בין המגדרים – (בהם: הבדלים פיזיולוגיים, ביולוגיים, פונקציונליים וחברתיים) תוך בחינת הייחודי לכל מגדר ובהתייחס לשלבי התפתחות האדם (דר' קידר, 2009). אבחנה זו, בין הנשים לגברים היא אחת האבחנות העתיקות הטבועות בתודעתנו של האדם והיא מהווה אחת מאבני היסוד בהתנהגות האנושית (גבע, 1985).

המגדר מהווה כוח מרכזי בכינונה של האישיות, עיצובה ומקומה בחברה. על פי מילר (2002) למגדר יש השפעה על תחומי חיים שונים לא רק ברמת הפרת אלא גם ברמת החברה. המגדר משפיע על האופן בו תופסים אנשים פרטיים, קבוצות, ארגונים וחברות את המציאות, מפרשים אותה וחיים במסגרתה. אצל

הפרט המגדר בא לידי ביטוי החל בפעולות פשוטות כדוגמת בחירת בגד, צורת דיבור, ותחומים עניין וכלה בפעולות בעלות השלכה משמעותית כגון הישגם לימודיים, בחירת מקצוע, קריירה והקמת משפחה. השפעת המגדר באה לידי ביטוי באופן בו מתייחסים לפרט, בציפיות החברתיות המופנות אליו ובתפיסתו את עצמו והתנהגותו (קרניאלי-מילר, 2002).

יש הטוענים שהמגבלות המיניות וההבדלים המגדריים בין נשים לבין גברים הם תוצר תרבותי של מבנה חברתי המושרש בהיררכיה חברתית ויש הטוענים שהם תוצאת הביולוגיה של האדם וטבועים בנו מלידה (דר' קידר, 2009).

למרות שההבדלים האנטומיים והפיזיולוגיים בין נשים לבין גברים אינם מוטלים בספק, החוקרים חלוקים בדבר מידת השפעתם על האישיות. בהכללה ניתן לומר כי חוקרים רבים סבורים כי ההבדלים בין המינים טמונים בשילוב גורמים ביולוגיים וסביבתיים גם יחד. הבדלים אלו הנם פועל יוצא של ההיבט התוך-אישי של התפתחות האדם, של התייחסות חברתית-תרבותית ושל קיומה של מערכת ציפיות חברתיות שונה מכל מגדר.

מחקרים שונים שבחנו את הזהות המינית מראים כי החל מרגע הלידה מתקיימת התייחסות נבדלת לבנים ולבנות, ובהשפעת הסביבה עורכים ההורים הבחנה ברורה ביניהם, מחנכים אותם אחרת ומציבים בפניהם מערכת ציפיות שונה.

בחברות מערביות רווחו שני סוגי מגדר: "גבר" ו"אישה". בחברות מסוימות נמצאה התייחסות לשלשה סוגים: גברים, נשים ו"נשים זכריות" - שהנם זכרים ביולוגיים המתלבשים ועובדים כנשים. בחברות אפריקניות ואינדיאניות התייחסו גם לסטטוס מגדרי: "אישה בעלת לב גבר". זוהי נקבה ביולוגית העובדת, נישאת וממלאת תפקידי הורות כגבר. הסטטוס החברתי של נשים אלה הנו של "גברים נקביים". בחברה המערבית, טרנאסווסטיטים ומנותחי-מין הם המקבילה הקרובה ביותר לחילופי מגדר אולם הם אינם ממוסדים כמגדר שלישי.

ניתן להסיק מהאמור לעיל כי מגדר הנו דבר נלמד מאחר וניתן לפרוץ את גבולות המגדר שאדם מצוי בו באמצעות לבוש, תסרוקת, והתנהגות - שהנם נלמדים ונרכשים (דר' קידר, 2009).

4.2 מאפיינים ביולוגיים

אצל האדם, כמו אצל מינים רבים אחרים בטבע, המין נקבע על פי המידע הגנטי המצוי בכרומוזומים הנמצאים בכל תא בגוף. הכרומוזומים הם מבנים זעירים הבנויים ממלקולות ה-DNA, החומר התורשתי. לכל אדם, בכל תא בגוף ישנם 46 כרומוזומים המסודרים ב-23 זוגות של כרומוזומים המתאימים זה לזה. ההבדל בין זכרים לנקבות נובע מהבדל בזוג הכרומוזומים ה-23. בזוג זה מצויים שני כרומוזומים הנקראים כרומוזומי המין. אצל הנקבות זוג כרומוזומי המין מורכב משני כרומוזומי X, כאשר אחד מהם הגיע מתא הזרע של האב והשני מתא הביצית של האם. אצל הגברים בנוי זוג כרומוזומי המין מכרומוזום X איד שהגיע מהביצית של האם וכרומוזום Y שהתקבל מתא הזרע של האב. כאשר תא זרע בעל כרומוזום X יפרה ביצית

(שהיא תמיד בעלת כרומוזום X) יתפתח עובר בעל זוג כרומוזומי מין XX, כלומר נקבה. לעומת זאת במידה ותא זרע בעל כרומוזום Y יפרי את ביצית האם, יתקבל עובר בעל זוג כרומוזומי מין XY, כלומר זכר.

כרומוזומי המין מנתיבים את תחילת התפתחותו המינית של העובר, אך המשך התפתחותו התקינה תלוי במעורבותם של הורמונים. מעורבות זו צריכה להתרחש במינון ובעיתוי מדויקים ביותר, בראש ובראשונה בעובר, בעיצוב מערכת הרבייה ואחר כך בגיל ההתבגרות, שבו מערכות אלה משלימות את התפתחותן ונוספות תכונות מין חיצוניות בקרב שני המינים (מלאך-פיינס, 1997).

בתקופת הניקוט, הפעוטות והילדות קיימים הבדלים ביולוגיים דקים מאוד בין המינים, המתבטאים בעיקר במערכות הרבייה השונות שלהם, למרות שגם הן בשלב זה אינן בשלות.

בגיל צעיר, ההורמונים מופרשים בקצב איטי וברמה נמוכה. עם ההתבגרות גוברות הפרשות הורמוני המין הגורמת להתפתחויות שונות כמו גידול גופני מהיר, התפתחות איברי הרבייה והתפתחותן של תכונות מין משניות, חיצוניות.

התכונות המשניות המתפתחות בעקבות הפרשת ההורמונים הן גדילת השדיים והתפתחות בלוטות החלב אצל נערות, גדילת שיער ערווה בקרב נערים ונערות, הצטברות שומן תת-עורי אצל נערות במיוחד באזורי השדיים והעכוז, התפתחות השרירים אצל נערים ושינויים במבנה הגרון המביאים להעמקת הקול בקרב שני המינים, אך בקרב נערים באופן קיצוני יותר.

מאחר שסימני המין המשניים האלה אינם חיוניים לתהליכי הרבייה, יש חוקרים המסבירים את התפתחותם במהלך האבולוציה בתרומתם למשיכה המינית בין גברים לנשים, המסייעת ליצירת הקשר המיני, שמטרתו הסופית רבייה (מלאך-פיינס, 1997).

4.3 מאפיינים פסיכולוגיים:

רוב תכונות האישיות המבדילות בין גברים לנשים, נתפסות במקרים רבים, על פי הסטראוטיפים, כהפכים. הבחנה זו מבוססת על הנחה שלפיה תכונות אישיות מסוימות מאפיינות רק נשים, ואחרות מאפיינות רק גברים. אך ידוע בחקר הפסיכולוגיה כי רוב תכונות האישיות, כמו מרבית התכונות האחרות בטבע, מתפלגות התפלגות נורמלית, כאשר רוב בני האדם מתרכזים באמצע, ומיעוטים בקווצות השונים של ההתפלגות (צורת הפעמון), כך שאי אפשר להגיד באופן מוחלט כי יש תכונות המאפיינות רק נשים או רק גברים (מלאך-פיינס, 1997).

ממש כשם שבין בני שני המינים קיימים הבדלים בגורמים הקבועים את האישיות, שניתן לזהות אותם, כך קיימים הבדלים ברורים ביניהם בגורמים חברתיים, בהתעניינות ובסיפוק צרכים. רווחת תפיסה, שחיי החברה של הבנים כפופים פחות למרות חוקים מאשר חיי חברה של הבנות, שהבנים נתונים פחות להשגחה ושמבוגרים מתייחסים ביתר סובלנות לקולניותם, לתוקפנותם, ולנמהרותם, אולם תיאור זה עלול להטעות. לאמתו של דבר מאחר שציפיות המבוגרים להתנהגות נשים מוגדרות בברור והן עקביות, הרי הן מבטיחות לבנות יתר הדרכה ותמיכה, משום כך מסוגלת בת לחזות ביתר בטחון את תוצאות התנהגותה. ואילו לבן

הניחו במצבים מסוימים להיות פעיל, תוקפן, ימריין. בכך כופים עליו להעריך הזדמנויות שונות ביתק דיוק ובהבנה מרובה יותר, ולשנות לפי זה את התנהגותו. מותר לילד להיות גס וחפוז במגרש המשחקים, עם זאת עליו להתרסן בחדר הכיתה (אורמיאן 1975).

המחקר הפסיכולוגי השיטתי הראשון שעסק בהבדלי אישיות בין גברים לנשים נערך על ידי החוקרים טרמן ומיילס בשנות השלושים של המאה. הם מצאו שהגברים שתלטניים ותוקפנים יותר, והנשים רגשניות, ביישניות ובעלות רגישות אסתטית מפותחת יותר. (זיו, 1984).

בספר "הפסיכולוגיה של ההבדלים בין המינים" (1974) שנערך על ידי מקובי (Maccoby) מובאת רשימה של 1,042 מחקרים בנושא ואת ממצאיהם העיקריים. בספר נטען על סמך שפע המחקרים כי קיימים מספר הבדלים פסיכולוגיים בין המינים, שיש להם הוכחות מחקריות ברורות עד כה.

אחד ההבדלים הוא שלבנות יכולת מילולית גבוהה יותר מאשר לבנים, והבשלות המילולית מהירה אצלן יותר. אומנם עד גיל 11 אין הבדלים משמעותיים בין המינים אך מגיל זה ואילך ההבדלים הופכים בולטים יותר, והם עולים וגוברים עד לסיום בית הספר התיכון (זיו, 1984). פינקר (2005) מחזק את דבריו של זיו, בכך שמציין את דבריו של נשיא אוניברסיטת הרווארד, לורנס סאמרס, בכנס שעסק בחוסר איזון מגדרי במדע שבו העלה את האפשרות כי קיימים הבדלים מובנים בין המגדרים, בכנס זה הוא אומר כי נשים מתאימות צורות במהירות רבה יותר, טובות יותר בראיית תווי פנים, מאייתות טוב יותר, מאחזרות מילים ביעילות רבה יותר וזוכרות טוב יותר חומרים מילוליים. גברים נוטלים יותר סיכון ומייחסים חשיבות רבה יותר למעמד.

הבדל נוסף הוא שבנים טובים יותר ביכולת של תפיסת שטח וזאת במיוחד בגיל ההתבגרות ובבגרות. בילדות אין הבדלים משמעותיים (זיו, 1984). בן שושן (2001) מוסיפה כי יש הבדל ביחס ההורים ומהסובבים המשתנה בהתאם למין. ממחקרים עולה כי הורים מקדישים יותר זמן לקשר מילולי עם תינוקות-בנות, בעוד שהבנים זוכים למשחקים יותר נמרצים ולעיתים יותר אלימים ו"גבריים". דרך משחקים בגיל הילדות מפנימים ילדים מיומנויות ודרכי התנהגות שיאפיינו את התנהגותם כבוגרים. בנים משחקים בסגנון תחרותי יותר, "אלים" ובוטה. בנות, לעומת זאת, נוטות להיות יותר אינטימיות ביחסיהן, הן משחקות באזורים פנימיים המאפיינים את הבית. הן מעודדות זו את זו ותומכות זו בזו והן נוטות לפתור חילוקי דעות על ידי גישור והסברה. דפוס החשיבה וההתנהגות שילדים צעירים רוכשים לעצמם בגיל הקדם יסודי משפיעים על התנהגותם בעתיד. פרויקט ניסויי המתקיים במאות גני ילדים, מופעל מזה מספר שנים בישראל. מטרת התכנית היא לחנך לשוויון בין המינים באמצעות פעילויות חינוכיות ולא כנושא לימוד נפרד במערכת השעות.

עוד הבדל הוא בכך שהבנים תוקפנים יותר מהבנות בביטויים פיסיים וגם בביטויים מילוליים. הבדלים אלה מופיעים כאשר מתחיל המשחק החברתי, בערך בגיל שנתיים-שנתיים וחצי. התוקפנות (לפחות הפיסית) יורדת עם הגיל, אך נשארת תמיד גבוהה יותר אצל הבנים (זיו, 1984). אורמיאן (1975) מסביר את ההבדל בתוקפנות בין שני המגדרים בעקבות הציפיות השונות שיש לחברה מהפרט. מצפים שבנים יהיו תוקפניים

יותר מבנות ומשום כך מתייחסים לתוקפנות בסובלנות, מכאן מסתברת הנטייה ליציבות מרובה של התנהגות תוקפנית בגברים (אורמיאן, 1975).

הבדל נוסף הוא שתלטנות והתנהגויות המראות ניסיון להשתלטות מתגלות אצל בנים יותר מאשר אצל בנות. בנים גם מנסים יותר מבנות להשתלט על מבוגרים (זיו, 1984).

שוני נוסף הקיימם בין שני המגדרים מתבטא בכך שבנים תחרותיים יותר מבנות, אך לא בכל הנושאים. יש מחקרים שבהם לא נמצאו הבדלים בין המינים, אך אין מחקרים שמראים כי הבנות תחרותיות יותר (זיו, 1984).

עוד הבדל הוא ביכולות המתמטיות השונות של המגדרים. בנים טובים יותר ביכולת מתמטית, והחל בגיל 12-13 יכולתם המתמטית מתפתחת מהר יותר מִי זו של הבנות (זיו, 1984). בן שושן (2001) מפרטת על אחת הסיבות לפערים המגדריים בתחום המתמטי והיא – דפוסי הסוציאליזציה (חיברות). תהליך החיברות שעוברים בנים ובנות שונה מהותית ומשפיע על העדפות של הבנות בתחום המתמטיקה והמדעים. לטענתה, הורים רבים מכל השכבות החברתיות מחנכים את בניהם להיות עצמאיים והישגיים לאילו את הבנות מחנכים להיות ממושמצות, אחראיות ולעזור לזולת. לכן הורים רבים מעודדים את בניהם, יותר מבנותיהם, לחקור את הסביבה, להיות פעילים מחוץ לבית ולהיות עצמאיים בהתנהגותם. הם גם מעודדים את הבנים לעסוק בפעילויות הקשורות למדעים ובסופו של דבר לפנות לתחומים מדעיים או טכנולוגיים.

לסיכום, יש לזכור כי קיים הבדל גדול בין הצירוף "הבדלים בין המינים" ולצירוף "הבדלי מגדר". בצירוף הראשון הכוונה להבדלים שיש להם בסיס ביולוגי מובהק. בצירוף השני הכוונה היא להבדלים בהתנהגות, בתפיסה עצמית, בתפקידי מין, במאפיינים פסיכולוגיים ועוד ההנחה היא כי הבדלים אלה הם תוצאה של גורמים חברתיים ותרבותיים, כלומר נלמדים. מכיוון שעבודה זו בודקת את השוני בעמדות הנבדקים כתלוי במגדרם, הכוונה להבדלים בין גברים לנשים היא להבדלים המגדריים ולא להבדלי המין.

המאפיינים הביולוגיים השונים בין גברים לנשים הם אלה הקובעים את מין האדם, כלומר, זכר או נקבה. השוני במינם של גברים ונשים נובע משוני במערך הכרומוזומים השונה שלהם המתבטא בזוג הכרומוזומים ה-23 הנקראים גם כרומוזומי המין. אצל הגברים זוג כרומוזומים זה מורכב משני כרומוזומים שונים הנקראים X ו-Y ואילו אצל הנשים זוג כרומוזומים זה מורכב משני כרומוזומי X.

כרומוזומי המין מנתיבים את תחילת התפתחותו המינית של העובר, אך המשך התפתחותו התקינה תלוי במעורבותם של הורמונים. מעורבות זו צריכה להתרחש במינון ובעיתוי מדויקים ביותר, בראש ובראשונה בעובר, בעיצוב מערכת הרבייה ואחר כך בגיל ההתבגרות, שבו מערכות אלה משלימות את התפתחותן ונוספות תכונות מין חיצוניות בקרב שני המינים.

החברה מתייחסת אל הנשים והגברים באופן שונה ברע לידתם ומוך כך נוצרים הבדלים פסיכולוגיים ביניהם. ההבדלים הפסיכולוגיים העיקריים בין גברים לנשים הם נטייתם של הגברים להפגנת כוח, תוקפנות,

תחרותיות, שתלטנות, יכולת תפיסת מרחב טובה יותר ויכולות מתמטיות גבוהות יותר. לעומתם הנשים נוטות לעדינות, רגישות, צייתנות, בישנות, יכולת מילולית מפותחת יותר, ורצון לעזור לזולת.

בפרק זה ראינו כי ישנם הבדלים רבים בין גברים לנשים הנובעים מהשוני הביולוגי ומיחס החברה כאחד. החוקרים עדיין חלוקים בדעת מהו הגורם המשפיע יותר על עיצוב האישיות השונה של גברים ונשים אך אין כל ספק כי שני גורמים אלה הינם המקורות לרבים מהם.

כעת, לאחר שההבדלים בין גברים ונשים הוצגו, עלינו לבחון את המשתנה הבלתי תלוי שני בעבודי והוא הסמכת הנבדקים בתחום הטיפול.

פרק 5: אוכלוסיית המטפלים

שאלת החקר של עבודה זו בודקת עמדות של מטפלים מול עמדות של אוכלוסייה רגילה, ללא הסמכה בתחום טיפול. על מנת שאוכל להבין את ההבדלים הצפויים בתוצאות השאלונים עלי להבין מה ההבדלים בין שתי אוכלוסיות המחקר.

בפרק זה יוגדר מיהו מטפל, יוצגו סוגים שונים של מטפלים ותהיה התמקדות במטפלים שלקחו חלק במחקר של עבודה זו.

מטפל על פי הגדרתו המילונית הוא "מי שעוסק, משגיח ודואג למישהו או למשהו" (אבן שושן, 1988). על פי הגדרת אוכלוסיית המחקר, מטפל הינו אדם בעל הסמכה בתחום טיפול. בעבודה אוכלוסיית המחקר חולקה לאנשים בעלי הסמכה באחד מתחומי הטיפול ולאנשים ללא הסמכה בתחום טיפול כלשהו.

ישנם סוגי מטפלים רבים העובדים ברפואה הקונבנציונלית, ברפואה המשלימה, ברפואה המשולבת, על פי גישות טיפול שונות, בעזרת אמצעים שונים ובעלי הסמכות שונות.

מתוך המגוון העצום של סוגי הטיפול ושל המטפלים השונים ברחתי להתמקד בעובדים סוציאליים ובפסיכולוגים מכיוון ששתי קבוצות מטפלים אלו נפוצות בחברה ויש באפשרותן להמליץ למטופליהם על טיפולים שונים כמו רכיבה טיפולית.

5.1 עבודה סוציאלית

המונח "עבודה סוציאלית" מציין פעילות מקצועית מאורגנת לפתרון בעיות שבתחום תפקודם החברתי של בני האדם. תכליתה של העבודה הסוציאלית להרבות את המשאבים העומדים לרשות בני-אדם, לשפר את איכותה של פעילות הגומלין ביניהם, להגדיל את שליטתם על תנאי חייהם, להעצים אותם ולאפשר להם תפקוד עצמאי.

עבודה סוציאלית דרושה במיוחד במצבים של משבר, שינוי חברתי מהיר, מגבלות חברתיות וקיפוחים חברתיים ומיועדת להפחית את הפער הקיים בין האדם לבין החברה שבה הוא חי. עובדים סוציאליים מפעילים התערבויות עם כל שכבות האוכלוסייה. הם עובדים עם ילדים, בני נוער, מבוגרים וקשישים. עבודה סוציאלית מתערבת בנושאים שונים כמו ילדים בסיכון, נפגעי נפש, אנשים עם מוגבלויות פיזיות, נפשיות והתפתחותיות, מצבי עוני ומצוקה, אלימות במשפחה ובחברה, מצבי טראומה שכול ואבדן, בעיות בריאות ועוד.

עובדים סוציאליים מפעילים מגוון רחב של שיטות התערבות: התערבות פרטנית, זוגית, משפחתית וקבוצתית. כמו כן עובדים סוציאליים עוסקים בניהול התערבות ובסנגור אישי וחברתי. (מתוך אתר אוניברסיטת תל אביב).

5.2 פסיכולוגיה

פירוש המונח "פסיכולוגיה" הוא תורת הנפש. כיום נוטים להגדיר את הפסיכולוגיה כמדעי ההתנהגות, כיוון שהיא עוסקת בתהליכים שונים הבאים לידי ביטוי בהתנהגות.

מטרת הפסיכולוגיה הינה ניסיון להכניס חוקיות בהתנהגות האנושית. הפסיכולוגיה מבקשת לטעון שהתנהגות איננה מתרחשת באופן מקרי, אלא מתוך מערכת של חוקים. הבנת חוקים אלו, מאפשרת לנו לגזור גם ניבוי מסוים לגבי העתיד.

הפסיכולוגיה עוסקת בתחומים שונים כאשר כל תחום בפסיכולוגיה עוסק בהיבטים אחרים של ההתנהגות, ומנסה להבין אותה מתוך מיקוד אחר. כשם שבפסיכולוגיה ישנם ענפים רבים, על הפסיכולוג להתמחות בתחום מסוים ולהתמקצע בו. כדי לענות על השאלה "מיהו פסיכולוג", עלינו לסקור את עבודתם של פסיכולוגים בתחומים השונים:

פסיכולוג קליני - האבטיפוס לתפיסתנו לגבי פסיכולוג הוא הפסיכולוג הקליני. הפסיכולוגיה הקלינית היא הענף שעוסק בהבנה של בעיות וקשיים נפשיים, ובפתרונם. בפן האקדמי, התחום כולל מחקר מדעי העוסק בתיאור הפרעות נפשיות, חיפוש מקורן של הפרעות וניסיון להסבירן, ובחינה של שיטות טיפול שונות. בפן התעסוקתי-קליני, כולל התחום אבחון, הערכה וטיפול פסיכולוגי.

פסיכולוג חינוכי - הפסיכולוג החינוכי מתמקד בעבודתנו במסגרות חינוכיות כגון גני ילדים ובתי ספר. הפסיכולוגיה החינוכית עוסקת בחקר תהליכים חינוכיים מנקודת מבט של הפרט המתחנך או של הפרט במסגרת החינוכית תחום זה מתמקד גם במערכת יחסי הגומלין בין הפרט ובית הספר. לעיתים הפסיכולוג החינוכי הוא בעל הכשרה גם בתחום הקליני וההתפתחותי, וביכולתו לבצע הערכות לגבי התאמתן של מסגרות חינוכיות לילדים, ולהתערב באופן טיפולי במקרים של קשיים בהסתגלות או בהתאמה למסגרות. תפקידו של הפסיכולוג החינוכי לתת מענה לילדים, להורים, למורים ולמערכת הבית ספרית כולה.

פסיכולוג ארגוני-תעסוקתי - הפסיכולוג הארגוני עוסק בתחומים של ייעוץ בתוך חברות וארגונים, במטרה לפתח תהליכים של ניהול והנעת עובדים, ולשפר תהליכי למידה וקבלת החלטות. בנוסף, עוסקים הפסיכולוגים הארגוניים ומיון עובדים למקומות עבודה, עזרה והכוונה בבחירת מקצוע ופיתוח קריירה, ופיתוח של מבחנים וכלי מיון.

נוירו-פסיכולוג ופסיכולוגים שיקומיים - נוירו פסיכולוג הוא פסיכולוג קליני אשר מתמחה גם במרכיבים הנוירולוגיים של מערכת העצבים המרכזית. הפסיכולוג מטפל בעיקר בפונים אשר סובלים ממחלות מולדות או נרכשות, או מפגיעות ראש וטראומות מוחיות. הוא עורך אבחנה והערכה של המצב הפיזי והרגשי-נפשי, ומתערב בטיפול ובשיקום תוך הסתמכות על ידע בהתפתחות והתנהגות אנושית תקינה ופגיעות הנגרמות מתפקוד לא תקין של מערכת העצבים המרכזית, ותוך התמקדות בקשיים הפסיכולוגיים הנובעים מכך.

פסיכולוג התפתחותי - הפסיכולוג ההתפתחותי עוסק ברמה המחקרית או היישומית של התפתחות הילד. מתוך הבנה של תהליכי התפתחות נורמאליים, צרכים של ילדים, התקשרות של ילדים להוריהם ולדמויות

טיפוליות משמעותיות ועוד, בוחנים הפסיכולוגים ההתפתחותיים את סביבתם ההתפתחותית של ילדים בהקשר של אימוץ, אומנה, גני ילדים ומסגרות חינוכיות אחרות ועוד.

חמשת התחומים הנ"ל הינם התחומים היישומיים של הפסיכולוגים השונים. בנוסף לכך, חלק מהפסיכולוגים עוסקים בתחומים שהינם מחקרניים בבסיסם, ומטרתם לספק ידע חשוב על נפש האדם בהקשריה השונים.

פסיכולוג חברתי - הפסיכולוג החברתי עוסק בתחומים שעל התפר בין האדם כפרט לאדם כחלק מחברה. הפסיכולוגים החברתיים עוסקים במחקר של שיתוף פעולה, תחרות, קונפליקטים, תהליכים המתרחשים בתוך קבוצה, סיכסוכים בין קבוצות, קבלת החלטות, עמדות ועוד.

פסיכולוג קוגניטיבי - הפסיכולוג הקוגניטיבי הוא אדם שעוסק במחקר אקדמי. תחומי המחקר הקוגניטיבי הם חישה ותפיסה, זיכרון, קוגניציה חזותית, אינטליגנציה ועוד. המחקר הקוגניטיבי רלוונטי ביותר לתחום הפסיכולוגיה, מכיוון שהקוגניציה היא מה שמחבר את הפרט לסביבת חייו ולמציאות.

פסיכו- ביולוג - גם תחום הפסיכוביולוגיה הוא תחום מחקר, העוסק בהקשרים הביולוגיים של גוף האדם על התהליכים הפסיכולוגיים המתרחשים בו. הפסיכו- ביולוג מתמקד בעיקר בתפקודי המוח והתהליכים המתרחשים בו, השפעתם של סמים ותרופות וכד'. (דר' הרשקוביץ).

לסיכום, מטפל על פי הגדרתו המילונית הוא "מי שעוסק, משגיח ודואג למישהו או למשהו" (אבן שושן, 1988), ועל פי הגדרת אוכלוסיית המחקר שלי, מטפל הוא אדם בעל הסמכה בתחום טיפולי.

מתוך כל סוגי המטפלים השונים, בעבודתי בחרתי להתמקד בעובדים סוציאליים ובפסיכולוגים.

עבודה סוציאלית משמעותה פעילות מקצועית מאורגנת לפתרון בעיות שבתחום תפקודם החברתי של בני האדם. עבודה סוציאלית דרושה במיוחד במצבים של משבר, שינוי חברתי מהיר, מגבלות חברתיות וקיפוחים חברתיים ומיועדת להפחית את הפער הקיים בין האדם לבין החברה שבה הוא חי.

פסיכולוגיה היא תורת הנפש שטרתה העיקרית היא חוקיות בהתנהגות האנושית. הפסיכולוגיה מבקשת לטעון שהתנהגות איננה מתרחשת באופן מקרי, אלא מתוך מערכת של חוקים. הבנת חוקים אלו, מאפשרת לנו לגזור גם ניבוי מסוים לגבי העתיד.

קיימים תחומים רבים בפסיכולוגיה ומתוך כך גם סוגים שונים של פסיכולוגים המתמקדים בתחומי הפסיכולוגיה השונים.

כעת, לאחר בחינת כל המשתנים בעבודתי וסקירת כל הנושאים בהם עוסקת העבודה, קיים צורך להציג את התיאוריה והמחקר עליהם התבססתי בעבודתי.

פרק 6: הסבר סוגיית המחקר על פי תיאוריות ומחקרים מתחום הפסיכולוגיה

6.1 המחקר של ארונסון לשכנוע על-ידי מומחים.

העברת מסר על ידי מומחים – מומחים משכנעים בצורה יעילה יותר מאשר לא-מומחים. נמצא שטיעונים זהים עשויים להיות בעלי משקל שונה, אם בעל הטיעון נתפס כיודע את כל העובדות הקשורות בנושא. במחקר שערך ארונסון (Aronson, 1963) התבקשו סטודנטים לכתוב ביקורת על יצירת ספרות שקראו. היו שכתבו ביקורות חיוביות, אחרים כתבו ביקורות שליליות. בשלב שני התרכז המחקר באלה שנתנו ביקורת שלילית בלבד. החוקרים ביקשו לדעת האם אפשר להשפיע עליהם לשנות את עמדתם השלילית כלפי אותה יצירה. הסטודנטים (שנתנו ביקורת שלילית) חולקו לשתי קבוצות: לקבוצה אחת נאמר שסופר מסוים (לא מוכר) כתב ביקורת חיובית על היצירה. לקבוצה השנייה נאמר שסופר מפורסם ביותר כתב עליה ביקורת חיובית. לאחר מכן התבקשו כל הסטודנטים לחשוב שנית על היצירה והותר להם לשנות את הביקורת שכתבו קודם לכן.

החוקרים לא הופתעו לגלות שהסטודנטים מהקבוצה השנייה (סופר מפורסם) שינו את דעתם על היצירה בשיעורים גבוהים יותר מהסטודנטים בקבוצה הראשונה (סופר לא מוכר). כלומר, המשתנה שהשפיע על מידת השכנוע היה מידת הפרסום של הסופר.

6.2 הגישה הפונקציונליסטית לחיברות – החיברות מנקודת הראות של החברה

המושג חיברות (סוציאליזציה, socialization) מתייחס באופן כללי לתהליך של השפעה חברתית שבעמצאותו היחיד רטכש את תרבותו ומפתח את עצמיותו. תהליך החיברות נמשך לכל אורך החיים ובמהלכו נרכשים יסודות תרבות המעצבים את אישיותו של היחיד. המונח חיברות מתאר את הדרכים שבהן היחיד לומד ומפנים את הערכים, הנורמות והתפקידים המקובלים בחברתו. תהליך החיברות מאפשר את העברת התרבות מדור אחד לדור הבא אחריו. מבחינה הפרט כולל תהליך החיברות היבט של הסתגלות לחברתו, אך גם היבט של מימוש הפוטנציאל האישי (נוה, אלעד ורן, 2004) נקודת הראות הסוציולוגית על תהליך החיברות עוצבה על ידי ארבע גישות שונות, כאשר אחת המרכזיות מביניהן היא הגישה הפונקציונליסטית.

הגישה הפונקציונליסטית הייתה דומיננטית בסוציולוגיה בשנות ה-50 וה-60 של המאה שעברה. לפי גישה זו, תהליך החיברות הוא בעיקרו תהליך של לימוד התפקידים החברתיים של היחיד. טלקוט פרנסונס (Parsons, 1955) ממייסדיה של גישה זו בסוציולוגיה, טען שהיחידים הופכים לחברים בחברתם באמצעות לימוד והפנמה של התפקידים והסטטוסים הרלבנטיים בקבוצות שאליו הם משתייכים. התפקידים והסטטוסים הם יסודות חשובים של הסדר החברתי ושל המערכת התרבותית, המכילים מרכיבים ערכיים ונורמטיביים שלהן. לפיכך, החיברות לתפקידים הוא אמצעי ראשי לשילובם של היחידים במערכות

החברתיות, ובכך הוא גם תורם להמשכיות של אותן מערכות. אינטגרציה זו של היחידים לחברה נתפסת בגישה כפונקציונלית הן ליחיד המשתלב בחברה והן לחברה שהיחידים משולבים בה. עם זאת ענינינו של פרסונס היה יותר בפונקציות של החיברות עבור החברה. רוברט מרטון (Merton, 1957) אף הוא ממיסדי הגישה הפונקציונליסטית, אמנם רואה בחיברות תהליך למידה של תפקידים חברתיים, אך דעתו התהליך הוא יותר מורכב. מרטון משתמש במושג "פונקציה סמויה" כדי לתאר את האפשרות של תוצאות בלתי צפויות או בלתי רצויות של התנהגות נורמטיבית.

משנות ה-70 איבדה הגישה הפונקציונליסטית את הבכורה בסוציולוגיה, אולם המחקר בדבר תהליכי הלמידה של תפקידים חברתיים נמשך. עם זאת, כיום אין זה המוקד היחיד או העיקרי, וחקירתו אינה נעשית, בדרך כלל, מזווית הראיה של הפונקציונליסטים.

הגישה הפונקציונליסטית בוחנת את תהליך החיברות בעיני החברה. על פי גישה זו, החברה חייבת ללמד את הילדים את תפקידי המבוגרים באופן המתאים לתרבותה. בתהליך זה לומדים הצעירים להתאים את עצמם לדרישות החברה שבה הם חיים. החברה מציגה ליחיד הגדל בה דרישות בתחומים שונים: בתחום האקולוגי, בתחום הכלכלי, בתחום החברתי ובתחום הפוליטי.

תהליך החיברות נובע מצורך של החברה לשמר את הסדר החברתי הקיים בה. לשם כך נדרשת החברה לקיים תהליך חיברות המדגיש את הערכים והנאמנות שלה, ולכן תהליך החיברות מדגיש את כללים ההתנהגות המקובלים. כדי להפעיל את תהליך החיברות בהצלחה וביעילות, החברה מגבילה את דרכי החיברות השונות הקיימות בה בקרב קבוצות שונות, ומנסה לצור אחידות בדרכי החיברות של הצעירים בני כל הקבוצות.

בהתאם לכך מנתחת הגישה הפונקציונליסטית את השלבים השונים בחיברות היחיד מילדות ועד זקנה, ובכל שלב מצביעה על סוכני חיברות הממונים על ביצוען של משימות החיברות האופייניות לאותו שלב גילי. משימות החיברות העיקריות בתקופת הילדות, לדוגמה, הן לימוד השפה, חינוך לניקיון, לימוד ערכים ונורמות עיקריות, חינוך לתפקידי המין והמגדר, לימוד יחסים חברתיים ויחסי סמכות ועוד. סוכני החיברות המופקדים על תקופת הילדות הם המשפחה, הגננת או המטפלת. בתקופת הזקנה, למשל, אחד מתפקידי החיברות העיקרי הוא ההכנה למוות והוא נעשה על ידי קבוצת הגיל של הזקן וילדיו.

חיברות לתפקידי המין

תהליכי חיברות לתפקידי מין ומגדר קשורים למגע הגומלין בין היחיד לבין סביבתו הקרובה והרחוקה. כבר בבדיקות ובזיהוי המין לפני הלידה מתבצעת קטגוריזציה על ידי ההורים. מרגע שנודע מין העובר מתחילה ההשפעה על עיצוב זהותו המינית על ידי סוכני החיברות השונים. עד גיל הגן הילד חשוף בעיקר להשפעת משפחתו. השפעת ההורים על עיצוב הזהות המינית של ילדיהם ניכרת ביחסם השונה לדפוס התנהגות כמו עידוד בניהם לקשיחות, לעמצאות, לתחרותיות, לייחוס חשיבות גבוהה למעמד ולהפגנת כוח, ולעומתם עידוד הבנות לחברתיות, לעזרה לזולת, לסבלנות, לעדינות ולמשמעת. (נוה, אלעד ורן, 2004).

6.3 הסבר סוגיית המחקר על פי הגישה הפונקציונליסטית לחיברות והמחקר של ארונסון על השפעת מומחים על עמדות.

עבודה זו בודקת את הקשר בין המין והסמכת הנבדק, בתחום הטיפול, לבין עמדתו ביחס לרכיבה טיפולית עבור ילדים עם הפרעות קשב וריכוז.

השערות המחקר שלי הן:

1. קיים קשר בין הסמכת הנבדק, בתחום הטיפול, לבין עמדתו ביחס לרכיבה טיפולית עבור ילדים עם הפרעת קשב וריכוז: בקרב נבדקים בעלי הסמכה באחד מתחומי הטיפול יהיה יחס חיובי יותר מאשר בקרב אוכלוסייה חסרת הסמכה טיפולית.

ניתן לבסס השערה זו על מחקרו של ארונסון (1963) לשכנוע על ידי מומחים.

אוכלוסייה בעלת הסמכה באחד מתחומי הטיפול היא אוכלוסייה הנמצאת בקשר רציף והדוק עם מומחים בתחום הטיפול שסביר להניח כי הפנו בעברם מטופלים לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית. עמדת הנבדקים ביחס לטיפול מושפעת רבות מעמדתם של המומחים שבסביבתם. בניגוד לאוכלוסיית המטופלים, הנבדקים ללא ההסמכה הטיפולית לא מצויים בסביבה בה נמצאים מומחים בתחום הטיפול ולכן עמדתם מושפעת בעיקר מאנשים חיצוניים שאינם מומחים.

כפי שניתן לראות ממחקרו של ארונסון השפעת המומחים על עמדות הפרט חזקה בהרבה מהשפעת אנשים לא מומחים על העמדות. מכאן הסקתי כי עמדתם של הנבדקים בעלי ההסמכה הטיפולית תהיה חיובית יותר מעמדתם של הנבדקים ללא ההסמכה.

2. קיים קשר בין מין הנבדק לבין עמדתו ביחס לרכיבה טיפולית עבור ילדים עם הפרעת קשב וריכוז: בקרב נשים תהיה עמדה חיובית יותר מאשר בקרב גברים.

השערה זו ניתן לבסס על הגישה הפונקציונליסטית לחיברות.

על פי הגישה הפונקציונליסטית, בתהליך החיברות היחיד לומד את תפקידו בחברה, תוך מגע גומלין עם סביבתו. מכיוון שבתפיסה החברתית לנשים ולגברים יש תפקידים שונים הם עוברים תהליכי חיברות שונים המעודדים תכונות אופייניות שונות.

ההורים, המשפחה וסוכני חיברות נוספים, המקנים לילדים את הערכים והנורמות שעל פיהם עליהם לפעול על מנת למלא את תפקידם בחברה, משפיעים על עיצוב זהותם המינית של הילדים בכך שהם מתייחסים באופן שונה לדפוס התנהגות בהתאם למגדר. יחס שונה זה בא לידי ביטוי בעידוד הבנים לקשיחות, לעמצאות, לתחרותיות ולהפגנת כוח, ולעומתם עידוד הבנות לחברתיות, לעזרה לזולת, לסבלנות, לעדינות ולמשמעת.

מכאן ניתן להסיק שלנשים תהיה עמדה חיובית יותר מלגברים ביחס לרכיבה טיפולית עבור ילדים עם הפרעות קשב וריכוז בגלל שהן חונכו להגשת עזרה, לרגישות ולאכפתיות רבה יותר מבנים.

סיכום החלק התאורטי

עבודתי עוסקת בקשר בין מין הנבדק והסמכתו בתחום הטיפול לעמדתו ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבוד ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז.

רכיבה טיפולית על סוסים, ככל טיפול אחר, מהווה תהליך של שינוי בו מתרחשת בנייה וצמיחה בעולמו הפנימי של המטופל. שינוי זה מתבטא בתחושות ורגשות, בדפוסי המחשבה וב'עצמי' במהות הפנימית שמרכיבה אותו, בהתבוננות על העולם. בטיפול עצמו נמצא הידע בקרב המטפל והמטופל, והצמיחה מתרחשת מהאינטראקציה ומהקשר ביניהם.

רכיבה טיפולית היא תחום טיפול המשלב בתוך הטיפול את הקשר עם הסוס בנוסף לאינטראקציה עם המטפל, ואת הרכיבה על הסוס על מנת לטפל בקשיים רבים ומגוונים מתחום הנפש, הגוף, ההתנהגות והקשרים החברתיים בחיי המטופל.

תחום הרכיבה טיפולית התפתח מכמה גישות שונות כאשר כל אחת מהן מדגישה תחום שונה וכיום כל מדריך לרכיבה טיפולית בוחר לעצמו את אופן הטיפול המתאים לו, לחווה בה הוא עובד, לסוס ולמטופל, תוך התבססות על כל הגישות, מכיוון שכולן משלימות זו את זו ותומכות זו בזו.

ניתן להגיד כי יתרונות הרכיבה הטיפולית רבים ונוגעים כמעט בכל אחד מתחומי החיים ויכולים להשפיע על כל אדם בהתאם למגבלותיו. תרומותיו של הסוס, המהווה חלק בלתי נפרד מהטיפול, מתבססות בעיקר על האופן בו המטפל מעצים את התכונות הטבעיות של הסוס ומשתמש בהן לפתרון קשיים רבים בחיי המטופל. במהלך הטיפול, השימוש בסוסים תורם לשיפור יכולת המנהיגות של המטופל, היכולת לקחת סיכונים, המשמעת העצמית והסבלנות שלו. תנועתו עוזרת לשיחרור השרירים, פיתוח שיווי המשקל ולתחושת הנאה מרובה.

אחת האוכלוסיות הגדולות המטופלות באמצעות רכיבה על סוסים היא ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז. הפרעת קשב וריכוז היא הפרעה נפוצה מאוד באוכלוסייה, שמקורה עדיין לא ברור במדויק למדע, הגורמת לקשיים בהפניית הקשב ומיקודו. הליקוי הביולוגי הקיים שכל הנראה גורם להפרעה, נמצא במוחם של אנשים הסובלים ממנה, והוא בחיבורים העצביים, הדרושים לעיבוד מידע שוטף וקשב ברור במוח. קיימים שלושה נירטרנסמיטורים, מעבירים בין עצביים, שכנראה, חוסר איזון בהפרשתם גורם ליכולת נמוכה של הפניית הקשב. נירטרנסמיטורים אלה הם דופמין, הקשור לקשב ומוטיבציה, המאפשר לאדם להעריך במהירות את גודל וחשיבות המחשבות והרעיונות שלו, סרטונין הנמצא כקשור לויסות מצבי רוח, לתוקפנות ולהתנהגות אימפולסיבית ונוראדרנלין המשוויה, בין היתר, לשליטה על מצבי עירות ודריכות.

בעשורים האחרונים המינוח הרפואי של הפרעת קשב הוגדר מחדש, על מנת לפרט מספר וריאציות שונות וחשובות של התסמונת. בעקבות העמקת הידע הקיים בתחום הפרעות הקשב והריכוז וגילויים שונים במשך השנים, שותנה ההגדרה של ההפרעה מספר פעמים כך שהמונח ADD, שהשתמשו בו בעבר הפך מיושן.

כיום המונח הרפואי הנכון להפרעת קשב הוא ADHD. מדריך DSM-IV מבחין בין שלושה תתי סוגים של ADHD: הפרעת חוסר קשב בעיקרה (זו שכונתה בעבר ADD), הפרעה היפראקטיבית ואימפולסיבית בעיקרה והפרעה משולבת. (זו שכונתה בעבר ADHD).

הטיפול בהפרעת הקשב והריכוז הוא רחב, מגוון ומכיל בתוכו כמה תחומים. הטיפול התרופתי בלוקים בהפרעה מחולק לכמה סוגי תרופות עיקריים: טיפול בממריצים, טיפול בחומרים לא ממריצים, טיפול בתרופות אנטי-דיכאונות ותרופות אחרות. בנוסף קיים תחום הטיפול הפסיכולוגי שמטרתו העיקרית היא עזרה בבעיות חברתיות-נפשיות המתלוות להפרעה.

למרות הקשיים הרבים שחווים אנשים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז במהלך חייהם, חשוב לזכור כי הפרעה זו יכולה להיות מלווה בתכונות המהוות חוזק עבור הלוקים בה, כמו אמפתיה, יצירתיות, התלהבות, היפר-פוקוס, חוש הומור, חוזק נפשי וזוית ראייה שונה.

המשתנה התלוי בעבודתי הוא עמדות של אנשים שונים. המושג עמדה הינו אחד המושגים הנידונים ביותר בפסיכולוגיה החברתית בת ימינו. המושג נוגע ליחסיו של האדם עם עולמו החברתי והחומרי ועם עצמו, כמו גם לנטייתו של הפרט להעריך אנשים, חפצים או נושאים לחיוב או לשלילה.

לעמדה חמישה מאפיינים: יציבות יחסית, כלליות, כיוון, עוצמה ומרכזיות, וכי היא בנוייה משלושה מרכיבים: המרכיב הקוגניטיבי, המרכיב הרגשי והמרכיב ההתנהגותי.

העמדה ממלאת כמה תפקידים: תפקיד קוגניטיבי - מסגרת לסיווג המידע הישן שברשותו והחדש שהוא קולט, תפקיד חברתי - ביסוס זהות הקבוצה וזהות היחידים שבה, הרגשת השתייכות לקבוצה והערכה מצד חבריה, המחזיקים באותה מערכת עמדות ותפקיד רגשי - הגנה על ה"אני".

רכישת העמדות נעשית בצורה סבילה, בהתניה קלאסית, התניה אופרנטית או בתהליך שך למידה. תצפיתית, ובצורה פעילה, בתהליך השאיפה לאיזון הכרתי או בתהליך הנקרא רכישת עמדות לתועלת האדם. נמצא כי הקשר בין עמדת האדם לבין התנהגותו בפועל קשור למידת החודק של העמדה, בהירותה ועומקה, ולאישיותו של האדם - יש אנשים שעמדותיהם משמשות להם מורה דרך פנימי, ולעומתם כאלה המתאימים את התנהגותם לנסיבות. אצל הראשונים ההתנהגות משקפת נאמנה את רגשותיהם, אמונותיהם ועמדותיהם הפנימיות, ואילו האחרונים מנסים לשוות להתנהגותם את הרושם החיצוני.

הדרך הנפוצה ביותר לבדיקת עמדות היא באמצעות שאלון עמדות המחולק לנבדקים, וזאת בשל המשאבים המעטים יחסית הדרושים להכנתו, להפצתו ולניתוחו. לבניית שאלון העמדות יש ארבע גישות מרכזיות: סולם בוגרדוס (1925), סולם תירסטון (1929), סולם ליקרט (1930) וסולם גוטמן (1950).

אחד המשתנים הבלתי לתויים שלי בעבודה הוא מגדרו של הנבדק. בפרק הסקר את ההבדלים בין גברים לנשים, ראינו כי ישנם הבדלים רבים בין גברים לנשים הנובעים מהשוני הביולוגי ומיחס החברה כאחד. החוקרים עדיין חלוקים בדעת מהו הגורם המשפיע יותר על עיצוב האישיות השונה של גברים ונשים אך אין כל ספק כי שני גורמים אלה הינם המקורות לרבים מהם.

המאפיינים הביולוגיים השונים בין גברים לנשים הם אלה הקובעים את מין האדם, כלומר, זכר או נקבה. השוני במינם של גברים ונשים נובע משוני במערך הכרומוזומים שלהם המתבטא בזוג הכרומוזומים ה-23 הנקראים גם כרומוזומי המין. אצל הגברים זוג כרומוזומים זה מורכב משני כרומוזומים שונים הנקראים X ו-Y ואילו אצל הנשים זוג כרומוזומים זה מורכב משני כרומוזומי X.

כרומוזומי המין מנתיבים את תחילת התפתחותו המינית של העובר, אך המשך התפתחותו התקינה תלוי במעורבותם של הורמונים. מעורבות זו צריכה להתרחש במינון ובעיתוי מדויקים ביותר, בראש ובראשונה בעובר, בעיצוב מערכת הרבייה ואחר כך בגיל ההתבגרות, שבו מערכות אלה משלימות את התפתחותן ונוספות תכונות מין חיצוניות בקרב שני המינים.

החברה מתייחסת אל הנשים והגברים באופן שונה מרגע לידתם ומתוך כך נוצרים הבדלים פסיכולוגיים ביניהם. ההבדלים הפסיכולוגיים העיקריים בין גברים לנשים הם נטייתם של הגברים להפגנת כוח, תוקפנות, תחרותיות, שתלטנות, יכולת תפיסת מרחק טובה יותר ויכולות מתמטיות גבוהות יותר. לעומתם הנשים נוטות לעדינות, רגישות, צייתנות, בישנות, יכולת מילולית מפותחת יותר, ורצון לעזור לזולת.

המשתנה הבלתי תלוי השני בעבודתי הוא הסמכתם של הנבדקים – מטפלים מול אוכלוסיית נבדקים ללא הסמכה בתחום הטיפול. בפרק הסקר את עבודתם של עובדים סוציאליים ופסיכולוגים נמצא כי מטפל על פי הגדרתו המילונית הוא "מי שעוסק, משגיח ודואג למישהו או למשהו" (אבן שושן, 1988), ועל פי הגדרת אוכלוסיית המחקר שלי, מטפל הוא אדם בעל הסמכה בתחום טיפולי.

מתוך כל סוגי המטפלים השונים, בעבודתי בחרתי להתמקד בעובדים סוציאליים ובפסיכולוגים.

עבודה סוציאלית משמעותה פעילות מקצועית מאורגנת לפתרון בעיות שבתחום תפקודם החברתי של בני האדם. עבודה סוציאלית דרושה במיוחד במצבים של משבר, שינוי חברתי מהיר, מגבלות חברתיות וקיפוחים חברתיים ומיועדת להפחית את הפער הקיים בין האדם לבין החברה שבה הוא חי.

פסיכולוגיה היא תורת הנפש שטרתה העיקרית היא חוקיות בהתנהגות האנושית. הפסיכולוגיה מבקשת לטעון שהתנהגות איננה מתרחשת באופן מקרי, אלא מתוך מערכת של חוקים. הבנת חוקים אלו, מאפשרת לנו לגזור גם ניבוי מסוים לגבי העתיד.

קיימים תחומים רבים בפסיכולוגיה ומתוך כך גם סוגים שונים של פסיכולוגים המתמקדים בתחומי הפסיכולוגיה השונים.

המחקר עליו ביססתי את השערתי כי למטפלים תהיה עמדה חיובית יותר מלנבדקים חסרי הסמכה בתחום הטיפול, הוא מחקרו של ארנסון (1963) שמצא כי עמדתם של סטודנטים שהתבקשו לחוות חוות דעת על ספר, השתנתה כאשר הם ידעו כי הסופר הוא סופר מוכר ומפורסם. מכך הסיק ארנסון כי השפעת ממוחים על העמדות גדולה מזו של אנשים לא מומחים.

התיאוריה עליה ביססתי את השערותי כי לנשים תהיה עמדה חיובית יותר מלגברים היא הגישה הפונקציונלית לחיברות. על פי טלקוט פרנסון (Parsons, 1955) ממייסדיה של גישה זו בסוציולוגיה,

היחידים הופכים לחברים בחברתם באמצעות לימוד והפנמה של התפקידים והסטטוסים הרלבנטיים בקבוצות שאליהן הם משתייכים. התפקידים והסטטוסים הם יסודות חשובים של הסדר החברתי ושל המערכת התרבותית, המכילים מרכיבים ערכיים ונורמטיביים שלהן. לפיכך, החיברות לתפקידים הוא אמצעי ראשי לשילובם של היחידים במערכות החברתיות, ובכך הוא גם תורם להמשכיות של אותן מערכות.

תהליכי חיברות לתפקידי מין ומגדר קשורים למגע הגומלין בין היחד לבין סביבתו הקרובה והרחוקה. השפעת ההורים, שהם סוכני חיברות משמעותיים מאוד, על עיצוב הזהות המינית של ילדיהם ניכרת ביחסם השונה לדפוס התנהגות כמו עידוד בניהם לקשיחות, לעמצאות, לתחרותיות, לייחוס חשיבות גבוהה למעמד ולהפגנת כוח, ולעומתם עידוד הבנות לחברתיות, לעזרה לזולת, לסבלנות, לעדינות ולמשמעת.

חלקה השני של העבודה יציג את מחקר השדה שביצעתי, בו נבחנו עמדותיהם של הנבדקים באמצעות שאלון עמדות שחולק ל-30 גברים, 30 נשים, 30 מטפלים ו-30 נבדקים חסרי הסמכה בתחום הטיפול. השאלון יבדוק את שלושת מרכיבי העמדה: קוגניטיבי, התנהגותי ורגשי ועל ידי סיכום מרכיבים אלה תוצג העמדה הכללית של הנבדקים. לאחר הצגת תהליך המחקר ותוצאותיו, אבצע דיון בתוצאות ואציג את המסקנות הנובעות ממנו.

מחקר השדה



מבוא למחקר שדה

מטרת המחקר: לבדוק את הקשר בין המשתנים מגדר והסמכה טיפולית ועמדות הנבדקים ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז.

השערות המחקר:

א. קיים קשר בין מגדרו של הנבדק לעמדתו ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז: לנשים תהיה עמדה חיובית יותר מאשר לגברים.

ב. קיים קשר בין הסמכתו או אי הסמכתו של הנבדק בתחום הטיפול לעמדתו ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז: למטפלים, בעלי הסמכה בתחום הטיפול, תהיה עמדה חיובית יותר מאשר נבדקים חסרי הסמכה בתחום הטיפול.

הרציונל להשערות המחקר: השערותי מתבססות על המחקר של ארונסון (Aronson, 1963) לשכנוע על-ידי מומחים, ועל הגישה הפונקציונליסטית לחיברות.

הגדרה נומינלית של המשתנים הבלתי תלויים:

מגדר - הבחנה בין גברים לנשים על סמך קריטריונים חברתיים, פסיכולוגיים ותרבותיים.

הסמכה בתחום הטיפול - הבחנה בין מטפלים מוסמכים לבין נבדקים חסרי הסמכה בתחום הטיפול על פי הסמכה אקדמאית באחד מתחומי הטיפול.

הגדרה נומינלית של המשתנה התלוי:

עמדה - הערכה כללית וקבועה יחסית שיש לפרט מסוים על אנשים, על עצמו, על אובייקטים ועל נושאים מסוימים.

הגדרה אופרטיבית של המשתנים הבלתי תלויים:

מגדרו של הנבדק יבדק בשאלון בחלק המקדים לשאלון העמדות המכונה "פרטים דמוגרפיים". השאלה תנוסח באופן הבא: סמן X במקום המתאים

מין:

___ זכר

___ נקבה.

הסמכתו של הנבדק בתחום הטיפולי יבדק בשאלון בחלק המקדים לשאלון העמדות המכונה "פרטים דמוגרפיים". השאלה תנוסח באופן הבא: סמן X במקום המתאים

תחום עיסוק:

___ בעל הסמכה באחד מתחומי הטיפול

___ ללא הסמכה בתחום טיפול

הגדרה אופרטיבית של המשתנה התלוי:

עמדות הנבדקים יבדקו על ידי שאלון עמדות (ראה נספחים), הבודק את רמת הסכמתם של הנבדקים האמצעות 23 היגדים הבוחנים את שלושת מרכיבי העמדה: קוגניטיבי, התנהגותי ורגשי, בחיוב ובשלילה. מרכיב העמדה הקוגניטיבי – מערכת השיקולים והטיעונים הרציונאליים המרכיבים את היחס כלפי האובייקט. (שאלות 1,2,3,5,6,8,12,16,18,19,20,21,22)

מרכיב העמדה ההתנהגותי – נכונות הפרט להתנהג בדרך חיובית או שלילית, כלפי נושא העמדה. (שאלות 4,10,11,15,17)

מרכיב העמדה הרגשי – הרגשות שהאובייקט מעורר באדם. (שאלות 7,9,13,14,23)

שאלות המנוסחות בצורת החיוב: 1,2,3,5,7,9,11,13,15,17,19

שאלות המנוסחות בצורת השלילה (תוצאותיהן הופכו החישוב העמדה):

4,6,8,10,12,14,16,18,20,21,22,23

אוכלוסיית המחקר:

60 נבדקים: 30 נשים – 15 בעלות הסמכה באחד מתחומי הטיפול, 15 ללא הסמכה בתחום טיפולי, 30

גברים – 15 בעלי הסמכה באחד מתחומי הטיפול, 15 ללא הסמכה בתחום טיפולי.

כלי המחקר – שאלון עמדות (על פי סולם ליקרט)

שאלון זה פשוט להכנה, הוא מאפשר חקירת נבדקים רבים בזמן קצר ומהימנות השחזור ש/לו גבוהה, שכן אם חוקר אחר יחלק את השאלון שוב סביר להניח שלא יהיו שינויים מרחיקי לכת בתוצאות.

מהלך המחקר:

השאלון הופץ לאנשים רבים בניהם אנשים בעלי הסמכה באחד מתחומי הטיפול, באופן ישיר או דרך הדואר האלקטרוני, על מנת להגיע למספר רב של נבדקים. בטופס השאלון הוסבר כי השאלון הינו אנונימי לחלוטין ותוצאות ישמשו למחקר זה בלבד. בנוסף פרטי האישיים תורפו לשאלון כדי לאפשר יצירת קשר עימי להסברים ושאלות בנוגע לשאלון.

ממצאים

בפרק זה יובאו תוצאות שאלוני העמדות שחולקו לאוכלוסיית המחקר.

בטבלאות יוצגו התפלגויות המשיבים על כל שאלה לרמות ההסכמה השונות. הטבלות מחולקות על פי מרכיבי העמדה והמשתנים הבלתי תלויים. לאחר כל טבלה יובא סיכום הטבלה שיציג את אחוז המשיבים על כל שאלה ברמות ההסכמה השונות. בגרפים שלאחר הטבלאות ניתן יהיה להבחין באופן ויזואלי בין תשובותיהם השונות של אוכלוסיות המחקר השונות, ובכך להדגיש את השפעתם של המשתנים הבלתי תלויים - מין והסמכת הנבדקים, על המשתנה התלוי - עמדות הנבדקים.

השערה ראשונה: בדיקת השפעת מגדרו של הנבדק על עמדתו ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז.

בהתייחס למרכיב הקוגניטיבי של העמדה

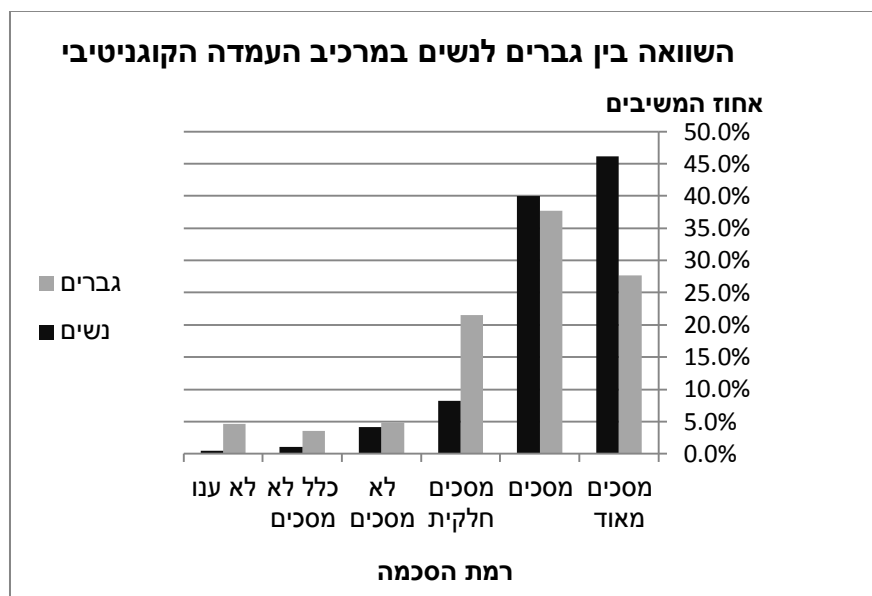
לוח 1 – המרכיב הקוגניטיבי של העמדה ביחס לבדיקת המשתנה הבלתי תלוי – מגדר

נשים							גברים							
סה"כ	לא ענו	כלל לא מסכים	לא מסכים	מסכים חלקית	מסכים	מסכים מאוד	סה"כ	לא ענו	כלל לא מסכים	לא מסכים	מסכים חלקית	מסכים	מסכים מאוד	מספר שאלה
	0	0	0	2	11	17		1	1	1	9	10	8	1
	1	2	6	9	5	7		1	5	4	4	11	5	2
	0	0	1	2	13	14		3	1	2	13	6	5	3
	1	1	2	5	13	8		0	3	0	15	10	2	5
	0	0	0	1	9	20		1	1	0	8	10	10	6
	0	0	1	0	15	14		0	1	0	4	14	11	8
	0	1	3	3	13	10		0	0	4	9	14	3	12
	0	0	1	0	7	22		1	0	1	2	9	17	16
	0	0	0	5	17	8		2	0	4	7	12	5	18
	0	0	0	2	18	10		0	2	1	8	11	8	19
	0	0	0	0	14	16		4	0	1	0	19	6	20
	0	0	1	2	12	15		2	0	0	4	11	13	21
	0	0	1	1	9	19		3	0	1	1	10	15	22
390	2	4	16	32	156	180	390	18	14	19	84	147	108	סה"כ
100.0%	0.5%	1.0%	4.1%	8.2%	40.0%	46.2%	100.0%	4.6%	3.6%	4.9%	21.5%	37.7%	27.7%	אחוזים

סיכום ממצאי המרכיב הקוגניטיבי של העמדה בהשוואה בין גברים לנשים

	מסכים מאוד	מסכים	מסכים חלקית	לא מסכים	כלל לא מסכים	לא ענו
גברים	27.7%	37.7%	21.5%	4.9%	3.6%	4.6%
נשים	46.2%	40.0%	8.2%	4.1%	1.0%	0.5%

גרף 1 – השוואה בין גברים לנשים במרכיב העמדה הקוגניטיבי



לוח 1 וגרף 1 בודקים את ההבדלים במרכיב הקוגניטיבי של העמדה בין גברים לנשים.

על פי לוח 1 וגרף 1 ניתן לראות כי אחוז הנשים שהסכימו ברמת ההסכמה הגבוהה ביותר, "מסכים מאוד" גבוה יחסית לאחוז הגברים שהסכימו ברמת הסכמה זו, ברכיב העמדה הקוגניטיבי (46.2% אצל נשים מול 27.7% אצל גברים). גם אחוז הנשים שענו ברמת ההסכמה השנייה, "מסכים", גבוה מאחוז הגברים שענו ברמת הסכמה זו (40.0% מהנשים שענו לעומת 37.7% מהגברים שענו). ברמת ההסכמה השלישית, "מסכים חלקית", נמצאו אחוזים גבוהים יותר של גברים מאשר נשים (21.5% מהגברים מול 8.2% מהנשים). גם ברמת ההסכמה הרביעית, "לא מסכים", אחוז הגברים המשיבים היה גבוה במעט מאחוז הנשים (4.9% מהגברים מול 4.1% מהנשים). ברמת ההסכמה הנמוכה ביותר, "לא מסכים כלל", היה הבדל גדול יותר, מאשר ברמת ההסכמה הקודמת, בין אחוז הגברים המשיבים לאחוז הנשים שענו ברמת הסכמה זו, כאשר אחוז הגברים גבוה יותר (3.6% מהגברים מול 1% בלבד מהנשים).

כאמור, השערת המחקר של היא כי לנשים תהיה עמדה חיובית, במרכיב הקוגניטיבי, יותר מגברים, ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז. מלוח 1 ו-גרף 1, ניתן לראות כי התוצאות ברמות ההסכמה "מסכים מאוד", "מסכים", "לא מסכים" ו"כלל לא מסכים" תואמות את ההשערה, אך ברמת ההסכמה "מסכים חלקית" נמצאו תוצאות שלא תואמות את ההשערה ולכן, **בהתייחס למרכיב הקוגניטיבי של העמדה, השערתנו אוששה חלקית.**

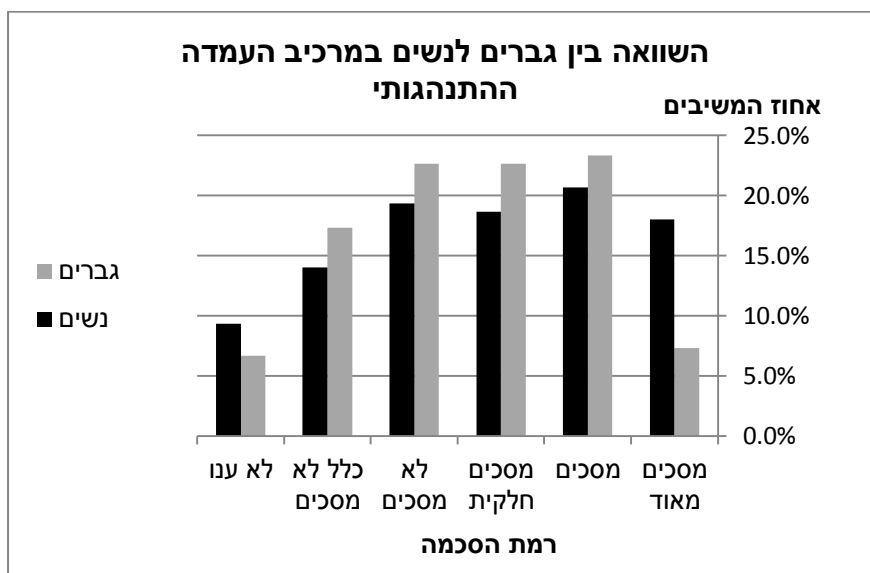
בהתייחס למרכיב ההתנהגותי של העמדה

לוח 2 – המרכיב ההתנהגותי של העמדה ביחס לבדיקת המשתנה הבלתי תלוי – מגדר

נשים							גברים							
סה"כ	לא ענו	כלל לא מסכים	לא מסכים	מסכים חלקית	מסכים	מסכים מאוד	סה"כ	לא ענו	כלל לא מסכים	לא מסכים	מסכים חלקית	מסכים	מסכים מאוד	מספר שאלה
	2	12	2	0	3	11		0	13	3	2	5	7	4
	1	1	0	6	15	7		3	0	0	8	15	4	10
	0	1	11	9	6	3		0	5	14	6	5	0	11
	0	5	15	5	3	2		0	6	11	8	5	0	15
	11	2	1	8	4	4		7	2	6	10	5	0	17
150	14	21	29	28	31	27	150	10	26	34	34	35	11	סה"כ
100.0%	9.3%	14.0%	19.3%	18.7%	20.7%	18.0%	100.0%	6.7%	17.3%	22.7%	22.7%	23.3%	7.3%	אחוזים

סיכום ממצאי המרכיב ההתנהגותי של העמדה בהשוואה בין גברים לנשים

	מסכים מאוד	מסכים	מסכים חלקית	לא מסכים	כלל לא מסכים	לא ענו
גברים	7.3%	23.3%	22.7%	22.7%	17.3%	6.7%
נשים	18.0%	20.7%	18.7%	19.3%	14.0%	9.3%



לוח 2 וגרף 2 בודקים את ההבדלים במרכיב ההתנהגותי של העמדה בין גברים לנשים.

על פי לוח 2 וגרף 2 ניתן לראות כי אחוז הנשים שהסכימו ברמת ההסכמה הגבוהה ביותר, "מסכים מאוד", במרכיב העמדה ההתנהגותי גבוה מאחוז הגברים שהסכימו ברמת הסכמה זו (18.0% מהנשים מול 7.3% מהגברים). לעומת זאת, ברמת ההסכמה השנייה, "מסכים" נמצא כי אחוז הגברים גבוה במעט מאחוז הנשים (23.3% מהגברים לעומת 20.7% מהנשים שענו). גם ברמת ההסכמה השלישית, "מסכים חלקית", נמצאו אחוזים גבוהים יותר של גברים מאשר נשים (22.7% מהגברים מול 18.7% מהנשים). גם בשתי רמות ההסכמה הנמוכות, "לא מסכים" ו"כלל לא מסכים", נמצא כי אחוז הגברים המשיבים היה גבוה מאחוז הנשים (22.7% מהגברים מול 19.3% מהנשים, ברמת ההסכמה "לא מסכים", ו-17.3% מהגברים מול 14.0% מהנשים ברמת ההסכמה "כלל לא מסכים").

כאמור, השערת המחקר של היא כי לנשים תהיה עמדה חיובית, במרכיב ההתנהגותי, יותר מגברים, ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז. התוצאות שנצפו ברמות ההסכמה "מסכים מאוד", "לא מסכים" ו"כלל לא מסכים" תואמות את השערתנו, אך בניגוד להשערה, ברמות ההסכמה "מסכים" ו"מסכים חלקית" נמצא כי אחוז הגברים גבוה מאחוז הנשים. לכן ניתן להגיד כי **בהתייחס למרכיב ההתנהגותי של העמדה, השערתנו אוששה חלקית.**

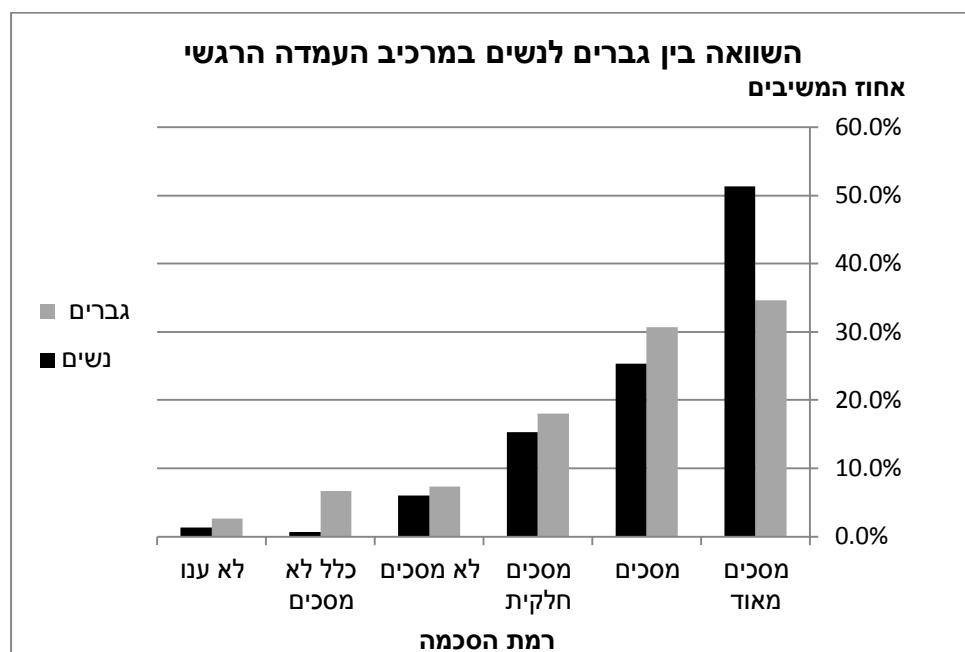
בהתייחס למרכיב הרגשי של העמדה

לוח 3 – המרכיב הרגשי של העמדה ביחס לבדיקת המשתנה הבלתי תלוי – מגדר

נשים							גברים							
סה"כ	לא ענו	כלל לא מסכים	לא מסכים	מסכים חלקית	מסכים	מסכים מאוד	סה"כ	לא ענו	כלל לא מסכים	לא מסכים	מסכים חלקית	מסכים	מסכים מאוד	מספר שאלה
	1	0	4	12	8	5		0	6	4	7	7	6	7
	0	0	0	0	8	22		0	0	0	4	15	11	9
	1	1	4	9	7	8		1	4	4	12	6	3	13
	0	0	1	1	9	19		0	0	2	3	8	17	14
	0	0	0	1	6	23		3	0	1	1	10	15	23
150	2	1	9	23	38	77	150	4	10	11	27	46	52	סה"כ
100.0%	1.3%	0.7%	6.0%	15.3%	25.3%	51.3%	100.0%	2.7%	6.7%	7.3%	18.0%	30.7%	34.7%	אחוזים

סיכום ממצאי המרכיב הרגשי של העמדה בהשוואה בין גברים לנשים

	מסכים מאוד	מסכים	מסכים חלקית	לא מסכים	כלל לא מסכים	לא ענו
גברים	34.7%	30.7%	18.0%	7.3%	6.7%	2.7%
נשים	51.3%	25.3%	15.3%	6.0%	0.7%	1.3%



לוח 3 וגרף 3 בודקים את ההבדלים במרכיב הרגשי של העמדה בין גברים לנשים.

על פי לוח 3 וגרף 3 ניתן לראות כי אחוז הנשים שהסכימו ברמת ההסכמה הגבוהה ביותר, "מסכים מאוד", במרכיב העמדה ההתנהגותי, גבוה בהרבה מאחוז הגברים שהסכימו ברמת הסכמה זו (51.3% מהנשים מול 34.7% מהגברים). לעומת זאת, ברמת ההסכמה השנייה, "מסכים" נמצא כי אחוז הגברים גבוה במעט מאחוז הנשים (30.7% מהגברים לעומת 25.3% מהנשים שענו). גם ברמת ההסכמה השלישית, "מסכים חלקית", נמצאו אחוזים גבוהים יותר של גברים מאשר נשים (18.0% מהגברים מול 15.3% מהנשים). בשתי רמות ההסכמה הנמוכות, המתארות עמדה שלילית, "לא מסכים" ו"כלל לא מסכים", נמצא כי אחוז הגברים המשיבים היה גבוה מאחוז הנשים (7.3% מהגברים מול 6.0% מהנשים, ברמת ההסכמה "לא מסכים", ו-6.7% מהגברים מול 0.7% בלבד מהנשים, ברמת ההסכמה "כלל לא מסכים").

כאמור, השערת המחקר של היא כי לנשים תהיה עמדה חיובית, במרכיב הרגשי, יותר מגברים, ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז. ברמות ההסכמה "מסכים מאוד", "לא מסכים" ו"כלל לא מסכים" נמצאו תוצאות המאששות את השערת, אך ברמות ההסכמה "מסכים" ו"מסכים חלקית" התוצאות מנוגדות להשערת. מסיבה זו ניתן להדיג כי **בהתייחס למרכיב הרגשי של העמדה, השערת אוששה חלקית.**

בהתייחס לעמדה הכללית

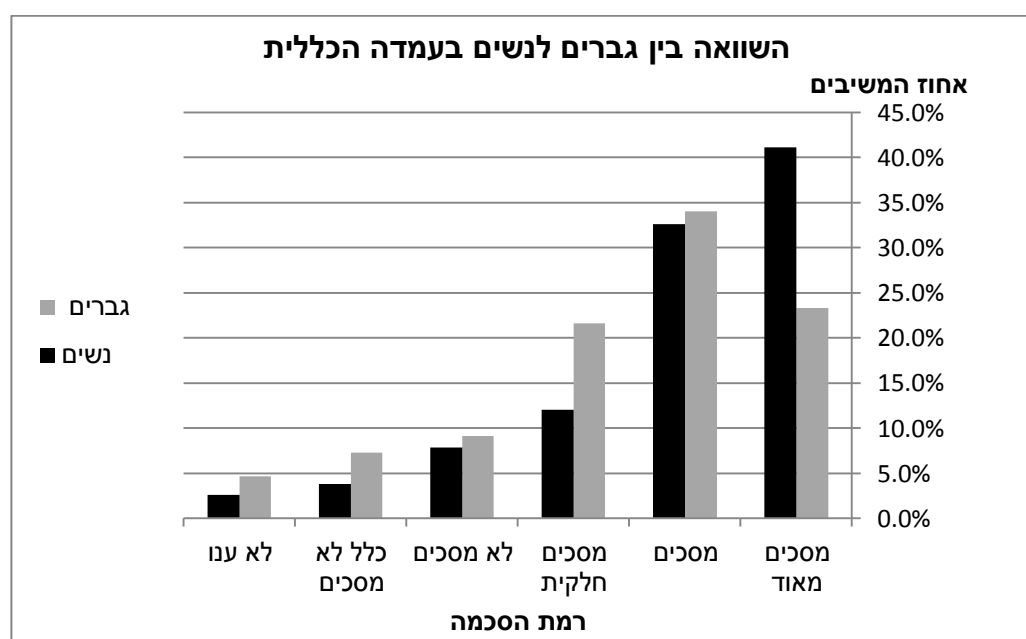
לוח 4 – העמדה הכללית ביחס לבדיקת המשתנה הבלתי תלוי – מגדר

נשים							גברים							
סה"כ	לא ענו	כלל לא מסכים	לא מסכים	מסכים חלקית	מסכים	מסכים מאוד	סה"כ	לא ענו	כלל לא מסכים	לא מסכים	מסכים חלקית	מסכים	מסכים מאוד	מספר שאלה
	0	0	0	2	11	17		1	1	1	9	10	8	1
	1	2	6	9	5	7		1	5	4	4	11	5	2
	0	0	1	2	13	14		3	1	2	13	6	5	3
	2	12	2	0	3	11		0	13	3	2	5	7	4
	1	1	2	5	13	8		0	3	0	15	10	2	5
	0	0	0	1	9	20		1	1	0	8	10	10	6
	1	0	4	12	8	5		0	6	4	7	7	6	7
	0	0	1	0	15	14		0	1	0	4	14	11	8
	0	0	0	0	8	22		0	0	0	4	15	11	9
	1	1	0	6	15	7		3	0	0	8	15	4	10
	0	1	11	9	6	3		0	5	14	6	5	0	11
	0	1	3	3	13	10		0	0	4	9	14	3	12
	1	1	4	9	7	8		1	4	4	12	6	3	13
	0	0	1	1	9	19		0	0	2	3	8	17	14
	0	5	15	5	3	2		0	6	11	8	5	0	15
	0	0	1	0	7	22		1	0	1	2	9	17	16
	11	2	1	8	4	4		7	2	6	10	5	0	17
	0	0	0	5	17	8		2	0	4	7	12	5	18
	0	0	0	2	18	10		0	2	1	8	11	8	19
	0	0	0	0	14	16		3	0	0	5	17	5	20
	0	0	1	2	12	15		4	0	1	0	19	6	21
	0	0	1	1	9	19		2	0	0	4	11	13	22
	0	0	0	1	6	23		3	0	1	1	10	15	23
690	18	26	54	83	225	284	690	32	50	63	149	235	161	סה"כ
100.0%	2.6%	3.8%	7.8%	12.0%	32.6%	41.2%	100.0%	4.6%	7.2%	9.1%	21.6%	34.1%	23.3%	אחוזים

סיכום ממצאי העמדה הכללית בהשוואה בין גברים לנשים

	מסכים מאוד	מסכים	מסכים חלקית	לא מסכים	כלל לא מסכים	לא ענו
גברים	23.3%	34.1%	21.6%	9.1%	7.2%	4.6%
נשים	41.2%	32.6%	12.0%	7.8%	3.8%	2.6%

גרף 4 – השוואה בין גברים לנשים בעמדה הכללית



לוח 4 וגרף 4 בודקים את ההבדלים בעמדה הכללית בין גברים לנשים.

על פי לוח 4 וגרף 4 ניתן לראות כי אחוז הנשים שהסכימו ברמת ההסכמה הגבוהה ביותר, "מסכים מאוד", בעמדה הכללית גבוה בהרבה מאחוז הגברים שהסכימו ברמת הסכמה זו (41.2% מהנשים מול 23.3% מהגברים). לעומת זאת, ברמת ההסכמה השנייה, "מסכים" נמצא כי אחוז הגברים גבוה במעט מאחוז הנשים (34.1% מהגברים לעומת 32.6% מהנשים שענו). גם ברמת ההסכמה השלישית, "מסכים חלקית", נמצאו אחוזים גבוהים יותר של גברים מאשר נשים, ואף בהבדל משמעותי (21.6% מהגברים מול 12.0% מהנשים). בשתי רמות ההסכמה הנמוכות, המתארות עמדה שלילית, "לא מסכים" ו"כלל לא מסכים", נמצא כי אחוז הגברים המשיבים היה גבוה מאחוז הנשים (9.1% מהגברים מול 7.8% מהנשים, ברמת ההסכמה "לא מסכים", ו-7.2% מהגברים מול 3.8% מהנשים ברמת ההסכמה "כלל לא מסכים").

כאמור, השערת המחקר של היא כי לנשים תהיה עמדה כללית חיובית יותר מגברים, ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז. בחלק מרמות ההסכמה התקבלו תוצאות המתאימות להשערת, אולם ברמות ההסכמה "מסכים" ו"מסכים חלקית" נמצאו תוצאות הנוגדות את השערת ולכן **בהתייחס לעמדה הכללית, השערת אוששה חלקית.**

השערה שנייה: בדיקת השפעת הסמכתם וחוסר הסמכת, של הנבדקים, בתחום הטיפול, על עמדתם ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז.

בהתייחס למרכיב הקוגניטיבי של העמדה

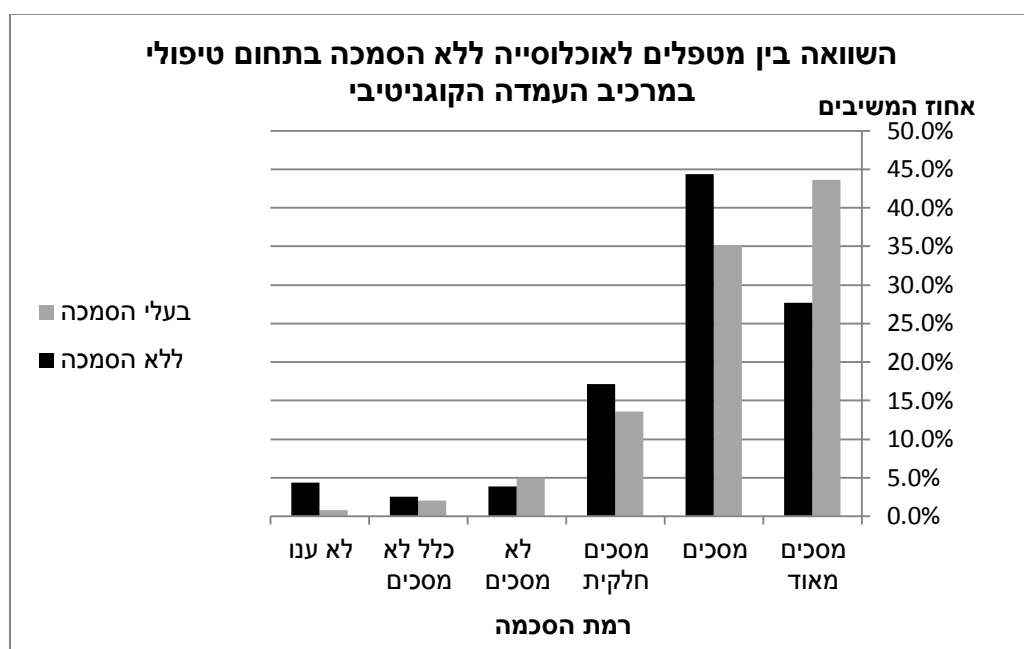
לוח 5 – המרכיב הקוגניטיבי של העמדה ביחס לבדיקת המשתנה הבלתי תלוי – הסמכה בתחום הטיפול

חסרי הסמכה בתחום טיפולי							בעלי הסמכה בתחום טיפולי							
סה"כ	לא ענו	כלל לא מסכים	לא מסכים	מסכים חלקית	מסכים	מסכים מאוד	סה"כ	לא ענו	כלל לא מסכים	לא מסכים	מסכים חלקית	מסכים	מסכים מאוד	מספר שאלה
	1	0	1	3	15	10		0	1	0	8	6	15	1
	1	6	5	11	5	2		1	1	5	2	11	10	2
	3	0	2	7	12	6		0	1	1	8	7	13	3
	1	2	0	11	13	3		0	2	2	9	10	7	5
	1	0	0	6	12	11		0	1	0	3	7	19	6
	0	0	1	4	18	7		0	1	0	0	11	18	8
	0	1	4	5	14	6		0	0	3	7	13	7	12
	1	0	1	2	10	16		0	0	1	0	6	23	16
	2	0	0	5	14	9		0	0	4	7	15	4	18
	0	1	0	6	16	7		0	1	1	4	13	11	19
	3	0	0	2	16	9		0	0	0	3	15	12	20
	3	0	0	1	17	9		1	0	2	1	14	12	21
	1	0	1	4	11	13		1	0	0	1	9	19	22
390	17	10	15	67	173	108	390	3	8	19	53	137	170	סה"כ
100.0%	4.4%	2.6%	3.8%	17.2%	44.4%	27.7%	100.0%	0.8%	2.1%	4.9%	13.6%	35.1%	43.6%	אחוזים

סיכום ממצאי המרכיב הקוגניטיבי של העמדה בהשוואה בין מטפלים לחסרי הסמכה בתחום הטיפול

	מסכים מאוד	מסכים	מסכים חלקית	לא מסכים	כלל לא מסכים	לא ענו
בעלי הסמכה בתחום טיפולי	43.6%	35.1%	13.6%	4.9%	2.1%	0.8%
חסרי הסמכה בתחום טיפולי	27.7%	44.4%	17.2%	3.8%	2.6%	4.4%

גרף 5 – השוואה בין מטפלים לחסרי הסמכה בתחום הטיפול במרכיב העמדה הקוגניטיבי



לוח 5 וגרף 5 בודקים את ההבדלים במרכיב הקוגניטיבי של העמדה בין מטפלים לחסרי הסמכה בתחום הטיפול.

על פי לוח 5 וגרף 5 ניתן לראות כי אחוז המטפלים שהסכימו ברמת ההסכמה הגבוהה ביותר, "מסכים מאוד", במרכיב העמדה הקוגניטיבי גבוה בהרבה מאחוז חסרי ההסמכה בתחום הטיפול שהסכימו ברמת הסכמה זו (43.6% מהמטפלים מול 27.7% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול). לעומת זאת, ברמת ההסכמה השנייה, "מסכים" נמצא כי אחוז חסרי ההסמכה בתחום הטיפול גבוה מאחוז המטפלים (44.4% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול לעומת 35.1% מהמטפלים שענו). גם ברמת ההסכמה השלישית, "מסכים חלקית", נמצאו אחוזים גבוהים יותר של חסרי ההסמכה בתחום הטיפול מאשר מטפלים (17.2% מהגברים

מול 13.6% מהנשים). ברמת ההסכמה הרביעית, "לא מסכים", אחוז המטפלים היה גבוה במעט מאחוז (4.9% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול מול 3.8% מהמטפלים). ברמת ההסכמה הנמוכה ביותר, "לא מסכים כלל", היו יחסים הפוכים בין אחוז המטפלים המשיבים לאחוז חסרי ההסמכה בתחום הטיפול שענו ברמת הסכמה זו, כאשר אחוז חסרי ההסמכה בתחום הטיפול גבוה יותר (2.6% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול מול 2.1% בלבד מהמטפלים).

כאמור, השערת המחקר של היא כי למטפלים תהיה עמדה חיובית, במרכיב הקוגניטיבי, יותר מאוכלוסייה חסרת הסמכה בתחום הטיפול, ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז. בעקבות הפער הגדול שנמצא בין שתי אוכלוסיות המחקר, ברמת ההסכמה "מסכים מאוד", התואם את השערתנו וההבדלים הקטנים יחסית ברמות ההסכמה האחרות, הסותרים את השערתנו ניתן להגיד כי **בהתייחס למרכיב הקוגניטיבי של העמדה, השערתנו אוששה חלקית.**

בהתייחס למרכיב ההתנהגותי של העמדה

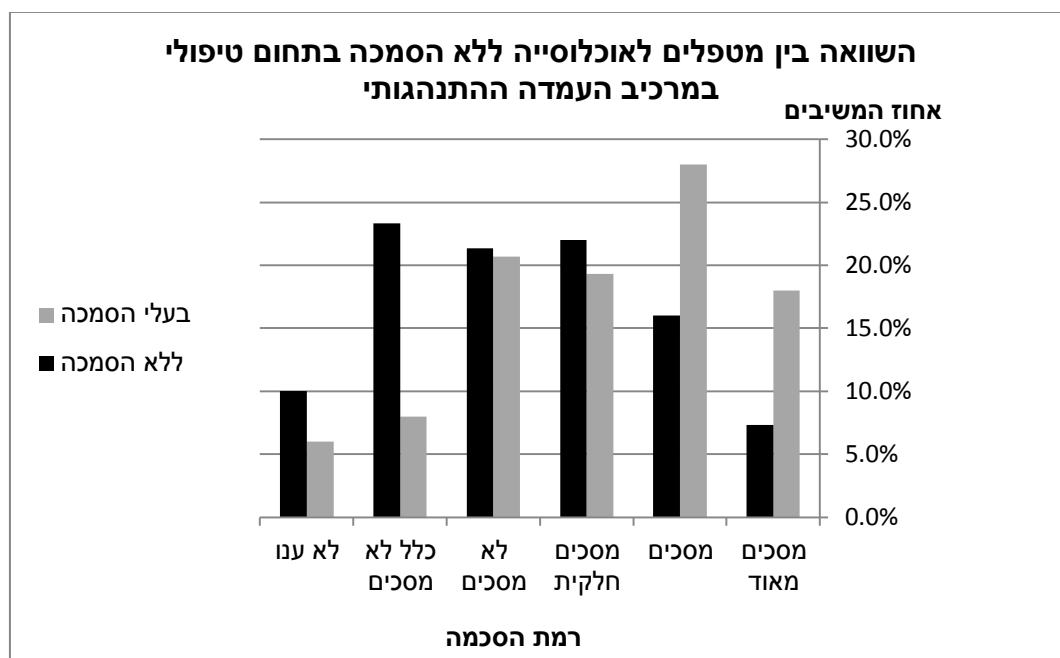
לוח 6 - המרכיב ההתנהגותי של העמדה ביחס לבדיקת המשתנה הבלתי תלוי – הסמכה בתחום הטיפול

חסרי הסמכה בתחום הטיפול							בעלי הסמכה בתחום הטיפול							
סה"כ	לא ענו	כלל לא מסכים	לא מסכים	מסכים חלקית	מסכים	מסכים מאוד	סה"כ	לא ענו	כלל לא מסכים	לא מסכים	מסכים חלקית	מסכים	מסכים מאוד	מספר שאלה
	1	19	3	1	3	3		1	6	2	1	5	15	4
	3	1	0	8	14	4		1	0	0	6	16	7	10
	0	4	14	8	2	2		0	2	11	7	9	1	11
	0	9	12	5	4	0		0	2	14	8	4	2	15
	11	2	3	11	1	2		7	2	4	7	8	2	17
150	15	35	32	33	24	11	150	9	12	31	29	42	27	סה"כ
100.0%	10.0%	23.3%	21.3%	22.0%	16.0%	7.3%	100.0%	6.0%	8.0%	20.7%	19.3%	28.0%	18.0%	אחוזים

סיכום ממצאי המרכיב ההתנהגותי של העמדה בהשוואה בין מטפלים לחסרי הסמכה בתחום הטיפול

	מסכים מאוד	מסכים	מסכים חלקית	לא מסכים	כלל לא מסכים	לא ענו
בעלי הסמכה בתחום טיפולי	18.0%	28.0%	19.3%	20.7%	8.0%	6.0%
חסרי הסמכה בתחום טיפולי	7.3%	16.0%	22.0%	21.3%	23.3%	10.0%

גרף 6 – השוואה בין מטפלים לחסרי הסמכה בתחום הטיפול במרכיב העמדה ההתנהגותי



לוח 6 וגרף 6 בודקים את ההבדלים במרכיב ההתנהגותי של העמדה בין מטפלים לחסרי הסמכה בתחום הטיפול.

על פי לוח 6 וגרף 6 ניתן לראות כי אחוז המטפלים שהסכימו ברמות ההסמכה הגבוהות ביותר, "מסכים מאוד" ו"מסכים", במרכיב העמדה הקוגניטיבי, גבוה בהרבה מאחוז חסרי ההסמכה בתחום הטיפול שהסכימו ברמות הסמכה אלו (18.0% מהמטפלים מול 7.3% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול ברמת ההסמכה "מסכים מאוד". 28.0% מהמטפלים מול 16.0% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול ברמת ההסמכה "מסכים"). ברמות ההסמכה השלישית והרביעית נראה הבדל קטן מאוד בין שתי קבוצות

האוכלוסייה כך שאחוז חסרי ההסמכה בתחום הטיפול שענו ברמות הסכמה עלו היה גבוה מעט מאחוז המטפלים (22.0% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול מול 19.3 ברמת ההסכמה "מסכים חלקית". 21.3% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול מול 20.7% מהמטפלים, ברמת ההסכמה "לא מסכים"). לעומת זאת, ברמת ההסכמה הנמוכה ביותר, "לא מסכים כלל", יש פער גדול בין שתי קבוצות האוכלוסייה, כאשר אחוז המשיבים חסרי ההסמכה בתחום הטיפול גבוה מאחוז המטפלים (23.3% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול מול 8.0% בלבד מהמטפלים).

כאמור, השערת המחקר של היא כי למטפלים תהיה עמדה חיובית, במרכיב ההתנהגותי, יותר מאוכלוסייה חסרת הסמכה בתחום הטיפול, ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז. בעקבות ההבדלים הברורים שנצפו בלוח 6 ובגרף 6 המראים כי רק ברמת ההסכמה "מסכים חלקית" קיימת סטייה קלה ביותר מהשערת, ניתן לקבוע כי **בהתייחס למרכיב ההתנהגותי של העמדה, השערת אוששה באופן מלא.**

בהתייחס למרכיב הרגשי של העמדה

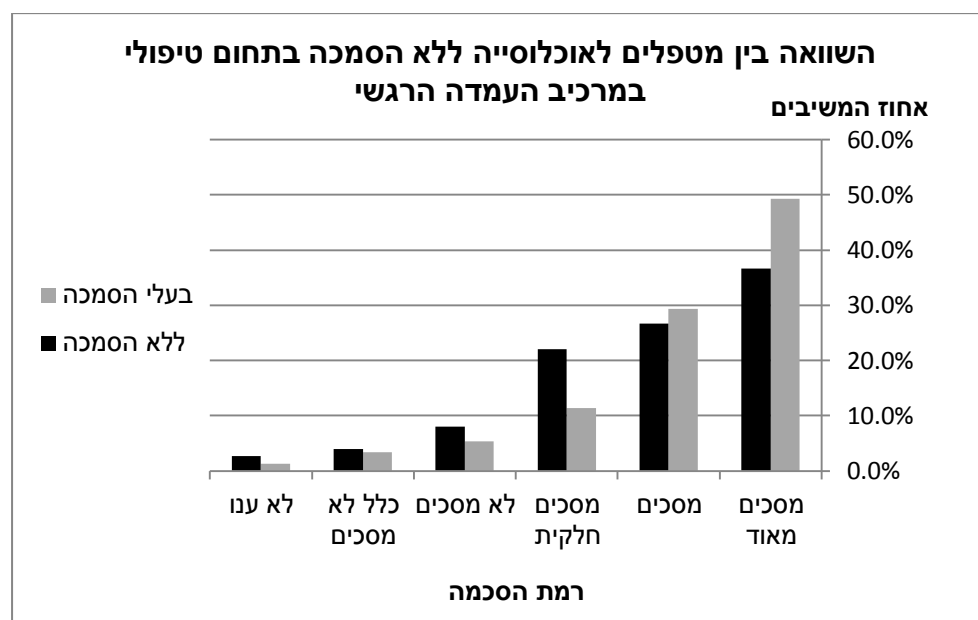
לוח 7 - המרכיב הרגשי של העמדה ביחס לבדיקת המשתנה הבלתי תלוי – הסמכה בתחום הטיפול

חסרי הסמכה בתחום הטיפול							בעלי הסמכה בתחום הטיפול							מספר שאלה
סה"כ	לא ענו	כלל לא מסכים	לא מסכים	מסכים חלקית	מסכים	מסכים מאוד	סה"כ	לא ענו	כלל לא מסכים	לא מסכים	מסכים חלקית	מסכים	מסכים מאוד	
	1	2	3	12	5	7		0	4	5	7	10	4	7
	0	0	0	4	14	12		0	0	0	0	9	21	9
	0	4	6	13	4	3		2	1	2	8	9	8	13
	0	0	2	3	7	18		0	0	1	1	10	18	14
	3	0	1	1	10	15		0	0	0	1	6	23	23
150	4	6	12	33	40	55	150	2	5	8	17	44	74	סה"כ
100.0%	2.7%	4.0%	8.0%	22.0%	26.7%	36.7%	100.0%	1.3%	3.3%	5.3%	11.3%	29.3%	49.3%	אחוזים

סיכום ממצאי המרכיב הרגשי של העמדה בהשוואה בין מטפלים לחסרי הסמכה בתחום הטיפול

	מסכים מאוד	מסכים	מסכים חלקית	לא מסכים	כלל לא מסכים	לא ענו
בעלי הסמכה בתחום טיפולי	49.3%	29.3%	11.3%	5.3%	3.3%	1.3%
חסרי הסמכה בתחום טיפולי	36.7%	26.7%	22.0%	8.0%	4.0%	2.7%

גרף 7 – השוואה בין מטפלים לחסרי הסמכה בתחום הטיפול במרכיב העמדה הרגשי



לוח 7 וגרף 7 בודקים את ההבדלים במרכיב הרגשי של העמדה בין מטפלים לחסרי הסמכה בתחום הטיפול.

על פי לוח 7 וגרף 7 ניתן לראות כי אחוז המטפלים שהסכימו שהסכימו ברמת ההסכמה הגבוהה ביותר, "מסכים מאוד", במרכיב העמדה הרגשי גבוה מאחוז חסרי ההסמכה בתחום הטיפול שהסכימו ברמת הסכמה זו (49.3% מהמטפלים מול 36.7% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול). גם ברמת ההסכמה השנייה, "מסכים" נמצא כי אחוז המטפלים גבוה במעט מאחוז חסרי ההסמכה בתחום הטיפול (29.3% מהמטפלים לעומת 26.7% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול שענו). לעומת זאת, ברמת ההסכמה השלישית, "מסכים חלקית", נמצאו אחוזים גבוהים יותר של מטפלים מאשר חסרי ההסמכה בתחום הטיפול (22.0% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול מול 11.3% מהמטפלים). ברמת ההסכמה הרביעית, "לא מסכים", כמו ברמת

ההסכמה הקודמת, אחוז חסרי ההסמכה בתחום הטיפול היה גבוה מאחוז המטפלים (8.0% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול מול 5.3% מהמטפלים). ברמת ההסכמה הנמוכה ביותר, "לא מסכים כלל", אחוזי המשיבים משתי קבוצות האוכלוסייה היו כמעט זהים, אל בכל זאת אחוז חסרי ההסמכה בתחום הטיפול שענו ברמת הסכמה זו גבוה במעט מ אחוז המטפלים (2.7% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול מול 1.3% בלבד מהמטפלים).

כאמור, השערת המחקר של היא כי למטפלים תהיה עמדה חיובית, במרכיב הרגשי, יותר מאוכלוסייה חסרת הסמכה בתחום הטיפול, ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז. בארבע רמות ההסכמה הקיצוניות נמצאו תוצאות המאששות את השערת, אך ברמת ההסכמה "מסכים חלקית" נמצאו תוצאות הסותרות אותה, ואף באופן משמעותי יחסית ולכן **בהתייחס למרכיב הרגשי של העמדה, השערת אוששה חלקית.**

בהתייחס לעמדה הכללית

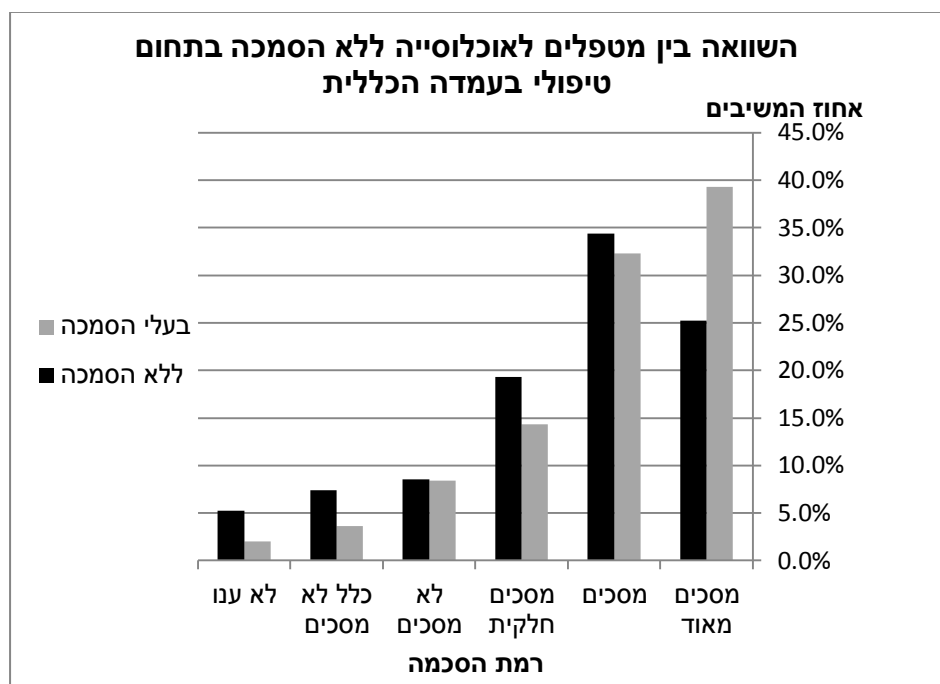
לוח 8 - העמדה הכללית ביחס לבדיקת המשתנה הבלתי תלוי – הסמכה בתחום הטיפול

חסרי הסמכה בתחום הטיפול							בעלי הסמכה בתחום הטיפול							
סה"כ	לא ענו	כלל לא מסכים	לא מסכים	מסכים חלקית	מסכים	מסכים מאוד	סה"כ	לא ענו	כלל לא מסכים	לא מסכים	מסכים חלקית	מסכים	מסכים מאוד	מספר שאלה
	1	0	1	3	15	10		0	1	0	8	6	15	1
	1	6	5	11	5	2		1	1	5	2	11	10	2
	3	0	2	7	12	6		0	1	1	8	7	13	3
	1	19	3	1	3	3		1	6	2	1	5	15	4
	1	2	0	11	13	3		0	2	2	9	10	7	5
	1	0	0	6	12	11		0	1	0	3	7	19	6
	1	2	3	12	5	7		0	4	5	7	10	4	7
	0	0	1	4	18	7		0	1	0	0	11	18	8
	0	0	0	4	14	12		0	0	0	0	9	21	9
	3	1	0	8	14	4		1	0	0	6	16	7	10
	0	4	14	8	2	2		0	2	11	7	9	1	11
	0	1	4	5	14	6		0	0	3	7	13	7	12
	0	4	6	13	4	3		2	1	2	8	9	8	13
	0	0	2	3	7	18		0	0	1	1	10	18	14
	0	9	12	5	4	0		0	2	14	8	4	2	15
	1	0	1	2	10	16		0	0	1	0	6	23	16
	11	2	3	11	1	2		7	2	4	7	8	2	17
	2	0	0	5	14	9		0	0	4	7	15	4	18
	0	1	0	6	16	7		0	1	1	4	13	11	19
	3	0	0	2	16	9		0	0	0	3	15	12	20
	3	0	0	1	17	9		1	0	2	1	14	12	21
	1	0	1	4	11	13		1	0	0	1	9	19	22
	3	0	1	1	10	15		0	0	0	1	6	23	23
690	36	51	59	133	237	174	690	14	25	58	99	223	271	סה"כ
100.0%	5.2%	7.4%	8.6%	19.3%	34.3%	25.2%	100.0%	2.0%	3.6%	8.4%	14.3%	32.3%	39.3%	אחוזים

סיכום ממצאי העמדה הכללית בהשוואה בין מטפלים לחסרי הסמכה בתחום הטיפול

	מסכים מאוד	מסכים	מסכים חלקית	לא מסכים	כלל לא מסכים	לא ענו
בעלי הסמכה בתחום טיפולי	39.3%	32.3%	14.3%	8.4%	3.6%	2.0%
חסרי הסמכה בתחום טיפולי	25.5%	34.3%	19.3%	8.6%	7.4%	5.2%

גרף 7 – השוואה בין מטפלים לחסרי הסמכה בתחום הטיפול במרכיב העמדה הרגשי



לוח 8 וגרף 8 בודקים את ההבדלים בעמדה הכללית בין מטפלים לחסרי הסמכה בתחום הטיפול.

על פי לוח 8 וגרף 8 ניתן לראות כי אחוז המטפלים שהסכימו בהסכמה הגבוהה ביותר, "מסכים מאוד", בעמדה הכללית גבוה בהרבה מאחוז חסרי ההסמכה בתחום הטיפול שהסכימו ברמת הסכמה זו (39.3% מהמטפלים מול 25.5% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול). לעומת זאת ברמת ההסכמה השנייה, "מסכים" נמצא כי אחוז חסרי ההסמכה בתחום הטיפול גבוה מאחוז המטפלים (34.3% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול לעומת 32.3% מהמטפלים שענו). גם ברמת ההסכמה השלישית, "מסכים חלקית", נמצאו אחוזים גבוהים יותר של חסרי ההסמכה בתחום הטיפול מאשר מטפלים (19.3% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול מול 14.3% מהמטפלים). ברמת ההסכמה הרביעית, "לא מסכים", האחוזים של

שתי קבוצות האוכלוסייה היו כמעט זהות כאשר אחוז חסרי ההסמכה בתחום הטיפול היה מעט גבוה מאוזן המטפלים (8.6% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול מול 8.4% מהמטפלים). ברמת ההסמכה הנמוכה ביותר, "לא מסכים כלל", אחוז חסרי ההסמכה בתחום הטיפול גבוה מאוזן המטפלים (7.4% מחסרי ההסמכה בתחום הטיפול מול 3.6% בלבד מהמטפלים).

כאמור, השערת המחקר של היא כי למטפלים תהיה עמדה כללית חיובית יותר מאוכלוסייה חסרת הסמכה בתחום הטיפול, ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז. על פי התוצאות שהוצגו בלוח 8 ובגרף 8 ניתן לראו כי ברמות ההסמכה "מסכים מאוד", "לא מסכים" ו"כלל לא מסכים" הממצאים תואמים להשערה, ואילו ברמות ההסמכה "מסכים" ו"מסכים חלקית" התוצאות סותרות את השערת. על כן קביעתי היא כי **בהתייחס לעמדה הכללית, השערת אוששה חלקית.**

דיון ומסקנות

שאלת המחקר שלי הייתה כיצד משפיע מין הנבדק והסמכתו או אי הסמכתו בתחום הטיפול על עמדתו ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז.

השערות המחקר שלי היו:

1. קיים קשר בין מגדרו של הנבדק לעמדתו ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז: לנשים תהיה עמדה חיובית יותר מאשר לגברים.
2. קיים קשר בין הסמכתו או אי הסמכתו של הנבדק בתחום הטיפול לעמדתו ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז: למטפלים, בעלי הסמכה בתחום הטיפול, תהיה עמדה חיובית יותר מאשר נבדקים חסרי הסמכה בתחום הטיפול.

את עמדות הנבדקים בדקתי באמצעות שאלוני עמדות המכילים 23 היגדים הבודקים את שלושת מרכיבי העמדה: קוגניטיבי (היגדים 1,2,3,5,6,8,12,16,18,19,20,21,22), התנהגותי (היגדים 4,10,11,15,17) ורגשי (היגדים 7,9,13,14,23). בשאלון נכללו שאלות הבודקות את העמדה בדרך החיוב, כלומר, תשובה ברמת הסכמה גבוהה מעידה על עמדה חיובית (היגדים 1,2,3,5,7,9,11,13,15,17,19) ושאלות שבדקו את עמדות הנבדקים בדרך השלילה, כלומר, תשובה ברמת הסכמה נמוכה מעידה על עמדה חיובית. בשאלות אלו הפכתי את תשובות הנבדקים כדי לבדוק את עמדתם. (היגדים 4,6,8,10,12,14,16,18,20,21,22,23) את מגדרו של הנבדק ואת היותו מוסמך או לא מוסמך בתחום הטיפול בדקתי בחלק בשאלון הקרוי – פרטים דמוגרפיים.

שתי השערות המחקר אוששו באופן חלקי, ברוב מרכיבי העמדה אותם בחנתי, אולם היו מרכיבים בהם השוני בעמדה בין קבוצות האוכלוסייה השונות היה יותר ברור וחד, והיו כאלו שפחות.

השערת המחקר הראשונה - קיים קשר בין מגדרו של הנבדק לעמדתו ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז: לנשים תהיה עמדה חיובית יותר מאשר לגברים.

בהתייחס למרכיב העמדה הקוגניטיבי

מהממצאים שהוצגו בפרק הקודם ניתן לראות כי ההשערה אוששה באופן חלקי, כלומר לנשים יש עמדה חיובית יותר, בהתייחס למרכיב העמדה הקוגניטיבי, מאשר לגברים, באופן חלקי.

תוצאות התומכות בהשערתני ניתן לראו בשתי רמות ההסכמה הגבוהות ובשתי רמות ההסכמה הנמוכות. סכום אחוז הנשים שענו בהיגדים הבוחנים את מרכיב העמדה הקוגניטיבי, בשתי רמות ההסכמה הגבוהות ביותר ("מסכים מאוד" ו"מסכים") הוא 86.2%. לעומת זאת, אחוז הגברים שענו ברמות הסכמה אלה הוא 65.4% בלבד. בנוסף, בשתי רמות ההסכמה הנמוכות, המעידות על עמדה שלילית, התפלגות הנשים והגברים הייתה גם היא כמשוער – אחוזי הגברים היו גבוהים מאחוזי הנשים. ממצאים אלה תואמים את הגישה הפונקציונליסטית לחיברות עליה בססתי את השערתני. גישה זו לתהליך החיברות מתארת את

תהליכי החיברות השונים שעוברים גברים ונשים, על מנת שילמדו את תפקידי המגדר שלהם, ניתן להסיק כי לנשים, יהיה עניין רב יותר בתחומי טיפול שונים, מאשר לגברים, בעקבות תהליכי החיברות השונים שהם עוברים. מכאן שיש להן ידע רב יותר בנושאים אלו ולכן מרכיב העמדה הקוגניטיבי שלהן יציב יותר וחיובי יותר.

לעומת זאת, ברמת ההסכמה האמצעית, "מסכים חלקית", נמצא במפתיע, ובניגוד להשערה, אחוז גברים גבוה במידה רבה יחסית לאחוז הנשים (21.8% מהגברים מול 8.2% מהנשים). את השוני בתוצאות שהוצג ברמת ההסכמה זו, ניתן להסביר בעזרת הנימוק כי התשובה האמצעית, עשויה לשקף קושי בנקיטת עמדה, למשל, בגלל חוסר ידע או ניסיון (שמר-חיים, 2008). מכיוון שגברים לא חונכו להתעניין בתחומי הטיפול השונים, אחוז הגברים המשיבים, במרכיב הקוגניטיבי, ברמת ההסכמה האמצעית היה גבוה.

בהתייחס למרכיב העמדה ההתנהגותי

ניתן לראות בממצאים כי השערתי אוששה באופן חלקי, כלומר לנשים יש עמדה חיובית יותר, בהתייחס למרכיב העמדה ההתנהגותי, מאשר לגברים, באופן חלקי.

תוצאות המאששות את השערתי ניתן לראות ברצות ההסכמה "מסכים מאוד", "לא מסכים" ו"כלל לא מסכים". קיים פער גדול בין אחוז הנשים המשיבות ברמת ההסכמה הגבוהה ביותר, במרכיב העמדה ההתנהגותי, לעומת אחוז הגברים המשיבים ברמת הסכמה זו (18.0% מהנשים מול 7.3% מהגברים). בנוסף, אחוז הגברים המשיבים בשתי רמות ההסכמה הנמוכות היה גבוה מאחוז הנשים שהשיבו ברמות הסכמה אלה. תוצאות אלה תואמות את השערתי ואת הגישה הפונקציונליסטית לחיברות שהוצגה בפרק הקודם. כפי שנאמר, בעקבות תהליך החיברות לתפקידי המגדר השונים שעוברים נשים וגברים, נשים נוטות לעזרה לזולת ואילו בנים מחונכים להפגנת כוח. מסיבה זו ניתן להגיד כי נשים ינסו למצוא פתרונות למצוקות של אנשים ולכן תהיה להן נטייה, יותר מלגברים, להציע טיפול שלדעתן עשוי לעזור לאדם הסובל.

בניגוד לזאת, ברמות ההסכמה השנייה והשלישית ("מסכים" ו"מסכים חלקית") נמצאה סתירה להשערתי, מכיוון שאחוז הגברים היה גבוה מאחוז הנשים. ברמת ההסכמה "מסכים" נמצא פער קטן בין אחוזי הגברים לאחוזי הנשים, אך בניגוד להשערה, אחוז הגברים הוא זה שהיה גבוה במעט. הפער הוא פער קטן מאוד, פחות מ-3%, ולכן ניתן להגיד כי הוא לא משמעותי וכי הוא יכול להגרם כתוצאה מאוכלוסיית המחקר המסויימת שנבדקה במחקר זה, שלצערי הייתה קטנה יחסית. את התוצאות הלא צפויות שתוארו ברמת ההסכמה האמצעית, "מסכים חלקית", ניתן להסביר על ידי הנטייה לסימון התשובה האמצעית המעידה על חוסר ידע, חוסר עניין ועל כן גם על חוסר פעילות בנושא הנחקר. בגלל תהליך החיברות שעוברים הגברים לתפקיד המגדר שלהם, הם נוטים פחות להתעניין בטיפולים מסוגים שונים ולכן גם לא יביעו עניין בפעולות הקשורות לתחום הטיפול הנחקר וייטו לסמן את התשובה האמצעית בשאלון הבוחן את עמדתם ביחס לתחום טיפול כלשהו.

בהתייחס למרכיב העמדה הרגשי

התוצאות שנצפו בפרק הקודם מאששות באופן חלקי את השערתנו, כלומר לנשים יש עמדה חיובית יותר, בהתייחס למרכיב העמדה הרגשי, מאשר לגברים, באופן חלקי.

ברמות ההסכמה "מסכים מאוד", "לא מסכים" ו"כלל לא מסכים" נמצאו תוצאות המאששות את השערתנו. אחוז הנשים שענו ברמת ההסכמה הגבוהה ביותר, כמשוער, היה גבוה ברבה מאחוז הגברים שענו ברמת הסכמה זו (פער של 16.4%). בנוסף נמצא כי אחוז הגברים שענו בשתי רמות ההסכמה הנמוכות, המביעות עמדה שלילית, גבוה מאחוז הנשים שענו ברמות הסכמה אלה. תוצאות אלה תואמות את הגישה הפולקציונליסטית לחיברות שפורטה בפרק הקודם. ניתן גישה אומרת כי בתהליך החיברות שעוברים גברים ונשים, שמתחיל כבר מרגע לידתם, הם לומדים את תפקידי המגדר שלהם. הפער הגדול שנראה ברמת ההסכמה הגבוהה ביותר מעיד על הרגישות הגבוהה של הנשים לעומת זו של הגברים. נשים ניחנות ברגישות זו בגלל תהליך החיברות שעברו בו למדו להיות אינטימיות יותר, קשובות יותר לצרכי הזולת ומונעות יותר מהרגש והאנטואיציות שלהן. גם את אי ההסכמה של הגברים שהוצגה ניתן להסביר בעזרת תהליך החיברות שעברו בו למדו להיות קשוחים, להפגין כוח ועוצמה. סיבה זו יכולה לגרום להם לפרש הפגנת רגשות כחולשה ולכן להביע עמדה שלילית יותר במרכיב העמדה הרגשי.

אולם ברמת ההסכמה "מסכים" וברמת ההסכמה "מסכים חלקית" נמצאו תוצאות המנוגדות להשערתנו, מכיוון שאחוז הגברים היה גבוה מאחוז הנשים. תוצאות אלו יכולות להיגרם בעקבות המהפכה המודרנית שיצרה והעלתה במקום הגבר ה"חזק" וה"שולט" גבר חדש, שונה ואחר לחלוטין, גבר עדין, מתחשב, מרוסן, מאופק, רגיש, רך ואכפתי. בעיקבות המודרניזציה של החברה, תהליכי החיברות שעוברים הגברים משתנים וכעת מצפים מהם ליותר הבנה, הזדהות עם אחרים והפגנת רגשות (ברנזון, 2011).

בהתייחס לעמדה הכללית

בתוצאות שהובאו בפרק הקודם נראה כי גם בממוצע העמדה הכוללת בתוכה את שלושת מרכיבי העמדה השונים, השערתנו אוששה באופן חלקי.

רמות ההסכמה בהן נמצא אישוש להשערתנו הן "מסכים מאוד", "לא מסכים" ו"כלל לא מסכים". ברמת ההסכמה הגבוהה ביותר קיים פער גדול מאוד בין אחוז הנשים לאחוז הגברים, כאשר אחוז הנשים גבוה בכ- 18% מאחוז הגברים. בשתי רמות ההסכמה הנמוכות אחוז הגברים גבוה מאחוז הנשים. בפרק המגדר נאמר כי הבחנה בין בני אדם על פי מגדרם מתייחסת להבחנה בין גברים לנשים על סמך קריטריונים חברתיים, פסיכולוגיים ותרבותיים. כאשר באים לבחון את ההבדלים בין המגדרים, מתמקדים בהבדלים בהתנהגות, בתפיסה עצמית, בתפקידי מין במאפיינים פסיכולוגיים ועוד. ההנחה היא כי הבדלים אלה הם תוצאה של גורמים חברתיים ותרבותיים, כלומר נלמדים. על פי הגישה הפונקציונליסטית לחיברות תהליכי החיברות שעוברים נשים וגברים שונים זה מזה מכיוון שהחברה וסוכני החיברות המשפיעים על הפרט מרגע היוולדו, מלמדים את הפרט את תפקידיו בחברה, בהתאם למגדרו. היחיד לומד את תפקידו בחברה, תוך מגע גומלין עם סביבתו. מכיוון שבתפיסה החברתית לנשים ולגברים יש תפקידים שונים הם עוברים תהליכי

חיברות שונים המעודדים תכונות אופי שונות. סוכני החיברות, וההורים כסוכנים משמעותיים מאוד, מתייחסים באופן שונה לדפוס התנהגות בהתאם למגדר. יחס שונה זה בא לידי ביטוי בעידוד הבנים לקשיחות, לעמצאות, לתחרותיות ולהפגנת כוח, ולעומתם עידוד הבנות לחברתיות, לעזרה לזולת, לסבלנות, לעדינות ולמשמעת.

לעומת זאת, ברמות ההסכמה "מסכים" ו"מסכים חלקית", נצפו תוצאות המנוגדות להשערת. ברמות הסכמה אלה אחוז הגברים היה גבוה מאחוז הנשים. הפער בין הגברים לנשים ברמת ההסכמה השנייה, "מסכים", הוא קטן יחסית (1.5% בלבד) ולכן ניתן להגיד כי הוא לא משמעותי ויכול להיות כי הוא נגרם בעיקבות טרנד זמני ומקומי באזור מגורי (שהוא אותו אזור של מגורי רוב הנבדקים) לרכיבה על סוסים. פופולריות זו של הרכיבה הטיפולית, גרמה לגברים, ככל הנראה, בעקבות התחרותיות אליה חונכו בתהליך החיברות ולחשיבות הגדולה יותר שהם מייחסים למעמד, לעמדה חיובית יותר. את נטייתם של הגברים לענות ברמת ההסכמה "מסכים חלקית", שהיא רמת ההסכמה האמצעית, ניתן להסביר בעקבות הנטייה לאמצע הקיימת אצל אנשים חסרי ידע, עניין ומעורבות רגשית בתחום הנבדק. גברים, שבמהלך תהליך החיברות חונכו והורגלו לקשיחות ולהפגנת כוח, מוצאים פחות עניין בתחומי טיפול שונים ולכן גם במחקר זה הבודק את עמדותיהם ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית, הם נוטים לענות בתשובה האמצעית.

השערת המחקר השנייה - קיים קשר בין הסמכתו או אי הסמכתו של הנבדק בתחום הטיפול לעמדתו ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז: למטפלים, בעלי הסמכה בתחום הטיפול, תהיה עמדה חיובית יותר מאשר נבדקים חסרי הסמכה בתחום הטיפול.

בהתייחס למרכיב העמדה הקוגניטיבי

מהתוצאות שהוצגו ניתן לראות כי השערת אוששה באופן חלקי.

תוצאות המאששות את השערת ניתן לראות ברמות ההסכמה "מסכים מאוד" ו"כלל לא מסכים". אחוז המטפלים שענו ברמת ההסכמה הגבוהה ביותר היה, כמשוער, גדול משמעותית מאחוז הנבדקים חסרי ההסכמה בתחום נטיפול שענו ברמת הסכמה זו. בנוסף אחוז חסרי ההסכמה בתחום הטיפול שענו ברמת ההסכמה הנמוכה ביותר, היה גבוה מעט מאחוז המטפלים. תוצאות ניתן להסביר בעזרת מחקרו של ארונסון (1963) המתואר בחלקה הקודם של העבודה. במחקר זה נאמר כי עמדות של אנשים מושפעות בצורה קיצונית יותר מאנשים מוסמכים, מומחים בתחום, הנמצאים בסביבתם. המטפלים שומעים בסביבת נתונים על תחום טיפול זה, כמו על אחרים נוספים, ומודעים יותר לעובדות הקשורות לחומי טיפול שונים, מפיהם של מומחים שונים בתחום הטיפול ועל כן עמדתם חיובית יותר מאשר עמדתם של אנשים חסרי הסמכה בתחום הטיפול שלו חשופים לעמדות המומחים.

לעומת זאת, נמצאו תוצאות הסותרות א תהשערת ברמות ההסכמה "מסכים", "מסכים חלקית" ו"לא מסכים". אחוז המטפלים שענו ברמת ההסכמה "לא מסכים" היה גבוה מאחוז חסרי ההסמכה. בנוסף ברמות ההסכמה "מסכים" ו"מסכים חלקית" היו אחוזים גבוהים יותר של חסרי הסמכה בתחום הטיפול לעומת

מטפלים שענו ברמות הסכמה אלו. את אחוז ההסכמה הגבוה יחסית של הנבדקים חסרי ההסכמה בתחום הטיפול, ברמות ההסכמה השנייה והשלישית ניתן להסביר בעקבות התאוצה הרבה שתופסת הרכיבה הטיפולית באיזור מגורי (שהוא איזור מגורי רוב הנבדקים). בתקופה האחרונה המודעות לתחום הרכיבה הטיפולית עולה בצורה ניכרת כך שאנשים רבים יותר מכירים את הטיפול ואף התנסו בו באופן אישי או שילדיהם טופלו בו. מסיבה זו עמדתם חיובית לגבי רכיבה טיפולית.

בהתייחס למרכיב העמדה ההתנהגותי

על פי התוצאות שנראו בפרק הממצאים נמצא כי השערתי, במרכיב עמדה זה, אוששה במלואה. בשתי רמות ההסכמה הגבוהות, המביעות עמדה חיובית, אחוז המטפלים היה גבוה מאחוז חסרי ההסכמה בתחום הטיפול, ובשתי רמות ההסכמה הנמוכות, המביעות עמדה שלילית, אחוז חסרי ההסכמה בתחום הטיפול היה גבוה מאחוז המטפלים. העמדה החיובית יותר של המטפלים מתבססת על השפעת עמדות של מטפלים מומחים אשר נמצאים בסביבת עבודתם. בנוסף ניתן להגיד שמכיוון שהפניית מטופלים לתחום טיפול כזה או אחר הוא חלק מעבודתם של המטפלים, וכי יש להם ניסיון רב בעבודה עם מטופלים הזקוקים להמלצות על טיפולים שונים, מרכיב העמדה ההתנהגותי שלהם חיובי יותר.

ברמת ההסכמה האמצעית, הפער בין אחוז חסרי ההסכמה בתחום הטיפול שענו, שהיו הרוב, לבין המטפלים שענו ברמת הסכמה זו היה 2.7% בלבד כך שהמובהקות שנצפתה בארבע רמות ההסכמה הקיצוניות נשארת. מכאן שהתוצאות תואמות את השערתי ואת מחקרו של ארונסון בקשר לשיכנוע על ידי מומחים, באופן מלא. מסקנות המחקר של ארונסון היו כי, אנשים נוטים יותר להשתכנע כאשר הם יודעים שמוסר המסר בעל מומחיות בתחום.

בהתייחס למרכיב העמדה הרגשי

מהתוצאות שהוצגו בפרק הקודם, ניתן לראות כי השערתי אוששה באופן חלקי. תוצאות המאששות את השערתי ניתן לראות בשתי רמות ההסכמה הגבוהות, "מסכים מאוד" ו"מסכים", בהן היה רוב מוחלט למטפלים מול חסרי ההסכמה בתחום הטיפול, ובשתי רמות ההסכמה הנמוכות, "לא מסכים" ו"כלל לא מסכים", בהן אחוזי חסרי ההסכמה בתחום הטיפול היו גבוהים מאחוזי המטפלים. תוצאות אלה תואמות את מסקנות המחקר של ארונסון. המומחים המצויים בקרבתם של המטפלים, ככל הנראה השפיעו על מרכיב העמדה הרגשי שלהם, מכיוון שהם חוו קירבה למטופלים שטופלו ברכיבה טיפולית והושפעו מהתהליך באופן רגשי.

לעומת זאת, ברמת ההסכמה האמצעית נמצע פער גדול בין אחוז המטפלים לאחוז חסרי ההסכמה בתחום הטיפול, כך שבניגוד למשוער, אחוז חסרי ההסכמה בתחום הטיפול היה גבוה ביותר מ-10 אחוזים באחוז המטפלים. את הפער הגדול יחסית שנמצא ברמת ההסכמה האמצעית "מסכים חלקית" ניתן להסביר, שוב, על ידי הנטייה לאמצע המאפיינת אנשים חסרי ידע בתחום ובמקרה זה של מרכיב העמדה הרגשי, חסרי מעורבות רגשית בתחום הנבדק. למטפלים העובדים יום יום עם אנשים עם מצוקות שונות, המזדהים יותר

עם הקושי שלהם ועם הצורך שלהם בטיפול שיעזור להם להתגבר על הקשיים שלהם, יהיה מרכיב עמדה רגשי מבוסס יותר ועל כן חיובי יותר. לעומת זאת נבדקים חסרי הסמכה בתחום הטיפול, שלא נמצאים עם מטופלים במגע ישיר ולכן מעורבותם הרגשית נמוכה, תהיה עמדה ניטרלית יותר, לא מבוססת ולכן תהיה להם נטייה לענות בתשובה האמצעית בשאלונים הבודקים עמדות ביחס לתחום טיפולי כזה או אחר כמו השאלון שבו השתמשתי בעבודתי.

העמדה הכללית

בתוצאות העמדה הכללית המורכבת מממוצע שלושת מרכיבי העמדה נמצא כי השערתי אוששה באופן חלקי.

תוצאות המאששות את ההשערה ניתן לראות ברמת ההסכמה הגבוהה ביותר, "מסכים מאוד", בה קיים פער גדול מאוד בין שתי קבוצות האוכלוסייה, כאשר באופן תואם להשערתי, אחוז המטופלים גבוה ביותר מ-13% מאחוז הנבדקים חסרי ההסמכה בתחום טיפולי. בנוסף ברמת ההסכמה הנמוכה ביותר התוצאות התאימו להשערתי ונמצא כי אחוז חסרי ההסמכה בתחום הטיפול גבוה מאחוז המטופלים שענו ברמת הסכמה זו. את אחוז המטופלים הגבוה ניתן להסביר על פי מחקרו של ארנסון בנוגע לשכנוע על ידי מומחים הקובע כי השפעת מומחים על עמדות משמעותית מהשפעה של אנשים אחרים.

מטופלים אשר בסביבתם מומחים רבים בנושא הטיפול, מושפעים מעמדותיהם באופן משמעותי יותר מאשר אנשים שאין להם קשר ישיר לתחום הטיפול שעמדותיהם יכולות להיות מושפעות מאנשים אחרים או ממטופלים שהם פוגשים באופן אקראי. מסיבה זו עמדתם של המטופלים חיובית יותר, מבוססת יותר ויציבה יותר.

לעומת זו בשתי רמות ההסכמה, "מסכים" ו"מסכים חלקית", נמצאו תוצאות שלא תואמות באופן מלא את השערתי. ברמת ההסכמה השנייה אחוז הנבדקים חסרי ההסמכה בתחום טיפולי גבוה מעט מאחוז המטופלים שענו ברמת הסכמה זו. גם ברמת ההסכמה האמצעית, "מסכים חלקית", אחוז חסרי ההסמכה היה גבוה מאחוז המטופלים. ברמת ההסכמה הרביעית, "לא מסכים", נמצעו שיעורי היענות זהים כמעט (הבדל של 0.2%) בין שתי קבוצות האוכלוסייה כך שאפשר להגיד כי זה סותר את השערתי, שחסרי ההסמכה בתחום טיפולי יביעו עמדה שלילית יותר מהמטופלים. את העמדה החיובית של הנבדקים חסרי ההסמכה בתחום הטיפול ניתן לבסס על כך שהרכיבה הטיפולית הפכה לפופולרית מאוד וכיום יותר ויותר אנשים מודעים אליה ואפילו חווים אותה באופן אישי. הרכיבה על סוסים תמיד הייתה מרשימה ומשוייכת למעמד גבוה ולסטטוס חברתי גבוה. כיום כאשר כל קופות החולים מאפשרות סיבסוד של טיפול זה למגוון רחב מאוד של בעיות בגילאים שונים, אוכלוסייה רחבה מאוד זוכה לחוות טיפול באמצעות רכיבה על סוסים ולכן העמדה שלהם כלפי טיפול זה חיובית. גם אנשים שלא התנסו בטיפול באופן אישי שומעים יותר ויותר על טיפול זה ולכן גם עמדתם נעשית חיובית יותר. למרות כל זה עמדתם בדרך כלל לא מבוססת ולא יציבה ולכן הם נמנעו מלענות בשאלון ברמת ההסכמה הגבוהה ביותר. ניתן לראות כי למרות הפופולריות של הרכיבה הטיפולית על סוסים באיזור מגורי ועמדתם החיובית יחסית של הנבדקים, ברמת ההסכמה הגבוהה

ביותר, המביעה עמדה חיובית מוחלטת ומבוססת מאוד, קיים עדיין רוב של מטפלים. מכאן ניתן להסיק כי ההתנסות המעשית של המטפלים בתחום והעמדות שהם שומעים ממומחים בסביבתם גורמות לעמדותיהם להיות יציבות יותר בחיוביותן ואילו עמדתם של הנבדקים חסרי ההסמכה בתחום הטיפול, גם אם היא חיובית אין היא החלטית ומובהקת כמו זו של המטפלים.

לסיכום ניתן לראות מהממצאים ומהמסקנות הנובעות מהם כי תהליכי החיברות השונים שעוברים נשים וגברים לתפקידי המין, אכן משפיע על עמדות הנבדקים ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז. נשים המחונכות ומורגלות מרגע לידתן לרגישות, אינטימיות, מתן תמיכה, עזרה לזולת, עדינות וצייתנות, מביעות עמדה חיובית יותר מגברים, שבתהליך החיברות שלהם לומדים להיות תוקפניים, תחרותיים ושתלטניים, ונוטים לייחס חשיבות רבה למעמד החברתי.

בנוסף נראה כי המסקנות ממחקרו של ארנסון (1963) בנוגע לשיכנוע על ידי מומחים אכן תואמות את תוצאות המחקר. מטפלים המצויים בסביבת מומחים בתחום הטיפול מושפעים רבות מעמדותיהם ולכן הם מביעים עמדה חיובית יותר מאנשים חסרי הסמכה בתחום הטיפול שלא מושפעים באופן קבוע מעמדות של מומחים בתחום.

סיכום

שאלת המחקר בעבודתי הייתה כיצד משפיעים מגדר הנבדקים והסמכתם או אי הסמכתם בתחום הטיפול, על עמדתם ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית על סוסים עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז. השערות המחקר שלי היו:

- קיים קשר בין מגדרו של הנבדק לעמדתו ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז: לנשים תהיה עמדה חיובית יותר מאשר לגברים.
- קיים קשר בין הסמכתו או אי הסמכתו של הנבדק בתחום הטיפול לעמדתו ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז: למטפלים, בעלי הסמכה בתחום הטיפול, תהיה עמדה חיובית יותר מאשר נבדקים חסרי הסמכה בתחום הטיפול.

בעבודה זו סקרתי את תחום הטיפול באמצעות רכיבה טיפולית על סוסים, על סוגיו השונים ואת התרומות הרבות שלו בתחומים הקוגניטיבי, הרגשי, החברתי, המוטורי, העצבי ועוד. בנוסף סוקרה בעבודה זו הפרעת הקשב והריכוז, מקורותיה, השפעותיה על חיי היום יום של הלוקים בה והאפשרויות השונות לטיפול בה. נושא נוסף שהוצג בעבודה היה העמדה, משמעותה, מרכיביה, מאפייניה, דרכי רכישתה, הקשר בינה להתנהגות והדרכים למדידתה. ההבדלים בין המינים היה עוד פרק בעבודה בו הוסבר המושג מגדר ונבחנו ההבדלים הביולוגיים והפסיכולוגיים ביניהם. בפרק העוסק באוכלוסיית המטפלים הוגדר מיהו מטפל והוצגו סוגי המטפלים העיקריים שהשתתפו במחקר זה. עוד הוצגו בעבודה הגישה הפונקציונליסטית לחיברות, הטוענת כי מרגע הלידה כל אדם לומד בעזרת סוכני החיברות, את תפקידיו בחברתו, ומחקרו של ארונסון (1963), המסיק כי השפעת מומחים על עמדות גדולה מהשפעות אנשים אחרים. על תאוריה והמחקר האלה התבססתי בעבודתי, בהשערותיי ובבחינת הממצאים והמסקנות.

שיטת המחקר בה בחרתי על מנת לענות על שאלת המחקר שלי הייתה שאלוני עמדות שחולקו לאוכלוסיית המחקר שלי שמנתה 30 גברים, 30 נשים, 30 מטפלים ו-30 נבדקים חסרי הסמכה בתחום הטיפול.

שאלון העמדות בחן את עמדות הנבדקים על ידי 23 היגדים הבודקים את שלושת מרכיבי העמדה: קוגניטיבי, התנהגותי ורגשי. השאלון בדק את רמת הסכמתם של הנבדקים עם כל אחד מההיגדים, וכך את עמדתם הכללית.

הממצאים העיקריים שנמצאו במחקרי היו כי בכל מרכיבי העמדה, בשתי ההשערות, התפלגות הנבדקים ברמת ההסכמה הגבוהה ביותר הייתה כמשוער –

אחוז הנשים שענו ברמת הסכמה זו, גבוה מאחוז הגברים, בעקבות תהליכי החיברות השונים שהם עוברים, שמטרתם להקנות להם את תפקידיהם בחברה. תהליך החיברות שהגברים עוברים מרגע לידתם מלמד

אותם להיות קשוחים, תוקפניים, תחרותיים ולהפגין כוח ואילו תהליך החיברות שעוברות הנשים מעודד אותן לאינטימיות, לעזרה לזולת לסבלנות ולעדינות.

אחוז המטפלים שענו ברמת הסכמה זו, גבוה מאחוז הנבדקים חסרי ההסמכה בתחום הטיפול מכיוון שעמדת המטפלים מושפעת מעמדות המומחים שבסביבתם. על פי מחקרו של ארנסון (1963) השפעת מומחים על עמדות גבוהה ומשמעותית מאוד.

לעומת זאת ברמות ההסכמה האחרות לא נמצאה אחידות מוחלטת ועל כן לא הייתה התאמה מלאה להשערותי ולחומר התאורטי שהוצג בעבודה. את אי ההתאמה ניתן לבסס על היות הרכיבה הטיפולית פופולרית מאוד באזור מגורי (שהוא גם אזור המגורים של רוב הנבדקים), דבר הגורם לגברים רבים להביע עמדה חיובית באופן יחסי בעקבות החשיבות הגדולה שהם נותנים למעמד החברתי. בנוסף ניתן לראות גם אצל גברים וגם אצל נבדקים חסרי הסמכה בתחום הטיפול, נטייה לענות בתשובה האמצעית, המביעה, כנראה, קושי בנקיטת עמדה הנובע מחוסר ידע בנושא, חוסר עניין, חוסר מעורבות רגשית ועוד.

בגלל המובהקות שהייתה ברמת ההסכמה הגבוהה ביותר וחוסר ההתאמה להשערות ולחומר התיאורטי שנמצא ברמות ההסכמה האחרות, ניתן להגיד כי השערותי אוששו באופן חלקי.

במחקר שביצעתי היו כמה מגבלות שכלל הנראה השפיעו על התוצאות כך שהן לא אחידות ומובהקות. מגבלה אחת הייתה המדגם הקטן יחסית, שכלל בעיקר נבדקים מאזור מסוים בארץ כך שהוא לא מייצג את העמדה הכללית של אנשים בארץ. בנוסף, בגלל המדגם הקטן, התפלגות הנבדקים ברמות ההסכמה השונות בשאלון הייתה מעט בעייתית. כאשר קיימים אחוזים גבוהים של אוכלוסייה מסוימת ברמת ההסכמה הגבוהה ביותר, לדוגמה, אחוז האוכלוסייה השנייה ברמת ההסכמה השנייה, נעשה גבוה יותר מאחוזי האוכלוסייה הראשונה וכך נצפות תוצאות שלא בהכרח תואמות את היחסים בין שתי האוכלוסיות בעמדותיהם ביחס לשאלה הנבחנת.

מחקר המשך שעשוי להיות מעניין ומשמעותי לתחום, הוא לבחון באופן ברור את השפעת הידע בתחום והנסיון האישי של הנבדק על עמדתו ביחס לרכיבה טיפולית. מחקר זה יוכיח את החשיבות של חשיפת התחום והגברת המודעות ביחס אליו על מנת לבסס עמדה חיובית כלפי התערבות ברכיבה טיפולית.

דבר מעניין נוסף שניתן לבדוק הוא את האופן בו משפיעה הרכיבה הטיפולית בפועל על ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז. מחקר זה דורש זמן רב של תצפיות על המטופלים, בחינת התקדמותם בתחומים רבים ומעקב צמוד על כל תהליך הטיפול, עם זה בקשר עם הילד עצמו, עם הוריו, עם מדריך הרכיבה הטיפולית ועם מטפלו השונים, שיעידו על ההתקדמות.

ביבליוגרפיה

- אבן שושן. א'. (1987) "המלון העברי המרוכז" ירושלים, הוצאת קרית ספר בע"מ.
- ברנזון. י', (2011) "הגבר החדש והגבר הישן". מתוך אתר "מאמרים". נדלה בתאריך 4.3.11.
- גרוסמן. ל', "מהי הפרעת קשב וריכוז?" מתוך האתר ADHD.co.il, נדלה ב- 22.11.10.
- גרנדין. ט' וג'ונסון. ק', (2006) "השפה הסודית של בעלי החיים" תל אביב, הוצאת אריה ניר.
- הרשקוביץ. אוהד, "מיהו מטפל". מתוך אתר "קולות הנפש" נדלה –תאריך 4.3.11.
- חן. מ', (2006) "המשתנה התורם לשינוי ברכיבה הטיפולית." נדלה בתאריך 31.8.10, מאתר פסיכולוגיה עברית <http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=993> :
- טוראל. מ' ושניידרמן. ס', (2003). "טיפול בהפרעת קשב וריכוז". מתוך אתר "מקום מיוחד – מאגר מידע והורים ולמשפחות של ילדים עם צרכים מיוחדים", נדלה בתאריך 20.11.10.
- יואל. ל', (2010) "רציונאל לטיפול בילדים עם הפרעת קשב וריכוז", מתוך אתר "מרכז מומחים בקשב" www.bekeshev.com. נדלה בתאריך 20.11.10.
- שותפים למחקר ולכתיבת המאמר: ד"ר לסיק. מ', שינבר. ר', פוסט מ' ק', ריברה א' ג', ולמון. ב', "רכיבה טיפולית עבור נשים נכות", תרגום מתוך Lifelines AWHONN האגודה לבריאות האישה, מיילדות אחיות. כרך 8, מרץ-אפריל 2004 גיליון 46 – 53, פורסם באתר "מאמרים", נדלה ביום שלישי 31 אוגוסט 2010.
- מלאך-פיינס, איילה (1997) "פסיכולוגיה של המינים – רכך א" הוצאת תל אביב הפתוחה.
- רפפורט. ש', "הפרעת קשב וריכוז - מה ההבדל בין ADD ל-ADHD". פורסם באתר informed.co.il – פורטל הרפואה של ישראל. נדלה ב-30.11.10.
- ראסל. א' ב', (1949) "לשלוט ב-ADHD-מדריך מלא ומוסמך להבנת הפרעות קשב וריכוז" תל אביב, הוצאת גלילה. מהדורה מעודכנת – הוצאת דיוגון, שנת 2003.
- שלי. א', (1996) "המרפא הפרוותי", תל אביב, צ'ריקובר מוציאים לאור בע"מ.

שמר חיים. ל', (2008) **"האם מרואיינים בורחים לאמצע? שיקולים בבחירת סולם תשובות זוגי או אי-זוגי**

למידת עמדות". מתוך אתר מאמרים. נדלה בתאריך 4.3.11

כותב לא ידוע, **"הפרעת קשב וריכוז – הכל תלוי בשליטה"** – מתוך אתר attengo.co.il – אימון אונליין

לשיפור קשב, ריכוז וזיכרון. נדלה בתאריך 16.11.10.

כותב לא ידוע, **"הפרעות קשב וריכוז - פעילות מוחית"** – מתוך אתר attengo.co.il – אימון אונליין לשיפור

קשב, ריכוז וזיכרון. נדלה בתאריך 16.11.10.

כותב לא ידוע, **"הפרעות קשב וריכוז והגנטיקה -נמצאו קבוצות גנים אשר קשורות בהפרעות קשב**

וריקוז" – מתוך אתר www.attengo.co.il – אימון אונליין לשיפור קשב, ריכוז וזיכרון. נדלה בתאריך

16.11.10.

כותב לא ידוע, **"למרות איך שזה נראה, להפרעות קשב וריכוז יש גם יתרונות!"** – מתוך אתר

attengo.co.il – אימון אונליין לשיפור קשב, ריכוז וזיכרון. נדלה בתאריך 16.11.10.

אתר "בטיפולנט" – פורטל לשירותים פסיכולוגים בישראל, לקסיקון מושגים. נדלה ב- 8.12.10

נספחים

הצעת העבודה

ליאת לוין – "עמדות של אנשי מקצוע מתחום הרפואה והטיפול ביחס להתערבות באמצעות רכיבה
טיפולית עבור בעיות של קשב וריכוז"

שם בית הספר: בית הספר התיכון הניסויי העל-יסודי משגב **טלפון ביה"ס:** 04-9801111

כתובת בית הספר: ד"נ משגב 20179 **סמל ביה"ס:** 240481

שם פרטי תלמיד: ליאת

שם משפחה תלמיד: לוין

ת"ז תלמיד: 203637897

כיתה: י"א 3

מחנך כיתה: אבלין קדוש

מקום מגורים: יובלים

מקצוע העבודה: מדעי החברה

מורה המקצוע: פסיכולוגיה – שפרה אהרון, סוציולוגיה – חגית ברוך

עבודה צמודה: כן

שאלון: (אם מדובר בעבודה צמודה):

יחידות לימוד: הרחבה לעבודת היחידה החמישית. העבודה מחליפה 2 יחידות פסיכולוגיה ו-2 יחידות סוציולוגיה.

ציון מחצית א במקצוע: פסיכולוגיה – 75. סוציולוגיה - 80

טלפון תלמיד: 0542030679

שם פרטי מנחה: נטע

שם משפחה מנחה: גלימידי

ת"ז מנחה: 59804468

תאריך לידה מנחה: 18.4.68

ארץ לידה מנחה: ישראל

מקום עבודה מנחה: "עמותת אנוש", ו-קליניקה פרטית-טיפול משפחתי.

תואר אקדמאי: M.A.

תחום התמחות מנחה: עבודה סוציאלית/פסיכותרפיה.

טלפון מנחה: 0549299432

מקום מגורים מנחה: יובלים

שם עבודת הגמר

עמדות של אנשי מקצוע מתחום הרפואה והטיפול ביחס להתערבות באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מבעיות של קשב וריכוז.

מטרת העבודה

העבודה הנוכחית שמה לה כמטרה לבחון את עמדותיהם של אנשי מקצוע מתחום הרפואה והטיפול ביחס להתערבות באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מבעיות של קשב וריכוז. עבודה זו תתרכז בבדיקת ההשפעה של מין הנבדק ושל התחום בו הוא עוסק (רפואה מול טיפול) על עמדותיו בנושא זה. בנוסף ברצוני לבדוק את מידת המודעות וההכרה של אנשי המקצוע ביחס לתחום הרכיבה הטיפולית ועל המידה בה היו ממליצים למטופליהם הסובלים מבעיות קשב וריכוז לפנות לטיפול מסוג זה.

הצגת הבעיה / התיזה המועלית לדין / לבדיקה

באיזו מידה ישפיעו מין והתחום המקצועי על עמדות ביחס להתערבות באמצעות רכיבה טיפולית על ילדים הסובלים מבעיות קשב וריכוז.

הצגת הבסיס העיוני/התיאורטי ממנו עולות שאלות המחקר ועליו מתבססת דרך המחקר.

תחום הטיפול באמצעות רכיבה הינו תחום בעל היסטוריה ארוכת שנים. כבר בתקופת יוון העתיקה הומלץ לחולים ונכים לרכוב על סוסים כאמצעי לשיפור המורל והמצב הנפשי. החל מהמאה ה-17 ידוע על שימוש אקראי שנעשה ברכיבה כאמצעי שיקומי למגוון של מחלות כמו שחפת, שיתוק והפרעות עצביות. השימוש השיטתי בסוסים למטרות שיקום התחיל כנראה בדנמרק בשנת 1950 על ידי ליז הרטל, שבעצמה הייתה נכה בעקבות שיתוק ילדים, וזכתה במדליית כסף ברכיבה באולימפיאדת הלסנקי. מנגד, יש האומרים כי הרכיבה הטיפולית התפתחה באותן שנים באנגליה ובגרמניה בשתי גישות שונות. באנגליה התפתח התחום בכיוון הספורט המקצועי המותאם למוגבלים ואילו בגרמניה התפתח התחום בכיוון הטיפול המנטאלי והפיסי. "דה- פאו", מחברת הספר "The pet connection", מחלקת את הרכיבה הטיפולית לשלוש קטגוריות שונות: רפואית, פסיכולוגית – חינוכית והתמחותית. הקטגוריה הרפואית כוללת שני תתי-תחומים. היפותרפיה – שבה עיקר הרכיבה פסיבית, המטופל יושב על הסוס בתנוחות שונות ומתאים את גופו לתנודות הסוס. התחום השני, הוא רכיבה טיפולית הכוללת גם ביצוע של פעולות מכוונות על ידי הרוכב הדורשות בין היתר גם קורדינציה רבה ועבודה על השרירים. בקטגוריה הפסיכולוגית – חינוכית, הרכיבה היא בעיקר למטרה חינוכית לילדים עם בעיות התנהגות ולמידה. בקטגוריה ההתמחותית כללה "דה – פאו" רכיבה למטרות שיקום וספורט במיומנויות גבוהות.

מאז תחילת השימוש ברכיבה הטיפולית, הגישות השונות השפיעו אחת על השנייה כשבעבר היו מופרדות לגמרי. כיום כל מדריך, לאחר הסמכתו, יכול לבחור לעצמו את דרך הטיפול המתאימה לו ולמטופליו. לרוב דרך הטיפול מורכבת משלוש הגישות השונות והיא משתנה בהתאם לחווה בה הוא עובד, לסוג האוכלוסייה בה הוא מטפל ולגורמים רבים אחרים.

אחוז גבוה מהאוכלוסייה המטופלת באמצעות רכיבה טיפולית ובעיקר ילדים מתחת גיל 18, הם אנשים בעלי הפרעת קשב וריכוז (ADHD, ADD).

ADHD מוגדרת כהפרעה הכוללת שני תחומים: ליקוי בקשב והתנהגות אימפולסיבית והיפראקטיביות, לעומתה ADD מאופיינת רק על ידי ליקוי בקשב.

חוקרים מניחים כי הפרעת הקשב היא בעצם תכונה מוקצנת. התכונה עצמה מבוססת על היכולת לראות בו זמנית גירויים רבים ולהתייחס אליהם באופן שווה. מכאן נובע, כי אין אפשרות לבודד גירוי אחד ולהתייחס אליו בלבד, תוך התעלמות מיתר הגירויים.

הפרעת הקשב והריכוז הבסיסית מבוססת על שינויים קטנים במבנה המוח ובתפקודו. מקובל לחשוב כיום לאחר מחקרי הדמיה רבים, שהליקוי הוא באזור הפרונטו-סטריאטלי, אזור המצח. ההפרעה נובעת מבעיה בהעברת מידע בין תאי העצב במוח. העברת המידע בתוך התא נעשית באמצעות אותות חשמליים ואילו במעבר בין תא עצב אחד לשני המעבר נעשה באמצעות חומרים כימיים המשוחררים מהתא הראשון, נקלטים בתא השני וגורמים למעבר הזרם החשמלי בתא העצב השני. במוח של אנשים בעלי הפרעת הקשב וריכוז המעבר של חלק מהחומרים הכימיים בין התאים לא מתבצע בצורה טובה וכך נוצרת ההפרעה.

ההפרעה באה לידי ביטוי בקושי להיות קשובים ומרוכזים לאורך זמן, ונטייה להסחת דעת מגירויים שונים בסביבה. בנוסף על כך, לוקה ב ADHD בבעיות בעיבוד מידע, ביטוי הידע ובהיפראקטיביות. נתונים מהשנים האחרונות מראים כי 5%-10% מהילדים בגילאי בית הספר סובלים מההפרעה, וכי רובם בנים, ביחס של 5 בנים מול בת אחת.

יש מגוון גדול של טיפולים שונים להפרעה: טיפול תרופתי, טיפול התנהגותי, טיפול נפשי ועוד.

רכיבה טיפולית היא דרך טיפול ייחודית המשלבת את הטיפול בליווי מטפל ואת ההתמודדות עם הקשיים שהרכיבה על הסוסים יכולה להציב. ממחקרים שנעשו בתחום בעבר, המהווים רציונאל למחקר הנוכחי, אכן ניתן לראות את התרומה המשמעותית והייחודית של טיפול זה, לילדים עם הפרעת קשב וריכוז. חלק מהתרומות הייחודיות של טיפול זה הן: הגברת הביטחון העצמי בעקבות הרגשת השליטה בסוס, חייה כל כך גדולה המסמלת כוח ואצילות. בנוסף, התנועה הקבועה של הסוס גורמת לשחרור הורמונים מיוחדים במוח שגורמים לתחושת שמחה ורוגע והפעולות הרב-שלביות שעל הילדים לבצע משפרים את יכולת הריכוז שלהם ואת יכולתם להיות קשובים למדריך לאורך זמן.

בעבודה זו, ברצוני לבחון את עמדתם של אנשי מקצוע, המפנים ילדים הסובלים מהפרעות קשב וריכוז לטיפול, לתחום הרכיבה הטיפולית.

עמדה היא כל ייצוג קוגניטיבי המסכם את הערכתנו לגבי אובייקט העמדה (האני, אחרים, דברים, התנהגויות, אירועים, או רעיונות). אנשים יכולים לפתח עמדות לגבי כל דבר. לעמדות יש כיוון (חיובי, שלילי) ועצמה (מחזק לחלש).

הפרט נוטה לגבש עמדות כלפי אובייקטים משום שהן מסיעות לו בעיבוד מידע, בתהליכים של קבלת החלטות ובשמירת הדימוי העצמי.

העמדה בנויה משלושה מרכיבים: מידע קוגניטיבי- מה אנשים יודעים לגבי האובייקט. מידע רגשי- איך אנשים מרגישים כלפי האובייקט. מידע התנהגותי - יעד לגבי האינטראקציות של האדם עם האובייקט בעבר, הווה, ועתיד.

העמדות נרכשות בדרכים שונות כגון התנייה קלאסית, התנייה אופרנטית, חיקוי מודלים או בדרך קוגניטיבית של איסוף מידע והסקת מסקנות.

גורמים רבים משפיעים על הפרט ברכישת עמדתו, כגון מין, מוצא, תרבות, הכרת הנושא, קשר אישי לנושא, ועוד.

פירוט של ההיבט המחקרי/המעשי של העבודה:

המחקר יעשה באמצעות שאלוני עמדות שיחולקו ל-40 רופאים ו-40 מטפלים, שיבדקו את עמדותיהם ביחס לנושא המוצג. בנוסף יתייחסו השאלונים גם למין הנבדק.

משתני המחקר:

משתנים בלתי תלויים – תחום עיסוק הנבדק: משתנה נומינאלי.

הגדרה אופרציונלית: תחום עיסוק רפואה או טיפול.

מתחום הרפואה- רופאי משפחה, רופאי ילדים, נירולוגים,

מתחום הטיפול- פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, מרפאים בעיסוק ואחרים.

– מין הנבדק: משתנה נומינאלי דיכוטומי (זכר / נקבה).

משתנה תלוי – עמדות.

עמדות הנבדקים ביחס להתערבות באמצעות רכיבה טיפולית על ילדים הסובלים מבעיות קשב וריכוז.

הגדרה אופרציונלית: המחשבות, הרגשות ואופן ההתנהגות של הנבדקים כלפי התערבות באמצעות רכיבה טיפולית על ילדים הסובלים מבעיות קשב וריכוז.

רשימה (ארעית) של פרקי העבודה:

פרק א' סקירה תיאורטית:

– א'1. רכיבה טיפולית. מה?

תתי נושאים: היסטוריית הרכיבה הטיפולית, ייחוד הסוסים כמטפל התפתחויות ושיטות שונות ברכיבה הטיפולית, התרומה הייחודית של רכיבה טיפולית (בהיבט פיסי ורגשי).

– א'2. הפרעת קשב וריכוז

תתי נושאים: הגדרת הפרעה, הסבר ההפרעה ברמה ביולוגית-נורולוגית, ADHD מול ADD – אבחנה מבדלת, איך ההפרעה באה לידי ביטוי בתפקוד היומיומי, סוגי טיפול בהפרעה..

– א'3. השפעת הרכיבה הטיפולית על בעלי הפרעת קשב וריכוז

השפעות פיסיולוגיות, השפעות פסיכולוגיות, השפעות התנהגותיות, מחקרים קודמים.

– א'4. עמדות

תתי נושאים: מהי עמדה, איך רוכשים עמדה, גורמים המשפיעים על רכישת עמדה (דגש על מין ועל תחום עיסוק כגורמים המשפיעים על רכישת עמדות), מחקרים קודמים המראים השפעות של גורמים שונים על עמדות.

פרק ב'- תהליך המחקר

בפרק זה יתואר המחקר הבודק באיזו מידה משפיעים מין והתחום המקצועי של הנבדק על עמדותיו ביחס להתערבות באמצעות רכיבה טיפולית לאנשים הסובלים מבעיות קשב וריכוז.

המחקר יתבצע באמצעות שאלוני עמדה שיחולקו ל-40 אנשים שתחום עיסוקם הוא רפואה: רופאי משפחה, רופאי ילדים, נוירולוגים וכדומה (20 גברים, 20 נשים) ול-40 אנשים שתחום עיסוקם הוא טיפול: פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, מרפאים בעיסוק וכדומה (20 גברים, 20 נשים). אנשים אלו הם הגורמים המטפלים והמפנים את בעלי הפרעות הקשב והריכוז לטיפול נוסף. ברצוני לבדוק מהי עמדתם ביחס לטיפול באמצעות רכיבה על סוסים וכיצד הגורמים שהוגדרו לעיל משפיעים על עמדותיהם.

פרק ג'- דיון ומסקנות

בפרק זה יוצגו תוצאות השאלונים בטבלאות, ויערך דיון שיביא להסקת מסקנות, לגבי שאלת המחקר, הנובעות מהתוצאות.

פרק ד'- סיכום

רשימת מקורות עליה תתבסס העבודה:

ספרים:

– א. ברקלי, ראסל. לשלוט ב: ADHD-מדריך מלא ומוסמך להבנת הפרעות קשב וריכוז

מהדורה מעודכנת – הוצאת דיונון, שנת 2003.

– גורדון, טמפל וג'ונסון, קתרין השפה הסודית של בעלי החיים, הוצאת אריה ניר, 2006.

– טגנסקי, שרית מי מפחד מ-ADHD? הוצאת רימונים, שנת 2006.

– שליו, אברהם המרפא הפרוותי, הוצאת צ'ריקובר, 1996.

– דניאלי, אורנה **"רכיבה טיפולית"**, פורסם באתר "סוסים ואנשים", אוקטובר 2003,
www.0-5.co.il/x19.htm

– טיאנו, שמואל ומנור, איריס פרקים מתוך הספר **"להיות עם הפרעות קשב וריכוז ADHD"** מהדורה חמישית שנת
2005, הוצאת דיונון. [http://www.nitzan-](http://www.nitzan-israel.org.il/main/siteNew/index.php?langId=3&page=171)
[israel.org.il/main/siteNew/index.php?langId=3&page=171](http://www.nitzan-israel.org.il/main/siteNew/index.php?langId=3&page=171)

– שפירא, אבי **"הפרעת קשב וריכוז"**, פורסם באתר "מאמרים", מאי 2004.
<http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=235>

– לא ידוע, **"עמדה ושינוי עמדות"**, מתוך אתר מכללת קיי (אין נתונים על כותב המאמר ותאריך פרסום)
<http://ceti.macam.ac.il/ic/ss/socpsy/download/dattitude1.doc>

שאלון עמדות

שלום רב

אני ליאת לוין, תלמידת כיתה י"ב בבית הספר "משגב" ומגמת מדעי החברה.
כחלק מלימודי המגמה בחרתי לבצע עבודת גמר בהיקף של 5 יחידות בנושא עמדות ביחס להתערבות ברכיבה טיפולית עבור ילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז.
השאלון הבא הינו שאלון עמדות אנונימי לחלוטין המשמש לצורך מחקר זה בלבד.
השאלון נכתב בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד והוא מיועד לשני המינים.
אם נתקלת במשהו לא מובן בשאלון במהלך מילואו, או שברצונך לקבל פרטים נוספים אודות המחקר או העבודה, אתה מוזמן ליצור עמי קשר:
במייל: liat_suny@walla.com
בפלאפון: 0542030679
אשמח אם החזרת השאלון תעשה בפקס 04-9990173 או במייל הנ"ל.
אני מודה לך על הענותך,
ליאת לוין.

פרטים דמוגרפיים:

מין:

זכר ☐

נקבה ☐

תחום עיסוק:

בעל הסמכה באחד מתחומי הטיפול ☐

ללא הסמכה בתחום טיפול ☐

בשאלון הבא היגדים שונים הבוודקים את עמדתך ביחס לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עבור ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז. אנא סמן X במקום המתאים לרמת הסכמתך עם כל היגד.

שאלון זה בא לבדוק את עמדתך האישית כך שאין תשובה נכונה או לא נכונה ואתה מתבקש לענות עליו ברצינות ובכנות.

		מסכים מאוד	מסכים	מסכים במידה חלקית	לא מסכים	לא כלל מסכים
1.	אני יודע שטיפול באמצעות רכיבה טיפולית עשוי לסייע לילדים בעלי הפרעת קשב וריכוז.					
2.	אני מכיר את האפשרות ואת האופן בו מתבצעת הפניית ילדים לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית.					
3.	אני חושב שרכיבה טיפולית יכולה לתרום למכריי הסובלים מהפרעת קשב וריכוז.					
4.	לא התנסתי במסגרת עבודתי בתהליך הפניית מטופל לרכיבה טיפולית / לא המלצתי על הטיפול ברכיבה טיפולית.					
5.	אני סבור כי לרכיבה טיפולית יש יתרונות שטיפולים אחרים לא מעניקים לילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז.					
6.	לפי דעתי, רכיבה טיפולית <u>לא</u> צריכה להחשב כטיפול מומלץ לילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז.					
7.	מפריע לי שהמודעות לרכיבה טיפולית בארץ כל כך נמוכה, ובעקבות כך ילדים שיכולים לקבל הפנייה מרופאיהם/מטפליהם לטיפול זה לא מקבלים אותה.					
8.	אני חושב שהסוס לא תורם למטופלים מבחינה רגשית אלא רק בזכות התנועתיות שלו.					
9.	אני שמח שתחום הרכיבה הטיפולית מתפתח בארץ.					
10.	<u>איני</u> סומך על המדריכים הטיפוליים בארץ מכיוון שההכשרה שהם עוברים לא כוללת הכשרה אקדמאית, ולכן אינני מפנה את מטופליי / ממליץ למכריי על טיפול באמצעות רכיבה טיפולית.					
11.	כאשר אני נתקל במקרה של ילד בעל הפרעת קשב וריכוז אני מציע טיפול ברכיבה טיפולית כאחד מהטיפולים הראשונים.					
12.	אני חושב שלרכיבה טיפולית אין השפעה <u>יחודית</u> על ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז.					

		מסכים מאוד	מסכים	מסכים במידה חלקית	לא מסכים	לא כלל מסכים
13.	אני ממליץ למכריי / מפנה את מטופלי לרכיבה טיפולית, כי יש לי הרגשה שטיפול זה באמת עוזר להם בפתרון בעיותיהם.					
14.	הייתי רגוע יותר אם הייתי יודע שנותני השירות לא מפנים ילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז לטיפול ברכיבה טיפולית.					
15.	הייתי ממליץ לילד הסובל מהפרעות קשב וריכוז, הפונה אלי, לגשת לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית, רק אם עבר את כל הטיפולים הנכללים ברפואה הקונבנציונאלית, ולא קיבל מענה על צרכיו.					
16.	אמליץ למטופל / מכר לא להתנסות ברכיבה טיפולית כי לדעתי טיפול זה אינו מועיל לילדים עם הפרעת קשב וריכוז.					
17.	במהלך השנה האחרונה הבחנתי בשיפור במצב המטופלים / המכרים בעלי הפרעת קשב וריכוז אשר הופנו לרכיבה טיפולית.					
18.	לדעתי, רק רכיבה טיפולית בה המטופל שולט בסוס בעצמו, ולא מובל על ידי מדריך, תורמת לשיפור מצבו.					
19.	אני מאמין בתרומתה המנטאלית של הרכיבה הטיפולית לילדים הסובלים מהפרעת קשב וריכוז.					
20.	אני חושב שרכיבה טיפולית תורמת רק לילדים בעלי נכויות והפרעות חמורות יותר מהפרעת קשב וריכוז.					
21.	רכיבה טיפולית על סוסים, באופן פרטני, שלא בקבוצה, לא תורמת לשיפור במצבו של מטופל הסובל מהפרעת קשב וריכוז.					
22.	אני חושב שסיבסוד טיפול זה, על ידי קופות החולים, אינו מוצדק.					
23.	מרגיז אותי שעמיתי ממליצים למכריהם / מפנים את מטופליהם לטיפול באמצעות רכיבה טיפולית.					

תודה רבה!