

דוח מחקר

טיפול מרחוק בילדים במצבי סיכון וסכנה בתקופת הקורונה



ד"ר חניטה קושר
מנהלת ידע ופיתוח, עמותת בית לכל ילד

דוח מחקר

טיפול מרחוק בילדים במצבי סיכון וסכנה בתקופת הקורונה



ד"ר חניטה קושר
מנהלת ידע ופיתוח, עמותת בית לכל ילד

גרפיקה והכנה לדפוס: סטודיו אלי דייץ'

עמותת בית לכל ילד

רח' יד חרוצים 4, ת"ד 53355, ירושלים

טלפון: 02-6333345 | פקס: 02-6719650 | דוא"ל: office@bily.org.il | אתר: bily.org.il

עמותת בית לכל ילד

בית לכל ילד היא עמותת חברתית בולטת בישראל בטיפול בילדים במצבי מצוקה וטראומה ובמשפחותיהם. העמותה מומחית במניעת אלימות ובטיפול בהתעללות בילדים ורואה את שליחותה בקידום רווחתם ושלומם של ילדים בישראל. בית לכל ילד היא עמותת ותיקה, והיא פועלת למענם של ילדים נפגעי התעללות והזנחה מאז 1975. בכל שנה מטופלים בעמותה מאות ילדים ומשפחות. השירותים והתוכניות של העמותה נועדו לטפל במצבי התעללות והזנחה מסוגים שונים. ייחודיותה של עמותת בית לכל ילד הוא בהפעלת רצף של שירותים וטיפולים לילדים במצבי סיכון ומצוקה החמורים והקשים ביותר, ובכללם טיפול במסגרות בקהילה, טיפול במסגרות שהייה יומיות וטיפול במסגרות השמה חוץ ביתיות.

שירותים בקהילה

- מרכזי מיטל לטיפול בפגיעות מיניות בילדים – העמותה מפעילה חמישה מרכזים לטיפול בפגיעות מיניות בילדים (ירושלים, אשדוד, פתח תקווה, ביתר עליה ולוד). המרכזים מטפלים הן בילדים שנפגעו מינית והן בילדים שהתנהגותם המינית אינה מותאמת או פוגעת ושללא מתנהל בעניינם הליך פלילי. המרכזים פועלים בפיקוח ובשיתוף פעולה של משרד הרווחה.
- היחידה הטיפולית-יעוצית על שם שוסטרמן – היחידה הטיפולית-יעוצית פועלת לצד מרכז החירום על שם שוסטרמן ומטפלת באופן מרכזי בילדים ובהורים במצבים של פגיעה, טראומה קשה וחוסר תפקוד מתמשך של ההורים. ילדים אלו אינם זקוקים להוצאה דחופה מהבית, והטיפול במרכז זה הוא לא כעם אלטרנטיבה טיפולית אחרונה לפני הוצאתם של הילדים למסגרת השמה חוץ ביתית. המרכז פועל בפיקוח ובשיתוף פעולה של משרד הרווחה.
- מועדוניות לילדים בסיכון – העמותה מפעילה מועדוניות לילדים בסיכון במערב ובמזרח ירושלים. מועדוניות הן מסגרות שהייה טיפוליות-חינוכיות קבוצתיות משלימות הפועלות לאחר שעות הלימודים עבור ילדים במצבי סיכון ומצוקה. מטרתה העל של המועדוניות היא למנוע הוצאת ילדים מביתם תוך מתן טיפול מאומץ בקהילה ומילוי הצרכים אשר אינם נענים במסגרת המשפחה. המועדוניות פועלות בשיתוף פעולה ובפיקוח של עיריית ירושלים, משרד הרווחה ומשרד החינוך.

שירותי השמה חוץ ביתיים

- בתי מעבר – בתי המעבר הם שירותי השמה חוץ בתי ייחודי לילדים בגיל הרך וילדים צעירים (שנתיים עד עשר שנים) שנמצאים במצבי משבר חמורים, סובלים מטרומות מתמשכות ומורכבות והוצאו מביתם בשל מצבים קשים של התעללות, הזנחה ונטישה. בתי המעבר הם מסגרות ביניים זמניות לצורך אבחון, טיפול וגיבוש המלצות להמשך. בתי המעבר מופעלים בפיקוח ובשיתוף פעולה של משרד הרווחה.
- מרכז החירום על שם שוסטרמן – מרכז החירום נותן מענה לילדים אשר סבלו מהתעללות ומהזנחה במשפחתם ונתונים במצבי סיכון וסכנה. המרכז קולט ילדים מהגיל הרך עד גיל ארבע עשרה, אשר הוצאו מביתם בצו בית משפט בשל התעללות וסיכון וזקוקים להגנה דחופה. הילדים מועברים למרכז לצורך אבחון מקיף ומעמיק ולצורך טיפול זמני-מעברי עד שתיבנה עבורם תוכנית טיפול קבועה. הילדים חיים ולומדים במרכז בתנאי פנימייה. המרכז פועל בפיקוח ובשיתוף פעולה של משרד הרווחה.

תוכניות ופרויקטים ייחודיים

- תוכנית "חמלה" – תוכנית "חמלה" היא תוכנית התערבות טיפולית-חינוכית קבוצתית להורים המתקשים בתפקוד ההורי, ומיועדת בעיקר להורים הפוגעים בילדיהם פגיעה פיזית ורגשית.
- הכשרות לאנשי מקצוע – עמותת בית לכל ילד מדריכה ומכשירה בכל שנה אנשי מקצוע העובדים עם ילדים נפגעי התעללות והזנחה ועם בני משפחותיהם. בשנים האחרונות מפעילה העמותה שלוש תוכניות הכשרה מרכזיות לאנשי מקצוע: הכשרה בתחום הטיפול בילדים נפגעי תקיפה מינית, הכשרה בתחום הטיפול בילדים עם התנהגות מינית לא מותאמת או פוגעת והכשרה לאנשי מקצוע בתחום ההתמודדות עם התקפי זעם וכעס של ילדים – תוכנית "נתיבים".

תוכן עניינים

1	מבוא
3	רקע מדעי
3	טיפול מרחוק/מקוון
6	טיפול מקוון בילדים ובני נוער
7	יעילות של טיפול מקוון
11	תפיסות ועמדות של מטפלים
12	סיכום ומטרות המחקר
14	שיטת המחקר
14	המשתתפים
15	כלי המחקר
17	איסוף נתונים
18	ממצאים
18	ידע וניסיון בטיפול מרחוק
19	עמדות ותפיסות
22	טיפול מקוון בפועל
24	שיתוף פעולה של המטופלים בטיפול מרחוק ושביעות רצונם
25	טיב ויעילות הטיפול
27	מסגרת וסטינג
27	שביעות רצון המטפלים והחוויה שלהם ביחס לטיפול מקוון
	הקשר בין ידע, ניסיון קודם, עמדות ותפיסות ביחס לטיפול מקוון, לבין היבטים
29	שונים ביישום הטיפול בפועל
30	תגובות פתוחות של המטפלים
32	דיון וסיכום
35	רשימת מקורות
44	נספח: שאלון המחקר

משבר הקורונה כפה על רובנו ריחוק חברתי, הסגר ובידוד. מצב זה הפך אינטראקציות של פנים אל פנים מדבר מובן מאליו לדבר שאינו תמיד מומלץ או אפשרי ולעיתים אף אסור. למצב זה יש השפעה ניכרת על כל מי שעוסק במקצועות הטיפול והסיוע הנפשי, המתבססים ביסודם על מפגשים פנים אל פנים בין איש מקצוע לבין אדם שזקוק לסיוע נפשי. רבים מאיתנו העוסקים במקצועות הטיפול הנפשי נדרשו בחודשים האחרונים בעקבות התפרצות משבר הקורונה להתאים את דרכי המפגש עם המטופלים שלנו ולעבור במהירות לטיפול מרחוק (פרידנזון חיו, 2020). המעבר לטיפול מרחוק כרוך בשני אתגרים משמעותיים: ראשית, מרבית המטופלים אינם רגילים לקיים טיפולים מרחוק, מה שעשוי לגרום לערעור בתחושת הביטחון המקצועי שלהם. שנית, המעבר נעשה בצורה מהירה וללא הכנה מספקת ומבלי שהמטופלים הספיקו לרכוש את הידע המתאים על מאפייני הטיפול מרחוק, על האתגרים הטמונים בו ועל הכללים האתיים שיש להקפיד עליהם בטיפול מסוג זה (וינברג, 2020). על אתגרים אלה יש להוסיף את האתגר של טיפול מרחוק בילדים ובני נוער בכלל, וילדים ובני נוער הסובלים ממצבי טראומה בפרט.

לצד האתגרים הללו עדויות מהשטח מלמדות כי מטופלים רבים בישראל (כמו גם בעולם כולו) עברו במהירות מטיפול פנים אל פנים לטיפול מרחוק בתקופת משבר הקורונה, וזאת למרות שהפרקטיקה של טיפול מקוון אינה שכיחה בישראל. מעבר מהיר מטיפולים של פנים אל פנים לטיפולים מרחוק התרחש גם בעמותת בית לכל ילד. עמותת בית לכל ילד היא עמותה חברתית בולטת בישראל בטיפול בילדים במצבי מצוקה וטראומה ובמשפחותיהם. בכל שנה מטופלים בעמותה מאות ילדים ומשפחות. השירותים והתוכניות של העמותה נועדו לטפל במצבי התעללות והזנחה מסוגים שונים, והם כוללים מסגרות טיפול חוץ ביתיות לילדים המורחקים מביתם ומגוון תוכניות טיפול בקהילה, כמו מרכזים לטיפול בילדים נפגעי תקיפה מינית ובילדים נפגעי התעללות והזנחה ומשפחותיהם. בדומה למרכזים טיפוליים אחרים שמעניקים טיפול לילדים נפגעי טראומה והתעללות גם הטיפולים במסגרות העמותה ניתנים באמצעות מפגשים פנים אל פנים בין מטפל לבין ילד או נער, או בין מטפל להורים, וזאת באופן פרטני, זוגי, דיאדי, משפחתי או קבוצתי. עם פרוץ משבר הקורונה מרבית הטיפולים הללו עברו לטיפול מרחוק, וזאת לפחות עד לסיום הסגר שהוטל בחודשים מרץ-אפריל בישראל. לאור מעבר מאתגר זה לטיפול מרחוק אליו נדרשו המטופלים בעמותה החליטה העמותה ללוות את מעבר זה במחקר מלווה, המוצג בדוח הנוכחי.

מטרת המחקר המוצג בדוח זה היא לבחון את המוכנות ואת הנכונות של המטפלים בעמותה לעסוק בטיפול מקוון, וכן לבחון את היישום של הטיפול המקוון בפועל בחודשי הסגר. באופן ספציפי יותר מטרת המחקר הן: (1) לבחון את רמת הידע והניסיון של המטפלים בעמותה בטיפול מקוון. (2) לבחון את העמדות והתפיסות של המטפלים בעמותה ביחס לטיפול מקוון בכלל ובילדים בפרט. (3) לבחון את היקף המעבר לטיפול מקוון. (4) לבחון את טיב ואיכות הטיפול המקוון דרך הפרספקטיבה של המטפלים. המחקר כוון לכלל המטפלים הקליניים העובדים בשירותים הטיפוליים השונים שהעמותה מפעילה, והוא נערך בחודשים אפריל – מאי 2020.

דוח המחקר הנוכחי מציג את ממצאי מחקר זה. הדוח מחולק למספר חלקים: בחלק הראשון תוצג סקירת ספרות מדעית אודות טיפול מקוון בילדים. לאחר מכן יוצג המחקר ובכלל זה שיטת המחקר וממצאי המחקר. ולבסוף יוצג חלק של דיון ומסקנות.

רקע מדעי

טיפול מרחוק/מקוון

טיפול מרחוק או טיפול מקוון מתייחס לקשר טיפולי או לקשר מסייע שבו לא מתקיימים מפגשים פיזיים של פנים אל פנים בין נותן העזרה למקבל העזרה, ותהליך הטיפול כולו או חלקו מתקיימים באמצעי תקשורת מרחוק ובכלל זה: שיחות וידאו, טלפון, התכתבויות וכדומה. חלק מההגדרות לטיפול מקוון מדגישות בעיקר את עניין הריחוק הפיזי בין המטפל למטופל, ולפיהן טיפול נפשי מרחוק הוא כל שימוש בטכנולוגיה על מנת לספק טיפול נפשי כאשר המטפל נמצא בריחוק גיאוגרפי או פיזי מהמטופל (Backhaus et al., 2012; Dunstan & Tooth, 2012). הגדרות אחרות מדגישות את עצם השימוש בתקשורת טכנולוגית, ומגדירות טיפול מקוון כטיפול הנעשה על ידי שימוש בתקשורת טכנולוגית, כמו שיחות וידאו, צ'טים, טלפון או התכתבות בדרך הרשת, על מנת לספק שירותי טיפול או ייעוץ נפשיים לפרטים (Boydell, Volpe, & Pignatiello, 2014; Himle et al., 2010). טיפול מקוון יכול להתרחש כולו דרך רשת האינטרנט ויכול גם להיות משולב, למשל להתחיל במפגש אחד או שניים פנים אל פנים ואז לעבור לטיפול מקוון. בספרות המדעית ניתן למצוא שמות שונים לרעיון של טיפול מרחוק: "Tele-mental health", "Tele-psychiatry", "Tele-psychology", "Psychological Tele-Health", "Internet Interventions", "Online Counseling" (Richardson et al., 2009; Schroder et al., 2017). במסמך הנוכחי יעשה שימוש במונח "טיפול מקוון".

חשוב להדגיש כי טיפול מקוון הוא אמצעי ולא שיטת הטיפול עצמה, טיפול מקוון אינו מהווה שדה פרקטיקה ייחודי והוא גם לא מהווה את מטרת הטיפול. מדובר באפשרות נוספת לאספקת שירותי טיפול וייעוץ נפשיים, מדובר בכלי עבודה ולא מעבר לכך (ברק 2004; Hilty et al., 2016).

טיפול מקוון אינו תופעה חדשה בשדה של מקצועות העזרה. גם לפני המשבר הקורונה הנוכחי מטפלים שונים עשו שימוש באמצעים מקוונים (למשל שיחות וידאו) על מנת לטפל בפרטים שלהם (וינברג, 2020). למעשה, כבר ב-1995, השנה בה רשת האינטרנט החלה להיות נגישה לפרטים, החלו אנשי מקצוע להציע טיפול מרחוק באמצעותה, בעיקר על מנת לאפשר למטופלים לקבל טיפול שלא יכלו לקבל בשום דרך אחרת, למשל מטופלים החיים רחוק מהמטפל.

בתחילה הסתייגו המטפלים הוותיקים מן הטכנולוגיה החדשה, אך בשנים האחרונות זוכה הטיפול המקוון להכרה בתחום הטיפולי הנפשיים והולך ונעשה מקובל יותר (עומר, 2020). איגוד הפסיכולוגים האמריקאי מציין כי שיעור הפסיכולוגים המציעים טיפול מקוון גדל מ- 2% בשנת 2000 ל- 10% בשנת 2008 (APA, 2010; Duncan, Velasquez & Nelson, 2014).

ישנם גורמים שונים שתרמו לשימוש הגובר בטיפול מקוון בשני העשורים האחרונים. אחד מהגורמים הוא עצם העובדה שמערכות טכנולוגיות לניהול שיחות וידאו השתפרו במידה רבה והפכו לזולות יותר, ידידותיות למשתמש ואמינות (Kramer, & Luxton, 2016; Nelson & Velasquez, 2011). בנוסף, ההתפתחות הטכנולוגית בשני העשורים האחרונים מאפשרת ומקדמת את קיומם של קשרים בין אנשים דרך רשת האינטרנט. למעשה, מאפייני הקשר הבין אישי מושפעים מעידן הטכנולוגיה, בתרבות המערבית של ימינו רבים מהקשרים שלנו מתנהלים גם דרך רשת האינטרנט באמצעים שונים ומגוונים. למעשה, בזכות הרשת הקשר הבין אישי בין בני אדם תלוי פחות במרחק הפיזי בניהם. שינוי תרבותי זה במאפייני התקשורת הבין אישית בין בני אדם חדר באופן טבעי גם לתחום הטיפול, מה שהביא לפיתוח של אמצעי טיפול נפשי דרך רשת האינטרנט (עומר, 2014).

התרחבות השימוש בטיפול מקוון באה לידי ביטוי גם בכך שבשני העשורים האחרונים אגודות מקצועיות שונות פרסמו קווים מנחים וכללים אתיים בכל הנוגע לטיפול נפשי מקוון. איגוד הפסיכולוגים האמריקאי פרסם בשנת 2013 קווים מנחים בנושא America Psychological Association [APA] Guideline for the Practice of Telepsychology (2013). כמו כן, איגוד העובדים הסוציאליים האמריקאי פרסם גם הוא קווים מנחים בנושא (2005 Standards for Technology and Social Work Practice [National Association of Social Workers]). גם בישראל קוד האתיקה החדש של העובדים הסוציאליים משנת 2018 מתייחס לכך, כך מצוין בסעיף 11.1 לקוד האתיקה "עובדים הסוציאליים הנותנים שירות באמצעים מרחוק (מחשב, טלפון נייד, או כל מכשיר אלקטרוני אחר), יעדכנו את מקבלי השירות על המגבלות הקשורות לשירותים אלה ועל הסיכון הטמון בהם. בכל מקרה, יחולו על שירות זה, כל כללי החוק והאתיקה המקצועית." גם קוד האתיקה המקצועית של הסתדרות הפסיכולוגים בישראל מ-2017 מכיל פרק שלם על "התערבות פסיכולוגית באמצעים מרחוק".

ניתן לזהות כמה נסיבות שעשויות לגרום לנו לבחור בטיפול מקוון, הגורמים הללו

מציגים למעשה את היתרונות הטמונים בטיפול זה:

- 1.** בשל ריחוק גיאוגרפי – טיפול מקוון צמח בשני העשורים האחרונים בארה"ב על מנת לתת שירות לאוכלוסייה כפרית שאין לה נגישות לאנשי מקצוע מומחים באזור מגוריהם (Duncan et al., 2014). זה יכול להיות באותה מידה למשל משפחה ישראלית שנוסעת לשליחות בחו"ל ומעדיפה למצוא מטפל דובר עברית לילד שלה. או למשל כאשר המטפל או המטופל נוסעים באופן זמני למקום מרוחק. כך, גמישות וזמינות הטיפול ברשת מאפשרות למטפל לספק טיפול גם במהלך מעברים אישיים וגיאוגרפיים שלו או של המטופל ועל ידי כך לשמר את הרצף הטיפולי (עומר, 2014).
- 2.** בשל מחסומים מבניים – שימוש בטיפול מקוון נוגע גם למחסומים מבניים נוספים לזה שלהמרחק ושמקשים על הנגישות לטיפול קליני, כמו עלות תחבורה ומשאבי זמן. כתוצאה מכך ניתן לראות למשל בקנדה תחום חדש של פרקטיקה שבה שירותי בריאות נפש ניתנים מרחוק באופן מקוון גם במקרים שבהם אין ריחוק גיאוגרפי ניכר בין המטפל למטופל (Boydell et al., 2014). נלסון ופאטון (Nelson & Patton, 2016) מסבירים כי הרציונל לטיפול מקוון נוגע לצורך לצמצם את הפער בין ההיצע לביקוש לטיפול נפשי באזורים לא מפותחים המאופיינים בהדרה חברתית וכלכלית. באזורים אלה יש גישה דלה לשירותי טיפול וייעוץ נפשי כמו גם לתחבורה ציבורית יעילה (ראו גם Shealy et al., 2015). לפיכך, טיפול מקוון יכול לקדם נגישות לטיפול נפשי באזורים הסובלים מהדרה חברתית ומאופיינים בחוסר זמינות של שירותי בריאות נפש, וכן הוא עשוי לצמצם עלויות של נסיעה וצריכת זמן, למשל צמצום מצבים של היעדרות מהעבודה או מבית ספר (Jones et al., 2014).
- 3.** כאשר יש קשיים בניידות פיזית, למשל מוגבלות פיזית - טיפול מקוון מאפשר לאוכלוסיות שיש להן קושי בנגישות לטיפול רגשי לזכות בטיפול נגיש.
- 4.** בעתות משבר, בדומה למשבר הקורונה, או במצב מלחמה וכן הלאה.
- 5.** מטעמי נוחות של המטפל ו/או המטופל (עומר, 2014).

ההתרחבות של טיפול מקוון הביאה לעלייה בכתיבה המקצועית והמדעית בנושא, ובשני העשורים האחרונים הצטבר ידע מחקרי רב בתחום, נכתבו ספרי הדרכה רבים בנושא ואף נוסד כתב עת ייעודי לתחום טיפול זה בשם Cyber Psychology (עומר, 2014). בארץ התפרסמו במהירות בתקופת הקורונה לא מעט פרסומים אודות טיפול מקוון (ראו למשל, בר שדה, 2020; וינברג, 2020, בן צבי זומר, 2020; רוט, 2020; רולניק, 2020; שולמן ושרוף, 2020). עם זאת, ניכר כי רק מיעוט מכתיבה ומחקר אלה עוסקים באופן ממוקד בטיפול מקוון בילדים ובני נוער. החלק הבא יפרט אודות היבטים ייחודיים הנוגעים לטיפול מקוון בילדים ובני נוער.

טיפול מקוון בילדים ובני נוער

ככלל, למרות העלייה בשימוש בטיפולים מקוונים בעולם בשנים האחרונות, היקף זה מצומצם יותר בכל הנוגע לטיפול נפשי בילדים ובני נוער (Slone, Reese & McClellan, 2012). בנוסף לכך, כפי שצוין קודם לכן, מרבית הספרות המדעית בתחום של טיפול מקוון עוסקת בטיפול מקוון בקרב מבוגרים. לצד זאת, בשנים האחרונות ניתן לראות יותר ויותר כתיבה ומחקרים גם על טיפול מקוון בילדים ובני נוער, וניתן למצוא סקירות מקיפות בנושא (למשל, Nelson & Boydell et al., 2014; Duncan et al., 2014; Patton, 2016).

השימוש המצומצם בטיפול מקוון בקרב ילדים ובני נוער בהשוואה למבוגרים, עומד בניגוד לכך שלילדים ובני נוער יש יותר ניסיון בשימוש בטכנולוגיה וכן יש להם עדיפות רבה יותר לשימוש בטכנולוגיה (Dunstan & Tooth, 2012). הם תופסים טכנולוגיה כחלק אינטגרלי מחיי היום יום שלהם, מתגאים ברמת הידע והשליטה הגבוהה שלהם בטכנולוגיה, ולפיכך הם מהווים למעשה קהל יעד אידיאלי לשימוש בטכנולוגיה כפלטפורמה למתן שירותי טיפול וייעוץ נפשי מרחוק. (Duncan et al., 2014; Fitton et al., 2013). לנדרום (Landrum, 2020) מציין מספר יתרונות נוספים של טיפול מקוון ביחס לילדים ובני נוער. הוא מסביר כי ילדים ובני נוער מרגישים נוח יותר לשאת ומגלים פתיחות רבה יותר באופן מקוון מאשר פנים אל פנים. למעשה, במספר מחקרים נמצא כי בני נוער יותר פתוחים ובטוחים בטיפול מקוון ומשתפים יותר בפרטים אישיים אודותיהם (Diamond et al., 2010; Read et al., 2009).

יתרון נוסף הנוגע לשימוש בטיפול מקוון בקרב ילדים ובני נוער נוגע לכך שהוא מאפשר גישה לחיים של הילד מחוץ לקליניקה. יש לכך יתרון כפול. ראשית, הטיפול המקוון מאפשר לילד לחוות את הטיפול בתוך הסטינג הנוח של הבית מה שהופך את הטיפול הנפשי לטבעי יותר ומנרמל אותו, ובעקבות כך מגדיל את הסיכוי שהילד ישתף פעולה עם הטיפול. בנוסף לכך, טיפול מקוון מציע הזדמנות להרחבת היכרותו עם המציאות הממשית של הילד מחוץ לכתלי הקליניקה. למשל, ניתן לצפות באינטראקציה עם אחאים והורים במציאות הביתית כפי שהן קורות בזמן אמת. בנוסף, הילד יכול להראות לנו את חדרו ולעשות לנו היכרות עם חפצים ומשחקים שחשובים לו (כהן וסתר-רונן, 2020). לנדרום (Landrum, 2020) מסביר כי טיפול מקוון בילדים מאפשר למטפל להיות עד ולהתערב באינטראקציות הורה-ילד שהן יותר מייצגות את ההתנהגות היומיומית במשפחה.

כהן וסתר-רון (2020) מצביעות על היתרונות שבטיפול מקוון בתחום של הדרכת הורים. הן מסבירות כי המדיום הוירטואלי מתאים מאוד לעבודה פסיכו-חינוכית עם הורים, וממליצות לעשות שימוש בצילום של אינטראקציות משפחתיות שנשלחות למטפלים, לשם דיון בפגישות המקוונות. על ידי כך המטפל עוזר להורה לזהות התערבויות מוצלחות שביצע, וסימנים של היענות וקשר חיובי של הילד כלפיו. ביחד הם יכולים להפעיל מנטליזציה לגבי מקורות ההתנהגות של ההורה וגם של הילד, ולחשוב על דרכים לפתרון בעיות או על דרכי התמודדות חדשות.

לצד זאת, טיפול מקוון בילדים מעלה אתגרים ייחודיים שחשוב להתייחס אליהם. כך למשל, פרטיות המרחב הטיפולי משתנה כשגם ההורים שומעים, רואים ואף מצטרפים אל השיח הטיפולי. גם יכולתנו לשלוט בסטינג מצטמצמת כשהילד יכול בלחיצת כפתור להיעלם מהמסך, להכניס אותנו לחדר שינה של הוריו, לשירותים או לקטוע את המפגש (שולמן ושרוף, 2020). כהן וסתר-רון (2020) מציינות כי אחד האתגרים הנוגעים בעיקר לטיפול מקוון בילדים צעירים הוא התנועתיות הרבה שלהם, טווח הקשב המוגבל והצורך להשתמש בטיפול בילדים באמצעי תקשורת לא מילוליים. למעשה, על פי רוב בטיפול נפשי בקבוצת גיל זו נעשה שימוש נרחב בפרקטיקה של טיפול במשחק. משחק נחשב לכוח המניע בטיפול עם ילדים צעירים. טיפול מקוון מצמצם את האפשרות לשימוש במשחק. אומנם ישנם סוגי משחקים שונים שאפשריים לשימוש בטיפול מקוון, עם זאת, החשש של מטפלים רבים הוא שבטיפול מרחוק יש פגיעה באיכות וסוגי השחקים האפשריים (Hilty et al., 2016).

יעילות של טיפול מקוון

התרחבות השימוש בטיפול מקוון בשנים האחרונות הביאה גם לצמיחה של מחקרי הערכה אודות דרך טיפול זו, ובשנים האחרונות מתפרסמות יותר ויותר עדויות מחקריות אודות יעילותם של טיפולים שנעשים באמצעים מקוונים (Mitchell et al., 2008; Morland et al., 2009; Richardson et al., 2009). ככלל, המחקר בתחום מלמד כי טיפולים מקוונים מהווים אלטרנטיבה יעילה לטיפול של פנים אל פנים, או מהווים תוספת יעילה להם כאשר הם נעשים במקביל למפגשים רגילים (Slone et al., 2012). מחקרים בתחום מלמדים באופן עקבי על תוצאות חיוביות של טיפול מקוון, למשל הפחתה בסימפטומים שליליים, ועל שביעות רצון גבוהה של המטופלים מדרך טיפול זו (Nelson & Patton, 2016).

בשנים האחרונות פורסמו מספר מטה-אנליזות אודות מחקרי הערכה בתחום. כך למשל ברק ועמיתיו (Barak & Grohol, 2011; Barak et al., 2008) ערכו מטה-אנליזה על מחקרים שבדקו את היעילות של טיפול מקוון. בהתבסס על כל המחקרים שסקרו הם הסיקו כי טיפול רגשי מקוון הוא בעל יעילות שאינה פחותה מהיעילות של טיפול מסורתי פנים אל פנים. עוד הם מצאו כי תהליכים טיפוליים המתקיימים בטיפול מקוון דומים באיכותם לתהליכים מקבילים בטיפול המסורתי שנערך פנים אל פנים (למטה אנליזות נוספות ראו, Simpson & Reid, 2014; Backhaus et al., 2012).

מחקרים בדקו את היעילות של טיפול מקוון בטיפול במצוקות ובעיות נפשיות שונות, חלק גדול מהם נעשו על ידי ניסויים מבוקרים. כך, נמצא כי טיפול מקוון יעיל בטיפול בהפרעת חרדה (Bouchard et al., 2004; Dunstan & Tooth, 2012; Morland et al., 2011), בדיכאון (Fortney et al., 2010), בכוסט טראומה (Germain et al., 2009), בהפרעת אכילה (Mitchell et al., 2008), בהתמכרויות (Baca & Manuel, 2007) ועוד.

כמו כן, מחקרים מלמדים על שביעות רצון של מטופלים מטיפול מקוון. נמצא למשל כי אין הבדל משמעותי מבחינת שביעות רצון המטופלים ותפישתם את הטיפול כיעיל בין טיפול מסורתי פנים אל פנים ובין טיפול מקוון (Dunstan & Tooth, 2012).

ממצאי המחקרים מלמדים גם כי טיפול מקוון תורם גם למטפלים עצמם. מטפלים מעידים על תרומות שונות של הטיפול עבורם. מחקרים מצאו כי מטפלים מביעים שביעות רצון גבוהה בשימוש באמצעים טכנולוגיים לשם מתן טיפול נפשי לפונים שלהם (Greenberg, Boydell & Volpe, 2006). כמו כן מטפלים מעידים כי טיפול מקוון מסייע בחיסכון במשאבי זמן וכסף (Pesamama et al., 2004). עוד נמצא כי טיפול מקוון תורם לחיזוק מעמד המקצועי של מטפלים הגרים באזורים כפריים ומפחית את הבידוד המקצועי שלהם (Pignatiello et al., 2011). מטפלים גם מדווחים על עליה בידע ובמיומנויות וחיזוק מערכות יחסים עם קולגות בעקבות שימוש בטיפול מקוון (Gelber, 2001).

לסיכום, הטענה היא כי טיפול מקוון מספק מגוון של יתרונות כאלטרנטיבה לטיפול פנים אל פנים תוך כדי שהוא שומר על איכות הטיפול, שביעות רצון הלקוחות והקפדה על סטנדרטים גבוהים של הטיפול (Jones et al., 2014). עם זאת מדובר בעדויות מחקריות המתייחסות למבוגרים, החלק הבא יציג עדויות מחקריות הנוגעות לטיפול מקוון בקרב ילדים ובני נוער.

יעילות של טיפול מקוון בילדים ובני נוער

מחקרים אודות היעילות של טיפול מקוון בקרב ילדים ובני נוער הוא מצומצם יחסית (Jones et al., 2014), אך ממצאי מחקרים אלה מלמדים על יעילות גם של טיפול מקוון בקרב ילדים ובני נוער. כך בוידל ואחרים (Boydell et al., 2014) ערכו מטה אנליזה רחבת היקף של מחקרים שבחנו את היעילות של טיפול מקוון בקרב ילדים, הם בדקו סך הכל 126 מחקרים שנעשו בשנים 2001 עד 2012. הם מצאו כי השימוש בטכנולוגיות שונות לטיפול בתחום בריאות הנפש בילדים תרם להגברת הגישה של הילדים לטיפול, לשיפור היכולות המקצועיות של המטפלים ולשיפור איכות החיים של המטופלים.

בנוסף, סקירת מחקרים בתחום מלמדת כי אין הבדל ביעילות של טיפול מקוון בילדים בהשוואה ליעילות של טיפול מסורתי של פנים אל פנים בילדים. למשל טסה ואחרים (Tse et al., 2015) חקרו 37 הורים של ילדים עם הפרעת קשב וריכוז, הפרעת התנהגות מרדנית או חרדה שהם וילדיהם קיבלו טיפול מקוון, ומצאו שיפור במצב הילדים הן בקבוצה שעשתה טיפול מקוון והן בקרב הילדים שקיבלו טיפול פנים אל פנים. או למשל, איקסי ואחרים (Xie et al., 2013) מצאו שהדרכת הורים לילדים עם בעיות התנהגות דרך וידאו היתה אפקטיבית באותה מידה כמו הדרכה פנים אל פנים והתקבלה היטב על ידי ההורים. ממצאים דומים נמצאו גם ביחס לילדים המטופלים בשירותי הרווחה. למשל, נמצא כי טיפול נפשי מרחוק דרך הטלפון הניתן לילדים ולמשפחות המוכרות לאגף הרווחה היה יעיל באותה מידה כמו טיפול מסורתי של מפגשים פנים אל פנים (Keilman, 2005).

מגמה נוספת שנמצאה נוגעת לכך כי מחקרים אף מצאו תוצאות טובות יותר לטיפול מקוון בהשוואה לטיפול פנים אל פנים. למשל, מאירס ואחרים (Myers et al., 2015) בחנו 223 ילדים עם הפרעות קשב וריכוז, הפרעת התנהגות מרדנית או חרדה ומצאו כי היה שיפור גדול יותר במצב הילדים בטיפול המקוון באמצעות הוידאו בהשוואה לטיפול הרגיל של פנים אל פנים.

ממצא נוסף שחוזר על עצמו במחקרים שונים הוא שביעות רצון והעדפה של מטופלים ילדים ובני נוער לטיפול מקוון כמו גם שביעות רצון של הוריהם (Boydell et al., 2014; Starling & Foley, 2006). כך נמצא, כי ילדים בגיל 4 עד 12 היו מאוד חיובים ביחס לשיחות וידאו, כאשר 94% דיווחו שהם אוהבים את המערכת הטכנולוגית ו- 29% אמרו שהם מעדיפים מטפל אונליין מאשר טיפול פנים אל פנים

(Elford et al., 2000). במחקר אחר ילדים דיווחו על כך שהפגישות הטיפוליות המקוונות עזרו להם (Boydell, Volpe, & Pignatiello, 2010). בנוסף, נמצא כי בני נוער מעריכים את הפרטיות שהטכנולוגיה מאפשרת בטיפול מקוון (Bischoff et al., 2004). במחקר אחר בקרב מטפלים במתבגרים נמצא כי שיטה זו של טיפול מקדמת העברה של כוח ושליטה שמאפשרת למתבגרים להרגיש יותר נוח בהליך הטיפול (Grealish et al., 2005).

היעילות של טיפול מקוון נמצאה באופן ספציפי ביחס להפרעות ובעיות שונות בקרב ילדים. כך נמצא כי טיפול מקוון בילדים עם חרדה הוא יעיל (Spence et al., 2006, 2011), כמו גם טיפול בפוסט טראומה (Lange et al., 2001), הפרעה טורדנית כפייתית (Turner & Heyman, 2009), מניעת דיכאון (Germain et al., 2010; van Voorhees et al., 2008), הפרעות אכילה (Grover et al., 2011), הפרעות קשב וריכוז (Ellington & McGuinness, 2011) ועוד.

יעילות של טיפול מקוון בקרב ילדים ובני נוער נמצאה ביחס לכלל האמצעים לשימוש בטיפול מקוון: שיחות וידאו, שיחות טלפון והתכתבות. כך נמצא כי טיפול מקוון בילדים באמצעות שיחות וידאו הוא יעיל ובעל יתרונות ייחודיים (למשל, Nelson & Bui, 2010). כמו כן, מספר מחקרים בדקו את היעילות של טיפול דרך הדואר האלקטרוני בילדים ומצאו כי מדובר באלטרנטיבה יעילה גם בהשוואה לטיפול פנים אל פנים (למשל, Lyneham & Rapee, 2006). מחקרים מצאו כי בשיטה זו יש יותר זמן פנוי שהמטפל מקדיש לילד ותדירות הקשר היא גבוהה יותר (Mehta & Chalhoub, 2006). בני נוער שטופלו בשיטה זו דיווחו כי המטפל שלהם נוכח, מקשיב וחושב עליהם (Yager, 2003). יעילות נמצאה גם ביחס למפגשים טלפוניים. בנוסף, נמצא כי בטיפול בטלפון ניתן ליצר ברית טיפולית חזקה, יש פחות סטיגמה וכן נוחות רבה יותר למטופלים. מחקרים על טיפול בטלפון הראו גם ירידה בסימפטומים השליליים של הילדים (Boydell et al., 2014).

לצד היעילות הגבוהה של טיפולים מקוונים שהוצגה לעיל, לא ניתן להתעלם מכך כי למטפלים רבים יש דאגות לגיטימיות ביחס לדרך טיפול זו. מדובר בחששות ודילמות טבעיות לאור העובדה כי על פי רוב טיפול ניתן באופן מסורתי פנים אל פנים, וכי מרבית המטפלים אינם מורגלים בסוג זה של מתן שירות (Kramer, & Luxton, 2016). דילמות ועמדות אלה ידונו בפרק הבא.

תפיסות ועמדות של מטפלים

מטפלים רבים מרגישים כי המעבר לטיפול, או קשר מסייע, מקוון אינו נוח ושאלות רבות עולות בקרבם לגבי היעילות של מפגשים מקוונים (רולניק, 2020). עמדות ותפיסות מוקדמות של מטפלים ביחס לטיפול מקוון הן מהותיות לשם יישום מוצלח של דרך טיפול זו (Schroder et al., 2017). מחקרים מלמדים כי אמונות שליליות של מטפלים ביחס לטיפול מקוון עשויות להוות מחסום לשימוש בה (Dunstan & Tooth, 2012).

מה כוללות אמונות ועמדות שליליות של מטפלים? מטפלים חוששים שהברית הטיפולית יכולה להיפגע, שיהיה קשה לתפוס מסרים לא מילוליים בתקשורת מקוונת, וכן חוששים מבעיות טכנולוגיות, כמו נפילת אינטרנט במהלך הטיפול ושיבושים ברשת (Dunstan & Tooth, 2012). רולניק (2020) מסביר כי רבים מאמינים כי המפגש הבין אישי המתקיים בקשר טיפולי הינו אחד הגורמים המשמעותיים ביותר בעבודה הטיפולית, כך שלמעשה סיוע נפשי לאדם באמצעות מחשב או טלפון עשוי להפך את אחד מאבני היסוד של העבודה הטיפולית. אמונות וחששות נוספות שמטפלים עשויים להעלות הן: האם טיפול מקוון מאפשר את התנאים הדרושים לצמיחה אישית והתמודדות עם קונפליקטים כפי שטיפול נפשי אמור לקדם. חשש נוסף עשוי להיות שטיפול מקוון עלול ליצור מסגרת טיפולית שטחית ופשוטת, ושהוא עלול לפגוע בקשר הטיפולי (עומר, 2014). חששות נוספים של מטפלים נוגעים לדד-הומניזציה (א-אנושיות) שמאפיינת את התקשורת במערכת הטכנולוגית, מטפלים חוששים למעשה מדד-הומניזציה של הסביבה הטיפולית (Lovejoy et al., 2009; Perle, 2011).

ישנו מיעוט של מחקרים שבחנו את העמדות של מטפלים ביחס לטיפול מקוון (Perle, 2011). ככלל, ניתן ללמוד ממיעוט מחקרים אלה על שונות של מטפלים ביחס לרעיון של טיפול מקוון, כאשר חלק מהמטפלים תומכים ברעיון זה בעוד שאחרים מתנגדים לכך באופן נחרץ (Wangberg Gammon, & Spitznogle, 2007). למשל, מורה ואחרים (Mora, Nevid, & Chaplin, 2008) בחנו את העמדות של 138 מטפלים ביחס לטיפול מקוון בדוא"ל, בצ"ט ובשיחות וידאו. הם מצאו כי המטפלים הביעו תמיכה נמוכה בטיפול מקוון, בעוד שמידת התמיכה שלהם בדרך טיפול זו היתה גבוהה יותר כאשר הטיפול המקוון היה תוספת לטיפול פנים אל פנים, ולא שכל הטיפול נעשה באופן מקוון. לעומת זאת, פרל (Perle, 2011) מצא במחקרו כי 67% מהמטפלים תמכו ברעיון של טיפול מקוון ו 33% התנגדו. כמו כן, נמצא כי 76% מהמטפלים האמינו שטיפול מקוון יכול להיות יעיל בטיפול בבעיות מסוימות בלבד,

כאשר רוב המטפלים סברו שטיפול מקוון יכול להיות מתאים בעיקר עבור הפרעות הנחשבות לקלות לטיפול כמו דיכאון או חרדה. לצד זאת, נמצא כי כל המטפלים גילו עניין בדרך טיפול זו והביעו רצון ללמוד אותה יותר לעומק. לפיכך, פרל גורס כי הכשרה בתחום של טיפול מקוון יכולה לקדם עמדות חיוביות ביחס לטיפול מקוון. מחקר אחר בקרב 154 מטפלים נורווגים מצא כי רק 3% מהם אמרו שהם מרגישים שטיפול מקוון בין מטפל למטופל הוא לא מתאים (Wangberg et al., 2007). מחקר בקרב 289 מטפלים קלינים באיטליה מצא כי מרביתם (62.6%) הביעו תמיכה ברעיון של טיפול מקוון, לצד הסתייגויות שונות, למשל ביחס לקיום הערכה ואבחון באופן מקוון (Cipolletta & Mocellin, 2018).

ממצא נוסף שחזר על עצמו הוא שמטפלים בעלי אוריינטציה טיפולית פסיכודינמית נטו לתמוך כחות בטיפול מקוון בהשוואה למטפלים בעלי אוריינטציה שונה, למשל קוגניטיבית-התנהגותית (Perle, 2011; Wangberg et al., 2007). ממצא מעניין נוסף נוגע לכך כי מטופלים הם בעלי עמדות חיוביות יותר ביחס להתערבויות מקוונות בהשוואה למטפלים שלהם (Perle, 2011).

חשוב להדגיש כי מחקרים אלה שהוצגו מתייחסים לרעיון של טיפול מקוון באופן כללי. דבר זה שונה מהמצב הנוכחי הנוגע למשבר הקורונה, משום שמדובר במשבר שנכפה על כולנו, ולפיכך אין מדובר בהעדפה או בחירה של המטפלים לעסוק בטיפול מקוון, אלא בכורח המציאות. בן צבי זומר (2020) מסבירה כי גם אם חלקנו מתנגדים באופן עקרוני לטיפול מקוון בעבודה המקצועית שלנו בחיי השגרה הרגילים, בתקופה הנוכחית של משבר הקורונה שבה נכפה עלינו בידוד חברתי מדובר בצו השעה ובמחויבות אתית ומוסרית שלנו כמטפלים כלפי הפונים שלנו. לאור מורכבות זו, מצד אחד מטפלים ממלאים את חובתם המקצועית ועוברים לטיפולים מקוונים בתקופה זו על פי הצורך, ומצד שני אין להם די ניסיון וידע בתחום והעמדות שלהם בנושא עשויות להיות אמביוולנטיות. לאור זאת יש חשיבות לקיים מחקר בתחום זה.

סיכום ומטרות המחקר

סיכום, משבר הקורונה כפה על כולנו מעבר מהיר לטיפול מקוון. עם זאת, לרובנו קרוב לוודאי אין די ניסיון וידע בדרך טיפול זו, וכן לרובנו על פי הסקירה שהוצגה עשויים להיות היסוסים והתלבטויות לגבי איכותה ויעילותה של דרך טיפול זו. מדובר לפיכך במצב מאתגר מבחינה מקצועית. לאור כך, יש חשיבות לערוך מחקר שיבחן את

העמדות, התפיסות והידע המקדים של המטפלים בנושא, ואת היישום של הטיפול במקוון בפועל.

המחקר הנוכחי מבקש לבחון את המעבר של מטפלי עמותת בית לכל ילד מטיפולים של פנים אל פנים לטיפולים מקוונים בתקופת משבר הקורונה. מטרת המחקר היא לבחון את הידע והניסיון הקודם עמם הגיעו המטפלים לתחום, את העמדות והאמונות שלהם ביחס לטיפול מקוון ואת אופן יישום הטיפול בפועל. באופן ספציפי יותר מטרת המחקר הן: 1. לבחון את רמת הידע והניסיון של המטפלים בעמותה בטיפול מקוון 2. לבחון את העמדות והתפיסות של המטפלים בעמותה ביחס לטיפול מקוון בכלל ובילדים בפרט 3. לבחון את היקף המעבר לטיפול מקוון 4. לבחון את טיב ואיכות הטיפול המקוון דרך הפרספקטיבה של המטפלים.

שיטת המחקר

המשתתפים

משתתפי המחקר הם כלל המטפלים הקליניים בעמותה, שמעניקים טיפול קליני לילדים והוריהם באחת מהמסגרות הטיפוליות של העמותה, סך הכל 96 מטפלים. לכולם נשלחה פנייה עם בקשה לקחת חלק במחקר. בפועל בסופו של דבר לקחו חלק במחקר 52 מטפלים, כלומר שיעורי השבה של 54% (למעשה, מילאו את השאלון 67 מטפלים, אך 15 מהמטפלים מילאו מספר פריטים בודדים בלבד בשאלון ולכן לא ניתן היה לכלול אותם בניתוח). לוחות מספר 1 ו-2 מציגים את התפלגות המגדר והגיל של המטפלים.

לוח 1: התפלגות המשתתפים על פי מגדר (N=52)

מגדר	N	%
נקבה	12	1.9
זכר	39	23.1
אחר	1	75.0

לוח 2: התפלגות המשתתפים על פי קבוצת גיל (N=52)

קבוצת גיל	N	%
28 עד 45	40	76.9
46 עד 60	10	19.2
61 ומעלה	2	3.8

הלוח הבא מציג את המקצוע של המטפלים במרכזים. ניתן לראות כי מרבית המטפלים הם עובדים סוציאלים.

לוח 3: התפלגות המשתתפים על פי מקצוע (N=51)

קבוצת גיל	N	%
עובד/ת סוציאלי/ת	31	60.8
פסיכולוגית	6	11.8
מטפל/ת בהבעה ביצירה	10	19.6
קרימינולוגית קלינית	3	5.9
אחר	1	2.0

כפי שמוצג בלוח מספר 4, מרבית המטפלים שמילאו את השאלון הינם מטפלים בתחום של פגיעות מיניות בילדים, משמע מטפלים בילדים נפגעי תקיפה מינית או מטפלים בילדים עם התנהגות מינית לא מותאמת או פוגעת. 2 מטפלים טיפלו גם בילדים נפגעי תקיפה מינית וגם בילדים עם התנהגות מינית לא מותאמת או פוגעת, ו 3 מטפלים דיווחו כי הם מטפלים בכל שלושת קבוצת האוכלוסייה.

לוח 4: סוגי האוכלוסייה שבה מטפלים המטפלים בעמותה (N=52)

במסגרת העמותה אני מטפל ב	N	%
ילדים נפגעי תקיפה מינית והוריהם	38	73.1
ילדים עם התנהגות מינית לא מותאמת או פוגעת והוריהם	13	25.0
ילדים נפגעי התעללות (לא מינית) והזנחה והוריהם	8	15.4

הערה: הסך הכול לא מסתכם ל 100% משום שחלק מהמטפלים מטפלים ביותר מסוג אוכלוסייה אחת.

מרבית המטפלים בעמותה מטפלים בילדים ובהורים באופן פרטני.

לוח 5: אילו סוגי טיפולים את/ה מעניק לילדים והורים בעמותה? (N=52)

סוגי טיפול	N	%
טיפול פרטני	51	98.1
טיפול דיאדי הורה-ילד	17	32.7
הדרכת הורים	51	98.1
טיפול משפחתי	4	7.7

הערה: הסך הכול לא מסתכם ל 100% משום שחלק מהמטפלים מטפלים ביותר מסוג טיפול אחד.

כלי המחקר

כלי המחקר בו נעשה שימוש במחקר זה פותח במיוחד למטרת המחקר הנוכחי (לכלי המחקר המלא ראונספח מס' 1). כלי המחקר כלל שאלות ביחס למספר משתנים מרכזיים:

נתוני רקע אישיים ומקצועיים: גיל, מגדר, מקצוע, אוכלוסייה מטופלת, ומתודה טיפולית.

ידע וניסיון קודם בטיפול מקוון: נמדדו באמצעות 5 פריטים בהם התבקשו הנחקרים

לסמן את מידת הסכמתם בסולם מ-1 "כלל לא מסכים" ועד 5 "מסכים במידה רבה מאוד". למשל "יש לי ניסיון קודם בטיפול מרחוק". עבור כל משתתף חושב ציון כולל לידע וניסיון ביחס ל-4 פריטים מתוך 5 (הפריט המתייחס להכשרה שקיבלו המטפלים בנושא בעמותה לא נכלל). כך הציון הכולל במדד זה נע מ-5 ועד 20, כאשר ככל שהציון גבוה יותר כך מידת הידע והניסיון של המטפל בטיפול מקוון היא רבה יותר. בדיקת מהימנות פנימית של ארבעת הפריטים העלתה אלפא קרונברך של 0.58.

עמדות ביחס לטיפול מקוון: מדד זה כלל 11 פריטים בהם התבקשו הנחקרים לסמן את מידת הסכמתם בסולם מ-1 "כלל לא מסכים" ועד 5 "מסכים במידה רבה מאוד". למשל "טיפול מרחוק יוצר ניכור וריחוק בין המטפל והמטופל". 4 פריטים נוסחו באופן שלילי ונהפכו בחישוב הכללי של הסולם. עבור כל משתתף חושב ציון כולל לעמדות ביחס לטיפול מקוון הנע מ-11 ועד 55, כך ככל שהציון גבוה יותר, כך הנחקר תומך במידה רבה יותר בטיפול מקוון. בדיקת מהימנות פנימית של 11 הפריטים העלתה אלפא קרונברך גבוהה של 0.77. כמו כן, הנבדקים התבקשו לענות על 2 שאלות נוספות ביחס לקבוצת גיל ולסוג הטיפול המתאימים ביותר לטיפול מקוון, ניתן היה לסמן יותר מתשובה אחת.

היקף יישום הטיפול המקוון בפועל: מדד זה כלל סדרה של שאלות שביחס אליהן הנחקרים התבקשו לדווח על היקף הטיפולים שעברו להיות מקוונים (2 שאלות), והטכנולוגיה בה נעשה שימוש בטיפול המקוון (3 שאלות).

מאפייני הטיפול המקוון: הנחקרים התבקשו לענות על סדרה של 21 פריטים המתארים היבטים שונים הנוגעים לאיכות הטיפול, מאפייני הטיפול, תגובות המטופלים ושביעות רצונם. סך הכול נבדקו 4 תתי מדדים: שיתוף פעולה של המטופלים בטיפול מרחוק ושביעות רצונם מהטיפול (4 פריטים). למשל "מרבית הילדים המטופלים אצלי הביעו שביעות רצון מהטיפול מרחוק" (אלפא קרונברך 0.77); יעילות וטיב הטיפול (7 פריטים) למשל "אני מאמינה שרוב הטיפולים שלי מרחוק היו יעילים באותה מידה כמו המפגשים פנים אל פנים" (אלפא קרונברך 0.83); שמירה על מסגרת וסטינג בטיפול (5 פריטים), למשל "המפגשים הטיפולים שקיימתי מרחוק התקיימו בשעה ויום קבועים בשבוע" (אלפא קרונברך 0.56); שביעות הרצון והחווייה של המטפלים ביחס לטיפול המקוון (3 פריטים), למשל "הרגשתי נוח במהלך הטיפולים מרחוק" (אלפא קרונברך 0.75). המטפלים נדרשו לציין באיזו מידה כל פריט נכון עבורם בסולם מ-1 "כלל לא נכון" ועד 5 "נכון במידה רבה מאוד".

שאלות נוספות: הנחקרים התבקשו להגיב ל 3 היגדים ביחס לטיפול בזמן משבר הקורונה. הם התבקשו לסמן באיזו מידה כל אחד מההיגדים הבאים נכון עבורם מ 1 "בכלל לא נכון" ועד 5 "נכון במידה רבה מאוד"; "בעיות אישיות שהטרידו אותי בעקבות משבר הקורונה הקשו עליי לטפל בפונים שלי" "חשפתי בפני המטופלים שלי את החששות והטרדות שלי בנוגע למשבר הקורונה" "החשיפה ההדדית של הפונה ושלי למשבר הקורונה תרמה לקרבה הרגשית בינינו". בנוסף, הוצע להם להגיב באופן פתוח ולהוסיף הערות ביחס לחוויה שלהם את הטיפול המקוון בתקופת המשבר.

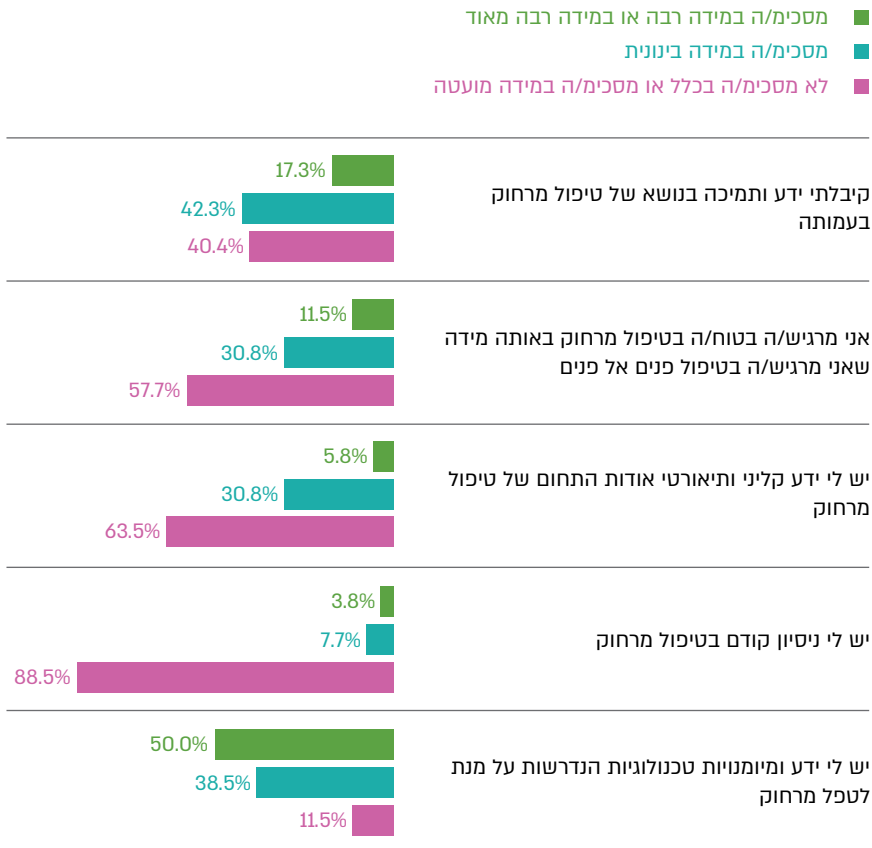
איסוף נתונים

המחקר הנוכחי התבסס על מערך של סקר חתך לרוחב. המשתתפים התבקשו לענות על שאלון אונליין שכלל סדרה של שאלות סגורות. מילוי השאלון ערך בממוצע 20 דקות עד חצי שעה. הכנייה למשתתפים נעשתה דרך דוא"ל ודרך הודעה בוואטסאפ.

ידע וניסיון בטיפול מרחוק

כפי שניתן לראות בתרשים מספר 1 מרבית המטפלים (88.5%) דיווחו על ניסיון קודם מועט או חוסר ניסיון בטיפול מרחוק, וכן מרביתם (63.5%) דיווחו על ידע קליני ותיאורטי מועט אודות טיפול מרחוק. לצד זאת, מחציתם דיווחו כי יש להם ידע ומיומנויות טכנולוגיות לטיפול מרחוק.

תרשים 1: ידע וניסיון בטיפול מרחוק



בנוסף, חושב ציון כולל ביחס לידע ולניסיון של המטפלים בנושא טיפול מרחוק וזאת על ידי סכימת הציונים של ארבעת הפריטים הנוגעים לידע וניסיון קודם (לא כולל הפריט של ידע ותמיכה מהעמותה משום שהוא לא התייחס בהכרח לידע וניסיון קודמים). כל מטפל קיבל ציון כולל הנע מ- 5 ועד 20, ציון זה חולק ל- 3 רמות של ידע וניסיון: מועט, בינוני ורב. ניתן לראות בתרשים מספר 2 כי לא היה אף מטפל שסווג ברמת ידע וניסיון קודמים רב.

תרשים 2: התפלגות מידת הידע והניסיון הקודם בטיפול מרחוק (N=52)

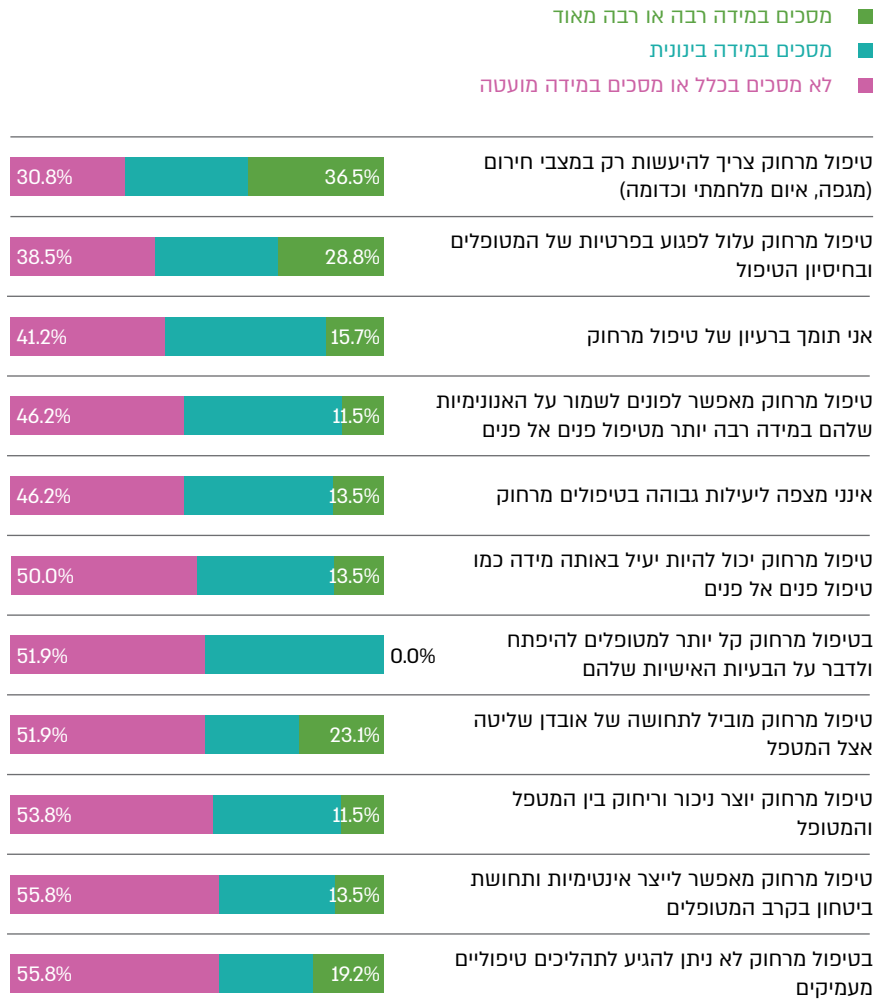


לא נמצאו הבדלים ברמת הידע והניסיון הקודם לפי מגדר, גיל, סוג אוכלוסייה מטופלת או סוג הטיפול שבו עושים שימוש המטפלים.

עמדות ותפיסות

תרשים מספר 3 מציג את התפלגות מידת ההסכמה של המטפלים עם ההיגדים השונים שהעריכו את התפיסות והעמדות שלהם ביחס לטיפול מקוון. ניתן לראות כי רק כ- 16% מהמטפלים ציינו שהם תומכים ברעיון של טיפול מרחוק, וכן 14% ציינו שאינם מצפים ליעילות גבוהה בטיפול מרחוק. כמחצית מהמטפלים סברו במידה בינונית עד רבה מאוד כי טיפול מרחוק עשוי ליצור ניכור וריחוק בין המטפל למטופל וכי בטיפול מקוון לא ניתן להגיע לתהליכים טיפוליים מעמיקים.

תרשים 3: עמדות ותפיסות ביחס לטיפול מרחוק (N=52)



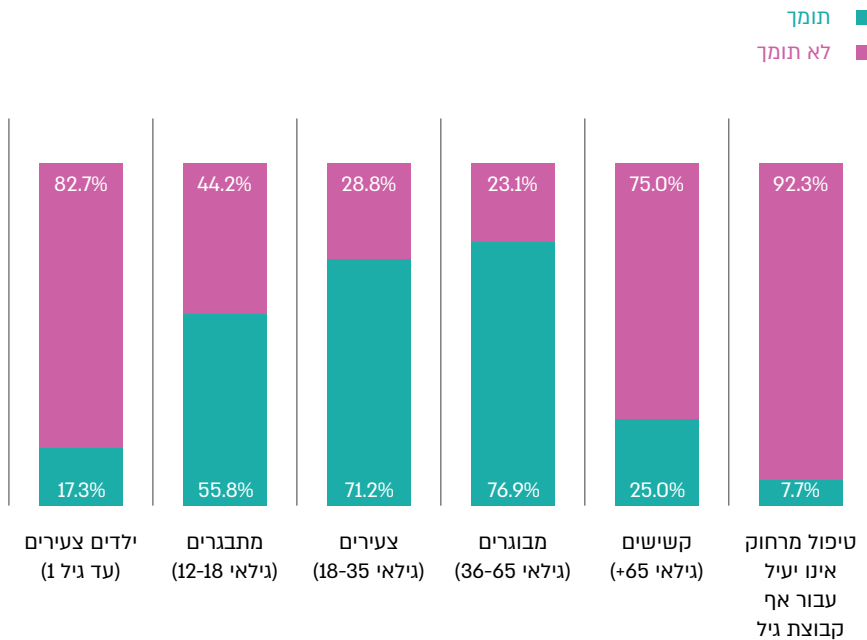
בנוסף, חושב ציון כולל לכל נבדק ביחס למידת התמיכה שלו בטיפול מרחוק. פריטים שוליים נהפכו, כך שכלל שהציון בסולם גבוה יותר כך הוא מעיד על תמיכה גבוהה יותר בטיפול מרחוק. הציון נע מ- 11 עד 55, והוא חולק ל- 3 מדדים: תמיכה נמוכה, תמיכה בינונית ותמיכה גבוהה. ניתן לראות כי מרבית המטופלים בעמותה תמכו במידה נמוכה או בינונית בטיפול מרחוק.

תרשים 4: מידת התמיכה של המטפלים בטיפול מרחוק (N=52)



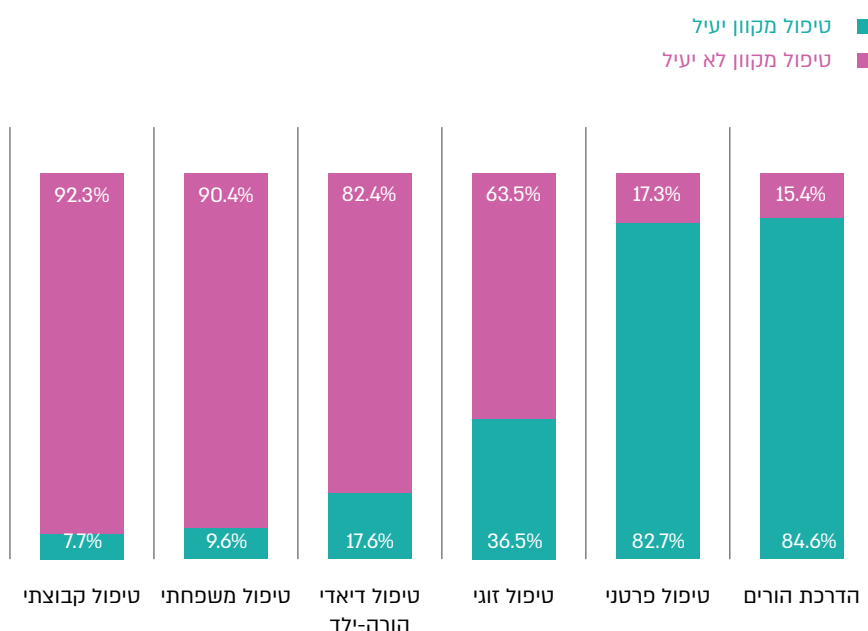
נבדקה מידת התמיכה של המטפלים בטיפול מרחוק ביחס לקבוצות גיל שונות של מטופלים. הממצאים מוצגים בתרשים הבא. ניכר כי המטפלים תמכו כחות בטיפול מרחוק עבור ילדים, כאשר מידת התמיכה בטיפול מקוון עבור ילדים צעירים היתה נמוכה יותר בהשוואה למתבגרים, וכן עבור קשישים מעל גיל 65.

תרשים 5: תמיכה בטיפול מרחוק עבור מטופלים בקבוצות גיל (N=52)



עוד נבדקה מידת התמיכה של המטפלים בטיפול מקוון עבור סוגי טיפול שונים, כפי שמתואר בתרשים הבא. ניתן לראות כי המטפלים תמכו בטיפול מרחוק בעיקר ביחס לטיפול פרטני והדרכת הורים. בנוסף 2 מטפלים ציינו "אחר" וציינו כי טיפול מרחוק לא יעיל אף פעם.

תרשים 6: מידת התמיכה של המטפלים ביעילות של טיפול מקוון לפי סוגי טיפול (N=52)



טיפול מקוון בפועל

המטפלים התבקשו לדווח איזה שיעור מהטיפולים שלהם עבר לטיפול מרחוק בזמן משבר הקורונה וכן מהו היקף הטיפולים שבוטלו בתקופה זו. ניתן לראות שכמעט 90% מהמטפלים בעמותה דיווחו שכל הטיפולים שלהם או רוב הטיפולים שלהם עברו לטיפול מרחוק. כמו כן, 75% מהמטפלים דיווחו כי רק חלק קטן, או אף טיפול שלהם, לא נפסק. נתונים אלה מלמדים על שימור גבוה של היקף הטיפולים הקליניים בעמותה בתקופת הקורונה.

לוח 6: מעבר לטיפול מרחוק (N=52)

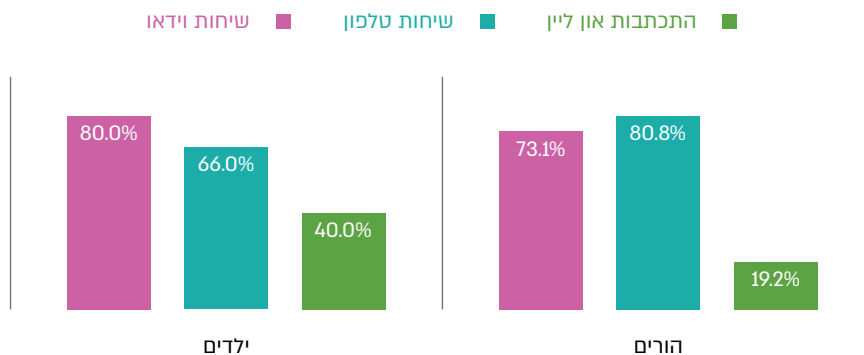
%	N	
55.8	29	כל הטיפולים שלי עברו לטיפול מרחוק
30.8	16	רוב הטיפולים שלי עברו לטיפול מרחוק
9.6	5	מחצית מהטיפולים שלי עברו לטיפול מרחוק ומחציתם נשארו פנים אל פנים
3.8	2	רוב הטיפולים שלי נשארו פנים אל פנים

לוח 7: שימור מול הפסקת הטיפולים (N=47)

%	N	
2.1	1	רוב הטיפולים שלי נפסקו
12.8	6	מחצית מהטיפולים שלי נפסקו
53.2	25	חלק קטן מהטיפולים שלי נפסקו
27.7	13	כמעט לא נפסקו או לא נפסקו בכלל
4.3	2	אחר

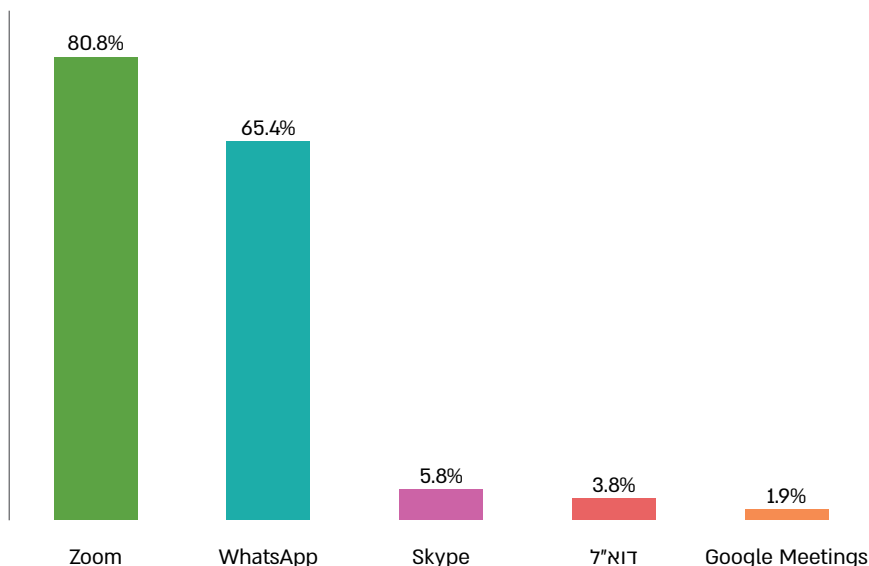
נבדקו הכלים הטכנולוגיים שבהם עשו המטפלים שימוש לטיפול מקוון בטיפול עם הורים וילדים. ניתן לראות כי בטיפול בקרב הילדים הכלי השכיח ביותר היה שיחות וידאו, ואילו בטיפול בקרב ההורים הכלי השכיח ביותר היה שיחות טלפון. התכתבות היתה שכיחה יותר בקרב מטופלים ילדים.

תרשים 7: אמצעי הטיפול המקוון בילדים ובהורים (N=52)



מבחינה טכנולוגית המטפלים עשו שימוש בעיקר ב Zoom וב WhatsApp.

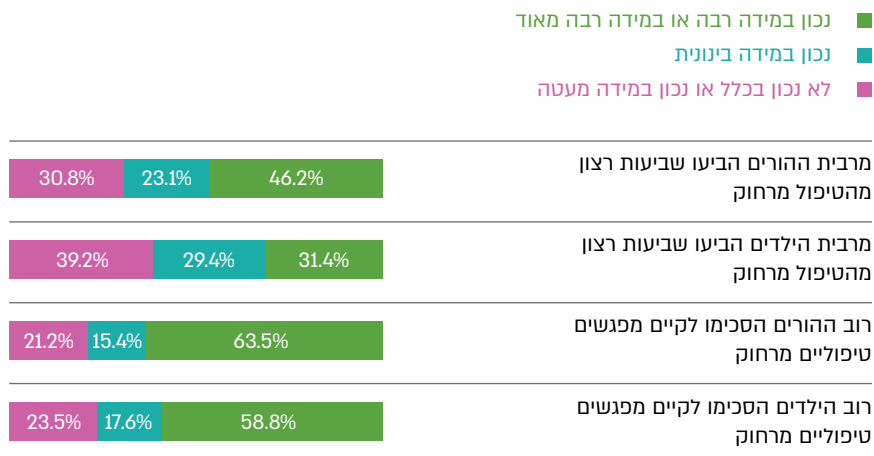
תרשים 8: אפליקציות בהן עשו המטפלים שימוש לטיפול המקוון (N=52)



שיתוף פעולה של המטופלים בטיפול מרחוק ושיעור רצונם

התרשים הבא מציג את הדיווח של המטפלים לגבי ההסכמה של המטופלים לעבור לטיפול מקוון ואת שביעות רצונם של המטופלים מטיפול זה. ראשית, ניתן לראות כי המטפלים דיווחו כי רוב הילדים וההורים שיתפו פעולה והסכימו לעבור לטיפול מקוון. כמו כן, ניתן לראות כי על פי דיווח המטפלים ילדים היו שבעי רצון פחות מהטיפול מרחוק בהשוואה להורים (31.4% מהמטפלים הסכימו במידה רבה או במידה רבה מאוד שהילדים היו שבעי רצון מהטיפול לעומת 46.2% מהמטפלים שסברו כך ביחס להורים). שליש מהמטפלים סברו כי הילדים וההורים לא היו מרוצים כלל או מרוצים במידה מעטה מהטיפול המקוון. יש לקחת בחשבון כי שביעות רצון המטופלים נבדקה דרך עיני המטפלים ולא ישירות מהמטופלים.

תרשים 9: דיווח אודות הסכמת המטופלים לעבור לטיפול מקוון ושביעות רצונם מהטיפול

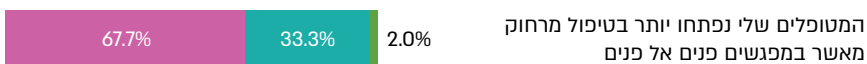
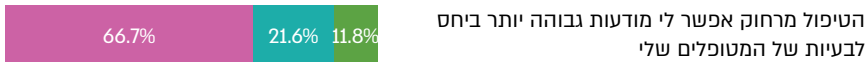
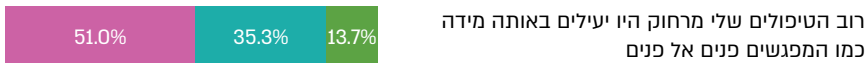
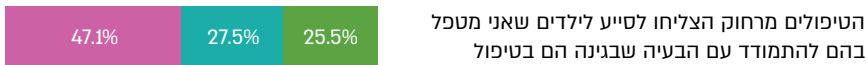
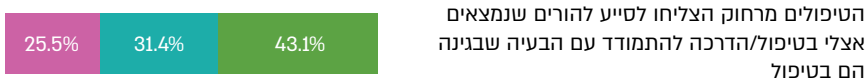
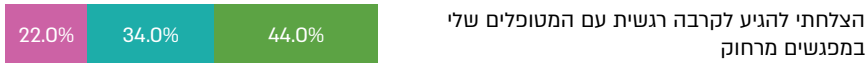


טיב ויעילות הטיפול

המטפלים נדרשו לדווח גם על סדרה של היגדים המתארים את טיב ויעילות הטיפול המקוון. התרשים הבא מציג את התפלגות דיווחי המטפלים ביחס להיגדים אלה. ניתן לראות באופן כללי כי במרבית המדדים כמעט ממחצית המטפלים או יותר דיווחו על רמה נמוכה של יעילות בטיפול. למשל 50% אמרו שזה לא נכון בכלל או נכון במידה מועטה שהטיפולים מרחוק היו יעילים כמו טיפולים פנים אל פנים, וכן כמעט מחצית אמרו שזה לא נכון בכלל או נכון במידה מועטה שהטיפול מרחוק הצליח לסייע לילדים להתמודד עם הבעיה שבגינה הם בטיפול. לצד זאת, ניתן להבחין בפער בין יעילות הטיפול ביחס לילדים מטופלים לעומת הורים. כך בעוד ש- 43% מהמטפלים סברו שהטיפול מרחוק סייע להורים להתמודד עם הבעיה שבגינה הם פנו לטיפול, רק 25% מהמטפלים סברו כך בכל הנוגע למטופלים ילדים. ביחס לקיום תהליכים טיפוליים מרחוק ניכרת תוצאות מעורבות, כך כמחצית מהמטפלים סברו כי הם לא הצליחו להגיע לתהליכים טיפוליים מעמיקים בטיפול מקוון. לצד זאת, 44% הסכימו במידה רבה או במידה רבה מאוד שהם הצליחו להגיע לקרבה רגשית עם המטופלים שלהם בטיפול מקוון ורק 22% התנגדו לכך.

תרשים 10 : טיב ויעילות הטיפול מרחוק

■ נכון במידה רבה או במידה רבה מאוד
 ■ נכון במידה בינונית
 ■ לא נכון בכלל או נכון במידה מועטה

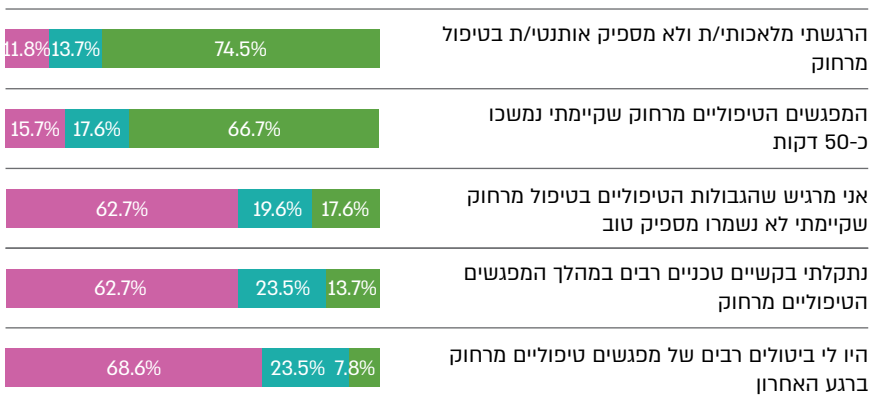


מסגרת וסטינג

המטפלים נדרשו לדווח על סדרה של היגדים המתייחסים לשמירה וניהול הסטינג של הטיפול. הממצאים מוצגים בתרשים הבא. ניתן לראות כי המטפלים דיווחו על מיעוט של ביטולים ושל תקלות טכניות בניהול המפגשים, וכן שרובם הצליחו לשמור על סטינג של יום ושעה קבועה ומפגשים באורך של 50 דקות.

תרשים 11: מסגרת וסטינג

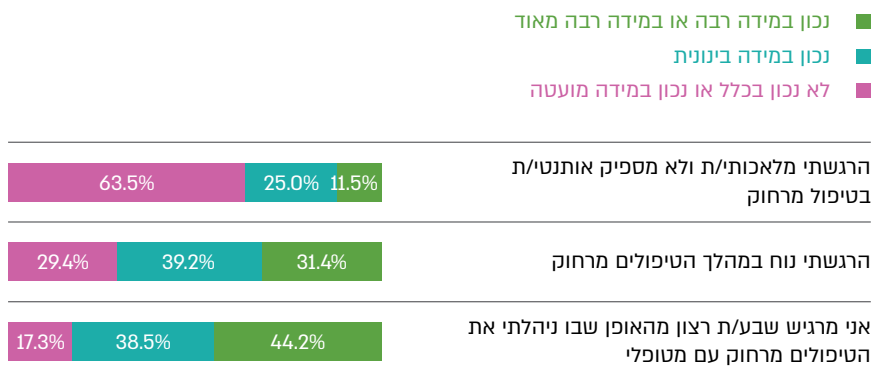
- נכון במידה רבה או במידה רבה מאוד
- נכון במידה בינונית
- לא נכון בכלל או נכון במידה מועטה



שביעות רצון המטפלים והחווייה שלהם ביחס לטיפול מקוון

עוד נשאלו המטפלים סדרה של שאלות ביחס לשביעות הרצון שלהם מהטיפולים והתחושות שלהם ביחס לעצמם כמטפלים בסוג זה של טיפול. התוצאות מוצגות בתרשים הבא. ניתן לראות כי כ-40% מהמטפלים ביטאו שביעות רצון רבה או רבה מאוד מהטיפול, השאר דיווחו על שביעות רצון נמוכה יותר. כמו כן, רק שליש הסכימו במידה רבה או במידה רבה מאוד שהם חשו בנוח בטיפולים מרחוק, כאשר שני שליש דיווחו כי הם הרגישו לא נוח במהלך הטיפולים מרחוק.

תרשים 12: שביעות רצון והחווייה של המטפלים ביחס לטיפול המקוון



שאלות נוספות

המטפלים גם נשאלו האם הם חושבים שימשיכו לעשות שימוש בטיפול מרחוק בהמשך. להלן התפלגות התשובות שלהם.

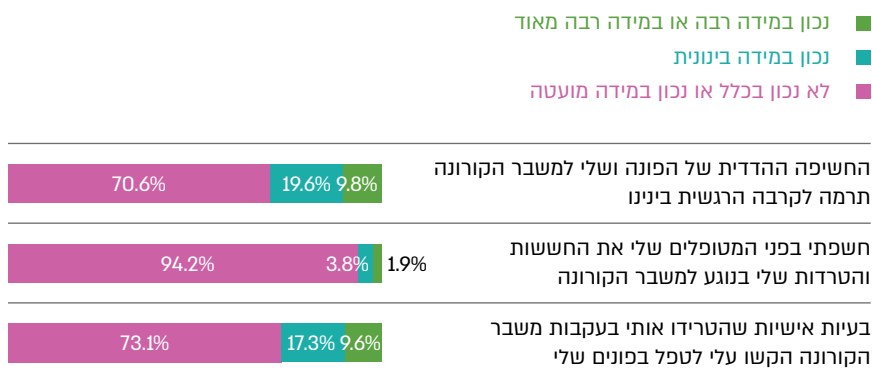
תרשים 13: מה הסיכוי שתעשה שימוש בטיפול מרחוק בשנים הקרובות? (N=52)



לבסוף נשאלו המטפלים ביחס להיבטים הנוגעים להתמודדות עם מצב סיכון משותף של המטפל והמטופל בעת משבר הקורונה. ניתן לראות שמרבית המטפלים לא חשו שהחשיפה המשותפת למשבר הקורונה תרמה לקרבה ביניהם לבין המטופלים.

מרביתם דיווחו כי הם לא חשפו בפני המטופלים שלהם חששות וטרדות לגבי משבר הקורונה, וכן מרביתם דיווחו כי בעיות אישיות שחוו בתקופת הקורונה לא הקשו עליהם לטפל בפונים.

תרשים 14: התמודדות המטפלים עם טיפול בתקופת הקורונה



הקשר בין ידע, ניסיון קודם, עמדות ותפיסות ביחס לטיפול מקוון, לבין היבטים שונים ביישום הטיפול בפועל

חושבו מתאמי פירסון על מנת לבחון את הקשר בין מידת הידע והניסיון המוקדם בתחום של טיפול מקוון והתפיסות והעמדות של המטפלים ביחס לטיפול מקוון, לבין 4 היבטים הנוגעים ליישום של הטיפול המקוון בפועל: שיתוף פעולה ושביעות רצון המטופלים, טיב ויעילות הטיפול, מסגרת וסטינג וכן החוויה ושביעות רצון המטפלים. ערכי מתאמי פירסון מופיעים בלוח מספר 8. ניתן לראות כי ידע וניסיון קודם בטיפול מקוון היו קשורים באופן חיובי לשלושה מדדים של יישום הטיפול בפועל. משמע, ככול שהמטפלים דיווחו על יותר ידע וניסיון מקדים בטיפול מקוון כך גם הם דיווחו יותר על שיתוף פעולה ושביעות רצון של המטופלים מהטיפול המקוון, דיווחו על שביעות רצון גבוהה יותר שלהם ועל חוויה חיובית מהטיפול המקוון וכן דיווחו על שמירה רבה יותר של המסגרת והסטינג בטיפול המקוון. בנוסף לכך, תפיסות ועמדות המטפלים ביחס לטיפול מקוון נמצאו קשורים באופן חיובי לכל ארבעת המדדים של

יישום הטיפול בפועל. משמע, ככול שהמטפלים ביטאו תפיסות ועמדות חיוביות יותר ביחס לטיפול מקוון, כך הם גם דיווחו על יותר היבטים חיוביים ביישום של הטיפול המקוון בפועל, ובכלל זה על יעילות וטיב טיפול גבוהים יותר.

לוח 8: לוח מתאמים

6	5	4	3	2	1	
0.378**	0.333*	0.199	0.288*	0.142	1	1. ידע וניסיון קודם
0.425**	0.360**	0.454**	0.440**	1	0.142	2. תפיסות ועמדות
0.654**	0.234	0.746**	1	0.440**	0.288*	3. שיתוף פעולה ושביעות רצון המטופלים
0.690**	0.253	1	0.746**	0.454**	0.199	4. טיב ויעילות הטיפול
0.528**	1	0.253	0.234	0.360**	0.333*	5. מסגרת וסטינג
1	0.528**	0.690**	0.654**	0.425**	0.378**	6. החוויה ושביעות רצון המטפלים

p<0.05, ** p<0.01*

תגובות פתוחות של המטפלים

בסוף השאלון התבקשו המטפלים להתבטא באופן פתוח ביחס לטיפול מרחוק, המטפלים נשאלו כך "אנא הוספי/ כל הערה נוספת ביחס לחוויה שלך בטיפול מרחוק בשבועות האחרונים". 16 מטפלים בחרו להגיב באופן חופשי. מתוכם 10 מטפלים הביעו בתגובות שלהם היבטים חיוביים או מוצלחים בטיפול המקוון. למשל "האפשרות להמשיך לקיים את הקשר הטיפולי בקביעות היא ללא ספק בעלת משמעות חיובית רבה עבורי ועבור המטופלים. החוויה הייתה מאד טובה, גם אם לא תמיד קלה" או "... חלק מהמטופלים דווקא הביעו את עצמם יותר מאשר בחדר הטיפול. כמו כן הדרכה הורית היתה יעילה מאד." "התחלתי את הטיפולים עם מעט אמון כלפי ערוץ תקשורת זה, בעיקר בטיפול בילדים, אך הופתעתי מאוד לטובה...". 5 מטפלים ציינו רק היבטים שליליים בכל הנוגע לטיפול מקוון. למשל, "מכיוון שגם ילדי בבית, המעבר מהעבודה לבית מאוד מתיש ומקשה על התפנות רגשית מלאה" או "בעיקר תחושת העומס מקשה על הפניות. בין הבית עם הילדים לעבודה והמעברים" או "התהליך

הטיפול מקרטע". כך או כך, מרבית המטפלים ביטאו עמדות מורכבות, המתייחסות הן לחסרונות והן ליתרונות של הטיפול המקוון. אחרים הסבירו כי היה הבדל בין המטופלים השונים. למשל "היו כאלה שהטיפול מרחוק היה החזקתי והיה כאלה שזה ממש הוביל לפריצת דרך והם הרגישו יותר בנוח".

ממצא נוסף שעולה מניתוח תשובות המטפלים מתייחס לכך כי המטפלים ציינו כי הטיפול המקוון עבד יותר טוב עם מתבגרים בהשוואה לילדים. למשל "... נראה שעם הגדולים יותר מגיל 9 ואילך זה היה מעט יותר נוח מאשר עם הצעירים" "אני חושבת שלקיים תרכייה במשחק מרחוק עם הילדים היתה מורכבת עד מאוד...אבל שיח תרפויטי עם הנוער עבד טוב".

המחקר הנוכחי ביקש לבחון את הסוגיה של טיפול מקוון בתקופת הקורונה בילדים במצבי סיכון וסכנה והוריהם, המטופלים בעמותת בית לכל ילד. למחקר היו שתי מטרות מרכזיות: לבחון את המוכנות ואת הנכונות של המטופלים בעמותה לעסוק בטיפול מקוון, וכן לבחון את היישום של הטיפול המקוון בפועל בחודשי הסגר בעקבות משבר הקורונה.

המחקר העלה מספר ממצאים מרכזיים. ראשית, נמצא כי מרבית המטופלים הגיעו לטיפול המקוון עם ניסיון מקצועי קודם מועט או חוסר ניסיון כלל בטיפול מקוון. דבר זה אינו מפתיע לאור העובדה שטיפול מקוון אינו שכיח במדינת ישראל. ניתן לשער שדבר זה נכון על אחת כמה וכמה כאשר מדובר בטיפול בילדים.

שנית, המטופלים שלקחו חלק במחקר ביטאו תמיכה נמוכה יחסית ברעיון של טיפול מקוון. למשל, רבים מהם סברו כי היכולת להגיע לתהליכים טיפוליים מעמיקים בטיפול מקוון היא נמוכה, או שסברו כי טיפול מקוון יכול ליצור ניכור וריחוק בין המטופל למטפל. עוד מעניין לציין כי המטופלים תמכו פחות בטיפול מקוון בילדים צעירים בהשוואה לטיפול מקוון במתבגרים או בהורים.

למרות העובדה שהמטופלים הגיעו לתחילת משבר הקורונה עם ניסיון מועט יחסית בטיפול מקוון ועם עמדות שליליות יחסית ביחס לרעיון של טיפול מקוון, ממצאי המחקר מלמדים כי בפועל כמעט כל המטופלים הצליחו לשמר את מרבית הטיפולים שלהם או אף את כולם, על ידי כך שהעבירו את כולם לטיפולים מקוונים. לא רק זאת אלא שדיווחי המטופלים מעידים שהם הצליחו לשמור על מסגרת וסטניג של הטיפולים הללו. למשל, הם דיווחו על מיעוט של ביטולים, על כך שהצליחו לשמור על יום ושעה קבועים של הטיפולים, וכן רובם דיווחו כי רוב הטיפולים שלהם נמשכו כ- 50 דקות.

למרות שימור גבוה של הטיפולים, נראה כי המטופלים סברו כי הטיפולים המקוונים לא היו יעילים באותה מידה כמו הטיפול פנים אל פנים. למשל רק מעט יותר מ-10% מהמטופלים סברו כי הם הצליחו להגיע לתהליכים טיפוליים מעמיקים בטיפולים המקוונים. כאשר גם פה נמצא פער בכל הנוגע לטיפול בילדים לעומת טיפול בהורים,

המטפלים סברו כי הטיפול המקוון סייע יותר להורים בהשוואה לילדים. לצד זאת, יש לשים לב לכך כי רוב המטפלים סברו שהם הצליחו להגיע לקרבה רגשית עם המטופלים שלהם בטיפולים המקוונים. כלומר, נראה כי המטפלים הצליחו לשמר את הקשר הטיפולי בטיפול מקוון אך לא בהכרח להגיע לתהליכים טיפוליים משמעותיים. ניתן לתת לכך שני הסברים אפשריים: ראשית, מדובר במסגרת זמן קצרה שבה התקיימו הטיפולים המקוונים, בין חודש לחודשיים, כך שיתכן שלא היה די זמן לייצר מרחב טיפולי וירטואלי חלופי שמאפשר לתהליכים טיפוליים משמעותיים להתקיים. שנית, ייתכן שמשום שמדובר היה במצב חירום זמני, הן המטופלים והן המטפלים השקיעו בשימור הקשר הטיפולי אך לא בהכרח בהעמקה בטיפול. בעניין זה יש להדגיש כי הטיפולים המקוונים התקיימו בתוך משבר הקורונה, מה שעשוי היה להשפיע על איכות הטיפולים. חוסר במרחב פרטי לקיים את הטיפולים מאחר שכל בני המשפחה היו בהסגר בבית, או חוסר פניות רגשית בשל המתח הרגשי שחלק גדול מאתנו היה נתון בו בתחילת משבר הקורונה. כך או כך, יש מקום לבחון יותר לעומק מה מקדם ומה חוסם תהליכים טיפוליים משמעותיים בטיפול מקוון.

לממצאים אלה יש להוסיף את הממצא כי מרבית המטפלים דיווחו על שביעות רצון נמוכה שלהם מהטיפול המקוון, ועל כך שהם לא חשו בנוח בטיפולים מרחוק. המטפלים גם סברו שהמטופלים שלהם לא היו כל כך שבעי רצון. בנוסף, המטפלים סברו כי ילדים היו שבעי רצון פחות מהטיפול מרחוק בהשוואה להורים. עם זאת, שיש לקחת בחשבון ששביעות הרצון הוערכה מנקודת המבט של המטפלים ואינה כוללת את הראיה הסובייקטיבית של המטופלים עצמם.

לבסוף, אחד הממצאים המשמעותיים של המחקר הנוכחי הוא הקשר שנמצא בין תפיסות ועמדות המטפלים ובין הידע הקודם שלהם בטיפול מקוון, לבין אופן יישום הטיפול המקוון בפועל. כך ככול שהמטפלים ביטאו תפיסות ועמדות חיוביות יותר ביחס לטיפול מקוון כך הם גם דיווחו על יותר היבטים חיוביים ביישום של הטיפול המקוון בפועל, ובכלל זה על יעילות וטיב טיפול גבוהים יותר. וכן, ככל שהמטפלים דיווחו על יותר ידע וניסיון מקדים בטיפול מקוון, כך גם הם דיווחו יותר על שיתוף פעולה ושביעות רצון של המטופלים מהטיפול, וכן כך הם דיווחו על שביעות רצון גבוהה יותר שלהם ועל חוויה חיובית מהטיפול המקוון וכן דיווחו על שמירה רבה יותר של המסגרת והסטינג בטיפול המקוון. ממצאים אלה מדגישים את החשיבות שבהכשרה והדרכה של המטפלים בתחום של טיפול מקוון. ניתן להניח שהכשרה והדרכה בנושא ומתן אפשרות להתנסות בדרך טיפול זו עשויה לקדם עמדות ותפיסות חיוביות יותר כלפי הרעיון של טיפול מקוון, כמו גם את הידע של המטפלים בתחום,

מה שעשוי להגדיל את היעילות של הטיפול המקוון.

המחקר הנוכחי מעלה ממצאים חשובים בכל הנוגע לטיפול מקוון בילדים ובני נוער, לצד זאת יש לציין גם חלק מהמגבלות שלו: שיעורי ההשבה במחקר היו נמוכים - רק 50% מהמטפלים בעמותה ענו על השאלון המקוון, סך הכל כ-52 מטפלים. בנוסף, הניסיון לכמת את המדידה על ידי שאלות סגורות לא אפשרה לחלק מהמטפלים לבטא תמונה יותר מורכבת שבה יש מצבים שבהם הטיפולים המקוונים היו מוצלחים במידה רבה לעומת כאלה שלא הצליחו, דבר זה חייב לא פעם את הנחקרים לסמן תשובות אמצע. חשוב לעשות מחקרי המשך שיאפשרו ללמוד מהטיפולים שהצליחו ביותר.

רשימת מקורות

- בן צבי זומר, מ. (2020). טיפול אונליין תחת משבר הקורונה. בטיפולנט, כתב עת מקצועי לפסיכותרפיה, גיליון 12/20.
- בר שדה, נ. (2020). גיפת הקורונה בחופש הטיפול - סוגיות אתיות. פסיכולוגיה עברית. אוחר מתוך: https://www.hebpsy.net/blog_Post.asp?id=4575
- ברק, ע. (2004). ייעוץ פסיכולוגי בעזרת האינטרנט: טכנולוגיה ונשמה בחברה משתנה. בתוך: א. קלינגמן ור. ארהרד (עורכים), ייעוץ בבית הספר בחברה משתנה (עמ' 367-390). תל אביב: רמות.
- גרשפלד, א. (2020). דברים שרואים און-ליין לא רואים מכאן: סוגיות בטיפול המקוון. בטיפולנט, כתב עת מקצועי לפסיכותרפיה. גיליון 13/20.
- וינברג, ח. (2020). מעבר מהספה והמעגל אל המסך. בטיפולנט, כתב עת מקצועי לפסיכותרפיה. גיליון 13/20.
- כהן, א. וסתר-רונן, ע. (2020). התמודדות אנשי טיפול במציאות טראומטית משותפת. בטיפולנט, כתב עת מקצועי לפסיכותרפיה. גיליון 14/20.
- עומר, ש. (2014). "לטפל בקרוקס": טיפול פסיכולוגי דרך רשת האינטרנט. פסיכולוגיה עברית. אוחר מתוך: <https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=3104>
- פרידנזון, ש. (2020). טיפול מרחוק עבור ילדים ונוער. אוחר מתוך: <https://www.shimritclinic.com/single-post/%D7%98%D7%99%D7%A4%D7%95%D7%9C-%D7%9E%D7%A8%D7%97%D7%95%D7%A7-%D7%A2%D7%91%D7%95%D7%A8-%D7%99%D7%9C%D7%93%D7%99%D7%9D-%D7%95%D7%A0%D7%95%D7%A2%D7%A8>
- רוט, מ. (2020). העברה בימי קורונה. בטיפולנט, כתב עת מקצועי לפסיכותרפיה. גיליון 13/20.

רולניק, א. (2020). על סטינג וגמישות: עשרת הכללים (הדיברות?) לטיפול מרחוק. בטיפולנט, כתב עת מקצועי לפסיכותרפיה. גיליון 12/20.

שולמן, י. ושרוף, א. (2020). "דמיון בשביל שניים" - טיפול בילדים בימי קורונה - בניית מרחב למשחק כשהמרחב קורס. שיחות בימי הקורונה, עמ' 23-24.

American Psychological Association [APA] (2013). *Guideline for the Practice of Telepsychology*. Retrieved from: <https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>

American Psychological Association. (2010). *American Psychological Association ethical principles of psychologists and code of conduct*. Retrieved from: <https://www.apa.org/ethics/code>

Baca, C., & Manuel, J. (2007). Satisfaction with long-distance motivational interviewing for problem drinking. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 6, 39–41.

Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., & Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*, 9 (2), 111.

Barak, A., & Grohol, J. M. (2011). Current and future trends in internet-supported mental health interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 29(3), 155-196.

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Sciences*, 26, 109-160.

Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., et al. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *Telemedicine and e-Health*, 10, 13–24

Boydell, K. M., Hodgins, M., Pignatiello, A., Teshima, J., Edwards, H., & Willis, D. (2014). Using technology to deliver mental health services to children and youth: a scoping review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(2), 87-.

Boydell, K. M., Volpe, T., & Pignatiello, A. (2010). A qualitative study of young people's perspectives on receiving psychiatric services via televideo. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19(1), 5.

Cipolletta, S., & Mocellin, D. (2018). Online counseling: An exploratory survey of Italian psychologists' attitudes towards new ways of interaction. *Psychotherapy Research*, 28(6), 909-924.

Duncan, A. B., Velasquez, S. E., & Nelson, E. L. (2014). Using videoconferencing to provide psychological services to rural children and adolescents: A review and case example. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(1), 115-127.

Dunstan, D.A., & Tooth, S.M. (2012). Treatment via videoconferencing: A pilot study of delivery by clinical psychology trainees. *The Australian Journal of Rural Health*, 20, 88-94

Elford, R., White, H., Bowering, R., Ghandi, A., Maddigan, B., & John, K. S. (2000). A randomized, controlled trial of child psychiatric assessments conducted using videoconferencing. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6(2), 73-82

Ellington, E., & McGuinness, T. M. (2011). Telepsychiatry for children and adolescents. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 49, 19.

Fitton, V. A., Ahmedani, B. K., Harold, R. D., & Shifflet, E. D. (2013). The role of technology on young adolescent development: Implications for policy, research and practice. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 30, 1-15.

Fortney, J. C., Harman, J. S., Xu, S., & Dong, F. (2010). The association between rural residence and the use, type, and quality of depression care. *The Journal of Rural Health, 26*, 205–213.

Gelber, H. (2001). The experience in Victoria with telepsychiatry for the child and adolescent mental health service. *Journal of Telemedicine and Telecare, 7*(2), 32–34.

Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Drouin, M., & Guay, S. (2009). Effectiveness of cognitive behavioural therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 38*, 42–53.

Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 13*, 29–35.

Grealish, A., Hunter, A., Glaze, R., & Potter, L. (2005). Telemedicine in a child and adolescent mental health service: Participants' acceptance and utilization. *Journal of Telemedicine and Telecare, 11*(1), 53–55.

Greenberg, N., Boydell, K. M., & Volpe, T. (2006). Pediatric telepsychiatry in Ontario: Service provider and caregiver perspectives. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 33*(1), 105–111.

Grover, M., Naumann, U., Mohammaddar, L., Glennon, D., Ringwood, S., Eisler, I., Schmidt, U. (2011). A randomized controlled trial of an Internet-based cognitive-behavioural skills package for carers of people with anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 41*(12), 2581–2591

Hilty, D. M., Shoemaker, E. Z., Myers, K., Snowden, C. E., Yellowlees, P. M., & Yager, J. (2016). Need for and steps toward a clinical guideline for the telemental healthcare of children and adolescents. *Journal of child and*

adolescent psychopharmacology, 26(3), 283-295

Himle, M. B., Olufs, E., Himle, J., Tucker, B. T., & Woods, D. W. (2010). Behavior therapy for tics via videoconference delivery: An initial pilot test in children. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(3), 329-337.

Landrum, A. (2020). Interventions for Online Therapy with Children and Youth/, Guidance Teletherapy Family Counseling. Retrieved from: <https://www.guidancett.com/blog/interventions-for-online-therapy-with-children-and-youth-2020>

Jones, A. M., Shealy, K. M., Reid-Quñones, K., Moreland, A. D., Davidson, T. M., López, C. M., & de Arellano, M. A. (2014). Guidelines for establishing a telemental health program to provide evidence-based therapy for trauma-exposed children and families. *Psychological Services*, 11(4), 398.

Kramer, G. M., & Luxton, D. D. (2016). Telemental health for children and adolescents: An overview of legal, regulatory, and risk management issues. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 26(3), 198-203.

Lange, A., van de Ven, J. P., Schrieken, B., & Emmelkamp, P. M. (2001). Interapy: Treatment of posttraumatic stress through the Internet: A controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32(2), 73-90.

Lovejoy, T. I., Demireva, P. D., Grayson, J. L., & McNamara, J. R. (2009). Advancing the practice of online psychotherapy: An application of Rogers' diffusion of innovations theory. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(1), 112.

Lyneham, H. J., & Rapee, R. M. (2006). Evaluation of therapist supported parent-implemented CBT for anxiety disorders in rural children. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1287-1300.

Mehta, S., & Chalhoub, N. (2006). An E-mail for your thoughts. *Child and*

Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Crow, S., Lancaster, K., Simonich, H., ... Cook Meyers, T. (2008). A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behavioral Research Therapy*, 46, 581–592.

Mora, L., Nevid, J., & Chaplin, W. (2008). Psychologist treatment recommendations for internet-based therapeutic interventions. *Computers in Human Behavior*, 24, 3052–3062.

Morland, L. A., Greene, C. J., Grubbs, K., Kloezezan, K., Mackintosh, M. A., Rosen, C., & Frueh, B. C. (2011). Therapist adherence to manualized cognitive-behavioral therapy for anger management delivered to veterans with PTSD via videoconferencing. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 629–638.

Morland, L. A., Greene, C. J., Rosen, C. S., Foy, D., Reilly, P., Shore, J., ... Frueh, B. C. (2010). Telemedicine for anger management therapy in a rural population of combat veterans with posttraumatic stress disorder: A randomized noninferiority trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 855–863.

Morland, L. A., Greene, C. J., Rosen, C., Mauldin, P. D., & Frueh, B. C. (2009). Issues in the design of a randomized noninferiority clinical trial of telemental health psychotherapy for rural combat veterans with PTSD. *Contemporary Clinical Trials*, 30, 513–522.

Myers, K., Vander Stoep, A., Zhou, C., McCarty, C. A., & Katon, W. (2015). Effectiveness of a telehealth service delivery model for treating attention-deficit/hyperactivity disorder: a community-based randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(4), 263–274.

Nelson, E. L., & Bui, T. (2010). Rural telepsychology services for children and

adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 66(5), 490-501.

Nelson, E. L., & Patton, S. (2016). Using videoconferencing to deliver individual therapy and pediatric psychology interventions with children and adolescents. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 26(3), 212-220.

Nelson, E. L., & Velasquez, S. E. (2011). Implementing psychological services over televideo. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 535-542

Perle, J. (2011). Attitudes Toward Psychological Tele-Health: Current and Future Psychologists' Opinions of Internet-Based Interventions. Retrieved from: https://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1057&context=cps_stuetd

Pesamaa, L., Ebeling, H., Kuusimäki, M., Winblad, I., Isohanni, M., & Moilanen, I. (2004). Videoconferencing in child and adolescent telepsychiatry: A systematic review of the literature. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 10, 187-192.

Pignatiello, A., Teshima, J., Boydell, K. M., Minden, D., Volpe, T., & Braunberger, P. G. (2011). Child and youth telepsychiatry in rural and remote primary care. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20, 13-28.

Read, J. P., Farrow, S. M., Jaanimägi, U., & Ouimette, P. (2009). Assessing trauma and traumatic stress via the Internet: *Measurement Equivalence and Participant Reactions* *Traumatology*, 15(1), 94-102.

Richardson, L. K., Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Egede, L., & Elhai, J. D. (2009). Current directions in videoconferencing tele-mental health research. *Clinical Psychology*, 16(30), 323-338.

Schroder, J., Berger, T., Meyer, B., Lutz, W., Hautzinger, M., Späth, C., ... & Moritz, S. (2017). Attitudes towards internet interventions among

psychotherapists and individuals with mild to moderate depression symptoms. *Cognitive therapy and research*, 41(5), 745-756.

Shealy, K. M., Davidson, T. M., Jones, A. M., Lopez, C. M., & de Arellano, M. A. (2015). Delivering an evidence-based mental health treatment to underserved populations using telemedicine: The case of a trauma-affected adolescent in a rural setting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(3), 331-344.

Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280-299.

Slone, N. C., Reese, R. J., & McClellan, M. J. (2012). Telepsychology outcome research with children and adolescents: A review of the literature. *Psychological Services*, 9(3), 272.

Spence, S. H., Donovan, C. L., Gamble, A., Anderson, R. E., Prosser, S., & Kenardy, J. (2011). A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 629-642.

Spence, S. H., Holmes, J. M., March, S., & Lipp, O. V. (2006). The feasibility and outcome of clinic plus Internet delivery of cognitivebehavior therapy for childhood anxiety. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 74(3), 614-621.

Standards for Technology and Social Work Practice [National Association of Social Workers] (2005). Retrieved from: https://www.labswe.org/assets/Docs/NASW_ASWB_Stds_for_Tech_and_SW_Practice.pdf

Starling, J., & Foley, S. (2006). From pilot to permanent service: Ten years of paediatric telepsychiatry. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(Suppl. 3), 80-82.

Thorp, S. R., Fidler, J., Moreno, L., Floto, E., & Agha, Z. (2012). Lessons learned from studies of psychotherapy for posttraumatic stress disorder via video teleconferencing. *Psychological Services*, 9, 197–199.

Tse, Y. J., McCarty, C. A., Stoep, A. V., & Myers, K. M. (2015). Teletherapy delivery of caregiver behavior training for children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Telemedicine and e-Health*, 21(6), 451–458.

Tuerk, P. W., Yoder, M., Ruggiero, K. J., Grös, D. F., & Acierno, R. (2010). A pilot study of prolonged exposure therapy for Posttraumatic Stress Disorder delivered via telehealth technology. *Journal of Traumatic Stress*, 23(1), 116–123.

Turner, C., & Heyman, I. (2009). A pilot study of telephone cognitivebehavioural therapy for obsessive-compulsive disorder in young People. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 469–474.

van Voorhees, B. W., Vanderplough-Booth, K., Fogel, J., Gladstone, T., Bell, C., Stuart, S.,...Reinecke, M. A. (2008). Integrative internetbased depression prevention for adolescents: A randomized clinical trial in primary care for vulnerability and protective factors. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17(4), 184–196

Wangberg, S. C., Gammon, D., & Spitznogle, K. (2007). In the eyes of the beholder: Exploring psychologists' attitudes towards and use of e-therapy in Norway. *Cyberpsychology and Behavior*, 10(3), 418–423.

Xie, Y., Dixon, J. F., Yee, O. M., Zhang, J., Chen, Y. A., DeAngelo, S., ... & Schweitzer, J. B. (2013). A study on the effectiveness of videoconferencing on teaching parent training skills to parents of children with ADHD. *Telemedicine and e-Health*, 19(3), 192–199.

Yager, J. (2003). Monitoring patients with eating disorders by using e-mail as an adjunct to clinical activities. *Psychiatric Services*, 54(12), 1586–1588.

נספח: שאלון המחקר

שאלון בנושא טיפול מקוון בילדים ובהורים עמותת בית לכל ילד

מטפל/ת יקר/ה

בימים אלה עמותת בית לכל ילד עורכת מחקר הערכה על מנת לבחון את ההתמודדות והחווייה של מטפלים קלינים בילדים והורים עם המתודה של טיפול מרחוק בתקופת משבר הקורונה. השאלון מיועד למטפלים שמעניקים טיפולים קלינים לילדים ולהוריהם במסגרת עבודתם בעמותה. מטרת המחקר היא ללמוד על עמדות ותחושות של המטפלים ביחס לטיפול מרחוק, ועל התגובות וההיענות של המטפלים ושל הפונים לטיפול זה. נודה לך לפיכך אם תוכל/י להקדיש מזמנך למילוי השאלון. השאלון הוא אנונימי.

67 מטפלים, אך 15 מהמטפלים מילאו מספר פריטים בודדים בלבד בשאלון ולכן לא ניתן היה לכלול אותם בניתוח). לוחות מספר 1 ו-2 מציגים את התפלגות המגדר והגיל של המטפלים.

מין: 1. זכר 2. נקבה

גיל: _____

המקצוע שלי:

1. עובד/ת סוציאלית

2. פסיכולוגית

3. מטפל/ת בהבעה/יצירה

4. קרימינולוג קליני

5. אחר _____

במסגרת העמותה אני מטפל ב:

1. ילדים נפגעי תקיפה מינית והוריהם
2. ילדים עם התנהגות מינית לא מותאמת או פוגעת והוריהם
3. ילדים נפגעי התעללות והזנחה והוריהם
4. אחר _____

אילו סוגי טיפולים את/ה מעניק לילדים והורים בעמותה?

(ניתן לסמן יותר מתשובה אחת)

1. טיפול פרטני
2. טיפול דיאדי הורה-ילד
3. הדרכת הורים
4. טיפול משפחתי
5. אחר _____

אנא סמני/ באיזו מידה את/ה מסכימ/ה עם ההיגדים הבאים:

מסכימ/ה במידה רבה מאוד	מסכימ/ה במידה רבה	מסכימ/ה במידה בינונית	מסכימ/ה במידה מעטה	לא מסכימ/ה בכלל	
5	4	3	2	1	יש לי ידע ומיומנויות טכנולוגיות הנדרשות על מנת לטפל מרחוק
5	4	3	2	1	יש לי ניסיון קודם בטיפול מרחוק
5	4	3	2	1	יש לי ידע קליני ותיאורטי אודות התחום של טיפול מרחוק
5	4	3	2	1	אני מרגיש בטוח בטיפול מרחוק באותה מידה שאני מרגיש בטוח בטיפול פנים אל פנים
5	4	3	2	1	קיבלתי ידע ותמיכה בנושא של טיפול מרחוק בעמותה

אנא סמני/ באיזו מידה את/ה מסכימ/ה עם ההיגדים הבאים:

מסכימ/ה במידה רבה מאוד	מסכימ/ה במידה רבה	מסכימ/ה במידה בינונית	מסכימ/ה במידה מעטה	לא מסכימ/ה בכלל	
5	4	3	2	1	טיפול מרחוק יכול להיות יעיל באותה מידה כמו טיפול פנים אל פנים
5	4	3	2	1	אני תומך ברעיון של טיפול מרחוק

5	4	3	2	1	אינני מצפה ליעילות גבוהה בטיפולים מרחוק
5	4	3	2	1	טיפול מרחוק צריך להיעשות רק במצבי חירום (מגפה, איום מלחמתי וכדומה)
5	4	3	2	1	טיפול מרחוק יוצר ניכור וריחוק בין המטפל והמטופל
5	4	3	2	1	טיפול מרחוק מאפשר לפגוע לשמור על האנונימיות שלהם במידה רבה יותר מטיפול פנים אל פנים
5	4	3	2	1	בטיפול מרחוק לא ניתן להגיע לתהליכים טיפוליים מעמיקים
5	4	3	2	1	בטיפול מרחוק קל יותר למטופלים להיפתח ולדבר על הבעיות האישיות שלהם
5	4	3	2	1	טיפול מרחוק עלול לפגוע בפרטיות של המטופלים ובחיסיון הטיפול
5	4	3	2	1	טיפול מרחוק מאפשר לייצר אינטימיות ותחושת ביטחון בקרב המטופלים
5	4	3	2	1	טיפול מרחוק מוביל לתחושה של אובדן שליטה אצל המטפל

אני מאמין שטיפול מרחוק יעיל עבור

(ניתן לסמן יותר מתשובה אחת):

1. ילדים צעירים (עד גיל 12)
2. מתבגרים (גילאי 12-18)
3. צעירים (גילאי 18-35)
4. מבוגרים (36-65)
5. קשישים (65+)
6. טיפול מרחוק אינו יעיל עבור אף קבוצת גיל

אני מאמין שטיפול מרחוק יעיל בסוגי הטיפול הבאים

(ניתן לסמן יותר מתשובה אחת):

1. טיפול פרטני
2. טיפול זוגי
3. הדרכת הורים
4. טיפול משפחתי
5. טיפול קבוצתי

אנא סמני/י מה מתאר בצורה הטובה ביותר את ההשפעה של משבר הקורונה על הטיפולים שלך במסגרת עבודתך בעמותה:

1. כל הטיפולים שלי עברו לטיפול מרחוק
2. רוב הטיפולים שלי עברו לטיפול מרחוק
3. מחצית מהטיפולים שלי עברו לטיפול מרחוק ומחציתם נשארו טיפולים של פנים מול פנים
4. רוב הטיפולים שלי נשארו פנים אל פנים
5. כל הטיפולים שלי נשארו פנים אל פנים

כמה מהטיפולים שלך נפסקו בעקבות משבר הקורונה?

1. רוב הטיפולים שלי נפסקו
2. מחצית מהטיפולים שלי נפסקו
3. חלק קטן מהטיפולים שלי נפסקו
4. אחר

באיזה מהכלים הבאים את/ה עושה שימוש לטיפול מרחוק בילדים?

- (ניתן לסמן יותר מתשובה אחת)
1. שיחות וידאו (סקייפ, זום)
 2. טלפון
 3. התכתבות (וואטסאפ, דוא"ל, התכתבות אונליין – צ'ט)
 4. אחר _____

באיזה מהכלים הבאים את/ה עושה שימוש לטיפול מרחוק בהורים?

- (ניתן לסמן יותר מתשובה אחת)
1. שיחות וידאו (סקייפ, זום)
 2. טלפון
 3. התכתבות (וואטסאפ, דוא"ל, התכתבות אונליין – צ'ט)
 4. אחר _____

באיזה אפליקציות את/ה עושה שימוש כדי לקיים טיפולים מקוונים מרחוק?

- (ניתן לסמן יותר מתשובה אחת):
1. זום (Zoom)
 2. סקייפ (Skype)
 3. פגישות גוגל (Google meetings)

4. ווטסאפ (WhatsApp)

5. דואר אלקטרוני

6. אחר:

**ההיגדים הבאים מתייחסים לטיפולים שקיימת מרחוק בשבועות האחרונים
במסגרת עבודתך בעמותה. אנא סמני/י באיזו מידה ההיגדים מתארים את מה
שחווית במסגרת הטיפולים הללו:**

לא נכון בכלל	נכון במידה מעטה	נכון במידה בינונית	נכון במידה רבה	נכון במידה רבה מאוד	
1	2	3	4	5	רוב הילדים שאני מטפל/ת בהם הסכימו לקיים מפגשים טיפוליים מרחוק
1	2	3	4	5	רוב ההורים שמקבלים ממני טיפול/ הדרכה הסכימו לקיים מפגשים טיפוליים מרחוק
1	2	3	4	5	מרבית הילדים המטופלים אצלי הביעו שביעות רצון מהטיפול מרחוק
1	2	3	4	5	מרבית ההורים שנמצאים אצלי בטיפול/ הדרכה הביעו שביעות רצון מהטיפול מרחוק
1	2	3	4	5	אני מרגיש שהמטופלים שלי נפתחו יותר בטיפול מרחוק מאשר במפגשים פנים אל פנים
1	2	3	4	5	במפגשים הטיפולים שקיימתי מרחוק הצלחתי להגיע לתהליכים טיפוליים מעמיקים באותה מידה כמו במפגשים הטיפוליים פנים אל פנים
1	2	3	4	5	אני מרגיש/ה שהטיפול מרחוק אפשר לי מודעות גבוהה יותר ביחס לבעיות של המטופלים שלי
1	2	3	4	5	הצלחתי להגיע לקרבה רגשית עם המטופלים שלי במפגשים מרחוק
1	2	3	4	5	אני מאמינה/ שרוב הטיפולים שלי מרחוק היו יעילים באותה מידה כמו המפגשים פנים אל פנים
1	2	3	4	5	אני מרגיש/ה שהטיפול מרחוק שאני מקיים הצליחו לסייע לילדים שאני מטפל בהם להתמודד עם הבעיה שבגינה הם פנו/הופנו לטיפול
1	2	3	4	5	אני מרגיש שהגבולות הטיפוליים בטיפול מרחוק שקיימתי לא נשמרו מספיק טוב

5	4	3	2	1	המפגשים הטיפוליים מרחוק שקיימתי נמשכו כ 50 דקות
5	4	3	2	1	המפגשים הטיפולים שקיימתי מרחוק התקיימו בשעה ויום קבועים בשבוע
5	4	3	2	1	נתקלתי בקשיים טכניים רבים במהלך המפגשים הטיפוליים מרחוק
5	4	3	2	1	אני מרגיש/ה שהטיפול מרחוק שאני היו לי ביטולים רבים של מפגשים טיפוליים מרחוק ברגע האחרון
5	4	3	2	1	אני מרגיש/שבע/ת רצון מהאופן שבו ניהלתי את הטיפולים מרחוק עם מטופלי
5	4	3	2	1	הרגשתי נוח במהלך הטיפולים מרחוק
5	4	3	2	1	הרגשתי מלאכותי ולא מספיק אותנטי במפגשים מרחוק עם המטופלים של
5	4	3	2	1	אני מרגיש/ה שהטיפול מרחוק אפשר לי היכרות מעמיקה יותר עם הבית ועם המשפחה של המטופלים שלי
5	4	3	2	1	למטופלים שלי אין אמצעים טכנולוגיים כמו מחשב או טלפון נייד לקיים מפגשים טיפולים מרחוק

מה הסיכוי שתעשה שימוש בטיפול מרחוק בשנים הקרובות?

1. אין בכלל סיכוי
2. סיכוי נמוך
3. סיכוי סביר
4. סיכוי רב

אנא סמני/ באיזו מידה את/ה מסכימ/ה עם ההיגדים הבאים:

נכון במידה רבה מאוד	נכון במידה רבה	נכון במידה בינונית	נכון במידה מעטה	לא נכון בכלל	
5	4	3	2	1	בעיות אישיות שהטרידו אותי בעקבות משבר הקורונה הקשו עלי לטפל בפונים שלי
5	4	3	2	1	חשפתי בפני המטופלים שלי את החששות והטרדות שלי בנוגע למשבר הקורונה
5	4	3	2	1	החשיפה ההדדית של הפונה ושלי למשבר הקורונה תרמה לקרבה הרגשית בינינו

אנא הוספ/י כל הערה נוספת ביחס לחוויה שלך בטיפול מרחוק בשבועות האחרונים:

עמותת בית לכל ילד

רח' יד חרוצים 4, ת"ד 53355, ירושלים

טלפון: 02-6333345 | פקס: 02-6719650 | דוא"ל: office@bily.org.il | אתר: bily.org.il