

שרון יהב, נעה לאור, אסתר עדי-יפה

תנומה קלה? זמני השינה של תינוקות במסגרות החינוך לגיל הרך בישראל

תקציר

לשינה השפעה גדולה על רווחתם, על בריאותם ועל תפקודם של ילדים. עם זאת, השינה בשנה הראשונה לחיים מאופיינת בשינויים תכופים, וטווח רחב של הבדלים בין-אישיים בדפוסי השינה. מאפיינים אלו הופכים את השינה למרכיב מאתגר במיוחד בסדר היום של תינוקות במסגרות החינוך לגיל הרך. במחקר זה נבחנו זמני השינה של תינוקות במסגרות החינוך בארץ באמצעות שאלונים. תשאל טלפוני התבצע להבהרה. במחקר, שנערך בשנת 2022, השתתפו 98 מחנכות העובדות עם תינוקות (3–11 חודשים) במסגרות חינוך קבוצתיות (מעונות ומשפחתונים). במחקר נבדקו השאלות האם המחנכות מחזיקות בידע ההתפתחותי הנדרש? האם הן מספקות בפועל לוח זמנים אישי ומותאם להתפתחותית? ומהם הגורמים המשפיעים על זמני השינה במעון? במחקר נבדקו מאפיינים דמוגרפיים של המחנכות והמעונות, הידע בנושא שינה, הגישה הטיפולית של המחנכות, וניהול זמני השינה בקבוצת התינוקות. המחנכות התבקשו לדווח על חלונות זמני השינה השונים בכיתה. בעקבות נתונים אלו גובש ציון איכות טיפול בנושא שינה לכל מסגרת, בחלוקה לקבוצות הגיל: 3–5, 6–8, 9–11 חודשים. התוצאות הן שבפועל רוב המסגרות מנהלות סדר יום עם זמני שינה קבוצתיים וקבועים. נוסף על כך, איכות הטיפול בנושא שינה של תינוקות יורדת כשגיל התינוק עולה. שעות הדרכה במסגרת נמצאו קשורות לגישת טיפול הנענית לצורכי התינוקות. בין היתר נמצא כי 25% מן המסגרות דיווחו על הורדת תנומת הבוקר לתינוקות בגילי 9–11 חודשים, דפוס שינה המאפיין בספרות המקצועית ילדים בוגרים יותר. **מילות מפתח:** שינה של תינוקות; סדר יום לתינוקות; מסגרות חינוך לגיל הרך; איכות חינוך טיפול; הכשרת מחנכות-מטפלות.

הקדמה

השינה מהווה צורך בסיסי וחיוני להתפתחות תקינה של תינוקות ושל פעוטות. יחד עם חשיבותה, השינה בגיל הרך מציבה אתגרים ייחודיים למסגרות חינוכיות, המתבטאים בצורך לאזן בין מתן מענה לצרכים האישיים של כל תינוק לבין ארגון סדר יום קבוצתי. בישראל אחוז גבוה מהתינוקות מבלה שעות רבות במסגרות חינוכיות. התוכנית החינוכית הרשמית בארץ מדגישה את החשיבות של טיפול מותאם אישית לכל תינוק, אך אינה מספקת הנחיות קונקרטיות לניהול זמני השינה במסגרות קבוצתיות של תינוקות. מחקרים בינלאומיים מצביעים על כך שמסגרות רבות נוטות לנהל זמני שינה קבוצתיים וקבועים, המתנגשים עם הצרכים ההתפתחותיים המגוונים של תינוקות.

המחקר הנוכחי בוחן את המצב הקיים בניהול זמני השינה במסגרות חינוכיות לתינוקות בישראל, תוך התמקדות בגורמים המשפיעים על איכות הטיפול בתחום זה. במחקר נבדקו מאפיינים מבניים של המסגרות, רמת הידע והגישה הטיפולית של המחנכות, והקשר שלהן לאופן ניהול זמני השינה בפועל. הממצאים מיועדים לסייע בפיתוח הנחיות מעשיות מבוססות מחקר לשיפור איכות הטיפול בתחום השינה במסגרות החינוך לגיל הרך.

סקירת ספרות

סדר יום של תינוקות במסגרות החינוך לגיל הרך

המושג 'סדר יום' במסגרת חינוכית מתייחס לרצף הפעילויות היום-יומי. סדר היום יכול להשתנות מקבוצה לקבוצה ומתקופה לתקופה, ונהוג לתאר אותו על הרצף שבין מובנה וקבוע לספונטני וגמיש. במסגרות החינוך לתינוקות ולפעוטות, סדר היום כולל פעילויות של קבלת ילדים, אכילה, משחק, שינה, ניקיון אישי (החתלה), זמן חצר, פרידה ועוד.

בשדה החינוכי-טיפולי קיימת הבחנה בין גורמים מבניים, גורמים תהליכיים ואמונות של הצוות החינוכי, המשפיעים כל אחד בדרכו על איכות המסגרת החינוכית. גורמים מבניים הם משתנים הקשורים לאופן הפעלת המסגרת ורקע הצוות (למשל גודל הקבוצות והשכלת הצוות), בעוד גורמים תהליכיים קשורים לאופי האינטראקציה בין הצוות לילדים, בין הילדים לבין עצמם והסביבה הפיסית שבה הילדים פועלים (Slot, 2018). בהקשר של עיצוב סדר היום במסגרת, מספר

גורמים מבניים נמצאו כבעלי השפעה, כשהבולטים שבהם הם גיל הילדים, מספר הילדים בקבוצה, תקן כוח האדם (יחס מחנכת-ילדים) והכשרתו ומבנה המקום (מור, 2007). ניהול סדר יום במסגרת חינוכית כרוך לא פעם בהתמודדות עם אילוצים ארגוניים שונים, והתנגשות בין צורכי הילדים לצורכי הצוות וההורים. לאור זאת נמצא שבנוסף לגורמים המבניים שהוזכרו, ניהול סדר היום ואופן ההתמודדות עם הצרכים השונים העולים במסגרת, תלוי גם בידע ובהשקפה החינוכית-טיפולית של המחנכת (Wien, 1996).

שינה של תינוקות בשנתם הראשונה לחייהם מציבה מספר אתגרים לתכנון סדר היום במסגרת החינוכית. ראשית, השנה הראשונה לחייהם מאופיינת בטווח רחב של הבדלים בין אישיים בדפוסי שינה (Jenni & Carskadon, 2007). נוסף על כך, דפוסי שינה של תינוקות משתנים מדי כמה חודשים, והקצב שונה מילד לילד (Jones & Spencer, 2020). מסיבות אלו קשה לגבש סדר יום אחיד וקבוע, כפי שנעשה בקבוצות גיל אחרות במסגרת החינוכית. מנגד, הניסיון לספק סדר יום דיפרנציאלי לכל תינוק קשה במיוחד בקבוצות גדולות ושאותו חלל אמור לספק סביבה שקטה ללא גירויים לילדים הישנים, וסביבה חינוכית מגרה בעבור הילדים הערים. מציאות זו רווחת במסגרות חינוך רבות שבהן אותו חלל משרת למשחק, לאכילה ולשינה (Thorpe et al., 2020).

כיום תוכניות החינוך-טיפול לגיל הרך, במדינות כמו ארה"ב, אוסטרליה וישראל, מנחות את המחנכות העובדות עם תינוקות לספק סדר יום עם זמני שינה המותאמים לצרכים האישיים של כל תינוק. צורת טיפול זו היא אחד הביטויים של מה שנקרא 'טיפול תואם התפתחות' (DAP – Developmentally Appropriate Practice) בתחום השינה (NAEYC, 2022). הנחיה זו מתבטאת בכך שאין המלצה לסדר יום מסוים בעבור כיתת התינוקות, זאת בשונה מקבוצות הגיל האחרות במעון, גילי שנה עד שלוש, שלהן מוצע בתוכניות אלו סדר יום לדוגמה, ולעיתים אף יותר מהצעה אחת (משרד החינוך, 2022; שוחט, גבעון ועדי-יפה, 2021; ACECQA, 2020; Child Care, 2018 February; NAEYC, 2022). חשוב לציין שהתוכניות באוסטרליה ובארה"ב דורשות יחס תקינה של מבוגר לכל שלושה-ארבעה תינוקות, כדי שאפשר יהיה לספק אותו טיפול איכותי. פרט ליחס תקינה, הארגון הארצי האמריקאי, ה-NAEYC (2018) מוסיף, שכיתת תינוקות גם לא תעלה על שמונה תינוקות סך הכול, והתוכנית הארצית האמריקאית Early Head Start (2014) מדגישה כי כדי לספק טיפול המותאם לצרכים האישיים של כל תינוק,

יש גם לדאוג למטפל עיקרי וקבוע לכל ילד (ACECQA, 2020; Early Head Start, 2018; National Resource Center, 2014; NAEYC, 2018). אם כן, אפשר ללמוד מכך שהדרישה לסדר יום המותאם לצרכים האישיים של כל תינוק, מגיעה עם הגדרת תנאים משלימים התומכים בה: קבוצות קטנות, יחס תקינה נמוך וטיפול מתמשך על ידי מחנכת קבועה.

בישראל, כל מסגרות החינוך בגילי לידה עד שלוש הן פרטיות. המסגרות נחלקות לשני סוגים: מסגרות שבהן ילדים יכולים לקבל סבסוד מטעם משרד העבודה, ומסגרות שבהן אין סבסוד. לפי פרסומי הלמ"ס (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2024) למדינה יש מידע על ילדים בגיל הרך רק אם הם במסגרות המסובסדות. נוסף על כך, קיימת הפרדה בין מסגרות חינוך עד גיל שלוש שבהן שבעה ילדים ויותר (המכונות מעון או גן), והן מפוקחות על-פי חוק בידי משרד החינוך, ומסגרות שבהן עד שישה ילדים (המכונות משפחתונים). המשפחתון המסובסד מונה עד שישה ילדים בגילים שונים שבין שלושה חודשים לשלוש שנים, והוא באחריות משרד העבודה (משרד עבודה, 2023, 6 בפברואר). במעונות היום המסובסדים כיתת התינוקות מוגדרת לגילי לידה עד 15 חודשים. יחס התקינה הסטנדרטי בכיתה זו הוא מחנכת לכל שישה תינוקות, ואין דרישה לחלוקה קבועה של התינוקות בין המחנכות. במעונות היום המסובסדים פועלים נכון להיום על פי צו הוראת שעה, וגודל הקבוצה המקסימלי עומד על 22 תינוקות לכיתה (משרד החינוך, 2022). נתונים אלו מעלים את השאלה כיצד במעונות בארץ שבהן הקבוצות גדולות והיחס מחנכת-תינוקות גבוה, מנוהלים זמני השינה בסדר היום של תינוקות עד גיל שנה?

שינה במסגרות חינוך לגיל הרך

לשינה השפעה על הרווחה, על הבריאות, על התפקוד ועל יכולות הלמידה של ילדים, ומכאן מקומה החשוב בסדר היום של מסגרות חינוך לגיל הרך. אולם השינה היא גם אחד התחומים הטיפולים המאתגרים בעבור מחנכות, ובמיוחד אלה המטפלות בתינוקות. הטיפול במסגרת קבוצתית מחייב את מחנכת התינוקות להתמודד עם שינויים התפתחותיים תכופים בדפוסי שינה, טווח הבדלים בין-אישיים רחב, אילוצים ארגוניים הכרוכים בניהול מסגרת חינוכית קבוצתית וציפיות הורים מתנגשות סביב שינה (Thorpe et al., 2020).

מחקר שנערך באוסטרליה על ידי סטטון ועמיתיה (Staton et al., 2018) מצא שב-58% מכיתות התינוקות מתקיימים זמני שינה קבועים לכל הילדים, ושבקרב

59% מהילדים קיימים פערים משמעותיים בין זמני תנומות היום במסגרת לבין אלו שבבית. במחקר נוסף של צוות המחקר האוסטרלי ציינו המחנכות קושי לספק לוח זמנים שונה לכל ילד בשל מחסור בכוח אדם, שאינו מאפשר השגחה על הילדים הישנים ועל הילדים הפעילים בו-זמנית (Thorpe et al., 2020). סיבה נוספת היא חוסר ידע, כפי שנמצא במחקר בפינלנד שבו רוב המחנכות חסרות ידע תיאורטי בנוגע לחשיבות השינה בילדות ולצרכי השינה של תינוקות (Siren-Tiusanen, & Robinson, 2001).

בשנים האחרונות חוקרים מדגישים את החשיבות בשימוש במחקרים על שינה של ילדים, לצורך קביעת מדיניות ותכנון סדר יום במסגרות החינוך. החשיבות נובעת מההבנה שהשינה חשובה להתפתחותם ולרווחתם של ילדים (Bacaro, et al., 2015; Staton et al., 2020), ומההכרה בכך שדפוסי שינה בגיל הרך רגישים להשפעה מסביבת הילד (Thorpe, et al., 2015). הפער בין הידע המחקרי בנושא שינה לפרקטיקה במסגרות יוצר בפועל שונות גדולה בנושא מדיניות השינה בין מדינות ובתוכן (Staton et al., 2015).

תנומות יום של תינוקות

לאורך השנה הראשונה לחייהם חלות תמורות משמעותיות בדפוסי השינה של תינוקות. השינויים מתבטאים בפרקי שינה ופגרות שהולכים ומתארכים, מספר תנומות היום שהולך ויורד והתעצבות שלבי השינה לצורתם המוכרת לנו אצל מבוגרים. שינויים אלו מוסברים על ידי התפתחות השעון הביולוגי (השעון הצירקדיאני), האחראי על תזמון השינה ביממה, והתפתחות תהליך ההומאוסטזיס, האחראי לתחושת דחף שינה לאחר פרק זמן מסוים של ערות (Jenni, et al., 2006).

ממחקר דפוסי שינה של תינוקות אנו יודעים שמחזור שינה של תינוקות אורך בממוצע כ-60 דקות, והוא מתארך לאורך הילדות עד לכ-90 דקות, כמו מחזור שינה של מבוגר (שדה, 1999). עד גיל חצי שנה תינוקות ישנים לפחות שלוש פעמים במשך היום. בין הגילים 6–9 חודשים תנומות היום מתרכזות לשתיים בממוצע, ולקראת גיל 18 חודשים מתרכזת השינה ביום לתנומה אחת (Galland et al., 2012; Jones & Spencer, 2020; Weissbluth, 1995). על אף שהמחקרים משקפים הבדלים בין-אישיים רחבים בתזמון תנומות היום בשנה הראשונה, נראה שדפוס תנומות היום של תינוקות סביב גיל 9–12 חודשים לרוב מתייצב לפי אחת משתי האפשרויות:

תנומה מדי 2–3 שעות של ערות, או שתי תנומות יום המתרכזות סביב השעות 09:00 ו-14:00 (Meltzer et al., 2021).

לתנומות היום חשיבות רבה להתפתחות וללמידה. מחקרים מצאו קשר בין תנומות יום לתפקודים קוגניטיביים, ליכולות ויסות עצמי, לתהליכים רגשיים ולתפקודים בריאותיים (Bacaro, et al., 2020; Horváth & Plunkett, 2018; Mindell & Lee, 2015; Taveras, et al., 2008). מומחים בתחום בריאות ילדים מדגישים ששינה איכותית מצריכה משך תנומה מספק ותזמון הולם (Paruthi et al., 2016). לדוגמה, מחקרים עדכניים מצאו שתינוקות בני 9–13 חודשים הפגינו תפקודים קוגניטיביים גבוהים יותר כאשר ישנו תנומת בוקר בסמוך ללמידה, בהשוואה לתפקודם לאחר תנומת צוהריים בלבד (DeMasi et al., 2021; Horger et al., 2021; Konrad et al., 2016; Mason et al., 2021).

השעון הביולוגי של התינוק מושפע מגורמים סביבתיים כמו שינויי אור-חושך, חשיפה לתאורה בהירה, מסכים ואור יום בסמוך לזמן השינה, וכן מושפע מזמני אכילה, רעש וכינון שגרת הרדמות (Davis et al., 2004). בהתחשב בתלותו של התינוק במבוגר, יוצא אפוא שאיכות השינה של התינוק והתגבשות דפוסי השינה מושפעים גם מצורת הטיפול של המבוגר ומטיב הפעילות המתרחשת סביב הילד בזמני השינה שלו.

בישראל, חלק ניכר ממסגרות החינוך לגילי לידה עד שלוש שנים פועלות במשך 9 שעות ויותר ביום, משעות הבוקר המוקדמות מ-07:00–07:30 ועד שעות אחה"צ מ-16:00–17:00 (אינדקס מסגרות, חסר תאריך; זרוע העבודה, חסר תאריך). מכאן שרוב תנומות היום של תינוקות, אם לא כולן, מתרחשות במסגרת החינוכית. במעונות המסובסדים בישראל קבוצת התינוקות יכולה להכיל ילדים בני 4–15 חודשים, והשינויים התכופים בדפוסי השינה בטווח גילים זה מעלים שאלות לגבי יכולת המחנכות לספק מענה מתאים. סטטון ועמיתיה (Staton et al., 2015) הביעו חשש שהרכב גילים רחב עלול לפגוע הן בילדים הזקוקים לתנומה הן באלו שכבר אינם זקוקים לה. מציאות זו מחזקת את הצורך לבחון האם תינוקות במסגרות חינוך בישראל ישנים בהלימה לדפוסי שינה מקובלים לגילם?

הקשר בין ידע מקצועי לאיכות החינוך-טיפול במסגרות חינוך לגיל הרך

ארבע ההמלצות השכיחות של מומחים לשיפור איכות החינוך-טיפול במסגרות לגיל הרך הן: (1) הכשרת המחנכות; (2) מתן פיתוח מקצועי הכולל הדרכה; (3) שיפור יחס התקינה מבוגר-ילדים; (4) צמצום גודל הקבוצה.

הפיתוח המקצועי של הצוות החינוכי נמצא קשור לא רק לאיכות הסביבה החינוכית, אלא גם להתפתחות הילד (Manning et al., 2019). עם זאת, מספר מחקרים מעלים סימן שאלה לגבי חוזק הקשר שבין השכלת הצוות לבין איכות המסגרת. מנינג ועמיתיו (Manning et al., 2019) ערכו מחקר מטא-אנליזה ומצאו שבאופן כללי קיים קשר ישיר בין השכלת הצוות לאיכות המסגרת, אך בשני תחומים נמצא קשר חלש יותר: מרחב וריהוט; ורוטינות טיפול. השינה נכללת תחת רוטינות טיפול. החוקרים שיערו שהסיבה לכך היא שנושאים כגון ארגון המרחב ורוטינות טיפול אינם מקבלים התייחסות בתוכניות ההכשרה של הצוותים, משום שאינם נחשבים כל כך 'אקדמיים'. במחקר הנוכחי נבחנו רמת הידע של המחנכות בנושא שינה, והקשר בין ידע המחנכות לאיכות הטיפול בנושא שינה במסגרת, תוך התמקדות בניהול זמני השינה.

הקשר בין אמונות המבוגר המטפל לפרקטיקת הטיפול בילד

המושג 'אמונות' מתייחס להבנה הסובייקטיבית של המבוגר המטפל בנוגע לאופן שבו ילדים מתפתחים, לתפקיד המבוגר בהתפתחותם ולצורה הנכונה לטיפול בהם ולחנך אותם (Sigel, 2014). השילוב של ידע ואמונות המבוגר המטפל משפיע על הפרקטיקה בעבודה עם ילדים (Brownlee, et al., 2000), וזו משפיעה על איכות האינטראקציה עם הילד והתפתחותו (Hughes-Belding et al., 2012).

הורים מחזיקים באמונות ובגישות שונות לשאלה מהי הדרך הטובה ביותר להיענות לצרכים הפיזיים והרגשיים של תינוקות, וכפועל יוצא נבדלים בפרקטיקות הטיפוליות שבהן הם נוקטים (Sadeh et al., 2010). גישות אלה נשענות על מחלוקת ותיקה הקיימת גם בין מומחים, בין 'טיפול נענה', המתכוון אל הילד (Attunement) לבין 'טיפול מובנה' המכוון את הילד (Structure). גישת 'הטיפול הנענה', הנקראת גם 'טיפול על פי דרישה' (Infant-Demand Care), שמה דגש על קריאה ועל היענות לאיתותים של התינוק לרעב, לעייפות ולמצוקה, והיא מאופיינת בהאכלה תכופה יותר, במגע קרוב תדיר (החזקה ונשיאה) ובהיענות מהירה לאיתותים ולבכי. גישת 'הטיפול המובנה', הנקראת גם 'טיפול (עם) הצבת גבולות'

(Limit-Setting Care), מתייחסת לדרגות שונות של שליטה ושל הכוונה הורית. גישה זו שמה דגש על כינון שגרה וסדרי קבע מתוזמנים (כגון רוטינות אכילה, שינה ופעילות), החזקה מופחתת ועיכוב התגובה לאיתותים ולבכי. כל אחת מהגישות משפיעה אחרת על הפרקטיקות הטיפוליות של המבוגר ועל סדר היום שהוא מספק לילדו (St James-Roberts, 2012; Winstanley & Gattis, 2013). חוקרים טוענים שאנשי חינוך מתקשים להפנים ידע מקצועי כאשר הדבר אינו עולה בקנה אחד עם האמונות המוקדמות שלהם בנושא טיפול וחינוך בילדים צעירים (Brownlee et al., 2000). המחקרים בנושא גישות ואמונות טיפול בגילי ינקות מעלים את השאלה באיזה אופן הגישה הטיפולית של המחנכת (נענית/מובנית) באה לידי ביטוי בניהול זמני השינה של התינוקות תחת טיפולה? במחקר הנוכחי ניסינו לענות על שאלה זו.

מטרת המחקר הנוכחי

מחקרים עדכניים מראים כי קיים פער בין הידע המחקרי שהצטבר על אודות דפוסי שינה של ילדים, לבין הפרקטיקה הנהוגה במסגרות החינוך לגיל הרך, וכי ישנו צורך להעלות את רמת הידע של אנשי חינוך-טיפול בדבר קידום שינה בריאה של ילדים (Meltzer et al., 2021; Thorpe et al., 2020). אין בנמצא מחקרים רבים על אודות פרקטיקות ודפוסי שינה במסגרות חינוך, ובפרט בקבוצות של תינוקות (Bacaro, et al., 2020; Horváth & Plunkett, 2018; Staton et al., 2015). גם המחקרים הבודדים שנערכו על תנומות יום של תינוקות התמקדו בעיקר בהשפעת השינה על תפקודים קוגניטיביים, בעוד שהקשר בין מאפיינים מבניים של המסגרת החינוכית, הידע והאמונות של המחנכות, לבין זמני השינה של התינוקות במסגרות חינוך כמעט שלא נחקר (Siren-Tiusanen, & Robinson, 2001; Thorpe, et al., 2015). תוכניות חינוך-טיפול לגיל הרך בארץ ובעולם מנחות לספק טיפול המותאם לצרכים האישיים של כל תינוק. בישראל, מדינה שבה מספר התינוקות בכיתה ויחס התקינה מחנכת-תינוקות גבוהים, מתעורר ספק לגבי היכולת של מחנכות לעמוד בהנחיה ולספק זמני שינה מותאמים אישית. כמו כן, טווח הגילים המקובל לכיתת תינוקות בישראל, 4–15 חודשים, מעלה שאלה לגבי היכולת של מחנכות לספק שינה מותאמת התפתחותית לגילים שונים באותה הקבוצה.

מטרת המחקר הנוכחי היא לבדוק את השאלה האם זמני השינה במסגרות חינוך לתינוקות בארץ מנוהלים לפי הצרכים האישיים של כל תינוק או קבועים

ואחידים לכל הילדים בקבוצה? והאם זמני השינה מותאמים להתפתחותית לגיל התינוקות? נוסף על כך, ביקשנו לבדוק את מידת ההשפעה של מאפיינים מבניים של המסגרת החינוכית (טווח גילי, גודל הקבוצה ויחס תקינה) על איכות הטיפול בנושא שינה, תוך התמקדות בניהול זמני השינה במסגרת.

ההנחה הכללית לספק זמני שינה על פי הצרכים האישיים של כל תינוק ללא קווים מנחים נוספים, משאירה מקום לידע האישי ולאמונות של מחנכות בנושא שינה. מתוך הכרה בתפקיד המשמעותי של המחנכת בניהול סדר יומו של התינוק ובידע השונה שיש לכל מחנכת, מטרה נוספת של המחקר הנוכחי היא לבחון את הקשר בין גישת הטיפול של המחנכת והידע בנושא, לבין זמני השינה של התינוקות במסגרת החינוכית. עד כה, לא ידוע לנו על מחקרים שבהם נבחנו קשרים אלו בקרב מחנכות לתינוקות. לצורך כך בחרנו להשתמש בהבחנה בין גישת 'הטיפול הנענה' לגישת 'הטיפול המובנה' של ווינסטנלי וגאטיס (Winstanley & Gattis, 2013). כיוון שלפי הספרות החל מגיל 12 חודשים מתחילה תקופת ביניים שבה מספר תנומות היום עשוי לרדת, בחרנו להתמקד בפרקטיקה הנהוגה עד גיל 11 חודשים.

השערות המחקר

1. תינוקות במסגרות חינוך לגיל הרך ישנים על פי לוח זמנים קבוצתי קבוע, וזמני השינה המסופקים על ידי המסגרת אינם הולמים את צורכי השינה ההתפתחותיים של התינוקות. השערה זו מבוססת על מחקרים של תיורפ ועמיתה (Thorpe et al., 2020) וסירן-טיוסן ורובינסון (Siren-Tiusanen & Robinson, 2001).
2. הידע של המחנכות ביחס לידע המומלץ על ידי מומחים בתחום השינה יהיה נמוך. השערה זו מבוססת על מחקרן של סירן-טיוסן ורובינסון (Siren-Tiusanen, & Robinson, 2001).
3. טווח גילים רחב בקבוצה, קבוצה גדולה, יחס מחנכת-ילדים גדול, מידה גבוהה יותר של גישת טיפול מובנה (ונמוכה של גישה נענית) וידע מועט, יהיו קשורים לאיכות טיפול בנושא שינה, נמוכה יותר (זמני שינה קבוצתיים, קבועים ופחות מותאמים לצרכים ההתפתחותיים של תינוקות). השערה זו מבוססת על ממאמרם של סנט גיימס-רוברטס (St James-Roberts, 2012), סירן-טיוסן ורובינסון (Siren-Tiusanen, & Robinson, 2001), תיורפ ועמיתותיה (Thorpe et al., 2020) ווינסטנלי וגאטיס (Winstanley & Gattis, 2013).

שיטה

אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר כללה 98 נבדקות. הקריטריונים להשתתפות במחקר הוגדרו כך: טיפול בשלושה תינוקות לפחות עד גיל 11 חודשים בו-זמנית, במסגרת קבוצתית שאינה שיקומית. על שאלון המחקר ענו 113 נבדקות, מתוכן נופו 15 שאלונים בשל נתונים רלוונטיים חסרים (זמני שינה, צורת יקיצה, משך שהות במסגרת), אי עמידה בקריטריון הגיל של המחקר (טיפול בתינוקות בני יותר מ-12 חודשים), או מסגרת הפועלת חצי יום (עד 14:00). מניתוח הנתונים נמצא שבמסגרות שבהן הילדים שוהים רק חצי יום (עד השעה 14:00), סדר היום והשינה בפרט מתנהלים בצורה שונה, שאינה מאפשרת השוואה אל מול מסגרות של יום מלא.

כלי המחקר

במחקר נעשה שימוש בחמישה כלי מחקר אלה (שאלונים):

1. **שאלון רקע וסביבת העבודה של המחנכת** – מבוסס על ERQ (Environment Rating Questionnaire) שהותאם למחנכת הישראלית על ידי רוזנטל (Rosenthal, 1991). השאלון כולל פרטים על המחנכת (גיל, השכלה, שנות ניסיון ותפקיד) ושאלות על סביבת עבודתה בכלליות (גודל הקבוצה, גיל ממוצע של הילדים והרכב הגילים, הדרכה בעבודה וגישה לייעוץ מקצועי).
2. **שאלון זמני שינה למחנכת** – שאלון זה חובר לצורך המחקר הנוכחי על סמך מחקרים קודמים בנושא (Rosenthal, 1991, February; Thorpe et al., 2020). בשאלון נבדק אופן ניהול זמני השינה של תינוקות במסגרת החינוכית, לדוגמה: האם קיימים זמנים קבועים לשינה, מה משפיע על שינויים בזמני השינה? ועוד. אם הנבדקת ציינה שקיימים זמני שינה קבועים 'בדרך כלל' או 'תמיד', היא התבקשה לציין את זמני השינה בעבור כל קבוצת גיל עם זמני שינה שונים, וכיצד התינוקות קמים (ספונטנית או על ידי הצוות). פרטים חסרים הושלמו טלפונית במידת הצורך. משאלון זה גובשו שני משתנים תלויים מרכזיים, המבטאים את איכות הטיפול בנושא שינה:
- א. 'טיפול שינה תואם התפתחות' (DAP שינה) – משתנה בינארי המכיל שני

ערכים '0' = לא, '1' = כן, המצביע על מסגרות שצינו במפורש שהשינה היא לפי הצורך של התינוק; מסגרות שעל אף שצינו זמני שינה קבועים הוסיפו בהערה שהן מספקות זמני שינה גמישים לפי צורכי התינוקות או ציינו שאין זמני שינה מסויימים לתינוקות בקבוצה; מסגרות שצינו בכלליות שאין אצלן זמני שינה קבועים ('אף פעם לא', 'בדרך כלל לא'). דוגמאות להערות המחנכות: "שעות השינה גמישות, אם תינוק רוצה לישון לפני או יש לו צורך לישון בשעות אחרות מכל הקבוצה מכל מיני סיבות, מאפשרים", "אין זמני שינה קבועים. אנו קשובות לצורכיהם ומתנהלות בהתאם לעייפות ולצורך שלהם בשינה". נציין כי רק מסגרות שזיהינו שמספקות זמני שינה גמישים לכל טווח הגילים 3–11 חודשים קיבלו ציון '1' במדד זה; ומסגרות שבהן השינה הייתה גמישה ומתאמת לצורכי התינוקות, אך רק לחלק מטווח הגילים (למשל רק עד גיל 6 חודשים) קיבלו ציון '0' במדד זה. כיוון שמשתנה זה גובש על סמך סינתזה של מספר שאלות בשאלון, בדקנו אם הוא נמצא בקורלציה מתאימה עם משתנים נוספים. במחקר זה משתנה 'DAP שינה' נמצא במתאם שלילי מובהק ביותר עם משתנה 'שעות שינה קבועות' (שאלת ליקרט שנשאלו המחנכות 'האם קיימים זמנים קבועים לשינה?'), $r(97) = -.33, p < .001$.

ב. 'ניהול זמני שינה' – ממצאי מחקר ראשוניים שיקפו שרוב המסגרות (81.6%) אינן מנהלות זמני שינה המותאמים לצרכים האישיים של כל תינוק (DAP שינה), אך עם זאת קיים מנעד ביניהן בהתנהלות השינה, המשתקף במספר תנומות היום המסופקות לתינוקות, משך התנומות ואופן היקיצה של התינוקות מהתנומות. הספרות המחקרית מתייחסת למחזור שינה שלם של תינוקות באורך כשעה, לדפוס אופייני של יותר משתי תנומות עד גיל 6 חודשים ולשתי תנומות יום לפחות עד גיל 12 חודשים. רק בגיל 18 חודשים הספרות מציינת תנומת יום אחת (Jones & Spencer, 2020; Meltzer et al., 2021). ההנחיות הפדגוגיות מדגישות טיפול מותאם אישית, המאפשר לכל תינוק לישון כפי צורכו (לקום ספונטנית). על סמך זאת הוגדרו חמישה קריטריונים, וכל מסגרת קיבלה ציון בין 0–5, בהתאם למספר הקריטריונים המיושמים בה:

1. זמני השינה משתנים ותלויים בילד (DAP שינה).
2. מתקיימות שתי תנומות יום ומעלה.
3. מתאפשרת יקיצה ספונטנית של הילדים מתנומת הבוקר.

4. מתאפשרת תנומת בוקר באורך של שעה לפחות.
 5. מתאפשרת יקיצה ספונטנית של הילדים מתנומת הצוהריים.
- הסבר מפורט על כל קריטריון ועל אופן הקידוד שלו נמצא בנספח א בסוף המאמר.
- ניתוח ראשוני של הממצאים הראה שאופן ניהול זמני השינה משתנה בין קבוצות גיל, לרוב בחלוקה הבאה: 3–5 חודשים, 6–8 חודשים ו-9–11 חודשים. חלוקה זו תואמת לדפוסי שינה שונים בגילים אלו: עד גיל 5 חודשים מספר תנומות יום, 6–8 חודשים מעבר לשתי תנומות יום ומגיל 9 חודשים התייצבות מבחינת תזמון שתי התנומות (Jones & Spencer, 2020; Meltzer et al., 2021). כדי לעמוד על ההבדלים בין קבוצות הגיל, ראשית קידדנו ציון 'ניהול זמני שינה' לכל חודש בנפרד (מגיל 3 חודשים ועד גיל 11 חודשים). לאחר מכן גיבשנו ציון לכל קבוצת גיל באופן שאם גיל מסוים קיבל ציון נמוך, ציון זה קבע את הציון לכל קבוצת הגיל. כך למשל אם במסגרת מסוימת בקבוצת הגיל 9–11 חודשים, בני ה-11 חודשים קיבלו ציון נמוך, אז כל קבוצת הגיל 9–11 חודשים קיבלו ציון נמוך. בסיום התהליך כל מסגרת קיבלה ציון ניהול זמני שינה נפרד לכל אחת משלוש קבוצות הגיל.
3. **The Baby Care Questionnaire - BCQ** – שאלון שבמקור פותח לצורך הערכת הגישה הטיפולית של הורים לתינוקות ושל הורים לעתיד; נענית או מובנית, על ידי ווינסטנלי וגאטיס (Winstanley & Gattis, 2013). שאלון זה שואל על טיפול בתינוקות בכלליות ולא ספציפית על טיפול בתינוק הפרטי, ולכן מצאנו אותו מתאים לשימוש בקרב מחנכות. השאלון מסוג ליקרט (1–4) ומכיל 30 היגדים בנושאי שינה, אכילה ובכי. לכל נבדקת מקודד ציון גישה נענית (Attunement) וציון גישה מובנית (Structure). השאלון תורגם לעברית בתהליך של תרגום 'הלוך-חזור' ותיקוף מומחים. מהימנות השאלון המתורגם היא $\alpha = .74$ (אלפא של קרונברך), ולכל מדד בנפרד (גישה נענית וגישה מובנית) $\alpha = .77$. כמו כן, השאלון המתורגם תוקף אל מול מבחן PAT, כפי שנעשה במקור. בשונה מממצאי השאלון המקורי, לא נמצא במחקר הנוכחי מתאם שלילי מובהק בין גישת טיפול מובנית לגישת טיפול נענית. במחקרים נוספים גם כן נמצאו הבדלים בממצאים. מחברות השאלון העלו את האפשרות לתוצאות שונות של שאלון BCQ בקרב תרבויות שונות (Mascheroni et al., 2022; Winstanley & Gattis, 2013).

4. **PAT - The Parent Attribution Test** – שאלון הבוחן למי המבוגר

המטפל מייחס כוח ושליטה בעת אינטראקציה לא מוצלחת בין מבוגר לילד. השאלון פותח על ידי בוגנטל ועמיתותיה (Bugental, Shennum & Shaver, 1984) ונכלל במחקר כחלק מדרישות התרגום והתיקוף של שאלון BCQ. השאלון מציג שני תרחישים היפותטיים של אינטראקציה מוצלחת ולא מוצלחת עם ילד. הנבדקת מדרגת בסולם 1–7 את מידת החשיבות של גורמים שונים שהשפיעו על הסיטואציה. המדד העיקרי PCF מחושב כהפרש בין הכוח המיוחס למבוגר לזה המיוחס לילד. מהימנות המדדים לאחר תרגום השאלון לעברית $\alpha = .76$ ו- $\alpha = .72$ (אלפא של קרונברך). במחקר הנוכחי מדד PCF נמצא במתאם חיובי מובהק עם גישת טיפול נענית, $r(96) = .21$, $p = .032$, בדומה לשאלון המקורי.

5. **שאלון ידע בנושא שינה למחנכת** – שאלון זה חובר לצורך המחקר הנוכחי

על בסיס דף מידע של משרד החינוך של קווינסלנד אוסטרליה (Early Childhood Education and Care, n.d.) והמאמרים של מלצר ועמיתותיה (Meltzer et al., 2021) ושץ ועמיתיה (Shatz et al., 2021). השאלון כולל עשר שאלות ידע בנושא שינה של תינוקות. לצורך חישוב ציון לשאלון ניתנה נקודה אחת לכל שאלה, ובשאלות רבות הברירה ניתן ניקוד יחסי על כל תשובה נכונה שסומנה. הציון המקסימלי בשאלון הינו עשר נקודות. מהימנות השאלון הייתה מעט נמוכה $\alpha = .63$.

נוסף על כך, הוספה שאלה מפורשת בעניין מספר תנומות השינה בגיל 10 חודשים עם 4 תשובות: אין כלל תנומות, תנומה אחת, שתי תנומות, ארבע תנומות, שקיבלה ציון '1' אם התשובה הייתה שתי תנומות (84 מחנכות) ו-'0' אחרת (8 מחנכות).

הליך המחקר

מכתב הסבר על אודות המחקר נשלח למפקחות הארציות של הארגונים הגדולים המפעילים מעונות תחת פיקוח משרד החינוך (ויצ"ו, נעמ"ת, אמונה, בית יעקב, החברה למתנ"סים, רשת החינוך הקיבוצית לגיל הרך). במקביל הופצה הודעה עם פרטי השאלון בקבוצות פייסבוק ו-וואטסאפ של מנהלות ושל מחנכות ממסגרות חינוך פרטיות לגיל הרך, ובאופן ישיר למנהלות מעונות ומשפחתונים. המשיבות תוגמלו בשובר מתנה בסך 30 ₪. השאלון הועבר בשפה העברית בלבד.

שאלון המחקר הופץ ב-2022. אל שאלון המחקר נכנסו 336 נבדקות, 113 מהן עברו את הסינון הראשוני וענו עליו עד סופו, מתוכן 98 נבדקות (97 נשים וגבר אחד) עמדו בכל הקריטריונים של המחקר (תינוקות מתחת לגיל 12 חודשים, שהות במסגרת מעל שש שעות ונתוני שינה מלאים). מבחני המהימנות לכלי המחקר נערכו על כל 113 השאלונים, בעוד שיתר הניתוחים הסטטיסטיים נערכו על המדגם המצומצם של 98 השאלונים המלאים.

כדי לצמצם את האפשרות של מספר שאלונים מאותה מסגרת, נעשתה הצלבה של נתוני המסגרות (עיר, גודל הקבוצה, אחוז תינוקות, טווח הגילים, גיל הילד הצעיר וגיל הילד הבוגר). לא נמצאו מסגרות חופפות.

קידוד משתנים

משתנה 'סוג ישוב' (עירוני/כפרי/קיבוץ) ומשתנה 'אשכול חברתי-כלכלי' (1–10) קודדו לפי הגדרות יישובים וחלוקות גאוגרפיות אחרות של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (יישובים וחלוקות גאוגרפיות אחרות – מדד החברתי-כלכלי, 2019; יישובים וחלוקות גאוגרפיות אחרות – מידע כללי, 2021), כאשר במחקר זה אשכולות 1–3 הוגדרו כמעמד חברתי-כלכלי נמוך, אשכולות 4–7 כמעמד חברתי-כלכלי בינוני ואשכולות 8–10 כמעמד חברתי-כלכלי גבוה. המשתנה 'חלוקה קבועה של ילדים תחת טיפול אישי של מחנכת' מבחין בין מסגרות שבהן לכל מחנכת ילדים ספציפיים שתחת טיפולה, לעומת מסגרות שבהן מספר מחנכות מטפלות יחד בכל הכיתה.

המסגרות במחקר חולקו לקטנות (עד 6 ילדים) ולגדולות. בתקופת המחקר התקיים הפיקוח רק על מסגרות מסובסדות. כדי להבחין בין מסגרות מסובסדות ללא מסובסדות, נבנה משתנה נפרד 'מסובסד/לא מסובסד', שקודד על פי תשובת הנבדקת בשאלה על סוג המסגרת. למשתנה זה לא הייתה כל השפעה, ולכן הוסר מן הניתוח.

תוצאות

במחקר הנוכחי נבדקו המשתנים הבלתי תלויים האלה: השכלת המחנכת; ניסיון עבודה במסגרת חינוכית; הרכב הגילים בקבוצה/כיתה (גיל הילד הצעיר, גיל הילד הבוגר, טווח הגילים בקבוצה, שיעור התינוקות בקבוצה); גודל הקבוצה/הכיתה; יחס מחנכת-ילדים; גישה לייעוץ מקצועי; מספר שעות הדרכה בחודש; גישת טיפול

(מובנית/נענית); וידע בנושא שינה של תינוקות. כמו כן, נבדקו המשתתפים סוג המסגרת (מסובסדת/לא מסובסדת) ואשכול חברתי-כלכלי של המיקום הגאוגרפי של המסגרת. סטטיסטיקה תיאורית נוספת על מאפייני המחנכות ועל המסגרות, כמו גם מתאמים בין המשתתפים הבלתי תלויים, מוצגים בנספח ב בסוף המאמר. במחקר נעשה שימוש ככל האפשר במבחנים א-פרמטריים משום שברבים מן המשתתפים נמצא כי ההתפלגות אינה נורמלית. לוח 1 מציג את מאפייני המסגרות שהשתתפו במחקר.

לוח 1: מאפייני מסגרות

<i>N=98</i>				משתנה
מקסימום	מינימום	S.D.	M	
11	2	2.16	6.12	גיל הילד הצעיר בקבוצה (בחודשים)
36	8	5.17	16.04	גיל הילד הבוגר בקבוצה (בחודשים)
32	3	5.2	9.91	טווח הגילים בקבוצה (בחודשים)
1	0	0.28	0.38	שיעור תינוקות (מתחת ל-10 חודשים) בקבוצה*
27	3	5.37	12.15	מספר הילדים הכולל בקבוצה/כיתה
8	2	1.20	4.86	יחס מחנכת-ילדים

* בעת מילוי השאלון.

שאלות והשערות המחקר

השערת המחקר הראשונה הייתה, שתינוקות במסגרות חינוך לגיל הרך, ישנים על פי לוח זמנים קבוצתי קבוע, וזמני השינה המסופקים על ידי המסגרת אינם הולמים את צורכי השינה ההתפתחותיים שלהם. לוחות 2–3 מספקים נתוני סטטיסטיקה תיאורית נוספים הנוגעים לניהול זמני השינה במסגרות.

לוח 2: התפלגות התשובות לשאלה 'האם לקבוצה/לכיתת התינוקות סדר יום עם זמני שינה קבועים?'

תשובות	שכיחות <i>N=98</i>	%
אף פעם לא	1	1.02
בדרך כלל לא	1	1.02
בדרך כלל כן	49	50
תמיד	47	47.9

לוח 3: התפלגות הסיבות השכיחות לשינויים בזמני השינה של התינוקות

סיבה לשינויים בזמני השינה	שכיחות <i>N=98</i>	%
תלוי מתי כל ילד עייף	58	59.7
עיכובים בלוח הזמנים כגון זמני ארוחות וניקיונות	27	27.8
בקשות הורים	2	2.06
החלטה של אחראית הכיתה או המנהלת	10	10.3

ניתן לראות שרובן המוחלט של המסגרות (97.9%) ציינו שבקבוצת התינוקות יש סדר יום עם זמני שינה קבועים 'בדרך כללי עד 'תמיד' (לוח 2), ורק כ-60% מהמחנכות הסבירו שינויים בזמני השינה כתוצאה מצורכי הילדים (לוח 3). ניתוח נוסף של תשובות המחנכות העלה שבמשתנה 'DAP שינה' רק 18.36% (18/98) מהמסגרות שלקחו חלק במחקר מספקות בפועל סדר יום עם זמני שינה גמישים. שיעור זה כולל את שתי המסגרות שענו 'אף פעם לא'/'בדרך-כלל לא' בלוח 2, וכן מסגרות אחרות כמפורט בשיטה. המשתנה 'ניהול זמני שינה' מורכב מחמישה קריטריונים שגובשו יחד לציון המשקף את איכות הטיפול בנושא שינה. לוחות 4א-ג' ו-5 מספקים נתוני

סטטיסטיקה תיאורית של חמשת הקריטריונים בחלוקה לשלוש קבוצות גיל, ושל הציון הממוצע של כל קבוצת גיל במשתנה 'ניהול זמני שינה'.

לוח 4א': סטטיסטיקה תיאורית של חמשת הקריטריונים לציון 'ניהול זמני שינה' – גילי 3–5 חודשים

קריטריון			$n=52$
	%	שכיחות	n
זמני השינה משתנים ותלויים בילד (DAP שינה)	36.53	19	52
מתקיימות שתי תנומות ומעלה	63.46	33	52
מתאפשרת יקיצה ספונטנית של התינוקות מתנומת הבוקר	55.76	29	52
מתאפשרת תנומת בוקר של שעה לפחות	78.84	37	48
מתאפשרת יקיצה ספונטנית של התינוקות מתנומת הצהריים	86	43	50

לוח 4ב': סטטיסטיקה תיאורית של חמשת הקריטריונים לציון 'ניהול זמני שינה' – גילי 6–8 חודשים

קריטריון			$(n=80)$
	%	שכיחות	n
זמני השינה משתנים ותלויים בילד (DAP שינה)	21.25	17	80
מתקיימות שתי תנומות ומעלה	70	56	80
מתאפשרת יקיצה ספונטנית של התינוקות מתנומת הבוקר	52.11	37	71
מתאפשרת תנומת בוקר של שעה לפחות	76.06	54	71
מתאפשרת יקיצה ספונטנית של התינוקות מתנומת הצהריים	82.05	64	78

לוח 4: סטטיסטיקה תיאורית של חמשת הקריטריונים לציון 'ניהול זמני שינה' – גילי 9–11 חודשים

(n=80)			קריטריון
%	שכיחות	n	
17.85	15	84	זמני השינה משתנים ותלויים בילד (DAP שינה)
57.14	48	84	מתקיימות שתי תנומות ומעלה
49.2	31	63	מתאפשרת יקיצה ספונטנית של התינוקות מתנומת הבוקר
71.43	45	63	מתאפשרת תנומת בוקר של שעה לפחות
75	60	80	מתאפשרת יקיצה ספונטנית של התינוקות מתנומת הצהריים

לוח 5: סטטיסטיקה תיאורית של המשתנה התלוי 'ניהול זמני שינה' לפי קבוצות גיל

N=98					משתנה
מקסימום	מינימום	S.D.	M	n	
5	1	1.33	3.53	52	ניהול זמני שינה גילי 3–5 חודשים
5	0	1.44	3.11	80	ניהול זמני שינה גילי 6–8 חודשים
5	0	1.61	2.61	84	ניהול זמני שינה גילי 9–11 חודשים

מנתוני לוחות 4 א'–ג' ניתן לראות שככל שמדובר בילדים בוגרים יותר חלה ירידה באחוז המסגרות המצהירות שזמני השינה משתנים ותלויים בילד. במקביל, בעוד שבגילי 3–5 חודשים ל-100% מהילדים יש שתי תנומות ומעלה או טיפול גמיש לפי צורכי הילד, בשתי קבוצות הגיל הבוגרות יותר אין הדבר כך, וחלק מהמסגרות אינן

מספקות שתי תנומות יום בגילים אלו. בקבוצת הגיל 6–8 חודשים 8.75% מהמסגרות מדווחות על תנומה אחת (צוהריים), ובקבוצת הגיל 9–11 חודשים 25% מדווחות על תנומה אחת (צוהריים) בלבד. נוסף על כך, ניתן לראות ש-44% עד 50% מהמסגרות מעירות תינוקות באופן יזום מתנומת הבוקר וכ-14% עד 25% מעירות באופן יזום מתנומת הצוהריים. מתוך המסגרות שמעירות תינוקות באופן יזום בשעות הבוקר, בין 21% ל-28% מעירות אחרי 30–45 דקות (פחות ממחזור שינה אחד שלם).

נראה אפוא כי רוב התינוקות ישנים על פי לוח זמנים קבוצתי שאינו מותאם לצרכים האישיים של הילדים (לדוגמה השינה מסתיימת על ידי יקיצה יזומה של הצוות). נוסף על כך, אחוז לא מבוטל של תינוקות ישן על פי דפוס שינה שאינו מותאם ההתפתחותית לגילו (תנומה אחת לפני גיל 12 חודשים).

הסטטיסטיקה התיאורית של ציון 'ניהול זמני שינה (לוח 5) הצביעה על הבדלים אפשריים בין קבוצות הגיל השונות. לפיכך בוצעו מבחן t ומבחן וילקוקסון למדגמים תלויים לבדיקת הבדלים מובהקים בין קבוצות הגיל בתוך אותה מסגרת. שני המבחנים העלו ירידה מובהקת באיכות הטיפול בנושא שינה עם העלייה בגיל התינוקות בתוך אותה מסגרת. נמצאו הבדלים מובהקים בין הטיפול בתינוקות בני 3–5 חודשים לבני 6–8 חודשים $p=.012$, $W=36$, $t(48)=2.46$, וכן בין בני 6–8 חודשים לבני 9–11 חודשים $p=.002$, $W=78$, $p=.001$, $t(68)=3.38$. ממצאים אלו משקפים כי השערת המחקר הראשונה אומתה.

השערת המחקר השנייה בחנה את רמת הידע של המחנכות בנושא שינה של תינוקות. השערת המחקר הייתה שידע המחנכות ביחס לידע המומלץ על ידי מומחים בתחום יהיה נמוך. מניתוח סטטיסטיקה תיאורית עולה שהציון הכולל הממוצע במבחן ידע בנושא שינה ($\alpha=0.63$) הינו 52.2% ($M=5.22$, $SD=1.8$). נוסף על כך, כמחצית מהמחנכות ציינו שלא קיבלו הדרכה מקצועית על דפוסי שינה של תינוקות (ראו לוח ב'2 בנספח ב). ממצא זה מאמת את השערת המחקר השנייה.

השערת המחקר השלישית הייתה שטווח גילים רחב בקבוצה, קבוצה גדולה, יחס מחנכת-ילדים גדול, מידה גבוהה יותר של גישת טיפול מובנה וידע מועט, יהיו קשורים לאיכות טיפול נמוכה יותר בנושא שינה (זמני שינה קבוצתיים, קבועים ופחות מותאמים לצרכים ההתפתחותיים של תינוקות). פירוט המתאמים בין המשתנים הבלתי תלויים המרכזיים במחקר למשתנים התלויים מוצגים, בלוח ג'1 בנספח ג. להלן הממצאים העיקריים שעלו מהניתוח:

משתנה 'שעות שינה קבועות' נבנה על בסיס השאלה: האם לקבוצה/לכיתת תינוקות שבה את עובדת סדר יום עם זמני שינה קבועים? (לוח 2). מסגרות שבהן שעות השינה פחות קבועות מאופיינות בקבוצות צעירות יותר (יותר תינוקות מתחת לגיל 10 חודשים) ויותר שעות הדרכה בחודש ($p < .05$). כמו כן, נמצא מתאם בין גישת הטיפול של המחנכת (מובנית/נענית) למידת הקביעות של זמני השינה בקבוצתה. כלומר ככל שלמחנכת יש גישה טיפולית יותר מובנית/פחות נענית, כך שעות השינה קבועות יותר, ולהפך ($p < .001$). ממצא זה מאשש את השערת המחקר המתמייחסת לגישה טיפולית.

משתנה 'DAP שינה' מבחין בין מסגרות שהצהירו שמספקות זמני שינה גמישים ומותאמים לצורכי התינוקות לאלו שאינן עושות כן. במסגרות שבהן זמני השינה מותאמים לצורכי התינוק למחנכת יש יותר ניסיון עבודה עם תינוקות במסגרת חינוכית ($p < .01$), גיל הילד הצעיר בקבוצה נמוך יותר ($p < .01$), יש בהן שיעור גבוה יותר של תינוקות מתחת לגיל 10 חודשים ($p < .05$), ולמחנכת יש גישה טיפולית פחות מובנית ($p < .05$).

משתנה 'ניהול זמני שינה' (לוחות 4א–ג'), מבטא במחקר זה את מידת ההתאמה של זמני השינה במסגרת לצורכי הילדים, ונבדק בעבור שלוש קבוצות גיל בנפרד. בחינת המתאמים מראה כי:

בקבוצת הגיל 3–5 חודשים ככל שלמחנכת יש יותר ניסיון עבודה במסגרת חינוכית ($p < .01$), וככל שהקבוצה יותר קטנה ($p < .05$), תינוקות בקבוצת גיל זו מקבלים טיפול מותאם יותר בנושא שינה.

בקבוצת הגיל 6–8 חודשים ככל שהקבוצה קטנה יותר, תינוקות בקבוצת גיל זו מקבלים טיפול מותאם יותר בנושא שינה.

בקבוצת הגיל 9–11 חודשים ככל שלמחנכת יש יותר ניסיון עבודה במסגרת חינוכית ($p < .05$) וככל שהקבוצה קטנה יותר ($p < .05$), הטיפול בנושא שינה של קבוצת גיל זו מותאם יותר. כמו כן, קבוצת גיל זו מקבלת טיפול מותאם יותר בנושא שינה ככל שהילד הצעיר בקבוצה יותר קטן והילד הבוגר בקבוצה יותר קטן ($p < .05$), וככל ששיעור התינוקות מתחת לגיל 10 חודשים בקבוצה גדול יותר ($p < .01$). מסיכום שלושת הממצאים האחרונים הנוגעים להרכב הגילים בקבוצה, אפשר לומר שקבוצת הגיל 9–11 חודשים מקבלת טיפול איכותי יותר בנושא שינה ככל שהקבוצה צעירה יותר.

גודל הקבוצה נמצא קשור באופן שלילי בכל שלוש קבוצות הגיל ($p < .05$), כלומר, ככל שיש יותר ילדים בקבוצה/בכיתה, כך ניהול זמני השינה הנהוג במסגרת פחות מותאם לצרכים התפתחותיים של תינוקות, ללא הבדל בין תינוקות צעירים לבוגרים יותר. ממצא זה מאשש את החלק המתייחס לגודל הקבוצה בהשערת המחקר.

עם זאת, ממצאי המחקר מראים כי משתנה 'טווח הגילים' לא נמצא קשור באופן מובהק לאיכות הטיפול בנושא שינה. אולם הרכב גילים צעיר יותר, המתבטא במחקר זה בגיל הילד הצעיר, גיל הילד הבוגר ושיעור התינוקות מתחת לגיל 10 חודשים בקבוצה, נמצא קשור באופן מובהק הן למשתנה 'DAP שינה' הן לניהול זמני שינה מותאם יותר לתינוקות בני 9–11 חודשים. אם כן, השערת המחקר השלישית העוסקת בהרכב הגילים בקבוצה אוששה בחלקה.

המחקר כלל שאלה מפורשת לנבדקות על מספר תנומות היום האופייני לגיל 10 חודשים. בדקנו נתונים אלו לעומת מספר התנומות שהנבדקות ציינו וקודדו למשתנה 'ניהול זמני שינה' (לוחות ב' ו-ג'). ב-10 מתוך 13 המסגרות שדיווחו שהן מספקות תנומה אחת בלבד לתינוקות בטווח הגילים 6–10 חודשים, המחנכות יודעות שבגילים אלו תינוקות לרוב ישנים שתי תנומות ביום (מבחן הבינום $p = .046$). כלומר, אף על פי שהמחנכות ידעו מה הצורך ההתפתחותי, בפועל הן נוהגות אחרת.

כדי לבדוק את התרומה המצטברת של המשתנים שנמצאו קשורים באופן מובהק לטיפול איכותי יותר בנושא שינה, נערכו שלושה מבחני רגרסיה:

1. רגרסיה לוגיסטית לטיפול מותאם התפתחותי (DAP שינה) הכוללת ארבעה משתנים העלתה מודל מובהק ($\chi^2(91) = 20.24, p < .001$) המסביר כ-31% מהשונות. שני גורמים מנבאים מובהקים נמצאו: גיל הילד הצעיר בקבוצה וגישת הטיפול המובנית ($p < .05$).
2. רגרסיה ליניארית לטיפול בתינוקות בני 3–5 חודשים בדקה את ניסיון המחנכת ואת גודל הקבוצה. שני המשתנים נמצאו מנבאים מובהקים ($R^2 = 24.4\%, p = .001$), כאשר ניסיון רב יותר וקבוצות קטנות יותר מנבאים איכות טיפול גבוהה יותר בנושא שינה בקבוצת גיל זו. לפירוט ראו לוח ג'2 בנספח ג.
3. רגרסיה בצעדים לטיפול בתינוקות בני 9–11 חודשים זיהתה שני גורמים מנבאים עיקריים: גיל הילד הצעיר בקבוצה וגודל הקבוצה. קבוצות קטנות

יותר עם ילדים צעירים יותר מנבאות איכות טיפול גבוהה יותר בנושא שינה בקבוצת גיל זו. לפירוט ראו לוח ג'3 בנספח ג.

דיון

לאור האתגרים בניהול זמני השינה בכיתת התינוקות במסגרות חינוך לגיל הרך בארץ, שבהן מספר רב של ילדים נמצא בכל כיתה וקיים מספר מועט של מחנכות, בחן המחקר הנוכחי את ניהול זמני השינה של תינוקות, וכיצד מאפיינים מבניים של המסגרת החינוכית, הידע והגישה הטיפולית של המחנכת משפיעים על איכות הטיפול בנושא שינה. הממצאים המרכזיים הראו שבניגוד להמלצות, רוב המסגרות מנהלות סדר יום עם זמני שינה קבוצתיים וקבועים לתינוקות. איכות הטיפול בתחום השינה יורדת במקרים האלה: ככל שגיל התינוקות עולה; בקבוצות בוגרות יחסית עם אחוז תינוקות נמוך יותר; בקבוצה גדולה יותר; במסגרות שבהן קיימת גישה טיפולית מובנית יותר; או כאשר ניסיון המחנכת מועט יותר. שעות הדרכה במסגרת נמצאו קשורות לגישת טיפול נענית יותר לאיתותי התינוקות. יתר על כן, 25% מן המסגרות שבהן מטופלים תינוקות בגילי 9–11 חודשים, דיווחו על ביטולה של תנומת הבוקר בגילים אלו, דפוס שינה המאפיין על פי הספרות המקצועית ילדים בוגרים יותר.

ניהול זמני השינה במסגרות החינוך: תמונת מצב

מחקרים קודמים בנושא שינה במסגרות חינוך לגיל הרך הצביעו על טיפול גנרי המתבטא בזמני שינה אחידים וקבועים לקבוצת ילדים (Thorpe et al., 2020), ועל רמת ידע נמוכה של מחנכות בנושא דפוסי שינה של תינוקות המובילה לפרקטיקה בלתי מותאמת (Siren-Tiusanen & Robinson, 2001). במחקר הנוכחי מצאנו שרוב המסגרות שהשתתפו במחקר (81.6%) מצהירות שמתקיים אצלן סדר יום עם זמני שינה קבוצתיים וקבועים בכיתת התינוקות, ושינויים בזמני השינה יוחסו לצורכי הילדים רק על ידי כ-60% מהמחנכות. כמחצית מהמסגרות מעירות תינוקות משינה באופן יזום, וביותר מרבע מהן תינוקות אינם מקבלים הזדמנות לסיים מחזור שינה שלם של שעה לפחות. ממצא חמור במיוחד הוא שב-25% מהמסגרות עם תינוקות בני 9–11 חודשים, התינוקות מקבלים רק תנומה אחת בשעות הצהריים, בניגוד לדפוס ההתפתחותי המקובל של שתי תנומות (בוקר

וצוהריים) עד גיל שנה לפחות (Meltzer et al., 2021). מאפייני טיפול אלו מתנגשים עם ההמלצות החינוכיות המדגישות טיפול מותאם אישית ומותאם התפתחותית. ככל שתינוקות מתבגרים תזמון השינה שלהם 'מתבגר' איתם, והם נהנים מזמני ערות ארוכים יותר. מובן בהחלט שתינוק בן 11 חודשים שקם בשעה 06:30 מתעייף בשעה 08:30 כפי שנהג בגיל 6 חודשים, אלא בשעת בוקר מאוחרת יותר, לדוגמה 09:30. תנומת בוקר מאוחרת זו תשפיע על תנומת צוהריים מאוחרת בהתאם, לדוגמה 14:30 (Jenni, et al., 2006; Meltzer et al., 2021). במחקר הנוכחי לא מצאנו עדות לתזוזה מותאמת של זמני השינה עם העלייה בגיל התינוקות. להפך, כאשר בוטלה תנומת הבוקר המוקדמת של בני 9–11 חודשים, תנומת הצוהריים לא הוקדמה ונשארה בשעות הקבועות הנהוגות במסגרת (13:00/12:00). נראה שזמני השינה במסגרות חינוכיות מסוימות מנוהלים כמו תחנות רכבת. יש 'תחנת' שינה אחת סביב 08:30 ו'תחנת' שינה שנייה סביב 12:30. אם תינוק בוגר אינו עייף ב-08:30, ההזדמנות הבאה שלו לישון תהיה רק בשעות הצוהריים המקובלות. צורת התנהלות מקובעת זו בהחלט יכולה להסביר מדוע מחנכות מעירות תינוקות משנת בוקר (חלקן אחרי 30 דקות בלבד) או מורידות אותה כליל, שמא הילדים לא יירדמו שוב ב-12:30, בעוד שמבחינה התפתחותית היה נכון לאפשר לתינוקות לישון די צורכם בבוקר, ולדחות את תנומת הצוהריים לשעה מאוחרת יותר. קיבעון זה בתזמון התנומות יכול להסביר גם מדוע מצאנו ירידה באיכות הטיפול בנושא שינה (מספר תנומות, צורת יקיצה ומשך שינה) עם העלייה בגיל הילדים בתוך אותה מסגרת. במקום להתאים את סדר היום מחדש לגיל הילדים שגדלו, המחנכות מתאימות את הילדים לזמני המסגרת.

ידע מחנכות בנושא שינה

ממצאי המחקר הנוכחי מראים כי רמת הידע של המחנכות בנושא שינת תינוקות נמוכה (ציון ממוצע של 52.2% במבחן הידע), ממצא התואם למחקרים קודמים שהצביעו על פערי ידע בתחום זה (Siren-Tiusanen & Robinson, 2001). כמו כן, רק כמחצית מהמחנכות במחקר ציינו שקיבלו הדרכה מקצועית בנושא דפוסי שינה של תינוקות, על אף שהן עובדות עם תינוקות, והשינה בגילים אלו תופסת אחוז משמעותי מסדר היום.

ידע מוגבל על דפוסי שינה של תינוקות עלול להשפיע באופן מהותי על האופן שבו מחנכות מפרשת איתותים של התינוק שתחת טיפולה. ברמה הבסיסית ביותר,

סימני עייפות של תינוקות, לדוגמה: פעלתנות יתר, עצבנות ומלמול קולני (Early Childhood Education and Care, n.d.), אינם תמיד מובהקים ויכולים להתפרש בצורות שונות. כאשר מחנכת אינה מכירה את דפוסי השינה ההתפתחותיים של תינוקות – משך זמן הערות שמטיב עימם, ובהתאם מספר התנומות שהם זקוקים לו לאורך היום – הסיכוי שהיא תפרש איתות באופן שגוי גבוה משמעותית. מחנכת שאינה יודעת שתינוק בן 9 חודשים מתעייף כל 2–3 שעות בממוצע, עלולה לפרש בכי של תינוק שעבר 4 שעות ללא שינה כביטוי לרעב או אי נוחות, במקום כסימן ברור לעייפות חריפה. באופן דומה, מחנכת שאינה מודעת לכך שתינוק בן 11 חודשים עדיין זקוק לשתי תנומות ביום, עלולה לפרש התנהגות עצבנית בשעות הבוקר המאוחרות כביטוי של 'קושי התנהגותי', ולא כצורך לגיטימי בתנומה מוקדמת יותר לצוהריים.

אך ייתכן שלא די רק בידע תיאורטי על דפוסי שינה, אלא גם הבנה בדבר חשיבות השינה ותנאים סביבתיים משלימים. על אף ששיעורנו שנמצא קשר בין ידע המחנכת לאיכות הטיפול שהיא מספקת בנושא שינה, בפועל לא נמצא קשר מובהק בין משתנים אלו. למעשה מצאנו דווקא בנושא מספר תנומות יום (תואם גיל 10 חודשים), שבמובהק אין קשר בין הידע של המחנכת לבין מספר התנומות שהיא מספקת בפועל לתינוקות. על אף הידע בצורך של שתי תנומות יום סיפקו המחנכות בפועל אפשרות לתנומה אחת בלבד. הסיבות לפרקטיקה זו לא נבחנו במחקר הנוכחי, אך יש מקום לשער שהן נובעות מחוסר הבנה של חשיבות השינה, או מן הקושי לאפשר זמני שינה מגוונים בקבוצות גדולות (כפי שנלמד מן הקשר ההפוך בין איכות הטיפול בנושא שינה לגודל הקבוצה).

השפעת מאפייני המסגרת החינוכית על איכות הטיפול בנושא שינה

ממצאי המחקר מצביעים על מספר גורמים מבניים המשפיעים על איכות הטיפול בנושא שינה במסגרות חינוכיות. הממצא הבולט והעקבי ביותר הוא הקשר השלילי בין גודל הקבוצה לבין איכות הטיפול בשינה, שנמצא מובהק בכל שלוש קבוצות הגיל שנבדקו. התופעה תואמת למחקרים בינלאומיים שמצאו קשר עקבי בין קבוצות קטנות למאפיינים תהליכיים גבוהים יותר במעונות יום (Cadima et al., 2020). ממצא זה מדאיג במיוחד לאור העובדה שבזמן עריכת המחקר הקבוצות לא היו בתפוסה מקסימלית (ממוצע של 14.68 ילדים לקבוצה במסגרות מסובסדות ו-10 ילדים לקבוצה במסגרות פרטיות), כך שניתן להניח שכאשר הקבוצות

מתמלאות עד לתפוסה המותרת של 22 תינוקות, תהיה ההשפעה השלילית על איכות הטיפול חמורה עוד יותר. בהקשר זה חשוב להדגיש שבעוד שמצאנו השפעה לגודל הקבוצה על ירידת איכות הטיפול בנושא שינה, לא נמצא יחס התקינה מחנכת-ילדים כגורם משפיע, ולכן הכנסת כוח אדם נוסף לכיתות גדולות אינו בהכרח הפתרון לשיפור איכות הטיפול בתחום זה.

המחקרים על הרכב הגילים של קבוצות במסגרות חינוך לגיל הרך אינם רבים, לרוב בוחנים טווח גילים וגיל ממוצע ומתמקדים בילדי גן (Cadima et al., 2020; Diebold & Perren, 2020; Justice et al., 2019). במחקר זה הרכב הגילים בקבוצה (ולא טווח הגילים) נמצא כגורם משפיע נוסף על איכות הטיפול סביב השינה. מצאנו שמסגרות שמספקות זמני שינה גמישים ומותאמים אישית לתינוקות מאופיינות בהרכב קבוצה צעיר יותר בהשוואה למסגרות שמנהלות זמני שינה קבועים. אך הנקודה המעניינת במיוחד סביב הרכב גילי נוגעת דווקא לתינוקות הבוגרים יותר, בני 9–11 חודשים. גילינו שכאשר תינוקות אלה שוהים בקבוצה עם תינוקות צעירים מהם, הם זוכים לטיפול מותאם התפתחותית ואיכותי יותר בנושא שינה (מספר תנומות, סוג היקיצות). אולם כאשר הם שוהים בקבוצה עם ילדים בוגרים יותר, איכות הטיפול בנושא שינה יורדת משמעותית, מקיצור תנומת הבוקר ועד ביטולה לחלוטין.

נראה שמחנכות מחזיקות בתפיסה מדורגת לגבי צרכי השינה: תינוקות צעירים (3–5 חודשים) נתפסים כזקוקים לטיפול גמיש ונענה עם מספר הזדמנויות לשינה, ותפיסה זו מקרינה על תינוקות בני 9–11 חודשים כאשר הם חלק מקבוצה צעירה יחסית. לעומת זאת, כאשר תינוקות בני 9–11 נמצאים בקבוצה שבה רוב הילדים גדולים מהם, לפחות חלק מהמחנכות סוברות שהם יכולים להסתגל לדפוס שינה בוגר יותר של תנומה אחת בצוהריים.

יכולת ההסתגלות הזו עלולה ליצור רושם מטעה שאין בעיה בביטול תנומת הבוקר סביב גיל שנה. אולם מחקרים מראים את חשיבותן של תנומות היום לתפקוד ילדים בגיל הרך, והשלכותיו השליליות של ביטול תנומת הבוקר על התפקוד הרגשי, הקוגניטיבי והלוקו-מוטורי של תינוקות ופעוטות בפרט (DeMasi et al., 2021; Horger et al., 2023; Jones & Spencer, 2020; Konrad et al., 2016; Kurdziel et al., 2013; Kurdziel et al., 2018; Mason et al., 2021). המסקנה המתבקשת מכך היא שגם אם יש אפשרות 'למשוך' ילדים לדפוס שינה

בוגר יותר, אין הדבר בהכרח מטיב עימם, ואף עלול לעלות במחירים רגשיים והתפתחותיים.

השפעת מאפייני המחנכת על איכות הטיפול בנושא שינה

המחקר העלה, שמאפיינים מקצועיים של המחנכת קשורים ואף משפיעים, על מידת הגמישות ועל ההתאמה ההתפתחותית של הטיפול שהיא מספקת סביב שינה. גישת הטיפול של המחנכת נמצאה תואמת לאופן ניהול זמני השינה בקבוצתה, כאשר מחנכות עם גישה יותר נענית הצהירו על זמני שינה פחות קבועים, ומחנכות עם גישת טיפול יותר מובנית הצהירו על שעות שינה יותר קבועות ופחות גמישות טיפולית. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם מחקר נוסף שבדק אמונות של צוותים חינוכיים שבו נמצא שאמונות הצוות המטפל השפיעו על העקביות ועל הדיוק במענה לצרכים האינדיבידואלים של תינוקות (Kim, 2016).

ממצא מעודד הוא הקשר בין הדרכה מקצועית לגישה נענית יותר, אף על פי שאין בנתונים כדי לקבוע את כיוון ההשפעה: מצאנו שמחנכות המקבלות יותר שעות הדרכה במסגרת נוטות לגישת טיפול נענית יותר לאיתותי התינוקות. הספרות המחקרית מדגישה קשר חיובי בין הדרכה לצוותים לאיכות חינוך-טיפול גבוהה יותר (Slot et al., 2015; Linberg et al., 2019). המחקר הנוכחי מוסיף שקשר זה מתקיים גם סביב רוטינות טיפוליות כמו שינה, הנוטות להיתפס כטכניות יותר על ידי מחנכות.

ניסיון העבודה של המחנכת במסגרת חינוכית לא היה חלק משאלות והשערות המחקר, ועם זאת מצאנו שהוא קשור בצורה חיובית לניהול זמני שינה מותאם התפתחותית. נדגיש כי ניסיון המחנכת בעבודה במסגרת חינוכית נמצא קשור באופן מובהק, ולא ניסיון המחנכת בטיפול בתינוקות (שיכול לכלול גם ניסיון כאימא או כמטפלת פרטית). ניסיון העבודה של המחנכת במסגרת חינוכית אף נמצא כמשתנה המסביר ומנבא טיפול מותאם בנושא שינה לתינוקות בני 3–5 חודשים. מחקרים על רוטינות טיפול בקבוצות של תינוקות במסגרות חינוך הם מעטים. עם זאת, מחקרים על הקשר בין ניסיון המבוגר המטפל לאיכות הטיפול בתינוקות מראים דפוס דומה לממצאינו. בקרב הורים, ככל שלהורה יש יותר ניסיון בהורות הוא מחזיק בגישה טיפולית נענית יותר לתינוקות, ולהפך – להורים עם פחות ניסיון יש נטייה לגישה טיפולית מובנית יותר (Mascheroni et al., 2022). ממצאי המחקר הנוכחי מחזקים דפוס זה גם בשדה החינוכי: נראה שמחנכות עם

ניסיון עשיר יותר בטיפול קבוצתי מצליחות טוב יותר לשלב בין ניהול קבוצה לגמישות סביב מילוי צורכי השינה האישיים של כל ילד.

המלצות לקובעי מדיניות, למחקרי המשך והשלכות יישומיות של המחקר

בשנת 2021 פורסמה בארץ תוכנית התפתחותית לחינוך ולטיפול בגיל הרך, הממליצה על טיפול נענה ואישי ביחס לזמני השינה (שוחט, גבעון ועדי-יפה, 2021). עם זאת, המחקר הנוכחי מעלה שהמסגרות בארץ מתקשות ליישם סדר יום גמיש המותאם לצורכי השינה האישיים של התינוקות, ומזהה גורמים מבניים ספציפיים לקושי זה. בהסתמך על ממצאי המחקר, אנו ממליצות על: (1) צמצום גודל הקבוצות שבהן שוהים תינוקות; (2) בניית מערך הדרכה בנושא שינה וניהול סדר יום מותאם התפתחותית למסגרות חינוך לגיל הרך; (3) הגדלת מספר שעות ההדרכה במסגרות (In-Service Training).

מחקרי המשך נדרשים בכמה תחומים. ראשית, מחקר שיספק המלצה על מספר התינוקות המקסימלי בקבוצה המאפשר טיפול נענה לצורכי השינה האישיים, או לחלופין לבחון אם חלוקת חלל הכיתה לתת-חללים קטנים יותר יכולה להוות אלטרנטיבה ריאלית לצמצום גודל הקבוצות. שנית, הפער בין ידע תיאורטי לניסיון מעשי מציע שלמחנכות מנוסות יש ידע פרקטי בטיפול מותאם סביב שינה במסגרת קבוצתית. יש צורך במחקר שיבחן מהו ידע זה וכיצד ניתן להעבירו במסגרת הכשרה או הדרכה בצוותים. לבסוף, מחקר שיבחן את ההשפעה של תזמון תנומות היום על תפקוד קוגניטיבי וחברתי של תינוקות במסגרות החינוך. במקביל להמלצות ארוכות הטווח לקובעי מדיניות, עולות מהמחקר השלכות יישומיות לעבודה השוטפת במסגרות החינוך לגיל הרך:

זיהוי מסגרות הזקוקות לתשומת לב מיוחדת – על בסיס הממצאים, ניתן לזהות פרופיל של מסגרות שבהן צפויה איכות טיפול נמוכה יותר בנושא שינה, המצריכות תשומת לב מיוחדת מצד הגורמים המפקחים והמדריכים. מסגרות אלו מתאפיינות בקבוצות גדולות, הרכב גילים בוגר יחסית (עם אחוז נמוך של תינוקות מתחת לגיל 10 חודשים), צוות חסר ניסיון, וגישה טיפולית נוקשה. מסגרות העונות על קריטריונים אלו מועדות יותר לקשיים בניהול זמני השינה בקבוצת התינוקות, ולכן יש לשים דגש בהדרכה שלהן על צורכי שינה התפתחותיים ועל דרכי התמודדות עם

דפוסי שינה מגוונים בקבוצה. בתוך מסגרות אלו, יש לתת את הדעת במיוחד על קבוצת הגיל 9–11 חודשים.

משולש ההדרכה בנושא שינה וסדר יום – דפוסי שינה של תינוקות מהווים אתגר משמעותי לתכנון ויישום סדר יום במסגרת קבוצתית, ולכן דורשים הדרכה ייחודית לצוותים. כפי שהסברנו, טיפול הרגיש לאיתותים של הילד אינו מבטיח בהכרח טיפול מותאם התפתחותי, ולהפך. על כן הכשרת המחנכות חייבת לכלול שלושה מרכיבים: **הדרכה אישית** המחזקת טיפול קשוב ורגיש לאיתותי התינוקות, **ידע התפתחותי** על דפוסי שינה (סימני עייפות, תנאי שינה הולמים, ודפוסי ערות-שינה תואמי גיל), **ומיומנויות טיפול קבוצתי** הכוללות קבלת החלטות בזמן אמת וסנכרון פעילויות, באופן שיאפשר קיום זמני שינה ומשחק במקביל. המחקר הנוכחי הינו צעד ראשון לביסוס תחום ידע זה בארץ.

עדכון סדר היום לאורך השנה – סדר יום עם עוגני זמנים קבוצתיים (אכילה, שינה, ניקיון ופעילות) נמצא בבסיס התנהלותה של מסגרת חינוכית. הדרישה לסדר יום המותאם לצרכים האישיים של תינוקות אינה סותרת עקרון זה, אלא משלימה אותו. מצופה מהמסגרת לתכנן סדר יום מותאם התפתחותי לגיל רוב הילדים, תוך מתן מענה קשוב וגמיש לצרכים אישיים של ילדים ספציפיים, במיוחד סביב אכילה, שינה וניקיון (שוחט, גבעון ועדי-יפה, 2021).

השינויים התכופים בדפוסי שינה של תינוקות בשנה הראשונה לחיים (Galland et al., 2012; Jones & Spencer, 2020; Meltzer et al., 2021; Weissbluth, 1995) מחייבים שינויים בסדר היום של כיתת התינוקות לאורך שנה זו גם כן. מומלץ לבצע הערכת מצב כל 2–3 חודשים ולשקול עדכון של זמני השינה והפעילויות בהתאם. בקבוצות עם הרכב גילי מגוון, ייתכן שיהיה צורך לתכנן מספר סדרי יום הפועלים במקביל ובסנכרון.

לא רק כיתת התינוקות – במחקר שלנו התמקדנו בזמני השינה של תינוקות עד גיל 11 חודשים בלבד כיוון שהחל מגיל 12 חודשים ישנם ילדים העוברים לדפוס של תנומת יום אחת. עם זאת, חשוב מאוד להדגיש שהמחקרים בתחום מצביעים על כך שהמעבר לתנומה אחת מתפרס על פני טווח רחב, ומתייצב סביב גיל 18 חודשים (Galland et al., 2012; Jones & Spencer, 2020; Meltzer et al., 2021; Weissbluth, 1995). המשמעות היא שהעוסקים בחינוך לגיל הרך (מפקחות, מדריכות, מנהלות וצוותים חינוכיים) צריכים לוודא שגם בכיתת הפעוטות (מעל גיל 15 חודשים) יש סדר יום המאפשר שתי תנומות יום לילדים הזקוקים לכך.

מגבלות המחקר

בשונה ממחקרים הבוחנים איכות חינוך-טיפול דרך תצפיות על אינטראקציות בין-אישיות והסביבה הפיזית, התמקד המחקר הנוכחי באופן ניהול זמני השינה והתאמתו להגדרה של 'טיפול תואם התפתחות' (DAP) לתינוקות. איכות הטיפול בנושא שינה נמדדה על פי מידת קביעות זמני השינה, תזמונם ביחס לצרכים התפתחותיים והתאמתם לצרכים האישיים. חשוב להכיר בהבדלים אלו בהגדרה ובמדידה כדי להבין את תוצאות המחקר ביחס למחקרים קודמים.

השאלון התבסס על דיווחי המחנכות, כך שקיימת אפשרות לסטייה מההתנהלות בפועל, והוא מספק זמנים של שינה קבוצתית, ולא זמני שינה של כל תינוק בנפרד. ללא תצפית ישירה, מסגרות שדיווחו על זמני שינה קבועים עשויות להיות גמישות יותר בפועל, ולהפך. חיסרון נוסף קשור לתיעוד השינה רק בשעות השהייה במסגרת, כך שאין בידינו תמונה מלאה של השינה בשאר היום (כגון תנומות יום נוספות בבית ושעת היקיצה משנת הלילה). מחקר נוסף הכולל תיעוד של זמני השינה לאורך היממה כולה, תוך שימוש בכלים אובייקטיביים (יומן שינה או שעוני אקטיגרף) ותצפיות על איכות הטיפול, יוכל לתת תמונה מהימנה יותר ולענות על מגבלות אלו.

שינה הולמת היא צורך בסיסי ומרכיב מרכזי בהבטחת רווחה, למידה והתפתחות מיטבית של תינוקות. מכאן החשיבות לחקור את הנושא ולהעמיק את ההמלצות לעבודה החינוכית-טיפולית במסגרות החינוך לגיל הרך. אנו סבורות שממצאי מחקר זה יהיו בעלי ערך לעוסקים בקידום החינוך לגיל הרך בארץ ולצוותים חינוכיים. כמו כן, הממצאים רלוונטיים למדינות נוספות המתמודדות עם אתגרים דומים, כגון קבוצות גדולות של תינוקות ויחס מחנכת-ילדים גבוה.

ביבליוגרפיה

אינדקס מסגרות. (2025). ח.י.ב.ה. האיגוד הארצי לגני ילדים פרטיים.

<https://www.hiba.org.il/%D7%A0%D7%93%D7%A7%D7%A1%D7%92%D7%A0%D7%99%D7%9C%D7%93%D7%9D.html>

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2024). לוח 4.3: ילדים בחינוך הקדם-יסודי ובמעונות יום, לפי בעלות על הגן, גיל הילד וקבוצת אוכלוסייה. חינוך והשכלה - שנתון סטטיסטי לישראל 2024. (מס' 75).

<https://www.cbs.gov.il/he/publications/Pages/2024/%D7%97%D7%99%D7%A0%D7%95%D7%9A-%D7%95%D7%94%D7%A9%D7%9B%D7%9C%D7%94-%D7%A9%D7%A0%D7%AA%D7%95%D7%9F-%D7%A1%D7%98%D7%98%D7%99%D7%A1%D7%98%D7%99-%D7%9C%D7%99%D7%A9%D7%A8%D7%90%D7%9C-2024-%D7%9E%D7%A1%D7%A4%D7%A8-75.aspx>

זרוע העבודה (2025). זמני פעילות וחופשות במעונות יום ומשפחתונים. משרד הכלכלה והתעשייה.

<https://www.gov.il/he/departments/guides/activity-times-and-vacations>

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2019). ישובים וחלוקות גאוגרפיות אחרות – מדד חברתי-כלכלי.

<https://www.cbs.gov.il/he/settlements/Pages/default.aspx?subject=%D7%90%D7%95%D7%9B%D7%9C%D7%95%D7%A1%D7%99%D7%99%D7%94%D7%9C%D7%A4%D7%99%D7%A6%D7%95%D7%A8%D7%AA%D7%99%D7%99%D7%A9%D7%95%D7%91#DeltaPlaceHolderMain>

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2021). ישובים וחלוקות גאוגרפיות אחרות – מדד חברתי-כלכלי.

<https://www.cbs.gov.il/he/settlements/Pages/default.aspx?subject=%D7%90%D7%95%D7%9B%D7%9C%D7%95%D7%A1%D7%99%D7%99%D7%94%D7%9C%D7%A4%D7%99%D7%A6%D7%95%D7%A8%D7%AA%D7%99%D7%99%D7%A9%D7%95%D7%91#DeltaPlaceHolderMain>

[5%D7%A8%D7%AA%20%D7%99%D7%99%D7%A9%D7%95%D7%91#DeltaPlaceholderMain](#)

מור, נ. (2007). ארגון סביבה חינוכית וחינוך להרגלים במעונות יום. מאה – המחלקה לפיתוח פדגוגי טכנולוגי, משרד התעשייה המסחר והתעסוקה.

משרד החינוך (2022). אוגדן הנחיות להפעלת מעון יום לפעוטות.

<https://meyda.education.gov.il/files/Bitachon/daycare-operating-instructions-booklet.pdf>

משרד העבודה (2023). בקשה לקבלת סמל להפעלת משפחתון לגיל הרך. אגף בכיר לעידוד תעסוקת הורים נהלי עבודה, משרד העבודה.

https://www.beitberl.ac.il/libraries/main-library/citation_guide/apa7/pages/web_apa_7.aspx

שדה, א' (1999). לישון כמו תינוק. ידיעות אחרונות.

שוחט, צ', גבעון, ד' ועדי-יפה, א' (2021). תוכנית התפתחותית לחינוך ולטיפול בגיל הרך. אגף מעונות יום ומשפחתונים, משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים ואוניברסיטת בראילן.

<https://www.gov.il/he/departments/general/education-care-program>

ACECQA (2020). *Guide to the National Quality Framework*.
<https://www.acecqa.gov.au/nqf/about/guide>

Bacaro, V., Feige, B., Benz, F., Johann, A. F., De Bartolo, P., Devoto, A., Lombardo, C., Riemann, D., & Baglioni, C. (2020). The association between diurnal sleep patterns and emotions in infants and toddlers attending nursery. *Brain Sciences*, 10(11), 891.

<https://doi.org/10.3390/brainsci10110891>

Bjørnstad, E., & Os, E. (2018). Quality in Norwegian childcare for toddlers using ITERS-R. *European Early Childhood Education Research Journal*, 24(1), 111-127.

<https://doi.org/10.1080/1350293X.2018.1412051>

Brownlee, J., Berthelsen, D., Irving, K., Boulton-Lewis, G., & McCrindle, A. (2000). Caregivers' beliefs about practice in infant

- child care programs. *International Journal of Early Years Education*, 8(2), 155-165. <https://doi.org/10.1080/09669760050046192>
- Bugental, D. B., Shennum, W. A., & Shaver, P. (1984). "Difficult" children as elicitors and targets of adult communication patterns: An attributional-behavioral transactional analysis. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 49(1), 1-81. <https://doi.org/10.2307/1165910>
- Cadima, J., Nata, G., Barros, S., Coelho, V., & Barata, C. (2020). Literature review on early childhood education and care for children under the age of 3. *OECD Education Working Papers*, 243, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/19939019>
- Child Care (2018). *Planning for Individual Infants and Toddlers in Group Care: Individualized Care Routines and Daily Schedules*. State Capacity Building Center. <https://childcareta.acf.hhs.gov/infant-toddler-resource-guide/individualized-care-routines-and-daily-schedules>
- Davis, K. F., Parker, K. P., & Montgomery, G. L. (2004). Sleep in infants and young children: Part one: normal sleep. *Journal of Pediatric Health Care*, 18(2), 65-71. [https://doi.org/10.1016/S0891-5245\(03\)00149-4](https://doi.org/10.1016/S0891-5245(03)00149-4)
- DeMasi, A., Horger, M. N., Allia, A. M., Scher, A., & Berger, S. E. (2021). Nap timing makes a difference: Sleeping sooner rather than later after learning improves infants' locomotor problem solving. *Infant Behavior and Development*, 65, 101652. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2021.101652>
- Diebold, T., & Perren, S. (2020). The impact of childcare-group situational age composition on caregiver-child interactions. *European Journal of Developmental Psychology*, 17(4), 598-615. <https://doi.org/10.1080/17405629.2019.1699050>
- Early Childhood Education and Care (2025). *Sleep Health and Sleep Development in Early Childhood Education and Care – Babies and*

- Toddlers*. Department of Education Queensland Government.
<https://earlychildhood.qld.gov.au/newsResources/Documents/fact-sheet-sleep-infants-toddlers.pdf>
- Early Head Start National Resource Center. (2014). *Individualizing care for Infants and Toddlers – Part 1*.
<https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/default/files/pdf/ehs-ta-16.pdf>
- Galland, B. C., Taylor, B. J., Elder, D. E., & Herbison, P. (2012). Normal sleep patterns in infants and children: A systematic review of observational studies. *Sleep Medicine Reviews*, 16(3), 213-222.
<https://doi.org/10.1016/j.smrv.2011.06.001>
- Horger, M. N., DeMasi, A., Allia, A. M., Scher, A., & Berger, S. E. (2023). The unique contributions of day and night sleep to infant motor problem solving. *Journal of Experimental Child Psychology*, 226, 105536. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2022.105536>
- Horváth, K., & Plunkett, K. (2018). Spotlight on daytime napping during early childhood. *Nature and Science of Sleep*, 10, 97.
<https://doi.org/10.2147/NSS.S126252>
- Hughes-Belding, K., Hegland, S., Stein, A., Sideris, J., & Bryant, D. (2012). Predictors of global quality in family child care homes: Structural and belief characteristics. *Early Education & Development*, 23(5), 697-712.
<https://doi.org/10.1080/10409289.2011.574257>
- Jenni, O. G., & Carskadon, M. A. (2007). Sleep behavior and sleep regulation from infancy through adolescence: Normative aspects. *Sleep Medicine Clinics*, 2(3), 321-329.
<https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2007.05.001>
- Jenni, O. G., Deboer, T., & Achermann, P. (2006). Development of the 24-h rest-activity pattern in human infants. *Infant Behavior and Development*, 29(2), 143-152.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2005.11.001>

- Jones, B. J., & Spencer, R. M. (2020). Role of napping for learning across the lifespan. *Current Sleep Medicine Reports*, 1-8.
<https://doi.org/10.1007/s40675-020-00193-9>
- Justice, L. M., Logan, J. A., Purtell, K., Bleses, D., & Højen, A. (2019). Does mixing age groups in early childhood education settings support children's language development?. *Applied Developmental Science*, 23(3), 214-226.
<https://doi.org/10.1080/10888691.2017.1386100>
- Kim, Y. (2016). Relationship-based developmentally supportive approach to infant childcare practice. *Early Child Development and Care*, 186(5), 734-749. <http://dx.doi.org/10.1080/03004430.2015.1057579>
- Konrad, C., Seehagen, S., Schneider, S., & Herbert, J. S. (2016). Naps promote flexible memory retrieval in 12-month-old infants. *Developmental Psychobiology*, 58(7), 866-874.
<https://doi.org/10.1002/dev.21431>
- Linberg, A., Kluczniok, K., Burghardt, L., & Freund, J. D. (2019). Quality of toddler childcare: Can it be assessed with questionnaires?. *Early Child Development and Care*, 189(8), 1369-1383.
<https://doi.org/10.1080/03004430.2017.1380636>
- Manning, M., Wong, G. T., Fleming, C. M., & Garvis, S. (2019). Is teacher qualification associated with the quality of the early childhood education and care environment? A meta-analytic review. *Review of Educational Research*, 89(3), 370-415.
<https://doi.org/10.3102/0034654319837540>
- Mascheroni, E., Grassi, M., Bonanomi, A., Sperotto, R., Deeg, S., Hung, S., ... & Gattis, M. (2022). The role of experience in parenting beliefs of British and Italian women during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 43(6), 835-848. <https://doi.org/10.1002/imhj.22014>
- Mason, G. M., Kurdziel, L. B., & Spencer, R. M. (2021). The memory benefits of two naps per day during infancy: A pilot investigation. *Infant Behavior and Development*, 65, 101647.

- <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2021.101647>
- Meltzer, L. J., Williamson, A. A., & Mindell, J. A. (2021). Pediatric sleep health: It matters, and so does how we define it. *Sleep Medicine Reviews*, 57, 101425. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101425>
- Mindell, J. A., & Lee, C. (2015). Sleep, mood, and development in infants. *Infant Behavior and Development*, 41, 102-107. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.08.004>
- NAEYC. (2018). *Staff-to-Child Ratio and Class Size*. https://www.naeyc.org/sites/default/files/globally-shared/downloads/PDFs/accreditation/early-learning/staff_child_ratio_0.pdf
- NAEYC. (2022). *Developmentally Appropriate Practice In Early Childhood Programs Serving Children from Birth Through Age 8*. (4th ed.). National Association for Education of Young Children.
- Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., ... & Wise, M. S. (2016). Recommended amount of sleep for pediatric populations: A consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(6), 785-786. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5866>
- Rosenthal, M. K. (1991). Behaviors and beliefs of caregivers in family day care: The effects of background and work environment. *Early Childhood Research Quarterly*, 6(2), 263-283. [https://doi.org/10.1016/0885-2006\(91\)90012-A](https://doi.org/10.1016/0885-2006(91)90012-A)
- Rosenthal, M. K. (1991). Daily experiences of toddlers in three child care settings in Israel. *Child and Youth Care Forum*, 20(1), 37-58. <https://doi.org/10.1007/BF00760938>
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14(2), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.05.003>
- Shatz, A., Joseph, L., & Korn, L. (2021). Infants' sleep: Israeli parents' knowledge, attitudes and practices. *Children*, 8(9), 803.

- <https://doi.org/10.3390/children8090803>
- Sigel, I. E. (2014). Reflection on the belief behavior connection: Lessons learned from research program on parental systems and strategies. In R. D. Ashmore & D. M. Brodzinsky (eds.), *Thinking About the Family: Views of Parents and Children*. (pp. 35–62). Psychology Press.
- Siren-Tiusanen, H., & Robinson, H. A. (2001). Nap schedules and sleep practices in infant-toddler groups. *Early Childhood Research Quarterly*, 16(4), 453-474.
- [https://doi.org/10.1016/S0885-2006\(01\)00119-3](https://doi.org/10.1016/S0885-2006(01)00119-3)
- Slot, P. (2018). Structural characteristics and process quality in early childhood education and care: A literature review. *OECD Education Working Papers*, 176.
- <https://dx.doi.org/10.1787/edaf3793-en>
- Slot, P. L., Leseman, P. P., Verhagen, J., & Mulder, H. (2015). Associations between structural quality aspects and process quality in Dutch early childhood education and care settings. *Early Childhood Research Quarterly*, 33, 64-76.
- <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2015.06.001>
- St James-Roberts, I. (2012). *The Origins, Prevention and Treatment of Infant Crying and Sleeping Problems: An Evidence-Based Guide for Healthcare Professionals and the Families They Support*. Routledge.
- Staton, S. L., Smith, S. S., & Thorpe, K. J. (2015). "Do I really need a nap?": The role of sleep science in informing sleep practices in early childhood education and care settings. *Translational Issues in Psychological Science*, 1(1), 32. <https://doi.org/10.1037/tps0000011>
- Staton, S., Thorpe, K., Pattinson, C., Smith, S., & Irvine, S. (2018). *Key Outcomes of the Sleep Learning for Early Education Professionals Project. Summary Report for the Sleep Learning for Early Education Professionals Project*. Department of Education, Queensland Government.

- <https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:55daca1>
- Taveras, E. M., Rifas-Shiman, S. L., Oken, E., Gunderson, E. P., & Gillman, M. W. (2008). Short sleep duration in infancy and risk of childhood overweight. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(4), 305-311.
<https://doi.org/10.1001/archpedi.162.4.305>
- Thorpe, K., Irvine, S., Pattinson, C., & Staton, S. (2020). Insider perspectives: The 'tricky business' of providing for children's sleep and rest needs in the context of early childhood education and care. *Early Years*, 40(2), 221-236.
<https://doi.org/10.1080/09575146.2018.1443434>
- Thorpe, K., Staton, S., Sawyer, E., Pattinson, C., Haden, C., & Smith, S. (2015). Napping, development and health from 0 to 5 years: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 100(7), 615-622. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2014-307241>
- Weissbluth, M. (1995). Naps in children: 6 months-7 years. *Sleep*, 18(2), 82-87. <https://doi.org/10.1093/sleep/18.2.82>
- Wien, C. A. (1996). Time, work, and developmentally appropriate practice. *Early Childhood Research Quarterly*, 11(3), 377-403.
[https://doi.org/10.1016/S0885-2006\(96\)90013-7](https://doi.org/10.1016/S0885-2006(96)90013-7)
- Winstanley, A., & Gattis, M. (2013). The baby care questionnaire: A measure of parenting principles and practices during infancy. *Infant Behavior and Development*, 36(4), 762-775.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.08.004>

נספחים

נספח א:

פירוט חמשת הקריטריונים שהוגדרו לצורך הערכת 'ניהול זמני שינה' בכל מסגרת, ואופן הקידוד שלהם.

1. זמני השינה משתנים ותלויים בילד (DAP שינה) – קודד כפי שהוסבר במסגרת כלי המחקר, סעיף 2.א'.
2. מתקיימות שתי תנומות יום ומעלה – ב'שתי תנומות' הכוונה לשני חלונות זמן לשינה המסופקים לאותה קבוצת גיל (ולא האם במסגרת יש שני חלונות זמן לשינה לקבוצות גיל שונות), לדוגמה אם צוין שגילי 8 חודשים ישנים גם ב-09:00 וגם ב-12:30. קריטריון זה קודד על סמך זמני השינה שציינו הנבדקות ב'שאלון זמני שינה למחנכת'.
3. מתאפשרת יקיצה ספונטנית של הילדים מתנומת הבוקר – 'תנומות בוקר' הוגדרו כתנומות שהחלו עד השעה 12:00. קריטריון זה קודד על סמך אופן היקיצה מתנומות הבוקר שציינו הנבדקות ב'שאלון זמני שינה למחנכת'.
4. מתאפשרת תנומת בוקר באורך של שעה לפחות – כלומר שהתינוקות קיבלו הזדמנות לסיים מחזור שינה שלם אחד לפחות. קודד על סמך חלונות זמן שציינו הנבדקות. קריטריון זה קיבל ציון "1" כאשר חלון הזמן היה של שעה לפחות (לפי זמן התחלה וזמן סיום השינה) או כאשר הנבדקת ציינה רק זמן הרדמה (ללא זמן סיום) ושהילדים קמים ספונטנית. אחרת הציון הוגדר "0". לא הוגדר קריטריון דומה לתנומת הצהריים כיוון שלא מצאנו תנומות צהריים שהיו קצרות משעה.
5. מתאפשרת יקיצה ספונטנית של הילדים מתנומת הצהריים – 'תנומות צהריים' הוגדרו כתנומות שהחלו משעה 12:00. קריטריון זה קודד על סמך אופן היקיצה מתנומות הצהריים שציינו הנבדקות ב'שאלון זמני שינה למחנכת'.

ציון 5 (הגבוה ביותר) ניתן לנבדקות שענו על כל ארבעת הקריטריונים האחרים ונוסף על כך ציינו שקיימת גמישות לפי צרכי הילדים, או נבדקות שציינו שאין זמני שינה קבועים לתינוקות, ויצאנו מנקודת הנחה שהקריטריונים 2–5 מקבלים תשובה חיובית.

נספח ב:

סטטיסטיקה תיאורית נוספת על מאפייני המחנכות והמסגרות שהשתתפו במחקר, וקורלציות בין המשתנים הבלתי תלויים.

לוח ב'1: מאפייני מחנכות – מאפיינים אישיים I

משתנה	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	מינימום	מקסימום
גיל	96	38.88	10.77	18	63
מספר ילדים אישיים	98	2.68	2.15	0	12
מספר שנות ניסיון טיפול בתינוקות	98	10.54	8.47	0	44
מספר שנות ניסיון עבודה במעון/משפחתון	96	10.11	7.88	0	38
שנות השכלה	96	13.63	1.64	11	17
ציון גישת טיפול נענית	98	2.98	0.38	1.85	4
ציון גישת טיפול מובנית	98	3.03	0.35	2.18	3.82

לוח ב'2: מאפייני מחנכות – מאפיינים אישיים II

משתנה	שכיחות <i>N=98</i>	%
מגדר		
נקבה	97	98.9
זכר	1	1.02
סטטוס משפחתי		
רווקה	18	18.36
נשואה	68	69.38
גרושה	9	9.18
אלמנה	0	0
אחר	3	3.06
ארץ מוצא		
ישראל	84	85.71
חבר העמים	8	8.16
אתיופיה	0	0
ארה"ב	2	2.04
צרפת	1	1.02
אמריקה הלטינית	1	1.02
אחר	2	2.04
תפקיד (הבכיר ביותר)		
מחנכת מחליפה	1	1.02
מחנכת ישירה	22	22.44
אחראית כיתה/קבוצה	19	19.38
מנהלת מעון/ משפחתון	56	57.14
קיבלה הכשרה מקצועית לטיפול בתינוקות*	74	75.5
קיבלה הדרכה מקצועית לגבי דפוסי שינה של תינוקות	47	47.9

* חניכה במקום העבודה נכלל ב'הכשרה מקצועית'.

לוח ב'3: מאפיינים דמוגרפיים של המסגרות החינוכיות

משתנה	N	שכיחות	%
קבוצה עד שישה ילדים (כולל)	98	21	21.4
קבוצה מעל שישה ילדים	98	77	78.5
מסגרות מסובסדות	98	45	45.9
מסגרות לא מסובסדות	98	53	54
סוג יישוב:	97		
יישוב עירוני	97	77	79.3
יישוב כפרי	97	11	11.3
קיבוץ	97	9	9.2
אשכול חברתי-כלכלי (מיקום המסגרת):	97		
אשכול חברתי-כלכלי נמוך	97	14	14.4
אשכול חברתי-כלכלי בינוני	97	26	26.8
אשכול חברתי-כלכלי גבוה	97	57	58.7
מסגרות שבהן יש חלוקה קבועה של ילדים תחת טיפול אישי של המחנכת	98	41	41.8
מסגרות שבהן אותו חלל משרת לפעילות ולשינה	98	64	65.3
מסגרות שבהן מתקיימת הדרכה חודשית קבועה	98	45	45.9
סך שעות ההדרכה בחודש	43		
פחות מ-4 שעות	43	13	30.23
4 שעות	43	18	41.86
עד 10 שעות	43	9	20.93
יותר מ-10 שעות	43	3	6.97
מידת הנגישות ליעוץ מקצועי	97		
בכלל לא	97	9	9.27
לעיתים רחוקות	97	26	26.80
לעיתים קרובות	97	34	35.05
בדרך כלל	97	28	28.86

- מסגרות שבהן אותו חלל משרת לפעילות ולשינה – לעומת מסגרות שבהן יש חדר נפרד לשינה.
- גישה ליעוץ מקצועי – התייעצות מקצועית עם מדריכה התפתחותית/חינוכית, מנהלת המסגרת או איש מקצוע אחר.

לוח ב'4: מתאמים (ספירמן) בין המשתנים הבלתי תלויים I

שיעור תינוקות בקבוצה	טווח גילים בקבוצה	גיל הילד הבוגר בקבוצה	גיל הילד הצעיר בקבוצה	ניסיון עבודה במעון/ משפחתון	השכלת המחנכת	
				-	.13	ניסיון עבודה במעון/ משפחתון
			-	-.14	-.03	גיל הילד הצעיר בקבוצה
		-	.21*	.15	-.05	גיל הילד הבוגר בקבוצה
	-	.85***	-.26**	.25*	-.04	טווח גילים בקבוצה
-	-.14	-.43***	-.53***	-.02	.10	שיעור תינוקות בקבוצה
-.35***	.31**	.31**	-.05	.01	-.05	מס' הילדים הכולל בקבוצה/ בכיתה
-.05	.17	.17	-.09	-.04	-.13	יחס מחנכת- ילדים
-.10	.01	.02	.04	-.09	.18	גישת לימוד מקצועי
.06	-.03	-.05	.03	-.02	.11	מספר שעות הדרכה בחודש
.11	-.23*	-.19	.08	-.07	-.17	אשכול חברתי- כלכלי
.004	-.02	.04	.07	-.02	.16	גישת טיפול מובנית
.08	-.04	-.09	-.10	-.03	-.01	גישת טיפול נענית
-.03	-.009	.009	-.04	-.04	.26**	ידע בנושא שינה של תינוקות

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

- שיעור תינוקות בקבוצה – תינוקות מתחת לגיל 10 חודשים
- אשכול חברתי כלכלי: 1 נמוך, 10 גבוה
- גישת טיפול מובנית: גישה השמה דגש על שגרה טיפולית מתוזמנת של אכילה ושינה.
- גישת טיפול נענית: גישה השמה דגש על הענות מהירה לאיתותים ובכי של התינוק

לוח ב'5: מתאמים (ספירמן) בין המשתנים הבלתי תלויים II

מס' הילדים הכולל בקבוצה / בכיתה	יחס מחנכת -ילדים	גישה לייעוץ מקצועי	מס' שעות הדרכה בחודש	אשכול חברתי -כלכלי	גישת טיפול מובנית	גישת טיפול נענית
מס' הילדים הכולל בקבוצה / בכיתה	-					
יחס מחנכת- ילדים	-.22*					
גישה לייעוץ מקצועי	-.23*	-				
מספר שעות הדרכה בחודש	-.03	.25	-			
אשכול חברתי- כלכלי	-.21*	-.25*	-.05	-		
גישת טיפול מובנית	-.09	.03	-.23	-.05	-	
גישת טיפול נענית	.03	.06	.31*	.008	-.02	-
ידע בנושא שינה של תינוקות	.09	.23*	.20	-.22*	.23*	.03

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

נספח ג:

מתאמים ומבחני רגרסיה בין משתני המחקר הבלתי תלויים המרכזיים במחקר למשתנים התלויים.

לוח ג'1: מתאמים (ספירמן) בין המשתנים הבלתי תלויים למשתנים התלויים

המשתנה	שעות שינה קבועות	DAP שינה	ניהול זמני שינה 3–5 חוד'	ניהול זמני שינה 6–8 חוד'	ניהול זמני שינה 9–11 חוד'
השכלת המחנכת (בשנים)	.05	.08	.18	.16	.12
ניסיון עבודה במעון/משפחתון (בשנים)	.005	.27**	.36**	.13	.23*
גיל הילד הצעיר בקבוצה (בחודשים)	.19	-.32**	-.05	-.19	-.27*
גיל הילד הבוגר בקבוצה (בחודשים)	.19	-.07	-.05	-.10	-.24*
טווח גילים בקבוצה (בחודשים)	.11	.09	.01	-.005	-.08
שיעור התינוקות (מתחת ל-10 חודשים) בקבוצה	-.20*	.20*	.12	.13	.32**
מס' הילדים הכולל בקבוצה/ בכיתה	-.09	-.02	-.31*	-.23*	-.25*
יחס מחנכת-ילדים	-.03	.12	-.22	-.001	-.08
גישה ליעוץ מקצועי	-.12	-.08	-.09	.004	-.01
מספר שעות הדרכה בחודש	-.33*	-.10	.26	.19	-.004
אשכול חברתי-כלכלי	-.12	-.11	-.15	-.15	-.04
גישת טיפול מובנית	.36***	-.21*	-.04	-.11	-.09
גישת טיפול נענית	-.21*	-.09	-.06	-.01	.07
ידע בנושא שינה של תינוקות	-.13	.20	.11	.15	.10

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

**לוח ג'2: תוצאות רגרסיה ליניארית מרובה לניבוי איכות הטיפול בנושא
שינה לתינוקות בגילי 3–5 חודשים**

β	<i>S.E.B</i>	<i>B</i>	
.35**	.02	.05	ניסיון המחנכת
-.31*	.03	-.07	מספר הילדים הכולל בקבוצה/בכיתה
	.24		<i>R</i> ²
	7.76**		<i>F</i>

* $p < .05$ ** $p < .01$

**לוח ג'3: תוצאות רגרסיה בצעדים לניבוי איכות הטיפול בנושא שינה לתינוקות
בגילי 9–11 חודשים**

צעד	משתנים	<i>B</i>	<i>S.E.B</i>	β	<i>R</i> ²	<i>F</i>
						<i>change</i>
1	גיל הילד הצעיר בקבוצה	-.20	.07	-.28**	.081**	7.08**
2	גיל הילד הצעיר בקבוצה מספר הילדים הכולל בקבוצה/בכיתה	-.22 -.09	.07 .03	-.30** -.29**	.165**	7.88**

** $p < .01$

